

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

7
2024
Vol.38-No.7

【特集】

いろいろな場合での終末期ケア

企画 廣瀬英生 県北西部地域医療センター 国保白鳥病院 病院長

●インタビュー

「ネットワークの基点の病院長として、
広域全体の地域医療を考える。」

廣瀬英生 県北西部地域医療センター 国保白鳥病院 病院長



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

JADECOM 生涯教育 e-Learning

会員向けのContents



生涯教育センター長
富永 真一

地域で活躍する先生方の生涯学習をお手伝いすることを目的に、2017年4月にJADECOM生涯教育センターが新設されました。e-Learningプロジェクトでは、自治医科大学の教員が情熱をもって進めている最新の研究や最新の治療に関する情報をレクチャー形式で解りやすく提供します。このe-Learningプロジェクトは、自治医科大学の長期目標に謳われている15年一貫教育の活動の一つでもあります。

魅力あるコンテンツを提供していきますので、楽しんで学んでください。



構造的な心疾患

(Structural Heart Disease)

「最新カテーテル治療」[前編・後編]

前編 5月1日配信 ▶

後編 6月1日配信 ▶

小船井光太郎先生

東京ベイ・浦安市川医療センター循環器内科 主任部長



東京ベイ・浦安市川医療センターでは、国内で承認されているほぼ全ての心臓カテーテル治療を行っており、非常に多くの治療実績があります。

前編では弁膜症に対するカテーテル治療として、大動脈弁狭窄症に対するTAVIについてと、僧帽弁逆流症に対するMitralClip™システムによる治療についてを、どちらも症例を提示して詳しく解説しています。

後編では、比較的稀な先天性疾患である心房中核欠損症(ASD)と動脈管開存症(PDA)について、カテーテル治療で十分治療可能であることをレクチャーしています。

そして「構造的な心疾患カテーテル治療は、ガイドライン、適応、デバイスの保険償還、施設基準が目まぐるしく変化しており、医療機関の総合力が求められるのではないかと感じているが、循環器診療を専門に行うには欠かせない分野であり、これからもますますの発展が見込まれている」と述べています。

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/>



月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.38—No.7(2024年)

目次

インタビュー

- ネットワークの基点の病院長として、広域全体の地域医療を考える。／廣瀬英生 2

特集 いろいろな場合での終末期ケア

- エディトリアル／廣瀬英生 12
- 腎不全に対する終末期ケア／土屋邦洋 13
- 心不全に対する終末期ケア／小栗光俊 19
- 呼吸不全(呼吸困難)に対する終末期ケア／永井崇之 24
- 消化器癌に対する終末期ケア／早川史広 29
- 独居・高齢世帯に対する終末期ケア／花戸貴司 35
- 施設における終末期ケア／田畑好基 40

原著 第35回 地域保健医療に関する研究助成賞報告論文

- ビスフォスフォネート製剤投与に関する実態調査:単施設前向きパイロット観察研究／
原田 拓・小坂鎮太郎・他 46

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129回“エスカレーターの利用”に関わる事例発生を未然防止する！
－事例の発生状況の“見える化”から検討する今後の取り組み－／石川雅彦 52

報告

- 中国ブロック福祉と医療を語る会 第7回研修会 62

JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- 構造的心疾患「最新カテーテル治療」前編 65

全国の地域からリレーでつなぐ 私の地域医療

- 兵庫県 何でも診られる、患者に寄り添った医師に僕はなりたい。／長谷川貴也 66
- 大阪府 府民に貢献するために～よし、やってみよう！で臨む卒後義務～／米田智樹 70

JADECOMアカデミー NP・NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- NDCとしての第一歩／林 貴靖 74

研修医日記

- 「地域医療のススメ」“台東”での学び／吉村瑞希 76

百聞一見 ～地域の先輩を訪ねて～

- 第3回 地域に愛される医療従事者の姿を見ました／豊永舞花 78

自治医大NOW

- 自治医大「高校生小論文・スピーチ動画コンテスト」地域医療体験プログラムが開催／
法医学解剖により適正な検視業務の推進に協力し感謝状授与 81

報告 越前町型サービス付き高齢者住宅「海土里」落成式 84

お知らせ 85

求人病院紹介 91

投稿要領 98

編集後記 巻末

INTERVIEW

県北西部地域医療センター 国保白鳥病院 病院長
廣瀬英生先生



ネットワークの基点の病院長として、 広域全体の地域医療を考える。

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

地域医療のメッカで、地域医療の面白さを知る

山田隆司(聞き手) 今日とは岐阜県の県北西部地域医療センター国保白鳥病院に廣瀬英生先生を訪問しました。廣瀬先生はこの4月から、後藤忠雄先生の後を継いで国保白鳥病院の病院長に就任されました。先生にはこれまでも地域医療振興協会の岐阜県支部長を担当していただき、また昨秋からこの「月刊地域医学」の編集委員も務めていただいております。岐阜県の卒業生の中心的存在です。本来はもっと早くお話を伺わなくてはいいなかったのですが、やっとその機会を得てやって参りました。今日はいろいろなお話を伺いたいと思います。

早速ですが、先生が卒業されてからここに至

るまでの経歴を簡単に紹介していただけますか。

廣瀬英生 私は自治医科大学を平成13年に卒業しました。24期生です。県立多治見病院で2年間の初期研修を行った後は、まず下呂市の小坂診療所に2年行き、その後下呂温泉病院の循環器に1年行きました。それから高山市の久々野診療所に1年行って、義務年限最後に当時の和良病院に赴任しました。義務年限でいわゆるへき地といわれる下呂市、高山市、郡上市を体験したという感じですね。

山田 下呂温泉病院は後期研修ということですか。

廣瀬 普通のへき地派遣でした。

山田 和良に赴任した時にはもうすぐ義務が明けるという時ですか。

廣瀬 あと1年というところで和良に赴任しました。その時はまだ病院で、半年後に診療所にするということで建設中でした。

山田 そこから後藤先生とのコンビが始まったわけですね。それ以来ここに移る前はずっと和良だったのですか。

廣瀬 そうです。13年和良にいて、最後の4年間は県北西部地域医療センターを立ち上げるために後藤先生がこちらに移られて、私が和良診療所の所長を務めました。それからここに来ました。

山田 地域が本当に長いのですね。結局後期研修はしなかったのですか。

廣瀬 はい。後期研修をすることも考えてはいましたが、当初地域医療というものがあまりよく分からなかったのですが、和良で地域全体をみる医療というものを始めてみて面白いと思い、和良で続けようと思いました。

山田 和良はもともと岐阜県の地域医療のメッカみたいなところでしたからね。私が医学生の際は中野重男先生や校条恒久先生がおられて、まさに和良の地域医療創成期でした。地域活動が盛んで夜の公民館での活動などの話を中野先生に伺った記憶があります。

廣瀬 私が行った頃にも15地区を回って健康の話や和良診療所に対する要望、意見を聞くという会を、2週間に1回ぐらいやっていました。

山田 和良は以前から人口減少が深刻ですよ。

廣瀬 現在年間で大体50人減っています。私が着任したときは2,200人で、私が去る直前には1,500人くらいでした。

山田 若い人にとっては職場もないし、生活そのものが難しい場所ではありますよね。でもその割には卒業生が比較的大勢集まって、後藤先生のリーダーシップのもと地域医療の魂を受け継ぎ、それが原動力になって県北西部地域医療センターという枠組みになったわけですね。

複数の医療機関・医師で広域の地域医療を支える仕組み

山田 県北西部地域医療センターについて教えてください。ただきたいのですが、和良にいた時期にこの白鳥病院から声がかかったのですか。

廣瀬 私が最後の4年ぐらいの時、前年に当時の白鳥病院の院長が退職されました。岐阜大学の医局からは院長職は派遣されず、他の医師も平均年齢が60歳を超える医師が多かったので、その後どうするのか？ということになったのです。一方で、和良は人口減少していましたが、

診療所には医師が3人いて、3人も必要なのか？という話が出ていた時でした。そういう意味ではタイミングが合ったのだと思います。

山田 白鳥病院は郡上八幡からも距離があるし隣には私立の病院もあるので、大学としては国保の病院とはいえ、派遣を維持していくプライオリティが高くなかったということでしょうね。

廣瀬 そうですね。われわれの方では、当時伊左次悟先生が白川診療所に11年くらい頑張っておら

れて、一人診療所だったので365日村から出られないという感じだったのですね。それをどうにかしなくてはということも考えていました。そこで県北西部地域医療センターを平成27年4月に立ち上げることになりました。医療資源が必ずしも十分でない県北西部地域において、郡上市、高山市、白川村の2市1村が基礎自治体の枠組みを超えて、白鳥病院を基幹医療機関として複数の診療所がネットワークを組んで地域の医療を支えていこうという仕組みです。

山田 卒業生が義務年限内を含め円滑に地域医療を継続していく仕組みとして良い形だと思えます。今、その枠組みでどういうところを担っているのですか。

廣瀬 ここ白鳥病院を基点として、常勤としては白川村の国保白川診療所と国保平瀬診療所、高山市の国保莊川診療所、郡上市では国保高鷲診療所、国保和良診療所、国保和良歯科診療所、和良介護老人保健施設、小川出張診療所、非常勤ですが国保小那比診療所、国保石徹診療所に行っています。

山田 医師確保が大変な地域に対して人材を結び付けて地域医療を守っていこうということで機能しているわけですね。しかしその中心たる白鳥病院も含め、人口基盤、あるいは医療ニーズが発展的に増えていくとは思えず、担当している全ての地域を合わせても対象人口が急激に減っていくと思われます。診療所が出張診療所になり、巡回になり、病院が診療所化され、有床診療所が無床になりというような傾向がこの先も増えてくることが予想されますよね。その辺りはいかがですか。

廣瀬 私が和良診療所にいるときに2つのことをし

ました。1つが無床化です。正確にいうと休床ですが、入院をやめました。ベッドは8床あったのですが、在院ベッドは大体2床で、誰も入院していない日が年間80日ありました。ベッドを持っていると夜勤と日勤看護師2人の配置が必要なため、入院の継続は難しいと考えました。2つめは自分が去るときに時間外診療をやめました。代わりにこのセンター化の仕組みを使って、往診患者、訪問診療患者は白鳥病院から行くことで、看取りもできる体制にしました。

山田 センター全員として医師は何人で対応しているのですか。

廣瀬 白鳥病院に今12人、白川、莊川、高鷲、和良に1人ずつなので、16人です。

山田 全員自治医大の卒業生ですか。

廣瀬 白鳥の12人の中で卒業生は9人で、義務年限もいますし義務明けの人もいます。

山田 卒業生以外の3人は総合診療専門プログラムの専攻医ですか。

廣瀬 専攻医と修了者もいます。

山田 なるほど。16人の若いドクターが、こういった地域で貢献してくれているというのは大きな財産ですね。

廣瀬 そう思います。義務年限で白鳥や和良で働いた後「この地域いいよね」と戻ってきてくれた人が3、4人います。そういう意味では地域医療の良さは伝わっているのではないかと感じています。

山田 専門診療科の医師の集まりではおそらく維持していくのも大変だと思いますが、全員が総合診療医だから、お互いに診療所の代診もできるし、遠隔医療や在宅診療などを駆使しながら機能しているという感じですね。

地域のヘルスプロモーションの取り組み

山田 先生は卒業してからの24年間で、自分として一番重要だと思ってやってきたことはなんですか。

廣瀬 和良でヘルスプロモーションに取り組んだことです。「まめなかな和良21プラン」は、和良地域の保健医療福祉関係の計画を包括し、赤ちゃんから高齢者までを対象としたトータルライフの地域づくりを目指した計画で、後藤先生が立ち上げられたのですが、5年目の中間調査から私も携わり、10年目から私が中心となって担当しました。診療所に来ない人も含めて地域の健康づくりをどうしていくかというのは、地域医療の面白さだと。またその功績の影響か、平成30年には第5回やぶ医者大賞もいただきました。

今、白鳥病院でも同じようなことをやりたいと考えていて、ここも10年経って総合診療については院内で理解が深まったのですが、地域の外に出て住民とタイアップして活動するという部分はまだまだ弱いと思うので、今後そういう展開をしたいと思っています。

具体的には2つあって、1つ目がセンタープロジェクトと称して、8つのチームに分かれて各地区へ行き、住民と一緒に健康づくりをするという活動を昨年からは始めていて好評をいただいています。もう1つは、この病院のリハビリ棟が空いているので、その3階を活用して住民に開けたカフェコーナーにし、認知症カフェや市民公開講座などを定期的を開催する活動を計画中です。

山田 和良ではこれまでの取り組みや下地もあり、



「第5回 やぶ医者大賞」盾

住民の理解もあるので地域展開がやりやすく、十分に貢献できてきたわけですね。今度は先生たちがネットワークを組んでいる地域全体を対象に、各診療所をキーステーションにして地域活動を行う。また基点となるこの病院では認知症カフェなど、住民に開かれた場をつくっていいこうというのは、良い取り組みですね。

廣瀬 ありがとうございます。和良は中野先生時代からの文化もあったので、住民の健康意識が高く、こちらの活動がスムーズなところもありました。郡上市でも和良の「まめなかな和良21プラン」をモデルにして、郡上市健康福祉推進計画職員推進Gチームが中心となって健康推進計画を進めています。

山田 そうですね。われわれは地域医療を任されている中で、地域医療の質を上げるために福祉サービスや保健予防活動などにも取り組みますが、地域行政側の医療に関する認識やその重み付け、取り組みが合体してこないと、なかなか改善につながらない気がします。

廣瀬 難しいですね。

山田 広域行政だから仕方のない部分でもあるとは思いますが。

岐阜県のネットワークを



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

山田 ここで卒業生が束になって質の高い医療を支えているというのは、素晴らしいし自慢できることだと思うので、ここだけにとどまらず岐阜県全県的に自治医大卒業生の仕組みをつくっていきけるように、県人会などを通じて岐阜県の結束を強くしてほしいですね。

廣瀬 県人会も声をかけているのですが、なかなか同じメンバーの集まりになってしまいがちなのですよね。

山田 学生のうちから働きかけるのも効果がある気がします。学生はまだまだ真っさらなはずなので、自治医大の枠組みで働いていれば卒後のキャリア形成まで安心だということをしっかりと伝えたいですね。

廣瀬 おっしゃる通りですね。キャリアパスが見え

ていないというのも地域医療のウィークポイントなので、今回後藤先生が教授になられたとか、地域で長く活躍された山田先生が東京の病院の院長をされて、新たな場で地域医療を支える活動をしている、というのが見えるというのは大きいと思います。ただ最近は地域医療ではなく、専門診療科に進みたいという学生も多いですね。

山田 学生や初期研修中の先生たちには、義務年限内に地域で総合診療的な医療を経験することで一段と臨床のレベルが上がるのだということを知ってほしいと思います。みんな臨床医になるわけで、例えば極めて先端的な専門医療を目指す人であっても、やはり人を診るわけですよね。コミュニケーション能力やプロフェッショナルリズムなど臨床医としての基本的な実力を身に付けるためには9年間の経験というのはかけがえないものだと思います。その9年間をもう少しうまくアレンジして提示することで、対外的に高校生にも医学生にも理解しやすくなるのではないかと思います。

廣瀬 私の雑多な観察だと、義務年限が終わってから専門医として活躍されている人は、意外とへき地で頑張っていた人が多いのですよね。

山田 圧倒的にそうだと私も思っています。9年間の義務年限は、本来自治医大の一番魅力的なところとなり得るはずですが。

自治医大地域医療学への期待

廣瀬 一方で、各県に地域枠の学生が増えて自治医大の独自性のようなものが伝えにくくなり、本学も苦勞していると聞いています。自治医大が地域医療に果たした貢献というのは本当に大きいと思っています。今、地域枠の卒業生が地域にいるかという、岐阜県にはあまりいないのですね。

山田 岐阜県だけでなく全国的にも少ないですよ。地域枠は医師の定員枠を増やしましたが、その人たちが地域で自治医大が果たしたような役割を担っているかという、それは現状ではまだまだ限られていると思います。

そういった意味で自治医大は全国の地域医療をリードする大学であってほしいと思います。今回後藤先生が自治医大地域医療学センターの教授に就任されたことには、とても期待しています。後藤先生と私は五十嵐正紘先生が地域医療学教授として自治医大におられた頃、共に学んだ経験があります。ぜひ後藤先生には郡上で得たものに加え、全国の卒業生の地域医療の実績を集積して、研究や教育につなげてほしいと思います。

自治医大というへき地医療を解消するという明確な目的を持った大学ができたというのは良かったし、卒業生が与えられた義務をしっかりと果たし一定の貢献ができたことも良かったと思います。しかしそこから先が重要で、われわれが与えられた地域を守ることだけに留まらず、これまで培った経験、叡智を活用していかないと、自治医大の今後の展望が開けてこないのではないかと考えています。

廣瀬 「地域医療」については一般化するという作業もまだ足りないと思っています。

山田 先生は後藤先生と一緒に和良にいるときから研究を続けていますよね。地域医療についての研究はフィールドをベースにすることが重要で、研究のための研究になってしまったら地域医療学ではなくなってしまいます。先生がこれまで和良で続けてきた研究を今後も展開してほしいと思いますし、さらに後藤先生とも協力してそれを全県的、あるいは全国的に広げていってほしいと思います。

廣瀬 ありがとうございます。

今後の展望

山田 先生ご自身は、今後はどんな展開を考えていますか。

廣瀬 やはり継続性が重要だと思うのですね。後藤先生のような偉大な先輩がいても、そのあと継続しなければ意味がないので、そういうところを郡上市で展開していきたいと思っています。先ほどの「まめなかな和良21プラン」も、確かに後藤先生がつくられたけれど、その後私が10年ぐらい受け継いで、私の後の渡邊駿先生がしっかり5年やって、今は堀翔大先生がやっているのですよね。先生が作られた揖斐郡北西部地域医療センターも、先生の後には吉村学先生がいらっしゃって、その後は横田修一先生がしっかりやられていますので、そういう継続性ができるようなモデルが岐阜県の中で増えていけばいいと思っています。地域医療は居場所がないことも問題になりますが、そういう形で場もつくっていかねばと思います。

山田 それぞれできた枠組みを、今後も別々にやるのではなく岐阜県として一つの土俵で展開していきたいですね。それぞれの地域を長年頑張っで守っても、人口減少でどんどん縮小していくというのでは希望がなくなってしまう。限られた人材をパフォーマンスよく動かしていくことが必要で、県内の卒業生の結びつきを強くして、ここでできた仕組みをさらに県内の別の地域に活用したり、協会のネットワークである揖斐や恵那地域とも協同して、自治医大卒業生の岐阜県版ネットワークができたらいいのではないかと思います。その架け橋を廣瀬先生に期待したいですね。

廣瀬 卒業生の力を結集していけるように頑張りたいと思います。

山田 協会では令和3年度に総務省が創設した公立病院医療提供体制確保支援事業に関わっていますが、各県では公立病院を維持することが難しくなっている自治体が少なくなく、地元大学の医局も派遣が困難になっているという状況があります。そういう時に自治医大卒業生にもチャンスがあるわけで、卒業生が時には県を超えてリソースとして有効に動けるような戦略があれば、それこそ居場所をつくるチャンスにつながると思います。

最後になりましたが、今義務年限内でいろいろ悩みを抱えながら地域で頑張っている後輩たちにエールをお願いします。

廣瀬 私は地域医療に20年近く従事してきましたが、地域医療というのは「助ける」といったイメージがあると思うのですが、そうではなくて、地域医療って面白いのです。外科をやるとか、循環器をやるのと同じぐらい地域医療はお面白いと思います。せっかく地域で働く間に、ぜひその面白さを味わっていただきたいと思います。きっと専門家になっても役立ちますし、地域医療を思い続けるきっかけになると思います。ぜひ頑張ってください。

山田 義務としての地域派遣は苦しいことも多いかもしれないけれど、地域医療を体験する、感じる、味わうという意味からはまたとないチャンスだと思いますので、ぜひ先生の言われるように、地域を楽しんでほしいと思います。

廣瀬先生、今日はありがとうございました。

廣瀬英生(ひろせ ひでお)先生 プロフィール

岐阜市出身。2001年自治医科大学卒業。岐阜県立多治見病院で初期研修。下呂市立小坂診療所、岐阜県立下呂温泉病院、高山市国保久々野診療所、郡上市国保和良病院(現・県北西部地域医療センター 国保和良診療所)勤務を経て、2020年県北西部地域医療センター 白鳥病院に着任。2024年より病院長に就任し、現在に至る。2018年、兵庫県養父(やぶ)市が主催する「第5回 やぶ医者大賞」を受賞。

**●廣瀬先生インタビューを見る**

<https://www.youtube.com/watch?v=fi7El4cVQ2I>



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.jp

いろいろな場合での終末期ケア

企画：県北西部地域医療センター 国保白鳥病院 病院長 廣瀬英生

特集

-
- エディトリアル
 - 腎不全に対する終末期ケア
 - 心不全に対する終末期ケア
 - 呼吸不全(呼吸困難)に対する終末期ケア
 - 消化器癌に対する終末期ケア
 - 独居・高齢世帯に対する終末期ケア
 - 施設における終末期ケア
-

エディトリアル

県北西部地域医療センター 国保白鳥病院 病院長 廣瀬英生

令和5年度には過去最多である死亡数159万人と多死社会を迎える中、いわゆる超高齢者や終末期の患者に対して、どこまで積極的な治療を行うか、苦痛なく最期を看取るかは医療全体の問題として重要である。

ただ、死の前にはなんらかの死に至る原因疾患(腎不全、心不全、呼吸不全、悪性腫瘍など)を通過する場合が通常であり、それぞれの疾患、病状、社会的背景に対して、どこまで治療すべきかということに関して多くの臨床医が困っていることと思われる。また、施設、在宅といった看取りの場所によっても対応方法は変わっていくと考えられる。

一方で、医学の発展に伴いさまざまな治療が登場し、積極的な治療、侵襲的な治療を行うことにより、いわゆる“延命”を果たすことも一部では可能になってきた。こういった選択肢があることは喜ばしい反面、さらに臨床医を悩ませることとなる。また、こういった積極的な医療はしばしば高額になる傾向にあり、医療費をはじめとした社会保障費の逼迫も考慮するといわゆる高齢者に、過度の治療は慎み、本人の苦痛を最小限にしつつ、過剰な医療を避けることが肝心である。

今回の特集号では、腎不全、心不全、呼吸不全、消化器癌といった病態に応じた終末期のケア、超高齢者に対して、透析を適応すべきか、繰り返す心不全に対してどこまで治療を続けるかについてお困りになったことは一度や二度ではないと思われる。さらに、独居・高齢者世帯に対する終末期ケア、施設における終末期ケアといったシチュエーションに応じた終末期ケアについても今後は検討すべき課題と思われる。それぞれの治療・病態を専門医に、そのたびごとに受診することは医療者側、患者および家族にとっても負担の増大につながる。そもそも、超高齢者において、侵襲的な治療を積極的にやることにはやや疑問も感じる。

2018年の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」によると、7割の方が人生の最期は、「住み慣れた自宅」を希望しているが、2021年人口動態調査では、実際に自宅で亡くなる方の割合は17%であり、66%の方は病院で亡くなっており、希望と現実に大きなギャップのあることが分かる。多くの地域医療医にとって、終末期の患者の苦痛を緩和し、在宅看取りを行うことは腕の見せどころである。あらゆる状態の終末期に対しての対応方法を知っておくことも穏やかな看取りを迎えるために必要なことと考える。

この特集号をお読みいただき、少しでも臨床医の皆さまの終末期への治療の苦悩を軽減できれば幸いである。

●編集委員会のメンバー廣瀬英生先生からのコメントです

<https://www.youtube.com/watch?v=pGXBeDmraN4>



腎不全に対する終末期ケア

いろは在宅ケアクリニック 院長 土屋邦洋

抄録

慢性腎臓病患者で腎代替療法を見合わせた場合や終了した場合、その患者の予後は短い。腎不全の終末期をどこでどのように療養するかを患者本人や家族と医療ケアチームで話し合い、十分なアドバンス・ケア・プランニングを行うことは必須である。腎不全終末期患者には疼痛や嘔気・嘔吐、抑うつなどのさまざまな身体、精神症状が出現する。これらに対して薬物療法および非薬物療法によって適切にマネジメントを行う。自宅で療養することを選択し、看取りまで行う場合には、保険診療および介護保険のルールを熟知し、訪問看護やケアマネジャーら多職種と連携し在宅緩和ケアを提供してゆくことが肝要である。

はじめに

慢性腎臓病(chronic kidney disease: CKD)患者の予後は腎代替療法を行うかどうかで大きく異なる。腎代替療法のうち血液透析を行った場合、5年生存率は約60%とされ、死亡数は年間3万人を超えている。死亡原因は心不全、感染症、悪性腫瘍の順である¹⁾。

一方で腎代替療法を行わない方針とした場合、eGFRが7~19mL/min/1.73m²未満の患者で、基礎疾患や年齢にもよるが予後は1~41ヵ月といわれている。また、透析の中止を行った場合、約1週間から10日前後で死に至るとされ、腎代替療法を見合わせた患者と比較しても極めて予後不良である²⁾。

緩和ケアとは、“生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し、的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを

通して向上させるアプローチ”であると定義され、これらすべての人々に受ける権利を有する。がん以外にも、心血管疾患や慢性閉塞性肺疾患、そして今回取り上げる腎不全も緩和ケアを必要とする疾患として挙げられている。

腎不全末期患者の緩和ケアや看取りについては、腎機能低下のため使用できる薬剤に制限があり、十分な対応が困難なことも少なくない。また、腎代替療法を行うかどうか、行っている場合でも中止するか否か、という生命に直結する選択を迫られることもある。医療提供者は患者や家族の意思決定をサポートするため、多職種で連携した体制を整えてゆくことが求められる。

腎不全患者の意思決定支援、 アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning: APC)

日本透析医学会が2020年に透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言を公

表した。この中では腎代替療法を差し控えるあるいは終了する、保存的腎臓療法 (conservative kidney management: CKM) の概念が盛り込まれた³⁾。CKMは積極的な症状管理、QOLの維持を目的として終末期腎不全の悪化を遅らせる介入を行ってゆくことを指す。CKMでも比較的長期間の予後が見込まれることが少なくなく、高齢者では血液透析群とCKM群で生命予後に差がみられず、QOLの面ではCKM群がすぐれているなどの報告もなされている⁴⁾。

このCKMの中でもACPが重要とされている。ACPは将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスである。事前の指示を作成することが目的ではなく、患者本人の価値観や希望を明確にし、それらを本人と家族、医療者や支援者などの多職種ケアチームで理解し共有してゆくことが目的である。何度も話し合いが必要であり、また途中で思いが変わることも受け入れてゆく。

具体的には、これまでの生き方で大切にしてきたことはどのようなことであり、今後どのように生活してゆきたいか、誰とどこでどのように過ごしてゆきたいか、自分が意思を伝えられなくなった時に代わりに意思決定をしてもらいたいのは誰か、これらのことを決めてゆくのがACPである。腎代替療法を行うかどうかは、患者本人の生き方・希望に沿ったものであるかどうかで決まり、決定に至るまでのプロセスを共有することでケアスタッフも支援が容易になる。

また医療者としては、この際に正しい情報をチーム内に共有することが求められる。腎代替療法を選択することで得られるメリットやデメリット、選択しないことで予後がどう予想されるのか、今後起こりうる症状はどのようなもので、それを解決するためにどのような介入ができるのか、正確な情報を伝え、患者を支えるチームの一員として医療者も意思決定を積極的に支援してゆく姿勢が求められる。

これらについて、ウェブサイトから利用できる支援ツールも存在する⁵⁾。多職種カンファレンスやサービス担当者会議の際には参考にするとよい。

腎不全の終末期に起こる 症状とそのケア

1. 疼痛

疼痛は腎不全患者に比較的良好にみられる症状であり、腎代替療法を見合わせた場合約40%の患者に痛みが発生するという報告もある。痛みの原因としては、長期透析患者にみられるアミロイドーシス等CKD患者特有なものもあるが、主には一般高齢者と同様の変形性関節症等の整形外科的な疼痛や、糖尿病性神経症のような末梢神経障害によるものが多い。治療としてNSAIDsは腎血流量を低下させ、更なる腎機能低下を引き起こすため使用できず、アセトアミノフェンを一般的に用いることが多い。アセトアミノフェンも高度の腎機能障害では蓄積の可能性があるため注意は必要である。COX-2選択性の高いNSAIDsについても腎障害を軽減する作用はなく、COX選択性のない薬剤と同様注意を要する。

神経障害性疼痛で用いられる、プレガバリンやガバペンチンなどのガバペンチノイドは腎不全患者でも使用可能である。腎機能により投与量の減量や、投与間隔の延長が必要となっているため、調整して少量から用いる。

悪性腫瘍を合併した腎不全患者、もしくは悪性腫瘍のため腎代替療法を見合わせたり終了したりする患者に対してはオピオイドの使用が検討される。

モルヒネは、腎不全では代謝産物であるmorphine-6-glucuronide (M6G) の蓄積が問題となり呼吸抑制や意識レベルの低下の原因となる。高度腎機能障害ではモルヒネは使用すべきでないと日本緩和医療学会のガイドラインでも位置づけられている⁶⁾。

第一選択として挙げられる薬剤はフェンタニルである。フェンタニルは腎不全患者でも減量の必要はなく比較的安全に使用できる。フェンタニルはがん性疼痛に対してこれまでは他のオピオイドからの変更による使用が原則であったが、2020年以降はフェンタニルでの導入も認められるようになった。ベースとして用いる薬剤

は貼付剤であり、レスキューとして頬粘膜吸収錠や舌下錠がある。

またフェンタニル貼付剤は慢性疼痛にも適応がある。e-Learningによる受講が処方医に求められるが、アセトアミノフェンで疼痛管理が不十分な慢性疼痛を有する腎不全患者にも使用できる。

2. 嘔気・嘔吐

嘔気・嘔吐は尿毒症症状の一つとして高頻度で出現する。また腎不全の原因疾患として多く見られる糖尿病による自律神経障害から腸蠕動が低下し腹部膨満などによっても起こる。また治療薬剤や水分制限などにより便秘が多くみられ、これによる症状としても現れる。このほか高カルシウム血症の可能性も考慮に入れる。

治療については、原因によって大きく異なってくるが、便秘や腸蠕動低下が考えられる場合は排便コントロールが必要となる。緩下剤としてよく使用される酸化マグネシウムは腎不全患者には高マグネシウム血症のリスクが高いため使用しづらい。一方で刺激性下剤の使用では、下痢のリスクなど排便コントロールが難しくなる。特に終末期の腎不全患者で自宅療養の場合には介護者の負担が非常に大きくなる。ポリエチレングリコール製剤や、エロベキシバット、ルビプロストンなど比較的新しい緩下剤が腎不全患者にも使用しやすい。

嘔気・嘔吐の場合にはまずは制吐剤が使用される。メトクロプラミドが用いられるが、腎不全患者では50%減量から開始が推奨されており1回5mgから使用してゆく。尿毒症由来や高カルシウム血症での嘔気は化学受容体トリガーゾーン(CTZ)の刺激によるものであり、ドーパミンD₂受容体拮抗薬であるオランザピンを少量から使用してゆくことが効果的とされる。

