

第27回

# 日本病院総合診療医学会 学術総会

## Society 5.0における総合診療



**会期** 2023年8月26日(土)・27日(日)

**会場** 日本医科大学 橘桜会館・教育棟

**会長** 安武 正弘 (日本医科大学附属病院 救急・総合診療センター)

# 抄録集

# 開催概要

---

- 【名 称】 第 27 回日本病院総合診療医学会学術総会
- 【テーマ】 Society 5.0 における総合診療
- 【会 期】 2023 年 8 月 26 日（土）～ 27 日（日）
- 【会 場】 日本医科大学 橘桜会館・教育棟
- 【会 長】 安武 正弘（日本医科大学付属病院 救急・総合診療センター）
- 【事務局】 日本医科大学付属病院 救急・総合診療センター
- 【運営事務局】 第 27 回日本病院総合診療医学会学術総会 運営事務局  
（メディカルクオール株式会社 内）  
〒 103-0027  
東京都中央区日本橋 2-14-1 フロントプレイス日本橋 9 階  
TEL：03-6369-8715 FAX：03-6369-8701  
E-mail：hgm27@m-qol.co.jp

# 第1日目 8月26日(土)

	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場
	教育棟 2F 講堂	橋桜会館 2F 橋桜ホール	教育棟 3F 講義室 3	教育棟 2F 講義室 2
	ライブ配信・オンデマンド配信	オンデマンド配信		
8:00				
8:30				
9:00	8:50~9:00 <b>開会式</b> 9:00~10:30 <b>JUGLERセッション1</b> 症例検討から学ぶ診断推論戦略 by JUGLER (Vol.7) 座長：多胡雅毅 司会：鋪野紀好 ディスカッサント：志水太郎 佐々木陽典 高橋宏瑞 プレゼンター：赤池 隆 指導医：大槻拓矢	9:00~10:30 <b>Society 5.0セッション1</b> AI (人工知能) を用いた咽頭診察 の現状と展望 座長：大塚勇輝 演者：富岡 穰 沖山 翔 福田芽森 森 博威	9:00~9:40 <b>一般演題2</b> 腎臓 座長：米田真也 森 一郎	9:00~9:50 <b>一般演題9</b> アレルギー・膠原病 座長：眞柴晃一 田村耕成
9:30				
10:00			9:50~10:50 <b>一般演題3</b> 感染症・その他① 座長：武岡宏明 八重樫牧人	10:00~10:50 <b>一般演題10</b> 神経 座長：新村 健 小松史哉
10:30	10:30~12:00 <b>パネルディスカッション1</b> (特定行為研修就労看護師セッション) 総合診療領域での特定行為研修 修了者活用に向けてー現状と課題 座長：志水太郎 塚田 (哲翁) 弥生 演者：後藤友美 栗田康生 久保徳彦 福永ヒトミ	10:40~12:00 <b>一般演題1</b> 地域医療 座長：石田亮子 中里未央		
11:00			11:00~12:00 <b>一般演題4</b> 感染症・その他② 座長：下野信行 手塚 徹	11:00~11:50 <b>一般演題11</b> 循環器 座長：久岡英彦 宇野嘉弘
11:30				
12:00				
12:30	12:10~13:10 <b>ランチョンセミナー 1</b> 慢性疲労症候群 (新型コロナウイルス 罹患後症状を含む) の疲労と漢方診療 座長：林 純 演者：岡 孝和 共催：株式会社ツムラ	12:10~13:10 <b>ランチョンセミナー 2</b> 座長：内藤俊夫 演者：松田直人 森 博威 魚住栄雄 共催：株式会社ジョリーグッド		
13:00				
13:30	13:20~14:40 <b>特別講演</b> Cloud医療最前線 座長：安武正弘 演者：阿部伸一	13:20~14:50 <b>東洋医学会共同企画</b> 麻黄湯から展開する 「総合診療×漢方」 ー基礎研究から臨床までー 座長：松田隆秀 中永士師明 演者：鍋島茂樹 吉永 亮		13:20~14:10 <b>一般演題12</b> 中毒① 座長：藤原元嗣 伊藤敏文
14:00			14:10~14:50 <b>一般演題5</b> 消化器① 座長：原田和歌子 葦沢龍人	14:20~15:10 <b>一般演題13</b> 中毒② 座長：野口和男 青木昭子
14:30	14:40~16:10 <b>JUGLERセッション2</b> 若手医師と病院総合診療医像・専門医 制度について議論するシンポジウム Meet the fascinating general hospitalists! (Vol.4) 座長：多胡雅毅 鋪野紀好 ディスカッサント：志水太郎 佐々木陽典 高橋宏瑞 演者：沖山 翔 工藤仁隆 大塚勇輝	14:50~16:20 <b>パネルディスカッション2</b> (若手部会セッション1) MKSAP19を用いた知識Updateセッション 座長：八重樫牧人 青木のぞみ 松尾裕一郎 演者：猪飼浩樹 本村 壮 田丸聡子 増田卓也 山本興幸 海老原賢治 奈須規典 峯優一郎 飯田圭祐 林 杏奈	14:50~15:30 <b>一般演題6</b> 感染症・その他③ 座長：菊池健太郎 豊田一弘	15:20~16:00 <b>一般演題14</b> その他① 座長：香月尚子 本城 聡
15:00			15:30~16:30 <b>一般演題7</b> 血液・腫瘍① 座長：鳥飼圭人 小原俊彦	
15:30				
16:00			16:30~17:30 <b>一般演題8</b> 血液・腫瘍② 座長：兵働英也 下沖 収	16:20~17:50 <b>プログラムディレクター ミーティング (PDM)</b> 司会：志水太郎 内藤俊夫 多胡雅毅
16:30	16:20~17:50 <b>育成賞/指導医賞候補演題</b> 司会：大塚文男 審査員：齋藤 登 松田隆秀 奈良典子	16:20~17:50 <b>良質な診断ワーキンググループ</b> 今のうちに知りたい、診断プロセス における生成AIの使い方 座長：鈴木智晴 演者：石塚晃介 磯田 翔 川村 廉 久保崎順子 白石達也 原田 拓 宮上泰樹 綿貴 聡		
17:00				
17:30				
18:00				

# 第1日目 8月26日(土)

	ePoster会場 「つつじ」	ePoster会場 「たちばな」	ePoster会場 「さくら」
	教育棟 2F 講義室 1	橘桜会館 3F	橘桜会館 B1
		WIFI 設備	
8:00			
8:30			
9:00			9:00~10:30
9:30			<b>ワークショップ</b> (若手部会セッション5) Beginnerのための 症例報告の書き方 座長：山下 駿 石塚晃介 演者：兒島裕樹 山本幸近 染小英弘 峯優一郎 宮上泰樹
10:00		10:00~11:30	
10:30		<b>ラウンドテーブル・ディスカッション1</b> 病院総合診療医が悩む問題の Pros and Cons : 病棟での「排尿困難」を考える 座長：鈴木智晴 長崎一哉 演者：原田 拓 宮上泰樹 鈴木森香 本田優希 松原知康 伊東 完 和足孝之	
11:00			
11:30			
12:00			
12:30			
13:00			
13:30	13:20~14:00	13:20~14:00	13:20~14:00
	ePoster Presentation 1	ePoster Presentation 2	ePoster Presentation 3
14:00			
14:30			
15:00		15:00~16:30	
15:30		<b>第424回ICD講習会</b> <b>視聴会場</b>  ご自身のノートPCを お持ちください。	
16:00			
16:30			
17:00			
17:30			
18:00			

# 第2日目 8月27日(日)

	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場
	教育棟 2F 講堂	橋桜会館 2F 橋桜ホール	教育棟 3F 講義室 3	教育棟 2F 講義室 2
	ライブ配信・オンデマンド配信	オンデマンド配信		
8:00	8:00~9:00			
8:30	評議員会・総会			
9:00	9:00~9:30 理事長講演 座長：安武正弘 演者：田妻 進	8:30~9:30 Society 5.0セッション4 Society 5.0を活用して進める患者協働 座長：安本有佑 栗原 健 演者：安本有佑 土屋文人 小松康宏 井上恵子 栗原 健		
9:30	9:30~11:00 パネルディスカッション3 病院総合診療医の成長と活躍のために —メンバーシップアンケート調査より 座長：田妻 進 塚田(哲翁) 弥生 演者：米本崇子 パネリスト：内藤俊夫 片岡仁美 飯野奈津子 上原孝紀 青山彩香	9:30~11:00 JUGLERセッション3 Society 5.0時代における 総合診療医育成のGood Practice ～モデル・コア・カリキュラムR4 改訂を受けて～ 座長：多胡雅毅 鋪野紀好 ディスカッション：志水太郎 佐々木陽典 高橋宏瑞	9:30~10:10 一般演題15 その他② 座長：三好智子 山本浩司	9:30~10:10 一般演題20 鍼灸 座長：長谷川修 中道聖子
10:00			10:10~10:50 一般演題16 その他③ 座長：八坂貴宏 松林 直	
10:30			10:50~12:00 一般演題17 臨床研究 座長：山田 徹 藤島清太郎	10:20~11:20 一般演題21 COVID-19① 座長：乾 啓洋 内田叔宏
11:00	11:00~12:00 Society 5.0セッション2 (若手部会セッション2) 若手医師のためのAI活用セッション (Chat GPT関連) 座長・演者：長崎一哉 原田 拓 演者：高橋雄一 関 隆実	11:00~12:00 パネルディスカッション4 診療看護師 (NP) 2.0～各医療現場に おける医療サービスと診療看護師を 融合させ、開かれるヘルスケア～ 座長：志水太郎 久保徳彦 オーガナイザー：福添恵寿		11:20~12:00 一般演題22 COVID-19② 座長：奈良正之 加地正英
12:00				
12:30	12:10~13:10 ランチョンセミナー 3 医学教育にLINEを活用した成果と ChatGPTの可能性 座長：志水太郎 演者：森 博威 野口宏人 共催：メディカルローグ株式会社	12:10~13:10 ランチョンセミナー 4 総合診療医が知っておくべき救急医療 座長：田妻 進 演者：三原 弘 上田剛士 足立智英 共催：Alnylam Japan株式会社		
13:00				
13:30	13:30~15:00 Society 5.0セッション3 VRの医学教育や臨床への活用 に関する特別セッション 座長：藤島清太郎 伊藤公訓 演者：横堀将司 春田淳志 小林知貴 杉本真樹	13:20~14:50 Society 5.0セッション5 (若手部会セッション3) 指導医へのステップ：明日から使える Faculty Development ICT・メタバースを活かす Society 5.0の診療 座長：官澤洋平 宮上泰樹 原田 拓 演者：猪俣武範	13:30~14:00 一般演題18 消化器② 座長：菅野啓司 島田長人	
14:00			14:10~15:10 一般演題19 診断 座長：佐藤浩子 大平善之	14:00~15:00 一般演題23 感染症・その他④ 座長：山崎晃裕 佐野文昭
14:30				
15:00		14:50~16:20 JUGLERセッション4 若手医師と臨床研究、論文執筆 などのアカデミック活動について 議論するシンポジウム 臨床研究の未来を探る —総合診療とSociety 5.0— 座長：多胡雅毅 鋪野紀好 ディスカッション：志水太郎 高橋宏瑞 演者：佐々木陽典 織田良正 近藤 猛		15:00~15:40 一般演題24 教育・指導① 座長：片岡仁美 樋本尚志
15:30	15:10~15:50 日本病院総合診療医学会 学会賞 受賞講演 座長：田妻 進 演者：宮森大輔		15:20~16:20 パネルディスカッション5 質改善・患者安全 院内急変って予防できるの! ? あなたの認識が180°変わる患者安全 座長：綿貫 聡 井村 洋	15:40~16:20 一般演題25 教育・指導② 座長：中川 麗 長田 薫
16:00	15:50~16:15 表彰式			
16:30	16:20~16:30 閉会式			
17:00				
17:30				
18:00				

# 第2日目 8月27日(日)

	ePoster会場 「つつじ」	ePoster会場 「たちばな」	ePoster会場 「さくら」
	教育棟 2F 講義室 1	橘桜会館 3F	橘桜会館 B1
		WIFI 設備	
8:00			
8:30			
9:00			
9:30			9:30~11:00
10:00			トピック (若手部会セッション6) 医学生と医師に介在する総合診療 へのイメージギャップとは? ～ 医学生の目線から総合診療の あり方を徹底議論します!～ 座長: 勝倉真一 大塚勇輝 横田雄也
10:30			
11:00			
11:30			
12:00			
12:30			
13:00			
13:20~14:00	13:20~14:00	13:20~14:00	13:20~14:00
13:30	ePoster Presentation 4	ePoster Presentation 5	ePoster Presentation 6
14:00			
14:30		14:10~15:40 ラウンドテーブル・ディスカッション2 (若手部会セッション4) 急性期複雑症例のDecision Making ~病院総合診療医の力を 活かすために~ 座長: 松尾裕一郎 演者: 鶴木友都 平松由布希 兒島裕樹 原田愛子 大橋史矢	
15:00			
15:30			
16:00			
16:30			
17:00			
17:30			
18:00			

# プログラム【第1日目】8月26日(土)

8  
月  
26  
日

## 第1会場(教育棟 2F 講堂)

開会挨拶(8:50～9:00)

会長：安武 正弘(日本医科大学付属病院 救急・総合診療センター)

JUGLER セッション1(9:00～10:30)

「症例検討から学ぶ診断推論戦略 by JUGLER (Vol.7)」

座長：多胡 雅毅(佐賀大学医学部附属病院 総合診療部)

司会：鋪野 紀好(千葉大学医学部附属病院 総合診療科)

ディスカッサント：志水 太郎(獨協医科大学 総合診療医学)

佐々木 陽典(東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター)

高橋 宏瑞(順天堂大学医学部 総合診療科)

プレゼンター：赤池 隆(川崎市立多摩病院 総合診療内科)

指導医：大槻 拓矢(川崎市立多摩病院 総合診療内科)

パネルディスカッション1(特定行為研修就労看護師セッション)(10:30～12:00)

「総合診療領域での特定行為研修修了者活用に向けて一現状と課題」

座長：志水 太郎(獨協医科大学 総合診療医学)

塚田(哲翁) 弥生(日本医科大学武蔵小杉病院)

**PD1-1** 特定行為研修修了者(看護師)の活用の推進について

○後藤 友美

厚生労働省 医政局 看護課 看護サービス推進室

**PD1-2** 特定行為に係る看護師を育成する立場から

○栗田 康生、五十嵐 真里、早川 美歩、南 早苗

国際医療福祉大学大学院 特定行為看護師養成分野

**PD1-3** 協働する立場から

○久保 徳彦

国立病院機構 別府医療センター 総合診療科

**PD1-4** 管理者の立場から

○福永 ヒトミ

日本医科大学武蔵小杉病院

ランチョンセミナー1(12:10～13:10)

座長：林 純(九州大学 名誉教授 日本病院総合診療医学会 名誉理事長・最高顧問)

慢性疲労症候群(新型コロナウイルス罹患後症状を含む)の疲労と漢方診療

○岡 孝和

国際医療福祉大学医学部 心療内科学 教授

共催：株式会社ツムラ

## 特別講演 (13:20 ~ 14:40)

## 「Cloud 医療最前線」

座長：安武 正弘 (日本医科大学付属病院 救急・総合診療センター)

## デジタル・AI時代の医療における人中心のテクノロジーの活用

○阿部 伸一

株式会社エムネス

## JUGLER セッション 2 (14:40 ~ 16:10)

## 「若手医師と病院総合診療医像・専門医制度について議論するシンポジウム

## Meet the fascinating general hospitalists! (Vol.4)」

座長：多胡 雅毅 (佐賀大学医学部附属病院 総合診療部)

鋪野 紀好 (千葉大学医学部附属病院 総合診療科)

ディスカッサント：志水 太郎 (獨協医科大学 総合診療医学)

佐々木 陽典 (東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター)

高橋 宏瑞 (順天堂大学医学部 総合診療科)

○沖山 翔

アイリス株式会社/日本赤十字社医療センター 救急科

○工藤 仁隆

飯塚病院 総合診療科/高知大学院 臨床疫学教室

○大塚 勇輝

岡山大学病院 総合内科総合診療科

## 育成賞/指導医賞候補演題 (16:20 ~ 17:50)

司会：大塚 文男 (岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 総合内科学分野)

審査員：齋藤 登 (獨協医科大学埼玉医療センター総合診療科)

松田 隆秀 (聖マリアンナ医科大学総合診療内科)

奈良 典子 (横浜市立脳卒中・神経脊椎センター 脳神経内科)

**N-001** 髄液 ADA の経時的変化が診断に有用であった結核性髄膜炎の 1 例

○武内 諒介、村田 莉里子、松本 慎也、安本 有佑、本橋 健史、友田 義崇

板橋中央総合病院

**N-002** 約 2 年間にわたり心因性嘔吐症と診断されていた、周期性 ACTH・ADH 放出症候群の成人例○竹島 ももこ<sup>1</sup>、浦 和也<sup>2</sup><sup>1</sup>九州大学病院 臨床教育研修センター、<sup>2</sup>福岡県済生会二日市病院 総合内科**N-003** 口唇の痺れや離人感で来院し Numb chin syndrome を呈していたマントル細胞リンパ腫の一例○牧野 紘幸<sup>1</sup>、山田 梨絵<sup>1</sup>、傍島 卓也<sup>1</sup>、村山 正憲<sup>1</sup>、永井 裕之<sup>2</sup>、李 心<sup>3</sup><sup>1</sup>松波総合病院 総合内科、<sup>2</sup>同 耳鼻咽喉科、<sup>3</sup>同 血液・腫瘍内科**N-004** 診断に苦慮した意識障害において、普段と異なる語呂合わせを用いて SLE と診断した一例○加藤 貴大<sup>1</sup>、岡本 良一<sup>2</sup>、松村 俊二<sup>2</sup>、河島 昌典<sup>2</sup>、妹尾 和憲<sup>2</sup>、佐藤 只空<sup>2</sup>、尾上 綾<sup>2</sup>、樺 雄太郎<sup>2</sup>、西宮 陸<sup>2</sup><sup>1</sup>広島大学病院 総合内科・総合診療科、<sup>2</sup>広島市立広島市民病院



- N-005** 食思不振を主訴に来院したエンペティ・セラ症候群による下垂体前葉機能低下症の1例  
○種田 裕斗、谷 英輝、前田 晃子、丹菊 眞理子、藤岡 圭、石塚 達夫  
岐阜市民病院 総合診療・リウマチ膠原病センター
- N-006** 散瞳から発症したフィッシャー症候群の一例  
○奈須 滉典<sup>1</sup>、杉田 陽一郎<sup>2</sup>、小松 千隼<sup>1</sup>、江原 淳<sup>1,3</sup>、平岡 英治<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科、<sup>2</sup>東京ベイ・浦安市川医療センター 神経内科、<sup>3</sup>東京ベイ・浦安市川医療センター 呼吸器内科
- N-007** 海外渡航のアスリートの自律神経機能に対する影響について：ウェアラブル心電計による心拍変動解析を用いて  
○三谷 健人<sup>1</sup>、塚田 弥生<sup>1</sup>、安武 正弘<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>日本医科大学 武蔵小杉病院、<sup>2</sup>日本医科大学付属病院救急・総合診療センター
- N-008** 当院で血液培養より検出されたESBL産生菌に対するセフメタゾールの有効性についての検討  
○呂 嘉誠<sup>1</sup>、西條 正二<sup>1</sup>、コンスタンティン シャディア<sup>1</sup>、宋 明哲<sup>1</sup>、加藤 翔也<sup>2</sup>、和田 直樹<sup>2</sup>、井本 整<sup>1</sup>、山田 達也<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>札幌徳洲会病院 プライマリセンター、<sup>2</sup>札幌徳洲会病院 細菌検査室
- N-009** 専門外来におけるCOVID-19罹患後症状の治療期間と精神神経症状の関連；単施設過去起点コホート研究  
○藤井 泰斗<sup>1,3</sup>、宮森 大輔<sup>1</sup>、松村 俊二<sup>2</sup>、岸川 暢介<sup>3</sup>、土井 まいこ<sup>1</sup>、菊地 由花<sup>1</sup>、池田 晃太郎<sup>1</sup>、重信 友宇也<sup>1</sup>、吉田 秀平<sup>1</sup>、山岡 直樹<sup>4</sup>、伊藤 公訓<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>広島大学病院 総合内科・総合診療科、<sup>2</sup>広島市立広島市民病院 総合診療科、<sup>3</sup>国家公務員共済組合連合会吉島病院 総合診療科、<sup>4</sup>国家公務員共済組合連合会吉島病院 呼吸器内科
- N-010** 新上五島町におけるANCA関連血管炎の早期診断に関する検討  
○若松 叡、平 光寿、中村 俊介、小田 真哉、山川 大介、一宮 邦訓  
長崎県上五島病院

## 第2会場（橘桜会館 2F 橘桜ホール）

### Society 5.0 セッション 1 (9:00 ~ 10:30)

#### 「AI（人工知能）を用いた咽頭診察の現状と展望」

座長：大塚 勇輝（岡山大学病院総合内科総合診療科）

- SO1-1** AI技術を用いた医療機器開発の現状と今後の展望  
○富岡 穰  
国立がん研究センター 東病院 医療機器開発推進部門 医療機器開発支援部
- SO1-2** 医師による現場課題からの起業、なぜAI医療機器の開発を選択したか  
○沖山 翔  
アイリス株式会社／日本赤十字社医療センター
- SO1-3** インフルエンザ診断に活用可能なAIモデルと咽頭カメラの開発  
○福田 芽森  
アイリス株式会社

**SO1-4** 咽頭画像研究会および多施設共同研究：AIを用いた咽頭画像診断ネクストステップ

○森 博威、内藤 俊夫  
順天堂大学 医学部 総合診療科学講座

**一般演題 1** (10:40 ~ 12:00)

## 「地域医療」

座長：石田 亮子（広島大学 大学院医系科学研究科 地域医療システム学講座）  
中里 未央（福岡青洲会病院）

**O-001** Microsoft teams を活用した、当院での訪問診療の運用についての報告

○安西 芳輝、中島 尊、松岡 智章、横山 昌平、柏野 崇、村上 晃一  
倉敷中央病院リバーサイド総合診療科

**O-002** 篠山コホート研究における歯周病菌の検出率の検討

○長澤 康行<sup>1</sup>、野村 良太<sup>2</sup>、服部 洋一<sup>3</sup>、白田 桃子<sup>2</sup>、亀谷 茉莉子<sup>2</sup>、秋友 達哉<sup>2</sup>、  
光畑 智恵子<sup>2</sup>、山崎 博充<sup>1</sup>、庄嶋 健作<sup>1</sup>、森 敬良<sup>4</sup>、楠 博<sup>5</sup>、岸本 裕充<sup>3</sup>、新村 健<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>兵庫医科大学 総合診療内科学、<sup>2</sup>広島大学小児歯科、<sup>3</sup>兵庫医科大学歯科口腔外科学、  
<sup>4</sup>尼崎医療生協本田診療所、<sup>5</sup>大阪歯科大学内科

**O-003** 総合診療医一人勤務のへき地無床診療所外来における整形外科診療の需要に関する報告

○穂元 崇<sup>1</sup>、小林 只<sup>1</sup>、米田 博輝<sup>2</sup>、平野 貴大<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>弘前大学医学部附属病院 総合診療部、  
<sup>2</sup>弘前大学大学院医学研究科 総合地域医療推進学講座、  
<sup>3</sup>弘前大学大学院医学研究科 総合診療医学講座

**O-004** 地域の療養病院の現状報告

○森本 浩太<sup>1</sup>、鈴木 洋通<sup>2</sup>、三村 卓<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>埼玉医科大学総合医療センター、<sup>2</sup>たむら記念病院

**O-005** 地域の療養病院の現状報告 2

○森本 浩太<sup>1</sup>、鈴木 洋通<sup>2</sup>、三村 卓<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>埼玉医科大学総合医療センター、<sup>2</sup>たむら記念病院

**O-006** 当院職員新型コロナ既感染率の推移から、現在の全国既感染率を推測する

○丸尾 英作、馬屋原 拓、片山 智博、新井 啓之、松浦 一義、永田 謙太郎、  
田口 菊久子  
神戸掖済会病院 救急科・総合診療科

**O-007** 地域の療養病院の COVID-19 によるクラスター報告

○鈴木 洋通、三村 卓、海津 初枝  
たむら記念病院

**O-008** 新型コロナウイルス感染症における沖縄県全体と久米島の流行波のピークの比較から得られた感染制御の pearl

○並木 宏文  
公益社団法人 地域医療振興協会 公立久米島病院

**O-009** 都市部診療所における COVID19 患者の変遷（2021 年 -2023 年）

○梅津 貴之、草島 邦夫  
北海道家庭医療学センター 栄町ファミリークリニック

**ランチセミナー 2** (12:10～13:10)

座長：内藤 俊夫 (順天堂大学 大学院医学研究科 総合診療科学)

- 松田 直人  
日本医科大学附属病院 総合診療科
- 森 博威  
順天堂大学医学部総合診療科学講座
- 魚住 栄雄  
株式会社ジョリーグッド

共催：株式会社ジョリーグッド

**東洋医学会共同企画** (13:20～14:50)**「麻黄湯から展開する「総合診療×漢方」—基礎研究から臨床まで—**座長：松田 隆秀 (聖マリアンナ医科大学総合診療内科)  
中永 士師明 (秋田大学医学部救急・集中治療医学講座)

- 鍋島 茂樹  
福岡大学総合診療科
- 吉永 亮  
飯塚病院東洋医学センター漢方診療科

**パネルディスカッション 2 (若手部会セッション 1)** (14:50～16:20)**「MKSAP19 を用いた知識 Update セッション」**座長：八重樫 牧人 (千葉西総合病院 内科)  
青木 のぞみ (順天堂大学医学部附属順天堂医院 総合診療科)  
松尾 裕一郎 (東京大学大学院医学系研究科 社会医学専攻 臨床疫学・経済学)

- 猪飼 浩樹  
中部ろうさい病院 リウマチ膠原病・腎感染症内科
- 本村 壮  
佐賀大学医学部附属病院 総合診療部
- 田丸 聡子  
練馬光が丘病院 総合救急診療科 総合診療部門
- 増田 卓也  
三井記念病院 総合内科・膠原病リウマチ内科
- 山本 興幸  
東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科
- 海老原 賢治  
東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科
- 奈須 滉典  
東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科
- 峯 優一郎  
順天堂大学附属順天堂医院 総合診療科
- 飯田 圭祐  
順天堂大学附属順天堂医院 総合診療科
- 林 杏奈  
順天堂大学附属順天堂医院 総合診療科

## 良質な診断ワーキンググループ (16:20～17:50)

### 「今のうちに知りたい、診断プロセスにおける生成 AI の使い方」

座長：鈴木 智晴（浦添総合病院 病院総合内科）

- 石塚 晃介  
横浜市立大学 総合診療医学
- 磯田 翔  
大阪医科薬科大学病院 総合診療科
- 川村 廉  
獨協医科大学 総合診療医学
- 久保崎 順子  
国立病院機構熊本医療センター 総合診療科
- 白石 達也  
東日本橋内科クリニック / Ubie 株式会社
- 原田 拓  
練馬光が丘病院 総合診療科
- 宮上 泰樹  
順天堂大学 総合診療科学講座
- 綿貫 聡  
地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター  
救急・総合診療科 / 医療安全対策室

## 第3会場（教育棟 3F 講義室3）

### 一般演題 2 (9:00～9:40)

#### 「腎臓」

座長：米田 真也（岩手県立胆沢病院 泌尿器科・総合診療科）

森 一郎（岐阜大学大学院医学系研究科 総合診療科・総合内科学）

#### **O-010** 未破裂脳動脈瘤合併の脳梗塞から ADPKD の合併を想起できなかった 1 例

- 渋谷 俊介、米田 真也、山田 誠人、小野瀬 剛生、菅野 恵也、森 信芳、柳谷 綾子、岡本 好生、半田 政志、千田 光一、勝又 宇一郎、郷右近 祐司  
岩手県立胆沢病院 総合診療科

#### **O-011** 病歴と画像検査から運動後腎不全の診断に至った 1 例

- 板垣 健介、塩川 絹恵、波平 郁美、知光 祐希、丸山 健伍、酒井 達也、立花 佑毅、笠 芳紀  
沖縄県立八重山病院 総合診療科

#### **O-012** 腎損傷を伴う多発外傷症例において保存的加療を選択し腎予後予測を行った一例

- 広川 岳彰、福島 豊実、竹中 信義、生方 晋史、久保 信也、高田 史門、安田 考志  
神戸百年記念病院

#### **O-013** 病院総合診療科が主治医となり多職種協議、患者との対話を重ね透析中止に至った末期癌患者の一例

- 高橋 早織<sup>1</sup>、池田 啓浩<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>永寿総合病院 総合診療内科、<sup>2</sup>同愛記念病院 総合診療科

**O-014** 長期透析患者の胸水を伴う不明熱を精査し尿毒症性胸膜炎の診断に至った一例○林 杏奈<sup>1</sup>、徐 淮琳<sup>1</sup>、飯田 圭祐<sup>2</sup>、浮島 翔<sup>2</sup>、渡邊 祐<sup>2</sup>、宮上 泰樹<sup>2</sup><sup>1</sup>順天堂大学医学部附属順天堂医院 臨床研修センター、<sup>2</sup>順天堂大学医学部総合診療科学講座**一般演題 3** (9:50 ~ 10:50)

## 「感染症・その他①」

座長：武岡 宏明（福岡大学医学部 医学教育推進講座）

八重樫 牧人（千葉西総合病院 内科）

**O-015** 非典型家族性地中海熱に片頭痛が合併した1例○渡邊 力也<sup>1</sup>、松田 琢磨<sup>2</sup>、宮崎 裕也<sup>2</sup>、泉谷 真季子<sup>2</sup>、毛利 有沙<sup>2</sup>、村上 拓<sup>1</sup>、  
山田 克己<sup>1</sup>、西山 勝人<sup>1</sup>、岸田 大<sup>3</sup>、原 賢太<sup>2</sup>、安友 佳朗<sup>1</sup><sup>1</sup>北播磨総合医療センター 総合内科・老年内科、<sup>2</sup>北播磨総合医療センター 糖尿病・内分泌内科、<sup>3</sup>信州大学医学部 脳神経内科・リウマチ膠原病内科**O-016** 血液培養パネルを用いて、経験学的治療から速やかに Definitive therapy へ移行出来た感染性心内膜炎の一例○生方 晋史、広川 岳彰、福島 豊実、竹中 信義、久保 信也、高田 史門、安田 考志  
神戸百年記念病院 総合診療科**O-017** 腸腰筋膿瘍から高齢発症関節リウマチに診断を改めた一例○田中 宏明、安本 有佑、本橋 健史、友田 義崇  
板橋中央総合病院 総合診療内科**O-018** IgG4 関連硬化性胆管炎との鑑別を要した好酸球性胆管炎の一例○千布 裕  
済生会唐津病院 内科**O-019** 入院当初急性胆管炎が疑われたが、詳細な病歴聴取から Weil 病の診断に至った1例○山田 智也<sup>1,2</sup>、河辺 拓<sup>1,2</sup>、佐藤 領太<sup>1,2</sup>、豊岡 達志<sup>1,2</sup>、安藤 諭<sup>1,2</sup>、大杉 泰弘<sup>2,3</sup>  
<sup>1</sup>藤田医科大学 岡崎医療センター 総合診療科、<sup>2</sup>藤田医科大学 総合診療プログラム、  
<sup>3</sup>藤田医科大学 連携地域医療学**O-020** 侵襲性クレブシエラ感染症の2例○加藤 智規<sup>1</sup>、田村 弘樹<sup>1</sup>、山本 大基<sup>1</sup>、林 寧<sup>1</sup>、森 隆浩<sup>1,5</sup>、亀崎 秀宏<sup>2</sup>、妹尾 純一<sup>2</sup>、  
内田 智彦<sup>3</sup>、島田 忠長<sup>4</sup>、大谷 俊介<sup>4</sup>、橋田 知明<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>東千葉メディカルセンター 総合診療科、<sup>2</sup>東千葉メディカルセンター 消化器内科、  
<sup>3</sup>東千葉メディカルセンター 脳神経内科、<sup>4</sup>東千葉メディカルセンター 救急科、  
<sup>5</sup>国際医療福祉大学成田病院 総合診療科**O-021** 眼内炎診療における病院総合医の役割○川口 満理奈<sup>1</sup>、大塚 勇輝<sup>1</sup>、副島 佳晃<sup>1</sup>、安藤 航<sup>1,3</sup>、高木 桃李<sup>1,3</sup>、大國 皓平<sup>1</sup>、  
長谷川 功<sup>1</sup>、本多 寛之<sup>1</sup>、萩谷 英大<sup>1,2</sup>、小比賀 美香子<sup>1</sup>、森田 哲郎<sup>4</sup>、森實 祐基<sup>4</sup>、  
大塚 文男<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>岡山大学病院 総合内科・総合診療科、<sup>2</sup>岡山大学病院 感染症内科、  
<sup>3</sup>岡山大学病院 卒後臨床研修センター、<sup>4</sup>岡山大学病院 眼科

## 一般演題 4 (11:00 ~ 12:00)

## 「感染症・その他②」

座長：下野 信行 (九州大学病院 総合診療科)

手塚 徹 (東京都立多摩南部地域病院 内視鏡科)

**O-022** 鼻頭部の皮疹が出現した後に無菌性髄膜炎を発症した一例○本村 壮<sup>1</sup>、山田 脩斗<sup>1</sup>、中村 仁彦<sup>1</sup>、徳島 緑<sup>2</sup>、平川 優香<sup>1</sup>、徳島 圭宜<sup>2</sup>、  
香月 尚子<sup>1</sup>、相原 秀俊<sup>1</sup>、山下 駿<sup>3</sup>、藤原 元嗣<sup>1</sup>、多胡 雅毅<sup>1</sup><sup>1</sup>佐賀大学 医学部附属病院 総合診療部、<sup>2</sup>佐賀大学 医学部附属病院 医師育成・定着支援センター、<sup>3</sup>佐賀大学 医学部 地域医療科学教育研究センター 医学教育開発部門**O-023** 細菌性肺炎の入院治療中に診断された術後性気脳症の1例

○石亀 知佳、小林 史典、鈴木 亮士、小野 嘉文、本城 聡

東京都立病院機構 東京都立多摩南部地域病院内科

**O-024** バイアスを意識することで早期治療に繋がった成人発症の単純ヘルペスウイルス初感染の一例

○江田 雅志

高知県立あき総合病院 内科

**O-025** 関節症状の乏しいリウマチ性髄膜炎の診断にエコー所見が有用であった一例○岩倉 伸昂<sup>1</sup>、眞部 建郎<sup>2</sup>、安場 遥香<sup>1</sup>、仲 郁子<sup>1</sup>、中澤 隆<sup>1</sup>、辻 喜久<sup>2</sup><sup>1</sup>大阪府済生会中津病院 膠原病内科、<sup>2</sup>滋賀医科大学医学部附属病院 総合診療科**O-026** 2年間の免疫抑制剤とステロイドによる治療で化膿性脊椎炎・重症呼吸器感染症をきたし死亡した一例○松田 伊織<sup>1</sup>、森田 一豊<sup>1</sup>、立川 夏生<sup>1</sup>、松田 卓也<sup>1</sup>、長門 利純<sup>2</sup><sup>1</sup>名寄市立総合病院 総合内科、<sup>2</sup>旭川医科大学 病理学講座免疫病理分野**O-027** 消化器症状を契機として診断に至ったレジオネラ肺炎の一例○釜木 信行、原田 和歌子、秋光 花、竹村 優李、天満 義人、佐川 俊介、田中 基樹、  
西河 求、延岡 悠樹、正木 龍太郎、藤城 泰磨、亀山 和也、衛藤 弘城

広島市立北部医療センター安佐市民病院

**O-028** 広範な感染病巣を認め、急激に循環・呼吸状態の増悪を来した Lemierre 症候群の一例○飯盛 月、渥美 裕太、上原 和幸、須崎 真、若栗 大朗、松田 直人、兵働 英也、  
小原 俊彦、高木 元、安武 正弘

日本医科大学付属病院 総合診療科

## 一般演題 5 (14:10 ~ 14:50)

## 「消化器①」

座長：原田 和歌子 (広島市立北部医療センター 安佐市民病院 総合診療科)

葦沢 龍人 (地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 消化器・内視鏡内科)

**O-029** 難治性腹水と繰り返すイレウスを呈した放射線性腸間膜炎の一例○小笹 宗一郎<sup>1</sup>、山梨 啓友<sup>1,2</sup>、赤羽目 翔悟<sup>1</sup>、福井 翔一<sup>1,3</sup>、濱田 航一郎<sup>1,4</sup>、平 篤<sup>1,4</sup>、  
上原 裕規<sup>1</sup>、増田 真吾<sup>1,2</sup>、杉本 尊史<sup>1,2</sup>、溝上 明成<sup>5</sup>、前田 隆浩<sup>1</sup><sup>1</sup>長崎大学病院 総合診療科、<sup>2</sup>長崎大学病院 感染症内科、<sup>3</sup>長崎大学病院 リウマチ・膠原病内科、<sup>4</sup>諫早総合病院 総合診療科、<sup>5</sup>諫早総合病院 リウマチ科

**O-030** しめ鯖の摂取から1週間後に生じたアニサキスによる遅発性アナフィラキシーの一例○吉田 美奈<sup>1</sup>、加藤 禎史<sup>1</sup>、鈴木 裕貴<sup>2</sup>、鍋島 茂樹<sup>2</sup><sup>1</sup>田川市立病院 総合診療科、<sup>2</sup>福岡大学病院 総合診療部**O-031** Pneumobilia と多発性肝膿瘍を合併した重症急性胆管炎の1例

○香西 光

社会福祉法人白十字会白十字総合病院 内科

**O-032** 原発性胆汁性胆管炎を合併した多腺性自己免疫症候群 (APS)3 型の1例—本邦報告例の臨床的検討も含めて—

○長見 晴彦、田原 英樹、瀬下 達之、佐藤 博、東 耕一郎

出雲徳洲会病院 総合診療科

**O-033** 大腸菌菌血症による頸椎化膿性脊椎炎、硬膜外膿瘍を契機に早期大腸癌を診断した一例

○工藤 道広、鉾立 春響、仲道 汐里、堀内 滋人、北川 泉、角田 隆文

湘南藤沢徳洲会病院 総合診療内科

**一般演題 6** (14:50 ~ 15:30)

## 「感染症・その他③」

座長：菊池 健太郎 (帝京大学医学部附属溝口病院第四内科)

豊田 一弘 (九州大学病院 グローバル感染症センター／総合診療科)

**O-034** 抗菌薬適正使用支援チーム活動がもたらす3つの Quality Indicator への影響○松本 健吾<sup>1</sup>、坂本 一貴<sup>1</sup>、村本 慎悟<sup>1</sup>、永田 邦昭<sup>2</sup>、津守 香里<sup>3</sup>、小山 耕太<sup>4</sup><sup>1</sup>くまもと県北病院 薬剤部、<sup>2</sup>くまもと県北病院 教育研修部、<sup>3</sup>くまもと県北病院 呼吸器内科、<sup>4</sup>くまもと県北病院 総合診療科**O-035** 不明熱診療にて遭遇した機能性高体温症とその臨床的特徴

○岡 浩介、徳増 一樹、萩谷 英大、大塚 文男

岡山大学病院 総合内科・総合診療科 / 感染症内科

**O-036** 血液培養実施の有無が抗菌薬治療に及ぼす影響についての調査○田中 義輝<sup>1,5</sup>、山本 晃裕<sup>3,5</sup>、伊藤 明日香<sup>4,5</sup>、伊奈 研次<sup>2,5</sup><sup>1</sup>新生会第一病院 薬剤科、<sup>2</sup>新生会第一病院 老年内科、<sup>3</sup>新生会第一病院 看護部、<sup>4</sup>新生会第一病院 臨床検査科、<sup>5</sup>新生会第一病院 AST**O-037** 急性感染性肺炎患者では痰が絡む咳の4割が湿性咳嗽ではない。

○松原 英俊

京都回生病院 総合内科

**O-038** 血清フェリチンの発熱疾患の診断への有用性

○不破 雅之、藤木 有依、宮田 愛士、立山 翔大、加藤 あや香、浅野 元尋、森 一郎、森田 浩之

岐阜大学 医学部附属病院 総合内科

## 一般演題 7 (15:30 ~ 16:30)

## 「血液・腫瘍①」

座長：鳥飼 圭人（聖マリアンナ医科大学 総合診療内科）  
小原 俊彦（日本医科大学多摩永山病院 総合診療科）

**O-039** VEXAS 症候群 2 症例の経過

○加藤 あや香<sup>1</sup>、藤木 有依<sup>1</sup>、宮田 愛士<sup>1</sup>、立山 翔大<sup>1</sup>、不破 雅之<sup>1</sup>、浅野 元尋<sup>1</sup>、森 一郎<sup>1</sup>、土田 奈緒美<sup>2,3,4</sup>、前田 彩花<sup>2</sup>、桐野 洋平<sup>2</sup>、森田 浩之<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>岐阜大学医学部附属病院 総合内科、<sup>2</sup>横浜市立大学大学院医学研究科幹細胞免疫制御内科学、<sup>3</sup>横浜市立大学大学院医学研究科遺伝学、<sup>4</sup>横浜市立大学附属病院難病ゲノム診断科

**O-040** 体重減少の原因として吸収不良症候群を疑い、小腸内視鏡検査で腸管型 T 細胞性リンパ腫の診断に至った症例

○日高 舜平、井上 奈津子、枝元 真人、早川 学、石井 義洋、山路 卓巳  
宮崎県立 宮崎病院 総合診療科 消化器内科

**O-041** 大網の生検で診断し得た特発性好酸球増多症候群の 1 例

○桑原 直孝<sup>1</sup>、山下 諒<sup>1</sup>、小林 孝史<sup>1</sup>、井村 峻暢<sup>1</sup>、高根 啓輔<sup>1</sup>、村瀬 樹太郎<sup>1</sup>、泉 祐介<sup>1</sup>、平本 淳<sup>1</sup>、吉田 博<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>東京慈恵会医科大学附属第三病院、<sup>2</sup>東京慈恵会医科大学附属柏病院

**O-042** 胸椎転移を伴う子宮原発悪性リンパ腫の 1 例

○パディアチィ プラベン<sup>1,2</sup>、坂入 みずき<sup>2</sup>、伊藤 有沙<sup>2</sup>、佐野 文昭<sup>1</sup>、高橋 雄一<sup>2</sup>、久能木 裕明<sup>1</sup>、小倉 加奈子<sup>1</sup>、伊藤 陽介<sup>1</sup>、田中 将<sup>1</sup>、福田 泰隆<sup>1</sup>、篠原 孝太<sup>1</sup>、松元 直美<sup>1,2</sup>、内藤 俊夫<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>順天堂大学 医学部附属練馬病院、<sup>2</sup>順天堂大学 医学部 総合診療科学講座

**O-043** 胸水貯留が初発症状であった IgA κ 型多発性骨髄腫の一例

○綾香 奈々<sup>1</sup>、高橋 広喜<sup>1</sup>、横道 弘直<sup>2</sup>、角田 浩<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>公立黒川病院 総合診療科、<sup>2</sup>公立黒川病院 内科

**O-044** 四肢の腫脹と関節症状を初発症状とした後天性血友病 A の 2 例

○川端 真里佐<sup>1,2</sup>、岳野 光洋<sup>1,2</sup>、塚田 弥生<sup>2</sup>、脇田 知志<sup>3</sup>、安武 正弘<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>日本医科大学武蔵小杉病院 リウマチ・膠原病内科、<sup>2</sup>日本医科大学武蔵小杉病院 総合診療科、<sup>3</sup>日本医科大学付属病院 血液内科、<sup>4</sup>日本医科大学付属病院 総合診療科

**O-045** ビタミン B12 欠乏による Pseudo-TTP (thrombotic thrombocytopenia purpura) を呈した一例

○北野 達郎、垣脇 文香、潮見 吉紀、米今 諒、上西 義則、藤中 加奈、中北 潤、中島 諒、羽角 貴之、藤田 涼介、八田 勇樹、中川 勝則、西村 信城、川島 浩正、松岡 秀俊、宮本 真紀子、松原 正樹、大野 史郎、吉本 清巳、西尾 健治  
奈良県立医科大学附属病院 総合診療科

## 一般演題 8 (16:30 ~ 17:30)

## 「血液・腫瘍②」

座長：兵働 英也（日本医科大学付属病院 総合診療科）  
下沖 収（岩手医科大学附属内丸メディカルセンター 総合診療科）

**O-046** ステロイドにより視床下部病変が一時的に消失した中枢神経原発悪性リンパ腫の一例

○鈴木 崇文、富山 周作、志水 太郎  
獨協医科大学病院 総合診療科



**O-047** 好酸球性肺炎との鑑別を要した血管免疫芽球性T細胞リンパ腫の1例

○塩島 寛太<sup>1</sup>、友田 義崇<sup>1</sup>、安並 毅<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>板橋中央総合病院 総合診療内科、<sup>2</sup>板橋中央総合病院 血液内科

**O-048** Edwardsiella tarda 菌血症後に後天性血友病Aを来した一例

○佐野 礼姫、篠田 拓真、富田 亮平、小松 玲菜、宮崎 浩司、小澤 秀樹  
 東海大学医学部附属八王子病院 総合診療学系 総合内科

**O-049** 腹水セルブロック組織診が診断に有用であったT細胞性悪性リンパ腫の1例

○中林 ヒカリ、酒井 大地、松崎 洸史、前原 玄昌、松本 佑慈、岡部 綾、太田 梓、  
 中村 啓二、山崎 奨、平峯 智、高山 耕治、池崎 裕昭、豊田 一弘、小川 栄一、  
 村田 昌之、下野 信行  
 九州大学 総合診療科

**O-050** 多発脳梗塞を合併しシクロスポリンが著効したTAFRO症候群の1例

○宮田 愛土、藤木 有依、立山 翔大、加藤 あや香、不破 雅之、浅野 元尋、森 一郎、  
 森田 浩之  
 岐阜大学 医学部 総合内科

**O-051** 腹膜がんとの鑑別を要した高度腹水、高CA125血症を伴う栄養障害の一例

○太田 依璃子、白幡 康弘  
 鶴岡市立荘内病院

**O-052** 糖尿病を基礎疾患とした巨大肝細胞癌の1例

○白幡 康弘、太田 依璃子  
 鶴岡市立荘内病院 外科

## 第4会場（教育棟 2F 講義室2）

## 一般演題9（9:00～9:50）

## 「アレルギー・膠原病」

座長：眞柴 晃一（宮崎県立宮崎病院 内科）  
 田村 耕成（博仁会第一病院 内科・総合診療科）

**O-053** 重度の食道潰瘍を呈した不全型ベーチェット病の1例

○相原 彩貴、酒井 加奈、藤井 泰斗、土井 まいこ、池田 晃太郎、重信 友宇也、原武 大介、  
 伊藤 公訓  
 広島大学病院 総合診療科

**O-054** 病初期より関節リウマチの臨床像も有したリウマチ性多発筋痛症の一例

○安藤 航<sup>1,2</sup>、大塚 勇輝<sup>2</sup>、副島 佳晃<sup>2</sup>、川口 満理奈<sup>2</sup>、大國 皓平<sup>2</sup>、本多 寛之<sup>2</sup>、  
 長谷川 功<sup>2</sup>、花山 宜久<sup>2</sup>、勝山 隆行<sup>3</sup>、大塚 文男<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>岡山大学病院 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>岡山大学病院 総合内科・総合診療科、  
<sup>3</sup>岡山大学病院 リウマチ・膠原病内科

**O-055** 長期経過観察中の好酸球増多に対し症状出現を契機にステロイド内服が奏功した一例

○田中 裕也<sup>1</sup>、住友 和弘<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>東北医科薬科大学病院、<sup>2</sup>東北医科薬科大学若林病院

- O-056** 60歳前後で発症し、72歳時に紅皮症で診断されたアトピー性皮膚炎の1例  
 ○杉崎 文香<sup>1</sup>、山賀 紗織<sup>1</sup>、尾崎 青芽<sup>1</sup>、矢部 正浩<sup>1</sup>、野本 優二<sup>2</sup>、鈴木 紗也佳<sup>3</sup>、  
 富山 勝弘<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>新潟市民病院 総合診療内科、<sup>2</sup>新潟市民病院 緩和ケア内科、<sup>3</sup>新潟市民病院 皮膚科
- O-057** 当初は加湿器肺と診断したが再入院により羽毛布団肺が疑われ環境整備により改善した過敏性肺炎の1例  
 ○谷江 智輝、篠澤 早瑛子、鎌田 勇樹  
 独立行政法人地域医療機能推進機構東京高輪病院 呼吸器内科
- O-058** シェーグレン症候群による Fanconi 症候群との鑑別を要し、腫瘍性骨軟化症が疑われた一例  
 ○中田 祐輔<sup>1</sup>、川原 順子<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>富山赤十字病院 研修センター、<sup>2</sup>富山赤十字病院 内科

## 一般演題 10 (10:00 ~ 10:50)

### 「神経」

座長：新村 健 (兵庫医科大学医学部 総合診療内科)

小松 史哉 (東邦大学医療センター大森病院 総合診療救急医学講座)

- O-059** 慢性頭痛患者の頭痛発作に伴い発症した脳梗塞  
 ○渡辺 亮、松本 修一  
 宇和島徳洲会病院
- O-060** 脊髄梗塞に起因した脊髄障害性疼痛症候群の患者にオキシコドンを投与することで疼痛の改善が得られた1例  
 ○須藤 一郎<sup>1</sup>、佐々木 陽平<sup>2</sup>、鈴木 賢二<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>町立奥出雲病院 外科・緩和ケア、<sup>2</sup>町立奥出雲病院 外科
- O-061** Stroke chameleon となった末梢性顔面神経麻痺で発症した橋梗塞の一例  
 ○五野 裕貴、吉野 雄大、坪井 謙  
 さいたま市民医療センター 内科
- O-062** スポーツ外傷を契機に急性硬膜下血腫を発症した、くも膜嚢胞の一例  
 ○吉田 圭希、吉田 圭希、吉田 圭希、鈴木 裕貴、鍋島 茂樹  
 福岡大学病院
- O-063** 特徴的な身体所見が診断に役立った神経原性腫瘍の一例  
 ○渡辺 由佳子<sup>1,2</sup>、高橋 朋宏<sup>1,3</sup>、佐藤 浩子<sup>1</sup>、柳川 天志<sup>4</sup>、平山 恭平<sup>1,5</sup>、金指 桜子<sup>1</sup>、  
 吉田 くに子<sup>1</sup>、堀口 昇男<sup>1</sup>、大山 良雄<sup>6</sup>、小和瀬 桂子<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>群馬大学医学部附属病院 総合診療科、<sup>2</sup>高崎総合医療センター、<sup>3</sup>高崎中央病院、  
<sup>4</sup>群馬大学医学部附属病院 整形外科、<sup>5</sup>中里診療所、<sup>6</sup>群馬大学大学院 保健学研究科 看護学
- O-064** 神経障害性疼痛治療における抑肝散への期待～幻肢痛に対する軽減効果を経験して  
 ○八巻 孝之  
 独立行政法人国立病院機構宮城病院

## 一般演題 11 (11:00 ~ 11:50)

## 「循環器」

座長：久岡 英彦 (順天堂大学医学部 総合診療科学講座)

宇野 嘉弘 (岐阜県総合医療センター 内科・総合診療科・リウマチ膠原病科)

**O-065** 下行大動脈血栓による一過性の上腸間膜動脈塞栓症が疑われた1例○土田 真史<sup>1</sup>、宮松 弥生<sup>1</sup>、中山 堯之<sup>1</sup>、二宮 隆仁<sup>1</sup>、藤井 健人<sup>1</sup>、海野 航平<sup>2</sup>、  
山崎 晃裕<sup>1</sup>、谷崎 隆太郎<sup>1</sup><sup>1</sup>市立伊勢総合病院 内科・総合診療科、<sup>2</sup>市立伊勢総合病院 循環器内科**O-066** 10年来繰り返す胸痛発作を呈した心室中部閉塞性肥大型心筋症の一例○富田 賢剛、佐々尾 航、阿部 昌彦  
北海道立羽幌病院 総合診療科**O-067** 巨大卵巣嚢腫に肺動脈血栓塞栓症を合併した若年女性の一例○清水 麻亜子、田中 宏明、桑野 将史、尾崎 美紀子、安本 有佑、本橋 健史、  
友田 義崇

IMS 医療法人社団明芳会 板橋中央総合病院

**O-068** 腹部手術歴のある患者の消化器症状精査の中で偶発的に発見された上腸間膜動脈静脈瘻の1例○金岡 祐樹<sup>1</sup>、仲西 雄大<sup>2</sup>、高橋 雄一<sup>2</sup>、佐野 文昭<sup>2</sup>、パディアチ プラベン<sup>2</sup>、  
清瀬 祐二<sup>2</sup>、松元 直美<sup>2</sup><sup>1</sup>順天堂大学医学部附属練馬病院 臨床研修センター、<sup>2</sup>順天堂大学医学部 総合診療科学講座**O-069** 子宮筋腫による鉄欠乏性貧血に肺血栓塞栓症を合併し、抗凝固療法と併せて GnRH アゴニストを投与した一例○後藤 初菜<sup>1</sup>、濱井 彩乃<sup>2</sup>、中島 浩一<sup>2</sup><sup>1</sup>亀田総合病院 卒後研修センター、<sup>2</sup>安房地域医療センター**O-070** Wide QRS tachycardia を呈したフレカイニド中毒の一例○斎藤 雅也<sup>1</sup>、飯田 慎一郎<sup>1,2</sup>、山本 啓二<sup>1,2</sup>、草野 武<sup>1</sup>、菅野 龍<sup>1,2</sup>、野口 哲<sup>1</sup>、  
中元 秀友<sup>1</sup>、神山 雄基<sup>1</sup>、小林 威仁<sup>1</sup>、宇野 天敬<sup>1</sup>、廣岡 伸隆<sup>3</sup><sup>1</sup>埼玉医科大学病院 総合診療内科、<sup>2</sup>埼玉医科大学病院 心臓内科、<sup>3</sup>埼玉医科大学病院 地域医療科

## 一般演題 12 (13:20 ~ 14:10)

## 「中毒①」

座長：藤原 元嗣 (佐賀大学医学部附属病院 総合診療部)

伊藤 敏文 (株式会社竹中工務店 大阪本店診療所)

**O-071** 意識障害で入院し意識回復後に遷延した症例○菅野 恵也、千田 光一、佐藤 岳久、小野瀬 剛生、柳谷 綾子、森 信芳、渋谷 俊介  
岩手県立胆沢病院**O-072** 嘔吐を主訴に来院し、著明な高カリウム血症を認め診断に難渋した一例○浮島 翔、小川 まゆ、新 翔太、宮上 泰樹、内藤 俊夫  
順天堂大学 医学部 総合診療科**O-073** セフトリアキソンが原因と考えられた、不明熱化した入院中の薬剤性弛張熱の一例○屋島 福太郎、鈴木 智晴、宮川 峻、三澤 麦・リチャード、石井 大太、那須 道高  
浦添総合病院 病院総合内科

**O-074** アセトアミノフェンが原因と考えられた急性汎発性発疹性膿胞症 (AGEP) の一例

○井上 奈津子<sup>1</sup>、日高 舜平<sup>1</sup>、枝元 真人<sup>1</sup>、早川 学<sup>1</sup>、石井 義洋<sup>1</sup>、中村 俊央<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>宮崎県立宮崎病院 総合診療科、<sup>2</sup>宮崎県立宮崎病院 皮膚科

**O-075** 演題取り下げ**O-076** 反応性低血糖が疑われた SGLT2 阻害薬による正常血糖ケトosis の一例

○松崎 洸史、中林 ヒカリ、酒井 大地、前原 玄昌、松本 佑慈、岡部 綾、太田 梓、  
 中村 啓二、山崎 奨、平峯 智、高山 耕治、池崎 裕昭、豊田 一弘、小川 栄一、  
 村田 昌之、下野 信行  
 九州大学病院 総合診療科

**一般演題 13** (14:20 ~ 15:10)

## 「中毒②」

座長：野口 和男 (青梅市立総合病院 総合内科)

青木 昭子 (東京医科大学八王子医療センターリウマチ科 新生病院内科)

**O-077** 意識障害と不随意運動で発症し臨床症状が治療指標となったリチウム中毒の一例

○秋光 花<sup>1</sup>、竹村 優李<sup>1</sup>、天満 義人<sup>1</sup>、佐川 俊介<sup>1</sup>、釜木 信行<sup>1</sup>、田中 基樹<sup>1</sup>、  
 西河 求<sup>1</sup>、正木 龍太郎<sup>1</sup>、藤城 泰磨<sup>1</sup>、亀山 和也<sup>1</sup>、衛藤 弘城<sup>1</sup>、原田 和歌子<sup>1</sup>、  
 笹田 将吾<sup>2</sup>、世良 昭彦<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>広島市立北部医療センター 安佐市民病院 総合診療科、  
<sup>2</sup>広島市立北部医療センター 安佐市民病院 麻酔・集中治療科

**O-078** 誤薬により生じた低血糖脳症の1例

○小田原 一哉  
 一般財団法人 永頼会 松山市民病院 救急科

**O-079** メトトレキサート (MTX) により著明な骨髄抑制を来した症例

○浮 健人、伊東 完、中島 英哉、小埜 智史、押田 樹羅、中川 俊一郎、福井 早矢人、  
 小林 大輝  
 東京医科大学病院 茨城医療センター 卒後臨床研修センター

**O-080** 滋陰降火湯が誘発した低カリウム血症により腎性尿崩症をきたした一例

○岩田 航右<sup>1</sup>、鈴木 智晴<sup>2</sup>、那須 道隆<sup>2</sup>、五十嵐 公一<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>浦添総合病院 救急集中治療部、<sup>2</sup>浦添総合病院 病院総合内科

**O-081** 急激な転機を辿った 2,4-ジクロロフェノキシ酢酸 (2,4-D) 中毒の一例

○知光 祐希、真喜志 依里佳、松本 一希、塩川 絹恵、波平 郁実、板垣 健介、大里 里子、  
 黒田 凌、藤原 雅和、丸山 健伍、立花 祐毅、笠 芳紀、酒井 達也  
 沖縄県立八重山病院 総合診療科

**O-082** 診断に苦慮し多彩な自律神経症状を呈した悪性症候群の一例

○藤田 泰功<sup>1</sup>、上田 拓司<sup>1</sup>、北川 怜<sup>1</sup>、石田 育大<sup>1</sup>、大北 弘幸<sup>1</sup>、さか本 喜雄<sup>2</sup>、  
 中村 幸子<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>兵庫県立加古川医療センター 総合内科、<sup>2</sup>兵庫県立加古川医療センター 消化器内科

## 一般演題 14 (15:20～16:00)

## 「その他①」

座長：香月 尚子 (佐賀大学医学部附属病院 総合診療部)

本城 聡 (東京都立病院機構 東京都立多摩南部地域病院 内科)

**O-083** 多発性骨髄腫を背景とした多発肋骨骨折によるフレイルチェストを呈し非侵襲的陽圧換気で救命し得た一例○枝元 真人<sup>1</sup>、早川 学<sup>1</sup>、石井 義洋<sup>1</sup>、仲池 隆史<sup>2</sup><sup>1</sup>県立宮崎病院 総合診療科、<sup>2</sup>県立宮崎病院 血液内科**O-084** 内臓逆位患者に生じた鈍的副腎外傷の一例○幅 雄一郎<sup>1,2</sup>、橋口 尚幸<sup>2</sup><sup>1</sup>順天堂大学 総合診療科学講座、<sup>2</sup>同 救急科**O-085** 餅による中枢気道閉塞に対して外科的気道確保を試みたが有効ではなかった一例

○永田 謙太郎、片山 智博、馬屋原 拓、新井 啓之、松浦 一義、丸尾 英作

神戸掖済会病院 救急科・総合診療科

**O-086** ふらつきを主訴に来院し右小脳梗塞の診断で入院となるも、後日左腸腰筋脱分化型肉腫の診断に至った一例○宮川 峻<sup>1,2</sup>、鈴木 智晴<sup>2</sup>、屋島 福太郎<sup>2</sup>、三澤 麦リチャード<sup>2</sup>、那須 道高<sup>2</sup><sup>1</sup>名瀬徳洲会病院 内科、<sup>2</sup>浦添総合病院 病院総合内科**O-087** 術後に生じた副腎不全の1例○松本 修一<sup>1</sup>、貞島 博通<sup>3</sup>、渡辺 亮<sup>1</sup>、梅本 寛司<sup>2</sup>、米満 候宏<sup>2</sup>、保坂 征司<sup>2</sup>、大久保 正一<sup>1</sup>、筋浦 立成<sup>1</sup><sup>1</sup>宇和島徳洲会病院 総合診療科、<sup>2</sup>鹿児島徳洲会病院 外科、<sup>3</sup>福岡徳洲会病院 総合診療科

## プログラムディレクターミーティング (PDM) (16:20～17:50)

司会：志水 太郎 (獨協医科大学病院 総合診療科)

内藤 俊夫 (順天堂大学医学部 総合診療科)

多胡 雅毅 (佐賀大学医学部附属病院 総合診療部)

## ePoster 会場「つつじ」(教育棟 2F 講義室 1)

## ePoster Presentation 1 (13:20～14:00)

**P-001** 稀な2種類の非結核性抗酸菌が起因菌となった化膿性脊椎炎の一例○藤城 泰磨、田中 基樹、延岡 悠樹、正木 龍太郎、亀山 和也、衛藤 弘城、  
原田 和歌子

広島市立 北部医療センター 安佐市民病院 総合診療科

**P-002** 臨床経過から腸腰筋膿瘍が疑われ、鑑別に苦慮した腸恥滑液包炎の一例○三澤 佑太郎、上田 聖、鬼久保 雄太、岩間 優、平川 貴規、樋口 直史、下村 暁、  
稲垣 剛志

国立研究開発機構 国立国際医療研究センター病院 総合診療科

**P-003** 眼症状を契機に神経梅毒を診断し得た初期梅毒の一例○大石 りか<sup>1</sup>、藤川 達也<sup>2</sup>、曾我部 由香<sup>3</sup>、横田 恭子<sup>4</sup><sup>1</sup>三豊総合病院 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>三豊総合病院 総合内科、<sup>3</sup>三豊総合病院 眼科、<sup>4</sup>香川大学医学部附属病院 感染症教育センター**P-004** 当院における *Chryseobacterium indologenes* 感染症 4 例の検討○清水 麻里奈<sup>1</sup>、西條 正二<sup>1</sup>、コンスタンティン シャディア<sup>1</sup>、宋 明哲<sup>1</sup>、井本 整<sup>1</sup>、  
山田 達也<sup>1</sup>、石川 航平<sup>2</sup>、竹之内 豪<sup>2</sup><sup>1</sup>札幌徳洲会病院 プライマリセンター、<sup>2</sup>札幌徳洲会病院 循環器科**P-005** 帯状疱疹治療中、意識障害を来し、アシクロビル脳症と診断した 1 例○山川 理毅<sup>1</sup>、久保田 尚子<sup>1</sup>、高見 恵利香<sup>1</sup>、西澤 雄貴<sup>1</sup>、松田 隼弥<sup>2</sup>、蛇澤 悠<sup>3</sup><sup>1</sup>東京都立駒込病院 総合診療科、<sup>2</sup>東京都立駒込病院 神経内科、<sup>3</sup>東京都立駒込病院 腎臓内科**P-006** 肝不全を合併した虫垂炎に起因する門脈血栓症の 1 例○和才 直樹<sup>1</sup>、鶴飼 康平<sup>1</sup>、豊川 英一郎<sup>1</sup>、小林 由布子<sup>1</sup>、田中 宏明<sup>1</sup>、鳴海 絢<sup>2</sup>、  
鈴木 淳一<sup>2</sup>、安本 有佑<sup>1</sup>、本橋 健史<sup>1</sup>、友田 義崇<sup>1</sup><sup>1</sup>板橋中央総合病院 総合診療内科、<sup>2</sup>板橋中央総合病院 外科

## ePoster 会場「たちばな」(橘桜会館 3F)

## ラウンドテーブル・ディスカッション 1 (10:00 ~ 11:30)

## 「病院総合診療医が悩む問題の Pros and Cons：病棟での「排尿困難」を考える」

座長：鈴木 智晴 (浦添総合病院 病院総合内科)

長崎 一哉 (水戸協同病院 総合診療科)

- 原田 拓  
練馬光が丘病院 総合診療科
- 宮上 泰樹  
順天堂大学医学部 総合診療科学講座
- 鈴木 森香  
仙台医療センター 総合診療科
- 本田 優希  
聖隷浜松病院 総合診療内科
- 松原 知康  
広島大学 脳神経内科
- 伊東 完  
東京医科大学 茨城医療センター 総合診療科
- 和足 孝之  
島根大学医学部附属病院 総合診療医センター

## ePoster Presentation 2 (13:20 ~ 14:00)

**P-007** 皮疹より広範囲に筋力低下を認めた下肢 Zoster Paresis の一例○酢谷 俊介<sup>1</sup>、杉田 陽一郎<sup>2</sup>、平岡 栄治<sup>1</sup><sup>1</sup>東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科、<sup>2</sup>東京ベイ・浦安市川医療センター 神経内科

**P-009** カンジダ血症を契機とした眼内炎、敗血症性脳塞栓の1例

○小嶋 智史、伊東 完、中島 英哉、押田 樹羅、中川 俊一郎、児玉 泰介、福井 早矢人、  
小林 大輝  
東京医科大学茨城医療センター

**P-010** 気腫性腎盂腎炎による敗血症性ショックに対して Single-J 尿管ステント留置が奏功して救命した1例

○安田 和人、杉本 和真、岡野 光真、山室 紘、山室 敢、合田 建、畑澤 圭子、森 健太、  
乙井 一典、坂口 一彦  
神戸大学医学部附属病院 総合内科

**P-011** 若年男性の非チフス性サルモネラ菌による尿路感染症の1例

○濱野 直樹<sup>1</sup>、本郷 舞依<sup>1</sup>、原田 侑典<sup>2</sup>、志水 太郎<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>宮城厚生協会 坂総合病院、<sup>2</sup>獨協医科大学病院 総合診療科

**P-012** 頸髄損傷患者の仙骨部褥創に続発した多発筋膿瘍に対しエコーガイド下ドレナージが有効だった1例

○古田 直毅、尾崎 文哉、杉原 拓実、竹崎 一皓、清水 雅之、山口 哲央、辻本 由美子、  
山中 英治、山野 博行  
若草第一病院

## ePoster 会場「さくら」(橘桜会館 B1)

## ワークショップ (若手部会セッション 5) (9:00 ~ 10:30)

## 「Beginner のための症例報告の書き方」

座長：山下 駿 (佐賀大学医学部 地域医療科学教育研究センター)  
石塚 晃介 (横浜市立大学総合診療医学)

- 兒島 裕樹  
杏林大学医学部附属病院
- 山本 幸近  
岡山大学病院/飯塚病院総合診療科
- 染小 英弘  
旭中央病院
- 峯 優一郎  
順天堂大学
- 宮上 泰樹  
順天堂大学医学部総合診療学講座

## ePoster Presentation 3 (13:20 ~ 14:00)

**P-013** むずむず脚症候群に対するグリチルリチン製剤内服中に偽性アルドステロン症を呈した1例

○栗山 裕平、皆川 駿、西池 央、鈴木 綾香、長崎 一哉  
筑波大学附属病院 水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 総合診療科

**P-014** めまいで発症し、その後意識障害を呈したカルバマゼピン中毒の一例

○小林 功樹<sup>1</sup>、中島 浩一<sup>1</sup>、安藤 崇之<sup>2</sup>、濱井 彩乃<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>安房地域医療センター 総合診療科、<sup>2</sup>慶應義塾大学医学部 総合診療教育センター

**P-015** 高齢認知症患者が塩化カルシウム誤飲により死亡に至った1例

○木田 風歌<sup>1</sup>、田中 進一郎<sup>2</sup>、劔持 喜之<sup>3</sup>

<sup>1</sup>勤医協中央病院 初期臨床研修医、<sup>2</sup>勤医協中央病院 麻酔科、<sup>3</sup>勤医協中央病院 呼吸器内科

**P-027** 発症から診断に至るまで5年を経過した腹痛の一例

○岡橋 知彦、池邊 孝、安場 雅高、加賀 慎一郎、廣橋 一裕

東住吉森本病院 救急・総合診療センター



# プログラム【第2日目】8月27日（日）

## 第1会場（教育棟 2F 講堂）

評議員会・総会（8:00～9:00）

理事長講演（9:00～9:30）

座長：安武 正弘（日本医科大学付属病院 救急・総合診療センター）

2023年度日本病院総合診療医学会の動向

○田妻 進

日本病院総合診療医学会理事長

パネルディスカッション3（9:30～11:00）

「病院総合診療医の成長と活躍のためにーメンバーシップアンケート調査より」

座長：田妻 進（日本病院総合診療医学会理事長／JR広島病院院長）

塚田（哲翁） 弥生（日本医科大学武蔵小杉病院 総合診療科）

パネリスト：内藤 俊夫（順天堂大学医学部 総合診療科）

片岡 仁美（京都大学医学教育・国際化推進センター）

飯野 奈津子（ジャーナリスト）

上原 孝紀（千葉大学大学院医学研究院診断推論学・医学部附属病院総合診療科）

青山 彩香（水戸協同病院）

PD3

病院総合診療医の成長と活躍のためには何が必要かーメンバーシップアンケート調査結果を踏まえてー

○米本 崇子<sup>1</sup>、塚田（哲翁） 弥生<sup>1</sup>、安武 正弘<sup>2</sup>

<sup>1</sup>日本医科大学武蔵小杉病院 総合診療科、<sup>2</sup>日本医科大学付属病院 総合診療科

Society 5.0 セッション2（若手部会セッション2）（11:00～12:00）

「若手医師のためのAI活用セッション（Chat GPT 関連）」

座長：長崎 一哉（筑波大学水戸地域医療教育センター総合病院 水戸協同病院総合診療科）

原田 拓（練馬光が丘病院 総合診療科）

臨床研究者のためのChatGPT活用術

○長崎 一哉

筑波大学水戸地域医療教育センター総合病院 水戸協同病院総合診療科

○原田 拓

練馬光が丘病院総合診療科

○高橋 雄一

順天堂大学 総合診療科

○関 隆実

都立広尾病院 病院総合診療科

8  
月  
27  
日

## ランチオンセミナー 3 (12:10～13:10)

座長：志水 太郎 (獨協医科大学 総合診療医学講座 主任教授)

### 医学教育に LINE を活用した成果と ChatGPT の可能性

- 森 博威  
順天堂大学 総合診療科学講座 准教授
- 野口 宏人  
メディカルローク 代表取締役

共催：メディカルローク株式会社

## Society 5.0 セッション 3 (13:30～15:00)

### 「VR の医学教育や臨床への活用に関する特別セッション」

座長：藤島 清太郎 (慶應義塾大学病院予防医療センター)  
伊藤 公訓 (広島大学病院)

#### **SO3-1** VR を用いた Off the Job Training の展開：わが国の救急診療のクオリティを保つために

- 横堀 将司<sup>1</sup>、三宅 のどか<sup>1</sup>、須賀 涼太郎<sup>1</sup>、草間 遼大<sup>1</sup>、溝渕 大騎<sup>1</sup>、塩村 玲子<sup>2</sup>、  
中田 淳<sup>2</sup>、増野 智彦<sup>2</sup>
- <sup>1</sup>日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野・日本医科大学救急医学教室、  
<sup>2</sup>日本医科大学付属病院 心臓血管集中治療科

#### **SO3-2** 在宅医療における VR (Virtual Reality) を活用した学習効果の探索

- 春田 淳志<sup>1,2</sup>
- <sup>1</sup>慶應義塾大学医学部医学教育統轄センター、<sup>2</sup>慶應義塾大学医学部総合診療教育センター

#### **SO3-3** 広島大学における Virtual Reality を活用した医学教育について

- 小林 知貴<sup>1</sup>、大森 慶太郎<sup>3</sup>、服部 稔<sup>5</sup>、佐伯 勇<sup>4</sup>、蓮沼 直子<sup>5</sup>、大毛 宏喜<sup>3</sup>、  
伊藤 公訓<sup>2</sup>
- <sup>1</sup>JCHO 九州病院 総合診療部・緩和ケア科、<sup>2</sup>広島大学病院 総合内科・総合診療科、  
<sup>3</sup>広島大学病院 感染症科、<sup>4</sup>広島大学病院 周産期母子センター、  
<sup>5</sup>広島大学医学部附属医学教育センター

#### **SO3-4** XR (VR/AR/MR) とメタバースによるホログラム手術支援・ロボット手術・遠隔医療

- 杉本 真樹  
帝京大学沖永総合研究所

## 日本病院総合診療医学会 学会賞 受賞講演 (15:10～15:50)

座長：田妻 進 (日本病院総合診療医学会理事長/JR広島病院)

### 西日本豪雨が高齢者の介護施設入所に与えた影響：介護レセプト等データベースを用いた縦断研究

- 宮森 大輔  
広島大学病院 総合内科・総合診療科

## 表彰式 (15:50～16:15)

## 閉会式 (16:20～16:30)

**Society 5.0 セッション 4** (8:30～9:30)

「Society 5.0 を活用して進める患者協働」

座長：安本 有佑（板橋中央総合病院 総合診療内科）  
栗原 健（名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部）

- オープニング ○安本 有佑  
板橋中央総合病院 総合診療内科
- 土屋 文人  
医薬品安全使用調査研究機構
- 小松 康宏  
板橋中央総合病院 総合診療内科
- 井上 恵子  
医療過誤原告の会
- クロージング ○栗原 健  
名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部

**JUGLER セッション 3** (9:30～11:00)

「Society 5.0 時代における総合診療医育成の Good Practice  
～モデル・コア・カリキュラム R4 改訂を受けて～」

座長：多胡 雅毅（佐賀大学医学部附属病院 総合診療部）  
鋪野 紀好（千葉大学医学部附属病院 総合診療科）  
ディスカッサント：志水 太郎（獨協医科大学 総合診療医学）  
佐々木 陽典（東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター）  
高橋 宏瑞（順天堂大学医学部 総合診療科）

**パネルディスカッション 4** (11:00～12:00)

「診療看護師（NP）2.0 ～各医療現場における医療サービスと診療看護師を融合させ、開かれるヘルスケア～」

座長：志水 太郎（獨協医科大学病院 総合診療科）  
久保 徳彦（国立病院機構 別府医療センター 総合診療科）  
オーガナイザー：福添 恵寿（川西市立総合医療センター）

**PD4-1** Society 5.0 における診療看護師（NP）の可能性

- 横山 淳美  
島根県立大学 看護栄養学部 看護学科

**PD4-2** 産婦人科プライマリケアにおける NP の医療提供 多職種協働で質の高いケア提供を考える

- 勘澤 晴美  
対馬病院

**PD4-3** 病院と地域をつなぐ診療看護師（NP）の役割について

- 原 光明  
特定医療法人 社団春日会 黒木記念病院

**PD4-4 急性期領域におけるタスクシフト—脳神経外科への診療看護師参入の効果—**

○片山 朋佳<sup>1,2</sup>、小松 文成<sup>1</sup>、大久保 麻衣<sup>1,2</sup>、佐々木 建人<sup>1</sup>、田中 里樹<sup>1</sup>、山田 康博<sup>1</sup>、  
田村 貴光<sup>1</sup>、加藤 庸子<sup>1</sup>

<sup>1</sup>藤田医科大学ばんだね病院 脳神経外科、<sup>2</sup>藤田医科大学病院 中央診療部 FNP 室

**PD4-5 地域療養者へ、診療看護師（NP）というヒトのチカラでなくては賄えない役割**

○樋口 秋緒

社会医療法人北農会恵み野訪問看護ステーション「はあと」

**PD4-6 集中治療領域の診療看護師（NP）による Patient Experience と Engagement**

○永谷 創石

練馬光が丘病院 総合救急診療科 / 集中治療部門

**ランチョンセミナー 4 (12:10～13:10)****「総合診療医が知っておくべき救急医療」**

座長：田妻 進（JR広島病院 病院長）

**急性腹症の UpDate**

○三原 弘

札幌医科大学 総合診療医学講座 准教授

**意識障害の網羅的かつ実践的な鑑別手順**

○上田 剛士

洛和会丸太町病院 救急・総合診療科 部長

**救急で診断しなければならない希少疾患 - 急性肝性ポルフィリン症 -**

○足立 智英

東京都済生会中央病院 総合診療内科部長・脳神経内科医長

共催：Alnylam Japan 株式会社

**Society 5.0 セッション 5（若手部会セッション 3）(13:20～14:50)****「指導医へのステップ：明日から使える Faculty Development****ICT・メタバースを活かす Society 5.0 の診療」**

座長：官澤 洋平（明石医療センター 総合内科）

宮上 泰樹（順天堂大学医学部 総合診療科学講座）

原田 拓（練馬光が丘病院 総合救急診療科 総合診療部門）

○猪俣 武範

順天堂大学医学部眼科学教室

## JUGLER セッション 4 (14:50～16:20)

### 「若手医師と臨床研究、論文執筆などのアカデミック活動について 議論するシンポジウム 臨床研究の未来を探る ―総合診療と Society 5.0―」

座長：多胡 雅毅（佐賀大学医学部附属病院 総合診療部）

鋪野 紀好（千葉大学医学部附属病院 総合診療科）

ディスカッサント：志水 太郎（獨協医科大学 総合診療医学）

高橋 宏瑞（順天堂大学医学部 総合診療科）

○佐々木 陽典

東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター

○織田 良正

社会医療法人祐愛会織田病院 総合診療科

○近藤 猛

名古屋大学医学部附属病院 総合診療科／名古屋大学医学部附属病院 卒後臨床研修・キャリア形成支援センター

## 第3会場（教育棟 3F 講義室3）

### 一般演題 15 (9:30～10:10)

#### 「その他②」

座長：三好 智子（岡山大学学術研究院医歯薬学域 くらしき総合診療医学教育講座）

山本 浩司（一般財団法人住友病院 総合診療科）

#### ○-088 両側下腿浮腫を主訴に受診した右副腎腺腫による ACTH 非依存性 Cushing 症候群

○増田 博<sup>1</sup>、鈴木 森香<sup>2</sup>、上野 孝之<sup>3</sup>、中川 孝<sup>2</sup>、今村 淳治<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>国立病院機構 仙台医療センター 臨床研修部、

<sup>2</sup>国立病院機構 仙台医療センター 総合診療科、

<sup>3</sup>国立病院機構 仙台医療センター 内分泌代謝内科、

<sup>4</sup>国立病院機構 仙台医療センター 感染症内科

#### ○-089 姉の尿検査異常を契機に診断されたシスチン尿症の姉妹例

○村山 佳那恵<sup>1</sup>、岩中 悠真<sup>2</sup>、渡邊 修一郎<sup>3</sup>、阿部 祥英<sup>4</sup>

<sup>1</sup>昭和大学 医学部 医学科 6 年生、<sup>2</sup>昭和大学 医学部 小児科学講座、<sup>3</sup>渡辺こどもクリニック、

<sup>4</sup>昭和大学江東豊洲病院 こどもセンター

#### ○-090 胎生期に羊水過多を認めた Apert 症候群の一女兒例

○伊東 ななみ<sup>1</sup>、高見堂 正太郎<sup>2</sup>、東 みなみ<sup>3</sup>、吉田 百合香<sup>4</sup>、木村 太郎<sup>4</sup>、及川 洸輔<sup>4</sup>、  
村川 哲郎<sup>4</sup>、城所 励太<sup>4</sup>、中野 有也<sup>4</sup>、阿部 祥英<sup>4</sup>

<sup>1</sup>昭和大学 医学部 医学科 5 年生、<sup>2</sup>医療法人産育会堀病院、<sup>3</sup>昭和大学医学部小児科学講座、

<sup>4</sup>昭和大学江東豊洲病院こどもセンター

#### ○-091 母子分離後に解熱した心因性発熱の一女子例

○金澤 建<sup>1</sup>、山下 恒聖<sup>2</sup>、大川 恵<sup>2</sup>、副島 賢和<sup>3</sup>、傍田 彩也子<sup>3</sup>、松橋 一彦<sup>1</sup>、  
阿部 祥英<sup>1</sup>、森 雅亮<sup>4</sup>

<sup>1</sup>昭和大学 江東豊洲病院 こどもセンター、<sup>2</sup>昭和大学 医学部 小児科学講座、

<sup>3</sup>昭和大学大学院 保健医療学研究科、

<sup>4</sup>聖マリアンナ医科大学 リウマチ・膠原病・アレルギー内科

**O-092** 屈折異常の早期発見にスポット™ビジョンスクリーナーが有用だった一幼児例○須郷 加奈子<sup>1</sup>、阿部 祥英<sup>2</sup>、川嶋 南子<sup>3</sup>、糸日谷 昭子<sup>3</sup>、平野 彩<sup>4</sup>、小菅 正太郎<sup>4</sup><sup>1</sup>昭和大学 江東豊洲病院、<sup>2</sup>昭和大学 江東豊洲病院 こどもセンター、<sup>3</sup>昭和大学 江東豊洲病院 医療技術室、<sup>4</sup>昭和大学 江東豊洲病院 眼科**一般演題 16** (10:10 ~ 10:50)

## 「その他③」

座長：八坂 貴宏（長崎県対馬病院 総合診療科）

松林 直（福岡徳洲会病院 心療内科・内分泌・糖尿病内科）

**O-093** 子供達の眼が危ない！小学生の疫学調査は近視の増加、低年齢化、重症化を明らかにした

○野末 富男

のぞえ小児科

**O-094** 寝たきり度を用いた院内転倒予測モデルの認知度別の集団での検討○島田 ひとみ<sup>1,2</sup>、平田 理紗<sup>1</sup>、香月 尚子<sup>1</sup>、徳島 緑<sup>1</sup>、中谷 英仁<sup>3</sup>、齋藤 千紘<sup>4</sup>、  
甘利 香織<sup>5</sup>、黒木 和哉<sup>6</sup>、織田 良正<sup>7</sup>、大野 每子<sup>8</sup>、鋪野 紀好<sup>9</sup>、吉村 麻里子<sup>10</sup>、  
中村 仁彦<sup>1</sup>、山下 駿<sup>1</sup>、徳島 圭宜<sup>1</sup>、平川 優香<sup>1</sup>、相原 秀俊<sup>1</sup>、藤原 元嗣<sup>1</sup>、  
多胡 雅毅<sup>1</sup><sup>1</sup>佐賀大学医学部附属病院 総合診療部、<sup>2</sup>医療法人長生会 島田病院、<sup>3</sup>静岡社会健康医学大学院大学 社会健康医学研究科、<sup>4</sup>地方独立行政法人 静岡県立病院機構 静岡県立総合病院 看護部、<sup>5</sup>地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 救急科、<sup>6</sup>NHO 嬉野医療センター 総合診療科、<sup>7</sup>社会医療法人祐愛会 織田病院 総合診療科、<sup>8</sup>唐津市民病院 きたはた、<sup>9</sup>千葉大学医学部附属病院 総合診療科、<sup>10</sup>佐賀大学医学部附属病院 医療安全管理室**O-095** 入院時のレンボレキサントの内服は院内転倒と関連しない—多施設後ろ向き研究○平田 理紗<sup>1</sup>、香月 尚子<sup>1</sup>、徳島 緑<sup>1</sup>、島田 ひとみ<sup>2</sup>、中谷 英仁<sup>3</sup>、齋藤 千紘<sup>4</sup>、  
甘利 香織<sup>5</sup>、黒木 和哉<sup>6</sup>、織田 良正<sup>7</sup>、大野 每子<sup>8</sup>、鋪野 紀好<sup>9</sup>、吉村 麻里子<sup>10</sup>、  
中村 仁彦<sup>1</sup>、山下 駿<sup>1</sup>、徳島 圭宜<sup>1</sup>、平川 優香<sup>1</sup>、相原 秀俊<sup>1</sup>、藤原 元嗣<sup>1</sup>、  
多胡 雅毅<sup>1</sup><sup>1</sup>佐賀大学医学部附属病院 総合診療部、<sup>2</sup>医療法人 長生会 島田病院、<sup>3</sup>静岡社会健康医学大学院大学 社会健康医学研究科、<sup>4</sup>地方独立行政法人静岡県立病院機構 静岡県立総合病院 看護部、<sup>5</sup>地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館 救急科、<sup>6</sup>NHO 嬉野医療センター 総合診療科、<sup>7</sup>社会医療法人 祐愛会 織田病院 総合診療科、<sup>8</sup>唐津市民病院きたはた、<sup>9</sup>千葉大学医学部附属病院 総合診療科、<sup>10</sup>佐賀大学医学部附属病院 医療安全管理室**O-096** 一般名処方小児患者の外来処方せんに対する疑義照会に与える影響○米澤 夏里<sup>1</sup>、江島 麗<sup>1</sup>、磯崎 遥<sup>1</sup>、阿部 祥英<sup>2</sup>、田中 克巳<sup>1</sup><sup>1</sup>昭和大学薬学部病院薬剤学講座、<sup>2</sup>昭和大学江東豊洲病院こどもセンター**O-097** 演題取り下げ

## 一般演題 17 (10:50 ~ 12:00)

### 「臨床研究」

座長：山田 徹（東京医科歯科大学 総合診療医学分野）

藤島 清太郎（慶應義塾大学医学部 予防医療センター）

#### **O-098** 日本病院総合診療医学会における女性の比率と学会発表

- 塩田 星児、宇都宮 理恵、後藤 亮、平林 礼奈、堀之内 登、土井 恵里、吉村 亮彦、  
山本 恭子、吉岩 あおい、宮崎 英士  
大分大学 医学部 総合診療・総合内科学講座

#### **O-099** 日本の病院総合医は何を重要視しているか？：非病院総合医との比較研究

- 宮上 泰樹<sup>1</sup>、志水 太郎<sup>2</sup>、小杉 俊介<sup>3</sup>、官澤 洋平<sup>4</sup>、長崎 一哉<sup>5</sup>、長野 広之<sup>6</sup>、  
山田 徹<sup>7</sup>、藤林 和俊<sup>1</sup>、Dishpande Gautam<sup>1</sup>、田妻 進<sup>8</sup>  
<sup>1</sup>順天堂大学 医学部 総合診療科、<sup>2</sup>獨協医科大学 総合診療医学・総合診療科、  
<sup>3</sup>飯塚病院 総合診療科、<sup>4</sup>明石医療センター 総合内科、<sup>5</sup>水戸協同病院 総合診療科、  
<sup>6</sup>京都大学 大学院医学研究科、<sup>7</sup>東京医科歯科大学 総合診療科、<sup>8</sup>JR 広島病院 院長

#### **O-100** ABC (Age, Bystander, Cardiogram) スコアによる病院到着前に自己心拍が再開しない患者の予後予測

- 上原 和幸<sup>1</sup>、田上 隆<sup>2</sup>、兵働 英也<sup>1</sup>、高木 元<sup>1</sup>、小原 俊彦<sup>1</sup>、安武 正弘<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>日本医科大学 総合医療・健康科学分野、<sup>2</sup>日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急センター

#### **O-101** 被爆高齢者とケアの断片化に繋がる複数科受診の関連：単施設後ろ向きコホート研究

- 吉田 秀平、宮森 大輔、菊地 由花、重信 友宇也、池田 晃大朗、伊藤 公訓  
広島大学病院 総合内科・総合診療科

#### **O-102** 人工知能による病院内転倒の検知プログラム研究：転倒検知プログラム改善の効果

- 松田 直人<sup>1</sup>、水落 こと子<sup>2</sup>、本間 久統<sup>2</sup>、水戸 泉<sup>2</sup>、丹治 由佳<sup>3</sup>、定清 奨<sup>3</sup>、  
高木 元<sup>1</sup>、寺田 康<sup>2</sup>、安武 正弘<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>日本医科大学 総合診療科、<sup>2</sup>庄内余目病院、<sup>3</sup>株式会社シーエーシー新規事業開発本部

