

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

4

2021
Vol.35-No.4

【特集】

標準的在宅医療： 在宅医療の担い手を育てる

【企画】北村 聖 地域医療振興協会 地域医療研究所 シニアアドバイザー

●インタビュー

「グローバルな思考で、地域医療を実践しよう！」

大槻 マミ太郎 自治医科大学 副学長

公益社団法人
地域医療振興協会
Japan Association for Development of Community Medicine

目次

インタビュー

- グローカルな思考で、地域医療を実践しよう！／大槻マミ太郎 2

特集 標準的在宅医療：在宅医療の担い手を育てる

- エディトリアル／北村 聖 12
- 標準的在宅医療を教育する／大西弘高 13
- 高齢者の在宅医療／日下勝博 19
- 標準的在宅緩和医療・がん診療 希望を天の星につなげよ Hitch Your Wagon to a Star／川越 厚 24
- 難病，特に神経難病の在宅医療／三五美和 30
- 小児在宅医療を始めよう -楽しく，やりがいがあります-／高橋昭彦 35
- 地域を診る在宅医療／永井康徳 41
- 農村(中山間地域)における在宅医療／畑野秀樹 49
- 都市部の在宅医療／松村真司 53

症例

- 高カルシウム血症の原因精査と治療方針の決定に超音波検査が有用であった1例／植村和平・黒鳥偉作・ほか 60

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90回“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わるアクシデント！
-事例発生プロセスの“見える化”から検討する未然防止対策-／石川雅彦 64

ちょっと画像でCoffee Break

- 胸部X線クイズ／伊藤大輔 72

世界の医療情報

- テロメアの短縮による癌の抑制／間質性肺疾患の新たな治療法／高久史磨 76

JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- 世界初の先端的手法：支脈別副腎静脈採血「原発性アルドステロン症における意義」(2) 81

JADECOM-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 地域医療を支える病院での役割づくり／木村千尋 82

研修医日記

- 新潟県湯沢町での研修を振り返って／近藤真未 84

自治医大NOW

- 赤坂庸子名誉教授が従五位瑞宝小綬章を受章 87

- お知らせ 90
- 求人病院紹介 96
- 投稿要領 98
- 編集後記 巻末

INTERVIEW

自治医科大学 副学長
大槻マミ太郎 先生



グローバルな思考で、 地域医療を実践しよう!

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

自治医大との縁

山田隆司(聞き手) 今日自治医科大学副学長の大槻マミ太郎先生のお話を伺う機会に恵まれました。先生は今、副学長であり、また皮膚科学講座の主任教授を務めていらっしゃいますが、先生がそもそも自治医大に着任された背景、また先生のご専門の皮膚科診療のことも含めて教えていただきたいと思います。またコロナ禍の状況で、自治医大の学生は講義や寮生活などいろいろな面で支障が生じていると思いますし、それ以上に先生方は大変なご苦労をされていると推察されます。そのような状況を卒業生にも広く伝えられればと思います。残念ながら緊急事態宣言中なのでリモートでのインタビューとなりましたが、よろしくお願いします。

まずは先生が自治医大に着任された背景をご紹介しますか。

大槻マミ太郎 私が自治医大に赴任したのは1998年です。当時私が在籍していた東京大学の主任教授から都内の病院の部長の話があったのとほぼ同時に、専門外来で師事していた中川秀己先生が自治医大教授に赴任され、その下で働かないかというお誘いが重なり、どちらに決めるか妻に相談しました。実父が自治医大名誉教授(英語)の鈴木伝次先生と懇意にしており、鈴木先生のご仲介で結婚した経緯があるのですが、実は妻の父親は森岡恭彦先生なのですね。宇都宮で中高を過ごした妻は、栃木県への親近感がなお残っており、二つ返事でOKということで、このご縁

を大切に思っ、て自治医大へ来ることにしました。森岡先生は自治医大開学時の外科学教授でしたので、1期生はじめ卒業生にとっても慕われていますし、私としては実の父親に対するのと変わらぬ愛着、そしてリスペクトがありますので、森岡先生の導きで今の私があるのだらうと感じています。

山田 そうなのですか。われわれ1桁世代の卒業生にとっては森岡先生や高久史磨先生は恩師として双壁のようなもので、お世話になった卒業生も多く、われわれにとっても親のような存在です。先生がそういうご縁があったのは、初めて知りました。

そのようなご縁で自治医大に来ていただいたということですが、自治医大は卒業後に一定の義務があり、他の大学の学生とはまた異なるところがあると思います。赴任されてから学生との関わりはどのような感じでしたか。

大槻 他界した私の父も大学のつわもの教育者でしたが、教育が好きで山岳部と軽音楽部の顧問をしていました。私の小さいころの記憶では、自宅にいつも学生が転がりこんで来ていました。そういう父でしたので、多分私もその血を引いてやはり学生が好きです。自治医大に関しては森岡先生が先鞭をつけてくれたということもあり、いろいろな先生に昔の話を聞くことができました。東大から赴任した先生は多いはずですが、私のようにすぐに自治医大に馴染めた人はまれだらうと思います。

山田 私が学生の頃には、教授たちがまだ若かったせいもあるかもしれませんが、教授然とした感じではなく、気軽に教授室を訪れたり、自宅で食事をご馳走になったりといったことが珍しくありませんでした。当時は一緒に集団生活をしてきたような感じで親しみがありませんでした。そういう意味では最近では先生方と学生との関係が薄れてきたのかなと思っていましたので、先生の今のお話はとても嬉しいですね。

大槻 私は自治医大に赴任して1年目にピアノ同好会の顧問に就任し、それから20年以上顧問を続けていますが、ピアノ同好会の顧問になってから、特に学生たちとの親交が深まっていきました。今でもコロナ禍になるまでは、院内で患者さん向けのコンサートを年4回開催してきました。山田先生はご存じだと思いますが、その昔附属病院の地下にアート・イン・ホスピタルという、アート感あふれるうどん屋さんがあったのです。大学書房の金田前社長がつくられたのですが、そこには骨董品のベーゼンドルファーのピアノが置かれていました。お店の鍵を借りて深夜にピアノの練習をしていると「夜中に地下からピアノの音が聴こえる」と当直医に怖がられたりして、オペラ座の怪人のようでした(笑)。アート・イン・ホスピタルは残念ながら閉店してしまいましたが。

山田 大学書房の金田社長にはわれわれも物心両面で(笑)、お世話になりました。

広くて深い皮膚科学

山田 先生のご専門である皮膚科診療についても少し教えていただけますか。

大槻 皮膚科学というのは、その中に内科も外科も、

そして病理学も生化学も免疫学もあり、皮膚科の門を開けたら、それはもうバラエティ豊かで別次元の医学が広がっていて、皮膚という薄っ

べらかなイメージからは想像できないくらい、とにかく裾野が広く奥行きも深い学問です。皮膚疾患には比較的まれな先天性疾患から、他科でもよく知られた後天性の免疫・アレルギー疾患まで幅広くあり、また悪性腫瘍も上皮系から間葉系、そして転移性腫瘍に至るまで多岐に渡ります。

あらゆる皮膚疾患でその病態、治療についての新知見も増えています。特に分子標的治療は著しく進歩しています。免疫チェックポイント阻害薬は今やメラノーマに対する標準治療となっていますし、一方で免疫疾患に対する新薬ラッシュも驚異的なものがあります。私が学会の理事長を務めている乾癬についていうと、他科領域を含めて世界的に最も抗体医薬の開発が進んでいる疾患で、それと並んでアトピー性皮膚炎も治療の新時代を迎えています。ピンポイントの治療ターゲットを追求することでそれが新たな病態の理解につながるという、bench to clinic, and vice versaという流れになっています。

山田 私たち卒業生は地域に行くと、好むと好まざるとにかかわらず皮膚のコモンな問題に対応することになりますので、ぜひ皮膚科診察に関する情報を卒業生に発信いただけるとありがたいです。

大槻 ありがとうございます。今、山田先生も言われたように皮膚科というのは地域に行くと必須です。肌の状態は誰でも見てすぐ分かるため、地域医療の現場では患者さん自身が気づいて訴える変化については何でも、専門を問わず医師として最低限の責任ある見解を示し、患者さんを安心させることが重要です。専門的な判断が必要なケースに関しては全国の卒業生から問い合わせが寄せられることもあります。

意識の高い学生さんは、地域医療の中での皮膚科診療の重要性を痛感していると思います。



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

自治医大の選択必修BSLはとても人気がありますが、一時期は皮膚科だけで1学年30人受け入れた年もあるほどでした。これは誇りに思っていました。最近では教員数とのマッチングもあって学生の人数が制約を受け、選択必修をとれるのは1学年12名に限定されています。2019年は2人のフリーコースの学生さんが、短期間ですが皮膚科を回ってくれました。嬉しいことです。

山田 学生の意識というよりも、先生の人気だと思いますよ。

大槻 人気があるっていうのは嬉しいことですが、その内側をみていると素直に喜べない面もありますよ。実は、私は1度だけTeacher of the Yearに選んでもらったことがあるのですが、その年は学生に一番お金を使った年なんです(笑)。

山田 そうなのですね。分かるような気がします(笑)。

卒業してから皮膚科に進む人は増えているのですか。

大槻 皮膚科医になっている卒業生は結構います。8年前の2013年に日本皮膚科学会の東部支部学術大会を主催した際に、自治医大卒業生の中で皮膚科医として働かれている人を日本地図にプロットし、それをそのまま学会案内のポスター

にしました。その時にすでに30名近い人がいました。

山田 結構いるのですね。

大槻 ただ都道府県に帰って地元の国公立大学の皮膚科に入局している場合が多く、自治医大に戻って入局する人はなかなかいません。2016年に入局してくれた卒業生が、さいたま医療センター

教授の出光俊郎先生以来、なんと36年ぶりというのが実状ですから。

山田 そうなのですか。県に戻ると義務としてへき地に赴任するため、やはり地元で内科や外科を選択する卒業生が多く、皮膚科などの専門診療科を選択したり、まして母校に戻るというのはかなりハードルが高いのだと思います。

コロナ禍への対応

山田 ところで、今も直面されている問題だと思えますが、昨年来からのコロナ禍の中、自治医大の学生が大学に通えないなど、大変な状況で先生方はご苦労されていると思います。その辺りのことをお聞かせいただけますか。

大槻 昨年4月、新型コロナウイルスの急激な感染拡大に伴う緊急事態宣言の発出を受けて、4月9日から対面型の授業・実習を中止、14日には医学部新型コロナウイルス対策関係者会議を設置し、23日からMoodle上のメディア授業に移行しました。それに伴ってゴールデンウィーク前に学生に各都道府県へ帰省してもらいました。1年生は入学して授業も実習も受けないうまま帰省することになったので、本当に可哀想でしたね。とにかく、寮が“陸のクルーズ船”になってはいけな、というのがわれわれの合言葉でした。ところが、緊急事態宣言が解除され、世の中が「with コロナ」になってきたので自治医大もそういう方向へ舵を切り、当初想像したよりも早期に帰寮を図ることになりました。6～8月にかけてPCR検査を全員に実施して段階的に分散帰寮をしてもらい、8月中旬には帰省した730名の学生全員が帰ってきて、8月末の6学年の卒業試験を実施することができました。これはすごいことで、他の大学では難しかったのではない

かと思っています。そして9月の2学期からは全学年対面型とメディア授業併用の学修再開に至りました。

ただ、学生は大変だったでしょう。閉塞感の中でTwitterにSOS的な問いかけをする学生さんもいました。学生寮指導主事の中村好一先生に作成いただき、医学部コロナ対策関係者会議でも議論を重ねた「学生寮内外における新生活の指針」は、学生に囚人生活を強いるようなものだという陰口も聞かれました。われわれは個々の学生からの問い合わせや訴えにも対応しつつ、学業と両立する形での感染対策について日々知恵を絞ってきたつもりです。

山田 自治医大は各県から2、3人ずつが集まり全寮制でもあります。寮での管理も大変ですが、全国の都道府県への帰省後もそのコントロールが大変だったと思います。就学資金貸与制度があることで細かく学生を管理することが求められており、大変なご苦労があったと思います。

大槻 感染対策はもちろんなのですが、仮想臨床実習を含むメディア授業コンテンツ作成を急ピッチで遂行してもらった教職員の皆さんには副学長として深く感謝しています。

また地域医療振興協会にも感謝を伝えたいと思っていました。利尻島に赴任している卒業生

から、4月末に「感染者が出たがPPE(personal protective equipment, 個人用防護具)がないので何とかありませんか」と私のところにも連絡があったのですね。ゴールデンウィークに入ったところだったので、さてどうしたものかと思って、知り合いの自治医大関係者に連絡をし、さらに思いついたのが地域医療振興協会でした。休み中でしたが事務の方に連絡がついて、利尻島からの要請に対応してほしいとお願いしました。

山田 あの時の利尻島の状況は切羽詰まった感じでしたね。その中でよく頑張っていると思いました。協会の病院もPPE等、かなり逼迫していたのですが、僅かですが融通して送りました。卒業生にとっては大学や他の卒業生を頼りに思う

のは当然で、それに対応してくださった大学には非常にありがたいと感じました。あの時先生から利尻島からの情報をいただいて、少しでも力になれたのは協会として、卒業生としてよかったですと思っています。

大槻 卒業生の皆さんには年末年始にも支援していただきました。1回目の緊急事態解除宣言発出とその解除に合わせて、一時帰省と分散帰寮を図ったわけですが、一方で年末年始の帰省については折からの感染拡大もあって自粛を決定することになり、11月末に学生とご家族に通知しました。年末年始に滞寮となった学生の食事の確保が問題でしたが、同窓会から支援の申し出をいただきまして、お米やみかんの差し入れが学生から感謝され、大変ありがたかったです。

メディア授業のメリット・デメリット

山田 大学では現在もメディア授業が続いているのですか。

大槻 そうですね。もともと自治医大はたくさんの学生が病院内で臨床実習を行っていましたが、今は1人の患者さんに対して学生2人という形にしています。そうすると半分はメディア授業になってしまうのですね。対面型とメディア授業のハイブリッドがニューノーマルになってきています。

山田 メディア授業の教材はどのように作られているのですか。

大槻 医学教育センターにひな型がいくつもあるのです。科研費を使った研究もしていますので、他の医科大学をはるかにリードしていると思っています。

山田 このメディア授業の教材というのは、研修機会に恵まれない、地域で働く卒業生にとっても

有用なのではないかと思いました。今回は対面授業ができないために必要に迫られたわけですが、実は今後にも活用できる気がします。

大槻 まさにその通りです。どんどんコンテンツが増えていくので、学生だけではなく将来的には卒業生も利用できる宝物を、今つくっている段階とも言えますね。

山田 自分がある程度関与した領域ならまだしも、そうではない領域の最新の知見、先ほども乾癬やアトピー皮膚炎の新しい治療のお話がありましたが、そういうものはなかなか学ぶ機会がありません。ですから大学の、優秀な教員が作成された教材を共同利用させてもらえるようになれば、卒業生にとっては非常に有難いことだと、今伺っていて思いました。

対面型授業、臨床実習が制限される中で、Webを使った双方向の授業も多いのですか。

大槻 多いですね。MoodleのBig Blue ButtonというWeb会議システムを使っています。

山田 Webを使った教育のメリットはどんなところでしょうか。

大槻 働き方改革というのは随分前から言われていますが、今、コロナ禍で学び方改革だと思うのですね。Web、オンライン、メディア授業がニューノーマルになっていって、学ぶには良いツールなので、これがなくなって元に戻るということはもう考えられません。ただ、これだけでやっていると、出来が悪い学生はどんどん落ちこぼれて優劣の差が開いていくばかりです。個別対応というのはやはり大事だと思います。

山田 なるほど。もう1つ気になるのは、自治医大には地域に行くというミッションがあるわけですが、コミュニケーション能力や人との関係性を育んだり、医療に携わることの豊かさといったものをWebではうまく伝えにくいのではないかと思います。これまでは先生方の熱い気持ちを、お酒でも飲みながら伝える機会もあったと

思うのです。対面で伝わるシンパシーのようなものが、Webでは希薄になってしまわないかというところが、私としては気になります。

大槻 その通りだと思います。自治医大生の場合は何と言ってもコミュニケーション能力が大事です。今は部活も存分にはできない状況ですので、先日もピアノ同好会の学生を呼んで、1人用にお寿司とうなぎを両方出したところ。ただ、結局みんな一緒に食べられないのでテイクアウトにせざるを得ず、やはり前のようにお酒を酌み交わして、わいわい話してという状況に戻りたいですね。

それからもう1つは、実習がWebではやはり駄目なのです。知識を問われるCBT(Computer Based Testing)はよくても、OSCE(Objective Structured Clinical Examination)などは、対面型の教育が必須です。ですからWebの良いところを取り入れつつ、実技的なものを含め、やはりface to faceでやらなければならないところは少なくないと思います。

コロナ禍も一つの貴重な経験

山田 先生が本当に熱心に、学生に対して親心をもって接していらっしゃるのを知って、嬉しく思いました。

学生も苦しんでいると思いますが、全国の卒業生はその地域のたった1人の医師としてコロナ禍に直面している中で、いろいろなプレッシャーやストレスを感じていると思います。そういった卒業生にエールを送っていただけると有難いと思います。

大槻 永井良三学長がよくおっしゃっているのですが、昭和の学園紛争の時もそうだったように、こんな学園封鎖のようなことがまた起こるなん

て、誰も想像していなかったわけです。こういう時に入学してきた学生、そして卒業して医師として社会に出ていく先生は、ある意味、とても貴重な経験をしたと言えます。誰も経験していないことなので正解はないし、さまざまな自粛、さらには未来についても一人ひとりが自分で考え、行動していくしかない。となると「一人で考える」ことを求められ、それを生涯実践していく自治医大卒業生にとっては、まさに真骨頂を発揮できる局面と言えるかもしれません。

山田 先生のおっしゃる通りだと思います。先生がご自身のことについて、「若いうちはうまくいか

ないことがたくさんありましたが、今では全て自分の糧となっていて、『全ては何かの伏線』という気がします」と書かれているのを読んで、私も本当にそう思いました。効率よく学ぼうとすると浅くしか学べなかつたりすることも多いですが、直面した問題を真正面で受けとめて苦勞することは、まさに自分の力になるという気がします。

大槻 私の好きな言葉に「着眼大局，着手小局」とい

うのがあります。これは孔子の弟子である荀子の言葉で、「全体を俯瞰的に見据えながら、目の前の小さなことを実践する」という意味ですが、英語で言えば“Think Globally, Act Locally”に通じ、自治医大に求められるグローバルな思考にもつながります。この言葉を学生や若い卒業生へのメッセージにしたいと思います。

山田 大槻先生、今日はお忙しい中お時間をいただき、ありがとうございました。

大槻マミ太郎(おおつき まみたろう)先生のプロフィール

1986年東京大学医学部卒業後、東大医学部皮膚科に入局。1990年ニューヨーク大学医療センターへの留学を経て、1994年東大医学部皮膚科講師となる。1998年自治医科大学皮膚科助教授、2004年同教授に就任。2019年自治医科大学副学長に就任し、現在に至る。日本乾癬学会理事長、日本皮膚科学会理事等を務める。



第34回「地域保健医療に関する研究」募集

公益社団法人 地域医療振興協会では、へき地等を重点とする地域保健医療の向上発展に寄与するため、次の要項により研究を募集いたします。
優秀な研究テーマには、研究助成賞最大200万円を授与します。

研究助成賞

1. 研究対象分野

へき地等を重点とする地域保健医療の向上発展に寄与する臨床医学的ならびに社会医学的研究とする。

2. 研究テーマ

上記研究対象分野の範囲内で研究者が設定したものとする。

3. 研究期間

2021年7月1日～2022年6月30日

4. 研究助成賞

最大 200万円

※候補が複数となった場合、総額200万円とし、複数に分配することがある。
費消できなかった助成金については返却を要するものとする。

5. 応募方法

「地域保健医療に関する研究」申込書に必要事項を記載し、下記事務局に提出すること。

6. 応募締切日

2021年4月30日

7. 選考方法

地域医療振興協会理事長が、選考委員会に諮って決定する。

8. 研究者の決定時期

2021年6月

9. 研究成果の発表

研究成果は、研究期間終了後1年以内に原著論文として発表すること。

発表の場は、「月刊地域医学」の原著論文のコーナーとする。

研究費用の会計報告を提出すること。

受賞者は「承諾書」に所属施設の管理者からの承諾を受け、提出すること。

研究奨励賞

本誌において2020年度発表された論文の中から3編を選考し、研究奨励賞として10万円を授与します。

●問い合わせ先

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
〒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
e-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp

研究者を支援いたします

長年研究活動に従事した専門家による、研究活動への支援を得ることができます。

<支援内容>

- ・研究申請書の記載方法・研究内容・研究計画に関する助言
- ・研究助成決定後の研究活動への助言
- ・研究実施後の学術論文の作成、学会発表への助言
- ・その他研究事業全般に対する質問への対応

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所
ヘルスプロモーション研究センター
E-mail:health-promotion@jadecom.or.jp

投稿論文募集

「月刊地域医学」では原著論文(研究),症例,活動報告等の
投稿論文を募集しています。
掲載されました論文の中から年間3編を選考し,
研究奨励賞として10万円を授与しています。

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

標準的在宅医療： 在宅医療の担い手を育てる

企画：地域医療振興協会 地域医療研究所 シニアアドバイザー 北村 聖

特集

●エディトリアル

●標準的在宅医療を教育する

●高齢者の在宅医療

●標準的在宅緩和医療・がん診療
希望を天の星につなげよ Hitch Your Wagon to a Star

●難病，特に神経難病の在宅医療

●小児在宅医療を始めよう -楽しく，やりがいがあります-

●地域を診る在宅医療

●農村(中山間地域)における在宅医療

●都市部の在宅医療

エディトリアル

地域医療振興協会 地域医療研究所 シニアアドバイザー 北村 聖

ここに映画の広告がある。絶賛上映中であるらしい。「痛くない死に方」と人を食ったタイトルである。副題は「在宅医と患者と家族の物語」とあり、原作は長尾和宏医師で、尊厳死協会などでも活躍されている。こんな映画、ヒットするのかなあと思う反面、いま社会が求めているのはこのような癒しや絆なのかもしれないと思う。死にたくはないけれど、いずれ死ぬときは痛くない死に方がいいな、家族に囲まれていたらなおいいなと思う。

特集は「標準的在宅医療」である。耳慣れない言葉であるが、「在宅医療のICU化」に對峙した言葉と考へて提示した。保険診療の「在宅診療を専門に実施する在宅療養支援診療所」の施設基準の記述に以下の処置などを実施している状態が書かれており、人工呼吸器の管理や人工肛門の管理、在宅血液透析、在宅中心静脈栄養の実施、さらには植込み型脳・脊髄電気刺激装置による疼痛管理などまで含まれている。もちろん、全てを実施しなければならないわけではないが、最先端の在宅診療はまさに在宅での高度、最先端、集中医療だなあと思像してしまう*。されど、多くの患者や家族、ひいては国民、社会が望んでいるのはそのような医療なのかとも思う。特に、地域医療での在宅医療では高度医療ではなく、患者や家族に安心してもらえる医療であり、単に延命のための医療ではなく、患者、家族が求める医療を提供することと考へ、それを標準在宅医療と名付けた。

また、本特集では将来の在宅医療の担い手を育てることも企図した。大学で開講されるいわゆる教育も当然含まれるが、もっと広い意味で在宅医療の素晴らしさを感じ、そしてその世界に飛び込みたいと思えるような特集と考へ、執筆者の先生方に熱く語ってもらった。

在宅医療は医療の原点である。昭和生まれの人は誰しも経験があるであろう。子どもの頃に熱を出し、往診に来てくれた先生の暖かくて分厚い手に、大きな畏怖と尊敬と安心を感じた。それが、20世紀末の科学信奉の時代に病院医療に取って代わられたが、今、大きな災害を経験し、世界的疫病禍の中にあつて、多くの人が否応なしにでも命の重さを感じる時、医療も原点に戻つて、生活の中での医療、言い換えれば命の営みの中での医療の重要性を再認識している。在宅医療が、多くの医師、看護師をはじめとする医療者に働きがいを与える領域になつてほしいと思う。

*在宅高度医療を否定するものではない。小児の障害者や神経難病をはじめとする長期慢性疾患の患者とその家族を知っている。在宅で高度医療があることの恩恵を十分に知っているつもりである。しかし、私の知っている在宅医はそのような高度医療のためにではなく、患者、家族とのふれあいと信頼で尊敬されている。保険診療で外形的な基準ばかりが精細になり、在宅医療の根本が蔑ろにされてはいけないと考へた。

標準的在宅医療を教育する

東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター 医学教育国際協力学 講師 大西弘高

POINT

- ① まずは、開始時の心の準備が重要な領域である。それを確認してから教育を考えたい
- ② 学習目標として、高齢者と地域包括ケア、プライマリ・ケアと診療の広がり、プライマリ・ケアにおける専門性、緩和ケアとエンドオブライフ・ケア、事務的な業務を挙げた
- ③ 教育方略として、診療の場は定期訪問診療と臨時往診を混在させること、指導医が対応すべき点としてシャドウイング(1対1で指導者に付いて学ぶ)、診療経験、経験の振り返りを行うことが重要である

特集

はじめに

このたび、標準的在宅医療を教育するというテーマでの執筆依頼をいただいた。東京大学柏キャンパスを中心とした在宅医育成プロジェクトに関わっていたのは10年前からだが、当時自らは在宅医療の経験がないことで、内容に関する意見はほとんど出せなかった。その後、非常勤ながら訪問診療に携わる機会を継続的に持つようになり、改めてその課題が見えてきたと感じている。

本稿では、高齢者を中心とした「標準的在宅医療」に関して、在宅療養支援診療所においてこれを提供できるような医師を育成するために必要な教育について論じてみたい。なお、学習目標の領域については文献^{1)~3)}を参照した。

事例

4年目医師が、初期研修後に1年間の総合病院での内科研修を終えた後、総合診療専門研修を開始し、救急科、小児科の各3ヵ月の研修を終えた後に、過疎地に位置する小病院にて在宅医療を含む総合診療専門研修を受けた。この医師は、指導医により「とりあえず現場経験を積んでおいで」と言われて居宅3件と10人の施設入居者の診療を行った。しかし、前医の方針は理解しにくいし、体調が優れない患者も多く、「こんなの自分がやってきた医療じゃない!」と感じて、しばらく同行する看護師に不満をぶつけ続けていた。

開始時の心の準備

在宅医療現場は、病院に比べると検査も治療もできることが限られる。当然のことではあるが、患者も家族も病院受診が大変だとか、診療先が多過ぎて整理が必要だといった理由があった上で在宅医療という選択になっている。在宅医としては、そのような場での最善を尽くすことが重要だが、検査しなければ不安が大きいといった心理状態では診療は成立しにくいだろう。

一方で、在宅療養支援診療所では24時間対応が可能な体制が前提となり、夜間休日に緊急往診となることも多い。訪問看護との連携があったとしても、緊急往診の要請に対してどういう問題であってもまずは受け止めるという気持ちも非常に重要である。骨折や肺炎が疑われるといった場合でも、入院の必要性をアセスメントし、入院した方が患者さんにとってトータルな意味で利益があると判断して初めて入院に向けた対応に移るといったような心の準備が必要だろう。

すぐに他の医師に応援を呼び掛けるといったことが難しいため、ある意味へき地や離島で診療しているのに近いような気持ちになる方もおられるかもしれない。病歴や身体診察の重要性を改めて認識するという医師も多いだろう。まずは、在宅医療とはそういった究極の現場なのだということが分かった上で参入すべきである。

学習目標

1. 高齢者と地域包括ケア

まず、2000年の介護保険制度開始後に在宅医療の位置づけが大きく変化していった経緯については理解しておく方がよいだろう。2010年頃以降は、地域包括ケアの文脈でも在宅医療は以前より重視されるようになっていった。診療報酬による誘導も行われ、その後見直される動きも激しいため、制度面での変化にキャッチアップすることは最前提と言える。地域包括ケアシ

ステムの背景には、後期高齢者数の増加、生産年齢人口の相対的減少といった問題もある。各二次医療圏でこれらがどのように推移するか、各地域での医療、介護、福祉リソースがどのような状況にあるか、今後どのように変化するかについても概要は理解しておくべきだろう。

医療、介護、福祉リソースについては、各病院での高齢者受け入れやその質、各種検査といった非常時の対応だけでなく、訪問看護による日常的な医療およびケア、介護やりハビリテーション(以下、リハ)に関する通所および訪問サービス、これらのマネジメントといった介護保険サービスの全容を理解すべきである。また、これらに従事する専門職の役割と共に、価値観を理解しておく、スムーズなやり取りができ、患者/利用者にプラスになる。これらを全体として統括する自治体や、それを補助する地域包括支援センターの機能も重要である。

高齢者への在宅医療を行う際は、施設診療を行う機会も多い。さまざまな施設自体が医療を提供する場合もあるし、看護師を含めた医療専門職がない施設もある。また、看護師が24時間施設内に勤務しない施設もあるため、喀痰の多い利用者は施設に戻せないといった問題が生じることもある。そういった施設種別、各施設の受け容れ可能患者の取り決めの違い等についても概要を把握しておくべきである。

老年医学についても一定の知識が必要である。診療ガイドラインに沿った治療をしていればよいというわけではなく、一人の人間としてトータルな対応がバランスのとれたものになる必要がある。高齢者総合機能評価(comprehensive geriatric assessment: CGA)、認知症ケア、ポリファーマシー、高齢者リハ、フレイルやサルコペニア、栄養、口腔ケアや摂食・嚥下、虚弱高齢者の肺炎といったさまざまな領域が老年医学の分野として注目されている。

2. プライマリ・ケアと診療範囲の広がり

基本的に、自らの基本的臨床能力+ α で常に乗り切らなければならないので、病歴と身体診察で診断に至る必要がある。診断過誤を防ぐに

は、いきなり決め打ちをせずにはまず広く鑑別診断を挙げてから徐々に範囲を絞るという思考ストラテジーが好まれる。鑑別診断を意識すると、確率が低くとも見逃してはならない疾患に焦点を絞った病歴や身体診察を確認するためのきっかけとなりやすい。

このような考え方は、病院では他科が診療する問題点についても同様に発揮されなければならない。腰痛や背部痛、肩・膝の関節痛は頻繁に診る問題であり、red flagの疾患を除外した後で、内服、外用、運動療法などさまざまな対応法を準備しておくべきである。皮膚の問題も褥瘡、皮膚乾燥、真菌症などは頻繁に診られるため、簡単な鑑別診断と治療はできなければならない。若干応用編としては、足爪の巻き爪、陥入爪、胼胝や鶏眼もQOLに大きく影響するため、処置を要することが多い。さらに、耳や鼻、目の問題点についてもやはりred flag疾患の除外の後で一定の対応が必要となる。

精神科関連では、認知症への対応はもちろん必要だが、不眠、不安、うつ、易怒性といった問題にどう対処するかも腕の見せどころとなる。これもDSMやICDなどの診断基準によって鑑別診断を立てながら対応していくことになる。施設診療においては、他の利用者や施設職員への暴力行為などにより集団生活に耐えられない方が出てくることもあり、本人だけでなく集団をも考慮した意思決定が必要になることもある。

処置関係では、在宅酸素療法、経鼻胃管、胃瘻、尿道カテーテル、気管カニューレの管理は時折対応が必要となる。どういうトラブルの可能性があるか、どの場合に病院受診が必要かといった点についても一定の準備が必要だろう。また、食事が摂れなくなってきたときに、経腸栄養や点滴をするかといった点も意思決定の対象になることが多い。

3. プライマリ・ケアにおける専門性

プライマリ・ケア領域では、患者中心のケア、家族志向型ケアといった従来から言われてきた内容に加え、継続性に基づいたケア、統合型ケ

ア、臨床倫理、価値に基づく診療(values-based practice)、多疾患併存(multimorbidity)や複雑困難事例への対応といった領域についての研修が重要である。特に、生死に関わる判断や意思決定が必要なことも少なくないが、本人の意思決定能力が十分でない上に、代理意思決定者が明確でないという事例で、これらの概念枠組みに沿った議論が必要になる。

これらに常に関係する患者医師関係およびコミュニケーション技法については、地域のコンテキストも影響するため最善の方法を明記しにくい面があるが、非常に重要な分野である。転移、逆転移にも注意を払いつつ、家族も含めて関係強化を図っていく。在宅医療においては、関係性やコミュニケーションの内容をモニターすることが一段と難しい点にも注意が必要である。

多職種連携、多職種協働は、医療・保健・福祉・介護専門職と医師の関係性、コミュニケーションといった側面も含めて、ますます重要な領域となってきた。在宅医療で鍵を握るのは、退院前であれば退院前カンファレンス、在宅医療開始時や課題がある場合にはサービス担当者会議だろう。患者やさまざまな関係者が一堂に会して議論し、意思決定することで、さまざまな専門職がそれぞれの専門性を活かしたケアにつなげることができる。