また非薬物療法として食事内容や摂り方の見直しを行う。一般的に消化が良くさっぱりとした口当たりのものを選び、一度の摂取量を控えるに、数回に分けて食べるようにすることが良いとされる。口腔内の乾燥や炎症、口腔内カンジダ等の感染も多く、こまめな口腔ケアを行う

必要もある。終末期患者では、もともと摂取量が減少することもあり過度の食事制限は不要である。最期まで食事が楽しみの時間であるよう看護師、管理栄養士や言語聴覚士、歯科医・歯科衛生士とも連携して支援してゆくことが重要である。

3. かゆみ

かゆみは腎不全患者に非常に多くみられる。尿毒症症状の一つとして出現する皮膚掻痒症や皮膚の乾燥等のスキントラブルが要因となる。ドライスキンを伴った皮膚掻痒症などには保湿剤などの使用によるスキンケアが有用である⁷⁾。一般的にかゆみに対して使用される抗ヒスタミン薬はほとんど効果が認められず推奨度は弱い。またステロイド外用薬については湿疹病変がある場合には使用されるが、皮膚症状を伴わない皮膚掻痒感に対しての効果は不定であり、エビデンスレベルの高い報告はない。内服治療としては透析患者にはナルフラフィンが用いられる。これはかゆみの原因と考えられるオピオイドμ受容体に拮抗することでかゆみを抑制するとされる。しかしこれは腎代替療法を選択しない場合には適応はない。

4. 不眠

腎不全患者における不眠は、腎不全による睡眠覚醒リズムを支配するメラトニンなどのホルモン分泌障害が起こることなどが推測される。また貧血や掻痒感、副甲状腺機能障害なども不眠に関連するリスクとされている。掻痒の治療に対して用いられるナルフラフィンの副作用としても報告がある。

治療としては上述のとおりメラトニン分泌障害が腎不全患者では存在するため、メラトニン受容体作動薬のラメルテオンがある。腎不全患者でも用量の調整が不要であり用いやすい。オレキシン受容体拮抗薬のスボレキサントやレンボレキサントも同様に腎不全患者にも使用でき、添付文書上は用量調節の必要性は記載されていないが、血中濃度が高くなる傾向があり、低用量から使用してゆく。ベンゾジアゼピン系

表1 腎不全終末期患者の緩和ケアに用いる薬剤例

	一般名	主な商品名	1回使用量	方法	腎不全時の調整
疼痛	アセトアミノフェン	カロナール	400～600mg	頓用もしくは1日3～4回	
	ブレガバリン	リリカ	初期量1回75mg 1日300mgまで漸増	1日2回	初期量1回25mg 維持量1回25～75mg
	フェンタニル	フェントステープ	0.5mgから漸増	1日1回	
嘔気・嘔吐 (便秘)	メトクロプラミド	プリンペラン	5～10mg	1日2～3回	1日1～15mgを分1～2
	オランザピン	ジブレキサ	5～10mg	1日1回	
	エロピキシバット	グーフイス	10～15mg	1日1回	
不眠 (RLS)	ラメルテオン	ロゼレム	8mg	1日1回	
	ロチゴチン	ニュープロパッチ	初期量2.25mg 維持量4.5～6.75mg	1日1回	
不安・抑うつ	セルトラリン	ジェイゾロフト	25～100mg	1日1回	
	ミルタザピン	リフレックス レメロン	初期量15mg 維持量15～30mg	1日1回	半量以下に減量
倦怠感	アルプラゾラム	ソラナックス コンスタン	0.4～2.4mg	1日1～3回	
	ミダゾラム	ドルミカム	0.03～0.18mg/kg/h	持続静脈内投与	

睡眠薬については肝代謝の薬剤が多く使用は可能であるが、一般的な高齢者と同様に転倒や認知機能障害等、依存などのリスクがあり少量・短期での使用にとどめることが望ましい。

レストレスレッグス症候群 (restless legs syndrome: RLS) も腎不全患者にみられる症状の一つで、不眠の原因となる。透析患者のうち20%にみられるという報告もあり、中枢性ドーパミン神経系の機能障害や貧血などの関連が指摘されている。

RLSの治療についてはドーパミン作動薬のうち、ロチゴチンの貼付剤は常用量の使用が可能である。プラミペキソールは腎排泄薬剤であり減量が必要である。またクロナゼパムを使用することもある。

5. 不安・抑うつ

腎不全患者は尿毒症をはじめ、高カルシウム血症、糖尿病、低アルブミン血症などうつ状態を引き起こす要因を多く持つ。また透析の見合わせや終了となった場合には死を強く意識するため、不安や抑うつ状態に駆られることは容易に想像できる。

心理的なケアは患者本人、家族、医療介護スタッフが良好で共感的な療養環境を作り上げることが第一である。また疼痛や嘔吐などの身体的緩和ケアを十分に行之、自覚症状を改善する

ことが患者の精神面の安定につながる。

薬物療法については抗うつ剤を用いることが多い。ベンゾジアゼピン系抗不安薬はせん妄のリスクを上昇させるため極力控える。抗うつ剤はセルトラリンやフルボキサミンなどの選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) は腎不全患者でも減量せず用いることができる。選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI) のデュロキセチンやノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬 (NaSSA) のミルタザピンなどは腎不全においてクリアランスが低下するとされ、減量が必要である。

6. 倦怠感

腎不全終末期患者において倦怠感はほぼ必発であり、尿毒症の症状としてまた低栄養、全身状態の低下により起こる。倦怠感は腎不全患者のみならずいずれの終末期にも出現する症状であり、緩和ケアの対象となる症状である。悪性腫瘍終末期等にはステロイドを使用することがあるが、腎不全終末期の倦怠感に対する効果は不明である。

倦怠感の症状緩和としてベンゾジアゼピン系薬剤を使用することが多い。大半の抗不安薬は肝代謝であり腎機能の影響を受けにくい。一方で筋弛緩作用や呼吸抑制等の有害事象に注意が

必要である⁸⁾。予後が週単位以下と想定された状態での耐え難い苦痛に対しては、本人や家族、医療・介護ケアチームで十分な話し合いを行った上で、ミダゾラム等での持続的な鎮静も検討する。

各症状について使用する薬剤を表1にまとめて示す。

自宅で腎不全終末期患者を看取る

腎不全患者の看取りを自宅で行う際に、どのようなことを行ってゆくかを実際の症例を用いて紹介する。

症例

患者：78歳、男性。内縁関係の女性と二人暮らし。糖尿病性腎症のため8年前より血液透析を行っている。直近2年で心不全および誤嚥性肺炎のため4回入院歴あり。今回、透析中に発熱および呼吸困難感が出現し、誤嚥性肺炎と診断され入院となった。治療により肺炎は改善したがADLが低下し、経口摂取は可能だが摂取量は減少している。吸痰処置が1日数回必要な状態となった。現状を本人に説明したところ透析の継続を中止し自宅での生活を希望した。同居人も了承し、看取りを含めた在宅緩和ケアを行うことになった。

在宅移行：予後が1週間以下と予想されたため退院前のカンファレンス(退院時共同指導)は行わず、病院の主治医と電話にて情報共有を行い、翌日に退院することとなった。退院日に自宅に往診を予定し、併せて訪問看護師、ケアマネジャー、訪問介護士、福祉用具貸与事業者にも声をかけて同日サービス担当者会議を自宅にて開催した。ここで改めてACPを行い全員で二人の時間を穏やかに過ごせるようにすることを一番の希望として共有し、自宅での看取りを行ってゆくことを再確認した。また以下のような介入を計画した。

- ・事前の情報になかった褥瘡を認めたため、マットレスを体圧分散能力の高いエアマットに変更した。

- ・左足趾に黒色の壊死が出現しており、一部に排膿を認めた。
 - ・糖尿病治療薬や高血圧症治療薬などの内服が困難となっており、不眠治療のラメルテオンを除き定期内服薬をすべて中止した。
 - ・労作時の呼吸困難感があり、経皮的酸素飽和度(SpO₂)の低下を認め、在宅酸素を導入した。
 - ・訪問看護による連日の処置および状態観察が必要と判断し、特別訪問看護指示書を発行した。
 - ・入浴の希望があり、訪問入浴事業所に手配を依頼した。
 - ・緊急連絡先を共有し、患者からのファーストコールを訪問看護ステーションに一本化した。
- 在宅での経過：定期的には週2回の訪問診療を予定し、緊急時には適宜往診を行う計画とした。自宅生活では呼吸困難感や嘔気・嘔吐の訴えはなく、精神状態も安定していたが、左足の壊死が悪化し強い疼痛が出現した。アセトアミノフェンを適宜内服することとした。退院後14日経過し、傾眠傾向であったがバイタルサインは比較的安定していた。一方で覚醒時には体液貯留による心不全と考えられる呼吸困難感や浮腫が出現し、また夜間せん妄がみられるようになった。再びケアスタッフと会議を行い、予後が極めて短い状態であることを共有し、心不全症状に対して塩酸モルヒネの持続投与での症状ケアを行うことを提案した。患者・同居人にも同意を得て、退院後16日目から使用開始した。使用後強い苦痛を訴えることなく18日目に呼吸停止となった。

さいごに

自宅での腎不全終末期の看取りは原則的には悪性腫瘍などと大きく変わりなく、多職種で協働し症状の変化を早期に共有し迅速に対応することが必要である。本人や家族が不安にさらされ続けられないよう、心強い伴走者としてのチームづくりが重要である。

一方で非がん特有の課題もある。悪性腫瘍終末期患者に対する訪問看護は医療保険が適用されるため、訪問回数に制限がなく介入できるが、

腎不全や心不全・呼吸不全では、原則介護保険利用になる。このため介護度に応じてほかの介護サービスとの合算で限度額が決定されるため、看護師を手厚く入れるとほかのサービスの利用が難しくなる。このため、一時的に医療保険に切り替える特別訪問看護指示を適切に使用する必要がある。

また、オピオイド製剤の使用が保険診療で認められづらい点がある。これは2024年6月から緩和ケアを要する心不全または呼吸器疾患の末期の患者にも在宅で注射による医療用麻薬の投与を用いた治療が保険診療で認められることとなった。緩和ケアの幅が広がったが、腎不全だけでは現状は認められておらず注意が必要である。これらの在宅医療のルールを確実に理解した上で最大限に利用し、穏やかな自宅での終末期ケアが行われることを望む。

参考文献

- 1) 日本透析医学会統計調査委員会: わが国の慢性透析療法の現況. 日本透析医学会, 2020.
- 2) Cohen LM, et al: Dialysis discontinuation and palliative care. Am J Kidney Dis 2000; 36(1): 140-144.
- 3) 日本透析医学会血液透析療法ガイドライン作成ワーキンググループ: 維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言. 日本透析医学会雑誌 2014; 47(5): 269-285.
- 4) Verberne WR, et al: Value-based evaluation of dialysis versus conservative care in older patients with advanced chronic kidney disease: a cohort study. BMC Nephrology 2005; 19: 205.
- 5) 臨床倫理プロジェクト. “高齢腎不全患者に対応する医療・ケア従事者のための意思決定支援ツール”. 東京大学, 2022. <https://www.lu-tokyo.ac.jp/dls/cleth/tool.html> (accessed 2024 Apr 25)
- 6) 日本緩和医療学会ガイドライン統括委員会: がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2020年度版. 日本緩和医療学会, 2020.
- 7) Chatterjee S, et al: Emollient and antipruritic effect of Itch cream in dermatological disorders: randomized controlled trial. Indian J Pharmacol 2005; 37: 253-254.
- 8) 村竹辰之, 他: 腎障害時の向精神薬投与計画. 臨床精神薬理 1999; 2(3): 239-246.

心不全に対する終末期ケア

春日井市民病院 副院長・循環器内科 主任部長 小栗光俊

抄録

心不全パンデミックが到来し、一部の医師や病院だけで心不全患者を管理できなくなっている。院内多職種連携と地域連携を進めて、皆で心不全を診る体制作りが必要と盛んに言われる。しかし、言うは易しであり、体制づくりは勝手には進んではいけない。今回のテーマの「心不全の終末期ケア」を実践するためには、その対象や方法を考えるだけでなく、その段階に至る過程と実践するための連携体制も必要になってくることから、簡単なものではないと考える。これらの点について、一般市中病院の循環器医の立場から意見を述べさせていただく。

はじめに

近年、心不全パンデミックと言われているように、我が国では高齢化が進み、心不全患者が急増してきている。現在の心不全患者は120万人であるが、2035年には約132万人まで増えると予測されている¹⁾。心不全で入院治療を受けた患者は、退院できたとしても残念ながら身体機能は元の状態に戻らない。そのため、心不全患者は一部のがん患者よりも予後が悪いと報告されている²⁾。また、新規に心不全を発症する患者が増えているだけでなく、心不全が再び悪くなって再入院を要する患者が多いことが問題になっている。心不全が悪化すると、筋力低下や栄養状態が悪くなり、どんどん厳しい状態に向かっていってしまう。

その上、心不全患者は多様性に富んでいることから、一人として同じ患者はいない。心不全の基礎疾患や併存疾患はさまざまであり、社会状況や身体能力も異なっている。そのため、多

職種が連携して多面的に診療し、管理していく体制づくりが求められる。

心不全について知ってもらう

心不全とは、“心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気”であると定義されている³⁾。患者・家族には受け入れがたいことであるが、心不全患者のほとんどは治らない。しかし、心不全症状の多くは抗うつ血治療が奏功すると速やかに改善が得られるため、「治った、ありがとう」と言って退院していく患者が少なくない。私たちは「心不全の病みの軌跡」(図1)を病棟入口に掲げているが、状態安定後では入院当初の苦しさがすでに喉元を通り過ぎてしまっているためか、自身の現在地をなかなか受け入れてもらえない印象を受ける。特に、虚血性心疾患に対する経皮的冠インターベンション、不整脈に対するカテーテルアブレーション、徐脈性不整脈に対



図1 心不全の病みの軌跡

する永久型ペースメーカ植込みなど、基礎疾患に対する治療を受けた心不全患者が「心不全も治った」と勘違いしてしまうことが多いと感じる。心不全の各病期に沿った評価や治療を適切に遂行するためには患者・家族の協力が必要であり、私たち医療者と患者・家族が心不全に対する認識を同じにする必要がある。心不全とはどのようなものか、継続して対峙していかなければならない、などということから教育・指導する必要がある。

こうした認識の相違は、私たち医療職間にも存在している可能性がある。入院を要する心不全患者の急性期予後リスク評価には、血圧、ナトリウム利尿ペプチド、左室駆出率など簡便なものから、ADHERE risk model⁹⁾など複数因子で評価する指標がある。しかし、心不全診療が多忙なためか、あるいは心不全専門スタッフがほとんど存在していないために、これらの個別的な予後評価を加えての患者教育・指導は困難なことが多いと考える。

心不全多職種チーム医療の時代へ

2021年3月に策定された「脳卒中と循環器病克服第二次5ヵ年計画」では、急性期から慢性期までのシームレスな診療体制を充実させることや、専門医だけでなくメディカルスタッフを育成してチーム医療を推進することなどが提言されている⁹⁾。心不全センター設立や委員会設置といったハード面での整備だけでなく、ソフト面の充実が必要とされる。病院やクリニック内

での多職種チーム連携の構築は、顔を合わせて協働しているメンバー同士であるので進みやすいと考える。一方で、院外で多職種チーム連携して心不全患者の診療を行っていく体制づくりは、簡単ではないと考える。日本循環器学会が行ったアンケートによると、病院勤務の循環器医と非循環器の一般医家とでは、ナトリウム利尿ペプチドや左室駆出率といった心不全患者の予後に関する情報への関心に差があると報告された⁹⁾。また、入院患者が地域に戻っていく際の情報伝達のために退院前カンファレンスが推奨されているが、“開催されれば出席する”と回答した病院勤務の循環器医はわずか38%であった。同じ医療職同士でも思いが異なっている状況であるので、福祉職や介護職とのソフト面での連携構築のためには、より情熱と労力を要すると考える。集合開催やオンラインにて勉強会を開催したり、個々の症例での事例検討会で知識、経験、思いの共有を図ることになる。入院を要した心不全患者が、退院後に有意義な在宅生活を送るためにはどうしたら良いか、どの職種が必要なのか、どのサービスが適切なのか、などと具体的に進めるしかないと考える。こうした道筋は、次に述べるACPの連携や終末期ケアにつなげるためにも必要になる。

ACPを始める

「Aさん(85歳)は、今年2回目の心不全増悪入院ですね。今回の増悪因子ははっきりしませんでした。アドバンス・ケア・プランニング(ACP:

表1 心不全患者に対し ACP の実施を考慮すべき臨床経過

- ・症状増悪や QOL 低下
- ・運動耐用能の低下
- ・心不全入院、とくに再発
- ・利尿薬の漸増が続く
- ・症候性低血圧、高窒素血症、ACE 阻害薬や β 遮断薬の減量や中止を必要とする不応性の体液貯留
- ・初期もしくは繰り返す ICD ショック作動
- ・静注強心薬の開始
- ・腎代替療法の考慮
- ・他の合併疾患、新規発症の悪性腫瘍など
- ・配偶者の死亡などの主なライフイベント

advance care planning)を行った方が良いかと思いますが、いかがでしょうか？」私たちは毎週木曜日に心不全患者を対象に多職種カンファレンスを行っている。医師、病棟看護師(心不全療養指導士)、理学療法士、薬剤師、退院調整看護師、管理栄養士が集い、栄養面、薬物療法、運動療法を中心に個々の症例について議論し、ACP対象患者の抽出も行っている。ACP対象が決まったら、医師はなぜACPが必要なのか患者・家族に説明し、看護師は誰と何を共有するか段取りし、栄養士は食事内容の聞き取り、薬剤師は家庭での服薬状況の聞き取りを行い、準備をする。

ACPは人生会議と呼ばれ、「人生の最終段階の医療・ケアについて本人が家族等や医療・ケアチームとあらかじめ繰り返し話し合うプロセス」と定義されている⁶⁾。具体的には、患者の価値観や目標、病状や予後の理解、治療や療養に関する意向や選好、そして提供体制についての話し合いを含む。ACPはがん・非がん疾患を問わず行われるものなので、心不全患者にも広く実施されていると思われるかも知れない。残念ながら、実際の臨床現場では十分に浸透しているとは言い難いと感じている。「心不全はどの状態が最終段階か分かりにくいので、いつACPを始めたらいかが分からない」という意見を聞く。確かに、心不全患者は病状が良くなったり、悪くなったりを繰り返すため予後予測が難しいと

言える。日本循環器学会は、ACP考慮時期としては、入院イベントがあった場合の退院前などを推奨している(表1)⁷⁾。心不全が悪くなり入院を要すると死亡率も上昇するので、ACPを始めやすい時期と考える。

当初、私たちは初回入院時からACPを始めたいと考えていた。しかし、患者の意識を高めることが難しく、現在は初回入院では、当地域の医師会と共同作成した心不全ノート⁸⁾(図2)を用いた情報提供に留め、再入院時にACPを始めている。独居、認知症、家族が同席できない患者の場合は施行を断念する。実際のACPは、人生の最終段階における医療体制整備事業の相談員研修会を受講したメンバー(心不全療養指導士)が進行役を務める。患者が急に黙ってしまったり、泣き崩れてしまったり、時には怒り出すこともあり、何度行っても難しいと感じている。一部の症例では、退院後の初回外来受診時(1~2週間後)に、入院中にACPを担当した看護師が外来に出向いて継続支援を行っている。退院時に訪問看護や訪問診療に移行が決まっている患者では、病棟看護師がACP相談ケアサマリーを作成して地域に引き継ぎ、それ以外の患者では医師が情報提供書に記載してかかりつけ医に引き継いでいる。

特集

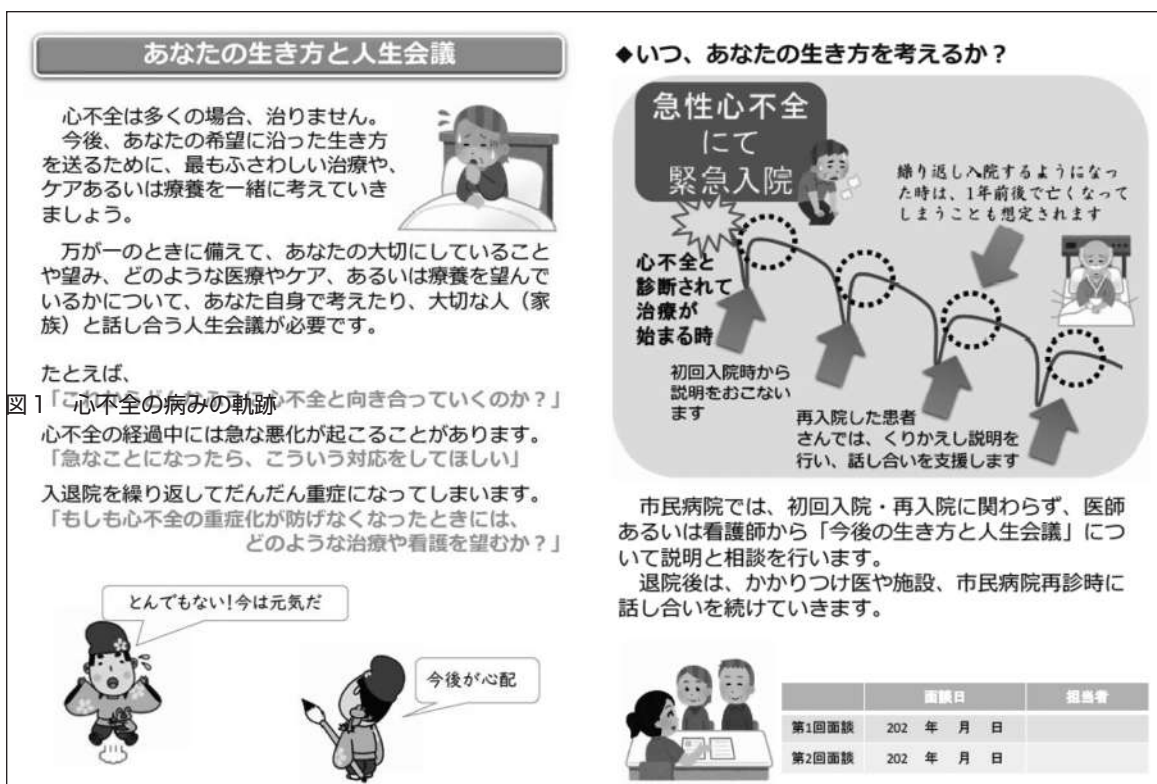


図2 心不全ノート（地域連携パス）のACPに関するページ

〔文献8〕より引用〕

ドブタミン在宅持続点滴という手段

心不全入院患者は誰もが在宅復帰を願っているものの、一部の患者では種々の理由により叶えられなくなってしまう。GWTG-HF研究のサブ解析では、退院30日後の“在宅時間”が71.9%にすぎないと報告された⁹⁾。心不全が悪化して入院した際に、多くの症状は利尿薬や血管拡張薬の点滴でコントロール可能であるが、低心拍出状態による全身倦怠感やうっ血症状の改善が得られない場合には、ドブタミンなどの持続点滴を要する。導入を要した症例のうち、入院中に減量や中止が困難な場合には、在宅復帰のためには在宅持続投与移行を検討する必要がある。在宅持続点滴は心不全をコントロールして小康状態を維持するのみならず、“在宅時間”を保つのに有益となり得るオプションである。

在宅持続点滴を実現するためには、以下のことが必要になる¹⁰⁾。①介護者：同居する家族など、支持してくれる介護者、②在宅管理してくれるクリニック：24時間対応や在宅看取りが可能な

クリニック、③連携体制：退院前カンファレンスやACPの連携ができる。上記3つのいずれが欠けても在宅復帰が難しくなる。特に、在宅管理してくれるクリニックを病院勤務医師や連携室スタッフ皆が把握しているとは限らない。当院では、当地域医師会や在宅診療対応クリニックと連携して、可能な手技・治療の一覧表を医師に配布している。在宅持続点滴を要する重症心不全患者の連携に際して、複数回の情報提供や退院前カンファレンスが必要になることが多く、病院とクリニック双方の職員の業務上の負担が大きいと想定される。重症心不全患者のQOL確保を目指して同じベクトルに向かうためには、ラポールが築けた顔の見える連携基盤が必要と考える。

おわりに

心不全の終末期ケアには、ACP連携や在宅持続点滴療法が含まれる。その段階に至るためには、患者・家族に心不全について正確に理解し

てもらうことから始まる。次に、入院中に導入した多職種チーム医療を退院後に地域でいかにして継続していくかを考える必要がある。それぞれの地域の事情や考え方があろうが、“心不全患者を地域で診る”活動がますます推進され、終末期ケアを含めた心不全診療がスムーズに進むことを期待する。

参考文献

- 1) Okura Y, Ramadan MM, Ohno Y, et al: Impending epidemic: future projection of heart failure in Japan to the year 2055. *Circ J* 2008; 72: 489-491.
- 2) 脳卒中と循環器病克服第二次5ヵ年計画. https://www.j-circ.or.jp/five_year/files/JCS_five_year_plan_2nd.pdf(accessed 2024 Apr 10)
- 3) 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン 急性・慢性心不全診療ガイドライン. https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2017/06/JCS2017_tsutsui_h.pdf(accessed 2024 Apr 10)
- 4) Fonarow GC, Adams KF, Abraham T, et al: Risk stratification for in-hospital mortality in acutely decompensated heart failure classification and regression tree analysis. *JAMA* 2005; 293: 572-580.
- 5) Kinugasa Y, Saitoh M, Ikegame T, et al: Differences in proprieties for heart failure management between cardiologists and general practitioners in Japan. *Circ J* 2021; 85: 1565-1574.
- 6) 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>(accessed 2024 Apr 10)
- 7) 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン 循環器疾患における緩和ケアについての提言(2021年改訂版). https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Anzai.pdf(accessed 2024 Feb 22)
- 8) 春日井市民病院ホームページ. https://www.hospital.kasugai.aichi.jp/s_annai/junkankika-stopics/documents/r4_shinfuzen.pdf(accessed 2024 Apr 10)
- 9) Greene SJ, O'Brien EC, Mentz RJ, et al: Home-time after discharge among patients hospitalized with heart failure. *J Am Coll Cardiol* 2018; 71: 2643-2652.
- 10) 重症心不全患者への在宅静注強心薬持続投与指針(第1版). <https://www.jahcm.org/assets/images/pdf/statement20240326.pdf>(accessed 2024 Apr 19)

特集

呼吸不全(呼吸困難)に対する 終末期ケア

大阪はびきの医療センター感染症内科 主任部長 永井崇之

抄録

呼吸器疾患、非呼吸器疾患あるいはがん、非がんにかかわらず人生の終末期には多くの苦痛を感じる。特に今回のテーマである呼吸困難感を訴える患者は多数にのぼる。呼吸困難感へのアプローチは比較的難しく、患者、医療従事者を悩ませる。われわれ医療従事者は患者に寄り添い、何とか苦痛緩和を試みようとして試行錯誤を繰り返すものである。近年種々ガイドラインも作成され一定のエビデンスが示されている。本文中にて簡単に紹介する。

特集

はじめに

「呼吸不全」は低酸素血症($\text{PaO}_2 \leq 60 \text{ Torr}$)と定義される客観的な病態である。一方「呼吸困難」は「さまざまな強さの質的に異なる感覚からなる、呼吸が不快だという主観的体験であり、生理的、精神的、社会的、環境的に多様な因子の相互作用に由来し、二次的な生理反応や行動反応を生じる」とATS(American Thoracic Society: 米国胸部疾患学会)は定義している。「呼吸困難」はあくまでも主観的症状であるため両者は必ずしも一致せず、またその重症度も関連しない。例えば貧血の場合など、当然 SpO_2 が低下していなくても患者は呼吸困難を訴えるわけである。

呼吸困難の発生する頻度はがん患者の54～76%、非がん進行性疾患患者ではその頻度は更に高いと報告されており、特に呼吸器疾患・心疾患・神経筋疾患などは90%程度と報告されている^{1,2)}。非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針の中では、終末期を「①日常生活で介助が必要かつ頻回の増悪、症状持続、著明なQOL低下を認める。②身体的特徴としてサルコペニアやフレイ

ルの状態を伴うことが多い」と定義され、予後はおおそ半年から数年と推測されるとしている。最終末期とは「症状緩和が主目標となる、死が差し迫った状態」と定義され、予後数日から1週間程度をイメージするとされている。非がん進行性疾患はがんに比べて増悪と改善を繰り返しながら徐々に全身の機能が低下するため、終末期の判断および予後予測が難しい。特に呼吸不全を伴う場合、軽症肺炎罹患あるいは軽度の心不全増悪などにより呼吸状態が急激に変化し突然の終末期を迎えることも多い。そのような場合どこまでの呼吸管理を行うのか、挿管人工呼吸管理まで、マスク型人工呼吸管理までなどの具体的な治療方針を決定しておくことは大変重要である。緩和ケアやACP(Advance Care Planning)は終末期になって初めて導入検討を開始するものではなく、症状や苦痛が出現した早期の時点での検討が望まれる。

患者の呼吸困難感の評価法

SpO_2 、呼吸回数、呼吸パターン、表情などに

め、酸素投与のデバイスは鼻カニューラ、ベンチュリー式やリザーバー式デバイスなどを適時使い分ける必要がある。低酸素血症を伴わない呼吸困難感に対しては酸素投与が症状緩和効果の優位性を示すエビデンスに乏しく推奨されていない。しかしながら酸素の吸入によって呼吸困難の改善が認められる患者も一定数存在する。冷気の影響、プラシーボ効果、意識的に深呼吸することなどで呼吸困難感の改善が期待できることから、緩和の手段として短期間試みて判断することもよいのではない。

2. 非侵襲的陽圧換気療法 (noninvasive positive pressure ventilation: NPPV)

NPPVは鼻、鼻口あるいは顔全体を覆うマスクを密着して人工呼吸器を使用する方法で、気管挿管に比べると侵襲性が少なく、意思疎通が可能な状態を保つことができる。その有効性が高いCOPD(chronic obstructive pulmonary disease: 慢性閉塞性肺疾患)や心不全では終末期であってもその使用が推奨されている⁹⁾。慢性呼吸不全患者の換気不全に対する換気補助、心不全などによる肺うっ血を代表とする疾患に起因する低酸素血症に対するPEEP(positive end-expiratory pressure: 呼気終末陽圧)効果を目的に使用されることが多い。NPPVは病状に応じてマスクの脱着が可能であり間欠的に使用が可能である、治療継続からの撤退も可能であるなどメリットがある一方、マスクや陽圧による圧迫感、患者の協力が不可欠、胃膨満からの嘔吐・誤嚥性肺炎のリスクなどのデメリットがある。終末期心肺疾患における呼吸困難のマネジメントに関するステートメントでも呼吸筋の負担を減らし、呼吸仕事量を減少させることで呼吸困難を緩和できる可能性のある非薬物療法であるとされている¹⁰⁾。

3. 高流量鼻カニューラ酸素療法 (high-flow nasal cannula: HFNC)

