

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

6

2019
Vol.33-No.6

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

自宅看取りの 道しるべ

【企画】田中 拓 川崎市立多摩病院救急災害医療センター 副センター長

●インタビュー

「地域医療の魅力」

佐藤 勝 社会医療法人哲西会 哲西町診療所
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療人材育成講座 教授

目次

インタビュー

- 地域医療の魅力／佐藤 勝 2

特集 自宅看取りの道しるべ

- エディトリアル／田中 拓 12
- 自宅で最期を迎える - その人らしく最期を迎えるための工夫と実践 - ／畑野秀樹 13
- 自宅で最期を迎える - 都市部における看取り - ／加藤 寿 20
- 自宅での看取りを支える - 看護師だから寄りそえる - ／橋場絵理子・高田真由美・ほか 25
- 自宅での看取りを支える - 薬剤師として看取りを支える工夫は何か - ／町田一美 29
- 自宅での看取りを支える 行政の関わり - 最期まで住み慣れた場所で - ／川名理恵子 34
- 自宅での看取りとACP／吉野かえで・平岡栄治 40
- 病院と在宅診療所の関わり
- 協力してACPのアップデート，ACPのリレー，ACPの共有を！ - ／平岡栄治 47

Look Think Act みんなの健康を，みんなで守る

- 真鶴町における地域ぐるみの減塩対策を考えるワークショップ報告／嶋田雅子・川畑輝子・ほか 54

Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み”

- 第68回「胸腔穿刺時の“左右の取り違い”」に関わるアクシデント！
- 事例の発生要因から考える未然防止対策 - ／石川雅彦 60

ちょっと画像でCoffee Break

- X線クイズ／伊藤大輔 67

報告

- 「中国ブロック福祉と医療を語る会」研修会 70

JADECOS生涯教育e-Learning紹介

- CKD合併高血圧の治療戦略 75

離島交換日記

- 出会いと別れの隠岐の春／福田聡司 76

JADECOS-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 伊東市民病院での特定ケア看護師としての活動／大岩真弓 78

研修医日記

- 内科だけど総合診療研修中／村井馨菜英 80

自治医大NOW

- 入学式挙行／第113回医師国家試験結果について 83

お知らせ 86

求人病院紹介 92

投稿要領 94

編集後記 巻末

INTERVIEW

社会医療法人哲西会 哲西町診療所
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
地域医療人材育成講座 教授
佐藤 勝先生



地域医療の魅力

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

請われて新天地へ

山田隆司(聞き手) 今日^{てっせい}は岡山県新見市の哲西町診療所に佐藤 勝先生を訪ねました。

まずは先生が卒業してから、哲西町に来られた経緯を紹介していただけますか。

佐藤 勝 私は島根県出身で、自治医科大学11期卒業です。島根県立中央病院で初期研修を2年間行った後、隠岐の島の島後にある島後組合立隠岐病院(現 隠岐広域連立隠岐病院)の内科で2年間、それからそこから20キロくらい離れた都万村国民健康保険診療所(現 隠岐の島町国民健康保険都万診療所)に3年間行きました。そこは人口2千人くらいで医者^{いしや}は1人だったのですが、外来患者が1日平均90人受診し午前の外来が毎日2～3時に終わるといような感じで、島根

県で一番忙しい診療所と言われていました。

山田 1日90人というのは大変ですね。

佐藤 はい。とても大変で医者を2人にしてほしいと言っていたのですが……。

そこにいるときに特別養護老人ホームを作ろうという話がありましたので、作るのなら自分が本当に住みたいホームを作ろうと提案をしました。町のど真ん中に作って、役場の隣りに包括ケアに関わるすべての機能を集めて、老人が町の真ん中に住めるような老人ホームです。そういう計画を立て、これから実現しようと動き始める頃、異動があり義務年限9年間の最後の2年間は本土に帰って、島根県立中央病院と浜田市にあった島根県成人病予防センターで内

視鏡をする毎日で、義務年限を終えました。

義務年限が終わるときに、「都万村が医者をも2人にするから戻ってきてほしいと言っている。県からも2人派遣することになるので、10年目にまた都万村診療所に行ってきてくれ」と当時の県立中央病院の院長に言われ、また都万村に戻ることにしました。

山田 義務年限が終わって都万村にもう一度行ったわけですね。今度は2人の医師の1人として。

佐藤 そうです。3年目の医師と10年目の私の2人体制でした。

山田 都万村に帰って来てほしいと要請されたわけですね。

佐藤 はい。自分が2年前と一緒に計画していた施設ができるというので、ものすごく意気に感じました。その時には内視鏡をやりたいとか、行きたい病院もあったのですが、こんなふうには招いてくれるところは、もしかしたら一生ないかもしれないと思い決めました。

山田 再度都万村に赴任して何年務めたのですか。

佐藤 4年です。2年の約束で行ったのですが、やはりソフト事業をしっかりと進めるにはそのくらい時間がかかりました。絵に描いた餅ができ、ハードはできたのに、それに見合ったソフト事業ができないと意味がないと考え、しっかりと魂を注ぎ込みました。でも自分が長くいられないのなら(自分が生涯ここでやっていけないのなら)、早く後輩に渡して、後輩にもこういう地域医療を経験してもらえれば、もっと地域医療の

同志が増えると思ったから、早く退かなければとも思っていました。

都万村を退こうというときに、ここ哲西町の当時の町長さんが、町に地域包括ケアの施設を建てたいと言って、私のところに相談にいらしたのです。都万村で保健・医療・福祉の一体化を実現したら人口も増えたという私の記事を読んだということでした。私は当時、保健・医療・福祉だけではなく、定住対策や産業、教育、文化も一緒に考える町づくりにも関心を持つようになっており、もしかしたら哲西町の将来は自分にとっても理想かもしれないと考えました。当時の島根県知事さんからも「どうして辞めるのか」と直筆の手紙をもらったりもしましたが、「5年間行ってきます」とここに赴任しました。5年後には島根県から迎えにも来ていただきましたが、もうここから逃げられない状況で、今に至っています。

山田 都万村での実績を島根県知事にも認められ、そのことが哲西町の当時の町長さんが知るきっかけになったということですね。その町長さんとは最初にどこで会われたのですか。

佐藤 松江まで来られてお会いしました。

山田 それだけ熱意があったわけですね。先生はそのときに初めて哲西町のプランを知ったのですか。

佐藤 電話では少し聞いていましたが、お会いして熱心に夢を語られて、自分にとっても想いを具現化する形かなと思いました。

医療を核としたまちづくり

山田 先生は最終的にどうしてここに来ようと決めたのですか。

佐藤 夢というか……保健・医療・福祉を充実させた

ら人口が増えて、産業構造も変わった。第三次産業をする人が増えて人口まで増えた。「地域包括ケアによって産業、教育、文化も変えた」とい

うものがここではできると思ったのですね。

自治医大出身で、それまであまりよかったと思えることは正直言ってなかったのですが、医師になって11年目を過ぎたくらいからメディアにも取り上げられるようになり、評価されるようになった。それも自分の推進力になった気がします。

山田 ここに赴任した時には、ここの建物はできていたのですか。

佐藤 私は4月に赴任して、施設は11月オープンでしたので建てている最中でした。半年くらいは診療所準備室みたいな感じで、医療はしていませんでした。

山田 そのあいだは無医町だったわけですよね。人口はどのくらいだったのですか。

佐藤 人口は3,500人くらいです。前におられた開業医さんが倒れられ、1年2ヵ月間無医町となっていました。

山田 それで無医町っていうのは、なかなか厳しかったですね。

佐藤 はい。ここは現在社会医療法人になっているのですが、当時哲西町は新見市に合併する方向があったので、民間の医療法人として立ち上げ、町長、助役、私が理事となり第三セクターのようにしました。

山田 平成13年11月に、役場、診療所、歯科診療所、保健福祉センター、生涯学習センター、図書館、多目的ホールがオープンしたわけですね。

佐藤 教育委員会も入りました。教育長と町長と医師者が一緒にいるわけです。

山田 それまで町立の診療所はなく、開業医の先生たちが医療を行っていて、その先生が辞めてしまった後は無医町になった。そして全く新しい施設が平成13年11月1日に誕生して、先生が管理者となり診療も始まった。患者さんは最初から大勢受診したのですか。

佐藤 いえいえ。みんなそれまでの主治医が町外に

ですがいたわけですからね。最初は大変でした。

山田 無医地区に近いような状態だったから、みんな新しい医者をおもひあてにしていなかったわけですね。最初にそんな感触だと不安はありませんでしたか。

佐藤 もちろん不安はありました。患者さんは最初1日十数人くらいで、徐々に増えてきたという感じですね。

ここは町内唯一の医療機関として、CT、内視鏡、エコーなどの設備を備え、あらゆる科の一次医療を行っています。

そして私の場合、検査が多いのですね。ちょっとした浮腫、ちょっとした貧血があれば、100に1つ病気があるかも知れないと考え、私は全て検査をすすめます。この人のことを死ぬまで自分が診ると思うと、ちょっとした変化をいかに早くキャッチしておくかが大切だと思うのです。だから赴任した当初から診療が長いとか、検査が多いとか言われました。実は以前ある患者さんの膀胱がんを見つけられなかったことがあるのですね。同級生にその話をしたら「内科医が膀胱がんを見つけられなくても当たり前だよ。落ち込むことはないよ」と言われましたが、やはりそれがトラウマとして残っています。Evidence Based Medicineやガイドラインも大切ですが、例えばそこから外れた1%のことであっても患者さんを死なせてしまったというとてもにがい経験をbasedにすることも大切だと思っています。住民が3,000人いればいろいろな病気で亡くなっていくわけですが、内科であった私の管轄外である泌尿器科や婦人科などの病気で、私が仮に見つけることができず亡くなっていかれても、必ず亡くなるときは「ありがとう」と言ってくださいます。「本当にありがとうかな?」「私が見つけられなかったのに」と思うのです。本当に自責の念がつのるのです

病院でがんを切除して2週間で退院させる医

療もとても重要だけど、「最期まで診る」医療も同じように大切だと思えるようになりました。住民が3,000人いれば私を嫌いな人も相性が合わない人もいて、それでもそういう人を一生診ていく。そうすると私と合わなかった人にも最期は必ず「ありがとう」と言ってもらえる。どんな人も全て人を「一生診ていく」のはとても崇高なことだし、重いことだと実感しています。それぞれが地域医療だと私はここに来る学生や研修医に伝えています。

山田 先生がおっしゃるのは、不特定多数の人を横断的に1万人診ることで得られる確率に基づいた診療以上に、この地域に住んで、好むと好まざるとにかかわらず、同じ人、同じ家族、同じ地域の人たちを長年診続けることをベースにした診療のあり方が重要だということですね。地域の中での診療を包括的に継続していくことで、個々の患者さんにとって情報が集約され、コミュニケーションや理解度も向上し、医療の質が全く違ってくると思います。その人にとっての介入が将来どういう影響を及ぼすかということを押し量るためには、個々のエビデンス以上に本来はそういう情報がより重要だと思います。受診する全ての患者さんの全身的な管理に責任を持つ、それが地域医療の醍醐味のようなものだと思います。

先生は前の都万村で3年プラス4年の7年で、そういう実績を積み重ねられてきたと思います。ここで新しい施設、地域包括ケアを実践する



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

フィールドを与えられて、現在、都万村のような状況にまで育ってきたという実感はありますか。

佐藤 そうですね。都万村では自治医大の先輩たちのあとに赴任したので、無診察投薬はなかったし、検査もちゃんとするということを住民や患者さんがよく理解していました。ここに来て、1期生や2期生の先輩方が最初に地域に赴任された時の苦労がよく分かりました。それでもやらなくてはいけないと思ったし、役場の中の診療所という全国で初めてのことに對するモチベーションもあったので……。でも初めは「薬だけければいい」「余計な検査をして診療が長い」という患者さんも多く、地域の人たちに理解してもらうためにかなり時間がかかりました。それでも当時の町長さんをはじめ役場の診療所担当等の方々が佐藤イズムを住民に伝えてくれて、大きな力になりました。

地域医療マインドを伝える

山田 先ほど研修医や学生の話が出ましたが、哲西町診療所で学生、研修医教育を始めたのはいつ頃で、またそのきっかけは何だったのですか。

佐藤 ここに赴任してすぐに、当時の自治医大地域医療学教室の梶井英治教授が自治医大の学生を紹介して送ってくださったり、あるいは順天堂

大学の地域医療研究会の学生が来たりしていました。研修医の受け入れを始めたのは平成16年からです。

山田 それはどこの研修医ですか？

佐藤 自治医大病院と岡山済生会総合病院です。先生にこんな話をするのは釈迦に説法ですが、大学や大病院では地域医療の価値観、生涯診ることの価値観を教える人がほとんどいなかったのです。肺がんを治すという教育はできても、仮に嫌な人でも一生この人を診ていく、そして付き合っていくということの尊さは大学や大病院では学べない。だから私は発信していかなければいけないと思いました。

山田 先生が学生教育や研修医教育において、早くから地域で学ばせることに重きを置いておられるのは私も大賛成です。

医学生や初期研修のうちから地域の中で自分を表現し、それに対してフィードバックを受けて、医療者としての振る舞いを学ぶ必要があると私は思っています。地域医療を志す人や総合医、家庭医に限らず、どんな専門医であっても、人を診る臨床医となるのであれば、必要なことだと思うのです。それが本来は臨床医として一番重要な土台になる部分なはずなのに、残念ながらそこがこれまでおろそかにされてきてしまった。先生が先ほどから強調されているように、地域での患者さんとのコミュニケーションや、自分がこの患者さんを一生診ていこうという覚悟。そういったことを学べるように今、医学教育を大きく変えていかなければいけないのではないかと思います。

そういう意味では先生が岡山大学の教授となられたのはとても重要なことだと思っています。そのあたりの経緯を少しお聞かせ願えますか。

佐藤 哲西町診療所には県内外から学生や研修医が大勢来てくれています。研修医には診療後、約3時間のフィードバックを行っています。

山田 毎日診療が終わってから3時間ですか。

佐藤 はい、いつも10時くらいまでですね。その日受診した患者さんの全てのカルテを診ます。今日受診した70人の患者さんのうちなんとなく高血圧や糖尿病が多いというのは分かると思うけれど、例えばパーキンソン病が割と多いということは自分が都万村診療所へ最初に赴任した5年目に初めて気がつきました。それまではパーキンソン病は専門医が診るものだと思っていました。でも実際には自分が薬の調整をしなければいけないということを私自身地域に出て初めて理解したのです。同じように若い人たちは大病院にいるとどんな病気が多いかなど、正規分布が分からないので、それを感じてもらうために、1ヵ月全部のカルテをひっくり返します。ここには0歳から100歳までの患者さん全てが正規分布的になるので、その感覚を知ってもらいたいと思っています。また彼らが直接診察した患者さんのカルテは一字一句しっかり確認し、どうしてこの検査をしたのか、あるいはしなかったのか、この治療をしたのか、しなかったのか、どんな説明をしたのかなど、彼らの思考回路をしっかりと確認しながら指導し、うまくいったこと、足りなかったことを心にとどめさせて次の診療に活かす作業をしています。

学生や研修医は自分の大学や病院に帰ったときに「よかった。勉強になった」と言ってくれるのですが、さらにその研修担当の先生が「あそこに研修に行ったら研修医の態度が変わった」と言ってくれるようになったのです。それは私にとってもとても嬉しかったことです。それで、「哲西町診療所の地域医療の教育はいい」と言ってくれる人がいて、地域医療人材育成講座の推薦を受けることになりました。

岡山大学に赴任して分かったことがあるのですが、岡山大学にはスーパードクターがたくさんおられるので、それを目指して入学する学生が

多いのだと思っていましたが、実際は18歳で入学してきた1年生に話を聞くと、9割くらいが「目の前の人を何とかしたい」と言うのですね。それはまさに地域医療だと思い、なるべく早く地域医療に触れさせ、早くロールモデルに会わせ、彼らの思いを具現化してあげたい。だから1年生から1週間、2週間地域に出すことになりました。地域枠の学生だけではなく一般枠の学生もです。2年生、3年生では120人全員、地域に行かせています。医者の後ろ姿を見てこい、もうひとつは多職種の方々の思いを聞いてこい、と言っています。医者の後ろ姿だけ見ても駄目なのですね。医師になる彼らは将来リーダーシップを取らなければいけない。いやでも周りからリーダーシップを求められる。引張っていくことだけがリーダーシップではない。自然と人々がついてきてくれることもリーダーシップ。これがとても大切。将来「この人にならついていきたい」と思ってもらえるような人にならなければいけない。そうなるためにも多職種の方々の仕事やその思いをしっかり理解することが必要。そして、そんな関係の中で、周りで一生懸命やってくれる人たちが結果的に医師を支えている。そういうことをしっかりと理解させて、良医をつくりたいと思うのです。いつでも何でも断らず診るといふ地域医療マインドのようなものは、先生がおっしゃるように全ての医者に必要なだと思うので、5年生になったときに脳外科に進むか地域医療に進むかという選択をさせるのではなく、入学した時から大学内だけではなく、地域に早く出て学び、いつでもなんでも断らず診るロールモデルが地域にはたくさんいるということ、そして医師を支えてくれる多職種の思いを知りそれを知った上で進んでいけるリーダーシップ像を感じてほしいと思っています。

山田 大学も先生のそういう考えを認めて、3年生

までの正規のカリキュラムの中に1～2週間の地域実習を取り入れてくれたわけですね。地域の行き先はどういうところですか。

佐藤 県内だけでなく県外も含め40～50カ所くらいにお願いしています。在宅医療も必ず見せてくださいともお願いしています。なるべく見学型ではなく、実践型、参加型の実習にしてくださいともお願いしています。

山田 学生を受け入れることに、最初のころは戸惑われる先生もいらっしやったのではないかと思います。続けていくうち変わってきましたか。

佐藤 変わってきました。初めは1週間は長いと言われてきましたけれど、今は1週間では短いと言われるような施設も出てきました。いろいろな部署を見せたい、病院外もあちこち見せたい、住民と会わせたい、とどんどんアイデアが膨らんでいるようです。

山田 私はそこが画期的だと思うのですが、受け入れた先生たちが、自分たちも教えることの重要性を学んで、そのことでまた自分がステップアップする。何らかのことを教えていくからには自分も中途半端なことをやってはられないわけですね。教えることで暴露されて、地域医療あるいはプライマリ・ケアのフィールドにいる人たちが着実にステップアップする。総合診療専門医の議論でも同じように思うのですが、うまく進めるためには、これまで教育に関わっていなかった地域の医師会の先生たちを巻き込んで、地域実習を受け入れてもらいながら自分たちも学んでもらうといいと思うのです。先生が取り組んでいることは、大学の教育者としてそういう方向性を発信していて、革新的なことだと思います。

佐藤 ありがとうございます。

地域に行かせている学生とは毎日eポートフォリオでやり取りして、フォローしています。1年生、2年生、3年生なので、手をかける必

要があると思って、例えば「自分に地域医療は合わないかも知れない」とボソッと書いた学生がいれば、すぐ翌日には現場に飛んでいきます。実習が終わった1週間後では遅いと思うのです。今、同時に50人地域に出していますので、6人のスタッフで手分けして1週間毎日ポートフォリオを読んでその日のうちにコメントを返すようにしています。

山田 素晴らしいですね。それはいつからやっているのですか。

佐藤 全員地域に出すようになって、最初からやっています。

5年生あたりで地域に出す場合はそんなに心

配はないのですが、まだ医療の現場を知らない低学年の時期にはいろいろとフォローが余計に必要だと思ってやっています。また5年生のころは医師側から見た多職種連携を学ぶでしょうが、低学年では多職種側の方から医師を見る連携を学んでもらっています。多職種の方々が長年病院のため、地域住民のために尽くしておられる思いを知ることはもちろん、「こんな医者になってね」とか、さらには「こんな医者にはならないでね」などの本音のお話を伺うことで、そのことがとても深く心に刻まれ、将来目指す医師像を確立する土台となっているようです。

自分たちで育て、地域医療を継続する

山田 先生は都万村から哲西町でも地域医療のいい事例をまとめられて、その延長線上で大学の地域医療人材育成講座の教授になられ、それまでの地域医療の経験を学生教育に生かすことができた。先生が教育の場所にチャンスを与えられたということは、先生が自治医大卒業生として、好むと好まざるとにかかわらず地域にいる人は生涯診るのだという覚悟をもってやってきたから、必然的にそういう役割が与えられたのではないかと思います。

佐藤 大先輩である先生にそう言ってもらえると嬉しいです。

山田 大学はやはり窮屈なところだし、理解してくれない人たちもいて、やりづらいフィールドかもしれないかもしれませんが、先生にはこれからも先頭を切ってやってほしいと思います。

先生としては、この先どんなことをしていきたいか、ご自分の展望を聞かせてもらえますか。

佐藤 地域医療は継続しなければいけないので、私

がここをやめたらこの地域が終わりというわけにはいかないです。行政が1本釣りしてきた先生がとてもよくて30年くらいやっていたけれど、亡くなってしまった後は医療が継続できなくなってしまった、という話はよくありがちです。私が地域に赴任していた時にも、2～3年おきに代わる自治医大の仕組みに住民から批判もありました。でも継続することが大切です。そこで、継続性を担保するために、複数医師体制で診られるようにできればいいと思います。

地域医療機関は医師が少ないので「できあがった医師をくれ」といつもお願いされていますがそうではなく、地域でも一生懸命教育にも汗をかいてもらい、地域も一緒になって医学生や研修医を育てていく。もし育て方が悪ければ戻って来てくれるわけがないので、「ここは働きやすい、よかった、もういっぺん戻ってこよう」と思わせるような教育をしていく。教育は時間がかかりますし力もいりますが、一緒に教育しようというような土

壤を全国全てに作っていく必要があると思っています。今はオール岡山でやっていますが、オールジャパンで育てるシステムですね。

もうひとつ、「医療者の倫理観は？」と言われるようになって久しいですけど、18歳というのは良い倫理観を持っているのです。それがどこかで狂ってしまうのではないか。その前の早い時期に地域でしっかりと患者さんと関わる医師の姿を見せることが大切だと思っています。

山田 自治医大の卒業生は、地域医療で育ち地域医療に価値観を感じている綺羅星のような人材が豊富だと思います。そういう人たちが県内だけでなく県を超えてもどんな枠組みでも、ゆるやかなネットワークでつながっていけばもっと強力なものになる気がしています。先生が岡山で成功事例を作られたのは貴重な業績だと思いますが、さらにネットワークを広げて多くの卒業

生と情報共有していただきたい。自治医大の今後、地域枠全体の今後、へき地医療の今後、あるいは総合診療医の今後といった問題に対して、一定の提言をすべきだと思っています。われわれが地域でやってきた価値は地域の人たちには理解してもらえたとし、医療のいろいろな枠組みの中でも必要だと裏打ちされることが多い。単なるわれわれの個別的な経験測ではない地域医療から学んだものを広めることは、こういう時代にあってへき地医療を担ってきた自治医大の卒業生として、われわれに与えられたミッションだと思っています。

佐藤 私も国民のニーズだと思っています。

山田 だから余計に共有する時間をあえてつくって、さらにはみんなで提案をして力に変えていかないといけない。先生は其中で中心的な人物になってもらえると思っています。

地域医療という重要なキャリア

佐藤 少なくとも自治医大の評価は、全国的にはある一定の評価をされるようになってきたと認識していますので、他大学の地域枠についても「地域枠ってすごいな。すごいマインドだな」と言われるくらいになっていかなければいけないと思います。進んでみんなが地域に行きたいと思うように、地域医療の楽しさややりがいを伝える教育をしていかなければいけないと思っています。

また、学会などでもキャリアイコール専門医と考えられている傾向があって、地域に行っているとキャリアが遅れるといった発言もあるのですね。しかし地域に一人で赴任している間は例えば内科専門医としては空白期間かも知れないけれど、自分が全ての責任を背負いながらその医療をやっているわけで自己達成感は強く

なりますし、自己効力感もあがり、自信もつきます。責任感もすごく育ちます。大きく考えて80年間生きていく上では、それだってキャリアの1つだと思うのですね。出産のために産休や育休に入ったとしても、それは母親の気持ちを理解する時間でもあり、キャリアにとって無駄な時間ではなく、全てキャリアになっていると思います。専門医を5年で取るか、6～7年かかったからといったことで「キャリアが遅れた」という議論はおかしいと思うのです。無駄であったという1年はないし、全ての経験がキャリアにつながっていると思うのです。

岡山大学では学生が変わってきたと教員たちも言ってくれるようになりました。早い時期に地域に出ることで早くから医師になることの責

任感が持てるようになると思うので、少しずつ成果が出ているのかなと思っています。岡山大学には自分がやってることを評価してもらっていると思うので、ありがたいと思っています。

山田 最後になりましたが、後進の若い人たちにエールをお願いします。

佐藤 地域というのは人を育てます。だから一度経験してみなければいけないと思います。私も最初から地域医療が好きだったわけではないです。やめたいと思っていた人間ですが、飛び込んでみると勉強になるし、自分になかった新しい価値観が生まれる。なにより、自分を成長させてくれます。それは本当は自治医大の教育の中で受けていなければいけなかったもの、あるいは受けていたけど自分がサボっていて学べなかったのかもしれませんが、地域に行って責任とい

うものを持たせられて、初めて自分がどう行動するかを考えるようになりました。全ての医療者には1週間でもいいので地域を経験してもらいたいですね。地域はあったかいし、人を支えてくれるということも知ってほしいです。

山田 厳しい分だけ、報われますよね。

佐藤 それから一生懸命さだけは嘘はつかない。人はちゃんと見てるといこと。だから手を抜いたりとか、知ったかぶりしたりとか、失敗したときにかくしたり、頭を下げないというのは駄目で、誠実さ、謙虚さ、一生懸命さというのは嘘をつかない。それは自分が責任を持たされ、そしてあたたかく支えてくれた地域で学んだことです。

山田 佐藤先生、大変いいお話をありがとうございました。

佐藤 勝先生プロフィール

1988年自治医科大学卒業後、出身島の島根県立中央病院で2年間の臨床研修、島根県島後組合立隠岐病院内科医長(隠岐島後)を経て、1992年同県都万村国保診療所長(隠岐島後)に就任。その後、島根県立中央病院地域医療科医長、島根県成人病予防センター医長などを歴任し、再度1997年より都万村国保診療所長、都万村保健医療福祉総合センター所長に就任。2001年4月より岡山県哲西町役場保健医療担当理事に、同年11月より哲西町診療所長を兼務する。2010年岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 地域医療人材育成講座 教授に就任、哲西町診療所医師も兼務し、現在に至る。



自宅看取りの道しるべ

企画：川崎市立多摩病院救急災害医療センター 副センター長 田中 拓

特集

●エディトリアル

●自宅以最期を迎える –その人らしい最期を迎えるための工夫と実践–

●自宅以最期を迎える –都市部における看取り–

●自宅での看取りを支える –看護師だから寄りそえる–

●自宅での看取りを支える –薬剤師として看取りを支える工夫は何か–

●自宅での看取りを支える 行政の関わり –最期まで住み慣れた場所で–

●自宅での看取りとACP

●病院と在宅診療所の関わり
–協力してACPのアップデート，ACPのリレー，ACPの共有を！–

エディトリアル

川崎市立多摩病院救急災害医療センター 副センター長 田中 拓

本誌は2013年3月に「地域医療と看取り」を特集した。団塊の世代が後期高齢者になる2025年、その子ども世代が後期高齢者になる2050年までも視野に、終末期においても最期を自分らしく生き抜くこと、生を全うすること、そのための医療の関わりについて示した。

それから6年を経て、さらに高齢多死社会は進展している。死が特別なことではなく、自分の意思を尊重しながら人生の最終段階を迎えること、その認識が医療者のみならず一般市民にも徐々に広がってきている。しかし死について医療者と患者、家族が率直に語り合える環境の構築はまだ難しいことが多いと考える。

厚労省は2018年3月に「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」を改訂した。改訂のポイントは病院における延命治療への対応のみならず、在宅医療・介護の現場での活用を意図したものである。

本特集では、自宅で最期を迎えるということをテーマに、自分らしい最期を迎えるための手助けをされている方々にご執筆いただいた。畑野秀樹氏には長年地域で看取りを支える中で見えてきた変化について、在宅から地域での看取りという視点についてお示しいただいた。「単なる患者というより、一緒に人生を歩んできた仲間のような気持ちになる」という一文はまさに地域での看取りを具現したものと感じる。加藤 寿氏には都市部での看取りについてお示しいただいた。人口分布や多様なサービスの存在から連携することの難しさと今後の課題が見える。橋場絵理子氏には看護師として毎日変化する患者への寄り添いから生まれる看取りの姿を示していただいた。町田一美氏には薬剤師の立場から、しかし薬剤に関わることを超えて、患者、家族との信頼関係を構築することの大切さを示していただいた。川名理恵子氏には行政の立場からの関わりを示していただいた。多種多様なサービスが関係するだけに、そのコンダクターとしての行政の必要性がよく理解できる。吉野かえで氏にはACP(Advance Care Planning)について歴史から具体的手順についてお示しいただいた。次に平岡栄治氏によってACPは変化するものであり、共有しアップデートするものであるという動的な活用についてお示しいただいた。

本特集を俯瞰してみられる特徴は多職種と多様化である。

患者の生き方、価値観と、医療者自身の人生観を踏まえて、患者、家族、地域とともに穏やかな最期を支える。これはまさに地域の医療者の醍醐味であろう。

本特集によって読者は自身が最期を見送った方のことを思い出すかもしれない。それぞれの貴重な経験をもとに、これから最期に関わっていく方のことをより深く考える契機になれば幸いである。

自宅で最期を迎える —その人らしい最期を迎えるための工夫と実践—

地域包括ケアセンターいぶき センター長 畑野秀樹

POINT

- ① 自宅で看取りを希望する人は多いが、最期まで自宅で過ごせると考えている人は少ない
- ② 24時間対応で、医師・看護師など多職種が協力できる体制があれば在宅看取りは可能になる
- ③ 住み慣れた地域で最期までみていけるよう地域包括ケアを実践する

はじめに

高齢者が自宅で最期を迎える、その支えになることは地域の医療者に求められる重要な役割である。長くその患者、家族を診ている中からできあがる信頼関係とその信頼をもとに最期を看取することは理想と考えられる。

一方で、地域の人口構成や医療、看護、介護提供体制の変化、患者、家族の意識の変化など、さまざまな要因で関わり方にも変化が生じている。この地域ならではの取り組みについて、変わってきたこと、変わらないこと、これから考える姿について述べていきたい。

施設紹介

地域包括ケアセンターいぶきは、滋賀県米原市にある医療・介護複合施設で、診療所と介護

老人保健施設(老健)、デイケア、居宅介護支援事業所を併設している。地域医療とリハビリに力を入れ、地域の住民が安心して生活が続けられることを目的として、2006年より地域医療振興協会が運営している。米原市は人口約39,000人で高齢化率28.8%、滋賀県では人口の最も少ない市である。著者は前身の国保伊吹診療所の頃より勤務しており26年になる。地域住民とは3世代、4世代とつながっており、田舎都市ならではの信頼をいただいている。

進行癌の看取りのケース

62歳のAさんは、数年前に父親を自宅で看取った。生来元気であったが急に体重が減ってきたため、当院を受診されエコー検査で膵臓癌が疑われた。病院に紹介し精査をしたがやはり進行膵臓癌の診断で、すぐに化学療法が施行された。

やや縮小したところで体尾部・腹腔動脈の合併切除となった。術後、食欲不振は続いており、CVポートより中心静脈栄養がなされた。また、痛みに対してNSAIDsや医療用モルヒネの処方がされた。

しかし、膵臓癌の再発が認められ、入院中に病院で退院前カンファレンスが開かれた。予後は1～2ヵ月程度であること、中心静脈栄養は継続していくこと、在宅で緩和ケアをしてほしいこと。妻や娘は自宅に帰ることを強く希望されており、本人は自宅に帰ることは楽しみな反面やや不安そうであった。

8月に退院し在宅療養が開始になると、高カロリー輸液に嘔気止めであるオクトレオチドを混注しCVポートより輸液をしていた。内服薬としてオキシコンチン、ロキソプロフェンNa錠、ジクロフェナクNa坐薬を使用した。自宅には妻が仕事を休職して介護しており、同居する娘や息子家族も住んでいて、愛犬も含め、賑やかな温かな家庭であった。

しかし、徐々に食事が摂れなくなり、薬も嘔気のため飲めなくなってしまった。医療用麻薬はフェンタニルパッチに変更し、嘔気止めもナウゼリン®坐薬に変更した。それでも嘔気が強いため、在宅療養の継続は難しいと判断し、3週間の在宅療養の後、病院に入院していただいた。

入院後は、ホスピスを勧められ、B病院のホスピスに転院となった。しかし家族としては自宅で一緒に生活したいと考えられており、本人も自宅での生活を望まれ、再度退院カンファレンスを開催した。痛みのコントロールはPCAポンプを使用し、持続皮下注射とした。CVポートは感染のため抜去されていた。

11月に退院し、再び在宅療養が始まった。PCAポンプに使うモルヒネは、4%モルヒネ原液を0.25mg/hrで皮下注射し、突出痛の時は急速静注してもらった。お腹が空くため、バナナやもち、ゼリーなどは食べることができた。嘔気に対してはナウゼリン®坐薬を使用した。家の中には、愛犬や妻、子どもたち、孫たちで賑やかであった。ご本人も「このまま自宅で過ごしたい」とおっしゃっていた。

12月からは、食欲が著しく低下し、輸液を希望され、500mLの輸液に嘔気止めのセレネース®を入れて末梢静脈から点滴をすることになった。胸水貯留による呼吸困難に対しては在宅酸素療法を開始した。1月になると、せん妄状態が増えてきて、身の置き場がないような行動が現れた。ご家族は交代しながらも介護され、かなりの疲れが見えた。病院に入院しましょうかと伝えるも、自宅で支えたいとおっしゃった。

1月中旬、自宅で最期を迎えた。ご家族にはやりきった感があり、「無事に見送れた」ほっとしたような表情をされていた。

在宅医療

私たちは、無床の診療所であるが在宅支援診療所として在宅療養に携わっている。現在医師2.5名で、約90名の患者のもとを訪問している。在宅での看取りは年間約30件。定期訪問は認知症の人や廃用症候群の人が多く、時々病院から末期癌患者が紹介されてくる。25年以上同じ場所で診療していると、昔は精力的に活動していた人が徐々に弱ってこられる姿を見ることになる。単なる患者というより、一緒に人生を歩んできた仲間のような気持ちになる。

救命や疾患の治癒を目的にすれば、病院等の急性期医療が求められる。しかし、在宅での療養を選択するということは、苦痛の緩和、生活の質の維持向上が重点的に考慮される。特に、病気の全経過の切れ目のない支援を行うこと、24時間連絡できる安心を提供すること、疾患のみならず生活を支えるという視点、事前に予想できることは可能な限り備えておくこと、患者の苦痛の緩和やQOLの維持向上を目指す治療、最期まで患者に寄り添い看取りまでを全うする、そのような支援を心がけるのが在宅医療である。