プライマリ・ケアの視点でさらに視点を広げると、健康の社会的決定要因(social determinants of health: SDH)も重要である。収入、教育水準、居住地域、職業などが、さまざまな健康指標に影響を与えることはすでに知られている。介入戦略はマクロ、メゾ、ミクロの各レベルで行われるが、少なくともミクロな介入は在宅医も行うべきであるし、場合によってはメゾ、マクロな側面にも介入を行える視点が求められる。

4. 緩和ケアとエンドオブライフ・ケア

自宅で最期を迎えたいという患者にとって、最大の脅威は死期が近づいた時点で苦痛が生じることであると思われる。プラハ憲章¹⁾におい

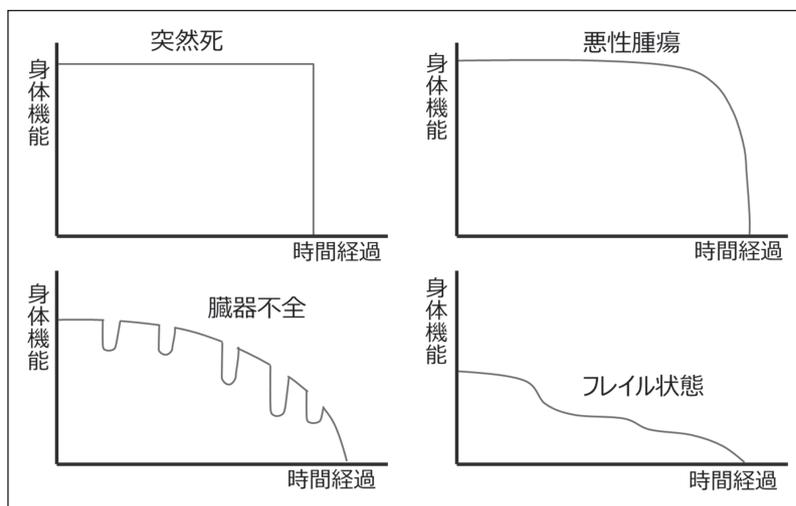


図1 病の軌跡の4類型

〔文献6〕より引用

て“Palliative care as a human right”, すなわち「人間の権利としての緩和ケア」が謳われたこともあり、トータルペインの緩和という観点から対応する必要がある。また、緩和ケアの先には残された人生をどう生きるべきかという問いが生じることも多く、アドバンス・ケア・プランニング(advance care planning: ACP)の議論も盛んになってきた。

ACPについては、単に蘇生処置の要否は、DNAR(do not attempt resuscitation)の承諾を得る手続きとして高齢者の入院時などにかなり一般的になった。一方、食事摂取ができなくなったときの経腸栄養や胃瘻、中心静脈栄養(intravenous hyperalimentation: IVH)については、2000年前後に急速に胃瘻が広がったが、その後慎重に適応を見極めるように変化したようである⁵⁾。また、居宅の患者に関しては、子どもと同居の場合、迷惑をかけたくないという思いから「最期は病院で」という言葉が出ることも多い。過半数の高齢者がアンケート調査では自宅死を希望するものの、実際には自宅死が1割強という統計を鑑みて、悩ましい意思決定を支援する工夫が必要であろう。

ACPを考える上で、病の軌跡(illness trajectory)を考慮した予後や経過の予測も頻繁に議論されるようになってきた⁶⁾(図1)。高齢者がある種理想的な死と言うことが多いピンピンコロリ(ピンピンと元気に生活していて、

ある日突然コロリと亡くなる)は、死への準備ができないため残された家族が困ることもある。臓器不全やフレイル状態(認知症含む)は身体機能や認知機能が低下することも多い。その意味では、悪性腫瘍は死まで数ヵ月を残した時点でも身体機能や認知機能が保たれることが多く、財産処分や遺言記載などができる可能性も高いといった情報は重要であろう。

在宅緩和ケアは、在宅医療の中でも難易度や専門性の高い領域なようにも思われるが、避けて通れない。まずは、身体的苦痛の緩和が重要であり、疼痛だけでも疼痛緩和ラダー、オピオイドの使用法(剤形や投与経路)、神経障害性疼痛、骨性疼痛への対応などを学ぶ必要がある。また、呼吸器、消化器の症状や電解質異常への対応なども重要である。これらは、がん緩和だけでなく、非がん緩和においても対応できる必要がある。

トータルペインを考慮すると、心理的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛にどう対応するかも重要な問題となる。患者自身から希望を聞くことができる場合には、可能な限り希望を傾聴し、支援できる場合には支援していくことになるだろう。また、患者自身が家族の希望も聞いてほしいと言った場合には、家族の希望も支援していくことになる。社会的苦痛としては、家族、友人や職業上のつながりなどについての希望を聞くことも重要である。スピリチュ

アルな苦痛については、ライフレビューを行い、患者自身の人生の価値を認めるなどの対応に関しては日本人においても意義がある。

5. 事務的な業務

在宅医療を円滑に進めるために、さまざまな事務的業務が必要となる。診療情報提供書は他の病院や診療所を受診する際に必要だが、介護支援事業所にも定期的に書面や電話等での連絡が行われることが多い。また、介護保険の申請時、区分変更時、更新時には主治医意見書を書くことになる(患者が他の医師を主治医とみなして記載を依頼している場合はその限りではない)ため、その意義や要点を押さえておくことも重要である。さらに、死亡診断書も記載する機会が多いと思われ、最新の死亡診断書(死体検案書)記入マニュアルを参照するなどの対応が求められる。

訪問看護や訪問リハを依頼する際には、訪問看護指示書、訪問リハビリテーション指示書の記載も必要となる。訪問看護については、俗に「特指示」と呼ばれることの多い特別訪問看護指示書の書き方や、どのような場合に適応になるかなどを知っておく必要がある。これは、特にエンドオブライフ・ケアや在宅緩和ケアを行う際には短期間で状態が変化していくことも多く、いざとなったときに慌てないで対応できることが望まれる。

どのように教育するか

初めて在宅医療を経験するという医師がいた場合、最初は不安が大きく、何をどこまでやればよいのかが把握できないという感覚が強いことが多い。しばらく見学し、居宅なら次の居宅に向かうまでの間、施設なら次の患者を診るまでの間の廊下などで、どういう視点で診療すれば良さそうかを問うて意見をもらうなどのシャドウイングによる学習をしてもらうとよいだろう。

理想的には、次の段階として初めて在宅医療を行う医師の診察を指導医が監督することがで

ければベターだが、多くの場合そのような形では受け持ち患者への対応が追い付かないなどの問題が生じる。よって、比較的安定した患者の訪問診療に携わってもらうなどの体験を積み、徐々に患者数を増やすなどの準備を行うことが一般的であろう。

在宅医療は、定期的な訪問診療と、夜間休日を含む緊急往診に分かれる。在宅医療システムを理解するためには、これらの両者を経験できるような業務を行う体制になっていることが求められる。一方で、在宅医療を自施設で開拓した経験のある指導医は、多くの業務量を与えることでその心意気を伝えたいと考えがちだが、自己学習やアカデミックな活動にも時間が割けるようなスケジュールと、それに見合った待遇が準備されていることが学習を最大化するポイントにもなるだろう。

在宅医療は、診療が患者の自宅や施設内居室といった密室内で行われるため、診療内容の詳細な確認やフィードバックがかなり難しいという点も、指導を難しくする。看護師の同行が可能で、しかもその看護師がフィードバックの提供もできる場合には、現場のパフォーマンスに応じた指導になり得るが、それ以外は学習者自身の省察ができることが必須となる。自分自身の弱点を見つけ、自ら改善することは不可能ではないが、限界があるだろう。逆に言うと、自らのパフォーマンスの課題を表出しないタイプの医師は自分自身で伸びることが難しいため、診療録を参照しながらの振り返りなど、指導医側も指導のために業務が終わった後の時間を準備するなどの対応が必要となる。

冒頭の事例の解説

まず、この専攻医への対応として、在宅医療開始時の心の準備ができているのかについて、いくつか質問をしながら考えを明らかにしていくのがよいだろう。もし、一人で診療を行うことに不安を感じ、その裏返しで不満をぶつけているのであれば、しばらくシャドウイングをしながら段階的に現場に出てもらう方がよいかも

しれない。あるいは、病院での医療と比較して在宅医療に魅力を感じないという場合には、改めて在宅医療の意義などについて話し合い、少なくとも患者にネガティブな気持ちが影響しないような対処が必要である。

また、指導側の振り返りとして、専攻医が在宅医療研修をどのように受け止めるかは事前に確認しておくべきであろう。いきなり診療経験してもらう形でよいのか、シャドウイングをどの程度の期間行ってもらえるのかなど、一部の専攻医においては慎重に決めていく必要があると思われる。多くの場合、専攻医の診療場を直接観察し、フィードバックすることは指導医には難しいため、専攻医の診療場面については、看護師に報告してもらうといった工夫もできるとよいかもしれない。

まとめ

標準的在宅医療をどう教育するかについて、私見を交えて論じた。自らが深く関与しているプライマリ・ケアや家庭医療の領域の内容に偏っている可能性があり、その点考慮して読んでいただければ幸甚である。

文献

- 1) 在宅医療テキスト編集委員会:在宅医療テキスト。公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団, 2015.
- 2) 川越正平編著:在宅医療バイブル 第2版。日本医事新報社, 2018.
- 3) 日本プライマリ・ケア連合学会:日本プライマリ・ケア連合学会研修ハンドブック 改訂2版。南山堂, 2017.
- 4) Radbruch L, de Lima L, Lohmann D, et al: The Prague Charter: urging governments to relieve suffering and ensure the right to palliative care. Palliative Medicine 2013; 27 (2): 101-102.
- 5) 中村亨子:本邦の高齢患者に対する胃瘻造設研究の動向に関する考察。国際医療福祉大学学会誌 2015;20(1):62-68.
- 6) Lunney JR, Lynn J, Hogan C: Profiles of older medicare decedents. Journal of the American Geriatrics Society 2002; 50 (6): 1108-1112.

高齢者の在宅医療

江別訪問診療所 管理者 日下勝博

POINT

- ① 高齢者の在宅医療の標準は「外来以上，入院未満」である
- ② 在宅医療は病院家庭医，extensivistの活躍できるフィールドである
- ③ 多職種連携，特に優秀な看護師の育成が質の高い在宅医療を行うカギとなる

はじめに

今回，高齢者の標準的な在宅医療とそれに必要な人材の教育，キャリアデザインに関して自身の経験に基づき語ってほしいという依頼を頂いた。

私は現在，札幌の東隣にある江別市で在宅医療専門の診療所を運営している。江別市は人口約12万人のベッドタウンで，札幌市中心部から直線距離で15km，車で30～40分程度の距離に位置している。急性期疾患の多くは札幌の高度急性期病院に頼っている一方，地域包括ケアを担う医療機関は不足している。私が診療所を開設する前年，平成29年における江別市の自宅・老人ホームでの死者数の割合は9.7%¹⁾で，これは人口10万人以上の都市の中では全国一低い数字であった(最高は横須賀市の35.7%)。

現在，当院は私を含め常勤医師4名，看護師11名(うち6名は直営の訪問看護ステーション勤務)，臨床工学技士1名が在籍している。毎

月約270人の在宅患者を診察し，7～8人の看取りを行っている。亡くなる患者の2/3は末期癌で，麻薬投与など何らかの緩和的治療を必要としている。私は医師になってから10年以上ずっと地方都市，へき地の中小病院でホスピタリストとして働いてきた。2年ほど前から在宅中心に仕事をしているが，病院であっても家であっても患者の大半は高齢者で，肺炎は肺炎だし，癌は癌である。場所が変わっても患者への医学的なアセスメントの基本は変わらないが，自宅という場所でどこまで求められるか，どこまでできるかは地域によって大きく異なる。標準的な在宅医療と言っても，その言葉でイメージされる実情は地域や事業所によってかなり差があるだろう。とはいえ，全体的な傾向として在宅医療に求められる医療の水準は質量共に年々高まっているし，国の政策もそれを後押ししている。簡単に言うと，私は在宅医療という分野においては今後これまでのように安定した軽症患者に対する定期的なフォローより，看取

りまで視野に入れた重症患者のケアのボリュームが高まっていくものと予想している。よって本稿では、主に重症の患者に対して当院で行っているケアの実例を示すことで、今後の在宅医療の在り方についてお話ししたい。

次に、それを実現するためにどのような人材を集め、キャリアデザインを模索しているかということ、最後に、新型コロナウイルス感染症への対応も在宅医療において非常に重要なファクターとなっているため、経験した事例をもとに話をしたいと思う。

高齢者の標準的な在宅医療とは

私は在宅医療を大きく2つに分けて考えている。外来の延長としての在宅医療と、入院の延長としての在宅医療である。前者の多くは基礎疾患が複雑ではなく全身状態が安定しており、月1回の訪問で十分対応可能な群である。在宅医療の標準を語る上で、まず世の中のニーズとして、こうした患者の多くはオンライン診療でも代替可能であり、今後シェアを奪われていく可能性が高いと考えている。新型コロナウイルスの流行によってその流れはあっという間に加速していきだろう。

一方で「入院の延長」とは、癌末期や神経難病など、比較的重症で容態が不安定化しやすく、入退院を繰り返しているようなケースである。こうした患者はオンライン診療では限界がある。在宅医療のコアな部分として当分はシェアが拡大すると思っている。当院での具体例を以下に示す。

症例1:86歳女性

4年前に右原発性肺癌、脳、肺内転移を指摘。市内の病院で化学療法を行っているが、次第に通院が困難になってきた。化学療法のための通院はまだ続けたいが、受診のたびに数時間かかり、翌日は寝込むほど疲れてしまう。化学療法の影響で微熱や倦怠感など体調不良を訴えることが多いが、新型コロナウイルス感染症の流行もあってできる限り受診を控えたい。そのため

平時の体調管理、かかりつけ機能を期待して当院に訪問診療の依頼があった。

当初、月1回の病院受診をなんとか並行して行っていたが原発巣の増大から呼吸不全が進行。いったん入院を検討したが本人は自宅でのケアを希望したため、病院の担当医と相談して化学療法を中止。全面的に緩和ケアに移行した。在宅酸素療法、胸水穿刺、オキシコドン持続皮下注射などで症状緩和を図りつつ、自宅で看取った。

症例2:80歳女性

C型肝硬変(ウイルス治療後)で札幌の基幹病院に通院。腹水のコントロールが難しく週1回病院で腹水穿刺、2週に1回CART(Cell-free and concentrated ascites reinfusion therapy: 腹水濾過濃縮再静注法)を行っていたが、頻回の通院が体力的に難しくなってきたため依頼があり、訪問診療を開始した。

病院への通院時と同様、医師が週1回訪問して腹水穿刺を行う。1回の穿刺には1時間以上かかるため、穿刺中は看護師が体調を観察する。2週に1回自宅に濾過器を持ち込み、採取した腹水を臨床工学技士が濾過・濃縮して再度点滴を行う(写真1)。2021年1月現在、診療開始から約半年が経過しているが特にトラブルはなく、治療を継続中である。

症例3:70歳男性、腎癌

5年前に右腎癌を指摘。大学病院で摘出術後

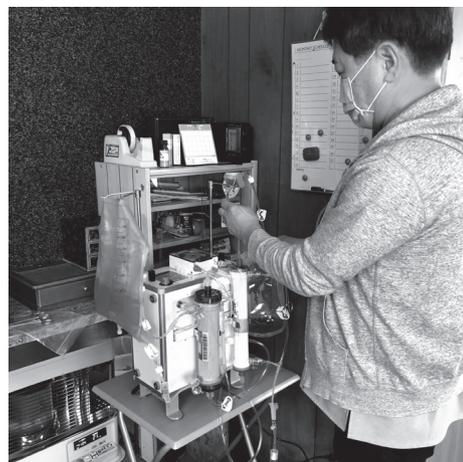


写真1 患者宅でのCART

に肺、骨、皮膚転移が出現。化学療法を行っていたが病状が進行したため中止し、在宅ケアに移行した。疼痛が強く、比較的早い時期から麻薬の持続皮下注射を開始した。肺転移による呼吸不全に対しては在宅酸素を導入し、訪問開始後2ヵ月ほどは小康を保っていた。病状が進行してきたある日、本人から最後の思い出作りとして、家族と温泉旅館に1泊2日の小旅行がしたい、という希望があった。強い希望であったため、医療機器を持ち込める宿泊先の選定や介護タクシーの調整、容態悪化時の対応まで含めてプランを作成、当院の看護師を同行させて旅行を完遂し、数日後に自宅で看取った。

このように、高齢化と医療の発達により医療依存度の高い患者が増加した一方で、自宅で医療を受けながら頻回の通院もしくは入院を減らしたいというニーズが地域住民に存在している。厚生労働省の調査では、自宅で最期を迎えたいと考える人は69.2%に達している²⁾が、これには当然ながら、苦痛があまりない状態という前提条件が付いている。

今後、在宅医療の標準ラインは、どこまで医療依存度の高い患者を診ることができるか、入院するかしないかギリギリの患者を適切に自宅で管理できるか、という点が重要になるだろう。また最後の事例で示したように、在宅医療の究極の目標は、単に症状の緩和ではなく限られた時間を悔いなく過ごしてもらうことにある。病気があっても可能な限り普通に生活できること、ノーマライゼーションの実現に対して在宅医療の果たす役割は大きくなるだろうと考えている。

人材教育，キャリアデザイン

肺炎、心不全など自宅でもある程度コントロールが可能で、プライマリ・ケアの適切な介入により入院率を減らせる疾患群はACSC (Ambulatory care sensitive conditions)と呼ばれている(表1)。自宅での看取りを前提とした末期癌患者のケア過程でも、ACSCが合併する

表1 ACSCとして定義される疾患群

急性ACSC	腎盂腎炎
	蜂窩織炎
	痙攣・てんかん
	脱水・急性胃腸炎
	歯科疾患
	耳鼻咽喉感染
	壊疽
	穿孔性潰瘍
慢性ACSC	骨盤内炎症性疾患
	COPD
	うっ血性心不全
	糖尿病合併症
	狭心症
	気管支喘息
	高血圧症
	鉄欠乏性貧血
栄養失調	
ワクチンで予防可能なACSC	インフルエンザ・肺炎
	他のワクチンで予防可能な疾患

McDarbyG, Smyth B. BMJ Open 2019;9:e028744. doi:10.1136/bmjopen-2018-028744

可能性は高い。これらの問題を適切に管理して不必要な入院を減らし、また逆に適切な入院の機会を判断ができることが、在宅医にとって重要な医学的スキルである。高次医療機関と連携して治療を行いつつ、福祉・介護の専門職と連携して在宅ケアを維持する能力が在宅医に求められる。このように、病院と病院の外にまたがって仕事を行う人材は従来あまり明確な定義はなかったが、近年になって病院家庭医、あるいはextensivistと呼ばれ、徐々に認知されるようになってきている³⁾。もともとホスピタリストとして活動してきた私は、現在の自分の仕事をextensivistとして捉えており、総合医のキャリアモデルの一つとして成長が期待できる領域であると考えている。

次に、在宅医療を支える看護師について述べる。在宅医療に関わる看護師には大きく2つの活躍の場がある。1つは訪問看護ステーションで、これは直接患者ケアに関わる実働部隊である。もう1つは、診療所に所属して医師の診療に同行する看護師(一定の呼称がないため、ここでは同行看護師と呼ぶ)である。

訪問看護師の質はケアの質の高さに直結するため、優秀な看護師を集めて育成することが最も重要である。我々の事例を挙げると、もともと

と江別市には10ヵ所以上の訪問看護ステーションがあった。しかしいずれの事業所も小規模で、看取りの経験があまりないステーションも多かった。診療所開設後しばらくして末期癌の看取りなど重症患者が増えてくると、各事業所から疲弊の声が上がり、患者の依頼先に困るようになった。

そこで他の事業所の看護師たちと意見交換を行った。その結果、①小さな事業所では看護師1人当たりの夜間・休日コールが頻回になるため、重症患者を持つと疲弊度が高まる、②人手に余裕がないため学習の機会がない、という看護師たちの問題を抽出することができた。

さらにディスカッションを通じて、重症患者のケア、看護師の学習と成長をミッションとした地域の核となる訪問看護ステーションが必要だという結論に至り、有志を募って2020年6月に新しい訪問看護ステーションを開設した(訪問看護ステーション ちいきの森)。当初3名で開始したが半年で6人体制となり、2021年4月には、認知症認定看護師の専門課程を履修しつつ働く看護師の採用が決定した。当初の目標通り、働きながら学べる環境の実現に向かっているとところである。

次に同行看護師について述べる。訪問診療には、医師単独で赴く場合と何らかのアシスタントが同行する場合がある。アシスタントは看護師の他に事務員やその他の医療職である場合がある。特に定めはなく、各事業所のスタンスによるところが大きい。当院では看護師を同行させている。医療処置が多いことや、患者の容体管理のために他のスタッフ、特に訪問看護師との連絡調整が重要だからである。当院の同行看護師は、訪問看護ステーション、訪問薬剤師、ケアマネ、リハビリなど各事業所のスタッフからの情報を集約して医師に伝え、医師からの指示を各事業所に連絡する。いわば情報のコントロールセンターを担っており、病棟業務におけるチームリーダーに似た役割を果たしている。

このように、医師も看護師も、その仕事の基本は病棟業務で培われたスキルにある。まず病棟で患者を診る能力がなければ、家で診るのは

難しい。全身管理、common diseaseに対する治療経験、さらにチーム医療に関するトレーニングなど、医療に関わる基本的な技術の習得と更新のためには、教育の場として病棟が必要不可欠である。現在、在宅医療の多くは個人開業医によって提供されているが、重症患者を主体に診察するのであれば、小規模病院を拠点として複数の医師を擁し、病棟と在宅医療を並行して行うのが一番医療者にとって負担が少なく効率的である。今後は地域の小病院が在宅医療の中心を担う存在になっていくのでは、と予想している。

新型コロナウイルス感染症との関わり

新型コロナウイルス感染症の流行は在宅医療の現場にも大きな影響を与えている。対応策を巡って施設間で混乱が生じたり、入院先が見つからないまま自宅で亡くなったり、患者のみならず家族や関係者の疲労が高まっている。こうした問題に対し、在宅医がどのように関わるか、当院で経験した事例をもとに検討したい。

事例1:80歳男性

5年前に原発性肺癌を指摘され、集学的治療を行うもPD(progressive disease)で積極的治療を中止し、在宅ケアに移行した。現時点では疼痛など目立った症状なく全身状態は安定しており、ADLは自立している。アルツハイマー型認知症を持つ79歳の妻(要介護1)と二人暮らし。妻も当院の訪問診療を利用している。妻は1週ごとにショートステイと自宅を行き来しており、自宅にいる間は、近所に住む娘の助けを借りながら本人が妻を介護している。そうした状況の中、妻のショートステイ先で新型コロナウイルス感染症患者が発生し、妻も軽い気道症状がありPCR検査を行ったところ陽性であった。急ぎ妻の入院先を探したが、発熱もなくごく軽症のためどこも入院の適応なしと断られ、軽症者の隔離施設は自立している人間が対象のためこれも断られた。ショートステイも受け入れ先はなく、ヘルパーも断られた。逆に夫(本人)を

隔離することも検討したが、これも受け入れ先がない上に妻を誰が介護するかが問題となった。本人、娘との相談の結果、この先予後が限られ、重症化しても積極的な治療適応がない本人よりも娘(とその家族)へのリスクを回避したいという希望で本人が自宅で妻を介護し続けることとなった。他の事業者は断られたため、当院の訪問看護師が可能な限り生活面でも支援を行った。幸い妻は重症化することなく治癒し、本人にも感染は確認されなかった。

事例2:97歳男性

市内のグループホーム入所中。要介護5。アルツハイマー型認知症、高血圧症にて訪問診療を受けている。その他特記すべき既往なし。入居施設の職員が気道症状あり新型コロナウイルス陽性。ほぼ同時に数名の入居者の感染が確認され、クラスター発生として保健所が介入した。本患者も濃厚接触者としてPCR検査を行ったところ陽性であった。当初は無症状だったが陽性判明2日後から37℃台の微熱、倦怠感が出現。4日後から経口摂取不良となった。かかりつけの病院に往診を依頼したが、クラスター発生中の施設への対応は困難ということで断られた。また複数の医療機関に入院を打診したが、どこも感染者用のベッドが満床で受け入れのめどが立たなかったため、保健所の依頼で診察を行うこととなった。当初はバイタルが安定していたため、末梢補液を行いつつ経過を見ていたが、発症7日目から酸素飽和度が低下。肺炎を起したと考え、酸素投与とエンピリックに抗生剤投与を開始。しかし容態が急速に悪化し発症9日後に死亡した。

事例1では、医学的にはさほど重大なトラブルはなく乗り切ったが、その後保健所から隔離解除の指示が出てもしばらく受け入れ先がなく、癌患者である夫の負担が非常に大きくなり対応に苦慮した。感染のリスクを回避しようとするあまり、過剰防衛に走ってしまい、それに

よって新たな健康リスクが増加する懸念がある。地域において各事業者とコミュニケーションをとり、感染のリスクについての知識を広めていくことが重要と思われる。

また、事例2では例示した患者と並行して同施設内の感染者10名ほどの患者も診察し、保健所と協力して施設内の感染管理にあたった。急性期病院が逼迫してくると患者をトリアージする必要に迫られるが、その際優先されるのは、重症者・若年者であり、高齢で介護度が高い患者はどうしても優先度が低くなってしまいう現実がある。しかし介護施設のスタッフの多くは感染症対応のトレーニングは受けておらず、心身ともに非常にストレスにさらされている。在宅医がそうした患者の受け皿となり、積極的に介入してリーダーシップをとることで、現場の疲労を防ぎ、限られた医療資源を有効に活用することができる。新型コロナウイルス感染症の流行に対して在宅医が果たす役割は今後重要性を増していくと考えている。

終わりに

自治医科大学の卒業生が赴くへき地の医療機関では、限られた医療資源と地域・患者の事情を総合的に判断して最善の方策を見出す、そうした診療のスタイルが求められる。へき地で培われた能力は、在宅医療の現場で有効に働くものと考えている。今後、主に都市部で増え続ける在宅医療の需要と総合医の能力がフルマッチするのが在宅医療という分野であると言える。

総合医のキャリアモデルのひとつとして、ぜひご検討いただきたいと思う。

参考文献

- 1) 在宅医療にかかる地域別データ集。平成30年、厚生労働省。
- 2) 平成29年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書。厚生労働省。
- 3) 大浦誠:地域包括ケア病棟とExtensivistの活用。治療 2020;102(7):881-886。

標準的在宅緩和医療・がん診療 希望を天の星につなげよ Hitch Your Wagon to a Star

医療法人社団パリアン、クリニック川越 院長 川越 厚

POINT

- ① 私たちが希求する医療は関わる人全てが納得するものでなければならず、在宅ホスピスケアでは“納得死の実現”が最終ゴールになる
- ② がん患者が住み慣れた地域で納得死を実現するためには緩和ケアを専門とする診療所の存在は不可欠であるが、制度的には“緩和ケア充実診療所”という形で地域での働きが保障されている
- ③ 医療法人社団パリアンは地域にがん患者の納得死を実現するため、2000年6月に創設され現在に至っている。組織形態はいわゆる在宅ホスピスの形をとっており、診療所は“緩和ケア充実診療所”として活動を継続してきた
- ④ 2021年12月末日までに2,651人の末期がん患者に在宅ホスピスケアを提供し、2,500人の方をご自宅で看取った(在宅ケア期間の平均値59.6日、中央値24日)

特集

はじめに

エマーソン(R. W. Emerson, 1803~1882)のエッセイの一節を表題にしたが、この言葉に込めた私のメッセージは『希望』である。

荷車に積んだ重い荷物。それを天の星につなぐというわけだから、とてつもなく大変な仕事である。しかし、荷が『希望』であることを知った御者にとってみれば、その荷はなんと軽いことか。『希望』は夢へと形を変え、多くの人の心を動かし不可能を可能にする。

私が抱いた『希望』は『納得のいく死の実現』であり、その荷を積んだのが『パリアン』という荷

車であった。私が協働者とともに築いたパリアンは在宅ホスピスケアを提供する組織だが、私自身は“組織体”よりも『納得のいく死』を実現する“運動体”としての側面を重視してきた。20年に及ぶ歴史の中で素晴らしい仲間が多数集まり、前から後ろから横からその荷車を押しながら天の星に向かって共に歩むことができたのは、そのような私の希望と夢を分かち合うことができたからだと信じている。

これから記すのは在宅ホスピス医として20年に及ぶ私の歩みだが、地域医療を担う診療所に在宅緩和ケア充実診療所という特殊な形の診療所(図1)が存在することを知っていただければ

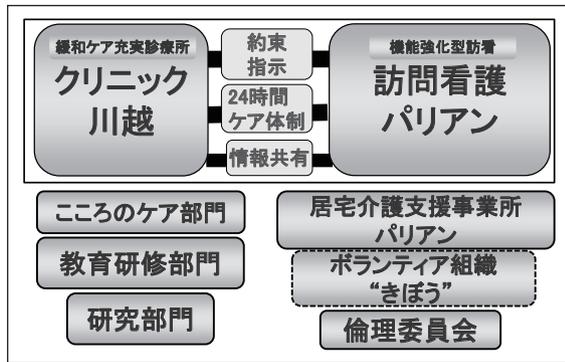


図1 パリアンを構成する部門

幸いである。

パリアン創設

1989年に私は白十字診療所で今の形の在宅ホスピスケアを始めたが、その時からパリアン創設までは『在宅ホスピスケアの質を確認した時代』、パリアン開設(2000年6月)以降は『在宅ホスピスケアの量の拡大の時代』と位置付けている。

クリニック開設の直前まで私は墨田区内の賛育会病院長(赴任時の病床数304)をしていたので、パリアンを立ち上げる時、親しい仲間の何人かが「長年臨床を離れているのに、大丈夫か」と私の冒険を心配してくれた。しかし、「時期が来れば在宅医療へ戻る」というのは私が社会福祉法人賛育会病院の病院長を引き受けた時からの計画であった。加えて在宅ホスピスケアのごとはテレビや新聞、雑誌などですでに何度も紹介されていたので、「仕事はすぐ軌道に乗る」と軽く考えていた。とは言え経営的な問題から、最初は専門の産婦人科と内科の外来診療をしばらく続けた。

組織の名称をどうするか?『江戸庵』、クリニックを『大江戸診療所』、事務長を『診療所番頭』という名称にすることを私は真面目に考えた。しかし、軽率にも「江戸ではなくパリはどうかしら」という大奥の甘言に惑わされ、法人の名称を『パリアン』と決めてしまった。「江戸にあるのに、なぜパリだ」と言っても後の祭りである。閑話休題。

『パリアン, pallium』は古いラテン語で、雨に

打たれ風に吹かれて震えている旅人を温かく包み込むコートやマントのことを言うが、NHPCO(全米ホスピス緩和ケア協会)には医療法人パリアンを『Hospice Pallium』の名称で登録(2012年)している。以下に記すパリアンの理念は私の『希望』であるが、前文に記された精神はパリアン創設当初から今も変わらない。

“パリアンは、病、特にがんなどによって、近い将来死を迎える患者とその家族に対して、主に患者の居宅で医療、看護、その他の全人的なケアを提供する。その目指すところは、患者と家族が選択・決断した在宅での生と死が、納得できる形で全うできるように、チームで支援することにある。パリアンの主な活動場所は、事務所が存在する墨田区とその周辺であり、具体的なサービスは、在宅ホスピス協会が1998年に公表した在宅ホスピスケアの基準¹⁾に則って提供される。(2009年1月5日)”

ひと - CUM DEO LABORAMUS -

医療機関の運営で、トップに立つ者が最も頭を悩まされるのが人事の問題。賛育会病院長時代、身をもってそのことを経験した。必要数の医療者を確保することは、病院長に課せられた責務である。幸いなことに、賛育会病院と違ってパリアンは小規模の新しい組織だったので、私は自分の理念を掲げ、それに共感して共に働いてくれる医療者を求めればよかった。

CUM DEO LABORAMUS(コリントの信徒への手紙 第3章9節)というラテン語は、「私たちは神と共に働く」と言う意味。パリアンは言うまでもなく、信仰共同体ではない。またキリスト教信者の職員が多いわけでもない。その意味ではごく普通の医療機関と言ってよいが、パリアンの基本理念はキリスト教にあり、パリアンを支えてきた人々もそのことを理解してくれていたと思う。創立当初から今に至るまで30数年私の仕事を支えてくれた事務長、工学博士号を持つ研究責任者、加えて私の妻の3名が創立理念を共に掲げ、綻びの多い私を支えてくれた。この3名の変わらぬ助けが無ければ、今の