HFNCは専用鼻カニューラと加温加湿器および酸素ブレンダーで構成される。鼻孔からの酸素30~60L/分投与によりFiO₂: 21~100%の正確な

吸入酸素濃度の調節ができ、加湿が保たれることにより、気道分泌物のクリアランス改善ももたらされる。ガス交換に関与しない上気道死腔の空気が洗い出されることでガス交換に有効な肺胞換気量を増やし、呼吸困難や呼吸筋疲労の軽減にもつながる。また、器具の圧迫や挿入がなく拘束感が極めて少なく、多くの患者においては快適に長期の装着が可能で、経口摂取・会話時の使用中のQOLも優れている。NPPVとは異なり換気補助はできないため、高CO₂血症を伴わないI型呼吸不全に良い適応となる。使用方法も簡便であり、近年その利用が増えている。

薬物療法

1. オピオイド

がん患者の呼吸困難に対する薬物療法は、モルヒネ全身投与が標準的な治療である。2023年に改訂された日本緩和医療学会の「進行性疾患患者の呼吸困難の緩和に関するガイドライン2023年版」でもその使用が強く推奨されている。一方、非がん進行性疾患患者への有効性に関しては一致した結果が得られておらず、一律的な投与は同ガイドラインにおいては推奨されていない⁹⁾。最近のATSのCOPD治療の見解においても最適な治療を行っても進行性難治性の呼吸困難を呈するCOPD患者に対して、個別化した共有意思決定アプローチの範囲内でオピオイドベースの治療を追加することを条件付き推奨としている。

作用機序は十分解明されていないが、中枢性・末梢性の鎮咳作用、末梢血管拡張による前負荷の軽減、延髄呼吸中枢の低酸素血症や高CO₂血症に対する換気反応の低下、呼吸抑制による酸素消費量の減少、呼吸困難の中枢神経系での知覚の低下、有効な深呼吸の確保、抗不安効果などが関与していると考えられている。呼吸抑制に対する耐性は早期に獲得されるため、二酸化炭素分圧上昇のリスクは高くはないことが示されている⁷⁾ものの、特に全身状態や呼吸状態の悪い患者や高齢者では、モルヒネ全身投与開始後に意識状態の変化や呼吸状態に関して慎重な経過

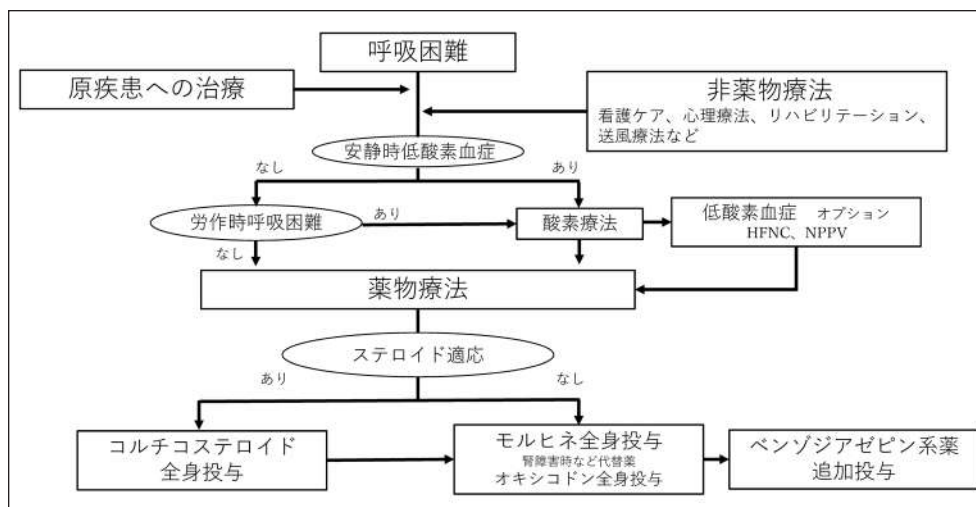


図2 呼吸困難への対応
〔進行性疾患患者の呼吸困難の緩和に関する診療ガイドライン 2023 年版掲載図より改変〕

観察が必要である。具体的な使用法は、モルヒネ少量(経口モルヒネ換算で10mg/日程度)を開始、症状に応じて25～50%ずつ増量していくとよい。疼痛で使用されるより少量で効果が得られることが多い。臨死期となり経口投与が困難となれば、持続皮下注射(continuous subcutaneous injection: CSI)に内服量の1/2量で切り替えるのが一般的である。

モルヒネ以外のオピオイドの呼吸困難に対する有効性については十分なエビデンスがない。本邦のガイドライン³⁾ではモルヒネを第一選択とし、オキシコドンはモルヒネ使用が困難な場合(腎機能障害合併例やモルヒネによる有害事例)の代替薬として位置付けている。フェンタニルは呼吸困難に対する有効性が乏しいとされ、推奨されていない。重症COPD患者に対して、経口モルヒネ換算30mg/日以上の使用が死亡リスクと関連があることが報告されている⁹⁾。特に非がん性疾患に対しモルヒネを投与する場合は、最大投与量を30mg/日程度に留め、投与後の呼吸困難緩和効果、副作用(傾眠、便秘、嘔気など)を評価し、漫然と投与することなく場合によっては投与中止を検討する必要がある。

2. ベンゾジアゼピン系抗不安薬

がん患者に対しては、オピオイド単独投与で十分に緩和できない呼吸困難に対しベンゾジア

ゼピン系抗不安薬を上乗せすることで効果が期待できる。一方で、ベンゾジアゼピン系抗不安薬単独の有効性についてはエビデンスが乏しく推奨されてはいない³⁾。非がん患者に対しては使用そのものが推奨されておらず、ベンゾジアゼピン系薬の使用が死亡、COPDの増悪、救急外来受診のリスクを高めることも報告されている⁹⁾。不安の要素が多い、パニック症といった特殊な患者を除き、原則使用しないことが望ましい。終末期における治療抵抗性の呼吸困難では、鎮静を目的にベンゾジアゼピン系薬の持続皮下注を治療選択肢の一つとすることもある。ベンゾジアゼピン系薬を使用する際は、呼吸抑制を起こしやすく死亡率を高める可能性があるため、多職種による決定、患者および患者家族の病状の深い理解が欠かせない治療法である。

3. コルチコステロイド

抗炎症作用、腫瘍周囲の浮腫軽減などによる薬理作用により、間接的に症状が緩和されると考えられ広く使用されている。ガイドライン³⁾では癌性リンパ管症、上大静脈症候群、主要気道閉塞、薬剤性肺臓炎、放射線肺臓炎などに起因する呼吸困難に対して使用することが推奨されている。デキサメタゾン、ベタメタゾンが作用持続時間が長く、ミネラルコルチコイド作用が少ないため使用しやすい。高血糖、消化管出血、

骨粗鬆症，易感染性，ミオパチー，不眠など一般的な副作用出現には注意を払い，投与量および投与継続の必要性に関して検討を行う。

おわりに

図2に治療の概略を示す³⁾。冒頭述べたように，人生終末期には非常に多くの患者が呼吸困難に苦しめられる。非がん性呼吸器疾患，特にCOPD，間質性肺疾患などの患者の多くは疾患経過の中で長期に及ぶ呼吸困難に悩まされ，我々医療従事者はその症状緩和に難渋することを多々経験する。疾患進行は患者ごとに大きく異なり，予後の予測が困難であるばかりでなく，予期せぬ急性増悪を来すなどその対応にはさまざまな関わりが必要となる。呼吸困難への薬物治療をはじめとする症状緩和方法，終末期における苦痛緩和方法は確立されているとはいえず，患者ごとの丁寧な検討を要する。

参考文献

- 1) Moens K, et al: Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. J Pain Symptom Manage 2014; 48(4): 660-677.
- 2) Bruera E, et al: The frequency and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2000; 19(5): 357-362.
- 3) 日本緩和医療学会ガイドライン統括委員会: 進行性疾患患者の呼吸困難の緩和に関する診療ガイドライン2023年版. 金原出版, 2023.
- 4) Austin MA, et al: Effect of high flow oxygen on mortality in chronic obstructive pulmonary disease patients in prehospital setting: randomised controlled trial. BMJ 2010; 341: c5462.
- 5) 日本呼吸器学会: NPPV(非侵襲的陽圧換気療法)ガイドライン改訂第2版. <https://www.jrs.or.jp/publication/file/NPPVGL.pdf> (accessed 2024 Jun 7)
- 6) Mahler DA, et al: American College of Chest Physicians consensus statement on the management of dyspnea in patients with advanced lung or heart disease. Chest 2010; 137(3): 674-691.
- 7) Walsh TD: Opiates and respiratory function in advanced cancer. Recent Results Cancer Res 1984; 89: 115-117.
- 8) Ekström MP, et al: Safety of benzodiazepines and opioids in very severe respiratory disease: national prospective study. BMJ 2014; 348: g445.
- 9) Simon ST, et al: Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. Cochrane Database Syst Rev 2016; 10(10): CD007354.

消化器癌に対する終末期ケア

岡崎市民病院緩和ケア内科 部長 早川史広

抄録

主な消化器癌(食道, 胃, 大腸, 肝臓, 胆嚢・胆管, 膵臓)による死亡数は総がん死亡数の半数近くを占め, 緩和ケアの場で遭遇する頻度は多い。他方, 癌に伴う消化器症状はどの癌でも問題となり, 手術, 内視鏡治療, 放射線照射などが症状緩和に有効な手段となる。処置を行うかどうかは専門医の判断になるが, 患者の意思・希望が尊重されるべきであり, 患者と長く接する地域の医療者の役割は大きい。本稿では, 主な消化器癌と癌に伴う消化器症状について, 専門医と連携する上で知っておきたいことを中心に取り上げた。

はじめに

2020年の主な消化器癌(食道, 胃, 大腸, 肝臓, 胆嚢・胆管, 膵臓)による死亡数は約18万人で, 総がん死亡数の半数近くを占める¹⁾。他方, 肝転移や腹水, 腹膜播種など, 消化器症状はどの癌でも問題となりうる。癌に伴う消化器症状については, 日本緩和医療学会からガイドラインが発行されており参照にしていきたい²⁾。手術, 内視鏡治療, 放射線照射などが症状緩和に有効な手段となるが, いつも忙しそうな(?)消化器科医への相談にハードルを感じる方も多いかもしれない。本稿では, 主な消化器癌と癌に伴う消化器症状について, 専門医と連携する上で知っておきたいことを中心に取り上げた。

食道癌

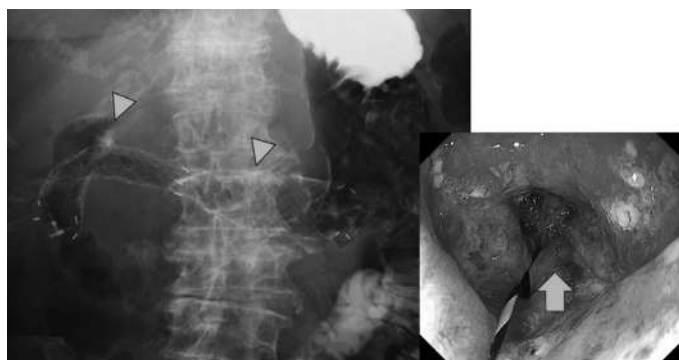
食道癌は, 喫煙・アルコールがリスク因子となるため, 男性に多く, 慢性閉塞性肺疾患や肝

硬変などの併存例も多い。開胸を伴う手術は侵襲が大きい一方, 主な組織型が扁平上皮癌であり, 放射線照射が治療の選択枝となる³⁾。

切除不能な食道癌では, 食道狭窄による症状(嚥下障害・栄養障害など)が問題となる。症状緩和のため, 食道ステント留置術, 胃瘻造設, 放射線照射が行われる。ステント留置は, 短期間での症状改善が得られ, 経口摂取の再開も期待できるため, 緩和ケアの場では選択されることが多い。合併症は, 食道穿孔や疼痛, 肺炎などであり, ステントの逸脱や腫瘍の増大により症状が再発しうる⁴⁾。

胃瘻は, 嚥下障害は改善されないが, ステント留置と比較して, 生命予後がよく, 再閉塞の心配がない⁵⁾。栄養・薬剤の投与ルートとして安定するため, 在宅療養でも使いやすく, 化学療法, 放射線治療に先立って行われることがある⁶⁾。

特集



症例1 胃・十二指腸ステント留置術
90歳女性。胃癌による幽門狭窄（矢印）に対して、胃・十二指腸ステントを留置した（矢頭）。処置後、嘔吐は改善したが、液体しか摂取できないようにならなかった。

胃癌

胃癌は、長く日本人のがん死亡数でトップであったが、その割合は減少し、現在は男女合わせた死亡数で、肺癌、大腸癌に次ぐ第3位である¹⁾。早期胃癌に対する内視鏡治療の進歩が著しい一方で、切除不能な胃癌の予後は良好とは言えない。

胃癌は食事への影響が大きく、緩和ケアの場合においても、経口摂取不良、吐き気・嘔吐は頻繁にみられ、腫瘍からの出血による貧血も問題となる。

胃の出口側（遠位側）の癌は、胃の流出路閉塞の原因となる。Gastric outlet obstruction (GOO) と呼ばれる病態で、脾癌の浸潤などに伴う十二指腸での狭窄・閉塞も含まれる。GOOに対しては、胃空腸吻合術（バイパス手術）と胃・十二指腸ステント留置術が主な選択肢となる。ステント留置は、短期的に効果が得られ、入院期間も短くて済む一方、胃空腸吻合術は、再閉塞のリスクが少なく、長期的に効果が得られ、生命予後もよい⁶⁾。緩和ケアの場合では、手術が難しい全身状態の方も多く、ステント留置の方が選択しやすい。嘔吐などの症状は改善することが多いが、食事が摂れるところまでは改善しないこともある（症例1）。いずれの処置も難しければ、薬剤での症状緩和や経鼻胃管による胃内容のドレナージを検討する。

急性期の出血に対しては、通常、内視鏡止血

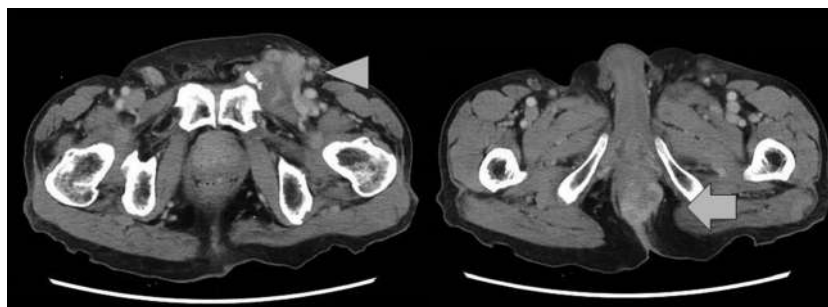
術を行う。腫瘍からの慢性的な出血は完全に止血することは難しく、出血量の低減を目的に放射線照射を行うことがある⁷⁾。

大腸癌（結腸癌・直腸癌）

大腸癌は近年増加傾向であり、男女合わせた部位別のがん死亡者数で2位、罹患数では1位である¹⁾。消化器癌の中では比較的予後がよく、肝転移・肺転移があっても適応があれば手術となる。化学療法のレジメンも多く、長期の闘病を経て緩和医療へ至る方もまれではない⁸⁾。

大腸癌の原発巣は、疼痛、腫瘍からの出血、大腸閉塞、穿孔・穿通などの原因となる。穿孔・穿通は重篤な合併症であり、緊急手術をしても救命が難しいことがある。大腸閉塞の場合、基本的には大腸ステント留置術による減圧・閉塞解除が優先され、ステント留置が手技的に困難、ないしは穿孔の懸念がある、全身状態が不安定などの理由では、外科的な対応が必要である。手術では、人工肛門が必要となることが多く、身体的・心理的な負担が大きい⁹⁾。

直腸癌では、疼痛の緩和や出血量の低減を目的に緩和的放射線照射を行うことがある（症例2）⁸⁾。また、直腸癌や骨盤への浸潤・転移の疼痛緩和に神経ブロックの有効性も報告されている¹⁰⁾。



症例2 緩和的放射線照射
70 歳代男性。肛門管癌による狭窄・出血の予防、疼痛緩和のため肛門の原発巣（矢印）に対して放射線照射。左鼠径部リンパ節転移（矢頭）による下肢痛に対しても照射をおこなった。終末期に出血、排便困難感は再燃したが、閉塞することなく経過した。

表1 胆道ドレナージ

内視鏡的胆道ドレナージ	
・内視鏡的ステント留置術 Endoscopic biliary stenting: EBS	内瘻
・超音波内視鏡下胆道ドレナージ EUS-guided biliary drainage: EUS-BD	
総胆管十二指腸瘻孔形成術 EUS-guided choledochoduodenostomy: EUS-CDS	
肝内胆管胃瘻孔形成術 EUS-guided hepaticogastrostomy: EUS-HGS	
・内視鏡的経鼻胆道ドレナージ Endoscopic nasobiliary drainage: ENBD	外瘻
経皮経肝胆道ドレナージ Percutaneous transhepatic biliary drainage: PTBD	

膵臓癌

膵臓癌は、消化器癌の中でも最も予後が悪く、限局癌に限っても、5年生存率は50%に届かない¹⁾。

膵頭部癌は、十二指腸、胆管、門脈、腹部の主要動脈に近く、それらへの浸潤が症状や手術の可否に影響する。胆管浸潤による閉塞性黄疸、十二指腸浸潤による通過障害は頻度の多い症状である。一方で、膵体・膵尾部癌では、疼痛が唯一の症状であることも珍しくない。十二指腸浸潤による通過障害はGOOに含まれ、対応は上述の通りである。閉塞性黄疸については胆管癌と合わせて後述する。

進行した膵臓癌では、後腹膜の神経叢へ浸潤し、難治性の疼痛を起こす。適切なオピオイドの使用で対応できることも多いが、難しい場合は神経ブロックや放射線照射を行うことがある。神経ブロックは、即効性があり、鎮

痛効果によりオピオイドの使用量を減少させることが期待できる¹⁰⁾。アプローチ方法にX線透視、CTガイド、超音波内視鏡 (Endoscopic ultrasonography: EUS) があるが、施行できる施設は限られている。

胆管癌・胆嚢癌

胆管上皮由来の腫瘍は、肝外胆管癌、胆嚢癌、肝内胆管癌に分けられ、統計上、肝内胆管癌は原発性肝癌に分類される。肝外胆管癌は黄疸で発症することが多く、胆嚢癌、肝内胆管癌は固有の症状はなく、進行してから発見されることも多い。

癌による閉塞性黄疸に対しては、まずは黄疸を改善させる(減黄)ために、胆道ドレナージを行う。減黄できなければ、手術・化学療法はできないし、肝不全によって予後に直結する。胆道ドレナージは、アプローチ方法(内視鏡か経



症例3 PTBD 施行例

80歳代女性. 肝門部胆管癌. EBSのみでは, 感染・黄疸のコントロールが不十分であり, PTBDを施行した(矢頭). 排液ボトルが気になるため, 家族が用意してくれたバッグ(矢印)にボトルを入れてリハビリ中.

皮的)と外瘻・内瘻によって分けられる(表1). 最近では, EUSを用いた穿刺・ドレナージが行われるようになり, 治療の選択肢が広がった.

通常は, 内視鏡的に十二指腸乳頭から胆管へアプローチするEBSが第一選択である¹²⁾. ステンツには金属ステントとプラスチックステントがあるが, 再閉塞のリスクが少ない金属ステントが使用されることが多い. プラスチックステントは, 入れ替えが可能であり, 緊急検査, 胆道感染の合併, 予後が限定的などの理由で選択される. 十二指腸乳頭からのアプローチが難しい場合, EUS-BDかPTBDを行うが, 胆管の状態, 患者の全身状態・希望, 術者の習熟度により選択される¹¹⁾.

合併症は, 膵炎, ステントの逸脱・再閉塞, 出血, 穿孔, 胆嚢炎, 腹膜炎・胆汁漏などが挙げられる. 外瘻であるPTBDは, 体外に出たドレナージチューブが生活の妨げになる(症例3). また, 胆汁の腸肝循環を妨げるため, 長期には栄養障害が問題となる.

肝癌

原発性肝癌は肝細胞癌と胆管細胞癌(肝内胆管癌)が含まれる. 胆管細胞癌の病態・治療は, 胆管癌に近く, ここでは肝細胞癌について取り上げる. 原発性肝癌は死亡数, 罹患数ともに減

少しており¹⁾, 肝細胞癌の発生母地である, B型肝炎, C型肝炎の減少の影響が考えられる.

肝細胞癌は, 慢性肝炎・肝硬変を背景に発生し, 同時性, 異時性に多発する傾向がある. 肝細胞癌の治療は, 患者の肝予備能, 同時に発生した腫瘍の数, 腫瘍のサイズなどで決まり, 手術・化学療法以外に, ラジオ波焼灼療法や肝動脈化学塞栓療法などの選択肢がある¹²⁾.

肝癌自体には, 特有の症状は少なく, 腫瘍が増大し, 肝皮膜を刺激すると痛みが出やすい. 肝細胞癌では, 肝硬変を合併している患者が多く, 腹水や肝性脳症などの合併症に注意が必要となる. 肝表に近い腫瘍から腹腔内出血を起こすことがあり, 致命的となりうる.

悪性消化管閉塞

悪性腫瘍に関連した消化管閉塞を指し, malignant bowel obstruction (MBO)と表記される. 腫瘍による直接的な閉塞だけでなく, 術後の癒着や放射線性腸炎などの良性の要因も含んだ病態で, 閉塞部位は, 胃の流出路16%, 小腸64%, 大腸20%との報告がある¹³⁾. 小腸での閉塞が多いが, 小腸原発の腫瘍はまれで, 術後の癒着, 他臓器癌からの転移・浸潤・圧迫や腹膜播種によることが多い. 一方, 胃・大腸は原発腫瘍そのものが閉塞の原因となることが多い.

表2 悪性腸管閉塞に対する処置

手術	内視鏡治療
・姑息的な原発巣切除	・消化管ステント留置術
・バイパス手術 例) 胃空腸吻合術	・ドレナージ目的の胃瘻造設 PEG; percutaneous endoscopic gastrostomy PTEG; percutaneous trans-esophageal gastrostomy tubes
・人工肛門 ^{※1}	・EUS-guided gastroenterostomy ^{※2}
・癒着剥離術	

※1 厳密には、Fecal diversion(便流変更術)である。横行結腸人工肛門、回腸瘻、盲腸瘻などがあり、閉塞部位、患者の状態等で選択される。

※2 EUSとLumen apposing metal stentというステントを用いて、内視鏡下に胃空腸吻合を作成する。実臨床ではまだ一般的ではない。

閉塞の部位、患者の予後・全身状態によって、姑息的な手術や内視鏡治療の適応となる(表2)。胃の流出路閉塞(GOO)、大腸癌による閉塞については上述の通りである。小腸は、通常の内視鏡では可能な処置が限られ、可能であれば外科的な対応となる。腹膜播種による閉塞では、閉塞起点が複数個所にわたることが多く、いずれの処置でも対応は難しい。

閉塞そのものの解除が難しい場合、胃内容をドレナージし減圧することで症状を軽減させることができる。経鼻胃管によるドレナージは侵襲が少ないが、留置に伴う不快感は避けられず、長期留置には向かない²⁾。生命予後が見込めれば、胃瘻によるドレナージを行うことがある(ガイドラインでは、予後2ヵ月以上が目安とされ、実際に適応となる患者は少ない)。PTEGは、頸部食道に瘻孔を作成し、胃内にチューブを挿入する手技であり、腹水や腹膜播種により胃瘻造設が困難な場合にも利用できるが、施行できる施設は限られている²⁾。

薬物治療として、ソマトスタチンアナログであるオトヌクレオチドが使用されることが多い²⁾。ガイドラインでは、ステロイド・ブチルスコポラミンも弱い推奨となっているが、せん妄などの副作用のリスクもあり、当院ではあまり使用しない。制吐薬では、経口以外で投与できるハロペリドールが使いやすい。終末期では、消化液分泌量の減少を期待し、補液量を減らすこともある。

悪性腹水

悪性腫瘍の影響によって生じた腹水を指し、消化器癌のみでなく、卵巣癌・乳癌などでも多くみられる。腫瘍の直接的な影響だけでなく、肝転移による門脈圧亢進、肝硬変の併存(特に肝細胞癌)、リンパ管閉塞による乳び腹水も原因となる。

治療としては、利尿剤と腹腔穿刺ドレナージが一般的である。利尿剤は、経験的にループ利尿薬とスピノロラクトンが使用されることが多く、トルバプタンの使用報告もあるが²⁾、現状では、効果は明確ではない¹⁴⁾。いずれの薬剤も漫然と続けることは避けるべきであり、特に、経口摂取が減り始めた終末期の患者では、脱水や血圧低下などの悪影響が懸念され、中止も検討いただきたい。

腹腔穿刺ドレナージは、速やかな症状緩和が期待でき、緩和ケアの場ではよく行われる手技である。本邦では単回穿刺で行うことが多く、経験的には、1,000~3,000mL/回が安全に施行できる排液量とされている²⁾。本邦での比較試験では、1,500~2,500mL/回の排液量で症状緩和は期待でき、より多く排液した場合と比較しても、穿刺間隔が短くなるリスクは低いと報告している¹⁵⁾。

最後に

実際に処置を行うかどうかは専門医の判断になるが、患者の意思・希望が尊重されるべきである。専門外来では意思決定のために十分な時間を割くことは難しく、患者と長く接する地域の医療者の役割は大きいと思う。患者と話し合い、専門医へ相談・紹介するタイミングを考える上で、本稿がその一助になれば幸いである。

最後になりますが、執筆にあたりご助言いただきました、岡崎市民病院 橋本淳先生、新城市民病院 中村一平先生に感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 国立研究開発法人国立がん研究センター. がん情報サービス. 全国がん死亡データ(1958~2022). 東京:国立研究開発法人国立がん研究センター. (2023年12月22日改訂) https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/data/dl/index.html#a7 (accessed 2024 May 24)
- 2) 日本緩和医療学会:がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン. 2017年版. 東京, 金原出版, 2017.
- 3) 日本食道学会:食道癌診療ガイドライン2017年版. 第4版. 東京, 金原出版, 2017.
- 4) Włodarczyk JR, Kuzdzał J: Stenting in palliation of unresectable esophageal cancer. *World J Surg* 2018; 42(12): 3988-3996.
- 5) Wang T, Wen Q, Zhang Y, et al: Percutaneous gastrostomy compared with esophageal stent placement for the treatment of esophageal cancer with dysphagia. *J Vasc Interv Radiol* 2021; 32(8): 1215-1220.
- 6) Jeurnink SM, van Eijck CH, Steyerberg EW, et al: Stent versus gastrojejunostomy for the palliation of gastric outlet obstruction: a systematic review. *BMC Gastroenterol* 2007; 7: 18.
- 7) Tey J, Zheng H, Soon YY, et al: Palliative radiotherapy in symptomatic locally advanced gastric cancer: a phase II trial. *Cancer Med* 2019; 8(4): 1447-1458.
- 8) 大腸癌研究会:大腸癌治療ガイドライン医師用2022年版. 東京, 金原出版, 2022.
- 9) Fiori E, Lamazza A, Schillaci A, et al: Palliative management for patients with subacute obstruction and stage IV unresectable rectosigmoid cancer: colostomy versus endoscopic stenting: final results of a prospective randomized trial. *Am J Surg* 2012; 204(3): 321-326.
- 10) 日本ペインクリニック学会:がん性痛に対するインターベンショナル治療ガイドライン. 東京, 真興交易医学出版部, 2014.
- 11) 脇岡範, 坂本康成, 大場彬博, 他:胆道ドレナージにおける Interventional radiology と内視鏡の棲み分け. *Gastroenterol Endoscopy* 2019; 61(7): 1446-1457.
- 12) 日本肝臓病学会:肝臓診療ガイドライン2021年版. 第5版. 東京, 金原出版, 2021.
- 13) Pujara D, Chiang YJ, Cormier JN, et al: Selective approach for patients with advanced malignancy and gastrointestinal obstruction. *J Am Coll Surg* 2017; 225(1): 53-59.
- 14) Kudo T, Murai Y, Kojima Y, et al: Efficacy and safety of tolvaptan in patients with malignant ascites: a phase 2, multicenter, open-label, dose-escalation study. *Jpn J Clin Oncol* 2021; 51(3): 354-362.
- 15) Ito T, Yokomichi N, Ishiki H: Optimal Paracentesis Volume for Terminally Ill Cancer Patients with Ascites. *J Pain Symptom Manage* 2021; 62(5): 968-977.