1. 初回訪問

患者や家族との信頼関係を築く上で初回の訪問は特に重要である。これまでの診療情報を集め、今後の見通しを説明し、患者や家族と共同

で治療を進めることになる。患者家族が希望する治療と、我々が提供できる治療には解離ができることもしばしばある。そのことも踏まえて、共通認識を形成する。またキーパーソンを把握しておくことも大切である。キーパーソンが主介護者であるとは限らない。遠方に住む息子や娘がキーパーソンであることもしばしば経験し、電話等で連絡を取る必要があることも多い。

看取りが近いケースにおいては、在宅で最期までみていくのか、あるところまで在宅でみて、在宅が限界になったと思われる時点で病院に行くのかを相談しておく。

2. 退院時の準備

病院での退院時拡大カンファレンスは、退院が近づいた患者をスムーズに在宅に帰すために開催される。病院側からは主治医、退院調整ナース、ソーシャルワーカー、病棟ナース、セラピストなど、在宅側からは在宅主治医、訪問看護師、ケアマネジャー、福祉用具、ホームヘルパー、デイサービス、セラピストなどが集まる。お互いに顔の見える関係ができるため、在宅でのトラブルがあった場合でも連絡が取りやすくなり、患者や家族にとっても安心になる。

カンファレンスにおいて聞き取っておくことは、患者や家族の希望、病気の理解、今後の治療方針、病院と在宅の役割分担などである。

3. 在宅療養の維持期

在宅療養の維持期においては、患者の状態把握に専念する。調子がいいと外出したり、家の周りの仕事をしたりと、日常生活が可能な時もある。訪問して患者の人生観についてなどいろいろな学びをいただくことも多い。若い研修医に対して戦時中の苦しい生活を語っていただけることもある。

急性増悪した場合、例えば肺炎の発症や下血など思わぬ事態が起こることがある。在宅ではレントゲンやCT等の画像診断が困難なため、ある程度予想を付けて対応する必要がある。肺炎を疑うのであればバイタルサインや白血球・CRPの推移を参考に、下血の場合は出血源や出

血量を推定して、病院に送るのか、在宅で継続して診ていくのかを判断する。患者・家族との信頼関係ができていれば、医師に委ねてくれることも多い。大事なことは、診断そのものよりも、急性増悪の事態が、患者の生命や生活にどの程度支障をきたすのかということである。

4. 終末期

終末期になると、食事は減少し、反応は鈍くなっていく。発熱や尿量の減少などバイタルサインにも変化が現れてくる。癌の場合は疼痛緩和のためのモルヒネ使用量などが増えてくる。慢性疾患の場合は、生命と生活を支えていた在宅医療・ケアの延長上に看取りの時期が見えてくるが、悪性疾患の場合などは導入期に既に終末期になっていることもあり患者ごとに異なる。

いずれにしても必要なことは症状のコントロールである。発熱や嘔気・嘔吐、呼吸困難、痛みなどのコントロールをすることを、最期の時まで継続する。できるだけその人らしい最期を迎えることができるよう、医師や看護師はチームとして支えていく。

チームとして支える

在宅医療をうまく支えていくには、24時間365日の安心を患者、家族に提供する必要がある。具合が悪くなるのが、日勤の時間帯ばかりではないからである。医師や看護師に24時間連絡がつくような携帯電話の連絡先を知らせておくと、とても安心していただける。実際に夜間に連絡がくることは却って少なくなる。

訪問看護師は、患者・家族にとって最も身近で頼りになる存在である。医療・ケアの提供とともに、患者の心に寄り添い、気持ちをよい方向に持って行ってくれることが多い。またケアマネジャーは患者の生活を支えるマネジメントが役割である。ケアマネジャーは入浴やヘルパー、訪問リハビリなど、患者にとって適切なサービスの調整をしてくれる。医師は訪問看護師やケアマネジャーと連絡を取り合い、情報を

共有しておくことが必要である。

住民の意識

平成28年度滋賀の医療福祉に関する県民意識調査結果では、人生の最期を迎えたい場所について以下の結果であった(図1)。自宅が4割、病院が2割、わからないが2割あり、わからないを除けば約6割の人が自宅での看取りを望んでいる。しかし、平成24年から27年にかけては、自宅の割合が少し減少し、老人ホームの割合が増えている。

次に、最期まで自宅での療養は可能かという

問いに対して、最期まで自宅で過ごせると答えた人は1割にとどまる(図2)。多くの人是在宅療養は困難だと答えている。その理由としては、介護してくれる家族に負担がかかる、症状が急に变化した時の対応に自分も家族も不安である、症状が急に悪くなった時にすぐ病院に入院できるか不安である、などが上位に挙がっている(図3)。

滋賀県内での在宅看取り率の調査について

2015年の厚生労働省資料によると、自宅死の

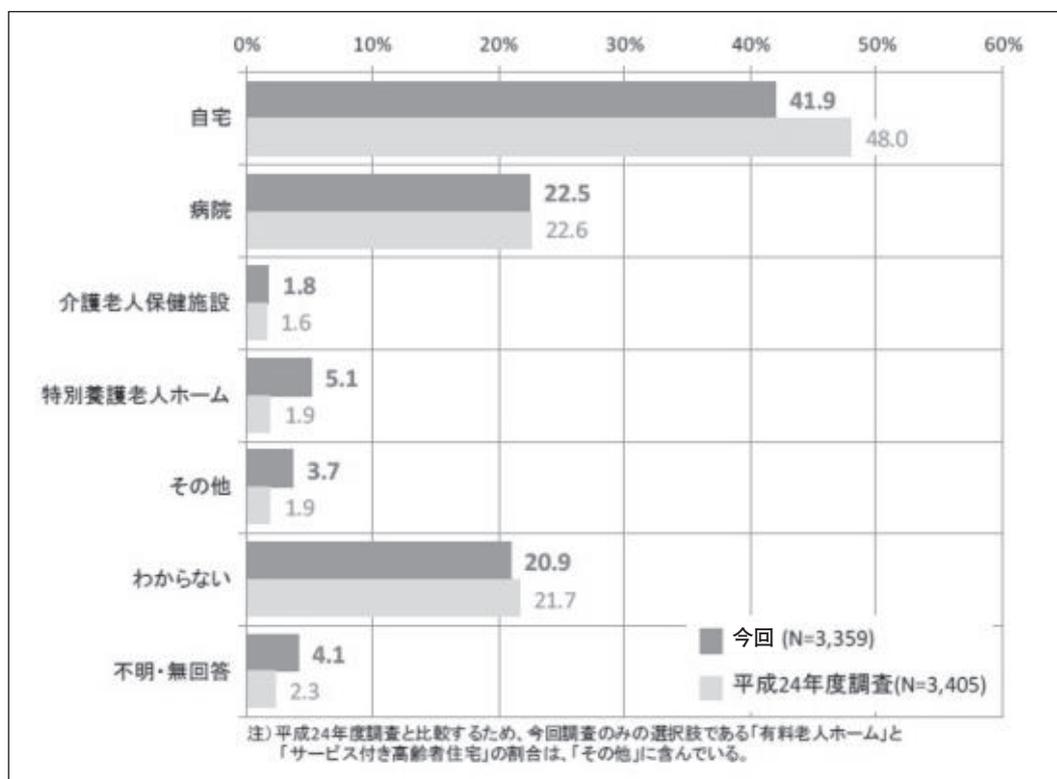


図1 人生の最期を迎えたい場所

〔平成28年度 滋賀の医療福祉に関する県民意識調査結果〕

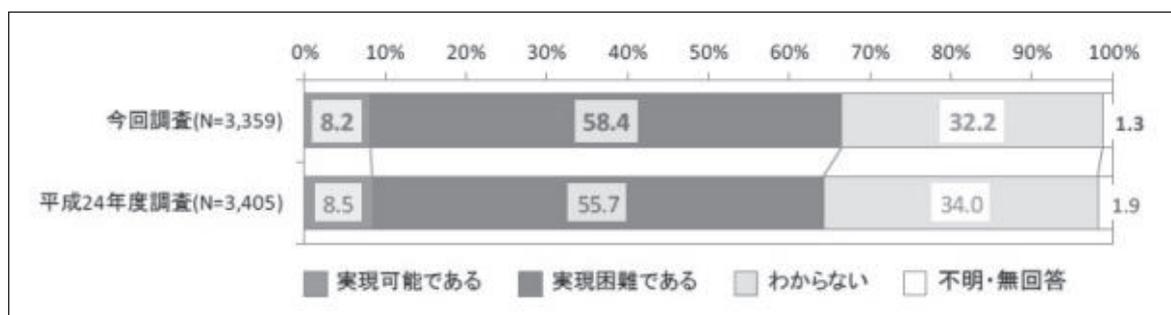


図2 自宅で最期まで療養できるか

〔平成28年度 滋賀の医療福祉に関する県民意識調査結果〕

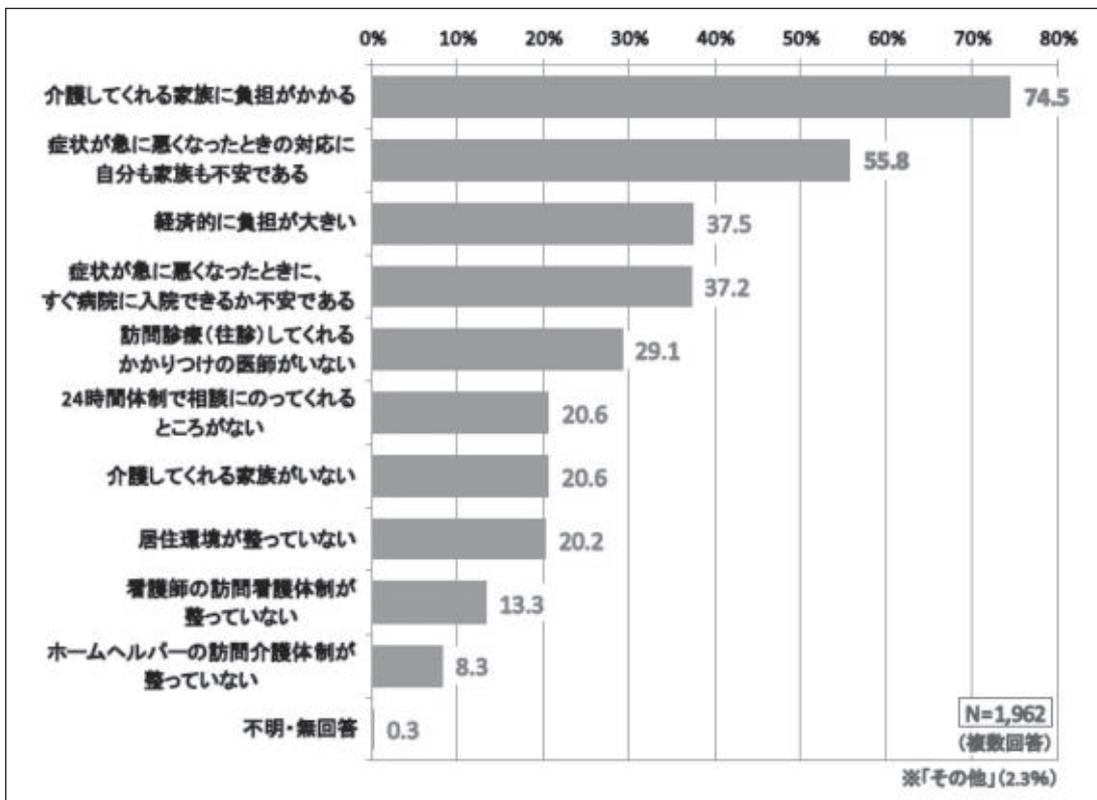


図3 自宅療養が実現困難な理由

〔平成28年度 滋賀の医療福祉に関する県民意識調査結果〕

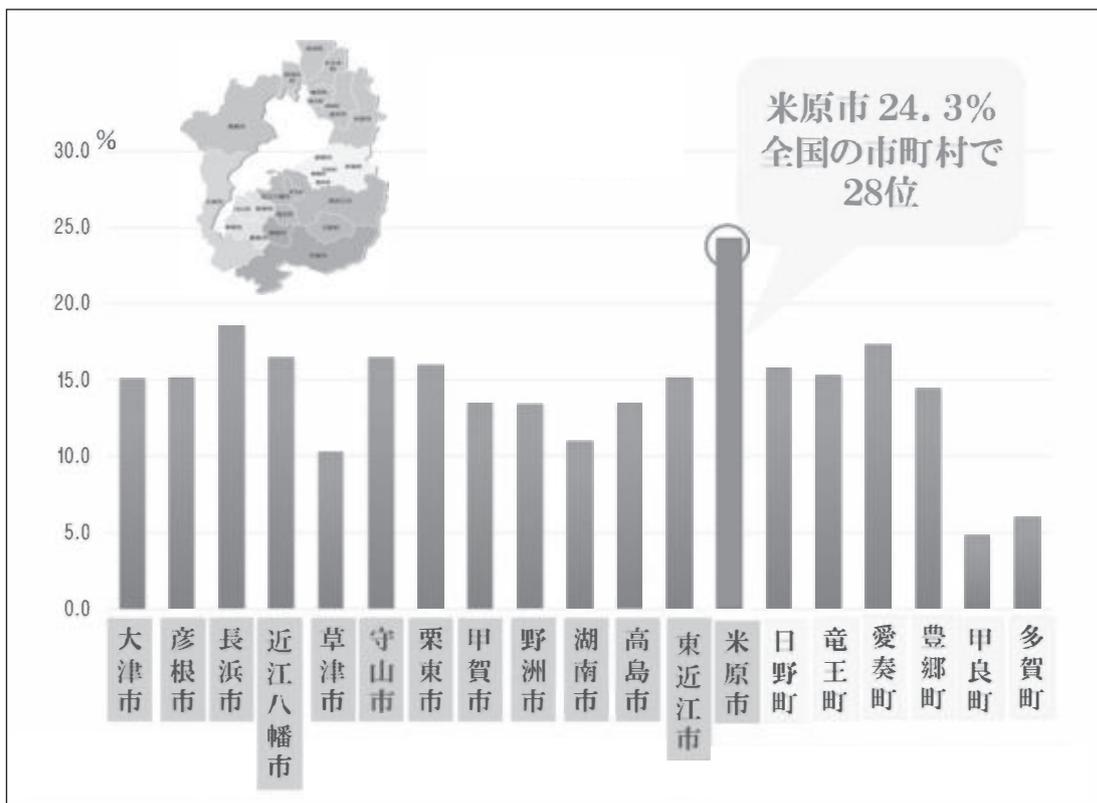


図4 自宅死の割合(2015年)

〔厚生労働省資料(2016.7)発表〕

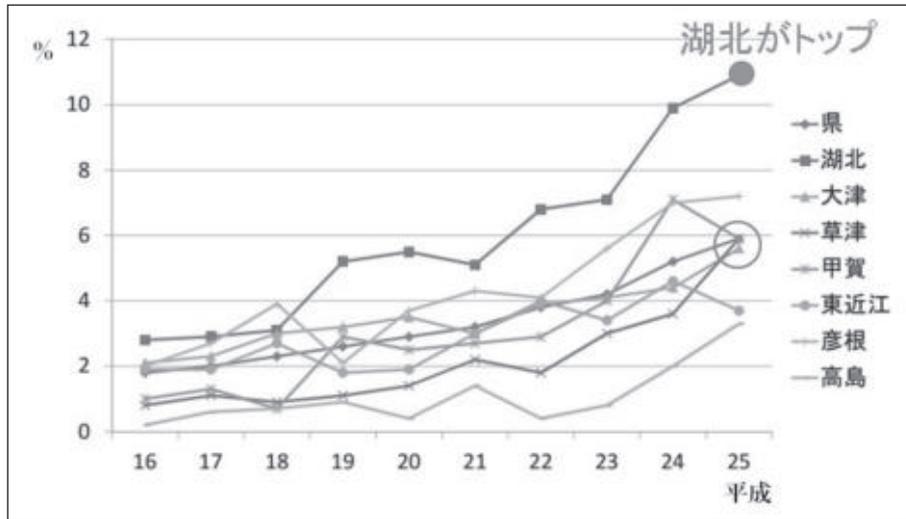


図5 場所別死亡状況(老健・老人ホーム)

割合が米原市で24.3%と特に高くなっている(図4)。また長浜保健所の資料でも、湖北圏域(長浜市と米原市)の自宅死亡の割合は以前から高い。もう一点の特徴は、老人ホームや老健など介護施設での看取りが急速に増えていることである(図5)。

自宅での看取りをしたケースについて、アンケートを取ってみると、「家で看取ってよかったこと」として、本人に関するものでは、「本人が病院は嫌だと言っていたので、本人の希望が叶えられた」「好きな酒が飲めてゆっくり過ごせた」「91年間この地域で生活した人であり、ここで一生を終えられた」「本人が自宅に居たかった」など、肯定的な意見が多かった。家族に関するものでは、「家族で静かに送れた」「家族みんなが介護をやりきった感がある」「家族みんなが居るところで逝ったので良かった」「ゆっくりと本人と関わられた」などを挙げる意見が多かった。

家で看取る決定をしたきっかけとして、本人に関することとして、「本人が延命治療はしないでほしいと言っていたため、悪くなくても病院には行かないと決めていた」「本人が病院は嫌だと言っていた」「入院中、本人が家に帰りたいと言っていた」「本人が思いを込めて作った家だったし家が好きだった」などの意見が挙げられた。

かかりつけ医に関することとして、「3回入退院を繰り返した時、かかりつけ医から家でも点

滴ができると説明を受け、家で看取る決心がついた」「かかりつけ医が、病院に行っても同じと言ってくれた」「食事量が減ってきたが点滴が入ることで安心だった。それなら家で看取ろうと思った」などの意見が挙げられた。

サービスに関することとして、「病状が悪化したとき、医師をはじめケアマネジャーがサービス調整を的確にしてくれた」「病院へ通院していたが、本人が病院には行かないと言ったので、かかりつけ医を迅速に調整してもらえたから」などの意見があった。

看取りで支えになったこととして、かかりつけ医に関するものは、「かかりつけ医が幾度となく訪問して状態を伝えてくれた」「食べられないことが心配だったが、点滴を家でできると聞き、家でしてもらえた」「往診してもらえ、状態の悪い時には連絡すると来てもらえ安心できた」「かかりつけ医が頻回に訪問してくれた」などが挙げられた。

訪問看護師に関することとして、「訪問看護に毎日来てもらい、点滴や疑問に答えてもらえ安心だった」「いつでも連絡ができ安心だった」「訪問看護に来てもらうことで、本人の状態を相談できたし話も聞いてもらえた」「最期の時、訪問看護師が居てくれたのは何よりの安心だった」と答えていた。

以上のように、在宅で終末期を迎える際の条件として、

- ① 病名の告知，説明と同意が十分に行われ，本人の意思決定がされて，本人・家族が在宅での看取りを希望していること。
 - ② 痛みやその他の苦痛症状のコントロールが可能であること。
 - ③ 家族，その他の介護力があり，物理的環境が整っていること。
 - ④ かかりつけ医の往診および訪問看護の24時間体制が整っており，いつでも必要なケアが受けられること。
 - ⑤ 本人の持っている能力・機能を最大限に引き出すことができること。
- などが挙げられる。

変化していく看取り

近年，少子高齢化，過疎化が進んできている地域では，独居世帯や老老介護が増えている。自宅に帰っても家族がいないケースが増えている。また隣近所の関係も，隣人が高齢となり介護サービスを使っていたり，空き家が増えてきたりして，希薄になりつつある。家に帰ってきても楽しみが少なくなっている。

また，介護保険サービスが充実してきたことにより，家族は施設を含む介護保険サービスを利用することを当たり前と思うようになってきた。したがって家族が苦勞して家で介護するよりも，介護施設で介護したほうが安心と思う人が増えてきている。地方では，高齢者数の増加も頭打ちで，比較的容易に特別養護老人ホーム

などの介護施設に入れるようになってきている。

「住み慣れた家で最期まで」という意思を持つケースは徐々に少なくなっている印象であるため，当施設では地域の介護施設を含めた「住み慣れた地域で最期まで」というケア方針に変更している。

当施設では診療所に老健を併設しているが，老健の入所期間を長くし(4ヵ月程度)，利用者や家族の負担を減らすようにしている。また退所した後も，ショートステイを頻回に入れて，できるだけ在宅で過ごしたいという気持ちと，施設の方が安心だという気持ちの両方を受け入れるようにしている。

最後に

住民の意識として，最期まで自宅で過ごしたいという人は多い。しかし，家族に迷惑がかかる，病状が急変したときにどうしたらいいか不安であることを理由に，最期まで自宅で過ごせると考えている人は少ない。私たちは，自宅での生活を希望する人をできるだけ可能になるように多職種が連携して支えていきたい。そのためにも，患者や家族の不安を軽減し，いつでも連絡できるような体制を取っておく必要がある。

参考図書

- 1) 花戸貴司:最期も笑顔で -在宅看取りの名医が伝える幸せな人生のしまい方-。朝日新聞出版。
- 2) 中村伸一:入門! 自宅で大往生 -あなたもなれる「家逝き」達人・看取り名人-。中公新書ラクレ。

自宅で最期を迎える —都市部における看取り—

祐ホームクリニック 加藤 寿

POINT

- ① 都市部の在宅医療は、医療者の診療能力を向上させるための症例数・資源は豊富
- ② 都市部の在宅医療は、多くの医療介護機関との連携が必要で、現場の質も人員も変化が激しい
- ③ 都市部の在宅医療は、患者家族の社会的背景・考え方の多様性が幅広く、啓発活動の効果は実感し難い
- ④ 都市部の在宅医療は、より複雑でチャレンジングな現場であり、システム思考を持つ家庭医マインドが欠かせない

特集

はじめに

今回、都市部における看取りを執筆するにあたり、まずはじめに私の背景について述べたい。

私は自治医科大学卒であり、卒業後に計7年間ほど埼玉県小鹿野町にある国保町立小鹿野中央病院(以下、町立病院)に勤務をしていた。小鹿野町は人口約12,000人、高齢化率35%、入院施設は町立病院のみ(一般病床45床、療養病床50床)で3次救急病院までは救急車で約1時間の中山間地域である。小鹿野町は早くから地域包括ケアシステムの構築に熱心に取り組んでおり、私が勤務を始めた2008年の時点でも、医療介護福祉の連携は非常に活発であった。そんな中で、在宅緩和ケアの体制強化の必要性を感じ、

町立病院に緩和ケア委員会を設立し、訪問診療体制を強化して在宅療養支援病院となり、「住み慣れた地域で最期まで」をモットーに小鹿野町の緩和ケアチームとして活動を続けてきた。小鹿野町の緩和ケアチームは町立病院の医師、看護師(外来、病棟)、リハビリ職、栄養士、MSWだけでなく、隣接する訪問看護ステーションの訪問看護師、調剤薬局の訪問薬剤師・栄養士、ケアマネジャー、介護施設スタッフなど、職種・組織を超えたメンバーで構成され、週1回のカンファランス、月1回のデスクカンファランスを継続しながら、それぞれ少ない経験の中からも互いに情報交換しながら診療スキルを学んでいった。医療資源の乏しい地域でもあり連携するスタッフも限られているため、

Face to Faceの関係は当たり前であった。そんな活動を行っていくうちに、緩和ケアチームで関わったがん患者全体の自宅死の割合が、緩和ケアチーム設立前の16.1%から年々上昇し、2013年度は36.7%にまで上昇した。その頃、私は在宅医療に関して独学ではなく専門研修を受け専門医を取得したいと考え、2017年4月より東京都文京区にある祐ホームクリニック(以下、当院)で勤務をしている(現在は非常勤医)。今回は、私の経験した地方と都市部の在宅医療の比較をしながら、私なりの自宅看取りの道しるべを考えてみたいと思う。

祐ホームクリニックの診療体制

当院は、都内に4カ所、石巻市に1カ所のクリニックを持つ比較的大規模な在宅専門クリニックであり、私は文京区千石のクリニックに所属している。法人全体で、非常勤医を含め約50人の医師で約1,300人の患者の訪問診療を行っている(小児は対象外)。訪問地域は広範囲に及び、千石のクリニックだけでも文京区をメインに、荒川区、北区、豊島区、板橋区などを訪問している。時折、千石以外のクリニックで働くこともあるが、同じ東京23区と言っても、それぞれの区で地域ごとの雰囲気はかなり異なり興味深い。当院には、医師が診療に集中できるようにさまざまなサポート体制がある。その特徴の一つは、クリニックの連携部を基本的に看護師が担っていることである。連携部は新規患者受け入れ・事前聞き取り調査、入退院・外来受診の手配・調整、カンファランス・サービス担当者会議の参加、連携機関や患者宅からの電話対応・指示、必要時の訪問診療同行などを担っている。医療職である看護師が連携の中核を担うことで、医師の業務負担を減らしつつ、質の高い医療介護連携を行うことができる。診療記録は電子カルテでノートPCとWi-Fiをセットで持ち歩く。カルテは直接打ち込まずとも、移動中の車内でディクテーションを行うことで入力補助してもらえる。夜間休日時間帯は、都内では1名のオンコール医が対応するが、一次受けを

介するので事務的な問い合わせに対応する必要がなく、医学的な対応のみに専念することができる。夜間は平均して電話対応が2~3件、往診は0.5件である(ちなみに夜間の往診はタクシーで行く)。

豊富な症例、勉強会

自宅看取りへの道しるべとして、何と云っても診療を行う個々の診療能力は重要である。私が小鹿野にいた頃は担当の在宅患者さんは10名以下であったが、当院で常勤医として週4日勤務していた時、担当患者は約80名であった。患者の中で最も多いのは、いわゆる廃用症候群の高齢者である。東京都の高齢化率は高くないが高齢者単独世帯割合が高く¹⁾、医学的には比較的軽症で落ち着いたはいるものの通院を手助けしてくれる子どもがいない、いわゆる純粹に通院困難である老老夫婦や独居高齢者の絶対数が地方よりも圧倒的に多い。また、都内は施設も多いため、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅などへの訪問診療も多い。ただ、こういった方たちは老化の過程で肺炎や骨折などでの入院を契機に特別養護老人ホームや療養病棟などに転所し、最終的には我々の診療からは離れてしまうことが多い。となると、やはり今回のテーマである自宅看取りを考える際には、需要もありスキルの試される末期がん患者、神経難病患者や認知症の一部がメインに挙げられると考えられる。

私の在宅医療専門研修期間中は、これまでにあまり診療経験のない神経難病の患者さんを多く担当させてもらえるようお願いしていた。小鹿野ではALSをはじめとする神経難病の患者さんはほとんど担当したことがなかったが、当院は基本的に依頼のあった患者は断らないので神経難病の患者さんも多く、常時10名程度を担当することができた。また、その他にも診療経験の乏しかったレビー小体型認知症患者、自分の中では最も関心の高い末期がん患者など、要望に応じて担当患者を調整してもらってきた。さらに、前述のように都内では高齢者独

居や老々夫婦が非常に多く、基本的に家族は遠方であったり、身寄りが全くなかったり、経済的に貧困もしくは逆に裕福であるがゆえにトラブルを抱えていたり、医学的には軽症であったとしても社会的背景が複雑な患者が地方より多い。成年後見人制度の利用も多く、弁護士と関わる機会もある。そんな方たちが重症となり、在宅を続けるか病院に行くかの意思決定支援を行うことはとても困難である。私も、裕福で親族トラブルのある独居高齢認知症患者が脳塞栓症を発症した際に、どのように方針を決定していくかは非常に悩んだ。このように、地方ではなかなか経験できないような患者さんを短期間で経験することができ、短期間で在宅医療の専門的な能力を身につける上では、やはり都市部は非常に有利な環境である。また、当院では、家庭医療専門医かつ在宅医療専門医の指導医がおり、定期的な勉強会の開催や専門医取得に向けたポートフォリオの作成指導なども受けられる点、神経内科や緩和ケアの専門医が非常勤医として在籍しており神経難病や末期がん患者をダブル主治医として担当できる点は、他のクリニックにはない大きな魅力の一つである。

多職種連携，地域連携

在宅医療を語る上で、多職種連携は欠かせない。ここにも都市部と地方には大きな違いがある。都内にはとにかく潤沢に在宅のリソースがある。訪問看護のみならず、訪問リハビリ、訪問薬剤や訪問介護も容易に利用することができ、訪問歯科との連携も多い。また、前述のように経済的に豊かな人も多いので、私費での24時間訪問看護や訪問介護の利用もたびたび見受けられる。そんな中でも、在宅医療において訪問看護との連携が最も重要であることは論を俟たない。小鹿野町では訪問看護ステーションは町立病院に隣接する1カ所だけであり、訪問看護師は毎週のカンファレンスの参加だけでなく、毎回訪問診療に同行してくれて、行き帰りの車内で綿密な情報共有をしていた。しかし、都内においては無数の訪問看護ステーションが

あり、連携といえば文書と電話・FAXでのやり取りが主になる。場合によっては、最後の看取りまで連携した看護師と顔を合わせないこともある。この違いに、初めはとても戸惑った。これが連携なのか？ 私としては、普段は訪問看護師の情報を非常に頼りにしており、診療やケアの方針も看護師の意見を重要視することが多かった。それなのに、連携する訪問看護師の顔も、名前も、診療能力も、思いも分からない。訪問診療が始まれば、それぞれの職種が自動的に動き、患者さんはそのルールの上に乗って自動的に進んでいくような印象を受けた。ただ、慣れてくれば要所要所では連携部を通じて情報共有ができたし、サービス担当者会議を開いたりして必要最低限の連携が実現できることは実感したし、ステーションによっては毎回の訪問診療前に近況をFAXで報告してくれる場合もあった。最近ではICT(情報通信技術)を使って連携することも多くなったと聞くが、当法人はとにかく診療対象が広範囲で拠点も複数あったため、ICTを使用した連携は行っておらず、それは今後の課題であると言えよう。

また、バックベッドの問題は都内では頭の痛い問題である。小鹿野町では、町立病院が唯一の入院医療機関であり、かつその病院からの訪問診療であったため、必要に応じてレスパイト目的であったり、治療目的であったり、スムーズに入退院をすることができたし、隣接する秩父市の病院との連携もスムーズであった。しかし、都内、特に当院のある文京区には大学病院が複数箇所あり、高度急性期医療には事欠かないものの、亜急性期から慢性期の連携は難しい印象である。大学病院からの紹介患者であっても、急変時の対応として必ずしも入院を確約できるわけではない。全ての在宅患者さんのバックベッドを確約できた状態で訪問診療を行うことは不可能であるため、急性期の治療などで入院を依頼したい場合にどうしても受け入れ先が見つからないこともあり、その場合には、救急車を呼んで救急隊に選定してもらうこともしばしばである(東京ルールというものがあるらしい)。末期がん患者さんが退院後まもなく吐血

した状況でも、紹介元の病院に受け入れを断られたこともあり、そういう面では非常に世知辛いなと思わざるを得ないこともあった。ただ、経験を積んでいくにあたって、この地域であればこの病院が受け入れしてくれやすいなど、連携が進んでいく実感もあり、それなりの期間を経れば連携もしやすくなっていく印象だ。しかし、都内は病院も在宅系事業所もあらゆる人の異動が頻繁にあり、病院でも急に受け入れが良くなったり、逆に受け入れが悪くなったり、診療の質が変化したりと、変化が非常に激しいので気が抜けない。そんな状況であるがゆえに、地域連携の実感が非常に得にくい印象にある。地域連携が、区単位というよりは、どちらかという大病院を中心に行われている印象であり、行政区を単位とした地域包括ケアシステムが機能しているのかどうか、実感があまりない。これは東京23区内共通の悩みなのかというところでもなさそうだ。比較的周辺の区になると大病院も少なく、逆に地域を盛り上げて連携していこうという雰囲気が見えてくる。そういった意味では、都内23区内でも文京区はかなり特殊な環境にあると言えるが、いずれにせよ大都市になればなるほど地域連携というものは難しく、ある程度の達成を実感できるまでには長い道のりが必要であるといえそうだ。

地域への啓発活動

これまでに在宅看取りを実践する上で必須の要素として、提供する側の個々の診療能力、多職種連携について述べた。ちなみに当院への患者紹介に関しては、病院の地域連携部、地域包括支援センターや居宅事業所などがほとんどであり、何らかの医療介護機関に関わっていれば、比較的適切な時期に訪問診療が導入されるし、そのための在宅医療のリソースも充足されている印象がある。そのようなシステム的なものは満たされていると感じるが、利用する側の意識がどうかというと、これも地域差が大きいように感じる。いくら医療者がスキルを持って連携しても、本人家族の理解がなければ在宅看取り

は成立しない。前述の都内の医療事情も加わってか、患者さんやご家族の考え方は、いわゆる専門医志向であったり(なにせ歩いて行ける距離に大学病院が点在している)、100歳を超えている患者の老衰を受け入れられなかったり、クレーマー気質であったり、医療的な要求が高いことが多い。病院での診療はある程度医学的な価値観を共通の尺度として物事を進められることが多いが、在宅医療はそこから外れざるを得ない状況下に陥ってしまった方たちを対象としていることが多く、価値ベースでの診療の部分が大きい。そして、それは最終的な受け皿として、いわゆる最後の砦としての医療現場である。そういった意味では、それは田舎での医療にも似たところがある。ただ、大きく異なることは、価値観の幅である。誤解を恐れずに申し上げれば、田舎に住む人たちの価値観はそれほど広がらないが、物も人も文化も多様性で溢れる都市部に住む人たちのそれは田舎に住む人たちの比ではない。その人たちの最後の砦となる都市部の在宅医療の現場は、医療を提供する側にその多様性を受け入れることがどれだけできるかにかかっている。また、地方であればある程度の啓発活動を継続的にやっていくことで、価値観の共通化が図られていることを実感できるかもしれないが、都市部ではそれは難しい。都市部で在宅看取りを文化として作っていくことは、とても大きなチャレンジであると言える。

まとめ

本項では、これまでに私の経験した地方(いわゆる田舎)の小規模病院と都市部(いわゆる大都会)の大規模在宅クリニックという両極端な在宅医療の現場での経験を通して感じたことを述べた。地方の小規模病院での在宅医療は、少数の患者に、少数の組織で、入退院もスムーズに高い質の診療・ケアを提供することが比較的容易で、医療者も高い満足度が得られやすい現場だと感じる。それに対して、都市部の大規模在宅クリニックでの在宅医療は、多数の患者に、多数の組織で、多様性と変動性の高いより複雑

な患者・家族・医療介護者の中で、お金と人とシステムを使って、みんながある程度納得感のある診療・ケアを提供するものといえる。それはとてもチャレンジングな現場ではあるものの、医療者として満足度が得られるかどうかはその価値観に大きく委ねられる。都市部での在宅医療は正体の見えにくい敵を相手に終わりなき戦いを挑むような感覚がある。今、最も需要があり、Hotな医療現場であることは間違いない。では、どうすればいいか？ こういった複雑な現場では、「本人の希望」「家族の希望」など個々の要因のみに注目したり、「本人の希望を必ず聞くべきだ」「がんは必ず告知すべきだ」などの【理想解】に固執したりすることは有用ではない。最も適合するのは、現場が互いに特殊な関係を共有する要素の組織的な集合体であるという「システム思考」²⁾ができ、時間軸の中で全体

を俯瞰しながら【現実解】を導こうとする家庭医マインドにはかならない。自己の診療能力から足りない症例を優先的に担当して省察しながら能力を高め、現場を本人家族医療者も含めた集合体と捉えながら問題解決にあたり、地域のキーパーソンを見つけて多職種多組織のつながりを強化し、時間軸の変化にも対応していく。そういったリーダーシップが取れる家庭医マインドを持つ多くの医師が、都市部の在宅医療の現場を支え変えていくことが必要であると考える。

文献

- 1) 厚生労働省政策統括官(統計・情報政策担当): グラフでみる世帯の状況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/20-21-h28.pdf> (accessed 2019 Mar 21)
- 2) 宮田靖志: プライマリ・ケア現場の不確実性・複雑性に対処する. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2014;37(2):124-132.