パリアンはなかった。

医師や看護師の採用に際しては、パリアンの理念、実際の活動をしっかり理解し、ここで学ぶという姿勢をしっかりと持っているかどうかを最重視した。さらにひとの苦しみを自分の苦しみとして受け止めることができるかどうか、臨床的な能力があるかどうか、チームのみならず仲良くできるかどうか、精神的に安定しているかどうかなども採用基準とした。このような条件を満たす人となるとどうしても数は少なくなるが、それでも看護師の確保で行き詰ったことはない。

パリアンで育った医師や看護師の多くがここを退職しても、それぞれの地域で在宅ホスピスケアを実践している。国立長寿医療センターの緩和ケア診療部長を辞してパリアンに来た中島一光先生は、当院での2年間の常勤医としての経験をもとに、地元の愛知県で同様の在宅ホスピスケアの実践を行っている。また吉田美由紀(旧姓遠藤)さんは四国の松山で母校の教師をしながら訪問看護師として素晴らしい実績を上げている。『ホスピスケアは看護介入だ』という指摘がMor²⁾によってなされているが、そのことを理解して実践する看護師、それをサポートする医師の存在はホスピスケアに必須である。パリアンはその点、非常に恵まれてきた。

CUM DEO LABORAMUS. Deo(神)とはこの場合、仲間のこと。パリアンをこれまで支えてくれた人たちのことを思う時、このラテン語が私の心に強く響く。

組織

パリアンの創立理念は、「地域の人々へ、良質のホスピスケアをより多くの患者と家族に届ける」ことであった。その実現のためには日本の医療保険制度に則った枠組みを利用すると同時に、現行制度では何ら保障のない『新たな組織』をパリアンの中に立ち上げる必要があった。私が抱いたVisionは、わが国では新しい試みだったからだ。

創立時(2000年6月)より今に至るまで、パリアン

の組織的な中心骨格を成してきたのは、診療所と訪問看護ステーションである。このスキームは在宅医療を行う上での基本型だが、多くの場合2つは独立した組織になっている。一方パリアンの場合、緊密かつ迅速な連携を重視して、パリアンという1つの組織の中に両者を組み込んだ(図2)。このような形を取った理由は、『患者の半数が1ヵ月以内に死亡する』という末期がん患者の特性がある³⁾。医療サービスと並行して、介護サービスには創立当初から力を入れてきた。その意図は看護と介護の協働を重視し、ケアの質を高めることにあった。

私は非採算部門にも創設当初から重きを置いてきた。ホスピスケアの基準に明記されているように、ホスピスケアを1つのMovementとして捉えると、パリアンが抱える非採算部門はホスピスケアの提供に必須な部門と言うことになる。非採算部門には研究・教育部門(常勤職2001年4月採用)、ボランティア部門(専任パート職員2003年4月採用)、こころのケア担当部門(パート職員2003年10月採用、現在空席)などがあげられる。また、倫理委員会(外部委員と常勤職員の混在)を2009年1月より立ち上げたが、外部、内部委員共、今に至るまで無給で協力していただいている。

診療所は当初みなし法人、訪問看護ステーション「訪問看護パリアン」は株式会社立の形でスタートした。パリアンは2008年6月法人格(医療法人社団パリアン)を取得したが、それを機にクリニックの名称を「ホームケアクリニック川越」から「クリニック川越」に改め、訪問看護パリアンの設立母体を株式会社パリアンから医療法人社団パリアンに変更した。

パリアンの姉妹ホスピスであるホスピスハワイとは密接な連携を取っているが、かつてそこを訪問した際、経営最高責任者のKen Zeri氏がホスピスハワイの組織、経営の詳細資料を見せてくれたことがある。それを見ながら「ホスピスハワイはさすが米国のホスピスだ」という思いを強くした。組織の細かいところまで目が行き届き、安全面にも細かい配慮と工夫がなされ、極めて効率的であることに驚いた。翻ってパリアン

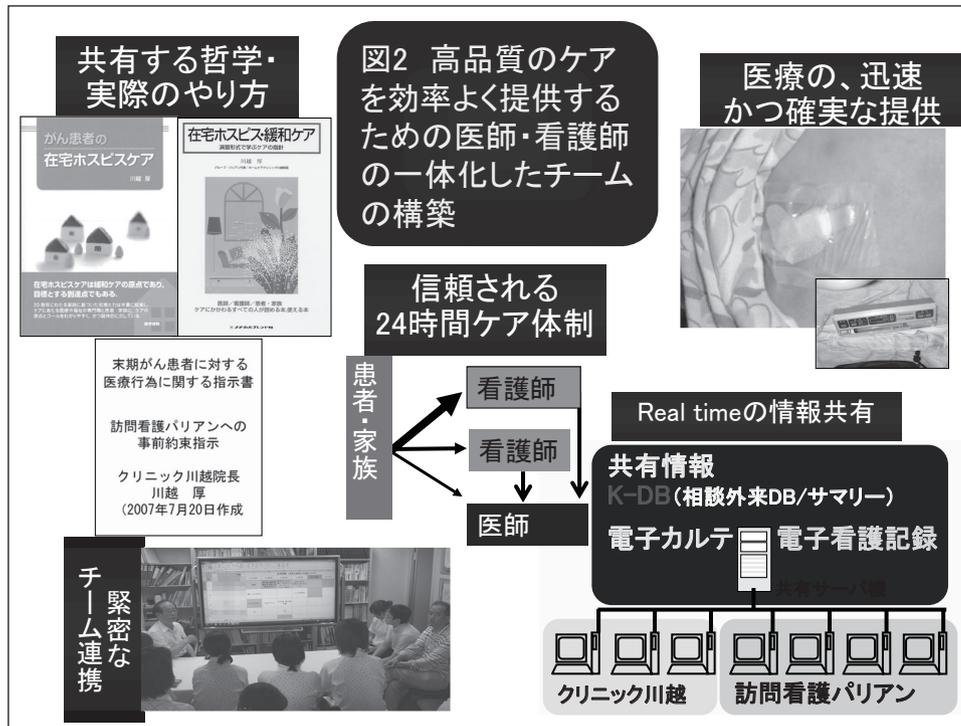


図2 高品質のケアを効率よく提供するための医師・看護師の一体化したチームの構築

アンの場合、試行錯誤を常に繰り返してきたので効率性では、ホスピスハワイに到底及ばない。安全面などの配慮も十分でないと思う。しかしその反面パリアンの場合は、組織自体はかなり身軽で融通性があり、いろいろな工夫を施すには適していると思う。

診療所の有床化

クリニック川越は2017年9月、在宅支援のためのベッド2床を有する有床診療所に様変わりした。この2床の病室をわれわれは『小さな宿泊所』と呼んでいる。

クリニック川越は年平均、約120名のがん患者を在宅で看取っており、在宅死亡率は95%。つまりほとんどの患者は、最期まで自宅で過ごすことができる。しかし何らかの理由で、一時的に在宅を中断しなければならない患者が少数存在するのも事実だ。有床化する以前は手間暇をかけて入院先を探さなければならず、しかも患者は環境がすっかり変わること戸惑っていた。この問題を解決するために『診療所を有床化』したのであるが、経営的には赤字部門を抱

えることになった。それにもかかわらず有床化に踏み切れたのは、強力なボランティア組織の力があつたからだ。これまで13名の方がベッドを利用しており、2人の患者が『小さな宿泊所』で死亡している。

小さな宿泊所の開設は我々にとって小さな一歩であるが、有床診療所の新たなありかたを示すものとして厚生労働大臣室でメスキュード医療安全基金から寄付を受けた(2017年5月19日)。

電子記録

パリアンでは医師、看護師、事務職員、研究職員などそれぞれが、共通のサーバーにつながったパソコンを使用しており、設立当初から記録などに関してはほぼPaperlessの状態を続けてきた。医師の診療記録は2000年6月の創立時より、市販ソフトを用いた電子カルテを、看護記録はNANDA(北米看護診断協会)の看護診断を参考にして作成したオリジナル版を2004年より、資料解析のためのオリジナルソフトを開発(2008年)して使用している。そのほか、次のよ

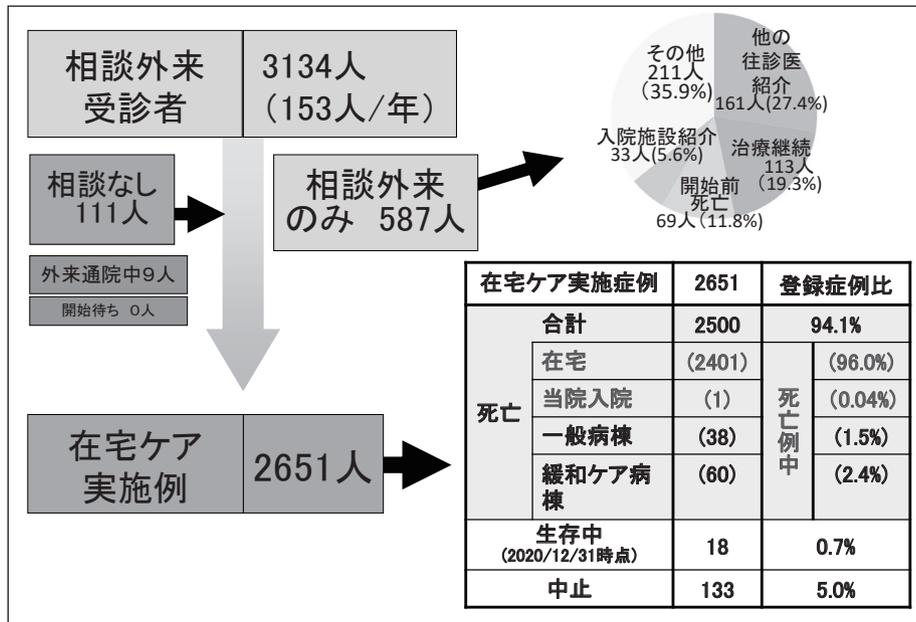


図3 受診患者の転帰(2000年7月~2020年12月)

うな電子化したデータを日々用いている。

2003年よりDB化して使用しているケースサマリー(K-DB)は、患者の全経過をサマリーの形でまとめて保存したものである。2010年4月から、K-DBの中の必要な情報をエクセルファイルに取り出し、週間情報シート(W-DB)として用いている。W-DBは週単位で、現在パリアンで関わっている末期がん患者(訪問診療患者、外来通院患者、相談外来受診患者など)の診療情報を、情報シートの一覧表で示したものであり、月、水、金の朝に開かれるモーニングカンファレンスの資料として活用している。また緊急当番の看護師は、8週分のW-DBをファイルしたものを手元に持っており、緊急時にはそれを利用して患者対応を行っている。

パリアンが関わる患者数は決して多くはないが、がん患者は短い期間で亡くなるので(在宅ケア期間の平均値59.6日、中央値24日、N=2,401)、電子化したカルテ類、また日々の記録を一覧で示したW-DBはパリアンにとって必須のItemとなっている。

ボランティア

パリアンがボランティア養成講座を開講したのは、創立1年後の2001年。その維持はパリアン

の不変の目標と考えてきた。ボランティアは専門職スタッフではないので自分の生活ペースに合わせて自由に活動すればよいという考えもあるが、パリアンのボランティアはチームの一員として専門職と協働し、責任を持って自律的に活動している。とはいえ、ボランティアがパリアンで活動するためには、チームの哲学、ケアの方針や具体的なケアの方法を専門職と同じように理解する必要がある。そのため、ボランティア入門講座の修了者のみが、パリアンでボランティアとして活動できる。ボランティア教育には新人ボランティアを対象とした基礎教育と、ステップアップ講座とがある。

パリアンのボランティアには患者宅を訪問する“訪問ボランティア”(2002年末開始)、患者の命日に遺族へ手書きで命日カードを書く“命日カードボランティア”(2001年開始)、故人の一周忌に行う『メモルの集い』を企画・運営する“メモルの集い(遺族の会)ボランティア”(2001年開始)、事務的な仕事を行う“事務ボランティア”、患者へのクリスマスプレゼントなどを準備する“手作りボランティア”など、その活動は多岐にわたる。毎週金曜日の昼に行われるデイホスピスを担当する“デイホスピスボランティア”(2003年開始)は食事づくり、患者や家族との話、さらに季節行事の企画実行などを行っている。

「ボランティアはホスピスの宝」であるが、ボランティア組織をホスピスの中に抱えるには、相応の負担がホスピスにかかってくる。そのために2004年より、常勤のホスピスコーディネータを置いている。ボランティア組織は2017年に「NPO法人在宅ホスピスボランティアきぼう」として独立したが、現在もパリアンと連携しながら活動を続けている。

情報発信

情報発信の重要性はホスピスケアの最初の基準(1977)に明記されており、私たちも積極的に力を入れてきた。

地域住民を対象とした啓発活動として、各種講演会(その第1回は2001年)また、パリアン主催の地域の訪問看護師、薬剤師、病院勤務の医療者、地域の福祉職などの専門職を対象とした勉強会にも力を入れてきた。パリアンの機関紙(パリアン通信)は2003年の第1号を皮切りに、2020年10月には第77号を発行している。

国際的にはホスピスハワイ、バンクシア緩和ケアサービスとの姉妹ホスピス提携(2006年7月、11月)を結び、2007年からそれらの姉妹ホスピスとの交流研修が始まり、その後3姉妹ホスピスでボランティアに関する国際共同研究(2008年から2年間)を行った。2012年にはわが国のホスピスとしては初めて、全米ホスピス緩

和ケア協会(NHPCO)のaffinitive memberに認定された。

教育、研修も広い意味で情報発信につながるが、研修医の受け入れ(2001年から)、医学生や看護大学生の研修受け入れ(2003年から)を行ってきた。2021年1月現在、60名の研修医、121名の医学生、169名の看護大生がパリアンでの実習を終えている。

終わりに

気がつけば、医師になって48年。その三分の二の時間を在宅ホスピス医としての働きに費やしてきた。その間2,400人のがん患者を自宅で看取っており、96%の在宅死率が示す(図3)ように患者と家族の納得のいく死を実現できたのではないだろうかと考えている。古稀を過ぎた今、徐々に自分自身の仕事量を減らさなければならぬと自覚しており、新たな形での継続を模索している。

文献

- 1) 川越博美, 水田哲明:「在宅ホスピスケアの基準」についての解説. 臨床看護 1998;24:1125-1129.
- 2) Mor V: Hospice care system, structure, process, costs, and outcome. Springer, 1987, p52.
- 3) 川越厚:ホスピスケアの対象患者. がん患者の在宅ホスピスケア. 医学書院, 2013, p9.

難病,特に神経難病の在宅医療

三五医院 院長 三五美和

POINT

- ① 正しい診断と予後予測が患者家族の意思決定支援に重要
- ② 他業種連携と福祉制度利用により安全に希望をもって生活できる療養環境を整備する
- ③ 最期まで患者が自分の想いに沿って生きられるよう支援をする

特集

はじめに

神経難病は、原因不明で根治に至る治療法がなく長期療養が必要となる疾患である。在宅医療を担う医療機関の役割は、難病の患者や家族の意向を踏まえ、身近な機関で治療・療養を継続するために必要な医療を提供することである。そのためには専門医療機関と協し在宅医自ら難病についての知識を深め、地域の社会福祉・看護・介護事業者などの多業種連携を構築することが求められている。

希少性に関わる問題

神経難病は稀な疾患が多く、時には患者・家族は病名を知らないことすらあるため、疾病の理解を促すためには丁寧な説明が必要である。患者・家族が真偽不明の情報に惑わされない、適切な情報を理解しやすいように提供する。難病

情報センターのインターネットサイト¹⁾では、一般の方向け、医療従事者向けの疾患概念と治療、難病助成制度、障害福祉サービス、難病相談支援センター、患者会情報、就労支援などの情報も充実しているので、ぜひ利用していただきたい。

専門医療機関との連携

神経難病は身体の動きが悪くなる疾患なので、専門病院を受診しないまま寝たきりになり、訪問診療を依頼することもある。問診から寝たきりになる明らかな要因がない場合、神経難病の可能性も考え専門病院への受診を検討していただきたい。初期から疾患特異的な所見が揃わない場合、診断が暫定的となるケースも多い。訪問診療を行っていくうちに、暫定的に診断された疾患では説明できない経過を取るようなら、躊躇なく専門医療機関に鑑別診断を依頼すべきである。未だ原因不明で有効な治療が確立

していない疾患であるので、最新の医療はもちろん、核医学検査を含む画像診断、髄液生化学的マーカー、遺伝子診断など保険適外検査の臨床研究や治療研究を享受できるように、在宅移行後も難病専門医療機関と連携したい。

診断の重要性と患者・家族の意思決定支援

神経難病患者が療養生活をいかに送るかを考える上で、予後予測が最も重要な指標となる。若年発症で徐々にADL低下が進行する長い経過の疾患もあれば、数年で命を落とす疾患もある。かかりつけ医は専門医からの情報を共有し、本人・家族が「どのような病状説明を受け、どのように理解しているか」を確認する。

難病は根治に至る治療法がなく、時に精神症状を伴い介護負担が重い疾患であるが、内服薬の調整、機能訓練、装具の使用などにより生活の質(QOL: Quality of Life)の向上が可能であることを説明していく。経過の長い疾患であれば、ADLが保たれているうちに旅行や社会参加の支援を提案する。進行の早い疾患であれば、経皮内視鏡的胃瘻造設(PEG)・気管切開下陽圧換気療法(TPPV)などの処置を希望するのか、専門医と連携しながら意思を確認する。進行とともに認知機能の低下や構語障害、失語などにより意思を示すことができなくなる疾患もあるので、病初期から難病支援センターのピア相談(同疾患の本人家族による相談)や患者家族交流会などを紹介し意思決定を支援する必要がある。

在宅医療の実際

訪問診療では全身管理、処方継続、医療材料の提供および環境整備を行う²⁾。経過の長い患者は自分なりの工夫をして生活しているが、専門職のアドバイスによる環境整備で驚くほどADLが向上することがある。定期的に訪問し内服薬の効果減弱や変動、呼吸障害や嚥下・構音障害のモニタリングを行い、転倒や誤嚥性肺炎などアクシデントを避ける。生命に関わる徴候

が見られれば速やかに専門医に相談し、次の処置を検討していただく。筋萎縮性側索硬化症(ALS)初期に専門医療機関で導入されたラジカット[®]点滴なども訪問看護に依頼し継続できる。体温調整障害や多発性硬化症(MS)のウートフ徴候(体温が上がると症状が悪化する徴候)には、暖かい環境や衣服の着すぎによるうつ熱を避けるよう指導する³⁾。血圧変動には弾性包帯・腹帯や脱水予防が、パーキンソン病(PD)の末梢の冷感・発汗異常には抗パーキンソン剤(抗パ剤)が時に有効である。頑固な便秘には内服薬の調整に加え、腹部マッサージ、体操、定期的な浣腸などで対応する。神経難病では尿排出障害・過活動性膀胱共に起こりうる。排尿障害には α_1 阻害薬や漢方薬を、過活動性膀胱には抗コリン薬と β_3 作動薬を用いる。PDでは抗パ剤投与により過活動性膀胱の改善が期待できる。抗コリン剤は認知機能低下を、 α_1 阻害薬は起立性低血圧を増悪させる可能性があるので注意を要する。薬物療法でコントロールがつかない場合、間欠的自己導尿や尿道カテーテルの留置などの対応を行う⁴⁾。寝たきりになると滲出性中耳炎や耳垢栓塞による難聴、胆石・胆嚢炎、褥瘡、尿路結石、残尿からの尿路感染症もしばしば問題となる。褥瘡は十分な栄養補給、自動体位交換マットなどで除圧を行う。訪問看護と協力し、難治性の場合は皮膚科や形成外科受診も検討する。痰がらみや唾液の垂れ込みにはポンプを利用した唾液持続吸引、抗うつ薬やスコポラミン軟膏の耳下腺への塗布などを行う。PDにおける幻覚・妄想、一部のALSに併発する前頭側頭葉変性症(FTD)、大脳皮質基底核変性症(CBD)、進行性核上性麻痺(PSP)で認める「強いこだわり」、反社会的行動など精神症状は介護者にとってつらい症状であるが、疾患由来の症状で本人に責がないことを家族に説明し理解を促す。

難病における地域の保健医療サービスとの連携構築

難病患者が安全に快適に生活するためのニー

ズは多岐にわたるため、医師が全て行うことは困難である。他業種間で忌憚なく意見を交換し、それぞれの専門性を活かしてサービスを分担して提供することが望まれる。

1. ケアマネージャー

65歳以上の患者のケアプランの計画を担う。ALS、PD、CBD、PSP、脊髄小脳変性症(SCD)、多系統萎縮症(MSA)などは、40歳以上であれば第2号被保険者として介護保険が適応される。介護保険が適応にならないMSや重症筋無力症(MG)、筋ジストロフィー(MD)などの患者は、障害福祉制度を利用し、地方自治体のケースワーカーがケアプランを立てる。

2. 訪問看護

訪問看護では全身状態の把握、排便・排尿コントロール、家族・介護職への介護方法の指導、内服薬の効果や副作用を客観的に評価する。症状が進行すれば喀痰吸引や医療機器の管理、褥瘡好発部位の観察と予防処置を行う。多くの難病では難病医療証取得の有無にかかわらず訪問看護が医療保険の対象となるため、介護度にかかわらずサービスを導入できる。介護保険の単位を訪問介護、デイサービス、ショートステイに充て介護負担を軽減することができるため、訪問看護指示書に対象となる疾患名を必ず記載していただきたい^{5),6)}。

3. 訪問リハビリテーション

廃用進行予防、バランス訓練、可動域訓練、ストレッチ、リラクゼーション、日常生活動作の指導、在宅環境調整、介護者への介護指導、福祉用具の提案と利用方法の指導を行うことで、QOLの向上を図る。筋疾患や萎縮が進行する中での過負荷は筋肉の損傷や疲労の原因になるため、運動前後の疲労感を評価し適切な負荷量を設定する。MSでは、運動時に冷房や保冷剤を利用してウートフ徴候を予防する。病期の進行に伴い呼吸リハビリテーション、排痰ドレナージ、摂食嚥下リハビリテーション、コミュニケーション手段の指導などを行う^{7),8)}。

4. 訪問服薬指導

独居や老々介護の患者さんについては訪問服薬指導を依頼すべきである。訪問時大量の残薬や不適切な保管が発見されることもしばしばある。服薬できない理由として錠剤がシートから出せない、つまめない、腕が口まで上がらないなど身体能力の低下、嚥下機能障害、認知機能低下による飲み忘れなどが挙げられる。服薬能力低下の原因に基づいて、一包化、お薬カレンダーの利用、服薬ゼリーの利用などを提案し、適切に服薬できる体制を構築する⁹⁾。

5. 訪問介護

食事、排泄、入浴介護を担う。進行期、独居の患者には定期巡回サービスを導入し、頻回の訪問で確実な内服管理とアクシデントの早期発見を図る。医療依存度が高くなれば、重度訪問介護を利用して喀痰吸引や経管栄養剤の注入も行う。

6. 地方自治体

難病医療助成制度の利用窓口となる。難病医療費等助成対象疾患の認定を受けると医療保険の自己負担割合が3割から2割となり、自己負担金の上限額が定められる。厚生労働省の規定する重症度(PD: Hoehn-Yahr 3度以上かつ生活機能障害度2度以上、MS: 総合障害度EDSS 4.5以上または視覚の重症度分類においてII度以上など)を満たさなくとも、申請月以前12ヶ月の間に33,000円以上の月が3回以上ある場合、「軽症かつ高額」として申請できる。上限額は住民税課税額によって毎年見直される。医療保険・介護保険の総額(自己負担金ではないので注意が必要)が50,000円以上の月が6回以上ある場合「高額かつ長期」となり、「継続的に人工呼吸器を装着している場合」はさらに自己負担額が減額される。

2013年以降難病患者は障害福祉サービスも利用できるようになった¹⁰⁾。一定の条件を満たせば、介護保険にない移動支援や生活用具の給付サービスや重度訪問介護の申請ができる。

難病相談・支援センターでは就労支援、ピア

相談、患者家族交流会の紹介、日常生活用具の展示などを行っている。在宅療養が長期にわたり、医療費・介護費が患者・家族の生活に悪影響を及ぼす場合は、医療保険・介護保険の自己負担金減額制度や難病医療制度、障害年金、給付金、税金の減免などの申請を勧める。

進行期から終末期の医療・ケア

1. 摂食・嚥下障害とPEG

嚥下障害を疑う徴候として唾液貯留や流涎、口腔内汚染、誤嚥、むせ込みなどの自覚症状、10%以上の体重減少などがある。言語聴覚士(ST)に簡易嚥下評価、嚥下リハビリを依頼する。嚥下障害が進行し十分な栄養摂取ができない場合または誤嚥性肺炎を繰り返す場合には、嚥下内視鏡(VE)を在宅で試行できる訪問歯科医・耳鼻科医に往診を依頼する。食形態の工夫、適正なポジショニングの指導などでも改善しない場合や梨状窩への唾液貯留が確認された場合PEG導入を検討する。ALSではPEG造設がQOLの改善につながるため、より早期から導入を検討する¹¹⁾。

胃瘻管理の合併症として下痢、逆流、高血糖、微量元素欠乏症、ビタミン欠乏症などがある。半固形栄養剤の利用を検討する¹²⁾とともに、貧血、皮膚症状、易感染性、爪の変化などの観察が必要である¹³⁾。胃瘻周囲の皮膚トラブルは洗浄、リンデロン®VG軟膏、亜鉛華単軟膏の塗布など対処療法で改善する例も多い。胃瘻カテーテルの事故抜去が起こった際には取り急ぎ抜けた胃瘻を戻すか、尿道カテーテルを挿入し、速やかに難病協力医療機関へ搬送するようサービス担当者に周知する。

2. 呼吸管理と在宅人工呼吸器療法

神経難病の呼吸不全はMDやALSにおける「呼吸筋萎縮による換気運動障害」、筋強直性ジストロフィー(MyD)における「呼吸中枢異常」、MSAやMDにおける「睡眠時無呼吸症候群(SAS)」、ALSにおける「球麻痺」、MDや脊髄性筋萎縮症(SMA)における「脊椎変形」、肺炎など

による「二次的な肺実質障害」が原因となる。呼吸筋筋力低下による気道分泌物の咯出困難、胸郭の拡張障害を予防するため、呼吸筋のリラゼーション、深呼吸や徒手による咳介助、体位ドレナージ、十分な栄養補給を行う¹⁴⁾。経皮的動脈血酸素飽和度(SpO₂)低下、疲労感、呼吸困難感、起床時の頭痛、体重減少があれば、早めに専門医療機関に紹介しNPPVと排痰補助装置の適応を相談する¹⁵⁾。レム期にもっともSpO₂が低下するため夜間からNPPVを開始し、次第に終日使用へ移行する。終日使用でも換気が保てなくなった場合にはリハビリテーションを導入しTPPVを検討し、導入後の訪問看護、重度訪問介護の体制を整える。災害・停電に備えて保健所と連携を取り、災害対応計画を依頼する¹⁶⁾。

MSAでは咽頭レベルで軟口蓋の落ち込み、舌根沈下、喉頭レベルで喉頭蓋軟化(FE)、声帯レベルで声帯外転障害、披裂筋のジストニアを来し、閉塞性睡眠時無呼吸症候群(OSAS)を起こす。咽頭レベルのOSASには持続的陽圧喚起療法(CPAP)が有効であるが、喉頭レベル、声帯レベルではCPAPが上気道閉塞を来すこともあるため注意が必要である。MSAやMyDで認める中枢性無呼吸にはNPPVが適応となるが中断率も高い。誤嚥性肺炎を繰り返すようになると気管切開の適応となる¹⁷⁾。

3. コミュニケーション支援

神経難病では錐体路系、錐体外路系、失調性、球麻痺構語障害や高次機能障害による失語の進行によりコミュニケーション能力が低下する¹⁸⁾。構語障害に著効する薬剤はないため、早期より発声練習、歌唱療法、音読などのリハビリテーションを導入する¹⁹⁾。気管切開下でもスピーキングカニューレなどの利用も検討する。さらに構語障害が進行すれば、筆談・指文字・文字盤・Yes/No合図などローテク手段とPC、スマートフォン、タブレットや視線入力や生体電位で入力可能な意思伝達装置などハイテク手段を併用しながら患者との意思疎通を図る²⁰⁾。

4. 看取り・緩和ケア

多くの神経難病は誤嚥性肺炎などの合併症で致命的になることが多い。肺炎や尿路感染症を繰り返すうちに衰弱していく場合もある。呼吸筋麻痺を来すALS, MDやMSA, MG, MSの一部においては特異的な対応が必要となる。人工呼吸器を装着しない場合、徐々に呼吸不全を来しCO₂ナルコーシスを来す。呼吸不全が急激に進行する場合に認める呼吸苦には、塩酸モルヒネなど薬物療法による緩和を試みる²¹⁾。また難病には不整脈、誤嚥や声門開大不全による窒息、中枢性呼吸不全などによる突然死のリスクがある。急変時の対応を何度も家族・患者と話し合い、延命処置を希望されるか確認する。希望があれば前もって気管切開などを勧める。延命処置を望まれない場合は、家族・サービス担当者間で急変時の対応を共有することが重要である²²⁾。

おわりに

5年間訪問していたMyDの患者さんが昨年ご自宅で永眠された。当初より中枢性無呼吸がありNPPVを試した時期もあったが、突然死のリスクを理解した上で装着しない選択をされた。60歳の誕生日に「もうこの病気の平均寿命を超えているし、特にしたいことはない」と仰っていたが、長い経過で打ち解けるうちに「クルーズなら行ってみたいな」と希望された。担当者が話し合い、1年以上の準備期間を経て日本一周クルーズに看護師同行で参加することができた。在宅医療は患者が最期まで自分の意思で生きる支援であると再認識した。

文献

- 1) 難病情報センター. <https://www.nanbyou.or.jp/> (accessed 2021 Feb 24)
- 2) 小森哲夫: 専門医とかかりつけ医の役割. 西澤正豊: 難病患者などに対する認定マニュアル. 厚生労働省科学研究費「難病患者の地域支援体制に関する研究」班, 2018, p4-5.
- 3) 勝田若奈, 他: ウートフや疲労に注意する. 寄本恵輔: 神経難病リハビリテーションの叢智. (株)gene, 愛知県, 2018, p385-389.
- 4) 石浦嘉之: 神経因性膀胱を来す基礎疾患 神経変性疾患, 神経脱髄疾患. 吉田修: 神経因性膀胱外来. メジカルビュー社, 東京都, 1998, p85-87.
- 5) 牛込三和子, 他: 神経系難病における在宅療法継続に関連する要因の研究. 日本公衆誌 2000;47(3):204-215.
- 6) 中山優季: 訪問看護の利用. 西澤正豊: 難病在宅医療支援マニュアル. 厚生労働省科学研究費「難病患者の地域支援体制に関する研究」班, 2018, p6-8.
- 7) 小林庸子: 神経難病のリハビリテーション. 辻省次: すべてがわかる神経難病医療. 中山書店, 東京都, 2015, p188-195.
- 8) 有明陽佑: 筋萎縮性側索硬化症疾患概要. 寄本恵輔: 神経難病リハビリテーションの叢智. (株)gene, 愛知県, 2018, p100-104.
- 9) 賀勢泰子: 在宅医療における薬剤師の役割と地域連携 - チーム医療の一員として安心・安全な医療を提供 - . 埼玉県難病患者医療新事業 難病患者支援マニュアル8 神経難病から在宅医療を考える. 2013, p41-59.
- 10) 小森哲夫: 障害福祉制度の利用. 西澤正豊: 難病患者などに対する認定マニュアル. 2018, p24.
- 11) 清水俊夫: 総論神経難病患者の栄養ケア. 臨床栄養 2011;119(3):250-255.
- 12) 清水敦也: 栄養剤の形状と機能からみた選択. 診断と治療 2019;107(1):44-49.
- 13) 大村健二: 在宅栄養管理の落とし穴, 代謝性合併症. 診断と治療 2019;107(1):50-56.
- 14) 中馬孝容: 呼吸器リハビリテーション. 辻省次: すべてがわかる神経難病医療. 中山書店, 東京都, 2015, p219-225.
- 15) 矢田部可奈, 他: 呼吸管理と在宅人工呼吸器療法. 辻省次: すべてがわかる神経難病医療. 中山書店, 東京都, 2015, p139-144.
- 16) 福留隆泰, 他: 在宅人工呼吸器とケア. 辻省次: すべてがわかる神経難病医療. 中山書店, 東京都, 2015, p181-186.
- 17) 浅川孝司: 多系統萎縮症 持続的陽圧管理療法/非侵襲的陽圧換気療法の使い方, 適応, 禁忌について. 寄本恵輔, (株)gene, 愛知県, 2018, p284-290.
- 18) 中森正博, 他: dysarthriaの神経学的原因. 音声言語医学 2019;60(3):179-183.
- 19) 中山慧悟: パーキンソン病 コミュニケーションを維持する対策はあるか?. 寄本恵輔, 神経難病リハビリテーションの叢智. (株)gene, 愛知県, 2018, p213-216.
- 20) 成田有吾: コミュニケーション支援. 辻省次: すべてがわかる神経難病医療. 中山書店, 東京都, 2015, p202-210.
- 21) 荻野美恵子: 神経難病の緩和ケア①②. 平原佐斗司: チャレンジ! 非がん疾患の緩和ケア. 南山堂, 東京都, 2011, p114-143.
- 22) 荻野美恵子: 緩和ケアと看取り. 辻省次: すべてがわかる神経難病医療. 中山書店, 東京都, 2015, 145-152.