#### **O-103** 原因不明の腹痛と急性肝性ポルフィリン症の診断に関する後方視的研究～中間報告～

- 多胡 雅毅<sup>1</sup>、佐々木 陽典<sup>2</sup>、香月 尚子<sup>1</sup>、平田 理紗<sup>1</sup>、相原 秀俊<sup>1</sup>、小松 史哉<sup>2</sup>、  
宇根 一暢<sup>3</sup>、宮上 泰樹<sup>4</sup>、鈴木 有大<sup>5</sup>、川村 廉<sup>5</sup>、武岡 宏明<sup>6</sup>、安岡 由佳<sup>7</sup>、  
奥 真也<sup>7</sup>、志水 太郎<sup>5</sup>、鍋島 茂樹<sup>6</sup>、内藤 俊夫<sup>4</sup>、田妻 進<sup>8</sup>  
<sup>1</sup>佐賀大学医学部附属病院、<sup>2</sup>東邦大学医療センター大森病院、  
<sup>3</sup>広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院、<sup>4</sup>順天堂大学、<sup>5</sup>獨協医科大学、<sup>6</sup>福岡大学、  
<sup>7</sup>Alnylam Japan 株式会社、<sup>8</sup>JR 広島病院

#### **O-104** 新技術 テンソル心電図の総合診療領域における臨床応用の可能性

- 塚田 (哲翁) 弥生<sup>1</sup>、岩崎 雄樹<sup>2</sup>、塚田 信吾<sup>3</sup>、安武 正弘<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>日本医科大学 武蔵小杉病院 総合診療科、<sup>2</sup>日本医科大学 付属病院 循環器内科、  
<sup>3</sup>NTT 物性科学基礎研究所、<sup>4</sup>日本医科大学 付属病院 総合診療科

#### **O-105** 大学病院総合診療科外来における推定糸球体濾過率 (eGFR) 高値症例の臨床的特徴に関する単施設での検討

- 佐々木 陽典  
東邦大学 医学部 総合診療・救急医学講座

## 一般演題 18 (13:30 ~ 14:00)

### 「消化器②」

座長：菅野 啓司 (広島大学病院 総合内科・総合診療科)  
島田 長人 (相模原中央病院 外科)

#### **O-106** 当院総合内科・総合診療科における後腹膜線維症 49 症例の特徴の検討

○花山 宜久<sup>1,2</sup>、安藤 美穂<sup>3</sup>、西村 義人<sup>3,5</sup>、徳増 一樹<sup>2</sup>、長谷川 功<sup>2</sup>、萩谷 英大<sup>2,4</sup>、  
大塚 文男<sup>2,4,6</sup>

<sup>1</sup>岡山大学学術研究院 医歯薬学域 岡山県北西部 (新見) 総合診療医講座、

<sup>2</sup>岡山大学病院 総合内科・総合診療科、

<sup>3</sup>岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 医歯薬学専攻 医学系講座 総合内科学分野、

<sup>4</sup>岡山大学病院 感染症内科、<sup>5</sup>ハワイ大学 内科、

<sup>6</sup>岡山大学学術研究院 医歯薬学域 総合内科学分野

#### **O-107** C 型慢性肝炎に対する経口抗ウイルス療法と肝関連・肝外合併症および死亡率の長期推移

○小川 栄一<sup>1</sup>、Chien Nicholas<sup>2</sup>、Kam Leslie<sup>2</sup>、Yeo Yee Hui<sup>3</sup>、Nguyen Mindie H.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>九州大学病院 総合診療科、<sup>2</sup>Stanford University Medical Center、

<sup>3</sup>Cedars-Sinai Medical Center

#### **O-108** 高齢者腸管気腫症 10 例の臨床的検討

○長見 晴彦、田原 英樹、瀬下 達之、佐藤 博  
出雲徳洲会病院 総合診療科

## 一般演題 19 (14:10 ~ 15:10)

### 「診断」

座長：佐藤 浩子 (群馬大学大学院医学系研究科 総合医療学)  
大平 善之 (聖マリアンナ医科大学 総合診療内科学)

#### **O-109** 診断推論における「早期閉鎖」のリスクがあった周期的な発熱の男子例

○林 あや乃<sup>1</sup>、豊田 純也<sup>2</sup>、松橋 一彦<sup>3</sup>、渡邊 修一郎<sup>3,4</sup>、阿部 祥英<sup>3</sup>

<sup>1</sup>昭和大学 医学部 5 年生、<sup>2</sup>昭和大学 医学部 小児科学講座、

<sup>3</sup>昭和大学江東豊洲病院こどもセンター、<sup>4</sup>渡辺こどもクリニック

#### **O-110** 一旦診断の早期閉鎖至ったが、頭部画像所見から診断の再想起が可能であった糖尿病性舞闘病の 1 例

○永井 玲於奈<sup>1</sup>、澤村 俊孝<sup>1</sup>、川原 寛之<sup>1</sup>、紺谷 智<sup>2</sup>、光田 幸彦<sup>3</sup>

<sup>1</sup>浅ノ川総合病院 内科、<sup>2</sup>浅ノ川総合病院 脳神経内科、<sup>3</sup>浅ノ川総合病院 脳神経外科

#### **O-111** 敗血症性ショック後に発熱が再燃し高フェリチン血症と感染症により発症したと考えられた成人スチル病の一例

○後藤 亮<sup>1</sup>、堀之内 登<sup>1</sup>、塩田 星児<sup>1</sup>、竹下 泰<sup>2</sup>、宮崎 英士<sup>1</sup>

<sup>1</sup>大分大学 医学部 総合診療・総合内科学講座、<sup>2</sup>津久見市医師会立 津久見中央病院

#### **O-112** 血栓性微小血管症をきたし当初診断に難渋した PM-Scl 抗体陽性となった筋炎・強皮症重複症候群の一例

○奈良井 大輝<sup>1</sup>、菅野 厚博<sup>2</sup>、田中 裕也<sup>1</sup>、松本 啓而<sup>2</sup>、佐藤 孔亮<sup>2</sup>、伊藤 豪仁<sup>3</sup>、  
上野 正道<sup>3</sup>、住友 和弘<sup>2</sup>

<sup>1</sup>東北医科薬科大学病院、<sup>2</sup>東北医科薬科大学 若林病院 総合診療科、

<sup>3</sup>東北医科薬科大学 若林病院 消化器内科



**O-113** 左上下肢麻痺で発症した視神経脊髄炎スペクトラムの1例

- 酒井 大地、山崎 奨、松本 佑慈、中林 ヒカリ、前原 玄昌、太田 梓、高山 耕治、  
村田 昌之、下野 信行  
九州大学病院総合診療科

**O-114** 手術中の体位固定具により発症した前皮神経絞扼症候群の一例

- 二宮 隆仁、宮松 弥生、中山 堯之、藤井 健人、土田 真史、山崎 晃裕、  
谷崎 隆太郎  
市立伊勢総合病院 内科・総合診療科

**O-115** 皮膚病変を伴わず炎症反応高値を契機に SAPHO 症候群の診断に至った一例

- 関口 大樹、山田 徹、黒木 平、石田 哲久、鶴若 莉央、大内 修司、篠原 孝宏、馬淵 卓、  
木村 琢磨、橋本 正良  
東京医科歯科大学病院 総合診療科

**パネルディスカッション5** (15:20～16:20)

## 「質改善・患者安全

## 院内急変って予防できるの!? あなたの認識が180°変わる患者安全」

座長：綿貫 聡（東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター  
救急・総合診療科/医療安全対策室）  
井村 洋（飯塚病院 総合診療科）

- 小坂 鎮太郎  
東京都立病院機構東京都立広尾病院 病院総合診療科
- 安本 有佑  
板橋中央総合病院 総合診療内科
- 栗原 健  
名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部
- 上原 孝紀  
千葉大学大学院医学研究院診断推論学・医学部附属病院総合診療科
- 小田 浩之  
飯塚病院 総合診療科
- 長谷川 雄一  
飯塚病院 感染症科
- 畑 拓磨  
県北医療センター高萩協同病院 総合診療科
- 稲垣 剛志  
国立国際医療研究センター病院 総合診療科
- 阪間 智哉  
JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 総合診療科
- 齊藤 琢真  
東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター 救急・総合診療科
- 川幡 翔太郎  
東京北医療センター 総合診療科
- 山田 智也  
藤田医科大学岡崎医療センター
- 西村 涼  
藤田医科大学総合診療プログラム

一般演題 20 (9:30 ~ 10:10)

「鍼灸」

座長：長谷川 修（横浜市立大学）

中道 聖子（長崎大学 保健センター／総合診療科）

**O-116** 謎の症状の起源に迫れ！ 新たな臓器「ファッシア」と関連症状、鍼灸治療の可能性

○増田 卓也<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>三井記念病院 総合内科・膠原病リウマチ科、<sup>2</sup>東邦大学医療センター大森病院 東洋医学科

**O-117** ファシア疼痛症候群（Fascial Pain Syndrome: FPS）から見える、東西医学の交点

○須田 万勢

諏訪中央病院 リウマチ膠原病内科

**O-119** 経絡と、その運用の実際—ファシアとの類似点と相違点—

○竹下 有

清明院 院長, (一社) 北辰会 学術副部長

**O-118** ファシアが変えた鍼灸のメカニズム

○建部 陽嗣

量子科学技術研究開発機構脳機能イメージング研究部

一般演題 21 (10:20 ~ 11:20)

「COVID-19 ①」

座長：乾 啓洋（順天堂大学医学部 総合診療科学講座）

内田 叔宏（医療法人財団 健貢会 総合東京病院 総合診療科）

**O-121** COVID-19 罹患を契機に発症したリウマチ性多発筋痛症の一例

○高木 桃李<sup>1,2</sup>、大塚 勇輝<sup>2</sup>、副島 佳晃<sup>2</sup>、川口 満理奈<sup>2</sup>、大國 皓平<sup>2</sup>、徳増 一樹<sup>2</sup>、  
長谷川 功<sup>2</sup>、本多 寛之<sup>2</sup>、大塚 文男<sup>2</sup>

<sup>1</sup>岡山大学病院 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>岡山大学病院 総合内科・総合診療科

**O-122** COVID-19 に対する mRNA ワクチン接種後に症状出現し悪性リンパ種と診断された2例

○小野瀬 剛生<sup>1</sup>、渋谷 俊介<sup>1</sup>、菅野 恵也<sup>1</sup>、岡本 好生<sup>1</sup>、柳谷 綾子<sup>1</sup>、森 信芳<sup>1</sup>、  
米田 信也<sup>1</sup>、山田 誠人<sup>1</sup>、半田 政志<sup>1</sup>、勝又 宇一郎<sup>1</sup>、吉田 こず恵<sup>2</sup>、柳川 直樹<sup>3</sup>

<sup>1</sup>岩手県立胆沢病院 総合診療科、<sup>2</sup>岩手県立胆沢病院 血液内科、<sup>3</sup>岩手医科大学 病理診断科

**O-123** COVID-19 感染を契機に高血圧クリーゼを発症した褐色細胞腫の一例

○丸山 健伍、波平 郁実、真喜志 依里佳、松本 一希、塩川 絹恵、知光 祐希、板垣 健介、  
大里 里子、黒田 凌、藤原 雅和、立花 祐毅、笠 芳紀、酒井 達也

沖縄県立八重山病院 総合診療科

**O-124** 長期に psot COVID-19 condition と診断されていたバセドウ病の1例

○澤村 俊孝<sup>1,2</sup>、川原 寛之<sup>1</sup>、大森 亜衣<sup>1</sup>

<sup>1</sup>浅ノ川総合病院 内科、<sup>2</sup>浅ノ川総合病院 感染対策室

**O-125 COVID-19 を契機に発症し、器質的疾患との鑑別を要した統合失調症の一例**○石井 昌嗣<sup>1</sup>、渡邊 顕弘<sup>2</sup>、井上 潤一<sup>2</sup>、川端 真理佐<sup>3,4</sup>、塚田 弥生<sup>4</sup>、安武 正弘<sup>5</sup><sup>1</sup>日本医科大学 武蔵小杉病院 初期臨床研修医、<sup>2</sup>日本医科大学 武蔵小杉病院 救命救急科、<sup>3</sup>日本医科大学 武蔵小杉病院 リウマチ・膠原病内科、<sup>4</sup>日本医科大学 武蔵小杉病院 総合診療科、<sup>5</sup>日本医科大学 付属病院 総合診療科**O-126 SARS-CoV-2 感染後に発症し、治療に難渋した十二指腸潰瘍穿孔の一例**○太田 嶺人<sup>1,2</sup>、神波 力也<sup>1,2</sup>、島田 哲<sup>1</sup>、川島 和樹<sup>1,3</sup>、古謝 進<sup>4</sup>、高島 恭介<sup>4</sup>、  
佐藤 明裕<sup>5</sup>、小松 誠司<sup>6</sup>、並木 健二<sup>1,2</sup><sup>1</sup>大崎市民病院 総合診療科、<sup>2</sup>大崎市民病院 外科、<sup>3</sup>大崎市民病院 臨床検査科、<sup>4</sup>大崎市民病院 鹿島台分院 総合診療科、<sup>5</sup>大崎市民病院 鳴子温泉分院 総合診療科、<sup>6</sup>大崎市民病院 岩出山分院 総合診療科**O-127 副腎皮質ホルモン・抗ヒスタミン配合錠長期内服者が COVID-19 罹患を契機に副腎不全を呈した一例**○森 拓郎<sup>1</sup>、中本 健太<sup>2</sup>、藤川 達也<sup>2</sup><sup>1</sup>三豊総合病院 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>三豊総合病院 総合内科**一般演題 22 (11:20 ~ 12:00)****「COVID-19 ②」**

座長：奈良 正之（国立病院機構あきた病院 内科）

加地 正英（函館五稜郭病院 総合診療科）

**O-128 MOCA-J を用いた COVID-19 罹患後症状のブレインフォグの臨床的特徴の解明**○長谷川 徹<sup>1</sup>、大塚 勇輝<sup>1</sup>、櫻田 泰江<sup>1</sup>、徳増 一樹<sup>1</sup>、砂田 匠彦<sup>1</sup>、小西 隆之<sup>2</sup>、中野 靖浩<sup>1</sup>、本多 寛之<sup>1</sup>、萩谷 英大<sup>1</sup>、小比賀 美香子<sup>1</sup>、植田 圭吾<sup>1</sup>、大塚 文男<sup>1</sup><sup>1</sup>岡山大学病院 総合内科・総合診療科、<sup>2</sup>岡山大学病院 総合リハビリテーション部**O-129 就学患者の COVID-19 罹患後症状とその社会的影響**○櫻田 泰江、大塚 勇輝、徳増 一樹、砂田 匠彦、本多 寛之、中野 靖浩、松田 祐依、  
萩谷 英大、植田 圭吾、大塚 文男

岡山大学病院 総合内科・総合診療科

**O-130 COVID-19 が肺癌診療に与えた影響：広島県癌登録レジストリを用いた大規模研究**

○宮森 大輔、吉田 秀平、池田 晃太郎、菊地 由花、重信 友宇也、伊藤 公訓

広島大学病院 総合内科 総合診療科

**O-131 Covid-19 流行時の予防、診療、感染制御に貢献する病院総合診療医～全国 97 の総合診療部門の解析**○香月 尚子<sup>1</sup>、多胡 雅毅<sup>1</sup>、平田 理紗<sup>1</sup>、大塚 勇輝<sup>2</sup>、志水 太郎<sup>3</sup>、佐々木 陽典<sup>4</sup>、  
鋪野 紀好<sup>5</sup>、和足 孝之<sup>6</sup>、高橋 宏瑞<sup>7</sup>、宇根 一暢<sup>8</sup>、内藤 俊夫<sup>7</sup>、大塚 文男<sup>2</sup>、  
田妻 進<sup>8,9</sup><sup>1</sup>佐賀大学 医学部 附属病院、<sup>2</sup>岡山大学、<sup>3</sup>獨協医科大学、<sup>4</sup>東邦大学 医療センター 大森病院、<sup>5</sup>千葉大学、<sup>6</sup>島根大学 総合診療医センター、<sup>7</sup>順天堂大学、<sup>8</sup>JA 尾道総合病院、<sup>9</sup>JR 広島病院

一般演題 23 (14:00 ~ 15:00)

「感染症・その他④」

座長：山崎 晃裕 (市立伊勢総合病院 内科)

佐野 文昭 (順天堂大学練馬病院 総合診療科)

**O-132** 眼内炎と化膿性脊椎炎を合併した過粘稠性 *Klebsiella pneumoniae* による侵襲性肝膿瘍症候群の1例

○菅原 留美<sup>1</sup>、今井 優花<sup>1</sup>、今 元季<sup>1</sup>、山内 健太郎<sup>1</sup>、鈴木 森香<sup>1</sup>、今村 淳治<sup>1,2</sup>、  
中川 孝<sup>1</sup>

<sup>1</sup>国立病院機構仙台医療センター 総合診療科、<sup>2</sup>国立病院機構仙台医療センター 感染症内科

**O-133** 吐血を認めたインフルエンザ A 型の一男児例

○直江 千佳子<sup>1</sup>、阿部 祥英<sup>2</sup>、山本 和也<sup>2</sup>、伊田 夏海<sup>2</sup>、三輪 善之<sup>1</sup>、金澤 建<sup>2</sup>、  
松橋 一彦<sup>2</sup>

<sup>1</sup>昭和大学 医学部 小児科学講座、<sup>2</sup>昭和大学江東豊洲病院こどもセンター

**O-134** 不明熱を主訴に来院し診断に難渋した粟粒結核の1例

○佐藤 真結<sup>1</sup>、高田 賢<sup>1</sup>、松田 直人<sup>2</sup>、高木 元<sup>2</sup>、安武 正弘<sup>2</sup>

<sup>1</sup>日本医科大学 医学部 医学科、<sup>2</sup>日本医科大学付属病院救急・総合診療センター

**O-135** 糖尿病足壊疽の下肢切断術後に、短期間に多数の合併症を発症した未治療 2 型糖尿病の1例

○根岸 智園<sup>1</sup>、佐藤 達哉<sup>2</sup>、辻 大興<sup>3</sup>、中村 真<sup>4</sup>、田口 裕祐<sup>1</sup>、小笠原 純子<sup>1</sup>、  
根東 祐次<sup>1</sup>、大橋 克彦<sup>1</sup>、山岡 彩香<sup>1</sup>、館野 佑樹<sup>3</sup>、瀬戸口 雅彦<sup>4</sup>、西浦 高志<sup>3</sup>、  
鈴木 建則<sup>4</sup>、畑地 健一郎<sup>3</sup>、本城 聡<sup>1</sup>

<sup>1</sup>東京都立病院機構 東京都立多摩南部地域病院内科、

<sup>2</sup>東京都立病院機構 東京都立多摩南部地域病院整形外科、

<sup>3</sup>東京都立病院機構 東京都立多摩南部地域病院外科、

<sup>4</sup>東京都立病院機構 東京都立多摩南部地域病院循環器内科

**O-136** 切迫早産による入院を境に発作の頻度が増加し、家族性地中海熱 (FMF) の診断に至った一例

○岡田 英之<sup>1</sup>、阪下 達哉<sup>2</sup>、飯田 沙織<sup>1</sup>、宇野 嘉弘<sup>1</sup>、飯田 真美<sup>1</sup>

<sup>1</sup>岐阜県総合医療センター 総合診療科・リウマチ膠原病科、<sup>2</sup>岐阜県総合医療センター 小児科

**O-137** ウレアーゼ産生菌による尿路感染+尿閉により高アンモニア血症に至り、意識障害を来した一例

○中神 太志

吹田徳洲会病院

**O-138** 意識障害を主訴に救急搬送されたウレアーゼ産生菌による尿路感染症の一例

○堤 丈士<sup>1</sup>、門野 真由子<sup>1</sup>、小間 淳平<sup>1</sup>、飯尾 卓哉<sup>1</sup>、中埜 幸治<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>京都山城総合医療センター 糖尿病代謝内科 生活習慣病内科、<sup>2</sup>相馬病院 内科

一般演題 24 (15:00 ~ 15:40)

「教育・指導①」

座長：片岡 仁美 (京都大学 医学教育・国際化推進センター)

樋本 尚志 (香川県立保健医療大学)

**O-139** BE A WORLD OF GOOD — University of Washington における Hospital Medicine 留学—

○青山 彩香

水戸協同病院

**O-140** 演題取り下げ**O-141** 生きづらさの処方箋：出張型依存症治療チームが一般病院の依存症治療にもたらす効果

○小澤 秀浩<sup>1</sup>、松本 朋弘<sup>1</sup>、塚越 拓美<sup>2</sup>、安藤 睦<sup>2</sup>、石原 里沙<sup>2</sup>、水野 有紀<sup>2</sup>、  
常岡 俊昭<sup>2</sup>、仲井 盛<sup>1</sup>

<sup>1</sup>練馬光が丘病院 救急総合診療科、<sup>2</sup>昭和大学附属烏山病院

**O-142** 様々な病態に対応した新たなる CV ポート埋設法の考案と Society 5.0 時代へ向けた VR 手術指導の意義について

○岸 宗佑、野村 友祐、小泉 忠史、川畑 修平、山本 浩、津谷 亮佑、工藤 大樹、  
西園 一郎、二川 憲昭、丹野 誠志

イムス札幌消化器中央総合病院 消化器内科 VAD センター

**O-143** 救急入院の積極的な担い手となる総合診療部門の設立 当院総合診療センターの運営について

○神尾 学、中山 洋平、木戸 礼乃、伊藤 慶、斎藤 隆弘、辻 大河、横溝 真央人、  
福味 禎子、本多 英喜、岩澤 孝昌、日高 佑紀、山田 大地、鶴井 亮扶、上田 哲匠、  
清雲 聡子、畑 貴美子

横須賀市立うわまち病院 総合診療センター

**一般演題 25** (15:40 ~ 16:20)

## 「教育・指導②」

座長：中川 麗 (JR札幌病院 プライマル科)

長田 薫 (武蔵野赤十字病院 総合診療科)

**O-144** 差異に着目した地域医療教育のデザインとその実践報告

○神野 敦<sup>1</sup>、佐藤 健太<sup>2,3</sup>、風間 友江<sup>1</sup>、野村 和史<sup>1</sup>、三原 弘<sup>1</sup>、杉原 伸明<sup>3</sup>、  
中川 貴史<sup>4</sup>、真部 建郎<sup>5</sup>、市来 智子<sup>5</sup>、辻 喜久<sup>1,2,5</sup>

<sup>1</sup>札幌医科大学 総合診療医学講座、<sup>2</sup>札幌医科大学 南檜山地域医療教育学講座、

<sup>3</sup>北海道立江差病院 総合診療科、<sup>4</sup>北海道家庭医療学センター 栄町ファミリークリニック、

<sup>5</sup>滋賀医科大学 総合診療学講座

**O-145** 睡眠薬の適正使用を推進するための取り組み

○村中 徹人<sup>1</sup>、戸田 喜子<sup>1</sup>、豊島 魁<sup>1</sup>、中島 克磨<sup>1</sup>、横山 大輔<sup>1</sup>、瀧新 悠之介<sup>1</sup>、  
大塚 勇太郎<sup>2</sup>、植村 和平<sup>2</sup>、國枝 保幸<sup>1</sup>

<sup>1</sup>市立稚内病院 内科、<sup>2</sup>市立稚内病院 総合診療科

**O-146** 内科医 3 名から 16 名へ ～地域密着型病院として再生する市立大町総合病院 10 年間の軌跡～

○関口 健二

信州大学医学部附属病院 総合診療科

**O-147** 内科領域における多職種連携の推進：看護師特定行為実践者による内科病棟管理領域のパッケージ研修の提案

○佐藤 美紀<sup>1</sup>、永谷 創石<sup>2</sup>、月坂 裕里加<sup>1</sup>、宿谷 謙太<sup>1</sup>、原田 拓<sup>1</sup>、仲井 盛<sup>1</sup>

<sup>1</sup>練馬光が丘病院 総合救急診療科 総合診療部門、

<sup>2</sup>練馬光が丘病院 総合救急診療科 集中治療部門

**O-148** 施設看護スタッフと医師の連絡手段としてグループチャットを導入したことによる変化について

○平賀 円  
阿蘇医療センター 内科

## ePoster 会場「つつじ」(教育棟 2F 講義室 1)

### ePoster Presentation 4 (13:20 ~ 14:00)

**P-016** 測定不能の高CI血症を呈した慢性ブロム中毒の一例

○牧尾 雄介、中西 俊就、山里 一志、原田 拓、仲井 盛  
練馬光が丘病院 総合診療科

**P-017** 人工呼吸器管理を要した重篤なガラントミン急性中毒の一例

○鈴木 彩日、馬屋原 拓、片山 智博、新井 啓之、松浦 一義、永田 謙太郎、  
丸尾 英作  
神戸掖済会病院

**P-018** 回盲部大腸腺腫が侵入門戸と考えられた Clostridium septicum による感染性大動脈瘤の1例

○小西 祥平<sup>1</sup>、岩本 佳隆<sup>1</sup>、岡本 啓典<sup>1</sup>、服部 瑞穂<sup>1</sup>、竹山 貴久<sup>1</sup>、齋藤 崇<sup>2</sup>、  
光宗 真佑<sup>3</sup>、古立 真一<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>国立病院機構 岡山医療センター 総合診療科、  
<sup>2</sup>国立病院機構 岡山医療センター 感染症内科、<sup>3</sup>国立病院機構 岡山医療センター 消化器内科

**P-019** 免疫抑制のない成人発症播種性水痘带状疱疹ウイルス感染症の1例

○大谷 瑠果、宮上 泰樹、古坂 隆幸、峯 優一郎、飯塚 岳人、内藤 俊夫  
順天堂大学 医学部 総合診療科

**P-020** 劇症型A群溶連菌による壊死性筋膜炎、敗血症性ショックに対してVA-ECMOを導入し救命できた一例

○岩淵 愛央<sup>1</sup>、鳥越 大史<sup>1</sup>、岩本 佳隆<sup>1</sup>、岡本 啓典<sup>1</sup>、服部 瑞穂<sup>1</sup>、竹山 貴久<sup>1</sup>、  
齋藤 崇<sup>2</sup>、横尾 賢<sup>3</sup>、福田 能丈<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>岡山医療センター 総合診療科、<sup>2</sup>同 感染症内科、<sup>3</sup>同 整形外科、<sup>4</sup>同 循環器内科

**P-021** 褥瘡を伴う胸髄損傷患者に発症した腰部化膿性脊椎炎の1例

○森田 悟<sup>1,2</sup>、加藤 篤之<sup>2</sup>、須山 敦仁<sup>2</sup>、佐藤 啓介<sup>2</sup>、佐住 洋祐<sup>2</sup>、大塚 勇輝<sup>2</sup>、  
大國 皓平<sup>2</sup>、大野 洋平<sup>2</sup>、長谷川 功<sup>2</sup>、本多 寛之<sup>2</sup>、萩谷 英大<sup>2,3</sup>、小田 孔明<sup>4</sup>、  
今村 竜太<sup>5</sup>、大塚 文男<sup>2,3</sup>  
<sup>1</sup>岡山大学病院 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>岡山大学病院 総合内科・総合診療科、  
<sup>3</sup>岡山大学病院 感染症内科、<sup>4</sup>岡山大学病院 整形外科、<sup>5</sup>落合病院 内科

## ePoster 会場「たちばな」(橘桜会館 3F)

### ePoster Presentation 5 (13:20 ~ 14:00)

**P-008** 動眼神経麻痺を呈した Parvimonas micra による Lemierre 症候群の一例

○宮崎 紘慶、真鍋 早季、宮川 滝彦、小林 貴子、柳 秀高、沖 将行、小澤 秀樹  
東海大学医学部付属病院 総合内科

**P-022 アトピー性皮膚炎の既往のある若年男性の三尖弁感染性心内膜炎**○綱島 啓太<sup>1</sup>、横瀬 允史<sup>2</sup>、廣澤 孝信<sup>2</sup>、志水 太郎<sup>2</sup><sup>1</sup>獨協医科大学病院 臨床研修センター、<sup>2</sup>獨協医科大学 総合診療学講座**P-023 明らかな発症要因のない三尖弁感染性心内膜炎（three noes IE）の一例**

○北川 侑樹、伊東 完、中島 英哉、小埜 智史、押田 樹羅、中川 俊一郎、児玉 泰介、福井 早矢人、小林 大輝

東京医科大学茨城医療センター 総合診療科

**P-024 自動車運転中の失神・交通事故の原因精査に詳細な血糖測定が有用であった一例**○佐藤 啓介<sup>1</sup>、高瀬 了輔<sup>1</sup>、森田 悟<sup>2</sup>、加藤 篤之<sup>1</sup>、須山 敦仁<sup>1</sup>、佐住 洋祐<sup>1</sup>、大塚 勇輝<sup>1</sup>、大國 皓平<sup>1</sup>、長谷川 功<sup>1</sup>、本多 寛之<sup>1</sup>、小比賀 美香子<sup>1</sup>、大塚 文男<sup>1</sup><sup>1</sup>岡山大学病院 総合内科・総合診療科、<sup>2</sup>岡山大学病院 卒後臨床研修センター**P-025 無菌性髄膜炎として治療するも意識障害が遷延し NMOSD が疑われた一例**○天満 義人<sup>1</sup>、延岡 悠樹<sup>1</sup>、正木 龍太郎<sup>1</sup>、亀山 和也<sup>1</sup>、原田 和歌子<sup>1</sup>、原 直之<sup>2</sup><sup>1</sup>地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立北部医療センター安佐市民病院 総合診療科、<sup>2</sup>地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立北部医療センター安佐市民病院 脳神経内科**P-026 身体診察とメタ認知で正確に診断し得た、拡大した膀胱と誤認された卵巢膿瘍の一例**

○三澤 麦リチャード、屋島 福太郎、石井 大太、石塚 光太郎、宮川 峻、鈴木 智晴、那須 道高

浦添総合病院 病院総合内科

**ラウンドテーブル・ディスカッション2（若手部会セッション4）（14:10～15:40）****「急性期複雑症例の Decision Making ～病院総合診療医の力を活かすために～」**

座長：松尾 裕一郎（東京大学大学院医学系研究科 社会医学専攻 臨床疫学・経済学）

○鶴木 友都

飯塚病院 総合診療科

○平松 由布希

東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科

○児島 裕樹

杏林大学医学部附属病院 感染症科

○原田 愛子

飯南町立飯南病院 内科

○大橋 史矢

東京ベイ・浦安市川医療センター 初期臨床研修医

トピック (若手部会セッション 6) (9:30 ~ 11:00)

「医学生と医師に介在する総合診療へのイメージギャップとは？」  
～ 医学生の目線から総合診療のあり方を徹底議論します！～

座長：勝倉 真一 (獨協医科大学病院)

大塚 勇輝 (岡山大学病院 総合内科 総合診療科)

横田 雄也 (岡山家庭医療センター)

- 伏江 真彩  
自治医科大学
- 本橋 花音  
岡山大学
- 原田 美紗子  
獨協医科大学
- 藤田 大輝  
獨協医科大学
- 宮里 侑志  
獨協医科大学
- 漆葉 美佳  
産業医科大学
- 松本 カンナ  
国際医療福祉大学
- 加持 英里子  
獨協医科大学
- 亀井 誉子  
獨協医科大学
- 齋藤 光莉  
岡山大学

ePoster Presentation 6 (13:20 ~ 14:00)

**P-028** 心臓超音波検査を契機に診断に至った全身性 AL アミロイドーシスの 1 例

- 加納 一頼、後藤 亮、平林 礼奈、宇都宮 理恵、堀之内 登、土井 恵里、吉村 亮彦、  
山本 恭子、塩田 星児、吉岩 あおい、宮崎 英士  
大分大学医学部附属病院

**P-029** 四肢近位筋と外眼筋障害で発症した筋炎合併重症筋無力症の 1 例

- 石井 大太<sup>1</sup>、眞喜志 直子<sup>2</sup>、鈴木 智晴<sup>1</sup>、那須 道高<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>浦添総合病院 病院総合内科、<sup>2</sup>浦添総合病院 神経内科

**P-030** 症状と理学的所見に乏しく、詳細な身体診察から診断に至った巨細胞性動脈炎の一例

- 樋口 友哉<sup>1</sup>、酒井 達也<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>沖縄県立八重山病院附属 波照間診療所、<sup>2</sup>沖縄県立八重山病院

**P-031** 発症早期に鍼灸治療を導入し良好な疼痛コントロールが得られた線維筋痛症の一例

- 増田 卓也<sup>1,2</sup>、江川 健一郎<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>三井記念病院 総合内科・膠原病リウマチ内科、<sup>2</sup>東邦大学医療センター大森病院 東洋医学科、  
<sup>3</sup>三井記念病院 緩和ケア科



# プログラム【オンデマンド配信】

## 教育講演 1

### 「学会専門医試験制度講座」

座長：鋪野 紀好（千葉大学大学院医学研究院 地域医療教育学  
千葉大学医学部附属病院 総合診療科）

- 近藤 猛  
名古屋大学医学部附属病院 総合診療科 / 卒後臨床研修・キャリア形成支援センター
- 佐々木 陽典  
東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター
- 官澤 洋平  
明石医療センター 総合内科
- 宮上 泰樹  
順天堂大学医学部 総合診療科学講座

## 教育講演 2

### 「失神」

座長：宮崎 英士（大分大学医学部 総合診療・総合内科学講座）

- 岩崎 雄樹  
日本医科大学付属病院 循環器内科

## 教育講演 3

### 「認知症」

座長：足立 智英（東京都済生会中央病院 総合診療内科・神経内科）

- 山崎 峰雄  
日本医科大学北総病院 神経内科

## 教育講演 4

### 「リンパ節腫脹」

座長：佐藤 正通（国立病院機構 高崎総合医療センター 総合診療科・内科）

- 山口 博樹  
日本医科大学 血液内科学

## 教育講演 5

### 「皮疹」

座長：鍋島 茂樹（福岡大学病院 総合診療部）

### Generalist に役立つ皮疹と皮膚疾患の診方

- 佐伯 秀久  
日本医科大学 皮膚科

## 教育講演 6

### 「胸痛」

座長：藤本 眞一（大和橿原病院）

- 浅井 邦也  
日本医科大学付属病院 循環器内科

## 教育講演 7

### 「アドバンス・ケア・プランニング」

座長：井村 洋（飯塚病院 総合診療科）

- 井上 淑恵  
悠翔会在宅クリニック品川

## 教育講演 8

### 「POCUS」

座長：奈良 典子（横浜市立脳卒中・神経脊椎センター神経内科）

#### 救急現場のエコー POCUS (Point-of-care Ultrasound) ～ FoCUS (Focused cardiac Ultrasound) を中心に

- 泉 佑樹  
榊原記念病院 循環器内科

## 教育講演 9

### 「生活習慣病対策・がん早期発見」

座長：大塚 文男（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 総合内科学分野）

#### 肥満症、糖尿病、脂質異常症 ー改訂されたガイドラインと診療トピックスについてー

- 稲垣 恭子  
日本医科大学付属病院 糖尿病・内分泌代謝内科／大学院医学研究科 内分泌代謝・腎臓内科学分野

## 教育講演 10

### 「感染制御」

座長：内藤 俊夫（順天堂大学医学部 総合診療科）

#### 病院総合診療医・総合診療科に期待される感染対策教育

- 藤田 和恵  
日本医科大学付属病院 医療安全管理部 感染制御室・呼吸器内科

## 教育講演 11

### 「保険診療」

座長：徳田 安春（群星沖縄臨床研修センター）

- 八島 正明  
日本医科大学付属病院 循環器内科

## 教育講演 12

### 「タスクシフティング（働き方改革）」

座長：山下 秀一（佐賀大学医学部附属病院）

#### 勤勉革命と働き方改革 -- 私達はどれだけ働けばいいのか？

○瓜田 純久

東邦大学 総合診療・救急医学講座

## 教育講演 13

### 「教育者の育成（FD）」

座長：前田 隆浩（長崎大学病院 総合診療科）

○藤倉 輝道

日本医科大学 医学教育センター

## 教育講演 14

### 「臨床研究」

座長：森田 浩之（岐阜大学総合診療科・総合内科学）

#### 臨床研究における倫理的な留意事項

○松山 琴音

日本医科大学 医療管理学／研究統括センター

## 講演抄録

---

理事長講演	45
特別講演	47
教育講演 1	49
教育講演 2	51
教育講演 3	53
教育講演 4	55
教育講演 5	57
教育講演 6	59
教育講演 7	61
教育講演 8	63
教育講演 9	65
教育講演 10	67
教育講演 11	69
教育講演 12	71
教育講演 13	73
教育講演 14	75
Society 5.0 セッション 1	77
Society 5.0 セッション 2 (若手部会セッション 2)	82
Society 5.0 セッション 3	84
Society 5.0 セッション 4	89
Society 5.0 セッション 5 (若手部会セッション 3)	91
JUGLER セッション 1	93
JUGLER セッション 2	95
JUGLER セッション 3	97
JUGLER セッション 4	99
良質な診断ワーキンググループ	101
パネルディスカッション 1 (特定行為研修就労看護師セッション)	103
パネルディスカッション 2 (若手部会セッション 1)	108
パネルディスカッション 3	110
パネルディスカッション 4	112
パネルディスカッション 5	120
ラウンドテーブル・ディスカッション 1	122
ラウンドテーブル・ディスカッション 2 (若手部会セッション 4)	124
ワークショップ (若手部会セッション 5)	126
トピック (若手部会セッション 6)	128
東洋医学会共同企画	130
日本病院総合診療医学会 学会賞 受賞講演	132
一般演題 (口演)	134
一般演題 (ePoster Presentation)	175

# 理事長講演

---

座長：安武 正弘（日本医科大学付属病院 救急・総合診療センター）

## 2023 年度日本病院総合診療医学会の動向

○田妻 進

日本病院総合診療医学会理事長

### 2023 年度日本病院総合診療医学会の動向

○田妻 進

日本病院総合診療医学会理事長

当学会の骨太の方針に基づく 2023 年度の主な学会運営の動向をご紹介します。

1. ガバナンスの強化（弾力的かつ機動的な組織統治、地域活性化）

学会運営の基盤は 3 名の副理事長（財務担当、学術担当、専門医制度担当）と各常置委員会の構成委員の堅実な職務遂行により年次事業計画が着実に進められている。今年度はさらに地域間の環境均てん化を目指して各地域（北海道、東北、関東甲信越、中部、近畿、中国、四国、九州・沖縄）にコアメンバー配置を進めるとともに地域特性を生かした運営支援に注力し役員数の地域差を補完する組織統治を目指している。

2. 学際的な学術活動（横断的な学問領域との学術的共生、実践アプローチ）

当学会の学際性とその発信力を強化すべく当学会誌の J-stage 掲載を開始、さらに国際性を向上するために海外 Editorial board member 追加招請を進めている。一方、アドバイザーボードメンバーとして参画している SHM との実務的相互協力の一環として若手学会員に“米国 Hospitalist”の診療に帯同する短期研修機会を提供する実践アプローチ事例を紹介する。加えて、国内における他学会、国内外企業との連携や協働に関する現状と展望も示したい。

3. 専門医制度の充実（学会主導制と専門医機構の関り）

当学会主導専門医制度の施行・運営状況（プログラム、施設認定、専攻医・指導医制度、募集・登録状況、セミナー、専門医試験等）を整理して情報共有する。本抄録作成時はまだ専攻医、指導医、特任指導医、認定施設（3 年）・（5 年）の募集中であり講演時に実績を公開する。なお、2023 年度（第 1 回）専門医試験は 11 月 18 日・25 日の両日と決定しており準備が進んでいる。その際に日本専門医機構における検討内容についても可能な範囲で会員に共有したい。

---

# 特別講演

## Cloud 医療最前線

座長：安武 正弘（日本医科大学付属病院 救急・総合診療センター）

デジタル・AI時代の医療における人中心のテクノロジーの活用

○阿部 伸一  
株式会社エムネス

## 特別講演

---

### デジタル・AI時代の医療における人中心のテクノロジーの活用

○阿部 伸一

株式会社エムネス

20世紀後半から生活者を起点にビジネスに波及して、さまざまな変化を起こしているデジタルテクノロジーは医療界に浸透していく中、社会構造の変化ともあいまってあらたな医療のあり方や医師の働き方改革などの諸分野でさまざまな動きが見られるようになってきている。日本の産業界にデジタルの業務での活用を提唱し、実現を支援してきた経験をもとに理想の医療やより健康な生活を実現していくためにどうテクノロジーを使うのが望ましいか、最新のトレンドも紹介しつつ、聴衆の方々とともに考えていきたい。

---



# 教育講演 1

## 学会専門医試験制度講座

座長：鋪野 紀好（千葉大学大学院医学研究院 地域医療教育学  
千葉大学医学部附属病院 総合診療科）

- 近藤 猛  
名古屋大学医学部附属病院 総合診療科 / 卒後臨床研修・キャリア形成支援センター
- 佐々木 陽典  
東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター
- 官澤 洋平  
明石医療センター 総合内科
- 宮上 泰樹  
順天堂大学医学部 総合診療科学講座

## 教育講演 1

---

### 学会専門医試験制度講座

○鋪野 紀好

千葉大学大学院医学研究院 地域医療教育学

千葉大学医学部附属病院 総合診療科

日本病院総合診療医学会が主導となる総合診療のサブスペシャリティとして、2022年度4月より病院総合診療専門医制度が開始された。本制度では、病院総合診療専門医は総合診療の訓練を背景に、より高いレベルで臨床・教育・研究・病院管理学の4軸を基本に総合診療を実践する病院の医師としての専門性を訓練するものである。

それを受け、本制度の専門医資格認定試験である病院総合診療専門医試験が2023年11月に行われる。同試験は、①事例報告書等の書類審査（ただし指導医資格を有するものは異なる）、②筆記試験、③面接試験から構成されており、それぞれの評価によって受験者の能力を多面的に評価するものとなっている。

今回の教育講演では、病院総合診療専門医資格認定試験実行委員会から、病院総合診療専門医試験の要点（例：筆記試験の出題範囲や出題形式、面接試験の方法や時間など）に関する説明を行う。

---

鋪野 紀好

2008年 千葉大学医学部 卒業

2010年 千葉市立青葉病院 臨床研修 修了

2011年 千葉大学医学部附属病院 総合診療科 シニアレジデント

2012年 千葉大学医学部附属病院 総合診療科 医員

2013年 千葉大学医学部附属病院 総合診療科 特任助教 兼 総合医療教育研修センター

2015年 千葉大学大学院医学研究院 博士課程 修了（医学薬学府先進医療科学専攻）

2017年 千葉大学医学部附属病院 総合診療科後期研修プログラム責任者（家庭医療コース）

2019年 千葉大学医学部附属病院総合診療専門研修 副プログラム責任者

2020年 千葉大学医学部附属病院卒後臨床研修 副プログラム責任者（協力病院スタートプログラム）

米マサチューセッツ総合病院 医療者教育学 修士課程 修了

2021年 文部科学省 高等教育局 医学教育課 技術参与

2022年 千葉大学大学院医学研究院 地域医療教育学 特任准教授

# 教育講演 2

## 失神

---

座長：宮崎 英士（大分大学医学部 総合診療・総合内科学講座）

○岩崎 雄樹

日本医科大学付属病院 循環器内科

## 教育講演 2

---

○岩崎 雄樹

日本医科大学付属病院 循環器内科

失神は、総合診療の領域のみならず様々な臨床の場面で多く見られる症状の一つである。失神患者の多くは予後良好であるが、中には心臓突然死を生じる場合もあり、診療の現場では正確な鑑別診断が求められる。リスクの高い失神を見逃さないために、診察時に時間軸を意識した詳細な問診を聴取することが重要となる。血管迷走神経失神は最も多い失神の原因として知られており、長時間の立位が発症の契機となる事が多い。機序として、下肢に血液がうっ滞し相対的に静脈還流が低下し、心拍数を増加させ心拍出量を保とうとするが、その際左室伸展受容器を介して迷走神経反射が生じ、血管が拡張し心拍数が低下することにより失神を来す。健常者と比較し予後は変わらず良好であるが、転倒に伴う外傷の危険性もあり、失神回避方法および失神を予防するための生活習慣の指導を行う。ヘッドアップチルト試験での誘発試験が行われるが、失神の一連の精査の中で、他の原因となる疾患が否定的である場合は、問診から血管迷走性失神と診断される事も多い。一方で、心原性失神は予後不良である場合があり、注意を要する。特に早期再分極症候群・QT延長症候群・ブルガダ症候群は心臓突然死を生じることが知られている。これらの不整脈は特徴ある12誘導心電図を示すことが多く、波形を理解し知識を整理しておくことで正確な診断が可能となるが、これらの不整脈は遺伝が関与する場合も多く、詳細な家族歴の聴取が重要である。致死性心室性不整脈による突然死の予防には植込み型除細動器が有効である。様々な臨床検査によっても失神の原因が同定できない症例を経験するが、原因不明失神を繰り返す場合には、植込み型心電計が適応となり高い診断精度であることが報告されている。本教育講演では、失神の原因、診断方法から治療まで幅広く、実際の症例を交えて解説する。

---

岩崎 雄樹

1996年3月 日本医科大学 卒業  
1996年5月 日本医科大学 第一内科入局  
1998年4月 日本医科大学大学院 内科学第一 入学  
2001年10月 心臓血管研究所 山下武志研究室 国内留学  
2003年3月 日本医科大学大学院 内科学第一 卒業 医学博士  
2005年 日本医科大学 集中治療室 助手  
2008年 日本医科大学 第一内科 助教  
2009年 モントリオール大学 Nattel研究室 ポストドクトラルフェロー  
2012年 日本医科大学 第一内科 助教  
2013年 日本医科大学付属病院 循環器内科 病院講師  
2014年 認定不整脈専門医  
2016年4月 日本医科大学 循環器内科学分野 講師  
2018年4月 日本医科大学 循環器内科学分野 医局長  
2020年4月 日本医科大学 循環器内科学分野 准教授

# 教育講演 3

## 認知症

---

座長：足立 智英（東京都済生会中央病院 総合診療内科・神経内科）

○山崎 峰雄

日本医科大学北総病院 神経内科

## 教育講演 3

---

○山崎 峰雄

日本医科大学北総病院 神経内科

総合臨床医の皆さんが、日常臨床で遭遇する認知症例を前にして、どう振舞ったらいいかという観点でまとめた。本学会の「病院総合研修指針：認知症」の中で、特に下記の3項目に重点的に触れた。

- (1) 認知症をせん妄、Treatable dementia を含めた他の認知機能障害、精神疾患と鑑別できる。
- (2) 認知症に対する適切なスクリーニングや病型診断のための検査を行える。
- (3) エビデンスに基づいた認知症に対する薬物療法、非薬物療法を実践でき、認知症の治療に適切な環境を決定できる。

認知症を診断する上で最も重要なことは、治療可能な病態（定義上は認知症とは異なるが）を見つけ出し、正しい対応を行うことであり、Generalist である皆さんにこそ求められている。まず、せん妄などの意識障害、うつ病などの精神疾患、てんかん、正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫などの脳外科疾患などをファーストステップで除外することが求められる。もちろん、甲状腺機能低下症やビタミン欠乏症などを血液検査でチェックすることは言うまでもない。

さらに、狭義の意味での認知症と診断されたなら、大まかにアルツハイマー型認知症 (AD) であるのか、それ以外のレビー小体型認知症などに近いのかを念頭においていただくとよい。正確な鑑別診断は難しいが、AD に特徴的な近時記憶障害と時間の見当識障害や、典型的な画像検査のパターンを知っておくことは決して無駄ではない。

また、従来周辺症状といわれてきた BPSD（認知症の行動・心理症状）への対応法は、総合臨床医の皆さんにも頻回に求められるはずである。薬物療法いきなり頼ってしまいがちだが、介護者や看護師などの対応次第で、さらに燃え盛ったり、鎮火傾向に向かったりすることは経験されているはずで、非薬物療法の重要性を理解いただき、その上で、禁忌や半減期などを考慮してどの薬剤を選択するかをお考えいただきたい。

---

山崎 峰雄

1987年3月 日本医科大学医学部卒業

1991年5月 東京大学脳研究施設神経内科客員研究員

1993年1月 東京都神経科学総合研究所神経病理研究部門流動研究員

2005年4月 日本医科大学第2内科講師

2010年4月 日本医科大学内科学（神経・腎臓・膠原病リウマチ内科学部門）准教授

2018年10月 日本医科大学内科学（神経内科学）教授

2020年4月 千葉県認知症疾患医療センター（印旛医療圏）センター長

# 教育講演 4

## リンパ節腫脹

---

座長：佐藤 正通（国立病院機構 高崎総合医療センター 総合診療科・内科）

○山口 博樹  
日本医科大学 血液内科学

## 教育講演 4

---

○山口 博樹

日本医科大学 血液内科学

リンパ節腫脹は一般診療において頻繁に遭遇する身体的所見の一つである。しかし多くの臨床医がリンパ節腫脹の診療を苦手としているのも事実である。その理由として「悪性リンパ腫や白血病などの造血器腫瘍ではないか?」、または「急激に病状が悪くなるのではないか」などリンパ節腫脹を過剰に評価するからである。しかし造血器腫瘍などの悪性疾患でリンパ節腫脹をきたす症例は極めてまれで40歳以下であれば0.8%程度である。

リンパ節腫脹の診療において問診は重要である。リンパ節に対して(いつ腫脹に気がついたのか、痛みや熱感があるか、大きさの変化はあるか)と全身症状に対して(熱はないか、体重減少はあるか、盗汗はあるか)を問診する。次に診察のポイントとしては、病的意義のあるリンパ節腫脹は、単径以外のリンパ節は1cm以上、単径リンパ節は1.5cm以上の腫大を認めた場合である。もし病的リンパ節腫脹を認めた場合は、大きさや疼痛などのリンパ節の性状、腫脹したリンパ節の分布、口腔内や耳鼻科領域の異常、皮疹、肝脾腫、外傷の有無を確認する。血液検査としては、血算、白血球分画、肝腎機能、CRPをスクリーニング検査として行い、必要があれば胸部単純X-Pで縦隔の拡大や胸水の有無を確認する。EBウイルスによる伝染性単核球症が疑われる場合は、EBV-VCA IgG、EBV-VCA IgM、EBNAを確認する。EBウイルス初感染診断には感度のよいEIA法が勧められる。可溶性IL-2受容体はリンパ腫の補助診断や治療反応性を確認するために有用ではあるが、リンパ腫に特異的な腫瘍マーカーではない。可溶性IL-2受容体は悪性リンパ腫を強く疑った際に提出すべきである。

本講演ではリンパ節腫脹の診療が得意になるようにその診療のポイントを解説したい。

---

山口 博樹

1993年4月 日本医科大学卒業後、第三内科学研修医

1995年4月～ 日本医科大学、第三内科学研究員

2001年7月～ National Institutes of Health, NHLBI Hematological Branch Visiting fellow

2003年10月 日本医科大学第三内科学 血液内科学医員助手

関野臨床薬理クリニックにて治験分担医師。現在までに158件のPhase I studyを施行

2004年3月 日本医科大学医学博士取得

2008年4月 日本医科大学血液内科講師

2010年12月 日本医科大学第三内科血液内科医局長

2014年4月 日本医科大学血液内科准教授

2020年2月 日本医科大学付属病院 輸血部部長

2021年4月 日本医科大学付属病院 血液内科部長

2021年5月 日本医科大学大学院医学研究科 血液内科学分野 大学院教授



# 教育講演 5

## 皮疹

座長：鍋島 茂樹（福岡大学病院 総合診療部）

### Generalist に役立つ皮疹と皮膚疾患の診方

○佐伯 秀久

日本医科大学 皮膚科

## 教育講演 5

---

### Generalist に役立つ皮疹と皮膚疾患の診方

○佐伯 秀久

日本医科大学 皮膚科

皮疹のなかで健常皮膚に最初に（一次的に）出現する発疹を原発疹と呼び、最も基本的なものである。原発疹は限局性の色調変化である斑と、皮膚面より隆起しているものに大別される。斑には、紅斑（炎症性の血管拡張）、紫斑（皮内出血）、色素斑（メラニンの増加）、白斑（メラニンの減少）などがある。皮膚面より隆起しているものには、丘疹（1cm までの限局性の皮膚隆起）、結節（1cm 以上の皮膚隆起。大型のものは腫瘤）、水疱（透明な水様性の内容物。小型のものは小水疱）、膿疱（水疱の内容物が膿性で白色～黄色）、嚢腫（真皮内に生じた空洞で中に角質や液体成分を入れる）、膨疹（一過性の真皮上層の浮腫）などがある。代表的な皮膚の検査には、ダーモスコピー、皮膚病理組織検査（生検）などがあり、良性疾患と悪性疾患の鑑別に重要である。皮膚外科手術には、縫縮術、植皮術、皮弁形成術などがあり、悪性黒色腫に対しては、センチネルリンパ節生検を行うこともある。理学療法には、光線療法（narrow band UVB）、レーザー療法（ルビーレーザー、ダイレーザー、炭酸ガスレーザー）などがある。アトピー性皮膚炎の最新治療として、デュピルマブ（IL-4 受容体抗体）、デルゴシチニブ（JAK 阻害外用薬）、バリシチニブ（JAK1/2 阻害内服薬）、ウパダシチニブとアプロシチニブ（JAK1/2 阻害内服薬）、ネモリズマブ（IL-31 受容体抗体）、ジファミラスト（PDE4 阻害外用薬）、トラロキヌマブ（IL-13 抗体）などがある。乾癬の最新治療として、TNF 阻害薬（アダリムマブ、インフリキシマブ、セルトリズマブ ペゴル）、IL-23 阻害薬（ウスチキヌマブ、グセルクマブ、リサンキズマブ、チルドラキズマブ）、IL-17 阻害薬（セクキヌマブ、イキセキズマブ、プロダルマブ、ビメキズマブ）、IL-36 阻害薬（スペソリマブ）などがある。

---

佐伯 秀久

1991年3月 東京大学医学部卒業  
1991年6月 東京大学医学部附属病院皮膚科研修医  
1993年12月 関東労災病院皮膚科医員  
1995年6月 東京通信病院皮膚科医員  
1996年12月 東京大学医学部皮膚科助手  
1997年8月 米国国立衛生研究所（NIH）皮膚科留学  
2001年10月 東京大学医学部皮膚科講師  
2010年7月 東京慈恵会医科大学皮膚科講師  
2011年11月 東京慈恵会医科大学皮膚科准教授  
2014年6月 日本医科大学大学院皮膚粘膜病態学教授

# 教育講演 6

## 胸痛

座長：藤本 眞一（大和橿原病院）

○浅井 邦也  
日本医科大学付属病院 循環器内科

## 教育講演 6

---

○浅井 邦也

日本医科大学付属病院 循環器内科

胸痛は、救急外来や総合診療科、内科受診の主訴なかで最も多い症状の一つである。その原因には、心血管疾患以外に筋骨格系疾患、呼吸器疾患、消化管疾患、そして精神疾患など多岐にわたる。胸痛を主訴に救急外来を受診した症例のほとんどが病的疾患を指摘できない非特異的な胸痛であったとの報告がある。一方で急性冠症候群（ACS）、急性大動脈解離（AAD）、肺血栓塞栓症（PTE）などの生命に直結する重篤かつ緊急性の高い疾患が含まれており、迅速な鑑別、対応が求められる。急性胸痛患者の初期対応では、病歴の問診、バイタルサイン、身体診察に加えて12誘導心電図が重要となる。胸痛患者の病歴聴取は重要性が高く、疾患を推測することが可能となる。病歴の問診は、それぞれの疾患の症状の特徴を念頭に行うとともに、胸痛のOPQRST（発症様式、寛解増悪因子、性質、広がり方、部位、いつ起きたかなど）を聴取する。現在の内服薬、既往歴、家族歴も重要な情報である。身体所見では心雑音や3音、呼吸音の左右差や肺う音、血圧の左右差、下腿浮腫の有無、そしてマルファン症候群やエーラス・ダンロス症候群にみられる身体的特徴がないかなどを確認する。心電図では、まずはST上昇型心筋梗塞を同定する。ST上昇型心筋梗塞以外が疑われる場合には、血液検査および画像検査（超音波検査、CT検査）をあわせ診断する。特に、緊急時のポイントを絞った心エコー（FoCUS）は迅速に行え非常に強力な武器となりえる。ACSでは、左室局所壁運動の評価、機械的合併症の有無、AADの合併のチェック、AADでは、大動脈内のフラップの確認、Stanford A型解離では、心タンポナーデ・大動脈閉鎖不全症・ACS合併の有無、PTEでは右室負荷・右室不全徴候の評価を行う。

急性胸痛患者では、様々な検査の結果、心血管疾患に起因する可能性を考えた時点で循環器専門医への紹介を考慮する。

---

浅井 邦也

1988年3月 日本医科大学 卒業  
1988年5月 日本医科大学 第一内科入局  
1990年4月 厚生年金 湯河原病院 内科  
1992年4月 日本医科大学 第一内科 研究生  
1994年1月 日本医科大学 第一内科（集中治療室） 医員助手  
1995年5月 米国 バトナー教授の研究室に留学  
ハーバード大学心臓血管部門 リサーチフェロー  
1997年7月 米国 アルゲニー大学心臓血管・肺研究所 リサーチフェロー  
1998年7月 米国 アルゲニー大学心臓血管・肺研究所 Assistant Professor  
1999年6月 米国 ペンシルベニア州立大学 ワイズ研究センター Assistant Professor  
2000年5月 日本医科大学多摩永山病院 内科 医員助手  
2002年4月 日本医科大学 第一内科 医員助手  
2008年4月 日本医科大学内科学講座（循環器・肝臓・老年・総合病態部門） 病院講師  
2009年7月 日本医科大学内科学講座（循環器・肝臓・老年・総合病態部門） 医局長  
2009年10月 日本医科大学内科学講座（循環器・肝臓・老年・総合病態部門） 講師  
2011年10月 日本医科大学内科学講座（循環器・肝臓・老年・総合病態部門） 准教授  
2012年4月 日本医科大学内科学（循環器内科学）（改組） 准教授  
2018年4月 日本医科大学千葉北総病院 集中治療室 部長  
2019年4月 日本医科大学千葉北総病院 病院教授 副院長  
2022年10月 日本医科大学大学院医学研究科 循環器内科学分野 大学院教授  
日本医科大学付属病院 循環器内科 心臓血管集中治療科 主任教授

# 教育講演 7

## アドバンス・ケア・プランニング

---

座長：井村 洋（飯塚病院 総合診療科）

○井上 淑恵  
悠翔会在宅クリニック品川

## 教育講演 7

---

○井上 淑恵

悠翔会在宅クリニック品川

本邦では超高齢社会を迎え、厚生労働省は 2018 年に改訂した「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」でアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の実施を推奨しました。それ以後、主に高齢者の医療・ケアに関して ACP 実施の重要性が様々な場面で話題になっています。

しかし一方では、心停止時における Do Not Attempt Resuscitation(DNAR) 指示のように、誤った解釈が ACP に関しても広まっています。DNAR 指示に関しては、日本集中治療医学会が 2017 年に「DNAR 指示のあり方についての勧告」を報告し、その中で「DNAR 指示は心停止時のみ有効である」、「DNAR 指示と終末期医療は同義ではなく合意形成はそれぞれ別個に行うべきである」、など DNAR の正しい解釈が記載されています。

現在、ACP に関しては「DNAR をとるもの」、「延命措置（胸骨圧迫や気管挿管など）の希望を聞くもの」、「ACP をとった」、などの誤った解釈が散見されます。また「ACP という言葉は聞けけれども、一体どのようなタイミングでどのようにすればよいかわからない」、という声もしばしば聞かれます。また、ACP を実施するうえで対話の質は大変重要であるとの報告もあります。

そこで本講演では意思決定支援の歴史と変遷およびガイドラインについて概説します。次に、実際に医療現場で経験した症例を通して ACP の重要性を再確認します。そして最後に、医療関係者が ACP を実践する際に重要なコミュニケーション技術に関してエビデンスをもとに紐解きます。本講演が先生方の患者さんにおける意思決定支援の際にお役に立ていただければ幸いです。どうぞよろしくお願いいたします。

謝辞：本内容は東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター 上廣死生学・応用倫理講座 特任教授 会田薫子先生にご指導いただきました。心より感謝申し上げます。

---

井上 淑恵

2006年3月 香川大学医学部医学科卒業  
2006年4月 藤沢市民病院初期臨床研修医  
2008年4月 藤沢市民病院救命救急センター後期臨床研修医  
2011年4月 日本医科大学付属病院集中治療室  
2013年4月 医療法人社団悠翔会 入職  
藤沢市民病院救命救急センター非常勤  
2019年10月 日本医科大学総合医療学非常勤講師

# 教育講演 8

## POCUS

座長：奈良 典子（横浜市立脳卒中・神経脊椎センター神経内科）

救急現場のエコー POCUS (Point-of-care Ultrasound)  
～ FoCUS (Focused cardiac Ultrasound) を中心に

○泉 佑樹

榊原記念病院 循環器内科

## 教育講演 8

---

### 救急現場のエコー POCUS (Point-of-care Ultrasound) ～ FoCUS (Focused cardiac Ultrasound) を中心に

○泉 佑樹

榊原記念病院 循環器内科

ベッドサイドで診療の一環として行う心エコー法は Point-of-care ultrasonography (POCUS) と称され、総合診療領域でのスクリーニング検査として行われる。POCUS の代表としては限られた断面で定性的な評価を行う focused cardiac ultrasound (FoCUS) があり、ガイドラインや講習会などにより普及がなされている。本講演では FoCUS を中心に、病院総合診療医としてベッドサイドでの使用頻度の高い、心不全診断のための肺エコー、静脈血栓症の診断のための下肢静脈エコー（2-point compression test）にも触れる。

また POCUS は“病歴・身体所見などの他の項目と組み合わせて”、特定の病態に対するスクリーニングを行うことが重要である。ショック、胸痛、呼吸不全といった「シナリオ」や、急性冠症候群、心タンポナーデ、肺塞栓症といった「病態」における POCUS の解説も行う。その一方で、心原性ショックや急性心不全の基礎心疾患には特殊な病態・治療を考慮すべきものや、緊急手術が必要なものが含まれる。このような疾患の鑑別診断は FoCUS で行う事は困難で、急性期の臨床現場で豊富な知識と経験を持つ検査者による病態に応じて優先すべき項目のみ限定的な評価を行う Limited Echocardiography も求められる場合がある。このような治療の方針決定に心エコーが重要となるケースについて具体的な画像を提示しながら述べる。

---

泉 佑樹

2008年3月 日本医科大学 卒業

2012年4月 日本心臓血圧研究振興会附属 榊原記念病院 専修医

2015年4月 日本医科大学付属病院 循環器内科 助教

2019年4月 日本心臓血圧研究振興会附属 榊原記念病院 医員

2022年4月 榊原記念財団附属 榊原記念病院 医長



# 教育講演 9

## 生活習慣病対策・がん早期発見

座長：大塚 文男（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 総合内科学分野）

肥満症、糖尿病、脂質異常症

ー改訂されたガイドラインと診療トピックスについてー

○稲垣 恭子

日本医科大学付属病院 糖尿病・内分泌代謝内科／大学院医学研究科 内分泌代謝・腎臓内科学分野

## 教育講演 9

### 肥満症、糖尿病、脂質異常症

#### ー改訂されたガイドラインと診療トピックスについてー

○稲垣 恭子

日本医科大学付属病院 糖尿病・内分泌代謝内科／大学院医学研究科 内分泌代謝・腎臓内科学分野

近年、科学技術の進歩、薬剤や治療法が急速に発達し、生活習慣病に関連する診断、治療、予後に関連するエビデンスが蓄積し、大きく進歩している。昨年 2022 年は、肥満症診療ガイドラインは 6 年ぶり、動脈硬化性疾患予防ガイドラインは 4 年ぶりに改訂され、診断法、治療法は従来のものから変更がなされている。また、日本糖尿病学会からは 2 型糖尿病治療のアルゴリズムが発表され、よりシステマティックな治療選択が可能となった。

肥満は脂肪の蓄積した状態を示すのに対し、肥満症は脂肪蓄積を基盤として肥満に伴う健康障害を合併した状態であり、疾患としてとらえる必要がある。肥満症 (BMI  $\geq$  25) と高度肥満症 (BMI  $\geq$  35) は、食事療法の設定カロリー、運動療法、行動療法を中心に治療をお行い、目標に未到達の場合は薬物療法、高度肥満症においては外科的治療も選択肢となることが示されている。

2 型糖尿病の診療においては、近年、糖尿病患者のスティグマ (特定の属性に対して刻まれる負の烙印のこと)、高齢者における HbA1c のコントロール目標値や下限値の設定、サルコペニアやフレイルに留意した目標体重と食事設定、2 型糖尿病の治療アルゴリズムが提唱され、注目されている。

脂質異常症においては、動脈硬化性疾患ガイドラインの改訂において、新たに食後高 TG 血症が定義されたこと、原発性脂質異常症である家族性高コレステロール血症の診断基準が変わったことなどが挙げられる。

本講演においては、これらの生活習慣病に関わる最近のトピックスと、従来からの変更点に注目し、明日からの日常診療に用いることのできる知識について整理する。

---

#### 稲垣 恭子

1999年3月31日 日本医科大学医学部 卒業  
1999年5月1日 日本医科大学付属病院 第三内科入局 (医員)  
2001年7月1日 財団法人東京都保険医療公社多摩北部医療センター (旧東京都多摩老人医療センター) 勤務  
2002年7月1日 日本医科大学付属病院 第三内科 勤務  
2004年4月1日 日本医科大学大学院病態制御腫瘍内科学入学  
2008年9月 日本医科大学大学院病態制御腫瘍内科学卒業  
2008年10月1日 日本医科大学付属病院千葉北総病院内科 助教  
2009年1月1日 日本医科大学付属病院内分泌代謝内科 助教  
2010年1月 東京大学先端科学技術研究センター 代謝医学分野 研究員  
2010年10月 東京大学先端科学技術研究センター 代謝医学分野 助教  
2012年4月 日本医科大学 内分泌代謝内科 助教  
東京大学先端科学技術研究センター代謝医学分野 客員研究員  
2016年10月 日本医科大学 内分泌代謝内科 病院講師  
2016年10月 群馬大学生体調節研究所 代謝エピジェネティクス分野 共同 研究員  
2018年4月 東京大学アイソトープ総合センター 客員研究員  
2019年10月 日本医科大学 内分泌代謝内科 講師 (教育)

# 教育講演 10

## 感染制御

---

座長：内藤 俊夫（順天堂大学医学部 総合診療科）

病院総合診療医・総合診療科に期待される感染対策教育

○藤田 和恵

日本医科大学付属病院 医療安全管理部 感染制御室・呼吸器内科

## 教育講演 10

### 病院総合診療医・総合診療科に期待される感染対策教育

○藤田 和恵

日本医科大学付属病院 医療安全管理部 感染制御室・呼吸器内科

2019年12月、中国武漢に端を発した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の出現は、私たちが「感染症の特徴」を見直す機会となった。同時に、医学教育現場のみならず、診療現場での感染症教育の重要性を気付かせることとなった。本邦における感染症専門診療科設置や感染症専門医は不足しており、感染症診療・教育は専門診療科以外で担う場面が多い。実際に、COVID-19診療では病院総合診療医が大きな貢献を果たしている。日本病院総合診療医学会の研修指針には、「病院総合診療医には（中略）ロールモデルとして感染管理担当者等、多方面と連携して根拠に基づいた感染コントロールに努めることが求められる」と示されており、学会も、感染症診療への貢献を期待している。

適切な診療を支えるのは教育の充実だが、COVID-19の影響により、卒前教育はe-ラーニングや動画視聴が主体となり、診療参加型臨床実習の不足による身体診察・臨床手技習得・コミュニケーションへの課題が指摘されている。卒前教育の不足を補うべく、日本医科大学付属病院では、COVID-19下、総合診療科を起点とした、少人数、個別能力・興味に応じた、オーダーメイドな感染対策教育を開始した。その結果、学ぶ意欲のあるひとに、実地体験を交え教えることによりさらに教育効果が上がること、実地研修に参加することにより、感染対策に留まらず、多職種間で医師の果たす役割を認識するなど、自身の行動変容につながる機会となっていることがうかがわれた。

今後、臨床実習・初期研修共に、COVID-19下で制限のある教育を受けた世代が主となること、臨床実習前共用試験（Pre-CC OSCE）感染対策領域の必須化を踏まえ、卒前・卒後のシームレスな感染症・感染対策充実が望まれる。本教育講演では、私どもの取り組みを紹介しつつ、魅力的・効果的な感染症・対策研修とは何かを、皆様と考える機会としたい。

---

#### 藤田 和恵

1993年 川崎医科大学 卒業  
1993年 川崎医科大学付属病院 内科研修  
1995年 川崎医科大学附属川崎病院 呼吸器内科  
1999年 熊本大学 第1内科  
2001年 川崎医科大学附属川崎病院 呼吸器内科  
2005年 日本医科大学 内科学講座 呼吸器・感染・腫瘍部門  
2007年 東邦大学医学部 微生物・感染症学講座  
2011年 日本医科大学 呼吸器内科  
2020年7月 医療安全管理部 感染制御室

# 教育講演 11

## 保険診療

---

座長：徳田 安春（群星沖縄臨床研修センター）

○八島 正明

日本医科大学付属病院 循環器内科

## 教育講演 11

---

○八島 正明

日本医科大学付属病院 循環器内科

我が国は国民全体を公的医療保険で保障する国民皆保険制度が取られており、国際的に比較してみても比較的優れた制度が整っている。その財源は国民が納める健康保険料、事業者が分担する保険料の他に、国庫、地方自治体からの公費が投入されている。保険診療制度は様々な法的規則により運用されている。臨床の現場においては厚生労働省の省令である、療養担当規則に基づいて行われる事が多い。厚生労働省の医療指導監査室から「保険診療の理解のために」という療養担当規則の解説資料が提供されており、この資料を軸に保険診療の注意点を具体的に解説する。

---

八島 正明

- 1987年 日本医科大学卒業、第一内科（現循環器内科）入局
- 1991年 日本医科大学第一内科学教室（現、循環器内科）助手
- 1996年 米国カリフォルニア大学ロサンゼルス校留学（2年間）
- 2000年 日本医科大学付属病院保険審委員
- 2011年 日本医科大学付属病院保険診療指導部副部長
- 2011年 日本医科大学循環器内科学講師
- 2017年 日本医科大学保険診療指導部部長
- 2018年 東京都社保審査委員（正式名称：東京都社会保険診療報酬請求書審査委員会審査委員）就任
- 2019年 東京都社保審査主任審査委員就任
- 2020年 日本医科大学医療管理学講座講師

# 教育講演 12

## タスクシフティング（働き方改革）

---

座長：山下 秀一（佐賀大学医学部附属病院）

勤勉革命と働き方改革 -- 私達はどれだけ働けばいいのか？

○瓜田 純久

東邦大学 総合診療・救急医学講座

### 勤勉革命と働き方改革 -- 私達はどれだけ働けばいいのか？

○瓜田 純久

東邦大学 総合診療・救急医学講座

2024年4月以降、年960時間超の時間外・休日労働が狩野となるのは、都道府県知事の指定を受けた医療機関で指定に係る業務に従事する医師（連携B・B・C水準適用医師）のみと定められている。適正な労働時間の定義は諸説あるが、労働時間の歴史を紐解くと、産業革命と宗教改革の影響が大きい。15世紀までの労働日数はキリスト教圏で250日程度とされ、ほぼ週休2日制に相当する。16世紀の宗教改革では余暇の多さが激しく批判され、イングランドでは49聖人の日が廃止されて年3,400時間まで労働時間が延び、オランダでは休日が日曜日だけとなり、1650年以降平均労働時間が年3,700時間となった。年960時間超の時間外労働は1500年頃の英国平均労働時間に、連携B・B・C水準は1650年以降のオランダの平均労働時間に匹敵する。仕事場と生活の一体化していた当時の欧州と異なり、現代の医療現場は仕事場と生活が分離されていることが多く、労働時間の管理は機械的になりがちである。資本主義が分業によって発展したように、医療も分業化が進み、効率化が求められ、画一化した手順、画一化した思考回路で対応することが多くなり、複雑な症例への対応は極めて困難となっている。固定化した論理展開は忙しいが空疎な退屈感を生み出してしまふ。感情労働に分類される医療はアウトカムが達成感・満足感であり、生産性低く、無理な効率化を断行すると、担当者は道徳的負傷を負うことが少なくない。暇を生きる術を持っている医師は知的活動を楽しむことができるため、楽しみの自給力が大きい。しかし、暇を生きる術を持たぬ医師は労働と知的活動の一体化していることから、知的活動は強制されていると考え、楽しみの自給力が小さく、レジャーなどに頼らざるを得ない。量的時間管理だけが求められる働き方改革で労働の集中を強制される医師が、果たして満たされた状態が得られるのかは重要な問題である。

---

瓜田 純久

1985年3月 東邦大学医学部卒業，東邦大学大森病院で研修  
1987年6月 関東労災病院 消化器内科 出向  
1988年6月 東邦大学第1内科 レジデント  
1991年4月 青森県北津軽郡鶴田町で開業（瓜田医院）  
2005年7月 東邦大学総合診療・救急医学講座 助教（瓜田医院閉院）  
2006年2月 東邦大学総合診療・救急医学講座 講師  
2007年11月 同 准教授  
2010年2月 東邦大学総合診療・救急医学講座 教授  
2015年7月 東邦大学医療センター大森病院 副院長  
2018年7月 同 病院長



# 教育講演 13

## 教育者の育成 (FD)

---

座長：前田 隆浩 (長崎大学病院 総合診療科)

○藤倉 輝道  
日本医科大学 医学教育センター

## 教育講演 13

---

○藤倉 輝道

日本医科大学 医学教育センター

研修指針にFDを計画する上では、「理論的背景」「方略」「カリキュラム作成と評価」の三つをおさえておくことが望ましいとある。本講演では時間の制約上、「理論的背景」を中心に述べる。

成人学習理論はMalcom Knowlesが提唱した。成人の学びは、自己概念の成立が前提にある。「自分がどのような人間か置かれた立場は如何なるものかイメージできる。このため受動的のみの学習方略では飽きる。」成人においては、「過去の経験をリソースとし、類似した経験を対比、検討することで対応する。」これは経験学習理論にも繋がる。成人学習においてはレディネスが重要となる。「レディネスとは学習を行うにあたり準備が整っている状態であり、成人は社会人としての役割を遂行しようという自覚において生じてくる。」成人は「成熟に伴い、将来のための知識を蓄積する学習よりも差し迫った場面のための役立つ内容を獲得する学習へと志向が変化する。」学習への動機づけは「成人は外からの要因よりも、心の内から湧き上がる要因によって動機づけを得ている。明確な将来像に影響する目標が学習の動機となる。」以上が成人学習理論である。

経験学習理論は、David Kolbにより提唱された。医療者の学びはこの経験学習の積み重ねである。経験学習を次の4段階のサイクルで説明している。経験：現場で実際に経験する。次に省察：自らを振り返る、あるいは他者のフィードバックの受け容れを行う。学び：経験からどんな一般則を学んだか、既存の一般則はどう使うのかという理論化を自分の中で行う。次に試行：学んだ一般則を、小規模、安全な状況で使ってみる（シミュレーション）。そして改めて実際の現場での経験に繋げ学ぶ。各自の学習上の指向性のベクトルが、どのフェーズに向いているかで学習スタイルも類型化される。

この講演を視聴する際に、このような理論の書き下したものとがあると有用かと考え、この様な抄録にしてみたことをご理解願いたい。

---

藤倉 輝道

1988年 日本医科大学医学部 卒 同年日本医科大学耳鼻咽喉科学教室入局  
1991年 日本医科大学附属第2病院（現武蔵小杉病院）医員助手  
2002年 谷津保健病院 耳鼻咽喉科部長・副院長  
2004年 東京女子医科大学附属第2病院（現東医療センター）耳鼻咽喉科講師  
2005年 McMaster大学にて医学教育研修  
2006年 東京女子医科大学東医療センター 耳鼻咽喉科 准教授  
2011年 日本医科大学武蔵小杉病院 耳鼻咽喉科 准教授  
2012年 日本医科大学教育推進室 副室長  
2015年 日本医科大学医学教育センター 医学教育研究開発部門長 教授  
2016年 早稲田大学 臨床法学教育研究所 招聘研究員

# 教育講演 14

## 臨床研究

---

座長：森田 浩之（岐阜大学総合診療科・総合内科学）

### 臨床研究における倫理的な留意事項

○松山 琴音

日本医科大学 医療管理学／研究統括センター

## 教育講演 14

---

### 臨床研究における倫理的な留意事項

○松山 琴音

日本医科大学 医療管理学／研究統括センター

臨床試験にはそれぞれ目的・目標があり、臨床試験の計画立案は目的・目標に見合ったものでなくてはならない。臨床試験においては、被験者を保護しつつ、研究を実施するにいたった臨床的に重要な疑問に答えるために、遵守すべき法令や指針に留意して、段階的に研究計画を作り込んでいく必要がある。

本講演においては、臨床試験の実施に必要な法令や指針に関する枠組みと、臨床的な気づきを試験計画に反映するために必要なステップ、論文化の際に留意すべき出版ガイドラインについて総覧する。また、臨床家が知るべき倫理的な留意事項について説明する。試験計画の早い段階から出口に至るための実施可能性を確保し、実効性の高い試験計画を立て、試験管理を行うことは、確実な臨床試験の実施と結果としての臨床的な疑問の解決につながることである。本講演がその一助となれば幸いである。

---

#### 松山 琴音

- 2000年 京都大学薬学部卒業、京都大学大学院薬学研究科を経て、
- 2003年7月 日本で初めてアカデミア臨床試験データセンターとして整備され文部科学省と神戸市により設置された(公財)先端医療振興財団臨床研究情報センター(神戸TRI) 臨床試験運営部(現:研究開発部)に配属。
- 2006年1月 臨床研究情報センター薬剤管理室管理薬剤師。データマネジメント、メディカルライティング、知財/学術調査、プロジェクトマネジメントの各部門を経験した。
- 2015年4月 京都府立医科大学研究開発・質管理向上統合センターにて、医師主導臨床研究の開発薬事の業務に従事した。
- 2017年10月 日本医科大学大学院医学研究科医療管理学特任教授。
- 2017年11月 学校法人日本医科大学研究統括センター副センター長着任。

# Society 5.0 セッション 1

## AI（人工知能）を用いた咽頭診察の現状と展望

座長：大塚 勇輝（岡山大学病院総合内科総合診療科）

### SO1-1 AI 技術を用いた医療機器開発の現状と今後の展望

○畠岡 穰

国立がん研究センター 東病院 医療機器開発推進部門 医療機器開発支援部

### SO1-2 医師による現場課題からの起業、なぜ AI 医療機器の開発を選択したか

○沖山 翔

アイリス株式会社／日本赤十字社医療センター

### SO1-3 インフルエンザ診断に活用可能な AI モデルと咽頭カメラの開発

○福田 芽森

アイリス株式会社

### SO1-4 咽頭画像研究会および多施設共同研究：AI を用いた咽頭画像診断ネクストステップ

○森 博威、内藤 俊夫

順天堂大学 医学部 総合診療科学講座

## AI 技術を用いた医療機器開発の現状と今後の展望

○富岡 穰

国立がん研究センター 東病院 医療機器開発推進部門 医療機器開発支援部

近年の人工知能（AI）技術の進歩は、我々の日常生活や仕事に変化をもたらしています。医療においても AI 技術の導入は進んでいるものの診療の場面での活用はまだ多くとは言えません。今後、さらに AI 技術の医療での活用が進み、今後減少が見込まれる医療従事者の業務を補完し、精度の高い診断や治療に貢献することが期待されています。本講演では、AI 技術を用いた医療機器の現状と今後の展望について概説します。AI は、大量の医療データ（学習用データ）を用いてアルゴリズムを生成する機械学習（深層学習を含む）という手法を用いるものももっとも知られています。機械学習のアルゴリズム生成の特徴から、過去のエキスパートの知見や暗黙知を学習データすることで生成されるアルゴリズムが、特定の疾患の検出支援や予測、治療計画の最適化に活用される例が多く、一部の画像解析技術においては、医師単独の読影や診断よりも高い精度を示していることは、皆さんご存じのとおりです。しかしながら、AI 技術を用いた医療機器の開発にはいくつかの課題が存在します。機械学習に多くの教師データが必要という観点で、既存の医療データを活用することが効率的な開発方針ではあるものの、個人情報保護法によって保護されている患者の個人情報を製品開発目的で使用するためには原則として患者の同意が必要である。日本は欧米に比べて医療データの質が良いと言われている一方で、膨大な質の良いデータが医薬品開発や医療機器開発には用いることができないという状況もある。これらの課題に対しては、政府としても個人情報保護法や次世代医療基盤法の改正などで、医療データを活用しやすい環境整備を進めています。この講演を通じて、少しでも AI 技術を用いた医療機器の現状の開発状況と今後の展望について理解を深め、医療従事者が今後の AI 技術に対して適切な理解と判断、対応を行えることを願っています。

## 医師による現場課題からの起業、なぜ AI 医療機器の開発を選択したか

○沖山 翔

アイリス株式会社／日本赤十字社医療センター

近年の人工知能 (AI) 分野における技術革新は目覚ましい。深層学習 (ディープラーニング) によって、膨大なデータから AI に特徴を発見させ、分類に用いることが可能となっている。AI が得意とする画像認識等において、その精度は既に人間を凌駕した。医療とて例外ではないものの、進捗は分野ごとに千差万別である。既存の膨大なデータを転用可能な検査所見 (CT 等) の著しい進捗に比して、身体所見は AI 化の遅れた領域と言わざるを得ない。身体所見の代表として、咽頭の視診がある。例えばインフルエンザ感染時に咽頭後壁へ出現するリンパ濾胞は、その診断的価値が高いことで知られている。これらの判断は、AI 活用により一層の精度向上が見込める画像認識であるにも関わらず、個々の臨床医の脳内で完結し、その根拠となるデータを外部に残さないため、これまで AI の進歩に接続することができなかった。アイリス株式会社では、身体所見に AI を活用する第一歩として、咽頭撮影に特化したカメラの開発に着手し、インフルエンザに特徴的な咽頭所見の AI による検出を試みた。その結果として、本邦初となる AI 搭載の新医療機器 nodoca の開発に成功したため報告する。

---

## インフルエンザ診断に活用可能な AI モデルと咽頭カメラの開発

○福田 芽森

アイリス株式会社

インフルエンザは世界的な医療課題であり、例年流行とともにパンデミックを引き起こしてきた疾患である。ここで、インフルエンザは主に上気道から感染することから、咽頭画像に深層学習（AI）を用いてインフルエンザ感染の診断が可能かもしれないという仮説のもと、我々はインフルエンザ罹患可能性を推論する、咽頭画像と臨床情報を用いた深層学習モデルと咽頭カメラを開発した。AI の学習用データ収集学習段階では 64 の医療機関で 7831 人を、治験段階では 11 の医療機関で 659 人（PCR 法 インフルエンザ陽性 196 人を含む）を対象として臨床研究（臨床試験）を行った。開発した AI モデルの AUC は 0.90（95% CI 0.87-0.93）、感度と特異度はそれぞれ 76%（95% CI 70%-82%）、88%（95% CI 85%-91%）であった。咽頭画像を用いてインフルエンザの診断に活用できる AI モデルを開発し、臨床的に有用であると考えられたため、今回これを報告する。

---



**咽頭画像研究会および多施設共同研究：AI を用いた咽頭画像診断ネクストステップ**

○森 博威、内藤俊夫

順天堂大学 医学部 総合診療科学講座

咽頭症状を訴える疾患は幅広い。インフルエンザや風邪ウイルスに加え、溶連菌やインフルエンザ桿菌等の細菌感染症、また梅毒、淋菌等の性感染症は咽頭症状を呈する代表的な疾患である。感染症に加え、SLEやベーチェット病等膠原病やクローン病も咽頭所見を呈する。感染症と非感染症の咽頭画像の解析、鑑別について特に機械学習を使用した先行研究は少なく、また咽頭癌や悪性リンパ腫等腫瘍性疾患の発症初期の鑑別を含め今後、咽頭画像診断の可能性は幅広い。ただし咽頭画像のAIを完成させるには疾患に関する多くの画像が必要であり多施設共同研究を要する。

我々は咽頭画像の解析に興味を持つ大学、病院、クリニックを繋ぎ様々な咽頭画像を撮影し解析を行う多施設共同研究の仕組みを作り、併せて、咽頭画像の特徴に関して議論を行う研究会を設立した。本発表では多様な咽頭画像の特徴および可能性、また我々の多施設共同研究、咽頭画像研究会の活動について報告する。

---

# Society 5.0 セッション 2

## (若手部会セッション 2)

### 若手医師のための AI 活用セッション (Chat GPT 関連)

---

座長：長崎 一哉 (筑波大学水戸地域医療教育センター総合病院 水戸協同病院総合診療科)  
原田 拓 (練馬光が丘病院 総合診療科)

#### 臨床研究者のための ChatGPT 活用術

- 長崎 一哉  
筑波大学水戸地域医療教育センター総合病院 水戸協同病院総合診療科
- 原田 拓  
練馬光が丘病院総合診療科
- 高橋 雄一  
順天堂大学 総合診療科
- 関 隆実  
都立広尾病院 病院総合診療科

### 臨床研究者のための ChatGPT 活用術

○長崎 一哉

筑波大学水戸地域医療教育センター総合病院 水戸協同病院総合診療科

概要：

2022年11月にリリースされた対話型AIであるChatGPTは全世界的に活用が進められており、専門的な分野においても仕事の効率を大幅に向上させています。私たち医師にとってもChatGPTが活用できる場面は多数あります。今後、ChatGPTを含むAIを活用するスキルは重要なものとなってくることが予想されます。

このセッションでは、臨床研究医のためのChatGPTの活用術を解説していきます。ChatGPTをほとんど利用したことがない、あるいはChatGPTをどのように活用していけばいいかわからないという方を主な対象としております。セッションでは具体的なデモンストレーションや演習を通じてChatGPTを体験していただきます。

このセッションではChatGPTを用いて以下の内容を取り扱います。

1. 使い方の基本
2. 文献検索
3. 文献整理
4. 論文執筆（校正や言い換え）
5. 倫理的配慮

ChatGPTは日々の仕事の効率を大幅に向上させることができます。多くの方にご参加いただけることをお待ちしております。

※自身の端末（PCやタブレット等）の持参を推奨します。ChatGPTのアカウントの作成もお願いいたします。

---

# Society 5.0 セッション 3

## VR の医学教育や臨床への活用に関する特別セッション

座長：藤島 清太郎（慶應義塾大学病院予防医療センター）  
伊藤 公訓（広島大学病院）

### SO3-1 VR を用いた Off the Job Training の展開：わが国の救急診療のクオリティを保つために

○横堀 将司<sup>1</sup>、三宅 のどか<sup>1</sup>、須賀 涼太郎<sup>1</sup>、草間 遼大<sup>1</sup>、溝渕 大騎<sup>1</sup>、塩村 玲子<sup>2</sup>、  
中田 淳<sup>2</sup>、増野 智彦<sup>2</sup>

<sup>1</sup>日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野・日本医科大学救急医学教室、<sup>2</sup>日本医科大学  
附属病院 心臓血管集中治療科

### SO3-2 在宅医療における VR（Virtual Reality）を活用した学習効果の探索

○春田 淳志<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>慶應義塾大学医学部医学教育統轄センター、<sup>2</sup>慶應義塾大学医学部総合診療教育センター

### SO3-3 広島大学における Virtual Reality を活用した医学教育について

○小林 知貴<sup>1</sup>、大森 慶太郎<sup>3</sup>、服部 稔<sup>5</sup>、佐伯 勇<sup>4</sup>、蓮沼 直子<sup>5</sup>、大毛 宏喜<sup>3</sup>、  
伊藤 公訓<sup>2</sup>

<sup>1</sup>JCHO 九州病院 総合診療部・緩和ケア科、<sup>2</sup>広島大学病院 総合内科・総合診療科、<sup>3</sup>広島大  
学病院 感染症科、<sup>4</sup>広島大学病院 周産期母子センター、<sup>5</sup>広島大学医学部附属医学教育セン  
ター