自宅での看取りを支える —看護師だから寄りそえる—

東通村診療所 看護師長 橋場絵理子
訪問看護部 高田真由美 高橋 剛

POINT

- ① 連携のカギは情報共有とコミュニケーション
- ② 在宅看取りに欠かせない家族支援
- ③ 家族背景に応じた支援体制を本人・家族と共に考えること

はじめに

東通村は、本州最北端青森県下北半島の北東部に位置する、東西24km、南北32kmの細長い村で、総面積は294.39km²と広大で29集落が点在している。人口は6,463人(平成31年1月末現在)、高齢化率は34.5%となっている。

医療機関は、東通村診療所、無床の白糠診療所、1件の歯科医院がある。東通村診療所は村のほぼ中心にあり、遠い集落では片道30分を要する。村内に訪問看護ステーションは無く、東通村診療所からの訪問看護、または近隣にある訪問看護ステーションを利用することになる。

東通村診療所は、入院ベッドがあり、夜間休日でも診てもらえる、最期まで住み慣れた家で過ごすための在宅医療を期待され、平成12年に開設された。現在、訪問診療は延べ95件/月、訪問看護は延べ33件/月行っている。在宅での看取りはその年によって違いはあるが、平均10名の看取りを行っている。中には在宅生活を送っ

てきたが、家族の介護への不安や介護力の低下、状態の悪化により入院を余儀なくされるケースも少なくない。本人の希望、家族の思いなど考慮し、最期を自宅で看取ることができた事例を紹介し、寄り添いについて考察した。

症 例

【症例1】

M氏, 83歳, 男性

<家族背景>

妻(認知症)、息子との3人暮らしで農家を営む。在宅療養をきっかけに、関西に住む長女と孫(医療職)が帰郷し農業と介護を手伝う。

<経過>

定期通院されていた方、大腸癌と診断され専門医受診していたが、手術適応なく、平成29年2月緩和ケア目的で当院紹介となった。「入院はしたくない」「働くのがクスリ」「山仕事は続けたい、山で仙人のように最期を迎えたい」「最期ま

で働くことが生きがい」「トラクターに乗っている、畑仕事していると病気を忘れる」と、農業を続けながら外来通院していた。

平成29年7月31日 嘔吐・経口摂取困難・黄疸で外来受診，経口栄養剤処方，症状により入院や訪問看護の利用が可能であると説明する。

8月5日 食事摂取できず，受診も困難なため往診依頼，癌性腹膜炎による腸管麻痺の診断で補液行う。この日も畑に行ってきたが足に力が入らなかったと話される。この日から連日，訪問診療または訪問看護で補液，状態観察することになる。

8月6日 訪問診療。「気持ちは元気だが体が動かない」と布団で寝ている。嘔気はないが食欲がなくゼリー1個の摂取。食事は無理せず食べたいときに食べられる量だけで良いと説明する。ベッドや訪問介護などの介護サービスの調整が必要なため翌日多職種で検討することを説明する。

8月7日 居宅介護支援事業所へ連絡，ケアマネージャーが訪問し，介護認定申請行う。M氏「畑に行きたいが体が思うように動かなく，しんどい，先生に言われているベッド等の申請を進めてほしい」と自身の気持ちをしっかり伝えていた。家族は「本人の思いを尊重したい，日中は自分たちも農園の仕事をしているので，母が留守番している時，ヘルパーさんなど使えば安心，まずはベッドの手配をお願いしたい」と話される。医療介護専用SNS MCS^注の利用開始。

8月8日 訪問看護。「動けないのがつらい，痛いところはない」。水分摂取で嘔吐あり，補液行う。嘔気時の坐薬を持っていたため使用してみるよう説明する。排泄はオムツ使用となっていたため家族と一緒に交換，陰部洗浄行う。訪問看護後の時間に合わせケアマネージャー，福祉用具担当者も訪問し自宅で担当者会議行う。

8月9日 訪問看護。家族より「昨日できたことが次の日にはできなくなっている，はじめに往診してもらった時はトイレには行けていた

のに，今は寝返りすらできない」と。全身の浮腫あり，口渴の訴えあり，少量ずつ水飲ませるが嘔吐してしまう状態となっており状態が日々悪化してきていることを家族と確認。このことから最期の時が日々近づきあと1週間から10日の可能性があることを説明，家族も理解される。清拭などは家族が積極的に行っていた。口渴に対しては，氷片をなめてもらう，口腔保湿剤の使用などを説明した。また，寝返りが困難となってきたため褥瘡のリスクを説明し，クッションなどを使用し，適宜体の位置を変えること，夜間は無理せずクッションを抜くだけでも除圧になることを説明した。

8月10日 訪問診療，家族より昨夜から排尿がないとの報告。血圧測定困難，呼吸促迫，意識はあり家族を呼び体の向きを変えてもらったりしている。家族は死が近いことを理解している。呼吸停止時の対応について説明。当診療所では夜間呼吸停止した場合は，0時前であればその都度対応し，0時以降は朝まで待ってもらいその後，死亡確認のため訪問することになっている。

8月11日 訪問診療，この日も血圧測定困難。痛みの訴えはなし。

8月12日，13日 訪問看護，血圧80mmHg台，痛み無く，呼吸速いが苦しさの訴えはなし。

8月14日 訪問看護，腹部膨満，上下肢浮腫，呼名で返答あるも傾眠，臀部，大転子部に発赤あり，被覆剤で保護。エアーマットへ変更する。この日，訪問介護・訪問入浴を含めた担当者会議が行われた。

8月15日 訪問看護，血圧60mmHg台，チェーンストークス様の呼吸みられていた。「眠っている時間が多くなった」と家族。

平成29年8月17日 訪問看護，血圧70mmHg台，SpO₂測定できず，家族より「意識が遠のいてきている。でも時々，水，と言う」と。家族は本人の訴えに応え少しずつ飲ませてくれていた。

8月18日 9時，訪問診療，血圧80mmHg台，

注：MCSとは医療介護従事者専用開発された完全非公開SNSで，医療介護スタッフ専用と患者・家族も参加できる2種類のタイムラインがある。

SpO₂測定できず、呼吸速い、本人「痛くない」と話すが、意識は朦朧としている。最期が近づいていることを再度説明。その日の正午頃呼吸停止の連絡あり、確認のため医師と訪問。最期は大勢の家族に見守られ息をひきとった。

<ポイント>

- ・家族のサポートもあり亡くなる約2週間前まで大好きな畑へ行くことができた。
- ・経口摂取できなくなっていくことへの家族の不安があり補液を行っていたが、血管確保も徐々に困難となり皮下輸液で対応した。
- ・家族に対して、状態や時期に合わせて予後の説明を行うことで、看取ることへの受け入れができ、最期を迎える準備をしていただいた。
- ・可能な限り同じ看護師が訪問することで、状態変化の把握が円滑に行われ、また家族との信頼関係も築けた。
- ・一度にさまざまなことを教えるのではなく、M氏の状態に合わせて清潔ケアなどを一緒に行うことでひとつひとつできるようになっていく。
- ・MCSを活用、情報を共有することで迅速な介護サービスの提供ができた。

【症例2】

K氏, 68歳, 女性

<家族背景>

息子と2人暮らし。夫は出稼ぎ、長女は遠方に。

<経過>

平成28年2月15日 血便と下腹部痛あり、M病院受診し入院となる。S状結腸癌穿孔のためハルトマン手術施行。転移性肝腫瘍、リンパ節転移あり化学療法開始となる。

3月30日 退院となるが体調不良時は当院で点滴することとなる。

退院後は自宅で過ごし、化学療法のためM病院へ入退院を繰り返す。

4月13日 介護申請行う。自宅退院後訪問介護(身体、生活援助)と、パウチ交換のため訪問看護利用開始。疼痛に対しオキシコンチン[®]内服。

10月13日~12月21日 ストーマ陥没と化学療法による食欲不振のため、M病院入院。ストーマ閉鎖術施行。疼痛に対しフェントス[®]テープ

へ変更。

12月21日 M病院から当院へ転院となる。転院時フェントス[®]テープ8mg使用中。入院中せん妄あり。

平成29年1月10日 M病院メンタルヘルス科へ転院となる。フェントス[®]テープ2mgへ調整し、せん妄落ち着く。退院先について本人・家族へ意向確認。K氏は、「家に帰るのは難しいと思う。施設で暮らしてもよい」と話す。家族は、「友人と会える環境で過ごしてほしいので下北の施設で生活させたい。皆生活があるため、仕事は続けなければならない」と話している。

2月8日 M病院退院後、むつ市内の有料老人ホームへ入所となる。入所に伴い当院からの訪問診療開始となる。

9月4日~11日 急性腎盂腎炎のため、当院へ入院。肝肺腹腔にリンパ節転移を認めたが、癌が治癒したと思っていることもあり本人へは告知せず。MCSの利用開始。

9月21日~10月4日 当院退院後、有料老人ホームに再入所していたが急性腎盂腎炎再発、当院へ再入院。

11月24日~12月2日 有料老人ホームより、衰弱し施設での看取りはできないことから当院入院。K氏は、「自宅へ帰りた」と話す。家族は、「自宅でできるだけのことをやってみます。夫の帰省に合わせて退院させる。在宅看取り期間中は収入がなくなるため経済的に厳しくなるが1ヵ月くらいなら……」とのことだった。

平成29年11月29日 娘へ病状説明、「食事も摂れなくなってきており1週間もつかどうか分からない、本人が苦しくないことを目標に鎮痛薬や点滴を調整していきます」

12月1日 夫婦省し、面会へ来る。病棟看護師により薬の説明、介護方法の指導行う。

12月2日 自宅へ退院。

12月3日 訪問し点滴施行。「うなっていることが多くて痛み止めを2回飲ませた。坐薬も1回使った」。訪問時も痛がっていたため、レスキュー与薬。痛みは我慢せずレスキュー使用するように説明する。

12月4日 頻脈、努力様呼吸、在宅看取りに

不安聞かれる。いつでも入院対応は可能であることを説明。

12月5日 舌根沈下あり、内服も困難な状態となっており、家族に状態を説明。レスキュー内服は困難のため坐薬で対応するよう説明。

12月6日 「全然反応しなくなった」と。下顎呼吸、四肢脱力している。最期が近いことを家族へ伝える。

12月7日 深夜、呼吸停止の連絡あり、翌朝医師と確認のため訪問。家族に見守られ永眠される。夫は「家族で一緒に看ることができて良かった」、娘は「やれるだけのことをできた」と話された。

<ポイント>

- ・本人の希望、家族のさまざまな事情を踏まえ、可能な限り施設で療養し、対応が困難となった時は入院対応とした。
- ・療養中、遠方の娘とはMCSで情報共有することで、遠くにいなながらも介護に関わっていた。
- ・時期をみて夫と娘が帰郷し、本人が望む自宅で一緒に時間を過ごしていただくことができた。

おわりに

当院では、訪問看護師は専従で2名いる。しかし、2名では休日夜間の対応は困難であるため、病棟の看護師に協力を得て対応している。そのため、情報の共有は必要不可欠となってい

る。在宅看取りは、多職種によるチーム医療が重要なカギを握る。家族、医師、訪問看護師、ケアマネージャー、その他介護事業所などである。それらが連携をとることで迅速な対応が可能となる。少しでも早い苦痛の軽減につながり、不安の解消となると考える。このような観点からも、チーム連携には情報共有は重要である。

MCSの良いところは、「電話するほどではないが、ちょっと心配だから聞いてみよう」と気軽に聞けるところだと思う。そこで少しのことで不安解消や問題解決の糸口になっていけると考える。しかし、個人情報であるため、それを利用する人はごく限られた人に限定されている。そのため、実際に病棟スタッフが自由にMCSを見て情報を共有することはできない。現在は、ノートを活用し申し送っているが、夜間などは、MCSでは迅速に対応できていないのが実情である。それらをどうしていくかは今後の課題である。

訪問する看護師を同じにすることで日頃からコミュニケーションが図れ、信頼関係を構築できると考える。そこで、不安や訴えなどを表出するようになっていけるのではないかと思うからだ。やはり、家族は患者のために何かしたい、何かできることはないのか不安を抱えている。それに気づき、家族が行えるケアと一緒に考えて一緒に行えるように支援していくことが看護師としての寄り添いなのではないかと考える。

自宅で看取りを支える —薬剤師として看取りを支える工夫は何か—

(有)秩父薬剤師会調剤センター おがの薬局 薬剤師 町田一美

POINT

- ① 在宅緩和ケアの看取りは組織を超えた多職種チームで行う
- ② 麻薬と聞くと「麻薬中毒」をイメージする人が多い
- ③ 薬を使うメリットとデメリット、患者のQOL、予後を考えて薬を選ぶべき
- ④ 信頼関係を構築し全人的苦痛を取り除く

初めての在宅看取り

1970年1月。朝起きると祖母が一人ポツンとこたつに座っていた。早朝、祖父が静かに息を引き取ったとのことだった。私のはじめて経験した「死」である。

祖父は直腸癌だった。幼少の私が覚えているのは、ストーマがあって時々便を捨てていたこと。動けなくなった時に、私を布団の横に座らせて、いろんな話をしてくれたこと。痛がっている姿は覚えていないが、「痛くて眠れないと辛いから」と、毎夜9時に近所の医院の医師が往診しモルヒネの注射を打っていたこと。

当時、小鹿野町には、国保町立小鹿野中央病院(以下、町立病院)が存在していた。だが、病院を選ばず家で人が亡くなることは当たり前だった。この頃は今と異なり介護保険サービスもなく訪問看護もなく、さらに麻薬の種類も少なかった。そのため、家族の負担は金銭的にも

精神的にも大きいものだったと推測できる。毎夜往診していた医師に対して両親はとても感謝していたことを今でも鮮明に覚えている。

そして、2年前、私は父を在宅で看取った。父は肺癌の肝転移。進行が早く病名がついてから3週間という速さでこの世を去ることとなってしまった。幸いなことに、父の時は「緩和ケアチーム」があった。町立病院の医師による訪問診療をはじめ、訪問看護、介護保険サービスを使い多くの人の手と知恵を借りることができた。症状コントロール目的で1週間入院することもでき、家族の負担を考えると祖父の時とは比べ物にならないほど恵まれていたと感じている。

ここで、小鹿野町の緩和ケアチームについて簡単に紹介する。埼玉県の中でも高齢化率の高い小鹿野町は、平成4年には保健・医療・福祉サービスの調整会議を開いて要介護者の支援を始めている。いわゆる地域包括ケアシステムが

特集

この時点で稼働していたことになる。その地域包括ケアシステムの一部に「緩和ケアチーム」が位置づけられている。この緩和ケアチームの特徴としては、町立病院の専門職だけでなく、地域包括支援センター職員や訪問看護師、ケアマネジャー、介護施設職員、訪問薬剤師、訪問栄養士など多職種で週1回、緩和ケア対象の患者についてカンファレンスを行っていることである。病院スタッフと在宅スタッフが共に情報を共有できるため、入退院時にもスムーズな対応ができています。私もそのチームの一員として関わっており、本稿では薬剤師の視点から在宅緩和ケアにおける看取りの中でどのように患者や家族を支援しているかについて述べる。

意外と多い麻薬の拒否

私の家族で医療に携わっているのは私だけで、他の家族は全く無関係の仕事についている。前述した肺癌の父は痛みと吐き気が強かった。父は痛みを我慢していたのだろう。亡くなる10日ほど前、父が私に「もうダメだ、最後にモルヒネを使ってくれ」と言ってきた。すでに麻薬は投与されていたが、モルヒネではなかったため理解できていなかったのだろう。なぜそう言ったのか父に尋ねると「モルヒネは死ぬ間際に使う薬で、使えば死を早める」と思っていたことが分かった。父にはこの時しっかり説明したので理解してもらえたが、考えてみると一般人が麻薬と聞けば麻薬中毒のイメージがあり、メディアでも怖い薬物と伝えられている。多くの方は癌の痛みをとるために使用する医療用麻薬と区別して考えていない。

癌の痛みをコントロールするために医療用麻薬の使用は当たり前であると私たちは思っているが、患者の中には父のように感じている方は多く、麻薬を服用せず痛みを我慢している患者を今までたくさん見てきた。その方たちにとって、麻薬は毒そのものなので飲みたいと思はずがない。そのため、麻薬のアドヒアランスが悪いことに気づいたときは、まずは麻薬に対してどういう気持ちがあるか、飲まない・飲みた

くない理由は何なのかを聞くようにしている。

父のように毒を飲むイメージを持っている時には、丁寧に患者が分かるまで安全性を伝え、飲んでもいいかなと思ってもらえるような働きかけをしている。時には麻薬中毒が起こる仕組みを受容体の部分から説明し、怖さが強い患者の場合は、どうなると怖いのか、なぜそう思うのかなどを聞き説明するようにしている。納得いただいた上で使用し痛みが落ち着いたり、調子が良くなってADLが上がった時には服薬の不安も軽減していることが多い。

次に麻薬拒否でよく出会うのが、便秘や吐き気といった副作用発現で飲みたくなくなるというものである。このような症状は飲み始めに多く出現するため、初めて使用する患者にはきちんと対応策を提示することにしている。具体的には、「もしも〇〇なときは、～～する」「ダメだったら△△してください」などと、はっきり言い切るように心がけている。「あなたにとって大切な薬です」など強調し必要性を含め説明することも多い。

また、最近よく感じるのは、自分が癌であることを受け入れられないため、麻薬を拒否するケースが多いことである。このような時には、どのような話をしても患者に届かないことが多いので、こちらからは多くを語らず、患者の生活歴や家族のこと、大切にしていることなどを、本人から話してもらえ限り傾聴することにしていく。そうすることで患者の中に何か気づきが起こり、疾患や薬に対しての気持ちに変化が出てくることもある。根気強く見守り、こちらのお話を聞いてもらえそうな時に伝えるようにしている。

麻薬に限らず、薬を飲まない・飲めないことの背後には必ず原因があり、その原因によっては薬剤の変更を医師に提案することもある。

この薬って必要ですか？

比較的困るのが終末期になって薬が多くなってしまふことである。食事量も減り、水を飲むのも精いっぱい、なのになぜこの量の薬？とい

うことが多い。例えば、便秘によく使用されている酸化マグネシウムは胃酸と反応し効果を示すためPPIやH₂ブロッカーを服用していれば便秘に対する効果は減弱すると言われているが、PPIなどを中止することなく酸化マグネシウムの錠数が増えていく。また、血液検査をしたところ、ナトリウムが下がったからという理由で塩化ナトリウムが処方される。それ以外にも、口腔内が乾燥している患者にとってカプセル剤は口腔内に貼りつくし、粉の薬は飲みにくい。錠剤でも大きければ服用困難になる。

はたしてこれでよいのだろうか。このような場合、この薬は患者にとって有益なのかを考え、足し算ではなく、引き算の考え方を考える。本来、薬はメリットとデメリットを考慮し、使うメリットが有害作用であるデメリットよりも上回ると思われる時に使用すべきだと思う。検査値や症状を改善する目的で薬が増量され、結果的に食欲不振につながっていることも少なくない。

有害作用でいえば、特に向精神薬を使用する時にはアカシジアや悪性症候群、セロトニン作用による発汗・頻脈が生じやすいため注意をしている。せん妄と思われ、薬剤をクエチアピン→リスペリドン→オランザピンと変更してみたが全く効果が得られず、夜中に落ち着きなく動き回り家族が疲弊してしまったケースがあった。後にアカシジアだったのではないかと気づいた時、患者と家族に大変辛い思いをさせたという申し訳なさと、副作用に気づけなかった自分に対し自己嫌悪が生じた。こうした苦い経験もあり薬剤変更や開始後には患者の症状や変化を薬剤師の視点で細かく観察するようにしている。

私は、「薬(治療)が生活の中心にあるのではなく、生活の一部に薬がある」という考え方を持つことが大切だと思っている。患者のQOLが低下するような場合は投与意義を医師に確認している。そのため終末期においては、嚥下機能や食事摂取量、水分摂取量を確認し、患者本人の状態(予後を含む)を考え、薬を中止するという提案をすることも多い。

いろいろな投与経路を考える

終末期で薬が飲めなくなった患者にどうやって薬を投与するか。大きな錠剤が飲めないので粉碎した、という話はよくあることだが、光で効果が無くなる薬や湿潤しやすい薬、長時間作用型に加工してあるものなど、薬の剤型はそれぞれ考えられてその形になっているものが多い。薬は化学物質であるため粉碎することで不安定になり、化学変化を起こしたり有害作用が生じやすくなる場合がある。そして、何よりも不味い。これをおかゆにふりかけて食べさせれば、まず食欲不振になるだろう。基本的に「粉碎はNGである!」と言いたい。現在では、嚥下困難用のゼリーなども販売されているため、まずはそれを試していただきたい。簡易懸濁法(薬を湯で溶かし投与する方法)も有効である。口腔内崩壊錠や細粒、ドライシロップになっている薬剤もあるので、できるだけ錠剤をつぶしたり脱カプセルすることは避けたい。

終末期で使用する麻薬においては多くの剤型を用意しておくことも重要である。カンファレンスなどによる情報から、患者が内服困難になると予測できる時には、貼付剤や坐薬、注射にすぐに変更できるよう準備している。急に内服できなくなることもあるため、坐薬(モルヒネやジアゼパムなど)を先出しし「飲めなくなった時に使う薬」として家族に説明しておくことも多い。また、麻薬を持続皮下注射に変更する場合には、医師と共に適量を計算し、ポンプに充填し、使用法と注意点を患者とその家族に説明している。これは薬剤師として麻薬を安全に安心して使用してもらうための重要な任務であると思っている。

在宅スタッフと家族の関係構築が重要

家にもうすぐ亡くなりそうな家族がいる、という状況は介護者にとって不安になりやすい。自宅で看取った経験がない家族にとっては一大事である。私の父が療養している時も、医師から説明を受けるたびに家族は一喜一憂し不安に

なっていた。そういう時期にすぐに相談でき、困っていることを話せるスタッフがいることは家族にとって心強いものであった。

この地域の方たちに特化していることかもしれないが、患者やその家族は医師に対し敬意を払っているがため、多くを語れない傾向がある。結局、聞きたいことを医師に聞けず、心配事を訪問看護師や薬剤師に話すことは多い。そのため、看取りに関わる薬剤師としては、家族との信頼関係を構築し、薬のことだけでなく困った時の連絡先の一つになっておく必要がある。混乱した状態の中で電話連絡しようとする際どこにかけていいかわからなくなってしまう家族も多い。私のところにも、それは訪問看護に付けてほしいな、と思うような電話がくる。もちろん訪問看護にも薬の問い合わせをする人がいる。私は「どこに連絡しようとも必ず連携している訪問看護や医師につなげるようにするので大丈夫ですよ」と家族に伝えるようにしている。

昨年、一通の手紙を頂いた。

町田様

X月Y日に亡くなった〇〇〇子の家族の者です。その節は大変お世話になりました。

Z月になり本格的に寒くなりましたが町田さんはその後お変わりないでしょうか。

祖母の介護中もそうでしたが、我が家は相変わらずバタバタ・ガヤガヤと騒がしく過ごしています。

(亡くなる14日前に)積極的治療をやめ自宅

での緩和ケアに移りましたが、介護の知識も経験もなく、ただただ不安な私たちでしたが、皆さまの迅速で丁寧な対応にとっても安心しました。「吐き気がある」「飲み込みにくい」「背中が痛い」等の祖母の訴えにも細かく話を聞き、すぐに薬を変え届けてくださりありがとうございました。どんな時でも苦痛を取り除くことに尽力していただき感謝してもしきれません。

私共も(祖母も)最期の時を苦痛や不快なく過ごさせてあげたいというのが一番の望みでしたので、町田さんの存在はとても大きかったです。

皆様のサポートのおかげで祖母本人だけではなく家族も穏やかに過ごすことができました。最期も苦しむことなく、家族そろって見送り、本当に祖母が望んだ形で逝かせてあげることができました。

本当にありがとうございました。

これから増々寒さが厳しくなりますので風邪など召されませぬ様ご自愛ください。

〇〇〇子の孫 △△

東京小平市で在宅ホスピスケアをされている山崎章郎先生の著書¹⁾によれば、スピリチュアルペインについて「自己と他者との関係性のあり様が肯定できない状態から生じる苦痛」「身体的・社会的・精神的苦痛を丁寧にしっかりケアすればスピリチュアルペインは自然に癒される」とある。私はこの考え方に共感している(図1)。

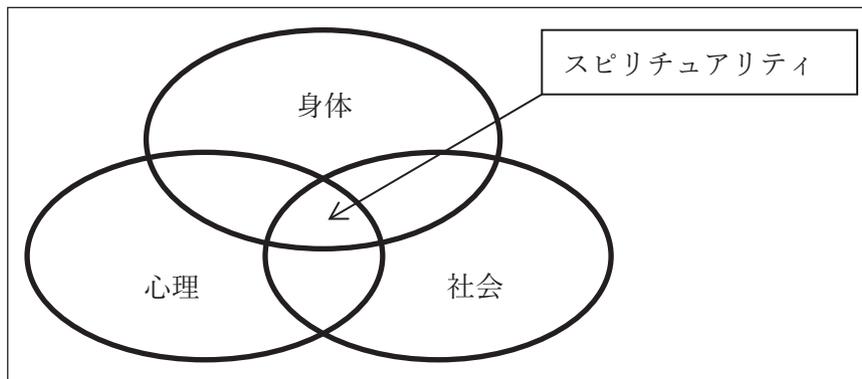


図1 スピリチュアリティの位置(山崎章郎)

さらに私は、「真の拠りどころとなる他者がきちんと傾聴し、確認し、共感できていて、患者が他者とのつながりを実感し自己肯定していればその痛みは感じにくくなる」と理解している。その真の拠りどころとなる他者に家族・ケアスタッフも含まれている。薬剤師もケアスタッフである以上「傾聴・共感し、患者の訴えの本質を知ること、その上でその患者の苦痛を取り除ける手段を薬剤師の視点で考える」という思考を持っていることが重要だと思っている。そうすることで患者の苦痛や負担は軽減できるのではないだろうか。

まとめ

人はその成育歴や環境によって価値観が大きく変わる。私が生きてきた時代と、いま目の前にいる患者が生きてきた時代・見てきたものは全く違う。大切に思うことも人それぞれだと思う。これから「死」に向かっていく患者が何を考えているか話してもらえたら、医療者としてその患者の「生ききる」ことを応援することができると思っている。私なりに「生きること」「死ぬ

こと」の意味を自身に問いかけつづけ、終末期の患者の話を聴くようにしている。そしてその中で、薬は飲めているか？効果は出ているか？薬を使う上で問題は生じていないか？QOLの低下はないか？家族に不安や混乱がないか？患者本人や家族は今の状況を受け入れているか？良い時間を過ごせているか？など、いろいろな考えを巡らせる。患者それぞれの語りを聴くことで想像力を働かせ、自分の持っている薬の知識や情報などをアレンジし、多職種と協働しその人に合った医療・ケアを提供することが薬剤師の在宅看取りにおける役割であると思っている。

また、在宅緩和ケアの看取りはとにかく時間がない。多くの場合2週間から1ヵ月程度のお付き合いで終わってしまう。短期間に集中し支援するためには、チームの力を駆使し、できることを率先し行う行動力も必要だと考えている。

参考文献

- 1) 山崎章郎:「そのとき」までをどう生きるのか。2018, 春秋社, p110.

自宅での看取りを支える 行政の関わり — 最期まで住み慣れた場所で —

横須賀市 健康部地域医療推進課長* 川名理恵子

POINT

- ① 在宅看取りを支えるために多職種をつなぐ役割を担う市区町村
- ② 人生の最終段階についての市民啓発は市区町村の責務
- ③ 新たな評価指標「地域看取り率」の設定

特集

はじめに

行政職員は、在宅患者の看取り支援が直接できるわけではない。しかし、行政は看取りを支えるための下地づくりについてできることは多い。本稿では、横須賀市が看取り支援の下地づくりのために取り組んできた数々の事業のうち、多職種連携と市民啓発について紹介する。

今、全国の市区町村は地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる。その中でも、在宅医療・介護連携推進事業は国から具体的に取り組むべき8項目の事業が示され、平成27年度から全ての市区町村が実施することとされた。

本市では、これに先駆けて平成23年度に取り組みをスタートさせたが、この事業を手掛けることとなった当時の課題認識としては、「がん患者が退院後に在宅医療につながらず、帰宅後に途方に暮れるケースが散見される」ということ

だった。そこで、がん患者の退院後のQOL向上のため、緩和ケアなどに関わる医療・福祉の連携を進めるべく、地域医療体制の充実を目指すこととしたのである。目指すのは「住み慣れた我が家での療養を望む市民が、在宅療養・さらには看取りという選択ができるように地域医療の体制づくりを進める」ことである。

多職種連携の推進

1. 多職種をつなぐ自治体職員の役割

横須賀市がこの事業をスタートするにあたり、まず行ったのは、医療と介護の専門職へのヒアリングだった。こちらから出向いて個別に話を伺ったが、この手法は私たち職員にとって的確な方法であった。なぜなら、本音の声を聞き出すことができたからだ。その中には他の職種への要望や提案もあれば、職種間の相互批判

*所属は2019年3月執筆時

もあった。いずれも相互に面と向かっては言いづらい事柄だったろうと思うが、わざわざ話を聴きにきた市の職員には、日頃から感じていた思いを言えた。その本音の中にこそ、多職種連携を阻む課題が潜んでいるのは間違いがなかった。しかも、それぞれの専門職は患者・利用者により良いケアをしたいのに他の職種との連携ができずにうまくいかないというジレンマを抱えていた。「この状況を何とかしたい」という思いは共通だったのではないかと考えられた。それは、関係職種を一堂に集めてのヒアリングでは、決して聴くことのできない本音であった。

いずれにしても、我々は、このヒアリングから自治体が何をすべきかのヒントを得たことは間違いない。職種間を隔てていた深い溝を少しでも埋めるためになすべきこと、職種間の相互理解を深めることが必要だと気付いたのである。

在宅療養・在宅看取りを支えるためには、医療・介護の専門職がそれぞれの専門性を活かして連携する必要がある。患者に関わる関係職種が連携し、情報共有することで、在宅生活を支えるためのより良いケアを可能とする。自治体職員は、患者・家族が安心して在宅で療養できるよう、関係職種をつなげる役割を担っている。

2. フラットな関係性を目指す

まず、関係職種のネットワークを構築する目的で、皆が意見や思いを交換し、相互理解を深めてもらう場として、多職種が参加する会議を用意した。ヒアリングを行った職種に、この会議への参加を要請したところ、何人かに「市役所がそういうなら参加します」と言われたことが印象深い。中立な立場の市が設置する会議なら参加するということだったのかもしれない。医療・介護の職種は、相互にステークホルダーであり、そこには医師を頂点とする暗黙のヒエラルキーがあるのではないだろうか。

新たに設置したこの会議は、顔が見える関係構築を目的としたが、それだけでなく、共に現場の課題を抽出し、解決策を検討する会議体とした。「在宅療養連携会議」と名付け、医療と介護の専門職および市の関係職員を構成員とする



写真1 多職種合同研修会

11人でスタートした。

座長には横須賀市医師会の副会長に就任いただいたが、運営にはヒエラルキーを感じさせないフラットな関係性で発言できるよう心掛けた結果、職種間の溝は少しずつ埋まっていくと同時に、活発な議論から実効性のある課題解決策が生まれてきた。

このような多職種をつなぐための場づくりは、在宅看取りを支えるために行政ができる役割である。

なお、横須賀市医師会からは2名の医師に参加いただいたが、この会議設置を契機に行政と医師会との連携・協働体制を少しずつ積み上げていくことができた。

3. 隅々までのネットワークづくり

会議の構成員は、関係職能団体の代表者等である。ケアマネジャーだけでも市内には数百人いるので、団体代表者同士の連携だけでは、ネットワークの構築とは言えない。そこで、翌平成24年度、隅々までのネットワーク構築をめざして実施したのは、関係職種が誰でも参加できる多職種合同研修会である。第1回の参加申し込みを開始すると、数日で定員200名に達し、多職種がいかにこのような場を待ち望んでいたかを痛感した(写真1)。この研修会は、必ずグループワーク等の手法を入れ、参加者が他の職種と意見を交わすことができるプログラムとしている。

このほかにもさまざまなテーマで多職種が参加できる研修やセミナーを数多く実施し、職種間の連携を深める機会を用意してきたが、数年ののちには、関係団体が独自で多職種と交流で

きる研修を企画するなど、地域内で活発な動きが現れてきた。「地域が動く」と多くの関係者が感じ始めたこの動きは本市の多職種連携をさらに推し進め、看取りを支える地域づくりにつながっていく。

市民の理解を深めるための取り組み

在宅療養連携会議の議論の中からは、いくつかの課題が抽出された。その中の一つに「市民への啓発」があった。

人は皆、いつかは人生の幕が下りる時が来ることを知っているが、それは「まだ先のこと」と漠然と思っている人は多い。たとえ重篤な病を患っても、病院で治療を受ければ何とかなるのではないかと、という病院への期待、病院信仰は根強い。しかし、進歩した医療にも限界はある。医療・介護の専門職は、退院してご自宅に帰ったご家庭に支援に入っても、「病院に見捨てられた」と思っている患者や家族には、支援しづらいつらいつらというのである。

どんなに多職種が心を寄せて支えようとしても、患者・家族の理解がなければ受け入れてもらえないし、在宅療養の心構えや看取りの覚悟がしっかりしていないと揺らいでしまう。看取りまでの経過を説明するのは医療者の役割と考えるが、それ以前の市民啓発は行政の役割だ。いつか来るその時のために、在宅療養・在宅看取りも選択肢の一つであること、それを支える医療と介護の制度があり、専門職がいること、たとえ一人暮らしでも準備と覚悟があれば住み慣れた我が家で最後まで自分らしい人生を送ることが可能であること、そういう情報を市民に提供し、広く周知していくことが大事である。