小児在宅医療を始めよう —楽しく、やりがいがあります—

ひばりクリニック 院長・認定特定非営利活動法人うりずん 理事長 高橋昭彦

POINT

- ① 人工呼吸器，気管切開，経管栄養などが必要な子どもの在宅医療に関わろう
- ② 専門医療機関は入院と専門的な治療や検査を担い，在宅医はかかりつけ医として日常的な診療や，生活面での相談を担う
- ③ 在宅医が関わることで，成人期に移り変わりゆく時期である移行期 (transition)を円滑に乗り越えよう
- ④ 小児在宅医療の対象は「子どもと家族」である．親をねぎらい，きょうだいに心を寄せよう
- ⑤ 小児在宅医療は，楽しく，やりがいがある

はじめに

在宅医療の対象者には，若年障害者，小児もいる．一般に在宅医療は，寝たきり等で通院が困難なものが対象となるため，高齢者は通院をしないことが多い．しかし，小児の場合は，在宅医療が始まっても，多くは大学病院やこども病院などの専門医療機関への通院が続く．では，なぜ小児に在宅医が必要かと言えば，人工呼吸器や経管栄養，酸素などが必要な子どもは，装備が多く，外出には手間暇がかかり，頻回の通院が負担だからである．そこで在宅医が入り，専門医療機関と連携もしながら，入院を必要としない程度の医療や，予防接種，さまざまな相談など，かかりつけ医としての役割を担う．し

かし，小児の在宅医療を行う医師はそれほど多くない．筆者は，ひばりクリニック(以下，当院)において2002年から小児から高齢者までの在宅医療を行っているが，小児の在宅医療では，きょうだいが生まれる，学校に入学する，修学旅行に行く，卒業するなど，子どもの暮らしの出来事に関わることで，子どもの成長を肌で感じることができる．本稿では，楽しく，やりがいがある小児在宅医療について述べることにする．

医療的ケア児が増えている

医療の進歩により，多くの幼い命が救われる一方で，人工呼吸器や気管切開，経管栄養，在宅酸素などの医療的ケアが必要な子ども(以下，

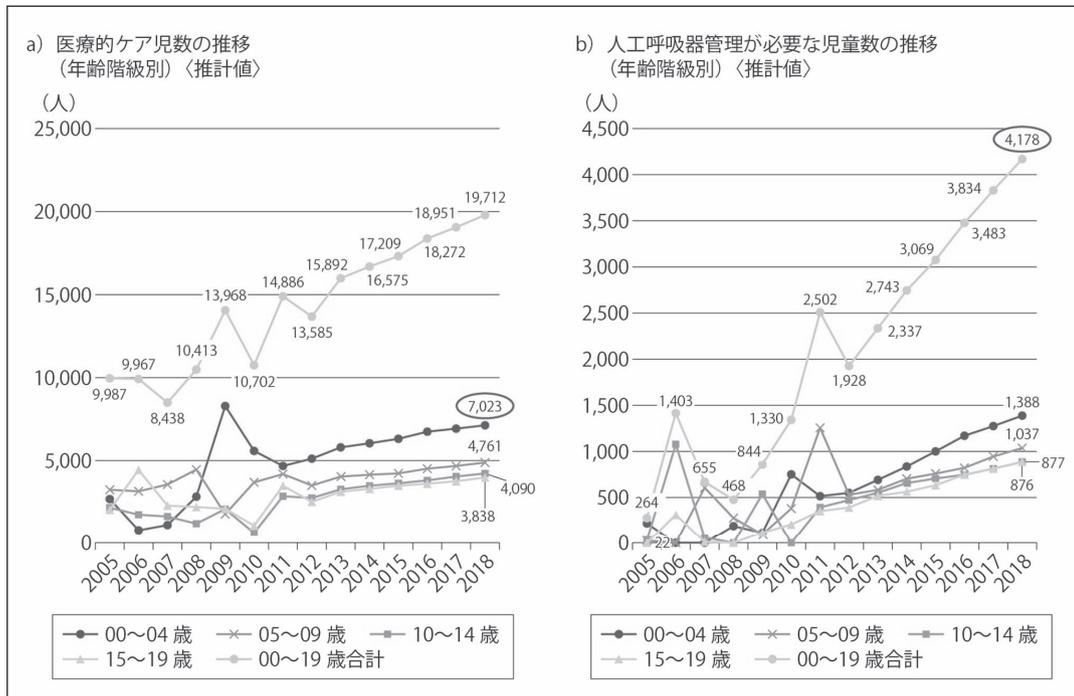


図1 医療的ケア児数等の推移
 (厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究(田村班)2018より改変」)

医療的ケア児が増えている(図1)。2018年の全国推計では、20歳未満の医療的ケア児は19,712人、人工呼吸器装着児は4,178人。医療的ケア児は10年で2倍、人工呼吸器児は10年で10倍以上に増えている。特に若年者ほど人工呼吸器装着児が増えていることは注視すべきである。

多くの医療的ケア児が在宅で暮らせるようになったが、子どもと家族を支える福祉、保育、教育などの社会資源はまだ不足しており、介護のほとんどを親が担っている。痰の吸引などのため、3時間以上続けて寝たことがない親や、子どもを預かる保育園がないため、仕事を辞めざるを得ない親も少なくない。日頃から我慢しているきょうだいたちも気がかりである。

このような現状から、2016年6月3日に「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律」(平成28年法律第65号)が公布され、「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の関連分野の支援

を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講じるよう努めなければならない。」と定められた(児童福祉法 第56条の6 第2項)。

小児在宅医療・在宅ケアの特徴

小児の在宅医療・在宅ケアの特徴を述べる。

- ① 障害が重度で、人工呼吸器などの医療的ケアが必要な子どもが多い。
- ② 大学病院やこども病院などの専門医療機関の受診は継続されることが多い。
- ③ 子どもは、体調が不安定になりやすく、入院を繰り返すことがある。
- ④ 子どもには医療・福祉に加えて教育、療育、保育など育ちに関わる多職種が関わる。
- ⑤ 医療的ケアが必要であるがゆえに、利用できる社会資源は非常に限られている。
- ⑥ 家族は多大な負担を強いられ、きょうだいにも十分な支援が届かない。
- ⑦ 子どもの成長を見守り、子どものライフステージに寄り添う支援が必要である。

⑧ 災害時の避難所の確保や、電源確保などに配慮が必要である。

在宅医の役割とは？

当院で最初に在宅医療を担当した子どもの母親から希望されたことは、「かかりつけ医として一次診療と病院への入院の橋渡しをしてほしい」ということだった。小児の在宅医療は分からないことも多かったため、専門医療機関の医師や看護師、人工呼吸器の業者、バクバクの会等の当事者団体から多くの情報を得た。修学旅行のため学校まで会議に出向き、行政の保健師ともやり取りした。

小児の在宅医の役割について表1に示す。定期的な訪問診療と24時間体制の往診は、高齢者と同じである。次に専門医療機関は、入院や専門的な治療や検査を担い、在宅医がかかりつけ医として、日常的な診療、常備薬や不足薬の処方、生活面でのアドバイスなどを担う。これは、本人と家族、病院の負担を減らすことにつながる。また、医療機関に受診をすることが難しいので、きょうだい・家族も一緒に予防接種を行う、訪問の際に家族の診療を行うと喜ばれる。訪問薬剤管理指導が入っていれば、子どもの薬と一緒に届けてもらうことも可能である。各診断書や医療的ケア指示書、資格があれば障害関係の書類、小児慢性特定疾病や難病の書類も作成できる。多職種連携は小児においても大切だが、ケアマネジャーがいないので、障害者相談支援専門員や医療的ケア児等支援コーディネーターとの連携が重要である。小児がん等の看取りに関わることもある。最後に、日常的な診療

表1 小児の在宅医の役割

- ・定期的な訪問診療と24時間体制の往診
- ・専門医療機関と役割を分担し、かかりつけ医を担う
- ・予防接種を行う(きょうだい・家族も含む)
- ・家族の診療(調剤薬局の訪問薬剤管理指導は役立つ)
- ・書類作成を行う(診断書、医療的ケア指示書など)
- ・多職種連携(訪問看護、リハビリ、薬剤師、障害者相談支援専門員、学校など)
- ・子どもの在宅での看取り
- ・家族をねぎらい、相談相手になること

と同じくらい大切なことは、家族をねぎらい相談相手になることである。筆者は、「お母さん、寝ておられますか?」と帰りがけに聞くようにしている。

医療的ケア児の暮らし

写真1の男児は、寝たきりで気管切開、胃瘻、夜は人工呼吸器が必要である。当院では小児の訪問の際、賑やかして季節のかぶりものをして行く。かぶりものは、本人やきょうだい、家族に笑ってもらい、今度は何をかぶるのかと期待される効果がある。筆者の傍らの妹さんとは、訪問やさまざまな行事を通じて仲良くなっている。

男児は3歳で退院し、在宅医療、訪問看護、訪問薬剤管理指導、障害者相談支援専門員が関わり、障害サービスも利用している。退院当時は緊張が強く、呼吸器でも換気が十分でないときはバッグを押していた。現在はバクロフェン持続注入の治療を受け、緊張は和らいでいる。男児の車いすは、折り畳まず座席の下に呼吸器や吸引器、バッテリーなどを搭載する。そのため、移動にはスロープ付きのワゴン車を使用する。現在は特別支援学校に在籍しているが、医療的ケアのために送迎バスには乗れず、毎日家族が学校まで送り迎えする。また、気管カニューレは常に閉塞や事故抜去のリスクがある。現在は、学校看護師が主治医の下で気管カニューレの挿入実技の研修を受け、緊急時にも対応できるようになっている。しかし、学校で人工呼吸器が必要な状態になると、親が学校へ呼ばれ、



写真1 訪問診療では、季節のかぶりもので訪問する(2019年6月撮影・保護者から掲載の承諾済み)

連れ帰らねばならない。

いつでも吸引やカニューレ交換、アラーム対応ができる人が傍にいる状態をずっと続けるのは、過酷なことである。近年は、寝たきりの重症心身障害児ばかりでなく、動ける医療的ケア児も増えてきているため、さらに目が離せない。

小児がんの在宅緩和ケア

わが国では年間2,000～2,500人の子どもが小児がんと診断されている。小児がんの多くは肉腫であり、白血病、脳腫瘍、悪性リンパ腫の順に多い。小児がんは発見が難しく、がんの増殖も速いが、成人のがんに比べて化学療法や放射線治療に対する効果が高いのも特徴で、現在は約7～8割が治るようになってきた¹⁾。しかし、病状が進行して最期が迫るとき、家で過ごしたいと願う子どもと家族がいる。

当院ではこれまで、小児期がん9人(2～15歳)の在宅医療に関わり、このうち6人(脳腫瘍4、卵巣がん1、骨肉腫1)が在宅で最期を迎えた。在宅看取りが可能だった背景には、在宅で最期まで過ごすことを親が希望していること、訪問看護師と訪問薬剤師、在宅医等を核とした在宅緩和ケアチームが関わること、退院前カンファレンスにより病院から在宅への円滑な移行が可能だったこと、などがあげられる²⁾。

小児の在宅緩和ケアの課題としては、①年齢や親の希望等によっては子どもが予後等についての情報を知らされていないこと、②本人や家族の気持ちに配慮しながらも、限られた時間で症状緩和を行っていかねばならないこと、③福祉用具などレンタルなどの社会的な支援策が届きにくいこと、などがあげられる。なお、③については、20歳までは小児慢性特定疾病の日常生活用具購入の制度がある。また、近年は小児やAYA世代(Adolescent&Young-Adult・思春期・若年成人)のがん患者の在宅療養支援助成をしている自治体も増えてきている。

子どもを看取る親の気持ちは計り知れない。寄り添いつつ学ぶ姿勢で関わり、できる範囲でグリーフケアも行っている。また、可能な範囲

で在宅チームと病院関係者でデスカンファレンスを行うようにしている。

うりずんのレスパイトケア

病気や障害のある人を一時的に預かることで、介護する家族にほっとできるひと時を提供することを「レスパイトケア」という。レスパイトケアを始めるきっかけは、ある人工呼吸器をつけた子どもの家で、母親が高熱で倒れると父親が仕事を欠勤して子どもをみていたことである。それしか手がなかったのだ。これは普通ではないと思い、勇美記念財団から助成を得て研究事業として人工呼吸器をつけた子どもの預かりを当院で始めた。これが契機となり宇都宮市が日中一時支援の特別な制度を創設、これを受けて2008年にうりずん(2012年より特定非営利活動法人うりずん)を開設した。

うりずん開設当初から大切にしていること、安全・安心・安楽(3A)である(千葉県立千葉リハビリテーションセンター 石井光子所長より)。これは子どもを安全に預かることで、親が安心できる、その上で子どもが楽しく(安楽)過ごすことが大切という考えである。子どもが楽しく豊かな時を過ごしていると、親は罪悪感なく預けられるようだ。うりずんでは、ほぼマンツーマンの対応でこの3Aを行っている。

わが国にはハレの日、ケの日という考え方がある。ハレの日はお祝い事など、ケの日は日常の事を指す。うりずんでは、ケの日は散歩、音楽、工作、プールなどで遊び、ハレの日である動物園ツアーやまつり、クリスマス会などのイベントでは家族も招待して盛大に行う。また、うりずんはこの5年間で3回、そらぷちキッズキャンプ(北海道滝川市)から招待を受けて、北の大地でスペシャルな時間を家族と過ごした(写真2)。外出は社会参加である。飛行機に乗る、馬に乗る、これらの経験は、子どもと家族にとって貴重な一歩となっている。うりずんでは、ケの日をていねいに暮らせば、ハレの日も輝くと考えている。



写真2 北海道そらぶちキッズキャンプの様子(2019年7月撮影・保護者から掲載の承諾済み)

大人への階段:移行期

移行期(transition)とは、小児期から成人期に移り変わりゆく時期のことを言う。この時期にはさまざまな課題が顕在化する。

この時期は、子どもの体が大きくなり、介護負担が増える一方で、親は年を重ね、次第に介護を担えなくなる。できれば早めに第三者介護の仕組みを地域で提案できるとよい。また、18歳から20歳くらいまでは病院の小児科で診療を受けることができても、その後の成人の診療科の受け入れ先が決まらないことがある。できれば、臓器別でなく、成人になった子どもを総合的に診る体制が必要である。そして、学校を卒業すると日中活動の場が保障されなくなる。就労が困難な場合、生活介護事業所などで日中活動の場を確保する必要があるが、医療的ケアに見合う報酬が設定されていないことから、重症な医療的ケア児ほど利用は困難である。最大の課題は、親亡き後の見通しが立たないことである。どこに住むのか、収入は、意思決定支援はどうするのか、どこで人生の最期を迎えるのか。できれば、親が元気な間に、少しずつ預かりの頻度を増やし、今日は一晩、今度は二晩泊りましようというように、親は愛情を注ぎながらも、具体的な介護からは少し離れる仕組みを地域で構築してはどうだろう。やがて、親と離れてグループホームで、自分のことをよく分かる大人たちの手を借りて自立する。そのようなことを実現できれば、子どもの暮らしの選択肢が広がると考えている。

自前で全てのサービスを構築するのは難しいが、地域に在宅医がいると、移行期を円滑に過ごせ、将来のことを一緒に考えることができるのではないだろうか。

きょうだいに心を寄せる

小児在宅医療の対象は「子どもと家族」である。重症児のいる家庭では、その子どもを中心に家が回っており、外出もままならない。病気や障害をもつ子どもの兄弟姉妹のことをきょうだいというが、きょうだいたちは、いつも我慢している。親もきょうだいのことが気になりながらも重症児のケアを優先せざるを得ない。

きょうだいは多くの悩みや不安を持つが、私たちはその声に耳を傾ける必要がある。筆者が関わった「医療的ケア児者とその家族の生活実態調査」では、2019年11月に在宅で暮らす20歳未満の医療的ケア児者の家族に対してWEB調査を実施し、843件の回答を得た^{3),4)}。その中に、医療的ケアを必要とする子どもと同居するきょうだいから寄せられた声がある。「家族みんなとお出かけがしたい/習い事がしたいけど、親が送り迎えしないとダメだからいけない/いつも、ひとりぼっちか、後回しにされる/お母さんとたくさん遊びたい/僕は妹のことでいっぱい我慢している/両親が忙しくなかなか構ってもらえず、寂しい/帰ってくると、お母さんがいつも疲れて寝ているのがイヤ/大人になったら面倒をみないといけないかもという不安がある」など切実な内容だった。親にも、きょうだいにも、それぞれの人生があってよい。きょうだいに関する制度は少なく、たいしたことはできないが、訪問診療の際は、きょうだいと何気ない会話をして、あなたのことに関心を持っているというメッセージを伝えている。

小児在宅医療を始めよう

子どもに在宅医療のチームが入ることで、日常的な診療やさまざまな生活相談が身近になり、病院受診の頻度が減る。予防接種や家族の

診療を行うと喜ばれる。まずは、できることから始めよう。

では、どう始めるか。最初に、小児を訪問する在宅医や訪問看護師に同行をお願いしてみる。同行すると、子どもと家族の暮らしがイメージできる。また、地域の訪問看護ステーションや障害者相談支援専門員、訪問できる調剤薬局にあたりをつけておく。

ある程度準備ができれば、専門医療機関の地域連携部門等に「小児の在宅医療をやりたい」と声をかけておく。その際、どれくらいの子どもなら受けられるかを伝えておくと、先方も依頼しやすい。少し大きめの子どもから始める手もあるが、多くの子どもは乳幼児期に退院するので、病状が安定した乳幼児から始めるのも良い。専門医療機関と退院前カンファレンスを行い、役割分担をしておくことで、何かの時に入院できる後方病床を確保しておくとも良い。親も在宅医に全てを期待しているわけではない。分からないことは地域連携部門を通じて気軽に質問しつつ、親と在宅医療チームと一緒に成長していくイメージで臨む。

現在、日本小児科学会や地方自治体等が主体となって小児在宅医療実技講習会が、国が主体となって小児在宅医療に関する人材養成講習会が開かれている。都道府県の担当課や医師会、小児科医会等に相談して情報を得るようにしよう。

筆者は小児科出身だが、在宅医療は高齢者か

らノウハウを学んだ。当院に半年間在籍した内科の後期研修医は、初めて小児在宅医療を担当した後、「小児在宅医療はもっと特別なものだと思っていたがそうではなかった」と感想を述べている。成人の在宅医療の経験がある医師なら、小児在宅医療は始められる。むしろ、医師として関わりながら、子どもと家族から多くを学び、私たちも育っていく仕事である。

子どもは可愛く、成長が楽しみである。筆者が初めて受け持った子どもはもう20歳を超えて元気である。自分の職業人生が続く限り、この仕事を続けていきたいと思う。そして、子どもと家族に関わる在宅医と一緒に仕事ができる日が来るのを楽しみにしている。

文献

- 1) 小児がんとは:国立がん研究センター 小児がん情報サービス https://ganjoho.jp/child/dia_tre/about_childhood/about_childhood.html (2021 Feb 28)
- 2) 高橋昭彦:小児の在宅医療, 粕田晴之, 高橋昭彦, 村井邦彦, 他編, こうすればうまくいく. 在宅緩和ケアハンドブック 第3版. 東京, 中外医学社, 2019, p357-371.
- 3) 医療的ケア児者とその家族の生活実態調査(厚生労働省令和元年度障害者総合福祉推進事業 2020年3月 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社)報告書 https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2020/05/koukai_200520_1_1.pdf (2021 Feb 28)
- 4) 医療的ケア児者とその家族の生活実態調査(厚生労働省令和元年度障害者総合福祉推進事業 2020年3月 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社)概要版 https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2020/05/koukai_200520_1_2.pdf (2021 Feb 28)

地域を診る在宅医療

医療法人ゆうの森 理事長 永井康徳

POINT

- ① へき地医療をベースに、2000年に在宅医療専門クリニックを開業
- ② 在宅医療の質＝理念×システム×人財
- ③ ただ訪問するだけの診療から、いかに質を高めるかを考えよう！

2000年に 在宅医療専門クリニックを開業

介護保険法が施行された2000年、私が開業した「たんぼぼクリニック」は、四国初の在宅医療専門のクリニックである。当時、外来も入院も持たず在宅医療だけに特化するクリニックは、大都市にしか存在せず、希少な存在であった。私はまだ34歳で、へき地医療の経験を通じて在宅医療にやりがいと魅力を感じていた。その頃の日本は、高齢化率が世界一となり、介護保険法が導入され、これから社会全体で高齢者をどのように介護し、社会保障問題をどう解決していくかという幕開けの時代であった。

在宅医療専門クリニックの開業を決意した時、仲の良かった医学部の同級生数名と一緒に飲みながら、相談したことを今でも憶えている。私はこう話した。「在宅医療を自分で実際にやってみて、とても興味深いし、患者さんにも喜ばれると思う。時代も在宅医療を求めている、今

後の社会の中で必要とされる医療だ。在宅医療は外来や入院患者を診ながらという環境や時間の中で行われるのではなく、在宅医療専門のクリニックが必要になると思う。なぜなら、在宅に特化しないとできないことがあるからだ。在宅医療専門クリニックの存在がそれぞれの地域の医療の在り方を指し示し、日本全体の在宅医療の質を上げていくと思うんだ。」それを聞いていた友人たちは皆、在宅医療の将来性に共感し、ぜひチャレンジするようにと私の背中を押してくれた。私はこう続けた。「在宅医療専門クリニックを開業することに何の迷いもないが、ひとつだけ自分の中で心配なことがある。それは、自分が生涯にわたり在宅医療だけに取り組んで医師としてのやりがいを満たせるのかということだ。でもそれは自分で実際にやってみないと分からない。」友人たちは私のそんな一抹の不安も共に感じてくれていた。

2020年、たんぼぼクリニックは開業20年を迎えた。小さな事務所に車1台、職員3人、患者

特集

0人から始めたたんぼぼクリニックであるが、現在は職員100人の多職種チームを有し、外来と有床診療所を備え、60km余り離れたへき地診療所の運営も行っている。在宅医療のフロントランナーとして、真っ直ぐに突っ走ってきた20年間、七転び八起き以上の失敗と立ち直りを繰り返しながらも、患者さんやご家族からたくさん学びをいただき、職員と共に組織を創ってきた。地域のニーズはどの辺りが上限なのだろうかとずっと考えてきたが、今ではニーズには上限自体がないことに気付いた。在宅医療のレベルが上がると地域のニーズもまた上がる。開業前の私は、在宅医療だけでは医師としてのやりがいなくなるのではと危惧したが、そんなことを考える間もないくらいに魅力を感じ、新しいことにチャレンジし続けた20年間であった。

へき地医療の経験が原点に

1992年に愛媛大学医学部を卒業した私が、自治医科大学地域医療学教室での研修後、シニアレジデント3年目の時に初めて赴任したのが、愛媛県の南予地方にある当時人口約1,800人の明浜町俵津地区である。リアス式海岸に面するこの穏やかな町は海と山に囲まれ、真珠の養殖と斜面でのミカン栽培が主な産業である。この地にある「国保俵津診療所」は、まさに私が若い時に描いていたイメージ通りのへき地診療所であった。

29歳で国保俵津診療所の所長として赴任した私は、外来診療の合間に在宅医療の枠を設け、手探りで訪問診療と訪問看護を開始した。俵津地区は既に高齢化が進んでおり、診療所までの通院ができずに在宅医療の対象となる患者さんはすぐに30~40人見つかった。今考えると当時はまだまだ未熟な在宅医療であったが、それでも3年くらい経つと地域で亡くなる方の3分の1を俵津診療所で看取るまでになった。

地域医療の醍醐味は、子どもからお年寄りまでその地域を丸ごと診ることだと思う。赴任して3年後には地域を歩いている人を見ると、そ

の人のことだけでなく、その人の家族・親戚までが背景として思い浮かぶようになった。そして病気だけではなく、その人の「人となり」や「生き方」までも見えてきた。患者さんの人生を丸ごと診ていくことのできる地域医療は本当に楽しくやりがいのあるものであった。

在宅医療専門クリニックを作った理由

へき地診療所で多くの高齢患者さんを診ていた私は、病気や障がいで診療所に通えない方がいると、自然に患者さん宅を訪問し在宅医療をするようになった。

ある時、がん末期の患者さんから「家で看取ってほしい」との依頼を受け、訪問診療を開始した。約1年間の療養後、状態が悪化し、看取りまであと1週間程度と思われる中、奥さんが突然入院させたいと言われた。これまで一生懸命看取ってこられたのに、介護で疲れたのだろうか心配になり、私が理由を尋ねると思いがけない言葉が返ってきた。「先生、私は家で看取るのは初めてなんです。先生が家の前を通過して、町の外に出て行くのを見ると不安でたまらなくて……」。

その患者さん宅は私の自宅のすぐそばである。休日に私たち家族が町外へ買い物に出るのを見る度に、すぐ駆けつけてもらえなくなることを心配していたようだ。その気持ちを察した私は、「分かりました。必ずいつでも連絡が取れるようにしますから、最期まで家で看みましょう」と話した。奥さんは涙を流し喜んでくれた。

その患者さんを家で看取った時、私の中で次のような思いが駆け巡った。「病院で看取るのが当たり前時代に、家で看取るとは難しい。その『不安』を取り除くような医療を提供しない限り、家での看取りは定着しない。在宅医療は片手間ではできないのだ」。この出来事を機に、私は専門性を持ち在宅医療に特化していくことを決意した。

出すぎた杭は打たれない！

在宅医療専門のたんぼぼクリニックを開業した時、周囲からは在宅医療を専門にやるなんて変わったやつだなと思われていたかもしれない。また反対に、これからの高齢社会に目を向け、まだ都会にしかないような在宅医療専門クリニックを立ち上げるなんて……と警戒の目で見られていたかもしれない。どちらにしても、保守的なこの地域で画期的な取り組みをすることは非常に目立ったようで、いわゆる「出る杭は打たれる」といったことも数多く経験した。

たんぼぼクリニックの開設当初は、重症患者や看取りを迎える患者を家で最期までしっかり看たいと考えていた。あえて外来や入院施設を持たず、全ての時間を在宅患者のために割こうと考えていた。外来診療の時間は訪問できないなどということがないように、患者さんに必要とされる時に対応できる在宅医療を行いたいと思った。夜間・休日を問わず電話対応し、状態に応じて訪問看護や往診で対応することを約束した。当時は、このような24時間・365日体制で訪問診療を行う診療所はこの地域にはなかった。いつでも対応してくれる安心感がなければ在宅での療養や看取りは広がらないと考え、在宅医療専門クリニックを開業したわけだから、24時間対応は私にとって当然のことだったが、周囲は1人で診療して24時間対応などできるわけがないと思っていたようだった。

それでも私は「出る杭は打たれる」からおとなしく足並みを揃えるのではなく、人生は一度しかないのだから、自分がやりたいことや正しいと思うことを精いっぱいやっていこうと決意した。「出過ぎた杭は打たれないのだ！」そう考え、出すぎた杭を目指してより意欲的に活動した。

疲弊しないシステム作りと地域医療の継続

開業当時、私には幼稚園に通う2人の子どもがいた。私が24時間・365日対応の仕事をしたので、家族にはとても負担をかけた。昼夜間

表1 在宅医療における24時間対応の4つの段階

第1段階：電話対応のみ

患者さんやご家族、施設からの連絡や相談に対し、電話だけの指示で済ませる対応です。

第2段階：訪問看護での対応

医師が受けた連絡や相談に対し、医師は往診に行かずに看護師に指示を出して対応してもらうというものです。

第3段階：往診と訪問看護のどちらかが対応

夜間に患者さんから連絡があった時に看護師が対応できる場合は訪問看護で、医師でないと対応できない場合は医師が往診します。

第4段階：いつでもどんな状況でも医師が対応できる24時間の体制です。

わず、いつ患者さんから呼ばれるかもしれない。子どもの運動会が始まってすぐに往診依頼があり、楽しみにしていた子どもの晴れ舞台を見られなかったこともあった。もちろん遠出の旅行もできなかった。それでも私は24時間対応の在宅医療にこだわり継続してきた。私のように自宅での長期の療養や看取りを支援するのは、医師の中でも少数派だった。しかし、これが定着すれば「最期は病院の時代」から「在宅でも最期まで安心して療養できる時代」に変革できることを確信していた。そして、病院で亡くなる方が8割という社会の中で、在宅医の複数体制を実現し、患者主役の多職種によるチーム医療に注力することで、在宅医療のモデルを構築することができた。在宅医療における24時間体制には表1に示す4つの段階があると考えている。

多くの方は、第3段階までの対応ができれば十分だと思われるかもしれないが、患者さんやご家族が本当に安心して在宅療養を続けるためには、さらに踏み込んだ対応が必要である。それこそが第4段階の「いつでもどんな状況でも医師が対応できる24時間の体制」なのである。医療従事者の都合ではなく、患者さんの事情や希望に合わせてきめ細やかに対応する。

第4段階のような対応は、どんなに志が高く情熱のある医師であっても1で行うのは限界がある。1人で不可能なことを支えるシステムがあつてこそ、24時間体制は可能になるのである。このような質の高い在宅医療を提供しなが

らも、医師が疲弊しない方法はないものか……そう考え続けてたどり着いたのが、現在の『4人1ユニット制』のたんぼぼ方式である。たんぼぼ方式では、医師、看護師が4人以上の複数体制で当番を組み、ファーストコールはいつも診療に同行し患者を知っている看護師が受ける。必要があれば当番の医師が訪問する。このような連携ができる前提として、ITツールや電子カルテで患者さんの情報を共有し、日々のミーティングで議論しながら方針の統一を図っているのである。この方法により患者さんへの24時間対応を保証しながら職員が疲弊せずに勤務でき、オンとオフの時間を明確にして働くことが可能となった。

へき地診療所での勤務時に、24時間対応をしたいけれども単独では継続できないというジレンマを私自身が抱えていた。自分の人生や生活を犠牲にして奉仕するスーパー医師でなければできないような医療は、その医師がいなくなれば継続できなくなる。現に俵津地区では私がいなくなった後、在宅医療をしない医師が赴任し、在宅患者も自宅看取りもゼロになってしまった。地域医療では一時的にどんなに良い医療を提供しても、継続できなければ意味がない。地域医療は継続してこそ価値があるのだ。私はこの地域の医療をもう一度立て直すことを誓い、そのためにも医療者が疲弊せず、たんぼぼクリニックがこの地域に存続できるシステムを作ることを決意した。

「自らの無力さ」を自覚し、 多職種チームを作る

地域包括ケアシステムや在宅医療を推進するにあたり、「連携」という言葉が多用されているが、連携は何のために必要なのだろうか？

日本の医療は各職種が、「それぞれの技術やパフォーマンスをいかに高めるか」という視点で発展してきた。しかし、単独職種だけで業務を行っていくのがよいのだろうか？在宅医療は治せない病や障がい、老化に向き合っていく医療である。そして、在宅医療のゴールは自宅での

看取りである。

患者さんが亡くなる時にそれぞれの専門職だけでできることは限られている。患者さんが亡くなった後「これで良かった」と達成感を得て納得していただくには、職域を越えて連携するチーム力が必要である。医師、看護師、理学療法士等、介護士、ケアマネジャー、管理栄養士、薬剤師、社会福祉士などの専門職が結集しなければ、患者さんは安心して療養生活をおくることができない。

在宅医療は「医療だけをやってればいい」「病気だけを診てればいい」というものではなく、患者さんと介護する家族の生活も支えなければならぬ。自分が行うサービスだけでは、患者さんの人生や生活を十分に支えられないという「自らの無力さ」を自覚すれば、おのずと多職種連携の必要性を感じ、多くの職種と連携が始まる。多職種、他事業所であっても一つのチームとなり、患者さんと家族を支えるという意識を持つことがとても大切である。そんな思いがあって、私は「在宅医療に連携は必須」だと強く感じている。そしてさらに質の高いケアを目指すには、患者さんの生きがいとなることを知り、その実現に向けて行動すること。さらに、家族の支援にも積極的に関わってほしいと思う。自らの生きがいや家族の介護、精神的な支えがなければ、患者さんは在宅療養を継続できない。このような一歩踏み込んだ支援にも、ぜひ多職種チームで臨みたいものである。

また、在宅医療の多職種連携を進めていくには、情報共有と方針の統一が必要である。例えば、看取りの人に点滴をしない方針になったとして、医師や看護師だけがその方針を共有していても、ケアマネジャーやヘルパーが「食べられないのに、点滴もしてもらえないのか？」と発言すれば、患者さんも家族も混乱するだろう。多職種のチームでは皆が同じ方向を見て、同じ方針で関わるのが大切になってくる。