### SO3-4 XR（VR/AR/MR）とメタバースによるホログラム手術支援・ロボット手術・遠隔医療

○杉本 真樹

帝京大学沖永総合研究所

**VR を用いた Off the Job Training の展開：わが国の救急診療のクオリティを保つために**

○横堀 将司<sup>1</sup>、三宅のどか<sup>1</sup>、須賀涼太郎<sup>1</sup>、草間遼大<sup>1</sup>、溝渕大騎<sup>1</sup>、塩村玲子<sup>2</sup>、中田淳<sup>2</sup>、増野智彦<sup>2</sup>

<sup>1</sup>日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野・日本医科大学救急医学教室、

<sup>2</sup>日本医科大学付属病院 心臓血管集中治療科

わが国における救急車搬送は益々増加傾向にある。しかし今、学生教育や若手医療者育成はそれに追いついていだろうか？ 医学生・看護学生は国家試験対策、若手医師・看護師は働き方改革による労働時間制限から On the Job による自己研鑽の場を失われつつある。緊迫した救急現場では、患者救命優先のため、医学生・看護学生や若手医師・看護師は患者に近寄ることもできない。現場では、より効率よく、リアルで、インプレッシブな医学教育手法が求められているのである。我々は熟練した医療スタッフによる淀みない初期診療を Virtual Reality (VR) 化し、学生授業や若手医師・看護師教育に生かす取り組みを始めている。

例えば VR 動画を用いた ECMO・ECPR (Extracorporeal cardiopulmonary resuscitation: 体外心肺蘇生法) のシミュレーション教育を行い、ECPR 導入時間の短縮と生存率・神経学的機能予後の改善に繋がるかを検討した。ECPR 導入時間の中央値は、教育前 23 (18-27) 分、教育後 18 (15-22) 分と短縮した。また、ICU 退室時の生存率は、教育前 22/51 例 (43%)、教育後 7/14 例 (50%) であった。VR 動画を用いた ECPR シミュレーション教育により、ECPR 導入時間の短縮が見込まれ、ICU 退室時の生存率・神経学的を改善させるためにさらなる VR の活用を考えている。

「机上の学問」という言葉は従来、実地的でない教育の代名詞として蔑まれてきた。VR 教育ツールがわが国の外傷診療のクオリティを保ち、患者救命に貢献することで、この概念を根底から変えることを強く期待している。

## 在宅医療における VR (Virtual Reality) を活用した学習効果の探索

○春田 淳志<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>慶應義塾大学医学部医学教育統轄センター、<sup>2</sup>慶應義塾大学医学部総合診療教育センター

高齢化が進む中、在宅医療のニーズは高まっている。しかし、在宅医療教育は、診療所・病院などの背景や地域の連携体制により在宅医療の在り方が異なり、患者・家族の背景の多様さも相まって、標準化した医学教育の提供は難しい。また、限られた時間で、閉ざされ在宅という場を初学者が学ぶには個別の事例の組み合わせと蓄積で学ぶため、学習効果に差が出る。そこで、本シンポジウムでは在宅医療のシミュレーションの一つとして、Virtual reality (VR) を活用した教育を紹介する。VR は体験できるヘッドセットを装着すると、インタラクティブな仮想環境に完全に没頭でき、没入感と存在感(そこにいるという感覚)を再現できる。360度ビデオで撮影した映像を通して、顔を動かすと景色が動くので、環境との相互作用を得ることができる。このような特徴を有した VR 教材を用いて、医学部生 1 年生、3 年生、医療専門家を対象に実施した教育と学習効果を紹介する。

医学部 1 年生には「老いと看取り」をテーマに、看取りが近い状況で在宅医が家族に面談する場面を再現した VR を活用し、医師の一举一動に家族が感情を揺さぶられる体験し、医学生は医師のコミュニケーションスキルの意義について理解していた。医学部 3 年生には退院初日に在宅で多職種カンファレンスを実施する場面を再現した VR を体験し、複数の医療職がどのようなコミュニケーションをとっているのか、その背景を考える学習機会を作り、医学生は医療者たちの専門用語や連携不具合により家族がいかに不安になるのかを実感した。医療専門家には在宅での看取りの場面を再現した VR を見てもらい、自身の看取りの振り返りを行、家族の号泣時の対応の準備ができた、などのフィードバックをもらった。

没入感と存在感を可能とする VR は、自身の視点を留保し、他者の視点取得を無意識に生起させ、他者の思考や感情の理解を促す可能性がある。また、患者・家族への心理的距離やバーチャル空間による観察の余裕が医師の様々な所作や家族や多職種の反応への気づきを促す契機となるのかもしれない。

## 広島大学における Virtual Reality を活用した医学教育について

○小林 知貴<sup>1</sup>、大森慶太郎<sup>3</sup>、服部稔<sup>5</sup>、佐伯勇<sup>4</sup>、蓮沼直子<sup>5</sup>、大毛宏喜<sup>3</sup>、伊藤公訓<sup>2</sup>

<sup>1</sup>JCHO 九州病院 総合診療部・緩和ケア科、<sup>2</sup>広島大学病院 総合内科・総合診療科、<sup>3</sup>広島大学病院 感染症科、

<sup>4</sup>広島大学病院 周産期母子センター、<sup>5</sup>広島大学医学部附属医学教育センター

新型コロナウイルス感染症拡大により医学部での教育は対面による講義や実習が中止となり、情報通信技術を活用した非対面での教育が中心となった。そうした中で、仮想現実（Virtual Reality：VR）技術を活用した教育が注目を集めており、医学教育現場でも VR を活用した教育の導入が検討されている。こうした中、広島大学では、VR 制作会社と提携し感染症対策教育のため VR コンテンツを作成した。さらに、VR を活用した感染症対策教育が、従来のスライドを用いた受動的な学習と比較して学習効果に差があるかどうかを検討した。VR を活用した教育が、手指衛生などの感染症対策教育に有効であるかどうかを検討されたものではなく、今回我々が行った研究結果を提示し、VR を活用した教育の有効性や課題、今後の活用についてお話させていただく。さらに広島大学では、医学部と医学教育センター、外科学で協働し、対人技能を育成するための正規のカリキュラムに活用できる教材として「VR を利用した OSCE 教材の開発」を行っており、合わせて紹介させていただく。

**XR (VR/AR/MR) とメタバースによるホログラム手術支援・ロボット手術・遠隔医療**

○杉本 真樹

帝京大学沖永総合研究所

XR とは VR 仮想現実 /AR 拡張現実 /MR 複合現実技術をまとめた技術の総称です。XR により医療画像は空間的になり、診断治療の向上やシミュレーション、トレーニング、オンライン医療などで活用されています。これら時間と空間の制限を超えた、XR 技術を中心とした外科手術・遠隔医療などの革新的な臨床現場の最前線を解説するとともに、教育現場への応用についても考察します。

---



# Society 5.0 セッション 4

## Society 5.0 を活用して進める患者協働

---

座長：安本 有佑（板橋中央総合病院 総合診療内科）  
栗原 健（名古屋大学医学部附属病院患者安全推進部）

- 小坂 鎮太郎  
東京都立広尾病院 病院総合診療科
- 土屋 文人  
医薬品安全使用調査研究機構
- 小松 康宏  
板橋中央総合病院 総合診療内科
- 井上 恵子  
医療過誤原告の会

# Society 5.0 セッション 4

## Society 5.0 を活用して進める患者協働

医療の高度複雑化やマルチモビリティの高齢患者が増加する中で、安全で質の高い医療を提供するために「患者協働」が世界的に注目されており、WHOも2023年の世界患者安全の日のテーマとして「Engaging Patients for Patient Safety」を掲げている。英国NHS(National Health Service)は医療の質・安全の観点から、患者協働を「医療従事者など医療に関わる者が患者、家族などの協力を促すことにより、医療の質や安全を向上させること」と定義し米国AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)は、患者自身が医療従事者と協働することで、病院で提供される医療の質・患者安全が向上することを明示し、そのためのガイドも紹介している。

Carmanは、患者協働は個人・組織・政策という3つの協働の段階があり、それぞれの段階で相談から関与、そしてパートナーシップ・シェアリーダーシップへと連続性をもって患者協働が進み、各段階で求められる戦略が異なると述べている。患者がどれだけの情報を共有しているか、積極的にケアの意思決定ができるか、医療機関や政策の意思決定にどれだけ関わるかによって患者協働は特徴づけられるとされているが、AI、IoTなどの技術が発展した「Society 5.0」では、その中でも情報の共有が進むと考えられる。

本セッションでは、「Society 5.0」における技術の発展が患者協働の、どの段階をより効果的・効率的に進めることができるのか、実践例を交えて議論したい。

# Society 5.0 セッション 5

## (若手部会セッション 3)

指導医へのステップ：明日から使える Faculty Development  
ICT・メタバースを活かす Society 5.0 の診療

---

座長：官澤 洋平（明石医療センター 総合内科）  
宮上 泰樹（順天堂大学医学部 総合診療科学講座）  
原田 拓（練馬光が丘病院 総合救急診療科 総合診療部門）

○猪俣 武範  
順天堂大学医学部眼科学教室

# Society 5.0 セッション 5

## (若手部会セッション 3)

### 指導医へのステップ： 明日から使える Faculty Development ICT・メタバースを活かす Society 5.0 の診療

ICT 技術の急速な発展に伴い臨床の姿は大きく変革をとげようとしている。メタバースはこれまで主にゲームに活用されていたが、医療分野にも導入が始まっている。順天堂大学では日本 IBM と連携し「順天堂バーチャルホスピタル」\*を設立し、共同研究を進めている。ICT・メタバースを利用することで、医療の質や患者満足度の向上や、人員コストの削減を期待する。併せて、バーチャルから疑似体験させることで医学生や初期臨床研修医の教育にも役立てる。ICT・メタバースの活用について、臨床、その他の領域での活用の可能性について第一人者である猪俣武範先生よりお話いただく。

\*順天堂バーチャルホスピタル

外来患者や家族がアバターとして病院を訪問し、バーチャルで体験できる環境を開発中である。例えば、うつ病患者さんの認知（ものの受け取り方や考え方）に働きかけて、気持ちを楽にする心理療法があるが、アバターを活用することで治療の効果を高めることが期待されている。また、説明が複雑になりがちな治療をバーチャルホスピタルで疑似体験してもらうことで、治療に対する患者さんの理解を深め、不安や心配を取り除く効果も期待される。また、外出が困難な入院患者さんが病院の外の仮想空間で家族や友人と交流できる「コミュニティ広場」も構想中で、現実と同じようにその場に一緒にいるような感覚を生み、会話や交流を促進する効果が期待されている。

# JUGLER セッション 1

## 症例検討から学ぶ診断推論戦略 by JUGLER (Vol.7)

---

座長：多胡 雅毅（佐賀大学医学部附属病院 総合診療部）

司会：鋪野 紀好（千葉大学医学部附属病院 総合診療科）

ディスカッサント：志水 太郎（獨協医科大学 総合診療医学）

佐々木 陽典（東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター）

高橋 宏瑞（順天堂大学医学部 総合診療科）

プレゼンター：赤池 隆（川崎市立多摩病院 総合診療内科）

指導医：大槻 拓矢（川崎市立多摩病院 総合診療内科）

# JUGLER セッション 1

## 症例検討から学ぶ診断推論戦略 by JUGLER (Vol.7)

日本病院総合診療医学会学術総会でお馴染みの「症例検討から学ぶ診断推論戦略」、Vol.7として登場します。現代の病院総合診療医には、あらゆる症候・疾患に対する最新の医学知識に基づいた思考力と行動力が求められます。さらには、診断困難な症例では戦略的思考を駆使して最適解を追求し、弾力性の高い医療を提供できる必要があります。

病院総合診療医が身につけるべき診断推論戦略には、Dual process theory (DPT: 二重プロセス理論)、Semantic Qualifier (SQ: セマンティッククオリファイアー)、ラテラル・アプローチ、Pivot and Cluster Strategy (PCS: ピボットアンドクラスター)、解剖学的アプローチ、病態生理学的アプローチなど、様々なアプローチがあります。これらの診断推論戦略を、日々の臨床現場で実践できるスキルへと昇華するための場として、症例検討会は絶好の機会となります。本セッションでは、大学での診療・教育実践をベースとした診断推論戦略の経験に長けたJUGLER (Japan University General Medicine Leadership and Education Roundtable) が担当します。セッションでは若手病院総合診療医によるケースプレゼンテーションと、JUGLERメンバーがそのケースに対峙した時にどのように診断推論戦略を駆使して診断に迫るのかをリアルタイムディスカッション形式で進行します。また、参加者からの視点での思考プロセスも適宜募集し、双方向な学びの場を目指します。さらに、Society 5.0における臨床医のあり方として、生成系AIによる鑑別診断との比較検証や、様々なICTツールを実践で効果的に活用するための戦略についても検討を行います。

エキスパート達のリアルタイムでの診断推論のプロセスにおける着眼点と戦略を、そのスピード感とともに共有し、インタラクティブな学びの場になれば幸いです。若手医師から熟練医まで奮ってご参加ください。

# JUGLER セッション 2

## 若手医師と病院総合診療医像・専門医制度について議論するシンポジウム Meet the fascinating general hospitalists! (Vol.4)

---

座長：多胡 雅毅（佐賀大学医学部附属病院 総合診療部）

鋪野 紀好（千葉大学医学部附属病院 総合診療科）

ディスカッサント：志水 太郎（獨協医科大学 総合診療医学）

佐々木 陽典（東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター）

高橋 宏瑞（順天堂大学医学部 総合診療科）

○沖山 翔

アイリス株式会社／日本赤十字社医療センター 救急科

○工藤 仁隆

飯塚病院 総合診療科／高知大学院 臨床疫学教室

○大塚 勇輝

岡山大学病院 総合内科総合診療科

## JUGLER セッション 2

### 若手医師と病院総合診療医像・専門医制度について議論するシンポジウム Meet the fascinating general hospitalists! (Vol.4)

「病院総合診療に興味があるけれど、周りにロールモデルになるような先生がいない」「そもそもロールモデルになるような先輩指導医ってどこにいるの？」このような疑問はもう終わりにしましょう！

本学会の学術総会でシリーズ化している本セッションでは、全国各地の病院総合診療のロールモデルたる先生方にご参集いただき、それぞれの先生がこれまでどのような経歴をたどってこられたか、そして今はどのようなことを頑張っているか、そしてこれからのキャリア展望はどのようにお考えか、ということについて語っていただきます。病院総合診療の領域の医師たちは幅広いインタレストを持つことができるため、それぞれの先生方の多様な経験を自分自身のキャリアに投影することで、みなさんが病院総合診療を修めていくうえでのモチベーションに繋げる機会にさせていただきたいと思います。

今回も3名のロールモデルに登壇頂き、本大会テーマである Society 5.0 に関連して、専門医プログラムの習得項目に含まれている「IT化」、「EBM」、「情報管理」、「EBME（エビデンスに基づく教育）」、「研究」などをテーマにお話を頂く予定です。

医学生、研修医、基本領域ならびに病院総合診療専門医プログラムの専攻医の皆様が、夢をもって次のレベルの訓練に進まれる際に、ロールモデル、またメンターとの出会いがこのセッションを通して一つでも多く生まれることを願います。



# JUGLER セッション 3

Society 5.0 時代における総合診療医育成の Good Practice

～モデル・コア・カリキュラム R4 改訂を受けて～

---

座長：多胡 雅毅（佐賀大学医学部附属病院 総合診療部）

鋪野 紀好（千葉大学医学部附属病院 総合診療科）

ディスカッサント：志水 太郎（獨協医科大学 総合診療医学）

佐々木 陽典（東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター）

高橋 宏瑞（順天堂大学医学部 総合診療科）

# JUGLER セッション 3

## 改訂モデルコアカリキュラムに関する シンポジウム

### Society 5.0 時代における総合診療医育成の Good Practice

～モデル・コア・カリキュラム R4 改訂を受けて～

医学教育モデル・コア・カリキュラムは、各大学が策定する「カリキュラム」のうち、全大学で共通して取り組むべき「コア」の部分抽出し、「モデル」として体系的に整理したものである。令和4年度(2022年度)に改訂が行われ、2023年は各大学への周知機関となる。医学教育モデル・コア・カリキュラム(令和4年改訂版)では、新たな資質・能力として、「情報・科学技術を活かす能力」が追加となり、さらにそれに紐づく形で学修目標が設定されている。

Society 5.0時代において、総合診療と親和性の高い、新たな資質・能力と学修目標が組み込まれたが、医学生に対してその資質・能力を涵養するための、より具体的な学修方略について検討を行い、それを実装していく必要がある。

本シンポジウムで様々なセッティングで活躍する総合診療のエキスパートが、それぞれの視点から「情報・科学技術を活かす能力」を涵養するための学修方略に関する Good Practice について提言をまとめる。本企画が新しい総合診療専門医、病院総合診療専門医の指針となり、若手総合診療医のキャリア形成の一助となれば幸いである。

# JUGLER セッション 4

若手医師と臨床研究、論文執筆などのアカデミック活動について  
議論するシンポジウム

臨床研究の未来を探る ―総合診療と Society 5.0―

---

座長：多胡 雅毅（佐賀大学医学部附属病院 総合診療部）

鋪野 紀好（千葉大学医学部附属病院 総合診療科）

ディスカッサント：志水 太郎（獨協医科大学 総合診療医学）

高橋 宏瑞（順天堂大学医学部 総合診療科）

○佐々木 陽典

東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター

○織田 良正

社会医療法人祐愛会織田病院 総合診療科

○近藤 猛

名古屋大学医学部附属病院 総合診療科／名古屋大学医学部附属病院 卒後臨床研修・キャリア形成支援センター

# JUGLER セッション 4

## 若手医師と臨床研究、論文執筆などの アカデミック活動について議論するシンポジウム 臨床研究の未来を探る －総合診療と Society 5.0－

我々が日々実践している臨床知を研究によってエビデンスとして示すことは、一医師として、一科学者としての責務である。また我が国の総合診療領域から現場で役立つ良質なエビデンスを多数積み重ねて行くことが、本領域の専門性の確立、ひいては医療の質の向上につながる。この理念に基づき、日本病院総合診療医学会の専門医プログラムの柱には研究が含まれており、専攻医には学術活動の実践が求められている。研究を活性化するためには若手研究者の育成が不可欠だが、総合診療領域では研究者育成のリソースが整っておらず、研究してみたいと思っているが方法がわからず、断念する若手医師が多数存在するのではないだろうか。

そのような現状を踏まえ、本シンポジウムでは臨床研究の経験が豊富な JUGLER (Japan University General Medicine Leadership and Education Roundtable) がパネリストを務め、総合診療領域で臨床研究を実践しており、病院総合診療専門医プログラム専攻医の良きロールモデルとなっている新進気鋭の医師にシンポジストとして登壇してもらってきた。今回のシンポジウムでは Society 5.0 での重要課題と関連する IoT、AI などのテクノロジーとビッグデータの臨床研究における活用に関する議論を通じて、総合診療の臨床研究の未来について議論を深める予定である。本シンポジウムが総合診療医学領域の若手研究者のリサーチマインドを刺激し、領域のさらなる発展に貢献できれば幸いである。

# 良質な診断ワーキンググループ

今のうちに知りたい、診断プロセスにおける生成 AI の使い方

---

座長：鈴木 智晴（浦添総合病院 病院総合内科）

- 石塚 晃介  
横浜市立大学 総合診療医学
- 磯田 翔  
大阪医科薬科大学病院 総合診療科
- 川村 廉  
獨協医科大学 総合診療医学
- 久保崎 順子  
国立病院機構熊本医療センター 総合診療科
- 白石 達也  
東日本橋内科クリニック / Ubie 株式会社
- 原田 拓  
練馬光が丘病院 総合診療科
- 宮上 泰樹  
順天堂大学 総合診療科学講座
- 綿貫 聡  
地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター  
救急・総合診療科 / 医療安全対策室
- 畑 拓磨  
高萩協同病院 内科

# 良質な診断ワーキンググループ

## 今のうちに知りたい、 診断プロセスにおける生成 AI の使い方

診断プロセスをより良いものにするため、AI を活用した診断支援システムが開発・実用化されてきました。しかしながら、これまでの AI による診断支援システムの多くが、診断プロセスの一局面に特化したものであり、病歴、身体所見、検査所見、治療反応性、経過などの情報を更新しながら次のアクションを起こすという、診断プロセスの動的な側面への対応が困難であるという問題を抱えていました。そのような中、OpenAI が公開した ChatGPT は生成 AI と呼ばれ、状況を自然言語の形に変換して入力することができれば、多種多様な場面である程度の回答を出力できることが示されました。この生成 AI の登場により、診断という動的なプロセスにおいても、生成 AI を診断支援者として随時情報交換しながら診断を進めていくことが可能になったと考えられます。現時点では個人情報の問題などの課題もあり、すぐに日常診療に取り入れることには慎重になる必要がありますが、これらの課題が解消される近い将来を見据えて、今のうちに診断プロセスにおける生成 AI の使い方を知っておくことは、今後の診療の役に立つでしょう。

このセッションでは、「ChatGPT に興味はあるけどどう使えばいいの」という方から、「ChatGPT を診断補助に利用するこんな方法を見つけた」という方まで様々な方を対象に、参加型ワークショップを織り交ぜ、症例報告などを題材にして実際に ChatGPT を利用しながら、診断プロセスの中でどのように生成 AI を活用することができるのかを模索します。ChatGPT の公開後、利用者の豊かな発想によって、開発者の予想を超える生成 AI の活用方法が生まれているとも言われています。このセッションで、診断における生成 AI の新たな発見が生まれることも十分期待できるでしょう。

# パネルディスカッション1

## (特定行為研修就労看護師セッション)

### 総合診療領域での特定行為研修修了者活用に向けてー現状と課題

座長：志水 太郎（獨協医科大学 総合診療医学）  
塚田（哲翁） 弥生（日本医科大学武蔵小杉病院）

#### PD1-1 特定行為研修修了者（看護師）の活用の推進について

○後藤 友美  
厚生労働省 医政局 看護課 看護サービス推進室

#### PD1-2 特定行為に係る看護師を育成する立場から

○栗田 康生、五十嵐 真里、早川 美歩、南 早苗  
国際医療福祉大学大学院 特定行為看護師養成分野

#### PD1-3 協働する立場から

○久保 徳彦  
国立病院機構 別府医療センター 総合診療科

#### PD1-4 管理者の立場から

○福永 ヒトミ  
日本医科大学武蔵小杉病院

## 特定行為研修修了者（看護師）の活用の推進について

○後藤 友美

厚生労働省 医政局 看護課 看護サービス推進室

看護師の特定行為研修制度は、平成 27 年 10 月から保健師助産師看護師法（以下、「保助看法」という。）第 37 条の二等に基づき運用されており、制度創設から 8 年目に入った。特定行為とは、診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる 38 行為である。38 行為は類似の行為をまとめた 21 区分に分類されており、区分ごとに研修を受講することができる。特定行為研修は共通科目と区分別科目から構成されており、共通科目（250 時間）は一度受講すればよく、後から区分を追加したい場合は、その区分別科目のみを受講すればよい。特定行為研修を開講することができる指定研修機関（厚生労働大臣による指定）は全国で 360 カ所（令和 5 年 2 月現在）、特定行為研修を修了した看護師（以下、修了者という。）は 6,875 名（令和 5 年 3 月現在）となった。特定行為研修者の活用を進めるためには、まずは各施設の総合診療科において、特定行為研修修了者にどのような役割を期待するのかを検討する必要がある。その期待役割に基づいて、どの区分を受講した看護師がどの位必要なのか（外来もしくは病棟にどのくらい配置したいのか）を見込み、その育成計画を立てていく。指定研修機関の場合は、総合診療科に馴染む区分を組み合わせることで総合診療科パッケージを作ることも一案である。こうしたことは、看護師の育成に関わることであることから看護部と協働で進めていくことが重要である。また、看護師自身のキャリア形成の希望ともすりあわせをする必要がある。自らのキャリアアップのために自主的に特定行為研修を受講する看護師は多いが、施設において十分に活動ができていないという現状がある。特定行為研修修了者の活用のためには、組織としてのビジョンが不可欠であり、これから活用を始める施設においては、病院長を筆頭に委員会や推進チームを作って検討するなどの取組を進めていただければ幸いである。



## 特定行為に係る看護師を育成する立場から

○栗田 康生、五十嵐真里、早川美歩、南早苗

国際医療福祉大学大学院 特定行為看護師養成分野

医師が診察するまで患者さんの訴えに対してすぐに対応できず、患者さんを待たせてしまうことで、もどかしさなどを経験している看護師が多い。一方、外来や手術などで病棟担当医師が不在となり、経過良好な患者さんの治療が思うように進んでいかないこともある。循環器内科医である筆者も、外来のほか心臓カテーテル治療、不整脈デバイス治療、不整脈アブレーション治療など、病棟の患者さんを診療できない時間があり、それによって入院期間が延びてしまうなど、病院全体に影響を及ぼしてしまうことがある。病院から在宅への移行を目指して2015年より開始された看護師特定行為研修は、その中に含まれる21区分38行為の特定行為の中でも、総合診療領域で必要とされる行為は非常に多く、特定行為研修修了者が総合診療領域で果たす役割は非常に大きいと考えられる。本学は全国に15大学院ある、特定行為も可能な診療看護師(NP)養成校の一つである。従来のカリキュラムに依存したいわゆる教育目標基盤型ではなく、臨床現場のニーズに沿った人材を教育するアウトカム基盤型を重要視して教育を行っている。そのため21区分の特定行為手技のみならず、その特定行為を実施する症例の一連の疾病管理全般にも関わることによって、医師の診療の一部を担うタスクシェアの働きを担い、外来での待ち時間短縮や、退院計画の早期介入による入院期間の短縮などの効果を生んでいる。一方、日本循環器学会では、循環器領域で活躍する看護師を奨励するため、循環器領域に関連する特定行為研修を推奨していく提言を発出し、所定の区分を修了した看護師に対して日本循環器学会推奨特定行為区分修了証明書を発行することになった。そこで本シンポジウムでは、日本循環器学会の取り組みも紹介し、総合診療領域への活用を考えたい。

## 協働する立場から

○久保 徳彦

国立病院機構 別府医療センター 総合診療科

超高齢社会や在宅医療の推進などを背景に、2014年に医療介護総合確保推進法が成立し、「特定行為に係る看護師の研修制度」が創設されました。実践的な理解力や思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる38行為を、厚生労働省が特定行為と指定しました。研修を受けた看護師は手順書下で特定行為を行うことが認められており、特定行為研修を受けた看護師は特定看護師となりますが、大学院修士課程で病態生理学や薬理学を学び、幅広く複数の特定行為研修を受け、資格認定試験に合格すると診療看護師となります。米国の診療看護師は50年以上の歴史があり、大学院修士課程で資格を取り、医師と協働して患者を診療し処方を含む医行為を実施しています。日本の診療看護師は米国同様の活動はできませんが、医師と連携し診療に携わる役割を担っており、看護師5年以上の経験と大学院修士課程で得た病態生理学や薬理学の知識をもつだけでなく、フィジカルアセスメント能力を身につけ、特定行為を実施する技術をもっています。現在日本ではクリティカル領域とプライマリ領域(老年・小児)の診療看護師がおり、様々な症状や疾患をもつ患者に対し、医師と連携することで医療を効率的に提供できます。別府医療センターは大分県別府市に位置し、その歴史は古く大正14年に海軍病院として創設され、昭和25年に国立別府病院、平成16年に別府医療センターと名称を変更し現在に至っています。病床数500床(一般460床・精神40床)、33科を標榜しており、研修医を含めた全医師数120名、施設基準としては地域医療支援病院、救急告示病院(二次救急)、地域がん診療拠点病院、地域周産期母子医療センターなどです。診療看護師は3名おり、クリティカル領域とプライマリ領域(老年・小児)から各1名です。本講演では、当院に所属する診療看護師の活動状況と課題について協働する医師の立場から報告します。本講演にて議論した内容を参考に、各医療機関で診療看護師の導入を検討し、将来的な導入に繋がることを願っています。

## 管理者の立場から

○福永 ヒトミ

日本医科大学武蔵小杉病院

特定行為とは、看護師が手順書を用い、実践的な理解力、思考力及び判断力、また高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる診療の補助である。在宅医療の推進や、特に医師の働き方改革に伴うタスク・シフト／シェアの推進に対する貢献が期待されている。2015年からは特定行為に関わる看護師の研修制度が法に基づき開始され、2018年からは診療報酬の算定要件として特定行為研修が評価されるようになった。その結果、研修機関は加速的に増加している。

日本医大武蔵小杉病院は、2019年に指定研修機関として認可され、特定行為研修を開始した。当院では、栄養に係わるカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連、血糖コントロールに係る薬剤投与関連、術中麻酔管理領域のパッケージ研修を開講している。現在、院内研修修了者19名に加え、大学院修士課程で医学教育を修了し、日本NP教育大学院協議会が実施するNP資格認定試験に合格した診療看護師など合計29名が在籍している。

診療看護師及び特定行為研修を終了した認定看護師は、各領域において特定行為の実践を勧めることが出来ている。しかし、特定行為研修のみを修了したスタッフの手順書による実践は進んでいないことが課題となっている。この原因として、院内での運用方法の具体的な取り決めがないこと、また特定行為研修が周知されていないこと等が挙げられる。そのため、研修修了者が活動しやすい環境を整備するために以下の5つの取り組みを進めている。(1) 特定看護師の職務記述及び業務フローの作成、(2) 実践者への電子カルテへの記録を含めた記録方法の整備、(3) 医師を含む医療従事者全体への周知活動、(4) 特定看護師の活動啓発動画作成及びe-learningシステムからの発信、(5) 周知活動前後の多職種に対するアンケート調査。

本シンポジウムでは、当院における現状の課題について、活動実績に基づき報告する。

# パネルディスカッション2 (若手部会セッション1)

## MKSAP19 を用いた知識 Update セッション

---

座長：八重樫 牧人（千葉西総合病院 内科）

青木 のぞみ（順天堂大学医学部附属順天堂医院 総合診療科）

松尾 裕一郎（東京大学大学院医学系研究科 社会医学専攻 臨床疫学・経済学）

○猪飼 浩樹

中部ろうさい病院 リウマチ膠原病・腎感染症内科

○本村 壮

佐賀大学医学部附属病院 総合診療部

○田丸 聡子

練馬光が丘病院 総合救急診療科 総合診療部門

○増田 卓也

三井記念病院 総合内科・膠原病リウマチ内科

○山本 興幸

東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科

○海老原 賢治

東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科

○奈須 滉典

東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科

○峯 優一郎

順天堂大学附属順天堂医院 総合診療科

○飯田 圭祐

順天堂大学附属順天堂医院 総合診療科

○林 杏奈

順天堂大学附属順天堂医院 総合診療科

# パネルディスカッション 2 (若手部会セッション 1)

## MKSAP19 を用いた知識 Update セッション

本セッションは、MKSAP(Medical Knowledge Self-Assessment Program) を利用した、臨床推論、マネジメントの能力を磨くセッションです。MKSAP とは、米国内科学会 (ACP: American College of Physicians) が作成した米国の内科専門医試験勉強や内科スキルの向上・維持のための超王道教材です。単なる試験対策本のようなイメージを持った方は、ぜひこのセッションに参加して、そのクオリティに触れてみてください。MKSAP は世界トップクラスの専門家による強固かつ最新のエビデンスをもとに作成された症例ベースの問題で構成されており、非常に high quality な教材であるため、日本でも多くの有名施設で内科医教育の教材として採用されています。本セッションでは、最新の MKSAP である MKSAP19 の問題の中から、「明日からの診療が変わる問題」を中心に選択しました。実践的な知識をアップデートしましょう！

# パネルディスカッション 3

## 病院総合診療医の成長と活躍のために —メンバーシップアンケート調査より

座長：田妻 進（日本病院総合診療医学会理事長／JR広島病院院長）

塚田（哲翁） 弥生（日本医科大学武蔵小杉病院 総合診療科）

パネリスト：内藤 俊夫（順天堂大学医学部 総合診療科）

片岡 仁美（京都大学医学教育・国際化推進センター）

飯野 奈津子（ジャーナリスト）

上原 孝紀（千葉大学大学院医学研究院診断推論学・医学部附属病院総合診療科）

青山 彩香（水戸協同病院）

PD3

病院総合診療医の成長と活躍のためには何が必要か —メンバーシップアンケート調査結果を踏まえて—

○米本 崇子<sup>1</sup>、塚田（哲翁） 弥生<sup>1</sup>、安武 正弘<sup>2</sup>

<sup>1</sup>日本医科大学武蔵小杉病院 総合診療科、<sup>2</sup>日本医科大学付属病院 総合診療科

## 病院総合診療医の成長と活躍のためには何が必要か —メンバーシップアンケート調査結果を踏まえて—

○米本 崇子<sup>1</sup>、塚田（哲翁）弥生<sup>1</sup>、安武正弘<sup>2</sup>

<sup>1</sup>日本医科大学武蔵小杉病院 総合診療科、<sup>2</sup>日本医科大学付属病院 総合診療科

【背景】日本における病院総合診療は諸外国と比べ歴史が浅く、臨床体制、研究環境が十分であるとは言えない。【目的】病院総合診療に携わっている医師の年齢・性別・勤務形態・勤務や研究生活の妨げとなっている点についての匿名アンケート調査を行い、改善が必要な課題を見出す。【方法】日本病院総合診療医学会事務局から全学会会員へ向けてアンケート調査の案内及び回答方法をメール配信し、回答者が直接 Google フォームに無記名条件下で入力したデータを集計解析した。自由記載部分はフリーソフトウェア KH Coder を用いて計量テキスト分析を行った。【結果】（\*7月6日時点での中間解析）回答数 299 件中、研究同意 97%、291 名の結果を解析した。男性 86%、医学博士 59%、留学経験 31%、アカデミックポスト有 29%、常勤総合診療科 57%、常勤他診療科 33%。職務時間割合で「現在」と「理想」の差が顕著だったのは『研究』時間で「現在」1-24%：53%、0%：31%、「理想」1-24%：46%、25-49%：35%。仕事の満足度は 10 点満点中 6.9 ± 1.8 点、プライベートの満足度は 6.0 ± 2.3 点。以下、テキストマイニング、共起ネットワーク図のサブグループ結果：＜仕事で不満な点＞ 1) 研究・教育・臨床の時間配分、2) 研修・勉強時間の確保、3) 病院の管理や理解、4) 医師・スタッフの不足、5) 当直・休み・給与。＜キャリアアップに必要なもの＞ 1) 病院幹部の理解、2) 自身の経験と努力、3) 家庭と職場の両立・バランス、4) 留学・大学院進学・専門医取得、5) 自由時間、仕事の軽減、6) モチベーション。＜病院総合診療医療発展に必要なこと＞ 1) 若手の教育体制、2) 地域で必要とされる医療、3) 臨床及び研究能力、4) 専門医制度の充実、5) 学会広報活動。【考察】病院総合診療医として自身のキャリアアップ、研究活動に積極的な回答が多くみられた一方、システム整備や臨床業務負荷に不満を感じており、仕事の満足度に比べてプライベートの満足度は低かった。学会当日は視覚化データを供覧いただき、ディスカッションにつなげたいと思います。

# パネルディスカッション 4

## 診療看護師（NP）2.0 ～各医療現場における医療サービスと診療看護師を融合させ、開かれるヘルスケア～

---

座長：志水 太郎（獨協医科大学病院 総合診療科）

久保 徳彦（国立病院機構 別府医療センター 総合診療科）

オーガナイザー：福添 恵寿（川西市立総合医療センター）

### PD4-1 Society 5.0 における診療看護師（NP）の可能性

○横山 淳美

島根県立大学 看護栄養学部 看護学科

### PD4-2 産婦人科プライマリケアにおける NP の医療提供 多職種協働で質の高いケア提供を考える

○勘澤 晴美

対馬病院

### PD4-3 病院と地域をつなぐ診療看護師（NP）の役割について

○原 光明

特定医療法人 社団春日会 黒木記念病院

### PD4-4 急性期領域におけるタスクシフト—脳神経外科への診療看護師参入の効果—

○片山 朋佳<sup>1,2</sup>、小松 文成<sup>1</sup>、大久保 麻衣<sup>1,2</sup>、佐々木 建人<sup>1</sup>、田中 里樹<sup>1</sup>、山田 康博<sup>1</sup>、

田村 貴光<sup>1</sup>、加藤 庸子<sup>1</sup>

<sup>1</sup>藤田医科大学ばんだね病院 脳神経外科、<sup>2</sup>藤田医科大学病院 中央診療部 FNP 室

### PD4-5 地域療養者へ、診療看護師（NP）というヒトのチカラでなくては賄えない役割

○樋口 秋緒

社会医療法人北農会恵み野訪問看護ステーション「はあと」

### PD4-6 集中治療領域の診療看護師（NP）による Patient Experience と Engagement

○永谷 創石

練馬光が丘病院 総合救急診療科 / 集中治療部門



# パネルディスカッション 4

## 診療看護師（NP）2.0

### ～各医療現場における医療サービスと診療看護師 を融合させ、開かれるヘルスケア～

超高齢社会、医療の高度化、在宅医療の推進などを背景に、2014年に医療介護総合確保推進法が成立し、「特定行為に係る看護師の研修制度」が創設されました。実践的な理解力や思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる38行為を、厚生労働省が特定行為と指定しました。研修を受けた看護師は手順書下で特定行為を行うことが認められており、特定行為研修を一つでも受けた看護師は特定看護師とされますが、大学院修士課程で病態生理学や薬理学を学び、幅広く複数の特定行為研修を受け、日本NP教育大学院協議会が実施する資格認定試験に合格すると診療看護師となります。現在日本では、クリティカル領域とプライマリ領域（老年・小児）の診療看護師がおり、フィジカルアセスメント能力や特定行為を実施する技術を持っています。今後、医師と連携することで様々な症状や疾患をもつ患者に対して医療を効率的に提供できると考えられます。私共は、第16回大会から本学会学術集会におけるシンポジウムにて診療看護師の活動内容を伝え、第20回以降は診療看護師の導入に向けた戦略を議論し可能性を探ってきました。第27回の本シンポジウムでは、「診療看護師（NP）2.0～各医療現場における医療サービスと診療看護師を融合させ、開かれるヘルスケア～」のテーマで患者を診て見る診療看護師について議論し、今後の可能性を探ります。はじめに横山淳美先生から診療看護師について総論的解説をいただき、勘澤晴美先生、原光明先生、片山朋佳先生、樋口秋緒先生、永谷創石先生からご講演をいただく予定です（オブザーバー：福添恵寿先生）。本シンポジウムにて議論した内容を参考に各施設で診療看護師の導入を検討し、将来的な導入に繋がることを願っています。

## Society 5.0 における診療看護師 (NP) の可能性

○横山 淳美

島根県立大学 看護栄養学部 看護学科

高齢者の増加に伴い、地域における多様な医療ニーズへの対応はますます重要となっている。このような環境にこそ、診療看護師 (NP) は鍵と成り得る。ここでは、Society 5.0 における医療 MaaS (Mobility as a Service) と島根県立大学診療看護師 (NP) プライマリ・ケア領域養成課程 (以下、本学養成課程) の教育プログラムの見直しに焦点を当てる。高齢化と過疎化が進む島根県中山間地域では、高血圧等の慢性疾患を併存した高齢在宅療養者は多い。このような地域の暮らしを支えるためには、1. 多様なケアニーズへの対応、2. 医療施設への移動手段の確保、3. 限られた医師・看護師等の医療資源を最大限の効率で活用する医療提供システムの構築は喫緊の課題である。そこで、医療アクセスに関する利便性と医療資源の効率性を融合した医療 MaaS (移動サービスとオンライン診療を融合した医療サービス) に注目した。現在、長野県伊那市等全国の様々な地域で医療 MaaS は実装されているが、我々はこの医療 MaaS において、複数名の診療看護師 (NP) を配置した島根版医療 MaaS を考案している。複数名の診療看護師 (NP) を配置する理由は、1. 高齢者診療に関連するフレイル、認知症及び心不全などの老年症候群におけるマネジメント、2. エコーを駆使した身体所見、3. 中山間地域内の移動距離に伴う診療待機時間の有効活用の3点が期待できるからである。医療の価値向上を目指し、現在は計画進行中である。また、本学養成課程における既存の教育プログラムには、老年症候群に対応したカリキュラムが少ない。故に、地域の医療機関や介護施設等における臨地実習を含めた老年症候群のマネジメントを強化し、地域の医療ニーズに対応したカリキュラムの充実が求められる。Society 5.0 における診療看護師 (NP) の可能性は多岐にわたるが、老年症候群のマネジメントができる診療看護師 (NP) を配置した医療 MaaS の活用が必要であると考えられる。

## 産婦人科プライマリケアにおける NP の医療提供 多職種協働で質の高いケア提供を考える

○勘澤 晴美

対馬病院

【背景】日本における診療看護師 (Nurse Practitioner: 以下 NP) は 2008 年から始まり現在 770 人となり各分野で活躍している。NP 先進国であるアメリカでは 35 万人以上の NP が primary care を中心にクリニックや病院で外来診療を行い、また病棟や救急などでも診療の多をタスクシフトまたはシェアしながら医師と働いている。産婦人科領域においても Women's Health Nurse Practitioner(WHNP) や Midwife が女性の診療を行なっている。産婦人科診療、特に分娩は人材不足、安全面から集約化が進んでいる。しかし離島は集約化も医師の確保も難しい状況であるが産婦人科診療は専門性が高くそのニーズは高い。また長崎県は離島を多く抱え産婦人科医不足はより深刻である。その中で対馬病院は 2020 年 11 月より産婦人科で NP/ 助産師が診療を始め 2021 年 4 月からは産科・婦人科両方の外来でも医師と協働しながら診療を行なっている。NP が外来での初診から診察・診断・治療計画を立て介入している所は少なく、産婦人科では初の試みでありここでその結果を報告する。【目的】診療看護師の外来診療も患者のアウトカムに差がなく安全に提供できている事を明らかにする離島・僻地の産婦人科人材不足に診療看護師が貢献できる事を明らかにする【方法】外来診療を開始してから実際診療した患者数、処置数、処方数などの診療内容を数値化し貢献度を明確にする実際に行った子宮頸部細胞診や子宮内膜細胞診・組織診の結果を診療看護師と医師とで比較し差がないことを証明する【結果】実際の診療数、処置、処方数もほぼ均等に行なっていた診療看護が採取した細胞診、組織診の結果に検体不良、判定不能は一つも無く医師と差が無かった。【結論】外来一次診療での（産婦人科）プライマリーケアでの診療看護師の診療は安全性が確保されており離島・僻地での人材不足に貢献できている

**病院と地域をつなぐ診療看護師（NP）の役割について**

○原 光明

特定医療法人 社団春日会 黒木記念病院

当院で診療看護師（NP）が、活動を開始して5年目となる。これまで当院の診療看護師（NP）は、主治医と協働して入院患者のマネジメントや退院支援、創傷管理、手術、在宅訪問などを行ってきた。それぞれの活動では、医師とタスクシェアすることで、効率的に医療提供が可能となった。しかしその一方で、院外に目を向けると医師（病院）と在宅療養を支援するスタッフとの連携が十分ではなかった。今回は診療看護師（NP）の活動が、前・後方連携など在宅スタッフとの連携を促進し、医療現場の課題に対して、持続性のある形を検討した。今後、益々その推進が期待される地域包括ケアシステムにおいて、診療看護師（NP）が取り組めることを考察する。

---

**急性期領域におけるタスクシフト—脳神経外科への診療看護師参入の効果—**

○片山 朋佳<sup>1,2</sup>、小松文成<sup>1</sup>、大久保麻衣<sup>1,2</sup>、佐々木建人<sup>1</sup>、田中里樹<sup>1</sup>、山田康博<sup>1</sup>、田村貴光<sup>1</sup>、加藤庸子<sup>1</sup>

<sup>1</sup>藤田医科大学ばんだね病院 脳神経外科、<sup>2</sup>藤田医科大学病院 中央診療部 FNP 室

**【緒言】**2012年の時点で40%もの医師が週平均で60時間以上働いており、有給休暇の取得率の低いことが報告されている。2024年からは医師の時間外労働の上限規制が適応されることになり、医師業務のタスクシフト・タスクシェアが対策の一つとして注目されている。2021年4月から当院脳神経外科に2名の診療看護師（NP）が配属された。当院脳神経外科のNPの業務内容を調査し、NPが配属したことによって、脳神経外科医師の労働環境がどのように改善されたかを検討した。

**【方法】**当院の脳神経外科医7名、NP2名を対象に、NP配属前の2020年4月～2021年3月までを非介入群、NP配属後の2021年4月～2022年3月までを介入群とし、NPの業務内容と医師の1ヶ月あたりの時間外労働時間数、有給休暇取得率の変化を調査した。

**【結果】**手術・血管内治療の全症例624件のうち189件はNPが第一助手を行った。NPが行なった術後の処置は、抜糸・抜鉤464件、創部ドレーンの抜去252件であった。その他、周術期の水分・栄養管理と生命に関わる緊急事態以外のファーストコール（勤務時間内）はNPに任せられていた。時間外労働時間に関しては、非介入群51.42±31.45時間、介入群41.16±39.01時間であり時間外労働時間は有意に減少した（ $p < 0.001$ ）。有給休暇取得率に関しては、全医師の1年間あたりの有給取得率は、非介入群32.52%、介入群53.69%であり、有意に増加した（ $p < 0.05$ ）

**【考察】**NPの業務内容は、抜糸・抜鉤、ドレーン抜去などの処置や薬剤調整、代行入力業務が多い。NPがこれらの業務を代行したことで業務時間が時間内にシフトされ、時間外労働時間の減少や有給休暇取得率上昇に繋がったと考えられる。

**【結論】**NPは医師業務の一部を代行することができ、医師の時間外労働時間は減少し有給取得率は増加した

**地域療養者へ、診療看護師（NP）というヒトのチカラでなくては賄えない役割**

○樋口 秋緒

社会医療法人北農会恵み野訪問看護ステーション「はあと」

現在、在宅療養者は、一昔前では考えられなかった様々な支えの中で暮らしている。その支えには多職種連携における ICT の駆使だったり、介護系ロボットの介入だったり、介護する人を支える機器まで入ってきた。しかし地域で療養する方々の暮らし方は十人十色、千差万別で、看護はバッテリーの必要な機器では賄えない何か多くの事を支えているなど実感している。ヒトでなくてはできないケアは何か、どんなに AI がすすみ、ケアの現場でロボットが活躍したとしても、看護師、さらに診療看護師（NP）でなければできないケアの専門性とは何か。それはきっと、ヒトの気持ちを察し、表情や顔色から思いを受け取って、療養者本人が文字で表現できないさまざまな何かを受け取り、それをアセスメントし、文字や形に変えていけることではないだろうか。そのヘルスアセスメントの実践が人々のヘルスケアの力になり、さらに医療サービスに繋げることで、健康で豊かな暮らしを守ることに繋がっていくのだと思う。この機会を頂いたことで、事例を通し、在宅療養者を支える診療看護師（NP）の一人として、ヘルスケアの担い手としての活動と思いを振り返っていきたい。また、第 9 回日本 NP 学会学術集会のテーマに込めた思いに馳せながら話が出来れば幸いと思っている。

## 集中治療領域の診療看護師（NP）による Patient Experience と Engagement

○永谷 創石

練馬光が丘病院 総合救急診療科 / 集中治療部門

本邦では「病院総合診療医（Hospitalist）」の必要性が注目されるようになり、他科と病院総合診療医が併診して患者の管理にあたる機会が増えている。この併診はコンサルテーションのような特定の問題に対する部分的な助言とは違い、Co-management であり、患者の抱える医学的、社会的な問題全般に対して包括的に評価し、専門科と責任を分担しながら評価と医療介入を行うことである。集中治療領域でも同様であり、集中治療医（Intensivist）が術後または重症化に至ってしまった各科の患者を管理することは Co-management である。Co-management は多職種連携が重要であり、それぞれの職種が自身の専門領域の知識、活動を活かして患者管理に参画している。その中で診療看護師（NP）の役割とは何か。2014年に患者中心の医療等を考慮した医療の5つ目標が提唱されており、その中でも Patient Experience：PX は大きなテーマである。PX は医療サービスに関する患者経験を意味する概念である。集中治療の経験は患者および家族にとって今後の人生に関わる大きな経験であり、集中治療領域において PX の概念と、PX を向上させる取り組みは重要である。PX の向上において Patient Engagement（患者協働）が大きな役割を果たす。Patient Engagement はケアプロセスにおける患者、家族の参画と協働を指している。海外では集中治療領域の Nurse Practitioner の役割は「質の担保」「ケアの継続性」「患者と家族が医療提供者とのつながりを強める事」と提言されており、Patient Engagement との関連性が強い。当院でも同様の役割を持ち診療看護師（NP）は活動しており、重症患者における PE は診療看護師（NP）の重要な役割と実感している。集中治療は患者自身のヘルスケア概念を大きく変化させるきっかけでもある。当院の集中治療部門及び診療看護師（NP）の取り組みに関して紹介し、今回のテーマに関して皆様と討論していきたい。

# パネルディスカッション5

## 質改善・患者安全

### 院内急変って予防できるの！？あなたの認識が180°変わる患者安全

---

座長：綿貫 聡（東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター  
救急・総合診療科／医療安全対策室）

井村 洋（飯塚病院 総合診療科）

- 小坂 鎮太郎  
東京都立病院機構東京都立広尾病院 病院総合診療科
- 安本 有佑  
板橋中央総合病院 総合診療内科
- 栗原 健  
名古屋大学医学部附属病院 患者安全推進部
- 上原 孝紀  
千葉大学大学院医学研究院診断推論学・医学部附属病院総合診療科
- 小田 浩之  
飯塚病院 総合診療科
- 長谷川 雄一  
飯塚病院 感染症科
- 畑 拓磨  
県北医療センター高萩協同病院 総合診療科
- 稲垣 剛志  
国立国際医療研究センター病院 総合診療科
- 阪間 智哉  
JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 総合診療科
- 齊藤 琢真  
東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター 救急・総合診療科
- 川幡 翔太郎  
東京北医療センター 総合診療科
- 山田 智也  
藤田医科大学岡崎医療センター
- 西村 涼  
藤田医科大学総合診療プログラム



# パネルディスカッション 5

## 質改善・患者安全

### 院内急変って予防できるの！？あなたの認識が 180° 変わる患者安全

米国ホスピタリスト学会では質改善・患者安全の研究が重要視されており、日本でも病院総合診療医は、質改善・患者安全に関わることが求められます。そして、特に院内急変は患者安全を考えるにあたって身近なモデルケースであり、このような実際に対応を行うことが多いケースをもとに質改善・患者安全を考えるは重要です。

このセッションでは、前半に度々経験する院内急変シナリオをもとにディスカッションを行ってもらい、後半では急変予防から患者安全へ議題を一般化し、実装に向けた課題や実際に各病院で行われている方略について紹介します。

私達は今後日本病院総合診療医学会において医療の質向上・患者安全部会を創設し活動を行うことを願っており、関心を持っておられる仲間を募集しています。病院総合診療医×質改善・患者安全に関心がある方々の参加をお待ちしています。

# ラウンドテーブル・ディスカッション 1

## 病院総合診療医が悩む問題の Pros and Cons : 病棟での「排尿困難」を考える

座長：鈴木 智晴（浦添総合病院 病院総合内科）  
長崎 一哉（水戸協同病院 総合診療科）

- 原田 拓  
練馬光が丘病院 総合診療科
- 宮上 泰樹  
順天堂大学医学部 総合診療科学講座
- 鈴木 森香  
仙台医療センター 総合診療科
- 本田 優希  
聖隷浜松病院 総合診療内科
- 松原 知康  
広島大学 脳神経内科
- 伊東 完  
東京医科大学 茨城医療センター 総合診療科
- 和足 孝之  
島根大学医学部附属病院 総合診療医センター

# ラウンドテーブル・ディスカッション 1

## 病院総合診療医が悩む問題の Pros and Cons : 病棟での「排尿困難」を考える

本セッションは「質の高い病棟診療ワーキンググループ」のメンバーでお送りいたします。今回は病院総合診療医に悩ましい問題である、入院患者の「排尿困難」をテーマとします。とくに、導尿留置カテーテルを抜去した後に尿閉をきたしている患者を診療する機会が多いですが、その管理について医療者同士で意見が異なることは少なくありません。

- ・入院中に排尿困難をきたす危険因子は？
- ・排尿困難の原因をどこまで精査するのか？
- ・泌尿器科に相談するタイミングは？
- ・間欠導尿の有効性は？
- ・排尿困難に対しての有効な治療にはどんなものがあるのか？
- ・退院後の排尿機能におけるアウトカムはどうなっているのか？

本セッションでは入院患者の導尿留置カテーテル抜去後の排尿困難について症例ベースに考えていき、お互いの考え方や悩みを共有していきます。そして、当メンバーより排尿困難に関連した既存のエビデンスや考え方を共有します。最後に、まだ解き明かされていない臨床疑問を複数提示し、その研究手法について検討していきます。

入院患者の排尿困難に悩む、多くの皆さまのご参加をお待ちしています。このセッションを通じて、皆さまの診療の質の向上に役立ち、新たな研究が生まれることになれば大変嬉しく思います。専攻医、研修医、医学生の参加も大歓迎です。

# ラウンドテーブル・ディスカッション2

## (若手部会セッション4)

### 急性期複雑症例の Decision Making ～病院総合診療医の力を活かすために～

座長：松尾 裕一郎（東京大学大学院医学系研究科 社会医学専攻 臨床疫学・経済学）

- 鶴木 友都  
飯塚病院 総合診療科
- 平松 由布希  
東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科
- 兒島 裕樹  
杏林大学医学部附属病院 感染症科
- 原田 愛子  
飯南町立飯南病院 内科
- 大橋 史矢  
東京ベイ・浦安市川医療センター 初期臨床研修医

## ラウンドテーブル・ディスカッション 2 (若手部会セッション 4)

### 急性期複雑症例の Decision Making ～病院総合診療医の力を活かすために～

急性期の問題を複数発症した患者さん、多数の併存疾患を持ちながら新規に急性期の問題を発症した患者さん、複雑な社会的背景を抱え、一般的な治療方針と競合する急性期患者さんなど、いわゆる「ガイドライン通り」の方針決定が通用しない急性期の患者さんは多数存在します。こういった患者さんを、ここでは「急性期複雑症例」と呼ぶことにします。みなさんの施設でも、急性期複雑症例のマネジメントで苦勞をされたことはあるのでは無いでしょうか。急性期複雑症例のマネジメントの困難さの一端は、1. generalist が得意とする全人的・臓器横断的な視点、2. specialist による専門知識・経験・技術、3. 時間的制約がある中での素早い判断・介入が要求されるところにあります。generalist と specialist がタイムリーに高い質で協働できることが理想ですが、そこがなかなか難しいところです。このセッションでは、病院総合診療医がどのように考え、行動することで急性期複雑症例のマネジメントの質を高めることができるか、症例を通して学んでいきます。

# ワークショップ (若手部会セッション5)

## Beginnerのための症例報告の書き方

座長：山下 駿（佐賀大学医学部 地域医療科学教育研究センター）  
石塚 晃介（横浜市立大学総合診療医学）

○児島 裕樹  
杏林大学医学部附属病院

○山本 幸近  
岡山大学病院／飯塚病院総合診療科

○染小 英弘  
旭中央病院

○峯 優一郎  
順天堂大学

○宮上 泰樹  
順天堂大学医学部総合診療学講座

# ワークショップ (若手部会セッション 5)

## Beginner のための症例報告の書き方

本セッションは、論文執筆が苦手な若手医師や指導医のために、実際に論文を書いたことのある若手部会の医師が、その具体的な執筆のノウハウを伝えるセッションです。これまでも、画像論文の書き方などのセッション開催歴があり、同セッションはいくつかの病院や学会から招待講演を頼まれました。また、その内容は論文にもなっており、それを実践したメンターのいない執筆者の論文が先日 clinical case reports にアクセプトされました。今回は、その症例報告版です。①どのような症例が報告に値するか、②投稿雑誌の選択、③新規性のある内容か educational な内容かどのように discussion を構成したらよいかを実際の症例を交えながら解説します。非常に実践的な内容になっています。

# トピック

## (若手部会セッション6)

医学生と医師に介在する総合診療へのイメージギャップとは？  
～ 医学生の目線から総合診療のあり方を徹底議論します！～

---

座長：勝倉 真一（獨協医科大学病院）  
大塚 勇輝（岡山大学病院 総合内科 総合診療科）  
横田 雄也（岡山家庭医療センター）

○伏江 真彩  
自治医科大学

○本橋 花音  
岡山大学

○原田 美紗子  
獨協医科大学

○藤田 大輝  
獨協医科大学

○宮里 侑志  
獨協医科大学

○漆葉 美佳  
産業医科大学

○松本 カンナ  
国際医療福祉大学

○加持 英里子  
獨協医科大学

○亀井 誉子  
獨協医科大学

○齋藤 光莉  
岡山大学



# トピック

## (若手部会セッション6)

### 医学生と医師に介在する総合診療へのイメージ ギャップとは？ ～ 医学生の目線から総合診療のあり方を徹底議 論します！～

本企画は学会恒例となりました学生企画のセッションです。医学生の目線から現在起きている様々な事象に対して問題提起を行い、ご来場下さる皆様と共にアイデアを練り上げ、学生から未来への提言とその実践を行うことを主旨としています。

今回取り上げるテーマの入り口は「総合診療およびそのサブスペシャリティにおける、医学生と現場で働く医師との間に存在するイメージのギャップ」でした。多くの医学生が総合診療に興味を持っており、総合診療医の仕事や役割に関する認知も広く普及が進んでおりますが、新たに定義されつつある病院総合診療、家庭医療、地域医療という3次元のサブスペシャリティに対しては、それぞれの内容や違いについてうまくイメージができないことに気が付きました。

そこで本企画では、総合診療やそのサブスペシャリティに関する学生の疑問点を抽出し、実際に総合診療の現場でご活躍される各先生方とディスカッションをしながら、医学生の疑問点を解消していきます。そうして現状の理解を深めたのち、学生視点で、総合診療とそれを取り巻く環境や制度の問題点を改めて具体化し、その解決策を学生から提案します。そして提案内容について、当日お招きするゲストの先生方、そして来場される皆様と共にインタラクティブなディスカッションを重ね、より良い総合診療の未来をリアルタイムに描いていきたいと思っております。

総合診療科は他の診療科と比べて、まだまだ新しい診療科です。しかし、超高齢社会が進む中で、ジェネラリストを目指す人材育成、総合診療におけるサブスペシャリティの連携強化は、今後の社会に貢献しうる大きな可能性を秘めています。そんなジェネラリストを目指す学生だからこそ届けられる総合診療に対するリアルな声を、ぜひ皆様に聴いて頂きたいです。医学生だけでなく、ぜひ多くの職種、幅広い分野の皆様にご参加頂き、一緒に解決策を考えていきましょう。皆様のお力添え、何卒よろしくお願い致します。

# 東洋医学会共同企画

麻黄湯から展開する「総合診療×漢方」—基礎研究から臨床まで—

---

座長：松田 隆秀（聖マリアンナ医科大学総合診療内科）  
中永 士師明（秋田大学医学部救急・集中治療医学講座）

○鍋島 茂樹  
福岡大学総合診療科

○吉永 亮  
飯塚病院東洋医学センター漢方診療科

### 麻黄湯から展開する「総合診療×漢方」—基礎研究から臨床まで—

○鍋島 茂樹

福岡大学総合診療科

○吉永 亮

飯塚病院東洋医学センター漢方診療科

COVID-19 パンデミック禍において、COVID-19 の急性期の症状に加え、多彩な症状をきたす罹患後症状に対しても漢方治療の果たす役割は大きくなっている。麻黄湯はインフルエンザに有名な漢方薬で、漢方医学のバイブルである傷寒論に「急性熱性疾患で強い悪寒がして汗がなく、関節痛や腰痛がする場合は麻黄湯の適応である」と記載されている。麻黄湯は臨床研究でインフルエンザに対する有用性がいくつか報告され、基礎研究でもインフルエンザ罹患後のサイトカインの調整を示すことが明らかになっている。また麻黄湯はインフルエンザウイルスやRSウイルスに対して異なる機序で抗ウイルス作用を示すこと、COVID-19 濃厚接触者に対する発症予防効果などが示されている。さらに漢方治療では、麻黄湯以外にも麻黄剤と呼ばれるいくつかの漢方薬が存在し、風邪やインフルエンザの初期に限らず、アレルギー性鼻炎や咳嗽、さらには熱感・腫脹を伴う急性の皮膚・関節疾患（結晶誘発性関節炎、蜂窩織炎など）にも応用可能である。

本講演では、麻黄湯の基礎・臨床研究を紹介するとともに、総合診療の外来や入院で知っていると役立つ麻黄剤の活用を症例の呈示をしながら解説する。

---

# 日本病院総合診療医学会 学会賞 受賞講演

座長：田妻 進（日本病院総合診療医学会理事長／JR広島病院）

西日本豪雨が高齢者の介護施設入所に与えた影響：介護レセプト等データベースを用いた  
縦断研究

○宮森 大輔

広島大学病院 総合内科・総合診療科

## 西日本豪雨が高齢者の介護施設入所に与えた影響：介護レセプト等データベースを用いた縦断研究

○宮森 大輔

広島大学病院 総合内科・総合診療科

地球温暖化により災害頻度が増す中、災害弱者である高齢者への備えと適切な支援方法の確立は喫緊の課題である。施設入所は高齢者の生活環境を一変させるライフイベントであるが、災害時は詳細なデータ抽出は困難であり、悉皆なデータによる災害時の施設入所のリスクを検討した報告はなかった。

本研究では西日本豪雨災害により被災した地域における過去起点コホートを行った。介護保険データベースを用いて、被災による影響が大きな西日本の3県の被介護者を抽出した。観察期間は2018年5月より12月とし、被災の有無による施設入所の頻度を比較した。解析は、施設入所をイベントとし、災害の有無を要因として、年齢・性別・認知機能・日常生活動作・食事形態で調整したCOX比例ハザードモデルを用いた。各調整因子についてサブグループ解析を行い、被災と各因子の間の交互作用項を検討した。

災害時点で施設入所者を除く187861人の介護サービス利用者のうち1.1%の2156人が被災者と認定された。年齢群の中央値は80-84歳であり、男性は31%であった。半年間の観察期間において、施設入所の累積発生率は、被災群で15%、非被災群は4.4%であった。被災者は非被災者と比較して調整後の施設入所のハザード比は3.28(95%CI, 3.01-3.90)であった。サブグループ解析では、食事全介助の有無と、災害の間に交互作用を認めた(食事全介助群:aHR, 6.13; 95%CI 3.76-9.99 vs 食事非介助群:aHR 3.19, 95%CI 2.83-3.60)。

被災した高齢者は、施設入所リスクが約3倍に増加した。特に自力で食事摂取できない高齢者でその影響が高いことが明らかになった。災害時に体系的な支援を行うためには、災害弱者を同定し、災害に備える包括的で根拠に基づいた支援体制の確立が求められる。総合診療医を含む医療者および政策立案者は災害時に介護施設需要が増大することを認識し、急なニーズ変化に対応できるような柔軟性を持った施設の構造および多職種からなる支援体制の構築に関わることが、成熟した福祉国家の形成のために重要と考えられる。

---

# 一般演題

---

[口演]

## 髄液 ADA の経時的変化が診断に有用であった結核性髄膜炎の 1 例

○武内諒介、村田莉里子、松本慎也、安本有佑、本橋健史、  
友田義崇

板橋中央総合病院

【背景】結核性髄膜炎は髄膜炎の13.9%を占め、未治療の場合は5-8週間で死に至るとされる。しかしその診断は容易ではない。【症例】ADL 自立、運送業を自営している72歳男性。【主訴】発熱、意識障害【既往歴】高血圧症【現病歴】受診6日前に倦怠感を自覚した。2日後には37度台の発熱を認め、意識障害も出現した。意識障害も改善しないため、当科に入院した。【身体所見】体温 39℃、意識レベル E3V3M4、項部硬直、ケルニッヒ徴候陽性。【検査結果】血液検査 Na:128mEq/L。その他意識障害の原因となるアンモニアの上昇や電解質・低血糖・ビタミン・内分泌異常を認めない。胸部CT写真：明らかな異常なし。頭部MRI：意識障害の原因となる明らかな異常所見を認めない。髄液検査：初圧12.5cmH<sub>2</sub>O、外観は淡黄色、透明。細胞数49/μL、Glu 51mg/dL、Gram染色陰性、細菌・抗酸菌培養陰性。結核菌PCR陰性。髄液アデノシンデアミナーゼ (ADA) 7.9 IU/L。【経過】無菌性髄膜炎を考慮しアシクロピルビルの投与を開始した。しかし意識障害は増悪した。第8病日に再検した髄液検査でADAは29.2 IU/Lと上昇、頭部造影MRIで脳底部の髄膜造影効果を認めた。臨床所見と合わせ結核性髄膜炎と診断し抗結核剤 (INH+RFP+EB+PZA) を開始した。意識障害は徐々に改善、抗結核薬開始後12日目の髄液ADAは10.6 IU/Lと低下した。第69病日にリハビリテーション目的で転院。その後独歩退院し外来で投薬治療を継続中である。【考察】結核性髄膜炎の診断において、髄液培養・PCRの感度はそれぞれ35%・56%と低く実臨床においては診断に苦慮することも多い。髄液ADAは10IU/L以上の場合感度79%、特異度91%、陽性尤度比6.9と診断に有用である。しかし病勢を反映し、病初期には低値となり得ることも報告されており、悪化する髄膜炎の場合髄液の再検を考慮する必要がある。【結語】髄液ADAの経時的変化が診断に有用であった結核性髄膜炎を経験したので報告する。

## 口唇の痺れや離人感で来院し Numb chin syndrome を呈していたマントル細胞リンパ腫の一例

○牧野紘幸<sup>1</sup>、山田梨絵<sup>1</sup>、傍島卓也<sup>1</sup>、村山正憲<sup>1</sup>、永井裕之<sup>2</sup>、  
李心<sup>3</sup><sup>1</sup>松波総合病院 総合内科、<sup>2</sup>同 耳鼻咽喉科、<sup>3</sup>同 血液・腫瘍内科

【背景】Numb chin syndrome (以下NCS) は下顎神経の末梢枝の障害によって生じるオトガイ部・下唇の知覚障害を呈し、背景に悪性腫瘍が存在する事が多い。【症例】52歳男性【主訴】会話が頭に入らない【既往歴】X-1年尿管結石【現病歴】X-16年より高血圧・過敏性腸症候群で近医内科に、X-10年より躁うつ病で近医精神科に通院。X年4月に転職。X年5月より左下口唇のしびれを自覚。X年6月中旬一過性意識消失を起し当院へ救急搬送され帰宅。同日から人の話の内容が頭に入らない、テレビのセリフがゆっくりに聞こえる、左耳で会話や音声の一部がループしている、等を自覚しかかりつけ精神科を受診後当院へ紹介され入院となった。半年で7.5 kgの体重減少あり。【身体所見】体温36.6℃、左下口唇・左オトガイ部に触覚痛覚低下あり。表在リンパ節・肝脾ふれず。【検査結果】血清LD 587 U/L、CRP 0.30 mg/dl、可溶性IL-2受容体1000 U/ml。髄液細胞数 2/μl、髄液蛋白 69.2 mg/dl。頭部CT：篩骨洞・蝶形骨洞・上顎洞に副鼻腔炎像あり。造影MRI：篩骨洞～蝶形骨洞、頭蓋底斜台にかけて進展するT2強調画像で低信号、造影される不整形の構造物あり。下顎骨にT1強調で低信号、脂肪抑制T2強調で高信号の領域あり。【経過】全身麻酔下で副鼻腔生検を施行。FDG-PET/CTで篩骨洞・左下顎骨・左上腕骨・仙骨に集積あり。マントル細胞リンパ腫の診断となった。経過中に各種精神症状は改善、また発熱出現あり、左下口唇・下顎部しびれが疼痛へ増悪したが、血液内科で化学療法開始後は消失した。その後寛解状態を維持している。【考察】既存症に躁うつ病があり主訴も精神症状であったが、LD高値と体重減少、NCSから悪性疾患を念頭に検索し診断しえた。【結語】NCSの原因がマントル細胞リンパ腫であった。

## 約 2 年間にわたり心因性嘔吐症と診断されていた、周期性 ACTH・ADH 放出症候群の成人例

○竹島ももこ<sup>1</sup>、浦和也<sup>2</sup><sup>1</sup>九州大学病院 臨床教育研修センター、<sup>2</sup>福岡県済生会二日市病院 総合内科

【背景】繰り返す嘔吐発作の原因疾患の一つに周期性ACTH・ADH放出症候群があるが、成人例は稀であり十分に周知されていない。本症は片頭痛の一つの病型とされ、片頭痛に準じた薬物療法が有効な場合がある。【症例】22歳、男性【主訴】繰り返す嘔吐発作【病歴】X-2年より嘔吐発作を繰り返す様になり、X年2月までの2年間に19回の外来受診および11回の入院歴あり。上下部消化管内視鏡検査、腹部CT検査、頭部CT検査などが行われたが、症状の原因となる異常を指摘されず、心因性嘔吐症と診断された。以後救急外来や病棟において様々な診療科の複数医師が診療に関わり、心因性嘔吐症の診断で対症療法が繰り返された。X年2月、繰り返す嘔吐発作の精査加療目的に当科紹介受診。家族歴として兄に片頭痛あり。【所見】BMI 18.9kg/m<sup>2</sup>、心音および呼吸音に異常なく、腹部は平坦で軟、圧痛を認めない。非発作時のACTH 32.5pg/mL、ADH 1.3pg/mLと正常範囲内であったが、嘔吐発作時にACTH 818.0pg/mL、ADH 23.9pg/mLと高値を示した。【経過】これまでの他の検査結果より、上腸間膜動脈症候群と腸管の通過障害、脳圧亢進をきたす中枢神経疾患などは否定的と考えられ、周期性ACTH・ADH放出症候群と診断された。発作予防的にアミトリプチン内服が開始され、発作の頻度および重症度が軽減、不規則の外来受診や入院の頻度が減少した。【考察・結語】約2年間心因性嘔吐症と診断されていた周期性ACTH・ADH放出症候群の成人例を経験した。発作時は主に時間外救急外来を受診し、激しい嘔吐症状のため十分な病歴聴取や診察が困難であったことなどから、診断の早期閉鎖、診断モメンタムが起こり、心因性嘔吐症として対症療法が繰り返されたと考えられた。発作性の症状で不規則の受診を繰り返す症例に対しては、認知バイアスが生じやすいため、安易に心因性と診断しないことが重要である。

## 診断に苦慮した意識障害において、普段と異なる語呂合わせを用いて SLE と診断した一例

○加藤貴大<sup>1</sup>、岡本良一<sup>2</sup>、松村俊二<sup>2</sup>、河島昌典<sup>2</sup>、妹尾和憲<sup>2</sup>、  
佐藤只空<sup>2</sup>、尾上綾<sup>2</sup>、榎雄太郎<sup>2</sup>、西宮隆<sup>2</sup><sup>1</sup>広島大学病院 総合内科・総合診療科、<sup>2</sup>広島市立広島市民病院

【背景】高齢者における意識障害は、しばしば認知症やせん妄と誤診されることがある。また、高齢発症の全身性エリテマトーデス (SLE) に伴う意識障害では、典型的所見が出現しにくく診断は容易ではない。【症例】61歳、女性【主訴】意識障害、体動困難【病歴】もともと生活は自立し活発な性格であったが、1か月前より抑うつ気分を認めていた。自宅で意識障害を来して体動困難となっていたところを親族が発見し救急搬送された。【所見】JCS I-3と軽度意識障害が見られるもののバイタルサインに著変なく、四肢麻痺など異常を認めなかった。頭部CTやMRI検査でも頭蓋内病変は認めなかった。血液検査では炎症所見は無く、Na 161 mEq/L、BUN 81 mg/dL、Cre 1.47 mg/dLと高Na血症と腎機能障害を認めた。【経過】高Na血症と脱水症による意識障害と考え補液による補正を行ったが、認知機能低下の残存が見られた。家族によると1ヶ月前から急速に進行した認知機能低下であり、AIUEO TIPSでは鑑別困難であった。そこでABCDE TIPSを用いて検討したところ、1年前に乳癌の術前検査で梅毒血清反応の生物学的偽陽性を認めており、汎血球減少を来していたことから高齢発症SLEに伴う精神神経症状が疑われた。さらに補体低値、抗核抗体160倍、ds-DNA-IgG抗体600倍陽性であり、脱毛や日光過敏などの症状も見られ、髄液検査でIL-6が上昇していたため中枢神経 (CNS) ループスと診断した。第8病日よりステロイド治療を開始したところ認知機能は著明改善し、第36病日に退院となった。【考察】AIUEO TIPSは意識障害の原因を網羅的に挙げた有名な語呂合わせである。一方で、鑑別困難な意識障害に遭遇した場合には珍しい意識障害の原因の語呂合わせであるABCDE TIPSが有用とされ、本症例はこれにより診断に至ることができた。【結語】ABCDE TIPSを用いることでCNSループスと診断し得た意識障害の一例を経験した。

## 食思不振を主訴に来院したエンブティ・セラ症候群による下垂体前葉機能低下症の1例

○種田裕斗、谷英輝、前田晃子、丹菊真理子、藤岡圭、石塚達夫

岐阜市民病院 総合診療・リウマチ膠原病センター

【背景】エンブティ・セラ症候群はくも膜下腔がトルコ鞍内に進展して下垂体を圧排する病態であり、時に内分泌異常を呈することがある。今回食思不振を契機とし、エンブティ・セラ症候群による下垂体前葉機能低下症の診断に至った1例を経験したため報告する。【症例】86歳、女性【主訴】食思不振、体重減少【現病歴】来院2ヶ月前より食思不振と10kgの体重減少を認め、前医を受診。CTおよびEGDでは明らかな異常を認めず、精査目的に当院紹介となった。【身体所見】身長155cm、体重46kg、BMI 19、眼瞼結膜貧血あり、両下腿浮腫あり。【検査所見】TC 144mg/dL、Na 140mmol/L、K 4.0mmol/L、Glu 84mg/dL、CRP 0.84mg/dL、WBC 6110/ $\mu$ L (Neut 66.8%、Lympho 20.5%、Mono 8.8%、Eosino 3.6%、Baso 0.3%)、Hb 8.8g/dL、TSH 4.00  $\mu$ IU/mL、FT3 2.52pg/mL、FT4 1.16ng/dL、ACTH 3.7pg/mL、コルチゾール 0.74  $\mu$ g/dL、LH 14.36mIU/mL、FSH 38.33mIU/mL、DHEA-S 2  $\mu$ g/dL未満、PRL 414ng/mL、IGF-1 26ng/mL、AVP 1.0pg/mL、PAC 48.1pg/mL、PRA 1.2ng/mL/hr【経過】ACTH、コルチゾール低値から続発性副腎皮質機能低下症の可能性を疑い、精査目的に当科入院とした。迅速ACTH試験でコルチゾールは反応性に上昇を認め、三者負荷試験ではACTH、コルチゾール共に低反応であり、TSHは過大反応、LH、FSHは低反応であった。MRIでは下垂体萎縮を認め、エンブティ・セラ症候群に伴う下垂体前葉機能低下症と診断した。ヒドロコルチゾン15mg/日で補充を開始したところ、食思不振は改善傾向を認めている。【考察】エンブティ・セラ症候群の約20%に高PRL血症や下垂体前葉機能低下症等の内分泌異常を合併していたとの報告があり、本症例も同様に両者を合併していたものと考えられた。【結語】食思不振や体重減少をきたした高齢者の診療においては、消化管病変や悪性腫瘍のみならず、下垂体前葉機能低下症をはじめとした内分泌異常を鑑別し挙げる必要があると思われた教訓的な症例であった。

## 海外渡航のアスリートの自律神経機能に対する影響について：ウェアラブル心電計による心拍変動解析を用いて

○三谷健人<sup>1</sup>、塚田弥生<sup>1</sup>、安武正弘<sup>2</sup><sup>1</sup>日本医科大学 武蔵小杉病院、<sup>2</sup>日本医科大学付属病院救急・総合診療センター

【背景】アスリートは長時間の海外渡航後、最大のパフォーマンスを行うことが要求されるが、近年ウェアラブル端末によるコンディショニング管理が注目を集めている。【目的】今回、アスリートの海外渡航による自律神経機能への影響をウェアラブル心電計を用い、心拍変動解析 (HRV) により評価したので報告する。【方法】対象は欧州へ渡航した女性アイスホッケー選手2名。平常時、往路・復路にウェアラブル心電図を装着し、24時間心電図記録を3回記録。就寝時時間帯の心拍変動の時間領域解析の4成分とRMSSD値の1時間あたりの平均値を算出し比較検討した。さらに比較対照群として20代から50代の非心疾患の女性入院患者7名に対して同様の解析を行った。さらに得られたRR間隔に対して最小2乗法を用いた最適余弦曲線当てはめを適用し、周期解析をコサイナー法を用いて行うことで概日リズム解析を行った。【結果】時間領域解析の結果、2選手のRMSSD値は非心疾患患者の心拍変動に比べて高値を示した。RMSSD値の変動は渡航により1名では減少し、他方では増加をみとめ、異なるパターンを呈した。周波数解析の結果、非心疾患患者と比べて2選手の各データは高値を呈した。特に1選手において出国時ULFとVLF成分に著明な上昇を認められた。また、出国時の概日リズム解析では周期の短縮 (24時間→12時間) と振幅の低下を認めた。【考察】2選手の対照群と比較したRMSSD値および周波数解析における各成分の高値はアスリートの副交感神経機能の亢進を示唆していると考えられる。また、渡航による自律神経機能の変動を調べるのにHRVを用いた解析は有効であり、往来指標として用いられてきたRMSSD値に加えて、1選手で出国時に著名な上昇を認めたVLF/ULF成分といった新たな指標も有用である可能性がある。【結論】ウェアラブルデバイスによる長時間の心拍変動解析はアスリートのコンディショニングに有用であることが示唆された。

## 散瞳から発症したフィッシャー症候群の一例

○奈須滉典<sup>1</sup>、杉田陽一郎<sup>2</sup>、小松千隼<sup>1</sup>、江原淳<sup>1,3</sup>、平岡英治<sup>1</sup><sup>1</sup>東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科、<sup>2</sup>東京ベイ・浦安市川医療センター 神経内科、<sup>3</sup>東京ベイ・浦安市川医療センター 呼吸器内科

【背景】フィッシャー症候群 (FS) は外眼筋麻痺・運動失調・腱反射消失の三徴によって特徴づけられる免疫介在性ニューロパチーである。一部は経過で散瞳を呈するが、上記の三徴に先行して散瞳を呈したことを明確に報告した症例報告は現時点で無い。【症例】44歳男性【主訴】複視、ふらつき【既往歴】なし【現病歴】受診3日前から羞明、前日から複視、ふらつきが出現し、受診当日に歩行困難となったため当院救急外来を受診した。【身体所見】GCS E4V5M6、項部硬直なし、両側散瞳 5mm/5mm、両側対光・近見離離あり、両側外転神経麻痺、その他の脳神経所見に異常所見なし、四肢の筋力・腱反射は正常、四肢の表在覚・深部覚の低下なし、膝踵試験正常【検査結果】ビタミンB1 42.8 ng/ml、TSH 0.744  $\mu$ L/ml、FT4 1.00 ng/dl、髄液細胞数 2/ $\mu$ l、髄液蛋白 46 mg/dl、頭部造影MRI異常なし【経過】両側散瞳、外眼筋麻痺、歩行障害の精査のため入院とした。入院3日後に四肢腱反射の減弱を認め、FSの可能性が高いと判断し免疫グロブリン療法を開始した。入院4日目に四肢腱反射の消失を確認したが、入院5日目に降緩徐に神経所見の改善を認め、入院8日目に四肢腱反射の正常化と羞明の消失を認めた。その後抗GQ1b IgG抗体陽性が判明しFSの確定診断に至った。複視も改善傾向となったため入院17日目に退院とした。【考察】FSは典型的には外眼筋麻痺や運動失調で発症するが、本症例は散瞳で発症し腱反射が入院後に遅れて出現した稀な例である。本患者がもしも散瞳のみを呈している時点で受診していた場合、FSを想起できなかった可能性が高い。本症例を通じて、急性経過の両側散瞳における鑑別疾患の1つとしてFSを考慮すべきであるという知見を得ることができた。【結語】急性経過の両側散瞳を診た際には中毒や髄膜炎などの除外を行った後にFSの臨床所見が遅れて出現しうることを念頭に置いて経過観察すべきである。

## 当院で血液培養より検出されたESBL産生菌に対するセフメタゾールの有効性についての検討

○呂嘉誠<sup>1</sup>、西條正二<sup>1</sup>、コンスタンティンシャディア<sup>1</sup>、宋明哲<sup>1</sup>、加藤翔也<sup>2</sup>、和田直樹<sup>2</sup>、井本整<sup>1</sup>、山田達也<sup>1</sup><sup>1</sup>札幌徳洲会病院 プライマリセンター、<sup>2</sup>札幌徳洲会病院 細菌検査室

【背景】一般的にESBL産生菌の治療としてカルバペネム系抗菌薬の有効性が確立されているが、耐性菌の出現が懸念されており、またカルバペネム系抗菌薬の流通の不安定性もあり、当院ではセフメタゾール (CMZ) にて治療する機会が多い。【方法】2022年4月から2023年3月の1年間で、当院において血液培養でESBL産生菌が陽性であった31症例について、CMZの感受性、治療効果、転帰について検討した。【結果】CMZは31例中29症例で感受性があった。そのうち実際にCMZにて治療していたのは16症例であり、途中転院となった例を除いた15症例では、いずれもCMZでの治療開始後、2週間の時点では症状やバイタルの安定化をえていた。【考察】CMZは海外での使用報告が少ないが、当院ではCMZの使用により良好な経過を得られた症例が多く見られた。一方で2例で経過中にCMZに対しても耐性化した症例も見られており、今後の感受性の変化にも注視していく必要があると思われた。



## 専門外来における COVID-19 罹患後症状の治療期間と精神神経症状の関連；単施設過去起点コホート研究

○藤井泰斗<sup>1,3</sup>、宮森大輔<sup>1</sup>、松村俊二<sup>2</sup>、岸川暢介<sup>3</sup>、  
土井まいこ<sup>1</sup>、菊地由花<sup>1</sup>、池田晃太郎<sup>1</sup>、重信友宇也<sup>1</sup>、  
吉田秀平<sup>1</sup>、山岡直樹<sup>4</sup>、伊藤公訓<sup>1</sup>

<sup>1</sup>広島大学病院 総合内科・総合診療科、

<sup>2</sup>広島市立広島市民病院 総合診療科、

<sup>3</sup>国家公務員共済組合連合会吉島病院 総合診療科、

<sup>4</sup>国家公務員共済組合連合会吉島病院 呼吸器内科

【目的】 COVID-19罹患後症状の症状とその推移については不明点が多く、症状が多岐に渡るため総合診療医による包括的アプローチが求められている。また、症状の長期化に関連する症状として、集中力低下や抑うつといった精神神経症状の可能性が示唆されている。本研究では、広島県下で唯一の専門外来で診察した患者を対象にCOVID-19罹患後症状の予後に関連する因子を検討した。【方法】研究デザインは過去起点コホート研究とした。2021年10月から2022年11月までの期間に当院のコロナ後遺症外来を受診した患者をカルテ抽出し解析を行った。通院期間が180日以上に及ぶ症状の長期継続をアウトカムとして設定した。初診時の精神神経症状（集中力低下、不眠、抑うつ）の有無に加えて、年齢、性別、罹患時の重症度、ウイルス株、ワクチン接種の有無、初診時の症状（全身倦怠感、感覚器症状、胸部症状）を共変量とした。ロジスティック回帰分析を用いて解析し、リスク比推定を行った。【結果】対象者は259名（男性44%、年齢中央値40歳）であった。通院期間が180日以上であったのは31名（12%）であった。共変量で調整した精神神経症状の通院期間の長期化に対するリスク比は、2.98（95%信頼区間：1.46-6.08）であった。【考察】精神神経症状を初診時に有する患者は、症状を認めない患者に対して、その他の因子での調整後、治療期間が180日以上になるリスクが約3倍高かった。COVID-19罹患後症状は労働者の職場復帰に悪影響を与えることが知られており、特に精神神経症状のある患者の診察の際は、治療の長期化を想定した対応が必要である。【結語】精神神経症状を呈するCOVID-19罹患後症状の患者では、治療期間の長期化による復職困難事例となり得るため、診療初期より総合診療医が中心となった包括的な対応が期待される。

## 新上五島町における ANCA 関連血管炎の早期診断に関する検討

○若松叡、平光寿、中村俊介、小田真哉、山川大介、一宮邦訓  
長崎県上五島病院

【目的】 当院が所在する地域においてANCA関連血管炎（ANCA-associated vasculitis, AAV）（特に顕微鏡的多発血管炎、microscopic polyangiitis, MPA）の有病率が全国と比較して高く診療する可能性が高い。また、初診時診断が上気道炎・細菌感染症と診断されることが多く入院期間の長期化の一因となることが考えられる。そこで、当該地域のAAV（特にMPA）の初診時点での特徴を検討し、早期に診断することを目的とする。【方法】 2009年12月-2023年2月の間に当院でAAV（特にMPA）と診断・治療された患者のうち、初診時診断名と診断時年齢（歳）・初診時より診断までの期間（日）・入院期間（日）・初診時より特異的な自己抗体の測定までに要した期間（日）についてそれぞれMann-Whitney U検定を行い、 $P < 0.05$ を有意水準とした。【結果】 対象：AAV 17名（診断時年齢：75.7±17.9歳、男：女=1：2.4）、MPA 14名（診断時年齢：80.2±10.8歳、男：女=1：3.6）。AAVにおいて初診時診断名が上気道炎・細菌感染症の場合とそれ以外の場合とを比較し、診断時年齢・初診時より診断までの期間に有意差はなかった $< 72.5$  vs  $64.5$  ( $P=0.32$ )・ $11.5$  vs  $11.0$  ( $P=0.55$ ) $>$ 。同様にMPAにおいても有意差はなかった $< 77.5$  vs  $71.5$  ( $P=0.40$ )・ $15.25$  vs  $10.00$  ( $P=1$ ) $>$ 。一方、AAVにおいて初診時診断名が上気道炎・細菌感染症の場合とそれ以外の場合とを比較し、有意に入院期間・初診時より特異的な自己抗体の測定までに要した期間の長期化を認めた $< 56.0$  vs  $29.5$  ( $P=0.009$ )・ $8.25$  vs  $1.00$  ( $P=0.04$ ) $>$ 。同様にMPAにおいても有意差を認めた $< 68.00$  vs  $29.25$  ( $P=0.001$ )・ $10.75$  vs  $1.00$  ( $P=0.007$ ) $>$ 。【考察】 当該地域のAAVの初診時診断名は上気道炎・細菌感染症が多く、鑑別疾患として挙げないことで特異的な自己抗体の測定までに期間を要し、最終的には入院期間の長期化に至る。【結論】 当該地域においては初診時診断名が上気道炎・細菌感染症の症例が最終的にAAVと診断される場合があることを把握し、迅速な鑑別疾患への列挙により、入院期間の短縮化に期待することが可能である。

## Microsoft teams を活用した、当院での訪問診療の運用についての報告

○安西芳輝、中島尊、松岡智章、横山昌平、柏野崇、村上晃一  
倉敷中央病院リバーサイド総合診療科

【背景】当院は岡山県倉敷市南部に位置する病床数130床の総合病院である。地域の高齢化に伴い在宅医療の需要の高まりを受け、新規に訪問診療を立ち上げるようになった。当院所属の医師3名と数か月毎に当院にローテートする内科専攻医が訪問診療を担当することになった。カルテシステムはローカルネットワークであり常用的な院外への持ち出しは難しいこと、また時間外は当番医制とし緊急往診時や時間外の電話対応時は主治医以外の医師が対応する場面があることから、患者情報の把握に時間がかかることが予想された。円滑な対応のため、訪問診療立ち上げ初年度より院外でも使用できる情報共有ツールを用いることになった。【方法】2022年4月～2023年4月までに当院で訪問診療の導入を行った21名に対し、Microsoft teams（以下teams）を用いた情報共有を行った。teamsのチャネルに各患者を割り当て、1.患者住所、家族連絡先、利用サービスの連絡先、2.訪問診療導入前サマリー、3.治療内容、頓用薬、Advance care planingの内容、4.日々の診療録のコピーをteams内で確認できるようにした。参加医師はセキュリティ委員会での指定した方法で個人携帯端末にteamsを登録し内容が閲覧できるようにした。【結果】訪問診療回数は延べ229回であった。緊急往診は16回であり、そのうち主治医以外の担当医が往診した回数は3回であった。往診の際は、呼び出し→病院集合→出勤という手順で対応した。主治医以外の担当者の往診時も情報把握のための出勤の遅延は発生しなかった。また時間外電話対応は23件であり、主治医以外が対応した件数は17件であった。電話対応において主治医以外が対応し、主治医への方針確認が必要であった件数は1件のみであった。【考察】訪問診療の運用において院外でも使用できる情報共有ツールは有用だと考えられる。課題点として患者情報の管理に関して参加医師のコンプライアンスを遵守させる仕組みが必要だと考えられた。