横須賀市では、次のような啓発事業を展開している。

1. 在宅療養シンポジウムの開催

在宅医療や看取りに関するテーマを設定し、基調講演とパネルディスカッションで構成する内容のシンポジウムで、毎年、300～700人ほど参加がある。



写真2 出前トーク

2. 在宅療養ガイドブックの製作

Vol.1「最期までおうちで暮らそう」は、「在宅看取りについて知ってもらおう」ことをコンセプトに、在宅療養に関するエピソードを交え、医療・介護の専門職や制度、リビング・ウィルなどを紹介している。

Vol.2「ときどき入院・入所 ほぼ在宅」は、「時には入院・入所しながら在宅療養を継続する方法を紹介する」をコンセプトに、デイサービスやショートステイの紹介、医療機関の機能や入退院について説明する内容とした。

3. 出前トークの実施

市の職員が町内会、老人会、地域団体等の求めに応じ、指定会場へ出向き、在宅療養や看取りについてお話しし、参加者と意見交換を行う事業(写真2)。

平成24年度から開始し、30年度までの7年間で、97回実施、3,716人の参加があった。シンポジウムと異なり、市民との距離が近い分、反応も良いし、理解も深まる事業である。

4. 在宅医療に対応する診療所の情報提供

全戸配布の行政情報誌「市民便利帳」に医師会の在宅医療対応診療所を掲載するとともに、横須賀市ホームページでも紹介している。

5. 横須賀版「リビング・ウィル」の作成

横須賀版リビング・ウィルは、「元気なうちに、人生の最終段階における医療のことを考えるきっかけづくり」「自分の希望を家族などに伝



写真3 リビング・ウィル

「えるきっかけづくり」のための啓発ツールとして、あえて簡単で分かりやすい内容にした。出前トークなどで活用する(写真3)。

代表的な5事業を紹介したが、これで十分と

は言い難い。看取りに関する事柄は、自分自身あるいは自分の親世代が高齢になって初めて関心を持つ市民がほとんどである。情報を必要としたときに入手できるよう、啓発事業は形や内容を進化させながら継続していくことが必要である。

事業の評価指標の検討

1. 自宅死亡率と在宅療養支援診療所数

本市では、人口動態の自宅死亡率と在宅療養支援診療所数を指標として活用していた。自宅死亡率は、取り組み開始前は約18%であったが目標値を25%とし、在宅療養支援診療所数は、35カ所から50カ所を目指したのである。

両指標とも毎年、数値を延ばしていることは確認していたが、他都市との比較はできなかった。しかし、厚生労働省が突然、平成26年の全国の市区町村別自宅死亡率を公表したことで、人口20万人以上の都市においては本市がトップであることが分かり、新聞紙上でも各社大きく取り上げた(図1)。全国平均が12~13%である

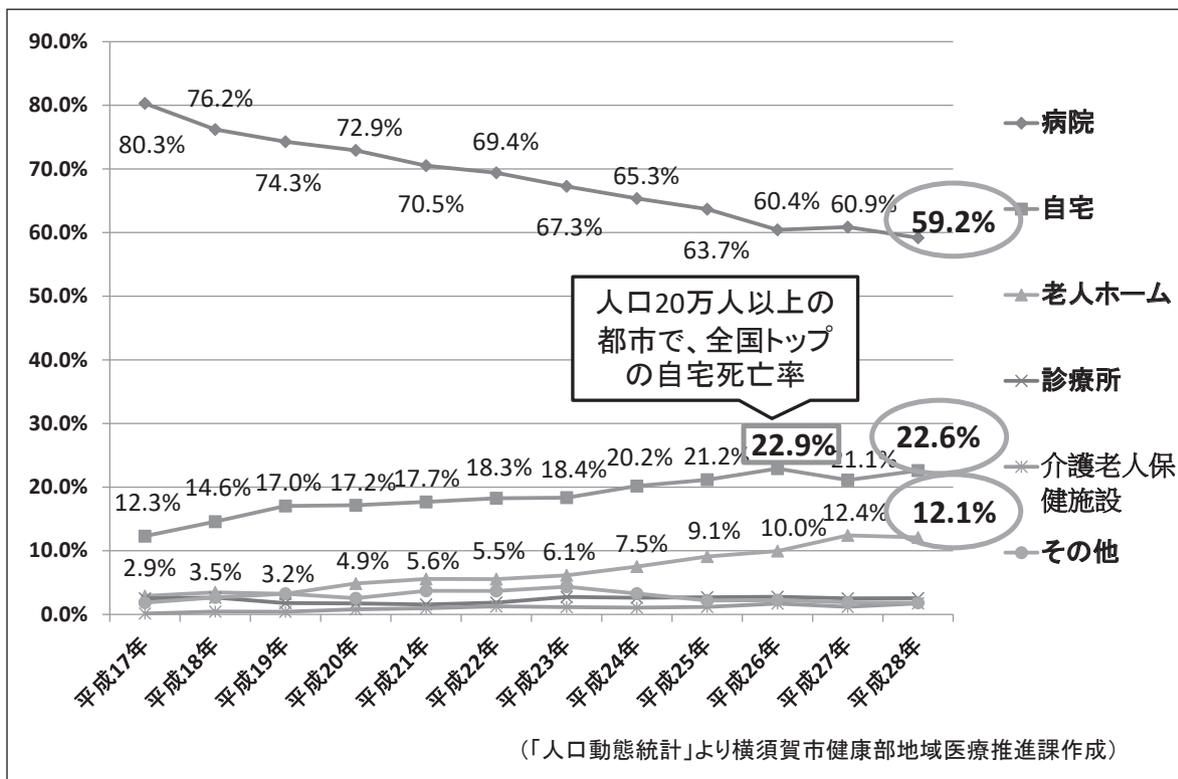


図1 場所別死亡率の推移

表1 地域看取り率

場所別死亡数及び場所別死体取扱数									
平成26年	出典	総数	自宅	老人ホーム	介護老人 保健施設	病院	診療所	助産所	その他
	横須賀市 人口動態死亡数	4,592	1,052	457	78	2,775	127	0	103
	区分別小計 (A)			535		2,902		103	
	神奈川県警 死体取扱数 (B)	758	572		52		4		130
	看取り数 (A-B)	3,834	480		483		2,898		-27
	地域看取り数		963						
	地域看取り率		21.0%						

平成27年	出典	総数	自宅	老人ホーム	介護老人 保健施設	病院	診療所	助産所	その他
	横須賀市 人口動態死亡数	4,544	957	563	65	2,759	114	0	86
	区分別小計 (A)			628		2,873		86	
	神奈川県警 死体取扱数 (B)	651	502		58		9		82
	看取り数 (A-B)	3,893	455		570		2,864		4
	地域看取り数		1,025						
	地域看取り率		22.6%						

平成28年	出典	総数	自宅	老人ホーム	介護老人 保健施設	病院	診療所	助産所	その他
	横須賀市 人口動態死亡数	4,456	1,007	539	77	2,637	114	0	82
	区分別小計 (A)			616		2,751		82	
	神奈川県警 死体取扱数 (B)	683	553		50		0		80
	看取り数 (A-B)	3,773	454		566		2,751		2
	地域看取り数		1,020						
	地域看取り率		22.9%						

平成29年	出典	総数	自宅	老人ホーム	介護老人 保健施設	病院	診療所	助産所	その他
	横須賀市 人口動態死亡数	4,702	994	683	77	2,700	139	0	109
	区分別小計 (A)			760		2,839		109	
	神奈川県警 死体取扱数 (B)	731	556		37		4		134
	看取り数 (A-B)	3,971	438		723		2,835		-25
	地域看取り数		1,161						
	地域看取り率		24.7%						

1 横須賀市の死亡数のうち、自宅・老人ホーム・介護老人保健施設での看取りを「地域看取り」と位置付ける。
 2 人口動態死亡数には、いわゆる異常死と判断された死体検案数を含むことから、神奈川県警横須賀市内3警察署で取り扱った死体取扱数を差し引いたものを「地域看取り数」とする。
 注：死体取扱数は「取り扱うこととなった原因が発生した場所」でカウントするため、死亡統計とは一致しない。
 注：死体取扱数には市外の住民登録のある者も含むが、少数と考えられるので、近似値として扱う。

ので、平成24年からコンスタントに20%を超えている本市の自宅死亡率が高いことは承知していたが、「横須賀市全国トップ」というニュースには心底驚いた。

一方、在宅療養支援診療所も徐々にその数を延ばし、平成30年現在、43診療所となっている。

2. 新たな指標設定

自宅死亡率は死体検案数も含むため、本来は指標としてはふさわしくない。検案を含まない“自宅看取り率”を指標とすべきであるが、看取り数は簡単に入手できない。死亡届の死亡診断(死体検案)書を1件ずつ調査すれば算出可能であるが、そのためにはそれなりの経費が必要だ。

そこで、簡易に算出する方法として、自宅死亡数から警察が介入した案件を差し引いて自宅看取り数とすることを思いついた。幸いなことに神奈川県警察の協力を得て、警察の死体取扱い数データを入手した。このデータは、死亡場所ではなく原因発生場所でカウントしているため、必ずしも正確な自宅看取り数は出せないが、おおよその数を掴むことができる。

もう一つ、新たな要素として施設看取りについて検討した。近年、看取り対応に力を入れる施設は増加傾向にあるが、家族と施設職員が看取ったのであれば、それはこの地域での看取りと位置づけ、これも警察死体取扱い数を差し引いて施設看取り数とした。

このように簡易な方法で算出した自宅看取り

数と施設看取り数を合計し、全死亡数からその割合を算出する。これを本市の独自指標「地域看取り率」(表1)とし、経年変化を追うこととした。独自であるがゆえ、他都市との比較はできないが、本市での看取り支援の取り組みの一つの結果指標ととらえている。

地域看取り率は、平成26年の21.0%から徐々に上昇し、直近、平成29年データは、24.7%となっている。

結びに

直接的な看取り支援はできない行政だが、自宅看取りを可能にする地域づくりには側面から力を注げる。医師会をはじめとする関係職種団体の協力は必要不可欠であり、思いを一つにつなげて共有することからネットワークの輪が広がる。だが年間死亡者数の増加が見込まれる状況の中、支え手には地域住民の力も必要だ。これまでは専門職をつなぐ土壌づくりをしてきたが、これからは地域住民と一緒に耕す地域づくりも進めていかなければならない。

横須賀市民は定住意識が高く、市民アンケートでは、市内に住み続けたいとの回答は8割を超えている。一方、在宅療養を望む高齢者は6割を超える。横須賀では今、市民の望みが叶うように、自宅での看取り、地域での看取りが自然なこととなるように、「在宅看取りを地域の文化に」すべく取り組みを進めている。

自宅での看取りとACP

東京ベイ・浦安市川医療センター 吉野かえで
同 副センター長 平岡栄治

POINT

- ① 終末期には患者の約7割が意思決定能力を失うため、元気な頃から「もしもの時」に備え、患者、家族、医師で話し合いを重ねることが重要である
- ② アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは、患者の価値観、人生の目標、今後の治療・ケアに関する意向や懸念を共有する「過程」である
- ③ 重篤な病や人生の最終段階になった時に、価値観に沿った医療やケアを患者が受けるためにACPが重要である
- ④ ACPを行うことで、患者の意向に沿ったケアの提供や患者の希望する場所での看取りが増加する
- ⑤ 高齢・多死社会を迎える本邦では更なるACPの普及が望まれる

特集

はじめに

終末期には患者の7割で意思決定が困難になるとされる¹⁾。患者本人の意思が確認できない場合には、家族や医療・ケアチームが本人の推定意思を尊重し最善の方針をとることが望ましいが(図1)、患者の価値観や希望に沿った医療が提供されているとは言いがたいのが現状である。患者本人の価値観に沿った医療・ケアが行われるために、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の導入が注目されている。本稿ではACPの概要について取り上げる。

本邦の現状

高齢多死社会が進む本邦では、2025年には5人に1人が75歳以上となり、現在120万人の年間死亡者数も160万人と大幅に増加すると予想されている。死亡者の増加と相対的な医療・ケアの不足により、2030年には40万人の終末期患者が看取り先の確保が困難な「死に場所難民」となる可能性も懸念されている²⁾。人生の最終段階において、患者本人の意思に沿った医療・ケアが行われ、望む場所で生を全うするためには、医療・介護の現場だけでなく、地域や国をあげた取り組みが必要となっている。

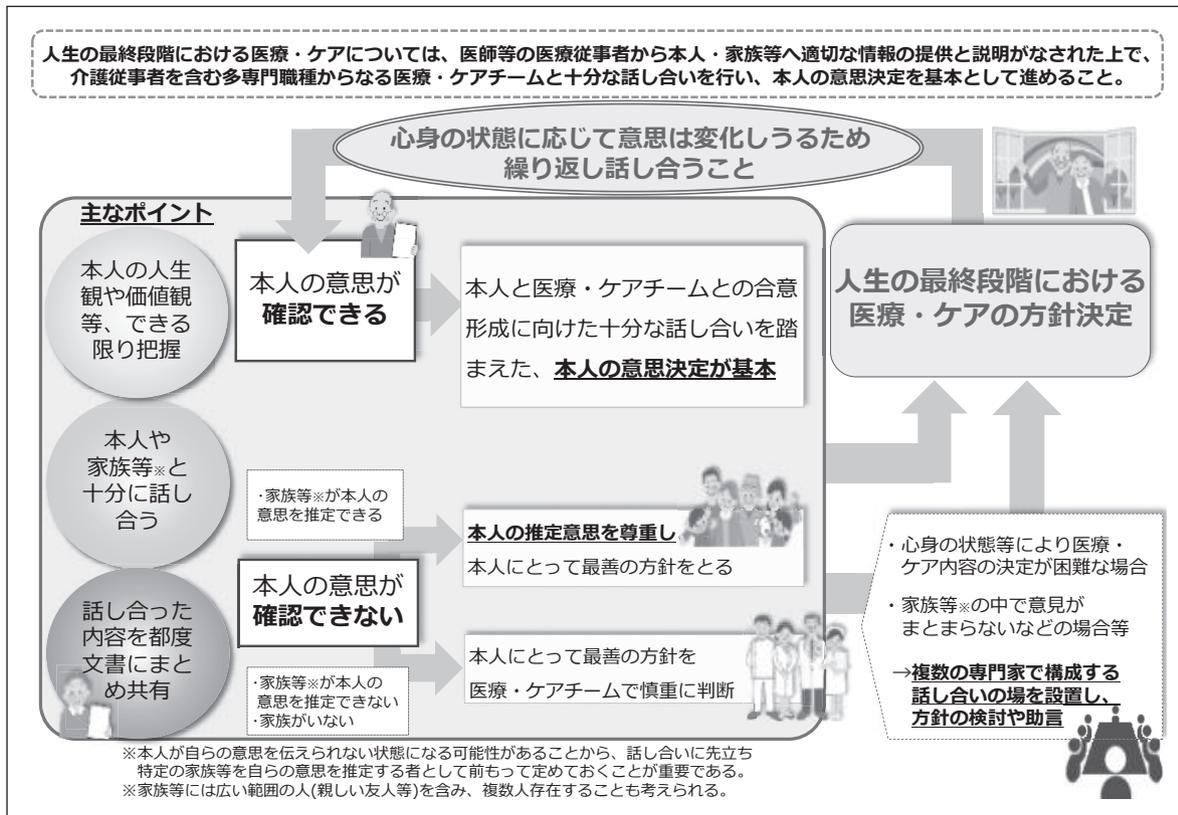


図1 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)
[厚生労働省ホームページより引用 <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000355116.pdf>]

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは

万が一病気や認知症などで自ら判断することや意向を他者に伝えることができなくなった(=意思決定能力が低下した)場合に備えて、患者、家族や近しい人、医療・ケアチームが繰り返し話し合い、患者の価値観やゴール、医療やケアに関する希望などを共有する“過程”のことである。適切な日本語訳がないためこれまで英語やカタカナで表記されていたが、一般国民への普及を目的として2018年に「人生会議」の愛称が付けられた³⁾。

ACPの歴史的背景

医療や生命維持装置の進歩とともにさまざまな倫理的問題が生まれ、1960年頃より米国ではリビング・ウィル(注:回復の見込みがない場合に侵襲的な治療や延命治療の差し控えを希望す

る文書)の作成が増えた。その後、意思決定能力が失われた場合に備え、心肺停止時のコードステータス(例:心肺停止時蘇生処置を希望しない)や治療の希望(例:植物状態では延命治療を希望しない)、代理意思決定者(例:自身の意思決定能力が失われた場合には妻に方針を委ねる)などを書類として残すアドバンス・ディレクティブ(事前指示書)が提案され、1990年代より米国の医療機関ではアドバンス・ディレクティブの確認や作成の励行が義務付けられた⁴⁾。患者中心の医療を目的として普及したアドバンス・ディレクティブだが、徐々にその弱点が浮き彫りになった。重篤な患者9,000名を対象としたSUPPORT試験⁵⁾では、熟練した看護師が患者・家族とアドバンス・ディレクティブを作成し主治医に伝えましたが、ICU利用率、アドバンス・ディレクティブの遵守率、患者・家族満足度において非介入群との有意差を認めず、文書の作成のみでは患者の意向を反映した医療が行われないことが示された。将来の状況の具体的な想定は困難であ

ること、結論のみの記載では患者の価値観や希望が分からず、複雑な状況では事前指示の内容を医療・ケアの選択に活かさないことなどが原因として考えられた。家族や医療者が患者の意向に沿って考えることができるために価値観・希望を共有することが重視されACPの概念が生まれた。その後ラクロス郡で早期から意思決定を支援し電子カルテでACPを共有したところ、患者の意向に沿った医療が提供されることが示され⁶⁾、ACPの普及につながった。

ACPの効用

現在までにACPの効用に関する複数の系統的レビューが行われ、患者の意向に沿ったケアの提供の増加、患者医療者間のコミュニケーションの質の改善、入院の減少、ホスピス・緩和ケアの利用率増加、家族の後悔の念の減少、患者の希望する場所での看取りの増加などが示されている⁷⁾。

ACPの手順⁸⁾

Stepに沿ったACPの手順について概説する。

Step1 患者の心構えの評価

患者の多くは終末期について考えておらずACPの必要性も感じていない。そのような患者に対しては話を始める心構えができていないか、病状の受け入れが可能か、自身の健康や予後についてどの程度知りたいのかなどを評価する。「もしもの時」について話し合う心の準備ができていない患者によっては侵襲的と感じる可能性があり、一方的な押し付けにならぬよう留意する。

Step2 ACPの障壁の評価

ACPの障壁として、表1に挙げた内容が指摘されている⁹⁾。患者や家族に話し合いに対するためらいが見受けられる場合には、原因の評価を行う。

Step3 価値観・ゴールの確認

表1 ACPの障壁

- ・ヘルスリテラシーの欠如
- ・死について考える経験の不足
- ・不安や否認
- ・困難や予後予測
- ・医師のコミュニケーション技術の不足

将来起こりうる事態の全てを想定し、文書で希望を残すことは困難であり、アドバンス・ディレクティブの限界でもある。患者の状態や価値観の数だけケアのゴールも異なる(例:病気の治癒、元通りの生活、延命、苦痛がないことなど)。ACPでは患者の価値観やゴールを共有することで、複雑な状況や想定外の事態においても、患者の意向に沿った最善の医療・ケアを提供することを目的としている。受け入れ難い状況や許容し得るQOLなどについても共有することが大切である。

Step4 代理意思決定者の選定

代理意思決定者とは、患者の意思決定能力が失われた場合に、代理で意思決定を行う人のことである。厚生労働省の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」¹⁰⁾にも、「家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする」とある。また、ここでの「家族」は親族に限らず、広い範囲の人(親しい友人など)が含まれる。代理意思決定者に求められるのは、「患者であれば何を希望するか」を考えることができるか、すなわち患者をよく知り患者自身の価値観に沿って意思決定ができることである。時間の制約がある場合でも、意思決定能力がある間に、代理意思決定者を選定しておくことが重要である。代理意思決定者が患者本人の意向を全て理解していることはないため、時間をかけて患者の価値観を共有し、継続的に話し合いを行うよう患者・代理意思決定者へアドバイスを行う。

Step5 医療・ケアに関する意向の記載

本人の希望がある場合には、リビング・ウィ

表2 カルテのフォーマット例(ACPの構成要素)

日時, 話した相手
予後についてどの程度知りたいか
代理意思決定者(信頼できる人)
大切にしていること, 価値観, 人生観, ゴール
このような状態になったら「生き続けることは大変かもしれない」と感じる状況
してほしい治療・ケア, してほしくない治療・ケア
病状の悪化等により自分の考えが伝えられなくなった場合に治療やケアを受けたい場所
注: 1回で全てを埋める必要はない

ルやアドバンス・ディレクティブを作成する。

Step6 患者の価値観・意向を反映させた治療計画の立案

Step1~4で共有した患者の価値観や意向を、医療者の立場から目の前の医学的問題とケアの計画に落とし込む。患者の意向に変化があった場合には、その都度柔軟に対応していく必要がある。

Autonomy(患者の自己決定権)が重視される欧米とは異なり、アジア人はより集団的・家族的意思決定を重視するとされる⁵⁾。「家族に決めてもらいたい」「医師に任せたい」と患者が述べた場合には、家族や医療者が患者本人にとっての最善を考えていく。

Step7 カルテの記載

結論(例:家で自然な形で最期を迎えたい)だけでなく、何故そのように考えるに至ったのか対話の流れを医療・ケアチームで共有できるようなカルテに記載することが重要である(例:認知症終末期の父は施設で経管栄養をされていたが、誤嚥性肺炎で入退院を繰り返し最期は病院で亡くなった。長年父の姿を見ているうちに自身は口から食べられることが重要だと考えるようになった。いかなる時も経管栄養は希望しない。自分たちは住み慣れた家で最期を迎えたいと妻と話している)。心身の状態の変化や親しい人の死などの経験をきっかけに価値観が変化することもあるため、価値観の変遷も分かる形で記載できると理想的である。当院では電子カルテ内にACPのフォーマットを作成し、過去に

どのような話し合いがなされているか検索することができるようにしている。また、フォーマットにACPの構成要素(例を表2に示す)を記載することで、より多くの人に記載してもらえよう心がけている。

ACPの対象と段階

ACPの対象は明確に定められていないが、少なくとも意思決定能力が低下する前の導入が望ましい。①50歳以上の定期外来患者、②慢性進行性疾患の診断時、③虚弱性や医療依存度が増した時にACPを行うことが勧められている¹¹⁾。ACPは価値観やゴールを共有する過程であるため、前述した手順を全て行わなくとも良い。

患者の健康状態と現実味や心構えに合わせた一例をある男性の時間経過と共に示す。

50歳:高血圧で通院するのみ

死について考えたことがなく、話し合う心構えもないことが多い。この段階でも「もしもの時」について何か考えた経験があるかを尋ねることは重要である。一度話しておくことで、本人の考えるきっかけとなる、あるいは病状が進んだ際によりスムーズに話をしやすくなるなどの効用がある。

70歳:心不全で初回入院

少し現実味を帯びた状態であるが、心構えはまだないかもしれない。この段階で話をすることは非常に重要である。心不全やCOPDなどの慢性疾患では一時的な入院加療を要するものの早期に改善することが多く、患者やあるいは医

話し合いによりもしもの時に
望んだ治療、ケアを受けられる可能性が高くなります

これからの治療やケアについての話し合い
—アドバンス・ケア・プランニング—
のすすめ方

ステップ1：考えてみましょう

ステップ2：信頼できる人が誰かを考えてみましょう

ステップ3：主治医に質問してみましょう

ステップ4：話し合いましょう

ステップ5：伝えましょう



1. もし生きることができる時間が限られているとしたら、あなたにとって大切なことはどんなことですか？以下の中から選んでみてください。（複数回答可）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 家族や友人のそばにいること | <input type="checkbox"/> 少しでも長く生きること |
| <input type="checkbox"/> 仕事や社会的な役割が続けられること | <input type="checkbox"/> 好きなことができること |
| <input type="checkbox"/> 身の周りのことが自分でできること | <input type="checkbox"/> ひとりの時間が保てること |
| <input type="checkbox"/> できる限りの治療を受けられること | <input type="checkbox"/> 自分が経済的に困らないこと |
| <input type="checkbox"/> 家族の負担にならないこと | <input type="checkbox"/> 家族が経済的に困らないこと |
| <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみがないこと | <input type="checkbox"/> その他（具体的に書いて下さい） |

またその理由を書いてみましょう。

.....

.....

2. あなたご自身や親しい方が重体や危篤になった経験や、親しい方を亡くしたご経験はあるでしょうか？ご自身、ご家族や友人のご経験、またはテレビや映画の場面を通じてお感じになったことについて、お伺いします。

「こんな最期だったらいいな、こんな治療やケアを受けたいな」と感じたことはどんなことですか？具体的に書いてみましょう。

.....

.....

「こんな最期は嫌だな、こんな治療やケアは嫌だな」と感じたことはどんなことですか？

具体的に書いてみましょう。

.....

.....

今後もしあなたが同じような状況（重体や危篤）になったとしたらどのような治療やケアを受けたいですか？具体的に書いてみましょう。

.....

.....

図2 これからの治療・ケアに関する話し合い

【厚生労働省パンフレット https://square.umin.ac.jp/endoflife/shimin01/img/date/pdf/EOL_shimin_A4_text_0416.pdf】

表3 「人生の最終段階における医療体制整備事業」一般公開用資料より抜粋

<p>文例 「もしもの時」について話し合う心構えができていないか尋ねる</p> <p>万が一の時のことを考えてお聞きするのですが、</p> <ul style="list-style-type: none"> - 前回と同じような状況になった時のことを - 病状のために身の回りのことをすることができない状態になった時のことをお考えになったことがありますか？ - もしよろしければ詳しく教えてください <p>もしもの時のことについて、これから相談をしていきたいと思うのですがよろしいでしょうか？</p>
--

[厚生労働省ホームページより引用 <http://endoflife2018.umin.jp/document.html>]

療者自身も経過を予測できていないことが多い。疾患の自然経過や予後の説明することで、ACPを行う心の準備にもつながる。

80歳：心収縮力の低下した心不全で入退院を繰り返している

医療者から見るとかなり現実味を帯びた状態であるが、この段階でも現実味を感じていない患者も多い。病状と患者の認識に乖離がある場合には、病状や認識のすり合わせを行うことで、ACPの内容もより具体的なものとなる。どこで最期を迎えたいのかなども家族と共有できると良いであろう。

心身の状態の変化や体験に応じて価値観は変化しうることを念頭におき、状態が変わるたびに繰り返し話をするのが重要である。

ACP導入の糸口

患者・家族との会話の糸口に迷う場合は、厚生労働省や日本医師会がインターネット上で公開しているパンフレット^{12), 13)}を使用するのも一手である。特に厚生労働省のパンフレット(図2)はACPについての説明に留まらず、パンフレットに沿ってACPを行い、患者本人の価値観や代理意思決定者について文書化することもできる実践的な内容になっている。ただし、パンフレット単独ではACPの効果が認められず⁷⁾、患者・家族・医療関係者が同時に話し合うことが有用とされる^{14), 15)}。パンフレットを渡しただけで満足することなく、患者・家族との対話を始めることが重要である。

また、平成30年度 厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」一般公開用資料(<http://endoflife2018.umin.jp/document.html>)に文例が多数掲載されており(表3)、国立長寿医療研究センターのホームページ(<http://www.ncgg.go.jp/hospital/overview/organization/kanwa-care.html>)ではe-Learningが視聴できるので、ぜひ参考にしてほしい。

医療・ケアチームとACP

これまでは病院で医師主導のもと行われることの多かったACPだが、今後は在宅や施設で医療・ケアチームとして推進する機会が増加するであろう。ACPは医師のみが行うものではなく、改まった場で「ACP開始」の宣言をもって行うものでもない。看護ケアやリハビリテーションの合間に患者が価値観や希望について語ることも多く、何気ない会話も価値観を共有する過程と捉えてほしい。また介護・ケアの現場での実践のためには、治療に携わる者だけでなく、ケアに携わる全ての人を含む医療・ケアチームでACPの理解と共有が求められる。

在宅看取りとACP

ACPにより患者が希望する場所での看取りが増えることも報告されている。地域をあげた取り組みにより患者の望む医療の提供が増加したラクロス郡のように、病院・施設の垣根を超え地域で患者の意向を共有することで、より望む

場所・望む形で医療・ケアを提供できると期待される。ACPのリレーについては次章で取り上げる。

日本におけるACP普及の現状

厚生労働省の調査⁹⁾によると、自身が意思決定できなくなった時に備えて、医療・療養に関する希望を記載した書面をあらかじめ作成しておくことについて国民の66%が賛成しているが、実際に作成しているのは僅か8.1%に過ぎない。ACPについても「よく知っている」は一般国民のわずか3.3%で、医療介護従事者でも医師22.5%、看護師19.7%、介護職員で7.6%と認知度が低く、一層の普及・啓発が望まれる。

最後に – Hope for the best, prepare for the worst –

終末期には患者の7割が意思決定能力を失うため、早い段階から「もしもの時」に備えた話し合いを重ねていくことが重要である。患者の価値観に沿った生を全うしてもらうためにACPを推進していきたい。

参考文献

- 1) Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. N Engl J Med 2010; 362(13): 1211-1218.
- 2) <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000086353.pdf>
- 3) https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html
- 4) Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990, Public Law No.101-508, § 4206 & 4751, 1990.
- 5) A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. JAMA 1995; 274(20): 1591-1598.
- 6) A comparative, retrospective, observational study of the prevalence, availability, and specificity of advance care plans in a county that implemented an advance care planning microsystem. J Am Geriatr Soc 2010; 58: 1249-1255.
- 7) Overview of Systematic Reviews of Advance Care Planning: Summary of Evidence and Global Lessons. J Pain Symptom Manage 2018; 56(3): 436-459. e25.
- 8) Advance care planning in the elderly. Med Clin North Am 2015; 99(2): 391-403.
- 9) Hospitalist Vol.5 No.4 2017.
- 10) 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン, 厚生労働省改訂, 平成30年3月.
- 11) Implementing advance directives in office practice. Am Fam Physician 2012; 85(5): 461-466.
- 12) 日本医師会: 終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング (ACP)から考える.
- 13) 厚生労働省: これからの治療・ケアに関する話し合い –アドバンス・ケア・プランニング–.
- 14) The effectiveness of interventions to increase advance directive completion rates. J Aging Health 2007; 19(3): 519-536.
- 15) Interventions to promote the use of advance directives: an overview of systematic reviews. Patient Educ Couns 2010; 80(1): 10-20.