困難事例から逃げない

開業当初、紹介される患者さんのほとんどが

表2 どのような医師が1回で信頼関係を構築できるか？

- ① 患者自身の事を理解しようと努め、味方になってくれる人
- ② 患者自身が一番しんどいことは何かを知り、取り除こうと動いてくれる人
- ③ すべてにおいて納得できる説明を行い、安心できる人
- ④ 自分の主張や思いを押し付けず、相手の目や反応を見ながら優しく柔軟に対応できる人

困難事例だった。どのような方をたんぼぼに紹介したらよいか分からないのか、あるいは周囲が私たちの力量を試そうと思っていたのかもかもしれない。人工呼吸器装着者や、重度の認知症がある患者さん、聴覚障がいがあり手話通訳が必要な患者さん、中には「アルコール中毒」や精神障がいがあり、暴力行為を起こす可能性がある患者さんもいた。このような状況だったから、初めて患者さん宅をお伺いする時は、いつも面接試験のように緊張していた。「初診」は患者さんによる医師への「面接試験」だと私は思う。患者さんと家族は、「この医者は信頼できる人かどうか」を最初からしっかりと見定めている。だから、私たちに安心して任せていただくためには初対面の印象が重要で、その時に既に信頼関係が築かれる必要があるのである。信頼関係を一度で築く4つの方法を表2に挙げる。

どうだろうか？このような医師なら信頼してみようと思うのではないだろうか。「信頼関係は何度も会って時間をかけて築くものだ」と言う人もいるが、私はそうは思わない。「この人は自分の味方だ」と感じてもらえれば、たった一度の訪問でも信頼してもらうことはできる。信頼関係が成立しなければ医療を行うことはできない。コミュニケーションスキルを高めることも在宅医療では非常に大切なのである。

私たちは地域の在宅医療専門クリニックとして、もし自分たちが断れば他に受ける所はないのだという気持ちで、重症の患者さんを受け入れている。どんな困難なことからも逃げずに対応していくことが自分たちの成長にもつながると信じて。

亡くなる最期まで食べる！

現在、多くの急性期病院では、終末期の患者さんの命を守るために、亡くなる直前まで点滴や注入を行っている。そうすることで命が長らえても、過剰な水分で唾液や痰が増え、絶飲食が続き吸引も必要になる。絶飲食となれば、口から食べる機能はさらに低下し、点滴と痰吸引が繰り返されるようになる。また、身体に付けられたチューブ類を抜いてしまう患者さんは身体を拘束されることもある。このような医療処置が増えてくると、住み慣れた自宅や施設に退院するのは難しくなる。苦しい治療を受けながら、食べることもできず、病院で亡くなってしまうことになるのである。この循環を私は「終末期の点滴の悪循環」と呼んでいる。たんぼぼクリニックには、急性期病院から絶飲食を言い渡され、点滴と吸引の処置を受けている患者さんが数多く紹介されてくる。

あなたは人生の最期まで食べたいか？それとも絶食がいいか？と聞かれたらどうでしょうか？私は最期まで食べたいものを食べて亡くなりたい。私が診ている在宅患者さんの多くは既に食べられないか、近い将来食べられなくなる方である。その方たちの多くが最期まで食べたいと望まれている。「誤嚥」というリスク回避のために安易に絶飲食となってしまったら、患者さんの食べたいと願う気持ちはどこにもってあげられないのか？

食支援に積極的に取り組む地域では、この「最期まで食べる」取り組みを地域で連携して行い、研修会やシンポジウムも盛んに行われている。食支援は患者さん家族や多職種が密に連携してはじめて成立する。「究極の多職種連携」とも言えるだろう。そのような食支援を始める事前準備として、欠かせない大切な要素があると私は感じている。それは次の3つである。

1つ目は、食べる取り組みをする前に、医療を最小限にすること。大量の点滴や注入を続けていると口腔内は唾液であふれ、吸引が必要になればなかなか食事はできない。点滴や注入をしたままでは、多くの患者さんは食べる意欲が

出ない。まずは点滴や注入を最小限にして、患者さんの食欲が出るようにしよう。点滴や注入を最小限の量にすれば、過剰な唾液や痰が少なくなり、少しずつ食べる取り組みを始められる。食べられない患者さんにとっては、まず医師が医療を最小限にすることが食支援のスタートラインとなるのである。

2つ目は、医師や言語聴覚士に絶食指示を出させないこと。嚥下内視鏡(VE)検査を「絶食を判定する検査」ではなく、どんなものをどれくらいなら食べられるかを見極める「積極的な嚥下判定検査」と捉えるのである。私は勝手に「永井の法則」とよんでいるが、「食べたいものを大きな声を出して言える人は食べられる」と大まかに判断している。当院の言語聴覚士からは、そのような大まかな判断では自分たちの仕事がなくなってしまうと言われるのであるが……。私は、「食べたいと望む人に食べさせず絶食で亡くならせてもよいのですか?」と問いたいのである。亡くなる前に多少の誤嚥をするのは誰でも避けられない状況であり、死に至る自然な過程としてとらえることもできると思う。

3つ目は、「食べたい」と思う患者さんの気持ちを尊重すること。家族を含めた多職種チームでどうすれば本人が食べられるかを追求していくことである。1人でも「ダメダメ」という人がいたら、食支援は実現できない。みんなで考え、話し合い、工夫し「これでいいのだ」というチームを作りあげていこう。患者さんに好きなものを最期まで味わって喜んでいただくために。

食支援が進んでいる地域は、多職種での連携が進んでいる地域であり、在宅医療が進んでいる地域だと思う。在宅医療を行っている方たちは、亡くなる最期まで食べることでできる食支援を積極的に進めていってほしいと思う。

在宅医療のバージョンアップ

在宅医療の質を上げるためには、在宅医療のバージョンアップが必要である。コンピュータソフトのバージョンのように在宅医療の質を

表3 在宅医療の質のバージョンアップ

Ver.1	病院から家に帰りたい人が帰れる在宅医療
Ver.2	多職種連携ができている在宅医療
Ver.3	地域づくりに取り組む在宅医療
Ver.4	社会や文化を変える在宅医療

「Ver.1」から「Ver.4」で表現してみる(表3)。

「Ver.1」は「家に帰りたい人が帰れる」段階である。2000年に私が在宅医療専門のたんぼクリニックを開業した当初は、医師が自宅に訪問するだけでありがたいと思われる時代だった。しかし、今では地域に在宅医療を積極的に行う医療機関が数多くあり、「この医療機関はどれだけ納得できるサービスをしてくれるのか?」という在宅医療の質が問われる時代になった。

「Ver.2」は「多職種連携ができている」という段階。多くの地域では、このレベルを目指して地域包括ケアシステムの構築を進め、一つの目標としているはずである。

「Ver.3」は「地域づくりに取り組む」段階。社会の課題解決のため、医療・福祉・行政・教育、産業等の関係者等とつながり、どのように地域を変革しコミュニティを再構築するのが問われる。

「Ver.4」は「文化を変える」段階である。現在、日本ではあらゆる分野で働き方改革が進んでいる。医療の分野では「治す医療」から「支える医療」への大きな転換を図る上で、新しい医療のあり方やシステムが必要とされている。在宅医療は「システム医療」と言われるが、まさにこれからの時代の新しい医療の形となるだろう。

在宅医療の質=理念×システム×人財

先日、車を走らせている時、道路脇の多くのクリニックを見ながらふと思ったことがある。開業した医師のほとんどは医師1人で診療を行っていることが多く、当院から全国に開業していった医師たちもたんぼクリニックと同じように医師複数体制を築こうと夢を描いて開業していったが、「1人医師」のハードルを越える

のはなかなか難しいのが実情である。そう考えると、私たちの組織はなぜこのような規模になったのだろうと考えた。

私は開業した当時から複数体制を意識し、疲弊しない体制を作るため、複数体制を前提としたシステムを構築していった。1人で24時間365日の体制は基本的には不可能だからである。また、複数体制だけでなく、「4人ワンユニット制」で同一職種が4人以上で当番できることを目指した。ファーストコールは患者さんを知っている看護師が受け、医師が訪問するこのシステムを私たちは「たんぼぼ方式」と呼んでいる。そして、当番のオンとオフをはっきりさせるためには、他の職員に自分の患者を任せることが大切である。そのために、朝のミーティングを充実させ、情報の共有と方針の統一を行った。ただ情報共有するだけでなく、異なる意見でも議論して方向性を同じくするためにミーティングの質が大切なのである。

そして、最後に大切なのは、職員の考え方を統一する理念である。常に患者本位の姿勢を貫く方針とそれを指し示すクレドが私たちを支えている。この疲弊しない24時間対応システムと、ミーティングでの情報共有と方針の統一、職員を貫く理念があってこそ、ゆうの森の組織が形作られてきたのではないかと考えている。そして、看取り期に点滴や人工栄養を最小限にする取り組み、亡くなる最期まで食べる食支援、多職種でのやりたいこと支援、ただ看とるだけではなく看取りの質を上げる取り組み、多くの見学者や研修医を受け入れる教育研修機能の整備など、多くのことにチャレンジしながら成長し続けたことが現在のゆうの森を創り上げたと思う。

開業以来、自分たちが目指す形が見えない在宅医療のフロントランナーとして突っ走ってきたが、20年後に現在のようになっているとは想像もつかなかった。振り返って思うのはやはり人財である。良い縁が繋がって、理念と情熱を持ったコアメンバーが集まってくれたことが私たちの最大の財産だと思っている。今後も患者本位を貫ける組織としてさらに成長し

表4 良い人財を集める3つの方法

- ① 良い活動をして社会に発信する(ホームページやSNS YouTubeは有効)
- ② 職員が疲弊しない体制を構築する
- ③ 教育研修機能の充実(ここに来たら働かされるのではなく、しっかり学べるという環境を作る)

ていきたいと思っている。

では、どうすれば在宅医療の質は高められるだろうか？

在宅医療の質は、「理念(熱い思い)×システム(ノウハウ)×人財(制度の知識)」で表すことができると考えている。ロケットに例えるなら、目指すべき目標である「理念」だけではロケットはどこにも向かわない。しかしそれに「システム」というエンジンがつき、操縦者に優秀なスタッフ「人財」が揃えばその相乗効果ではるか宇宙も目指せるというものである。質の高い在宅医療には理念、システム、人財のどれもが欠かせない。それぞれを磨いていき、さらなる高みを目指していこう。

組織の規模を大きくすることが良いことだとは私は思わないが、疲弊しない体制を構築するのに一定の人財は必要である。良い人財を集める方法を表4に挙げておく。

納得できる「看取り」を行うために

まだまだ病院での看取りが8割近くを占める日本。住み慣れた場所での看取りが可能になるよう地域包括ケアシステムの整備が進められている。しかし、ただ自宅での看取り数を伸ばすことだけを考えているだけでよいのだろうか？患者さんやご家族にとって、看取りの機会は一度きりである。「これで良かった」と納得できる看取りであってほしいと思う。亡くなっても納得できる看取りとは、「本人の身体が楽でやりたいことができ、見送ったご家族もその死に納得できる」ことではないだろうか。そのような「納得できる看取り」を目指すにはどうしたらよいのだろうか？

「納得できる看取り」のためには、8つの大切

なことがある。

1. 患者さん本人とご家族の不安を取り除くこと。療養や生活の不安をなくすのは在宅医療の開始時に最も大切なことである。

2. 患者さん、ご家族と信頼関係を築くこと。医療の基本であり、どんな困難事例の患者さんにもしっかりと向き合って信頼関係を築くのである。

3. 死に向き合うこと。現在の日本では、亡くなる最期まで治し続ける医療が当たり前になっている。「治し続けて死を迎える」のではなく、死に向き合い「亡くなるまで、どうより良く生きるか」を考える医療への変革が必要である。

4. 身体を楽にすること。痛みやしんどさが強ければ、今の時代は病院に入院したいと思うだろう。身体を楽にすることは在宅医療でも十分に行うことができる。とことん楽にして、患者さんが穏やかに療養できるようにしよう。

5. 医療を最小限にすること。病院の医療をそのまま在宅に持ち込んで、本人、ご家族、医療者もしんどいだけである。頻回の点滴や吸引、注射などがあっては住み慣れた場所での療養や看取りは難しくなる。

6. 亡くなる最期まで食べる支援をすること。医療を最小限にすれば、亡くなる最期まで食べるができる。多職種の専門職が関わり、ご本人が望むのであれば、食べたいものを食べたい時に食べたいだけ味わえるように支援しよう。

7. 患者さんがやりたいことを多職種で応援すること。限られた命に向き合い、身体が楽になれば、やりたいことが出てくる。やりたいことや望みが叶い、「いい時間」を過ごせれば、本人はもちろん満足するし、ご家族も家に帰れてよかったと安心できることだろう。

8. 患者さんにとっての最善を一緒に考える

こと。亡くなる最期までの意思決定は、患者さんはもちろんご家族にとっても大いに迷う選択である。意思決定に関わるスタッフは、患者さんの人生に関わる重要な選択を本人やご家族の心に寄り添いながら一緒に考えよう。一人ひとりにとって最善は違う。大切なのは選んだ結果ではなく、悩みながら歩んだその過程なのである。

最後に

私が開業した時から感じていることがある。それは、在宅医療は目の前の患者さんを診ているだけではだめだということである。在宅医療は、外来医療と入院医療に次ぐ第三の医療と言われるが、外来医療や入院医療に比べ、在宅医療はイメージがわからないと言われる。病院の関係者や一般の人も、どういう時にどのように在宅医療を利用すればよいか分かっていない。20年前にたんぼぼクリニックを開業した時は、患者さんから「医師が家に来てくれるなんて」と驚かれた。病院から患者さんを在宅に連れて帰る際には、医師に「こんな状態でも家で看れるのか？」と言われたこともある。しかし時間が経つにつれ、「近所の方がたんぼぼクリニックに自宅で看取ってもらったので、うちもお願いします」という人が増えてきた。気がつくやうに、人口50数万人の松山市に、今では十数カ所の在宅医療専門クリニックがあり、多くの患者さんの看取りに対応できる在宅療養支援診療所も増えた。「地域のレベルが上がると、地域のニーズが上がる」私はこのことを実感してきた。在宅医療を知らない人にその価値を伝えていくことが、在宅医療の普及には不可欠である。在宅医療を実践する人は、患者さんやご家族から教えていただいたことを地域の人に伝え、その学びを還元していくことが大切だと思うのである。

農村(中山間地域)における在宅医療

地域包括ケアセンターいぶき センター長 畑野秀樹

POINT

- ① 「いつまでも住み慣れた自宅で過ごす」時代から「住み慣れた地域で過ごす」ことが望まれる時代に変化している
- ② チームによる医療や介護を提供することで、在宅医療・ケアに関わる職種を増やし、患者や家族の負担を減らすことができる
- ③ 在宅医療は患者の療養の場であると同時に、私たち医療者が患者から人生観を学ぶ大切な学びの機会にもなっている

はじめに

中山間地域において、在宅医療の在り方は変化してきている。筆者は30年近く同じ地域で医療をしてきて、地域住民の意識も随分と変わってきたと感じている。当施設は診療所と老人保健施設(以下、老健)を併設する医療介護複合施設であり、施設を立ち上げて15年が経過した。以前であればできるだけ在宅で過ごしたいと頑張っていたのが、最近では老健のロングやショートを利用するようになり、老健のほうが安心できると考える人が増えてきた。そこで、「最期まで住み慣れた家で」という考えから「最期まで住み慣れた地域で」という考え方にシフトして、医療や介護サービスを提供している。

へき地や中山間地域の在宅医療の特徴

以下に、へき地や中山間地域の特徴について挙げてみる。

1. 人口減少

日本の特に地方においては人口の減少が以前から起こっている。若年者が少なく、高齢者の割合が高くなり、集落を運営する役員の選定にさえも困った事態が生じていると聞く。集落に人がたくさんいた時代は、家に帰ってきたら、近所や親戚の人がしばしば訪れてくれるし、なにより家族がいるという安心感があった。現在においては、家に帰っても一人というケースも多く、頼るべき近所や親戚の人も高齢化や死去によりいなくなってしまう。

2. 医療機関の少なさ

へき地や中山間地域の特徴として、病院へのアクセスが悪く、なかなか受診できないことがある。そのため、地域の診療所が医療の中心となっている。診療所が地域医療の要となっているが、CTやMRIをはじめとした専門的な検査がしにくく、また専門医へのアクセスが困難である。一方で総合的に診療をしてくれる診療所の医師と、患者・家族との信頼関係は強くなっていく。

3. 介護サービス事業所の少なさ

医療サービスも少ないが、介護サービスの事業所も参入してくるところが少ない。へき地、中山間地域においては、人口密度が希薄で、運営するには効率が悪いからである。必然、不採算部門となるため、社会福祉協議会などが担っていることが多い。サービス利用者にとっては、選択肢が少なくなることになる。

4. 施設希望

前述しているが、在宅では住み慣れた我が家で家族がいて、周囲には親しい友人や親戚がいるという時代は過ぎてしまった。現在の在宅は、一人暮らしや老々介護となり、周囲の高齢者もデイサービスや施設利用をしていなくなってしまった。在宅療養の良さが失われようとしている。

都会に住んでいる息子や娘としては、親を一人で家に置いているよりも、介護施設に入所して過ごしてくれる方が安心に感じるようになっている。一昔前であれば、親を施設に入れることは、世間体が悪く恥ずかしい印象があったが、

現在はそのような意識は薄れている(図1)。

5. 住み慣れた地域で過ごす

在宅をベースにしなが、安心して地域で過ごしてもらうための工夫として、老健の役割は大きい。在宅と施設の循環ができるとうい。例えば1週間は家にいて、ヘルパーや訪問看護が入り、次の1週間はショートステイを利用することを繰り返す。

当地は雪国であるが、夏の間は家で過ごし、冬は老健に3~4ヵ月間入所するという循環も、地域で長く過ごしてもらうための工夫となる。「家」から「地域」への発想の転換が求められている。

6. 8050問題

80代の親と、50代の独身の息子(娘)が暮らしているケースも多い。息子や娘は自分の生活や仕事を犠牲にして献身的に親の介護をしている。医療者や介護者側からすると、親孝行な子供さんという風にも映るが、長い目で見ると、親が亡くなった後、一人暮らしの50~60代が残されてしまう。将来の一人暮らし高齢者が生まれてしまう。

7. 亡くなくても続く家族との関係

へき地や中山間地域では、医療機関が少ないがゆえに、家族全員を診療所で診察しているケースも多い。患者さんを最期まで診て、看取りをしてからも、家族との関係が続く。メリットとしては、外来に来られて「お気持ちは大丈夫ですか。寂しくありませんか」などの話ができ、グリーフケアができる利点がある。

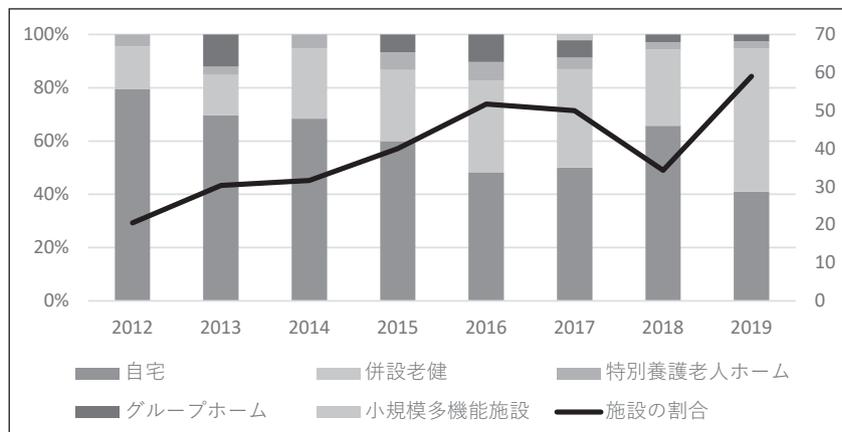


図1 お看取りの場所の割合

8. 24時間対応

地域における診療所は、在宅療養支援診療所となっているところも多い。当施設も複数医師で24時間対応をしている。最近では訪問看護ステーションで積極的に24時間対応をしていただけるようになり、ファーストコールが訪問看護ステーションに連絡されることも多い。訪問看護師が訪問して対応困難な場合に、医師が呼ばれることが増えてきている。そのため、ファーストコールが医師であったころに比べて、夜間や休日に急に呼び出されるケースは減ってきており、医師の負担は軽減している。

9. 病院との連携

病院から退院するときに拡大退院カンファレンスが開かれることがある。できる限り参加するようにしているが、最近ではZoomなどのオンラインで会議に参加できるようになり便利になった。また、滋賀県では「びわこあさがおネット」という、県内の20数病院のカルテが診療所や薬局などで閲覧できるようになっている。病院からの退院前や退院後に、病院のカルテを閲覧し、患者の状態や家族との関係、医師や看護師の説明などを見ることができる。

在宅症例のケース

1. 在宅で看取った癌患者のケース

症例:84歳男性

症病名:腎細胞癌術後、多発肺転移、多発肝転移
経過:25年前から腎細胞癌で、数々の治療を行ってきた。現在は効果のある治療もやり尽くし、緩和療法目的に紹介を受け、8月より在宅療養を開始した。家族は妻が同居しており主介護者であるが、不安が強く、最期は病院での看取りを希望されていた。

8月当初はお元気そうで、食事も5割摂取できていたが、徐々に弱ってきた。幻視やせん妄に対してはリスパリドンの屯用で対応した。薬の服用も難しくなってきたため、リリカ®(プレガバリン)やトラムセット®(トラマドール・アセトアミノフェン配合薬)に替えて、モルヒネ内服液の屯用(レスキュー)、フェンタニルパツ

チを使用した。

週2回の訪問診療を継続していたが、10月に妻の介護疲れが見えたため、娘たちが心配してレスパイト入院を希望された。時期的に病院ではCOVID-19対応のため面会ができないので、本当に入院でいいのか家族会議を開いてもらうことにした。その結果、入院はせずに娘たちが介護休暇を取り、順番に帰ってきて介護をすることになった。

11月に入ると、毎日訪問しご本人のバイタルサインを取り、ご家族をねぎらった。娘や孫たちにも顔を合わせ、笑顔で答えることもあった。最期は、家族に見守られて自宅でお亡くなりになった。病院ではなく、在宅での最期の看取りとなり、家族にとって満足度は高かったのではないかと考えている。

2. 神経難病の患者のケース

症例:71歳男性

症病名:筋萎縮性側索硬化症(ALS)

経過:14年前に病院の神経内科で筋萎縮性側索硬化症と診断された。進行は緩徐で自宅での生活が継続できている。介護保険サービスとして、訪問リハビリで日常生活動作のリハビリを行っていた。1年前に肺炎を発症し病院へ入院。四肢の筋力はさらに低下した。

患者は今後の人工呼吸器は希望されていない。可能な限り自然経過を希望されている。現在は、訪問診療とショートステイを利用している。動かしにくい腕を使いながら、メールマガジンを発行し、多彩な文章を送信されている。ご本人の生きがいを支援していくことが、在宅医療では可能となる。

3. 一人暮らし。在宅で看取ったケース

症例:75歳男性

症病名:COPD、肺癌術後、閉塞性動脈硬化症

経過:9年前に早期肺癌で肺切除術を受けた。COPDがあり在宅酸素療法を継続していた。家族は同居しておらず、一人暮らし。ホームヘルプや訪問看護が入っていたが、息が苦しくなるとパニックになり、救急車で病院に行っていた。10月に、食欲不振、脱水をきたし救急搬送し、そのまま入院となった。いったん症状はよく

なったところで、病院を転院することになった。その頃から、患者は薬も拒否し、食事も拒否するようになった。衰弱が著しいが、病院としても治療に協力してくれないからということで退院となった。在宅療養を開始し、ヘルパーや訪問看護が介入したが、やはり食事が入らず、衰弱が進んでいった。

息子に連絡し、看取りが近いことを説明したが、すぐには帰れないとのことであった。患者の妹家族や親戚に来てもらい、患者と共に過ごしてもらうことにした。何とか息子も帰ってくることができ、その後穏やかにお亡くなりになった。

在宅医療の特徴

1. さまざまなケースがある

一人ひとり病気も違えば、家族構成も違う。病気に対する心構えも異なる。家で最期まで診てほしいと希望されるのか、最期は病院に行きたいと希望されるのか。人工的な栄養の注入をするのかしないのか、人工呼吸器をつけるのかどうかなど、あらかじめ相談して決めておくといい。これをアドバンス・ケア・プランニング(ACP)と呼ぶ。ACPのタイミングは難しいともいわれるが、食事が摂れなくなってきた頃や、訪問診療が始まった頃が良いタイミングではないだろうか。「ご飯が食べられなくなったらどうしたいですか?」と聞くことが、分かりやすい質問ではないだろうか。

2. チーム医療・ケアで対応する

在宅医療・ケアを医師だけですることは困難である。介護保険サービスを使っているのであればケアマネジャーとよく相談することが必要である。ケアマネジャーは患者にとってベストなサービスを考案してくれる。訪問系であれば、訪問看護や訪問リハビリ、訪問入浴、ホームヘルプサービスがある。通所系であれば、デイサービスやデイケアがある。レスパイトやリハビリのためのショートステイを利用することも可能である。それぞれの事業所と連携しながら、在

宅患者をサポートすることが必要である。

3. 在宅でよかったと言ってもらえるために

私たちの目標は、自宅で過ごす人たちが自宅で快適に過ごせることを支援することである。自宅の良さは、住み慣れた環境ですごすことができ、自分のペースで暮らすことができることである。患者さんのホームに医療者や介護に関わるものが、訪問することで、患者さんに安心を与えることができる。検査も心電図やポータブルエコーなどを利用することができる。治療についても、点滴や中心静脈栄養など、モルヒネなどの疼痛緩和など、ある程度のことはできる。家族に囲まれて過ごせる環境は、本当に幸せに感じる。私たちとしてもできる限りの応援をしていきたいと思っている。

在宅医療の魅力

在宅医療は楽しいと思う。患者さんの生き方や考え方をいろいろと教えてもらえるからだ。外来での診療に比べて比較的時間を割くことができるし、在宅は患者さんの「ホーム」であるがゆえに、患者さんらしさを随所に見ることができる。患者さんの家に飾られた写真や絵などから、思い出を語っていただけることもあるし、大事に思っていることを教えてもらうこともできる。田舎の風景や庭に咲いている花々が、少し疲れた気持ちを癒してくれることも度々ある。

また、徐々に衰弱されていく姿を目の当たりにして、患者さんや家族と気持ちを共有することが、比較的容易であることが多い(そのことを負担に感じることもあるのだが)。まるで家族の一員になったような気持ちで医療ができることで、お役に立てている充実感を味わうこともできる。外来や入院とは異なる在宅医療の面白さを、若い医師の皆さんにもぜひ体験していただきたいと思う。

参考文献

花戸貴司:最期も笑顔で 在宅見取りの医師が伝える幸せな人生のしまい方。朝日新聞出版、2018。

都市部の在宅医療

松村医院 院長 松村真司

POINT

- ① 都市部においては、包括的ケアを提供する能力、ケアを統合する能力、多様な価値観を持つ住民に対応する能力が求められている
- ② 都市部における人間関係の希薄化が問題を大きくしている
- ③ 都市部では医療保健サービスが潤沢であるが故の問題がある
- ④ 今後、健康を再定義し、それに沿ったコミュニティの活性化が求められる

はじめに

筆者は東京世田谷で開設後約50年の無床診療所で勤務している。標榜は内科・小児科である。診療を行っている地域は、都心部から電車で30～40分ほど離れた所に位置し、多摩川を挟んだ川向こうは神奈川県になる郊外の住宅地である。筆者はおよそ20年にわたりこの地域でソロ・プラクティショナーとして活動してきた総合診療医である。

筆者が診療所を継承した2000年以降、それまで一般に往診と呼ばれていた診療形態は、在宅医療という形を与えられ、介護保険制度の発足と拡充とともに大きく変貌してきた。特に、在宅医療に対する経済的な裏付けやサービス提供者の拡充・整備が行われるにつれ、当初は一部の医師が提供していた在宅医療は急速に発展し、とりわけ2006年の在宅療養支援診療所の創

設以降、在宅医療を専門に提供する診療所が続々と開設されるようになった。そして、このような診療所の大型化およびネットワーク化が進む傾向は現在も続いている。

当院も連携型の在宅療養支援診療所ではあるものの、現在も外来診療が主体であり、在宅医療は主として外来に通院が困難になった当院かかりつけ患者を中心に提供している。現在担当している在宅患者は常時40～50名程度であり、認知症や複数疾患でADLの低下した脆弱高齢者を中心に、障がい者、悪性疾患や神経難病なども含め、近隣在住の地域住民が対象である。このように当院は外来診療と在宅医療を平行して提供する、いわゆる「ハイブリッド型」の診療所であるが、このような診療形態は在宅専門診療所が主流となっている都市部ではむしろ少数派となってきているようである。

都市部におけるプライマリ・ケアの特徴と求められるコンピテンシー

「2025年問題」に代表されるように、都市部において単身高齢者あるいは高齢者のみ世帯の絶対数が急速に増加し、それとともに医療・福祉サービスの受け皿が不足することが指摘されて久しい¹⁾。また、とりわけ都市部では在宅医療とそれを支援する医療者・医療機関の拡大が急務であることもたびたび指摘されてきた^{2), 3)}。しかし、このような都市部において診療する医師、とりわけ高齢者を主として診療する医師にどのような能力が求められているかについてはあまり論じられてきていなかった。

密山らは都市部と非都市部の総合診療/家庭医療に携わる医師を対象とした質的研究を行い、我が国の都市部におけるプライマリ・ケアに携わる医師が直面する地域背景と、今後これらの都市部の医師にとって必要と思われるコンピテンシーについて、予備的な調査ではあるが明らかにした。それによると、都市部における特徴的な背景として、細分化された保健医療サービスとケアに対する不明瞭な位置づけの責任、住民の社会経済的地位、職業、生活スタイルの多様性、医療と福祉の連携体制の不足、夜間・休日における救急診療体制の不備などがしばしば語られている問題であることが明らかになった。これを受け、都市部の医師に必要なコンピテンシーとして、場面に応じた包括的ケアの実践、断片化したケアを統合しそれらを受けている患者への積極的な関与、マイノリティ集団に対する包括的ケアの提供、多様な職業・生活習慣についての理解、さまざまな価値観を持つ患者との合意形成、状況に応じた病院紹介に関する適切な判断、救急医療問題に関する地域連携への取り組み、さまざまな医療・福祉との連携、非居住者である家族とのコミュニケーション能力などが、都市部で働く家庭医・総合診療医における重要なコンピテンシーであると結論づけている⁴⁾。

このように、都市部における在宅医療のニーズは今後当分の間はこれまで以上に高くなって

いくことが予想され、その際には密山らが指摘した、包括的ケアを提供する能力、そして多職種および複数のケア提供者と連携をとりつつ分断化されたケアを統合する能力、そして外国人・性的マイノリティを含む多様な価値観を持つ住民に対し適切にケアを提供する能力が特に重要になると思われる。

当院における都市部の在宅医療の実際

都市部においては在宅医療を提供している医療機関も多く、その医療内容のバリエーションが幅広いのも特徴の一つであると思われる。例えば、広範囲の地域を対象にし、複数の専門医や多職種が所属し、さまざまなサービスを複合的に提供する、在宅医療専門の診療所は各地域に多く存在している。また、小児、循環器疾患、在宅透析、皮膚科、眼科、精神科疾患などの特定の患者集団に特化して在宅医療を提供している医療機関や、オンライン診療や、夜間休日の救急往診を主体としたサービスを提供している医療機関も増加している。新型コロナウイルス感染症の拡大により、往診でPCR検査を積極的に行う発熱専門医療機関も急速に拡大している。これらの診療については本稿では詳述しないが、当院も場面に応じこれらの在宅医療専門診療所や専門医療機関へ適宜対診や紹介を行うなど、連携しつつ診療するケースも増えてきている。

当院が訪問診療を行う対象としている患者は、当院が所在する地域の周辺2 km程度という狭いエリアに限定している。以前は在宅医療を提供している医療機関が地域に少なかったため、依頼があれば当院の診療圏を越えたかなり広範囲を訪問診療の対象としていたが、現在は原則的に当院へ徒歩で通院できるエリアのみを対象とし、それ以外はその地域にある医療機関へ積極的に紹介している。ただし、当院に長年外来通院している患者や、地域行政や連携医療機関から依頼がある場合は、エリア外も対象とする場合もあるためこの限りではない。