## 総合診療医一人勤務のへき地無床診療所外来における整形外科診療の需要に関する報告

○種元崇<sup>1</sup>、小林只<sup>1</sup>、米田博輝<sup>2</sup>、平野貴大<sup>3</sup>

<sup>1</sup>弘前大学医学部附属病院 総合診療部、  
<sup>2</sup>弘前大学大学院医学研究科 総合地域医療推進学講座、  
<sup>3</sup>弘前大学大学院医学研究科 総合診療医学講座

【目的】総合診療医は筋骨格系愁訴へのアドバイスを含め、整形外科分野への対応力が必要と報告されている。特に、近隣に整形外科専門医が不在の、へき地無床診療所で働く総合診療医に対し、どの程度整形外科診療に対する需要があるか、離島の報告などが存在するが、陸続きのへき地での報告は少ない。今回周囲に整形外科の専門医療機関が存在しないへき地無床診療所において単独で勤務している総合診療医が経験した、過去に報告された14種類の総合診療医に求められる整形外科診療（le et al, BMC Fam Pract. 2015）の対応件数を集計し、需要を検証した。【方法】2022年6月1日から11月30日までの間に、総合診療医1名で運営する青森県北津軽郡中泊町国民健康保険小泊診療所（以下、小泊診療所）を受診した患者のうち、整形外科分野の全対応件数を集計した。【結果】最も多かった整形外科診療は筋骨格系愁訴へのアドバイスであった。その他は多い順にトリガーポイント注射、変形性膝関節症に対する治療、診断と続いた。期間中対応がなかった整形外科診療は肘内障修復のみであった。【考察】中泊町小泊地区の人口は2022年4月1日で2516名（高齢化率45.1%）であり、当診療所の他に医療機関は存在しない。小泊診療所は、最も近隣の整形外科専門医まで自動車でも1時間の距離に位置する。このような医療機関では、筋骨格系愁訴へのアドバイスやトリガーポイント注射、変形性膝関節症に対する診断や治療に総合診療医による整形外科診療の需要が大きかった。その理由として対象人口の高齢化に伴う整形外科疾患の増加や整形外科専門医療機関が遠方に存在するため通院困難であることが考えられた。また肘内障修復の対応がなかったことは高齢化のため周辺に小児が少ない可能性を考えた。【結論】周囲に整形外科の専門医療機関がないへき地無床診療所では、筋骨格系愁訴へのアドバイスやトリガーポイント注射、変形性膝関節症の診断と治療に大きな需要があった。

## 篠山コホート研究における歯周病菌の検出率の検討

○長澤康行<sup>1</sup>、野村良太<sup>2</sup>、服部洋一<sup>3</sup>、臼田桃子<sup>2</sup>、  
電谷茉莉子<sup>2</sup>、秋友達哉<sup>2</sup>、光畑智恵子<sup>2</sup>、山崎博充<sup>1</sup>、  
庄嶋健作<sup>1</sup>、森敬良<sup>4</sup>、楠博<sup>5</sup>、岸本裕充<sup>3</sup>、新村健<sup>1</sup>

<sup>1</sup>兵庫医科大学 総合診療内科学、<sup>2</sup>広島大学小児歯科、  
<sup>3</sup>兵庫医科大学歯科口腔外科学、<sup>4</sup>尼崎医療生協本田診療所、  
<sup>5</sup>大阪歯科大学内科

【背景】口腔内の病原性の高い細菌としては、歯周病菌と齧蝕菌が知られている。このうちの歯周病菌については、非常に多くの口腔内細菌が歯周病原性を持つことが知られているが、その歯周病原性ももっとも高いものがレッドコンプレックスとして知られており、Porphyromonas gingivalis (Pg)、Treponema denticola (Td)、Tannerella forsythia (Tf)の3種の菌からなる。これらの菌を同時に日本人高齢者で評価した報告はない。【目的】兵庫県丹波篠山圏域在住高齢者を対象としたFESTA研究において歯周病菌レッドコンプレックスの検出率を検討する。【方法】被験者の口腔評価時に、歯周プラークをスワブで擦過することで検体を採取する。採取した検体から、Pg、Td、Tfの検出をPCR法によって行う。【結果】被験者は、79名（平均年齢76歳、男性37%；女性63%）であった。全集団で、Pgの検出率は79.2%、Tdは15.6%、Tfは70.1%であった。被験者を年齢ごとに3群にわけて検討したところ、比較的若年者群（N=26；年齢64-73歳）においてPgの検出率は73.2%、Tdは26.9%、Tfは73.1%、比較的高齢者群（N=28；年齢74歳-78歳）においてPgの検出率は89.2%、Tdは14.3%、Tfは78.6%に対して、高齢者群（N=25；79歳-88歳）においてPgの検出率は68.0%、Tdは4.0%、Tfは52.0%と明らかに低い陽性率を示した。【考察】一般に歯周病菌はひとたび定着すると抗菌性薬剤での除去は出来ないため、高齢になればなるほど検出率が上昇していくことが知られている。しかしながら、本研究では79歳以上の高齢者群ではむしろ検出率は低下しており、レッドコンプレックス陰性の高齢者の予後が良い可能性が示唆された。【結論】高齢者における歯周病菌レッドコンプレックスの検出率は高いが、79歳以上においてむしろ低下する。

## 地域の療養病院の現状報告

○森本浩太<sup>1</sup>、鈴木洋通<sup>2</sup>、三村卓<sup>2</sup>

<sup>1</sup>埼玉医科大学総合医療センター、<sup>2</sup>たむら記念病院

【目的】療養病棟の実態を調査し、地域医療になにが必要かの手掛かりを探る〔はじめに〕日本では一般病床数は890,712床、療養病床数は319,506床（総数 1,210,218床）で療養病床数は26.4%を占めている。およそ240,040人の入院患者がいるとされている。しかし、この療養病床の実態については医療者に十分に認識されているとは言い難い。【方法】千葉県人口過疎が始まっている地域での療養病床を主体とする病院の実態を調査する。この地域は20年前までは人口10万人以上の中堅都市であったが、ここ20年間で人口は半減し、5万人となっている。2020年8月1日から2023年2月28日までの2年6か月間に療養病棟に入院となった患者の内訳を調査する。定員45床であり、ほぼ日々40人前後が入院している。【結果】2年6か月間で118名の新規入院患者があり、入院疾患の内訳 骨折31人：男12人、女19人（平均年齢86.4歳 男84.5歳 女87.7歳）、脳血管障害29人：男11人 女18人（平均年齢84.6歳 男80.5歳 女87.2歳）、心不全6人：男2人 女4人（平均年齢86.0歳 男89.0歳 女84.5歳）、悪性疾患6人：男2人 女4人（平均年齢86.7歳 男89.5歳 女85.3歳）、肺炎8人：男4人 女4人（平均年齢85.8歳 男81.5歳 女90.0歳）、その他38人。【考察】男性、女性ともにほぼ平均寿命：男性81.47歳、女性87.57歳に近い患者さんが療養病棟に入院していることがわかる。これは近くの救急病院に搬送される患者さんの多くが脳血管障害や骨折であることと一致している。骨折と脳血管障害はリハビリをおこなっても高齢者であり、自宅への退院が難しいことを示している。上記傾向は地域によって大きくは変わらない可能性が高い。【結論】地域医療において脳血管障害とフレイルの予防が重要となる。

## 地域の療養病院の現状報告 2

○森本浩太<sup>1</sup>、鈴木洋通<sup>2</sup>、三村卓<sup>2</sup><sup>1</sup>埼玉医科大学総合医療センター、<sup>2</sup>たむら記念病院

【目的】療養病棟の実態を調査し、地域医療になにが必要かの手掛かりを探る【はじめに】日本では一般病床数は890,712床、療養病床数は319,506床(総数 1,210,218床)で療養病床数は26.4%を占めている。およそ240,040人の入院患者がいるとされている。しかし、この療養病床の実態については医療者に十分に認識されているとは言い難い。【方法】千葉県人口過疎が始まっている地域での療養病床を主体とする病院の実態を調査する。この地域は20年前までは人口10万人以上の中堅都市であったが、ここ20年間で人口は半減し、5万人となっている。2020年8月1日から2023年2月28日までの2年6か月間に療養病棟で死亡された患者の内訳を調査する。定員45床であり、ほぼ日々40人前後が入院している。【結果】死因の内訳 肺炎 21人(男8人、女13人 平均年齢:男84.3、女87.5) 老衰 17人(男10人、女7人 平均年齢:男87.2、女92.7)、敗血症 10人(男3人、女7人 平均年齢:男84.3、女 83.0、) 心不全 9人(男4、女5 平均年齢:男86.3、女82.0、) 脳血管障害 7人(男4、女3 平均年齢:男76.0、女81.7、全体81.3) 悪性疾患 6人(男4、女2 平均年齢:男80.0、女87.5) その他 4人【考察】療養病棟での死亡平均年齢 男 85.2歳、女性 86.5歳、で日本人の平均寿命:男81.47歳、女87.57歳と比較すると男性ではむしろ平均寿命を上回っている。死因として悪性疾患をみると男性では80歳と療養病棟での平均死亡年齢よりかなり低くなっている。男女ともに肺炎と敗血症が多いのは入院患者では感染が主たる死因となる可能性が大きい。【結語】療養病棟では肺炎や敗血症などの感染症に対する平時の対応が重要であることが示唆される。

## 地域の療養病院の COVID-19 によるクラスター報告

○鈴木洋通、三村卓、海津初枝

たむら記念病院

【はじめに】COVID-19による医療機関のクラスター報告は多岐にわたっているが、療養病棟に限定した報告は以外と少ない。日本では一般病床数は890,712床、療養病床数は319,506床(総数 1,210,218床)で療養病床数は26.4%を占めている。およそ240,040人の入院患者がいるとされている。千葉県の人口過疎が始まっている地域での療養病床を主体とする病院の実態を調査する。この地域は20年前までは人口10万人以上の中堅都市であったが、ここ20年間で人口は半減し、5万人となっている。【目的】2022年8月前後で経験したCOVID-19によるクラスターを分析し、今後の対応策を検討する。【方法】当院では療養病棟が2棟あり、4F:45床と2F:30床に分かれている。当院でクラスターが発生した当時 44名の患者と29名の患者がそれぞれ入院していた。入院患者の内訳は2F 平均年齢80歳、4F:81歳であり、原疾患は骨折、脳血管障害、透析患者など比較的多岐に亘っていた。2F病棟ではワクチン接種者は26名で3名のみワクチンを1回も接種していなかった。26名中19名が感染、7名は感染しなかった。ワクチン非接種者3名の内、2名が感染した。感染が原因で死亡したと推定されるのはワクチン接種者の1名のみであった。4F病棟ではワクチン非接種者11名、ワクチン接種者33名で16名が罹患し、17名は罹患しなかった。ワクチン非接種者11名中6名が感染、5名は感染を免れた。全体としてみるとワクチン接種者42名中35名が感染、非接種者14名中8名が感染した。今回の結果は皮肉なことにワクチン接種にも関わらず83%が罹患し、接種していないのに感染しなかったのは42%であり、ワクチンが効果を発揮したとは言い難い結果であった。【結語】療養病棟ではワクチンの効果が限定的となる可能性も考慮し感染対策が必要である。

## 当院職員新型コロナ既感染率の推移から、現在の全国既感染率を推測する

○丸尾英作、馬屋原拓、片山智博、新井啓之、松浦一義、永田謙太郎、田口菊久子

神戸掖済会病院 救急科・総合診療科

【目的】当院職員と神戸市および全国の新型コロナ既感染率から、神戸市と全国の真の既感染率を推測する。【方法】2022年1月以降の当院職員、神戸市、全国の既感染率の月毎の推移を調べた。神戸市と全国については、公表されている各月の感染者数累計を同じく公表されている各月の人口(全国の場合は人口推計値)で割って既感染率の近似値とした。当院職員については、当院正職員で把握されている感染者数を各月の当院正職員数で割って既感染率の近似値とした。【結果】神戸市と全国の既感染率は調査した全期間でほぼ同等で、ただしつねに神戸市が全国をわずかに上回っていた。神戸市の既感染率と当院職員の既感染率は2022年7月までは同等で、第7波で感染者が増大した2022年8月以降、当院職員の既感染率が神戸市の既感染率を上回りはじめ、全数報告が終了した2022年9月以降は当院職員と神戸市の既感染率に有意差が生じていた。2023年3月の時点で当院職員、神戸市、全国の既感染率はそれぞれ51.7%、28.9%、26.8%であった。【考察と結語】全数報告の終了にともない、国民全体の感染状況が把握できなくなっている。一方で、病院職員は現在も引き続きもともと厳格に調査/把握されているグループと言えるだろう。2022年7月以前は全国、神戸市と当院職員の既感染率に大きな差はなく、その状況はおそらく現在も変わっていない。現在の神戸市、全国の既感染率は5割を大幅に超えていると推測される。

## 新型コロナウイルス感染症における沖縄県全体と久米島の流行波のピークの比較から得られた感染制御のパール

○並木宏文

公益社団法人 地域医療振興協会 公立久米島病院

【目的】沖縄県内では2020年2月にCOVID-19患者が初めて確認され、2023年3月31日までの沖縄県内感染者数はのべ57.7万人である。沖縄県の公立久米島病院は、人口約7,250名の離島にある島唯一の有床医療機関かつ救急告示病院で、COVID-19患者の全対応を行った。久米島では2020年12月に初めての島内感染患者が確認され、2023年3月31日時点までの久米島内では、感染者数はのべ976人の感染者が確認された。以上の統計データを元に、沖縄県の流行波と久米島内の流行波の関係性を考察し、今後の課題を明らかにしたい。

【方法】対象期間は2020年第3週から2023年第4週とした。厚生労働省、沖縄県、久米島病院のCOVID-19患者の発生動向に関するオープンデータをを用いてデータベースを構築し、患者数は診断日を基準とした。流行波の期間かつ対象期間において、2021年12月から2022年5月頃までを第6波、2022年7月から9月頃までを第7波、2022年10月から2023年3月頃までを第8波とした。患者数のグラフは7日移動平均線を用いた。【結果】第6波の沖縄県のピークは2022年1月13日の1819例、3月1日の1020例、5月11日の2714例であった。久米島は1月27日の4例、3月14日の7例、6月14日の7例であった。感染者数のピークの遅れは2から4週間であった。第7波の沖縄県のピークは2022年8月2日の6180例であった。久米島は8月2日の28例であった。感染者数のピークに遅れはなかった。第8波の沖縄県のピークは2023年1月5日の2383例であった。久米島は2023年1月11日の7例であった。感染者数のピークの遅れは6日であった。

【考察】久米島でのCOVID-19患者の流行波のピークは、沖縄県内全体と比べ、同日から数日または4週間を超えて発生していた。久米島内の行事による感染者数増加は顕著ではなく、長期休暇・年末年始に起因した国内の人流が感染動向に影響しうると考えられた。

【結語】久米島内の流行波のピークは沖縄県全体から同時あるいはやや遅れることが予想される。今後も、沖縄県全体の感染制御を良き先行例としながら、島内の感染制御にあたりたい。

## 都市部診療所における COVID19 患者の変遷 (2021年-2023年)

○梅津貴之、草島邦夫

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】当院は北海道札幌市(人口200万人)に位置し、常勤医師6名が総合診療科外来と訪問診療に従事する無床診療所である。新型コロナウイルス感染者が急増した第4波(2021年4月以降)、入院待機者中での死亡者の事例が多発し、当院も入院待機者や自宅療養者の診療にあたった。第6、7波にかけては発熱外来患者を含めた陽性患者が増加した一方、比較的軽症者の割合が多く、第8波終盤には在宅医療患者、外来患者とも徐々に減少の傾向となった。【活動報告】<対象者>2021年5月16日~2023年5月7日現在における訪問診療と外来通院の新型コロナウイルス陽性者。自宅療養者、入院待機者、当院(在宅医療も含む)で陽性確定した患者、他院にて陽性確定し当院へ紹介された患者。<実際の流れ>自宅療養者や入院待機者に関しては保健所から、あらかじめ情報提供され、往診やオンライン、電話診療、重症度に応じて軽快もしくは入院まで診療を継続した。一方で発熱の専用外来を設け、コロナ抗原やPCR検査を行ない診療を継続、さらには他院での陽性患者の受入れ診療を行なった。<診療実績>SFCコロナ統計診療した陽性患者数は、第4波期間12名、第5波期間12名、第6波期間381名、第7波期間331名、第8波期間188名であった。第5.6波ではHOT導入ステロイド併用が18名、6名が入院に移行した。第7波ではHOT導入は0名、ステロイド内服は1名、ラゲプリオ投与59名、入院へ移行したのは11名であり、第8波ではHOT導入およびステロイド内服は0名、ラゲプリオ投与は31名、入院へ移行したのは1名であった。第6、7波では患者数が増大する一方で、大多数は軽症、無症状の患者であり、ラゲプリオ内服にて軽快し、入院へ移行する患者の割合は激減した。【結語】当院の在宅医療、外来診療において当初重症化する患者数は多かったが、第6波~8波になるにつれ患者数は増加するも軽症患者の割合が明らかに多く、コロナ診療が一般化していくことを実感した。

## 病歴と画像検査から運動後腎不全の診断に至った1例

○板垣健介、塩川絹恵、波平郁美、知光祐希、丸山健伍、酒井達也、立花佑毅、笠芳紀

沖縄県立八重山病院 総合診療科

【症例】40歳男性【主訴】左腰部痛【既往歴】高尿酸血症【現病歴】X-4日より左腰部痛を認めた、X-1日に左腰部痛が改善しないため前医を受診し、急性腎盂腎炎の疑いで当院へ精査加療目的に紹介受診となった。【身体所見】背部：左肋骨脊椎角叩打痛あり、脊柱叩打痛なし【検査結果】血液検査：WBC 9,060/ $\mu$ L、Hb 14.4 g/dL、 $\text{fl}$ 、Plt  $26.0 \times 10^4$ 、BUN 25.8 mg/dL、Cr 2.56 mg/dL、CK 50U/L、尿酸 8.7 mg/dL、LD 158 U/L、BUN 25.8 mg/dL、Cr 2.56 mg/dL、尿酸 8.7 mg/dL、血糖 91 mg/dL。凝固：PT 107%、APTT 30.7秒、Dダイマー 0.8  $\mu$ g/mL。免疫血清学所見：CRP 2.80 mg/dL。腹部単純MRI：拡散協調像で左腎の一部高信号域と低信号域の所見とT2脂肪抑制で模型の低信号域を認める。腹部超音波検査：腎動脈起始部血流速度 右：77cm/sec、左76cm/sec。腎門部 右：55/13cm/sec 左：38/8cm/sec。葉間動脈末梢血管抵抗値 右：0.62 左：0.70。【経過】急性腎盂腎炎の疑いで当院へ紹介され、病歴や検査結果から、急性腎盂腎炎や腎梗塞、横紋筋融解による急性腎障害などは否定された。病歴聴取しなおすと選挙の看板運びによる無酸素運動が発端である運動後急性腎不全が疑われ、MRIと超音波検査により診断が確定した。保存的な治療を行った結果、経時的な腎機能の改善と左腰部痛の消失がみられ、退院後の経過も良好であった。【考察】運動後急性腎不全については、マラソンなどの有酸素運動と異なり、無酸素運動によって引き起こされる疾患であり、短時間で激しい運動後に発症する。背部痛や側腹部痛を訴えることが多く、誤診されることがある。診断には特定の基準を満たす必要があり、画像検査としてはMRIや超音波検査が有用である。本症例でもMRIと超音波検査により診断が確定した。治療は保存的加療が主で、予後は良好である。【結語】無酸素運動後の急激な腰痛+腎機能障害では運動後急性腎不全を鑑別に挙げ、運動後急性腎不全の補助的診断として超音波検査やMRIは有用である。

## 未破裂脳動脈瘤合併の脳梗塞からADPKDの合併を想起できなかった1例

○渋谷俊介、米田真也、山田誠人、小野瀬剛生、菅野恵也、森信芳、柳谷綾子、岡本好生、半田政志、千田光一、勝又宇一郎、郷右近祐司

岩手県立胆沢病院 総合診療科

【背景】常染色体顕性多発性嚢胞腎(Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease以下ADPKD)は、両側腎臓に多数の嚢胞が進行性に発症増大し、腎臓以外の種々の臓器にも障害が生じる最も頻度の高い遺伝性腎疾患で、脳動脈瘤を高頻度に合併することが広く知られている。今回脳梗塞で初発し、未破裂脳動脈瘤の合併を認め、ADPKDを想起できず診断までに時間を要した1例を経験したので報告する。【症例】54歳、男性【既往歴】高血圧、高尿酸血症、2型糖尿病【現病歴】X年3月起床時に回転性めまいが出現・持続するので当院に救急搬送となり、MRIで右橋梗塞を認めたため入院となった。麻痺や構音障害はなく、症状はめまいのみであった。2剤による抗血小板療法による治療を行い、発症1週間後のMRIにて梗塞巣の拡大と出血性梗塞がないことを確認した。しかし、MRIにて前交通動脈に未破裂動脈瘤を認めため、退院時に脳神経外科に紹介した。【経過】脳血管造影にて前交通動脈瘤の他に左側頭葉にAVMが発見された。X年9月にAVMに対してガンマナイフにて治療を行った後に、X+1年2月に前交通動脈瘤に対してコイルリングとステント留置による治療が行われた。高血圧、高尿酸血症、2型糖尿病と抗血小板療法に関しては当科外来で継続していた。X+3年に腹痛のため他院を受診した際のUSで両側腎に多発嚢胞を認めたことを情報提供され、ADPKDの診断に至った。幸い診断時には腎機能は保たれていた。【考察】脳神経外科に紹介した時点で脳動脈瘤に関しては思考停止になったことが原因と考えられた。また、順方向では容易に想起されることが、逆方向ではなかなか想起しにくいということも原因と考えられた。

## 腎損傷を伴う多発外傷症例において保存的加療を選択し腎予後予測を行った一例

○広川岳彰、福島豊実、竹中信義、生方晋史、久保信也、高田史門、安田考志

神戸百年記念病院

【背景】現在高グレードの多発外傷症例においても経時的評価に基づき保存的加療を選択可能な症例が増加している。今回高グレードの腎損傷に対して保存的加療を選択し、腎予後を評価した1例を経験したので報告する。【症例】26歳男性【主訴】下腹部痛、肉眼的血尿【病歴】バイク走行中に対向車を避けるようして左側へ転倒。帰宅後より下腹部痛の増悪とともに肉眼的血尿を認めたため当院受診となった。【所見】血液検査:Hb 13.5g/dl BUN 23mg/dl Cr 1.15mg/dl AST 83U/L ALT 51U/L LDH 451U/L CK 2420U/L 尿検査:潜血3+、赤血球50-99/HPF CT検査:胸部にて左第一肋骨骨折、左肺底部挫傷 腹部にて脾損傷、腎損傷、血性腹水貯留【経過】来院時造影CTでは明らかな活動性出血はなく、腎臓の損傷深さや腎外尿漏出の有無など総合的診断の元、米国外傷外科学会の等級分類を用いてグレード3と評価し保存的加療をする方針となった。腹部症状の経過やHb推移、造影CTでの経時的評価などを行い経過良好と判断し13日の入院期間の末、外来フォローする方針とし、画像検査、採血での増悪所見の有無を評価するとともにDMSAやレノグラムにて腎予後評価を行う方針とした。DMSAに関しては左腎上極に欠損部位があったが集積率は両腎とも正常範囲内であった。【考察】今回の症例は早急に介入を要する可能性のあるグレードの多発外傷ではあったが総合的診断に基づき保存的加療の方針としている。高グレードの損傷の保存的管理後は、再介入を必要とするような状態を評価するために、患者を注意深く観察することが強く推奨されている。あるレビューでは保存的加療を行ったグレード3の腎損傷を伴う外傷患者において再入院を必要とした86例のうち19例に泌尿器科的介入が必要となり、そのうち6例で集散系の異常を認めたとの報告がある。今回の症例では腎静脈、腎動脈の観点から受傷後1カ月の機能評価を行い、今後の予後評価に関する有用性について調査した。【結語】腎損傷を伴う多発外傷症例において保存的加療を選択し腎予後を予測した1例を経験した。

## 病院総合診療科が主治医となり多職種協議、患者との対話を重ね透析中止に至った末期癌患者の一例

○高橋早織<sup>1</sup>、池田啓浩<sup>2</sup><sup>1</sup>永寿総合病院 総合診療内科、<sup>2</sup>同愛記念病院 総合診療科

【はじめに】慢性腎不全に陥った患者に対する透析技術は飛躍的進歩を遂げ、長期生存が見込めるようになった一方で、生命予後延長により、末期癌患者の透析をどこまで行うべきかという新たな問題が発生している。これについて日本には法的に保障されたガイドライン、基準は無く、緩和ケア、医療倫理、尊厳死などの多様な観点からの検討が必要とされる。本症例では末期癌患者の終末期医療において、病院総合診療科が主治医となって多職種と慎重に検討し患者と対話を重ねた結果、透析中止に至ったので報告する。【症例】68歳男性 慢性腎臓病 44歳から週3回の維持透析を行っていた。X-1年進行大腸癌、腹膜播種を指摘。永寿総合病院外科にて腹腔鏡的大腸切除術及び術後化学療法を行った。半年後、他院にて腹膜播種除去手術を試みたが不可能であったため、腸瘻増設し、外来化学療法継続。X年全身状態悪化により継続が困難となったため、当科に転科となった。【経過】患者の意識状態は清明で自己決定能力があった。重度の脊柱管狭窄症があり、体力低下と相まって維持透析に通うのが困難なため、入院加療を希望した。緩和ケア科は透析継続する場合担当となれず、当科主科、緩和ケア科併診とした。また、腎臓内科に依頼し維持透析を行った。フェンタニル貼付剤で良好な疼痛コントロールを得られたが癌性腹膜炎の進行により経口摂取不可能となった。全身衰弱頭昏となり、透析後の気分不快、全身倦怠感が耐えられないものとなり、患者は透析中止を希望した。本人の中止意思が明確であり、癌悪化による生命予後が短いことが推測されたため、透析中止の可能性と制約について多職種で協議し、本人と対話を重ねた結果、状態悪化時の事前指示書、透析中止の同意書を取得し透析中止した。患者はその後死亡した。【考察】癌末期の透析患者に対し、多職種協議、患者との対話により透析中止に至った一例を経験した。病院総合診療科は当該患者の主治医としての働きを担い、本人の意思を尊重した終末期医療の担い手となりうる。

## 非典型家族性地中海熱に片頭痛が合併した1例

○渡邊力也<sup>1</sup>、松田琢磨<sup>2</sup>、宮崎裕也<sup>2</sup>、泉谷真季子<sup>2</sup>、毛利有沙<sup>2</sup>、村上拓<sup>1</sup>、山田克己<sup>1</sup>、西山勝人<sup>1</sup>、岸田大<sup>3</sup>、原賢太<sup>2</sup>、安友佳朗<sup>1</sup><sup>1</sup>北播磨総合医療センター 総合内科・老年内科、<sup>2</sup>北播磨総合医療センター 糖尿病・内分泌内科、<sup>3</sup>信州大学医学部 脳神経内科・リウマチ膠原病内科

【背景】家族性地中海熱(以下、FMF)は周期性に発熱や漿膜炎症状を繰り返す自己炎症性疾患でありストレスを契機に発熱などの発作が起きる。一方、片頭痛もストレスを契機に発作が生じる。FMFを診断後に典型的な前兆のある片頭痛発作を生じた事例であり報告する。

【症例】18歳、女性

【主訴】頭痛

【既往歴・既存症】家族性地中海熱

【現病歴】X-2年、繰り返す発熱で数回の入院歴とその後にも発熱を繰り返すため、遺伝子検査を行い、MEFV遺伝子のexon 3(P369S、R408Q)の変異が判明し、コルヒチンの有効性と合わせFMFの非典型例と診断した。その後も症状は落ち着いていたため他院で継続フォローを依頼した。X-1年に、半年ほど前から月に1-2回ほど起こる頭痛のみの発作が続くため当院を再度受診した。

【身体所見】血圧119/62 mmHg、脈拍92回/分、体温36.3℃、SpO2 98%(室内気)神経学的診察では病的異常所見は認めない。

【検査結果】一般血液検査は、生化学・血算を行うが異常は認めなかった。頭部CTは患者本人の希望により実施しなかった。

【経過】問診から、特徴的な閃輝暗点の前駆症状を訴えており、前兆のある片頭痛と診断した。トリプタン製剤を処方するも、当科で診断を伝えられた後は、頭痛発作は出現なく経過している。

【考察】FMFも片頭痛もストレスを契機に発作が誘発されるとされる疾患である。頭痛症状がFMFの発作症状とも捉えられコルヒチン増量の判断を検討することになるが、頭痛が片頭痛発作でありFMFと独立したものであればコルヒチン増量の対応は不要となるため、病歴を確認することが重要である。FMFと片頭痛との関連については、他国であるが症例対照研究で報告例もあり、本例も両者の合併例と判断した。

【結語】家族性地中海熱(以下、FMF)を診断後に頭痛症状で再診し、FMFのコントロール不良例かと思われたが、病歴から片頭痛と診断し、FMFに片頭痛が合併した症例と判断した。

## 長期透析患者の胸水を伴う不明熱を精査し尿毒症性胸膜炎の診断に至った一例

○林杏奈<sup>1</sup>、徐淮琳<sup>1</sup>、飯田圭祐<sup>2</sup>、浮島翔<sup>2</sup>、渡邊祐<sup>2</sup>、宮上泰樹<sup>2</sup><sup>1</sup>順天堂大学医学部附属順天堂医院 臨床研修センター、<sup>2</sup>順天堂大学医学部総合診療科学講座

【症例】69歳、男性【主訴】発熱【既往歴】慢性糸球体腎炎(慢性腎臓病 stage 5d、22歳で透析導入)、透析アミロイドーシス【現病歴】当院受診3ヶ月前から38℃台の発熱が持続し前医で入院加療していた。転院4日前には意識レベルの低下(JCS III-300)と急激な酸素飽和度低下をきたした。急性呼吸促進症候群を想定し前医にてメチルプレドニゾロン(mPSL)250mg/日を3日間投与したところ、意識レベルの改善を認めた。更なる原因精査のため当院に転院となった。【身体所見】意識清明、体温37.9℃、脈拍124回/分、血圧110/72mmHg、呼吸数14回/分、酸素飽和度93%(室内気)。左胸部濁音、左肺呼吸音減弱。【検査所見】血液検査：白血球3,900/ $\mu$ L、CRP10.3mg/dL。胸部レントゲン：両側胸水貯留(左優位)。【経過】左胸水の性状は淡黄色透明であり、Lightの基準では滲出性であった。一般細菌や抗酸菌は陰性で、細胞診で悪性疑う所見はなく、腫瘍マーカーは正常範囲内であった。その後も胸水が増加したため、胸腔ドレーンを留置した。再膨張性肺水腫の予防目的にmPSL250mgを投与したところ、炎症反応は改善し酸素需要も消失した。18FDG-PET/CTでは、臨床経過から想定された悪性リンパ腫や血管炎を示唆する所見は無く、左肺底部に集積を認めた。本症例は耐術能がなく胸膜生検は未実施だが、患者背景と副腎皮質ステロイドに対する良好な反応性から尿毒症性胸膜炎と臨床診断した。先行文献に基づきプレドニゾロン(PSL)0.5mg/kg投与を開始し、その後の経過は良好である。【考察】長期透析患者の胸水貯留を伴う不明熱の鑑別診断として尿毒症性胸膜炎があるが、文献的報告は少ない。結核や悪性腫瘍以外の鑑別疾患が想起されず、尿毒症性胸膜炎が過少診断されてきた可能性がある。なお、尿毒症性胸膜炎に発熱や炎症反応高値を伴う症例でPSLが著効したとする報告も散見される。本症例のように長期透析患者の不明熱症例で胸水貯留を伴う場合には、除外診断としての尿毒症性胸膜炎も鑑別にあげる必要がある。

## 血液培養パネルを用いて、経験学的治療から速やかに Definitive therapy へ移行出来た感染性心内膜炎の一例

○生方晋史、広川岳彰、福島豊実、竹中信義、久保信也、高田史門、安田考志

神戸百年記念病院 総合診療科

【背景】血液培養陽性検体から短時間で微生物の同定を行うFilmArray血液培養パネルは、早期の抗菌薬のde-escalationを可能とし、効果的な抗菌薬治療までの時間が短縮されることと示されている。今回血液培養パネルを用いて短時間で抗菌薬のde-escalationを実施出来た感染性心内膜炎の一例を経験しここに報告する。【症例】49歳男性【主訴】意識消失【病歴】来院約1ヶ月前から微熱症状が持続していた来院当日職場で同僚と会話中に生あくびをした後眼球が上転し意識を消失したため同僚が救急車を要請し当院へ搬送となった。【所見】血液検査：WBC 11000/ $\mu$ L、好中球82.9%、RBC 461 $\times$ 104/ $\mu$ L、Hb 14.1g/dL、CRP 2.83mg/dL 経食道超音波検査(入院後)：大動脈弁に弁瘤と弁穿孔及びsevere ARの所見あり。【経過】入院初日に感染性心内膜炎と臨床診断し、2剤併用の経験学的抗菌薬治療を開始した。第2病日に血液培養が陽性となり、血液培養パネルでは耐性遺伝子を有しないStreptococcus gordoniiが同定され、速やかにPCG持続静注療法へと変更した。その後は炎症所見も改善傾向を示し心不全の発症もなく経過し、第9病日に手術的に他院心臓血管外科へ転院となった。【考察】FilmArray血液培養パネルは、血液培養陽性ポトル内容物を直接測定することで19項目の細菌と5項目の酵母様真菌、さらに3項目の薬剤耐性遺伝子の検出が可能である。本検査は従来の微生物同定法と比較し、効果的な抗菌薬治療までの時間が有意に短縮されることが示されている。本症例では感染性心内膜炎の臨床診断後、ガイドラインに基づきSBT/ABPC+CTRXの2剤による広域抗菌薬治療を開始したが、その後の血液培養パネルの結果に基づき、治療開始後24時間以内に効果的かつdefinitiveな治療への移行が出来た。血液培養パネルは抗菌薬使用期間や平均在院日数の短縮の他、院内耐性菌の拡大予防等、様々な観点において感染症治療の質を向上させる可能性があると考えられる。【結語】血液培養パネルを用いて短時間で抗菌薬をde-escalation出来た感染性心内膜炎の一例を経験した。

## 腸腰筋膿瘍から高齢発症関節リウマチに診断を改めた一例

○田中宏明、安本有佑、本橋健史、友田義崇

板橋中央総合病院 総合診療内科

【症例】85歳女性【主訴】発熱、体動困難、両下肢浮腫【現病歴】屋内伝い歩き可能なADLであったが、2週間前から出現した両下肢の浮腫が増悪傾向にあり、歩行能が低下してきた。発熱を伴い体動困難となったため当院へ救急搬送された。【既往歴】アルツハイマー型認知症【身体所見】血圧120/80mmHg、脈拍85回/分、SpO<sub>2</sub>95%、呼吸数18回/分、体温38℃、GCS E4V5M6。右腸腰筋徴候陽性。両下腿に圧痕性浮腫を認める。【検査所見】血液検査：WBC 10800/μL、CRP 16.3mg/dL、尿検査：細菌尿や膿尿は認めない、体幹部単純CT：右腸骨筋内に低吸収域を認める他は特に異常所見を認めない。【経過】熱源は身体所見・CT所見から腸腰筋膿瘍を疑った。各種培養検査を提出のうえ抗菌薬治療を開始したが、培養は陰性であった。持続する発熱や疼痛のためADLは寝たきり状態となり、疼痛部位は対側関節や両側肩関節にも拡大した。関節エコーで多発滑液包炎と手指を含む多関節炎が証明されたため、診断が腸腰筋膿瘍ではなく高齢発症関節リウマチであったと改めた。CTで見られた腸骨筋内の低吸収域は腸腸滑液包の腫大であったと解釈した。抗菌薬投与を終了し治療内容をステロイド内服に変更したところ、劇的に臨床症状の改善を認め、良好な転帰を辿った。【考察】炎症病態の精査において、腸腰筋内の低吸収域を認めた際には膿瘍のほか滑液包炎の可能性も考慮する必要がある。また、関節リウマチやリウマチ性多発滑液包炎といった自己免疫性疾患の初期は左右非対称性に発症する症例もある事を認知し、単関節で始まった炎症が多関節に広がった場合や抗菌薬不応性の経過であった場合にはこれらの非感染性の病態も鑑別に挙げなければならない。【結語】腸腰筋膿瘍を疑わせる一側の腸腸滑液包炎で発症した高齢発症関節リウマチの症例を経験した。

## IgG4 関連硬化性胆管炎との鑑別を要した好酸球性胆管炎の一例

○千布裕

済生会唐津病院 内科

背景) IgG4関連疾患と好酸球増多を示す炎症性疾患は類似している。症例) 59歳 男性、主訴) 発熱、黄疸、既往歴) 高血圧 現病歴) 急性に発熱、肝障害、黄疸が出現し当科紹介入院となった。身体所見) BT37.5℃の発熱、黄疸あり。腹部に圧痛なし。検査結果) 血算ではWBC4400、好酸球22%と好酸球増多を認めた。血液生化学検査ではAST 290U/L、ALT 526 U/L、γ-GTP 105U/L、T.bil. 5.2mg/dl、D.bil 2.2mg/d、CRP 20.2mg/dl、IgE 7850U/L、IgG4 395mg/dlと肝障害、炎症、IgE、IgG4の上昇を認めた。抗核抗体は陰性であった。腹部造影CTでは胆管壁肥厚、膵臓の軽度腫大を認めた。MRCPでは上部総胆管の狭窄を認めた。経過) 上記より好酸球性胆管炎として、PSL40mgで治療を開始した。肝障害、炎症は速やかに改善し第23病日に退院された。悪性腫瘍の否定のため、第43病日ERC施行。ERCでは総胆管の狭窄は改善し両側胆管の軽度の狭窄を認めた。細胞診では悪性細胞を認めなかった。PSLは漸減され現在経過観察中である。考察) 好酸球性胆管炎は、1985年にButlerらにより提唱され、組織学的に胆管への好酸球主体の炎症細胞浸潤を呈する疾患とされる。好酸球増多、IgEの上昇を示し、画像上は肝内外胆管の狭窄をします。副腎皮質ステロイドに対する反応は良好である。IgG4 関連硬化性胆管炎は発症機序が不明な硬化性胆管炎で血清 IgG4 の上昇、胆管壁への多数のIgG4 陽性の形質細胞の浸潤と著しい線維化を伴い、しばしば自己免疫性肺炎を合併し、ステロイド療法が有効である。IgG4 関連硬化性胆管炎臨床診断基準 2020 によると本症例は準確定に分類される。本症例では組織所見が得られず、確定診断は困難でだが、IgG4関連疾患が慢性から亜急性に経過をするのに対して、明らかに急性発症であり、発症様式より好酸球性胆管炎と診断された。IgG4関連疾患でも好酸球増多、高IgE血症が見られ、両疾患には共通の病因が疑われる。結論) 好酸球増多性の炎症性疾患とIgG4関連疾患の鑑別は困難な場合がある。

## 入院当初急性胆管炎が疑われたが、詳細な病歴聴取から Weil 病の診断に至った 1 例

○山田智也<sup>1,2</sup>、河辺拓<sup>1,2</sup>、佐藤領太<sup>1,2</sup>、豊岡達志<sup>1,2</sup>、安藤諭<sup>1,2</sup>、大杉泰弘<sup>2,3</sup><sup>1</sup>藤田医科大学 岡崎医療センター 総合診療科、<sup>2</sup>藤田医科大学 総合診療プログラム、<sup>3</sup>藤田医科大学 連携地域医療学

【背景・症例】ADL自立 51歳男性【主訴】発熱・体動困難【病歴】入院4日前より全身倦怠感・食思不振を認め、入院2日前に発熱を認めた。発熱が継続し体動困難となり救急搬送され同日入院となった。【来院時身体所見】血圧152/96mmHg、心拍数103回/分、呼吸数40回/分、体温40.3℃、SpO<sub>2</sub>99%（室内気）意識清明。眼球結膜黄染/充血なし、腹部平坦軟、圧痛なし、下肢把握痛なし。尿検査では尿蛋白2+・尿潜血1+であり、細菌尿は認めなかった。血液検査ではWBC6200/μL、Neut 91.3%、Hb12.9g/dL、PLT63000/μLと血小板減少、CRP23.03mg/dLと炎症反応高値を認めた。AST56U/L、ALT46U/L、T-Bil2.4mg/dL、BUN17.1mg/dL、Cre1.51mg/dLと黄疸、肝逸脱酵素高値、腎機能障害を認めた。PT-INR1.18、D-dimer2.2μg/mlと異常を認めた。画像検査では明らかな熱源は認めなかった。【経過】来院時熱源不明であったが、急性胆管炎を疑い抗菌薬を開始した。翌日再度診察すると黄疸・結膜充血を認めた。改めて病歴聴取すると入院2週間前よりタイ旅行へ行き、水上マーケット・ホテルのプールを利用し足に傷がある中でドクターフィッシュの出店で1時間足を浸していたことが判明した。海外渡航歴・淡水暴露歴があること、病歴・身体所見からWeil病を鑑別に挙げ、衛生研究所に依頼したところ、レプトスピラPCR陽性であった。治療完遂し退院した。【考察】入院当初急性胆管炎が疑われたが、詳細な病歴聴取からWeil病の診断に至った1例を経験した。Weil病とは重症のレプトスピラ症であり、身体所見として黄疸・下肢把握痛が特徴的とされ、検査所見では血小板減少・黄疸・Cre高値・CK高値等が特徴的である。レプトスピラ症は海外・日本の農村地帯に存在する。経口感染または僅かな創から経皮感染をすることもあり、ネズミなどの保菌生物で汚染された水との接触歴、淡水暴露歴を確認すべきである。【結語】コロナウイルスから類感染症へ移行後海外渡航者が増え、渡航後感染症の増加が予想される。発熱患者に対し海外渡航歴の聴取が重要なことを再認識した。

## 侵襲性クレブシエラ感染症の 2 例

○加藤智規<sup>1</sup>、田村弘樹<sup>1</sup>、山本大基<sup>1</sup>、林寧<sup>1</sup>、森隆浩<sup>1,5</sup>、亀崎秀宏<sup>2</sup>、妹尾純一<sup>2</sup>、内田智彦<sup>3</sup>、島田忠長<sup>4</sup>、大谷俊介<sup>4</sup>、橋田知明<sup>4</sup><sup>1</sup>東千葉メディカルセンター 総合診療科、<sup>2</sup>東千葉メディカルセンター 消化器内科、<sup>3</sup>東千葉メディカルセンター 脳神経内科、<sup>4</sup>東千葉メディカルセンター 救急科、<sup>5</sup>国際医療福祉大学成田病院 総合診療科

本発表では、我々が経験した侵襲性クレブシエラ感染症の2例を提示する。症例1: 79才男性。右季肋部痛を中心とした全身痛で救急要請。前医CT検査で肝膿瘍を指摘された。前医でバイタル不安定、大量補液を行ったのち当院転送となった。当院到着時には血圧123/97mmHg、脈拍152/分、呼吸数24/分、SpO<sub>2</sub>95%（室内気）、体温37.0℃。WBC13750/μL、CRP 25 mg/dL、コントロール不良の糖尿病(HbA1c 12%)があり、肝胆道系酵素の高値もみとめた。右膝と右踵部の疼痛/熱感を認め、造影CTを再評価したところ、筋膿瘍と前立腺膿瘍の合併が判明した。肝膿瘍と筋膿瘍については穿刺ドレナージを試みた。膿瘍は過粘調性のため膿培養検体は採取できなかった。血液培養でKlebsiella pneumoniaeが判明した。肝膿瘍は再穿刺時に胸腔に穿破し、胸腔ドレナージを要した。前立腺膿瘍は直腸に穿通し自然に排膿された。8週間の抗生剤投与のち独歩で自宅退院に至った。症例2: 79才女性、既往にパーキンソン病がある。発熱と振戦、体動困難、意識障害で受診に至った。血圧79/43mmHg、脈拍139/分、呼吸数40/分、SpO<sub>2</sub>95%（室内気）、体温39.0℃だった。WBC 12740/μL、CRP 30 mg/dLと炎症反応高値。肝胆道系酵素の高値もあった。CT検査で胆嚢炎に多発肝膿瘍を併発していると考え、経皮的胆嚢ドレナージを施行した。同時に著明な尿混濁もあり、尿路感染症の併発が考えられた。血液培養・膿瘍穿刺液培養・尿培養・痰培養で、Klebsiella pneumoniaeが検出された。4週の抗生剤投与のち、リハビリテーション転院に至った。侵襲性クレブシエラ感染症は、主に肝膿瘍に加え眼/中枢神経/肺/尿路/筋骨格系/軟部組織など転移性感染巣を合併し、致死的な経過を辿りうる重篤な感染症である。複数の診療科にまたがるため、専門分化した診療体系では解決が難しい病態とも言えよう。いかに各科連携をスムーズに行えるかが重要となる。本発表を通して、疾患理解を深めるとともに、総合医と専門医との連携について考える機会としたい。

## 眼内炎診療における病院総合医の役割

○川口満理奈<sup>1</sup>、大塚勇輝<sup>1</sup>、副島佳晃<sup>1</sup>、安藤航<sup>1,3</sup>、高木桃李<sup>1,3</sup>、大國皓平<sup>1</sup>、長谷川功<sup>1</sup>、本多寛之<sup>1</sup>、萩谷英大<sup>1,2</sup>、小比賀美香子<sup>1</sup>、森田哲郎<sup>4</sup>、森實祐基<sup>4</sup>、大塚文男<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>岡山大学病院 総合内科・総合診療科、<sup>2</sup>岡山大学病院 感染症内科、<sup>3</sup>岡山大学病院 卒後臨床研修センター、<sup>4</sup>岡山大学病院 眼科

【症例】80代女性。

【併存症】緑内障、2型糖尿病(HbA1c7.1%)、慢性血栓塞栓性肺高血圧症、大動脈弁狭窄症、高血圧症、慢性心不全(在宅酸素療法中)。

【現病歴】X-5日に突然の右眼痛と視力低下を自覚し、2年前より通院が途絶えていた近視眼科を受診。ぶどう膜炎疑い精査のためX日に当院眼科を紹介受診したところ内因性眼内炎が疑われ、当科紹介、緊急入院となった。経過中に発熱など眼症状以外の自覚はなかった。右眼は光覚なく、角膜膿瘍、前房蓄膿、結膜充血、眼瞼発赤腫脹あり、超音波検査で硝子体混濁を認めた。左眼は明らかな感染兆候なかったが、視神経乳頭陥凹拡大を認め、手動弁であった。

【経過】血液培養は陰性で、造影CTや頭部MRIによる全身評価で眼以外の感染巣を疑う所見や、侵入門戸になり得る皮膚脆弱や口腔内不衛生はなく、免疫不全や悪性腫瘍も否定であった。経胸壁心臓超音波では中等度僧帽弁閉鎖不全症を認めたが、明らかな疣贅は認めなかった。眼脂培養から検出された*Streptococcus dysgalactiae*を標的にアンピシリンによる点滴抗菌薬治療を開始した。せん妄や不眠、視力喪失に伴う悲嘆反応を認め、精神科介入も要した。眼科転科後、当科併診しながら介護保険や障害者手帳の申請を行った上で、リハビリテーション継続目的に転院とした。

【考察】眼内炎は眼科領域の疾患であるが、特に菌血症・真菌血症からの波及や易感染性が背景となる内因性眼内炎では、臓器合併症評価と感染症治療の観点から速やかな内科的対応が求められる。また本事例のように多疾患併存の高齢者が罹患することが多く、病院総合医が介入することで、背景疾患を管理する上で必要な各専門診療科のハブとしての機能を担える。視力低下・失明から生活障害も来するという疾患特性を踏まえると、要介護・障害者認定や療養環境調整といった社会面に加え、精神・心理面のサポートという点においても、全人的医療や多職種連携が必須である。以上から、眼内炎診療に関して病院総合医が果たすべき役割は大きいと考えられた。

## 細菌性肺炎の入院治療中に診断された術後性気脳症の1例

○石亀知佳、小林史典、鈴木亮士、小野嘉文、本城聡

東京都立病院機構 東京都立多摩南部地域病院内科

【背景】気脳症は頭蓋内に気体が存在する状態と定義され、70%は外傷に由来するが脳神経外科術後でも発症する。鼻性髄液漏は気脳症の1症状となりえるが、頭蓋内感染に至る危険性もあり早期診断が望ましい。【症例】76歳男性【主訴】発熱【既往歴】下垂体腫瘍術後【現病歴】入院約2カ月前に下垂体腫瘍再発病変に対し他院で内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術を施行された。入院1週間前に発熱、市販の解熱鎮痛剤内服し解熱したが入院数日前から再度発熱し当院に救急搬送となった。【身体所見】体温37.5度、血圧90/56mmHg、脈拍57回/分、呼吸数12回/分、SpO<sub>2</sub>92% (リザーバマスク6L)、呼吸音 右下肺野でcrackles聴取。【検査結果】血液検査：白血球11200/ $\mu$ L、Hb12.0g/dL、血小板16.7万/ $\mu$ L、TP 5.4g/dL、Alb 3.2g/dL、AST 13U/L、ALT 16U/L、LD 234U/L、CK 52U/L、ALP 52U/L、BUN 19.4mg/dL、Cr 1.9mg/dL、Glu 112mg/dL、CRP 10.0mg/dL、SARS-CoV-2 PCR 陰性、胸部単純CT：右上下葉、左舌区下葉にすりガラス影。【経過】細菌性肺炎と診断、抗生剤投与開始。また下垂体腫瘍術後に対しステロイド内服中でありステロイド補充を実施。喀痰培養より*Pseudomonas aeruginosa*が同定された。なお入院時より水溶性鼻漏の訴えがあった。入院7日目に抗生剤投与終了。入院9日目に再度発熱、酸欠化低下、胸部レントゲン上右肺野に浸潤影を認め肺炎再発として抗生剤再開。入院12日目に起床時に頭痛の訴えあり鎮痛薬で改善。入院13日目に再度頭痛・血圧高値・意識障害を認めたため頭部CT撮像し、頭蓋内に大量の気体貯留を認め術後性気脳症と診断、同日他院脳神経外科へ転院となった。【考察】入院時より水溶性鼻漏の訴えがあり、肺炎症状の一つと思われたが、実際には術後性気脳症に伴う鼻性髄液漏であったと推測された。【結語】他疾患での入院加療中であっても、患者の既往歴とそれに起因する合併症には常に留意すべきである。

## 鼻頭部の皮疹が出現した後に無菌性髄膜炎を発症した一例

○本村壮<sup>1</sup>、山田脩斗<sup>1</sup>、中村仁彦<sup>1</sup>、徳島緑<sup>2</sup>、平川優香<sup>1</sup>、徳島圭宜<sup>2</sup>、香月尚子<sup>1</sup>、相原秀俊<sup>1</sup>、山下駿<sup>3</sup>、藤原元嗣<sup>1</sup>、多胡雅毅<sup>1</sup>

<sup>1</sup>佐賀大学 医学部附属病院 総合診療科、

<sup>2</sup>佐賀大学 医学部附属病院 医師育成・定着支援センター、

<sup>3</sup>佐賀大学 医学部 地域医療科学教育研究センター 医学教育開発部門

【背景】帯状疱疹ウイルス(VZV)は、水泡を伴う典型的な皮疹とともに、様々な神経学的異常を引き起こすことが知られている。【症例】54歳、女性【主訴】右眼球痛、頭痛、頸部痛【現病歴】発熱と嘔吐が出現し、近視耳鼻咽喉科でLVFX、CAMを投与されたが改善しなかった。第14病日に右眼の瞼結膜充血と疼痛、鼻頭部の発赤と疼痛が出現した。ステロイド点眼液で改善せず、頭痛と頸部腫脹も出現したため、第19病日に当院を受診した。【既往歴】特記なし【所見】意識は清明で、バイタルサインは正常であった。身体診察では、項部硬直、眼球結膜充血、鼻先端の水疱を伴う皮疹を認め、その他に異常所見を認めなかった。血液検査では、WBC 3400/ $\mu$ L、CRP 0.42 mg/dLで、その他に異常は認めなかった。髄液検査ではWBC 222/ $\mu$ L、単核球98%、多核球1.8%、TP 63 mg/dL、Alb 399 mg/L、糖 51 mg/dL (血糖 93 mg/dL)、VZV PCR：DNA定量：870 /ml (基準値：100 /ml)であった。頭部造影MRIのSTIR画像で、右眼窩内～眼瞼部皮下組織に軽度の高信号領域を認めた。【経過】髄液穿刺で単核球有意の細胞数増加があり、鼻頭部の皮疹に対するVZV感染症の迅速抗原検査が陽性であったため、VZVによる無菌性髄膜炎と判断した。入院としACV2000mg、DEXの投与を行い、症状は改善した。髄液検査所見も改善し、第40病日に退院とした。【考察】免疫不全のない、鼻頭部のみに皮疹が出現したVZVによる無菌性髄膜炎を経験した。VZVによる無菌性髄膜炎患者のうち、免疫健全者が85%を占め、皮疹は68.5%に見られ、神経学的後遺症の頻度は25%とされている。日本での成人のVZVによる髄膜炎では、顔面の皮疹の頻度は少なく、さらに鼻頭部のみの皮疹の報告は、我々が検索し得た範囲では確認できなかった。【結語】VZVによる無菌性髄膜炎では鼻頭部のみに皮疹が出現することがある。免疫健全者でも、発熱と頭痛があり典型的な水泡を伴う皮疹を認めた場合、部位に関わらずVZVによる無菌性髄膜炎を疑うべきである。

## バイアスを意識することで早期治療に繋がった成人発症の単純ヘルペスウイルス初感染の一例

○江田雅志

高知県立あき総合病院 内科

【背景】単純ヘルペスウイルス(以下:HSV)感染症は幼少期に不顕性感染し、成人後に口唇ヘルペス等で発症することが多い。しかし10%程度は初感染時に発熱後の歯肉口内炎を発症することがあり、成人例での初感染も報告されている。【症例】23歳女性【主訴】発熱、頸部痛、口内炎【既往歴】特記事項なし【現病歴】1月中旬発熱と頸部痛を主訴に近医診療所を受診、鎮痛薬で経過観察となったが症状が持続するため頸部リンパ節炎の疑いで発熱8日目に当院内科紹介受診となった。来院後に病歴聴取し直すと、発熱3日目から口内炎・歯肉炎が多発していたことが発覚した。【身体所見】血圧107/69mmHg、脈拍93bpm、呼吸数16回/分、SpO<sub>2</sub>98% (室内気)、JCS0、GCS15E4V5M6、体温36.5度、左上下歯肉・硬口蓋・上唇・舌にびらんあり、左下顎リンパ節腫脹1cm・圧痛あり、心雑音なし、肺音清、四肢リンパ節腫脹なし、関節痛なし【検査結果】(前医実施分)WBC6100/ $\mu$ L、CRP2.9mg/dL【経過】発熱後の多発する口内炎・歯肉炎でありHSV初感染が疑われた。抗体検査を含めた精査は希望されず、臨床診断でバラシクロビルを処方したところ翌日には症状が軽減し7日目には全ての症状が改善していた。【考察】本症例はHSV初感染症として典型的な症状であったが、筆者自身経験したことがないため直観的思考では診断にたどり着けなかった。また、午前最後で疲労の溜まった外来設定、前医紹介状と真の主訴との解離、知識不足など診断エラーが起こりやすい状況がいくつも想定された。自身の状態をメタ認知し、認知バイアスを意識することで診断エラーを防ぐことができると実感することができた。【結語】バイアスを意識することで早期治療に繋がった成人発症のHSV初感染の一例を経験した。良質な医療の提供のために、診断エラーは常に起こす可能性があるものとして意識していくことが重要と考えられた。

## 関節症状の乏しいリウマチ性髄膜炎の診断にエコー所見が有用であった一例

○岩倉伸昂<sup>1</sup>、眞部建郎<sup>2</sup>、安場遥香<sup>1</sup>、仲郁子<sup>1</sup>、中澤隆<sup>1</sup>、辻喜久<sup>2</sup><sup>1</sup>大阪府済生会中津病院 膠原病内科、  
<sup>2</sup>滋賀医科大学医学部附属病院 総合診療科

【背景】関節リウマチによる関節炎に先行し、リウマチ性髄膜炎を発症する症例が複数報告されており、しばしば診断に難渋する。【症例】77歳女性。【主訴】左上下肢脱力。【既往歴】盲腸癌（腹腔鏡下回盲部切除後）、高血圧、骨粗鬆症。【現病歴】左不全麻痺でX-6か月に当院紹介。右大脳脳表病変を指摘されたが診断に至らず経過観察されていた。フォローのMRIで病変が増大したため、精査加療目的で入院となった。【身体所見】Barreで左上肢がやや回内するのみで他に神経学的欠落症状を認めない。家事を契機とした2週間前からの左手関節尺側手根伸筋腱の圧痛を認めるが、他関節の圧痛腫脹や、朝のこわばりを認めない。【検査結果】造影MRI：右前頭葉頭頂部硬膜に沿った、造影効果を伴う、DWI/FLAIR高信号病変を認める。髄液IgG-index 0.75、髄液CCP抗体 7.5 U/mL、血清CCP抗体 552.5U/mL。関節エコー：左手関節尺側手根伸筋腱に腱鞘滑膜炎、左足趾1MTP関節にpannusを伴う関節滑膜炎を認める。【経過】髄液、採血結果、エコー所見よりリウマチ性髄膜炎と診断した。治療介入として3日間のステロイドパルス療法を行った後、速やかにステロイド漸減・中止し、関節滑膜炎に準じてメトトレキサート（MTX）の併用を開始した。硬膜病変は縮小し、MTX 14mg/週まで増量しているが、画像上再燃は認めていない。【考察】過去文献では関節症状の乏しいリウマチ性髄膜炎が複数報告されている一方、subclinicalな関節症状の有無に対し、MRIや関節エコーで網羅的に評価を行った報告は乏しい。【結語】関節エコーは関節症状を伴わないリウマチ性髄膜炎におけるsubclinicalな滑膜炎の早期検出に有用であり、関節リウマチに準じた治療介入は髄膜炎の維持療法として有用な可能性がある。

## 消化器症状を契機として診断に至ったレジオネラ肺炎の一例

○釜木信行、原田和歌子、秋光花、竹村優李、天満義人、佐川俊介、田中基樹、西河求、延岡悠樹、正木龍太郎、藤城泰磨、龜山和也、衛藤弘城

広島市立北部医療センター安佐市民病院

【症例】62歳の男性。【主訴】発熱、右側腹部痛。【既往歴】未治療糖尿病。【現病歴】20XX年5月13日、発熱と右側腹部痛が出現し、様子を見ていたが改善せず、食事摂取もできなくなってきたため5月15日に紹介元を受診した。全身倦怠感、発熱、炎症反応高値、高血糖、尿ケトン体を認め、精査加療目的に当院紹介となった。【身体所見】JCS1、消耗様、体温40.4度、血圧134/84 mmHg、脈拍数125 /分、酸素飽和度94%（室内気）、呼吸数24 /分、右側腹部に自発痛及び圧痛を認めた。【検査結果】WBC 10550 / $\mu$ L、CRP 25.7 mg/dL、Na 130mEq/L、CPK 69 U/L。CT検査で小腸内の液体貯留を認め、左肺上葉に気管支透亮像を伴うすりガラス影および浸潤影を認めた。尿中レジオネラ抗原が陽性であった。【経過】腹部症状が先行しており、低ナトリウム血症、高度炎症所見を呈することから、レジオネラ症に伴う肺炎を疑い、尿中レジオネラ抗原も陽性であったことから、LVFXで抗生剤治療を開始した。第3病日までは弛張熱が続いていたが、次第に解熱した。第8病日に喀痰培養からLegionella pneumophila 1群が認められ、レジオネラ肺炎と確定診断した。【考察】レジオネラ症は初期に発熱や倦怠感といった非特異的な症状を呈した後に、呼吸器症状や消化器症状、精神症状などを呈することから、症状のみで本症を診断することは難しいとされている。特に本症例のように先行する上気道症状や咳嗽などを呈さない場合もあり、診断の遅れにつながる可能性がある。消化器症状は30%程度の症例で出現するとされており、当院総合診療科で過去10年に経験した、本症例を含めた11症例のうち、4症例において経過の中で消化器症状を認めていた。【結語】先行する消化器症状を契機として診断に至ったレジオネラ肺炎の症例を経験したため、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

## 2年間の免疫抑制剤とステロイドによる治療で化膿性脊椎炎・重症呼吸器感染症をきたし死亡した一例

○松田伊織<sup>1</sup>、森田一豊<sup>1</sup>、立川夏生<sup>1</sup>、松田卓也<sup>1</sup>、長門利純<sup>2</sup><sup>1</sup>名寄市立総合病院 総合内科、  
<sup>2</sup>旭川医科大学 病理学講座免疫病理分野

【背景】免疫抑制剤およびステロイドによる易感染性にたいして適切な予防投与ができないため不幸な転帰をたどる症例を経験することがある。【症例】74歳男性。【主訴】腰痛。【既往歴】2型糖尿病、膜性腎症によるネフローゼ症候群、大動脈弁狭窄術後、心房細動。【現病歴】X-2年より膜性腎症のためシクロスポリンとプレドニゾン（PSL）により治療されていた。交通事故のあとの腰痛によるADL低下のため当院整形外科に紹介され入院した。入院後化膿性脊椎炎、腸腰筋膿瘍と診断されTAZ/PIPCにより6週間治療された。治療終了後10日で低酸素血症を発症し、精査の結果ニューモシスチス肺炎（PCP）、サイトメガロウイルス（CMV）肺炎と診断され治療された。治療継続のため外科に転科した。【身体所見】疼痛のため苦痛表情あり、体動困難のため全介助で体交。咽頭喘鳴あり。【検査結果】 $\beta$ Dグルカカン、KL-6上昇。CMV血中抗原陽性。【経過】腹痛、背部痛、腰痛が複数の鎮痛剤・麻薬で制御できなかった。呼吸不全が悪化して転科後1日で死亡された。病理解剖にて、肺アスペルギルス症、CMV肺炎、PCPによる呼吸不全による死亡と診断した。【考察】PSL 20mg相当、4週間以上の使用では、PCPの予防を開始するとの考え方もある。本症例もST合剤が開始されるべきであったが、同剤には腎障害の有害事象もあり全例に使用されなかった現実もある。繰り返す化膿性疾患、PCP、CMV肺炎はAIDS指標であり、本症例では強い免疫抑制状態であったと考えられる。【結論】免疫抑制状態の患者の体調不良時には、背景に免疫低下が関与していることがある。適切な予防が困難な場合は、化膿性疾患にくわえて、早期から複数の日和見感染にたいする集学的診断・治療を並行して行う必要がある。

## 広範な感染病巣を認め、急激に循環・呼吸状態の増悪を来した Lemierre 症候群の一例

○飯盛月、渥美裕太、上原和幸、須崎真、若栗大朗、松田直人、兵働英也、小原俊彦、高木元、安武正弘

日本医科大学付属病院 総合診療科

【症例】30歳代男性【主訴】発熱、咽頭痛【既往歴】なし【現病歴】X-10日咽頭痛を自覚し、ラスクフロキサシンを服用したが改善せず、X-8日前医を受診した。扁桃腫脹・白苔を認め、同剤を処方されたがX-5日から咽頭痛が徐々に増悪し、40℃の発熱も認めため、X-2日前医を再診した。血液検査でWBC 16,800/ $\mu$ L、CRP 32.79mg/dLと炎症所見高値、胸部CTで右上葉肺炎を認め、精査加療目的に当院を紹介受診した。【身体所見】意識清明、脈拍128 /分、血圧90/59 mmHg、体温36.8℃、呼吸数28 /分、SpO<sub>2</sub> 96%（室内気）、咽頭発赤軽度、口蓋垂右に軽度偏移、右頸部リンパ節触知（圧痛あり、弾性硬）、胸腹部特記事項なし【検査結果】WBC 17,400 / $\mu$ L、Plt 2.5万 / $\mu$ L、CRP 31.04 mg/dL、PCT 7.71 ng/mL、PT-INR 1.12、FDP 6.0  $\mu$ g/mL、頸部～骨盤部造影CT:右扁桃周囲膿瘍、右内頸静脈血栓、両肺広範に多発結節影・一部空洞を伴う浸潤影、両側胸水【経過】来院後、敗血症（SOFA 6点）としてアンピシリン/スルバクタム、バンコマイシンを開始した。その後、意識・呼吸状態が増悪し、気管内挿管・人工呼吸器管理を行った。第9病日、血液培養からFusobacterium necrophorumを検出し、上記所見と併せLemierre症候群と診断した。第12病日には呼吸状態は改善し、抜管した。点滴抗生剤は第28病日まで継続し、経過良好だったため第29病日に抗生剤をアモキシシリン/クラバン酸内服へ切り替えて退院とした。右内頸静脈血栓に対しては入院時よりヘパリンを開始し、第13病日にリバロキサパンへ切り替えた。抗生剤は計8週、抗凝固薬は計3か月まで継続とした。【考察】Lemierre症候群は嫌気性菌による咽頭感染を契機に内頸静脈血栓や肺膿瘍を来し、敗血症を来す疾患として知られている。広範な感染巣や敗血症、凝固異常などを認めた際は、Lemierre症候群を鑑別にあげることが重要である。【結語】今回、広範な感染病巣を認め、急激に全身状態の増悪を来し集中治療管理を要したLemierre症候群の一例を経験した。早期診断が重要な疾患として報告する。



## 難治性腹水と繰り返すイレウスを呈した放射線性腸間膜炎の一例

○小笹宗一郎<sup>1</sup>、山梨啓友<sup>1,2</sup>、赤羽目翔悟<sup>1</sup>、福井翔一<sup>1,3</sup>、濱田航一郎<sup>1,4</sup>、平篤<sup>1,4</sup>、上原裕規<sup>1</sup>、増田真吾<sup>1,2</sup>、杉本尊史<sup>1,2</sup>、溝上明成<sup>5</sup>、前田隆浩<sup>1</sup>

<sup>1</sup>長崎大学病院 総合診療科、<sup>2</sup>長崎大学病院 感染症内科、<sup>3</sup>長崎大学病院 リウマチ・膠原病内科、<sup>4</sup>諫早総合病院 総合診療科、<sup>5</sup>諫早総合病院 リウマチ科

【背景】放射線外照射治療の晩期障害として直腸障害や尿路、性機能障害の報告は多いが、放射線性腸間膜炎の報告は乏しい。【症例】74歳男性【主訴】腹部膨満【既往歴】X-4年前立腺癌【現病歴】X-3年前立腺癌に対し放射線外照射治療が施行された。X-2年より少量の腹水貯留を認めていたが、X年5月から腹水の著増と下腿浮腫、食思不振が出現し前医に紹介された。腹水穿刺、PET-CTが施行されたが癌性腹膜炎は否定的であり、X年8月精査加療目的に当科に紹介・入院となった。【身体所見】意識清明、バイタルサインに異常なし。腹部膨満、腸蠕動音低下あるが圧痛なし。【検査結果】血液：Hb 8.8 g/dL、肝胆道系酵素・腎機能・電解質異常なし、TP 6.1g/dL、Alb 2.2g/dL、PSA (-)、T-SPOt (-)。尿：蛋白陰性。腹水：WBC 100/μL、SAAG 0.9g/dL、ADA 7.6U/L、ヒアルロン酸 4140 ng/mL、培養陰性、細胞陰性。便：脂肪染色陰性。蛋白漏出シンチ：異常なし。小腸カプセル内視鏡：小腸内に食物残渣多量。【経過】腹水貯留の精査中にイレウスを頻回に併発したが原因を特定できず、悪性腹膜中皮腫や結核性腹膜炎の除外診断のため審査腹腔鏡を実施したところ、回腸末端で腸管壁の肥厚、腸間膜の短縮が認められ、近接した腸管壁同士の癒着が認められた。腸間膜の病理にて硝子化した線維化と血管壁の肥厚、および内膜病変を伴う血管内腔の狭小化や閉塞が認められ、放射線性腸管炎と診断した。手術療法も考慮されたが利尿剤や腸管蠕動促進薬、通過性の良い食事形態の調整等の保存的加療が奏功し、入院121日目に軽快退院となった。【考察・結語】腹水貯留やイレウスの原因は多岐にわたり、適切な治療選択のためには的確な診断が必要である。本症例では難治性腹水とイレウスが放射線治療3年後の晩期合併症として発症した放射線性腸間膜炎によるものと診断し、保存的加療が奏功した。放射線性腸間膜炎の既報は乏しいが原因不明の腹水貯留や繰り返すイレウスの鑑別診断として放射線性腸間膜炎を想起することが重要である。

## Pneumobilia と多発性肝膿瘍を合併した重症急性胆管炎の1例

○香西光

社会福祉法人白十字会白十字総合病院 内科

【背景】Pneumobiliaは生理的な所見として散見されることが多いが病的意義のあるものはまれである。しかしながら、このたび病的意義のある可能性が高いPneumobiliaを合併するなどの経過がみられた重症急性胆管炎の1例を経験したので報告する。【症例】80才代の女性【主訴】発熱、食欲不振、体動困難【既往歴】胆嚢十二指腸瘻・胆石イレウス(小腸部分切除術施行、胆道再建術施行せず、胆嚢摘出術施行せず)、知的障害(幼少期に高熱を出し障害を受けた後天的なもの)【現病歴】自宅療養中、4～5日前からの食事摂取困難や体動困難のため、A病院救急外来へ救急搬送された。1か月ほど前から活力がなくなり、10日ぐらい前から微熱、食欲不振などの症状みられるようになったとのことであった。精査したところ、炎症反応が非常に高く、CT所見から広範囲の著明なPneumobiliaがみられ、肝膿瘍も疑われた。A病院緊急入院となり、精査の結果、Pneumobiliaと多発性肝膿瘍を合併した総胆管結石をともなう重症急性胆管炎と診断された。また、軽度の肺炎もみられた。食事経口摂取困難で高カロリー輸液による栄養管理を行いながら、抗菌薬投与等加療を行い、発熱などの症状や炎症反応も改善した。それにともない、多発性肝膿瘍やPneumobiliaも消失し、その後もみられていない。【考察・結果】既往歴、手術歴などや病態を考慮すると今回出現したPneumobiliaは重症急性胆管炎による著明な炎症反応によるOddi括約筋閉鎖不全によって出現した病的意義のあるPneumobiliaである可能性が高いものと考えられた。そして重症急性胆管炎にともなうPneumobiliaに遭遇した場合、重症度が非常に高い可能性があり、加療に注意する必要があるものと考えられた。また、病態を鑑別するにあたり、既往歴、手術歴などについても詳細に確認し、考察することが重要であることをあらためて認識した。本症例経験を生かしてより良い総合診療を行っていきたくと考えている。

## しめ鯖の摂取から1週間後に生じたアニサキスによる遅発性アナフィラキシーの一例

○吉田美奈<sup>1</sup>、加藤禎史<sup>1</sup>、鈴木裕貴<sup>2</sup>、鍋島茂樹<sup>2</sup>

<sup>1</sup>田川市立病院 総合診療科、<sup>2</sup>福岡大学病院 総合診療科

【背景】アニサキスアレルギーによる蕁麻疹・アナフィラキシーは即時型アレルギーの機序で生じるが、消化管粘膜への侵入に時間を要したり死滅後も虫体がアレルゲンとして作用する場合があります。しばしば遅発性IgE介在型アレルギーとして発現する。抗原暴露から発症までの時間には幅があり、最長で4日後に発症したとする報告がある。今回、魚介類摂取から1週間後に生じたアニサキスによる遅発性アナフィラキシーの一例を経験したので報告する。【症例】アレルギー歴のない71歳男性。X年4月30日にしめ鯖を摂取した直後から全身に膨疹が出現した。救急外来を受診し、ヒスタミン中毒としてH2ブロッカー・抗ヒスタミン薬を投与され膨疹は改善した。1週間後の同年5月7日に誘引なく咽頭部違和感や顔面腫脹感を自覚した。8日に近医耳鼻咽喉科受診し咽頭喉頭鏡にて咽頭浮腫を指摘され、ステロイド吸入施行後に帰宅した。帰宅後に再度膨疹が出現したため、9日に同科再診し原因精査目的に当科紹介入院となった。入院時、バイタルサインは安定しており、顔面浮腫と体幹部に地図状の蕁麻疹を認めた。咽頭浮腫の病歴からアナフィラキシーと判断し抗ヒスタミン薬・ステロイド点滴投与を開始した。アレルゲンは不明であったが、しめ鯖摂取や遅発性に症状が出現している経過からアニサキスアレルギーを考えた。入院中に施行した上下部消化管内視鏡検査でアニサキス虫体を認めなかったが、入院時に提出したアニサキス抗体が11.6 UA/mLと上昇していた。治療開始後より蕁麻疹は軽快傾向となり、全身状態良好のため16日に自宅退院した。外来で抗体価測定を行ったところ、5月16日には23.5 UA/mL、6月7日には73.5 UA/mLと上昇を認めアニサキスによる遅発性アナフィラキシーと診断した。【結語】原因不明の蕁麻疹・アナフィラキシー症例に遭遇した場合には、アニサキスアレルギーを鑑別に挙げ1週間以内の魚介類摂取歴の聴取やアニサキス抗体の測定を検討すべきである。

## 原発性胆汁性胆管炎を合併した多腺性自己免疫症候群 (APS)3 型の1例—本邦報告例の臨床的検討も含めて—

○長見晴彦、田原英樹、瀬下達之、佐藤博、東耕一郎

出雲徳洲会病院 総合診療科

はじめに：多腺性自己免疫症候群 (APS) 3型は自己免疫性甲状腺疾患に自己免疫性Addison病を除く自己免疫性疾患を伴った疾患群で、APSに原発性胆汁性胆管炎 (PBC) を併発した症例は極めて稀で国内報告例は7例のみである。今回、緩徐型1型糖尿病、慢性甲状腺炎、PBCを併発したAPS3型を経験したので報告する。症例：84歳、女性。主訴：体重減少、口渴、耐糖能異常。現病歴：約20年前に肝機能障害精査の結果、血中IgM上昇と抗ミトコンドリアM2抗体陽性、肝生検にて胆管周囲のリンパ球浸潤と慢性非化膿性破壊性胆管炎を認めPBCと診断されウルソを継続内服していた。その6年後に甲状腺腫大を指摘され抗TPO抗体・抗Tg抗体が陽性であり甲状腺超音波検査にて軽度甲状腺腫大も認め慢性甲状腺炎による甲状腺機能低下症と診断された。2年前より耐糖能異常を認めHbA1c 9.5 %、空腹時血糖253mg/dl、抗GAD抗体>2000U/mL、抗IA-2抗体5.9 U/mLであり、グルカゴン負荷試験の結果、CPR 6min；1.45ng/dLと低下していたため緩徐進行型1型糖尿病と診断しインスリン治療を開始して血糖コントロールも良好となり軽快退院して在宅に復帰している。考察：APSは1980年にNeufeldらにより内分泌臓器を含む複数臓器の自己免疫疾患を合併する症候群として提唱され自己免疫性甲状腺疾患と1型糖尿病を合併した3A型が頻発的に最も多い。特に日本人1型糖尿病における自己免疫性甲状腺疾患の合併率は2～11%で比較的多く、1型糖尿病の中でも緩徐進行1型糖尿病に甲状腺疾患の合併率が高く抗GAD抗体値も高値である傾向が強い。APS3型発症には複数の遺伝因子とウイルス感染などの環境因子が関与するが自験例も含めて詳細は不明である。慢性甲状腺炎、1型糖尿病合併したAPS3A型にPBCを併発した本邦報告例は自験例も含めて8例のみであり、その共通点としては中年～高齢女性に多く、1型糖尿病は全例が緩徐進行1型糖尿病であり、シェーグレン症候群の合併も多く発症順序に一定の傾向は認めない。

## 大腸菌血症による頸椎化膿性脊椎炎、硬膜外膿瘍を契機に早期大腸癌を診断した一例

○工藤道広、鉾立春響、仲道汐里、堀内滋人、北川泉、角田隆文

湘南藤沢徳洲会病院 総合診療内科

【症例】73歳男性【主訴】発熱、後頸部痛【既往歴】高尿酸血症【現病歴】入院2日前に後頸部痛あり、入院1日前に発熱を伴ったため当院ER受診した。尿検査異常なく、軽度肝胆道系酵素上昇と、炎症反応高値あり。髄液検査では明らかな異常なく、頸部から腹部のCT検査でも明らかな異常はなかった。血液培養施行し、鎮痛剤点滴にて症状軽減認めため、本人希望にて帰宅となった。翌日血液培養から大腸菌の検出があり、大腸菌血症の精査加療目的にて入院となった。【身体所見】意識は清明、血圧131/97mmHg、心拍数122回/分・整、体温37.3度。後頸部圧痛あるも髄膜刺激症状なし、肺野は清、心雑音なし、マフィー兆候なし、肋骨脊椎角殴打痛なし。【検査結果】尿沈渣所見では尿白血球反応(-)、採血検査では、白血球数109100/ $\mu$ l、CRP7.22mg/dlであった。【経過】入院第2病日の頸椎MRIでは特に所見はなかった。入院第7病日の頸椎MRIでは、C3/4に化膿性脊椎炎、硬膜外膿瘍所見を認めた。治療は、フォーカス不明の大腸菌血症として抗菌薬はMEPM2g/日で開始したが、入院第3病日には培養結果の感受性を確認しABPC8g/日de-escalationした。菌血症の侵入門戸検索のため、下部内視鏡検査を行った。結果は、上行結腸にls8(p)病変径6mmの腺腫性病変あり、病理組織は、Carcinoma(tub1)で内視鏡的粘膜下切除術を行い、完全切除できた。【考察】Streptococcus gallolyticus (Streptococcus bovis)を代表とする菌血症がきっかけで大腸癌が見つかることは報告されている。しかし、大腸菌による菌血症と大腸癌の報告は少なく、大腸癌を伴う大腸菌血症による化膿性脊椎炎、硬膜外膿瘍の報告は稀である。【結論】今回我々は、大腸菌血症による頸椎化膿性脊椎炎を契機に早期大腸癌を診断した一例を経験した。腸管に定着する細菌である大腸菌による菌血症は、腸管壁からの侵入を来すことを疑い大腸癌の可能性を検討する必要があると考えられた。

## 不明熱診療にて遭遇した機能的な高体温症とその臨床的特徴

○岡浩介、徳増一樹、萩谷英大、大塚文男

岡山大学病院 総合内科・総合診療科/感染症内科

【目的】不明熱患者の中には診断に難渋し、原因不明とされる症例が多数あることが知られている。今回、不明熱の精査目的に紹介受診した患者を解析し、既報において原因不明とされている患者群の発熱の成因・病態について検討した。【方法】2019年5月から2022年2月までに岡山大学病院不明熱外来を受診した患者を対象とし、その診断の内訳や特徴を解析した。【結果】146人の受診患者のうち、未成年を除外した132人を解析した。そのうち発熱の成因として機能的な高体温症が最も疑われる患者が41人(31.1%)を占めていた。続いて家族性地中海熱が8人(6.1%)、顕微鏡的多発血管炎が3人(2.3%)、リウマチ性多発筋痛症が2人(1.5%)、その他の疾患が22人(17%)、原因不明が56人(42.4%)であった。機能的な高体温症と診断された41人は、年齢は中央値39歳(20~80)、男性13例、女性28例だった。受診時体温の中央値は37.0 $^{\circ}$ C(35.9~37.8)、発熱してから来院までの日数の中央値は47.5日(14~1277)、19例(46.3%)で精神科通院歴があった。機能的な高体温症の症例の中には心因に対処することで解熱まで至った症例も存在していた。【考察】今回の研究では、不明熱患者のうち、約3分の1の症例で心因により体温上昇を来す機能的な高体温症が疑われた。機能的な高体温症は各種検査で器質的疾患が否定的であり、症状に見合った心因を認められた場合に本症疑いとした。本邦の不明熱患者の内訳を解析した研究においては機能的な高体温症に関して記述されておらず、原因不明の症例が20%程度存在していたという報告もある。原因不明の患者群は一般に経過が長期で予後が良好であることが知られているが、この特徴は機能的な高体温症の合致しており、既報において原因不明とされていた患者群の中に機能的な高体温症が多数存在していた可能性もある。【結論】不明熱診療における機能的な高体温症の潜在の可能性をジェネラリストが認識することで、これまで原因不明とされていた不明熱患者を正しく診断し解熱まで持ち込むことが可能となると考えられた。

## 抗菌薬適正使用支援チーム活動がもたらす3つのQuality Indicatorへの影響

○松本健吾<sup>1</sup>、坂本一貴<sup>1</sup>、村本慎悟<sup>1</sup>、永田邦昭<sup>2</sup>、津守香里<sup>3</sup>、小山耕太<sup>4</sup>

<sup>1</sup>くまもと県北病院 薬剤部、<sup>2</sup>くまもと県北病院 教育研修部、<sup>3</sup>くまもと県北病院 呼吸器内科、<sup>4</sup>くまもと県北病院 総合診療科

【緒言】2016年の「薬剤耐性(antimicrobial resistance AMR)対策アクションプラン」、2017年の「抗菌薬適正使用支援プログラム実践のためのガイドランス」、2018年の「抗菌薬適正使用支援加算」などが示すように、抗菌薬適正使用の重要性は近年ますます高まっている。くまもと県北病院(以下、当院)では、抗菌薬適正使用支援チーム(以下、AST: Antimicrobial stewardship team)において、1.抗菌薬の監視(モニタリング)、2.薬剤コンサルティング、3.適切な検体採取と培養検査の提出状況確認、4.院内のアンチバイオグラム作成、5.抗菌薬の適正使用を目的とした職員研修開催など、抗菌薬適正使用のための体制を整えている。しかし、抗菌薬適正使用に関するプロセスおよびアウトカムの院内評価は十分になされていない。そこで、3つQuality Indicator(以下、QI)を設定し、その変化を調べたので報告する。【方法】カルバペネム系抗菌薬長期投与症例における、(1)AST介入率、(2)抗菌薬投与前の血液培養実施率、(3)de-escalationの実施率の3つのQIを設定し、2021年度と2022年度の結果を比較した。【結果】(1)はどの年度も介入率100%であった。(2)は50%台から60%台に、(3)は0%から20%台に上昇した。【考察】(1)の介入率の高さに関しては、AST介入候補症例のスクリーニングを電子カルテより容易に抽出できる体制を整備したことによる効果と思われた。(2)の上昇は2021年度の細菌培養に関する積極的な提案が、(3)の上昇は2022年度からのde-escalationに関する積極的な提案がそれぞれ影響したと推察された。今後、これらのQIの推移を調べAST活動の効果を評価するとともに、新たなQIを設定し、プロセス・アウトカム評価を行う予定である。

## 血液培養実施の有無が抗菌薬治療に及ぼす影響についての調査

○田中義輝<sup>1,5</sup>、山本晃裕<sup>3,5</sup>、伊藤明日香<sup>4,5</sup>、伊奈研次<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup>新生会第一病院 薬剤科、<sup>2</sup>新生会第一病院 老年内科、<sup>3</sup>新生会第一病院 看護部、<sup>4</sup>新生会第一病院 臨床検査科、<sup>5</sup>新生会第一病院 AST

【目的】患者への適切な感染症治療の提供および抗菌薬の適正使用の観点において、発熱時の血液培養が推奨されている。しかし血液培養は煩雑な手技のため、積極的に実施されていない現状があることから、発熱時における血液培養の実施の有無がその後の感染症治療に及ぼす影響を調査した。【方法】対象期間は2022年3月16日から2023年3月15日とし、「発熱時血液培養実施」の指示が出ていた患者で、かつ入院期間中に38.5 $^{\circ}$ C以上の発熱があった当院の入院患者を対象とした。ただし、新型コロナウイルス感染症の患者は除外した。電子カルテを用いて発熱時の血液培養実施の有無、発熱した時間帯、抗菌薬治療、検査値、転帰などの情報を後方視的に評価した。血液培養実施の有無は、38.5 $^{\circ}$ C以上の発熱が認められた時に24時間以内に実施された場合に実施有りとした。ただし、複数回発熱があった場合は初回の発熱のみを対象とした。なお本臨床研究は新生会第一病院の倫理委員会の承認を得て行われた。【結果】対象患者は男性23名、女性10名で、年齢中央値は83.0歳(79.0-88.0)だった。血液培養実施の有無による分析では、未実施群では療養病棟に入院している患者の割合が高かった(実施群14.3% vs 未実施群63.2%)。また、午前中の発熱時においては血液培養が実施される割合が高く、午後の発熱時には実施がされない傾向が認められた。抗菌薬による治療期間の中央値は、実施群と未実施群でそれぞれ10.5日(7.8-26.0)と21.5日(17.3-60.5)であり、未実施群の方において治療期間が長かったが、有意な差は見られなかった。ただし、血液培養未実施群では広域抗菌薬の使用期間が長期化する傾向が認められた。【考察・結論】本研究の結果から、看護師の人手不足が見られる場所や時間帯において、発熱時の血液培養実施率が低いことが明らかになった。しかしながら、抗菌薬の迅速なde-escalationの観点からは、血液培養の有用性が示唆された。抗菌薬適正使用のためにも血液培養の積極的な実施が求められる。

## 急性感染性肺炎患者では痰が絡む咳の4割が湿性咳嗽ではない。

○松原英俊

京都回生病院 総合内科

【背景・目的】咳嗽患者における湿性咳嗽は乾性咳嗽と区別して鑑別診断をあげることになっている。しかし、湿性咳嗽は明らかな量の排痰が必要であるが、湿性咳嗽を痰の絡む咳嗽と誤解され診断されていることが多い。前回のこの学会で感冒患者において痰の絡み感ある患者の39%のみが痰の排出があり、痰の排出のある患者の61%に痰の絡み感があった。同様な現象が肺炎患者であるのか興味を持たれるところであり、一般内科外来で諸検査より肺炎患者と診断された患者における痰の絡み感が湿性咳嗽と診断するのに適している症状であるかを喀痰排出症状と痰の絡み感の一致率で検討した。【方法】総合診療科を有する単一施設を受診し初診時にCTや単純Xp画像検査と採血により非定型肺炎を含む急性感染性肺炎と診断した患者について解析した。特定の医師を受診しデータベース登録され、2014/4/1～2020/1/6の期間の初診時に肺炎と診断された200例について解析した。咳嗽、痰の絡み感、痰の排出の症状を末聴取の他「一,土,+,++」の各々4段階で記録されデータを評価し解析に用いた。なお統計解析にはχ<sup>2</sup>検定とSpearmanの順位相関検定を用いた。【結果】症状の頻度は症状聴取率、「一,土,+,++」順で咳嗽92%,15%,10%,66%,9%、痰の絡み感54%,40%,19%,40%,1%、痰の排出71%,37%,21%,40%,2%であった。痰の絡み感と痰の排出の両者の記載のあるものうち痰の絡み感のある患者36例中16例(41%)のみが痰の排出があり、痰の排出のある患者40例中16例(40%)が痰の絡み感があった。咳嗽は喀痰2症状より有意に高頻度に認められた(P<0.01)。咳嗽と喀痰の絡み・排出に関してはほとんど相関関係を認めなかった。【考察】単一施設のデータであり限界があるが200症例の結果であり意味があると考えられた。症状の記載には問診により入力しているため、アンケート調査とは差異がある可能性があるが、実臨床の現場により近いデータであると考えられた。【結論】湿性咳嗽を診断する場合には痰の絡み感を痰の排出する湿性咳嗽と考えてはいけない。