病院と在宅診療所の関わり —協力してACPのアップデート, ACPのリレー, ACPの共有を!—

東京ベイ・浦安市川医療センター 副センター長 平岡栄治

POINT

- ① アドバンス・ケア・プランニング(ACP)のゴールは、将来、まさかのイベントが生じた時に「これでよかった」と思ってもらえること、意思決定支援である
- ② 同時にさまざまな医師が関わっているとACPの導入にハードルが生じたり、ACPが生かされないリスクがあることを認識し対処することが重要である
- ③ ケアの移行によりACPもリレーされることが重要である
- ④ ACPのアップデートも重要である

はじめに

近年、アドバンス・ケア・プランニング(advance care planning, ACP)が非常に注目を集めている。ACPとは、将来の健康、療養に関する懸念、万が一意思決定能力が低下したときのために価値観や事前指示、意思決定代理人について患者と医療者と家族で話し合うプロセスをさす¹⁾。人生会議と訳される²⁾。ACPのゴールは、①将来のイベントに際し、意思決定が容易になること、②意思決定への満足度の改善、③後悔の念の減少、④多くの人は生死に関わる重大な意思決定をするとき意思決定能力が完全ではなく代理意思決定者の助けが必要になる。その場合でも、意思決定に患者本人の価値観が入ること、⑤患者の望むケアのゴールに適した医療が行われる

こと、⑥緩和ケアの導入率が増加するなどである¹⁾。プライマリケアで導入されることもあるし、高次医療機関病院で導入されることもある。患者は、総合内科、総合診療科だけでなく、専門外来に通院することもあるし、病院から在宅へケアが移行することもある。さまざまな医師、施設が関わったときや、ケアが移行するときのACPの問題点について概説する。

さまざまな診療所、病院、複数の医師が関わっているときのACPの問題点

近年、複合疾患合併症例の高齢者が増加してきている。そのため、多くの医師が関わっている症例がある。関わっている医師が多くなると、ACP導入へのハードルが上がったり、せっかく

ある医師が導入したACPが他の医師に共有されなかったり、無視されたりといった問題点が生じる³⁾。

例えば、大病院の専門外来通院中の癌患者が重症肺炎になって地域病院に入院したとする。地域病院で継続的にケアしている患者よりも、この患者に対し地域病院医師はACPに困難を感じるであろう。コードステータスや人工呼吸器などの事前指示に関する議論を行う上では予後予測を行い患者に伝える必要がある。その場合、専門外来主治医から非難されることや、専門外来主治医と患者の関係を悪化させることへの懸念からACPを躊躇することも多い。このような場合には、大病院の専門外来主治医へ連絡し、①予後予測、②患者へどのように説明していたか、③今後患者に何を説明するか、などを議論し共通認識(コンセンサス)を持つことが重要である。患者自身にも「これまでどのように説明を受けているか?」と尋ねることも重要である。「元の主治医と話し合った結果このように考えています」と患者にコンセンサスを得たことを説明した上なら、患者にとっても地域医師にとってもACPはやりやすい。

さらに、複数の科、複数の医師に通院している患者となると「誰かがACPを行うだろう」といった考えからACPが導入されないリスクがある³⁾。また、せっかく導入された場合にもその情報が共有されず望まない侵襲的治療を受けるリスクもある。多くの医学的問題を抱え複数の医師にかかる患者の場合、ACP議論を誰が行うか、総合的に考えて目の前の患者の予後はどの程度でベストケアは何か、などに関わる医師同士で話し合うことが必要な時もある。

ケアの移行に伴うACPのリレー、 価値観のリレーの重要性

ACPが行われアドバンス・ディレクティブが作成されたとしても、意思決定に関わっている人全ての共通認識でないと、いざという時に「患者の価値観」に沿った意思決定がされにくい。現代の医療は、主治医が外来、ICU、入院と継

続していることが少ない。外来医、救急外来、集中治療室、一般病棟、在宅へとケアの場所が変わり、その都度主治医が変わる可能性がある。ケアの移行があるとせっかく導入されたACPがうまく伝わらず、意向に反した入院、集中治療や延命治療が行われうる。ケアの移行により生じた問題症例をもとに説明する。

症例1 診療所でACPが行われ、事前指示にて「しない」と決めていたことが病院で「する」と変化した症例

87歳、男性。高血圧、DM、CKD(Cr3.8mg/dL)で診療所に通院中であった。浮腫が出現し、フロセミド内服加療。自宅内の生活は自立しているが、足腰が弱いため外出は控えている。

ACPが診療所にて導入された。食べることが好き。妻の料理が好き、マグロの刺身が好き。長男、長女は結婚しそれぞれ家庭をもっている。万が一、重篤な状態になっても「延命治療はしてほしくない」と強く希望している。代理意思決定者は妻。透析には絶対なりたくなく、腎不全になっても導入をしないと表明している。倦怠感が強く食欲がなくなったため、地域総合病院を受診。BUN 80mg/dL, Cr 6.0mg/dL。胸水も貯留し、溢水であった。末期腎不全で透析が必要と診断された。本人、妻、2人の子どもに、症状は尿毒症であること、透析で症状が軽減する可能性があること、今は、血管カテーテルで透析を行い、慢性維持透析のためにはシャント作成が必要なことが説明された。本人は、以前は「透析をしない」と決めていたが、病院で説明を聞くと、「透析をした方がいいのかな」と迷いがあった。「十分生きたのでこれ以上の負担はいやだ」、という患者の思いは家族、医療者に共有した。一方、「食べることが好き。透析でまた食事を楽しめるようになる可能性があるとなると、透析を試してみたい」とも思い始めている。こういうときは、time limited trialとして、本人が期待している効果が出るか、本人が受容できる負担であるか試してみるという選択肢も妥当である⁴⁾。「食欲が改善し、QOLが上がり、続けてもいいと思ったら継続、期待した効果が得

られず苦痛にしかならないなら中止することも話し合しましょう」という選択肢も提示され、いったん透析が開始された。1週間後、症状が取れ、食欲が改善し透析をしばらく継続することになった。

解説:この症例では、「患者の思い、希望は移り変わるもの」、常にアップデートしていくことが重要というテーマである。医学的な誤解、または情報不足、現実味がなく実感がわからないことから、事前指示ではしないと決めていたことも、現実味が出たら「する」と意思が変わることもある。ACPは将来にそなえての準備なので、現実味が低い段階での患者の考えは、現実味が出ると変化することもある^{5),6)}。病院側は、ACPがすでにプライマリ・ケアで導入されて事前指示が作成されていても、「まさかのこと」の現実味が増してきたら、医学的妥当性を十分説明し誤解がないことを確認した上で、事前指示の意思に変更がないか確認する必要がある。事前指示どおりに意思決定がされなかったからといって、プライマリ・ケアでACPが導入されたことは無駄だったわけではない。早めにACPが導入されていると、患者も家族も人生の最終段階について考えるきっかけになる。ACPの中で導入は患者にとっても医師にとっても、もっとも困難を感じるパートであるが、いったん導入されると、次からは議論がしやすくなるというメリットがある。

この症例は問題症例ではなく、適切にACPが行われた症例である。しかし、上記のようなことをプライマリ・ケア医と病院医師が理解しておかねば衝突が生じる可能性があり注意が必要である。

症例2 病院で「侵襲的なことはしない」と決めていた意思が地域にうまく伝わらなかった症例⁷⁾

認知症、要介護4で施設入所中の認知症90歳、女性。憩室出血による入退院を繰り返し、今回は6回目の入院である⁷⁾。環境が変わると不穏となるため、入院中は身体拘束が必要となった。連日の輸血で何とか安定したが、末梢静脈路の確保も困難となっている。慣れ親しんだ施設に

いる方が穏やかな時間を過ごすことができるとの思いから、再出血したとしても施設で行える緩和ケアと看取りを家族が希望した。ケアのゴール設定を症状緩和とし、出血時も苦痛緩和のみを行う旨を記載した紹介状をFAXで送信し、受け入れが可能であることを確認して退院の運びとなった。帰りの車内で血便を認めたところ、施設到着と同時に嘱託医の指示のもと再搬送された。ERでの採血に際し、患者は暴言・暴力行為があり拘束が開始されている。家族から「なぜまた病院に戻されたのか」との不満が表明された。

解説:コミュニケーションエラーによりACPが共有されず起きた事例である。以下、筆者が推測する、意思決定に関わる人々の気持ちを示す。

施設職員、嘱託医:

施設では止血や輸血などの処置ができないため、ご家族の期待に沿えるだろうか？ 状態が悪くなり病院に送ると「なぜここまで放置していたのか、もっと早く搬送してくれたら」と急性期病院の医師や家族に非難されるのではないか心配。緩和といっても輸血なしでどうやって緩和ケアをしたら良いのだろうか？

急性期病院の担当医:

ご家族は施設での看取りを希望されているのに、なぜ診てくれないのか？

家族の気持ち:

あれほど緩和ケアだけをお願いしたのに、なぜ施設は診てくれないのか？ 病院の医師と施設は適切に話し合ってくれたのか？

ACPは患者・家族と一人の担当医だけではなく、関わる全ての人で共有することが重要である。患者の多くは病院で亡くなる⁸⁾が、特に病院の多い都市部においては必ずしもかかりつけ医の病院に搬送されるとは限らない。病院で亡くなる患者の多くはACPを導入したかかりつけ医師(例えば診療所医師)の治療を受けない可能性もある。したがって、ACPを行った医師は、自分以外の医療者が関わった際にもACPに基づ

注:日本人の死亡場所

日本の人口は1億2,700万人⁹⁾、年間130万人死亡する(1%)⁹⁾、そのうち73%は病院で亡くなる⁹⁾。

いたケアの質が担保されるよう手配することを考慮することが重要である。

- この症例で、このような事態を予防するには
- ① 施設、急性期病院、家族で「患者のケアのゴール」が「十分な緩和ケア」であることを共通認識にする。
 - ② 施設で実現可能な「緩和ケア」の具体的な内容を3者で事前に話し合う。緩和＝止血・輸血ではなく、例えば血便が出た際には臀部が不快でないようおむつを交換する、など。疼痛や呼吸困難が出た際には、可能であれば麻薬の投与を検討する。
 - ③ 退院後十分な緩和ケアを施設で行うことが困難な場合には入院の上で緩和ケアを行う。ただし、患者が不穏となり拘束という負担を負うリスクはある。

このような内容を病院の医師・患者家族・施設職員が退院前に十分協議した上で、アドバンス・ディレクティブを作成するとうまくいくことが多い。退院前カンファレンスを実施し、急性期病院の医師、施設長、嘱託医、患者、患者家族が十分話し合い、すべての人の懸念が解消されていることが理想的である。患者のケアのゴールやしてほしいこと、してほしくない処置を共通認識にすることが重要である^{10),11)}。さもなくば患者の思いが尊重されない医療行為が行われるリスクが出てくる³⁾。

症例3 病院医師が全くACPを知らず、または知っていても「救命至上主義」のためACPを無視されるリスク

85歳、男性。認知症FAST STAGE 6で車いすになっている。往診医に診てもらっている。浮腫が出たため、病院に紹介され、AS(大動脈弁狭窄症)による心不全と診断された。開業医と循環器医と家族で相談し、ACPが導入された。ケアのゴールを症状緩和、好きな家族と自宅にいる時間を長くする、弁置換など侵襲的処置はしない、突然死は受け入れる(DNR, DNI)としていた。自宅で、突然呼吸困難が出現し、救急車をコール。心停止したため、救急隊員が、心

肺蘇生を開始、救命救急センターに搬送。家族がACP内容を伝えたが、「これは延命ではありません、救命です」とのことで経皮的人工心肺(PCPS)が挿入され、ICUに入院し、翌日死亡となった。

解説:こういった事象が生じる原因として、①緊急事態で普段全く関わっていない救命救急センターに搬送されると、いくら普段からACPが行われていてもその内容は伝わらず救命措置が開始される、②ACP内容が救命センターに伝わったとしても、他の医師が導入したACPが「本当に医学的妥当性に基づくもの」であるか確認が必要との思いからとりあえず救命処置が開始される、③救命こそ救命医のすべきこと(救命至上主義)という救急医がいると聞く。そういった救急部では、ACPの有無や患者の価値観を確認したり、それにのっとって意思決定が行われたりしない可能性があると推測する。この症例では、予後が悪く事前指示書が出来上がっており、緩和ケア中心に行っていくと主治医、本人、家族で事前指示していた。そういう場合は、急変時は救急車でなく、往診医を呼ぶことをアドバイスするのが無難かもしれない。いかなる時もしないと決まっている処置がある際には、次に述べるPOLSTが価値感のリレーに役立つ可能性がある。

Physician Order Life Sustained Treatment: POLST (www.polst.org) (図1)

入院中の医師のDNRオーダー(心肺停止時、蘇生処置をせず、そのままお看取りという医師の指示)は基本的には入院中にしか効力を持たない。入院中にDNRと話し合ったとしても退院後に自宅で心停止し救急車を呼ぶと、搬送された別の病院でCPRが実施されることがありうる。このようなことを防ぐため米国の多くの州ではPOLSTと呼ばれる院外でも有効な医師の指示システムが「標準医療」として運用されている¹²⁾。POLSTはCPR、挿管、抗菌薬、人工栄養、病院への搬送、ICUへの入室などの項目からなる。

HIPAAは必要に応じて他の医療専門家に対するPOLSTの提示を認めています				
JAPANESE	延命治療に関する医療提供者指示書 (POLST) - HAWAII			
<p>まず本指示書を「優先度」に従って下さい。その後の医療提供者に渡す前に確認して下さい。本指示書は、患者の意思を反映し、医師の指示に従って治療を受ける権利を行使するためのものです。本指示書は、患者の意思を反映し、医師の指示に従って治療を受ける権利を行使するためのものです。本指示書は、患者の意思を反映し、医師の指示に従って治療を受ける権利を行使するためのものです。</p>				
A	<p>心肺蘇生 (CPR): ** 脈拍がなく、呼吸が停止している患者 **</p> <p><input type="checkbox"/> 心肺蘇生を試みる (CPR)。 <input type="checkbox"/> 心肺蘇生を試みない (DNR)。 (自然死を希望)</p> <p>(セクションB: 最大限の治療範囲を希望)</p> <p>患者に脈がある場合は、セクションBおよびセクションCの指示に従ってください。</p>			
B	<p>医療行為: ** 脈および呼吸のある患者 **</p> <p><input type="checkbox"/> 緩和的処置のみ: 痛みや苦しみを緩和するために、あらゆる方法での投薬、体位調整、傷の手当て、その他の処置を希望する。緩和に必要場合は、酸素投与、吸引、および手を使った気道開通の対処法を行う。指示の範囲で症状が緩和できれば、満足する。</p> <p><input type="checkbox"/> 限られた範囲の追加医療処置: 上記の処置を含む。指定した医療処置、処置、治療をする。気管への挿管はしない。気管の少ない呼吸の補助を考慮する。(例として、持続的気道陽圧 (CPAP) または二相性気道陽圧 (BiPAP)) 指示のある場合は、病院へ搬送する。集中治療は避ける。</p> <p><input type="checkbox"/> 最大限の治療範囲: 上記の処置を含む。指示に従って、気管への挿管、高度な気道確保、人工呼吸機、機械的/電気的除細動器の使用を行う。指示のある場合は病院へ搬送する。集中治療も行う。</p> <p>その他の指示: _____</p>			
C	<p>人工栄養補給: 可能であり望ましい場合は、食物および液体を口から摂ることを勧める。 (次のページの栄養と水分補給に関する指示を参照してください)</p> <p><input type="checkbox"/> 経管栄養補給を行わない。 <input type="checkbox"/> 指定した経管栄養補給を行う。</p> <p><input type="checkbox"/> 長期的経管栄養補給を行う。 目標: _____</p> <p>その他の指示: _____</p>			
D	<p>署名および病状の概要 - 読みやすい字で:</p> <p><input type="checkbox"/> 患者または <input type="checkbox"/> 法的代理人 (LAR)。 LARにチェックした場合は、以下のボックスもひとつチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 医療委任状に署名された代理人 <input type="checkbox"/> 患者が指名した代理人</p> <p><input type="checkbox"/> 関係者の同意のもと選ばれた代理人 (セクションEに署名してください) <input type="checkbox"/> 未成年者の親</p> <p>医療提供者の署名 (ハワイ州で免許を受けた医師/APRN) 下記に署名をすることによって、本医療指示書が私の知る限り、患者の病状および治療希望に従ったものであることを表明します。</p> <p>医療提供者の氏名 _____ 医療提供者の電話番号 _____ 科 _____</p> <p>医療提供者のライセンス番号 _____</p> <p>患者または法的代理人の署名 下記の署名は、本書に記入した治療指示/蘇生方法が、私の希望に合ったもの、または (LAR) による署名の場合は、本書の目的で署名した患者の希望を反映していることを示しています。患者が変更した希望に合ったものであることを変更してください。</p> <p>氏名 (漢字) _____ 本人との関係 (患者は「本人」と記入)</p> <p>病状の概要 _____ 医療提供機関 _____</p> <p>Japanese version is for educational purposes only. 日本語版は説明のみを目的とするものであり、正式なPOLSTフォームとして使用できません。</p> <p>The signed Hawaii POLST form must be in English or the original language presented on real and follow copies. 署名入りハワイPOLSTフォームは、真実性が高く、他を複製する必要があるため、実地で作成されてはなりません。</p>			
患者の移送時または退院時には本書と共に送り出すこと				
HIPAAは必要に応じて他の医療専門家に対するPOLSTの提示を認めています				
患者の氏名	生年月日	性別	男	女
患者の緊急連絡先または法的代理人				
氏名	住所	電話番号		
最新署名作成した医療専門家	外科医の印鑑	電話番号	最新署名の日	
E	<p>関係者の同意のもと選ばれた代理人 (法的代理人についてはセクションDに概要が示されています)</p> <p>わたしは、他の場合には特定されないことを通知の上、本書に署名されている患者の法的代理人を推薦することをご希望します。患者は主治医によって意思決定がなされることを選択せず、医療代理人、司法当局が指定した保護者、患者が指名した代理人が存在しないこと、あるいは医療代理人、保護者、指名代理人が必要と認めることができないことを承認しました。主治医または医師の署名は、本書でできる範囲内で最大多数の候補者を見つけるほどの努力を行いました。また、当該候補者に対し患者が意思決定能力に欠けること、患者の意思決定代理人を指名し得ないことを通知しました。その結果として、ハワイ州修正法 1329E-9に署名された私が患者の意思決定代理人として署名しました。わたしは、以下のセクションをよく読み、人工的な栄養補給の一時的または中止の決定に同意して選ばれる権利を放棄し、また、</p> <p>氏名 _____ 本人との関係 _____</p>			
医療専門家に対する指示				
<p>POLSTの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の意思に基づいて医療専門家が行うべきことは何れか。 POLSTはハワイ州で免許を受けた医師または、国家資格者 (APRN) および患者本人または患者の法的代理人の署名がなければ有効になりません。医療提供者の印刷による指示は受け入れられません。 オリジナルフォームを使用されることを強くお勧めします。署名入りPOLSTフォームの複製または再AXは法的に有効です。 <p>POLSTの使用</p> <ul style="list-style-type: none"> POLSTの本記入セクションは、当該セクションの治療全てを許容することを意味します。 セクションA: <ul style="list-style-type: none"> 心肺蘇生を試みないことを選んだ人には除動器 (自動体外除細動器を含む) は使用されません。 セクションB: <ul style="list-style-type: none"> 緩和的処置において疼痛の緩和ができない場合は、「緩和的処置のみ」を選択した人を改めて、苦しみの緩和ができる範囲へ希望します (医療従事者からの治療のみ)。 緩和を目的とした追加的処置は「緩和的処置のみ」を選択した人にも適切な場合もあります。 治療による水分補給を希望する人は、「限られた範囲の追加医療処置」または「最大限の治療範囲」を選択してください。 セクションC: <ul style="list-style-type: none"> 患者または法的代理人は人工栄養/水分補給に関する意思決定を行います。しかし、患者に指名されていない代理人 (関係者による同意に基づいて選ばれた代理人) は、主治医および主治医以外の医師が患者の意思決定から人工栄養/水分補給の実施または継続が許容するかどうかを、患者が同意する範囲で決定し、可能な限り同意を拒絶した場合のみ、人工栄養/水分補給の一時的または中止の決定をすることができます。HHS 93276。 <p>POLSTの再検討 POLSTは定期的に再検討することを勧めます。再検討が推奨されるのは次のような場合です。</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者が他の医療従事者または医師とよく話し合ったり、または 患者の健康状態に大きな変化があった時、または 患者の意思決定に関する希望が変わった時。 <p>POLSTの修正と取り消し 患者が意思決定能力のある患者、または患者に能力のない場合は法的代理人は、治療計画の変更を希望し、何れでもPOLSTを取り消すことができます。変更の意思はあらゆる方法で通知することができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> POLSTフォームを取り消すまたは変更するには、オリジナルフォームと同等のコピーのセクションAからセクションCまで、線を引き、大きな文字で「取り消し (void)」と記入します。取り消し後に署名し、印を記入します。修正した新しいPOLSTフォームを作成します。 患者の医療提供者は、患者を安全に評価し、患者の現在の健康状態や治療の目的に基づいて、新しい医療指示について勧告を与えることができます。 				
<p>Kōkua Mau – Hawaii Hospice and Palliative Care Organization Kōkua Mauはハワイ州におけるPOLST利用を推進しています。POLSTのコピーと印刷情報については、www.kokumau.org/polst からダウンロードできます。このフォームは2014年7月に50州にも採用されました。</p> <p>Kōkua Mau • PO Box 62155 • Honolulu HI 96839 • info@kokumau.org • www.kokumau.org</p>				
患者の移送時または退院時には本書と共に送り出すこと				

図1 ハワイ州のPOLST

特集

POLSTは、病院内外で効力をもつ医師のオーダーである。疾患や予後を患者に十分理解し、患者と話し合った上で、医師が作成するオーダーである。一方、事前指示書は医師の指示ではなく、あくまでも患者の希望が記載されたものである。POLSTを持っている患者の70~80%以上では希望に沿ったケアが行われ、事前指示よりも緩和のゴールが達成され¹³⁾、病院とナーシングホームの患者の価値感に関する伝達も改善した^{14), 15)}。

日本でも、臨床倫理学会がPOLSTを提唱しているが¹⁶⁾、実用化には至っていない。ハワイ州のPOLSTが日本語訳されているので図1を参照されたい¹⁷⁾。

おわりに

本稿では、診療所と病院でのACPの連携のピットフォール、重要性について解説した。ACPのゴールは、患者中心の意思決定、「これでよかった」と思ってもらえる意思決定支援である。そのためにもケアに関わるすべての人にACPを共有することが大切である。

参考文献

- 1) Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et al: Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* 2017; 18(9): e543-e551.
- 2) Walkey AJ, Weinberg J, Wiener RS, et al: Association of Do-Not-Resuscitate Orders and Hospital Mortality Rate Among Patients With Pneumonia. *Do-Not-Resuscitate Orders and Hospital Mortality Rates*. *JAMA Internal Medicine* 2016; 176: 97-104.
- 3) Tulskey JA: Beyond advance directives. Importance of Communication Skills at the End of life. *JAMA* 2005; 294: 359-365.
- 4) Quill TE, Holloway R: Time-Limited Trials Near the End of Life. *JAMA* 2011; 306: 1483-1484.
- 5) Billings J, Bernacki R: Strategic targeting of advance care planning interventions: The goldilocks phenomenon. *JAMA Internal Medicine* 2014; 174: 620-624.
- 6) Janssen DJA, Spruit MA, Schols JMGA, et al: Predicting Changes in Preferences for Life-Sustaining Treatment Among Patients With Advanced Chronic Organ Failure. *Chest* 2012; 141: 1251-1259.
- 7) 吉野かえで, 平岡栄治: アドバンス・ケア・プランニング(ACP)急性期病院の医師だからこそ、ACP力が必要!。 *Hospitalist* 2017; 5: 645-661.
- 8) Population and Vital Statistics Report. Demographic and Social Statistics reported by United Nations. <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/vitstats/> (accessed 2019 Feb 14)
- 9) Number of deaths and percentage distribution by place of occurrence in 2016. Handbook of Health and Welfare Statistics 2017 by Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare. <https://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hh/1-2.html> (accessed 2019 Feb 13)
- 10) Lilly CM, De Meo DL, Sonna LA, et al: An intensive communication intervention for the critically ill. *Am J Med* 2000; 109: 469-475.
- 11) Lilly CM, Sonna LA, Haley KJ, et al: Intensive communication: four-year follow-up from a clinical practice study. *Crit Care Med* 2003; 31(5 Suppl): S394-S399.
- 12) Jesus JE, Geiderman JM, Venkat A, et al: Physician Orders for Life-Sustaining Treatment and Emergency Medicine: Ethical Considerations, Legal Issues, and Emerging Trends. *Annals of Emergency Medicine* 2014; 64: 140-144.
- 13) Lee MA, Brummel-Smith K, Meyer J, et al: Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST): Outcomes in a PACE Program. *Journal of the American Geriatrics Society* 2000; 48: 1219-1225.
- 14) Hickman SE, Keevern E, Hammes BJ: Use of the Physician Orders for Life-Sustaining Treatment Program in the Clinical Setting: A Systematic Review of the Literature. *Journal of the American Geriatrics Society* 2015; 63: 341-350.
- 15) Patrica A, Bomba, Kemp M, Black JS. POLST: An improvement over traditional advance directives. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2012; 79(7): 457-464.
- 16) 臨床倫理学会, 日本版POLST作成指針 2015年. <http://square.umin.ac.jp/j-ethics/workinggroup.htm> (accessed 2017 Jul 20)
- 17) Kokua Mau: Hawaii Hospice and Palliative Care Organization. POLST(ハワイPOLST日本語版) <http://kokuamau.org/languages/multilingual-polst-form-hawaii> (accessed 2017 Jul 23)

お詫びと訂正

「月刊地域医学」Vol.33 No.5「特集 医療被ばくについて知っておくべきこと -患者・医療者を守るために-」368(20)頁 本文左段26行目の線量単位の記載に誤りがありました。

深謝いたしますとともに、下記のように訂正いたします。

誤

正

平均実効線量(2 Sv)

⇒

平均実効線量(2 mSv)

真鶴町における地域ぐるみの減塩対策を考える ワークショップ報告

公益社団法人地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター 嶋田雅子 川畑輝子 中村正和
東京都健康長寿医療センター研究所 野藤 悠

ワークショップ開催の背景

地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター(以下、ヘルプロ)は、2016年度に神奈川県真鶴町から真鶴町地域福祉計画・地域福祉活動計画(以下、計画)の策定を受託し、保健、医療・介護、福祉のあらゆる観点から実行性のある計画¹⁾を策定した。保健分野では、既存データを用いて行った地域診断に基づき検討を重ねて、がん、循環器疾患予防を重点目標に定めた。循環器疾患対策として血圧の管理は重要であり²⁾、本地域で課題と考えられる減塩対策を位置づけた。2017年度には女子栄養大学との共同研究事業として、町の実情に合わせた減塩対策を検討するために40歳以上の特定健診受診者を対象に食生活実態調査(以下、食事調査)を実施した。その結果、食塩および脂質の過剰摂取と野菜、果物の摂取不足が明らかになった³⁾。尿から推定した食塩摂取量は、調査対象者のselection biasが考えられたにもかかわらず、調査協力者全員が国の目標量を超えていた。2018年度は、これらの調査結果を住民に周知するとともに、課題解決に向けた検討を開始した。11月には計画策定時のメンバーと学校関係者を加えた計画の中間評価にむけた会議の中で、保健分野の活動報告として食事調査の結果を紹介し、参加者と子どもの食事について意見交換を行った。そこで出された意見も踏まえ、「食」をテーマに減塩に焦点を当てたワークショップを開催した。本稿では、そのワークショップの概要を報告する。

食と健康を考える ワークショップの開催

1. ワークショップのねらい

本ワークショップのテーマは、真鶴町の誰もが健康的な食生活が送れるまちづくりを目指して、「真鶴町を元気にハッピーに、次世代につなぐ食と健康を考える」とした。真鶴町の食や健康に関わる多機関の関係者と、町健康や食の課題について認識を共有し、まちぐるみで食生活改善に取り組む活動案を考えることを目的として開催した(図1)。

真鶴町を元気にハッピーに
次世代につなぐ食と健康を考える
ワークショップ

2019年3月28日 14:00~17:00
真鶴町民センター3階講堂 受付13:30開始
参加者：食や健康にかかわる多機関の関係者

主なプログラム

カードゲーム みんなの食生活の関心事は？ まちの人たちの食事で気になることは？みんなの思いを見える化します。	話題提供 みんなの食生活の課題は？ 真鶴町の健康と食生活の課題をみんなで共有し、効果的な対策の方向性を提案します。	グループワーク みんなが元気になる取組みとは？ 「食」をテーマに真鶴町を元気にするアクションプランをみんなで出し合います。
---	--	--

食事診断と新しい尿検査を体験する！
 ワークショップの一環として、参加される皆さんに食事調査(ワークショップに先立って2日間の食事の記録と写真撮影)と食塩のとりすぎなどが容易にわかる新しい尿検査(ワークショップ当日)を体験していただきます。
 強制ではありませんが、ワークショップの内容と関係しますので、ぜひご協力ください。食事調査の実施方法については別途ご案内します。

主催：真鶴町・地域医療振興協会・動脈硬化予防啓発センター
 問合せ先：健康福祉課(電話0465-68-1131)

図1 ワークショップの案内チラシ

表1 ワークショップ プログラム

14:00	開会の挨拶 カードゲーム① みんなの関心事は？みんなの思いを見える化する
14:30	話題提供 みんなの食生活の課題は？まちぐるみの取り組みとは ★食事診断と新しい尿検査の体験 カードゲーム②
15:10	グループワーク みんなが元気になる取り組みとは？ 取り組みテーマを考える
16:10	休憩・発表準備
16:20	発表
17:00	閉会の挨拶

カードゲーム 氏名 (所属)		現状に満足している (現状のままよい)		現状に満足していない (改善が必要)	
1 最も重要	毎日、魚を食べる	食塩を減らす		1 最も重要	
2 とても重要	朝食を毎日食べる	脂肪を減らす		十分に野菜を食べる	
3 重要		外食・中食を減らす		カロリーを減らす	
4 少し重要				毎日、果物を食べる	
5 それ以下					

写真1 カードゲームの台紙とカード

開催日時は2019年3月28日14:00～17:00、場所は真鶴町民センターで実施した。本ワークショップは、一般社団法人動脈硬化予防啓発センターとヘルプロとの協働による健康長寿推進事業の一環として、真鶴町との共催で実施した。女子栄養大学からアドバイザーとして林芙蓉准教授に参加していただいた。ヘルプロは全体の企画・運営を担当した。

2. 参加者

計画策定の検討メンバーや学校関係者ら食や健康に関わる多機関の関係者に呼びかけた。当日は29名が参加した。その内訳は教育委員会、学校・保育園関係者4名、食生活改善推進員や保健推進員など地域活動に関わる住民5名、社会福祉協議会職員1名、国保診療所職員2名、町会議員3名、行政職員14名だった。行政職員は健康福祉課や企画調整課など5つの課の職員が参加した。

3. プログラム

参加者に案内したワークショップのちらしを図1に示す。本ワークショップは主に4つのプログラムで構成した。

1) カードゲーム

最初に、アイスブレイクとして、参加者が真鶴町の食生活をどのように認識しているかを把握するカードゲームを行なった。

参加者には「町長になったつもりで、真鶴町の食について考えてみてください。」と呼びかけ、あらかじめ用意した8枚のカードを、どのくらい重要か、現状に満足しているかを考えな

がら台紙に並べてもらった(写真1)。

カードゲームの手法は、ヘルプロの中村正和センター長とカリフォルニア大学サンフランシスコ校の人類生態学者Paknawin-Mock博士が大阪府の第1次「健康日本21」計画策定の際に開発したものである⁴⁾。カードゲームにはアンケート調査としての側面もあり、各々の健康課題の重要度や対策への満足度について定量的な解析が可能である。今回はその手法を簡略化して用いた。

用意した8枚のカードは真鶴町の食の特徴や課題を反映して「食塩を減らす」「脂肪を減らす」「カロリーを減らす」「十分に野菜を食べる」「毎日果物を食べる」「毎日魚を食べる」「朝食を毎日食べる」「中食・外食を減らす」とした。その他、空白カードを2枚用意し、追加したい項目を記入できるようにした。現状の対策への満足度は、満足していないか否か、重要度は5段階に分けて評価してもらった。個人で並べ終わったカードは、グループ内で共有し、参加者同士の思いを確認しあった。

図2に参加者全員の各カードの位置を分析した結果を示す。重要度は「とても重要」を5点とし、1から5段階でスコア化した。現状の満足度は「現状に満足していない」に位置したカードの割合を算出した。重要度が高くかつ現状に満足していない割合が高かったカードは「食塩を減らす」であった。重要度が低かったカードは「毎日果物を食べる」であった。

参加者の属性別に集計した結果を表2に示す。人数が少ないため単純に比較はできないが、重要度は属性による大きな差はなく、「食塩を減

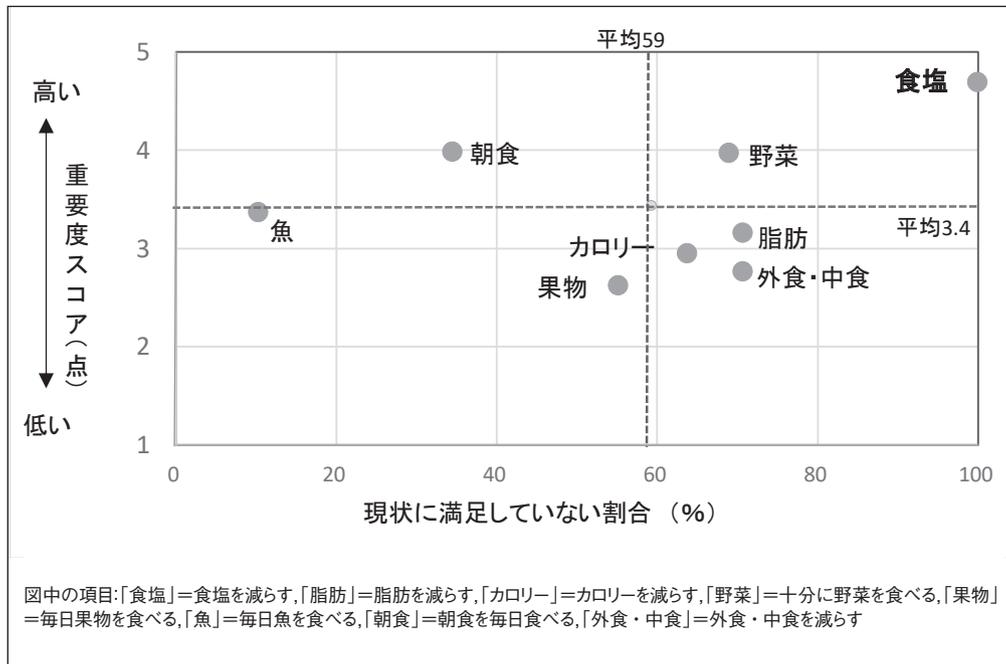


図2 参加者全員のカードゲームの集計結果

表2 カードゲームのカードの重要度と現状に満足していない割合

重要度 (点)	重要度 (点)										
	属性	人数	食塩を減らす	脂肪を減らす	カロリーを減らす	十分に野菜を食べる	毎日果物を食べる	毎日魚を食べる	朝食を毎日食べる	外食・中食を減らす	平均値
重要度 (点)	行政職員(2年目)	4	4.3	3.5	2.0	4.3	2.8	3.0	4.3	3.3	3.4
	行政職員	10	5.0	2.8	3.1	3.8	2.6	3.0	3.7	2.5	3.3
	議員	3	4.5	3.4	2.6	4.3	2.8	3.3	4.0	3.5	3.6
	国保診療所職員	2	5.0	4.5	3.8	3.0	2.5	5.0	3.3	3.0	3.8
	学校関係者	4	4.0	2.8	3.3	3.8	3.0	3.8	4.5	3.3	3.5
	住民	6	4.7	3.3	2.5	4.3	2.2	3.3	4.3	1.8	3.3
	全体	29	4.7	3.2	2.9	4.0	2.6	3.4	4.0	2.8	3.4
	現状に満足していない割合 (%)	属性	人数	食塩を減らす	脂肪を減らす	カロリーを減らす	十分に野菜を食べる	毎日果物を食べる	毎日魚を食べる	朝食を毎日食べる	外食・中食を減らす
行政職員(2年目)		4	100	75	75	100	75	0	25	50	63
行政職員		10	100	80	80	90	60	0	40	80	66
議員		3	100	67	67	33	33	0	33	100	54
国保診療所職員		2	100	100	100	0	0	0	0	100	50
学校関係者		4	100	25	25	100	100	25	100	50	66
住民		6	100	75	42	33	33	33	0	58	47
全体		29	100	71	64	69	55	10	34	71	59

らす」は全ての属性でほぼ共通して最も高く、次いで「十分に野菜を食べる」「朝食を毎日食べる」の重要度が高かった。現状に満足していない割合では、「食塩を減らす」は全ての属性で一致して高かったが、その他のカードの回答結果にはばらつきがみられた。「毎日魚を食べる」は不満足率が低く、真鶴町の食生活の実態を反映した結果となった。

2) 話題提供

ヘルプロの中村センター長から話題提供を行った。話題提供の前半は、地域診断や食事調査の結果を紹介し、町の健康課題であるがん、

循環器疾患予防の重要性と、食事調査の結果をふまえた減塩対策の必要性について説明した。

その主な内容は、①前述の2017年に実施した食事調査では、加工食品や総菜・弁当類から約40%、中食や外食などの家庭外から約25%の食塩量を摂取しており⁵⁾、家庭で用いる調味料等からの食塩だけでなく、中食や外食における食塩にも留意する必要があること、②国の調査では、真鶴町での食事調査で把握できていない若い世代に惣菜・弁当類の利用が多いことが報告されていること⁶⁾、であった。さらに、今回の食事調査では若い世代の食生活の実態把握がで

きていないことを指摘するとともに、効果的な減塩対策には、教育と環境づくりの両面からのアプローチが重要であること、そのためには、行政だけでなく、診療所や学校、飲食店など町民の健康や食に関わることができる多機関の関係者が協働してまちぐるみで取り組む必要があることを強調した。

3) 食事診断と新しい尿検査の体験

本ワークショップでは、町の食生活の課題について関心を高めるために、参加者全員に事前に食事記録の体験や食塩のとり方がわかる簡易の尿検査の実施を呼びかけた。

尿検査は18名が実施し、オムロン(株)製「ナトカリ計HEU=001F」⁷⁾を用いて尿中Na/K比(以下、ナトカリ比)を測定した。測定結果はワークショップの中で返却した。ナトカリ比が高い場合は食塩が多く、カリウムが少ない食事の傾向と判断できる。高血圧、循環器疾患の予防および治療においては、ナトリウム(食塩)だけでなく、カリウムの主な供給源の1つである野菜・果物の摂取に関する目標が定められている⁸⁾。ナトカリ比を測定することで、食塩だけでなく、カリウムの多い野菜や果物の摂取についても意識づけが可能となる。