在宅医療が開始されるきっかけとしては、基

本的に当院かかりつけの外来通院患者が通院困難となって開始される場合が多いが、ケアマネジャー、地区の包括支援センター職員、病院の地域連携部門から紹介される場合もかなりの部分を占めている。また、複数の医療機関、特に皮膚科、眼科、整形外科、精神科などの訪問診療を受けている場合や、高次医療機関の通院を継続していても、地域におけるさまざまな介護福祉サービスの調整が必要となって、当院の在宅医療が開始される事例も多くなっている。都市部は医療・介護・福祉サービスのリソースが豊富なため、一人の患者に複数のサービス事業者が関わるのが一般的であると同時に、またこれらの事業者の廃業・合併などもあるため、これらの連携体制の構築とその継続・維持に苦慮することもしばしば経験する。これは介護事業者に限らない。医療者や医療機関の転入・転出も多いため、継続性を重視する患者・患者家族は、長年地域で継続し、さまざまな事業者と一定の連携体制をとった診療を行っている当院の在宅医療を選択する人が多い印象である。

連携体制の構築

都市部においては交通機関を利用した移動もたやすく、また連携している事業所が広範囲を担当していることも多い。それゆえ、当地域から遠く離れたところにサービスの拠点があることも多く、そのため情報共有や連携体制を構築する上で困難を感じることも少なくない。さらには医療機関の絶対数も多いため、すでに患者は疾患や健康問題ごとにそれぞれの専門機関を選択しているのが一般的である。また、患者・患者家族および担当する医療職・介護職における専門医志向も強く、結果として多数の専門医や医療介護職が関わることもしばしばである。そのような場合、複数の担当者が関わることで、責任の所在が不明瞭になり、サービスの調整が難しくなることもしばしば経験する。とりわけ高齢者は、複数の疾患・複合する病態をすでに保持している、マルチモビディティとなることが多い。このような場合、疾患の急性増

悪で入院や退院が行われるケア移行の時期にこれらの多数の関係者間の情報交換が円滑に行われず、さまざまな問題が生じることが少なくない。また、数多くのサービス事業者が地域に存在しているため、連携する医療サービス担当者や介護事業者の数もそれにしたがって多くなる。調剤薬局、介護事業所、通所施設はじめ、介護事業所を含めると、かなりの数の事業所と常時連携をとっているため、的確な情報共有と連携を行うことには、さまざまなツールを活用しても困難を感じることも多い。

都市部の地域における人間関係の希薄化

都市部ではすでに地域におけるつながりが失われた、と言われている。戦後日本のコミュニティで重要な役割を果たしてきた、町内会や自治会といった、地縁組織は都市部では加入率が低下し弱体化が進行している、すなわち、コミュニティを大事にしたまちづくりに必要な、人と人とのつながり(ソーシャル・キャピタル)が希薄化しているのである⁵⁾。また、都市部ではマンションなどの集合住宅や一般の住宅では表札すら出さないことが一般的になり、防犯上の問題から外部との交流が限定され、隣に住んでいる人がどのような人か興味を持たない人の方が一般的である。かつて地域にあった青果店や鮮魚店などの個人商店などもすでに失われて久しいため、意識的に地域での活動に参加しない限り、暮らしている人は孤立しがちになる。また住人の転入・転出も多く、流動性も高いため地域における人間関係を継続的に構築することも難しい。さらに、個人情報保護の観点から、地域の人々の情報を共有することが専門職間においてさえも困難になってきている。

その一方、インターネットをはじめとして共通の趣味や利害関係のみで関係を深くする集団もその存在感を増しており、ネットの匿名性をもった発信で地域の情報が共有されることが人々の行動へ強い影響を与える事例も増えてきている。実際に隣に住んでいる住人には興味を

示さなくとも、SNSのみで関係をもっている人たちが情報交換をした上で、地域での行動が行われる傾向は年々強くなっているため、しばしば苦慮するところである。

しかし、都会でも長年培われた地縁が今なお一部には残存しており、これらの直接的でないネット上の人間関係を、どのように実際の地域社会に接続していくかが、これからの都市部の大きな課題の一つであると考えている。

多様なマイノリティへの対応

当院ではすでに、米国人、フランス人、中国人など日本語を母語としない人々への在宅医療の提供を経験している。また、通院患者には性的マイノリティも一定数おり、いずれこれらの人々への在宅医療も担当することになる日もそう遠い未来ではないであろう。都市部においては、数は少ないもののこれらのマイノリティに対応できる医療機関があるため、今後多様なニーズに対応する医療機関が在宅医療を提供し始めると予測している。全てのニーズに対応することは、一診療所として現実的ではないが、常時関連するこれらの医療機関や支援団体と連携をとりながら対応することも今後求められると考えている。

都市部の在宅医療に特有の問題

都市部にはさまざまなサービスが普及しているが、サービスが潤沢にあること自体による弊害が見られるのも特徴であろう。例えば、宅配サービスによるアルコール入手がたやすいことがあげられる。一歩も外に出なくても、お金さえかければほとんど全てのサービスを受けることができるのである。また、サービス担当者の昼夜の格差も問題である。東京は交通機関が発達しているため、公共交通機関を利用して通勤しているサービス担当者も少なくない。サービス提供が行われている地域とサービス担当者の居住地が離れていることのほうが一般的であるため、とりわけ夜間や休日には同一地域に居住

している人々への負担が大きくなる。また災害時にはこれらのインフラの提供能力が一気に低下し、サービス担当者の不在にまつわる問題が顕在化することもしばしば経験することである。

健康の再定義と コミュニティの再活性化

紅谷が提案しているように⁶⁾、都市部・非都市部にかかわらず、これからの医療はこれまで述べてきたような、医療が携わり主役として貢献すべきところと、医療職という立場を利用して生活を活性化させる、という2つの役割を意識する必要があると思われる。特に、後者においては健康を単に疾患をなくすことや、寿命を延ばすことにはとどまらず、「人々の潜在能力を最大限にするもの」へと再定義し、それに沿ってさまざまなセクターと協調しながらコミュニティを再活性化させる責務があると考えている。2020年から始まった新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の拡大は、全ての人々が感染予防のため人間的交流を断たれ、外出、会食、人々の交流という活動へ医療的な側面から制限が加えられることにより、このような地域における中心的な問題を浮き彫りにさせた。とりわけ高齢者・障がい者にとっては、現在の疾病管理から、生活の質を保ち、楽しく充実した暮らしを続けていくための支援へと、その内容を変えていくことが求められている。居場所がなく、生きがいややりがいがない、という人々を支えるために、疾病や障がいを取り除く努力と併せて、これらがたとえあったとしても、人生を豊かにするようなサービスが、これからの都市部の在宅医療には重要になってくるであろう。

そのために当院では、地域において行政や地域住民と協力しながら多職種とともに、健康を地域の住民とともに考え、その上でどのような活動が可能か、ささやかではあるが模索を始めている。具体的には、年1回の地域の包括支援センター・社会福祉協議会・行政と合同で、健康を考えるワークショップを行い、どのような



写真1 在宅医療ミニ講座



写真3 玉川地域の多職種勉強会
(Home team care Tamagawa)の様子



写真2 地区包括ケア会議

ニーズがあるか探るとともに、それに応じた高齢者サロンでの対話集会や街歩きイベントの開催など具体的な行動を始めている(写真1, 写真2)。

一方、地域の人々の健康ニーズ形成支援については端緒についたばかりである。まず、多くの地域住民が共通にもっている課題を中心に地域の行政担当者や有志の人々とともに、少しずつ開始しているところである(写真2)。これまで議題に取り上げたテーマとしては、災害時医療の受け方、Advance care planning、医療機関へのかかり方、など、地域住民が共通して意識に上り、さらには医療機関として手が付けやすいテーマが中心となっているが、今後はより住民、特に若い世代の人々のニーズがどこにあるかを探り始めていきたいと考えている。これまではこのような活動に興味を示す在宅医療に関わる人々を対象とした勉強会が中心であった

が(写真3)、今後は、カフェ運営、遊び場・居場所づくり、経済的に苦境にある人や外国人コミュニティなど多方面における活動を計画しているところである。とりわけ若い人々の余暇時間や学生の課外活動を活用して、幅広い層の協力を得ながら、孤立しがちな人々をいかに地域の活動へとつなげていくかがこれからの課題でもあり、今後の発展が期待できる場所であると考えている。

これからの都市部の在宅医療について

この20年で、都市部ではさまざまな在宅医療サービスの拡充が進んだが、一方ただ単に在宅で医療を提供することだけでは不十分であることも浮き彫りになった。そもそも、緊急時の医療システムが確立してしまえば、現在の形態の在宅医療が本当に必要であるかすら疑問に感じることもある。センサーと自動判断システムが確立し、オンラインによる診療が主流になる近未来においては、医師が自宅を訪問する、という行為そのものの価値が問われるようになるであろう。

今後の都市部の在宅医療では、これまで述べてきたような①多様な人々への対応、②コミュニティの再定義と人的交流の活性化への関わり、③健康を再定義・再構築するためのサービス提供のそれぞれにおいて、医療職として新たなビジョンをもって活動していくことが必要で

ある。そのためには都市部に特有のニーズに対応していけるよう、社会状況に合わせてサービスそのものを変質させていくことが必要であると考える。

文献

- 1) 都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築。都市部の高齢化対策に関する検討会報告書，厚生労働省 都市部の高齢化対策に関する検討会 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000024323.pdf> (accessed 2021 Feb 24)
- 2) 須永眞司，大生定義，高林克日己，他，専門医部会地域医療教育ワーキンググループ：宮田靖志：都市部における内科医による地域医療の実践と課題，日本内科学会雑誌 2017;106(2):327-334. 公開日 2018 Feb 10
- 3) 高林克日己：診療場面毎の課題と実践 大都市部における地域医療の課題と実践，日本内科学会雑誌 2017;106(5):973-979.
- 4) Mitsuyama T, Son D, Eto M: Competencies required for general practitioners/family physicians in urban areas versus non-urban areas: a preliminary study. BMC Fam Pract 2018; 19(1): 186. doi: 10.1186/s12875-018-0869-4. PMID: 30497398; PMCID: PMC6264627.
- 5) 近藤克則，平井寛，竹田徳則，他：ソーシャル・キャピタルと健康，行動計量学 2010;37(1):27-37.
- 6) 紅谷浩之：2023年のプライマリ・ケアは“こうする”在宅ケアを変える地域の力，JIM: Journal of Integrated Medicine 2013;23(1):14-17.

『月刊地域医学』新規コーナー，連載企画募集

『月刊地域医学』では，新規コーナー，連載企画を募集しています。
「こんな内容を取り上げてほしい」，「こんなテーマで自分が連載してみたい」といった
要望を編集部までお寄せください。
お寄せいただいたご意見は，編集会議にて協議させていただきます。
皆さまからのご意見をお待ちしています。

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
E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp
URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>

高カルシウム血症の原因精査と治療方針の決定に 超音波検査が有用であった1例

植村和平^{1), 2), 3)} 黒鳥偉作²⁾ 西田 睦³⁾

要旨 高カルシウム血症をきたすことが比較的稀な悪性リンパ腫の診断において、医療資源の限られた地域医療で超音波検査が有用であった症例を報告する。70代男性。両下肢脱力が出現し受診。血液検査でCa 14.3mg/dLと高値であり入院加療となった。原因精査のため、胸・腹部CTを施行し、左頸部リンパ節腫脹が指摘され、精査目的で入院後2日目にベッドサイドで頸部超音波検査を施行した。左内深頸領域に、最大径4cm大の境界明瞭平滑で類円形の多数のリンパ節腫大を認めた。内部はごく低エコーで均一、後方エコーの増強を伴っていた。カラードプラでリンパ門に一致した線状の血流信号を認めた。超音波検査では悪性リンパ腫を強く疑う所見であり、原疾患の加療目的に他施設へ搬送し、骨髄生検で非ホジキンリンパ腫のびまん性大細胞B型リンパ腫の診断に至った。高カルシウム血症の原因精査と治療方針の決定に超音波検査が有用であった。

KEY WORD 超音波, 診断, 高カルシウム血症, 腫瘍随伴性高カルシウム血症, びまん性大細胞B型リンパ腫

I. はじめに

高カルシウム血症は、骨からのカルシウム放出の増加、腎臓の尿中カルシウム排泄低下、消化管からのカルシウム吸収の亢進により引き起こされる。症状は、嘔吐、便秘などの消化器症状から、不整脈、腎機能障害、せん妄および脱力などの神経学的症状も含め非特異的な症状が多岐にわたる。重症度は、軽度10.5~11.9mg/dL、中等度12~13.9mg/dL、および重度 \geq 14mg/dLに分類される。

高カルシウム血症を呈する症例の約90%は、悪性腫瘍と副甲状腺機能亢進症が原因である¹⁾。

2019年までの10年間の悪性腫瘍に関連する高カルシウム血症に関する文献のレビューでは、すべての悪性腫瘍の中で、多発性骨髄腫は高カルシウム血症の有病率が最も高く、次いで乳がん、腎がん、扁平上皮がんの順である。血液腫瘍に限ると、多発性骨髄腫に次いで、白血病および非ホジキンリンパ腫が高い¹⁾。しかしその原因疾患は施設間や診療環境、地域、国によって大きく異なる^{2)~5)}。

副甲状腺機能亢進症の場合は、血液検査でCaとPTHが高値であることから診断は比較的容易である。しかしプライマリ・ケアの地域病院ではpositron emission tomography and computed

1) 北海道家庭医療学センター, 2) 道立羽幌病院 総合診療科, 3) 北海道大学病院 超音波センター
(筆頭著者連絡先: 〒068-4123 北海道苫前郡羽幌町栄町110 道立羽幌病院, 自治医科大学2017年卒業)

原稿受付2021年1月15日/掲載承認2021年2月18日

tomography (PET-CT) を保有する施設は少なく、骨髄生検の施行も容易ではない。そのため血液腫瘍の診断には苦慮するのが実情である。今回我々は小さな病院や診療所にも設置されている超音波検査 (Ultrasonography; US) を用いることで、高カルシウム血症をきたすことが比較的稀な悪性リンパ腫であっても、迅速な診断が可能であった症例を経験したため報告する。

II. 症例報告

症例:70代男性。

現病歴:受診23日前に右足痛が出現した。受診18日前に他院整形外科で肉離れと診断されたが、受診2日前に両下肢脱力が出現し当院を受診した。

既往歴:心筋梗塞ステント留置後、両側鼠径ヘルニア術後

内服薬:アスピリン、エソメプラゾール、ロスバスタチン、エゼチミブ、ニコランジル、アムロジピン、デュタステリド、ナフトピジル、ドネペジル

出生地:北陸地方

入院時現症:両下肢徒手筋力テスト3。両下肢深部腱反射低下あり。上肢バレー陰性。構音障害なし。

入院時血液検査所見:CRP<0.02mg/dL, 白血球 15,500/ μ L (Neut 12,400/ μ L), Ca 14.3mg/dL, IP 3.2mg/dL, Alb 4.1mg/dL, ALP 150 U/L, LD 671U/L, BUN 34.1mg/dL, Cr 0.98mg/dL

12誘導心電図:洞調律, HR 74/分, QTc

0.385ms

単純頸部・造影胸腹部CT:胸・腹部に明らかな腫瘍を疑う所見なし。副甲状腺腫大なし。左鎖骨上窩と腋窩に多数のリンパ節腫大あり (図1)。

脳・脊椎MRI:明らかな腫瘍を疑う所見なし。

頸部US:タブレット端末型超音波装置Canon Viamo sv7, リニアプローブ (PLU-704SDT) を使用した。

第2病日に入院時施行のCTで指摘の左頸部のリンパ節腫脹に対してUSによる精査を行った。せん妄のため、ベッドサイドで施行した。左内深頸リンパ節領域に多数のリンパ節腫大が見られた。最大サイズ4cm大で、輪郭平滑、類円形に腫大し、内部はごく低エコーであり、リンパ門は圧排されていた。カラードプラでリンパ門に一致した血流信号が見られた (図2a, 図2b, 図3)。対側に同様のリンパ節腫大は見られなかった。両側の副甲状腺の腫大は見られなかった。

臨床経過:高カルシウム血症に対する対症療法を施行していたが、上記US所見からは悪性リンパ腫による腫瘍随伴性の高カルシウム血症を強く疑い、原疾患の精査加療目的に高次医療機関へ第3病日に転院となった。

後方病院にて骨髄生検が施行された。生検結果では、約70%が芽球様細胞であり、細胞表面マーカーでCD3(-), CD5(-), CD10(-), CD20(+/-), CD34(-), BCL2(+), BCL6(-), MUM1(+), TdT(-), MIB-1 index: Highと、びまん性大細胞B型リンパ腫 (diffuse large B-cell lymphoma; DLBCL) に伴う高カルシウム血症の

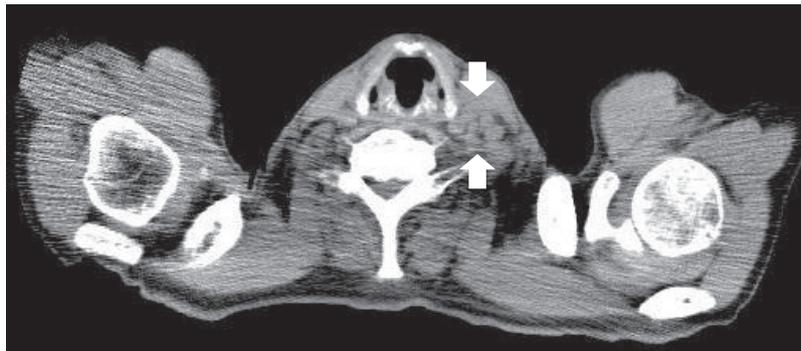


図1 単純頸部CT
左頸部にリンパ節腫大を散在性に認める。

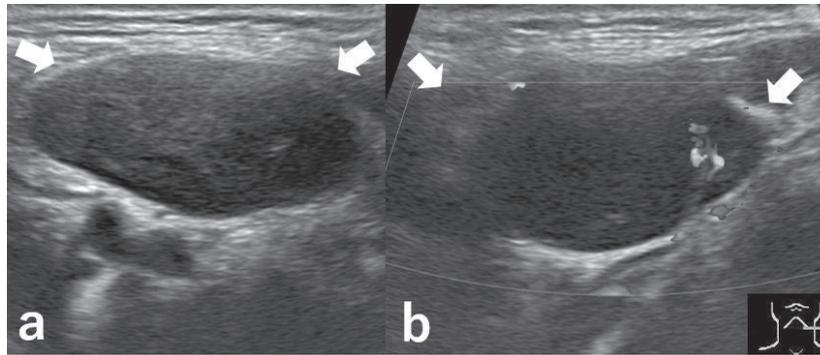


図2 左上内深頸領域リンパ節

a Bモード;大きき38x28x16mm, 境界明瞭平滑, 内部は均一なごく低エコーでわずかに後方エコー増強を伴う類円形のリンパ節腫大を認める.
b カラー Doppler;リンパ門と考えられる部位に血流信号を認める.

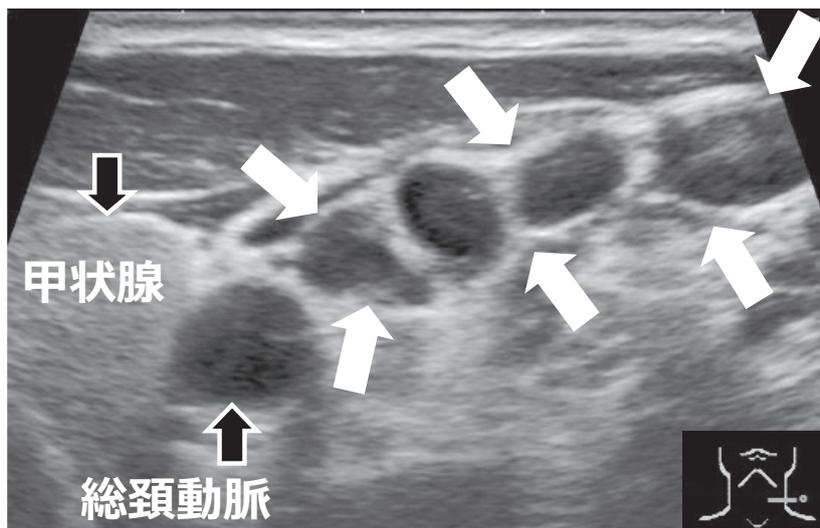


図3 左中内深頸領域リンパ節

多数の類円形の境界明瞭平滑なリンパ節腫大を認める.

診断となった。

R-CHOP療法が施行され, 高カルシウム血症は是正されたが, 全身状態の悪化と認知機能の低下がみられた. 今後の治療の継続が困難と判断されたため, 緩和療法を施行する方針となり, 第26病日に亡くなられた.

Ⅲ. 考 察

本症例は骨髓生検結果から非ホジキンリンパ腫のDLBCLの確定診断に至った. 非ホジキンリンパ腫において, 診断時の高カルシウム血症の有病率は1.3%~7.4%, さらにDLBCLの高カルシウム血症の有病率は18%であったという報告もみられる⁶⁾. 本症例では第2病日に施行し

たUS所見から悪性リンパ腫を疑い第3病日に後方病院へ転院した. 外注検査で第8病日に報告された血液検査結果でParathyroid hormone-related Peptide(PTHrP)は17.4pmol/Lと高値を呈し, 高カルシウム血症の原因は腫瘍細胞が過剰に産生・分泌するPTHrP高値に伴うものであった. 非ホジキンリンパ腫もまれではあるが, PTHrP関連高カルシウム血症を呈し, そのサブタイプによって高カルシウム血症の有病率が異なることが報告されている⁷⁾. 本症例ではサブタイプの同定はなされていない.

リンパ節腫脹には, リンパ節そのものが反応性または腫瘍性に腫大する病態とリンパ節内に外から細胞が入り込み, リンパ節の内部構造を破壊しながら増殖することによってリンパ節が

腫脹する病態の2つがある。前者は反応性リンパ節腫大やリンパ節炎に加え悪性疾患では悪性リンパ腫、後者は癌のリンパ節転移が代表的である^{8),9)}。上記病態を踏まえて頸部USの画像所見を鑑別する。前者の病態である悪性リンパ腫は、単調な細胞増殖を反映し、均一なごく低エコーで後方エコー増強を伴う。異常増殖のリンパ球への栄養血管として血管が直線的に発達し血流信号は亢進し、多発の場合にはリンパ節が重なり合って集簇して腫脹する傾向となる^{8),9)}。本症例でも、内深頸から左鎖骨上領域にかけて、内部が均一なごく低エコーの多数のリンパ節腫大を認めた。単一のリンパ腫細胞がびまん性に浸潤することを反映した特徴的なUS所見と考えられた。

またリンパ節腫大の鑑別として転移性リンパ節があるが、その鑑別は時に難しい場合もあると報告されている¹⁰⁾。典型的には6mmの厚さを超え、リンパ節内占有病変の有無、リンパ門の偏移もしくは不明瞭化、腫瘍への新生血管を反映したリンパ門以外からの異常血流の流入がみられ、20mmを超えるものの多くは内部に壊死が形成され、さらに被膜外浸潤をきたせば境界不明瞭になると報告されている⁸⁾。今回のリンパ節腫大とは異なる所見を呈する。

悪性リンパ腫における画像診断の目的は、その存在診断と、治療方針の決定の大きく2つに分けられる。治療方針への寄与は、病期の決定と治療効果判定、寛解後の経過観察などがあげられる。悪性リンパ腫の発見のための画像検査として、CTが頻用されているが、リンパ節腫大を網羅的に指摘するのは有効であるものの、その質的評価は難しい場合が多く、特に単純CTでは困難である。また悪性リンパ腫の広がり診断には¹⁸F-fluorodeoxyglucoseを用いたPET-CTが用いられている¹¹⁾。しかし地方病院において、その設備を備えている施設は少なく、被曝の問題も懸念される。

本症例のように迅速な臨床診断が求められる地域医療では、どの医療施設においても保有している簡便無侵襲なUSにて、ベッドサイドでも悪性リンパ腫に特徴的な所見を捉えることに

より、高カルシウム血症を呈する病態の診断が行え、迅速な治療方針決定に有用であった。

IV. 結 語

タブレット型USによるベッドサイド検査にて、迅速な診断が必要とされる腫瘍随伴性の高カルシウム血症の診断に有用であった症例を報告した。

利益相反 なし。

謝辞 本投稿に際し、びまん性大細胞型Bリンパ腫の所見についてご指導いただきました北海道大学病院 血液内科 杉田純一先生に深謝致します。

文献

- 1) Asonitis N, Angelousi A, Zafeiris C, et al: Diagnosis, pathophysiology and management of hypercalcemia in malignancy: a review of the literature. *Horm Metab Res* 2019; 51(12): 770-778.
- 2) Tokuda Y, Maezato K, Stein GH: The causes of hypercalcemia in okinawan patients: an international comparison. *Intern Med* 2007; 46(1): 23-28.
- 3) 作田亜有子, 飯嶋寿江, 百目木希実, 他: 当院における高カルシウム血症の病因・病態の解析と治療. *Dokkyo Journal of Medical Sciences* 2012; 39(1): 45-55.
- 4) 伊藤慶彦, 岡本健太郎, 川島彰透, 他: 当院における重症高Ca血症の検討. *The Japanese journal of endocrinology* 2017; 93(suppl): 41-43.
- 5) Zagzag J, Hu MI, Fisher SB, et al: Hypercalcemia and cancer: differential diagnosis and treatment. *CA Cancer J Clin* 2018; 68(5): 377-386.
- 6) Abadi U, Peled L, Gurion R, et al: Prevalence and clinical significance of hypercalcemia at diagnosis in diffuse large B-cell lymphoma. *Leuk Lymphoma* 2019; 60(12): 2922-2926.
- 7) Shallis RM, Rome RS, Reagan JL: Mechanisms of hypercalcemia in non-hodgkin lymphoma and associated outcomes: a retrospective review. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk* 2018; 18(2): e123-e129.
- 8) Furukawa M, Furukawa M: Diagnosis of lymph node metastases of head and neck cancer and evaluation of effects of chemoradiotherapy using ultrasonography. *Int J Clin Oncol* 2010; 15(1): 23-32.
- 9) 古川まどか: 耳鼻咽喉科・頭頸部外科における超音波検査. *Journal of Otolaryngology of Japan* 2013; 116: 689-694.
- 10) 花澤智美, 木村幸紀, 岡野友宏: 頸下・頸部のリンパ節病変の超音波診断. *昭和歯学会雑誌* 2007; 27(1): 35-39.
- 11) 伊豆津宏二: II リンパ系腫瘍の基本的事項 2 画像診断. *The Journal of the Japanese Society of Internal Medicine* 2011; 100: 1794-1800.

第90回

“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に
関わるアクシデント!

—事例発生プロセスの“見える化”から検討する未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

はじめに

医療機関において発生しているインシデント・アクシデント事例では、リハビリテーションに関わる事例の報告が少なくない。リハビリテーションを必要とする患者の状況は、運動機能の低下や障害により、歩行が不安定で転倒のリスクが高い患者が多いことが想定される。これらの患者においては、リハビリテーションの実施による効果で機能の回復やADLの変化も期待できるが、同時に新たなリスク発生の可能性を考慮した対応が欠かせない。

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)における、第62回報告書¹⁾、

および第63回報告書²⁾では、分析テーマとして、「リハビリテーションを受けている患者に関連した事例」について、検討した内容が報告されている。

第62回報告書¹⁾によると、分析対象となった医療事故情報の事例66件中、事故の程度では「死亡:3件」「障害残存の可能性がある(高い):4件」「障害残存の可能性がある(低い):33件」「障害残存の可能性なし:17件」「障害なし:9件」などが挙げられ、治療の程度では、「濃厚な治療:29件」「軽微な治療:17件」「治療なし:6件」「不明:1件」などが挙げられている(表1)。

さらに、第62回報告書¹⁾、および第63回報告書²⁾によると、リハビリテーションを実施する場所としては、専門のリハビリテーション部門はも

表1 リハビリテーションを受けている患者に関連した事例(医療事故情報の事例)

事故の程度	件数	治療の程度	件数
死亡	3	濃厚な治療	29
障害残存の可能性がある(高い)	4	軽微な治療	17
障害残存の可能性がある(低い)	33	治療なし	6
障害残存の可能性なし	17	不明	1
障害なし	9		
合計	66		

※「医療の実施あり」を選択した53件の内訳を示す。

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第62回報告書より)

とより、病室や廊下などでも実施されることや、リハビリテーションには、理学療法士、作業療法士、および言語聴覚士などの専門職とともに、医師や看護師も関与するため、職種間や部署間の情報共有が重要であることなどが挙げられている。

自施設では、“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わるインシデント・アクシデント事例は発生していないだろうか。これまでにインシデント・アクシデント事例が発生していない場合でも、事例発生の未然防止対策は十分だろうか。

“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生を未然防止するためには、「なぜ、複数の専門職が関与しているにもかかわらず、“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わるアクシデントが防止されないのか？」という“なぜ”を深めることが欠かせない。明らかになった自施設の傾向や課題と向き合い、関与する医師、看護師はもとより、理学療法士、作業療法士、および言語聴覚士などのリハビリテーションに関わる専門職などの多職種が個々の専門性とチーム力を発揮し、事例発生の未然防止に取り組むことが望まれる。

そこで、本稿では、リハビリテーションに関

わる事例の中から、“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に焦点を当てて、事例発生プロセスの“見える化”から課題を明らかにすることで、未然防止対策を検討したい。“なぜ”を深める際には、関与する医師、看護師はもとより、理学療法士、作業療法士、および言語聴覚士などのリハビリテーションに関わる専門職も含めた部門間・職種間の情報共有やチーム力の発揮についても焦点を当てる必要がある。

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。

“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わるアクシデント

本事業の第62回報告書¹⁾によると、分析対象となった医療事故情報の事例66件中、「リハビリテーションの際に発生した事例」は49件、「リハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例」は17件であることが挙げられている(表2)。

表2 リハビリテーションに関わる事例の分類・種類

【リハビリテーションを受けている患者に関連した事例(医療事故情報の事例)】

分類	件数
リハビリテーションの際に発生した事例	49
リハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例	17
合計	66

【リハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例】

種類	件数	
	医療事故情報	ヒヤリ・ハット事例
転倒・転落	14	5
転倒・転落以外による外傷	2	0
チューブ類のトラブル	1	2
全身状態の悪化	0	2
その他	0	2
合計	17	11

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第62回報告書より)

「リハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例」における事例の種類としては、医療事故情報の事例17件では、「転倒・転落:14件」「転倒・転落以外による外傷:2件」「チューブ類のトラブル:1件」などであり、ヒヤリ・ハット事例11件では、「転倒・転落:5件」「チューブ類のトラブル:2件」「全身状態の悪化:2件」「その他:2件」などであることが挙げられている(表2)。

本事業の第63回報告書²⁾では、「リハビリテーション部門と病棟の情報共有に関連した事例」(医療事故情報の事例)17件を分類し、「リハビリテーションに関する患者の情報が病棟と共有されていなかった事例:15件」「リハビリテーション終了時の病棟での情報伝達が不足していた事例:2件」ということが挙げられている。

本事業の事例検索³⁾では、2021年1月下旬現在、キーワード“リハビリテーション”では1,240件、“リハビリテーション”“情報共有不足”では3件、“リハビリテーション”“情報共有不足”“病棟”では2件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わる事例として、事例検索³⁾で検索された事例、および第62回報告書¹⁾、第63回報告書²⁾などに掲載されている事例としては、

「脳神経外科に入院中の患者(60歳代、男性)は、車椅子でのリハビリテーションで、可動域訓練を実施していた。起立性低血圧があるため、両下肢に弾性包帯を巻いてから離床してリハビリテーションを開始した。終了後、理学療法士と看護師で車椅子からベッドへ移乗したが、その後、弾性包帯を外すことを忘れた。翌日の午前中、足浴の際に、弾性包帯が巻かれたままで足部が黒色に変色している状態が発見され、すぐに弾性包帯が外された。理学療法士の確認不足、観察不足、および弾性包帯を外したであろうという思い込みがあった。看護師は、弾性包帯が巻かれていることに対して疑問に思わなかった。弾性包帯を巻いて離床していることや、離床・坐位時間以外は外さなければいけないことなどについて、理学療法士から病棟側への情報伝達不足、および理学療法士と看護師間の情

報共有不足があった³⁾

「内科に入院中の患者(80歳代、男性)が、朝、トイレに行こうとして滑って転倒し、右大腿骨頸部骨折と診断された。日中のリハビリテーション時、理学療法士は『4点杖で短距離であれば歩行できているが、見守りは外せず、起居移動動作は見守りが必要』と判断していたが、看護師に伝えていなかった。夜勤の看護師は、勤務初めに患者の歩行状況を認識し、患者の“2日前から昼間は1人で歩いている”との言葉を聞いて、ADLの介助を『消灯後は、利尿剤使用中のため頻尿であるからベッドサイドで尿器を使用してもらう』『点灯後は、トイレ移動は1人でしてもらうが、排泄後にズボンを履くことを介助するために、排泄後にナースコールしてもらう』と、1人で判断した^{1),3)}