## VEXAS 症候群 2 症例の経過

○加藤あや香<sup>1</sup>、藤木有依<sup>1</sup>、宮田愛士<sup>1</sup>、立山翔大<sup>1</sup>、不破雅之<sup>1</sup>、浅野元尋<sup>1</sup>、森一郎<sup>1</sup>、土田奈緒美<sup>2,3,4</sup>、前田彩花<sup>2</sup>、桐野洋平<sup>2</sup>、森田浩之<sup>1</sup><sup>1</sup>岐阜大学医学部附属病院 総合内科、<sup>2</sup>横浜市立大学大学院医学研究科幹細胞免疫制御内科学、<sup>3</sup>横浜市立大学大学院医学研究科遺伝学、<sup>4</sup>横浜市立大学附属病院難病ゲノム診断科

VEXAS症候群は高齢男性に主に発症する後天性自己炎症性疾患である。X染色体上のUBA1遺伝子の体細胞変異を認める。【症例】症例1:61歳男性。X-4年に発熱、皮疹を認め、近くの総合病院でSweet病と診断された。ステロイドパルス後、プレドニゾン(PSL)55mg/日、コルヒチン1.0mg/日で治療開始されたが、PSL漸減で再燃し、当院血液内科に紹介となりMDSと診断された。アザシチジン加療後、PSL漸減し中止となった。X-1年に硝子体出血、網膜剥離を認め、術後4日目に発熱、皮疹が出現し当科に紹介となった。Sweet病の再燃と診断し、PSL増量したが漸減で再燃した。シクロスポリン、トシリズマブを併用したが再燃し、X年9月に血液内科にて再度アザシチジン加療となった。UBA1遺伝子の体細胞変異(c.122T>C;p.Met41Thr)を認めた。症例2:72歳男性。X-7年に発熱、咳嗽を認め近医を受診した。胸部CTでは気管支血管周囲間質や小葉間隔壁の肥厚、斑状影を認めた。器質性肺炎と診断し、ステロイドパルス後、PSL55mg/日で治療開始した。皮膚生検の結果では血管炎が疑われ、エンドキサン、アザオプリン、タクロリムスを併用するもPSL漸減で再燃し、X-3年にトシリズマブを併用した。X-1年にMDSと診断され、アザシチジン治療開始された。UBA1遺伝子の体細胞変異(c.121A>G;p.Met41Val)を認めた。【考察】高齢男性で、繰り返す発熱と骨髄幼稚細胞に多数の空胞を伴うMDSが合併している場合、VEXAS症候群が鑑別に挙がる。

## 血清フェリチンの発熱疾患の診断への有用性

○不破雅之、藤木有依、宮田愛士、立山翔大、加藤あや香、浅野元尋、森一郎、森田浩之

岐阜大学 医学部附属病院 総合内科

【目的】血清フェリチンが発熱疾患の診断において有用かを検討する。【方法】2004年6月から2020年12月まで当科に入院した3,865名を今回の研究の対象とした。その中から、入院後1週間以内に腋窩体温で38℃以上の発熱が1回以上観察された774名を抽出し、血清フェリチンを測定した744名を対象とした。発熱患者を感染症、膠原病、腫瘍、薬剤熱などの病因別にグループ分類し血清フェリチン値をそれぞれのグループで比較した。悪性リンパ腫(ML)と菊池病、成人Still病(AOSD)と細菌感染症、リウマチ性多発筋痛症(PMR)と細菌感染症は臨床の場で鑑別に難渋することがたびたびある。そのため血清フェリチン値が2つの疾患の鑑別に有用かを検討した。結果は中央値[25%値,75%値]ng/mLで示した。【結果】感染症群(n=266)で237[92,428]、膠原病群(n=316)で334[152,796]、腫瘍群(n=49)で332[102,629]、菊池病群(n=18)で328[104,693]、薬剤群(n=24)で222[122,483]、その他群(n=41)で130[64,273]、不明群(n=30)で266[123,534]であった。発熱疾患全般で血清フェリチンは基準値(4.6~204ng/mL)より上昇していた。血球貪食症候群を(HPS)を1例合併したAOSDの3例とHPSを合併したSLEの1例で、30,000ng/mLを超えていた。ML(n=14)の189[100,575]と菊池病(n=18)の328[113,689]では差がなかった(P=0.76)。AOSD(n=41)の775[289,7,496]と細菌感染症(n=203)の231[88.3,400]ではAOSDで有意に高値(P<0.001)であった。受診者動作特性(ROC)解析でのarea under the curve(AUC)は0.80、95%CIは[0.71,0.88]であった。PMR(n=19)の363[199,685]と細菌感染症(n=203)の231[88.3,400]ではPMRで有意に高値(p=0.01)となった。ROC解析でのAUCは0.68、95%CIは[0.56,0.80]であった。【考察】高熱のある患者では、血清フェリチンが様々な疾患で基準値より高値となるため、これを鑑別診断に用いるならば他の検査所見を参考にするなど注意が必要である。【結論】AOSDと細菌感染症では血清フェリチンが両疾患を鑑別するために有用である。

## 体重減少の原因として吸収不良症候群を疑い、小腸内視鏡検査で腸管型T細胞性リンパ腫の診断に至った症例

○日高舜平、井上奈津子、枝元真人、早川学、石井義洋、山路卓巳

宮崎県立 宮崎病院 総合診療科 消化器内科

【症例】51歳男性【主訴】食欲不振、体重減少【既往歴】口唇口蓋裂術後、漏斗胸術後【現病歴】転院3ヶ月前より食欲不振が出現し、約1ヶ月で4kgの体重減少があり、前医を受診検査を受けるも診断に至らず、さらなる精査目的に当院転院となった。【身体所見】GCS E3V5M6、体温36.8℃、脈拍数124/分、血圧126/89mmHg、SpO<sub>2</sub>98%（室内気）。るいそう著明で全身の浮腫あり。【検査結果】赤血球356万/uL、Hb11.2g/dL、白血球3710/uL、血小板21.8万/uL、BUN19.7mg/dL、Cre0.5mg/dL、CRP0.27mg/dL、Na121mEq/L、K3.63mEq/L、Cl87mEq/L、TP5.2g/dL、Alb2.4g/dL、<腹水>LD38U/L、GLU64mg/dL、Alb0.5g/dL<小腸内視鏡>空腸の絨毛萎縮あり。<小腸生検>絨毛消失と粘膜下層にリンパ球浸潤あり。免疫組織化学検査でT細胞の浸潤が示唆され、CD56は陰性。【経過】上部消化管内視鏡検査で十二指腸と回腸の絨毛萎縮を認め、吸収不良症候群が考えられた。抗組織トランスグルタミナーゼ抗体-IgAを提出するも陰性で、グルテンフリー製剤を使用しても改善なく、セリアック病は否定的であった。経過中に細菌感染症を繰り返し、低栄養による多臓器不全が出現した。小腸内視鏡検査で腸管型T細胞性リンパ腫の診断に至るも、根治治療の適応なく永眠された。【考察】腸管型T細胞性リンパ腫は本邦では全悪性リンパ腫のなかで約0.25%とまれな疾患である。消化管B細胞性リンパ腫と比べて画像所見は軽微であることが多く、早期の診断が困難かつ悪性度も高いため予後不良とされる。本症例は早期に診断で根治治療につなげられた可能性もあり、吸収不良症候群の鑑別として腸管リンパ腫を考慮した場合、小腸内視鏡を検討する必要がある。【結論】体重減少の原因として吸収不良症候群を疑い、腸管型T細胞性リンパ腫の診断に至った一例を経験した。

## 大網の生検で診断し得た特発性好酸球増多症候群の1例

○桑原直孝<sup>1</sup>、山下諒<sup>1</sup>、小林孝史<sup>1</sup>、井村峻暢<sup>1</sup>、高根啓輔<sup>1</sup>、村瀬樹太郎<sup>1</sup>、泉祐介<sup>1</sup>、平本淳<sup>1</sup>、吉田博<sup>2</sup><sup>1</sup>東京慈恵会医科大学附属第三病院、<sup>2</sup>東京慈恵会医科大学附属柏病院

【背景】特発性好酸球増多症候群（HES）は末梢血における慢性的な好酸球増加および好酸球浸潤による臓器障害を特徴とする症候群であり、希少疾患の一つである。診断と治療にあたり、障害臓器の特定が重要となる。【症例】30歳男性。特記すべき既往歴はなかった。202X年4月X-4日に発熱、腹痛、咳嗽が出現しX-3日に近医を受診した。細菌性腸炎の診断でレボフロキサシンを開始した。4月X日に前医再診したところ、血液検査で肝障害と炎症反応高値を認め、腹部CT検査で腹水貯留、腸管膜脂肪濃度上昇を認めた。腹膜炎が疑われ、当院外科を紹介受診し、同日外科に入院した。タゾバクタム/ピペラシリンを開始したが症状の改善に乏しく、胸水貯留も出現したため第8病日に精査加療目的に当科へ転科した。腹水・胸水検査、骨髄生検を行うも診断が得られず、入院後好酸球が緩徐に増加傾向であったため、HESの可能性を考慮し、第12病日に大網生検を施行した。生検後さらに胸水の増加を認め、呼吸不全を呈したことから、第13病日に診断的治療としてプレドニゾロン 60mg/dayでの治療を開始した。プレドニゾロン開始後より速やかに好酸球減少、炎症反応低下を認めた。第16病日に大網生検の結果、好酸球浸潤が判明し、他疾患が否定的であることからHESと診断した。その後プレドニゾロンを漸減し、プレドニゾロン 35mg/dayで第22病日に退院した。【考察】本症例は末梢血の好酸球増多、画像検査で腹水、腸管膜脂肪濃度上昇から、HESが疑われ、大網生検により確定診断に至った。大量腹水を呈するHESは稀であり、関連文献に基づく考察も踏まえ、報告する。

## 胸水貯留が初発症状であったIgAκ型多発性骨髄腫の一例

○綾香奈々<sup>1</sup>、高橋広喜<sup>1</sup>、横道弘直<sup>2</sup>、角田浩<sup>2</sup><sup>1</sup>公立黒川病院 総合診療科、<sup>2</sup>公立黒川病院 内科

【背景】多発性骨髄腫は高Ca血症、骨病変、腎機能障害、貧血が主症状として知られているが、稀に胸水貯留をはじめとした呼吸器症状で発症することもあると報告されている。今回、肺炎・胸膜炎に伴う片側胸水の診断で入院したが、最終的に多発性骨髄腫と考えられた一例を経験したため報告する。【症例】92歳女性【主訴】呼吸困難【既往歴】正球性貧血、慢性腎臓病、多発胸腰椎圧迫骨折、大動脈閉鎖不全症、慢性心不全【現病歴】入院数日前より呼吸困難が出現、持続するため当院を受診した。【身体所見】SpO<sub>2</sub> 92% (room air)、左下肺野で呼吸音減弱あり【検査結果】(血液検査) 総蛋白9.9g/dL、Alb 3.3g/dL、BUN26.2mg/dL、Cr 1.19mg/dL、WBC5820/μL、Hb11.1g/dL、CRP2.91mg/dL、Ca9.9mg/dL (胸部単純CT) 左胸水あり、左下葉に浸潤影あり (胸水) 滲出性胸水、胸水中に悪性細胞は認めず【経過】入院後、TAZ/PIPC 2.25g q8hで治療を開始した。入院時の血液検査で蛋白アルブミン解離を認め、蛋白分画、蛋白電気泳動検査を追加で提出した。抗菌薬治療を継続するも呼吸状態は徐々に増悪し、呼吸不全に対してmPSL 0.5mg/kg/日で治療を強化したところ、速やかに改善を認めた。その頃、入院時に提出していた蛋白分画と蛋白電気泳動の結果が判明し、IgAκ型多発性骨髄腫が疑われた。年齢も考慮し、骨髄穿刺や骨髄生検は行わなかった。入所中の施設で推奨治療レジメンを行うことは現実的ではなく、PSL 10mg/日、シクロホスファミド 50mg/日の内服で加療する方針とし、入院53日目に退院した。【考察】本症例では胸水中に悪性細胞は認めなかったが、mPSLが著効した経過から、片側胸水貯留、呼吸状態増悪は多発性骨髄腫による呼吸器症状であったと考えた。【結語】原因不明の片側胸水の患者で、蛋白アルブミン解離を認める時は、多発性骨髄腫を鑑別に挙げる必要がある。

## 胸椎転移を伴う子宮原発悪性リンパ腫の1例

○バディアチブラベン<sup>1,2</sup>、坂入みずき<sup>2</sup>、伊藤有沙<sup>2</sup>、佐野文昭<sup>1</sup>、高橋雄一<sup>2</sup>、久能木裕明<sup>1</sup>、小倉加奈子<sup>1</sup>、伊藤陽介<sup>1</sup>、田中将<sup>1</sup>、福田泰隆<sup>1</sup>、篠原孝太<sup>1</sup>、松元直美<sup>1,2</sup>、内藤俊夫<sup>2</sup><sup>1</sup>順天堂大学 医学部附属練馬病院、<sup>2</sup>順天堂大学 医学部 総合診療科学講座

【背景】子宮原発悪性リンパ腫の初発症状は不正性器出血などと報告されている。遠隔転移の報告は1例のみである。今回、胸椎病変を契機に子宮原発悪性リンパ腫の診断に至った症例を経験したので報告する。

【症例】49歳 女性

【主訴】背部痛

【病歴】来院5ヶ月前より右上背部から腋窩にかけて疼痛を認めた。近医にて施行した頸椎・胸部レントゲン検査で明らかな異常は認めず、鎮痛薬による加療をされていた。来院1ヶ月前より上背部痛の悪化及び胸痛を認めたため、精査目的に当院紹介受診となった。

【身体所見】意識清明、BT36.2℃、HR74回/分、BP124/68mmHg、RR16回/分、SpO<sub>2</sub> 98% (RA)。胸部：吸気時に胸痛の増悪を認める。表在リンパ節腫脹と神経脱走所見を認めない。

【検査結果】血液検査：LD 300 U/L、NSE 36.4 ng/ml、sIL-2R 1,120 U/ml。頸部～骨盤造影CT：第4胸椎椎体骨の破壊性変化を伴う腫瘍と脊柱管への進展を認めた。骨盤造影MRI：子宮体部前右側にT1低、T2高信号、拡散制限と造影効果を伴う腫瘍を認めた。PET/CT：子宮右腹側の腫瘍と多発骨転移が疑われるFDGの集積亢進を認めた。

【経過】胸椎病変に対し疼痛緩和を目的に緊急照射を行った。同部位の骨を生検を施行したが、放射線治療後の変化を認めるのみであった。傍子宮体部腫瘍に対し経膈的針生検を施行し、濾胞性リンパ腫の診断が得られた。GB (オビヌツズマブ+ペンダムスチン) 寛解導入療法3サイクル後sIL-2R 388U/mlと改善を認めている。

【考察】子宮原発悪性リンパ腫は稀な疾患であり、体部原発は数例の報告のみである。子宮頸部擦過細胞診や骨髄検査による診断率は20%と低い。本症例では、血液系腫瘍マーカーの上昇より血液増殖性疾患が疑われたが確定診断が得られなかった。MRIで認めた傍子宮体部腫瘍は漿膜外向性に発育し、PET/CTで周辺リンパ節転移を伴わない遠隔骨転移を認めたため、非上皮性腫瘍が疑われた。経膈的針生検が診断に有用であった。

【結語】節外性悪性リンパ腫の初発部位として子宮体部や遠隔骨転移を念頭に置く必要がある。

## 四肢の腫脹と関節症状を初発症状とした後天性血友病Aの2例

○川端真里佐<sup>1,2</sup>、岳野光洋<sup>1,2</sup>、塚田弥生<sup>2</sup>、脇田知志<sup>3</sup>、安武正弘<sup>4</sup><sup>1</sup>日本医科大学武蔵小杉病院 リウマチ・膠原病内科、<sup>2</sup>日本医科大学武蔵小杉病院 総合診療科、<sup>3</sup>日本医科大学付属病院 血液内科、<sup>4</sup>日本医科大学付属病院 総合診療科

【背景】後天性血友病Aは自己免疫性の後天性凝固因子欠乏症で、年間1.5/100万人発症の稀な疾患であるが、致死率は9-25%とされ、熟練した専門施設での早期治療介入を要する。その一方で、主訴や出血部位は多岐にわたるため、非専門医が最初に本疾患に遭遇することも少なくない。今回我々は当院リウマチ膠原病内科を紹介受診し、四肢の腫脹と関節症状を初発症状とした後天性血友病Aの2例を経験したので報告する。【症例1】85歳、女性【主訴】四肢痛【既往歴】糖尿病【現病歴】1週間前より増悪する四肢痛を認め、線維筋痛症の疑いで当院リウマチ膠原病内科を受診した。身体所見に関節腫脹はなく、四肢に広範な有痛性の皮下出血、血尿を認めた。出血傾向の既往や家族歴がなく、PT正常、APTT著明延長 (93.7 sec) より後天性血友病Aが疑われた。急速な貧血の進行もあり、速やかに血液内科専門施設へ紹介し、後天性血友病Aの診断が確定した。【症例2】84歳、男性【主訴】右膝関節痛【既往歴】右肩腱板断裂【現病歴】1週間前より持続する両手背腫脹、右膝関節痛のため、当院総合診療科を受診後、リウマチ膠原病内科に紹介された。右膝関節周囲の皮下出血と同部位の疼痛、PT正常、APTT著明延長 (97.0 sec) より、後天性血友病Aが疑われた。さらに、骨盤部CTで前立腺癌を疑う前立腺右葉の外方への突出像を認め、速やかに専門施設へ紹介し、後天性血友病Aの診断に至った。【考察】後天性血友病Aは稀ではあるが、進行性の出血症状を認め、高齢で比較的急性の筋骨格系の症状を呈する例、また、自己免疫性疾患、悪性腫瘍などの基礎疾患を有する場合には、鑑別疾患として後天性血友病Aを念頭に置く必要がある。今回リウマチ医としての着眼点も交えて報告する。

## ビタミンB12欠乏によるPseude-TTP(thrombotic thrombocytopenia purpura)を呈した一例

○北野達郎、垣脇文香、潮見吉紀、米今諒、上西義則、藤中加奈、中北潤、中島諒、羽角貢之、藤田涼介、八田勇樹、中川勝則、西村信城、川島浩正、松岡秀俊、宮本真紀子、松原正樹、大野史郎、吉本清巳、西尾健治

奈良県立医科大学附属病院 総合診療科

【背景】破砕赤血球を伴う巨赤芽球性貧血ではTTPと類似した検査所見を認める事が報告されており、pseude-TTPと呼ばれている。

【症例】79歳女性

【主訴】大球性貧血

【現病歴】X-14年に貧血があったが、自然経過で軽快した。X-1年から食思不振が増悪し、X年に近医受診した。血液検査でHb 4.7 g/dl、LDH 4682 U/L、破砕赤血球を認めTTPを疑われ赤血球4単位輸血の上で当院に紹介となった。

【身体所見】意識清明、体温36.3°C

【検査結果】WBC 2200/μl, MCV 122.4 fL, Plt 13.7万/μl, Ret 3.6%, PT-INR 1.23, AST 79 U/L, ALT 41 U/L, Cre 0.61 mg/dl, I-Bil 1.38 mg/dl, ハプトグロビン 感度以下、抗核抗体 40 倍末梢塗沫標本:破砕赤血球あり、胸部造影CT:外出血なし、上部消化管内視鏡検査:胃粘膜萎縮あり、骨髄検査:巨赤芽球様変化が顕著。

【経過】動揺性神経精神症状や発熱を認めずPLASMICスコア5点、Frenchスコア1点より、ADAMTS13活性低下は中リスクであった。破砕赤血球を認めるものの血小板数が保たれていたため、転院直後の血漿交換は行わず血小板数を慎重に経過観察した。ビタミンB12 106 pg/mlと低値を認め、メコバラミン投与開始した。ADAMTS13活性35.9%で抗ADAMTS13抗体は陰性を示した。銅欠乏を認め銅補充を開始した。LDH 1949 U/L、破砕赤血球を認めず、抗内因子抗体が陽性であった。ビタミンB12の投与で第10病日に経過良好であり前医に転院した。

【考察】本例は破砕赤血球を伴う溶血性貧血を示し、TTPが疑われ紹介となった。典型的な症状を認めず、PLASMICスコア、FrenchスコアからTTPは中リスクと考えた。TTPは血漿交換を行わなければ致死率の高い疾患であり、スコアが高ければ診断確定前に血漿交換が必要である。今回は中リスクであり、慎重に血小板数を経過観察した。一方で、巨赤芽球性貧血でも稀に破砕赤血球を認め、TTPと類似した検査所見となりpseude-TTPを呈する。TTPを疑う所見を認めた際は、pseude-TTPの可能性も考えビタミンB12、葉酸、抗内因子抗体の測定が重要である。

## 好酸球性肺炎との鑑別を要した血管免疫芽球性T細胞リンパ腫の1例

○塩島寛太<sup>1</sup>、友田義崇<sup>1</sup>、安並毅<sup>2</sup>

<sup>1</sup>板橋中央総合病院 総合診療内科、<sup>2</sup>板橋中央総合病院 血液内科

【症例】70歳代、女性

【主訴】咳嗽、喀痰

【現病歴】来院1ヶ月前より咳嗽、喀痰が出現、その後心窩部痛も度々自覚するようになり近医を受診した。その際の胸部CTで両肺の異常陰影と全身リンパ節腫大を認め、血液検査では好酸球増多を認めた。好酸球性肺炎の診断でステロイドが開始されたが好酸球増多は改善せず精査加療目的で当院総合診療内科入院となった。

【臨床経過】胸部CT上、両肺の気管支周囲優位のすりガラス影、小葉間隔壁の肥厚を認めた。両側耳下腺、頸部、鎖骨上窩、腋窩、縦隔、肺門、鼠径部のリンパ節腫大も認めた。第1病日の採血検査では好酸球が6900/μLと増多を認めた。第9病日に右鼠径部リンパ節生検を行い、リンパ節の正常構築の破壊、樹枝状の高内皮細静脈の増生、中等大の異型リンパ球のびまん性増殖性病変、軽度の好酸球浸潤といった所見を認めた。免疫染色はCD4陽性濾胞ヘルパーT細胞由来の腫瘍を示唆する結果であった。遺伝子検査ではTCRβ鎖Cβ1再構成を認めた。以上より血管免疫芽球性T細胞性リンパ腫(AITL)と診断した。また、第9病日には経気管支肺生検も施行され、採取された検体の病理所見からは右鼠径部リンパ節と同様の異型細胞を認め、AITLの肺浸潤であると考えられた。血液内科転科のうえ、第32病日に骨髄生検を施行したところ、T細胞リンパ腫の骨髄浸潤を認め、こちらもAITLの浸潤と考えられた。第34病日よりCHOP療法を開始した。

【考察】AITLは全悪性リンパ腫の2~5%を占め、全身性リンパ節腫脹のほか、胸水貯留、皮疹、肝脾腫などの多彩な症状を呈する。節外病変の一つとして肺病変も挙げられるが、AITLでは48%で肺病変を呈することが報告されており、比較的高頻度に合併する好酸球増多を認める場合は好酸球性肺炎との鑑別が必要となる。多彩な全身症状を伴う好酸球増多症ではAITLのような悪性リンパ腫を念頭に置く必要がある。

## ステロイドにより視床下部病変が一時的に消失した中枢神経原発悪性リンパ腫の一例

○鈴木崇文、富山周作、志水太郎

獨協医科大学病院 総合診療科

【背景】中枢神経原発悪性リンパ腫(PCNSL)は麻痺や認知機能障害、視力障害など多彩な症状を来す。亜急性に進行し致死率、再発率も高いことから早急に診断と治療を要するため非専門医でも本疾患を熟知しておく必要がある。【症例】72歳女性【主訴】嘔気【既往歴】くも膜下出血、高血圧【現病歴】10ヶ月前から嘔気が出現し、7ヶ月前にACTHとコルチゾールが低値であったことから当院に紹介され1回目の入院となった。負荷試験により汎下垂体機能低下症の診断となり、尿崩症も認めた。頭部造影MRIを施行したところ両側視床下部に濃染病変があった。下垂体機能低下症に対してヒドロコルチゾンの補充が開始され、症状は改善した。その後施行した髄液検査では細胞数2で、細胞診ではClassIIの診断であった。頭部病変に関しては生検の施行が困難であり、画像フォローの方針となった。症状が改善したため退院し、ヒドロコルチゾンの補充から1ヶ月後に施行した頭部造影MRIでは視床下部病変は消失していた。その後しばらくの経過は良好で、ヒドロコルチゾン15mg/dayでフォローしていたが、嘔気が再燃したため、再入院となった。【経過】下垂体機能低下症の症状と考へ、ヒドロコルチゾンを増量したが、嘔気は持続していた。頭部造影MRIを施行すると、視床下部の病変が再度出現していた。髄液検査を再度施行したところ、細胞数13で、細胞診でClassIV、CD20陽性細胞があり、PCNSLの診断となった。血液内科にコンサルトし、化学療法が開始され、1コース終了後の頭部造影MRIでは視床下部の病変は消失し嘔気も改善した。今後2コース目の化学療法を行う予定である。【考察】本症例はPCNSLにより、尿崩症と汎下垂体機能低下症をきたした症例であった。下垂体機能低下症に対してヒドロコルチゾンを投与したが、その結果、悪性リンパ腫の画像所見が一時的に消失してしまい、症状や画像所見の解釈に注意を要する症例であったため、文献的考察を踏まえて報告する。

## Edwardsiella tarda 菌血症後に後天性血友病Aを来した一例

○佐野礼姫、篠田拓真、富田亮平、小松玲菜、宮崎浩司、小澤秀樹

東海大学医学部附属八王子病院 総合診療学系 総合内科

【症例】胃癌・肺癌術後でかつPCI後で多剤抗血栓薬を内服している70歳女性【主訴】発熱、両下肢の皮下出血、疼痛【現病歴】1ヶ月前に胆石症のERCP目的に入院歴があり、その頃より内出血を繰り返していた。今回、発熱・両下肢の皮下出血・疼痛を認め、救急搬送となった。【身体所見】四肢に皮下出血多数、右下肢発赤・腫脹・圧痛あり【検査結果】<血液検査>WBC 7500/μL (Seg 87%, Stab 8.0%, Lympho 3.0%, Mono 1.0%, Eosino 1.0%, Baso 0.0%, Others 0.0%), Hb 8.7g/dL, Ht 27.9%, Plt 25.7\*10<sup>4</sup>/μL, APTT 53s, PT 10.8s, D-dimer 5.3 μg/mL, Fib定量 410mg/dL, CK 125U/L, AST 30U/L, ALT 14U/L, LDH 342U/L, ALP 101U/L, γ-GT 47U/L, Cre 0.56mg/dL, BUN 9mg/dL, CRP 1.38mg/dL【経過】入院時の血液培養の結果、Edwardsiella tarda菌血症と判明し、抗菌薬加療を行なったが経過中に貧血進行を認めた。PCI後であり循環器内科へ相談し抗血栓薬の内服を減らし、さらに貧血精査目的に造影CT検査を施行したところ左腸腰筋血腫を認めた。採血で炎症反応は改善するも皮下出血を繰り返し、凝固機能はAPTTのみ延長を認めた。明らかな肝機能障害は認めず、後天性血友病を鑑別に挙げ精査したところ第VIII因子の低下、第VIII因子インヒビターの存在を認め、後天性血友病Aと診断した。ステロイドの全身投与を開始し、加療後4週でインヒビターの消失、第VIII因子の上昇を確認した。新規皮下出血の出現がないこととCTでの血腫の改善を確認し、自宅退院となった。【考察】後天性血友病Aは第VIII因子に対する自己抗体を産生し、皮下出血や筋肉内出血などの出血症状をきたす疾患で、重篤な出血症状により死亡する場合がある。自己免疫疾患や悪性腫瘍、分娩、薬剤投与などの基礎疾患から発病する場合もあるが、多くは特発性である。今回、入院時より凝固の異常を認めるも感染症を疑い、鑑別として挙げるまで時間を要した。APTT単独での凝固異常があれば想起することが重要である。【結語】Edwardsiella tarda菌血症後に後天性血友病Aを来した一例を経験した。

## 腹水セルブロック組織診が診断に有用であったT細胞性悪性リンパ腫の1例

○中林ヒカリ、酒井大地、松崎光史、前原玄昌、松本佑慈、岡部綾、太田梓、中村啓二、山崎奨、平峯智、高山耕治、池崎裕昭、豊田一弘、小川栄一、村田昌之、下野信行

九州大学 総合診療科

【症例】70代女性【主訴】腹部膨満感【現病歴】X年3月中旬に排尿時痛でA病院を受診した際に腹水を指摘された。その頃より両下腿浮腫の自覚もあり増悪傾向であった。3月末に原因精査のためB病院を受診したところ、WBC 1,100/μl、Plt 2.8万/μlの血球減少が認められた。腹水細胞診はClass2、SAAG 2.2であり、腹部造影CTでは軽度の脾腫と肝硬変が疑われた。4月上旬の再診時に7kgの体重増加と腹水の増悪を認め、精査目的に当科紹介入院となった。【既往歴】喘息(67歳-内服治療中)【生活歴】飲酒 ビール350 ml×1-2本/日、喫煙なし【現症】体温 36.7℃、脈拍数 102回/分、SpO2 97% (RA)。眼瞼結膜貧血あり、眼球結膜黄染なし。腹部膨満あり、やや硬、腸管蠕動音正常。両下腿に圧痕性浮腫あり。【血液検査】WBC 580/μl (Neut 27.6%, Lym 55.2%, Mono 15.5%, Eos 0.0%, Baso 1.7%), RBC 288万/μl, Hb 10.2 g/dL, Plt 2.2万/μl, PT-% 78%, Alb 2.7 g/dL, T.bil 1.2 mg/dL, AST 24 U/L, ALT 17 U/L, ALP 159 U/L, CA125 895 U/mL, sIL-2R 2,211 U/mL【経過】PET-CTでは明らかな原発巣を疑う集積は認めないが、腹膜や骨に集積を認め、悪性腫瘍の腹膜播種や骨髄転移が疑われた。子宮細胞診は陰性で画像所見上でも婦人科腫瘍は否定的であった。造影CTでは肝臓は肝硬変様であり、門脈の開存と軽度の食道静脈瘤を指摘されたが、肝硬変の原因となるような生活歴や肝炎ウイルス感染はなく、PTも保たれており肝硬変とは臨床所見が合致しなかった。腹水穿刺を施行したところ、SAAG 1.6と漏出性であり、腹水セルブロック組織診でCD 8優位のT細胞の増生をびまん性に認めた。骨髄穿刺にてフローサイロメトリでT細胞系のCD陽性細胞とTLR αβ-γδ+の細胞集団増加が見られ、骨髄生検の病理所見からもT細胞性リンパ腫の骨髄浸潤と考えられ、化学療法の方針となった。肝硬変の原因として、リンパ腫の肝浸潤の可能性が考えられた。【結語】悪性リンパ腫が腹水貯留の原因となりうる。腹水セルブロック組織診が診断に有用である。

## 腹膜がんとの鑑別を要した高度腹水、高 CA125 血症を伴う栄養障害の一例

○太田依璃子、白幡康弘

鶴岡市立荘内病院

【背景】高度腹水と高CA125血症を伴い、卵巣腫瘍など無い場合には、腹膜癌の可能性もあり、画像診断や腹水、組織検査など診断が行われる。【症例】30歳台女性【主訴】腹部膨満、るいそう【既往歴】幼少時から心室中隔欠損症指摘されたが、経過観察となっていた。【家族歴】特になし【現病歴】以前から生理不順認めた。腹部膨満、下腿浮腫認め近医を受診した。貧血、低アルブミン認めたが腎機能正常で蛋白尿も無く、明らかな貧血の原因無く、精査目的に当院内科紹介となった。食生活は偏りあったが、拒食や嘔吐はなかった。画像診断にて高度腹水認め、大網の一部に軟部陰影認めた。卵巣は腫大無く、腫瘍性病変は認めなかった。胸水は認めなかった。血中CA125は594U/mlと高度上昇しめた。高度な低アルブミン血症、貧血認めたが、肝機能、甲状腺機能、心機能には大きな異常認めなかった。腹水細胞診では悪性細胞は認めなかった。CA125は経時的に上昇認めた。腹膜癌が否定出来ず、審査腹腔鏡の方針となった。【経過】審査腹腔鏡行い、腫瘍陰影疑われた大網、壁側腹膜を切除し、病理診断とした。卵巣の形状など確認したが明らかな異常はなかった。採取組織診では悪性細胞は認めず、腹膜癌は否定された。栄養指導と共に経口摂取が安定し、低アルブミン血症は改善していった。腹水も減少傾向にあり、CA125値も低下していった。【考察】今回我々は高度な栄養障害に伴う高度腹水、高CA125血症の症例を経験した。大網に腫瘍も疑われ、積極的に審査腹腔鏡行い、最終的には腹膜癌は否定された。神経性食欲不振症に高CA125血症ともなった報告は1例のみであるが、本症例は神経性食欲不振症には該当しなかった。しかし、他の原因が否定され、栄養障害、低アルブミン血症認め、それによって高度な腹水を生じ、高CA125血症となったと考察された。術後栄養指導に伴って、食生活も改善していき、低アルブミン血症も改善し、CA125も低下してきていった。稀な症例を経験し、文献的考察を含め、報告する。

## 多発脳梗塞を合併しシクロスポリンが著効したTAFRO 症候群の1例

○宮田愛士、藤木有依、立山翔大、加藤あや香、不破雅之、浅野元尋、森一郎、森田浩之

岐阜大学 医学部 総合内科

【背景】TAFRO症候群の病態生理は解明されておらず虚血性疾患の合併は稀である。多発脳梗塞を合併しシクロスポリンが著効したTAFRO症候群の1例を経験したため報告する。【症例】72歳男性【主訴】発熱【既往歴】なし【現病歴】高血圧症、脂質異常症のため近医通院していた。38度の発熱が継続したため近医を受診しCRP25.8mg/dL、血小板数7.5×10<sup>4</sup>/μLを指摘され当科紹介受診となった。腹部CTで前腎筋膜・後腎筋膜肥厚、前腎傍腔の脂肪織濃度上昇と腹水を認め入院となった。【身体所見】心窩部に圧痛と両下腿に圧痕性浮腫を認めた。【検査結果】骨髄生検を施行し血球3系統への分化・成熟を認めた。巨核球は6個/HPF程度と増加していた。【経過】臨床経過、骨髄病理所見からTAFRO症候群と診断した。入院病日6日目からメチルプレドニゾン1000mgを3日間投与し後療法としてプレドニゾン60mg(1mg/kg/day)で治療開始した。しかし進行性に腎機能が低下し、高CRP血症の改善もみられず入院病日12日目からシクロスポリン150mg/dayを併用した。入院病日14日目に左上下肢麻痺を認め頭部MRI拡散強調画像で多発脳梗塞を認め脳塞栓症が考えられた。抗カルジオリピン抗体は陰性、ループスアンチコアグulant、プロテインC、Sは正常範囲内にあり凝固素因は確認できなかった。ECGモニタリングを継続したが心房細動は確認できなかった。経胸壁/経食道心エコーで疣贅は指摘できず、血液培養も6セット採取したがいずれも菌の検出は認めず感染性心内膜炎は否定的と考えた。塞栓源不明の脳塞栓症と診断し抗血小板薬を開始し、その後は脳梗塞の再発は確認されずTAFRO症候群の病勢も落ち着いていた。【考察】TAFRO症候群に脳梗塞を発生した症例報告は検索した限りこれまで1例存在し、DICに起因する血栓が塞栓源である可能性が推測されている。DICは炎症性サイトカイン過剰産生により引き起こされ、原疾患の治療により脳梗塞の再発予防となり得る。【結語】TAFRO症候群で多発脳梗塞を合併することがある。

## 糖尿病を基礎疾患とした巨大肝細胞癌の1例

○白幡康弘、太田依璃子

鶴岡市立荘内病院 外科

【症例】70歳台女性【主訴】特になし。肝機能障害の精査にて発見【既往歴】2型糖尿病、高血圧、高脂血症認め、内服治療中。糖尿病はジャヌビア内服し、HbA1cは6.4%。【家族歴】特になし【現病歴】2020年12月から肝機能異常認め、2021年2月下旬にUS行ったところ、肝右葉に10cm大の腫瘍認め、3月に当院紹介となった。【検査結果】採血上、AST46、ALT35、T-Bil0.7、ALP776、Alb3.7、PT97.7%、ICG15分値は10%、ICG-K値0.147であった。PIVKA2が6682と高度上昇認めた。HBs抗原、HCV抗体は陰性であった。CTでは、肝右葉に約10cmの腫瘍認められ、所見から肝細胞癌の診断となった。肝障害度はAであったが、慢性肝障害の指摘もあり、CT画像による肝容積測定行い、残肝予測ICG-K値を測定し、切除可能と判断した。【経過】肝右葉の巨大肝細胞癌に対して肝右葉切除施行した。手術時間は4時間26分、出血量は565mlであった。術後経過は順調にて第12病日に退院した。病理所見は、腫瘍最大径は12cmで、単純結節型の中分化型肝細胞癌であった。術後2年経過し無再発生存中である。【考察】2型糖尿病ではインスリン抵抗性があるため、高インスリン血症の状態にあるとされる。高インスリン血症による酸化ストレスが肝細胞のDNA障害をおこし発癌を促進すると考えられる。B型、C型肝炎の治療の進歩にてそれ由来の肝細胞癌は減少し、MAFLD、NASH由来の肝細胞癌が増えている。当科での肝細胞癌手術例は5年間で48例で、HCV抗体陽性14例、HBs抗原陽性7例、アルコール性5例であった。NASH由来と考える22例中、糖尿病の既往歴あるものは10例であった。巨大肝細胞癌と定義される10cm以上の腫瘍径の肝細胞癌例は3例で、いずれも糖尿病の治療中であった。肝炎を背景肝に無い場合には肝細胞癌のリスクが考慮されないことが多く、一般的に画像フォローされることが無く、腫瘍径が大きい状態で診断されることが多い。地域医師会、市民公開講座などにて啓蒙し、糖尿病の患者の画像スクリーニングも行っていきたいと考えている。

## 重度の食道潰瘍を呈した不全型ベーチェット病の1例

○相原彩貴、酒井加奈、藤井泰斗、土井まいこ、池田晃太郎、重信友宇也、原武大介、伊藤公訓

広島大学病院 総合診療科

【背景】ベーチェット病は口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍、皮膚症状、眼症状、外陰部潰瘍を4主症状とする炎症性疾患であり、生命予後に関連する病変として腸管病変、血管病変、神経病変がある。今回重度の食道病変を伴うベーチェット病を経験したので報告する。【症例】17歳男性【主訴】発熱と咽頭痛【現病歴】来院12日前より発熱、咽頭痛、口腔内アフタが出現した。近医にて広域抗菌薬を投与されたが改善なく、PSL30mg/日の投与が開始された。一時的に解熱するも再燃し、症状が増悪するため精査目的に当院へ転院となった。【身体所見】眼球結膜充血あり、口唇・口腔内に多発する有痛性潰瘍あり。有痛性頸部リンパ節腫脹あり。四肢体幹に皮疹なし。四肢関節の圧痛なし。肛門部潰瘍あり。【検査結果】血液生化学所見：WBC 14.87x10<sup>3</sup>/μL、Hb 16.2g/dL、AST 71 U/L、ALT 201 U/L、BUN 30.3 mg/dL、Cre 0.76 mg/dL、CRP 7.83 mg/dL【経過】眼科受診で虹彩毛様体炎を指摘され、多発口腔内潰瘍、肛門部潰瘍があることからベーチェット病や炎症性腸疾患を疑った。上部消化管内視鏡検査では、深掘れ様の重度の食道潰瘍を認め、下部消化管内視鏡ではパウヒン弁に潰瘍痕を認めた。いずれも組織生検で特異的炎症所見はなかった。口腔内潰瘍と眼症状があり、他疾患が除外され、かつHLA-B51が陽性であることから不全型ベーチェット病と陰断した。入院13日目よりPSL50mg開始し、翌日より解熱し炎症反応も陰性化した。食道病変に対して入院19日目よりアダリムマブを導入し、自宅退院となった。【考察】ベーチェット病における消化管の潰瘍性病変は回盲部に多いが、食道潰瘍の報告は少ない。ベーチェット病に伴う食道潰瘍は、通常のものより狭窄・穿孔など重篤な合併症をきたし得るため早期発見・治療が求められる。食道潰瘍は症状を伴わないこともあり、ベーチェット病を疑った場合、症状の有無を問わず上部消化管内視鏡による潰瘍病変の検索をすべきである。【結語】重度の食道潰瘍を伴う不全型ベーチェット病の1例を経験した。

## 長期経過観察中の好酸球増多に対し症状出現を契機にステロイド内服が奏功した一例

○田中裕也<sup>1</sup>、住友和弘<sup>2</sup><sup>1</sup>東北医科薬科大学病院、<sup>2</sup>東北医科薬科大学若林病院

【背景】好酸球増多症をきたす疾患は多岐にわたり、原因によって治療が異なるため鑑別が重要であるが、臓器特異的所見に欠けるため診断が難しい。【症例】97歳男性。【主訴】呼吸苦、皮膚掻痒感。【既往歴】持続性心房細動、慢性腎不全、2型糖尿病、高血圧症、高尿酸血症、細菌性肺炎、虚血性腸炎。【現病歴】2型糖尿病、高血圧症、陳旧性脳梗塞後、認知症、好酸球増多症で当院内科に定期通院していた。インフルエンザ罹患後のうつ血性心不全に対してX年2月に入院した。内服調整を行い病態は改善したが、以前から認められていた好酸球増多症が増悪傾向となり、全身掻痒感も伴うため、精査目的で総合診療科に転科となった。【身体所見】胸腹部、背部に発赤を伴う皮疹を認めた。両下腿に著明な浮腫を認めた。心雑音を認めず、両側肺野に軽度のcoarse cracklesを聴取した。【経過】好酸球増多症の鑑別として、薬剤性、好酸球性血管炎性肉芽腫症(EPGA)、好酸球増多症候群、慢性好酸球性白血病、寄生虫感染症などが鑑別に挙がり、各種精査を行ったが、血液検査では血管炎マーカーと寄生虫はそれぞれ陰性、DLSTでは被疑薬のプロセミド陰性、染色体検査ではFIP1L1-PDGFRα融合遺伝子陰性であった。皮膚生検では、好酸球は血管内にとどまり、組織浸潤を認めなかった。皮膚掻痒感緩和の目的でステロイドを短期間に使用して漸減し、好酸球数減少を認め、皮膚掻痒感も改善傾向にあったため、ステロイドを中止し、外来にて抗アレルギー薬で経過観察とした。【考察】本症例ではステロイドの開始に伴う好酸球減少と皮膚掻痒感の症状緩和を認めており、好酸球増多症の原因に関する確定診断には至らないものの、ステロイドが著効するアレルギー性疾患として対症療法を行っている。【結語】好酸球増多症をきたす疾患は多岐にわたるため診断が難しく、本症例でも確定診断に至っていないが、有用な診断方法に関して論文的考察を含めた検討を行った。

## 病初期より関節リウマチの臨床像も有したリウマチ性多発筋痛症の一例

○安藤航<sup>1,2</sup>、大塚勇輝<sup>2</sup>、副島佳晃<sup>2</sup>、川口満理奈<sup>2</sup>、大國皓平<sup>2</sup>、本多寛<sup>2</sup>、長谷川功<sup>2</sup>、花山直久<sup>2</sup>、勝山隆行<sup>3</sup>、大塚文男<sup>2</sup><sup>1</sup>岡山大学病院 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>岡山大学病院 総合内科・総合診療科、<sup>3</sup>岡山大学病院 リウマチ・膠原病内科

【症例】77歳女性【主訴】肩周囲・上腕・手指関節痛

【既往歴】脂質異常症、変形性膝関節症、骨粗鬆症【家族歴】姉：関節リウマチ

【現病歴・現症】1か月前より肩周囲・上腕痛を自覚し、近医整形外科で頸椎症が疑われた。しかし頸椎MRIで異常がなく炎症反応高値も認めため、精査加療目的に当科紹介となった。後頸部や肩・股関節周囲に左右対称性の動作時痛と可動域制限を認めた。手・肩関節炎によると思われる著明な疼痛も対称性に認め、軽度浮腫を伴う手指にはPIP関節優位の圧痛と起床時のこわばりの自覚もあった。その他、膠原病類縁疾患を疑う症状・所見は認めなかった。

【臨床経過】CRP 4.61 mg/dL、ESR 121 mm/hr、リウマチ因子(-)、抗CCP抗体(-)、MMP-3 671.2 ng/mLと、炎症反応を認めたが血清反応は陰性であった。レントゲンでの明らかな骨破壊像はなかった。関節超音波で上腕二頭筋腱周囲などに低エコー域、PET-CTで棘突起や坐骨結節などにも特徴的なFDG高集積を認めたことから、症状と併せてリウマチ性多発筋痛症(PMR)を考えた一方で、家族歴と末梢関節症を有したことから初期の高齢発症関節リウマチ(EORA)の病態も疑った。リウマチ専門医へ紹介した上でPMR/EORA合併例として初期よりプレドニゾロン15mg/日、メトトレキサート6mg/週を導入とし、良好な治療反応性を得ている。

【考察・結語】PMRには明確な診断基準が存在しない中で近年PET-CTなどの有効性が報告されてはいるものの、PMRとEORAは臨床症状が類似し、その鑑別は専門医であっても難渋することがある。PMR患者の20から30%のうちにEORAと診断されたとの報告もあり、ステロイド治療への反応性もみながら経過中にRA症状が顕在化しないか数ヶ月から数年単位で治療方針を決定するのが一般的である。ただし本症例の様相からRAの併発も疑われる症例において早期よりステロイド以外の抗リウマチ薬を併用すべきかどうかについては定説がなく症例毎の判断が必要であり、治療介入開始前から専門医とも連携した診療が総合医には求められると考えられた。

## 60歳前後で発症し、72歳時に紅皮症で診断されたアトピー性皮膚炎の1例

○杉崎文香<sup>1</sup>、山賀紗織<sup>1</sup>、尾崎青芽<sup>1</sup>、矢部正浩<sup>1</sup>、野本優二<sup>2</sup>、鈴木紗也佳<sup>3</sup>、富山勝弘<sup>3</sup><sup>1</sup>新潟市民病院 総合診療内科、<sup>2</sup>新潟市民病院 緩和ケア内科、<sup>3</sup>新潟市民病院 皮膚科

【背景】近年高齢期発症のアトピー性皮膚炎症例が認識されつつある。

今回我々は60歳前後で発症し72歳時に紅皮症で精査を行い診断確定したアトピー性皮膚炎患者を経験したため、報告する。【症例】72歳男性【主訴】全身浮腫、発熱【既往歴】蜂窩織炎、気管支喘息。【現病歴】60歳前後過から下腿湿疹で皮膚科開業医に通院していたが受診が不規則であった。61歳時に体幹四肢の紅皮症の診断で1回入院歴あり。入院9日前から四肢の浮腫、6日前から発熱、呼吸苦が出現し当科入院した。【身体所見】皮膚：体幹四肢にびまん性に落屑を伴う紅斑があり紅皮症状態であった。右鼠径リンパ節φ2cm。その他に異常を認めなかった。【検査結果】血液検査：WBC 10.38×10<sup>3</sup>/μL、RBC 3.60×10<sup>6</sup>/μL、Hb 8.2g/dL、PLT 381×10<sup>3</sup>/μL、好中球 46.9%、好酸球 28.8%、LD 480U/L、TP 4.8g/dL、Alb 2.3g/dL、CRP 1.35mg/dL、非特異的IgE 3870IU/mL、ヒトTARC 74010pg/mL、sIL2R 3021U/mL、ANA/PR3-ANCA/MPO-ANCA全て陰性。造影CT：両側腋窩部と鼠径部を中心にリンパ節腫脹と皮下軟部組織の浮腫を認めた。皮膚生検：表皮内や真皮浅層の血管周囲にリンパ球や組織球浸潤があり一部層下膿疱を認めた。【経過】血液培養で黄色ブドウ球菌(MSSA)を1セット検出しMSSA菌血症として抗菌薬治療を行い治癒した。全身紅斑は悪性リンパ腫や好酸球性多発血管炎性肉芽腫症が鑑別に上がったが、最終的にアトピー性皮膚炎とそれによる紅皮症と診断した。ステロイド外用と抗アレルギー薬内服開始で改善しリンパ節腫脹も軽減したが、受診中断により悪化が見られた。【考察】高齢者のアトピー性皮膚炎は数%といわれており、小児や成人期からのキャリアオーバーもあるが、本症例は高齢期発症に相当すると考えられ、他疾患の鑑別も重要であった。【結語】高齢発症と考えられるアトピー性皮膚炎による紅皮症を経験した。

## 当初は加湿器肺と診断したが再入院により羽毛布団肺が疑われ環境整備により改善した過敏性肺炎の1例

○谷江智輝、篠澤早瑛子、鎌田勇樹

独立行政法人地域医療機能推進機構東京高輪病院 呼吸器内科

【背景】過敏性肺炎は原因抗原の同定が治療に直結する。今回、加湿器肺と診断したが再入院し羽毛布団肺が疑われた症例を経験したので報告する。【症例】51歳男性【主訴】呼吸困難【病歴】X-1年11月から加湿器の使用を開始し、12月より労作時呼吸困難を自覚した。X年1月22日のゴルフ中に乾性咳嗽が出現し、その後安静時呼吸困難を自覚し救急要請し当院に搬送された。胸部CTで右肺にすりガラス影を認め、入院で症状が速やかに改善したため加湿器による過敏性肺炎と診断し加湿器の処分を指示し同月退院した。しかし2月24日に労作時呼吸困難を自覚し、近医の胸部X線写真で肺炎像を指摘され、肺炎の診断で当院に入院した。【既往歴】陈旧性心筋梗塞、脂質異常症、高血圧症、気管支喘息【身体所見】JCS 0, BT 38.7℃, HR 123/min, BP 133/79mmHg, SpO2 94% (RA), 右肺に乾性ラ音を聴取、心音異常なし、両側下腿浮腫なし。【検査所見】TP 7.1g/dL, Alb 3.2g/dL, AST 29IU/L, ALT 30IU/L, BUN 9.5mg/dL, Cr 0.92mg/dL, LDH 253IU/L, CK 282U/L, トロポニンI 0.04ng/mL, Na 135mEq/L, K 3.5mEq/L, Cl 104mEq/L, CRP 7.5mg/dL, WBC 10620/ $\mu$ L, Hb 14.0g/dL, Plt 28.1万/ $\mu$ L, BNP 104pg/mL, 血糖130mg/dL, HbA1c 6.1%, D-dimer 1.2 $\mu$ g/mL, 胸部CTで右肺にすりガラス影を認める。SARS-CoV-2 PCR陰性。【経過】mPSL 1g/日とCTRX 2g/日の点滴投与、AZM 500mg/日内服を行った。問診で加湿器は処分したが数年間洗濯をしていない羽毛布団の使用が判明した。低心機能を認め本人に侵襲的検査に対する抵抗があり、気管支鏡検査はせず、View39と抗*T.asahii*抗体を測定し、抗体は陰性だったがヤケヒョウヒダニ、ハウスダストでclass2、ガでclass3と判明した。布団に付着した抗原による過敏性肺炎と診断し、布団の処分を指示し3月7日に退院した。退院後は日常生活に支障を認めていない。【考察】1回目の入院時も羽毛布団肺を合併していた可能性があり、問診が足りなかった。【結語】過敏性肺炎の原因抗原は多岐にわたるが詳細な問診が原因抗原の同定の手掛かりとなりうる。

## 慢性頭痛患者の頭痛発作に伴い発症した脳梗塞

○渡辺亮、松本修一

宇和島徳洲会病院

【背景】慢性頭痛を既往にもつ中年女性に発症した片頭痛性脳梗塞【症例】48歳女性【主訴】体が左に傾く【既往歴】片頭痛【現病歴】2023年5月31日午前7:30に左後頭部痛が出現し嘔吐した。過去に他院で片頭痛の診断を受けており頭痛と嘔吐の発症様式はこれまでと同様であった。体が左に傾く感覚があり正午に自身で救急を要請した。頭痛と嘔吐は改善傾向となったが体が左に傾く感覚は改善せず歩行困難であったため頭部MRIを施行したところ左小脳に26mm大のDWI高信号を認め同日脳梗塞の診断で当院内科入院となった。【身体所見】JCS 0、血圧89/55mmHg、脈拍50bpm、SpO2 100% (室内気)、体温36.0℃、呼吸数22回/分。心雑音なし、脈整、腹部平坦軟、鼻指鼻試験と膝踵試験で左側にごく軽度の雑拙さあり、左上肢でわずかな痛覚低下あり、その他神経学的異常所見を指摘できず。NIHSS3点 (感覚障害1点、失調症状2点)【検査結果】<血液検査所見>PT活性135%、PT-INR0.90未満、D-dimer1.1 $\mu$ g/ml、抗カルジオリピンIgG抗体4.0未満、抗CL- $\beta$ 2GPI複合体抗体1.3U/ml未満<頭部CT>特記すべき所見なし<頭部MRI>左PICA領域にDWI高信号域あり、同部位ADC低下あり、同部位T2高信号あり、MRAで動脈狭窄なし<心エコー・頸動脈エコー・下肢静脈エコー>特記すべき所見なし<ホルター心電図>特記すべき所見なし【経過】入院後は脳梗塞に準じてDAPTを開始した。失調症状に関しては日内変動があるも経時的に改善傾向となり6月2日には歩行可能となり6月4日に退院となった。退院後6月14日の外来にて頭部MRIを施行しDWI高信号は完全に消失していた。【考察】片頭痛性脳梗塞は比較的稀な疾患であり45歳未満での発症が多く脳梗塞リスク因子がなく明らかな巣症状などがなければ見過ごされやすい疾患と考えられる。また治療に関して、抗血小板薬の効果や処方期間など確立されていない部分もあり今後の研究が必要と思われる。【結語】若年から中年の慢性頭痛患者に頭痛発作に伴う神経学的異常所見をわずかも認められた場合は頭部MRIは検討すべきである。

## シェーグレン症候群によるFanconi症候群との鑑別を要し、腫瘍性骨軟化症が疑われた一例

○中田祐輔<sup>1</sup>、川原順子<sup>2</sup><sup>1</sup>富山赤十字病院 研修センター、<sup>2</sup>富山赤十字病院 内科

【背景】腫瘍性骨軟化症 (tumor-induced osteomalacia; TIO) は間葉系腫瘍からのFGF23産生を介して低リン血症と骨軟化症を引き起こす。慢性で非特異的な症状のためTIOの診断の遅れが問題である。【症例】43歳女性【主訴】倦怠感、ふらつき【病歴】シェーグレン症候群 (SjS) でプレドニン5 mg服用中。X-6年より慢性的な低リン血症 (2.0 mg/dL未満) を認め、ホスリボン6包で治療されていた。%TRP 81.0%, 尿糖 (3+), 尿中に多数のアミノ酸排泄を示した。以上よりSjSによるFanconi症候群と診断された。X-3年に別件で救急対応した総合内科で低リン血症の原因としてFGF23関連疾患が鑑別に挙げられた。FGF23は32.7 pg/mlで診断カットオフである30 pg/mlを超えていたが、境界域と判断し経過観察としていた。その後、両足首関節の疼痛が生じ、必要なホスリボンが30包に増え、週一回の経静脈的ナリン投与も必要となった。X-1年にリン補充を中止してFGF23を再度測定し53.7 pg/mlであり、後天性のFGF23関連疾患と診断し、TIOを疑った。【所見】身長162 cm, 体重89.9 kg, Ca 8.9 mg/dL, P 1.4 mg/dL, int-PTH 50 pg/ml, 1-25(OH)2ビタミンD 56.6 pg/ml, 25-(OH)2ビタミンD 9.0 pg/ml, 骨型ALP 10.1 U/L, ALP 59 U/L, 骨シンチでは左右対称性に膝、足首を中心に集積亢進し骨軟化症に一致する所見。腫瘍性病変の検索に行ったFDG-PETでは背景の集積が亢進し有意な所見を認めない。【経過】現在ホスリボン100 mg1日30包、週1回のリン補充により血清リンは2.0 mg/dL ~ 4.0 mg/dL。骨型ALPが正常であり、低リン血症性くるぶの難病申請は却下され、抗FGF23抗体であるプロスマブは使用していない。【考察】本症例は補充により血清リン値が正常化していた中で、FGF23値が境界域で、全経過でALPが正常なため確定診断が遅れた。SjSを有していたことも診断バイアスとして作用した。【結語】慢性的な低リン血症の原因診断にFGF23は重要であり、低リン血症を起こす他の病態があっても測定すべきである。またFGF23が境界域の場合、再検査する事が望ましい。

## 脊髄梗塞に起因した脊髄障害性疼痛症候群の患者にオキシコドン投与することで疼痛の改善が得られた1例

○須藤一郎<sup>1</sup>、佐々木陽平<sup>2</sup>、鈴木賢二<sup>2</sup><sup>1</sup>町立奥出雲病院 外科・緩和ケア、<sup>2</sup>町立奥出雲病院 外科

【背景】今回われわれは解離性大動脈瘤に起因した脊髄梗塞から脊髄障害性疼痛症候群に至った患者にオキシコドンを使用して疼痛が改善した1例を経験したので報告する。【症例】患者は80歳代男性。高血圧、心不全で当院加療中であったが、X年Y月4日朝から突然の胸背部痛、両下肢の脱力を主訴に当院へ救急車搬送された。受診時意識清明で全身状態も安定していたが胸背部痛持続。当院CTでStanford B型大動脈解離を認めた。また、両下肢大腿以下に知覚異常あり。麻痺はなかったが解離の随伴症状と考え、高次救急病院に転送した。同医MRIで脊髄梗塞があり、その後両下肢麻痺が出現したが、大動脈解離は保存的治療で安定期となり、Y+1月当院に転院。転院時に両下肢不全麻痺以外の症状はなかったが、X+2月中旬頃から下肢疼痛が出現、次第に増悪した。症状から脊髄梗塞による脊髄障害性疼痛症候群と考え、トラマドール内服を開始。しかし、その後もpain controlは不良で200mg/日でも増量しても改善なくNRSは7前後で推移、2週間後にオキシコドン10mg/日を追加したところ、開始3日目にはNRS 2と痛みの改善が見られた。以後も内服続行して痛みの増悪はなく退院となった。【考察】脊髄障害に起因する脊髄障害性疼痛症候群は、多彩な痛みを呈し、一般に治療抵抗性であると言われていた。一方で慢性神経障害性疼痛の治療薬として、近年本邦でもいくつかのオピオイドが認可されている。中でもオキシコドンは中脳水道周囲灰白質腹外側部GABA作動性ニューロンのGABA放出も抑制することで他のオピオイドよりも神経障害性疼痛に効果があることが報告されている。自験例でも、トラマドールにオキシコドンを併用して疼痛が著明に改善した。【結語】脊髄障害性疼痛症候群の慢性疼痛にもオキシコドンは有用と考えられた。オピオイドという特殊な薬理作用を理解した上で適切な量を速やかに導入して疼痛を除くことは、不安の軽減にもなり、早期に自宅もしくは施設への退院が可能で、患者QOLの向上が期待できると考えた。



## Stroke chameleon となった末梢性顔面神経麻痺で発症した橋梗塞の一例

○五野裕貴、吉野雄大、坪井謙

さいたま市民医療センター 内科

【背景】顔面神経麻痺は口角下垂や兎眼を呈するため、異常は認識されやすい。分類上、中枢性と末梢性に大別され、額のしわ寄せ検査によって比較的容易に鑑別することが可能である。末梢性顔面神経麻痺の主な原因はベル麻痺やハント症候群であるが、核性麻痺も同様に末梢性顔面神経麻痺を呈するため、stroke chameleonとなった一例を経験した。【症例】53歳男性【主訴】嘔吐【既往歴】高血圧性心不全【現病歴】来院1.5時間前、バイクの運転中に突然嘔気を発症した。バイクを停止させ座位で安静にしていたが、嘔気が増悪し胃液様嘔吐を繰り返した。通行人により救急要請され、当科へ搬送された。【身体所見】意識JCSI-1、体温36.7℃、血圧214/124mmHg、眼球運動障害なし、複視なし、顔面感覚障害なし、左口角下垂あり、左鼻唇溝消失、パレロ徴候なし、指鼻指試験正常、回内回外試験正常。【検査結果】頭部CT検査で右被殻に陳旧性脳出血あり、同日施行の頭部MRIでも同様の所見が得られ、急性期脳梗塞像は認めなかった。【経過】脳症を呈した高血圧緊急症を疑い、緊急入院とした。ニカルジピン持続静注による血圧管理を開始したが、入院後も嘔吐を繰り返した。閉眼困難で兎眼となり、左前額部のしわ寄せ不能であり、末梢性顔面神経麻痺を呈した一方、起立時に姿勢保持困難で体幹失調が疑われた。耳鼻科診察を依頼したが、左回旋性眼振を指摘され、頭部MRIを再検討したところ左顔面神経核と左中小脳脚に一致した急性期梗塞像を認め、左橋梗塞の診断に至った。【考察】本例はstroke chameleonとなった末梢性顔面神経麻痺の一例であり、救急診察時の頭部画像検査では急性期梗塞像は描出されなかった。発症24時間以内の脳梗塞では拡散強調像で偽陰性となることがあり、特に後方循環系に多い。【結語】ベル麻痺などの末梢性顔面神経麻痺も急性発症し、発症早期は核性顔面神経麻痺との鑑別は病歴や画像検査でも困難なことがあるため、領域横断的な診断法が求められ、診断確定までは慎重に経過観察すべきである。

## スポーツ外傷を契機に急性硬膜下血腫を発症した、くも膜嚢胞の一例

○吉田圭希、吉田圭希、吉田圭希、鈴木裕貴、鍋島茂樹

福岡大病院

【背景】くも膜嚢胞は出血する事は稀であるため、偶発的に発見されても経過観察とされる事が多い。2か月前に近医でくも膜嚢胞を指摘されており、今回サッカー練習中の接触を契機に硬膜下血腫を来し緊急手術に至った症例を経験したので報告する。【症例】生来健康な10歳の男児。X年3月16日にサッカーボールが頭部にあたり、近医脳神経外科でCT、MRI検査施行されており、嚢胞を指摘され年1回画像フォローの方針となっていた。X年6月3日にサッカーでの試合のウォーミングアップ中にチームメイトの肘が右側頭部に接触し受傷した。頭痛は軽度であったため、そのまま試合にも出場した。帰宅後も症状増悪なく経過していた。翌日朝起床時より頭痛を訴えており、徐々に痛みが増大したため、試合は欠場した。その後急患センターを受診し、待合室で突然嘔吐したため、当院救急外来に紹介され受診となった。救急外来受診時は意識清明、自立歩行可能で嘔気は消失しており、頭痛も改善傾向となっていた。血液検査上も、年齢に伴うALPの増加以外に凝固系を含めて特記異常は指摘できなかった。しかし、朝の増悪傾向であった頭痛や、待合室での嘔吐の病歴もあつたため、頭部単純CT検査を施行した。右側頭部から前頭部にかけてmidline shiftを認めるくも膜嚢胞出血、慢性硬膜下血腫を認めた。このため脳神経外科にコンサルテーションを行い、緊急開頭血腫除去術の方針となった。術後経過は良好であり、その後コンタクトスポーツは今後禁止とした上で自宅退院の方針となった。【結語】今回くも膜嚢胞を指摘されていた児がサッカー練習中の接触で脳出血に至った症例を経験した。サッカーやその他のコンタクトスポーツを含め、頭部打撲の機会が多い活動に従事する際は、家族、本人にリスクを説明の上で慎重な経過観察、場合により活動中止の判断も必要と考えられる。また、今回慢性硬膜下血腫と新規くも膜嚢胞出血の混在を認める事から、受傷後短期間での画像フォローアップも必要と考えられる。

## 特徴的な身体所見が診断に役立った神経原性腫瘍の一例

○渡辺由佳子<sup>1,2</sup>、高橋朋宏<sup>1,3</sup>、佐藤浩子<sup>1</sup>、柳川天志<sup>4</sup>、平山恭平<sup>1,5</sup>、金指桜子<sup>1</sup>、吉田くに子<sup>1</sup>、堀口昇男<sup>1</sup>、大山良雄<sup>6</sup>、小和瀬佳子<sup>1</sup>

<sup>1</sup>群馬大学医学部附属病院 総合診療科、<sup>2</sup>高崎総合医療センター、<sup>3</sup>高崎中央病院、<sup>4</sup>群馬大学医学部附属病院 整形外科、<sup>5</sup>中里診療所、<sup>6</sup>群馬大学大学院 保健学研究科 看護学

【症例】60代男性【主訴】右鎖骨上窩腫瘍、腫瘍接触時のしびれ【現病歴】X-1年12月、風呂で体を洗っていた際に、右上腕へ放散するしびれを自覚、その際右鎖骨上窩のしこりに気づいた。X年1月に近医から精査加療目的に当院当科紹介受診。発熱なし、咳嗽なし、食思不振なし、排便の異常なし、寝汗なし、体重減少なし。【身体診察】身長171 cm、体重76.7 kg、血圧141/87 mmHg、脈拍67 bpm、体温36.2℃。眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜黄染なし、右鎖骨上窩に2 cm大、弾性硬、表面平滑、可動性のない腫瘍を触知。腫瘍の触診で右上肢へのしびれが誘発され、Tinel徴候陽性であった。胸腹部、四肢、皮膚に明らかな異常所見なし。【検査所見】血液検査・生化学検査では異常を認めず。CEA 2.5 ng/ml、CA19-9 基準値以下、便潜血陰性、頸部～腹部造影CT：右鎖骨窩に45×20mmの腫瘍あり、一部右鎖骨下動脈を圧排。胸部単純MRI：右鎖骨窩に23×40×26mmのT1強調画像で低信号、T2強調画像で境界明瞭・内部不均一に高信号を示す腫瘍あり。辺縁分葉状、内部に嚢胞成分あり、神経鞘腫疑い。上部消化管内視鏡検査：胃底腺ポリープ。【経過】特徴的な診察所見と画像所見から神経鞘腫を疑い、整形外科に紹介。血管への圧排所見より保存的に経過観察の方針となった。【考察】鎖骨上窩の腫瘍から、縦隔、肺、食道由来の悪性疾患を想起したが、Tinel徴候から初診時より神経原性腫瘍を疑った。画像診断にて特徴的な所見を認め、他の内臓疾患が除外された。神経鞘腫は頭頸部に後発し、中でも迷走神経に発生することが多い。鎖骨上窩の腫瘍では、内臓悪性疾患の慎重な除外とともに、神経原性腫瘍を疑うことが重要と考えられた。【結語】鎖骨上窩の腫瘍では神経原性腫瘍も鑑別に上がる疾患と考えられ、詳細な問診と身体所見に注意を払う必要がある。

## 神経障害性疼痛治療における抑肝散への期待～幻肢痛に対する軽減効果を経験して

○八巻孝之

独立行政法人国立病院機構宮城病院

【背景】幻肢痛が抑肝散で軽減したと考えられる症例を経験したので文献的示唆を加え報告する。抑肝散の適応外使用と症例報告に際し、本人から文書による同意を得た。【症例】79歳、女性。【主訴】大腿切断後の幻肢・幻肢痛・残存肢の痛性痙攣。【既往歴】高血圧症・脂質異常症・腰部脊柱管狭窄症。【現病歴】200X年右大腿切断、松葉杖と義肢使用となった。1年後幻視・幻肢痛が出現。東日本大震災で義肢を失い車椅子常用。5年前から幻肢痛増強。痛性痙攣も出現。当院（内科・神経内科・脳神経外科）および他院（整形外科、ペインクリニック、てんかん神経疾患専門機関、大学病院総合診療科など）で加療。緩和得られず202X年Y月当科紹介。【身体所見】初診時、右の膝から第1、2趾に及ぶ幻視感覚と電気が走る様な幻肢痛を自覚。幻視・幻肢痛・筋痙攣の程度は、visual analogue scale (VAS, 0～最大100mm)で、95 mm, 90 mm, 95 mm。【検査結果】血液検査・脳波検査に異常なし。脳脊髄CT・MRでは、断端神経腫・脊髄損傷・神経根引き抜き損傷などを認めなかった。【経過】ガバペンチン・クロナゼパム・エペリゾン・柴胡桂枝湯以外を中止、加えて抑肝散を25カ月間併用。幻視・幻肢痛・筋痙攣はVASで55 mm, 40 mm, 20 mmと著明に改善。膝から下の部分の幻視感覚は残ったが大腿の幻視は消失。【考察】エビデンスがない幻肢痛の治療には抗鬱薬・抗痙攣薬・抗不安薬など、多剤による緩和をみるが副作用も多い。神経障害性疼痛には、冷えを改善する方剤や気剤が著効することがあり、筆者は冷え・むくみ・ストレス・血流障害・体力低下・炎症などの病態を勘案した方剤を処方してきた。多成分系薬剤である漢方薬は、多剤併用による有害事象の軽減や医療経済性にも有用ではないかと考えている。【結語】神経障害性疼痛に対する漢方薬の効果・安全性は確立していないが、個別の症例で有効性と副作用を評価し、質の高い臨床研究の集積が待たれる。

## 下行大動脈血栓による一過性的上腸間膜動脈血栓症が疑われた1例

○土田真史<sup>1</sup>、宮松弥生<sup>1</sup>、中山堯之<sup>1</sup>、二宮隆仁<sup>1</sup>、藤井健人<sup>1</sup>、海野航平<sup>2</sup>、山崎晃裕<sup>1</sup>、谷崎隆太郎<sup>1</sup><sup>1</sup>市立伊勢総合病院 内科・総合診療科、<sup>2</sup>市立伊勢総合病院 循環器内科

【背景】下行大動脈血栓が誘因となる上腸間膜動脈(SMA)血栓症は稀である。今回、下行大動脈血栓から遊離した微小血栓による一過性的SMA血栓症を疑った症例を経験したため報告する。【症例】91歳女性【主訴】腹痛【既往歴】水疱性類天疱瘡、高血圧症、脂質異常症、慢性腎臓病【現病歴】来院当日の朝から持続性の腹痛を認め、当院救急外来を受診した。【身体所見】体温 35.9℃、血圧 91/62mmHg、脈拍 82回/分、腹部全体に圧痛を認めた。【検査結果】血液検査：白血球 15800/μL、CRP 0.31mg/dL。静脈血ガス分析：pH 7.38、PCO<sub>2</sub> 50.1mmHg、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 29.7mmol/L、乳酸 3.06mmol/L。12誘導心電図：洞調律。腹部単純CT検査：肝内門脈、小腸間膜、小腸壁内にガス像があり、大動脈には石灰化や蛇行を認めた。腹部造影CT検査(単純CT検査から80分後に撮影)：小腸間膜や小腸壁内のガスは消失し、肝内門脈ガスは単純CT撮影時より縮小していた。腸管壁の造影不良域なし。下行大動脈に長径14cmの血栓を認めた。【経過】入院後は絶食とし、未分画ヘパリンの持続静注を開始した。入院2日目に腹痛は消失し、入院3日目に腹部単純CT検査で肝内門脈ガスの消失を確認して食事を開始した。その後腹痛の再燃はなく、入院7日目に未分画ヘパリンからワルファリン内服へ切り替え、現在も治療を継続している。【考察】本症例では、一過性的腸管虚血症状があったこと、肝内門脈ガスが1時間程度で自然に消失したことから、臨床症状は一過性的SMA血栓症によるものと考えられ、その原因は下行大動脈血栓から遊離した微小血栓と推測した。大動脈血栓のサイズは長径14cmと巨大だったが、腸管壊死所見は認めなかったため、抗凝固薬による保存加療を選択した。【結語】SMA血栓症の原因として、大動脈血栓は稀ではあるが重要な疾患である。巨大な大動脈血栓であっても、抗凝固薬による保存加療が有効な可能性がある。

## 巨大卵巣嚢腫に肺動脈血栓塞栓症を合併した若年女性の一例

○清水麻亜子、田中宏明、桑野将史、尾崎美紀子、安本有佑、本橋健史、友田義崇

IMS 医療法人社団明芳会 板橋中央総合病院

【背景】骨盤内腫瘍は静脈血栓による深部静脈血栓症を来すことがある。今回、我々は巨大卵巣嚢腫から深部静脈血栓症を発生し肺動脈血栓塞栓症に至った1例を経験した。【症例】20歳代、女性【主訴】腹部腫瘍の精査目的【既往歴】なし【現病歴】来院1週間前、歩行時に突然のめまい・胸痛・呼吸困難感を自覚し意識消失、30分間の安静で症状が改善した。1週間後近医を受診し、超音波で腹部嚢胞性病変を指摘され紹介受診となった。【身体所見】体温 36度、血圧 111/81mmHg、心拍数 78bpm、SpO<sub>2</sub> 96%、呼吸数 20/分、眼瞼結膜軽度蒼白、頸静脈圧上昇なし、心音2音亢進・心雑音なし、呼吸音清、腹部臍上部から下腹部にかけて膨隆あり・軽度硬・圧痛なし、下腿浮腫なし・把握痛なし【検査結果】D-dimer 3.0μg/ml、胸部造影CT：両側主肺動脈に遠および左外腸骨静脈に血栓あり、右卵巣由来が疑われる215×95mmの巨大嚢胞性病変あり【経過】深部静脈血栓症、肺動脈血栓塞栓症、巨大卵巣嚢腫の診断で入院、血栓性素因は認めず、巨大卵巣嚢腫の物理的圧排に伴う二次性血栓症と考えられた。エドキサパン60mg/日の内服により血栓の縮小を認めたため、第19病日に腫瘍摘出術を施行した。腫瘍内容は壁に結節を伴う2950mlの漿液であり、病理診断は卵巣漿液性嚢胞性線維腫であった。術後はエドキサパン内服を継続し、血栓の再発なく経過している。【考察】卵巣嚢腫は通常無症状であるが、10cmをこえる巨大卵巣嚢腫の場合は周囲臓器を圧排することによる症状を呈する。本例では外腸骨静脈を圧排することによる血流の鬱滞が原因で深部静脈血栓症、肺動脈血栓塞栓症を合併したと考えられた。明確な理由のない失神のため入院した例において、肺動脈血栓塞栓症の割合は17%と報告されている。本例においても初診時の失神の病歴が肺動脈血栓塞栓症を疑うきっかけとなった。【結語】巨大卵巣嚢腫に肺動脈血栓塞栓症を合併した若年女性の1例を経験した。稀な病態であっても病歴聴取が重要である。

## 10年来繰り返す胸痛発作を呈した心室中部閉塞性肥大型心筋症の一例

○富田賢剛、佐々尾航、阿部昌彦

北海道立羽幌病院 総合診療科

【背景】繰り返す胸痛発作を呈し、最終的に心室頻拍ならびに心室中部閉塞性肥大型心筋症と診断した症例を経験したため報告する。

【症例】73歳男性

【主訴】胸痛

【既往歴】2型糖尿病など

【現病歴】X-10年から年2-3回の強い胸痛が生じ複数の循環器内科病院で精査がなされたが異常所見は指摘されず、心因性胸痛を疑われていた。X年10月12日正午頃に突然胸痛が出現した。安静で改善がなく、強い冷汗を伴うようになり16時に前医を受診した。心電図では心室頻拍を認め、アミオダロン持続投与が開始され数分後に洞調律化した。その後当院へ転院搬送された。

【身体所見】転院時には既に心拍数や血圧に異常を認めない。

【検査結果】前医心電図：心拍数214bpm, wide QRS tachycardia。当院到着後心電図：心拍数95bpm, I・II・aVL・V3-6で陰性T波を認め、左室心尖部付近を起源とする心室期外収縮が散見された。経胸壁心エコー図：心室中部の心筋は肥厚し、収縮期において心室中部は閉塞していた。

【経過】抗不整脈治療および精査目的で入院とした。今回の胸痛発作と同様の胸痛を繰り返していたことから、これまでの胸痛についても心室頻拍を生じていたと考えられた。加えて特徴的な心エコー図所見から、心室中部閉塞性肥大型心筋症の可能性が考えられた。心臓MRI検査を実施したところ左室中部に著明な壁肥厚を認め、心尖部は菲薄化し遅延造影像を認めた。MRI所見および心室頻拍の病歴から、心室中部閉塞性肥大型心筋症と診断し、X年11月大学病院循環器内科に紹介。心筋生検などの末、同診断で植込み型除動器が留置された。

【考察】本症例では10年前から年2-3回の頻度で冷汗を伴う強い胸痛を繰り返していた。今回入院時と同様に心室頻拍を生じていた可能性が高いと考えられたが、診断には至らなかった。突然発症や冷汗という病歴を重要視し、ホルター心電図や植込み型ループ式心電計などでの精査が有用であった可能性がある。

【結語】突然発症、冷汗を伴う胸痛では冠動脈疾患のみならず、不整脈の可能性も考慮し精査するべきである。

## 腹部手術歴のある患者の消化器症状精査の中で病的に発見された上腸間膜動静脈瘻の1例

○金岡祐樹<sup>1</sup>、仲西雄大<sup>2</sup>、高橋雄一<sup>2</sup>、佐野文昭<sup>2</sup>、パティアチプラベン<sup>2</sup>、清瀬祐二<sup>2</sup>、松元直美<sup>2</sup><sup>1</sup>順天堂大学医学部附属練馬病院 臨床研修センター、<sup>2</sup>順天堂大学医学部 総合診療科学講座

【背景】腸間膜動静脈瘻は稀な疾患であり、疑いを持って診察しなければ診断が難しく、特に無症候性の場合には診断されないことも多い。一方で動静脈瘻の血流異常による食道静脈瘤の形成・破裂による死亡例も報告されている。今回、腹部手術歴のある患者の持続する消化器症状精査の中で病的に発見された上腸間膜動静脈瘻の1例を経験したため報告する。【症例】89歳 女性。【主訴】嘔気【既往歴】19歳、虫垂切除術。72歳、胆嚢炎のため腹腔鏡下胆嚢摘出術。【現病歴】来院1年前より心窩部違和感・嘔気を認め、上部消化管内視鏡を施行するも異常所見なく、対症療法で経過観察となっていた。症状持続したため施行した体幹部単純CTで左季肋部付近にφ約20mmの腫瘍を認め精査目的に当院紹介受診となった。【所見】腹部に自発痛・圧痛を認めず、腫瘍は触知しない。腹部超音波施行にて、上腸間膜動脈にφ20mmの腫瘍を認めた。造影CTにて上腸間膜動脈に異常な血管蛇行と紡錘状拡張、及び上腸間膜静脈と吻合を認めた。動脈相では門脈に造影剤流入所見があった。【経過】腸間膜血管に発生した動静脈瘻と診断した。全身状態は安定しており、血管内治療目的に専門病院に転院となった。【考察】消化管動静脈瘻の原因は先天性・後天性に分類され、後天性のものは手術などによる医原性と銃創などによる外傷性に細分類できる。今回の症例では複数の腹部手術歴があり医原性上腸間膜動静脈瘻である可能性が筆頭に考えられた。消化管動静脈瘻は無症状から消化管出血まで多様な症状を呈する。小腸・回盲部切除術後に発生する症例が大半を占めているが、その他の消化管術後の発生報告もある。腹部手術歴のある患者で原因不明の消化器症状が持続した場合は腸間膜動静脈瘻も鑑別に挙げ超音波によるスクリーニングを施行することが望ましい。カラドップラー検査ではモザイクパターンと拍動性の検出が診断の一助となる。【結語】手術歴のある原因不明の腹痛患者の診察では消化管動静脈瘻を鑑別に入れるべきである。

## 子宮筋腫による鉄欠乏性貧血に肺血栓塞栓症を合併し、抗凝固療法と併せてGnRHアゴニストを投与した一例

○後藤初菜<sup>1</sup>、濱井彩乃<sup>2</sup>、中島浩一<sup>2</sup><sup>1</sup>亀田総合病院 卒後研修センター、<sup>2</sup>安房地域医療センター

【症例】52歳女性【主訴】咳嗽，左大腿のしこり【既往歴】子宮筋腫，鉄欠乏性貧血【現病歴】1ヶ月前から労作時息ぎれが出現し徐々に増悪した。2週間前より月経開始。産婦人科で過多月経に伴う貧血に対し鉄剤が処方されたが息切れは改善せず，左大腿内側のしこりを自覚し，救急外来を受診した。【身体所見】体温38.5℃，血圧126/67 mmHg，脈拍95 bpm，呼吸数24回/分，SpO<sub>2</sub>=98%，歩行で60%台に低下。眼結膜蒼白，頸静脈怒張あり，呼吸音清，心音整，心雑音なし，両側大腿以下に圧痕性浮腫，左大腿内側に5cm程度の硬結あり【検査結果】血液所見：Hb 6.5 g/dl，Ht 23.8%，血小板 50.5万/μL，CRP 5.2mg/dl，BNP 479.2 pg/ml，D-dimer 7.7 μg/ml。胸部レントゲン：心拡大，肺うっ血，右胸水。心臓超音波：EF 72%，壁運動異常なし，TRPG 47 mmHg。造影CT：両側肺動脈分枝に欠損あり，左大伏在静脈に充満欠損あり。子宮筋腫130×110mm。【経過】当初，過多月経による鉄欠乏性貧血と高拍出性心不全と考えたが，左大腿の硬結から血栓症が想起され，造影CTで肺血栓塞栓症と大伏在静脈血栓症の診断に至った。アピキサバンとフロセミド内服を開始し，輸血拒否のため鉄剤注射を行い，貧血と息切れは改善した。抗凝固薬開始に伴う月経量の増加と貧血の進行を懸念し，月経開始時にリユプロレリンを投与し月経量の減少を確認できたため第17病日に退院した。【考察】巨大な子宮筋腫は直接の静脈圧迫により血栓塞栓症を引き起こすが，貧血の合併時や貧血の鉄剤治療中は発症リスクが高まる。また，抗凝固療法は月経量を増やす懸念がある。血栓塞栓症の急性期は子宮摘出術のリスクが高く，GnRHアゴニストで月経量と子宮筋腫容積を減少させることで，出血リスクと手術リスクを減少させることができる。【結語】子宮筋腫による過多月経に伴う鉄欠乏性貧血の治療中に肺血栓塞栓症と心不全を発症した一例を経験した。抗凝固療法による出血対策としてGnRHアゴニストを投与した。

## 意識障害で入院し意識回復後に遷延した症例

○菅野恵也、千田光一、佐藤岳久、小野瀬剛生、柳谷綾子、森信芳、渋谷俊介

岩手県立胆沢病院

【症例】81歳女性。高血圧症、脂質異常症で近医加療中であり、ADLはほぼ自立し、娘と自宅生活していた。20XX年12月下旬、前日夜まで普段通りの様子を確認されたが、来院日朝、炬燵でうつ伏せの状態で見つかるのを発見され救急要請。JCS300、SpO<sub>2</sub> 90%未満(室内気)で酸素投与開始後に搬送となった。来院時JCS30、対光反射は両側迅速、瞳孔不同なく、Babinski反射は両側陽性であった。頭部MRI拡散強調画像で、左側頭葉内側、右頭頂葉皮質下、左前頭葉皮質、左放線冠に高信号を多数認め、新規虚血性病変が疑われ、急性期脳梗塞の診断で入院加療を開始した。入院翌日には会話可能レベルに改善し、数日後には経口摂取可能となったが、第13病日に再度意識レベルが低下した。頭部MRI再検の拡散強調画像で、大脳皮質の高信号域の拡大を認めた。髄液検査では異常所見は認められなかった。入院時からの病歴・検査歴を振り返ると、入院時の動脈血液ガス分析でHbCO<sub>30</sub>と高値であったことが判明し、家族からの聴取で煉炭炬燵であることが確認され、一酸化炭素中毒に伴う遷延性脳症と診断した。その後の経過では意識レベルの改善は乏しく、全身性の痙攣様発作の持続に対して抗痙攣薬を含めた症状緩和を継続し、第37病日療養目的に近医転院とした。【考察】意識障害の鑑別の一つとして一酸化炭素中毒は有名人だが、実臨床で鑑別診断に挙げられるかという点、状況によっては簡単ではない。入院時から丁寧な鑑別に加え、遷延性の意識障害が出現した際には重要な鑑別として一酸化炭素中毒は想起すべき疾患であり、今回臨床的示唆に富む症例を経験したので共有したい。

## Wide QRS tachycardia を呈したフレカイニド中毒の一例

○斎藤雅也<sup>1</sup>、飯田慎一郎<sup>1,2</sup>、山本啓二<sup>1,2</sup>、草野武<sup>1</sup>、菅野龍<sup>1,2</sup>、野口哲<sup>1</sup>、中元秀友<sup>1</sup>、神山雄基<sup>1</sup>、小林威仁<sup>1</sup>、宇野天敬<sup>1</sup>、廣岡伸隆<sup>3</sup><sup>1</sup>埼玉医科大学病院 総合診療内科、<sup>2</sup>埼玉医科大学病院 心臓内科、<sup>3</sup>埼玉医科大学病院 地域医療科

【背景】フレカイニドは1c群の抗不整脈薬であり、頻脈性不整脈のリズムコントロールに用いられるが、心室頻脈等引き起こす副作用もある。今回、フレカイニド中毒によるWide QRS tachycardiaを呈した一例を経験した。【症例】91歳女性【主訴】意識障害【既往】高血圧糖尿病 心房細動 脳梗塞 認知症【現病歴】糖尿病・高血圧・心房細動などで近医に通院中であったが、食事・水分摂取量やADLが低下していた。当院受診の14日前には心窩部の不快感を自覚され、受診日の7時には家族が意識障害を呈した患者を発見し救急要請した。救急隊到着時はJCS-20、収縮期血圧50mmHg台、150/min前後の頻脈が確認された。【現症】体温35.1℃、血圧51/38mmHg、脈拍163/分、呼吸20/分、SpO<sub>2</sub> 91%(リザーバマスク10L/分)【身体所見】呼吸音清 右肺野で呼吸音減弱 心音異常なし 四肢 冷感あり【検査結果】Cr 1.77 mg/dL BUN 28.3 mg/dL トロポニンI 210.9pg/mL BNP 815.7pg/mL PT-INR 3.97 pH 7.167 PaCO<sub>2</sub> 40.1mmHg PaO<sub>2</sub> 70.8mmHg 血糖 261mg/dL 乳酸 11.7mmol/L 薬物濃度 フレカイニド 1711.0ng/mL 心電図 114/分単形性wide QRS 胸部X線検査 右肋骨横隔膜角鈍化 心拡大あり【経過】当院救急部へ搬送されWide QRS tachycardiaが確認された。波形はVTと比較してもQRS幅が広く、VTではないと判断されDCは施行されず、昇圧のためノルアドレナリンが開始され、加療のため当科に入院となった。その際に29mg/dLの低血糖も確認されたため血糖を補正し、アシデミアに対して重炭酸が投与された。しかし、その後もwide QRS tachycardiaが出現し、血圧維持が困難となり入院当日の20時49分に逝去された。【考察】フレカイニド血中濃度上昇によると思われるwide QRS tachycardiaを呈した症例を経験した。血中濃度上昇の原因としては、食事・水分摂取低下による腎機能低下による排泄低下が挙げられた。【結語】フレカイニド内服患者がwide QRS tachycardiaを呈した際には、フレカイニド中毒も鑑別における必要がある。