独居・高齢世帯に対する終末期ケア

東近江市永源寺診療所 所長 花戸貴司

抄録

独居・高齢者世帯は、終末期に至るまでに施設入所などで生活環境を維持できなくなることが多い。その背景にある、本人達が「家族に迷惑をかけたくない」という思いや、家族が抱く「離れて暮らして心配」という感情も理解できる。しかし大切なことは、感情面で判断するのではなく、医療・介護制度やそれ以外のサポート、また金銭的な情報も提示し、どのような「状態」になっても在宅で生活ができることを理解できれば、独居・高齢世帯であっても最期まで安心して暮らし続けることができると感じている。独居・高齢者世帯でも人生の最終章を迎えられるためには、本人を含めた家族との対話が大切である。それを実現するための具体的な行動と地域で対話を促す仕組みづくりが重要である。

特集

はじめに

東近江市永源寺地域は滋賀県南東部に位置し、三重県との県境に接する山間農村地域である。地域の人口は4,747人、高齢化率は39%を超えており、集落によっては50~80%と高齢化率の高い地区もある(2024年4月現在)。この地域の医療介護資源は限られており、入院できる施設はなく、デイサービスやショートステイを提供する介護施設はあるものの、訪問看護ステーションやリハビリ施設はない。そのような地域で、当院は訪問診療と在宅看取りを積極的に行ってきた。ここ20年間の当院での在宅看取りは年間25~37人、永源寺地域全体では年間約60人の方が亡くなられるので、地域の約半数の方が在宅で亡くなっている地域となっている。なかでも独居・老夫婦世帯の割合は高く、どのような状態であっても希望すればこの地域で最

期まで暮らし続けられる、そんな地域になっている。

今回、我々の地域で実践している終末期ケア、特に「独居・高齢世帯に対する終末期ケア」がテーマとして与えられたが、高齢者の場合、終末期に至るまでに独居あるいは高齢世帯という生活環境を継続できず断念せざる得ない場面がある。しかし、それらは本人達が望んだことであろうか？今回、高齢になっても住み慣れた地域で最期まで暮らし続けるためにはどのようにすればいいか、そのプロセスを中心に述べる。

医療の役割の変化

「健康」に影響する要因が感染症等の急性疾患や周産期管理が中心であった時代、公衆衛生活動や医療の介入が大きな役割を果たした。その後、高血圧や糖尿病あるいは慢性閉塞性肺疾患

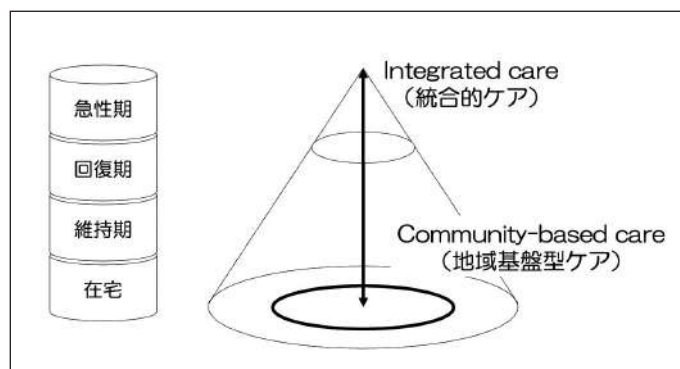


図 著者が考える地域包括ケアのイメージ

といった慢性疾患の管理へ変化した。それらの管理は、薬物療法以外にも食事、運動ならびに禁煙等の重要性が明らかになり、医療は生活指導という役割も担うようになった。そして、かつては医療の対象ではなかった障がいや依存症、老いあるいは認知症といった「状態」においても幅広く対応することが求められるようになった。このようにあらゆる分野の事象を医療で介入することをIllichは「医療化」と呼び、医療が対応することにより救われる人々がいる一方で、さまざまな課題を医療化することで背景にある問題が見えにくくなる。そして、人が本来持っている自分たちで問題に対処していく力や自信が失われていると述べている¹⁾。この医療化への期待は、医療者だけではなく、介護職、本人・家族といった一般の人にもまで深く浸透している。疾患はもちろんさまざまな状態においても十分な医療資源を投入、あるいは施設に入所すれば安心して生活ができるという考えをもった人があまりにも多い現実を目の当たりにする。

「健康の概念」の変化とコミュニティ

「健康とは？」と問われれば「病気でない、弱っていないだけではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」という世界保健機関(World Health Organization: WHO)の定義が思い出される。しかし、前述したように、医療に求められる範囲が広がったこと、そして、高齢化により必ずしも「健康」と「病気」を明らかに区別で

きない現実も突きつけられる。この問いに対するひとつの答えとして、ポジティブヘルスと呼ばれる健康の概念がある。2011年、オランダのHuberらがWHOの健康概念を再考し「長期に疾病や障がいを持つ者にとっては、疾病があってもそれなりに状況に適応して生活できる力があれば健康である」という考えを提唱した²⁾。「障がい是不自由であるが、一つの個性であり、異常ではない」といった障がい者を巡る国際世論の高まりや「多くの疾病を抱え、不自由さは免れなくても、その人らしく人生を全うしたい」といった高齢者のケアが急増していることも背景にあると考えられる。つまり、健康の価値観を、疾病の治癒や障がいの除去のみに目標を置くのではなく、当事者がたとえ困難を解決できなかったとしても、自分らしく生きる意思決定とそれを受け入れる寛容な社会環境の重要性を説いている。

このような高齢者の健康を支える上で重要となるのが、医療・介護だけではなくコミュニティの力である。筒井らは、医療・介護の専門職が行う疾病を中心としたケアをintegrated care(統合的ケア)と呼び、専門職だけではなく、地域コミュニティの中にあるインフォーマルな関係性の中で地域の中で互いに支え合うケアをcommunity-based care(コミュニティ基盤型ケア)と呼んだ。各々は独立しているものであるが、かかりつけ医や介護支援専門員あるいは地方自治体、そして地域の中でのお互いさんの関係性がつながることにより日本独自の地域包括ケアシステムが成り立っていると述べている³⁾。

表1 二人主治医制が推奨される状態像の例

年齢が85歳以上
4つ以上の診療科に継続受診している
訪問看護指示書を病院医師が発行している
認知症と診断されており、指導を理解実行できない
1年以内に死亡しても驚かない(サプライズクエスチョン)
要介護1以上の介護認定をすでに受けている
服薬管理ができない
待合室で長時間待つことが辛い
タクシーを用いて受診している
院内移動に車椅子が必要

もちろん、著者が働いている永源寺地域のような山間農村地域にあるコミュニティと都市部のコミュニティには、大きな違いがあることは間違いない。しかし、都市部においても「暮らしの保健室」や「地域の集いの場(サロン)」等があり、それぞれが患者と地域の専門職、そして、コミュニティをつなぐハブ機能を有する拠点として存在する。この二つのケアがつながることが、独居・高齢世帯を支える上で大きな存在となっている。規定の制度はないものの高齢者だけでなく、認知症、障がいや貧困等社会的に生活しづらい「状態」を抱えた人たちと関わる上で重要な考え方であるのは間違いない(図)。

二人主治医と対話のすすめ

しかし、病院の中にいると「状態」を抱えた人々の地域での生活を支えるためには、どのようにすればいいか、どのような人たちとつながればいいのか全く分からない。高齢になるにつれ、管理すべき疾患の数が増え、日常生活での支援が必要になることはしばしば経験することである。しかし、そのようなときに疾患ばかりに目を奪われてしまうと、疾患ごとの主治医が増える一方で、生活上の課題を相談できるかかりつけ医機能が失われ、「医療化」が進む傾向となる。このような医療化を防ぐため著者が所属する東近江医師会では、表1のような状態であれば、病院専門医だけでなく、地域のかかりつけ医を持つように、地域の基幹病院と地域医師会員と

の間で申し合わせをしている。専門医とかかりつけ医の二人主治医制を進めることにより、疾患だけではなく生活上の課題を解決する視点を取り入れることができ、より早い時期から多職種で関わるのが可能になる。そして、その医療・ケアの方針を決める際に重要となるのが当事者の言葉である。厚生労働省が示した「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」でも強調されている「Advance Care Planning(ACP)=人生会議」は、患者・家族・医療従事者の話し合いを通じて当事者の価値観を明らかにし、これからの治療・ケアの目標や選択を明らかにするプロセスである。しかし、実際の現場では、今まであまり関わってこなかった遠方に住む子が突然やってきて、本人と我々スタッフが話し合ってきた医療・ケアの方針が揺らぐことがある。いわゆる、The Daughter from California syndrome(カリフォルニアから来た娘症候群)と言われるものであるが、そこには、本人を含めた対話の欠如が根本にあるのは間違いない。かと言って、離れて暮らす家族に本人との対話を促しても、すんなりと進むわけではない。そこで、著者は、外来診療の場面で、人生の最終章を「どこで」「どのような療養を受けながら」過ごしたいかを元気なうちから患者本人に尋ね、カルテに記載している。カルテは毎回プリントアウトし、お薬手帳に貼り付け、患者に渡し、家族や介護支援専門員等の介護スタッフも目にしている。また、東近江医師会では2018年度より介護保険新規申

表2 医療の役割の変化

健康に影響する要因	対応
急性（救急）疾患 感染症、外傷、救急疾患、周産期管理 など	公衆衛生活動、医療の介入
慢性疾患 高血圧、糖尿病、肺気腫、がん など	薬物療法、医学管理、生活指導
状態 障がい、老い、認知症、貧困、孤独 など	当事者の声

請および更新時に、本人あるいは家族が記入する「主治医意見書作成のための問診票」を作成した⁴⁾。この中に人生の最終章に関する本人の希望を話し合うように勧める項目を設けている。この判断が決して最終決定ではないことを付記し、家族や専門職が本人と人生の最終章を含めた対話を繰り返すよう促している。このように、生活上の課題に目を向けよう、人生の最終章について対話をしようと掛け声をかけるだけではなく、家族や専門職が具体的に行動できる地域の仕組みづくりに努めている。

実際に親の介護が必要になると、家族にとっては介護がはじめてという方も多く、離れて暮らす家族は「心配だから」という理由で施設や高齢者住宅を探される方も多い。しかし、先ほど述べたように高齢者を支える上で重要となるのは、適切なケアの提供とコミュニティの存在である。筆者は家族に対し「家族は、直接的な介護は何もしなくていい」「家族は契約や金銭管理などのマネジメントに徹すればいい」「そのかわり我々医療介護スタッフとのコミュニケーションを密にしよう」ということを伝えている。特に在宅で関わる患者さんの家族とは、医師と月に一度の面談を必須としている。これにより、医師－患者関係だけではなく、その先にある家族－地域といったコミュニティとのつながりが継続でき、地域コミュニティの中で支えることができるように感じる。また、高齢者に限らず、支援が必要になると住居費用と介護費用の問題が発生する。先ほど述べたように「どこでもいいから」とすぐに入居できそうな施設を探すと、今まで住み慣れたコミュニティから離れてしまい、さらに高額な費用がかかるという現実直面する。しかし、その施設での生活と入居費用

は家族が抱える心配を解決するために妥当なものであろうか。もし、今の生活が継続できれば近隣のコミュニティともつながり続けることができる。ましてや、自宅であれば家賃もかからず住居費用のコストが抑えられることを伝えると、在宅を選ばれる方は多い。繰り返しになるが、家族が抱える心配を解決する手段は、潤沢な医療サービスや高額な住居といったものではなく、適切なケアの提供と普段からつながりを感じられるコミュニティの存在なのである。

まとめ

超高齢社会の到来と共に医療の役割は変化し、疾患の管理だけではなく、生活の支援、そして、本人との対話へと広がりつつある(表2)。現在の日本では、男性で約9年、女性で約12年の健康寿命と平均寿命の差があるが、これは患者にとって何らかの支援が必要な期間である。そのような中で、かかりつけ医は医療だけではないさまざまな対応を求められることが多くなるが、課題解決のためには、専門職のみならず、コミュニティとの連携が大きな力になることを認識せねばならない。そのような場面で、人生の最終章について語り合うことを「縁起でもない」と目を背ける家族もいるかもしれない。しかし、我々は、本人と家族、専門職が何度も対話を行えるよう促し、かかりつけ医自身もその場に参加できるよう意識すべきである。それは、決して、元気なうちから積極的な治療を諦める約束を取り付けるものではなく、病や老いを抱えていても、本人がどのような場所で、どんな生き方を望むかという希望を語り合う場なのである。一人ひとり違う、そして、答えのない問

いだからこそ、本人との対話を繰り返すことが大切なのである。

“Nothing about us without us”

(私たち抜きで私たちのことを決めないで)

当事者からの声は、高齢者のみならずさまざまな状態を抱えた人々が生きていく上で、これからの時代の「健康」を考えるキーワードになる。そして当事者の声を拾い上げる我々医療・介護専門職の行動とシステムづくりこそが独居・

高齢世帯の緩和ケアにつながると考えている。

参考文献

- 1) Ivan Illich: 脱病院化社会: 医療の限界. 金子嗣郎訳. 晶文社, 1979.
- 2) Huber M, et al: How should we define health? BMJ 2011; 343: d4163.
- 3) 筒井孝子: 地域包括ケアシステムの深化: Integrated care理論を用いたチェンジマネジメント. 中央法規, 2019.
- 4) 東近江医師会: 主治医意見書作成のための問診票. Ver.6. <https://eigenji-clinic.jp/files/ishikai/files20200118074426.pdf> (accessed 2024 Jun 2)

●
●
●
特集
●
●
●

施設における終末期ケア

志摩地域医療福祉センター 管理者 田畑好基

抄録

終末期ケアについては以前から各国で方針や法律が決められていました。日本でも数年前から話題となっていますが進行は遅いですし、進行を見込むことも不可能だと思います。

利用者が希望する終末期ケアは、本人の加齢、健康状態、家族の考えなどで変化しやすいと思います。また終末期ケアを実施する際に、家族にプレッシャーがかかっていることが多いので、それに配慮することもよいと思います。

終末期ケアには教科書的なものは作成不可能で、家族の本質的希望を見抜くことが大切だと思います。

はじめに

私は50歳まで保健所等で働いていました。当時のテーマは疾病の予防や健康づくりでした。健康教育では「いつまでもお元気でいましょうね」と話す講師が多かったと思いますが、個人的にはそんなことは不可能と考え、自分はどのように死ぬのが一番いいんだろうと考えていました。健康教育の参加者に「死因が老衰の人は2%ですよ。あなたは何の病気で死にたいですか?」という質問もしていました。

「ぴんぴんころりがいいよ」という説も聞いたことがあります。それは実現するには自殺しかないから不可能だと思っていて、どのような旅立ちが理想なのか、今なお正解が見つかっていません。

日本尊厳死協会と私

日本で終末期ケア、ACP(Advance Care

Planning)が大切となってきたのはここ数年ですが、日本尊厳死協会(以下、協会)はアメリカでの事例をきっかけに1976年に設立されたそうです。そんなに以前から終末期を考える人はいたのですね。

私は2006年に協会の存在を知り、入会し、東海支部の理事をしていました。当時は日本に12万人以上の会員がいました。この活動で医師や看護師以外の方々のお考えを知ることができ、とても勉強になりました。また同じ医師でも考え方はさまざまでした。特に救急医療を実践している医師は終末期や尊厳死など考える余裕がないということを教えてくれました。

申し訳ありませんが、協会での体験談が長文になります。また、記憶を頼りに事例を紹介させていただきます。

協会は2013年に図の書籍を発行し、基本的には「延命はしないでください。苦しみや痛みには対処してください」を訴えていました。会員



図 新 私が決める尊厳死. 日本尊厳死協会. 2013 年

になればその旨が書かれた証書がもらえ、常時携帯するのです。

尊厳死に関する法律は2016年に韓国やカナダで成立しましたが、アメリカでは現在でも成立した州と成立していない州に分かれているようです。

協会も日本の国会議員に成立をお願いしてきましたが、国会で話題にもなっていませんし、日本では将来的にも法制定は不可能だと思います。ですのでACPを訴えているのでしょうね。

事例 1

私は2006年に協会の支部理事になり、支部長であり尊敬していた愛知県の女性弁護士と本音で話し合うことができました。

当然、本人は延命治療を望んでおらず、「家族や親せきは信用できませんよ。遺産や年金をめぐってもめているだけです」と教わりました。医療の世界と考え方や関わり方が全く違うんだと感じ、視野が少し広くなりました。

事例 1-2

支部長は2015年に協会広報、勉強会のために志摩市に来てくれました。少し体が不調とおっしゃって帰られましたが、直後に難病と診断され、「延命治療は望んでいなかったけど、1日でも長く生きたいと思うようになった」と自然に望みが変わりました。状況が変わると、考え方

も変わるのが普通と気づかされました。

事例 2

当時、精神病院の院長だった方から教わったのは、親が精神病院入院中にADLが低下してきた時に、子どもから「この人、年金がけっこう高いので生活が助かるのです。どんな姿でもいいから1日でも長く生きさせてほしい」と言われて困ったそうです。でも、こんなに本音を話してくれる家族も少ないと思います。

事例 3

大きな病院長であった医師から聞いたのは、「終末期の話し合いは病院ではしてほしいと言われるが、死を目前にして、医者がそれをやれというのは難しい。もっと若い頃に人生の終わりを方を学校で教育してほしい」とおっしゃっていました。

私的には「日本では学校でも無理でしょう」と思いましたし、今でもそう思っています。

事例 4

同じ病院長はさらに、「私の関係者もがんだったが積極的な治療は行わなかった。親戚から非常に非難を受けたが、医者だからできた」と言っていました。

このような社会通念は、以前は「親せきから死ぬ場所として認められるのは病院以外にはありません。なぜ病院に連れて行かなかった？と非難されます」と言う利用者の家族が多かったのですが、時代の流れにより少なくなっています。

以上、協会関係の事例でしたが、同じ医師であっても考え方は異なりますし、尊厳死、終末期について話し合うことはほとんどありません。職種が異なればさらに考え方は異なりますので、やはり正解はないと思います。

介護施設に来て感じたこと

私は2012年に志摩地域医療福祉センター(以



写真1 当施設個室の風景



写真2 トイレと洗面台

下、当施設)に着任しました。着任早々感じたのは、「自分の最後はこの施設がいい」でした。自慢ではありません。

保健所に勤務していた頃から「自分の望ましい最後」を考えていましたが、まだ介護保険制度もなく、考えても答えは出ていませんでした。

個人的には、苦しまない老衰の死を望んでいましたが、病院で死ぬのも自宅で死ぬのも望んでいませんでした。なので、死んでもいい場所すら見つかっていませんでしたが、介護保険が始まったことにより介護施設が急激に増えて状況は大きく変わりました。介護保険制度開始は厚生労働省の歴史に残る名政策だったと思います。

当施設がよいと感じた点は、以下のとおりです。

(1) 部屋がすべて広めの個室であること(写真1, 2)

トイレと洗面台も各室にあります

テレビを観るのも自由です

(2) 田舎なため他人や職員との会話にていねい語などの気を使わなくてよいこと

(3) 普通の施設より利用料金は高いが、病院の個室よりは安いこと

(4) 介護士を中心に、医師や看護師もいること

「当施設は看取りにふさわしい」と考えた私は積極的に行うよう職員にお願いしました。年々看取り人数は増え、当初戸惑っていた職員も現在は普通の業務と考えられるようになっていきます。

私の印象に残った事例を紹介します。

事例5

当施設に赴任した初期に、私は高齢者に延命処置の胃ろうは不要と思っていました。

入所者の中で、高齢で認知機能も低下し、子どもの認識もできない人ですが大切にされていたため娘に質問しました。「食べられなくなったら『胃ろう』は造ってもら希望ですか？」と。すると「ずっと親ひとり子ひとりで育ててもらったので、少しでも長生きしてほしいんです。だから造ってほしいです」と言われ、「そうか、家庭環境等によりいろんな考え方があっていいんだ」と勉強になりました。

事例6

心臓ペースメーカーを埋設してもらい長生きしている入所者から聞きました。当時ADLは非常に低下していました。

「私が生きるということは、あなたが思っている何倍も辛い。この機械を入れた医者を私は恨みます」と言うのです。ペースメーカーの処置を受けたばかりの頃は違ったのでしょうか、全身状態などで考えは変化するのですね。

事例7

慢性腎不全の方が入所されました。本人に治療希望はなく、家族も「高齢なので透析は不要」とおっしゃって、1ヵ月ほどでADLはかなり低下。その後2週間ほどで苦しむことなく他界され、個人的には理想の終末期と思いました。

事例8

ほぼ自立していた方ですが、当施設に仲良く入所していた方が他施設に移ったことをどう感じられたのか、「もう食事はいりません」となっていました。

ご家族も受診希望はなかったため、当施設で

食事の代わりに点滴を毎日して過ごしました。数ヵ月で他界されましたが、どうすればよかったのか今でも答えはありません。

事例9

認知機能が非常に低下しており、子どもも認識できなかった方が、数ヵ月かけてADLが非常に低下しました。

ご家族に希望を聞いたところ、「受診は望みません。孫の結婚式があるので、2週間は絶対に生きられるようにしてほしいですが、その後は点滴もいりません」と言われました。

仮に医師が家族と終末期の話し合いをしているとしても、終末期は家族の意思で決まることを学びました。

終末期ケアの実践

1. 入所の前

アセスメントシートに基づき入所の可否を判定するわけですが、シートに生活史、家族状況、本人意思、家族意思等が記載されており、さらにはADLも別に表記されています。

これらに加えて、リハビリ目的の入所なのか、終末期ケアも視野に入れた入所なのかをある程度はつきりさせます。

病院から来られる方については、ほとんど病院のスタッフが情報を持っていますので、それを提供してもらいます。自宅から来られる方については、ご家族やケアマネージャーに伺うしかありません。

2. 入所後

入所前にはつきりさせられない場合は、入所中にご家族と情報交換することにより、時間をかけて方向性を考えます。既述したように、ご家族が話すことがすべて本心とは思わず、本当の希望をさぐる試みが必要です。「元気の時の話し合いで、長生きしなくてもいいと言っていました」などと言われても、本当かどうかは分かりません。

対人サービスを実践してきた自分としては、

話し合う相手の個性や生活環境、友人が多い少ないなど、話の内容以外にもヒントは多いと思います。

医師は本人や家族との接触はほとんどないので、介護士や看護師、相談員が中心となって方向性を探し出します。

3ヵ月ごとにご家族とスタッフが面談する機会を設け、現在の状態を報告し、今後の方向性を話し合っています。必要に応じてケアマネさんも参加していただきますが、この機会はかなり形式的なものです。

この機会以外でも、入所者の状態が少し変わったり、言うことが少し変わったりした時にも、家族に報告するのも一手段でしょう。

しかし、家族には電話報告を歓迎する家族もあれば、不必要と考える家族もあり、電話の仕方や内容には注意する必要があります。

3. ご家族の現状

介護施設の研修等では、「入所者の思いや希望に沿うように」と言われます。しかしながら自分の経験では、実際に終末期となった方に、自分の思いや希望を話せる方はほとんどいませんでした。したがって、どうするかを決めるのはご家族やキーパーソンだと思います。しかし、現実としてほとんどのご家族は看取りの初心者です。

初心者はどうするのが正しいのか分からないし、プレッシャーも感じていることが多いでしょう。

施設の対応

自分の経験から感じたひとつは、「終末期ケアの教科書やマニュアルを作ることは不可能」でした。

医師によっても考え方はさまざまですし、当施設の10名の入所担当看護師でも微妙に考え方が異なっており、10人10通りです。初期の頃は、私が家族と話し合うことが多かったのですが、現在は、看護師を中心にユニットとしてできると考えており、私も正解を持っていませんので、指導はせずアドバイスのみとしています。

ご家族と話し合う機会が多いのは介護士、看護師や相談員ですので、彼らに任せられるようになったことは前進だと思います。

繰り返しですが、「利用者を満足させてあげることも大切だが、終末期のご家族を支援することはそれ以上に重要」だと思っています。

支援のポイントとしては、

- (1) 家族のプレッシャーを軽くしてあげる
 - (2) 必ず病院に搬送しなくてはいけないという決まりはない
 - (3) 長生きできたことは喜ばしいことです
 - (4) 人間には必ず旅立つ日が来る
- ようなことを、遠回しに話してあげることが手助けになるのではないのでしょうか。

まとめ

介護施設への入所者は基本的にはリハビリ

テーション目的ですが、高齢者であるため状況や見通しが変化することは普通です。その都度コミュニケーションの意味も込めて家族に連絡を取り、援助もしながら方針を考えてもらいます。

繰り返しになりますが、施設としては、「こうするのが正しい」という正解はありませんし、医師によっても看護師によっても同じ考えではありません。学校や研修で教えることも不可能でしょう。

できることは、①地域性を考える。②家族の個性や考え方を推測する。③状態の変化を許される限りこまめに報告する。④家族の負担を軽くしてあげるような配慮をする。

上記に加え、施設の職員みんなで話し合えるのが大切だと思います。みんなで考えないと、管理者の医者が変わったらガラッと変わっちゃいますからね。

『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.jp

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

ビスフォスフォネート製剤投与に関する実態調査： 単施設前向きパイロット観察研究

原田 拓^{1),2)} 小坂鎮太郎³⁾ 仲井 盛¹⁾

目的: 骨粗鬆症治療の主要薬剤であるビスフォスフォネート製剤は長期使用に伴う副作用リスクの再評価が必要な薬剤であるにもかかわらず、現状での投薬の実態は不明である。本研究はビスフォスフォネート使用の現状を前向き観察研究で調査した。

方法: 2022年10月から2023年9月に練馬光が丘病院総合診療科に入院しビスフォスフォネート製剤を内服している65歳以上の女性患者を対象に、当該製剤の投薬期間、骨密度フォローの有無、腎機能について調査した。

結果: 39例が基準に該当した。10年以上の投薬患者は2例、5年以上の投薬患者は8例、投与継続期間不明は13例、腎機能障害併存は3例、骨密度がフォローされていないのは16例であった。

結論: 39例のうち10年以上の投薬は2例で認められた。骨密度検査によるフォローが施行され、投薬期間が5年以内で、腎機能障害がない症例は12例のみであり、骨粗鬆症に対するビスフォスフォネート製剤の治療内容には課題が多い可能性が示唆された。

KEY WORD ビスフォスフォネート製剤, 非定形大腿骨骨折, 骨粗鬆症

I. はじめに

閉経後の女性において、骨粗鬆症による骨折は脳卒中、心筋梗塞、乳がんの組み合わせより頻度が高い疾患であり¹⁾、公衆衛生上重大な問題である²⁾。ビスフォスフォネート(bisphosphonate: 以下BP)製剤は椎体骨折を4～7割、股関節骨折を2～5割減少させるとの報告があり、骨粗鬆症の治療の第一選択薬として使用されている³⁾。

しかし、BP製剤投与に伴う副作用として、その頻度は稀ではあるものの、非定形大腿骨骨折(atypical femoral fracture: 以下AFF)や骨吸収抑制薬関連顎骨壊死が、重大な副作用として関連していることがわかってきており、特にAFFはBP製剤の投与期間が長いほどリスクが上昇することもわかってきた⁴⁾。さらにAFFは、

特に10年を超える長期投与に伴ってリスクが発現することがわかっており、アメリカ骨代謝学会ではアルゴリズムを用いて、投与期間とリスクに応じた再評価を推奨しており、BP製剤の投与について内服は5年、静注は3年で再評価し、最長でも内服は10年、静注は6年とすることを提案している⁵⁾。さらに、AFFは特に東アジア人の女性においてリスクが高い⁶⁾とされており、本邦においても当然長期投与に伴うAFFは懸念すべき有害事象であるが、BP製剤の投与期間やその実態に関して検討した報告はなく、本邦における実態は不明である。骨粗鬆症は頻度の高い疾患であることから、予防医療の観点でもプライマリ・ケア診療において重要な疾患であり、その質の評価および改善点の模索は総合診療医として重要な責務である。

1) 練馬光が丘病院 総合救急診療科 総合診療部門, 2) 獨協医科大学 総合診療科, 3) 都立広尾病院 病院総合診療科
(筆頭著者連絡先: 〒179-0072 東京都練馬区光が丘2-5-1 練馬光が丘病院 総合救急診療科 総合診療部門)

原稿受付2024年1月31日/掲載承認2024年5月10日

そこで我々は本研究において練馬光が丘病院総合診療部門に入院した65歳以上の高齢者で、BP製剤を投与されていた女性を対象に、投与期間やリスクに応じた再評価がなされているか、日本の診療状況の実態を調査するために前向き観察研究を行うこととした。

II. 方 法

2022年10月1日以降2023年9月30日までに総合診療部門に入院した65歳以上の高齢者で、BP製剤を投与されている女性を対象とした。薬剤情報は担当医ないし病棟薬剤師が収集したデータおよび薬手帳の情報をもとに判断し、BP製剤を内服していた場合、投薬している医療機関に対して投薬継続期間、骨密度のフォローアップの有無に関しての情報提供を依頼した。研究プロトコル、オプトアウト同意方法を含む研究計画は、練馬光が丘病院の倫理委員会（番号22082501）によって承認された。

収集するデータは、年齢、性別、基礎疾患、並存疾患、認知症の有無、ADL、虚弱の程度、BP製剤を投与した医療機関、投与しているBP製剤、BP製剤開始時期、Dual Energy X-ray Absorptiometry（以下DXA）による骨密度データの有無とした。並存疾患はチャールソン併存疾患指数（Charlson Comorbidity Index: 以下CCI）に基づいて評価し⁶⁾、虚弱の程度はClinical Frailty Scale（以下CFS）を用いた。CFSは併存疾患、認知障害、機能障害などの項目を組み合わせた累積欠陥モデルに基づく判断ベースの評価であり簡易的に評価できるスケールで^{7,8)}、2007年の改訂を経て現在は9段階にわけられており、臨床的な予後との関連性が検証されている^{9,10)}。CFSの分類はHuらのチャートに準じて行った¹¹⁾。

BP製剤の投与はクレアチニンクリアランスが35mL/min以上での投与が望ましいとされている²⁾。腎機能障害の有無は身長や体重の測定がなされない症例があることが予想されたため、血清Crの値で判定する方針とした。具体的には入院後も血清Crが1.5mg/dL以上（65

歳の女性であればeGFR 28mL/min 以下相当）を維持している患者のみを慢性腎機能障害有りとし、入院前の腎機能については、かかりつけの医療機関からの情報提供をもとに確認を行った。ステロイド使用、炎症性腸疾患、吸収不良症候群、慢性肝疾患など薬剤性や慢性疾患に伴う二次性骨粗鬆症に対してBP製剤を内服している患者および医療機関からの情報提供が得られなかった患者は除外した。

主要転機は10年以上の内服あるいは6年以上の静注のBP製剤が使用されている患者数とし、副次転機は5年以上の内服あるいは3年以上の静注のBP製剤の使用、BP製剤の投与継続期間が不明、DXAによる骨密度がフォローされていない、腎機能障害があるにもかかわらずBP製剤が使用されている、またはAFFをきたした既往の5項目のそれぞれの患者数とした。

カイ二乗検定またはフィッシャーの直接検定を使用して、名目変数を比較した。また連続変数の場合、t検定またはWilcoxon順位和検定を必要に応じて使用した。統計分析はEZR（Easy R）ソフトウェア¹²⁾を使用した。すべての検定は両側検定であり、 $P<0.05$ が統計的に有意であるとみなされた。

III. 結 果

2022年10月1日から2023年9月30日までの期間に総合診療科における65歳以上の女性の入院は581例あり、その中でBP製剤を内服していた患者は56例であった。その56例から、同一患者の複数回入院1例、ステロイド投与を受けていた9例、およびかかりつけ医療機関からの情報提供が不十分だった7例を除外した後、34の医療機関からのBP製剤の治療歴に関する回答をもとに、最終的に39例が本研究の基準に該当した。対象となった患者の年齢は85（80.5-90）歳、併存疾患のCCIは1（1-2）であり、認知症は14例に認められた。また、要介護認定されている症例は17例、さらに介助があっても歩行できない身体機能の症例は9例、CFSは5.5（4-6）であった。使用されていた薬剤の内

表 1

	内科医(n=23)	整形外科医(n=14)	P value
主要転機			
内服10年 静注6年以上の投薬	0	2	0.14
副次転機			
内服5年 静注3年以上の投薬	3	4	0.39
投薬期間不明	10	3	0.29
慢性腎臓病	0	3	0.047
骨密度のフォローがない	14	2	0.007
非定形大腿骨骨折	0	1	0.38
投薬期間、腎機能、骨密度フォローの 3項目のいずれかに問題がある	16	9	0.74

訳は、内服のアレンドロン酸が20例、リセドロン酸が6例、ミノドロロン酸が10例、イバンドロン酸が2例であり、イバンドロン酸の静注が1例であった。Crが1.5mg/dL以上の慢性腎機能障害は4例に認められた。

主要転機である10年以上の内服あるいは6年以上の静注のBP製剤が使用されていた患者は2例(5.1%)であった。副次転機について、評価5項目のそれぞれの患者数は、5年以上の内服あるいは3年以上の静注のBP製剤の使用8例(20.5%)、BP製剤が投与されていたもののその投与継続期間が不明13例(33.3%)、腎機能障害があるにもかかわらずBP製剤を使用3例(7.7%)、DXAによる骨密度のフォローなし16例(41.0%)、過去のAFF既往1例(2.6%)であった。主な処方医は、整形外科医が14人(35.9%)、内科系診療科医が23人(59.0%)であった。内科医と整形外科医がそれぞれ処方した場合の主要転機と副次転機の比較を表1に示す。投薬期間、DXAによる骨密度のフォロー、腎機能障害、非定形大腿骨骨折のすべてにおいて適切な管理を行っていたのは、内科医23人中7人(30.4%)、整形外科医14人中5人(35.7%)で有意差はなかったが、内科医は整形外科医と比較して有意に骨密度フォローの頻度が低かった($P=0.007$)。一方で整形外科は慢性腎機能障害症例においてもBP製剤投薬の頻度が有意に高い($P=0.047$)という違いが見られた。