「脳梗塞で入院中の患者(80歳代、女性)は、院内歩行はフリーであった。外来診察室で主治医から説明を受けるため、患者には家族が付き添い、一緒に歩行で病棟を出発した。患者は外来診察室到着時に転倒し、左膝と左手掌に発赤を認め、診察後、経過観察となった。翌日、右手首から手背にかけて腫脹・疼痛を認め、右橈骨遠位端骨折と診断された。アクシデント発生後、リハビリテーション担当者より『2～3日前から右足の背屈が弱かった』との情報があったが、この情報が看護師側に伝わっていなかった。患者は、転倒当日のリハビリテーションで、前日と比較して、右下肢の動きの鈍さがあった(情報提供・記録なし)。リハビリテーション担当者は脳神経外科カンファレンスで情報共有する予定であった。高齢の脳梗塞の患者の場合、“院内歩行フリー”でも安全に1人で歩ける範囲については、リハビリテーション部門や看護師間で患者の能力を見極めて判断する必要があった^{2),3)}などがある。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わるインシデント・アクシ

デント事例発生の未然防止対策として、部門間・職種間の情報共有のシステム整備や、多職種参加のカンファレンス、および職員教育など、さまざまな取り組みが実施されていると思われる。しかし、現状では“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”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、本事業の事例検索³⁾で検索され、第63回報告書²⁾にも掲載されている事例(以下、本事例)を基に、“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関連したアクシデント事例の事例発生プロセスの“見える化”から課題を明らかにし、未然防止対策を検討する。

事例 「トイレに行こうとして転倒? リハビリテーション部門と病棟の情報共有不足」

【事故の内容】

- ・患者(80歳代, 女性)は、神経変性疾患で入院中であった。
- ・午前3時に看護師が患者の病室前を通った際に、ベッドサイドに右側臥位で倒れている患者を発見した。
- ・本人に状況を確認すると「トイレに行こうとして倒れた」と話した。
- ・患者は右股関節部から大腿部にかけて、疼痛と軽度の発赤を認め、直ちに当直医に報告し、経過観察、および日勤帯でのX線検査実施の口頭指示を受けた。
- ・8時におむつ交換時、右股関節部の疼痛が増強しており、当直医に状況を報告すると、早めにX線検査を実施するように指示を受けた。
- ・その後、X線検査、およびCT検査が実施され、右大腿骨転子部骨折と診断された。
- ・患者は手術目的に他院に転院した。

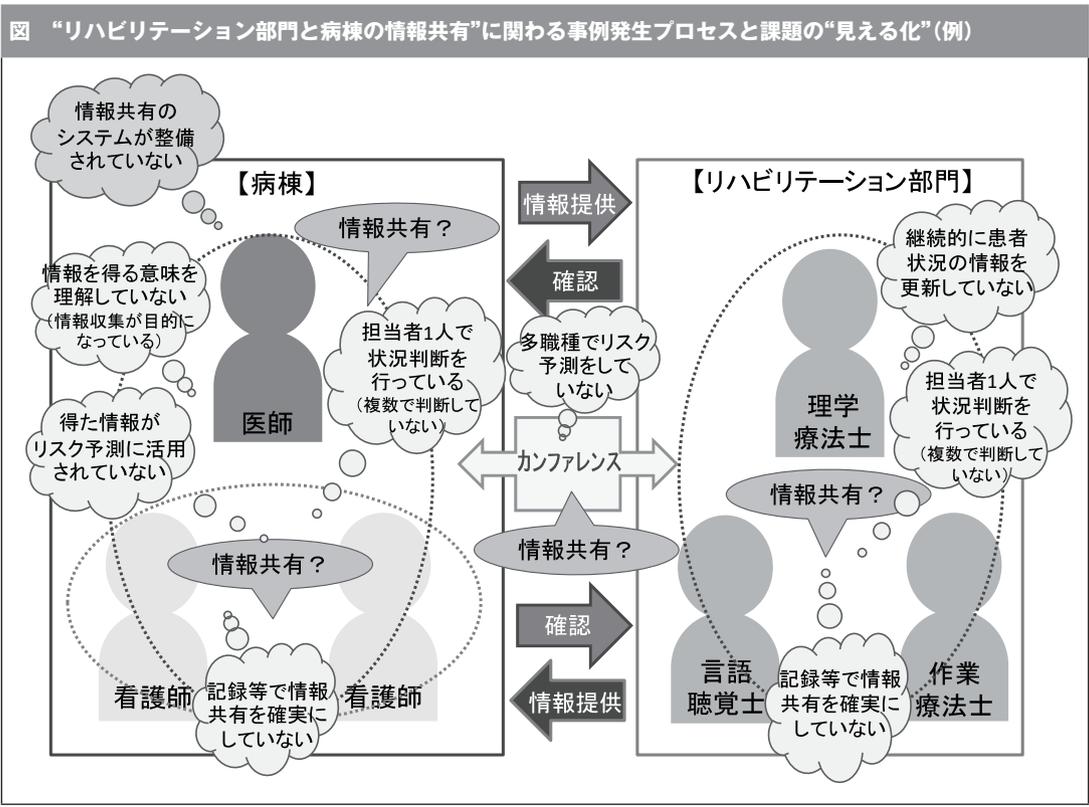
(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索で検索され、第63回報告書にも掲載されている事例、一部改変)

本事例の背景要因としては、「入院時は車椅子でトイレまで介助走行し、見守りを行っていたが、数日前に患者が杖で歩行をしている姿を見た看護師もおり、ADLが変化している情報を共有できていなかった」「リハビリテーション介入によるADLの変化について、リハビリテーションスタッフとの連携が図られていなかった」「今回の入院の目的は右上肢の動作困難へのリハビリテーションであったが、病室のベッドは右側から下りる方向の位置に設置されていた。そのため立位時には動作が困難な右上肢側にサイドレールがあり、ふらつきが生じた時に、とっさ

に捕まることが困難な状況により転倒が発生した可能性がある」「『自宅でも転倒歴がある』という情報は得られていたが、具体的な転倒防止策が看護計画に立案されていなかった」「認知力低下により、ナースコールの必要性を説明しても忘れてしまい、患者単独での行動となった」「入眠剤服用の影響で、立位・歩行時にふらつきを生じた可能性がある」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る考え方で検討すると、「なぜ、『夜間に患者1人で)トイレに行こうとして倒れる』可能性のある患者が、夜間に、介助を受けることなく1人でトイレに行ったのか?」「なぜ、リハビリテーションを実施しており、ADLが変化していることが予測されるにもかかわらず、その情報を共有できていなかったのか?」「なぜ、リハビリテーション介入によるADLの変化について、リハビリテーションスタッフとの連携が図られていなかったのか?」「なぜ、今回の入院の目的が右上肢の動作困難へのリハビリテーションであったにもかかわらず、ベッドが右側から下りる方向の位置に設置されていた(立位時には動作が困難な右上肢側にサイドレールがあり、ふらつきが生じた時に、とっさに掴まることが困難な状況により転倒する可能性がある環境であった)のか?」「なぜ、『自宅でも転倒歴がある』という情報を得ていたにもかかわらず、その情報が活用されず、具体的な転倒防止策が看護計画に立案されていなかったのか?」「なぜ、認知力低下により、ナースコールの必要性を説明しても忘れてしまい、患者が単独で行動する可能性があるということを予測した防止対策が実施されていなかったのか?」「なぜ、入眠剤服用による影響で、立位・歩行時にふらつきを生じる可能性があるということを、リスクとして考



慮した防止対策が検討されていなかったのか？」などの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、本事例の背景要因に挙げられている「入院時は車椅子でトイレまで介助走行し、見守りを行っていたが、数日前に患者が杖で歩行をしている姿を見た看護師もおり、ADLが変化している情報を共有できていなかった」「リハビリテーション介入によるADLの変化について、リハビリテーションスタッフとの連携が図られていなかった」ことに注目することが重要である。

ここには、今後の未然防止対策の検討に活用できるポイントがある。リハビリテーションを行っている患者は、ADLが変化することは十分、想定されることと考えられる。運動能力の改善は、喜ばしいことではあるが、同時に新たなリスクが発生する可能性にも注目する必要がある。病棟の看護師間だけでなく、リハビリテーション部門と病棟間の情報共有はアクシデント事例の未然防止には欠かせない。

さらに、ここで注目すべきは、本事例の背景

要因に挙げられている「今回の入院の目的は右上肢の動作困難へのリハビリテーションであったが、病室のベッドは右側から下りる方向の位置に設置されていた。そのため立位時には動作が困難な右上肢側にサイドレールがあり、ふらつきが生じた時に、とっさに掴まることが困難な状況により転倒が発生した可能性がある」『自宅でも転倒歴がある』という情報は得られていたが、具体的な転倒防止策が看護計画に立案されていなかった」「認知力低下により、ナースコールの必要性を説明しても忘れてしまい、患者単独での行動となった」「入眠剤服用の影響で、立位・歩行時にふらつきを生じた可能性がある」などである。

これらの状況に対して、事例発生前に、医師や看護師だけでなく、リハビリテーションの専門職である理学療法士などの協力も得て、さまざまなリスク発生を予測し、具体的な未然防止対策が検討されなかったことが事例発生の要因になった可能性が想定される。

本事業の第62回報告書¹⁾、第63回報告書²⁾、お

よび事例検索³⁾で検索された事例の記載内容を参考にして、“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わる事例発生プロセスと課題の“見える化”の例を作成した(図)。「病棟」と「リハビリテーション部門」という2つの部門それぞれにおける発生要因と、双方の連携に関わる発生要因を認識することが望まれる。

例えば、“情報共有”に焦点を当てた場合でも、病棟では看護師間の情報共有はもちろんのこと、医師と看護師間の情報共有の現状評価が必要である。同様に、リハビリテーション部門では理学療法士間という個々の専門職間や、理学療法士、作業療法士、および言語聴覚士間の情報共有の現状評価が求められる。その上で、カンファレンスなどの実施の有無、情報共有のシステムの有無など、部門間・職種間の情報共有の現状評価を実施することで、課題を明確にすることが期待される。

このように事例発生プロセスにおける、さまざまな背景を考慮して、発生要因を検討することが求められる。本事例、および前記の事例などを考慮して、“なぜ”を深めて“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わるアクシデント事例の発生要因を明らかにするには、「情報共有不足」「確認不足」「思い込み」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因や環境要因なども含めて広い視野で検討することが望まれる。

“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わるアクシデント事例の発生要因としては、1)部門間・職種間の情報共有のシステムが整備されていない、2)自施設における情報共有の現状評価が未実施、3)多職種参加によるリスクアセスメントの未実施、4)“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わる事例情報の共有未実施、5)評価結果のフィードバックを含む職員教育の未実施、などが考えられる。

“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わる事例の未然防止対策

本事例の改善策としては、「ベッドの片側を壁

付けにし、センサーマットを設置した」[転倒・転落の危険度が高い患者に対して、病棟スタッフでの情報共有不足があるため、ナースコール表示板にマーク(転倒注意、離床センサー使用)を表示した][患者の身体的障害の程度やADLに応じて、ベッドの位置を決める][カンファレンスを利用して定期的に関わるリハビリテーションスタッフと患者のADLについて情報共有し、病棟での介助方法について検討する。また、その内容については看護計画に反映させる]などが挙げられていた。

“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”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)部門間・職種間の情報共有のシステムの整備、2)自施設における情報共有の現状評価の実施、3)多職種参加によるリスクアセスメントの実施、4)“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わる事例情報の共有の実施、5)評価結果のフィードバックを含む職員教育の実施、などの未然防止対策が考えられる。

これらの防止対策を実施することで、ヒューマンファクターとしての「情報共有不足」「確認不足」「思い込み」などを防止すること、あるいは部門間・職種間の情報共有とチーム力発揮により、“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わるアクシデントに至る前に「情報共有不足」「確認不足」「思い込み」などに気づくことで、事例発生を未然に防止することが期待される。

1)の「部門間・職種間の情報共有のシステムの整備」では、カンファレンスを定期的に行うことはもちろん意味があるが、重要なことはカンファレンスで「どのような情報を共有するのか」「個々の専門性をどのように発揮するのか」「短時間で適切な情報共有を図る方法の検討」などである。

職種間の情報共有に“スキマ”が発生するリスクを考慮した情報共有のシステムの整備を検討したい。また、患者に関わる重要な情報を伝達するタイミングも重要であり、例えば、次回に開催するカンファレンスで伝達する予定の場合、それまでに事例発生に至る可能性も考えられる

ため、カンファレンス以外で情報共有する方法の検討も急がれる。

2)の「自施設における情報共有の現状評価の実施」では、最初に自施設のインシデントレポートを確認し、「リハビリテーション部門と病棟の情報共有」に関わる事例が発生していないかを検討する。「実際に事例が発生していない」、あるいは「事例発生に至る前に防止できた」などの状況確認が必要である。前記の“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わる事例発生プロセスと課題の“見える化”の例(図)で示したとおり、どの部分の情報共有に問題があるのか、どのような発生要因が考えられるのか、現状評価を実施して課題を明らかにすることが求められる。

3)の「多職種参加によるリスクアセスメントの実施」では、部門の違いや職種の違いにより、リスク予測の考え方の違いがある可能性や、単一の職種では気づかないリスクに気づく可能性などを改めて認識したい。例えば、入院時、および入院中に患者や家族から得た情報について、看護師はリスクと考えないが理学療法士はリスクと認識する、ということがあるかもしれない。そのため、部門間・職種間の情報共有を図り、多職種でリスクアセスメントを実施することで、リスク発生を回避することが期待される。

4)の「リハビリテーション部門と病棟の情報共有」に関わる事例情報の共有の実施」では、自施設のインシデントレポートを参考に、部門や職種の違いを超えて共有する必要がある事例を検討することが望まれる。事例を検討する際に、当該職員への配慮が必要な場合は、本事業の事例検索³⁾などを活用して他施設で発生した事例の中から共通性のある事例を抽出することを勧めたい。自施設では発生していない事例でも、他施設で発生した事例情報の共有により、今後、自施設で発生する可能性や、自施設における情報共有の課題に気づくことも期待できる。

5)の「評価結果のフィードバックを含む職員教育の実施」では、2)の「自施設における情報共有の現状評価の実施」における評価結果のフィードバックの内容や提供方法なども検討したい。ここでは、自施設だけでなく他施設で発生して

いる事例に関する情報提供も含めて、注意喚起や多職種参加のリスクアセスメントの機会としても企画を工夫することが期待される。

前記の事例の改善策としては、「弾性包帯を使用して離床を行っている場合は、立て札などを表示し、周囲にその状況が分かるようにする。弾性包帯を使用している場合は、連絡表にてタイムリーに病棟側へ情報を発信する」「看護師と理学療法士間の、より適切な情報共有やカンファレンスのあり方を検討する。ADLの評価は複数で行い、可能であれば患者も参加とする。カンファレンスの内容は必ず記録に残す」「日々のリハビリテーションでの変化や気づきは必ず記録し、病棟関係者へ情報提供し、共有を行う。『院内歩行フリー』でも、その患者の歩行能力を全体像から見極め、必要と思われる援助は計画に立案する」などが挙げられている。今後、自施設における“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わる事例の未然防止対策を検討する際には、これらの内容も参考にし、自施設の現状と課題に対応したい。

“リハビリテーション部門と病棟の情報共有” に関わる事例の未然防止と今後の展望

本稿では、「なぜ、複数の専門職が関与しているにもかかわらず、“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わるアクシデントが防止されないのか？」という疑問に焦点を当てて、事例発生プロセスの“見える化”から課題を明らかにし、未然防止対策を検討した。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、部門間・職種間の適切な情報共有の不足、および安全を確保するシステムが機能していないことなどで、リスク発生を回避できずに患者への重大な影響が発生することを防止するためにも、エラー発生の要因になる可能性を未然に防止することは、喫緊の課題である。

前記の“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わる事例発生プロセスと課題の“見える化”の例(図)においても示したが、“情報共有不足”に注目する際は、「リハビリテーション部門と

病棟間なのか」「医師と看護師間なのか」「理学療法士と作業療法士間なのか」「理学療法士と看護師間なのか」など、“情報共有不足”の状況を具体的に想起して、そこにどのような問題が発生しているのかを多職種で検討することが求められる。この機会に、自施設の現状を踏まえたオリジナルの“見える化”への取り組みを期待したい。

“リハビリテーション部門と病棟の情報共有”に関わる事例の未然防止における今後の展望としては、関与する部門間・職種間の風通しをよくして、情報共有の“スキマ”をなくすことや、双方向の関心を持つことで、個々の専門性の発揮を妨げることなく適切な“情報共有”のシステムを整備することなどが望まれる。そのためには、自施設における現状評価と、他施設も含めた情報収集と情報共有が求められる。

併せて、部門を超えた多職種によるリスクア

セスメントの実施により、さまざまな視点から発生要因を検討し、事例発生のプロセスと課題を“見える化”することを提案したい。部門間・職種間のチーム力を発揮し、得られた情報を有効に活用したリスクの予測に基づく、リスク発生を回避する未然防止対策の検討が期待される。

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 第62回報告書. http://www.med-safe.jp/pdf/report_62.pdf (accessed 2021 Jan 28)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第63回報告書. http://www.med-safe.jp/pdf/report_63.pdf (accessed 2021 Jan 28)
- 3) 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 2021 Jan 28)



ちょっと画像でCoffee Break

胸部X線クイズ

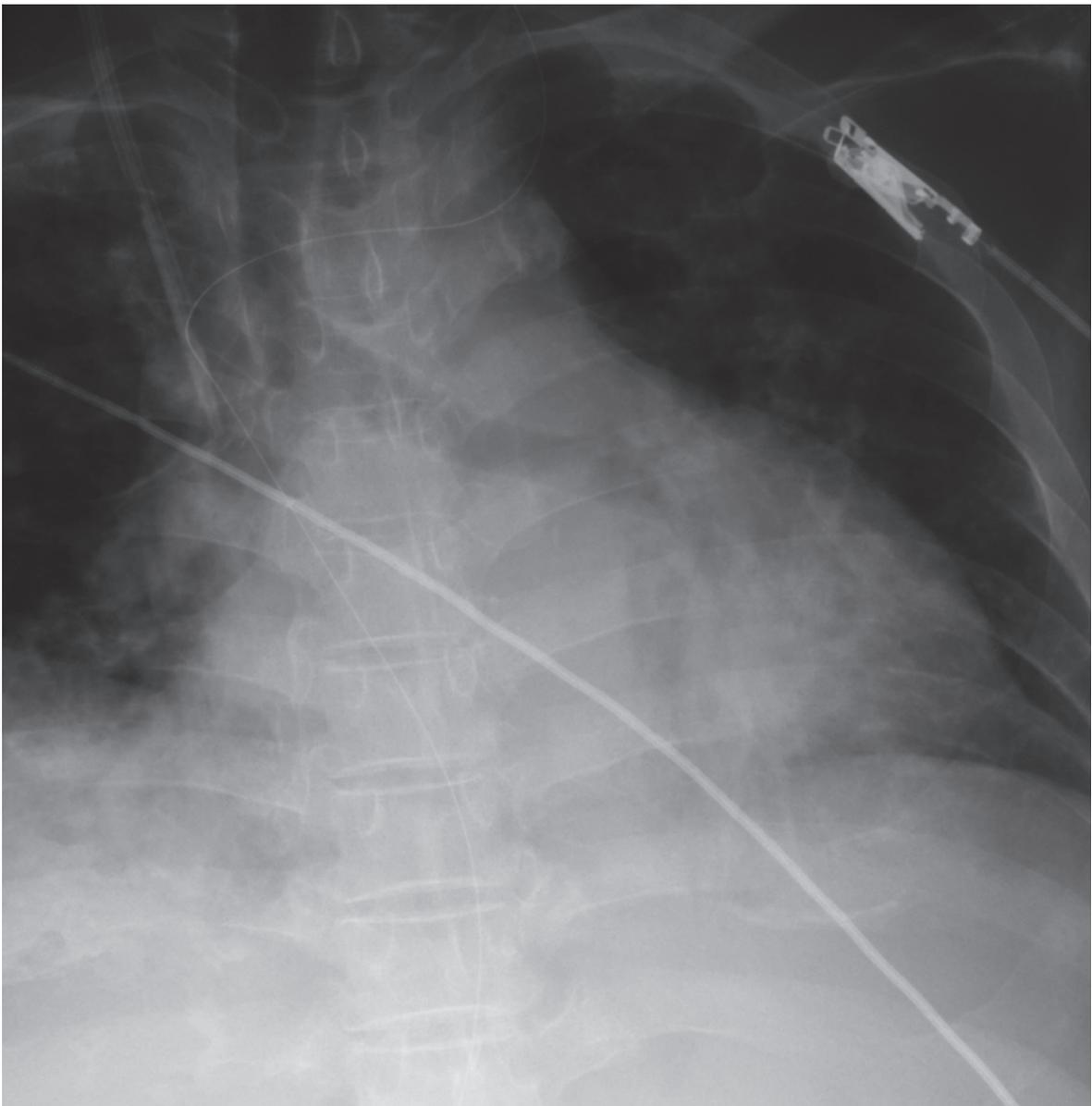
練馬光が丘病院放射線科 部長 伊藤大輔

?

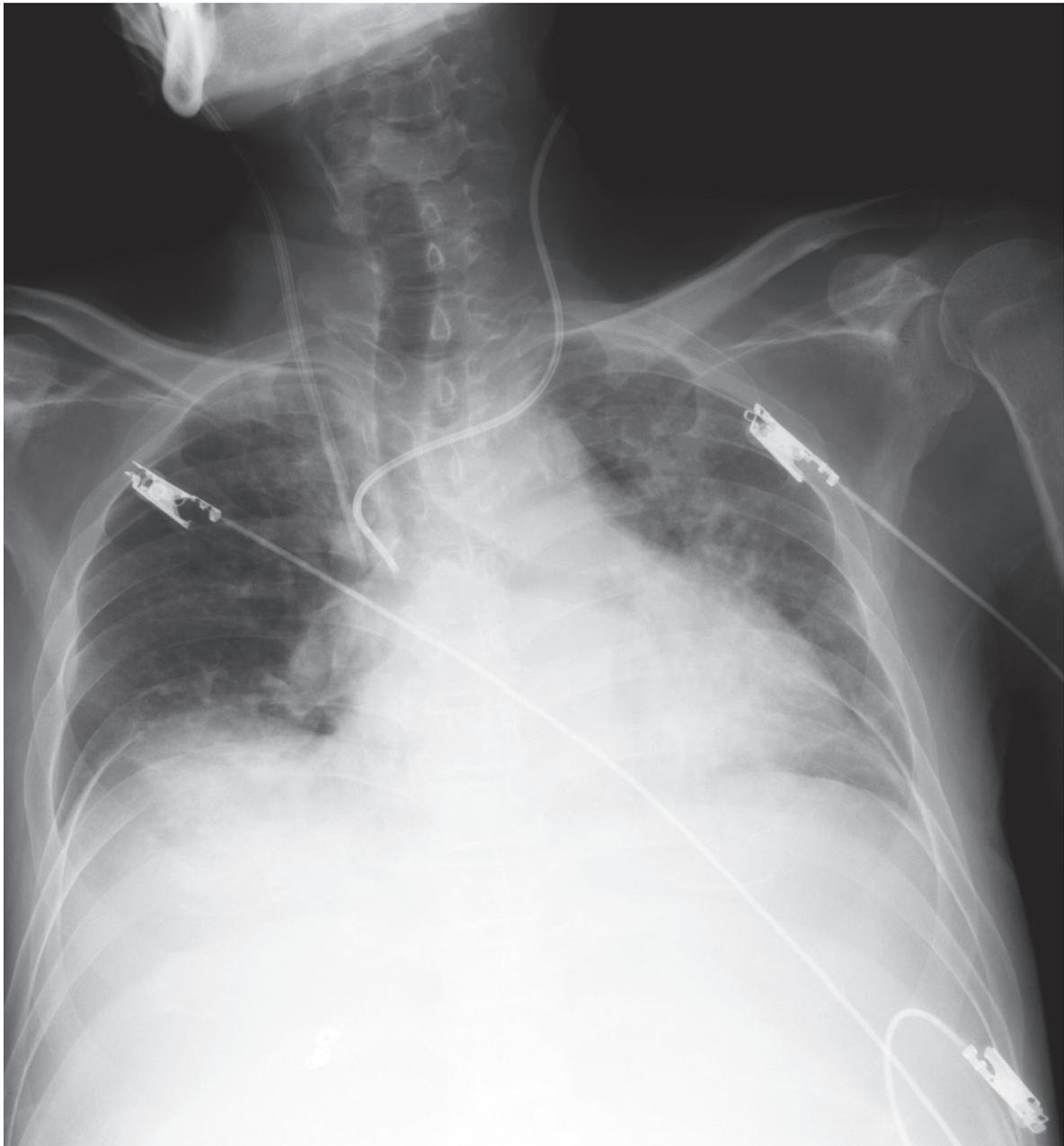
症例:60歳代男性.

左内頸静脈経由で中心静脈カテーテルを留置した. 右内頸静脈経由ですでにバス
キャスが留置されている.

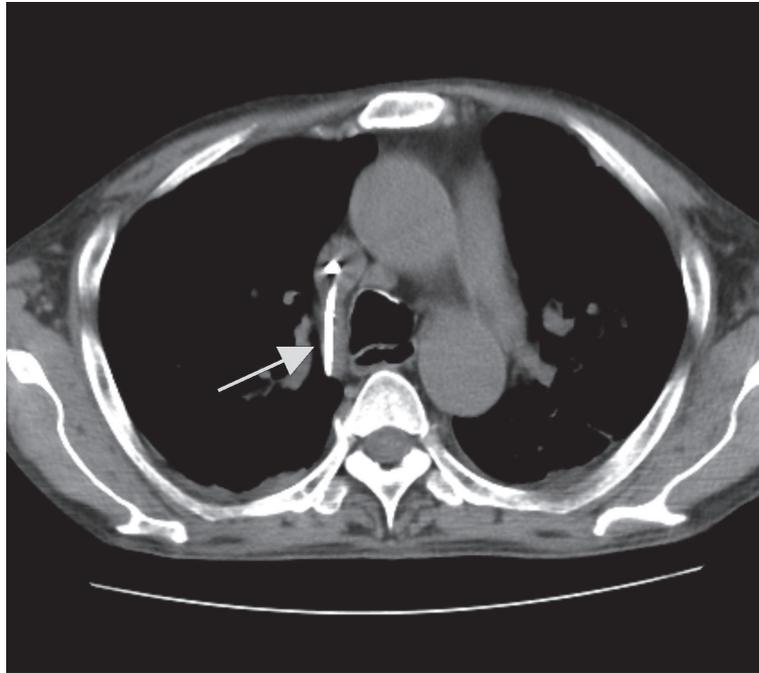
ガイドワイヤーの位置とカテーテルの位置に問題はないだろうか?



画像1 臥位正面での透視X線像



画像2 カテーテル留置後の臥位正面胸部X線像



画像3 胸部単純CT. カテーテルの先端が奇静脈に迷入している(矢印).

所見

カテーテルの先端は奇静脈に迷入している。

左内頸静脈から左腕頭静脈を経由したガイドワイヤーは、気管分岐部よりすこし頭側で画面の右下方向に屈曲して尾側へと走行している(画像1)。屈曲する部位は、ちょうど奇静脈が流入する高さである。ただし、正面像のみでの奇静脈への迷入は認識しづらい。

ガイドワイヤーは横隔膜より尾側では椎体の左側よりを走行しており、下大静脈内としては違和感があるが、肝部下大静脈が左方に偏位していることはありえる。

画像2において、左内頸静脈経由のカテーテルは先端が不自然に屈曲している。カテーテルは背側に走行しているものと思われるが正面像での認識は難しい。

カテーテル留置後にCTを施行し(画像3)、奇静脈内へのカテーテルの迷入を確認した。直ちにカテーテル位置を透視下にて修正した。

解説

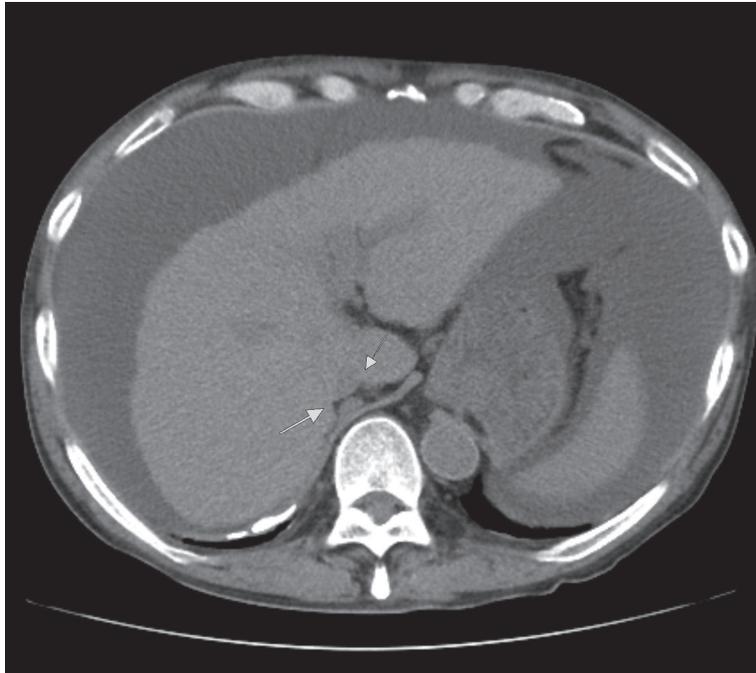
中心静脈カテーテルの迷入は、放置しておく

液あるいは輸液の血管外漏出を生じる原因となる。静脈壁の損傷部位によって、心タンポナーデ、胸腔内輸液、縦隔水腫/縦隔炎などの致死

的合併症が起きうる¹⁾。このため注意深い観察によりカテーテルの迷入の評価をすることが必要である。

術者によると、本症例では左腕頭静脈から上大静脈を選択しようとする際、ガイドワイヤーに抵抗があったらしいが、その後抵抗なく横隔膜より尾側までガイドワイヤーが進んだため、下大静脈を選択できたと判断していたようである。おそらくガイドワイヤー留置中に側面像での評価を行っていたら、カテーテルが背側に屈曲していることが確認され、奇静脈の迷入を診断できたものと思われる。ただし本症例に使用した装置は回転ができない機種であったため、側面像による確認は手技中には困難であった。また、患者状態が悪かったため、患者を側臥位にすることも現実的ではなかった。

ただし、術前にCTを施行してあったため(画像4)、手技中にCT画像の確認を行えば、肝部下大静脈が椎体の中央より左に偏位していないため、ガイドワイヤーが迷入している可能性が高いことを認識できた可能性はある。



画像4 術前に施行されていた腹部CT. 肝部下大静脈は椎体の正中より右方に存在する. このためガイドワイヤーの走行は下大静脈に存在するとしてはかなり不自然である.

中心静脈カテーテルの留置手技は簡単かつ安全に施行できる手技であると甘く考えている医師が多いように感じられる. もちろんどのような留置手技を行うにしても, ある程度の経験があれば, 運がよければ合併症なくカテーテルを留置することは可能であろう. しかしながら合併症を起こした際には重篤になることが多い以上, 術前にできる最大限の評価は行うべきである. 個人的には“手術により左腕頭静脈がどうみても切離されていると思われる患者”に対して左内頸静脈アプローチでの中心静脈カテーテルの留置を試みているような例を経験したことがある. CTに限らず, 患者の解剖学的な状況を術前に確認できる場合はできる限り確認して

から中心静脈カテーテルの留置手技に臨むべきである, ということを強調したいと考えて, 本症例を提示した.

Take Home Point

可能な限り解剖学的な状況を確認してから中心静脈カテーテルの留置手技を行うべき!

カテーテルの位置確認には, 正面像だけでなく側面像が必要なこともある!

参考文献

- 1) 中心静脈カテーテル挿入・管理に関する指針(改訂第3版2020). 日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会 CVC検討会.