## 嘔吐を主訴に来院し、著明な高カリウム血症を認め診断に難渋した一例

○浮島翔、小川まゆ、新翔太、宮上泰樹、内藤俊夫

順天堂大学 医学部 総合診療科

【症例】40歳女性【主訴】嘔気、嘔吐【既往歴】38歳～不眠症【現病歴】1か月前から睡眠薬を飲むことが嫌になり自己中断していた。このため1日に2時間程度の睡眠が継続、食事ほとんど摂取できない日が続いていた。来院当日嘔気、嘔吐があり救急外来を受診した。【身体所見】意識清明、体温37.0℃、脈拍43回/min、血圧 82/50mmHg(普段は100/70 mmHg程度)、呼吸数 18回/分、SpO<sub>2</sub> 98%(室内気) 呼吸音清、心音整【検査結果】血液検査：WBC:18,300/μL (好中球分画93.6%)、Cre:1.51 mg/dL、eGFR: 31.7、K:8.4 mmol/L、pH 7.3、pCO<sub>2</sub> 39.6 mmHg、HCO<sub>3</sub>- 21.8 mmol/L、Lac 4.5 mmol/L 尿検査：特記所見なし 心電図：HR 40/min程度の徐脈、3拍に1回の洞房ブロック【経過】グルコン酸カルシウム8.5% 5mLを投与した後、グルコースインスリン(以下GI)療法を行った。約30分でカリウム値は4.7mmol/h、脈拍は60/minの洞調律に改善した。入院後もGI療法なしでカリウム値は安定していた。高カリウム血症の原因が不明であり、医療者に伝えていない情報があると推察した。このため追加問診をしたところ、自殺目的にオオミフクラギの実1粒(約2g)を内服したとの病歴を聴取、高カリウム血症の原因と判断した。その後も全身状態に問題なく、第9病日に退院となった。【考察】オオミフクラギは熱帯のマンゴローブ植物であり、含有成分のケルベリンは細胞のNa/KATPaseを阻害する。そのためNaKATPaseを活性化作用のあるGI療法にて、カリウム値は予測よりも大きく改善すると考えられる。実際に一般的なGI療法では0.5-1.2mmol/L下がる一方、本症例では短時間で3.7mmol/Lも下がっている。ケルベリン中毒の根本的治療はなく、徐脈や高カリウム血症への支持的療法が中心となる。本邦の認知度は低いが、GI療法に著明に反応する高カリウム血症では、ケルベリン中毒を想起することが重要である。【結語】オオミフクラギ摂取後に高カリウム血症を呈した一例を経験した。GI療法に著明に反応する高カリウム血症への注意喚起として、本症例を報告する。

## セフトリアキソンが原因と考えられた、不明熱化した入院中の薬剤性弛張熱の一例

○屋島福太郎、鈴木智晴、宮川峻、三澤麦・リチャード、石井大太、那須道高

浦添総合病院 病院総合内科

【背景】薬剤熱は入院中の発熱の重要な鑑別診断で、原因薬剤の投与を中止すると48時間で消失する発熱である。入院中の遷延する弛張熱の原因がセフトリアキソンと思われた症例を報告する。【症例】59歳男性。【主訴】発熱【既往歴】アルコール肝障害、2型糖尿病、糖尿病性ネフローゼ、関節リウマチ【現病歴】ネフローゼの原因精査で左腎生検を受けた後、左後腹膜血腫を合併していた。退院10日後に肉眼的血尿を訴えて救急外来を受診した際に血小板減少あり。血小板減少を契機に腎臓内科へ入院し、血小板輸血等の入院治療を受けていた。入院4日目に微熱が出現し、この時点での鑑別診断は後腹膜血腫への感染ということでセフトリアキソンが開始された。血液培養が複数回行われたが陰性、膿胸も除外され、約10日間（入院14日目まで）微熱が続いた後に弛張熱が出現したために当科へのコンサルテーションが行われた。発熱以外の症状は特になし。【身体所見】体温 38.8℃、脈拍数 90回/分、整。血圧 123/70 mmHg、呼吸数18回/分、SpO<sub>2</sub> 94%（室内気）。一般身体診察では頭頸部から腹部、皮膚に特記すべき所見なし。【検査結果】白血球 1万/ $\mu$ L（好酸球 11%）、Hb 10.4 g/dL、Plt 12.7万/ $\mu$ L、sCr 1.71 mg/dL、AST 57 U/L、ALT 30 U/L、 $\gamma$ GT 72 U/L【経過】セフトリアキソン開始後好酸球も上昇していた。セフトリアキソンによる薬剤熱を考え中止した。弛張熱は合計9日間続いたが、セフトリアキソンを中止した後5日目で解熱した。その後は発熱せず退院した。【考察】薬剤熱は中止後48時間で軽快することが多いが、薬物の代謝の問題で発熱が遷延しうる。セフトリアキソンは主に肝代謝だが腎排泄もするため、透析患者では発熱も持続した可能性がある。【結語】肝機能・腎機能障害患者で薬剤性以外の比較的徐脈と好酸球上昇をきたす場合は、48時間で解熱しなくとも薬剤熱の可能性があり、全身状態が悪くなければ経過をみるのが重要である。

## 演題取り下げ

## アセトアミノフェンが原因と考えられた急性汎発性発疹性膿胞症（AGEP）の一例

○井上奈津子<sup>1</sup>、日高舜平<sup>1</sup>、枝元真人<sup>1</sup>、早川学<sup>1</sup>、石井義洋<sup>1</sup>、中村俊央<sup>2</sup><sup>1</sup>宮崎県立宮崎病院 総合診療科、<sup>2</sup>宮崎県立宮崎病院 皮膚科

【症例】19歳 男性  
【主訴】発熱、全身の皮疹  
【既往歴】小児喘息、大豆アレルギー  
【現病歴】X-4日より発熱と上気道症状が出現し、タイレノール錠（アセトアミノフェン）を内服した。X-3日に両手掌に点在性に紅斑が出現し、その後疼痛を伴う全身の紅斑と小さな膿胞が出現した。症状の改善なく経過し、倦怠感・食欲不振も出現したため、X+2日に精査加療目的に当院入院となった。  
【身体所見】意識清明、体温:38.4℃、血圧:121/74mmHg、脈拍:130/分、SpO<sub>2</sub>:98%（room air）顔面全体に紅斑あり、口腔内は湿潤、粘膜疹なし、咽頭軽度発赤あり、左前頸部リンパ節腫脹・圧痛あり、下腿・体幹に発赤と直径1mm程度の丘疹あり  
【検査結果】<採血>WBC 26,170/ $\mu$ L（Neut84.5%、Lymph8.0%、Mono6.5%、Eosin0.0%、Baso0.5%）、RBC 572 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$ L、PLT 34.6 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$ L、CRP 17.9mg/dL、<DLST>アセトアミノフェン:陽性、<皮膚生検病理>角質下および表皮内に好中球性膿胞を形成し、部分的に不全角化あり。膿胞周囲の表皮に好中球浸潤、微小膿胞形成ありKogoj海綿状膿胞の所見を認める。表皮は部分的に海綿状変化を伴う軽度の好中球浸潤あり。  
【経過】明らかな粘膜疹はなく、SJSやTENは否定的と判断した。症状や経過からAGEPの可能性を考慮し、対症療法で経過観察したところ、皮疹や症状は徐々に改善し、入院5日目に退院となった。  
【考察】AGEPは、浮腫性紅斑を背景に多数の非濾胞性無菌膿胞が発生する急性発疹であり、ほとんどの症例において薬剤が原因となる。原因薬はほとんどが抗菌薬とされているが、本症例のようにアセトアミノフェンを誘因とする症例も稀ながら報告されている。本症例では、皮膚病理にてKogoj海綿状膿胞を認め、汎発性膿胞性乾癬（GPP）に見られる所見を認めたが、乾癬の既往が無いことや、薬剤曝露から数日での経過で発症・寛解したこと、またある1点での病理学的評価のみではAGEPとGPPの鑑別が困難であることを考慮し、AGEPと判断した。  
【結語】アセトアミノフェンが原因と考えられたAGEPの一例を経験した。

## 反応性低血糖が疑われた SGLT2 阻害薬による正常血糖ケトosisの一例

○松崎洸史、中林ヒカリ、酒井大地、前原玄昌、松本佑慈、岡部綾、太田梓、中村啓二、山崎奨、平峯智、高山耕治、池崎裕昭、豊田一弘、小川栄一、村田昌之、下野信行

九州大学病院 総合診療科

【症例】40歳代、女性【主訴】全身倦怠感、めまい、発汗【現病歴】X-5年に2型糖尿病と診断され、経口血糖降下薬のみで管理されていた。X-1年より起床時や食後3～5時間程度で倦怠感、めまい、発汗を自覚するようになった。症状はブドウ糖摂取で改善しなかった。症状が持続するため当科紹介入院となった。【既往歴】2型糖尿病、脂質異常症【薬歴】エンバグリフロジン 10mg 1×、ビルダグリプリン 100mg 2×、メトホルミン 2,000mg 2×【生活歴】飲酒なし、喫煙 20本/日、炭水化物中心の食生活【現症】体温 36.4℃、血圧 112/63 mmHg、脈拍数 91 回/分、SpO<sub>2</sub>(室内気) 98%。神経学的異常所見なし。下肢冷感や浮腫なし。【血液検査】空腹時血糖 140 mg/dL、空腹時IRI 1.8  $\mu$ U/mL、空腹時CPR 0.88 ng/mL、HOMA-IR 1.8、HOMA- $\beta$  18.4%、CPI 0.6、アセト酢酸 319  $\mu$ mol/L、3-ヒドロキシ酪酸 975  $\mu$ mol/L、ACTH 31.3 pg/mL、コルチゾール 13.2  $\mu$ g/dL、TSH 0.85 mIU/mL、F-T<sub>4</sub> 1.34 ng/dL【尿検査】蛋白(-)、潜血(-)、ブドウ糖(4+)、ケトン体(2+)【経過】持続血糖モニタリングでは血糖は100 mg/dL以上で経過し、低血糖は認められなかった。75gOGTTでは血糖1時間値 462 mg/dLと高値であり、インスリン分泌指数 0.03と低下を認めた。SGLT2阻害薬を内服しており、正常血糖だが血中・尿中ケトン体陽性であることから、正常血糖ケトosisが疑われた。相対的インスリン不足と判断され、SGLT2阻害薬は中止され持効型インスリンが導入された。以後尿中ケトン体は陰性化し、症状は改善された。【結語】SGLT2阻害薬の内服中では脂質代謝が増加し、血中ケトン体が急増しケトosisを来すことがある。持効型インスリンを用いたBOT療法への切り替えが有用である。

## 意識障害と不随意運動で発症し臨床症状が治療指標となったリチウム中毒の一例

○秋光花<sup>1</sup>、竹村優季<sup>1</sup>、天満義人<sup>1</sup>、佐川俊介<sup>1</sup>、釜木信行<sup>1</sup>、田中基樹<sup>1</sup>、西河求<sup>1</sup>、正木龍太郎<sup>1</sup>、藤城泰磨<sup>1</sup>、亀山和也<sup>1</sup>、衛藤弘城<sup>1</sup>、原田和歌子<sup>1</sup>、笹田将吾<sup>2</sup>、世良昭彦<sup>2</sup>

<sup>1</sup>広島市立北部医療センター 安佐市民病院 総合診療科、  
<sup>2</sup>広島市立北部医療センター 安佐市民病院 麻酔・集中治療科

【背景】炭酸リチウムは双極性障害の治療薬として用いられるが、血中濃度の治療域と中毒域が近接する薬剤である。炭酸リチウム内服患者が感染を契機に急性腎障害に至ったことでリチウム中毒を来した一例を経験したので報告する。【症例】69歳女性【主訴】意識障害、不随意運動【既往歴】双極性障害、パーキンソン病【現病歴】X-2日、自宅で意識障害、不随意運動を認めかかりつけ医に搬送されたが、頭部CTで頭蓋内病変なくレボドパ製剤増量で帰宅となった。X日、再び意識障害を来し不随意運動が出現したため、当院に救急搬送された。来院時、JCS300、BP 170/105mmHg、HR 114回/分、BT 38.9℃、RR 19回/分、SpO2 97%（マスク10L/分）、四肢は固縮、振戦あり【検査結果】BUN 43mg/dL、Cre 1.53mg/dL、CRP 9.131mg/dL、WBC 17740/uL、Li 2.6mmol/L、PCT 3.33ng/mL、膿尿・細菌尿、両肺下葉に肺炎像あり【経過】細菌性肺炎や尿路感染を契機に腎機能が低下し、リチウム中毒に至ったと診断した。全身管理目的にICUに入室した。血液透析を行い、X+1日には血中Li濃度は正常化した。意識障害や不随意運動は遷延した。髄液検査では髄膜炎の所見を認めず、髄液中のリチウム濃度は0.55mmol/Lと低値であった。脳液に異常所見はなかった。臨床症状からリチウムの中枢残存を疑い血液透析を継続した。X+2日より症状改善し血液透析を離脱した。感染症治療も奏功し、X+11日、向精神病薬の調整目的に他院精神科へ転院した。【考察】リチウム中毒では、リチウム濃度が中毒域に達していない状態でも中毒症状を呈することがある。血中濃度が1.0mEq/L以下でも意識障害や運動失調を呈した報告からも、血中濃度だけではなく、臨床症状の観察が重要であることが示されている。本症例においてもX-2日の臨床症状はリチウム中毒の存在を示唆していたと考えられる。【結論】リチウム中毒では中枢神経症状や臨床所見の改善を指標に、血液浄化療法の開始や施行期間を検討する必要がある。

## メトトレキサート (MTX) により著明な骨髄抑制を来した症例

○浮健人、伊東完、中島英哉、小嶋智史、押田樹羅、中川俊一郎、福井早矢人、小林大輝

東京医科大学病院 茨城医療センター 卒後臨床研修センター

【背景】メトトレキサート (MTX) により著明な骨髄抑制を来した症例【症例】69歳女性【主訴】下肢脱力、全身の皮疹【病歴】来院3週間前から瞬間的な下肢脱力を自覚しており、同時期から全身紅斑と尿尿も認めていた。ベッド離床時に下肢脱力で転倒したため、救急要請、当院に搬送された。もともと関節リウマチ (RA) があり、MTX 8mgを週1回内服していたが、服薬コンプライアンスは良好であった。【所見】血圧 104/46mmHg、脈拍 75bpm、体温 37.2℃、SpO2 97% (room air)、左頬粘膜に粘膜疹あり、四肢や体幹に三分節以上にまたがる紅斑と膿疱が散在血算：WBC 400/ $\mu$ L (Neut 31.7%、Eos 24.4%、Baso 0.00%、Lymph 41.5%、Mono 2.4%)、Hb 9.9g/dL、Ht 28.8%、PLT 14000/ $\mu$ L、MCV 94.7fL生化学：BUN 54.4mg/dL、Cre 2.9mg/dL eGFR 12.8【経過】汎血球減少を認めており、急性腎障害に伴うMTX中毒と診断、その治療のため入院となった。ロイコボリンレスキュー (ソルメドロール60mg) を開始し、第9日より汎血球の改善が認められたため、第22病日にロイコボリンを中止した。【考察】本症例では、RAの治療としてMTXを安定して長年使用していたが、食事摂取量低下による急性腎障害が生じ、MTXの血中濃度上昇と葉酸補充不足が原因で、汎血球減少及び皮膚・粘膜障害が生じたと考えられる。本症例のようにMTX投与中に汎血球減少症が生じた場合は、速やかにロイコボリンレスキューを実施することが推奨されている。MTXによる骨髄抑制では、ロイコボリンレスキュー後に改善まで2週間程度かかるため、皮膚・粘膜障害を手がかりに早期介入が重要である。【結論】急性腎不全に伴うMTXによる汎血球減少に対し、ロイコボリンレスキューが著効した一例を経験した。

## 誤薬により生じた低血糖脳症の1例

○小田原一哉

一般財団法人 永頼会 松山市民病院 救急科

【背景】今回我々は、糖尿病でない施設入所者が糖尿病薬を誤って服用した結果、長時間低血糖状態が持続した症例を経験した。その臨床的特徴と経過について報告する。【症例】88歳女性【主訴】意識障害【既往歴】認知症、高血圧症、脂質異常症、甲状腺機能低下症、うつ病、一過性脳虚血発作、右中大脳動脈瘤、骨粗鬆症、胸腰椎圧迫骨折など【現病歴】施設スタッフが朝になっても自室から出てこないのを不審に思い、訪室したところ、意識障害をきたしているのを発見した。2日目の夕食後に他の入所者が内服しているグリメピリド 3mg 1錠、エクメットHD 1錠などが誤って投与されていた。誤薬後翌日は異変がなかったが、翌々日の意識障害発症時の血糖値は51mg/dlであった。ブドウ糖の静注を複数回行ったものの、低血糖は改善せず、その間に上半身の痙攣も認められたため、当院へ紹介、救急搬送された。【身体所見】意識レベル JCS III-200、血圧 139/75mmHg、SpO2 90-93% (room air)、体温36.5℃【検査結果】血糖 19mg/dl、インスリン44.70 $\mu$ IU/mL、血中CPR 4.65ng/mL、ACTH 79.0pg/ml (午前7-10時)、コルチゾール45.10 $\mu$ g/dl (午前6-10時)、TSH-IFCC 0.003 $\mu$ IU/mL、Free T4 1.24ng/dl、Free T3 2.43 pg/mL、HbA1c 4.9%【経過】気管挿管・人工呼吸管理を開始し、痙攣と血糖のコントロールを行なったが、入院2日後の頭部MRIではDWIで両側前頭葉白質主体に信号上昇があり、ADCは低下して、FLAIRでも信号上昇があり、低血糖脳症に矛盾しない結果だった。【考察】低血糖の度合い、および持続時間は低血糖脳症を十分きたしうるものと考えられる。服用から発症までの時間差については、高齢者で基礎疾患に認知症があり、初期症状としての交感神経症状の自覚や訴えが困難であったため、中枢神経症状をきたす重症低血糖の状態になるまで表在化しなかったものと思われた。【結論】低血糖脳症は治療が遅れると不可逆的な意識障害や高次機能障害、麻痺などの神経学的後遺症を残し、死に至ることもある緊急症であり、注意する必要がある。

## 滋陰降火湯が誘発した低カリウム血症により腎性尿崩症をきたした一例

○岩田航右<sup>1</sup>、鈴木智晴<sup>2</sup>、那須道隆<sup>2</sup>、五十嵐公一<sup>2</sup>

<sup>1</sup>浦添総合病院 救急集中治療部、<sup>2</sup>浦添総合病院 病院総合内科

【症例】自宅一人暮らしの84歳男性。【主訴】めまい【既往歴】高血圧、脂質異常症、狭心症、胃癌(内視鏡的粘膜下層剝離術後)、難治性逆流性食道炎、慢性副鼻腔炎【現病歴】めまいを主訴に当院救急外来を受診した。血液検査の結果偶発的に見つかった低カリウム(K)血症の原因精査と治療のため入院した。【身体所見】眼球結膜貧血なし。神経学的所見に異常なし。【検査結果】sCre 0.81 mg/dL、Na 145 mEq/L、K 1.9 mEq/L、Cl 94 mEq/L、Mg 1.9 mg/dL、尿中K 17.7 mEq/L、uCre 18.1 mg/dL【経過】入院時点から4000 mL/日超の排尿があり、尿崩症の原因精査も進めた。飲水制限でNaは上昇せず、カリウムの補正のみで尿量が低下したことから低K血症に伴う腎性尿崩症と診断した。尿中K排泄量はスポット尿で97 mEq/gCreであり尿へのK排泄は過剰だった。入院時の薬歴では低K血症をきたす薬剤はなかったが、のちに甘草を含有する滋陰降火湯の内服があったことが判明し、血清アルドステロン値も感度以下だったため甘草による偽性アルドステロン症と診断した。退院時点では尿量は1200 mL/日となり、入院6日目に退院した。退院時の血清Kは3.4 mEq/Lで、その2日後の外來でのK濃度は3.5 mEq/Lで低下しなかった。家族の協力で自宅に漢方薬が複数種類あることが判明し、それらの漢方薬も中止する方針とした。【考察】甘草を含む漢方薬による偽性アルドステロン症が原因で、低K血症性腎性尿崩症をきたし、これによって循環血漿量が低下したためにめまいが生じた可能性がある。【結論】入院時に開示されなかった漢方薬による偽性アルドステロン症を経験した。特に今回のように独居の高齢者のケースでは、自宅に保存してある薬剤がないかの聴取も重要である。

### 急激な転機を辿った2,4-ジクロロフェノキシ酢酸(2,4-D)中毒の一例

○知光祐希、真喜志依里佳、松本一希、塩川絹恵、波平郁実、板垣健介、大里里子、黒田凌、藤原雅和、丸山健伍、立花祐毅、笠芳紀、酒井達也

沖縄県立八重山病院 総合診療科

【症例】70代男性【主訴】意識障害【既往歴】糖尿病、高血圧症、不眠症、腰部脊柱管狭窄症、不安定狭心症【現病歴】受診前日に自宅で家族と口論となり、一人で飲酒をしていた。同日深夜に倉庫へ向かっているのを家族が見かけたため、しばらくして様子を見に行ったところ除草剤のボトルが空になっており、衣服にも除草剤が付着していた。自宅へ戻り経過を見ていたが朝になっても意識が戻らず当院を受診した。【身体所見】体重47.9kg、体温38.4度、脈拍80回/分、血圧88/52 mmHg、SpO<sub>2</sub> 93% 室内気、呼吸数 37回/分、意識GCS(E1V1M1)、眼瞼結膜蒼白なし、眼球結膜黄染なし、瞳孔径1.0/1.0mmで対光反射なし、肺音清・副雑音なし、心音整・雑音なし、腹部は平坦、軟、筋性防御なし、両側下腿浮腫なし。【検査結果】血液一般・生化学所見：腎機能障害の進行、血清CK値上昇を認める。血中エタノール濃度は軽度上昇。尿検査：pH 5.5と酸性尿でトリアージは陰性。頭部・体幹部CT：頭蓋内出血や梗塞、腫瘍を疑う所見を認めない。左肺上葉、下葉に浸潤影を認める。【経過】来院時の問診・検査所見から致死量相当を服用している2,4-D中毒と診断した。初療室で人工呼吸管理下に消化管除染をおこない、速やかに集中治療室での全身管理を開始したが循環動態の維持が困難であり、状態の改善は見られず、当院搬入13時間後に死亡した。【考察】2,4-ジクロロフェノキシ酢酸(2,4-dichlorophenoxyacetic acid: 2,4-D)中毒患者は稀な農薬中毒で、本邦での報告はほとんどない。血管透過性亢進と末梢血管拡張作用による急性循環不全が特徴で、救命のために循環作動薬の他に大量の輸液や腎代替療法などの医療資源が必要となる。本症例では早期に2,4-D中毒であることを認識し治療を開始したが、元々多疾患を合併していた患者の全身状態も影響して救命困難となった可能性がある。【結語】本邦での報告例がほとんどない2,4-D中毒患者を経験した。除草剤の含有成分であり、早期からの全身管理が重要であるため、原因薬物を同定する努力が重要である。

### 多発性骨髄腫を背景とした多発肋骨骨折によるフレイルチェストを呈し非侵襲的陽圧換気で救命し得た一例

○枝元真人<sup>1</sup>、早川学<sup>1</sup>、石井義洋<sup>1</sup>、仲池隆史<sup>2</sup>

<sup>1</sup>県立宮崎病院 総合診療科、<sup>2</sup>県立宮崎病院 血液内科

【背景】多発性骨髄腫による骨病変の頻度は高いがフレイルチェストを呈する例は極めて稀である。2型呼吸不全を伴うフレイルチェストに対し、多発性骨髄腫の診断・治療に至り、非侵襲的陽圧換気(NPPV)で救命し得た症例を経験したので報告する。【症例】73歳女性【主訴】呼吸困難、意識障害【既往歴】腰椎圧迫骨折【現病歴】来院5か月前より腰痛を発症、徐々に疼痛が増悪し胸痛も伴うようになり、1か月前からベッド上生活となった。5日前より呼吸苦があり、来院当日は意識障害を呈し当院救急搬送となった。【身体所見】脈拍数 124/分、血圧 146/96 mmHg、SpO<sub>2</sub> 94% (10L/分酸素投与)。奇異呼吸あり。【検査結果】白血球 9670/uL、Hb 11.7 g/dL、血小板 23.2万/uL、BUN 56.5 mg/dL、Cre 2.47 mg/dL、CRP 8.15 mg/dL、Ca 8.6 mg/dL、TP 6.6 g/dL、Alb 3.4 g/dL、IgG 536 mg/dL、IgA 43 mg/dL、IgM 20 mg/dL。<尿検査> BJP 陽性。<動脈血液ガス>pH 7.287、PaCO<sub>2</sub> 67.3 mmHg、HCO<sub>3</sub> 31.1 mEq/L。<CT>脊椎・胸骨・肩甲骨・肋骨の骨髄は不均一で、椎骨に溶骨性変化あり、胸骨や肋骨に複数の骨折あり。<骨髄>異常形質細胞 34.2%。【経過】多発肋骨・胸骨骨折によるフレイルチェストおよびCO<sub>2</sub>ナルコーシスと診断し、NPPV着用し入院とした。骨髄検査より多発性骨髄腫の診断となった。本人・家族は気管挿管管理を希望されず、第13病日よりBCD療法(ボルテゾミブ、シクロホスファミド、デキサメタゾン)を開始、デノスマブを併用した。第35病日にNPPV離脱、第57病日に室内気での管理が可能となり、第93病日に自宅退院となった。【考察】多発性骨髄腫が原因のフレイルチェストに対して治療介入を要した症例報告は4例のみで、3例は人工呼吸器管理、1例は手術加療が行われていた。非侵襲的な治療介入で救命できた例は、検索しうる限りでは本症例のみであり、NPPVによる長期管理も治療選択肢の一つとして重要であると考えられる。【結語】多発性骨髄腫にフレイルチェストを合併し、化学療法とNPPVの併用で救命し得た一例を経験した。

### 診断に苦慮し多彩な自律神経症状を呈した悪性症候群の一例

○藤田泰功<sup>1</sup>、上田拓司<sup>1</sup>、北川伶<sup>1</sup>、石田育大<sup>1</sup>、大北弘幸<sup>1</sup>、さか本喜雄<sup>2</sup>、中村幸子<sup>1</sup>

<sup>1</sup>兵庫県立加古川医療センター 総合内科、

<sup>2</sup>兵庫県立加古川医療センター 消化器内科

【背景】悪性症候群(NMS)は、抗精神病薬の投薬等により脳内ドパミン作用が低下することで引き起こされ、致死的な経過を辿りうる神経緊急症である。今回、当初は敗血症性ショックと診断したが経過中にNMSの診断に至り、多彩な自律神経症状を伴う教訓的な症例を経験したので報告する。【症例】75歳女性【主訴】発熱、体動困難【既往歴】双極性感情障害、高血圧症、脂質異常症、便秘症【現病歴】近医精神科で双極性感情障害に対してアリピプラゾール6mg/day、炭酸リチウム1T/dayで加療中であった。2週間以上持続する発熱のため、当科外来紹介。全身精査施行するも原因不明であった。初診から約1か月後に、39.7℃の発熱、体動困難を認め救急受診となった。【身体所見】JCS:2、血圧測定不可、脈拍:112 bpm、呼吸回数:35回/min、SpO<sub>2</sub>:測定不可(酸素マスク10L/min)、腸蠕動音減弱、左下腹部に自発痛・圧痛を認めた。【検査結果】<血液検査>WBC 12590/μl、CK 3140 U/L、CRP 0.95 mg/dL、PCT 3.95 ng/ml、UN 79 mg/dL、Cr 4.10 mg/dL<CT>膀胱内の著明な尿貯留および直腸での便秘貯留を認めた。【経過】qSOFA 2点より、敗血症性ショックを疑い大量輸液、ノルアドレナリン、広域抗菌薬を開始したが、血圧不安定、CK高値が持続し、軽度の筋強剛、発汗過多も認めた。CTでの尿閉・宿便所見も併せてNMSを疑い、第3病日より抗精神病薬を中止したところ熱型・症状の改善を認めた。また、第2病日に下血し、下部消化管内視鏡検査にてS状結腸から直腸に多発潰瘍病変を認めたが保存的加療で軽快した。尿閉については薬物療法にて改善を認めた。【考察】アリピプラゾール、炭酸リチウムによりNMSを発症したと考える。抗精神病薬の服用者の発熱ではNMSも鑑別に挙げ難い外路症状の有無を検討することが重要である。また、NMSでは多彩な自律神経症状を機に生じる合併症の管理にも留意する。【結語】抗精神病薬内服中の発熱では悪性症候群を鑑別に入れ、錐体外路症状の有無に着目し、宿便性潰瘍や神経因性膀胱の発症にも留意する必要がある。

### 内臓逆位患者に生じた鈍的副腎外傷の一例

○幅雄一郎<sup>1,2</sup>、橋口尚幸<sup>2</sup>

<sup>1</sup>順天堂大学 総合診療科学講座、<sup>2</sup>同 救急科

副腎損傷は鈍的外傷患者の0.15～2%に生じる比較的に稀な損傷である。症例は43歳男性で、バイク事故後の左腰背部痛とアザを訴え当院を受診した。バイタルサインは安定しており自力歩行も可能であった。造影CTでは胸胸を伴う多発肋骨骨折(左第1,2,5,6肋骨)、左副腎腫大、完全内臓逆位を認め、血管外漏出や他の腹腔内臓器損傷は認めなかった。左副腎は長径3.1cmで副腎周囲の脂肪織度上昇が認められた。副腎腫瘍も疑ったが複数回の血清ホルモン検査で除外され、副腎の腫大は外傷によるものと判断した。鈍的副腎外傷は一般に右副腎を侵しやすい。これは右副腎が椎骨に近接していることと下大静脈圧迫によるドレナージ不良で副腎静脈圧上昇といった解剖学的理由によるとされている。本患者の左側の副腎損傷は内臓逆位に起因すると考える。他の先行報告と同様に、本症例は手術適応はなく、プライマリ・ケア環境での管理に成功した(7日間の入院安静のみ)。副腎外傷は他の部位の損傷を伴っていることが多いため全身の詳細な画像検索が患者の予後を握る。本報告は内臓逆位といったイレギュラーな場面に遭遇してもこの原則は変わらない。

## 餅による中枢気道閉塞に対して外科的気道確保を試みたが有効ではなかった一例

○永田謙太郎、片山智博、馬屋原拓、新井啓之、松浦一義、丸尾英作

神戸掖済会病院 救急科・総合診療科

【症例】51歳、男性。既往歴はうつ病、神経症。某日夕食時餅を2個口に入れた後苦し始め、救急要請となった。救急隊接触時意識レベルJCS:3-300、心電図波形PEAであったためCPRが開始された。当院搬送後CPR継続し、マギール鉗子で口腔内に充満した餅の除去を試みたが難渋した。そこで輪状甲状靭帯を切開しミニトラックを留置、換気を試みたが胸郭挙上に左右差があり、左側の挙上が不十分であった。加えて気道内圧が高く抵抗が強かった。口腔内の餅除去を再開し、喉頭・声門を視認した後気管挿管を施行した。挿管チューブからの換気を行うも換気に改善はみられなかった。昇圧剤投与を行うも心拍再開得られず、死亡確認となった。死亡後AICTにて気管分岐部2cm頭側から左気管支2cmにかけて内腔に高吸収域の構造物が認められ、両側肺野の浸潤影が認められた。【考察】異物気道閉塞の分類にMOCHI分類があり、Type1は声帯を超えず口腔・咽喉頭レベルでの上気道閉塞、Type2は気管入口部から気管分岐部のレベルまでの閉塞、Type3は左右の主気管支以遠での片側気管支や遠位気管支における閉塞とされる。Type1、2は完全閉塞の可能性があり、Type3は部分閉塞のため片肺の換気は保たれている場合が多い。Type1は口腔からの摘出が可能であるのに対し、Type2は声門以遠での閉塞が多く、手動的な摘出は難しいことが多い。本症はType2に該当する。異物気道閉塞の生存率は、Bystanderによる異物除去に大きく寄与する事が前向き研究により報告されている。一方でType2に分類されるような、手動的な除去が難しい完全閉塞症例に対して未だ一貫した方法が確立されていないのが現状である。例えば本症例では、挿管チューブを意図的に深くし異物を一方の気管支に押し込むことで、片肺の換気を確保するという選択肢があったかもしれない。餅を中心とした異物気道閉塞に対して、確立した解決策が今後も提示されることは難しい。しかし、本邦における死亡率は依然として高く、早急な対応策の確立が求められる。

## 術後に生じた副腎不全の1例

○松本修一<sup>1</sup>、貞島博通<sup>3</sup>、渡辺亮<sup>1</sup>、梅本覚司<sup>2</sup>、米満候宏<sup>2</sup>、保坂征司<sup>2</sup>、大久保正一<sup>1</sup>、筋浦立成<sup>1</sup><sup>1</sup>宇和島徳洲会病院 総合診療科、<sup>2</sup>鹿児島徳洲会病院 外科、<sup>3</sup>福岡徳洲会病院 総合診療科

【背景】副腎不全の症状は漠然としているため同疾患を疑い血液検査をしない限りは診断できない。【症例】80歳代、女性【主訴】全身倦怠感【既往歴】高血圧症、脂質異常症、ステロイド投与歴なし【現病歴】当院外来で肺癌と診断され、市外の専門病院にて右肺上葉切除を施行された。術後全身倦怠感、食欲不振が遷延し、低ナトリウム血症(Na126mEq/L)も認めた。症状は改善しないものの地元での療養を希望され早期に退院したが食事がとれず退院に翌日に当院を受診した。【身体所見】血圧131/67mmHg、脈拍74回/分、体温35.9℃、体重46kg、右胸背部に手術痕を認めるほかは明らかな異常なし。【検査結果】血液検査) Na115mEq/L、K4.3mEq/L、CL80.7mEq/L、Osm228mOsm/L(尿検査) Na76.0mmol/L、Osm383mOsm/L【経過】SIADHパターンの低ナトリウム血症であった。SIADHの原因としては手術そのものと痛みに伴うものと考えられた。水制限、術後廃用としてリハビリなど行うも全身倦怠感、食欲不振は持続し、体重減少も進行した。低ナトリウム血症も再発を繰り返した。低ナトリウム血症の鑑別診断をやり直したところACTH19.0pg/mL、コルチゾール4.62μg/mLと副腎不全が疑われ、迅速ACTH試験を行い副腎不全と診断した。ステロイドを投与したところ低ナトリウム血症は改善し再発なく、全身倦怠感も改善した。少量のプレドニゾン内服を継続していたが3年後に内服をいったん中止したところ副腎クレーゼを発症したためステロイドは中止せず経過観察中である。【考察】肺がん術後に生じた副腎不全であった。術後副腎不全となる要因としては副腎への転移や術後出血、下垂体卒中、不顕性の副腎皮質機能低下症、ステロイドの過去の使用などが関係しているという報告があるが本例でははっきりしなかった。【結語】副腎不全の症状は漠然としているため、術後に倦怠感が遷延する場合、低ナトリウム血症が出現する場合などは副腎不全を疑い精査を行う必要がある。

## ふらつきを主訴に来院し右小脳梗塞の診断で入院となるも、後日左腸腰筋脱分化型肉腫の診断に至った一例

○宮川峻<sup>1,2</sup>、鈴木智晴<sup>2</sup>、屋島福太郎<sup>2</sup>、三澤マリチャード<sup>2</sup>、那須道高<sup>2</sup><sup>1</sup>名瀬徳洲会病院 内科、<sup>2</sup>浦添総合病院 病院総合内科

【症例】89歳、男性。【主訴】ふらつき。【既往歴】高血圧。【現病歴】来院2週間程前から歩行時にふらつきを認めるようになり来院。【身体所見】意識清明、バイタルサインに異常なし、心音呼吸音に異常なし、神経所見 視野異常なし、MMT上肢下肢5/5、十二脳神経所見に異常なし、Barre徴候 陰性、指鼻試験 陰性、回内回外試験 陰性、Romberg徴候陰性、つぎ足歩行 なんとか可能。【検査所見】血算、凝固能に特記すべき異常所見を認めず、生化学検査での肝機能、腎機能、電解質異常を認めない。頭部MRIで右小脳にDWI高信号、ADC等信号、T2高信号、FLAIR高信号の病変を認めた。【入院後経過】診察上の脳神経学的な有意所見は得られなかったものの、頭部MRI検査で亜急性期病変を疑う右小脳梗塞を認めており、右小脳梗塞として同日入院。入院5日目のリハビリテーション時に左下肢を引きずるような歩行をしており、入院6日目に骨盤部造影CT検査および入院7日目に骨盤部造影MRI検査を施行し、左腸腰筋に造影効果のある腫瘍を認めた。追加精査目的に他院へ紹介方針としてCTガイド下針生検にて脱分化型脂肪肉腫の診断となった。年齢などを考慮し切除困難と判断され、陽子線治療センターで陽子線照射療法を施行する方針とした。陽子線治療後、約2年間にわたり自力歩行可能な状態を維持したが、筋力低下に伴い車椅子生活となった。【考察】悪性軟部腫瘍が年間10万人当たり3.1人の発症率とされ、そのうち脱分化型脂肪肉腫は1-2%と比較的稀な疾患である。本症例には3点の特徴があった。脂肪肉腫は40から60歳の発症が多いが本症例は90歳に近い超高齢発症である点、陽子線療法後ではあるものの無増悪生存率は低いとされる脱分化型脂肪肉腫でも約2年にわたり自力歩行を維持できた点、当初は別の疾患として入院となるも他職種を含めた症状経過の評価から診断に至った点である。【結語】ふらつきを主訴に来院された高齢男性。右小脳梗塞の診断で入院加療としたが、入院後の歩行様式から左腸腰筋腫瘍の診断に至り、脱分化型脂肪肉腫の診断に至った一例を経験した。

## 両側下腿浮腫を主訴に受診した右副腎腺腫によるACTH非依存性Cushing症候群

○増田博<sup>1</sup>、鈴木森香<sup>2</sup>、上野孝之<sup>3</sup>、中川孝<sup>2</sup>、今村淳治<sup>2,4</sup><sup>1</sup>国立病院機構 仙台医療センター 臨床研修部、<sup>2</sup>国立病院機構 仙台医療センター 総合診療科、<sup>3</sup>国立病院機構 仙台医療センター 内分泌代謝内科、<sup>4</sup>国立病院機構 仙台医療センター 感染症内科

【背景】Cushing症候群は、慢性的なグルココルチコイド過剰状態により、特徴的な身体所見、高血圧や脂質代謝異常、浮腫、易感染性等の非特異的な症候を呈する全身疾患である。我々は、下腿浮腫を契機に受診した、右副腎腺腫によるACTH非依存性Cushing症候群を経験したため報告する。【症例】53歳、女性【主訴】両側下腿浮腫【既往歴】50歳；左被殻出血、高血圧症、脂質異常症【現病歴】3年前から両側の下腿浮腫を自覚し、創傷治癒に時間がかかるようになった。1年前からは下肢の色調変化も伴うようになったため、精査目的に受診した。【身体所見】身長；160 cm、体重；60 kg、体温；36.2℃、血圧；110/102 mmHg、脈拍；70回/分。満月様顔貌と中心性肥満あり。野牛肩なし。甲状腺は触知せず。頸動脈拡張なし。心雑音やラ音なし。両側下腿に紅斑と色素沈着を伴う左右対称性の圧痕性浮腫あり。【検査結果】血液検査では炎症反応の上昇なく、電解質や血糖値の異常なし。CT検査で右副腎に23 mmの低吸収値 (CT値: 35 HU) の腫瘍影あり。ホルモン検査では、血中ACTH<1.5 pg/ml (正常値: 7.2~63.3 pg/ml) と抑制されており、血中コルチゾール値17.0 μg/dl (正常値: 2.9~19.4 μg/dl) は正常、尿中遊離コルチゾール214.2 μg/day (正常値: 11.2~80.3 μg) と高値であった。日内変動は消失し、デキサメタゾン1mg抑制試験でも翌朝血中コルチゾール14.8 μg/dl (≥5 μg/dl) と抑制を認めなかった。【経過】右副腎腫瘍によるACTH非依存性Cushing症候群と診断し、腹腔鏡下右副腎摘出術を施行した。両側下腿浮腫は改善し、術後より開始したヒドロコルチゾンを外来で漸減している。【考察】本症例では、初診時に顔貌や体形を有意所見と捉えられず、副腎腫瘍を偶発的に発見したことで、Cushing症候群を想起し診断と治療に至った。慢性的な下腿浮腫や創傷治癒遅延、さらに高血圧や脳出血も高コルチゾール血症が影響していたと考察する。【結語】Cushing症候群により浮腫をきたす場合があるため、特徴的症候を念頭に丁寧な診察を行う必要がある。

姉の尿検査異常を契機に診断されたシスチン尿症の姉妹例

○村山佳那恵<sup>1</sup>、岩中悠真<sup>2</sup>、渡邊修一郎<sup>3</sup>、阿部祥英<sup>4</sup>

<sup>1</sup>昭和大学 医学部 医学科 6年生、<sup>2</sup>昭和大学 医学部 小児科学講座、<sup>3</sup>渡辺こどもクリニック、<sup>4</sup>昭和大学江東豊洲病院 こどもセンター

【はじめに】シスチン尿症は SLC3A1 (rBAT) や SLC7A9 (BAT1) の遺伝的異常により尿細管でのシスチン再吸収が障害され、尿路内にシスチン結石が形成される疾患である。多くは、血尿、腹痛、腰背部痛で発症するが、まれに無症状のまま偶然に発見されることがある。今回、尿路結石に関連する症状なく、溶連菌感染症に罹患した後の尿検査を契機に診断された姉妹例を経験したので報告する。

【症例呈示】[症例1 (姉)] 9歳の女児である。母方の祖父、叔父、叔母に尿路結石がある。溶連菌感染症に罹患後、前医で施行された尿検査でシスチン結晶が認められ、当院を紹介された。低身長 (-2.2 SD) 以外に身体所見や血液検査所見に異常はなかった。尿中アミノ酸分析でシスチン濃度は3868.9 (>1300) μmol/g・Crで、腹部単純CT検査で両側に腎結石を認めた。[症例2 (妹)] 6歳の女児である。姉がシスチン尿症と診断され、尿検査のために受診した。身体所見や血液検査所見に異常はなかった。尿沈渣中にシスチン結晶を認め、尿中アミノ酸分析でシスチン濃度は2087.6 μmol/g・Crであった。腎臓超音波検査で結石はなかった。姉妹ともにシスチン尿症の診断でチオプロニンとクエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム水和物の内服療法が開始された。母方祖父、叔父、叔母に尿路結石の家族歴があるが、尿中アミノ酸濃度分析で母のシスチン結石は否定された。なお、保護者の同意が得られておらず、遺伝子検査は未施行である。

【考察】本姉妹例に関して、妹は姉を発端者としたスクリーニングで発見され、姉は偶然に発見されたと言える。シスチン尿症は遺伝性疾患であり、偶然に発見される頻度は約2%しかない。しかし、尿路結石の早期発見は高血圧や腎不全のリスク軽減につながり、小児期に発症する症例も存在することから、泌尿器科医のみならず、小児科医や総合診療医も同様の視点で診療する必要がある。

【結語】シスチン尿症は遺伝性疾患であり、無症状であっても同胞のスクリーニング検査は早期発見に有用である。

母子分離後に解熱した心因性発熱の一女子例

○金澤建<sup>1</sup>、山下恒聖<sup>2</sup>、大川恵<sup>2</sup>、副島賢和<sup>3</sup>、傍田彩也子<sup>3</sup>、松橋一彦<sup>1</sup>、阿部祥英<sup>1</sup>、森雅亮<sup>4</sup>

<sup>1</sup>昭和大学 江東豊洲病院 こどもセンター、<sup>2</sup>昭和大学 医学部 小児科学講座、<sup>3</sup>昭和大学大学院 保健医療学研究科、<sup>4</sup>聖マリアンナ医科大学 リウマチ・膠原病・アレルギー内科

【背景】小児期の発熱の原因の多くはウイルスや細菌による感染症に伴うものである。感染、腫瘍、自己免疫疾患のほか、薬剤、心理的社会的ストレスも発熱の原因になることがあり、不明熱ではそれらの鑑別を行う。今回、多職種連携によって、母子間の関係が影響した心因性発熱と診断し、母子分離後に解熱した症例を経験したため、報告する。

【症例】14歳の女子【主訴】発熱【生活歴】父の家庭内暴力の疑いがあり、児童相談所が介入し、幼児期から児童福祉施設で過ごしていた。数年前から家庭に戻り、母と同胞と3人暮らしをしている。【経過】間欠熱を呈し、解熱しないために発熱18日目入院した。経過中に複数回にわたり血液検査を施行したが、発熱時、解熱時にかかわらず、白血球数、CRP、赤沈、D-dimer、血清アミロイド蛋白、フェリチン、sIL-2、抗核抗体は異常を認めなかった。血液培養は陰性で、EBV、CMV、マイコプラズマ抗体価は感染パターンを示さなかった。解熱剤の効果はなく、熱源精査のために追加した画像検査や骨髄検査でも異常所見を認めなかった。発熱は持続したが、重症感はなく、発熱46日目に退院した。COVID-19流行期であり、発熱に敏感な社会情勢であったが、ソーシャルワーカー、児童相談所、兄の通う中学校教諭とカンファレンスで情報共有を行い、登校をできるように理解、支援を求めた。患児との面接を繰り返す中で、母子関係が兄のストレス源になっていると判断されたので、児童相談所と連携し、母子の了承のうえ兄を養護施設に一時保護した。施設入所3日目(約6カ月後)に解熱し、以降は明らかな発熱はなく、兄の不明熱は心因性発熱と最終診断した。【考察】心因性発熱は不明熱の鑑別疾患であり、不適切な親子関係はその原因になりうることを認識する必要がある。また、多職種が連携することがストレスの特定や除去のために重要であった。【結語】不適切な親子関係は心因性発熱の原因になりうる。

胎生期に羊水過多を認めた Apert 症候群の一女子例

○伊東ななみ<sup>1</sup>、高見堂正太郎<sup>2</sup>、東みなみ<sup>3</sup>、吉田百合香<sup>4</sup>、木村太朗<sup>4</sup>、及川洗輔<sup>4</sup>、村川哲郎<sup>4</sup>、城所励太<sup>4</sup>、中野有也<sup>4</sup>、阿部祥英<sup>4</sup>

<sup>1</sup>昭和大学 医学部 医学科 5年生、<sup>2</sup>医療法人産育会堀病院、<sup>3</sup>昭和大学医学部小児科学講座、<sup>4</sup>昭和大学江東豊洲病院こどもセンター

【はじめに】羊水過多は胎児および母体の合併症と関連し、原因は多岐にわたる。Apert症候群は8-16万人出生のうち1人に発生し、10番染色体上の(1)FGFR2(1)遺伝子の異常が関与する。主症状は、頭蓋縫合早期癒合症、合指/趾症、頭蓋顔面異骨症であるが、出生前診断が困難な例もある。今回、胎生期に羊水過多を認め、出生後にApert症候群が判明した児を経験したので報告する。【症例提示】日齢0の女児である。母体は42歳、2妊1産。前医の超音波検査で胎児の異常は指摘されていなかった。妊娠31週で妊娠糖尿病を認め、前医から紹介された。妊娠35週で中等度の羊水過多(羊水指数31.74 cm>25 cm)を認め、妊娠糖尿病の影響だと考えられた。児は胎39週で吸引分娩にて出生し、体重3127 g (+0.35 SD)、身長50 cm (+0.56 SD)、頭囲32 cm (-0.93 SD)、Apgarスコア4/9点(1分値/5分値)であった。出生時、大泉門開大、前額部突出、眼球突出、口蓋裂、両側合指/趾症を認め、Apert症候群と診断された。また、気道狭窄はなかったが、哺乳には口唇口蓋裂児用乳首を要した。【考察】羊水量は妊娠32週頃まで増加(羊水指数20 cm程度)し、その後徐々に減少する。妊娠28週以降における羊水指数30 cm以上の羊水過多は、胎児因子がその主たる要因である。Apert症候群の胎児が惹起する羊水過多は、妊娠32週以降に生じ、中枢神経異常に伴う嚥下障害に起因することが多い。加えて、中枢神経異常がなく、上気道狭窄による嚥下量の減少が原因になった症例や、上気道狭窄がなく、上顎骨の低形成が関与した症例もある。本症例においては、母体の糖尿病と児の上顎骨低形成による嚥下障害が羊水過多に関与した可能性があると考えられた。また、本症例は出生前にApert症候群が判明せず、母体に妊娠糖尿病が生じたことがPitfallになった可能性がある。【結語】妊娠32週以降に存在する羊水過多は、鑑別診断として胎児のApert症候群の可能性を念頭に置く必要がある。

屈折異常の早期発見にスポット™ ビジョンスクリーナーが有用だった一幼児例

○須郷加奈子<sup>1</sup>、阿部祥英<sup>2</sup>、川嶋南子<sup>3</sup>、糸日谷昭子<sup>3</sup>、平野彩<sup>4</sup>、小菅正太郎<sup>4</sup>

<sup>1</sup>昭和大学 江東豊洲病院、<sup>2</sup>昭和大学 江東豊洲病院 こどもセンター、<sup>3</sup>昭和大学 江東豊洲病院 医療技術室、<sup>4</sup>昭和大学 江東豊洲病院 眼科

【背景】視機能は3歳頃から急速に発達し、6~8歳頃に完成する。この過程で何らかの障壁があると視力の成長が止まり、眼鏡でも矯正されない弱視のリスクが高まる。今回弱視のリスクの発見にスポット™ ビジョンスクリーナー(SVS)が有用だった女児を経験したので報告する。【症例】3歳の女児【主訴】検尿異常【既往歴】特記事項なし【現病歴】20xx年2月、3歳児健診で尿潜血を指摘されて来院した。5月、診察時に目を細める様子が頻回に見られ、SVSで屈折異常を検索した。【身体所見】身長: 89.1 cm (-1.1 SD)、体重: 10.7 kg (-1.6 SD)、咽頭発赤: なし、呼吸音: 清、心雑音: なし、下腿: 浮腫なし【検査結果】尿所見: 尿蛋白(+), 糖(-), 潜血(-)、白血球反応(-)。SVS所見: 等価球面度数 右 -6.25ジオプトリー(D)、左 -4.00 D。【経過】尿所見で病的異常はなかった。SVS検査により近視性乱視と不同視が判明し、眼科受診後眼鏡による矯正治療が開始された。治療開始から7ヵ月後の眼鏡矯正によるSVS検査で等価球面度数は右 -3.25 D、左 -2.25 Dと改善傾向であった。【考察】本児が目をもめたのはピンホール効果で視力を代償するためだった可能性がある。弱視の原因は両眼の屈折異常や不同視によるものが全体の70%を占め、中でも遠視が最多である。近視は弱視の原因にならないが、本児は不同視のほか、頻度の少ない近視性乱視を認め、弱視・斜視のリスクが高かった。弱視のリスクは3歳児健診を終えるまでに早期発見されることが望ましい。SVSは点眼薬を使用せず短時間で非侵襲的にスクリーニングでき、易操作性に優れた機器であり、健診において従来の主観的検査に追加して行うことで不同視や屈折異常の検出率向上に寄与する。【結語】視覚の感受性は小児科医が関わる機会が多く、小児の弱視・斜視リスクの早期発見・早期介入のため、眼科医のみならず小児科医も小児の眼疾患に留意する必要がある。



## 子供の眼が危ない！小学生の疫学調査は近視の増加、低年齢化、重症化を明らかにした

○野末富男

のぞえ小児科

【背景】近視の疫学調査は不足している。近視は世界中で急増しており我が国では失明原因第4位である。屋外活動は近視の進行を抑制する<sup>1</sup>。近年治療でレッドライト療法が注目されている<sup>2</sup>。屈折率の5年間の変化は8歳が最大で、女子の方が男子より早く、重い近視となる<sup>3</sup>。低年齢で発症するほど重症化する。小学校1年～3年までが環境の影響を特に受けやすい<sup>4</sup>。しかし近視の疫学調査がほとんどないのが現状である。スポットビジョンスクリーナー (SVS) は誰でも簡単に数秒で遠視、近視、乱視、不同視がわかる素晴らしい機械で、主に開業小児科に普及しており多くの弱視がみつまっているが、近視の疫学調査にも用いられている。【対象と方法】外来を受診してくる小学生を親の同意を得て無償でSVSで検査し、近視の有無、重症度を調べた。また2018年ある小学校で全生徒に屈折検査をしたのでその結果と比較した。【結果】近視の頻度は過去5年で増加し、低年齢化、重症化している。このままでは強度近視や失明が増える。危機的状況である。【結論】台湾のように小学校の屋外活動を毎日2時間以上続けるよう行政に強く働きかけることが急務である<sup>5</sup>。1.Ophthalmology 2020;127:1462-1469.2.Ophthalmology 2022;129(5):509-519.3.https://www.nature.com/articles/s41598-022-06898-x.4.JAMA Ophthalmol. 2023;141(4):333-340.

## 入院時のレンボレキサントの内服は院内転倒と関連しない—多施設後ろ向き研究

○平田理紗<sup>1</sup>、香月尚子<sup>1</sup>、徳島緑<sup>1</sup>、島田ひとみ<sup>2</sup>、中谷英仁<sup>3</sup>、齋藤千紘<sup>4</sup>、甘利香織<sup>5</sup>、黒木和哉<sup>6</sup>、織田良正<sup>7</sup>、大野每子<sup>8</sup>、鏞野紀好<sup>9</sup>、吉村麻里子<sup>10</sup>、中村仁彦<sup>1</sup>、山下駿<sup>1</sup>、徳島圭宜<sup>1</sup>、平川優香<sup>1</sup>、相原秀俊<sup>1</sup>、藤原元嗣<sup>1</sup>、多胡雅毅<sup>1</sup>

<sup>1</sup>佐賀大学医学部附属病院 総合診療部、<sup>2</sup>医療法人 長生会 島田病院、<sup>3</sup>静岡社会健康医学大学院大学 社会健康医学研究科、<sup>4</sup>地方独立行政法人静岡県立病院機構 静岡県立総合病院 看護部、<sup>5</sup>地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館 救急科、<sup>6</sup>NHO 嬉野医療センター 総合診療科、<sup>7</sup>社会医療法人 祐愛会 織田病院 総合診療科、<sup>8</sup>唐津市民病院きたはた、<sup>9</sup>千葉大学医学部附属病院 総合診療科、<sup>10</sup>佐賀大学医学部附属病院 医療安全管理室

【目的】我々の2012～2015年のデータを用いた先行研究では、入院時のBZ系と非BZ系の眠剤の内服が院内転倒と有意な関連を示した。しかし、それ以降のデータを用いた検証では、眠剤と院内転倒は有意な関連を認めなかった。その原因として新規眠剤 (ラメルテオン、スボレキサント、レンボレキサント) の使用が挙げられる。新規眠剤は転倒との関連が乏しいことが示されているが、レンボレキサントについては単施設研究で検証されているのみである。本研究では入院時のレンボレキサントの内服と院内転倒の関連を多施設のデータで検証する。

【方法】2018年4月～2021年3月に対象8病院に入院した成人患者を組み合わせ、カルテから入院日の眠剤の薬剤名、患者の背景情報、入院中の転倒の有無を後ろ向きに収集した。入院中の初回の転倒をアウトカムとして、共線性の低い因子を全て選択し2項ロジスティック回帰分析を行った。【結果】150278例が対象となり、うち3458例が転倒した。全体の年齢中央値は70歳、男性が53.1%であった。32項目を用いた多変量解析では、BZ系、非BZ系は院内転倒と有意に関連したものの、ラメルテオン、スボレキサント、レンボレキサントは有意な関連を示さなかった。

【考察】多施設のデータを用いた検証でも、入院時のレンボレキサントの使用は院内転倒と有意な関連を示さなかった。レンボレキサントは転倒の原因となりうるせん妄を予防する効果があるとされ、その結果、転倒との関連が乏しい可能性がある。

【結論】入院時のレンボレキサントの内服は院内転倒との関連が乏しい可能性が示唆された。

## 寝たきり度を用いた院内転倒予測モデルの認知度別の集団での検討

○島田ひとみ<sup>1,2</sup>、平田理紗<sup>1</sup>、香月尚子<sup>1</sup>、徳島緑<sup>1</sup>、中谷英仁<sup>3</sup>、齋藤千紘<sup>4</sup>、甘利香織<sup>5</sup>、黒木和哉<sup>6</sup>、織田良正<sup>7</sup>、大野每子<sup>8</sup>、鏞野紀好<sup>9</sup>、吉村麻里子<sup>10</sup>、中村仁彦<sup>1</sup>、山下駿<sup>1</sup>、徳島圭宜<sup>1</sup>、平川優香<sup>1</sup>、相原秀俊<sup>1</sup>、藤原元嗣<sup>1</sup>、多胡雅毅<sup>1</sup>

<sup>1</sup>佐賀大学医学部附属病院 総合診療部、<sup>2</sup>医療法人 長生会 島田病院、<sup>3</sup>静岡社会健康医学大学院大学 社会健康医学研究科、<sup>4</sup>地方独立行政法人 静岡県立病院機構 静岡県立総合病院 看護部、<sup>5</sup>地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 救急科、<sup>6</sup>NHO 嬉野医療センター 総合診療科、<sup>7</sup>社会医療法人 祐愛会 織田病院 総合診療科、<sup>8</sup>唐津市民病院 きたはた、<sup>9</sup>千葉大学医学部附属病院 総合診療科、<sup>10</sup>佐賀大学医学部附属病院 医療安全管理室

【目的】先行研究において、我々の寝たきり度を用いた転倒予測モデル (Saga Fall Risk Model 2: SFRM2) は、認知度正常の集団においてAUCが高いことが判明した。しかし、正常以外の集団では複数回の検証でAUCの値が一定しなかった。本研究では、認知度別のSFRM2のAUCについて再度検証を行う。【方法】2018年4月から2021年3月に対象8病院の内科に入院した20歳以上の患者を組み入れ、SFRM2の8項目 (年齢、性別、緊急入院、診療科、眠剤の使用、転倒の既往、食事摂取の自立、寝たきり度)、認知度、入院中の院内転倒の有無のデータを収集した。入院中の初回の院内転倒をアウトカムとして、SFRM2の予測スコアとAUCを算出した。【結果】内科に入院した20歳以上で認知度とモデルの項目データに欠損がない7,987例を対象とした。全集団の年齢の中央値は81歳、男性が49.1%、在院日数の中央値は12日、転倒転落は406例 (転倒率 5.1%)、AUCは0.724 (0.698-0.750) であった。認知度別のSFRM2のAUCは、正常 0.665 (0.614-0.717)、I 0.594 (0.516-0.672)、II 0.746 (0.684-0.807)、III 0.686 (0.635-0.738)、IV 0.761 (0.665-0.856)、M 0.765 (0.579-0.952) であった。【考察】本研究の結果は先行研究と異なり、認知度が正常の集団のAUCは低く、逆に認知度IIからIVの集団ではAUCが高かった。【結論】我々が開発した寝たきり度を用いたSFRM2は、認知度がIIからIVの集団での使用に適している可能性がある。先行研究と異なる結果であったため、その要因を検討するために今後更なる比較と検証が必要である。

## 一般名処方が小児患者の外来処方せんに対する疑義照会に与える影響

○米澤夏里<sup>1</sup>、江島麗<sup>1</sup>、磯崎遥<sup>1</sup>、阿部祥英<sup>2</sup>、田中克巳<sup>1</sup>

<sup>1</sup>昭和大学薬学部病院薬剤学講座、<sup>2</sup>昭和大学江東豊洲病院こどもセンター

【目的】疑義照会は処方に関連する医療過誤を未然に防ぐ有用な手段であるが小児への処方に対する疑義照会の調査はほとんどない。我々の先行研究では「用量確認」、「薬品変更」、「処方ミス確認」が疑義照会の過半数を占めることが判明した。今回、当院で2019年度から導入された一般名処方が小児への処方に対する疑義照会に与えた影響について調査したので報告する。【方法】2019年4月から2021年3月の2年間に昭和大学江東豊洲病院 (以下、当院) で診療された小児への院外処方せんに対し、保険薬局から疑義照会されたもの全407件である。それらをそれらを先行研究と同様に「用量確認」、「用法確認」、「剤形確認」、「処方日数確認」、「処方ミスの確認」、「期限延長」、「残薬調整」、「薬品変更」、「重複確認」、「その他」の10項目分類して集計した。一般名処方による影響は先行研究で対象にした2017年4月から2019年3月まで同じ2年間の疑義照会594件と比較して検討した。【結果】計407件のうち、「用量確認」の104件 (29.5%) が最多であり、次いで「期限延長」が56件 (15.9%)、「薬品変更」が47件 (13.4%)、「用法確認」43件 (12.2%)、「処方ミスの確認」が42件 (11.9%) であった。一般名処方導入前後の各分類の割合において「用量確認」が最も多い点は同一であった。しかし、先行研究で2番目に多かった「薬品変更」(110件, 18.5%) は一般名処方導入後の2年間でその半数以下であった。「薬品変更」の内訳に含まれる銘柄変更は一般名処方導入前後で66件から0件に減少した。【考察】先行研究では「用量確認」、「薬品変更」、「処方ミスの確認」の順で、2番目に多かった「薬品変更」の順位が3番目に低下した。一般名処方導入前後で「薬品変更」の疑義照会が減少したことから、一般名処方導入がそれに寄与し、薬剤師の業務改善にも寄与することが示唆される。【結論】「一般名処方」導入は小児への処方に対する疑義照会に良い影響を与え、疑義照会の減少や業務改善に寄与した可能性がある。

## 演題取り下げ

## 日本病院総合診療医学会における女性の比率と学会発表

○塩田星児、宇都宮理恵、後藤亮、平林礼奈、堀之内登、土井恵里、吉村亮彦、山本恭子、吉岩あおい、宮崎英士

大分大学 医学部 総合診療・総合内科学講座

【目的】各学会において、女性の発表者の割合が増加していると報告されている。本研究では、日本病院総合診療医学会(以下病院総合)の理事、評議員、学会発表における女性の比率を明らかにする。

【方法】病院総合の医師の学会員数、女性医師数は学会に確認し、理事(監事を除く)、評議員はHPで確認した。対照として日本プライマリ・ケア連合学会(以下PC学会)の学会員数、理事についても情報を得た。また、第16回(2018年)、第25回(2022年)、第26回(2023年)の病院総合の一般演題(口演・ポスター)の第一発表者ならびに最終発表者の性別の判定を行った。第14回(2023年)PC学会の一般演題(口演・ポスター)についても判定した。医師以外が第一発表者のものは除外した。

【結果】医師の学会員数は病院総合が2,262名(女性322名[14.2%])、PC学会は10,132名(女性1,942名[19.1%])であった( $p<0.001$ )。病院総合では理事21名すべてが男性、PC学会では20.5%(8/39)が女性であった。病院総合の評議員のうち13.6%(23/169)が女性であった。第一発表者の女性の割合は、2022-2023年の病院総合で17.9%(53/295)であり2023年PC学会28.4%(96/337)よりも有意に低かった( $p=0.002$ )。最終発表者においても同様に低かった(病院総合6.0% vs PC学会18.8%、 $p<0.001$ )。2018年と2022-2023年の比較では第一発表者、最終発表者とも女性の割合に差を認めなかった。

【考察】本学会の学術大会においては、男性が主導的な役割を果たしていることが判明した。これには学会自体の女性医師会員の割合が少ないことも影響していると考えられる。女性会員を増やすには入院診療における女性医師の働き方へのサポートが必要かもしれない。また、最終発表者における女性割合が低く、このことは施設における女性の管理職の少なさを反映していると思われる。

【結論】日本病院総合診療医学会においては、女性の参画はまだ発展途上である。多様性と包括性の点から、病院総合においても女性発表者、女性研究者、女性理事が増えていくことが望ましく、増やす方路が必要である。

## 日本の病院総合医は何を重要視しているか? : 非病院総合医との比較研究

○宮上泰樹<sup>1</sup>、志水太郎<sup>2</sup>、小杉俊介<sup>3</sup>、官澤洋平<sup>4</sup>、長崎一哉<sup>5</sup>、長野広之<sup>6</sup>、山田徹<sup>7</sup>、藤林和俊<sup>1</sup>、Dishpande Gautam<sup>1</sup>、田妻進<sup>8</sup>

<sup>1</sup>順天堂大学 医学部 総合診療科、

<sup>2</sup>獨協医科大学 総合診療医学科・総合診療科、<sup>3</sup>飯塚病院 総合診療科、

<sup>4</sup>明石医療センター 総合内科、<sup>5</sup>水戸協同病院 総合診療科、

<sup>6</sup>京都大学 大学院医学研究科、<sup>7</sup>東京医科歯科大学 総合診療科、

<sup>8</sup>JR 広島病院 院長

【目的】本邦では、近年病院で勤務する総合診療医(病院総合医)が増加傾向にある。しかし、本邦の病院総合医の診療上の役割や重要視している項目は明確化されていない。そこで我々は、病院総合医は、診療所で勤務する総合診療医(非病院総合医)と比較して何を重要視しているかを明らかにすることを目的とした。【方法】本研究は、2020/1/28-3/28の期間で、日本の総合診療医が多く所属している本学会と日本プライマリ・ケア連合学会のメンバーリストの医師会員を対象に、病院総合医と非病院総合医の実態を調査した観察研究である。我々は、本邦で病院総合医として勤務している医師を中心として、米国hospitalistの基準や、本医学会の病院総合医としての役割を参考に、26項目の質問紙を開発した。参加者には26項目のうち、重要視している項目の上位1位から3位まで選択させた。ボルダカウントに基づき1位は3点、2位は2点、3位は1点とし、全体の合計点で割り頻度を調査した。【結果】対象者は971名であった。14.8%が女性で、平均年齢は46歳だった。病院総合医は733名、回答率は26.1%だった。両群共、エビデンスに基づく医療を最要視していた(病院総合医:12.8%、非病院総合医13.7%)。病院勤務医は、診断学を2位(11.7%、非病院総合医は4位:7.8%)、入院患者管理を3位(11.3%、非病院総合医は2位:11.3%)、患者安全を4位(6.9%、非病院総合医は10位:4.5%)だった。【考察】本研究は、本邦の病院総合医が重要視する役割を調査し、非病院総合医と比較した初めての研究である。病院総合医が重要視している項目の多くは、実際に本邦の病院総合医が学会の内外で主に取り組んでいる項目であった。特に、診断学と患者安全に関しては、病院総合医の強みになる可能性が高い分野である。【結論】本研究では現時点で明確化されていない病院総合医と非病院総合医の役割の差を示せた。本研究が病院総合診療を志す医師や研修医の道標となり、将来の総合診療の発展に寄与することを期待する。

## ABC (Age, Bystander, Cardiogram) スコアによる病院到着前に自己心拍が再開しない患者の予後予測

○上原和幸<sup>1</sup>、田上隆<sup>2</sup>、兵働英也<sup>1</sup>、高木元<sup>1</sup>、小原俊彦<sup>1</sup>、安武正弘<sup>1</sup>

<sup>1</sup>日本医科大学 総合医療・健康科学分野、

<sup>2</sup>日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急センター

目的：病院到着前に自己心拍再開が得られない心停止では、蘇生中止の決断やECMOを導入する判断が求められる。そのためには神経学的予後を予測する必要があるが、心停止発生現場で予測する方法はなかった。そこで簡便な予後予測スコアの導出と検証を行った。方法：スコアの導出にはSOS-KANTO 2012、検証には2005～2019年の全日本ウツタイン登録を用いた。対象は、病院到着前に自己心拍再開が得られなかった内因性心停止患者にした。良好な神経学的状態は、脳機能カテゴリー1および2と定義した。スコアを導出するため、予後予測因子である年齢、no-flow time(心停止から胸骨圧迫開始までの時間)、初期波形、心停止発生場所でロジスティック回帰分析を行った。スコアの予測精度は、ROC曲線下面積で検証した。蘇生ガイドライン改定の影響を評価するため、2005年、2010年、2015年の改定毎の解析も行った。結果：解析対象は導出群8,451人、検証群886,740人だった。導出群において、年齢70歳以下(オッズ比[OR]:3.97)、no-flow time 5分以内(OR 4.26)、初期波形が電気ショック適応(OR 7.03)の3因子が独立予後因子と判明した。各項目に1点ずつ割り振り、合計0～3点のABCスコア(Age, Bystander, Cardiogram)を導出した。ROC曲線下面積は導出群で0.857、検証群で0.812だった。検証群における各ガイドライン期間の面積は、0.798、0.822、0.828だった。考察：病院到着前に自己心拍再開が得られない患者の神経学的予後予測に、ABCスコアは十分な性能を有していた。またガイドラインが改定されても、予測精度は保たれていた。結論：簡便かつ短時間で算出可能なABCスコアは、ECMOを用いた心肺蘇生を行う判断・蘇生中止の判断に役立つ可能性がある。

## 被爆高齢者とケアの断片化に繋がる複数科受診の関連：単施設後ろ向きコホート研究

○吉田秀平、宮森大輔、菊地由花、重信友宇也、池田晃大朗、伊藤公訓

広島大学病院 総合内科・総合診療科

【目的】1945年に広島に原子爆弾が投下されてから80年近くが経過し、被爆者の高齢化が進んでいる。一般に、高齢化に伴い多疾患併存状態となり、ケアの断片化が問題となる。被爆は、疾患の発症リスクが高いものも存在し、より多数の専門科を受診することによりケアの断片化が起こりうる。そこで、被爆した高齢者のケアの断片化を測る為に、受診科の数を検証し、非被爆者と比較してケアの断片化のリスクがどうかを検証する。【方法】広島大学病院の外来を2013年から2022年の10年間に1回以上受診した65歳以上の全患者を対象とした。電子カルテシステムから受診科、受診日を抽出し、各年で受診した診療科数を被説明変数とした。被爆者認定の有無で被爆者を同定し、性・年齢・年度で調整を行い、多変量順序ロジスティクス回帰分析を用いて検討を行った。【結果】全参加者73,072人のうち、被爆者は15.3%に当たる11,198人同定された。受診があった患者は年平均で被爆者は3,935人、非被爆者は19,432人だった。受診があった患者の受診科数は被爆者が平均1.87(SD:0.01)、非被爆者が平均1.80(SD:0.003)だった。多変量解析の結果、非被爆者に比較した被爆者の受診科数のオッズ比は1.43(95% CI: 1.40-1.47)だった。【考察】被爆者は非被爆者に比して、受診科数が増えることが明らかになり、ケアの断片化に対して、被爆者はよりリスクであることがわかった。ケアの断片化が高度になると、有事の際に主科となる科が曖昧になり、健康問題への対処に悪影響を与える可能性がある。高齢者特有の臓器横断的な健康問題に対応するために、複数科にまたがるケアの水平統合を進めるべきである。【結論】被爆者はケアの断片化に対して、非被爆者に比して高リスクである。

## 原因不明の腹痛と急性肝性ポルフィリン症の診断に関する後方視的研究～中間報告～

○多胡雅毅<sup>1</sup>、佐々木陽典<sup>2</sup>、宇月尚子<sup>1</sup>、平田理紗<sup>1</sup>、相原秀俊<sup>1</sup>、小松史哉<sup>2</sup>、宇根一暢<sup>3</sup>、宮上泰樹<sup>4</sup>、鈴木有大<sup>5</sup>、川村廉<sup>5</sup>、武岡宏明<sup>6</sup>、安岡由佳<sup>7</sup>、奥真也<sup>7</sup>、志水太郎<sup>5</sup>、鍋島茂樹<sup>6</sup>、内藤俊夫<sup>4</sup>、田妻進<sup>8</sup>

<sup>1</sup>佐賀大学医学部附属病院、<sup>2</sup>東邦大学医療センター大森病院、<sup>3</sup>広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院、<sup>4</sup>順天堂大学、<sup>5</sup>獨協医科大学、<sup>6</sup>福岡大学、<sup>7</sup>Alnylam Japan 株式会社、<sup>8</sup>JR 広島病院

【目的】急性腹痛の約10～30%は原因不明のNon-specific abdominal pain (NSAP)である。NSAPには急性肝性ポルフィリン症 (AHP)等の希少だが予後に関わり、治療が可能となった疾患も含まれ、NSAPの診断プロセスの改善が重要である。しかし、未だにNSAPを定義づける明確な基準は存在しないのが現状である。これを踏まえ、1) NSAPの定義を提言するために腹痛患者の診断と診療過程の把握、2) AHPの診断戦略を構築するために腹痛患者におけるAHPの頻度、AHPを疑う症状やAHPを診断する検査の実施状況の把握を目的とした。

【方法】後方視的観察研究とし、2019年4月1日から3年間に各医療機関で腹部画像検査を受けた患者のうち、腹痛があり総合診療科を受診した患者について1) 基本情報、腹痛に関する臨床検査項目の有無、所見、随伴症状、家族歴等を収集し、診断が不明であった症例(仮NSAP)と腹痛の原因が特定できた症例との間で比較した。2) AHP症例数、AHPを疑う症状、AHPの診断を目的とした検査の実施割合を集計した。

【結果】2023年5月10日時点において、312例の症例を収集した。うち仮NSAPは66例(21.2%)、AHPは0例であった。仮NSAPの平均年齢は51.9歳、男性が35例、痛みの部位は局所が54例、腹部全体は4例であった。仮NSAP症例における各検査実施率は腹部CT 78.8%、上部内視鏡27.3%、下部内視鏡22.7%、腹部エコー 66.7%、腹部MRI 7.6%、腹部単純X線48.5%であった。入院率は13.6%、初診後半年間の死亡数は0例であった。

【考察】診断技術が発達した現代においても一定の割合で診断不明の腹痛が存在し、NSAPを定義する必要がある。一方、AHPの頻度は少なく、AHPの診断戦略には更なる症例蓄積が望まれる。

【結論】腹部画像検査を行った腹痛のうち21.2%は診断不明の腹痛であり、AHPの有病率は1/312未満と予測された。

## 人工知能による病院内転倒の検知プログラム研究：転倒検知プログラム改善の効果

○松田直人<sup>1</sup>、水落こと子<sup>2</sup>、本間久統<sup>2</sup>、水戸泉<sup>2</sup>、丹治由佳<sup>3</sup>、定清奨<sup>3</sup>、高木元<sup>1</sup>、寺田康<sup>2</sup>、安武正弘<sup>1</sup>

<sup>1</sup>日本医科大学 総合診療科、<sup>2</sup>庄内余目病院、

<sup>3</sup>株式会社シーエーシー新規事業開発本部

目的入院中にベッドから転落する有害事象は、必要のない外傷や患者拘束を余儀なくされる可能性が高く医療管理上かつ患者の精神・身体上における大きな問題点であり、よりターゲットを絞ったアプローチの必要性が強調されている。我々は、これまで認識されていなかった転倒行為を特定するための人工知能 (AI) アルゴリズム誘導型転倒検出アプローチの有効性を評価するための実用的な研究を行った。先行研究にて昼夜双方における健常ボランティアによる転倒シミュレーション実験を行い、転倒検知プログラムの改善により得られた値の判定を行った。方法研究は庄内余目病院病棟内で実施した。医師、看護師、医療安全スタッフ等による健常成人ボランティアによりベッド転落事象を再現。転倒パターンを想定される7種類に分類し、日中及び夜間に可視光、暗視状況下で作動可能な赤外線搭載カメラにて撮影、コントロール群は目視での観察とした。一尺度はカッパ係数を用い、先行研究とのプログラム改善による一尺度を比較検討した。【結果】2021年10月の日中環境および夜間環境のカッパ係数は0.294( $p < 0.01$ )と0.399( $p < 0.01$ )であった。2022年6月のカメラ位置変更後の日中および夜間のカッパ係数は0.319( $p < 0.01$ )と0.294( $p < 0.01$ )であった。今回の転倒検知プログラム改善の結果はカッパ係数日中0.763( $p < 0.01$ )と夜間0.600( $p < 0.01$ )であった。日中はカッパ係数0.61-0.80に入りかなり一致となり、夜間はカッパ係数0.41-0.60の適度に一致に改善した。プログラム変更による改善率は日中0.444、夜間0.306であり大幅な改善を認めた。【考察】転倒検知プログラムは人物検出AI、姿勢推定AIおよび転倒検知AIから構成されており、今回は転倒検知プログラムの人物検出AIを新規モデルに変更し、転倒検知AIの座位データ学習を行った。これにより目視との一致率は大幅に改善した。【結論】今後、姿勢推定AIの改善やさらなるデータ学習により実用性の高いソフトウェアの作成が可能と考えられる。

## 新技術 テンソル心電図の総合診療領域における臨床応用の可能性

○塚田(哲翁)弥生<sup>1</sup>、岩崎雄樹<sup>2</sup>、塚田信吾<sup>3</sup>、安武正弘<sup>4</sup>

<sup>1</sup>日本医科大学 武蔵小杉病院 総合診療科、

<sup>2</sup>日本医科大学 付属病院 循環器内科、<sup>3</sup>NTT 物性科学基礎研究所、

<sup>4</sup>日本医科大学 付属病院 総合診療科

1901年にWillem Einthovenにより開発された心電図は、現在も日常診療や健康診断で必須の検査である。しかし、不整脈や心筋虚血の異常の検出能力に限界があり、より高感度・高精度な異常検出を目指して様々な心電図の解析方法が提案されてきた。近年では深層学習 (DNN) が応用され、心電図波形の微妙な歪みには、心臓病の未知の特徴や潜在情報が含まれていることが明らかになった。一方で、DNNによる解析では、これらの特徴の説明が難しく、定量的解析が困難である。我々は、この課題を解決するため心臓の電気生理現象を統計学的アプローチで説明する、テンソル心電図解析法 (TCGA) を開発した。TCGAは体表面心電図データを基に、心筋集団の活動電位の脱分極と再分極の時間分布を、陰性群 (心内側)・陽性群 (心外側) に分けてガウス分布に表す新しい手法である。現在、本手法を用い、潜在的な致死性不整脈のリスク層別化と予測、早期の心筋虚血の検出などの可能性について検討を行っている。本発表では、一般健康者集団を扱う健康診断や在宅診療におけるモニタリングなど、TCGAの総合診療領域への応用可能性について考察を交え報告する。

## 大学病院総合診療科外来における推定糸球体濾過率 (eGFR) 高値症例の臨床的特徴に関する単施設での検討

○佐々木陽典

東邦大学 医学部 総合診療・救急医学講座

## 【背景と目的】

本邦の大学病院総合診療科は診療の場が区別された欧米とは異なる進化を遂げてきたため、診療対象に多様性がある。前回学会で大学病院総合診療科における慢性腎臓病と腎性貧血の有病率等の検討結果を発表した際に使用した当科のデータを用いて、大学病院総合診療科を受診する日本人用MDRD式で算出された推定糸球体濾過率 (eGFR) 高値患者の臨床的特徴について検討した。

## 【方法】

2018-2020年の当科受診患者 (≥16歳) の診療記録を用いて、eGFR値 > 上位2.5% (> 標準偏差 [SD] × 2) をeGFR高値群 (H群) と定義して検討した。

## 【成績】

8707人の患者の平均eGFR=82.7±SD24.3 mL/min/1.73m<sup>2</sup>であり、eGFR>131.4 mL/min/1.73m<sup>2</sup>の148症例をH群とした。

## 1) H群とN群の比較

平均年齢はN群46.4歳：H群31.8歳だった (p<0.0001)。N群8559人のうち女性4295人 (50.2%)：男性4264人 (49.8%) に対して、H群148人では女性110人 (74.3%)：男性38人 (25.7%) だった (p<0.0001)。

## 2) H群の特徴

H群148人のうちeGFR高値の原因となる基礎疾患のない症例が61症例 (41.2%) と最多だった (感染性腸炎と診断された18例)。原因を特定した症例は妊娠29例 (19.6%)、甲状腺機能亢進症 (未治療) 16例 (10.8%)、11例がBasedow病)、神経筋疾患6例 (4.1%)、うつ病5例 (3.4%)、神経性食欲不振症2例、その他の精神疾患4例 (2.7%)、末期がん3例 (2.0%)、長期経口摂取不良が4例 (2.7%) だった。

## 【結論】

多様な疾患を対象とする大学病院総合診療科では、eGFR高値例では、若年・女性等の要因以外に未診断の妊娠や甲状腺機能亢進症患者、精神疾患等の可能性を考慮する必要があることが示唆された。

## C型慢性肝炎に対する経口抗ウイルス療法と肝関連・肝外合併症および死亡率の長期推移

○小川栄一<sup>1</sup>、Chien Nicholas<sup>2</sup>、Kam Leslie<sup>2</sup>、Yeo Yee Hui<sup>3</sup>、Nguyen Mindie H.<sup>2</sup><sup>1</sup>九州大学病院 総合診療科、<sup>2</sup>Stanford University Medical Center、<sup>3</sup>Cedars-Sinai Medical Center

【目的】C型慢性肝炎は多彩な合併症を有し、予後に大きな影響を与える。経口直接型抗ウイルス剤 (DAA) の導入により、ほぼ100%でC型肝炎ウイルス排除が達成されるが、長期的な合併症および予後、特に肝外疾患に関する検証は少ない。今回、米国の大規模な医療保険データを用いてC型肝炎患者に対する、DAA治療による長期的な肝関連・肝外合併症の発症率および死亡率に関して調査した。【方法】対象は、2010年から2021年までにOptum Clinformatics Data Mart Databaseに登録された18歳以上のC型肝炎患者245,596例である。DAA治療を受けた40,654例と未治療の204,942例に分け、肝細胞癌、非代償性肝硬変、肝外合併症 (糖尿病、慢性腎臓病、心血管疾患、肝外悪性腫瘍)、および死亡率に関して比較検討を行った。累積発症・死亡率をKaplan-Meier法およびLog-rank検定、各種合併症に関連する因子はCox比例ハザードモデルを用いて解析した。【成績】DAA治療群はDAA未治療群と比較して、高齢 (59.9 vs 58.5; P<0.001)、男性 (62% vs 58%; P<0.001) および白人比率 (59% vs 57%; P<0.001) が有意に多かった。治療群と未治療群の年発症率の比較において、全ての肝関連・肝外合併症の発症率は治療群で有意に低率であった (all P<0.05)。死亡率に関しても、肝病態 (非肝硬変、肝硬変) に関わらず、治療群で有意に低率であった (all P<0.001)。多変量解析において、DAA治療は肝関連合併症 (肝細胞癌：aHR 0.73、非代償性肝硬変：aHR 0.36)、肝外合併症 (糖尿病：aHR 0.74、慢性腎臓病：aHR 0.81、心血管疾患：aHR 0.90、肝外悪性腫瘍：aHR 0.89)、および死亡率 (aHR 0.43) の減少に有意に関連した (all P<0.001)。【結論】C型肝炎におけるDAA治療は肝関連合併症だけでなく、長期的に糖尿病や慢性腎臓病などの生活習慣病の改善をもたらし、さらに肝外悪性腫瘍の発症低下にも貢献していることが判明した。これらの恩恵が死亡率低下に大きく繋がることから、感染者の拾い上げおよび早期治療が重要であることが示唆された。

## 当院総合内科・総合診療科における後腹膜線維症 49 症例の特徴の検討

○花山直久<sup>1,2</sup>、安藤美穂<sup>3</sup>、西村義人<sup>3,5</sup>、徳増一樹<sup>2</sup>、長谷川功<sup>2</sup>、萩谷英大<sup>2,4</sup>、大塚文男<sup>2,4,6</sup><sup>1</sup>岡山大学学術研究院 医歯薬学域 岡山県北西部 (新見) 総合診療医講座、<sup>2</sup>岡山大学病院 総合内科・総合診療科、<sup>3</sup>岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 医歯薬学専攻 医学系講座 総合内科学分野、<sup>4</sup>岡山大学病院 感染症内科、<sup>5</sup>ハワイ大学 内科、<sup>6</sup>岡山大学学術研究院 医歯薬学域 総合内科学分野

【目的】総合診療科における後腹膜線維症 (RPF) 患者の特徴を明らかにし、将来の総合診療における診断・治療における新たな知見を得る事を目的とした。【方法】当院に2008年1月1日から2022年3月31日まで「後腹膜線維症」あるいは「IgG4関連疾患」で診療され、当科の診療実績のある患者を抽出し、後方視的に検討した。基本情報、身体所見、臨床診断、組織診断、血液検査データ、画像所見を収集し、統計学的に解析した。【成績】対象患者は49例で、平均年齢は67歳、男性が77.6%を占め、特発性RPFは37例 (75.5%) (うちIgG4-RPFは20例、non-IgG4-RPF 17例) で続発性RPFは12例 (24.5%) であった。IgG4-RPFのうち45%がIgG4関連疾患としての組織学的所見を認めた。患者基本情報・薬剤歴において各群間で有意差は認めなかったが、喫煙歴は72.9%と高値であった。頻度の多い症状は、腹痛 (40.4%)、腰痛 (34.0%)、背部痛 (19.1%) であった。血液検査では、特発性RPFは続発性RPFと比較して、IgG4およびIgG4/IgG 比が有意に高値でありC3が有意に低値であった。IgG4-RPFはnon-IgG4-RPFと比較して、IgG4、IgG、IgG4/IgG比およびTSH/FT4比が有意に高値であり、CRP、フェリチンおよびC3が有意に低値であった。治療では、67.3%がステロイド治療を、42.9%が尿管ステント術を受けており、non-IgG4-RPFで有意にステロイド治療の治療率が低かった。ステロイド治療に対する奏功率は、特発性RPFは90.5%で続発性の44.4%に対して有意に高値であった。特発性RPFにおけるステロイド治療は、IgG4関連疾患の有無に関わらず、ほとんどがプレドニゾロン換算で0.5mg/kg/日であった。【結論】RPFは早期発見が大切であり、その診断において炎症・免疫学的マーカーは重要である。また、我が国における特発性RPF初期療法は病型に関わらず中等量ステロイドが適正量である可能性がある。

## 高齢者腸管気腫症 10 例の臨床的検討

○長見晴彦、田原英樹、瀬下達之、佐藤博

出雲徳洲会病院 総合診療科

腸管気腫症 (PCI) は腸管壁の粘膜下や漿膜下に多数の含気性小嚢胞を生じる疾患であり様々な原因で発症するが腹腔内遊離ガスや門脈ガスを伴う場合もあり消化管穿孔や腸管壊死合併の判断が重要である。特に高齢者の場合は敗血症を併発し予後不良であり、その診断・治療には迅速性が要求される。今回我々は当院で経験した高齢者 PCI : 10症例を臨床的検討したので報告する。症例は2020年から2022年までに経験した高齢者PCI:10症例 (63~97歳) を対象とした。主訴は腹痛、嘔吐、発熱であったが敗血症ショックは2例に認めた。腹部CT画像による腸管気腫像は大腸PCI : 5例、小腸PCI : 2例、大腸・小腸PCI : 2例、胃・十二指腸PCI : 1例であり腹腔内遊離ガスは3例、門脈ガス像は5例において描出され腹水貯留は2例に認めた。PCIを発症原因別に検討したところ慢性便秘症5例、αグルコシダーゼ阻害剤服用1例、上腸間膜動脈症候群1例、新型コロナウイルス感染随伴症1例、特発性2例であった。また6症例においてリスペリドン服用が認められた。外科的手術は2例において行われ消化管穿孔を疑い審査腹腔鏡を施行した1例は腸管穿孔、壊死は認めなかった。他の1例は開腹したが小腸壊死を認め小腸切除を行ったが敗血症にて死亡した。予後は10症例中2例が敗血症ショックにて死亡した以外は保存的治療にて軽快した。結語：PCIは上腸間膜動脈症候群、絞扼性イレウスなどの緊急手術を要する重篤疾患に随伴する事もあり、手術適応の決定は容易ではない。しかし腸管虚血・壊死を伴わないPCIも多く保存的治療の適応条件を検討する事は重要であろう。今回の検討から治療方針決定には全身状態、腹部所見、血液検査、腹腔内遊離ガスや門脈ガス像の有無の判断が必要であり、緊急手術を要する疾患の迅速な除外診断が重要と考えられた。また高齢者においては加齢による長期臥床例も多く糖尿病、向精神薬服用、過活動膀胱治療薬などの長期服用により慢性便秘症状が持続し腸管内圧が亢進していると思われる症例も多くPCIは決して稀な疾患ではない事を念頭に置くべきと考えられた。

診断推論における「早期閉鎖」のリスクがあった周期的な発熱の男子例

○林あや乃<sup>1</sup>、豊田純也<sup>2</sup>、松橋一彦<sup>3</sup>、渡邊修一郎<sup>3,4</sup>、阿部祥英<sup>3</sup>