IV. 議 論

本研究において、研究期間に急性期病棟に入院した65歳以上の女性で、BP製剤の投薬を受けていた患者は39人であり、そのうち2人は10年以上の内服、8人は5年以上の内服あるいは3年以上の静注による治療を受けていた。また13人では投薬期間が不明であり、さらに3人は慢性腎機能障害の状態にもかかわらず投薬を継続されていることが明らかとなった。専門医別の治療内容の傾向として、内科医はDXAによる骨密度のフォローをしておらず、整形外科医は慢性腎機能障害があるにもかかわらずBP製剤投薬を継続していることもわかった。39人のうち、DXAによって骨密度がフォローされ、投薬期間が5年以内で、腎機能障害がない症例は12例のみであった。

我が国での骨粗鬆症の診療の実態は不明な点が多い。過少診断や過少診療に関する報告はあるが^{13,14)}、BP製剤の投与期間に関して検討した報告はなく、その実態は不明であることから、本研究はその実態を明らかにするきっかけとなるパイロット研究としての調査である。今回の調査の結果から考えられることとして、10年以上BP製剤を継続していた2人については、その適応疾患が股関節骨折と圧迫骨折といずれも脆弱性骨折であり、リスクとベネフィットを考慮したうえで継続された可能性もある。また5年以上BP製剤を継続していたのは8人で、そのうち骨粗鬆症の治療目的で使用されていたのが2人、脆弱性骨折後の治療として使用されていたのが6人であったが、骨粗鬆症の治療目的

で使用されていた2例は骨密度がフォローアップされていないため、不要な治療を受けている可能性が高かった。

BP製剤の投薬期間に関して、本邦のガイドラインでは3～5年間の投与継続は可能であると記載されており、それ以降の投薬に関しては明記がない¹⁵⁾。米国骨代謝学会のガイドラインでは、内服は5年、静注は3年経過した時点でいったん再評価し、最大でも投与期間は10年とするよう勧告している³⁾。厳密な判断は困難だが、今回の調査において、10年以上の投薬を受けていた2人と骨粗鬆症に対して骨密度のフォローなしに5年以上の投薬をうけていた2人、すなわち約1割は望ましくない状態で投薬を受けていた。またDXAによる骨密度のフォローが約1/3の症例で行われていなかった。DXAによる骨密度のフォローについては、過去のアメリア内科学会のガイドラインでは不要¹⁶⁾とされていたが、2023年の改訂では、骨密度のフォローが推奨されると変更され¹⁷⁾、その他のガイドラインでも同様に推奨されている^{3),18),19)}。本邦のガイドラインにおいても、その期間は明記されていないがDXAによる骨密度のフォローが推奨されている¹⁵⁾。アレンドロネートを服用している女性でも最大で6人に1人が骨の減少を続けているという報告²⁰⁾があり、さらにBP製剤自体アドヒアランスが悪い薬剤であること³⁾を加味すれば、現状では治療に対する反応を骨密度でモニタリングをすることが望ましいと考えられる。内科医においてDXAによる骨密度のフォローをしていない割合が高いのは、骨粗鬆症の管理におけるDXAによる骨密度のフォローアップや投薬継続期間の設定の必要性に関して内科医が留意していないことも関連していると考えられる。一方で整形外科医において、腎機能障害症例にもBP製剤が投与されている割合が高かったのは、整形外科医が内科的合併症に対して留意していないといった、それぞれの専門診療科の特性によるものと考えられた。

本研究の強みは、単施設ではあるが30以上の医療機関からの情報が得られており、さらに前向き観察研究のため詳細な内容を解析できた

ことである。しかし、本研究には2つの限界がある。1つめは、多くの医療機関からの情報が得られているとはいえ、都心部の急性期病院単施設研究であり、日本全体の傾向かどうかはわからないことである。2つめは情報収集の精度である。情報提供が得られなかった例が7例あり、解析データに脱落があるうえ、あくまでBP製剤の投薬期間やDXAによる骨密度のフォローに関する情報のみを解析しており、投薬継続理由などの確認は行っていない。さらなる研究においては、特に5年以上長期投薬されている患者について、医師や患者双方の立場から、投薬継続理由に関する情報を収集するのが望ましい。

V. 結 語

BP製剤が投薬されていた症例のうち約1/4が5年以上投与継続されており、さらに約1/3の症例で投与期間が不明であった。腎機能障害がなく、さらにDXAによって骨密度がフォローされ、かつ投薬期間が5年以内という条件を満たして適切に投薬されていた症例は3割のみであり、本邦における骨粗鬆症に対するBP製剤を用いた治療は課題が多い可能性が示唆された。

COI開示：本研究は、地域医療振興協会の第35回地域保健医療に関する研究の助成を受けて実施した。

文 献

- 1) Singer A, Exuzides A, Spangler L, et al: Burden of illness for osteoporotic fractures compared with other serious diseases among postmenopausal women in the United States. *Mayo Clin Proc* 2015; 90: 53-62.
- 2) Black DM, Rosen CJ: Clinical Practice. Postmenopausal Osteoporosis. *N Engl J Med* 2016; 374: 254-262.
- 3) Adler RA, Fuleihan GEH, Bauer DC, et al: Managing Osteoporosis in Patients on Long-Term Bisphosphonate Treatment: Report of a Task Force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res* 2016; 31: 16-35.
- 4) Fink HA, MacDonald R, Forte M, et al: Long-Term Drug Therapy and Drug Discontinuations and Holidays for

- Osteoporosis Fracture Prevention: A Systematic Review. *Ann Intern Med* 2019; 171: 37-50.
- 5) Black DM, Geiger EJ, Eastell R, et al: Atypical Femur Fracture Risk versus Fragility Fracture Prevention with Bisphosphonates. *N Engl J Med* 2020; 383: 743-753.
 - 6) Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al: A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987; 40: 373-383.
 - 7) Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al: A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005; 173: 489-495.
 - 8) Moreno-Ariño M, Jiménez TI, Gutiérrez CA, et al: Assessing the strengths and weaknesses of the Clinical Frailty Scale through correlation with a frailty index. *Aging Clin Exp Res* 2020; 32: 2225-2232.
 - 9) Church S, Eogers E, Rockwood K, et al: A scoping review of the Clinical Frailty Scale. *BMC Geriatr* 2020; 20: 393.
 - 10) Erhag HF, Guðnadóttir G, Alfredsson J, et al: The Association Between the Clinical Frailty Scale and Adverse Health Outcomes in Older Adults in Acute Clinical Settings - A Systematic Review of the Literature. *Clin Interv Aging* 2023; 18: 249-261.
 - 11) Hu FY, Streiter S, O'Mara L, et al: Frailty and Survival After In-Hospital Cardiopulmonary Resuscitation. *J Gen Intern Med* 2022; 37: 3554-3561.
 - 12) Kanda Y: Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics. *Bone Marrow Transplant* 2013; 48: 452-458.
 - 13) Sato M, Vietri J, Flynn JA, et al: Treatment for Osteoporosis among Women in Japan: Associations with Patient Characteristics and Patient-Reported Outcomes in the 2008-2011 Japan National Health and Wellness Surveys. *J Osteoporos* 2014; 909153.
 - 14) Yamamoto Y, Chiba T, Dohmae S, et al: Osteoporosis medication after fracture in older adults: an administrative data analysis. *Osteoporos Int* 2021; 32: 1245-1246.
 - 15) 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会編：骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015 年版. 東京, ライフサイエンス出版, 2015.
 - 16) Qaseem A, Forciea MA, McLean RM, et al: Treatment of Low Bone Density or Osteoporosis to Prevent Fractures in Men and Women: A Clinical Practice Guideline Update From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017; 166: 818-839.
 - 17) Qaseem A, Hicks LA, Etteandia-Ikobaltzeta I, et al: Pharmacologic Treatment of Primary Osteoporosis or Low Bone Mass to Prevent Fractures in Adults: A Living Clinical Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2023; 176: 224-238.
 - 18) Management of osteoporosis in postmenopausal women: the 2021 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2021; 28: 973-997.
 - 19) LeBoff MS, Greenspan SL, Insogna KL, et al: The clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporos Int* 2022; 33: 2049.
 - 20) Ravn P, Hosking D, Thompson D, et al: Monitoring of alendronate treatment and prediction of effect on bone mass by biochemical markers in the early postmenopausal intervention cohort study. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84: 2363.

地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター主催

「医療の場におけるフレイル予防」の 講演動画公開のお知らせ

2024年2月21日に開催した

「医療の場におけるフレイル予防－超高齢社会に求められる医療機関の役割」の
講演動画と資料を公開しました。

本セミナーは、高齢化が急速に進行する中で、フレイル対策における医療機関の役割について
先進的な取組事例を通して学ぶ機会とすることを目的としました。

講師として、医療法人社団 野村医院 院長の野村和至先生と、国家公務員共済組合連合会虎の門
病院 顧問の大内尉義先生をお迎えしました。

野村和至先生より、2018年の診療報酬改定をきっかけに高齢者をトータルに支えることを目
的に開設された「地域包括診療外来」の概要を紹介いただくとともに、CGA(高齢者総合的機能評
価)を活用した高齢患者へのフレイル予防の実際についてご講演いただきました。

大内尉義先生より、超高齢社会に求められる病院の役割として、病院における高齢者の総合診
療体制の構築と地域住民の健康長寿を支える仕組みづくりについて、虎の門病院と鹿児島共済会
南風病院での取組の実際をご講演いただきました。講演後は、事前に参加者から集めた質問に答
えていただく形でディスカッションを行いました。

当日は、医師をはじめ地域医療に従事する医療関係者113名の方にご参加いただきました。当
日視聴できなかった方でも、講演動画と資料を下記のホームページからご覧いただけます。ぜひ
ご視聴ください。

ヘルスプロモーション研究センターホームページ

<https://healthprom.jadecom.or.jp/>

※活動レポ「ヘルプロセミナー『医療の場におけるフレイル予防』を開催しました」



今年度も引き続き、医療の場におけるフレイル予防をテーマとして、心不全などの病態に焦点
を当てたセミナーを予定しています。詳細が決まりましたら、本誌でお知らせします。

ぜひご参加ください。

第129回

“エスカレーターの利用”に関わる事例発生を未然防止する！

—事例の発生状況の“見える化”から検討する今後の取り組み—

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

“エスカレーターの利用”に関する事故に関しては、消費者庁が、「平成21年4月8日に東京都内で発生したエスカレーター事故」¹⁾として、「消費者安全法第24条第3項に基づく事故等原因調査報告書」を公表しており(平成27年6月26日 消費者安全調査委員会)²⁾、この報告書では、「事故の発生を防止するためには、利用者自らもリスクを認識し利用することが重要である」ということが挙げられている。また、消費者庁からは、「エスカレーターでの事故に御注意ください!」というNews Releaseも公表されている(平成27年7月22日)³⁾。さらに、国民生活センターからは、「エスカレーターでの事故に気をつけて!」(見守り新鮮情報 第168号)というリーフレットが公表され、具体的な事例を掲載して注意を促している(2013年7月11日)⁴⁾。

医療機関には、高齢者や、歩行障害のある患者、杖や歩行器・車椅子などを使用する患者、視力に障害のある患者、および疾患の症状などにより、めまいやふらつきなど、歩行時にバランスを崩しやすい患者などが来院することが考えられ、“エスカレーターの利用”に関わる注意喚起に関して、医療機関でも、さまざまな取り組みを実施していることが想定される。

日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業(以下、本事業)における、医療事故情報収集・分析・提供事業の2022年1月～12月(2022年年報分)の「参加登録医療機関からの報告(報告月に基づいた集計)」では、14,855件の事例に関して、発生要因を「当事者の行動に関わる要因」「ヒューマンファクター」「環境・設備機器」「その他」の4つに分類している⁵⁾。このうち、「環境・設備機器」の内訳では、「施設・設備：236件、1.6%」であることが挙げられている。

また、本事業のヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業の2022年1月～12月(2022年年報分)の「事例情報の報告」では、86,501件の事例に関して、発生要因の「環境・設備機器」の内訳では、「施設・設備：593件、0.7%」であることが挙げられている⁶⁾。

本連載でも、これまでに、施設・設備に関わる内容として、「“施設・設備”の管理に関わる事例発生を未然防止する(第101回)」というテーマで、具体的事例から考える未然防止のシステム整備について検討している。

エスカレーターを設置している施設では、これまでに“エスカレーターの利用”に関わる事例は報告されていないだろうか。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 of 未然防止対策は十分だろうか。

エスカレーターを設置している施設で、自施

設では、“エスカレーターの利用”に関わる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。ぜひ、この機会に、“エスカレーターの利用”に関わる事例発生を未然防止するためのシステム整備について検討し、職員教育を含めた体制の整備に取り組むことを提案したい。

“エスカレーターの利用”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、“エスカレーターの利用”に関わる注意喚起が実施されているにもかかわらず、“エスカレーターの利用”に関わる事例発生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。

特に、外来を受診した患者における、“エスカレーターの利用”に関わる事例発生を検討する場合には、“エスカレーターの利用”の状況を分析し、外来を受診した患者の受診時の状況把握を実施して、事例の発生要因を“見える化”することを勧めたい。ここで、明らかになった自施設の現状や課題と向き合い、事例発生の有無や、事例の発生状況を踏まえた現状評価・フィードバックなどについて、必要に応じて見直しを実施し、医療機関に期待される“医療安全力”を発揮し、事例発生の未然防止に取り組むことが期待される。

そこで、本稿では、施設・設備に関わる事例の中でも特に、“エスカレーターの利用”に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、“エスカレーターの利用”に関わる注意喚起が実施されているにもかかわらず、“エスカレーターの利用”に関わる事例発生が防止されないのか？」という疑問を深める。この検討の際に、事例の発生状況と発生要因の“見える化”により、事例発生の未然防止対策を検討したい。“なぜ”を深める際には、高齢者や、歩行障害のある患者、杖や歩行器・車椅子などを使用する患者、視力に障害のある患者、および疾患の症状などにより、めまいやふらつきなど、歩行時にバランスを崩しやすい患者などのさまざまな状況を考慮することが重要になる。

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、アクシデントは「医療事故」、インシデントは「ヒヤリ・ハット」という言葉を用いる。なお、本事業の資料から抽出した事例の表記は、一部改変して記載する。

“エスカレーターの利用” に関わる事例

本事業の事例検索⁷⁾では、2024年5月上旬現在、キーワード“施設・設備”で3,455件、“エレベーター”で360件、“エスカレーター”で59件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。また、“エスカレーター”“転倒”で49件、“エスカレーター”“転落”で24件、“エスカレーター”“杖歩行”で16件、“エスカレーター”“車椅子”で15件、“エスカレーター”“歩行器”で3件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

本稿では、施設・設備に関わる事例の中でも、特に“エスカレーターの利用”に関わる事例に焦点を当てて検討するため、上記のキーワード“エスカレーター”で検索された59件の医療事故やヒヤリ・ハット事例を検討した。この中で、事例の発生・経過に“エスカレーターの利用”が関連していない事例14件、および重複事例3件の合計17件を対象外とし、42件を対象として検討を実施した。

報告書に記載されている「事故の程度」は、「死亡：1件」「障害残存の可能性が高い」：4件「障害残存の可能性が低い」：24件「障害残存の可能性なし」：12件「不明：1件」ということが挙げられている(表1)。また、「事故の治療の程度」は、「濃厚な治療：17件」「軽微な治療：16件」「治療なし：8件」「不明：1件」ということが挙げられている(表1)。

さらに、事例発生時のエスカレーターの利用状況は、「エスカレーターの昇り：29件」「エスカレーターの下り：11件」「昇り・下りが不明：2件」であった(昇り・下りの利用状況について

表1 “エスカレーターの利用”に関わる事例の分類

事故の程度	件数	事故の治療の程度	件数
死亡	1	濃厚な治療	17
障害残存の可能性が高い(高い)	4	軽微な治療	16
障害残存の可能性が高い(低い)	24	治療なし	8
障害残存の可能性なし	12	不明	1
不明	1	合計	42
合 計	42		

〔日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索された42件の事例を基に作成〕

表2 “エスカレーターの利用”に関わる事例の発生時の状況

エスカレーターの利用状況	件 数
エスカレーターの昇り	29件
エスカレーターの下り	11件
昇り・下りが不明	2件
合 計	42件

※昇り・下りの利用状況については、一部の事例は、記載された状況から想定した

事例発生時の患者の付き添いの状況		件 数
付き添いなし		24件
付き添いあり	事例発生時も付き添いあり	10件
	事例発生時は付き添いなし	8件
合 計		42件

〔日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索された42件の事例を基に作成〕

は、一部の事例は、記載された状況から想定した。事例発生時の患者の付き添いの状況は、「付き添いなし:24件」「付き添いありで、事例発生時も付き添いあり:10件」「付き添いありで、事例発生時は付き添いなし:8件」であった(表2)。

“エスカレーターの利用”に関わる事例として、事例検索⁷⁾にて検索された事例としては、

「外来棟のエスカレーターの方から大きな音がして、『誰か助けてあげて。早く止めてあげて』という悲鳴が聞こえたため、エスカレーターの近くにいた看護師や、受付の職員らが駆けつけ

た。既に止まっているエスカレーターの途中に、患者(80歳代、男性)が座っており、車椅子が階下に落ちているのを発見した。発見時、患者は意識清明で、自力で体勢を立て直そうとしていた。後頭部は腫脹しており、後頭部、および両上下肢に擦過傷があった。車椅子で外科外来に移送し、消化器・一般外科の医師が診察した。当日は、患者が一人でタクシーを利用して来院した。もともと杖歩行だったが、当日は足の疼痛が強かったため、初めて外来者用の車椅子を使用した。自身で移動し、中央採血室へ行こう

として、昇りのエスカレーターに乗ったところ、後ろ向きに転倒した。事故発生後、患者は、『車椅子のままで乗ってはいけないということを知らなかった。エスカレーターは段差になるということをしつかり忘れていた』と話していた。

患者は職員やボランティア活動を行っている人に介助の依頼はしていなかった。職員やボランティア活動を行っている人からの介助の申し出はされていなかった。エスカレーターの乗り口に、車椅子の利用者はエレベーターを利用するように、ということが表示されていた。患者は表示を読んだが、エレベーターの表示をエスカレーターと認識し、そのまま進めると判断した。エスカレーターの乗り口の表示は、車椅子の利用者の目の高さ程度に貼られていた。

「糖尿病で加療中の患者(60歳代、女性)は、朝より、嘔気、軟便、胸部不快感などが出現し、予約外で当院に受診した。診察後、夫の付き添いのもと、血液検査、心電図検査、およびエックス線検査を実施するため、下りのエスカレーターで降下中に、降り口で診察券を落とし、拾おうとして、左肩から転倒した。整形外科で診察の結果、左上腕骨近位端骨折を認め、固定にて保存的加療とし、今後、他院の整形外科で経過観察の方針となった。

患者に、移動方法の説明が不十分であった。検査関連の書類のファイルから、診察券が落ちやすい仕様になっていた。

「患者(80歳代、女性)は、シェーグレン症候群にて、口腔内科の外来でフォロー中であった。診察前に、歩行器を使って1階から昇りのエスカレーターに乗ろうとして、エスカレーター上部で歩行器ごと転倒した。エスカレーターは停止し、患者は手をついた状態でうずくまり、ほかの外来患者に支えられていた。三人の看護師が駆けつけ、患者を車椅子に乗せた。意識レベルは清明で、バイタルサインに異常は認めなかった。その後、整形外科で診察となり、エックス線検査、およびCT検査を実施し、左膝の内側側副靭帯大腿骨付着部剥離骨折と診断された。右膝には関節穿刺が実施された。患者は、左膝をつく格好で転倒したが、周囲に支えられ

たため、左膝以外の打撲はなかった。左膝は動かすことはできるが、動作時に疼痛があった。左膝は10年前に他院で人工膝関節置換術を受けた既往があり、右膝は、以前より慢性的な痛みがあった。

患者は歩行器を使用してエスカレーターを利用したこと、人工膝関節置換術を受けた既往があり、ADLに軽度の障害があったこと、患者は初めて歩行器を使用したこと、および転倒のリスクが高く、受診時の状況を自己申告ができない人が来院した時のフォロー体制がなかったことなどが要因である。

「80歳代の男性が、院内の1階から2階への昇りのエスカレーターに乗っていたところ、後方に転倒し、2～3段落ち、その下にいた患者(30歳代、妊娠18週、以下患者A)にぶつかった。患者Aは携帯電話を見ており、この状況に対応できなかった。近くにいた職員がエスカレーターを緊急停止させた。二人とも意識はあったが、一人では立てず、支えられて2階まで上がり、職員が車椅子に乗せた。男性は右手関節部に発赤、および左肩に裂傷があり、全身の冷汗著明で救急室で診察を受けた。男性は一人暮らしで、家族の連絡先を地域医療部で確認してもらい、連絡を受けた家族が来院した。男性には認知症があり、デイケアを利用していたが、当日はデイケアが休みで、受診のためではなく病院に立ち寄ったことが想定された。男性は擦過傷、および打撲と診断されて帰宅した。患者Aは、産婦人科外来を受診後に、経過観察の目的で入院となった。患者Aは、これまでに流産を繰り返しており、受傷時には動揺が激しかったが、診察にて妊娠経過に異常がないことが判明し、気持ちが落ち着いた。肩や腰部に疼痛を訴えたため、救急室で診察を受けたが、骨折は認めず、翌日、整形外科を受診後に退院した。

病院内に用事がない人でも、院内に出入りができる状況であった。エスカレーターでの転倒予防のために、注意喚起の放送を実施し、掲示物で、体調不良の方、体の不自由な方、子どもを連れている方などへの注意事項を表示していた。エレベーターの場所を表示していたが、分

かりづらい状況があった」
などがある。

また、他にも、「患者は歩行障害のため杖歩行であり、妻と二人で来院していた。外来棟2階での診察終了後、妻が先に支払いに行ったので、患者は一人で下りのエスカレーターに乗り、転倒した」「受診終了後、付き添いの娘が先にエスカレーターに乗り、患者は、その後に乗った。いつもは移動手すりにつかまって乗っていたが、新型コロナウイルス感染症が怖くて、移動手すりにつかまらずに杖をついて乗ったところ、バランスを崩して5段目から後方に倒れるように転落した」という事例も検索されている。

これら“エスカレーターの利用”に関わる事例は、患者が自身の身体の状況に適した移動手段を用いていないこと、付き添いが必要な状況であるにもかかわらず一人で受診・移動していたこと、家族の付き添いがあったにもかかわらず事例が発生していること、および医療機関側がこうした状況を把握しきれていなかったことなどが想定され、このような要因により、患者に影響を及ぼした可能性が想定される。結果として、医療機関、およびプロフェッショナルである職員への信頼をも揺るがすことになる可能性も想定し、事例の発生を回避、あるいは影響を最小にするためのシステム整備が急がれる。

具体的事例から考える 事例の発生要因

エスカレーターを設置している各医療機関では、“エスカレーターの利用”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生の未然防止対策として、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“エスカレーターの利用”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⁷⁾にて検索された事例（以下、本事例）を基に、“エスカレーターの利用”に関わる事例の発生要因の“見える化”から課題を明らかにし、

事例発生を未然防止する対策について検討する。

事例「昇りのエスカレーターで夫が転倒。支えようとした患者が支えきれずに転倒」

【事故の内容】

- ・14時03分、非持続性心室頻拍で加療中の患者（80歳代、女性）は、循環器内科の外来（2階）に受診するため、再来受付機で受付を済ませ、夫と一緒にエスカレーターに向かった。
- ・夫が先にエスカレーターに乗ったが、直後に左後方にバランスが崩れ、のけぞるような状態となった。
- ・夫の後ろにいた患者は、夫を両手で支えようとしたが、エスカレーターは動いたままのため、支えきれず、一度は移動手すりにつかまったが、そのまま頭部から転倒した。
- ・夫もそのまま後方に、患者を下敷きにして回転し、転倒した。
- ・ほかの外来患者が駆けつけ、エスカレーターの非常停止ボタンを押して、エスカレーターは停止した。
- ・その後、事務職員が患者のもとに走り、応援を要請し、初診受付の事務職員が救急部に対応を依頼した。
- ・患者をストレッチャーで救急部に搬送し、夫は車椅子で救急部に移送した。
- ・14時08分、救急部に到着時、患者は、発語は可能だったが、その後、嘔吐し、収縮期血圧が上昇した。
- ・14時45分、CT検査を実施し、前頭葉の脳挫傷、外傷性くも膜下出血、両側の硬膜外・硬膜下血腫、頭蓋骨骨折と診断された。
- ・その後、徐々に意識レベルの低下を認めた。
- ・15時50分、ICUに入室し、全身管理を実施した。
- ・警察署に報告した。
- ・エスカレーターの検証、および夫に状況の確認が実施された。

〔日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索にて検索された事例、一部改変〕

本事例の背景要因としては、「当院では、事例が発生した月に電子カルテが導入され、再来受付機から出てくる案内用紙の大きさが変更になっており、患者は電子カルテを導入後、初めての受診であったため、夫がその内容を確認しながら歩行していた」「患者と夫は二人とも歩行障害があり、通常は、2階に行く際にはエレベーターを利用していたが、今回はエスカレーターを利用した」「患者が転倒後に、ほかの患者が非常停止ボタンを押して、エスカレーターが一時停止したが、患者の搬送後、すぐに事務職員の判断で、運用が安全であるか否かの検証や確認もせずにエスカレーターの稼働を再開した」「当院は、患者がエスカレーターで転倒した状況は、職員には見えにくいという施設環境であったた

め、患者の転倒時のことは分からないという状況であった」[当院のエスカレーターは、速度の変更や、患者の状況に応じた緊急停止ができないという特徴があるため、そのことを踏まえると、患者への注意喚起の実施が不十分であったと考える]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、患者と夫は、2階への移動にエレベーターではなく、エスカレーターを利用したのか?」「なぜ、夫が先にエスカレーターに乗り、直後に左後方にバランスが崩れ、のけぞるような状態になった際に、非常停止ボタンが押されなかったのか?」「なぜ歩行障害のある患者と夫がエスカレーターを利用しようとした際に、職員の誰かがエレベーターの利用を勧めるという対応を実施しなかったのか?」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「患者と夫は二人とも歩行障害があり、通常は、2階に行く際にはエレベーターを利用していたが、今回はエスカレーターを利用した」ということに目を向ける必要がある。これについては、「なぜ、患者と夫は二人とも歩行障害があり、通常は、2階に行く際にはエレベーターを利用していたが、今回はエスカレーターを利用したのか?」と疑問を深める必要がある。

ここでは、患者と夫は、「歩行状態を考慮して、転倒・転落の危険を避けるため、エスカレーターではなくエレベーターを利用するように」という指導を受けていなかった可能性が想定される。

ほかに注目すべきは、本事例の背景要因に挙げられている「患者が転倒後に、ほかの患者が非常停止ボタンを押して、エスカレーターが一時

停止したが、患者の搬送後、すぐに事務職員の判断で、運用が安全であるか否かの検証や確認もせずにエスカレーターの稼働を再開した」ということである。これについては、自施設のマニュアルや、システム整備の現状評価を含めた振り返りの実施により、リスク回避の可能性につなげたい。

さらに、本事例の背景要因に挙げられている「当院は、患者がエスカレーターで転倒した状況は、職員には見えにくいという施設環境であったため、患者の転倒時のことは分からないという状況であった」ということについては、「なぜ、患者がエスカレーターで転倒した状況は、職員には見えにくいという施設環境であったにもかかわらず、エスカレーターの近辺に職員が配置されていなかったのか?」と疑問を深める必要がある。“エスカレーターの利用”に関しては、本事業の事例検索⁷⁾で、転倒・転落事例の発生が認められる状況を考慮すると、利用前の声掛けの実施や、事例発生時に緊急に対応する職員の配置などを検討することを期待したい。

“エスカレーターの利用”に関わる事例発生を未然防止するため、本事業における事例検索⁷⁾にて検索された事例の中で、本稿の対象とした42件の事例の記載内容を参考にして、「“エスカレーターの利用”に関わる事例の発生要因の“見える化”(例)」(図1)を作成した。ここでは、「エスカレーターの昇り・下り」と「付き添いあり・なし」を視点として、発生要因と事例の発生状況を“見える化”することに取り組んだ。自施設で取り組みを実施する際には、自施設における課題を考慮した視点での“見える化”を検討することを勧めたい。

本事例、および前記の事例なども参考にして、“なぜ”を深めて“エスカレーターの利用”に関わる事例の発生要因を明らかにするためには、「思い込み」「確認不足」「患者側の要因」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。

“エスカレーターの利用”に関わる事例の発生要因としては、1)自施設における“エスカレー

既に止まっているエスカレーターの途中に、患者が座っており、車椅子が階下に落ちているのを免じた。車椅子のまま乗ってはいけないことを知らなかった。エスカレーターは段差になるということをすっかり忘れていた

付き添いがなく、外来での車椅子の使用が初めてだった

【付き添いなし】

80歳の男性が、1階から2階への昇りのエスカレーターに乗っていたところ、後方に転倒し、2〜3段落ち、その下にいた患者（妊娠18週）にぶつかった。患者は携帯電話を見ており、この状況に対応できなかった

職員やボランティア活動を行っている人からの介助の申し出はされていない

転倒のリスクが高く、受診時に現状を自己申告できない人が来院した時のフォロー体制がなかった

歩行者を使って1階から昇りのエスカレーターに乗ろうとして、エスカレーター上部で歩行者ごと転倒した

エスカレーターの中段程度まで転げ落ちている患者を免じた

エスカレーターをほぼ昇りきったところで、小銭が落ちたため、拾おうと前屈みになった時にふらつき、後ろに転倒した

エレベーターの場所を表示していたが、分かりづらい状況があった

眼科での診察終了後、エスカレーターに乗ってすぐに足が滑り、バランスを崩して頭から1階まで滑り落ちた

エスカレーターで降下中に、降り口で診察券を落とし、拾おうとして、左肩から転倒した

外来受診時に、患者は若く足取りが悪かったが、注意するような声掛けを実施しなかった

検査関連の書類のファイルから、診察券が落ちやすい仕様になっていた

筋力強いジストロフィーの患者は、外來受診後に、下りのエスカレーターを降りた後、数歩、歩行後に転倒した

転倒リスクが高い患者であるという情報が共有できておらず、介助者を付けていなかった

【エスカレーターの下り】

【付き添いなし】

【付き添いあり】

娘が先にエスカレーターに乗り、患者は、その後に乗った。いつもは移動手すりにつかまて乗っていたが、新型コロナウイルス感染症が怖くて、移動手すりにつかまらずに杖をついて乗ったところ、バランスを崩して転落した

患者は80歳代で杖歩行であり娘への説明不足があった

二人とも歩行障害があり、通常は、2階に行く際にはエレベーターを利用していたが、今回はエスカレーターを利用した

夫が先にエスカレーターに乗ったが、直後に左後方にバランスが崩れ、のけぞるような状態となり、後ろにいた患者は夫を両手で支えようとしたが、エスカレーターは動いたままのため、支えきれず、一度は移動手すりにつかまなかったが、そのままだから転倒した

患者は介助者のいない状態でエスカレーターに乗ったため、即座に患者を支える人がいないという状況が生じた

妻が先に支払いに行ったので、患者は一人で下りのエスカレーターに乗り、転倒した

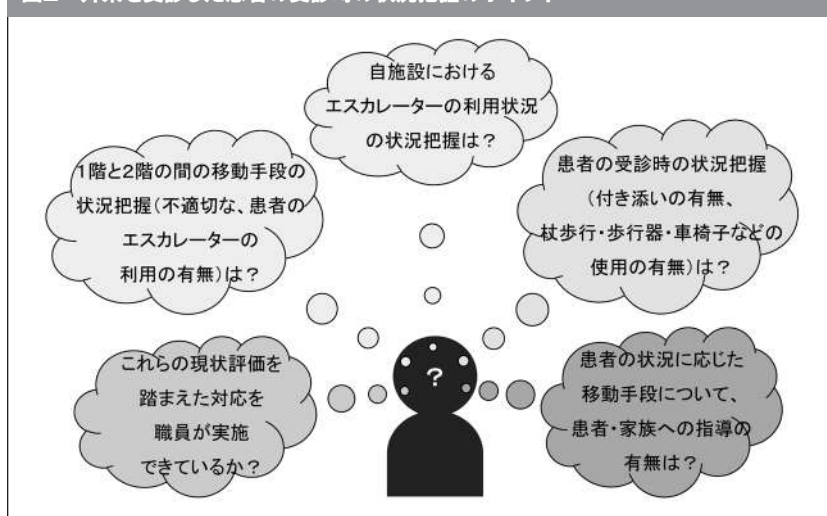
ターの利用」に関わる事例発生の有無と現状評価・フィードバックが未実施、2)現在、実施している防止対策の評価に基づく見直しが未実施、3)外来を受診した患者の受診時の状況把握が未実施、4)施設・設備管理としての“エスカレーターの利用”に関わるマニュアルの見直しが未実施、5)多職種の参加によるリスクアセスメントが未実施、6)リスクアセスメントの結果と、具体的な事例の情報共有を含む職員教育が未実施、などが考えられる。

本事例の改善策としては、「ポスターの掲示や、ホームページに掲載を行い、来院する患者・家族に対する注意喚起を実施する」「エスカレーターは、初診受付や、総合カウンターからは直視することはできない状況にあり、職員が異変に気づきにくい。ため、職員をエスカレーターの

“エスカレーターの利用”に関わる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)自施設における“エスカレーターの利用”に関わる事例発生の有無と現状評価・フィードバックの実施、２)現在、実施している防止対策の評価に基づく見直しの実施、３)外来を受診した患者の受診時の状況把握の実施、４)施設・設備管理としての“エスカレーターの利用”に関わるマニュアルの見直しの実施、５)多職種の参加によるリスクアセスメントの実施、６)リスクアセスメントの結果と、具体的な事例の情報共有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。

月刊地域医学 Vol.38 No.7 2024

図2 外来を受診した患者の受診時の状況把握のポイント



マンファクターとしての「思い込み」「確認不足」を防止し、「患者側の要因」に対応することに加えて、現状評価と課題を明らかにすることや、多職種の参加によるリスクアセスメントを実施すること、および防止対策の見直しを実施することなどにより、“エスカレーターの利用”に関わる事例の発生を回避することが期待される。

1)の「自施設における“エスカレーターの利用”に関わる事例発生の有無の現状評価・フィードバックの実施」では、これまで自施設で事例が発生しているか否かの確認が必要になる。また、自施設では発生していない場合でも、他施設で発生した事例の情報を確認することで、今後、自施設で発生する可能性を含めた現状評価に取り組むたい。自施設で、“エスカレーターの利用”に関わる事例が発生している場合は、その事例の分析結果を含めたフィードバックが全職員に実施されているか否かを確認することが望まれる。

2)の「現在、実施している防止対策の評価に基づく見直しの実施」では、はじめに、患者・家族への注意喚起の実施方法に関する評価を提案したい。医療機関では、“エスカレーターの利用”に関わる事例発生を防止するための対策として、さまざまな取り組みを実施していると思われる。こうした対策を実施しているのであれば、対策の効果に関して検討することを勧めたい。

例えば、表示している注意事項について、患者・家族が意識して見ようとしなければ気づかない可能性が想定されるのであれば、これに関連して、自施設を受診している患者・家族にアンケート調査や、聞き取り調査、および事例発生時の聞き取りなどによる現状評価を実施することを検討したい。そして、この結果を踏まえて、医療機関側からの直接的な声掛けや、患者の状況に応じた支援の実施などを、改めて検討することが望まれる。

3)の「外来を受診した患者の受診時の状況把握の実施」では、自施設ではどのような取り組みを実施しているだろうか。ここでは、「外来を受診した患者の受診時の状況把握のポイント」を提案する(図2)。

内容としては、「自施設におけるエスカレーターの利用状況の状況把握は？」「患者の受診時の状況把握(付き添いの有無、杖歩行・歩行器・車椅子などの使用の有無)は？」「1階と2階の間の移動手段の状況把握(不適切な、患者のエスカレーターの利用の有無)は？」「患者の状況に応じた移動手段について、患者・家族への指導の有無は？」「これらの現状評価を踏まえた対応を職員が実施できているか？」などを挙げた。特に、「患者の受診時の状況把握(付き添いの有無、杖歩行・歩行器・車椅子などの使用の有無)は？」や、「1階と2階の間の移動手段の状況把握(不適切な、患者のエスカレーター利用

の有無)は？」など、患者の状況を医療機関側が把握できていないことによって、適切な声掛けや、支援が実施されていない状況の有無を検討することが重要である。

前記の事例でも、「職員やボランティア活動を行っている人からの介助の申し出はされていなかった」「移動方法の説明が不十分であった」「転倒のリスクが高く、受診時の状況を自己申告ができない人が来院した時のフォロー体制がなかった」ということが挙げられており、医療機関側が、患者の状況を把握して適切な対応を実施していれば、事例発生を回避できた可能性も想定される。ぜひ、自施設の現状と課題を踏まえて、オリジナルの「外来を受診した患者の受診時の状況把握」に取り組むことを勧めたい。

4)の「施設・設備管理としての“エスカレーターの利用”に関わるマニュアルの見直しの実施」では、自施設だけでなく、他施設で発生している事例の詳細を検討して、現行のマニュアルで対応可能か否かの評価を実施することが望まれる。患者・家族のエスカレーターの乗り降りを職員が確認できる配置か否か、“エスカレーターの利用”に関わる注意事項が患者・家族に伝わっているか否か、エスカレーターの非常停止ボタンの位置を職員が知っているか否か、およびエスカレーターの停止後の再開の決定は、誰が、何を確認後に実施するのか、などさまざまな検討を実施することを期待したい。

5)の「多職種の参加によるリスクアセスメントの実施」では、多職種が参加してリスクアセスメントを実施する際に、自施設で発生した事例、および他施設で発生している事例の情報提供も実施したい。また、実際にエスカレーターの周辺の現場を確認すること、あるいは静止画像や動画などで資料提供することで、よりリアルなリスクアセスメントを実施することを勧めたい。現場の調査が可能であれば、エスカレーターの乗り口の近辺に表示されている注意事項を目視できるか、乗り口の床に注意事項が表示されている場合には、それを確認することによってさらなるリスクの発生の可能性はないか、などの検証も実施したい。特に、高齢者や、

歩行障害のある患者、杖や歩行器・車椅子などを使用する患者、視力に障害のある患者、および疾患の症状などにより、めまいやふらつきなど、歩行時にバランスを崩しやすい患者などがエスカレーターを利用するという条件を踏まえた検討が求められる。

6)の「リスクアセスメントの結果と、具体的な事例の情報共有を含む職員教育の実施」では、5)の「多職種の参加によるリスクアセスメントの実施」の結果を教材として活用することも可能である。また、3)の「外来を受診した患者の受診時の状況把握の実施」で得られた情報の提供も兼ねて、具体的な事例を活用した防止対策の検討が望まれる。職員個々が、情報を得ることや、知ることにより、これらのことに関心を持つこと、および自分もチームの一員としてできることは何かと考える機会を持つことが重要である。

前記の事例の改善策としては、「エスカレーターの乗り口の表示については、該当部署に、表示の大きさ・文字の大きさ・色などについて、目立つものへの変更を依頼した。患者に、今後は、職員やボランティア活動を行っている人に介助を依頼するように、ということを説明した。職員やボランティア活動を行っている人については、来院した患者の状況を観察し、必要時には積極的に声を掛けられるように、教育や人員配置に関して再検討する必要がある」「診察券が落ちにくいファイルを導入する。エスカレーターの近辺に人員を配置する」「外来を受診する患者に指導する。エスカレーターを利用する際の注意事項の表示を分かりやすくすることにした」「妊婦が2階の外來に行く際には、エレベーターの利用を勧める。エレベーターの場所が分かりやすいように、床に大きく表示する」などが挙げられている。

今後、自施設における“エスカレーターの利用”に関わる事例発生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。

“エスカレーターの利用”に関わる 事例発生の未然防止と今後の展望

本稿では、施設・設備に関わる事例の中でも特に、“エスカレーターの利用”に関わる事例に焦点を当てて、「なぜ、“エスカレーターの利用”に関わる注意喚起が実施されているにもかかわらず、“エスカレーターの利用”に関わる事例発生が防止されないのか？」という疑問を深め、事例の発生状況と発生要因の“見える化”により、事例発生の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、自施設における“エスカレーターの利用”に関わる事例発生の現状評価が未実施、外来を受診した患者の受診時の状況把握が未実施、および施設・設備管理としての“エスカレーターの利用”に関わるマニュアルの見直しが未実施などで、リスクの発生を回避できずに患者への重大な影響が発生する可能性に目を向けて検討することを勧めたい。事例発生を発生前に想定して、適切な未然防止策と実施すること⁸⁾、および事例が発生した場合には、発生時の対応が迅速・スムーズであるようなシステム構築を期待したい⁹⁾。

“エスカレーターの利用”に関わる事例発生の未然防止における今後の展望としては、現状評価の実施により、「外来を受診した患者の受診時の状況を把握すること」「“エスカレーターの利用”に関わる注意事項が伝わっているか否か、および注意喚起の実施によって、患者・家族が適切に行動しているか否かを確認すること」などから取り組むことを勧めたい。

これまで、自施設で類似事例が発生していない場合でも、他施設で発生した事例を参考にして、“エスカレーターの利用”に関わる事例が、どのよ

うな状況で、どのような発生要因で発生しているのか、という情報を得ることが急がれる。多職種によるリスクアセスメントの結果や、現場を調査した結果に基づいた検討を防止対策に反映すること、および“エスカレーターの利用”に関わるマニュアルの整備や、防止対策の実施後の評価を含めて、“エスカレーターの利用”について、改めて検討するシステム整備が望まれる。

医療機関に期待されている良質で安全な医療を提供するためにも、安全な施設環境を整えることはもとより、職員個々の能力を結集し、組織の“医療安全力”を発揮することが期待される。

参考文献

- 1) 消費者庁 平成21年4月8日に東京都内で発生したエスカレーター事故. https://www.caa.go.jp/policies/council/csic/report/report_005/ (accessed 2024 May 4)
- 2) 消費者安全調査委員会 消費者安全法第 24 条第 3 項に基づく事故等原因調査報告書. https://www.caa.go.jp/policies/council/csic/report/report_005/pdf/150626_honbun.pdf (accessed 2024 May 4)
- 3) 消費者庁 エスカレーターでの事故に御注意ください！(News Release) . https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_safety/centralization_of_accident_information/pdf/150722kouhyou_1.pdf (accessed 2024 May 4)
- 4) 国民生活センター エスカレーターでの事故に気をつけて！(見守り新鮮情報 第168号) <https://www.kokusen.go.jp/mimamori/pdf/shinsen168.pdf> (accessed 2024 May 4)
- 5) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療事故情報収集・分析・提供事業. 2022年1月-12月 (2022年年報分) .YA-41 発生要因C. https://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2022/TTL253_YA-41-C.html (accessed 2024 May 4)
- 6) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業. 2022年1月-12月 (2022年年報分) .YH-36 発生要因. https://www.med-safe.jp/contents/report/html/nennzi/2022/TTL292_YH-36.html (accessed 2024 May 4)
- 7) 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. <https://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2024 May 4)
- 8) 石川雅彦：手術トラブルを未然防止する12の行動特性 第5回 アクシデントを発生前に想定し、適切な未然防止策を実施している. 臨床外科 2016;71(8):996-999.
- 9) 石川雅彦：手術トラブルを未然防止する12の行動特性 第6回 アクシデント発生時の対応が迅速・スムーズである. 臨床外科 2016 ; 71(9) : 1140-1143.

中国ブロック福祉と医療を語る会 第7回 研修会

県立広島病院 歯科・口腔外科 延原 浩



I. はじめに

「中国ブロック福祉と医療を語る会」は、医療、福祉、介護、保健などさまざまな分野からの参加者が本音で語り合うことをコンセプトに毎年研修会を開催しています。今年度は2024年3月2日(土)に、公益社団法人地域医療振興協会中国地方支部の共主催により、第7回研修会を開催いたしましたので報告いたします。

II. 研修内容

今回のテーマは、「どうする? どう支える? 意思決定」でした。心身の機能が次第に衰えていく高齢者が、できるだけその人らしく暮らし、その人が望むような人生の最後を迎えられるために、医療、介護、福祉の専門職としてどのように意思決定を支援できるでしょうか。広島駅北口のTKPガーデンシティPREMIUMに37名の参加者を迎え、意思決定について学び、語り合いました。

1. グループワーク

最初に代表の竹内啓祐氏(小坂内科医院)による開会の挨拶があり、その後、司会進行の太原牧絵氏(広島文教大学)と木下健一氏(坂町地域包括支援センター)が趣旨説明を行い、アイスブ

レイクによって7つにグループ分けを行いました。

次に、原田唯成氏(いしいケア・クリニック)から最初の事例提示として、介入拒否のある高齢男性の事例が紹介されました。グループワーク1として、拒否がある場合の意思決定の支援方法や配慮すべき点について各グループで話し合い、その後発表が行われました。

次に、同じ事例の3年後として、認知機能、聴力の低下、サルコペニアの進行が認められる状態の提示がありました。本人、妻、長男夫婦、長女を交えての家族会議においてACP(Advance Care Planning)について話題にし、できるだけ皆の不満が軽減し、より円満にまとめるためには、どのような支援ができるかをグループワーク2として話し合い、その後発表が行われました。

2. ミニレクチャー

丸山法子氏(リエゾン地域福祉研究所)によるミニレクチャーが行われました。テーマは、意思決定を促す「言葉」の使い方でした。その人の「認識スタイル」がどのタイプかをよく観察し(全部で48種類あるそうです)、それに合わせた質問の仕方ができると、円滑な回答が得られやすいというものでした。例えば、問題回避型の人には、「どうしたいか?」ではなく、「何を避け



開会の辞：竹内啓祐氏



司会進行：木下健一氏と太原牧絵氏



アイスブレイク



スタッフ



事例提示：原田唯成氏



グループワーク



ミニレクチャー：丸山法子氏



閉会の辞：茶川治樹氏

たいか？」と聞くと回答が得られやすいということ。また、何も無いところから決めるのは難しいので、具体的な3つの例から選択できるよう選択肢を設定することが効果的とのことでした。さらに、その選択は将来変えても良いことを伝えること、さらに、最終的には選択が正しかったと言えるところまでフォローすることが大切であると解説されました。

3. 総括

原田氏がグループワークで出た意見をまとめて、総括をしました。意思決定を支えるためには、適切な情報提供が必要であり、そのうえで相手の意向を把握することが大切であること、その前に良好な関係づくりが必要であること、特にこちらが相手に敬意を持っていることや興味があることを感じてもらうことが大切であること、医学的な診断は不可欠であること、また、もしものことは、起きてからでは話ができないので、起きる前にしっかり話をしておくことが大切であること、などを提示されました。

最後は、本会生え抜きのメンバーである茶川治樹氏(岩国市医療センター医師会病院)による閉会の辞で終了しました。

Ⅲ. アンケート結果

研修会後に実施したアンケートを集計した結果、研修会全体の評価として、回答者の83%が「とても役に立った」、17%が「役に立った」と回答し、次回の研修会の案内を回答者の全員が希望しました。

具体的な感想では、「普段接する機会の少ない、多くの職種の人と話をすることができて刺激になった」「勉強になった」「充実した時間を過

ごせた」という意見が多くありました。また、ミニレクチャーで解説された意思決定を促す言葉の使い方について、「もっと聞きたかった」「とても勉強になった」という意見がありました。

次回の開催方法については、今回のような完全対面開催の希望が65%で最も多く、17%がハイブリッド開催希望、17%が開催方法の希望なしでした。また、次回のテーマとして、意思決定を引き出す言葉選び、地域BCP(事業継続計画)の進め方、認知症について、認知症の方の意思決定、ペットと高齢者、終活を考える、などの記載がありました。

Ⅳ. おわりに

今回の研修会は、4年ぶりに対面形式により開催でき、内容も意思決定支援という新しいテーマでした。当初介入拒否があった高齢者の事例をもとに、その後の家族を含めた話し合いにおける支援について、グループワークで忌憚らない意見を出し合い、楽しく有意義な時間を過ごすことができたことは幸いでした。今後も可能であれば、多職種が本音で語り合うという本会の特長が生きるよう、対面形式による有意義な研修会を企画したいと思います。また、ミニレクチャーで解説された、認識スタイルや意思決定を促す言葉の使い方は大変興味深い内容であり、明日からの仕事に役立つとともに、さらに深く学ぶべき事柄であると感じました。

最後に、長年この会をご支援いただいている公益社団法人地域医療振興協会ならびに西日本事務局には、今回も参加者情報やアンケートの管理、受付業務、現場の設営など多大な支援を受けました。厚くお礼申し上げますと共に、今後ともご支援をよろしくお願いいたします。

人々の健康維持と疫病予防を目的とし、
健康生活を守り増進させるネットワークです

へき地の
健康づくり

健康
危機管理

疫学

保健
福祉
行政

ヘルス
プロモーション

市民協働



地域医療・
公衆衛生ねっと

地域医療と公衆衛生をつなぐネットワーク

地域医療・公衆衛生ねっと

地域医療振興協会では公益事業の一環として、地域医療と公衆衛生従事者の交流を促進し、両分野の連携を深めるためのメール配信サービス「地域医療・公衆衛生ねっと」を運用しています。

地域医療・公衆衛生に関心がある皆様のご登録をお待ちしています！

https://www.jadecom.jp/overview/koshu_eisei.html/

登録数 約1600人

登録料・年会費 無料！

登録はコチラ



✉ health-promotion@jadecom.jp

★ こんなことができます ★

- 1 国内外の最新情報の入手と発信
- 2 会員相互の情報・意見交換、交流
- 3 日常業務や研究に関する相互支援
- 4 好事例や教材の共有
- 5 研修会や学会等に関する情報交換

皆様からの積極的な投稿・情報発信も大歓迎！！
仲間づくり、意見交換の場としてぜひご活用ください



新型コロナウイルス
関連の情報も
入手できます！

【メールで届く情報】

- 国内の官公庁、研究機関、学会等が公表する統計資料や新着情報等
- WHOなどの国際機関や海外の健康情報 など

地域医療・公衆衛生ねっと事務局

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
〒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 E-Mail health-promotion@jadecom.jp

小船井光太郎先生の 「構造的心疾患『最新カテーテル治療』前編」

(5月1日配信)

東京ベイ・浦安市川医療センター循環器内科部長の小船井光太郎先生から2回に分けて構造的心疾患のカテーテル治療について解説していただきます。前編は弁膜症に対するカテーテル治療として、大動脈弁狭窄症と僧帽弁逆流症の治療のレクチャーです。

■大動脈弁狭窄症に対するTAVI治療

大動脈弁狭窄症の診断ではカテーテル検査をする必要はなく、まず患者さんの症状(息切れや動悸など)について丁寧に診察し、BNPなどの血液データと併せて判断します。心エコーのパラメータで流速4m/s以上、平均圧格差40mmHg以上、弁口面積1.0cm²以下のものは重度大動脈弁狭窄症となります(図1)。TAVIもしくは開胸手術(心停止下の人工弁置換術)の選択においては、年齢80歳以上はTAVIが第一選択となります。血管のアクセスが悪ければ開胸手術になります。2021年から透析患者さんへのTAVIが承認され、現在はTAVI認定施設のうち指導施設・専門施設で施行しています。一般的にはTAVI弁は10年くらい持つだろうと言われていますが、2023年にはTAVI弁に再度人工弁を挿入する「TAV in TAV」が承認されました。これにより低年齢・低リスクの患者さんに

も適応が広がりました。

■僧帽弁逆流症に対するMitraClip治療

現在日本ではアボット社のMitraClipシステム(図2)を使用して僧帽弁逆流症のカテーテル治療が行われています。大腿静脈経路で静脈から右心房に到達し、心房中隔に穴を開けて左心房に入り、向きを変えて僧帽弁にアプローチします。3次元でカテーテルを曲げてアプローチするために操作部のハンドルで調節します。適切な位置で先端のシャフトを切り離してクリップを留置します。透視と同時に2方向の経食道心エコーで確認するため、心臓の解剖学的特徴を習熟しておく必要があります。血圧が低めで薬物治療が難しい重度僧帽弁逆流症の患者さんには、カテーテルによるクリッピングが奏功するようです。

配信では大動脈弁狭窄症・僧帽弁逆流症について症例を提示して詳しく解説しています。また、後編では先天性心疾患、脳卒中の予防に対するカテーテル治療をレクチャーします。

重度大動脈弁狭窄症：TAVIの適応Update

- ・症候性重度AS (流速4m/s, 平均圧格差40mmHg, 弁口面積 1.0cm²以下)
- ・原則80歳以上はTAVIが第一選択
- ・透析患者へのTAVI承認
- ・TAVI弁にもう一度TAVI (TAV in TAV)
- ・低年齢・低リスクへの拡大

図1 重度大動脈弁狭窄症：TAVIの適応Update

MitraClip™システム

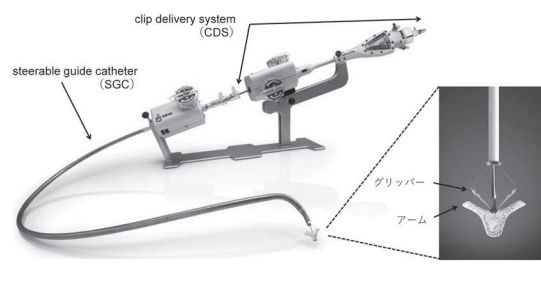
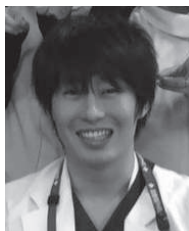


図2 MitraClip™システム

* 小船井先生のレクチャーの詳細は、5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/>





何でも診られる、患者に寄り添った医師に僕はなりたい。

公立宍粟総合病院小児科 医長 長谷川貴也

こんにちは。長谷川貴也と申します。私は平成元年に生まれて、自治医科大学(兵庫県38期)を卒業後、今年で医師9年目となりました。初期研修を豊岡病院という兵庫県の北部の地方中核病院で行い、その後兵庫県立丹波医療センターが基幹の総合診療専門医プログラムに所属し、前期派遣1年間を関連病院の豊岡病院総合診療科で行い、2年間を村岡病院という北西部にある、院長と県要請医師2人が常勤の総合診療科で勤務しました。その後、後期研修として基幹病院である丹波医療センター内科で勤務し、小児科や救急科の研修も行いました。その後、小児科での診療をさらに深く行いたい希望があり、神戸大学の小児科専門医プログラムに所属し、姫路赤十字病院小児科で1年間研修を行いました。その後、現在後期派遣として公立宍粟総合病院という兵庫県の西の真ん中あたりの病院で小児科医長として勤務しています。勤務していた病院の場所としては、広い兵庫県を北から南、西から東と幅広く回ったのではないかと思います。

今回、兵庫県の大先輩である八幡晋輔先生に「先生は面白いキャリアやから書いてみないか」と言われたので、自分のことで長文を書いたりすることがなかったため、気乗りはしなかったのですが、数多くいる先生の中で自分に声をかけていただけたことをありがたく受けとめ、私にとっての地域域医療を、読みづらいかもしれませんが精いっぱい書かせていただこうと思います。ちなみに高校時代の国語の成績は壊滅的で、センター試験では漢文古文だけで点数をとろうと頑張っていたくらいです。医者に



豊岡のカニ

なってから国語の重要性を身にしみて感じています。

1.義務年限

自治医科大学出身の医師だと、38期卒業で医師9年目は計算が合わないと思われる方もいるかも知れませんが、実は私は国試浪人を1年していました。自治医科大学は国家試験合格率が高いことで有名で、合格するのが当たり前の状況でかなり辛い1年でした。また、その1年でいろいろなところに影響が及んでしまうとは学生のときには考えもしませんでした。ちょうどその年から新専門医制度が始まり、専門医研修プログラムを選択しないと専門医取得ができなくなりました。今まではいろいろな病院で働きながら希望の科を研修し、後期研修で専



村岡病院の雪景色

門研修を受けて専門医取得を目指す仕組みでしたが、プログラム制度に変更となってから、プログラムに所属し、プログラムの基幹病院での研修を一定期間経ないと専門医を取得できないようになりました。また、プログラム制度となる最初の年だったため、県の要請医師として選べるプログラムは県立丹波医療センターが基幹病院の総合診療専門医プログラムと神戸大学が基幹病院の内科プログラムの2つに限られていました。もともと小児科志望でしたが、旧来の制度で内科で働きながら他科の研修を行っていた先輩方を多数見ていたため、そこまでネガティブには考えておらず、小児科の研修もできる総合診療専門プログラムを、お世話になっていた先生に勧められ3年目から開始することとなりました。実のところ、次の年度からは選べるプログラムが広がり、はじめから小児科を選べる先生も出てきており、さらに1年の違いを痛感しました。しかしながら、小児科を先に選ぶとある程度大きな病院での研修となるため、私のように小さな病院での研修ができなかったと考えるとそれはそれで良かったのではないかと

今になって思います。

2.へき地での経験

地方中核病院を経験してから4年目、5年目に村岡病院という小規模の病院に勤務しましたが、ほかでは得られない経験ができました。少人数のため、新しい薬をいち早く導入して最新の治療をいち早く行ったりといった、大きな病院と比較して自分の裁量でできることが多くあり、やりがいもあり楽しかったです。心不全の治療で今となっては一般的ですが、当時は始めた当初のARNIやSGLT-2阻害薬などを積極的に使用しコントロール不良となっていた心不全のコントロールをよくすることができ、在宅で診ていくことが可能となった症例もありました。また、村岡という場所はとても辺鄙な場所にあり、基本的に住んでいる人たちは他の病院よりは村岡病院で診てもらいたいという訴えが強く、本当に難しい症例以外はなんとか自分たちでできる範囲で対処しなければなりません。そのことで「自分たちでなんとかしない



村岡で作ったいちご

といけない」というやりがいも感じられましたし、何よりもいろいろな状況において対応する力が身に付いたように思います。訪問診療で診ていた90歳代のおじいちゃんが転倒して脛骨骨折となった際にも、本人やキーパーソンの息子からはこの病院以外は行きたくないと言われ、整形外科の医師と連携をとりながら、リハビリを行い最終的に元通りのADLとなり自宅に帰れたようなこともありました。退院後初めてそのおじいちゃんの所へ訪問診療に行ったときの嬉しそうな顔は今でも忘れません。訪問診療を行っている、病院で見ているときよりも家にいるときの表情は不思議と皆さん朗らかでした。その表情を見ていると、なんとかして家に帰してあげたいなと考えると同時に訪問診療のすばらしさを感じました。



丹波のぼたん鍋

3. 私にとっての地域医療

やはり村岡病院での経験が私にとっての地域医療の原点だと思っています。小児科としてのキャリアは遠回りになりましたが、とても貴重な経験ができました。一人ひとりの患者に寄り添った医師、何でも診られる医師になりたいと思って医師になりましたが、それができるのが地域で活躍する医師だと思います。少しでもそんな医師になれるようにこれからも頑張りたいです。



村岡病院で自分の子どもに予防接種

長谷川貴也(はせがわ たかや)先生 プロフィール

2015年自治医科大学卒業。公立豊岡病院、村岡病院、兵庫県立丹波医療センターでの勤務を経て、2023年より公立宍粟総合病院小児科医長として着任し、現在に至る。

J-STAGEにて「月刊地域医学」が 閲覧できるようになりました！

J-STAGEにて「月刊地域医学」のバックナンバーが閲覧できるようになりました。

● J-STAGEとは

「科学技術情報発信・流通総合システム」(J-STAGE)は、国立研究開発法人科学技術振興機構(JST)が運営する電子ジャーナルプラットフォームです。J-STAGEは、日本から発表される科学技術(人文科学・社会科学を含む)情報の迅速な流通と国際情報発信力の強化、オープンアクセスの推進を目指し、学協会や研究機関等における科学技術刊行物の発行を支援しています。

現在J-STAGEでは、国内の1,500を超える発行機関が、3,000誌以上のジャーナルや会議録等の刊行物を、低コストかつスピーディーに公開しています。

● 「月刊地域医学」検索方法

下記アドレスにアクセスしてください。

<https://www.jstage.jst.go.jp/browse/chiikiigaku/list/-char/ja>

J-STAGEの「月刊地域医学」の閲覧画面がひらきます。

左側に表示されている巻数・号数から、号を選びクリックしてください。原稿タイトルが表示されますので、ご覧になりたいタイトルをクリックいただくと誌面を閲覧できます。

検索のところでキーワードをいれていただくか、閲覧のところに巻数、号数、ページ数を入れていただきましても、ご希望の誌面が閲覧できます。

現在はまだ一部ですが、徐々にさかのぼって掲載する予定です。

ぜひ、ご活用ください。





府民に貢献するために ～よし、やってみよう!で臨む卒後義務～

大阪府泉佐野保健所 米田智樹

私は自治医科大学を卒業後、今年で医師 8 年目となり、現在は泉佐野保健所で勤務しつつ、妻と 2 人の子どもの子育てに励んでいます。この度、執筆依頼を受けましたので、この場をお借りしてこれまでの卒後義務の中で印象に残ったことを中心に振り返ってみようと思います。

1. 初期研修医時代

大阪急性期・総合医療センターで、内科を中心に研修しました。最も印象に残っていることは、医師になって初めてのローテーション科である救急診療科での 1 週間でした。病棟ではほぼ全員の患者さんが人工呼吸器管理され、人工呼吸器やモニターの異常を知らせる警告音が常に鳴り響いているのに戸惑いました。医者になりたての時警告音に慣れていないこともあり、夢にも出てきたほどでした。また、初療室で初めて経験した症例では、救急車で搬送されてきた心肺停止の患者さんに対して直ちに自動心臓マッサージ装置を設置して稼働させながら、気管挿管、静脈路確保、動脈血液ガス採取などの処置が手際よく行われ、その雰囲気にとだただ圧倒されるだけでした。自分の無力感に押し潰されそうになりながらも、威勢のよい（時には怖い？）救急診療科の先生方に触発されつつ医師としての研修が始まりました。また、初期研修医が多数いる病院だったため、月に 2～4 回程度、同期の研修医の仲間とテニスができたのは良い思い出です。

2. 小児科専攻医時代

幼少時代、私は卵アレルギーのため卵は完全除去、アトピー性皮膚炎のためステロイドを塗布していました。アトピーでの掻痒はとても辛かったですが、治療で少しずつよくなり、中学生になるまでには、卵アレルギーやアトピー性皮膚炎は完治しました。主治医の先生に感謝するとともに、医者という職業に憧れ、月並みではありますが自分も医者（小児科）になりたいと思うようになり、初期研修後は小児科に進むことを決めました。

卒後 3 年目は、大阪母子医療センターで勤務しました。同センターは、大阪府内でも有数の高度な専門医療を提供する病院です。こども病院ならではの可愛い内装に癒されつつ、当たり前ですが患者さんに高齢者が一人もいない環境に始めの頃は少し戸惑いもありました。一般病棟にも、なかなか経験することのできない疾患を抱える子どもたちが入院しており、特に重症の子どもたちが入院する病床として PICU・NICU があります。重症患者が入院しているので、スタッフの先生方や看護師さんたちは怖く、雰囲気はピリついているのかと思っていましたが、小児診療に携わっているためかとても優しくよい雰囲気でした。

この時期に最も印象に残っている症例は、小児科医として歩み始めた 4 月末に経験した急性脳症の 4 歳男児です（のちに、ミトコンドリア呼吸鎖異常症と判明）。痙攣重積で救急受診し、各処置・初期治療のうえ PICU に緊急入院となり、集中治療を施したものの第 4 病日には瞳



大阪母子医療センター

孔散大・対光反射消失し、脳波は平坦になりました。その後、両親と何度も話し合いを行い、最終的にはこれ以上の積極的な治療を希望されず第20病日に永眠されました。小児患者の死亡時の立ち合いはこの時が初めてでしたが、指導医から両親への病状説明や、どの程度まで積極的な治療をするかの話し合い、死亡後の病理解剖の有無の説明、遺伝性疾患を疑う際の両親に対する追加検査の説明、次子への影響の可能性など、患児だけでなく両親との向き合い方などさまざまなことが勉強になりました。

卒後4～6年目は、大阪急性期・総合医療センターに戻り、小児科・新生児科で勤務しました。ここでは多岐にわたる小児科・新生児科領域のcommon diseaseから診断・治療に苦慮するような症例まで幅広い患者を受け入れており、また二次病院でありながら人工呼吸器管理や中心静脈路確保などの集中治療にも積極的に取り組み、24時間体制で小児の内科救急疾患を受け入れています。同センターには、自治医大卒業生が多数勤務しており、症例の相談や治療のアドバイスなど、いつも助けていただきとても感謝しております。この時期に最も印象に残っている症例は、小児科医として4年目で経験したIgA血管炎の7歳女児です。腹痛が紫斑より8日程度先行したため診断に難渋し治療開始が遅れた影響もあるのか、ステロイドパルスなどさまざまな治療をするも奏功せず、三次医療機関に転院した症例でした。女児の腹痛による苦悶様の表情は忘れられないとともに、もう少し早期に診断し治療開始できていればもっと早く奏功していたかもしれないと自問自答をしつつ、



大阪急性期・総合医療センター 小児科・新生児科

小児科4年目で多少は自信が付いてきた段階での症例だったので、無力感に押しつぶされそうになりました。また、新生児科では小児科医として2年目の始めのころにNICU当直をしていた時の在胎29週・1,100gの児で超緊急帝王切開が決まった症例です。未熟児の超緊急帝王切開の電話連絡を産婦人科医から受け、とても不安な中で小児科当直のスタッフの先生に助けを求めて連絡したところ、颯爽と現れて新生児の蘇生やNICU入院後の処置や治療と一緒にしてくださった時の感謝と心強さは忘れられません。小児科医になって4年間本当にいろいろなことがありましたが、診療に少しずつ慣れてきて自分のことだけでなく周囲を見渡すようになった時に、虐待により入院する児や医療的ケアを要する児に対して、目の前の治療だけでなく、地域としてどのように虐待を未然に防止したり、医療的ケアを要する児の両親の負担を少しでも軽減するためにどのような社会的資源があるのかなど、地域に目を向けて考え始められるようになりました。

3.府民に貢献するために

卒後5～6年目は、新型コロナウイルス感染症が猛威を奮っていた時期であり、大阪急性期・総合医療センターの小児科では中等症以下の患児、新生児科では新型コロナウイルス感染症に罹患した母体から出生した児を受け入れていました。一方、そのころの大阪府庁では、府全域の患者情報・病床の一元管理ならびに各保



大阪コロナ重症センター

健所圏域を超えた広域的な入院調整を目的とした「入院フォローアップセンター」が設置され、そこでは各保健所から陽性患者の入院調整依頼を受け、保健所からの情報より医学的に患者の重症度を判断し、搬送効率・府全体の調整件数・重症度別患者数などを考慮し、適切な医療機関に入院依頼をするといった対応が行われていました。大阪府ではへき地がないという地域特性から、自治医大卒業生は卒後義務の中で医師数が少ない分野の一つである公衆衛生分野に数年間従事することになっていますが、当時は新型コロナの感染拡大による患者数の爆発的な急増により、入院調整業務を担当できる医師職員が不足し、応援に来てほしいと府庁より連絡がありました。センターに行ってみると、卒後義務で行政医師として勤務していた先輩方が入院調整を行う主力メンバーとして従事されていましたが、入院調整依頼の電話が鳴り止むことはほとんどなく、常に入院調整の仕事を続けている状況でした。受け手である病院側だけではなく、調整する側を経験することで、大阪府の危機的状況をより肌身に感じるとともに、行き場に困る患者を適切な医療機関に振り分けることを通じて、医療行政の立場からでも府民に貢献できることを実感できました。

また、大阪府では重症例を集中して受け入れるための臨時的医療施設として「大阪コロナ重症センター」が設置されました。常勤医師は4～5名で、その多くは大阪急性期・総合医療センター、大阪大学、大阪公立大学などの救急科

の医師でしたが、うち1名は自治医大卒業生の卒後3～6年目で大阪急性期・総合医療センターに勤務中の医師（救急診療科・小児科・産婦人科・総合内科）が担当することになりました。レッドゾーンには当然、メモなどの私物を持ち込めない一方で、入院患者数が多いためレッドゾーンでも日勤帯で行う診療・処置内容を確認できるように、グリーンゾーンとレッドゾーンを隔てる窓ガラスにベッド名と患者名、診療・処置内容をリストアップした紙を張り付けて情報を共有しました。また、医師と一部の看護師はトランシーバーを装着し、グリーンゾーンとレッドゾーン間で患者の状態や処置や検査結果などをリアルタイムで連絡を取り合っていました。新規患者の受け入れ時や入院患者の状態悪化時などは、人工呼吸器などの多数のデバイス装着した患者さんと施設内のCT棟に移動する必要がありますが、医療従事者はfull PPEに加え放射線防護具を着用する必要もあり普段の診療よりも大変でした。また入院患者さんは、基礎疾患としてCOPDがあって人工呼吸器から離脱することが困難であったり、血液透析をしている患者さんでは、呼吸状態が悪くPaCO₂が上昇した際も自身の腎代謝でpHを保つことができずアシドーシスが進行してしまうなど治療に難渋することもありました。私自身、初期研修が終了してから3年間成人の診療をしておらず、ベッドからCT台に乘せ換える時の体格の大きさや使用する薬剤・使用量など、さまざまなことが小児診療とは異なり戸惑いも多か

ったのですが、上級医師や看護師さんたちに支えられながら、また先に従事していた自治医大の先輩・後輩の姿を見て、自分も府民のために貢献しようという意識を改めて持つことができました。ここでの数ヵ月間を乗り越えることができました。

卒後7年目からは、先に述べた大阪府の卒後義務のルールに従って、私も行政医師として泉佐野保健所で勤務しています。行政機関であるため臨床現場に比べてより法令を意識して仕事をする必要があります。勤務当初は感染症法などの法律や国からの通知などの解釈や、起案や決裁などの行政用語に戸惑うこともありました。一方で、名刺交換の仕方や応接室などでの着席順といった社会常識やビジネスマナーなどを学ぶ場ともなりました。保健所業務は多岐に渡りますが、結核対策の中で府全域での経年的なコッホ現象の集計や分析を行ったり（現在、集計結果を解析中）、管内医療機関でバンコマイシン耐性腸球菌（vancomycin-resistant enterococci：VRE）感染症がアウトブレイクした際に大阪大学・大阪安全健康基盤研究所・国立感染症研究所などと連携して会議を繰り返しながら院内感染の終息に向けて対策に当たったことや、大規模災害発生時に管内の全ての医療機関や診療所の安否を把握するために災害拠点病院や市町の危機管理部門、医師会などの関係機関と調整を進め、災害時の初動体制の仕組みづくりをしたことなど、臨床医では経験できないさまざまな仕事を経験させてもらいました。また、保健師さんに同行して要保護児童対策地域協議会へ参加する機会もあり、その際には参加メンバーに対して児童虐待を予防するための小児科医の視点も含めた助言等をさせてもらう機会にも恵まれました。さらに、保健所はさまざまな社会資源との連携のハブになる機関でもあり、特別支援学校や児童発達支援センターなどに保健師さんの訪問に同行することで、療育施設の具体的

なイメージが付くとともに、訪問診療・訪問看護・訪問ヘルパー・ショートステイなどの社会資源や各種助成金制度を学ぶよい機会になりました。

4.ここまでの卒後義務を通じて感じたこと

他大学の先生からは、「自治医大の先生達はいろいろな所に行かされて大変だね」と、しばしば言われることがあります。確かに、その診療科の専門医となるためには、遠回りの道かもしれません。実際に私自身も、その診療科と直接関係しないような業務も多々ありましたが、大阪府や全国各地で活躍されている卒業生の存在が心強く、「よし、やってみよう！」と前向きな気持ちで取り組んできました。私たちには「医療の谷間に灯をともし」という使命があり、なかなか皆が率先してやりたがらない仕事をする時こそ、より府民に貢献しているのではないかと思います。また、そこでしか経験できないことや出会えなかったであろう人たちとの出会いもありました。決して遠回りの道ではなく、人生経験を豊かにしてくれるものだと考えています。

冒頭にも述べましたように現在、2人の子育てに奮闘中です。子育てを実際に経験することで、出産前後の妊婦さんの大変さ、出産後の授乳の大変さ、離乳食を食べてもらうことの大変さなど身に染みて学びました。子どもはよく発熱したり嘔吐や下痢をすることも多いです。たとえ医学的に軽症だとしても、発熱した際の子どもの機嫌の悪さや嘔吐・下痢を処理する両親の大変さも身に染みて感じました。また、自分の子どもが成長していく過程は自分のことのように嬉しいとともに、そこからさまざまなことを勉強させてもらっています。臨床医に戻った際は、今まで学んできたことを活かして地域に目を向けながら、患者家族に寄り添いつつ真摯に医療に携わっていきたいと思います。

米田智樹(よねだ ともき) プロフィール

2017年自治医科大学医学部卒業。大阪急性期・総合医療センターで初期臨床研修、大阪母子医療センター レジデント、大阪急性期・総合医療センター 小児科・新生児科を経て、2023年より泉佐野保健所で勤務中。

NDCとしての第一歩

あま市民病院 林 貴靖

はじめに

皆さま、はじめまして。愛知県の西部に位置する、あま市民病院で勤務するNDC 7期生の林貴靖と申します。まず初めにあま市と当院の紹介を少しさせていただきます。あま市は名古屋市から電車で15分程度のところに位置し、利便性も良く、自然も広がる地域です。名古屋市へのアクセスが良好なことから、ベッドタウンとして人気を博す一方で、歴史的にも重要な観光地になっています。さらに古くから続く農業による伝統野菜を活かしたご当地グルメも存在するなど、数多くの魅力を持っています。

あま市民病院は、一般急性期病棟90床、地域包括ケア・回復期リハビリ病棟を合わせた180床に加え、訪問診療や訪問看護を中心に運営しています。平成31年4月から公益社団法人地域医療振興協会による運営開始が始まり、現在は総合診療科に加え、整形外科や泌尿器科、口腔外科などの専門領域も増え、今年度からは循環器内科の診療も始まり21の診療科が稼働しています。

特定ケア看護師を目指した訳

入院中の患者さんの状態変化や、なにかおかしいと感じて「介入が必要ではないか」と考えたときに医師に報告や相談をしたくても、手術や外来などが多忙であり、タイムリーに対応することが難しいことがありました。そんなジレンマを抱えていたときに、他施設からNDCが支援に来てくださり、医師の不在時の初期対応やマネジメント・処置などを行い、医師と看護



管理者兼指導者の梅屋崇先生と

師、患者さんの架け橋となってくれました。働き方を見るうちにNDCに興味を持ち、目指すきっかけになりました。また、私は看護師になってから呼吸分野に興味を持ち、慢性呼吸器疾患認定看護師を取得しました。呼吸ケアチームを多職種とともに立ち上げ、人工呼吸器からの離脱や支援、呼吸器疾患患者さんの退院支援を行っていました。医師や多職種と協働する中で、患者さんの病態や状態の変化をもっと詳しくアセスメントし設定変更や離脱に向けた支援をしていきたいと考えるようになり、特定ケア看護師を目指そうと思いました。

自施設での臨床研修

前年度に自施設での卒後研修が終了しましたが、卒後研修が始まったときには、施設で初めてのNDCであることもあり、指導医や一部の医師・看護師しか、NDCがどんな働き方をするのかが分からない状態でした。まずは自分がどんなことができるのか、どんな働き方をするのか



臨床研修中のPICC挿入

を周知することから始めました。1年間の卒後研修は、総合診療科の指導医の元で入院管理やマネジメント、外科系では、整形外科などの手術助手、麻酔医から全身麻酔の維持管理を含め周手術期管理について学ばせていただきました。手技面ではPICCやAラインの挿入、挿管チューブの位置変更や呼吸器からの離脱、抗生剤の選択など多くの学びをすることができました。全身麻酔の維持は術前の全身状態を的確にアセスメントし、手術の進行による変化を予測しながら鎮痛鎮静剤、昇圧剤の投与量の調整を行うことが必要であり、周手術期管理を学ぶ上で貴重な学びの場になりました。

まだまだNDCとして未熟であり不安も多く、介入がうまくいかない場面も少なくありません。悩むことも多く、自分の力だけでは対応できないこともあり、周囲のサポートをもらい活動できていることに感謝しています。周囲の力に助けられた、この1年の活動の中でも、他の診療科医師からも連絡をもらい、入院患者の対応を依頼してもらえるようになってきています。また、看護師やコメディカルの方からも気軽に相談できる存在として多職種との情報共有ができるようになってきたと思います。さらに当院として次のNDCを目指し、今年度からNDC研修に参加している後輩も出てきました。

診療所研修での経験

診療所研修では在宅診療に同行し、状態悪化の初期対応、褥瘡処置やカニューレや胃瘻交換

や、熱原精査、抗生剤治療など活動する範囲は多岐に渡りました。手技的なものだけでなく、医療者は患者、家族の支援者として、その人の価値観や思い、家族の願いを引き出すコミュニケーション能力や多職種をつなぐ能力が必要であると実感しました。そして、医療倫理、コミュニケーションなどの技法を活用することで、価値観の共有を図り支援者としての役割を果たすことが必要だと感じました。この経験を活かしながら在宅復帰する患者・家族へのケアの充実や、当院在宅領域での活動を視野に入れ活動していきたいと考えています。

終わりに

臨床研修が終了しNDCとして第一歩を歩み始めていますが、活動に理解していただいている管理者をはじめ、医師・看護部・多職種の方の協力を得て初めて活動ができる役割であると実感しています。今年度からは引き続き整形外科をメインとした外科系患者さんの病棟管理や初期対応、手術助手を行っています。また、呼吸ケアチームでは人工呼吸器の設定の変更や、離脱に向けた支援を実践しています。今後はさらに自己研鑽を継続しつつ、今年度はRRSチームの立ち上げなども行っていく予定です。今後も周囲の尽力いただいている方への感謝を忘れず、多職種と協働して、患者さん、地域の方々のお役に立てるよう精進していこうと思います。



麻酔医・手術室看護師の仲間と

地域医療型後期研修

2024. 5. 15

「地域医療のススメ」“台東”での学び

はじめまして. 台東区立台東病院所属で, JADEC総合診療プログラム「地域医療のススメ」“台東”専攻医2年目の吉村瑞希と申します.

私は, 栃木県で生まれ, 高校卒業まで岐阜県で過ごしました. 大学は久留米大学に進学し, 福岡県で6年間を過ごしました. 総合診療医として働いていた父の影響で, 総合診療科および家庭医療に興味を持ち, 当プログラムで後期研修をさせていただくことになりました.

初期研修は東京北医療センターで行いました. 3ヵ月の地域研修は岐阜県の揖斐郡北西部地域医療センターやシティ・タワー診療所で行い, 在宅医療を学びました.

専攻医1年目は練馬光が丘病院の救急科, 小児科で各3ヵ月研修しました. 指導医の先生方に病棟業務や救急対応方法を含め多くのことを基礎から教えていただき, 大変有意義な時間を過ごすことができました. その後, 半年間は台東病院の総合診療科で研修しました.

台東病院は台東区にある120床の病院です. 一般病棟40床, 回復期リハビリ病棟40床, 療養病棟40床に加え, 老人保健施設も併設されています. 浅草寺やスカイツリーが近くにあり, 観光客でにぎわう一方, 山谷地区が近くにあり, 生活保護受給率が高い地域という特徴があります.

総合診療科の研修では, 外来や病棟業務を中心に研修しています. カンファレンスでは, 自分自身の疑問に答えていただいたり, 先生方からフィードバックを受けたりすることで多くのことを学びました. カンファレンス時間外にも気軽に指導医に相談することができました. また, 台東病院所属の専攻医と指導医間で月1回ハーフデイバックを行い, さまざまな講義や近況報告の時間が設けられているため, お互いに刺激を受けながら楽しく過ごすことができます. 1年目の研修では, 患者さん家族とのトラブルも経験しました. 自分自身のコミュニケーション不足によって, ご家族に不安な



プロフィール

2021年3月 久留米大学卒業

2021年4月～2023年3月

東京北医療センター 初期研修

2023年4月 「地域医療のススメ」台東 専攻医



病院から歩いて行った浅草寺

思いをさせてしまったことでコミュニケーションの大切さを学びました。また、患者側の意見をそのまま受け入れるだけではなく、理不尽な要求に対しては時には拒否の意を示し、毅然とした対応をすることの大切さを学びました。上級医がチームの意見を汲み取り、まとめ上げる姿を間近で見られたことはよい経験になりました。

専攻医2年目である現在も台東病院で研修しています。台東病院で

は地域の保健活動にも力を入れており、小学校での禁煙講座や、女子大学での健康診断を経験させていただきました。また、山谷地区の城北労働福祉センターの見学の機会をいただき、その地域ならではの特徴を肌で感じることができています。また、今年の4月には多職種の新入職員への倫理研修も担当もさせていただきました。特に、倫理研修では、オムツ内排泄体験を課題とし、グループワークで意見を出し合う場を設けたことで、オムツを使用する高齢者への理解が深まったとの感想を多く得ることができました。排泄ケアについて、多職種の視点から考えることができたよい機会となりました。

専攻医2年目になり、任される仕事の範囲も増えました。初診外来に加え、再診外来も担当するようになりました。再診外来に来る患者さんは糖尿病や高血圧などの生活習慣病に加え、さまざまな疾患を抱えた高齢者が多く、予習の大変さや、限られた時間での診察の難しさを実感し、まだまだ学ぶことが多いと感じる日々です。

今年7月からは、練馬光が丘病院の総合診療科で研修をする予定です。専攻医1年目でお世話になった病院ですので、成長した姿を届けられるように1日1日を大切にしたいと思います。来年度以降の地域勤務に備え、多くのことを身に付けられるように頑張りたいと思います。



病院前の桜



百聞一見 ～地域の先輩を訪ねて～

第3回



地域に愛される 医療従事者の姿を見てきました

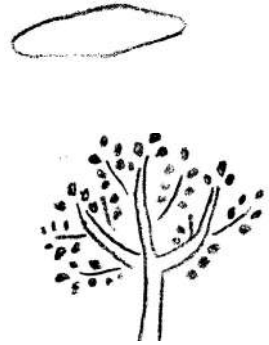
自治医科大学医学部医学科4年 豊永舞花

Profile

高知県出身50期 出身高校：高知学芸高校

部活：合唱団カンタービレ

指導教員：才津旭弘、菅野 武（自治医科大学医学教育センター医療人キャリア教育開発部門）



この度の滋賀県実習で、私はコメディカルの方々に地域での役割と、地域医療においてどのような医師が必要だと感じているかについてお話を伺いました。現場で働く医療従事者の方から話を聞くことができたので、医療スタッフや地域の方々に求められている医師像を具体的に想像するきっかけとなりました。

「ふくしあ」では、作業療法士のNさん、事務部長のHさんにお話を伺いました。Nさんは、主に発達障害のある子どものリハビリや、保護者、保育士さんに向けて勉強会をされており、リハビリも含めて、子どもたちの環境を変えてあげること、発達支援につながっていくと仰っていました。作業療法士として求める医師像については、子どもの生活背景や性格まで

把握し、話を聞いた上で発達障害を診断できる医師が重要だとおっしゃっていました。

事務部長のHさんは「ふくしあ」の設立にも携わっており、今も運営を担われています。求められる医師像として、気さくで、誰にでも同じように接し、人間味のある、周りに助けを求められるような地域に根づいた医師であることが大事だと教えていただきました。元々行政の仕事をしていた立場からすると医師は上の存在に見えるため、一緒にやろうという姿勢を見せることで信頼関係を築くことができるとおっしゃっていました。

「ケアセンターいぶき」では理学療法士のTさん、看護師長のMさんにお話を伺いました。Tさんは、信頼関係を築く上でリハビリを楽し



「ふくしあ」での医療従事者へのインタビュー



「いびき」での看護師長へのインタビューの後で

んでもらいたいという思いもあり、会話を重視しているとのことでした。他愛のない会話から、リハビリによって利用者さんが何をしたいか、何をゴールにするかを決める手がかりを得ているそうです。ご家族のケアにおいては、選択肢を与えられるように、一緒に考えて決めることが大事だとおっしゃっていました。より生活に近い場所だからこそ利用者さんの生活背景、目的に合った方法を一緒に考え、寄り添うことで、信頼関係にもつながっているのだと感じました。求める医師像としては、相談しやすい環境を整え、親近感のある医師が信頼できると教えていただきました。

看護師長のMさんは、利用者さんの医療処置やターミナルケア、日常の変化を捉える仕事をされていました。求める医師像としては、人の辛さがより想像できること、医者という生き物ではなく人間であることを自分で分かっているほしいこと、プライマリーになんでもみることができ医師がこれからは必要になると考えていること等をお話ししていただきました。

2日間の実習で、病院は治すところだが、診療所はどう生きるか支援し、寄り添うところであるということを教えていただき、コメディカルの方々がそれぞれの仕事に誇りとやりがいを持って勤務されている姿が印象的でした。ま

た、コメディカルの方々から見た求める医師像を聞くことができ、地域医療にとっての医師と何なのかという漠然としたものが、より具体的になり、地域の患者さん、そしてコメディカルの方々に求められる医師を目指していきたいと思います。記事には書ききれなかった気付きもたくさんあったので、ぜひ興味がある学生の皆さんは自分がどうなりたいかを考える機会としても実際の現場を見に行ってみてほしいと思います。今回の実習でお世話になった皆さまに心より感謝申し上げます。

学生指導医からの一言アドバイス

地域医療では多職種でリーダーシップを担う shared leadershipが大切です。これは分担ではなく共有する考え方です。お互いにリーダーシップを共有できる信頼関係を築くことが重要ですね。

(才津旭弘)

コメディカルの方からお話を伺う機会はとても貴重です。「周りに助けを求められる医師」と「なんでもみる医師」は矛盾しません。周りの人と一緒に、さまざまな課題に意欲的に取り組むことが地域医療では大切です。 (菅野 武)

『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.jp

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

自治医科大学「高校生小論文・スピーチ動画コンテスト」

地域医療体験プログラムが開催されました……………

医学部では優秀な学生の確保を目的に、「高校生小論文・スピーチ動画コンテスト」を開催しております。去る令和5年7月27日(木)～28日(金)に入賞者を招待し、「地域医療プレキャン」を実施いたしました。その中から、さらに選考された高校生4名が令和6年3月に開催された「医療体験プログラム(読売新聞東京本社主催)」に参加しました。

3月22日は、おおい町国保名田庄診療所(中村伸一所長:福井県12期)・鹿児島県立大島病院(森田喜紀総合診療科部長:鹿児島県25期)によるプログラムをオンラインにて実施しました。診察風景や訪問診療の様子、動画視聴、講義、ディスカッションを行い、地域における診療所・病院の役割や、一人ひとりの患者さんに合った診察の方法、患者さんの人生・価値観を踏まえて柔軟に対応できる姿勢の大切さなどを学ぶことができました。

3月26日～27日は隠岐島前病院(白石吉彦参与:徳島県15期、黒谷一志病院長:島根県28期)によるプログラムを現地に実施しました。朝礼に参加後、外来診療・病棟回診の見学、問診、障害者福祉施設等への訪問、病院ボランティアとの交流、訪問診療への同行などを行いました。現地での実習を通して離島医療に対する理解を深めるとともに、これまで築き上げられてきた、卒業生医師たちと病院職員・住民との信頼関係を目の当たりにし、地域医療に携わる医師に必要な力を体感することができました。

参加した高校生からは、「病院の存在がどれだけ島民の支えになっているか、医療を仕事とすることがどんなに大変なことか、改めて実感した」「知見が大きく広がったかけがえのない体験だった」などの感想が聞かれました。

参加者(敬称略)

開智高等学校 1年 鳥羽美弥

筑紫女学園高等学校 1年 中村桃花

京都府立洛北高等学校 1年 藤居壬楽

千代田区立九段中等教育学校 5(2)年 山口晃乃莉

法医解剖により適正な検視業務の推進に協力し

感謝状が授与されました……………

解剖学講座法医学部門の稲垣健志助教(高知県28期)は、3月7日(木)栃木警察署長から「警察業務の重要性を深く理解され、適正な検視業務の推進に多大な協力をされた」として感謝状を授与されました。

法医学部門において令和5年度までに行われた法医解剖は1,600件にのぼります。

『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局

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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

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

報告
各種お知らせ
求人

報告

越前町型サービス付き高齢者住宅「海土里」落成式

福井県の嶺北地方の西端に位置している越前町。その町のほぼ中心にある、唯一の公立病院が越前町国民健康保険織田病院である。この度、病院のさらなる機能充実と地域住民への包括的支援体制の構築を目的とし、越前町と公益社団法人地域医療振興協会が共同で進めてきたプロジェクト、越前町型サービス付き高齢者住宅「海土里(みどり)」が完成した。

病院と併設した1,966㎡の敷地に建てられた「海土里」は木造2階建て。1階は高齢者住宅部分で居室20室と浴室・食堂などの共有スペースがある。2階は3つの介護サービス事業所(看護小規模多機能ナースングケアおた、おた訪問看護ステーション、おた居宅介護支援センター)と、デイルーム、宿泊室からなっている。

2024年6月2日、越前町型サービス付き高齢者住宅「海土里」落成式が挙行された。挨拶に立った青柳良彦 越前町長は「住民の皆さまに、自分らしく安心して住み続けていただくために、この『海土里』を広く活用することによって、より質の高い医療・福祉・介護の実現を目指してまいります」と述べた。地域医療振興協会 白崎信二常務理事は「住み慣れた地で、自分らしく最後まで暮らし続けるための支援をモットーに、地域の皆さまと共に努力し、またこの施設の運営にあたり、地域社会と連携し、最高のサービスを提供することをお約束いたします」と挨拶した。

来賓祝辞、テープカットと滞りなく式は終了し、内覧会が行われた。

越前町型サービス付き高齢者向け住宅「海土里」

福井県丹生郡越前町織田106 42-2

TEL 0778-42-5990



落成式



テープカット



施設外観



令和6年度 中央研修会および現地研修会のご案内

当財団では、自治医科大学との密接な連携のもとに、各種研修会（「中央研修会」および「現地研修会」）を開催しています。ぜひご参加ください。

公益財団法人 地域社会振興財団

中央研修会

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

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

令和6年度は、以下の研修会を開催します。日程、内容、申込方法等詳細につきましては、当財団ホームページ(<https://www.zcssz.or.jp/>)をご覧ください。

- 7月 看護補助者の活用推進のための看護管理者研修会
- 8月 健康企画・評価研修会, 保健活動研修会, 看護師特定行為研修修了者スキルアップ研修会
- 9月 健康学習研修会
- 10月 口腔ケア研修会, リハビリテーション研修会, 災害保健研修会
- 11月 スタッフ育成・管理担当者研修会,
チーム医療充実を目指したメディカルプロフェッショナル研修会

現地研修会

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

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

問い合わせ

公益財団法人 地域社会振興財団 事務局総務課研修係

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-160

TEL 0285-58-7436 E-mail fdc@jichi.ac.jp URL <https://www.zcssz.or.jp/>



募集

神戸大学大学院医学研究科 地域医療支援学部門 兵庫県立丹波医療センター 内科スタッフ募集

当部門は兵庫県立丹波医療センターおよび隣接する丹波市立ミルネ診療所、公立豊岡病院を主としたフィールドとして、地域医療および総合診療の診療、研究、教育に従事しています。総合診療の実践・再研修(急性期・集中治療、慢性期、緩和、在宅すべてに対応可)、専門医取得(総合診療、新家庭医療、病院総合診療、内科)、学生や研修医・専攻医教育、地域医療での研究の実践等に興味のある方など、お気軽にご連絡ください。個人のニーズに応じたことを重点的に行えます。

問い合わせ・連絡先

神戸大学大学院医学研究科 医学教育学分野 地域医療支援学部門 特命教授
兵庫県立丹波医療センター 地域医療教育センター長 見坂恒明(兵庫2000年卒)
TEL 0795-88-5200 E-mail smile.kenzaka@jichi.ac.jp

募集

自治医科大学医学部 感染・免疫学講座ウイルス学部門 募集

誠心誠意治療を行っていても患者を救えないことが多々あります。当教室ではC型慢性肝炎に対する治療で多くの方が健康を取り戻したように、B型肝炎を治癒に導くべく研究に取り組んでいます。

基礎医学と固く考えずに、興味のある方は気軽にご連絡ください。学位取得、後期研修、スタッフ、どのような形式でもお受けいたします。研究経験のない場合でも、こちらで懇切丁寧に指導いたします。

問い合わせ・連絡先

自治医科大学医学部 感染・免疫学講座ウイルス学部門
教授 村田一素(三重1988年卒)
E-mail kmurata@jichi.ac.jp TEL 0285-58-7404 FAX 0285-44-1557

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

募集

自治医科大学附属さいたま医療センター 総合診療科へのお誘い

さいたま市は、利便性がかなり良く、少し移動すれば緑も多くあり、生活しやすい環境です。子息の教育にも向いています。

内科専門医、総合診療専門医、老年科専門医、感染症専門医の資格を取得できるプログラムがあります。当センターは100万都市に唯一の大学病院ということもあり、まれな・診断の難しい症例が多く受診し、総合診療科が基本的に初期マネージメントを担当します。症例報告や研究も多数行っています。

後期研修としての1年間でもよし、義務明け後に内科レベルを全体的に向上させるもよし、資格取得目的に数年間在籍するもよし、子どもを都内の学校に進学させたく人生プランを練るでもよし、です。

皆様のキャリアの選択肢の一つとして、ぜひご検討ください。

問い合わせ・連絡先

自治医科大学さいたま医療センター総合診療科

教授 菅原 斉(北海道1985年卒)

連絡先：福地貴彦(准教授・埼玉2000年卒) E-mail chicco@jichi.ac.jp

募集

日本医科大学 乳腺外科学講座 人材募集

日本医科大学 乳腺外科学講座(大学院)は2012年に開講され、臨床、教育、研究、社会貢献を目的に活動しています。教室員派遣施設として、付属病院乳腺科(文京区)、多摩永山病院乳腺科(多摩市)、武蔵小杉病院乳腺外科(神奈川県川崎市)、千葉北総病院乳腺科(千葉県印西市)があります。

専攻医研修、専門医取得、学位取得、スタッフ勤務などのさまざまな目的を持つ人材を広く募集しております。ぜひ、お気軽にお問い合わせください。

問い合わせ・連絡先

日本医科大学乳腺外科学講座

大学院教授 武井寛幸(群馬1986年卒)

〒113-8603 東京都文京区千駄木1-1-5

E-mail takei-hiroyuki@nms.ac.jp TEL 03-3822-2131 FAX 03-3815-3040

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という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

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……………10,000円
法人賛助会員…50,000円
個人賛助会員…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.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。

北海道

道内公的医療機関・道内保健所等

連絡先: 〒100-0014 東京都千代田区永田町2丁目17-17 永田町
 ほっかいどうスクエア1階
 北海道東京事務所行政課（医師確保）
 TEL 03-3581-3425 FAX 03-3581-3695
 E-mail tokyo.somu1@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項: 北海道で勤務する医師を募集しています。
 北海道では、北海道で勤務することを希望する道外医師の方々をサポートするため、北海道東京事務所に道外医師の招聘を専門とする職員を配置しています。
 ○北海道の公的医療機関や保健所で働きたい！
 ○北海道の医療機関を視察・体験したい！
 ○まずは北海道の公的医療機関等の求人情報を知りたい！など
 北海道で医師として働くことに関心をお持ちの方は、北海道東京事務所の職員（北海道職員）が医師の皆様の御希望を踏まえながら丁寧にサポートいたします。まずはお気軽にお問い合わせください。
 皆様が目指す医療・暮らし方がきっと「北海道」にあります。
<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/sm/tkj/ishibosyu.html>

北海道医師募集

好きな北海道で、素敵な医療を！



北海道で
お待ちしております。

北海道で働きたいと思ったら！
北海道東京事務所におまかせ！！

- 北海道の地域医療視察・体験
1日～3日程度の旅費を負担します。
- 御希望を踏まえた勤務先の調整
公的医療機関等の求人情報を把握！
北海道職員が丁寧にサポートします。

「ドクターズ北海道移住マガジン」Matenji 無料配布中！
（※詳しくは、北海道東京事務所ホームページにアクセス）

北海道東京事務所行政課（担当：中村）
※道外医師招聘を専門としている北海道職員です。
 TEL : 03-3581-3425（直通）
 E-mail : tokyo.somu1@pref.hokkaido.lg.jp
 HP7F : <https://www.pref.hokkaido.lg.jp/sm/tkj/ishibosyu.html>



受付 2022.7.6

北海道立緑ヶ丘病院

●精神科 1名

診療科目: 精神科、児童・思春期精神科
病床数: 168床（稼働病床77床）
職員数: 105名（うち常勤医師6名）
所在地: 〒080-0334 音更町緑が丘1
連絡先: 北海道道立病院局総務課人材確保対策室 主幹
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109
 E-mail hohuku.byokan1@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項: 道立緑ヶ丘病院がある音更町は、北海道遺産の「モール温泉」十勝川温泉があり、とかち帯広空港から約1時間の距離にあります。
 当院は、十勝第三次医療圏における精神科救急・急性期医療の中心的役割を担うとともに、「児童・思春期精神科医療」の専門外来・病床を有しています。
 地域の精神医療に興味がある方からのご連絡をお待ちしています。
 病院視察の交通費は北海道で負担しますので、興味ある方はぜひご連絡ください。



受付 2022.6.16

北海道立羽幌病院

●総合診療科 1名

診療科目: 内科、外科、小児科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科、産婦人科、皮膚科、泌尿器科、精神科、リハビリテーション科
病床数: 91床
職員数: 72名（うち常勤医師8名）
所在地: 〒078-4197 羽幌町栄町110
連絡先: 北海道道立病院局総務課人材確保対策室 主幹
 TEL 011-204-5233 FAX 011-232-4109
 E-mail hohuku.byokan1@pref.hokkaido.lg.jp

特記事項: 道立羽幌病院は、北海道西部にある留萌管内のほぼ中央に位置し、天売島・焼尻島を有する羽幌町に所在します。
 当院は羽幌町ほか周辺町村の医療を担い、総合診療や家庭医療の専門研修プログラムによる専攻医や医学生実習等を受け入れるなど人材育成にも取り組んでいます。
 地域医療に情熱のある常勤医師を募集しています。
 視察の交通費は北海道で負担しますので、興味ある方の連絡をお待ちしております。（院長・副院長は自治医大卒です。）



受付 2022.6.16

※北海道道立病院 病院視察・勤務体験

北海道道立病院での勤務を考えている方、興味のある方は気軽にご連絡ください。

費用: 北海道で負担します

対象: 北海道内外の①医師または医学生、②薬剤師または薬学生

対象病院: 募集状況に応じて5つの道立病院と調整

お問い合わせ先

北海道道立病院局 総務課 人材確保対策室 熊谷
 TEL 011-231-4111（内線25-853）
 E-mail hohuku.byokan1@pref.hokkaido.lg.jp

右のQRコード（北海道道立病院局ホームページ）をご参照ください。



北海道

夕張市立診療所

●総合診療科 1名



診療科目：内科、整形外科、リハビリテーション科、循環器内科、婦人科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、小児科、歯科

病床数：19床

職員数：94名（うち常勤医師2名、非常勤医師2名）

所在地：〒068-0425 北海道夕張市若菜8-12

連絡先：事務課 課長 青木

TEL 0123-57-7781 FAX 0123-57-7783

E-mail husashige_aoki@houseikai.or.jp

特記事項：令和5年9月に若菜地区へ新築移転した当診療所は、夕張市内唯一の有床医療機関で保健・医療・介護の中核施設としての役割を担い、救急から在宅医療、介護サービスまで行っています。かかりつけ医としての役割のほか、市内外の医療・介護・福祉機関と連携し、市民の方々が安心して暮らしていただけるよう支えています。

また、東京医療センターからの研修医を受入るなど人材育成にも取り組んでいます。

地域医療に情熱のある常勤医師を募集していますので、ぜひご連絡をお待ちしています。

<https://www.houseikai.or.jp/yubari/>

受付 2024.2.16

神奈川県

独立行政法人地域医療機能推進機構 湯河原病院



●内科 常勤医師（部長職）1名

診療科目：整形外科、リウマチ科、形成外科、リハビリテーション科、内科、脳神経外科、麻酔科、消化器外科、婦人科

病床数：150床

職員数：182名（うち常勤医師15名）

所在地：〒259-0396 神奈川県足柄下郡湯河原町中央2-21-6

連絡先：総務企画課 採用担当 内山・富樫

TEL 0465-63-2211 FAX 0465-62-3704

E-mail main@yugawara.jcho.go.jp

特記事項：神奈川県西部の気候温暖な小田原と熱海の間に位置する湯河原町で唯一の公的医療機関として主に東大整形外科医局の関連病院として薬物治療、外科的治療、リハビリテーションから装具的治療までを総合的な整形外科診療を中心とした医療を提供している。

整形外科では膝・股関節の変形性関節症に対する多くの手術を施行し、リウマチ科においては、関節リウマチをはじめ膠原病などを専門に治療し、最新治療の生物学的製剤を使用した薬物療法を施行していることなどから、近隣の医療機関からの紹介だけでなく、遠方からの患者も少なくない。

<https://yugawara.jcho.go.jp/>

受付 2024.5.16

青森県

深浦町国民健康保険深浦診療所

●総合診療科 1名



診療科目：総合診療科（院内標榜）

病床数：無床

職員数：19名（うち常勤医師2名、非常勤医師3名）

所在地：〒038-2321 青森県西津軽郡深浦町大字広戸字家野上104-3

連絡先：事務長 竹内

TEL 0173-82-0337 FAX 0173-82-0340

E-mail jin_takeuchi@town.fukaura.lg.jp

特記事項：深浦町は、青森県の西南部に位置し南北78kmに渡る海岸線に沿って西は日本海に面し、東には世界自然遺産に登録されている『白神山』に連なっています。

当診療所は、平成30年6月に町の中心部に新設された町内唯一の診療所です。プライマリ・ケア中心の医療を目指していますが、外来診療のほか特養の指定医や学校医等も行っております。

地域医療に意欲的な方をお待ちしております。お気軽にお問い合わせください。

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

受付 2023.7.24

大阪府

地方独立行政法人大阪府立病院 機構 大阪精神医療センター



●総合診療医 4名（常勤・非常勤を問わず、応援医師でも応相談）

診療科目：精神科、児童思春期精神科、総合診療科（院内標榜）

病床数：473床

職員数：39名（うち常勤医師29名、非常勤医師10名）

所在地：〒573-0022 大阪府枚方市宮之阪3-16-21

連絡先：事務局人事マネージャー 下中

TEL 072-847-3261 FAX 072-840-6206

E-mail shimonakas@opho.jp

特記事項：大阪精神医療センターは総合診療医・総合内科医を募集します。当センターは、90年以上の歴史を有する大阪府の公的精神科病院です。地域の医療機関と連携を図り精神医学の高度な専門技術を提供し、日本の精神医療をリードしてきました。

この度、認知症の増加や利用者の高齢化に対応するために「認知症・合併症診療部」を開設し、そこで活躍していただける総合診療医を求めています。ご関心のある方はぜひご連絡下さい。

<https://pmc.opho.jp/index.html>

受付 2023.8.9

宮城県

加美郡保健医療福祉行政事務組合 公立加美病院

●内科 2名



診療科目：内科、循環器科、糖尿病、腎内科、外科、乳腺科、耳鼻科、小児科、皮膚科

病床数：一般病床40床（内HCU2床）、療養病床50床

職員数：109名（うち常勤医師4名、非常勤医師4.34名）

所在地：〒981-4122 宮城県加美郡色麻町四電字杉成9

連絡先：加美病院事務次長 藤原

TEL 0229-66-2500 FAX 0229-66-2501

E-mail ijimu@kamihp.jp

特記事項：【1】メリット：常勤医で当番以外は平日8:30-17:15だけの勤務（夜間、土日は大学の日当直医が対応）【2】詳細1）勤務：平日8:30-17:15、2）週1回：朝当番：8:00-8:30、夜当番：17:15-19:00大学医師の当直代行、3）年に2回日直【3】子供がいる医師勤務モデル：7:00-8:30子供を幼稚園に預ける、8:30-17:15勤務、17:15-19:00子供を幼稚園に迎えに行く

<https://kami-hospital.jp>

受付 2024.4.25

兵庫県

豊岡市立国民健康保険 資母診療所



●総合診療医 1名 内科希望

診療科目：内科、外科、脳神経外科、形成外科

病床数：無床

職員数：6名（うち常勤医師1名、非常勤医師1名）

所在地：〒666-0345 兵庫県豊岡市但東町中山788

連絡先：豊岡市健康福祉部健康増進課 課長 宮本
TEL 0796-24-1127 FAX 0796-24-9605
E-mail kenkou@city.toyooka.lg.jp

特記事項：昭和61年に但東町立国民健康保険資母診療所として開設。豊かな自然に包まれた兵庫県北東部に位置し、近くにはのどかな美人の湯のたんたん温泉やシルク温泉、磁器や皿そばの出石があります。平成17年に合併し、豊岡市立国民健康保険資母診療所となり、市域がひろがり山陰海岸国立公園やコウノトリなど、一層自然環境に恵まれた中にあります。その中で地域の皆さんと信頼関係を深め、親しまれる診療所を目指しています。

受付 2023.11.7.

岡山県

岡山市久米南町組合立 国民健康保険福渡病院



●内科・外科・整形外科 若干名

診療科目：内科：糖尿病、内分泌、血液、循環器、呼吸器、消化器、内視鏡、腎臓、透析 など
整形外科、リハビリテーション科、眼科、心臓血管外科、皮膚科、心療科（精神科）

病床数：52床

職員数：69名（うち常勤医師2名、非常勤医師3.3名）

所在地：〒709-3111 岡山県岡山市北区建部町福渡1000

連絡先：事務局 事務長 杉本
TEL 086-722-0525 FAX 086-722-0038
E-mail fukuhos8@po10.oninet.ne.jp

特記事項：福渡病院は岡山県のほぼ中央部の、岡山市北区建部町地域と久米南町の人口約10,000人の地域にあります。この地域にはほかに入院施設が無く、地域医療を支える最前線の自治体病院です。外来診療（一般、専門）、透析、入院診療、訪問診療、可能な範囲の救急医療等を行い、地域を愛する病院として頑張っています。副院長、将来の院長候補となり、医療の谷間に灯をともしていく仲間を求めています。

<https://www.fukuwatari-hp.jp/>

受付 2023.11.15

熊本県

上天草市立上天草総合病院



●内科・外科・整形外科 若干名

診療科目：内科、精神科、代謝内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、アレルギー科、小児科、外科、整形外科、泌尿器科、肛門外科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、消化器外科、皮膚科、神経内科、腎臓内科、歯科、歯科口腔外科

病床数：195床

職員数：360名（うち常勤医師14名）

所在地：〒866-0293 熊本県上天草市龍ヶ岳町高戸1419-19

連絡先：事務長 山川
TEL 0969-62-1122 FAX 0969-62-1546
E-mail t.susaki@cityhosp-kamiamakusa.jp

特記事項：上天草市は、熊本県の西部、有明海と八代海が接する天草地域の玄関口に位置し、ほぼ全域が雲仙天草国立公園に含まれている自然豊かな地域です。

当院は、「信頼される地域医療」を基本理念としており、看護学校、介護老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援センター等を併設し、上天草地域の地域包括ケアの中心的な役割を担っています。

現在、地域の医療ニーズに応えるため、急性期、回復期、慢性期の医療を行っていますが、医療を担ってくださる医師が不足している状況です。ご興味のある方はぜひご連絡、また見学にいらしていただければと思います。

何卒よろしくお願い致します。

<https://www.cityhosp-kamiamakusa.jp>

受付 2024.2.1

熊本県

球磨郡公立多良木病院企業団



●訪問診療、消化器内科、泌尿器科 若干名

診療科目：内科総合診療科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、歯科

病床数：183床

職員数：416名（うち常勤医師23名、非常勤医師6名）

所在地：〒868-0598 熊本県球磨郡多良木町大字多良木4210

連絡先：総務課 係長 増田
TEL 0966-42-2560 FAX 0966-42-6788
E-mail info@taragihp.jp

特記事項：球磨郡公立多良木病院は、熊本県南部の九州山地に囲まれた球磨盆地にあり、近くには日本三大急流の1つである球磨川が流れ、自然豊かなところに位置します。

当院は地域完結型医療を実践するへき地医療拠点病院として、附属施設の総合健診センター、介護老人保健施設、地域包括支援センター、在宅医療センター等を有しており、包括的な医療福祉提供の要として機能しています。また、へき地診療所2カ所等へ定期的に医師派遣をしており、へき地医療にも寄与しています。

「地域医療・へき地医療に貢献してみたいと思われる方」「地域密着型の医療をやりたい方」「熊本県内で条件の良いところを探している方」「自然を体感したい方」「仕事だけでなく、ゆとりを持った生活をしたい方」など、このような医師の方、ぜひ当院にて働いてみませんか。

<https://www.taragihp.jp>

受付 2024.3.5

北海道

公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 道立保健所 (26カ所), 本庁

連絡先: 北海道保健福祉部総務課 人事係 下道

〒060-8588 北海道札幌市中央区北3条西6丁目
TEL 011-204-5243 FAX 011-232-8368
E-mail hofuku.somu2@pref.hokkaido.lg.jp

PR事項: 北海道では、道立保健所や本庁に勤務する公衆衛生医師を募集しています。

保健所では、市町村や医療機関などと連携し、食品衛生や感染症等の広域的業務、医事・薬事衛生や精神・難病対策など、道民の健康を支える専門的業務・危機管理対策に携わります。また、本庁では、保健・医療・福祉に関する計画策定や施策立案に携わります。

採用時は、比較的規模の大きな保健所で所長のもと必要な知識・経験を培い、数年後には比較的規模の小さな保健所で所長として勤務します。また、本庁で勤務することもあります。専門分野は問いません。行政機関での勤務経験も不要です。困ったときには、全道で30名を超える公衆衛生医師の先輩・仲間に相談することができます。

北海道には、雄大な自然やおいしい食、アイヌ文化をはじめとする歴史・文化、多彩な魅力に満ちた179の市町村があり、勤務するそれぞれの地域で充実した生活を送ることができます。

「WEB相談会」を随時開催しています。保健所の見学もできますので、お気軽にお問い合わせください。

<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kth/139782.html>



大阪府

健康医療部 行政医師募集

募集数: 行政医師 若干名

勤務先: 大阪府庁、大阪府保健所、大阪府こころの健康総合センター (精神保健福祉センター) など

連絡先: 大阪府庁 健康医療部 健康医療総務課 人事グループ 松岡

〒540-3570 大阪市中央区大手前2-1-22
TEL 06-6944-7257 FAX 06-6944-6263
E-mail kenisomu-g01@sbox.pref.osaka.lg.jp

PR事項: 公衆衛生の分野には、新型コロナウイルス感染症対応で一躍脚光を浴びた感染症対策だけではなく、医療計画の策定、生活習慣病対策などの健康づくり、母子保健や精神保健、難病対策など、取り組むべきさまざまな課題が山積しています。

私たちが働く府庁や保健所などの行政機関は、医療機関や学術機関では経験できない、臨床とは一味違う地域を動かす醍醐味を感じることができる職場です。府民の健康というのちを守るという大きな責任感とやりがいのある行政というフィールドで、私たちと一緒にあなたも仕事をしてみませんか。

大阪府では、大阪府庁や保健所などに勤務する行政医師を募集しています。専門分野や行政機関での勤務経験などは問いません。業務内容や勤務場所、人材育成の体制や人事制度など、お気軽にお問い合わせください。また、府庁や保健所への訪問、見学なども随時受け付けています。詳しくは府の行政医師職員採用ガイドのページをご覧ください。

<https://www.pref.osaka.lg.jp/chikikansen/kousyueiseishi/index.html>



大分県

福祉保健部 公衆衛生医師募集

募集数: 公衆衛生医師 若干名

勤務先: 大分県福祉保健部の本庁(大分市)または保健所(大分県内各地)等

連絡先: 大分県福祉保健部福祉保健企画課総務班 徳丸

〒870-8501 大分県大分市大手町3-1-1
TEL 097-506-2614 FAX 097-506-1732
E-mail a12000@pref.oita.lg.jp

PR事項: 日本一のおんせん県おおいたは、健康寿命も日本一です!

令和3年に公表された大分県の健康寿命は、男性が見事「第1位」を達成し、女性も「第4位」と大躍進しました。そのカギとなったのは公衆衛生に関わるさまざまな職種・各地域の関係者が連携した取り組みです。

公衆衛生医師は、そのような取り組みの推進にあたり、地域全体の健康課題解決のための仕組みやルールを作ることができる、達成感ややりがいを感じられる仕事です。

日本一の湧出量と源泉数を誇る温泉をはじめ、「関アジ・関サバ」や「おおいた和牛」などの絶品グルメ、九州の屋根とも呼ばれるくじゅう連山や温暖な気候の瀬戸内海でのアウトドアレジャーなど、魅力いっぱいの大分県でやりがいを持って働くことで、あなた自身の健康寿命も延ばしませんか。

専門分野や行政での勤務経験は問いません。健やかで心豊かに暮らせる大分県をつくるために働きたい方、ご応募をお待ちしています!

<https://www.pref.oita.jp/soshiki/12000/kousyueiseishiboshu.html>



熊本県

健康福祉政策課 公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 6名

勤務先：本庁、保健所、精神保健福祉センター、児童相談所等

連絡先：熊本県健康福祉部健康福祉政策課 高岡

〒862-8570 熊本県熊本市中央区水前寺6-18-1

TEL 096-333-2193 FAX 096-384-9870

E-mail kenkoufukushi@pref.kumamoto.lg.jp

PR事項：熊本県では、県民の生命や健康を守るために県庁や保健所に勤務していただく公衆衛生医師を募集しています。公衆衛生医師の業務は、がん・糖尿病などの生活習慣病の予防はもちろんですが、医療提供体制の確保、感染症や災害への対応など多岐にわたります。近年は超高齢社会における地域包括ケアシステムの構築が重要な課題となっています。他にも、県の精神保健福祉センターでは精神保健福祉に関する知識の普及、調査研究、相談や指導を行うための医師を、児童相談所では児童の健康および心身の発達に関して助言や指導を行う医師を求めています。専門分野や経験年数は問いません。これまで培った医師としてのキャリアを行政で活かしてみませんか。ご興味のある方、ぜひお問合せください。保健所見学等も歓迎いたします。

<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/27/115635.html>



鹿児島県

くらし保健福祉部 公衆衛生医師募集

募集数：公衆衛生医師 7名

勤務先：保健所（県内13カ所）、県庁

連絡先：鹿児島県くらし保健福祉部保健医療福祉課 山崎

〒890-8577 鹿児島県鹿児島市鴨池新町10-1

TEL 099-286-2656 FAX 099-286-5550

E-mail hswsohmu@pref.kagoshima.lg.jp

PR事項：鹿児島県は、3つの世界遺産や和牛日本一に輝いた鹿児島黒牛をはじめとする世界に誇れる食や優れた県産品の数々のほか、歴史や文化など、魅力的な資源、すなわち「宝物」を多く有しております。このような自然豊かな県内において、ワークライフバランスを実現しながら、疾病予防や保健分野の施策に携わり、地域住民の健康を守るため、保健所や県庁で働いてみたいという熱意のある公衆衛生医師を募集しております。専門分野は問いません。保健所の勤務経験も必要ありません。採用はご希望に合わせて随時行っております。業務内容や給与・休暇等の諸制度の紹介や県庁への訪問、保健所の見学も受け付けておりますので、お気軽にお問い合わせください！世界に誇る自然環境、暮らしやすい温暖な気候、おいしい食材に恵まれた「くらし先進県」であなたの力を発揮してみませんか。詳しくは県のホームページ（QRコード）をご覧ください。
<https://www.pref.kagoshima.jp/ae01/kenko-fukushi/doctorbank/boshuu/hokendoc2.html>





沖縄県 宮古南静園



沖縄県 沖縄愛楽園



鹿児島県 奄美和光園



鹿児島県 星塚敬愛園



熊本県 菊地恵楓園



香川県 大島青松園



岡山県
邑久光明園



青森県 松丘保養園



宮城県 東北新生園



群馬県 栗生楽泉園



東京都 多磨全生園



静岡県 駿河療養所



岡山県 長島愛生園

国立ハンセン病療養所 医師募集

全国
13ヶ所

いま、ここにしかない 医療がある

プライマリケア主体で、勤務は概ね規則的です。
ワークライフバランスの面など
今までと違った医師としての新しい働き方を
探すことができる場です。

全国13ヶ所の国立ハンセン病療養所で
あなたを待っている人たちがいます。

北は青森県から南は沖縄県宮古島まで、
全国に13施設ある国立ハンセン病療養所。
人生の大部分を療養所で過ごしてきた入所者の方々に寄り添い、
文字通り全人的医療の提供をめざす仲間と共に、働いてみませんか。

厚生労働省 医政局医療経営支援課
国立ハンセン病療養所対策室

詳細や見学希望などは、
下記ホームページや募集
パンフレットより、療養所
各施設へ直接お問い合わせ
ください。



国立ハンセン病療養所
医師募集ホームページ

国立ハンセン病療養所の医師は
特例により「兼業」が可能です。

令和5年4月から定年年齢を
段階的に引き上げております。

国家公務員として
安定した勤務が可能

大学等において研究等を
しながらの勤務が可能

ひと、くらし、未来のために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2 tel 03-5253-1111 (内線2605・4412)

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.jp

1. 投稿者

地域医療に関わる全ての者。

2. 投稿の条件

国内外の他雑誌等に未発表のもの、あるいは現在投稿中でないものに限る。

3. 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。

4. 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。

総説：地域医療における最近の重要なテーマについて、研究の状況やその成果等を解説し、今後の展望を論じる。
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。

5. 倫理的配慮

ヘルシンキ宣言および厚生労働省の「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に基づき、対象者の保護には十分留意し、説明と同意などの倫理的な配慮に関する記述を必ず行うこと。また臨床研究においては、所属研究機関あるいは所属施設の倫理委員会ないしそれに準ずる機関の承認を得ること。なお、倫理委員会より承認の非該当となった場合には、その旨を記載する。

6. 利益相反(COI)

日本医学会COI管理ガイドラインに従って、開示すべきCOI状態がある場合には、編集委員会に対して開示し論文の最後に以下の例を参考に記載する。

例：COI状態がある場合

〈COI開示〉著者1：A製薬、B製薬、C製薬

著者2：A製薬

著者3：C製薬

7. 原稿規定

1)原則として、パソコンで執筆する。

2)原稿は抄録、図表・図表の説明、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(文献を除く)。「表紙」「抄録・キーワード」「本文」「図表」「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。〇〇大学〇期卒や〇〇県〇期卒等の表記は避け〇〇大学〇〇〇〇年(西暦)卒業(〇〇県出身*)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)。原著以外の論文にも抄録、キーワードを添えることが望ましい。

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図表は本文の出現順に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) 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

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).

文献表記例

【雑誌】

- 1) 山脇博士, 二神生爾, 坂本長逸, 他：日本におけるFD患者に対してacotiamideが及ぼす上下部消化管症状の検討. 潰瘍 2016；43：121-125.

- 2) Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, et al: Gastroduodenal Disorders. Gastroenterology 2016; 150: 1380-1392.

【書籍】

- 3) 高橋三郎, 大野裕 監訳：DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京, 医学書院, 2014.

- 4) Jameson LJ, Fauci AS, Kasper DL, et al: Harrison's Principles of Internal Medicine 20th edition. McGraw-Hill, 2018.

【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)

8. 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形式を原則とし、解像度は600dpi以上とする。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。

9. 原稿の送付方法について

Eメールで受け付ける。

- 1) Eメールの件名は「投稿・〇〇〇〇(著者名)」と表記する。

- 2) 原稿と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。

10. 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作者の権利を含む)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。

11. 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。

12. 投稿先、問い合わせ先

初回投稿先および投稿要領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

E-mail chiiki-igaku@jadecom.jp

〒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

13. 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E-mailにて連絡。投稿後2週間経過後、受理番号の連絡がない場合、審査状況や原稿要領等の問い合わせは、下記編集室あて。

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp

〒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



「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	石川雅彦(地域医療安全推進センター センター長)
	伊藤雄二(市立恵那病院 副管理者)
	大海佳子(地域看護介護部長)
	菅野 武(自治医科大学医学教育センター 医療人キャリア教育開発部門 特命教授)
	北村 聖(地域医療振興協会 顧問)
	木下順二(地域医療振興協会 常務理事)
	佐藤新平(大分県済生会日田病院)
	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 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 副センター長)
	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)
	廣瀬英生(県北西部地域医療センター 国保白鳥病院 病院長)
	本多英喜(伊豆今井浜病院 管理者兼病院長)
	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)
	守本陽一(兵庫県豊岡健康福祉事務所・ケアと暮らしの編集社 代表理事)

(50音順, 2024.4.8現在)

編集後記

いつも編集後記も読んでいただきありがとうございます。今月号も学びの多い記事ばかりでした。

巻頭インタビューの廣瀬英生先生は、県北西部地域医療センター 白鳥病院の院長に着任されたばかり、本誌の編集委員のひとりでもあります。インタビューをしてくださった山田隆司先生とは同じ岐阜県出身。すでに日本全国で大きな課題である「人口減少で縮みゆく地域の医療をどうやって持続的に守るのか」のヒントが詰まった興味深い内容です。

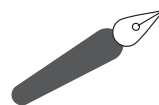
その廣瀬先生が企画した特集「いろいろな場面での終末期ケア」は、必読です。腎不全、心不全、呼吸不全、消化器がんの終末期…どのケースも地域医療で経験します。独居・高齢世帯、施設の看取りの問題…多死社会における日本で大切なテーマです。どの記事も「多職種連携が鍵」と述べてられています。そして、“Nothing about us without us”（私たち抜きで私たちのことを決めないで）。答えのない問いだからこそ、本人との対話を繰り返し、当事者の声を拾い上げるわれわれ医療・介護支援専門職の行動とシステムづくりこそ、緩和ケアにつながるのと花戸貴司先生のメッセージは心に刺さります。

リレーエッセイ「私の地域医療」では、今月号もお二人の自治医大卒業医師(38期, 40期)から地域医療の体験記を執筆いただきました。長谷川貴也先生は、私が勤務していた離島に「辛い時期」に実習に来てくださったので、よく覚えています。さまざまな経験を前向きに捉え、バリバリ地域医療を実践されている姿に感無量です。米田智樹先生の臨床から行政までの幅広い経験も大変興味深いです。

「研修医日記」を執筆いただいた「地域医療のススメ」の専攻医の吉村瑞希先生も、岐阜県つながりですね。「総合診療医として働いていた父の影響」とありますが、どなたがお父様かはお略歴から想像できますが、地域医療関連遺伝子も次世代に引き継がれ大変心強いです。

皆さんの益々のご活躍を祈念しています。

原田昌範



月刊地域医学 第38巻第7号(通巻453号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2024年7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

地域をこえて、 かがやく未来へ。

地域医療のさらなる可能性を求め、

我々の活動は、すでに海の向こうまで広がっています。

新しい時代の地域医療を考えるとき、

これまでの枠にとらわれない自由な発想が求められています。

世界の様々な地域の知見を日本の地域医療に生かす取り組みも

我々の重要なミッションです。

Mission for Tomorrow



JADECOM



9784909117885



1923047006004

ISBN978-4-909117-88-5
C3047 ¥600E

定価660円（本体600円＋税10%）