高久史磨

公益社団法人地域医療振興協会 会長



テロメアの短縮による癌の抑制 間質性肺疾患の新たな治療法

テロメアの短縮による癌の抑制

Rockefeller Universityの研究者らによる、テロメアの長さに関連するTIN2タンパク質についての研究が2020年12月25日のMEDICAL NEWS TODAYに「Could telomere shortening protect against cancer?」として報道されていたので紹介したい。テロメアの短縮は細胞の老化の兆候であるが、このことが癌からの保護に役立っている可能性がある」と判明した。

米国疾病予防管理センター(CDC)によると、米国では2017年に170万人以上が癌を発症し、60万人近くが死亡したと発表している。

科学者たちは過去数十年にわたって癌研究において大きな進歩を遂げてきたが、さらに研究を重ねていくことは、予防と新しい治療法の開発にとって非常に重要であると考えられる。eLife誌に掲載された新しい研究では、DNAの末端を保護する蓋のような構造物であるテロメアと癌との関係を検索している。

われわれの身体は、毎日1,000億個もの細胞が死に、新しい細胞に置き換えられていく。通常は問題なく置き換わっていくが、場合によってはDNA変異が発生し、異常な細胞が発生する。身体が異常な細胞を取り除けず、変異した細胞が複製されていくと腫瘍が形成されてくる。腫瘍が良性(noncancerous)である場合もあれば、悪性(cancerous)である場合もあり、どちらであっても腫瘍は成長し拡大を続ける。

また、これには個人差があり、一部の人々は

遺伝的要因によって癌を発症するリスクが高い。例えば、BRCA1遺伝子の変異を受け継いだ場合には、乳癌のリスクが高まることはよく知られている。

アメリカ国立衛生研究所(NIH)によると、テロメアは「各染色体の末端に見られる特定のDNA-タンパク質構造」とされている。それらは、染色体内のDNAを損傷から守り、「染色体間融合」も防いでいる。通常、この染色体末端部は、人が年をとるにつれて短くなっていく。

Laboratory Cell Biology and Genetics at Rockefeller UniversityのTitia de Langeは、テロメアが癌において果たす役割に焦点を当てた研究を行っている。

「テロメアは遺伝物質を保護している」とde Langeは述べている。「テロメアのDNAは、細胞が分裂すると短くなり、テロメアの予備が枯渇すると最終的に細胞分裂を停止する」とのことである。

ほとんどの細胞では、テロメアを欠いた状態になるとそれ以上分裂できなくなり、死に至る。しかし、癌細胞では、テロメラーゼと呼ばれる酵素が活性化される。

「臨床的に検出可能な癌のほとんどで、突然変異によるテロメラーゼの再活性化が起こることがよくみられる」とde Langeは述べている。

テロメラーゼはテロメアを伸長させ短縮を防ぐため、細胞は無期限に分裂する可能性がある。

De Langeは何十年にもわたってテロメアを研

究してきたが、テロメアの短縮が癌の予防に役立つという考えは目新しいものではない。しかし、テロメアが癌を予防できるという証拠を発見したのはこれが初めてであった。

Radboud University Medical Center in Hollandの医師らはde Langeの研究に精通しており、この画期的な研究を支援した。彼らはde Langeに連絡を取り、「癌になりやすい家族歴」を持つオランダの家族の情報を共有している。

これらの家族は、TINF2遺伝子の突然変異を有していた。TINF2の遺伝子は、テロメアの長さを担うTIN2タンパク質を制御している。

博士研究員であるIsabelle Schmutzは、de Langeの研究室でこの突然変異を持つ細胞を作成した。その細胞は、最初は健康に見えたがテロメアに問題があった。De Langeによると、テロメアが長すぎるとのことで、患者は99%をはるかに超えるテロメアを有していた。

「このデータは、もし長いテロメアを持って生まれた場合、癌になるリスクがより高いことを示している」とde Langeは述べている。また、「上記の家族におけるテロメアによる腫瘍を抑制する機構の喪失が、乳癌、結腸直腸癌、黒色腫、および甲状腺癌にどのようにつながるかを検索している。通常であれば、これらの癌はテロメアの短縮によって阻止されていたはずである。これらの家族における幅広い癌の発症は、テロメアが腫瘍を抑制することを示している」と指摘している。

テロメア短縮についての研究の飛躍的進歩は、将来の革新的な癌予防および治療戦略の開発に役立つ可能性がある。しかし、de Langeは、テロメアに関する新しい研究は、現在、胎児の発育初期にのみ関連している可能性があると述べている。

「TINF2変異は、受精後の最初の数週間または数ヶ月で癌を促進する効果を発揮すると推測している」と研究者は書いている。「TINF2は、非常に特殊な機会でのみはたらく腫瘍抑制遺伝子であり、その効果は発生の初期に発揮されるが、後期になると発揮されなくなる」とのことである。

いずれにしても、テロメアが癌とどのように関連しているかをより深く理解することが、癌の研究において重要である。

「テロメアがどのように制御されているかは根本的な問題である。そして根本的な問題に取り組むことによって、われわれは最終的に人間の病気の起源を理解することができるだろう」とde Langeは述べている。

間質性肺疾患の新たな治療法

2021年1月15日のHealth Dayに、間質性肺疾患の患者の身体活動を少し楽にするかもしれないという臨床試験が「New Hope Against Diseases Marked by Progressive Scarring of Lung Tissue」として報道されているので紹介したい。

この研究は、1月13日にオンラインでThe New England Journal of Medicine誌に公開され、間質性肺疾患(ILD)によって引き起こされた肺の高血圧症の患者を対象としている。

ILDは、肺胞と血管を取り巻く組織の進行性瘢痕の広義の用語である。喫煙、アスベストなどの毒素への職業的曝露、関節リウマチなどの自己免疫疾患までさまざまな原因が考えられ、原因がみつからない場合もある。

その瘢痕による深刻な合併症は肺高血圧症であり、肺に血液を供給する血管が硬く狭くなる。肺高血圧症が発生すると、患者は息切れして歩行が困難になり、多くの場合、酸素吸入を使用する必要がある。合併症によって、彼らの寿命が縮まる可能性が高い。

現在、ILDによって引き起こされる肺高血圧症に対して承認されている薬はない、とこの研究の主任研究員であるInova Fairfax Hospital in Falls Church, VaのSteven Nathanは述べている。

しかし、肺動脈性肺高血圧症として知られる別の肺高血圧症のための薬がある。これらの薬は血管拡張薬であり、肺の血管が弛緩して広がるのを助ける。Nathanらは、そのうちの1つであるTyvaso(トレプロスチニル)と呼ばれる吸入薬がILD患者の運動能力を改善することを発見した。

この研究は、トレプロスチニルのメーカーであるUnited Therapeuticsが資金提供しており、326人の患者が参加した。これらの患者を無作為に2つのグループに分け、16週間毎日、片方はトレプロスチニルを服用し、もう片方は同じように見える偽薬を服用した。トレプロスチニルを服用した患者は6分間のウォーキングマシンでのパフォーマンスを向上させた。

研究の期間中に、トレプロスチニルを服用している患者はウォーキングマシンのテストで歩行距離が改善されたが、偽薬の患者は歩行距離が減少した。平均的に、トレプロスチニル服用の患者は100フィート先まで歩くことができた。

研究機関の終了後も、トレプロスチニルを服用したグループの肺疾患はより安定したままであった。ただし悪化した患者もおり、トレプロスチニル服用グループでは約23%、偽薬を服用したグループでは33%の患者が悪化していた。

Nathanは、この試験は、ILDによって引き起こされた肺高血圧症の患者に対する血管拡張薬の利点を明確に示した最初のものであると述べている。しかし、研究期間が16週間と短く、この治療が患者の寿命を延ばすのに役立つかどうかなど、長期的な効果はまだ不明である。ただしNathanは、肺動脈性肺高血圧症の投薬については、さらに短い試験に基づいて承認されている。そのため、この研究は米国食品医薬品局(FDA)がILD患者のためにトレプロスチニルを承認するのに十分であると述べている。また、「患者に処方するためには十分な証拠である」と付け加えている(アメリカでは、医師が医学的に適切であると信じる場合、未承認の適用のためにFDA承認の薬を処方することが許可されている)。

American Lung AssociationのDr. Albert Rizzoは、この結果は有望であると評価している。Rizzoによると、肺疾患を管理する上で、患者が

活動的に過ごすことが望ましく、歩くことは患者にとって最良の運動である。そのため、この6分間の歩行テストの結果はとても重要であると述べている。

またRizzoは、より広い目標は患者の生活の質を改善することであると述べている。ただしこの研究では、トレプロスチニルを使用している患者は、偽薬を使用した患者よりも生活の質を高く評価していなかったとのことである。しかし、この研究の主な目標は、最初の段階である運動能力の評価であった。生活の質と生存に関する質問に答えるには、より大規模でより長い研究が必要であるとRizzoは述べている。

トレプロスチニルの主な副作用は、吸入器の使用による咳と喉の炎症であった。トレプロスチニルがILD患者に承認された場合、Nathanは、酸素療法と肺リハビリテーションとともに、医師が処方できるもう一つの選択肢であると予測している。

アメリカでは医師は公式の承認なしに薬を処方することが可能だが、Rizzoは、患者は自分たちの保険プランがトレプロスチニルに対応しているかどうかには注意する必要があると述べている。CVS Healthによると、この薬は高価で年間10万ドルを超えることになる。

Rizzoは、重篤で進行性の肺疾患を患う多くの患者は、肺高血圧症であるかどうかを知らない場合もあると述べている。患者は肺高血圧症であるかどうかを確認し、もしそうであれば、追加の治療法があるかどうかを主治医に尋ねることを提案している。

参考WEBサイト

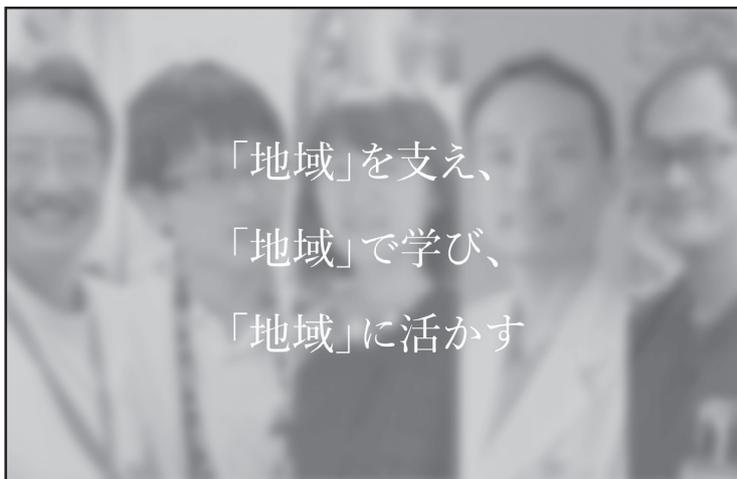
- 1) <https://www.medicalnewstoday.com/articles/could-telomere-shortening-protect-against-cancer> (medicalnewstoday.com)
- 2) <https://consumer.healthday.com/1-15-new-hope-against-diseases-marked-by-progressive-scarring-of-lung-tissue>

JADECOMアカデミー サイト開設のお知らせ

令和元年8月に医師向けサイト「JADECOMアカデミー」を地域医療振興協会ホームページ内に開設しました。

「地域を支え、地域で学び、地域に活かす」の言葉のもと、診療、研究、教育が一体となって活動するJADECOMアカデミー。当協会が誇る各指導医のインタビューを始め、全国各地で活躍する先生方のキャリアストーリーも紹介しております。今後も掲載コンテンツの充実を図り、医師向けのサイトとして情報を発信してまいります。

是非ご覧ください。



「地域」を支え、
「地域」で学び、
「地域」に活かす



<https://jadecom-special.jp>

JADECOM アカデミー



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

『月刊地域医学』モニター募集のお知らせ

『月刊地域医学』では、よりお役にたつ情報をお届けできるよう、毎月の内容についてご意見、ご感想をお寄せいただく、モニターを募集しています。

誌面の内容について感じたことやご要望、特集や連載のテーマについてのご希望など、なんでもかまいません。

お寄せいただいたご意見は、誌面編集の参考にさせていただきます。

多くの皆さまからのご応募をお待ちしています。



連絡先

〒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/library/magazine/>

牧田幸三先生の 世界初の先端的手法:支脈別副腎静脈採血 「原発性アルドステロン症における意義」(2)

(3月1日配信)

前回に引き続き、練馬光が丘病院放射線科、地域医療振興協会 へき地・離島画像支援センター センター長の牧田幸三先生に支脈別副腎静脈採血について解説していただきます。

血液採取のためには局所の解剖を知ることが基礎になります。カテーテルの手技は1950年代から始まり、その当時から採血が試みられてきました。副腎静脈へのカテーテル挿入は、Maroni, Buchtらが初めて行ったという1957年の論文があります。副腎中心静脈と支脈の合流形態は個人差があり、中心静脈がない場合もあります(図1)。支脈からの採血は解剖学的知識、組織学的知識、さらに血管造影解剖を併せた理解を必要とします。中心静脈血は支脈血の混和血であり、正確な診断ができない可能性があります。支脈からの採血は副腎の区域別採血なのです。

副腎の支脈別採血を行うために血管の走行について調べたところ、血管をX線撮影した写真を掲載した論文が見つかりました。血管造影ではなく切り出された副腎標本の血管にバリウムを注入した写真でした。X線CTのない1960~1970年代のことです。1970年代後半にはX線CTが開発されましたが、当時は正常副腎は見えないもの、腫瘍があればその部分が見えることもあるという認識でした。

支脈の走行が分かりカテーテル挿入ができるようになる、その先がどうなっているのかと、解剖学から組織学へと興味が深まってきました。一般的な副腎の組織図では、皮質が球状層、束状層、網状

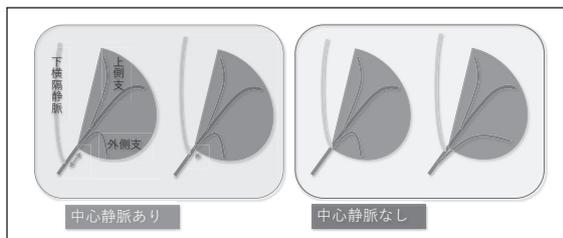


図1 左副腎静脈の支脈合流形態のヴァリエーション

層からなり、中心部に髓質が描かれていますが、あるはずの血管はどこにも描かれていません(図2)。解剖学の雑誌に、顕微鏡で確認された副腎の微小循環の論文があります。これらを踏まえて副腎動脈から副腎静脈への血流をシェーマにしたものが図3で、門脈構造になっています。副腎では血液中からHDL-コレステロールを取り込み、細胞内のミトコンドリア内膜でプロゲネロンが合成され、そこから種々のステロイドホルモンが生合成されます。髓質においてはカテコラミンが生産されます。

今回は症例を呈示して解説します。

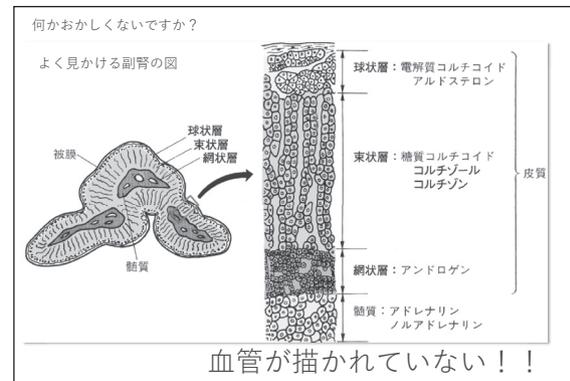


図2 よく見かける副腎の図

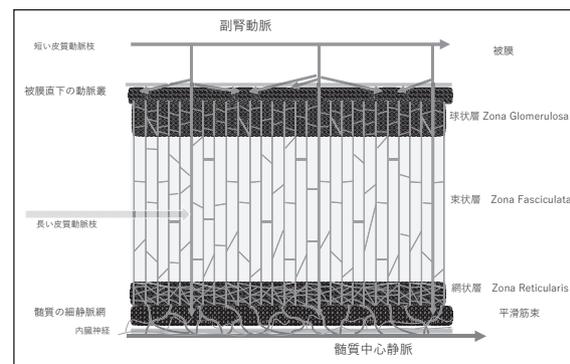


図3 副腎動脈から副腎静脈への血管走行

* 牧田先生のレクチャーの詳細は、3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/>



地域医療を支える病院での役割づくり

雲南市立病院 診療看護師 木村千尋

コロナで大変な年明けとなりましたが、皆さまいかがお過ごしでしょうか？この未曾有の困難の中での地域医療振興協会の皆さまの多大な貢献に敬意を表します。今回は昨年JADECOM-NDC特定行為研修を終え、島根県雲南市に帰ってからの私の活動について書かせていただきます。私は2000年より米国で看護師、高齢者ナースプラクティショナーとして働いた後、2016年に帰国。その後、雲南市立病院の訪問看護ステーションで勤務、2020年3月に特定行為研修の修了とともに日本の診療看護師(以下、NP)の認定を受け、現在は診療看護師として雲南市立病院で活動しています。

私の住む島根県雲南市は、県東部の松江市・出雲市と三角形を結ぶ中山間地域に位置し、お蕎麦と温泉が素晴らしいだけでなく、古事記にも描かれた古い言い伝えのある神社や土地、お神楽などが今でも生活の中に息づく地域です。雲南市立病院は、そのような雲南圏域(人口約57,000人、高齢化率36%)にある地域中核病院で、プライマリ・ケアからある程度までの専門医療、在宅医療や終末期医療まで、幅広い医療を地域の医療ニーズに寄り添って行い、地域の健康に貢献することを活動理念としています。

昨年、7月からNPとして看護部所属、地域ケア科(総合診療科)配属になりました。活動開始前にはニーズを探るため、当院の管理者層や医師にヒアリングを行い、地域ケア科部長が看護職にインタビューを行いました。その結果、看護師と医師の間に入り、急性症状に素早く対応、必要なコンサルテーションを行うことで

シームレスなケアを目指すこと、外来看護、退院支援や訪問看護、診療所看護を通して、在宅医療・地域連携を推進すること、またベッドサイドで看護師と一緒にアセスメントや勉強会などを通して看護教育に貢献すること等がニーズとして挙げられました。また、これはとても重要なことですが、「今ある看護のあり方、病棟ごとの風土や関係性を理解し、尊重することが一緒に活動する上で欠かせない」という考えが看護職より示されました。これらを受け、まず各病棟の看護業務に入り、病棟の組織的特徴や業務の流れ、職員の思いなどを知るとも貴重な機会をいただきました。

私の一日は、地域ケア科の朝ラウンドとミーティング(問題のある患者や新患の診療プランの見直し)で始まります。その後、病棟と外来の朝カンファで情報共有します。午前中は内科外来初診で初診患者アセスメント・検査代行入力を行います。私にとってはトリアージと臨床推論の力を養う絶好の機会ですが、症状のある患者に早く対応できるようになったとの評価もあり、今後は在宅と外来、入院時のケアの継続性を高めることが課題です。また、健康診断の二次検査を地域住民の健康増進の窓口として捉え、精密検査だけでなく、ほかの健康問題がないか問診し、保健推進課と連携して各種相談サービス等へつなげます。午後は、担当する地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟を回診し、総合アセスメントを行います。退院後の生活がより健康で安心なものとなるよう薬剤調整や生活方法などを通じた疾患管理をご本人や多職種と

考え、ケア調整、患者・家族教育を適宜行います。退院支援看護師やケアマネージャーからは、この地域の特色も含め、多くのことを教わっています。また、一日を通して病棟相談を受け付けています。全病棟に「困った、何かおかしい」と思う時はぜひ呼んでください」と周知しており、穿刺困難、呼吸器設定の調整から発熱や意識障害までさまざまな症例(3~4件/日)に呼ばれます。相談症例の約40%は何らかの処方や検査を必要としており、早期介入による合併症予防として機能している可能性があります。特定行為を駆使できると同時に、看護師と一緒に対応することで「臨床推論を使うとケアってもっと面白い!」と思ってもらえたら、という願いを込めて行っています。その他、退院後訪問、診療所や近隣のグループホーム連携訪問も始まり、これら地域医療に関する活動は今後も増えてゆく予定です。住民の皆さん一人ひとりに、どうしたら質の高い医療ケアを継続して提供できるか、試行錯誤しています。一日の終わりは振り返りミーティングです。指導医、研修医等と、問診でとるべき情報、見逃したくない所見、鑑別のあげ方や画像の見方、さらには最新エビデンスに基づく診療などについて話し合います。情報量が多すぎて時に頭痛を起こしますが、本当に学びの多い、そして楽しいスタイ



特定行為研修生と

ルです。月に1回は上司である看護部長と診療科長と面談をして活動上の問題や方法の調整をしますが、これが大きなメンタルサポートとなっています。その他、志を同じくする院内・院外の医療者仲間とおしゃべり、週末のオンライン会議を許してくれる家族の協力も私の活動の原動力です。

JADECOM-NDC研修を含め、多くの人々のサポートでこのような活動ができることに感謝の念に堪えません。今後は、皆さまと一緒に看護の能力と領域を広げていきたいですね!そして何よりも、私を受け入れてくださった雲南の方々、またチームメートである看護師や医師、その他関係者の方々と毎日楽しく活動してゆきたいと思います。

地域医療型後期研修

2021. 3. 5

新潟県湯沢町での研修を振り返って

地域医療のススメ 東京北医療センター総合診療科プログラムで専攻医3年目の近藤真未です。私は今、新潟県南魚沼郡湯沢町という人口約8千人弱の町の、湯沢町保健医療センターで地域医療研修を行っています。新潟県の湯沢町といえば、東京駅から1時間20分で到着するアクセスが非常に良い立地にあり、関東圏の方などはスキーで有名な観光地で一度は訪れたことのある人も多いかもしれません。私はこの湯沢町で1年間勤務をする予定です。未曾有の感染症で世界中のいろいろな国や地域で混乱を生んでいます。湯沢町でもアクセスの良さから関東など県外からの人の出入りが多い町のため、COVID-19感染者が複数人出ており観光業界や湯沢の町の活気にも影響を及ぼしています。幸いにも感染者数も少なく、拡大せずに済んでいます。まだまだ予断を許さない日々が続いています。



地域医療のススメ 近藤真未

湯沢町には当院のみが唯一入院診療を行える病院で、そのほかには近隣に整形外科の診療所が1軒あるのみです。そのため、湯沢町民のほとんどが当院を受診し、必要があれば周辺の高次医療機関へ30分から1時間かけて搬送することもあります。

ここでの業務は外来、病棟、訪問診療、内視鏡、ドック、禁煙外来、予防接種、乳児検診など多岐にわたり、まさに総合診療医が活躍できる地域の中核病院です。

私の行ってきた総合診療プログラムの中では、これまでは急性期の高次医療機関での研修だったため、地域研修は外来診療がメインとなるのがとても新鮮で、患者



専攻医の先生と研修医の先生と一緒に登頂した米山で

プロフィール

2015年4月 東京女子医科大学医学部卒業

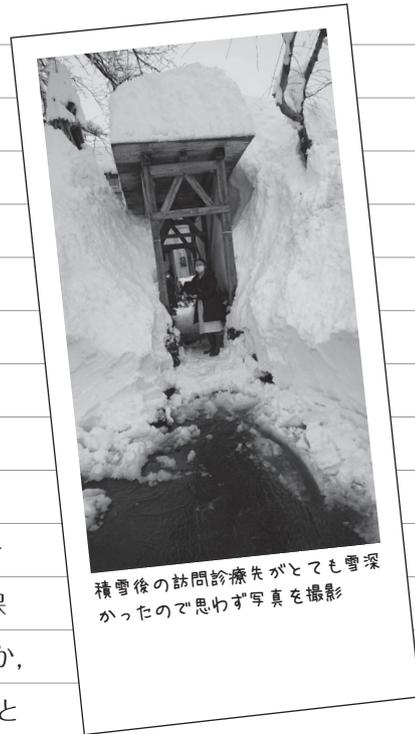
2016年4月～2018年3月

東京北医療センターにて
初期研修

2018年4月～

地域医療のススメ／東京北医療センター 総合診療科 専攻

さんとの何気ない会話がとても楽しく感じました。ほかに車で15分ほど離れた場所に当院のサテライトのような、ゆきあかり診療所という診療所があり、週1回そこでの外来や訪問診療も担当します。冬になると当直中にはスキー外傷の患者さんが多く来院され、X線やCT検査、ギブス固定まで医師が行うためとても勉強になります。



積雪後の訪問診療先がとても雪深かったので思わず写真を撮影

そして、当院には保健センターが隣接しており町の行政と密に連絡を取りあって、患者さん一人ひとりから町全体まで健康を見守っています。一人暮らしで頻回に受診している不安定な生活を送っている方や、精神的に不安定で生活が成り立たなくなっている方など、すぐに町の保健師さんと情報を共有してどのように安心して過ごせるか、一緒に考えることができる環境が整っています。また、町として認知症の患者さんを対象にしてアクション農園に取り

組んでいたりと、水泳教室やけんこつ体操を毎週行うなど、予防事業にも力を入れています。当院に通院している多くの患者さんが65歳以上の高齢者ですが、東京でお会いする高齢者よりもとても元気で足腰もしっかりしている方が多い印象です。このような行政と医療が良いバランスで成り立っていることが湯沢町全体の健康状態の向上につながっているのかもしれない。

こうした充実した地域研修を送ることができているのは湯沢町保健医療センターの先生方やスタッフの皆さん、患者さんが寛大に受け入れてくれているからだと思います。1年間ありがとうございました。4月以降はまた急性期病院で過ごす時間が多くなりますが、湯沢町で学んだ地域との連携をお手本にして今後の研修も頑張りたいと思います。



湯沢町民に対して保健師さん、栄養士さん、理学療法士さんと一緒に健康講話を行いました

『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/>) にアクセスいただき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/>

赤坂庸子名誉教授が従五位瑞宝小綬章を受章されました……………

赤坂庸子名誉教授におかれましては、令和2年5月1日に逝去され、永らく医歯学教育に寄与し、また専門の口腔外科、障害者歯科の領域において優れた業績を残すなどの医歯学分野での貢献が高く評価されたことから、従五位瑞宝小綬章の受章が令和2年5月29日の閣議により決定されておりました。この度その伝達が行われましたので、お知らせいたします。

今回の受章は、本学にとりましても意義深く、故人の永年のご功績に対して敬意を表するものであります。

速報 自治医科大学が9年連続、全国第1位！

第115回医師国家試験の結果において、自治医科大学の合格率は100%で、9年連続全国第1位でした。

地域の写真を募集しています。

弊誌では「地域の写真便り」をご紹介しております。「海、山、街」など、お近くの自然や風景、病院での出来事・催し物などの写真を撮ってお送りください。写真はなるべく鮮明なもの(350 dpi 以上)を希望します。

その際、簡単なコメントやキャプション、ご所属とお名前を記してください。

送付方法は、CD-ROM をご郵送いただくか、下記メールアドレスに添付でご送付ください。

ご応募をお待ちしております。

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

報告
各種お知らせ
求人

第14回 地域医療貢献奨励賞 受賞者決定

令和3年2月20日、第14回地域医療貢献奨励賞の表彰式が東京都千代田区の都市センターホテル会議室で執り行われた。本賞は、一般財団法人住友生命福祉文化財団が自治医科大学の後援を得て、地域における医療の確保と向上および住民の健康福祉の増進に寄与・貢献している医師を顕彰するもので、平成19年から実施されている。第14回となる令和3年度は6名の医師が受賞者に選ばれた。残念ながら今回は、緊急事態宣言中であることから、受賞者はオンラインでの参加となった。

第14回 地域医療貢献奨励賞受賞者(順不同、敬称略)

岩手県 佐藤元美 一関市病院事業管理者
山形県 高橋一二三 白鷹町立病院 管理者
新潟県 藤森勝也 あがの市民病院 院長
山梨県 丸山 敦 身延山病院 院長
和歌山県 大嶋仙哉 みなべ町立高城診療所 院長
熊本県 佐藤立行 佐藤医院 院長

受賞者の声

佐藤元美先生 一関市病院事業管理者

このたびは素晴らしい賞を賜り身に余る光栄です。

私はへき地での医療を長く続けてまいりました。強く印象に残ったのはナイトスクールの実践とその成果です。私は住民とともに作り上げる医療に夢中になりました。その素晴らしさを伝えようと研修医や医学生のためのサマーセミナーを行ってきました。

これまで支えてくださった母校、行政、住民、何よりも藤沢病院事業のスタッフの皆様に感謝申し上げます。



藤森勝也先生 あがの市民病院 院長

このたびは、住友生命福祉文化財団の第14回地域医療貢献奨励賞をいただき、身に余る光栄であり、身が引き締まる思いであります。

関係者の皆様に、感謝申し上げます。現在60歳、還暦ですが、ここまで継続して「地域包括医療ケア」に取り組んできたことを、ご評価いただいたと考えております。今回いただいた賞を励みとして、これからは、菅内閣の目指す「自助、公助、共助、絆」を重視し、「地域包括医療ケア」が充実するよう、病院の全職員と力を合わせ、「地域とのかかわり」を重視し、「地域を治し、支える医療」を構築してまいります。このたびは、誠にありがとうございました。



丸山 敦先生 身延山病院 院長

このたび、地域医療貢献奨励賞をいただいたこと大変光栄に思っています。私は40年前、当時医療砂漠といわれた辺鄙な地域に赴任しました。この地域の方々の医療を少しでも支えられないかと考え、まず、山梨医大に協力してもらい私を含めて当院常勤の若い医師の教育指導をお願いし、そして地元医師会の先生方と上手く連携を取るようにしました。やっとこの地域の医療環境が整い、住民の方々に信頼される医療体制になりました。長く落ち着いて地域の診療に携われる医師がやはり必要ですね。



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

研修・入局

自治医科大学 感染症科 研修・入局のご案内

COVID-19、薬剤耐性菌などの感染症が医療現場における喫緊の課題となっていますが、国内で感染症診療・感染制御の専門研修を受けられる機会は限られています。本学では、2004年に附属病院 感染制御部が設置されて以来、コンサルテーション・入院診療・外来診療・感染制御を主軸とした「地域医療で明日から役立つ知識・技術を偏りなく学ぶことができる研修」をご提供してきました。

これまでに7名の自治医科大学卒業生が義務年限内に当科で研修した実績があり、義務明け後の進路としても2名が在籍中です。もちろん自治医大卒業生でなくとも、お気軽にご連絡ください。当科には兼任を含めて11名の医師が在籍していますが、その出身大学は実に10にも及びます。多様性も当科の魅力の一つです。

当科での研修にご興味を持たれた方は、ぜひご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属病院 感染症科
科長兼感染制御部長 准教授 森澤雄司
助教 秋根(茨城2006年卒)、病院助教 南(兵庫2008年卒)
TEL 0285-58-7580 FAX 0285-44-6535 E-mail kansen@jichi.ac.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/>

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を開始しています。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。

自治医科大学の教職員や学生の方々からは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あると考え、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 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）にアクセスいただき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

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、新しいご住所をご連絡ください。

地域医療振興協会ホームページ(<https://www.jadecom.or.jp/members/henkou.html>)の変更フォームから簡単に手続きいただけますので、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/>

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

E-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。

鹿児島県

長島町国民健康保険鷹巣診療所

●内科 1名



診療科目：内科, 外科

病床数：19床（一般9床, 療養10床）

職員数：28名（うち常勤医師2名）

所在地：〒899-1401 鹿児島県出水郡長島町鷹巣1841-6

連絡先：事務長 塚田

TEL 0996-86-0054 FAX 0996-86-0084

E-mail shinryou@town.nagashima.lg.jp

特記事項：長島町は、鹿児島県の北西部に位置し、人口はおよそ1万人の自然豊かな町です。当診療所は町内で唯一の有床診療所で、令和2年11月に新築移転をしました。

長島町の医療を支援していただけませんか。よろしくお願いたします。

<https://www.town.nagashima.lg.jp>

受付 2021.1.6

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

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・求人の締め切りは毎月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、原則として毎号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：三谷

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 放射線科部長)
	伊藤雄二(市立恵那病院 副管理者)
	北村 聖(地域医療研究所 シニアアドバイザー)
	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)
	菅波祐太(揖斐郡北西部地域医療センター 副センター長)
	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 副管理者 兼 横須賀市立市民病院 副管理者)
	森 玄(練馬光が丘病院薬剤室 主任)
	山田誠史(市立恵那病院 副病院長)

(50音順, 2020.9.1 現在)

編集後記

今月から編集後記を担当させていただきます，医療事業本部 地域看護介護部，地域医療研究所 地域看護研究センターの朝野と申します。どうぞよろしく願いいたします。

今週から，首都圏周囲4県に出ていました新型コロナウイルス感染症の緊急事態宣言が，2週間延長されました。低温・乾燥というようなウイルスが好む季節が過ぎようとしています。そのような季節の中で変異ウイルスが各地で検出されていますが，3月末から4月にかけては人の移動の多い季節になります。この人の移動によるウイルス拡散がなされる前に，ワクチン接種が追いついていくことを願っています。ワクチン接種については，自治体から要請を受けて，患者さんや利用者さん，住民の方々への予防接種の役割を各協会施設が果たすことになり，正に三位一体の活動につながると思います。

今月号の特集は，「標準的在宅医療：在宅医療の担い手を育てる」です。各現場の先生方から，熱い思いも含めての記事となっています。在宅といえば，思い出されるのが数十年前，尿道にカテーテルを留置したままの患者さんを自宅で過ごす支援をしました。このような経験がなく，手探りで行いました。その後，患者さんはお亡くなりになりましたが，母親がボランティア活動へ参加し，妹さんが看護師になりますということを報告に来てくださいました。今は，人工呼吸器が必要な方も在宅で過ごすことができるようになりました。今後も，「その人がその人らしく暮らすとは」を考えながら働いていこうと思います。

朝野春美



月刊地域医学 第35巻第4号(通巻414号) 定価(本体 600円+税)

発行日/2021年4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