<sup>1</sup>昭和大学 医学部 5 年生、<sup>2</sup>昭和大学 医学部 小児科学講座、<sup>3</sup>昭和大学江東豊洲病院こどもセンター、<sup>4</sup>渡辺こどもクリニック

【背景】繰り返す発熱は、感染症やそれ以外の炎症性疾患、腫瘍性疾患などで認められる。発熱が周期的な場合は、PFAPA症候群のような自己炎症性疾患が鑑別に挙がるが、腫瘍性疾患が原因になることはまれである。今回、周期的な発熱の原因が自己炎症性疾患ではなく、悪性リンパ腫だった事例を経験したので報告する。【症例】15歳の男子【主訴】周期的な発熱【家族歴】母方叔母：原田病【既往歴】特記事項なし【現病歴】20xx年11月から翌年2月まで、毎月1週間続く発熱とCRP上昇を認め、抗菌薬投与後の解熱を繰り返していた。当院には20xx年12月の時点で紹介されたが、血液検査、造影CT検査、眼底検査で熱源は特定されていなかった。2月、骨髄検査、核医学検査目的に入院した。【身体所見】身長160.0 cm、体重43.3 kg、体温37.2度、脈拍116/分、血圧108/58 mmHg (上下肢差・左右差なし)、呼吸数20/分、顔色良好、咽頭赤赤なし、呼吸音：清、心音：整・雑音なし、腹部：平坦・軟、皮疹なし、右鎖骨上窩・左浅頸部：約1cmのリンパ節触知あり【検査所見】【血液】白血球5070/ $\mu$ L、Hb 12.8 g/dL、血小板18.8万/ $\mu$ L、赤沈82 mm/h、AST 12 U/L、ALT 18 U/L、LDH 220 U/L、CRP 10.75 mg/dL【尿】尿中白血球(-)【骨髄】異型細胞なし【ガリウムシンチグラフィ】胸腺への集積あり【経過】約2カ月の間に、可溶性IL-2受容体は10635 U/mLから2568 U/mLまで、血清アミロイドA蛋白は最高値1049.6  $\mu$ g/mLから10.1  $\mu$ g/mLまで自然に低下し、PFAPA症候群でも矛盾しないと判断された。しかし、他院でリンパ節生検が施行され、最終的にホジキンリンパ腫と診断された。【考察】PFAPA症候群は3~6日の発熱が3~8週ごとに反復し、2~5歳に好発するが、思春期にも認められる。本症例のように、遺伝性のない周期的な発熱ではPFAPA症候群を含む自己炎症性疾患の存在が強く疑われ、診断推論における「早期閉鎖」のリスクがあった。【結語】自己炎症性疾患に特徴的な周期的な発熱を認める場合でも、悪性疾患を除外してはならない。

敗血症性ショック後に発熱が再燃し高フェリチン血症と感染症により発症したと考えられた成人スチル病の一例

○後藤亮<sup>1</sup>、堀之内登<sup>1</sup>、塩田星児<sup>1</sup>、竹下泰<sup>2</sup>、宮崎英士<sup>1</sup>

<sup>1</sup>大分大学 医学部 総合診療・総合内科学講座、<sup>2</sup>津久見市医師会立 津久見中央病院

【背景】成人スチル病の病因は未だに不明な点が多い。【症例】75歳、女性【主訴】発熱【既往歴】脳梗塞、認知症【現病歴】脳梗塞のリハビリ目的に当院へ転院となり、転院14日目に発熱した。【身体所見】JCS1-1、特記すべき所見なし【検査結果】血液検査：WBC 13,790/ $\mu$ L、CRP 20.1 mg/dL、尿沈査：WBC >100/HPF、細菌 3+、胸腹部単純CT：特記すべき異常なし【経過】尿路感染症と診断してCTRXを開始した。翌日にショックバイタルとなり敗血症性ショックとして対応し、最終的にTAZ/PIPC+VCMで治療し軽快した。その2週間後に2度目の発熱があり、右下肺に浸潤影を認め誤嚥性肺炎と診断し、MEPM+LZDで治療し軽快した。この時点で高フェリチン血症 (850.4ng/mL) を認めた。更に1ヶ月後、入院中3度目の発熱があり中心静脈カテーテル感染を疑いMEPM+LZDを投与したが弛張熱が続いた。血液培養は陰性で抗核抗体、リウマトイド因子などの自己免疫疾患を示唆する検査異常も認めなかった。顔面の皮疹の出現、フェリチン値上昇 (3091.0ng/mL)、肝機能障害がみられ、CT検査で肝腫脹、股関節周囲の関節液貯留を認めた。除外診断の結果成人スチル病と診断した。プレドニゾロンを投与後速やかに解熱し、検査所見も改善した。プレドニゾロンを漸減した後高齢者施設へ退院した。【考察】敗血症性ショックや成人スチル病は、フェリチンが著明高値になる病態が共通し、高フェリチン症候群と呼ばれる。フェリチンはサイトカインを誘導し炎症を亢進させる。炎症性サイトカインや感染症はフェリチン産生を誘導し、相互作用が注目されている。本患者では元々の高フェリチン血症が敗血症性ショック後に増悪・持続し、自己炎症が誘導されて成人スチル病を発症した可能性が示唆された。【結語】敗血症性ショック後の高フェリチン血症が成人スチル病発症の一因となるかもしれない。

一旦診断の早期閉鎖至ったが、頭部画像所見から診断の再想起が可能であった糖尿病性舞闘病の1例

○永井玲於奈<sup>1</sup>、澤村俊孝<sup>1</sup>、川原寛之<sup>1</sup>、紺谷智<sup>2</sup>、光田彦彦<sup>3</sup>

<sup>1</sup>浅ノ川総合病院 内科、<sup>2</sup>浅ノ川総合病院 脳神経内科、<sup>3</sup>浅ノ川総合病院 脳神経外科

【背景】糖尿病性舞闘病(DS)は上下肢のヘミバリスムを呈する糖尿病合併症の1つであるが、有病率は低く遭遇は稀である。しかし頭部画像所見が特徴的であり、疾患想起の一助となる可能性がある。【症例】72歳男性【主訴】左上下肢の不随意運動【既往歴】特記事項なし【現病歴】4日前より左上下肢に自制不可能な不随意運動を自覚していた。経過で症状が増悪し歩行不能となり転倒を繰り返したため救急搬送された。【身体所見】左上下肢にヘミバリスム様の回旋運動あり、自制不可能。両上下肢の運動障害、感覚障害は認めず。【検査結果】血液検査では随時血糖165mg/dL、血清浸透圧294mOsm/L、CRP陰性、抗核抗体陰性。尿検査ではケトン陰性。頭部CT検査にて両側基底核に高吸収を認め、同部はMRI ではT1高信号。CTで左小脳テント周辺に高吸収あり急性硬膜下血腫と考えられた。【経過】当初MRIでの基底核所見については鑑別としては重視せず、急性硬膜下血腫に伴う舞闘病症状として治療を開始した。舞闘病症状にはハロペリドールが著効した。入院後に頭部画像所見が代謝性疾患に伴う舞闘病に特徴的と判明し、HbA1c・Cu・セルロプラスミンの測定および有機水銀・鉛に関する問診を追加した。HbA1cが14.8%と判明しDSと診断した。インスリンによる血糖管理にて舞闘病症状は消失し第29病日に退院した。急性硬膜下血腫は転倒による外傷性であり保存的に軽快した。【考察】舞闘病症状では遺伝性疾患や脳血管障害のみならず代謝疾患や中毒・薬剤が鑑別として重要であるが、代謝疾患ではMRIでの基底核のT1高信号が特徴的である。また、DSは高血糖緊急症に併発する印象が強いが、高血糖緊急症を伴わないDSの報告も多い。本症例では当初MRI所見から代謝疾患を想起できなかったこと、舞闘病症状による食事量低下から血糖の上昇が軽度であったことからDSを疑わなかったことが診断遅延の一因となり、軽度の急性硬膜下血腫を認めたことから診断の早期閉鎖に至った。【結語】頭部MRIでの基底核T1高信号はDSの診断に重要であり知っておくべき所見と思われる。

血栓性微小血管症をきたし当初診断に難渋したPM-Scl抗体陽性となった筋炎・強皮症重複症候群の一例

○奈良井大輝<sup>1</sup>、菅野厚博<sup>2</sup>、田中裕也<sup>1</sup>、松本啓明<sup>2</sup>、佐藤孔亮<sup>2</sup>、伊藤豪仁<sup>3</sup>、上野正道<sup>3</sup>、住友和弘<sup>2</sup>

<sup>1</sup>東北医科薬科大学病院、<sup>2</sup>東北医科薬科大学 若林病院 総合診療科、<sup>3</sup>東北医科薬科大学 若林病院 消化器内科

【背景】血栓性微小血管症(Torombotic microangiopathy:TMA)は微小血管に血小板血栓が形成され血小板減少、血栓性の臓器障害、血小板血栓による溶血性貧血を呈する疾患である。二次性TMAの原因の1つとして膠原病によるTMAが鑑別となるが本邦では稀なPM-Scl抗体陽性の1例を経験したため報告する。【症例】82歳の女性【主訴】労作時息切れ、発熱【現病歴】X年Y-2月Z日より労作時息切れを認めた。その後視力低下を自覚し近医眼科で黄斑浮腫を指摘。その後褐色痰、発熱を認めX年Y月Z日に近医受診。血圧208/111mmHg、両側下肺にFine Crackles聴取、検査で貧血、LDH・CK高値を認めた。高血圧緊急症疑いでニカルジピンを開始し当院救急搬送となった。【身体所見】血圧215/115 mmHg、脈拍105 bpm、SpO2 96% (Room air)、体温 37.1℃、心雑音なし、両側下肺にFine Crackles聴取、顔面体幹部に皮疹なし、爪周囲紅斑あり、手指先端に痲痺化あり、関節痛なし、腹部血管雑音なし、腹痛・下痢なし【検査結果】LD 1787 U/L、CK 1867 U/L、BUN 48.7 mg/dl、Cre 1.90mg/dl、Hb7.6g/dl、PLT8.1万/ $\mu$ L、破碎赤血球あり。直接・関節クームス陰性、抗核抗体640倍、以下の抗体は陰性(抗dsDNA・抗RNP抗体、抗RNAポリメラーゼ、抗セントロメア抗体、抗Scl-70抗体、抗Jo-1抗体、抗MDA5抗体)、ADAMTS13活性52%、CT：頭部明らかな異常なし、下肺野背側網状影あり。【経過】検査結果よりTMAを疑う病態であった。入院時よりバイアスピリンを開始。強皮症腎を除外できずイミダプリルを開始。TTP、二次性TMA、補体関連TMAの精査が必要とされ高度医療機関に転送。転送後の精査にてPM-Scl抗体陽性となり筋炎・強皮症重複症候群の診断となった。【考察】CK高値、手指の所見および高血圧を伴う腎機能障害を認めており当初は皮膚筋炎、強皮症が疑われた。転院後の精査でPM-Scl抗体陽性となり筋炎・強皮症重複症候群の診断となった。PM-Scl抗体陽性症例は本邦において稀であり論文的考察を含めて報告する。【結語】膠原病性の二次性TMAが鑑別に挙がり、身体所見が早期診断および鑑別の決め手となることを学んだ。

左上下肢麻痺で発症した視神経脊髄炎スペクトラムの1例

○酒井大地、山崎翼、松本佑慈、中林ヒカリ、前原玄昌、太田梓、高山耕治、村田昌之、下野信行

九州大学病院総合診療科

【症例】80歳代、女性【主訴】左上下肢麻痺【現病歴】当科入院3ヶ月前に左下肢麻痺が出現し、体動困難となったため前医へ入院した。頭部MRI、腰椎造影MRI、神経伝導速度検査が施行されたが異常を指摘されなかった。その後、リハビリテーションの目的で転院となった。転院先で肺炎を発症し、抗菌薬を開始されたが、発熱は改善せず、血液検査で好酸球増多やクレアチニン上昇も認められたため、精査目的に当科へ紹介入院となった。【既往歴】高血圧症、2型糖尿病【生活歴】飲酒：なし、アレルギー：なし【内服薬】テルミサルタン40mg 1T1×【身体所見】体温36.6℃、血圧166/98 mmHg、心拍数88回/分、心音・肺音に異常なし、皮疹なし、視野異常・視力低下なし、左上下肢麻痺あり【検査結果】(血液検査)WBC 9020/μL (Eos 32.8%)、Hb 9.2g/dL、CRP 0.96mg/dL、BUN 23mg/dL、Cre 1.12mg/dL、抗核抗体40倍、ANCA(-) (尿検査)尿蛋白(1+)、(髄液検査)WBC 2/μL、TP 35mg/dL、Glu 59mg/dL、IgG index 0.42、オリゴクロナールバンド(-) (腰椎造影MRI)Th1レベルの脊椎にT2高信号と脊髄の腫大が認められる。【経過】好酸球増多に関しては血清トキソカラ抗体が陽性であり、寄生虫による中枢神経感染も疑われたが、髄液中抗体は陰性であり、前医で投与された抗菌薬の中止後に好酸球数が低下したことから薬剤性と考えられた。脊髄造影MRI検査所見から脊髄炎が疑われ、抗AQP4抗体を提出したところ、陽性と判明し、最終的に視神経脊髄炎スペクトラムと診断した。その後、当院脳神経内科へ転科し、ステロイドパルス療法が開始された。【結語】従来、視神経脊髄炎の診断には視神経炎と急性脊髄炎の両方が必須であったが、抗AQP4抗体陽性例では視神経炎を伴わずに発症する症例も散見されたため、2015年に視神経脊髄炎スペクトラムという総称が提唱された。視神経症状以外の症状が先行する症例は約50%との報告があり、本症も同様に視神経症状は認められなかった。一方で治療開始が遅れると予後も不良との報告もあり、早期発症に努めることが肝要である。

皮膚病変を伴わず炎症反応高値を契機に SAPHO 症候群の診断に至った一例

○関口大樹、山田徹、黒木平、石田哲久、鶴若莉央、大内修司、篠原孝宏、馬淵卓、木村琢磨、橋本正良

東京医科歯科大学病院 総合診療科

【背景】SAPHO症候群とは、Synovitis (滑膜炎)、Acne (ざ瘡)、Pustulosis (掌蹠膿疱症)、Hyperostosis (骨化過剰症)、Osteitis (骨炎)の頭文字をとった症候群で、1987年にChamotらによって提唱され、骨関節病変と皮膚病変を特徴とし自己炎症性疾患に位置付けられている。今回、皮膚病変を伴わず炎症反応高値を契機にSAPHO症候群の診断に至った一例を経験したため報告する。【症例】74歳女性。【主訴】炎症反応高値。【既往歴】肺血栓塞栓症、下肢深部静脈血栓症、萎縮性胃炎、ビタミンB12欠乏症。【現病歴】X年3月よりCRPや血沈などの炎症反応高値を指摘されていたが、発熱や自覚症状なく全身状態良好であった。X年4月、炎症反応高値の原因検索目的に当科にて施行した胸腹部造影CT検査で右胸鎖関節部の肥厚と、右鎖骨近位端と右第1胸肋関節に硬化を認め、SAPHO症候群が疑われ、精査加療目的に入院となった。【経過】入院後の骨シンチグラフィで右胸鎖関節と両側胸肋関節部に異常集積を認めた。MRI検査では両側胸鎖関節、両側第1胸肋関節の骨性癒合・腫大、右胸鎖関節、右第1胸肋関節、第1胸椎および第4-10胸椎椎体にT1強調像で低信号、STIR像で高信号を認めた。骨炎、骨硬化および脊椎関節症の所見から、SAPHO症候群と診断し、サラゾルフアピリン1000mg/日を開始して退院となった。【考察】SAPHO症候群は発症様式により皮膚症状先行型、関節炎先行型、同時発症型に分けられるが、長年の経過でも皮膚病変がみられないことがある。本症例も今回入院までの3年間の外来通院中を含めて明らかな皮膚症状を認めなかった。また他目的の画像検査にて偶発的に右胸鎖関節の肥厚を認めたことが診断の契機となったが、同部位の自覚的な関節炎症状が全くなかったため、当初は関節炎先行型としてもSAPHO症候群を鑑別に挙げるのは困難であった。今回は本症例を基にSAPHO症候群の文献的考察を踏まえて報告する。

手術中の体位固定具により発症した前皮神経絞扼症候群の一例

○二宮隆仁、宮松弥生、中山堯之、藤井健人、土田真史、山崎晃裕、谷崎隆太郎

市立伊勢総合病院 内科・総合診療科

【背景】前皮神経絞扼症候群 Anterior Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome (ACNES)は、腹壁の感覚を支配する前皮神経が腹直筋レベルで絞扼されることで腹痛が生じる疾患である。腹部手術や外傷、スポーツ、妊娠などが誘因となることがあるが、これまでに手術中の体位固定具によって発症したACNESの報告はない。【症例】89歳、女性【主訴】左上腹部痛、嘔気、嘔吐【既往歴】高血圧症、狭心症【現病歴】当科受診前日に右大腿骨頸部骨折に対して腰椎麻酔下に右人工骨頭置換術を受けた。手術時間は90分で、体位は仰臥位で左下肢は軽度外転肢位であった。体幹の固定のために左上腹部に体位固定具を当てていた。手術は問題なく終了したが、手術直後から左上腹部痛が出現した。鎮痛薬で一時的に改善したが、疼痛が再燃し嘔吐も認めるようになったため当科へコンサルテーションされた。【身体所見】腹部は平坦・軟。左肋間神経Th8領域に指1本分の範囲を最強とする圧痛点を認め、カーネット徴候は陽性であった。【検査結果】腹部CT：特記すべき異常なし。上部消化管内視鏡検査：特記すべき異常なし。【経過】臨床症状からACNESを疑い、左肋間神経Th8の前皮枝に一致した圧痛点に対して1%キシロカイン10mlによる腹直筋鞘ブロックを施行した。腹痛は直ちに消失し、痛みの改善に伴い嘔吐も消失した。その後も症状の再燃なく経過したことからACNESと診断した。【考察】本症例の圧痛点は、右大腿骨人工骨頭置換術の際、体位固定具で圧迫を受けた部位に一致しており、これがACNESを引き起こしたと考えられた。嘔吐はACNESの主症状ではないが、腹痛の改善と共に消失したことから、痛み刺激に誘発されたものと考えた。【結語】手術後に発症した急性腹痛においては、手術中の体位固定具によって誘発されたACNESも鑑別にあげ、カーネット徴候を確認することが重要である。

謎の症状の起源に迫れ！ 新たな臓器「ファッシア」と関連症状、鍼灸治療の可能性

○増田卓也<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>三井記念病院 総合内科・膠原病リウマチ科、  
<sup>2</sup>東邦大学医療センター大森病院 東洋医学科

『古より伝わりし総合診療の技「鍼灸」に現代医学のメスが入る...』臨床でよく出会う謎の筋骨格系由来の痛み。いつも曖昧なままにしていますか？ 実は、その中の一定数は筋膜由来の痛みが原因であり、筋膜性疼痛症候群(Myofascial pain syndrome :MPS)と呼ばれています。癒着などで痛みの原因となっている筋膜は超音波で白く映り、生理食塩水で発痛源となる筋膜をリリースすると直後に痛みがとれる、なんて事も経験されます。そして鍼灸でも同様の痛みをとることもでき、その鍼灸は筋膜をターゲットとする場合もあります。2018年に、筋や腱、内臓を包む膜でもある結合組織(Fascia)は生体内では液体で満たされ各臓器間ネットワークに関わる巨大な臓器であるという論文が発表され、慢性炎症やがん転移の関連についてさらなる研究が進められています。このシステム、実は古代中国の時代に既に認識されていた、エネルギーや水分の通り道である「経絡」「三焦」と呼ばれるものと一部似ている面もあるのです。そして体表近くのFasciaと経絡の走行も一部似ているという側面もあります。鍼灸の臨床では、寒冷や湿度、外傷や筋・腱の過負荷、内臓や精神の異常、精神的ストレスなどが経絡の流れを悪化させ、その結果、特定の経絡走行部に沿った痛みやしびれ、皮疹、乾燥、熱感、冷感、筋緊張など様々な症状が現れるとされます(「経絡病証」としてICD-11に掲載されました)。鍼灸はその経絡の流れを調整することでそれらの症状を治療していきます。また、特定のツボ(経穴)に鍼を打つと筋骨格系の痛みのみならず、内臓や精神の症状も緩和させることは日常的に経験されます。古来より伝承され今や幅広い健康問題から難病、緩和ケア領域まで応用されている、この鍼灸臨床から得られた知見はFasciaでどこまで説明可能なのでしょうか？本セッションでは、原因不明の症状とFascia、経絡との関連、鍼灸治療の可能性について討論していきます。

## ファシア疼痛症候群 (Fascial Pain Syndrome: FPS) から見える、東西医学の交点

○須田万勢

諏訪中央病院 リウマチ膠原病内科

ファシア (fascial system) とは、線維性結合組織の総称である。伝統的に結合組織は、構造の支持に寄与するもので、不活性な組織と理解されてきた。しかし、近年の研究成果から、ファシアは全身の張力を伝えるラインを形成し、刺激への侵害受容や深部感覚の伝達に寄与していることが明らかになった<sup>1</sup>。

ファシアの異常による痛みはファシア疼痛症候群 (Fascial Pain Syndrome: FPS) と名付けられ、分類基準が提唱されている<sup>2</sup>。FPSと筋筋膜性疼痛症候群 (Myofascial Pain Syndrome: MPS) との違いは、発痛源の対象がMyofascia (筋膜) に限定されず、上記の定義に基づいたファシア (腱、靭帯、神経外膜、神経周膜、血管、脂肪組織なども含む) 全体とされていることである。このFPSという病態に対し、エコーガイド下ファシアハイドロリリース (Ultrasound-guided fascia hydrorelease: US-FHR) という手技の有効性が報告され始めている<sup>3</sup>。US-FHRとは、ファシアを生理食塩水等の薬液でリリース (解剖学的には剥離separation、機能的には弛緩relaxationを意味する; エコー画像上では白く厚い帯状になった"stacking fascia"に対して、注射針の針先を動かしながらバラバラにほぐすように薬液を注入) し、鎮痛効果に加えてfasciaの柔軟性 (伸張性および滑走性) の改善を期待する手技である<sup>2</sup>。

本演題においては、ファシアと経絡の接点を考えるきっかけとなるようなFPSの自験例を紹介しながら、東西医学の交点についての論点提示を行う。

1. Stecco, Antonio, et al. "Fascial components of the myofascial pain syndrome." *Current pain and headache reports* 17 (2013): 1-10.
2. 日本整形内科学研究会HP: [https://www.jnos.or.jp/for\\_medical](https://www.jnos.or.jp/for_medical) (最終閲覧 2023.6.17)
3. Kimura, Hiroaki, et al. "Effectiveness of ultrasound-guided fascia hydrorelease on the coracohumeral ligament in patients with global limitation of the shoulder range of motion: a pilot study." *Scientific Reports* 12.1 (2022): 19782.

## ファシアが変えた鍼灸のメカニズム

○建部陽嗣

量子科学技術研究開発機構脳機能イメージング研究部

世界保健機関 (WHO) の「伝統的医療ストラテジー (2014年-2023年)」によると、鍼灸治療をおこなっている国は、世界で183カ国におよぶ。長い歴史を持つ経験ベースの医療として、鍼灸治療の臨床効果は世界中で受け入れられてきた。

それとともに鍼灸治療に関する基礎・臨床研究も世界的な広がりを見せており、その研究・論文数は飛躍的に伸び続けている。事実、「acupuncture (鍼治療)」をタイトルに含む英語論文を、PubMedを使って検索すると、その数は13,000件を超えた。それらの多くは臨床研究、症例報告であるが、中には質の高い基礎研究も散見され、いわゆるトップ・ジャーナルに掲載される研究も出現するようになってきた。

2014年、Nature Medicine誌に驚くべき内容の鍼に関する論文が掲載された。敗血症にしたマウスは2日以内に死んでしまうが、足三里 (ST36) 穴に鍼通電を施すと、約半数が生き残るというのである。この機序を細かく調査すると、迷走神経-副腎 (ドーパミン) 系という新たな免疫機構が見つかった。さらに、2021年、この迷走神経-副腎系に関わる鍼研究の論文がNature誌に掲載された。この免疫システムは身体のどこに鍼を刺しても起こるというわけではなく、筋膜つまりファシアが多い部位でのみ起きることが証明されたのである。

今、鍼灸の世界ではこのファシアに注目が集まっている。これまで非科学的と否定されてきた、鍼灸師が何気なくおこなってきた手技や、東洋医学の考え方に、ようやく科学的な意味が見いだされようとしている。

鍼灸はエビデンスが無いと言われてきた。しかし、世界に目を向ければそうとは言えず、多くの基礎研究、臨床研究、メタアナリシスが行われ、その事実を日本の医療者が知らない。臨床研究だけでなくその機序を探る基礎研究は臨床診療ガイドラインの重要な根拠となるはずだ。そして、それは我が国における鍼灸治療の発展をより良い方向へと導くことへとつながる。ファシアが導く新たな鍼灸の理論について解説する。

## 経絡と、その運用の実際—ファシアとの類似点と相違点—

○竹下有

清明院 院長, (一社) 北辰会 学術副部長

鍼灸師の教育機関で現在使用されている『新版 経絡経穴概論』第二版P2に、「経絡は、身体の内 (五臓六腑) と外 (外部環境) を結ぶルートであり、身体を維持する気血や、病の原因である邪気が移動する通路である」と定義されており、P233には「経絡現象の生理学的解明は未だ十分とは言えないが、(中略) 神経系の刺激伝達系では説明が困難であり、新たな伝達機構の関与が示唆されるところである。」と記載されている。

上記のような定義に基づき、東洋医学のいう経絡という概念は経脈、絡脈、経筋、経別、奇経八脈などに細かく分類され、複雑性と立体的性を持った構造 (機能) として認識、描出され、臨床で活用されており、その「解剖学的実体」については、これを特定し全て矛盾なく説明することは困難であるというのが現状である。

近年、「ファシア」の様々な研究が進んでおり、旧来認識されてきたような、単なる「筋膜」という意味を大きく越え、大きな一つの「臓器」であると再認識されてきている。ファシアの走行図を見ると、経絡概念の中の「経筋」の流注と類似していることは興味深い。また、「メカノ・トランスダクション」という言葉で説明されるような情報伝達様式からは、経絡が持つ「気の通路」としての役割や、臓腑学説における「三焦の腑」との、部分的な類似性も、ないではないように思われる。

我々は、いわゆるファシア疼痛症候群や、一般的な運動器疾患について、東洋医学的な病態把握の観点から 1. 経絡経筋病 (いわゆる over use)、2. 痺病 (痛痺、行痺、着痺、熱痺など、病因別に分類)、3. 臓腑病が経絡経筋に伝播したもの、4. 臓腑病そのもの、と、大きく4つに病態を分類し、いくつかの理由から、一般的に行われる疼痛局所への刺鍼は極力行わずに、治療にあっている。

2018年にWHOによって公表されたICD-11において、伝統医学の病態分類が初めて追加され、経絡病証も記載されるという。今回、東洋医学における臓腑経絡概念や、それに立脚した病態把握や治療法について、簡単に紹介してみたい。

## COVID-19 罹患を契機に発症したりウマチ性多発筋痛症の一例

○高木桃李<sup>1,2</sup>、大塚勇輝<sup>2</sup>、副島佳晃<sup>2</sup>、川口満理奈<sup>2</sup>、大國皓平<sup>2</sup>、徳増一樹<sup>2</sup>、長谷川功<sup>2</sup>、本多寛之<sup>2</sup>、大塚文男<sup>2</sup><sup>1</sup>岡山大学病院 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>岡山大学病院 総合内科・総合診療科

【症例】75歳女性

【主訴】全身痛

【既往歴・併存症】高血圧症、心房細動、脂質異常症、緑内障、腎結石、子宮筋腫術後、左肘複雑骨折

【現病歴・現症】新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 軽症に罹患し、対症療法のみで軽快したが、隔離解除後10日後より肩周囲、1か月後より股関節周囲の疼痛も出現した。さらに1か月後には手指の疼痛や腫脹、起床時のこわばりも生じた。NSAIDsによる対症療法は無効であり、COVID-19罹患から4か月後に精査治療目的に当科紹介、入院となった。経過中に肩関節周囲の筋肉と胸鎖関節、椎体棘突起、坐骨結節、股関節大転子に左右対称性の圧痛を認めた。手指MPおよびDIP関節や手関節に腫脹や圧痛を認めた。その他拍動性の頭痛や顎跛行、視野・視力異常など、膠原病類縁疾患に関連した症状・所見はなかった。

【入院後経過】CRP 5.48 mg/dL、ESR 118 mm/hrと炎症反応上昇を認めた。レントゲンでは各関節の裂隙狭小化や骨破壊像を認めなかったが、関節エコーでは三角筋下滑液包や上腕二頭筋長頭筋腱周囲に炎症を疑う血流増加と低エコー域を認めた。PET-CTでも特徴的な棘突起や坐骨結節へのFDG高集積を認めた。悪性腫瘍の合併は否定的でありCOVID-19罹患を契機としたリウマチ性多発筋痛症 (PMR) としてプレドニゾン15mg/日を導入し、速やかに症状改善を得た。

【考察】PMRは悪性腫瘍や感染症への罹患、遺伝的素因などが発症誘因になるとされ、COVID-19関連ではワクチン副反応としてPMRを発症しうることが知られているが、COVID-19罹患を契機に発症したPMRは巨細胞性動脈炎を合併した1例しか報告されていない。しかしPMRもCOVID-19も共にIL-6などを介したサイトカインストームの病態への関与が考えられていることを踏まえ、COVID-19罹患を契機としたPMR発症には免疫学的な関連がある可能性もある。COVID-19では筋肉・関節痛や筋力低下など筋骨格系の症状を来すこともあり、長らく続く筋骨格系症状を呈する場合にPMRも鑑別に各種検査を駆使して慎重に精査を行うことが本例を通じて重要と思われる。

## COVID-19 に対する mRNA ワクチン接種後に症状出現し悪性リンパ腫と診断された2例

○小野瀬剛生<sup>1</sup>、渋谷俊介<sup>1</sup>、菅野恵也<sup>1</sup>、岡本好生<sup>1</sup>、柳谷綾子<sup>1</sup>、森信芳<sup>1</sup>、米田信也<sup>1</sup>、山田誠人<sup>1</sup>、半田政志<sup>1</sup>、勝又宇一郎<sup>1</sup>、吉田こす恵<sup>2</sup>、柳川直樹<sup>3</sup>

<sup>1</sup>岩手県立胆沢病院 総合診療科、<sup>2</sup>岩手県立胆沢病院 血液内科、<sup>3</sup>岩手医科大学 病理診断科

【背景】COVID-19に対するmRNAワクチン接種後にリンパ腫が判明した報告は散見される。今回人口13.5万の二次療圏内で短期間にワクチン接種後に判明した非定型型末梢性T細胞リンパ腫(PTCL-NOS)および血管内大細胞型B細胞リンパ腫(IVLBCL)のaggressive lymphomaを経験したので報告する。

【症例1】82歳女性、既往歴にはGERDがある。X年6月上旬にワクチン1回目を接種した数日後から全身のピンク色の発疹と40度の発熱が続いたため近医皮膚科より紹介となった。初診時に熱源特定困難で炎症反応増加に加えてプロカルシトニン9.75ng/mL、sIL-2R 11,100U/mLであり、感染性心内膜炎に準じたエンプリック治療を行いながら熱源精査を行う方針とした。SBT/ABPCおよびCTRX投与で解熱せず、左鎖骨下リンパ節のCNBと皮膚生検および骨髄生検を施行した。CNBの免疫染色の結果CD30陽性で最終的にPTCL-NOSの診断となった。プレントキシマブ単独投与を検討していたものの全身状態から中止を余儀なくされた。本人希望でBSCの方針となり自宅で過ごされた後、10月末に永眠された。

【症例2】82歳女性、既往歴には高血圧と心房細動がある。X年7月上旬にワクチン1回目を接種した翌日から発熱が持続したため近医に入院した。CTでリンパ節腫大はなくsIL-2R 3,270U/mLで精査目的に当院転院となった。転院同日に皮膚生検、翌日には骨髄生検を施行し、皮膚生検の免疫染色の結果CD20陽性で最終的にはIVLBCLの診断となった。骨髄にはリンパ腫の浸潤は認めなかった。病勢が急速に進行するためリツキシマブ単独治療の先行を検討していたがセカンドオピニオンの希望があり延期した。その間に全身状態悪化し8月下旬に永眠された。

【考察】mRNAワクチン接種後にリンパ腫を発症した報告はこれまでも散見されるがリンパ腫を増加させるという証拠は得られていない。今回短期間にワクチン接種後に症状出現して判明した比較的稀なリンパ腫2例を経験した。ワクチンによる免疫応答の活性化がリンパ腫の顕在化に影響している可能性も考えられた。

## 長期に post COVID-19 condition と診断されていたバセドウ病の1例

○澤村俊孝<sup>1,2</sup>、川原寛之<sup>1</sup>、大森亜衣<sup>1</sup>

<sup>1</sup>浅ノ川総合病院 内科、<sup>2</sup>浅ノ川総合病院 感染対策室

【背景】COVID-19のパンデミックにより発熱や感冒様症状を呈する患者の診察に電話診療が活用されている。院内への感染対策としては利点がある一方、身体診察を十分行うことができず診断エラーにつながる可能性もある。【症例】27歳女性【主訴】全身倦怠感【既往歴】特記事項なし【現病歴】X年10月にCOVID-19と診断されたが、症状は1週間で改善した。感染後約1ヶ月後より再度全身倦怠感を自覚し、労作時の動悸や息切れも出現した。その後X+1年2月までの間に3回の当院内科を受診し、いずれもCOVID-19検査及び電話診療で感冒またはpost COVID-19 conditionの診断にて対症療法を受けていた。症状が持続するためX+1年3月に4回目の受診となった。【身体所見】BP 125/80mmHg、PR 124回/分、整、BT 37.1度、甲状腺腫を疑う所見なし、甲状腺腫あり(七条3度)、皮膚は湿潤、手指振戦あり。【検査結果】血液検査：CRP 0.03mg/dL、TSH 0.03μIU/mL、FT4 4.22ng/mL、FT3 15.1pg/mL、TRAb 23.2IU/L 甲状腺超音波検査：甲状腺はびまん性に腫大し血流亢進あり 心電図：HR 131回/分の洞性頻脈【経過】バセドウ病(GD)と診断しチアマゾール(MMI)およびヨウ化カリウムの内服を開始した。開始後2週間後には倦怠感・息切れ・動悸は改善し、甲状腺ホルモン値は4週間後に正常化した。その後MMIは減量中であるが症状の再燃は認められていない。【考察】本症例は電話診療にてpost COVID-19 conditionと長期に診断されていたGDの1例である。対面診察では甲状腺腫や皮膚湿潤・手指振戦を認め、バセドウ病の診断は容易であった。post COVID-19 conditionの症状は非特異的であり、甲状腺疾患の症状とオーバーラップする。さらにCOVID-19感染後に甲状腺疾患の発症率が増加することが報告されている。当院でCOVID-19感染後6ヶ月以内に発症したバセドウ病の症例7例を後向きに検討すると7例中4例で何らかの診断遅延を認めていた。【結語】COVID-19罹患後の体調不良の診察では電話診療であっても甲状腺疾患を念頭にした問診や必要に応じた対面診察が望ましい。

## COVID-19 感染を契機に高血圧クリーゼを発症した褐色細胞腫の一例

○丸山健伍、波平郁実、真喜志依里佳、松本一希、塩川綱憲、知光祐希、板垣健介、大里里子、黒田凌、藤原雅和、立花祐毅、笠芳紀、酒井達也

沖縄県立八重山病院 総合診療科

【症例】47歳女性【主訴】ふらつき【既往歴】神経線維腫症型(NF1)【現病歴】受診の3日前から咳嗽があり、前日からふらつきを認めた。受診日の朝職場でふらつき、一過性意識障害もあったため当院を受診した。【身体所見】身長160cm、体重61.0kg、体温36.6度、脈拍100回/分、血圧250/149mmHg、SpO2 99% 室内気、呼吸数20回/分、意識GCS(E4V5M6)、眼瞼結膜蒼白なし、眼球結膜黄染なし、瞳孔径3.0/3.0mmで対光反射迅速、肺音清・副雑音なし、心音整・雑音なし、腹部は平坦・軟、筋性防御なし、両側下腿浮腫なし、発汗過多あり、全身皮膚に神経線維腫、カフェ・オ・レ斑あり。【検査結果】血液一般・生化学所見は炎症反応上昇、軽度の肝腎機能障害があり、COVID-19抗原検査陽性であった。機能検査は血液・24時間蓄尿でアドレナリン優位のカテコラミン上昇あり、体幹部CTは左副腎由来と思われる腫瘍性病変を認め、MRIではT1強調像で低信号、T2強調像で高信号だった。【経過】病歴と身体所見、検査所見から褐色細胞腫の経過中感染を契機に高血圧クリーゼを発症したと判断した。ドキサゾソンの内服を開始してニカルジピンを併用して降圧を開始した。目標血圧160/100mmHgで管理し、ドキサゾソンは9mgまで増量した。全身状態安定後、追加検査と手術目的で高次医療機関に紹介した。【考察】褐色細胞腫は経過中に様々な誘因により高血圧クリーゼを発症する。COVID-19感染を契機に発症した報告は世界的には散見されたが、本邦での報告はなかった。著明な高血圧と心血管系合併症を呈し予後不良である。本症例では早期に診断に至ったが、離島という特性からフェントラミン入手が困難であった。そのためドキサゾソンをを用いて治療を行ったが速やかに急性期を脱することができた。【結語】COVID-19感染を契機に高血圧クリーゼを発症した褐色細胞腫患者を経験した。高血圧クリーゼは早期の治療介入が求められる。

## COVID-19 を契機に発症し、器質的疾患との鑑別を要した統合失調症の一例

○石井昌嗣<sup>1</sup>、渡邊頭弘<sup>2</sup>、井上潤一<sup>2</sup>、川端真理佐<sup>3,4</sup>、塚田弥生<sup>4</sup>、安武正弘<sup>5</sup>

<sup>1</sup>日本医科大学 武蔵小杉病院 初期臨床研修医、

<sup>2</sup>日本医科大学 武蔵小杉病院 救命救急科、

<sup>3</sup>日本医科大学 武蔵小杉病院 リウマチ・膠原病内科、

<sup>4</sup>日本医科大学 武蔵小杉病院 総合診療科、

<sup>5</sup>日本医科大学 付属病院 総合診療科

【背景】COVID-19感染後の精神・神経障害は欧米を中心に多数の報告があるが本邦での報告は少ない。今回、若年男性でCOVID-19感染を契機に発症した統合失調症の症例を経験したので報告する。【症例】16歳、男子高校生【主訴】体動困難、異常行動【家族歴】なし【既往歴】喘息、高校受験前に一過性の不眠症【現病歴】X-5日に発熱、咳嗽、咽頭痛を発症、COVID-19抗原陽性となり自宅療養していた。X-1日から「突然外に出る」、「突然笑い始める」といった異常行動が出現したため、X日救急搬送となった。【身体所見】搬送時GCS E2V2M5、体温38.2℃、血圧161/95 mmHg、SpO<sub>2</sub> 98%(室内気)。従命反応乏しく会話不成立で目的のない運動を繰り返していたため、身体所見の確認は困難。救急外来では共同偏視や痙攣は見られなかった。【検査結果】血液生化学検査はWBC 4580/μL、CRP 0.04 mg/dLと活動性炎症所見無し。髄液検査は初圧220 mmH<sub>2</sub>O、細胞数1/μL、蛋白30 mg/dL、糖61 mg/dL。頭部MRI、脳波に異常なし。【経過】入院後から全身強直間代痙攣が数回生じた。COVID-19による脳炎や髄膜炎を鑑別にあげ、重症例に準じ、診断的治療(ステロイドパルス、レムデシビル、トシリズマブ)を開始。しかし、異常行動・痙攣の改善はみられなかった。髄液中SARS-CoV-2 PCRおよび抗NMDA受容体抗体の陰性(後日判明)を確認した。X+5日から精神科介入、統合失調症の初期症状としての緊張病と暫定診断シクロナゼパム内服を開始。翌日から痙攣発作は消失しX+10日には自力での食事摂取が可能となり、X+23日に医療保護入院のため転院となった。【考察】COVID-19感染後、統合失調症の発症リスクは、他の上気道感染症罹患後と比べ1.6-2.0倍と高率である。ウイルス感染後の行動異常患者の40%以上は一般救急外来を受診する。そのため、器質的疾患の検索と共に精神神経科医による早期介入が望まれる。【結語】COVID-19感染は中枢神経合併症に加えて精神疾患を発症するリスクが高く鑑別が必要である。



## SARS-CoV-2 感染後に発症し、治療に難渋した十二指腸潰瘍穿孔の一例

○太田嶺人<sup>1,2</sup>、神波力也<sup>1,2</sup>、島田哲<sup>1</sup>、川島和樹<sup>1,3</sup>、古謝進<sup>4</sup>、高昌恭介<sup>4</sup>、佐藤明裕<sup>5</sup>、小松誠司<sup>6</sup>、並木健二<sup>1,2</sup><sup>1</sup>大崎市民病院 総合診療科、<sup>2</sup>大崎市民病院 外科、<sup>3</sup>大崎市民病院 臨床検査科、<sup>4</sup>大崎市民病院 鹿島台分院 総合診療科、<sup>5</sup>大崎市民病院 鳴子温泉分院 総合診療科、<sup>6</sup>大崎市民病院 岩出山分院 総合診療科

【背景】新型コロナウイルス感染症に伴う医療情勢は日々刻々と変化しており各施設による対応が求められている。【症例】63歳男性【主訴】腹痛嘔吐【既往歴】20代より十二指腸潰瘍による幽門狭窄(治療希望なし)【現病歴】脱水症状で受診し、家族がCOVID-19陽性のため検査したところ感染を確認。全身状態良好で帰宅したが、翌日、腹痛嘔吐のため再受診。脱水による急性腎不全の診断で入院となった。【身体所見】腹部は平坦、上腹部に圧痛を認めた。【検査結果】血液生化学検査でWBC 10440/ $\mu$ l、CRP 8.87 mg/dl。入院時のCTで上腹部にfree airと少量の腹水を認めた。【経過】上部消化管穿孔の診断。腹部・炎症所見は軽度であり胃管減圧により保存加療を開始。入院2日目に炎症所見が増悪しCTを再検した所、著明なfree airと腹水を認め手術の方針とした。COVID-19陽性から3日目であり、感染対策を施した上で開腹手術を行った。穿孔部位は十二指腸球部前壁であり腹腔内の汚染は高度であった。大量洗浄後に縫合閉鎖、大網被覆術を施行した。ドレーンを左右横隔膜下、穿孔部背側、膀胱直腸窩に留置した。感染から10日後(術後7病日)に隔離解除となった。経口透視は異常なく食事を開始したが、40度台の発熱を認めCTで胃腹側、右傍結腸溝に膿瘍を認めた。ドレーンは漿液性であり穿孔部背側以外は抜去した。培養からカンジダが検出され、抗真菌薬を投与したものの膿瘍の改善を認めず、術後15病日に透視ガイド下穿孔(傍結腸溝、右横隔膜下、肝下面、胃腹側)を施行した。その後は炎症所見が改善し33病日退院となった。【考察】SARS-CoV-2感染患者に対する手術は術後合併症の増加や医療従事者への感染リスクから可能な限り非手術治療を選択することが妥当である。非手術治療を開始した際は、慎重な経過観察が必要であり、緊急手術ができるように施設対応をしておくことが重要であると思われる。【結語】SARS-CoV-2感染を伴い術後加療に難渋した。手術時期を逸しないことが重要であった。

## MOCA-J を用いた COVID-19 罹患後症状のブレインフォグの臨床的特徴の解明

○長谷川徹<sup>1</sup>、大塚勇輝<sup>1</sup>、櫻田泰江<sup>1</sup>、徳増一樹<sup>1</sup>、砂田匠彦<sup>1</sup>、小西隆之<sup>2</sup>、中野靖浩<sup>1</sup>、本多寛之<sup>1</sup>、萩谷英大<sup>1</sup>、小比賀美香子<sup>1</sup>、植田圭吾<sup>1</sup>、大塚文男<sup>1</sup><sup>1</sup>岡山大学病院 総合内科・総合診療科、<sup>2</sup>岡山大学病院 総合リハビリテーション部

【緒言】新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が世界的なパンデミックを来し3年が経過した。急性期の症状は数日で治まることが多い一方で、2か月以上持続する後遺症状(Post COVID Condition: PCC)に苦しむ患者が多数存在している。PCCとして「頭がぼーっとする」、「考えがまとまらない」、「物忘れが激しい」といった症状を訴える患者も多く、我々総合診療医の外来を受診するケースも少なくない。こうした症状は「ブレインフォグ(BF)」と呼ばれるが、その臨床的特徴は明らかにされておらず診断や評価方法も確立していないのが現状である。

【目的】軽度認知機能障害(MCI)を診断するために開発されたMOCA(Montreal Cognitive Assessment)の日本語版(MOCA-J)を用いて、多彩な訴えを有するBF患者を定量的に評価し、BFの臨床的特徴を抽出することを本研究の目的とした。

【方法】岡山大学病院のPCC専門外来であるコロナ・アフターケア(CAC)外来を受診した患者のうちBF症状に対してMOCA-Jを施行した患者を対象として、後方視的な検討を行った(倫理委員会承認:研21105-030号)。

【結果】2021年2月～2023年4月にCAC外来を受診した685人のうちBF症状は185名(27%)に認められた。BFを訴えた患者のうち診療医の判断で男性15名・女性10名:計25名(年齢中央値27歳)に対してMOCA-Jが検査されていた。14人がMCIを疑う25点未満であった。

【考察】BFでは年齢に比して言語流暢性が低下している一方で、見当識や記憶力は保たれている特徴が見出された。MOCA-Jは視空間、遂行機能注意障害、言語機能などの6つの認知機能領域を評価できるスクリーニング検査であるが、必要物品が質問用紙のみ、10分程度で完遂できる簡便なものであり、PCC患者の多彩な臨床症状からBFを抽出し評価するのに有用である可能性が示唆された。

【結論】特に若年者に見られるBF症状において、MCIが検出されることが示された。PCCにおけるMOCA-Jは、BFをスクリーニングしその程度を評価するのに有用である。

## 副腎皮質ホルモン・抗ヒスタミン配合錠長期内服者がCOVID-19罹患を契機に副腎不全を呈した一例

○森拓郎<sup>1</sup>、中本健太<sup>2</sup>、藤川達也<sup>2</sup><sup>1</sup>三豊総合病院 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>三豊総合病院 総合内科

【背景】COVID-19の症状の一つに倦怠感があるが、COVID-19以外の疾患が重複している可能性も考慮する必要がある。【症例】74歳、男性【主訴】食欲不振【既往歴】アレルギー性鼻炎【現病歴】11月X-4日に全身の疼痛、倦怠感、咳、頭痛を認め、11月X-2日に近医で新型コロナウイルスPCR陽性と判明した。経口摂取困難となり、精査および加療目的にX日に当院に入院となった。【身体所見】意識清明、表情苦悶様、体温:36.5℃、血圧:121/77mmHg、脈拍:103/分、SpO2:96%(room air)呼吸音:清、心音:雑音なし、腹部:平坦・軟・圧痛なし、関節腫脹・圧痛なし【検査結果】白血球数:4620/ $\mu$ l、CRP:11.5mg/dL、胸部X線:肺炎像なし【経過】COVID-19としては軽症であったが、アレルギー性鼻炎に対して副腎皮質ホルモン・抗ヒスタミン配合錠であるベタメゾン・dクオールフェニラミンマレイン酸配合錠(以下セレスタミン配合錠)を20年間長期内服していたため、COVID-19の症状にシックデイによる相対的副腎不全の合併を疑い、血液検査を施行した。検査の結果、ACTH:32.7pg/mL、コルチゾール:2.9 $\mu$ g/dLと副腎不全を認めたため、ヒドロコルチゾン補充を行った。ヒドロコルチゾン100mg/日から開始し、徐々に減量した。X+7日頃より症状は改善し、X+11日に退院となった。【考察】一般的に副腎皮質ステロイド長期内服を背景とした患者では、本剤の不適切な減量や中止を行った時や、シックデイにおける相対的ステロイド服用不足が原因で続発性副腎皮質機能不全を引き起こすとされている。今回の症例ではアレルギー性鼻炎に対する習慣的服用と認識不足を背景にCOVID-19罹患が契機となり、副腎不全を引き起こしてしまったと考えられた。副腎皮質ステロイドの長期投与にあたっては十分な配慮と観察を行う必要がある。【結語】セレスタミン配合錠長期内服者がCOVID-19罹患を契機に副腎不全を引き起こした一例を経験した。

## 就学患者のCOVID-19罹患後症状とその社会的影響

○櫻田泰江、大塚勇輝、徳増一樹、砂田匠彦、本多寛之、中野靖浩、松田祐依、萩谷英大、植田圭吾、大塚文男

岡山大学病院 総合内科・総合診療科

【背景と目的】新型コロナウイルス(COVID-19)は変異を繰り返しながら、感染者を増やし、子ども達にも感染が広がった。全年齢層を対象とした私達の岡山大学病院コロナ・アフターケア(CAC)外来では10代の患者が増加した。成人のCOVID-19罹患後症状に比べ、子どもについての報告は限られる。そこで、CAC外来を訪れた10代の患者の罹患後症状の特徴について総合診療の視点から検討した。【方法】2021年2月から2022年10月までの間にCAC外来を受診した患者460人を対象とし、岡山大学倫理審査委員会承認のもと、診療録から後方視的観察研究を行った。【結果】10代の患者は全体の11.9%であり、全員が急性期には軽症であった。最も多い症状は倦怠感(55.6%)、次が頭痛(35.2%)であった。成人に比べ、10代の患者では有意差をもって頭痛の割合が高かった。ウイルス株による症状の比較を行ったところ、デルタ株の流行期では嗅覚障害、味覚障害が多かったが、オミクロン株では嗅覚障害、味覚障害はほとんどみられず、倦怠感が増加した。10代の患者のうち、就学している患者は50人であり、その56%にもなる患者が登校困難に陥っていた。登校が困難な患者に多い症状は倦怠感(85.7%)と頭痛(42.9%)と睡眠障害(32.1%)であった。【考察】10代のCOVID-19罹患後症状は、たとえ急性期は軽症であっても、倦怠感、頭痛、睡眠障害といった症状を呈し、登校が困難なほどにQOLが大きく障害されることもある。文部科学省は、年間30日以上欠席を不登校と定義している。同省の調査では、最初に学校に行きづらいつと感じたきっかけは、身体の不調や生活リズムの乱れであることを考慮すると、罹患後症状への適切な支援は不登校への進展の抑止にもつながると思われる。総合診療医として医療機関、保護者、学校との連携が重要であるとともに、COVID-19の子どもの影響は未解明な部分も多く、今後の動向を注視していく必要がある。

## COVID-19が肺癌診療に与えた影響：広島県癌登録レジストリを用いた大規模研究

○宮森大輔、吉田秀平、池田晃太郎、菊地由花、重信友宇也、伊藤公訓

広島大学病院 総合内科 総合診療科

【目的】COVID-19流行により、特に肺癌の診断・治療の遅れによる予後の悪化が懸念されている。本研究では流行が肺癌の死亡リスクと治療格差へ与えた影響を明らかにし、今後の癌診療の質の維持つなげることを目的とする。【方法】広島県癌レジストリを用いて検討を行った。観察期間は2018年から2021年とし、COVID-19流行前の2018年および2019年と、流行後の2020年および2021年に肺癌と診断された症例のうち、追跡可能な症例に対して、診断時の病期の変化および診断後の治療予後を比較した。治療予後の解析については、死亡をイベント、流行前・後を要因とし、COX比例ハザードモデルを用いた。また、年齢・性別・発見経緯・病理学的診断の有無、病期および治療の差し控えの各因子で調整し、サブグループ解析も行った。本研究は広島大学疫学倫理審査委員会で承認を得て実施した。【結果】広島県下で、観察期間中に10960名が肺癌と診断され、そのうち5710名が追跡可能であった。年齢の中央値は74歳(IQR 68-80)であり、男性が68%を占めた。病期は、II期とIV期の頻度が39%および33%と高かった。癌の組織型は非小細胞癌が68%で小細胞癌が9%であった。追跡期間の中央値は172日であり、1000人年あたりの死亡は流行前後でそれぞれ499(95% CI; 465, 534)および597(95% CI; 557, 639)であった。COVID-19流行後に診断された肺癌は、流行前と比較して、死亡の粗ハザード比が、1.19(95% CI; 1.07-1.31)と有意に高かった。サブグループ解析では流行と性別および癌の病期間に交互作用を認め、女性・早期の病期の集団で死亡リスクが上昇していた。【考察】本研究の観察期間中、広島県におけるCOVID-19症例は全人口の2%程度であり、本研究の予後に与えた影響は少ないと考えられる。我々の大規模データを用いた検討により、COVID-19流行後に肺癌の死亡リスクが増加していた。特に女性において、診療の格差が増大していた。【結語】総合診療医は、肺癌の死亡リスクの増大と増大した格差を把握し、診療の質の維持に努めることが求められる。

眼内炎と化膿性脊椎炎を合併した過粘稠性 *Klebsiella pneumoniae* による侵襲性肝膿瘍症候群の1例○菅原留美<sup>1</sup>、今井優花<sup>1</sup>、今元季<sup>1</sup>、山内健太郎<sup>1</sup>、鈴木森香<sup>1</sup>、今村淳治<sup>1,2</sup>、中川孝<sup>1</sup><sup>1</sup>国立病院機構仙台医療センター 総合診療科、<sup>2</sup>国立病院機構仙台医療センター 感染症内科

【背景】過粘稠性 *Klebsiella pneumoniae* (KP) による侵襲性肝膿瘍症候群は、眼内炎、化膿性脊椎炎、中枢神経感染症など、全身に血行性転移性感染巣を生じる重症細菌感染症である。【症例】75歳女性【主訴】脱力感、意識障害【既往歴】高血圧【現病歴】6日前から脱力感があり、意識障害を生じて当院に救急搬送された。【身体所見】体温37.0度、脈拍82回/分、血圧110/60 mmHg、呼吸数14回/分、SpO<sub>2</sub> 97% (O<sub>2</sub> カナラ3 L/分)、意識 JCS I-1。肝叩打痛あり。【検査結果】血液検査で炎症反応の上昇(WBC 17.2×10<sup>3</sup> /μL、CRP 18.9 mg/dL)、血小板減少(Plt 6.6×10<sup>4</sup> /μL)、肝胆道系酵素の上昇あり。造影CTでは肝左葉に壁と内部隔壁に造影効果を伴う3.4 cm大の多房性囊胞性腫瘍あり。頭蓋内病変なし。【経過】細菌性肝膿瘍による敗血症と診断しタゾバクタム・ピペラシリンを開始した。第2病日にメトロニダゾールを追加し経皮経肝膿瘍ドレーナージを施行した。炎症反応は改善したが、第5病日に左眼内炎を発症した。血液、尿、肝膿瘍排液から検出されたKPはstring test陽性であり、過粘稠性KPによる侵襲性肝膿瘍症候群と診断した。左眼視力はすでに無光覚弁であり、保存的加療とした。再検した造影CTで肝膿瘍は縮小したが、第7-8胸椎の化膿性脊椎炎が疑われた。臓器移行性を考慮し抗生剤をセフトリアキソンに変更した。血液培養は陰性化し、心エコーで疣贅を認めなかった。第14病日の造影MRIでは第7-8胸椎の化膿性脊椎炎に加えて、硬膜外膿瘍を認めた。下肢の神経症状が出ない事、脊椎の圧壊が進行しない事を確認しつつ、長期の抗生剤治療を行った。【考察・結語】侵襲性肝膿瘍症候群は死亡率が高く、眼内炎による失明や脊椎炎による下肢神経障害など後遺症の報告も多い。救命のみでなく、後遺症を減らすためにも早期の診断と治療が必要である。細菌検査と連携して過粘稠性KPを早期に認識し、他科と連携して適切なタイミングでドレーナージを行うことが重要である。

## Covid-19 流行時の予防、診療、感染制御に貢献する病院総合診療医～全国 97 の総合診療部門の解析

○香月尚子<sup>1</sup>、多胡雅毅<sup>1</sup>、平田理紗<sup>1</sup>、大塚勇輝<sup>2</sup>、志水太郎<sup>3</sup>、佐々木陽典<sup>4</sup>、鏑野紀好<sup>5</sup>、和足孝之<sup>6</sup>、高橋宏瑞<sup>7</sup>、宇根一暢<sup>8</sup>、内藤俊夫<sup>7</sup>、大塚文男<sup>2</sup>、田妻進<sup>8,9</sup><sup>1</sup>佐賀大学 医学部 附属病院、<sup>2</sup>岡山大学、<sup>3</sup>獨協医科大学、<sup>4</sup>東邦大学 医療センター 大森病院、<sup>5</sup>千葉大学、<sup>6</sup>島根大学 総合診療医センター、<sup>7</sup>順天堂大学、<sup>8</sup>JA 尾道総合病院、<sup>9</sup>JR 広島病院

【目的】米国では、Covid-19流行時にホスピタリストが対策や診療の先陣を切り、入院診療を行い、各診療科専門医と協働した事例が散見される。日本においても、病院総合診療医がCovid-19に関連する診療や対策に関わった報告は散見されるが、その全体像は明らかにされていない。本研究は、今後の新興感染症に備えて病院総合診療医の在り方を追求するため、病院総合診療医のCovid-19に関連する活動実態と貢献を明らかにすることを目的とした。【方法】日本病院総合診療医学会の認定施設の責任者に、該当病院の総合診療部門が行ったCovid-19に関連する業務について、オンラインの質問紙で尋ね、各割合を集計した。【結果】97施設(全認定施設の27%)が回答した。回答した病院の総合診療部門の病床数は中央値10床(0床40%)、年間入院患者数は中央値345名であり、回答した病院の92%で総合診療部門がCovid-19の関連業務を遂行した。各業務に関わった割合は、外来79%、入院79%、予防接種75%、院内・院外における感染制御73%、医療従事者の教育59%、一般市民の教育27%、Covid-19後遺症外来29%、英語論文の執筆23%、自治体との協働17%であった。【考察】ほとんどの病院の総合診療部門が、Covid-19の関連業務に携わっていた。日本の病院総合診療医は、米国のホスピタリストと同様に入院診療や院内の感染制御に関わることに加え、海外のプライマリ・ケア医と同様に外来診療を行い、予防接種を行っていた。Covid-19の診療や感染制御と比較して、医療従事者や市民への教育に関わった割合は低く、今後の課題である。【結論】9割以上の病院の総合診療部門が様々なCovid-19の関連業務に携わっていた。日本の病院総合診療医は、将来の新興感染症流行時にも重要な役割を果たすと予測され、政府、社会、学術団体、指導医は、平時から新興感染症の流行を意識した病院総合診療医の育成に努めるべきである。

## 吐血を認めたインフルエンザ A 型の一男児例

○直江千佳子<sup>1</sup>、阿部祥英<sup>2</sup>、山本和也<sup>2</sup>、伊田夏海<sup>2</sup>、三輪善之<sup>1</sup>、金澤建<sup>2</sup>、松橋一彦<sup>2</sup><sup>1</sup>昭和大学 医学部 小児科学講座、<sup>2</sup>昭和大学江東豊洲病院こどもセンター

【背景】インフルエンザ感染症は多様な合併症を認めるが、吐血を合併する症例は少ない。

【症例】7歳の男児である。発熱した翌日に突然の吐血を認め、救急車で来院した。その後も300 mL程度の吐血を2回認め、嘔吐と同時に腹痛も認めた。抗原検査でインフルエンザA型が判明した。血液検査では炎症反応(白血球 5270/μL、CRP 3.57 mg/dL)を認め、Hbは13.1 g/dLであった。Dダイマーは軽度高値(1.6 mg/mL)、PTIは12.6秒、APTTは35.2秒であった。腹部超音波や造影CTで出血源を同定できず、緊急の上部消化管内視鏡検査で潰瘍はなく、胃の噴門部前壁に粘膜発赤を認めた。急性胃粘膜病変に起因する吐血が疑われ、絶食、補液のほか、止血剤(トラネキサム酸)、プロトンポンプ阻害薬(PPI)投与を開始した。入院日(第2病日)、ペラミビル水和物の投与後、速やかに解熱し、第4病日に食事を再開した。入院後、消化器症状の再発は無く、第7病日に退院した。退院後も腹部症状の再発は無く、第18病日でPPIの内服は終了した。Hbは第2病日に11.9 g/dLまで低下したが、輸血は要さなかった。血中のヘリコバクター・ピロリ菌の抗体は陰性であった。

【考察】小児の吐血は、鼻出血や食道静脈瘤、肝硬変、凝固異常、Mallory-Weiss 症候群などが鑑別に挙げられる。本症例は臨床経過や各種検査所見からそれらは否定的であった。内視鏡検査所見から急性胃粘膜病変に起因する出血が大量吐血に関連したと考えられた。我々が検索した限りでは、インフルエンザ感染症による吐血症例の既報は19例である。いずれもA型で、多くは手術を要し、ショックによる死亡が2例あった。保存的治療で改善したのは6例(32%)で、本症例は手術や輸血を要さず、比較的軽症だったと考えられる。

【結語】吐血を合併するインフルエンザ感染症は手術を要する消化器疾患を認めることがあり、その治療方針の決定には消化管内視鏡検査が重要である。

## 不明熱を主訴に来院し診断に難渋した粟粒結核の1例

○佐藤真結<sup>1</sup>、高田賢<sup>1</sup>、松田直人<sup>2</sup>、高木元<sup>2</sup>、安武正弘<sup>2</sup><sup>1</sup>日本医科大学 医学部 医学科、<sup>2</sup>日本医科大学付属病院救急・総合診療センター

【背景】近年増加している結核全体の約1-2%が粟粒結核であり、その症状は多岐に渡る。今回、病歴・検査所見から血管内悪性リンパ腫が鑑別に挙がり、診断に難渋した粟粒結核を経験したので報告する。【症例】76歳男性【主訴】頭痛、発熱、体動困難【既往歴】糖尿病、高血圧症、不整脈、痔核(術後)【現病歴】受診7週間前、右後頭部痛が出現。5週間前、他院での頭部CTでは異常を認めず後頭神経痛の診断で経過観察となった。この頃から後頭部痛は左側にも広がり、37℃台の持続性発熱と尿失禁も出現した。2週間前、体温は39℃台へ上昇、寝たきりとなり、脱力と意識障害も出現した。8日前、前医で小球性貧血と血小板減少を指摘され紹介受診。【家族歴】父:46歳で死去(詳細不明)、弟:白血病で20代に死去【身体所見】GCS E4V4M6、体温38.5℃。項部硬直、Kernig徴候、Bruzinski徴候は認めず、胸腹部異常なし。【検査所見】血液所見:WBC 4300、Hb 9.7g/dL、Plt 7.6万。Alb 1.8g/dL、Na 123 mg/dL、CRP 7.74 mg/dL、sIL-2R 1713 U/mL、T-SPOT 陽性。胸部CT:両肺下葉主体の浸潤影と両肺上葉の空洞形成を伴う結節影指摘。腹部CT:両側の胸腹水と脾腫を指摘。【経過】ランダム皮膚生検で、悪性リンパ腫は否定的。3連痰の抗酸菌喀痰塗抹検査は陰性。髄液検査で糖の低下や細胞数の増加を認めず。入院時結核菌PCR検査は、血液・尿・胃液・髄液で陰性だったが、尿・胃液の追加検査で陽性。入院9日目より粟粒結核として薬物治療を開始したが、入院28日目に死亡した。【考察】本症例では、貧血・血小板減少、脾腫、sIL-2R異常高値から血管内悪性リンパ腫が鑑別に挙がったが、CTと尿・胃液検体の結核菌のPCR検査で、粟粒結核と診断した。【結語】亜急性の経過を辿る頭痛・発熱の症例で、結核菌感染症が鑑別に入る場合は、反復検査が容易な尿・胃液検体の結核菌PCR検査が有用である。

## 切迫早産による入院を境に発作の頻度が増加し、家族性地中海熱(FMF)の診断に至った一例

○岡田英之<sup>1</sup>、阪下達哉<sup>2</sup>、飯田沙織<sup>1</sup>、宇野嘉弘<sup>1</sup>、飯田真美<sup>1</sup><sup>1</sup>岐阜県総合医療センター 総合診療科・リウマチ膠原病科、<sup>2</sup>岐阜県総合医療センター 小児科

【背景】FMFは激しい胸痛・腹痛や発熱を周期的に繰り返す疾患で、MEFV遺伝子変異によりpyrinインフラマソール活性化が亢進し発症する疾患である。

【症例】妊娠26週の29歳妊婦

【主訴】切迫早産

【現病歴】20歳頃からストレスが加わると38℃以上の発熱と側胸部痛を認めることがあった。X年10月14日に右側胸部痛、下腹部痛を認め、10月19日、20日に痛みは最強となり、10月26日に切迫早産と診断され、当院産科で入院となった。

【身体所見】BT36.7℃、HR88bpm、BP103/65mmHg、髄膜刺激徴候なし、心音・肺音異常なし、胸部・腹部圧痛なし、関節・筋把握痛なし、下腿浮腫なし、皮疹なし

【検査所見】尿に異常なし、WBC 6200/μL、Neut 76.4%、Lymph 17.7%、HGB 10.6g/dL、PLT 21.7万/μL、CRP 12.87mg/dL、AST 11IU/L、ALT 8IU/L、ALP 81IU/L、γGT 11IU/L、AMY 50IU/L、UA 3.2mg/dL、T-Bil 0.67mg/dL、MMP-3 28.0ng/mL、sIL-2r 335U/mL、ESR 36mm/h、RF -, ACPA -, ANA -, MPO-ANCA -, PR3-ANCA -, Cトラコマトリス-IgG -, IgA -, ポルフィリンノーゲン 1.3mg/L、δアミノレブリン酸 0.9mg/L、Zn 60 μg/dL

【経過・考察】その後は11月17日、12月28日と2日程度で治まる側胸部痛と発熱を認めた。入院から出産までは発作の頻度が約月1回となった。精査では非特異的な炎症所見を検出したのみで、診断に結びつく異常所見はなかった。発作の間隔や持続期間が非特異的であったが、FMFの遺伝子検査を実施したところ、M694IとE148Qのバリエーションを保有していた。エクソン2のE148Qは健康日本人の23%に認められる遺伝子多型であるが、我が国の典型的なFMFの多くがエクソン10のM694Iとの組み合わせを保有することから、本症例をFMFと診断した。FMFでは妊娠が増悪因子の1つとして挙げられており、本症例も発作の頻度が増加した。

【結語】エクソン10以外の部位にバリエーションを有する症例で、他疾患の可能性を十分検討されないままMEFV遺伝子多型の同定がFMFの診断に直結してはならないが、十分な除外診断を行ったうえでの診断は可能と考える。

## 糖尿病足壊疽の下肢切断術後に、短期間に多数の合併症を発生した未治療2型糖尿病の1例

○根岸智園<sup>1</sup>、佐藤達哉<sup>2</sup>、辻大興<sup>3</sup>、中村真<sup>4</sup>、田口裕祐<sup>1</sup>、小笠原純子<sup>1</sup>、根東祐次<sup>1</sup>、大橋克彦<sup>1</sup>、山岡彩香<sup>1</sup>、館野佑樹<sup>3</sup>、瀬戸口雅彦<sup>4</sup>、西浦高志<sup>3</sup>、鈴木建則<sup>4</sup>、畑地健一郎<sup>3</sup>、本城聡<sup>1</sup><sup>1</sup>東京都立病院機構 東京都立多摩南部地域病院内科、<sup>2</sup>東京都立病院機構 東京都立多摩南部地域病院整形外科、<sup>3</sup>東京都立病院機構 東京都立多摩南部地域病院外科、<sup>4</sup>東京都立病院機構 東京都立多摩南部地域病院循環器内科

【背景】コントロール不良糖尿病の存在は外科的手術合併症のリスク因子である。【症例】68歳女性【主訴】左下肢の疼痛・腫脹【既往歴】子宮筋腫【現病歴】数年来来院受診歴なし。2か月前に左拇指を受傷、腫脹・膿出現したが医療機関受診せず。1週間前に近医で抗菌薬処方、4日前から嘔気・嘔吐、体動困難となる。症状悪化のため救急要請し当院搬送。【身体所見】体温37.4度、血圧179/93mmHg、脈拍98/分、腹部:自発痛・圧痛なし、左下腿前面遠位1/3程度に皮下握雪感あり、左下肢足関節より4、5cm程度近位まで紅斑・腫脹著明、左拇指周辺のみらん・排膿あり。【検査結果】血液検査:WBC 29700/μL、Hb 12.0g/dL、Plt 52.4万/μL、Cre 0.4mg/dL、血糖 326mg/dL、AST 18U/L、ALT 15U/L、γ-GPT 39U/L、CRP 21.6mg/dL、HbA1c 12.1%、Cペプチド 0.71ng/mL、抗GAD抗体 <5.0U/mL、血中総ケトン体 13567 μmol/L、BGA(室内気):pH 7.47、HCO<sub>3</sub>- 23.4mmol/L、尿検査:蛋白(+)、糖(4+)、ケトン体(3+)、造影CT:左下肢皮下にガス産生像あり【入院後経過】未治療2型糖尿病・ガス産生の糖尿病足壊疽と診断、インスリン、抗菌薬投与開始し、2日目に下肢切断手術を施行。創部の膿からはSagalactiaeが同定された。4日目に上腹部痛出現、腹部X線にて腹腔内遊離ガスを認め、造影CTで十二指腸潰瘍穿孔と診断し緊急腹腔鏡下大網充填術・ドレナージ術を施行。8日目に心筋梗塞を発生し緊急PCIを施行。12日目の造影CTで十二指腸に再穿孔所見あり、縫合不全と判断し加療。46日目に突然病棟でCPAとなり永眠された。【考察】冠動脈疾患や縫合不全は代表的な糖尿病患者の合併症である。消化管潰瘍出血および穿孔では、糖尿病患者でより死亡率が高いとする報告もある。【結語】未治療糖尿病患者の緊急手術の術後は合併症リスクに注意が必要である。

## ウレアーゼ産生菌による尿路感染+尿閉により高アンモニア血症に至り、意識障害を来した一例

○中神太志

吹田徳洲会病院

79歳女性(主訴)意識障害(現病歴)入院当日の朝から倦怠感を訴えていた。午後同居の次男が帰宅したところ、意識障害があり、救急要請され、当院を受診、入院となった。【既往歴】クモ膜下出血(クリッピング後併存症)糖尿病、高血圧(入院時現症)GCS:E1V2M3、BP141/92 mmHg、PR63回/分、BT36.8℃、こSpO<sub>2</sub>96%、RR18回/分呼吸音:清明、心音:整、雑音なし、腹部:軟、平坦、圧痛なし、下腿浮腫なし(血液検査)電解質異常なし(頭部CT)出血なし。梗塞なし。胸腹部単純CT)両側水腎症、膀胱拡張、直腸に著明な糞便貯留を認める入院後経過)救急外来にて尿道留置カテーテルが挿入され、3号液を40ml/hで投与開始された。第2病日、救急科から内科に引き継ぎとなり、内科医が訪室時、E1V2M3であった。意識障害の鑑別として、血中アンモニアを測定したところ、128 μg/dlと高値であった。尿のグラム染色では白血球とグラム陰性桿菌を認め、膿尿であった。第3病日、意識はE4V5M6と改善し、歩行も可能となった。第4病日、採血にてアンモニアは47ug/dlと改善していた。尿培養ではKlebsiella pneumoniaeを認め、ウレアーゼ活性を持つことも確認された。以上から、ウレアーゼ産生菌による膿尿のある患者で尿閉が生じたことで高アンモニア血症を来し、それによる意識障害が起こっていたと診断した。その後はエブランチル投与下にて自尿の排出を認めており、症状の再発も認めていない。【考察】尿閉のように膀胱内圧が上昇した状況下においては、尿中のアンモニア濃度が上昇すると、膀胱周囲静脈叢から血中に多量のアンモニアが再吸収される。この経路は門脈を介さないために肝臓での代謝が行われずに高アンモニア血症が完成する。高アンモニア血症は意識障害の鑑別の一つであるが、肝障害を伴わずに起こることは稀であり、報告させていただく

## 意識障害を主訴に救急搬送されたウレアーゼ産生菌による尿路感染症の一例

○堤丈士<sup>1</sup>、門野真由子<sup>1</sup>、小間淳平<sup>1</sup>、飯尾卓哉<sup>1</sup>、中埜幸治<sup>1,2</sup><sup>1</sup>京都山城総合医療センター 糖尿病代謝内科 生活習慣病内科、  
<sup>2</sup>相馬病院 内科

【症例】90歳女性【主訴】意識障害【既存症】75歳高血圧症【現病歴】従来高血圧で開業医に、膀胱憩室及び神経因性膀胱でA病院に通院。尿道バルーン挿入を勧められていたが、ADL低下するとの理由で拒否されていた。X年Y月Z-1日より尿失禁するようになり、翌Z日朝に家人が呼びかけると反応が無いため救急要請し当院搬送となった。【来院時身体所見】GCS E1V3M4(痛み刺激で開眼しないが逃避はあり)、体温37.6度、血圧128/76mmHg、脈拍92/分(整)、明らかな異常反射認めず、対光反射あり。身長146cm、体重47.7kg、結膜の黄染や貧血なし、下腹部やや緊満【検査結果】血液検査：WBC12380/ $\mu$ L、Plt23.5万/ $\mu$ L、Glu118mg/dl、GOT25U/l、GPT11U/l、 $\gamma$ -GTP131U/l、T-Bil1.10mg/dl、BUN39mg/dl、Cre0.92mg/dl、BNP40.2pg/ml、アンモニア156(正常値18-66) $\mu$ g/dl、尿検査：尿蛋白3+、尿潜血2+(赤血球100以上/F白血球50-99/F)、尿蛋白3+、心電図：HR92bpm、洞調律、四肢誘導低電位、脳CT脳出血やEarly CT sign認めず、腹部CT検査肝に特記事項認めず、膀胱憩室を複数認め膀胱炎の疑い。【経過】CT検査後の尿道バルーン挿入で強烈なアンモニア臭を疑う膿尿で有り、ウレアーゼ産生菌による膀胱炎を疑い、また意識障害が遷延しており尿培養および血液培養採取し入院加療とした。CAZおよびCLDMの抗生剤投与を開始し、翌日には、血中アンモニア値は37 $\mu$ g/dlと正常範囲にまで改善した。意識状態も徐々に回復したためリハビリテーションを行った。後日Morganella morganii判明し、ウレアーゼ産生菌であり、経過と矛盾しない所見であった。尿道バルーンは持続留置し第21病日退院した。【考察】意識障害の原因として、一般的には脳神経疾患、循環器疾患や低血糖発作等を想定するが、本症例のように稀ながら尿路感染症から意識障害を来すこともあり文献的考察を追加し報告する。

## 演題取り下げ

## BE A WORLD OF GOOD — University of Washington における Hospital Medicine 留学一

○青山彩香

水戸協同病院

1990年台にアメリカで発足したHospital Medicineは入院患者に特化した包括的・総合的医療を提供する専門分野です。当初数十人であったHospitalistsは、2023年現在4万人以上と急成長を遂げています。Hospital Medicineは医師が入院患者の対応に集中することを可能にし、肝移植等の治療困難な症例もその分野の専門医だけでなく、総合的な視野で治療を行うことを実現化しました。内科専門医の医学教育を担い、総合的な視野をもつ医師の育成に貢献している他、医師や医療スタッフの労働環境にも着目し、最新の技術を生かして、より自分らしく、ワークライフバランスが整った労働環境を提供しています。Hospital Medicineはわずか数十年で専門性を確立し、今やアメリカの総合病院において、なくてはならない存在となりました。今回、Hospital Medicine創設者の一人であるJohn Nelson先生と日本病院総合診療医学会理事 田妻進先生のご協力のもと、University of Washington関連病院でHospital Medicineの見学をさせて頂きました。カルテ、働き方、医学教育、マインド等、全てが良い意味でのカルチャーショックであり、素晴らしい点がたくさんありました。日本を含む少子高齢化・多様化する社会の必要性にマッチしたHospital Medicineは本邦でも急成長を遂げる可能性を秘めています。その担い手は総合診療医の育成・総合診療医学の発展を理念とする本学会であると言っても過言ではありません。本発表では2週間における複数の病院見学について共有させて頂きます。一人でも多くの先生がHospital Medicineや日米の医療の相違について興味をお持ちになり、病院医療の発展につながることを願って止みません。Together, we are boundless.

## 生きづらさの処方箋：出張型依存症治療チームが一般病院内の依存症治療にもたらす効果

○小澤秀浩<sup>1</sup>、松本朋弘<sup>1</sup>、塚越拓美<sup>2</sup>、安藤睦<sup>2</sup>、石原里沙<sup>2</sup>、水野有紀<sup>2</sup>、常岡俊昭<sup>2</sup>、仲井盛<sup>1</sup><sup>1</sup>練馬光が丘病院 救急総合診療科、<sup>2</sup>昭和大学附属烏山病院

専門治療が必要なアルコール依存症患者は100万人を超えているとされ、多くは内科や救急科を受診するものの、専門治療である精神科受診に繋がる者は少ない。アルコール依存症患者を診たときに「精神科を受診してください」としか言えず、当事者からは「私を精神病扱いするのか」と怒られ、家族からは「どうにかしてくれ」と泣きつかれ、無力感を感じる内科医は少なくない。今回演者は昭和大学附属烏山病院と架け橋プロジェクトと題した医療連携を進めて1年経過した経過を活動報告する。架け橋プロジェクトは昭和大学附属烏山病院の多職種によって構成された出張型依存症治療チーム(医師、看護師、薬剤師、精神保健福祉士で構成される)を月1回練馬光が丘病院に招聘して行われる。内科医から診て精神科受診や入院が必要であるが、患者本人は躊躇・拒否しているものを対象に、1人につき1回約1時間、オープンダイアログの方法を用いて集団での面談を行う。対象はアルコール依存症を疑う患者で始まったが、最近では診断の有無は問わず生きづらさを抱えたものや他の精神科で通院を断られた者などへと拡大している。架け橋プロジェクトを開始して1年が経過し、45人の患者が参加し28人が精神科での入院もしくは通院加療に繋がる事が出来た。架け橋紹介前とは見違える状態で「回復」を見せてくれるものも増えてきており、他科からも紹介患者が増えてきている。多くの患者が精神科に繋がらない理由は「偏見」「知識のなさ」「回復をイメージできない」など多岐にわたる。これらは患者と患者家族と内科医が抱える共通の問題であろう。精神科を拒否する患者に対して行われる架け橋プロジェクトでの改善例が増えることに、一般病院内の医師などスタッフが「精神科に行く事で回復の手がかりがつかめる」と実感でき、その上で架け橋プロジェクトを勧めることで好循環が生まれている。活動報告を通じて、依存症患者とストレスなく付き合い、回復を楽しみに行ける医療者が増えることを期待している。

## 様々な病態に対応した新たなCVポート埋設法の考案と Society 5.0 時代へ向けたVR手術指導の意義について

○岸宗佑、野村友祐、小泉忠史、川畑修平、山本浩、津谷亮佑、  
工藤大樹、西園一郎、二川憲昭、丹野誠志

イムス札幌消化器中央総合病院 消化器内科 VAD センター

【背景】昨今のCOVID-19感染症による社会の変化は、医学教育による直接的な機会の減少を招いた。特に処置や手術などのテクニックについては直接的な指導は重要であるが、見学や手術参加は感染管理や遠隔地移動の理由から制限された時代であった。総合的に診療を行う中で、特に若い世代の医師は処置や手術などの指導を受ける機会は貴重であり、Society 5.0へ向けた指導体制の構築が望まれている。【目的】様々な病態にも対応できるCVポート手術法を考案し、その選択指針について検討した。さらに、指導体制として書籍での手術書ならびにVRで手術の疑似体験ができる指導ソフトウェアを作成し、その意義について検討した。【検討】新しく考案した内頸静脈アプローチ法 (ATLAS surgery)、上腕埋設法 (LOVE surgery)、腹壁埋設法 (Iliad surgery) および大腿埋設法 (Fellow surgery) の有用性及び当院における各部位での感染リスクとしてCRBSIについて検討した。ATLAS surgeryについては書籍による手術書を作成し指導を行い、LOVE surgeryについてはVR動画を作成して全国の施設にて視聴し手術の疑似体験をして頂いた。【結果】感染リスクとしては、上腕埋設法は感染リスクが少なく、特に女性患者から希望される割合が多い結果となった。指導については書籍による手術書およびVRによる指導をおこなったが、特にVRについては2021年6月から2023年6月までで全国351施設、198名の医師がVRを経験された。【結論】様々な並存症を有する症例に対して、患者の人生・生活を第一としたCVポート埋設術を施行することが望ましいと考えられる。なお、手術指導としても、書籍だけでなく、VR等の疑似体験学習が効果的であると考えられた。

## 救急入院の積極的な担い手となる総合診療部門の設立 当院総合診療センターの運営について

○神尾学、中山洋平、木戸礼乃、伊藤慶、斎藤隆弘、辻大河、  
溝崎真央人、福味禎子、本多英直、岩澤孝昌、日高佑紀、  
山田大地、鶴井亮扶、上田哲匠、清雲聡子、畑貴美子

横須賀市立うわまち病院 総合診療センター

【背景】未曾有の高齢化社会を迎え、救急搬送における内因性疾患の割合は増加の一途をたどっている。総務省からの報告によると、救急搬送数における「急病」の割合は、平成11年度56%から令和4年度には64%まで増加しており、高齢者の搬送数は全体の61.9%、85歳以上が23.4%と年々増加している。高齢者の内因性疾患は多疾患併存であることも多く、臓器別の縦割りシステムでは入院対応が困難となる症例も多く経験する。ふまえて我々は救急外来と総合内科部門を包括した総合診療センターを2021年4月に設立し、スムーズな救急応需や重症度や臓器別にとらわれない入院診療の構築を目指している。【目的】設立後2年間の入院症例の検討を行い、疾患傾向を明らかにする。【方法】電子カルテを用いて後方視的に調査を行った。【結果】初年度は1248例、2年目は1082例の入院症例を担当した。患者平均年齢は74.1歳、疾患傾向としては感染症疾患が32%、呼吸器疾患が19%とあわせて半数以上を占めていた。95%が緊急入院であり、救急外来からの入院が65%。総合内科外来からの入院が35%であった。救急外来からの全入院数のうち、当センターの入院割合は24%であった。【考察】緊急入院の受け皿として相応の役割を担うことができているものと考えられたが、疾患傾向に関してはやや偏りがあり、特に初期研修医、専攻医が興味を持ちやすい症例の蓄積も重要と考えられた。緊急入院症例がほとんどを占めていたが、診療チームに特定看護師を組み込み、公休取得含め、働き方改革に沿った勤務形態は構築できていた。他、特定看護師を中心としたRRSの運営、研修医教育や院内教育の充実に向けた取り組み等も各種行っており、あわせて報告する。

## 差異に着目した地域医療教育のデザインとその実践報告

○神野敦<sup>1</sup>、佐藤健太<sup>2,3</sup>、風間友江<sup>1</sup>、野村和史<sup>1</sup>、三原弘<sup>1</sup>、  
杉原伸明<sup>3</sup>、中川貴史<sup>4</sup>、真部建郎<sup>5</sup>、市来智子<sup>5</sup>、辻喜久<sup>1,2,5</sup>

<sup>1</sup>札幌医科大学 総合診療医学講座、

<sup>2</sup>札幌医科大学 南樺山地域医療教育学講座、

<sup>3</sup>北海道立江差病院 総合診療科、

<sup>4</sup>北海道家庭医療学センター 栄町ファミリークリニック、

<sup>5</sup>滋賀医科大学 総合診療学講座

【背景】高齢化の進行が加速する本邦において地域医療を担う総合診療医の育成が望まれている。地域のニーズに応える総合診療医には地域や施設によって異なるニーズや環境、リソースを理解し、多様な診療の場に対応する能力が必要不可欠である。このような能力を育成するため、我々はポスト構造主義の視点からヒントを得て、“差異”に着目した医学教育実践を行っている。本発表では我々の教育デザインおよび実践内容について報告を行う。【活動内容】我々は北海道南樺山地域にて、同地区の中核病院である道立江差病院を拠点とした教育実践を行っている。医学部クリニカルクラークシップ生および初期臨床研修医を主な学修者と設定し、道立江差病院、札幌医科大学、北海道家庭医療学センター、滋賀医科大学の4施設をweb会議システムで繋ぎ、各施設の指導医による指導機会を創出している。カンファレンスでは学修者が経験した事象のみに焦点を当ててではなく、地域間・施設間の“差異”に着目するようにしている。“差異”を通じて、医療リソースや地域文化に代表される事象を生み出した背景に思いを巡らせることで地域医療構造を学べるよう指導している。本教育実践の副次的な効果として、道立江差病院への見学実習生増加や、僻地配置を前向きに捉え自主的に地域へ赴任する専攻医の出現、そして常勤専攻医および指導医のやりがい向上が認められた。臨床へ前向きに取り組めた結果、外来患者数および入院患者数は増加し経営改善にも寄与出来た。教育文化の浸透が地域医療にポジティブな効果をもたらしていた。【考察】本取り組みの狙いは、多施設の医療文化の比較を通じて異なる医療システムやアプローチを理解する機会を提供し、地域における医療実践の視野を広げる気付きに繋げることであり、気付きを大切にすることで、地域でも内的な成長を感じられるような医学教育実践を継続したい。今後は学修者の教育効果測定のための評価表開発などが必要と考える。

## 睡眠薬の適正使用を推進するための取り組み

○村中徹人<sup>1</sup>、戸田喜子<sup>1</sup>、豊島魁<sup>1</sup>、中島克磨<sup>1</sup>、横山大輔<sup>1</sup>、  
瀧新悠之介<sup>1</sup>、大塚勇太郎<sup>2</sup>、植村和平<sup>2</sup>、國枝保幸<sup>1</sup>

<sup>1</sup>市立稚内病院 内科、<sup>2</sup>市立稚内病院 総合診療科

住民の高齢化に伴い入院患者の高年齢化が進み、ベンゾジアゼピン系睡眠薬(以下、BZD)の副作用によるインシデント・アクシデントの発生リスクが高まっている。当院において医療安全部門に報告された全てのインシデント・アクシデントレポートのうち2014年4月より2022年3月までのレベル3b以上の転倒・転落によるアクシデント発生を抽出したところ、2014年4月から2022年3月までの8年間で23件のレベル3b以上の転倒・転落アクシデントが発生していた。その23件のうち11件(47.8%)が前日または当日にBZDが投与されていた。当院では睡眠薬の適正使用を推進する目的で2022年2月より入院病棟の常備薬よりBZDを排除し、院内全診療科の入院患者に対する不眠時約束指示リストより全てのBZDを削除した。長期にわたりBZDの投薬が継続され身体依存が形成されると以後のBZDの休薬・中止が難しくなる。ひとたび身体依存が形成されてしまうと、加齢と共に身体能力が衰えたとしても薬剤の変更が極めて困難になり、その結果、転倒・転落によりADLの著しい低下を招くリスクが増大する。院内の全診療科が関わる病棟常備薬の取り決めにおいては複数の診療科の橋渡しのために病院総合診療部門の活動は極めて重要であり、今後も引き続き睡眠薬の適正使用に取り組んでいきたい。

## 内科医3名から16名へ～地域密着型病院として再生する市立大町総合病院10年間の軌跡～

○関口健二

信州大学医学部附属病院 総合診療科

【背景】多くの医師不足地域にある病院では、常勤医師の高齢化が進み、新規雇用も難しい。大学医局から常勤医師として派遣される場合、勤務期間は2-3年程度で別の医師と交代となるため、帰属意識は大学医局にあり、大学医局の指示命令のほうに優先順位が高く、地域特有の問題に取り組む意識に乏しい。こうした派遣は、若手医師に多くの症例を経験させることを主目的としているため、大学から離れた地方の小病院は敬遠される傾向が強く、地域に根ざした医療提供や継続的な人材確保が難しい。【目的】地域密着型病院として再生した市立大町総合病院の軌跡を振り返り、地域に適切な医療を残していくために何が必要かを提案する。【活動】信州大学総合診療科は、2014年4月から当時常勤内科医師3名（うち1名は外来診療のみ）であった市立大町総合病院を拠点病院として活動を開始した。1. サテライトセンターと位置付けることで、同病院での勤務でありながら、大学人としての立場のまま診療と教育を行なうことを可能にした。2. 急性期に加えて急性期以降の入院医療、外来、在宅、施設診療、地域ヘルスケアまでも担う「地域密着型」機能を学び実践できる病院として、家庭医療専門医を軸に研修プログラムを充実化した。3. 比較的高齢層の領域別専門医と比較的若年層の総合診療医、専攻医、初期研修医がひとつのチームとして診療を行なう「ハイブリッド型」ホスピタリスト制を導入して、診療と教育の質に加えて、働き方の質向上に取り組んだ。【実績】常勤医師（内科+総合診療科）は3名から16名（領域別専門医6名、総合医5名、専攻医5名）に増え、各医業関連数値や医業収支比率はいずれも改善の傾向を示している。【結論】「地域密着型」医療の提供をキャリアとする総合診療医をリーダーとして、良質な教育と診療の提供、ハイブリッドなチーム診療体制の構築が、これからの地域医療のカギとなる。

## 施設看護スタッフと医師の連絡手段としてグループチャットを導入したことによる変化について

○平賀円

阿蘇医療センター 内科

当院は熊本県A市にある病床120床の地域中核病院である。常勤医の中に、自治医科大学卒業医師または熊本県医師修学資金貸与医師<通称地域枠卒業生>が2名常勤として勤務している。その2名がひとつの特別養護老人ホームに週1回ずつ、合計週2回嘱託医として訪問をしている。

かつては電話とFAXだけしか連絡手段がなく、些細なことでも毎回施設から病院に電話し、院内の受付職員から担当医師についで報告しなければならぬ状態であり、煩雑であることが問題であった。また、相談できる機会が少ないため、医師が施設に訪問した際に指示や臨時処方の相談をおこなっていたため時間がかかっていた。そこで、施設看護スタッフと嘱託医らの間でスマートフォンのメッセージアプリでグループを作成し、その中で報告や相談をする形式を導入した。今回、看護スタッフにグループチャットを導入したことによる変化をアンケートで調査した。

グループチャットを導入したことにより、受診の相談がしやすくなった、皮膚所見や外傷の相談がしやすくなった、ちょっとした疑問も気軽に相談できるようになった、という意見が上がった。また、医師から看護スタッフに送った情報も、看護スタッフから施設管理者に報告してもらえらるため、業務改善も円滑に進むようになったという意見もあった。

配慮が必要な点としては、個人のスマートフォンを使用していることや、医療専門のアプリケーションではないことが挙げられ、個人情報やセキュリティ面で情報漏洩が無いように気をつけていかなければならない。

今後はICTの発展により業務の効率化が益々進んでいくと考えられる。このように連絡ツールとしてだけでなく、今後は施設スタッフ教育などにも活用できないかと模索中である。

## 内科領域における多職種連携の推進：看護師特定行為実践者による内科病棟管理領域のパッケージ研修の提案

○佐藤美紀<sup>1</sup>、永谷創石<sup>2</sup>、月坂裕里加<sup>1</sup>、宿谷謙太<sup>1</sup>、原田拓<sup>1</sup>、仲井盛<sup>1</sup><sup>1</sup>練馬光が丘病院 総合救急診療科 総合診療部門、<sup>2</sup>練馬光が丘病院 総合救急診療科 集中治療部門

【目的】看護師特定行為とはタスクシフト、シェアの推進の一つとして創設された制度であり、多職種連携の推進を図るものである。21区分38行為のうち各領域において実施頻度が高いとされる特定行為をまとめた「領域別パッケージ研修」が2019年に開始された。2023年現在、在宅、外科術後、外科基本、麻酔、救急、集中治療の6領域であるが内科領域はパッケージ化されていない。本研究では全38行為を修了した看護師3名が所属する当院の総合診療科における特定行為の実施状況を調査し、内科領域で実施数が多い特定行為を明確化した。それを基に「内科病棟管理領域パッケージ研修」を提案する。【方法】当院の総合診療科に所属する特定行為研修修了者3名が実施した特定行為を2023年5月から7月の期間集計し、実施数の多い特定行為を抽出した。【結果】特定行為実施件数は集計期間内で合計414件であった。件数の多い行為は「直接動脈穿刺法」97件、「脱水症状に対する輸液」62件、「感染徴候がある者に対する薬剤投与」49件、「抗精神病薬の臨時投与」39件、「糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整」35件、「ナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整」27件、「インスリン投与量の調整」20件であった。【考察】単施設であるが、当院の総合診療科における実施数が多い特定行為が明らかとなった。領域別パッケージ研修では、各領域において実施頻度が高いとされる特定行為が選定されているが現時点で実際に実施数を報告されたものはない。そのため、今回の結果から内科領域における実施頻度の高い特定行為を抽出できた。また、この上位8行為はSociety of Hospital Medicineのコアコンピテンシー section1、2に含まれていることがわかった。この結果を基に内科領域のパッケージ研修を作成することは多職種でコアコンピテンシーを共有する一助となり得る。【結論】内科領域での需要が高いとされる看護師特定行為に基づいた「内科病棟管理領域のパッケージ研修」を提案した

# 一般演題

---

[ ePoster Presentation ]

## 稀な2種類の非結核性抗酸菌が起原因菌となった化膿性脊椎炎の一例

○藤城泰磨、田中基樹、延岡悠樹、正木龍太郎、亀山和也、  
衛藤弘城、原田和歌子

広島市立 北部医療センター 安佐市民病院 総合診療科

【背景】化膿性脊椎炎の起原因菌は黄色ブドウ球菌、大腸菌、緑膿菌が多く、昨今ではメチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) や真菌など様々である。結核菌が起原因菌となる脊椎カリエスもあるが、稀に非結核性抗酸菌も起原因菌となる。【症例】70歳男性【主訴】微熱、腰痛【既往歴】脳梗塞、高血圧症、胃ポリープ、胆嚢多発ポリープ【現病歴】202X年5月に大腸癌と診断され手術療法を行なった。202X+1年6月に術後再発を起こし、以後、化学療法を継続していた。202X+1年3月頃より微熱と腰痛、軽度の炎症反応高値を認め、PET-CTが施行された結果、椎間板炎と診断された。そのため、経口抗菌薬や鎮痛薬で対応されたが、症状が改善せず内科へ紹介となった。【身体所見】腰痛の自覚はあるが、下肢の痺れや麻痺などの神経症状は認められない。【検査結果】腰椎椎間板から経皮的生検を行い、塗抹検査で抗酸菌が認められた。しかし質量分析や培養では起原因菌の特定に至らなかった。【経過】微熱と腰痛が遷延し食思不振も認められ、同年5月に入院した。入院後、抗酸菌による化膿性脊椎炎の可能性を考慮して、血液や留置されていたCVポートを抜去して培養検査を追加したところ、血液やCVポートのカテーテル先端部より、抗酸菌が検出された。T-SPOTや採取検体のPCRの結果から結核菌は否定的で、非結核性抗酸菌症による化膿性脊椎炎の可能性が考えられた。その後、一般細菌との重複感染も考慮してメロペネムで治療し、微熱や腰痛は改善したが、最終的に培養からMycobacterium aquaticum, Mycobacterium brisbanenseが検出された。【考察】これらの非結核性抗酸菌は共に稀な迅速発育菌で、2種が起原因菌となる化膿性脊椎炎の報告は今までにない。本症例に文献的な考察を加えて報告する。【結語】大腸癌の化学療法中に、M. aquaticum, M. brisbanense が起原因菌となった化膿性脊椎炎を経験したため報告する。

## 眼症状を契機に神経梅毒を診断し得た初期梅毒の一例

○大石りか<sup>1</sup>、藤川達也<sup>2</sup>、曾我部由香<sup>3</sup>、横田恭子<sup>4</sup>

<sup>1</sup>三豊総合病院 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>三豊総合病院 総合内科、  
<sup>3</sup>三豊総合病院 眼科、<sup>4</sup>香川大学医学部附属病院 感染症教育センター

【背景】梅毒は海外、国内ともに近年増加の一途をたどっている。その中でも神経梅毒は早期に髄膜炎や眼症状などを特徴とする稀な中枢神経感染症であり、早期診断と治療介入が必要である。【症例】70歳、男性【主訴】頭痛【既往歴】右突発性難聴(受診20日前)、亀頭包皮炎(受診2カ月前)、高血圧症、脂質異常症【現病歴】約2週間前から頭痛および右眼の飛蚊症様症状が出現し、X月Y日に近医眼科から当院眼科に紹介となった。両眼のぶどう膜炎を指摘され原因および頭痛精査のために総合内科紹介、同日入院となった。【身体所見】JCS -0、体温36.4℃、項部硬直なし、亀頭包皮炎に淡い発赤あり【検査結果】血液検査所見：白血球数7,240/ $\mu$ L、CRP 1.24mg/dL、RPR 8.3 R.U.、TPAb 28.5 C.O.I.、頭部CT・MRI：異常所見なし、髄液検査所見：初圧150mmH<sub>2</sub>O、細胞数420/ $\mu$ L (単核95:多核5)、蛋白143mg/dL、糖52mg/dL、RPR 5.6 R.U.、細菌培養およびウイルスPCR検査は陰性【経過】受診時の血液検査から梅毒感染が考えられた。入院後に実施した髄液検査所見から神経梅毒による髄膜炎と診断、ステロイドに続いてPCPGの点滴治療を開始した。治療開始2時間後にJarisch-Herxheimer反応と考えられる発熱がみられたがすみやかに解熱し、頭痛は入院2日目には軽減、3日目にはほぼ消失した。10日間の点滴治療を終え、入院14日目に退院となった。【考察】ぶどう膜炎および頭痛の原因精査の過程で、先行する性風俗店の利用歴とそれに続く亀頭周囲炎治療歴や血液検査結果などから初期梅毒が判明し、髄液検査で髄膜炎と診断、髄液RPR上昇を認めたことで神経梅毒と診断した。梅毒に典型的な皮疹は短期間の抗菌剤服用で治癒してしまう場合があり、先行する皮膚症状や治療歴、性活動歴が聴取できれば梅毒感染を積極的に疑うべきである。【結語】頭痛を伴うぶどう膜炎精査の過程で髄膜炎を認め、神経梅毒と診断した初期梅毒の一例を経験した。

## 臨床経過から腸腰筋膿瘍が疑われ、鑑別に苦慮した腸恥滑液包炎の一例

○三澤佑太郎、上田聖、鬼久保雄太、岩間優、平川貴規、樋口直史、  
下村暁、稲垣剛志

国立研究開発機構 国立国際医療研究センター病院 総合診療科

【背景】滑液包は全身に広く分布し、筋骨格組織間の摩擦を軽減する袋状の構造物である。滑液包の炎症である滑液包炎は、臨床症状として関節の自動/他動運動時の疼痛を呈する。その原因として外傷、痛風/偽痛風、感染、関節リウマチのほか、慢性的運動負荷でも生じうる。【症例】94歳女性【主訴】左股関節痛【既往歴】特記なし【現病歴】発熱、嘔吐の精査目的に当院へ入院した。その際の血液培養1/2セットでSagalactiae陽性だったが、再検では陰性であり、ウイルス性疾患の症状と考えた。退院当日に新たに左股関節痛を発症したが、筋骨格系の疼痛として鎮痛薬を処方した。退院2日後に、股関節痛が増悪し歩行困難となり当院を受診した。【現症・身体所見】体温37.6℃左大腿前面・鼠径部に圧痛あり 左股関節屈曲伸展時に疼痛惹起され、特に伸展時に疼痛が強い Psoas徴候陽性 左股関節外転時には疼痛なし【検査結果】血液検査：CRP 4.25 mg/dL、WBC 6620/ $\mu$ L 造影CT：左股関節前方に低吸収域あり【入院後経過】病歴と身体所見から腸腰筋膿瘍が想起された。エコー下で左大腿鼠径部に膿腔をみとめ、穿刺した。穿刺液の性状は黄色であった。病歴から細菌性も考慮しアモキシシリン、NSAIDsで加療開始した。入院第3日には疼痛消失し歩行可能となった。急速に改善した経過を踏まえ造影MRI撮像し、腸恥滑液包炎の診断となった。穿刺液・血液培養陰性であったため抗菌薬終了した。症状の再燃なくCRP陰転化したため入院第15日に退院した。【考察】腸恥滑液包は、解剖学的に腸骨筋と股関節包前面の間に位置する。腸恥滑液包炎では、所見として鼠径靭帯の中心部(大腿動脈の外側)に限局する圧痛を認め、これは画像所見とならば腸腰筋膿瘍との鑑別点である。無菌性の滑液包炎は、対症療法で自然軽快する。本症例では、当初病歴から腸腰筋膿瘍が疑われたが、適切な診断により入院を短期に留め、患者の廃用を予防することができた。【結語】限局する鼠径部痛では腸恥滑液包炎が鑑別にあがり、自然軽快が期待できる。

## 当院における Chryseobacterium indologenes 感染症4例の検討

○清水麻里奈<sup>1</sup>、西條正二<sup>1</sup>、コンスタンティンシャディア<sup>1</sup>、  
宋明哲<sup>1</sup>、井本整<sup>1</sup>、山田達也<sup>1</sup>、石川航平<sup>2</sup>、竹之内豪<sup>2</sup>

<sup>1</sup>札幌徳洲会病院 プライマリセンター、<sup>2</sup>札幌徳洲会病院 循環器科

【背景】Chryseobacterium indologenesは自然界に広く分布する非運動性・非発酵性のグラム陰性桿菌で、感染症を引き起こすことは稀だが抗菌薬耐性が高く肺炎や菌血症をきたした場合高い致死率(35.2%、63.6%)をきたすと言われている。【方法】2018年から2022年にかけて当院においてC.indologenesが検出された症例4例(男性3例、女性1例、79-89歳)について検討した。【結果】肺炎が3例、菌血症が1例であった。背景疾患は急性心不全、脳梗塞、脳血管性認知症、気管支拡張症などがあつた。3例は原疾患の治療中に院内で発症したと思われる疾患であったが、1例は来院時の喀痰培養から検出されていた。同時感染していた菌としてはP.aeruginosa, S.maltophilia, ESBL産生大腸菌などがあり、抗菌薬の感受性は乏しいものが多く、PIPC/TAZ、MEPM、MINO、CPFXなどの広域抗菌薬にて治療されていた。死亡例は1例であった。【考察】当院ではC. indologenesは以前は培養検査のみで検出され検出感度が低かったが2020年に質量分析計を導入後、血液培養からも検出されるようになり、今後検出例が増えると思われる。また薬剤耐性が強く広域抗菌薬を要する場合も多く、全例が何らかの基礎疾患を背景に持つ高齢者での発症となっており、死亡率も高いとされるため、当院で経験した症例に関して若干の文献的考察も含めて報告する。



## 帯状疱疹治療中、意識障害を来し、アシクロビル脳症と診断した1例

○山川理毅<sup>1</sup>、久保田尚子<sup>1</sup>、高見恵利香<sup>1</sup>、西澤雄貴<sup>1</sup>、松田隼弥<sup>2</sup>、蛇澤悠<sup>3</sup><sup>1</sup>東京都立駒込病院 総合診療科、<sup>2</sup>東京都立駒込病院 神経内科、<sup>3</sup>東京都立駒込病院 腎臓内科

【背景】アシクロビル/パラアシクロビル (ACV/VACV)は、単純ヘルペスウイルス (HSV)や水痘・带状疱疹ウイルス (VZV) 感染症の治療薬である。ACV/VACVは稀ながらACV脳症を来すことがあり、しばしばHSVやVZV脳髄膜炎との鑑別が必要となることがある。【症例】84歳女性。【主訴】食欲低下。【既往歴】带状疱疹【現病歴】入院6日前に左顔面の三叉神経V1,V2領域に掻痒感と痛みを伴う水疱が出現した。入院2日前に前医で带状疱疹と診断され、VACV 3000 mg分3内服とNSAIDsを処方されたが、皮膚所見の改善に乏しく当院を受診した。【身体所見】GCS E4V5M6、前額部、眼瞼、眼下にかけて水疱を認めた。【検査結果】eGFR<sub>C</sub> 10.9 mL/min/1.73m<sup>2</sup>【経過】著しい食事摂取不良があったため、当科に入院し、体格に応じた適正量のACV投与を行うためにVACV内服を中止の上、ACV 125mg/dayの点滴加療を開始した。入院第2日目にGCS E3V4M6の意識障害を認めた。VZV脳炎との鑑別を要するため、ACVは継続した。髄液検査と頭部CT、MRI検査を施行したが明らかに脳髄膜炎を示唆する所見を認めなかった。髄液HSVおよびVZVPCR検査は陰性であった。翌入院3日目には意識レベルはGCS E4V5M6に改善した。その後意識障害の再発はなく、VZV脳炎が否定できたため入院第8病日にACVの投与を終了した。脳髄膜炎の所見を認めなかったこと、ACVを腎機能に応じた適正投与量にしたことで意識障害の改善を認めたことから、VACV過量投与によるACV脳症と診断した。【考察】ACV脳症は、ACV/VACV投与によって意識障害や不随意運動などの精神神経症状を呈する疾患で、用量依存性に発症すると考えられている。今回我々が経験した症例は、VACVの過量内服によってACV脳症を発症した。ACV脳症ではACV/VACVの中止、または血液透析を導入することで直ちに改善が認められる。しかし、ACV/VACVを投与する背景にはHSV/VZVの感染があり、ACVの投与を中止するにはHSV/VZV脳髄膜炎の除外が必須である。【結語】腎機能障害を有するHSV/VZV感染者へのACV/VACV投与は適切な用量調節が重要となる。

## 皮疹より広範囲に筋力低下を認めた下肢 Zoster Paresis の一例

○酢谷俊介<sup>1</sup>、杉田陽一郎<sup>2</sup>、平岡栄治<sup>1</sup><sup>1</sup>東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科、<sup>2</sup>東京ベイ・浦安市川医療センター 神経内科

【背景】带状疱疹罹患後に皮疹周囲の分節に筋力低下をきたすZoster Paresisが知られている。下肢領域にZoster Paresisを発症する例は带状疱疹発症者のうち0.57%と稀である。【症例】80歳女性【主訴】左下肢筋力低下【既往歴】带状疱疹罹患歴なし【現病歴】入院1週間前に左下肢の疼痛が出現し、体動困難のため前医入院となった。前医入院翌日に左膝から下腿に1mm大の水疱、紅斑が出現し带状疱疹の診断で抗ウイルス薬が開始された。当院入院5日目に左下肢近位筋の筋力低下を自覚した。【身体所見】(入院時)項部硬直なし。皮疹：左下肢デルマトームL5領域に散在性紅斑と水疱形成。筋力低下：なし。(入院5日目)運動：MMT腸腰筋 5/3、大腿四頭筋 5/3、下腿三頭筋5/2、前脛骨筋 5/3、腓腹筋 5/4。腱反射：膝蓋腱反射(左)消失、左アキレス腱反射(左)消失。感覚：温痛覚、触覚の左右差なし。【検査所見】神経伝導検査：腓腹神経(左)CMAP振幅低下、MCV正常、脛骨神経(左)CMAP振幅正常、MCV正常、F波消失、腓腹神経(左)：SNAP振幅正常(いずれも右は全て正常)造影MRI検査：左腰神経叢腫大。【経過】带状疱疹後に皮疹を認めたL5分節を超えた複数髄節にまたがる片側下肢筋力低下、神経伝導検査で運動神経の軸索障害を認め、他疾患の除外からZoster Paresisと診断した。筋力低下は経時的に改善し、入院21日目に転院となった。【考察】Zoster Paresisは带状疱疹の0.5～5%で、皮疹の出現後1～8週間後に皮疹と同一髄節に筋力低下を認める病態である。本症例の様に皮疹の分節を超えて運動障害を認めることが報告されているが、その機序は解明されていない。本症例では神経伝導検査でのF波消失と造影MRI検査で腰神経叢腫大を認めた点から、腰神経叢を経由してウイルスまたは炎症が波及し、その結果複数髄節にわたる運動障害を呈した機序を考察した。【結語】Zoster Paresisは皮疹の分節よりも広い範囲に筋力低下を認める場合もあり、带状疱疹罹患後の単麻痺で本病態を鑑別に挙げるべきである。

## 肝不全を合併した虫垂炎に起因する門脈血栓症の1例

○和才直樹<sup>1</sup>、鶴飼康平<sup>1</sup>、豊川英一郎<sup>1</sup>、小林由布子<sup>1</sup>、田中宏明<sup>1</sup>、鳴海純<sup>2</sup>、鈴木淳一<sup>2</sup>、安本有佑<sup>1</sup>、本橋健史<sup>1</sup>、友田義崇<sup>1</sup><sup>1</sup>板橋中央総合病院 総合診療内科、<sup>2</sup>板橋中央総合病院 外科

【背景】虫垂炎に伴い門脈血栓症を合併することがある。今回、我々は虫垂炎に起因した門脈血栓症によって黄疸、意識障害を来した1例を経験した。【症例】55歳、男性【主訴】発熱、意識障害【既往歴】なし【現病歴】来院1週間前から全身倦怠感、37℃後半の発熱が出現した。その後症状は改善せず、意識障害を認め当院に救急搬送となった。血中アンモニウム高値であり肝性脳症の診断で当科に入院した。【身体所見】JCS 1-3、体温 39.3℃、血圧 108/86mmHg、心拍数 88bpm、SpO<sub>2</sub> 94% (nasal 1L)、呼吸数 42/分、眼球結膜に黄疸あり、腹部膨満・軟・全体に圧痛あり【検査結果】T-Bil 4.4 mg/dL、D-Bil 3.3 mg/dL、ALP 203 IU/L、AST 76 IU/L、ALT 76 IU/L、γ-GTP 146 IU/L、NH<sub>3</sub> 151 μg/dL、WBC 29500/μL、Hb 15.3 g/dL、Plt 3.6万/μL、胸腹部造影CT：門脈左枝～門脈本幹～上腸間膜静脈に血栓あり、虫垂炎穿孔と周囲に膿瘍形成あり【経過】肝性脳症の診断で入院、発熱が持続したため熱源精査目的で第5病日に行った造影CTで虫垂炎穿孔と周囲に膿瘍形成、門脈左枝から門脈本幹、上腸間膜静脈にそって血栓を認めた。虫垂炎に起因した門脈血栓症によって肝不全を来したものと考えられた。血液培養よりEscherichia coli、Bacteroides fragilisを認め、セフメタゾールおよびヘパリン持続投与による抗凝固療法を開始、第7病日に腹腔鏡下盲腸切除を施行した。呼吸不全、急性腎障害のため人工呼吸管理、血液透析を要したが全身状態の改善とともに離脱可能となり、第29病日に造影CTで血栓の縮小傾向を確認した。【考察】門脈血栓症は比較的稀であり、肝硬変や悪性腫瘍のほか、急性虫垂炎や憩室炎のような腹腔内感染症も原因となりうる。症状は発熱や腹痛を伴うとされているが、本例は高アンモニウム血症を伴っており、門脈本幹への急速な血栓形成に伴い肝不全を合併したものと考えられた。【結語】虫垂炎穿孔による門脈血栓によって肝不全を合併した中年男性の1例を経験した。

## カンジダ血症を契機とした眼内炎、敗血症性脳塞栓の1例

○小埜智史、伊東完、中島英哉、押田樹羅、中川俊一郎、児玉泰介、福井早矢人、小林大輝

東京医科大学茨城医療センター

【背景】カンジダ血症は死亡率約40%と他の血流感染症に比べて高い。今回はカンジダ血症を契機として眼内炎、脳塞栓を引き起こした一例を報告する。【症例】78歳、男性【主訴】発熱、ショック、急性腎障害【既往歴】胃癌疑い【現病歴】来院2ヶ月前から食思不振・胃癌疑いでA病院に入院し、長期間中心静脈(CV)カテーテルを留置された。来院1週間前に発熱し、PIPC/TAZを開始されたが、ショック、低酸素血症、急性腎障害となり、ドパミンと酸素投与を開始された。その後も改善認めなかったためCVカテーテル抜去され、抗生剤をMEPM +VCMIに変更された。呼吸・循環動態は安定したが、無尿状態が続いており、集中治療目的で当院搬送となった。【身体所見】JCS 300 血圧 118/90mmHg(DOA:2.0γ) 脈拍数 94/分 整呼吸数 23/分 SpO<sub>2</sub> 91% (3L鼻カヌー) 体温 36.2℃【検査結果】血液検査：(血算) WBC 17,300/μL、Hgb 11.8g/dl、Plt 86,000/μL (生化学) BUN 183.7mg/dl、Cr 7.01mg/dl、eGFR 6.6mL/min/1.73m<sup>2</sup>、K 6.5mmol/L、CRP 17.25mg/dl (凝固) PT-INR 1.44、FDP 51.0μg/ml【経過】後の血液培養でCandida albicansが検出され、カテーテル関連血流感染症(CRBSI)による敗血症、播種性血管内凝固(DIC)、急性腎不全と診断し、抗DIC治療、持続的血液濾過透析(CHDF)、AMPH-B投与を開始した。カンジダ眼内炎も認め、5-FCを追加した。意識状態の改善も認めず、頭部MRIと腰椎穿刺を施行したところ、両側脳全体に散在する微小新規脳梗塞を認め、髄液β-Dグルカン高値を認め、敗血症性脳塞栓と考え治療を継続した。入院36日目にJCS I-3まで意識状態が改善した。【考察】カンジダ血症では早期治療による予後改善効果が報告されている。血液培養検査では早期診断に向かないため、危険因子を考慮した上で、β-Dグルカンなどの非培養検査を用いることで、早期治療介入に結びつけられることがある。【結語】カンジダ血症を契機とした眼内炎、敗血症性脳塞栓を経験した。カンジダ血症の早期治療の介入は死亡率を改善させるために重要である。

## 気腫性腎盂腎炎による敗血症性ショックに対してSingle-J尿管ステント留置が奏功して救命した1例

○安田和人、杉本和真、岡野光真、山室紘、山室敢、合田建、畑澤圭子、森健太、乙井一典、坂口一彦

神戸大学医学部附属病院 総合内科

【背景】気腫性腎盂腎炎は腎実質や腎周囲にガス産生像を認める重篤な壊死性尿路感染症である。糖尿病患者に多く、内科的治療のみでは致死率は高い。【症例】76歳女性。【主訴】背部痛。【既往歴】2型糖尿病、高血圧症。【現病歴】背部痛による体動困難を家族に発見されて当院に搬送された。【身体所見】意識清明、血圧101/60 mmHg、脈拍92回/分、呼吸回数24回/分、SpO<sub>2</sub> 95% (室内気)、体温36.1℃、左肋骨脊角叩打痛陽性。【検査結果】WBC 16000/ $\mu$ L、Neut 95.1%、CRP 2.03mg/dL、Glu 258mg/dL、HbA1c 7.8%、動脈血液ガス Lactate 5.2 mmol/L、尿糖定性4+、尿亜硝酸塩陰性、尿白血球定性3+、尿混濁1+、造影CTで左腎盂及び膀胱内に気腫があり、両側腎腫大及び腎周囲に脂肪織濃度の上昇を認めた。【経過】入院後にABPC/SBTを開始したが、意識障害を伴う敗血症性ショックに移行したため経口気管挿管を行い、抗菌薬をIPM/CS+DAPに変更した。ノルアドレナリンに加えて、バンブレシンの持続投与を要する血行動態で、経胸壁心エコー検査で敗血症性心筋症を疑う高度な左室収縮能の低下を認め、ドパミンの投与も開始した。更に感染源のコントロール目的に左気腫性腎盂腎炎に対してSingle-J尿管ステント留置を行った。その後から血行動態及び心機能の改善を認め、徐々にカテコラミンを漸減し、ショックから離脱した。【考察】気腫性腎盂腎炎の治療方針は、CTを用いた気腫及び膿瘍の貯留部位によるHuang分類が有用である。本症例は左腎盂内に限局した気腫を認めるClass 1で、尿路内に明らかな膿瘍や尿路狭窄及び閉塞を疑う所見は認めなかったが、尿管ステントを留置することで良好な経過をたどった。【結語】Huang分類Class 1の気腫性腎盂腎炎に対してSingle-J尿管ステント留置による尿管内の減圧及びドレナージが奏功し、ショックから離脱した症例を経験した。抗菌薬治療に抵抗性の気腫性腎盂腎炎に対しては積極的に尿管ステント留置を検討すべきである。

## 頸髄損傷患者の仙骨部褥創に続発した多発筋膿瘍に対しエコーガイド下ドレナージが有効だった1例

○古田直毅、尾崎文哉、杉原拓実、竹崎一皓、清水雅之、山口哲央、辻本由美子、山中英治、山野博行

若草第一病院

【背景】腸腰筋膿瘍は坐骨部褥創が原因となる場合が多いが、頸髄損傷患者で仙骨部褥創に続発する腸腰筋、縫工筋、梨状筋などに波及した多発筋膿瘍の1例を経験したので報告する。【症例】85歳男性【主訴】発熱、食欲不振【既往歴】X-1年3月 頸髄損傷で椎弓切除術【現病歴】頸髄損傷後に四肢麻痺となり施設入所中の方。X年3月29日頃より血尿出現、尿路感染として抗生剤内服されていた。その後、臀部、背部、踵部などに褥瘡が多発し、摂食量も徐々に低下。4月11日に熱発、救急要請され当院搬送、入院となった。【身体所見】体温38.5℃、血圧124/71mmHg、脈拍83回/分、SpO<sub>2</sub> 98% (室内気)。両足背浮腫著明。臀部に一部筋肉が露出する深い潰瘍を認め、左背部や右踵部に発赤を伴う褥瘡を認めた。四肢麻痺で一部拘縮あり。全介助で寝たきり状態。【検査結果】WBC:19710/ $\mu$ L、Hb:7.4g/dl、Plt:23.5 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$ L、TP/Alb:5.1/1.3g/dl、CRP:20.73mg/dl。CTやMRIで褥瘡による仙骨部皮下の軟部影やガス像あり。右腸腰筋・右縫工筋・左梨状筋に膿瘍による液貯留、ガス像認め、右縫工筋膿瘍は膝部まで伸展していた。血液培養と右大腿部穿刺液培養にてBacteroides fragilis groupを認めた。【経過】壊死性筋膜炎の可能性あり、広範囲切開を伴う外科的処置検討するも、患者が高齢、頸髄損傷後で不可逆的な全介助状態であり、家族が保存的治療による入院を希望されたため施行せず。菌同定までMEPMを開始し、血培判明後にABPC/SBTに変更、保存的治療でvital signは安定するも解熱せず、炎症所見も改善認めなかった。第10病日に右大腿部膿瘍にエコーガイド下で切開排膿後に持続ドレナージ、仙骨部褥瘡のデブリードマン施行。その後解熱、炎症所見も低下。【考察】脊髄損傷患者では腸腰筋膿瘍を罹患する傾向があり(某報告では腸腰筋膿瘍患者の約1/8)、今回の症例は臀部褥瘡が両側大腿部の膿瘍にまで波及していた。腸腰筋膿瘍に対し、広範囲デブリードマンとCTガイド下ドレナージでは予後は同じとの報告もあり、本例でもドレナージが有効であった。

## 若年男性の非チフス性サルモネラ菌による尿路感染症の1例

○濱野直樹<sup>1</sup>、本郷舞依<sup>1</sup>、原田侑典<sup>2</sup>、志水太郎<sup>2</sup>

<sup>1</sup>宮城厚生協会 坂総合病院、<sup>2</sup>獨協医科大学病院 総合診療科

【背景】若年男性が尿路感染症を発症する場合には、背景に基礎疾患や性感染症が存在することが多い。そのような背景がない若年男性が尿路感染症を発症した場合には、稀な起因菌なども想定して対応する必要がある。【症例】18歳男性【主訴】発熱、嘔吐、頭痛【既往歴】特記すべきことなし。【現病歴】X-8日に発熱し、X-7日に近医を受診した。解熱鎮痛薬を処方されたが症状は軽快せず、頭痛、悪寒、嘔吐も出現したため、X日に当院救急外来を受診した。上記症状以外に排尿時痛と残尿感も自覚していた。【身体所見】血圧100/42 mmHg、脈拍101回/分・整。体温40.5℃。呼吸回数22回/分。SpO<sub>2</sub> 98% (室内気)。腹部に圧痛はない。左肋骨脊角に叩打痛あり。前立腺の圧痛なし。皮疹なし。髄膜刺激徴候を認めない。【検査所見】白血球数14.0 $\times$ 10<sup>9</sup>/L、CRP 11.11 mg/dL、SARS-CoV-2抗原陰性。尿定性:蛋白(3+)、潜血(3+)、白血球(2+)、TP抗体陰性、RPR陰性、HIV抗原抗体陰性、淋菌PCR陰性、クラミジアPCR陰性。腹部単純CT:明らかな異常所見なし。【経過】非特異的な尿路感染症として入院のうえで抗菌薬静脈投与を開始した。入院4日目に解熱したが、入院時に採取した尿培養から非チフス性サルモネラ菌が検出された。検出された菌の抗菌薬感受性は良好で、血液培養も陰性であったため、内服抗菌薬に移行して入院6日目に自宅へ退院した。動物への接触歴はなく、感染経路は食事由来であると考えた。【考察】背景疾患のない若年男性の尿路感染症は比較的稀であるため発熱の鑑別疾患として挙がりにくく、診断エラーが起こりやすい。尿検査異常は比較的頻度が高く特徴的であるため、若年男性の長引く発熱の場合には積極的に検査することが望ましい。また、背景疾患や性感染症がない場合は、本症例のように稀な微生物による感染症の可能性もあるため、尿培養や血液培養を採取することが重要である。

## むずむず脚症候群に対するグリチルリチン製剤内服中に偽性アルドステロン症を呈した1例

○栗山裕平、皆川駿、西池央、鈴木綾香、長崎一哉

筑波大学附属病院 水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 総合診療科

【背景】甘草の主成分であるグリチルリチンは、こむら返りなど筋肉の痙攣を伴う痛みに対し広く用いられている。しかし、慢性的な服用により偽性アルドステロン症を発症し低K血症、血圧上昇、浮腫などを呈することが知られており注意が必要である。【症例】90歳女性。むずむず脚症候群に対して1年前よりロチゴチンと芍薬甘草湯2.5g/日を内服中。来院当日に胸痛を自覚し当院救急外来を受診した。下痢、嘔吐はなく、利尿薬使用はなし。診察時には症状は改善しており、心電図変化もなかった。来院時の血圧は181/71 mmHgであった。血液検査でK 1.9 mEq/L、静脈血液ガス検査で代謝性アルカローシスがかった。低K血症の精査加療目的で入院となり、芍薬甘草湯の内服を中止し、塩化カリウム製剤の点滴静注で治療を開始した。精査の結果、低レニン性低アルドステロン症であることが判明し、芍薬甘草湯による偽性アルドステロン症と診断した。治療としてスピロノラクトンを開始した。なお、入院後も安静時に生じる下肢の異常感覚の訴えが持続していた。血液検査では貧血はないもののフェリチン20.7 ng/mLと低値であり、むずむず脚症候群は鉄欠乏によるものと判断した。鉄剤の内服を開始し、入院14日目に経過良好で退院した。【考察】むずむず脚症候群は夜間入眠前の安静時に下肢の不快感を生じ、下肢を動かすことで軽減するのが特徴的である。鉄欠乏が本症のリスク因子であると知られており、治療は鉄剤やドパミン作動薬、漢方薬などが用いられる。漢方薬としては芍薬甘草湯が頻用されるが、1包2.5g中に2.0gの甘草を含み他の漢方薬と比較して含有量が多い。本症例は、貧血には至っていない鉄欠乏状態により発症したむずむず脚症候群に対し芍薬甘草湯が長期処方されており、偽性アルドステロン症に注意が必要であった。【結語】むずむず脚症候群に対する長期的なグリチルリチン製剤の内服は偽性アルドステロン症を発症することがあるため注意が必要である。

## めまいで発症し、その後意識障害を呈したカルバマゼピン中毒の一例

○小林功樹<sup>1</sup>、中島浩一<sup>1</sup>、安藤崇之<sup>2</sup>、濱井彩乃<sup>1</sup><sup>1</sup>安房地域医療センター 総合診療科、<sup>2</sup>慶應義塾大学医学部 総合診療教育センター

【背景】カルバマゼピン(Carbamazepine: CBZ)はてんかんや神経因性疼痛の治療薬として長年使用されている。薬物相互作用も多い上に治療域が狭いため中毒への注意が必要である。【症例】79歳男性【主訴】意識障害【既往歴】左三叉神経痛、高血圧、前立腺癌、脊柱管狭窄症【現病歴】来院11日前に左顔面痛にて前医受診し、三叉神経痛に対してCBZ200mg/日を処方された。症状改善乏しく来院4日前に前医再受診しCBZ800mg/日に増量された。来院3日前に目眩と嘔吐にて当院受診し頭部CT/MRIで異常なく、頰脈性心房粗動を認め循環器内科へ入院となった。電氣的除細動施行し、アミオダロン400mg/日が開始され退院となった。退院日の夜に自宅で転倒し、その後意識障害を呈し救急搬送された。【身体所見】体温37.0℃、血圧152/78mmHg、脈拍74回/分、呼吸数20回/分。GCS E4V4M6、左顔面に異常感覚あり、眼振なし、感覚障害なし、Barre徴候陰性、四肢にミオクローヌス様の不随意運動あり。【検査結果】WBC 7300/ $\mu$ l、Hb 14.2g/dl、血糖 130mg/dl、BUN 14mg/dl、Cre 0.70mg/dl、Na 141mEq/L、K 3.6mEq/L、Ca 9.1mg/dl、CBZ 18.8 $\mu$ g/ml。心電図：洞調律、正常P波、narrow QRS。胸部Xp: CTR63%。頭部CT: 出血やLDAなし。【経過】CBZ中毒を疑い内服を中止し、入院とした。第2病日には不随意運動が消失し、意識レベルも改善した。第3病日の採血にて低Na血症の進行や心電図変化はななく、第5病日にCBZ<2.0 $\mu$ g/mlを確認し退院となった。【考察】CBZは心室性不整脈や尿閉や消化器症状や昏睡など多彩な症状を起こし、本症例における頰脈性心房粗動による前失神との関連も考慮される。CBZは投与初期に血中濃度が高くなりやすく、その後代謝酵素の自己誘導により血中濃度が下がる傾向にある。本症例では投与開始から短期間で最大量まで増量され、相互作用のあるアミオダロンが開始されたことで血中濃度上昇しCBZ中毒を発症した可能性がある。【結語】めまいを主訴に救急受診しその後意識障害を呈し、カルバマゼピン中毒と診断した一例を経験した。

## 発症から診断に至るまで5年を経過した腹痛の一例

○岡橋知彦、池邊孝、安場雅高、加賀慎一郎、廣橋一裕

東住吉森本病院 救急・総合診療センター

【症例】78歳、男性【主訴】左下腹部痛【現病歴】5年前から左下腹部痛を自覚し、度々救急車で当院を受診していた。腹部CT等で精査されたが異常なく、鎮痛薬処方後帰宅していた。初発から約5年後のある日、いつもの左下腹部痛を主訴に救急車で来院された。その際、当患者を初めて担当する救急医が診察した。【既往歴】高血圧、脳出血後(リハビリ中)【現症】意識、バイタル、呼吸安定。腹部は平坦、軟。左下腹部の腹直筋外縁に一致してピンポイントの圧痛あり。Carnett徴候陽性。【検査】腹部超音波検査で特に異常なし。血液検査や腹部CTはそれまでに複数回検査されて異常ないことから割愛した。【経過】検査では異常のない腹直筋外縁の痛み、ピンポイントの圧痛およびCarnett徴候陽性であることから前皮神経絞扼症候群(ACNES)を疑った。1%リドカイン10mlを疼痛部位である左下腹部のポイントに皮下注射したところ、速やかに疼痛は消失し歩行帰宅となった。以来疼痛なく経過している。【考察】腹痛の原因疾患のひとつとしてACNESがある。腹直筋間を走行する前皮神経が姿勢や腹筋運動などにより絞扼されることで誘発される。自験例は脳出血後のリハビリを行っており、その際の腹筋運動が誘発要因として挙げられる。ACNESは腹直筋外縁部のピンポイントの圧痛とCarnett徴候陽性が特徴的である。自験例も典型的な理学所見を示した。治療は疼痛部位の腹直筋鞘ブロックが効果的とされる。自験例では疼痛部位の皮下に局所麻酔薬を注入したがそれでも十分効果があった。ACNESは検査で異常がない腹痛の原因として重要であるにも関わらず、広く周知されているとは言い難い。自験例も5年間に幾度となく来院されていたが、その都度鎮痛薬処方後帰宅させていた。たまたま本疾患を知っていた救急医が診察したことで診断に至り、治療が奏功した。【結語】腹痛の原因としてACNESを想起すべきである。

## 高齢認知症患者が塩化カルシウム誤飲により死亡に至った1例

○木田風歌<sup>1</sup>、田中進一郎<sup>2</sup>、剣持喜之<sup>3</sup><sup>1</sup>勤医協中央病院 初期臨床研修医、<sup>2</sup>勤医協中央病院 麻酔科、<sup>3</sup>勤医協中央病院 呼吸器内科

【背景】塩化カルシウム(CaCl<sub>2</sub>)は乾燥剤等として容易に入手可能であり、日本中毒情報センターへの中毒問い合わせ数は年間100-200件である。重特例は少ないと考えられているが、自殺目的または認知症患者の大量摂取による死亡例も過去数十年で数例報告されている。今回我々は除湿剤のCaCl<sub>2</sub>を誤って大量摂取し、重篤な消化管粘膜障害、気道粘膜障害、代謝障害を来し、集中治療で一旦安定したものの、その後の入院中にカンジダ血症を発症し死亡した高齢認知症患者の1例を経験した。【症例・既往歴】認知症、高血圧、脂質異常症を有する87歳女性。【主訴・現病歴】普段通り昼食摂取しているのを確認した1時間後に、CaCl<sub>2</sub>を成分とする家庭用除湿剤(ドライ&ドライ)のほぼ空になった空き箱とともに、嘔吐、尿・便失禁の状態が発見され当院に救急搬送された。【所見】意識JCS-3、体温33.7℃、SpO<sub>2</sub> 85% (酸素マスク10L/min)、循環動態は安定していた。【経過】高Cl血症を伴う代謝性アシドーシスと著名な高Ca血症、低酸素血症を認め、気管挿管の上、人工呼吸管理としICUに収容した。広範な腐食性の食道炎・胃炎・十二指腸炎、顕著な気管支粘膜障害、誤嚥性ないし化学性肺炎炎および続発するARDS(ないし続発性器質性肺炎疑い)を呈したが、支持療法で安定化しICU入室15日目に気管切開し、意識清明な状態へ一般病棟に退室した。しかし、その後、カンジダ血症を発症し、入院3ヶ月半で死亡した。【考察・結語】CaCl<sub>2</sub>は苦く大量の誤摂取に至ることは少ないが、自殺企図や認知機能障害がある場合には大量摂取による重篤な中毒を呈し得る。本症例では消化管穿孔に至らないものの、広範で難治性の上部消化管潰瘍を呈し、長期の高カリウム輸液を余儀なくされたこともカンジダ血症のリスクとなった可能性がある。CaCl<sub>2</sub>に特異的な治療法はなく、支持療法および合併症への対応しかなく、特に消化管壊死、消化管穿孔等から死の転帰を取る場合がある。認知症患者の誤嚥リスク回避のための啓蒙が重要と考える。

## 測定不能の高Cl血症を呈した慢性プロム中毒の一例

○牧尾雄介、中西俊就、山里一志、原田拓、仲井盛

練馬光が丘病院 総合診療科

【背景】Clの測定不能を契機にプロム中毒を診断した症例を報告する。【症例】81歳女性【主訴】体動困難【病歴】患者は過去20年間、腰痛のためにナロンエースを毎日8-10錠服用していた。2ヶ月前から腰痛が悪化し、1週間前からは疼痛が増し、歩行困難と食欲低下が出現した。呂律障害と下肢筋力低下をきたし緊急要請され、重度の低K血症(1.9mEq/L)で緊急入院となった。【所見】身体診察で呂律障害と筋力低下以外に特筆すべき所見はなかった。【血液】アルブミン 3.3g/dL、LDH 351 U/L、AST 48 U/L、ALT 42U/L、ALP 131 U/L、BUN 5.4 mg/dL、Cre 0.44 mg/dL、Na 141mmol/L、K 1.9mmol/L、Cl 異常高値で測定不能、P 1.6mg/dL、Mg 2.1 mg/dL、WBC 4040  $\mu$ l、Hb 13.3g/dL、PLT 12.4 $\times$ 10<sup>4</sup>  $\mu$ l【静脈血ガス】pH 7.359、pCO<sub>2</sub> 37.1mmHg、HCO<sub>3</sub>- 20.9 mmol/L、Na 145 mmol/L、K 2.0 mmol/L、Cl 113mmol/L、Glu 151 mg/dL、Lac 1.1 mmol/L【経過】入院後、ナロンエースの内服が中止され、生化学検査上のCl値は測定不能を継続したが、静脈血ガスでのCl値は改善を示した。血清プロムイオン濃度は異常高値166.414mg/L(基準値 5mg/L未満)を示しプロム中毒の診断となった。【考察】プロムワレリル尿素による偽性高Cl血症と判断した。慢性プロム中毒は小脳失調、構音障害等を引き起こし、この患者では体動困難と食欲不振の原因となり低K血症の誘引になったと考えた。【結語】測定値にそぐわないアニオンギャップや測定不能の高Cl血症がある場合は、ハロゲン化合物の摂取を疑い、患者の市販薬についての詳細な問診が重要である。

## 人工呼吸器管理を要した重篤なガラタミン急性中毒の一例

○鈴木彩日、馬屋原拓、片山智博、新井啓之、松浦一義、永田謙太郎、丸尾英作

神戸掖済会病院

【背景】ガラタミンは水仙にも含まれるコリンエステラーゼ阻害剤である。水仙による食中毒の報告は散見されるが、多量服薬による重篤な急性中毒の報告はない。今回我々はガラタミン大量服用により人工呼吸器管理を要した重篤な急性中毒の一例を報告する。【既往歴】高血圧、関節リウマチ、アルツハイマー型認知症【現病歴】某月某日にヘルパーが自宅を訪問したところ、居室内で立位、反応悪く、机上にガラタミン 12 mg 22 錠の空包があったため訪問看護師に連絡。訪問看護師が到着すると本人は倒れており、冷汗、手指振戦、便秘禁（水様便）あり、咽頭ゴロ音着明でSpO<sub>2</sub> 83%の低酸素があったため救急要請。病院到着時下顎呼吸、気道分泌多量のため気管挿管。胃管を留置し活性炭を投与してICUに入室となった。【身体所見】呼吸促拍あり、気道分泌過多により、ゴロ音著明に聴取。両側縮瞳あり。【検査結果】炎症高値なし。胸部 CTで両下肺野に浸潤影あり。【経過】当日夜には気道分泌減少。第4病日に呼吸器離脱。第20病日に施設退院。【考察】マウスの単回経口投与毒性試験では致死量は36mg/kgであり、これをヒト等価用量で換算するとヒトの経口致死量は2.9 mg/kgとなる。本症例の患者の体重は37kgで致死量は 107mgとなり、今回服用したガラタミン264 mgは十分に致死量といえる。気道分泌増加により一時期人工呼吸器管理を要したが、おそらくガラタミンの血中半減期が約7時間と短いこともあり、呼吸状態は速やかに回復し人工呼吸器を離脱することができた。【結論】人工呼吸器管理を要する重篤な急性ガラタミン中毒を経験した。

## 回盲部大腸腺腫が侵入門戸と考えられた Clostridium septicum による感染性大動脈瘤の1例

○小西祥平<sup>1</sup>、岩本佳隆<sup>1</sup>、岡本啓典<sup>1</sup>、服部瑞穂<sup>1</sup>、竹山貴久<sup>1</sup>、齋藤崇<sup>2</sup>、光宗真佑<sup>3</sup>、古立真一<sup>3</sup><sup>1</sup>国立病院機構 岡山医療センター 総合診療科、<sup>2</sup>国立病院機構 岡山医療センター 感染症内科、<sup>3</sup>国立病院機構 岡山医療センター 消化器内科

【背景】Clostridium septicum (以下C. septicum) は主として土壌などの自然界に生息し、健常人の腸管においても検出される偏性嫌気性グラム陽性桿菌である。C. septicumによる感染性大動脈瘤の死亡率は極めて高く、C. septicumの発育に適していると考えられる回盲部周囲の大腸癌の併発が多いことが報告されている。【症例】86歳男性【主訴】発熱、倦怠感、食思不振【既往歴】慢性腎不全、高血圧、2型糖尿病【現病歴】来院前日より発熱・食思不振あり、入浴中に一過性に意識消失を来したため他院へ救急搬送された。その際は脱水が原因として補液を行い帰宅となったが、翌日にも発熱・倦怠感が持続するため、近医より当院紹介となった。【身体所見】体温39.1℃、血圧 118/76mmHg、心拍数 108/分・整、SpO<sub>2</sub> 95%、呼吸回数 19/分。意識清明。胸部：心雑音・ラ音なし。腹部：圧痛なし。下腿浮腫なし。【検査結果】WBC 13500/μL、Nt. 84.4%、Cre 2.44mg/dL、CRP 13.67mg/dL。単純CT：下行大動脈・両側総腸骨動脈分岐部直上の大動脈壁2力所にfree air、周囲の脂肪織濃度の上昇あり。【経過】血液培養2setからC. septicumが検出され、原因菌と考えた。感染性大動脈瘤と診断し、心臓血管外科と併診の元、血圧コントロール・瘤径について十分に注意しながら抗菌薬による保存的加療を行なった。最終的に12週間の抗菌薬治療を行い、治癒を得た。大腸内視鏡検査を行ったところ回盲部に4.0cm大の隆起性病変を認めた。大腸ポリペクミーを行い、病理は管状絨毛腺腫だった。大動脈瘤については現在画像フォローアップを継続中である。【考察】本症例では、回盲部の大腸腺腫によって腸管バリアの破壊を生じ、C. septicumの侵入門戸となったと考えた。C. septicumによる大動脈瘤については極めて死亡率が高いとされるが、早期に診断し、適切な抗菌薬治療を行ったことが救命につながったと考える。【結語】回盲部大腸腺腫が侵入門戸と考えられたClostridium septicumによる感染性大動脈瘤の1例を経験した。

## 免疫抑制のない成人発症播種性水痘带状疱疹ウイルス感染症の1例

○大谷瑠果、宮上泰樹、古坂隆幸、峯優一郎、飯塚岳人、内藤俊夫

順天堂大学 医学部 総合診療科

【症例】54歳女性

【主訴】発熱、頭痛、全身の水疱

【既往歴】特記なし

【現病歴】来院2日前に悪寒、頭痛および38.5℃の発熱を認めた。1日前には体幹部に紅斑が生じた。その後も解熱せず水疱形成、疼痛を伴う紅斑が顔面にも生じたため救急外来を受診した。

【身体所見】意識清明、体温35.3℃（解熱剤内服後）、血圧 112/66 mmHg、脈拍 62回/分、呼吸数 19回/分、SpO<sub>2</sub> 98%（室内気）、両側前額部、頬部、耳介、体幹部に紅斑性丘疹、水疱、膿疱が散在。リンパ節腫脹なし。髄膜刺激徴候なし。【検査結果】WBC 4,700/μL、Hb 14.4 g/dL、Plt 20.5×10<sup>4</sup>/μL、AST 31 U/L、ALT 50 U/L、BUN 14 mg/dL、Cre 0.65 mg/dL、CRP 1.50 mg/dL、HIV抗原・抗体 陰性、varicella zoster virus (VZV)-IgM抗体 陰性、VZV-IgG抗体 陽性【経過】幼少期のワクチン接種歴は不明で、免疫異常を指摘されたことはなかった。発熱が先行し、神経節に沿わず散在性に広がる紅斑を伴う水疱と膿疱から播種性VZV感染症を疑った。陰圧個室管理の上、VZV抗原検査を施行したところ、陽性であったため播種性VZV感染症と診断した。アシクロビル 500mg q8hを計7日間投与し、随伴する神経症状はなく、入院第10病日には全ての皮疹の痂皮化を確認したため第11病日に退院とした。

【考察】本邦の成人のほとんどは幼少期に水痘既感染であり、ワクチン接種の普及に伴い、水痘の感染は減少傾向にある。尚、播種性VZV感染症の多くは免疫抑制患者でみられ、本症例のように免疫抑制がなく成人発症する例は非常に少ない。そのため、VZV感染を想起した際には、薬疹や梅毒、Mpoxなどを鑑別に挙げつつ、冷静に問診や皮疹の評価を行うことが重要である。また、VZVの成人発症例は臓器障害など重症化のリスクがあるため、注意深い経過観察や、適切な感染対策を行った上での速やかな加療開始が重要である。

【結語】免疫正常の成人でも播種性VZV感染症を発症しうるため、全身の皮疹を認める際には本疾患を考慮する必要がある。診察により、疑わしければ速やかに治療を開始することが肝要である。

## 劇症型 A 群溶連菌による壊死性筋膜炎、敗血症性ショックに対して VA-ECMO を導入し救命できた一例

○岩淵愛央<sup>1</sup>、鳥越大史<sup>1</sup>、岩本佳隆<sup>1</sup>、岡本啓典<sup>1</sup>、服部瑞穂<sup>1</sup>、竹山貴久<sup>1</sup>、齋藤崇<sup>2</sup>、横尾賢<sup>3</sup>、福田能丈<sup>4</sup><sup>1</sup>岡山医療センター 総合診療科、<sup>2</sup>同 感染症内科、<sup>3</sup>同 整形外科、<sup>4</sup>同 循環器内科

【背景】劇症型A群溶連菌感染症による壊死性筋膜炎は、日常生活を営む状態から24時間以内に多臓器不全に至るほどの疾患進行をきたすことがある。【症例】大酒家で6年前より2型糖尿病を指摘されているが内服コンプライアンスの悪い62歳男性。【主訴】左下腰痛【既往歴】2型糖尿病【現病歴】来院4日前に転倒し駐車場の車止めに左大腿を受傷した。徐々に歩行困難となり左大腿腫脹の増悪を認めたため前医を受診、壊死性筋膜炎の疑いで当院に紹介受診となった。【身体所見】GCS E4V5M6。体温 37.5℃、血圧97/77mmHg、心拍数 149/min 整、SpO<sub>2</sub> 95%（室内気）、呼吸回数 40/min。左側腹部から臀部、鼠径部から遠位の皮膚は暗赤色で、左大腿外側に滲出液を認めた。【検査所見】WBC 2180/μL、Hgb 15.4 g/dL、PLT 149×10<sup>3</sup>/μL、随時血糖 410mg/dL、HbA1c 7.3%、TP 4.5g/dL、Alb 2.1g/dL、CK 502 U/L、LD 361 U/L、CRE 4.2mg/dL、UN 74 mg/dL、Na 119mmol/L、K 4.7 mmol/L、Cl 90mg/dL、T-Bil 2.5mg/dL、CRP 52.15 mg/dL、Lac 34 mg/dL【経過】壊死性筋膜炎に緊急デブリードマンを施行、広域抗菌薬による治療を開始した。開放膿や血液培養からはStreptococcus pyogenesが検出された。敗血症性ショックに対してカテコラミンを投与していたが、術後より無尿、血圧維持困難で、敗血症性心筋症を疑う心機能低下を併発した。CHDFならびにVA-ECMOを導入したところ循環動態は改善し、尿量確保が可能となった。感染巣に対してはデブリードマンを繰り返し、陰圧閉鎖療法を施行した。創に対しては植皮術を施行し、リハビリテーションを経て、入院81日目に独歩自宅退院となった。【考察】劇症型A群溶連菌感染症は急激に進行し致死的となるため、早期診断、適切な抗菌薬投与、緊急でのデブリードマンが重要となる。本症例から、VA-ECMOは治療抵抗性の心機能低下を伴う敗血症性ショックに対し有用である可能性が示唆された。【結語】劇症型A群溶連菌による敗血症性ショックにVA-ECMOを導入し救命し得た一例を経験した。

## 褥瘡を伴う胸髄損傷患者に発症した腰部化膿性脊椎炎の1例

○森田悟<sup>1,2</sup>、加藤篤之<sup>2</sup>、須山敦仁<sup>2</sup>、佐藤啓介<sup>2</sup>、佐住洋祐<sup>2</sup>、大塚勇輝<sup>2</sup>、大國皓平<sup>2</sup>、大野洋平<sup>2</sup>、長谷川功<sup>2</sup>、本多寛之<sup>2</sup>、萩谷英大<sup>2,3</sup>、小田孔明<sup>4</sup>、今村竜太<sup>5</sup>、大塚文男<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>岡山大学病院 卒後臨床研修センター、

<sup>2</sup>岡山大学病院 総合内科・総合診療科、<sup>3</sup>岡山大学病院 感染症内科、

<sup>4</sup>岡山大学病院 整形外科、<sup>5</sup>落合病院 内科

【症例】57歳男性

【主訴】発熱

【既往歴】交通外傷により胸髄損傷後。

【現病歴】随伴症状に乏しい発熱が6日間にわたり改善しないため前医入院、精査加療目的に当院転入院となった。

【入院時所見】体温 39.2℃、血圧 124/72 mmHg、脈拍 86/分、呼吸数 16/分、SpO<sub>2</sub> 98% (室内気)。車椅子生活によって生じた広範な背部褥瘡の一部は筋層まで到達していた。第8胸椎以下の知覚・運動機能は完全に脱失し脊髄叩打痛はなかった。WBC 20,570 /μL、CRP 35.0 mg/dLと炎症反応上昇を認めた。CT/MRIでは第5腰椎・仙骨の椎体・椎間板の破壊に加え周囲気腫と液貯留を伴い化膿性脊椎炎・椎体周囲膿瘍の所見であった。

【臨床経過】セファゾリンとバンコマイシンによる経験的抗菌薬加療では改善せず、CTガイド下に排膿を行った。穿刺液を含む各種培養検査から起因菌の同定には至らなかったが、嫌気性菌も標的にクリンダマイシンへ変更することで解熱・消炎を得た。侵入門戸と思われた褥瘡へ治療介入しつつ、車椅子の形状に合わせた除圧可能なクッションを調整した。また自己導尿時の清潔操作に問題があることが判明し適切な導尿手法も指導した。

【考察】化膿性脊椎炎では脊髄叩打痛などを身体所見上の異常として確認できるのが通常である。しかし脊髄損傷(脊損)患者では障害レベル以下の疼痛を知覚できないことに加え、体温調節機能の障害や尿路・軟部組織感染症を併発し易い背景から、脊椎炎を鑑別上位に挙げることは難しい。一方で脊損患者では本例で認めた膀胱直腸障害や褥瘡の存在などから細菌感染のリスクが高く、経験的に抗菌薬を用いることも少なくないため、各種培養が陰性でも細菌感染症を否定できない。明らかな身体所見上の異常がなくとも、特に褥瘡を有す症例では化膿性脊椎炎の可能性を念頭に、画像検査も駆使した丁寧な熱源精査が脊損患者では肝要であり、その治療にあたっては予防の観点から生活指導も必要と思われた。

## アトピー性皮膚炎の既往のある若年男性の三尖弁感染性心内膜炎

○網島啓太<sup>1</sup>、横瀬久史<sup>2</sup>、廣澤孝信<sup>2</sup>、志水太郎<sup>2</sup>

<sup>1</sup>獨協医科大学病院 臨床研修センター、

<sup>2</sup>獨協医科大学 総合診療学講座

【症例】16歳、男性。【主訴】発熱、悪寒戦慄。【既往歴】アトピー性皮膚炎(ベタメタゾン軟膏、ヒドロコルチゾン軟膏使用)。【現病歴】1か月前から発熱と悪寒戦慄を繰り返していた。近医でセフトリオンを処方され精査目的で紹介受診した。発熱なく全身状態良好で、軽度の炎症反応上昇以外明らかな検査異常はなく、血液培養採取し翌週再診予定となった。その後症状が再燃し、再診前に予約外受診した。【身体所見】ぐったりしている。意識清明。体温39.0℃、脈拍125回/分、整、血圧105/64 mmHg、呼吸20回/分、SpO<sub>2</sub> 97%(室内気)。前額部に痒疹あり。眼瞼結膜に出血斑なし。歯菌なし。呼吸音、心音に明らかな異常なし。Osler結節、Janeway斑なし。【検査所見】血液所見：白血球11,300/μL、CRP 10.58 mg/dL。経胸壁心臓超音波：三尖弁に可動性がある径8 mmの構造物あり。胸腹部単純造影CT：両側下肺野末梢に楔状の結節影あり。初診時血液培養：陰性。【経過】感染性心内膜炎(IE)を疑い、血液培養再検後セフトリアキソン、バンコマイシン点滴静注で経験的治療を開始した。入院後再検した血液培養からメチシリン感受性黄色ブドウ球菌が検出され、同菌による三尖弁IEと確定診断した。抗菌薬をセフトリオンに変更し、第7病日から解熱、徐々に全身状態は改善した。計6週間経静脈的な抗菌薬治療を行い第48病日に合併症なく退院した。【考察】右心系IEはIE全体の約1割を占め、心雑音や末梢塞栓徴候を生じにくく、敗血症性肺塞栓症を高頻度に生じる。静注薬物使用や心臓デバイスと関連がない"3 Noes"と呼ばれる症例は約1割と少なく、糖尿病など慢性疾患の併存が多い。アトピー性皮膚炎を有するIE患者は6.7%と多く、若年で黄色ブドウ球菌が最多の起因菌であることが本邦で報告されている。本症例は頻度が低い疾患の典型的な所見と経過を見ていたといえる。初回の血液培養陰性は抗菌薬投与によると考えられ、培養再検が診断に有用であった。【結語】アトピー性皮膚炎を有する患者の亜急性や慢性的発熱ではIEを鑑別診断として考慮する。

動眼神経麻痺を呈した *Parvimonas micra* による Lemierre 症候群の一例

○宮崎紘慶、真鍋早季、宮川滝彦、小林貴子、柳秀高、沖将行、小澤秀樹

東海大学医学部付属病院 総合内科

【背景】Lemierre症候群は口腔咽頭領域の感染が波及し内頸静脈血栓性静脈炎、菌血症、遠隔臓器の敗血症性塞栓症を来すまれだが見逃してはならない致死性の疾患である。動眼神経麻痺の合併もあるが、報告は少ない。【症例】71歳男性【主訴】全身倦怠感【既往歴】虫垂炎【現病歴】数週間続く倦怠感と1週間前からの食欲不振で受診し、微熱と白血球増多、炎症反応高値を認め、血液培養を採取され帰宅した。グラム陽性連鎖球菌が検出され入院となった。【現症】意識清明で微熱と頻脈を認めた。右眼瞼下垂と周囲浮腫があり、右眼は下向き外転位、瞳孔径は両側3 mmで対光反射を認めた。口腔内には不衛生で齲歯多数であった。造影CTでは両側内頸静脈に造影欠損と肺野に多発結節影を認めた。【経過】動眼神経麻痺を合併したLemierre症候群と考えた。頭部造影MRIで硬膜外・硬膜下・くも膜下・脳室内膿瘍、硬膜炎、両側咀嚼筋群と周囲の皮膚軟部組織感染症、顎骨骨髓炎、中耳炎、副鼻腔炎の所見を認めた。歯性感染に伴い炎症が拡大し頭蓋内に波及したと考えた。項部硬直もあり腰椎穿刺を施行し髄膜炎の診断で抗菌薬はセフトリアキソンとメトロニダゾールとした。更に両側上眼静脈にも拡張と造影欠損を認め上眼静脈血栓症と診断した。海綿静脈洞血栓症の存在も疑われた。髄膜炎、血栓症が動眼神経麻痺の原因と考えられた。起因菌は後日*Parvimonas micra*と判明した。血液培養は3日で陰性化し9日目は眼症状も改善した。4週間投与後抗菌薬はアンピシリンとし、計6週間の投与後アモキシシリン内服に切り換え退院、内服は膿瘍消失まで継続とした。齲歯の治療も行い、再発予防を指導した。【考察】動眼神経麻痺を呈したLemierre症候群の報告は少なく、*Parvimonas micra*を起因菌とした症例はこれまでに報告がない。本症例では髄膜炎や上眼静脈血栓症に伴い動眼神経麻痺を来した。解剖学的に歯性感染の波及として不思議はないが、局所症状や所見に注目せず評価を怠ると感染源が明らかであっても治療が遅れるおそれがあり、積極的に確認する必要がある。

## 明らかな発症要因のない三尖弁感染性心内膜炎 (three noes IE) の一例

○北川侑樹、伊東完、中島英哉、小嶋智史、押田樹羅、中川俊一郎、児玉泰介、福井早矢人、小林大輝

東京医科大学茨城医療センター 総合診療科

【背景】感染性心内膜炎(IE)のうち、右心系は約10%と日本では比較的まれである。

【症例】67歳男性

【主訴】発熱

【既往歴】高血圧症、腎機能障害

【現病歴】X-15日からの腰痛で近医を受診し、変形性腰痛症と診断された。X日に起立困難となり、当院に救急搬送された。発熱以外に低血圧・頻脈もあり、敗血症性ショックと診断、その治療のため入院した。

【身体所見】JCS I-1、体温 38.3℃、血圧 80/60 mmHg、脈拍数 160 bpm、SpO<sub>2</sub> 98% (酸素マスク 15 L/min)、呼吸数 30/分、結膜点状出血なし、口腔内齲歯多数、心音 整で明らかな雑音なし、両膝関節の発赤・腫脹・熱感あり、手掌足底の皮疹なし

【検査所見】血液検査でWBC 29,300/μL、BUN 108.7 mg/dL、Cre 5.18 mg/dL、CRP 35.4 mg/dL、胸腹部CTで両肺多発結節あり、左腎周囲脂肪織濃度上昇あり、左腸腰筋に膿瘍あり

【経過】ICUに入室し、人工呼吸とCHDFでの管理を開始した。抗菌薬はMEPMとVCMを選択した。血液培養でMSSAが検出され、心臓超音波でも三尖弁に22 mm大の疣贅付着を認め、IEと診断した。また、CT所見は播種性感染症と考えた。腸腰筋膿瘍からの髄膜炎を考え、X+3日にCEZ+CTRXに抗菌薬を変更、X+6日には腎機能改善と胆泥貯留を考え、CEZ+CTRXに変更した。この日血液培養の陰性化を確認した。胸水貯留があり、X+17日に左胸腔ドレーンを留置したが、X+21日に肺拡張障害に伴う呼吸不全を生じた。その後血圧も低下し、X+26日に死亡した。

【考察】右心系IEの原因として、違法静注薬物、心血管デバイス、先天性心疾患が有名だが、これらがないIEを"three noes" IEと呼ぶ。腎障害、糖尿病、悪性腫瘍を持つ中高齢者に多く、起因菌は*S. aureus*が多く、致死率が高いことも知られる。本例では年齢と腎障害が合致する。敗血症性肺塞栓症の原因として右心系IEが多く、本例での両肺多発結節も右心系IEを疑う契機となった。

【結語】いわゆる"three noes" IEを経験した。典型的な発症要因がなくとも、敗血症性肺塞栓症などで疑わしい場合は、IEの精査を怠ってはならない。

### 自動車運転中の失神・交通事故の原因精査に詳細な血糖測定が有用であった一例

○佐藤啓介<sup>1</sup>、高瀬輔<sup>1</sup>、森田悟<sup>2</sup>、加藤篤之<sup>1</sup>、須山敦仁<sup>1</sup>、佐住洋祐<sup>1</sup>、大塚勇輝<sup>1</sup>、大國皓平<sup>1</sup>、長谷川功<sup>1</sup>、本多寛之<sup>1</sup>、小比賀美香子<sup>1</sup>、大塚文男<sup>1</sup>

<sup>1</sup>岡山大学病院 総合内科・総合診療科、

<sup>2</sup>岡山大学病院 卒後臨床研修センター

【症例】47歳男性【主訴】意識消失・健忘【既往歴】うつ病【現病歴】X-13年に解離性障害と診断され向精神薬を内服中であった。トラック運送業をしていたが、運転中の意識変容が過去にも複数回あった。X-2週、早朝空腹時の運転中に意識変容を伴い、その後意識消失し追突事故を起こしたため入院精査を行った。【身体所見】身長173.4cm、体重86.1kg、BMI28.6、血圧154/76mmHg（仰臥位）、脈拍67回/分・整、意識清明。眼瞼結膜貧血なし、頸動脈雑音なし、呼吸音清、心雑音なし、神経系に特記異常所見なし。【検査結果】Hb 14.6 g/dL、Na 142 mEq/L、K 3.9 mEq/L、空腹時血糖98mg/dL、HbA1c 5.8%、その他一般血液検査所見および甲状腺・副腎機能に異常なく、心電図は洞調律・整、QTc延長なく、ホルター心電図で失神を来す波形は認めず、心臓超音波検査で特記異常なし。頭部MRI検査・脳波検査で血管疾患やてんかんを疑う所見なし。75gブドウ糖負荷試験では空腹時血糖98 mg/dL、負荷後60分で血糖値216 mg/dLが頂値で、負荷後180分で血糖値121mg/dLまで低下し、負荷後240分では血糖値は55 mg/dLまで低下していたが症状は認めなかった。HOMA-IRは2.7でインスリン抵抗性を認めた。持続血糖測定ではセンサー装着13日間の9%で低血糖を認め、その多くが夜間であった。【考察】本例は当初、自動車運転中の失神の原因として解離性障害の影響が疑われたが、精査の結果、低血糖の関与が考えられた。80 mg/dL未満の血糖値の低下は不慮の交通事故による死亡リスクとされ、改正道路交通法において無自覚性の低血糖症は自動車運転免許の相対的欠格事由の一つとして挙げられている。反応性低血糖であれば適切な治療により回避できるため、食後の意識消失の鑑別に考慮することが重要と考えられた。

### 身体診察とメタ認知で正確に診断し得た、拡大した膀胱と誤認された卵巣腫瘍の一例

○三澤マリチャード、屋島福太郎、石井大太、石塚光太郎、宮川峻、鈴木智晴、那須道高

浦添総合病院 病院総合内科

【背景】診断エクセレンスは臨床家が診断に至るまでのプロセスにおける卓越性のことであり、病歴や身体診察に加え、診断仮説と矛盾した所見に着目し吟味するメタ認知も診断エクセレンスに重要である。導尿で軽快しない下腹部の膨隆と熱感を契機に、尿閉および腎盂腎炎という診断仮説を見直し、卵巣腫瘍と診断し得た一例を報告する。【症例】88歳、女性【主訴】発熱【既往歴】胆嚢摘出術【現病歴】2週間前から意識状態が低下してきており、受診当日に37.3℃の発熱と活気の無さを心配した家人に連れられて救急外来を受診した。【身体所見】意識JCS10、体温38.0℃、脈拍78/分、血圧149/96mmHg、SpO<sub>2</sub>97%（室内気）。救急外来での一般身体診察・神経診察では意識障害の他に特記すべき異常所見なし。【検査結果】白血球数20,100/mL、Hb10.1g/dL、血小板数28.9×10<sup>9</sup>/μL、CRP15.8mg/dL、尿沈渣：尿中白血球1-4個/視野、細菌(-)。胸腹部造影CT検査では膀胱の拡大あり、腎盂の拡大なし。【経過】救急外来では尿閉を伴った腎盂腎炎として抗菌薬治療が開始された。入院担当開始後に、導尿カテーテル留置中にも関わらず下腹部の膨満と部位の熱感あり。腹部造影CTを見直したところ10.6cm×10cm×9.8cmの嚢状の構造の他に虚脱した膀胱があった。腹部エコー検査では嚢胞の内部は2層に分かれ卵巣腫瘍の所見だった。婦人科へ転院し、右卵巣腫瘍の摘出が行われた。後日家人へ連絡をとり、意識状態は改善し、術後の経過も良好だったことを確認した。【考察】膀胱カテーテル留置にも関わらず下腹部の膨隆がみられ、同部位に熱感もあったために、エコー検査を追加し卵巣腫瘍と診断し得た。造影CT検査では嚢胞内には層構造がなく、膀胱が虚脱していたために卵巣腫瘍が膀胱と誤認された。【結語】フィジカルとメタ認知は、造影CT検査を凌駕し得る技法であり診断エクセレンスを向上させる。

### 無菌性髄膜炎として治療するも意識障害が遷延しNMOSDが疑われた一例

○天満義人<sup>1</sup>、延岡悠樹<sup>1</sup>、正木龍太郎<sup>1</sup>、亀山和也<sup>1</sup>、原田和歌子<sup>1</sup>、原直之<sup>2</sup>

<sup>1</sup>地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立北部医療センター安佐市民病院 総合診療科、<sup>2</sup>地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立北部医療センター安佐市民病院 脳神経内科

【背景】視神経脊髄炎関連疾患（NMOSD）は主に視神経炎と急性脊髄炎を呈し、抗AQP4抗体がその病態に関与するものである。今回低体温を主訴とする視神経炎と急性脊髄炎を呈さないNMOSDを経験した。【症例】81歳の女性。【主訴】低体温、意識障害。【既往歴】抑うつ、肺炎、両眼手術歴、左眼失明。【現病歴】受診前日に普段より元気がなく、受診当日寝たきりで発語が嚢気なため前医連絡し当院救急搬送となった。【身体所見】JCS 3、体温 31.4℃、血圧 159/124 mmHg、心拍数 78/分、呼吸数 17/分、酸素飽和度 室内気99%、疎通不良、従命不可。【検査結果】CRP 4.6 mg/dL、髄細胞数 188 /3/μL、髄液蛋白 188 mg/dL、髄液糖 44 mg/dL。【経過】第2病日に無菌性髄膜炎としてACV 10 mg/kgを開始し、意識レベルは疎通がとれるまで改善した。第4病日に再度意識レベル低下し髄液VZV、SHV検査施行も陰性であった。髄液蛋白高値、髄液糖低値であり結核否定目的にT-SPOT、培養施行も陰性であった。第9病日に上半身の疼痛を自覚し、頸椎MRIで5/6頸椎の狭窄像を認めたが疼痛の根拠に乏しくACVの副作用による疼痛として第11病日にACVを終了した。しかし、意識レベル改善なく第12病日に左下肢の運動能低下を認め、単純MRI撮像し脳室周囲のFLAIR高信号を認め髄膜炎と考えた。第13病日に造影MRI撮像し脳室周囲の線状造影を認め、NMOSDを疑い脳神経内科に転科しステロイドパルス施行した。第21病日に抗AQP4抗体陽性となり再度ステロイドパルスの後、第24病日からPSL 1 mg/kgにて内服加療開始され、症状は改善した。【考察】本症例はNMOSD診断基準を満たさないものの抗AQP4抗体陽性でありMRI所見で脳室周囲の高信号を認めたためNMOSDとして診断した。また初診時体温低下がみられたことについては視床下部にてヒポクレチンニューロンが障害されたことによる体温調節機能の間接的障害の可能性が考えられた。【結語】無菌性髄膜炎様の経過でも初期に低体温を認めた場合はNMOSDの可能性を考慮して早期にMRI撮像の必要があると考えられた。

### 心臓超音波検査を契機に診断に至った全身性ALアミロイドーシスの1例

○加納一頼、後藤亮、平林礼奈、宇都宮理恵、堀之内登、土井恵里、吉村亮彦、山本恭子、塩田星児、吉岩あおい、宮崎士

大分大学医学部附属病院

【症例】80歳、女性【主訴】全身性浮腫、呼吸困難【既往歴】胃全摘後【現病歴】X-3年に全身性の浮腫が出現。X年には浮腫が増悪し、歩行困難となったため前医に入院。種々の精査を行うも原因は特定されず、利尿薬、アルブミンで加療されたが浮腫は改善せず、酸素化が悪化したため当科へ転院となった。【身体所見】身長153.5 cm、体重57 kg（+7kg/12ヵ月）、血圧109/70mmHg、脈拍95/分、呼吸数15回/分、SpO<sub>2</sub>91%（O<sub>2</sub>5L/分投与下）、心音：清で、心雑音を聴取せず、胸部全域でcoarse cracklesとwheezesを聴取した。肝脾腫はなく、全身性に圧痕性浮腫を認めた。【検査成績】NT-proBNP 8,517 pg/mL、心筋トロポニンT 0.053 ng/mL【入院後経過】心不全による浮腫と考え、利尿薬の増量を行った。入院3日目に実施した心臓超音波検査でgranular sparklingの所見を認め、心アミロイドーシスが疑われた。尿中免疫電気泳動でベンズ・ジョーンズ蛋白を認め、免疫グロブリン遊離L鎖においてλ型の著明な上昇を認めたことからALアミロイドーシスが示唆され、最終的に上部及び下部消化管内視鏡下の食道、空腸、横行結腸、直腸生検のいずれからもCongo-Red陽性の好酸性無機構造物が認められ、ALアミロイドーシスと確定診断した。高齢で全身状態が悪く、患者と家族から治療の希望がなかったことからBest supportive careの方針とした。当院入院38日目に転院し、その3日後に全身状態の悪化により自宅で死亡した。【考察】本症例は心不全精査目的の心臓超音波検査を契機に発見された全身性ALアミロイドーシスである。アミロイドーシスでは約3割の症例で初発にうつ血性心不全を認める。また心アミロイドーシスは通常主に拡張障害を示し、左室駆出率は末期まで正常である。本症例でも同様の結果であった。【結語】原因不明の心収縮力が保たれたうつ血性心不全を認めた場合心アミロイドーシスを鑑別の一つとしてあげる必要があると考え、報告する。

## 四肢近位筋と外眼筋障害で発症した筋炎合併重症筋無力症の1例

○石井大太<sup>1</sup>、眞喜志直子<sup>2</sup>、鈴木智晴<sup>1</sup>、那須道高<sup>1</sup>

<sup>1</sup>浦添総合病院 病院総合内科、<sup>2</sup>浦添総合病院 神経内科

【背景】重症筋無力症(MG)に筋炎を伴うことは稀である。MGに抗横紋筋抗体(ASA)陽性筋炎を合併した1例を報告する。【症例】42歳男性【主訴】筋肉痛【現病歴】3年前より四肢近位筋の疼痛が出現していた。筋痛に加え1週間前から四肢の筋力低下、嚥下困難、構音障害が出現したため受診した。【身体所見】血圧159/101 mmHg、心拍数114/分、体温36.6℃、呼吸数17回/分、SpO2 94% (RA)。Heliotrope疹やshawl signなし、Gottron徴候なし。左眼の眼瞼下垂及び内転障害あり、左眼角下垂あり、嚥下反射の遅延あり。徒手筋力テストで両上肢近位筋優位に筋力低下あり。【検査結果】白血球15,500/μL、Hb 17.8 g/dL、血小板34.6万/μL、AST 153 U/L、ALT 88 U/L、LD 384 U/L、CK 706 U/L、BUN 23.6 mg/dL、Cr 0.59 mg/dL、高感度トロポニンI 15 pg/mL、CRP 18.3 mg/dL、抗ARS抗体陰性、抗AChR抗体75.7 nmol/L、抗Titin抗体陽性、抗Kv1.4抗体陽性。胸部CT：前縦隔に腫瘤影あり。下肢MRI：STIRで両側大腿四頭筋の高信号あり。筋生検：筋束内にリンパ球主体の炎症細胞浸潤あり。【経過】多発筋炎を含めた炎症性筋疾患を疑い第4病日よりステロイドパルスを行い、第7病日よりプレドニゾン(以下PSL)50 mg/日の後療法を開始した。胸腺腫と外眼筋障害があり、抗AChR抗体陽性と判明したためMGと診断し、第8病日から免疫グロブリン療法とピリドスチグミンの内服を開始した。第29病日に抗Titin抗体、抗Kv1.4抗体陽性と判明し、筋炎合併重症筋無力症と診断した。第38病日からPSLを減量しタクロリムスを開始した。根治的に治療すべく胸腺摘出術を予定している。【考察】MG単独では筋炎を伴うことは少なく、多発筋炎・皮膚筋炎では外眼筋は障害されない。本症例では四肢近位筋に自発痛及び把握痛を伴った筋力低下があり筋炎らしさがある一方、眼瞼下垂等の外眼筋障害と胸腺腫があった。MGにASA陽性筋炎を合併する症例は筋炎合併重症筋無力症と総称される。【結語】球麻痺や外眼筋障害を伴う筋炎では筋炎合併重症筋無力症を想起する必要がある。

## 症状と理学的所見に乏しく、詳細な身体診察から診断に至った巨細胞性動脈炎の一例

○樋口友哉<sup>1</sup>、酒井達也<sup>2</sup>

<sup>1</sup>沖縄県立八重山病院附属 波照間診療所、<sup>2</sup>沖縄県立八重山病院

【背景】巨細胞性動脈炎は典型的な症状がない場合に診断が遅れる可能性がある。特異的症状に乏しく、詳細な診察を繰り返したことで診断に至った巨細胞性動脈炎の症例を経験したので報告する。【症例】66歳男性【主訴】発熱【既往歴】高血圧症、2型糖尿病、発作性上室性頻拍、不安障害【現病歴】1島でキビ農家として働く66歳男性。来院一週間前の仕事後から倦怠感が出現。翌日に38度の発熱と頭痛を認めため離島診療所を受診。その後1週間症状の改善が見られず、熱源精査目的に当院紹介。【身体所見】バイタルサイン：BP108/58mmHg HR81回/分 BT36.3度 RR16回/分 SpO2 97% (室内気)、身体診察で明らかな陽性所見なし【検査結果】WBC1960/μL、Hb10.7 g/μL、Plt21.3/μL、電解質正常、肝胆道系酵素正常範囲内、軽度腎機能障害あり、CRP1.71 mg/dL、ESR99 mm/h頭部～骨盤部単純+造影CT：明らかな熱源となる所見なし上下部消化管内視鏡：腫瘍性病変なし【経過】明らかな熱源は指摘できず、地域特性からレプトスピラ症の診断的治療として抗菌薬の投与を行った。しかし治療開始後も連日発熱が持続していた。入院7日目に再度問診と身体診察を行ったところ、側頭動脈の触診で左右差を認めた。頭痛と身体所見から巨細胞性動脈炎が強く疑われ、生検と並行し治療を開始した。治療翌日には症状は改善した。ステロイド加療を継続し退院となった。【考察】巨細胞性動脈炎の診断で陽性尤度比が高い所見としては、上腕や顎の跛行、側頭動脈の肥厚、側頭動脈の拍動消失、側頭の圧痛などがある。本症例ではこれらの所見は認めず、診断に難渋した当初は所見に乏しかったが、丁寧な問診と身体診察を繰り返すことで新規所見を覚知し、診断に結びついた。不明熱では繰り返し身体診察を行う必要性が言われており、臨床診断における問診と身体診察の重要性を改めて認識した症例であった。【結語】診断に行き詰まった時には基本の問診と身体診察に立ち返ることが重要である。

## 発症早期に鍼灸治療を導入し良好な疼痛コントロールが得られた線維筋痛症の一例

○増田卓也<sup>1,2</sup>、江川健一郎<sup>3</sup>

<sup>1</sup>三井記念病院 総合内科・膠原病リウマチ内科、

<sup>2</sup>東邦大学医療センター大森病院 東洋医学科、

<sup>3</sup>三井記念病院 緩和ケア科

【緒言】線維筋痛症(FM)は有病率3%程度であるが、有効な治療は未確立である。ヨーロッパリウマチ学会FMガイドライン2016年度版では、鍼灸を始めとした非薬物療法を治療初期に導入することを推奨しているが、FMは発症から診断まで数年を要するという報告もあり、さらに疼痛の長期化と鍼灸の治療抵抗性との関連が経験的に知られている。しかし、発症早期のFMに対する鍼灸治療がその後の疼痛コントロールやQOLへ及ぼす効果については、臨床試験はおろかその症例報告もない。今回、発症早期での診断と鍼灸治療を導入し良好な疼痛コントロールとQOL改善が得られたFMの一例を報告する。【症例】51歳女性。全身性エリテマトーデス疑いで精査中。X-1年8月より全身疼痛を自覚し圧痛も著明であり、退職され疼痛のため一日中臥床傾向。血液検査で有意な異常はなく、Gaシンチグラフィーでも炎症や骨病変の指摘なく、アメリカリウマチ学会FM診断基準(2010年度版)を満たし、同年11月にFM(日本線維筋痛症診療ガイドライン2017年度版重症度分類:Stage4)と診断した。同年12月にアセトアミノフェン2000mg、デュロキセチン20mg、ノイロトロピン16単位を開始。X年1月にパニック障害に対しデュロキセチンをパロキセチン10mgへ置換し、疼痛コントロール目的に鍼灸治療導入とした。北辰会方式に基づき少穴数による治療を週1回で施行し、主に胆兪(BL19)や照海(KI6)などを治療穴として用いた。施術後にはNRS 6-7が0-2まで改善し、3週後にはstage3となり家事が可能となり、2ヵ月後にはstage2、3ヵ月後にはNRS 0-2程度で推移しstage1となった。現在も治療を継続している。【考察】FMでは前帯状皮質などの灰白質の萎縮やμ-オピオイド受容体発現低下などの中枢神経系の構造的異常をきたし、鍼灸治療抵抗性に関連すると考えられる。本例ではそのような変化が起こる前に鍼灸治療を開始することで、その後の良好な疼痛コントロールやQOL改善に繋がる可能性が示唆された。今後発症早期のFMに対する鍼灸治療の有効性について症例集積による検討が必要と考える。

経腸栄養剤（経口・経管両用）

薬価基準収載

# エンシュア<sup>®</sup>・H



バニラ味

コーヒー味

メロン味

黒糖味

バナナ味

ストロベリー味

抹茶味

※味の違いは香料によるもので、本剤にはバニラ、コーヒー、メロン、黒糖、バナナ、ストロベリー、抹茶などの成分は含まれておりません。

「効能・効果」、「用法・用量」、禁忌を含む「使用上の注意」等については製品添付文書をご参照ください。

製造販売元

**アボットジャパン合同会社**

東京都港区三田三丁目5番27号

〔資料請求先〕アボットジャパン合同会社 お客様相談室 フリーダイヤル **0120-964-930**





薬価基準収載

選択的尿酸再吸収阻害薬 一高尿酸血症治療剤一



**ユリス錠** 0.5mg  
1mg  
2mg

〔ドチヌラド〕

処方箋医薬品<sup>※</sup>

**URECE® Tablets 0.5mg・1mg・2mg**

注) 注意一医師等の処方箋により使用すること

※ 効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等は電子添文をご参照ください。



販売<文献請求先及び問い合わせ先>  
**持田製薬株式会社**  
東京都新宿区四谷1丁目7番地  
TEL 0120-189-522 (くすり相談窓口)

製造販売元<文献請求先及び問い合わせ先>

**株式会社 富士薬品**  
〒330-9508 埼玉県さいたま市大宮区桜木町4丁目383番地  
TEL 048-644-3247 (カスタマーサービスセンター)

2023年3月作成 (N5)



ELSEVIER

# 今日の臨床サポート®

日々の診療に、最新のエビデンスを。

エビデンスに基づく  
二次文献データベース



日常の診療を十分に網羅する豊富な情報を収載

約1,400の疾患・症状概要  
診断・治療方針

検査情報

薬剤情報

豊富な  
画像・グラフ



エビデンス  
リスト

診療報酬  
点数

患者向け  
説明資料

常に最新で確かな情報

タイムリーな更新と、  
1,400のエキスパートによる確かな情報

いつでもアクセス

電子カルテ端末やスマートフォン、  
タブレット端末など



お問い合わせ先  
エルゼビア・ジャパン株式会社 ソリューション営業本部  
〒106-0044 東京都港区東麻布 1-9-15 東麻布1丁目ビル3階  
TEL / 03-3589-6372

今日の臨床サポート



で検索





# あしたの感染症と、 たたかっている。

感染症がこの世からなくなることはない。  
パンデミックも、きっとまた起こる。  
だからこそ、SHIONOGIは逃げずに向き合い続けます。  
その時私たちの創るワクチンが、治療薬が、  
強く、強く、ひとつでも多くのいのちを守れるように。  
薬ができることの、その先へ。