4) 話題提供後のカードゲーム

話題提供の後に、冒頭に行ったカードゲームを再度実施した。1回目に置いたカードをみて、考えが変わったカードを置きなおしてもらった。

その結果、重要度では、スコアの順位は変わらなかったが、8項目中6項目でスコアの平均値が増加し、その増加幅が最も大きかったのは「毎日果物を食べる」であった。現状に満足していない割合においても、「毎日果物を食べる」は1回目より最も大きく増加し、カリウムの摂取源として町の特産品でもある果物のとり方に関心が高まったことが確認できた。

5) グループワーク

話題提供や尿検査などで食塩や果物などのとり方に関心が高まったところで、真鶴町で減塩を推進するための活動案を考えるグループワークを行った。属性別にグループ分けし、住民、学校関係者、議員および国保診療所職員各1グ

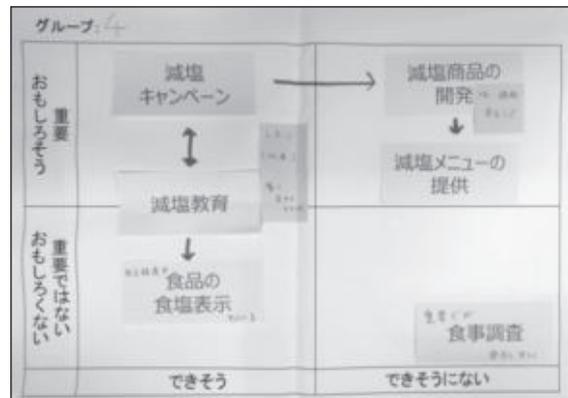


写真2 アクションカードを使ったグループワークの例

ループ、行政職員2グループの計5グループで話し合いを行った。グループワークは、2つのステップで行なった。

最初のステップでは、予め用意した6つのアクションカードを、重要かつおもしろそうか、取り組みができそうかの2次元のマトリックスで検討した(写真2)。

用意した6枚のアクションカードは教育と環境整備の観点から、「減塩商品の開発」「減塩メニューの提供」「減塩教育」「食塩量の表示」「減塩キャンペーン」「食事調査」とし、ブランクのカードも2枚用意した。

グループで検討したアクションカードの集計結果を図3に示す。「減塩商品の開発」は重要かつおもしろそうと考えた割合が高かったが、取り組みができそうと考える割合は低く、実現には検討を要するテーマであることが分かった。「食事調査」と「食塩表示」は重要・おもしろそうと考えた割合が低かった。取り組みができそうと考える割合が高かったのは「減塩教育」であった。また追加されたアクションカードとして、「カリウムを増やすキャンペーン」「だし活用教育」があった。

次のステップとして、各グループで「重要・おもしろそう」かつ「実現できる」に位置したアクションカードの中から1つ選び、具体的な活動についてアイデアを出し合った。活動案は実施主体や連携する組織、活動の対象を想定しながら実際に活動できそうな内容を検討した。

各グループが取り上げたテーマは、「減塩教育」が2グループ、「減塩キャンペーン」が2グ

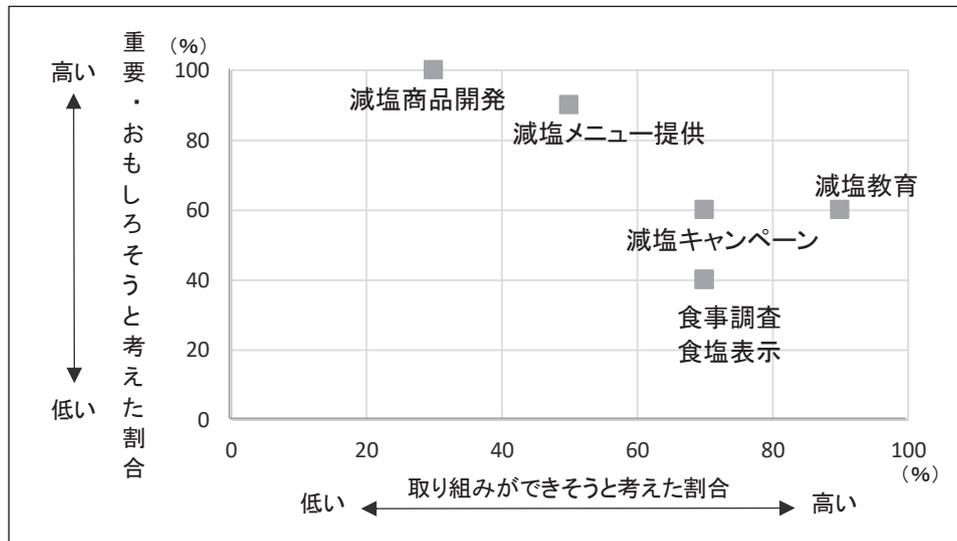


図3 グループで検討したアクションカードの評価



写真3 グループワークの様子



写真4 グループワークの発表の様子

グループ、「商品開発・減塩メニューの提供」が1グループであった。最後にグループワークの結果を発表し、全体で共有した(写真3, 4)。グループが取り上げたテーマとその具体的な活動案、実施主体や連携する組織としてあがった主な意見を表3に示す。本ワークショップでは所属別にグループを構成したことから、それぞれの立場でできることを中心に話し合いが進んだ。

グループワークでは食塩だけではなく、カリウムやカリウムが多い野菜や果物の摂取を増やす取り組みについても具体的な活動のアイデアが出された。

減塩教育やキャンペーンの活動は、子どもやその保護者など若い世代を対象としたものが多かった。若手の行政職員からはアプリを使った学習の提案、議員が入ったグループからは県の

事業費を活用する取り組みの提案、学校関係者からは給食や学童保育のおやつを工夫する提案など、グループの特性に応じた提案が出されていた。

活動主体や連携先は、今回参加があった組織以外に、観光協会や商工会、漁港や農協、飲食店など、食物を提供する組織が多くあがった。

今後の展開

真鶴町は海と山に囲まれた自然豊かな地域であり、観光客も多い。グループワークでは、これらの地域の特徴や特産品の干物やレモンなどの柑橘類を生かし、観光客を巻き込んだ活動のアイデアが出されていた。食環境整備はまちお

表3 グループワークで出された主なアイデア

グループ	テーマ	提案された活動	実施主体・連携する組織
行政職員 (2年目)	減塩教育	減塩かつ子どもが喜ぶレシピを学ぶ講座 楽しく減塩の知識を習得するアプリの開発 減塩生活を体験できる減塩ランドをつくる	教育委員会、行政、 企業 県
行政職員	商品開発	町で寿司を提供する全店で、減塩しょうゆを置く おいしい減塩しょうゆの開発	観光協会、商工会、飲食店組合 スーパー、漁協
議員・国保診療 所職員	減塩キャンペーン	塩に変わる特産品(例:レモン)を推奨 町の朝市で試食、 減塩大使やゆるキャラ、メディアを活用した話題づくり	商工会、食品メーカー 観光協会、生産者 議会、県や国の事業費獲得
学校関係者	カリウムを増やそう キャンペーン	干物や塩辛と果物をセットで販売 給食や学童保育のおやつで地元野菜や果物を活用 カリウム含有量の多い食材を使ったレシピ体験	スーパー、干物や、農家、観光協会 学校、保育所、農協
住民	減塩教育	減塩の必要性やカリウムとの関係などの学習 みんなで減塩メニューを食べる会 家庭のみそ汁を少しずつ減塩に。減塩レシピの配布	小・中学校、保育園、幼稚園 保健推進員、自治会、老人クラブ 食生活改善推進員、出版社

こしにもつながる可能性があることを、発表の中で参加者と共有できたことは今後の展開にむけて明るい材料になった。その一方で、これらの活動を具現化するための主体や予算をどうするのか、という課題が示された。

今後、今回のワークショップに参加が得られなかったものの、活動案の実施主体や連携先としてあがっていた小学校などの教育機関、商工会や観光協会など食物の提供に関わる組織に対して、今回のワークショップの内容を共有し、減塩対策の理解や協力を求めるとともに、今回提案された活動案をさらに具体化するための検討の場を設定する予定である。

町内の多くの関係機関がまちおこしや幸福といった上位目標を目指して、「食」「減塩」という共通のキーワードで連携・協働することで、地域ぐるみの取り組みに発展することを期待しながら、具体的に活動を進めていきたい。

参考文献

- 1) 真鶴町地域福祉計画・地域福祉活動計画 <https://manazurushakyo.jp/wp-content/themes/manazurushakyo.jp/images/9keikaku.pdf> (accessed 2019 Apr 20)
- 2) Ikeda N, Inoue M, Iso H, et al: Adult Mortality Attributable to Preventable Risk Factors for Non-Communicable Diseases and Injuries in Japan: A Comparative Risk Assessment. PLoS Med 2012; 9(1): e1001160.
- 3) 嶋田雅子, 川畑輝子, 野藤悠, 他: 真鶴町における特定健診受診者を対象にした食生活実態調査. 月刊地域医学 2018;32(8):696-722.
- 4) 大阪府いきいき府民健康づくり推進委員会: キーパーソンインタビュー実施マニュアル. 2001年.
- 5) 小岩井馨, 武見ゆかり, 林美美, 他: 市町村国保の特定健診受診者における家庭内・家庭外別食塩摂取源 - 神奈川県真鶴町の事例 -. 日本健康教育学会誌 2019;27(1):13-28.
- 6) 厚生労働省: 平成27年国民健康・栄養調査結果の概要. 2016. p7-8.
- 7) オムロン ナトカリ計HEU-001F Na+K+scan <http://www.healthcare.omron.co.jp/medical/products/HEU-001F/index.html> (accessed 2018 Jan 19)
- 8) 厚生労働省. 健康日本21(第二次)の推進に関する参考資料. 健康日本21(第二次) https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf (accessed 2019 Apr 20)

第68回

「胸腔穿刺時の“左右の取り違い”に
関わるアクシデント！

—事例の発生要因から考える未然防止対策—

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療安全推進センター長 石川雅彦

はじめに

臨床現場で発生しているインシデント・アクシデント事例報告では、「手術・処置部位の取り違い」に関わるアクシデントも少なくない。「手術・処置部位の取り違い」事例が発生した場合、本来の目的が達成されないことはもちろん、実施の必要のない健康な部位に手術や処置を実施するという重大な影響が発生する可能性がある。検査や治療・処置は、それらによる改善を目的としているが、侵襲性の高い検査や治療・処置もあるため、関与する医師、看護師をはじめさまざまな専門職にはそれぞれの専門性の発揮による安全な医療の提供が期待されている。

日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業(以下、本事業)では、「手術・処置部位の取り違い」に関連した事例を個別テーマとして取り上げて分析を実施しており、その分析結果は、これまで第5～7回、および第18回報告書にて公開されている¹⁾。また、第34回報告書(以下、本報告書)では、個別テーマの検討状況として「胸腔穿刺や胸腔ドレーン挿入時に左右を取り違った事例」を取り上げて分析を実施している²⁾。昨今では、第55回報告書において「検査や治療・処置時の左右の取り違いに関連した事例」が取り上げられている¹⁾。

“左右の取り違い”については、本事業における医療安全情報で、「医療安全情報 No.8:手術部

位の左右の取り違い(2007年7月)」「医療安全情報 No.50:手術部位の左右の取り違い(第2報)(2011年1月)」「医療安全情報 No.99:胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い(2015年2月)」「医療安全情報 No.128:手術部位の左右の取り違い—脳神経外科手術—(2017年7月)」など、繰り返し注意喚起が実施されている³⁾。

本連載においても、第39回に「手術・処置部位の“左右間違い”に関わるアクシデント」⁴⁾、第44回に「手術部位の“左右の取り違い”に関わるアクシデント」⁵⁾をテーマとして、事例の発生要因と未然防止対策について検討している。手術部位の“左右の取り違い”が発生した場合、患者への重大な影響はもとより、医療機関の信頼をゆるがすという影響も考えられる。現状では、前記のように、手術だけではなく「検査や治療・処置時の“左右の取り違い”」も発生しており、未然防止対策の検討が急がれる。

自施設では、「検査や治療・処置時の“左右の取り違い”」に関わるインシデント・アクシデント事例が発生していないだろうか。これらの事例が発生していない場合でも、防止対策や現状評価は十分だろうか。「検査や治療・処置時の“左右の取り違い”」に関わるインシデント・アクシデント事例の発生を未然に防止するためには、事例の分析が欠かせない。

そこで、本稿では、「検査や治療・処置時の“左右の取り違い”」の中でも、「胸腔穿刺や胸腔ドレーン挿入時の“左右の取り違い”」(以下、「胸腔穿

刺時の“左右の取り違い”」)に焦点をあて、事例の発生要因と未然防止対策について検討したい。この機会に改めて未然防止の取り組みを検討する機会としていただきたい。

本稿では、アクシデントを「患者に何らかの影響が及んだ事例」、インシデントを「患者に影響が及ばなかった事例、もしくはタイムリーな介入により事故に至らなかった事例や状況」とする。また、日本医療機能評価機構の資料を使用する際には、アクシデントを「医療事故」、インシデントを「ヒヤリ・ハット」という言葉を用いる。

「胸腔穿刺時の“左右の取り違い”」に関わるアクシデント

本報告書に記載されている「胸腔穿刺や胸腔ドレーン挿入時に左右を取り違えた事例」²⁾によると、平成16年10月～平成25年6月30日までの期間に、胸腔穿刺や胸腔ドレーン挿入時に左右を取り違えた事例は13件の報告があったとのことであり、事例内容から、取り違いが生じた段階を、「診断」「準備」「実施」の3つに分類している。

それぞれに該当する事例は、「診断:医師が疾患を診断する時点で左右を取り違えた事例」「準備:診断時は部位を含めて正しく診断したが、医師

や看護師が患者を処置台に臥床させ準備する際に、左右を取り違えた事例」「実施:診断や準備までは正しい部位に対して行われていたが、医師の実施時に左右を取り違えた事例」とされ、13件の内訳は、「診断:5件」「準備:6件」「実施:0件」であり、取り違いの段階が不明な事例が2件とのことであった(表1)。発生段階が「準備」の取り違いの場面としては、「患者の体位の取り違い:4件」「マーキングの左右の取り違い:1件」「医師が穿刺部位へのアプローチする位置を勘違いした:1件」などが挙げられており(表2)、いずれの取り違い場面でも、処置の実施直前の部位確認が“実施なし”であったことにも注目する必要がある。また、本事業の事例検索⁶⁾では、2019年

表1 胸腔穿刺や胸腔ドレーン挿入時に左右を取り違えた事例 — 発生段階別分類

発生段階	件数
診 断	5
準 備	6
実 施	0
不 明	2
合 計	13

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業、第34回報告書より)

表2 胸腔穿刺や胸腔ドレーン挿入時に左右を取り違えた事例 — 発生段階が「準備」の取り違いの場面

左右取り違いの場面	内 容	処置直前の左右確認
患者の体位 取り違い	・ 処置ベッドは患者の右側からの処置がしやすいような配置で枕が置かれていた。	実施なし
	・ 患者は息がしやすい方向に体を向けていた。	
	・ 医師と看護師は患者に正しい体位をとるよう説明をしたが、患者は説明されたことを忘れていた。	
	・ 医師は、患者を処置台に誘導し、体位をとる際に、部位の確認を行わなかった。	
マーキングの 取り違い	・ 医師は、患者を処置台に誘導し、体位をとる際、左右を取り違えた。	実施なし
	・ 背部に局限した胸水であったため、常に行う体位ではなかった。	
マーキングの 思い込み	・ 処置室で患者を座位にし、穿刺部位確認のために背部から超音波のプロブを当て位置を確認してマーキングした段階で左右を取り違えた。	実施なし
医師の 思い込み	・ 医師は、左側胸部と確認していたが、右側からの穿刺と勘違いし、ベッドの右側に立った。	

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業、第34回報告書より)

4月中旬現在、キーワード“左右”“違”“胸腔ドレイン”では18件、キーワード“左右”“違”“胸腔穿刺”では8件の医療事故やヒヤリ・ハットが検索されている。

本報告書に記載、および事例検索でも検索された事例の内容としては、「左気胸にて入院した患者は、処置室で片側を壁につけた処置台に左を壁側にして臥床していた。医師は研修医にドレインを挿入する位置(右側)を示し、左右の確認をしないまま処置が始まった。研修医の手元を見ていた医師は違和感をもち、電子カルテで胸部エックス線写真を確認し、左気胸を認識した。しかし、再度患者の方に振り向いた時には漫然と研修医の手元を見て、指導を行った。処置終了後、家族に説明する段階で、左右を取り違えてドレインを挿入したことに気づいた。実施した研修医は左右どちらに挿入するか全く認識していなかった。介助の助産師は、胸腔ドレイン挿入の介助経験がなく、左右どちらに挿入するか認識していなかった。患者もおかしいと思ったが声を出さなかった。いずれも「医師がするならそれが正しいのだろう」と思い、発語することはなかった」左胸水のある患者に対して、内科主治医と外科医師と看護師の3人で処置を開始した。外科医師が患者を処置台に誘導し、左側臥位をとらせた。外科医師は、患者の背側から右側に胸腔ドレイン留置後に反対側への処置に気づき、本来の左側にドレインを留置し、右側に挿入したドレインを抜去した。2時間後、右気胸が確認された。内科主治医は胸腔ドレナージの同意書を院内同意書の雛形から独自に作成したが、観血的処置を行う『病名』や部位を特定する『左右』の記載がなく、同意書としては不完全な内容であった。外科医師は左側の胸腔ドレナージという主治医からの依頼は理解していたが、処置台に患者を誘導し体位を整える時に部位確認をしなかった。胸腔ドレナージの手技に関して明文化されたものはなかった」医師は救急外来で、患者の胸水貯留は左側と確認していたが、右側の穿刺と勘違いした。看護師Aは救急外来からの申し送りでも左胸水貯留と聞いていたが、医師が右側で準備を始めたことで、右で

よかったのか疑問を持ったまま介助した。看護師Bは右側も刺すのかと思ったが、医師に確認はしなかった。医師は今まで侵襲を伴う検査や処置は、必ず他の医師についてもらっており、今回も上級医に連絡したが、上級医2名は外来と救急外来対応中でついてもらうことができなかった。前病院では1人で行っていたが、当該病院で胸腔穿刺を1人で行うことは初めてで、手技に多少の不安があったが1人で行うことにした。右側の胸腔穿刺を行ったが胸水が引けず、その時点で左右の間違いに気づき、改めて左側の胸腔穿刺を実施した。その後、患者は呼吸苦を訴え、右気胸が確認された」などの事例が報告されている。

報告されている事例では、“左右の取り違い”のまま胸腔穿刺が実施され、胸腔穿刺を必要としない健側に気胸を発症した事例も少なくない。患者への影響、および医療機関への信頼に関わる影響も考慮して「胸腔穿刺時の“左右の取り違い”」の未然防止対策が求められる。もし、“左右の取り違い”を未然に防止することができず、事例が発生した場合でも、医療者自らその間違いに早い段階で気づくことや、影響を最小にする対応を可能にする体制整備が急がれる。

具体的事例から 考える事例の発生要因

各医療機関でも「胸腔穿刺時の“左右の取り違い”」に関わるアクシデント事例の未然防止対策として、部位確認に関わるマニュアル・ルール整備や、チェックリストの活用、ダブルチェックの実施など、さまざまな取り組みを実施されていると思われる。しかし、現状では、「胸腔穿刺時の“左右の取り違い”」に関わるインシデント・アクシデント事例の発生が報告されており、自施設における現状評価を踏まえた取り組みが急がれる。

ここでは、本報告書に記載、および事例検索でも検索された事例(以下、本事例)を基に、「胸腔穿刺時の“左右の取り違い”」に関わるアクシデント事例の発生要因と事例発生を未然に防止

するためのシステム整備について検討する。

事例「胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違い」

【事故の内容】

- ・左臍胸疑いの患者が、「左向きの方が、息がしやすい」と左側臥位をとっていた。
- ・医師が患者に、右側臥位をとるように説明した。
- ・患者自身が自分で動く様子がなかったため、看護師も右側臥位をとるよう説明した。
- ・患者が右側臥位をとる前に「頭と足の向きを逆にした」と発言したため、看護師が介助し、足と頭の向きを変更した。
- ・その後、看護師が患者に、右側臥位をとるように説明した。
- ・患者は、「ゆっくり向きます」と発言した。
- ・看護師は処置の準備のため、一旦、患者から目を離れた。
- ・患者は呼吸がしやすいためか左側臥位のままであったが、医師・看護師ともに気づかず、右側に胸腔ドレーンを挿入した。
- ・挿入後、ドレーン先端の確認のために、放射線室に行く準備をしている間、受け持ち看護師が処置室へ様子を見に来た際、受け持ち看護師と医師が左右誤って胸腔ドレーンを挿入したことに気づいた。
- ・患者に謝罪・説明し、改めて左側に胸腔ドレーンを挿入した。

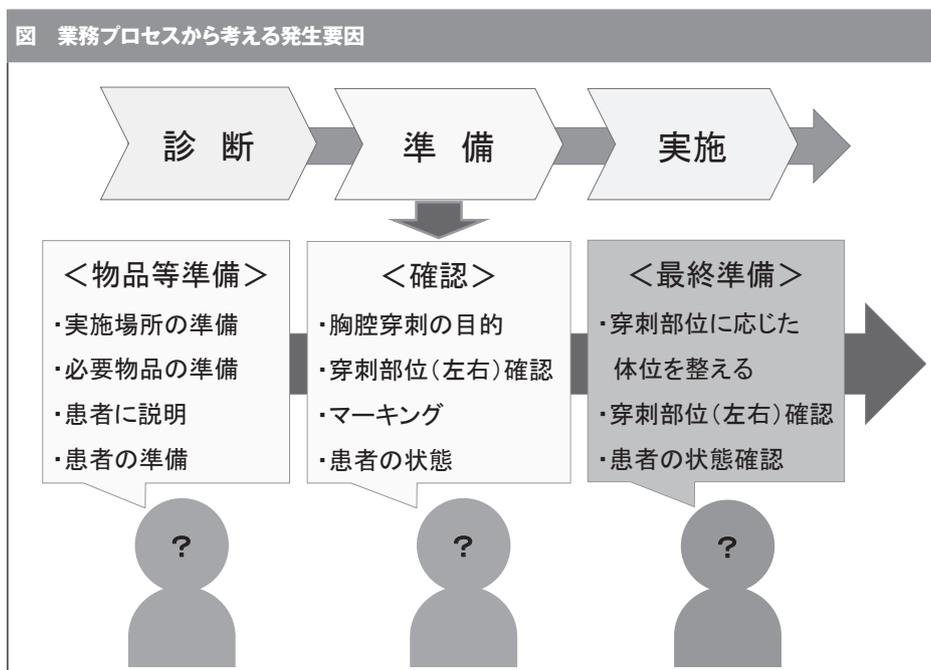
(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索より抽出、一部改変)

入すると把握していたにもかかわらず、処置中に左右の違いに気づけず、処置の介助についていた「右側に挿入しているにもかかわらず、左側に挿入しているとの思いこみがあった」「右側臥位をとるよう患者に説明していたが、患者は左側臥位のままであった(『向きを変えるのを忘れていた』と後に患者から発言があった)」などが挙げられている。

本事例を、インシデント・アクシデント事例分析法の一つであり、事例発生の原因を当事者のみの問題として終始せず、システムやプロセスに焦点を当てて根本原因を明らかにするという特徴がある根本原因分析法(Root Cause Analysis, 以下RCA)の考え方で振り返り、未然防止対策を検討する。

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てて検討すると、「なぜ、医師と看護師がいたにもかかわらず、胸腔ドレーン挿入時の左右の取り違いが発生したのか?」「なぜ、左臍胸疑いの患者に対し、右胸腔にドレーンを挿入する前に、左右の取り違いに医師や看護師が気づかなかったのか?」「なぜ、右側臥位に体位を変えることを、患者まかせにしたのか?」「なぜ、患者のペースで体の向きを変えた後、胸腔穿刺実施の直前に、医師や看護師が体位を最終

報告書によると、本事例の背景要因として、「繁忙のため確認が充分でなかった」「処置の前に医師と胸腔ドレーン挿入する側(左右)、体位を確認できていなかった」「左側に胸腔ドレーンを挿



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業、第34回報告書の記載事項を参考に作成)

確認しなかったのか?」なぜ、挿入後、ドレーン先端の確認のために放射線室に行く準備をしている間に、様子を見にきた受け持ち看護師が左右の取り違えに気づく前に、実施した医師と看護師が気づかなかったのか?」などの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めて事例の発生要因を検討する際は、“業務プロセスの見える化”が重要となる。前記の「診断」「準備」「実施」という発生段階で考えると、本報告書では最も多く「胸腔穿刺時の“左右の取り違え”」の報告があった「準備」の段階については、さらに業務プロセスを細かく分類すると、「物品等準備」「確認」「最終準備」などが考えられる(図)。特に、「最終準備」として挙げている「穿刺部位に応じた体位を整える」「穿刺部位(左右)確認」「患者の状態確認」が適切に実施されたか否かについては、前記の発生事例、および本事例でも検討することが求められる。

これらを考慮すると、「胸腔穿刺時の“左右の取り違え”」に関わるアクシデント事例の発生要因としては、1)穿刺部位確認のルール未整備(整備不足)、2)穿刺部位確認のルール遵守違反、3)穿刺部位確認のルール遵守状況の現状評価未実施、4)「胸腔穿刺時の“左右の取り違え”」事例発生に関する情報提供、および発生した際の患者への影響のリスクアセスメントを含めた職員教育未実施、などが考えられる。

「胸腔穿刺時の“左右の取り違え”」に関わるアクシデントの未然防止対策

本報告書の改善策には、「胸腔ドレーン承諾書」には、左右を記入する「手術時と同様に、処置実施前には、承諾書に基づいて医師と介助につく看護師で患者名・左右確認・処置の体位をダブルチェックする。可能なら患者も一緒に確認する」などの防止対策が挙げられていた。

「胸腔穿刺時の“左右の取り違え”」に関わるアクシデント事例の発生を未然に防止するためには、明らかになった発生要因に対応して、1)穿刺部位確認のルール整備(内容の見直し、不足を補う)、2)穿刺部位確認のルールが遵守されな

い要因を明確にし、ルールが遵守される体制整備、3)穿刺部位確認のルール遵守状況の現状評価を実施、4)「胸腔穿刺時の“左右の取り違え”」事例発生に関する情報提供、および発生した際の患者への影響のリスクアセスメントを含めた職員教育を実施、などが考えられる。

本事例に対して未然防止対策を検討すると、2)の「穿刺部位確認のルールが遵守されない要因を明確にし、ルールが遵守される体制整備」については、「なぜ、患者のペースで体位を変えた後、胸腔穿刺実施の直前に、医師や看護師が体位を最終確認しなかったのか?」という疑問に焦点を当てる必要がある。これは、1)の「穿刺部位確認のルール整備(内容の見直し、不足を補う)」や、3)の「穿刺部位確認のルール遵守状況の現状評価を実施」にも関連する。自施設における現状評価の結果を踏まえて、医師や看護師など関与する複数の職種、および患者も含めて穿刺部位確認をするルールを作っても、遵守されない状況が発生する可能性があるというリスクの予測と、リスク発生を回避する視点で体制整備を見直すことが望まれる。

4)の「『胸腔穿刺時の“左右の取り違え”』事例発生に関する情報提供、および発生した際の患者への影響のリスクアセスメントを含めた職員教育を実施」を検討するにあたっては、2つの視点での検討が重要である。一つは、「胸腔穿刺時の“左右の取り違え”」事例に関する情報の共有ができていないか否かである。自施設では類似事例が発生していない場合でも、本稿で紹介している他施設で発生している事例の活用を検討したい。これまで、自施設では発生していないかもしれないが、今後、発生するかもしれないというリスクアセスメントが望まれる。

もう一つは、「胸腔穿刺時の“左右の取り違え”」事例が発生した場合、患者にどのような影響が発生するのかというリスクアセスメントができていないか否かである。ここで想定すべき影響とは、患者に発生する直接的な影響はもちろんのこと、入院期間の延長や費用の問題、医療者や医療機関への信頼の失墜などの二次的な影響も考慮する必要がある。これらを含めた広い視野

でリスクアセスメントを実施する職員教育が期待される。併せて、1)の「穿刺部位確認のルール整備(内容の見直し, 不足を補う)」を検討する際にも, 直接的な影響, および二次的な影響を含めた広い視野でリスクアセスメントを実施することで, 事例発生を未然に防止可能なルール整備が可能となる。

本事例では, 関与した医師, 看護師が「胸腔穿刺時の“左右の取り違い”」に気づくことができなかったが, ドレーン先端の確認のために放射線室に行く準備をしている間に, 様子を見に来た受け持ち看護師(胸腔穿刺には関与していない)が左右の取り違いに気づき, 医師や看護師に伝えたことは, 今後の未然防止につながる多職種連携の可能性が想定できる。今後, 類似事例の発生を未然に防止するためには, 複数の職種間のもとより, 患者も含めた“チーム力”発揮による双方向のコミュニケーション実施が求められる。さらに, 職員個々の気づきに頼ることなく, 「胸腔穿刺時の“左右の取り違い”」発生を未然に防止するための, 確認のルールの見直し, 複数回の確認実施, および複数の職員による確認実施などの確認方法も含めたシステム整備が急がれる。

「胸腔穿刺時の“左右の取り違い”」に関わる事例の未然防止と今後の展望

本稿では「胸腔穿刺時の“左右の取り違い”」に関わるアクシデントに焦点をあて, 具体的事例を活用して, 事例の発生要因と事例発生の未然防止対策について検討した。本来, 診断や治療のために実施する胸腔穿刺により, 穿刺を必要としない健康な部位に障害を与えるという患者への重大な影響の発生は, 回避すべき喫緊の課題と言える。

自施設では, これまで類似事例は発生していないかもしれないが, 「胸腔穿刺時の“左右の取り違い”」が発生した際の患者への不可逆的な影響,

事例の当事者となった職員へのさまざまな影響, および専門職である医療機関の職員に対する信頼喪失などの影響も大きいことを考慮すると, ルールの遵守状況, 職員教育の現状を含めたシステム整備の現状評価と未然防止対策の見直しが急がれる。

「胸腔穿刺時の“左右の取り違い”」に関わる事例の未然防止と今後の展望としては, 自施設における類似事例発生の有無や, 実施されている防止対策の現状評価が欠かせない。自施設における発生事例のみでなく, 他施設で発生した事例などの情報も含めて検討することが望まれる。胸腔穿刺に関与する医師, 看護師, 診療放射線技師等だけでなく, 医療機関の職員全体で, 発生する可能性のある直接的, および二次的な影響を含めたリスクを予測し, そのリスクの回避を想定内にするための防止対策の整備や, 職員全体の認識を共有することで組織一丸となった取り組みが期待される。

参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 報告書・年報. <http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html> (accessed 2019 Apr 12)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第34回報告書. http://www.med-safe.jp/pdf/report_34.pdf (accessed 2019 Apr 12)
- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報. <http://www.med-safe.jp/contents/info/index.html> (accessed 2019 Apr 12)
- 4) 石川雅彦:Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み” 第39回 手術・処置部位の“左右間違い”に関わるアクシデント. 月刊地域医学 2017;31(1):50-54.
- 5) 石川雅彦:Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み” 第44回 手術部位の“左右の取り違い”に関わるアクシデント. 月刊地域医学 2017;31(6):486-491.
- 6) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索. <http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2019 Apr 12)



JADECOM 特設サイトのお知らせ

地域医療振興協会ホームページに2017年の12月に開設した「JADECOM特設サイト」。自治医大の卒業生を始めとした、地域医療に情熱をそそぐ医療者たちに取材を行い、ウェブを通じて会員へ情報をお届けしています。

開設以来、月ごとにコンテンツの追加を行い、内容も充実してまいりました。ぜひ一度ご覧ください。そして「義務明け後、地域医療から離れていたがもう一度地域医療をやってみたい」、「地域医療への情熱を思い出した」という方はぜひ協会へご一報をお願いします。地域医療振興協会はその気持ちを全力でサポートします。



取材にご協力いただいた先生方 / 2018年10月現在

高久史麿先生 / 笹井平先生 / 望月崇紘先生 / 崎原永作先生 / 並木宏文先生 / 深谷幸雄先生 / 垣花一慶先生
吉野 浄先生 / 小池 宏明先生 / 関口 忠司先生 / 原田 昌範先生 ほか

<https://jadecom-special.jp>

jadecom 会員 / JADECOM 特設サイト



お問い合わせ

〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15F
公益社団法人 地域医療振興協会 研究所事務部
TEL : 03-5212-9152 担当 : 須藤

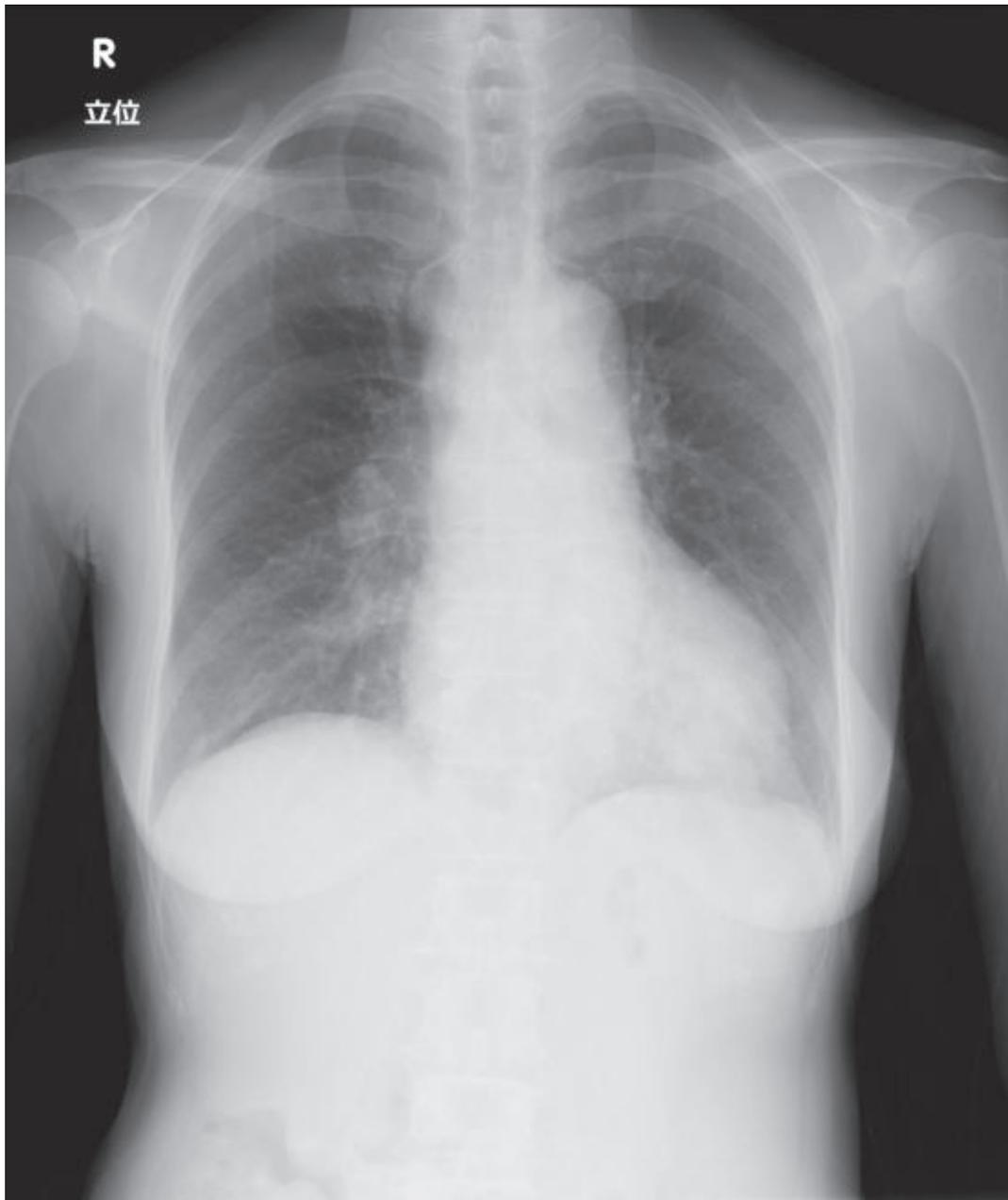
ちょっと画像でCoffee Break

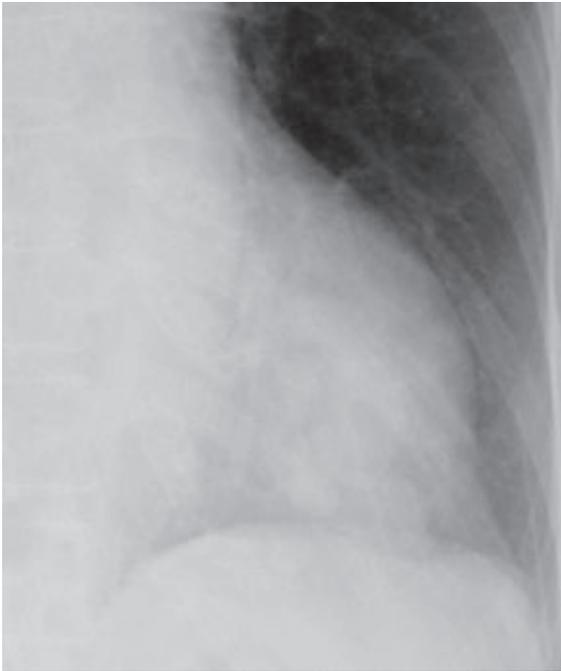
X線クイズ

練馬光が丘病院放射線科 科長 伊藤大輔

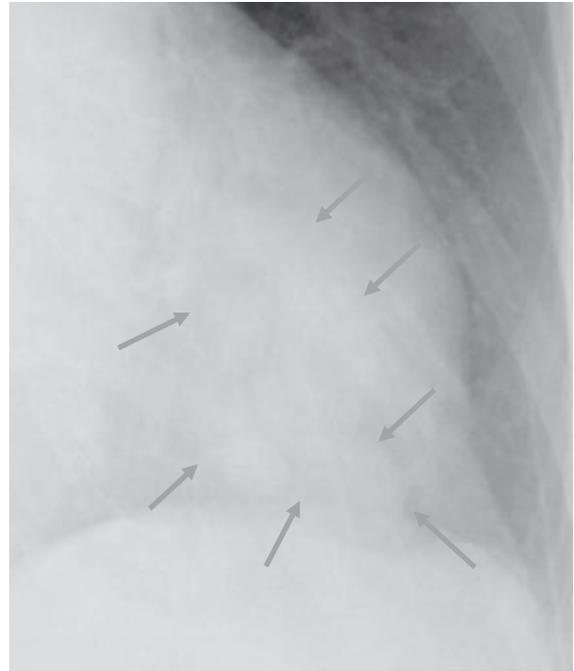
?

70代女性. 意識消失発作にて来院時に異常を指摘された. 所見は?



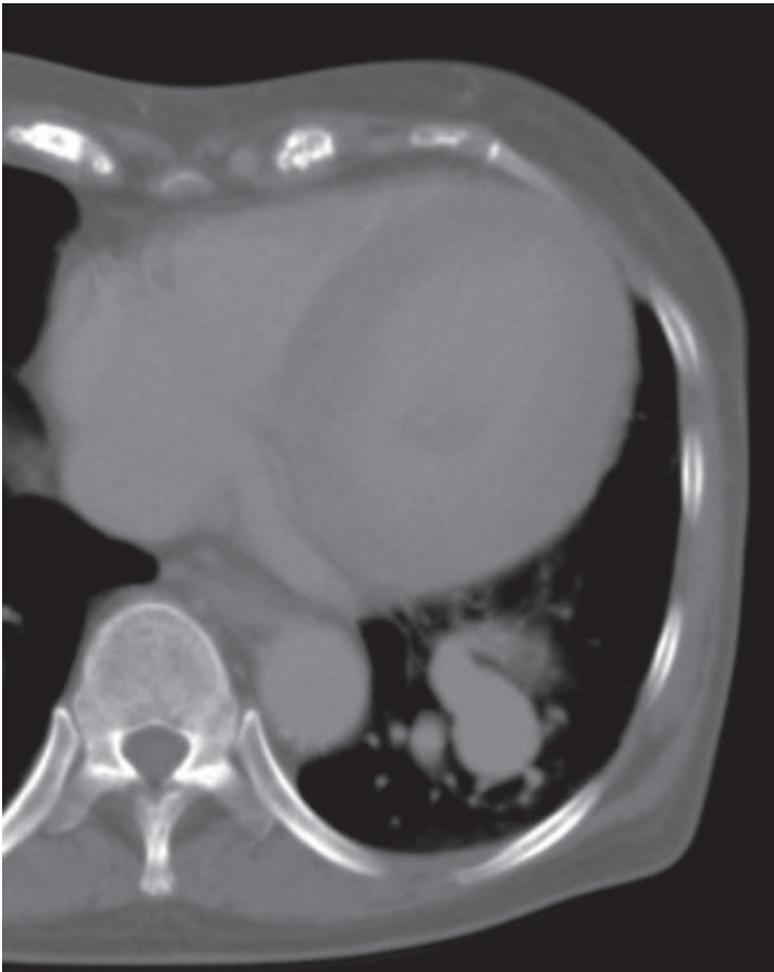


画像1 胸部単純X線 立位正面像



画像2 左下肺野拡大

所見:左下肺野に管腔様の陰影あり



画像3 胸部造影CT
左肺下葉に蛇行した脈管構造を認め、瘤状の構造を伴う。



画像4 経動脈性塞栓術後の肺動脈撮影
動静脈短絡の消失が得られた。

左下肺野には心陰影に一致して陰影を認める。拡張蛇行した管腔様構造に瘤状構造を伴うようにもみえる(画像2)。

CTでは左肺下葉に拡張蛇行した脈管影があり(画像3)、静脈瘤を伴う。また肺動脈、肺静脈に連続している(提示せず)。肺動静脈瘻の診断となる。

経動脈性塞栓術を施行し、動静脈短絡の消失が得られた(画像4)。

肺動静脈瘻は肺動脈と肺静脈が毛細血管を介さずに直接短絡している病態である。右→左シャントが起こることによりガス交換の効率が低下する。

無症状のことも多いが労作時呼吸困難や咯血、胸痛の原因となることがある。また脳膿瘍や奇異性塞栓症による脳梗塞の原因ともなりえる。

孤発例のほか、遺伝性出血性毛細血管拡張症

(Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia; HHT, Osler-Weber-Rendu病と同義)の1症状として表れることもある。

胸部X線では結節状陰影として指摘されるが、よくみると本症例のように管腔様構造や瘤状構造が分かることも多い。最近の造影CTでは本症例のように流入動脈や流出静脈の評価が可能なが多いため、造影CTで肺動脈と肺静脈の連続性が確認できれば本症例と診断できる。なお、現在では肺動脈撮影を行う際には治療行為を同時に行う場合にほぼ限られると思われる。

治療としては経動脈性(肺動脈なので当然アプローチは大腿静脈からになる)塞栓術や外科的な切除術が挙げられる。

参考文献

佐藤雅史:極める! 胸部写真の読み方, YEAR NOTE 2016, 秀潤社.

POINT

胸部単純X線での腫瘍像……管腔様構造がみえたら動静脈瘻も鑑別

「中国ブロック福祉と医療を語る会」研修会

第1回「中国ブロック福祉と医療を語る会」研修会 多職種で学ぶICF：国際生活機能分類～ICFを実践に生かそう～

県立広島病院 延原 浩

I. はじめに

医療、福祉、介護、保健などさまざまな分野からの参加者が本音で語り合うことをコンセプトに、昭和62年から活動していた「瀬戸内プライマリヘルス研究会」が、平成11年に「瀬戸内福祉と医療を語る会」と改称し、さらに平成29年より公益社団法人地域医療振興協会中国地方支部の支援を得て、「中国ブロック福祉と医療を語る会」と改称し活動を継続することになりました。今回、新生語る会として第1回目の研修会を、平成29年11月11日、広島県立産業会館西展示館において、「多職種で学ぶICF：国際生活機能分類～ICFを実践に生かそう～」をテーマに開催いたしました。申込人数が当初の予想を大きく上回ったため、急遽広い会場に変更して対応しましたが、大きな混乱も無く、最終的には147名という過去最多の参加者を得、盛会裏に幕を閉じました。

II. 研修会内容

記念すべき第1回目の研修会は、中国地方支部長である吉田泰之先生による主催者挨拶で始まり



吉田泰之先生

第1部では「国際生活機能分類の活用について」と題して、ケアマネジメントの第一人者である桜美林大学大学院老年学研究科教授 白澤政和先生による講義がありました。WHO(国際保健機関)の障害や生活に関する考え方の変化

に始まり、ICF(国際生活機能分類)誕生の歴史、ICFの考え方や特長などについて解説していただきました。特に、支援困難事例を解決する際に、利用者のマイナス面だけに注目するのではなく、意欲、能力、自信、抱負、嗜好などのプラス面を適正にアセスメントしてケアプランに反映させる、ストレングスモデルの考え方が大切であることを繰り返し強調されました。ICFの考え方は利用者の強さを引き出し、支援することによって、エンパワメントを実現し、個人と社会の双方に対する支援が可能となることが理解できました。



白澤政和先生



講演の様子

第2部では安佐地区医師会居宅介護支援事業所 広島県介護支援専門員協会副会長 望月マリ子氏が登壇し、「ケアマネジメントに活かすICFの視点～事例を通して考える～」と題して現場からの実践事例報告がありました。具体例に接しながらICFに基づいたポジティブニーズのケアプラン作成方法を学びました。利用者の自立した生活を阻む問題点を解消し、本人と本人を取り巻く人々の力を引き出して効果的な支援を実現するために、ICF



望月マリ子氏



グループワークの様子



による個人的要因(健康状態, 生活機能, 個人因子)と環境的要因(人, 物, 制度)に分けた情報の整理が役立つことが理解できました。

第3部のグループワークでは, まず村田朱氏(広島通信病院地域連携・医療福祉相談室)の音頭で席替えを行い, なるべく同じ職種が重ならないように5人一組のグループに分かれて座りました。

司会進行は望月マリ子氏が担当し, 最初にICFで自分自身の情報を整理し, 自分の強みについて再確認する作業が行われました。次に, ICFが共通のツールとして, 自分の仕事にどう生かせるかを考え, グループでの話し合いが行われました。自分自身をICFで評価することは, 初めてICFに触れた人にも, 使い慣れている人にも, おそらく新鮮な体験として強く印象に残り, ICFを良く理解するために効果的なワークとなったのではないかと思います。

最後に白澤先生による総評があり, 再度, 利用者の強みを引き出すことの大切さと, 何がその人にとっての「自立」なのか, その人に合わせた「自立」の意味を考えることの大切さについて解説されました。

Ⅲ. アンケート

参加者アンケートでは, 多くの方が良い評価をしてくださいました。第1部の講演では「ICFの基本, 歴史が分かり大変良かった」, 「ストレングスモデルについてよく学ぶことができた」な

どの意見が多くありました。また, 要望としては, 「少し時間が足りなかった」, 「もっと具体的なところまで聞きたかった」などの意見もありました。第2部の実践事例報告については, 「事例を通して聞くととても分かりやすかった」, 「具体的にICFを考えることができた」, 「強みを引き出すことに着目し, ケアプランを作成できるようになりたい」などの意見を多くいただきました。第3部のグループワークに対しては, 「自分を掘り下げることがなかったので新鮮だった」, 「自己分析をしたことでICFへの理解が深まった」, 「他職種の方の意見を聞いて良かった」などの意見が多くありました。次回の研修会で希望するテーマについては, 「ぜひパート2を」, 「街づくりにそれぞれの職種がどう関わっていけば良いのか」, 「ICFが実務でさらに生かせるような研修」, 「ストレングスについてもっと勉強したい」, 「地域マネジメント, 地域づくり」などの意見をいただきました。

Ⅳ. さいごに

新しい語る会としての記念すべき第1回目の研修会が, 会場変更を余儀なくされるほどの大盛況であり, また会のメンバーによる適切かつ迅速な対応で, 大きな混乱もなく開催され, 有意義な時間を共有できたことに安堵し, また感謝と敬意を表します。

私たちは, 利用者(あるいは患者)のマイナス面を評価するのは得意ですが, プラス面を評価するのは慣れていないこともあり, 得意とは言えません。今回ICFの考え方を学び, 利用者を

環境因子も含めた広い視点で評価するとともに、プラス面を引き出して支援する考え方に触れることができたことは、私にはもちろん、参加していただいた多くの皆様にとっても有意義であったと確信します。

最後に長年この会をご支援いただいている公益社団法人地域医療振興協会ならびに今回お世話になった中国地方支部、さらに今回事務を担当していただいた西日本事務局に深謝いたしますと共に、今後ともよろしくお願いたします。

第2回「中国ブロック福祉と医療を語る会」研修会 われわれは災害を通して何を学んだか ～福祉と医療の立場から～

県立広島病院 延原 浩

I. はじめに

2018年西日本豪雨災害は多数の被災者を出しました。そして、今なお支援のために働いている方々がおられます。また、災害を通して各地域でいろいろな課題が上がっていると聞きます。私たちは医療、福祉、介護、保健などさまざまな分野の専門職として、あるいは行政として、今後同じような災害が発生した時に、どう動けばよいのか、地域のために何ができるのかを共有したいと考え、今回の研修会を企画しました。

平成31年3月9日(土)、広島市総合福祉センターにおいて「われわれは災害を通して何を学んだか～福祉と医療の立場から～」をテーマに4人の講師をお招きして研修会を開催し、66名の参加者を得て盛会裏に幕を閉じました。

II. 研修会内容

本会代表の竹内啓祐先生の開会挨拶に続き、中国地方支部長である吉田泰之先生による主催者挨拶で研修会が始まりました。



竹内啓祐先生



吉田泰之先生

1. 講演

呉市福祉保健部介護保険課 矢村里美氏の講演では、「感謝のきもち～介護支援専門員協会の災害支援活動に携わって～」のタイトルで、呉市における日本介護支援専門員協会の災害支援活動に携わった経験に基づいて解説がありました。支援活動が成果をあげることができた要因として、介護支援専門員の派遣開始から終了まで、呉ブロックの理事、事務局が常に活動を把握し、継続したサポート体制をとったこと、熊本災害の経験を生かしてローラー作戦で効率的に要支援者の情報収集ができたことなどが提示されました。一方、今後の課題として、介護支援専門員協会の中で引き継ぎができる体制づくりの必要性、多くの団体から支援の申し出を受けることを予想し、平時からどこにどのような支援が必要となる可能性があるのか考えておく必要性などについて、動画を交えて解説がありました。



矢村里美氏

ほっと・はあとステーションでのひら所長 越部恵美氏は、「われわれは災害を通して何を学んだか～広島県介護支援専門員協会 呉ブロックとしての活動～」と題し、自らが命の危険に晒された状況から脱出した後、広島県介護支援専門員呉ブロックとして被災者のために活動した経験から学んだことにつ



越部恵美氏

いて解説しました。

ローラー作戦は、高齢者だけでなく地域住民の安否確認と世帯状況、住宅状況の確認をすることが重要であること、地域の民生委員の会長に事前に連絡してもらうことで、地域を回る際に駐車場の協力などを得てより円滑な活動ができたこと、地元のことが分かる呉ブロックのスタッフが聞き取りを行うことでより確かな情報収集が可能になったこと、呉市の腕章、名札などは活動する上で被災者の安心を得ることができたことなどを示し、最後に、改めて日頃からの地域づくり、多職種連携などの取り組みが重要であることが提示されました。

広島県済生会 坂町地域支え合いセンターセンター長 木下健一氏の講演では、「豪雨災害から我々は何を学んだのか」と題し、まず正常性バイアスについて解説が



木下健一氏

ありました。人が異常事態に対して「これは正常な範囲内だ、自分は大丈夫だ」と思い込んで、心を平常に保とうとする働きのことを正常性バイアスと言い、水害のように災害発生と被害発生に時間差がある災害では、危険を過小評価してしまい、避難が遅れるリスクがあることが示されました。防災、減災のためには、危険を知ること、備えをすること、避難行動の決断をすることが重要なポイントであり、地域とのつながりの弱い人は避難が遅れやすいため、日頃から、地域のつながり、専門職・多職種のつながりが大切であること、特にキーワードとして、情報の収集と共有の大切さが強調されました。

広島市口田地域包括支援センターセンター長 元廣緑氏は、「われわれは災害を通して何を学んだか - 地域の力は偉大だった! -」と題して、自らが被災をぎりぎり



元廣 緑氏

で回避した後、地域に設置された大型排水ポンプが全く機能しないという悪条件の中で、さまざまな工夫をしながら地域の被災者を支援した

経験について解説しました。地区社協のボランティアセンターと密接に情報共有しながら支援をしたこと、日頃関わりのある企業への飲料水などの提供依頼をしたこと、大きな被災の無かった地区の地区社協が独自で災害ボランティアセンターの立ち上げを決定し、隣接する地区の支援を行ったことなど、円滑な支援に結び付いたことが提示されました。また、平時の関係性の深さが緊急時を左右するとの教訓から、今後の取り組みとして、災害時要援護者リスト登録者について地域と協議すること、地区社協・民生委員との連携をいっそう強化する必要があることなどが示されました。

2. ワークショップ

ワークショップでは、5～6人で構成された各グループで、災害時における自らの経験を語った後で、災害に関して何か一つテーマを絞って話し合いました。

時間の都合ですべてのグループが発表することはできませんでしたが、発表された意見の中には、以下のように興味深い内容がありました。

- ①電話、メールなどの使用が制限される災害時においては、Lineによる情報交換が役立つ場合がある。
- ②キャッシュカードが使用できず、現金しか使用できない状況になる可能性があることを周知しておく。
- ③被災者の支援をする場合、被災者のニーズが、支援者側の思いと異なる場合があることを理解しておく(例えば庭の土砂撤去の順番など)。
- ④職能団体の支援を円滑に受けることができるように、平時から協定を結んでおくことが大切である。
- ⑤全国で発生する災害に対して、効果的な支援のノウハウを全国規模で蓄積して、次の災害に準備するシステムが必要である。

今回は比較的短い時間でしたが、災害対応について皆で深く意見交換できたのは大変有意義でした。



ワークショップの様子



最後は本会の生え抜きメンバーである茶川治樹先生による閉会の辞で終了しました。



茶川治樹先生

Ⅲ. アンケート

参加者アンケートでは、多くの方が勉強になったと良い評価をしてくださいました。

講演に関しては、「災害時の動きがよく分かった」、「日頃のつながりや、ボランティア活動の方との連携が大切であることが理解できた」、「平時の備えが大切なので、今からできることを準備したい」、「情報共有、SNSの活用事例、準備の大切さ等、重要なキーワードを持ち帰り、今後の活動に活かしていきたい」などの意見をいただきました。また、ワークショップに関しては、「それぞれの違う立場や地域の方の話が聞けて参考になった」、「より深く災害について考えていきたいと感じた」、「発表もそれぞれのグループで視点が違って興味深かった」、「多職種の方の考えを聞き、そんなこともあるのかという自分の盲点に目を向けることができた」などの意見があった一方で、「もう少し時間がほしかった」、「地域や職種のバランスが良くなるように、最初からグループ分けができると良いと思う」などの意見もいただきました。次回の研修会で希望するテーマとしては、今回と同じ災害関連が最も多く、その他、地域連携、独居在宅、



講師とスタッフでの記念写真

認知症などの希望がありました。

Ⅳ. さいごに

地球環境が大きく変化して行く中で、災害に対して絶対に安全な地域など何処にもありません。近年大きな災害に連続して見舞われている広島において、災害支援を経験したエキスパートの話聞き、皆で今後の防災や被災者支援のあり方について話し合った今回の研修会は非常に有意義なものでした。今後、全国規模の災害対策ノウハウの蓄積と有効利用ができるシステム構築と、各地域の特殊性に合わせた日頃の連携強化の必要性を強く感じました。

最後に長年この会をご支援いただいている公益社団法人地域医療振興協会ならびに今回お世話になった中国地方支部、さらに今回事務を担当していただいた西日本事務局に深謝いたしますと共に、今後ともよろしく願いたします。

長田太助先生の 「CKD合併高血圧の治療戦略」 (4月1日配信)

日本における慢性腎臓病(CKD)患者は1,350万人以上といわれています。腎臓病患者の高血圧治療の進め方について、自治医科大学内科学講座腎臓内科学部門教授の長田太助先生にレクチャーいただきます。

腎不全患者の高血圧の病態(図1)においては、腎実質障害があると腎血流量が低下して腎臓からのナトリウム・水排泄能が低下し、体内にナトリウム・循環血漿量が貯留、心拍出量が増加し高血圧になるという仕組みです。さらに高血圧はそのまま最初の腎実質障害を増悪させるので悪循環となります。

2018年6月に日本腎臓病学会から「CKD診療ガイドライン2018」が出ました。CKD患者への推奨降圧薬は、蛋白尿も糖尿病もなければ、どれを使用しても差し支えありません。腎機能が悪い場合は長時間作用型ループ利尿薬を使います。蛋白尿もしくは糖尿病がある場合はレニン-アンジオテンシン(RA)阻害薬を使います。第二選択薬は心血管リスクの高い人はCa拮抗薬、体液貯留がある腎機能軽度低下ではサイアザイド系利尿薬、高度低下で長時間作用型ループ利尿薬。腎機能高度低下の高齢者ではCa拮抗薬を第一選択とします。動脈硬化が強い人・高齢者の場合、RA系阻害薬により輸出細動脈が拡張するため、糸球体内圧が低下しGFRが激減し、急性腎障害(AKI)が

起きてしまいます。そのためRA系阻害薬を使用する場合は注意しながら使用する必要があります。

米国では、最近では血圧は低いほうが臓器保護作用が強いので、低ければ低いほど良いという風潮ですが、そのきっかけとなったのはSPRINT試験の結果でした。糖尿病・脳卒中のない50歳未満の人を120mmHgを目標とした厳格治療群と140mmHg以下を目指した標準治療群に分けて、心血管合併症の発生を比べました。厳格治療群のほうが標準治療群に比べて、明らかに有意に心血管イベントが抑制され、総死亡においても同様の結果となりました。SPRINT試験のCKDサブ解析では心血管死は統計的に差はなく、全死亡は標準治療よりも厳格治療が有意に結果が良好でした。副作用についてみると、厳格治療は標準治療に比べてAKIが1.5倍多く発生し、eGFRの低下の度合いは厳格治療のほうが有意に大きく低下しました。

CKD合併高血圧の治療のまとめを図2に示します。

最後に、①CKD患者への降圧薬投与時には下げ過ぎによるAKIに注意すること、②RA系阻害薬はCKD患者の腎予後を改善する可能性もあるが、高齢者では慎重なモニタリングが必要、③RA系阻害薬の投与開始初期に予想以上に腎機能が低下したらすぐに専門医に相談すること、があげられました。

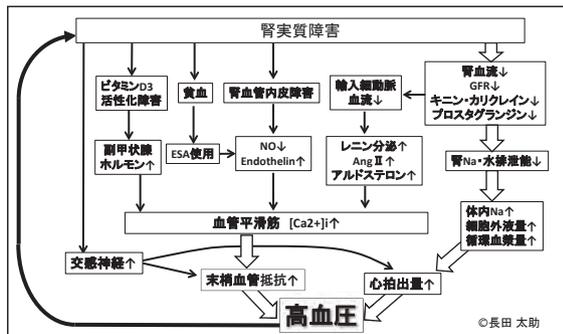


図1 腎不全患者の高血圧の病態

- CKD合併高血圧の場合、積極的降圧による心血管系合併症の予防効果は、CKD非合併と比べて減弱する。
- 蛋白尿性のCKD合併高血圧の場合、積極的降圧により腎予後悪化が抑制される。
- CKD合併高血圧の患者では、積極的降圧によりAKIの発症率が高まり、長期的にはGFRの低下の加速を来す。
- CKD患者ではRA系阻害薬により、腎予後の改善ができる可能性がある。
- 非CKDの糖尿病患者において、RA系阻害薬がCCBやサイアザイド系利尿薬と比較しての優位性は確立されていない。
- RA系阻害薬投与初期の想定外の腎機能低下は心血管系予後を悪化させる可能性があるため注意が必要。

図2 まとめ

*長田太助先生のレクチャーの詳細は、4月1日配信のJADECOM生涯教育e-Learningをぜひご覧ください。



生涯教育 e-Learning は公益社団法人地域医療振興協会ホームページから閲覧できます。 <http://www.jadecom.biz/>



出会いと別れと隠岐の春



隠岐広域連合立隠岐島前病院内科
福田聡司

長田先生、これからよろしくお願いします。新しい環境に飛び込むのは緊張しますよね。ましてそれが1人診療所の所長ともなると、その緊張感は計り知れないものと思います。島前もこの春多くの別れと出会いがありました。新たな環境に飛び込んでいく皆さんを見送り、新しく迎えた仲間とよりよい医療を提供していきけるよう切磋琢磨していくつもりでいます。

日本全国で地方の過疎化が進んでいく中、離島も若い人がどんどん外の環境へ飛び出していきます。ただ、各町村がいろいろな取り組みをして1ターン、Uターンで島にやって来る人もたくさんいます。いろいろな理由、目的で来られる方が多いですが、とても高い意識を持ち、「絶対に島をこうしてやる」とか、「こうでなければいけないんだ」とか、あまりに強い思いを抱いて来られる方ほど、壁にぶち当たりやすく、挫折して帰ってしまう人が多いです。何となく流されるようにやってきた人や「なるようになる」と考えている、肩の力が抜けている人の方がうまく、そして早く環境に慣れて上手に生活に溶け込んでいるような気がします。先生もぜひ、肩の力を抜いて離島医療を楽しみながら頑張ってみてください。

島前病院は約80人の職員が居ますが、1ターンがおよそ25人、Uターンがおよそ10人と職員の半分弱を占めています。昔から島前病院の医療を支えてきたベテランのナースが少しずつ退職して、若い1ターンの皆さんが中心となっていくにつれて、少しずつ島前病院のカラーは変化しています。ただ根底に流れている島前病院の島前病院らしさを大切に、全ては患者さんのためという目的を達成するため、頑張っているところ

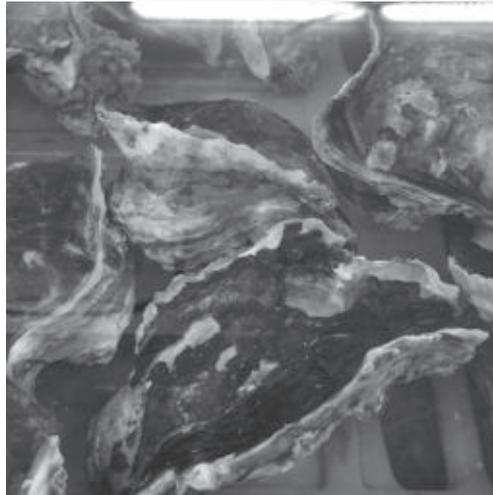


3月の島外へ出ていかれる先生のお見送り場面

ろが、多くのIターンの皆さんを惹きつけている大きな理由の一つだと思っています。

隠岐は今まさに岩牡蠣のシーズンの最盛期を迎え、これから一番楽しい時期が始まります。西ノ島には日本で始めて岩牡蠣の養殖に成功した方が住んでおられます。その技術を独占するのではなく、広く日本全国へ伝え、岩牡蠣の養殖がどこでもできるようにしようと聞きます。島前病院でも白石院長先生を筆頭に、日本全国へ地域医療のあり方や臨床における新たな知見、技術を広めるように発信を続けて居ます。

島で閉じこもるのではなく、島から広く全国へ情報を発信し続けることは離島医療を継続していく上でも非常に重要なモチベーションになると思います。そのためには目の前にいる患者さんの訴え一つ一つを丁寧に拾って、患者さんからのフィードバックをうまく自分自身の成長につなげ、常に最良の医療を提供していくことができるよう、努力を続けることが大事だと思っています。



出荷を待つ隠岐産岩ガキ



知夫利島で見られるこの時期の荒れた日本海と赤壁





伊東市民病院での 特定ケア看護師としての活動

伊東市民病院 特定ケア看護師 大岩真弓

特定ケア看護師を目指した動機

私が勤務している伊東市民病院は、病床数250床で、24時間365日救急患者を受け入れ、地域の二次救急医療を担う中核病院として医療を提供しています。当院がある静岡県伊東市は、65歳以上の高齢者の人口比率が41.0%と全国平均(26.6%)と比べて著しく高い地域です。当院の入院患者さんの多くが75歳以上の高齢者で、老老介護であったり独居であることが多いため、退院調整が難しく、入院期間が長期化する傾向にあります。今後、地域住民が重度の要介護状態になっても、できるだけ長い間、または最期まで、住み慣れた場所で過ごすために地域包括ケアシステムのさらなる構築が必要となっています。

看護師は、患者さんとその家族が医師には遠慮があって話せないこともなんでも相談できる立場であり、医師と患者さんその家族との隙間を埋めることができる役割があります。入院中はもちろん退院後も安心して生活ができるような医療の提供には、医療と看護のスムーズな橋渡しができる特定ケア看護師の存在が必要であると考えていました。また、当院は医師不足状態であり、医師が手術や外来業務に追われ病棟の患者さんに変化があってもすぐに対応できない状況です。なにか急変が起こる前に患者さんの変化にいち早く気付けることが必要であり、そのためには、総合的なフィジカルアセスメントができ、自分で考え自分の判断に責任が持て

る看護師になりたいと思い特定ケア看護師になることに挑戦しました。

JADECOM-NDC 1期生として卒業してからは、当院の内科や外科で研修を行いました。自施設へ帰ってきましたが、看護師として働いていたときと違い、特定ケア看護師の立ち位置に戸惑いを感じ体調を壊すこともありました。乗り越えることができたのは、同期が同じ施設にいたことと看護部長をはじめ周りのサポートがあったからだと思っています。また、診療看護師が卒業前に勤務し、受け入れ態勢の準備をし、基盤を作ってもらえ、病院内の理解があったからだと思っています。

現在の仕事内容

私は昨年の10月から整形外科に所属しています。医師は3名で、入院患者さんは整形病棟と回復期病棟を合わせおよそ60人います。医師は、外来や救急対応や手術のため病棟を不在にすることが多くあります。朝8時から回診に備えて、事前に情報収集を行い、回診時に医師に報告し本日行うことを確認しています。入院患者さんのほとんどは75歳以上の高齢者のため、糖尿病や高血圧など内科疾患の管理が必要である患者さんが多く、問題がある場合は、他の診療科の医師にコンサルトを行い方針を確認しています。また、入院後に食事摂取できなかつたり、発熱したりする患者に対してアセスメントを行い、原因検索を行い処置、対応を考え行動をし

ています。また、退院先の調整を行うことが多く、患者さんの家族や担当看護師、ソーシャルワーカー、リハビリ担当と栄養士と毎日のように連絡を取っています。病棟看護師との関わりとしては、私が朝出勤すると夜間の問題点や医師には言いにくいけど「ちょっとした何か変」を報告してくれます。医師より身近な言いやすい存在になっていると感じています。報告の内容を確認し、自分の目で患者さんを看て何が起きているのかアセスメントし、経過観察でよいのか、検査をするか、医師に報告するのかを判断しています。こうすることでより急変を防ぐことができていると思っています。医療安全の面からも医療事故につながる事例がなくなっていると報告がありました。

これからの課題

特定ケア看護師として働いてから2年半が経ちました。病院内では役割など周知されてきたと思います。今後の課題としては、特定ケア看護師になるために学んだ知識を共有できるように勉強会を定期的で開催していきたいと思っています。また、まだまだ知識として足りていないことがたくさんあります。救急外来などで医療面接、身体所見の取り方、臨床推論、診断能力をもっと身につけていきたいと思っています。また在宅医療の提供に関しては、現在は活



新人職員に対し特定ケア看護師の活動についての説明会の様子

動できていませんが特定行為の実施によって、在宅療養中の患者さんの苦痛を取り除き、より快適な生活を継続することができるような訪問看護に関われるようにしていきたいと考えています。さらに当院には特定ケア看護師の後輩がまだいません。今後は仲間作りにも力を入れていきたいと思っています。特定ケア看護師が地域住民に受け入れていただけるように、何ができる看護師なのかを示し、患者さん、その家族がその人らしく人生を送れるように、地域との連携を重視した看護を行っていきたいと思っています。

私は看護師として「患者さん、患者家族の思いを優先し、その人らしい尊厳のある生活を支える」ことを大切にしたいと考えています。これからも看護の視点は忘れずに急性期の場でも在宅医療の場でも活躍できる特定ケア看護師を目指していきたいと思っています。

地域医療型後期研修

2019. 4. 15

内科だけど総合診療研修中

2019年度で東京ベイ・浦安市川医療センターの総合内科プログラム3年目かつ「地域医療のススメ」プログラム2年目になりました。去年の5月から「地域医療のススメ」プログラムも並行して所属しています。新専門医制度が始まって2年たち、「総合診療科」は「内科」とは別個の専門科として位置付けられました。私が初期研修を終えて後期研修先を決める時は「新専門医制度が始まる」と言われ、新制度の研修について説明会がそこここでされながらも結局延期されたのでした。「よきかかりつけ医」「身近で頼れるお医者さん」を夢みる私は総合診療科を専攻しようと思っていましたが、内科の経験を積んでおきたくて東京ベイの総合内科で後期研修を始めました。3年間の内科プログラムの2年目の4月の面談で、「家庭医療、総合診療の道を進むつもりなら今から総合内科研修しながら『地域医療のススメ』プログラムとかけもちすればよい」とご提案いただき、あれよあれよという間にススメプログラムにも所属することになりました。基本的には総合内科研修を遂行中で、ススメの総合診療専門研修プログラムのうちで病棟診療の6ヵ月を総合研修期間として数えてもらっています。



プロフィール

2015年3月 福島県立医科大学卒業
 2015年4月～2017年3月 医療生協わたり病院 初期研修
 2017年4月～ 東京ベイ・浦安市川 医療センター 総合内科後期研修
 2018年5月～ 「地域医療のススメ」専攻医

東京ベイの総合内科プログラムでは3ヵ月ごとに内科と他の科をローテートします。年間6ヵ月間を内科、3ヵ月間を地域研修(市立大村市民病院, 県立志摩病院, 伊東市民病院, 西吾妻福祉病院のいずれか), 残りの3ヵ月間は学年によって各科(循環器内科, 消化器内科, 腎臓内分泌糖尿病内科, 集中治療科, 救急科, etc.)が組み合わされて研修します。地域研修として派遣された病院では、内科医として病棟, 外来, 救急診療を担います。私は大村市民病院と伊東市民病院に行きました。大村はうまい魚と嬉野温泉が、伊東は毎日入れる温泉と多種多様な症状の方が来る救急外来が印象的でした。どちらも3ヵ月だけなのに病院の皆さんのおかげで愛着が深まりました。

ススメプログラムに所属してから、ススメの合同ミーティング

やテレビ会議にも参加させてもらったり、ポートフォリオを細々と作ったりしています。臨床倫理4分割表であるとか、外来診療とか、内科と総合診療で共通な部分もありますが、BPSモデルとか行動変容とかヘルスプロモーションといった分野は総合診療ならではの考え方でとても勉強になります。

「なんで内科に来ちゃったの?」と反語的に訊かれることが少なからずありますが、私は総合内科で研修して良かったと思っています。

東京ベイの内科では内科部長の平岡栄治先生から良き医師の6 competencies (Patient care / Medical knowledge / Professionalism / Interpersonal and Communication Skills / Practice-Based Learning and Improvement / System based practice)を叩き込まれます。総合診療派の先生の中には「内科は病める人でなく疾患をみる」と思っている先生がいるような気がしますが、医学的な要素だけでは良い診療にならないと教わっています。総合内科も総合診療も、違うのは診療する場の違いであって、患者さんのために一番良いゴールを目指して治療するのは変わりないと、当然のことながら感じています。



カンファレンスの風景。研修医や指導医からのレクチャーや他科との合同カンファレンスを連日行っています。



たまには皆で遊びに行きます。花火とスローシャッターで撮影した光文字 (GIM: General Internal Medicine)

初期研修病院のハートの熱いMSWが「各スタッフが専門性を発揮して連携をとるのがチーム医療であり、さらにお互いを助けあって患者さんを支えられるのが“理想的な”チーム医療だ」と言っていました。医師としての専門性を高めていくために、皆さんから刺激を受けながらimprovementしていきたいと思います。これからもよろしくお願いします。

あなたの一步で、 救われる地域がある。

医療資源は都市部に集中し、山間・離島などの地域には
日常的な診療を担う医師にも恵まれないところが
未だに数多くあるのが現状です。

地域医療振興協会には全国から多くの医師派遣の要請があり、
その支援実績は年々増えていますが
すべての地域からの要望に応えることはできません。



期間(年単位、月単位、日単位、緊急支援)や役割(総合医、専門科、当直など)、
方法(就業、定期支援、一時支援)など、地域の支援には様々なかたちがあります。

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

公益社団法人 地域医療振興協会 東京都千代田区平河町2-6-4海運ビル4階

担当/事務局 医療人材部

mail: hekichi@jadecom.or.jp TEL:03-5210-2921

医療を求める地域が今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

自治医科大学入学式が挙行されました……………

桜の花が咲き誇る4月5日(金), 地域医療情報研修センター大講堂において, 平成31年度 自治医科大学入学式が盛大に執り行われました。

式では, 永井良三学長の式辞, 大石利雄理事長の挨拶に続き, ご来賓の総務省 安田 充総務事務次官, 森澤 隆栃木県保健福祉部部長, 太田照男栃木県医師会会長, 小熊 豊全国自治体病院協議会会長, 鱒渕清子栃木県看護協会専務理事からそれぞれご祝辞をいただきました。

今年度は, 医学部123名(第48期生), 看護学部105名(第18期生)が入学し, 医学部を代表して, 埼玉県出身の長嶺翠栄さんから, 看護学部を代表して, 小俣杏実さんからそれぞれ誓いの言葉が読み上げられ, 式は滞りなく終了いたしました。

第113回医師国家試験の結果について……………

2月9日(土)~10日(日)の2日間にわたり実施された第113回医師国家試験に, 本学からは125名が受験し, 3月18日に合格者の発表がありました。

その結果は, 124名が合格(合格率99.2%)し, 7年連続全国第1位の成績を収めました。

合格した124名は, 4月からそれぞれの出身都道府県において, 地域医療に従事することとなります。

<第113回医師国家試験合格率順位上位校>

順位	学 校 名	合格率 (%)
1	自治医科大学	99.2
2	順天堂大学医学部	98.4
3	横浜市立大学医学部	97.7
4	東京慈恵会医科大学	97.4
5	筑波大学医学専門学群	96.7
6	東京医科歯科大学医学部	96.5
7	聖マリアンナ医科大学	96.0
8	杏林大学医学部	95.7
9	金沢大学医学部	95.5
9	愛媛大学医学部	95.5

『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

『月刊地域医学』は、公益社団法人地域医療振興協会の会員の方に無料で配布させていただいておりますが、会員以外の皆さんに販売できるようにしました。地域医療に興味をお持ちの皆さん、『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか?

年間定期購読をご希望の方は、地域医療振興協会ホームページ (URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>) にアクセスして申し込み用紙をダウンロードの上、FAXまたはメールにて下記までお申込みください。



定価：(本体600円+税)×12ヵ月(送料は当協会が負担します)

申し込み先：〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515

E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp

URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>

報告
各種お知らせ
求人

公益社団法人地域医療振興協会 主催
第13回 へき地・地域医療学会のお知らせ(一般演題募集のお知らせ)

メインテーマ「地域から羽ばたく女性医師」

本年のへき地・地域医療学会は、「地域から羽ばたく女性医師」をメインテーマに招聘講演に自治医科大学卒業後、辺地医療(巡回診療)を通じザンビア共和国の地域保健医療の向上に貢献されている山元香代子先生、基調講演に当協会が寄附講座を設置し、活発に交流を行っているオレゴン健康科学大学より、関連医療センター長として、オレゴン州のへき地での保健予防活動において中心的な活躍をされている、Elizabeth Powers先生をお招きし、ご講演いただきます。

また、地域医療の前線でご活躍中の先生方によるシンポジウムや日常診療に役立つ教育セッション、地域医療にかかわる演題発表などの内容で下記日程のとおり開催いたします。一般演題を下記の通り募集いたしますので、皆様ふるってご参加ください。

日程 2019年6月29日(土), 30日(日)
会場 海運ビル, 他(東京都千代田区平河町)
対象 医師, 研修医, 医学生

プログラム

6月29日(土)

14:00～15:00 開会宣言

招聘講演 「ザンビアでの辺地巡回診療活動」

山元香代子先生(特定非営利活動法人ザンビアの辺地医療を支援する会 副理事長)

15:10～18:20 協会地方支部代表演題発表, 一般演題発表, 教育セッション等

6月30日(日)

8:30～11:40 教育セッション, 高久賞候補演題発表等

12:00～12:50 へき地医療功労者・高久賞表彰

13:30～14:25 基調講演 「フロンティア家庭医としての挑戦:オレゴン州エンタープライズでの12年」
[It takes GRIT; Twelve years of Growth, Resilience, Inspiration & Tenacity in Frontier Family Medicine]

Elizabeth Powers先生

(オレゴン州エンタープライズ Winding Waters Clinic センター長)

14:30～16:00 メインシンポジウム「地域から羽ばたく女性医師」

シンポジスト

- 石川鎮清先生(自治医科大学医療教育センター 副センター長・教授)
- 十枝めぐみ先生(香川県 綾川町国保綾上診療所 所長)
- 白石裕子先生(島根県 隠岐広域連立隠岐島前病院 小児科長)
- 佐藤優子先生(島根県 浜田市国保診療所連合体 波佐診療所 所長)

問い合わせ 公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部 担当:堀江
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515 E-mail hekichi@jadecom.or.jp

平成31年度 中央研修会および現地研修会のご案内

当財団では、自治医科大学との密接な連携のもと、各種研修会（「中央研修会」および「現地研修会」）を合わせて年間30回程度開催しています。ぜひご参加ください。
公益財団法人 地域社会振興財団

中央研修会

当研修会は、地域社会において保健・医療・福祉事業に携わる方々が最新の医学知識と医療技術を習得することにより、地域住民が安心して生活することができることを目的に開催しています。

講師には、自治医科大学の教職員およびそれぞれの分野において活躍されている方々を招き、最新の医療情報の講義や技術の向上を図るための演習等を実施しています。

平成31年度は、以下の研修会を開催します。日程、内容、申込方法等、詳細につきましては、当財団ホームページ(<http://www.zcssz.or.jp/>)をご覧ください。

- 6月 診療放射線技師研修会, 薬剤師研修会, 臨床検査技師研修会, 栄養管理研修会
- 7月 健康学習研修会, 健康企画・評価研修会
- 8月 保健活動研修会
- 9月 口腔ケア研修会
- 10月 災害保健研修会, リハビリテーション研修会
- 11月 スタッフ育成・管理担当者研修会, がん化学療法看護研修会, 看護師研修会

現地研修会

当研修会は、地方公共団体等が推進する健やかな長寿社会づくりに寄与することを目的に、地域住民の方々が地域社会において保健・医療・福祉事業に携わる方々を対象として、保健・医療・福祉事業に関するテーマで、当該団体と当財団が共催の形をとり、全国各地で開催しています。

応募要件等、詳細につきましては、当財団ホームページ(<http://www.zcssz.or.jp/>)をご覧ください。

問い合わせ先

公益財団法人 地域社会振興財団 事務局研修課
〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-160
TEL 0285-58-7436 FAX 0285-44-7839
E-mail fdc@jichi.ac.jp URL <http://www.zcssz.or.jp/>

研修・入局

自治医科大学附属さいたま医療センター産婦人科 研修・入局のご案内

埼玉県は人口比産婦人科医師数が日本一少ない県でありながら、人口密集地区の性質上、当センターでは多数の症例を経験することができます。これから産婦人科専門医を取得したい方、後期研修したい方、研究したい方、興味ある方、どなたでもお気軽にご連絡ください。腹腔鏡技術認定医、超音波専門医、周産期専門医、婦人科腫瘍専門医等々サブスペシャリティ資格取得の指導や、学位の指導まで幅広く行います。

まずは、お気軽にご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科

産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)

教授 今野 良(岩手1984年卒)

TEL 048-647-2111 E-mail kuwata@jichi.ac.jp

原著論文(研究), 症例, 活動報告等の 投稿論文を募集しています。

「月刊地域学」では、投稿論文を募集しています。
送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。

あて先

〒102-0093
東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階
公益社団法人地域医療振興協会 「月刊地域医学」編集委員会事務局
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515
chiiki-igaku@jadecom.or.jp

・・・地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

公益社団法人地域医療振興協会へ入会を希望される方は、協会ホームページより入会申込書をプリントアウトしていただくか、下記担当へお問い合わせください。

問い合わせ先 〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-6-4 海運ビル 4階
公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部
TEL 03-5210-2921 FAX 03-5210-2924
E-mail info@jadecom.or.jp URL <https://www.jadecom.or.jp/>

JADECOM
よろず相談
窓口

「JADECOMよろず相談窓口」開設のお知らせ

このたび、地域医療振興協会生涯教育センター内に、なんでも相談できる「JADECOMよろず相談窓口」を開設しました。

地域医療の現場での診療に関すること、地域における研究課題や専門医・学位取得といったことから将来の進路、職場環境や生活環境の悩み事まで相談の種類は問いません。

原則として地域医療振興協会会員を対象としていますが、地域医療に従事する医師の皆さんの様々な問題に柔軟に対応します。内容によっては協会関連病院や大学関係者等適切な方にお繋ぎさせていただきます。また学会や都道府県支部会などの際の個別相談にも応じます。まずはお気軽に窓口までご連絡ください。



連絡先 地域医療振興協会生涯教育センター「JADECOM よろず相談窓口」
富永眞一 shintomi@jadecom.jp

生涯教育
センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

地域医療振興協会生涯教育センターでは、2017年度から協会会員向けの生涯教育e-Learningを開始しました。自治医科大学で行われている教育・研究・最新治療の内容を解りやすくお伝えし生涯教育の材料にさせていただくとともに、自治医科大学の現状をより深く知っていただくことも目的にしています。

配信を開始してから半年が経過しましたが、自治医科大学の教職員や学生の方々から大変興味があるとの連絡をいただいています。実は私の在職中も大学内の他の部署でどのような研究・診療が行われてるのか十分な情報がなく、外の学会などで初めて先生方の素晴らしい活動を知るといことがしばしばありました。

共同研究の萌芽、相互交流の促進等を通じて自治医科大学全体の発展のために少しでも貢献できれば幸いです。と考え、今回自治医科大学の教員のみならず、職員、学生にも提供させていただくことにしました。自治医大図書館のホームページのビデオオンデマンドサービスから視聴できますので、どうぞ、ご活用ください。

生涯教育センター長 富永眞一

「月刊地域医学」年間定期購読のご案内

「月刊地域医学」は、公益社団法人地域医療振興協会の会員の方に無料で配布させていただいておりますが、会員以外の皆さんに販売できるようになりました。地域医療に興味をお持ちの皆さん、「月刊地域医学」を年間定期購読しませんか？

年間定期購読をご希望の方は、地域医療振興協会ホームページ（URL https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/pdf/apply_magazine.pdf）にアクセスして申し込み用紙をダウンロードの上、FAX またはメールにて下記までお申込みください。

定 価 （本体600円+税）×12ヵ月（送料は当協会が負担します）

へき地・地域医療を志す医学生の皆さんへ 「月刊地域医学」無料送付登録のご案内

公益社団法人地域医療振興協会では、「へき地を中心とした地域保健医療の確保とその質の向上」を目的として活動しており、医学雑誌として「月刊地域医学」を発行しております。へき地・地域医療に興味関心のある医学生の皆さんにご覧いただき、将来のへき地・地域医療の充実と質の向上の一助となりますようご案内申し上げます。「月刊地域医学」は原則として公益社団法人地域医療振興協会会員に配布させていただいておりますが、この度、公益活動として地域医学の啓発・普及のため将来のへき地・地域医療を担う医学生の皆さんに無料にて配布いたします。

対 象 へき地・地域医療に興味関心のある医学生

登録方法 住所、氏名、大学名、学年、E-mail アドレスを下記連絡先までご通知ください。

費 用 無料（無料送付登録は医学生の方に限り、年度ごとに登録更新していただくことになります。）

申し込み先 〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階
公益社団法人地域医療振興協会 「月刊地域医学」編集委員会事務局
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515
E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp
URL <https://www.jadecom.or.jp/pdf/gekkanchiikiigaku/chikiigaku.pdf>

●●●会員の皆さまへ

会費のご案内

1. 年会費について

正会員…10,000円(医師免許取得後2年以内の会員の方は年会費5,000円)

準会員(変更無し)……………10,000円

法人賛助会員(変更無し)…50,000円

個人賛助会員(変更無し)…10,000円

2. 入会金について(変更無し)

正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)

準会員, 法人・個人賛助会員…なし

3. 年会費の納入方法について

地域医療振興協会では、会員皆さまの利便性向上のため、自動振替(口座引落し)を導入しています。

自動振替は、年に一度(6月27日)年会費が口座から引き落とされますので、振込手続きの必要はありません。引き落としに係る手数料も協会で負担いたします。自動振替による納入をご希望の方は、協会事務局までお問い合わせください。随時変更が可能です。

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

・郵便振替 口座:00150-3-148257 名義:公益社団法人地域医療振興協会

・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083

名義:公益社団法人地域医療振興協会

ご住所が変更になったときは

ご転勤などによりご勤務先またはご自宅住所が変更となった場合は、「月刊地域医学」の送付先を変更させていただきますので、当協会に新しいご住所をご連絡ください。

当協会ホームページ(<https://www.jadecom.or.jp/members/henkou.html>)の変更フォームから簡単にお手続きが可能ですので、是非ご活用ください。

また、所属支部の変更を希望される方は、当協会ホームページ(https://www.jadecom.or.jp/members/shibu_henkou.html)に掲載されている『所属支部変更届』の様式をダウンロードしていただき、ご記入ご捺印のうえ、下記の書類送付先へご郵送ください。

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

TEL 03-5210-2921 FAX 03-5210-2924

E-mail info@jadecom.or.jp URL <https://www.jadecom.or.jp/>

北海道

市立三笠総合病院

●内科, 外科, 整形外科, 小児科
常勤医師 各1名



診療科目: 内科, 循環器科, 外科, 整形外科, 小児科, 皮膚科, 泌尿器科, 耳鼻咽喉科, 眼科, 精神科, 神経科, リハビリテーション科

病床数: 199床

職員数: 181名 (うち常勤医師9名, 非常勤医師0名)

所在地: 〒068-2194 北海道三笠市宮本町489-1

連絡先: 事務局総務管理課総務管理係・係長 齋藤
TEL 01267-2-3131 FAX 01267-2-2493
E-mail byouin-kanri@city.mikasa.hokkaido.jp

特記事項: 市立三笠総合病院は、北海道のほぼ中央部、三方を山に囲まれ自然豊かな三笠市に位置しています。三笠市は化石や石炭を利用した観光に取り組んでおり、市全域が日本ジオパークに認定され、太古のロマンを感じることができます。三笠高校の生徒が運営する高校生レストランはにぎわいを見せ、若者の活気があふれるまちです。当院は市の基幹病院として、急性期から慢性期にわたる医療を提供しています。急性期に関しては、高度医療機器を積極的に導入し、質の高い医療サービスを提供するとともに、救急医療は365日、24時間体制で行っています。また、地域の医療ニーズに対応するため、回復期リハビリテーション病棟や24時間体制の訪問看護ステーションを開設するなど、医療サービスの向上に努めています。地域に根ざし、地域住民に信頼される病院づくりを目指している当院へのご連絡をお待ちしています。

www.city.hospital-mikasa.jp/

受付 2019.3.11

千葉県

国保多古中央病院

●内科 2名, 整形外科 1名



診療科目: 内科, 外科, 整形外科, 小児科, リハビリテーション科, 皮膚科

病床数: 161床

職員数: 185名 (うち常勤医師11名, 非常勤医師11名)

所在地: 〒289-2241 千葉県香取郡多古町多古388-1

連絡先: 庶務係長 越川
TEL 0479-76-2211 FAX 0479-76-3286
E-mail hospital@town.tako.chiba.jp

特記事項: 当院は、昭和26年開設以来、地域の中核病院として地域に密着した医療サービスを提供してまいりました。一般病棟の他に療養病棟、訪問看護ステーション、デイサービスセンター等を併設して高齢者の方々が安心して医療を受けられるよう包括医療を実践しております。成田空港から車で20分位の距離にあり、緑豊かな田園地帯の中にある町立病院で、こども園も近くにあり看護師が常駐しておりますので、子育て中の先生も安心して仕事ができる環境です。また、非常勤で勤務可能な医師の方からの応募もお待ちしております。

<http://www.takochu.tako.chiba.jp/>

受付 2018.11.28

佐賀県

伊万里有田共立病院

●一般内科, 呼吸器内科, 整形外科, 麻酔科, 検診科 各数名



診療科目: 内科, 呼吸器内科, 循環器内科, 消化器内科, 糖尿病・代謝内科, 神経内科, 外科, 心臓血管外科, 消化器外科, 整形外科, 脳神経外科, 胸部外科, 小児科, 泌尿器科, 婦人科, 眼科, 耳鼻咽喉科, リハビリテーション科, 放射線科, 救急科, 麻酔科, リウマチ科

病床数: 206床

職員数: 343名 (うち常勤医師18名, 非常勤医師2名)

所在地: 〒849-4193 佐賀県西松浦郡有田町二ノ瀬甲860

連絡先: 事務長 森田
TEL 0955-46-2121 FAX 0955-46-2123
E-mail kyouritsu@imari-arita-hp.or.jp

特記事項: 地域に密着し急性期医療、地域との連携、医療人の育成を行う病院です。

患者さん一人ひとりに寄り添い、ていねいな診療で地域全体の健康を守ること、社会に必要とされる病院に育てるために共に学び、共に創造していきましょう。

<http://imari-arita-hp.or.jp/>

受付 2019.2.25

各種お知らせ・報告・求人要領

2015年9月改訂

- ①各種お知らせ・報告・求人締め切りは毎月10日です。受け付けた情報の掲載可否は、編集委員会にて決定いたします。
- ②継続して掲載を希望する場合も、原則として毎月締切日までに掲載希望の旨をご連絡ください。
「求人病院紹介」も継続を希望する場合は1ヵ月ごとに申し込みが必要です。掲載期間は原則として6ヵ月までです。掲載を中止する場合は速やかにご連絡ください。
- ③各コーナーの執筆要領に従って原稿を作成してください。
- ④組み上がりの原稿(ゲラ)校閲が必要な場合は、その旨をお書き添えください。
- ⑤原稿はメールまたは郵送、ファックスにてお送りください。郵送、ファックスの場合も、文字データ、写真データはできるかぎり記憶媒体(CD-ROM、DVDなど)でお送りください。

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 会の名称(年度、第〇回)
2. 日 時
3. 場 所
4. 出席者
5. 議事要旨：議題と議事要旨を簡単にまとめる。
6. 結論：議事要旨に含まれない決定事項など
7. その他：講演内容などで特記すべきことがあれば簡略に、文末に必ず文責者(担当者)名を記載ください。
文字量目安：約950字で1/2ページ分、1,900字で1ページ分となります。

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 会の名称
2. 主催および共催団体名
3. 会の形態：研修会・研究会・講習会・講演会・シンポジウム等
4. 趣 旨
5. 日時・場所
6. 内容：テーマおよび簡単な内容、ホームページ等があればご紹介ください。
7. 参加資格：定員がある場合も明記してください。

8. 受講料
9. 申し込み方法：申し込み手続きに必要な書類、申し込み方法(通信手段)
10. 申し込み期間：申し込み締切日は必ず明記してください。
11. 連絡先：担当部署、担当者氏名(肩書き)、住所、TEL、FAX、E-mailを記載してください。
文字量目安：約900字で1/2ページ分、1,900字で1ページ分となります。

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 科名、教室名
2. 科・教室紹介：約200字を目安としてください。在籍卒業生を記載する場合は、苗字だけとし卒年度(○年卒：西暦)で統一願います。
3. 連絡先：氏名(所属・肩書き)、TEL、FAX、E-mailを記載してください。

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

1. 病院名(正式名称)
2. 所在地
3. 診療科目
4. 病床数
5. 職員数(うち常勤医師数、非常勤医師数)
6. 募集科目・人数
7. 連絡先：氏名(所属・役職)、TEL、FAX、E-mail
8. PR. 特記事項(ホームページURLなど)
9. 写真データを1点掲載することができます。

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当：堀江・田代

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515

E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp

投稿要領

2017年6月改訂

1. 投稿資格

- 1) 地域医療に携わる全ての者.
- 2) 国内外の他雑誌等に掲載されていない原稿,あるいは現在投稿中でない原稿に限る.

2. 採否について

編集委員会で審査し,編集委員会が指名する専門家に査読を依頼して採否を決定する.

3. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する.

原著: 学術論文であり, 著者のオリジナルである内容を著したもの.

症例: 症例についてその詳細を著した論文.

活動報告: 自らが主催, または参加した活動で, その報告が読者に有益と思われるもの.

研究レポート: 「原著」「症例」「活動報告」のカテゴリーに含まれないが, 今後の研究をサポートしていくに値し, また多職種多地域のコホート研究などに利用できるような論文.

自由投稿: 意見, 提案など, ジャンルを問わない原稿.

4. 原稿規定

- 1) 原則として, パソコンで執筆する.
- 2) 原稿は要旨, 図表・図表の説明, 引用文献を含めて14,500字(掲載時8ページ)以内とする. 1ページは約1,800字に相当. 図表は8cm×8cm(掲載時のサイズ)のもので約380字に相当.
- 3) 原稿の体裁: 文字サイズは10.5~11ポイント. A4判白紙に(1行35字, 1ページ30行程度)で印刷する. 半角ひらがな, 半角カタカナ, 機種依存文字は使用しない. 表紙を第1ページとしたページ番号を明記する(引用文献を除く). 「表紙」「要旨・キーワード」「本文」「参考文献」ごとに改ページする.
- 4) 原稿の表記: 原則として日本語とする. 句読点として全角の「, カンマ」「. ピリオド」を用いる. 薬品は原則として商品名ではなく一般名とする. 日本語化していない外国語, 人名, 地名, 薬品名は原語のまま用いる. 略語を用いる場合はその初出の箇所で内容を明記する. 年号は西暦とする. ○○大学○期卒や○○県○期卒等の表記は避け○○大学○○○○年(西暦)卒業(○○県出身*)とする. (*必要な場合のみ)
- 5) 必要記載事項
表紙: 原著・症例・活動報告等の別とタイトル, 本文原稿枚数(文献含む)と図表点数, 著者名と所属

(著者が複数の場合, それぞれの所属が分かるように記載する), 連絡先(住所, 電話番号, FAX番号, Eメールアドレス)を記載する. 全共著者が投稿に同意し内容に責任を持つことを明記し, 全共著者の署名を添える.

抄録・キーワード: 原著には抄録とキーワードを添える. 原著の抄録は構造化抄録とし, 目的, 方法, 結果, 結論に分けて記載する(400字以内). キーワードはタイトルに使用した語句は検索時に認識されるので, それ以外の語句を選択して記す(原則として日本語で5語以内).

タイトル・抄録の英文表記(希望者のみ): タイトルと抄録は, 和文表記に英文表記を併記することができる. 英文の著者名はM.D.などの称号を付け, 名を先, 姓を後ろに記載. 英文抄録はIntroduction, Methods, Results, Conclusionに分けて, 記載する(250語以内). Key words(5語以内)を添える. 抄録は和文と英文で同じ内容にする.

英文抄録はnative speakerのチェックを受け, 証明書(書式自由)を添付すること.

6) 図表

- ① 図表は厳選し, 本文中の記載よりも図表を用いた方が明らかに理解しやすくなる場合に限り使用する.
- ② 図表は原則としてモノクロで掲載する.
- ③ 図表は通し番号とタイトルをつけて, 本文とは別に番号順にまとめる.
- ④ 他の論文等から引用する場合は, 当該論文の著者と出版社の掲載許可を得ておくとともに出典を明記する.
- 7) 引用文献: 必要最小限にとどめること. 本文中に引用順に肩付き番号をつけ, 本文の最後に引用順に記載する.

雑誌の場合

文献表記例

【雑誌】

- 1) 柴田肇, 黒瀬亮太, 都竹晃文, 他: 栃木県の周産期死亡率の観察. 月刊地域医学 1996; 10: 25-32.
- 2) Feldman R, Bacher M, Campbell N, et al: Adherencetopharmacologic management of hypertension. Can J Public Health 1998; 89: 16-18.

【書籍】

- 3) 藤本健一, 吉田充男: 大脳基底核と運動の異常. 星猛,

石井威望, 他編. 新医科学体7巻. 刺激の受容と生体運動. 東京, 中山書店, 1995, p.285-314.

- 4) Schuckit MA : Alcohol and alcoholism. In : Wilson JD, Braunwald E, et al, editors. Harrison's principles of internal medicine. 12th ed. New York, McGraw-Hill, 1991, p.373-379.

【ウェブサイト】

- 5) Evanston Public Library Board of Trustees. "Evanston Public Library Strategic Plan, 2000-2010: A Decade of Outreach." <http://www.epl.org/library/strategic-plan-00.html> (accessed 2005 Jun 1)

著者名(3名までとし, ほかは“他”, “et al”と記す):
タイトル, 雑誌名 年; 巻: 始頁-終頁.

書籍の場合

著者名(3名までとし, ほかは“他”, “et al”と記す):
章名, 編集者名, 書名, 地名, 出版社名, 年, 始頁-終頁.

ウェブサイトの場合

著者名, 当該ページのタイトル(引用符付き), サイト名称(任意) 発行日(任意) URL アクセス日付(丸かっこ).

5. 原稿の保存形式と必要書類について

- 1) 本文の保存形式: 作成アプリケーションで保存したファイルとそのPDFファイルの両方を送付する. 画像の保存形式: JPEGかBMP形式を原則とする. これらの画像等を組み込んで作成した図は, 各アプリケーションソフトで保存したファイルとそのPDFファイルもつける.
- 2) 必要書類: 掲載希望コーナー, 著者名と所属, 連絡先(住所, 電話番号, FAX番号, Eメールアドレス)を明記した投稿連絡箋, および全共著者が投稿に同意し内容に責任を持つことを明記した著作権委譲承諾書.

6. 原稿の送付方法について

- 1) 原稿はEメールまたは郵送・宅配便で受け付ける.
- 2) メールで送付する場合の注意
 - ①メールの件名は「投稿・○○○○(著者名)」と表記する.
 - ②原稿と必要書類(5. 原稿の保存形式と必要書類について 2) 必要書類)は添付ファイルで送るか, 容量が大きい場合には大容量データサーバを使う.
- 3) 郵送で送付する場合の注意
原稿を, CD-ROMまたはDVDなどの1枚の記憶媒体に保存し, 必要書類と原稿のプリントアウト3部をつけて送付する.

- 4) 記憶媒体にアプリケーション名とバージョン, 著者名, 提出日時を明記する.
- 5) 原稿および記憶媒体は返却しない. また, 万一に備えてコピーを手元に保存すること.

7. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

- 1) 論文等の著作権(著作権法27条 翻訳権, 翻案権等, 28条 二次的著作物の利用に関する原著者の権利を含む)は, 公益社団法人地域医療振興協会に帰属する.
- 2) 当該協会は, 当該論文等の全部または一部を, 当協会ホームページ, 当協会が認めたネットワーク媒体, その他の媒体において任意の言語で掲載, 出版(電子出版を含む)できるものとする. この場合, 必要により当該論文の抄録等を作成して付すことがある.

【転載・二次的利用について】

当該論文の転載・二次的利用については, 「月刊地域医学」編集委員会事務局あてに申請し, 編集委員会により諾否を決定する.

8. 掲載料金, および別刷, 本誌進呈

- 1) 掲載料金は無料とする.
- 2) 原著論文については本誌と別刷30部を進呈. それ以上は別途実費が発生する.
- 3) 原著以外の投稿論文については本誌2部進呈, 別刷は実費が発生する.

9. 投稿先, 問い合わせ先

初回投稿先および投稿規定等に関する問い合わせ先:

「月刊地域医学」編集委員会事務局

- 1) E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp

- 2) 郵送, 宅配便

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人 地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

TEL 03 - 5212 - 9152 FAX 03 - 5211 - 0515

10. 月刊地域医学編集室

論文受理後の制作実務を担当. 投稿受理後は下記編集室より著者に, 受理日, 受理番号を連絡. 投稿後2週間経過後, 受理番号の連絡がない場合, 審査状況や原稿規定等の問い合わせは, 下記編集室あて.

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp



「月刊地域医学」編集委員

編集委員長	山田隆司(地域医療研究所長)
編集委員	浅井泰博(湯沢町保健医療センター センター長)
	朝野春美(地域看護介護部長)
	石川雅彦(地域医療安全推進センター センター長)
	伊藤大輔(練馬光が丘病院 放射線科科長)
	伊藤雄二(医療人材部総合診療産婦人科養成センター センター長)
	木下順二(東京ベイ・浦安市川医療センター 副管理者)
	崎原永作(沖縄地域医療支援センター センター長)
	杉田義博(日光市民病院 管理者)
	田中 拓(川崎市立多摩病院救急災害医療センター 副センター長)
	中村正和(ヘルスプロモーション研究センター センター長)
	野村 悠(川崎市立多摩病院救急災害医療センター 医長)
	原田昌範(山口県立総合医療センター へき地医療支援部長)
	本多英喜(横須賀市立うわまち病院 副病院長)
	宮本朋幸(横須賀市立うわまち病院 小児科部長)
	森 玄(練馬光が丘病院薬剤室 主任)
	山田誠史(市立恵那病院 内科部長)

(50音順, 2019.4.1 現在)

編集後記

平成から令和へと新しい時代が幕を開けました。時代を超えて終末期の医療やケアは永遠のテーマです。今月の特集は、「自宅看取りの道しるべ」。本特集では、人生の最期をその人らしく自宅で迎えられるように、在宅医療やケアに関わる現場の医師、看護師、薬剤師から、在宅看取りの工夫や留意点が事例を用いて具体的に紹介されています。まさに現場からの実践知です。地方と都市部での在宅医療の類似点や相違点も興味深い内容です。在宅医療やケアにおける多職種連携は地域を問わず必須の要素ですが、それを後押しする行政の役割の大切さも本特集から理解できます。

地域医療振興協会では、現在複数の診療所の共同研究として、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の研究に取り組んでいます。一定のトレーニングを受けたコメディカルスタッフが主治医と連携して外来患者のACP相談を実施し、その実行可能性を検討する研究です。ACPは終末期の医療やケアをその人らしく受けるための準備として重要な取り組みです。本特集でも触れられていますが、今後、病院間や病院と診療所間が連携してACPの導入やリレーをすることが、患者さんや家族の思いを具現化するために重要になってきます。さらに、受診している患者さんや家族だけでなく、地域住民に対してもACPの啓発活動を行って、地域社会全体としての意識や認識を高めることも必要です。このことは医療の適正受診にもつながると思います。

この編集後記を書いている10連休中に、肝臓がんで10年余り塞栓療法を受けてこられた親戚の方が亡くられました。本人の強い希望でこれまでも塞栓療法以外では入院せずに、最後は自宅での看取りを選択されました。亡くなる前日、近くの蕎麦屋に行きたいと、着ていく服装について奥さんや2人の娘さんと話をしながら、笑顔で亡くられたことを聞きました。家族にとって看病の負担は大きかったようですが、それを支えた多職種の医療・介護チームによる温かい支援がありました。

筆者も「終末期予備軍」。在宅での看取りを含め、高齢者の生活を支える医療・ケアの充実が切に望まれます。

中村正和



月刊地域医学 第33巻第6号(通巻392号) 定価(本体 600円+税)

発行日/2019年6月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515 URL <https://www.jadecom.or.jp>

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03-5790-9831 FAX 03-5790-9645

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えします。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan