

第5回日本在宅医療連合学会大会 記念特別講演

新潟県の在宅医療のリーダーから

MSL

【セッション概要】

新潟県の誇る2人は、現在に直接至る在宅医療を築き上げた同世代のリーダーで、歴史的に貴重なご講演となります。現在、日本の在宅医療の診療モデルは複数あり、一見、お二人の在宅医療のフィールドは異なっていますが、草創期において、コミュニティや多職種を巻き込むボトムアップの社会運動だったというのが、本セッションの重要なポイントです。

堀川楊先生（1940年生まれ）は日本で生まれたての脳神経内科の大学医局（新潟大学脳研究所椿忠雄教授）でめざましいお仕事をされ、その後、Cureできない神経難病患者のQOL向上のためのCareを確立するために、新潟市内の病院に赴任され、地域での難病ケース検討会により、多職種ケアとリハビリテーションを融合する在宅医療モデルを完成させました。その後、それらの知見を参考にして、様々な国レベルでの制度設計がなされるきっかけとなりました。2018年に第七回日本医師会赤ひげ大賞を授賞されました。

黒岩卓夫先生（1937年生まれ）は東京大学医学部時代、1960年代の学生運動のリーダーでした。1970年におそらく、ブ・ナロード（人民の中へ）運動の一形態として、農村医療を確立するため、新潟県の町立大和診療所の勤務をはじめ、1983年にはゆきぐに大和総合病院を発足させました。1992年からは萌気園診療所（南魚沼市）を設立して、農村地域における在宅医療を確立しました。彼の根本概念は「包括医療、地域医療」は行政や医師に任せるのではなく、地域で住んでいる人々を巻き込み生活全般を組織し直すボトムアップでおこなっていくというもので、まさに革命的な社会運動の実践者と言えます。

座長：小野寺 理 オノデラ オサム

新潟大学脳研究所・脳神経内科

【座長略歴】

所属・職名:	新潟大学脳研究所臨床神経科学部門脳神経内科学分野教授	
学歴:	平成5年3月	新潟大学大学院医学研究科内科系博士課程卒業
職歴:	平成7年7月	米国デューク大学神経内科リサーチアソシエイト
	平成10年4月	新潟大学脳研究所臨床神経科学部門脳神経内科学分野助手
	平成14年5月	新潟大学脳研究所分子神経疾患資源解析学分野准教授
	平成23年10月	同教授
	平成28年4月	新潟大学脳研究所臨床神経科学部門脳神経内科学分野教授
	令和2年2月	新潟大学脳研所長（兼務）
	令和2年7月	新潟大学医歯学総合病院副院長（兼務）
	令和4年8月	新潟大学医歯学総合病院病院長補佐（兼務）
学会	日本内科学会, 日本神経学会, 認知症学会, 等	
資格	日本神経学会専門医 認知症学会専門医 内科学会総合内科専門医	
学会での役職	日本神経学会理事, 認知症学会理事, 神経化学会理事, 臨床神経学編集委員長 等	
受賞歴	平成14年度	第39回 ベルツ賞佳作受賞
	平成20年度	日本神経学会賞受賞
	平成21年度	新潟大学学長表彰
	令和3年度	第149回新潟日報文化賞受賞
主要研究領域	脳小血管病	脊髄小脳変性症 筋萎縮性側索硬化症

座長：井口 清太郎 イグチ セイタロウ

新潟大学大学院医歯学総合研究科 地域医療確保・地域医療課題解決支援講座 地域医療分野

【座長略歴】

昭和63年 3月	新潟県立十日町高等学校卒業	令和 4年 4月	新潟大学大学院医歯学総合研究科
平成 6年 3月	新潟大学医学部医学科卒業		地域医療確保・地域医療課題解決支援講座
平成 6年 6月	新潟大学医学部附属病院 医員（研修医）		地域医療分野特任教授
平成12年 7月	新潟県立六日町病院 内科医長		
平成15年 7月	新潟大学医学部附属病院 第二内科医員		（主な業績・指導医）
平成17年10月	新潟大学医学部附属病院 第二内科臨床助手		・日本内科学会認定医、日本内科学会認定内科専門医・指導医
平成17年11月	新潟大学医歯学総合病院		・日本腎臓学会専門医・指導医
	地域医療教育支援コーステーション助手		・Fellow of American College of Physicians（アメリカ内科学会上級医）
平成18年 2月	新潟大学医歯学総合病院		・日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医
	地域医療教育支援コーステーション講師		・厚労科研 都道府県へき地保健医療計画の検証並びに次期策定支援に関する研究 分担研究者
平成21年 6月	新潟大学大学院医歯学総合研究科		・新潟県教育委員会委員（平成29年10月～）
	総合地域医療学講座特任教授		・新潟県医師会理事（令和2年6月～）
平成28年 4月	新潟大学大学院医歯学総合研究科		・一般社団法人全国地域医療教育協議会理事（令和4年4月1日～）
	新潟地域医療学講座特任教授		

MSL-1

Cureしえない難病患者のCareから、多職種協働の地域ケアシステム作りへ —新潟市での半世紀の模索を振り返る—

堀川 楊 ホリカワ ヨウ
医療法人社団 朋有会 堀川内科・神経内科医院

1965年に大学を卒業し、開設直後の新潟大学神経内科に入り、治療法が無く生活も通院も困難になる神経難病患者と家族の窮状に直面した。「Cureしえない患者でもCareすることは出来る」と論ず椿忠雄教授の言葉を、実現したいと思った。出張先から患者の往診を始めたが清拭も出来ず、1978年市内の信楽園病院へ赴任して、翌年退院後の患者に訪問看護と往診を提供する継続医療室を開設した。近隣の診療所医師、保健師、老人福祉法に拠る家庭奉仕員と協働した。院内では脳外科、リハビリテーション科と日常診療で協力し、人工呼吸管理のALS患者の入浴や外出、まだワープロ機能もないパソコンでの意思伝達支援に病棟看護師や療法士が率先して取組んだ。1987年病床に付添う家族の生活を守りたいと在宅人工呼吸管理を願い出たALS患者に、呼吸器を貸し出した。同年10月椿先生を迎えての日本ALS協会新潟県支部設立時に、患者、家族、ボランティア、神経内科医と共に、行政・病院勤務の看護師、保健師が多数参集し、その後の新潟市、新潟県の難病行政の推進力となった。1990年人工呼吸器・意思伝達装置の新潟県在宅患者医療機器購入補助事業が始り、1989年新潟市難病対策連絡会を保健所が事務局になり設立、1992年その下部組織の新潟市難病患者ケース検討会を予算なしで開始、毎月難病患者に関わる多職種の関係者が自由に参加して病状を相談、診療・介護上の対策を検討、行政職から福祉制度も学んだ。ケース検討会の代表者が難病対策連絡会にも参加した為、患者の諸問題がボトムアップに市の施策に反映した。後に「新潟方式」と呼ばれたこれこそ、地方行政の民主主義であった。2016年難病法の施行で、27年続いた新潟市難病対策連絡会は難病対策地域協議会に移行した。演者は介護保険開始前の、1997年在宅介護支援センターと、訪問看護ステーションを併設した医院を開業し、在宅患者の受け皿として働き、2022年若い後継者に後を託した。

【演者略歴】

【略歴】

1965年 新潟大学医学部卒業
1970年 新潟大学大学院医学研究科終了
同大学神経内科助手
1977年 同大学非常勤講師
信楽園病院神経内科
1997年 堀川内科・神経内科医院、浜浦町訪問看護ステーション、在宅介護支援センター浜浦町 理事長（～2022年）
2022年 堀川内科・神経内科医院嘱託 現在に至る

【所属学会】

日本神経学会、日本内科学会、日本高次脳機能障害学会、日本神経病理学会、日本在宅医療連合学会

利益相反：無

MSL-2

在宅医療の豊かさと高齢者の仕合せ—高齢者の仕合せを共に物語として発見し、聴き、人生をたたえ、手を握ることが原則—

黒岩 卓夫 クロイワ タクオ
医療法人社団萌気会 会長

- 1) 在宅医療とは何か、高齢者の人生の最後に医師としてできることは何かを語り合いたい。ただ医師が訪問し看取りに立ち会えばよいのではない。死の多くは誰にも顧みられず、静かに訪れ消えて行く。しかしどのような人生であれ、多くの物語があり、そのなかには誰にもわからない喜びや悲しみがある。それに誰が寄り添うのか。一人の人間の最期に誰が挽歌をうたえるのかを考えてほしい。
- 2) お一人さまで看取られることも否定はしない。しかし最低一人は本当に心を許せる相手をつくってほしい。夫婦であれ、親子であれ、友人であれ、誰か一人が居てほしい。そのような人がいて、はじめて高齢者のACPはACPたり得る。また一人の死は、その人が認めてはじめて死者になる。その人生のコツは、お二人さまで老いを創ることである。
- 3) 医師は病いによる死へも、あるいは人生の終りとしての死へも、その人の挽歌をうたえる者でありたい。
- 4) 在宅療養の場には年寄り子どもも居るあたたかい場と看取りの安心がどこまで成しとげられるかが、在宅療養の価値である。

以上4点について私の経験からお話したいと思う。

【演者略歴】

- 1937年 長野県生まれ（美麻村）
6歳から9歳まで満州開拓団、そして難民
- 1952年 松本深志高校入学
- 1962年 東京大学医学部卒業
- 1963年 東京大学附属医科学研究所
- 1970年 新潟県南魚沼郡旧大和町、国保診療所
- 1976年 大和医療福祉センター建設（ゆきぐに大和総合病院）
全国地域医療研究会 初代代表
- 1992年 医療法人社団萌気会（萌気園浦佐診療所）
在宅医療を診療所を基地として開始
その後NPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク会長
NPO地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク 名誉会長
- 2004年 第13回若月賞受賞。田中知事からメッセージも
『「大地の子」と地域医療』の演題で受託講演をする
- 2021年 医療法人社団萌気会 会長に就任（次男 黒岩巖志 理事長に就任）

主な著書 地域医療の冒険（日本地域社会研究所）、和解ある老いと死（教育史料出版会）、老いの復権（三輪書店）、「大地の子」と地域医療（NPO日本アビリティーズ協会）他

利益相反：無

大会長講演

PS

【セッション概要】

寝たきり老人の訪問診療が主体であった在宅医療は、21世紀に入り小児やAYA世代における疾患、がんなどの悪性疾患、認知症性疾患、神経難病をはじめとする専門医療分野の疾患、遺伝性疾患等の多様な分野の患者さんにも提供されるようになりました。疾患が多様化することにより、患者さんの多様性は提供される医療のみならず、患者さんの生き方や価値観に波及します。そして、生活に寄り添う在宅医療は、多様性に応えることが求められます。

これまでは、治らないといわれている病気であっても、亡くなるまでの生きている間は、その人らしい人生を送れるように支援することが在宅医療の使命でした。近年、医学と科学技術の発展により、治らなかった病気が治る病気に変わる希望がもたらされています。そして、長期にわたる治療を要し、在宅医療が治療を担うことが必要なケースが予想されています。これからは、先進医療を生活の場で提供することが在宅医療の使命として求められる時代になるでしょう。

中島孝大会長の講演を通じ、在宅医療の未来像をご一緒に考えて参りましょう。

座長：石垣 泰則 イシガキ ヤスノリ

医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック／日本在宅医療連合学会代表理事

【座長略歴】

- 1982年 順天堂大学医学部 卒業
- 1990年 城西神経内科クリニック開設 院長
- 1996年 医療法人社団 泰平会設立 理事長
- 2011年 コーラルクリニック院長
- 2018年 医療法人社団 悠輝会設立 理事長
- 2021年 医療法人社団 仁生堂 大村病院 院長
- 2023年 医療法人社団 悠輝会 コーラルクリニック 院長

【役職】

- ・順天堂大学医学部リハビリテーション医学講座 非常勤講師
- ・順天堂大学医学部神経学講座 非常勤講師
- ・一般社団法人 日本生活期リハビリテーション医学会 理事
- ・一般社団法人 日本在宅医療連合学会 代表理事
- ・一般社団法人 日本老年医学会 代議員
- ・一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス副理事長
- ・一般社団法人 全国在宅療養支援医協会 副会長
- ・NPO法人 静岡難病ケア市民ネットワーク 理事長
- ・一般社団法人 リハビリテーション医学教育推進機構 学術理事
- ・一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 顧問

【資格】

- 医学博士
- 介護支援専門員
- 日本医師会認定産業医
- 学会認定医
 - ・日本神経学会 神経内科 専門医・指導医
 - ・日本リハビリテーション医学会 専門医・指導医
 - ・日本内科学会 認定内科医
 - ・日本在宅医療連合学会 認定専門医・指導医
 - ・日本プライマリ・ケア連合学会 認定医・指導医

PS-1

成長発達し続ける在宅療養者を支える技術と方法

中島 孝 ナカジマ タカシ

国立病院機構新潟病院

神経難病、遺伝性疾患、重症心身障害、認知症など治らない病気の医療、在宅医療は重要な領域であるが誤解が絶えない。原因の一つは、WHO憲章の「健康とは、肉体的、精神的及び社会的に完全に良好な状態であり、(後略)」に象徴されている。これでは健康になれない場合、医療そのものが否定されてしまう。これは1900年代初頭、進化論や遺伝学/優生学により、ヒューマニズムが発展し、健康への願望と同時に、「生きるに値しない命を終わらせる行為の解禁」(1925年)と「死の権利」(1895年)の唱道に遡ることができる。さらに、重篤な症状、遺伝的障がいへのスティグマ・差別からホロコーストに至った。戦後、これを乗り越え様としたが、健康概念だけでなくこの様なQOL概念も一部にのこった。難病対策や稀少疾患事業により臨床研究が進み、重篤な症状の管理/緩和が可能になり、神経機能再生方法(HALによるサイバニクス治療)も実用化され、酵素置換療法や核酸医薬により新たな複合治療ができる可能性がでてきた。構成主義とは科学的認識/実践に関する科学で、生命とは(人は)自分自身を自己組織化(秩序化)しようとする能動機関そのものであり、常に自己と世界との関係性の中で、世界を意味付け研究している科学者であり、生涯発達していると捉える。これを在宅医療チームの基本スタンスとすることで、難病ケアやEOLCにおいても患者中心の医療を実現できる。構成主義的認識論の典型はナラティブ論であり重篤な症状/障がいであっても、適切な治療/ケアがあれば、絶望的な dominant story から希望へ向かう alternative story を紡ぎだすことができる。それをSEIQoL法で科学評価可能である。自律の意味は法的な自己決定能力の有無の事では本来ない。機能障がいが高くても個体が能動的に世界にかかわるために尊重される主体の事であり、病いにおいては自律もまた適切に支援されるべきで、それ自体が変化するものである。

【演者略歴】

【略歴】1983年新潟大学医学部卒、1991年同大学院医学博士課程卒(医学博士)、1987年～1989年 Fogarty Fellow, Biological Psychiatry Branch, NIMH, NIH (USA)、1991年～新潟大学脳研究所内非常勤講師、1991年～2003年国立療養所犀潟病院 神経内科医長・放射線科医長・臨床研究部病態生理研究室長、2001年～薬事・食品衛生審議会専門委員その後PMDA専門委員、2004年～2017年国立病院機構新潟病院副院長、2017年～院長

【所属学会等】日本神経学会(専門医、指導医)、日本認知症学会(専門医、指導医)、日本遺伝カウンセリング学会(臨床遺伝専門医)、日本内科学会(認定医・指導医)、日本在宅医療連合学会(特任理事)、ヘルスデータサイエンティスト協会(理事)、日本脳神経HAL研究会(世話人)、日本栓子検出と治療学会(評議員)、日本骨髄間葉系幹細胞治療学会(世話人)

利益相反：無

代表理事講演

CL

【セッション概要】

本学会が誕生して5年が経過しました。この5年間で在宅医療のニーズが増え、特に、COVID-19を契機として在宅医がかかわる在宅死が増え、その現場に関わる専門職も増えてきました。そして、今後は医療・介護の複合的ニーズを多く持った人が遥かに増えてくる時代に突入します。この状況において、私たちの学会が果たす役割は非常に大きいことが予測できますが、5年間活動してきて確信し始めていることは、在宅医療はこれまで（20世紀）の医療のあり方を大きく変える、あるいは、変えるための起爆剤になるということです。ただ、このためには、また、多くの人が、大切な人の人生の最期の瞬間まで幸せな時間を共有できるような形の在宅医療体制を創るためには、多様化する療養者とその家族のニーズが様々な視点で評価され、提供者も提供される人々も、そして地域に住まう人も、あるいは日本以外の国の人々であっても、納得できる支援が行われる必要があります。

これが(学問的な基盤をもち、同時に物語が重視される)、私たちの学会の果たす役割として最も重要であるかと思います。これまで、そしてこれからも多くの課題が山積み、代表理事である石垣先生はますます多忙となっているようですが、その課題として現在あるいは近い将来取り組むことなどについて、この講演でお話いただき、一人では担いきれない課題解決に向けて、一緒に担い、一緒にチャレンジしたいと思います。

座長：蘆野 吉和 アシノ ヨシカズ

山形県庄内保健所

【座長略歴】

東北大学医学部卒業（1978）

福島労災病院外科部長（1985～2005）

十和田市立中央病院院長・事業管理者（2005～2013）

青森県立中央病院医療管理監（在宅医療担当）・緩和ケアセンター長（2013～2014）

社会医療法人北斗地域包括ケア推進センター長等（2014.12～2019.9）

鶴岡市立荘内病院 参与（2019.10～2020.3）

山形県庄内保健所 医療監（2020.4～）保健所長（2020.7～現職）

NPO法人日本ホスピス・在宅ケア研究会理事長（2016～現職）

一般社団法人日本在宅医療連合学会代表理事（会長）（2019.5～2021.4）

一般社団法人日本在宅ケアアライアンス 業務執行理事（2020～現職）

CL-1

多様化する時代における、日本在宅医療連合学会の進む道

石垣 泰則^{1,2} イシガキ ヤスノリ¹医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック²日本在宅医療連合学会代表理事

日本在宅医学会と日本在宅医療学会が合併し、日本在宅医療連合学会が歩み始めて5年目に突入した。この間、COVID-19のパンデミックがあり、わが国の医療システムはパニックに陥った一方で、在宅医療の存在が国民の間にクローズアップされた。COVID-19は在宅医療の在り方にも大きな影響を与え、感染症に対する救急医療やオンライン診療が一挙に躍進した時期でもあったが、介護施設の入居者への在宅医療提供や災害地域の在宅療養者の支援体制などについて、様々な議論がなされた時期でもあった。

学術大会もオンラインで開催され、これまでのあり様が大きく変化した。第5回大会はこれまでの経験を活かし、現地参加の良さとオンライン参加の良さを兼ね備えた新しい時代の大会運営がなされている。COVID-19は大会運営以外にも日頃の学会活動に大きな影響を与えている。研修会をはじめ参加型のイベントはオンラインが活用され、委員会活動やワーキングもオンラインで開催され、以前に増して活性化している。

人口動態の急速な変化に伴って、今わが国は大きな転換期を迎えている。それは医療も同様であり、制度自体の大きな変革が目前に迫っている。こういった時代だからこそ、私たちは変革すべきもの、と大切に変わらないものを見極めて、行動しなければならない。そのためには在宅医療の構造を理解し、多様化する療養者のニーズや 医学の進歩と技術革新、医療制度の変化に対応する必要がある。このことはとりもなおさず学会自体が多様性を包含していくということである。

日本在宅医療連合学会は学術団体であることは揺るぎなく、在宅医療を学問として確立することを目指すべきである。在宅医療に従事する多職種の教育を行い、出来るだけ多くの人材を育成し、在宅医療を広げ、充実することに取り組む。その上で世界の在宅医療を実践する方々に発信することも行い、日本医学会に加盟するための行動を実践したい。

【演者略歴】

- 1982年 順天堂大学医学部 卒業
- 1990年 城西神経内科クリニック 院長
- 2011年 コーラルクリニック 院長
- 2021年 医療法人社団 仁生堂 大村病院 院長
- 2023年 医療法人社団 悠輝会 コーラルクリニック 院長

【役職】

- ・順天堂大学医学部リハビリテーション医学講座 非常勤講師
- ・順天堂大学医学部神経学講座 非常勤講師
- ・一般社団法人 日本生活期リハビリテーション医学会 理事
- ・一般社団法人 日本在宅医療連合学会 代表理事
- ・一般社団法人 日本老年医学会 代議員
- ・一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス 副理事長
- ・一般社団法人 全国在宅療養支援医協会 副会長
- ・NPO法人 静岡難病ケア市民ネットワーク 理事長
- ・一般社団法人 リハビリテーション医学教育推進機構 学術理事
- ・一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 顧問

利益相反：無

基調講演

KL

【セッション概要】

機器は人にとって、人工的で不自然な存在ではなく、人を支え人たらしめている存在です。人は機器を開発し、その機器を操作して、自分の意図、目的を達成しようとしてきました。この情報系を用いて機器を人が操作する工学モデルはサイバネティクス (cybernetics) と呼ばれており、ノバートウイナー (1894-1964) が確立した概念です。山海嘉之はサイバニクス (cybernetics) という概念を用いて機器を再定義しました。サイバニクスにおいて、機器は人の体に埋め込まれていても装着していてもサイボーグ (cyborg) であり、人と機器は融合し、人は操縦せず、人と機器は直接結ばれることにより機器は人の意図通りに動作するというものです。この工学概念はただちに、人の神経可塑性を賦活化し、機能再生医療に使用できることがわかり、医師主導治験を経て、HAL 医療用下肢タイプとしての実用的医療機器として結実し保険収載されました。このサイバニクス技術を使うと、多数の在宅医療機器を容易に開発することができます。今回、アカデミアの教授と同時にイノベーションを社会実装する世界的なアントレプレナーとしての話を通して、先端機器を使うのは、人がその人らしく中心となれる生活のためであること、未来の在宅医療現場を皆で考えていければと思ひ企画しました。

座長：中島 孝 ナカジマ タカシ

国立病院機構新潟病院

【座長略歴】

【略歴】1983年新潟大学医学部卒、1991年新潟大学大学院医学博士課程 (医学博士)、1987年～1989年 Fogarty Fellow, Biological Psychiatry Branch, NIMH, National Institutes of Health (USA)、1991年～新潟大学脳研究所内非常勤講師、1991年～2003年国立療養所厚潟病院 神経内科医長・放射線科医長・臨床研究部病態生理研究室長、2001年～薬事・食品衛生審議会専門委員その後PMDA 専門委員、2004年～2017年国立病院機構新潟病院副院長、2017年～同院長

【所属学会等】 日本神経学会 (専門医、指導医)、日本認知症学会 (専門医、指導医)、日本遺伝カウンセリング学会 (臨床遺伝専門医)、日本内科学会 (認定医・指導医)、日本在宅医療連合学会 (特任理事)、ヘルスデータサイエンティスト協会 (理事)、日本脳神経HAL研究会 (世話人)、日本栓子検出と治療学会 (評議員)、日本骨髄間葉系幹細胞治療学会 (世話人)

KL-1

異分野融合で加速するサイバニクス医療健康イノベーション ～ 病院と在宅、医師と患者が繋がる健康未来社会に向けて ～

山海 嘉之^{1,2,3} サンカイ ヨシユキ

¹筑波大学 システム情報系, サイバニクス研究センター, 未来社会工学開発研究センター

²CYBERDYNE 株式会社

³内閣府 戦略的イノベーション創造プログラム (SIP)

超高齢化に伴って、患者数・要介護者数が増加し、病院・施設・在宅では、患者・要介護者の日常的な治療・機能改善・健康管理・介護支援が必要とされている。経過観察・継続的治療・健康管理、早期発見や予防、身体機能・生理状態の改善・維持、生活習慣病対策など、病院と日常生活を一体的に扱える革新が求められている。このような観点から、超高齢社会での課題解決と健康寿命の延伸を目指し、『人』と『サイバー・フィジカル空間』を一体的に扱う『サイバニクス』(人・AIロボット・情報系の融合複合)を研究開発することで、『サイバニクス医療健康ケア』イノベーション』の推進に挑戦している。開拓領域は、細胞レベルからロボット技術、サイボーグ技術、人工知能、IoH/IoT、ヒューマンビッグデータ、クラウド化、データ集積・解析・AI処理、メディカル・ヘルスケアなど多岐にわたる。

医療用HALについては、脳神経系疾患、運動器不安定症などの疾患を対象として、世界20カ国でサイバニクス治療のプラットフォーム化が進んでいる。自立支援用HALについては、腰タイプ・単関節タイプを中心に、在宅や介護施設等で使用されている。HALシリーズはIoH/IoT化されており、データ連携が可能となっている。また、様々な生体情報(心電、脳波、体温、酸素飽和度、呼吸状態(オプション)など)を24時間体制で日常的にモニタリングできる「Cyvis(サイビス)」も医療機器として登場する。異分野融合を実現するサイバニクス、各種サイバニクス技術、サイバニクス・クラウドにより、「病院と自宅」、「医師と患者・利用者」が繋がり、「予防・早期発見・治療・予後の健康管理・ケア」を一体的に扱う健康未来社会の実現もターゲットに入ってきた。

本講演では、最新情報を交えながら、これからの在宅医療を支える「サイバニクス医療健康イノベーション」の最新の取り組みについて紹介する。

【演者略歴】

【略歴】

1987年3月 筑波大学大学院工学研究科博士課程修了

2004年4月 筑波大学 システム情報系教授(現任)

2004年6月 CYBERDYNE株式会社 創設

2007年6月 筑波大学 G-COEプログラム サイバニクス国際教育研究拠点 拠点リーダー

2010年3月 内閣府 FIRST 最先端 サイバニクス研究拠点 研究統括

2011年10月 筑波大学 サイバニクス研究センター センター長

2014年11月 内閣府 ImPACT 革新的研究開発推進プログラム プログラムマネージャー

2017年10月 筑波大学 サイバニクス研究センター研究統括(現任)

2020年6月 筑波大学 未来社会工学開発研究センター長(現任)

2023年4月 内閣府 戦略的イノベーション創造プログラム(SIP) プログラムディレクター(現任)

【学会等】

スウェーデン王立工学アカデミー国際フェロー, 日本ロボット学会フェロー, 計測自動制御学会フェロー

利益相反: 有

市民公開講座

地球を救うサステイナブルな強さ ―ラグビーと難病

PL

【セッション概要】

2015年、ラグビーワールドカップイングランド大会でJAPAN（日本代表）は強豪南アフリカに勝利し、ラグビーが大きく注目されるようになりました。2019年は日本でラグビーワールドカップが開かれ、日本代表は決勝トーナメントへ進む新たな歴史を作りました。今年フランスでの大会があり、さらなる前進が期待されます。今回は98キャップという日本最多の代表戦出場の東芝ブレイブルーパス東京の大野均氏と、ラグビージャーナリストの村上晃一氏を迎え、ラグビーの魅力とワールドカップの見どころについてお話し頂きます。また、御二人は長年難病患者への支援も行っており、ラグビーと難病支援の関係についてもお話し頂き、第2部へつなげます。総合司会は、やはり難病支援に詳しいフリーアナウンサーの町亞聖氏

総合司会：町 亞聖 マチ アセイ

フリーアナウンサー

【座長略歴】

1995（平成7）年に日本テレビにアナウンサーとして入社。その後、活躍の場を報道局に移し、報道キャスター、厚生労働省担当記者としてがん医療、医療事故、難病などの医療問題や介護問題などを取材。2011（平成23）年にフリーに転身。脳障害のため車椅子の生活を送っていた母と過ごした10年間の日々、そして母と父をがんで亡くした経験から医療と介護を生涯のテーマに取材、啓発活動続ける。

／ 95435

司会

井手口 直子 イデグチ ナオコ
帝京平成大学薬学部

【演者略歴】

井手口直子 (いでぐちなおこ)
帝京平成大学薬学部教授 大学院薬学研究科 教授
博士(薬学) 博士(教育)
役
日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会理事
全国薬剤師在宅療養支援連絡会副会長
日本在宅薬学会理事
日本地域薬局薬学会理事
日本オーソモレキュラー医学会理事
日本スーパーフード協会理事
日本医療安全学会理事
東京都薬剤師会代議員
日本医療評価機構薬局ヒヤリハット総合評価部会委員 他

著書(共著含む)

緩和医療薬学 2023
スーパーフード入門 2022
薬剤師になるには ぺりかん社 2020
基礎からわかる行動科学 薬事日報社 2019
薬剤師・薬学生のためのヒューマニズム改訂版 羊土社 2019
がん患者ロジカル・トータルサポート じほう 2017
ファーマシューティカルケアのための医療コミュニケーション 南山堂 2014 他

ー/ 90041

ゲスト

ラグビージャーナリストの立場から

村上 晃一 ムラカミ コウイチ
ラグビージャーナリスト

【演者略歴】

1965年京都市生まれ。京都府立鴨沂高校から大阪体育大学でラグビーのポジションは、センター、フルバック。87年ベースボール・マガジン社入社、ラグビーマガジン編集部勤務し、90～97年同誌編集長。98年からラグビージャーナリストとして、スポーツ専門局JSPORTSでラグビー解説を継続中。1999年から2019年の6回のラグビーワールドカップで現地コメンテーターを務めた。ラグビーシンポジウム、トークイベントなどの進行役多数。

ー／90042

ゲスト

元日本代表選手の立場から

大野 均 オオノ ヒトシ
ラグビー元日本代表選手

【演者略歴】

1978年生まれ 福島県郡山市出身。高校までは野球部に所属。進学した日本大学工学部でラグビーを始める。2001年東芝ブレイブルーパス入団。2004年日本代表初選出。2007年、2011年、2015年と3大会の世界カップに出場。2015年大会では南アフリカ戦勝利に貢献。13年間日本代表でプレーし、国際試合98試合出場は日本代表歴代最多。現在、東芝ブレイブルーパス東京アンバサダーに就任。

／95437

司会

川口 有美子 カワグチ ユミコ
NPO 法人 ALS/MND サポートセンターさくら会

【演者略歴】

ALS患者と家族の葛藤を描いた『逝かない身体——ALS 的日常を生きる』（医学書院）で2010年第41回大宅壮一ノンフィクション賞受賞。2013年立命館大学大学院先端総合学術研究科博士（学術）課程修了。研究領域は難病や障害などで生き難さを抱える人々の政策と倫理。全国各地の神経筋疾患患者児の在宅24時間365日介護保障を推進し、喀痰吸引等をおこなうヘルパーの養成を支援してきた。

／ 95436

司会

中島 孝 ナカジマ タカシ
国立病院機構新潟病院

【演者略歴】

【略歴】 1983年新潟大学医学部卒、1991年新潟大学大学院医学博士課程（医学博士）、1987年～1989年 Fogarty Fellow, Biological Psychiatry Branch, NIMH, National Institutes of Health (USA)、1991年～新潟大学脳研究所内非常勤講師、1991年～2003年国立療養所犀潟病院 神経内科医長・放射線科医長・臨床研究部病態生理研究室長、2001年～薬事・食品衛生審議会専門委員その後PMDA専門委員、2004年～2017年国立病院機構新潟病院副院長、2017年～同院長

【所属学会等】 日本神経学会（専門医、指導医）、日本認知症学会（専門医、指導医）、日本遺伝カウンセリング学会（臨床遺伝専門医）、日本内科学会（認定医・指導医）、日本在宅医療連合学会（特任理事）、ヘルスデータサイエンティスト協会（理事）、日本脳神経HAL研究会（世話人）、日本栓子検出と治療学会（評議員）、日本骨髄間葉系幹細胞治療学会（世話人）

／ 90045

ゲスト

分身ロボット OriHime の誕生

吉藤 オリィ ヨシフジ オリィ
株式会社オリィ研究所

【演者略歴】

小学5年～中学3年まで不登校を経験。

高校時代に電動車椅子の新機構の発明を行い、国内最大の科学コンテストJSECにて文部科学大臣賞、世界最大の科学コンテストIntel ISEFにてGrand Award 3rdを受賞、その際に寄せられた相談と自身の療養経験から「孤独の解消」を研究テーマとする。早稲田大学にて2009年から孤独解消を目的とした分身ロボットの研究開発を独自のアプローチで取り組み、2012年株式会社オリィ研究所を設立。

分身ロボット「OriHime」、ALS等の患者向けの意思伝達装置「OriHime eye+ switch」、全国の車椅子ユーザに利用されているバリアフリーマップアプリ「WheeLog!」、寝たきりでも働けるカフェ「分身ロボットカフェ」等を開発。

同プロジェクトは2021年度の「グッドデザイン賞」15000点の中から最高賞であるグッドデザイン大賞に選出された。

デジタルハリウッド大学院特任教授。

ゲスト

重度障害児の「わかっている」ことが「わかる」ための支援 ～障害者の見た目に騙されない～

伊藤 史人 イトウ フミヒト

島根大学 総合理工学部 機械・電気電子工学科

SMA や一部の筋ジストロフィー等の難病当事者は、見た目には重度の身体障害があっても、支援機器を適切に取り入れれば、コミュニケーションはもとより知的活動さえも十分に可能になる。例えば、意思伝達装置をスイッチ等で入力操作して文字を入力したり、Webサイトや本を読むなどである。電動車いすであれば、微小な動きでも自由に移動が可能になる。これは、当事者本人が支援機器を操作しているので「直接利用」したといえる。

一方、いわゆる重度重複障害者の場合、障害が重くなるほど表出が少なく、能動的な動きも少ない傾向があり、支援機器等を有効に使うのは極めて困難である。発話・書字もできないことから、言語的なコミュニケーションが取れず「わかっていない」とされてしまいがいである。その結果、療育現場では、当事者の本来の能力を見過ごしてしまうことがあった。

このような障害の重い当事者でも、近年利用が進んでいる視線入力装置と適切なアプリケーションを活用すると、本来の認知能力を推定しやすくなり、「わかっている」ことが「わかる」ようになる。例えば、母親の顔写真と他人の顔写真を提示すると、母親の方をよく見ているような記録が残る。支援機器を能動的に使えていなくても、振る舞いを観察するような使い方は「間接利用」したといえる。

「わかっている」ことがわかってもらえると、周りが変わり、結果的に当事者の生活環境も改善する。周りの人が当事者の可能性を信じてあげることができることから、さまざまな前向きな取り組みが行われるようになる。さらに、当事者が「わかってもらえた」ことを反復して経験することで日常の前向きな振る舞いが増えるようになる。本話題提供では、事例を交えて紹介する。

【演者略歴】

- 2002年 岩手大学工学部機械工学科 中退
- 2004年 岩手県立大学ソフトウェア情報学部 研究員
- 2006年 岩手県立大学ソフトウェア情報学研究科博士前期課程 修了
- 2010年 一橋大学情報基盤センター 助教
- 2011年 岩手県立大学ソフトウェア情報学研究科博士後期課程 修了
- 2014年 島根大学総合理工学部機械電気電子工学科 助教 現在に至る

利益相反：無

特別講演1

在宅医に必要な補装具の知識

SL1

【セッション概要】

在宅で補装具を使用している障害者にとって、補装具は日常生活を過ごす上での重要なアイテムとなっている。在宅医療に携わっている方々にとっても補装具を使用している方の医療に携わる機会は少なからずあるのではないかと。補装具は医師の指示、適合判定のもとに作製されるが、完成後も適正に使用され目的を果たしているか、適合性に問題は生じていないかなどを確認する必要がある。本講演では日常診療で遭遇する代表的な補装具を中心に解説していただき、在宅障害者の補装具の現状と課題についても述べていただく。補装具に関する知識と在宅診療におけるポイントを整理してき、今後の日常診療において活用して頂く機会としていただきたい。

座長：神山 一行 カミヤマ カズユキ

港北ニュータウン診療所

【座長略歴】

職歴

1999年3月 東海大学医学部医学科卒業
1999年5月 昭和大学リハビリテーション科
2001年4月 東京共済病院整形外科
2002年4月 昭和大学リハビリテーション科
2002年10月 国家公務員共済組合連合会三宿病院神経内科
2003年10月 昭和大学横浜市北部病院リハビリテーション科
2005年10月 医療法人容生会あすかクリニック
2007年11月 港北ニュータウン診療所

学会活動・資格など

リハビリテーション科専門医・指導医
日本リハビリテーション医学会臨床認定医
日本在宅医療連合学会認定専門医・指導医
厚生労働省義肢装具等適合判定医
身体障害者福祉法第15条指定医

特別講演2 新潟県プログラム委員会企画

日本の社会保障の未来を考える

SL2

【セッション概要】

世界に類を見ない高齢化の急速な進展により、医療費も大幅な増加を続けています。その結果、保険が原則でありながら、公費負担も大幅に増加しています。また、その内容は、税に加え国債、すなわち借金でまかなっている状況です。国債は60年もの長きにわたり償還するルールであるため、目の前で診療した高齢者の医療費を60年後の子供達までが一部支払うことになっています。この事実をご存知でしょうか。

また、平成26年、令和元年の二度にわたる消費税率の引上げは、この医療費の増加等に対応するものです。しかし、これをもってしても医療費の伸びには対応しきれいていません。国民皆保険を始めとする世界に冠たる社会保障制度を次世代に引き継ぐことは依然として難しい課題となっています。

合わせて、これまで医療などの社会保障給付費の伸びに対応してきたため、教育・科学技術、公共投資などの政策経費がそれほど伸びていない一方、借金の残高やその返済が増加しているのが現状です。

日頃献身的に患者様、地域医療等を支えている皆様に、将来目線、すなわち数十年の医療がこのままいくとうどうなっているかを想像して頂き、日本の医療の運用、制度が今どうあるべきかを考えて頂くきっかけになれば幸いです。

座長：鈴木 榮一 スズキ エイチ

新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院

【座長略歴】

昭和54年3月 新潟大学医学部卒業

昭和54年5月 新潟県立がんセンター新潟病院内科研修

昭和56年5月 新潟大学医学部附属病院第二内科

平成14年10月 新潟大学医学部附属病院総合診療部教授

平成25年4月 新潟大学医歯学総合病院長

令和2年4月 一般財団法人新潟県地域医療推進機構魚沼基幹病院長

SL2-1

日本の社会保障の未来を考える

財務省主計局担当官

日本では、世界に類を見ない高齢化の急速な進展により、医療費も大幅な増加を続けています。その結果、保険が原則でありながら、公費負担も大幅に増加しています。また、その内容は、税に加え国債、すなわち借金でまかなっている状況です。

国債は60年もの長きにわたり償還するルールであるため、目の前で診療した高齢者の医療費を60年後の子供達までが一部支払うことになっています。この事実をご存知でしょうか。

また、平成26年、令和元年の二度にわたる消費税率の上げは、この医療費等の増加に対応するものです。しかし、これをもってしても医療費等の伸びには対応しきれいていません。国民皆保険を始めとする世界に冠たる社会保障制度を次世代に引き継ぐことは依然として難しい課題となっています。

合わせて、これまで医療などの社会保障給付費の伸びに対応してきたため、教育・科学技術、公共投資などの政策経費がそれほど伸びていない一方、借金の残高やその返済が増加しているのが現状です。

日頃献身的に患者様、地域医療等を支えている皆様に、将来目線、すなわち数十年の医療やその他の政策がこのままいくとうなっているのかを想像して頂き、日本の医療の運用、制度が今どうあるべきかを考えて頂くきっかけになれば幸いです。

特別講演3 新潟県プログラム委員会企画

在宅医療における厚生労働省の施策について

SL3

【セッション概要】

我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が2022年から後期高齢者（75歳以上）となり、その後も2040年頃まで65歳以上の高齢者の人口増加が続く。また、2025年以降は生産年齢人口が急激に減少すると予測されている。こうした中、医療需要に関しては、多くの地域で外来患者数が減少していきながら、在宅医療が必要な患者数は増加していきと考えられている。

厚生労働省では、これまで、医療計画において5疾病5事業および在宅医療として、在宅医療の施策に取り組み、その充実と発展を目指してきたところであり、2024年度からは感染症が6事業目として追加された上で第8次医療計画が開始する。在宅医療は、入院医療や外来医療、救急医療、介護など各施策と適切につながりを持ちながら、国民の健康へ寄与するものであることから、今後、新たな地域医療構想について、2040年を視野にいれつつ検討を行うこととなるが、そうした施策の連携を含めて検討していくことが期待される。

本講演が今後の各地域・各分野における在宅医療の推進の端緒となれば幸いである。

座長：塚田 芳久 ツカダ ヨシヒサ

新潟県医師会参与

【座長略歴】

1979年 新潟大学医学部卒
2005年 新潟県立十日町病院長
2010年 新潟県医師会理事
2012年 日本医師会理事
2016年 新潟県立新発田病院長
2018年 地域医療構想アドバイザー
2020年 新潟県医師会副会長
2022年 新潟県立新発田病院名誉院長
2023年 新潟県厚生連理事長

SL3-1

2040年を見据えた医療提供体制について

鷺見 学 スミ マナブ

厚生労働省医政局地域医療計画課

新型コロナウイルス感染症対応は現時点（2023年4月中旬現在）では落ち着きつつある中、厚生労働省は先月（2023年3月）末に令和6年度からの第8次医療計画の基本方針を発出した。また、2025年にむけて地域医療構想を進めていただいているが、今後第8次医療計画の策定作業を2023年度までにかけて各都道府県において進める際に、各地域で記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けた検討や病床の機能分化・連携に関する議論等を行っていただくことから、その作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しをお願いしている。また、2025年以降の地域医療構想についても今年度から検討を開始することとしている。新型コロナウイルス感染症への対応において浮き彫りになった様々な課題の他、2040年に向けた人口減少、特に生産年齢人口の減少等を考慮する必要があるが、入院・外来・在宅・救急のニーズや疾病構造の変化は地域によって大きく異なる状況であり、地域ごとのデータに基づき、適切な医療提供体制を構築すべく地域でご議論いただきたいと考えている。また、令和6年4月の医師の働き方改革施行や診療報酬・介護報酬の同時改定についても留意が必要である。さらに、昨年の方針に基づき、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めていく。

この会議は在宅に焦点をあてるものであるが、こうした医療提供体制全体を紹介させていただきながら、今後の在宅医療のあり方について議論させていただきたい。

【演者略歴】

- ・平成8年 名古屋大学医学部卒業
- ・平成8年 東京災害医療センター研修医（1年間）
- ・平成9年 東京医療センター研修医（半年）
- ・平成9年10月 厚生省保険局医療課
- ・平成12年4月 環境省環境安全課
- ・平成15年6月 ハーバード大学留学（MPH取得）
- ・平成16年7月 厚生労働省食品安全部基準審査課
- ・平成17年8月 厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課
- ・平成19年3月 医学博士取得（名古屋大学大学院）
- ・平成19年7月 厚生労働省大臣官房国際課
- ・平成20年8月 WHO総務局渉外担当医官
- ・平成23年8月 厚生労働省健康局がん対策推進室長
- ・平成24年8月 厚生労働省食品安全部国際食品室長
- ・平成26年7月 国際連合日本政府代表部参事官
- ・平成29年8月 外務省国際保健政策室長
- ・令和2年8月 厚労省健康局健康課長
- ・令和3年9月 厚労省医政局地域医療計画課長（現職）

利益相反：無

特別講演4

かかりつけ医の機能強化への提言～生活を踏まえた医療ケアの提供から在宅医療実践者・地区医師会からできる社会的処方まで～

SL4

【セッション概要】

在宅医療実践者は、狭義の診療にとどまらず、患者の生活に着目して診断や治療に加えて必要なケアや支援を包括的に提供している。年齢や疾患、住まい場所などによらず、非選択的に引き受けている。家族も支援の対象とする。本人の意向や尊厳を重視する姿勢を堅持し、継続的に意思決定を支援しつつ、本人家族が望む生活や生き方／逝き方の実現を目指す。保健・医療・介護・福祉・教育・地域など多くのセクターと協働し、患者に必要な支援を提供する。

加えて、在宅医療のノウハウを活かすべき対象は、要介護者や終末期の患者に限定すべきではないという点も認識しておきたい。多疾病を有する外来患者や、人生を歩む中で積み重なった諸事情などがあいまって重大疾病の発症や重症化のリスクが高まっている方にも、私たちが有するノウハウが役立つはずである。そのためには、外来診療との連続性や、自治体や保険者が行う保健事業との協力が今後重要になる。

国レベルでかかりつけ医の機能強化が議論される展開を踏まえ、在宅医療実践者が多職種チームとしてどのように地域で機能しうるかという摸索や実践を重ねるとともに、地区医師会などの公的な存在だからこそ取り組みうる地域活動の可能性について考える機会としたい。

座長：木村 琢磨 キムラ タクマ

東京医科歯科大学 医学部 介護・在宅医療連携システム開発学講座

【座長略歴】

平成9年3月、東邦大学医学部卒業。国立東京第二病院（現 国立病院機構 東京医療センター）研修医、総合診療科レジデント、総合診療科 医員。国立病院機構 東埼玉病院 総合診療科 医長、三重県立一志病院 家庭医診療科 部長。北里大学医学部 准教授（総合診療医学）、北里大学東病院 総合診療・在宅支援センター長、北里大学医学部 教授（新世紀医療開発センター 地域総合医療学）。埼玉医科大学医学部 教授（総合診療内科）、HAPPINESS 館クリニック／丸木記念福祉メディカルセンターを経て、令和5年4月より東京医科歯科大学 医学部 介護・在宅医療連携システム開発学講座 教授 / 総合診療科。豪州ニューカッスル大学大学院 臨床疫学修士課程（distant learning）修了、東邦大学大学院 医学研究科博士課程 修了。

SL4-1

かかりつけ医の機能強化への提言：生活を踏まえた医療ケアの実践から社会的処方まで
～地域の生活といのちに責任を持ち続ける在宅医療実践者・地区医師会を目指して～川越 正平^{1,2} カワゴエ ショウヘイ¹ あおぞら診療所² 松戸市医師会

発熱の初療が、コロナ禍でかかりつけ医の責任性として問われた。救急搬送困難事案の発生を含め、医療の機能不全が露呈したことは否めない。結果として、2022年度の骨太の方針にかかりつけ医機能が発揮される制度整備が盛り込まれた。

高齢化の進展とともに、認知症やフレイルの重要性は増す一方であり、リハビリ・栄養・口腔等に関する総合的な介入が求められる。医師が直接行う形だけでなく、他機関に所属する専門職を含め、地域多職種チームを指揮者のように司る形が期待される。最たる例が食支援や緩和ケアである。疾病の軌道を予測し、継続的な意思決定を支援することを含め、専門医だけでは果たしづらい役割だと言える。

高度な専門医療や救命医療と対比すると、地域医療に求められる役割は異なる文脈や物差しに基づいて検討する必要がある。経済困窮、介護離職、ヤングケアラー、孤立・孤独、虐待、8050問題、引きこもり等、病態や世帯に併存する課題は多岐にわたる。生活の視点に基づき、個別性を踏まえた助言や支援を患者は必要としている。

なお、社会的処方について地域包括支援センターやまちの保健室を紹介する仕組みだと矮小化して捉えることは避けたい。既知の知見や現行制度だけでは解決できない状況に遭遇した場合には、地域課題として明瞭に認識し、地域ケア会議等を通じて「地域を医す」役割を果たしうるのが在宅医療実践者であり、地区医師会である。実践例として、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の委託を受けた市町村事業の経験や、小中学校に出向き健康啓発授業を行うまちっこプロジェクトの実践を紹介する。

終末期に限らず、その時々によさわしい助言や医療ケアを提供する。生ある限りその営みを継続することにより、最終的に看取りに至ることになる。在宅医療実践者や地区医師会だからこそ、老いても病んでも、そして誰にとっても暮らしやすい地域づくりの一翼を担う。

【演者略歴】

1991年東京医科歯科大学卒。虎の門病院での内科研修修了後、同院血液内科医員。1999年医師3名のグループ診療の形態で千葉県松戸市に在宅医療を中心に取り組むあおぞら診療所を開設。臨床実践と並行して、緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)、柏プロジェクト、在宅医療連携拠点事業、地域包括ケア研究会、適切なケアマネジメント手法などの国等の事業や研究に関与してきた。一方、松戸市の介護保険運営協議会や地域ケア会議の会長を2014年度以来担当し、松戸市在宅医療・介護連携支援センターの管理責任者を務めている。2022年に松戸市医師会長に就任。糖尿病・CKD対策推進NW座長、障害者福祉計画推進協議会議長等も担当し、市・保険者と医師会の関係性強化や地域共生社会実現に取り組んでいる。日医小児在宅ケア検討委員会委員、県医地域包括ケア対策委員会委員長、当学会副代表理事、東京医科歯科大学臨床教授。主な著書に「医師アウトリーチから学ぶ地域包括ケア支援困難事例集」(2023、長寿社会開発センター)「今日の治療指針」(2018年版～、医学書院)「在宅医療バイブル」「介護職のための医療とのつきあいかた」

利益相反：無

特別講演5

腹膜透析のすすめ

SL5

【セッション概要】

腎不全患者の増加のみならず、高齢化と社会的多様性が増すにつれて、腎代替療法の在り方もその変化に対応していくことが要求される。現在の日本では人工透析の大多数が施設透析に偏っているが、在宅での透析の利点を踏まえて、患者の状況にあった腎代替療法選択提示がますます大事であると思われる。本特別講演の前半では在宅透析のメインプレイヤーである腹膜透析の基本的な原理と手法について、そして後半では専門医と非専門医の医療連携による腹膜透析患者の管理と非専門医を対象とした日本腹膜透析医学会の連携認定医制度について紹介する。

「腎不全末期と在宅透析」、「在宅で診る腎不全～腹膜透析」もぜひご聴講ください。

座長：河原崎 宏雄 カワラザキ ヒロオ

帝京大学医学部附属溝口病院 第4内科

【座長略歴】

2000年3月 長崎大学医学部卒業

2000～2006年3月 沖縄県立中部病院/宮古島病院 内科

2006～2010年3月 東京大学腎臓内分泌内科（博士課程修了）

2011～2013年3月 聖マリアンナ医科大学腎臓高血圧内科

2013～2021年3月 稲城市立病院腎臓内科（出向）

2021年4月～帝京大学溝口病院 第4内科（腎臓内科）

SL5-1

在宅療法における腎代替療法の選択肢

内田 大介 ウチダ ダイスケ
帝京大学医学部附属溝口病院 第4内科

高齢化とともに在宅医療の重要性は高まってきている。高度の腎不全に至った際に、血液透析を含めた腎代替療法の選択を迫られ、これまでの生活スタイルを一方的に変更させるようなことが散見される。また世間一般的な印象から、本人や家族としても腎代替療法への抵抗感は大きく、特に終末期医療に際して、本人の意図としない決断となることも多い。腎代替療法のすべての側面で在宅医療が素晴らしい訳ではないものの、各療法の長所を活かした選択が提示できるように再考してみる。

【演者略歴】

2000/04-2006/03 日本医科大学医学部医学科
2006/04-2008/03 関東労災病院 初期研修医
2008/04-2008/09 横浜市立大学附属病院 感染症内科 専修医
2008/10-2012/03 神戸大学病院 感染症内科 専修医
2012/04-2013/07 聖マリアンナ本院 腎臓高血圧内科
2013/08-2014/07 横浜市西部病院 腎臓高血圧内科
2014/08-2015/03 聖マリアンナ本院 腎臓高血圧内科
2015/04-2016/03 川崎市立多摩病院 腎臓高血圧内科
2016/04-2019/04 稲城市立病院 内科
2021/04- 帝京大学溝口病院 第四内科

利益相反：無

SL5-2

在宅医療における腹膜透析の普及に向けた試み～専門医と非専門医の連携を中心に～

櫻田 勉^{1,2} サクラダ ツトム大橋 博樹² オオハシ ヒロキ土谷 健³ ツチヤ ケン水口 潤⁴ ミナクチ ジュン¹ 聖マリアンナ医科大学 腎臓・高血圧内科² 多摩ファミリークリニック³ 東京女子医科大学 血液浄化療法科⁴ 社会医療法人川島会 川島病院

超高齢化社会を反映して高齢末期腎不全患者において腹膜透析（peritoneal dialysis:PD）のニーズが益々高まっている。そのメリットは長時間かけて老廃物や水分を除去するため、体液の恒常性および残存腎機能が維持できること、体外循環ではないため心血管系への負担が少ないことが挙げられる。また、社会的な面では在宅医療であるためQOLが高いことが挙げられる。その一方で、この集団においていくつか懸念すべき問題もある。医学的な面ではPD離脱の原因として最も頻度の高いカテーテル関連感染症に注意しなければならないこと、社会的な面では自ら治療を行うことによる患者（あるいは家族）の負担やPDを管理する施設が血液透析に比較して少ない点が挙げられる。そこで、日本腹膜透析医学会は非専門医に対するPDの普及活動の一環として認定制度委員会を設立した。これにより、在宅医療に携わる非専門医が座学による講義や実地研修を受けることで連携認定医を取得することが可能となり、専門医は紹介すべき連携認定医が明確になることで病診連携が促進することが期待されている。しかし、2020年9月に本制度が開始となったものの、2023年3月末時点では43名の認定にとどまっている。この講演では本制度の概要を解説するとともに、症例を提示しながら専門医と非専門医の連携について紹介したい。

【演者略歴】

【略歴】

1998年聖マリアンナ医科大学医学部 卒業

2004年聖マリアンナ医科大学医学部 腎臓・高血圧内科 助教

2012年聖マリアンナ医科大学医学部 腎臓・高血圧内科 講師

2015年聖マリアンナ医科大学医学部 腎臓・高血圧内科 准教授

2021年聖マリアンナ医科大学医学部 腎臓・高血圧内科 病院教授

2022年聖マリアンナ医科大学医学部 腎臓・高血圧内科 教授 現在に至る

【所属学会】

日本内科学会、日本高血圧学会、日本腎臓学会、日本透析学会、日本腹膜透析医学会、日本在宅血液透析学会、日本腎臓リハビリテーション学会、日本抗加齢医学会、日本腎不全合併症医学会、日本サイコネフロロジー学会、日本透析アクセス学会、日本アフェレシス学会

利益相反：無

特別シンポジウム

在宅医療の質向上と普及を目指して～第8次医療計画・かかりつけ医機能が発揮される制度整備への期待～ SS

【セッション概要】

2024年は医療・介護・福祉の分野で大きな変革が起こる。第8次医療計画、第9期介護保険事業計画、診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス報酬のトリプル改定などが予定されているからである。すでに、地域医療構想の実施が秒読みの段階であり、これを含めると21世紀型の地域社会体制である地域包括ケアシステム構築の大きな山場を迎えることとなる。そして、そのための準備が、すでに国レベルでは終了し、これからは地域レベルで始まることとなっている。

また、新型コロナウイルス感染症対応から急遽顕在化した「かかりつけ医」の役割や機能についての議論が、かかりつけ医機能報告制度の創設（今年の医療法改正）を契機に始まる。

今回取り上げた制度改革はすべて在宅医療に密接に関係しているものであり、今年、在宅医療の現場に関わる私たちは、静観者ではなく当事者（あるいは在宅医療利用者の代理者）としてこれらの議論に積極的に関わってゆくことが、これからの在宅医療の質を向上させ、それによって普及を図るために必要不可欠であると考えます。

今回のシンポジウムでは、これらの制度改革により医療（あるいは在宅医療）がどのように変わるのか、あるいはどのような変化が期待できるのか、ありがたい姿（在宅医療の質向上）につながるためには、どのような制度設計が必要なのか、そして、在宅医療の現場に関わる私たちが、地域で、どのような形で、議論に加わることができるのかなどについて一緒に考えてみたいと思う。

座長：谷水 正人 タニミズ マサヒト

社会医療法人仁友会南松山病院

【座長略歴】

谷水正人（たにみずまさひと）

昭和57年03月 岡山大学医学部卒業、同04月岡山大学医学部消化器肝臓内科学教室入局、岡山済生会総合病院、雲南市立病院、岡山大学病院勤務を経て、平成05年03月から国立病院四国がんセンター内科勤務、平成21年04月国立病院機構四国がんセンター統括診療部長、平成25年04月同副院長を経て平成29年04月から令和4年3月まで同院長、令和4年4月から同名誉院長。令和5年4月から社会医療法人仁友会南松山病院院長。令和5年6月現在日本在宅医療連合学会副代表、松山市医師会監事。

座長：塚田 芳久 ツカダ ヨシヒサ

新潟県医師会参与

【座長略歴】

1979年 新潟大学医学部卒

2005年 新潟県立十日町病院長

2010年 新潟県医師会理事

2012年 日本医師会理事

2016年 新潟県立新発田病院長

2018年 地域医療構想アドバイザー

2020年 新潟県医師会副会長

2022年 新潟県立新発田病院名誉院長

2023年 新潟県厚生連理事長

SS-1

第8次医療計画における在宅医療の概要と展望

武田 俊彦^{1,2} タケダ トシヒコ¹日本在宅ケアアライアンス²岩手医科大学 医学部 客員教授

第8次医療計画の策定に向けて、在宅医療の今後の取り組みの方向性について厚生労働省の検討会で議論が続けられてきた。検討会のまとめにおいては、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進めるべきこと、「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」及び在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けるべきこと、それに適切な圏域を設定すべきこと、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進めるべきこと、といった見直しの方向が示されている。

一方で、昨年からかかりつけ医機能が各地域において適切に発揮されるための制度整備が議論されてきた。今回、その一環として法律改正案も国会に提出されている。これらの大きな方向性を地域に実際に落として行った際に、どのようなことを考えていけばよいのだろうか。

決して、圏域を設定し、拠点を決め、目標となる数値を計画に書き込めばいいということではない。それぞれの地域における、地域包括ケアの具体的なネットワークを構想し、ネットワークの中で役割を果たすべきそれぞれの主体を位置付け、地図に落としていくことが必要である。地域のネットワークは、診療所と診療所、診療所と連携拠点（在宅療養支援の機能の高い診療所、あるいは地域密着型の病院等）のネットワークであり、かつ多職種のネットワークでなければならない。そのように考えていけば、在宅医療の提供体制と、かかりつけ医機能の面的整備は重なる部分も多いと感じる。このように、地域包括ケアシステムはさらに一段と進化を進めて行くべきものではないか。このような視点で、現状と課題を整理してみたい。

【演者略歴】

1983年 東京大学法学部 卒業

1983年 厚生省入省

2014年 厚生労働省 大臣官房審議官（医療保険担当）

2015年 厚生労働省 政策統括官（社会保障担当）

2016年 厚生労働省 医薬・生活衛生局長

2017年 厚生労働省 医政局長

2018年 退官

2018年 岩手医科大学 医学部 客員教授（現任）

2019年 東京海上日動火災保険株式会社顧問

2019年 ボストン コンサルティング グループ シニア・アドバイザー（現任）

2020年 一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス 副理事長（現任）

利益相反：無

SS-2

新潟県における在宅医療推進と第8次医療計画への期待

小柳 亮^{1,2} コヤナギ リョウ

¹新潟県医師会

²医療法人社団 小柳真柄医院

当院は新潟市南区（旧白根市：総人口 43,038人 世帯数 16,620世帯（住民基本台帳 令和5年3月末現在））という農村地域にあり、外来患者が年間3万人、往診患者を毎月常時150名前後診察し、24時間対応の訪問看護を併設している診療所である。

当院の医療圏は、新潟市中心部へむけてはベッドタウンがあり、比較的都市化が進んでいるが、後背部を治水によって成り立つ扇状の広大な農村が占め、中ノ口川および信濃川流域に数十から数百戸程度の集落が点在している。

この集落は旧くは年貢米や一般商品の川運のための集積場であったと伝えられているが、現在そのほとんどが高齢化の進む農家である。

日本全国的な問題ではあるが、核家族化の進展とともに、上述集落も老々介護や独居老人が多くを占めるようになり、そのような地域の医療確保のため当院は試行錯誤を重ねてきた。

積雪は普段の生活導線を寸断してしまい、自家用車で10分程度の距離が、積雪期に60-120分となってしまう事も多く、通院・往診を問わず、薬剤や医療材料の確保についても厳しくなることがまれではない。

雪国では、行動・思考的自由のある季節の閃き・気づきが、積雪期や氷点下を超えられなければ永続的なものとならないため、我々は常に日本海側の冬を、行動・思考の原点としてきた。

当院における取り組みと、新潟県医師会における在宅医療の推進、そしてかかりつけ医機能の充実について皆様と医療の本来あるべき姿を追求したい。

【演者略歴】

1998年 川崎医科大学医学部医学科卒業

職歴

1998年 厚生省（現厚生労働省）入省 環境庁環境保健部保健業務室

2000年 厚生省健康政策局（現医政局）指導課

2001年 東京女子医科大学日本心臓血圧研究所循環器内科

2003年 東京女子医科大学大学院卒業

2007年 東京女子医科大学日本心臓血圧研究所循環器内科助教

2012年 医療法人 小柳真柄医院理事長

新潟市医師会代議員

新潟市医師会SWAN ネット事業部会委員

新潟市医師会在宅医療・在宅ネット運営協議会委員

2020年 新潟県医師会理事

日本医師会未来医師会ビジョン委員会委員

2022年 日本医師会未来医師会ビジョン委員会委員長

日本医師会医療政策会議かかりつけ医WG委員

2023年 新潟県医師会在宅医療推進センター長

利益相反：無

SS-3

在宅医療の質向上と普及のための訪問看護師の重要性と育成

高砂 裕子 タカスナ ヒロコ
(一社) 全国訪問看護事業協会 副会長

訪問看護制度は、1992年に在宅の寝たきり老人等に対して訪問看護を提供することから始まった。1994年には、老人医療の対象外の在宅の難病患者、障害者等の療養者にも訪問看護が提供できるようになる。さらに、2000年の介護保険実施にともない、介護保険の対象者にも訪問看護が提供できるようになる。訪問看護における医療保険：介護保険の対象者は、2000年には、17.2%：82.8%であったが、2021年には、対象者がターミナルケアなど医療依存度の高い方の増加により34.2%：65.8%になっている。

第7次医療計画（2018～2023年）で、訪問看護ステーションの役割が初めて明記される。さらに、地域医療構想の実施に向け、地域包括ケアシステムの構築が進む中、2015年から在宅医療関連講師人材養成事業、医師を対象とした「高齢者向け在宅医療」「小児向け在宅医療」が開始された。全国訪問看護事業協会は、2016年から「訪問看護」分野を受託する。この事業の趣旨は、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を養成することである。参加者は、訪問看護経験が豊富で、今後、訪問看護人材の育成に関する研修の講師人材として活躍できる看護師等であったが、2017年から都道府県における訪問看護担当部局の職員も参加した。訪問看護の担当部局は、介護保険に拠ることが多く、研修への参加や実施においてさまざまな工夫が必要であった。しかし、事前課題として自地域における訪問看護の現状を把握し、（訪問看護に係るデータから）訪問看護師の量的・質的な課題に対する普及を図る事業展開を検討した。

人口減少が始まり10年を経て地域格差が大きくなっている。その中で訪問看護師がどのような役割を担えるのか、皆さまと意見交換したい。

【演者略歴】

1982年 京都第一赤十字看護専門学校卒業
2006年 愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻
 地域・老人看護学修士課程 卒業
1995年 南区医師会訪問看護ステーション 管理者
2009年 全国訪問看護事業協会 理事
2014年 全国訪問看護事業協会 常務理事
2020年 全国訪問看護事業協会 副会長
2022年 厚労省在宅医療及び医療・介護連携に関するWG構成員

利益相反：無

SS-4

大都市東京における地域密着型中小急性期病院の在宅医療の質を顧客視点で考える

小川 聡子 オガワ トシコ
医療法人社団東山会 調布東山病院

「在宅医療の質の向上」がテーマにおいて、質の向上＝品質管理について考え方を一致させる。品質管理の基本は「顧客志向」と「顧客満足」の実現だ。顧客は、患者・家族、地域社会、自分たちも含めた医療・介護従事者、経営・医療経済の4つの顧客であり、そのすべての満足の調和が実現していくと、もっともSDGsであると考えている。

医療計画は、人口密集の大都市・地方都市・過疎地でその目指す目標と対策は分かれていく必要があるのではないかと。大都市では、高齢者の増加と働き手の減少に対応、地方都市は医療介護の充実で人口流出に歯止めをかけ流入に転じる役割として対応、過疎地では少ない人口とマンパワーのなかで効率よく顧客満足を満たすためには、が課題か。

当院は、大都市の地域密着型急性期病院である。我々の役割は「生活支援型急性期病院」といい、救急医療（コロナ禍では救急車2500台/年を受け入れた）と、介護と一体となった虚弱高齢者に対する包括的なサービスを提供することと定義している。

35年間在宅医療も提供しているが、2019年から独立した在宅専門部隊を編成した。役割は、1. いざとなったらずぐに入院できる、2. 病棟医が在宅療養を理解し、急性期治療のマネジメントに影響を及ぼさず、3. 地域医療の研修拠点として、医育機関の医師の育成の場となる。それに加えて、コロナ禍で新たに発見した役割が、急性期在宅だ。急性期病院として、ベットが空かないのに救急車を断れない医師の負担も軽減された。

今後あふれる高齢者救急に対応するための役割を充実させていくことが病院在宅医療に求められる。緊急出動に備えて、安定している在宅患者は月2回から1回に訪問を減らすなど努力をしている。医療経済的視点でも、在宅医療の機能分化・地域料の制定など、診療報酬上の評価の再検討は適正な医療資源分配に良い影響を及ぼすと期待する。

【演者略歴】

【略歴】

1993年 東京慈恵会医科大学医学部 卒業
1995年 東京慈恵会医科大学循環器内科 医員
2003年 医療法人社団東山会 調布東山病院 内科医師
2005年 同法人 副理事長
2009年 同法人 理事長 現在に至る

【所属学会、協会】

日本内科学会、日本循環器学会、日本プライマリー・ケア連合学会、日本在宅医療連合学会、日本ユマニチュード学会
調布市医師会 理事
東京都病院協会 理事
全日本病院協会 理事
全日本病院協会 プライマリー・ケア検討委員会 副委員長
日本ユマニチュード学会 理事

利益相反：無

SS-5

かかりつけ医機能の実装に向けて

新田 國夫 ニッタ クニオ
一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス理事長

今なぜかかりつけ医の機能、制度整備が活発になるのか。財務省や健保連は医療の質、効率化を図る観点に立ち、かかりつけ医の制度化を提唱した。議論をあえて集約すると2022年6月の閣議決定された骨太の方針のかかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う、日医のはフリーアクセスが制限されるような制度化についてはこれを阻止し、必要な時に適切な医療にアクセスできる現在の仕組みを守るスタンスであった。2022年11月の全世代会議で、かかりつけ医機能を強化するための制度整備は不可避として かかりつけ医を利用するか否かを含め、医療の選択は国民の権利であって、義務ではないことが大前提となる。以上の議論を踏まえて在宅医療との観点から上記を考察したい。在宅医療の提供はかかりつけ医の責務なのか、日医のかかりつけ医機能研修制度の中で実地研修16項目があり3年間に2つ以上実施であり、訪問診療の実施はその一つに過ぎない。在宅医療はかかりつけ医機能を果たすための必須項目ではない。第8次医療計画作成に向けた国指針の方向性における在宅医療のかかわる医療提供体制構築を含めて未来の在宅医療の体制構築を考えたい

【演者略歴】

- 1967年 早稲田大学第一商学部卒業
- 1979年 帝京大学医学部卒業
帝京大学病院第一外科・救急救命センターなどを経て
- 1990年 東京都国立市に新田クリニック開設 在宅医療を開始
- 1992年 医療法人社団つくし会設立 理事長に就任し現在に至る

利益相反：無

教育講演1

EL1

【セッション概要】

欧米を中心として、患者のあらゆる療養場面での支援に共通する基盤概念として「人中心のケア（Person-Centred Care：PCC）」の重要性が認識されている。日本では患者の療養を支援する医療・介護・福祉専門職の基礎教育においてPCCを学ぶ機会がほとんどない。患者の多様な療養生活を支える在宅医療関係者には、とくに多様化するPCCへの理解と実装が求められる。本セッションでは、PCCの重要なコア概念である共有意思決定支援（Shared decision-making：SDM）研究の世界的権威であるドイツのハンブルク-エッペンドルフ大学医療センターのMartin Härter教授をお迎えした。本講演を通じ、第5回大会のテーマである「今ここに求められる在宅医療の創造－緩和・難病そして薬・機器・人の融合」に基づき、更なるPCCへの理解をアップデートする機会としたい。

座長：中島 孝 ナカジマ タカシ

国立病院機構新潟病院

【座長略歴】

【略歴】1983年新潟大学医学部卒、1991年新潟大学大学院医学博士課程（医学博士）、1987年～1989年Fogarty Fellow, Biological Psychiatry Branch, NIMH, National Institutes of Health (USA)、1991年～新潟大学脳研究所内非常勤講師、1991年～2003年国立療養所犀潟病院 神経内科医長・放射線科医長・臨床研究部病態生理研究室長、2001年～薬事・食品衛生審議会専門委員その後PMDA専門委員、2004年～2017年国立病院機構新潟病院副院長、2017年～同院長

【所属学会等】 日本神経学会（専門医、指導医）、日本認知症学会（専門医、指導医）、日本遺伝カウンセリング学会（臨床遺伝専門医）、日本内科学会（認定医・指導医）、日本在宅医療連合学会（特任理事）、ヘルスデータサイエンティスト協会（理事）、日本脳神経HAL研究会（世話人）、日本栓子検出と治療学会（評議員）、日本骨髄間葉系幹細胞治療学会（世話人）

座長：三浦 久幸 ミウラ ヒサユキ

国立長寿医療研究センター

【座長略歴】

’93年名古屋大学大学院医学研究科修了

’95年名古屋大学医学部老年科入局

’99年国立療養所中部病院内科医師。その後第4内科医長を経て

’04年国立長寿医療センター外来診療部外来総合診療科医長

’12年から独立行政法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長

’15年から国立研究開発法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長

’16年から同センター在宅医療・地域連携診療部長併任

’19年6月1日から同センター在宅医療・地域医療連携推進部長

EL1-1

Shared Decision Making – the Cornerstone of Person-Centred Care

Martin Härter

University Medical Center Hamburg-Eppendorf Department of Medical Psychology

Person-centered care (PCC) is an important facilitator of high-quality healthcare and is internationally recognized. Shared decision-making (SDM) has been called the pinnacle of person-centered care. SDM and PCC are powerful models that have been embraced across the world. Within the last thirty years, the idea of involving people in decisions has become widely accepted. There has been a shift versus person-centered care which reflects the recognition that those making health decisions are not always patients but people living with chronic disease. However, it is difficult to find hard evidence that health professionals achieve SDM in a way that would match the core components of the approach. The presentation will highlight why shared decision-making should be part of person-centred care and will give an overview about the core skills needed. Furthermore, strategies and tools that can be used by clinicians and teachers as well as methods for assessing SDM and PCC will be presented. Examples of implementation projects will facilitate the discussion how future efforts can foster the transfer of PCC and SDM into clinical practice.

【演者略歴】

Martin Härter holds a chair at the Department of Medical Psychology of the University Medical Center Hamburg-Eppendorf. Furthermore, he acts as scientific director of the Agency for Quality in Medicine in Berlin, Germany. He is an experienced healthcare researcher with specific focus on chronic diseases and mental health, psychooncology, innovative care models, evidence-based and patient-centred care as well as shared decision-making. He was the founding president of the International Shared Decision Making Society and former president of the German Society of Medical Psychology. He is chief executive officer of the German Network for Health Services Research.

教育講演2 新潟県プログラム委員会企画

地域連携を意識した心不全管理

EL2

【セッション概要】

2018年12月「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」（以下「循環器病対策基本法」）が成立し、同法に基づき循環器病対策推進基本計画が2020年10月に閣議決定し、さらに都道府県毎にその地域事情に合わせた脳卒中・循環器病に対する都道府県基本計画が策定された。本県においては新潟大学大学院医歯学総合研究科循環器内科学教室を中心に、急性期から慢性期まで地域で心不全患者を診るとのビジョンに基づき、行政も協力的に施策を進めている。

心不全パンデミックと言われて久しいが、医療者と患者どちらもがリソースの限られた地方都市ならではの「オール新潟」による地域連携を意識した心不全管理をお示ししたい。

座長：小柳 亮 コヤナギ リョウ

新潟県医師会／医療法人社団 小柳真柄医院

【座長略歴】

1998年 川崎医科大学卒業

1998～2001年 厚生労働省医系技官

2001～2012年 東京女子医科大学循環器内科、東京女子医科大学大学院卒

2014年～医療法人 小柳真柄医院 理事長

新潟市医師会代議員

新潟市医師会SWAN ネット事業部会委員

新潟市医師会在宅医療・在宅ネット運営協議会委員（2020年まで）

2020年～新潟県医師会理事

日本医師会未来医師会ビジョン委員会委員

2022年～日本医師会未来医師会ビジョン委員会委員長

日本医師会医療政策会議かかりつけ医 WG 委員

2023年～新潟県医師会在宅医療推進センター長

座長：猪又 孝元 イノマタ タカユキ

新潟大学大学院医歯学総合研究科循環器内科学

【座長略歴】

学歴・職歴

1989年3月 新潟大学医学部卒業

1989年6月 新潟大学医学部第一内科入局

1996年3月 新潟大学医学部大学院卒業

1996年10月 独・マックスプランク研究所（神経免疫学部門）留学

1998年10月 北里大学医学部循環器内科助手

2000年6月 同上 講師

2016年4月 北里大学北里研究所病院循環器内科 部長・教授

2021年4月 新潟大学大学院医歯学総合研究科循環器内科学 主任教授

2022年9月 新潟大学大学院医歯学総合病院 副院長

所属学会

日本内科学会、日本循環器学会、日本心臓病学会、日本心不全学会（理事）、日本心臓リハビリテーション学会（理事）

EL2-1

イントロ～心不全を取り巻く医療環境の実態

猪又 孝元 イノマタ タカユキ
新潟大学大学院医歯学総合研究科循環器内科学

新潟県の一般病床入院は、肺炎、心不全、骨折の3大疾病が基礎疾患である。心不全は2030年にピークへ至る推計で、いわゆる心不全パンデミックにどう対峙するかが問われる。今どきの入院心不全は80歳以上が大部分を占め、もはや超高齢者心不全と同義語に近い。少なからずフレイルと認知症を併発し、繰り返し入院というさらなる医療負担が加わる。

心不全は、急性期、回復期、慢性期という時相を繰り返し、5年、10年といった長い病期を患者に寄り添う疾患である。この複雑な時間軸を支えるためには、多人数の医療スタッフ、スペシャリティーが必要であり、在宅医療はその大きな受け皿である。新潟県は人口当たりの循環器内科医数が全国最下位であり、現場での医師不足が顕著である。病院や地域でのメディカルスタッフとチーム医療の育成は、心不全診療整備の本丸である。一方、病院の体系立ても重要なテーマである。これまでは、心カテなど急性期治療を軸とした施設完結型のいわば個人商店が林立してきたが、これでは急増かつ多様化する心不全患者は支え切れない。超急性期を担う高速回転の高次医療病院から回復期から慢性期へとつなぐ回復期病院、さらにはクリニック、介護施設に至るまで、役割に応じた施設の色分けとそれらを結ぶ患者フローが整備の対象となる。

このセッションでは、新潟県という具体的な地域医療を題材に課題を共有し、急増する心不全患者に対し、いかに効率的な役割分担と患者フローを構築するかを議論したい。

【演者略歴】

学歴・職歴

1989年3月 新潟大学医学部卒業
1989年6月 新潟大学医学部第一内科入局
1996年3月 新潟大学医学部大学院卒業
1996年10月 独・マックスプランク研究所（神経免疫学部門）留学
1998年10月 北里大学医学部循環器内科助手
2000年6月 同上 講師
2016年4月 北里大学北里研究所病院循環器内科 部長・教授
2021年4月 新潟大学大学院医歯学総合研究科循環器内科学 主任教授
2022年9月 新潟大学大学院医歯学総合病院 副院長

所属学会

日本内科学会、日本循環器学会、日本心臓病学会、日本心不全学会（理事）、日本心臓リハビリテーション学会（理事）

利益相反：無

EL2-2**高度急性期病院の立場から**

藤木 伸也 フジキ シンヤ
 高山 亜美 タカヤマ ツグミ
 猪又 孝元 イノマタ タカユキ
 新潟大学大学院医歯学総合研究科循環器内科学

心不全は、増悪と完解を繰り返しながら段階的に進行する慢性疾患であり、基礎心疾患や併存疾患に応じて、内科治療から外科治療まで幅広い治療選択肢を持つ。この「増悪と完解を繰り返す」というのが本疾患最大の特徴であり、高度急性期病院から地域の診療所・介護施設に至る様々な場所で診療が行われるので、とりわけ医療機関の連携が重要な疾患と言える。

地域医療構想に則り、「地域で高度な医療を支える柱となる病院」として、急性期医療および高度で専門的な医療を提供することが我々の役割だが、県の試算によるとそのパフォーマンスは不十分である。これには、過去20年にわたり循環器内科医師数が全国最下位を推移している…などリソースの問題も影響しているものと考えられるが、患者を適材適所に分配できていないことも大きな問題として挙げられている。

そこで我々は、医療機関連携を強化させて、患者を超早期から積極的に適材適所に分配するという、かなりチャレンジングな試みを始めた。具体的には救急で受け入れた比較的軽症な患者を、数日以内に、自院の救急車を利用して、地域の病院へ転院搬送するというものである。何も整っていない状態での転院は、患者やその家族にも、受け入れ先の医療スタッフにも不評である。当然、送る側も大変引け目を感じのだが、これはパフォーマンスを上げる（救急車受け入れ台数や手術を増やす）ことで、お返しするしかないと考えている。

本講演ではこれらの取り組みの現状を報告するとともに、地域包括ケア充実の鍵を握る心臓リハビリテーションの活性化を重視した、医療従事者の学びを支えるプロジェクトについて紹介し、教育の面からも高度急性期病院が果たすべき役割を議論したい。

【演者略歴】

2009年 新潟大学医歯学総合病院 初期臨床研修医
 2011年 新潟大学医歯学総合研究科 循環器内科学（旧第一内科）入局
 2012年 鶴岡市荘内病院循環器内科 医員
 2014年 新潟県立中央病院循環器内科 医員
 2015年 新潟大学医歯学総合研究科 循環器内科学 医員
 2020年 新潟大学医歯学総合病院 専任助教
 2022年 新潟大学医歯学総合研究科 先進心肺血管治療学講座 特任助教

2019年 第25回日本心臓リハビリテーション学会学術集会 優秀演題賞
 2020年 第257回日本循環器学会関東甲信越地方会 Clinical Research Award
 2023年 第3回新潟SDGsアワード 社会部門・優秀賞

【所属学会】

日本内科学会、日本循環器学会、日本心不全学会、日本心臓リハビリテーション学会

利益相反：無

EL2-3

回復期病院の立場から

小幡 裕明 オバタ ヒロアキ
新潟南病院 内科・リハビリテーション科

少子超高齢化に伴う人口構造の変化により、多疾患を併せ持つ高齢患者が増加しており、医療のみならず介護の負担が大きくなっている。しかし一方で、入院医療診療制度上は入院期間の短縮化が進んでおり、高次急性期や急性機能期機能をもつ病院が単独で心血管疾患患者をマネジメントすることが困難となった。このような背景から、高齢者の common disease となった心不全診療においては、急性期病院と連携を行う回復期病院の役割が期待されている。当院は、回復期リハビリ病棟や地域包括ケア病棟といった回復期機能を持つ病床を活用し、心血管疾患を持つ高齢者を中心に心リハ活動に力を入れている。本講演では、当院での経験をもとに、回復期病院における心不全診療の成果や見えてきた課題について述べる。

【演者略歴】

【略歴】

2001年～新潟大学医学部卒業 新潟大学附属病院 第一内科入局
2005年～2007年 国立循環器病センター研究所 再生医療部
2013年～新潟大学医歯学総合病院 循環器内科 特任助教
2016年～新潟南病院 内科・リハビリテーション科 部長

【所属学会】

日本内科学会
日本循環器学会
日本心不全学会
日本心臓リハビリテーション学会（評議員）
日本腎臓リハビリテーション学会（代議員）
日本循環器病予防学会（評議員）
日本心エコー図学会
日本リハビリテーション医学会

【認定資格】

日本内科学会認定医 / 総合内科専門医
日本循環器学会専門医
日本心臓リハビリテーション学会心リハ指導士 / 認定医
日本腎臓リハビリテーション学会腎リハ指導士

利益相反：無

EL2-4

在宅診療医の立場から

杉浦 広隆 スギウラ ヒロタカ
すぎうら内科医院

在宅診療医にもとめられている心不全管理として、1. 新規の心不全の発症の予防、2. 慢性症候性心不全患者の再燃の抑制、3. 進行期心不全患者の緩和ケアがある。

1. 心不全はひとたび発症すると予後が不良な病態であるため、発症予防が重要である。すべての患者に対して、心不全発症予防の観点から高血圧、糖尿病、動脈硬化を適切に管理する（心不全ステージA）。発症前の潜在性心不全患者に対しては器質的要因ごとの適切な対応が望まれるため、心雑音、心電図異常、胸部X線での心拡大、BNP上昇といった器質的心疾患が疑われる患者では専門医と適切に連携をとることが重要である（ステージB）。

2. 再入院が予後を増悪させるため二次予防を適切に行う（ステージC）。

(ア) すでに病院や専門医から治療が始まっている場合が多いが時間的制約などのために薬物治療が十分とならないこともある。心不全の薬物治療は各薬剤ごとの予防効果に足し算が効くため、入院抑制効果のある薬剤（ARNI, SGLT2阻害薬, MRA, ベータ遮断薬など）を適宜導入増量する。

(イ) 適切な水分コントロールが得られるように体重、浮腫、経静脈怒張、皮膚水分量、血液検査を活用して利尿薬を調節する。

(ウ) 感染症、貧血や筋力低下（急性疼痛などで動けなくなった）を契機に心不全のコントロールが増悪することが少なくない。そのような状態になったときに、心不全の管理に注意を払うことが重要である。

3. 進行期心不全（ステージD）の主症状は溢水による呼吸苦と循環不全による内臓諸症状（低拍出症候群）である。苦痛の緩和のためにややドライに管理することと少量の麻薬を使用することが有用である。在宅でも強心薬などの注射薬の使用は可能であり一時的な症状の改善には有用であるが予後改善にはつながらないため、患者・家族に心不全の経過を十分説明したうえで希望を確認して使用を考慮すべきである。

【演者略歴】

【略歴】

1998年 新潟大学医学部 卒業
2005年 新潟大学大学院 卒業
2010年～2021年 新潟医療センター循環器内科
2021年 すぎうら内科医院 現在に至る

【資格】

日本内科学会 総合内科専門医、日本循環器学会 認定専門医、日本不整脈心電学会認定 不整脈専門医、日本心血管インターベンション治療学会 専門医、日本心臓リハビリテーション学会 心リハ指導士、インフェクションコントロールドクター

【所属学会】

日本内科学会、日本循環器学会、日本不整脈心電学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本環境感染学会

利益相反：無

教育セミナー1 呼吸ケアワーキンググループ企画

明日からの呼吸ケアを変える看護師の視点・知恵袋

ES1

【セッション概要】

慢性呼吸器疾患は、増悪と改善を繰り返しながら緩徐に進行する。また、慢性呼吸器疾患患者様の体験として、息切れにより活動の制約を来し、趣味や役割の喪失、他者との関係性の変化などから、孤立化と閉鎖的なライフパターンを来して心理的社会的問題を抱えることが多い。

このような患者様が、その人らしく在宅で安定した状態で過ごすためには、医療チームが適確な臨床判断により早期に異常に気づき急性増悪を予防すること、病態・病状に合わせた息切れのマネジメントおよびセルフマネジメント支援などが重要である。本教育セミナーでは、呼吸ケアを専門とする医師や看護師らが、看護ケア実践を交えながらわかりやすくお話ししたい。明日からの看護ケアに活かしていただけると幸いである。

座長：竹川 幸恵 タケカワ ユキエ

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪はびきの医療センター

【座長略歴】

2006年日本看護協会認定の慢性疾患看護専門看護師取得

座長：武知 由佳子 タケチ ユカコ

医療法人社団愛友会いきいきクリニック

【座長略歴】

ガールスカウト長野17団員（小諸市出身） 日本同盟基督教団招待キリスト教会聖歌隊指揮者

日本呼吸器学会 COVID-19 Expert opinion 委員メンバー

【学歴、職歴】

1993年3月 新潟大卒 1993年4月昭和大麻酔科緩和ケアチーム 1994年4月 大田病院初期研修 1996年9月 同院呼吸器科勤務 2005年6月 国立病院機構八雲病院小児科勤務 2006年1月 大田病院呼吸器科勤務 2007年5月 川崎協同病院呼吸器科勤務 2007年9月 いきいきクリニック開設

【受賞】 2020年 神奈川県医学学術功労賞受賞

【教育活動】

日本呼吸ケアカンファレンス講師 福井大学非常勤講師 愛知医科大学非常勤講師他

川崎呼吸ケア・リハビリテーション研究会を主催し、15年間、地域の呼吸ケア・リハビリの啓発を行っている。

【執筆】

- 1、在宅医療のすべて（スーパー総合医）中山書店 6章 在宅医療に必要な手技 在宅人工呼吸療法 2014
- 2、在宅医療テキスト第3版 在宅人工呼吸療法 勇美医療財団 3章3、在宅人工呼吸療法（HMV）2015.11→ E-learning
- 3、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア 南山堂 4-B在宅酸素療法 8-B在宅中心モデル 2016
- 4、在宅医療バイブル第2版 日本医事新報 IV在宅医療各論・制度 ④在宅人工呼吸療法 2018.5/15
- 5、NPPVまるごと事典 4章2 在宅用機種（ViVO50）のグラフィックモニタリング 4 設定調整のアセスメント、同調不良への対応 Respicia 2019.8/5
- 6、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア指針2021 メディカルレビュー社 4章-3、在宅における緩和ケア 2021.4/20
- 7、今日の治療指針2024 医学書院 非侵襲的陽圧換気療法 掲載予定
- 8、私の治療2023-2024 日本医事新報 在宅酸素療法・非侵襲的陽圧換気療法 掲載予定 他

ES1-1

HOT患者のQOLを高める看護の道しるべ

竹川 幸恵 タケカワ ユキエ

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪はびきの医療センター

在宅酸素療法（home oxygen therapy:HOT）とは、患者が生活の中に酸素療法を取り入れることにより、息切れの軽減を図り、日常生活動作（activities of daily living:ADL）の改善や趣味・社会活動を継続させ、クオリティ・オブ・ライフ（Quality of Life：QOL）を向上させるための医療であり、患者のセルフマネジメント行動は不可欠である。しかし、実際にHOT導入患者は、鼻カニューラや酸素ボンベを使用する体裁の悪さおよび生活の煩わしさなどからHOTを否定的に捉え酸素処方を遵守しなかったり、呼吸困難によるADLの低下、活動の制約や他者との関係性の困難さなどから、不安や抑うつ、孤立化と閉鎖的なライフパターンを来して、本来のHOTの目的であるQOLの向上に至らないことが少なくない。

では、HOTを生活の中に取り入れ、望む生活を実現しQOLの向上を図るためにはどのような看護ケアが必要なのだろうか。患者がセルフマネジメントできるように、患者の病状とHOTに対する理解と思い、望む生活を把握しながらアドヒアランスの障碍を見極めテラメイドの支援を行うこと、患者の病状の変化に伴い酸素流量の評価や患者の望む生活を可能とする酸素流量やデバイスをはじめとした酸素機器調整などが必要である。

本教育セミナーでは、HOT患者へのセルフマネジメント支援と酸素管理に必要な知識について事例を交えながらお話ししたい。HOT患者さんへの看護の道しるべになると幸いである。

【演者略歴】

大阪はびきの医療センター看護部 慢性疾患看護専門看護師

呼吸ケアセンター副センター長

大阪公立大学大学院看護学研究科 臨床教授

・2002年大阪府立看護大学大学院卒業

・2006年日本看護協会認定の慢性疾患看護専門看護師取得。

教育活動：日本臨床呼吸機能講習会 講師

日本呼吸器学会呼吸ケアカンファレンス講師

福井大学慢性呼吸器疾患看護認定看護師教育課程教員会委員及び非常勤講師

四條畷学園大学非常勤講師など

受賞歴：2012年 日本慢性看護学会賞

2019年 第29回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会 優秀演題賞

所属学会：日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、常務理事

日本慢性看護学会、評議員、

日本看護科学学会、日本呼吸器学会、日本緩和医療学会、日本在宅医療連合学会

利益相反：無

ES1-2

ナーシングへの期待

武知 由佳子 タケチ ユカコ
 遠藤 直子 エンドウ ナオコ
 医療法人社団愛友会いきいきクリニック

急性増悪の繰り返しは、呼吸機能を低下させ、死亡率を急激に上昇させる。在宅でいかにまことの慢性安定期を築けるかが鍵となる。

在宅では、私たちは点での関わりであり、急性増悪への早期発見が鍵である。労作時により早期に換気メカニクスの異常が出やすいため、訪問時には、労作時いつもと違う SpO₂の低下や戻りの遅延、呼吸困難感の有無を意識的に観察する。そして、急性増悪の予防にはセルフマネジメントが重要で、COPDでは低気圧が近づくと、動的肺過膨張(DHI)を起こしやすく、労作前SABA、SAMAのアシストユースの徹底、NPPVをいつもより長く行うなど、自ら行うべきことを指導する。また症状の増悪に自ら気付くため、体温、SpO₂、脈拍、体重、喀痰の量・色、浮腫、いつもの活動時のBorg scale、SpO₂、脈など、患者が無理なくセルフモニタリングできるよう、患者毎にアレンジしたセルフマネジメントシートを作成し、記録してもらう。いつもと違うことに自分で気付け、うまく行動できたかどうか、訪問毎に一緒に振り返る。

訪問PT、OT、栄養士がいなければ、呼吸理学療法や栄養療法の知識を持ち、訪問看護師が様々な教育や支援の担い手になる。DHIやSpO₂低下が起こらないような労作の工夫や呼吸法、酸素量の調整など行うことは必要不可欠である。また、呼吸するだけで消費されるカロリー(仕事量)は700kcal/日を、基礎代謝量に追加しなければ、体重は減っていく。そこで、食事内容をチェックし、高タンパク高カロリー食を基本に、栄養補助食の追加など、必要カロリーが満たされるように、工夫する。また心不全があれば、塩分管理も必要である。

病院では多職種で行っていたことも、在宅で、十分な職種がいなければ、医師やナースがより包括的な視点を持てるどうか鍵である。慢性疾患管理は在宅こそが勝負の場であり、ナースの腕が試される場である。

【演者略歴】

【略歴】1993年3月 新潟大卒 1993年4月昭和大麻酔科緩和ケアチーム 1994年4月 大田病院初期研修 1996年9月 同院呼吸器科勤務 2005年6月 国立八雲病院小児科勤務 2006年1月 大田病院呼吸器科勤務 2007年5月 川崎協同病院呼吸器科勤務 2007年9月 いきいきクリニック開設

【所属学会】日本呼吸ケア・リハ学会 日本呼吸器学会会員 日本呼吸療法医学会会員 他6学会

【執筆】

- 1、在宅医療のすべて 6章在宅人工呼吸療法 2014
 - 2、在宅医療テキスト 第3版 3章3,在宅人工呼吸療法(HMV) 2015.11
 - 3、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア 4-B在宅酸素療法 8-B在宅中心モデル 2016
 - 4、在宅医療バイブル第2版 IV④在宅人工呼吸療法 2018.5/15
 - 5、NPPVまるごと事典 4章2 在宅用機種グラフィックモニタリング 4 Respica 2019.8/5
 - 6、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア指針2021 4章-3在宅における緩和ケア 2021.4/20
- 日本同盟基督教団招待キリスト教会聖歌隊指揮者 ガールスカウト長野17団員

利益相反：無

ES1-3

見逃さない!呼吸の異常と増悪サイン

小林 千穂 コバヤシ チホ
新潟勤労者医療協会 下越病院

在宅医療が必要となる慢性呼吸器疾患患者さんの多くは、安定期でも何らかの症状と向き合いながら生活されている。そして、その病状は徐々に進行し、気道感染等を契機に患者さんの状態は急激に悪化し、病状が進行する「増悪」が起こる。

増悪は息切れの増加、咳や痰の増加、胸部不快感・違和感の出現あるいは増強などを認め、安定期の治療の変更が必要となる状態をいう。増悪は患者さんに大きな負担となり、QOLや呼吸機能を低下させ、生命予後を悪化させる。また治療の遅れは更に増悪を悪化させ、入院治療を余儀なくされることも少なくない。そのため、患者さんに最も近い医療者である訪問看護師がフィジカルアセスメントを行い、状態変化をいち早く捉え、急変を予測し対応することは、患者とその家族が望む生活を継続し、QOLの向上に繋がると考える。

訪問看護師は一人で患者さんのお宅へ訪問し、バイタルチェックのみならず、視診や触診、聴診から得た客観的情報と問診をもとにアセスメントし、病状が安定しているかを判断している。その際に、「患者さんは息苦しさを訴えているけど、SpO₂は98%だから大丈夫?でも、何かおかしい・・・主治医に相談したほうがよいのかな」等、呼吸困難の評価や病状の判断に迷うことも少なくない。

本教育セミナーでは、在宅で生活をされている慢性呼吸器疾患患者さんのフィジカルアセスメントに必要な身体診察(視診、触診、聴診、打診)に加え、見逃してはいけない呼吸の異常や増悪のサイン、主観的情報の重要性について解説したい。

【演者略歴】

【略歴】

1997年 戸田中央看護専門学校 卒業
1997年 熱海所記念病院
2001年 戸塚共立第2病院
2003年 国立病院機構横浜医療センター
2004年 国立病院機構西新潟中央病院
2008年 新潟勤労者医療協会 下越病院
2014年 放送大学 教養学部 卒業
2021年 新潟大学大学院保健学研究科博士前期課程 看護学分野 修了
2022年 新潟医療福祉大学 看護学科 准教授
2022年 新潟大学大学院保健学研究科博士後期課程 看護学分野 入学
2023年 新潟勤労者医療協会 下越病院 現在に至る

【所属学会】

日本在宅医療連合学会, 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会, 日本慢性看護学会

利益相反：無

ES1-4

「慢性呼吸器疾患患者の退院後の息切れをサポートする」 ～息切れをサポートする訪問看護師の関わり～

恒成 由佳^{1,2} ツネナリ ユカ
井田 真実¹ イダ マミ
井本 久紀¹ イモト ヒサノリ
内山 和代¹ ウチヤマ カズヨ
長島 民英¹ ナガシマ タミエ
津田 徹¹ ツダ トオル

¹医療法人社団 恵友会 霧ヶ丘つだ病院

²恵友会 老人訪問看護ステーション

慢性呼吸器疾患患者の多くは、全ての日常生活動作において「息切れ」の体験（経験）をしています。息切れは患者の日常生活活動を制限し、患者の療養生活やADLに影響を及ぼします。「動く」と「苦しい」という患者の息切れ体験が、患者の「動きたくない」・「動けない」状況を作り出し、動かないことが筋肉量の低下や食欲不振、社会性の低下などを引き起こします。そしてさらなる呼吸機能や身体機能の低下、サルコペニアや抑うつ傾向など全身状態に悪影響を及ぼすという、負のスパイラルが始まります。このような負のスパイラルに陥らないためには、薬法や酸素療法、などの疾患管理はもちろん、患者が日常的に行なっている生活動作や生活習慣を患者と共に振り返り、息切れを増加させない動作や、苦しくなりにくい呼吸法を含めた管理方法を見出し、患者自らが習得できるようなサポートが必要です。疾患と共に生きている患者には、それぞれ患者個別の生活習慣や生活動作があります。マニュアル通りでは、生活に適應できないことがあります。セルフマネジメントの成功の秘訣は、患者の生活に応じた方法を提供し、患者自身が実生活に適應できることです。実際に、入院中に息切れの対処法や疾患管理のトレーニングができていたにもかかわらず、実生活に適應できずに増悪を起こし、再入院するケースが多く見られました。

患者の療養環境や生活習慣、生活動作などは、患者個々で違います。「息切れ」の症状がどのタイミングで出現し増減するのか、患者個別の実生活を具体的に想定しておくことが重要なのです。

ここでは、患者の療養環境、生活習慣、生活動作を把握し、詳細な息切れのアセスメントを行うことで、「動いても苦しくなりにくい」生活動作や生活同線を工夫し、実生活に適應できる方法を患者自身が見出せるようサポートした事例を報告します。

【演者略歴】

2006年 北九州小倉看護専門学校 看護師科 卒業

2018年 福井大学大学院医学系研究科附属地域医療高度化教育研究センター（慢性呼吸器疾患看護認定教育課程） 終了

2019年 看護師特定行為研修（区分別特定行為3区分） 終了

2023年 看護師特定行為研修（在宅パッケージ）受講中

【所属学会】

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会

利益相反：無

教育セミナー2 呼吸ケアワーキンググループ企画

明日からの呼吸ケアが変わる! 基礎知識とコツ

ES2

【セッション概要】

呼吸困難感のために、通院困難になる呼吸器疾患患者様は多く、在宅チームに紹介されることも多い。しかし、長年呼吸器疾患を診てきた医療者だからこそその知識や技術、知恵、さじ加減が非常に重要だと感じている。また近年病態の解明が進み、治療法も進歩している。

昨年度、呼吸ケアWGが立ち上がった。病院で長年呼吸器科に務めた医師や看護師、PT、OT、管理栄養士たちが、本学会のために何かできないか? と集結した。今回、喘息、COPD、誤嚥性肺炎、間質性肺炎をテーマにし、教育セミナーを企画した。このセミナーに参加するだけで、苦手意識を払拭し、呼吸器疾患を診(看)られるようになったら幸甚であり、大勢の参加を期待している。

座長：井上 登太 イノウエ トウタ

在宅支援有床診療所 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック

【座長略歴】

1995 自治医科大学医学部卒業
2003 医療法人岡谷会岡谷病院 非常勤医師 現職
2005 医療方針機内会 岡波総合病院呼吸器内科 非常勤医師 現職
2008 NPOグリーンカン呼吸嚥下研究グループ 理事長 現職
2009 株 グリーンカン呼吸嚥下ケアプランニング 代表取締役社長 現職
2010 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック 院長
2014 在宅支援有床診療所 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック 院長 現職

座長：武知 由佳子 タケチ ユカコ

医療法人社団愛友会いきいきクリニック

【座長略歴】

ガールスカウト長野17団員(小諸市出身) 日本同盟基督教団招待キリスト教会聖歌隊指揮者
日本呼吸器学会COVID-19 Expert opinion 委員メンバー

【学歴、職歴】

1993年3月 新潟大卒 1993年4月昭和麻酔科緩和ケアチーム 1994年4月 大田病院初期研修 1996年9月 同院呼吸器科勤務
2005年6月 国立病院機構八雲病院小児科勤務 2006年1月 大田病院呼吸器科勤務 2007年5月 川崎協同病院呼吸器科勤務
2007年9月 いきいきクリニック開設

【受賞】2020年 神奈川県医学学術功労賞受賞

【教育活動】

日本呼吸ケアカンファレンス講師 福井大学非常勤講師 愛知医科大学非常勤講師他
川崎呼吸ケア・リハビリテーション研究会を主催し、15年間、地域の呼吸ケア・リハビリの啓発を行っている。

【執筆】

- 1、在宅医療のすべて(スーパー総合医) 中山書店 6章 在宅医療に必要な手技 在宅人工呼吸療法 2014
- 2、在宅医療テキスト第3版 在宅人工呼吸療法 勇美医療財団 3章3、在宅人工呼吸療法(HMV) 2015.11→ E-learning
- 3、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア 南山堂 4-B在宅酸素療法 8-B在宅中心モデル 2016
- 4、在宅医療バイブル第2版 日本医事新報 IV在宅医療各論・制度 ④在宅人工呼吸療法 2018.5/15
- 5、NPPVまるごと事典 4章2 在宅用機種(ViVO50)のグラフィックモニタリング 4 設定調整のアセスメント、同調不良への対応 Respica 2019.8/5
- 6、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア指針2021 メディカルレビュー社 4章-3、在宅における緩和ケア 2021.4/20
- 7、今日の治療指針2024 医学書院 非侵襲的陽圧換気療法 掲載予定
- 8、私の治療2023-2024 日本医事新報 在宅酸素療法・非侵襲的陽圧換気療法 掲載予定 他

ES2-1

喘息の吸入療法 update と実践 - 生物学的製剤の選択まで含めて -

平松 哲夫 ヒラマツ テツオ
 伊藤 光 イトウ ヒカル

平松内科呼吸器内科小牧ぜんそく睡眠リハビリクリニック

喘息の治療は、30年間で大きく変化した。まずは吸入ステロイド (inhaled corticosteroid : 以下ICS) とステップワイズで考えるガイドラインの活用だ。このガイドラインには国際的なものと本邦を含め各国のものがあるが、ICSを中心とした最新エビデンスを基としているため、細かい違いはあるものの大きな差はない。ICSが普及し新たな気管支拡張剤も開発され、喘息死や入院を要する患者は劇的に減少し、喘息は治療介入が成功した代表的な疾患となった。しかし、まだ寛解ができるレベルには残念だが至っていない。また、喘息死は確実に減少しているものの、世界的にみてもまだまだコントロール不十分な患者が多数存在しており、重症喘息の治療戦略が今後の課題である。今回私からは、吸入長時間作動型気管支拡張剤である β 刺激剤 (long-acting β 2 agonist : LABA) に加え、使用可能となった抗コリン剤 (long-acting muscarinic antagonist : LAMA) によって広がった吸入療法、新たにできた日本喘息学会による実践的なガイドラインに沿った治療法、ステップワイズの治療からは一線を画すTreatable traitsという新しい考え方 (でもあるが、もう一度原点に戻った考え方) について解説する。さらに、近年急速に進歩してきた生物学的製剤に関してもその役割や選択方法や実際に使用するための注意点、そして、「total control」でなく、とうとう出てきたまだ「寛解」と訳すには違和感はあるものの「remission」という発想についても言及する。

【演者略歴】

【略歴】

1988年 岐阜大学医学部 卒業
 1988年 公立陶生病院 研修医
 1990年 公立陶生病院内科呼吸器内科
 1992年 名古屋大学医学部第二内科
 1994年 小牧市民病院呼吸器内科
 1998年 小牧市民病院内科 医長
 1999年 小牧市民病院アレルギー科 部長
 2003年 小牧市民病院呼吸器科兼アレルギー科兼訪問看護 部長
 2010年 平松内科呼吸器内科小牧ぜんそく睡眠リハビリクリニック 院長

【所属学会】

日本内科学会、日本呼吸器学会、日本アレルギー学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本在宅医療連合学会、日本癌治療学会、日本感染症学会、日本呼吸器内視鏡学会、日本禁煙学会、日本抗加齢学会

利益相反：無

ES2-2

COPDのTotal Care 呼吸リハビリテーション

武知 由佳子 タケチ ユカコ
医療法人社団愛友会いきいきクリニック

COPDは、自分で吸ったタバコにより生じた病気、呼吸困難感で動けず、るいそう著明、苦しいことは強要せず、呼吸困難感をモルヒネで緩和し、傾聴共感、ACPを行い、看取っていくのが最善。ご本人、ご家族も満足し、感謝されたいし、これで良しと満足していないだろうか？ COPD終末期のstoryを老衰や癌の終末期と同様に考えていないだろうか？ そうだとしたら、非常に残念で仕方ない。包括的アプローチにより、V字回復が可能なのだ。呼吸リハは、入院ではなく、日常生活の場で、私たち、在宅チームと行うべきである。行わないのは、在宅チームの怠惰だと言われても反論できない。

在宅チームは点での関わりであり、急性増悪への早期発見が重要。動く時、早期に換気メカニクスの異常が出やすく、早期発見には、入浴やデイサービスの送迎時などに着目し、いつもと違うSpO₂の低下や戻りの遅延、呼吸困難感の有無を意識的に観察する。そして、急性増悪の予防にはセルフマネジメントも重要で、低気圧が近づくと、動的肺過膨張を起こしやすく、その予防に、自ら行うべきことを指導する。

訪問PT、OT、栄養士がいない場合は、医師の指示の下、訪問看護師が、様々な教育や支援の担い手になる。一言で言えば、呼吸困難感の一番の原因、動的肺過膨張やSpO₂低下が起こらないような労作の工夫や呼吸法、酸素量の調整などを行う。また、呼吸するだけで消費されるカロリー（仕事量）700kcal/日を、基礎代謝量に追加摂取しなければ、体重は減少する。そこで、食事内容をチェックし、高タンパク高カロリー食を基本に、栄養補助食を追加するなど、必要カロリーが満たされるように工夫する。

私たちがAnother storyを描けなければ、患者様が描けるはずはなく、是非、この講演でAnother storyを描き、COPDケアの刷新に繋がれば幸甚である。

【演者略歴】

【略歴】1993年3月 新潟大卒 1993年4月昭和大麻酔科緩和ケアチーム 1994年4月 大田病院初期研修 1996年9月 同院呼吸器科勤務 2005年6月 国立八雲病院小児科勤務 2006年1月 大田病院呼吸器科勤務 2007年5月 川崎協同病院呼吸器科勤務 2007年9月 いきいきクリニック開設 現在に至る

【所属学会】日本呼吸ケア・リハ学会 日本呼吸器学会会員 日本呼吸療法医学会会員 他6学会

【執筆】

- 1、在宅医療のすべて 6章在宅人工呼吸療法 2014
- 2、在宅医療テキスト 第3版3章3.在宅人工呼吸療法（HMV）2015.11
- 3、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア 4-B在宅酸素療法 8-B在宅中心モデル 2016
- 4、在宅医療バイブル第2版 IV④在宅人工呼吸療法 2018.5/15
- 5、NPPVまるごと事典 4章2 在宅用機種（ViVO50）のグラフィックモニタリング 4 Respica 2019.8/5
- 6、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア指針2021 4章-3在宅における緩和ケア 2021.4/20

利益相反：無

ES2-3

誤嚥性肺炎のtotal care

井上 登太^{1,2,3,4,5} イノウエ トウタ
 鈴木 典子^{1,2,3} スズキ ノリコ
 藤澤 ゆみ^{1,2,3} フジサワ ユミ

¹ 在宅支援有床診療所 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック

² (株)グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング

³ NPOグリーンタウン呼吸嚥下研究グループ

⁴ 医療法人畿央会 岡波総合病院 呼吸器内科

⁵ 2003 医療法人岡谷会 おかたに病院呼吸器内科

呼吸と嚥下は密接に関連しており、私たちは、運動、栄養、薬剤、教育からなる包括的呼吸リハビリテーションに、摂食嚥下指導、食事環境調節指導、予防啓発、終末期ケアを加えた包括的呼吸嚥下リハビリテーションとして対応を心掛けています。

たべることは、単なる栄養摂取方法ではなく、高齢・障害を持つ方々の残された大きな楽しみであり、食事の場により一日の生活パターンや家族とのコミュニケーション機会です。誤嚥をきたすことによりこれらを失い精神的廃用をきたすことが多く配慮が必要です。慢性経過を取ることが多い環境においては、食事をとること自体が効果的な口腔ケアであり、機能維持訓練にもなりQOLを改善することになります。食事を続ける、本人・家族へのモチベーションを保つ配慮が必要です。

継続的なADLの保持には、息ぎれを含む苦痛を除いた上での運動療法が望ましいのと同様に、栄養においても危機感と苦痛のない環境と食事内容での食事機会を維持し、十分な量の栄養を摂取し続けていただくことが必要です。

嚥下障害をきたす状態において、最終末期には、栄養を取ることから、喜び満足のための楽しみ摂食へ変わってゆきます。適切なギアチェンジを行い、受容できていない状態での望まない形での窒息などの不幸な経過を避けつつ、患者さんのおかれている環境を含む変化を理解の上、最後まで継続できる総合的なアプローチが必要とされています。

【演者略歴】

1995 自治医科大学医学部卒業
 2003 医療法人岡谷会 おかたに病院呼吸器内科非常勤医師 現職
 2005 医療法人畿央会 岡波総合病院 呼吸器内科 非常勤医師 現職
 2008 NPOグリーンタウン呼吸嚥下研究グループ 理事長 現職
 2009 (株)グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング 代表取締役 現職
 2010 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック 院長
 2014 在宅支援有床診療所 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック 院長 現職

利益相反：無

ES2-4

間質性肺炎の在宅患者への意思決定支援

坂井 邦彦 サカイ クニヒコ
新潟臨港病院内科、在宅医療部

間質性肺炎の臨床経過は急性・亜急性タイプからほとんど進行しない慢性タイプまで多彩である。さらに慢性経過中に急速に呼吸不全に至る「急性増悪」があり、予後予測を難しくしている。診断時にこのような多彩な経過について説明するが、癌と異なり理解が得られにくいのが現状である。

最終の呼吸管理をどこまでにするか、終末期の鎮静をどうするか、最期をどこで迎えたいかなどの話し合いのタイミングは在宅酸素療法（HOT）導入時や増悪時となることが多い。最初の話し合いで意思決定できることはあまりなく、内容がよく理解できない、あるいは気持ちの整理できずに決められないことが多い。そこで退院後の在宅ケアの中で話し合いを深めていくことになる。在宅ケアに関わるスタッフが日々の会話から本人や家族の価値観を把握し、医療情報の足りない部分を補いつつ、住み慣れた落ち着いた環境で、時間に余裕を持たせながら、意思決定支援を行うのは理想的である。

HOTなどの在宅医療機器や呼吸困難に対する麻薬の使用では、本人や家族の思い込みや誤解から拒否することがみられる。本人や家族の本心を聞き取り、誤解を解くことで気持ちに変化し、医療機器や麻薬を受け入れるようになることがある。

最後は在宅での看取りを希望している場合、間質性肺炎は著明な呼吸困難やチアノーゼを伴う低酸素を来す疾患であり、支える家族のメンタルケアも重要となる。また、悪化した際に治癒の見込みのない急性増悪か、抗菌剤で治療可能な肺炎か判断に迷うことがある。最終的には本人や家族との話し合いで入院の是非を決めることになるが、過小な医療にならないか苦慮することがある。

在宅における間質性肺炎患者への意思決定支援では内容の理解を助ける情報と気持ちを整理する時間の提供ならびに急性増悪を考慮した柔軟な対応が重要である。

【演者略歴】

【略歴】

1998年 新潟大学医学部卒業
2000年 新潟大学医学部第二内科入局
2005年 新潟大学大学院卒業
同年 西新潟中央病院 内科
2007年 新潟臨港病院 内科部長（呼吸器）
2022年 同院 在宅医療部部长 兼務

【所属学会】

日本内科学会、日本呼吸器学会、日本呼吸ケアリハビリテーション学会、日本睡眠学会

利益相反：無

国際シンポジウム1

日本と台湾における在宅医療制度の行方

IS1

【セッション概要】

我が国の在宅医療は、介護保険制度が2000年に施行され、2013年に医療計画に位置付けられることで、全国に広がり、地域で醸成されてきた。台湾では日本の制度も参考とした在宅医療制度を創設し、独自の在宅医療を展開してきた。これまで日本在宅医療連合学会・台湾在宅医学会・地域共生全国ネットの3団体は両国の交流を重ねてきた。

近年オンライン診療の普及が急速に進み、在宅医療の役割や提供方法にも変化が生じている。都市部と過疎地における在宅医療の乖離が進み、経済的問題なども日本と台湾両国にとって共通する課題である。

本シンポジウムでは、医療を設計する役割を担う演者に講演をもとに、日本と台湾の在宅医療の行方について議論する。

座長：武田 俊彦 タケダ トシヒコ

一般社団法人日本在宅ケアアライアンス

【座長略歴】

1983年東京大学法学部卒業、厚生省入省。2000年以後主に医療保険、医療政策分野に従事。保険局医療課保険医療企画調査室長として平成15年のDPC導入・平成16年診療報酬改定を担当。その後、医政局経済課長、同政策医療課長や保険局国民健康保険課長、同総務課長を歴任。その後社会保障担当参事官、総務省消防庁審議官、厚生労働省大臣官房審議官（医療保険担当）、政策統括官（社会保障担当）、医薬・生活衛生局長、医政局長を歴任し、2018年7月退官。現在、BCGシニアアドバイザー、岩手医科大学医学部客員教授、一般社団法人日本在宅ケアアライアンス副理事長。

座長：余 尚儒 ヨ ショウジュ

台湾在宅医療学会

【座長略歴】

台湾の在宅医療の先駆者であり、台湾在宅医療学会の創設理事長であり、ホームクリニック都蘭の所長です。2015年以降、何度も日本の在宅医療を訪れた後、2017年には勇美記念財団の「勇美賞」などを受賞しています。2017年には、家族とともに台東へき地に移住し、在宅医療を中心に運営する台湾初の診療所を開設し、在宅医療を推進して共生社会を構築し、共生社会を目指しています。専門分野を横断した協力や非公式なケアシステムを組み合わせた、温かみのある地域包括ケアモデルを推進することを主張しています。2020年、在宅医療と遠隔診療の協力し、国のモデル事業を発足させ、2021年には、社団法人都蘭診療所陪你回家協会を発足させ、台湾が早急に在宅医療の成熟した体制を整え、共生社会に向けて進んでいくことを期待しています。

著書には、「在宅医療：CureからCareへ」「コミュニティの新しい視点：新世代の健康戦略4.0」

受賞には、2015年には公共テレビ局の「市民ニュース賞」、2017年には勇美記念財団の「勇美賞」などを受賞しています。

IS1-1

在宅医療に関する施策の動向

谷口 倫子 タニグチ ミチコ
厚生労働省医政局地域医療計画課

我が国の人口動態を見ると、現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となり、その後も2040年頃まで65歳以上の人口増加が続く。また、2025年以降、高齢者の急増から現役世代の急減へと局面が変化する。2025年に向けて高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。2次医療圏単位でみると、2015年から2025年にかけて、多くの地域で、65歳以上人口の増加と生産年齢人口の減少が起きるが、2025年から2040年にかけては、65歳以上人口が増加する地域と減少する地域に分かれ、地域によっては高齢者の減少と現役世代の急減が同時に起こる状況が発生すると予想されている。要介護認定率は、年齢に伴い上昇し、特に85歳以上で顕著となる。85歳以上の人口は2040年に向けて引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなると考えられる。

このような超高齢化・人口急減の中、手術や急性期医療をはじめ、医療ニーズに大きな変化が生じる。外来患者は既に減少局面にあり、入院患者数は全体として増加傾向、在宅患者は多くの地域で増加する。また、死亡数についても増加が見込まれ、ピーク時には年間約170万人が死亡すると予想される。こうした局面において、2025年以降、人材確保がますます課題となり、2040年には就業者数が大きく減少する中、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。特に提供者側である医師の高齢化も進展しつつあり、変化に対応した医療提供のあり方が求められる。厚生労働省では2024年度に開始される第8次医療計画へ向けた検討を行い基本的な方針をとりまとめて発出しており、在宅医療を中心として、関連する施策の動向について述べる。

【演者略歴】

平成19年長崎大学医学部卒業。国家公務員組合連合会横浜栄共済病院腎臓内科、済生会横浜市南部病院腎臓高血圧内科、大森赤十字病院腎臓内科等で勤務の後、厚生労働省入省。現在医政局地域医療計画課に在職、外来・在宅医療対策等を担当。

利益相反：無

IS1-2

次世代の在宅医療：Hospital at home および Hybrid care

余 尚儒 ヨ ショウジュ
台湾在宅医療学会

台湾の高齢化率は日本よりも速く進んでおり、2060年には日本と同じ高齢化率に達する予測です。在宅医療の需要はますます増加しており、パンデミック後の時代になって、遠隔照護の重要性をより深く認識するようになりました。遠隔患者監視（Remote patient monitoring, RPM）ツールの活用、日常的な対面による訪問診療及びオンライン診療の組み合わせという「ハイブリッドケア」と呼ばれます。したがって、在宅医療と遠隔照護の共通の本質は、「医療の利便性の問題を解決する」ことです。在宅入院（Hospital at home, HaH）の最も広義の定義は、日常生活の場所で病院に近い水準の治療を提供することであり、逆に言えば、患者は病院に行かずに入院のサービスを受けることができます。新型コロナウイルスパンデミック期間中、HaHは医療機関の混雑緩和や過負荷解消に有効な解決策となりました。ヨーロッパ、アメリカ、オーストラリアの医療システムでは、「入院代替」として認められています。イタリアのトリノ公立病院は40年前からHaHのサービスを提供しており、フランスのFNEHAD連合はフランス全土に広がるネットワークを持っています。スペイン全国には67のHaHユニットがあり、SEHAD学会を形成しています。また、英国、ポルトガル、南アメリカも独自の学会を発展させています。

新型コロナウイルスの流行後、シンガポール政府は病床不足の問題を懸念し、3つの公立病院でサンドボックス（試験的取り組み）を開始し、シンガポール独自の在宅医療（HaH）を確立しようとしています。一方、台湾では在宅支援診療所を主体としており、正式なHaH制度はないものの、患者のニーズを見極めて自発的にHaHサービスを提供しています。台湾在宅医療学会が主導する研究計画によると、70%の在宅患者が緊急事態に遭遇し、HaHの需要があることが判明しています。ただし、各国の医療システムの違いにより、Hospital at homeのサービス内容も異なる場合があります。しかし、医療技術と遠隔機器の進歩に伴い、Hospital at homeとHybrid careの2つの概念が融合した後、私たちは急性および重症患者が自宅で病院と同等の治療を受ける様子や広範な遠隔患者モニタリングの活用を目的とするので、次世代の在宅医療が明らかに浮かび上がってきています。

【演者略歴】

台湾の在宅医療の先駆者であり、台湾在宅医療学会の創設理事長であり、ホームクリニック都蘭の所長です。2015年以降、何度も日本の在宅医療を訪れた後、2017年には勇美記念財団の「勇美賞」などを受賞しています。2017年には、家族とともに台東へき地に移住し、在宅医療を中心に運営する台湾初の診療所を開設し、在宅医療を推進して共生社会を構築し、共生社会を目指しています。専門分野を横断した協力や非公式なケアシステムを組み合わせた、温かみのある地域包括ケアモデルを推進することを主張しています。2020年、在宅医療と遠隔診療の協力し、国のモデル事業を発足させ、2021年には、社団法人都蘭診療所陪你回家協会を発足させ、台湾が早急に在宅医療の成熟した体制を整え、共生社会に向けて進んでいくことを期待しています。

著書には、「在宅医療：CureからCareへ」「コミュニティの新しい視点：新世代の健康戦略4.0」

受賞には、2015年には公共テレビ局の「市民ニュース賞」、2017年には勇美記念財団の「勇美賞」などを受賞しています。

IS1-3

地域包括ケアシステムのバージョンアップ 一時々入院、ほぼ在宅を支える病院の中小病院の役割

石垣 泰則 イシガキ ヤスノリ

医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック／日本在宅医療連合学会代表理事

少子高齢化の進展は、経済、自治体、社会保障制度それぞれに影響を及ぼすといわれており、特に医療・介護を中心に社会保障に関する給付と負担の間のアンバランスが顕著となる。在宅医療を受けた患者数は増えているが、訪問診療を提供している医療機関は、全診療所の約20%、全病院の約30%である。在宅医療を実施する上で特に困難な点は「24時間対応」を挙げており、在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模医療機関が担っているため、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が求められている。在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所は在宅医療の連携の要となるべき医療機関である。

喫緊に課題解決のためには現役時代からの健康増進と介護予防を目指したフレイル対策、高齢者特有の疾患への対策、リハビリテーションと社会参加のための対策などが提唱されている。入院による高齢者の廃用症候群のリスク増大が知られるようになり、新規治療技術による入院期間の短縮と病状に応じた療養環境を提供することの重要性が認識された。医療ニーズの高い高齢者や重症者への対応として、地域医療連携や医療介護連携を有効に機能させる事で医療とケアの継続性を図ることが重要である。

疾病構造の変化や高齢化の進展、在宅医療技術の進歩、QOL 向上を重視した医療への期待の高まり等により、在宅医療のニーズは増加し、また多様化している。地域密着型の中小病院がその役割を担うために①高次医療機関の負担軽減のために、サブアキュート入院とレスパイト入院を実施すること、②寝たきりにしないリハビリテーション医療や栄養管理など患者の生活面の支援をおこなうこと、③急性期医療と生活期医療のパイプ役を担うこと、を実施する。地域の医療機関が機能分化し、連携を行い、協力体制を整える中で、機能の集合体である中小病院が実情に応じてその機能を地域へ提供し、在宅チームを下支えすることが重要である。

【演者略歴】

- 1982年 順天堂大学医学部 卒業
- 1990年 城西神経内科クリニック 院長
- 2011年 コーラルクリニック 院長
- 2021年 医療法人社団 仁生堂 大村病院 院長
- 2023年 医療法人社団 悠輝会 コーラルクリニック 院長

【役職】

- ・順天堂大学医学部リハビリテーション医学講座 非常勤講師
- ・順天堂大学医学部神経学講座 非常勤講師
- ・一般社団法人 日本生活期リハビリテーション医学会 理事
- ・一般社団法人 日本在宅医療連合学会 代表理事
- ・一般社団法人 日本老年医学会 代議員
- ・一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス 副理事長
- ・一般社団法人 全国在宅療養支援医協会 副会長
- ・NPO法人 静岡難病ケア市民ネットワーク 理事長
- ・一般社団法人 リハビリテーション医学教育推進機構 学術理事
- ・一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 顧問

利益相反：無

IS1-4

少子高齢化社会を支える在宅Hybrid care

小倉 和也 オグラ カズナリ

NPO 地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク／医療法人はちのへファミリークリニック

少子高齢化は日本のみならず世界の国々特にアジアで急速に進行しており、医療・介護・教育や社会全体をどのように維持していくかが課題となっている。コロナ禍を経てICTやオンライン診療を活用したハイブリッド・ケアが進められており、この課題に最前線で直面している台湾と日本における現状を共有し、今後の課題解決に活かしていきたいと考えている。このセッションではコロナ禍以前からそれぞれの活動を共有してきた台湾在宅医療学会と地域共生全国ネットの活動も踏まえながら、ICT連携とオンライン診療を活用した今後の地域共生のあり方を展望する。

【演者略歴】

国際基督教大学教養学部人文科学科卒業

琉球大学医学部医学科卒業

医療法人社団カレスアライアンス日鋼記念病院初期研修修了

医療法人北海道家庭医療学センター家庭医療学シニアレジデント修了

医療法人社団弓削メディカルクリニック常勤医

利益相反：無

国際シンポジウム2

日本と台湾の COVID-19 対策とオンライン診療～ポストコロナ時代のハイブリッド診療に向けての展望～ IS2

【セッション概要】

COVID-19は人類が近年経験したことがない世界を巻き込んだ感染症であり、災害であった。日本在宅医療連合学会は2020年3月にコロナウィルス感染症対策ワーキンググループを立ち上げた。地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワークはパンデミック当初より台湾在宅医療学会と協力し、台湾からの寄付によるPPEを全国の流行地へ贈る活動を行った。

台湾では、コロナ対策は専らオンライン診療が主体であったため、COVID-19を契機としてオンライン診療が普及した。両国における3団体の取り組みに関する意見交換をもとに、地球環境の大きな変化に伴って将来生じる可能性のある様々な大規模災害に対し、在宅医療が国民の健康と生活を守るための方策を見出していきたい。

座長：武田 俊彦 タケダ トシヒコ

一般社団法人日本在宅ケアアライアンス

【座長略歴】

1983年東京大学法学部卒業、厚生省入省。2000年以後主に医療保険、医療政策分野に従事。保険局医療課保険医療企画調査室長として平成15年のDPC導入・平成16年診療報酬改定を担当。その後、医政局経済課長、同政策医療課長や保険局国民健康保険課長、同総務課長を歴任。その後社会保障担当参事官、総務省消防庁審議官、厚生労働省大臣官房審議官（医療保険担当）、政策統括官（社会保障担当）、医薬・生活衛生局長、医政局長を歴任し、2018年7月退官。現在、BCGシニアアドバイザー、岩手医科大学医学部客員教授、一般社団法人日本在宅ケアアライアンス副理事長。

座長：余 尚儒 ヨ ショウジュ

台湾在宅医療学会

【座長略歴】

台湾の在宅医療の先駆者、台湾在宅医療学会初代理事長、ホームクリニック都蘭の所長。2015年以降、日本各地の在宅医療現場において研修し、2017年には勇美記念財団の「勇美賞」を受賞。2017年には、家族とともに台東県の僻地に移住し、在宅医療を中心に運営する台湾初の診療所を開設。在宅医療を通じての共生社会の構築を目指す。専門分野を横断した協力や非公式なケアシステムを組み合わせた、温かみのある地域包括ケアモデルを推進することを主張。2020年、在宅医療とオンライン診療の統合を研究する国のモデル事業を受託し、2021年、台東県社団法人ホームクリニック都蘭帰宅支援協会の理事長に就任。台湾が在宅医療の成熟した体制を整え、共生社会へと向かうことを期待する。

著書：『在宅医療：CureからCareへ』『コミュニティの新しい視点：新世代の健康戦略4.0』

受賞歴：2015年、公共テレビ局「市民ニュース賞」、2017年、勇美記念財団の「勇美賞」受賞。

IS2-1

台湾の健康保険における在宅医療ケアとその展望について

石 崇良 Shih Chung-Liang
衛生福祉部中央健康保険署 署長

台湾の全民健康保険は1995年3月1日に実施され、現在で28周年を迎えています。28年間、全民健康保険は台湾の人々の健康ニーズに対応し、赤ちゃんのケアから高齢者のケアまで、一生を通じて台湾の人々をサポートしてきました。

台湾の全民健康保険は政府が運営する単一の強制社会保険制度であり、加入率は既に99.9%に達しています。提携医療機関は全国の93%をカバーし、全民健康保険は保険制度の設計により、医療へのアクセスを容易にし、健康格差を解消することを積極的な政策目標として実現しています。

台湾の人口は急速に高齢化し、新興医薬科技は持続的に発展しています。そのため、健康保険の医療費は年々増加の傾向にあります。2017年の統計データによれば、65歳以上の高齢者は総保険加入者数のわずか13.8%に過ぎませんが、保険給付の医療費は総支出の約40%を占めています。2025年までに、65歳以上の高齢者人口は総人口の20.8%に上昇し、国際的に「超高齢社会」と定義されることになります。これは在宅医療への需要の増加を意味し、医療ケアのモデルはさまざまな課題に直面しています。

台湾は1995年以来、在宅医療ケアサービスを提供してきました。初期段階では、身体的な制約のある患者のための在宅医療、慢性精神疾患や末期患者のための在宅緩和ケア、呼吸器依存患者の在宅ケア、特殊な歯科医療サービスなどがありました。2016年には、在宅医療ケア統合プログラムを通じて、過去に存在した断片的な在宅医療ケアサービスのモデルを改善し、患者に包括的な総合ケアを提供しています。

「在宅医療ケア統合プログラム」は、医療機関と地域のケアネットワークを結びつけることに重点を置いており、医療スタッフが患者の自宅を訪問し、入院の代替サービスを提供することで、入院日数の短縮や不要な社会的入院の減少を図っています。また、患者が行動が制限されているために他の人に病状を説明し、薬を受け取る必要性も減らすことができます。「在宅医療ケア統合プログラム」は、すでに7年間開始されており、初期のプログラムでは、西洋医師が訪問診療を行い、必要に応じて薬を処方する医療ケアに重点を置いてきました。また、看護師、呼吸療法士、心理士、社会福祉士など、過去の計画でサポートされていた専門職も、異なるケアのニーズに応じて患者の自宅でのケアに参加しています。2019年からは、在宅中医師や在宅薬剤師を取り入れ、退院支援サービスとのシームレスな連携を強化し、在宅医療とLong Term Care 2.0の連携経路に関連する補完措置を構築し、在宅医療サービスの内容をさらに充実させています。

台湾の全民健康保険は、遠隔医療を通じて地方の専門医療ニーズを補完するだけでなく、2020年からはCOVID-19の感染拡大に伴い、保険診療のビデオ通信診療も重要な支援役割を果たしています。これにより、COVID-19患者が在宅で医療資源を利用できるようになりました。情報通信技術を活用したスマートな在宅医療モデルは、ポストコロナ時代の変革において、台湾の医療システムの弾力性を強化する重要な役割を果たすでしょう。

また、2021年からは台湾衛生福祉部によって開始された「在宅入院モデル事業 (Hospital at Home model, HaH)」についても説明されます。このモデルでは、連続的な健康ケアの概念に基づき、在宅医療と在宅入院サービスのネットワークを発展させています。

将来、台湾の全民健康保険は、中長期的な政策計画を通じて、患者中心の総合的なケア、予防医療の統合、「前方」の健康促進と「後方」の介護サービスの連携を構築し、弱者へのサポート、医療の平等性、効率と品質の両立を実現する持続可能な目標に向けて取り組んでいくでしょう。台湾の全民健康保険は、28年間にわたって台湾の人々の健康ニーズに対応し、国民の健康と福祉を守るための重要な役割を果たしてきました。

【演者略歴】

2006年 博士号取得 国立台湾大学健康政策及管理大学院
1991年 医学士号取得 高雄医学大学

【現職】

衛生福祉部中央健康保険署 長官
国立台湾大学医学部 非常勤講師
国立台湾大学公衆衛生学院 非常勤講師

【主な職歴】

衛生福祉部 次官 (厚生労働省に相当)
衛生福祉部医政司 司長 (医政局長相当)
衛生福祉部 事務次官
衛生福祉部総合企画司 司長
行政院衛生署企画處 處長

行政院衛生署医政局 局長

フェデラルエグゼクティブ研究所 (FEI, USA)

リー・クワンユー公共政策学院 (シンガポール)

国家政策研修プログラム-第1期、GDPA、行政院 (総理府に相当)

行政院衛生署桃園総院医務室 秘書

国立台湾大学医学部付属病院 救急医師

【専門分野】

1. 救急医学
2. 災害医学
3. シミュレーション分析
4. 患者安全と医療品質管理
5. 公衆衛生

IS2-2

日本におけるコロナ対策（日本在宅医療連合学会ワーキンググループの立場から）

石垣 泰則¹ イシガキ ヤスノリ
 蘆野 吉和² アシノ ヨシカズ

¹ 医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック / 日本在宅医療連合学会代表理事

² 山形県庄内保健所

2020年2月クルーズ船の事件でCOVID-19がクローズアップされた頃、日本在宅医療連合学会（以下当学会）に英国滞在中の会員から、現地の危機的な状況に関する情報が届いた。当時、日本では欧米におけるパンデミック模様が報道され、中国武漢における致死率が44%に上ることや無症候病原体保有者の感染性の可能性等が議論されていた。しかし、COVID-19のエビデンスは乏しく、医療従事者の間でも感染対策に関して混乱が生じていた。当時国が発出した情報は感染症学的情報であり、病院での医療に関するものがほとんどであったため、在宅医療現場は不安の渦に陥っていた。当学会は2020年3月にワーキンググループを結成し、2020年5月に「在宅医療における新型コロナウイルス感染症対応Q&A第1版」を発出した。このQ&A集は在宅医療・介護従事者が現場で生じた様々な課題を整理し、その対策をまとめたものである。2020年8月に在宅医療・介護を受けている当事者と家族に対し、「COVID-19 禍における新しい生活様式」を提案した。早い段階からCOVID-19感染者を一人も出さないことは不可能であることを前提に、高齢者やリスク保有者が多い在宅療養者の命と生活を守ることを最優先課題とした。そこで人材育成の重要性を認識し、在宅医療現場において適切に感染対策を実行するための研修用教材を作成した。またCOVID-19を災害として捉え、在宅療養者に医療とケアが届くよう「新型コロナウイルス感染症における事業継続計画作成マニュアル」を作成した。COVID-19は今後も続くことが予想され、感染状況に応じた適切な対策が全ての在宅療養者に届くよう講じなければならない。

2022年3月、当学会は政府のアドバイザーボードにおいて、在宅で療養する患者と在宅医療介護従事者への対応に関する提言を行った。今後とも当学会は、在宅療養者の生命と尊厳を守るため、新規感染症が到来しても速やかに対応できるよう備えていく所存である。

【演者略歴】

- 1982年 順天堂大学医学部 卒業
- 1990年 城西神経内科クリニック 院長
- 2011年 コーラルクリニック 院長
- 2021年 医療法人社団 仁生堂 大村病院 院長
- 2023年 医療法人社団 悠輝会 コーラルクリニック 院長

【役職】

- ・順天堂大学医学部リハビリテーション医学講座 非常勤講師
- ・順天堂大学医学部神経学講座 非常勤講師
- ・一般社団法人 日本生活期リハビリテーション医学会 理事
- ・一般社団法人 日本在宅医療連合学会 代表理事
- ・一般社団法人 日本老年医学会 代議員
- ・一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス 副理事長
- ・一般社団法人 全国在宅療養支援医協会 副会長
- ・NPO法人 静岡難病ケア市民ネットワーク 理事長
- ・一般社団法人 リハビリテーション医学教育推進機構 学術理事
- ・一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 顧問

利益相反：無

IS2-3

ポストコロナ時代の在宅医療：Remoteとin-personのHybrid care

余 尚儒 ヨ ショウジュ
台湾在宅医療学会

日本と台湾は、いずれも高齢化が急速に進んでおり、在宅医療の需要は増加している。在宅医療と遠隔医療は、「医療に対する利便性の問題を解決する」というの性質を有しているが、新型コロナウイルスの感染拡大により、遠隔医療の重要性がより深く認識されるようになった。様々な遠隔患者監視（Remote patient monitoring, RPM）ツールの活用、日常的な対面による訪問診療及びオンライン診療の組み合わせという「ハイブリッドケア」をいかに推進するかが重要である。新型コロナウイルスのパンデミック期間中、ハイブリッドケアは世界的に注目されるようになり、例えば、アメリカのCMSはAcute hospital care at home（モデル事業）では、医師がオンライン診療を行い、看護師が患者宅で治療することが承認された。また、イギリスのNHSにおける仮想病棟においてもRPM監視は広範に活用されている。

台湾では、LINEを通じて新型コロナウイルス感染者の状況をリアルタイムで追跡し、必要に応じオンライン診療を行う。在宅医療現場では、パンデミック前から既に広く採用されていた。ホームクリニック都蘭では、RPM装置と生体指標測定を導入し、血圧や血中酸素濃度だけでなく、呼吸回数や寝返り回数なども測定しており、特に、重篤、末期の患者のケアの際に使用している。また、オンラインによるカンファレンス、患者宅での検査の実施により患者の通院回数を減らすことができる。これらはすべてハイブリッドケアの事例である。ポストコロナ時代では、更に多くのハイブリッドケアに関するイノベーションが登場すると思われる。台湾や日本などでは、今後国の政策、規制、診療報酬制度は時代の要請に応え、提供される医療サービスに見合った調整をする必要がある。これによって将来の医療ニーズに対応することができる。

【演者略歴】

台湾の在宅医療の先駆者、台湾在宅医療学会初代理事長、ホームクリニック都蘭の所長。2015年以降、日本各地の在宅医療現場において研修し、2017年には勇美記念財団の「勇美賞」を受賞。2017年には、家族とともに台東県の僻地に移住し、在宅医療を中心に運営する台湾初の診療所を開設。在宅医療を通じての共生社会の構築を目指す。専門分野を横断した協力や非公式なケアシステムを組み合わせ、温かみのある地域包括ケアモデルを推進することを主張。2020年、在宅医療とオンライン診療の統合を研究する国のモデル事業を受託し、2021年、台東県社団法人ホームクリニック都蘭帰宅支援協会の理事長に就任。台湾が在宅医療の成熟した体制を整え、共生社会へと向かうことを期待する。

著書：『在宅医療：CureからCareへ』『コミュニティの新しい視点：新世代の健康戦略4.0』

受賞歴：2015年、公共テレビ局「市民ニュース賞」、2017年、勇美記念財団の「勇美賞」受賞。

IS2-4

オンライン診療を活用したコロナ禍でのHybrid care

小倉 和也 オグラ カズナリ

NPO 地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク／医療法人はちのへファミリークリニック

コロナ禍においては感染対策として従来から行われていたICTの活用やオンライン診療の活用が各国において進められてきた。日本においても発熱外来・自宅療養・宿泊療養施設などでの活用が始まり、地域共生全国ネットではその経験を台湾在宅医療学会と共有してきた。このことが今後の行政・多職種の連携につながり新しい地域共生社会の構築にも寄与するものと考えている。このセッションではこのことを念頭にコロナ禍でのオンライン診療を活用したhybrid careについて振り返る。

【演者略歴】

国際基督教大学教養学部人文科学科卒業

琉球大学医学部医学科卒業

医療法人社団カレスアライアンス日鋼記念病院初期研修修了

医療法人北海道家庭医療学センター家庭医療学シニアレジデント修了

医療法人社団弓削メディカルクリニック常勤医を経て現職

利益相反：無

シンポジウム1 ヘルスデータサイエンティスト協会合同企画

在宅など医療介護におけるビッグデータ活用の展望～地方行政 DX 事業と分析事例

S1

【セッション概要】

現在、地方自治体においては、「データヘルス計画」に基づき、自治体が保有する住民の医療・介護等のビッグデータを連結しヘルスケア事業に活かすデータベースの構築と有効活用に積極的に取り組んでいる。本シンポジウムでは、「在宅など医療介護におけるビッグデータ活用の展望～地方行政DX事業と分析事例」をテーマに、地方公共団体における統計利活用表彰で総務大臣賞を「介護DX」で受賞した佐賀市および「にいがた新世代ヘルスケア情報基盤」プロジェクトを推進する新潟県の取り組みを紹介し、マイクロデータ活用基盤の整備により実現する、高齢者医療や介護データの具体的分析事例を議論する。

座長：山内 慶太 ヤマウチ ケイタ

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科

【座長略歴】

1991年慶應義塾大学医学部卒業。慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室を経て、1996年医学部助手（医療政策・管理学教室）、2001年、看護医療学部助教授、2005年看護医療学部教授・大学院健康マネジメント研究科教授、現在に至る。また、慶應義塾横浜初等部の開設準備室長、横浜初等部長を歴任、2021年より慶應義塾常任理事。専門は医療政策・管理学、精神医学、慶應義塾史。博士（医学）

S1-1

佐賀市介護予防DX データを活用した介護予防の推進

菅 祐亮 スガ ユウスケ
佐賀市 政策推進部 DX 推進課

佐賀市の介護予防DXは、医療・介護・健診等ビッグデータを活用し、重症化リスクの高い高齢者の介護予防を推進することで、健康寿命の延伸を目指すものです。

取り組みのポイントとして、①医療・介護・健診・高齢者実態調査等のビッグデータを活用して市民の健康状態を把握すること、②糖尿病等の生活習慣病や加齢によるフレイル（心身の衰え）が重症化・重度化しないように、保健師、管理栄養士による保健指導と伴に医療機関・地域の民生委員等が連携して市民の健康を支援していくこととしており、これらの取り組みを推進することによって、市民自らが健康づくりや疾病予防に積極的に取り組む「佐賀市モデル」を構築したいと考えております。

本市ではこれまでも市民に対して、保健師などによる栄養・食生活や身体活動・運動などの指導や、佐賀市医師会と連携した糖尿病重症化予防対策などを10年以上にわたって実施してまいりました。令和3年度から新たな取り組みとして、民生委員の全面的な協力により、「高齢者実態調査」の中でフレイルチェックデータの収集を始め、約6万3千人に上る在宅高齢者の健康状態のデータ把握、データ蓄積をしていくこととしております。

このように集められたデータと、これまでの医療・介護・健診等のデータを活用し、生活習慣病や要介護のリスクが高い高齢者にプッシュ型で最適な支援を行うことで、重症化予防・重度化予防のPDCAサイクルを循環していくシステムの確立を目指してまいります。

最終的には、科学的根拠に基づくビッグデータを利活用したこれらの取り組みによって、支援の受け手である市民自らが重症化予防、介護予防に常に意識してもらうことで、「住み慣れた地域で安心して暮らすまちづくり」を実現していきたいと考えております。

【演者略歴】

2001年4月佐賀市役所に入庁。

市民税課、商業振興課を経て、2010年4月から保健福祉部保険年金課で国民健康保険の運営に携わる。2016年4月から2019年3月までは、国民健康保険の広域化（県単位での運営）担当として、佐賀県国民健康保険課へ出向。2019年4月から2022年3月までは、高齢福祉課で介護予防DXに携わる。2022年4月より現職。

利益相反：無

S1-2

新潟県「にいがた新世代ヘルスケア情報基盤」プロジェクト

遠山 泰 トオヤマ ヤスコ
新潟県 福祉保健部 福祉保健総務課

健診、保険請求情報、診療・調剤記録、介護記録等の健康・医療・介護サービスに関するデータは、各市町村や保険者、医療機関・薬局、介護施設等がそれぞれ保有・管理しているなど、データが分散し、相互につながっていないことから、個人の健康状態に応じた最適な医療・介護サービスの提供や、施設間及び多職種間の情報共有による医療・介護連携などの取組を行う際の課題となっている。

このため新潟県では、現在分散しているデータをつなげ、一体的な活用ができる環境を整備するため、『健康・医療・介護分野の連携による、新潟県民のための「健康寿命延伸」と「最善のケア・サポート」を実現する新世代情報基盤（にいがた新世代ヘルスケア情報基盤）』プロジェクトを推進している。本セッションでは、県の取組について紹介する。

【演者略歴】

1989年新潟県入庁。福祉保健部福祉保健課人権啓発室長、福祉保健部生活衛生課参事を経て、2023年4月福祉保健部福祉保健総務課長に就任、現在に至る。

利益相反：無

S1-3

静岡県国民健康保険データベースを活用した高齢者におけるフレイルの計量評価

西村 志織^{1,2} ニシムラ シオリ¹ 東京大学 大学院医学系研究科 医療品質評価学講座² 静岡社会健康医学大学院大学

フレイルは、加齢に伴い心身の脆弱性が増加した状態で、高齢者に多くみられ、60歳以上の成人の12%～23%がフレイル状態であると推定されている。高齢者のフレイルは、臨床場面において年齢と並んで重要視されるケースがある。フレイルは予後の不良と関連しているため高齢社会において重要な公衆衛生上の問題となっている。フレイルの同定には適切な測定手法が必要である。これまでに、60以上のフレイル測定手法が、アウトカムリスク評価の研究、診断補助などに利用されている。近年では、保険請求データなどの大規模医療データの二次利用が増加し、これらのデータを利用する方法論が研究されている。2010年代以降、大規模医療データに基づくフレイル測定のためのツールが登場した。しかし、各国の医療制度が異なるため、これらのツールの国際的な妥当性や、高齢者に多くみられる疾患を持つ患者におけるのコーディングベースのフレイルと臨床アウトカムとの関連は、十分に研究されていない。本シンポジウムの中では、静岡県国民健康保険・後期高齢者医療制度の診療報酬および介護報酬請求データを用いてこれらのフレイル測定アルゴリズムの適用可能性を検討し、コーディングベースのフレイルと死亡や介護利用、臨床アウトカムとの関連を評価した研究を紹介する。また、今後の地域におけるフレイルアルゴリズムの展開について検討したい。

【演者略歴】

【略歴】

2018年 慶應義塾大学医学部医療政策管理学教室 特任研究員

2021年～現在 東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学講座 特任研究員

2023年 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科博士課程 修了（医療マネジメント学）

利益相反：無

S1-4

社会生活基本調査匿名マイクロデータを活用した生活時間における介護負担の構造分析

田上 紀代美¹ タノウエ キヨミ
 新井 崇弘^{1,2} アライ タカヒロ
 山内 慶太¹ ヤマウチ ケイタ
 渡辺 美智子³ ワタナベ ミチコ

¹ 慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科

² 厚生労働大臣指定法人 いのち支える自殺対策推進センター

³ 立正大学

【目的】 世帯構造の変化を受け、在宅医療・介護ニーズの需要が高まり、男性介護者の割合が増加している。介護離職による社会との途絶によって精神的に追い詰められた男性介護者は孤立状態となり、高齢者への虐待や介護殺人、介護心中、介護自殺などのリスクが高まることから、男性介護者の生活パターンを類型化し、社会的に孤立するリスクとなるような生活パターンを明らかにすることを目的とした。

【方法】 公的統計マイクロデータである平成18年社会生活基本調査匿名データの調査票A「生活時間編」を利用し、「45歳以上」、「介護・看護時間が15分以上」、「介護している」を条件として抽出した4,035名を分析対象とした。20項目で構成される生活行動の詳細なデータに対して、潜在クラスモデルを適用し、18セグメントを抽出した。その中から介護・看護時間が長く、特徴的な5セグメントを特定し、さらに就労の有無、睡眠時間や余暇活動時間が短い2セグメントを特定した。

【結果】 就労していないセグメントに所属する既婚の男性介護者は、老老介護が特徴的な生活パターンで、単身の男性介護者は、深夜型介護が特徴的なセグメントであった。もう一つのセグメントに所属する既婚の男性介護者は、日中就労型介護が特徴的な生活パターンで、単身の男性介護者は、深夜就労型老老介護が特徴的な生活パターンであった。

【考察】 既婚の男性介護者は世帯年収が高いが、余暇活動時間はほとんどなく、家族との交流、家族以外の人との交流も乏しいことが、孤立のリスク要因となり得ると考える。単身の男性介護者は、就労していても世帯年収が低く、余暇活動時間もほとんどない、昼夜逆転の介護生活であった。介護疲れや不規則な生活が続くことによるストレスの蓄積や閉塞した生活の持続により、社会的に孤立するリスクが高まるのではないかと考える。

【演者略歴】

【略歴】

2013年 石川県立看護大学看護学部看護学科 卒業

2013年 独立行政法人国立病院機構金沢医療センター

2018年 株式会社ゆとりの園

2022年 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科博士前期課程 修了

2022年 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科博士後期課程 在籍

利益相反：無

S1-5

医療機関における臨床データを活用した転倒パターンとリスク因子の探索的分析

石塚 達樹^{1,2,3} イシヅカ タツキ
山内 慶太¹ ヤマウチ ケイタ
尾藤 誠司³ ビトウ セイジ

¹ 慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 公衆衛生・スポーツ健康科学専攻

² 慶應義塾大学病院

³ 国立病院機構東京医療センター 臨床疫学研究室

背景：転倒・転落（以下、転倒）は公衆衛生上の重要な問題である。加齢に伴い受傷や要介護状態に繋がりやすくなり、医療機関でも転倒は治療目的と異なる転帰になり得る。しかし、転倒に対する決定的な対策は確立されていない。転倒は多くのリスク因子の相互作用の結果として現れる多様な事象であることが予防の難しさに繋がっている。他方、医療やケアの提供者は経験的・直感的に転倒のパターンを予見している。以上から典型的なパターンを抽出できれば予防対策に役立てられると考える。

目的：医療機関において転倒を生じた患者について、転倒リスク因子でクラスタリングを行う。

方法：単一医療施設での臨床発生データを二次利用した観察研究である。症例対照でリスク因子を精査し、症例群で混合分布を仮定して潜在クラス分析を行う。対象者は2018年中にA病院の20歳以上の入院患者で、症例はインシデントレポートで報告された事例とし、対照は非症例群からランダムにサンプリングした。転倒リスク因子は日常業務で使用されている転倒リスク因子の評価シートで特定した。

結果：症例群は517名中301名、対照群は1200名のデータを得た。多重ロジスティック回帰分析と先行研究を元に選定したリスク因子で潜在クラス分析を行い、標準型、高齢・機能低下型、せん妄型、高齢・薬剤型、若年・薬剤型の5クラスを得た。

考察：リスク因子の組み合わせで表現されるサブグループのうち4つが臨床的に解釈可能であった。この方法論を用いることで、医療機関に限らず、転倒事例の特徴的な集団の抽出と対策立案に繋がれると考える。

【演者略歴】

2008 慶應義塾大学看護医療学部 卒業

2008 慶應義塾大学病院

2020 慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 公衆衛生・スポーツ健康科学専攻 修士課程

2022 同 博士課程

利益相反：無

シンポジウム2 新潟県プログラム委員会企画

災害と在宅医療

S2

【セッション概要】

阪神淡路大震災、東日本大震災、熊本豪雨など日本は災害大国である。その度に在宅医療などの自力での避難が通常の者より難しく、避難行動に支援を要する人々は、災害弱者として常に災害対応の反省点としてクローズアップされている。

災害弱者は、災害対策基本法第8条に「要配慮者」として明記されており、同法49条の10では要配慮者の中で特に支援が必要な者に関して市町村が「避難行動要支援者名簿」を作成することを定めている。

その対策の裾野は広く、発災から避難所生活まで配慮しなければならない。このセッションでは様々な災害のフェーズにおける各取り組みにつき識者より発表をいただき、今後の災害大国日本における災害弱者対策の取り組みについての展望を得る。

座長：高橋 昌 タカハシ マサシ

新潟大学大学院医歯学総合研究科 災害医学・医療人育成分野

【座長略歴】

昭和63年 新潟大学医学部医学科卒業 医師免許取得
平成 6年 新潟大学大学院医科学研究科博士課程修了 医学博士
平成14年1月 国立循環器病センター心臓血管外科 (厚生労働技官)
平成15年4月 新潟大学医学部附属病院第二外科 助手 総括医長 (医局長)
平成19年8月 新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科 講師
平成24年4月 同 呼吸循環外科 准教授
平成26年4月 新潟大学大学院医歯学総合研究科 (現 災害医学・医療人育成分野)
特任教授 (現職) 新潟医療人育成センター長 (兼任・現職)
平成26年11月 新潟大学医学部災害医療教育センター 副センター長 (兼任・現職)
平成30年4月 新潟薬科大学 客員教授 (現職)
令和 4年10月 北越地域医療人養成センター新潟分室 室長 (兼任・現職)

所属学会・認定医専門医等

日本外科学会 日本外科学会認定医 外科専門医
日本胸部外科学会 日本胸部外科学会認定医 正会員
社会医学系専門医協会 社会医学系専門医・指導医
日本小児循環器学会 (評議員 蘇生科学教育委員会副委員長)
日本小児救急医学会 (小児救急SIメンバー)
日本災害医学会 (理事/評議員 広報委員会委員長、利益相反委員会委員長、倫理委員会委員長、総務委員会委員、
社会医学系専門医検討委員会委員)

厚生労働省 日本DMAT資格取得・登録、統括DMAT資格取得・登録

厚生労働省 日本DMATインストラクター

座長：西澤 正豊 ニシザワ マサトヨ

新潟総合学園新潟医療福祉大学学長

【座長略歴】

1976年 東京大学医学部医学科卒業
1990年 自治医科大学助教授 (神経内科学講座)
1999年 国際医療福祉大学教授 (臨床医学研究センター)
2002年 国際医療福祉病院副院長兼任
2003年 新潟大学脳研究所神経内科学分野教授
2010年 新潟大学医歯学総合病院副院長兼任 (～2013年)
2014年 新潟大学脳研究所長
2015年 第56回日本神経学会学術大会会長
2016年 新潟大学名誉教授・脳研究所フェロー
2016年 新潟県厚生連新潟医療センター脳神経センター長
2019年 新潟総合学園新潟医療福祉大学副学長
2020年 新潟医療福祉大学学長 (現在に至る)

S2-1

災害時の在宅医療における現状と課題

林 達彦 ハヤシ タツヒコ
新潟県厚生連村上総合病院

在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれている。また近年、全国で自然災害が多発し、迅速かつ大規模の対応が不可欠な災害医療の需要も増加している。在宅医療、災害医療の共通した最大の脆弱性は、相対的な医療資源（人、物、金、情報、など）の不足である。よって、在宅医療は災害時ともなればこの問題が、顕在化・倍化され、さらに深刻になる。生命危機に繋がるような緊急性や重症度の高い、在宅での人工呼吸器療法、HOT、CPAP、透析治療などはもちろん、感染症（COVID19自宅療養、避難所療養など）、化学療法、緩和ケア、心疾患、神経疾患、ロコモティブシンドロームなどにも様々な課題が生じる。在宅医療機関は被災後の事業継続のためにBCP(Business Continuity Plan:事業継続計画)の策定が重要である。しかし、診療所を始め在宅医療・介護を担う事業所は小規模体が多いためにBCPの策定率が低く、策定できてもBCPの運用(BCM: Business Continuity Management)面での課題も多いと言う。

以下の事案はBCPの課題として考えられる。

- ・被災による自宅、診療所、病院の機能低下の想定見積もりは？ライフラインは？
- ・診療所、病院までの移動手段が途絶（患者、スタッフ）
- ・安否確認（行政？医療機関？）、情報収集機能も低下
- ・医療機器（酸素ガス、電力バッテリーなど）や薬剤の配送は？
- ・訪問診療・訪問看護・訪問リハビリテーションの運用は？
- ・要介護、要支援者；周囲（家族など）のサポートは？
- ・事前の想定、自宅周囲の災害ハザード（マップなど）の把握は？
- ・事前の被災対策準備（リストなど）は？
- ・どこの避難所へ行くべき？行けるのか？そこでの医療継続は可能？
- ・被災地外からの支援は迅速か？適切な支援か？

超急性期、急性期、亜急性期、慢性期

多くの課題について建設的な議論を行いたいと考える。

【演者略歴】

【略歴】

1988年 新潟大学医学部 卒業

1996年 新潟大学大学院 修了

1999年 厚生連村上総合病院 外科

2012年 同上 病院長 現在に至る

【所属学会】

日本外科学会、日本消化器外科学会、日本臨床外科学会、日本食道学会、日本胃癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本救急医学会、日本外傷学会、日本腹部救急医学会、日本集団災害医学会、日本外科感染症学会、日本緩和医療学会、日本静脈経腸栄養学会、PEG・在宅医療学会、など

利益相反：無

S2-2

災害時の透析医療

山本 卓 ヤマモト スグル
新潟大学医歯学総合病院 血液浄化療法部

透析療法は末期腎不全患者の腎代替療法であり、継続的に行うことで生命を維持する。透析療法は血液透析と腹膜透析に大別され、災害時にはそれぞれの治療に特徴的な対応が必要となる。血液透析にはスタッフ、機器、電気、水が必要であるため、災害でそれらが機能不全となれば、他施設での治療が必要である。すなわち、血液透析患者は被災地にとどまらず、透析治療が可能である地域に移動のうえ治療を受ける可能性がある。受け入れる透析施設は通常診療している患者に追加する形で被災者を受け入れるため、治療スケジュールとマンパワーの調整、そして行政機関との連携が必須である。例えば新潟県では県内を7つのブロックに分け、新潟県災害対策本部、新潟大学、被災地域と連携できるような取り組みを進めている。また新潟県透析施設は広域関東圏との連携を行うことで都県での透析患者対応ができるよう対策をすすめている。それらを実現するために医師だけでなく、行政機関、看護師、臨床工学技士、医療機器メーカーが協同して行う必要がある。一方で、血液透析医療の提供とともに、患者の生活管理も重要である。特に避難所での食事環境の変化は体液過剰、電解質異常を増悪させる可能性が高い。

腹膜透析は在宅で治療できる腎代替療法である。災害時には避難所でも環境を整えたい治療の継続が可能である。バッグ交換の際、医療機器が使用できること、透析液が提供できること、など環境を整える必要がある。食事環境の変化、清潔環境の維持など問題点も多く、通常よりも頻回な専門スタッフの関わりが必要である。

透析患者は免疫能の低下があり、また定期的に機器を用いた治療が必要であることから、災害による影響を大きく受ける。そのため透析施設のスタッフだけでなく、地域医療、行政機関、場合によっては地域外の協力を得た安全な治療の継続が望まれる。

【演者略歴】

1998年 新潟大学医学部医学科卒業
2000年 新潟大学第二内科（医員）
2001年 福井医科大学第二病理学教室（大学院生）
2004年 新潟大学大学院医歯学総合研究科 内部環境医学講座 卒業
2008年-2011年 バンダービルト大学小児科（研究員）
2015年 新潟大学医歯学総合病院 腎・膠原病内科（助教）
2016年 新潟大学医歯学総合病院 血液浄化療法部（准教授）
2022年 新潟大学医歯学総合病院 血液浄化療法部（病院教授）

利益相反：無

S2-3

パンデミックから見た在宅医療の課題

和泉 邦彦^{1,2} イズミ クニヒコ
高橋 昌² タカハシ マサシ

¹ 藤田医科大学 医学部 地域医療産学連携研究講座

² 新潟大学 医学部 災害医療教育センター

【はじめに】パンデミックにおける在宅医療の課題は、パンデミック全般におけるトリアージの課題と等しい。すなわち、自宅療養で改善を待つのみの方に、いかに不要な医療資源を割かないか、が重要である。演者の発表テーマは、新潟県における「ふるい」のシステムの導入経緯の紹介と、その効果の検証、及び残した課題についてである。

【方法】新潟県において、2021年7～9月にかけての新型コロナウイルス感染症拡大（第5波、主たる変異株はデルタ株）の襲来時、DMATの介入により、自宅療養者自身によるオンライン入力に基づいた独自の健康管理体制（新体制）を導入した。新体制導入後の自宅療養者への1日ごとの架電件数の調査、及び、導入前後でのオンライン診療紹介件数、入院件数、入院までの療養日数、入院期間の比較を行った。

【結果】担当者の負担となっていた健康観察のための架電件数の新体制導入後の推移について、新体制導入がなければ平均273.9件/日、最大672件/日となっていたところ、導入により平均131.1件/日、最大296件/日に抑えられた。また、入院期間は約2日間（導入前12.0日、導入後10.6日）有意に短縮したが、オンライン診療紹介件数、入院件数、入院までの療養日数は有意差を認めなかった。

【考察】平成25年に策定された新型インフルエンザ等対策政府行動計画には、国内感染期・地域感染期には感染拡大抑制から被害軽減に対策を切り替え、自宅療養と遠隔診療を基本とすることが示されているが、我が国は本計画に基づく備えを怠り、結果的に突貫的な仕組みづくりに追われた。将来起こり得るパンデミックにおいては、このようなシステムの早期導入を実現したい。課題は、本成果を、在宅医療を担う医療者に効果的につなぐことができたとはいえない点である。シンポジウムでは、政府行動計画の基本戦略について災害医療の観点から解説を加えると共に、在宅医療者との連携に関し意見交換を期待する。

【演者略歴】

【略歴】

1994年 名古屋市立大学薬学部卒業

1996年 同大学大学院修士課程修了

1996年 愛知医科大学病院薬剤部

2007年 名古屋掖済会病院薬剤部

2017年 新潟大学医学部災害医療教育センター 特任講師

2023年 藤田医科大学医学部地域医療産学連携研究講座 准教授 現在に至る

【所属学会】

日本災害医学会、日本臨床救急医学会、東海公衆衛生学会、日本災害医療薬剤師学会、他

【災害活動歴】

東日本大震災、熊本地震、平成30年7月豪雨、北海道胆振東部地震、山形県沖地震、房総半島台風、東日本台風、令和4年8月3日からの豪雨

利益相反：無

S2-4

災害時における在宅医療への取り組み～行政の立場から

高橋 正子 タカハシ マサコ
新潟県福祉保健部感染症対策・薬務課

【はじめに】

3年以上にわたる新型コロナウイルス感染症患者の在宅療養者（高齢者施設等での療養者含む）は、新潟県では累計で44万人を超える。要介護認定を受けている高齢者、何らかの障がいのある方、乳幼児、妊婦、保健所で支援している難病患者など災害時において要配慮者となる方も新型コロナ感染症に罹患し、在宅療養をされる方もいた。

本県では新型コロナウイルス感染症への対応を災害と捉え在宅療養者に対する支援体制を構築してきており、それらの取組を通じて、災害時の情報共有に関する課題を整理し、次の新興感染症の発生等の参考とする。

【活動】

在宅療養を開始するにあたり在宅療養者への支援体制を構築するため、消防や政令市である新潟市、県保健所など関係者との協議を繰り返し行った。

また、水害や地震など自然災害が起こった場合の在宅療養者への対応について関係部局と話し合いを行った。

【結果と考察】

一般に災害対応では、市町村が避難行動要支援者名簿を作成しており、支援の必要な方の情報は市町村が把握をしている。しかし、今回の新型コロナウイルス感染症という「災害」では、感染症対応の主体である、県（保健所）に情報が集約されることとなる。また、「感染症」という性質上プライバシーへの配慮が優先されるため、関係者とどこまで情報共有できるか大きな課題であった。

情報共有の目的や内容、メリット（支援の幅の拡大）、デメリット（プライバシーの侵害、事務負担）などを関係者と話し合い、あらかじめルールを定めておく必要がある。

【演者略歴】

1995年4月 新潟県入庁（相川保健所）
1998年4月 新潟県巻保健所
2001年4月 新潟県長岡保健所
2004年4月 新潟県健康づくりセンター（健康対策課から出向）
2007年4月 新潟県福祉保健部高齢福祉保健課
2013年4月 新潟県上越地域振興局健康福祉環境部（上越保健所）
2014年4月 新潟県長岡地域振興局健康福祉環境部（長岡保健所）
2016年4月 新潟県福祉保健部高齢福祉保健課
2021年4月 新潟県福祉保健部感染症対策・薬務課

利益相反：無

S2-5

在宅療養支援診療所における災害対策 ～フェーズフリーから環境問題まで～

石賀 丈士 イシガ タケシ
いしが在宅ケアクリニック

【はじめに】

在宅療養支援診療所は災害時避難行動に支援を要する在宅療養者を多く抱えている。そのため災害時でも事業を継続できることが最も大切なミッションである。近年、防災意識は高まっているが、「どう準備すればいいの?」「災害対策は難しい・・・」という声も、いまだ多く聞かれる。そのため日常時と非常時の垣根をなくすフェーズフリーという概念に沿って行う災害対策を提案する。

【活動】

当院は南海トラフにおいて被害想定が比較的大きいとされる三重県四日市市に位置し、常勤医師12名を含むスタッフ61名、年間在宅看取り500名の在支診である。事業継続計画（BCP）の策定はもちろんのこと、フェーズフリーの概念に沿って災害対策を行っている。防災用品は、非常時のみ使うものだが、フェーズフリー品は日常時の生活で便利に活用でき、非常時の際にも役立つモノであることが重要である。また当院では電気自動車を使用しているが、日常では環境問題対策として機能し、災害時には蓄電池としての役割を担う。さらに日常で100%再生エネルギーを使用し環境に配慮しているが、災害時にも使用できるソーラー発電所も建設した。来年開院予定の分院もソーラーパネル、蓄電池、電気自動車をフル活用し電力を100%自らまかなえるような設計となっている。さらに非常時だけでなく日常の中でも社会貢献できるよう「訪問診療および往診1回あたり100円寄付運動」を行っている。昨年は1,922,000円を「国連世界食糧プログラム（WFP）」「国境なき医師団」「ジャパンハート」などに寄付ができ、たくさんの子供たちに学校給食や医療を届けることができた。

【考察】

当院におけるフェーズフリーの概念に沿った災害対策が、他の医療機関においても参考となり防災意識が高まることを期待する。そして世の中のフェーズフリー化が推進することで社会全体の災害対応力が向上することを期待する。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

シンポジウム3

病院主治医との二人主治医制の勧め

S3

【セッション概要】

さまざまな疾患・医療的状况を持たれている方を、在宅医は主治医として、看護師・ケアマネジャー・リハビリ専門職らは担当者として関わります。自分の知識と経験だけでは対応できません。しかし、専門医（多くは病院主治医）との親密な連携があれば、わたしたちも、豊かな安心を、患者/家族に提供できます。そのための知恵の収集となるように、企画いたしました。チェックポイント阻害剤の副作用に気づいた時の対応・在宅医療者に必要な放射線治療知識・医療的ケア児・腎移植後の対応やケア・血液疾患について、わたしたちの知識をしっかりと深めるための企画です。それぞれの第一人者に語っていただきます。みなさまの在宅医療が、さらに広がりをもてますように、期待しております。

座長：森 清 モリ キヨシ

東大和ホームケアクリニック

【座長略歴】

北海道大学医学部卒業

沖縄県立中部病院ハワイ大学卒後研修課程修了

北海道大学医学部大学院卒業（医学博士）

ハーバード大学医学部関連 Dana-Farber Cancer Institute フェロー

順天堂大学医学部 血液内科

社会医療法人財団大和会（やまとかい）理事（在宅サポートセンター担当）

同 東大和ホームケアクリニック院長

日本在宅医療連合学会 理事（大会運営委員会担当）

第一回日本在宅医療連合学会大会 大会長

日本血液学会認定 血液専門医

日本在宅医療連合学会認定 在宅医療専門医

著書

のこされた者として生きる いのちのことは社

自分らしい最期を生きる 教文館

ひとりでも最後まで自宅で 教文館

カンファランスで学ぶ 多職種で支える一人暮らしの在宅ケア 南山堂

共著

在宅医療バイブル 医事新報社 川越正平編

やさしくわかる貧血の診かた 金芳堂 荻原將太郎編

座長：河原崎 宏雄 カワラザキ ヒロオ

帝京大学医学部附属溝口病院 第4内科

【座長略歴】

2000年3月 長崎大学医学部卒業

2000～2006年3月 沖縄県立中部病院/宮古島病院 内科

2006～2010年3月 東京大学腎臓内分泌内科（博士課程修了）

2011～2013年3月 聖マリアンナ医科大学腎臓高血圧内科

2013～2021年3月 稲城市立病院腎臓内科

2021年4月～帝京大学溝口病院 第4内科（腎臓内科）

S3-1

免疫チェックポイント阻害薬治療歴のあるがん患者の在宅医療に携わる医療者が知っておきたい免疫関連有害事象 (irAE) マネジメント

峯村 信嘉 ミネムラ ノブヨシ
三井記念病院 総合内科

手術や抗がん薬、放射線療法などに続いて新しいがん治療の柱として登場した免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) は従来の治療で十分な効果が期待できなかった進行がんにおいて適応がん種が拡大しつつあります。

同薬剤は免疫チェックポイントシステムを制御することによって患者自身の免疫系を活性化することで抗腫瘍効果を発揮します。その一方で作用機序において自己反応性T細胞の活性化も生じてしまうために全身性自己免疫疾患類似の炎症性副作用 (免疫関連有害事象 [irAE] と呼ばれる) が高い確率で (ICI治療中のみならず投与終了後にも!) 出現することが明らかになってきました。

irAE対策のカギとなるのは早期発見・早期治療介入であって、そのことで有害事象からの回復率が上昇するのですが従来のがん治療に伴って認められる有害事象とはその表現型や出現タイミング、対処方法が大きく異なるため対策において注意が求められます。本講演ではICI治療歴のあるがん患者の在宅医療に携わる医療者が知っておきたいirAE対策のポイントをお伝えします。

irAE対策においてはICIの処方が行われたがん治療科の主治医のみが対応すればよいという事象ではなく、その一方で在宅医療の担当医だけが引き受けることも困難が予想されます。各主治医、患者さん自身ならびに家族がチームとなって立ち向かう時に最も良好なアウトカムの達成が期待できます。本講演がその一助となれば幸いです。

【演者略歴】

1997年 名古屋大学医学部卒業
同年 虎の門病院 内科病棟医
2001年 国立名古屋病院 総合内科
2005年 国立国際医療センター 膠原病科
2006年 名古屋医療センター 膠原病内科 (～2018年)
2009年 国立療養所多磨全生 (ぜんしょう) 園 (えん) 内科
2010年 カリフォルニア大学サンフランシスコ校総合内科へ留学 (～2012年)
2019年 三井記念病院 総合内科 (現職)

【著書】

免疫関連有害事象irAEマネジメント 膠原病科医の視点から 金芳堂

所属学会：日本内科学会、日本リウマチ学会

利益相反：有

S3-2

神奈川県における医療的ケア児支援センターの経緯と取り組み

山下 純正 ヤマシタ スミマサ
 かながわ医療的ケア児支援センター

医療的ケア児とは、「日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童」であり、糖尿病のインスリン注射、喀痰の吸引、胃ろうなど経管栄養、重症心身障害児の日常医療や気管切開管理、そして人工呼吸器の管理など多岐にわたる。

横浜市では肢体不自由養護学校に通学できるよう、医療的ケアを必要とする児童に対して、昭和年代からマニュアルの整備、臨床指導医や看護師の配置、教職員への研修が徐々に行われてきた。平成17年には、医療者以外の医療行為について違法性の阻却がなされ、平成24年4月法律改正により、一定の条件下で特別支援学校の教員等が医療的ケアの一部である特定行為を行える制度が開始された。そして令和3年9月に施行された医療的ケア児支援法を受けて、令和4年5月にかながわ医療的ケア児支援・情報センター（以下センター）が設置された。

センターは神奈川県庁内におかれ、3つの機能を有する。すなわち県庁内の12課（福祉・教育・保健・保育子育て、労働）の業務連携をとる企画機能、コーディネーター研修終了者による相談機能、そして県立こども医療センターに委託しコーディネーター養成研修を行う機能である。相談機能に関しては、医療的ケア児及びその家族の日常生活における様々な相談を受け、適切な支援機関と連携し対応した。3政令市は、それぞれ独自に医療的ケア児への相談窓口を開設しているためセンターから各政令市に伝えつなげた。10か月間で総数52件の相談が寄せられた。

令和5年度は、かながわ医療的ケア児支援センターと改称し、県全体を統括。県内5地域にランチを設ける方針とし、社会福祉法人等に委託した。今後は、教育機関や保育園での看護師を増員、通学支援を強化する予定である。横浜市は訪問看護ステーションが相談業務を行っているが、県域内でも今後は保育園や普通級の医ケア児に在宅診療の関与が模索されている。

【演者略歴】

1980年 北海道大学医学部 卒業
 1980年 北海道大学医学部小児科
 1984年 神奈川県立こども医療センター 神経内科レジデント
 1986年 神奈川県立ひばりが丘学園医務課
 1994年 神奈川県立こども医療センター 神経内科医員
 2003年 神奈川県立こども医療センター 神経内科部長
 2008年 神奈川県立こども医療センター 重症心身障害児施設長
 2012年 神奈川県立こども医療センター 病院長
 2016年 神奈川県立こども医療センター 総長
 2019年 神奈川県立病院機構 副理事長
 2022年 神奈川県庁 顧問

利益相反：無

S3-3

在宅医療と緩和的放射線治療 1回照射の啓蒙に向けて

和田 仁^{1,2} ワダ ヒトシ
高橋 健夫² タカハシ タケオ

¹がんコーディネートくりにつく

²埼玉医科大学 医学部 総合医療センター 放射線科

予後が限られた在宅がん患者さんに対しても、投薬治療などに難渋する症状緩和に放射線治療が役立つケースはある。本発表では、患者負担を極力減らす1回だけの緩和的放射線治療ご紹介、在宅における緩和的放射線治療の課題や普及に向けての学会活動や地域連携などについて言及する。

放射線治療には根治的放射線治療と、がんの苦痛を和らげる緩和的放射線治療がある。後者は、いかに副作用なく心身の負担を少なくするかが求められ、最近ではたった1回だけの放射線治療が標準治療となってきた。高いエビデンスが示されているのが、骨転移に対する除痛効果である。腫瘍による脊髄圧迫症候群や肝腫大による疼痛、胃がん原発巣からの腫瘍出血に対する止血など、がん関連症状の改善にも1回照射の有効性が多くの臨床試験などで示されている。

放射線治療を行う機会は無いか稀という施設が多い現在の日本のがん終末期在宅医療。放射線治療の適否、治療施設の受け入れ態勢、施設や地域間格差といった課題だけでなく、在宅医だけでなく患者さん自身も放射線「治療」など今さらと希望されない場合も多い。そのような諸課題を改善すべく「緩和的放射線治療」の積極的な活用に向け、日本放射線腫瘍学会が提言書を最近作成した。普及の足かせとなる主な要因として、①医療連携が十分でない、②緩和的放射線治療の知識が十分でない、③放射線治療医が少ない、④一般市民が正しい情報を得られる機会が乏しい、ことを挙げている。今後に向けた課題解決への施策として、①医療従事者間の連携強化、②医療人材の育成、③市民に対する積極的な啓発・広報、を提案している。

本発表が、在宅がん患者さんや医療関係者らに何らかのお役に立てば幸いである。

【演者略歴】

【略歴】

1990年 東北大学医学部 卒業
1998年 東北大学放射線医学講座 助手
2003年 東北大学医学部 医学博士
2004年 山形大学映像解析制御学分野 講師
2005年 同 准教授
2006年 山形大学放射線腫瘍学分野 准教授
2007年 山形大学がん臨床センター 准教授
2011年 宮城県立がんセンター放射線治療科 医療部長
2012年 東北大学放射線腫瘍学分野 臨床教授
2015年 総合南東北病院陽子線治療研究所 所長
2018年 南東北がん陽子線治療センター 副センター長
2021年 がんコーディネートくりにつく 院長 現在に至る

【所属学会】

日本医学放射線学会 専門医、日本放射線腫瘍学会、日本緩和医療学会、日本医療催眠学会
日本がん治療認定医機構 がん治療認定医

利益相反：無

S3-4

高齢化する腎移植医療と在宅医療

石田 英樹 イシダ ヒデキ
東京女子医科大学病院

医療の進歩に伴う平均余命の長寿化は、腎不全や腎臓移植の分野においてもレシピエントおよびドナーの高齢化として影響している。人間の平均余命はここ100年の間に45-50歳から80歳と劇的な長寿化となっており、末期腎不全となる患者の年齢もその例外ではない。

アメリカでは移植の待機患者リストに登録されている65歳以上の患者数は2000年に比較して現在3倍以上となっている。しかしながら現実には腎臓移植に到達できる高齢者はほんのわずかである。本邦においては、日本臨床腎移植学会および日本臓器移植ネットワークの集計では、2016年8月1日現在、登録者数は12452名でありうち3341名（27%）が60歳以上であった。また2014年に行われた腎臓移植の実施者の集計でも総数1497名の移植者のうち316名（21%）が60歳以上であった。

高齢者の移植の手術や移植後の管理は若年者に比較してきわめて難しい。心血管系のイベントは術後に多く、術後早期の突然死の原因ともなるため、手術前に循環器の評価をしっかりと行うことが重要である。また移植に必須である免疫抑制剤は免疫機能が乏しい高齢者にとっては時に過免疫抑制状態となり感染症を発症させるため注意を要する。しかしこのようなことに留意すれば移植腎の生着率、さらには患者の生存率も若年者と匹敵する程度に長期間期待できる。

その結果、長期にわたる移植腎の生着が高齢者にも可能となり、いま移植患者のサルコペニアが問題となってきた。今までも高齢者や腎疾患患者に多くみられることが報告されてきたが、最近の報告では腎移植患者の約20%にサルコペニアが観察されるようである。服薬遵守などの点からも高齢者レシピエントのフレイル、サルコペニア対策が必要となることは間違いなさそうである。その一助として腎移植患者の在宅医療が期待される。このシンポジウムでは本邦における高齢者の腎移植医療とそれを取り巻く環境を中心にお話をしてみたい。

【演者略歴】

1987年 北海道大学医学部卒業、同年女子医大腎臓病総合医療センター外科入局
1996年～1998年 イギリスケンブリッジ大学外科にて異種移植の研究（拒絶されないブタの作成に従事）
1998年 帰国後、女子医大泌尿器科助手
2005年 同 講師
2008年 同 准教授
2013年 同 臨床教授
2015年 同 診療部長
2017年 移植管理科、泌尿器科（兼務） 教授

利益相反：無

S3-5

血液疾患と在宅医療

香西 康司 コウザイ ヤスジ

地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター 血液内科

近年の様々な新規薬剤の登場で、造血器悪性腫瘍の治療成績は格段に向上しています。しかし新規薬剤を使用しても治療効果に乏しい難治性の造血器悪性腫瘍の患者さんや人口の高齢化に伴い標準的治療の実施が困難で輸血などの支持療法しか行えない高齢の患者さんも存在します。

これらの患者さんは、原病の進行や感染症などの合併症で体力が低下し、いずれ外来通院が困難となります。急性期病院で支持療法のみで長期入院することは難しいのですが、地域の一般病院や慢性期を担う療養型病院やホスピスでも血液疾患の専門性や輸血などの支持療法が高額であることなどから転院調整が困難であることが多いです。

また高齢者を地域ぐるみで多職種で支え、終末期を含めて最後まで自宅で療養することが可能な在宅医療の環境が整ってきていますが、血液疾患においては、疾患自体や輸血など支持療法の特殊性のため在宅医療への移行がなかなか進まず、急性期病院で入退院の繰り返しや長期入院を余儀なくされることがまだまだ多いと思われます。

しかし2017年10月に日本輸血・細胞治療学会より「在宅赤血球輸血ガイド」が示され、また2023年1月には「在宅における血小板輸血ガイド（第1版）案」についてのパブリックコメントが募集されるなど在宅輸血への取り組みが徐々に進んできて、在宅輸血に対応可能な訪問診療施設も増えてきつつあるように思います。

輸血を安全に行うためには、重篤な副作用出現時に急性期病院と早急な連携がとれることが重要になるかと思えます。本セッションのテーマである「二人主治医制」に基づき在宅診療医と血液専門医が常に適切な連携を取ることで、血液疾患の専門性や特殊性の問題をお互いに共有でき、輸血副作用出現時だけでなく様々な場面でシームレスな医療の継続、また患者さんやご家族の希望に沿った医療の提供ができるようになるのではないかと考えています。

【演者略歴】

[略歴]

1986年 徳島大学医学部卒業

1986年 東京大学医科学研究所 内科

1990年 東京都立府中病院 輸血科 非常勤医員

1996年 東京都立府中病院 輸血科 医員

2003年 東京都立府中病院 輸血科 医長

2010年 東京都立多摩総合医療センター 血液内科（輸血科）部長 現在に至る

[所属学会]

日本血液学会

日本造血・免疫細胞療法学会

日本輸血・細胞治療学会

日本内科学会

利益相反：無

シンポジウム4 日本緩和医療学会合同企画

在宅緩和ケアの質を高めるために学会ができることを考える～日本在宅医療連合学会・日本緩和医療学会合同企画～

S4

【セッション概要】

在宅医療において緩和ケア（がん、非がん問わず）は大切な領域であることは言うまでもありませんが、患者家族からもその質については玉石混合であると指摘されることもあります。その質をどう評価し、どのように高めていくことができるか、それぞれの専門家を育成している両学会としての活動、そして今後の連携について話し合う場を学術大会で設けたいと考えています。両学会では専門医教育だけでなく、生涯学習、病診連携、普及啓発などをテーマに議論を深めていくことができるはずですが、まず今大会では、「在宅医が緩和ケアの質を高めるために、どのようにスキルアップしていくべきか、そして両学会できることはなにか」というテーマで語り合いたいです。在宅医や訪問看護師に緩和ケアについて学ぶ機会について語っていただきつつ、両学会から専門医教育・生涯学習などに関わる先生にご登壇いただき議論を深められたらと考えております。可能であれば新潟県内でご活躍の在宅医療に携わる先生にもご登壇いただければ幸いです。

座長：廣橋 猛 ヒロハシ タケシ

永寿総合病院 がん診療支援・緩和ケアセンター

【座長略歴】

日本緩和医療学会 緩和医療専門医
日本プライマリ・ケア連合学会 指導医
日本内科学会 認定内科医

学歴・勤務歴

2005年 東海大学医学部卒業
2006年 東京大学医学部附属病院勤務
2007年 社会福祉法人 三井記念病院 内科
2009年 亀田総合病院 疼痛・緩和ケア科 在宅医療部
2011年 社会福祉法人 三井記念病院 緩和ケア科 緩和ケアチーム専従医師
2011年 医療法人博腎会 野中医院 在宅医療担当(非常勤、現職)
2014年 永寿総合病院 がん診療支援・緩和ケアセンター長(現職)
緩和ケアにおいて病院と在宅の両方の現場を兼務しながら診療を行う立場から、どこでも切れ目なく緩和ケアを受けられる体制の構築を目指して、普及啓発活動を行っている

学会活動

日本緩和医療学会：理事、緩和ケア普及啓発 WPG 員長、専門医セミナー WPG 員長
広報委員会副委員長、専門医教育育成委員会副委員長
日本在宅医療連合学会 評議員
東京都がん対策推進協議会 緩和ケア部会委員
NPO 法人 浅草かんわネットワーク研究会 理事長

著書：

どう診る！？がん性疼痛（メディカ出版、2017年）
素敵なお臨終 後悔しない大切な人の送り方（PHP 新書、2018年）

連載：

日経メディカルオンライン 二刀流の緩和ケア医

座長：鶴岡 優子 ツルオカ ユウコ

つるかめ診療所

【座長略歴】

1993年順天堂大学医学部卒。千葉県国保旭中央病院内科初期研修を終了後、1995年自治医科大学地域医療学教室。2001年米国ケース・ウエスタンリザーブ大留学後、2004年自治医科大学附属病院総合診療部在宅医長を経て、2015年よりつるかめ診療所所長。

資格・公職など

認定総合内科専門医、栃木県小山地区医師会理事、日本在宅医療連合学会理事、順天堂大学非常勤講師、獨協医科大学臨床教授、厚生労働省がん対策推進協議会委員、医学博士

著作・活動など

週刊医学界新聞「在宅医療モノ語り」連載（2010年～2015年）

映画「ピア～まちをつなぐもの」医療指導

映画「いのちの停車場」在宅医療監修・指導

つるかめカフェ代表、往診靴研究家、女優見習い

S4-1

在宅緩和ケアの質を高めるための課題、そしてできることを考える

廣橋 猛 ヒロハシ タケシ
永寿総合病院 がん診療支援・緩和ケアセンター

在宅医療において緩和ケアは、がん、非がん問わず、とても大切な領域である。過去の遺族への調査からは、在宅緩和ケアで受けたケアの質は緩和ケア病棟に匹敵すると評価を受けている。一方で、一部の遺族からは「自宅では苦痛を緩和してもらえず病院へ搬送された」「自宅で苦しんで亡くなってしまい、このようなものと言われた」という不満を聞くこともあり、その質については玉石混合である可能性も懸念される。このような質の違いはなにが原因で生じているのだろうか。特に在宅緩和ケアは、病院と異なり密室の空間で行われるため、第三者からの評価を受けにくいこともあげられる。私たちは在宅緩和ケアの質をどう評価し、どのように高めていくことができるだろうか。本シンポジウムの発案者である私からの私見を述べ、議論の土台としたい。

【演者略歴】

学歴・勤務歴：

2005年 東海大学医学部卒業
2006年 東京大学医学部付属病院勤務
2007年 社会福祉法人 三井記念病院 内科
2009年 亀田総合病院 疼痛・緩和ケア科 在宅医療部
2011年 社会福祉法人 三井記念病院 緩和ケア科 緩和ケアチーム専従医師
2011年 医療法人博腎会 野中医院 在宅医療担当（非常勤、現職）
2014年 永寿総合病院 がん診療支援・緩和ケアセンター長（現職）

緩和ケアにおいて病院と在宅の両方の現場を兼務しながら診療を行う立場から、どこでも切れ目なく緩和ケアを受けられる体制の構築を目指して、普及啓発活動を行っている

資格：

日本緩和医療学会 緩和医療専門医
日本プライマリ・ケア連合学会 指導医
日本内科学会 認定内科医

学会活動：

日本緩和医療学会：理事、厚生労働省委託事業緩和ケア普及啓発 WPG 員長、専門医セミナー WPG 員長、広報委員会副委員長、専門医教育育成委員会副委員長
日本在宅医療連合学会 評議員
東京都がん対策推進協議会 緩和ケア部会委員
NPO 法人 浅草かんわネットワーク研究会 理事長

利益相反：有

S4-2

在宅緩和ケアの質を高めるために日本緩和医療学会ができること

柏木 秀行 カシワギ ヒデユキ
飯塚病院 連携医療・緩和ケア科

高齢化が進む我が国で各地域の実情に合わせた在宅医療提供体制を整備し、質を高めていくことは非常に重要である。在宅医療の質を考える上で、緩和ケアにおける学術団体として日本緩和医療学会ができる役割とはどのようなものがあるだろうか。在宅医療を必要とする患者とその家族の多くは、緩和ケアを必要とする状況にもあり、日本緩和医療学会と日本在宅医療連合学会がなんらかの形で協働することは、在宅医療の質を高めるための大きな取り組みとなる可能性がある。日本緩和医療学会で教育及び緩和医療認定医・専門医の育成に携わってきた経験を通じて、学会としてどのような取り組みの可能性ができそうか未来志向で考えられるセッションにしたい。

【演者略歴】

2007年 筑波大学医学専門学群卒業

飯塚病院で初期研修を終了後、同院総合診療科で内科研修。

その後、2011年より飯塚病院緩和ケア科（現 連携医療・緩和ケア科）で緩和ケア研修。

2016年より飯塚病院緩和ケア科（現 連携医療・緩和ケア科）部長として部門運営に携わる。

利益相反：有

S4-3

日本在宅医療連合学会の取り組みと在宅医療での緩和ケア教育について思うこと

茅根 義和 チノネ ヨシカズ
大森赤十字病院

在宅緩和ケアの質を高めるためにまず必要なのは在宅緩和ケアに関わる医療職、特に医師と看護師が緩和ケアについて十分な学習ができる機会を作ることであろう。この点において、まず在宅医が緩和ケアの全般的知識を学ぶ機会は日本緩和医療学会が発行しているテキストやガイドラインにより提供されている。また、日本在宅医療連合学会でも在宅緩和ケア教育の取り組みとして、学会ホームページ上で「がん疾患在宅医療人材育成講座」、「非がん疾患在宅医療人材育成講座」を公開している。両講座とも動画を多用し、緩和ケアに関する知識が在宅での実践で活かせる工夫がなされている。看護教育についてはELNEC-Jがあり、その指導者研修会を日本緩和医療学会が行っている。これら両学会の提供する教育プログラムや発行物により在宅医や看護師が緩和ケアについて学ぶ環境はだいぶ整えられてきているとあってよい。一方で緩和ケアにおいて重要なものとして「多職種によるチームアプローチ」があるが、ここで鍵となるのは医師、看護師だけでなく在宅で患者に関わる多職種が緩和ケアを理解してチームの一員として能動的に患者に関われる力であり、またチームビルディングであろう。在宅においては個々の患者ごとにチームが形成されるため、固定されたチームの中での教育でより地域においての多職種それぞれへの緩和ケア教育が重要なのではないか。特に在宅において介護職や介護支援専門員の働きは重要であり、これらの職種に対する緩和ケアやEnd of Life Careの教育はこれからの課題と考える。また、困難事例においては患者に関わる関連職種間のインテグレーションも重要となるが、この点については当学会では「在宅医療インテグレーター養成講座」で取り組んでいる。今後は在宅環境における多職種に向けての実践的な教育について、両学会だけでなく関連学会が協働して在宅緩和ケアの教育を進めていくことが望まれる。

【演者略歴】

略歴

1992年 横浜市立大学医学部 卒業
1992年 淀川キリスト教病院 研修医
1994年 淀川キリスト教病院 内科
1998年 淀川キリスト教病院 ホスピス科
2000年 日本赤十字社医療センター 緩和ケア科
2008年 株式会社東芝 東芝病院 緩和ケア科
2018年 国家公務員共済組合連合会 東京共済病院 緩和ケア内科
2020年 日本赤十字社東京都支部 大森赤十字病院

所属学会

日本内科学会、日本緩和医療学会、日本在宅医療連合学会、日本死の臨床研究会

利益相反：無

S4-4

医療過疎地域における在宅緩和ケア ～新潟県南魚沼市からの報告～

黒岩 巖志 クロイワ ガンジ
萌気園浦佐診療所

2022年の医師偏在指標で全国最下位の新潟県にある七つの二次医療圏の中で当院がある南魚沼市が属する魚沼二次医療圏は最も医師数(対人口)が少ない。また、中央社会保険医療協議会は2019年に当医療圏を全国335医療圏のうちの『医療資源の少ない地域41』に指定した。三市二町で構成される当医療圏の人口は約15万人。人口の割に面積は広大で、神奈川県より大きい。

私が当院で勤務し始めた直後の2015年に当地での大規模医療再編が行われた。3つの公立中規模病院(二つの県立病院と一つの市立病院)の規模を縮小し、圏域唯一の高度急性期病院(魚沼基幹病院)が新たに誕生した。その直後、以前は減多になかったがん終末期患者の訪問診療依頼が魚沼基幹病院から立て続けに二件入った。二人とも退院後病勢が急速に進行し在宅医療の介入は殆どできずに病院に戻り看取りとなった。この経験を機に、2016年から在宅緩和ケアの質を高めるべく多職種で勉強会や症例検討会を行う活動を始めた。また、2019年に『地域緩和ケア連携を育てる会』を立ち上げた。この会の目的は、病院側と在宅側の相互理解、円滑な在宅移行の推進、患者情報共有の効率化、地域在宅緩和ケア資源の把握、講演会などの啓発活動などである。これらの活動により地域緩和ケアの質はある程度向上したと自負している。一方で、この広い魚沼二次医療圏域に麻薬の持続注射を在宅で扱える在宅医は私一人しかいない、訪問看護師の高齢化・訪問看護人財不足によりがん終末期患者を受けられる訪問看護ステーションが乏しく病院からの訪問診療の依頼を断らざるを得ないことがある、などの課題もある。

当地での活動を報告することで、同じような環境に置かれている地域の在宅緩和ケアの質向上に少しでも貢献できれば幸いである。

【演者略歴】

【略歴】

1996年、札幌医科大学医学部卒業

1996年、札幌医科大学第4内科

1997年から北海道内の大学関連病院で消化器内科、血液内科、腫瘍内科に従事

2003年から東札幌病院で約3年間緩和ケア病棟に従事

2012年、新潟県立小出病院内科

2014年、萌気園浦佐診療所内科

2015年、萌気園浦佐診療所院長

2021年、医療法人社団萌気会理事長 現在に至る

【所属学会】

日本内科学会(認定内科医)、日本プライマリ・ケア連合学会(認定医)、日本在宅医療連合学会、日本緩和医療学会、NPO地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク

利益相反：無

S4-5

訪問看護の現場における緩和ケアの向上について考える

高橋 美佳子 タカハシ ミカコ

公益社団法人新潟県看護協会 訪問看護ステーションにいがた

約10年前までは、訪問看護の対象というとして、留置カテーテルが入っている、医療処置を必要としている、などの方が主流であった。わずかな期間で、在宅で最期を迎えたいと考える住民が増加、実際に在宅死亡率は微増ではあるが、国内全体でこの3年で約3%増加している。訪問看護従事者は、緩和ケアについての医療、薬学知識の習得、さらに間近に死を控えている、もしくは生命を脅かす疾患と向き合っている療養者とその家族へのケア、そして対話技術について考えざるを得ない日々を過ごしている。

訪問看護の対象は、在宅療養が可能である、という観点から安定している方が多く、現状の維持、安定を目標としての訪問看護マニュアルはある。しかし人にはそれぞれの生き方、価値観があり、治療や看護の標準化が言われているが、緩和ケア領域においては、マニュアル化は困難で、その人の緩和ケアについては日々、変化、更新されていると考える。在宅医療、介護、福祉サービスはチームで提供されていることが多い。療養者、家族の揺れ動きを受け止め、ケアについて日々変化、更新をチーム内で共有していくにはどのようにしたらよいか。以前は、訪問看護でモバイル端末を使用することについては、否定的考えを持つ者が多かった。新型コロナウイルス感染症対策の一環として、ICT化が予想より早く進行し、他職種チーム内のアセスメントをタイムリーに目にする機会が増えた。これが情報となり、日々更新されていく治療、ケアの根拠へとつながっている。また、最近の看護師による特定行為研修が、あたかも医師業務の一部を移譲するように言われている状況が少なからずあるが、看護師が行う特定行為は在宅でこそ発揮できる分野と考える。目前にある療養者に、我々が提供出来る、最善の状態を創造するとき、さらなるICT化の促進と、看護師の特定行為研修受講に関しての周知、地域での修了者の増加を願わずにはいられない。

【演者略歴】

看護師免許取得後、新潟県内の病院で、病棟、手術室勤務を経て、2006年から訪問看護業務に従事。2012年訪問看護認定看護師資格取得。20015年から現職。

利益相反：無

シンポジウム5 新潟県プログラム委員会企画

暮らしの中にある緩和ケア—現状と未来展望—

S5

【セッション概要】

平成28年の改定がん対策基本法から5年以上が経過し、がん患者が尊厳を保ちつつ安心して暮らす事のできる社会の構築が進んでいる。高齢社会や地域包括ケアシステムを背景に、緩和ケアの対象疾患や緩和ケア実践の場は拡大・多様化し、地域において緩和ケアを担う医療従事者の育成や病院と地域の連携、市民への啓発などが課題となっている。本セッションでは地域における緩和ケア人材の育成、啓発活動などの実際と未来展望を共有する。

(備忘録)

がん対策基本法

第十五条 国及び地方公共団体は、手術、放射線療法、化学療法、緩和ケア緩和ケア（がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう。）のうち医療として提供されるものその他のがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成を図るために必要な施策を講ずるものとする。

第十七条 国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること、がん患者の状況に応じた良質なリハビリテーションの提供が確保されるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活（これに係るその家族の生活を含む。以下この条において同じ。）の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

座長：柏木 夕香 カシワギ ユウカ

新潟県立がんセンター新潟病院 看護部

【座長略歴】

1997年 聖路加看護大学（現 聖路加国際大学）看護学部看護学科卒業
新潟県立松代病院勤務

1998年 新潟県立がんセンター新潟病院勤務

2002年 新潟県立看護大学/看護短期大学勤務（老年看護学講座）

2006年 聖路加看護大学（現 聖路加国際大学）博士前期（修士）過程修了
新潟県立がんセンター新潟病院勤務

2007年 がん看護専門看護師に認定
内科外来、がん相談支援センター、緩和ケアセンターに勤務

2023年- 同 緩和ケア病棟 看護師長

座長：本間 英之 ホンマ ヒデユキ

新潟県立がんセンター新潟病院 緩和ケア内科

【座長略歴】

新潟市北区（旧豊栄市）出身。

平成6年 自治医科大学医学部卒業。同年新潟大学医学部附属病院外科研修医。

平成8年 新潟大学医学部第一外科（現新潟大学大学院医歯学総合研究科・消化器・一般外科学分野）入局。以降、新潟県内の中小規模病院を中心に勤務。

平成19年4月より白根大通病院ホスピス医長勤務。千原明 氏（元聖隷三方原病院 聖隷ホスピス長）に師事。

平成22年4月より県立加茂病院緩和ケア科・総合診療科部長。

平成28年4月より現職。

所属学会 日本緩和医療学会・日本外科学会・日本消化器外科学会

資格 日本緩和医療学会緩和医療専門医

学会活動等 日本緩和医療学会代議員 日本緩和医療学会消化器症状ガイドライン改訂WPG長

S5-1

暮らしの場で「聴くこと」から始める緩和ケア -在宅療養における現状確認ツール
IMADOKOの活用-大井 裕子^{1,2,3} オオイ ユウコ¹ 小金井ファミリークリニック² 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック³ NPO 法人 くみサポ

緩和ケアは、これまでがんを対象に啓発されてきた歴史の中で、がん治療が難しくなってきたタイミングで提案されることが多く、患者の側にも「最期の医療」「死を待つ」というマイナスのイメージを持っている人も少なくない。しかしながら、緩和ケアはあるときを境に提供され始めるものではなく、もっと身近な暮らしの中にある、病気や障がいを持った人たちの生活のしづらさや苦しい気持ちを聴くことが緩和ケアの始まりである。

聴くことは医療介護専門職だけではなく、患者の家族や親しい友人でもその役割を担うことができる。聴くことができる人、さらには今後の療養について話し合うことができる人を増やすことが緩和ケアの理解につながり、この話し合いのプロセスこそがアドバンスケアプランニングである。

演者はこの話し合いに現状確認ツールIMADOKO（以下IMADOKO）を活用し、地域の多職種と共有している。IMADOKOは疾患の軌跡に食べる意欲の変化を重ねて示しており、いずれ活動や食べるのが難しくなる見通しの中で、生活の視点から現状を把握することができるツールである。患者と家族と一緒にIMADOKOを見て希望を話し合うと、その後の患者家族間、および患者家族と医療従事者間のコミュニケーションも良好であるという結果も得られている。一方、家族や親しい友人という立場では、ただ肯定的に聴くことが苦しむ人の助けになることを知ることで十分である。演者が主催している市民向けの講座、〈暮らしの中の看取り〉準備講座では、普段考える事を避けてしまいがちな死や看取りについて考える。小人数のグループワークでは、人生の最期にどう過ごしたいのかを考えて言葉にし、それを他のメンバーが評価することなく聴く。ここでの体験はただ聴くことに意味があることを知ってもらうきっかけになるとともに、将来家族や医療従事者に自分の希望を伝える際にも役立つと期待している。

【演者略歴】

1992年 広島大学医学部 卒業
 1992年 広島大学医学部附属病院 原爆放射能医科学研究所腫瘍外科
 1993年 広島市立安佐市民病院 外科
 1994年 広島三菱病院 外科
 1997年 広島大学医学部附属病院 原爆放射能医科学研究所腫瘍外科
 2000年 広島大学医学部 原爆放射能医科学研究所腫瘍外科大学院 卒業
 2000年 呉市安浦町国保診療所 所長
 2004年 聖ヨハネ会桜町病院 ホスピス
 2018年 聖ヨハネ会桜町病院 在宅診療部長
 2023年 小金井ファミリークリニック 在宅診療部

所属学会

日本緩和医療学会、日本在宅医療連合学会、日本がん治療学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会

利益相反：無

S5-2

がん患者の暮らす場の拡がり—病院と在宅と—

賢見 卓也^{1,2} ケンミ タクヤ

¹みる見る訪問看護ステーション

²NPO 法人がんと暮らしを考える会

がん医療で2000年代から議論されている2つの意見。「治療のやめどきが分かりづらい。」という病院側と「もっと早く在宅に帰せないだろうか。」という在宅側の意見である。その対策として治療医と在宅医の併診という方法が挙げられるが、それぞれの立場でメリット・デメリットがあるためケースバイケースではないだろうか。

では看護師はこの問題に何ができるのだろうか。近年、末期がん患者を自宅で看取ることができる訪問看護ステーションは珍しくない。ただ治療中のがん患者に関しては、その経験は限定的である。

治療中のがん患者に訪問看護が入る場合の多くは、PHN・人工肛門・胃ろう・カテーテルなど医療処置が必要なケースである。通院し薬物療法を継続している患者に訪問看護が導入されることはあまりない。

とは言え、ちぐはぐな点として体調が良いときに病院で治療し、副作用で体調が悪いときに自宅でひとり耐えていることである。体調が悪い自宅においてこそ訪問看護師が何か役割を果たせる余地があるだろう。しかも制度的には医療保険で訪問看護を行うことは可能である。

またPS3~4で揺れている薬物療法中の患者・家族は、白黒つかないこの状態で施設や緩和ケアなど次の手を打ちづらい。最近是这样いった体調の高齢がん患者について、地域包括支援センターが役割を発揮するケースが見られている。家族から「体調が悪くあまり食事を摂らない。」「横になってばかり。」などの相談をきっかけに相談員の情報収集が始まり、在宅医・訪問看護などが導入されることがある。

がんの終末期と違って訪問看護も地域包括支援センターも、治療中のがん患者に関する経験が少ない。前述の治療の病院と終末期の在宅という状況に、この2つの機関がグラデーションを持たせることができれば、緩和ケアや療養場所の選択において早めにかつマイルドにスタートできる可能性を感じている。

【演者略歴】

【略歴】1999年 兵庫県立看護大学卒業（現 兵庫県立大学看護学部）

1999年 東京女子医大病院 看護師

2007年 訪問看護パリアン 在宅ホスピス看護師

2008年 日本大学大学院グローバルビジネス研究科 経営学修士

2018年 コパン訪問看護ステーション 副管理者

2023年 みる見る訪問看護ステーション 所長

・NPO法人がんと暮らしを考える会 理事長

・埼玉県立大学大学院がんCNS科目 非常勤講師

【所属】

日本緩和医療学会、日本がん看護学会、日本サイコオンコロジー学会、日本看護管理学会

利益相反：無

S5-3

暮らしの場にある緩和ケア 病院で緩和ケアを担う医師の視点から

本間 英之 ホンマ ヒデユキ
新潟県立がんセンター新潟病院 緩和ケア内科

「退院するのが怖いわ…あんなに入院したくないって思っていたのにね。すっかりここ（緩和ケア病棟）に慣れちゃって…不思議だわね。」演者等が勤務する緩和ケア病棟の入院期間が60日を越えて、自宅への退院が決まった患者の一言である。

緩和ケアは、「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を向上させるアプローチ」だが、ケアの提供は生活する全ての場に及ぶべきである。しかし日本では、入院患者を対象に発展し、保険診療対象となったことから、緩和ケアは医療の一分野と認知されることが多い。

近年の新型コロナウイルス感染症の蔓延に伴い、入院患者への面会が制限されることが常態化している。苦しい時に家族と会えないことは、生きることの根幹に影響する。患者と家族の苦痛が増したとき、自宅に留まる場合と入院した場合のQOL低下の比較は、感染症流行以前に比べ厳しくなりがちである。

入院は日常から切り離された特異な経験であり、優れた設備と真摯なケアが提供されればされるほど、患者の「暮らし」は病院に順応していく可能性がある。この順応は、患者や家族だけでなく、医療者にも影響を及ぼし、病院での治療的側面に焦点を当てたケアが優先されることを演者等も経験している。結果として、決して軽視しているわけではないのだが、病院外の暮らしをあきらめること・あきらめさせることにつながる矛盾をはらんでいる。

今回の講演では、緩和ケアを担当する医師として、QOL向上につながる暮らしの場をどこに求めるべきか、病院での緩和ケアと「暮らし」に関する悩ましく、時に矛盾を含む問題について議論したい

【演者略歴】

新潟市北区（旧豊栄市）出身。1994年 自治医科大学医学部卒業。同年新潟大学医学部附属病院外科研修医。1996年 新潟大学医学部第一外科（現新潟大学大学院医歯学総合研究科・消化器・一般外科学分野）入局。以降医局人事に従い、新潟県内の中小規模病院を中心の勤務と転勤を繰り返す。2007年4月より白根大通病院ホスピス医長勤務。千原明元聖隷三方原病院 聖隷ホスピス長に師事。2010年4月より県立加茂病院緩和ケア科・総合診療科部長。2016年4月より現職

所属学会 日本緩和医療学会・日本外科学科・日本癌治療学会 ほか

利益相反：無

02169 / 90102

S5-4

薬剤師と緩和ケアと人材育成

今成 優 イマナリ マサル
やまと調剤薬局

「在宅緩和ケアの患者さんをそちらの薬局で受け入れてもらえますでしょうか？」

現状では「YES」と即答できる薬局は限られると思います。

【申請】【設備】【時間】など、要因は様々あります。

今回は【人材】の面から、当薬局の事例を踏まえてお話をさせていただきます。

薬剤師が在宅の場で「何をすればいいのか?」、また他職種から見て薬剤師は「何をしてくれるのか」、これらが少しでも明確になり、薬剤師が在宅医療に関わることで在宅医療の質が向上する、そんなきっかけになれば幸いです。

【演者略歴】

新潟県立高田高校 卒業

共立薬科大学 卒業

埼玉県～新潟県の薬局に勤務し、現在に至る

利益相反：無

シンポジウム6 日本在宅ケアアライアンス・連合学会合同企画

生きがいを支える在宅医療とは

S6

【セッション概要】

在宅医療とこれまでの医療との大きな相違点は、暮らしを支え、生きがいを支える視点を最重視することである。このシンポジウムにおいては、このために在宅医療の現場で留意すべき点について解説していただき、現状での課題、および今後の在り方について、それぞれの連携の在り方も含めて議論していただく予定である。

座長：蘆野 吉和 アシノ ヨシカズ

山形県庄内保健所

【座長略歴】

東北大学医学部卒業（1978）

福島労災病院外科部長（1985～2005）

十和田市立中央病院院長・事業管理者（2005～2013）

青森県立中央病院医療管理監（在宅医療担当）・緩和ケアセンター長（2013～2014）

社会医療法人北斗地域包括ケア推進センター長等（2014.12～2019.9）

鶴岡市立荘内病院 参与（2019.10～2020.3）

山形県庄内保健所 医療監（2020.4～）保健所長（2020.7～現職）

NPO法人日本ホスピス・在宅ケア研究会理事長（2016～現職）

一般社団法人日本在宅医療連合学会代表理事（会長）（2019.5～2021.4）

一般社団法人日本在宅ケアアライアンス 業務執行理事（2020～現職）

座長：平原 優美 ヒラハラ ユミ

公益財団法人 日本訪問看護財団

【座長略歴】

学歴

・1987年 島根県立総合看護学院保健学科卒業（現・島根県立大学）

・2011年 首都大学東京大学院（現・東京都立大学大学院）

博士前期在宅看護専門看護師コース修了し、2012年在宅看護専門看護師取得

・2018年 首都大学東京大学院 博士学（看護学）取得

職歴

・1987年 島根県立中央病院

・1990年 東京ふれあい医療生協 梶原診療所 訪問看護係

1998年 東京ふれあい医療生協 ふれあい訪問看護ステーション開設所長

・2006年 財団法人 日本訪問看護振興財団立 あすか山訪問看護ステーション所長

・2011年 公益財団法人 日本訪問看護財団 あすか山訪問看護ステーション統括所長

・2018年 事務局次長を兼務

・2022年 公益財団法人 日本訪問看護財団 常務理事

S6-1

在宅医療は生きがいを支えられるか？

上村 伯人 カミムラ ノリヒト
医療法人社団 上村医院

〈はじめに〉在宅で暮らし続けることが「生きがい」につながっている方もいると考えられるが、施設に暮らす方の生きがいはどうか？在宅と施設の双方で訪問診療を受けている方たちまたは介護者に①訪問診療、②生きがい、の2点について聞き取りをし考察してみた。

〈結果〉

【事例A】96歳女性 高血圧で通院。膝痛で歩行器歩行となり80歳時より訪問診療。①来てもらおうと負担少ない。薬剤師も看護師も来てくれ、リハビリも家で受けられ助かる。②夫の食事を作ってあげられまだ誰かの役に立てるのが嬉しい。

【事例B】81歳男性 69歳で歩行障害出現、進行性核上性麻痺の診断。寝たきりとなり75歳時より訪問診療。介護者の妻に聞き取り①通院困難、医師・看護師と24時間連絡ができ安心。②ナースコールも押せない夫を自分が介護でき幸せ。デイサービス利用時に好きな山菜採りに行けるので充分満足。

【事例C】90歳女性 65歳から糖尿病で通院。膝痛・腰痛でADL低下。84歳時、地域密着型特定施設に入所。①通院は大変だった。②家から出られなかったが、家事もしないで済むし、友人もでき古い友人も気兼ねなく訪ねてくれるので嬉しい。

〈考察〉平成25年内閣府調査では高齢者の約8割が生きがいを感じ、「趣味やスポーツに熱中している時」「家族や友人と食事・会話をしている時」に多く感じている。今回見えたことは、自宅の方が自由で社会・家族との交流・ふれあいが得やすい一方、家族との関係から施設の方が気兼ねせず気楽に交流できるという方もいた。『生きがいについて』の著者・神谷恵美子は「人間から生きがいを奪うほど残酷なことはなく、人間に生きがいを与えるほど大きな愛はない」と語っている。医療・介護の現場ではコロナ対策を厳にするために高齢者の生きがいを奪ってはいなかっただろうか？反省するとともに在宅であれ施設であれ、本人や家族の生きがいを支えるケアをしていきたいと思う。

【演者略歴】

【略歴】

1979年	東京慈恵会医科大学	卒業
	国立東京第二病院	研修・レジデント
1984年	駒沢病院	内科医長
1986年	小千谷総合病院	内科医長
1997年	上村医院	院長 現在に至る

【所属学会】

日本内科学会
日本糖尿病学会
日本在宅医療連合学会
日本プライマリケア連合学会
日本臨床スポーツ医学会
日本保健医療福祉連携教育学会

利益相反：無

S6-2

生きがいを支える在宅医療

新田 國夫 ニッタ クニオ
一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス

生きがいと自立

高齢者の自立は介護保険の中で議論されてきたような気がする。自立を基礎としての生きがいは多くの課題を残す。重度障害者の自立とは何かから学ぶ。障害の程度や種類により機能獲得や機能回復のリハビリテーションは有効であるが、重度障害者にとってその努力が報われないことが多い。その努力、エネルギーを別のことに使うことを決める。高齢者にとってフレイルから始まり介護保険法の中でも自立が問われている。改めて自立とは自分の人生に自分で責任を取る方法を知ることである。障害者の自立に関して、具体的に衣服の着脱に1時間を要するものがいれば、その人に介護人を派遣して10分で着脱を終わらせ、残りの50分をより人間的に有意義な時間を作る。他者の介護を受けながら、人としての尊厳と自由を手に入れる、その人らしく生きればそれが自立であるといわれている。自分のできないことをどう補えば生活できるのかが自立のテーマになる。この自立の考え方は自己決定権があり、他からも干渉されることなく、自分で自分のことを自由に決める権利を持つことであり、リスクを負う自由でもある。

高齢者は果たして自己決定しているのであろうか。リスクを負う自由を持ち人としての尊厳と自由を手に入れているのであろうか。リスクなしの自由はなく、生きがいもないであろう。

2022年日本在宅ケアアライアンスは日本在宅ケアサミット2022を開催した。テーマは（いのち、暮らし、生きがいを支える）とした。命を暮らしの中で考え生きがいを基本として在宅を支えることが基本構想であった。今年の日在宅ケアサミット2023は（本当になんか思っていますか、願い、望み）である。今超高齢者の施設入所が増えている。それは自己決定によるものであろうか。リスクを持つ自由を自分で選択し、本当に思い、願い、望みをかなえているか。今超高齢社会を迎えて高齢者の自立が岐路に立っている。

【演者略歴】

1967 早稲田大学第一商学部卒業
1979 帝京大学医学部卒業
帝京大学病院第一外科・救急救命センターなどを経て
1990 東京都国立市に新田クリニック開設 在宅医療を開始
1992 医療法人社団つくし会設立 理事長に就任し現在に至る

公職等

一般社団法人日本在宅ケアアライアンス理事長、一般社団法人全国在宅療養支援医協会会長、日本臨床倫理学会理事長

利益相反：無

S6-3

生きがいを支える訪問看護

高砂 裕子 タカスナ ヒロコ
一般社団法人 全国訪問看護事業協会

在宅医療は、利用者の住まいで提供される。そのため、利用者がその地域でどのように生活し、家族などと暮らしてきた文化は、さまざまである。その文化を多職種連携で支えるため、提供されるサービスも多様になる。

訪問看護では、利用者の心身の状況や生活の場の状況を十分に理解し、利用者の役割をどのような心身の状況になろうとも尊重することができる。訪問看護の対象者は、医療依存度の高い利用者が中心ではあるが、疾病を対象とすることなく、利用者の地域や家庭での役割を尊重することにより、生きがいを支えることとなると考える。訪問看護での生きがいを支えるケアは、ACPの普及によりさらに拡大している。訪問看護での何気ない会話から利用者やご家族が大切にしてきたことや気がかりにしていることを支援チームで共有し、協働意思決定のプロセスになる。

在宅の現場は、独居の方や高齢者世帯など介護力の脆弱な方々が増加している。どのような環境であっても、生きがいを支える支援では、多職種の連携がさらに必要になっている。

今回の大会には、多職種が集い意見交換できる場である。生きがいを支える支援におけるさまざまな職種の文化や役割を共通理解し、多職種連携がさらに促進される場になることを期待する。日々の活動の中で、なぜだろう、どうしたら良いのだろうと考えていることがあれば、この場でその内容を解決する一助となることを期待する。

【演者略歴】

1982年 京都第一赤十字看護専門学校卒業
2006年 愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻
 地域・老人看護学修士課程 卒業
1995年 南区医師会訪問看護ステーション 管理者
2009年 全国訪問看護事業協会 理事
2014年 全国訪問看護事業協会 常務理事
2020年 全国訪問看護事業協会 副会長 現在に至る

利益相反：無

シンポジウム7 褥瘡ワーキンググループ企画

特養および老健での看取りを進める

S7

【セッション概要】

高齢者施設における看取りについては、しっかり取り組んでいる地域がある一方で、看取りを行わず最後は病院に送ることが常態化している地域もまだ多い。しかし、今回の今後の地域医療体制、および地域医療介護連携の在り方として、高齢者施設での看取りを進めていく必要性が高まっている。今回のシンポジウムにおいては、特に高齢者を多くかかえる特老および老健に焦点をあて、実際に看取りを進めている施設での取り組みについて発表していただき、現状での問題点および課題について検討していただきたい。

座長：蘆野 吉和 アシノ ヨシカズ

山形県庄内保健所

【座長略歴】

東北大学医学部卒業（1978）

福島労災病院外科部長（1985～2005）

十和田市立中央病院院長・事業管理者（2005～2013）

青森県立中央病院医療管理監（在宅医療担当）・緩和ケアセンター長（2013～2014）

社会医療法人北斗地域包括ケア推進センター長等（2014.12～2019.9）

鶴岡市立荘内病院 参与（2019.10～2020.3）

山形県庄内保健所 医療監（2020.4～）保健所長（2020.7～現職）

NPO法人日本ホスピス・在宅ケア研究会理事長（2016～現職）

一般社団法人日本在宅医療連合学会代表理事（会長）（2019.5～2021.4）

一般社団法人日本在宅ケアアライアンス 業務執行理事（2020～現職）

座長：蒲澤 千昌 カバサワ チアキ

こばりファミリークリニック

【座長略歴】

2000.3東京女子医科大学医学部卒業

2001.4東京女子医科大学 神経内科入局

2003.4公立昭和病院 神経内科勤務

2005.4東京女子医科大学 神経内科

2011.10 こばりファミリークリニック勤務

S7-1

住み慣れた地域（暮らしの場）で最期まで暮らし続ける

吉井 靖子 ヨシイ ヤスコ

社会福祉法人 長岡福祉協会 高齢者総合ケアセンターこぶし園

高齢者の看取りは、人生の最終支援である。2042年まで増え続ける高齢人口に伴い、亡くなる方も多く多死社会をむかえ看取りは重要な課題と言われている。また看取りの場所は従来多くは病院であったが、最近では在宅医療の進歩もある為か、ご自宅や施設等の暮らしの場での看取りに移りつつある。その暮らしの場の1つである当施設の状況について報告したい。当施設は1982年に100名定員の大規模集約型の特別養護老人ホームを開設し、当初より在宅サービスの拡充と共に施設ケアの充実に努めて来た。望む利用者についてはすでに施設内で看取りを実施していたが、それを可能とした要因の1つに、24時間医師が常駐している医療機関を併設している環境にあった事が大きな安心の中での看取りの実践であったと考える。その後、2006年に郊外型のこの特養施設の利用者を元々暮らしていた自宅に近い地域へと移り住んでもらう、地域生活支援に転換する取り組みを行った。この年は介護保険の改正もあり、施設利用者の食費と居住費の自己負担が変わる年であった。当然住宅の質が求められる為、転換先の居室環境の向上に努めた。具体的には、個室面積の拡大や居室毎に玄関やミニキッチンの設置、地域交流スペース、キッズルーム等、要は地域の中での暮らしの場の提供である。この事によりご家族の面会頻度や滞在時間の変化、何より友人の面会や風景の懐かしさに利用者自身のやすらぎとなったことである。この暮らしの場で地域の在宅医と連携（嘱託医契約）し、日々の暮らしの延長線上での看取りの実践に努めている。年々施設での看取りも増えている傾向にあり、以前と比べ待機期間や滞在期間も短くなっている。又、要介護度3以上の入所基準や認知症の増加等、高齢者自身がどの様な最期をむかえたいのか意思決定支援の重要性をより強く感ずるものである。今後尊厳ある看取りを実践していく上では、意思決定支援は大きな課題ではないだろうか。

【演者略歴】

1976年看護師資格取得後、新潟県内の病院に勤務し内科、整形外科、脳神経外科病棟を経て、1983年特別養護老人ホームこぶし園に勤務し現在に至る。1997年こぶし訪問看護ステーションを設立し全体管理と共に介護支援専門員として居宅介護事業所を兼務する。2001年看護部長、2004年業務・看護部長として高齢者総合ケアセンターこぶし園の業務全体を管理する。2015年3月より同センターの総合施設長。平成31年4月より当園の名誉園長・顧問となる。

現在の役職等

- ・ 日本看護協会職能委員会 委員
- ・ 災害福祉広域支援ネットワーク・サンダーバード 代表
- ・ 新潟県災害福祉広域支援ネットワーク協議会 幹事
- ・ 新潟県小規模多機能型介護事業者協議会 委員
- ・ 長岡市地域包括ケア推進協議会 委員
- ・ 長岡崇徳大学客員教授
- ・ 北里大学保健衛生専門学院 非常勤教員
- ・ 長岡赤十字看護専門学校 非常勤講師
- ・ 上越看護専門学校 非常勤講師

等

利益相反：無

S7-2

2つの特別養護老人ホームでの看取りの報告

安西 宣恵^{1,2} アンザイ ノブエ
西岡 修² ニシオカ オサム
齋藤 修³ サイトウ オサム

¹ 東京白十字病院 内科

² 特別養護老人ホーム白十字ホーム

³ 特別養護老人ホーム第二万寿園

【はじめに】2018年の診療、介護報酬改定により外部医療機関からの訪問診療による看取りが行いやすくなった。そのような背景のもと在宅支援病院である当院から2つの異なる特別養護老人ホームの看取りを行った結果を報告する。

【活動】Hホームは当院敷地内に併設された特別養護老人ホームであり、以前から看取りに取り組んでいたが、2019年に当院が在宅支援病院になったことから看取りの方法は変わらないものの、病院からの訪問診療として看取りを行っている。Hホームでは看取り期間中ほぼ全例に点滴や、酸素投与を行っている。一方、Dホームは2019年から当院の訪問診療で看取りを行っており、点滴や酸素投与は行っていない。看取り期間はHホーム2020年45日、2021年27日、2022年42日であり、3年で95名、平均38日であった。Dホームは2020年56日、2021年42日、2023年32日、3年で55名、平均40日であった。Dホームで入院治療が終了し嚥下障害で食事が取れず施設での看取りを前提に退院した人の看取り期間は20名、13日であった。なお、Dホームで点滴、酸素投与を希望する場合は、療養型病院や、自宅での看取りとなっている。

【考察】看取り期間における医療行為は各施設で違いがあるが、今回点滴、酸素投与の有無で看取り期間に差が出ず、ほぼ1ヶ月であった。ただし、ほとんど経口摂取をしなかった場合は約2週間弱と短かった。点滴や酸素投与は終末期において短期間であれば効果はあるが、最終的には看取り期間に差が出なかったことから、必ずしも点滴や酸素投与が必要というわけではないと考えられ、特別養護老人ホームでの看取りも取り組みやすくなると考えられた。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

S7-3

特養と連携して作り上げた看取り文化

細田 亮 ホソダ トオル
はもれびクリニック

【はじめに】 看取りに対応している特別養護老人ホームであっても、はじめから看取りに特化するのには難しい。嘱託医になってからの8年間、コツコツと施設職員と共に症例を重ね、今では看取りを施設の特徴と言えるようになった。その取り組みを報告する。

【活動】 当院では2015年より140床の特別養護老人ホーム（2021年に100床から40床増床）の嘱託医を務めている。8年間に当院で看取った施設の看取り数は120以上であり、中にはショートステイでの看取りも含まれる。嘱託医になってまず知ったことは、本人や家族が望んでいなくても病院に搬送せざるを得ないケースがあることや、最後まで診られないことに寂しさを覚えている介護員たちの本音だった。そこから工夫して取り組んだことは、①施設看護師からの24時間電話対応、②相談員との看取り指針共有と看取り同意書の作成、③必要に応じての入居者家族へのIC、④施設で実施する点滴のルール作りなどであり、着実に看取り症例を積み重ねていった。その結果、職員も少しずつ看取りに対する不安は薄れたのか、介護員たちが積極的に看取りケアプランを立てるなど、職員の中に看取り文化が根付いていくのを感じた。逆に当院が在宅で診ていた患者を緊急ショートステイや入居で積極的に受け入れ、そのまま看取りまでに至るケースが増えているのが現状である。さらには元々施設職員が取り組んでいた、入居者の人生史DVD作成、お別れ会など、グリーフケアの一環として当院が新たに学ばせていただく内容も出てきている。

【考察】 医療介護連携をうまく実現することで、相乗効果により在宅支援診療所と特養それぞれの、地域に対する看取り機能が高まっているのを実感している。特にショートステイを使った看取りは、無床の在宅支援診療所にとって、在宅や連携病院と並ぶ第3の看取り場所になり得るものであり、社会資源利用の観点からも有用であると考えられる。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

S7-4

最期まで安心して過ごせる特養を目指して

引野 雅子 ^{1,2}	ヒキノ マサコ
岩崎 泰士 ¹	イワサキ タイジ
宮田 美輝子 ¹	ミヤタ ミキコ
古谷 祐樹 ²	フルヤ ユウキ
鈴木 利枝 ²	スズキ リエ
藤原 聖子 ²	フジワラ セイコ
熊本 さとみ ²	クマモト サトミ
北村 美恵 ³	キタムラ ミエ
吉野 祐子 ³	ヨシノ ユウコ
松井 新吾 ³	マツイ シンゴ

¹ 医療法人ほくれあ会ひきのクリニック

² 社会福祉法人茅徳会 特別養護老人ホームつるみね

³ 松井歯科医院

【目的】特養での看取りは全国的に進んでおり、看取り率の平均は47.1%と報告されている。特養つるみでは、以前より積極的にターミナルケアに取り組んでおり、看取りの現状を把握し、さらに改善すべき課題を見出すため調査してみた。【方法】2018年3月から2022年12月までに施設を退所した140人の配置医師診療録および施設記録から、転帰、死因、看取り介護加算算定期間などを後ろ向きに調査した。【結果】140名中施設で看取ったのは121名（86.7%）、そのうち看取り介護加算を算定したのは86名（61.4%）、急変35名（25%）であった。看取り介護加算を算定した86名の死因は、老衰64名、心腎不全11名、その他11名、看取り介護加算算定期間の平均15.6日であった。【考察】当施設では、大半の入所者が一般的な終末期の経過をたどり、予後が週単位と予測された段階で家族と相談、同意の上施設で看取っていることがわかった。その要因として、定期的な歯科医師の口腔・摂食機能評価で各入所者の摂食状況を常に把握できていること、老衰の診断も医科歯科の両視点から可逆的な問題がないかを検討した上で判断し、家族に説明できていることがあげられる。また日頃から勉強会などを行い、看取りを日常ケアの一環として捉え取り組むことができていること、看護師が介護士を24時間サポート、さらに配置医師が看護師とほぼ毎日連絡を取りバックアップしていること、必要性や希望に応じて可能な医療処置は行うこと（COVID19罹患19名中18名を施設でケア）、入所時に看取りに関する意向を確認できていることなども、急変を含めた施設での看取り率の維持につながっていると考えられる。課題としては、急変看取りが予想以上に多い、日常的に医療行為が多くなってしまふ、などがあげられ、今後も医療介護で協働しながら最期まで安心して過ごせる特養を目指していきたい。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

S7-5

特別養護老人ホーム（特養）の嘱託医として施設での看取りを増やすための工夫

澁谷 泰介 シブヤ タイスケ
松木 佑介 マツキ ユウスケ
立野 慶 タテノ ケイ
澁谷 佐季 シブヤ サキ
黒澤 愛実 クロサワ マナミ
医療法人社団ユニメディコ

【はじめに】

これまで最期を迎える場所としては病院か在宅が中心であったが、高齢者増加と家族での介護が難しいなどといった社会的背景から介護施設で最期を迎える事が見直されている。今回、在宅医が特養の嘱託医という立場となり施設での看取りを増やすための工夫について報告する。

【活動】

当法人ではこれまで4施設の特養の管理をしており、4施設合計で2020年72件、2021年77件、2022年65件の看取りを行ってきた。2022年に新規2施設の特養と嘱託医契約を結び管理を開始した。1施設は嘱託医変更（施設A）、もう1施設は新規開設施設（施設B）であった。新規の各施設とは事前に施設長・看護師・ケアマネージャーと入念に打ち合わせを行い、訪問診療クリニックへの要望を確認した。2施設ともに急変時対応については入居時に本人ないし家族の意向を書面で残すようにし、状態悪化時には繰り返しACPを行い共有することとした。結果、施設Aでは8件（80%）/5ヶ月、施設Bでは8件（89%）/3ヶ月の看取りを行うことができた。

【考察】

介護施設に常駐している医師は少なく、入居者が急変した際には医師に連絡が入るため24時間対応できることが求められる。在宅医のいるクリニックでは24時間対応をしている事が多いため特養の嘱託医として相性はいい。特に、終末期の患者では服薬・点滴調整や処置など、看護師が医師に指示を仰ぐことになり、対応ができない場合には看取りに至らず搬送となるケースが多い。また、施設スタッフ達と看取りに向かうプロセスについて共有することで不要な搬送を未然に防ぐことができる。今回新規契約の特養で行った取り組みは、すでに管理している施設とも改めて確認することが大切だろう。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

シンポジウム8 褥瘡ワーキンググループ企画

わけあり在宅褥瘡検討

S8

【セッション概要】

褥瘡は持続的な圧迫が原因で起こる創傷であるが、実は横方向の力である「ずれ」や「低栄養」も大きく影響している。「圧迫」や「ずれ」は座位姿勢や、ベッドの背上げ、移動・移乗法などが不適切な場合に見られる。低栄養も摂食嚥下障害だけでなく、食事姿勢や、食形態、周りの雑音、食器の色、経済状況、孤食や認知の問題など、対策の難しいものばかりである。

圧迫やずれを意識した処置法や対応については医師と看護師から、シーティングや移動法については福祉用具プランナーから、管理栄養士から栄養改善法について解説の後、わけあり在宅褥瘡症例について、多方面から意見交換を行う。

座長：栗原 健 クリハラ タケシ

埼玉医科大学病院

【座長略歴】

(略歴)

2008年 鳥取大学卒業

2010年 埼玉医科大学形成外科 入局

同大学病院形成外科 助教

2011年 同大学国際医療センター形成外科 助教

2013年 同大学病院形成外科 助教

- ・日本形成外科学会専門医 / 領域指導医
- ・創傷外科学会専門医
- ・日本形成外科学会再建マイクロサージャリー分野指導医
- ・日本形成外科学会レーザー分野指導医

座長：古野 佐由里 フルノ サユリ

スベアポケット株式会社

【座長略歴】

2009年7月 皮膚・排泄ケア認定看護師 資格取得

健和会大手町病院 皮膚・排泄ケア認定看護師として勤務

2015年10月 ストマート株式会社 入社

2018年 7月 スベアポケット株式会社 入社

現在に至る

S8-1**難治性褥瘡への多角的アプローチ**

栗原 健 クリハラ タケシ
埼玉医科大学病院 形成外科

政府、厚生労働省は、疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるようにと、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制として、在宅包括ケアシステムの構築を推進してきたが、その目処とされる2025年は目前に迫ってきている。

在宅と一口に言っても、個々の患者が置かれている環境や立場、併存疾患、経済的な事情、年齢などまちまちである。その人に合った、治療法や予防法を構築する必要がある、それが褥瘡の治療を難しくしている。患者の家族関係や環境、全身状態を把握した上で、環境整備、治療法や予防法の策定、それを実現するマンパワーの確保、栄養指導や投薬の調整、リハビリテーションなどなど、すべてに滞りなく一人が対応することは不可能に近い。必然的に、多職種からの効果的な発案が、そこには必要となり、その連携こそがその人に合った治療や予防の完成度を高めると言っている。脊髄損傷患者など若年の褥瘡では、その点において、寝たきりの高齢者の褥瘡以上に難しいと感じている。自己体動可能な若年者では、日常生活強度が高いため、創部への負荷が多様で、それぞれに合わせた予防コーディネーターが必要な上、外科的な治療介入が必要になった際も、中長期的な再発予防の観点から、治療方法を選択する必要性が生じる。その意味で、単に治すだけでは不十分で、治療前に発生原因を十分吟味した上、予防するための方策を予見した上で治療に当たらなければ、場渡り的な治療にしかない。

日々そのようなこと留意しながら、治療にあたっているわけではあるが、それでも再発が予防できないもしくは、治療に難渋する症例を経験する。そのような症例を中心に、多職種がそれぞれの立場から、知見を生かした意見を交わし、打開策を探る機会にできればと考えている。

【演者略歴】

2008年 鳥取大学卒業
2010年 埼玉医科大学形成外科 入局/同大学病院形成外科 助教
2011年 同大学国際医療センター形成外科 助教
2013年 同大学病院形成外科 助教 現在に至る

利益相反：無

S8-2

在宅褥瘡の難治性に対する訪問看護の取り組み

清野 美砂 キヨノ ミサ

けやき通り訪問看護ステーション

終末期ケアを必要とする方や高齢者は、病状の進行による生体予備力や皮膚の生理機能の低下、身体変化、療養環境により褥瘡発生リスクが高くなる。在宅介護では、介護を受ける療養者は家族介護者への遠慮があり、自身の介護に対する要望を口に出しにくく、家族介護者は、心身の疲労や経済的困難、介護のサポートの不足の問題を抱えている。在宅では、脆弱な介護支援体制や療養者や家族の褥瘡ケアの知識や技術、ケアへの意向が複合的に影響して褥瘡が発生する。在宅療養者にとって褥瘡の発生は、苦痛を伴う上に療養生活が制限され、その人が住み慣れた家で実現したい自己像を失わせ、家族は介護の重度化に疲弊する。介護保険により体圧分散寝具の使用率は向上しているが、在宅褥瘡保有者の一定数が体圧分散寝具を未使用である。症状や身体状態が変化した時には、身体状態に合った体圧分散寝具や褥瘡ケアに必要な用具の使用が必要となり、寝具や褥瘡ケア用具の評価や個別性に合わせた在宅褥瘡ケアには、多職種連携を基盤とした包括的な褥瘡ケアが必要になる。関わる多職種は、療養者や家族がこれまでの経験や価値観から在宅療養生活を送っていることを理解し、療養者が大事にしている今を生きていくことを支えることを共通の目的とし、療養者と家族が、褥瘡を予防できる生活の再構築を目標にすることが必要となる。今回、介護支援体制が脆弱な高齢者に発生した褥瘡に対して、体圧分散寝具の導入が遅延し、ケアに難渋した症例への訪問看護師の取り組みを紹介する。

【演者略歴】

1992年～1998年 国立国際医療センター勤務

1999年 社会福祉法人 信愛報恩会 信愛訪問看護ステーション入職

2012年 一般社団法人 清風の会 けやき通り訪問看護ステーション 開設

皮膚・排泄ケア認定看護師、介護支援専門員、リンパ浮腫療法士、呼吸療法認定士

利益相反：無

S8-3

褥瘡を含む二次障害の予防に取り組むためのノーリフティングケア実践

栗原 俊介 クリハラ シュンスケ
アップライド株式会社 トランスファーサポートチーム

職員の腰痛予防対策として抱えあげない介護-ノーリフティングケア-が着目されてきている。主に施設で導入が進んでいるが、在宅環境においてはまだまだ認知が進んでいない現状である。数年普及・導入に関わっている経験からむしろ在宅ケアの環境でこそノーリフティングケアが重要だと考えている。その理由は介助者の腰痛予防だけに留まらず、利用者（患者）の重度化予防にも大きく寄与するからである。

「抱えあげない」に取り組む効果は利用者側は身体にかかる身体的な負担や精神的な負担が軽減されるため、結果として腰痛を含んだ職業病・労災の予防へと繋がる。この効果に加え、利用者側の効果は「抱えあげられる」ことによる痛みや恐怖の軽減へと繋がる。これらが発生する要因や引きずられたり、身体を無理に支えられることによる食い込みである。人の手のほうが優しいから福祉用具を使わない、という考えを変えなければならない。

よく「30キロの利用者は軽いから（まだ）持ち上げることができるため福祉用具は必要ない」という意見を頂戴する。しかし、同じ人へ「30キロのお米は重いか？」という質問を投げかけるとほぼ「重い」という返答が返ってくる。また続けて、「人力で30キロのお米をぶつけず、破かずに運べるか？」という質問をすると「無理だ」という返答が返ってくる。そこで「人力で30キロの利用者をぶつけず、（皮膚を）破かずに運べるか？」という質問をするとほぼ「できる」という返答に変わる。この矛盾のツケが利用者の二次障害として現れているのである。人の身体は大きく、重いため人の力だけで動かすことは双方ともに無理が生じてしまうため、福祉用具の活用するノーリフティングケアが求められているのである。

今回は特に褥瘡予防に着目し、関わる福祉用具をどのように活用するべきかについて意見を交わせる機会にできればと考えている。

【演者略歴】

2006年 東京福祉大学 卒業
2006年 日本化薬メディカルケア株式会社 入社
2018年 アップライド株式会社 入社

利益相反：有

S8-4

褥瘡予防の在宅栄養アセスメントと栄養食事支援

川口 美喜子 カワグチ ミキコ
大妻女子大学 家政学部 食物学科

褥瘡発症と悪化の予防は、介護者と多職種が褥瘡の発症リスクである持続的な圧迫、栄養障害、介護によるずれや摩擦などの関与を理解し、患者の状態を把握することが重要と考える。慢性疾患によるベッド上寝たきりあるいは車椅子レベルの患者で、摂食嚥下障害を合併した場合は経腸栄養となり、疾患による全身状態の重症化予防と感染や褥瘡を合併したときは長期間の栄養管理が不可欠である。全介助レベルに近い患者ではエネルギー消費が減少にあると推測され、在宅訪問栄養患者の個々の症例によっては必要エネルギー量を1000kcal以下に設定されることも多くある。ベッド上寝たきりで「食事摂取基準2020」に示されるエネルギー量よりも少ない経腸栄養量で長期に療養する患者では、経腸栄養剤の組成の影響で微量元素の低下が高頻度に認められることを報告した。在宅において、全介助レベルに近い患者では介護者の介護負担、経済性と多職種の栄養剤に関する判断によって、医薬品扱いの経腸栄養剤を単一で長期に使用している場合がある。医薬品扱いの経腸栄養剤の多くは、「食事摂取基準2020」に示される微量栄養素を充実のためには、1200～1600kcal程度の摂取が必要となる。特に、必要エネルギー量を1000kcal以下に設定した患者で拘縮や尖足のために上肢と足部に褥瘡の発症リスクが高い患者においては種々の微量元素が必要であるが、栄養投与方法においては感染や褥瘡などに必要である亜鉛や銅などが低下する場合がある。褥瘡発症リスクのある患者の予防と褥瘡患者には、経腸栄養剤（医薬品）による長期栄養の場合は何らかの補助食品による利用補給が必要となる。患者と介護者の栄養摂取状況、病態と生活環境や介護負担などを的確に栄養アセスメントし、多職種協働で褥瘡を発症させないために適切で実践可能な栄養食事法を個別に提案していくことが重要と考える。症例から褥瘡予防の適切な栄養アセスメントについて考えたい。

【演者略歴】

【略歴】

1981年 大妻女子大学家政学部食物学科管理栄養士専攻卒業 管理栄養士取得
1981年 東京都済生会中央病院 入社
1984年 島根医科大学研究生
1993年 島根医科大学研究生（第一内科）終了 博士（医学）学位取得
1996年 島根大学医学部附属病院第一内科文部教官
2004年 島根大学医学部附属病院 栄養管理室 室長に就任
2007年 特殊診療施設 臨床栄養部 副部長に配置転換
2012年 栄養治療室 室長に配置転換
2013年 大妻女子大学 家政学部食物学科 教授
島根大学医学部 臨床教授、特別協力研究員
2014年 お茶の水女子講師（非常勤）
2015年 東京農工大学講師（非常勤）
2020年 東京歯科大学講師（非常勤）

現在に至る

【所属学会】

日本在宅医療連合学会 日本栄養改善学会 日本病態栄養学会 日本臨床栄養代謝学会 日本在宅栄養管理学会 日本緩和医療学会 日本糖尿病学会 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 日本スポーツ栄養学会 日本歯科医療管理学会

利益相反：無

S8-5

外来から始まる認知症ケア、褥瘡治療

鈴木 央 スズキ ヒロシ
鈴木内科医院

81歳女性の巨大褥瘡を経験した。認知症のため自発性が低下しており、椅子に座ったまま全く動こうとしない行動がよく見られていた。数日前からソファーに座ったまま、ベッドに横になるように家族が促しても移動しようとしなかったとのことであった。薦骨部～座骨部にかけて直径30cm大の深い褥瘡が出現し、褥瘡ケアを開始した。最大の問題はケアへの抵抗であった。訪問看護師が創部のケアを行おうとしても強く抵抗し、手をつねる、かみつくなどの行動が常に見られた。在宅主治医（外来時から長く担当）のみ、診察時に笑顔を見せると笑顔を返し、処置に抵抗しなかった。やがて、訪問看護師やケアマネジャーも同様の試みを行うことで徐々に拒否は減少し、約4ヶ月で褥瘡は治癒した。本ケースでは褥瘡発症以前より、高血圧、糖尿病、骨粗鬆症にて主治医の外来に通院していた。さまざまな事情を聞き出し、信頼関係が築けていた。さらに78歳頃から物忘れ症状が出現していたが、本人は認知症を認めることを頑なに拒否し、取り繕いや虚言を繰り返し、しばしば激高していた。投薬治療が始まった時のHDSRは1点であった。それでも信頼関係は継続し、在宅医療に移行しても、コミュニケーションが困難となっても、笑顔と信頼関係は残存したと考えられた。

認知症治療を開始することは本人の拒否によって遅延した。しかし、その本人の意向を尊重し寄り添う姿勢が、その後のケアに大きく影響したと考えられた。

【演者略歴】

【略歴】

1987年 昭和大学医学部卒

1999年 鈴木内科医院 副院長

2015年 鈴木内科医院 院長 現在に至る

【所属学会】

日本在宅医療連合学会 日本プライマリ・ケア連合学会 日本褥瘡学会

日本老年医学会 日本老年歯科医学会 日本緩和医療学会 日本緩和医療薬学会

利益相反：無

シンポジウム9 COVID-19 ワーキンググループ企画

COVID-19 は地域医療連携および医療介護連携を進めたのか

S9

【セッション概要】

COVID-19パンデミックへの対応の良し悪しは、それまでの地域連携（医療介護行政等の連携）の状況が重要な要因であったものと思われるが、その一方で、その対応の過程で地域連携が進んだ地域もあるものと思われる。このシンポジウムでは、それぞれの地域での対応をふり返り、感染症パンデミックにおける連携の課題、課題解決のために今後取り組むべきことについて検討する。

座長：蘆野 吉和 アシノ ヨシカズ

山形県庄内保健所

【座長略歴】

東北大学医学部卒業（1978）

福島労災病院外科部長（1985～2005）

十和田市立中央病院院長・事業管理者（2005～2013）

青森県立中央病院医療管理監（在宅医療担当）・緩和ケアセンター長（2013～2014）

社会医療法人北斗地域包括ケア推進センター長等（2014.12～2019.9）

鶴岡市立荘内病院 参与（2019.10～2020.3）

山形県庄内保健所 医療監（2020.4～）保健所長（2020.7～現職）

NPO法人日本ホスピス・在宅ケア研究会理事長（2016～現職）

一般社団法人日本在宅医療連合学会代表理事（会長）（2019.5～2021.4）

一般社団法人日本在宅ケアアライアンス 業務執行理事（2020～現職）

座長：新屋 洋平 シンヤ ヨウヘイ

医療法人以和貴会西崎病院

【座長略歴】

2005年自治医科大学医学部医学科卒業、沖縄県立中部病院で初期研修及びプライマリ・ケア後期研修を受け、2008年から2012年まで小規模離島のひとり医師として沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属阿嘉診療所に勤務。その後は県立中部病院および総合病院にて在宅医療及び緩和ケアに従事してきた。2020年からは新型コロナウイルス感染症対策・診療、地区医師会事業にも携わる。2021年12月より西崎病院総合診療科勤務。

2022年3月一般社団法人OHS設立し現職。

日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医・指導医

在宅医療連合学会認定専門医・指導医

沖縄県医師会 在宅医療・介護連携統括アドバイザー

沖縄県医師会 医療機能分化検討会議作業部会長

沖縄県医師会 新型コロナウイルス感染症対策本部委員

S9-1

新潟におけるCOVID-19に対する医療連携はいかに対応できたか？地域の医療介護連携の変化も含めて

阿部 行宏 アベ ミチヒロ
山の下クリニック

COVID-19感染拡大に伴い全国で医療連携・医療介護連携の在り方が問われてきた。新潟県においても同様であり、医療連携としては入院対応と自宅療養、宿泊療養の対応が求められていた。

新潟県はワクチン接種も積極的に行い、医療提供体制も「オール新潟」で対応することによって死亡者数の少なさは全国1位であり陽性者の少なさも全国2位、自宅療養中の死亡者数は0人となっていた（令和5年2月28日時点）。新潟における医療連携の対応の報告をしたい。

医療介護連携においては、もともと新潟市は各区において医療介護連携が草の根的に展開されてきていた。市内に21団体があり地域における顔の見える関係の基盤を形成している。また、新潟市在宅医療介護連携推進センターは新潟市と協力し、新潟市各区に在宅医療介護連携ステーションを制定しそのステーションは市内におけるネットワーク形成の中心となってきた診療所、病院に依頼している。

それぞれのネットワークおよびステーションにおいて精力的に講演会などが開催されてきたが、COVID-19感染拡大に伴い開催形式、開催内容、開催数などの変遷が認められた。

その変化をもとに連携が進んだのか検討したい。

【演者略歴】

【略歴】

1999年 昭和大学医学部卒業
1999年 新潟市民病院初期研修医
2001年 新潟市民病院後期研修医（消化器内科専攻）
2004年 太田西の内病院消化器内科
2007年 南大沢メディカルプラザ 消化器内科
2010年 阿部胃腸科内科医院 院長
2013年 山の下地域包括ケアネット 代表
2015年 新潟東区摂食嚥下サポートメンバー 会長
2020年 新潟市医師会理事
2021年 山ノ下クリニック 院長
2022年 新潟市在宅医療・介護連携センター 副センター長
新潟市医師会在宅医療連携センター 副センター長
新潟市医師会 新潟次世代医療科学研究協議会 統括局副局長

【所属学会】

日本内科学会
日本消化器病学会
日本消化器内視鏡学会

利益相反：無

S9-2

COVID-19は未来に在宅医療、地域医療連携および医療介護連携が不可欠なことを示した

大友 宣 オオトモ セン
医療法人財団老蘇会 静明館診療所

2018年北海道でのブラックアウトで予兆はあった。COVID-19流行前は在宅医と保健所の関係性はほぼなかったと言って良い。かろうじてブラックアウトの直後には災害のために地域医療や医療介護が連携しなければならないという認識が芽生えかけたが、地震やブラックアウトはすぐに終わってしまい、泡のように消えた。2020年COVID-19流行が始まってから、日本において在宅医療は重要な役割を果たした。第2波、第3波では、高齢者施設などで集団感染が発生し、高齢者施設を診療の場としている在宅医療が大きな役割を果たした。高齢者施設の陽性者がすべて入院すれば確保病床は埋まってしまう状況であり、COVID-19流行下の救急医療体制を保つために必要であった。第4波・第5波では自宅療養者が増加し、在宅医療を自宅療養者に提供することで救急体制の維持をすることができた。第6波以降は在宅や施設で治療が可能になり、入院医療の負担軽減になった。すなわち、施設・宿泊・自宅療養により入院のひっ迫をコントロールした。コロナ禍は未来を映し出した。コロナ禍によって医療や介護の資源が不足し、それに在宅医療が対応し乗り切った。しかし、私たち医療や介護従事者にとっては、さらに「少子高齢化」という大きな波がやって来る。コロナ禍の経験をもとに我々が行うべきことは「地域包括ケアシステムをつくる」「パンデミックに備える」「災害に備える」の3つである。平常時にも、災害時にも、感染症流行時にも、在宅医療が地域に不可欠な医療であること、そのためには地域医療連携、医療介護連携が必要なことをコロナ禍は示した。

【演者略歴】

1995年信州大学理学部卒
2002年北海道大学医学部卒
2002年聖隷三方原病院
2004年横須賀市立うわまち病院
2006年～衣笠病院内科医長／湘南国際村クリニック所長
2012年度 厚生労働省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」担当
2015年～医療法人財団老蘇会 静明館診療所
2015年度 厚生労働省モデル事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」担当
2016年 第7回北海道在宅医療推進フォーラム 実行委員長
2019年 日本在宅医療連合学会第1回地域フォーラム 大会長
2022年 日本アドバンス・ケア・プランニング研究会第7回年次大会 大会長

利益相反：無

S9-3

コロナ対策と地域共生社会

小倉 和也^{1,2} オグラ カズナリ

¹医療法人はちのへファミリークリニック

²NPO 地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク

新型コロナ対策は地域・全国および世界において、医療・介護と行政の連携や社会保障のあり方についての課題を浮き彫りにした。コロナ禍が収束へ向かうと共に、各国において医療や年金制度の改革を求める動きも活発になるとともに、少子高齢化が日本と世界に共通の課題であることもより明らかになっている。コロナ対策は地域包括ケアの一環であるとともに、地域共生社会の実現を進めるきっかけとなるべきものであり、この中で進められたことと進められなかったことを整理した上で、進めるべきことに取り組むことが急務であると考えられる。

【演者略歴】

平成8年 国際基督教大学教養学部人文科学科卒業

平成15年 琉球大学医学部医学科卒業

平成17年 医療法人社団カレスアライアンス日鋼記念病院初期研修修了

平成19年 医療法人北海道家庭医療学センター家庭医療学シニアレジデント修了

平成19年 弓削メディカルクリニック常勤医

平成22年 はちのへファミリークリニック院長

令和2年 医療法人 はちのへファミリークリニック理事長

医療法人 はちのへファミリークリニック 理事長・院長

NPO 法人 地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク 会長

NPO 法人 Reconnect 理事長

一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス 理事

一般社団法人 全国在宅療養支援医協会 代議員

一般社団法人 日本在宅医療連合学会 特任理事

八戸地区介護保険事業者協会 会長

日本プライマリ・ケア連合学会 認定医・指導医

認知症サポート医

利益相反：無

S9-4

コロナ禍における東京都、立川市の取り組み

荘司 輝昭^{1,2} ショウジ テルアキ
 小西 亜佐子¹ コニシ アサコ
 小島 一男¹ コジマ カズオ
 片桐 淳¹ カタギリ ジュン
 井尾 和雄¹ イオ カズオ

¹立川在宅ケアクリニック

²立川市医師会

令和2年2月に新型コロナウイルス感染症が指定感染症になり、全国各地域で異なる医療資源・医療体制の中、医療・介護関係者は様々な工夫の中対応を行ってきておりそれが現在にも継続されている。これらは人口減少・多死高齢社会においてそれに伴う医療ニーズの変化や多様性、さらには支えていく人材確保の問題も含めた質の保持された医療提供体制の構築は2025年、2040年問題に向けた試金石として大都市東京においては医療提供の需要と供給バランス、病床の必要量と配分の適正な維持体制など喫近の課題が出され、さらには新型コロナウイルス感染症において露呈した都市型医療構造の改築も課題となった。

東京都の特有な職住環境、郊外に居住して都心部に通勤、通学。それぞれ慢性的な症状や疾患を持つ人が定期的に通院する患者の多数は居住域の診療所でなく都心部の診療所でもあることから、コロナ禍においては「かかりつけ医」機能がうまく活用できない問題が露呈された。特に前回学会後の第7波、8波において主戦場は高齢者対象の在宅、施設であり在宅医療の活動が重視された。

東京都医師会としては往診機能を持った診療所の24時間対応に加え、オンライン診察室の設立運営、酸素提供ステーション・高齢者対応入所施設の設立運営、コールセンターを含むフォローアップセンター対応。さらに立川市では保健所機能が不全状態になってきたためそのフォローとして自治体から自宅療養者へのオンタイムでの生活支援や訪問看護師による健康観察、必要時のオンラインあるいは往診による診察、地域中核病院と施設の入退院調整間のフォローを地方自治体と協力して各医療機関で行い病院を中心とした医療崩壊をきたさぬよう適宜対応を行った。

これら対応については今後の医療・介護体制構築の地域包括ケアの実験場として近未来医療へつながるものと考えられた。

【演者略歴】

1991年杏林大学医学部卒業
 1997年杏林大学大学院卒業医学博士修得
 1997年静岡県共立蒲原総合病院外科医長
 2003年織本病院副院長
 2008年島村記念病院院長
 2016年立川在宅ケアクリニック院長 現在に至る

【所属学会】

日本在宅医療連合学会、日本外科学会、日本法医学会

利益相反：無

シンポジウム10

在宅医療における人材育成と活用

S10

【セッション概要】

今般の災害や感染拡大、少子高齢化の加速などから、地域の実情に応じた医療提供体制の確保と充実に向けた対策は喫緊の課題である。そのような中、在宅医療において、特定行為研修修了者など専門性の高い看護師に期待することは多い。しかし、その活用は十分周知されていない。そこで活躍に至る過程を交えて現状を報告する。

座長：村上 礼子 ムラカミ レイコ

自治医科大学看護学部／看護師特定行為研修センター

【座長略歴】

1991年 自治医科大学附属病院ICU、循環器、外来、救急部門の看護師

1999年 同大学看護短期大学兼看護学部助手、助教

2007年 獨協医科大学看護学部成人看護学講師

2011年 自治医科大学看護学部成人看護学兼大学院看護学研究科実践看護学分野クリティカルケア看護学領域准教授

2012年 群馬大学大学院保健学研究科博士後期課程修了、保健学博士取得

2015年 自治医科大学看護師特定行為研修センター研修責任者

2016年 自治医科大学看護学部／大学院看護学研究科地域看護管理学分野看護技術開発学領域教授、看護師特定行為研修センター研修責任者兼任

2019年 自治医科大学看護学部成人看護学／大学院看護学研究科地域看護管理学分野診療看護技術管理学領域教授、看護師特定行為研修センター研修責任者兼任

現在に至る

座長：片見 明美 ヘンミ アケミ

株式会社ヴィーナス 訪問看護ヴィーナス高根沢

【座長略歴】

【略歴】

2019年 株式会社ヴィーナス 医療統括マネジャー

2022年 桜美林大学大学院老年学専攻老年学研究科博士前期課程修了

2022年 桜美林大学老年学総合研究所 連携研究員 現在に至る

S10-1

特定行為看護師の実践

村上 弘子 ムラカミ ヒロコ
社会医療法人 恒貴会 訪問看護ステーション愛美園

訪問看護ステーション愛美園では、訪問地域の診療所医師や地域内外の病院の医師らと連携をとり、約140名の利用者に訪問しています。小児から高齢者まで、母性以外のすべての疾患領域を対象としており、利用者の中には、人工呼吸器や在宅酸素、腹膜透析、胃ろうや膀胱瘻などのろう孔管理、創傷処置などの在宅医療を受けている方がいます。私が特定行為研修を受講しようと考えていた時期には、創傷処置に関する訪問依頼が多く、利用者の早期治癒につなげるために、看護師が対応できることはないかと考えて、看護師特定行為研修を受講することにしました。

特定行為研修では、特定行為を安全に行うために、フィジカルアセスメントや臨床推論などを学び、研修以前と比較して創傷の処置や観察について、根拠に基づいて行えるようになったと実感しています。終了後は新入職員に対して、訪問看護に必要な技術や知識、フィジカルアセスメントなどの事業所内研修を担当しています。受講した職員からは「知識の振り返りが出来、訪問時のケアに生かせそう」との感想をもらっています。また県内の訪問看護ステーションの看護師を対象としたフィジカルアセスメントの研修講義に実技指導者として参加しており、研修終了後のアンケートには「とても分かりやすかった。現場でも実践できるように練習していきたい」などの評価を頂きました。

現在は胃ろうと膀胱瘻カテーテルの定期的な交換を主に実施しています。何度も特定行為を実施した利用者であっても、その日の全身状態や便秘による腹部の状態などによってろう孔の状態は違うため、同僚の特定行為終了看護師と意見を交えて、対象者の個性を考慮しながら実践しています。それは特定行為研修中には学べなかったことであり、日々の実践が自己研鑽に繋がっていると感じています。実際の事例を通して、在宅医療における特定行為終了看護師の実践と役割について報告します。

【演者略歴】

2006年 茨城県厚生農業協同組合連合会 土浦協同病院付属看護専門学校卒業
2006年 茨城県厚生農業協同組合連合会 総合病院 土浦協同病院 入職
2013年 社会医療法人 恒貴会 訪問看護ステーション愛美園 入職
2017年 自治医科大学 看護師特定行為研修センターで創傷管理関連を終了
2018年 自治医科大学 看護師特定行為研修センターでろう孔管理関連を修了

利益相反：無

S10-2

特定行為活動報告 ～複数の疾病を抱える高齢者の重度褥瘡が改善した事例を振り返る～

村田 薫 ムラタ カオル
ハローナースステーション ハローケアセンター

自部署の訪問看護ステーションは、中・重度の医療依存度の高い利用者が多い。日頃から専門的な知識と判断力、並びに実践的な技能を持つ必要性を感じていた。特定行為研修では、臨床推論や病態生理学に裏付けられた的確なアセスメント力が向上した。また、基本的な看護の重要性を再確認し、看護とは何かを改めて考えるきっかけにもなった。今回、複数の疾病を抱える高齢者の重度褥瘡が改善した事例を振り返り、特定行為のタイムリーな医療処置の実施や介護との連携・協働を行うにあたり工夫した点など、訪問看護師が実施する特定行為の活動成果をご紹介します。

事例紹介：A氏 年齢：94歳、性別：女性、要介護5 診断名：左大腿骨頸部骨折 家族構成：次女と二人暮らし（次女は癌を患っている）既往：関節リウマチ、貧血、大腸癌術後、機能性ディスペプシア、爪白癬
特定行為：創傷管理関連

経過：在宅療養中に大腿骨頸部骨折にて入院、術後に左右の臀部、左踵部の褥瘡が悪化した。重度褥瘡を保有したまま退院した。右臀部は、ポケット形成、黒色壊死を認めた。左臀部は後に悪化しポケット形成した。右足第二趾には新たに褥瘡が発生し、下腿まで蜂窩織炎を併発した。回復には困難な状況が予測されたが、TIME理論に沿ってアプローチした。訪問診療に同席し、出血の可能性がある壊死部位の除去は医師が行った。血流のない壊死組織の除去は実施した。ポイント1）ADL拡大2）安全性の徹底 3）看護のケアの実際は、全身管理と発生原因の究明除去

複雑な疾病構造の高齢者が今後も増えるであろう。創傷局所に限らず、全身を看ることによって重度褥瘡が改善する1例を経験したので報告した。

倫理的配慮：個人が特定できないように写真、文書等十分配慮し、プライバシーの保護に努めた。

【演者略歴】

【略歴】

1989年 河北総合病院看護専門学校卒業
1989年 河北総合病院 入職
1995年 河北総合病院 退職
1997年 愛国学園看護専攻科 入職
2000年 愛国学園看護専攻科、保育専攻科 非常勤講師
2000年 佐久間病院 入職 看護部長
2004年 佐久間病院 退職
2004年 丘整形外科病院 入職 看護部長
2006年 丘整形外科病院 退職 愛国学園 非常勤講師 退職
2006年 ハローナースステーション開設 訪問看護ステーション
2016年 ハローケアセンター開設 療養通所介護 訪問看護ステーションサテライト磯部開設
2023年 現在に至る

【所属学会】

日本褥瘡学会

利益相反：無

S10-3**特定行為研修修了後の在宅医療における訪問看護師の活動と今後の課題**

亀井 大輔 カメイ ダイスケ
特定非営利活動法人 響喜 訪問看護ステーションひびき

平成27年度に「特定行為に係わる看護師の研修制度」が開始し8年が経過した。私自身は令和4年に特定行為研修を修了し診療所や居宅支援事業所などにプレゼンを行う中で、本研修制度が多くの場面で周知されていない現状を知った。そこで、まずは、自身が携わっている関連機関に本研修制度を知ってもらうことから始めた。また、県内の指定研修機関の研修責任者や大学教員への挨拶、特定行為に関連する講習会に参加し特定行為研修を修了した訪問看護師の把握と情報交換を行った。大学教員の協力もあり、現在は県内で特定行為研修を修了した訪問看護師が集まる場を設け、活動報告や情報共有、意見交換などができる交流会を月に1度開催している。

活動や交流会を通して見えた課題として、全体的に特定行為実践の症例数が少なく、特に個人事業で訪問看護を営んでいる事業所では顕著であった。その理由として、特定行為を対象とする患者を受け持つ診療所や病院の医師と連携し訪問看護を提供する機会に巡り合わないことが挙げられた。また、各訪問看護ステーションで受け入れる患者層や疾患、対応可能な医療ケア、スタッフ人数など様々な環境下の中で事業を運営しており、受け入れる患者数や訪問看護を提供する地域の範囲も限られてくる現状もあり症例に至らない背景の一つと考えられた。一方で特定行為研修修了後から実践に至るまでに研修で学んだ知識や手技など質を担保する為のフォローアップの場の確保も課題としてあった。

このような背景から、症例確保と手技の質担保のため、まずは特定行為が対象となる患者のいる診療所や病院の情報収集をして、特定行為の対象となる患者の訪問診療の同行や外来診察時に実際の手技を見学させてもらう機会を確保するなど担当医師へ交渉を行った。更に、地域の病院内で特定行為活動を実践している看護師へ連絡を取り、特定行為実践時に同行し質の担保を維持する取り組みも行っている。

【演者略歴】**【略歴】**

現職：特定非営利活動法人 響喜 事業部統括マネージャー
兼 訪問看護ステーションひびき 訪問看護師

2010年 藤岡准看護学校 卒業
2013年 富岡看護専門学校 卒業
2013年 公立富岡総合病院 呼吸器・消化器内科病棟 常勤勤務
2017年 医療法人社団 三思会 東邦病院 緩和ケア病棟 常勤勤務
2019年 特定非営利活動法人 響喜
訪問看護ステーションひびき 管理者 現在に至る

利益相反：無

シンポジウム11 新潟県プログラム委員会企画

医師会が推進する在宅医療連携拠点の意義

S11

【セッション概要】

地域包括ケアシステム構築に向け、すべての市町村で在宅医療介護連携推進事業が実施されている。その中でも、多くの自治体が在宅医療推進の中心的な役割を担う在宅医療連携拠点を地区医師会に委託をしている。今一度医師会が担う在宅医療連携拠点の役割と意義を考える。

座長：江澤 和彦 エザワ カズヒコ

公益社団法人日本医師会

【座長略歴】

現職

医療法人 博愛会・医療法人 和香会・社会福祉法人 優和会 理事長

最終学歴

岡山大学大学院医学研究科卒業（医学博士取得）

資格

労働衛生コンサルタント（保健衛生）、日本リウマチ学会リウマチ指導医・専門医

賞罰

厚生労働大臣表彰（2012年）

現役職

- ・日本医師会 常任理事・日本慢性期医療協会 常任理事
- ・日本介護医療院協会 副会長・慢性期リハビリテーション協会 副会長
- ・日本医療法人協会 理事・日本リハビリテーション病院・施設協会 理事
- ・全国老人保健施設協会 常務理事・全国デイ・ケア協会 理事
- ・厚生労働省 社会保障審議会（介護給付費分科会／介護保険部会）臨時委員
- ・厚生労働省 社会保障審議会（障害者部会）臨時委員
- ・厚生労働省 中央社会保険医療協議会 委員 他

座長：川越 正平 カワゴエ ショウヘイ

松戸市医師会

【座長略歴】

1991年東京医科歯科大学卒。虎の門病院での内科研修（5年間）修了後、同院血液内科医員。1999年医師3名のグループ診療の形態で千葉県松戸市に在宅医療を中心に取り組むあおぞら診療所を開設。

臨床実践と並行して、緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）、柏プロジェクト（東京大学）、在宅医療連携拠点事業（厚生労働省医政局）、地域包括ケア研究会（厚生労働省老健局）、適切なケアマネジメント手法（厚生労働省老健局）などの国等の事業や研究に関与してきた。

一方、松戸市医師会在宅ケア担当理事として、介護保険運営協議会や地域ケア会議の会長を2014年度以来担当するとともに、松戸市から松戸市医師会への事業委託に基づき2018年度に設置された松戸市在宅医療・介護連携支援センターの管理責任者を務めている。2022年度より松戸市から一部委託を受けて、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業に取り組んでいる。2022年に松戸市医師会会長に就任。松戸市糖尿病・CKD対策推進ネットワーク会議座長、松戸市障害者福祉計画推進協議会議長等も担当して、保険者と医師会の関係性強化や地域共生社会実現に向けて取り組んでいる。

その他に、日本医師会小児在宅ケア検討委員会委員、千葉県医師会地域包括ケア対策委員会委員長、日本在宅医療連合学会副代表理事、東京医科歯科大学臨床教授。

主な著書に、「医師アウトリーチから学ぶ地域包括ケア支援困難事例集」（2023、長寿社会開発センター）、「今日の治療指針（2018年版～、医学書院）」、「在宅医療バイブル第2版」（2018、日本医事新報）、「介護職のための医療とのつきあいかた」（2016、メディカ出版）、「君はどんな医師になりたいのか」（2002、医学書院）、「初期プライマリケア研修」（1994、医学書院）など。

／90135

S11 指定発言

谷口 倫子 タニグチ ミチコ
厚生労働省医政局地域医療計画課

S11-2

埼玉県における在宅医療連携拠点の今までとこれから ～新型コロナ5類移行後の拠点の役割も含めて～

丸木 雄一 マルキ ユウイチ
 社会福祉法人 シナプス 埼玉精神神経センター

わが国の社会保障において、少子高齢化特に後期高齢者人口の増加が最も重要な課題である。2015年から2025年までの後期高齢者の人口増加率は全国平均では1.32倍、なかでも埼玉県は1.55倍となり、増加率は全国区1位である。これに加えて埼玉県の人口割の医師数は全国最下位、看護師数・介護保険施設数なども最下位近くと医療介護ソースの不足は明らかで、埼玉県の高齢者医療は悲惨なものとなる事が予測された。

その打開策の一つとして在宅医療の充実を目指し、埼玉県医師会は2016年4月より、県内30郡市医師会ごとに在宅医療連携拠点を設け、専従のコーディネーターを1名置く事業を稼働させた。コーディネーターは看護師、ケアマネージャーなど在宅医療に精通した人材とし、訪問診療を希望する患者や訪問診療医を紹介したい病院からの情報をもとに、訪問診療医を紹介する。また、在宅患者が急変した際のために在宅支援療養ベッドを確保し、必要に応じてコーディネーターが入院調整を行う事業を開始した。各郡市医師会は地域での有能なコーディネーターを配置し、事業は順調に推移した。

2020年3月新型コロナウイルス感染症の蔓延により、在宅医療の様相は一変し、各郡市医師会ではPCRセンター・相談窓口業務を開始。この業務に拠点のコーディネーターが活躍するようになった。

2023年5月、新型コロナウイルス感染症が5類相当に変更となり、入院調整は原則医療機関間で行う事になった。埼玉県においては重症患者の入院調整のみ行政が重症コーディネーターを設定し対応することになったが、軽症・中等症Ⅰの患者に関してはまさに地域包括ケアの問題と考え、在宅医療連携拠点が軽症コーディネーターの役割を担う事を想定し、郡市医師会にアンケート調査を行ったところ70%以上の医師会から対応できるとの返信を得た。今後、5類移行後の軽症コーディネーターとしての拠点の役割の経過観察を行っていく。

【演者略歴】

【略歴】

1980年日本医科大学卒業
 1984年埼玉医科大学脳神経内科学大学院卒業、医学博士
 1987年国立循環器病センター研究員
 1988-1990年米国ボルチモアジョージ・ホプキンス大学留学
 1991年埼玉精神神経センター脳神経内科部長
 1997年埼玉精神神経センターセンター長 現在に至る
 2011年社会福祉法人「シナプス」理事長 現在に至る
 2016年埼玉県医師会常任理事
 2022年埼玉県医師会副会長 現在に至る
 専門分野 脳神経内科学（脳卒中、頭痛、認知症、神経変性疾患、自律神経疾患）

専門医 内科、脳神経内科、脳卒中、頭痛、老年病

学会活動：

日本神経学会、日本脳卒中学会、日本頭痛学会、脳循環代謝学会、日本自律神経学会
 埼玉医大客員教授、埼玉県医師会地域包括ケア推進委員会副委員長、日本ALS協会埼玉県支部事務局長 ケアマネージャー

賞罰：

2006年、2007年 埼玉県知事表彰
 2017年 藍綬褒章授章

所属：

埼玉県医師会 副会長
 さいたま市与野医師会 理事
 埼玉精神神経センター センター長

利益相反：無

S11-3

新潟県医師会在宅医療推進センターの取り組み

小柳 亮 コヤナギ リョウ
新潟県医師会／医療法人社団 小柳真柄医院

新潟県医師会在宅医療推進センターおよび郡市医師会在宅医療推進センターのネットワークは、医療計画に基づく在宅医療の充実を目標として地域医師会が主体となり、新潟県および各市町村行政と協働で在宅医療を推進していくための拠点として組織化された。

我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が2022年から後期高齢者（75歳以上）となり、その後も2040年頃まで65歳上の人口増加が続く。

この後期高齢者の急増に加え、2025年以降は生産年齢人口が急激に減少すると予測され、新潟も含め今後多くの地域で在宅医療が必要な患者数が増加していくと考えられている。

新潟県の県土は広く、それぞれの地域特性に応じた推進手段が必要となるため、まず新潟県医師会に基幹センター置き、そして新潟県下16郡市医師会単位でセンターが設置された。

県医師会内には専門職種の専従スタッフとして厚生労働省老健局在宅医療・介護連携推進支援事業アドバイザーである看護師を配置し、県行政との連携強化や医療・介護連携支援や地域包括ケアシステムの構築支援を推進している。

医療介護複合ニーズへの対応として

1. 在宅医療提供体制のコーディネート
2. 郡市医師会における在宅医療推進センター運営会議の開催・開催支援
3. 講演会等による在宅医療の普及啓発
4. 医療介護連携や在宅医療を主導する多職種間連携の機会設定とその人材育成

上記4点が在宅医療推進センターの重要な業務である。

本事業は地方行政の医療主管部局と介護主管部局との横串をさす事業であるため人材育成が最も重要と考えている。

新潟県は医師充足指標が全国ランクでも最下位であり、極端な医師不足の地域であるが、連携の構築と医師会のリーダーシップにより、県下どこにいても同様な在宅医療を受けられるように事業を推進している。

【演者略歴】

平成10年3月 川崎医科大学医学部医学科卒業
平成10年4月 厚生省（現厚生労働省）医系技官
平成13年5月 東京女子医科大学日本心臓血圧研究所循環器内科
平成19年4月 東京女子医科大学日本心臓血圧研究所循環器内科助教
平成24年8月 医療法人 小柳真柄医院理事長 現在に至る。
新潟市医師会代議員
新潟市医師会SWAN ネット事業部会委員
新潟市医師会在宅医療・在宅ネット運営協議会委員
2020年～新潟県医師会理事
日本医師会未来医師会ビジョン委員会委員
2022年～日本医師会未来医師会ビジョン委員会委員長
日本医師会医療政策会議かかりつけ医 WG 委員
2023年～新潟県医師会在宅医療推進センター長

利益相反：無

S11-4

在宅医療連携拠点が若年世代の相談を受け止め、医療的な方向性を示すことの意義～高齢者相談支援のノウハウを若年世代に援用することで地域共生社会の実現に貢献する～

星野 大和 ホシノ ヤマト
浮ヶ谷 綾子 ウキガヤ アヤコ
井上 スエ子 イノウエ スエコ
川越 正平 カワゴエ ショウヘイ
松戸市在宅医療・介護連携支援センター

【目的】当医師会は在宅医療・介護連携推進事業を市より受託し、在宅医療・介護連携支援センターを設けている。一般財源も投入し、全世代に対して相談支援を行っているが、若年世代についての相談は増えている。その実態や課題、医療職が果たすべき役割を考察する。

【方法】令和3・4年度に受け付けた、64歳以下を対象とする相談を分析した。

【結果】相談は111件あり（全351件の32%）、18歳以上64歳以下が95件、18歳未満が16件であった。相談元は、医療機関MSWが35件、基幹相談支援センター等17件、地域包括支援センター13件、市役所の障害・母子部門12件などであった。相談内容は、妄想などの症状があり精神科医に診察してほしい56件、受診勧奨するも拒否する33件、医療機関未受診または受診が中断しており医療の方針を相談したい30件などであったが、事例を総合的に検討すると、地域からの孤立52件、親や同胞も支援対象者である（精神科疾患に罹患している、ひきこもり・不登校などの状態である等）51件、経済困窮47件、不衛生な環境29件、低栄養や肥満27件、虐待疑い20件、ひきこもり19件、不登校11件などの課題が重複して存在していた。

相談元には、医師による助言14件、アウトリーチ21件を実施し医療的な方向性を示した上で、市顧問弁護士、学校関係者、警察などをも交えた包括的な支援を助言した。

【考察】若年世代の相談には、複数の領域が複雑に絡み合っている事例、同一世帯に複数の支援対象者がいる事例が多く、横断的な地域ネットワークが求められる。多くの相談元は医療領域が最も専門的で介入が難しいと考えており、医療職の役割は大きい。相談を受け止めるだけでなく、医療職が関わり大まかに診立てることで、支援の方針が定まり、支援者各々の役割が明瞭になる傾向があった。高齢者支援の経験から在宅医が得た医療介護福祉に関する知見を援用することで、若年世代の困難事例への対応力を高めうる。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

シンポジウム12 新潟県プログラム委員会企画

コロナ禍における在宅医療

S12

【セッション概要】

このたびのコロナ禍において、入院外療養（自宅療養およびホテル療養）が果たした役割は大きい。入院外療養は広義の在宅医療の一形態と言える。現場・行政が新型コロナウイルス感染症患者の入院外療養につき、経験を共有することで、今後医療計画に定められる予定である「新興感染症対策」と在宅医療に関する理解を深める。

座長：浦野 正美 ウラノ マサミ

新潟市医師会

【座長略歴】

1982年3月新潟大学医学部卒業
1995年3月まで新潟大学医学部耳鼻咽喉科勤務
1995年4月新潟県立中央病院耳鼻咽喉科医長
1999年4月済生会新潟第二病院耳鼻咽喉科部長
2002年4月に浦野耳鼻咽喉科医院を開設
2020年6月から一般社団法人新潟市医師会会長

座長：小柳 亮 コヤナギ リョウ

新潟県医師会／医療法人社団 小柳真柄医院

【座長略歴】

1998年 川崎医科大学卒業
1998～2001年 厚生労働省医系技官
2001～2012年 東京女子医科大学循環器内科、東京女子医科大学大学院卒
2014年～医療法人 小柳真柄医院 理事長
新潟市医師会代議員
新潟市医師会SWAN ネット事業部会委員
新潟市医師会在宅医療・在宅ネット運営協議会委員（2020年まで）
2020年～新潟県医師会理事
日本医師会未来医師会ビジョン委員会委員
2022年～日本医師会未来医師会ビジョン委員会委員長
日本医師会医療政策会議かかりつけ医 WG 委員
2023年～新潟県医師会在宅医療推進センター長

S12-1**「オール新潟」での新型コロナウイルス感染症対策**

松澤 知 マツザワ トモ
新潟県医療調整本部

新型コロナウイルス感染症の県内初の感染者の確認を受け、令和2年2月29日に知事を本部長とする県対策本部が設置された。その後、県対策本部は3月26日に新型インフルエンザ等特別措置法に基づく政府対策本部の設置を受け新潟県新型コロナウイルス感染症対策本部へと移行した。また、30日には感染拡大のピークに対応するための医療提供体制の確立や、軽症者等の宿泊療養体制の確立を目的として対策本部内に福祉保健部長を本部長とする医療調整本部が設置された。

新型コロナウイルス感染症患者が増加している場合においても、コロナ患者への医療と並行して、それ以外の疾患の患者についても適切な医療が提供されるよう、すなわち医療崩壊を防ぐために、入院外療養（宿泊・自宅療養）の整備を行った。

入院外療養においては、全患者にパルスオキシメーターを配布し、県看護協会等に御協力いただき看護師による電話聞き取りやアプリを利用した健康状態のモニタリングを実施。また、郡市医師会の先生方等に御協力いただきオンライン診療担当医を設定、診察・処方を受けられる体制を構築。処方がある場合には、県薬剤師会の事業である薬剤交付支援事業により、患者に速やかに薬剤が配送される。また、入院が必要な場合は、県内のDMAT医師等により構成される患者受入調整センターにより県内一元で入院調整を行う。

療養以外にも、検査体制の構築やワクチン接種体制の構築、経口治療薬の普及促進、感染対策の普及等々、本県はコロナ対策をまさに「オール新潟」で行ってきた。

令和5年2月現在、人口あたりの新型コロナによる累積死者数でみると、圧倒的に新潟県は低く、全国で最も少ない。「オール新潟」でのコロナ対策に協力いただいているすべての県民や医療従事者の皆様に感謝申し上げます。

【演者略歴】**【略歴】**

平成29年3月 近畿大学医学部卒業
平成29年4月 JA新潟県佐渡総合病院 初期研修医
平成31年3月 JA新潟県佐渡総合病院 初期研修終了
平成31年4月 新潟県入庁
令和2年4月 新潟県医療調整本部 現在に至る

【所属学会】

日本公衆衛生学会

利益相反：無

S12-2

COVID-19オンライン診療のビフォーアフター

岡田 潔 オカダ キヨシ
岡田内科医院

コロナ禍での在宅医療というと二つのケースが想定されます。1つは緊急往診を含む訪問診療です。当初新型コロナウイルス陽性と判明すると即入院となっていたのですが、2020年暮れ頃より症状があっても入院外療養者が多数発生し、中には自宅でお亡くなりになるケースもありました。こうした中で、全国的には主に施設療養者などに緊急往診をする取り組みがありました。新潟県では幸いにしてこのようなケースの発生を未然に防ぐことができました。

今回お話しするのはもう一つのケースです。新型コロナウイルス感染症第5波において病床が逼迫し、自宅療養者が急増したため、政府は、感染者が急増している地域では入院治療の対象者を制限し、軽症者は原則自宅療養との方針を示しました。病床が逼迫している状況下では、入院外療養者を支えるためには、オンライン診療が不可欠と考えられました。

新潟県では新型コロナ患者の宿泊療養施設の運用を2020年5月から開始しました。2021年3月から自宅療養制度を開始しました。新潟市医師会の38名の先生方に1週間交代で4名ずつオンライン診療を行っていただきました。

1. 宿泊療養担当医

新潟市医師会では新型コロナ患者のうち、必ずしも入院治療が必要でないと判断される軽症者については、医療資源の確保を目的として、借上ホテルに滞在をしてもらう、宿泊療養施設の運用を2020年5月から開始、新潟市内ビジネスホテル1棟定員40名で運用しています。

2. 自宅療養担当医

新潟市医師会では2021年4月から新潟県内の自宅療養に協力しており、県内の自宅療養者の過半数を占めている新潟市の自宅療養者について新潟市医師会が担当しました。新潟市外分については、県医療調整本部から該当地域の郡市医師会へ依頼しました。

【演者略歴】

- 1982年 東京医科大学 卒業
- 1992年 東京医科大学第3内科 入局
- 1983年 群馬県鬼石町病院内科 勤務
- 1984年 東京都昭島病院内科と東京都練馬福祉園（最重度精神障害者施設） 医長を兼務
- 1985年 東海大医学部細胞生物学教室 国内留学（電顕的酵素抗体法の研究）
- 1988年 都立豊島病院一般内科・感染症科 勤務
- 1990年 東京医科大学第3内科 勤務
- 1998年 岡田内科医院 継承
- 2003年 新潟市内科医会 幹事
- 2005年 新潟市医師会 理事
- 2013年 日本内科学会 評議員
- 2020年 新潟市医師会 副会長

利益相反：無

S12-3

新型コロナウイルス感染症患者の自宅療養への対応

廣澤 利幸 ヒロサワ トシユキ
ひろさわ内科医院

令和2年春、欧米ではパンデミックのため病院機能が麻痺し、多くの患者が命を失った。その危機感から新潟市医師会では医療崩壊を防ぐため、賛同する医師を募って1週間を担当する当番制で軽症者のホテル受け入れを開始した。令和3年春には急速に感染が拡大し、新潟県とともにホテル療養に加えて自宅療養も始まった。

会ったこともない患者の、知らない病気のオンライン診療は当初から手探りであった。令和3年の初夏、デルタ株の流行時には肺炎が頻発し、自宅療養からも入院が相次いで自宅か入院かで判断に迷った。そこでメーリングリストを作って情報の共有を図り、紹介先の病院とも連携して入院の情報を送ってもらい、自宅療養での治療を標準化し、少ない医療資源で新潟県全体を面として考えカバーすることを試みた。

この地域全体を包括するシステムを「オールにいがた」と呼んだが、その機能は三点に集約される。

一点目がトリアージ。県医療調整本部で看護師やスタッフが終日連絡を取り続け、数千人を超える患者の中からいまずぐ援助が必要な人を拾い上げた。

二点目は当番制のオンライン診療。メーリングリストを通じて情報を共有し、紹介先病院の先生ともカンファレンスも重ね、入院の適応や治療法について検討した。

三点目は患者受入調整センターと呼ばれる入院へのバックアップ体制。いつでも入院受け入れ先を確保し、子供や障害者を残せないからと入院やオンライン診療を拒否した母親など、個別の事例にも対処した。

医療、保健、行政が一体となって新潟県全体に散在する患者を網羅するシステムを構築し、新潟県は全国一低い死亡率を達成し、一人の自宅死亡も出さなかった。今後、鳥インフルエンザなど新たな新興感染症の発生や、大規模な災害時などの際の危機管理の対策を示唆していると思われ、極めて有用なシステムと考えられた。

今回は参加医師としてオンライン診療の経験について報告する。

【演者略歴】

【略歴】

1984年新潟大学医学部卒業

同年より新潟民医連下越病院にて初期研修

1987年東京民医連東葛病院出向研修

1988年国立病院医療センター（現国立国際医療研究センター病院）出向研修

1989年国立療養所松戸病院（現国立がんセンター東病院へ統合）出向研修

2001年長崎大学熱帯医学研究所内科出向研修

1994年新潟民医連坂井輪診療所所長

1997年より新潟勤医協舟江病院勤務

2006年ひろさわ内科医院を開業し現在に至る

【所属学会】

日本内科学会 日本呼吸器学会 日本アレルギー学会 日本緩和医療学会 日本嗜癪行動学会 日本臨床内科医学会

利益相反：無

S12-4

新潟市保健所における高齢者入所施設への感染対策支援の方向性について

山崎 哲 ヤマザキ サトル
新潟市保健衛生部

【はじめに】新潟市保健所では、以前から定期的に高齢者施設に感染対策研修会を実施してきており、コロナ禍になってからも県と協力して対策を講じた。【活動】新潟県・市では、令和2年の秋、大学病院に事務局を置く新潟医療関連感染制御コンソーシアム（CHAIN）と連携し、高齢者施設向けの研修会や患者発生時の助言・指導を行う事業を立ち上げた。この事業を活用し、令和2年11月から令和4年2月までの期間に、市保健所はCHAINの医師や看護師と共に、クラスターが発生し感染制御が困難、あるいは対応の不安の強い高齢者施設（12施設）に向き、実地指導を行った。また、感染対策の研修会を令和2年の冬から市内の施設全体にまず実施し、その後は在宅医療介護連携の仕組みを活用して地区別に実施した。本市初の高齢者施設大規模クラスターは令和2年11月に発生したが、コロナ受入病床にまだ比較的余裕があり、重症化を懸念して施設内籠城は行わず、入院で対応した。令和3年度はワクチン接種が進み、高齢者施設のクラスターは比較的少数に留まった。令和4年からはオミクロン株の流行により感染者数が急増し、施設クラスターも多発した。病床の逼迫を避けるため、保健所は施設に対し、抗ウイルス薬の早期処方推奨しつつ、可能な限り施設内療養を求め、実践可能な対応を提案し、スタッフを守りながら最低限必要な施設運用を維持するよう助言した。【考察】当初の高齢患者原則入院対応は、施設の負担は減るが、介護を要する高齢者が長期間入院し、病院の負担は大きかった。原則、施設内療養を求める方針は、高齢者のワクチン接種が進み、治療法もある程度確立してウイルス肺炎による重症化が少数となってからは、クラスター発生施設も含め、多くの施設から協力が得られた。しかし、感染拡大の不安から、必ずしも入院を必要としない病状の患者でも救急車を要請する事例が一定数あり、地域の救急医療を圧迫し、課題となった。

【演者略歴】

【略歴】

1995年 新潟大学医学部 卒業
2001年 新潟大学小児外科 助手
2006年 新潟市保健所 入職
2014年 同 保健管理課 感染症対策室 室長
2016年 新潟市保健衛生部 地域医療推進課 課長補佐
2017年 新潟大学大学院 地域疾病制御医学 卒業
2021年 新潟市保健衛生部 副参事
2022年 新潟市保健衛生部 医監（保健所副参事 兼務） 現在に至る

利益相反：無

／90145

S12 指定発言

真鍋 馨 マナベ カオル
厚生労働省保険局医療課長

シンポジウム13 新潟県プログラム委員会企画

病院における在宅医療

S13

【セッション概要】

今後、少子高齢化社会が進行し、多死社会となる本邦を鑑みると、所謂診療所における在宅医療のみならず、「病院も地域へ出る」在宅医療の必要性があると考えます。本テーマでは病院における在宅医療の実際と、診療所における在宅医療との違い、その棲み分けや疾病におけるカテゴリライズについて模索をする。

座長：大平 徹郎 オオダイラ テツロウ

国立病院機構西新潟中央病院

【座長略歴】

1986年新潟大学医学部卒業 新潟市民病院内科初期研修ののち
1988年新潟大学第二内科（荒川正昭教授）入局
1993年同大学院博士課程修了 新潟大学病院勤務を経て
1999年西新潟中央病院着任 2019年より病院長
専門は呼吸器内科（慢性呼吸不全、COPD）、睡眠医療
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会理事 日本呼吸器学会代議員・専門医
日本睡眠学会評議員・専門医 日本結核・非結核性抗酸菌症学会代議員・指導医
日本内科学会総合内科専門医 NPO法人新潟睡眠障害を考える会理事長
新潟呼吸ケアフォーラム代表 新潟COPDリンク代表世話人

座長：土谷 明男 ツチヤ アキオ

東京都医師会／医療法人社団葛西中央病院

【座長略歴】

1998年（平成10年）3月 群馬大学医学部卒業
同年5月 東京医科歯科大学整形外科入局 以降関連病院に勤務
2007年（平成19年）3月 東京医科歯科大学大学院整形外科学分野卒業
2012年（平成24年）4月 医療法人社団葛西中央病院 理事長・院長（現職）
以降、在宅を含む地域医療に従事
2017年（平成29年）6月 東京都病院協会 常任理事（現職）
2018年（平成30年）3月 公益社団法人東京都医師会 理事（現職）

S13-1**中小病院がおこなう在宅医療の現状と課題**

須藤 雄仁 ストウ ユウジン
川島 吉之 カワシマ ヨシユキ
柳澤 肇 ヤナギサワ ハジメ
泉 勝 イズミ マサル
須藤 英仁 ストウ エイジン
済恵会 須藤病院

背景；地域包括システムの構築に向けて在宅医療の推進が図られ、在宅訪問診療を受ける患者数は2016年度67万人、2021年度に約90万人と順調に増加している。しかし実際に在宅診療を提供する医療機関は診療所が89%、病院が11%程度と、病院の占める割合は少ない。

現状；当院は病床数120の急性期病院で、強化型在宅療養支援病院（連携型）として、周辺施設と連携し、バックベッドを24時間365日体制で提供している。当院の訪問診療は常勤医3名、看護師、事務職員数名で行い、当院単独では施設入所者を合わせ75名程度の患者に訪問診療を提供している。今後、訪問診療を充実させることを見据えて2020年度より看護師の特定行為研修の教育研修施設認定を受け、現在までに院内より4名の特定行為看護師を育成してきた。

課題；病院が在宅診療に積極的でない場合、訪問診療を地域の往診医に依頼し、結果的に主治医を変更する形となることに心理的な抵抗を訴える患者は多い。担癌や中心静脈栄養が必要で在宅医が対応しきれないケースでは、在宅医療の選択肢自体が限定されることもある。また、地域によっては周辺医療施設とのすみ分けの問題から、訪問診療に関して病院が大きくPRすることが難しい点や、病院が在宅に割く人的資源の問題などが課題として挙げられる。現在群馬県全体をみても在宅医療を積極的に行う病院は数施設のみで、その数は少ない。しかし人口減による受診患者数の減少や、2024年より施行される勤務医に対する働き方改革の観点から、中小病院では医師の働き方、タスクシェアをより明確化させる必要性に迫られている。今後病院においても、訪問診療に取り組む施設が増加することが予想される。

当院の地域性を踏まえた訪問診療への取り組みについて発表し、病院における在宅医療につき考察する。

【演者略歴】

2003年 東京医科大学卒業
2003年 群馬大学臓器病態外科学
2019年 現職

利益相反：無

S13-2

病院が手がける訪問診療

上原 彰史	ウエハラ アキフミ
阿部 暁	アベ サトル
大石 香奈子	オオイシ カナコ
橋本 由希子	ハシモト ユキコ
長谷川 郁恵	ハセガワ イクエ
齋藤 美由貴	サイトウ ミユキ
増井 美那子	マスイ ミナコ
齋藤 瞳	サイトウ ヒトミ
長谷川 聖咲子	ハセガワ ミサコ
渡部 裕	ワタナベ ヒロシ
医療法人 恒仁会 新潟南病院	

当院の訪問診療は病院、いわゆる入院・外来医療をになう医療機関が行っている訪問診療です。診療報酬上、機能強化型在宅療養支援病院として評価されています。また訪問リハビリ、訪問看護ステーション、在宅介護支援センターを同法人内に併設しています。

2022年度の訪問実績は、のべ1000人（のべ件数1887件、うち往診・緊急往診99件）。新規患者は29人でうち院内からの紹介が19人で、在宅看取りは18人でした。

当院訪問診療の病院が行うが故の特徴についてお話しします。

まずは入院・外来患者をその診療の延長として訪問診療を導入でき、入院が必要な際には当院内に病床を確保し、かつ訪問診療医が入院主治医として継続した診療が出来ることです。新規患者の約6割が院内からの紹介患者で、多くは入院患者に退院後から訪問診療を導入する症例です。その場合、病状や在宅の様子などを担当医や看護師、リハビリセラピストなどから入院中に得ることが出来るので円滑に訪問診療を開始できます。特に在宅看取り目的の訪問診療の場合は、開始前にご家族と会って時間をかけてお気持ちを聞くことが可能です。さらに10の診療科がある総合病院であるため専門科への相談ができます。また訪問診療先では血液検査や心電図検査などしかできませんが、来院の必要はあるものの自病院でCTやMRI検査を容易に行えます。

また訪問診療担当看護師が重要な役割を担っています。仕事内容は、診療現場における診察介助、バイタルサインの測定、検査の実施を始めとし、医師と患者・家族の間に入り不安や疑問を軽減して安心した療養ができるようにコミュニケーションをとっています。ケアマネージャー、訪問看護師、訪問薬剤師、施設担当者などとの連携における窓口にもなり、これらを4人の看護師で行っています。

病院ならではの特徴は、診療所における在宅医療との大きな違いであり、これを活かし日々診療を行っています。

【演者略歴】

【略歴】

2001年 新潟大学医学部医学科 卒業

【所属学会】

日本内科学会

利益相反：無

S13-3**都心中小病院における在宅医療**

吉澤 明孝 ヨシザワ アキタカ
後藤 美織 ゴトウ ミオリ
池田 博斉 イケダ ヒロヨシ
向山 雄人 ムカイヤマ タケト
吉澤 孝之 ヨシザワ タカユキ
要町病院・ホームケアクリニック

【目的】在宅医療における病院の役割は、その地域の在宅医療機関の後方ベットの役割として、在宅療養支援病院という施設認定制度ができたと考えている。その後緊急対応以外に在宅でのレスパイト入院をする病院として地域包括ケア病棟、療養型病棟などが設置され活用されている。その中で「中小病院の在宅ケア」は、地方と都心では役割が異なると考えられる。今回その違いとその要因を検討する。【方法】公表された資料を収集・分析した。【結果】地方では在宅医、病院の数にも限りがあり、地域の基幹病院では在宅医療+後方ベットを「自己完結型」で行うところが多い。しかし都心では在宅医の数も多く、基幹病院の数が多い。中小病院の役割は小回りの利く①緊急、レスパイトを含む後方ベット ②症状変化の多い入退院繰り返す患者の在宅ケアを受け持つ ③介護施設などは管理医でなく協力病院として協力し、在宅医、開業医の先生たちと医師会を仲介して連携をとっている「連携型」が都心型といえる。【考察】病院における在宅医療を考えると、地域によって在宅医数、基幹病院、中小病院の密度が異なり、それによってそれぞれの役割の範囲が違ってくるため、継続医療にも違いが生まれる。在宅医の数、基幹病院、中小病院の数、また患者の特徴（症状変化）などにより都心と地方での病院の在宅の役割は違ってくる

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

S13-4

地域包括ケアシステムの実現を目指した入退院支援連携の実際

乾 香¹ イヌイ カオリ
 林 純一² ハヤシ ジュンイチ
 北島 正子² キタジマ マサコ
 中村 由美子² ナカムラ ユミコ
 橋 洋平³ タチバナ ヨウヘイ

¹一般財団法人 魚沼市医療公社 魚沼市立 小出病院 看護部

²一般財団法人 魚沼市医療公社 魚沼市立 小出病院 在宅医療推進センター

³一般財団法人 魚沼市医療公社 魚沼市立 小出病院 地域医療連携室

【はじめに】

当院は魚沼市の地域包括ケアシステムの連携拠点である。しかし、当院の退院支援調整は個々の経験値に委ねられ、標準化された連携手順が未確立であることが課題であった。急性期医療から在宅・施設療養まで途切れなく連携支援できる標準的な仕組みを作るため、在宅医療推進センター（以下センター）とともに取り組んだ。

【活動】

2018年入退院支援検討会において①院内退院支援調整の質の向上②入退院支援における連携方法の明確化③多職種間の相互理解の三点が「途切れのない医療介護連携」のための課題と話し合われた。①のために当院地域医療連携室（以下連携室）と院内委員会が協力し、退院支援調整手順を明記したフローシートと、家族背景・生活背景・ADL状況等caseの全体像を把握するためのアセスメントシートを作成し、退院支援を実践しながら学ぶための環境を整えた。2019年②および③のため、センター協力のもと関連施設との相互理解推進と連携標準化のためのワーキングチームを立ち上げ、入退院支援の情報共有方法・連携のタイミング等を示した入退院支援連携ガイドを作成し、2020年から地域内運用を開始。連携室主催の連携連絡会やセンター主催の研修会でガイドについて研修と議論の場を重ね相互理解を深めた。

2022年取組み開始4年後の院外スタッフへのアンケートでは、51%→73%が「連携が十分行えている」または「行えている」35%→23%が「どちらともいえない」と回答した。

【考察】

地域包括ケアシステムには円滑な退院支援調整が必要不可欠である。今回、院内業務としての退院支援を標準化したフローシートと、あわせて施設間連携のためのガイドラインを作成し、この運用のための連携研修会を重ねたことにより、院内だけでなく院外スタッフからも一定の評価が得られてきた。当地域で「円滑な入退院支援」を実現するため、連携室とセンターが協力して取り組んでいきたい。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

シンポジウム14

「おだやかな看取りを明日に活かすみち」 在宅からの病理解剖例の実際と問題点—10年間の経験と問題点—

S14

【セッション概要】

神経疾患で在宅診療を経て看取りに至る例が増えている。こうした例も病理解剖の対象に含めC P C等を通して地域と共有できれば、在宅医療の質を担保し、臨床研究にも従来とは異なる発展が期待できる。当院では、この取り組みを開始し、10年間で90例程度の病理解剖を行った。本シンポジウムではその一例を提示したのち、本事業全体を紹介し、その成果や問題点を共有する。忙しい在宅医療のなかで在宅医が病理解剖の承諾やC P Cに関与するには困難が伴うが、実際に関与した在宅医はその意義を実感している。在宅医療の日常診療のなかで、病理解剖を無理なく実現するにはどうすれば良いか十分に議論した上で、制度として確立する方向をめざしたい。

座長：融 衆太 トオル シュウタ

医療法人社団 緑の森 さくらクリニック／新渡戸記念中野総合病院 脳神経内科

【座長略歴】

東京医科歯科大学卒業、同脳神経内科入局

2006年より新渡戸記念中野総合病院 脳神経内科、さくらクリニック兼務

座長：内原 俊記 ウチハラ トシキ

新渡戸記念中野総合病院 脳神経内科

【座長略歴】

1982 東京医科歯科大学卒業

1982-4 沖縄県立中部病院研修医（内科）

1984-86 武蔵野赤十字病院（内科・神経内科）

1986-88 旭中央病院（内科・神経内科）

1988-90 東京都精神医学総合研究所神経病理研究生（小阪憲司先生）

1990-97 東京医科歯科大学神経内科助手

1994-96 サルベトリエール病院（フランス、パリ）神経病理研究室留学

（Jean-Jacques Hauw教授、フランス政府給費留学生）

1997-2011 東京都神経科学総合研究所 研究員（神経病理学、神経学）

2011-18 東京都医学総合研究所 脳病理形態研究室長

2018- 新渡戸記念中野総合病院脳神経内科臨床部長、脳神経研究室長

東京医科歯科大学脳神経病態学（神経内科）特任教授

2020- 沖縄県立中部病院 非常勤医師（総合内科、脳神経内科）

2021- 順天堂大学 脳神経内科 客員教授

専門医：総合内科、神経内科、認知症学会

編集委員

2005- Acta Neuropathologica 2010- Neuropathology

2013- 16 Acta Neuropathologica Communications (handling editor)

日本神経学会代議員、日本神経病理学会 理事、日仏医学会 理事

S14-1

多施設連携で診断—剖検—CPCを完遂したパーキンソン症候群の臨床提示

融 衆太 ^{1,2}	トオル シュウタ
森島 亮 ³	モリシマ リョウ
船井 明日香 ³	フナイ アスカ
新谷 晶子 ¹	シンヤ アキコ
山崎 麻央 ¹	ヤマザキ マオ
安達 彩織 ²	アダチ サオリ

¹ さくらクリニック² 新渡戸記念中野総合病院 脳神経内科³ 都立神経病院 脳神経内科

症例は死亡時80歳代女性。62歳時においの感じ方が鈍くなった。71歳右手のふるえあり。Parkinson病の診断にて都立神経病院にてフォローとなった。77歳 Wearing-offが出現。抗パーキンソン病薬の調整が行われた。83歳腰椎圧迫骨折にて入院。ADLが低下したため、84歳さくらクリニックからの訪問診療に移行。徐々に首下がり・腰曲がり著明となり、内服調整を行った。夜間を中心に幻視も出現。水分でむせることもあり。知的にはかなり保たれており、失見当識も目立たないが、少しずつ物忘れはするようになった。85歳から転倒傾向が悪化。OFF時には全く動けない状態になる。しょっちゅう探し物をするようになった。その後、誤嚥性肺炎を併発し新渡戸記念中野総合病院脳神経内科に紹介となり入院。抗生剤投与にて改善したが、経口摂取困難にて胃瘻造設となり退院予定となったが、経過中に吸気時喘鳴が出現。耳鼻科にコンサルトし、喉頭ファイバーにて両側声帯はほぼ傍正中固定しており、両側声帯外転障害の診断となった。気管内挿管を行い、気管切開を行った。その後、CO2ナルコーシスの状態となり、永眠。ご家族のご了承が得られ、病理解剖をさせていただいた。

パーキンソン病は、経過の中で様々な合併症や症状の進行に合わせて、適切な治療をすることが重要である。本例は、神経疾患の専門病院→神経専門医による在宅医療→地域の急性期病院脳神経内科での対応と、一貫して神経専門医による最適な治療の提供に努めることができた。

【演者略歴】

1992年 東京医科歯科大学医学部 卒業

2006年 新渡戸記念中野総合病院 脳神経内科部長、さくらクリニック 現在に至る

利益相反：無

S14-2

多施設連携で診断—剖検—CPCを完遂したパーキンソン症候群の病理所見

内原 俊記¹ ウチハラ トシキ
融 衆太¹ トオル シュウタ
小柳 杏莉² コヤナギ アンリ
石原 明子³ イシハラ アキコ
北川 昌伸⁴ キタガワ マサノブ

¹新渡戸記念中野総合病院 脳神経内科

²東京医科歯科大学 病理

³新渡戸記念中野総合病院 耳鼻咽喉科

⁴新渡戸記念中野総合病院 病理診断科

全身病理：誤嚥性肺炎、両側肺水腫

脳肉眼所見 固定後重量 1360g 両側黒質、青斑核に高度の脱色素はパーキンソン病を示唆する。基底核、下オリブ核、橋、小脳は正常で多系統萎縮症や進行性核上性麻痺の可能性は低い。

神経病理診断：

1. Parkinson病：肉眼的に脱色素を認めた黒質、青斑核で神経細胞が脱落し、迷走神経背側核、青斑核、黒質にレヴィー小体を認める。扁桃核、大脳皮質、海馬、食道、S状結腸、左室前壁に α シヌクレインの沈着を認めない。
2. 両側後輪状披裂筋選択的群集萎縮：輪状甲状筋は正常。
3. 加齢変化：Braak NFT stage III, 老人斑は少数。

両側声帯麻痺は多系統萎縮症に特徴的とされるが、レヴィー小体型認知症に合併した剖検例を我々は報告した (Toru S et al. Eur Neurol 2015;74:186-187)。本例は α シヌクレイン病変が脳幹に限局したパーキンソン病でも両側声帯麻痺が起こりえることを示した初めての剖検例である。パーキンソン病の臨床病型は多様で、多施設の連携による診断、在宅療養からの病理解剖、CPCを通じて、これまで想定されていない病態をとらえ、多施設で共有することができた。

【演者略歴】

1982 東京医科歯科大学卒業

1982-8 沖縄県立中部病院研修医, 武蔵野赤十字病院, 旭中央病院

1988-90 東京都精神医学総合研究所神経病理研究生

1990-97 東京医科歯科大学神経内科助手

1994-96 サルベトリエール病院 (フランス、パリ) 神経病理研究室留学

1997-2011 東京都神経科学総合研究所 研究員 (神経病理学、神経学)

2011-18 東京都医学総合研究所 脳病理形態研究室長

2018-新渡戸記念中野総合病院脳神経内科臨床部長、脳神経研究室長

東京医科歯科大学脳神経病態学 (神経内科) 特任教授

2020- 沖縄県立中部病院 非常勤医師 (総合内科、脳神経内科)

2021- 順天堂大学 脳神経内科 客員教授

編集委員 2005- Acta Neuropathologica 2010- Neuropathology

利益相反：無

S14-3

「おだやかな看取りを明日に活かすみち」10年のまとめと問題点

安達 彩織 ¹	アダチ サオリ
融 衆太 ¹	トオル シュウタ
内原 俊記 ¹	ウチハラ トシキ
青木 華古 ¹	アオキ ハナコ
山根 道雄 ²	ヤマネ ミチオ
北川 昌伸 ³	キタガワ マサノブ
入江 徹也 ²	イリエ テツヤ

¹新渡戸記念中野総合病院 脳神経内科

²新渡戸記念中野総合病院 内科

³新渡戸記念中野総合病院 病理診断科

【目的】 神経疾患療養者の在宅、施設での看取りを病理解剖の対象にするシステムを構築し、その成果を広く共有することで、神経疾患の病態解明、在宅医療や神経学の質の向上を目指す。

【方法】 在宅および施設での看取り例でも搬送して病理解剖できる体制を構築し、その費用を外部資金で調達する。CPC を Web 開催して在宅医や外部の参加者の参加を促し、研修医がその司会を行い、担当例の要約を作成する体制を確立した。その要約を遺族・在宅医へフィードバックし、アンケートで問題点も明らかにする。

【結果】 これまでの10年で80例以上の在宅療養者が病理解剖となった。アルツハイマー病変とレヴィー病変の合併はむしろ普通で、PSP 様病変の合併も散見されるが、臨床的にとらえるのは困難であった。一般に難しいと敬遠されがちな神経病理例でも研修医が司会をすることで解り易く再構成でき、簡明な要約が作成されるようになった。その要約を遺族へ開示することで、理解が深まり、解剖を積極的にとらえていただいた。また在宅医にも共有し地域や関係者との連携を深めてきたが、Web 開催により、院外、都外の参加者も増加し、より広い範囲の連携へのみちがひろがってきた。一方で、この事業を継続して行うに際して病理解剖する費用の確保は重要な課題である。

【結論】 在宅、施設での看取りを病理解剖の対象にする本事業で、変性病変の混在が予想以上に多いことが明らかとなった。CPCを通じて個々の例の臨床病理所見を摺り合わせ、Webを通じてより広い範囲で共有することで、病理解剖の意義はさらに深まり、病態解明や在宅医療の質を向上させると期待される。これらの成果をより広い範囲に訴え、本事業の制度化をめざす。

【演者略歴】

【略歴】

- 2016年 東京医科歯科大学医学部 卒業
東京医科歯科大学病院 初期研修医
- 2019年 新渡戸記念中野総合病院脳神経内科 医員
- 2021年 東京医科歯科大学病院脳神経内科 医員
- 2022年 新渡戸記念中野総合病院脳神経内科 医員 現在に至る

【所属学会】

日本内科学会、日本神経学会

利益相反：無

S14-4

神経筋難病に対する訪問診療の目的・歴史と現代における役割；在宅看取りと病理解剖の側面から

森島 亮 ^{1,2,3,4}	モリシマ リョウ
松田 千春 ²	マツダ チハル
奥山 典子 ⁴	オクヤマ ノリコ
漆葉 章典 ^{1,4}	ウルハ アキノリ
小森 隆司 ⁵	コモリ タカシ
清水 俊夫 ^{1,2,4}	シミズ トシオ
中山 優季 ²	ナカヤマ ユキ
高橋 一司 ¹	タカハシ カズシ

¹ 東京都立神経病院 脳神経内科

² 東京都医学総合研究所 難病ケア看護ユニット

³ Friedrich-Baur Institut, Ludwig-Maximilians-Universität München

⁴ 東京都立神経病院 患者・地域サポートセンター

⁵ 東京都立神経病院 検査科

当院は1971年の府中病院神経内科の開設以来、一貫して難治性神経疾患に対する訪問診療を行ってきた。黎明期の訪問診療は、人工呼吸器装着などの事情で多くの例が長期に入院していたため、入院病床を空けなければいけないという現実的な需要に基づくものであった。時代の変遷とともに訪問診療自体は現代では一般的なものとなり、在宅でのリハビリテーションやケアも充実してきたが、神経疾患に対する訪問診療は悪性腫瘍や内科疾患のそれとは異なる側面がある。則ち、①人工呼吸器など医療的に多くのリソースを必要とし、②早期にADLの障害が進行し、かつ療養期間が長期に及び、③多くの疾患はいわゆる希少疾患・難病であり、診断自体も生前には正確にはつかない場合もある、という点である。このため長期の療養期間でも専門医が定期的に関与し経過を確認・医療上の助言を行うことが望まれるとともに、病理学的検索（剖検）まで視野に入れた調査研究という側面が必然的に含まれる。

しかし在宅療養さらには在宅での看取りが行われた場合、剖検の実施率は高くない。2010年1月から2022年6月までの間に当院が基幹病院として診療した人工呼吸器装着歴のある筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者316名のうち、死亡までの全経過が判明しているのは159例と半数程度に留まる。このうち66例（41.5%）が在宅での死亡だが、うち病理学的検索がされたのは2例（3%）のみであった。

この背景には、在宅看取りと剖検という事柄の間にある文化的・情緒的な障壁、在宅での死亡例を病院に搬送して剖検を行うことへ制度面の障壁がそれぞれ関与している。また疾患自体が希少なため、一般に在宅診療に関わる医療者の間で、こうした神経難病の特殊性や剖検の重要性が認識され難いという問題もあり、いずれも今後の啓発活動が課題となっている。

【演者略歴】

【略歴】

2010年 国立大学法人 群馬大学医学部医学科 卒業

2022年 国立大学法人 新潟大学大学院 医歯学総合研究所 卒業

2010年 自治医科大学附属病院

2013年 伊東市民病院 内科

2013年 安房地域医療センター 総合診療科

2016年 東京都立神経病院 脳神経内科

2019年 東京都医学総合研究所 客員研究員

2023年 Friedrich-Baur Institut, Ludwig-Maximilians-Universität München

【資格】

総合内科専門医、神経内科専門医、アレルギー専門医、臨床神経生理学専門医（脳波／筋電図）
EULAR course on Rheumatic Disease Completion

【所属学会】

日本内科学会、日本神経学会、American Academy of Neurology、日本臨床神経生理学学会、日本緩和医療学会、日本難病医療ネットワーク学会、日本アレルギー学会、日本在宅医療連合学会、他

利益相反：無

シンポジウム15 日本臨床工学技士会合同企画

在宅医療における機器と人の融合を促進するために ～在宅人工呼吸療法のあゆみと創造～

S15

【セッション概要】

在宅医療は年々高度化し、年齢を問わず生命維持装置である人工呼吸器を使用して在宅療養する患者が増えています。在宅人工呼吸器は機種も増え、周辺機器も多様化しており、対象となる患者のACPに従って様々な処方が行われます。在宅人工呼吸療法は医師を中心とした多職種で実践されます。

在宅人工呼吸および周辺機器の適切な使用、安全管理、すべてに「人の手・目」が欠かせず、その専門家である臨床工学技士の在宅医療への参画が待ち望まれています。

本シンポジウムでは、在宅人工呼吸療法のこれまでの歴史的経緯から、現状の安全管理を含めた支援システムを俯瞰し、今後に向けて、関わる全てのスタッフは在宅人工呼吸療法の「今」を知ることにつながることを目指します。

座長：木村 政義 キムラ マサヨシ

兵庫医科大学病院 臨床工学部

【座長略歴】

1991年3月 大阪ハイテクノロジー専門学校 臨床工学技士科 卒業

2010年10月 産業能率大学情報マネジメント学部現代マネジメント学科卒業

2013年3月 大阪市立大学大学院経営学研究科 修士課程修了（経営学修士）

1991年4月～ 兵庫医科大学病院 勤務

2016年2月～2018年3月 一般社団法人日本集中治療医学会 理事

2020年5月～ 兵庫医科大学病院 臨床工学部 部長

2020年5月～ 公益財団法人日本臨床工学技士会 常任理事

座長：中田 隆文 ナカタ タカフミ

マリオス小林内科クリニック

【座長略歴】

昭和62年3月 岩手リハビリテーション学院理学療法学科卒

昭和62年4月 盛岡友愛病院リハビリテーション科

平成11年 盛岡友愛病院在宅医療部

平成16年5月 須藤内科クリニックリハビリテーション科科长

平成27年 もりおかこども病院

平成29年11月 マリオス小林内科クリニックリハビリテーション科科长

S15-1

在宅人工呼吸療法 ～機器・システムの進化の歴史から～

中山 優季 ナカヤマ ユキ

東京都医学総合研究所 社会健康医学研究センター 難病ケア看護ユニット

在宅人工呼吸療法の国内第一例は、1970年台とされている。在宅人工呼吸の歴史が50年ということはどう考えるか。この半世紀を機器・支援システムから紐解いてみたい。

機器の歴史には、大きく3つの流れがある。前述の第一例の際には、コンプレッサー、酸素ポンプを自宅に備え、人工呼吸器は個人で購入であった。それでも、「毎日のように止まってしまった」という。1980年代には、配管不要の電源駆動・陽圧換気式の人工呼吸器が輸入され、在宅での使用が可能となった。第二には、1990年代の非侵襲的人工呼吸の発展により、陽圧換気装置（NIV専用機）が、普及した。在宅用人工呼吸器は、移動に耐えうような可搬性が増した機種が出た。そして第三の流れとして、2000年台、特に2010年台以降には、デジタル化が急速に進行した。NIV/TIVを一台で実施できる機種や、吸引・排痰補助・酸素・吸入までも1台で実施できるものもある。災害への備えとしての停電対策として、長時間のバッテリー駆動が可能となった。このように、機器は「小型・軽量・多機能化」による生活への融合に向けた発展といえる。

次に、支援システムについては、国内第一例が実践された以降、1980年代に入ると各地で散発的に試行され、実践の一つ一つから、必要なケア内容と体制が導かれ、ケアシステムとして、整備されてきた。1990年の健康保険適応を契機に、現在は、国民皆保険のもと、望めば誰もが、在宅人工呼吸療法を受けられる時代となっている。「何もない」中での先人たちの取り組みは、「命がけのチャレンジ」ともいえ、「次に同じことを望んだ人に、もっと少ない代価で提供する」ことを目指しながら、一般化・普及することを目指したものであるといえる。

今後、在宅医療としてさらに継続していくためには、安全対策が欠かせないといえ、機器と人とが融合し、取り組んでいくための方策についての議論が深まることを期待している。

【演者略歴】

【略歴】

1996年 東京女子医科大学看護短期大学看護学科 卒業
 1998年 東京医科歯科大学医学部保健衛生学科 看護学専攻 卒業
 1998年～2002年 東京女子医科大学病院 勤務
 2004年 東京都立保健科学大学大学院保健科学研究科 看護学専攻 修了
 2007年 東京都立保健科学大学大学院保健科学研究科 修了
 2007年～ 財)東京都医学研究機構東京都神経科学総合研究所
 2015年～ 公財)東京都医学総合研究所 運動・感覚システム研究分野
 難病ケア看護プロジェクト (プロジェクトリーダー・副参事研究員)
 2020年 公財)東京都医学総合研究所 社会健康医学研究センター
 難病ケア看護ユニット (ユニットリーダー・副参事研究員) 現在に至る

【所属学会】

日本難病看護学会、日本難病医療ネットワーク学会 他

利益相反：無

S15-2

在宅人工呼吸療法における安全管理 ～病院の立場から～

大野 進^{1,2} オオノ ススム

¹ 滋賀県立小児保健医療センター

² 滋賀県立総合病院 臨床工学部

【はじめに】 当院では、約120名の在宅人工呼吸器患者をフォローしており、患者は在宅人工呼吸器と共にスパイトや入退院を繰り返している。そのような中で在宅人工呼吸器を安全に運用するために取り組んでいる点について臨床工学技士の立場から報告する。

【機種選定】 私が関わり始めた約15年前は、7機種の在宅人工呼吸器を管理し、回路構成はTPPVとNPPVを合わせると11種類にもなっていた。そのため操作方法や回路間違え等のインシデントが多発したため、医療安全対策室と協議して機種と回路を出来る限り統一することとした。現在はNPPVとTPPV共に使用できるフィリップス社製トリロジーEvoかレスメド社製アストラルの2機種から選択している。在宅人工呼吸器患者の呼吸状態が悪化し入院した場合は、まず本人の呼吸器回路に酸素に吹き流して対応するが、高い酸素濃度が必要な場合は、ブレンダーで酸素濃度を調整可能な院内所有機のトリロジーEvo O2に機種変更を行い対応している。

【回路構成】 在宅用人工呼吸器の回路構成は、TPPVは呼気ポート付きシングル回路、NPPVは呼気ポート付きマスクに統一している。これは回路構成がシンプルのため取り回しにも優れている。呼気ポートにリークがある回路のため加湿や結露の問題もあるが在宅ではシンプルなケアを選択することも重要なためこの回路構成を選択している。

【他社の呼吸器対応】 トリロジーとアストラル以外での呼吸器を使用している患者が入院した場合は、基本的にトリロジーかアストラルに乗せ替えて対応している。

【考察および結語】 在宅人工呼吸器の機種や回路構成は数多く存在し、それらを制限なく院内で稼働するとインシデントのリスクが高まると考える。そのため出来る限り機種や回路構成を統一することで、安心安全な入院が可能と思われる。またその機種や回路構成の運用に臨床工学技士が関与することは重要である。

【演者略歴】

【略歴】

2003年3月 東海医療工学専門学校 臨床工学科 卒業

【職歴】

2003年4月 医仁会武田総合病院

2008年4月 滋賀県立総合病院

2010年4月 滋賀県立小児保健医療センター 兼務

【資格】

臨床工学技士、透析技術認定士、3学会合同呼吸療法認定士、ICLS認定インストラクター

【技士会・学会】

日本臨床工学技士会 在宅医療業務小委員会

滋賀県臨床工学技士会 理事・呼吸部門長

日本呼吸療法医学会 会員

【その他】

NPO法人 びわこファミリーレスパイト 理事

NPO法人 おうみ救命プロジェクト 副代表

WARC呼吸ケア研究会 理事

利益相反：無

S15-3

在宅人工呼吸療法における安全管理～在宅での実際～

及川 秋沙 オイカワ アイサ
独立行政法人国立病院機構岩手病院 臨床工学士

全国の人工呼吸器装着患者数はNPPV,TPPVを合わせて2万人を超え、その数は増加傾向にある。

在宅人工呼吸療法（以下、HMV）では、人工呼吸器本体のみ使用するケースは少なく、加温加湿器、酸素濃縮器、吸引器、排痰補助装置などの医療機器を併用するケースが多い。患者家族は、それら複数の医療機器を日々管理し、さらにトラブルが発生した際には自ら対処しなければならず、心身への負担となっている。医療機器の高度化が進むなか、患者・介護者が安全に医療機器を使用するために、臨床工学技士（以下、CE）による支援が必要不可欠と考える。

当院は神経・筋疾患の専門医療施設として、難病疾患患者の包括的な支援に取り組んでおり、当院CEも積極的にHMVへ介入してきた。その業務は、機器・デバイスの選定、患者・介護者に対する機器の使用目的および使用方法の説明、在宅訪問、機器のトラブル対応、データ解析など多岐にわたる。特に在宅訪問は、訪問診療へ定期的に同行するほか、退院前後には機器の設置場所の確認やフォローアップ目的で訪問し、機器トラブルの発生時にも可能な限り訪問して対応している。

院内とは異なる環境下で医療機器を管理するHMVにおいては、予想できないトラブルが発生することもある。CEが日頃から自宅へ訪問して療養環境を確認し、患者・介護者とコミュニケーションを図ることは、トラブルの防止および迅速な解決につなげるためにも重要な業務と認識している。本セッションでは当院における症例を紹介し、CEが在宅訪問を行う必要性について述べたい。

【演者略歴】

2011年 東北文化学園専門学校 臨床工学科 卒業
2011年 独立行政法人国立病院機構岩手病院 入職 現在に至る

利益相反：無

S15-4

在宅人工呼吸療法と関連職種 ～専門家不在での管理の実際とあるべき姿～

肥田 泰幸 ヒダ ヤスユキ
東都大学 幕張ヒューマンケア学部 臨床工学科

高齢化の加速と医療技術の発展に伴う医療的ケア時の増加によって、在宅で人工呼吸器を装着して治療にあたる患者も増加しており、厚生労働省National DataBase：NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）によると、在宅人工呼吸指導管理料の請求は2020年04月～2021年03月の間に計232,640件と報告され、今後も増加することが予想されているが、在宅で治療を継続するうえにおいて、安全面を含めたQOLは必ずしも満足な状態であるとは言い難い。その理由として、医療機関と在宅の間で医療と医療機器を包括的かつシームレスでアセスメントする医療従事者の不在があげられる。

在宅で使用される人工呼吸器は概ね専門業者によるレンタルで賄われており、人工呼吸療法に関する主な診療報酬は、在宅人工呼吸指導管理料の2800点に加え人工呼吸器加算の7480点の合計であり、その範囲内でレンタルフィーが設定され、その差分を医療機関が報酬として得ている状況であるが、在宅で使用される日常的な人工呼吸器の保守管理はレンタルを施した専門業者の手で行われ、医療的なアセスメントは訪問医師や看護師、若しくは患者さん自身の通院によって賄われている。即ち、医療機関と在宅の間で医療と医療機器を包括的かつシームレスでアセスメントする医療従事者の不在の状態である。

この問題の解消には臨床工学技士の介入が相応しいと考えるが、マンパワーやスキル、診療報酬など様々な課題が山積する。小生へ与えられたテーマである「専門家不在での管理の実際とあるべき姿」について本シンポジウムにおいてディスカッションを行い、前向きなベクトルを導き出すことが出来れば幸いである。

【演者略歴】

【略歴】

1982年 山口県立宇部商業高校卒
1990年 労働福祉事業団山口労災病院
2021年 東都大学ヒューマンケア学部臨床工学科 助教
2023年 サイバー大学IT総合学部卒 現在に至る

【所属学会】

日本臨床工学技会
日本透析医学会
日本血液浄化技術学会
日本在宅医療連合学会
日本遠隔医療学会
日本発明学会
ITヘルスケア学会

利益相反：無

／90164

S15 指定発言

佐藤 邦昭 サトウ クニアキ
富山大学附属病院 医療機器センター

シンポジウム16 新潟県プログラム委員会企画

在宅医療におけるアウトカムの可視化を目指して

S16

【セッション概要】

本シンポジウムでは、普段感覚的に行われている在宅医療によって真に患者の満足度やQOLの向上に役立っているのかといった臨床のアウトプットを可視化し評価するための臨床研究に主眼におき、様々な研究のアプローチや研究者育成について議論する。全国レベルでは介護レセプト研究、新潟県レベルでは若手医師育成と臨床研究教育、現場レベルではケアと患者のQOLを評価する調査研究、患者や医療者の体験から在宅医療現場の問いに答える質的研究など、これまでの具体的な活動成果を共有します。お互いの活動を共有することにより、良き在宅医療をするための未来の課題解決に繋げていきます。

座長：栗田 宜明 クリタ ノリアキ

福島県立医科大学 大学院医学研究科 臨床疫学分野

【座長略歴】

2004年東京大学卒。京都大学博士。2019年福島県立医科大学大学院医学研究科臨床疫学分野の特任教授に着任。総合内科専門医・腎臓専門医。査読つき英文論文の数は84編。サルコペニアのスクリーニング法の開発（SARC-F+EBM診断法 JNHA 2019; U-TEST診断法 Br J Nutr 2021）、健康関連ホープ尺度の開発（Ann Clin Epidemiol 2019）と応用（JNHA 2021）など、高齢者の健康長寿やQOL向上のための臨床研究も取り組んでいる。在宅医療ではZEVIIOUS研究に参画し、要介護度のバリデーション研究（GGI 2021）、患者中心性医療とACPの準備の関係性（Family Pract 2022）などを共同で発信。自筆による競争的研究資金の獲得額は7748万円。

座長：次橋 幸男 ツギハシ ユキオ

公益財団法人天理よろづ相談所 法人企画情報室／白川分院在宅世話どりセンター

【座長略歴】

2004年 佐賀医科大学医学部（現佐賀大学医学部）卒業
2004-2009年 公益財団法人天理よろづ相談所病院 ジュニアレジデント・内科シニアレジデント
2010-2019年 同 在宅世話どりセンター 医員
2012-2019年 同 地域医療連携室 医員（兼任）
2016-2020年 天理医療大学 医療学部 特任講師（兼任）
2020-2021年 奈良県 医療政策局 地域医療連携課 嘱託
2019年-現在 天理よろづ相談所病院白川分院 在宅世話どりセンター 医員
2020年-現在 天理よろづ相談所 法人事務局 企画情報室 次長
2022年-現在 奈良県 医療政策局 地域医療連携課 地域医療政策アドバイザー
医師（MD）、社会健康医学修士（MPH）、医療マネジメント修士（MMM）、医学博士（PhD）

S16-1

詳細な医療・介護の複合需給推移・予測を踏まえた2020年代後半以降の在宅医療のあり方に関する必要な対応とモデルケース

松本 晴樹 マツモト ハルキ
新潟県福祉保健部長

世界的に類を見ないほどの急速な進行をみせる少子高齢化を背景に、地域における患者像も急速に変化している。特に、2025年は、団塊の世代の全員が後期高齢者になる節目の年となり、国が掲げる地域医療構想の節目の年にもなる。新型コロナウイルスへの対応を通して、医師などの医療資源が集約された病院の役割が一層重要となることが新潟県関係者には共有がなされた。また、2024年から医師の働き方改革が法律上も始まることになる。医師の労働者としての側面に光が当たり、いかに持続可能で、QOLも確保された職業人としての医師生活を守っていくかというのを同時に達成する必要がある。

一方で、急性期医療と同時に検討が必要なのは在宅医療の体制整備である。

新潟市等の都市部においては、在宅医療の需要は、向こう20年程度で2倍を超えると予測されている地域もある。これまでは、長期的に高齢者が増加するとみられていたため、介護需要の増加を見越した施設ケア供給増加があったため、在宅医療提供が伸びない地域においても、高齢者のケア需要は満たすことができた。

しかしながら、2040年以降の高齢者人口の減少を見越して、介護施設の建設が鈍りはじめている。地域によっては、施設系のケア供給が期待できず、在宅ケアの供給と向き合わざるを得ない地域が出てくる可能性が高い。

本発表においては、背景となる社会変化をデータに基づいてレビューするとともに、国の政策動向とともに、新潟県における医療政策、「グランド・デザイン」を紹介し論点を提示するとともに、新潟県における在宅医療の受給の推移および介護入所系ケア提供の受給推移等の関連情報を提供し、今後のあるべきケアの体制について、必要な論点とモデルケースとなりえる事例の紹介を行い、もって2020年代後半以降の高齢者ケアのあるべき像について、議論するものである。

【演者略歴】

新潟県福祉保健部長

2006年 千葉大学医学部卒業・石巻赤十字病院にて臨床研修

2008年 湘南鎌倉総合病院 救急総合診療科

2009年 厚生労働省入省

2016年 ハーバード公衆衛生大学院修士課程

2020年 現職

利益相反：無

S16-2

在宅医療のケアと患者が感じるアウトカム (PRO) を評価する臨床研究：ZEVIIOUS 研究

安中 正和¹ ヤスナカ マサカズ
次橋 幸男² ツギハシ ユキオ
栗田 宜明³ クリタ ノリアキ

¹ 医療法人安中外科・脳神経外科医院

² 天理よろづ相談所病院 白川分院

³ 福島県立医科大学 大学院医学研究科 臨床疫学分野

高齢者や要介護度の高い患者が、在宅医療を利用する人数は年々増加している。そのため、我々が提供する在宅医療の質や、患者が認識するアウトカムを科学的に評価し、得られた知見をフィードバックすることによって、医療の質の改善につなげる必要性が高まっている。この大切な課題に向き合うため、東京・奈良・長崎の29施設において、Zaitaku EValuative Initiatives and OUtcome (ZEVIIOUS) 研究チームを確立し、2020年1-7月の間に200人以上の在宅医療患者データを収集した。この研究から、要介護度分類が患者目線で妥当であることや、患者を中心に据えた医療を提供しているほど、ACP (Advance Care Planning) が始まっていることを国際誌に発表することができた [Geriatr Gerontol Int. 2021;21: 229-237; Fam Pract. 2023;40: 211-217]。さらに、余命わずかな在宅患者が果たして幸せであるのか？という素朴で本質的な疑問を検証するために、その成果の一部を去年の学会で発表した。現在、その疑問についての論文化を終え、国際誌での掲載をめざしている [medRxiv. 2022. doi:10.1101/2022.09.13.22279424]。また、新たな研究の論文化をめざし、ZEVIIOUS研究の仲間と共に定期的な WEB ミーティングを継続している。この過程で、これまで体験したことのない困難に直面することもあった。それでも私どもはこの研究活動を楽しくやり遂げることができた。そこで見つかった様々な課題や発見を共有したいと思っている。

【演者略歴】

1995年久留米大学医学部 卒業

1995年聖路加国際病院 初期研修医

1997年聖路加国際病院 脳神経外科医員

2006年安中外科・脳神経外科医院継承 現在に至る

利益相反：無

S16-3

医療・介護レセプトデータから在宅医療を評価する臨床研究

次橋 幸男^{1,2} ツギハシ ユキオ¹ 公益財団法人天理よろづ相談所 法人企画情報室² 白川分院在宅世話どりセンター

医療及び介護レセプトデータは日常の診療現場で記録され蓄積されている被保険者データである。これらのデータの悉皆性は高く、現実の世界を反映していることからリアルワールドデータとも呼ばれている。現在、医療レセプトとしては、全国のレセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB)、全国又は都道府県単位の国保データベース (KDB)、介護保険としては全国の介護DBや都道府県単位のKDBを用いた研究が進められている。また、NDBオープンデータ、介護DBオープンデータのように公開されたデータを活用できる。

在宅医療の領域においても、医療及び介護レセプトを用いた研究報告が増加しつつあり、近年では医療及び介護レセプト情報を突合させた臨床研究についても実施できる環境が整備されつつある。しかしながら、これらのレセプトデータを用いた分析を行う際には、データの特性、各診療行為と介護サービスの定義付け、そしてその限界についても理解しておく必要がある。

そこで、本発表では奈良県KDB改良データ(医療・介護突合レセプト)を用いた研究例として在宅医療の分類を行った研究(在宅医療における機能・カテゴリー分類)について紹介するとともに、在宅医療領域におけるレセプト情報、各種オープンデータを用いた研究を行う際の注意点について紹介する。

【演者略歴】

【略歴】

2004年 佐賀医科大学医学部医学科 卒業

2010年 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 卒業 (社会健康医学修士, MPH)

2016年 南カリフォルニア大学大学院 卒業 (医療マネジメント修士, MMM)

2021年 奈良県立医科大学大学院 卒業 (医学博士, PhD)

2004年 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 ジュニアレジデント

2006年 同 内科シニアレジデント

2010年 同 在宅世話どりセンター 医員

2019年 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 白川分院 在宅世話どりセンター 医員 (現在に至る)

2020年 公益財団法人 天理よろづ相談所 法人事務局 企画準備室 室長補佐

2020年 奈良県 医療政策局 地域医療連携課 嘱託 / 地域医療政策アドバイザー (現在に至る)

2021年 奈良県立医科大学 公衆衛生学 博士研究員 (現在に至る)

2023年 同 法人事務局 企画情報室 次長 (現在に至る)

【所属学会】

日本在宅医療連合学会、日本内科学会、日本公衆衛生学会、日本医療マネジメント学会等

利益相反：無

S16-4

在宅医療現場における質的研究・混合研究法

金子 惇 カネコ マコト

横浜市立大学 大学院データサイエンス研究科ヘルスデータサイエンス専攻

臨床研究には実証主義を前提として数値データを扱う量的研究以外にも、質的研究・混合研究法と言われる研究手法が存在する。これらの手法は医学系の臨床家には馴染みが薄い場合もあるが、患者や医療者の経験、認識、価値観など量的研究だけでは明らかにできないリサーチクエストに答えることが出来る重要な手法であり、在宅医療現場においてもニーズが高いと考えられる。今回は、量的研究と異なる前提を持つ質的研究及び混合研究法の認識論をまず解説し、代表的な方法論を概説した上で、在宅医療に関するリサーチクエストを取り扱った国内外の質的研究・混合研究法の研究を紹介する。この発表が在宅医療に取り組む様々な職種の方に質的研究・混合研究法に目を向けて貰うきっかけとなることを目標とする。

【演者略歴】

2008年 浜松医科大学医学部医学科卒業

沖縄県立中部病院初期研修、沖縄県立中部病院プライマリ・ケアコース後期研修、沖縄県立北部病院附属伊平屋診療所、CFMD東京リサーチフェローを経て

2018年 浜松医科大学 地域家庭医療学講座 特任助教

2020年 横浜市立大学大学院データサイエンス研究科ヘルスデータサイエンス専攻 講師

2023年 横浜市立大学 大学院データサイエンス研究科ヘルスデータサイエンス専攻、臨床疫学・臨床薬理学講座 准教授
東京慈恵会医科大学 臨床疫学研究部 「地域医療プライマリケア医学」博士課程修了

Western University, Master of Family Medicine 修了

利益相反：無

シンポジウム17

へき地における歯科診療の課題

S17

【セッション概要】

歯科医師は、かねてより過剰問題が指摘されていたため、平成18年に厚生労働省と文部科学省による確認書の取り交わしがなされ、極端な養成数抑制策が取られてきた。そのため近年は、歯科医師数の需給問題が浮かび上がり、それに加えて、都市と地方の偏在問題が顕著となってきている。特に僻地では、無歯科医師地区の大幅な増加が懸念される状況となっており、対策は待ったなしである。

本シンポジウムでは、新潟県の佐渡島や、島根県・香川県の過疎地域で活動する歯科医療関係者に登壇頂き、地方における在宅医療を含めた歯科医療の現状と展望についてディスカッションを行う。

座長：猪原 健 イノハラ ケン

医療法人社団 敬崇会 猪原歯科・リハビリテーション科

【座長略歴】

2005年 東京医科歯科大学歯学部卒業

2009年 同大学院顎顔面補綴学分野修了、博士（歯学）

2010年 日本大学歯学部摂食機能療法学講座 非常勤医員

2010～2011年 カナダ・アルバータ大学リハビリテーション学部言語聴覚療法学科 Visiting Professorとして留学

2011年 医療法人社団敬崇会 猪原歯科医院（現 猪原歯科・リハビリテーション科）副院長

2015年 社会医療法人祥和会 脳神経センター大田記念病院に歯科を立ち上げ、非常勤歯科医としても勤務

2020年 敬崇会 猪原歯科・リハビリテーション科 理事長

2021年 グロービス経営大学院経営研究科修了、MBA 経営学修士（専門職）

東京医科歯科大学、岡山大学、大阪歯科大学 非常勤講師

日本在宅医療連合学会理事・保険委員、日本老年歯科医学会 社会保険委員

全国在宅療養支援歯科診療所連絡会理事など

座長：渡部 守 ワタナベ マモル

まもる歯科

【座長略歴】

1977年 佐渡市生まれ

2002年 新潟大学歯学部卒

2006年 新潟大学大学院医歯学総合研究科博士課程修了（摂食・嚥下リハビリテーション学分野）

2008年 渡部歯科医院 院長

2016年 まもる歯科 院長

博士（歯学）

新潟県歯科医師会地域保健部員

佐渡歯科医師会在宅歯科医療連携室長

S17-1

歯科医療はへき地の医療インフラたりえるのか

渡部 守 ワタナベ マモル
まもる歯科

演者は日本海の佐渡島で歯科医院を運営している。佐渡は離島でありながら面積が広く、また海と山とが複雑に入り組んで平地を分断し、ぽつんぽつんと小さな集落が点在している。

このような地域では、地域住民を支える医療・介護その他の資源が圧倒的に不足し、そしてそれは進行する一方である。医師、看護師、介護士、リハビリ職、栄養士、いずれも足りない。病院が次々に閉鎖され、最寄りの医療機関まで片道1時間以上という集落も少なくない。これは、医療を社会インフラとしてとらえるならば、水道や電気のない生活を強いられているのと同様である。

医療インフラの不足は、これまで地域コミュニティの共助によって補われてきたが、地域の人口減少と高齢化によって共助が力を失い始めている。財政基盤の弱い過疎地では、行政などの公助に限界があるのは論ずるまでもない。

このような中で、演者の地域では、歯科医療はまだそれなりに踏みとどまっている。しかし歯科医師も高齢化が進み、やがて、医師や看護師と同じような状況になることは確定的である。

では、われわれは何をすべきなのだろうか？在宅医療ができるのは資源の豊富な都会だけとあきらめて、「選択と集中」で切り捨てるのが正解なのか。無理を承知でも何かできないかともがき続けるのが正しいのか。

歯科は患者の命に直接かわりがないと思われがちで、医療インフラの中でそれほど重要視されていない。ただ、他の職種が絶望的に不足している地域では、歯科医療従事者が歯科領域にとどまらない働きをすることで、患者の生活を支えるインフラとなりえるかもしれない。

【演者略歴】

【略歴】

2002年 新潟大学歯学部卒

2006年 新潟大学大学院医歯学総合研究科博士課程修了（摂食・嚥下リハビリテーション学分野）

2008年 渡部歯科医院 院長

2016年 まもる歯科 院長 現在に至る

博士（歯学）

新潟県歯科医師会地域保健部員

佐渡歯科医師会在宅歯科医療連携室長

【所属学会】

日本老年歯科医学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会

利益相反：無

S17-2

中山間地域における歯科医療機関の未来シミュレーションから考える

吉川 浩郎 ヨシカワ ヒロオ
吉川歯科クリニック

島根県は面積の87%が離島・中山間地域であり、人口の約45%がそこで暮らしている。中山間地域においては歯科医療機関の減少や消滅が、歯科保健医療そのものの減少や消滅に直結し、地域住民の生活に大きな影響を及ぼす。地域包括ケアシステム構築の観点からも支障をきたすことになる。(一社)島根県歯科医師会では、島根県内の将来の推計患者数ならびに歯科医療機関の分布を重ね合わせ、2032年における無歯科医医療地区とその推計患者数の予測を行い、自治体を含む関係機関と共有すべく研究を行っている。

その結果から、2017年の状況と2032年の予測を比較すると島根県の中山間地域における歯科医療機関は107か所から44か所となり、3つの自治体は一次医療を担う歯科医師会会員の歯科診療機関がゼロになる可能性があることがわかった。

演者の歯科診療所のある松江市は非中山間地域であり、中山間地域に比べれば人口や推計患者数の減少率は少ないが、歯科医療機関数の減少割合は大差ない結果となっている。

これからも歯科医師会や自治体等との検討が継続されることが必要であるが、演者のような一開業歯科医師としては患者さんの笑顔はもちろんのこと、訪問歯科診療等で多職種と関わり、学び、協働しながら得る充実感を後進の歯科関係者に示していき、へき地における在宅歯科医療に興味を持つ仲間づくりをしていくことも必要ではないかと考えている。このパートでは前述の研究について提示し、演者が行っている訪問歯科診療等の現状を紹介させていただく。

【演者略歴】

【略歴】

1986年 城西歯科大学（現：明海大学歯学部）卒業

同年 歯科医師免許取得

1993年 松江市内に吉川歯科クリニックを開院

2006年 島根県歯科医師会 理事（2017年まで）

2012年 島根大学大学院医学系研究科博士課程修了 学位取得

同年 島根大学医学部歯科口腔外科学講座 臨床教授

2021年 松江市歯科医師会 会長

【所属学会】

日本摂食・嚥下リハビリテーション学会（認定士）、日本障害者歯科学会（指導医）、日本老年歯科医学会（認定医）

利益相反：無

S17-3

コミュニティナースとしての”地域系歯科衛生士”の役割 ～県内一の過疎地域で、多世代が集える居場所をつくる!～

丸岡 三紗 マルオカ ミサ
まんのう町国民健康保険造田歯科診療所

私が勤める歯科診療所があるのは、まんのう町琴南地区という香川県唯一の過疎地域である（人口1,926人、高齢化率52.2%）。私と当歯科診療所所長がこの地域にやってきたのは約8年前で、当初から「琴南の在宅医療介護の連絡会」を発足、月1回関係者が集まってケース検討を行う場を設け、何とか地域の連携体制を構築してきた。しかし、コロナ禍で連絡会や飲み会ができなくなると、その体制は一気に崩れてしまった。

一方で、“災い転じて福となす”場面もあった。当地区では元々介護予防の一環として山奥のお年寄りをスーパーに連れて行く“お買い物ツアー”を月一回行ってきたが、その実施も一時はコロナ禍によって難しくなっていた。そこで、活動を継続するための工夫として、3～4人程度の少人数制による「ミニミニ買い物ツアー」を週1回実施することにした。外食つきでリクエスト通りの店に行けるなど少人数ならではのメリットも大きく、利用者から大好評である。

また、2021年度からは中学校跡地利活用の一環として、我々は新たに法人を立ち上げ、地域のためのコミュニティスペース運営を手掛けることとなった。きっかけは、町内の子育て世代や子どもたちから「休日に子どもを連れて遊びに行ける場所がない」「近所に公園も児童館もなく遊べる場所がない」との困り事が聞かれたことであった。そこで地域のクリエイターとコラボし、大人も子どももまったり家のようにくつろげる居場所づくりを行ったところ、休日の来館者数は1日あたり多い時で100名を超えるほど、町内外の住民から大人気の施設となった。「地域活性化のモデルケース」と外部評価も高くいただいていたが、町の方針で2023年3月末で指定管理を解除されてしまった。その原因は「おもちゃが多くて入りづらい」という一部高齢者からのクレームであった。過疎地域におけるまちづくりの難しさを痛感しているところである。

【演者略歴】

【略歴】

2013年 四国学院大学専門学校 歯科衛生科卒業

三豊総合病院企業団 歯科保健センター勤務

2015年 まんのう町国民健康保険造田歯科診療所勤務 現在に至る

2019年 徳島大学大学院総合科学教育部博士前期課程地域科学専攻地域創生分野修了
修士（学術）

日本老年歯科医学会認定歯科衛生士

日本口腔衛生学会認定歯科衛生士（地域歯科保健）

利益相反：無

シンポジウム18 日本在宅医療事務連絡会合同企画

診療報酬改定に込められた在宅医療の未来へのメッセージ

S18

【セッション概要】

診療報酬改定には未来へのメッセージが込められている。

本セッションでは、令和4年度診療報酬改定や第8次医療計画での議論されている在宅医療への期待を読み解き、令和6年度の診療報酬、介護報酬等の同時改定を展望する。また在支病、在支診、訪問看護ステーションの立場からも診療報酬に対する考えを伺い、ディスカッションしたい。

座長：石塚 秀俊 イシヅカ ヒデトシ

日本在宅医療事務連絡会／外資系コンサルタント

【座長略歴】

1992年東京工業大学大学院修了後、同年伊藤忠商事（株）入職。

その後、外資系コンサルタント会社、(株) AQUASTONE・代表等を経て、2011年(株)デンタルサポート・人財部長兼経営企画部、2012年歯科診療所・事務長、2013年訪問看護ステーション・事業部長を歴任。2015年医療法人人生寿会・在宅事業本部副部長兼病院事務長、2018年同法人統括マネージャーを歴任。2019年外資系コンサルタント会社入職、プリンシパル（現職）。現在は中央官庁向けデータヘルス改革各種プロジェクトや民間法人向けヘルスケアプロジェクトのコンサルタント業務に携わっている。

○学会等

一般社団法人日本在宅医療事務連絡会顧問

日本在宅医療連合学会、ITヘルスケア学会

2015年～2018年 地域医療研究会事務局担当

2015年～2018年 愛知県在宅療養支援診療所連絡会事務局担当

座長：堀部 秀夫 ホリベ ヒデオ

医療法人社団ゆみの

【座長略歴】

医療法人社団ゆみの 常務理事 事務局長／一般社団法人日本在宅医療事務連絡会 代表理事／薬剤師

2002年東邦大学薬学部卒業、2004年東邦大学薬学部修士課程修了、2004年日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社入社、MRとしてクリニック、基幹病院、大学病院を担当。2012年マネージャーとしてゆみのハートクリニックの立ち上げから運営に関わる。

S18-1

次回診療報酬の展望

石塚 秀俊 イシヅカ ヒデトシ
日本在宅医療事務連絡会／外資系コンサルタント

在宅医療の患者数は、2040年まで全国的に大きく増大することが見込める中、在宅医療を手がける医師の高齢化問題、新規参入診療所の減少、医療費削減圧力という状況もあり、患者増大に即した在宅医療サービス量増加には、国や自治体は難しい舵取りを強いられる可能性が高い。

こうした舵取り上、最も重要なKEYは診療報酬改訂であり、既に中医協を中心に前回の診療報酬改訂の振り返りが実施されている。

本セッションでは、在宅医療の於かれている状況、前回の診療報酬結果振り返りを基にして、今後の診療報酬改訂の展望について説明する。

【演者略歴】

【略歴】

1992年東京工業大学大学院修了後、同年伊藤忠商事（株）入職。

その後、外資系コンサルタント会社、（株）AQUASTONE・代表等を経て、2011年より医療現場業務に携わる。2013年訪問看護ステーション・事業部長、2015年医療法人人生寿会・在宅事業本部副部長兼病院事務長、2018年同法人統括マネージャーを歴任。2019年アクセンチュア株式会社入職 シニア・プリンシパル、2023年1月よりIQVIA ソリューションジャパン プリンシパル（現職）。現在は医療／介護現場での10年間の経験を活かし、中央官庁や地方自治体向けデータヘルス改革各種プロジェクトや民間法人向けヘルスケアプロジェクトのコンサルタント業務に携わっている。

【所属学会等】

一般社団法人日本在宅医療事務連絡会顧問

日本在宅医療連合学会、ITヘルスケア学会

2015年～2018年 地域医療研究会事務局担当

2015年～2018年 愛知県在宅療養支援診療所連絡会事務局担当

利益相反：無

S18-2

地域と市民にとって、よりよい価値を生み出す流れをどう創れるか

藤野 泰平 フジノ ヤスヒラ

株式会社デザインケア みんなのかかりつけ訪問看護ステーション

地域包括ケアの文脈において、2014年に時々入院ほぼ在宅というキャッチフレーズが出てきて、9年が経過した。訪問看護においては、2014年からステーション数は倍以上に増えた。ただ、訪問看護ステーションがない自治体は、2014年29.7%であったが、令和に入ってから調査では約26%の自治体にいまだに訪問看護がない状況であり、ほとんど改善できていない。ユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）の観点から考えると、日本は世界的に見ても、ある程度評価をされることがあるが、在宅においては、まだ医療やケアにアクセスできない地域も少なくない。我々も、病気をもって自分らしく豊かに暮らしていただくために、医療的なケアだけではなく、病気や障害を持ったとしても、幸せに生きるための道のりを伴走し、ケアでいう、本人の内部に宿る生きる力が出てくるように支援をしている。そういったケアを、中山間部や島を含む、日本の隅々まで最高ケアを届けることを目標として努力を継続している。

日本が置かれている、人口減少による人口構造の変化やGDPの低下といった外圧の中で、訪問看護においても進化が促されているようにも感じる。医師の働き方改革や、看護師の病院への偏在という、限られたマンパワーにおいて、日本のどこに住んでいても最高のケアを届けられる体制をどう創り出すという目的達成のために、診療報酬改定の意味を解釈し、また社会のありたい姿を創造し、いくつかの挑戦を行っている。専門的な看護師の活用や、業務効率化、ICTを活用した育成やコンサルテーション、データを用いた質管理等の観点において、すべての人が豊かに暮らせる未来を創りへの挑戦についてお話ししたい。

【演者略歴】

2006年 名古屋市立大学 看護学部 卒業

2006年 聖路加国際病院 常勤看護師

2014年 一般社団法人 日本男性看護師会 共同代表 現在に至る

2014年 株式会社デザインケア みんなのかかりつけ訪問看護ステーション 代表取締役 現在に至る

2016年 一般社団法人 オマハシステムジャパン 発起人理事 現在に至る

利益相反：無

S18-3

地域の病院が在宅医療を手がける理由～在支病にとって診療報酬の果たす役割とは～

大杉 泰弘 オオスギ ヤスヒロ
豊田市・藤田医科大学 連携地域医療学

2018年から日本においても総合診療プログラムが始まった。その中で200床未満の中小病院は総合診療の研修先や働き場所と従来はあまり注目されていなかったが、コミュニティホスピタル化することでその魅力は総合診療医にとって大きくなって来ている。つまり2018年にスタートした総合診療専門研修によって、研修先またその後の働き場所としてコミュニティホスピタルは最適な医療機関の1つとなった。

コミュニティホスピタルとは地域包括ケア病床を持ち・在宅医療を行い・総合診療外来を行っている病院であり、超急性期以外をワンストップで担う病院であり、若手医師にとって魅力的であると感じてもらうためには、単にそのような機能を持ち医療機関として実践するだけでは不十分である。しっかりとした教育とリクルートを行うことが非常に重要になり、そのことが中小病院に若手医師を獲得するための第一歩となる。

既存の大病院では学ぶことのできない総合診療ならではの学びが重要であり、これらの学びを適切な教育を受けながら得ることで総合診療専攻医の成長はなされていく。

在宅医療はその中でも特に特徴づけられる分野であり、若手医師の実践として非常に重要である。またその教育の原資としても重要であると言える。

このような中小病院がしっかりと大病院との差別化を図るためには、教育体制の整備が最重要である。さらには、教育によって医師のリクルートが成功すれば、教育に費やすリソースが増え、教育体制が充実し、さらにリクルート力を高めることができる。

在宅医療をベースに教育を大切にし、新たな中小病院の価値の構築していくことについて話したいと思う。

【演者略歴】

【略歴】

2004年 藤田保健衛生大学医学部卒業
2015年 藤田保健衛生大学大学院満了
2020年 グロービス経営大学院卒業
2004年 藤田保健衛生大学病院 初期研修医
2006年 飯塚病院総合診療科 後期研修医
2008年 飯塚・穎田家庭医療プログラム 後期研修医
2011年 穎田病院家庭医療センター長
2015年 豊田市・藤田保健衛生大学 連携地域医療学（寄附講座）講師
2020年 豊田市・藤田医科大学 連携地域医療学（寄附講座）准教授

【所属学会】

日本プライマリ・ケア連合学会、日本内科学会、日本リウマチ学会、日本在宅医療連合学会、日本老年医学会、日本病院総合医学会

利益相反：無

S18-4

多様な機能を有するクリニックの展開

堀部 秀夫 ホリベ ヒデオ
弓野 大 ユミノ ダイ

医療法人社団ゆみの

当法人は開業当初より、外来診療、訪問診療を提供してきたが、現在は訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養指導、オンライン診療、予防への取り組みを行っている。

コロナ禍のこの3年間については、これまで行ってきた医療を緩めずにコロナへの対応も積極的に行っていくことが求められた。

対コロナとして、発熱外来や発熱往診、オンライン診療、ワクチン、行政から依頼を受けた自宅療養者への往診、ホテル療養者への往診や中和抗体療法の実施にも取り組んできた。

地域医療とは、地域の中で住民の傍で、予防から治療、管理、終末期ケアまで包括的に、伴走できるのが理想である。そして今、人口動態の推移やその他環境変化とともに、更なる地域医療の充実が求められている。

国は、これまでの歴史や多くのデータから今後を予測し、適切な医療の形を想像し誘導してくれている。できれば、地域医療を担う医療機関としては、2年に1度の診療報酬改定に合わせるのではなく現場として、いち早くニーズを感じ取り先取りして実践できることが理想である。

このセッションでは、在宅医療を提供している医療機関が、他の形態の医療にも取り組むことで、得られるメリットや相乗効果、さらには直面する課題に触れたい。

【演者略歴】

2002年 東邦大学薬学部 卒業

2004年 東邦大学大学院 修士課程

2004年 日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社入社

2012年 ゆみのハートクリニック（医療法人社団ゆみの）入職、現在に至る

[資格・役職]

日本在宅医療事務連絡会代表理事、薬剤師

利益相反：無

シンポジウム19

在宅医療、訪問看護の質評価

S19

【セッション概要】

多死社会、在院日数の短縮と在宅医療の推進、医療的ケア児の在宅移行などの背景に伴い、在宅医療のニーズは増加した。訪問看護ステーションでは、訪問看護サービスの質の向上や業務改善など訪問看護サービスの質評価の重要性が増している。これまでに様々な訪問看護の質評価のガイドラインが開発され、さらに厚生労働省から科学的介護の実践のための評価として LIFE の導入が打ち出された。今後、訪問看護ステーションの質評価によりサービスの質向上は重要な課題である。そこで、在宅医療における訪問診療の質評価、病院や施設の質評価を共有し、訪問看護ステーションの質評価を考える機会にしたい。

座長：平原 優美 ヒラハラ ユミ

公益財団法人 日本訪問看護財団

【座長略歴】

鳥根県立総合看護学院（現・鳥根県立看護大学）卒業、鳥根県立病院、東京ふれいあ医療生協梶原診療所を経て、2006年財団法人日本訪問看護振興財団あすか山訪問看護ステーション所長就任。2011年首都大学東京大学院（現・東京都立大学大学院）在宅看護CNSコース終了後、2012年在宅看護CNS取得、2018年同大学院博士学位（看護学）取得。2011年統括所長、2012年公益財団法人日本訪問看護財団、2018年事務局次長を兼務、2022年常務理事就任し現在に至る。

座長：高砂 裕子 タカスナ ヒロコ

一般社団法人全国訪問看護事業協会

【座長略歴】

京都第一赤十字看護専門学校卒、愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻老人看護学修士課程修了。1997年南区医師会訪問看護ステーション管理者。一般社団法人全国訪問看護事業協会、理事、常務理事を経て、2020年から副会長。

S19-1

在宅医療の質評価

萩野 美恵子^{1,2} オギノ ミエコ

¹ 国際医療福祉大学 市川病院 神経難病センター

² 国際医療福祉大学 医学部 医学教育統括センター

日本在宅医療連合学会医療の質評価向上委員会では質評価をどの様に行うかについてここ数年議論してきた。学会員は様々な職種や事業形態の方がおられることは承知しているが、まずは在宅診療を中心に検討を行い、次に訪問看護事業所など他職種領域に拡大していくことを目指している。

方法論として、すでに様々な国内外で行われている在宅医療の質評価を参考にするために文献検索を行い、そこから計測できるものとしてQuality indicator (QI) を抽出した。計測不能ながら大事な点はデルファイ法などで選定することとした。エビデンスや質研究の第一人者である京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻 健康情報学分野教授中山健夫研究室と共同研究として、大学院生家庭医専門医の山下洋充先生に文献検索を依頼した。441文献から78文献を組み入れ459項目のQIを医療の質を評価する際に用いられる枠組みであるDonabedianモデルに従い、構造(40項目)、過程(300項目)、結果(119項目)に分類し、さらに下位項目を選定してカテゴライズしたQIリストを作成した。次のステップとして、Applicability適用可能性(Feasibility目的実現可能性、Implement Potential実施可能性、Reliability信頼性)を評価し、コンピテンシーとの整合性を確認するところまで来ている。

コロナ禍の影響で少し足踏みしているが、今後QIリストから日本の実情にあった役立つQIに絞り込むことが必要であり、検討中である。

当日は学会として当委員会が取り組んでいる質評価について報告する。

【演者略歴】

神経内科専門医&指導医、内科認定医&指導医、日本在宅医療連合学会認定専門医、日本プライマリ・ケア学会認定医、臨床倫理認定士(上級認定アドバイザー)、医学博士、医療政策学修士

1985年 北里大学医学部卒業

1992年～5年 米国コロンビア大学留学

1994年 北里大学医学部大学院修了

2000年 北里大学医学部神経内科学講師

2005年 東京大学大学院医療倫理人材養成講座(CBEL)修了

2006年～08年3月 東京医科歯科大学大学院医療政策学修士課程卒業

2014年12月北里大学医学部附属新世紀医療開発センター包括ケア全人医療学講師

2017年3月同准教授

2017年4月国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター教授・大学院公衆衛生学教授

2020年8月国際医療福祉大学医学部脳神経内科学教授・市川病院神経難病センター長

The international Symposium on ALS/MND Clinical Poster Prize 2013、2020-2021Best doctor

理事：日本神経治療学会、日本在宅医療連合学会、内保連他

利益相反：有

S19-2**科学的介護情報システム (LIFE)**

藤井 麻耶 フジイ マヤ

厚生労働省老健局老人保健課

介護保険制度は、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするだけでなく、高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念とした制度である。今後、少子高齢化が進み、介護サービスの需要が大きく増大することが見込まれる中、介護保険制度の理念である自立支援・重度化防止の取組を進めていくにあたり、介護分野におけるデータ蓄積、エビデンスの創出、エビデンスに基づいた質の高い介護サービスを実践していくことが求められている。このため、科学的に妥当性のある指標等を介護現場から収集・蓄積・分析、分析の成果を現場にフィードバック、介護現場におけるエビデンスに基づいた介護の実践、これらを循環していく（＝「科学的介護の推進」）ことが期待されている。

このような循環を実現するため、厚生労働省では、介護サービス利用者の状態やケアの実績等（計画書等の様式等）の情報を、一定の様式で厚生労働省へ送信すると、送信されたデータに基づきフィードバックを提供する情報システムとして、令和3年4月に科学的介護情報システム（LIFE）の運用を開始した。

現在、関連データの蓄積や、研究者へのデータ提供、一部の様式について介護事業所・施設にフィードバック票をお返ししているところである。一方、介護のサービスの質をどう評価するのか、実際に行った介護サービスとそれによって利用者にもたらされる良いアウトカムとは何であるのか、等の課題もある。今後も、介護現場や研究者等と共に、科学的介護のより一層の推進に向けて取り組んで行く予定である。

【演者略歴】**【略歴】**

2011年 鳥取大学医学部 卒業

2011年 佐久総合病院

2019年 鳥取県

2021年 鳥取大学医学部環境予防医学分野 助教

2022年 鳥取大学大学院 卒業

2022年 厚生労働省老健局老人保健課 現在に至る

【所属学会】

日本在宅医療連合学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本公衆衛生学会

利益相反：無

S19-3

訪問看護の質評価～日本訪問看護財団調査研究事業から～

小林 弘美¹ コバヤシ ヒロミ山辺 智子¹ ヤマベ トモコ平原 優美² ヒラハラ ユミ佐藤 美穂子² サトウ ミホコ¹公益財団法人 日本訪問看護財団 事業部²公益財団法人 日本訪問看護財団 常務理事

現在、訪問看護事業所数は14,000を越え、増加している。その中で、サービスの量の確保とともに、サービスの質が重視されている。訪問看護では様々な利用者ニーズに対応するため、精神疾患やリハビリテーション、小児のケアを専門とするなど特色をもった訪問看護事業所も増えつつある。多様なニーズのある療養者が過不足なく訪問看護を利用できるように、訪問看護体制を整え、質の向上を図る必要があり、訪問看護の質評価がますます重要になっている。訪問看護の質評価としては、当財団が開発した「訪問看護サービス質評価のためのガイド」をはじめ、全国訪問看護事業協会「訪問看護ステーションにおける事業所自己評価ガイドライン」、「VENUS」、「オマハシステム」など訪問看護に関する各々の指標が開発されている。

訪問看護における統一した質指標の使用や質指標の標準化も期待され、当財団では令和3年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「訪問看護ステーションにおける評価指標の標準化に関する調査研究事業」にて、評価指標の開発者等を招聘し訪問看護に焦点を当てたレビューを実施した。その結果、各質指標の位置づけについて、ドナベディアンモデルを用いて整理することができた。

さらに、令和4年度も継続して、「訪問看護ステーションにおける評価指標の標準化に関する調査研究事業」を実施し、訪問看護事業所におけるPDCAサイクルを回しながら質向上を図る取り組みの実態を明らかにするために、訪問看護事業所12カ所を対象にヒアリング調査を実施した。また、調査から得られた知見を踏まえ、「訪問看護事業所におけるPDCAサイクルを回しながら質向上を推進するための手引き」の作成を行った。

今後、訪問看護での質指標についてはさらなる検討が必要だが、そのための一歩として現状の課題の整理及び手引きの作成を行うことができた。

【演者略歴】

【略歴】

2012年3月 筑波大学医学群看護学類 卒業

2012年4月 筑波大学附属病院 入職

2014年9月 日本訪問看護財団立あすか山訪問看護ステーション 入職

2020年3月 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻修士課程 修了

2021年3月 東京都看護協会 危機管理室 入職

2021年6月 日本訪問看護財団 事業部 現在に至る

【所属学会】

日本看護科学学会

利益相反：無

S19-4

JCI認証病院の医療・看護の質評価の実際

関川 志保^{1,2} セキカワ シホ¹医療法人鉄焦会 亀田総合病院²医療法人鉄焦会 亀田総合病院 品質管理課

近年、医療に対する国民の関心が高まり、単に提供される治療内容だけでなく、医療の質や安全の確保などの情報についても求められている。そのため病院は、医療の質及び医療安全を向上させる取り組みを主体的に実施することが求められ、第三者評価受審もその取り組みのひとつとして考える。特に特定機能病院は高度な医療を提供し、医療の安全を担保することが求められる。

当院においては、病院の質の向上のための取り組みとして第三者評価を受審しており、2000年にISO9001認証を取得後、半年ごとの審査と3年ごとの更新審査を受け認証を継続。また、2009年には国内初のJCI認証を取得し3年ごとに審査を受け認証を継続している。ISO9001を導入してから業務文書の明確化・明文化が根づいており、その業務規程や手順書を作成する際には、国の文化や法令だけでなくJCIの基準を使用することで、品質管理をより細やかにすることができている。JCI基準は、患者を中心とした基準と医療機関の管理に関する基準に分けられ、「患者安全」「患者ケア」「医療の質と改善」など13分野から成り、患者のサンプリングから帰納的に病院全体を評価していくため、トップダウンではなく協力的なボトムアップの組織文化を必要とする。改善プロセスにおいて、新たなルールを導入し、多くの職員に教育・浸透させ、直接的なケアにつなげていくことは決して容易なことではないが、認証自体を目的とすることではなく、自施設の提供している医療を評価基準と照らし合わせ、問題点や課題を明確にし、審査に向けた取り組みこそが継続的な改善活動となり、医療・看護の質の向上へとつながっている。今回は、当院のJCI認証における取り組みについて報告する。

【演者略歴】

1988年 亀田看護専門学校 卒業

1988年 医療法人鉄焦会 亀田総合病院入職

1997年 同病院 看護主任

2006年 同病院 看護師長

2021年 同病院 看護部・品質管理課兼務

2022年 亀田医療大学大学院 看護学研究科 看護管理学専攻修士課程

利益相反：無

S19-5**高齢者施設におけるデータに基づく質の評価：日本の現状と海外での取り組み**

池崎 澄江 イケザキ スミエ
千葉大学 大学院看護学研究院

質の評価を行う方法として、第三者（専門家）が実地にて観察や聞き取りを行う場合と、客観的なデータを用いる評価の2通りがあるといえる。多くの施設を幅広く評価するにあたっては後者の方法がより効率的である。日本の場合、ケアの質の3側面（ストラクチャー・プロセス・アウトカム）でいえば、人員体制や建造物といったストラクチャー部分を制度的に担保するにとどまり、利用者個々のデータに基づくプロセスやアウトカムについては、なかなか分析できる環境になかった。しかしながら、令和3年度の介護報酬改定でLIFEが導入され、特別養護老人ホームや介護老人保健施設等は入所者のデータを集積し全国における分布と自施設の立ち位置を確認できるこのLIFEのシステムを、多くの施設が導入し始めている。施設の場合、入所者が比較的安定して長期に滞在するため、病院や在宅よりもデータの追跡・集積が容易な面もある。今後急速にデータに基づく施設ケアの質の評価は広がっていくと考える。ただし、現場の負担も考えると、その目的をしっかりと共有する必要がある、集計にあたっては、データそのものの正確さ（入所者アセスメントの正確さ）が大前提である。

海外における高齢者施設のケアの質評価はかなり進んでおり、多くの先進国では、年に1回以上は全入所者の状態評価を行って集計し、施設別の結果を公表されている。質の指標の具体例としては、褥瘡の割合や外傷を伴う転倒の発生数など数量的に把握が可能なものである。さらにアメリカでは、一般の人にわかりやすい星マークの数でそのケアの質を視覚的にわかりやすくする工夫も行われている。

本シンポジウムでは、やや先んじで行われている施設ケアの質評価の現状について海外を含めて皆さんと共有し、議論につながればよいと考える。

【演者略歴】**【略歴】**

1995年 東京大学医学部保健学科卒（看護師・保健師免許取得）。
2003年 同大大学院博士課程修了
2006年 慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室 助教
2011年 千葉大学大学院看護学研究科 講師
2015年 同 准教授
2011年 同 教授

【所属学会】

日本医療・病院管理学会、日本看護科学学会、日本老年看護学会等

利益相反：無

シンポジウム20

薬剤師に望む在宅医療・介護の姿勢

S20

【セッション概要】

急速な高齢社会を迎えて、在宅医療・介護のニーズが高まっており、薬局薬剤師も訪問活動の機会が増えている。2025年からの地域包括ケアに向けて、薬剤師・薬局の役割も新たな局面を迎えている。薬剤師の役割として、調剤、訪問、薬剤管理等を担っているが、主に薬が中心の対応になっているので、もう少し生活状況、家族状況などの背景や他職種との連携において、幅広い考え方が必要であると指摘されている。今回、高齢・多死社会を迎えて、在宅医療・介護の需要が高まることが想定されているので、他職種からの意見に向き合って、薬剤師のあるべき姿勢を共有する機会とする。

座長：西川 満則 ニシカワ ミツノリ

社会福祉法人愛光園 老人保健施設相生 施設長／社会福祉法人福寿 特別養護老人ホームさわやかなの郷 配置医師／国立長寿医療研究センター EOL ケアチーム 非常勤医師／いきいき在宅クリニック 非常勤医師

【座長略歴】

1995年 島根医科大学卒業
1995年 西尾市民病院呼吸器内科医師
1999年 愛知国際病院ホスピス医師
2000年 名古屋大学呼吸器内科医員
2000年 国立長寿医療研究センター呼吸器内科医師
2011年 国立長寿医療研究センターEOLケアチーム医師
社会福祉法人福寿 特別養護老人ホームさわやかなの郷 配置医師
2016年 国立長寿医療研究センター地域医療連携室長
2021年 国立長寿医療研究センター緩和ケア診療部医長
2023年 社会福祉法人愛光園 老人保健施設相生 施設長
社会福祉法人福寿 特別養護老人ホームさわやかなの郷 配置医師
国立長寿医療研究センター非常勤医師
いきいき在宅クリニック非常勤医師

座長：串田 一樹 クシダ カズキ

昭和薬科大学

【座長略歴】

串田一樹（昭和薬科大学 社会薬学研究室 研究員）

昭和薬科大学を卒業して、そのまま母校の物理学研究室、医療薬学教育研究施設、臨床薬学教育研究センター勤務。2015年から新設の地域連携薬局イノベーション講座を6年間担当した。その後、2021年8月から社会薬学研究室 研究員として籍を置く。主たる研究として、在宅医療における医薬品供給体制について研究を続ける中、1990年代年に設立した「在宅医療を推進する薬局ネットワーク」を経て、2007年8月にHome Infusion Pharmacy研究会（HIP研究会）を設立し、医療依存度の高い在宅医療における注射薬の供給体制の環境整備に努めている。

S20-1

在宅医療の臨床における薬剤師の役割

遠矢 純一郎 トオヤ ジュンイチロウ
医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック

高齢社会が加速する日本において、健康や病気に関することを何でも相談できる身近なかかりつけ医の必要性が高まっている。コロナ禍においても、地域において国民ひとりひとりの健康や疾病に責任を持つかかりつけ医がきちんと定義、設定されていないことによる弊害が、救急や急性期病床の逼迫・崩壊に至らしめる要因となった。

2040年のピークを迎えるまで、高齢者数は増加の一途をたどる。特に入院や要介護状態に陥る割合が急増する後期高齢者の割合が増大していくことが予想されており、今後医療・介護ニーズや死亡者数はかなりのスピードで増えていく。一方、国は増大する医療費の抑制を目的に、急性期病床数を減じていくことを決めており、現状の医療制度のままでは医療リソースが不足してしまう。

その打開策としてプライマリケアや在宅医療の充足が進められている。2006年に制度化された在宅医療は、この17年で一定の成果を上げてきているが、24時間診療体制構築の困難さやがん緩和ケアなどスキルの問題もあり、実はここ数年その数は減少傾向にある。ひとり開業が多い我が国で、24時間体制を維持していくことは無理があり、グループ診療や地域の様々な職種とのチーム医療やタスクシフトによって解決していく必要がある。

一方で、複数疾患や認知症を持つ虚弱高齢者や進行がんや心不全などの終末期で在宅緩和ケアを必要とする方など、在宅における医療ニーズは多様化しており、そこでなされる薬物治療には、服薬支援や抗がん剤、麻薬の管理など高度化している。安心安全な薬物治療を遂行するためには、薬剤師を中心とした医療看護介護の多職種連携や病院診療所間を含めた情報共有などが必須となっている。

今回の発表では、コロナ禍でも大きく変化した在宅医療の現状をお伝えしつつ、在宅医療やプライマリケアにおいて薬剤師に求められる役割や医薬介護連携、コミュニケーションについて論考する。

【演者略歴】

1992年 鹿児島大学医学部卒業
2000年 医療法人社団プラタナス 用賀アーバンクリニック副院長
2004年 同院在宅医療部設立
2009年 より現職
2016年 スウェーデン カロリンスカ研究所 認知症ケア修士
スウェーデン王室認定認知症専門医（シルビアドクター）を授与される

【所属学会】

日本内科学会 総合内科専門医
日本在宅医療学会 指導医

利益相反：無

S20-2

薬薬連携から医療連携へ

餅原 弘樹 モチハラ ヒロキ
医療法人社団いぶきの森 のぞみの花クリニック

在宅医療に限らず、薬薬連携は患者アウトカムに有益である。当院では、薬剤師である私が処方箋に関連する情報を保険薬局薬剤師へ提供し、訪問を担う薬剤師だけでなく、薬局窓口で関わる薬剤師とも情報共有を行なっている。薬薬連携から得た情報をチームへ還元した結果、医師や看護師の診療やケアに有益であったと報告を受ける機会も増加している。在宅医療では地域の異なる事業所に所属する多職種チームが薬物療法を支援するため、薬物療法に関しても情報共有が望ましい。しかし、当院のように在宅療養支援診療所（以下、在支診）に薬剤師を雇用している施設はごく少数であり、同じような仕組みを一般化することは困難である。

本講演においては、いくつかのケースを例示しながら、私が薬薬連携から得られる情報をどのような意識でチームへ共有しているかを提示する。薬剤師による情報提供をどのように発展させれば、在宅チームにとっても有益な情報になりうるのかを考察したい。

薬剤師は薬学的なアセスメントをもってチーム医療に関わる。現に、多くの有益な報告を受けるが、そのアセスメントをチームにフィットさせる視点や関わりも必要であり、その意識が薬薬連携から医療連携に進む一歩だと考える。本講演が、有機的な多職種連携につながるきっかけになれば幸いである。

【演者略歴】

【略歴】

2007年3月 東京薬科大学薬学部 卒業
2007年4月～ 保険薬局勤務
2017年3月～ のぞみの花クリニック 入職

【主な所属学会】

日本在宅医療連合学会
日本緩和医療学会
日本緩和医療薬学会
日本臨床腫瘍薬学会

【その他の活動】

在宅療養支援診療所薬剤師連絡会

利益相反：無

S20-3

地域緩和ケアで重要な役割を果たしている訪問薬剤師の共通点の検討

片見 明美 ヘンミ アケミ
株式会社ヴィーナス 訪問看護ヴィーナス高根沢

【はじめに】近年、在宅医療の多職種連携で薬剤師の役割が大きくなってきている。特に、医療用麻薬が必要な終末期がん患者では欠かせない。県内全市町において地域の訪問薬剤師と協働してきた結果、チームに欠かせない存在となる薬剤師の共通点が見えてきたので報告する。

【方法】筆者は訪問看護の看護記録に、多職種から寄せられた意見も記載してきた。その中で、がん患者の在宅医療において訪問薬剤師と協働で実践すると安心が得られた項目を調査した。

【結果】2017年4月～2023年3月までに、11市9町において4医療機関の4名の医師、13調剤薬局の14名の薬剤師と訪問・協働し、582名のがん患者を自宅で看取った（自宅看取り率：98%）。医療用麻薬を使用した実践経験は、看護師はもちろん薬剤師でも差が大きい。医療用麻薬に対する不安を和らげる3つの言葉かけができることが重要と思われた。① 眠気が持続する場合、医療用麻薬の副作用と、病状による意識障害を区別できる。② 嚥下障害で内服が困難となった場合、持続注射に変更する。または、貼付剤をベース、坐剤をレスキューまたはベースとして使用する場合もあり、いずれにしても、病態として間もなく呼吸が止まる可能性を視野に入れ、チームや家族に話しかけることができる。③ 痛みの定義を熟知し、“痛い”と表現されない生活の場でおきかえられる表現（内臓痛）も痛みと捉え多職種連携しながらチームで統一した評価ができることが重要と考える。

【考察】必要量まで医療用麻薬が使われるようになるには、本人・家族の不安と共に、処方する医師、看護師の不安を薬剤師の言葉かけで和らぐ多職種連携・協働による評価が症状緩和において重要と考えられた。

【結論】医療用麻薬の特性を、地域緩和ケアを行う多職種が、夫々の役割の中で必要な範囲で習得していくことが重要と思われた。

【演者略歴】

【略歴】

2019年 株式会社ヴィーナス 医療統括マネジャー
2022年 桜美林大学大学院老年学専攻老年学研究科博士前期課程修了
2022年 桜美林大学老年学総合研究所 連携研究員 現在に至る

利益相反：無

S20-4

薬剤師のことをありがたいと思った介護支援専門員の経験

大城 京子 オオシロ キョウコ
快護相談所 和び咲び

在宅医療・介護において多職種協働が重要です。その際、各職種が職能を最大限に発揮することが求められます。介護支援専門員は、常に薬剤師と協働しています。しかし、書面上の協働が多いのが現状です。それでは、薬剤師とどのように協働すべきか、私には、薬剤師に望む、といった大それた事は言えませんが、薬剤師のことをありがたいと思った経験なら豊富です。その経験をお話することで薬剤師へのエールにしたいと思います。

私が薬剤師のことをありがたいと思ったこと、一つ目は、薬剤師としての利用者さんへの直接の支援によるものです。例えば、ポリファーマシーがあり、薬剤の削減を提案してくれて、利用者さんの体調がよくなり、要介護度が改善することがありました。ありきたりですが、薬剤師は薬剤師の職能を最大限発揮してもらえると一番ありがたいです。二つ目は、薬剤の知識を多職種に提供してくれることによる間接的な支援です。例えば、薬剤の変更時に多職種に、経過を見るべきポイントを示していただくとありがたいです。それにより、多職種は利用者さんの変化をしっかりキャッチすることができます。もし、それがなければ、非医療系の多職種は上手に利用者さんを観察できません。やはり、薬剤師には薬のことで、多職種に絡んでもらえるとありがたいのです。三つ目は、薬剤師としてではなく、私たちと同じ対人援助職の仲間としての協働による利用者支援です。在宅医療には、各職種の職能を単純に足し算しただけでは解決できない問題が少なくありません。職域を越えて相互乗り入れしないと解決できない問題があります。そんな時、隣にいてくれる薬剤師を本当にありがたく思うのです。

シンポジウム当日は、具体的な事例を共有したいと思います。仲間の薬剤師と協働し、迷いもがいた事例を提示したいと思います。それが、今後、在宅医療・介護に参入される薬剤師へのエールになれば幸いです。

【演者略歴】

(株) Old-Rookie 快護相談所 和び咲び 副所長
主任介護支援専門員

2000年愛知県総合看護専門学校卒業、。老人保健施設勤務、デイサービス管理者
2013年より、居宅介護支援事業所の管理者
2019年より現職。

著書として

「ACP 切っても切れないお金の話」(共著 日経BP)

「ACP入門 人生会議の始め方ガイド」(共著、日経BP)、

「生活の場で行うアドバンス・ケア・プランニング：介護現場の事例で学ぶ意思決定支援」(共著、南山堂)

共に西川満則氏と共著

利益相反：無

S20-5

薬剤師に望む 在宅医療・介護の姿勢 ～退院調整を通じて～

乾 香¹ イヌイ カオリ
 布施 克也¹ フセ カツヤ
 安達 文¹ アダチ フミ
 田中 敏宣² タナカ トシノリ

¹一般社団法人 魚沼市医療公社 魚沼市立小出病院

²合資会社 タナカ薬局

魚沼市は、高齢化率が2023年3月末現在で38.6%に達し、当法人が所在する新潟県魚沼市を含む魚沼医療圏は2015年6月から機能分担と連携を理念に地域医療再編が進行中である。「地域チーム力」向上のため各専門職は、10年以上前から地域医療における役割を模索し合同研修会を行いそれぞれの役割について学んできた。複数の持病を持ち薬物治療が必要な高齢者にとって、在宅ケアでの薬剤師の関わりは重要な役割を持つ。

A氏 90歳台 女性 独居 近くに身寄りはなく、知人の訪問と仕出し屋や書店との関わりが唯一の人との接点であった。自宅内で倒れていたところを発見。治療により軽快するが中等度の認知症が判明。周囲からの支援を拒否し独居の継続は困難な状況であった。本人は「家で暮らす」を強く希望。安全に暮らし健康をサポートすることを目標に在宅支援チームを結成した。人との関わりを拒んだA氏だったが、薬局薬剤師は会話を重ね信頼関係を築き「家に届けてあげるよ」と配達を提案し受け入れるに至った。生活から見える様々な課題や問題をチームで共有。退院5か月後、訪問看護導入に繋がったことで支援の輪を広げ、生活に入り込んだ薬剤師として役割を発揮したケースである。

チーム支援における多職種連携・協働において情報共有は重要な要素である。その方法のひとつとして、魚沼市はICT(医療介護情報共有ネットワーク)の活用を積極的に行っている。薬剤師が持っている情報をICTに掲載することで、薬剤師の視点から見える情報や課題をチーム内で共有し、ケアマネはタイムリーに支援に繋ぐことが可能である。ICTの活用が、他職種への薬剤師の役割理解にも繋がっているのだろう。

処方箋を見るだけの薬剤師→生活を見る薬剤師へ。病気を診るチーム→人を見るチームへ。病院薬剤師同様に薬局薬剤師もベッドサイドで情報収集を行い、地域医療を支える医療介護チームの一員としての役割を期待したい。

【演者略歴】

【略歴】

1998年 北里大学保険衛生専門学院看護学科 卒業
 1998年 国保町立ゆきぐに大和総合病院 整形外科病棟勤務
 2002年 特別養護老人ホーム八色園 勤務
 2004年 国保町立堀之内病院 療養病棟
 2008年 同上 訪問看護ステーション
 2011年 同上 内科病棟
 2013年 同上 地域医療連携室 勤務
 2015年 一般財団法人魚沼市医療公社魚沼市立小出病院 内科病棟
 2018年 同上 地域医療連携室
 2023年 同上 包括病棟 勤務

【所属学会】

日本在宅医療連合学会

利益相反：無

シンポジウム21 日本難病医療ネットワーク学会合同企画

難病多職種連携の実際と課題 ～難病医療提供体制と療養支援における Topics より～

S21

【セッション概要】

難病の療養支援には、多職種による支援が欠かせません。加えて、いかに制度を駆使していくかの情報もカギとなり、難病医療コーディネーターをはじめとした療養支援の仕組みを知ることが必要です。さらに、2015年に施行された難病医療法では、小児期からの移行支援や遺伝についての支援の重要性も指摘されています。

そこで、本シンポジウムでは、現在の難病療養支援におけるトピックスについて、その概要と支援の実際について紹介し、難病医療ネットワーク学会と在宅医療連合学会の今後の連携の在り方を議論するとともに、参加者に「難病支援」への敷居を下げることを狙いとしています。

座長：石垣 泰則 イシガキ ヤスノリ

医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック／日本在宅医療連合学会代表理事

【座長略歴】

- 1982年 順天堂大学医学部 卒業
- 1990年 城西神経内科クリニック開設 院長
- 1996年 医療法人社団 泰平会設立 理事長
- 2011年 コーラルクリニック院長
- 2018年 医療法人社団 悠輝会設立 理事長
- 2021年 医療法人社団 仁生堂 大村病院 院長
- 2023年 医療法人社団 悠輝会 コーラルクリニック 院長

【役職】

- ・順天堂大学医学部リハビリテーション医学講座 非常勤講師
- ・順天堂大学医学部神経学講座 非常勤講師
- ・一般社団法人 日本生活期リハビリテーション医学会 理事
- ・一般社団法人 日本在宅医療連合学会 代表理事
- ・一般社団法人 日本老年医学会 代議員
- ・一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス副理事長
- ・一般社団法人 全国在宅療養支援医協会 副会長
- ・NPO法人 静岡難病ケア市民ネットワーク 理事長
- ・一般社団法人 リハビリテーション医学教育推進機構 学術理事
- ・一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 顧問

【資格】

- 医学博士
- 介護支援専門員
- 日本医師会認定産業医
- 学会認定医
- ・日本神経学会 神経内科 専門医・指導医
- ・日本リハビリテーション医学会 専門医・指導医
- ・日本内科学会 認定内科医
- ・日本在宅医療連合学会 認定専門医・指導医
- ・日本プライマリ・ケア連合学会 認定医・指導医

座長：望月 秀樹 モチヅキ ヒデキ

大阪大学大学院医学系研究科神経内科学

【座長略歴】

- 1985年 順天堂大学卒
- 1985年 順天堂大学 専攻生
- 1987年 都立神経病院
- 1990年 順天堂大学 助手
- 1998年 NIH留学 visiting associate (Brady 博士)
- 2005年 順天堂大学 助教授
- 2009年 北里大学神経内科学 教授
- 2011年 大阪大学神経内科学 教授

S21-1**難病療養支援overviewと難病医療ネットワーク学会が目指すもの**

下畑 享良 シモハタ タカヨシ
岐阜大学大学院医学系研究科脳神経内科学分野

難病とは、発病の機構が明らかでなく、治療方法が確立していない希少な疾患であって、長期の療養を必要とする疾患と定義されます。現在、338疾病が指定難病とされています。これだけ多数の種類が存在する難病患者さんの療養支援のためには、各疾患に対する知識に加え、多職種による多方面からのアプローチが必要です。「難病医療ネットワーク学会」はこのような難病医療を支援するために2013年に設立されました。設立の目的は、職種や所属の枠を超えて、広く難病の課題を検討し、医療とケア体制の向上を図ることで、多職種による学会活動が活発に行われています。具体的には治療方針の協働意思決定、難病看護・リハビリテーション、地域連携ネットワーク、就労支援、コミュニケーション支援、小児・成人移行医療等に取り組んでいます。そのなかで「在宅療養支援」は極めて重要なテーマです。なぜなら難病患者さんにとって、病状が進行して通院が困難になったときに、自宅で医療サービスを受けることができる在宅診療や在宅看護、さらに介護を含めた「難病在宅医療」は欠かすことのできないサービスであるためです。今後、人口のさらなる高齢化により、難病患者数はさらに増加するものと推測されます。適正で思いやりのある「難病在宅医療」の実現のため、「日本在宅医療連合学会」と当学会は今後、深く連携していくことが望まれます。

なお当学会は、地域の実情に沿った難病支援の現状とあり方を会員と共に学ぶことを目的として、全国の主要都市で計10回の学術集会が開催してきました。第11回学術集会は、演者が大会長を務めさせていただき、「難病医療ネットワークの新たな時代、新たな挑戦」というテーマのもと、名古屋にて、2023年11月24日（金）～25日（土）に開催予定です。ぜひ多くの日本在宅医療連合学会の会員の皆様にもご参加いただき、連携を深めることができれば有り難く考えております。

【演者略歴】**【略歴】**

1992.3 新潟大学医学部医学科卒業
1994.4 新潟大学脳研究所神経内科入局
2001.3 新潟大学大学院医学研究科 博士課程（医学）修了
2002.3 日本学術振興会特別研究員
2004.6 米国スタンフォード大学客員講師
2007.11 新潟大学脳研究所神経内科准教授
2017.8 現職

【所属学会】

日本神経学会（理事）、日本内科学会（理事：2022年4月まで）、日本神経治療学会（理事）、日本脳卒中学会（理事）、日本脳循環代謝学会（理事）、日本脳血管認知症学会（理事）、日本神経摂食嚥下・栄養学会（副代表理事）、日本難病医療ネットワーク学会（理事）

利益相反：無

S21-2

難病診療連携コーディネーター（難病医療コーディネーター）が奮闘する療養支援のためのTiPs

野正 佳余 ノマサ カヨ

大阪急性期・総合医療センター 大阪難病医療情報センター

平成27年1月、「難病の患者に対する医療等に関する法律(以下 難病法と示す)」が施行され、難病の医療提供体制は、「できる限り早期に診断できる体制」、「診断後はより身近な医療機関で適切な医療ができる体制」、「地域で安心して療養しながら暮らしを続けていくことができるよう、学業・就労と治療を両立できる環境整備を医学的な面から支援する体制」、「遺伝子関連検査について、倫理的な観点も踏まえつつ実施できる体制」、「小児慢性特定疾病児童等の移行期医療にあたって、小児期診療科と成人診療科が連携できる体制」を整備することが求められている。難病の医療提供体制整備を推進する役割を担う難病診療連携コーディネーター（以下 難病Coと示す）は、旧制度下で難病医療専門員として勤務していた者や現行制度から勤務している難病Coがいるが経験年数にばらつきがある。また、都道府県に1名から2名の配置となっているため孤軍奮闘となることが多い。職種も看護師やMSW、医師等、とさまざまであり、難病の医療提供体制における役割は都道府県の実状によって異なっている。

今回、難病の医療提供体制整備のもと、難病Coが療養支援のためにどのような活動をしているのか、さらに、日本難病医療ネットワーク学会において、難病Coの連携、教育プログラムの構築に向けた取り組みについてご紹介させていただく。

【演者略歴】

【学歴】

平成11（1999）年 近畿大学付属看護専門学校卒業

平成30（2018）年 大阪市立大学大学院看護学研究科 地域看護学・公衆衛生看護学分野 前期博士課程修了

【職歴】

平成11（1999）年 近畿大学医学部附属病院 脳外科病棟勤務

平成15（2003）年 大阪急性期・総合医療センター（旧 大阪府立急性期・総合医療センター）脳外科・神経内科病棟勤務

平成19（2007）年 大阪難病医療情報センター勤務 現在に至る

【所属学会】

日本難病医療ネットワーク学会、日本難病看護学会、日本遺伝看護学会、日本遺伝カウンセリング学会、日本公衆衛生看護学会、日本生命倫理学会、日本看護科学学会

利益相反：無

S21-3**「身近な」遺伝のニーズにどのように対応するか？**

須坂 洋子 スサカ ヒロコ
獨協医科大学 看護学部

難病は、なんらかの遺伝子が関与するものが多く、単一遺伝性疾患も多い。このことから難病に携わる保健医療職は、遺伝に関する援助について意識して取り組むことが求められている。最近では、臨床遺伝専門医や認定遺伝カウンセラー[®]といった遺伝専門職が増え、また遺伝診療部などの遺伝に関するサポートに特化した部門を持つ病院も増えている。しかし利用する側のニーズとして、「身近な場所で」「身近な人に」、相談したいときに相談したい、援助が欲しいときに援助してもらいたい、こんなニーズもあるのではないだろうか。地域で難病を持ちながら暮らす人たちが、地域の中で多職種と協働しながら生活課題を解決していくと同様に、遺伝的な課題についても、地域の中で多職種と協働しながら解決していく時代が来ていると考える。遺伝医療はますます身近になり、とりわけ、遺伝医療が欠かせない時代に入ってきた難病領域においては、地域の保健医療職が遺伝に関するケアやニーズの最初の窓口になる必要があると強く考える。

遺伝に関する課題は、専門的な学習を積み重ねなければ相談にのることは困難だと考えている医療職もいるだろう。しかしこれまで難病に携わる保健医療職は、たとえばALSの方が人工呼吸器を装着するか否かという重大な意思決定も支援している。多職種で協働して関わることで、倫理的な課題にも対応してきた実績もある。保健医療職が「遺伝」だけを特別視しているとしたら、そもそも「遺伝」について、自身がどのように捉えているかを内省する必要もあるだろう。

本セッションでは架空の事例を用いて、地域の中で遺伝のニーズに多職種で取り組むことについて考えたい。

【演者略歴】

1998年 東京都立大学人文学部心理・教育学科 心理学専攻 卒業
2004年 東京都立青梅看護専門学校三年課程 卒業
2014年 聖路加看護大学大学院博士前期課程看護学専攻 修了
2015年 帝京平成大学ヒューマンケア学部看護学科 講師
2017年 日本看護協会認定 遺伝看護専門看護師 取得（第1期生）
2020年 獨協医科大学医学部 特任講師
2022年 獨協医科大学看護学部 准教授 現在に至る

【所属学会】 日本遺伝看護学会、日本難病医療ネットワーク学会、日本難病看護学会、日本看護科学学会ほか

利益相反：無

S21-4

難病医療ネットワークと在宅医療の融合にむけて

荻野 美恵子^{1,2} オギノ ミエコ¹ 国際医療福祉大学 市川病院 神経難病センター² 国際医療福祉大学 医学部 医学教育統括センター

難病の中でも特に神経難病は疾患の進行とともに身体障害が進行し、通院が難しくなったり、様々な医療機器を用いた治療をするようになるため、例えば通院できたとしても在宅医療が必要になる。神経難病の終末期にも在宅で最後まで過ごしたいと希望する患者や家族も多く、そのような場合にも在宅医療が伴走することになる。これまでも難病医療ネットワークの中に在宅医療はなくてはならないものとして位置付けられてきた。

演者は大学病院勤務で神経難病を専門としながら20年以上にわたり在宅医としても訪問診療をしてきているため、両者の立場が理解できる。

難病は希少疾患ゆえに、一般の在宅医には馴染みのないものも多いため、専門医と在宅医のコラボレーションが求められる。しかし、専門医は病院医療しか知らないことが多く、在宅医がどのようなことに困るのがわかっていないことも多い。紹介状一つとっても専門的な内容は詳細に書いてあっても、それを患者や家族にどのように説明され、どのように理解しているのかがわからないとか、進行した時の方針も紹介状にかかっていることと、患者や家族と話したときの印象と乖離があることもあり、戸惑うこともよくある。

さらに近年、新規高額治療が在宅で行われるようになってきている。専門医が処方するとしても在宅医にも相談がある場合もあり、そのような時にもスムーズに連携できるようなシステムが必要である。

中でも命に関わるような重要な意思決定の場面では生活の視点を持っている在宅医の役割は大きい。いろいろなことが見通せていない患者や家族にとって、どうやって暮らしていけるのかを知っている在宅医と相談することは協働意思決定をする際に重要となる。難病医療において在宅医療が寄与できる場面はとても多いのである。

【演者略歴】

神経内科専門医&指導医、内科認定医&指導医、日本在宅医療連合学会認定専門医、日本プライマリ・ケア学会認定医、臨床倫理認定士（上級認定アドバイザー）、医学博士、医療政策学修士

1985年 北里大学医学部卒業

1992年～5年 米国コロンビア大学留学

1994年 北里大学医学部大学院修了

2000年 北里大学医学部神経内科学講師

2005年 東京大学大学院医療倫理人材養成講座（CBEL）修了

2006年～08年3月 東京医科歯科大学大学院医療政策学修士課程卒業

2014年12月北里大学医学部附属新世紀医療開発センター包括ケア全人医療学講師

2017年3月同准教授

2017年4月国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター教授・大学院公衆衛生学教授

2020年8月国際医療福祉大学医学部脳神経内科学教授・市川病院神経難病センター長

The international Symposium on ALS/MND Clinical Poster Prize 2013、2020-2021 Best doctor

理事：日本神経治療学会、日本在宅医療連合学会、内保連他

利益相反：有

シンポジウム22

在宅における特定行為研修制度と実践

S22

【セッション概要】

医療提供が在宅の現場に移行しているが、訪問看護の利用者にも医療的ニーズの高い方が増えている。特に高齢者数がピークとなり、より高度な在宅医療提供を継続するためには、訪問看護師が医師の手順書に基づき、「特定行為（診療の補助）」を行うことは必須である。訪問看護ステーションや医師に向けてこの制度の普及を行うことは、利用者の暮らしを守るだけでなく訪問看護ステーション事業所や指示医師双方へのメリットがあると考えられる。今回のセッションでは制度の内容を紹介し、今後の展開について会場の皆さんとともに未来の在宅医療を支えるものとして考えていきたい。

座長： 荘司 輝昭 ショウジ テルアキ

立川在宅ケアクリニック

【座長略歴】

杏林大学医学部卒業、杏林大学附属病院第2外科入局、杏林大学大学院卒業医学博士修得
静岡県共立蒲原総合病院外科医長、織本病院副院長、島村記念病院院長を経て立川在宅ケアクリニック院長、

座長： 尾崎 章子 オザキ アキコ

東北大学大学院 医学系研究科 老年・在宅看護学分野／全国訪問看護事業協会

【座長略歴】

【略歴】

1986年 千葉大学看護学部 卒業

1986年 虎の門病院 看護師

1998年 東京医科歯科大学大学院 修了

1998年 東京都立保健科学大学（現東京都立大学） 講師

2001年 国立精神・神経センター（現国立精神・神経医療研究センター） 研究員

2005年 東邦大学看護学部 准教授

2015年 東北大学大学院医学系研究科 教授 現在至る

【所属学会】

日本在宅ケア学会、日本在宅看護学会、日本老年看護学会、日本地域看護学会など

S22-1**「特定行為に係る看護師の研修制度」について**

羽田 忍 ハネダ シノブ
厚生労働省医政局看護課 看護サービス推進室

看護師の特定行為研修制度は、平成27年10月から保健師助産師看護師法第37条の二等に基づき運用されており、制度創設から8年目に入った。特定行為研修を開講することができる指定研修機関（厚生労働大臣による指定）は全国で360カ所（令和5年2月時点）、特定行為研修を修了した看護師（以下、修了者という。）は6,875名（令和5年3月現在）となった。平成31年から順次創設された6領域におけるパッケージ研修の中で、在宅・慢性期領域は指定研修機関及び修了者数ともに2番目に多く、指定研修機関数は70機関、修了者数は253名となっている。一方、修了者のうちで就業している者の就業場所別の割合は、病院が75%と最も多く、訪問看護ステーションは5%、介護福祉施設の就業者は0.6%となっている。地域においては一層自律的に活動できる看護師が求められているが、現在の訪問看護ステーション等の地域における修了者数は十分とは言えない状況にある。訪問看護ステーションは、半数以上が5人未満の事業所であり、研修受講にあたって人員的にも経済的にも困難なことが想定される。こうした訪問看護ステーションの人員規模等における課題については、医療介護総合確保基金等を活用した研修受講費用の補助等の支援を行っている。また、都道府県が策定する次期第8次医療計画（令和6年～11年度）においては、新たに特定行為研修の就業者数の目標値を設定するため、都道府県においても地域内で特定行為研修を受講できる体制の構築や地域医療介護総合確保基金を活用した受講費用の補助の支援等に取り組むことで、地域における特定行為研修の推進を図っていく。

【演者略歴】

1998年順天堂医療短期大学 卒業
2018年順天堂大学大学院医療看護研究科博士前期課程修了

利益相反：無

S22-2

「訪問看護ステーションにおける特定行為研修制度普及事業」全国訪問看護事業協会の取り組み

尾崎 章子 ^{1,2}	オザキ アキコ
阿部 智子 ²	アベ トモコ
川村 佐和子 ³	カワムラ サワコ
桑原 由紀子 ⁴	クワハラ ユキコ
佐藤 文俊 ⁵	サトウ フミトシ
篠原 かおる ⁶	シノハラ カオル
渋谷 智恵 ⁷	シブヤ チエ
荘司 輝昭 ⁸	ショウジ テルアキ
高砂 裕子 ²	タカサナ ヒロコ
中島 朋子 ²	ナカジマ トモコ
春山 早苗 ⁹	ハルヤマ サナエ

¹ 東北大学大学院 医学系研究科 老年・在宅看護学分野

² 全国訪問看護事業協会

³ 東京都医学総合研究所

⁴ 三喜会鶴巻訪問看護ステーション

⁵ ケアプロ訪問看護ステーション東京

⁶ 株式会社ビューア・ハート

⁷ 日本看護協会看護研修学校

⁸ 立川在宅ケアクリニック

⁹ 自治医科大学 看護学部

全国訪問看護事業協会では、訪問看護ステーションにおける「看護師の特定行為に係る研修」の受講を促進し、安全に活動するための支援として、検討委員会・ワーキング委員会を設置（訪問看護事業所管理者、看護系大学等の学識経験者、特定行為修了者から構成）し、①訪問看護師が受講しやすい条件についての検討、各都道府県における医療計画上の取り組み、地域医療介護総合確保基金の活用等の情報提供、②研修修了者の活動状況やその効果、研修修了者が安全・効果的に活動でき、利用者へのケアを提供できるための方策の検討および情報提供、③厚生労働医政局看護課看護職員対策特別事業の受託実施を行っている。

③については、令和2年度は訪問看護ステーションにおける特定行為研修制度を促進するための課題についてアンケート調査を実施した（特定行為研修の受講状況を把握する一次調査ならびに修了者の活動状況や効果を把握する二次調査）。令和3年度は、特定行為を行っている訪問看護ステーションの管理者へのヒアリングを行い、その結果に基づき「特定行為研修制度訪問看護管理者向けポータルサイト」(<https://www.zenhokan.or.jp/tokutei/>)を作成した。令和3年度は、訪問看護管理者向けに受講の導入を促すリーフレットと医師向けに特定行為を紹介するリーフレットを作成した。令和5年度は令和4年度に引き続き、管理者向けに研修受講の実際と特定行為の実践を紹介するリーフレットと医師を対象に特定行為実施について看護師との協働を提案するリーフレットを作成する予定である。当日は、当協会の取り組みについて報告し、研修の受講を促進するための課題や方策について意見交換できたらと考える。

【演者略歴】

【略歴】

1986年 千葉大学看護学部 卒業

1986年 虎の門病院 看護師

1998年 東京医科歯科大学大学院 修了

1998年 東京都立保健科学大学（現東京都立大学）講師

2001年 国立精神・神経センター（現国立精神・神経医療研究センター）研究員

2005年 東邦大学看護学部 准教授

2015年 東北大学大学院医学系研究科 教授 現在至る

【所属学会】

日本在宅ケア学会、日本在宅看護学会、日本老年看護学会、日本地域看護学会など

利益相反：無

S22-3

在宅での特定行為の実践～在宅でもできる陰圧閉鎖療法～

梅田 由紀子¹ ウメダ ユキコ

篠原 かおる² シノハラ カオル

¹ 訪問看護ステーション・青い空 神明サテライト

² 株式会社ピュア・ハート

【はじめに】

特定行為における在宅での創傷管理関連では「血流のない壊死組織の除去」及び「陰圧閉鎖療法」がある。壊死組織の除去に関しては症例も多く報告されているが、陰圧閉鎖療法に関しては症例報告が少ない。また、陰圧閉鎖療法は創傷の治癒促進に大きな効果を認めるが、在宅で実施できることを知らない医療者も多い。今回在宅で陰圧閉鎖療法を実施した。その過程と今後の課題について報告する。

【活動】

難治性褥瘡保有者に対し同行訪問の依頼あり介入。褥瘡治癒遅延の原因検索を行い、体圧測定を実施しポジショニングおよびシーティングの改善、栄養改善を提案。主治医に皮膚切開を依頼し創の清浄化が図れたところで陰圧閉鎖療法の提案。1週間の治療スケジュールを調整したうえで、主治医より手順書が発行され陰圧閉鎖療法が開始となる。4週間陰圧閉鎖療法を継続し、創の縮小・良性肉芽の増殖を認めた。その後保存的治療を継続し改善傾向となる。

【考察】

在宅で陰圧閉鎖療法を行うことで、創傷の治癒促進、通院の負担軽減、処置回数の減少など、多くのメリットがあげられる。感染徴候の確認や、リーク・閉塞時の対応など、利用者または介護者の理解を得、異常時のサポートをしっかりと行うことで、安全に使用することができる。また在宅ではデイサービスやショートステイなどの施設利用者も多く、どのタイミングで交換を行うかなど、多職種と連携し1週間のスケジュールをマネジメントすることで、普段の介護サービスを利用しながら実施することができる。在宅でこのような特定行為の実践ができることは、重度褥瘡を保有している入院患者の早期退院にもつながる。今後の課題として、まだまだ周知されていない特定行為研修制度について、地域の医療従事者、ケアマネージャーをはじめ、地域住民にも、積極的に周知活動を行っていく必要があると考える。

【演者略歴】

2004年 社会医療法人財団 大和会 東大和病院

2015年 日本看護協会認定看護師教育課程 皮膚・排泄ケア認定看護師取得

2019年 株式会社ピュア・ハート 訪問看護ステーション 青い空

2019年 日本看護協会特定行為研修 創傷管理モデル修了

利益相反：無

S22-4

看護師特定行為研修について ～管理者の立場から

村松 真吾 ムラマツ シンゴ
 社会医療法人 輝城会 かがやき訪問看護ステーション前橋

「特定行為に係る看護師の研修制度」（以下、「特定行為研修」）は、2014年の「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）の成立によって誕生した新しい制度である。制度の趣旨は省略するが、いわゆる2025年問題に向けてさらなる在宅医療等の推進を図るために、医師・歯科医師の判断を待たず、手順書により一定の診療の補助を行う看護師を創設し今後の在宅医療などに係る看護師を計画的に養成することにある。

2022年4月診療報酬改定にて、特定行為研修修了者の実践を評価する項目が新設・改定された。この評価は特定行為への注目度の高さを表し、専門性の高い看護師による訪問看護はまた一步前進したといえる。具体的には専門性の高い看護師による同行訪問（褥瘡のみ）や「専門管理加算」という特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものが対象とされた。

2024年度は医療報酬・介護報酬・障害福祉サービス報酬の同時改定で医療・介護の連携の部分を中心に見直しが進む可能性が示唆される中、第8次医療計画では「特定行為研修修了者の位置づけ」を強化することを検討し「特定行為研修の修了者数」の目標値を記載することを各都道府県に求められている。今後、医療計画の中に「特定行為研修修了看護師に関する事項」が付加されることでさらに注目されると推察する。

厚労省の調査によれば、訪問看護ステーションの管理者は52.0%が「特定行為研修を受講させたい」と回答しており、今後の特定行為について期待感の高まりが感じられる。投下コストを最大限有効にしていくために、地域ニーズに基づいた特定行為区分の選択・選定を行い、研修受講を促進することが必要であろう。

今回、看護師特定行為研修における訪問看護ステーション独自の問題点や課題について管理者としての視点から報告する。

【演者略歴】

【略歴】＊は看護師特定行為研修を指す（研修施設：自治医科大学）

2002年（平成14年）沼田脳神経外科循環器科病院 看護課配属
 2007年（平成19年）国際医療福祉大学大学院 修士修了
 2010年（平成22年）吾妻脳神経外科循環器科 看護師長
 2012年（平成24年）沼田脳神経外科循環器科病院 看護師長
 2013年（平成25年）かがやき訪問看護ステーション 開設準備室・管理者
 ＊2016年9月呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連
 ＊2016年9月創傷管理関連
 2016年（平成28年）10月 かがやき訪問看護ステーション渋川 管理者兼任
 ＊2017年3月腹腔ドレーン管理関連
 ＊2017年3月PICC関連
 ＊2017年9月呼吸器（気道確保に係るもの）関連
 ＊2017年9月呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連
 ＊2017年9月循環器関連
 ＊2017年9月胸腔ドレーン管理関連
 ＊2017年9月循環動態関連
 2018年（平成30年）かがやき訪問看護ステーション前橋 管理者
 2019年（令和元年）社会医療法人輝城会 介護事業部副部長 兼任

利益相反：無

シンポジウム23 研究委員会・編集委員会企画

非がんの重症在宅患者への対応

S23

【セッション概要】

先進医療の発展に伴い、長期入院を強いられている非がん重症患者が増加しています。それらの患者が在宅で過ごすためには、各専門疾患、例えば神経難病、呼吸不全、心不全、精神疾患などの、最新の専門的知見とそれに合わせた在宅医療のノウハウが必要となります。本セッションでは、非がん重症患者への在宅医療の実際について、本邦を代表する在宅医療施設から報告いただき、明日からの診療に役立つことを期待したい。

座長：弓野 大 ユミノ ダイ

医療法人社団ゆみの

【座長略歴】

1998年3月 順天堂大学医学部 卒業
1998年4月 東京女子医科大学病院 内科臨床研修
2000年4月 東京女子医科大学病院 循環器内科臨床研修
2003年4月 虎の門病院 循環器内科
2006年9月 カナダ・トロント大学 留学
2009年4月 東京女子医科大学病院 循環器内科
2012年9月 ゆみのハートクリニック 院長
2014年5月 医療法人社団ゆみの 理事長

日本循環器協会 理事 患者連携委員会 委員長
日本心臓病学会 理事 地域医療・かかりつけ医活動委員会 委員長
総務/将来構想委員会 委員
日本循環器学会 脳卒中と循環器病克服5カ年計画ワーキンググループメンバー
「循環器疾患における緩和ケアについての提言」協力員
日本心不全学会 緩和ケア推進委員会 委員
「高齢心不全患者の治療に関するステートメント」作成委員
「急性慢性心不全診療ガイドライン かかりつけ医向けガイダンス」策定委員
日本在宅医療連合学会 評議員 研究委員会 副委員長, 編集委員会 委員
日本心臓リハビリテーション学会 「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」班員
日本人工臓器学会 評議員 補助人工心臓治療関連学会協議会 DT 部会委員
日本緩和医療学会 学術大会支援メンバーワーキンググループメンバー

心臓病をふくめた障害をもつ人々が安心して住み慣れたところで過ごせる社会づくりに貢献するために、2012年 東京にゆみのハートクリニックを開設。2022年現在、東京・大阪・福岡に外来と在宅診療を行う診療所を5拠点運営する。社会活動として、全国の循環器クリニックのネットワークとなるJapan Cardiology Clinic Network事務局、地域の非循環器専門の医療・介護従事者のICTプラットフォームとなるHeart Care Station事務局を務めるなど、地域での循環器医療発展のために活動を行っている。

座長：伊藤 大樹 イトウ ヒロキ

医療法人あおばクリニック

【座長略歴】

医療法人あおばクリニック 院長
福岡市在宅医療医会会長
福岡東在宅ケアネットワーク副代表
九州大学医学部臨床教授
福岡大学医学部臨床教授
福岡大学医学部非常勤講師

S23-1

慢性呼吸器疾患の重症在宅患者に対する呼吸困難と増悪時の対応について

坂井 邦彦 サカイ クニヒコ
新潟臨港病院内科、在宅医療部

慢性呼吸器疾患の重症在宅患者への対応で最も苦慮する症状は呼吸困難である。呼吸困難で生活制限はみられるが、ADLはある程度保たれているので、介護度があまり高くない。そのため、介護サービスの制限のある中で、在宅サポートを考えていかなければならない。呼吸困難のために食事・排泄・着替え・入浴などに支障がみられる場合だけでなく、独居やマンパワー不足の場合には食事の準備や買い物・ゴミ出し・掃除・洗濯など範囲を拡げて支援していく必要がある。呼吸困難に対する動作指導としては、上肢の挙上・反復動作・腹部の圧迫・息ごらえといった呼吸困難を増強する動作を避けるように指導する。在宅での食事・着替え・入浴などの実際の場面で指導することでより理解が深まる。

呼吸困難は身体的な側面だけでなく、精神的・社会的・スピリチュアルな側面を併せもった多面的なもので「Total Dyspnea」と捉えることが提唱されている。在宅での呼吸困難への対応としては動作指導や生活支援の他、薬物療法（原疾患の治療～麻薬・鎮静剤）や在宅医療機器（HOT、在宅ハイフローセラピー、NPPVなど）が問題なく行えるようなサポートや、家族を含めたメンタルケアなど多面的な支援が必要となる。

安定した在宅療養のためにパニックコントロールと増悪時のアクションプランを指導しておくことも重要である。過去の呼吸困難の恐怖が呼吸困難の連鎖を招くことがあり、安楽な体位や呼吸法を繰り返し練習して、パニック時に対応できるように自信をもってもらう。可能なら同居の家族にも対応を覚えてもらうことは有用である。また、増悪時のアクションプランは作成指導した時点が始まりであり、アクションプランを実行したら、その都度ふり返りを行い、増悪の判断や対応について話し合っ理解を深めることがより重要である。

【演者略歴】

【略歴】

1998年 新潟大学医学部卒業
2000年 新潟大学医学部第二内科入局
2005年 新潟大学大学院卒業
同年 西新潟中央病院 内科
2007年 新潟臨港病院 内科部長（呼吸器）
2022年 同院 在宅医療部部长 兼務

【所属学会】

日本内科学会、日本呼吸器学会、日本呼吸ケアリハビリテーション学会、日本睡眠学会

利益相反：無

S23-2

足病患者を在宅で診る

宇都宮 誠¹ ウツノミヤ マコト
江田 茜¹ エダ アカネ
石井 美穂¹ イシイ ミホ
木下 幹雄² キノシタ ミキオ

¹TOWN 訪問診療所城南

²TOWN 訪問診療所

【目的】

糖尿病性足病変、包括的高度慢性下肢虚血（CLTI）、褥瘡、静脈潰瘍など足部に難治性潰瘍を生じる症例は多い。年齢や併存疾患により発生が増加することから在宅医療を要する高齢者に発症することも少なくない。足病はADLを大きく阻害するため、在宅で対応せざるを得ないことも多いが、本邦には足病医（Podiatrist）といわれる足病を専門に扱う専門家は存在せず、また包括的に足病に対応する専門医も少ないのが現状である。

当院は足病の診療を在宅で行う医療機関として多くの症例を経験してきた。ADLの低下した足病の診療は入院期間の長期化が問題となることも多く、また退院後の外来通院が困難であることが多いため在宅での対応が重要となる。今回は在宅で行う足病診療の基本的な流れと、在宅ならではの特徴および利点について概説する。

【方法】

足部の難治性潰瘍に対して当院では形成外科医を中心に診療に当たる。TIME理論に則り、洗浄、デブリドマン、軟膏治療を訪問看護師や家族と連携し行っていく。免荷や必要であれば圧迫療法も行う。脈波検査などで下肢虚血の有無を確認し、虚血の関与が大きいと判断すれば積極的に血行再建を行う。必要であれば小手術や陰圧医療も在宅で行う。

【結果】

当院では過去3年間で147例のCLTI 治療を担当し潰瘍治癒率は53.7%であった。

【考察】

本邦における足病診療の成績は決して良いものとはいえず、予後不良の疾患である。ADLが低下し在宅で診療に当たらなければならない患者ではなおさらではあるが、長期の入院を必要とする治療は継続が困難であることが多く社会的にも患者本人にとっても負担が大きい。当院での治療成績も決してよいとは言えないが、今後も成績向上のための工夫をしておくとともに治癒を目指すだけではない治療の選択肢も考慮して治療方針を立てていくべきであろう。

利益相反：無

S23-3

当院における心不全患者の看取りの実態について

浅香 真知子 アサカ マチコ
琴岡 憲彦 コトオカ ノリヒコ
山本 巻一 ヤマモト ケンイチ
崔 承彦 チェ スンオン
医療法人葡萄の木 ぶどうの木クリニック

【目的】心不全患者は増加の一途を辿っており、心不全患者をいかに看取るかは医療現場において重要な課題である。日本循環器学会の「循環器疾患における緩和ケアについての提言」には在宅医療の必要性が明記され、その役割の一つに“在宅看取り”があげられている。しかしながら自宅や介護施設で過ごしている心不全患者がどのように看取られているのかはまだ推測の範疇である。当院は19床の病床を備えた機能強化型在宅療養支援診療所であり、患者総数は年間約970名、年間約300例の看取りを行っている。今回在宅医療の現場における心不全患者の終末期の病態や看取りについて調査を行った。

【方法】2018年7月より2022年6月までに当院で看取りが行われた患者554名のうち、2名の循環器専門医が心不全と判断した82名について電子カルテより後向きにデータを抽出し、死因、療養・看取りの場所、医療用麻薬の使用等について検討を行った。死因として心不全増悪を呈さず、誘因なく看取りに至った症例を老衰と判断した。

【結果】対象となった心不全患者82名（男性26名、女性56名、平均年齢 90.8歳）においてもっとも多い死因は老衰（33名）であり、心不全増悪は23名、残りは悪性腫瘍（12名）や肺炎（5名）等であった。看取りの場所は自宅29名、介護施設40名、病棟13名であり、自宅や介護施設で療養しながら心不全悪化や家族の介護力を理由に入院を要した患者は5名であった。26名に医療用麻薬が使用され、呼吸困難に対する使用は11名であった。

【考察】終末期心不全患者の多くは増悪緩解を繰り返すため、在宅医療導入の判断やタイミングにも難渋するが、実際の在宅医療の現場では心不全患者の多くは老衰として穏やかに看取られており、呼吸困難を伴う心不全死であってもモルヒネなど適切な医療用麻薬の使用や看取りに対する家族や介護施設へのサポートにより緊急の入院を要さず自宅や施設で看取ることが可能であった。

利益相反：無

S23-4

脊髄損傷者の在宅リハビリテーション

吉本 明子¹ ヨシモト アキコ
根橋 浩司¹ ネバシ コウジ
鮫島 光博² サメジマ ミツヒロ
弓野 大³ ユミノ ダイ

¹ゆみのハートクリニック

²ゆみのハートクリニック渋谷

³医療法人社団 ゆみの

症例：66歳男性、頸髄損傷（右C6/左C8）、四肢麻痺、膀胱直腸障害、仙骨部褥瘡

後縦靭帯骨化症があり、転倒後に頸髄損傷を受傷、半年間の回復期リハビリ後も、自力での寝返りも困難なADLであり、仙骨部褥瘡は皮下組織を超えて深く、ポケット形成も伴い、半年以上治癒が得られない状態での退院だった。

本症例も含め、脊髄損傷の患者の多くは喪失感の中にあり、希望を失っている。リハビリテーションに前向きになれず、『獲得可能なADL』を達成できずに、介護依存的な生活を長期に送っている場合も多い。

脊髄損傷は脊髄の運動機能の障害高位により、獲得される日常生活の目安が示されている。もちろん様々な運動の阻害因子により目標を到達できないこともあるが、介入する医療・介護者は阻害因子を見極め、連携して丁寧に介入することで、目標のADLに近づける取り組みをあきらめてはいけない。

本症例では、介入開始から3年という時間を要したが、寝返りが自立し、褥瘡も治癒、端坐位保持が可能で、軽介助での車いす移乗が可能となっている。希望や目標を持つことに今でも消極的ではあるが、少しずつ自立できることが増え、前向きな発言も増えている。現在は電動車いすでの外出を視野に取り組みを継続している。

【演者略歴】

略歴：

2003年琉球大学医学部医学科卒業

2003年東京医科歯科大学循環器内科入局

2019年ゆみのハートクリニック勤務

所属学会

日本内科学会 総合内科専門医

日本循環器学会 循環器内科専門医

日本在宅医療連合学会

日本リハビリテーション医学会 リハビリテーション科専門医

日本心臓リハビリテーション学会

利益相反：無

シンポジウム24 ライソゾーム病在宅酵素補充療法マニュアル作成ワーキンググループ企画

ライソゾーム病の在宅酵素補充療法

S24

【セッション概要】

2021年から希少疾患であるライソゾーム病の酵素補充療法が在宅でも可能になった。多職種連携での実施が求められる本療法の実際と展望について、専門医師、訪問医師、訪問看護師、訪問薬剤師の役割について話す。また、医薬品のドローンでの輸送についても討議する。

座長：山川 裕之 ヤマカワ ヒロユキ
慶應義塾大学医学部 循環器内科／予防医療センター

【座長略歴】

慶應義塾大学 理工学部計測工学科 卒業
日本医科大学 医学部 卒業
2003年 慶應義塾大学医学部 内科学（循環器内科）入局
2005年 東京都稲城市立病院 内科
2006年 日本鋼管病院 内科
2007年 慶應義塾大学 循環器内科
2014年 CREST 研究員
2014年 横浜国立市市民病院 循環器内科
2019年 慶應義塾大学病院 予防医療センター・循環器内科へ帰室
2020年 令和2年度厚労科研費 難治性疾患政策研究事業「ライソゾーム病・ペルオキシソーム病研究班（奥山班）」研究班員（兼任）
2021年 慶應義塾大学病院 予防医療センター 専任講師

座長：井手口 直子 イデグチ ナオコ
帝京平成大学薬学部

【座長略歴】

井手口直子（いでぐちなおこ）
帝京平成大学薬学部教授 大学院薬学研究科 教授
博士（薬学） 博士（教育）
役
日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会理事
全国薬剤師在宅療養支援連絡会副会長
日本在宅薬学会理事
日本地域薬局薬学会理事
日本オーソモレキュラー医学会理事
日本スーパーフード協会理事
日本医療安全学会理事
東京都薬剤師会代議員
日本医療評価機構薬局ヒヤリハット総合評価部会委員 他

著書（共著含む）

緩和医療薬学 2023
スーパーフード入門 2022
薬剤師になるには ぺりかん社 2020
基礎からわかる行動科学 薬事日報社 2019
薬剤師・薬学生のためのヒューマニズム改訂版 羊土社 2019
がん患者ロジカル・トータルサポート じほう 2017
ファーマシューティカルケアのための医療コミュニケーション 南山堂 2014 他

S24-1

ライソゾーム病における在宅酵素補充療法

山川 裕之¹ ヤマカワ ヒロユキ
 小須賀 基通³ コスガ モトミチ
 高石 官均² タカイシ ヒロマサ
 石垣 泰則⁴ イシガキ ヤスノリ
 奥山 虎之⁵ オクヤマ トラクキ

¹ 慶應義塾大学医学部 循環器内科／予防医療センター

² 慶應義塾大学 医学部 予防医療センター

³ 国立成育医療研究センター 遺伝診療科

⁴ 医療法人社団仁生堂 大村病院

⁵ 埼玉医科大学 ゲノム診療科

ライソゾーム病とは、ライソゾーム内の分解酵素の遺伝的欠損により、ライソゾーム内に大量の脂質あるいはムコ多糖などが蓄積し、肝臓・脾臓の腫大、骨変形、中枢神経障害など、種々な症状を呈する疾患群である。現在日本では約60種の疾患があるが合計で約3000人程度しか存在しておらず、いずれも難病・希少疾患である。

ライソゾーム病の治療法の一つとして酵素補充療法があるが、2023年現在日本で認可されている酵素製剤はライソゾーム病10疾患に対し16製剤しかない。適切なタイミングで酵素補充療法を行えば、予後は改善している。しかし疾患により、1～2週間に1度、1～4時間の静脈点滴による酵素補充が、大学病院や専門クリニックにて一生必要となる。しかし、ライソゾーム病の末期の病態ではADLが極端に低下し、患者自身での単独通院が困難であり、家族への負担も重くなる。

2021年3月にライソゾーム病の8疾患に対する11製剤が、医師の指示のもとで看護師が点滴可能な製剤として認可され、在宅における酵素補充療法の敷居が低くなった。これをもとに、4つのライソゾーム病の患者団体、日本在宅医療連合学会、日本先天代謝異常学会、ライソゾーム病難病研究班が主体となり、ライソゾーム病の在宅酵素補充療法マニュアルを完成させた。

このマニュアルの目的は、専門医、在宅医、訪問看護師、薬剤師が、情報を共有しながらライソゾーム病の患者をフォローアップし、安全に在宅における酵素補充療法を行う事である。

このマニュアルにより、希少疾患であるライソゾーム病の患者に対して、在宅医・訪問看護師・薬剤師が日本全国で一定の医療レベルで、安心に対応することが可能となる。また、在宅酵素補充療法を専門医が判断する場合に一定の基準を設け、慎重に在宅医に酵素を行うことが必要性にも触れた。本講演では、希少疾患であるライソゾーム病の説明と、在宅酵素補充療法マニュアルの概要を話す。

【演者略歴】

【略歴】

1995年 慶應義塾大学理工学部 卒業

2003年 日本医科大学医学部 卒業

2003年 慶應義塾大学病院 研修医

2005年 東京都稲城市立病院 内科

2006年 日本鋼管病院 内科

2007年 慶應義塾大学病院 循環器内科

2015年 慶應義塾大学医学部大学院 卒業

2015年-2018年 横浜市立市民病院 循環器内科

2019年 慶應義塾大学病院 予防医療センター／循環器内科 助教

2020年 慶應義塾大学病院 予防医療センター／循環器内科 専任講師 現在に至る

【所属学会】

日本内科学会、日本循環器学会、日本先天代謝異常学会、日本再生医療学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓リハビリテーション学会

利益相反：無

S24-2

暮らしと成育の舞台を支える在宅酵素補充療法 ～ライソゾーム病の在宅酵素補充療法と病診連携の実践～

戸谷 剛^{1,2} トヤ ツヨシ
 前田 浩利¹ マエダ ヒロトシ
 石渡 久子¹ イシワタ ヒサコ

¹医療法人財団 はるたか会

²あおぞら診療所うへの

ライソゾーム病は、ライソゾーム内の酸性分解酵素の遺伝的欠損により、ライソゾーム内に大量の脂質、あるいはムコ多糖などを蓄積し、肝臓・脾臓の腫大、骨変形、中枢神経障害など、種々な症状を呈する疾患群である。現在60種の疾患が含まれる。中枢神経・心臓・腎臓の合併症が予後を左右し、付随する身体障害・呼吸障害・嚥下障害に対して、医療的ケアが色濃く必要な重度のケースも多い。あおぞら診療所グループでは以前よりゴーシェ病II型III型の酵素補充療法を積極的に行い、経験を重ねてきた。その中でみえてきた医療が色濃いことで病児の成育へのみつめが損なわれやすい現状について在宅での支援の重要であることが見えてきた。今回酵素補充療法が自己注射薬として処方できるようになり開業医・在宅医が支援しやすい環境が整ったこと、ライソゾーム病の酵素補充療法マニュアルの作成を契機に専門医との密な病診連携を含めた在宅酵素補充療法の可能性について検討し報告をする。

【演者略歴】

1997年 東京医科歯科大学医学部医学科 卒業
 1999年 土浦協同病院研修医（総合診療方式） 修了
 2000年 土浦協同病院地域がんセンター専修医 修了
 東京医科歯科大学医学部小児科医員
 2001年 武蔵野赤十字病院小児科
 2003年 川口工業総合病院小児科
 2005年 取手協同総合病院小児科
 2007年 あおぞら診療所新松戸
 東京医科歯科大学医学部臨床准教授
 2011年 子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田 副院長
 2012年 子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田 院長
 東京医科歯科大学医学部臨床教授
 2023年 あおぞら診療所うへの 院長

所属学会 日本在宅医療連合学会 日本小児科学会 日本内科学会

利益相反：無

S24-3

ライソゾーム病の在宅酵素補充療法 ―看護師（難病診療連携コーディネーター）の立場から―

野正 佳余 ノマサ カヨ

大阪急性期・総合医療センター 大阪難病医療情報センター

ムコ多糖症やファブリ病、ポンペ病などを含むライソゾーム病を患う療養者は、年齢層が幅広く、病状が進行する中、専門医療機関に通院しながら、療養生活を送っている。疾患によって、酵素補充療法を受けるために、医療機関へ1～2週間に1度通院し、2～4時間ほど時間を費やす。学校を休んだり、早退したり、また、高校や大学では取得単位を考慮しながら、通院をしなければならず、就労をしている療養者は、職場において配慮を必要とする。

平成27年1月、「難病の患者に対する医療等に関する法律(以下 難病法と示す)」が施行され、難病の医療提供体制は、「診断後はより身近な医療機関で適切な医療ができる体制」、「地域で安心して療養しながら暮らしを続けていくことができるよう、学業・就労と治療を両立できる環境整備を医学的な面から支援する体制」、「小児慢性特定疾病児童等の移行期医療にあたって、小児期診療科と成人診療科が連携できる体制」等を整備することが求められている。ライソゾーム病を患う療養者においても、専門医療機関と地域の医療機関が連携し、酵素補充療法を受けながら、学業・就労と治療が両立できる体制を整備する必要がある。

令和3年2月、酵素製剤11製剤が保険医の投与できる注射薬として認められたことから、在宅で酵素補充療法が実施できる体制を構築するための課題と看護師としての役割についてお話しする。

【演者略歴】

【学歴】

平成11（1999）年 近畿大学付属看護専門学校卒業

平成30（2018）年 大阪市立大学大学院看護学研究科 地域看護学・公衆衛生看護学分野 前期博士課程修了

【職歴】

平成11（1999）年 近畿大学医学部附属病院 脳外科病棟勤務

平成15（2003）年 大阪急性期・総合医療センター（旧 大阪府立急性期・総合医療センター）脳外科・神経内科病棟勤務

平成19（2007）年 大阪難病医療情報センター勤務 現在に至る

【所属学会】

日本難病医療ネットワーク学会、日本難病看護学会、日本遺伝看護学会、日本遺伝カウンセリング学会、日本公衆衛生看護学会、日本生命倫理学会、日本看護科学学会

利益相反：無

S24-4

ライゾゾーム病の在宅酵素補充療法薬剤師マニュアル作成について

井手口 直子 イデグチ ナオコ
帝京平成大学薬学部

在宅医療連合学会のワーキングで薬剤師マニュアルをチームで作成したので、代表して報告する。
在宅で在宅医が訪問し院外処方でも酵素補充療法を行う場合、薬剤師の役割は、薬剤の提供、品質の確保、副作用チェック、前投薬薬剤の提供と管理、患者や医療従事者薬剤に関する情報提供である。マニュアルでは

- 1 在宅酵素補充療法の背景
- 2 在宅酵素療法に使用される注射剤について
- 3 在宅酵素補充療法に関する薬剤師の役割
- 4 在宅酵素補充療法における薬剤師の実務
- 5 実施時の注意点と血管外漏出のリスクについて
- 6 緊急時の対応

についてと、今回在宅患者に院外処方が可能になったライゾゾーム病8疾患11製剤についての別表を作成した。

別表は薬剤名と適応疾患（欠損酵素）、保険医が投与できる注射薬（院外処方可か不可か）

フィルターの有無と種類、用法用量、溶解希釈、投与速度、前投薬について、希釈後の安定性、に加え、分子量 中枢神経作用、血液脳関門通過の可否、製剤の特徴/注意点、浸透圧 PHを参照できる様に作成した。

今後の課題として、製剤輸送の安定性や、希釈時の無菌操作などがあるが、薬剤師が貢献できる業務と実施件数を増やすよう、職域として整えていく必要がある。

【演者略歴】

帝京大学薬学部卒業
博士（薬学）取得
名古屋大学大学院教育科学研究科教育科学専攻博士後期課程
単位取得退学
博士（教育）取得
日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会理事
全国薬剤師在宅療養支援連絡会副会長
日本在宅薬学会理事
日本地域薬局薬学会理事
日本オーソモレキュラー医学会 理事
日本スーパーフード協会理事
日本医療安全学会理事
日本在宅医療連合学会評議員
日本医療評価機構薬局ヒヤリハット総合評価部会委員 他

著書（共著含む）

緩和医療薬学 2023
スーパーフード入門 2022
薬剤師になるには ペリかん社 2020
基礎からわかる行動科学 薬事日報社 2019
薬剤師・薬学生のためのヒューマニズム改訂版 羊土社 2019
がん患者ロジカル・トータルサポート じほう 2017
ファーマシューティカルケアのための医療コミュニケーション 南山堂 2014 他

利益相反：無

S24-5

ドローンを活用した医薬品配送の実現に向けた政府の取組

平林 孝太 ヒラバヤシ コウタ
国土交通省航空局安全部安全企画室

小型無人機（ドローン）に係る技術の発展やビジネスの展開は急速に進んでおり、物流、災害対応、農林水産業、インフラ点検など多様な分野での一層の利活用が期待されている。

この講演では、ドローンサービス市場の拡大やドローンに係る航空法の規制の状況など我が国におけるドローンを取り囲む現況について概観した上で、ドローンを活用した荷物等配送（ドローン物流）や、さらにはドローンによる医薬品の配送に関する官民の取組状況を紹介し、ドローンを用いた医薬品輸送の今後の展望について述べる。

【演者略歴】

2010年 総務省入省
2013年 内閣府公益認定等委員会事務局総務課総括係長
2014年 総務省総合通信基盤局電波部電波政策課政策係長
2016年 内閣府地方分権改革推進室参事官補佐
2018年 内閣官房内閣人事局参事官補佐
2021年 総務省行政評価局政策評価課課長補佐
2022年 国土交通省航空局安全部安全企画室課長補佐 現在に至る

利益相反：無

シンポジウム25 研究委員会企画

在宅医療に関する研究ネットワークづくり

S25

【セッション概要】

在宅医療を必要とする人が増加している現在、在宅医療に関するエビデンスの構築が望まれている。単独の医療機関だけで在宅医療のエビデンスを構築するのは困難であり、多施設共同研究が必要である。本シンポジウムでは、在宅医療に関する研究ネットワークづくりに取り組んできた演者からの講演を通して、研究ネットワークづくりを進める方法と課題について共有する。その後、これから在宅医療に関する研究に取り組みたいと考えている医療者、特に若手研究者と一緒に、在宅医療に関する研究ネットワークづくりを推進する方法について検討する。

座長：山中 崇 ヤマナカ タカシ

東京大学大学院医学系研究科 在宅医療学講座

【座長略歴】

1989年3月 高知医科大学医学部医学科卒業
1989年5月 東京女子医科大学附属第二病院 内科研修医
1991年5月 東京女子医科大学附属第二病院 内科I助手
1997年4月 東京女子医科大学附属第二病院 在宅医療部助手
1998年3月 東京女子医科大学附属第二病院 在宅医療部講師
2007年5月 東京女子医科大学東医療センター 在宅医療部准教授
2014年6月 東京大学医学部 在宅医療学拠点 特任准教授
2018年4月 東京大学大学院医学系研究科 在宅医療学講座 特任准教授
2023年4月 東京大学大学院医学系研究科 在宅医療学講座 特任教授

座長：葛谷 雅文 クズヤ マサフミ

名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院

【座長略歴】

昭和58年3月 大阪医科大学 卒業
平成元年3月 名古屋大学大学院医学研究科（内科系老年医学）卒業
平成3年4月 米国国立老化研究所 研究員
平成8年5月 名古屋大学医学部附属病院（老年科）助手
平成10年4月 同上 講師
平成19年4月 名古屋大学大学院医学系研究科 老年科学分野 准教授
平成23年4月 名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学分野 教授
平成25年4月 名古屋大学医学部附属病院地域連携・患者相談センター・センター長（兼務）
平成26年4月 名古屋大学未来社会創造機構 教授（兼務）
令和4年3年 名古屋大学定年退職 名古屋大学名誉教授
令和4年4月 名古屋鉄道健康保険組合 名鉄病院 院長

S25-1

Practice-Based Research Networkによる在宅医療研究

渡邊 隆将^{1,2} ワタナベ タカマサ¹ 東京ほくと医療生活協同組合 北足立生協診療所² 日本医療福祉生活協同組合連合会 家庭医療学開発センター (CFMD)

我が国では高まる在宅医療ニーズの中、多くの医療機関により在宅医療が提供されている。研究という観点からは、在宅医療患者は対象が明確で追跡も用意であることが多く、またハイリスク集団であるためエンドポイントを確認しやすいことから、コホート研究を代表とする縦断研究に非常に適した集団といえる。ただし、単施設での研究では症例数の確保が不十分になりがちであり、外的妥当性の担保も難しいという課題がある。

このような課題に対して、多施設で共同研究をすることが一つの解になりうる。プライマリ・ケアの医療機関による共同研究を進めるネットワークは、Practice Based Research Network (PBRN) とよばれている。プライマリ・ケア研究のネットワーク化はプライマリ・ケアの伝統が長い英国に端を発しているが、現在は世界各地で進められている。家庭医療学開発センター Centre for Family Medicine Developmentでは2010年から東京近郊の診療所を主体としたPBRNを設立し、このネットワークを活かした多施設協同研究などを行ってきた。EMPOWER-Japan Studyという前向きコホート研究では、65歳以上で2013年から2016年の間にPBRN所属の13施設から在宅医療を開始された方を対象に、2017年まで最長4年間追跡を行った。この中では在宅療養を開始してからの生命予後・死亡リスク要因、在宅で亡くなる累積発生率、在宅死の要因などが明らかにされている。

上記のように、在宅医療機関で多施設研究を単回ではなく継続的に行っていく枠組みとして、PBRNは有効な方法の一つである。今後のネットワークの推進について当日は議論を進めたい。

【演者略歴】

2004年 慶應義塾大学医学部 卒業

2017年 東京慈恵会医科大学大学院 修了 博士 (医学)

2004年 初期研修：王子生協病院

2006年 後期研修：家庭医療学開発センター (CFMD)

2009年 北足立生協診療所 所長

2010年 CFMD副センター長 (PBRN担当) 現在に至る

【所属学会】

日本プライマリ・ケア連合学会

利益相反：無

S25-2

多施設在宅共同研究 (ZEVIIOUS-study) における研究ネットワークづくり

林 伸宇 ^{1,2,3}	ハヤシ シンウ
飯田 英和 ^{2,3}	イイダ ヒデカズ
次橋 幸男 ⁴	ツギハシ ユキオ
廣瀬 弥幸 ⁵	ヒロセ ミサキ
安中 正和 ⁵	ヤスナカ マサカズ
白髭 豊 ⁵	シラヒゲ ユタカ
栗田 宜明 ³	クリタ ノリアキ

¹ 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック平和台

² 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック

³ 福島県立医科大学 大学院医学研究科 臨床疫学分野

⁴ 天理よろづ相談所病院 白川分院

⁵ 長崎在宅 Dr. ネット

多施設在宅共同研究 (ZEVIIOUS-study) における研究およびネットワークづくりを紹介する。

私たちのチームで始めた、ZEVIIOUS-study (Zaitaku EValuative Initiatives and OUtcome Study) は、東京・奈良・長崎の29医療機関で実施された。調査項目をあらかじめチームで入念に選定し、2020年1～6月の間にデータ収集をした。その結果、200人超の在宅医療患者からのデータを得た。

面識のあるつながりを通じて声を掛け合い、既存のネットワークの活用、同一法人内の連携クリニックの参加などを経て多施設の参加が実現できた。研究費という形である程度の予算を確保できていたこと、大学院や臨床業務、学会活動を通じてもととの接点があったこと、臨床研究をする土台作りとしての院内勉強会を過去数年にわたって開催していたことなどもスムーズなネットワーク構築に貢献したと考える。また、比較的強いネットワークに基づいたチームだったことは、実際に研究計画を立てたりデータ収集をしたりする際にも、関係者それぞれが責任をもって積極的に貢献することにつながったと考える。

【演者略歴】

【略歴】

2007年 千葉大学医学部 卒業

2013年 東京大学大学院 公共健康医学専攻 修了 (MPH)

【職歴】

2007年 東京大学医学部附属病院

2009年 日本赤十字社医療センター 糖尿病内分泌科

2013年 大森赤十字病院 糖尿病・内分泌内科

2015年 祐ホームクリニック/祐ホームクリニック平和台

【研究歴】

2013年 独立行政法人 国立国際医療研究センター病院 糖尿病研究部 客員研究員

2014年 東京大学大学院人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター 客員研究員

2018年 日本プライマリ・ケア連合学会未来研究リーダー人材養成講座

2020年 鉄祐クリニカルリサーチセンター

【所属学会】

日本在宅医療連合学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本糖尿病学会、日本内科学会

利益相反：無

S25-3

自治体と大学の連携を通じた研究フィールドづくりと地域分析の必要性

菖蒲川 由郷¹ ショウブガワ ユウゴウ

白倉 悠企¹ シラクラ ユウキ

¹新潟大学大学院 医歯学総合研究科 十日町いきいきエイジング講座

²十日町市 市民福祉部

これまで新潟大学では十日町市をフィールドとした調査研究を複数実施してきた。ここでは自治体と研究機関が連携して実施する調査と研究の経験に基づいて、研究フィールドとネットワークづくりについて述べる。

当初、高齢者の要介護リスクを明らかにする高齢者調査（健康とくらしの調査＝JAGES調査）のフィールドとして十日町市との関わりが始まった。質問票（A4・12頁）による調査をして何が分かり何がメリットなのか、自治体担当者への説明や予算繰りから始まり、手探りで進めた最初の調査であった。調査の結果を見える形で市に説明し、保健師や地域包括ケアセンターに対しても調査結果をワークショップ形式で伝え、次への検討につなげた。さらに、高齢者を対象とした面接や様々な測定をする健康調査も新たに実施し、コホート調査として追跡している。このような大学と自治体との連携という基盤の上に、2019年10月から新潟大学医学部に十日町いきいきエイジング講座が設置され、十日町市の“出向く医療と介護の仕組みづくり”をミッションとして様々な活動を展開している。2021年に訪問看護ステーションおむすびが開設されたが、先だって、訪問看護利用者の地理的分布に関する分析を行い、訪問看護のニーズを明らかにし、ステーションの必要性を訴えた。現在では、「高速データ通信とAI技術による豪雪中山間地における新しい健康づくりのためのシナリオ創出」（RISTEX SDGsの達成に向けた共創的研究開発プログラム）において、市と協働で医療アクセスが不利な中山間地域の医療と介護を効率化する試みを開始している。

このように自治体との連携に基づく研究ネットワークづくりが在宅医療に関する研究において不可欠である。

【演者略歴】

【略歴】

2002年 新潟大学医学部医学科 卒業

2002年 新潟市民病院内科研修 修了

2004年 昨雲会有隣病院（福島県喜多方市） 非常勤医

2008年 新潟大学大学院医歯学総合研究科・博士課程 修了

2008年 昨雲会有隣病院（福島県喜多方市） 常勤医

2010年 ロマリンド大学（米国カリフォルニア州） ポスドクフェロー

2011年 新潟大学大学院医歯学総合研究科国際保健学分野 助教

2014年 同分野 准教授

2019年 新潟大学大学院医歯学総合研究科 十日町いきいきエイジング講座 特任教授

現在に至る

【所属学会】

日本公衆衛生学会、日本疫学会、日本農村医学会、日本老年学会、日本感染症学会、小児感染症学会、地理情報システム学会

利益相反：無

S25-4**在宅医療コホート研究のネットワークづくりー ONEHOME 研究ー**

渡邊 一久 ワタナベ カズヒサ
名古屋大学医学部附属病院老年内科

在宅医療は、通院・入院にならぶ第3の医療の提供の方法として、今後その重要性を増していくものと考えられる。在宅医療を受ける高齢者の多くは、多臓器疾患・身体機能低下・認知機能低下などの問題を抱えており、フレイルであることが多い。フレイルな高齢患者は転倒しやすく、日常生活動作（ADL）が低下しやすく、入院のリスクが高いため生命予後が限定的であるもまれではない。疾病の治癒を目指すだけでなく、生活の質（QOL）を維持することも重要となる。しかし、このような高齢患者に関する研究はエビデンスが乏しいのが現実であり、患者の特性が多様な在宅医療のコホート研究は数が少なく、在宅医療のための臨床的なエビデンスの集積が求められている。名古屋大学医学部附属病院老年内科では、2012年～17年にかけて訪問診療医とともに、在宅診療のコホート研究（Observational study of Nagoya Elderly with HOme MEdical care, ONEHOME）を展開してきた。ONEHOME研究では、低栄養、貧血、嚥下機能などが緊急入院に関連していることが明らかとなり、国内外で学会発表、論文発表を行ってきた。本シンポジウムではその研究の成果とネットワークづくり、また2020年以降のコロナ禍での研究の課題と展望について概説していく。

【演者略歴】**【略歴】**

2008年 中央大学法学部政治学科卒業
2013年 山口大学医学部医学科卒業（学士編入学）
2016年 名古屋大学医学部附属病院老年内科医員
2020年 名古屋大学大学院医学系研究科総合医学専攻博士課程卒業（地域在宅医療学・老年科学）
2020年 名古屋大学医学部附属病院老年内科助教
2023年 名古屋大学医学部附属病院老年内科病院講師 現在に至る

【所属学会】

日本内科学会認定内科医，日本老年医学会，日本糖尿病学会，日本認知症学会，日本プライマリ・ケア連合学会，日本医学教育学会

利益相反：無

シンポジウム26

新しい健康概念、ポジティブヘルスを在宅医療現場で活かす

S26

【セッション概要】

オランダ発祥の新しい健康の概念である「ポジティブヘルス」では、病気や障害がない状態を健康とするWHOの定義とは異なり、身体・心理・社会的な課題に直面していたとしても、それに適応し、本人主導で動いていける能力を健康的な状態、としている。在宅医療の現場で出会う患者は、重い病気や障害は持っていますが、自分のペースで好きなことをしながら、生き生きと過ごされている方も多く。こういった方は、病気を持っている、という意味でWHOの定義では不健康となるが、病気を受け入れ、適応し、その中で自分らしく過ごせているので、ポジティブヘルスとしては健康的な状態と言える。在宅医療の現場で、このポジティブヘルスの概念を知り、実践する方法を考えたい。

座長：紅谷 浩之 ベニヤ ヒロユキ

医療法人オレンジ

【座長略歴】

2003-2008年、名田庄診療所・高浜町和田診療所にて地域医療研修・実践

2011年、オレンジホームケアクリニック開設

その後、オレンジキッズケアラボ <https://carelab.jp/lp/>、みんなの保健室、地域看護ステーションみかんの木、ライフサポートチームこれでもいいのだ。、軽井沢キッズケアラボ、つながるクリニック、久米島キッズケアラボ、ほっちのロッジ、カフェ（まあるカフェ・みいつカフェ）、メディカルフィットネスWAKE、チェアラボ、勝山オレンジクリニック、奥能登ごちゃまるクリニックなどなどスタート

2022年、つながるクリニックを新築し、カフェとフィットネスジムが一体となった「つながるベース」始動。「診療所と大きな台所があるところ ほっちのロッジ」が、第10回アジア太平洋高齢者ケアイノベーションアワード2022“Social Engagement Program 部門”グランプリ受賞。

2023年 身体に最も近い環境を整え、その人の力を引き出す“椅子”を製作するチーム「チェアラボ」が、第11回アジア太平洋高齢者ケアイノベーションアワード2023“Assistive Living Product 部門”ファイナリストに選出。

ライフワーク：ポジティブヘルスの日本での発信、人生会議の普及啓発、“医療的ケア児を社会の光に”、地域における医療の役割の再発掘、Act Globally, think Locally（あえて）

座長：川田 尚吾 カワダ ショウゴ

iKIGAI

【座長略歴】

2009年に理学療法士免許を取得。2015年よりオレンジホームケアクリニック（福井）にて在宅医療・リハビリを実践し、2018年より筑波大学医学医療系地域総合診療医学助教として地域住民を主体としたヘルスプロモーションに関するアクションリサーチを展開。2022年よりポジティブヘルスを生身で触れるため、本場オランダへの移住を果たす。現在は、ポジティブヘルスの情報発信・普及活動を行うiKIGAIを主宰。筑波大学健康ライフスタイル開発研究センター客員研究員。筑波大学医学医療系非常勤講師。

S26-1

オランダ発健康の概念ポジティブヘルスとは何か

川田 尚吾^{1,2} カワダ ショウゴ¹iKIGAI²筑波大学 健幸ライフスタイル開発研究センター

オランダの元家庭医であるマフトルド・ヒューバー氏は、2011年に新しい健康の概念を発表した。それが「ポジティブヘルス」である。ヒューバー氏は、健康を何らかの問題点に着目した“状態像”として捉えるのではなく、社会的・身体的・感情的問題に直面したときに適応し、本人主導で自己管理する“能力”と概念付け、同時に健康を捉える指標として①身体の状態、②心の状態、③いきがい、④暮らしの質、⑤社会とのつながり、⑥日常機能の6領域を提案した。ヒューバー氏は慢性複合疾患がありながら生活する人が増加する現代において、世界保健機関（WHO）が提示する伝統的な健康の定義（身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態）はもはや適合せず、意図せずして人々の医療化を助長する可能性があるとして指摘する。そしてこの概念は、私自身の健康とはなにで、私はどこに向かいたいのかを示しそれを実践することで、ひいては医療の社会化に寄与するはずであると語る。本演題では、ポジティブヘルスの概念の紹介と、オランダにおける社会的インパクト、またポジティブヘルスの概念をベースにした私自身の日本の在宅医療における臨床実践の経験について簡単に論じてみたい。

【演者略歴】

2009年に理学療法士免許を取得。2015年よりオレンジホームケアクリニック（福井）にて在宅医療・リハビリを実践し、2018年より筑波大学医学医療系地域総合診療医学助教として地域住民を主体としたヘルスプロモーションに関するアクションリサーチを展開。2022年よりポジティブヘルスを生身で触れるため、本場オランダへの移住を果たす。現在は、ポジティブヘルスの情報発信・普及活動を行う iKIGAI を主宰。筑波大学健幸ライフスタイル開発研究センター客員研究員。筑波大学医学医療系非常勤講師。

利益相反：無

S26-2

ポジティブヘルスのへき地・地域在宅診療への応用の可能性

山田 拓 ヤマダ タク
アムステルランド病院ジャパンデスク

著者は沖縄県にある人口700人規模の離島にて島内唯一の医療機関である診療所の医師としてへき地診療に従事した他、神奈川県内の中規模都市にて在宅診療も行なった過去がありへき地診療、地域在宅診療での臨床経験を踏まえてポジティブヘルスの診療現場への応用の可能性について、現在オランダに実際に滞在する筆者の主観を交えながら発表する。具体的には、日本とオランダの文化背景違いにも配慮しつつ、日本の在宅診療の場においてポジティブヘルスの6つの領域（①「身体的機能」、②「メンタルウェルビーイング」、③「生きがい」、④「生活の質」、⑤「社会参加」、⑥「日常機能」）に基づいてくもの巣図などを用いながら、身体・精神機能はもちろん、地域特性のある環境や社会・人間関係などにも注目して話し合い、最終的に健康について話し合い理解を深める、そして次へつながる変化やケア目標を立てていく過程像を紹介する。

【演者略歴】

2014年 琉球大学医学部 卒業。

2016年 沖縄県立中部病院臨床研修 修了。

2017年4月～2019年3月 沖縄県立八重山病院附属小浜診療所 診療所長

2019年4月～2019年8月 まちだ丘の上病院 慢性期病棟、かまくらファミリークリニック 在宅診療従事

2019年9月 ライデン大学社会人文学部オランダ学科 propedeuse（学士初年度修了証）取得

2022年1月 ライデン大学医学部老年生命医学（Vitality and Ageing）修士課程 卒業

2022年1月 アムステルランド病院ジャパンデスク 現在に至る

利益相反：無

S26-3

コンパッションに支えられたコミュニティとポジティブヘルス

堀田 聡子 ホッタ サトコ
慶應義塾大学 大学院 健康マネジメント研究科

コンパッション都市の中心概念は

- ・コンパッションは、健康にとって倫理的に不可欠なものである
- ・健康は積極的な概念であり、疾患、障害、喪失があったとしても成り立つ
- ・コンパッションは、ホリスティック・エコロジカルな観念である
- ・コンパッションは、喪失の普遍的性格に対する関心を含むとされる

(Kellehear, A. "Compassionate Cities. Public Health and End of Life Care". London : Routledge . 2005)。

本報告は、コンパッション都市における健康とポジティブヘルス、さらに共生をもたらす土台としてのコンパッションとポジティブヘルスを考える。

【演者略歴】

東京大学社会科学研究所特任准教授、ユトレヒト大学訪問教授等を経て2017年より慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授（認知症未来共創ハブ・リーダー）。博士（国際公共政策）。

人とまちづくり研究所代表理事、日本医療政策機構理事等の他、社会保障審議会・介護給付費分科会及び福祉部会等において委員。共監訳に『コンパッション都市』慶應義塾大学出版会（2022）、監修に寛裕介著『認知症世界の歩き方』ライツ社（2021）、共編に『社会的処方白書』オレンジクロス（2021）、主たる共著に『ヘルパーの能力開発と雇用管理』勁草書房（2006）、単著に『オランダの地域包括ケア提供体制の充実と担い手確保に向けて』労働政策研究・研修機構（2014）、「介護保険事業所（施設系）における介護職のストレス軽減と雇用管理」『季刊社会保障研究』（2010）（第12回労働関係論文優秀賞）等。

中学生の頃より、主に障害者の自立生活の介助を継続。より人間的で持続可能なケアと地域づくりに向けた移行の支援及び加速に取り組む。

利益相反：無

シンポジウム27

ポリファーマシー、みんな解決していこう、(安心安全な薬物療法)

S27

【セッション概要】

ポリファーマシー問題は、診療報酬改定があったり、広くマスコミに取り上げられることで、医療従事者だけでなく一般市民にも認識されつつあります。この問題に取り組むことは昨今の課題ではありますが、一部の病院を除いては進んでいないのも現実です。

さて、在宅医療におけるポリファーマシー介入のチャンスとしては、入院時、施設入所時、外来から在宅医療へ移行時等が挙げられます。

そこで患者を取り巻くあらゆる職種が、それぞれの本領を発揮しコミュニケーションを取り合うことで、安心安全な薬物療法を実現することが可能です。大切なことは、単純に処方不足を引き起こすことではなく、目の前の患者の幸せな生活をサポートしていくことです。

本シンポジウムでは、クリニック医師、在宅専門医、施設(病院)薬剤師、調剤薬局薬剤師ケアマネージャーとそれぞれの立場からポリファーマシーに対する意見を頂戴し、最後に未来志向のディスカッションを行います。今日から使えるエッセンスが詰まったシンポジウムです。

座長：森 清 モリ キヨシ

東大和ホームケアクリニック

【座長略歴】

北海道大学医学部卒業
沖縄県立中部病院ハワイ大学卒業後研修課程修了
北海道大学医学部大学院卒業(医学博士)
ハーバード大学医学部関連 Dana-Farber Cancer Institute フェロウ
順天堂大学医学部 血液内科
社会医療法人財団大和会(やまとかい) 理事 (在宅サポートセンター担当)
同 東大和ホームケアクリニック 院長
日本在宅医療連合学会 理事 (大会運営委員会担当)
第一回日本在宅医療連合学会大会 大会長

日本血液学会認定 血液専門医
日本在宅医療連合学会認定 在宅医療専門医

著書

のこされた者として生きる いのちのことば社
自分らしい最期を生きる 教文館
ひとりでも最後まで自宅で 教文館
カンファランスで学ぶ 多職種で支える一人暮らしの在宅ケア 南山堂

共著

在宅医療バイブル 医事新報社 川越正平編
やさしくわかる貧血の診かた 金芳堂 荻原将太郎編

座長：浅田 美子 アサダ ヨシコ

株式会社大和調剤センター

【座長略歴】

明治薬科大学薬学部製薬学科卒業
日本ロシュ株式会社へ入社、退職
2008年株式会社大和調剤センターへ入社
ウラン薬局管理薬剤師
中央薬局管理薬剤師を経て現職に至る
漢方薬生薬認定薬剤師
老年薬学認定薬剤師
西東京臨床糖尿病療養指導士
日本在宅医療連合学会評議員
日本老年薬学会会員

S27-1**外来通院が難しくなってきた高齢患者により良い薬物療法を実践するために（かかりつけ医の立場から）**

山田 善史 ヤマダ ヨシフミ
山善内科クリニック

わが国では高齢化が進み、高齢者に対する薬物療法の需要が高まっている。高齢者は複数の慢性疾患を有し、それぞれの専門科から多数の薬剤を処方されていることも多い。一方で、高齢者は臓器予備能が低いいため薬物代謝・排泄機能が低下しており、相対的過量服薬になりやすく、薬剤間相互作用もあって副作用出現のリスクが高い。このようなポリファーマシーに伴う薬物有害事象は、転倒や入院の増加と関連して患者の不利益につながる。また、患者の病態に合った適切な処方内容であっても、認知機能や視力・聴力の低下した高齢者では正しく服薬できず、病状の悪化につながることもある。

様々な要因で患者が専門の病院やクリニックに通院できなくなり、在宅医療を見据えて居住地域のかかりつけ医療機関に転医したタイミングは、分断された専門家診療を包括的に管理し、処方内容を見直すきっかけになる。かかりつけ医は、患者の病状・認知機能・ADLを総合的に評価し、生活環境、患者・家族の価値観・目標などについて、訪問看護師、薬剤師、介護支援専門員など多職種と情報共有しながら、患者個人に最適な処方内容・服薬方法やタイミングを模索する。そして、患者の経時的な状況変化に応じてその都度、適切な薬剤調整を繰り返す必要がある。

本講演では、外来通院が難しくなってきた高齢患者に適切な薬物療法を実践するため、かかりつけ医としてどのような点に注意し調整しているか、幾つかの症例を挙げて検討したい。

【演者略歴】**【略歴】**

2003年 慶応義塾大学医学部 卒業
2003年 慶應義塾大学病院 内科研修医
2005年 東京都立広尾病院 内科
2006年 日野市立病院 内科
2007年 慶應義塾大学腎臓内分泌代謝内科 助教
2010年 北里研究所病院腎臓内分泌内科 医員
2014年 防衛医科大学校腎臓内分泌内科 助教
2019年 山善内科クリニック 院長 現在に至る

【所属学会】

日本内科学会、日本糖尿病学会

利益相反：無

S27-2**病院併設型老人保健施設における病院薬剤師のポリファーマシーに対する取り組み**

鈴木 慶介 スズキ ケイスケ

公益社団法人地域医療振興協会 台東区立台東病院・老人保健施設千束

介護老人保健施設（以下、老健）は「要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰・在宅支援を目指す施設」とその目的は明確にされている。またその利用者は、病状が安定していて入院治療の必要がなくリハビリテーションを必要とされる方とされている。「病状が安定している」と聞くとも薬学的介入の余地がないように感じるが、実際はそうではない。ポリファーマシーは単に服用する薬剤数が多いだけでなく、それに関連して薬剤有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下などが生じることが問題となるが、老健に入所するまでに薬剤を総合的に見直す機会がないまま入所されるケースも少なくない。

在宅復帰するために行っているリハビリテーションのパフォーマンスを下げている薬剤はないか、薬剤のリスクとベネフィットのバランスが取れていない薬剤はないか、同じ薬効が期待出来て服薬回数を減らせる薬剤はないかなど、利用者のADLやQOLを向上させるための薬学的介入をする機会は多くある。薬剤は、生活を豊かにすることも、生活の妨げになることもあることを忘れてはいけない。

今回は、台東区立台東病院・老人保健施設千束を兼任する薬剤師の取り組みを紹介したい。老健の定期処方について、かつては看護師が医師に処方を依頼し、薬剤師は処方箋内に疑義がないかを確認し調剤するという流れだったが、現在は医師が処方する前に薬剤師が介入し処方提案を行っている。それにより粉碎不適薬剤の粉碎・漫然投与・有害事象を回避したり、服薬回数を減らしたりと一定の成果が得られている。シンポジウムでは、当施設での具体的な介入方法や事例を提示し、皆様と実現可能なポリファーマシー対策について考えたい。

【演者略歴】**【略歴】**

2000年 城西大学薬学部薬学科 卒業

2002年 城西大学大学院 薬学研究科 医療薬学専攻 修士課程 修了

2002年 三郷順心総合病院（現・三郷中央総合病院）

2004年 公益社団法人地域医療振興協会 東京北社会保険病院（現・東京北医療センター）

2012年 草加市立病院

2019年 公益社団法人地域医療振興協会 台東区立台東病院・老人保健施設千束

【所属学会】

日本臨床栄養代謝学会（学術評議員、栄養サポートチーム専門療法士）

日本緩和医療薬学会（緩和薬物療法認定薬剤師）

日本医療薬学会

日本アンチ・ドーピング機構（公認スポーツファーマシスト）

利益相反：無

S27-3

多職種連携で考えるポリファーマシー

伊藤 仁 イトウ ヒトシ
東大和市高齢者ほっと支援センターしみず

ポリファーマシーは多くの高齢者に共通する問題であるが、ケアマネジャーがケアプランの中で解決すべき課題として取り上げるケースは少ない。その要因の一つとして考えられるのは、実際に業務に就いているケアマネジャーの多くが福祉系の基礎資格であり、医療的知識に乏しいということである。ここで、チームアプローチ、多職種連携が重要となってくるが、医療と介護では保険制度、専門性、教育背景等の違いから、目標に対する優先順位にずれが生じるケースも少なくない。

地域ケア包括システム構築のため、東大和市においても在宅医療・介護連携推進に取り組んできた。行政を含めた多職種の顔の見える関係づくりのための研修会や懇親会の開催や、居宅介護支援事業者や訪問介護事業者の業務についての研修会を医療職向けにおこなうことで、それぞれの役割や業務範囲を知ってもらうことができた。このように、地域包括ケアシステム構築のための取り組みの積み重ねが、多職種連携をスムーズにし、お互いの専門性を尊重したフラットな関係で協働できるようになったのは大きな成果といえる。また、これらの取り組みについて医師会が主導的におこなった点に大きな意味があったということも付け加えておきたい。

このような背景もあり、薬剤師とケアマネジャーが連携する機会も増えてきている。実際に薬局から地域包括支援センターに連絡があり、薬の管理ができていないと思われる高齢者の情報提供があったり、在宅生活を支えるチームの一員としてサービス担当者会議にも積極的に参加してもらっている。在宅医療・介護連携において、かかりつけ薬局、訪問薬剤師が担う役割は大きい。特にポリファーマシーの問題に関しては、薬剤師の専門性と積極的な関わりが解決への大きな足掛かりとなることは間違いない。

【演者略歴】

[略歴]

- 1999年 専修大学法学部 卒業
- 2000年 社会福祉法人一石会 大洋園（特養） 介護職員
- 2005年 社会福祉法人一石会 風の樹（特養） 介護主任
- 2014年 社会福祉法人一石会 デイサービスセンター風の樹 副センター長
- 2016年 社会福祉法人一石会 風の樹居宅介護支援事業所 管理者
- 2022年 社会福祉法人一石会 東大和市高齢者ほっと支援センターしみず（包括） 管理者

利益相反：無

S27-4

保険薬局薬剤師ならば誰でも出来るポリファーマシーとの向き合い方

鈴木 邦彦^{1,2} スズキ クニヒコ

¹つなぐ薬局柏

²一般社団法人 ミライ在宅委員会

【はじめに】

ポリファーマシーでは、必要以上の薬が投与されている、あるいは不必要な薬が処方されている。また、多剤併用の状態のみならず、薬剤費の増大や薬剤性有害事象の発現頻度の増加や飲み間違い、残薬の増加などアドヒアランス低下などの問題につながることも懸念されている。このポリファーマシーの有害性を考慮し、在宅医療の現場において薬剤師としての最適なアクションが求められる。この状況を踏まえ、患者が現在どのような負担を抱えているかの課題を整理して、薬剤師が残薬の整理や処方提案を行う事でポリファーマシーによる患者の負担やリスクを減らすための支援が活発に行われている。

【活動】

当薬局では、ポリファーマシー対策は薬を減らすことではなく、患者や介護者の負担を減らす減案として関わっている。減案を実践するために、施設往診には原則同行し、医師や看護師、介護士と共同で多角的に問題点整理を行っている。居宅においても患者自身の薬物治療に対しての思いや意思、主治医の治療方針を確認した上で、実際の服薬状況の確認、生活上の問題点の抽出、病歴、副作用歴・社会歴などの情報整理、多職種との情報共有を行い、処方薬の整理・提案を主治医に行っている。さらには、処方薬変更後の患者の体調変化を確認し、薬物治療の効果と副作用の評価を行うことから解決の糸口を見出している。

【考察】

この取組みを行うことで、内服薬の錠数・服用回数の減少によるアドヒアランスの向上、内服薬減少による医療費の軽減、患者自身や介護力に合わせた服薬管理の改善につながった。本シンポジウムでは、居宅・施設在宅それぞれにおいて薬剤師としての具体的な減案アクションの実践方法を紹介すると共に、ポリファーマシーが患者に与える影響について考察する。

【演者略歴】

2006年3月 第一薬科大学薬学部 卒業

2008年3月 共立薬科大学大学院 医療薬学コース専攻 修了

2008年4月 東京高輪病院 薬局勤務

2010年2月 河北総合病院 薬剤部勤務

2016年12月 株式会社 pff ファーマミック薬局勤務

2018年7月 ワイズ株式会社 つなぐ薬局柏勤務（現職）

利益相反：無

S27-5

地域で行うポリファーマシー対策

高瀬 義昌 タカセ ヨシマサ
医療法人社団至高会たかせクリニック

在宅医療は、病院医療の代替というだけでなく、医療よりも生活を重視するという視点が必要である。あるべき治療を押し付けるのではなく、それぞれの価値観や生活スタイルを把握し、治療によってかえってQOLが下がってしまう事態をできる限り回避するよう努めなければならない。その中でポリファーマシー対策は重要な意義を占める。介護家族及び訪問看護や訪問薬剤師などの医療スタッフ、介護スタッフとのコミュニケーションを活性化し、減薬への理解促進を行いつつ、薬剤調整をする際に必要となる本人の日々の身体、精神状況の変化をモニタリングできる体制を構築するなど、ポリファーマシー対策には多職種連携が欠かせない。

当院は、訪問診療を中心としたクリニックとして、多くの認知症を持つ高齢患者の診療を行っている。本シンポジウムでは、当院におけるポリファーマシー対策の考え方を示すとともに、家族や地域の医療スタッフ、介護スタッフとの協働の取り組みをご紹介します。

【演者略歴】

【略歴】

1984年 信州大学 医学部 卒業
1984年 獨協医科大学越谷病院麻酔科
1986年 立正佼成会付属佼成病院小児科
1994年 牛久愛和総合病院小児科部長
2002年 ほきまクリニック 院長
2004年 たかせクリニック 開設 現在に至る
2012年 東京医科大学大学院医学研究科博士課程修了
日本プライマリケア連合学会認定医
日本老年精神医学会専門医

【所属学会】

日本在宅医療連合学会（評議員）、日本老年薬学会（評議員）、ITヘルスケア学会（副代表）、日本プライマリケア連合学会、日本認知症ケア学会

【主な役職】

蒲田医師会 理事
東京都医師会 認知症サポート医連絡協議会 委員
公益財団法人日米医学医療交流財団 理事
公益財団法人杉浦記念財団 理事
特定非営利活動法人オレンジアクト 理事長

利益相反：無

シンポジウム28 日本在宅薬学会合同企画

在宅医療での薬剤師の貢献

S28

【セッション概要】

日本在宅薬学会とのコラボ企画 薬剤師は在宅医療において、医療用麻薬の調整と緩和ケアをはじめとし、抗菌薬の適正使用等幅広い取り組みを行っている。今回はその取り組みと課題についての実践者が登壇しこれからの職域と貢献について熱く討議する。

座長：狭間 研至 ハザマ ケンジ

ファルメディコ株式会社

【座長略歴】

平成7年大阪大学医学部卒業後、大阪大学医学部附属病院、大阪府立病院（現 大阪急性期・総合医療センター）宝塚市立病院で外科・呼吸器外科診療に従事。平成12年大阪大学大学院医学系研究科臓器制御外科にて異種移植をテーマとした研究および臨床業務に携わる。平成16年同修了後、現職。

医師、医学博士、日本医師会産業医。

現在は地域医療の現場で医師として診療も行うとともに、薬剤師生涯教育や文部科学省薬学系人材養成の在り方に関する検討会委員としても薬学教育にも携わっている。

座長：井手口 直子 イデグチ ナオコ

帝京平成大学薬学部

【座長略歴】

井手口直子（いでぐちなおこ）

帝京平成大学薬学部教授 大学院薬学研究科 教授

博士（薬学） 博士（教育）

役

日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会理事

全国薬剤師在宅療養支援連絡会副会長

日本在宅薬学会理事

日本地域薬局薬学会理事

日本オーソモレキュラー医学会理事

日本スーパーフード協会理事

日本医療安全学会理事

東京都薬剤師会代議員

日本医療評価機構薬局ヒヤリハット総合評価部会委員 他

著書（共著含む）

緩和医療薬学 2023

スーパーフード入門 2022

薬剤師になるには ぺりかん社 2020

基礎からわかる行動科学 薬事日報社 2019

薬剤師・薬学生のためのヒューマニズム改訂版 羊土社 2019

がん患者ロジカル・トータルサポート じほう 2017

ファーマシューティカルケアのための医療コミュニケーション 南山堂 2014 他

S28-1

在宅医療における薬局・薬剤師の役割

狭間 研至 ハザマ ケンジ
ファルメディコ株式会社

医療機関から発行される処方箋を応需し、迅速・正確に安全な調剤を行ったあと、わかりやすく服薬指導とともにお薬をお渡しし、遅滞なく薬歴に記載する。そんな薬剤師の業務に専念しているだけでは、社会からの期待に応えられないばかりか、調剤報酬の変化にも対応しづらくなってきた。

2015年に厚生労働省から示された「患者のための薬局ビジョン」の具現化に向けて色々な変化が起こる中で、薬剤師の業務を対物業務（お薬をお渡しする間）から対人業務（お薬をのんだ後まで）にシフトしていく必要性は年々高くなっているが、容易ではない。

一方、薬局・薬剤師が在宅医療における役割も、文字通り、対物業務から対人業務にシフトすることが求められている。具体的には、お薬を調剤し、お届けし、お薬カレンダー等を活用してコンプライアンスを維持できるようサポートするという業務から、服用後の状態も薬剤師がフォローし、コンプライアンス・効果・副作用をチェックし、薬学的なアセスメントの内容を医師にフィードバックするという業務へシフトする必要がある。

そのためには、①現在行っている業務を棚卸しし、業務フローの見直しを整理を行う、②積極的な機械化とICT化の推進を進めたい。上で、上記2つのステップを行うことで浮き彫りになる「業務的には重要だが薬学的専門性がない」業務を、思い切って薬剤師から外し、薬剤師の時間・気力・体力を確保することである。これらのタスクシフトは、平成31年4月2日に発出されたいわゆる「0402通知」に則って、研修の実施と手順書の整備を行うことが重要である。

本講演では、当社内での取組も通じて、在宅医療における薬局・薬剤師の役割について考えてみたい。

【演者略歴】

【略歴】

1995年 大阪大学医学部 卒業

2004年 大阪大学大学院医学系研究科 臓器制御外科学 修了

2004年 実家の薬局を継承し、ファルメディコ株式会社代表取締役社長就任

2011年 一般社団法人 在宅療養支援薬局研究会（現 日本在宅薬学会）理事長

2016年 医療法人嘉健会 思温病院 理事長・院長

【所属学会】

日本外科学会 日本公衆衛生学会

利益相反：無

S28-2

在宅療養する患者さんに速やかに皮下注射をはじめめる為の在宅クリニックと訪問薬局の取り組み

奈良 健¹ ナラ タケシ
開田 脩平² カイダ シュウヘイ

¹サン薬局 在宅療養支援部

²みらい在宅クリニック港南分院

BSC方針となり、在宅で過ごされる事を選択した末期がんの患者さんとその家族にとって、人生最期の時に向かう貴重な時間を「がんの痛みを苦しめない」という事は重要なテーマである。

医療用麻薬の皮下注射が必要な患者さんは、多くの場合内服薬やテープ剤では痛みをコントロールする事が困難な状態になって苦しんでいる事が多い。当然ながらそのような状態の時こそ、医療用麻薬の皮下注射をできるだけ迅速に開始して、患者さんを痛みから解放できる体制が整っている事が、安心して自宅を療養の場を選ぶことが出来る条件になると考える。

横浜市で在宅医療を行うみらい在宅クリニックとサン薬局在宅療養支援部では、モバイルカルテ®を用いて医師と薬剤師が「隙間のない」連携をとり、

- ①医師が往診して医療用麻薬の皮下注射を決定
- ②薬剤師が薬局から医療用麻薬のレシピを提案
- ③医師がそれを承認
- ④薬剤師が無菌調製開始
- ⑤薬剤師が完成した医療用麻薬を設定済みのポンプと合わせて患家にお届け
- ⑥他の患者の診療を終えた医師が当該患者宅に再到着
- ⑥投与開始

という一連の流れで、在宅療養中の患者に対して迅速に医療用麻薬による皮下注射を開始する取り組みを行ってきたので発表する。

【演者略歴】

【略歴】

2003年 帝京大学薬学部 卒業

2021年 横浜市立大学大学院医学研究科修士課程 修了

【職歴】

済生会神奈川県病院薬剤部

【所属学会】

日本在宅薬学会 日本緩和医療薬学会

利益相反：無

02259 / 90242

S28-3

在宅現場で感じる薬剤師目線での課題点～あるある～

中西 美那子 ナカニシ ミナコ
リョウセイ堂薬局

医療過疎地と言われる山梨にて薬局経営をして10年。

薬局経営をしながら薬剤師として現場に出て地域の皆様により良い医療を提供できるように奔走しています。

薬剤師として薬局から在宅へ飛び出て現場で感じる課題についてお伝えができたと思います。

【演者略歴】

2000年 帝京大学卒業

2008年 富士五湖調剤薬局入職

2013年 同薬局 取締役就任

2015年 合同会社クオ・ライフ・ナカヤ リョウセイ堂薬局設立 代表就任

2019年 リョウセイ堂薬局小立店開局

2店舗経営にて現在に至る

利益相反：無

S28-4

抗菌薬使用についての薬剤師の取り組み

坪内 理恵子 ツボウチ リエコ
薬樹株式会社 在宅グループ

2020年9月に施行された改正薬機法では、薬剤師の役割は薬剤の調剤と供給から、服用期間を通じた継続的な薬学的管理と患者支援として、患者の当該薬剤の使用の状況を継続かつ的確に把握するとともに、患者又はその看護に当たっている者に対し必要な情報を提供し、必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならないと位置づけられました。しかし、感染症において多くの場合は、現在も外来診療の現場で保険薬局の薬剤師は感染症治療時に起炎菌がわからず、処方意図が読み取れない状況が続いています。

こうした中でも患者の基礎情報から、出された抗菌薬の処方設計が適正かどうかのコンサルテーションを行い薬物効果や副作用の評価に関わり、情報提供することが求められる役割となっています。

今までの「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2016-2020）（22年度まで延長）」では、抗菌薬の人口1,000人当たりの1日使用量を、2013年の水準の3分の2に減少させることや、広域抗菌薬を50%減少させることを目標としていました。さらに「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2023-2027）」の案では、継続した取組が必要との指摘から、27年までに20年の水準から、経口セファロスポリン系薬は40%、経口フルオロキノロン系薬は30%、経口マクロライド系薬は25%それぞれ削減する成果指標の設定となりました。

これに対して当社では、この目標である動向調査・監視にあたる、経口抗菌薬の投与量を市中で調査することにより、抗菌薬の使用の偏在や適正使用状況を解析して、地域の抗菌薬使用のサーベイランスを図り、適正化の資料とする後ろ向き調査を当社店舗の処方データより試みました。

また新型コロナ感染対策においては、陽性者への入室対応として、PPEキットの作成や入室対応マニュアルを設けて応じています。

今回は事例を通して予防・薬物効果評価の経過をお伝えしたいと思います。

【演者略歴】

【略歴】

1986年 星薬科大学薬学部卒業

1986年 山梨大学医学部附属病院入局

2007年 介護老人保健施設 神恵苑 勤務

2011年 医療法人社団 和光会 総合川崎臨港病院 勤務

2017年 薬樹株式会社 勤務 現在に至る

【所属学会】

日本医療薬学会、日本臨床栄養代謝学会、日本化学療法学会、日本がんサポーターブケア学会、日本薬剤師会、日本在宅医療連合学会

利益相反：無

シンポジウム29

AYA がん患者のケアと地域連携

S29

【セッション概要】

日本では、約2万人のAYA (Adolescent and Young Adult:15~39歳) 世代が、がんを発症すると推定されている。1年間でがんを発症する日本人の約2%がAYA世代である。小児がんと成人がんの両方の種類が含まれ、またAYA世代は多くの人にとって、親から自立したり、生活の中心が家庭・学校から社会活動へ移行し、さらに自分自身が親として家庭をもつなど、大きな転換を迎える時期である。AYA世代は制度上も介護保険の対象にならず、経済的にも余裕のない時期であり、在宅ケアでは注意を要する身体的・精神的・社会的な問題が多く存在する。AYA世代のがん患者に対する在宅ケアの頻度は高くないが(在宅ケアにおけるがん患者の約2%)、それ故に学会や研究会でテーマになることは少ない。このセッションでは、がん診療連携拠点病院および在宅療養支援診療所のそれぞれの立場から概要・現状・課題について講演をいただき、その後参加者の皆様とこれらについて議論したい。

座長：伊藤 大樹 イトウ ヒロキ

医療法人あおばクリニック

【座長略歴】

医療法人あおばクリニック院長

福岡市在宅医療医会会長

福岡東在宅ケアネットワーク副代表

九州大学医学部臨床教授

福岡大学医学部臨床教授

福岡大学医学部非常勤講師

座長：市橋 亮一 イチハシ リョウイチ

医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック

【座長略歴】

市橋亮一(内科医・在宅専門医) 医療法人かがやき理事長・総合在宅医療クリニック名駅 院長

1973年生まれ 愛知県出身 名古屋大学医学部卒業後、名古屋第二赤十字病院などを経て、2009年に岐阜県内で初の在宅医療専門クリニック「総合在宅医療クリニック」を開設。以来、累積約3000名の患者、1600名の自宅看取りを支えてきた。2021年には医療的ケア児のための医療型短期入所「かがやきキャンプ」、2022年5月には名古屋市に「総合在宅医療クリニック名駅(めいえき)」を開設。未来イノベーションワーキンググループ構成員(2019年 厚生労働省・経済産業省)

受賞歴：2019年「グッドデザイン賞(地域づくり部門)金賞」「ホワイト企業大賞」「医療福祉建築賞」

著書：「がん患者のケアマネジメントー在宅ターミナルをささえる7つのフェーズと21の実践」、「在宅医ココキン帖」

S29-1

再発・難治AYAがん患者の在宅移行と地域連携の現状～病棟医の立場から～

荒川 歩 アラカワ アユム

国立がん研究センター中央病院 小児腫瘍科

国立がん研究センター中央病院小児腫瘍科では、再発・難治悪性固形腫瘍患者を対象として新規薬剤を含む集学的な治療を実施しており、当科で治療を受けた患者のうち、約40%が再発・難治がん患者で、約1/4が15歳以上のAYA世代である。再発・難治悪性固形腫瘍患者の5年生存割合は約10%前後と予後不良であるため、積極的な治療を行いながら、在宅移行や地域の在宅診療クリニックとの連携を含む終末期医療に移行する準備を並行して実施する必要がある。

AYA固形がん患者のうち、主に当科の治療対象となる15歳から20歳前後の患者は、まだ精神的な発達段階の途中であり、理解力や精神的な成熟度にかかなり個人差が大きく、成人患者と比べて病状の説明に際し、言葉の選び方や情報の伝達の仕方（誰がどのように）にしばしば、工夫が必要となる。また、当科に転院前の前医での説明にも大きな差があり、がんが治せないことや余命について宣告されていない患者も多数存在する。一方、ご家族は死の直前まで積極的な治療を望まれることが多く、また本人に余命宣告などのbad newsを説明する事に抵抗感がある事も多い。当科では、時間をかけてご家族やご本人に、看護師や心理士、こども療養支援士などの他職種で説明を行った上で、再発・難治AYAがん患者に対する地域の在宅診療クリニックの早期の選定と連携を目指している。

当科では、コロナ禍の2020年4月～22年5月の期間に24名の小児がん患者が死亡したが、うち在宅移行し得た患者が22名（92%）、在宅死亡した患者が17名（71%）であった。実際のAYAがん患者の症例提示を含めて、当科の取り組みについて紹介した上で再発・難治AYAがん患者の在宅移行と地域連携の現状と問題点について検討する。

【演者略歴】

2005年東北大学医学部卒業

【略歴】

2005年 八戸市立八戸市民病院 初期研修

2007年 埼玉医科大学総合医療センター 小児科・新生児科後期研修

2008年 埼玉県立小児医療センター 血液腫瘍科

2011年 埼玉医科大学総合医療センター 小児科・新生児科

2012年 Charite University Clinic, Department of Pediatric Hematology/Oncology（ベルリン）に臨床留学

2014年 埼玉医科大学総合医療センター 小児科・新生児科

2015年 国立がん研究センター中央病院小児腫瘍科 医員

2020年 国立がん研究センター中央病院小児腫瘍科 医長

【所属学会】

日本小児科学会、日本血液学会、日本小児血液・がん学会

利益相反：無

S29-2

小児・AYA がん患者に対する在宅医療

大隅 朋生^{1,2} オオスミ トモオ

¹ 医療法人財団はるたか会 あおぞら診療所せたがや

² 国立成育医療研究センター 小児がんセンター

あおぞら診療所は東京エリアに2つの診療所を有し、小児および移行期成人の医療的ケア児者、治癒困難ながん患者などを対象に訪問診療を行っている。近年、都市部を中心に終末期の小児およびAYA世代がん患者の在宅移行は増加している。我々は年間20人以上の小児がん患者さんの診療を行っており、再発を繰り返し、長く闘病してきたAYA世代・若年成人患者も含まれる。今回、在宅医の立場から、AYA世代のがん患者と家族に関わる際に心がけているポイント、困難などについて共有する。

【演者略歴】

2002.3 横浜市立大学医学部卒業

2002.4～ 慶應義塾大学医学部 小児科研修医、以後関連病院での研修を経て

2007.4～ 慶應義塾大学医学部小児科助教

2012.4～ 国立成育医療研究センター小児がんセンター血液腫瘍科 医員・医長

2019.5～ 国立成育医療研究センター小児がんセンターがん緩和ケア科 医長併任

2020.4～ 子ども在宅クリニック あおぞら診療所墨田、国立成育医療研究センター非常勤勤務

2022.5～ 子ども在宅クリニック あおぞら診療所せたがや 副院長

【研究班】

2020～2021 厚生労働科学研究費「小児がん患者に対する在宅医療の実態とあり方に関する研究班」班長

2022～2022 厚生労働科学研究費「小児がんの子どもたちに対する充実した在宅医療体制整備のための研究班」班長

2023～ 厚生労働科学研究費「小児がん患者在宅移行の円滑化促進と在宅療養における課題とニーズ把握のための研究」班長

利益相反：無

シンポジウム30 みんなでリハビリワーキンググループ企画

みんなで一緒に、在宅リハビリテーションの輪

S30

【セッション概要】

病院の片隅に置かれた機能回復訓練室でのトレーニングに始まる日本の医学的リハビリテーションは、治療と生活を結び架け橋としての役割を持っている。ところが、20世紀のリハビリテーションは医療に傾き、退院後の生活に十分配慮できなかった面がある。地域・訪問・在宅において新たな展開を見せているリハビリテーションでは、理学療法士や作業療法士といったリハビリテーション専門職のみならず、医療の責任者である医師、最大多数の職種である看護師をはじめ、薬剤師や栄養士、ソーシャルワーカーやカウンセラー、介護保険におけるケアマネに至る幅広い地域関連職種にも参加を求め、在宅生活におけるリハビリテーションの活用を図らないと、21世紀の少子・高齢・多死社会を迎えた日本社会において存在意義がないと思われる。そこで、複数の専門職種の観点から多角的に地域におけるリハビリテーションの役割と機能を検討する。

座長：安部 能成 アベ カズナリ

穂波の郷クリニック

【座長略歴】

<職歴>1984年：青梅市立総合病院、1991年：千葉県医療技術大学校、1995年：千葉県がんセンター整形外科（機能回復訓練室：現リハビリテーション部）上席専門員、2009年：千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科准教授、2022年医療法人心の郷（コミュニティ緩和ケア研究員）リハビリ研究ディレクター。

2016年～聖学院大学大学院人間福祉学研究所（非常勤講師）、2020年～埼玉医科大学病院緩和医療科（非常勤研究員）、2022年～人間総合科学大学保健医療学部（非常勤講師）。

<学歴・学位>1984年：作業療法士国家資格取得。1996年：淑徳大学大学院/修士（社会福祉学）、1999年：淑徳大学大学院社会福祉学研究所博士後期課程満期修了、2003年：英国短期留学（St Christopher's Hospice; M.P.W.）2015年：千葉大学医学部附属病院在宅医療インテグレーションコース修了。2016年：広島大学大学院保健学研究所博士後期課程修了/博士（保健学）。

<所属学会>日本癌学会、日本癌治療学会（前理事）、日本緩和医療学会（元理事）、日本サイコオンコロジー学会、日本臨床死生学会、日本がんサポーターズケア学会（評議員）、日本在宅医療連合学会（評議員）、日本ホスピス・在宅ケア研究会、日本死の臨床研究会（世話人）、日本在宅ホスピス協会（世話人）、大学病院の緩和ケアを考える会（世話人）、一般社団法人全国在宅リハビリ支援推進機構（顧問）。European Association for Palliative Care；EAPC。

<主要論文>

1) Abe K & Okamura H, Development of a method for transferring paraplegic patients with advanced cancer from the bed to the wheelchair, J Palliat Med, 19 (6) :656-660, 2016.

2) Shibata H, Kato S, Sekine I, Abe K, et al, Diagnostic and treatment of bone metastasis: comprehensive guideline of the Japanese Society of Medical Oncology, Japanese Orthopedic Association, Japanese Urological Association, and Japanese Society for Radiation Oncology, ESMO Open 2016, 1:e000037.

3) Kazunari Abe Notes on Palliative Rehabilitation; what it is, an what it is not, Folia Palliatica, 4:6-10, 2018.

4) Kazunari Abe, Some Secrets of social security in modern Japan, General Practice Challenges, pp.36-40, LaxBook, Bulgaria, 2019.

5) 安部能成、リハビリテーション専門職による終末期患者に対するアプローチ、臨床死生学24；15-18, 2019.

座長：染谷 明子 ソメヤ アキコ

富山医療生活協同組合 在宅福祉総合センターきずな

【座長略歴】

2000年 茨城県立医療大学保健医療学部卒、同年富山医療生活協同組合入職。法人内水橋診療所での通所・訪問リハビリテーション、富山協立病院リハビリテーション科科長の経験を経て、2018年5月より在宅福祉総合センターきずなの施設長として勤務。

資格等：

理学療法士

介護支援専門員

福祉住環境コーディネーター

Laughter Yoga International University 認定ティーチャー

委嘱等：

一般社団法人富山県理学療法士会 理事

公益社団法人日本理学療法士協会 倫理委員

富山県福祉用具・住宅改修支援連絡協議会 委員

富山県リハビリテーション専門職団体協議会 委員

富山市介護認定審査会委員

S30-1

地域で働くリハビリテーション専門職と

武田 寿彦 タケダ トシヒコ
三浦 正悦 ミウラ マサエツ
大石 春美 オオイシ ハルミ
鈴木 智子 スズキ トモコ
医療法人 心の郷 穂波の郷クリニック

地域リハビリテーションとは、障害のある人々や高齢者およびその家族が、住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。

地域リハビリの対象となる方は廃用症候群の状態である事が多い。

病気やケガなどで身体を動かさない状態が続き、過度の安静や日常生活の不活発に伴って生じる身体的・精神的諸症状、身体を過度に動かさないこと（不動immobilization、低運動inactivity、臥床bedrestなど）により生じる二次的障害と言われている。

安静臥床によって関節拘縮は3日から7日で発生し、褥瘡は2時間、筋力は1日に1%から3%低下する。

これを踏まえると毎日、もしくは1日おきに訪問できるのが理想である。しかし介護保険の訪問リハビリは一人に対して訪問回数は週に6単位と決まっているうえに限られた時間の中で複数の方のリハビリを行わなくてはならない。

到底、リハ職だけの訪問ではこれらの事象を維持あるいは向上する事は困難である。

地域で暮らすには家族、各専門職はもちろん近所の方、友人、知人、ボランティアの方など様々な方の関わりがあって成り立っている。

その様な方々、一人一人が少しずつリハビリマインドを持って関わって下されば、「その人らしさ」や「思い」、「願い」を実現する心強い一員になると思います。

今回は色々な職種、立場からご意見が聞ける事を楽しみにしています。

【演者略歴】

2015年 医療法人 心の郷 穂波の郷クリニック 入職

2016年 介護福祉士 取得

2017年 理学療法士 取得

利益相反：無

S30-2**訪問薬剤師から見た地域リハビリテーション**

三宅 績 ミヤケ イサオ
株式会社アインファーマシーズ アイン薬局古川店

地域包括ケアシステムの構築が推進されるなか、障害の予防や改善はもちろんのこと、今まで以上に地域住民の社会参加を視野に入れたリハビリテーションを実施する必要性が提唱されている。保健・医療・福祉・介護および地域住民を含む、あらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力して行う「地域リハビリテーション」は、地域包括ケアシステムの目標である地域共生社会の実現に向けて重要な活動であり、薬局・薬剤師が地域包括ケアシステムの一翼を担う上で、地域リハビリテーションへの積極的な参加が必要と考える。私は、緩和ケア充実在宅診療所の医師を中心とした多職種チームの一員として、終末期在宅ホスピスケアに取り組んでいる。本シンポジウムでは、同じく多職種チームの一員であるリハビリテーション専門職と連携し、薬学的管理を実施したがん終末期患者の症例を紹介する。

患者は、頸椎を後ろへ反らすと頸部から左肩周囲の筋痙攣がみられ、臥位をとることができない状態だった。リハビリテーション専門職から共有されたマッサージの施行状況やベッドの背上げ角度に関する情報を踏まえて、患者にはリハビリテーションと薬物治療の併用が効果的と考え、医師に鎮痙薬の処方提案した。また患者には、下肢をじっとしてられない状態がみられたため、レストレスレッグス症候群を疑い、医師にロチゴチンパッチを処方提案するとともに、リハビリテーション専門職に下肢マッサージの実施を提案した。これらが開始された後、下肢症状は軽減した。本患者では、多職種連携に基づく医療・介護提供のみならず、地域住民による協力のもとで患者の地域コミュニティ参加を支援した。患者に対する地域住民の支援がつながり、その結果、患者の心境にも変化がみられた。本症例から、薬局薬剤師が多職種および地域住民と連携し、地域リハビリテーションに取り組むことの重要性を説明したい。

【演者略歴】

1994年 京都薬科大学製薬学科 卒業
1996年 京都薬科大学大学院修士課程 卒業
1996年 北陸製薬株式会社（現アボットジャパン合同会社）薬理研究室 入社
2002年 株式会社アインファーマシーズ 入社
2004年 同 アイン薬局古川店
2015年 同 アイン薬局古川店 管理薬剤師
現在に至る

利益相反：無

S30-3

心が動いて、体が動く、地域で共に考えるリハビリとは ケアマネジャーの視点から

吉田 香織¹ ヨシダ カオリ三浦 正悦² ミウラ マサエツ大石 春美³田中 三恵子²¹医療法人 心の郷 居宅介護支援事業所ここに幸あり²医療法人 心の郷 穂波の郷クリニック³医療法人 心の郷 緩和ケア支援センターはるか

ケアマネジャーとして関わる中で、リハビリの必要性を感じ、ご本人、リハビリの話をする、「今さら…」とか「これ以上体が疲れる事はしたくない」などと言う声を聞くことがある。しかし、信頼関係を作り、対話の中で、本当は「今やりたいこと」などを伺い、それを叶えるための方法として、リハビリ職の方にもチームの中に入れていただき、一緒に考えてもらいましょうと話すと、納得されることが多い。「リハビリ=訓練、大変」というイメージがまだまだ多くあるのだと思う。またリハビリはリハビリ職の方が来た時だけ行うイメージもあるが、毎日一緒に暮らしている家族やヘルパーさん、週に何度か通う、デイのスタッフの方など、多くの方に内容を伝授し、日々の生活の中で行うことが、習慣化されれば、より効果が上がり、介護予防にもつながってくるのだと思う。そのためには、本人の「今やりたいこと」を共有し、関わるチーム全体でいかに青写真を描けるかが重要なのだと思う。今回は、慢性閉塞性肺疾患で、呼吸困難感が強く、「早く殺してくれ、死にたい」という言葉を繰り返していた男性にリハビリが入った経過と、夫を在宅で看取り一人暮らしを続けている独居の女性にとってのデイケア（通所リハビリ）の役割とリハビリの情報共有の重要性についてお伝えしたいと思う。そして、多職種の方々とのディスカッションを通して、在宅リハビリの意義、そしてその輪を広げ、地域の中でお互いに支え合う地域リハビリの必要性について模索していきたいと思う。

【演者略歴】

1996年 東北医療福祉専門学校 介護福祉課卒業

1996年 介護老人保健施設にて介護福祉士として勤務

1999年 特別養護老人ホームにて介護福祉士として勤務

2004年 同法人内の居宅介護支援事業所にて介護支援専門員にて勤務

2009年 医療法人心の郷勤務

2010年 同法人内 居宅介護支援事業所ここに幸あり 開設

管理者県緩和ケアコーディネーター兼主任介護支援専門員

2021年 日本在宅ホスピス協会 THP 認定を受ける

利益相反：無

S30-4

訪問看護師から見た地域リハビリテーション ～食べる楽しみを最期まで～

阿部 淑子¹ アベ シュクコ
 菅原 真奈美¹ スガワラ マナミ
 阿部 太哉¹ アベ ヒロヤ
 土屋 菜歩² ツチヤ ナホ

¹ピース訪問看護ステーション

²やまと在宅診療所栗原

A市は県北部に位置する人口約6万の少子高齢化地域である。市内の高齢化率は41.0%を超え年々人口が減少し高齢化世帯が増加している。当訪問看護ステーションは開所して3年目を迎え、看護師・リハビリスタッフも増えそれぞれ専門職として日々在宅療養されている患者に住み慣れたご家庭で安心して生活が送れるよう支援している。

近年コロナ禍もあり、患者や家族が最期は自宅で過ごしたい、看取りたいという方が増えている印象である。これまで多くの終末期患者に関わってきたが、病院から在宅に退院される時の状態は決して良い状態ではないことが多く、特に食に関しては「経口摂取はもうできないだろう」と医師に告げられ退院されてくる。しかし、在宅に退院され元の生活環境に戻ると「何か食べたい」と言われ、栄養面についてはさて置き「好き好きなものを食べたい分だけ食べさせても良い」とお話しすることがあるが、ご家族より「どのようにして食べさせたらよいか、食べたい物と言っても何がいいのか、むせたらどうしよう、詰まったらどうしよう」など不安の声が聞かれる。

今回、在宅療養されている終末期患者に言語聴覚士の介入により、食べる楽しみを（好きなもの）持たせながら終末期の生活を支援することができた2症例について紹介する。

【演者略歴】

【略歴】

1980.4～1990.6 公立志津川病院（現南三陸病院）勤務
 1990.7～2021.3 公立築館病院～栗原中央病院勤務 勤務
 2017.6 日本看護協会認定看護管理者取得
 2021.4 長男とピース訪問看護ステーション開設
 2022.6 日本看護協会特定行為研修終了（在宅領域パッケージ研修）

利益相反：無

S30-5

在宅診療医から見た在宅リハビリテーションを支える医療とリハビリと

土屋 菜歩¹ ツチヤ ナホ
 阿部 太哉² アベ ヒロヤ

¹やまと在宅診療所栗原

²ピース訪問看護ステーション

在宅医療では、在宅療養するその人に多職種で向き合う。その人がどんな暮らしをしているのか、どう生きたいのか。変化していく身体状況や療養環境に寄り添った支援を行うために、在宅リハビリテーションは大きな力となる。

本演題では、発表者が所属する在宅診療所と、在宅リハビリテーションを提供する訪問看護ステーションとの連携について複数の事例を交えて紹介する。対面でのコミュニケーションに加え、ICTツールを活用したリアルタイムの情報共有や相互フィードバックは大きな特色である。それぞれの職種の強みを生かしたきめ細やかな支援のための関係づくりとコミュニケーションのコツを共有したい。また、在宅リハビリテーションとの連携で感じていることや得られたこと、在宅診療医として在宅リハビリテーションに期待することを述べる。

当日、会場のみなさんと「自分らしく生きる」に伴走する在宅医療と在宅リハビリテーションの形について大いに語り合えるのを楽しみにしている。

【演者略歴】

2002年 旭川医科大学医学部医学科卒業
 2002年 山形大学附属病院麻酔科蘇生科研修医
 2004年 山形大学大学院公衆衛生学講座助手
 2006年 長崎大学附属病院熱研内科医員
 2008年 長崎大学熱帯医学研究所臨床感染症学分野COE研究員
 2009年 長崎大学大学院医歯薬総合研究科博士課程卒業
 2013年 ロンドン大学衛生熱帯医学学校修士課程卒業
 2013年 東北大学東北メディカル・メガバンク機構予防医学・疫学部門助教
 2018年 東北大学東北メディカル・メガバンク機構予防医学・疫学部門講師
 2020年 東北大学東北メディカル・メガバンク機構予防医学・疫学部門准教授
 2020年 やまと在宅診療所登米常勤医
 2021年 やまと在宅診療所栗原院長 現在に至る

利益相反：無

シンポジウム31

腎不全末期と在宅透析

S31

【セッション概要】

腎代替療法には血液透析、腹膜透析、腎移植の3つの選択肢がある。日本では血液透析、とりわけ施設透析に偏っている。患者や患者家族も施設血液透析以外の腎代替療法を知らず、医療者からも他の選択肢を提示されないことないまま、”自動的に”施設血液透析に導入されることは珍しくはない。それが本当の患者や患者家族の希望でしょうか。本シンポジウムでは在宅での腎代替療法についてそれぞれ経験のある医療者と、在宅血液透析、腎移植を受けた経験者から紹介し、腎代替療法のshared decision makingの重要性と在宅透析の実現についてディスカッションを交えながら進めていく。

「腎不全末期と在宅透析」、「腹膜透析のすすめ」もぜひご聴講ください。

座長：正木 浩哉 マサキ ヒロヤ

医療法人 正木医院

【座長略歴】

昭和61年5月 関西医科大学内科研修医
昭和63年5月 京都市立病院内科医員
平成4年8月 国保古座川病院内科医長
平成6年4月 米国シシテイ大学薬理・細胞物理学教室 Research assistant
平成9年1月 留学より帰国、関西医科大学臨床検査医学講座 助手
平成12年5月 関西医科大学臨床検査医学講座 講師
平成13年4月 関西医科大学 再生医学難病治療センター講師併任
平成17年11月 関西医科大学臨床検査医学講座 准教授
平成18年1月 関西医科大学附属滝井病院臨床検査部部長
平成19年4月 同病院 臨床検査部 病院教授
同病院 腎臓内科科長
平成22年4月 同医療安全管理部部長兼任
平成28年4月 同透析センターセンター長
平成28年8月 医療法人 正木医院、関西医科大学第二内科非常勤講師
現在に至る

座長：河原崎 宏雄 カワラザキ ヒロオ

帝京大学医学部附属溝口病院 第4内科

【座長略歴】

2000年3月 長崎大学医学部卒業
2000～2006年3月 沖縄県立中部病院/宮古島病院 内科
2006～2010年3月 東京大学腎臓内分泌内科（博士課程修了）
2011～2013年3月 聖マリアンナ医科大学腎臓高血圧内科
2013～2021年3月 稲城市立病院腎臓内科
2021年4月～帝京大学溝口病院 第4内科（腎臓内科）

S31-1

在宅血液透析の実際と有用性に関して

原 正樹 ハラ マサキ
東京透析フロンティア 池袋駅北口クリニック 腎臓内科

本邦における2021年末の慢性透析療法患者総数は349,700人と報告されており、その中で血液透析療法（血液透析濾過、血液濾過を含む）は、末期腎不全患者における最も多い透析治療形態である。血液透析療法の多くは治療に際して維持透析施設への通院が必要であり、それに伴う時間的な制約が生じてくることが社会生活との両立を目指す上で問題となっている。在宅透析療法の一形態に、自宅で血液透析を行うことが出来る在宅血液透析（HHD）があり、これは透析施行回数、時間に対する制約がなく、患者の生活スタイルに合わせた治療が可能である点がメリットとなる。しかし、本邦におけるHHD患者は、2021年末において748人（全体の約0.2%）を占めるにすぎず、HHD導入や管理へのハードルが高いことや、対応できる医療機関が限られていることが普及を阻む問題の一つと考えられている。当法人では、2023年3月末において、27人（全患者の約10%）のHHD患者の診療を行っており、HHD導入までの一連の流れ及び管理に関して、工夫しながら安全でより良いHHD診療を目指している。当法人でのHHDに対する取り組みの紹介とともに、HHD患者の貧血、CKD-MBD、QOL、生命予後に関する患者データを紹介する。さらに、腹膜透析（PD）、腎移植いずれの方法も施行困難だった小児への導入事例、PD-HDハイブリット療法患者における除水困難症例への導入例、last HHDを目指した症例を提示し各々検討を行う。

【演者略歴】

【略歴】

2006年3月 獨協医科大学医学部 卒業
2006年4月 獨協医科大学越谷病院初期研修医として入職
2008年4月 東京都立駒込病院に後期研修医として入職
2011年4月 東京女子医科大学第四内科学教室に入局
2012年4月 東京都立駒込病院腎臓内科勤務
2017年7月 埼玉草加病院腎臓内科勤務
2018年9月 東京透析フロンティア池袋駅北口クリニック院長
2021年4月 医療法人東京透析フロンティア 理事長 現在に至る

【所属学会】

日本内科学会、日本腎臓学会、日本透析医学会、日本在宅血液透析学会

利益相反：無

S31-2

在宅腹膜透析の有用性と実践に関して

河原崎 宏雄 カワラザキ ヒロオ
帝京大学医学部附属溝口病院 第4内科

日本では腎代替療法が施設で実施する血液透析に偏っている現状がある。この偏りは世界を見渡しても異例であり、その一因として腹膜透析に対する認識不足が、国民および医療福祉介護関係者にあると思われる。通院維持血液透析とはまた異なる生活様式が提供できる腹膜透析は、腎不全者にとってより手軽に選択可能なものであるべきと思われる。ここでは腹膜透析の概要と一部の症例を示しながら、腹膜透析の実践・有用性についてお話しする。また、よりよい腹膜透析を実施するにあたり、地域に必要な連携などについても述べる。

【演者略歴】

【略歴】

2000年 長崎大学医学部 卒業
 沖縄県立中部病院/県立宮古病院 研修/勤務
2005年 東京大学腎臓内分泌内科 入局
2010年 同 大学院博士課程修了
2011年 聖マリアンナ医科大学 腎臓高血圧内科 助教
2013年 稲城市立病院 腎臓内科部長
2021年 帝京大学医学部附属溝口病院第4内科（腎臓内科）准教授

【所属学会】

日本内科学会、日本腎臓学会、日本透析医学会、日本臨床腎移植学会、日本腹膜透析学会

利益相反：無

S31-3

腎移植・腎不全と在宅医療

森 清 モリ キヨシ
東大和ホームケアクリニック

腎専門医が在宅医療にかかわることは増えつつあるが、ほとんどの現場では、私のように腎臓非専門医によるフォローがなされていることがほとんどである。臓器不全を合併し訪問診療を受けている患者は多いが、移植前・移植後の患者が訪問診療を行うクリニックに紹介されることは比較的稀である。

一般在宅医が主治医になる場合、まず、在宅医は移植医療・免疫抑制剤等について理解し勉強することのみならず、関係する多職種を理解を促す必要がある。そのみならず、肺炎などで入院した場合は、その病院主治医が移植後患者の取り扱いに慣れていないことも想定する必要がある。さまざまな困難や課題があっても、移植主治医（腎専門医）と在宅医の相互理解により、臓器不全の患者たちのQOLが高まる。そのためには、①腎専門医が適切な在宅医とチームを組み、②二人主治医制を活用し、③適切な対診（コンサルト）関係と④困難時は移植医を中心としたチーム形成が大切になる。今後は、⑤ジェネラルとしての移植医療を初期研修医にも指導され、⑥ACPをふまえた診療（一人暮らしを含む）・⑦グリーンケアをみすえた医療が、多職種連携の上で実現されることを願っている。

また、腎臓非専門医であっても、腎不全末期の患者を見守ることは可能である。そのためには、腎不全の軌道学を理解し、本人の意思を確認すること、家族・多職種のそれぞれの思いを語り合えることなどが大切である。当日は、演者の方向とともに、腎不全があっても、その方らしく生活できるコツを語りあう予定である。

【演者略歴】

北海道大学医学部卒業

沖縄県立中部病院ハワイ大学卒業後研修課程修了

北海道大学医学部大学院卒業（医学博士）

ハーバード大学医学部関連 Dana-Farber Cancer Institute フェロー

順天堂大学医学部 血液内科

社会医療法人財団大和会（やまとかい）理事（在宅サポートセンター担当）

同 東大和ホームケアクリニック院長

日本在宅医療連合学会 理事（大会運営委員会担当）

第一回日本在宅医療連合学会大会 大会長

日本血液学会認定 血液専門医

日本在宅医療連合学会認定 在宅医療専門医

著書

のこされた者として生きる いのちのことは社

自分らしい最期を生きる 教文館

ひとりでも最後まで自宅で 教文館

カンファランスで学ぶ 多職種で支える一人暮らしの在宅ケア 南山堂

利益相反：無

S31-4

訪問看護師が伝える 「腹膜透析のすすめ」

片岡 今日子 カタオカ キョウコ
日本財団在宅看護センターひまわり

日本の血液透析（HD）患者は約35万人、内約1万人程度が腹膜透析（PD）患者である（約3%）。ご存じの通り、高齢化が問題となっており、通院が出来ない、バスキュラーアクセスが作れない、数時間のHDに耐えられないなどの理由からHD自体が大変になってくる患者が多くいる。結果、自宅で生活ができなくなり本人の意思とは反して施設に行き、見知らぬ土地で生涯を閉じるということも少なくない。

もし彼らが、自宅でサポートを受けながらPDを行うことが出来れば、施設に行くこと無く本人や家族の望む自宅での生活が継続出来るのである。

当社は、透析看護認定看護師が代表となり地域で腎不全の方を支えるべく、訪問看護ステーションを開設した。この数年間の経験から、やはり高齢者にはPDの方が、住み慣れた地域で穏やかに余生を過ごせると強く感じている。

現在、訪問看護ステーションは、全国に約13003か所（2021年4月1日時点）あると報告されている。現在は、もっと増えているだろう。しかし、この中でもPDを見ることが出来る訪問看護はわずかである。

PD患者はHD患者に比べ圧倒的に少ない。導入数も少なく、まして訪問看護が必要な患者も年に1人依頼があるか無いかだろう。

その為、PD患者を見た事のない看護師がほとんどであり、受け入れを躊躇し依頼があっても断る事業所も多くある。全ての訪看が見る必要はない。各地域でキーとなるステーションがあれば、PD患者は安心して住み慣れた自宅で最期まで生活することが出来る。

病院と、訪問診療、訪問看護を中心とした在宅チームがタッグを組み、今後も増えていく高齢PD患者を支える地域作りが重要である。

この発表では、私たちが行っている「PDの訪問看護」をお伝えする。そして、これを聞いてくれている訪問看護師が少しでもPDを怖がらずに地域の患者さんの為に立ち上がって下さることを切に願う。

【演者略歴】

1996年3月 東京都立板橋看護専門学校卒業
1996年4月 城南福祉医療協会 大田病院入職
2006年 東京女子医科大学認定看護師教育センター入学
2007年 透析看護認定看護師取得
2015年～2017年 千葉県の介護付き有料老人ホーム、訪問診療、訪問看護の統括部長
2017年6月 日本財団在宅看護センター起業家育成事業受講生
2017年10月 K & Y株式会社設立
2018年4月 日本財団在宅看護センターひまわり 開所

所属学会:日本腎不全看護学会、日本在宅看護学会、日本腹膜透析医学会

利益相反：無

02249 / 90261

S31-5

在宅血液透析を経験して

森 朋美 モリ トモミ

在宅血液透析、献腎移植経験者

幼少期から腎臓病と共に生き、人工血液透析の治療法も自分で選択できる恵まれた環境にいました。自分自身で透析治療に充てる時間をコントロール出来るHHD（在宅血液透析）との出会いは、仕事をしている私にとって人工透析治療の中で最良の治療法でした。HHDのメリット、デメリットや心の葛藤など私の体験談をお話しします。

【演者略歴】

在宅血液透析、献腎移植経験者

利益相反：無

S31-6**高齢腎不全末期患者に求められる在宅透析医療とは**

正木 浩哉 マサキ ヒロヤ

医療法人 正木医院

日本における透析の主体は施設血液透析である（透析患者の96%）。が故に高齢化に伴うADL低下により通院困難となり、長期入院透析を必要とする患者が増加している。これは患者のQOLの低下を招き、自宅での看取りを希望してもかなわない例や、状態の悪い中で身体的負担の多い血液透析を強いられるといった人間の尊厳を損ないかねない状況を招いている。加えて国民医療費の増加の一因にもなっている。この問題を改善するためには、在宅透析（在宅血液透析（HHD）、腹膜透析（PD））や保存的腎臓療法（CKM）の普及が求められる。高齢末期腎不全患者にとって適切な腎代替療法とは何か、療法選択のあるべき姿や注意点、さらには在宅透析を具体的にどのように提供していけばよいかについて議論したい。

○腎代替療法には腎移植、HD（施設透析、HHD）、PD、CKMがある。それぞれの特徴について十分に理解することは療法選択の実施や適正な治療を提供するのに重要である。PDが最も身体的負担や通院負担が少なく、自宅での看取りが可能である点で高齢者に向いている。ただし、介助者がいないと実施できないケースがあるのが欠点である。CKMも大切な選択肢である。○腎代替療法選択：療法選択は共同意思決定の形式で患者・家族・医師・看護師・その他の医療者を交えて実施されるべきである。自院で実施できない場合は実施可能施設に依頼をする。また、注意したいのは、選択後も病状の変化や認知症の出現、患者の思いの変化、看取りの必要性に応じて療法の変更を随時考慮すべき点である。○在宅透析を成功させるには基幹病院の医師・看護師、訪問看護師、かかりつけ医、臨床工学士、CMや介護職員などによる多職種連携が必須である。中でもかかりつけ医と訪問看護師の役割が重要になる。多職種連携に際しては患者情報の効率的かつリアルタイムな共有が必要である。これには多職種連携ツールの利用が推奨される。

【演者略歴】**【学歴】**

昭和61年 3月 関西医科大学卒業

平成 元年 4月 関西医科大学大学院医学研究科（内科学専攻）

平成 5年 3月 博士課程修了

【職歴】

昭和61年 関西医科大学内科研修医

昭和62年 関西医科大学第二内科研修医

昭和63年 京都市立病院内科医員

平成4年 国保古座川病院内科医長

平成6年 米国シシテイ大学薬理・細胞物理学教室 Research assistant

平成9年 留学より帰国、関西医科大学臨床検査医学講座 助手

平成12年 関西医科大学臨床検査医学講座 講師

平成13年 関西医科大学 再生医学難病治療センター講師併任

平成17年 関西医科大学臨床検査医学講座 准教授

平成18年 関西医科大学附属滝井病院臨床検査部部长

平成19年 同病院 臨床検査部 病院教授、同病院 腎臓内科科長

平成25年 同透析センター副センター長兼任

平成28年 同透析センターセンター長

平成28年 医療法人 正木医院

関西医科大学第二内科非常勤講師

利益相反：無

シンポジウム32 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会（JHOP）合同企画

よりよいACPのために多職種がどう連携するか

S32

【セッション概要】

JHOP（全国薬剤師在宅療養支援連絡会）とのコラボ企画、在宅でのACPについて、よりよいケアとはそして連携はどうあるべきか。多職種で語り、それぞれの立場経験を踏まえて考えるセッション

座長：宇田 和夫 ウダ カズオ

一般社団法人全国薬剤師・在宅療養支援連絡会

【座長略歴】

1984年3月 東邦大学薬学部 卒
1984年4月 山之内製薬株式会社（現アステラス製薬）入社
1997年12月 株式会社ファーコス（現ユニスマイル）入社
2021年6月 社会福祉法人下総プリンスクラブ

座長：坂詰 明広 サカヅメ アキヒロ

新潟県医療ソーシャルワーカー協会／介護老人保健施設 みずき苑／新潟市在宅医療・介護連携ステーション南

【座長略歴】

1992年3月 長野大学産業社会学部社会福祉学科卒業
1992年4月 北陸学園 北陸福祉専門学院福祉保育学科 専任教員
1995年4月 白根保健生活協同組合 白根健生病院就職 医療相談室配属
1996年4月 同法人 介護老人保健施設 みずき苑異動
2000年2月 白根健生病院 医療相談室（現 新潟白根総合病院 地域連携支援室）異動
2008年4月 新潟県医療ソーシャルワーカー協会 副会長就任
2010年4月 同協会 会長就任（現在に至る）
2014年6月 全国医療ソーシャルワーカー協会会長会 副代表就任（現在に至る）
2016年4月 新潟市在宅医療・介護連携ステーション南 医療ソーシャルワーカー併任
2021年3月 同法人 介護老人保健施設 みずき苑に異動
2022年7月 同法人 新潟白根総合病院 地域連携支援室に異動
2023年1月 同法人 介護老人保健施設 みずき苑に異動

S32-1**在宅医療における多職種連携と ACP**

満岡 聡 ミツオカ サトル
満岡内科クリニック

在宅医療の世界では ACP という言葉が導入される以前からケアカンファレンスという名前で患者・家族にとっての最善のケアを行うための話し合いを行ってきた。多施設、多職種の混成チームで在宅医療を行うときは、患者本人、家族を含め、患者の意向に沿った患者にとっての最善のケアを行うために ACP を行い基本方針の共有、確認を行うことが不可欠である。ACP で最初に行うことは訪問依頼があった時点で、カンファレンスの開催を依頼し、ご家族、訪問医師、訪問看護師、訪問薬剤師、ケアマネジャーなど多職種によるケアチームとなる人々招集することである。ACP で話し合う内容は以下の通り。1. 本人の病状理解の確認。2. 日常生活の過ごし方の確認。3. 療養に関する本人及び家族の意向の確認。4. 本人のこれまでの人生の振り返りと大切にしたいこと、大切にしてきたことの確認。5. 今後想定される状況変化への方針の確認。6. 気持ちは変化しても対応するという保証。癌末期の患者においては、まず疼痛緩和を行い、基本方針として、痛い、苦しいがなく穏やかに過ごせることを目指し、その上で苦痛が軽減されたら何をしたいかを尋ねて、患者の希望を叶えるためにできることを行っていく。病状の変化や、気持ちの変化によって方針が変わった際は再度 ACP を行う。最後に患者の看取りの際に、そのライフレビューと病状経過を説明し、振り返りを行って家族とチームを労う。それは家族ケア、チームのケアにもつながる。また、デス・カンファレンスを行うことによって、ケアに当たっていた当時は理解できなかった患者や家族の言動の根底にあった思いに対する気づきや当時悩んでいたことを別な視点から見るができるなど、得るものは大きい。チームメンバーでケアの振り返りを行って PDCA サイクルを回し、フィードバックすることで ACP は完結すると考える。

【演者略歴】

1986年産業医科大学医学部卒業
1992年長崎大学医学部大学院卒業
2000年満岡内科消化器科医院開業
2017年医療法人満岡内科クリニック理事長

利益相反：無

S32-2

褥瘡ケアと ACP ～褥瘡治療とチーム医療

水原 章浩 ミズハラ アキヒロ
東鷺宮病院 循環器・血管外科 褥瘡・創傷ケアセンター

【はじめに】

当院では褥瘡・創傷ケアセンターを立ち上げて20年間以上が経過した。今回、その経験から得られた局所ケアの仕方、褥瘡患者の全身管理のポイントに関して報告する。

【方法】

1) 栄養管理

褥瘡を有する患者は、全例、低栄養状態にあると考えて間違いない。したがって栄養状態を改善させるために、管理栄養士を中心とするNSTの介入が大切となる。

ポイントは、患者の胃腸に栄養を入れることであり、胃ろうを主とする経管栄養を積極的に導入している。

2) 除圧対策

臀部や背部など、患者と寝具との接触点に加わる圧迫の力をいかに分散させるかという除圧対策が重要である。褥瘡は圧迫されることで治療が遅延し、挫滅して悪化するのである。

このことから、体位変換の実践、体圧分散マットレスの導入が必須であり、車いす乗車をしている患者の除圧の工夫など理学療法士の関与が大切となる。

3) 局所ケア

壊死組織がある場合は速やかに除去～デブリドマンするのが重要である。

創に対してどのような外用薬ないしは被覆材を使用するかは、創から排出される滲出液の量と性状に基づいて決定する。治療効果が同等なら、在宅、施設においては手に入れやすく、安価な素材でケアできることよい。当院ではラップ療法はじめ、紙おむつや生理用ナプキンを使うなど、様々な工夫を行っている。

【まとめ】

医師、看護師をはじめ管理栄養士、理学療法士、薬剤師など各職種のスタッフがそれぞれの立場を尊重しあい、ディスカッションし、情報を共有することで褥瘡患者を助けることができる。これが褥瘡患者を中心とした“究極のチーム医療”である。

【参考書】水原章浩：在宅でみる 創傷・褥瘡・スキントラブルのケア-心得シリーズ6,医学と看護社,2016年

水原章浩：QOLを高める！褥瘡予防のためのポジショニングとケア,ナツメ社2022年

【演者略歴】

【略歴】

1983年 筑波大学医学専門学群卒業
1983年 筑波大学付属病院 外科
1986年 東京女子医大第二病院 心臓血管外科
1988年 北茨城市立総合病院 外科
1990年 自治医大大宮（現さいたま）医療センター 心臓血管外科
1996年 蓮田病院 循環器科部長
2001年 東鷺宮病院 循環器・血管外科 副院長
2017年 同 院長

【所属学会】

日本循環器学会、日本外科学会認定医、日本臨床外科学会、日本褥瘡学会評議員、日本フットケア学会、日本熱傷学会、日本静脈経腸栄養学会、日本病態栄養学会、日本在宅医療連合学会、埼玉PDN埼玉県理事

2002年褥瘡・創傷ケアセンターを立ち上げ、過去7000カ所以上の褥瘡、創傷、熱傷の臨床を経験してきた。

通常の創傷治療はもとよりラップ療法の安全、確実な手技を啓蒙している。

一方、NST（Nutrition Support Team）を主宰し、栄養療法の重要性を普及している。

著書に「傷の正しい治し方」1～3巻（金原出版）、「心得シリーズ」1～9巻（医学と看護社）ほか多数。

利益相反：無

S32-3

認知症患者におけるACPの課題

半田 宣弘^{1,2,3,4} ハンダ ノブヒロ¹キノメディッククリニック市ヶ尾²順天堂大学デジタルセラピューティック有講座³東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケアチーム⁴クリニック医庵センター南

在宅医療や高齢者施設で人生の終末期を迎える超高齢者が増加する中で、終末期に希望する医療の内容をあらかじめ聴取しておくアドバンスド・ケア・プランニング（ACP）を行うための人生会議の普及を厚生労働省は推進している。ACPはいずれ訪れる死を見つめながら行われる行為であり、人生会議を実施するタイミングやメンバー、場所を慎重に選ぶ必要がある。認知機能の低下が進行しつつある患者では、短期記憶の障害、認知機能の低下による自己判断・意思決定の障害が進行する。そのため、本人の意思を最大限尊重する上では認知機能の低下が高度に進行する前にACPを実施する事が必要であるとともに、日頃対象者をよく知る代理決定者を決定し、患者とコミュニケーションを取りながらACPを行う事が要求される。ACPの内容は必要に応じて何度も見直す必要があるが、認知症が進行するにつれ、本人の希望を適切に把握することは難しい場合も想定される。認知機能が低下した患者においてACP実施する適切なタイミング判断する方法として、エジンバラ大学が開発したSPICTが使用されており、日本語版に翻訳されている。認知症・フレイルの対象者では、1. 着替え、歩行や食事の介助、2. 経口摂取量の低下や嚥下困難、3. 尿失禁や便失禁、4. 発語によるコミュニケーションがないあるいは社会的交流の欠如、5. 大腿骨折や複数回の転倒、6. 反復する発熱のエピソードや感染症、などである。また、一般的な指標としては、パフォーマンスステータスの低下、他人への依存性の進行、6ヶ月間の2回以上の予定外入院、顕著な体重減少、治療抵抗性の苦痛、患者本人が支持・緩和ケアを望んでいることなど判断の指標となる。認知機能低下の進行は、終末期への移行を必ずしも意味しないが、適切なACPを患者本人の意思を尊重し実施することが難しくなる可ことについて留意する必要があると思われる。

【演者略歴】

昭和60年3月21日 東京大学医学部医学科卒業

昭和60年6月1日 埼玉医科大学附属病院（第一外科）勤務

平成元年10月1日 米国ボルチモア Johns Hopkins 大学心臓外科（Research Fellow）

平成3年4月1日 埼玉医科大学附属病院（第一外科病院助手）帰国復職勤務

平成7年7月1日 Massachusetts General Hospital心臓外科（Clinical Fellow）勤務

平成8年7月1日 Mayo Clinic心臓外科（Clinical Fellow）勤務

平成13年4月1日 神戸市立中央市民病院（胸部外科医長）

平成19年9月16日 国立病院機構、長良医療センター（心臓血管外科部長）

平成25年4月1日 医薬品医療機器総合機構、医療機器審査第一部主任専門員

令和3年4月1日 クリニック医庵センター南 院長

令和5年4月1日 キノメディッククリニック市ヶ尾 院長

令和2年5月1日～現在 順天堂大学客員教授（Digital Therapeutics 講座）

利益相反：有

S32-4**ACPと地域薬局・薬剤師の今後の役割**

小原 道子 オバラ ミチコ
帝京平成大学 薬学部 薬学科

アドバンスケアプランニング（以下：ACP）は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・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスを指し、医療・介護の現場に広く普及することを目的としている。ACPは本来畏まったものではなく、対象となる患者の価値観、目標、治療の希望や生活の場所などについて、本人の本当の希望を共有することが望まれる。一方で、対象者が高齢、健康弱者などの立場であることなどから、なかなか本人の本音を聞くことが出来ないケースも多い。特に近年は独居高齢者の増加により、家族が日常の生活の中で対象者の人生について聞く機会も減り、生き方について共に考えるという機会は減少している。

現在地域では様々な取組が芽生えてきており、地域住民の利用できる居場所が増加しつつある。その中の1つには、地域に根差した薬局が行う各種のイベントもある。現在では治療に重点をおく薬局というだけでなく、定期的に来局者の予防や今後の暮らしを共に考える様なイベントで健康を支える薬局が増えつつある。同時に数年後には自力で薬局に来ることは難しくなるような、まさに「ACPの1歩目」を必要とする予備軍向けの講座やイベントも散見している。地域の薬局及び薬剤師は薬の情報と共に、いわゆる生活情報も拾いやすい地域の身近な健康相談場所となるべきである。同時に、地域の医療・介護・地域の他職種連携を通じて、重症化前の情報をフィードバックすることが出来れば、地域の薬局・薬剤師はACPにおける一つの役割を担うことが出来るだろう。住み慣れた街の重要なインフラストラクチャーとして地域薬局・薬剤師の今後の役割についてACPの視点から探っていききたい。

【演者略歴】**【略歴】**

1989年 東北薬科大学（現：東北医科薬科大学）薬学部 卒業
1989年 仙台赤十字病院薬剤部 入局
1995年 宮城県県北の医療過疎地で訪問薬剤師業務開始
2009年 ウエルシア関東株式会社（現：ウエルシアホールディングス株式会社）入社
2012年 ウエルシア関東株式会社 執行役員
2017年 岐阜薬科大学地域医療薬学寄付講座 特任教授
2021年 帝京平成大学薬学部薬学科 教授 現在に至る

【所属学会】

日本老年薬学会、日本臨床栄養協会、日本骨粗鬆症学会、日本災害医学会、日本医療薬学会、日本臨床腫瘍薬学会、日本在宅医療連合学会、他

利益相反：無

シンポジウム33

様々な訪問栄養食事指導の形

S33

【セッション概要】

「食」は生きていく上での基本となる。病院では栄養管理実施加算が入院基本料に包括され、全ての患者を対象に管理栄養士を中心とした多職種が共同して食事・経管栄養・経静脈栄養による栄養管理計画を作成している。在宅でも、医療保険・介護保険の両方で訪問栄養食事指導が設定されている。対象者が低栄養患者や摂食嚥下障害患者などにも拡大されて利用者が増加しているが、まだ必要な対象者の全てにいきわたっているとは言い難い現状である。その原因の一つは指導を行う管理栄養士の雇用や活動体制が整備途中であることにある。訪問栄養食事指導のベースとして、病院、個人診療所、グループ診療所、栄養ケアステーションなど様々な形があり、それぞれの活動内容を共有することで今後の訪問栄養食事指導の充実につなげていきたい。

座長：望月 弘彦 モチヅキ ヒロヒコ

相模女子大学 栄養科学部 管理栄養学科

【座長略歴】

1985年 横浜市立大学医学部卒業
1987年 横浜市立大学医学部第2外科入局
横浜市立市民病院、稲田登戸病院、横浜市立大学医学部救命救急センター、
横須賀共済病院、横浜市立大学付属病院、国立伊東温泉病院、磯子中央・脳神経外科医院で外科勤務
2003年 横須賀共済病院外科医長、2004年からNST チェアマン
2008年 クローバーホスピタル消化器科、感染対策委員長、NST チェアマン
2016年 相模女子大学 栄養科学部 管理栄養学科准教授

2011年 神奈川NST研究会代表世話人
2019年 日本在宅医療連合学会理事 多職種連携委員会担当

座長：田中 弥生 タナカ ヤヨイ

関東学院大学栄養学部管理栄養学科

【座長略歴】

学歴

平成16年3月 関東学院大学 経済学部経営学科 卒業
平成28年3月 筑波大学大学院 人間総合科学研究科博士課程 スポーツ医学専攻修了 博士（スポーツ医学）

職歴

昭和56年4月 医療法人新都市医療研究会「君津会」南大和病院栄養科 入職
平成3年4月 医療法人新都市医療研究会「君津会」南大和病院栄養科 科長
平成20年4月 医療法人新都市医療研究会「君津会」南大和病院 栄養部 顧問
平成20年4月 駒沢女子短期大学 食物栄養科 准教授
平成21年4月 駒沢女子大学 人間健康学部健康栄養学科 准教授
平成26年4月 駒沢女子大学 人間健康学部健康栄養学科 教授
平成30年4月 関東学院大学 栄養学部管理栄養学科 教授 入職
令和2年1月 Studio&Cafe BALENA 取締役
認定栄養ケア・ステーションBALENA 代表者
令和2年4月 関東学院大学 栄養学部管理栄養学科 学科長
令和4年12月 筑波大学大学院 筑波大学人間総合科学学術院人間総合科学研究群 非常勤講師

社会活動
平成22年6月 (公社)日本栄養士会 理事 栄養ケア・ステーション部
平成24年6月～令和4年5月 (公社)日本栄養士会 常任理事 栄養ケア・ステーション部長
平成8年～ 全国在宅訪問栄養食事指導研究会(訪栄研) 発足
平成24年～ 日本在宅栄養管理学会 理事 学術・研究委員会 委員長

現在に至る

S33-1

病院からの訪問栄養食事指導～現状の課題の整理や解決の方向性～

高崎 美幸 タカサキ ミユキ
東葛クリニック病院 将来構想戦略室

【背景】1994年の診療報酬改正において管理栄養士による在宅患者訪問栄養食事指導が新設され、2000年の介護保険法制定にあたり、居宅療養管理指導として介護報酬に位置付けられた。訪問栄養食事指導の保険算定が可能となって約30年、順調にサービスが認知され浸透し成長してきたとは言い難い。2箇所病院、1箇所のクリニック、2箇所の機能強化型認定栄養ケア・ステーションにおいて、訪問栄養食事指導を実施してきた経験から、現状の課題の整理や解決の方向性を検討する。

【文献検索】2023年4月現在、医中誌で「訪問栄養指導」のキーワードで716件の論文がHitする（会議録を除くと325件）。そのうち2020年以降に発表されたものが173件（24.2%）、2015年から2019年が283件（39.5%）と全体の60%以上を占める。訪問栄養指導の問題点を検討した研究では、医師からの依頼がない、患者・家族のニーズがない、収益性が悪い、管理栄養士の人数及びスキルの不足、対象者がいない、どこに頼んだら良いかわからないなど、介入以前の様々な課題が挙げられている。

【考察】病院からの訪問は、まず地域の医療機関、居宅介護支援事業所など、連携先の開拓が必要となる。介入事由が改善すれば卒業となるサービスの性質上、依頼を待つだけの診療報酬・介護報酬のみの運営では限界がある。地域栄養ケアをシステム化して安定的な利用者確保が出来るよう訪問栄養士自身が積極的にアウトリーチを行うことが鍵となる。

【結語】地域で求められる訪問栄養食事指導は、保険適応の対象者にとどまらない。栄養士が地域の中で身近な存在になってはじめて、医療や介護が必要になった際に必要な職種として認識される。栄養士が身近な存在になるためには、地域での地道な活動と地域丸ごとの繋がりを強化していく視点が必要である。

【演者略歴】

【略歴】

1987年 名古屋栄養短期大学卒業、医療法人衆済会増子病院 栄養室

1990年 日清医療食品(株)名古屋支店・管理部インストラクター

1992年 業務本部開発部転勤

1996年 医療法人社団福寿会 老人保健施設しらさぎ栄養管理室

1998年 医療法人財団松圓会 東葛クリニック病院 給食部

2007年 松圓会経営企画室員兼務

2010年 栄養部 課長

2013年 医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院 栄養サポート室 室長

2022年 特定医療法人財団松圓会 東葛クリニック病院 栄養部／松戸市医師会 松戸市在宅医療・介護連携支援センター(出向)

2023年 松圓会将来構想戦略室CA(チーフアドバイザー)／松戸市在宅医療・介護連携支援センター 現在に至る

【所属学会】日本健康・栄養システム学会理事・評議員、日本在宅栄養管理学会理事・評議員・編集委員会事務局・学術委員、日本クリニカルパス学会 評議員・編集委員、日本褥瘡学会 評議員・褥瘡栄養対策委員会委員、日本リハビリテーション栄養学会 代議員、日本栄養士会会員、日本在宅医療連合学会会員など

利益相反：無

S33-2

機能強化型在宅療養支援診療所における訪問栄養食事指導について

渡部 弥生¹ ワタナベ ヤヨイ
立野 慶¹ タテノ ケイ
望月 弘彦² モチヅキ ヒロヒコ

¹医療法人社団ユニメディコ

²相模女子大学

【はじめに】昨今、在宅療養における多職種連携は必須項目だが、訪問栄養食事指導を実施している診療所や事業所での実施件数は少なく、認知度も低い。

【活動】当法人では神奈川県内4か所の機能強化型在宅療養支援診療所を開設、2014年に管理栄養士1名から訪問栄養食事指導を開始した。2023年3月現在では18名の管理栄養士が在籍している。4診療所の在宅療養管理患者数：月2514名、訪問栄養食事指導患者数：月604名、管理患者の24%に訪問栄養指導を実地。各クリニックに管理栄養士を2～7名配置。管理栄養士の業務内容は訪問栄養食事指導、医師往診同行、NSTラウンド、褥瘡ラウンド、嚥下内視鏡検査同行、訪問看護同行、介護支援専門員として業務兼務などの業務を担当している。医師往診同行では、管理栄養士は診察時に患者の介助、処方や検査指示事務処理、医師の指示を他職種へ連絡、往診スケジュール調整と多岐にわたる。医師から訪問栄養食事指導指示依頼を待つだけでなく、管理栄養士が栄養スクリーニングを実地、医師に提案をする事が訪問栄養食事指導の介入に繋がった。管理栄養士業務フローの標準化、情報共有のシステム化、ICTの活用を進めている。多職種間での定期的なカンファレンス、業務改善、適正な人事配置、管理栄養士が多数在籍しチームとして活動する事で継続性のある業務を提供する事が可能となっている。2022年より新卒採用の管理栄養士は入職後2か月間、法人内で開講している初任者研修を受講、介護資格を取得。訪問栄養食事指導時に必要とされる介護保険制度などの知識、現場での患者への身体介助等の基本を習得している。

【考察】管理栄養士が多岐にわたる業務を担当する事で管理栄養士雇用推進や管理栄養士のスキルアップが可能で、地域での管理栄養士の雇用が増加することで、訪問栄養食事指導の認知度アップ、地域食支援の活性化、地域包括的栄養支援に繋がってゆく。

【演者略歴】

新潟県生まれ。鎌倉女子大学短期大学部卒業。

給食委託会社入社、急性期の病院に配属後、介護老人保健施設に勤務。

調理、経食管理、高齢者の栄養マネジメントの経験を積み、2013年医療法人社団ユニメディコに入職。現在栄養部部长。管理栄養士、介護支援専門員、小児事業の食育、スポーツ医科学研究所のスポーツ栄養等に従事している。

【資格】管理栄養士、介護支援専門員

在宅栄養専門管理栄養士、在宅訪問管理栄養士

【所属】

日本在宅栄養管理学会

横須賀地区栄養士連絡協議会 在宅チーム副リーダー

神奈川県栄養士会第4ブロック 役員

神奈川県栄養士会在宅栄養ケア事業推進委員会 委員

令和4年度地域食生活対策推進協議会 委員

利益相反：無

S33-3**個人診療所に所属する管理栄養士としての訪問栄養食事指導**

村上 奈央子 ムラカミ ナオコ
GP クリニック自由が丘

訪問栄養食事指導を行う管理栄養士の所属先として、主に保険医療機関（病院、診療所）、栄養ケア・ステーション（公益社団法人日本栄養士会もしくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」に限る）が挙げられる。そのうち、個人診療所に所属する管理栄養士として行っている訪問栄養食事指導の形について報告する。

令和2（2020）年診療報酬改定そして令和3年（2021年）介護報酬改定にて、医療保険、介護保険いずれにおいても当該保険医療機関以外の保険医療機関に所属する管理栄養士による訪問栄養食事指導が算定可能となった。これを受けて、保険医療機関である診療所に所属している管理栄養士は、医療保険「在宅患者訪問栄養食事指導1」「在宅患者訪問栄養食事指導2」、介護保険「管理栄養士による居宅療養管理指導Ⅰ」「管理栄養士による居宅療養管理指導Ⅱ」の4パターンでの訪問栄養食事指導を行うことが出来る。

現在、世田谷区内4か所の保険医療機関と非常勤雇用契約を結んでいるが、その内2か所で保険を利用した訪問栄養食事指導を行っている。1か所は在宅療養支援診療所であるため、上記4パターンのいずれも算定可能であるが、実際は同一医療機関所属の医師から指示を受け、医療保険「在宅患者訪問栄養食事指導1」、介護保険「管理栄養士による居宅療養管理指導Ⅰ」が算定の中心となっている。もう1か所は往診のみを行っている皮膚科診療所であるため、現在は他医療機関の医師より指示を受け介護保険「管理栄養士による居宅療養管理指導Ⅱ」の算定が中心である。

また、別の1か所では自治体からの受託事業の一部である認知症初期集中支援チームのチーム員として訪問栄養食事指導を行っている。この訪問では報酬は発生していないが、管理栄養士の訪問での役割の一部として併せて報告する。

【演者略歴】**【略歴】**

2002年 相模女子大学学芸学部食物学科管理栄養士専攻 卒業

2012年 地域栄養サポート自由が丘（現 医療法人社団白木会 地域栄養サポート自由が丘）入職

2020年 GPクリニック自由が丘 入職

2021年 医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック 世田谷区認知症在宅生活サポートセンター 入職 現在に至る

【所属学会・研究会】

在宅チーム医療栄養管理研究会、日本在宅栄養管理学会

利益相反：無

シンポジウム34 新潟県プログラム委員会企画

在宅医療におけるICTの未来を考える

S34

【セッション概要】

平成24年厚生労働科学特別研究事業「在宅医療介護連携を進めるための情報共有とICT活用」報告書において「在宅医療介護連携ネットワーク」および「在宅医療介護連携ICTシステム」の有用性が指摘されているが、その運営については公益を担う医師が地位をリードする姿が望ましいとされている。本テーマでは医師会主導のICTネットワークが地域でどのように運営・利活用され、今後どのように発展されていくのかを理解する。

座長：佐藤 賢治 サトウ ケンジ

新潟県厚生農業協同組合連合会佐渡総合病院

【座長略歴】

1986年新潟大学医学部卒業、新潟大学外科教室入局
1988年新潟大学第一外科入局
1995年佐渡総合病院外科勤務
2001年佐渡総合病院外科部長
2010年さどひまわりネット構築事業開始
2015年4月～京都大学大学院医学研究科非常勤講師、現職
2015年4月佐渡総合病院副院長
2016年4月～佐渡総合病院病院長、現職
2022年4月～一般社団法人佐渡地域医療介護福祉提供体制協議会理事、現職
2021年10月～日本農村医学会理事長、現職

座長：斎川 克之 サイカワ カツユキ

新潟市医師会

【座長略歴】

平成 7年／新潟県厚生連・在宅介護支援センター栃尾郷病院SW
平成 9年／済生会新潟第二病院医療社会事業課MSW
平成 22年／地域医療連携室長
平成 27年／地域連携福祉センター副センター長
平成 27年／新潟市医師会在宅医療推進室長 併任
令和 2年／新潟市医師会地域医療推進室長 専任
令和 3年／新潟市医師会業務課長・地域医療推進室長

S34-1

佐渡地域医療ネットワーク「さどひまわりネット」～超少子高齢社会での活用に向けて～

佐藤 賢治 サトウ ケンジ
新潟県厚生農業協同組合連合会佐渡総合病院

新潟県佐渡市では地域医療連携ネットワーク「さどひまわりネット」が2013年より稼働している。病院・診療所・歯科診療所・保険薬局・介護福祉事業所を双方向で結び、病名・処方・注射・手術を含む処置・検体検査結果・画像などの医療情報に加えて健診結果も共有、医療福祉従事者であればほぼ制限なく参照できる仕組みである。医療情報は基本的に自動収集され、医療機関の電子カルテ有無や施設規模を問わない。運営は佐渡市・医療関連団体・介護福祉団体などから構成される一般社団法人佐渡地域医療・介護・福祉提供体制協議会が担い、参加施設からの利用料によって自立運用している。

多職種連携の必要性が高まる高齢社会を鑑み、積極的な活用を進めるべく協議体の構築や広報活動を行ってきた。しかし、余裕がない業務量、急速に厳しくなる施設運営、リスク回避を極端に優先する風潮は、いたずらに専門性を求めて他施設の情報を能動的に収集する動機を弱め、「参照型」システムの活用は個人の意識に依存する結果となる。一方で、佐渡の少子高齢化は著しく、対策を急がなければ医療を皮切りに社会保障サービスは継続不能に陥る。医療福祉の目的は地域住民の生活であるとの原点を再認識し、行政含めた複数サービスの連携を積極的に進め、とくに高齢者では早期介入によって生活時間を確保する視点が重要である。

「さどひまわりネット」には10年に及ぶ大量の医療情報が蓄積されている。AIなどの技術進化は著しく、データからサービス提供に資する解析結果を生み出すことが可能になった。「さどひまわりネット」の蓄積データから早期介入の引き金を引く取り組みを進めている。超高齢社会における住民の生活時間の維持に向けて、EHRデータを活用した先手を打つ方法を模索したい。

【演者略歴】

【略歴】

1986年 新潟大学医学部 卒業
1986年 新潟大学外科教室 入局
1995年 佐渡総合病院 外科勤務
2001年 佐渡総合病院 外科部長
2012年 NPO法人佐渡地域医療連携推進協議会 理事
2015年 京都大学大学院医学研究科 非常勤講師、現職
2015年 佐渡総合病院 副院長
2016年 佐渡総合病院 病院長、現職
2021年 日本農村医学会 理事長、現職
2022年 一般社団法人佐渡地域医療介護福祉提供体制協議会 理事、現職

【所属学会】

日本農村医学会、日本外科学会、日本消化器外科学会、日本消化器病学会、日本臨床外科学会

利益相反：無

S34-2

鶴岡地区医師会におけるヘルスケアソーシャルネットワーク「Net4U」の現状と未来

三原 一郎 ミハラ イチロウ
山形県鶴岡地区医師会

Net4Uの歴史

「Net4U」は22年超の運用実績を有する日本で最も歴史のある地域版電子カルテとして認知されている。この間2012年には「医療と介護を繋ぐヘルスケアソーシャルネットワーク」として全面改訂され、在宅医療における多職種連携を支える情報共有ツールへと進化した。さらに、2012年には、医療庄内二次医療圏にID-Linkを利用した地域医療情報ネットワーク「ちょうかいネット」が構築され、Net4Uから病院の情報も閲覧可能となった。また、同時期に患者・家族がNet4Uと繋がる仕組みとしてNote4Uが開発された。

Net4U運用の実際

2023年3月末現在、新規の登録患者数は年間5000件程度で推移しており、参加施設は154である。参加職種の割合は、看護師が46%、介護職27%、医師10%の順で、看護師と介護職で3/4を占める。ユーザ数の年次推移では看護師の伸びが著しい。以上の実績は在宅医療の主な担い手は訪問看護師とケアマネジャーである現実を示している。とくに、看護師の書き込み数は他職種を圧倒しており、看護師が発信する情報を他の職種が参照している現状が伺われる。訪問看護ステーション（訪看）でのNet4U利用の現状を鶴岡地区医師会立の訪看を例にみても、2023年1月の利用者198名中、Net4Uで情報連携している医療機関は94名（47.8%）、さらにはケアマネジャーも参加している例は28名（14.1%）であった。

Net4Uの未来

2022年は医療DX元年ともいわれ、オンライン資格確認システム（オン資）が義務化され、マイナンバーカードの保険証利用も開始される。オン資を利用することで、本人およびどの医療機関において患者の診療/薬剤情報や検診情報が参照可能となる。この全国医療情報プラットフォームと、Net4Uやちょうかいネットなどの既存の地域医療情報ネットワークとが融合しながら、医療DXが発展することが期待される。

【演者略歴】

【略歴】

1976年 東京慈恵会医科大学卒業
1976年 東京慈恵会医科大学大学院入学
1979年 ニューヨーク大学、皮膚病理診断学フェロー
1980年 東京慈恵会医科大学大学院卒業
1985年 東京慈恵会医科大学皮膚科 講師
1993年 三原皮膚科開業
2002年 山形県医師会常任理事、日本医師会IT関連委員会委員など、
2012年 鶴岡地区医師会会長
2015年 医療連携・医療情報担当理事

【所属学会】

日本皮膚科学会、日本臨床皮膚科学会、日本皮膚病理学会、日本クリニカルパス学会、在宅医療連合学会

利益相反：無

S34-3

魚沼地域医療介護連携ネットワーク「うおぬま・米ねっと」の現状

井口 峰子 イグチ ミネコ
 布施 克也 フセ カツヤ
 北島 正子 キタジマ マサコ
 中村 由美子 ナカムラ ユミコ

一般財団法人 魚沼医療公社 魚沼市立小出病院

魚沼圏域は、新潟県の南東部に位置し、魚沼産コシヒカリの産地と全国有数の豪雪地として知られる地域である。限られた医療資源、増える高齢患者等の課題がある地域で、多施設・多職種の連携と情報共有を図ることが必要である。効率的な情報伝達・共有する手段（ICT）が必要と考え、2014年に診療情報を共有する医療連携ネットワークが運用された。2019年に介護情報を共有する地域医療介護連携ネットワークとしてリニューアルした「うおぬま・米ねっと」の現状について報告する。

「うおぬま・米ねっと」は、医療情報共有システムID-Linkと介護情報共有システムTeamの2つで構成される。ID-Linkにより参加施設が診療・介護情報を供することで、重複検査の回避・安全で効率的な服薬サポート・救急搬送時の迅速な治療が可能になり、安全で効率的な医療を受けられることが期待されている。Team機能により医療・介護間の報告・連絡が効率化・円滑化され、地域包括ケアチーム内の情報インフラになることが期待されている。

「うおぬま・米ねっと」の加入者は、2023年3月末で圏域全体の人口の27.3%41,235人、65歳以上は50.2%である。圏域全体のID-Linkアクセス数は月平均8,000回を超え、Team連携患者累計数と救急隊のアクセス数の増加があり利用拡大している。

「うおぬま・米ねっと」が地域医療情報インフラとして継続的に機能するための課題は、加入促進・低利用事業所啓発とシステムの持続可能性担保である。健診会場や介護保険導入時の案内などで加入促進を図りたい。加入事業所の利用促進を進め、事業者・利用者ともにメリットを啓発しなければならない。利用者拡大により広くメリットが認知されることで、「受益者は住民である」と意識醸成が進み、公的インフラシステムとして維持コスト負担の議論が建設的に進むことを期待したい。

【演者略歴】

1982年 新潟県立吉田病院附属看護学校 卒業
 1982年 新潟県立六日町病院 入職
 2005年 新潟県立小出病院 看護師長
 2014年 新潟県立六日町病院 兼務看護副部長
 2015年 魚沼市立小出病院 兼務看護副部長
 2019年 魚沼市立小出病院 看護部長
 2022年 魚沼市立小出病院 総合コーディネーター 現在に至る

利益相反：無

S34-4

長崎県における医療連携ICTネットワーク“あじさいネット”の現状と未来

奥平 定之 ^{1,2}	オクダイラ サダユキ
松本 武浩 ³	マツモト タケヒロ
安中 正和 ²	ヤスナカ マサカズ
出口 雅浩 ²	デグチ マサヒロ
詫摩 和彦 ²	タクマ カズヒコ
白髭 豊 ²	シラヒゲ ユタカ
藤井 卓 ²	フジイ スグル

¹ (医療法人社団) 奥平外科医院

² 長崎在宅 Dr. ネット

³ 長崎大学病院 医療情報部 部長 准教授

(はじめに) 在宅医療では、患者の治療歴を确实・効率的に把握し、多職種によるチーム間で确实な情報共有を行うことが重要である。その最も有効な手段としてICTを活用した地域連携ネットワークが広がっているが、長崎県には長崎県医師会に事務局を置くNPO法人長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会が運営するあじさいネットがある。(活動) 2004年に始まったあじさいネットは、県内主要38病院の電子カルテ情報を、患者同意取得の上で共有し、13万6千人が登録されている。2014年から在宅医療での利用を想定した多職種連携が始まり、患者に関わる多職種が在宅経過を記録し共有し、約900チーム登録されている。2016年から在宅医が依頼した血液検査結果が多職種間で共有できる“検査結果共有”機能、2022年から調剤薬局での調剤内容を共有できる調剤情報共有機能も追加された。あじさいネットはiPadも利用でき、場所を選ばず情報閲覧・入力が可能である。また、セキュリティ面は、全情報を仮想専用線であるVPN上のみで共有しているため、安心して情報連携が可能である。

このように、あじさいネットは年々、進化し、現在では複数医療機関の入院、外来の診療録、在宅での医師・看護師・薬剤師・ケアマネの記録、検査結果、処方歴、写真・画像等が時系列で患者毎のカレンダー上に集約されており、一患者一生涯カルテ運用に近づきつつある。

(考察) 在宅患者情報は各所属施設に保存されているが、今までは安全に共有・集約化する方法がなく情報連携に少なからず支障をきたしていた。あじさいネットは在宅医療に必要な情報を集約化し共有できるため、安心して在宅診療を提供でき、極めて価値が高く、無くてはならないツールと位置づけている。また、あじさいネットの情報はデータセンターに蓄積されるので災害にも強い。今後、介護情報とも連携することで真の意味での一生涯一患者カルテ実現ができると考えられる。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

シンポジウム35 呼吸ケアワーキンググループ企画

高齢者肺炎を考える

S35

【セッション概要】

肺炎は我が国の主要な死因の1つであり死亡する人の96%以上が65歳以上の高齢者である。高齢者では一度肺炎に罹患するとADLが低下し認知症や誤嚥性肺炎のリスクが高まり再発を繰り返す。厚生労働省は高齢者の肺炎予防の推進として「誤嚥性肺炎の予防に向けた口腔ケア」と「成人用肺炎球菌ワクチン接種の推進」という2つの取組みを掲げた。オーラルフレイルは誤嚥性肺炎のリスクばかりでなく身体的フレイルや健康寿命にも影響するためその予防が肝心である。肺炎球菌ワクチンには多糖体ワクチンと結合型ワクチンがあり両者の連続接種も推奨されている。本シンポジウムでは高齢者肺炎について各専門職の視点から幅広い議論ができればと考えている。

座長：井上 登太 イノウエ トウタ

在宅支援有床診療所 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック

【座長略歴】

1995 自治医科大学医学部卒業
2003 岡谷会おかたに病院非常勤医 現職
2005 畿央会岡波総合病院 呼吸器科非常勤医 現職
2008 NPOグリーンタウン呼吸嚥下研究グループ 理事長 現職
2009 株 グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング 代表取締役 現職
みえ呼吸嚥下リハビリクリニック 院長
2014 在宅支援有床診療所 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック 院長 現職

座長：吉澤 孝之 ヨシザワ タカユキ

医療法人社団愛語会要町病院／日本大学医学部呼吸器内科学分野

【座長略歴】

昭和58年 日本大学医学部医学科卒業
昭和61年 要町病院院長
平成16年 日本大学医学部呼吸器内科学分野兼任講師
平成20年 医療法人社団愛語会理事長 要町病院院長
平成22年 日本大学医学部呼吸器内科学分野臨床准教授
平成30年 日本大学医学部呼吸器内科学分野臨床教授

S35-1

高齢者肺炎の特徴と問題点

井上 登太^{1,2,3,4,5} イノウエ トウタ
 鈴木 典子^{1,2,3} スズキ ノリコ
 藤澤 ゆみ^{1,2,3} フジサワ ユミ

¹ 在宅支援有床診療所 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック

² (株) グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング

³ NPO グリーンタウン呼吸嚥下研究グループ

⁴ 医療法人畿央会 岡波総合病院 呼吸器内科

⁵ 医療法人岡谷会 おかたに病院呼吸器内科

高齢者肺炎の多くは、短期間の感染疾患と認識し、高齢者肺炎の原因を把握せずに治療されています。NHCAP診療ガイドラインにおいて、発生に嚥下障害 経口摂取障害が影響し、誤嚥性肺炎のリスクや基礎疾患が加齢とともに変化する一方で、個人差が大きく、癌末期などいわゆる終末期の患者も含まれており、予後の延長だけでなく、苦痛の緩和も治療の重要な目的となり、その判断は、患者個々の病態、背景、家族関係等を最もよく知る主治医の判断に委ねることとされています。

私たちは、身体、口腔、嚥下、呼吸評価のそれぞれ3項目、計12項目からなる誤嚥性肺炎リスク評価表 (i-EALD) を用い誤嚥性発生リスク、生存期間を推測しつつ対応を行っています。

経過において、サルコペニアとのデコンディショニングを形成に気を配り、高齢者のおかれている身体的、精神的そして環境変化を理解の上、予後を予測し、QOLを改善し、ACPを繰り返し、人生の経過を受容してゆくことを進め、最後まで継続できる総合的なアプローチが必要とされています。

【演者略歴】

1995 自治医科大学医学部卒業
 2003 医療法人岡谷会 おかたに病院呼吸器内科非常勤医師 現職
 2005 医療法人畿央会 岡波総合病院 呼吸器内科 非常勤医師 現職
 2008 NPOグリーンタウン呼吸嚥下研究グループ 理事長 現職
 2009 (株) グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング 代表取締役 現職
 2010 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック院長
 2014 在宅支援有床診療所 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック 院長 現職

利益相反：無

S35-2

在宅でできる口腔ケアと嚥下訓練

古屋 裕康 フルヤ ヒロヤス
 田村 文誉 タムラ フミヨ
 菊谷 武 キクタニ タケシ

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

高齢者肺炎を考える上で、歯科としての立場から在宅で出来る口腔ケアと嚥下訓練について検討する。当クリニックは摂食嚥下障害患者のリハビリテーションや歯科治療を専門とし、月当たりの在宅訪問診療件数はのべ約300件となっている。在宅訪問診療を行っている患者の中には人生の最終段階を迎えようとしている者も多く、最期まで食べることを支える取り組みと同時に、食べられなくなっていく過程を支えることも必要となる。

当クリニックの取り組みとして、在宅療養高齢者（65歳以上で胃瘻による栄養摂取を行っている者）で全く経口摂取していない116名（平均年齢 79.7 ± 8.9 歳）の患者に対して口腔ケアと嚥下訓練を行ったところ、6か月後に80名（69.0%）が食べることを再開した。経口摂取が出来なくなったケースにおいても、口腔ケアや嚥下訓練で経口摂取再開となる可能性があると同時に、食べることが出来ないケースも一定数存在することが明らかとなった。

また、摂食嚥下障害のある在宅療養高齢者210名（平均年齢 81.4 ± 9.5 歳）に対して口腔ケアと嚥下訓練を行い、在宅死亡と入院を予後不良群として、1年後と2年後の予後との関連因子の検討を行ったところ、1年後、2年後ともに予後との有意な関連因子として、期間中の肺炎発症がみられた。摂食嚥下障害を有する在宅療養高齢者において、口腔ケアや嚥下訓練中の肺炎発症は生命予後に影響していることが明らかとなった。

歯科口腔保健の推進により、歯が多く残る高齢者が増加した。8020運動（80歳で20本の歯を保つことを目標とした歯の健康づくり運動）では、2016年には達成者が51.2%に達した。一方で、在宅療養高齢者は、歯を多く残した者ほど唾液中細菌数の増加がみられ、誤嚥性肺炎のリスクとなる等、皮肉な結果となっている。患者本人、家族、医療職、介護職など多職種での検討が重要である。

【演者略歴】

【略歴】

2011年 日本歯科大学生命歯学部卒業
 2016年 日本歯科大学大学院生命歯学研究科卒業
 2016年 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック勤務
 現在に至る

利益相反：無

S35-3**栄養管理と食べられる食事の工夫**

前田 玲 マエダ レイ
社会医療法人恵和会 帯広中央病院 栄養科

高齢者は肺炎の発症率が高く、高齢になるに従い肺炎による死亡率が上昇することが知られている。高齢者における肺炎の特徴は、日常生活動作（ADL）や全身機能の低下と、脳血管疾患などに伴う摂食嚥下機能障害を背景に、誤嚥性肺炎が大きな割合を占める点あげられる。また、高齢者の誤嚥性肺炎は、気管支粘膜の繊毛運動や咳嗽反射の減弱によって感染防御機能が低下していると同時に、サルコペニアや低栄養が発症の背景となっている。

さらに誤嚥性肺炎は、その発症によりサルコペニアや低栄養を更に悪化させ、摂食嚥下機能や呼吸機能を低下させる。そのため、それらの悪循環を断つために、栄養管理を積極的に行うことが誤嚥性肺炎予防や治療において非常に重要である。

また、在宅療養の高齢者は食や栄養管理について別の課題も抱えている。

近年、高齢者の単身世帯や高齢者のみの世帯が増え、栄養管理に取り組む以前の問題として、食事の準備や食料品店へのアクセスに問題を抱える世帯も多い。それらを要因に食品摂取の質や量、多様性などが低下し、エネルギー量はもちろん、たんぱく質及びビタミン類などの微量栄養素が不足となり、その結果栄養状態が悪化する。そして「食」は患者個人の生活習慣や価値観、経済力などとも大きく関連し、習慣や価値観から逸脱する手段はいかに良策であっても受け入れが難しい。高齢になれば尚それが難しくなることは想像に難くない。

在宅で栄養管理を行うことは、サルコペニアや低栄養と肺炎との悪循環を断つために必要な手段のひとつであり、それこそが患者個人の価値観に寄り添いながら様々な提案ができる「食と栄養に関する専門職」である我々管理栄養士が担うべき役割である。

【演者略歴】**【略歴】**

1996年 女子栄養大学栄養学部 卒業

2018年 藤女子大学大学院 卒業

1998年 医療法人徳洲会 札幌徳洲会病院 入職

1999年 医療法人社団ルーク会 ルカ病院 入職

2002年 医療法人社団 自由が丘横山内科クリニック 入職

2005年 医療法人恵和会 帯広中央病院（旧おびひろ呼吸器科内科病院） 入職 現在に至る

【所属学会】

日本在宅医療連合学会、日本在宅栄養管理学会、日本病態栄養学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会、日本栄養改善学会、日本臨床栄養代謝学会、日本褥瘡学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本糖尿病・妊娠学会

利益相反：無

S35-4

ワクチンによる予防戦略

宮下 修行 ミヤシタ ナオユキ

関西医科大学内科学第一講座 呼吸器感染症・アレルギー科

厚生労働省は『国民の健康寿命が延伸する社会』に向けた予防・健康管理に係る取組のひとつとして、高齢者肺炎の予防推進を挙げている。どの程度の高齢者肺炎患者が健康寿命を損なうのか。我々の検討では、寝たきり患者を除く医療・介護関連肺炎患者の35%で日常生活機能（ADL）が低下し、14%が寝たきり状態となることを報告した。また、食事形態が普通食から変更となった患者が22%も存在した。食事形態が普通食から介護食に変更すると、普通食の患者と比べて有意に肺炎を罹患し入院する率が増加し、経管栄養患者ではさらに入院率が増加することが判明している。実際、ADLの低下した患者や食事形態の変更となった患者の多くは肺炎治癒後も家庭に帰ることが出来ず、リハビリテーション目的で慢性期病院へ転院となっている。転院患者の半年後の経過は、肺炎の再発や基礎疾患の増悪をきたして再入院となった患者がもっとも多く、入院前の場所に戻れた高齢者はわずか20%であった。

肺炎と健康寿命に関する研究で、高齢者の認知機能と肺炎の相互関係を観察研究結果が海外から報告されている。米国の地域社会に暮らす身体機能に問題のない65歳以上であった5,888名を対象に検討された。全参加者を10年にわたって経時的に追跡調査し、認知機能と肺炎の相互関係を観察研究した。結果、肺炎罹患患者で認知症のリスクが2.24倍高くなった。

すなわち、肺炎は次の肺炎（誤嚥性肺炎）を起こす要因となり、治療ではなく予防することの重要性を「成人肺炎診療ガイドライン」でも強調している。生体防御機構の活性化による高齢者肺炎の予防にはサブスタンスP濃度を増加して嚥下反射・咳反射を正常化する作用が要求される。さらに口腔ケアや腸管蠕動運動の改善、栄養状態の向上、ワクチンなどの総合戦略が重要であることは論をまたない。

【演者略歴】

1995年 川崎医科大学大学院 医学研究科修了（博士号取得）
 1997年 米国ワシントン大学 病原微生物学教室研究員
 2019年 関西医科大学内科学第一講座 呼吸器感染症・アレルギー科 教授
 関西医科大学附属病院 感染制御部 部長

受賞歴 上田 泰記念 感染症・化学療法学術奨励賞
 岡山県医師会 学術奨励賞
 認定内科専門医会 研究奨励賞
 日本感染症学会 北里柴三郎記念学術奨励賞
 日本呼吸器学会 奨励賞
 日本感染症学会 感染症優秀論文賞
 日本化学療法学会西日本支部奨励賞
 日本呼吸器学会 熊谷賞

委員 日本呼吸器学会「成人肺炎診療ガイドライン」作成委員
 日本呼吸器学会「咳嗽・喀痰診療のガイドライン」作成委員
 薬剤耐性菌感染症を対象とした抗菌薬臨床評価ガイドライン作成委員
 日本マイコプラズマ学会「マイコプラズマ肺炎治療指針」策定委員
 第109回（2014年）～2020年 医師国家試験出題委員 など

理事 日本化学療法学会、日本感染症学会西日本、日本マイコプラズマ学会

利益相反：無

S35-5

在宅における高齢者肺炎への多職種連携

青木 康弘 アオキ ヤスヒロ
医療法人康曜会 プラーナクリニック 呼吸器内科

我が国では市中肺炎（CAP）、院内肺炎（HAP）、そして医療・介護関連肺炎（NHCAP）の3つに分類し診療ガイドラインが公開されている。高齢者肺炎はNHCAPに相当し、高齢になればなるほど肺炎による死亡率は増加し90歳以上の男性では死因の第1位とされている。

在宅医療の現場では高齢者が多いことから、肺炎（特に誤嚥性肺炎）の発症にしばしば遭遇する。在宅医療では限られた医療資源から患者のQOLやACPに沿った医療選択をしていくことになる。一般的な在宅の現場を想定し、医師、訪問看護師、理学療法士の役割を中心に解説する。

医師の役割は肺炎発症時には治療場所の決定し診断及び治療を進めていくことになる。看護師の役割としてバイタル等で病状を評価しながら口腔ケアや栄養サポート、理学療法士の役割として早期から介入し離床を促していくことである。これらの指示や情報共有をいかにシームレスに行うかが重要になってくる。これらの多職種連携について当地域ではMCSを活用し情報共有を図っている。

一方で、肺炎予防の取り組みも重要で、肺炎球菌ワクチンやインフルエンザワクチンについて患者へ毎年情報提供を行い、定期的な接種推奨している。

これらの多職種連携の取り組みについて当院や当地域での実践を交えて紹介したい。

【演者略歴】

【主な学歴及び職歴】

1998年（平成10年）	群馬大学医学部卒業
1998年（平成10年）	群馬大学医学部附属病院 第二内科（循環器内科）
2001年（平成13年）	群馬大学大学院医学系研究科
2005年（平成17年）	高崎総合医療センター 呼吸器内科
2007年（平成19年）	群馬大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科
2009年（平成21年）	医療法人康曜会 プラーナクリニック 院長
2014年（平成26年）	深谷寄居医師会 理事
2017年（平成29年）	群馬大学医学部 臨床教授

【所属学会】

在宅医療連合学会、日本内科学会、日本呼吸器学会、日本アレルギー学会、日本睡眠学会、日本結核・非結核性抗酸菌症学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会

利益相反：無

シンポジウム36 日本臨床検査振興協議会合同企画

在宅医療における臨床検査の実践と展望

S36

【セッション概要】

在宅医療を受ける人の疾患を的確に診断して治療するために臨床検査は不可欠である。現在、在宅医療において様々な検体検査、生理検査を実施することができるようになってきている。臨床検査技師が在宅医療に対して積極的に取り組むことにより、診断精度が向上して、質の高い医療が実現できると期待される。本シンポジウムでは、在宅臨床検査を実践している臨床検査技師および教育に携わっている大学教員が、臨床検査および臨床検査技師に期待される役割とこれからの展望について討論する。

座長：山中 崇 ヤマナカ タカシ

東京大学大学院医学系研究科 在宅医療学講座

【座長略歴】

1989年3月 高知医科大学医学部医学科卒業
1989年5月 東京女子医科大学附属第二病院 内科研修医
1991年5月 東京女子医科大学附属第二病院 内科 I 助手
1997年4月 東京女子医科大学附属第二病院 在宅医療部助手
1998年3月 東京女子医科大学附属第二病院 在宅医療部講師
2007年5月 東京女子医科大学東医療センター 在宅医療部准教授
2014年6月 東京大学医学部 在宅医療学拠点 特任准教授
2018年4月 東京大学大学院医学系研究科 在宅医療学講座 特任准教授
2023年4月 東京大学大学院医学系研究科 在宅医療学講座 特任教授

座長：宮下 勉 ミヤシタ ツトム

医療法人社団鴻鵠会

【座長略歴】

略歴

昭和58年 日本医学技術専門学校 卒業
昭和59年 国立小児病院 勤務
平成 1年 国際仁友病院 勤務
平成14年 仁友クリニックに施設名称変更
平成23年 医療法人社団鴻鵠会 事務局長
睦町クリニック 院長補佐 / 渉外部長睦町クリニック
現在に至る

一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会 在宅業務推進委員会 委員長
臨床検査振興協議会 在宅医療のための臨床検査小委員会 委員

S36-1**在宅医療における臨床検査の役割**

山中 崇 ヤマナカ タカシ
東京大学 大学院医学系研究科 在宅医療学講座

人口の高齢化が進行し、在宅医療の対象者のなかで高齢者が占める割合は高くなっている。高齢者の多くは慢性疾患を有し、しばしば複数の併存疾患を抱えている。そのため、在宅医療においても的確な診断と治療が必要である。慢性疾患に罹患した人の病みの軌跡は、大きく3つの類型に分かれる（Lynn J and Adamson DM, Rand Corporation, 2003）。一つ目は、がんなど、亡くなる1~2ヶ月前まで保たれていた機能が、亡くなる前に急激に低下するパターン。二つ目は、臓器不全など、急性増悪と治療による改善を繰り返しながら機能が低下するパターン。三つ目は、老衰、認知症など、徐々に機能が低下するパターンである。今日では、医学、医療の進歩により、いずれの類型でも、治療の限界点はエンド・オブ・ライフに向かってシフトしている。特に非がん疾患では、治療が症状緩和につながるケースが多い。また、在宅療養管理を適切に行うために臨床検査は不可欠である。外来診療、入院診療と同様、在宅医療でも臨床検査を活用して、的確に病態を診断して治療する必要がある。

【演者略歴】**【略歴】**

1989年3月 高知医科大学医学部医学科卒業
1989年5月 東京女子医科大学附属第二病院 内科研修医
1991年5月 東京女子医科大学附属第二病院 内科I助手
1997年4月 東京女子医科大学附属第二病院 在宅医療部助手
1998年3月 東京女子医科大学附属第二病院 在宅医療部講師
2007年5月 東京女子医科大学東医療センター 在宅医療部准教授
2014年6月 東京大学医学部 在宅医療学拠点 特任准教授
2018年4月 東京大学大学院医学系研究科 在宅医療学講座 特任准教授
2023年4月 東京大学大学院医学系研究科 在宅医療学講座 特任教授

【所属学会】

日本在宅医療連合学会、日本内科学会、日本老年医学会、日本臨床検査医学会、
日本プライマリ・ケア連合学会、日本循環器学会、日本心臓病学会、日本在宅看護学会
ほか

利益相反：有

S36-2

当院の臨床検査技師の活躍

脇坂 樹 ワキサカ イツキ
福田 祥大 フクダ ショウタ
医療法人健生会 福田診療所

【当院の紹介】

大阪市内に位置し、内科・小児科の外来診療と訪問診療・往診を行っている機能強化型在宅療養支援診療所である。特徴は、訪問看護ステーション、通所・訪問リハビリステーション、訪問栄養指導を有し、法人内で連携の取れたより良い医療・介護サービスを提供している点である。主には、かかりつけ患者が通院できなくなった場合や近隣基幹病院からの紹介を中心に、居宅で約80名程度の訪問診療や緊急往診を行っている。しかし、私が入職するまで常勤の検査技師は不在で、訪問診療の場で十分に検査ができていないことが課題であった。

【検査技師の訪問業務】

午前診と午後診の合間に訪問検査を行っている。訪問における検査技師の主な検査項目は、超音波検査・心電図・採血・新型コロナウイルス検査等である。今回は、実際に訪問検査を行った症例において、超音波検査が予定されるまでの院内の流れ、検査を行っている様子、使用した機器、検査が有効であった点や訪問において苦労した点（病院で検査する場合との違い）を示したい。

【臨床検査・臨床検査技師の可能性】

当診療所は地域の患者を対象とした、至って普通の診療所であり、昨年4月から訪問検査を行うようになった。約1年間で100件程度の訪問検査を行った中で、多くの問題点や課題を経験することができた。また、現行の医療制度における矛盾なども感じるがあった。しかし、臨床検査技師が活躍でき必要とされていることも実感できた。本講演ではこれらのことを提示し、今後さらに在宅医療で活躍する臨床検査技師が増えることを期待したい。

【演者略歴】

【略歴】

2014年 神戸常盤大学保健科学部 卒業
2014年 西陣病院 入職
2017年 東住吉森本病院 入職
2022年 福田診療所 入職

【所属学会】

日本臨床衛生検査技師会、日本超音波検査技師会、日本超音波医学会、日本心エコー図学会、日本ポイントオブケア超音波学会

利益相反：無

S36-3

在宅医療における臨床検査技師の業務と今後の挑戦

大橋 悟 オオハシ サトル
坂の上ファミリークリニック 医療技術課

【はじめに】 現在日本は少子高齢化を迎え、2025年問題など多くの医療・福祉問題を抱えている。この対策の1つとして、厚生労働省は地域包括ケアシステムの構築を進めており、在宅医療も大きな役割を担っている。そこで今回、在宅医療における当院臨床検査技師の取り組みを紹介する。

【在宅医療における臨床検査技師業務】 基本的に在宅における検査業務は、外来診療の合間（検査の空き時間や昼休み）を利用して、医師の指示のもと技師単独で在宅に向き検査を実施している。主な業務として超音波検査（心臓・腹部など）、心電図検査、ホルター心電図検査を実施しており、必要に応じて採血、新型コロナウイルス検査（検体採取を含む）、ポータブルレントゲンのセッティングも業務として行なっている。

【今後の挑戦】 今後、挑戦していきたいことは在宅における多職種連携への参加である。在宅医療においては、患者個人への関わりのみならず生活全般を把握しなければならないことが多い。臨床検査技師においても、データのみを提供するだけではなく、患者や家族、そこに関わる医療・福祉関係者と連携した業務が求められる。具体的な挑戦として、心不全患者への関わりを挙げたい。心不全パンデミックが囁かれている昨今、心不全患者を在宅でいかにサポートしていくかが重要な課題の1つとなっている。心不全患者を在宅で支えていく一員として、多職種連携という形で関わられるように努力していきたい。

【おわりに】 在宅医療には医師・看護師など多くの医療系職種が日常業務として参加しているのに対し、臨床検査技師が活躍している姿は、以前と比べると増えてはいるが、まだまだ業務として普及しているとは言い難い。在宅医療において臨床検査技師業務が発展していくためには、われわれ臨床検査技師が在宅医療で何を求められ、何ができるかを見極め、迅速に実践する行動力が求められるのではないだろうか。

【演者略歴】

【略歴】

1998年 日本医療学院専門学校 卒業
1998年 城山病院 勤務
2000年 フローラルクリニック 勤務
2014年 坂の上ファミリークリニック 勤務 現在に至る

【所属学会】

日本循環器学会、日本超音波検査学会

利益相反：無

S36-4

在宅医療における臨床検査技師の役割と今後の展望

坂本 秀生 サカモト ヒデオ
 神戸常盤大学 保健科学部 医療検査学科

臨床検査には各種機器が必要となる場合が多く、在宅現場ではそれらを使えず、在宅医療と臨床検査及び臨床検査技師は接点が無いように思われてきた。しかし、POCT (Point-of-Care Testing) を利用すれば、医療施設で測定する際と遜色ない検査結果をその場で得ることが可能である。POCT対応機器は医療機器の薬事承認にてクラスIIIとして高度な品質管理がなされ、大型の検査機器と同等な性能だからである。

在宅医療ではPOCTによる検体検査以外に、エコー検査として小型の超音波診断装置も有用であり、POCUS (Point-of-Care Ultrasound) として注目を集め、臨床検査技師が医師と同行し検体採取のみならず、心電図検査およびエコー検査を実施している施設も増えている。加えて、法律の改正で2015年からは診療の補助として臨床検査技師に「鼻腔拭い液、鼻腔吸引液、咽頭拭い液」、「表皮並びに体表及び口腔の粘膜および病変部位の膿」、「鱗屑、痂皮その他の体表の付着物」、「綿棒を用いて肛門から糞便」の採取が認められた。さらに2021年には「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」の成立で、臨床検査技師にも「医療用吸引器を用いて鼻腔、口腔又は気管カニューレから喀痰の採取」、「採血を行う際に静脈路を確保」が認められ、在宅医療で行えることが増えた。

これらに対応できるよう、厚生労働省では臨床検査技師養成教育カリキュラムが2022年入学者から改正し、教育目標に在宅医療や地域包括ケアシステム、多職種連携の理解を含め、在宅医療現場で臨地実習の実施も可能になった。在宅医療に関わる臨床検査技師が劇的増加まで至って無いが、2010年代よりは増加傾向であり、本校からも在宅医療または訪問診療に関わる卒業生がいる。今回の機会を頂き、在宅医療分野で臨床検査および臨床検査技師が貢献できることを知って頂ければ幸いである。

【演者略歴】

【略歴】

1987年: 藤田保健衛生大学衛生学部 卒業
 1987年: 藤田保健衛生大学病院 臨床検査技師
 1998年: 藤田保健衛生大学大学院 博士 (医学)
 1998年: Harvard Medical School, Postdoctoral Fellow
 2000年: 藤田保健衛生大学医学部 生化学 助手
 2003年: Harvard Medical School, Research Fellow
 2006年: Harvard Medical School, Instructor
 2009年: 神戸常盤大学保健科学部医療検査学科 教授
 2015年: 神戸常盤大学保健科学部医療検査学科 学科長 現在に至る

【所属学会】

日本臨床検査学教育協議会: 理事長
 アメリカ臨床病理学会: 国際資格 日本諮問委員長
 日本臨床化学会: 理事、国際交流委員会委員長
 日本臨床検査医学会: 評議員・チーム医療委員
 日本医療検査科学会: 評議員・POC技術委員会
 日本臨床衛生検査技師会: 国際WG委員、臨地実習指導者ガイドライン作成WG委員

利益相反: 無

シンポジウム37 日本臨床衛生検査技師会合同企画、在宅業務推進ワーキンググループ企画

在宅医療への貢献 臨床検査・臨床検査技師の可能性

S37

【セッション概要】

現在までの在宅医療の代表的な対象患者は、病状が安定した慢性期疾患患者や老衰患者であり、また終末期がん患者であるが、侵襲的な医療行為を本人・家族が望まないことが多く、臨床検査へのニーズはあまり多くはなかったのではないかと推察される。しかし、昨今、医療必要度が高い患者が早期に病院を離れ、在宅あるいは在宅に準ずる施設等において療養する機会が増えており、また患者・家族側が求める場合も含めて、在宅での臨床検査の重要性は非常に高まることが予想される。その様な背景から在宅医療の現場において活躍する臨床検査技師も増えており、検査業務だけでなく診療の補助行為も行っている。本セッションでは、タスクシフト・シェアを念頭に在宅医療の現場での臨床検査と臨床検査技師の可能性を検証する。

座長：井越 尚子 イコシ ナオコ

女子栄養大学栄養学部保健栄養学科

【座長略歴】

1981年 女子栄養大学栄養学部栄養学科栄養科学専攻 卒業
1981~1984年 東京大学医学部附属病院第三内科第1研究室研究助手
1984~2002年 朝日生命成人病研究所附属丸の内病院臨床検査室室長
2003~2004年 女子栄養大学大学院栄養学研究科保健学専攻研究生
2004~2014年 東京医学技術専門学校臨床検査技師科教員
2008~2012年 女子栄養大学大学院栄養学研究科栄養学専攻博士号取得
2012~現在 女子栄養大学臨床検査学研究室 教授

座長：宮下 勉 ミヤシタ ツトム

医療法人社団鴻鶴会

【座長略歴】

昭和58年 日本医学技術専門学校 卒業
昭和59年 国立小児病院 勤務
平成1年 国際仁友病院 勤務
平成23年 医療法人社団鴻鶴会 事務局長
睦町クリニック 院長補佐 / 渉外部長睦町クリニック
現在に至る

一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会 在宅業務推進委員会 委員長
臨床検査振興協議会 在宅医療のための臨床検査小委員会 委員

S37-1

当院における臨床検査技師の採用および教育

岡田 章佑 オカダ アキヒロ
医療法人社団 Plexus 大江戸江東クリニック

在宅医療の現場において求められる医療の質は年々上昇している。当院では多様なニーズに対応していくために、様々な専門職人材を採用している。臨床検査技師採用もその一つである。現在、当院には17名の診療助手がおり、臨床検査技師は4名勤務している。内訳は新卒採用が2名、中途採用が2名となっている。臨床検査技師の新卒採用を行っている訪問診療クリニックは比較的少ないのではないかと考え、当院での採用・教育について報告する。

当院では新卒採用に関して、大学での企業説明会に参加してプレゼンを行ったり、各大学の就職課にアプローチを行い、多くの学生から応募を受け面接を行った。臨床検査技師になるべく勉学に励む学生に触れて感じたことは、やはり在宅の現場で働くという選択肢を知らない学生が非常に多いことである。

在宅医療の現場において臨床検査技師がいることは、検査の質の向上も含め多くの面でポジティブな反応を起こす可能性が示唆されている。今後の在宅医療の質向上においても、臨床検査技師を多く在宅医療の世界に誘致することが望まれる。

当院では臨床検査技師は診療助手としての働き方をするため、医療介護の様々な知識を習得してもらうため座学の場合を用意している。新卒臨床検査技師の場合は社会での実勤務の経験がないため、手技やビジネススキルに不安があることが多い。そのため、ビジネススキル講習や、超音波検査講習、採血検査講習など様々な講習会を社内で行う必要がある。

当院が実際に行っている講義や、勉強会、症例検討会について報告し、在宅医療の現場において臨床検査技師が活躍できるようになることを期待する。

【演者略歴】

2008年 山形大学医学部 卒業
2008年 国際医療福祉大学三田病院初期研修医
2010年 国際医療福祉大学三田病院外科消化器センター 医員
2013年 化学療法研究所附属病院 外科 医員
2015年 町田病院外科 医員
2018年 旗の台ライフクリニック 院長
2021年 大江戸江東クリニック 院長 現在に至る

利益相反：無

S37-2

セカンドキャリアとしての検査技師の可能性と今後の教育制度の考察

村井 邦彦	ムライ クニヒコ
荒川 正子	アラカワ マサコ
村口 尚子	ムラグチ ナオコ
岩本 啓子	イワモト ケイコ
篠崎 紗也加	シノザキ サヤカ
山田 彰子	ヤマダ アキコ
平井 仁恵	ヒライ ヒトエ
吉成 加乃	ヨシナリ カノ
半田 ヒロ子	ハンダ ヒロコ
小須田 るみ	コスダ ルミ

宇光会 村井クリニック

県立がんセンター、県立リハビリテーションセンターに勤務した臨床検査技師がセカンドキャリアとして当院で在宅医療の現場に出ることになった。

当院では初めに医師・看護師とともに在宅医療の現場に同行し、在宅医療の現場感を体験してもらうことから開始した。現場感というのは、生活と生き方を支える医療を経験し、看取りも視野に入れた幅のある医療の目的を理解し、意思決定支援に参加する能力を身につけることである。むろん、これには提供できる医療の選択肢や、そのリスクなども知らなければならない。同時に、看護師の実務的な役割を肩代わりし、カンファレンスにおいて治療とケアのプロセスをプレゼンテーションしたり、処方箋の準備にも挑戦した。その際、実務的な面では薬品名や薬理作用がわからないので処方箋の意味を読み取れない、気管カニューレの清潔操作に慣れていないなどの問題や、介護保険制度、成年後見制度などの知識不足もあったようだが、これらは徐々にトレーニングされてきていると思う。

今後、臨床検査技師としての経験と知識を活用し、個別化された検査計画の策定、医師と別働で動く検査体制の構築を目指している。その際、患者・家族の気持ちに寄り添い、医療の目的をふまえた意思決定支援が単独でも担える力が発揮されると期待している。

各地で在宅医療の分野に臨床検査技師が参加するようになり、臨床検査の専門性が期待される。一方、病院での勤務が長かった臨床検査技師、あるいは学生や若手への教育においては、病院と同じ医療を生活の場に持ち込むのではなく、あるいはただオーダーされて検査をしに行くのではなく、人として優しく寄り添う態度と、医療職として総合的に支援する能力を持って家に上がることが求められると思う。今後の若手教育、在宅医療向け再研修の参考となれば幸いである。

【演者略歴】

【略歴】

1995年 東京医科歯科大学医学部卒業
 1995年 東京医科歯科大学医学部附属病院麻酔蘇生科勤務
 1997年 東京都多摩老人医療センター（多摩北部医療センター）麻酔科勤務
 1998年 東京都立広尾病院麻酔科勤務
 2001年 東京医科歯科大学医学部附属病院麻酔・蘇生・ペインクリニック科勤務
 2010年 自治医科大学大学院修了
 2011年 宇光会村井整形外科院長・理事長
 2015年 宇都宮市医師会理事（在宅医療・社会支援部）
 2018年 獨協医科大学臨床教授（地域医療）
 2022年 日本プライマリ・ケア連合学会 栃木支部支部長
 2022年 一般社団法人 全国在宅療養支援医協会 代議員

【所属学会】

日本麻酔科学会、日本ペインクリニック学会、日本整形外科学会、日本運動器科学会、日本臨床整形外科学会、日本緩和医療学会、日本臨床スポーツ医学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本在宅医療連合学会

利益相反：無

S37-3

多職種で診る在宅心不全診療～臨床検査技師の役割～

吉本 明子¹ ヨシモト アキコ小針 幸子¹ コバリ サチコ渡邊 真奈¹ ワタナベ マナ弓野 大² ユミノ ダイ¹ゆみのハートクリニック²医療法人社団ゆみの

当院は東京・大阪・福岡に複数の拠点を持ち、心不全患者の在宅管理の充実を目指し多職種で連携し外来・在宅診療を行うクリニックである。東京14人、大阪4人の臨床検査技師が所属しており、在宅領域では各種超音波検査、ホルター心電図検査、簡易睡眠呼吸検査、NPPV データ管理、マスクフィッティング等を行っている。

在宅療養患者の多くは、検査のために医療機関を受診するハードルが高い。検査を躊躇して、診断の遅れや治療機会の喪失につながることも少なくない。また受診する場合も体力の消耗、介護負担の増加などリスクも大きい。在宅で検査が可能であれば、早期に診断・治療が開始でき、増悪を予防し、在宅で治療を完結できる可能性も高まる。また、意思決定支援の上でも病状の正確な把握、治療適応の見極めは重要である。

医師は簡易エコー（Vscan）でvisualによる心機能の評価や、体液量管理を普段から行っているが、手術適応、特に高齢者でも適応が広がっている低侵襲手術（TAVIやmitraClip）の適応、また心拍出量の評価を必要とするカテコラミン依存患者の管理にも高機能なエコーデバイスを用いた心エコー検査が必須である。トレーニングされた検査技師が行うことで、検者によるばらつきの少ない客観的データとしての信頼性も高まる。研究材料としても有用性が増す。さらに持ち帰った画像は、院外の心エコー専門医を交えたカンファレンスで供覧し、治療方針の検討もおこなっている。

臨床検査技師が在宅医療現場で活躍することは、在宅医療の質の向上・医師のタスクシェア・患者負担の軽減等多くのメリットがある。一方、技師が在宅で単独で行ったエコーは保険算定の対象外であるという課題を抱えている。保険承認されれば、雇用する医療機関も広がり、患者だけでなく、在宅医療を担う多職種にとっても大きな恩恵があると考えている。

【演者略歴】

2003年琉球大学医学部医学科卒業

2003年東京医科歯科大学循環器内科入局

2019年ゆみのハートクリニック勤務

所属学会

日本内科学会 総合内科専門医

日本循環器学会 循環器内科専門医

日本在宅医療連合学会

日本リハビリテーション医学会 リハビリテーション科専門医

日本心臓リハビリテーション学会

利益相反：無

シンポジウム38 倫理・利益相反委員会企画

「在宅医療・介護現場における患者あるいは患者家族からの暴力・ハラスメント」について考える

S38

【セッション概要】

近年、在宅医療・介護職員が犠牲になった重大事件が複数あり、訪問看護師他、職員や管理者を対象とした複数の調査で、サービス利用者・家族による暴力・ハラスメントの体験が稀でないことも明らかになっている。このような背景を受け、2022年3月に本学会内に「在宅医療・介護現場における暴力・ハラスメントに関するワーキンググループ」が発足され、当学会及び日本プライマリケア連合学会会員を対象としたアンケート調査が実施された。本ワークショップにおいては、アンケート調査の集計結果を報告するとともに、「現場でどのようなことが起きているのか」、「防止策として、どのようなことが推奨されるのか」「どのような対策が望まれているのか」について、包括的に紹介をしながら、参加者の皆様とともに、今後の展開についても考えたいと思います。

座長：白髭 豊 シラヒゲ ユタカ

白髭内科医院

【座長略歴】

1988年、東京医科大学医学部卒業。長崎大学第一内科へ入局、1990-92年国立がんセンター中央病院内科レジデント、92年米国チューレーン大学留学。95年長崎市にて開業。2003年長崎在宅Dr.ネット結成当初から事務局長（現在、副理事長）。2008～11年、緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）長崎地域プロジェクトリーダー。2011～12年日本医師会将来ビジョン委員会委員長。現在、日本在宅医療連合学会理事、全国在宅療養支援医協会 代議員、日本プライマリ・ケア連合学会代議員、日本尊厳死協会 ながさき会長。

S38-1

「在宅医療・介護現場における暴力・ハラスメントに関するワーキンググループ」活動報告：アンケート調査結果から

三浦 靖彦^{1,2} ミウラ ヤスヒコ

¹岩手保健医療大学

²日本在宅医療連合学会 「在宅医療・介護現場における暴力・ハラスメントに関するワーキンググループ」

医療・介護現場において繰り返される「患者及び患者家族からの暴力・ハラスメント事案に対し。2022年3月に、日本在宅医療連合学会内に「在宅医療・介護現場における暴力・ハラスメント対策検討ワーキンググループ」が設置され、活動を開始し、アンケート調査を実施したので、その結果について報告する。

【方法】

日本在宅医療連合学会および日本プライマリ・ケア連合学会の両学会のメーリングリストを使った無記名自記式アンケート調査を行った。

【結果】

372名から回答を得た。

職種は医師 253名（女性63 男性 188 その他 2名）、看護師 66名、薬剤師 14名、その他39名であった。在宅医療の経験年数10年以上が55.3%であった。身体的暴力ハラスメントを受けた経験は医師17.3%（男性16%、女性22.2%）、看護師39.4%であった。精神的暴力・ハラスメントを受けた経験は医師35.9%（男性31.9%、女性49.2%）、看護師47%であった。性的暴力・ハラスメントを受けた経験は医師11.9%（男性3.2%、女性34.9%）、看護師42.4%であった。暴力ハラスメントに対する研修を行っている施設は非常に少ないことが明らかとなった。

【結語】

患者および患者家族からの暴力・ハラスメントを受ける頻度は看護師に多く、男性医師に低いことが明らかとなった。詳細な検討はこれから行うが、防止対策の立案・周知とともに、在宅医療・介護現場における医師の役割も考えたい。

【演者略歴】

【略歴】

1982年 東京慈恵会医科大学卒業 同大学第2内科学教室入局

1988年 国立佐倉病院内科医長

1998年 (財)航空医学研究センター 研究指導部長

2005年 慈生会野村病院 副院長

2014年 東京慈恵会医科大学附属柏病院 総合診療部 講師

2016年 同大学 特任准教授

2020年 同大学 教授

2023年 岩手保健医療大学 教授、東京慈恵会医科大学 客員教授 現在に至る

【所属学会】日本生命倫理学会（理事）、日本臨床倫理学会（理事）、日本在宅医療学会（評議員、倫理委員）、日本プライマリケア連合学会（倫理委員）、日本透析医学会（専門医）、日本腎臓学会（専門医）、日本内科学会（認定医）、日本宇宙航空環境医学会（理事）

利益相反：無

S38-2**在宅医療・介護現場における暴力・ハラスメントの実態について～これまでの調査から**

武 ユカリ タケ ユカリ
森ノ宮医療大学 看護学部 看護学科

近年、在宅医療・介護の職員の命が犠牲になった重大事件が複数あり、訪問看護師他、職員や管理者を対象とした複数の調査で、サービス利用者（以下、利用者）・家族による暴力・ハラスメントの体験が決して稀でないことも明らかになっている。また暴力・ハラスメントに関するインタビュー調査でも、職員が利用者宅で怒鳴られたり、凶器を持ち出されたり、性的な嫌がらせを受けたりしても、職員の安全が十分に守られないまま、サービスを続けざるを得ない実態があることもわかっている。在宅医療・介護の現場では、職員が単独で訪問し、サービス利用者（以下、利用者）の住まいでケア、サービスを提供するため、非常に密室性が高いため、現場の実態に応じた組織的な対策が必要である。その対策の重要な一つとして、密室性の高いそれぞれの現場でリスクをアセスメントし予防する、重大な被害を回避できるよう職員の個別の対応力を培うことが挙げられる。

本セッションでは、利用者宅でどのような暴力・ハラスメントが生じているのかの実態について、これまでの調査と本ワーキンググループで実施した調査を含めた例をいくつか紹介し、課題を整理する。また筆者らが実施している「訪問看護師版暴力のK Y T（危険予知トレーニング）＊」について説明し、暴力・ハラスメントのリスクを捉え、自身が場当たりに対応するのではなく、チームで統一した対応策を検討しておくことの重要性について示す。

在宅医療・介護に関わる職員の安全が守られ、安心してケア・サービスを提供できる環境づくりを進めるためには、在宅医療・介護に関わるすべての職種、事業所、関係機関における実態を把握し、多職種、関係機関全体の課題として取り組む必要がある。

＊訪問看護の現場に潜む暴力の危険に気づき、回避、解決していくための職員が被る暴力事故の発生防止を目的とした訓練ツールである。

ダウンロード：<https://onl.la/G56jwru>

【演者略歴】**【略歴】**

1991年 松下看護専門学校 卒業 RN
2001年 神戸大学発達科学部 卒業
2003年 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻 修了 MPH
2019年 大阪市立大学大学院 看護学研究科 修了 Ph.D

2009年 神戸常盤大学短期大学部看護学科 講師
2018年 関西医科大学看護学部 講師
2022年 森ノ宮医療大学看護学部 准教授

【所属学会】

日本在宅医療連合学会、日本生命倫理学会、日本在宅ケア学会、日本プライマリーケア連合学会他

【臨床経験、その他】

1998～2003年 クリニック、訪問看護ステーションで訪問看護師として活動
2005年 在宅ケアにおける困難事例に関する研究調査に取り組む
2008年 全国の訪問看護事業所を対象とした暴力・ハラスメントに関する調査を実施
引き続き、在宅ケア現場における暴力・ハラスメント対策をテーマとして活動、研究に取り組んでいる。

利益相反：無

在宅医療・介護現場における暴力・ハラスメント対策に向けての取り組みの現状

三木 明子^{1,2} ミキ アキコ

¹ 関西医科大学 看護学部 看護学研究科

² 日本在宅医療連合学会 在宅医療・介護現場における暴力・ハラスメントに関するワーキンググループ

日本在宅医療連合学会および日本プライマリ・ケア連合学会の合同調査において、「在宅医療・介護現場における暴力・ハラスメントに関するワーキンググループ」に期待することに関する159名の自由記述の回答を分析した。その結果、回答者数が多かった順に、仕組みづくり・保証制度 (27)、ガイドライン策定・方策提示・政策提言 (20)、相談窓口の設置 (18)、社会への発信と国民の理解 (16)、学会調査の結果公表・分析視点 (15)、事例提示・対応マニュアル作成 (15)、研修・勉強会の開催 (15) などにまとめ、会員の期待が大きいことが示された。

これまで兵庫県や滋賀県の訪問看護師・訪問介護職員安全確保・離職防止対策事業において、「暴力等対策マニュアル」や「暴力・ハラスメント対策マニュアル」が作成され、毎年、研修会が開催されている。兵庫県と埼玉県では複数人訪問費用補助や相談窓口が設置され、複数の都道府県において暴力・ハラスメント防止のための利用者・家族向けの啓発ポスターがホームページに掲載され、ダウンロードできる。厚生労働省のホームページでは「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」が提示され、管理者と職員向けそれぞれの研修手引きが公開されている (https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html)。同じく、厚生労働省のホームページに「医療現場における暴力・ハラスメント対策」として、医療従事者が患者やその家族からの暴力・ハラスメント対策について学習できる教材 (YouTube) を公開している (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/quality/)。著者自身のホームページにおいても、訪問系事業所・職員向けの啓発ポスターや教育・研修のための暴力のKYT場面集がダウンロードできる (<https://www.miki-kmu.com/>)。

以上、国内の最新の暴力・ハラスメント対策に向けての取り組みの現状について、紹介する。

【演者略歴】

【略歴】

1994年 東京大学医学部保健学科 卒業
1996年 東京大学大学院医学系研究科修士課程修了
1999年 東京大学大学院医学系研究科博士課程修了
1999年 宮城大学看護学部看護学科 講師
2001年 岡山大学医学部保健学科 講師／助教授
2005年 筑波大学大学院人間総合科学研究科 助教授／准教授
2018年 関西医科大学看護学部・看護学研究科 教授

【所属学会】

日本産業ストレス学会、日本産業精神保健学会、日本産業看護学会

利益相反：無

シンポジウム39 地方組織委員会企画

地方ならではの在宅学会活動とは？ ～地域フォーラム主催者の振り返りとこれからの地域組織～

S39

【セッション概要】

在宅医療連合学会では、合併前から数えて10年近く、在宅医療地域フォーラムを各地域持ち回りで開催し、地方からの草の根在宅医療活動を盛り上げようとして参りました。そして、この度、地方組織委員会として定款もさだめ、本格的に各地域ブロックごとの学会活動を進めていく体制にしてきております。

『全国規模の学術大会や、学会活動もいいが、もっと顔の見える、地元ごと、地方ごとの在宅の仲間が欲しい、活動をやってほしい』という声はあるにはあるのですが、実際どんな活動のニーズが高いのか、どの職種や団体と向き合えばいいのか、市民交流の配分はどうしたらいいか、そしてコロナ禍を経ての開催形態と予算管理は？、そして節目節目でなにをもって成果と考え、どんな成功体験を地域の仲間と積み重ねたらいいのか？

このシンポジウムでは、学会の地方組織活動の枠組みをお話ししたうえで、これまでの地域フォーラムを主催してきた各委員より、地域フォーラムの開催を通して掘り起こせた地域の学会活動のニーズと、掘れそうで掘れなかった、地域に埋まった活動のニーズについて、振り返りの発表をしていただきます。

会場のみならず、こういった在宅学会活動を、地元の地方でやってほしいというご要望やご意見をたくさんいただきながら、演者として答えてきたいと思っております。どうぞ在宅医療の、草の根の、地方組織を盛り上げるため、このシンポジウムにご参加いただきたいと思います。

座長：小野 宏志 オノ ヒロシ

医療法人社団心

【座長略歴】

平成6年	産業医科大学卒業
平成6年	京都大学医学部心臓血管外科
平成6年	浜松労災病院心臓血管外科
平成17年	坂の上ファミリークリニック開業
平成25年	第16回日本在宅ホスピス協会全国大会大会長
平成26年	第16回日本在宅医学会大会大会長
平成28年	浜松市医師会理事
令和元年	日本在宅医療連合学会理事
令和元年	静岡県医師会理事

座長：吉田 伸 ヨシダ シン

額田病院総合診療科

【座長略歴】

(略歴)

2006年	名古屋市立大学医学部医学科卒
2008年	飯塚病院初期研修修了
2011年	飯塚・額田家庭医療後期研修プログラム修了
2012年	額田病院在宅専門医研修プログラム修了
2020年現在	JPCA 理事 (ICT 診療委員会委員長)
	飯塚病院総合診療科、額田病院総合診療科科長
	飯塚・額田総合診療／家庭医療研修プログラム副責任者
	九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻

(資格)

日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療専門医・指導医
日本専門医機構 総合診療専門研修特任指導医
日本内科学会総合内科専門医
日本在宅医学会在宅専門医・指導医

S39-1

初めてのオンライン開催での地域フォーラム運営と、その後の遠隔教育ネットワークづくりの取り組み

吉田 伸 ヨシダ シン
 颯田病院総合診療科

颯田病院は福岡県の中心やや北よりの飯塚市に位置する96床のケアミックス型在支病で、地域に開かれた継続的ケアを提供するためコミュニティホスピタルの概念を提唱しつつ在宅医療の実践に取り組んでいる。在宅医療専門医の育成活動を通じてお声掛けをいただき、2020年の第2回地域フォーラムを開催する運びとなった。地元の多職種による大会運営委員会を組織し、コンベンションも選定していたが、コロナ禍による対面開催が困難となり、開催4ヶ月前に完全オンライン開催に切り替えることを決断した。プロジェクトチームFという、当時まだ新しかったZOOM®を用いた遠隔教育セミナーの運営に携わっている方に依頼し、自宅から完全オンラインで実施するセッションと、一部演者に会場集合してもらい、ライブ配信するセッションにすべて変更した。会場費用を抑えるため、Wifi環境を確認した上で、自院の講堂と応接室などを会場として利用した。参加者には開催3日前よりすべてのプログラムのURLをまとめた表をリマインドとして送り続けた。結果としてフォーラムには437名の、市民公開講座には280名の参加をいただくことができ、大きな接続トラブルもなく、低予算で開催を完了できた。参加者からは、直前まで家事をしながら教育的なセミナーを視聴できたとの声が寄せられた。発表者はこのフォーラムで実行委員長として得た経験をもとに、その後本学会の地方組織活動のネットワークづくりを月1回のZOOM®で開催したり、別学会の福岡県支部でPEATIX®支払いシステムとの組み合わせで事務コストのかからない遠隔セミナー開催を実施し続けている。本発表では、初めてのオンラインでの地域在宅医療教育の取り組みと、今後の地方組織への応用についてお話ししたい。

【演者略歴】

(略歴)

2006年 名古屋市立大学医学部医学科卒
 2008年 飯塚病院初期研修修了
 2011年 飯塚・颯田家庭医療後期研修プログラム修了
 2012年 颯田病院在宅専門医研修プログラム修了
 2020年現在 JPCA 理事 (ICT 診療委員会委員長)
 飯塚病院総合診療科、颯田病院総合診療科科長
 飯塚・颯田総合診療／家庭医療研修プログラム副責任者
 九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻

(資格)

日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療専門医・指導医
 日本専門医機構 総合診療専門研修特任指導医
 日本内科学会総合内科専門医
 日本在宅医学会在宅専門医・指導医

利益相反：無

S39-2

在宅連合学会初の対面地域フォーラムを開催して（第1回札幌）

大友 宣 オオトモ セン
医療法人財団老蘇会 静明館診療所

筆者は東京都神津島村、神奈川県横須賀市、北海道札幌市で在宅医療を経験し、「在宅医療連携拠点事業」と「人生の最終段階における医療体制整備事業」という、ふたつの厚生労働省モデル事業を実施してきた。この中で様々な出会いと学びがあった。在宅医療の推進には、1) 市民を含めた人生の最終段階（看取り）の文化づくり（再構築）、2) 患者・利用者のための多職種連携、3) 行政や医師会などの組織的関与、4) 地域におけるリーダーシップが重要と考えた。故郷の北海道に戻り、多くのすばらしい在宅医療・在宅ケアのリーダーシップがあることに気がついた。地域フォーラムでは、その力を結集し、北海道から在宅医療・在宅ケアの実践について全国に向けて発信した。地域フォーラムのテーマを北海道弁で表現し、「在宅医療！ゴチャませ！DO（どう）！だべ！サ！」とした。「在宅医療！」に関連する学会や研究会、イベントなどを集約し「ゴチャ・ませ！」とした。北海道（DO！）の在宅ケア関係者が一丸となって行う企画とした。また、学問的探求よりも実践（DO！）を重んじた。参加者が語り合う＝ダベ！ることにした。営利企業の宣伝広告活動は最小限（サ！）とし、同時に学会参加費（サ！）を出来る限り抑えた。このフォーラムの企画を通して北海道の在宅医療・在宅ケアを推進する素地が作られた。コロナ禍を経て2022年9月に北海道在宅医療推進フォーラムを開催し、北海道在宅ケア連絡会を設立することができた。現在地方会開催に向けて準備を進めているところである。賽は投げられた。後は歩み出すのみ。

【演者略歴】

1995年信州大学理学部卒
2002年北海道大学医学部卒
2002年聖隷三方原病院
2004年横須賀市立うわまち病院
2006年～衣笠病院内科医長／湘南国際村クリニック所長
2012年度 厚生労働省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」担当
2015年～医療法人財団老蘇会 静明館診療所
2015年度 厚生労働省モデル事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」担当
2016年 第7回北海道在宅医療推進フォーラム 実行委員長
2019年 日本在宅医療連合学会第1回地域フォーラム 大会長
2022年 日本アドバンス・ケア・プランニング研究会第7回年次大会 大会長

利益相反：無

S39-3

第三回地域フォーラム「あんべいい未来へ秋田からの提案」オンライン開催を振り返って

市原 利晃 イチハラ トシアキ
秋田往診クリニック

2021年9月4日（土）、5日（日）に秋田市にぎわい交流館AUをWEB発信拠点として完全オンライン開催で開催、357名から参加申し込みをいただき、2日で延べ655名からご参加いただいた。

2019年5月11日付で大会長市原利晃が任命を受け、第3回地域フォーラム（秋田）が始動、秋田市にぎわい交流館AUを全館貸し切りで運営する予定であった。しかしコロナ感染症の影響で完全オンラインの方針となり、オンデマンド配信で再調整した。当日のZoomの録画をYouTubeで配信、市民公開講座以外は視聴制限を設け、参加登録いただいた方だけに視聴URLの配布をおこなった。オンライン開催したことでオンデマンド配信が可能となり、遠方の方も参加しやすい、振り返り及び当日参加できなかった企画の視聴も可能など、メリットがあった。今回のフォーラムではグラフィックレコーディングを導入、企画全体の要点を視覚的にもうたえることでわかりやすく、理解を深めることにも一役買っていた。

地元での準備・開催を通じ地域の連携が良好になったことは間違いがない。秋田県のみならず、東北地区の連携にも寄与することができた。秋田の在宅ケアをおこなう多職種がそれぞれの専門性を活かした活動・実際の取り組みをまとめ、それぞれのディスカッションで問題意識を共有できたことは、これからの地域連携に寄与できると考えている。さらに、それらをオンラインで全国的に報告することができたことは有意義であった。

一方、酒どころ秋田としての魅力を皆様に感じていただけなかったことが残念である。地域フォーラムの意義は地域の連携強化、地域の活動報告の場だけでなく、人が集まる祭りとしてのイベント性にもある。コストと意義のバランスを考えながら、今後はその意義をより大きく育てていくことが大切であると思われた。

【演者略歴】

[略歴]

1994年 3月 秋田大学医学部医学科 卒業
1994年 5月 秋田大学医学部附属病院第一外科
1994年10月 大曲中通病院外科
1998年 3月 秋田大学医学部大学院 卒業
1998年 4月 本荘第一病院外科
2000年 4月 雄勝中央病院外科
2005年 4月 秋田大学医学部附属病院第一外科
2007年10月 秋田往診クリニック 理事長

[資格等]

医学博士
日本在宅医学会専門医、指導医
プライマリケア認定医、指導医
日本外科学会認定登録医
日本消化器外科学会認定登録医、指導医
秋田大学医学部臨床教授

[その他]

日本在宅医療連合学会 特任理事、評議員
全国在宅療養支援診療所連絡会 世話人
秋田県緩和ケア研究会 世話人

利益相反：無

S39-4

京都の伝統文化や宗教、地域産業も参加したハイブリッドフォーラムを開催して(第4回京都)

荒金 英樹 アラガネ ヒデキ
愛生会山科病院 外科

【開催概要】

第4回地域フォーラムは近畿支部会主催で2022年10月22-23日に京都学・歴彩館、稲盛記念会館で開催された。第2回、3回が完全オンライン開催であり、3年ぶりの対面のプログラムを盛り込んだ初のハイブリッド開催となった。メインテーマは「共生・協生・京生」、サブテーマに「真の地域包括ケアを目指した地域に開かれた医療・介護へ」とし、医療、介護の枠を超えた幅広い多職種連携によるまちづくりの思いを込めた。

【企画内容】

在宅医療で直面するテーマも従来とは違う視点で議論出来るよう様々な分野の方が参加する企画をした。また、「医療と宗教」、「医療と産業」、「医療と不動産」といったユニークな企画に加え、サテライトイベントとして葬祭業の協力をいただいた納棺体験やイタリアンレストランで障害児とそこご家族を招待したお食事会などが開催された。その開催には行政や宗教界、地域の医療以外の産業界など幅広い支援をいただいた。

【開催状況】

初秋の京都で快晴の中、開催された。医療・介護関係者だけではなく、僧侶やディベロッパー、金融界、行政、一般産業界など幅広い立場の方が参加され、ユニークな議論が交わされた。僧侶の読経の中での納棺体験のイベントは順番待ちの列が伸び、大盛況なイベントとなった。

【課題】

テーマが医療介護関係者だけではなく一般市民の参加者が参加したことは有意義であったが、企業展示やテーマによって様々な制約があることが浮き彫りとなった。医療・介護関係者限定のゾーンを設ける必要に迫られ、プログラムの確定がギリギリまで調整が必要となった。

【今後に向けて】

本フォーラムは各支部会単位で開催される為、各支部の交流を促進する有用な機会であり、「地域づくり」を視点に企画されれば、本大会とは違った位置づけで発展するものとする。

【演者略歴】

1992年 京都府立医科大学卒業
1992年 京都府立医科大学 第一外科 医員
1993年 済生会京都府病院 外科医員
1996年 京都府立医科大学 消化器外科 医員
2000年 一般社団法人愛生会山科病院 外科医長
2004年 一般社団法人愛生会山科病院 消化器外科部長
2010年 京滋摂食嚥下を考える会 代表世話人
2019年 京介食推進協議会会長 現在に至る

利益相反：無

S39-5

東海支部会の発足と活動について

洪 英在 ホン ヨンヂェ
医療法人康誠会 東員病院

東海支部は全国に先駆けて発足した。2021年5月より東海地区の有志メンバーで準備会議を重ね、3つの委員会(災害、生涯教育・学術、小児在宅・トランジション)で活動を行うことをまず決めた。その後、各委員会の活動メンバーを定め、2022年1月から準備会議を開始した。3つの委員会はそれぞれ、「持続可能なくらしをつくる委員会」(災害)、「みんなの学びとつながりを支える委員会」(生涯教育・学術)、「子どものやりたいと幸せを目指す委員会」(小児在宅・トランジション)と定め、2022年5月15日に発足式を迎えた。発足式では、活動に興味を持ってもらい、仲間を広く集めることを最優先とし、完全オンライン開催とした。前半は東海地区の面白い活動を行っている方に思い、夢を語ってもらい、後半は各委員会の活動方針を語ってもらった。総勢300名程度の参加者を認め、終了後のアンケートでは、委員会活動や東海支部活動への参加希望者を多数認めた。

2023年4月現在、各委員会が積極的に活動を行っており、8月5日土曜日に開催予定の地方学術集會にむけて準備を行っている。また、各委員会の独自の活動も行っている。

全国に先駆けて発足したものの、課題も多く存在する。オンラインが当たり前の時代に、東海地区のみで集って行うメリットは何なのか。また、有志の知り合い、というつながりで集めたコアメンバーであり、どうしても偏りが生じてしまい、活動の範囲が限定されてしまうのではないのか。他の団体との協働をどのように行っていくのか。など、常に課題にぶつかっている。

シンポジウム当日は、そのような委員会の活動内容の紹介、活動にあたっての課題をまとめて話をする予定としている。

【演者略歴】

2003年	名古屋大学医学部医学科	卒業
2003年	J A長野厚生連佐久総合病院	初期研修、総合診療科 後期研修
2008年	国立長寿医療研究センター	高齢者総合診療科
2014年	三重県立一志病院	家庭医療科
2021年10月	医療法人康誠会東員病院	総合診療科
2022年4月	名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学・公衆衛生学	博士課程 役職
	日本在宅医療連合学会	理事
	日本在宅医療連合学会	次世代委員会 委員長
	日本在宅医療連合学会東海支部会	会長
	日本老年医学会	評議員
	日本プライマリ・ケア連合学会	評議員
	所属学会、資格等	
	日本内科学会認定内科医、総合内科専門医	
	日本老年医学会認定老年病専門医、指導医	
	日本プライマリ・ケア連合学会認定医、指導医	
	日本在宅医療連合学会在宅医療認定専門医	

利益相反：無

シンポジウム40 日本難病看護学会合同企画

在宅医療を支える難病看護ベストプラクティス

S40

【セッション概要】

難病療養では、当事者のみならず、その支援者たちも療養行程を伴走することが求められます。支援者として行き詰まりや悩むことも少なくありませんが、チームで対峙する糸口をさがっています。その難病看護の実践に、認証を与え、地域での難病支援の核となるべく、日本難病看護認定難病看護師制度が始まりました。

本シンポジウムでは、難病療養を支える難病看護師や難病をサブスペシャリティとする慢性疾患専門看護師の日ごらの実践活動、そして、新潟で展開中のICTを活用した療養支援の実際についての報告から、難病看護を専門とする看護師の存在を知ってもらうとともに、難病支援にみんなで取り組む醍醐味について共有をしたいと思います。

座長：平澤 則子 ヒラサワ ノリコ

長岡崇徳大学看護学部

【座長略歴】

1981-1996 新潟県保健所保健師として難病保健や母子保健、精神保健を担当

1997-2001 新潟県立看護短期大学 専攻科地域看護学専攻 講師

2002-2010 新潟県立看護大学看護学部 地域看護学 准教授 2011-2021 同教授

2022-現在 長岡崇徳大学看護学部 在宅・公衆衛生看護学 教授

学位（看護学）

座長：宇田 優子 ウダ ユウコ

新潟医療福祉大学看護学部看護学科

【座長略歴】

1986年～2010年3月まで新潟県保健師として勤務。2010年4月から新潟医療福祉大学看護学科の教員として現在に至る。専門領域は公衆衛生看護学、地域・在宅看護学、研究テーマは「難病患者の災害への備え行動促進要因」。保健学博士。

S40-1

難病看護実践報告 ―難病看護と遺伝看護の架け橋に―

関屋 智子 セキヤ トモコ

金沢大学附属病院 遺伝診療部

難病において約7割は遺伝性疾患である。難病の当事者（患者本人やご家族）と関わる医療者の中で、遺伝に関する相談を受けたことのある方も多いのではないだろうか。遺伝に関する思いや悩みは、疾患や病期、それぞれの立場（患者本人、配偶者、血縁者など）で異なり、またライフステージやライフイベントによって変化する。遺伝性疾患の告知を受けとめること、遺伝性のことを家族や大切な人へ伝えること、今後の人生設計や次世代への懸念など、様々な思いを患者・家族は抱いている。

看護職は当事者にとって最も身近な存在であり、外来や病棟、在宅、地域の相談窓口など、様々な場所で日常的な看護や関わりを通じて、切実な思いや生活の実状に触れる職種である。看護職が、遺伝性疾患をもつ方や家族が抱く思いや潜在的な課題を理解し、いつでも相談して良い雰囲気に関わり、まずは遺伝に関する気がかりを受けとめることが、支援の第一歩となる。一方で、患者・家族から遺伝に関する相談を受ける際、自分に対応できるか自信がない、身構えてしまうという声を耳にする。

遺伝に関することを「特別なこと」「専門部署が担うこと」ではなく、患者・家族に最も身近な医療者が、まず思いを聴き、状況の把握と課題の整理、専門部署へ橋渡しする体制が構築できることを目指して、実践している活動を報告する。難病看護師、認定遺伝カウンセラー[®]として、難病領域の看護職やコメディカルスタッフを対象とした研修会や意見交換会の開催、遺伝性疾患の患者会に出向いたり、当事者の方々、当事者と関わる全ての医療者が、遺伝に関することや、遺伝カウンセリングに対して、難しいイメージを抱かずに、少しでも遺伝医療を身近に感じて頂けるよう、顔の見える関係作りを目指していきたい。

【演者略歴】

【略歴】

2007年3月 金沢大学医学部保健学科看護学専攻 卒業
 2007年4月 金沢大学附属病院 看護師 病棟勤務（脳神経内科・核医学診療科）
 2018年4月 金沢大学附属病院 副看護師長 病棟勤務（脳神経外科）
 2022年3月 金沢大学医薬保健学総合研究科医科学専攻 遺伝カウンセリングコース修了
 2022年4月 金沢大学附属病院 遺伝診療部勤務 現在に至る

【資格】

認定遺伝カウンセラー[®]、看護師、日本難病看護学会認定難病看護師、保健師

【所属学会】

日本人類遺伝学会、日本遺伝カウンセリング学会、日本神経学会、日本神経治療学会、日本難病看護学会、日本遺伝看護学会、日本難病医療ネットワーク学会

利益相反：無

S40-2

暮らす場を通して思いをつなぐ ―慢性疾患看護専門看護師の立場から―

近 文香 コン アヤカ

新潟大学医歯学総合病院

難病の病みの行路は長く、その行路の大半で、患者さんは自宅、つまり地域で暮らす。私は神経難病をサブスペシャリティに持つ慢性疾患看護専門看護師として大学病院の病棟で勤務しているが、大学病院という場で出会う神経難病を持つ患者さんは、急激な状態の悪化や深刻な症状を抱えることが多く、病みの軌跡の局面で表すと下降期にある。コミュニケーションすら困難な患者さんと向かい合いながら、高度な治療や新たなケアを提供したり、重要な意思決定支援をしたりすることが多い。そのなかで、時折、「自分たちがいま接している患者さんの入院中の現在は、長い病みの行路のなかのほんの一部でしかない。自分たちは本当に患者さんの思いを理解してケアをできているのだろうか。」という葛藤を感じ、立ち止まることがある。

慢性疾患看護において、病を抱えながら生きる患者に関心を寄せ、より深い対象理解に常に努めることは非常に重要であると考えている。神経難病の場合は、病みの行路が非常に長いことや運動機能の低下という特徴から、患者さんの暮らす場が、自宅や病院、施設などに変化することが多い。そのため、看護師や支援者は、たとえ暮らす場が変わったとしても、患者さんや家族の抱く思いをつなぎ、対象理解に努め続けることが重要である。それぞれの場に関わる看護師や支援者が、点ではなく線で患者さんの過去・現在・未来の理解を深めていくことができれば、前述のような葛藤は和らぎ、より患者本位のケアに近づけるのではないかと。

本シンポジウムでは、暮らす場を通して思いをつなぐことの重要性を感じた経験を振り返り、神経難病患者さんへのケアを慢性疾患看護専門看護師の立場からご紹介したい。

【演者略歴】

2008年 看護師免許取得 消化器内科、脳神経内科などで勤務

2014年 神経難病の緩和ケアに興味を持ち、新潟大学大学院保健学研究科博士前期課程入学

2017年 同修士課程修了

2020年 日本看護学会認定慢性疾患看護専門看護師取得 サブスペシャリティは神経難病

現在、新潟大学医歯学総合病院西9階病棟（脳神経内科・皮膚科）副看護師長として勤務しながら、新潟大学大学院保健学研究科博士後期課程在学中

利益相反：無

S40-3

ICT利活用によるALS患者の療養支援 ～保健所保健師の実践から～

大井 麻耶加 オオイ マヤカ
新潟県長岡地域振興局健康福祉環境部

当部の難病対策では、個別と集団の支援を行うとともに、支援者間の連携を深め、把握した課題の解決に向けた新たな事業の開拓を行う等、地域ケアシステムの構築に努めている。

筋萎縮性側索硬化症の患者（以下、ALS患者）への個別支援において、病状進行によりできないことが増える喪失体験による精神面の落ち込みが、多くの患者で見られた。発症前からスマートフォンを利用している患者は、操作が困難になる事例が多い一方、意志伝達装置などの専門的なICT支援はさらに進行してからというのが一般的であり、機器を利用できない期間が生じていた。

このような背景を受け、早期から汎用のICT機器の利活用により、失われた機能を補い社会とのつながりを保つことで患者と家族の生活を豊かにすることを目的に、汎用機器とスイッチ等の補助機器の貸し出しと活用支援、学生等を対象に難病ICTサポーター養成を行った。事業実施にあたっては、企画の段階から地域づくりを行う企業、神経難病専門病院等と連携するとともに、SEIQoL-DWを用いて患者のQOLの変化を測定し、事業評価を行った。

ICT機器を導入した5名の患者は、導入後にSEIQoLインデックスが上昇する等、患者と家族の生活の質向上が示唆された。また、体験型のワークショップを含めた研修を実施し、22名の難病ICTサポーターを養成した。

本取組の成功要因は、関係機関とともに一人ひとり丁寧に支援をしたこと、各機関が協働し連携体制を整備したことである。その結果、地域での難病患者へのICT支援体制の構築推進が加速した。今後は、支援対象の拡大と周知方法の検討によりICTの利活用をさらに促進させ、サポーターの組織化により持続可能な難病ICT支援のしくみを構築していきたい。

【演者略歴】

【略歴】

2010年 首都大学東京健康福祉学部看護学科（現 東京都立大学）卒業
2010年 新潟市役所 保健師
2014年 青年海外協力隊 ホンンジュラス派遣
2017年 大田区役所 保健師
2021年 新潟県長岡地域振興局健康福祉環境部 保健師 現在に至る

利益相反：無

S40-4

ICT 支援サポーターの取り組み～学生ボランティアの立場から

山田 萌加 ヤマダ モエカ
長岡崇徳大学 看護学部 看護学科

実習やインターンなど、今までの学生生活で難病を患った方と関わる機会が少なく、授業でも難病を抱える人とのコミュニケーション方法について少し学んだだけであった。そのため、難病とともに生きる患者・家族がどのような悩みを抱えているのか、在宅でどのように生活されているのかを想像することが難しかった。在宅療養者支援においては、専門職だけではなく学生にもできることがあり、ICT 機器の活用は、個別性に配慮した支援に繋げることができる部分に魅力を感じた。また、難病療養者様とその家族の気持ちを知るきっかけにしたいと考え、ICT サポーター養成講座に参加した。

ALS 療養者は、病が進行するとスマホなどの操作が難しくなり、コミュニケーションの手段を失うことにつながる。養成講座では、療養者様はコミュニケーションの手段を失うことで、他者との関わりが希薄になることや、役割を失ってしまう恐れがあることを学ぶことができた。サポーターになることで、学生は療養者様や家族から様々なことを教えていただき、療養者様は学生の指導者という社会的役割の保持につながると考えた。また、療養者様や家族に、看護学生も難病ケアに関心を持ち役に立ちたいと考えていることを知っていただくことで、少しでも心の支えになるのではないかと考えている。

今までは、コミュニケーションの方法として「こうでなくてはならない」という固定観念にとらわれていたが、スマホなどの身近な道具を活用するといった「柔軟に物事を考える」必要性を実感した。柔軟に考える際に最も重要なことは「どうしたら生活が豊かになるか」と考えることである。訪問に行った際の学びは、当日報告させていただく。

【演者略歴】

2020年 長岡崇徳大学看護学部 入学 現在に至る

利益相反：無

シンポジウム41

地域ケアが主導する！【地域の入退院支援ルール作成プロジェクト】

S41

【セッション概要】

日本における「入退院支援」とは退院前カンファレンスに代表されるように「病院の入退院支援」を指す。「病院の入退院支援」は「入院日数の短縮」と「(短期間での)再入院率の低下」によりその効果を評価する。近年、患者の価値観に基づいた療養を支援するという考え方が広がりつつあり、入院をきっかけに開始される「病院の入退院支援」だけでは十分な患者支援は難しいことが認識されている。この状況を受けて、萌芽的取組として愛知県内の2つのモデル医療圏で「地域の入退院支援」実践への取り組みが開始されている。「地域の入退院支援」では、患者（利用者）のQOLの維持や向上が評価の対象となる。「地域の入退院支援」では、日常の療養支援の段階から療養の意思決定支援や入院に向けた準備、入院時の速やかな患者の療養希望情報などの提供が特に重要となる。患者の価値観や希望に沿った療養の実現に向けての「地域の入退院支援」実装の取組や課題を、さまざまな立場から議論し、ブラッシュアップする機会としたい。

座長：三浦 久幸 ミウラ ヒサユキ

国立長寿医療研究センター病院 在宅医療・地域医療連携推進部

【座長略歴】

’93年名古屋大学大学院医学研究科修了
’95年名古屋大学医学部老年科入局
’99年国立療養所中部病院内科医師。その後第4内科医長を経て
’04年国立長寿医療センター外来診療部外来総合診療科医長
’12年から独立行政法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長
’15年から国立研究開発法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長
’16年から同センター在宅医療・地域連携診療部長併任
’19年6月1日から同センター在宅医療・地域医療連携推進部長

座長：後藤 友子 ゴトウ ユウコ

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター病院 在宅医療・地域医療連携推進部

【座長略歴】

2010年 日本赤十字看護大学 卒業
2012年 聖路加看護大学（現:聖路加国際大学）博士前期課程 修了
2012年より現職
2013年より愛知県委託の在宅医療介護連携推進関連事業、地域包括ケア関連事業、連携人材育成関連事業の運営に関わる
2021年より愛知県委託の入退院調整支援事業運営に関わる

S41-1

身寄りがない人で意思決定が困難な人への支援に関する地域医療機関ガイドライン作成の取り組みから

野田 智子 ノダ トモコ
JA 愛知厚生連 江南厚生病院

1. はじめに

江南厚生病院は、愛知県尾張北部に位置する人口30万人の診療圏にある地域医療支援病院です。当院と後方連携する11医療機関と病病連携会議を毎年開催しており、その中で身寄りがない人で退院困難になる方の支援を推進するためのルール作りに取り組みました。その経過から、地域連携課題と地域の入退院支援のルールについて考察したので報告します。

2. 要旨

近年地域では一人暮らしの方が増加しています。その中に、家族がいないまたは連絡の取れる家族が見つからない状態、見つかっていても疎遠で対応できない方が増えています。こうした身寄りのない状態の人が、救急病院で退院困難な患者となっています。

身寄りのない人で意思決定が困難な状態にある患者が医療機関内で課題となることは、医療同意の問題とそれ以外のことに分けられます。これらの問題に対して院内での対応マニュアルの作成と組織内の体制整備に取り組みました。しかしながら一人の患者の入退院支援という流れの中では当院以外の医療機関でも一貫した対応にならなければ、次の療養先の選択肢に不利益が生じます。医療機関間の共通の知識や考え方を「地域医療機関ガイドライン」の作成という形で医療機関および行政の方々との協力により着手しました。これらの取り組みは地域における入退院支援のルールとしても機能することにつながっています。

3. 考察・まとめ

身寄りのない状態への支援は、本人の意思が確認できない状態になったときに、どのように入退院支援を行うかは一つの組織だけで対応できない問題を内包し、地域の中で連鎖する地域課題です。地域課題に対して地域での共通ルールを作ることが重要で、医療機関間や福祉施設の入退所も含めた切れ目のない対応が必要であること、行政も含めた地域システムとして機能するよう仕組みづくりを推進する役割を担うネットワークが大切だと考えます。

【演者略歴】

野田 智子（のだ ともこ）プロフィール
役職：JA 愛知厚生連江南厚生病院 地域連携部 患者支援室長
資格：認定社会福祉士（医療）、精神保健福祉士

1989年4月 J A 愛知厚生連 昭和病院に医療ソーシャルワーカーとして入職
2008年5月 JA 愛知厚生連 江南厚生病院に統合移転。地域医療福祉連携室長
2011年6月 愛知県社会福祉士会理事（2019年6月まで）
2014年5月 愛知県医療ソーシャルワーカー協会副会長（2021年5月まで）
2023年現在 地域連携部 患者支援室長。

日本医療ソーシャルワーカー協会社会貢献部身元保証人問題チーム協力員
愛知県社会福祉士会（綱紀委員、スーパービジョン委員会、生涯研修委員）
愛知県医療ソーシャルワーカー協会（綱紀委員、実践研究支援委員会）
学会：日本臨床倫理学会、日本医療マネジメント学会、日本臨床救急医学会、日本エンドオブライフケア学会

利益相反：無

S41-2

地域全体での入退院支援の仕組みづくり

早川 勝広 ハヤカワ カツヒロ
春日井市役所 健康福祉部 地域福祉課

【はじめに】本市における入退院支援は、在宅医療介護連携推進事業の一環として、春日井市医師会に委託した春日井市在宅医療・介護サポートセンターで取り組んできた。令和元年に医療機関に対して実施した入退院支援のアンケート調査結果では、「病院ごとの連携方法で調整は出来ている」ことから、各医療機関の独自の方法で入退院支援が行われており、ルール化の検討には至っていない。

【活動】入退院支援において、医療機関主導で地域ケア関係者が受動的に関わるのではなく、地域全体で入退院支援全体の仕組みを創設していく目的で、モデル事業に参加した。令和3年度は入退院支援に関する介護関係者の理解のベースを揃え、令和4年度は、医療・介護関係者がグループワークを重ね、統一したルールの作成に取り組んできた。はじめに、医療・介護関係者及び本人・家族が有する情報の質と量の差、情報の送り手と受け手の認識のギャップ、時の経過とともに変化する本人の状態や思いの把握状況の乖離等を、異なるシナリオを通して体感し、医療側と介護側の双方の立場を理解するところから着手した。続いて、互いの立場や状況の相互理解をベースに、ギャップを埋めるために取り組めることを検討し、ルール化できるものは言語化していった。

【考察】ルールにより入退院支援における課題の多くが解決できるものではないが、医療・介護関係者が話し合った仕組みを徹底することで、確実な前進が見込めると考える。また、作成したルールは、実用化できなければ意味をなさない。本市には2つの急性期病院があり、入退院支援には意識や手続きなどの大きな差異があったが、プログラムを共有したことで良好な滑り出しはできた。行政の立場としては、介護保険居宅・施設事業者連絡会と協働し、介護の現場で実践して課題を抽出し、改善へつなげることを繰り返していく。

【演者略歴】

2006年3月 日本福祉大学社会福祉学部 卒業
2006年4月 佐藤病院 医療福祉相談室
2010年9月 愛知県済生会病院 医療福祉・地域相談室
2015年4月 春日井市民病院 医療連携室
2021年4月 春日井市役所 地域福祉課

利益相反：無

S41-3

入退院支援における介護支援専門員の課題からみえる一考察 ～ゆらぐ本人と家族の意向を支えるために

榎田 あおい クシダ アオイ
一般社団法人 愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会

1. はじめに

国は、地域包括ケアシステムを構築していく中で、地域支援事業の中に、医療介護連携を組み込み、推進している。介護保険の制度改正の中で、入退院支援に関して、診療報酬、介護報酬両者に加算が設置されている。入院前から退院後の生活へつなぐ支援が速やかに行われ、また「ときどき入院ほほ在宅」という生活が定着できるようなプロセスを各地域で構築できるようガイドラインの策定に取り組んでいる。しかし、まだ介護支援専門員と医療機関との多職種協働は十分機能していないという意見もあるのが実際である。事例から課題を明確化し、共有することで、円滑な連携の足掛かりとしていきたい。

2. 背景

介護支援専門員の役割は、住み慣れた地域でその人らしい生活を送ることができるように、本人のニーズに沿った適切なサービス等が包括的に提供されること、また入退院時にも途切れることのない継続的なサービス提供が行われるよう支援することである。利用者が入院した時に、以前の自宅での本人の状況や意向、使っている介護サービスなどを入院時連携シートで医療機関に情報提供することで共有することを実践している。その中で、2012年の「退院時ケアマネジメントに関する実態調査」から、症状の予後のイメージを専門職と共有することが難しいとの意見がある。状況がわからない中で、療養場所を自宅や施設でという選定をすることに退院支援を協働する上での課題となるのではないかと考える。

3. 考察

利用者を取り巻く生活は様々である。住宅環境、家族環境などを踏まえ、本人が希望している生活の意向とは何か、それぞれ利用者からアセスメントをし、医療機関の専門職と再評価をしていく協働作業が退院支援には重要だと考える。

【演者略歴】

経歴 1999年 東海学院大学 文学部人間関係学科 卒業
1999年 介護老人保健施設 支援相談員
2003年 2次救急病院 MSW
2004年 3次救急病院 併設居宅介護支援事業所にて介護
支援専門員 現在に至る

利益相反：無

S41-4**在宅医療・介護連携支援センターが抱える入退院支援における課題**

永井 光代 ナガイ ミツヨ
海部医療圏在宅医療・介護連携支援センター

海部医療圏は愛知県西部に位置し、7市町村に2つの医師会で成り立っている。

医療圏全体の人口は約33万人であり、高齢化率は27.5%と全国平均と同水準だが、愛知県平均の25.5%に比べると高い地域である。また、隣接する名古屋医療圏に病院・診療所が多数あることから自域依存率55.7%と低い水準となっている。

平成30年度より市町村で在宅医療・介護連携推進事業の実施が義務化されたことを受け、それまでの2つの医師会が事業を展開してきた在宅医療サポートセンターの取り組みを引き継ぎ、7市町村が共同で当センターを設立した。活動内容は、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築、医療・介護関係者の情報共有、相談の支援、研修機会の提供及び住民向け普及啓発などである。

現在この地域では、医療・介護連携を円滑に進められるよう、ワーキンググループで検討・作成した入院時の情報連携シートや医療介護連携のための共通様式を使用し、情報共有を図っている。しかしながら、運用ルールやマニュアルはなく、令和3年に実施した利用状況調査の結果、共通様式を知らないケアマネジャーがいることも判明した。

この度、愛知県入退院調整支援事業におけるモデル医療圏に選定され、地域ケア関係者、基幹病院の関係者及び行政が話し合い、現状と課題についての検討を行った。

この中で、入退院時における情報共有や連携においては、ケアマネジャーや病院スタッフの個々の知識や経験則に左右される部分が多いことが判明した。それらを踏まえたモデルルール案を作成し、地域全体へ質の高い支援の仕組みを浸透させていくことは重要な課題である。各ワーキンググループや地域の会議などを通じ、多職種が連携して広く周知し、支援者の誰もが同じルールを運用し入退院時の支援を行うことで、地域の人々が健やかに心豊かに暮らせるための広域のまちづくりに寄与していきたいと考えている。

【演者略歴】

1987年より中部労災病院、県立循環器呼吸器病センター（旧県立尾張病院）を経て、2011年に津島市民病院に入職。同病院内の訪問看護ステーション、地域医療センター等を経て、2022年4月より現職。

利益相反：無

S41-5

愛知県入退院調整支援事業における入退院支援の課題

井藤 直美 イトウ ナオミ
国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

【背景】入院患者数や救急搬送件数の増加が見込まれ、今後は要支援者や介護保険未申請者の入院リスクも懸念される。入退院支援は医療機関や地域ケア関係者だけでなく市町村も連携し共に行う取組であると意識を変化させる必要がある。【目的】愛知県では入退院調整支援事業として入退院支援のルール作成を進めている。県の事前調査では入退院支援は医療機関による取組という印象が強く、医療機関独自のルールも見受けられた。本事業は日常生活を支援する地域ケア関係者が、受け身ではなく積極的に入退院支援に関わるよう「地域の入退院支援」を目指し、市町村担当者、地域ケア関係者、医療機関従事者を対象とした研修形式で実施している。【結果】ルール作成だけでなく、事業後も地域が自立してルールを運用し入退院支援を発展させていくことが重要である。対象の2つのモデル医療圏は、①市町村による任意合同組織である在宅医療サポートセンターを有する、②複数市町の医師会主導組織があるが医療圏全体の繋がりはない、と異なる地域性がある。研修後アンケートでは、参加者が地域の入退院支援やルールに対し理解を示す一方、入退院支援における組織化については両医療圏ともに市町村職員の消極的回答が目立った。【課題】両地域の連携の仕組みづくりは本事業の入退院支援の課題のひとつである。入退院支援は医療機関からの患者の状態の引き継ぎという狭義の捉え方から、地域包括ケアを目指す地域全体の課題へと発展しており、地域の協力が必要である。しかし患者の視点に基づく柔軟な対応は不確実で財源試算の対象にされにくく、関係専門職の意識や行動変容といった個々の努力に委ねられやすい。地域包括ケア構築に向けて市町村、地域ケア関係者、医療機関が手を取りあっていくための支援対応の検討が求められる。

【演者略歴】

1992年 名古屋大学医療短期大学部看護学科 卒業
急性期外科病棟勤務後、デイケア、訪問看護、施設看護、介護士育成講師等を経験
2012年 病院勤務に復職し、地域包括ケア病棟立ち上げ、退院調整看護師を兼務して活動
2017年 在宅診療クリニック勤務
2020年 日本福祉大学大学院医療福祉マネジメント研究科（修士課程）修了
2021年～ 国立長寿医療研究センター 在宅医療地域医療連携推進部 研究員
現在、愛知県入退院調整支援事業を担当

利益相反：無

S41-6**「地域の入退院支援ルール作成」に向けた訪問看護ステーションの役割
— 病院併設訪問看護ステーション管理者の視点から —**

熊木 綾子 クマキ アヤコ
独立行政法人国立病院機構新潟病院

疾病や障害を持つ人々が自らの人生をどのように歩むかを選択し、住み慣れた地域で、自分らしい生活を最期まで続けていくためには、医療・介護・福祉を提供する専門職すべてがその支援方法を考え、実践していくことが重要である。入退院支援において、病院の医療者・ケア提供者は、患者のこれまでの暮らしを把握し、病状が患者の生活に与える影響をアセスメントした上で、今後の治療方針、入院の目的及び退院後の暮らしについて患者・家族と話し合い、意思決定支援、方向性の共有を行っている。さらに、地域でこれまで患者・家族を支えてきた医療者やケア提供者とも情報を共有し、患者・家族も含めたチームで医療・ケア内容の調整を行いながら、退院に向けて準備を整えている。入退院支援は、入院患者が適切な時期に適切な医療を受け退院後も安全な療養が継続できるよう入院前から取り組む患者・家族へ提供されるケアである。患者の生活は退院後も続いていくことから、入退院支援において地域のケア提供者の役割は大きい。

当地域において、地域のケア提供者である訪問看護ステーションが入退院支援にかかわる機会として、入院時の看護サマリー提出と退院前カンファレンスへの参加、退院前訪問、退院日訪問などがあるが、病院が主体となって実践されている現状がある。入退院支援において訪問看護ステーションが求められていること、病院に求めることを病院や地域とすり合わせしていくことで私たち訪問看護ステーションも強みを活かし能動的に活動していくことができると考える。

現在当地域の訪問看護ステーションが入退院支援に関して不足を感じていることを各ステーションの管理者の意見をもとに報告する。その上で取り組みを始めている他の自治体の現状と照らし合わせ、意見交換を行うことで訪問看護ステーションに期待される役割について再認識し、さらなる相互理解と連携構築に繋げて行きたい。

【演者略歴】

2016年 独立行政法人国立病院機構新潟病院 看護師長
2019年 独立行政法人国立病院機構新潟病院 訪問看護ステーションゆきさくら管理者 現在に至る

日本在宅医療連合学会

利益相反：無

シンポジウム42

大規模訪問看護ステーションが果たす機能とそのチーム運営

S42

【セッション概要】

2014年に機能強化型訪問看護ステーションが創設され、大規模化が国策として推進されている。その効果もありSTは増加の一途をたどっており、1万4千カ所超まで増えつつある。大規模化は時代の必然であり、地域における包括ケア体制構築において、中心的な役割を担うことは間違いない。

しかし、病院と比較すると大規模なSTも小規模に違いなく、臨床能力の維持向上、チームマネジメント、人事・労務などのノウハウが確立しているとは言い難いことから、本企画を開催する。議点として6つを提示する。

- 1) 「緩やかなプライマリー制」などチーム編成のあり方
- 2) 24時間対応体制の実際
- 3) 看護師以外の専門職等が果たす役割とその活躍
- 4) 人事労務等の管理業務や経営戦略・データ分析など運営の屋台骨を担う人材の配置
- 5) 地域住民などに対する情報提供や相談、人材育成のための研修等取り組みの実際
- 6) 人材確保や次世代の管理者育成

大規模STの管理責任者4名が、これまでに蓄積した経験やノウハウを共有する。加えて、厚生労働省より担当者をお招きして、今後を見すえた地域看護の展望について議論したい。

座長：川越 正平 カワゴエ ショウヘイ

あおぞら診療所

【座長略歴】

1991年東京医科歯科大学卒。虎の門病院での内科研修（5年間）修了後、同院血液内科医員。1999年医師3名のグループ診療の形態で千葉県松戸市に在宅医療を中心に取り組むあおぞら診療所を開設。

臨床実践と並行して、緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）、柏プロジェクト（東京大学）、在宅医療連携拠点事業（厚生労働省医政局）、地域包括ケア研究会（厚生労働省老健局）、適切なケアマネジメント手法（厚生労働省老健局）などの国等の事業や研究に関与してきた。

一方、松戸市医師会在宅ケア担当理事として、介護保険運営協議会や地域ケア会議の会長を2014年度以来担当するとともに、松戸市から松戸市医師会への事業委託に基づき2018年度に設置された松戸市在宅医療・介護連携支援センターの管理責任者を務めている。2022年度より松戸市から一部委託を受けて、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業に取り組んでいる。2022年に松戸市医師会会長に就任。松戸市糖尿病・CKD対策推進ネットワーク会議座長、松戸市障害者福祉計画推進協議会議長等も担当して、保険者と医師会の関係性強化や地域共生社会実現に向けて取り組んでいる。

その他に、日本医師会小児在宅ケア検討委員会委員、千葉県医師会地域包括ケア対策委員会委員長、日本在宅医療連合学会副代表理事、東京医科歯科大学臨床教授。

主な著書に、「医師アウトリーチから学ぶ地域包括ケア支援困難事例集」（2023、長寿社会開発センター）、「今日の治療指針（2018年版～、医学書院）」、「在宅医療バイブル第2版」（2018、日本医事新報）、「介護職のための医療とのつきあいかた」（2016、メディカ出版）、「君はどんな医師になりたいのか」（2002、医学書院）、「初期プライマリケア研修」（1994、医学書院）など。

座長：平原 優美 ヒラハラ ユミ

公益財団法人 日本訪問看護財団

【座長略歴】

学歴

・1987年 鳥根県立総合看護学院保健学科卒業（現・鳥根県立大学）

・2011年 首都大学東京大学院（現・東京都立大学大学院）

博士前期在宅看護専門看護師コース修了し、

2012年在宅看護専門看護師取得

・2018年 首都大学東京大学院 博士学（看護学）取得

職歴

・1987年 鳥根県立中央病院

・1990年 東京ふれあい医療生協 梶原診療所 訪問看護係

1998年 東京ふれあい医療生協 ふれあい訪問看護ステーション

開設所長

・2006年 財団法人 日本訪問看護振興財団立

あすか山訪問看護ステーション所長

・2011年 公益財団法人 日本訪問看護財団

あすか山訪問看護ステーション統括所長

・2018年 事務局次長を兼務

・2022年 公益財団法人 日本訪問看護財団 常務理事

S42-1

制度創設と同時に開設した一訪問看護ステーション 西宮市訪問看護センターが理念とする「住み慣れた場所で最期まで過ごせる地域づくり」と大規模ステーションの機能

山崎 和代 ヤマサキ カズヨ
西宮市訪問看護センター

西宮市訪問看護センターは人口50万人の中核都市、兵庫県西宮市に位置する。当センターが大規模ステーション機能を持つに至ったポイントを4点考察する。

① 阪神淡路大震災の経験から自立支援を強化

「訪問したくともできない」を経験し、セルフケア獲得から「訪問看護卒業」の「自立支援」を当センターのスタイルとした。起こりうる状態と対策を本人家族が理解し対応でき、日中訪問の懸案事柄をつぶしておくことで緊急事態が減らせ、計画訪問を安定的に担う、「依頼を断らない」大規模ステーションに成長した。

② 公的制度の理念実現をチーム制で実現

ただ、いざ卒業となれば「ずっと来てほしいのに」「他の事業所に依頼した」と、利用者やケアマネジャーから言われることは多々ある。利用者の状態把握と予測に基づくタイムリーなサービス提供はチーム制で担えると自負する一方、デマンドに基づくサービス継続では公的保険の理念に沿わない葛藤はあるが解決は容易ではない。

③ 事務職員との協働

人事労務等の管理業務は法人内の専門部署が主幹するほか、経営戦略・データ分析は管理者と協議・共有し客観的な見解を運営に取り入れることが可能となる。管理者が事務職員と効果的に協働、連携し互いの強みを活かすことが、大規模ステーションの機能維持に有効である。

④ 地域づくりを目指し続ける

開設当初からの理念「地域づくり」は、①②で述べたサービス提供のあり方が柱となる。さらに、地域活動に人材を出し推進者となれる強みが大規模ステーションにはある。具体的には、訪問看護ステーションのネットワーク強化を牽引し、行政との災害対応体制や新型コロナ対応体制、医療的ケア時支援体制を構築した。また、看看連携推進のため、急性期病院の退院調整病棟会議に訪問看護師が参加している。県内初の新卒訪問看護師採用は人材確保、育成、次世代管理者育成につながり、地域づくりの一環ともいえる。

【演者略歴】

【略歴】

1987年 大阪医科大学付属病院

1993年 兵庫県西宮保健所

1994年 西宮市社会福祉事業団 西宮市訪問看護センター 現在に至る

【免許・資格・学位】

保健師・看護師・養護教諭1級

経営学修士

日本看護協会 認定看護管理者

【所属学会】

日本在宅医療連合学会、日本看護管理学会、日本在宅ケア学会

利益相反：無

S42-2

地域に求められる訪問看護ステーションを目指して ～大規模ステーションへの取り組みと今後の課題～

野崎 加世子^{1,2,3,4} ノザキ カヨコ

¹ 前岐阜県看護協会 訪問看護ステーション高山 管理者

² これからの在宅医療・看護・介護を考える会 代表

³ 日本訪問看護財団 理事

⁴ 日本訪問看護認定看護師協議会 監事

訪問看護は、病気になっても障害を持っても、住み慣れた自宅などで安心して暮らし続けたいと望む療養者と家族を支える看護サービスである。しかし、少子高齢化が進む現在、在宅療養者と家族を取り巻く環境も家族構成の変化や健康問題、価値観などが多様化し、さらに複雑化してきている。

このような社会変化の中、2014年には、地域療養者の期待に応えられる機能を持つ機能強化型訪問看護ステーションの制度が創設された。年々、医療的ケアの必要な小児や、難病・在宅看取りなどを希望する療養者が増加しており、地域包括ケアの充実のためにも機能強化型ステーションが中心的作用を担わなくてはならないと痛感している。しかし、機能強化型1などの大規模ステーションの実数は、全体数の1割程度とまだ数は少なく、規模を大きくすることは容易ではない現実がある。

当事業所も多くの課題を克服し2014年に機能強化型事業所を取得、人材確保・育成を行いながら、コロナ禍での訪問看護の充実や地域での多職種連携に積極的に取り組んできた。

今回は、いろいろな状況の中でも、大規模ステーションだから果たせたことやその役割についてを報告する。

【演者略歴】

1979年 岐阜市立看護専門学校 卒業

1979年 岐阜市民病院 入職

1994年 岐阜県看護協会訪問看護ステーション高山 入職

2007年 日本看護協会 訪問看護認定看護師教育課程卒業

2023年 これからの在宅医療・看護・介護を考える会 設立

利益相反：無

S42-3

人と地域にやさしいオアシスを目指して ～理念の実現に向けた訪問看護ステーションの大規模化構想～

石井 純子 イシイ ジュンコ

西蒲中央病院訪問看護ステーション 西蒲中央病院みさと訪問看護ステーション

石井純子 西蒲中央病院訪問看護ステーション・西蒲中央病院みさと訪問看護ステーション統括所長
人と地域にやさしいオアシスを目指して～理念の実現に向けた訪問看護ステーションの大規模化構想～
新潟県の地域医療構想の一つ、在宅医療の促進と共に訪問看護ステーションの大規模化が課題となっているが、進んではいない状況である。当事業所は人口77万人の新潟市6区の中の人口5万4千人、高齢者率38.4%の西蒲区に平成22年常勤2名、非常勤2名で開設した。平成26年に24時間緊急対応型への変換と訪問リハビリの配置を転機とし、ステーションの大規模化が成されてきた。現在は西蒲区、西区の2つの訪問看護事業所となり、西蒲区32名、西区23名で活動し、利用者数は640名を超える。大規模化への構想は当初、スタッフの携帯当番の負担軽減であった。人口動態を見据え、隣接区の西区・中央区とエリア拡大していった。人員を確保するためには人件費に見合った事業拡大を視野にグループホームとの契約、在医総の診療所との連携強化、サービス付き高齢者住宅との連携などに取り組んできた。大規模化していく中で「外部研修会参加など教育の充実」「組織化と人材育成」「学生の育成」「地域住民への疾病予防と健康増進」と変遷した。さらに「人と地域にやさしいオアシス」を法人の理念とし地域を支える訪問看護ステーションとして構想が膨らんできている。しかし、大規模化することで課題も多くある。進歩のない現状維持は衰退を招く。大規模化し、さらに進化するには組織化して、スタッフ一人一人と向き合える体制と人材育成が課題である。それを担う管理者の経営能力と人材管理能力いわゆる管理者教育を訪問看護推進センターや協議会、行政等が協働しすすめ、管理者同士の連携を深めることも肝要と考える。ここでは、当事業所の大規模化構想、大規模化に至る経緯・取り組みを報告する。

【演者略歴】

略歴

- 1991年 新潟県立新発田病院付属看護専門学校卒業後、急性期の病院で臨床に従事
- 2010年 新潟大学大学院保健学研究科で看護学分野を修得半ば中退
- 2012年 西蒲中央病院訪問看護ステーションに従事
- 2014年 西蒲中央病院訪問看護ステーション所長就任（現在に至る）
- 2018年 新潟大学医学部保健学科 非常勤講師（現在に至る）
- 2018年 新潟県看護協会訪問看護推進委員に就任（現在に至る）
- 2019年 西蒲中央病院みさと訪問看護ステーション設立し統括所長就任（現在に至る）
- 2022年 新潟県訪問看護ステーション協議会理事を経て常任理事に就任（現在に至る）

利益相反：無

S42-4**大規模化を通じた訪問看護ステーションの機能強化**

草野 哲也 クサノ テツヤ
厚生労働省

地域包括ケアの進展に伴って、在宅医療とともに、訪問看護の需要も高まり、訪問看護に従事する看護職員の需要の増大が見込まれる。2040年に向けて、現役世代（担い手）が急減する中で、増大する訪問看護のニーズに対応していくためには、訪問看護サービスの効率的な提供と訪問看護ステーションの経営の安定化を推進していくことが必要であり、訪問看護事業の大規模化が重要になっている。

各種データ等からは、訪問看護事業の大規模化は、サービスの効率的な提供や、訪問看護ステーションの経営の安定化に資するとともに、訪問看護サービスの質の向上にもつながっていることが示されている。

「訪問看護事業の大規模化」が意味するところは、必ずしも一様ではない。単体の事業所としての訪問看護ステーションの大規模化のほか、複数の訪問看護ステーションを運営する法人の規模の拡大や、異なる主体が運営する訪問看護ステーションの連携といった形態もある。それぞれの訪問看護ステーションの状況や地域の実情を踏まえて、現実的かつ柔軟に、大規模化を図っていくことが重要になる。

さらに、地域包括ケアの深化という観点から考えると、訪問看護事業の大規模化には、更なる効果も期待される。大規模化した訪問看護事業体は、自らのリソースを活用して、地域の訪問看護ステーションの後方支援を行ったり、学生実習の受入を通じて、訪問看護ステーションにおける若年看護師の確保にも貢献し得る。また、患者の自宅を訪問し、患者の疾患だけでなく、生活環境も熟知する訪問看護師は、千葉県松戸市の地域サポート医のような在宅医と同様、地域の困難事例解決に貢献し得るポテンシャルを持っており、地域において活躍が期待されるが、大規模化された訪問看護事業体であれば、こうした地域包括ケアを支える取組にも貢献できると考えられる。

【演者略歴】

2002年 厚生労働省入省
2009年 厚生労働省老健局振興課長補佐
2012年 内閣府政策統括官（経済財政運営担当）付参事官補佐（産業・雇用担当）
2014年 内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局（地方創生）参事官補佐
2015年 松戸市福祉長寿部審議監
2018年 厚生労働省政策統括官付情報化担当参事官室長補佐
2019年 厚生労働省年金局事業管理課給付事業室長
2021年 厚生労働省医政局看護課看護職員確保対策官（現職）

利益相反：無

シンポジウム43

在宅医療領域における保険診療の課題と対策

S43

【セッション概要】

2022年度の診療報酬改定において、高齢化の進展による在宅医療ニーズの増大に伴い、在宅医療の「量」と「質」双方の充実を求めた見直しがされました。2024年度の次期改定では、診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬のトリプル改定へ向け、現在多方面で議論が行われています。

在宅医療においては、適切な治療を継続しながらも、症状緩和、意思決定支援、家族ケア、そして多施設多職種でのチーム医療が重要となります。

本セッションでは、医療・看護・薬剤師など、本邦で様々な立場でご活躍されている方々に登壇いただき、より良い在宅医療提供のために、皆さまと一緒に議論を深めたいと思います。

座長：弓野 大 ユミノ ダイ

医療法人社団ゆみの

【座長略歴】

1998年3月 順天堂大学医学部 卒業
1998年4月 東京女子医科大学病院 内科臨床研修
2000年4月 東京女子医科大学病院 循環器内科臨床研修
2003年4月 虎の門病院 循環器内科
2006年9月 カナダ・トロント大学 留学
2009年4月 東京女子医科大学病院 循環器内科
2012年9月 ゆみのハートクリニック 院長
2014年5月 医療法人社団ゆみの 理事長

日本循環器協会 理事 患者連携委員会 委員長
日本心臓病学会 理事 地域医療・かかりつけ医活動委員会 委員長
総務/将来構想委員会 委員
日本循環器学会 脳卒中と循環器病克服5カ年計画ワーキンググループメンバー
「循環器疾患における緩和ケアについての提言」協力員
日本心不全学会 緩和ケア推進委員会 委員
「高齢心不全患者の治療に関するステートメント」作成委員
「急性慢性心不全診療ガイドライン かかりつけ医向けガイダンス」策定委員
日本在宅医療連合学会 評議員 研究委員会 副委員長, 編集委員会 委員
日本心臓リハビリテーション学会 「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」班員
日本人工臓器学会 評議員 補助人工心臓治療関連学会協議会 DT 部会委員
日本緩和医療学会 学術大会支援メンバーワーキンググループメンバー

心臓病をふくめた障害をもつ人々が安心して住み慣れたところで過ごせる社会づくりに貢献するために、2012年 東京にゆみのハートクリニックを開業。2022年現在、東京・大阪・福岡に外来と在宅診療を行う診療所を5拠点運営する。社会活動として、全国の循環器クリニックのネットワークとなるJapan Cardiology Clinic Network事務局、地域の非循環器専門の医療・介護従事者のICTプラットフォームとなるHeart Care Station事務局を務めるなど、地域での循環器医療発展のために活動を行っている。

座長：松木田 瞭 マツキダ リョウ

厚生労働省保険局医療課

【座長略歴】

2020年3月 北海道大学 卒業
2022年3月 京都第二赤十字病院修了
2022年4月 厚生労働省保険局医療課

S43-1

在宅医療領域における医療提供体制のあり方について

松木田 瞭 マツキダ リョウ
厚生労働省保険局医療課

いわゆる団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供できる「地域包括ケアシステム」を各地域の実情に応じて構築していくことが重要である。

在宅医療においては、高齢化の進展に伴い訪問診療・訪問看護のニーズは超高齢多死社会を迎える2040年を目途に今後も増加していくことが見込まれており、更なる提供体制の充実が重要になってきており、在宅医療の提供体制に求められている①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取りの4つの医療機能を有する医療機関の重要性は益々増加していくことが考えられる。

入院から在宅まで、切れ目の無い医療を提供するために、診療報酬においては、令和4年度診療報酬改定において外来在宅共同指導料の新設や、在宅療養以降加算の新設、オンライン診療を組み合わせた在宅時医学総合管理料や施設入居時等医学総合管理料の新設など、様々な対応を行っている。

こうした背景のもとに、医療保険制度を担当する立場から、今後の医療・介護の方向性について、現時点の情報をもとに概説する。

【演者略歴】

2020年 北海道大学医学部卒業

2022年 厚生労働省 保険局医療課

利益相反：無

S43-2

訪問看護制度上の課題と対策

佐藤 美穂子 サトウ ミホコ
公益財団法人 日本訪問看護財団

1992年から保険診療（医療保険）による訪問看護制度が開始されたのち、1997年制定の介護保険法が施行された2000年4月以降、主に65歳以上の方には介護保険による訪問看護を優先して提供するようになった。ただし、末期の悪性腫瘍等厚生労働大臣が定める疾病等、急性増悪による特別訪問看護指示期間、精神科訪問看護、入院患者の外泊時の訪問看護は医療保険の訪問看護が給付される。

医療保険も介護保険も主治医からの訪問看護指示書を必要とし、さらに介護保険では居宅介護支援専門員が作成する居宅サービス計画等と支給限度基準額管理のもと、時間区分による訪問看護を行う複雑さがある。当財団が実施している電話相談では、訪問看護指示書交付の費用負担や記載内容に対する疑義が最も多くなっている。

訪問看護ステーション数は13,227か所（介護給付費実態統計：2022年12月審査分）と増加してきたが、訪問看護従事者5人未満が約6割を占めるなど小規模事業所が多い。

医療保険が2年ごと、介護保険は3年ごとに報酬改定があり、2024年度は6年に一度の同時改定となる。訪問看護事業は、収入の99%強を公定価格である報酬に頼るため、当財団では、報酬改定のたびに、引き上げや要件緩和等の要望書を厚生労働省に提出してきた。現場では、訪問件数を増やすことや加算算定などで訪問1回当たりの単価を上げることで黒字化を目指している。利用者に対して、負担に見合う訪問看護の価値を提供できているだろうか。家での生活を見越した退院支援、安心できる24時間対応体制、医療ニーズの高い利用者への対応、最期を支えるターミナルケアなど、個々の利用者の希望を尊重し、支え手も受け手も共に大切な日々を過ごすことが訪問看護の醍醐味であり役割であろう。さらに独居高齢者が最期まで家で暮らすためには、健康支援や家事援助、自費による訪問看護など、保険診療を超えた多様な支え合いが不可欠と考える。

【演者略歴】

1972年 高知県立高知女子大学家政学部衛生看護学科（現・高知県立大学看護学部）卒業
1986年 日本看護協会 訪問看護開発室
1995年 厚生省（現・厚生労働省老健局）訪問看護係長 看護専門官
2001年 日本訪問看護振興財団（現・日本訪問看護財団）事務局次長
2002年 同上 常務理事 現在に至る

利益相反：無

S43-3

薬局薬剤師の居宅療養管理指導にまつわる3つの誤解

狭間 研至 ハザマ ケンジ
一般社団法人日本在宅薬学会

在宅医療の領域で、薬局薬剤師が関わる多くの場合には、介護保険による居宅療養管理指導であり、その算定回数は年々増加傾向にあるが、以下の3つの毎柄が誤解されていることが多い。

- 1) 薬剤師が医師の処方箋を応需して調剤し、お薬をお届けした後、お薬カレンダーなどを用いて正しく服用できるよう支援することである。
 - 2) 薬剤師は、医師の発行する処方箋1枚につき、1回のみ居宅療養管理指導を行える。
 - 3) 薬剤師は、医師の訪問診療に同行する目的は、医師への薬剤情報提供が主な仕事である。
- 一方、居宅療養管理指導とは、「要介護状態となった場合でも、利用者が可能な限り居宅で、有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと」を目的に、「心身の状況、おかれている環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行うこと」を通じて、「療養生活の質の向上を図る」ものとされている。この定義に照らせば、先ほどの3つの行為だけでは、本来の趣旨を満たせないことが多い。

当社では、現在、月間9000回、年間にすると10万回の居宅療養管理指導を40名の薬剤師で行っている。その業務としては、

- 1) 薬剤師は医師の訪問診療に同行し、患者の状態や治療方針を医師と共有する。
 - 2) その1週間後に、薬剤師は単独で訪問し、薬学的に患者の状態をアセスメント。それらの情報を医師に文書で提供する。
 - 3) これらの情報をもとに、次回の医師の訪問診療に同行し、医師とディスカッションして次回処方決定をサポートする。といったことが上げられる。
- これらにより、薬物治療の質的向上が得られるとともに、薬局運営にもプラスの影響が見られている。

本講演では、薬剤師による居宅療養管理指導のあるべき姿について、当社での実践例をもとにお示ししたい。

【演者略歴】

1995年 大阪大学医学部 卒業
2004年 大阪大学大学院医学系研究科 臓器制御外科学 修了
2004年 実家のハザマ薬局を継承し、ファルメディコ株式会社代表取締役社長
2011年 一般社団法人 在宅療養支援薬局研究会（現 日本在宅薬学会）理事長
2016年 医療法人嘉健会 思温病院 理事長・院長

【所属学会】

日本外科学会 日本公衆衛生学会

利益相反：無

S43-4

保険委員会に関わってわかってきた診療報酬についての考察

安中 正和 ヤスナカ マサカズ
医療法人安中外科・脳神経外科医院

2021年から日本在宅医療連合学会の保険委員会に関わらせていただき、
2022年からは委員長となった。当初は右も左もわからず、四苦八苦していた。
その中で全国の先生がた（多職種）と色々とディスカッションすることは刺激となり、
年々複雑になっていく診療報酬の仕組みから今後への課題が少しではあるが、わかるようになっていった。
2024年診療報酬改定に向けて要望書は提出した。それを踏まえつつ保険診療の課題と対策を述べたい。

【演者略歴】

1995年 久留米大学医学部 卒業
1995年 聖路加国際病院 研修医
1997年 聖路加国際病院 脳神経外科医員
2006年 安中外科・脳神経外科医院継承

利益相反：無

S43-5**心不全診療の在宅管理へのシフト－現状と課題－**

肥後 太基¹ ヒゴ タイキ
弓野 大² ユミノ ダイ

¹ゆみのハートクリニック渋谷

²医療法人社団ゆみの

人口の高齢化と急性期医療の進歩により、心不全の患者数、死亡者数はともに増加しつつある。また心不全は、急性増悪と緩寛を繰り返しながら終末期へと向かう進行性の病態を呈し、経過中の再入院の頻度が高いことも大きな課題である。これらの問題の解決には、単なる治療の進歩だけでは不十分で、心不全の予防や、進行や増悪を防ぐための疾病管理が重要である。

心不全の疾病管理については、患者や家族の日常生活への介入こそがその本質であり、在宅での管理を改善する診療体制や地域社会の基盤の強化が重要になる。また、心不全診療の主な目的は、単に死亡や再入院の回避だけではなく、症状の緩和と「生活の質」の改善である。特に重症の心不全患者や終末期の心不全患者においては長期間の入院生活から解放され、在宅での治療・療養の継続ができるような医療体制の必要性はますます大きくなりつつある。地域の医療、介護スタッフが協働して患者とその家族を支え、よりよい「LIFE」を過ごすことができる社会を目指す必要がある。本セッションではこれらの背景を踏まえ、心不全診療の在宅管理へのシフトの必要性、現状、課題について保険診療の観点から論じたい。

【演者略歴】**【略歴】**

1993年 九州大学医学部卒業

2007年 九州大学医学研究院循環器内科学助教

2012年 九州大学病院循環器内科診療講師

2021年4月 国立病院機構九州医療センター 循環器センター運営統括部長/循環器内科科長

2023年4月 医療法人社団ゆみの ゆみのハートクリニック/ゆみのハートクリニック渋谷/わかばハートクリニック

【所属学会】

日本内科学会、日本循環器学会（社員）日本心不全学会（評議員）、日本心血管インターベンション治療学会

日本心臓リハビリテーション学会（評議員）、日本心臓核医学学会（評議員）

日本腎臓リハビリテーション学会（評議員）、日本移植学会、日本腫瘍循環器学会（評議員）

利益相反：無

シンポジウム44 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会（JHOP）合同企画

薬剤師の在宅医療の実態と課題

S44

【セッション概要】

JHOP（全国薬剤師在宅療養支援連絡会）とのコラボ企画 勇美記念財団の助成研究の発表 在宅医療の普及促進に必要な薬局薬剤師の訪問及び薬剤の供給体制についての地域格差と格差を生む問題を明らかにし、解決の方向を検討する。また、薬剤師の在宅に関する研究についても報告する。

座長：井手口 直子 イデグチ ナオコ

帝京平成大学薬学部

【座長略歴】

井手口直子（いでぐちなおこ）

帝京平成大学薬学部教授 大学院薬学研究科 教授

博士（薬学） 博士（教育）

役

日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会理事

全国薬剤師在宅療養支援連絡会副会長

日本在宅薬学会理事

日本地域薬局薬学会理事

日本オーソモレキュラー医学会理事

日本スーパーフード協会理事

日本医療安全学会理事

東京都薬剤師会代議員

日本医療評価機構薬局ヒヤリハット総合評価部会委員 他

著書（共著含む）

緩和医療薬学 2023

スーパーフード入門 2022

薬剤師になるには ぺりかん社 2020

基礎からわかる行動科学 薬事日報社 2019

薬剤師・薬学生のためのヒューマニズム改訂版 羊土社 2019

がん患者ロジカル・トータルサポート じほう 2017

ファーマシューティカルケアのための医療コミュニケーション 南山堂 2014 他

座長：宇都宮 励子 ウツノミヤ レイコ

一般社団法人 大阪ファルマプラン

【座長略歴】

1991年武庫川女子大学薬学部卒業後、病院勤務を経て、1993年一般社団法人 大阪ファルマプラン 入職、あおぞら薬局管理薬剤師、あおば薬局管理薬剤師、理事。2023年理事長就任。現在全国薬剤師・在宅療養支援連絡会（J-HOP）副会長、HIP（Home Infusion Pharmacy）研究会理事、大阪府吹田市薬剤師会理事

S44-1

薬局の在宅参画状況の全国実態調査から

田口 真穂¹ タグチ マホ
井手口 直子² イデグチ ナオコ
亀井 美和子² カメイ ミワコ

¹ 横浜薬科大学 薬学部 臨床薬学科

² 帝京平成大学 薬学部

わが国は、超高齢社会を迎え、施設完結型から地域完結型医療への転換が図られている。在宅医療を必要とする者は2025年には29万人と推計され、医療依存度の高い療養者の介護や看取りの増加が予測されている。地域薬局は医療の担い手として、医薬品や医療材料の供給、薬剤管理指導、服薬や副作用モニタリング、最適な処方提案等を通じて、多職種と連携しながら効率的で安全・安心な薬物療法に寄与している。また、国民が人生の最期を自宅で迎えることを望んだ際には、心身の苦痛なく自分らしく過ごすために、医療用麻薬や無菌的な調製を要する注射剤による医療を要する場合がある。我々は、全国の薬局及び医療機関の在宅医療提供体制を調査し、地域における医療・介護資源、自宅死亡率、地域特性等の要因との関係性について後方視的横断研究を行った。

全国の薬局のうち、在宅の実績と質が要件とされる在宅患者調剤加算の届出薬局（以下在調薬局）は、35.2%を占めていた。在調薬局と在宅医療機関（在宅支援診療所及び在宅支援病院）が存在しない二次医療圏もあり、在宅医療提供体制には地域差があることが示唆された。在調薬局の割合や自宅死亡率は「75歳以上可住地人口密度」と正の相関が認められ、薬局や施設等から近距離内に患者居宅が多い方が要件を満たしやすい可能性が示唆された。一方「75歳人口あたりの病床数と介護施設定員数の合計」は、在調薬局割合と相関は認められなかったが、自宅死亡率とは負の相関を示した。15.8%（53/335）の二次医療圏では無菌調剤体制を有する薬局が存在していなかった。在調薬局は勤務薬剤師数が多く、無菌調剤体制やかかりつけ機能を有する割合が高かった。薬局が積極的に在宅医療に携わるには、幅広い医薬品供給応需体制を要すること、薬剤師が「かかりつけ」として地域住民を健康な状態からフォローすることで在宅への移行が円滑になる可能性が示唆された。

【演者略歴】

【略歴】

1997年 昭和大学薬学部卒業
1997年 東京医科大学 病院薬剤部／医学部薬理学講座 研究助手
1999年 ウィスコンシン医科大学 リサーチサイエンティスト
2001年 株式会社キリンビール 基盤技術研究所 研究員
2006年 横浜市救急医療センター 主任管理薬剤師
2009年 仁天堂薬局 薬剤師
2009年 横浜市立大学大学院 医学研究科博士前期課程 卒業
2010年 横浜薬科大学実務実習センター 講師
2019年 博士（薬学）取得（岐阜薬科大学）
2021年 横浜薬科大学レギュラトリーサイエンス研究室 准教授 現在に至る

【所属学会】

日本在宅医療連合学会、全国薬剤師・在宅療養支援連絡会、日本薬学会、日本緩和医療薬学会、日本医療薬学会、日本在宅薬学会、レギュラトリーサイエンス学会、社会薬学会ほか

利益相反：無

S44-2

薬剤師の在宅医療現場の実態とエビデンス

七海 陽子 ナノウミ ヨウコ
薬局セブンファーマシー

2017年の1月12日、厚生労働省の「全国在宅医療会議ワーキンググループ」の第1回会議が開催され、在宅医療の推進に向け、(1) 在宅医療に関するエビデンスの蓄積、(2) 在宅医療に関する医療連携、普及啓発モデルの蓄積——の二つを重点分野に据え、関係者の役割と重点分野を具体化する取り組みについて議論された。

しかし、2014年には在宅医療における薬剤師業務のエビデンスを明らかにするため、薬剤師業務に焦点をあてた、初の全国調査が厚生労働省研究班「地域医療における薬剤師の積極的な関与の方策に関する研究」(代表：今井博久 国立保健医療科学院統括研究官)の調査が実施された。これは全国1890薬局が参加した日本初の大規模調査で、薬局薬剤師が在宅訪問業務を実施することで、有害事象発見や処方変更の有無など、4項目のアウトカムが改善したことなど、薬剤師の在宅業務に関するエビデンスが明確に示された。薬剤師による在宅医療におけるエビデンスの蓄積がこれからの在宅医療の推進のために必要であるが、そのためには薬剤師がもっと既存のエビデンスを読み解き、理解したうえで新たなエビデンスを積み上げていくことがとても重要である。

近年、保険薬局の薬剤師がエビデンスの必要性を認識しているという報告もあり、研究に関心を持つ薬剤師も増えている。

そこで、2002年から薬局薬剤師兼研究者として在宅医療を中心に研究を行ってきた経験から、薬剤師の現場から見出したエビデンスの数々を紹介するとともに、既存のエビデンスから見出された課題に対し、薬剤師がどう向き合っていけばいいのか、新しいエビデンスをどのように明らかにしていっていいのか一緒に考えていく機会にしたいと思う。

【演者略歴】

1994年神戸女子薬科大学衛生薬学科卒業

2003年～2009年 北海道薬科大学社会薬学分野研究生

2010年～大阪薬科大学臨床実践薬学研究室(現大阪医科薬科大学社会薬学・薬局管理学研究室)

恩田光子教授との共同研究を開始し、現在に至る。

職歴

1994年11月(有)セブンプロジェクト入社 薬局セブンファーマシー訪問薬剤管理指導業務開始

1998年 奈良市介護相談協力員

2000年 介護支援専門員取得、介護支援事業所運営

2010年 1月 研究所 Advance Pharma Research Office 設立

2013年 10月 有限会社セブンプロジェクト(薬局セブンファーマシー)取締役就任

2022年4月 有限会社セブンプロジェクト 代表取締役就任

役職等

1998年 奈良県薬剤師会学術情報委員会・地域医療対策委員会委員

2002年 奈良県介護支援専門員協会幹事

2008年～2013 日本薬剤師会国際委員会委員

2017年 1月～日本社会薬学会関西支部 事務局

2020年～在宅薬剤師連絡協議会(J-HOP)研究委員

2022年～奈良市介護認定審査会審査委員

利益相反：無

シンポジウム45 新潟県プログラム委員会企画

ACPの実践への取り組みと展望

S45

【セッション概要】

ACPとは年齢と病期にかかわらず、成人患者と、価値、人生の目標、将来の医療に関する望みを理解し共有し合うプロセスのことであり、その目標は、重篤な疾患ならびに慢性疾患において、患者の価値や目標、選好を実際に受ける医療に反映させることにある。本テーマで各領域におけるACPへの取り組みについて俯瞰する。

座長：長尾 奈穂子 ナガオ ナオコ

松山市医師会／一般財団法人真光会 真光園

【座長略歴】

九州大学医学部卒業後、同大学大学院医学研究院 精神病態医学に入局。九州労災病院、肥前精神医療センターなどでの勤務を経て、2010年より一般財団法人真光会 真光園に勤務。2016年より松山市医師会理事。2020年より一般財団法人真光会 真光園 副院長。

座長：木下 栄作 キシタ エイサク

広島県健康福祉局

【座長略歴】

平成15年 3月 鹿児島大学医学部卒業
平成16年10月 厚生労働省入省
医政局総務課に配属
平成19年 4月 保険局総務課医療費適正化対策推進室
平成20年 7月 健康局総務課生活習慣病対策推進室
平成21年11月 健康局結核感染症課
平成23年 4月 岐阜県健康福祉部保健医療課
平成25年 4月 雇用均等・児童家庭局母子保健課
平成27年 4月 医政局地域医療計画課
平成29年 7月 医政局総務課
平成30年 8月 保険局医療課
令和 2年 9月 広島県健康福祉局

S45-1

広島県におけるACP普及啓発の取組について

木下 栄作 キシタ エイサク
 広島県健康福祉局

広島県では、平成25年度に広島県地域保健対策協議会（※）「終末期医療のあり方検討特別委員会」を発足し、その活動目標として「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の普及」に取り組みはじめました。平成29年度からは、同協議会在宅医療・介護連携推進専門委員会「ACP普及促進ワーキンググループ」として4年間活動を行いました。

更に、令和3年度からは、「ACP普及促進専門委員会」としてACP普及に係る検討や取組を行っています。

（※）県民の健康保持増進に寄与する目的で設置。広島大学・広島県・広島市・広島県医師会の四者で構成され、目的ごとに設置された委員会が、保健・医療・福祉に関する事項の調査・研究及び協議等を行っている。調査研究結果をもとに具体的な提言を行い、行政等の施策に反映させることを目的とする協議体。

○ 広島県地域保健対策協議会での取組

平成29年度には、ACPに関する調査や、広島県医師会会員を対象にACP活用状況調査の実施、平成30年度には、ACPの手引きである、「私の心づもり」を作成し、令和4年8月30日現在で、約20万部を発行しています。

また、ACPに関する法務研修を開催し、「意思決定支援～法的観点から～」というテーマで、さまざまな職種から200名を越える参加者がありました。

令和元年度には、専門職がACPに関する講演をする際に使用する説明ツールや、啓発用ポスターの作成や、ACPを推進するために重要な臨床倫理のポイント等についてのセミナーに取り組んできました。

○ 広島県の取組

広島県として、令和2～3年度に、「ACP普及推進員」の養成のための研修として、ACPの実践を促進するため、医療・介護等の専門職による、ACP普及推進員を、2年間で183名を養成しました。

令和4年度には、推進員のフォローアップ研修の開催や、ラジオ番組を通じた県民への啓発に取り組んでいます。

【演者略歴】

【略歴】

平成15年 3月 鹿児島大学医学部卒業
 平成16年10月 厚生労働省入省
 医政局総務課に配属
 平成19年 4月 保険局総務課医療費適正化対策推進室
 平成20年 7月 健康局総務課生活習慣病対策推進室
 平成21年11月 健康局結核感染症課
 平成23年 4月 岐阜県健康福祉部保健医療課
 平成25年 4月 雇用均等・児童家庭局母子保健課
 平成27年 4月 医政局地域医療計画課
 平成29年 7月 医政局総務課
 平成30年 8月 保険局医療課
 令和 2年 9月 広島県健康福祉局 現在に至る。

【所属学会】

日本公衆衛生学会

利益相反：無

S45-2

高齢者の救急搬送時における在宅医療と救急医療の連携推進と ACP 導入の試み

横田 樹也 ¹	ヨコタ タツヤ
関根 伴和 ²	セキネ トモカズ
斎川 克之 ¹	サイカワ カツユキ
秋山 貴子 ²	アキヤマ タカコ
伊藤 由香 ²	イトウ ユカ
浦野 正美 ¹	ウラノ マサミ

¹新潟市医師会²新潟市 保健衛生部 地域医療推進課

近年、高齢者の救急搬送件数が年々増加する中、高齢者本人が、人生の最終段階における医療等について家族と話し合っていないために、本人の意思に反した医療処置や搬送が行われ、救急現場でトラブルになるケースが散見されている。このような課題に対し、新潟市は、平成31年4月、在宅医療・救急医療連携ワーキンググループを立ち上げ、議論を行った。その結果、地域の医療・介護の関係者が、高齢者本人や家族と、治療や過ごし方に関する希望について話し合い、それを関係者で共有するとともに、本人の医療情報やADLのみならず、今後の治療や療養に関わる本人の意向について話し合った内容を「にいがた救急連携シート」という形で記録に残し、このシートを救急隊や救急病院とも共有することで、いざという時に、円滑で適切な救急対応ができることを目的に、地域を限定し、パイロット事業を行うこととした。

事業は大きく3つで構成されている。一つは「にいがた救急連携シート」の作成・運用で、二つ目に市民にACPの理解を深めてもらうために講座を開催すること、三つめに相談援助職向けの意思決定支援研修会を展開することである。令和3年度より始まったパイロット事業では、モデル地区における高齢者施設入所者と居宅の要支援・要介護認定者に対し「にいがた救急連携シート」の記入が進められている。そして、ACPをテーマとした市民講座が開催され、これに数多くの市民が参加した。加え、令和3、4年度の2年に渡り、市内全域で、医療・介護職向けに意思決定支援研修会が行われ、これをきっかけに、関係者において意思決定支援に対する意識が高まり、各地域で、本人の意向が尊重される地域づくりへの足掛かりとなった。令和5年現在、パイロット事業は継続中で、救急搬送時に「にいがた救急連携シート」が活用される事例の報告も少しずつ増えてきているところであるが、今後も引き続き、事業の検証が必要と考えている。

【演者略歴】

【略歴】

1987年 順天堂大学医学部卒業
 1987年 新潟市民病院内科研修
 1989年 新潟大学医学部第二内科（呼吸器内科）
 1995年 国立療養所西新潟病院、国立高田病院、新潟市民病院、燕労災病院勤務
 2005年 横田内科医院開業
 2014年 新潟市医師会理事

【所属学会】

日本内科学会、日本呼吸器学会、日本結核病学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会

利益相反：無

S45-3

診療所でのACP【その前に】：多職種での取り組みと課題

揚石 義夫 アゲイシ ヨシオ
揚石医院内科小児科循環器科

【はじめに】5年前、ガイドライン改訂版が出され、ACPの機運が高まりました。しかし、病院では“延命治療か否か”、在宅では“在宅看取りか入院か”にフォーカスされ、話し合いを重ねても方向性が見えない例を多く経験しました。医療者や介護者が、自らの都合で決定してほしい事項についてご本人に意思決定を迫っている様にも思えました。

そもそも、医療・ケアにおいて決定が必要な場面は、最終段階に至るまでに数多くあります。

そこで、診療所の立場から、ご本人の様々な意思決定の場面において、共に悩み、考え、話し合うことができるために何が必要なのか、多職種で取り組んできたことを報告いたします。

【活動】①ご本人/家族との信頼関係を築く。②心理的ニーズを知る。③ご本人の意思形成や意思表明を支援する。以上を目標とした1) 上越市妙高市在宅医療介護連携推進事業 2) パーソンセンタードケアからの学び 3) サービス担当者会議での取り組みを紹介したいと思います。

その中で、過去の物語・今の思い・将来への希望を理解したいという支援者の姿勢をご本人に実感していただくこと。真摯にご本人の考えを教えてもらう態度で謙虚な問いかけをしていくと、“主役”として話していただけること。そして、自らの言葉で語ることで、これからの人生について考え話す力をご本人が身につけていくことを経験しました。

【課題と展望】いろいろな学びがあっても日々の業務に忙殺され、すぐ目の前の結果を求めてしまいます。繰り返す多面的な研修も必要ですが、皆時間がありません。密度の濃い担当者会議を繰り返すことや、ICTツールへのナラティブの書き込みも質の高い支援を保つ方法と思います。

【最後に】いっぱい失敗しましたが、人を支援していく姿勢をチームとして貫く事がご本人にとって心地よい関係性を生み、ひいては皆が満足できるACPにつながっていくと思います。

【演者略歴】

1982年 東京医科歯科大学医学部 卒業
1982年 都立墨東病院 研修医
1985年 都立墨東病院 内科医員
1995年 揚石医院内科小児科循環器科 院長
2000年 医療法人社団 揚石医院 理事長 現在に至る

【所属学会】

日本内科学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本在宅医療連合学会

利益相反：無

S45-4

在宅診療所と急性期医療機関が「本当の」顔が見える関係になれば、意思決定支援はもっと良くなる～東京都板橋区における医師「共育」の試み～

石川 元直 ^{1,2}	イシカワ モトナオ
小野寺 志真 ¹	オノデラ シマ
水野 慎大 ²	ミズノ シンタ
安井 佑 ^{1,2}	ヤスイ ユウ
齋藤 貴之 ³	サイトウ タカユキ
安本 有佑 ⁴	ヤスモト ユウスケ
菟原 洸司 ⁴	ウハラ コウジ
角野 太郎 ⁴	スミノ タロウ
松本 朋弘 ⁵	マツモト トモヒロ
小坂 鎮太郎 ⁵	コサカ シンタロウ

¹ 医療法人社団 焔 やまと診療所

² 医療法人社団 焔 おうちにかえろう。病院

³ ごはんがたべたい。歯科

⁴ 板橋中央総合病院 総合診療内科

⁵ 練馬光が丘病院 総合救急診療科

【はじめに】「ときどき入院、ほぼ在宅」という文脈のなかで、高齢者の療養場所が頻繁に変わることは、わが国の特徴の一つである。各地でさまざまな取り組みが行われているが、医療機関の間での情報分断はまだまだ大きな課題の一つである。在宅でいかに丁寧にACPを積み重ねたとしても、病状の急変に慌てた家族が救急要請したことを契機に、蘇生処置を受け、望まぬ転帰をたどることも少なくない。搬送を受け入れた急性期医療機関では、診療情報だけで患者のこれまでの人生を読み解くことは難しく、本人の歴史を踏まえたACPを実践することは容易ではない。若手医師の教育を通じて、本当の連携を模索している私たちの試みを紹介する。

【活動】当院は板橋区を中心に現在1000人強の患者に在宅医療を提供している。同グループ内には訪問歯科、訪問看護ステーションがあり、2021年には全床が地域包括ケア病棟の120床の病院を同区内に開設し、最期までその人らしく、自分らしく生きてきた一人一人の人生と歴史を繋ぐ在宅医療を模索している。在宅医療、急性期医療が相互に視点を補完できるように、近隣の急性期病院総合診療科とOKR（おうちにかえろうラウンド）というカンファレンスを毎月開催し、診療情報には記載されない患者の物語の共有や相互の目線合わせをしている。さらに総合診療プログラムの一環として3か月間の短期研修の形で若手医師の人事交流を行っている。

【考察】ACPは病院か在宅かといった二元論で選択を迫ることではなく、意思決定の質、そして医療やケアの質を高めるための一つの手段である。多死社会を見据え、丁寧なACPに長けた在宅診療所と、医療処置に長けた急性期医療機関が有機的に連携することの社会的意義は大きい。これが患者に対する意思決定支援の質の向上をもたらし、このような患者中心の医療を地域全体で支えていくプロセスそのものが本来の地域包括ケアの実現に繋がると考える。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

シンポジウム46 ITヘルスケア学会・日本遠隔医療学会合同企画

医療デジタルトランスフォーメーションから考える在宅医療の将来

S46

【セッション概要】

新型コロナウイルス感染症の拡大時に、自宅での死亡・対応医療機関の切迫などが大きな問題となった。この時、訪問医療、オンライン診療が大きな力を発揮した。これは日本の地域医療にとって地殻変動と言ってもよい事態であった。また、医療の在り方を根本から再考する機会となった。新型コロナウイルス感染症対策の中でのオンライン診療の経験から見てきたものはコロナ対策に限らず、敷衍して考察できる。在宅医療にオンライン診療・遠隔医療を導入することにより、在宅医療の可能性がさらに広がるのではないかと、また医療デジタルトランスフォーメーションの中でとらえることで、診療形態の概念そのものの変遷が期待される。それは患者参加医療であり、患者のいる場所そのものが医療を行う場になることである。今回のシンポジウムでは、実際の臨床の経験、諸外国の状況、日本における制度上の課題などを含めて討議し、それを近い将来の在宅医療の可能性へつなげてみたい。

座長：磯部 陽 イソベ ヨウ

国際医療福祉大学臨床医学研究センター

【座長略歴】

国際医療福祉大学臨床医学研究センター教授。山王病院消化器センター長。慶應義塾大学医学部客員教授。慶應義塾大学医学部卒、医学博士。前国立病院機構東京医療センター特命院長補佐・統括診療部長・緩和ケアセンター長・医療情報部長・外科医長。前東京医療保健大学看護学研究科臨床教授。消化器外科医として腹腔鏡、ロボット手術等に従事する一方、医療情報管理、臓器がん全国登録、手術シミュレーション機器開発等を手掛けてきた。看護師特定行為に関する厚生労働省研究班班員。一般社団法人ITヘルスケア学会代表理事。

座長：高瀬 義昌 タカセ ヨシマサ

医療法人社団至高会たかせクリニック

【座長略歴】

日本老年精神医学会専門医

認知症サポート医

日本プライマリ・ケア連合学会認定医

1956年生まれ。信州大学医学部卒業。東京医科大学大学院修了、医学博士。昭和大学客員教授。麻酔科、小児科を経て、以来、包括的医療・日本風の家医学・家族療法を模索し、2004年東京都大田区に在宅を中心とした「たかせクリニック」を開業する。現在、在宅医療における高齢者医療、認知症のスペシャリストとして厚生労働省の高齢者医薬品適正使用事業や東京都・大田区の地域包括ケア、介護関連事業の委員も数多く務め、在宅医療の発展に日々邁進している。

現在の主な役職

- ・昭和大学客員教授／日本薬科大学客員教授
- ・一般社団法人日本在宅医療連合学会 評議員
- ・一般社団法人日本老年薬学会 評議員
- ・東京都医師会 認知症サポート医連絡協議会 委員
- ・東京都医師会 地域包括ケア委員会 委員
- ・蒲田医師会 理事／大田区三医師会認知症検討委員会 委員
- ・公益財団法人日米医学医療交流財団 理事
- ・公益財団法人杉浦記念財団 理事
- ・特定非営利活動法人オレンジアクト 理事長
- ・一般社団法人ITヘルスケア学会 副代表
- ・日本訪問看護財団「訪問看護師向け在宅看取り教育プログラムの開発事業」検討委員会 委員

S46-1

医療デジタルトランスフォーメーションからみた在宅医療の将来とその課題

香取 照幸 カトリ テルユキ
兵庫県立大学 大学院 社会科学部研究科

COVID-19禍を通じ我々は2040年に直面するであろう医療の現場を現在進行形で経験した。我々が見たのは「すでに起こっている未来」の姿であり、今回のパンデミックは地域における医療・介護の一体的提供の必要性とその鍵となるかかりつけ医機能の実装の必要性を改めて明らかにした。

2040年に向け、要医療・重介護の高齢者が増大していく中で、地域医療構想と地域包括ケアシステムを車の両輪として、医療と介護の一体的展開・地域における医療・介護の水平的連携が大きな政策課題となる。

本格的高齢社会において、医療に求められる役割は「治す医療」から「治し支える医療」へと変わっていく。より生活の質（Quality Of Life）を重視した医療、「生活の中の医療」をいかに実現していくかが課題となる。

今回の危機を乗り越えていく過程で在宅医療はその力量と可能性を大きく広げたが、それを支えた一つの大きな力が革新的医療技術、特にICT、IoTであった。様々な診断治療支援技術が次々と在宅医療の現場に導入・実装され、Covid-19と戦う医療の現場を支えた。

我々が目指すべきは「いかに在宅医療の限界点を高め、在宅支援の視点で（医療を含む）地域資源を組み立てるか」ということであり、時間と空間を超えて医療を提供することを可能にしていく医療IT・IoT・Dxは、これからの在宅医療・地域包括ケアネットワークを支える不可欠のアイテムであると同時に、医療情報連携基盤の整備は、かかりつけ医が医療・保健・介護を通じた『地域のハブ機能』を担う上で必須の制度基盤となる。

医療ITには、医療のあり方そのものを劇的に変えていく可能性がある。「診断治療—臨床」の場面だけではなく、在宅（地域）と病院の機能分担、医療提供体制のあり方、さらには日常的な健康管理・予防まで含めたトータルな意味での医療ケア—「ヘルスケア」—の形を大きく変えていく医療ITの可能性について議論を深めたい。

【演者略歴】

【略歴】

1980年 東京大学法学部 卒業
1980年 旧厚生省（現厚生労働省）入省
1983年 在フランスOECD事務局研究員
1991年 埼玉県生活福祉部高齢者福祉課長
1994年 厚生省高齢者介護対策本部事務局次長
2001年 総理大臣官邸参事官
2010年 厚生労働省政策統括官
2017年 在アゼルバイジャン共和国日本国特命全権大使
2020年 上智大学総合人間科学部社会福祉学科教授
2023年 現職

【所属学会】

ITヘルスケア学会、地域包括ケア学会、日本年金学会

利益相反：無

S46-2

オンライン診療・遠隔医療は在宅医療をどう変えるか

黒木 春郎 クロキ ハルオ

医療法人社団嗣業の会 こどもとおとなのクリニック パウルーム

オンライン診療によれば、患者は自宅から医療にアクセスすることになる。医療側から患者の日常生活が分かる。それにより生活の場で注意すべき点（転倒リスク、介護要因など）を具体的に指摘することが可能である。こうした特性を駆使することで、オンライン診療は究極の在宅医療となるだろう。この具体例を出しながら、討議の課題としたい。さらには、遠隔医療の新しい技術の導入により、生体情報を非侵襲的・経時的に取得することが可能となる。

これは患者の居場所が医療を行う場になる-home hospitalization-の実現につながる。患者の日常生活を把握し、医療は日常生活の中に組み込まれる。究極の在宅医療ともいうべきものが構想される。こうした実践は、個別・予防・予測・患者志向医療につながる。やがて外来診療・在宅医療といった現在の診療概念そのものが変遷することになるであろう。

【演者略歴】

医療法人社団 嗣業の会 理事長 医学博士 / 千葉大学医学部臨床教授 / 公認心理師 / 臨床発達心理士 / 子どもの心相談医 / 出生前コンサルト小児科医 / 医師少数区域経験認定医師

【略歴】

1957年 東京都生まれ

1984年 千葉大学医学部卒業 同年小児科学教室入局

千葉大学関連病院勤務、千葉大学医学部文部教官等を経て

2005年 外房こどもクリニック開設 院長（千葉県いすみ市）

2008年 医療法人嗣業の会 理事長

2023年 こどもとおとなのクリニック パウルーム開設（東京都港区）

【学会・各委員会など】

2018年 厚労省 オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会 構成員

2020年 日本医師会「オンライン診療研修に関する検討委員会」委員

日本遠隔医療学会 理事 オンライン診療分科会 分科会長

日本小児科学会 専門医 指導医

日本小児東洋医学会 評議員

日本感染症学会 専門医 指導医 評議員

利益相反：無

シンポジウム47 新潟県プログラム委員会企画

へき地支援病院と在宅医療「今後の地域医療構想への展望」

S47

【セッション概要】

医療法第30条に定める医療計画には、「現在5疾病5事業および在宅医療」として各事業が位置づけられ、各都道府県において計画が定められているところである。各事業はそれぞれが屹立して進行する計画ではなく、各事業に繋がりがあある。5事業のうちへき地医療を支援する病院が、在宅医療をはじめ住民の健康の保持と中山間地域の幸せな生活を守るためにどのような事をし、第8次医療計画および地域医療構想によってどのように変化していくのか理解を深める。

座長：吉嶺 文俊 ヨシミネ フミトシ

新潟県立十日町病院

【座長略歴】

略歴

1978年 県立新潟高等学校卒業
1985年 自治医科大学医学部医学科卒業
1985年 新潟大学医学部附属病院 研修医
1987年 新潟県立新発田病院
1988年 六日町立国保城内病院
1989年 新潟県立六日町病院
1991年 新潟県立妙高病院
1995年 新潟県立六日町病院
2002年 新潟県立津川病院
2003年 新潟県立津川病院 院長
2013年 新潟大学大学院医歯学総合研究科 総合地域医療学講座 特任准教授
2016年 新潟県立十日町病院 院長

1985年 医師免許取得（第288994号）
2007年 医学博士号取得（新大博（医）第1702号）
2009年 新潟医療福祉大学・客員教授
2012年 財団法人住友生命社会福祉事業団・第6回地域医療貢献奨励賞受賞
2021年 全国自治体病院開設者協議会及び公益社団法人全国自治体病院協議会・令和3年度へき地医療貢献者表彰受賞
2022年 新潟大学医学部医学科・臨床教授

所属学会等：

日本内科学会（総合内科専門医）、日本呼吸器学会（専門医、指導医）、日本アレルギー学会（専門医）、日本リハビリテーション医学会（専門医、認定臨床医）、日本プライマリ・ケア連合学会（認定医・指導医）、日本在宅医療連合学会、日本心療内科学会、日本心身医学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本環境感染学会、日本糖尿病学会、日本保健医療福祉連携教育学会、日本医学教育学会

公益社団法人全国自治体病院協議会・常務理事

座長：藤原 慶正 フジワラ ヨシマサ

特定医療法人敬徳会

【座長略歴】

学歴

秋田県立秋田高等学校（昭和61年3月卒業）
弘前大学医学部（平成5年3月卒業）
秋田大学大学院医学研究科（平成10年3月修了）

専門

循環器内科

主な職歴

秋田大学医学部附属病院第二内科（平成5年5月～平成5年10月）
厚生連山本組合総合病院循環器科（平成5年11月～平成6年11月）
秋田大学医学部附属病院第二内科（平成6年12月～平成15年3月）
特定医療法人敬徳会藤原記念病院（平成15年4月～現在に致る）

主な役歴

特定医療法人敬徳会 理事長（平成28年4月～現在に至る）
社会福祉法人敬仁会 理事長（令和3年6月～現在に至る）
男鹿南秋田郡（男鹿湯上南秋）医師会 理事（平成22年4月～現在に至る）
秋田県医師会 常任理事（令和2年6月～現在に至る）
日本医師会医療情報システム協議会運営委員会 委員（令和4年7月～現在に至る）

秋田大学医学部臨床准教授 秋田大学医学部非常勤講師 日本医師会認定産業医 日本内科学会認定内科医 日本循環器学会専門医 臨床研修指導医
プライマリケア連合学会認定医・指導医・東北ブロック評議員

S47-1

「病院が学校になる」

布施 克也¹ フセ カツヤ
 上村 伯人² カミムラ ノリヒト
 井口 清太郎³ イグチ セイタロウ

¹ 魚沼市立小出病院

² 医療法人上村医院

³ 新潟大学地域医療確保・地域医療課題解決支援講座・地域医療分野

新潟県魚沼医療圏（地域医療構想区域）は、医師偏在指数で全国最下位の新潟県において最も医師数が少ない医療圏である。高齢化が進む中山間地の地域医療の持続可能性を担保するため2009年から「選択と集中・機能分化と連携」を理念とした地域医療再編成がスタートし、2015年には高度専門医療を担うマグネットホスピタルを新設し、既存の病院は病床を廃したり大きく減じたりして、それぞれの基礎自治体のプライマリ・ケアを担う地域密着型病院に再編成された。再編成に際し魚沼市医師会のなかで「高度専門医療を選択集中するだけでなく地域包括ケア拠点も選択集中しなければならない」「地域包括ケアシステムの構築のためには生活圏内の医療介護福祉機関の連携と住民の主体的参加が不可欠である」という議論を勧めた。魚沼市にあった県立小出病院は330床から134床へ縮小し、医師会と協力して地域包括ケアを支える医療拠点の役割を担う魚沼市立小出病院へ再編され、県の地域医療再生事業として「医学生・研修医に地域医療教育を提供し、医療介護福祉専門職の垣根を越えた学びの場を作り、住民とともに学ぶことにより自らを医療資源にする」ために「地域医療魚沼学校」構想をまとめ、市立病院と医師会そして新潟大学地域医療学講座が中心になり2011年に開校した。地域医療構想理念の周知・学びの場であることを第一義として、さまざまな地域医療・地域包括ケアにかかる内容を病院で学ぶ仕組みを整えた。合同講義・グループワーク型研修・アウトリーチ型授業・市民公開講座などの事業に2022年末までにのべ39,494人がともに学んでいる。2019年からは地域のACPを普及させるためのプロジェクト「うおぬまでACPする」に医療介護福祉専門職と住民と救急隊そして市行政がともに学び、「わたしの想いノート」という成果物を作ることができた。地域医療構想実現のために魚沼市で取り組んでいる「病院を学校にする」事業の概要をお話したい。

【演者略歴】

1984年自治医科大学卒業、新潟大学・県立中央病院で研修後1987-1990年県立妙高病院、1990年新潟大学第二内科 1991-2001年県立十日町病院 2001-2008年県立松代病院院長 2008-2015年県立小出病院院長 2015年から現在の魚沼市立小出病院院長 2011年から地域医療魚沼学校長 2019年から魚沼圏域地域医療構想調整会議議長

利益相反：無

S47-2

地域医療構想における在宅医療の役割

北澤 彰浩 キタザワ アキヒロ
公益財団法人伊豆保健医療センター

「地域医療構想における在宅医療」

公益財団法人伊豆保健医療センター
地域ケア部部長 北澤彰浩

今や地域医療構想を考える上で在宅医療は絶対に欠かせない要素になっている。しかしながら、地域によってはまだまだ十分に在宅医療が行き渡っていないのが現状である。訪問診療専門クリニックがあるような地域は良いとして、特にへき地等ではそもそも国が考えている在宅医療を担うであろう診療所を開業されている医師自体が少ないのである。それにそのような医師達の多くは以前若い時には熱い情熱を持ち往診を含めた在宅医療を行っていた方もおられるが、年を重ね御自身の年齢が高齢になると本当は在宅医療を行いたくても身体の体力や精神の気力の維持が難しく断念せざるを得ないのが現状である。しかし、今後はへき地においては在宅医療を担う診療所医師または新規開業を望むことはほとんど不可能であろう。そこで、そのような状況を打破する可能性があるのがへき地支援病院における在宅医療である。

地域医療構想の是非は今回はおいておくとして、実際に必要なへき地における在宅医療を担うためのへき地支援病院のありかた等を皆で考えることが出来ればと考える。

【演者略歴】

1992年3月滋賀医科大学卒業

6月杏林大学付属病院救急医学教室入局

1993年3月杏林大学付属病院救急医学教室退局

6月スリランカを中心に1年間ボランティア活動・フィールドワーク（インド・ネパール・パキスタン）

1994年9月佐久総合病院研修医

2002年4月佐久総合病院地域ケア科医長

2009年4月岡山大学大学院医歯薬学総合研究科疫学・衛生学分野 非常勤講師

2013年4月信州大学医学部地域医療推進学講座特別講師

2014年3月佐久総合病院診療部長

2020年4月佐久総合病院副院長

2021年12月佐久総合病院退職

2022年1月公益財団法人伊豆保健医療センター 内科・総合診療科科長

4月公益財団法人伊豆保健医療センター 地域ケア部部長

所属学会資格等

日本在宅医学会：評議員・日本在宅医学会認定専門医指導医

日本臨床倫理学会：評議員

NPO 地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク事務局次長

日本ノーリフト協会：理事

静岡県医師会在宅医療スキルアップワーキンググループ：委員

利益相反：無

S47-3**新潟県粟島浦村に対するテレビ電話を利用した遠隔診療システム - 22年間の経験 -**

小出 章 コイデ アキラ
村上総合病院 脳神経外科

新潟県岩船郡粟島浦村は新潟県村上市の北西約35キロの日本海に浮かぶ離島の村である。人口は322人（2022年12月1日）で、高齢化率は43.2%（2019年10月1日）と新潟県の市町村中で第2位を占める。

粟島浦村は1959年に無医村となり、それ以後村は深刻な医療過疎に悩まされてきた。しかしながら2000年に島の粟島へき地出張診療所と村上市にある村上総合病院とをテレビ電話回線で結び、以後村上総合病院の医師によるテレビ電話を利用した遠隔診療システムが開始された。現在テレビ電話診療は週に3~4回の頻度で定期的に行われおり、島で発生した救急患者に対する緊急テレビ電話診療も24時間態勢で行われ、遠隔テレビ電話診療は今や粟島島民の生命と健康の維持に欠くことのできない診療システムになっている。

定期的なテレビ電話診療は現在村上総合病院の医師5名が分担しているが、休日や夜間に島で発生した救急患者に対しては村上総合病院の当日の日当直医師が対応している。テレビ電話診療においては粟島へき地出張診療所の看護師の果たす役割が非常に大きい。粟島へき地出張診療所には現在粟島浦村役場の職員である看護師3名が勤務しており、島民からの要請があれば24時間態勢で対応している。必要な場合には患者のもとに赴いて問診や身体所見を取り、必要な場合には患者を診療所に搬送して必要な検査や処置を行い、得られた情報をテレビ電話診療担当の医師に伝えて診療に役立てている。2022年に行われた定期テレビ電話診療の総数は790件で、緊急テレビ電話診療の総数は17件であった。

遠隔テレビ電話診療は天候や距離に関係なく随時に行うことができる点で優れた診療システムであるが、今後改善すべき点も多い。22年間の経験をもとに今後改善すべき点や今後進むべき方向を探ってみた。

【演者略歴】**【略歴】**

1981年 新潟大学医学部 卒業
1981年 新潟大学脳研究所脳神経外科 医員
1997年 村上総合病院脳神経外科 部長
1998年 村上総合病院 副院長
2001年 粟島へき地出張診療所所長 兼任
2017年 村上総合病院 相談役・脳神経外科部長

【所属学会】

日本脳神経外科学会、日本脳卒中学会、日本脳神経血管内治療学会

利益相反：無

S47-4

阿賀町における在宅医療について～在宅看取りを含めた現状と今後の展望について～

原 勝人 ¹	ハラ カツヒト
内山 敦司 ¹	ウチヤマ アツシ
南雲 駿 ¹	ナグモ シュン
前田 瑞穂 ¹	マエダ ミズホ
清野 洋 ¹	セイノ ヨウ
高橋 浩美 ²	タカハシ ヒロミ
齋藤 ルミ ²	サイトウ ルミ
戸嶋 志津子 ²	トシマ シズコ
若狭 一美 ²	ワカサ ヒトミ

¹新潟県立津川病院 内科

²新潟県立津川病院 地域連携室

新潟県立津川病院の立地する東蒲原郡阿賀町は平成17年に旧東蒲原郡4町村が合併し誕生した面積952平方キロメートルの広大な町である。阿賀町内には県立津川病院の他に3つの町営診療所と1軒の開業医院の5医科系医療機関があるのみで、佐渡島よりやや広い面積をカバーしている。また、阿賀町の高齢化率は50%を超え、本邦でも最先端の高齢化地域である。公共交通も脆弱であり、自家用車を運転できる若い世代が少ないなどの理由により、通院困難者が多くいる。津川病院では月曜から金曜まで週5日の体制で訪問診療と訪問看護を行ってきた。

コロナ禍の影響により、容易に面会が出来ない状況があり、在宅看取りを希望する本人家族もやや増加の傾向がある。また、町営診療所の訪問診療と県立病院の訪問診療が連携した上での在宅看取り件数も増えてきている。

一方で、高齢化の進行により、老々世帯、高齢者独居の世帯が増え、生活自体が困難となり、特老や老健に施設入所する高齢者や、小規模多機能施設に連泊する高齢者も増加している。結果的に阿賀町内で行っている訪問診療件数、訪問看護件数は近年減少傾向にある。

老々世帯や高齢者独居世帯への福祉サービスなどのサポートの強化が必要と思われる。地域のニーズに合わせた地域包括ケアシステムの構築と展開が必要と思われる。住み慣れた自宅で長く暮らしたいという高齢者の願いに、いかに寄り添ってゆくかということが今後の課題と思われる。

【演者略歴】

【略歴】

1990年自治医科大学を卒業、新潟大学第二内科（現呼吸器内科）に入局。

臨床研修の後、新潟県内の県立新発田病院、町立相川病院、県立小出病院、県立妙高病院、県立吉田病院などで勤務。

2001年に論文博士を取得。

2010年7月 新潟県立津川病院 内科部長、2012年4月 同院 診療部長、2013年4月 同院 院長 現在に至る。

【所属学会】

日本内科学会、日本呼吸器学会、日本アレルギー学会、日本感染症学会、日本プライマリ・ケア連合学会

利益相反：無

シンポジウム48 在宅医療×救急医療ワーキンググループ企画

在宅医療と救急医療のより良い連携のために

S48

【セッション概要】

在宅医療と救急医療が連携・協働すれば医療・社会はもっと良くなる！をキーワードに2022年に結成された在宅医療×救急医療WG。

在宅医療と救急医療の相互理解をすすめるのがWGの活動目標の1つです。そこで、今回は「在宅医療側からみた救急医療のイメージ・課題」「救急医療側からみた在宅医療のイメージ・課題」をそれぞれ発表し総合討論にてそれらの問題をどのように解決するかDiscussionしていく。

座長：曾我 幸弘 ソガ ユキヒロ

医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン診療所

【座長略歴】

獨協医科大学卒、東京女子医大救命救急センターを経て現職。

座長：井上 淑恵 イノウエ ヨシエ

医療法人社団悠翔会 悠翔会在宅クリニック品川／藤沢市民病院救命救急センター

【座長略歴】

平成18年3月 香川大学医学部医学科卒業
同年4月 藤沢市民病院初期臨床研修医
平成20年4月 藤沢市民病院救命救急センター後期臨床研修医
平成23年4月 日本医科大学付属病院集中治療室
平成25年4月 医療法人社団悠翔会 入職
藤沢市民病院救命救急センター非常勤

現在に至る

医学博士

日本内科学会総合内科専門医

日本救急医学会救急科専門医

日本救急医学会 救急医療における終末期医療のあり方に関する委員会委員

日本救急医学会 高齢者救急特別委員会委員

日本臨床救急医学会会員

日本在宅救急医学会評議員、会員

S48-1

WG趣旨・活動内容説明

宮本 雄気^{1,2} ミヤモト ユウキ

¹医療法人双樹会 よしき往診クリニック

²京都府立医科大学 救急医療学教室

「在宅医療×救急医療ワーキンググループ（以下、WG）」は2022年4月に発足した比較的新しいWGである。新型コロナウイルス感染症により、在宅医療における急性期診療の重要性が再認識されたことは疑うべくもない。このコロナ禍を通して、来たるべき2025年問題・2040年問題に向けて、在宅療養者が住み慣れた自宅で療養できる時間を少しでも長くするためには（1）在宅医療と救急医療の相互理解の促進（2）本邦の在宅医療における急性期疾患への対応が課題であると考えた。

上記の課題に対し、①他学会との協同による相互理解の促進 ②在宅医療と救急医療に跨る領域に関する臨床研究の促進およびエビデンスの発出 ③多職種における在宅医療で遭遇する急性期疾患に対する教育コースの確立 を当WGで行うことを目標とする。

【演者略歴】

略歴：

2012年 京都府立医科大学医学部医学科 卒業
2012年 医療法人沖繩徳洲会 湘南鎌倉総合病院 初期研修医
2014年 京都府立医科大学 救急医療学教室 医員
2017年 医療法人 双樹会 よしき往診クリニック 非常勤医師
2018年 京都府立医科大学 総合医療・医学教育学教室 助教
2019年 東京大学 医学系研究科 公共健康医学専攻（専門職学位課程）
2021年 京都府立医科大学 救急医療学教室 医員
医療法人双樹会 よしき往診クリニック 医員

資格等：

日本救急医学会認定 救急科専門医
日本集中治療学会認定 集中治療専門医
日本在宅医療連合学会 評議員
公衆衛生学修士

利益相反：無

S48-2**救急医療と在宅医療、双方向の連携～ONE TEAMとしての病院と在宅～**

二ノ坂 建史 ニノサカ タケシ
にのさかクリニック

救急医療と在宅医療は対極にあるものではなく、互いに補完して患者・家族を支える“ONE TEAM”であるべきだが、両者の連携におけるひとつの大きな問題は、病院医療者のほとんどが在宅医療のことを正しく知る機会がないことである。知識や技術の問題ではなく、“知っていればできる・拡がる”ものであるから、在宅医療について正しい理解を促すための発信・教育は重要である。

時代の潮流の中、「病院→在宅」の移行を促す気運は高まっているが、そこからさらに視線を進め、在宅を基盤・起点とした「在宅⇄病院」の双方向の連携を充実させたい。その連携の主導は病院ではなく、在宅医や訪問看護師、ケアマネージャーらを中心とした在宅チームである。必要時は入院を依頼し、もちろん退院後は速やかに受け入れることで、双方向の連携は円滑に進む。ここで、在宅チームのリーダーシップが重要となる。

当院における在宅患者の救急搬送例について検討した。全例、在宅医が自宅または施設で一度診療した上で、その場から電話で病院に直接依頼し、搬送している。いずれも、発熱 + a （呼吸不全、意識障害、けいれんなど）、転倒および骨折疑い、オンコロジーエマージェンシー（腸閉塞、脊椎転移による対麻痺など）、消化管出血、急性心疾患疑いなど、改善の可能性が十分見込める（比較的良い状態で在宅復帰できる）と在宅医が判断したものであり、その多くが結果的に適切な判断だったと言えるものであった。特筆すべきは、搬送例の多くが一旦入院の後、在宅に復帰しており、さらにその入院期間が比較的短いことであった。すなわち、在宅医療というベースが構築されていれば、一旦入院しても、その後の在宅復帰はより円滑に進むと言える。

今発表では他に、在宅医主導で病院での治療を交えながら在宅で良い時間を長く過ごせた例を挙げ、病院と在宅の連携について考える。

【演者略歴】

2008年 山口大学医学部 卒業
2008年 福岡徳州会病院 研修医
2010年 山口大学医学部附属病院 先進救急医療センター
2012年 徳山中央病院 救命救急センター
2013年 福岡徳州会病院 消化器内科
2015年 福岡徳州会病院 集中治療センター
2017年 にのさかクリニック 副院長
2017年 沖永良部徳州会病院 非常勤
2021年 にのさかクリニック 院長

利益相反：無

S48-3

日本在宅救急医学会：在宅医療と救急医療の「一つの病院連携」

小豆畑 丈夫^{1,2,3} アズハタ タケオ
 中村 和裕^{1,2,3} ナカムラ カズヒロ
 河野 大輔^{1,2,3} カワノ ダイスケ
 照沼 秀也² テルヌマ ヒデヤ
 守谷 俊² モリヤ タカシ
 木下 浩作^{2,3} キノシタ コウサク

¹ 青燈会小豆畑病院 救急・総合診療科

² 一般社団法人 日本在宅救急医学会

³ 日本大学医学部 救急医学系 救急集中治療医学分野

(はじめに) 日本の高齢化の勢いはとどまるところを知らず、高齢者医療を支えるためには在宅医療が必須である。在宅医療を受けている患者が急変し、病院診療が必要となったときに、在宅一病院の連携がとれず、問題が生じることが知られている。我々は2017年に結成した日本在宅救急医学においてその問題解決に取り組んできた。そのなかで「在宅と病院の一つの病院連携」の取り組みを行い、成果を上げているので報告する。(検討) 在宅患者が急変した時の対応を、在宅医と救急医が共に行う連携を造った。連携前と連携後で比較すると、入院患者において、入院期間が36日から22日に短縮、在宅復帰率が68%から91%に改善、生存転帰が82%から91%に改善していた。また、患者を紹介した在宅医へのアンケートで、「一つの病院連携」が紹介ストレスを軽減し、紹介がスムーズになったことが示された。また、今回の検討で、当院の在宅医療の需要はコロナ前とコロナ後で比較すると、後者で1.6倍に増加していた。さらに、訪問看護の緊急往診の回数も増え、医療必要度の増加も示唆された。(結語) コロナ時代を迎えた現在、在宅医療と救急医療の連携は、地域においてより重要になると考える。

【演者略歴】

【略歴】

1995年 日本大学医学部 卒業
 1995年 日本大学医学部板橋病院 救命救急センター 研修医
 1997年 日本大学医学部 第一外科 助手
 1999年-2001年 アイオワ大学医学部小児外科 research fellow
 2002年 日本大学大学院医学研究科 (腫瘍科学) 卒業 医学博士
 2013年 日本大学医学部 救急医学 診療准教授
 2016年 日本大学医学部 救急医学 臨床教授
 医療法人社団青燈会小豆畑病院 救急・総合診療科部長 兼 病院長
 2018年 医療法人社団青燈会 理事長 現在に至る

【所属学会】

日本在宅救急医学会、日本救急医学会、日本腹部救急医学会、日本臨床救急医学会、日本外科学会、日本消化器外科学会、日本プライマリ・ケア連合学会 など

利益相反：有

S48-4**新潟市における救急医療と在宅医療の連携の取り組み**

廣瀬 保夫 ヒロセ ヤスオ
新潟市民病院救命救急・循環器病・脳卒中センター

高齢化社会の進展に伴い高齢者の救急搬送が増加している。新潟医療圏において三次救急を担当する新潟市民病院においても同様で、救急搬送される患者のうち後期高齢者（75歳以上）が37%、85歳以上が16%を占める（2022年）。そうした高齢者の救急搬送では、健康状態やADLから侵襲的な医療にそもそも耐えられないと考えられる例、既往等から事前に状態悪化時にどうするか検討しておいた方が良かったのでは、と思われる例が決して稀ではない。また「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」において治療方針決定のために最も重要な本人の意思は、意識障害や認知症で表明しようがない段階での救急搬送も多い。本当に本人の意思に沿っているのか、代諾者となる家族や医療スタッフが疑問を持ちながら医療が行われていく例が散見されるのも事実である。

新潟市では、施設を含む在宅で療養している高齢者が増える現状で、2019年に新潟市在宅医療・介護連携推進協議会の中に在宅医療・救急医療連携ワーキンググループを立ち上げて活動を開始している。その取り組みの一つとして、本人、家族、介護施設、医療関係者で情報共有を図るために「にいがた救急連携シート」を作成した。本シートには、かかりつけ医療機関やADLなどの情報などの他に、「もしも、のときのことを考えたことがありますか?」として、Advanced care planning（ACP）に関する事項を記載する欄を設けている。「にいがた救急連携シート」はパイロット事業として新潟市の一部地域で運用を開始している。

本人の希望に沿った医療を行うためのACPの重要性は、多くの救急医療関係者が感じていることと思われる。しかし、現状では、一般市民へのACPの考え方の普及に関しては、十分とは言えない状況が続いている。本人の希望、人生観に沿った医療を受けるために必要な事項として、ACPが普及していくことが望まれる。

【演者略歴】

1989年 新潟大学医学部卒
1989年 新潟市民病院研修医
1992年 日本医科大学救命救急センター医員
1993年 新潟市民病院救命救急センター医員
2004年 新潟市民病院救命救急センター副センター長
2009年 新潟市民病院救命救急・循環器病・脳卒中センター長

【所属学会】

日本救急医学会 日本臨床救急医学会 日本内科学会 日本集中治療医学会
日本災害医学会 日本中毒学会 日本外傷学会 日本インターベンショナルラジオロジー学会

利益相反：無

S48-5

当院における在宅救急症例から、地域連携体制を考える

篠 美和 ¹	シノ ミワ
廣瀬 剛 ²	ヒロセ ゴウ
保刈 岳雄 ²	ホカリ タケオ
河野 悟 ²	コウノ サトル
廣瀬 憲一 ²	ヒロセ ケンイチ

¹医療法人社団守成会広瀬病院 在宅診療部

²医療法人社団守成会広瀬病院

【はじめに】

当院は、神奈川県的人口約72万人の政令指定都市である相模原市における地域医療支援病院であり、毎月500名の訪問診療を行っている。癌終末期患者と頻回な入院歴のある心不全患者が各2割を占めているのが特徴であり、依頼は迅速な受け入れを心がけており、終末期であっても積極的医療を求めているACP苦悩例や通院困難の理由で急性期病院との併診例も少なくない。

【活動】

2021年6月から2022年12月の当院での往診対応例、搬送及び入院例を振り返り、地域連携における利点と問題点を抽出した。

当院はまず、急性増悪を防ぐため、多職種との密な連携を通して病態悪化の早期発見、迅速な往診を心がけている。また、訪問診療時だけでなく、様々な方法で患者や家族との度重なる対話を通してACPを進める事により、不要な救急搬送を防ぐ努力をしている。

筆者を含めて当院常勤医は近隣の急性期病院に勤務歴があり、旧知の職員が多く、また急性期の医師に、当院での非常勤勤務を通して在宅医療を経験してもらっている。よって、在宅救急症例で、直接医師に一報を入れることで迅速に連携できた例もあったが、全ての医療機関の職員と顔の見える関係を構築できていないことから、患者本人の希望の紹介元への搬送が不可能であった例もあり、後日紹介元に出向いて支援看護師と事例検討を行った。

【考察】

在宅救急の課題は多岐にわたるが、特にこのコロナ禍において露呈したのは、病態悪化時の入院受け入れ問題、そして病態安定時に迅速に退院するための受け入れ問題である。狭い地域内ではあるが当院の取り組みによって、入院受け入れ問題の解決を少しは図ることができていると考える。また今後急性期病院と当院での事例検討会などを企画しており、様々な職種間での連携を円滑に進め、迅速な退院後の受け入れや地域BCPにつなげていきたい。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

シンポジウム49

ここがすごいぞ わが街自慢、～住み慣れたこの街で最期まで生ききるためのわが街・地域の支援・予防策～

S49

【セッション概要】

我が国の人口減少、超高齢多死社会において、これに伴う医療ニーズの質・量の変化や多様性さらにはそれらを支えていく労働人口の減少をふまえて、質の保持された在宅医療提供体制の構築は需要と供給のバランス、病床の必要量と配分なども含めた地域医療構想の中で喫近の課題となっている。そのような中、厚労省が2030年までに約40万人の死亡者数の増加すると見込んでおり、看取り先の確保が困難と以前から示しているがそれらは、看取るまでの生活・療養場所とそれらを支える体制の構築にほかならず、各自治体に任されている現状がある。医療資源の違いはあるものの各自治体や医師会、関係機関との好取り組みを知ることにより、来るべき2025,2040年問題や孤独・孤立死問題、介護問題などに対策を立てられる一端となればと考えこのシンポジウムを企画した。

座長： 荏司 輝昭 ショウジ テルアキ
立川在宅ケアクリニック

【座長略歴】

杏林大学医学部卒業、杏林大学附属病院第2外科入局、杏林大学大学院卒業医学博士修得、静岡県共立蒲原総合病院外科医長、織本病院副院長、鳥村記念病院院長をへて立川在宅ケアクリニック院長

座長： 長谷川 太郎 ハセガワ タロウ
湘南おおふなクリニック

【座長略歴】

【略歴】

1995年 東京慈恵会医科大学医学部医学科 卒業
1995年 都立広尾病院 初期研修
1997年 東京慈恵会医科大学泌尿器科
2013年「湘南泌尿器科・内科」開設 院長
2016年 医療法人社団 All for Kamakura 設立 理事長
2017年 移転に伴い「湘南おおふなクリニック」へ改称

【資格】

日本泌尿器科学会専門医・防災士・難病指定医・在宅褥瘡管理者・緩和ケア研修修了

【役職】

鎌倉市医師会 地域保健担当理事・鎌倉市防災医療アドバイザー

S49-1

ここがすごいぞ わが街自慢、在宅訪問診療を支える脳神経内科医の役割～LONG COVIDから神経難病患者の命を守る

黒岩 義之 ^{1,2,3,4,5}	クロイワ ヨシユキ
飯嶋 将史 ¹	イイジマ マサシ
市村 篤 ¹	イチムラ アツシ
金森 隆成 ¹	カナモリ タカシゲ
武山 明子 ¹	タケヤマ アキコ
鈴木 可奈子 ^{1,2}	スズキ カナコ
平井 利明 ²	ヒライ トシアキ
藤本 大裕 ^{1,2}	フジモト ダイスケ
野中 洋平 ¹	ノナカ ヨウヘイ
田中 武則 ¹	タナカ タケノリ
南 陸彦 ^{1,3}	ミナミ ムツヒコ

¹ 医療法人社団和啓会 メデイクスクリニック溝の口

² 帝京大学 医学部附属溝口病院

³ 横浜市立大学 医学部・大学院医学研究科

⁴ 財務省 診療所

⁵ 虎の門病院 沖中記念成人病研究所

【はじめに】 大学脳神経内科主任教授として、神経難病の在宅医療や脳卒中ネットワーク作りのため、厚生労働科学研究事業等で活動してきたが、退官後2020年から首都圏の住宅地において在宅訪問診療を基盤に地域と密着した「都市部、機能強化型在宅療養支援診療所」での活動を開始した。その経験から「訪問診療を支える脳神経内科医の役割」の重要性が明らかとなったので報告する。【活動】 当クリニックは外来・病棟部門からなり、常勤医は6名、地域大学医学部附属病院から非常勤医師が派遣されている。年間1000例（施設850、在宅150）の訪問診療を行い、内科、脳神経内科（常勤1と非常勤2）、精神科、救急科、皮膚科がある。パーキンソン病（2年間で70例）、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、レビー小体型認知症、多系統萎縮症、脊髄小脳変性症、脳腫瘍、難治てんかん、脳血管障害等の患者を診た。ワクチン接種後ギランバレー症候群を早期診断、在宅医療により寝たきり状態から介助歩行まで回復を支援した。神経難病はコロナ感染後に悪化しやすく、Long COVIDから患者を守るのが在宅医の重要な任務である。最近では帯状疱疹、顔面神経麻痺（外耳道帯状疱疹由来）の増加が著しい。【考察】 脳神経内科の役割は人を人たらしめるのに不可欠な脳の疾患から生命と生活を守ることにある。この地域には脳神経内科を標榜する3基幹病院があり、当クリニックが連携し、脳神経内科の在宅診療を担う役割は大きい。折しも手探りで体験したのが、Long COVIDから神経難病患者を守る活動である。新型コロナウイルスは脈絡叢に親和性があり、Long COVIDは脳の障害と考えている。先人の言の「書かれた医学は過去の医学である。目前に悩む患者の中に明日の医学の教科書の中身がある」の通り、在宅医療には正に基礎医学を含めた幅広いサイエンティストとしての力量が求められている。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

S49-2

「多職種連携教育 (IPE) ・多職種協働 (IPW) で育てたわが街 (魚沼市) の地域包括ケア」
 ―若トレ・地域医療魚沼学校・米ネットから看取り隊までの取り組み―

上村 伯人^{1,2} カミムラ ノリヒト
 布施 克也² フセ カツヤ

¹医療法人社団 上村医院

²魚沼市立 小出病院

【はじめに】魚沼市では1998年から専門多職種と行政が連携しケアマネジメント研修会を開催、以降も共に学び (IPE) 協働 (IPW) することで、介護予防から在宅看取りまでの仕組みを作り、全国に誇れる地域包括ケアシステムを育てているので報告する【活動】地域包括ケアシステムを支える「自助」「互助」を育てるために、我々は20年前にNPO法人総合型地域スポーツクラブを設立し介護予防事業を担ってきた。また住民と専門多職種が共に学ぶための仕組み『地域医療魚沼学校』を12年前に開校し、保健・医療・福祉に対する住民の理解を深め専門多職種が連携・協働しやすい仕組みを育ててきた。さらに全国平均の1/2しかない医師数で在宅医療を支えるため、主治医不在時の在宅看取りを代行する『在宅看取り支援制度 (看取り隊)』を立ち上げ、安心の在宅医療体制を作った。それらの取り組みの成果は数字にも表われた。保健意識の高まりは検診受診率の高さ (全国36.6%, 魚沼54.5%)、メタボ所見率の低さ (全国28.0%, 魚沼22.5%) に表われ、少ない医療資源を大事にする住民の意識は夜間・休日の救急受診、救急車の軽症利用を抑えた。地域の糖尿病対策の成果は糖尿病性腎症による透析導入を全国平均の2/3に抑え、魚沼医療圏の一人当たり医療費は全国344の二次医療圏中最も低くなった。介護予防の成果は高い後期高齢化率にもかかわらず介護認定者の伸びを抑え、安心の在宅医療体制は病院死亡率を抑えた。ICTによる医療介護連携ネットワーク (うおぬま米ネット) の加入者は全市民の4割、高齢者の74%となり迅速な情報共有、連携強化が進んだ。【考察】地域包括ケアシステムの評価指標は明らかでない。保健・医療・介護の各分野で示したいいくつかの数字は我々の25年に及ぶ取り組みの結果であり、地域包括ケアシステムの成果であると考え。多職種協働 (IPW) による地域包括ケアのためには住民を含めた共に学ぶ仕組み (IPE) が必須である。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

S49-3

大学と行政が協働で運営する地域ケア会議の実践報告～生活支援コーディネーターの活躍が支える地域包括ケアのまちづくり～

池田 寛^{1,2,3,5} イケダ ヒロシ
 金田 嘉清^{1,2,3,4} カナダ ヨシキヨ
 都築 晃^{1,2,3,4} ツヅキ アキラ

¹ 豊明東郷医療介護サポートセンター

² 藤田医科大学 地域包括ケア中核センター

³ 藤田医科大学 居宅介護支援事業所

⁴ 藤田医科大学 保健衛生学部 リハビリテーション学科

⁵ 藤田医科大学病院 医療連携福祉相談部

【はじめに】

豊明市では、多職種合同ケアカンファレンスと呼ばれる地域ケア会議を2016年から開催しており、まちづくりのための最も重要な会議と位置付けている。この会議において、医療・介護の有資格者が活躍する中、行政や社会福祉協議会に所属する生活支援コーディネーターの役割が欠かせないものとなっており、その活躍を紹介したい。

【活動】

生活支援コーディネーターは、社会資源を適切に把握し、地域住民のニーズに合わせた福祉サービスの開発と育成を行う。また、福祉ネットワークの構築や、具体的な支援においてニーズと取り組みのマッチングやコーディネート機能を果たすなど、生活支援及び介護予防サービスの提供体制の構築に向けた活動を担っている。要支援者を対象とする包括版の地域ケア会議では、支援が必要になる少し前の、当たり前の生活を取り戻すことを目的とした支援計画が求められるが、訪問介護や通所介護を提供するだけでは解決しないことが多い。大切なことはサービス提供日以外の時間をいかに活動的に過ごすことができるかであり、ここが生活支援コーディネーターの出番となる。地域に密着したインフォーマルサービスを紹介し、時には同行して定着支援も行う。通いの場等の主催者の人柄、その集まりの雰囲気も把握しており、適切なマッチングが行われている。地域ケア会議は、どこにどの様なニーズがあるのか、また社会資源が不足しているのかなど、地域課題を共有する場でもある。生活支援コーディネーターは、その情報を踏まえ、地域に繰り出し、地域住民や関係者と共に課題の解決を図りながら、新たな社会資源の発見や開発に尽力している。

【考察】

職種や立場を超えて、お互いの持つ知識や情報を共有し、また、我がまちの目指す方向性を共有することで、共にまちづくりに参画している一体感が生まれる。今後、さらに共有する範囲を拡大して、大きなうねりとしていきたい。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

S49-4

我がまち・立川市の挑戦 0次予防への取組について

石垣 裕美 イシガキ ヒロミ
立川市 福祉保健部 高齢福祉課 在宅支援係

1. はじめに

「家族介護」から、「介護保険制度」へと転換したが、2025年には、団塊の世代が75歳を迎え、2040年には、現役人口が、約1,000万人も減少すると推計されている。介護保険制度では、「介護の社会化」とし、社会全体で、高齢者を支えるという仕組みであったが、人口減少は、高齢介護の分野のみならず、私たちの生活において、人材不足が予測される。

2. 目的

要介護状態となった場合、情報収集やサービス提供を受ける仕組みは、ある程度確立されている。しかし、要介護状態となってから、専門機関に相談するのではなく、そのような状態になることを予測して、備える視点が不足しており、「0次予防の視点」を持ってほしいと考える。

3. 方法

介護と無関係にある市民に対して、どのように動機づけができるのか、「地域ケア推進会議」にて検討した結果、医学モデルに限定しない「0次予防の取組」を市民や専門職に周知・啓発していくこととした。医学モデルに限定しない「0次予防」とは、例えば、定年退職後に「社縁」が切れてしまっても、地域で孤立しないために、自治会活動に参加する、というような生活レベルの取組も含まれることを意味する。

4. 結果

市民が、「要介護状態になる前」「介護者になる前」から、医学的モデル、生活レベルの両輪から、備えておくことができるようになる。今後、専門職が不足しても、自助力・互助力により、安全・安心した生活を送ることができるようになる。

5. 考察

行政が市民サービスを提供するのが当たり前、という意識を、今後起こりうる人口減少、予算規模の縮小に対して、市民と地域、民間企業、専門職、行政が一体となり、あらたなまちづくりを推進する必要がある。

6. おわりに

認知症や要介護状態になっても、もう少し長生きしたいと思い、最期を迎える時に「立川市で良かった」と思ってもらえるようなまちづくりを推進したい。

【演者略歴】

1990年 立川市役所入職（福祉保健部厚生課 家庭奉仕員）
2000年 立川市社会福祉協議会 ホームヘルプ係に出向
2001年 立川市福祉保健部高齢福祉課介護認定係
2006年 同在宅支援係（地域包括支援センター事務局・権利擁護支援担当）
2017年 同生活福祉課保護第四係（生活保護地区担当）
2018年 同高齢福祉課在宅支援係長（現職）

利益相反：無

S49-5

鎌倉市での「しくじり」在宅医・地域連携

長谷川 太郎 ハセガワ タロウ

医療法人社団 All for Kamakura 湘南おおふなクリニック

鎌倉市では、2021年の65歳以上の高齢者人口は53,891人で全人口177,125人の30.43%を占めています。地域連携事業として2008年に発足した「医療と福祉ネットワーク会議」を引き継ぐ形で、「多職種ミーティング」を市は開催しています。

他職種を理解する目的で継続開催され、延べ参加者数は1800人におよび、在宅医療に関わる医療者・介護事業者の顔の見える関係性づくりが進んでいます。

当院は鎌倉市北部・横浜市栄区に近い大船に所在する、連携型機能強化型在宅療養支援診療所です。常勤医師1名、非常勤医師6名で泌尿器科・内科外来と在宅医療を行っています。休日夜間のオンコールは常勤医で担っています。法人内には訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、栄養ケア・ステーションを併設しています。

当院の近隣には、急変時に救急対応して頂ける急性期病院が複数あり、大変恵まれた環境で在宅医療を行っています。2013年の開院以来、470名の訪問診療患者さんを担当し170回のお看取りを経験してきました。しかしながら、診療開始時の「ボタンのかけ間違い」のようなほころびが最後まで影響してしまい、患者家族・医療者とも（おそらく）不幸であった事例が少なからず存在しました。

今後、在宅医療を受ける患者数は増加し、在宅医療提供体制の整備がより一層必要になると叫ばれています。医療機関のグループ化やICTの活用などを通じた、診療体制の強化や業務の効率化についての多様な先行事例報告もあります。このシンポジウムでは、当院における「しくじり事例」から、患者家族目線に立った好医療連携についてお話ししたいと思います。この演題発表が、地域課題解決のための気づきになれば幸いです。

【演者略歴】

【略歴】

1995年 東京慈恵会医科大学医学部医学科 卒業

1995年 都立広尾病院 初期研修

1997年 東京慈恵会医科大学泌尿器科

2013年「湘南泌尿器科・内科」開設 院長

2016年 医療法人社団 All for Kamakura 設立 理事長

2017年 移転に伴い「湘南おおふなクリニック」へ改称

【資格】

日本泌尿器科学会専門医・防災士・難病指定医・在宅褥瘡管理者・緩和ケア研修修了

【役職】

鎌倉市医師会 地域保健担当理事・鎌倉市防災医療アドバイザー

利益相反：無

シンポジウム50

医療的ケア児の意思決定支援

S50

【セッション概要】

医療的ケア児支援法が施行され、医療的ケア児やその家族を支援するための枠組みができた。一方で子どもであり障害者でもある彼らの意思は、親を通して表現されることが多く、ケアの現場ではしばしば子ども本人の意思と親の希望との差異について考えさせられる。地域でどのように過ごすか、どのような保育園や学校を選ぶか、病気に関する治療やケアについての自己選択など、本人の意思を確認する方法について議論されることはまだまだ少ない。一方で、こども家庭庁の設立に向けて、こどもの意思や意見を政策決定などに反映させる調査研究も行われている。一見、自分の意思や意見を表明することが困難な子どもたちではあるが、実際にその子が考えていることをどのように聞き出していけるのか、考えてみたい。

座長：田上 恵太 タガミ ケイタ

東北大学大学院 医学系研究科 緩和医療学分野／やまと在宅診療所登米

【座長略歴】

2008年3月 関西医科大学医学部医学科卒業

2008年4月 東北労災病院初期研修

2010年4月 東北労災病院腫瘍内科医師、緩和ケアチーム兼任

2012年4月 国立がん研究センター中央病院緩和医療科レジデント

2014年4月 国立がん研究センター東病院緩和医療科レジデント

2016年5月 国立がん研究センター東病院緩和医療科医員

2017年4月 東北大学大学院医学系研究科緩和医療学分野 助教

2019年10月-12月

Grampian Region Palliative Care Team (Ballarat, Victoria, Australia), Te Omanga Hospice (Wellington, New Zealand) 等で、緩和ケア、終末期ケア、地域医療、在宅医療の研修留学

2020年4月 東北大学大学院医学系研究科緩和医療学分野 講師

・所属在宅療養支援診療所／病院

やまと在宅診療所登米

徳之島徳洲会病院

岡部医院仙台

座長：紅谷 浩之 ベニヤ ヒロユキ

医療法人オレンジ

【座長略歴】

2003-2008年、名田庄診療所・高浜町和田診療所にて地域医療研修・実践

2011年、オレンジホームケアクリニック開設

その後、オレンジキッズケアラボ <https://carelab.jp/lp/>、みんなの保健室、地域看護ステーションみかんの木、ライフサポートチームこれでもいいのだ。、軽井沢キッズケアラボ、つながるクリニック、久米島キッズケアラボ、ほっちのロッヂ、カフェ（まあるカフェ・みいつカフェ）、メディカルフィットネス WAKE、チェアラボ、勝山オレンジクリニック、奥能登ごちゃまるクリニックなどなどスタート

2022年、つながるクリニックを新築し、カフェとフィットネスジムが一体となった「つながるベース」始動。「診療所と大きな台所があるところ ほっちのロッヂ」が、第10回アジア太平洋高齢者ケアイノベーションアワード2022“Social Engagement Program 部門”グランプリ受賞。

2023年 身体に最も近い環境を整え、その人の力を引き出す“椅子”を製作するチーム「チェアラボ」が、第11回アジア太平洋高齢者ケアイノベーションアワード2023“Assistive Living Product 部門”ファイナリストに選出。

ライフワーク：ポジティブヘルスの日本での発信、人生会議の普及啓発、“医療的ケア児を社会の光に”、地域における医療の役割の再発掘、Act Globally, think Locally (あえて)

S50-1

わかり合うための工夫～言語発信が難しい障害児の意思をどのようにキャッチするのか

山口 久美^{1,2} ヤマグチ クミ¹ 特定非営利活動法人ふわり² (有) SNOW DREAM

障害のある子どもたちの意思をキャッチするためには、子どもたちの発信を察する、くみ取る、代弁することが大事と言われる。しかし、子どもの頃から「この子は言葉が話せないから」「この子はよくわかっていないから」などの理由をつけられ、察してもらってばかりで育った子どもたちが、思春期になる頃からイライラしやすく時に暴力的になることがある。それは、本当に自分が言いたいことを言いたい時に発信する力を育ててもらえなかったからである。思春期になり自我が育ち自立心を持ちはじめた彼らにとって、自分の言いたいことが言いたい時に発信できないストレスはとても大きい。

医療的ケアが必要な子どもたちは、様々な障害や医療デバイスによって、自分の意思をことばで発信することが難しい。周囲の大人たちは、そんな子どもたちを「話せない子」「意思がわからない子」として見てしまい、コミュニケーションの発達にとって大事な時期を逃してしまいがちである。

医療的ケアが少し落ち着いてくる頃に、言いたいことを言えたらいいよねと思っても、子どもたちはどうすれば伝わるのかを学んできていない。周囲の大人たちも、子どもたちの発信手段としてことばにこだわってしまうと、「話せない子」「意思がわからない子」という見方が固定化してしまうことになる。

ことばが表出手段にならない子どもたちにとってのコミュニケーション手段として様々なツールがある（絵カードや各種機器、アプリなど）。ツールを使うことはとても大切なことである。しかし、その使い方と意味＝コミュニケーションのための共通言語であること、を双方が理解できていなければコミュニケーション手段として機能しないただの物でしかなくなってしまふ。

ひとりひとりの発達や障害の状態に合わせた発達支援とツールの活用で、わかり合えるコミュニケーションを育てていくことが意思決定の自立につながると考える。

【演者略歴】

1988年 日本福祉大学 卒業

1989年 横浜国立大学特別支援教育専攻科 修了

1989年 神奈川県入職

2003年 (有) SNOW DREAM (発達障害の人を支援する人を応援する) 設立

2006年～NPO法人ふわり ケアコンサルタント

2018年～群馬県発達障害者支援センター専門アドバイザー

2023年 国際医療福祉大学 大学院 (修士) 卒業

利益相反：無

S50-2

こども家庭庁で、障害児はどのように扱われるか

野田 聖子^{1,2} ノダ セイコ¹野田聖子事務所²衆議院議員

2022年6月15日に、「こども家庭庁設置法」、「こども基本法」が成立、公布され、2023年4月1日に「こども家庭庁」が発足致しました。

こども家庭庁は、こども基本法で示されたこども政策の基本理念等に基づき、こども政策を強力に推進していくための新たな司令塔となります。こどもを誰一人取り残すことなく、その健やかな成長を支援していきます。その中にはもちろん障害児も含まれています。

障害児の健やかな育成を支援するため、障害児及びその家族に対し、乳幼児期から学校卒業まで一貫した効果的な支援を身近な場所で提供する体制を構築することが重要です。こども家庭庁では質の高い専門的な発達支援を行なう期間である障害児通所支援事業所及び障害児入所施設の支援の質の向上や支援内容の適正化に取り組んでいきます。

また、障害児の地域社会への参加・包容（インクルージョン）を推進する観点などを踏まえ、文部科学省や厚生労働省とも連携し、一人ひとりの教育的ニーズを踏まえた特別支援教育との連携の促進、一般就労や障害者施策への円滑な接続・移行を図るなど、切れ目のない支援の充実を図るとともに、医療的ケアが必要なこどもや様々な発達に課題のあるこども等について、医療、福祉、教育が連携して対応する環境整備に取り組んでいくことになります。

さらには在宅の医療的ケア児とその家族の支援に向けた取組みとして、NICU・GCUから在宅へ円滑に移行するための支援や地域における生活の基盤整備等の在宅生活支援、医療的ケア児を受け入れる障害児通所、保育園、学校等の基盤整備といった社会生活支援、経済的支援等の取組みが実施されていきます。

その他、今後のこども家庭庁における障害児への取組みについて話が出来ればと考えます。

【演者略歴】

1993年 7月 第40回衆議院議員総選挙で初当選。以来連続10期当選
 1996年 11月 郵政政務次官
 1998年 7月 郵政大臣
 1999年 1月 郵政大臣
 2008年 8月 消費者行政推進田嶋当大臣・宇宙開発担当大臣・内閣府特命担当大臣
 2012年 12月 自由民主党総務会長
 2017年 8月 総務大臣・女性活躍担当大臣・内閣府特命担当大臣
 2017年 11月 総務大臣・女性活躍担当大臣・内閣府特命担当大臣
 2018年 10月 衆議院予算委員長
 2020年 9月 自由民主党幹事長代行
 2021年 10月 内閣府特命担当大臣・女性活躍担当・こども政策担当・孤独・孤立対策担当
 2021年 11月 内閣府特命担当大臣・女性活躍担当・こども政策担当・孤独・孤立対策担当
 2022年 9月 自由民主党情報通信戦略調査会長 現在に至る

利益相反：有

S50-3

今日も明日も。一緒に歩くことで子どもと家族の意思決定を支える。

松丸 実奈 マツマル ミナ
NPO 法人にこり

子どもたちが自分自身で自分の意思を決定して、その意思を他人に伝えること。それはとても難しいことだと感じています。そして、子どもの年齢、障害、取り巻く家庭や社会の環境も子どもの意思決定のプロセスに大きな影響を与えます。

私たちにこりは、「子どもたちの願いを叶えること」を一番大切にしています。

目の前にいる子どもたちの願いはなんだろう。子どもたちは遊ぶことが大好き。医療が必要でも楽しい、嬉しいという選択を自分の意思で決めることができるように。障害がなければ当たり前には叶えられるのに、医療が必要なことが理由で叶えられない。そんなことはないように。

こども達の願いを知るためには、やはり一人ひとりに触れて、一緒に時間を過ごして言葉ではない、触れ合いの中から見つけていくことが、最も大切だと感じています。

また、自分で意思の決定や表出が難しい子どもたちでは、多くの場合で意思決定は母親に委ねられます。そのような子どもと家族の意思決定を支援するために、私たちにこりは必要な情報や仲間をできるだけ集めること、そして「お母さん、決めたことが変わってもいい。自分だけで決めなくていい。一緒に考えていこうよ。」というかわりを大切にしています。

多様な価値観を持つ人が一緒に生きている現代において、子どもたちの本当の願いは何か？それは目の前の子どもたちの中にあると思います。そんなチームのお話をきいて下さると嬉しいです。

【演者略歴】

略歴：

2002年 北九州小倉看護専門学校卒業、北九州市立医療センターNICUに勤務

2016年 小児の訪問看護ステーションにこり開設

2017年 こどもデイサービスにこり開設

2018年 居宅介護事業・相談支援事業開始

NPO 法人にこり設立 理事長

2019年 喀痰吸引等研修機関登録、福祉有償運送事業開始

2020年 産後ケアステーションにこり開設、介護職員初任者研修・保育所等訪問事業開始

2021年 社会起業塾塾生。こどもデイサービスにこり八幡西、

2022年おやこの訪問看護ステーションにこり開設 北九州市障害者相談支援事業協会
小児慢性特定疾病室 委託事業

2023年 はぐむのあかりクリニック

利益相反：無

シンポジウム51 新潟県プログラム委員会企画

地域包括ケア、地域医療構想に向けた在宅歯科診療の新展開

S51

【セッション概要】

在宅療養者共通で課題となる口腔衛生環境の悪化、口腔機能低下への対応は、誤嚥性肺炎等の予防、低栄養などの重症化防止、認知症の進行抑制など在宅患者の療養の質向上への寄与が大きい。歯科においても地域包括ケア体制の構築、地域医療構想の深化のなかで、在宅歯科医療の推進として、病院歯科との連携、他職種間ならびに診療所間の連携強化が図られているところである。本シンポジウムでは、新潟県における在宅歯科医療の現状と新たな取り組みについて1次医療、1.5次医療、2次医療ならびに連携の要となる在宅歯科医療連携室などそれぞれの立場の担当者に登壇いただき、講演ならびに今後の課題についてディスカッションする予定である。

座長：田中 彰 タナカ アキラ

日本歯科大学新潟生命歯学部 口腔外科学講座

【座長略歴】

【略 歴】

平成2（1990）年3月 日本歯科大学新潟歯学部卒業
平成6（1994）年3月 日本歯科大学大学院新潟歯学研究科修了
平成17（2005）年4月 日本歯科大学新潟歯学部附属病院 口腔外科 准教授（助教授）
平成24（2012）年4月 日本歯科大学新潟病院 口腔外科 教授
平成25（2013）年3月 ベルン大学医学部 頭蓋顎顔面外科学講座 留学
平成26（2014）年1月 日本歯科大学 新潟生命歯学部 口腔外科学講座 教授
現在に至る

【学会等および社会における主な活動】

日本口腔外科学会 専門医・指導医
日本がん治療認定医機構 がん治療認定医（歯科口腔外科）
日本口腔腫瘍学会 口腔がん暫定指導医
日本口腔科学会 認定医・指導医 日本口腔内科学会 認定医・指導医
日本有病者歯科医療学会 専門医・指導医

【役 員】

理 事：日本老年歯科医学会 日本有病者歯科医療学会 日本口腔ケア学会
硬組織再生生物学会 日本歯科大学歯学会 日本歯科薬物療法学会
代議員：日本口腔外科学会 日本頭頸部癌学会 日本老年歯科医学会 日本有病者歯科医療学会、
日本口腔内科学会 日本歯科薬物療法学会 日本口腔腫瘍学会 日本小児口腔外科学会
評議員：日本口腔科学会 日本口腔ケア学会

座長：木戸 寿明 キド トシアキ

一般社団法人 新潟県歯科医師会

【座長略歴】

1992年 新潟大学歯学部卒業
1996年 新潟大学大学院歯学研究科修了
1996年 文部教官助手 新潟大学歯学部
1999年～現在 木戸歯科医院 院長
2007年～現在 新潟リハビリテーション大学非常勤講師
2017年～現在 新潟県歯科医師会常務理事
2021年～現在 三条看護・医療・歯科衛生士専門学校非常勤講師

S51-1

地域における日本歯科大学在宅ケア新潟クリニックが果たす役割

高田 正典 タカダ マサノリ
日本歯科大学 在宅ケア新潟クリニック

【はじめに】

地域包括ケアシステムにおける歯科医療の役割として、認知症対策、要介護高齢者への在宅歯科療養の推進、介護予防と地域ケア会議への参画、介護保険施設における口腔・栄養管理に係る取組の充実などが挙げられている。

訪問歯科診療に特化した当クリニックは、平時より診診連携ならびに多職種連携を積極的に実践、顔の見える関係を構築している。今回、その活動について報告する。

【活動】

平成30年4月に三条市須頃クリニックを開院、令和5年4月で6年目を迎える。診療圏は半径16km（燕市、三条市、加茂市、見附市、田上町、弥彦村と新潟市秋葉区、南区、西蒲区、長岡市の一部）となっている。開院当初は、地域の歯科医院（診診連携）や在宅歯科連携室からの依頼が主に多く、現在は多職種からの依頼も増加している。

5年で患者総数は500名を超え、そのうち認知症患者は1/4ほどになる。中等度以上の患者も積極的に口腔健康管理の継続を行なっている。診療内容は、かかりつけ歯科医院が訪問診療困難な場合の急患対応（往診）、合併症のある要介護者の外科処置、誤嚥性肺炎予防による専門的口腔衛生管理、摂食嚥下機能障害やリハビリテーションなどの長期管理まで多岐に渡る。

また、診療の傍ら、各歯科医師会、医師会、多職種、行政へ口腔健康管理の重要性などの広報活動。介護保険施設での口腔ケア向上事業として施設職員への実地指導マニュアルの作成や三条市要支援者への無料歯科検診表作成と検診事業などに参画している。

【考察】

診診連携の充実、高齢者の歯科医療提供に繋がる第一歩と捉えている。当クリニックとしては、口腔の健康が全身の健康に密接に関係することを啓発、さらに専門的歯科医療提供により健康寿命の延伸に繋げることができると考える。

【演者略歴】

【略歴】

1995年 日本歯科大学大学院新潟歯学 卒業
1999年 日本歯科大学大学院新潟歯学大学院 卒業
2005年 日本歯科大学新潟病院 口腔外科診療科助教
2006年 日本歯科大学新潟病院 口腔外科診療科講師
2018年 日本歯科大学 在宅ケア新潟クリニック講師

【所属学会】

日本口腔外科学会
日本有病者歯科医療学会
日本老年歯科医学会
日本摂食・嚥下リハビリテーション学会
日本歯科医療管理学会
日本障害者歯科学会

利益相反：無

S51-2**大学病院における歯科訪問診療の取り組み**

白野 美和 シロノ ミワ

日本歯科大学新潟病院 訪問歯科口腔ケア科

日本歯科大学新潟病院は1987年より歯科訪問診療を開始し、長年にわたり地域における要介護高齢者の歯科訪問診療を中心に取り組んできた。2014年には、訪問歯科口腔ケア科という歯科訪問診療を専門に行う診療科を設置し、専属歯科医師、専任歯科衛生士を中心に院内の各科と連携を取りながら在宅歯科医療に取り組んでいる。

地域医療の中で歯科訪問診療はかかりつけ歯科医が中心となって行っているが、診療にあたり安全性の確保が困難な場合、診断や治療内容に専門性が必要な場合がある。このような場合、大学病院が検査・診断・治療・管理における専門的な知識・技術・設備を提供し、当科が後方支援しながら地域の歯科医師、歯科衛生士と協働して対応することが責務であると考えている。このような後方支援が想定されるケースとして、摂食嚥下障害患者、入院での歯科治療を要するケース（鎮静法、全身麻酔の必要なケース）、ハイリスクな観血処置が必要なケース、高度な全身管理を要するケース、口腔粘膜疾患の診断が必要なケースなどがある。また、近年当科への問い合わせや依頼が増加しているのは、小児の在宅歯科医療である。在宅療養している医療的ケア児や重症心身障害児に対する在宅歯科医療については、対応している歯科医師はまだ少なく、ご家族や担当の訪問看護師が大学病院へ問い合わせられて来られるケースが多い。当科ではこのようなケースについて、小児歯科の歯科医師と連携を取りながら対応している。

地域包括ケアシステムの構築が進む中で、高齢者へ対応する体制づくりが進んできた。今後、地域共生社会の中で在宅療養する小児や障がい児・者に対する対応も求められることが予測され、大学病院としてこのような患者への後方支援体制も必要と考えている。

【演者略歴】

1997年 日本歯科大学新潟歯学部 卒業
1998年 日本歯科大学新潟歯学部附属病院臨床研修歯科医 修了
1999年 日本歯科大学新潟歯学部 歯科補綴学教室第3講座 助教
2001年 日本歯科大学新潟歯学部附属病院総合診療科 助教
2010年 日本歯科大学新潟病院 総合診療科 講師
2014年 日本歯科大学新潟病院訪問歯科口腔ケア科 准教授 現在に至る

利益相反：無

S51-3

在宅歯科医療連携室の役割と現状

木戸 寿明 キド トシアキ
一般社団法人新潟県歯科医師会

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）に基づき、平成26年度より病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、人材確保等の事業が順次行われており、新潟県においても様々な事業が展開されている。その一環として、「在宅歯科医療連携室整備事業」を新潟県歯科医師会が新潟県より委託を受け、県内全域で事業を展開している。

第7次新潟県地域保健医療計画の中において、在宅歯科診療、地域連携のための連携拠点として位置付けられ、県内16の郡市歯科医師会毎に連携室を設置し、専従の歯科衛生士が配属されている。

現在、業務内容として、

- 1 訪問歯科医療従事者の負担軽減の支援として、医科・介護との連携窓口機能、訪問歯科診療や口腔ケア、摂食嚥下訓練等対応可能な歯科診療所の紹介、訪問診療機器の貸与管理
- 2 効率的な多職種連携のコーディネート業務として、訪問口腔ケア対応のための歯科衛生士人材登録、退院時カンファレンス等への参画、調整、周術期口腔機能管理への対応等
- 3 地域住民への普及啓発業務として、訪問歯科医療に関する広報、介護予防事業への参画
- 4 人材育成業務として、訪問歯科診療に関する研修会の実施、歯科衛生士の復職支援、研修
- 5 調査研究業務として、歯科医療機能調査等の実施

等を掲げ、地域の実情に応じて各連携室毎に事業運営を行なっている。今回のシンポジウムでは、これまでの運営状況、実績をもとに、地域歯科医療への効果について検討を行いたいと考えている。また、公益社団法人新潟県栄養士会との協働により食の支援活動を行なったモデル事業の概要について紹介するとともに、今後地域の歯科医療連携拠点として今後在宅歯科医療連携室が具備すべき機能について展望を述べたいと考えている。

【演者略歴】

1992年 新潟大学歯学部 卒業
1996年 新潟大学大学院 修了
1996年 新潟大学歯学部 助手
1999年 木戸歯科医院 院長
2017年 新潟県歯科医師会 常務理事 現在に至る

所属学会 日本補綴歯科学会 日本老年歯科医学会 日本摂食嚥下リハビリテーション学会 日本産業衛生学会

利益相反：無

S51-4

地域における在宅歯科医療

杉田 佳織 スギタ カオリ
上越市国民健康保険牧診療所

診療所がある新潟県上越市牧区は、市の中心部から車で30分ほどの山間部に位置し、少子高齢化が進んでいる上越市においても特に高齢化率が高い地域である。診療所は内科と歯科があり、市役所・社会福祉協議会の支所と同じ敷地内で医療・保健・福祉・介護に関わる多職種と連携をはかり地域住民の暮らしを支えている。地域的に規模が小さいためまとまりやすく、顔が見える関係がすでにできており連携が取りやすくなっている。

以前診療所の内科で訪問診療を行っている患者に対して歯科健診を実施したところ、そのうちの8割に歯科治療が必要という結果になった。口腔内に問題があっても痛くて食事ができないといった本人の強い訴えがなければ治療につながらない状況であった。在宅歯科医療を地域で行うためには、要介護者への対応だけでなく地域住民の健康増進、健康寿命延伸のための保健予防活動にも力をいれ、地域の人（患者とその家族、それを支える人達）の歯と口の健康への関心・意識を高めることにより、要介護者の口の問題に気づき対応できる人を増やしていくことも大切だと感じている。通院が困難になる前に在宅での療養を見据えた外来診療をおこない、歯科疾患を治すだけでなく生活を支える視点を持って多職種と連携して患者と家族を支えていくことがこれからの在宅歯科医療に必要なことだと考えている。

【演者略歴】

【略歴】

2000年 新潟大学歯学部卒業
2000年 新潟大学歯学部加齢歯科入局
2005年 あおば歯科クリニック勤務
2009年 上越市国民健康保険牧診療所歯科医長
2020年 上越市国民健康保険牧診療所所長

【所属学会】

日本老年歯科医学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士、日本口腔ケア学会

利益相反：無

S51-5

地域における在宅歯科医療の新たな取り組み

高井 晃 タカイ アキラ
高井歯科医院

当院が所在する新潟県燕市の高齢化率は全国平均を上回り、人口の高齢化はますます進展すると言われている。在宅歯科医療中、しばしば低栄養傾向の患者に遭遇するが、特に独居や老老介護など介護力の低い環境下において、嚥下障害があっても日常的に嚥下調整食を摂取することが難しく、口腔・嚥下機能と食形態の不一致などによる食事摂取量の低下から低栄養傾向に陥りやすいと考える。本シンポジウムでは、在宅療養中で主訴が嚥下障害の多系統萎縮症(MSA)患者の栄養状態の改善を目標に、新潟県のモデル事業を利用し、主介護者である夫への管理栄養士による訪問栄養指導及び歯科衛生士の継続的なアセスメント、歯科医師によるオンライン相談などを実施し、患者の体重減少予防に取り組んだ症例を報告する

【演者略歴】

1998年 奥羽大学歯学部 卒業
1998年 新潟大学歯学部第一口腔外科 入局
2000年 佐渡市佐和田病院歯科 入局
2002年 燕市高井歯科医院 勤務 現在に至る

利益相反：無

シンポジウム52 PEG・在宅医療学会合同企画

在宅医療 / 緩和ケアでの PEG と栄養管理の実際

S52

【セッション概要】

在宅医療とは、延命治療ではないけれども、はやく終わらせることでもないはずだ。在宅で過ごす方たちは、生活者として安心して過ごしたいだけで、そこに医療が必要なら、そこから恣意的に遠ざけられるべきではない。安心して過ごすためには、少なくとも栄養は必須であり、それをさりげなく提供する上で、PEG（胃瘻）は本来、力強い味方であるはずだが、それを邪魔する動きがあるとすれば、在宅医療の本当の可能性を信じていないのではないだろうか。この合同企画は、在宅医療の原点を会員の皆様と見直すきっかけになれば、と考え企画した。

座長：小川 滋彦 オガワ シゲヒコ

小川医院

【座長略歴】

1984年 岐阜大学医学部卒業。同年、金沢大学第2内科入局。
1990年 石川県済生会金沢病院消化器内科医長。
1991年 消化管ホルモンの分泌動態に関する論文で医学博士（金沢大学）の学位取得。
1996年 小川医院 副院長。
2001年 現職。

加入学会（役職名）：

日本内科学会認定 総合内科専門医。
日本消化器内視鏡学会 指導医。日本消化器内視鏡学会 学術評議員。
日本消化器病学会 専門医。
PEG・在宅医療学会 理事。
北陸PEG・在宅栄養研究会 代表世話人。
NPO法人PDN 理事。
金沢在宅NST 経口摂取相談会代表。

S52-1

PEG, それは診断・治療と並ぶ「緩和内視鏡」 ～尊厳を重視した国際標準の科学と倫理～

今里 真^{1,2} イマザト シン

¹医療法人 むねむら大腸肛門科

²英国 セントクリストファー・アカデミー

内視鏡的胃瘻造設術（Percutaneous Endoscopic Gastrostomy, 以下PEG）は1980年代に本邦で行われ、この20年余りでPEG・在宅医療学会の活動とともに大きな進歩を遂げている。日本消化器内視鏡学会も近年は内視鏡進歩の3本柱として1診断（拡大や特殊光）、2治療（早期癌の切除）、3緩和（PEGなど）の位置付けで専門医向けセミナーを開催している。

人が他の動物と異なる点は「道具を使いこなす」事で、胃瘻用具は眼鏡や車椅子や心臓ペースメーカーと同様に装具である。加えて経口や経静脈を併せたハイブリッド栄養も可能だ。日本で多い誤解は「QOLとは？」に始まり、異なる定義で議論する不毛さにある。尊厳も国際標準では、病や老いやお金や職業に左右されず各々の人生最期まで保たれる。日本で胃瘻とともに生きる方々は存在を否定され死ぬ自由を突き付けられがちであり、地域社会に入るには大変な勇気が必要だ。そして家族の介護鬱病やスタッフの燃え尽きは、海外では行われている「家族やスタッフへの緩和ケア」が日本で行われていない事と知るべきだ。

胃瘻を使いこなせないケースの反省はある。高熱などで「夕食はお粥で良い」方に、ストレス係数分（ステーキ？）を提供すると本人は辛い。個々の事例に配慮なく型通りの栄養投与を行うと「苦しみながら最期を迎えた、胃瘻は悪だ」となり得る。他方「発熱は誤嚥だ」と絶食・静脈栄養で腸管免疫を低下させる施設の多さにも警鐘を鳴らしたい。

かつてWHOは「健康とは身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態」としたが、その様な方は稀だ。最近の提言は「健康とは身体的、社会心理的な問題に直面した際に適応し自ら管理する能力で、この能力が損なわれた際に支援するのが医療」、今の時代を反映した示唆に富むものでPEGは堂々と医療だ。

PEGのリスク以上にある「PEGをしないリスク」に光をあて「生きよう」と勇気を与えられる様、本学会参加の皆様を期待したい。

【演者略歴】

【略歴】

1990年 大分医科大学（現大分大学医学部）卒業
 1995年 癌研究会付属病院（東京、消化管診断部門）
 2003年 大分県医療生活協同組合・大分健生病院 副院長
 2011年 大分大学医学部 地域医療学外科臨床准教授（兼任）
 2012年 渡英（家庭医と臨床）
 2014年 国立病院機構新潟病院 消化器内科医長
 2016年 渡英（緩和ケア研修）
 2017年 大分県厚生連しおはま診療所院長、兼介護老人保健施設しおはま施設長
 2021年 医療法人むねむら大腸肛門科 現在に至る

【活動】

1999年 内視鏡洗浄器 発明・国際特許取得
 2004年 NPO法人 Patient Doctors Network (PDN) 理事
 2005年 WONCA 世界医学会・日本プライマリケア学会 最優秀論文授賞
 2006年 TBS系ラジオ・生放送健康番組のパーソナリティ（1年間）
 2011年 NHKドキュメント「食べなくても生きられる」に出演
 2016年 英国セントクリストファー・アカデミー会員（日本人医師初）

利益相反：無

S52-2

在宅療養サポートチーム (hST) で支える在宅医療 ～人生100歳時代を見据えた栄養管理～

西山 順博 ニシヤマ ヨリヒロ
医療法人西山医院

昨今、在宅療養において、枯れるように逝くことが人の最期として認知されつつあり、終末期（人生の最終段階）の人工的水分・栄養補給法（Artificial Hydration and Nutrition : AHN）による栄養療法のあり方についても議論されている。また、AHN の代表格である 胃瘻は、延命治療の代名詞のような扱いを受けていることは、あまりにも残念である。延命治療を受けたいか受けたくないかの選択肢ではなく、栄養療法がその人にとって益なのか害なのかを在宅療養サポートチーム（hST : home care support team）で考えていくことが重要である。

在宅で療養されている方やご家族は、「如何に逝くか」ではなく、「如何に生きるか」を考えている。大切な命を、本人以外の第三者が「不幸な」とか「無意味」と形容することはあってはならない。不幸な命にしているのは何なのか？ 誰なのか？ 無意味な命なんてどこにもありません。もし、AHNでサポートする命を本人やご家族が不幸な命だとか無意味な命だと思っておられる場合は、胃瘻を如何に使いこなしても、平安な生活に戻すことは困難であり、Advance Care Planning（APC）で AHNの緩和ケア的利用について、しっかりと話し合わなければいけない。

在宅療養には、①生命（生理的健康）に対する支援、②生活の充実に対する支援がある。胃瘻をはじめとする AHNは、①生命に対する支援である。昨今、APCを推進していくなかで、①②に加えて、③人生の満足に対する支援が必要とされている。多職種・多業種と協働し、②③をしっかりと行うことで、ANHの評価が高まると考えている。大切な命を栄養管理とリハビリテーションが両輪となり、最適な栄養管理を提供し続けていきたい。

我々のhSTにて実践している「健康寿命の延伸と日常生活に制限のある期間のQOLの向上」に対する取り組みと、ACPに活用していただきたい絵本「サイ五郎さんちの人生会議」と対話カードについても紹介する。

【演者略歴】

【略歴】

1994年 近畿大学医学部卒業
滋賀医科大学医学部附属病院医員（研修医）として第2内科
1996年 公立甲賀病院医員
1998年 滋賀医科大学医学部附属病院医員として第2内科
2002年 大津市民病院副院長として消化器内科
2004年 大津市民病院院長として消化器内科
2007年 医療法人西山医院 副院長
2010年 医療法人西山医院 院長
2016年 医療法人西山医院 理事長
滋賀県医師会 代議員（2014/4～）
大津市医師会 理事（2016/6～）学術部 部長 兼 在宅療養推進部 副部長

【所属学会】

日本在宅医療連合学会
日本内科学会認定医
日本消化器病学会専門医
日本消化器内視鏡学会指導医
PEG・在宅医療学会 暫定認定胃瘻造設者・胃瘻管理者
PEG・在宅医療学会 常任幹事

利益相反：無

シンポジウム53

ICTを利用した遠隔死亡診断

S53

【セッション概要】

ICTを利用した遠隔死亡診断は、平成28年に国の規制緩和として閣議決定され、翌年にガイドラインが作成された。死亡診断は、死期が迫っているとはいえ、心停止の時刻を予測できないという一般診療とは異なる特殊性があり、離島や僻地といった医療資源の乏しい地域における在宅看取りの手段として、普及が期待される。医師が患者の死に立ち会えず、駆け付けるまでに12時間以上かかる場合に、患者のところにいる看護師とICTを通して死亡診断を行うもので、実施には5要件を満たさなければならない。本シンポジウムにおいては、この要件について、まず説明を行う。さらに、年2回程度実施される「医師による遠隔での死亡診断をサポートする看護師を対象とした研修会」を修了した看護師のみが、遠隔死亡診断に従事できる制度となっており、この研修会の様子を紹介する。在宅における遠隔看取りの潜在的な需要は大きく、確立させる意義は大きいと考えており、総合討論において、この制度の普及における課題について話し合いたい。

座長：大澤 資樹 オオサワ モトキ
東海大学医学部基盤診療学系法医学

【座長略歴】

1983年 愛媛大学医学部卒業
1985年 箕面市立病院内科研修医
1989年 大阪大学大学院医学研究科修了
1999年 山形大学医学部法医学教室教授
2004年 東海大学医学部基盤診療学系法医学領域教授
日本法医学会・日本DNA多型学会・日本SIDS乳幼児突然死予防学会・日本賠償科学会・日本交通法学会等理事、日本交通科学学会・日本法科学技術学会等評議員、日本医療安全学会代議員、医道審議会死体解剖資格審査分科会委員、ISO TC272法科学国内審議委員会委員長

座長：尾崎 章子 オザキ アキコ
東北大学大学院医学系研究科 老年・在宅看護学分野

【座長略歴】

1986年 千葉大学看護学部 卒業
1986年 虎の門病院 看護師
1998年 東京医科歯科大学大学院 修了
1998年 東京都立保健科学大学（現東京都立大学）講師
2001年 国立精神・神経センター（現国立精神・神経医療研究センター）研究員
2005年 東邦大学看護学部 准教授
2008年 同 教授
2015年 東北大学大学院医学系研究科 教授 現在至る

【所属学会】

日本在宅ケア学会、日本在宅看護学会、日本老年看護学会、日本地域看護学会など

ガイドラインから読み解く訪問看護の役割

尾崎 章子 オザキ アキコ

東北大学大学院医学系研究科 老年・在宅看護学分野

地域の医療資源が乏しいために、在宅死を希望していても臨終期に入院を余儀なくされたり、検視となる事例が報告されている。このような背景から「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン」（厚労省、2017）が発出され、医師による遠隔死亡診断と死亡診断書を交付する制度の運用が開始された。われわれは、ガイドラインが適用される状況下において、療養者・家族が望むエンド・オブ・ライフを実現するために、看護支援のあり方を検討し、看護プロトコルを開発した。プロトコルは、適用条件、看護目標、早晚死亡が予測される前から実施しておくべき事項、早晚死亡が予測された際に実施する事項、死を迎えた時に実施される事項から構成され、時間的順序に沿って看護師の実践内容を記した。筆者は「医師による遠隔での死亡診断をサポートする看護師を対象とした研修会」の講師として、講義・演習にこのプロトコルの一部を活用している。

死亡時にICTを利用した死亡診断等を受けるという選択は、療養者が人生の最終段階をどのように迎えたいかという一連のプロセスの中に位置づけられるべきであり、日頃のアドバンス・ケア・プランニングが重要であること、ICTを用いた死亡診断がどのようなものであるか十分に理解して選択できること、同意後も療養者・家族の意思や心境の変化を察知し、変更できることを保証し、関係者との調整を行う必要がある。加えて、医師や関係職種との十分な連携に努め、ICTによる死亡診断が実施可能な通信環境かを把握・調整することがあげらる。実施に際しては、外表検査に伴う撮影や体位変換による心理的な侵襲が想定される。家族の心情に配慮して療養者・家族の尊厳を損なうことのないよう実施する必要がある。一方で、看護師の心理的過重に対する支援や、複数名での実施体制など訪問看護事業所の体制整備へのバックアップが必要と考えられる。

【演者略歴】

1986年 千葉大学看護学部 卒業

1986年 虎の門病院 看護師

1998年 東京医科歯科大学大学院 修了

1998年 東京都立保健科学大学（現東京都立大学）講師

2001年 国立精神・神経センター（現国立精神・神経医療研究センター）研究員

2005年 東邦大学看護学部 准教授

2008年 同 教授

2015年 東北大学大学院医学系研究科 教授 現在至る

【所属学会】

日本在宅ケア学会、日本在宅看護学会、日本老年看護学会、日本地域看護学会など

利益相反：無

S53-1

ICTを利用した遠隔死亡診断の現状と課題

大澤 資樹 オオサワ モトキ
東海大学医学部基盤診療学系法医学

【はじめに】ICTを利用した遠隔死亡診断は、平成28年に規制緩和として閣議決定され、翌29年にガイドライン (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000527813.pdf>) が作成された。死亡診断は、死期が迫っているとはいえ、心停止の時刻を予期できないという一般診療とは異なる特殊性があり、遠隔での死亡診断は、離島や僻地といった医療過疎地における在宅看取りの手段として期待されている。看護師を対象とした実施のための研修会が開催されているが、新型コロナウイルス感染拡大で2年余のブランクもあり、さらなる拡充が求められている。

【活動】医師が患者の死に立ち会えず、駆け付けるまでに12時間以上かかる場合に、患者のところにいる看護師とICTを通して死亡診断を行うもので、実施には5要件を満たさなければならない。実施のシミュレーションと法医学の技能習得の目的で、これまでに東京、大阪と地方都市を含めて、年2～4回程度の研修会を日本医師会が委託事業として実施してきた。訪問看護ステーションに勤務する看護師を中心に応募を受け付け、のべ2百数十名が修了し、資格を取得している。患者家族に同意を取り付け、準備が整った段階まで進むことはいくつもあったが、現在までに2例の実施にとどまっている。

【考察】在宅看取りを進める一つ的手段として普及を図りたいが、課題がいくつもある。特に医師への周知が不足しており、機会をつくって広報してゆく必要がある。死の三徴候の確認に加えて、損傷の有無を確認する目的で外表を観察するが、手技が多く、時間がかかることも問題である。ガイドラインの改定が必要であるが、遅々として進んでいない。ICTを利用した遠隔での看取りについては、潜在的な需要は大きく、世界でも先駆的な試みなので、確立させる意義は大きい。そのためには、医師と看護師の理解と協力が必要となる。

【演者略歴】

1983年 愛媛大学医学部卒業

1985年 箕面市立病院内科研修医

1989年 大阪大学大学院医学研究科修了

1999年 山形大学医学部法医学教室教授

2004年 東海大学医学部基盤診療学系法医学領域教授

日本法医学会・日本DNA多型学会・日本SIDS乳幼児突然死予防学会・日本賠償科学会・日本交通法学会等理事、日本交通科学学会・日本法科学技術学会等評議員、日本医療安全学会代議員、医道審議会死体解剖資格審査分科会委員、ISO TC272法科学国内審議委員会委員長

利益相反：無

S53-2

対象看護師の選抜と実績

高砂 裕子 タカスナ ヒロコ
一般社団法人 全国訪問看護事業協会

「医師による遠隔での死亡診断をサポートする看護師を対象とした研修会」は、2016年度厚生労働科学研究において情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等を行う際の基本的考え方、具体的手順等についての研究がなされ、その結果を踏まえ「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン」が、2017年9月に厚生労働省が策定され、そのガイドラインに基づき企画・運営されている。

全国訪問看護事業協会は、2017、2018年に研修内容の検討・作成・運営を実施した。2020年からは、日本医師会が開催している。

この研修会は、ガイドラインにおいて、医師による遠隔での死亡診断をサポートする看護師が受講しなければならないとされる「法医学等に関する一定の教育」内容である。

受講対象者は、(ア) 看護師としての実務経験5年以上を有し、その間に患者の死亡に立ち会った経験が3例以上ある。(イ) 看護師としての実務経験のうち、訪問看護または介護保険施設等において3年以上の実務経験を有し、その間に患者5名に対しターミナルケアを行なったことがある。(ウ) 実務においてICTを活用して連携している医師に、研修受講について説明し、同意を得ていること。(エ) 「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン」を読んでいること。(オ) 所属事業において、業務上でタブレットまたはスマートフォン等を使用していること。(カ) インターネットによるe-learning受講及び2会場のうちいずれかでの研修を終了後、期限までに実地指導（大学法医学教室及び監査医務機関等において、死体検案や解剖見学に参加することを通じ、死の三兆候や死後硬直等の法医学等に関する講義で学ぶ内容を実際に観察する研修）である。

今回は、受講対象者の選抜と実績に関して報告し、研修会の実際を皆さまと共有する。

【演者略歴】

1982年 京都第一赤十字看護専門学校卒業
2006年 愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻
 地域・老人看護学修士課程 卒業
1995年 南区医師会訪問看護ステーション 管理者
2009年 全国訪問看護事業協会 理事
2014年 全国訪問看護事業協会 常務理事
2020年 全国訪問看護事業協会 副会長 現在に至る

利益相反：無

S53-3

研修会と実地研修の詳細

木林 和彦 キバヤシ カズヒコ
東京女子医科大学医学部法医学講座

医師による遠隔での死亡診断をサポートする看護師を対象とした研修では、法医学等に関する教育として、研修会で講義受講及びシミュレーションとロールプレイを行い、その後、全国の法医学関連施設で実地研修を行うことで、生前の同意取得からICTを用いた死亡診断と死亡診断書作成までの実際を修得する。

研修会での講義では、1) わが国の死因究明制度 (ICTを利用した死亡診断等の経緯と概要、関係法令、死因究明、死因統計)、2) 法医学に関する一般的事項① (死因論、内因性急死)、3) 法医学に関する一般的事項② (外因死— 損傷・中毒・窒息、異常環境死、虐待死)、4) 法医学と看護 (法医学と看護の関わり、留意すべき犯罪症例等)、5) 本制度の利用者・家族に対する意思決定支援 (看護師の役割、同意書の説明方法と書き方、患者と家族への接し方、死亡確認をするための説明の仕方) 等を学修する。

研修会でのシミュレーションでは、遠隔地の医師との情報伝達のための通信機器とダミー人形を用い、死亡確認から死亡診断書の交付まで (死の三徴候の確認、外表検査、機器の使用、医師への伝達、医師から遺族への死亡診断の伝え方、死亡診断書の記載) を学修する。また、ロールプレイでは、受講者が患者役、家族役、看護師役となり、同意書の説明方法と書き方、死亡確認をするための説明の仕方を学修する。

実地研修では異状死の死体検案や法医解剖に立会い、死の三徴候と死体現象を観察して死亡を確認し、窒息死や損傷死等の外因死が示唆される所見や虐待が示唆される所見の観察方法を学修する。異状死と判断されて死体検案の対象となった理由、死因と死因の種類の診断方法についても学修する。

研修会と実地研修では、遠隔地の医師との情報伝達の方法を修得すると共に、患者の死亡の正確な診断、本制度の対象外となる異状死とは何かの理解が重要である。

【演者略歴】

【略歴】

- 1987年 香川医科大学医学部卒業
- 1991年 熊本大学大学院医学研究科修了
- 1991年 熊本大学医学部基礎系医員 (法医学教室)
- 1992年 熊本大学医学部法医学教室助手
- 2000年 佐賀医科大学 (現. 佐賀大学医学部) 法医学教授
- 2008年 東京女子医科大学医学部法医学講座教授・講座主任
- 2021年 東京女子医科大学医学部法医学講座法医学分野教授・基幹分野長 (職名変更) 現在に至る

【所属学会】

日本法医学会、米国法科学会、米国監察医協会、米国神経外傷学会

利益相反：無

S53-4

遠隔死亡診断で看護師に求められる能力

柳井 圭子 ヤナイ ケイコ

日本赤十字九州国際看護大学

人生最期の迎え方の選択肢の一つとなる遠隔死亡診断には、診察を介助する看護師に情報の受け手である医師に必要な情報を速やかに報告することが求められる。そこで、補助する看護師には「一定」の法医学等に関する教育を受けることが要件となっている（実施要件（d））。法医学は、看護基礎教育において、対象のアセスメントを行うために必要となる多くの医学的知識を学修する中で、必ずしも学んではない。多くの臨終の場では、医師は対象の最後の診療を行っており、看護師は対象や家族の傍で対象と残される家族への死後ケアに備えており、それぞれの職務に努めることで、円滑な看取りケアが遂行されている。このうえで、遠隔死亡診断では、看護師に看取りケアとして、医師の診察の補助を求められる。医師に的確に情報を提供する死者のアセスメント能力を修得することが求められるのは当然のことである。しかし、遠隔死亡診断にあたる看護師には、これまでの医師と看護師との明確な役割分担が揺らぐことにもなりうる。ゆえに、法医学教育には、法医学の知見を修得するだけでなく、看護師としての自らの責任・責務と倫理的葛藤とを克服し、看取りケアとして死後ケアに展開できる能力の獲得に向けたものでなければならない。

このことにつき遠隔死亡診断の法医学教育の一端を担ってきた看護者として、以下3点の視点から、目標と内容について教育の実践状況や学修者の反応を基に報告する。

1. 人としての力量のある看取りケアを
2. 遠隔死亡診断の適正さを保ちつつ
3. 社会的に信頼される看護の専門家として

以上より、これら医療法の定める適切かつ良質な医療を効率的に提供するための遠隔死亡診断を活用するための知恵を共有し検討する場としたい。

【演者略歴】

1981年 久留米大学医学部附属看護専門学校卒業
1993年 北九州大学法学部法律学科卒業
1995年 北九州大学大学院法学研究科修士課程修了
1998年 九州看護福祉大学 専任講師
1993年 西南学院大学大学院法学研究科博士（後期）課程修了
2004年 産業医科大学産業保健学部看護学科 准教授
2008年 日本赤十字九州国際看護大学 教授 現在に至る

利益相反：無

シンポジウム54 研究委員会・編集委員会企画

ICTを用いたリスク管理の最先端

S54

【セッション概要】

少子高齢化に伴い、地域医療においては、限られた医療体制のなかで、対面の診療に加え、医療のDx化、デジタルとアナログの融合が不可欠である。ICTを用いた患者家族医療関係者での情報共有の進歩は著しい、その一方で病状悪化の早期発見のためのリスク管理は、まだ発展途上にある。本セッションでは、様々な角度からICTを用いたリスク管理の可能性を報告いただき、将来の更なる発展につながることを期待する。

座長：弓野 大 ユミノ ダイ

医療法人社団ゆみの

【座長略歴】

1998年3月 順天堂大学医学部 卒業
1998年4月 東京女子医科大学病院 内科臨床研修
2000年4月 東京女子医科大学病院 循環器内科臨床研修
2003年4月 虎の門病院 循環器内科
2006年9月 カナダ・トロント大学 留学
2009年4月 東京女子医科大学病院 循環器内科
2012年9月 ゆみのハートクリニック 院長
2014年5月 医療法人社団ゆみの 理事長

日本循環器協会 理事 患者連携委員会 委員長
日本心臓病学会 理事 地域医療・かかりつけ医活動委員会 委員長
総務/将来構想委員会 委員
日本循環器学会 脳卒中と循環器病克服5カ年計画ワーキンググループメンバー
「循環器疾患における緩和ケアについての提言」協力員
日本心不全学会 緩和ケア推進委員会 委員
「高齢心不全患者の治療に関するステートメント」作成委員
「急性慢性心不全診療ガイドライン かかりつけ医向けガイダンス」策定委員
日本在宅医療連合学会 評議員 研究委員会 副委員長, 編集委員会 委員
日本心臓リハビリテーション学会 「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」班員
日本人工臓器学会 評議員 補助人工心臓治療関連学会協議会 DT部会委員
日本緩和医療学会 学術大会支援メンバーワーキンググループメンバー

心臓病をふくめた障害をもつ人々が安心して住み慣れたところで過ごせる社会づくりに貢献するために、2012年 東京にゆみのハートクリニックを開設。2022年現在、東京・大阪・福岡に外来と在宅診療を行う診療所を5拠点運営する。社会活動として、全国の循環器クリニックのネットワークとなるJapan Cardiology Clinic Network事務局、地域の非循環器専門の医療・介護従事者のICTプラットフォームとなるHeart Care Station事務局を務めるなど、地域での循環器医療発展のために活動を行っている。

座長：土屋 淳郎 ツチヤ アツロウ

全国医療介護連携ネットワーク研究会/医療法人社団創成会土屋医院

【座長略歴】

〔学歴・職歴〕

1988年 筑波大学附属高等学校卒業
1995年 昭和大学医学部卒業
1999年 昭和大学医学部大学院卒業
2000年 太田熱海病院放射線科部長
2007年 太田熱海病院内科部長
2012年 医療法人社団創成会土屋医院院長
〔現職〕
医療法人社団創成会土屋医院院長
豊島区医師会理事
東京都医師会医療情報検討委員会委員長
昭和大学病院放射線科兼任講師
全国医療介護連携ネットワーク研究会会長
日本在宅医療連合学会評議員

S54-1

プライマリ・ケアを基調としたオンライン診療と在宅医療の使い分けに関する展望

吉田 伸 ヨシダ シン

颯田病院総合診療科

報告者は福岡県飯塚市にある96床のケアミックス型在支病に勤務している在宅専門医、家庭医療専門医、総合診療特任指導医である。自らのかかりつけ患者への訪問診療を続ける傍ら、日本プライマリ・ケア連合学会（JPCA）のICT診療委員会の委員長として、直近3年ほど、プライマリ・ケアにおけるオンライン診療ガイドの編集や、模擬患者を用いたロールプレイで実例を示せる『オンライン診療 診断学ことはじめシリーズ』の発表、さらに広くICTをどう日々の診療に落とし込めばいいかを提言した「デジタルヘルスが可能にするプライマリ・ケアの未来」などの編集に関わってきた。オンライン診療は、医師・患者双方の感染リスクをゼロにした状態で診療を可能にする方法である。また、一部のへき地離島では、DtpWithN（診療所や訪問を行う看護師が患者のケアと接続支援を行いつつ、遠方の医師の診療を受ける方式）の活用により、医療アクセスが絶たれるという社会リスクに対処しようとする取り組みが始まっている。我々は、オンライン診療を、外来・病棟・在宅に続く、「第4の診療形態」と提唱している。本発表では、これまでの活動をご紹介しますとともに、在宅医療とオンライン診療のそれぞれの価値がうまく発揮されながら、さまざまな医療提供に伴うリスクにどこまで対処され、使い分けがなされるのかについての展望をお話したい。

【演者略歴】

(略歴)

2006年 名古屋市立大学医学部医学科卒
 2008年 飯塚病院初期研修修了
 2011年 飯塚・颯田家庭医療後期研修プログラム修了
 2012年 颯田病院在宅専門医研修プログラム修了
 2020年現在 JPCA 理事（ICT診療委員会委員長）
 飯塚病院総合診療科、颯田病院総合診療科科長
 飯塚・颯田総合診療／家庭医療研修プログラム副責任者
 九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻

(資格)

日本プライマリ・ケア連合学会家庭医療専門医・指導医
 日本専門医機構 総合診療専門研修特任指導医
 日本内科学会総合内科専門医
 日本在宅医療連合学会在宅専門医・指導医

利益相反：有

S54-2**小児在宅患者の健康状態の判断の支援と多職種間での情報共有を支援するアプリの開発の取り組み**

中村 知夫^{1,2} ナカムラ トモオ
藤澤 剛彦² フジサワ ツネヒコ
高橋 航¹ タカハシ コウ

¹ 国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 総合診療部 在宅診療科

² 国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 医療連携患者支援センター 在宅医療支援室

【はじめに】

医療的ケア児では、緊急受診や緊急入院の頻度も高く、介護者は、こどもの健康状態を的確に判断をする責任の重さに大きなストレスを感じており、このことが、利用できるデイケアや、短期入所施設が少ないことの一因にもなっている。

【活動】

在宅移行前から小児在宅患者の介護者がこどもの健康状態の判断をするための知識を得るための支援、在宅移行後の健康状態を介護者が判断する負担の軽減、小児在宅患者に関わる多職種間での情報共有を目的としたアプリの開発を、内閣府が立ち上げた「戦略的イノベーション創造プログラム（SIP）」に採択された国立成育医療研究センターのAIホスピタル事業の支援を受けて実施した。アプリの開発は、医療デジタルソリューション事業を行っている株式会社MICINと共同して行ない、2023年1月にプレスリリースした。保護者には、アプリ開発中から、こどもの健康状態の判断に関する経験の共有などの協力を、プレスリリース後にもユーザビリティ検証に協力いただいた。本アプリを制作するにあたり、バイタルサインを含めた健康状態を判断するための患者情報の容易な習得のための工夫、患者ごとに異なる健康状態のための情報の重みづけとその情報を統合する方法、健康状態の表示の仕方、いつもケアしている介護者以外の人でも確実に患者情報を取得し健康状態を判断するシステムの確立、患者情報の機密性の確保、プログラムの誤りや欠陥の排除と正確性の確保、継続して使用していただけるための画面構成を含めた親和性への考慮、バージョンアップも考えたシステム構築、アプリ使用料の負担者を想定した社会実装の方向性など様々な検討を行なった。

【考察】

本アプリにより、患者家族と医療職、介護職の情報交換がより具体的になるだけでなく、一般の子育ての支援、高齢者の支援にも利用できる可能性があり、行政サービスの一環としての運用することを目指している。

利益相反：無

S54-3

ICT×RPA（ロボティック・プロセス・オートメーション）によるアラート体制と在宅支援診療所薬剤師による医療安全体制構築

木村 卓二 キムラ タクジ
 覚前 有希子 カクマエ ユキコ
 高柳 莉歩 タカヤナギ リホ
 河野 さやか カワノ サヤカ
 品川 佳子 シナガワ ヨシコ
 オリーブ在宅クリニック

＜はじめに＞在宅医療の実践において、医療安全は重要である。環境や資源など安全性に懸念がある。一般社団法人日本医療安全調査機構は医療事故報告（2015年10月～2020年9月）の院内調査結果報告書1,539件のうち、薬剤に関連または否定できない死亡事例は273例（17.7%）と報。

当院では医療安全委員会を設置。1つの方策としてICT×RPA（ロボティック・プロセス・オートメーション）によるアラート体制と薬剤師の活躍による医療安全体制構築を試みており活動報告とした。

＜活動＞

在宅支援診療所で医療安全委員会を設置（メンバー 医師、看護師、薬剤師）している。

医療安全における薬剤師の役割

- ・院内Drug Information業務
- ・日々の処方箋（院外処方）のハイリスク薬・腎機能における薬剤投与量チェック
- ・注射薬剤のチェック体制（管理、準備、薬剤投与チェックシート作成）
- ・新規導入薬剤の院内勉強会開催
- ・日々の院内薬剤情報提供
- ・患者家族への薬に関わる定期刊行物作成
- ・薬剤の地域連携（訪問看護ステーション、薬局などへの処方意図・使用法の連携）

医療安全の活動を支えるものとして血液データによる有害事象確認、モニタリングなどがある。人によるデータ管理は困難なため、ICTとRPAにより薬剤師と協議した検査データを抽出することでデータベース作成、アラートシステムを構築。日々インシデントからWiki作成でマニュアル化。

＜考察＞

在宅支援診療所における医療安全を目的とした薬剤師の活動とそれをささえる基礎データ作成をICT×RPAで構築している活動を報告した。課題としては医師が薬剤師に薬に関する安全を頼りすぎてしまう面がある。

利益相反：無

S54-4

見守りサービスの種類別活用目的と運用課題の整理

中村 貴信 ナカムラ タカノブ
井村 龍磨 イムラ タツマ
在宅支援いむらクリニック 情報連携室

【はじめに】

見守りサービスは、自宅や居住系サービス等で起こる転倒事故や不意の体調不良等の時に、家族や知人、介護職員等身近な援助者に知らせる「緊急通報」としての活用が主流とされてきたと考えられる。しかし、ICT・ロボット技術の発展により、多種多様な見守りサービスの種類が増え、その活用目的も増えている。

今回、当法人の訪問診療や訪問看護等の在宅サービスを利用する患者様等を見守るためのサービスについて、目的に応じた種類別活用を整理し、検討する課題等を取りまとめたので報告する。

【活動】

見守りサービスの活用目的には、主に「安否確認、安全確保、異変の早期発見・対応、健康状態の確認、コミュニケーション」等が挙げられる。また、その種類には①訪問・宅配型②カメラ型③センサー型④会話型⑤緊急（異常）通報型等がある。

在宅の場合、主に訪問診療や訪問看護、訪問サービスのスタッフが訪問し、安否確認や健康状態を把握する。また必要に応じて電話で対応することもある。しかし、独居や高齢者世帯であったり、居住系サービスでの夜間対応であったりする場合は、訪問型や会話型、緊急（異常）通報型での対応では不十分なことが多くなっている。

そのような環境にある対象者の場合は、カメラ型やセンサー型の活用が必要となり、当院では「心拍数や呼吸数、覚醒状態等」を感知するセンサーを設置している。更に「睡眠の質や時間」の把握が必要な時はそのタイプも使用している。また、病状の確認を遠隔できる「遠隔診療支援プラットフォーム」を導入することもある。

【考察】

様々な種類の見守りサービスがあり、その特色から使用目的等を明確にし、ご本人様及びご家族様の理解と同意のもと利用することが不可欠となっている。そのために、目的以外にも、頻度や期間、ルール、マニュアル等を整備し、運用する必要がある。

利益相反：無

S54-5**在宅診療におけるテレナーシングの活用－YUMINO 管制塔センターを開設して－**

伊東 紀揮¹ イトウ ノリキ
弓野 大² ユミノ ダイ

¹ 医療法人社団ゆみの 看護部

² 医療法人社団ゆみの

在宅医療の需要が拡大する一方で、地域の人的資源の確保はより深刻な問題となってくることが予想され、効率的に地域包括ケアを実践できる体制を構築していく必要がある。遠隔医療は、そうした医療体制構築の有用な手段として推進されているが、COVID-19感染拡大も追い風となり、ここ数年での遠隔医療の発展は著しい。テレナーシングも同様に、その一助を担う役割として期待されている。

当院では、患者のトータルマネジメントを目的にテレナーシングを導入し、一昨年、管制塔センターを設立した。管制塔センターでのテレナースは、①緊急電話の対応、②状態モニタリングと早期対応、の2つの主な役割を担っている。毎日患者の状態に関する電話が数多くあるが、それらの電話に対してファーストコンタクトをテレナースが請け負っている。電話対応の多くは医師につなぐことなく解決することが可能であり、必要時に往診調整や、その他関連する在宅ケアメンバーと連携をし、多施設多職種のHUBとなって対応をおこなっている。そして、患者の多くは高齢者が占めるが、高齢者がセルフモニタリングをはじめとした疾病増悪予防における適切な自己管理を実施・継続することは容易ではない。また独居や老々介護といったように、自己管理をサポートする介護者が不在となっている家庭状況の方も少なくない。そのような患者に対してテレナースがICTを活用し、日々の状態把握をすることで、疾病増悪予防や早期発見・対応ができるように関わっている。

しかしながら、利用者のITリテラシーや費用面の問題にも直面している。

今回、当院の管制塔センターを紹介し、そこで実践しているテレナーシングの役割について事例を用いて提示し、今後の展望と課題について議論したいと考えている。

【演者略歴】**【略歴】**

東京女子医科大学病院、榊原記念病院などの重度心臓疾患患者が多い施設にて、不整脈、心筋梗塞、心不全患者の看護ケアに従事。退院後の在宅心不全療養に強い関心を持ち、YUMINOへ転職。

現在は、重症心不全や人工心臓などの在宅看護を精力的に行う一方、遠隔看護を活用した「YUMINO 管制塔センター」を設立し、患者サポートと看護師育成を行っている。

【所属学会】

日本在宅医療連合学会、日本循環器学会、日本心臓病学会、日本心不全学会、日本循環器看護学会

利益相反：無

シンポジウム55 呼吸ケアワーキンググループ企画

在宅でおこなう慢性呼吸器疾患の緩和ケア～呼吸困難のマネジメント～

S55

【セッション概要】

慢性呼吸器疾患終末期の対応で最も苦慮する症状が呼吸困難で、生活の質を低下させADLや身体活動性の低下を招き生命予後を左右する。呼吸困難は「呼吸時の不快な感覚」と定義される主観的症状で身体的、心理的、社会的など様々な因子の影響を受けるため、疾患の重症度と呼吸困難の程度は必ずしも相関せず、その表出は多面的で複雑となる。慢性呼吸器疾患でもCOPD、間質性肺炎、気管支拡張症など疾患により呼吸困難のメカニズムは異なるため疾患と病態に応じたアプローチが必要となる。本シンポジウムでは慢性呼吸器疾患終末期の緩和ケアとして在宅でおこなう呼吸困難のマネジメントについて各専門職の視点から幅広い議論ができればと考えている。

座長：吉澤 孝之 ヨシザワ タカユキ

医療法人社団愛語会要町病院／日本大学医学部呼吸器内科学分野

【座長略歴】

昭和58年 日本大学医学部医学科卒業
昭和61年 要町病院院長
平成16年 日本大学医学部呼吸器内科学分野兼任講師
平成20年 医療法人社団愛語会理事長 要町病院院長
平成22年 日本大学医学部呼吸器内科学分野臨床准教授
平成30年 日本大学医学部呼吸器内科学分野臨床教授

座長：武知 由佳子 タケチ ユカコ

医療法人社団愛友会いきいきクリニック

【座長略歴】

ガールスカウト長野17団員（小諸市出身） 日本同盟基督教団招待キリスト教会聖歌隊指揮者
日本呼吸器学会COVID-19 Expert opinion 委員メンバー

【学歴、職歴】

1993年3月 新潟大卒 1993年4月昭和大麻酔科緩和ケアチーム 1994年4月 大田病院初期研修 1996年9月 同院呼吸器科勤務
2005年6月 国立病院機構八雲病院小児科勤務 2006年1月 大田病院呼吸器科勤務 2007年5月 川崎協同病院呼吸器科勤務
2007年9月 いきいきクリニック開設

【受賞】2020年 神奈川県医学学術功労賞受賞

【教育活動】

日本呼吸ケアカンファレンス講師 福井大学非常勤講師 愛知医科大学非常勤講師他
川崎呼吸ケア・リハビリテーション研究会を主催し、15年間、地域の呼吸ケア・リハビリの啓発を行っている。

【執筆】

- 1、在宅医療のすべて（スーパー総合医）中山書店 6章 在宅医療に必要な手技 在宅人工呼吸療法 2014
- 2、在宅医療テキスト第3版 在宅人工呼吸療法 勇美医療財団 3章3、在宅人工呼吸療法（HMV）2015.11→ E-learning
- 3、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア 南山堂 4-B在宅酸素療法 8-B在宅中心モデル 2016
- 4、在宅医療バイブル第2版 日本医事新報 IV在宅医療各論・制度 ④在宅人工呼吸療法 2018.5/15
- 5、NPPVまるごと事典 4章2 在宅用機種（ViVO50）のグラフィックモニタリング 4 設定調整のアセスメント、同調不良への対応 Respica 2019.8/5
- 6、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア指針2021 メディカルレビュー社 4章-3. 在宅における緩和ケア 2021.4/20
- 7、今日の治療指針2024 医学書院 非侵襲的陽圧換気療法 掲載予定
- 8、私の治療2023-2024 日本医事新報 在宅酸素療法・非侵襲的陽圧換気療法 掲載予定 他

呼吸困難のメカニズムと評価

金崎 雅史^{1,2} カネザキ マサシ

¹東京国際大学 医療健康学部 理学療法学科

²東北大学大学院 医学系研究科 内部障害学分野

米国胸部学会（ATS）による呼吸困難のステイトメントにおいて、「呼吸困難は様々な感覚強度で異なる種類の呼吸感覚からなる呼吸のつらさの主観的経験である」と示されている（AJRCCM 1999, 2012）。この定義にあるように、呼吸困難は単一の感覚でなく複数の呼吸感覚と情動的側面を有することが認識されている。事実、空気飢餓感や呼吸努力感は、別々の呼吸困難の種類として存在していることが知られ、異なるメカニズムに起因することが認識されている。加えて、空気飢餓感は呼吸努力感よりもより不快感を惹起することが知られ、大脳辺縁系での処理の関与も含めて怖さや不安等の情動的側面と関連して発現すること報告されている。

これまでの呼吸困難の評価において、Modified Medical Research Council Dyspnea Scaleや修正Borgスケール等が広く臨床において利用されている。前者は呼吸困難による日常生活活動の制限を反映し、後者は呼吸困難の強度を測定しようとするものである。従って、前者にいたっては、患者が感じる呼吸困難の感覚を問わず、後者はどのような呼吸困難の種類を質問しているかは不明であり、呼吸困難の背景にある病態メカニズム沿った治療・呼吸ケア・リハビリテーション・緩和ケアの実施を阻害していると思われる。

呼吸困難の感覚の種類と強度、情動的側面の評価を可能とするために、BanzettらはMultidimensional Dyspnea Profile（MDP）を開発し、近年、MDPを利用した報告が急速に増加している。我々はMDP日本語版をBanzett了承の下に開発し、労作時呼吸困難の特徴とその意義について検討を進めてきた。本シンポジウムでは、在宅での呼吸ケアにおいて、患者の呼吸困難メカニズムの理解とMDPによる多次元的な呼吸困難の特徴について自験例を含めて解説させて頂きたい。

【演者略歴】

2014年3月 東北大学大学院医学系研究科内部障害学分野博士課程 修了

2013年4月 姫路獨協大学保健医療学部理学療法学科 専任講師

2021年4月 東京国際大学医療健康学部理学療法学科 准教授

利益相反：無

薬物療法によるアプローチ

吉澤 孝之^{1,2} ヨシザワ タカユキ
吉澤 明孝¹ ヨシザワ アキタカ

¹ 医療法人社団愛語会要町病院

² 日本大学医学部呼吸器内科学分野

呼吸困難は様々な疾患や病態においてみられる普遍的な症状で、特に慢性呼吸器疾患や循環器疾患、悪性腫瘍の終末期には非常に多く出現し、その対応に最も苦慮する症状である。

呼吸困難は「呼吸時の不快な感覚」と定義される主観的症状で、低酸素血症で定義される客観的病態の呼吸不全とは異なる。呼吸困難の感覚は身体的因子の他に心理的、社会的因子など様々な因子の影響を受けるため、疾患の重症度と呼吸困難の程度は必ずしも相関せず、その表出は個性が高く多面的で複雑なものとなる。症候としての呼吸困難は患者の生活の質を低下させ、運動制限からADLや身体活動性の低下を招き、生命予後にも影響する。

呼吸器疾患終末期に関する国内での多施設アンケート調査では、終末期の診療に最も苦慮する疾患としてはCOPDが最も多く、次いで間質性肺炎、肺がんの順であり、COPD終末期の対応で最も苦慮する症状が呼吸困難で肺がんよりも出現頻度が高いことが示された。

呼吸困難に対する薬物療法では呼吸困難の病態を評価し、原因に応じたアプローチが優先される。慢性呼吸器疾患でもCOPD、間質性肺炎、気管支拡張症など疾患によって呼吸困難のメカニズムは異なるため、疾患と呼吸困難の病態に応じたアプローチが必要となる。

非がん性呼吸器疾患終末期において原疾患に対する最大限の治療を行っても呼吸困難が緩和されない場合には、緩和ケア的アプローチとしてオピオイドの使用が考慮されるが、オピオイドは全ての患者に有効なわけではなく、効果が確認できなければ中止し漫然と使用してはならない。本シンポジウムでは在宅でおこなう慢性呼吸器疾患の緩和ケアについて呼吸困難に対する薬物療法を中心に解説する。

【演者略歴】

1983年 日本大学医学部医学科卒業

日本大学医学部第一内科学教室助手

1986年 要町病院院長

2004年 日本大学医学部呼吸器内科学分野兼任講師

2008年 医療法人社団愛語会理事長

2010年 日本大学医学部呼吸器内科学分野臨床准教授

2018年 日本大学医学部呼吸器内科学分野臨床教授

利益相反：無

S55-3

在宅でおこなう慢性呼吸器疾患の緩和ケア～訪問リハビリテーションにおける生活指導とマネジメント～

宮本 桃世¹ ミヤモト モモヨ
 片桐 悠子¹ カタギリ ユウコ
 春日 うつぎ¹ カスガ ウツギ
 森 清² モリ キヨシ

¹ 東大和訪問リハビリテーション

² 東大和ホームケアクリニック

【はじめに】

慢性閉塞性肺疾患（COPD）は、高度な呼吸困難や運動耐用力の低下によりQOLやADLが著しく障害される。しかし、終末期の臨床経過の予測は困難であり、インフォームドコンセントや事前指示を十分に得られない問題点があると言われている。今回、COPD末期にある症例の訪問リハビリテーション（以下リハ）で、長期にわたってADLやQOLを保ち精神的にも安定して経過しているケースを経験したため報告する。

【症例】

A氏 70歳代 女性 息子と二人暮らし

X-8年 COPD（気腫型）、II型慢性呼吸不全と診断

X-2年 HOT導入（VC1.0 %VC45.66 PaCO₂ 48.8 PaO₂ 57.2）

X年5月 右自然気胸 通院困難となり退院後より訪問診療、訪問リハ開始

S 「入院前と比べると呼吸苦が強い。主治医を信頼していたが勝手に在宅医療へ移行になり現状に不信感がある。」

リハビリ開始時のS 「動いた時の呼吸を楽にしたい。買い物や映画を見に行きたい。」

X+1年3月 息切れの自己コントロールを克服し、買い物を含めた屋外歩行練習開始

X+2年 病状の進行はあるが、月1回程度のお一人での外出を継続中

【考察】

自然気胸を繰り返している本症例は、息苦しさや闘いながら増悪を繰り返し、「頑張れないから悪くなっているのではないか。ベッドや福祉用具を使用したら回復不能になってしまうのではないか」のような間違えた考え方に固執していた。呼吸困難をコントロールし好きな外出ができるようになることが、抑うつ・不安の軽減につながると考えた。現在、病状は進行しているが、動けない生活から、自己管理しながら動けるようになった。抑うつ・不安を改善し自己効力感を得られた結果であると言える。

【演者略歴】

1996年 埼玉医科大学短期大学理学療法学科卒業

2006年 社会医療法人財団大和会えのき訪問看護ステーション

2013年 東大和ホームケアクリニック東大和訪問リハビリテーション立ち上げ責任者を務める

2015年 日本訪問リハビリテーション協会認定訪問療法士取得

利益相反：無

S55-4

酸素療法と補助換気（ネーザルハイフロー、NPPV）

武知 由佳子 タケチ ユカコ
 遠藤 直子 エンドウ ナオコ
 医療法人社団愛友会いきいきクリニック

癌の終末期と違い、慢性呼吸器疾患では、病態疾患管理を行うことが最も重要な呼吸困難感の緩和ケアとなる。その一つである酸素療法はどの疾患の終末期でも抵抗なく導入されるが、人工呼吸器は延命治療であり、癌の終末期や高齢で、呼吸不全を起こした際には、ACPでは必ず議論され、ほぼ使用されることはない。しかし、慢性呼吸器疾患においては、人工呼吸器特にNPPVは重要な緩和ケアの手段となる。呼吸困難感にさいなまれる最たる疾患COPDでは、最大の要因はDHIである。内因性PEEPに見合うカウンターPEEPをかけることで、DHIが軽減でき、一日の活動で生じた肺過膨張をNPPVでリセットでき、翌日も身体活動性高い生活ができる。またNPPVを運動療法に併用すると、高強度、長時間の運動が可能となり、筋肉がつき、COPDを悪化させる炎症性サイトカインの分泌が減少する。筋肉がつけば労作時呼吸困難感も軽減する。NPPVの効果を見いだすためには、いかに設定するかが鍵であるため、なかなか在宅で至適設定するのは難しい。そこで大きな潮流をなっているのが、2021年に保険収載された在宅ネーザルハイフロー（高流量酸素療法：HFNC）で、COPDでしか使えないのが残念である。死腔の洗い流してPaCO₂は低下し、口を閉じるとPEEP5程度の圧がかかるため、酸素療法に比べ呼吸仕事を軽減させるが、NPPVと比べると呼吸筋休息には物足りない。NPPVもHFNCもCOPD急性増悪や入院率が低下させる。在宅では高濃度高流量の酸素は供給限界があるため、通常酸素流量が少なくてすむ症例が適応となる。HFNCの加温加湿効果が優れ、一番用いたい機能であるが、精製水の費用負担が大きい。

老衰とは違い、慢性呼吸不全を患い、生き抜くためには、特別な伴走が必要である。より多くの皆様にこのセミナーで学んで頂けたら幸甚である。

【演者略歴】

【略歴】1993年3月 新潟大卒 1993年4月昭和大麻酔科緩和ケアチーム 1994年4月 大田病院初期研修 1996年9月 同院呼吸器科勤務 2005年6月 国立八雲病院小児科勤務 2006年1月 大田病院呼吸器科勤務 2007年5月 川崎協同病院呼吸器科勤務 2007年9月 いきいきクリニック開設

【所属学会】日本呼吸ケア・リハ学会 日本呼吸器学会会員 日本呼吸療法医学会会員 他6学会

【執筆】

- 1、在宅医療のすべて 6章在宅人工呼吸療法 2014
- 2、在宅医療テキスト 第3版 3章3、在宅人工呼吸療法（HMV）2015.11
- 3、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア 4-B在宅酸素療法 8-B在宅中心モデル 2016
- 4、在宅医療バイブル第2版 IV④在宅人工呼吸療法 2018.5/15
- 5、NPPVまるごと事典 4章2 在宅用機種グラフィックモニタリング 4 Respic 2019.8/5
- 6、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア指針2021 4章-3 在宅における緩和ケア 2021.4/20
 日本同盟基督教団招待キリスト教会聖歌隊指揮者 ガールスカウト長野17団員

利益相反：無

S55-5

呼吸困難に対する看護ケアとACP

竹川 幸恵 タケカワ ユキエ

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪はびきの医療センター

慢性呼吸器疾患患者の終末期において、呼吸困難は最も大きな苦痛であり、単に疾患の進行に伴う身体的側面だけでなく心理的・社会的・スピリチュアルな側面の影響によって相互に作用され「Total Dyspnea」として捉えることが重要といわれている。また、呼吸困難は、呼吸数の増加、動的過膨張などにより非効率的な換気や呼吸仕事量の増加を来す「呼吸」、疾患の進行に伴う身体活動性の低下により、四肢や胸壁の筋肉、呼吸補助筋の機能低下を来す「機能」、死に対する恐怖や過去の経験から不安や失望などを生じさせる「思考・感情」の3つの悪循環により持続・増加するといわれている。

終末期にある患者の呼吸困難に対する看護ケアとして、看護師は呼吸困難を「Total Dyspnea」として捉え、呼吸困難の3つの悪循環のサイクルを念頭に置き、セルフマネジメントの視点も取り入れて介入していく。例えば「呼吸」に関して適確な臨床判断により包括指示の範囲で酸素療法の管理や安楽な体位の提供などを行う。「機能」に関しては、呼吸困難により制限される日常生活の中で食事や排泄など患者が実施したいセルフケアを優先して行えるよう支援する。「思考・感情」に関しては、不安のマネジメントや呼吸法・動作要領の工夫などにより自己で少しでも呼吸困難を軽減できた時には称賛し、患者の自己コントロール感、自己効力感の向上を図る。また価値観を理解し、尊厳の保証や自己価値が維持できる支援を行う。そのためには、ACP介入も不可欠である。

本シンポジウムでは、慢性呼吸器疾患終末期にある患者の呼吸困難緩和への看護ケアとACPの実際についてご紹介する。

【演者略歴】

大阪はびきの医療センター看護部 慢性疾患看護専門看護師

呼吸ケアセンター副センター長

大阪公立大学大学院看護学研究科 臨床教授

・2002年大阪府立看護大学大学院卒業

・2006年日本看護協会認定の慢性疾患看護専門看護師取得。

教育活動：日本臨床呼吸機能講習会 講師

日本呼吸器学会呼吸ケアカンファレンス講師

福井大学慢性呼吸器疾患看護認定看護師教育課程教員会委員及び非常勤講師

四條畷学園大学非常勤講師など

受賞歴：2012年 日本慢性看護学会賞

2019年 第29回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会学術集会 優秀演題賞

所属学会：日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、常務理事

日本慢性看護学会、評議員

日本看護科学学会、日本呼吸器学会、日本緩和医療学会、日本在宅医療連合学会

利益相反：無

シンポジウム56 COVID-19 ワーキンググループ企画

次のパンデミックにどう備えるか

S56

【セッション概要】

今回のCOVID-19パンデミックへの対応、特に在宅医療現場（高齢者施設を含めて）における対応をふり返り、次の感染症のパンデミックにどのように備えるかについて、その課題、今後課題解決のために準備あるいは整備すべき項目について検討する。

座長：石垣 泰則 イシガキ ヤスノリ

医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック／日本在宅医療連合学会代表理事

【座長略歴】

- 1982年 順天堂大学医学部 卒業
- 1990年 城西神経内科クリニック開設 院長
- 1996年 医療法人社団 泰平会設立 理事長
- 2011年 コーラルクリニック院長
- 2018年 医療法人社団 悠輝会設立 理事長
- 2021年 医療法人社団 仁生堂 大村病院 院長
- 2023年 医療法人社団 悠輝会 コーラルクリニック 院長

【役職】

- ・順天堂大学医学部リハビリテーション医学講座 非常勤講師
- ・順天堂大学医学部神経学講座 非常勤講師
- ・一般社団法人 日本生活期リハビリテーション医学会 理事
- ・一般社団法人 日本在宅医療連合学会 代表理事
- ・一般社団法人 日本老年医学会 代議員
- ・一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス 副理事長
- ・一般社団法人 全国在宅療養支援医協会 副会長
- ・NPO法人 静岡難病ケア市民ネットワーク 理事長
- ・一般社団法人 リハビリテーション医学教育推進機構 学術理事
- ・一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 顧問

【資格】

- 医学博士
- 介護支援専門員
- 日本医師会認定産業医
- 学会認定医
- ・日本神経学会 神経内科 専門医・指導医
- ・日本リハビリテーション医学会 専門医・指導医
- ・日本内科学会 認定内科医
- ・日本在宅医療連合学会 認定専門医・指導医
- ・日本プライマリ・ケア連合学会 認定医・指導医

座長：高山 義浩 タカヤマ ヨシヒロ

沖縄県立中部病院 感染症内科

【座長略歴】

九州医療センター、九州大学病院にて初期臨床研修後、2004年より佐久総合病院にて総合診療と在宅医療を学ぶ。厚生労働省を経て、2010年より沖縄県立中部病院において感染症診療に従事。また、同院に地域ケア科を立ち上げ、退院患者のフォローアップ訪問や在宅緩和ケアを開始。2020年2月より新型コロナウイルスの世界的流行を受けて、2020年3月より厚生労働省参与。2021年9月より沖縄県政策参与。著書に『地域医療と暮らしのゆくえ 超高齢社会をともに生きる』（医学書院、2016年）、『高齢者の暮らしを守る 在宅感染症診療』（日本医事新報社、2020年）など。

S56-1

在宅療養者に対する入院前トリアージの課題

高橋 昌¹ タカハシ マサシ和泉 邦彦³ イズミ クニヒコ中込 悠² ナカゴミ ユウ小山 明日香² コヤマ アスカ¹新潟大学大学院 医歯学総合研究科 災害医学・医療人育成分野²新潟大学 医学部 災害医療教育センター³藤田医科大学 医学部 地域医療産学連携共同研究講座

【背景】新型コロナウイルス感染症の蔓延により、入院病床や人的医療資源の枯渇により必要な入院が出来ないまま命を落とすケースが全国で報告されてきた。一方で、全国的にみても入院者に占める重症者の割合はそれほど高くなく、限られた医療資源を真に入院が必要な人に行き渡らせるためには、入院前トリアージが重要と思われる。【方法】新潟県では、新型コロナウイルス感染症で入院が必要と判断された患者について、一部の例外を除き原則として新潟県庁に設置した患者受け入れ調整センター（PCC）で一括して「入院の可否」と「入院先病院の選定」を実施した。PCCでは新潟県内の全患者データをもとに流行株毎に重症化のオッズ比を計算し、科学的根拠に基づいて重症化リスクの評価を実施。更に、感染の蔓延状況に応じて入院を可能とするレベルを変動させ、蔓延時には意図的に入院前トリアージをアンダートリアージに誘導し、真に入院治療が必要な人に病床が行き渡るようにゲートコントロールを実施した。【結果】新潟県では5類以降までのR5年5月8日以前に、入院が必要と判断された患者の待機死亡は0件（施設等入所者のDNARなどを除く）であった。新潟県は人口100万人以上の医療圏において世界で一番新型コロナウイルス感染症による死亡率が低い結果となった。【考察】新潟県は人口当たりの医師偏在指数やICU病床数が全国47都道府県で最小であり、人的物的医療資源が極めて乏しいという課題がある。このため、一元的な入院前トリアージは、入院待機死亡の予防に一定の効果があったと思われる。一方、アンダートリアージでは在宅でその後の経過をフォローアップして病状の悪化を見逃さない在宅診療、遠隔診療体制の充実が必須と思われる。次のパンデミックに備えて、平時より在宅診療・遠隔診療医師が適正な入院前トリアージできる教育・訓練が必要と思われる。

【演者略歴】

【略歴】

1988年 新潟大学医学部医学科卒業 医師免許取得

1994年 新潟大学大学院医科学研究科博士課程修了 医学博士

2002年 国立循環器病センター心臓血管外科（厚生労働技官）

2003年 新潟大学医学部附属病院第二外科 助手 総括医長（医局長）

2007年 新潟大学大学院医歯学総合研究科 呼吸循環外科 講師

2012年 同 呼吸循環外科 准教授

2014年 新潟大学大学院医歯学総合研究科 特任教授（現職）

新潟医療人育成センター長（兼任・現職）新潟大学医学部災害医療教育センター 副センター長（兼任・現職）

2018年 新潟薬科大学 客員教授（現職）

【所属学会】日本災害医学会（理事・評議員）、日本小児循環器学会（評議員）、日本外科学会、日本胸部外科学会、日本心臓血管外科学会、日本小児救急医学会

利益相反：無

S56-2

KISA2隊の光と影 ～新興感染症における課題は山積みである～

宮本 雄気^{1,2} ミヤモト ユウキ

¹医療法人双樹会 よしき往診クリニック

²京都府立医科大学 救急医療学教室

本発表では新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者への在宅医療提供を行った経験から、新興感染症（主に呼吸器疾患を想定）と在宅医療に関する以下の課題について論じる。

①新興感染症で最もしわ寄せが行くのは誰か？

在宅医療・介護では「生活を支える」ことが最も重要であり、新興感染症が生じると生活を支えている介護職に最も大きな負担が生じる。今後の新興感染症では介護職に十分に配慮した地域包括ケアシステム構築が望まれる。

②在宅医療で新興感染症の治療を行うことは可能か？

COVID-19への訪問診療を通して、一般病棟で行うレベルの治療を在宅医療でも可能であることが示された。これをHospital at homeと呼ぶが、従来の在宅医療とHospital at homeの類似点・相違点を概説する。

③地域全体で新興感染症に対応するためには？

新興感染症が発生した際にゼロから新しいスキームを構築することは極めて困難である。

複数の医療機関で負担を分散させる「超法人連携」と既存のスキーム（医師会・保健所・在宅医療/介護連携支援事業）を活用することが望まれる。

④施設クラスターへの対応

介護福祉施設には多様な形態が存在し、それぞれに報酬形態やシステム上の問題点が存在する。これらを正確に理解した上で、施設クラスターにおいて「誰が」「どの報酬形態で」持続的な支援を行うのかを議論する必要がある。

⑤パンデミック時のAdvance care planning（ACP）

COVID-19に対するACPは経験上、在宅医療に携わる多くの方が困難だと感じているだろう。その理由と識者の見解を踏まえながらパンデミック時のACPについて全体で理解を深めていく必要がある。

⑥免疫抑制患者への対応

ウイルス性感染症では免疫抑制患者（例えばB細胞枯渇療法後の患者）でしばしば持続感染を生じ、長期入院を余儀なくされる。このような患者を感染症科専門医と協働し在宅療養できるか検討する必要がある。

【演者略歴】

略歴：

2012年 京都府立医科大学医学部医学科 卒業
2012年 医療法人沖繩徳洲会 湘南鎌倉総合病院 初期研修医
2014年 京都府立医科大学 救急医療学教室 医員
2017年 医療法人 双樹会 よしき往診クリニック 非常勤医師
2018年 京都府立医科大学 総合医療・医学教育学教室 助教
2019年 東京大学 医学系研究科 公共健康医学専攻（専門職学位課程）
2021年 京都府立医科大学 救急医療学教室 医員
医療法人双樹会 よしき往診クリニック 医員

資格等：

日本救急医学会認定 救急科専門医
日本集中治療学会認定 集中治療専門医
日本在宅医療連合学会 評議員
公衆衛生学修士

利益相反：無

S56-3

パンデミックで培われた地域連携の展開

高山 義浩 タカヤマ ヨシヒロ
沖縄県立中部病院 感染症内科

新型コロナウイルス感染症は、当初は高い病原性を認めていたが、オミクロン株への置き換わりとワクチン接種の推進によって、主として高度な急性期医療から高齢者に対する総合診療／ケアへと移行してきている。若者の多くが軽症で推移し、高齢者の栄養管理と摂食支援、心身機能の維持・回復、認知症ケア、ACPといった、生活に寄り添ったケアの視点が求められるようになってきている。多職種による地域連携が求められており、診療所、病院、社会福祉施設、市中薬局などが総動員されてきた。

私たちは、このパンデミックによって、地域が一体となって住民の健康を守っていく必要性に改めて気づかされた。医療と介護も縦割りになることなく、地域における役割を最大限発揮する意識をもち、それぞれの目指すべき方向性を見出していかなければならない。これはまさに、地域医療構想の実現に向けたプロセスと言える。

病院の有する専門性が地域に必要とされていることも明らかとなり、感染症医や感染管理看護師が社会福祉施設などに出向くなど、人材が地域へと開放されたことで集団感染の拡大防止に大きく貢献した。これからの病院には、地域を総合的に支える拠点機能が求められるようになるだろう。

沖縄県では、医療と介護の連携には危機感とともに大きな前進があったと実感している。急速な医療需要の増大による医療と介護のひっ迫は、パンデミックや自然災害のみならず、私たちの国で確実に進展している超高齢化のなかで経験するであろう前哨戦といえる。

苦しい3年間だったが、これをパンデミックの思い出とすることなく、地域医療のレジリエンスを高めていく足掛かりとしたい。

【演者略歴】

九州医療センター、九州大学病院にて初期臨床研修後、2004年より佐久総合病院にて総合診療と在宅医療を学ぶ。厚生労働省を経て、2010年より沖縄県立中部病院において感染症診療に従事。また、同院に地域ケア科を立ち上げ、退院患者のフォローアップ訪問や在宅緩和ケアを開始。2020年2月より新型コロナウイルスの世界的流行を受けて、2020年3月より厚生労働省参与。2021年9月より沖縄県政策参与。著書に『地域医療と暮らしのゆくえ 超高齢社会をともに生きる』（医学書院、2016年）、『高齢者の暮らしを守る 在宅感染症診療』（日本医事新報社、2020年）など。

利益相反：無

S56-4

日頃からの在宅療養支援力の強化と入院代替機能としての急性期在宅医療提供体制の確保を

佐々木 淳 ササキ ジュン
医療法人社団悠翔会

パンデミックにおける在宅医療の役割は大きく2つと考える。いずれも感染症に対する基本的な対応能力を備えるとともに、在宅対応可能な治療の幅を確保しておくことが重要になる。

1. 重症化・死亡リスクの高い在宅患者の支援

- ①**感染予防**：在宅患者は脆弱で複数基礎疾患あり、感染による重症化・死亡のリスクが高い。感染予防が非常に重要になる。しかし、過度の予防は身体機能・認知機能に悪影響を及ぼす。ワクチンや治療薬の確保状況など、時々状況に応じた合理的レベルで行うことが重要になる。
- ②**在宅療養支援**：在宅患者は入院関連機能障害の影響が大きい。特に感染性の高い疾患の場合、急性期病院では十分なケアが受けられず、入院中に衰弱するリスクも高い。本人や家族の意向、在宅ケア提供体制、地域の病床稼働状況等を総合的に考慮し、治療場所を選択する。在宅を選択した場合、療養支援が継続できるよう、隔離期間を乗り切るためのケアプランとケアチームが必要になる。
- ③**回復支援**：特に入院した患者の多くは衰弱した状態で退院する。早期退院を受け入れるための地域のコンセンサスの形成、退院後の集中的なケアにつなぐ必要があることは多疾患と変わらない。
- ④**意思決定支援**：感染したらどうするのか。日々の対話の中であらかじめ一緒に考えておくことも重要である。

2. 入院できない地域患者の支援

通常は慢性期・終末期を中心に対応することの多い在宅医療だが、COVID19においては第五波以降、急性期在宅医療の提供が求められた。24時間体制で患者をケアすることは同じだが、プッシュでの状態確認や地域の訪問看護師・薬剤師とのより密な連携が必要になる。急性期をカバーする新しい在宅医療の形として日頃から仕組み化しておくべきであると考ええる。

【演者略歴】

1998年 筑波大学医学専門学群 卒業
1998年 社会福祉法人三井記念病院 内科
2000年 同 消化器内科
2003年 東京大学大学院医学系研究科博士課程 入学
2006年 MRCビルクリニック開設
2008年 医療法人社団悠翔会に法人化・理事長就任

【所属学会】

日本内科学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本緩和医療学会、日本在宅医療連合学会、日本在宅救急医学会

利益相反：無

シンポジウム57

これからどうする在宅医療～在宅医療者の2025、2040年問題、在宅医療者の終い方と続け方～ S57

【セッション概要】

超高齢多死社会の中で2025、2040年問題が挙げられる中、我々在宅医療者自身も避けて通れない課題を突き付けられている。今まで一馬力（一人開業）で頑張ってきた先生たちの問題が高齢化の波と共に訪れており、廃業も含めたその終い方も考えていかなければならない。患者において医師の引退はきわめて不確実性が大きく、患者の受療機会確保においてきわめて重大な問題である。また医業継続に向けて以前から課題であった24時間・夜間休日対応の問題から発展しての継承やM&Aによる大規模在宅や株式会社へ傘下参入など様々な様相も呈している。経営面から言えば緊急対応を緊急往診機能を持った外部委託する型式で対応する方法や主治医副主治医の診診連携、あるいはそれぞれのクリニックの非常勤医師として勤務形態をとってのやりとりなどがあるがいずれも医療保険制度の中、管理料などの問題も含めてははっきりとした指針や方向性が先送りにされているのが現状である。企画者は都市と地方の医療資源の違いはあるものの在宅患者が増えている現状でもう避けてはならない喫緊の課題であると考えこのシンポジウムを企画した。

座長：荏司 輝昭 ショウジ テルアキ
立川在宅ケアクリニック

【座長略歴】

杏林大学医学部卒業、杏林大学附属病院第2外科入局、杏林大学大学院卒業医学博士修得、静岡県共立蒲原総合病院外科医長、織本病院副院長、島村記念病院院長をへて立川在宅ケアクリニック院長

座長：泰川 恵吾 ヤスカワ ケイゴ
ドクターゴン診療所

【座長略歴】

平成元年杏林大学医学部卒業
東京女子医科大学第二外科
同大学救急医学教室
平成9年宮古島で在宅医療開始、現在に至る

S57-1

次世代の在宅医療つなげる End of Doctor's Life Stageの処方

石垣 泰則 イシガキ ヤスノリ

医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック／日本在宅医療連合学会代表理事

団塊の世代が後期高齢者によって生じる2025年問題は、社会全体の高齢者が増え、かつ生産年齢人口が減ることに起因する。客観的に分析すれば、社会の高齢化により医療ニーズ、特に在宅医療のニーズが高まり、在宅医療従事者に対しても大きな影響を及ぼす。自分事として捉えれば、高齢化により病気にかかり、記憶力が減退し、目も耳も足腰も衰えることを示している。高齢者医療に従事しているため、50歳になった頃から、自身の老後を意識し始めた。自身が健康であり、日常診療も24時間こなしているうちに、いかに次世代へ橋渡しをするかが課題であった。本シンポジウムでは、自身の行動を振り返り、シンポジストとフロアーの皆様と一緒に、End of Doctor's Life Stageを考える。

【演者略歴】

- 1982年 順天堂大学医学部 卒業
- 1990年 城西神経内科クリニック 院長
- 2011年 コーラルクリニック 院長
- 2021年 医療法人社団 仁生堂 大村病院 院長
- 2023年 医療法人社団 悠輝会 コーラルクリニック 院長

【役職】

- ・順天堂大学医学部リハビリテーション医学講座 非常勤講師
- ・順天堂大学医学部神経学講座 非常勤講師
- ・一般社団法人 日本生活期リハビリテーション医学会 理事
- ・一般社団法人 日本在宅医療連合学会 代表理事
- ・一般社団法人 日本老年医学会 代議員
- ・一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス 副理事長
- ・一般社団法人 全国在宅療養支援医協会 副会長
- ・NPO法人 静岡難病ケア市民ネットワーク 理事長
- ・一般社団法人 リハビリテーション医学教育推進機構 学術理事
- ・一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 顧問

利益相反：無

S57-2

わたしにとっての“パリアン” —終活としての法人閉鎖—

川越 厚¹ カワゴエ コウ¹ 在宅ホスピス研究所パリアン² 森の診療所

ホスピスパリアンは2000年7月より在宅ホスピスケア活動を開始し、2021年7月に診療活動を終了した。それ以前の1989年からの10年間でその質を確認していたので、ホスピスパリアンの創立にあたっては3つの目標をかかげた。目標1は“高品質のケア”を“より多くの患者”へ届けること、目標2は“時代要請”に応える“ケアの提供体制”を整えること、目標3は“地域・社会を変える”ことだった。目標1を達成するため、①ケア提供者の間で哲学と実際のやり方を共有し、②具体的指示を医師と看護師で共有し、③緊密なチーム連携を図り、④患者に信頼される24時間ケア体制を整え、⑤Real timeで情報を共有し、⑥必要な医療の迅速かつ確実な提供する、組織を構築した。活動期間の21年で2681名に在宅ケアを実施し、死亡例の中の2433名を自宅で看取った（自宅看取り率96%）。目標2で目指したのは介護力の弱い患者の在宅ホスピスケア提供で、死亡例の中で約10%の独居患者を看取った。目標3についてはパリアンの墨田区でのがん患者の自宅看取りが新たに加わったため、全国平均並みであった墨田区の在宅死率を1.5～2倍程度に引き上げることができた。

法人閉鎖の理由は、①理念に基づく3つの目標を達成したこと、②在宅緩和ケア充実診療所の制度ができたこと、③墨田区は在宅医過剰状態になったこと、④老後を過ごす適当な場所が見つかったことなどがあるが、最大の理由は健康上・年齢の問題であった。他の方法ではなく法人閉鎖の形をとったのは、医療法人の存在意義がなくなったことと友人の法人顧問弁護士のアドバイスを採ったためであった。ただし振り返ってみて、法人閉鎖は終活の賢い形ではなかったかもしれないと考えている。

【演者略歴】

【略歴】

1973年 東京大学医学部医学科卒業
 1973年 東京大学医学部附属病院産婦人科
 1981年 茨城県立中央病院産婦人科医長
 1986年 東京大学分院 病棟 外来医長
 1989年 ライフケアシステム メディカルディレクター
 1994年 賛育会病院 院長
 2000年 ホスピスパリアン創立、クリニック川越 院長
 2021年 在宅ホスピス研究所パリアン代表 森の診療所

【所属学会】

日本産科婦人科学会 日本癌治療学会、日本緩和医療学会、日本緩和医療薬学会、全国助産師教育協議会

利益相反：無

S57-3

我が国の在宅医療における医療継承や後継者問題の長期的課題に関する一考察

城谷 典保 シロタニ ノリヤス
新横浜在宅クリニック

【はじめに】

在宅医療における医療継承や後継者問題は、将来的に在宅医療がますます必要とされる中で、非常に重要な課題である。ここでは、医療者（おもに医師）を対象として以下のような取り組みを提案する。

【取り組み】

1. 教育・研修プログラムの充実：在宅医療に必要な専門的な知識や技術を習得するために、在宅医療に特化した専門教育を充実させる。また、在宅医療の魅力ややりがいを伝えることで、後継者の確保につなげる。
2. 在宅医療現場における多職種協働の強化：多職種間での情報共有の質的向上により、医療従事者のスキルアップや自信につなげる。テクノロジーの活用や在宅医療のデジタル化によって、在宅医療の効率化を図る。
3. 在宅医療の制度面の改善：在宅医療の制度面の改善を行うことで、在宅医療の質的向上や在宅医療に携わる医療者の待遇を改善し、在宅医療に携わる医療者の意欲を高める。具体的には、在宅医療に対する保険適用範囲の拡大や、在宅医療に携わる医療者の働きやすい環境を整備する。
4. 在宅医療の魅力をアピールする：多くの医療者が在宅医療に興味を持ち、後継者となる可能性がある。具体的には、在宅医療における患者とのコミュニケーションの充実や医療者自身が患者の生活環境を直接見ることができるなどのメリットをアピールする。在宅医療に従事する医療者の後継者を確保するために、若手医療者の育成・採用を積極的に行うことが必要である。

【結語】

在宅医療者自身が望む医療形態に応じて、在宅医療の継続や他施設への移行が行われるべきであり、時間をかけた計画的な取り組みが必要である。そのためには、医師会、学会、職能団体、民間組織等が支援する体制を構築する。

【演者略歴】

【略歴】

1976年3月 関西医科大学医学部卒業
1992年6月 東京女子医科大学医学部外科学（二）講師
1996年10月 東京女子医科大学医学部外科（二）助教授
2006年7月 東京女子医科大学医学部外科教授
2006年10月 東京女子医科大学八千代医療センター副院長兼外科部長
2011年9月 医療法人社団 鴻鵠会 理事長
2017年1月 新横浜在宅クリニック 院長

【所属学会】

日本在宅医療学会（元理事長）日本在宅医療連合学会（名誉会員・監事）
日本臨床栄養代謝学会（特別会員・元理事、第25回大会長）日本サルコペニア・悪液質・消耗性疾患研究会（代表理事）日本外科代謝栄養学会（評議員）日本消化器内視鏡外科学会（元評議員）日本臨床外科学会（元評議員）日本緩和医療学会 他

利益相反：無

シンポジウム58 日本在宅医療事務連絡会合同企画

在宅医療生産性向上を考察する

S58

【セッション概要】

加速する高齢化にともない、在宅医療の需要が益々増大している。同時に在宅医療が認知されることによりサービスの質的向上も求められている。更には労働力人口の減少や社会保障費の増大など、在宅医療を取り巻く状況は楽観視できない。増えていくニーズに応えるためにも各医療機関が生産性を向上させる必要がある。本セッションでは生産性向上をキーワードに、「DX」、「訪問頻度の削減」、「遠隔」について実践ベースに学び、ディカッションをしたい。

座長：大西 肇 オオニシ ハジメ

医療法人社団まごころ 四街道まごころクリニック

【座長略歴】

2004年3月 群馬大学医学部保健学科 卒業
2004年4月 セントメリー内科クリニック 事務長／臨床検査技師
2006年2月 株式会社ファルマンメディカル 取締役
2012年10月 四街道まごころクリニック 事務長
2015年1月 医療法人社団まごころ 理事
2016年4月 医療法人社団神幸会 訪問看護ステーション凜 事務長
2020年6月 医療法人社団まごころ まごころ訪問看護ステーション 事務長
2023年1月 医療法人社団まごころ まごころ在宅ケアマネジメント 事務長
現在に至る

座長：石塚 美絵 イシヅカ ミエ

めぐみ在宅クリニック

【座長略歴】

めぐみ在宅クリニック 事務長
2003年3月 九州大学大学院 法学府 公法・社会法学専攻 修了
琉球大学講師、急性期病院MSW、医療広報会社勤務、在支診の事務長を経て
2018年9月 在宅医療専門の組織運営支援・広報支援のMI-ZA（ミーザ）設立
2021年4月 めぐみ在宅クリニック事務長を兼務し、現在に至る

S58-1

オンコールの医師配置の妥当数の検討

沖田 将人 オキタ マサト
開田 脩平 カイダ シュウヘイ
中村 洋祐 ナカムラ ヨウスケ
松木 裕輝 マツキ ユウキ
みらい在宅クリニック

【はじめに】 オンコール医師の配置はクリニックが拡大する中で、経営者が悩む部分であると思われる。患者人数、看取り数と、必要オンコール医師の適正配置を検討する

【活動】 当院は約15年前に在宅専門のクリニックとして開業した。当初は院長1人で始めたが、在宅医療の継続にはグループ診療が必須と考え、医師を増員し、2023年1月現在、常勤医師27人、在宅患者約2100人、年間在宅看取り数は1000人程度を超えている。オンコールはほとんどを常勤医師が担当し、土日昼間2人とセカンド待機1人、夜間はファースト1人、セカンド待機1人である。

土日オンコール昼間、夜間とも1人で対応していることに限界になったのは在宅患者（以下患者）600人、年間看取り（以下看取り）231人である。昼間ファースト1人、セカンド1人、夜間1人の限界は患者900人、329人、昼間ファースト2人、夜間1人の限界は患者1500人、看取り427人、昼間ファースト2人、セカンド1人、夜間ファースト1人、セカンド1人体制の限界は患者2100人、看取り1065人であった。大変になってきたと感じた時点でセカンドの配置はするが、当初はセカンドの出動はほとんどないが、セカンドの出動が散見された時点が体制の限界と考じ、ファーストを増員している。

【考察】 昼間1人夜間1人で対応する限界は患者600人、看取り231人、昼間2人、夜間1人で対応する限界は患者2100人、看取り1065人であった。指令係を設け、医師2人体制で効率的に指令を出すことで、1人の体制の3倍から4倍患者に対応することができた。2023年4月からは指令2人、昼間3人、夜間2人体制にする予定である。患者背景や訪問エリアなどクリニック毎に異なる内容もあるため発表では当院の患者背景やオンコール体制の詳細なども併せて報告し、会場の皆様と効率的なオンコール医師の配置について考えたい。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

S58-2

在宅医療患者のオンライン診療に対する意識調査から見た情報の非対称性の考察

中森 幸雄¹ ナカモリ ユキオ
小森 久美子¹ コモリ クミコ
辻内 久代¹ ツジウチ ヒサヨ

¹ 市立野洲病院

² 日本大学 大学院 総合社会情報研究科

【目的】日本は急速な少子高齢化の時代を迎えており、2025年には65歳以上の高齢者は全人口の30%（3,657万人）を超え、更に75歳以上の後期高齢者だけでも18%（2,179万人）を超えると予測されている。これにより、国としても医療に関し、入院から在宅医療やオンライン診療への政策変更を図るようになった。現在、高齢者が少しでも長く地域で生活できるように、医療政策にも医療技術の進歩や様々な環境の変化、人々の価値観の変化等によって、常に医療政策の見直しが必要である。地方ではオンライン診療は進んでいないと考える。つまり患者は圧倒的に情報が不足しており、医療サービス内でも情報の非対称性が存在すると思われる。よって、情報の非対称性がもたらすオンライン診療という医療サービスへの影響について明らかにするのが目的である。【方法】今回我々は在宅医療実施の約90人の患者を対象にオンライン診療に対する意識調査を行う。【結果】多くの高齢患者等を抱える地方の医療機関が経営を考える上で、患者・医師双方が如何にオンライン診療のメリットを情報共有できるかである。2点の仮説を立てた。1点目、オンライン診療を導入できない原因として、医療サービス市場の情報は不完全であり、オンライン診療のメリットが患者に伝わらずオンライン診療が拡大しないのではないかと。或いは、医療サービスの供給側が対面診療の方が有益だとする逆選択、或いは収益重視によるモラルハザードに対しては、需要側に情報を正しく伝える必要がある。2点目、通常オンライン診療では情報通信機器を用いてD to Pの2者で行うところ、看護師が介入することでD to P with Nというシステムにより医師が少ない地方の高齢者にも在宅でオンライン診療を受診することが可能になるものとする。【考察】意識調査を通してオンライン診療のメリットが患者に理解されるか考察する。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

S58-3

戦略的な”月1回訪問診療”のススメ

梅野 福太郎 ウメノ フクタロウ
四街道まごころクリニック

医師の働き方改革として2024年4月に労働時間の上限規制が適用開始される。それに応じて現在、医師の業務のタスクシフト/シェアが進められている。例えば、日本看護協会から「看護の専門性の発揮に資するタスクシフト/シェアに関するガイドライン及び活用ガイド」が出されており、あらかじめ看護師が実施すべき行為について一括して出す指示、いわゆる”包括的指示”の運用が促進されるなど様々な対策が進められている。

またかかりつけ医機能が法律で明確化される方針となっている。日常的な疾病への幅広い対応の有無や、休日・夜間対応、医療機関や介護施設との連携内容等を都道府県に報告し、公表されることになる。在宅医療機関もより一層かかりつけ医としての役割を求められ、従来の慢性疾患の管理や看取りから、急性疾患や生活習慣病の予防医療、つまり若年層へのプライマリケアの提供も必要になってくることも想定されるだろう。

このように診療内容が多岐に渡れば、適切なケースに最適なタイミングで新規で訪問診療で介入したり、有事の際に速やかに往診対応をするために、これまで以上に状態や疾病に合った効率的、効果的な訪問診療頻度の計画が必要となってくるだろう。

診療報酬上の加算の変遷からも、今後は介護度や処置内容など包括的支援加算をベースに在宅時医学総合管理料が段階分けされることも予想でき、クオリティーを担保した月一回の訪問診療に耐えうるサポート体制の仕組み作りが望ましいと考える。

当院の取り組みや近隣在宅医からのアンケートを中心に、在宅医療機関の”生産性”を考察したいと思う。

【演者略歴】

【略歴】

2003年3月 防衛医科大学校卒業
2003年6月 初任実務研修
2005年6月 北部方面衛生隊勤務
2006年4月 島田総合病院（千葉県銚子市）勤務
2012年11月 四街道まごころクリニック開業
2017年6月 まごころ訪問看護ステーション併設

【所属学会】

日本在宅医療連合学会（認定専門医）

利益相反：無

S58-4

効率アップへの一歩！訪問診療クリニックのスケジュール管理ソフト導入と運用、これからの課題

稲生 迅人 イノウエ ハヤト
一般社団法人 抛 みんなの在宅クリニック

高齢化社会において訪問診療の需要が増加している中、訪問診療クリニックにとって効率化が重要となっているが、今回はスケジュール管理ソフトの導入と運用に焦点を当て、クリニック内での運用方法の確立に取り組み、今後の課題について検討した。

導入前は、無料のGoogleカレンダーとMapfanを活用し、Excelで出力する形でスケジュール管理がしていたが、スケジュール作成に時間がかかっていたことが大きな課題だった。

そこで、効率アップを目的としてスケジュール管理ソフトを導入した。導入したスケジュール管理ソフトは、デジタルカレンダーや地図機能と連携し、エリア別のスケジュール最適化や患者の病状に応じた優先順位設定ができる。また、スタッフ間のコミュニケーションを円滑化する機能や患者との連絡手段も備えている。

クリニック内での運用方法の確立には、スタッフへの研修や共有ミーティングを実施し、情報共有の仕組みを整備した。その結果、スケジュール作成時間の短縮や移動距離の削減が確認され、効率化が実現した。

本セッションでは、訪問診療クリニックでのスケジュール管理ソフト導入と運用、そしてこれからの課題について概要を示したい。

【演者略歴】

【略歴】

1997年 3月 北陸大学薬学部卒業

1997年11月 透析病院に入職

2002年 1月 調剤薬局に入社、新店舗開発を担当。プレイングマネージャーとして町のかかりつけ薬局

2015年 1月 大型訪問診療クリニックを運営する医療法人に入職

大府市初となる病児保育施設や重度心身障がい（児）者短期入所施設を併設する有床クリニック立上
電子カルテのクラウド化や夜間当直室の開設などの効率化やICT化を実現

2019年 4月 「ともさぼ」設立

2020年 4月 みんなの在宅クリニック開業、事務長として参加

2023年11月 一般社団法人 抛 みんなの在宅クリニック代表理事 現在に至る

利益相反：無

S58-5

オンライン診療やテクノロジーを活用した在宅医療について

内田 直樹 ウチダ ナオキ
医療法人すずらん会たろうクリニック

演者は福岡市で在宅医療を中心としたクリニックを運営している。

2017年に福岡市と福岡市医師会が主体となっておこなった、ICTを活用したかかりつけ医機能強化事業に参加したこともあり保険適応となる前からオンライン診療を導入した。

このかかりつけ医強化事業の1例目では、当初認知症外来通院中にオンライン診療を併用する予定だったが、再発がんににより在宅医療が導入されオンライン診療を組み合わせるという経験をした。その後も在宅医療とオンライン診療の親和性の高さと、在宅医療ならではの難しさも感じており、実践を積み重ねながら情報発信を行なっている。

また、自分自身でもプログラミングを学ぶなどして、医療現場へのテクノロジーの活用を進めている。

今回の発表では、活用している既存のサービスの紹介に加えて、自身で開発したデジタルアプリの紹介や最近話題のAIについても触れ、在宅医療におけるAIの活用についても考察したい。

【演者略歴】

略歴

2003年3月 琉球大学医学部医学科 卒業
2003年4月 福岡大学医学部精神医学教室 入局
2006年4月 福岡大学医学部大学院 入学
2010年3月 福岡大学医学部大学院 卒業
2010年4月 福岡大学医学部精神医学教室 助教
2010年10月 福岡大学医学部精神医学教室 講師
2015年4月 医療法人すずらん会たろうクリニック 院長

役職・資格

NPO地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク 常任理事
みんなの認知症情報学会 理事
日本老年精神医学会 評議員 専門医・指導医
日本在宅医療連合学会 評議員
福岡市在宅医療医会 理事
福岡県高齢者グループホーム協議会 理事
認知症の人と家族の会福岡県支部 顧問
日本精神神経学会 専門医・指導医
認知症未来共創ハブ サポーター
認知症サポート医
精神保健指定医
医学博士

利益相反：無

S58-6

月1診療の拡大と質担保のための診療所看護師の役割

池邊 太一¹ イケベ タイチ
 佐々木 淳² ササキ ジュン

¹ 悠翔会在宅クリニック 春日部

² 医療法人社団 悠翔会

春日部市は高度成長期に急速に発展したが、急速に高齢化が進んでいる（2020年高齢化率30.2%）。医療・介護需要は今後も加速度的に増加してくる中で24時間対応の在支診が少なく、地域の在支診に多くの紹介が流入している。

当院も開設当初から毎月30～40件ほどの居宅の新患を受け、次第に訪問診療枠の確保が困難となり一時的に新患制限を行った。その結果地域のニーズに応えることができず、マンパワーを拡充できない中でクリニックとしての生産性向上を目指してきた。

当初は月2回の定期訪問を行っていたが、家庭内感染により急速にCOVID-19が拡大した第3波の2021年1月から安定した患者に月1診療の提案を行ったところ、7:3であった月2と月1の診療割合が同年10月には3:7の逆転し診療枠を確保できるようになった。

しかしその後も40件程度の初診に伺っており、診療回数を月1に減らしたことで診療の質に不安が生じるようになった。

そのため当院では①看護師における積極的電話訪問（アウトバウンドコール）、②相談員と看護師による事前訪問の充実化、③院内・外とのchatコミュニケーションとルール化、④検査データ・診療時記録の調剤薬局への共有、⑤診療チームごとの席替えなどの取り組みを行い質の担保を行ってきた。

訪問診療所の看護師の役割は診療同行や物品管理などが業務として想像されやすいが、看護師には医学的知識があること、コミュニケーション能力、チームワークなどその他の職種にはない能力を有している。現在は診療報酬での評価はないが、診療所看護師の多機能さでより多くの患者を受け入れることができ、看護師もやりがいを見出しクリニックが好循環となっている。

今後も高需要が見込まれる中で、地域のニーズに応え続けることができるよう生産性向上に努めていきたい。

【演者略歴】

2006年 大分大学医学部 卒業
 2006年 大分大学医学部 初期臨床研修
 2008年 大分大学医学部 第二内科医員
 2010年 虎の門病院 血液内科
 2012年 大分県立病院 血液内科
 2013年 大分市医師会立アルメイダ病院 輸血部長
 2014年 大分大学医学部腫瘍血液内科学 助教
 2018年 悠翔会在宅クリニック越谷
 2020年 悠翔会在宅クリニック春日部

利益相反：無

シンポジウム59 保険委員会企画

今後の在宅医療および日本の医療の行く末

S59

【セッション概要】

日本在宅医療連合学会保険委員会委員長より現状の活動を紹介して、今回令和6年度診療報酬改定要望書提出について学会員に情報共有する。今回（令和6年度）の診療報酬改定は介護報酬との同時改訂であるのため重要な年度あることをお伝えしたい。それを踏まえて日本の在宅医療の行く末ひいては日本の医療の行く末について行政の立場からお話いただく。さらに介護福祉分野に造詣が深い先生にもご登壇いただき、今後の介護福祉の在り方についてお話いただく。本シンポジウムは保険委員会企画であるが、診療報酬や介護報酬改定の話にとらわれずに、より大きな視野から在宅医療・介護福祉を考え、これから在宅医療の目指すべき方向性を考える機会としたい。

座長：次橋 幸男 ツギハシ ユキオ

公益財団法人天理よろづ相談所 法人企画情報室／白川分院在宅世話どりセンター

【座長略歴】

2004年 佐賀医科大学医学部（現佐賀大学医学部）卒業
2004-2009年 公益財団法人天理よろづ相談所病院 ジュニアレジデント・内科シニアレジデント
2010-2019年 同 在宅世話どりセンター 医員
2012-2019年 同 地域医療連携室 医員（兼任）
2016-2020年 天理医療大学 医療学部 特任講師（兼任）
2020-2021年 奈良県 医療政策局 地域医療連携課 嘱託
2019年-現在 天理よろづ相談所病院白川分院 在宅世話どりセンター 医員
2020年-現在 天理よろづ相談所 法人事務局 企画情報室 次長
2022年-現在 奈良県 医療政策局 地域医療連携課 地域医療政策アドバイザー
医師（MD）、社会健康医学修士（MPH）、医療マネジメント修士（MMM）、医学博士（PhD）

座長：猪原 健 イノハラ ケン

医療法人社団 敬崇会 猪原歯科・リハビリテーション科

【座長略歴】

2005年 東京医科歯科大学歯学部卒業
2009年 同大学院顎顔面補綴学分野修了、博士（歯学）
2010年 日本大学歯学部摂食機能療法学講座 非常勤医員
2010～2011年 カナダ・アルバータ大学リハビリテーション学部言語聴覚療法学科 Visiting Professorとして留学
2011年 医療法人社団敬崇会 猪原歯科医院（現 猪原歯科・リハビリテーション科）副院長
2015年 社会医療法人祥和会 脳神経センター大田記念病院に歯科を立ち上げ、非常勤歯科医としても勤務
2020年 敬崇会 猪原歯科・リハビリテーション科 理事長
2021年 グロービス経営大学院経営研究科修了、MBA 経営学修士（専門職）
東京医科歯科大学、岡山大学、大阪歯科大学 非常勤講師
日本在宅医療連合学会理事・保険委員、日本老年歯科医学会 社会保険委員
全国在宅療養支援歯科診療所連絡会理事など

02297 / 90426

S59-1

保険委員会活動で分かった多職種連携の重要性や診療報酬改定要望書提出への強い思い

安中 正和 ヤスナカ マサカズ
医療法人安中外科・脳神経外科医院

2022年より日本在宅医療連合学会保険委員長を拝命して、現在も活動を継続している。
様々な職種のお話を聞きながら、今後の在宅医療の方向性や保険委員会のスタンスを形成していった。
学会員の意見を傾聴しつつ保険委員会としてやるべきことを取捨選択して令和6年度診療報酬改定要望書を提出した。
現在の保険委員会の活動を紹介して、今後の在宅医療のあるべき方向性を皆さんと議論したい。

【演者略歴】

1995年 久留米大学医学部 卒業
1995年 聖路加国際病院 研修医
1997年 聖路加国際病院 脳神経外科医員
2006年 安中外科・脳神経外科医院継承 現在に至る

利益相反：無

S59-2

ケアに満ちた社会に向けて

堀田 聡子 ホッタ サトコ
慶應義塾大学 大学院 健康マネジメント研究科

生きづらさが身近なものとなり、年齢にかかわらず支援ニーズが広がりつつある。さらに人口減少の影響もあり、従来の社会保障のアプローチでは対応できない状況が生まれている。こうしたなか、地域共生社会－制度・分野ごとの縦割りや「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や領域を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会－の実現に向けた改革が急務とされている。

本報告では、まず、主に高齢者の地域生活支援・介護におけるチャレンジを手がかりに、担い手の観点からいくつかの問いを共有する。そのうえで、「共生」概念を紐解き、人との共生・環境との共生の観点からグローバルな潮流に検討を加え、共生支援・共生保障に関する我が国における近年の政策トピックについて、府省庁横断で概観する。地域共生社会の実現に向けたそれぞれの立場における次の一歩を皆さんとともに考える機会としたい。

【演者略歴】

東京大学社会科学研究所特任准教授、ユトレヒト大学訪問教授等を経て2017年より慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授（認知症未来共創ハブ・リーダー）。博士（国際公共政策）。

人とまちづくり研究所代表理事、日本医療政策機構理事等の他、社会保障審議会・介護給付費分科会及び福祉部会等において委員。共監訳に『コンパッション都市』慶應義塾大学出版会（2022）、監修に寛裕介著『認知症世界の歩き方』ライツ社（2021）、共編に『社会的処方白書』オレンジクロス（2021）、主たる共著に『ヘルパーの能力開発と雇用管理』勁草書房（2006）、単著に『オランダの地域包括ケア－ケア提供体制の充実と担い手確保に向けて』労働政策研究・研修機構（2014）、「介護保険事業所（施設系）における介護職のストレス軽減と雇用管理」『季刊社会保障研究』（2010）（第12回労働関係論文優秀賞）等。

中学生の頃より、主に障害者の自立生活の介助を継続。より人間的で持続可能なケアと地域づくりに向けた移行の支援及び加速に取り組む。

利益相反：無

S59-3

コロナパンデミックの経験を踏まえたこれからの医療体制の論点

迫井 正深 サコイ マサミ
内閣官房新型コロナウイルス等対策推進室

新型コロナパンデミックは社会に様々な変革をもたらした。対策のフロントラインである医療も、あらゆる側面が試され、内包する構造的問題が露わになった。保健所・外来医療の目詰まりや、病床数が多いわが国で生じる入院逼迫などが頻りに報じられたが、これらは、わが国医療システムの特徴に由来する現象でもあった。

すなわち、受療側のフリーアクセス、医療提供側の民間主体かつ異なる設置主体・機能で構成される自由度の高い診療体制においては、行政主導での入院調整や発熱外来・在宅療養の構築は難渋した。つまり感染症危機において国家として求められた、統御されたダイナミックな医療展開には足かせとなったのである。そしてパンデミックは図らずも、国民が普段あまり気に留めない“医療の構造問題”に目を向ける絶好の機会ともなった。

一連の新型コロナ・パンデミック対応で浮き彫りとなった、わが国医療体制の課題・論点について、私見を交えながら考える。

【演者略歴】

1989年～東京大学医学部卒業、東京大学医学部附属病院、虎の門病院等で外科臨床

1992年～厚生省入省、米国ハーバード大学公衆衛生大学院（公衆衛生学修士）、

2005年～厚生労働省大臣官房健康危機管理室長、広島県福祉保健部長、厚生労働省保険局企画官、老人保健課長、地域医療計画課長、保険局医療課長を歴任

2018年 厚生労働省大臣官房審議官（医政局担当）

2020年 厚生労働省医政局長

2021年 内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室長・内閣審議官 現在に至る

利益相反：無

シンポジウム60

在宅療養支援診療所の薬剤師の働き方

S60

【セッション概要】

在宅療養支援診療所（在支診）は、2006年の診療報酬改定の際に新設された診療所の施設基準である。最近では複数の医師の他、訪問看護師や他職種のスタッフが在支診内、あるいは関連施設間の協働によるチーム医療を行っている。在支診の中には薬剤師が存在しており、そのような診療所が増えてきた。在宅療養支援診療所薬剤師の存在によって、地域の薬局が在宅医療に参加しやすくなってきたのは、その調整能力に依存するところがある。今後、高齢社会が進んでいくので、今まで以上に在宅医療・介護の需要が高まり、在宅療養支援診療所の薬剤師の役割も大きくなると考えられる。一方で、在宅療養支援診療所薬剤師に対する評価がない。今回、在宅療養支援診療所薬剤師に対する評価を他職種を交えて意見交換をして、その存在を知っていただく機会にしたい。

座長：遠矢 純一郎 トオヤ ジュンイチロウ

医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック

【座長略歴】

医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック

院長 遠矢 純一郎（とおや じゅんいちろう）

略歴：

1992年 鹿児島大学医学部卒業

2000年 医療法人社団プラタナス 用賀アーバンクリニック副院長

2004年 同院在宅医療部設立

2009年 より現職

資格等：

2016年スウェーデン カロリンスカ研究所 認知症ケア修士

スウェーデン王室認定認知症専門医（シルビアドクター）を授与される

日本内科学会 総合内科専門医

日本在宅医療連合学会 指導医

著書：

「引ける！わかる！高齢者の急変時対応」（技術評論社 2019年）

「みんなでささえる在宅医療」（技術評論社 2021年）

座長：串田 一樹 クシダ カズキ

昭和薬科大学

【座長略歴】

昭和薬科大学を卒業して、そのまま母校の物理学研究室、医療薬学教育研究施設、臨床薬学教育研究センターを経て、2015年から新設の地域連携薬局イノベーション講座を6年間担当した。その後、2021年8月から社会薬学研究室 研究員として籍を置く。主たる研究として、在宅医療における医薬品供給体制について研究を続ける中、1990年代年に設立した「在宅医療を推進する薬局ネットワーク」を経て、2007年8月にHome Infusion Pharmacy研究会（HIP研究会）を設立し、医療依存度の高い在宅医療における注射薬の供給体制の環境整備に努めている。

S60-1**在宅療養支援診療所薬剤師の薬局間連携支援の意義**

申田 一樹 クシダ カズキ
廣原 正宜 ヒロハラ マサヨシ
宮崎 生子 ミヤザキ セイコ
昭和薬科大学

高齢社会の到来により、在宅医療・介護が推進される時代となってきた。薬局は通院できない在宅療養者に対して薬の調剤・供給と薬剤師が訪問をして薬剤管理指導を行っている。在宅療養者は、慢性疾患の高齢者、小児の在宅患者、がん緩和ケアの患者等のように患者像が多様である。このような背景から、薬局は患者の医療依存度や調剤内容によっては、すべての薬局が均一に対応できない現実がある。

一方、在宅医療推進のため2006年に在宅療養支援診療所（在支診）が位置付けられ、その診療に薬剤師が勤務するようになってきた。在支診の薬剤師は在宅医療が円滑に進むように、薬局、ケアマネージャー、訪問看護ステーション等との調整に貢献している。薬局は、注射薬・医療用麻薬・ポンプ等の供給では、すべての薬局が均一に対応できないことから、地域の中で薬局間の連携が必要になっている。この薬局間の連携調整には、在支診薬剤師が果たす役割が大きい。

在支診の薬剤師は、在宅医療が円滑に進むように薬局等の地域の在宅医療資源との調整をする他、診療所内の多様なマネジメント業務を担っている。在支診におけるタスクシェア/シフトの上からも、新しい薬剤師の役割になっている。しかしながら、診療報酬上の評価はなく、在支診の負担になっている。今後、3000万人を超える高齢者が2040年過ぎまで続くことから、在宅医療・介護のニーズは高まるので、在支診の薬剤師の役割は大変大きくなる。

今回、在支診の薬剤師について、在宅医療現場の共通する認識となる機会としたい。

【演者略歴】

昭和薬科大学を卒業して、そのまま母校の物理学研究室、医療薬学教育研究施設、臨床薬学教育研究センター勤務。2015年から新設の地域連携薬局イノベーション講座を6年間担当した。その後、2021年8月から社会薬学研究室 研究員として籍を置く。主たる研究として、在宅医療における医薬品供給体制について研究を続ける中、1990年代年に設立した「在宅医療を推進する薬局ネットワーク」を経て、2007年8月にHome Infusion Pharmacy研究会（HIP研究会）を設立し、医療依存度の高い在宅医療における注射薬の供給体制の環境整備に努めている。

利益相反：無

S60-2**在宅療養支援診療所薬剤師連絡会の設立**

大須賀 悠子 オオスガ ユウコ
医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック

2006年に制度化された在宅療養支援診療所（以下、在支診）は現在届出数で14000を超え、その中でも24時間体制で地域医療を支える機能強化型在支診は3500に達している。現在こうした医療機関に所属する「在宅療養支援診療所薬剤師」（以下、在支診薬剤師）が増えてきており、それぞれの診療所の機能や特色に従って様々な活動を行っている。在支診薬剤師の業務は診療所内での医師や看護師など医療職への支援に留まらず、地域の保険薬局や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所など関連機関への支援にも及ぶ。薬業連携の関係では、薬局薬剤師の訪問指導業務の質やスキル向上の支援など、地域に根ざした独自の取り組みも進んでいる。多くの在支診薬剤師に共通する一つの項は、業務の主軸が調剤行為ではないことであろう。むしろ、患者への医薬品供給の役割を担う地域の保険薬局薬剤師を含む多くの連携職種への細やかな情報共有やリソースの統合を行うなど、その対人業務を通じて医療の質の向上、患者支援の充実に努めている。

在支診薬剤師は診療所内で一人職種であることも多く、その特殊な役割故なかなか相談しあえる薬剤師も近くにいなかった。2015年頃に在支診薬剤師数人が有志で集まり情報交換会を始め、その後2017年に在宅療養支援診療所薬剤師連絡会を創立するに至った。現在では会員は35名を超え、全国から在支診薬剤師が集いそれぞれの診療所での知見を共有し相談しあえる場として機能している。在宅医療に従事する保険薬局薬剤師への情報提供の不充実がもたらす問題に対しても強く課題意識を持ち、連携のヒントなどを当会から発信するため、各種勉強会シンポジウムなどを開催したり、共著「在支診薬剤師という働き方」を上梓したりと活動を深めている。今後も会の拡充を進めるとともに、情報発信の強化を図っていく所存である。

【演者略歴】

東邦大学大学院薬学研究科修了
石心会狭山病院（現 社会医療法人財団石心会埼玉石心会病院）薬剤室勤務ののち保険薬局に勤務
2013年から医療法人社団プラタナス桜新町アーバンクリニックに参画
現在は同院在宅医療部にて院内薬剤師として勤務
在宅療養支援診療所薬剤師連絡会 代表理事

利益相反：無

S60-3

在宅医療薬剤師に求められる資質とは

齊藤 直裕 サイトウ ナオヒロ
医療法人社団 三育会 新宿ヒロクリニック

【はじめに】当院は2001年開設、当初は訪問診療専門であったが、2015から外来診療も開始した。常勤非常勤合わせ約150名のスタッフで診療、看護、リハビリなどを一体的に提供する地域の総合かかりつけ医療機関として発展してきた。外来患者約1000名、在宅患者約1000名を擁し24時間365日の診療体制をしいた在宅支援診療所となる。2022年5月より院内での薬剤師を開始している。活動を振り返り、3つの事例をあげ薬剤師の役割について考えたい。

【事例①】

住み慣れた地域で、疾病をかかえながらも包括的な医療の提供が求められる。その中で通院、入院、施設入所など療養の場が変わるたびに、関連するスタッフも変更となる。地域での連携が重要となるが、その際には薬剤情報のエラーも起こりやすい。また、がん治療をはじめ同時に複数の医療機関にかかりながら、地域での生活サポートをうけるケースも増えてきた。診療所の薬剤師として患者～薬局との連絡調整についての例をあげる。

【事例②】

家族が代理として薬局に行き調剤を受けているケースも少なくない。薬局外来では訪問指導に比べ情報量としても少なく、患者に接する時間も限られる。現在当院で連携している薬局は370ほどだが、そのうち約6割は当院対応患者1名のみのかかりつけ薬局となっている。薬局と診療所の連携を通じたサポート、情報共有と相互理解のため回線を利用したミーティング、事例検討会を紹介する。

【事例③】

在宅医療では厳格な診断治療を行うよりも、生活と生きがいを支える医療の提供となる。在宅支援診療所は状態把握を前提として、療養支援のために連携を通して治療方針を決定していく。治療経過の長期化からすでに多くの薬を服用しているケースが多く、新たな診断治療による薬物療法の開始よりも現状に即した「薬剤の見直し」が中心となっている。医師が薬を使うのではなく、医師が薬剤師を使う薬物療法について考えたい。

【演者略歴】

2001年 日本大学薬学部薬学科卒業、医療法人社団 墨田中央病院勤務

2005年 株式会社ファーコス入社 あい薬局（大田区）勤務

2010年 株式会社ファーコス 用賀三丁目薬局（世田谷区）勤務

2011年 横浜市保土ヶ谷区「ゆう薬局」勤務

2016年 株式会社ファーコス ファーコス薬局新宿 勤務

2022年 利用法人社団 三育会 新宿ヒロクリニック 勤務

病院勤務の頃より薬剤師として在宅医療に関わり、現在は在宅支援診療所の薬剤師として薬局と協働し地域医療に取り組んでいる。

利益相反：無

S60-4

在支診薬剤師の業務

天川 雅彦 アマガワ マサヒコ
医療法人一歩会 緩和ケア診療所・いっば

在宅療養支援診療所薬剤師（以下、在支診薬剤師）の業務は、所属する職場によって大きく役割が異なるが、いわゆる調剤行為や服薬指導など一般的に病院や保険薬局で薬剤師が行う業務の割合は相対的に少ない場合が多い。さらに現時点において、その診療所内での業務に対し診療報酬上で算定が認められている点数はほぼ存在しない。このため在支診薬剤師の存在意義は、薬剤師としての職能を活かすことにより診療所というチームの一員として、診療を含め診療所全体のパフォーマンスを向上させることにあると言える。今回は当院での在支診薬剤師の業務を、①患者・家族支援、②多職種支援、③地域支援の3つに分類し、その事例を紹介する。

- ①患者・家族支援：訪問診療導入時の病院からの情報収集や家族面談
- ②多職種支援：院内の医師の処方に関わるサポート、院内スタッフに対しての薬物に関わる提案や情報提供、連携先の保険調剤薬局の負担軽減を目指した情報提供
- ③地域支援：地域の薬局MAPの作成、在宅医療の普及にむけた活動

これらは、いずれも在支診薬剤師の業務が薬剤を起点としつつも幅広い職能領域に及び、単純なタスクシフトではなく、薬剤師だからこそそのプラスαの付加価値の提供を目指すものである事をお伝えできればと考えている。

【演者略歴】

【略歴】

2001年 東京薬科大学薬学部 卒業
2001年 株式会社スギ薬局 入社
2015年 社会福祉法人すずらん福祉会 すずらん診療所 入職
2020年 医療法人一歩会 緩和ケア診療所・いっば 入職

【所属学会】

日本緩和医療薬学会、日本臨床栄養代謝学会

利益相反：無

S60-5**地域薬局の訪問薬剤師から見た在宅診療薬剤師の価値**

初田 稔 ハツタ ミノル
ココカラファイン薬局砧店

私の勤務するココカラファイン薬局砧店は東京都世田谷区にあり、地域の在宅医療の処方箋を幅広く受け付けている。在宅医療を希望される患者の退院時カンファレンスが行われる段階では、訪問薬局が決定していない場合が多く、薬局に依頼が来る時には、既に患者は退院しており、また退院時処方薬も数日で切れるという段階でようやく連絡が入る。退院元の病院から薬剤情報が得られることはほとんど無く、医師同士の情報提供書では、患者の服薬状況が見えない場合が多い。在宅診療薬剤師との連携は、例えば錠剤の一包化、粉碎調剤、剤型変更の必要性等、調剤方法に関して詳細な相談をすることができる。更に注射薬では院外処方認められている薬剤への変更や医療用麻薬の濃度調整の相談、点滴に使用する物品の選択、デバイスの選択等の決定についてもスピード感をもって対応することができる。処方箋だけからでは見えない患者の病状、家族の状況、在宅医の処方意図など訪問前に十分な情報が得られる。在宅医が特定の薬局に訪問依頼をする一極集中型が多い中、桜新町在宅薬剤師連絡会では在宅診療薬剤師が連携のリーダーとなり「地域の薬局を育てる」という信念のもと、患者の住所地の周囲で在宅訪問できる薬局をコーディネートし、在宅医と地域薬局のパイプ役として活動されている。その活動に賛同し会社の垣根を超えて現在10数店の薬局でメーリングリストも作成されている。カンファレンスや勉強会を行うことで、薬局間の横のつながりもでき、自店で対応できないエリアの患者を互いに紹介しあい、在宅医療につなげることができている。各薬局でのキャパシティーは様々であり、その地域のリソースを把握して、その患者の在宅支援に最適な薬局を選択できる司令塔となる存在といえる。

【演者略歴】

1995年 東京薬科大学薬学部卒業
1997年 東京薬科大学大学院修士課程卒業
1997年 株式会社セイジョー（現ココカラファインヘルスケア）入社
2006年 薬剤師として勤務しながら博士号（薬学）取得
2011年 セイジョー薬局砧店（現ココカラファイン薬局砧店）にて在宅調剤サポートセンターの立ち上げにかかわり、現在も在宅医療専任薬剤師として勤務継続中

利益相反：無

S60-6

在宅療養支援診療所の医師から見た薬剤師像（総括）

遠矢 純一郎 トオヤ ジュンイチロウ
医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック

分子標的治療薬や免疫チェックポイント阻害剤など高齢者にも適応可能ながん治療薬の出現やがん・非がん疾患への在宅緩和医療、経口摂取困難に対する中心静脈栄養などの人工栄養、複数疾患を抱える虚弱高齢者におけるポリファーマシーなど、在宅医療における薬物治療は徐々に高度化複雑化している。また進行がんに対する苦痛緩和には、刻々と悪化する痛みや吐き気、呼吸苦などに対して、オピオイド系鎮痛薬などを駆使した迅速な対応が求められる。これらの薬物治療には地域の調剤薬局との連携が必要となるが、患者のかかりつけ薬局をはじめ、居住地域毎に多くの薬局があり、かつ薬局毎に訪問指導の可否、麻薬の取り扱いの濃淡、無菌調剤設備の有無や夜間休日の臨時対応など、前述のような在宅薬物治療への応需能力にもかなり差違があり、かつその現状が見えにくい。

こうした課題を解決すべく、当院では2012年から在宅療養支援診療所（在支診）に薬剤師を雇用している。在支診薬剤師の業務として、訪問診療への同行による処方や服薬支援、在宅移行に向けた調整等を通して処方の適正化、病院薬剤師や地域薬局薬剤師との連携や診療情報提供、在宅参入支援、院内薬剤管理業務、院内薬物治療の標準化、医薬品情報管理などが挙げられる。

在宅医療チームに薬剤師が加わることによって、臨床現場における薬学的アセスメントや処方提案、地域との連携推進、薬物治療の質の向上に貢献し、その職能を活かした役割を担えることを実感している。特に医療依存度の高い患者の在宅移行の場合、様々な医療処置や薬剤などの調整が必要なことから、そこに在宅医療に長けた薬剤師が介入することによる貢献度は大きい。まだ在支診に勤務する薬剤師はそれほど多くはないが、徐々に増えている。臨床現場のなかで、医師や看護師、介護職とともに奮闘する薬剤師がもたらす効果は、彼らの開拓によりさらに広がっていくだろう。

【演者略歴】

【略歴】

1992年 鹿児島大学医学部卒業
2000年 医療法人社団プラタナス 用賀アーバンクリニック副院長
2004年 同院在宅医療部設立
2009年 より現職
2016年 スウェーデン カロリンスカ研究所 認知症ケア修士
スウェーデン王室認定認知症専門医（シルビアドクター）を授与される

【所属学会】

日本内科学会 総合内科専門医
日本在宅医療学会 指導医

利益相反：無

シンポジウム61 日本オーソモレキュラー医学会合同企画

栄養医学（オーソモレキュラー医学）の最新情報

S61

【セッション概要】

オーソモレキュラー医学会とのコラボ企画。オーソモレキュラー医学とは栄養（食事、サプリメント、点滴）で予防治療を行う医学である。今回はオーソモレキュラー医学の先端をいく3名の医師に登壇頂き、オーソモレキュラー医学の実践を通して最新の医療の可能性を考える

座長：柳澤 厚生 ヤナギサワ アツオ

一般社団法人日本オーソモレキュラー医学会

【座長略歴】

1976年 杏林大学医学部卒
1980年 杏林大学大学院修了 医学博士
1985年 米国ジェファーソン医科大学リサーチフェロー
1995年 杏林大学医学部内科 助教授
2000年 杏林大学保健学部救急救命学科 教授
2006年 点滴療法研究会設立 会長
2008年 国際統合医療教育センター 所長
2009年 第10回国際統合医学会 会頭
2011年 国際オーソモレキュラー医学会殿堂入り（カナダ）
2012年 国際オーソモレキュラー医学会会長（カナダ）～2023年
2014年 アントワヌ・ベシヤン賞（フランス）
パールメーカー賞（アメリカ）
世界神経療法会議最優秀アカデミー会員（エクアドル）
2015年 事業構想大学院大学研究所客員教授
2018年 国際オーソモレキュラー医学会第47回世界大会（東京開催）会長
2019年 日本オーソモレキュラー医学会 第1回総会 会頭
2020年 Vitamin C for Covid（イギリス）科学諮問委員

座長：井手口 直子 イデグチ ナオコ

帝京平成大学薬学部

【座長略歴】

井手口直子（いでぐちなおこ）
帝京平成大学薬学部教授 大学院薬学研究科 教授
博士（薬学） 博士（教育）
役
日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会理事
全国薬剤師在宅療養支援連絡会副会長
日本在宅薬学会理事
日本地域薬局薬学会理事
日本オーソモレキュラー医学会理事
日本スーパーフード協会理事
日本医療安全学会理事
東京都薬剤師会代議員
日本医療評価機構薬局ヒヤリハット総合評価部会委員 他

著書（共著含む）

緩和医療薬学 2023

スーパーフード入門 2022

薬剤師になるには ぺりかん社 2020

基礎からわかる行動科学 薬事日報社 2019

薬剤師・薬学生のためのヒューマニズム改訂版 羊土社 2019

がん患者ロジカル・トータルサポート じほう 2017

ファーマシューティカルケアのための医療コミュニケーション 南山堂 2014 他

S61-1

オーソモレキュラー栄養医学とは～がん治療から新型コロナウイルス感染予防まで

柳澤 厚生 ヤナギサワ アツオ
一般社団法人日本オーソモレキュラー医学会

二度のノーベル賞を受賞したアメリカのライナス・ポーリング博士は1968年に科学誌サイエンスで、「体の中に自然に存在する物質であるビタミン、ミネラル、アミノ酸などを分子レベルで最適な量を投与して病気の予防と治療をする」という意味のオーソモレキュラー医学 (orthomolecular Medicine) を提唱した。オーソ (ortho) とは「正しい、矯正、修正」などの意味があり、モレキュラー (molecular) は「分子」の形容詞である。この栄養医学を普及させるために設立された国際オーソモレキュラー医学会は50年以上の歴史があり、日本を含めて24カ国が参加している。

オーソモレキュラー栄養療法は神経疾患、がん、自己免疫疾患、精神疾患、消化器疾患などその適用範囲は広い。数十グラムのビタミンCをがん患者に点滴投与する高濃度ビタミンC点滴療法は、海外で数多くの臨床試験が行われ、様々な悪性腫瘍における生存期間の延長、寛解導入率やQOLの改善、化学療法の効果増強などが報告されている。その他、ビタミンC点滴療法は突発性難聴、慢性疲労、帯状疱疹の疼痛、顔面神経麻痺、重症敗血症の補助療法としても用いられている。

2019年12月に武漢で新型コロナウイルス感染が発生、翌2020年1月27日に国際オーソモレキュラー医学会の科学諮問委員会は「免疫を高めて感染を予防し、重症化を防ぐ為にビタミンC、ビタミンD、亜鉛、マグネシウム、セレンの経口投与を推奨する」と発表しています。その後の研究で、これらの栄養素が新型コロナウイルス感染の予防と重症化を防ぐエビデンスがあることが明らかにされている。

在宅医療の現場に於いて、オーソモレキュラー栄養医学に基づいた栄養学的アプローチは様々な病状における補助療法として幅広く貢献していくと考える。

【演者略歴】

【略歴】

1976年 杏林大学医学部卒
1980年 杏林大学大学院修了 医学博士
1985年 米国ジェファーソン医科大学リサーチフェロー
1995年 杏林大学医学部内科 助教授
2000年 杏林大学保健学部救急救命学科 教授 ～2008
2006年 点滴療法研究会 会長
2009年 第10回国際統合医学会 会頭
2012年 国際オーソモレキュラー医学会会長 (カナダ) ～2023
2018年 国際オーソモレキュラー医学会第47回世界大会 (東京開催) 会長
2018年 一般社団法人 日本オーソモレキュラー医学会 代表理事
2019年 日本オーソモレキュラー医学会 第1回総会 会頭
2020年 Vitamin C for Covid (イギリス) 科学諮問委員
2021年 鎌倉元氣クリニック名誉院長

【所属学会】

日本内科学会、アメリカ心臓病学会、国際オーソモレキュラー医学会、日本オーソモレキュラー医学会

【受賞】

2011年 国際オーソモレキュラー医学会殿堂入り (カナダ)
2014年 アントワヌ・ベシヤン賞 (フランス)

利益相反：無

S61-2

在宅医療における栄養医学の可能性

溝口 徹 ミゾグチ トオル
医療法人回生會 みぞぐちクリニック

オーソモレキュラー栄養療法は、1960年代に北米を中心に始まり現在では世界21か国で行われている治療法である。この治療は、食事を変更しサプリメントを用いて栄養状態や代謝を最適化することによって慢性疾患の改善を得る。初期には統合失調症をはじめとする精神疾患領域の治療で始まり、その後がん、アレルギー疾患、消化器疾患、生活習慣病などの治療に応用されるようになった。栄養や代謝の最適化とは、いわゆる「バランスの取れた食事」、「低カロリーや減塩」などの一般的な食事の注意ではなく、対象となる患者の状態を詳細に把握し目標とする状態を得るための栄養指導を行うものである。

がんの終末期を在宅で治療する場合には、この治療を併用することによって痛みを伴わず食事を楽しみながら最期を迎えることを多く経験する。最近では、ビタミンD3の血中濃度の最適化によって筋肉量の増加も可能である報告もあり、在宅におけるADLの維持向上が得られる可能性がある。

栄養状態の把握には血液検査データを参考するが、一般的な基準値を参考に評価するのではなく、各検査項目の栄養や代謝における役割を参考にする。たとえばAST、ALTなどは肝機能の評価で用いるが、これらのトランスアミンナーゼはビタミンB6を補酵素とする特性を利用しビタミンB群やタンパク質代謝を評価する項目として利用する。通常で腎機能の評価で用いる尿素窒素（BUN）は、体タンパクの異化によって生じる窒素分子の代謝産物であることを利用し、総合的なタンパク質代謝の指標とする。このように通常行われている血液検査項目から栄養や代謝の情報をくみ取り食事の変更や用いるサプリメントの選択に利用する。オーソモレキュラー栄養療法を在宅医療に応用することによって得られる患者のADLの向上は家族の負担を軽減し有意義な時間を共有することの可能性を提供するものである。

【演者略歴】

1990年 福島県立医科大学卒業
1992年 横浜市立大学医学部麻酔科
1993年 国立循環病センター麻酔科
1994年 横浜市立大学医学部麻酔科学教室助手
2003年 新宿溝口クリニック開設
2021年 みぞぐちクリニック開設

日本抗加齢医学会 評議委員

日本ビタミン学会

2018年 International Society for Orthomolecular Medicine Hall of Fame

利益相反：有

S61-3

高齢者の身体的、精神的フレイルに対するオーソモレキュラー栄養療法の実践

姫野 友美 ヒメノ トモミ

医療法人社団友徳発心会 ひめのともみクリニック

高齢期は生理的予備能が少なく、外的環境や生活習慣の変化、病気、ケガなどのストレスに対する脆弱性が亢進し、身体的・精神的機能が容易に低下しやすい。それに伴い、ロコモティブシンドロームやサルコペニアのような身体的フレイルのみならず、認知機能障害やうつ病などの精神的フレイルに陥りやすく、その結果、閉じこもりや孤食などの社会的フレイルに発展することがしばしばみられる。

こういった現象に対し、最も重要な対策が栄養の改善であり、オーソモレキュラー栄養療法を導入することにより、症状の早期の改善が見られたため、報告する。

細胞の機能改善を目的とするオーソモレキュラー栄養療法で最も大切なのは、タンパク質の摂取である。体組成の20%、脳の乾燥重量の40%はタンパク質で構成されており、特に脳の機能維持に重要な役割を担っている。

しかしながら、高齢者においては、消化吸収能力が落ちており、更にタンパク質の利用効率が低下しているため、消化酵素の利用、アミノ酸の摂取、時間栄養学に基づいた栄養素の摂取法、メディカルサプリメントによるビタミン・ミネラルの補給など、体タンパク合成促進の工夫が推奨される。

2番目に重要なのは脂質であり、エネルギー源としての飽和脂肪酸、細胞膜維持や神経伝達促進のための不飽和脂肪酸の摂り方の工夫が必要と考えられる。

逆に過剰な糖質の摂取は、筋力の低下や認知機能の低下を招く恐れがあり、その量と質のコントロールが必要となる。本講演では、実際の症例を呈示しながら、フレイル改善のためのオーソモレキュラー栄養療法の実践方法について解説する。

【演者略歴】

- 1978年 東京医科歯科大学医学部卒業
- 1979年 九州大学医学部付属病院 心療内科勤務
- 1980年 北九州市立小倉病院 内科勤務
- 1986年 Mayo clinic Emergency Room (U.S.A) Visiting Clinician
- 1987年 東京都立広尾病院 麻酔科勤務
- 1989年 木原病院勤務
- 1996年 医療法人社団八女発心会 理事就任
- 1998年 テーオーシービル診療所 心療内科勤務
- 2002年 女性のための生涯医療センター ViVi 心療内科非常勤勤務
- 2005年 ひめのともみクリニック開設
- 2006年 日本薬科大学 漢方薬学科 教授就任 ※2021年 退官

利益相反：無

シンポジウム62 新潟県プログラム委員会企画

地域包括ケアシステムにおける薬局薬剤師の未来展望

S62

【セッション概要】

医療機能分化がますます促進され、薬物治療が1つの医療機関だけで完結することはほとんどない。今後は、地域包括ケアシステムにおいて薬局薬剤師が、患者の服薬情報等を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施していくことが望まれる。病院薬剤師と薬局薬剤師の連携（薬薬連携）により、退院時における入院中の薬物療法等の情報共有、あるいは、入院時の服薬情報やアレルギー歴等の情報共有により、医療の質の向上につながる。

また、在宅医療を必要とする患者は多様である。住み慣れた地域で最期まで暮らすことができるよう、医療用麻薬の持続注射等への対応、さらに、高齢者のみならず、小児等の患者に対する的確な医薬品の提供体制の整備が求められる。現在、薬薬連携の強化や在宅医療を担う人材育成等を行い、薬局薬剤師が業務に取り組むことによって、医療の質の向上を目指している。

本シンポジウムでは、新潟県における薬薬連携の状況とその展望、薬局薬剤師の在宅医療に関わりと展望について探りたい。

座長：川添 哲嗣 カワゾエ テツシ

徳島文理大学香川薬学部 医療薬学講座

【座長略歴】

学歴

1990年 神戸学院大学薬学部 卒業

2020年 高知大学大学院 修士課程（医科学）修了

2020年～ 高知大学大学院 博士課程（医学）在学中

職歴

1990～1994年：ニチバン（株）大阪支店営業

1994～1998年：服部病院、JA高知病院

1998～2014年：くろしお薬局グループ

2014～2022年：南国病院、高知大学病院

2022年4月～：徳島文理大学香川薬学部 医療薬学講座（准教授）

その他

2010年～：（一社）全国薬剤師・在宅療養支援連絡会（J-HOP）副会長

座長：笠原 敦子 カサハラ アツコ

公益社団法人 新潟県薬剤師会

【座長略歴】

1980年東京薬科大学卒業

同年 ヘキストジャパン株式会社入社

1994年 株式会社 共栄堂 入社

2019年 株式会社 ケンユウ 入社 現在に至る

2011年 公益社団法人 新潟県薬剤師会 理事

2015年 同 常務理事

2021年 同 副会長 現在に至る

2014年～2018年 新潟県女性薬剤師会会長

S62-1

在宅療養へ向けた薬物療法のシームレスな連携を目指して

宮川 哲也 ミヤガワ テツヤ
上越地域医療センター病院 薬剤科

医療機関の機能分化が進み、一つの医療機関のみで入院医療が完結することはほとんどなくなっている。現在、医療機関に入院しながら実施されていた薬物療法は、他の医療機関に引き継がれ在宅療養として実施されるケースが増加してきている。こうした薬物療法を提供する場合には、特に医療機関間の連携が望まれる。内服薬の場合、薬の内容などはお薬手帳で共有されることが多いが、薬の処方目的や治療効果・副作用の状況など、不明なことも多い。このため、適切な薬物療法の提供のための連携ツールとして、薬局から医療機関へのトレーシングレポートや医療機関から薬局への薬剤管理サマリーなどが用いられる。こうした取組は診療報酬や調剤報酬などでも評価されるなど、薬剤師による情報共有への必要性が重要視されている。

当院は回復期機能を有する病院であり、急性期病院等よりも在院日数が長く、処方見直しなどが比較的实施しやすいことが特徴として挙げられる。患者が入院する際に、かかりつけ薬局等へ在宅療養中の薬物療法に関する情報提供を依頼し、入院中における処方の見直しなどに活用している。

また、当院では在宅復帰する患者が多く、病院薬剤師として患者が自宅でも継続できる薬物療法を提案等することも多々ある。退院時にはこうした入院中の薬物療法に関する情報を薬局へ薬剤管理サマリーとして情報提供している。

薬物療法における薬剤師間の連携は以前より進みつつあるが、まだまだ十分とは言い難い。また、薬局薬剤師が病院薬剤師に求める情報と病院薬剤師が実際に提供する情報、病院薬剤師が薬局薬剤師に求める情報と薬局薬剤師が実際に提供する情報、これらには乖離がある。それぞれの薬剤師がどのような情報をもとに薬物療法へ活用しているかどうかを互いに知ることが重要である。

本シンポジウムでは病院薬剤師の立場から、薬局薬剤師との連携に関する諸問題を考えたい。

【演者略歴】

1999年 昭和薬科大学薬学部 卒業
1999年 国立横浜病院薬剤科 入職
2000年 上越地域医療センター病院薬剤科 入職
2010年 上越地域医療センター病院薬剤科 主任
2013年 上越地域医療センター病院薬剤科 薬局長 現在に至る

【所属学会等】

公益社団法人新潟県薬剤師会常務理事
一般社団法人新潟県病院薬剤師会常任理事
一般社団法人日本病院薬剤師会 中小病院委員会副委員長 同病院薬学認定薬剤師
一般社団法人上越薬剤師会理事
一般社団法人日本老年薬学会評議員 同指導薬剤師
一般社団法人日本褥瘡学会評議員 同認定薬剤師
一般社団法人日本臨床栄養代謝学会代議員 同NST 専門療法士
皮膚褥瘡外用薬学会 世話人
日本褥瘡学会関東甲信越地方会 世話人

利益相反：無

S62-2

薬局薬剤師の小児医療への関わり

相澤 宗一郎 アイザワ ソウイチロウ
中条調剤薬局

2022年度の調剤報酬改定において、小児の薬物療法への評価として、服薬管理指導及び在宅患者訪問薬剤管理指導に小児特定加算が新設された。

医療的ケア児。いわゆる医療の進歩を背景として、退院後も引き続き在宅での人工呼吸器や胃瘻等の使用、中心静脈栄養法など高度な医療的ケアが日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療ケアを受けることが不可欠である児童のことだ。医療的ケア児は近年増加傾向にあると推定されている。

薬局薬剤師は地域包括ケアシステムの中で医療的ケア児に対して薬物療法を通じて積極的にかかわって行くことが期待されており、評価新設の背景の一因である。

在宅医療では、小児在宅医療へ薬局の積極的な参入が求められている。しかし、高度な知識を必要とする調剤、無菌調剤が可能な薬局、それらの経験を持つ薬剤師は十分ではない。対応可能な薬局もすべてが明確化されていない。また、家族への支援や、チーム医療の一員として多職種との連携力も同時に求められる。薬剤師の知識や技術の習得も必要などの課題も挙がる。

当薬局の、小児患者の無菌調剤と多職種連携によって退院・在宅療養を実現できた症例を報告し、小児在宅医療への薬局薬剤師の関わりと、処方医、病院薬剤師との連携、及び、家族に対するケアの必要性について議論したい。

【症例】

患者背景：11歳（退院時）、巨大膀胱・狭小大腸・腸蠕動不全症候群による腸管機能不全で、完全静脈栄養（TPN）での管理が必要。退院には無菌調剤によるHPN管理が不可欠であった。病院医療ソーシャルワーカーは院外処方無菌調剤の可能な薬局を探していた。

当薬局は無菌調剤ができる設備がなく無菌調剤の経験も無かったが、無菌調剤室の共同利用と、退院前カンファレンスに参加し、医師・病院薬剤師等と連携を取ることで退院を実現できた。無菌調剤・在宅訪問にて薬剤管理、服薬指導を行い、退院後のQOL向上に貢献できた。

【演者略歴】

【略歴】

2006年 新潟薬科大学 卒

2006年 株式会社中央メディカル 入社（現 株式会社ファーマみらい）

2020年 株式会社パールファーマシー 転籍 中条調剤薬局 勤務

【公職】

一般社団法人 下越薬剤師会 理事

公益社団法人 新潟県薬剤師会 医薬分業・在宅医療委員 本部委員

利益相反：無

S62-3

緩和ケアによる在宅見取りへの薬局薬剤師の関与

星 尚寛 ホシ タカヒロ
大手薬局グループ 在宅支援室

地域包括ケアシステムの推進にあたり、薬局薬剤師を取り巻く現状が大きく変化し、我々薬剤師が地域住民から求められる役割が増えてきた。その役割の一つである在宅訪問業務は、通院できない患者及び薬局に来局することができない患者の薬物療養をサポートすることであり、高齢化が進むにつれてさらにこれらのニーズが高まっていくことは明白である。通常の居宅療養管理指導を始めとした在宅業務の件数の伸びは著しい中、薬剤師が看取り期に関与するケースは稀で、現場で具体的にどのようなことが求められ、どのように関与し、期待されているかは漠然としたものとなっている。

患者の最期は多種多様であり、様々な選択肢を持つことは患者及び家族にとって非常に有益なことである。その中でも長年住み慣れた自宅で、残り少ない時間を家族・友人と過ごすことができる在宅での看取りは、患者及びそのご家族にとって最大のメリットではあるが、各薬局が人員的な問題、手技的な問題、薬剤師の心理的問題及び無菌調剤室の整備などの設備的な問題といった様々なハードルが存在している。

弊社は、以前より在宅支援室を設置し、地域の基幹となる病院が主催する緩和ケア連携協議会などの情報交換の場に積極的に参加し、情報収集に努めてきた。そこで在宅での最期を望む患者が増え、病院からの協力依頼が増えている一方、上記問題点を理由に看取り業務に協力できない薬局が多く患者が退院できない状況が大きな課題となっていた。今回のシンポジウムを通して、弊社の在宅看取り業務に対する考え方及び取り組みの実例を提示し、今の時代に求められている薬剤師像と薬局薬剤師の現状・問題点に触れたいと考えている。そして看取り業務に取り掛かるための心理的ハードルを下げ、その一歩を踏み出すきっかけになれば幸いである。

【演者略歴】

2014年 新潟薬科大学 薬学部卒業
2014年 大手薬局入社
2019年 大手薬局在宅支援室長
2021年 長岡市薬剤師会在宅医療介護委員長
2022年 大手薬局医薬保険部長兼在宅支援室長
2023年 同社取締役 就任 現在に至る

利益相反：無

S62-4

地域における継続的な薬局薬剤師の在宅医療

吉田 智彰 ヨシダ トモアキ
坂井東調剤薬局

厚生労働省は、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進している。薬局薬剤師は在宅医療への関わりを通じて、地域包括ケアシステムの一翼を担っており、その業務について紹介する。

在宅医療への関わりとして、薬局薬剤師が患者の居宅に訪問し、薬学的知見に基づく指導、服薬管理等を行う訪問業務が挙げられる。薬局での窓口対応と異なり、実際に居宅において患者の服薬・管理状況等を把握することで、患者の状態に合わせた服薬指導が可能となる。また、服薬期間中（調剤後）のフォローアップを通して、患者の薬の適正使用、服薬アドヒアランスの向上、薬物有害事象の早期発見が可能となる。把握した患者の服薬状況等を医師等へ情報提供、処方提案を行うことにより、個々の患者に寄り添った薬物治療の提供につながり、医療の質向上への寄与が期待できる。

さらに、薬局薬剤師は居宅だけではなく、住宅型有料老人ホーム等、高齢者施設への訪問を行うケースもある。高齢者施設において、施設のスタッフは複数名の利用者に対し同時に服薬支援等を行っている。業務の効率化や誤投与等の防止策等、居宅とは異なるニーズがある。利用者の様々な状態、介護度に対応し、療養生活の支援を患者に関わる複数の職種とチームとして関わり、薬剤師の専門的知見によってより安定的な在宅療養の継続が可能となる。

現在、県内の在宅医療に取り組む薬局は増加しているが、多くの高齢者施設では薬局薬剤師の訪問は実施されていないという現状がある。

自薬局での、居宅及び高齢者施設への訪問業務の事例を紹介し、薬局薬剤師の訪問業務として在宅医療へ関わりの意義と難しさ、今後の課題について共有させていただきたい。

【演者略歴】

2002年3月 新潟薬科大学 卒業
2002年4月 (株)本町調剤薬局 入社
2019年4月 本町調剤薬局グループ 山田薬品 (株)坂井東調剤薬局 管理薬剤師
2022年9月 (株)本町調剤薬局 薬局事業部 部長

新潟県薬剤師会 理事
新潟市薬剤師会 常務理事
新潟市薬剤師会 在宅医療委員会委員長

利益相反：無

シンポジウム63 新潟県プログラム委員会企画

訪問看護人材の確保育成について

S63

【セッション概要】

在宅医療の要として期待される訪問看護師の人材確保、育成は大きな課題である。看護協会では訪問看護ステーションの大規模化を推奨しているが困難な現状がある。様々な組織・立場から課題解決に向けた取り組みをご発表頂く。

座長：平原 優美 ヒラハラ ユミ

公益財団法人 日本訪問看護財団

【座長略歴】

学歴

- ・1987年 島根県立総合看護学院保健学科卒業（現・島根県立大学）
- ・2011年 首都大学東京大学院（現・東京都立大学大学院）
博士前期在宅看護専門看護師コース修了し、2012年在宅看護専門看護師取得
- ・2018年 首都大学東京大学院 博士学（看護学）取得

職歴

- ・1987年 島根県立中央病院
- ・1990年 東京ふれあい医療生協 梶原診療所 訪問看護係
- 1998年 東京ふれあい医療生協 ふれあい訪問看護ステーション開設所長
- ・2006年 財団法人 日本訪問看護振興財団立 あすか山訪問看護ステーション所長
- ・2011年 公益財団法人 日本訪問看護財団 あすか山訪問看護ステーション統括所長
- ・2018年 事務局次長を兼務
- ・2022年 公益財団法人 日本訪問看護財団 常務理事

座長：石井 純子 イシイ ジュンコ

西蒲中央病院訪問看護ステーション／西蒲中央病院みさと訪問看護ステーション

【座長略歴】

- 平成元年 新潟県立新発田病院付属看護専門看護学校卒業後、急性期病院にて臨床に従事
- 平成22年 新潟大学大学院保健学研究科で看護学分野を修得半ば中退
- 平成24年 西蒲中央病院訪問看護ステーションに従事
- 平成26年 西蒲中央病院訪問看護ステーション所長に就任（現在に至る）
- 平成30年 新潟大学医学部保健学科 非常勤講師（現在に至る）
- 平成30年 新潟県看護協会訪問看護推進委員に就任
- 令和元年 西蒲中央病院みさと訪問看護ステーション設立し統括所長就任（現在に至る）
- 令和4年 新潟県訪問看護ステーション協議会理事を経て常任理事に就任（現在に至る）

S63-1

新潟県訪問看護総合支援センターの取組～求められる場所で必要とされる訪問看護提供体制の整備を目指して～

青柳 玲子 アオヤギ レイコ
 公益社団法人 新潟県看護協会

2040年に向け在宅医療が推進される中で、質の高い24時間訪問看護提供体制の構築が求められている。その実現のためには、一人ひとりの看護職の質の向上だけでなく、安定的に継続して提供できる訪問看護提供体制の整備が求められる。

新潟県における訪問看護ステーション事業所及び訪問看護従事者は、全国と同様、年々増加しているが、事業所の地域間偏在、人材確保・定着や人材育成が課題となっている。新潟県訪問看護実態調査結果によると、訪問看護を行う上で問題と感じていることでは、計画的、余裕のある採用が困難、募集しても応募者がいない等、訪問看護師の安定的な確保が上位に挙がっており、さらに、新任者の教育プログラムがない、訪問看護関連研修を受講したことがない、スタッフ間に能力差がある等、事業所内の人材育成体制の脆弱さの課題も明らかになっている。

このような訪問看護の課題を一体的・一元的に解決し、地域における訪問看護提供体制の安定化及び推進を支援する拠点として、令和4年4月、新潟県看護協会に新潟県訪問看護総合支援センター（以下、支援センター）を設置した。訪問看護の様々な課題に対応できるよう、①訪問看護ステーションの人材確保推進、②事業所運営基盤整備支援、③教育研修体制の体系化、④事業者・利用者向け相談支援、⑤訪問看護に関する関係機関との連携促進、⑥訪問看護の周知啓発、⑦訪問看護に関する情報分析の7つの柱で支援センター業務を遂行している。

なかでも、1事業所・法人では解決が困難とされる訪問看護サービスの地域間偏在の解消や働きやすく継続できる職場環境づくりなどの課題について、具体的な方策を検討しきめ細やかな支援の充実に向けて取組を始めたところである。困難な課題解決への支援を具現化するために、行政の牽引の基で関係機関との連携、役割分担と協働を図り、支援センターの機能や役割をさらに強化していく必要がある。

【演者略歴】

【学歴】

1981年 新潟県立公衆衛生看護学校 卒業
 2020年 新潟大学大学院保健学研究科 博士前期課程修了

【職歴】

1981年 新潟県 旧巻町役場 保健師
 1994年 新潟県 旧巻町在宅介護支援センター 係長
 1999年 新潟県 旧巻町高齢福祉保健課 参事
 2003年 新潟県 旧巻町高齢福祉保健課 保健センター長
 2005年 新潟市坂井輪地域保健福祉センター 主幹（新潟市と旧巻町の合併により）
 2007年 新潟市健康福祉部こころの健康センター 主幹
 2009年 新潟市健康福祉部障がい福祉課 主幹
 2011年 新潟市保健衛生部こころの健康センター いのちの支援室長
 2015年 新潟市黒埼地域保健福祉センター 所長
 2019年 公益社団法人新潟県看護協会 常務理事 現在に至る

【所属学会】

日本公衆衛生学会、日本公衆衛生看護学会

利益相反：無

S63-2

新潟市の地域医療を支える看護人材確保に向けた取り組み

伊藤 由香 イトウ ユカ
秋山 貴子 アキヤマ タカコ
新潟市 保健衛生部 地域医療推進課

【はじめに】 将来の医療需要の増加に対応するため、在宅医療の中心的役割を担う看護人材の育成・確保は急務である。本市の訪問看護師数は政令市平均を下回り小規模事業所が多い現状があり、安定的な雇用・育成体制が脆弱であったことから、2022年度より訪問看護人材の確保に向けた取り組みを開始した。【活動】 主な取り組みは3つである。1「地域医療を支える看護人材確保事業」は、市内訪問看護ステーションを対象として、初めて訪問看護に従事する看護師を雇用した際の人件費や研修受講費の一部を助成するものであり、10事業所（転職11人・潜在1人）の人材確保を支援した。2「訪問看護の魅力発信」は、1)「訪問看護オンライン交流会」として、訪問看護師への転職や就職を考えている看護師・学生を対象に、仕事内容・やりがいなどを現役看護師に語っていただき、気軽に質問もできるイベントを開催した。県内・首都圏在住者向けにはWeb広告による周知を試み、参加者は4名と少なかったものの利用者の生活を尊重した関わりに魅力を感じた、一人で訪問することへの不安が軽減された等の感想が聞かれた。2)「暮らしに寄り添う訪問看護」と称した動画を事業所の協力により作成し、訪問看護の具体的内容について本市公式YouTube等で発信した。3) 大学からの依頼を受け、現役看護師が看護学生に講義を行った。学生からのインタビューを盛り込む等により具体的な学びが得られたとの評価であった。3「市民への啓発」は、訪問診療医・訪問看護師・ケアマネジャー・介護経験のある家族によるパネルディスカッションを行い、実際のイメージ・関心が高まったとの声が多かった。【考察】 これらの取り組みによって、市民等の訪問看護への理解が深まり利用促進が図られるとともに、人材確保につながることを期待される。今後も、関係機関と連携しながら、看護人材の雇用・育成体制の強化に向けた取り組みを発展させていきたい。

【演者略歴】

【略歴】

1985年 京都大学医療技術短期大学部看護学科 卒業
1986年 新潟県公衆衛生看護学校 卒業
2017年 新潟大学大学院保健学研究科保健学専攻（博士前期課程） 修了

【所属学会】

日本地域看護学会

利益相反：無

S63-3

「過疎地域における在宅療養の弱者を作らない！」 ～DXを駆使した訪問看護ステーションの人材確保術～

藤沢 武秀 ¹	フジサワ タケヒデ
土田 靖子 ¹	ツチダ セイコ
佐々木 達哉 ¹	ササキ タツヤ
岡部 留美 ⁴	オカベ ルミ
市村 淳 ⁵	イチムラ ジュン
谷合 憲明 ³	タニアイ ノリアキ
大場 未来 ²	オオバ ミク
谷合 久憲 ²	タニアイ ヒサノリ

¹ 合同会社 AddCare ごてんまり訪問看護ステーション

² たにあい糖尿病・在宅クリニック

³ NPO 法人 由利本荘にかほ市民が健康を守る会

⁴ 第一病院 訪問看護ステーション

⁵ 日本調剤 本荘北薬局

【はじめに】

令和4年12月28日付の第8次医療計画等に関する意見とりまとめでは「新たに新興感染症発生・まん延時における医療対策」「入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等の重要性」「ICTの活用や医療分野のデジタル化」「医師の働き方改革に伴うタスクシフトやシェアの推進のため、特定行為研修者の確保を推進」等が提言されている。

【活動】

過疎地域における在宅療養の弱者を作らない！を目標に令和元年訪問看護ステーションを開設、二次医療圏が神奈川県約半分の面積に及ぶ地域性を考慮し、訪問地域をあえて拡大。ステーションも3か所に増加させトライアングルで訪問範囲をカバーした。シームレスに多法人多職種と連携する為、二次医療圏のインフラとなりつつある医療用SNSを駆使し情報を共有。小児から高齢者まで訪問依頼に即日対応できるシステムを構築した。またクラウドICTを導入し在宅訪問管理や勤怠管理を行うことで、スタッフは直行直帰で稼働するシステムを構築。緊急時対応が必要な際は、Ipadの位置情報共有機能により患家への最短介入を実現している。そして日本看護協会の推進する「看護師の特定行為研修」を働きながら無償で研修できる体制も構築され、2名が研修中である。DXで生産性の向上を図り給与体系を関東圏と同等にすることで看護師24名、PT8名OT4名を配置し7市町村を訪問可能とした。その規模を生かし、コロナ禍の高齢者施設クラスター発生時には、地域のNPO法人と協働し標準防護策やゾーニングの指導、PTやOTの派遣、マンパワーが不足する場合には看護師を派遣する取り組みを開始している。

【考察】

過疎化により一般的な訪問看護システムでは採算の取れない地域が増えると予測される。DX活用や多法人・多職種で連携することで在宅療養の質を担保し、モチベーションUP、働き方改革を進めることで若い世代が地域を支える魅力となりえると推測される。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

S63-4

行政・医療機関・教育機関と連携したB訪問看護師育成センターの取り組み

加納 美代子¹ カノウ ミヨコ
笠原 幸恵¹ カサハラ サチエ
伴 幸俊² バン ユキトシ

¹ 豊田地域医療センター 豊田訪問看護師育成センター

² 豊田地域医療センター 地域医療人材育成センター

【はじめに】

A市では、在宅療養を支える人材確保のため、行政、医療等の関係機関、訪問看護ステーション（以下ST）、教育機関との連携による人材確保・育成を目指し、B訪問看護師育成センター（以下、センター）を2019年に開設した。今回は、実習のひとつとして位置づけている急性期病院実習について現状報告する。

【活動報告】

センターでは「新卒・新任訪問看護師育成プログラム」に基づき、カリキュラムを講義・演習・実習で構成し訪問看護師を育成している。受講2年目に急性期病院実習（救命救急センターと専門外来）において、看護実践やチームアプローチ、他職種との連携の実際を学習している。実習施設はA市内2カ所の基幹病院で、2020年～2022年まで計18名が参加した。実習後のアンケートでは、実習満足度が10段階のうち全員が8段階以上であった。また、「自分自身への変化」について、在宅はより生活に根差した看護であることに気づき、訪問看護の役割を再認識、やりがいにつながっていた。「現在の仕事にどう活かしたいか」について、多職種との連携を図るにあたり、救急搬送時にERに伝える内容の明確化、そのための伝達力の向上などであった。さらに、専門外来（フットケア、リンパ浮腫、ストーマケアなど）では、改めて在宅療養者個々の生活環境に応じた指導や技術に対する学びがあった。

【考察】

急性期病院での実習を通して、在宅療養者の救急搬送時や搬送後のイメージを具体化でき、訪問看護の実践に役立つ学びが得られていた。疾患と生活を看ることの比重の違いはあるが、急性期病院での看護と在宅での看護そのものに大きな違いはなく、生活の場で実践する訪問看護の意義や役割について、改めて学ぶ機会になっていることがわかった。今後も訪問看護師の育成にあたり、多職種間において必要とされる情報を共有できるよう各職種の役割を理解し協働する意識を高めていく必要があるといえる

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

シンポジウム64 日本在宅医療事務連絡会合同企画

在宅医療における事務職の役割

S64

【セッション概要】

在宅医療は量とともに、医療サービスの質的向上も求められるようになってきている。その結果、事務職の担う役割や責任も増大しつつある。在宅医療における事務職の役割は施設ごとに大きく異なっている。例えば、患者対応・レセプト請求業務のような前線で行う医事業務から、人事・経理・総務といったバックオフィスの役割、さらには経営企画立案・経営的判断も事務方の役割と言える。

本セッションでは登壇される各医療機関における事務職の役割や教育、更には医療機関における取り組みについて学び、事務職の可能性や今後の発展について皆さんと議論したい。

座長：浅沼 裕子 アサヌマ ユウコ

医療法人社団実幸会いらはら診療所

【座長略歴】

3年間の総合病院医事課を経て、現在のいらはら診療所にパートとして入職、出産、育児、介護をしながら常勤職員→課長→平成21年事務長となる。有床診療所、在宅医療の医事全般・人事・企画・広報などの業務また介護保険制度開始時より介護事業の立ち上げ、請求業務全般にも携わってきた。

座長：鈴木 重良 スズキ シゲヨシ

公益財団法人 豊田地域医療センター

【座長略歴】

＜公益財団法人 豊田地域医療センター＞

1990年 公益財団法人豊田地域医療センター入職

現在に至る

＜一般社団法人 日本在宅医療事務連絡会＞

2021年 一般社団法人日本在宅医療事務連絡会 理事

現在に至る

S64-1

在宅医療における「サポートスタッフ」の役割と課題

三浦 光舞 ¹	ミウラ ヒロム
安藤 なつ美 ¹	アンドウ ナツミ
飯田 智哉 ¹	イイダ トモヤ
大嶋 侑以子 ¹	オオシマ ユイコ
伊藤 和 ¹	イトウ ナゴミ
飯田 道夫 ¹	イイダ ミチオ
和田 吉生 ¹	ワダ ヨシキ
吉崎 秀夫 ¹	ヨシザキ ヒデオ
草森 智子 ²	クサモリ トモコ
門脇 睦子 ²	カドワキ アツコ
山崎 なな ³	ヤマザキ ナナ

¹医療法人せせらぎ 札幌在宅クリニックそよ風

²医療法人せせらぎ 訪問看護ステーションそよ風

³医療法人せせらぎ 居宅介護支援事業所そよ風

【はじめに】当法人は常勤医師7名が所属する在宅専門診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所から構成されているが、法人全体の事務方としてサポートスタッフ（SS）という役職が存在する。当法人のSSの年齢は20代から30代で、背景は各々異なり、社会福祉士、介護福祉士、鍼灸師など様々であるが、その職務内容は医師帯同、患者・家族との関わり、多職種連携など多岐に渡る。当法人におけるSSの役割を紹介するとともに、SSとして医療の現場にどのように関わっていくべきなのか考えたい。

【活動】SSの行っている業務を、以下に示す。

1. 医師帯同前（スケジュール管理、事前訪問、物品準備、カルテ準備）
2. 医師帯同（運転、カルテ記載、検査の準備、処方箋の印刷、往診調整）
3. 医師帯同後（契約、文書対応、物品発注）
4. 患者・家族対応（対話、各種問い合わせへの初期対応、クレーム対応、医師や看護師への提案）
5. 多職種連携（ケアマネージャー・訪問看護師・薬剤師・施設職員などとの対話、各種問い合わせへの初期対応）
6. 相談員業務（新規患者受け入れ）
7. 広報活動（ホームページやSNSの更新、広報誌の作成）
8. 教育（SSの育成）

上記のようにSSの職務内容は広範囲に渡っている。医師帯同については、看護師とは違い、医療行為は行えないこと、医療知識が相対的に乏しいことから、がん終末期や各種臓器不全を有する居宅重症患者の帯同は看護師が行い、施設など比較的短時間で診察をしなければならない場合の帯同はSSが行うなど、その住み分けは未だ試行錯誤の過程にある。

【考察】SSは、医療の免許の有無に関わらず、現場で生の声に向き合い、患者・家族を中心としたチーム医療の一員として多職種とのハブになることで、在宅医療の質向上に寄与することを目標としている。看護師との役割分担など未だ課題は多くあるが、SSだからこそできることもあると感じている。当日は、実際の事例も複数交えて報告する。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

S64-2

16km圏外の在宅緩和ケア需要にどう応えるか -遠隔地訪問の持続可能性に関する一考察-

久保 裕樹 クボ ユウキ
荒木 庸輔 アラキ ヨウスケ
山本 直樹 ヤマモト ナオキ
田實 武弥 タジツ タケヤ
石井 栄三郎 イシイ エイザブロウ
特定医療法人 新生病院

【はじめに】 当院は単独型の機能強化型在宅療養支援病院として、年間約4800件の訪問診療を提供している。20床の緩和ケア病棟を有しており、施設ホスピスと共に在宅における緩和ケア症例も積極的に行い、訪問での在宅緩和ケア診療も応需している。

長野県医療圏の北部地域に位置し、地域特性上山間部や豪雪地帯への訪問も少なくない上に、専門医が不在の地域も点在している。特にがん終末期症例においては、診療報酬上の特例措置を講じて16km圏外地域への訪問診療需要も応需しているが、診療提供効率上の限界があることも否めない。

在宅緩和ケアを望む患者宅への在宅診療を積極的に取り組みたい一方、専門医のいない地域から求められる在宅緩和ケア需要はどこまで許容できるのか。持続可能な医療提供に資するため経営効率的観点から考察した。

【結果】 訪問診療1件あたりの診療単価に比し、主たる費用(人件費等)から、1訪問あたり許容できる訪問時間を算出した。結果、移動時間を含め1訪問あたり訪問診療に懸けられる時間は120分が許容範囲であることが示された。

【考察】 終末期の患者に対するケアにおいては、患者の症状コントロールだけにとどまらず、人生の最終段階において必要な家族の意思決定支援の質も求められる。在宅緩和ケアの観点に準じ、必要十分な緩和ケアを提供したい一方で、持続可能性の観点も蔑ろにはできない。倫理的ジレンマを打開する方策として、①訪問看護への事前連携体制構築 ②訪問効率を是正するICTツール活用 ③オンライン診療の積極的活用 が示唆された。それと共に、対面でしかできない医療支援を可能にするための診療報酬上のインセンティブ(加算の新設、オンライン診療も在総管を認可する等)も妥当性の検証を求められたい。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

S64-3

omnibus DXで外来業務を効率化することで実現された非効率的でも手厚い在宅医療～
管理栄養士によるRobotic Process Automationのimpact～

大場 未来 ¹	オオバ ミク
谷合 久憲 ¹	タニアイ ヒサノリ
佐々木 由美 ¹	ササキ ユミ
佐藤 紫野 ¹	サトウ シノ
齋藤 瑠衣子 ¹	サイトウ ルイコ
岡部 留美 ²	オカベ ルミ
藤沢 武秀 ³	フジサワ タケヒデ
八鍬 紘治 ⁴	ヤクワ コウジ
市村 淳 ⁴	イチムラ アツシ
長堀 孝子 ⁵	ナガホリ タカコ

¹たにあい糖尿病・在宅クリニック

²第一病院訪問看護ステーション

³ごてんまり訪問看護ステーション

⁴日本調剤 本荘北薬局

⁵SOMPO ケア 由利本荘

【はじめに】第8次医療計画等に関する意見のとりまとめでは「質の高い医療の提供や効率化を図る観点からICTの活用や、医療分野のデジタル化を推進していくことが求められている。」とされている。人口30万人未満の都市では在宅専門診療所の運営は経営的にも困難あり、外来診療と在宅医療をハイブリットに行う診療所が在宅医療を担っている。当院では発想を転換し在宅医療以外の業務をDXで効率化することで、逆に非効率的でも必要なポイントには手厚い、在宅医療に取り組んでいる。具体的には食支援や誤嚥性肺炎も含めた廃用症候群予防、またクリニックに在籍する保健師が行政と協働し経済的問題や行政的な支援等、患家全体の相談業務を行っている。

【活動】当院では5名の管理栄養士配置、訪問栄養指導だけでなく事務職を兼務することで医師や看護師の業務負担軽減にも貢献している。IT有資格の管理栄養士は、外来の業務負担軽減を目的とし手紙、電話、FAX、クラウド上の複数のICT、RPAをオムニバスに組み合わせ（以下 omnibus DX）日常のカルテ準備やワクチン接種、そして非対面・非接触が求められる感染症外来の業務効率化を徹底的に図った。また地方の医療資源不足をカバーする為、複数の法人から、患者1人1人に必要な多法人・多職種をカスタマイズし、各法人のシステムに追加できる医療用SNSを導入。地域NSTによる食支援にも貢献している。また管理栄養士が往診車を運転し医師と同行訪問することで、在宅の患者やその家族の栄養管理を行うだけでなく、事務職として医師や看護師のカルテ準備や主治医意見書作成補助等、働き方改革の一助となっている。

【考察】 omnibus DXで業務を効率化することで、外来診療と手厚い在宅医療の両立を実現した。また医療用SNSでは二次医療圏の5つの訪問看護の内4法人、処方箋の約60%を占める調剤薬局で利用されるインフラとなり、地域での在宅医療のBCPの役割も担うと推測される。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

S64-4**在宅医療PA (Physician Assistant) による患者中心の医療サポートと医師育成の取り組み**石川 元直^{1,2} イシカワ モトナオ小野寺 志真¹ オノデラ シマ水野 慎大² ミズノ シンタ安井 佑^{1,2} ヤスイ ユウ¹医療法人社団 焔 やまと診療所²医療法人社団 焔 おうちにかえろう。病院

当院では、在宅医療PAを「在宅医療の効率化を担い、地域の誰よりも患者の自分らしい生き方を支援出来る存在」と定義し、独自の教育プログラムをもとに育成を行っている。無資格、未経験からでも訪問診療の第一線で活躍できる医療人になることを目指し、単なるアシスタントではなく、患者のために主体的に考え、様々なスキルとスタンスを学びながら、PAを中心とした意思決定支援と環境調整を行っている。そこで培った経験を通して私たちは、これからの時代に必要な医療人のあり方を定め、EBM (Evidence based medicine) やNBM (Narrative based medicine) から一歩進んだValue based medicineという立場を重視し、患者の多様な価値観に寄り添い、尊重しながら、在宅での医療提供にとどまらず、患者が自分らしい生き方を実現するためのサポートを提供している。

このように当院では、患者や家族、多職種を巻き込み、共に「みんなで考える」というプロセスを重視している。更なる実装の場として2023年度より「みんなで考える医師になる」やまと在宅医養成センターを開設し、より良い医療を提供できる医師の育成を目指しており、その取り組みも紹介する。

【演者略歴】**【略歴】**

2005年 東京大学医学部医学科卒業

2005年 静岡県藤枝市立総合病院初期研修医

2007年 東京女子医科大学東医療センター内科助教

2018年 東京女子医科大学東医療センター内科准講師、感染制御部副部長

2020年 東京女子医科大学東医療センター内科講師

2021年 医療法人社団 焔 やまと診療所エリアマネージャー

2023年 医療法人社団 焔 「みんなで考える医師になる」やまと在宅医養成センター センター長

【所属学会】

日本内科学会、日本在宅医療学会、日本感染症学会、日本老年医学会、日本心身医学会、日本心療内科学会、日本プライマリケア学会、日本医学教育学会

利益相反：無

S64-5

遺族ケアの重要性と集患の関係について

春山 善広 ハルヤマ ヨシヒロ
医療法人社団悠翔会ケアタウン小平クリニック

【はじめに】

医療法人社団悠翔会ケアタウン小平クリニックは、2022年6月、前院長である山崎章郎先生のケアタウン小平クリニックを引き継がせていただく形で、東京都小平市のケアタウン小平に開設をした。山崎先生の在宅医療を通じた地域づくり、住み慣れた地域で逝くという理念もそのまま引き継ぐことで診療を開始した。

【背景・目的】

ケアタウン小平クリニックの特徴は2つある。

1つ目は、同じ敷地内に訪問看護や居宅事業所、訪問介護、デイサービス（通称：ケアタウン小平チーム）が連携し、患者そして家族へチームケアを提供していることである。2つ目は、ご家族が亡くなられた後もそのご遺族との交流を継続し、ケアタウン小平チーム全体で遺族ケアを行っていることである。3つ目は、遺族が主体となって様々な遺族会の活動を行っている。この3つの特徴が実際に集患にどのように結び付いているのかを考察した。

【遺族ケアの活動】

ケアタウン小平チームは、様々な遺族ケアを行っている。

- ・お看取り後、49日前後に訪問看護による訪問
- ・年2回、遺族の方と茶話会を開催
- ・年1回、ご遺族との交流会（偲ぶ会）を開催

また、遺族会（ケアの木）は、平成20年に発足し総会や語ろう会、そしてケアの木サロンを定期的に開催している。

【結果・考察】

悠翔会21拠点（2022年4月現在）の新規患者の紹介元を調べてみた。その結果、ケアタウン小平クリニックのそのデータに興味深い傾向があることがわかった。今回のシンポジウムでは、そのデータについて紹介し、そして皆様と議論できれば幸いである。

【演者略歴】

略歴

2000年3月 青山学院大学 卒業

2000年4月 東京女子医科大学病院 入社

主に循環器内科、心臓血管外科、循環器小児科の保険請求業務に従事。その後、循環器全般のDPC分析、査定返戻対策を行い経営面でのサポートを行う。

2017年9月 東京女子医科大学病院 退職

2017年10月 医療法人社団悠翔会 入社

2022年6月 医療法人社団悠翔会ケアタウン小平クリニック 事務長

現在に至る

所属

日本在宅医療事務連絡会 理事

利益相反：無

シンポジウム65 在宅医療インテグレーター養成講座ワーキンググループ企画

在宅医療インテグレーター シンポジウム

S65

【セッション概要】

在宅医療インテグレーター養成講座も7年目を迎え、320余名の修了生を輩出してきた。まだまだ知名度は低く、修了生それぞれが各地で奮闘しているのが実情である。しかし、高齢多死時代を迎えますます多問題を抱える療養者が増えていく今後の日本の在宅医療において、医療も社会保障制度も熟知し、複雑な状況の中で適切な協働意思決定を行って最善解を見つけてゆく“在宅医療インテグレーター的な”役割はますます重要となることは明らかである。

そこで異なる職種の講座修了者やファシリテーターより、全国各地域における在宅医療インテグレーターとしての実際の活動を報告いただき、今後の発展につきディスカッションする場としたい。

座長：荻野 美恵子 オギノ ミエコ

国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター／市川病院神経難病センター

【座長略歴】

神経内科専門医&指導医、内科認定医&指導医、日本在宅医療連合学会認定専門医、日本プライマリ・ケア学会認定医、臨床倫理認定士（上級認定アドバイザー）

医学博士、医療政策学修士

1985年 北里大学医学部卒業

1992年～5年 米国コロンビア大学留学

1994年 北里大学医学部大学院修了（医学博士学位取得）

2000年 北里大学医学部神経内科学講師

2005年 東京大学大学院医療倫理人材養成講座（CBEL）修了

2006年～08年3月 東京医科歯科大学大学院医療政策学修士課程卒業（医療政策学修士取得）

2014年12月北里大学医学部附属新世紀医療開発センター横断的医療領域開発部門包括ケア全人医療学講師

2017年3月同准教授

2017年4月国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター教授・大学院公衆衛生学教授

2020年8月国際医療福祉大学医学部脳神経内科学教授・市川病院神経難病センター長

The international Symposium on ALS/MND Clinical Poster Prize 2013、2020-2021 Best doctor

厚労科研「難治性疾患の医療費構造に関する研究」班 主任研究者（平成20年度～平成22年度）

学会等理事：日本神経治療学会、日本在宅医療連合学会、内科系学会社会保険連合、日本エンドオブライフケア学会、日本難病医療ネットワーク学会

学会等評議員：日本神経学会、日本神経免疫学会、日本臨床死生学会他、

難病情報センター運営委員

S65-1

沖縄県における在宅医療インテグレーターの普及活動

新屋 洋平^{1,2} シンヤ ヨウヘイ

¹ 医療法人以和貴会 西崎病院 総合診療科

² 沖縄県医師会 在宅医療・介護連携統括アドバイザー

地域のなかでどのような役割を果たす方が在宅医療インテグレーターの知識をもっていたほうが良いのだろうか。

【在宅医療・介護連携コーディネーター】

平成27年度より市町村が実施する地域包括的事業として在宅医療・介護連携推進事業が実施されており、そのなかで『在宅医療・介護連携に関する相談支援』の実施が求められている。沖縄県では各地区の医師会が市町村より在宅医療・介護連携推進事業の委託を受けており、在宅医療・介護連携コーディネーターと呼称し事業を推進しているが、各コーディネーターの専門職背景や臨床歴に差があり、業務に困難感をもつコーディネーターがいる。発表者が在宅医療インテグレーター養成講座を受講した後、テキストを使用し沖縄県内の在宅医療・介護連携コーディネーターに対し伝達講習を行った。

【急性期病院の職員（退院支援看護師、医療ソーシャルワーカー等）、地域の専門職等】

所属医療機関の地域連携講演会を主催し、その際に「在宅インテグレーター論」「社会保障制度総論」について講演を行った。また、地域の訪問看護ステーションより「がん患者の退院支援」「心不全患者の看取り」事例の発表を企画支援し、補足説明を行った。

【考察と今後の予定】

在宅医療インテグレーターとしての知識について、ケアマネージャー、病院の入退院支援看護師、ソーシャルワーカー、訪問看護師等の専門職が把握していることが望まれるが、すべての専門職が等しく知識を持つことは現実的ではないと思われる。行政の制度上は、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業における相談支援担当者に在宅医療インテグレーターの知識を普及することが必要と考えている。また、政策等の制定に係る行政の委員会等の参加者についても、在宅医療インテグレーター養成講座の情報（一部）を共通の基礎知識としてもつことで、スムーズな会運営が可能となるものと思われる。

【演者略歴】

2005年自治医科大学医学部医学科卒業、沖縄県立中部病院で初期研修及びプライマリ・ケア後期研修を受け、2008年から2012年まで小規模離島のひとり医師として沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属阿嘉診療所に勤務。その後は県立中部病院および中部地区の急性期病院にて在宅医療及び緩和ケアに従事してきた。2020年からは新型コロナウイルス感染症対策・診療、中部地区医師会事業にも携わる。2021年12月より現職。

日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医・指導医

在宅医療連合学会認定専門医・指導医

沖縄県医師会在宅医療・介護連携統括アドバイザー

沖縄県医師会医療機能の分化検討会議作業部会長

沖縄県医師会新型コロナウイルス感染症対策本部委員

利益相反：無

S65-2

薬剤師業務にも活かせるインテグレーターの思考

餅原 弘樹 モチハラ ヒロキ
医療法人社団いぶきの森 のぞみの花クリニック

私は、在宅療養支援診療所（以下、在支診）に勤務する薬剤師であり、平成30年度に開催された第2回インテグレーター養成講座（以下、本講座）の修了者である。本講座では、薬物療法について独立したセッションは無く、患者支援の一部として組み込まれている。薬物療法支援を中心に関わる機会が多い薬剤師にとっては、縁遠い講座かもしれない。一方で、薬局や病院においても患者やその家族、連携職種から在宅医療に関する相談を受けることはあり、調整業務を請け負う機会がある。薬剤師の職能を活かして、自分自身が直接対応する場合もあれば、地域のリソースや社会資源、制度を活かせる連携職種をつなぎ後方支援を担う場面もあり、インテグレーターとしての思考が役立つと実感する。本講演では、私自身の実体験からインテグレーター養成講座での学びが活かされたシーンを共有し、問題点の整理方法について考察したい。

薬剤師もインテグレーターとしての思考を学び得るとことで、患者アセスメントや問題解決のための引き出しが増えると考える。現在私は、本講座のファシリテーターとして運営に参加しているが、薬剤師の参加率は低いと感じている。本シンポジウムをきっかけに、本講座への薬剤師の参加者が増え、他の職種からも職能理解が進むことを期待したい。

【演者略歴】

【略歴】

2007年3月 東京薬科大学薬学部 卒業
2007年4月～ 保険薬局勤務
2017年3月～ のぞみの花クリニック 入職

【主な所属学会】

日本在宅医療連合学会
日本緩和医療学会
日本緩和医療薬学会
日本臨床腫瘍薬学会

【その他の活動】

在宅療養支援診療所薬剤師連絡会

利益相反：無

S65-3

神経筋疾患専門病院におけるインテグレーターの意義 ～看護師の立場から～

花井 亜紀子 ハナイ アキコ

国立精神・神経医療研究センター病院 医療連携福祉相談部 / 看護部

当院は東京都多摩地区に位置する、精神・神経、筋疾患の国立高度専門医療研究センターである。確定診断や治療、セカンドオピニオンなどで都外からも多く患者を受け入れている。当方は医療連携福祉相談部の入退院支援室に勤務し、主に脳神経内科、脳神経小児科の患者の退院支援や療養支援を担っている。神経筋疾患は、原因不明で根治困難な難病疾患が多く、症状は多岐にわたる。慢性的進行性に経過し、病気・障害とともに長い療養生活を余儀なくされる。そのため在宅での療養生活が支援の中心となるが、退院支援の際には、在宅支援者から「初めてみる疾患である」「あまり経験はない」といった声を聞くことも少なくない。また一方で神経筋疾患は、年齢層も状態も様々であり、利用できる制度やサービスがそれぞれ個々によって異なるため、医療・介護・福祉サービスを駆使して、患者家族の望む生活の実現を図ることとなる。この希少性と極めて高い個別ケアに対して、医師、看護師、リハビリ（PT、OT、ST）、ソーシャルワーカー、ケアマネージャ、介護士、保健師等全く異なる教育を受けてきた職種が連携するわけで、当然統合する力が必要となる。難病専門の医療者として、患者家族の思いとともに、一歩先をみすえた医療・介護の援助の整理やケアマネジメントのサポートを心がけている。神経難病患者の療養行程における移行期では、生活障害が顕著となる身体機能の症状や、生命に直結する呼吸・嚥下機能障害などが出現するが、人工呼吸器装着や気管切開、胃瘻などの意思決定の相談はとりわけ多い。この際、我々は、決断のリミットを逃さぬよう支援していく役割がある。その現場は病院のみならず、在宅の場であることも多く、相談をいただければ患者宅に出向き、意思決定や課題解決に向けてのプロセスを共有し一緒に考えている。本シンポジウムでは事例を交えながら、神経難病における在宅インテグレーターの意義をお伝えしたい。

【演者略歴】

【略歴】

2000年 国立精神・神経センター国府台病院附属看護学校卒業

2000年 国立精神・神経センター国府台病院

2009年 辻仲病院柏の葉

2012年 人間総合科学大学 人間科学部人間科学科 卒業

2013年 国立精神・神経医療研究センター病院

2013年 日本看護協会 緩和ケア認定看護師

2013年 日本難病看護学会認定 難病看護師

2015年 地域連携医療福祉相談室（現：入退院支援室）配属

2023年 地域連携医療福祉相談室 入退院支援係長

【所属学会】

日本緩和医療学会

日本難病看護学会 代議員、教育推進委員

日本難病医療ネットワーク学会 編集委員

日本在宅医療連合学会

日本神経治療学会

利益相反：無

S65-4

インテグレーターとしての症例を振り返る

吉川 正宏 ヨシカワ マサヒロ
公益財団法人 ときわ会 竹林貞吉記念クリニック

はじめに

在宅医療インテグレーター講習受講終了後に関わった事例について報告をすることでインテグレーターの役割や機能を振り返る機会としたい。

症例1

超肥満症 表皮水泡症

46歳 男性

家族の相談により介入

介護保険非対象者。医療ソーシャルワーカーとして支援介入開始。経過とともに在宅医療インテグレーターとして多職種による支援体制構築や連携の一端を担うこととなった症例。

症例2

慢性腎臓病 膵臓癌

88歳 男性

医療機関看護師の相談にて介入

維持透析治療を通院にて実施しており終末期医療に対する相談。在宅看取り希望があり透析医療機関と在宅診療医療機関との連携を支援した症例。

症例3

ネフローゼ症候群

92歳 女性

入院医療機関医療ソーシャルワーカーの相談により介入

治療の拒否、早期退院希望訴えが強く治療経過途中で退院となる。アセスメントと支援者への相談対応にて在宅医療体制構築の支援をした症例。

まとめ

在宅医療インテグレーターとして患者や家族の想いの統一や目的の共有等を支援することで在宅での支援体制構築の一助となることができた。多くの支援者がその専門職たる機能や役割を果たし患者やご家族を支えるために、状況を適切に把握しチームとして共有し、目標を共有し統合していくことが必要不可欠である。チームの一員として介入が必要な場面とチームの相談役として裏方の役割を担う場面など状況により役割を変容させる必要がある。患者やご家族、支援者のエンパワメントの向上を支援した、自己決定支援を実施する必要がある。在宅医療インテグレーターとして患者本人やそのご家族だけでなく在宅医療サービス提供者への支援を通し安心して在宅医療をうけることができる支援体制構築に寄与する事ができるものとする。

【演者略歴】

【略歴】

2008年 新潟医療福祉大学 社会福祉学部 社会福祉学科 卒業
公益財団法人 ときわ会 いわき泌尿器科 (医療ソーシャルワーカー)
2010年 公益財団法人 ときわ会 常磐病院 (医療ソーシャルワーカー)
2014年 社会福祉法人 光美会 人生の里 (生活相談員)
株式会社シグマ 福祉貸与事業所 Needs (所長/福祉用具専門相談員)
2017年 公益財団法人 ときわ会 竹林貞吉記念クリニック (医療ソーシャルワーカー)
2020年 公益財団法人 ときわ会 常磐病院 (課長補佐/医療ソーシャルワーカー)
2023年 公益財団法人 ときわ会 竹林貞吉記念クリニック (事務長/医療ソーシャルワーカー)

資格 社会福祉士 相談支援専門員

利益相反：無

特別シンポジウム シンポジウム66

ACP だけではない! 在宅医療関係者に求められる共有意思決定支援 (Shared decision making:SDM) S66

【セッション概要】

日本では、アドバンス・ケア・プランニング (ACP) の言葉が普及してきたが、海外ではACPの限界について激しく議論が交わされていることをご存じだろうか。近年、「ACPは対話のプロセス」という国際的定義が定着しつつあるが、欧米では未だにACPは「事前指示書の作成率」や「希望した場所での看取り数」のアウトカムで評価され、結果、ACPは無効、あるいは有効であるという議論が交わされている。一方、国内では本シンポジストらを中心に、ACPをそのアウトカムのみに着目するのではなく、患者と専門職による一瞬一瞬 (ongoing) の意思決定支援プロセスに着目したACP教育を横展開する活動が始まっている。その教育に導入しているのが共有意思決定支援 (SDM) 技能である。SDMはACPのためだけの技能ではなく、あらゆる対人支援に応用できる技能である。本セッションでは、患者の価値観に基づいた療養を支える在宅医療関係者とともに、プロセス重視のACP教育の効果や横展開における課題や意義を議論する。

座長：三浦 久幸 ミウラ ヒサユキ

国立長寿医療研究センター病院 在宅医療・地域医療連携推進部

【座長略歴】

’93年名古屋大学大学院医学研究科修了
’95年名古屋大学医学部老年科入局
’99年国立療養所中部病院内科医師。その後第4内科医長を経て
’04年国立長寿医療センター外来診療部外来総合診療科医長
’12年から独立行政法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長
’15年から国立研究開発法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長
’16年から同センター在宅医療・地域連携診療部長併任
’19年6月1日から同センター在宅医療・地域医療連携推進部長

座長：稲葉 一人 イナバ カズト

中京大学

【座長略歴】

現職

いなば法律事務所 弁護士

熊本大学大学院客員教授

久留米大学医学部客員教授

三重大学医学部客員教授

藤田医科大学医学部客員教授

経歴等

1983-1998 東京地方裁判所判事補、大阪地方裁判所判事等

1992-1997 法務省訟務局付検事等

1996-1997 米国連邦最高裁判所連邦司法センター客員研究員

2000-2005 京都大学大学院医学研究科修士・博士課程後期

2008年～2022年中京大学法科大学院教授

2021年～いなば法律事務所 弁護士

学会役職等

日本医学会 未来への提言「医療倫理・研究倫理」委員

日本臨床倫理学会 (副理事長)

日本生命倫理学会 (評議員)

日本医学哲学倫理学会 (評議員)

日本仲裁人協会 (理事) 日本仲裁人協会中部支部 (副支部長)

日本インドネシア法律家協会 (理事)

モンゴル日本法律家調停人協会 (事務局長)

その他

厚生労働省医政局、健康局、老健局等の委員・委員長

国、地方公共団体、評価機構、大学、協会、病院の、研究・臨床倫理・監査・事故調査委員・委員長等。

海外のJICA法整備 (Mediation) 支援 (インドネシア、モンゴル、ネパール、バングラデシュ、ベトナム、ミャンマー、カンボジア等) 専門家

書籍・論文等

民事訴訟法講義・法学書院他多数

S66-1

患者の自分らしく生ききるを支える ACP 推進のリーダー人材育成の取組みと日本における横展開の課題

後藤 友子 ゴトウ ユウコ
三浦 久幸 ミウラ ヒサユキ
国立長寿医療研究センター

背景:住民が暮らし続けられる地域づくりを目指す「地域包括ケアシステムの構築」と患者の価値観に基づき患者の生ききるを支える「アドバンス・ケア・プランニング (ACP)」は同意語である。日本は医療介護福祉専門職の基礎教育に意思決定支援訓練を導入しておらず、General practitioner (GP) 制度を持たないため、日本での ACP 教育には①個々の専門職と患者間の意思決定支援技能教育②多組織・多部門・多職種の連携教育③ ACP 実践に組織的に取り組む組織開発教育が必要である。

目的:患者中心の意思決定支援方法である共有意思決定支援 (SDM) 技能習得と、ACP 実践のための組織開発を推進するリーダー人材育成を目的とした教育プログラムの評価と、在宅医療推進を連携した横展開への方策を考察することである。

方法:2018年から継続的に対面/オンラインの方法で実施した ACP 推進のリーダー人材育成の教育プログラムを開発し研究拠点と共に研修を運営した結果データを用いて The New World Kirkpatrick Model を用いてその有効性を評価した。また、研修運営を通して日本における横展開の課題や方策を検討した。

結果:1600名以上の専門職が参加した。受講者の専門性は看護師、医師、医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員等である。参加者の90%以上が研修に高い満足度を示した。SDM 技能は前後比較により有意な技能向上を確認した。修了者は組織内外の ACP 連携に高い関心を持つようになり、継続的な ACP 実践活動への行動変容を確認した。また、このような ACP 実践の行動変容を促すには所属組織の支援が重要であることも明らかになった。課題は、ACP 連携の仕組みが多くの組織/地域で存在しない事や、在宅医療推進と同様に多組織・多部門・多職種のグループ連携が縦割りの仕組みでは進められないという阻害要因も明らかになった。

結論:ACP 推進のリーダー人材育成教育プログラムは確立したが、教育の横展開の課題も明らかとなった。

【演者略歴】

【略歴】

1997年 大阪赤十字看護専門学校 卒業
大学病院集中治療室勤務や青年海外協力隊、訪問看護師を経験
2010年 日本赤十字看護大学 卒業
2012年 聖路加国際大学 博士前期課程 (修士課程) 修了
2012年 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 研究員 (現職)
在宅医療推進や地域包括ケアシステムに関わる研究活動に従事

利益相反：無

S66-2

ACPを実現するために求められるSDMの普及活動

山下 慈 ヤマシタ イツク
青森県立中央病院 看護管理室 看護企画班

「ACPのための共有意思決定支援（SDM）を学ぶ研修会」には、青森県内の医療・介護者30名が参加した。既に参加者全員が「意思決定支援教育プログラム（E-FIELD）」を修了し、エリアリーダーとしての活動に関心があるメンバーであった。私の病院、地域展開の活動を紹介する。

私は、がん看護専門外来で意思決定支援に関わっている。その中で、延命治療を目的とした薬物療法は、副作用や医療費等の面から生活に与える影響が大きく、医学的な判断がBestな選択とは断言できないと痛感している。意思決定の場は、時間に追われた外来が主体である。SDMのスキルを活用し本人の価値観をいかに共有し、一緒に治療や療養を決定しているか実践例と、新たに設置したACP推進委員会等の病院の活動を紹介する。

緩和ケアセンター（前所属部署）では、2017年から青森県健康福祉部と在宅の看とり教育や県内の介護施設を対象に看取り率等の調査している。2022年度は、介護施設を対象に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下ガイドライン）の理解度、実践等の実態を調査した。その結果、ガイドラインについて「名前だけ知っている」または「知らない」と回答した施設は4割であった。そこで、同年、国立長寿医療研究センター三浦久幸先生をお招きしガイドラインの周知に関する研修会を開催した。介護の現場では組織や職種、役割、死生観など背景が異なることで、本人、医療・ケア提供者の方針が一致せず難渋するケースが多い。SDMの活用は、医療・ケア提供者、双方に必要なスキルであることを学ぶ機会となった。

ACPの概念が広がり関心が高まる一方で、本人の意向を尊重できずジレンマを抱えていないだろうか。ACPの重要性を理解していても、それが実践できるとは限らない。シンポジストでは、皆さんと一緒に、ACPを実現するためのSDMの教育や、体制づくりについて考えていきたい。

【演者略歴】

【略歴】

青森県立中央病院 看護専門官 がん看護専門看護師/緩和ケア認定看護師

2001年に青森県立中央病院入職、呼吸器外科、皮膚科、小児科、消化器内科、緩和ケアセンターを経て、現在、看護管理室看護企画班に所属しがん看護専門外来やがん診療センターの教育、体制整備に関する業務を担当。2007年に認定心理士、2009年に緩和ケア認定看護師、2017年にがん看護専門看護師を取得。施設外教育では、地域緩和ケア連携調整員の人材育成（国立がん研究センター）、ELNEC-J研修会の講師、SDM研修会（国立長寿医療研究センター）、意思決定支援教育プログラム（E-FIELD）のファシリテーターを務める。

【所属学会】

日本がん看護学会
日本緩和医療学会

利益相反：無

S66-3

専門医育成（総合診療・在宅医療）を行う小病院でのAdvance Care Planningへの取り組みと課題

丸山 淳也 マルヤマ ジュンヤ
颯田病院

<はじめに>

当院は福岡県の中央部に位置する筑豊地域（人口40万人）にある96床の小病院である。当院は病棟、在宅、外来部門を有し、外来でのプライマリケア診療を行うだけでなく、COVID-19を含む入院診療、在宅療養支援病院としての在宅診療を提供している。その機能上、ケアの場の移行に関わる機会は多く、患者のACPを踏まえた意思決定を行う必要がある。また、専門医（総合診療・在宅医療）の育成も担っており、定期的な医師のローテーションがある中、複数医師で多数の患者の診療を行っている。そのためどのように情報を引き継ぐかは常に課題である。

<活動>

2021年度のACP研修は当院の各部門のスタッフ、在宅診療で連携する機会の多い他事業所を含めた25人が研修を修了した。

研修修了後、当院内ではACPを実践・展開するために院内での事例検討会を定期的に行っている。各部門の持ち回りで事例の共有と関係者の感情を含めた振り返りを含むディスカッションを30分程度で行っている。

また、専攻医に対しても同様に定期的なカンファレンスで、患者のACPを含めた意向を意識した関わりができるように教育している。

<考察>

事例をもとにSignificant Event Analysis形式でディスカッションを行うことで、関わるスタッフの学びやACPにつながる行動への変容、組織での共通の認識につながると期待される。実際に各部門で独自の活動は始まり、例えば外来部門では高齢の定期受診者へ同居家族など聞き取りやすい項目からアプローチを行う予定である。

一方、各部門や職種が担う医療的ケアや役割が異なる中、ケアの場を移行していくため、電子カルテ上でどのように情報を共有するのかが継続した課題である。また、当院から他事業所に対する情報の引継ぎは今後確認していく必要がある。

【演者略歴】

2012年 長崎大学医学部卒業

2014年 長崎県上五島病院/長崎医療センター 初期研修修了

2017年 岡山家庭医療センター/津山中央病院家庭医療プログラム修了

2017年～2021年 社会医療法人 清風会 岡山家庭医療センター（津山ファミリークリニック・奈義ファミリークリニック）

2021年4月～ 医療法人 博愛会 颯田病院 現在に至る

病棟を含めたプライマリケアの場に総合診療医が関わることでより良いケアを行っていくことができると考えている。そのような中、「地域包括ケアの中で展開するACPのための共有意思決定支援を学ぶ研修会」の地域拠点として研修会運営した。

日本プライマリケア連合学会 家庭医療専門医・指導医

日本在宅医療連合学会 在宅医療専門医・指導医

利益相反：無

S66-4

急性期から慢性期までのグループ病院でのSDM

宮田 佳典 ミヤタ ヨシノリ
佐久医療センター院長

佐久総合病院グループは長野県佐久医療圏（人口約20万人）を主な診療圏とした3病院（急性期、療養型、回復期リハ）、1診療所、2老健施設、6訪問看護ステーションなどを有する2021年度に医師6名、看護師8名、MSW3名、介護福祉士1名がACPのためのSDMを学ぶ研修会を受講した。

循環器病棟、透析部門、介護部門ではスタッフへの勉強会を行いACPおよびSDMの浸透を図った。また記録を残しやすいようにSDMのテンプレートを作成した。病棟ではカンファレンスで疾患だけでなく患者の社会背景や過去の発言から治療・ケアの方針を議論することや面談の前に医師、看護師、MSWが方向性を確認することが浸透した。ACP/SDM啓発活動としては院内透析患者向け新聞への投稿、一般住民との対談等を行った。

実践する上での気づきとしてACPが決定事項となってしまうことの懸念が指摘され、気持ちが変わることを意識し複数回の話し合いを心がけるようになったこと、病院の主治医だけではなく看護師や地域の医療、ケア機関との連携の上でのACPを心がけているという意見が上がった。

まだACP/SDMが病院職員に完全に浸透していないため患者の意向やバックグラウンドを考慮せずに主治医が考えた最善の治療（ガイドライン準拠が多い）を強く勧めるために患者の悩みが大きくなったケースが見受けられた。

【演者略歴】

【略歴】

1987年 佐久総合病院 研修医
1989年 同 内科医員
1997年 茨城県立中央病院消化器内科 医長
2000年 佐久総合病院胃腸科 医長
2010年 同 腫瘍内科 部長
2014年 佐久総合病院佐久医療センター がん診療センター長
2016年 同 副院長兼任
2018年 信州大学医学部 臨床准教授
2023年 佐久総合病院佐久医療センター 院長

【所属学会】

日本内科学会、日本臨床腫瘍学会、日本癌治療学会など

利益相反：無

S66-5

急性期病院におけるSDM・ACPの課題と実践

橋本 淳 ハシモト アツシ
岡崎市民病院

近年、アドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）の取り組みが推進されており、がん診療連携拠点病院の指定要件にも、「患者や家族に対し、必要に応じて、アドバンス・ケア・プランニングを含めた意思決定支援を提供できる体制の整備」が含まれている。当院は、人口約43万人の二次医療圏を担当する680床の基幹病院であり、ACPの体制整備のために、2021年度からプロジェクトチームを設置して、ACP推進のための取り組みを行っている。

ACP実践の課題は様々あるが、特に急性期病院においては、以下が挙げられる。

- ・多くの患者の中からACPの対象者を同定することが困難
- ・高度治療への期待を持ちつつ、死や治療中止を話し合う患者・医療者の抵抗感
- ・各専門科主治医が今後予想されるフレイルの評価や生活支援に関して知識不足
- ・ACPについての地域連携体制が十分でない
- ・時間不足

上記の課題に対応してACPを推進するために、当院では以下の5つの取り組みを行っている（一部予定）。

- 1) システムデザイン（運用マニュアル・統一様式・電子カルテでの管理方法）
- 2) ACPファシリテーター養成（地域の多職種と合同で行う研修会）
- 3) 地域連携体制（行政、医師会等関係団体との協働、顔の見える関係づくり）
- 4) 医療・介護職への教育（講演会等の開催）
- 5) 患者・住民への普及啓発（パンフレット作製、出前講座の開催）

当地域の取り組みは、まだ始まったところで成果も不十分でもあるが、急性期病院の立場からの課題と取り組みを報告し、会場の皆様と議論ができればと考えている。

【演者略歴】

【略歴】

1992年 自治医科大学卒業
1994年 額田町国保宮崎診療所長
1999年 愛知県衛生部医務課主任主査
2000年 県立愛知病院総合内科部内科診療科医長
2009年 愛知県がんセンター愛知病院緩和ケア部長
2020年 岡崎市民病院 緩和ケア内科統括部長
2021年4月 岡崎市民病院 医局次長（兼務）
2022年4月 岡崎市民病院 総合研修センター所長（兼務）現在に至る

【所属学会】

日本緩和医療学会、日本プライマリ・ケア連合学会

利益相反：無

シンポジウム67

ひとり暮らしとネットワーク

S67

【セッション概要】

一人暮らしであっても、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制の構築が推進されています。そのためネットワーク「つながり」と多職種からなる専門職のスキル、それらの「統合」が必要です。在宅専門医・在宅精神科医・リハビリ専門職・ケアマネジャー・訪問看護師などの立場を超えて街づくりについても語っていただきます。参考文献「多職種で支える一人暮らしの在宅ケア」森 清（南山堂） 「上野千鶴子が聞く 小笠原先生、ひとりで家で死ねますか？」上野千鶴子 小笠原文雄（朝日文庫）

座長：森 清 モリ キヨシ

東大和ホームケアクリニック

【座長略歴】

北海道大学医学部卒業

沖縄県立中部病院ハワイ大学卒後研修課程修了

北海道大学医学部大学院卒業（医学博士）

ハーバード大学医学部関連 Dana-Farber Cancer Institute フェロー

順天堂大学医学部 血液内科

社会医療法人財団大和会（やまとかい）理事（在宅サポートセンター担当）

同 東大和ホームケアクリニック 院長

日本在宅医療連合学会 理事（大会運営委員会担当）

第一回日本在宅医療連合学会大会 大会長

日本血液学会認定 血液専門医

日本在宅医療連合学会認定 在宅医療専門医

著書

のこされた者として生きる いのちのことは社

自分らしい最期を生きる 教文館

ひとりでも最後まで自宅で 教文館

カンファランスで学ぶ 多職種で支える一人暮らしの在宅ケア 南山堂

共著

在宅医療バイブル 医事新報社 川越正平編

やさしくわかる貧血の診かた 金芳堂 荻原将太郎編

座長：長尾 和宏 ナガオ カズヒロ

長尾クリニック

【座長略歴】

1984年東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局、1995年長尾クリニック開業

S67-1

ひとりぐらしを支えるリハビリテーションとネットワーク～地域包括ケアの仕組みづくりを事例から読み解く～

宮本 桃世¹ ミヤモト モモヨ
片桐 悠子¹ カタギリ ユウコ
春日 うつぎ¹ カスガ ウツギ
森 清² モリ キヨシ

¹東大和訪問リハビリテーション

²東大和ホームケアクリニック

【はじめに】

地域包括ケアとは、保健、福祉、医療の専門職相互の連携、さらにはインフォーマルな活動を含めた地域の資源を統合ネットワーク化し、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活が送れるように、多様な支援を提供することである。今回、屋外で転倒を繰り返し搬送されるが入院を拒否する心不全末期の患者さまをインフォーマルなサービスも含めて支援したので報告する。

【症例】

A氏 90歳代 男性 独居 病名：発作性心房細動、うっ血性心不全、腎不全、腎性貧血など

X-6年 屋外で転倒しているところを発見。B病院から当院の訪問診療へ紹介。歩行に自信がなく、移動手段はすべて自動車であるが車の外装は傷だらけであった。買い物やお見舞いは生きる糧であり、運転を辞めることは断固拒否。元気になりたいと願うA氏にとって、リハビリテーション（以下リハビリ）を行うことは心の拠り所であった。身体症状を可視化して丁寧にフィードバックすることで、機能低下やADL低下に対する不安や怒りを徐々にコントロールできるようになった。

X-3年 自らの意思で運転免許を更新せず自動車を処分。加えてバスに乗ることを覚え家賃の振り込みのために銀行へ行けるようになった。

X-1年 体調不良や認知症状により徐々に途絶え家賃や光熱費の滞納が重なった。地域福祉権利擁護事業サービスが導入。食事の準備も困難となり訪問介護開始。現在ほぼ寝たきりであるが心穏やかに過ごしている。

【考察】

A氏は、6年間のうちで生きがいを自らの意思で手放すことができた。一般的には失ったものを再獲得することがリハビリであると認識されているが、失う時に代替策を構築しソフトランディングさせることもリハビリであると考えている。

【演者略歴】

1996年 埼玉医科大学短期大学理学療法学科卒業

2006年 社会医療法人財団大和会えのき訪問看護ステーション

2013年 東大和ホームケアクリニック東大和訪問リハビリテーション立ち上げ責任者を務める

2015年 日本訪問リハビリテーション協会認定訪問療法士取得

利益相反：無

S67-2

独居高齢者対策のネットワーク 豊明市における多職種連携と住民・民間企業活動の例

都築 晃	ツヅキ アキラ
池田 寛	イケダ ヒロシ
阿部 祐子	アベ ユウコ
野々山 紗矢果	ノノヤマ サヤカ
稲垣 圭亮	イナガキ ケイスケ
川上 友美	カワカミ トモミ
松下 寛代	マツシタ ヒロヨ
藤田医科大学	地域包括ケア中核センター

我々は、所在地である豊明市と包括協定を結び、多様な地域包括ケアに関する実践をしている。

豊明団地学生居住プロジェクトにて、団地の階段昇降が難しく一度に商品を運搬できないという独居高齢者ニーズを把握し、ニーズを民間企業に伝え、店舗購入した商品をその日に自宅配達するサービスを開発した。

買い物方法を市・ケアマネジャー・医療福祉専門職が住民周知し利用促進し、課題を抱えた独居者等の買い物を支援した。利用者の客単価は上昇し、民間企業とwin-winの関係を築いた。団地に住む独居高齢者にとって「何が課題」で「何を目指すのか」を民間含め地域全体と共有した「地域ネットワーク」が「ひとりの人の暮らしを支えた」第一歩となった。

これを学びに、さらなる「共有の場」として総合事業を活用し「多職種合同ケアカンファレンス」を開催し8年間で700事例以上検討した。「その人の望むふうの暮らしを守り支える」ため専門職や民間企業が毎2回、月30～50名ほど参加し、総合事業対象者～要介護2の事例を学んだ。共通課題は政策に反映され、サービス創出、専門職連携、地域住民活動や民間連携につながった。

改善可能性のある高齢者を地域包括支援センターとリハ職が評価抽出する「同行訪問」、短期集中C型の通所・訪問による「課題解決型リエイブルメントサービス」、「訪問栄養指導」、生活支援コーディネーターによる地域の通いの場や地域資源の創出・紹介、住民互助の30分250円の生活支援有償ボランティア「ちゃっと」による外出同伴や生活支援、第4の交通手段として免許返納後の高齢者の足となるオンデマンドバス「チョイソコ」など、多様な独居高齢者を支えるネットワークの実例をご紹介します。

【演者略歴】

博士（医学） 理学療法士 介護支援専門員

略歴

1998 藤田保健衛生大学病院入職

2007 藤田保健衛生大学リハビリテーション学科

2013 藤田医科大学地域包括ケア中核センター兼務

豊明市地域包括ケア推進委員会委員

2014 東名古屋医師会地域包括ケア推進委員会委員

2015 公益社団法人愛知県理学療法士会理事

2017 愛知県庁介護予防普及展開事業市町村支援アドバイザー責任者

2020 藤田医科大学ロボティクススマートホーム実証活動研究センター長補佐

2021 公益社団法人愛知県理学療法士会副代表理事

認定NPO法人アジア車いす交流センター理事

厚生労働省 介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の効果的な推進方法に関する研究事業 検討委員

厚生労働省 軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究事業 検討委員

など他多数

利益相反：無

S67-3

精神疾患・障害を持つ方のひとりくらしとネットワーク

高野 洋輔 タカノ ヨウスケ

こころのホームクリニック世田谷

外来患者数の増加や精神障害を持つ方の精神科病院からの地域移行が進められる中で、地域の中で生活し療養する方が増加している。こころの不調を抱えながらの一人暮らしは、症状や障害による「生活のしづらさ」がさまざまな生活場面で生じやすく、それが症状を増悪させる要因となり、地域生活の破綻に至り、入院を要することも少なくない。一方で、地域生活を支える精神科医療、障害福祉サービスは多岐にわたる支援内容を含むが、その利用にあたっては複雑な手続きを要することも多く、支援の一貫性・継続性を意識した多職種のスタッフの協働が欠かせない。さらには、精神障害者の高齢化も進み、一般の在宅医が訪問先で精神疾患を持つ方に出会う状況や、精神科医が身体疾患の管理なども含めた総合的な医療や支援を検討する場面も少なくない。

本演題では、主に精神科在宅医療の現場から、特に通院が困難な方のひとりくらしを支えるための多職種によるチーム支援の方法（包括型地域生活支援プログラム：ACTなど）や地域ネットワークを概観するとともに、精神障害を持つ方の生活のしづらさと支援上の工夫などについて発表する。

【演者略歴】

【略歴】

2004年3月 新潟大学医学部医学科 卒業

2004年4月 佐久市立国保浅間総合病院・東京大学医学部附属病院にて初期研修

2006年4月 東京大学医学部附属病院精神神経科にて勤務

2006年10月 NTT東日本関東病院精神神経科にて勤務

2007年10月 多摩あおば病院にて勤務

2012年3月 東京大学大学院医学系研究科脳神経医学専攻 修了（医学博士）

2013年4月 こころのホームクリニック世田谷開設 現在に至る

精神疾患や認知症のために通院が困難な方々に対し、多職種チームによる訪問診療・精神科訪問看護を行う精神科在宅医療を実践している。

精神保健指定医、精神科専門医、精神科専門医制度指導医、公認心理師

利益相反：無

S67-4

地域包括ケアネットワークと訪問看護

平原 優美 ヒラハラ ユミ
公益財団法人 日本訪問看護財団

高齢者の一人暮らしが増え、無縁遺骨は約6万柱、死亡時に引き取り手がなかった死者数は約10万6千人（総務省2018年4月から2021年10月）にのぼっている。実際に、地域包括支援センターから、突然、一人暮らしで体調が悪い隣人のゴミがたまっていくなど通報があり、センターが介入した結果、訪問看護と訪問診療の介入が決まった。高齢者であり身寄りがないと本人が話し、なおかつ生活保護受給者ではない利用者は、急激に変化し在宅看取りを希望されたため、自宅で看取った。しかし、利用料金は手元の現金で解決したが、葬式などは死亡後銀行から残金が引き落とせず、行政に相談したことがある。

このような事例は、高齢者の単身者が急激の増加する東京都では珍しいことではない。在宅医療や訪問看護にギリギリのところにつながったのは、地域包括支援センターの役割や日頃の住民との関係の構築があったおかげで、人間としての最期にケアを受けることができ、穏やかに人生を終えることができたと考える。一人暮らしでお元気なうちから、地域の様々なひととつながり、早めに声掛けをしあったり、自分の人生の最期の過ごし方なども相談しあえる関係作りが重要であることから、住民のネットワークやケアのネットワークづくりを試みている。

【演者略歴】

【略歴】

1987年 鳥根県立総合看護学院保健学科 卒業
1987年 鳥根県立中央病院
1990年 東京ふれあい医療生協
2006年 日本訪問看護振興財団立 あすか山訪問看護ステーション 所長
2011年 統括所長
2022年 日本訪問看護財団 常務理事 現在に至る
看護師、保健師、在宅看護CNS、博士学位（看護学）

【所属学会】

日本看護科学学会、日本在宅ケア学会、日本医療保健社会学会

利益相反：無

S67-5

ケアマネジメントにおける生活のネットワークマネジメントの構成

上村 久美子 カミムラ クミコ
医療法人橘会 居宅介護支援事業所万年青

「ひとり暮らし」という言葉の前に「高齢者の」や「障害を持った人の」という条件がついた途端、「一人でやっていけるのだろうか」という不安に思う支援者は多くいる。

ひとり暮らしのケアマネジメントに於いて次のスキルが欠かせないと思う。①高齢でも障害を持っていても、今までその人がどのように暮らしてきたかの延長線上に今がある事を再認識したうえで、その人が営んでこられた半径5メートルの世界を維持するスキル②若しくは病気や障害によりその変化を求められた時でも、その人の半径5メートルの世界を具体的に想像し患者や利用者と一緒にその世界を構築し共有するスキル

医療や介護保険は、費用負担を一律にし共に助け合う制度として「共助」に位置づけられる。生活保護等の社会保障制度となる「公助」や「共助」だけでは人それぞれの生活に沿ったサポートをすることはできない。自分で何とかしようとする「自助」は勿論必要だが、その土台となる「共助」「公助」をその人、その地域に合わせた支援に調整するためには「互助」としてのネットワークは必要不可欠である。

生きている限り生活は続く。一人ひとりのネットワークがどのように医療や介護と結びつき、ひとり暮らしの生活を実現し継続することに役立っているか、「ネットワークマネジメント」という言葉を用いて、介護支援専門員の立場から考察し共有したい。

【演者略歴】

【略歴】

1994年 社会福祉法人枚方療育園 看護師
1998年 一般社団法人岸和田市医師会訪問看護ステーション 訪問看護師
2002年 医療法人橘会 横山病院居宅介護支援事業所 介護支援専門員
2006年 同法人 万年青在宅事業部 統括責任者 現在に至る

一般社団法人和泉市医師会 和泉市在宅医療介護相談支援センター 在宅医療介護連携コーディネーター
関西ふくしグラレコグループ「むす部」部員
iACP認定もしバナマイスターM001
一般社団法人日本在宅医療連合学会評議員
一般社団法人共生社会推進プラットフォーム研究員

利益相反：無

S67-6

最期まで家で笑って生きる、ひとり暮らしのケアのコツ

小笠原 文雄 オガサワラ ブンユウ
 小笠原内科・岐阜在宅ケアクリニック

当院では、地域包括ケアの中での在宅ホスピス緩和ケアを提供して1900人以上、独居は129人の看取りをした。ひとりで死ぬことが孤独死ではなく、慣れない病院の白い壁を見ながら死ぬより最後まで家で朗らかに生き、『希望死』『満足死』『納得死』ができれば、それは“なんとめでたいご臨終”であると考えている。

ひとり暮らしケアのコツとはなにか。独居看取りを調べると、ひとりの時に死にたいと願った4人は誰もいない時に死んだ。残りの125人中106人（85%）は誰かいる時に死んでいる。死ぬ時を選ぶいのちの不思議さがある。つまり、孤独死ではないということをACPに関わった人全員が納得するまで話し込むことである。そうすると、「不安」が「安心」に変わる。死ぬとっていない人間が、死ぬと思っている人間に「あれが良い、これが良い」と言っている内容は役に立たないことが多い。そのことを知って、どう生活を支えるか、どう医療を提供するかを導き出すことが重要である。ひとりひとりの病態、家族関係、生活環境、経済状況、希望も違う中で、状況にあったネットワークを作りACPを支援し、生きることを支える在宅ホスピス緩和ケアを行っていく。ひとり暮らしケアでは、痛み・苦しみを取るスキルと、ADLの低下を予測し医療・介護の関係者以外の民生委員や自治会長、ボランティアなど地域を巻き込んで生活を支えるシステムが必要になる。がん・非がんに関わらず、在宅ホスピス緩和ケアをするのに必要な多職種ネットワークを作るため、全体を俯瞰できる「司令塔」となる存在：THP（トータルヘルスプランナー）が役に立つ。ひとり暮らしケアのコツ「お金がかからない独居看取りのTHP地域包括ケアシステム」「ICTを取り入れた遠隔診療」「教育的在宅緩和ケア」を融合させ「笑顔でピース なんとめでたいご臨終」が叶えられる日本にしたい。

【演者略歴】

1973年 名古屋大学医学部卒業
 1973年 大垣市民病院 医員
 1977年 名古屋大学第二内科（循環器グループ）
 1981年 一宮市立今伊勢病院 医長
 1989年 小笠原内科 院長
 1999年 医療法人聖徳会 理事長
 2011年 日本在宅ホスピス協会 会長
 2018年 小笠原内科・岐阜在宅ケアクリニック 院長 現在に至る

利益相反：無

シンポジウム68 日本在宅医療連合学会・日本プライマリ・ケア連合学会合同企画

在宅医療とプライマリ・ケアにおける医学教育と人材育成 S68

【セッション概要】

在宅医療とは単に在宅で患者診療を行うことではない。そこには包括性・継続性・協調性・近接性・責任性が必要とされ、狭義の在宅医療とは即ちプライマリ・ケアである。よって、狭義の在宅医療は英語でHome-Based Primary Care（在宅プライマリ・ケア）と呼ばれ、外来プライマリ・ケア（Office-Based Primary Care）と同様にプライマリ・ケアを提供する有効な手段である。このように、在宅医療とプライマリ・ケアは同源であり、医学教育や人材育成においても重なる部分は大きい。実際、家庭医療専門医を取得したのちに在宅医療専門医を目指す若手医師は多い。本セッションは日本在宅医療連合学会と日本プライマリ・ケア連合学会の合同企画である。最初に、基本領域である総合診療専門医とプライマリ・ケアの専門医としての新家庭医療専門医における在宅医療研修の現状を紹介していただく。次に、在宅医療の専門家である在宅医療専門医の教育の実際を専門医機構におけるサブスペシャリティ領域への参入も見据えながら報告いただく。最後に、この領域における医学教育や人材育成について情報共有し、さらに次なる時代を見据え、何が求められ、それを実現できる人材をどう養成して行くのかという視点をもって議論したい。

座長：伊藤 大樹 イトウ ヒロキ
医療法人あおばクリニック

【座長略歴】

医療法人あおばクリニック 院長
福岡市在宅医療医会会長
福岡東在宅ケアネットワーク 副代表
九州大学医学部臨床教授
福岡大学医学部臨床教授
福岡大学医学部非常勤講師

座長：大橋 博樹 オオハシ ヒロキ
医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック

【座長略歴】

略歴

2000年獨協医科大学卒業、武蔵野赤十字病院で初期研修の後、聖マリアンナ医科大学総合診療内科に入局、その後筑波大学附属病院総合診療科、亀田総合病院家庭医診療科で研修し、2006年4月より川崎市立多摩病院総合診療科医長。2010年4月多摩ファミリークリニックを開業。

資格

日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医

役職

日本プライマリ・ケア連合学会副理事長
川崎市医師会理事
厚生労働省オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会構成員
日本専門医機構総合診療専門医検討委員会委員
東京医科歯科大学臨床教授
聖マリアンナ医科大学臨床教授

S68-1

総合診療専門医と新・家庭医療専門医の在宅医療研修の現状と課題

平山 陽子 ヒラヤマ ヨウコ
東京ほくと医療生活協同組合 鹿浜診療所

総合診療専門医は19の基本専門領域の中で唯一、主治医として在宅医療を経験することを必須としている。(3年間で10症例以上、看取りの症例を含む)

新・家庭医療専門医の家庭医療専門研修Iにおいては週5例以上の在宅医療の経験が必須となっている。(在宅がん患者を6ヶ月で1例含む) サブスペシャリティ領域で(在宅医療専門医を除き)訪問診療を必須としているのは新・家庭医療専門医だけである。

両専門医の在宅医療研修は将来の日本の在学医療を支える重要な研修である。

一方で、新・家庭医療専門医のプログラム整備基準では、在宅医療研修の具体的な方略、コンピテンシーは示されておらず実際の研修はそれぞれの施設で手探りでやっているのが現状である。

日本プライマリ・ケア連合学会の在宅医療委員会では2023年5月に開催予定のプライマリケア学会学術集会にて「専攻医の在宅医療研修を見える化する」と題してインタレストグループを行う予定である。

そこでは、専攻医(総合診療、新・家庭医療)の在宅医療研修を

- ・Phase1(導入期):在宅医療の診療の枠組みや制度について概要をつかむ時期
- ・Phase2(実践期):指導医の指導の下に定期的な訪問診療を行いながら継続性を学ぶ時期
- ・Phase3(発展期):スタッフとして訪問診療を行う時期。困難事例も担当し、管理や教育にも関わる。

の3つのフェーズに分け、それぞれにおける研修の工夫や指導方法について複数の現場から報告、ディスカッションする予定である。

本報告ではこのインタレストグループで得た知見をもとに、両領域の専攻医の在宅医療研修の現状と課題について報告し、望ましい研修の在り方・目指すべきコンピテンシーについて考察する。

【演者略歴】

2001年 東京大学医学部 卒業
2001年 東京ほくと医療生活協同組合 王子生協病院 研修医
2019年 東京慈恵会医科大学臨床疫学研究室 社会人大学院 卒業
2019年 東京ほくと医療生活協同組合 鹿浜診療所 所長
2022年 プライマリ・ケア連合学会 理事 在宅医療委員会委員長に就任
現在に至る

利益相反: 無

S68-2

在宅医療の担い手としての総合診療医、家庭医の教育

藤沼 康樹 フジヌマ ヤスキ
医療福祉生協連家庭医療学開発センター

総合診療医・家庭医の養成においてもっとも重視すべきことは、総合性 (Generalism) と呼ばれる認識の枠組みにそって、専攻医、あるいはレジデントの知識・技術・態度・価値観の構造化を促すところにある。総合性に関する考え方は近年世界的に変化しており、いわゆるオールマイティ医師のことだったり、あるいは全体を見ようとする心構えのことではないとされている。現代医療における総合性とは「個々の患者の個別の生活や価値観を中心に据えたテイラーメイドの臨床推論や意思決定、ケアの選択を重視すること」とされる。そして、できるだけ「個別性」に寄せた医療のことを総合診療 (Generalist Medicine) と呼ぶことが世界的にはトレンドになっているとあってよい。これは普遍化、標準化が生物学的医学そして医学教育の基本原則であってみれば、総合診療医・家庭医になるために必要なことは、それまで受けてきた医学教育の Unlearning (学びほぐし) であるといってよいと考えられる。

今回の発表では、個別性に寄せた医療に必要な臨床的方法論の例として、解釈学的医療、健康生成論、家族指向性等を取り上げ紹介したい。

【演者略歴】

【略歴】

1983年 新潟大学医学部 卒業

2006年 医療福祉生協連家庭医療学開発センター センター長

【所属学会】

日本プライマリ・ケア連合学会

利益相反：無

S68-3

在宅専門医研修の実際と地域医療を担う総合医の研修についての両学会の協働

平原 佐斗司 ヒラハラ サトシ
東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所

《在宅医療専門医制度の概況》旧日本在宅医学会は2002年度に認定専門医制度の検討を開始した。制度設計においては、在宅医に必要なコンピテンシーを踏まえ、海外の専門医制度と当時検討されていた家庭医療専門医制度の状況を踏まえ、総合診療や家庭医療を含む各基礎領域のフェローシップとして制度設計を行った。2009年から在宅医療研修プログラムでの研修を開始、2019年より専門医制度は在宅医療連合学会に引き継がれ、現在まで13回の専門医試験を実施、363人の専門医（経過措置を含めて524人）を輩出している。当学会の研修プログラムは北海道から沖縄まで148プログラムとなり、全国各地域で在宅医を育成するシステムが整備されてきた。

《当法人のプログラムの実際》在宅医療研修プログラム制度開始の2009年より、我々は医療生協在宅医療フェローシップ東京を立ち上げ、家庭医療学開発センター（CFMD）として家庭医を対象とした1年の研修プログラムを開始、2013年からは家庭医、総合医以外の各科専門医をもつ医師を対象としたふれあい在宅総合医フェローシッププログラムという2年のプログラムを法人内診療所グループで立ち上げ、現在まで計21名（其々14/7名）がこれらのプログラムで在宅医療を学んできた。講演では我々の研修プログラムについて解説するとともに、様々な背景をもつフェロー指導の経験から、家庭医の在宅医療研修で求められる研修のポイントについて考察したい。

《家庭医療、在宅医療研修の今後》在宅医療をめぐる環境は大きく変化している。日本在宅医療連合学会は2021年に、在宅医療の基本的価値とこれからの我が国の地域や医療環境の変化予測にもとづいた在宅専門医のコアコンピテンシーを発表した。コアコンピテンシーに基づき、今後の在宅医療研修において強化されるべきポイントについて考察するとともに、これからの地域医療を担う総合医の研修に関する両学会の協働について考えたい。

【演者略歴】

東京ふれあい医療生活協同組合 研修・研究センター長

同オレンジほっとクリニック 東京都地域連携型認知症疾患医療センター センター長、

1987年島根医科大学卒、同第2内科、六日市病院、平田市立病院、帝京大学病院第2内科をへて、東京ふれあい医療生活協同組合梶原診療所で地域医療、在宅医療に従事

日本在宅医療連合学会副代表理事、日本エンドオブライフケア学会副理事長

認知症の緩和ケア研究会世話人、日本老年医学会代議員、総合内科専門医、在宅医療専門医・指導医

プライマリケア連合学会認定医・指導医 気管支鏡専門医、アレルギー専門医

東京医科歯科大学臨床教授、聖路加看護大学臨床教授、東京大学高齢社会総合研究機構客員研究員

旧日本在宅医療連合学会で在宅医療研修プログラムと在宅専門医制度の制度設計を行う。2009年よりプログラム責任者として在宅専門医育成に取り組んでいる。

利益相反：無

シンポジウム69

地域包括ケアと地域子育ての交差点：地域看護の視座から

S69

【セッション概要】

日本の「地域包括ケアシステム」は、「包括」という全市民対象を想起させる文言が用いられている一方で、医療介護総合確保促進法においては、高齢者を対象とした体制であることが明記されています。一方、地域共生社会の実現に向けては、「地域を基盤とする包括的支援の強化」がうたわれており、高齢者のみならず、障害者、子ども、子育て世代など、対象を普遍化した包括的な支援体制が目指されている状況もあります。このうち、高齢者と子ども・子育て世代の二者にフォーカスを当てた場合、地域の総合相談窓口や交流の場として、高齢者向けには地域包括支援センターや通いの場などが存在し、子ども・子育て世代向けには地域子育て支援拠点などが存在しますが、これらが同じ日常生活圏域の中で連携している例はまだあまり多くないように感じます。本企画では、高齢者、子ども・子育て世代、そしてその両方の支援に民間・行政の立場で携わる新潟県内外の看護職に登壇いただき、それぞれの活動や課題について報告をいただくとともに、地域包括ケアと子ども・子育て支援の活動が身近な地域で有機的に交わりながら展開されるための方策等について議論ができればと考えています。本学会員は地域包括ケアの活動には接する機会が多い一方で、(医療的ケア児等に限らない) 子ども・子育て支援の活動に接する機会は必ずしも多くないかもしれません。このシンポジウムを契機として、在宅医療・介護の従事者が地域の子ども・子育て支援に寄与できる点についても考える機会となれば幸いです。

座長：吉江 悟 ヨシエ サトル

一般社団法人 Neighborhood Care

【座長略歴】

2002年東京大学医学部健康科学・看護学科卒。看護師、保健師。虎の門病院、東京大学生命・医療倫理教育研究センター、同医学部在宅医療学拠点、同高齢社会総合研究機構などを経て2015年に一般社団法人 Neighborhood Care を設立、日本で初めてのビュートゾルフチームであるビュートゾルフ柏を開始。訪問看護ステーションビュートゾルフ柏看護師／保健師、柏市地域支えあい推進員(生活支援コーディネーター)、東京大学高齢社会総合研究機構客員研究員、同未来ビジョン研究センター客員研究員、慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室訪問研究員、筑波大学ヘルスサービス開発研究センター研究員、広島大学医学部客員准教授、柏市レセプトデータ分析アドバイザー、千葉県看護協会看護研究委員会副委員長、東京都介護支援専門員研究協議会理事、一般社団法人 Vehicle for Nurses 共同代表理事ほか。

近著

吉江悟. (2021). 通いの場や生活支援コーディネーターの機能を活かした地域での看護実践. In (武田裕子編) 格差時代の医療と社会的処方. pp151-162. 東京: 日本看護協会出版会.

吉江悟. (2022). 在宅における新型コロナウイルス感染症対応: 自事業所・利用者・地域を支える. 令和4年版看護白書: 訪問看護のさらなる推進. pp169-176. 東京: 日本看護協会出版会.

吉江悟. (2022). 在宅ケアに活かすレセプトデータ解析の方向性. 日本在宅ケア学会誌, 25 (2), 49-52.

座長：細道 奈穂子 ホソミチ ナホコ

一般社団法人新潟市医師会 地域医療推進室

【座長略歴】

新潟市立看護専門学校卒業(看護師免許取得)

新潟県立公衆衛生看護学校卒業(保健師免許取得)

産業能率大学(通信)経営情報学科卒業

新潟県立看護大学大学院 看護学研究科修士課程修了

【職歴】

新潟県北蒲原郡加治川村役場にて保健師として9年間、新潟県看護協会訪問看護ステーションにいがた(訪問看護師・介護支援専門員、管理者)で17年半勤務。

2015年より一般社団法人新潟市医師会にて、新潟市医師会在宅医療推進センターと新潟市在宅医療・介護連携センター業務に従事。

【その他】

新潟大学、新潟青陵大学、新潟医療福祉大学にて非常勤講師

(日本看護協会認定資格) 地域看護専門看護師

S69-1

子どもから高齢者まで地域の身近な相談窓口「まちの保健室」

上田 紀子 ウエダ ノリコ
名張市役所 福祉子ども部 地域包括支援センター

まちの保健室は2004年度に策定した第1次地域福祉計画に基づき、地域づくり組織と一体的な地域福祉の推進を目的とし、市内15か所、おおむね小学校区単位の地域づくり組織事務所（市民センター）に併設しました。

看護師、介護福祉士等の有資格者、各1～3名を配置しています。市直営の地域包括支援センターのランチですが、2014年、母子保健事業の課題分析より子育て世代への相談機能もまちの保健室に位置付けました。

地域の民生委員・児童委員や地域づくり組織や学校や事業所、市地域担当保健師等と連携して、子育て支援や健康づくり、介護予防、生活の困り等について、ジャンルを問わず気軽に話せる身近なワンストップ窓口として、住み慣れた地域で、安心して暮らし続けられるよう、小さな単位の見守り・支援ネットワークづくりを進めながら健やかなまちづくりのお手伝いをしています。

地域包括支援センター機能を活かした、子育て支援のしくみは、本来あるべき、地域が主体の全世代・全対象型地域包括ケアシステム構築につながりました。

相談数は年々増加しており、コロナ禍は1.5倍（面談は減少、電話・訪問は増加）でした。地域の支援者からの相談、福祉の分野を超えた多部署多機関の連携を必要とする事例も増加しています。まちの保健室は、事業別でなく、その人の生活や人生に視点を置いた伴走支援をし、地域の文化や生活に根差した活動を心がけています。その積み重ねより、培われた住民との信頼関係は「人の力」を「地域の力」につなげるネットワークとなり、まちの保健室を要とした支援の好循環を生み出します。

現在、まちの保健室は、社会的リスクを背景に持ち、健康課題等を抱えて孤立しがちな人や家庭に寄り添い、地域社会につながることができるよう、社会的処方を手がかりに学びを続けています。リンクワーカーとして地域の関係機関や支援者と共に重層的な支援に向けた取組を進めているところです。

【演者略歴】

2002年 三重県立看護大学 卒業
2002年 名張市役所 行政職 技術吏員（保健師）入職
成人保健、母子保健、発達支援、
地域包括支援センター高齢者総合相談担当を経て、
全世代包括支援担当 現在に至る

利益相反：無

S69-2

妊娠期からの切れ目ない支援「はっぴい mama 応援団」

松山 由美子 マツヤマ ユミコ

認定特定非営利活動法人はっぴい mama 応援団

認定特定非営利活動法人「はっぴい mama 応援団」は、2009年以来、下記の変遷を経て現在に至っています。当日は、2022年より開始した訪問看護ステーションも含め、現在の活動状況を紹介します。

<変遷>

2009年：<はじまりはひとりの保健師>ママの笑顔がいちばん！をモットーに、ママのためのケアの場を提供する活動をしてきた保健師松山が「はっぴい mama はうす」を開設し、ママ向け講座やママサークルを開く。その思いに賛同した助産師、保育士、ファイナンシャルプランナー、アロマセラピスト、心理学講座講師などの専門家により任意団体「はっぴい mama 応援団」を結成。ママの居場所の開設や、専門職が提供する相談会や各種講座を開催。専門家に加え、はっぴい mama はうすが好きで通っていた利用者からママスタッフも生まれる。

2011年：東日本大震災をうけ、映画「うまれる」新潟県内3箇所チャリティ自主上映会を他団体との共催にて実施。延べ1000人以上の参加者があり、震災のチャリティとして寄付を実現。平成23～25年度「専門職による子育て支援」事業として医療福祉機構からの助成金の採択を受け、居場所や各種講座、出前講座や研修会など、年々活動の幅を広げる。

2015年：NPO 法人化。中央区神道寺の「よいこの小児科さとう」の院長佐藤勇先生と出逢い医院の休診時間に待合室をお借りして、月に1回、育児相談会を開催。

2016年：平成28年度新潟県の少子化対策のためのモデル事業選定を受ける。

2016年5月「親とよいこのサポートステーションはっぴい mama はうす」開設。

2017年：平成29～30年度独立行政法人医療福祉機構からの助成の選定を受ける。妊娠中から相談できる育児相談会や、デイケア・訪問ケアを展開。

2020年：令和2年10月認定NPO法人認定。

2022年：2022年7月1日産前産後・母子を中心とした訪問看護ステーション「はっぴい mama はうす」設立。

【演者略歴】

1991年 新潟大学医療技術短期大学部看護学科卒業、看護師資格取得

1996年 保健師資格取得

2015年 特定非営利活動法人「はっぴい mama 応援団」設立

2021年 公認心理師資格取得

利益相反：無

S69-3

地域たすけあいネットワーク：できること、できる時間で支えあう住民参加型のシステム

野島 理恵子 ノジマ リエコ

認定 NPO 法人 地域たすけあいネットワーク

地域たすけあいネットワークは、新潟県三条市本町に事務所を構える NPO 法人です。1999年に設立され、2020年に認定特定非営利活動法人となりました。

○住民参加型のたすけあいシステム

「困ったときはお互いさま」という相互扶助の気持ちを持って、会員同士ごみ捨てや見守り、通院介助、草取りなど、何らかの困りごとをお持ちの方とサービス提供者とをマッチングいたします。

タクシーに乗ることが難しい方の福祉有償運送も行っています。

○訪問介護、居宅介護も行います

介護保険による訪問介護事業も行っています。要介護認定を受けられた方の身体介護や生活援助をしています。また、要支援認定の方の自立支援では、総合事業として介護予防や生活支援サービスを行います。

障害者総合支援法による居宅介護は、障がいを持つ方の身体介護、家事援助、行動援護、同行援護、通院介助、移動支援を行っています。

○デイサービスもご利用ください

「かじまちの家」というデイサービスを展開中です。少人数制なので、利用者様に対し、行き届いた支援が可能です。機能訓練や入浴も可能としているので、介護予防や要介護度を上げないための訓練などにも活用いただいています。行事や手作り昼食やおやつを提供し、季節を感じられる工夫をしています。アクティビティについては「自己選択自己決定方式」を取り入れ、それをサポートすることに徹しています。

○地域が一体となれるサービスを提供中

そのほか、だれでも利用できるコミュニティカフェふらっとやオレンジカフェ（認知症カフェ）などを定期的で開催しています。また、子ども食堂を通じ、老若男女、健常者も障がいを持つ人も一緒に活動できる居場所を提供中です。かじまちの家玄関先には、地域の人が利用できる駄菓子や地場産品などを扱った土間ショップ運営も行っています。蔵ギャラリーでの展覧会、各部屋を利用した活動もできます。これからも、地域の人たちがともに相互扶助で生活できるような環境を整えてまいります。

【演者略歴】

1999年 地域たすけあいネットワークに参画

2000年 訪問介護員2級養成課程修了

2004年 介護福祉士取得

2012年 日本福祉大学福祉経営学部卒業

2016年 地域たすけあいネットワーク理事長

2017年 社会福祉士取得

2022年 地域たすけあいネットワーク副理事長

利益相反：無

シンポジウム70

在宅難病患者の終末期におけるリハビリテーション職種の関わり

S70

【セッション概要】

難病はがんや認知症などとは異なった特異的な経過で終末期を迎えるため、ACPが特に重要です。難病のリハビリテーションに関して在宅では生活期に密着した訪問や通所リハビリテーションが実施され、セラピストは特に「生活」に関連したACPに関わり、EOL、BSCにおいて役割を果たします。このシンポジウムでは在宅における難病終末期に対するセラピストの関わりや役割についてシンポジストそれぞれの立場から経験・知見を発表して頂き、さらに参加者の皆さまからもご意見を頂戴し、在宅で活動するセラピストの可能性を確認し、他職種連携において発展的なセッションとなることを期待しています。

座長：中田 隆文 ナカタ タカフミ

マリオス小林内科クリニック

【座長略歴】

昭和62年3月 岩手リハビリテーション学院理学療法学科卒

昭和62年4月 盛岡友愛病院リハビリテーション科

平成11年 盛岡友愛病院在宅医療部

平成16年5月 須藤内科クリニック リハビリテーション科科长

平成27年 もりおかこども病院

平成29年11月 マリオス小林内科クリニック リハビリテーション科科长（現職）

座長：鈴木 典子 スズキ ノリコ

みえ呼吸嚥下リハビリクリニック

【座長略歴】

理学療法士 呼吸療法認定士 呼吸ケア指導士 日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士

平成9年 中部リハビリテーション専門学校 理学療法学科 卒

平成23年 鈴鹿医療科学大学大学院 保健衛生学研究科 修士課程 卒

平成21年 株式会社グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング

平成22年 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック リハビリテーション部

S70-1

当院訪問リハを利用した難病患者の終末期における理学療法士の関わり

平林 大輔 ヒラバヤシ ダイスケ
中田 隆文 ナカタ タカフミ
マリオス小林内科クリニック

当院はALSや筋ジストロフィーなど、特に呼吸障害をきたす難病患者に対する訪問リハを行っている。高齢化や医療の高度化によりセラピストが在宅においても終末期医療に関わる機会が増えており、難病患者もその例外ではない。難病は進行性の疾患で、全身的な筋力低下のみならず換気能力や気道内分泌物喀出能力の低下による呼吸障害を引き起こす疾患もあり、その場合は呼吸リハが必要となる。さらに症状の進行により気道内分泌物の喀出に有効な咳嗽能力が失われた場合は気管内吸引、在宅人工呼吸療法や排痰補助装置が処方される場合もある。難病患者の終末期におけるセラピストの関わりは呼吸障害を有する患者が積極的な呼吸管理を選択するか、あるいは呼吸管理を実施することなしに緩和を中心とした療養をするかの意思決定によって異なる。

定期的な訪問リハが呼吸管理や苦痛の緩和に関わることで、希望する「活動」「参加」を実現し、自分らしい生活が可能であった例もあり、訪問リハは難病患者の終末期にも有意義であると考えられる。

最近5年間に、当院より訪問リハを実施した在宅ALS患者31例に関する検討から、積極的な呼吸管理を希望しない患者が増加していることが分かっている。ALS患者を中心とした難病終末期における理学療法士の関わりについての考察を述べる。

【演者略歴】

【略歴】

1974年 北海道札幌市出身

1997年 岩手大学 人文社会科学部 卒業

2001年 岩手リハビリテーション学院 理学療法学科 卒業

同年 滝沢中央病院 リハビリテーション科 入職

2006年 須藤内科（現マリオス小林内科）クリニック リハビリテーション科 入職

2011年 同科 主任 現在に至る

利益相反：無

S70-2**言語聴覚士として関わる終末期難病患者への訪問リハビリテーション**

永来 努 エイライ ツトム
株式会社コンパス

リハビリテーションは、すべての国民が住み慣れた地域において、生涯を通じてできる限り自立した生活を送ることができるよう、予防から急性期・回復期・維持期・生活期の各段階において、切れ目なく適切に提供する必要がある。すなわち難病患者及び家族が安心して在宅療養生活を送れるよう、医療機関、介護・福祉関係機関、行政機関、患者団体等が連携し、地域における包括的なリハビリテーション提供体制づくりの推進が求められている。しかし、このようリハビリテーション提供体制が十分に機能している地域は少なく、どのように連携を構築するかなどの根本的な課題がまだまだ山積している。その中でも言語聴覚士においては、他のリハビリテーション職種に比べて有資格者が少なく、また地域でかかわる人材はさらに少ない。

言語聴覚士はリハビリテーション職種として、摂食嚥下やコミュニケーション面の機能低下に対して評価とアプローチを担当している。特に嚥下障害が生じた難病患者に対しては、生命維持にかかわるリスクが増大していくため、慎重にかかわる必要がある。このため嚥下訓練は、栄養管理やQOL低下予防のためだけでなく、経口摂取を継続するか否かの判断・判定がとても重要である。また別のかかわりとして、コミュニケーション面においての意思の確実な表出手段を維持することも重要で、機器やテクノロジーなども導入して、伝達方法を選定し、早い段階で実用化しておく必要がある。

終末期難病患者に対する言語聴覚士の役割は、このような摂食嚥下機能とコミュニケーション面に対してのかかわりであり、生命維持のためのリスクを軽減し、実用的な意思の疎通を確立することであると考える。本シンポジウムでは、症例を示しながら言語聴覚士のかかわりを紹介する。

【演者略歴】

1995年 神戸総合医療専門学校言語聴覚士学科卒業後
1995年 医療法人大道会ボバース記念病院リハビリテーション部
2001年 個人事業主開業
2008年 株式会社コンパス創業 現在に至る

一般社団法人訪問リハビリテーション協会 理事
一般社団法人訪問リハビリテーション振興財団 委員
一般社団法人日本言語聴覚士協会 介護保険部 委員
一般社団法人大阪府言語聴覚士会 理事

利益相反：無

S70-3

終末期神経難病患者の生活を支える為に言語聴覚士が関わる意義について

笠井 幸子 カサイ ユキコ

Seat Table

【はじめに】

厚生労働省によると、国民の半数以上が最期は自宅など住み慣れた環境で過ごすことを希望している。終末期ケアも含めた生活の質を重視した在宅医療に関するニーズは、今後も益々高まってくることが予想される。

神経難病は、進行性で長期にわたり慢性的な経過を辿り全身の運動機能が障害される為、食事、入浴、排泄といった日常生活動作に影響をきたす。進行すると医療的処置が必須のことが多くなる。在宅生活では訪問看護の優先度が高く、特に終末期となるとリハビリテーションの介入は困難とされるケースもある。

今回、地域活動を通し介入したケースの経験をお伝えすると共に、言語聴覚士の立場から在宅で終末期の神経難病患者に関わることの意義を考えていきたい。

【活動】

私は、介護保険外サービスとして食支援を行なっている。その中で脊髄小脳変性症を患い在宅療養をしていた80代男性のリハビリテーションに介入することとなった。コミュニケーションと食事に関する要望があり、その両面から支援を行った。男性の状態は単語レベルで何とか聞き取り可能な発語と、食事は舌で押し潰しが可能な形態の物は摂取することができた。妻は夫の発語が聞けると喜び、食べたい物の調理の仕方を伝えるとそれを実行した。男性は妻がほんの数時間自宅を不在にした間に息を引き取った。妻からは、最期まで言葉が話せてよかった、食べさせてあげてよかったとの言葉があった。

【考察】

終末期におけるリハビリテーションの目標は、最期まで人間らしさを保障することである。本ケースでは、伝える・食べるという人間としての尊厳が最期まで守られた。医療行為ではない生活の中の一コマを、少しでも支援できたことは残された家族への精神的な癒しにもなったのではないかと考える。人間らしい暮らしの営みに最期まで言語聴覚士が果たすべき役割はあり、多職種と協働する必要がある。

【演者略歴】

2006年 関西総合リハビリテーション専門学校言語聴覚学科卒業
同年 財団法人丹後中央病院リハビリテーション科入職
2008年 NPO法人丹後福祉応援団生活リハビリ道場入職
2014年 公立大学法人京都府立医科大学附属北部医療センター入職
2022年 Seat Table起業 現在に至る

利益相反：無

S70-4

言語聴覚士の職域から考える、患者・家族・医療者の橋渡しについて～ALS患者、家族との対話を通して～

宮阪 美穂 ミヤサカ ミホ
医療法人社団まごころ

【はじめに】リハビリテーション専門職は神経難病患者に長期介入することも多く、家族の相談、予後の質問等様々な場面に立ち会うことが稀ではない。今回、ALS患者と関わる中で、STが中心となってACPについて、また職種連携が成されたケースがあった為、報告する。

【症例】A様70代女性、夫と2人暮らし。体調不良から2年後にALSと診断。当初から、悲観的になる家族をなだめたり、遺す家族について考えていた。徐々に機能低下したが、看護師等ではなく夫の介助を望み、夫も応えていた。STは口腔・喉頭へのアプローチ、安楽な嚥下方法・栄養補助食品の提案等で介入していたが、昼夜NPPV装着となり、リラクゼーション、発話量が減る中での傾聴に移行した。A様自身は定期検査で処方されたオピオイド服用に抵抗があったが、呼吸苦への予期不安様の言動もみられ、STが内服時の好変化を伝えることもあった。発症から約4年経った頃、突然一時的に心肺停止、その後ベッド生活となり、訪問看護が連日介入。その後のICで、A様の自宅で過ごしたい気持ち、次男夫婦の長生きする為に入院して欲しい気持ちが初めて擦り合わされ、A様を最優先する体制が整った。A様は筆談で訴えや考えを表出することが増え、一方で夫、次男妻と玄関先で話す機会が増えた。最期は、到着する家族を待つように過ごされ、見守られながらお看取りとなった。

【考察】呼吸機能低下の場合、発話時も呼吸苦が伴う為、発話が乏しくなる。その為、介入当初から機能面だけでなく、精神的寄り添いは重要で、終末期には訪問者自身が緩和的役割に成り得ることもあるだろう。今回A様とは、終末期を迎えるまでに対話をする時間が多く、表情が曇っている日は敢えて触れ、随時関係者と共有した。ベッド生活となつてからSTが中心となることは少なかったが、連日介入する看護師が気持ちを汲み取る等することでA様の希望する最期を送り出せたと考える。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

シンポジウム71 広報啓発委員会企画

劇団ザイタク (ピンコロシリーズ) って何やねん?? 知らんけど

S71

【セッション概要】

劇団「ザイタク」は2015年に関西で結成された劇団で、市民に演劇を通して語りかけ、いつかお迎えが来るその時まで生を全うするための課題に真剣に取り組み、話し合うきっかけを作っている。これまでピンコロシリーズとして第4弾まで続いており、出演者は関西で活躍中の在宅ケアの実践者である。2022年7月高齢者の延命治療の中止・非開始をテーマとした「ピンピンコロリって無理なん知っとう4～勇じいさんの胃ろういろいろものがたり（通称ピンコロ4）」が上演された。このセッションでは2023年4月23日収録された「シン・ピンコロ4」の動画を上映しながら、劇団「ザイタク」の監督、脚本家、そして俳優達にご登壇いただき、役作りから舞台裏の話、劇団への思い（期待）、リアルな仕事への影響など、劇団ザイタクの流儀で語っていただく。

座長：鶴岡 優子 ツルオカ ユウコ

つるかめ診療所

【座長略歴】

1993年順天堂大学医学部卒。千葉県国保旭中央病院内科初期研修を終了後、1995年自治医科大学地域医療学教室。2001年米国ケース・ウェスタンリザーブ大留学後、2004年自治医科大学附属病院総合診療部在宅医長を経て、2007年よりつるかめ診療所副所長、2015年より現職。

資格・公職など

認定総合内科専門医、栃木県小山地区医師会理事、日本在宅医療連合学会理事、順天堂大学非常勤講師、獨協医科大学臨床教授、厚生労働省がん対策推進協議会委員、医学博士

著作・活動など

週刊医学界新聞「在宅医療モノ語り」連載（2010年～2015年）

映画「ピア～まちをつなぐもの」医療指導

映画「いのちの停車場」在宅医療監修・指導

つるカフェ代表、往診靴研究家、女優見習い

座長：白山 宏人 シラヤマ ヒロト

(医) 拓海会大阪北ホームケアクリニック

【座長略歴】

略歴

平成6年 兵庫医科大学 卒業

平成6年 京都大学病院 呼吸器内科

平成7年 大阪府済生会中津病院 呼吸器内科

平成13年 (医) 拓海会 大阪北ホームケアクリニック

平成14年 同院 院長

役職

一般社団法人 日本死の臨床研究会 支部代表理事（近畿支部支部長）

特定非営利法人 日本ホスピス緩和ケア協会 理事

一般社団法人 日本在宅医療連合学会 評議員

特定非営利法人 日本ホスピス在宅ケア研究会 評議員

公益財団法人 日本尊厳死協会関西支部 理事

資格

一般社団法人 日本在宅医療連合学会・認定専門医

一般社団法人 エンドオブライフ・ケア協会 ファシリテーター

一般社団法人 iACP『もしバナ』マイスター

S71-1

これまでの劇団活動を振り返って

清水 政克 シミズ マサカツ
医療法人社団 清水メディカルクリニック

劇団ザイタクとは、2015年第6回近畿在宅医療推進フォーラム兵庫大会で結成された医療・介護従事者の集団です。いつかお迎えが来るその時まで、生を全うするために大切や課題は何か？等を話し合うきっかけや情報を、演劇という形で地域の多職種及び一般市民に発信し、在宅医療の推進に繋げるために発足しました。在宅医療における様々な課題をテーマにした演劇による研修会を多職種で行うことで、在宅医療における課題とその解決策を考えることができると考えています。

私たちの理念は「多職種の演劇による研修会を開催し、その公演を通じて地域における在宅医療の推進に寄与する」ことです。また、私たちのミッションは、1) 地域の多職種による在宅医療に関する演劇を通じて、地域に在宅医療を広めていく、2) 地域の多職種による演劇を開催することで、それぞれの職種がお互いの役割を理解し連携を深める、3) 演劇を患者・家族・市民等に上映することによって、一般市民に対して地域の多職種の役割を理解してもらう、というもので、これまで「非がん」「独居・認知症」「がんの在宅医療」「延命治療の非開始と中止」をテーマとした演劇の公演を5回行なってきました。

常日頃から在宅医療の現場で医療・介護の実践を行っている多職種ファシリテーターによる演劇は非常に現実的リアル感があるため、地域の多職種に対して大きな教育効果をもたらすと感じています。教育用資材として完成した演劇動画はyoutube 等で無料配信し、他の地域での多職種向け研修会や市民向け講演会等で二次的に利用してもらい、地域の在宅医療推進に繋がることを期待しています。

【演者略歴】

1997年 三重大学医学部医学科卒

2004年 神戸大学大学院医学系研究科博士課程終了

2004年 神戸大学医学部附属病院総合診療部医員

2006年 医療法人社団倫生会みどり病院

2013年 医療法人社団清水メディカルクリニック副院長

2020年 医療法人社団清水メディカルクリニック理事長

日本内科学会総合内科専門医、日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医。

日本緩和医療学会代議員、日本在宅医療連合学会評議員、日本プライマリ・ケア連合学会代議員、日本ホスピス・在宅ケア研究会理事、日本在宅ホスピス協会理事。

現在は兵庫県のクリニックで、がん・非がん・小児・成人などの在宅緩和ケアに従事している。

利益相反：無

S71-2

劇団ザイタク（ピンコロシリーズ）って何やねん??知らんけど

白井 啓子 ウスイ ケイコ
合同会社 オフィスK

考えておかなければならない問題も、目の前に起こらなければ「他人事」です。

でもいざ起こってしまうと、とても深刻な状況になってしまい、さいごには医療者に「お任せします」の世界に…

だってわかれへんもん、だって知らんもん、そんなん考えたこともないもん。

自分や自分の大切な人の「終い方」を、医療者に委ねてええんかい、ちゃうやろ、という想いは、看護師、ケアマネである前に、「市民」「生活者」として持っておきたい。

そして、しょーもない寸劇でも、演じてる者たちが楽しみ、見ている人たちにとって「考えるきっかけ」になれば、意味があるんちゃうかな、と思っています。知らんけど。

【演者略歴】

大阪府立公衆衛生専門学校看護科卒業。総合病院に勤務するが訪問看護に興味を持ち、退職後クリニックの訪問看護や保健所からの訪問看護を経験し、訪問看護ステーションの立ち上げに関わる。その後、介護保険制度が始まり、介護支援専門員資格を取得。市役所の相談窓口や営利法人の居宅介護支援事業所勤務後、2014年に合同会社オフィスK起業。居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、看護小規模多機能型居宅介護を運営中。

2002年～大阪介護支援専門員協会 堺区支部理事

日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー

利益相反：無

S71-3

劇団ザイタクの寸劇がもたらす教育効果～登場人物からみえた人々の苦しみに応える力～

久保田 千代美 クボタ チヨミ

Chiyomi Kubota Care 研究所

劇団ザイタクは、現場で経験する医療やケアを選ぶ過程を自分ごととして感じられるように寸劇にして、在宅医療の推進やアドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）普及・啓発を行っている。寸劇では、人間尊重の倫理的課題が示唆され、ACPは、何かを決めることではなく、対話が重視されることを伝えている。そこで、様々な価値観の登場人物に自分を置き、疑似体験することで、在宅医療、ACPへの興味・関心、意欲の向上、豊かな人間性や価値観の形成などに教育効果があると考えて、「勇じいさんの胃ろういろいろ物語Part2」についての択一式のアンケートを実施した。

アンケートの結果から、医療介護の専門職集団のアンケート結果では、本人の気持ち、思いを尊重するが多かったが、学生や医療介護の専門職以外では、意思決定やリビングウィルが大事であるが多かった。勇じいさんの家族だとしたら、リンダの気持ちに近い人が多いことは予測していたが、登場人物全員の気持ちに近い人がいることが明らかになった。学生では次男に近い人が23%あった。また、本人の気持ち尊重する家族が最も多いが、大切な人に生きていてほしいという気持ちで、本人の気持ちに反対してしまうかもしれないと思う気持ちを持つ家族がいることをあらためて認識した。

人生において大事なことを選ぶとき、たとえ仲の良い家族であっても全員が同じ気持ちで一致することはありえない。人生の最終段階において、専門職に解決できることは限られる。どんなに力を尽くしても解決できない苦しみは残り続ける。劇団ザイタクの演じる泣き笑いは、人生の最終段階の人や家族、関わる人々が、それぞれの苦しみに向き合い答えのない問いに答えてゆくプロセスを演じている。

観音菩薩は、人々の解決できない苦しみを聴き、苦しみがあっても穏やかでいられるように人々を救う。人々には苦しみに応える力があることを信じて、それを育んでゆく菩薩でありたい。

【演者略歴】

【略歴】

1982年～1989年 JA広島総合病院 看護師

2004年～介護支援専門員、2006年～訪問看護、2010年～看護学校専任教員

2019年～Chiyomi Kubota Care 研究所と「暮らしの保健室なら」を開設し現在にいたる。

2018年大阪教育大学大学院にて学術修士取得

「地域での生活継続を支援する『暮らしの保健室』の役割と活動に関する調査研究」都市住宅学会 2018年学会論文賞受賞

2019年第6回奈良のお薬師さん大賞（奈良県知事表彰）を受賞

2022年日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会 奈良大会大会長

【所属学会】

日本緩和医療学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本在宅医療連合学会、日本アドラー心理学会、都市住宅学会、日本うんこ文化学会、日本エンドオブライフケア学会、

利益相反：無

S71-4**最愛の夫のピンコロを支えたい、リンダの困りごと**

宇野 さつき ウノ サツキ
ファミリー・ホスピス神戸垂水ハウス

後妻とはいえ夫と苦楽を共に過ごしてきた中で、夫が何を大切に思い、どのように過ごしたいか、言葉だけでなく感覚的にも理解してきた。しかし、それを他の家族や医療者にいくら説明しても、言葉だけではなかなか伝わらないもどかしさがある。だからこそリビングウィルのように、本人の意思をきちんと文書で示すものがあると、より本人の意向を尊重しやすくなり、代理意思決定者としても安心できる。ただ、身近な家族として「本人の意向を尊重したい」気持ちと、とはいえ大切に思うからこそ「少しでも長生きしてほしい」アンビバレントな感情が存在する。そのため、状態の変化や他の家族の意見、医療者側の意見や対応で、気持ちが揺れ不安が強くなることもある。そんな時に一緒に夫の意向を尊重し、家族の中で意見が違うときも、間に入って支援してくれる在宅医や訪問看護師、ケアマネジャーの存在は心強い。日ごろの療養生活を見て知ってくれている信頼感がある。

一般市民の立場では、治療をするかしないか、何をするか、止めるかどうかと問われても、判断するのは難しい。専門的なことは理解できないし、想像もできず、何がいいのかわからない。しかし、今、何が起きているのか、これから何が起ころのか、日々の生活や行動がどうなるのか、自分なりに理解できないと、きちんと決められない。手間になるだろうが、できれば不安や怖さが強くないような配慮の上、わかりやすい言葉で具体的な状況がイメージできるように、説明していただきたい。そして「何をするか」を選ぶよりも、「何を大切にしたいか」「何を優先したいか」で尋ねてほしい。それなら「最期までたこ焼きを食べたい」「自宅でゆっくり過ごしたい」と答えることができる。代理意思決定者として後悔しないように、大切な人を支えたいのである。

【演者略歴】

1990年千葉大学看護学部看護学科卒業。

2005年兵庫県立看護大学大学院看護学研究科修士課程修了。

2006年よりがん看護専門看護師

未熟児から高齢者、病棟、外来、教育現場、在宅医療と様々な場で働く。

2006年2月～2020年3月新国内科医院看護師長（現在は顧問）

2020年4月よりファミリー・ホスピス株式会社に所属、

2021年6月神戸でホスピス住宅をオープン

がん患者のみならず、認知症や難病など様々な疾患の患者家族の在宅療養支援に関わる。リンダのマネジャー。

日本緩和医療学会、がん看護学会、死の臨床研究会、日本ホスピス在宅ケア研究会等に所属

利益相反：無

S71-5

家に居ていいよ。って言える地域づくりには市民の患者力も必要

津野 采子 ツノ アヤコ
ハート介護サービス東住吉

私は大阪市内の訪問介護の事業所の所長をしています。
専門職ではありますが市民に近い視点で物事をとらえられるのが私の役目だと思っています。

元々は心折れて訪問介護をやめようと思っていました。
昔 同い年くらいの末期がんの方がいました。
元気な津野さんにはわからないよね、子どもの未来が見れない辛さ。
そう言われ何もできない自分はいらんんじゃないのかと思いました。
医者でもない看護師でもないから介護だからダメなんだと思ったんです。治療も判断もできない。
でも医師に言われたんです「私は医者ですが末期がんや認知症、漏水をなおすことはできない。無力です。でもかかり続けます」
そこから、職業のせいにして自分を振り返りました。
答えのない問いと向き合っ痛みを直接受けるのではなく
横に並んで同じ方向を見るように考えだしました。

家にいたいと強く願う本氏がいたとしても
家族が生きていてほしい病院で治療をと懇願したときに
「大事な娘や息子が言うなら」と思いを変えることもあると思います。
ただそれは家族だからこそその介入ですが

我々専門職はそこに介入しその方の人生を変えてはならないと考えています。
よく、「施設じゃないと無理」という専門職を見ます。
それはその人の主観です。
概ね施設では家族の意見や施設の業務でケアプランを考えています。
本人は幸せでしょうか。私は嫌です。
家に居ていい。家で穏やかに過ごせる。を知らない市民が多数います。
永らく死を目の当たりにせず病院などに任せてきました。

皆さんが本当に幸せに過ごせるには何が必要でしょうか。
考えていきたいと思います。
訪問介護は世になくってはならない職種です。必要あらば皆様をサポートします。

【演者略歴】

2010年株式会社ハート介護サービス入社
2012年ハート介護サービス東住吉開設
2015年ハート介護サービス生野開設
2018年ハート介護サービス住吉開設 現在に至る

利益相反：無

S71-6

劇団ザイタク（ピンコロ）が伝えたいこと

桜井 隆 サクライ タカシ
さくらいクリニック

「劇団ザイタク」は主に神戸～大阪近辺の（まれにそれ以外の人）在宅ケアにかかわる医師、看護師、薬剤師、ケアマネ、ヘルパー達がなぜか集まって、日常の在宅ケアの現場で繰り広げられる「いのち」にかかわるさまざまな困りごとをネタに、ほとんどアドリブで好き勝手に寸劇を繰り広げる集団です。

「ピンコロ」すなわち「ピンピンころりなんか無理なんしとお？」が伝えたいことはおそらく、ついすみかとしての住み慣れた家で、最期はどうする？ どうやって人生のおしまいをしめくくるのか？くくらないのか？ということのようです。

いったい延命治療ってなんなの？心臓マッサージ？人工呼吸器？胃ろう？経鼻チューブ？点滴？救急搬送？病院でどうするの？そしてそんな延命治療をどうするのか？はじめる？はじめない？はじめたらやめられない？やめられる？といった延命治療の非開始中止、そしてそれは誰が決めるの？本人？家族？それとも誰が？といったとても深刻な問題を“にもかかわらず”くすっと笑える、そんな風に伝えられれば、と考えます。なぜならこの問題をあまりに深刻につきつめてしまうとおそらくつらくて思考停止してしまうからです。

こういった「いのち」にかかわることは本来、サービス提供者の我々が考えることではなく、当事者である市民の皆様が主体となって問題を我々に投げかけるのが本筋であると考えます。ですので、これはそうなってほしい、「ねえ、みんなちょっとは考えてみてよ」という「ナッジ」のつもりです。

「劇団ザイタク」ピンコロシリーズの配信動画などが 延命治療の非開始・中止、そしてさらには尊厳死・安楽死 といった 答えのない問い をそれぞれの視座で考えるきっかけになれば、と願います。

【演者略歴】

1981群馬大医学部卒

1992さくらいクリニック

利益相反：無

シンポジウム72 新潟県プログラム委員会企画

在宅医療コーディネーターセッション

S72

【セッション概要】

厚生労働省老健局老人保健課が編纂した「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer. 3 (令和2年9月)」によると、地域に則した望ましい地域包括ケアの構築のために、在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の設置、運営に当たっては、郡市区等医師会や看護・介護等の職能団体（事業者団体）等との連携体制を確保するとともに、地域の在宅医療・介護連携を支援する人材（コーディネーター）を配置し、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療・介護連携に関する相談の受付、連携調整、情報提供等の機能を確保し、在宅医療・介護連携の取組を支援することが必要である。

この窓口やコーディネーターの設置は各々の自治体により取り組み方が違い、これこそが地域に根ざした医療介護連携を実現するための方策と言える。このセッションでは在宅医療にかかわるコーディネーターが一堂に会し、未来に向けたディスカッションを行う。

座長：服部 美加 ハットリ ミカ

一般社団法人新潟県医師会

【座長略歴】

新潟大学医療技術短期大学部看護学科卒業。燕労災病院、社会福祉法人吉田福祉会で勤務後、平成27年より燕市在宅医療・介護連携推進事業、燕市医師会在宅医療推進センター事業を担当。平成31年より現職。

平成23年～29年 公益社団法人日本看護協会看護師職能Ⅱ（介護施設・在宅等領域）委員

令和4年度厚生労働省老健局 在宅医療・介護連携推進支援検討会委員/支援アドバイザー

座長：斎川 克之 サイカワ カツユキ

一般社団法人新潟市医師会

【座長略歴】

平成 7年／新潟県厚生連・在宅介護支援センター栃尾郷病院SW

平成 9年／済生会新潟第二病院医療社会事業課MSW

平成22年／地域医療連携室長

平成27年／地域連携福祉センター副センター長

平成27年／新潟市医師会在宅医療推進室長 併任

令和 2年／新潟市医師会地域医療推進室長 専任

令和 3年／新潟市医師会業務課長・地域医療推進室長

S72-1

連携拠点コーディネーターが抱える課題とその解決に向けて

川越 雅弘 カワゴエ マサヒロ
埼玉県立大学 大学院 保健医療福祉学研究科

2015年4月から「在宅医療・介護連携推進事業」が開始され、3年間の猶予期間を経て、全市区町村で取り組むこととなった。

同事業は、実施主体である市区町村と専門職・専門職団体（郡市区医師会等）の連携が必須であるが、体制を整えたからといって機能するとは限らない。そこで、両者の間に入って、現場レベルで連携を促す人材、いわゆるコーディネーターが必要となる。同事業を適切に展開させるためには、これら三者が一体となって、連携強化に向けた取組を推進していかなければならないのである。

さて、厚生労働省は、同事業の円滑な推進に向け、①手引きの改訂、②データ活用環境の改善、③伴走型支援の強化、④交付金の導入などの対策を講じて、PDCAサイクルの適切な展開を促しているものの、同事業を具体的にどのように進めていけば良いか、悩んでいる市区町村は多い。

他方、コーディネーターからは、①関係者を交えた会議をうまく回せない、②事業成果の評価方法がわからない、③専門職・専門職団体とうまく協働できない、④定期的に交代する市区町村担当者とうまく連携できないなどの声をよく聞く。このように、コーディネーターは、①コーディネートに必要な力、②多様な関係者・関係機関と目指す姿を共有しながら課題解決に向けて協働していく力が十分とは言えない状況にある。

では、こうした状況を改善するためにはどうしたらよいか。その対策としては、①コーディネートに必要なスキルを学ぶ機会を確保すること、②コーディネーターと市区町村担当者の相互理解と協働を促すために、一緒になって課題解決策を検討する場を設けること、③自己学習可能なツールを用意することなどが考えられる。

本発表では、市区町村支援や専門職のマネジメント教育に携わってきた立場から、コーディネーターが抱える課題の整理と必要な対策について私見を述べる。

【演者略歴】

【略歴】

1985年 大阪大学工学部応用物理学科 卒業
1987年 大阪大学大学院工学研究科前期課程応用物理学専攻 修了
1987年 川崎製鉄株式会社 入社
1990年 帝人株式会社 入社
1997年 株式会社経営総合研究所 入社
1998年 日本医師会総合政策研究機構 主任研究員
2005年 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 室長
2012年 広島大学大学院保健学研究科博士課程後期保健学専攻 修了
2017年 公立大学法人埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科／研究開発センター 教授 現在に至る

利益相反：無

S72-2

医師会におけるコーディネーターの役割とは

齋川 克之¹ サイカワ カツユキ
 服部 美加² ハットリ ミカ

¹一般社団法人新潟市医師会

²一般社団法人 新潟県医師会

新潟市医師会は、平成27年に新潟市から在宅医療連携の拠点として「在宅医療・介護連携センター事業」（以下連携センター）を受諾すると共に、新潟県補助事業である「在宅医療推進センター事業」（以下推進センター）補助金を活用し、地域医療推進室を設置した。また新潟市は、市内8区11医療機関にサテライト拠点として、「在宅医療・介護連携ステーション事業」（以下連携ステーション）を委託した。医師会におけるコーディネーターの活動意義は、医師会内にあり、診療所や病院等の医療機関や他関係機関との連携における強みを活かし、特に医師に着目した在宅医療提供体制に関われること、また多職種の声を聴きその真意を咀嚼し、どう自治体職員と共有していけるかである。しかし長年、この強みを活かした活動ができておらず、コーディネーターの質向上が大きな課題である。新潟市においては、新潟市と連携センターは2週間に1度、担当者レベルでの事業の進捗確認や事業展開の議論などを積極的に行うと同時に、連携ステーションと月に1度の会議を開催し、事業の進捗管理や担当者が抱える課題等を共有しつつ、相互の意識・実践の向上を図る役割を連携センターが担う。また、推進センターにおいては、県医師会と政令市である本会のコーディネーターがタッグを組み、県内すべての医師会に配置されたコーディネーターに対し、活動計画書の統一化、ヒアリングの実施、定期的なミーティングや研修会を開催。また活動指針マニュアルを整備し、コーディネーターの質向上に寄与する体制を整備してきた。第8期医療計画での「在宅医療連携拠点」の整備が叫ばれる中、医師会のコーディネーターが、「医師会の強みを活かし、どのような調整役を担ってきたか。そして何が変わったか」を明確化することが重要な時期となった。医師会のコーディネーターの質向上に向けた視点をもとに報告する。

【演者略歴】

【職種】

医療ソーシャルワーカー、社会福祉士、医療福祉連携士

【略歴】

1997年 済生会新潟第二病院に医療社会事業課MSWとして就職

2010年 地域医療連携室 室長

2015年 地域連携福祉センター副センター長

2015年 新潟市医師会在宅医療推進室長 併任

2020年 新潟市医師会地域医療推進室 専任

2021年 新潟市医師会業務課長・地域医療推進室長

【学会・所属団体等】

新潟県医療ソーシャルワーカー協会

日本医療マネジメント学会

日本医療マネジメント学会新潟県支部役員

利益相反：無

S72-3

埼玉県在宅医療連携拠点協議会「さいれん会」の4年間の取組と今後の課題

野上 めぐみ¹ ノガミ メグミ清野 恵理子² セイノ エリコ¹越谷市医師会 越谷市医療と介護の連携窓口²坂戸鶴ヶ島医師会 在宅医療相談室

埼玉県医師会と県の協働により一斉に設置された「在宅医療連携拠点（以下拠点）」は、現在市町村の地域支援事業として運営されている。各拠点コーディネーター（以下CN）は医療介護専用SNSも活用し「CN同士の顔の見える関係づくり」を進めてきた。『独自の取り組みをしている全国拠点の「知」を集め、全国規模の拠点間連携プラットフォーム・共有できる場を構築し、つながりを深めることで各地域の拠点事業の推進・発展を図ること』を目的とし、埼玉県在宅医療連携拠点協議会（略称「さいれん会」）をCNの有志で令和元年に発足。「埼玉県在宅医療連携拠点協議会～拠点のみんな集れHITOYOSEKAI～」を実行委員10名程で運営。埼玉県と埼玉県医師会から後援と予算の支援を受けながら、毎年開催している。

「さいれん会」は実行委員でタイムリーなテーマを決め、発表とグループワークを行った。その結果①医療と介護連携に関する「知」を情報共有しあうことで学びが深まり、地域に活用できる。②拠点の輪が広がり繋げることで、孤立せず思いを伝え支え合う場を構築でき、医療介護連携推進事業の活性化へと期待できる。③新旧CNが混在した実行委員を引き継ぐことで、CNの関係が深まり研修会の質の向上が期待できる。④実行委員が共通意識を持ってSNSを上手く使えば、離れた場所での打ち合わせも可能で、コロナ禍でのWeb研修会開催も実現できる。ということが分かった。

今回のシンポジウムでは、その報告と共に、地域により拠点の事業内容も異なる実行委員の「さいれん会後のアンケート」から見えてきた事（繋がり大切さ、葛藤、課題、充実感等）もお伝えし、全国の拠点事業の推進発展をともに考えていく場にしていきたい。

【演者略歴】

【略歴】

1983年 東京女子医科大学看護短期大学卒業後東京女子医科大学病院に勤務

1997年 越谷市医師会立訪問看護ステーション勤務

2016年 越谷市医療と介護の連携窓口 現在に至る

【所属学会】

日本在宅医療連合学会

利益相反：無

S72-4**北海道における在宅医療・介護連携のとりくみについて**

田上 幸輔 タガミ コウスケ
医療法人財団老蘇会 静明館診療所

令和5年3月31日に発出された、厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」の中で、退院支援・日常の療養支援・急変時の対応・看取りのそれぞれに掲げる目標の達成にむけ、在宅医療に必要な連携を担う拠点を都道府県医療計画に位置付けることが明記された。また、在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である、という内容が記載されたことで、今後は制度や行政区域を跨ぐ連携コーディネートがより求められると考える。

北海道では、令和2年から一般社団法人北海道医師会と一般社団法人北海道総合研究調査会のコンソーシアムが委託を受け、在宅医療推進支援センターを運営しており、基幹型拠点センターとして取り組んでいく事を目指している。また、札幌市においては平成9年より地域の多職種連携の会である西区在宅ケア連絡会が発足され、その2年後には札幌市全10区に札幌市在宅ケア連絡会（通称ケア連）が活動を開始し、介護保険が始まる以前から、多職種による顔の見える連携、地域ケアネットワークの構築を目指し、自然発生的に活動を行ってきた。現在は、札幌市在宅医療・介護連携推進事業が札幌市医師会へ事業の一部を委託する形で活動を継続している。

本シンポジウムでは、北海道在宅医療推進支援センターにおけるコーディネーター、札幌市在宅ケア連絡会における事務局、在宅療養支援診療所における医療ソーシャルワーカーという3つの連携コーディネート活動について発表させていただき、全国の各コーディネーターと情報共有を図りたい。

【演者略歴】

2001年 学校法人成徳学園 社会福祉専門学校 介護福祉科 卒業
2001年～2011年 特別養護老人ホーム、グループホームにて、介護員・介護支援専門員
2011年～2012年 札幌市西区第一地域包括支援センター
2012年～2019年 医療法人潤和会 札幌ひばりが丘病院にて医療ソーシャルワーカー、居宅支援事業所 管理者を兼務
2019年～現在 医療法人財団老蘇会 静明館診療所にて医療ソーシャルワーカー
2022年～2023年 厚生労働省 医政局 地域医療計画課 外来・在宅対策室 研修員として出向

利益相反：無

シンポジウム73

地域に学び・地域で活かす看護のカー看護×学生×ボランティアの活動ー

S73

【セッション概要】

病気や障がいをもちながらも地域で生きがいをもって生きることを支援するには、制度上に位置づけられた支援だけでなく、その人に寄り添った、暮らし全体を見ながらの活動が必要である。看護師や看護学生は、「看護」という資源を活用し、それぞれの地域の特性にあう多様な形で、ボランティアナースやインフォーマルな活動として、多職種と共に展開している。本シンポジウムでは、地域住民や多職種が協働で制度を超えた活動を展開している実践例や、看護基礎教育に地域でのボランティア活動を取り入れている大学の実際、暮らしに寄り添うボランティアナースの活動を紹介し、地域に学ぶこと、そして、地域で活かす在宅看護・ケアの力について、未来思考で考える機会としたい。

座長：片山 陽子 カタヤマ ヨウコ

香川県立保健医療大学

【座長略歴】

香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 学科長・教授

平成15年3月 愛媛大学医学系研究科修士課程修了（看護学修士）

平成19年3月 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科博士後期課程修了（保健学博士）

平成6年4月 公立三豊総合病院訪問看護ステーション訪問看護師・管理者

平成19年4月 香川大学医学部看護学科 在宅看護学 講師

平成21年10月 Post-Doctoral Research Fellow University of British Columbia, Canada

平成25年4月 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 准教授

平成28年4月～現在 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 教授

令和4年7月～現在 Affiliate Member of the Faculty of Graduate Studies within the School of Public Health and Social Policy, University of Victoria, Canada

座長：木村 年秀 キムラ トシヒデ

まんのう町国民健康保険造田歯科診療所／一般社団法人ことなミライ

【座長略歴】

略歴

昭和36年 香川県生まれ

昭和61年 岡山大学歯学部 卒業

同年 岡山大学歯学部 予防歯科学講座 助手

平成 3年 島根県美都町国保歯科診療所 所長

平成 8年 三豊総合病院 歯科保健センター 医長

平成24年 三豊総合病院企業団 歯科保健センター センター長

平成27年 まんのう町国民健康保険造田歯科診療所 所長 現在に至る

現職

まんのう町国民健康保険造田診療所 所長

一般社団法人 ことなミライ 代表理事

岡山大学歯学部 臨床教授

社会活動

全国国民健康保険診療施設協議会 地域食支援部会部会長

高齢者の低栄養防止コンソーシアム香川 運営委員（コア・リーダー）

病院歯科介護研究会 理事

NPO法人 日本フッ化物むし歯予防協会 理事

NPO法人 お口の健康ネットワーク 理事

学会

日本老年歯科医学会（専門医，指導医，代議員）

日本口腔衛生学会（専門医，認定医，代議員）

日本プライマリ・ケア連合学会（代議員）

日本在宅医療連合学会（評議員）

S73-1

有償ボランティアナース キャンナスとしての看護活動

安實 典子 アンジツ ノリコ
 合同会社 笑（にこ） キャンナス加賀山中

キャンナスとは、介護保険等制度上で対応しきれない事を家族のかわりに看護師がお手伝いする、有償ボランティアです。家族、自分が病気や加齢により生活の当たり前の事が出来なくなった時に直面する現実がある。それでも時は止まってくれず、本人も家族も沢山の困ったにぶつかる。私自身、実父の癌の闘病と看とり、自分の病気を期に病院ナースから訪問看護師になった。訪問する中で必要と感じてしたことが、制度上の看護師の仕事ではないと指摘された時、私の中で看護は、看護ではない？と悩みました。でもやはり、私の中で特に在宅看護における看護は学校で最初に習った環境整備なんです。制度上できないことをお手伝いする方法がないのか、調べた結果出会ったのが、菅原由美代表のキャンナスでした。

私がキャンナスとして、お手伝いさせてもらう方、その家族は個性的な方が多い。制度上の看護より長時間、家族の立ち位置でいさせてもらい、いろいろな話をして、生活がみえて、今まで生きてきたどの方の人生も興味深く学びになります。時々ぶつかりながらも出来るだけ希望に添い楽しく穏やかな毎日をすごしてもらえような訪問の中で、私には娘のように、姉妹のように思ってください家族のような方が沢山できました。幸せです。中でも、県外で仕事をする高校の後輩の、独居の父の癌の闘病、看とりまでをさせてもらえた事は、大きな力となり一生忘れない宝物の思い出と経験になりました。最期まで出来る限り生活を変えず、美味しいと思って口にしてみよう為に作った料理は、私の家事スキルをアップさせてくれたし、その後続いた視覚障害者の方の看護ではコミュニケーションツールとして点字を習いに行き点訳をできるまでになりました。目の前の人の為に必要な事はどんどん自分に吸収されます。今後も私に出会ってくれる人がいて、お手伝いできる事があるのならその人に合った究極の環境整備を目指します。

【演者略歴】

1998年 国立山中病院付属看護学校卒業
 1998年 金沢西病院 病棟勤務
 2003年 地域医療振興協会 山中温泉医療センター 勤務
 2015年 宮本医院 勤務
 2017年 さわらび福祉社会やまなか 訪問看護ステーション勤務
 2018年 キャンナス加賀山中発会、合同会社 笑（にこ）設立 現在に至る

利益相反：無

S73-2

看護学生主体の地域サポート活動の戦略

岡田 麻里 オカダ マリ

香川県立保健医療大学 保健医療学部 看護学科

本シンポジウムは、教育の一環として、看護学生が主体性をもって地域とともに、地域の健康を支援するための活動戦略として、本学の地域健康サポーター実習を紹介します。

香川県立保健医療大学では、2021年度から新しいカリキュラムとして、地域健康サポーター実習を行っています。本実習目的は、学生が主体的に地域活動に参画し、幅広い年代や健康レベルの住民の健康を支援するために、保健医療福祉の専門職や地域住民と連携・協働しながら地域の活動に参画することです。そして、地域を基盤とした体験型学修を通し、地域の健康課題を広い視野でとらえ、看護を含む様々な視点から深く理解し、倫理観を育み、地域社会で学修する者としての姿勢を学ぶことです。2単位・10日間、必修科目とし、通常の授業や実習に支障をきたさないよう、2年次から4年次にかけて自分の自由時間を使って行います。

2023年4月に、新3年生が2年生・1年生を対象に、第2回目の報告会・交流会を行いました。新3年生は15ブースに分かれ、担当の活動を紹介しました。活動内容は、子ども食堂や保育園等での子どもや子育て中の母親への支援、手話サークルや車いすスポーツ等の障がい児・者の支援、居場所づくりや認知症サロン等の高齢者支援等、また子どもサッカー、地域の芸術祭等、学生の特技や地域特性を活かした活動への参画と学びを報告しました。学生の学びは、企画者として実際に自らがやることの難しさや苦勞、活動の面白さの意味など、幅広い人との関わりを通して生き生きと学修していました。学生の活動を受け入れて下さった地域の事業担当者や当事者の方のお言葉や応援も頂きました。今後は、安全面・経済的・時間的制約を解決しつつ、地域との信頼関係を深めながら活動を継続して行くことが課題です。

【演者略歴】

【略歴】

1990年 大阪大学医療技術短期大学部看護学科 卒業
1992年 社会保険神戸中央病院 看護師
1995年 東京大学医学部保健学科（編入学）卒業
1999年 広島大学大学院医学系研究科 前期課程修了
2005年 広島大学大学院医学系研究科 後期課程修了
2005年 興生総合病院 看護師
2008年 岡山大学大学院保健学研究科コミュニティヘルス看護学領域 助教
2012年 県立広島大学保健福祉学部看護学科在宅看護学 講師
2020年 香川県立保健医療大学保健医療学部 准教授 現在に至る

【所属学会】

日本在宅ケア学会、日本エンドオブライフケア学会、日本在宅医療連合学会、日本地域看護学会、日本看護科学学会、日本ルーラルナーシング学会、日本看護研究学会、日本公衆衛生学会、日本公衆衛生看護学会

利益相反：無

S73-3

県内一の過疎地域を看護学生とともに盛り上げる！ ～地域住民を元気づける若い力～

丸岡 三紗 マルオカ ミサ
まんのう町国民健康保険造田歯科診療所

看護学生の地域ボランティア実習を引き受けた当初、私が真っ先に相談したのは地域の民生委員長だった。「それならうちの近所のばあさんの庭の草抜きをしてくれ」

その方はAさんという独居の80代女性だった。最初は申し訳なさそうにしていたが、口々に「楽しい」と言って懸命に草抜きをしてくれた学生のことが大変気に入ったようだった。「こんな山奥に若い人達が大勢来てくれて、こんなに幸せなことはない！」と何度も口にしていた。学生も、その後何度かAさんの家に通い、生活の話を聴きに訪ねたようだった。

約1年半後、Aさんは病院で最期を迎えることとなり、その際娘さんに「学生さんと撮った写真を家から持ってきてほしい」と頼んだという。人生の晩年、最も嬉しかった思い出になったとのことだった。

その後も高齢者の家でレンコン掘りの手伝いをしてもらったり、足のない地域高齢者をスーパーに連れていく「お買い物ツアー」にも同行してもらった。学生は、山奥に暮らす高齢者の家を実際に見たことで「家での生活を想像しながら退院支援にあたらなといけないと強く思った」「話を聴くだけで元気が出たと言われて嬉しかった。人を元気にするには、医療以外のところに価値があるんじゃないかと思った」といった感想を話してくれた。

また、2022年度は「ことなみ未来館」という地域のコミュニティスペース（子育て世代の居場所）に1日常駐してもらい、親子向けイベントの企画や、育児疲れしている保護者の代わりに子どもと遊んでもらったりした。コロナ禍の影響か、最初は他人とのコミュニケーションに苦手意識を持っている学生が多い印象であったが、地元小学生が「一緒に校内鬼ごっこしようよ！」と声をかけてくれたことがきっかけで、少しずつ打ち解けた様子だった。親御さんが「代わりに遊んでくれて助かった」「久々にコーヒーを飲んでゆっくりできた」と学生に直接声をかけてくれたのも印象的だった。

【演者略歴】

【略歴】

2013年 四国学院大学専門学校 歯科衛生科卒業

三豊総合病院企業団 歯科保健センター勤務

2015年 まんのう町国民健康保険造田歯科診療所勤務 現在に至る

2019年 徳島大学大学院総合科学教育部博士前期課程地域科学専攻地域創生分野修士
修士（学術）

日本老年歯科医学会認定歯科衛生士

日本口腔衛生学会認定歯科衛生士（地域歯科保健）

利益相反：無

S73-4

地域に学び・地域で活かそう学生力

坂井 さゆり サカイ サユリ

新潟大学 大学院保健学研究科

本シンポジウムでは、学生教育の立場から、講義や課外学修を例にとり、地域の健康ニーズに貢献するであろう「学生力」の大きな可能性について述べたい。

新潟大学では、医学部保健学科および全学学生向けに「医療ボランティア論」を開講している。ボランティアの解説、災害、国際、在宅ホスピス、創薬など医療関連ボランティアの講義を経て、学生がボランティア計画を発表し意見交換するものである。毎年、全学から200人を超える履修があり関心の高さがうかがえる。アイデアは、私たちの発想を超えるユニークなものばかりである。

次に、「新潟地域における医療・介護の課題解決に向けた共修型フィールド学修」を紹介する。本ワークショップは大学院講義の一部であり学部生にも公開している。看護系学生と工学・理学系学生がグループになり、医師、看護師など現任者から地域の医療・ケアの課題について講義を受けた後、その課題解決に向けたモノ・コトのプロトタイプを検討する。これもまた、専門職の発想を超えたアイデアが次々に沸き上がり大いに盛り上がる。

課外学修として、学生と教員が参加するボランティアサークル「ささだんご」の活動がある。東日本大震災後の被災者支援を主な活動とし、発災以降、定期的に福島県への訪問を行っている。地域住民の方々への身体計測やミニ健康講座などの健康支援活動、交流、聞き書きなどの活動を継続している。学生は3・4年生を中心に、既習の看護の学修をフル回転し活動する機会となっている。また、対がん協会主催のリレー・フォー・ライフ・ジャパンにいがたにおいて「がんカフェ」をボランティア開催し、実習では体験できない、生のがん経験者の声を聴く機会を得て、対話を学ぶ機会になっている。

学生は、地域住民と共に学び・地域で活かせる力をもっている。学生の共修・共創、ボランティアは、これからの地域の健康ニーズを支える大事な力になりそうだ。

【演者略歴】

新潟県新潟市西区生まれ

新潟大学医療技術短期大学部看護学科、明治学院大学社会学部卒業、千葉大学大学院看護学研究科、新潟大学大学院医歯学総合研究科修了。修士（看護学）、博士（医学）。

1988年、日本医科大学付属病院、主に血液・消化器系内科病棟で主任看護師として「がん看護」、「緩和ケア」に従事する。その後、福祉系専門学校で介護福祉士養成施設の教員、看護系専門学校の教員を経て、2006年、新潟大学医歯学系保健学系列助手として着任、2013年新潟大学医歯学総合病院腫瘍センター緩和ケア兼業、2016年工学部兼任、2017年より、新潟大学医歯学系保健学系列教授として、大学院保健学研究科、医学部保健学科、工学部工学科人間支援感性科学プログラム担当、現在に至る。専門分野は、緩和ケア学、がん看護学、生命倫理、看護工学。ボランティア活動は、災害支援、がんカフェ、フォスターホームボランティアなどライフワークの1つ。所属学会は、日本緩和医療学会（代議員）、日本がん看護学会（代議員）、日本看護科学学会（代議員）など。

利益相反：無

シンポジウム74

訪問診療を担当する医師、特に女性医師のリスクマネジメントについて

S74

【セッション概要】

2022年1月、埼玉県ふじみ野市で訪問診療を担当する医師が利用者家族に殺害される事件が起こった。訪問看護や訪問介護におけるハラスメントなどの報告と対策は散見するが、在宅医療全体のリスクマネジメントについては十分とはいえない。訪問診療を担当する医師は同職種で同時訪問する機会は少なく、孤軍奮闘している医師もいるかもしれない。深夜の往診など一人で患者宅に訪問することがあり、課題もケースバイケースとなる。これまで在宅医療連合学会では、女性医師に対して子育てや介護などに注目したワークライフバランスがトピックになることが多かった。今回はライフの中でも心身の安全性、リスクマネジメントを話題として取り上げたい。①在宅医療にリスクがあると思うか？②リスクを回避するような具体的な工夫③学会や世間への提言などをご発表いただき討論したい。

座長：鶴岡 優子 ツルオカ ユウコ

つるかめ診療所

【座長略歴】

1993年順天堂大学医学部卒。千葉県国保旭中央病院内科初期研修を終了後、1995年自治医科大学地域医療学教室。2001年米国ケース・ウエスタンリザーブ大留学後、2004年自治医科大学附属病院総合診療部在宅医長を経て、2007年よりつるかめ診療所副所長、2015年より現職。

資格・公職など

認定総合内科専門医、栃木県小山地区医師会理事、日本在宅医療連合学会理事、順天堂大学非常勤講師、獨協医科大学臨床教授、厚生労働省がん対策推進協議会委員、医学博士

著作・活動など

週刊医学界新聞「在宅医療モノ語り」連載（2010年～2015年）

映画「ピア～まちをつなぐもの」医療指導

映画「いのちの停車場」在宅医療監修・指導

つるカフェ代表、往診靴研究家、女優見習い

座長：清水 政克 シミズ マサカツ

医療法人社団 清水メディカルクリニック

【座長略歴】

1997年 三重大学医学部医学科卒

2004年 神戸大学大学院医学系研究科博士課程終了

2004年 神戸大学医学部附属病院総合診療部医員

2006年 医療法人社団倫生会みどり病院

2013年 医療法人社団清水メディカルクリニック副院長

2020年 医療法人社団清水メディカルクリニック理事長

日本内科学会総合内科専門医、日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医。

日本緩和医療学会代議員、日本在宅医療連合学会評議員、日本プライマリ・ケア連合学会評議員、日本ホスピス・在宅ケア研究会理事、日本在宅ホスピス協会理事。

現在は兵庫県のクリニックで、がん・非がん・小児・成人などの在宅緩和ケアに従事している。

S74-1

当院における訪問診療におけるリスクマネジメント

篠田 裕美 シノダ ヒロミ
医療法人社団フィーカ 関医院

昨今ふじみ野で起きた事件以降、在宅医療業界では医療者の安全をいかに守るかという話題がテーマに挙がるようになった。同市では2023年4月から市の条例に地域の医療及び介護を守る条例が盛り込まれたと聞く。

当院は栃木県小山市で外来と訪問診療を行うクリニックである。訪問診療を行う医師は女性医師ばかりであり、併設する訪問看護ステーションの看護師も全員女性という職場である。訪問診療では医師と看護師の2名体制、訪問看護は1名での訪問であり事件を受けてリスクマネジメントの観点からは不安が残る。

まず在宅医療の実施状況を評価しどのポイントでリスクがあるのかを検討してみる。初回訪問開始時のアセスメント、患者での安全経路確保等の方法、患者の疾患や精神状態の評価と共有方法を院内でも議論した。

次にリスクを回避する具体的な工夫を検討した。危険があったらそこをいかに避けるかを学びたく手段を調査したところ、ロシア武道のシステムと出会った。システムとは格闘術ではあるが型や決まった動きのない柔軟なトレーニング法である。当院でもその手法を護身術として取り入れてみようと講習会を行った。

またICTを利用したスタッフ見守りサービスを導入して実験中である。有事の際電話をすぐことも難しいことが想定されるため万が一のためにお互いを見守ることができる体制を構築している。

在宅医療は1人で行かないといけない場面が多い現場である。事件が起こるまでそれは当たり前のことであった。次世代が参入しやすくするためにも女性医師が働きやすい環境について考えていきたい。当院では看護師と往診しているが、2人体制をリスクマネジメントとしても必要と考えていくなれば診療報酬で担保するなど学会からも要望を出して安全な環境を整備していく必要があると考える。

【演者略歴】

【略歴】

2002年度北里大学医学部卒

東京医療センターにて初期研修を行う。

同院呼吸器科にてレジデントとして後期研修ののち

慶應義塾大学呼吸器内科学教室入局

2011年から在宅医療に従事。

桜新町アーバンクリニックにて在宅専門医の研修を行う。

2018年栃木県小山市の関医院にて在宅医療部門を立ち上げ在宅医療に従事。

2018年から2021年スウェーデン カロリンスカ研究所・シルビアヘメット財団の認知症ケアマスターコースにオンライン留学、修士課程終了。

現在は医療法人社団フィーカ関医院で外来と在宅医療と地域に根ざした医療を実践中。

専門分野：呼吸器内科全般、在宅医療

日本呼吸器学会専門医

日本在宅医学会専門医

シルビアドクター

利益相反：無

S74-2**地域で在宅療養支援診療所の運営・訪問診療を継続していく中でのリスクマネジメントについて**

安達 昌子 アダチ アキコ
医療法人社団律昌会さくら醫院

当方は2017年4月に静岡県熱海市で在宅療養支援診療所を開院した。地縁のない場所で、一人診療所として開院し今年で何とか7年目を迎える。午前中は外来、午後は訪問診療を基盤に診療開始し、地域ニーズを鑑みて3年目に医療法人化してから訪問リハビリ部門を立ち上げ、現在は診療所2階に連携する居宅介護支援事業所がある。個人医院時より、地域包括ケア病床を持つ地域の病院、当院と同形態の診療所かつ地区医師会在宅担当理事として共に地域医療・多職種連携の元での在宅療養支援に邁進する診療所とICTツールやリモート会議を活用しながら機能機能強化型連携を継続している。開業から現在までの間、無意識や意識的にコロナ禍・自然災害禍などでの安全・安定した診療継続のためのリスクマネジメント対策を考え遂行してきた。結果、たたき台だが、現在BCP作成までに至っている。ハラスメント対策については、今回の機会をいただくまで、正直あまり意識していなかった。開院当初は経営不安定、地方都市特有の人材雇用困難な状況もあり、夜間電話対応も分担し、夜間臨時往診対応は診療同行ドライバーなしで一人で行っていた。現在は夜間電話対応ファーストコールは私以外の職員で分担し、夜間臨時往診対応は必ず診療同行当番のスタッフと行う事ができるようになった。常勤医はまだ私一人だが、現在は曜日固定で日中非常勤で訪問してくれる男性医師もいる。また男性看護師の雇用により、リスクマネジメントのみならず、診療の幅が広がるメリットを得たと考えている。今回貴重な機会を頂き、事業主の責任としても、過剰意識ではなく、適切に職員や組織全体の安全を守りながら円滑に地域医療活動が継続・進展できるためのアイデアを、ディスカッションを通じて出し合い、皆様と共有できたらと考えている。

【演者略歴】

1999年 杏林大学医学部卒業後、慶應義塾大学病院内科入局
大学病院内科研修・国立埼玉病院内科・川崎市立川崎病院内科勤務を経て
2003年 慶應義塾大学病院血液内科助教
2005年 慶應義塾大学病院内科専修課程終了
大学病院連携室非常勤、
医療法人社団博腎会野中医院常勤医として地域・在宅医療に従事
2009年 慶應義塾大学病院緩和ケアチーム専従医
野中医院での在宅医療・地域医療教育活動も継続
2013年 同大学病院緩和ケアセンター助教、医療法人社団博腎会野中医院顧問
2017年 さくら醫院開院 院長
2019年 医療法人社団律昌会さくら醫院 理事長・院長 現在に至る

【所属学会】

日本内科学会、日本緩和医療学会、日本癌治療学会、日本在宅医療連合学会、日本プライマリ・ケア連合学会 ほか

利益相反：無

S74-3

訪問診療のリスクマネジメント

岡山 容子 オカヤマ ヨウコ
みのり会 おかやま在宅クリニック

リスクとは医療現場においては「予想した結果と現実の結果との相違」と定義することができる。リスクマネジメントは安全管理体制の一部だが、なぜ安全管理が必要かといえば、安全な医療は患者がもっとも望むものであるからである。実際にその実現には質の高い医療であり患者の立場に立つ医療でなくてはならない。これは組織の使命や理念の達成に貢献するものである。また、マネジメントとしての一面として、リスクマネジメントは組織を損失から守るものであるが、それは事業所に貢献するスタッフを守るためのものである。

このようにリスクマネジメントには患者の思いを医療として支援するための側面と、スタッフを守るための側面があるが、それらに共通して必要となることが「思いを聴くこと」である。リスクが「予想した結果と現実の結果との相違」とであると定義するならばまずは患者側がどのような結果を思っているのかを聴くことで、提供された医療が患者側の思いと食い違ってしまふことを回避し、スタッフの思いを聴くことで、どのような予想をしているかを共有し、足らざることについて準備をすることができるからである。

またときに医療行為についてリスク説明をすることがあるがその時のリスクは誰のためのリスクなのかを明らかにすることで、患者側が大きく納得することがある。納得するとは結論への納得ではなく、プロセスへの納得である。医療側が患者側に対して真摯に症状緩和や終末期対応をするときに、十分に手を尽くされた医療の過程に納得できるようなリスク説明が、患者側と医療側との精神的な食い違いを小さくしうる。

価値観が多様化する中、不確実性の大きな終末期分野で患者側の価値観と医療側の価値観との食い違いが大きな悲劇を生む。「思いを聴くこと」がリスクを小さくすることについて考えていきたい。

【演者略歴】

【略歴】

1996年 京都府立医科大学医学部 卒業 麻酔科学教室入局
2003年 京都府立医科大学集中治療部 助手
2004年 京都府立医科大学博士号取得
2015年 おかやま在宅クリニック開設
2020年 真宗大谷派にて得度を受け僧侶となる

【所属学会】

日本プライマリケア連合学会所属 同学会認定 認定医 指導医
日本在宅医療連合学会所属

【活動】

看取りの安心勉強会プロバイダー養成講座・バッドニュースコミュニケーション講座 を主宰
産経新聞 地方版にて医療エッセイ「在宅善哉」を連載中

利益相反：無

02360 / 90522

S74-4

オープンダイアログを通して得た副産物としての在宅リスクマネジメント

亀山 有香 カメヤマ ユカ
茶屋町在宅診療所

当院は2017年に開院した機能強化型の在宅療養支援診療所である。開院以降、外科医の夫と2人体制で2023年4月までの6年間で計775名を訪問診療してきた。

当院には看護師は在籍せず、訪問は医師と事務員の2人体制で行い、患者さん毎に外部の複数の訪問看護ステーションと連携・協働して、在宅医療を行っている。

末期がん、難病、認知症を中心として診療する中、精神科と身体科の両方が診れるということで、薬物依存症、引きこもり、統合失調症等の精神疾患合併症例の依頼や、精神疾患が認められなくても、他の医療機関から「処遇困難事例」として断られたケースを依頼されることも多い。「ゴミ屋敷」「介護・支援抵抗」「貧困」「虐待」など複合的な課題に対応するため、当院では2019年から「オープンダイアログ」と言う対話を用いた相談支援技法を様々なケア会議で導入し、引きこもりやアルコール依存症、統合失調症の患者さんの診療に導入し効果を感じているが、「オープンダイアログ」の原則である「本人のいないところで本人のことを話さない」「不確実性に耐える」という要素が、セクハラ、パワハラといった問題行動に効果があったと思われる症例について提示し問題提起としたい。

【演者略歴】

【略歴】

2000年3月 香川大学医学部 卒業

2005年3月 香川大学大学院 卒業

2005年4月 岡山県倉敷市内の在宅医療支援診療所で在宅医として精神科医療、緩和医療、老年期医療に携わる。

2017年4月 茶屋町在宅診療所 開業 現在に至る

【所属学会】

日本在宅医療連合会、日本精神神経学会、日本緩和医療学会

利益相反：無

シンポジウム75 新潟県プログラム委員会企画

在宅医療と医学教育

S75

【セッション概要】

地域医療とは、病院外での活動も通じながら、地域や患者さんを包括的に診ていく医療の一形態であり、そのために病院の外へ一歩踏み出すということが求められる。地域医療を実践していくためには病院などの医療機関だけではなく、行政や介護・福祉関係に携わる地域の様々な職種の人たちと連携をとることが求められる。その地域医療のために様々な医療機関が医学生に対して、或いは研修医、専攻医に対して現場での教育を行っている。その現場とは都市部もあるし、郊外もある。様々な現場の在宅医療教育者より登壇頂き、現在の在宅医療教育に関する現状、課題などを共有するとともに、より良い在宅医療教育についての認識を深めたい。

座長：井口 清太郎 イグチ セイタロウ

新潟大学大学院医歯学総合研究科 地域医療確保・地域医療課題解決支援講座 地域医療分野

【座長略歴】

昭和63年3月 新潟県立十日町高等学校卒業
平成6年3月 新潟大学医学部医学科卒業
平成6年6月 新潟大学医学部附属病院 医員（研修医）
平成12年7月 新潟県立六日町病院 内科医長
平成15年7月 新潟大学医学部附属病院 第二内科医員
平成17年10月 新潟大学医学部附属病院 第二内科臨床助手
平成17年11月 新潟大学医歯学総合病院 地域医療教育支援コアステーション助手
平成18年2月 新潟大学医歯学総合病院 地域医療教育支援コアステーション講師
平成21年6月 新潟大学大学院医歯学総合研究科 総合地域医療学講座特任教授
平成28年4月 新潟大学大学院医歯学総合研究科 新潟地域医療学講座特任教授
令和4年4月 新潟大学大学院医歯学総合研究科
地域医療確保・地域医療課題解決支援講座 地域医療分野特任教授

（主な業績・指導医）

- ・日本内科学会認定医、日本内科学会認定内科専門医・指導医
- ・日本腎臓学会専門医・指導医
- ・Fellow of American College of Physicians（アメリカ内科学会上級医）
- ・日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医
- ・厚労科研 都道府県へき地保健医療計画の検証並びに次期策定支援に関する研究 分担研究者
- ・新潟県教育委員会委員（平成29年10月～）
- ・新潟県医師会理事（令和2年6月～）
- ・一般社団法人全国地域医療教育協議会理事長（令和4年4月1日～）

座長：雨森 正記 アメノモリ マサキ

医療法人滋賀家庭医療学センター 弓削メディカルクリニック

【座長略歴】

1985年自治医科大学卒業
1987年公立湖北総合病院
1989年竜王町国民健康保険診療所長
1995年竜王町国民健康保険診療所弓削出張所所長
1999年医療法人社団弓削メディカルクリニック理事長
2023年医療法人滋賀家庭医療学センター理事長

S75-1

新潟大学医学部における地域医療実習の実践と課題

今西 明¹ イマニシ アキラ
井口 清太郎¹ イグチ セイタロウ
小川 洋平¹ オガワ ヨウヘイ
永井 明日香¹ ナガイ アスカ
布施 克也² フセ カツヤ

¹新潟大学大学院医歯学総合研究科 地域医療確保・地域医療課題解決支援講座 地域医療分野

²一般財団法人 魚沼市医療公社 魚沼市立小出病院

【はじめに】 本学医学部医学科4年次1月から5年次12月までの1年間に行われる臨床実習Ⅰの一環として、地域医療実習は位置づけられており、当教室が担当をしている。地域医療実習では、学生は魚沼地域の医療機関に泊まり込み、そこを拠点として、病院内にとどまらず診療所や薬局、介護・福祉施設といった医療だけでなく介護分野での実習も行う。学生の一人一人が異なるプログラムで実習しているが、在宅医療は必修化している。【実際の活動】 筆者も週に一度、診療所に勤務しており、訪問診療には学生や初期研修医に帯同してもらっている。全国でも有数の豪雪山間地帯では、冬季では患者の自宅に行くまでに苦勞する。学生たちは身をもってそれを経験することで、大学病院では当たり前のように行われている外来通院が実は大変だということを痛感する。また、猛暑日でもエアコンを付けずに生活している高齢者がいることを実際に確かめることができる。同居する家族の表情から患者と家族との関係性を感じ取ることができる。採血や血圧測定などの基本的な手技を指導するだけでなく、在宅医療で得られる情報やその必要性については、学生に直接教えるよりも、五感で感じてもらうこと、そしてそれを言語化してもらうことを重視している。【今後の課題】 在宅医療に関する実習では、住民の温かさに触れ、実習終了後の学生の感想は良いものが多い。その一方で1週間という短い実習期間の中では、各施設を経験する横糸のような実習は出来ても在宅医療の醍醐味を十分に伝えきれていない。1週間の地域医療実習で大学病院における診療との違いについて理解することは出来ても、患者の病態や社会的、精神的な背景まで理解することは難しい。今後は一人の患者の医療施設から介護・福祉施設に至るまでの経過を辿る縦糸のような実習を加えたい。この横糸と縦糸の実習を組み合わせることで、より在宅医療を理解し実践できるようになる。

【演者略歴】

2013年 近畿大学医学部卒業

2013年 新潟大学医歯学総合病院 初期研修医

2015年 JA新潟厚生連 上越総合病院 総合診療科 後期研修医

2018年 新潟大学医歯学総合病院 血液・内分泌・代謝内科 医員

2019年 新潟大学医歯学総合研究科 新潟地域医療学講座 地域医療部門 特任助教

2022年 新潟大学大学院医歯学総合研究科 地域医療確保・地域医療課題解決支援講座 地域医療分野に改称 現在に至る

利益相反：無

S75-2**都市部での在宅医療の卒前教育の取り組み**

安藤 崇之 アンドウ タカユキ
慶應義塾大学医学部総合診療教育センター

慶應義塾大学医学部では段階的に在宅医療を学ぶ機会を提供している。医学部3年生時のEarly Exposure Program II (EEP II) では、臨床医学を座学で学び始める時期に医療現場に暴露するカリキュラムである。EEP IIでは、地域包括ケアシステムや在宅医療の概略の講義の後に、地域の診療所や病院などで1日見学を行うプログラムとなっている。そこでの学びを学生同士で共有し、大学病院だけでなく在宅医療も含めた医療の全体像を知るためのカリキュラムとなっている。COVID19の流行により地域の診療所で実習を行うことが困難となったため、代替策としてVirtual Reality (VR) を用いた教材の開発を行った。360度カメラで訪問診療での模擬ケアカンファレンスの様子を撮影し、医療者視点のみならず患者家族視点で動画を視聴し、各職種の専門性や役割の理解に加え、訪問診療では患者さんの自宅での療養や生活を支える視点が重要であることを考察してもらう機会を設けている。地域での実習が再開された後も実習前にVR教材を視聴し、理解を深めてから実習に参加してもらう工夫をしている。また、5年生に必修で行われる総合診療科の臨床実習においては、大学病院内での医療連携部門で退院支援看護師や医療ソーシャルワーカーの業務を見学し、入院患者さんが退院時にどのように在宅医療が導入されているかを学ぶ機会を提供している。また、2日間の院外実習を取り入れ、再び在宅医療を経験する機会を設けている。同時に院外実習先の医療施設がある場所の地域診断を行い、都市部の多様な地域の特徴を捉え、その地域特有の医療や健康の課題を捉えることを課している。このような取り組みを通し、学生のうちに大学病院での高度急性期医療のみならず在宅医療という選択肢やそこに関わる多職種について学べるカリキュラムづくりに取り組んでいる。

【演者略歴】

2013年4月 亀田総合病院地域ジェネラリストプログラム初期研修医
2015年4月 安房地域医療センター 総合診療科 後期研修医
2017年4月 安房地域医療センター 総合診療科 チーフレジデント
2018年4月 安房地域医療センター 総合診療科 医長
2019年4月 慶應義塾大学医学部 総合診療教育センター 助教
2021年3月 慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 公衆衛生専攻 修士課程 卒業 現在に至る

【所属学会】

日本プライマリ・ケア連合学会、日本病院総合診療医学会、日本内科学会、日本医学教育学会

利益相反：無

S75-3

研修医や医学生に対する在宅医療専門診療所における在宅医療研修

渡辺 史子 ワタナベ フミコ

富山市まちなか診療所

富山市まちなか診療所は、訪問診療を専門とする医師3人が勤務する在宅診療所であり、公立在宅診療所が都市部にある点や、地域の開業医サポートとして開業医の先生が不在の際の往診代行を行っている点が特徴的な医療機関である。

2017年4月の診療所開設以来、6年間で受け入れた「在宅医療を担うための人材育成」実習生の延べ人数は93名で、内訳としては医学生27名、研修医43名、医師13名（うち家庭医療／総合診療専攻医9名）、ケアマネジャー4名、社会福祉士3名、社会福祉士学生3名であった。この他に、富山県看護協会から依頼された在宅医療体験実習について2017-2019年度の受け入れを実施し、総合病院の病棟勤務の看護師が1日かけて在宅医療を体験する実習を行っている。

本発表では、在宅医療専門診療所における在宅医療研修のうち、医学生や研修医に対する研修にフォーカスをあて、診療所がどのように学生・研修医を受け入れ、大学病院や他の病院と連携し対応しているかを概説する。研修における目標設定について、研修開始時には当院で設定している研修目標をオリエンテーション時に研修生と共有しており、なかでも地域医療における全人的な対応として、「家族や自宅の様子を観察し、家族関係について推論する家族志向型ケアの考え方を知る」「多職種や地域のリソース、ヘルパー・訪問薬剤師・訪問看護師など地域の多職種の仕事を知る」ことを意識した研修を行っている。学年やニーズの異なる医学生や研修医に対しても、それぞれのニーズに合わせる工夫を行っている。例えば在宅における感染症診療についての講義やエコー実習など本人のニーズに合わせた研修を行うこともある。研修においては毎日の振り返りを行い、毎週の目標設定を診療の合間にきめ細かに行っており、在宅医療研修の一つの例として報告する。

【演者略歴】

略歴

2007年 東海大学医学部卒業

2007年 横須賀市立うわまち病院 初期臨床研修

2010年 諏訪中央病院 家庭医療後期研修

2013年 富山大学附属病院 総合診療部 / 富山大学富山プライマリ・ケア講座

2017年 富山市まちなか診療所

所属

富山市まちなか診療所

利益相反：無

S75-4

研修医や医学生に対する診療所と小規模病院でのシームレスな研修

小林 和之¹ コバヤシ カズユキ

¹ 佐久総合病院 小海分院

² 南牧村出張診療所

³ 野辺山診療所

はじめに

佐久総合病院小海分院（以下分院）は人口約13000人の南佐久地域南部5ヵ町村で、夜間救急対応を行う唯一の入院対応医療機関である。南牧村出張診療所および野辺山診療所は、人口3000人弱の農村地域である南牧村の村立無床診療所で、外来・訪問診療・予防接種など住民のニーズに沿った医療提供を行っている。筆者は2018年10月から南牧村診療所長として勤務し在宅医療に従事してきた。2022年4月からは分院を兼務し入院診療にも携わっている。曜日ごとに診療所と病院を行き来することで、研修医や医学生に対して双方の場面で教育の機会が得られ、シームレスに効果的な学習が提供できているためここに報告する。

活動

筆者は診療所赴任以降、研修医や多職種のニーズを分析し、初期臨床研修で期待される診療所研修目標の作成を試みた。また、その目標に基づいた研修評価を行い、学習効果の向上に努めてきた。2022年4月からは分院で在宅から入院まで連続して指導することが可能となった。研修期間が十分にあれば、多職種の指導のもと他診療所や介護老人保健施設や介護老人福祉施設などでの研修も織り交ぜ、より広範囲の研修を企画している。2022年度には初期研修医16名と医学生25名以上の研修を受け入れた。診療所と病院での診療場面への参加に加えて、ID-Link®・オフィスリンク®・サイボウズ®などを利用した病診連携システムを体感することが可能である。さらに、スケジュールや目標設定の工夫によって、入院と在宅の移行支援についてシームレスに研修する機会を提供できている。

考察

研修医や医学生にとって診療所と小規模病院での研修は、地域医療の特性やそれに関わる概念、地域に密着した医療、多職種協働などを学ぶ格好の機会と考えられる。また病診連携の場面で、患者や家族の意向を踏まえ継続性を担保した診療の工夫を実際に体験し知ることは、今後の彼らの多様な進路において必ずや役立つであろう。

【演者略歴】

略歴

2014年 信州大学医学部卒業

2014年 佐久総合病院 初期臨床研修

2016年 佐久総合病院 総合診療科 後期研修

2018年 南牧村出張診療所および野辺山へき地診療所 所長

2022年 兼 佐久総合病院 小海分院 診療部長

所属

佐久総合病院 小海分院

南牧村出張診療所

野辺山診療所

利益相反：無

パネルディスカッション1

在宅障害者に対するリハビリテーション医療の役割

PD1

【セッション概要】

生活期におけるリハビリテーション医療で対象となる障害は、小児から高齢者まで、疾患としては脳血管、運動器、内部疾患、難病、がんなど多岐にわたるが、本人や家族が望む生活を維持・向上して行く事を支援する力になる。提供される内容は、医療保険や介護保険での機能訓練のみならず、補装具、環境整備、そして各種の制度利用、就労支援など多岐にわたるが、複雑でわかりにくい部分も少なくない。在宅障害者は増加している一方で生命予後は延伸びており、安心して在宅生活を継続していく上でもリハビリテーション医療の役割を理解して頂き、在宅医療において適切に活用して頂く機会となれば幸いです。

座長：水間 正澄 ミズマ マサズミ

医療法人社団輝生会

【座長略歴】

1977年 昭和大学医学部卒業

1997年 昭和大学医療短期大学教授理学療法学科教授

2008年 昭和大学医学部リハビリテーション医学講座主任教授

2016年 医療法人社団輝生会入職、昭和大学名誉教授

2018年 医療法人社団輝生会理事長

現在、日本生活期リハビリテーション医学会代表理事、日本リハビリテーション医学教育推進機構学術理事、日本リハビリテーション病院・施設協会理事、日本在宅医療連合学会特任理事

座長：川手 信行 カワテ ノブユキ

昭和大学医学部リハビリテーション医学講座

【座長略歴】

平成元年 3月 昭和大学医学部卒業

平成元年 5月 昭和大学病院研修（整形外科（理学診療科）・麻酔科・救命救急科・神経内科）

平成 3年 5月 昭和大学病院員外助手（神経内科・理学診療科・リハビリテーション医学診療科）

平成 5年 6月 昭和大学病院 助手（リハビリテーション医学診療科）

平成 6年10月 昭和大学病院リハビリテーション医学診療科医局長

平成 7年 9月 太田総合病院附属太田熱海病院リハビリテーション科部長

平成10年 7月 昭和大学医学部リハビリテーション医学専任講師

平成14年 4月 昭和大学保健医療学部理学療法学科・助教授

平成16年10月 昭和大学病院リハビリテーション医学診療科・准教授

平成22年 4月 昭和大学保健医療学部理学療法学科（リハビリテーション医学）准教授

平成24年 4月 同大学院保健医療学研究科運動障害リハビリテーション領域（兼務）

平成27年 4月 昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 准教授

昭和大学医学部大学院医学研究科（兼務）

平成28年 6月 昭和大学リハビリテーション科医学講座統括責任者

昭和大学藤が丘病院リハビリテーション病院リハビリテーション科診療科長（現在に至る）

平成30年 7月 昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 主任教授（現在に至る）

主な学会活動

日本リハビリテーション医学会 監事

生活期リハビリテーション医学会 副理事長

日本ボツリヌス治療学会 理事

日本義肢装具学会 評議員

NPO法人 イキイキ福祉ネットワーク 副理事長

PD1-1

「地域」で「在宅」で〜リハビリテーション科医の役割

大西 康史 オオニシ ヤスシ
新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院

私は新潟県魚沼医療圏で働くリハビリテーション科医である。

新潟県は人口あたりの医師数が全国でも少なく、魚沼医療圏は県内でも医師数の少ない二次医療圏であり、圏域のリハビリテーション科専門医は2名であり、実際の臨床現場で働いているのは当方一人である。

現在は圏域の救急医療や高度急性期医療を担うセンター病院である新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院に所属しているが、週の半分はアウトリーチとして、圏域内の三つの公立病院のリハビリテーション科の診療支援も担っている。

リハビリテーション科医とは何をしてくれる医師なのか、これまでの長い地域医療の歴史の中に存在しなかった医師の登場に、どの病院も最初は戸惑いを隠せない様子で、今もその途中と言える。

リハビリテーション科医の診察とは何か、何を評価しようとしていて、その結果からどのようなプランを導くのか、一人一人の診察を通して、カルテに丁寧に書き、主治医や病棟に伝えるよう努力している。

リハビリテーション科医は、診察を通して患者さんの生活、より広く言えば人生をとらえ、こうあってほしいという形を具体的にイメージし、あらゆる方策を提案しようという医師で、それは理念的でもあり、テクニカルでもある。それは集中的なりハビリテーションであり、補装具の作製や居住スペースの環境調整であり、また使用可能な公的制度の提案である。

本学会のテーマである在宅医療は、リハビリテーション科医にとって、その腕を振るうための魅力的なフィールドを提供している。

病院の現場でも在宅医療の現場でも、あらゆる場所においてリハビリテーション科医にアクセス可能となる未来を信じて、本企画の短時間の発表の中で私の考えていることをお伝えしたい。

【演者略歴】

【略歴】

1993年 金沢大学医学部 卒業
1993年 自治医科大学地域医療学教室 入職
2000年 医療法人新誠会 桜新町リハビリテーションクリニック 入職
2002年 医療法人輝生会 初台リハビリテーション病院 入職
2007年 医療法人輝生会 たいとう診療所 入職
2012年 南魚沼市立ゆきぐに大和病院 入職
2015年 南魚沼市民病院 入職
2022年 国際医療福祉大学大学院 公衆衛生学修士課程 卒業
2022年 新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 入職

【所属学会】

日本リハビリテーション医学会
日本生活期リハビリテーション医学会
日本プライマリ・ケア連合学会

利益相反：無

PD1-2

訪問クリニックの役割

神山 一行 カミヤマ カズユキ
港北ニュータウン診療所

当院は内科、緩和ケア科、リウマチ科、整形外科、リハビリテーション（以下リハ）科、眼科、皮膚科、形成外科、精神科などさまざまな診療科を専門とした医師が在宅診療を行っている。なかでもリハ診療に力を入れており、現在、リハ科医5名（うち専門医3名）が在籍している。

訪問クリニックにおける在宅障がい者に対するリハ医療として、筋力、麻痺、関節可動域などの身体機能、ADL（日常生活動作）の評価、生活環境の把握などを行い、それを元にゴールを設定しリハメニューを立てる。在宅障がい者のリハは、訪問リハ、訪問看護、デイケア・デイサービス、福祉用具貸与など介護保険サービスを利用したサービスを利用することがほとんどである。その取りまとめ役であるケアマネジャーとの連携もリハ医療のひとつといえる。

リハ科医による在宅診療の具体的な内容として、疼痛コントロール目的のブロック注射や関節腔内注射、痙縮に対するボツリヌス療法、嚥下障害へのアプローチ、義肢装具の処方、身体障害者診断書・意見書の作成などが挙げられる。地域の在宅医療機関と連携し、他院のかかりつけ患者に対してもリハ診療を行っている。

【演者略歴】

【略歴】

1999年 東海大学医学部卒業
1999年 昭和大学リハビリテーション科
2001年 東京共済病院整形外科
2002年 三宿病院神経内科
2003年 昭和大学横浜北部病院リハビリテーション科
2005年 医療法人社団容生会あすかクリニック
2007年 港北ニュータウン診療所 院長

【所属学会・資格】

リハビリテーション科専門医・指導医
日本リハビリテーション医学会臨床認定医
在宅医療認定専門医・指導医
身体障がい者福祉法第15条指定医
厚生労働省義肢装具等適合判定医

利益相反：無

PD1-3

介護保険制度でのリハビリテーション医療の役割

近藤 国嗣 コンドウ クニツグ
東京湾岸リハビリテーション病院

在宅患者への介護保険のリハビリテーション医療は、①通所リハビリテーション、②訪問リハビリテーションおよび、③介護老人保健施設の短期入所中のリハビリテーションがある。介護保険法第四条には、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。」と記されており、リハビリテーション前置主義とも言える。

また、患者の主体性も重要であり、通所・訪問リハビリテーションでは、患者・家族と医師を含む多職種が参加するリハビリテーション会議開等にて話し合い目標とする活動課題を明確にする必要がある。さらに、介護保険では医療保険のように一対一で長時間のリハビリテーションを実施することはできない。このため、リハビリテーション専門職だけでなく、患者・家族そして、医療、福祉従事者が互いに実施すべき訓練等を明確にして、環境調整も含めて長期的に協働するリハビリテーションマネジメントが必要となる。令和元年度、通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業では、通所リハビリテーション利用者のリハマネジメントⅡ（当時）以上の算定者はⅠ算定者と比較して利用開始6か月間で有意にIADL、LSAが改善することが示されている。さらに、令和3年度介護報酬改定から、医師がリハビリテーションマネジメントの一環として、診療と目標設定、計画を立て実施することが必須となった。介護保険のリハビリテーション医療では、長期的な治療設計図を建てて実施することが求められている。

【演者略歴】

【略歴】

1988年 東海大学医学部卒業
1988年 慶應義塾大学医学部リハビリテーション科入局 初期研修
1990年 東京都リハビリテーション病院 医員
1992年 慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター 医員
1994年 埼玉県総合リハビリテーションセンター 医員
1996年 慶應義塾大学医学部リハビリテーション科 医長
1998年 東京専売病院リハビリテーション科 部長
2000年 川崎市立川崎病院リハビリテーション科 医長
2007年～ 東京湾岸リハビリテーション病院 院長 現在に至る
1999年 博士（医学）学位取得
2001年～ 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 非常勤講師
2022年～ 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 客員教授

【所属学会】

日本リハビリテーション医学会、日本生活期リハビリテーション医学会、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会
日本臨床神経生理学会、日本抗加齢医学会、日本義肢装具学会、日本抗加齢医学会、リハビリテーション医療デジタルトランスフォーメーション研究会

利益相反：無

PD1-4

総合リハビリテーションセンターの役割

菊地 尚久 キクチ ナオヒサ

千葉県千葉リハビリテーションセンター リハビリテーション科

当センターは県立の総合リハビリテーションセンターであり、在宅障害者に様々なリハビリテーションを提供している。当センターの機能は成人向けの医療提供、小児向けの医療・福祉の提供、成人向けの障害者支援、義肢装具製作、アウトリーチ事業として、千葉県地域リハビリテーション支援センター、千葉県高次脳機能支援センター、千葉県医療的ケア児等支援センターがある。

成人向けの医療提供では、在宅障害者に対して排尿・排便管理、褥瘡などの合併症の発症予防・管理、中枢神経障害に対する痙縮治療としてボツリヌス毒素施注、髄腔内バクロフェン持続療法などを行っている。小児に対しては重症心身障害児・者に対する入院施設があり、小児期および成人以後の短期入所として在宅障害児・者の検査入院とレスパイト目的の入院、脳性麻痺児に対する整形外科的手術および術後リハビリテーション治療、生活リズムの構築とリハビリテーション治療目的の8週間の親子入院などを行っている。障害者支援施設では単身生活自立、公共交通機関利用、体力向上など社会生活自立を目指す自立訓練（機能訓練、生活訓練）、就労に向けた就労移行支援、就労後の就労定着支援を行っている。義肢装具製作施設を自施設に有しており、常勤の義肢装具士2名が対応して、毎日義肢装具の作製、修正を行うことができる。地域リハビリテーションに関しては広域支援センターを指導、サポートする立場として全県対応で研修会開催、介護予防事業の支援、連絡会議の開催等を行っている。高次脳機能障害に対しては当センター内での相談対応、継続フォロー、グループ訓練を行うほか、全県対応の研修会開催、講師派遣を行っている。医療的ケア児等支援センターでは、個別の相談対応の他、ケアスタッフ、保育士、教員、訪問看護師などを対象とした研修会の開催、地域コーディネーターの育成を行っている。

【演者略歴】

【略歴】

- 1990年 金沢大学医学部医学科卒業
- 1992年 カリフォルニア大学デービス校医学部リハビリテーション研究施設留学
- 1996年 金沢大学大学院修了，医学博士取得
- 1999年 横浜市立大学医学部附属病院リハビリテーション科 助手
- 2001年 横浜市立大学医学部附属病院リハビリテーション科 学内講師
- 2006年 横浜市立大学附属病院リハビリテーション科 准教授
- 2014年 横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科 部長
- 2017年 千葉県千葉リハビリテーションセンター 副センター長
- 2018年 千葉大学医学部臨床教授
- 2020年 千葉県千葉リハビリテーションセンター センター長 現在に至る

【所属学会】日本リハビリテーション医学会 日本生活期リハビリテーション医学会 日本整形外科学会

利益相反：無

パネルディスカッション2

医師アウトリーチ事例検討会～支援困難事例や拒否事例に対応するための臨床手法～

PD2

【セッション概要】

在宅医療実践者は日々の診療やケアの中で、様々な提案をしても拒否的な態度を示す患者に遭遇する。拒否の程度には、そもそも医療や介護の介入自体を明瞭に拒否する事例から、診療やケアには応じているが支援の提案には否定的、消極的な事例まで、様々なグラデーションが存在し、このような介入しづらい患者は「支援困難事例」と捉えられることが多い。

拒否事例に対して、在宅医療・介護連携推進事業や認知症初期集中支援チームなどの枠組みを活用する形で、医師が当事者のもとに足を運ぶ「医師アウトリーチ」に取り組む地域が徐々に増えている。対象者が「不安に感じている身体症状」や、「生活上の困りごと」が介入の糸口になり得るといった知見が認識されつつある。

このシンポジウムでは、医師アウトリーチに取り組む松戸市医師会が年2回開催している事例検討会の内容をもとに、セルフ・ネグレクト、複合的な課題を抱える世帯の2事例を取り上げる。より難易度が高い介入拒否事例について、1) アプローチ方法、2) 生活や生命における尊厳や安全の評価、3) 多職種・多機関との協働の方法などに焦点を当て検討することにより、在宅患者を支援する力量向上を目指したい。

座長：星野 大和 ホシノ ヤマト

松戸市医師会

【座長略歴】

2011年 東京医科歯科大学医学部卒業

2013年 あおぞら診療所新松戸

2018年 同院院長

2021年 ほしの在宅ケアクリニック開設

日本在宅医療連合学会 評議員 専門医・指導医

松戸市医師会 理事

座長：川越 正平 カワゴエ ショウヘイ

松戸市医師会

【座長略歴】

1991年東京医科歯科大学卒。虎の門病院での内科研修（5年間）修了後、同院血液内科医員。1999年医師3名のグループ診療の形態で千葉県松戸市に在宅医療を中心に取り組むあおぞら診療所を開設。

臨床実践と並行して、緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）、柏プロジェクト（東京大学）、在宅医療連携拠点事業（厚生労働省医政局）、地域包括ケア研究会（厚生労働省老健局）、適切なケアマネジメント手法（厚生労働省老健局）などの国等の事業や研究に関与してきた。

一方、松戸市医師会在宅ケア担当理事として、介護保険運営協議会や地域ケア会議の会長を2014年度以来担当するとともに、松戸市から松戸市医師会への事業委託に基づき2018年度に設置された松戸市在宅医療・介護連携支援センターの管理責任者を務めている。2022年度より松戸市から一部委託を受けて、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業に取り組んでいる。2022年に松戸市医師会会長に就任。松戸市糖尿病・CKD対策推進ネットワーク会議座長、松戸市障害者福祉計画推進協議会議長等も担当して、保険者と医師会の関係性強化や地域共生社会実現に向けて取り組んでいる。

その他に、日本医師会小児在宅ケア検討委員会委員、千葉県医師会地域包括ケア対策委員会委員長、日本在宅医療連合学会副代表理事、東京医科歯科大学臨床教授。

主な著書に、「医師アウトリーチから学ぶ地域包括ケア支援困難事例集」（2023、長寿社会開発センター）、「今日の治療指針（2018年版～、医学書院）」、「在宅医療バイブル第2版」（2018、日本医事新報）、「介護職のための医療とのつきあい方」（2016、メディカ出版）、「君はどんな医師になりたいのか」（2002、医学書院）、「初期プライマリケア研修」（1994、医学書院）など。

PD2-1

事例1 医療や介護サービス利用に拒否があり消費者被害も疑われた独居の認知症高齢者～社会生活面の課題にも目を向け、適切な地域資源につなぐには～（前半）

三浦 祐子 ミウラ ユウコ
住谷 智恵子 スミヤ チエコ
川越 正平 カワゴエ ショウヘイ
松戸市在宅医療・介護連携支援センター

相談者：地域包括支援センター

対象者の年齢/性別：90代/女性

世帯構成：独居

介護認定：未申請

<包括が事例を覚知するまでの経過>

アウトリーチの約半年前、通院中の歯科医療機関の予約日を間違える、早朝に受診して「閉まっている」と診療所に電話をかけることが度々あった。

アウトリーチの約1ヶ月前、健康食品のクーリングオフ手続きのため、消費生活センターに来所した。身なりは整っていたが、手続きをした際に字を間違える、煩雑な手続き内容を理解することができない等の様子がみられた。「同じ健康食品の瓶が自宅に沢山ある」「一人暮らしで親族もいない」と話していた。郵便局での着払い手続困難が予想され、消費生活センターの職員が包括に支援を依頼した。

<包括による支援経過>

アウトリーチの約3週間前、包括職員が自宅を訪問し、下記の生活状況を把握した。

- ・室内はほこりが目立ち、カビ臭がした。リビングの電球は切れ、室内は暗かった。台所には腐った野菜や果物が放置されていた。流しには生ごみが大量に積まれて腐敗し、コバエが飛んでいた。
- ・調理はしていないがご飯を炊くことはできており、お湯を沸かしてカップ麺を食べている様子があった。冷蔵庫内は賞味期限切れの食品で満杯であり、2年前の生卵が残っていた。
- ・ベランダに段ボールやゴミが大量に放置されており「ゴミをどう出せばよいか分からず困っていた」という発言があった。一方で「買物も自分でできるし、人に手伝ってもらわなくても大丈夫」と話した。
- ・高額な健康食品が10瓶以上あった。定期的に届いており口座引き落としでの支払いの可能性が考えられたが、本人に支払っているという認識は無かった。

【演者略歴】

介護福祉士・主任介護支援専門員

【略歴】

2013年 松戸市内居宅介護支援事業所 管理者
2018年 松戸市居宅介護支援事業所連絡協議会設立 副会長
ケアプラン佑 開業
松戸市在宅医療・介護連携支援センター 勤務
現在に至る

【所属学会】

日本認知症ケア学会

PD2-2

事例1 医療や介護サービス利用に拒否があり消費者被害も疑われた独居の認知症高齢者～社会生活面の課題にも目を向け、適切な地域資源につなぐには～（後半）

住谷 智恵子^{1,2} スミヤ チエコ
三浦 祐子² ミウラ ユウコ
川越 正平^{1,2} カワゴエ ショウヘイ

¹ あおぞら診療所

² 松戸市在宅医療・介護連携支援センター

<包括による支援経過（続き）>

アウトリーチの約2週間前、包括の保健師が自宅を訪問し、下記の健康状態を把握した。

- ・ 痩せていた。
- ・ 日時が分からず、数日前の出来事を覚えておらず、会話の中で取り繕う様子が見られた。
- ・ 収縮期血圧は200mmHgを越えていた。再度測定しようとするも「高いことはわかっている」と断った。
- ・ かかりつけ医療機関はなく、「60～70代で高血圧を指摘され降圧剤を処方されたが、めまいがしたから薬はやめた、通院もやめた」と話した。10日に1回の断食、「カップリング療法」を自身で行っていると話した。
- ・ 健康診断も受けておらず、「健康診断なんて、簡単な検査だけで何も分からないのよ」と話した。
- ・ 病院受診を提案したところ、「病気が見つかることが嫌」「薬に頼りたくない」と話した。「待ち時間が長いのも嫌」と本人が話したため、「自宅に医師が訪問するのはどうか?」と尋ねたところ、「足腰がまだ丈夫だから、それはもうちょっと先になってからよね」と応じた。
- ・ 歯科医療機関に通院状況を確認したところ、通院中断となっていることが判明した。

アウトリーチの約1週間前、包括内で事例検討が行われた。本人は認知症を発症する前から病院受診を嫌い、健康診断への疑念や独自の健康観もあり、健康診断という形での単発受診も難しい様子であった。しかし、本人にとっての生活の継続や安全の観点から、早急な介護サービス利用（調理や掃除、ゴミ分別、ゴミ出し等）や権利擁護が望ましいと考えられた。包括がアウトリーチを依頼した。

【ポイント】

医療中断、支援に拒否的な患者を適切な医療や介護、社会資源に繋ぐアプローチ方法の一例として、背景の心理や病理の理解、患者の“困り事”への着目が挙げられる。

相談機関が生活や生命の安全を踏まえた適切なスピード感を持って支援することが肝要である。在宅医療従事者による助言が必要である。

【演者略歴】

【略歴】

2012年、慶應義塾大学医学部卒業。内科全般および総合診療の研鑽を積み、血液内科勤務を経て血液専門医を取得。2020年4月より現職。

利益相反：無

PD2-3

事例2 8050世帯へのアウトリーチ事例を振り返ることで、複合的な課題を抱える世帯へのアプローチの仕方、多機関協働の在り方を考える(前半)

浮ヶ谷 綾子 ウキガヤ アヤコ
星野 大和 ホシノ ヤマト
川越 正平 カワゴエ ショウヘイ

一般社団法人松戸市医師会／松戸市在宅医療・介護連携支援センター

相談者：地域包括支援センター

対象者の年齢/性別：70代/女性

世帯構成：長男（40代）、次男（40代）との3人暮らし

介護保険利用：未申請

【本人および世帯の概要】

＜包括による支援経過＞

アウトリーチ2ヶ月前、本人が昼夜を問わず大声で叫んだり、自宅の柵を叩く騒音が連日続くようになり、怖い、夜が眠れないと近隣住民から包括へ相談が入った。包括が訪問すると「用はない!」「困っていることはありません」「大丈夫ですから帰って下さい」と言ったり、無視したりし、会話を拒否した。

近隣住民は警察にも相談した。警察が本人に注意しても、本人は注意その場では受け入れ数日間は静かに過ごしたが、やがて再び大声や騒音を出すようになった。

包括が再度訪問すると、本人は「前にも会ったね」と言い、会話を拒否せず、穏やかに時折笑顔を交えて包括の質問に返答した。本人は包括に対し大声について、「警察に注意されたことは覚えているが、性格だから治らない。いつも大きな声を出したくなるが、出さないように気を付けている」と話した。

長男は包括に対し、夫が亡くなる前は本人は夫に対し日常的に暴言を言っていたが、長男としては夫婦喧嘩と認識していたこと、夫が亡くなってからは窓の外に対して叫んだり自宅の柵を叩いたりするようになったこと、本人には精神科通院歴があったようだが受診中断していること（通院していた時期や期間、受診医療機関、診断名、薬剤処方の有無は不明）を話した。

大声を出したり柵を叩いたりすることは続いており、包括は本人に、大声を出したくなるのが疾患による症状かもしれないと受診を勧めたが「自分は病気じゃない」と拒否したため、在宅医療・介護連携支援センターにアウトリーチを依頼した。

【演者略歴】

1990年 国保松戸市立病院付属看護専門学校卒業

2018年 東京衛生学園専門学校卒業

2018年 松戸市明第1地域包括支援センター

2022年 松戸市在宅医療・介護連携支援センター 現在に至る

利益相反：無

PD2-4

事例2 8050世帯へのアウトリーチ事例を振り返ることで、複合的な課題を抱える世帯へのアプローチの仕方、多機関協働の在り方を考える（後半）

星野 大和^{1,2} ホシノ ヤマト
浮ヶ谷 綾子² ウキガヤ アヤコ
川越 正平² カワゴエ ショウヘイ

¹ほしの在宅ケアクリニック

²松戸市在宅医療・介護連携支援センター

<包括が把握した本人の情報>

左右の下肢長差により跛行があるが、シルバーカーを押して買い物に行ったり、散歩している。

調理や掃除は本人が行っている。洗濯機を買い替えたところ使い方がわからず、手洗いしている。

自宅は季節・昼夜を問わず窓や玄関が開放されたままで、家の床にはガムテープを貼りめぐらせた跡がある。窓や玄関を開放していることに対して本人は「田舎育ちだから、開けていないと息が詰まる」と話した。

<包括が把握した世帯の情報>

夫は3か月前に突然死で検死となった。検死や火葬に至る対応は本人が行った。

夫の遺族年金は2か月で25万円である。本人は生活費が足りなくなると長男に援助をしてもらっている。

【長男の状況】

長男は夜勤を伴う会社に勤めており、連絡がつきにくい。

長男は母親の行動や大声を発することについて「特に困っていない」と言い、近隣住民からの苦情に対する問題の認識は乏しい。また包括は、長男が問題解決に向けた自発的行動を起こすことは困難であり、支援する際には具体的に提案していくことが必要と考えた。

【次男の状況】

包括は次男に会えていないが、包括が長男に聞き取ったところによると、10年前からひきこもり状態であり、食事、トイレ、入浴以外は自室で過ごしている。

母親が次男の食事の準備をしている。

2か月ごとに生活費として10万円を母親が次男に渡している。

【ポイント】

診療を担当している患者の世帯において、課題を抱えており支援すべき家族がいた場合、アプローチする順番など介入する方策を考える。

課題を抱える家族の存在を覚知した医療従事者が、家族にも継続的に注意を払いつつ、背景に病理がある可能性を検討し、ある場合は大まかな診立てを行うことで、支援方針策定の糸口になりえる。

世帯全体を支援するために、障害や子ども分野における地域の相談支援機関を把握し、領域横断的につながる必要がある。

【演者略歴】

2011年 東京医科歯科大学医学部卒業

2013年 あおぞら診療所新松戸

2018年 同院院長

2021年 ほしの在宅ケアクリニック開設

日本在宅医療連合学会 評議員 専門医・指導医

松戸市医師会 理事

利益相反：無

／90541

PD2 指定発言

ひきこもり者支援について

中垣内 正和 ナカガイト マサカズ
ながおか心のクリニック

パネルディスカッション3

私たちのまちづくり

PD3

【セッション概要】

前回の第四回大会では「まちづくり」への在宅医療の関わり方を議論しました。ほんのさわりでしたが全国には様々な試みがあり、コミュニティデザイン、医療デザインという考え方・プロジェクトを知り、古き良き時代の人の繋がりを越える新しいまちづくりが始まっていることを学びました。今回も皆様関わっているまちづくり・皆様が思うまちづくりをぜひ教えてください。さらに学び、情報共有し、議論したいと思います。

座長：谷水 正人 タニミズ マサヒト

社会医療法人仁友会南松山病院

【座長略歴】

昭和57年03月岡山大学医学部卒業、同04月岡山大学医学部消化器肝臓内科学教室入局、岡山済生会総合病院、雲南市立病院、岡山大学病院勤務を経て、平成05年03月から国立病院四国がんセンター内科勤務、平成21年04月国立病院機構四国がんセンター統括診療部長、平成25年04月同副院長を経て平成29年04月から令和4年3月まで同院長、令和4年4月から同名誉院長。令和5年4月から社会医療法人仁友会南松山病院院長。令和5年6月現在日本在宅医療連合学会副代表、松山市医師会監事。

座長：鶴岡 優子 ツルオカ ユウコ

つるかめ診療所

【座長略歴】

1993年順天堂大学医学部卒。千葉県国保旭中央病院内科初期研修を終了後、1995年自治医科大学地域医療学教室。2001年米国ケース・ウエスタンリザーブ大留学後、2004年自治医科大学附属病院総合診療部在宅医長を経て、2007年よりつるかめ診療所副所長、2015年より現職。

資格・公職など

認定総合内科専門医、栃木県小山地区医師会理事、日本在宅医療連合学会理事、順天堂大学非常勤講師、獨協医科大学臨床教授、厚生労働省がん対策推進協議会委員、医学博士

著作・活動など

週刊医学界新聞「在宅医療モノ語り」連載（2010年～2015年）

映画「ピア～まちをつなぐもの」医療指導

映画「いのちの停車場」在宅医療監修・指導

つるカフェ代表、往診靴研究家、女優見習い

PD3-1

地域に合う移動の仕組みづくりと健康まちづくり

長野 博一 ナガノ ヒロカズ
公立大学法人 高崎経済大学 地域政策学部 地域政策学科

我が国では高齢化の進展が深刻な問題となっているが、内閣府調査によれば（H30）多くの高齢者は自宅に住み続けたい意向を持っており、自宅のある地域での生活をいかに支援できるかが求められている。欧州各国では、早くから Ageing in Place（地域居住、AIPと表記）の理念をベースに、安易に施設入所することを回避し、自宅で最後まで過ごす方向性を見出している。我が国でも、高齢者の生活を支援するために、行政では地域包括ケアシステムを整備し、その推進にあたっている。住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるためには、健康で生き生きとした暮らしが実現できることが不可欠であり、居心地が良い地域や居場所であること、外出できる環境にあること、必要な支援を受け、自立した生活を営みつつづけることができる、などの要素を整えることが諸条件となる。しかしながら、住み慣れた地域で暮らし続ける上での課題も多数あり、たとえば、地形的な要因による自力での外出が困難な状況や、公共交通等の未整備によるお出かけの阻害、これらに起因する閉じこもりなど、諸問題への対応が急務と言える。加えて、AIPに資する取り組みとして、居心地の良い地域づくり、つまりサードプレイスとなる居場所づくりや社会的なつながりを持つ地域づくりを進めることが必要である。そのうえで、健康でアクティブに暮らすためにも、閉じこもり防止のためのお出かけ支援策（買い物や通院などの送迎）を講じる事、さらにはその支援策等を適正に利用していただくためのサポート（わかりやすい説明や周知方法など）の双方を整えることが極めて重要である。

本報告では、横浜仏向地区社会福祉協議会が行なう事業「仏向ふれあいワゴン」の活動を取り上げ、利用者である高齢者の居場所づくり、お出かけ支援として主に買い物送迎時の実態を把握について、地域に合う移動の仕組みづくりと健康まちづくりの論点を整理する。

【演者略歴】

【略歴】

2001年3月 日本大学理工学部交通土木工学科・卒業
2003年3月 日本大学大学院理工学研究科社会交通工学専攻博士前期課程・修了
2003年4月 民間企業、行政機関など（～2005年3月）
2005年4月 東京特別区I類（技術職）（～2019年3月）
2011年3月 日本大学大学院理工学研究科博士後期課程・修了 博士（工学）
2015年4月 東京家政学院大学現代生活学部 非常勤講師（～2023年3月）
2016年4月 東洋大学ライフデザイン学部 非常勤講師（～2018年9月）
2019年4月 岡山大学大学院自然科学研究科 客員研究員・非常勤講師（～2020年3月）
2019年4月 福島大学人文社会学群経済経営学類 特任准教授（～2022年3月）
2021年6月 株式会社パスコ 技術顧問（現職）
2022年4月 高崎経済大学地域政策学部 准教授（現職）
2023年4月 高崎経済大学大学院地域政策研究科 准教授（兼任）現在に至る

【所属学協会】

日本都市計画学会、日本福祉のまちづくり学会、日本地域政策学会、日本建築学会、土木学会、日本都市計画家協会、日本道路協会、社会調査協会

利益相反：無

PD3-2

佐渡島で展開する多世代共創のまちづくり

豊田 光世 トヨタ ミツヨ
新潟大学 佐渡自然共生科学センター

まちづくりが一過性のイベントではなく持続的な取り組みとなるかどうかは、地域住民が外部のリソース（人材やアイデア）とつながりながらエンパワメントされる過程を実装できるかによる。コミュニティデザインの要でもある「つながりのデザイン」には、つながりの先に生まれるであろう変化を予見しつつ、予見しきれない創発性をアフォードする場を形成することが重要であり、創発が生まれる余白があるからこそエンパワメントにつながると考える。こうした考え方にもとづき、発表者は新潟県佐渡市において、自然共生、農村振興、防災、福祉、次世代育成などのプロジェクトを地域住民と共に立ち上げ、伴走支援を行ってきた。本発表では、佐渡市で展開する多世代共創のまちづくりの事例として、新穂潟上地区で展開する「子ども未来舎〜りぜむ」の取り組みを紹介しながら、プロジェクトが展開した経緯を辿りつつ、「つながり」がどのように生成しているのか、また活動の発展が地域住民のエンパワメントにいかにつながっているかを考察する。

【演者略歴】

2002年 ノーステキサス大学哲学部修士課程 卒業
2006年 ハワイ大学哲学部修士課程 卒業
2009年 東京工業大学大学院社会理工学研究科価値システム専攻 卒業
2010年 兵庫県立大学環境人間学部 講師
2014年 東京工業大学グローバルリーダー教育院 特任准教授
2015年 新潟大学 准教授 現在に至る

利益相反：無

PD3-3

食の支援からの京のまちづくり

荒金 英樹^{1,2} アラガネ ヒデキ¹ 愛生会山科病院 外科² 京介食推進協議会 会長

高齢者の摂食嚥下障害の問題は急性期治療を担う病院での支援には限界があり、地域の様々な医療・介護機関との連携システムの構築が重要である。京都では2009年より地域での「栄養」をサポートする様々な医療介護の連携システムの整備に取り組んできた。しかし、「栄養」を「食」に置き換えたとき、医療介護だけで「食」を支えることにも限界があり、「食」の文化的な面を支えるため京都の伝統産業も加わったユニークな異業種連携をすすめている。この活動は高齢者、障がい者に特化した食の支援だけではなく、健常者も含めた多くの人々に喜んでいただける地域の食文化の創生、食のバリアフリーを理念としている。しかし、医療と一般の産業との連携には多くの課題があることも露呈、それを解決する目的で「京介食」という独自ブランドとその管理団体として「京介食推進協議会」を設立した。このブランドには広報と販売促進といった産業側の狙いと、多くの方が参加する食支援の地域づくりの構想と食べられなくなることを考えていただく機会にさせていただきたいという医療側の思いを込めた。この活動に京都府行政の支援も加わり、食を基軸とした新たな医療と産業の連携、幅の広い町づくりへと手探りの中すすめている。パネルディスカッションではその現状と展望を紹介する

【演者略歴】

1992年 京都府立医科大学卒業
1992年 京都府立医科大学 第一外科
1993年 済生会京都府病院 外科
1996年 京都府立医科大学 消化器外科
2000年 一般社団法人愛生会山科病院 外科医長
2004年 一般社団法人愛生会山科病院 消化器外科部長
2010年 京滋摂食嚥下を考える会 代表世話人
2019年 京介食推進協議会会長

利益相反：無

PD3-4

「折れない心を育てるいのちの授業」でコンパッション・コミュニティをめざしたまちづくり

久保田 千代美^{1,2} クボタ チヨミ
千田 恵子² チダ ケイコ
小澤 竹俊^{2,3} オザワ タケトシ
濱田 努^{2,4} ハマダ ツトム

¹Chiyomi Kubota Care 研究所

²エンドオブライフ・ケア協会

³めぐみ在宅クリニック

⁴きいれ浜田クリニック

【はじめに】ホスピスの現場で培われたマインドを伝える「折れない心を育てるいのちの授業」は、年齢、職種や暮らしの場に関わらず、「苦しんでいる人はわかってくれる人がいると嬉しい」を基本とした全ての人に通じるユニバーサルホスピスマインドである。2019年から講師トレーニングを行い、2023年1月現在167名の講師が認定された。講師は、医療介護従事者が多いなか、最年少は中学3年生である。2022年には、認定講師による学び合う会をオンラインで毎月開催している。

【活動】共通のスライドとワークシート、動画を使って45分×2コマで行う。内容は、①苦しみから支えに気づく、支えには支えとなる関係、選ぶことができる自由、将来の夢がある。②苦しむ人を前にできることは、聴くこと（反復）。③自分を認め大切にする。小中高校への子どもたちへの授業は、無償ボランティアで行っている。

【考察】「折れない心を育てるいのちの授業」は、子どもだけでなく地域・学校と共に考えることが出来る内容であり、医療介護に携わる講師が学校現場に出向くことで、人生の最終段階を考えずにはいられない。子育て中の認定講師は、家庭の中で子どもの話をよく聴くようになり、対話が増えたと感じている。この変化が地域の中でおこれば、アドバンス・ケア・プランニングそのものである。子どもたちは、これから出会う困難や苦しみと向き合うことだけではなく、苦しむ人に気づき、関わるができるユニバーサルホスピスマインドを持ったコミュニティをつくる。お互いにケアしあい、認めあうコンパッション・コミュニティは、たとえ、災害や社会情勢、予期せぬ病や死、喪失といった苦しみがあっても穏やかに暮らせるコミュニティである。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

パネルディスカッション4 呼吸ケアワーキンググループ企画

気管切開を拒否する急速進行性 ALS にどう伴走したか？—NPPV 呼吸ケアで生き抜く！?—

PD4

【セッション概要】

「気道確保困難で、NPPVの限界で、気管切開が必要です。襲われる恐怖は気管切開したら全て解決します。」と話すか、
「気管切開はしません。限界と言う言葉は聴きたくない。」と。

NPPV中の気道確保のため、最新モードAuto-EPAPを設定し、下顎を挙上固定できるようチンストラップを何本も変更し作成。徒手排痰とカフアシスト、マスクを外し吸引時には、手で下顎挙上するのを、ヘルパーも担った。

スピリチュアルペインと排痰困難による呼吸困難で、夜間のみセデーションを行う。肺炎が制御できず、永眠。チーム一人一人の経験による知恵や技術を最大限に駆使した。その中の一つでも欠ければ、伴走し得なかった。皆様と共有したい。

座長：中山 優季 ナカヤマ ユキ

東京都医学総合研究所難病ケア看護ユニット

【座長略歴】

【略歴】

1996年 東京女子医科大学看護短期大学看護学科 卒業
1998年 東京医科歯科大学医学部保健衛生学科 看護学専攻 卒業
1998年～2002年 東京女子医科大学病院 勤務
2004年 東京都立保健科学大学大学院保健科学研究科 看護学専攻 修了
2007年 東京都立保健科学大学大学院保健科学研究科 修了
2007年～ 財) 東京都医学研究機構東京都神経科学総合研究所
2015年～ 公財) 東京都医学総合研究所 運動・感覚システム研究分野
難病ケア看護プロジェクト (プロジェクトリーダー・副参事研究員)
2020年 公財) 東京都医学総合研究所 社会健康医学研究センター
難病ケア看護ユニット (ユニットリーダー・副参事研究員) 現在に至る

【所属学会】

日本難病看護学会、日本難病医療ネットワーク学会 他

座長：武知 由佳子 タケチ ユカコ

医療法人社団愛友会いきいきクリニック

【座長略歴】

ガールスカウト長野17団員 (小諸市出身) 日本同盟基督教団招待キリスト教会聖歌隊指揮者
日本呼吸器学会 COVID-19 Expert opinion 委員メンバー

【学歴、職歴】

1993年3月 新潟大卒 1993年4月昭和と大田病院緩和ケアチーム 1994年4月 大田病院初期研修 1996年9月 同院呼吸器科勤務
2005年6月 国立病院機構八雲病院小児科勤務 2006年1月 大田病院呼吸器科勤務 2007年5月 川崎協同病院呼吸器科勤務
2007年9月 いきいきクリニック開設

【受賞】 2020年 神奈川県医学学術功労賞受賞

【教育活動】

日本呼吸ケアカンファレンス講師 福井大学非常勤講師 愛知医科大学非常勤講師他
川崎呼吸ケア・リハビリテーション研究会を主催し、15年間、地域の呼吸ケア・リハビリの啓発を行っている。

【執筆】

- 1、在宅医療のすべて (スーパー総合医) 中山書店 6章 在宅医療に必要な手技 在宅人工呼吸療法 2014
- 2、在宅医療テキスト第3版 在宅人工呼吸療法 勇美医療財団 3章3、在宅人工呼吸療法 (HMV) 2015.11→ E-learning
- 3、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア 南山堂 4-B在宅酸素療法 8-B在宅中心モデル 2016
- 4、在宅医療バイブル第2版 日本医事新報 IV在宅医療各論・制度 ④在宅人工呼吸療法 2018.5/15
- 5、NPPVまるごと事典 4章2 在宅用機種 (ViVO50) のグラフィックモニタリング 4 設定調整のアセスメント、同調不良への対応 Respica 2019.8/5
- 6、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア指針2021 メディカルレビュー社 4章-3. 在宅における緩和ケア 2021.4/20
- 7、今日の治療指針2024 医学書院 非侵襲的陽圧換気療法 掲載予定
- 8、私の治療2023-2024 日本医事新報 在宅酸素療法・非侵襲的陽圧換気療法 掲載予定 他

PD4-1

気管切開を拒否する急速進行性 ALS にどう伴走したかーNPPV 呼吸ケアで生き抜くー

武知 由佳子 タケチ ユカコ
 遠藤 直子 エンドウ ナオコ
 医療法人社団愛友会いきいきクリニック

48歳男性、2022年1月 ALS と診断。5月胃瘻と CV ポート造設入院前日に初回往診。呼吸困難感があり、消化器科への入院なので、夜間再度訪問してNPPVを導入した。REM 期に閉塞性無呼吸があり、TgV（換気量保証）+ Auto-EPAP モード、排痰補助装置（以下MI-E）を設定。

訪問リハでは最大強制吸気位を保つ呼吸リハ、MI-E の設定変更、排痰介助など、Ns と同様、病状を私に連絡し、ケアの変更などを行い、重度訪問介護にケアの指導をし、またNs は、家族の状況、チームがうまく機能しているか？をみながら、ケア内容の調整を行った。また24時間NPPV 管理中も、ヘルパーが付き添い、お墓の見学、プロ野球観戦へ外出。2回とも帰宅後痰が詰まり、誤嚥性肺炎を発症。

病態進行で気道確保困難となり、気管切開を勧めたが拒否。NS が作成したチンストラップで気道確保しないと換気ができず、MI-E でも吞気がおこり、胃瘻を開放しながらNPPV 装着。手で下顎挙上し、命に関わる気道確保まで頼まれ、緊張感からヘルパーが退職。

吞気によるガス貯留で催す便意で便器に座りたいと希望し、便器に移動、座位にしたため、誤嚥性肺炎を発症。MI-E も使えず、抗生剤のみでは改善せず、痰が動くとも換気血流不均等からチアノーゼになるので、体位変換もせず。時に痰でSpO₂70% 台となる呼吸困難感とSpiritual pain にモルヒネ、ミダゾラムやジアゼパムを用い、夜間の睡眠時間は確保でき、昼間はWBC の応援を楽しみながら、2023年3/15「もう自分は大めだと思う。」と、午後14時過ぎ血圧低下、呼吸停止、永眠された。

NPPV の限界を遙かに超えた状態まで、伴走し尽くした在宅チームが、時には迷走しつつも、どう伴走したのかを分かち合いたい。皆様が悩みながら行っている ALS ケア、少しでもお役に立てれば幸甚である。

【演者略歴】

【略歴】1993年3月 新潟大学医学部卒 1993年4月昭和大大麻酔科緩和ケアチーム 1994年4月 大田病院初期研修 1996年9月 同院呼吸器科勤務 2005年6月 国立八雲病院小児科勤務 2006年1月 大田病院呼吸器科勤務 2007年5月 川崎協同病院呼吸器科勤務 2007年9月 いきいきクリニック開設

【所属学会】日本呼吸ケア・リハ学会 日本呼吸器学会会員 日本呼吸療法医学会会員 他6学会

【執筆】

- 1、在宅医療のすべて 6章在宅人工呼吸療法 2014
 - 2、在宅医療テキスト 第3版 3章3、在宅人工呼吸療法（HMV）2015.11
 - 3、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア 4-B在宅酸素療法 8-B在宅中心モデル 2016
 - 4、在宅医療バイブル第2版 IV④在宅人工呼吸療法 2018.5/15
 - 5、NPPV まるごと事典 4章2 在宅用機種グラフィックモニタリング 4 Respica 2019.8/5
 - 6、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア指針2021 4章-3 在宅における緩和ケア 2021.4/20
- 日本同盟基督教団招待キリスト教会聖歌隊指揮者 ガールスカウト長野17団員

利益相反：無

PD4-2

作業療法士としてどう伴走したか？

小泉 善久 コイズミ ヨシヒサ
サポートライフ・結

【はじめに】

訪問看護ステーションに所属する作業療法士として、急速に進行するALS患者を担当する機会を得た。在宅にて日々病態が変化の中で、患者家族・医師・看護師・介護士・ケアマネージャー・福祉用具業者・リハビリテーションセンターと共にチームで呼吸ケア、咽頭閉塞への対応、意思決定支援を行い伴走した経過と介入内容を報告する。

【症例】

40歳代男性。2022年3月にケアマネージャーの紹介でOT訪問開始。上肢の筋力低下から始まり、呼吸器症状もすぐに出現。呼吸器内科医の訪問診療を紹介して連携を開始した。5月より看護師の訪問を開始している。5月の入院の際にロボットスーツHALのリハビリ希望であったが、歩行困難になっておりHALの使用は中止している。5月16日に胃瘻造設術を行った。退院後からは夜間の低換気への対応、外出支援、楽しみの機会づくり、肺炎との闘い、咽頭閉塞の対応、意思決定支援と課題が次々に出てきた症例であった。

【考察】

近年のコミュニケーション支援で作業療法士のALS患者への支援場面は広がってきている。しかし、そこに至る為には呼吸運動麻痺を越えた支援にOTも参加する必要がある。患者様にとって長期在宅療養は他人の多くの介助を受け精神的な負担も増える。精神面の支援も考慮した支援を作業療法士が多職種と連携して担えないか考えている。

【演者略歴】

【略歴】

2012年 東京福祉専門学校 卒業
2012年 川崎協同病院 入職
2020年 サポートライフ・結（訪問看護ステーション） 現在に至る
日本ALS協会神奈川支部 事務局次長
日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士
神奈川県作業療法士会 エリア化推進委員

【所属学会】

日本在宅医療連合学会
日本呼吸ケアリハビリテーション学会
日本摂食嚥下リハビリテーション学会
日本作業療法士協会

利益相反：無

PD4-3

気管切開を拒否する急速進行性ALSに訪問看護師としてどう支えたか？

原田 曜子 ハラダ ヨウコ
サポートライフ・結

【はじめに】

訪問看護ステーションに所属する看護師として、急速に病状が進行するALS患者を担当した。

在宅にて日々病態が変化する中で、患者家族・医師・作業療法士・介護士・ケアマネジャー・福祉用具業者などと共にチームで呼吸ケア、咽頭閉塞の対応、意思決定支援を行い伴奏した経過と介入内容を報告する。

【症例】

40代男性。

2022年4月より当事業所の作業療法士が訪問開始。

2022年5月より訪問看護を開始した。介入前のサービス担当者会議では立位が可能であったが、訪問看護介入時には立位も困難になっていた。嚥下障害があり、内服投与ルートの確保のため5月16日に胃瘻造設の為に入院。

ラジカット点滴治療への期待があり、退院後にスムーズに治療できるよう胃瘻造設の入院のタイミングでCVポートも造設し、ラジカットの初回投与を行ってから5月27日に退院した。

退院して間もなく、NPPVをしないで過ごせる時間がほぼなくなり経口摂取もしなくなった。排便コントロールや保清、精神的支援を中心に関わってきたが、咽頭閉塞の対しての工夫や、肺炎罹患時の呼吸苦に対する対応（夜間、緊急訪問を含む）、終末期の鎮静に対する本人家族の不安などに対し、往診医やケアマネジャーとも連携を図りながら支援に努めた。

【考察】

気管切開をしないという本人の意思は尊重できたが、呼吸苦や不安の増強、鎮静剤の効果が十分得られない状況もあった。肺炎を繰り返しており、体動による痰での窒息など家族も、関わる介護士も不安が強かった。

本人、家族へのケアに精一杯で、介護士への負担、不安への支援が不十分だったと考える。

気管切開をしないという選択により関わる側の、ケアの難しさを痛感した。

課題も多く残っているが、本人の意思を貫くことができたのではないかと考える。

【演者略歴】

2021年 株式会社 サポートライフ・結 入職

利益相反：無

PD4-4

重度訪問介護ヘルパーとして気管切開を拒む急速進行性ALS患者をどう支えたか

山田 祐生 ヤマダ ユウキ

ユースタイルラボラトリー株式会社 土屋訪問介護事業所よこはま

私が重度訪問介護ヘルパーとして、気管切開を拒否する急速進行性ALSのご利用者をどう支えたかを紹介していく。
当初2022年6月末、ご利用者のご家族の介護負担軽減と睡眠時間確保の為、サポートライフ結の小泉氏より夜間帯
22:00～翌朝7:00のご依頼を受けた。

その後日中の支援も始まった。

・東京ドームにて野球観戦

2022年10月、ご本人の希望で野球観戦の外出支援を行う事になった。ご家族が後部座席に車椅子が乗るタイプのミニバン型のレンタカーを借りた。本人が野球観戦しながら「ウンウン」と頷いているのを見た時や帰りの車内で文字盤で感謝を言われた時に重度訪問介護ヘルパーとしての幸せを感じた。

・介護の難易度が上がり、ヘルパーの負担が増していく

この方の場合、サービス提供を始めてから数ヶ月で自発呼吸がなくなったので、NPPV呼吸器のマスク脱着や交換をヘルパーが頻回に行う必要が出てきた。

また、その後も病状はますます進行し、度重なる肺炎や喉の筋力低下による呼吸困難で、遂にはヘルパーが気道確保までしなければならなくなった。普段は頭頂部から下顎を支えるようにストラップを巻き気道確保していたが、歯磨き・髭剃り・顔拭きを行う時は人の手で気道確保が必要になるのでご家族に手伝って頂きながらケアをした。

「気道の確保」は完全にヘルパーの領域を超えているが、当時他に選択肢が無かった。

さいごに

利用者本人の希望を叶える事がヘルパーにとってやりがいや喜びになるのは先に述べた通りだが、希望や要望ばかりを聞いているとヘルパーの負担は増す一方である。

大切なのは、折り合いをつけるのが難しい内容が出てきた時に、利用者やご家族と相談しお互いにとってベストな落とし所を見つけられる関係性なのだと思う。それによって現場ヘルパーがやりがいや喜びを感じながら働けたなら、きっと利用者本人も幸せだからだ。

【演者略歴】

2021年 土屋訪問介護事業所よこはま 現場スタッフ

2022年 土屋訪問介護事業所よこはま コーディネーター

2023年 土屋訪問介護事業所よこはま サービスマネージャー

利益相反：無

パネルディスカッション5

在宅で診る腎不全 ～腹膜透析の実践～

PD5

【セッション概要】

腎不全になっても慣れた在宅で生活を継続するためには、腹膜透析は特に高齢者にとって大変有効であるにも関わらず、あまり活用されていない。通院困難な腎不全患者やその支援者に対する腹膜透析の選択肢を提供、腹膜透析導入が可能な医療施設との連携、その後の腹膜透析を含めた在宅診療維持や緊急時対応などが課題となる。これら課題の克服には各地域の医療事情などが関係し、手探りで進めているのが実情であると思われる。日本の腹膜透析の医療事情、地域での腹膜透析診療開始の例、ハイボリュームセンターでの腹膜透析導入の実際などをご紹介して、地域での腹膜透析の活用についてディスカッションする。

「腹膜透析のすすめ」、「在宅で診る腎不全～腹膜透析」もぜひご聴講ください。

座長：正木 浩哉 マサキ ヒロヤ

医療法人 正木医院

【座長略歴】

昭和61年 5月 関西医科大学内科研修医
昭和63年 5月 京都市立病院内科医員
平成 4年 8月 国保古座川病院内科医長
平成 6年 4月 米国シシナイ大学薬理・細胞物理学教室 Research assistant
平成 9年 1月 留学より帰国、関西医科大学臨床検査医学講座 助手
平成12年 5月 関西医科大学臨床検査医学講座 講師
平成13年 4月 関西医科大学 再生医学難病治療センター講師併任
平成17年11月 関西医科大学臨床検査医学講座 准教授
平成18年 1月 関西医科大学附属滝井病院臨床検査部部长
平成19年 4月 同病院 臨床検査部 病院教授
同病院 腎臓内科科長
平成22年 4月 同医療安全管理部部长兼任
平成25年 4月 同透析センター副センター長兼任
平成28年 4月 同透析センターセンター長
平成28年 8月 医療法人 正木医院 副院長、 関西医科大学第二内科非常勤講師
現在に至る

座長：宮崎 正信 ミヤザキ マサノブ

宮崎内科医院

【座長略歴】

1983年3月 長崎大学医学部卒業
1983年 国立病院医療センター内科研修医
1987年 東海大学病院内科7臨床大学院
1991年 モナッシュ大学（メルボルン）腎臓病教室研究員
1999年 長崎大学第二内科助手
2001年 同 講師
2004年 同 助教授
2006年4月～現在宮崎内科医院 院長

PD5-1

腎代替療法における腹膜透析の役割

山本 卓 ヤマモト スグル
新潟大学医歯学総合病院 血液浄化療法部

慢性腎臓病は高齢者に高頻度に発症し、進展する。老年症候群として腎機能が緩徐に悪くなることに加え、糖尿病、高血圧症などの生活習慣病、多臓器疾患との連関、そしてIgA腎症をはじめとする腎疾患などにより慢性腎臓病が進展し、一部で末期腎不全となる。末期腎不全では生命予後はもちろん、患者QOLを重視した治療選択が望まれる。Shared decision makingにより腎代替療法、あるいは保存的腎臓療法の選択が行われる。

腹膜透析は腎代替療法の一つであり、在宅治療に適した治療方法である。患者の全身状態や家族の支援状況などを考慮して、連続携行式もしくは自動腹膜透析を選択する。腹膜透析は、自宅でできる治療であり、血液透析と比較して患者・家族の通院負担が大きくなり、QOLが優れているという報告がある。また循環動態が安定しない症例では腹膜透析の選択が有効であることも多く経験する。しかし、日本での腹膜透析の普及は他国と比べて少ない。一つの原因として在宅治療の利点に関する認識が不十分な可能性があり、医療施設、患者・家族に啓発する必要がある。また自己管理ができない、家族の協力が得られないと腹膜透析の継続が困難となる事例もあり、在宅医療のサポート体制が充実することが、腹膜透析普及の重要な要素であると考えられる。

【演者略歴】

1998年 新潟大学医学部医学科卒業
2000年 新潟大学第二内科（医員）
2001年 福井医科大学第二病理学教室（大学院生）
2004年 新潟大学大学院医歯学総合研究科 内部環境医学講座 卒業
2008年-2011年 バンダービルト大学小児科（研究員）
2015年 新潟大学医歯学総合病院 腎・膠原病内科（助教）
2016年 新潟大学医歯学総合病院 血液浄化療法部（准教授）
2022年 新潟大学医歯学総合病院 血液浄化療法部（病院教授）

利益相反：無

PD5-2

新潟県新発田地域における腹膜透析治療の実状と、地域医療機関との連携

酒巻 裕一^{1,2} サカマキ ユウイチ
 小川 麻¹ オガワ アサ
 本間 則行¹ ホンマ ノリュキ

¹新潟県立新発田病院 腎臓内科

²新潟大学医歯学総合病院魚沼地域医療教育センター 腎・膠原病内科

新潟県の総人口は約217万人で、北東から南西まで細長い県域をもち、離島や山間部では特に高齢化が進んでいる。当新発田病院は、新潟県北地域（下越地方）の約20万人を主な対象とする三次救急病院である。その中で我々は、腎不全・透析療法の選択、導入、トラブルシューティングの多くを担ってきた。PD患者は、医療機関への受診間隔が血液透析より長く、当地域でも定期受診が困難な高齢者などにはPDが血液透析より有利である。

当院における腹膜透析（PD）の開始は、2001年以前にさかのぼる。2009年以降、PD年間10人以上の導入まで増加した。PDを希望する患者も少なくなかったが、近隣の血液透析病床数の限界からPDへの誘導というやむを得ない背景もあった。現在、新規導入患者数は一時期より落ち着きつつあるが、透析治療の選択を情報提供する、腎代替療法選択外来が充実しており、今後、PD患者数の増加が期待される。

患者の増加、高齢化に伴い家族の介助に加え、訪問看護などの介護保険のサポートを要する例も増加する。一方で、訪問看護の事業者・従事者の方にはこれまでPDとの関りが少ない方も少なくない。当院では2017年からコロナ禍前まで年2回、「PDてらこ屋塾」と銘打ち、腹膜透析の勉強会を行ってきた。訪問看護側と、医療技術のスキルアップとともに、顔の見える関係性の構築の一助となった。

また高齢化に伴い、透析患者の終末期を再考すべきである。血液透析患者が通院困難となったら、ほぼ入院が必須で入院病床でお看取りとなる。一方、PDで終末期を迎えるPDラストの患者では家族の希望に応じて、在宅で最期までPD、看護を継続しお看取りも行える。当院では患者サポートセンターを通して、療養型病院への転院や、往診医への依頼・ケースカンファレンスも行ってきた。

当日は上述の内容を含め、当地域におけるPD医療を紹介する。

【演者略歴】

【略歴】

平成15年3月 新潟大学医学部医学科 卒業
 平成22年9月 新潟大学大学院医歯学総合研究科博士課程 卒業
 平成15年5月 新潟大学医学部附属病院 第二内科 研修
 平成16年5月 新潟県立吉田病院 内科研修医
 平成17年7月 新潟厚生連糸魚川総合病院 内科
 平成18年1月 日本赤十字社 長岡赤十字病院 内科
 平成20年7月 新潟大学医歯学総合病院 第二内科 医員
 平成21年4月 新潟県立新発田病院 内科医長
 平成23年7月 財団法人 小千谷総合病院 内科医長
 平成27年6月 新潟大学大学院医歯学総合研究科腎臓学医療センター 特任助教
 平成28年6月 新潟大学医歯学総合病院 腎・膠原病内科 特任助教
 平成29年4月 医療法人 立川メディカルセンター 立川総合病院 腎臓内科 医長
 令和2年4月 新潟県立新発田病院 腎臓内科 内科部長
 令和5年3月 新潟大学医歯学総合病院魚沼地域医療教育センター 腎・膠原病内科 特任准教授 現在に至る

【所属学会】

日本内科学会、日本腎臓学会、日本透析医学会、日本糖尿病学会、日本高血圧学会、日本腹膜透析医学会

利益相反：無

PD5-3

フェニックスネットを活用して腹膜透析療法を行った訪問診療の一例

高田 琢磨	タカタ	タクマ
高田 晋子	タカタ	シンコ
石田 仁美	イシダ	ヒトミ
倉部 美和	クラベ	ミワ
結城 知子	ユウキ	トモコ
丸山 香奈	マルヤマ	カナ
中野 麻努香	ナカノ	マドカ
清水 美紀	シミズ	ミキ
医療法人社団互尊会	江陽高田医院	

無床診療所である当院が情報通信技術（以下ICT）を活用して腹膜透析療法（以下PD）を行う在宅医療患者の診療を行ったので、その経験を報告する。症例は80代男性。慢性腎炎症候群を原疾患とする末期腎不全のためA病院でX-5年PDを開始、次いでX-1年からPDと血液透析療法との併用療法を実施していた。X年脳梗塞症を発症、左片麻痺となり、透析医療機関への通院が困難になったため、当院の訪問診療を希望され受診、以後当院での治療を開始した。腹膜透析療法開始に当たり、当院スタッフへの教育、行政機関への届出、調剤薬局や配送業者、訪問看護ステーション、PDシステム会社との調整などを要した。長岡市等が主体となって設立したICTである医療介護連携システム「フェニックスネット（以下PN）」を用い、担当訪問看護ステーションと患者状態や腹膜透析記録を共有しながら診療を行った。当症例はその後脳血管障害を発症し、A病院に入院、亡くなられた。当院でPD診療を開始するにあたり様々な準備が必要だった。その内容について報告する。また在宅医療、療養に必要な医療看護介護連携のためPNを用いた。その利点と限界について報告する。今後訪問でのPD診療を開始する医療機関、訪問看護事業所、介護事業所の一助となれば幸いである。

【演者略歴】

【略歴】

1997年 秋田大学医学部 卒業
 1999年 新潟大学医学部第二内科入局（腎・糖尿病）
 1999年 新潟県立中央病院
 2003年 新潟県立六日町病院
 2005年 新潟県立がんセンター新潟病院
 2007年 新潟大学大学院医学研究科卒業、博士号（医学）取得
 2007年 厚生連長岡中央総合病院（内科部長）
 2017年 江陽高田医院開設、現在に至る

【所属学会】

日本内科学会、日本腎臓学会、日本糖尿病学会、日本透析医学会、日本温泉季候物理医学会

利益相反：有

PD5-4

腹膜透析患者を地域と共に支える看護

今井 早良 イマイ サヤ
日本赤十字社医療センター 看護部

当院では保存期の慢性腎不全患者に対して、看護師が継続的に腎代替療法選択支援を行っている。患者の価値観や今後の希望などを伺い、患者にとって最善の治療法を患者や家族と共に考えるプロセスを重視している。

わが国の腎代替療法選択は約94%が血液透析であり、腹膜透析（以下PD）は僅か6%と少ない。そのような中、当院ではShared Decision Makingの考えのもと患者や家族と面談を繰り返すことで、在宅治療であるPDを選択する症例が多い。

PDは血液透析と比較すると、循環動態に与える影響が少なく通院の負担も軽減できる等身体的なメリットがある。加えて住み慣れた自宅や地域で余生を過ごしたいと希望する高齢患者にとって心理的にも適した治療法と考えられる。高齢者にとってのPDは自宅や地域で最期まで透析を中断することなく、その人らしい生活を可能とする治療法と言える。そのことが患者や家族のQOLや満足度の維持・向上にも繋がっていると考えられる。

わが国では高齢化がすすんでいるが、それは透析患者も同様である。たとえセルフケアが困難な高齢患者であっても、PD処方の工夫や社会資源を積極的に活用することで、Assisted PDも十分に可能であると考えている。一方でアシストが必要なPD患者においては、家族の生活の変化や介護負担が懸念される。よって家族のサポートも重要であり、基幹病院と地域が一体となった地域包括ケアシステムの構築が鍵となる。当院ではこれまで訪問看護ステーションなどの地域とともにPD患者の療養生活を支えてきた。当院のPDにおける地域連携の仕組みや工夫点について紹介する。PD療法が患者にとって少しでも希望の光となり、自分らしい暮らしを継続できるよう支援することが看護師の役割だと考える。看護師の立場から在宅で診るPD患者の看護支援について考えてみたい。

【演者略歴】

【職歴】

1992年 日本赤十字社長崎原爆病院入職
1995年 日赤十字社医療センターへ転勤
2001年～血液浄化センター勤務
2010年～血液浄化センター主任
2013年 東京女子医科大学看護学部認定看護師教育センター入学
2014年 透析看護認定看護師取得
2017年～東京女子医科大学看護学部認定看護師教育センター 非常勤講師
2018年 腎臓病療養指導士取得
2021年～昭和大学認定看護師教育センター 非常勤講師
2022年 腎代替療法専門指導士取得

【所属学会・研究会等】

日本腎不全看護学会
日本腹膜透析医学会
日本臨床腎臓病看護研究会
東京PD研究会
東京都透析医会災害対策委員会

利益相反：無

PD5-5

地域で診る腎不全と腹膜透析

河原崎 宏雄 カワラザキ ヒロオ
帝京大学医学部附属溝口病院

腎不全末期に至る高齢者は増加傾向にあり、腎不全となった際の終末期の過ごし方については様々な見解がある。透析療法の導入や透析の導入を見送る保存的腎療法も最近では注目を集めているものの、その選択については一般化しづらい点も多く存在する。一部には腎不全の予後予測は難しいことや腎代替療法を導入したあとの経過を予測しづらい点がある。予測しづらい中で選択することは難しく、提案する側としても悩ましい問題である。しかし、難しい選択だからこそ本人や家族と事前の話し合いが必要であると思われ、shared decision makingやadvanced care planningが重要なプロセスとして認識されつつある。腹膜透析の導入によって腎不全者とそのご家族が「生」を全うする過程を継続的に診療して携わることの意義についてディスカッションしたいと思う。

【演者略歴】

【略歴】

2000年 長崎大学医学部 卒業
 沖縄県立中部病院 / 県立宮古病院 研修 / 勤務
2005年 東京大学腎臓内分泌内科 入局
2010年 同 大学院博士課程修了
2011年 聖マリアンナ医科大学 腎臓高血圧内科 助教
2013年 稲城市立病院 腎臓内科部長
2021年 帝京大学医学部附属溝口病院第4内科（腎臓内科）准教授

【所属学会】

日本内科学会、日本腎臓学会、日本透析医学会、日本臨床腎移植学会、日本腹膜透析学会

利益相反：無

パネルディスカッション6

医療と暮らしを繋ぐケアマネジメントをアップデートせよ

PD6

【セッション概要】

医療と暮らしを繋げるマネジメントの質を考える事で、地域包括ケアや在宅医療推進における医療と暮らしをどのようにアップデートしていくかというを、在宅医療マネジメントを中心にして議論したい

そのため本企画では登壇者を介護支援専門員（ケアマネジャー）有資格者に限定するというあまり例がないスタイルで討論する。登壇者は社会福祉法人所属、医療法人所属、複数の事業を展開する有限会社経営者、また業界では稀有な存在である居宅介護支援事業所単独の事業運営を行う介護支援専門員等がそれぞれの立場から医療と暮らしを繋ぐケアマネジメントについての考えを述べ、討論することで医療介護連携におけるケアマネジメントの専門性について未来へ繋がる提言ができることを目指す

座長：上村 久美子 カミムラ クミコ

医療法人橘会 居宅介護支援事業所万年青

【座長略歴】

1994年 社会福祉法人枚方療育園 看護師

1998年 一般社団法人岸和田市医師会訪問看護ステーション 訪問看護師

2002年 医療法人橘会 横山病院居宅介護支援事業所 介護支援専門員

2006年 同法人 万年青在宅事業部 統括責任者 現職

一般社団法人和泉市医師会 和泉市在宅医療介護相談支援センター 在宅医療介護連携コーディネーター

関西ふくしグラレコグループ「むす部」部員

iACP認定もしバナマイスターM0001

一般社団法人日本在宅医療連合学会評議員

一般社団法人共生社会推進プラットフォーム研究員

座長：臼井 啓子 ウスイ ケイコ

合同会社 オフィスK

【座長略歴】

専門学校卒業後、総合病院に勤務するが訪問看護に興味を持ち、退職後クリニックの訪問看護や保健所からの訪問看護を経験。その後、訪問看護ステーションの立ち上げに関わる。

結婚、出産を経て、市の高齢者相談窓口勤務し、介護保険制度の立ち上げ時の行政の混乱ぶりも目の当たりにする。

2014年に起業。居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、看護小規模多機能型居宅介護を経営。

資格：看護師、主任介護支援専門員（日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー）

公職：2002年～大阪介護支援専門員協会 堺区支部理事

2009年～堺市介護認定審査会委員

PD6-1

医療と暮らしを繋ぐケアマネジメント 担当ケース40件の立場から

渡部 功司¹ ワタナベ コウジ
上村 久美子² カミムラ クミコ
白井 啓子³ ウスイ ケイコ
大河内 章三⁴ オオカワチ ショウゾウ

¹ 株式会社なないろ

² 医療法人橘会 居宅介護支援事業所万年青

³ 合同会社 オフィス K

⁴ 倉敷市中庄高齢者支援センター

医療と暮らしを繋げるマネジメントの質を考える事で、病院医療や地域医療、地域包括ケアや在宅医療推進において、医療に暮らしを取り戻すケアマネジメントをどのようにアップデートしていくかを、在宅医療マネジメントを中心に議論する。座長および演者を介護支援専門員有資格者として、①現職②現職>現職以外③現職<現職以外④現職以外の立場から医療と暮らしを繋ぐケアマネジメントについて発表し、医療介護連携に不可欠な医療と暮らしのケアマネジメントの専門性について提言が出来る

【演者略歴】

2002年 介護福祉士 取得

2007年 介護支援専門員 取得

2013年 株式会社なないろ 代表取締役 現在に至る

利益相反：無

PD6-2

医療と暮らしを繋ぐケアマネジメント ～担当ケース20件以上の立場から

丸山 径世 マルヤマ ミチヨ
居宅介護支援事業所きずな

生活の場でクライアントを支えるケアマネジャーは、介護保険法施行後、20年以上にわたって、日本の高齢社会を支えてきた。その中で、医療と介護の連携は長年の課題であり、今もその課題と向き合っている。

「何でも、ケアマネジャーに相談するとよい」とよく耳にする。この言葉の意図は何か、他の専門職はケアマネジャーの業務をどのように評価し、どのような支援を期待しているのだろうか。専門職同士、お互いにリスペクトし、互いの業務内容の理解がなければ連携は進まない。

数年後に控えた2025年問題、多死社会、ヤングケアラー、無国籍など、地域課題は山積している。このディスカッションで、日々のケアマネジメントから見えてくる地域課題に対する向き合い方と、ケアマネジャーに寄せられる期待について一緒に考えていきたい。

【演者略歴】

【略歴】

早稲田大学 人間科学部 卒業
居宅介護支援事業所きずな 管理者 現在に至る

【所属学会】

日本地域福祉学会
日本在宅ケア学会
日本公衆衛生学会

【所属団体】

公益社団法人日本社会福祉士会／公益社団法人新潟県社会福祉士会
一般社団法人新潟県介護支援専門員協会

利益相反：無

PD6-3

医療と暮らしを繋ぐケアマネジメント 地域包括支援センター（介護予防ケアマネジメント）の立場から

大河内 章三 オオコウチ ショウゾウ
社会福祉法人四ツ葉会 中庄高齢者支援センター

「要介護度が高くなると医療依存度が高くなり、医療と介護の連携がより必要とされる。」という認識から、要介護度の低い方や、要介護前の要支援・介護予防の段階において医療の果たす役割や連携についてはさほど注目をされていない現実がある。しかし、ACPを始め、介護保険を意識するようになった段階からのケアマネジメントの中に十分な医療との連携やケアマネジメントを構築できれば、在宅医療は勿論、人生の最終段階におけるケアやケアの質が高まるものと考えられる。介護予防からケア（関心を寄せる部分へのアプローチ）をマネジメント（調整・構築）していく際の着眼点を持ち、継続的かつ包括的なケアマネジメントへ繋げる重要性を共有する。

【演者略歴】

特別養護老人ホームの介護主任、訪問介護事業所長、居宅介護支援事業所、NPO法人理事等歴任後、現職。
地域共生社会構築の為の地域包括ケア推進の為、岡山県倉敷市を中心として活動。

【所属学会】日本在宅医療連合学会

利益相反：無

指導医大会 専門医制度委員会企画

指導医大会

AD

【セッション概要】

訪問診療は、病院と異なり現場に出ると医師一人の診療となる。病院にいれば先輩医師の診療をみたり、指導医からリアルタイムで指導を受けることもできるが、訪問診療でその環境を整えるのは難しい。在宅医療に関心を持ち、病院での専門科目から在宅医療にキャリアチェンジする医師も多く、また後期研修を終えて在宅医療の道に進む若手医師もいる中で、在宅医療を学べる環境をどのように工夫しているのか、実際の在宅医育成の現場の様子も伺いながら、診療所の規模やリソースは異なる状況であっても、それぞれの現場でヒントを得られる場にしていきたい。教育体制を整えて多くの医師育成に関わっておられる先生方とこれから育成に踏み込んでいく先生から現場の様子と今後の工夫についてセッションして頂く。

座長：小野寺 志眞 オノデラ シマ

医療法人社団 焔 やまと診療所

【座長略歴】

2003年3月 岩手医科大学医学部卒業
2003年4月 岩手医科大学医学部付属病院 血液内科入局
2010年4月 医療法人社団 緑の森 さくらクリニック入職（在宅診療）
2017年7月 やまと診療所入職
2021年4月 やまと診療所 院長 就任
2023年 やまと在宅医養成センター 副センター長就任

座長：斉藤 康洋 サイトウ ヤスヒロ

GP クリニック自由が丘

【座長略歴】

- 1993 昭和大医学部在学中、NHKで観て感銘を受けた、北海道の家庭医・橋戸医師の元へ夏休み学生実習に行き、家庭医を志すようになる
- 1994-1999 昭和大学藤が丘病院内科初期研修、国立東京第二病院 総合診療科後期研修の後、総合診療医として勤務
- 2000-2007 東京医療センター呼吸器科勤務
- 2001-2003 ロンドン大学プライマリケア学科修士課程で英国の家庭医療を学ぶ
- 2007-2014 上田クリニック院長として、在宅医療を実践
- 2015年 GPクリニック自由が丘開院

AD-1

明日から出来る!グループ診療における在宅医療教育の実践ノウハウ大公開!

中村 琢弥 ナカムラ タクヤ
医療法人滋賀家庭医療学センター 弓削メディカルクリニック

日本における在宅医療の教育が正規のプログラムとして整備されてしばらく経つ。すでに各地で様々な教育手法が実践され、多くの専門医が輩出されている現状がある。当学会としても指導医大会としても様々な教育手法が紹介され、指導医の育成に取り組んでいる現状があるが、まだまだ教育の実際の手法については学ぶ機会が限られており、その中で「実際に教育プログラムの中で有効に機能している教育実践例やそのノウハウの共有」を願う声が多々確認されている。

この度、筆者が所属する「医療法人滋賀家庭医療学センター」は統括診療所である「弓削メディカルクリニック」創立から約30年前後、古典的な在宅医療の実践と創立当初からの若手医師への体系的な教育を実際に行ってきた老舗の教育実践地と自負している。その中で培われてきた様々なノウハウや実践知を今回の学術大会にて多くの皆様に伝わる形で公開したい。特に、教育的なエビデンスもさることながら、実際に教育を行ってきた上で我々が直面した苦労や挫折、その改良の歴史もまた皆様には重要な情報と考える。

これらを踏まえて特に本会で紹介したいコンテンツとしては以下となる。

- ・学習者である医師を安全に組織に迎え入れる上で必要な教育体制整備の実際
- ・在宅医療を教育する上で有効に機能する教育コンテンツ例
- ・改めて「ポートフォリオ学習」とは何か、何がポイントとなるか。
- ・長年在宅医療教育を行っていたの率直な感想とそのパール集

本講演を通じて、今を生きる皆様の教育プログラムでもすぐに参考にいただけるような大小様々なアイデアを中心に紹介し、全国のプログラムの指導医達が今後の在宅医療教育実践にて有意義なヒントを得て、ある種の「教育の楽しさ」を感じていただけるなら幸いである。

【演者略歴】

【略歴】

2007年3月 滋賀医科大学 医学部医学科 卒業 同年 医師免許取得
2009年3月 京都民医連中央病院 初期研修プログラム 修了
2009年4月～2012年3月 京都家庭医療学センター家庭医療後期研修プログラム 所属～修了
2012年4月～2014年3月 北海道家庭医療学センター 家庭医療学フェロウシップ/更別村国民健康保険診療所 副所長 所属～修了
2014年4月 弓削メディカルクリニック 滋賀家庭医療学センター 教育部門担当指導医
2015年4月 弓削メディカルクリニック 滋賀家庭医療学センター 診療部長
2017年4月～2020年5月 ジョーンズホプキンス大学公衆衛生大学院修士課程卒業 MPH取得
2021年4月 弓削メディカルクリニック 滋賀家庭医療学センター 本部長
2023年4月 法人名変更 医療法人滋賀家庭医療学センター 弓削メディカルクリニック

[所属学会]

- 日本プライマリ・ケア連合学会 - 日本内科学会 - 日本在宅医療連合学会

利益相反：無

AD-2

当院における在宅医育成プログラムの確立にむけて

成瀬 佳子 ナルセ ヨシコ
みどり訪問クリニック

今回の指導医大会のテーマである在宅医の育成は、当院においても重要な課題の一つとして長年考えてきましたが、なかなか形にならず、個人のやる気や能力に頼っているのが現状でした。現在当院において専門医取得を目標に研修する医師も増えており、充実した育成プログラムの確立に向けて本腰を入れて取り組み始めています。

当院には、比較的早い段階で専門医からのキャリアチェンジを希望する医師が多く集まってきております。異なるキャリア背景や、出産や子育てなどのライフイベントを経験している医師に対し、「何を、どのような手法で学ぶことが実践的で効果的なのか?」「どのような仕組みにすると個人のやる気や能力に頼らず、皆で学び続けられる環境を提供できるのか」といった観点から、日々の臨床のフィードバックに加えて、やる気に頼らない勉強会の仕組み化や専門医の取得に向けたポートフォリオ作成支援に取り組んでいます。

当日は、在宅医育成に向けて現在行っている当院の取り組みの紹介と、そこから見えてきた課題や今後の展望を提示し、在宅医育成に向けて活発なディスカッションができればと思っています。

【演者略歴】

【略歴】

2010年 福井大学医学部卒業

福井大学医学部附属病院初期研修医

2012年 福井大学医学部附属病院総合診療部後期研修医「救急に強い家庭医師養成コース」各研修病院で勤務

2017年 医療法人社団オレンジ オレンジホームケアクリニック・つながるクリニック

2022年 みどり訪問クリニック

総合在宅医療クリニック名駅非常勤医師

【資格、所属学会】

日本在宅医療連合学会 認定専門医・指導医

日本プライマリ・ケア連合学会 家庭医療専門医・指導医

日本内科学会 認定内科医

利益相反：無

AD-3

在宅専門医を育てる—キャリアチェンジ研修への私見

井口 真紀子^{1,2} イグチ マキコ

¹ 祐ホームクリニック大崎

² 上智大学グリーンケア研究所

報告者は所属する法人（医療法人社団鉄祐会祐ホームクリニック）で在宅医療専門研修を立ち上げ、さらに専門医制度委員会での活動を通しての専門医育成にも携わってきた。当法人での研修と、今回は特に臓器別専門科出身のキャリアチェンジ研修者の教育にあたっての工夫を紹介する。

まず簡単に当法人での研修体制について紹介する。現在は屋根瓦式の指導体制をとり、専門医資格をもつ現場の指導医が直接指導を行い、報告者を中心とした統括指導医が研修者と指導者をサポートしている。

研修は大まかには①個別の相談、②ポートフォリオ勉強会、③理論学習の3つの柱で行っている。①は勤務時やオンラインなどを用いて、日々の困りごとや相談などに乗ったり、指導医から問いを投げて考えてもらったりする機会を作る。ポートフォリオ（以下PF）作成を意識して診療の際に意識すべき視点や介入などの指導も行う。②は心理的に安全な環境でPFについてディスカッションしながらPF作成支援をする。③は理論の知識基盤を作ることで在宅医療を支える考え方を学ぶ。

報告者の経験的な印象ではあるが、キャリアチェンジ研修者はいくつかの特徴があるように感じている。まず1つめは経過の先を読む経験が乏しいこと。2つめは患者・家族の意見と医学的な必要性をすり合わせながら方針を決めていくという在宅では妥当な実践が「失敗」と受け止められやすい傾向があること。3つめは医療実践の言語化経験の乏しさである。これらは実践の意味を見失うことや答えのない臨床での不安につながりやすいが、いずれも悪いわけではなく、うまくサポートすることでその人らしい在宅医に成長していく資源になりうる。在宅専門医取得はゴールではなく、生涯続く学びの通過点である。今後も在宅医療に飛び込んだ医師が安心して経験を積んで専門医となり、指導を通してさらに学びを深める場を作ってゆければと思っている。

【演者略歴】

【略歴】2006年 千葉大学医学部卒業。地域医療振興協会での地域医療の経験を経て、2013年より梶原診療所で在宅医療に従事。2014年より祐ホームクリニックで在宅医療の指導に携わる。多くの看取り経験を通じて死生学に興味を持ち、上智大学大学院にて医師の死生観の研究を行う。2022年4月より東京慈恵会医科大学非常勤講師（文化人類学）上智大学グリーンケア研究所客員研究員。2022年11月より祐ホームクリニック大崎院長。博士（文学）。

利益相反：無

認定医制度説明会

学会で新たに認定医制度が始まります

CDS

【セッション概要】

新たに専門医制度とは別に認定医制度を学会で制定することになりました。

どのような経緯で認定医の制度が作られたのか、目的はどのようなものであるのか、経過とその中身に関して報告させていただきます。

合わせて具体的な認定の手順、日程についても報告させていただきます。

座長：木下 朋雄 キノシタ トモオ

和光ホームケアクリニック

【座長略歴】

【略歴】

1986年 筑波大学 医学専門学群 卒業

1996年 筑波大学附属 病院 外科・呼吸器外科レジデントを修了

1996年 福島県立医科大学 整形外科学教室

1998年 高山整形外科病院

2004年 曙光会 コンフォガーデンクリニック（新宿区）

2005年 同上 院長に就任

2021年 和光ホームケアクリニック 院長就任

【所属学会】

日本在宅医療連合学会 副代表理事 学会認定専門医・指導医

日本整形外科学会 専門医

日本プライマリケア連合学会 認定医・指導医

日本緩和医療学会 認定医・指導医

日本外科学会 認定登録医

日本呼吸器学会 専門医

座長：斉藤 康洋 サイトウ ヤスヒロ

GPクリニック自由が丘

【座長略歴】

1994 昭和大学卒業

1994-1996 昭和大学藤が丘病院 初期研修

1996-1999 国立東京第二病院 総合診療科

1999-2001 国立高田病院

2001-2003 ロンドン大学 プライマリケア学科 修士課程

2003-2007 東京医療センター 呼吸器科

2007-2015 上田クリニック 院長

2015- GPクリニック自由が丘 院長

CDS-1

在宅医療連合学会における認定医制度制定についての目的と概要

木下 朋雄 キノシタ トモオ
和光ホームケアクリニック

在宅医療連合学会において認定医制度を新たに制定することになりました。

専門医は在宅医療の指導的な役割を担っていただくものですが、認定医は在宅医療に関して基本的な知識・技能・態度を持っていることを学会で認定するものです。

在宅の実践者として一定のレベルの活動を評価し、認定いたします。

いわば、在宅におけるジェネラリストということになります。

専門医制度は引き続き今の制度を継続していきます。

なお、指導医となるためには専門医をあらためて取得していただくことになります。

専門医制度の現状についても併せて報告させていただきます。

【演者略歴】

【略歴】

1986年 筑波大学 医学専門学群 卒業

1996年 筑波大学附属 病院 外科・呼吸器外科レジデントを修了

1996年 福島県立医科大学 整形外科学教室

1998年 高山整形外科病院

2004年 曙光会 コンフォガーデンクリニック（新宿区）

2005年 同上 院長に就任

2021年 和光ホームケアクリニック 院長就任

【所属学会】

日本在宅医療連合学会 副代表理事 学会認定専門医・指導医

日本整形外科学会 専門医

日本プライマリケア連合学会 認定医・指導医

日本緩和医療学会 認定医・指導医

日本外科学会 認定登録医

日本呼吸器学会 専門医

利益相反：無

CDS-2

認定医の認定の具体的な内容とロードマップ

齊藤 康洋 サイトウ ヤスヒロ
GP クリニック自由が丘

本セッションは、新しく導入される日本在宅医療連合学会認定医制度の概要をはじめて公式に学会員の皆様に説明する場となります。

正式運用は2025年度からになりますが、移行期間として2023年度と2024年度は若干の経過措置を加えて開始する予定です。本セッションを聞き逃しても、本大会終了後近日中にHP上で告知を行う予定ですので、ご安心ください。

尚、この認定医設立の目的は、主に在宅医療の質の底上げ、専門医取得までは行かないがしっかりと実践をされている医師への評価、そして質の高い在宅医療の裾野を広げることです。

申請条件や審査、更新の内容に関しては当日の会場で発表させていただきますが、日々真摯に在宅医療を実践されている先生方に少しでも関心を持っていただき、認定医取得を目指していただければ幸いです。

【演者略歴】

- ・1994-1999 昭和大学藤が丘病院内科初期研修、国立東京第二病院 総合診療科後期研修
- ・2000-2007 東京医療センター呼吸器科勤務
- ・2001-2003 ロンドン大学プライマリケア学科修士課程
- ・2007-2014上田クリニック院長
- ・2015年 - GPクリニック自由が丘院長

利益相反：無

CDS-3

日本在宅医療連合学会の認定制度

石垣 泰則 イシガキ ヤスノリ

医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック／日本在宅医療連合学会代表理事

日本在宅医療連合学会は、当会の目的に賛同する方々に広く会員の門戸を開いています。会員は、実際に在宅ケアに携わっているベテランの専門多職種の方をはじめ、初学の専門職の方、在宅ケアの実務は携わったことがない方、研究者の方等多彩です。当会の活動の目的は（１）在宅で療養するすべての人の尊厳を守り、本人と家族のＱＯＬ（人生および生活の質）の向上をはかる、（２）療養者自らの生き方を尊重し、それを実現するための支援を行う、（３）質の高い在宅医療の実践を通じて、人生の最終段階も含め、安心して暮らし続けられる地域づくりに貢献する、（４）生活やいのちを支えるための叡智を集約し、新しい在宅医学を創造する、と定款で定められています。

当会は、在宅ケアに関わる全ての専門職の会員における臨床能力を、定款で謳われた理念に基づいて認定することを目指して参ります。

【演者略歴】

【略歴】

- 1982年 順天堂大学医学部 卒業
- 2018年 医療法人社団 悠輝会設立
- 2019年 一般社団法人 日本在宅医療連合学会 代表理事
- 2023年 医療法人社団 悠輝会 コーラルクリニック 院長

【役職】

- ・順天堂大学医学部 非常勤講師
- ・医療法人社団 悠輝会 理事
- ・一般社団法人 日本生活期リハビリテーション医学会 理事
- ・一般社団法人 日本在宅医療連合学会 代表理事
- ・一般社団法人 日本老年医学会 代議員
- ・一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス 副理事長
- ・一般社団法人 全国在宅療養支援医協会 副会長
- ・NPO法人 静岡難病ケア市民ネットワーク 理事長
- ・一般社団法人 リハビリテーション医学教育推進機構 学術理事
- ・一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 顧問

利益相反：無

ワークショップ1 倫理・利益相反委員会企画

在宅現場における倫理的問題を考える

WS1

【セッション概要】

在宅医療・介護の現場には倫理的問題が山積されており、皆様日々頭を悩ませていることと思われます。中規模以上の病院のように、臨床倫理コンサルテーション機能が身近にあり、気軽に相談ができるという環境に恵まれているのは、極く限られた方たちと思われます。

そこで、このような環境にない方たちが日常の現場でどのように臨床倫理的アプローチを駆使して医療・介護決断を行うべきかについて、模擬症例を用いて、多職種による臨床倫理カンファレンスを体験し、今後の活動に役立てるようなスキルを身につけるためのワークショップを計画しました。多職種の方々の参加をお待ちしております。

ご挨拶：白髭 豊 シラヒゲ ユタカ

医療法人白髭内科医院

【座長略歴】

1988年、東京医科大学医学部卒業。長崎大学第一内科へ入局、1990-92年国立がんセンター中央病院内科レジデント、92年米国チューレーン大学留学。95年長崎市にて開業。2003年長崎在宅Dr.ネット結成当初から事務局長（現在、副理事長）。2008～11年、緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）長崎地域プロジェクトリーダー。2011～12年日本医師会将来ビジョン委員会委員長。現在、日本在宅医療連合学会理事、全国在宅療養支援医協会 代議員、日本プライマリ・ケア連合学会代議員、日本尊厳死協会 ながさき会長。

説明：荻野 美恵子 オギノ ミエコ

国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター／市川病院神経難病センター

【座長略歴】

神経内科専門医&指導医、内科認定医&指導医、日本在宅医療連合学会認定専門医、日本プライマリ・ケア学会認定医、臨床倫理認定士（上級認定アドバイザー）

医学博士、医療政策学修士

1985年 北里大学医学部卒業

1992年～5年 米国コロンビア大学留学

1994年 北里大学医学部大学院修了（医学博士学位取得）

2000年 北里大学医学部神経内科学講師

2005年 東京大学大学院医療倫理人材養成講座（CBEL）修了

2006年～08年3月 東京医科歯科大学大学院医療政策学修士課程卒業（医療政策学修士取得）

2014年12月北里大学医学部附属新世紀医療開発センター横断的医療領域開発部門包括ケア全人医療学講師

2017年3月同准教授

2017年4月国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター教授・大学院公衆衛生学教授

2020年8月国際医療福祉大学医学部脳神経内科学教授・市川病院神経難病センター長

The international Symposium on ALS/MND Clinical Poster Prize 2013、2020-2021 Best doctor

厚労科研「難治性疾患の医療費構造に関する研究」班 主任研究者（平成20年度～平成22年度）

学会等理事：日本神経治療学会、日本在宅医療連合学会、内科系学会社会保険連合、日本エンドオブライフケア学会、日本難病医療ネットワーク学会

学会等評議員：日本神経学会、日本神経免疫学会、日本臨床死生学会他、

難病情報センター運営委員

司会：植竹 日奈 ウエタケ ヒナ

ケ・セラ社会福祉士事務所

【座長略歴】

認定社会福祉士（医療分野） 認定医療社会福祉士

主任相談支援専門員

1986年 上智大学大学院文学（社会学）修士
1986年 信州大学医学部附属病院ソーシャルワーカー
1997年 国立療養所中信松本病院（現・国立病院機構まつもと医療センター）ソーシャルワーカー
2022年 ケ・セラ社会福祉士事務所 主任相談支援専門員
多機能型児童通所施設 児童指導員

総評：三浦 靖彦 ミウラ ヤスヒコ

東京慈恵会医科大学附属柏病院総合診療部

【座長略歴】

【略歴】

1982年 東京慈恵会医科大学卒業 同大学第2内科学教室入局
1988年 国立佐倉病院内科医長
1998年 （財）航空医学研究センター 研究指導部長
2005年 慈生会野村病院 副院長
2014年 東京慈恵会医科大学附属柏病院 総合診療部 講師
2016年 同大学 特任准教授
2020年 同大学 教授
2023年 岩手保健医療大学 教授、東京慈恵会医科大学 客員教授 現在に至る

【所属学会】 日本生命倫理学会（理事）、日本臨床倫理学会（理事）、
日本在宅医療学会（評議員、倫理委員）、日本プライマリケア連合学会（倫理委員）、
日本透析医学会（専門医）、日本腎臓学会（専門医）、日本内科学会（認定医）、
日本宇宙航空環境医学会（理事）

ファシリテーター：倫理・利益相反委員会メンバー

ワークショップ2

どうしていますか?心のケア

WS2

【セッション概要】

在宅訪問は1人で行くことが多い。さらに時間に追われている。休日でも、深夜でも、担当外だとしても、緊急時は訪問し対応する。やりがいのある一方、様々な判断をすることは緊張を強いられる。超高齢社会となり、訪問時に亡くなっていたという経験も珍しい事ではなくなった。

今回、スタッフのこころのケアに専門家の力をお借りした。そのことが、有意義であったという経験から、在宅スタッフの「こころのケア」はもっと着目されるべきと考えた。

今後、ますます期待されている在宅という現場に関わった人が、楽しく健やかに仕事を続けていくために、皆さんの経験を共有し考える機会にしたい。

座長：小野原 智美 オノハラ トモミ

社会医療法人財団大和会 東大和市在宅医療介護連携支援センターなんがい

【座長略歴】

1991年 社会医療法人財団 大和会 東大和病院入職

2004年 東大和訪問看護ステーションに異動

2019年 東大和訪問看護ステーション所長

2022年4月より 現職

座長：高野 洋輔 タカノ ヨウスケ

こころのホームクリニック世田谷

【座長略歴】

2004年新潟大学医学部医学科卒業、2012年東京大学大学院医学系研究科卒業。東京大学医学部附属病院、NTT東日本関東病院、多摩あおば病院勤務を経て、2013年東京都世田谷区にて、こころのホームクリニック世田谷を開設。精神科領域に特化した在宅医療を行っている。

在宅療養を支える訪問看護のこころのケア ～管理者と臨床心理士で行うスタッフのケア～

小野原 智美 オノハラ トモミ

社会医療法人財団大和会 東大和市在宅医療介護連携支援センターなんがい

在宅訪問は1人で行くことが多い。特に訪問看護師は、夜間緊急時の対応を1人で行うことが多い状況にある。急変の対応、ご家族への説明、医師への報告など緊張感のある対応が強いられる。高齢者の急増、独居等が多くなっている最近では、訪問時に亡くなっている場合もある。日々、多くの方を訪問しなければならない中で、そのようなストレスを自らも気付かず蓄積させてしまい、大きな心の負担となってしまうこともある。仕事に真摯に取り組むからこそ、「この対応でいいのか」「あの時こうしていれば」などの思いを抱えてしまうこともある。

多くの管理者はスタッフのこころのケアを注意深く行っている。しかし、この様な心の負担は退職の原因となることもある。訪問看護の職場では「人材は宝」である。訪問依頼があっても「人」がいなければ事業は成立できない。それは、在宅医療全体にも言えることである。在宅スタッフの「こころのケア」はもっと着目されるべきと考える。

私達はスタッフに負担がかかったと思われる時点で、法人内の臨床心理士による「こころの健康相談室」の利用を勧めている。心の辛さを抱えず、専門家に相談することでスタッフの心の回復の一步を踏み出すことができた。管理者自身も臨床心理士と連携することで、スタッフへのケアに活かすことができた。また、臨床心理士に自らの思いを感じるままに話せたことから、自分が抱えていた心の違和感に気付いたスタッフもいた。必要なタイミングで相談できる場所があるということは、訪問看護師のこころのケアに大変重要であると感じている。

今後、ますます期待されている在宅という現場に関わった人が、楽しく健やかに仕事を続けていくために、経験を共有し考える機会にしたい。

【演者略歴】

1991年 社会医療法人財団 大和会 東大和病院入職

2004年 社会医療法人財団 大和会 東大和訪問看護ステーションに異動

2019年 社会医療法人財団 大和会 東大和訪問看護ステーション所長

2022年 社会医療法人財団 大和会 東大和市在宅医療・介護連携支援センターなんがいに異動 現在に至る

利益相反：無

WS2-1

在宅医療における心理的負担とこころのケア

岩満 優美 イワミツ ユウミ
北里大学 大学院医療系研究科 医療心理学

在宅医療に携わる医療者は、利用者の自宅を訪ねて医療行為を行うため、患者や家族の個人的な情報や問題を見聞きしやすい。そのため、利用者から個人的な相談を受けやすく、その対応の仕方によっては、患者や家族に医療者への依存をもたらすこともある。一方、医療者も利用者との信頼関係を得ようと、過剰な支援を行うなど、両者間の心理的距離の取り方は難しい。また、在宅医療では、患者や家族からの病状に対する質問や不安や悩みなどに1人で対応することが多く、その心理的負担は大きい。さらに、患者の急変や死などの体験では、医療者は自身の対応や判断が間違っていなかったか振り返り、時には罪責感を感じることもあるかもしれない。またそれが予想していなかった出来事であればあるほど心理的衝撃は大きく、場合によっては一時的に抑うつ状態になる、あるいはそれが慢性化する、あるいはPTSDになるなど、こころの専門家への相談が望ましい場合も生じる。

一方、医療者自身の心身の状態や個人的体験が、在宅医療に影響を与えることもある。医療者自身が忙しくて疲れていたり、個人的な悩みを抱えている場合、普段とは異なり対応が煩雑になるかもしれない。また、医療者自身が家族の病気や死を体験したことから、患者を自身の家族と、あるいは患者の家族を自身と重ねてみてしまうかもしれない。在宅医療での心理的負担は大きく、常日頃から、医療者も自身のセルフケアを行うことが大切である。また、病気で亡くなりゆく人やそれを悲しむ家族と接する医療者は、共感性疲労や心理的負担、さらには多くの喪失体験や悲嘆反応を生じやすい。ここでは、在宅医療に携わる医療者の心理的負担と心のケアについて、セルフケアの方法、こころの専門家への相談するサインなどについて説明する。

【演者略歴】

【略歴】

1998年 同志社大学大学院文学研究科博士・後期課程（心理学）単位取得退学
1998年 滋賀医科大学医学部・精神医学 臨床心理職
2000年 博士（心理学）学位取得
2004年 北里大学大学院医療系研究科・医療心理学 准教授
2010年 北里大学大学院医療系研究科・医療心理学 教授 現在に至る

【所属学会】

日本心理学会理事、日本サイコオンコロジー学会理事、日本ストレス学会副理事長など

公認心理師、臨床心理士

利益相反：無

WS2-2

心のケア・ストレスをためない工夫 ～貴重な担い手が安心して働ける職場作りを目指して～

塚原 あづさ ツカハラ アヅサ
社会医療法人財団大和会 東大和ヘルパーステーション

ヘルパーは排泄介助・入浴介助などの身体介護から掃除・洗濯・調理といった生活援助まで多岐に渡るサービスを提供し、ひとり暮らしや高齢世帯の在宅生活を支えている。外出や交流の機会が減り、ヘルパーの訪問を楽しみに待っている方も多く、やりがいのある仕事である。

しかし訪問すると倒れていた、高熱があるなど体調不良の場面に遭遇し、医療職ではない私たちは慌ててしまいがちだが、冷静な判断や対応を求められることもある。特にターミナルの方や認知症が進んだ方など状態が安定しない方への訪問は、入室するまで状況が分からず不安や緊張がつきまとう。またケアアプランにないことを頼まれたり、時間が押してしまい次の訪問先がギリギリになってしまう、物盗られ妄想の対象になってしまうなど日々ストレスを感じることも多い。

ヘルパーの雇用形態として、訪問宅へ直行直帰する登録ヘルパーが多く、直接顔を合わせる機会が少ない。事務所に寄ってくれても常勤ヘルパーも出払って不在のことも多く、ちょっとしたエピソードや困ったことなどをすぐに共有することが難しく、この蓄積も不満の要因となる。

このような現状の中、不満やストレスをためない働きやすい職場作りとして、月に1回ミーティングを開催し情報共有する、連絡は活字が残るLINEを利用しこまめに取り合う、事務所が空になる時の電話は所長の携帯に転送されるよう設定するなどを行っているが、まだまだ模索中であり、取り組みや実践した成果を話し合う機会にしたい。

【演者略歴】

【略歴】

2010年4月 社会医療法人財団大和会 東大和病院ケアサポート 入職
2015年3月 東大和市高齢者見守りぼっくすなんがいがい（委託事業） 異動
2022年5月 社会医療法人財団大和会 東大和ヘルパーステーション 異動 現在に至る

利益相反：無

WS2-3

ケアマネジャーのストレス相談

上村 久美子 カミムラ クミコ
医療法人橘会 居宅介護支援事業所万年青

介護保険法に位置付けられた資格保持者として、介護分野を中心に医療や社会福祉に横断的に関わるケアマネジャーは、その業務範囲の広さから、科学的な根拠だけではなく社会的な倫理観が問われる仕事である。

ケアマネジャーは科学的な根拠やアカデミックな認知能力だけではなく思いやりや共感といった非認知能力、言い換えれば情緒的能力を駆使して利用者や家族、多職種のチームメンバーと関係性を築いていくスキルが求められるが、情緒的資源が枯渇し精神的に疲れてしまう「情緒的消耗感」や、それに伴って相手に対する否定的感情や機械的対応が生じる「脱人格化」、仕事に対する達成感が失われてしまう「個人的達成感の低下」といったバーンアウト（燃え尽き）症候群、もしくはそれに近い状態に陥る人が少なくない。

介護職のバーンアウトは患者・利用者に対する不十分なケアや離職に影響を及ぼすことが明らかになっている。「本人の意思」をもとにマネジメントを組み立てていくケアマネジャーは特にバーンアウトを起こしやすい仕事のひとつと言える。人との関係性の中で消耗・摩耗し枯渇していく事もあれば、逆に人との関係の中で癒され自己を構築し高めしていく事もある。

ケアマネジメントに欠かせない人との関わり方や対話を通じて自己形成・自己覚知を通じてセルフ・コンパッション能力を高めつつ、情緒的能力を豊かにするその取り組みの一端を皆様と一緒に共有したいと考える。

【演者略歴】

【略歴】

1994年 社会福祉法人枚方療育園 看護師

1998年 一般社団法人岸和田市医師会訪問看護ステーション 訪問看護師

2002年 医療法人橘会 横山病院居宅介護支援事業所 介護支援専門員

2006年 同法人 万年青在宅事業部 統括責任者 現在に至る

一般社団法人和泉市医師会 和泉市在宅医療介護相談支援センター 在宅医療介護連携コーディネーター

関西ふくしグラレコグループ「むす部」部員

iACP 認定もしバナマイスターM001

一般社団法人日本在宅医療連合学会評議員

一般社団法人共生社会推進プラットフォーム研究員

利益相反：無

WS2-4**精神科医療従事者の在宅医療におけるストレスと心のケア**

高野 洋輔 タカノ ヨウスケ

こころのホームクリニック世田谷

精神科医療の現場においては、身体的要因による患者の急死だけではなく、受け持ち患者の自殺を知らされることや病棟で自殺した患者の第一発見者となることがある。患者の突然の死に遭遇し強いショックを受けたり、自殺を防ぐことができなかつた自責感から抑うつ状態を呈したりすることも少なくない。総合病院などにおいては、医療従事者のメンタルヘルス支援として、リエゾンチームの精神科看護師、心理士、精神科医などによる個人面談や労働環境の調整などが行われる場合もあるが、少人数で運営されている診療所や訪問看護ステーションなどの在宅医療の現場では、そのようなサポート体制が乏しい事業所が大半と思われる。このような医療従事者自身の心理的危機に対しては、自身の感情や体験したことを言語化し、同僚と分かち合い、支え合うことが心的外傷からの回復を促進すると考えられる。上司や管理者が中心になって早い時期に、積極的にそのような機会をもつこと、その後もこまめな声掛けをしていくことが肝要であると思われる。また、精神科の専門職として、普段から、自身のストレスへの気付きやリラクゼーションなどのストレスマネジメントを行うなど、レジリエンスの強化を図っていく必要があると考えられる。

【演者略歴】**【略歴】**

2004年3月 新潟大学医学部医学科 卒業

2004年4月 佐久市立国保浅間総合病院・東京大学医学部附属病院にて初期研修

2006年4月 東京大学医学部附属病院精神神経科にて勤務

2006年10月 NTT東日本関東病院精神神経科にて勤務

2007年10月 多摩あおば病院にて勤務

2012年3月 東京大学大学院医学系研究科脳神経医学専攻 修了（医学博士）

2013年4月 こころのホームクリニック世田谷開設 現在に至る

精神疾患や認知症のために通院が困難な方々に対し、多職種チームによる訪問診療・精神科訪問看護を行う精神科在宅医療を実践している。

精神保健指定医、精神科専門医、精神科専門医制度指導医、公認心理師

利益相反：無

グループワーク COVID-19 ワーキンググループ企画

施設クラスターへの対応

GW

【セッション概要】

2020年1月に本邦で1例目の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が報告されてからすでに3年以上が経過した。すでに多くの施設で新型コロナウイルス感染症の施設内発生を経験していると思われるが、高齢者施設におけるクラスター対応の現実的かつ明確な指針が存在しない中で、どの施設もまだ「より良い対策方法を探っている」段階にあると思われる。また新型コロナウイルス感染症は「都道府県・地域・施設などによって見えている景色が異なる」という特徴もある。

そこで本ワークショップでは全国から参加者を募り、全国でも有数の施設クラスター対応に関する実践者・オピニオンリーダーをファシリテーターとして講義およびグループワークを行う。

最終的に以下の2点を達成することを目的とする。

- ① 高齢者施設でのクラスター発生時の対応方法の「悩み」について共有した上で、「現実的な解決策」を考察していくこと
- ② 施設・地域・都道府県での「対策の違い」を学ぶことで自施設の対策に応用できるような知識をつけること

司会進行：宮本 雄気 ミヤモト ユウキ

医療法人双樹会 よしき往診クリニック／京都府立医科大学 救急医療学教室

【座長略歴】

経歴：

- 2012年 京都府立医科大学 卒業
- 2012年 湘南鎌倉総合病院
- 2014年 京都府立医科大学 救急医療学教室
- 2017年 よしき往診クリニック 非常勤医師
- 2018年 京都府立医科大学 総合医療・医学教育学教室 助教
- 2019年 東京大学 公共健康医学専攻 専門職学位課程
- 2021年 京都府立医科大学 救急医療学教室
京都府新型コロナウイルス感染症 在宅フォローアップチーム（KISA2隊京都）

主な資格：

- 日本在宅医療連合学会 評議員
- 日本救急医学会認定 救急科専門医
- 日本集中治療学会認定 集中治療専門医
- 公衆衛生学修士
- 京都DMAT隊員
- 日本救急医学会認定 ICLS-WS ディレクター
- JATEC インストラクター
- JPTEC インストラクター
- J-CIMELS ベーシックコースインストラクター

司会進行：吉江 悟 ヨシエ サトル

一般社団法人 Neighborhood Care

【座長略歴】

2002年東京大学医学部健康科学・看護学科卒。看護師、保健師。虎の門病院、東京大学生命・医療倫理教育研究センター、同医学部在宅医療学拠点、同高齢社会総合研究機構などを経て2015年に一般社団法人Neighborhood Careを設立、日本で初めてのビュートゾルフチームであるビュートゾルフ柏を開始。訪問看護ステーションビュートゾルフ柏看護師／保健師、柏市地域支えあい推進員（生活支援コーディネーター）、東京大学高齢社会総合研究機構客員研究員、同未来ビジョン研究センター客員研究員、慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室訪問研究員、筑波大学ヘルスサービス開発研究センター研究員、広島大学医学部客員准教授、柏市レセプトデータ分析アドバイザー、千葉県看護協会看護研究委員会副委員長、東京都介護支援専門員研究協議会理事、一般社団法人Vehicle for Nurses 共同代表理事ほか。

近著

- 吉江悟. (2021). 通いの場や生活支援コーディネーターの機能を活かした地域での看護実践. In (武田裕子編) 格差時代の医療と社会的処方. pp151-162. 東京: 日本看護協会出版会.
- 吉江悟. (2022). 在宅における新型コロナウイルス感染症対応: 自事業所・利用者・地域を支える. 令和4年版看護白書: 訪問看護のさらなる推進. pp169-176. 東京: 日本看護協会出版会.
- 吉江悟. (2022). 在宅ケアに活かすレセプトデータ解析の方向性. 日本在宅ケア学会誌, 25 (2), 49-52.

セッション1：クラスターの予防

平原 佐斗司 ヒラハラ サトシ
東京ふれあい医療生活協同組合 研修・研究センター

【ファシリテーター略歴】

東京ふれあい医療生活協同組合 研修・研究センター長
同オレンジほっとクリニック 東京都地域連携型認知症疾患医療センター センター長、
島根医科大学卒 第2内科、六日市病院、平田市立病院、帝京大学病院 第2内科を経て、
東京ふれあい医療生活協同組合梶原診療所で地域医療、在宅医療に従事
日本在宅医療連合学会副代表理事（2016年 第18回日本在宅医学会大会長）
日本エンドオブライフケア学会副理事長（2022年 第5回学術集会会長）
東京医科歯科大学、聖路加看護大学臨床教授、東京大学高齢社会総合研究機構客員研究員
認知症の緩和ケア研究会世話人、日本老年医学会代議員、
総合内科専門医、在宅医療専門医・指導医、プライマリケア連合学会認定医・指導医
気管支鏡専門医、アレルギー専門医、

《編著》

「チャレンジ 在宅がん緩和ケア」「チャレンジ 非がん疾患の緩和ケア」
「心不全の緩和ケア」（初版、第2版）、明日の在宅医療（中央法規）、
「非がん性呼吸器疾患の緩和ケア」「認知症の緩和ケア」（南山堂）、
「医療と看護の質を向上する認知症ステージアプローチ入門（中央法規）
「認知症の人に寄り添う在宅医療」（クリエイツかもがわ）、
「在宅医療のすべて」（中山書店）「在宅医療テキスト」（勇美記念財団）（第1版～3版）
緩和ケアと看取りの訪問看護（中央法規）、
エンド オブ ライフ ケア～すべての人の命とくらしのために～（日本エンドオブライフケア学会監修・南山堂）、認知症 plus 緩和ケア（看護協会出版会）（認知症の緩和ケア研究会として）
《非がん疾患研究》
2016年 厚労省「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」構成員、
同部会、循環器の患者に対する緩和ケア提供体制の在り方に関するWG、
2019年「非がん性呼吸器疾患による呼吸不全に対する緩和ケア検討会」（呼吸器学会）
「非がん性呼吸器疾患 緩和ケア指針」作成
2021年 AMED 「高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法」を分担執筆。
2019年～2021年 AMED 「在宅における末期認知症の肺炎の診療と緩和ケアの指針」を作成。

—/ 90591

GW

セッション2：クラスター発生時の初動対応

大友 宣 オオトモ セン
医療法人財団老蘇会 静明館診療所

【ファシリテーター略歴】

1995年信州大学理学部卒

2002年北海道大学医学部卒

2002年聖隷三方原病院

2004年横須賀市立うわまち病院

2006年～衣笠病院内科医長／湘南国際村クリニック所長

2012年度 厚生労働省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」担当

2015年～医療法人財団老蘇会 静明館診療所

2015年度 厚生労働省モデル事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」担当

2016年 第7回北海道在宅医療推進フォーラム 実行委員長

2019年 日本在宅医療連合学会第1回地域フォーラム 大会長

2022年 日本アドバンス・ケア・プランニング研究会第7回年次大会 大会長

— / 90592

GW

セッション3：クラスター発生時の医療提供体制・入院などの地域連携

猪原 健

イノハラ ケン

医療法人社団 敬崇会 猪原歯科・リハビリテーション科

【ファシリテーター略歴】

2005年 東京医科歯科大学歯学部卒業

2009年 同大学院顎顔面補綴学分野修了、博士（歯学）

2010年 日本大学歯学部摂食機能療法学講座 非常勤医員

2010～2011年 カナダ・アルバータ大学リハビリテーション学部言語聴覚療法学科 Visiting Professorとして留学

2011年 医療法人社団敬崇会 猪原歯科医院（現 猪原歯科・リハビリテーション科）副院長

2015年 社会医療法人祥和会 脳神経センター大田記念病院に歯科を立ち上げ、非常勤歯科医としても勤務

2020年 敬崇会 猪原歯科・リハビリテーション科 理事長

2021年 グロービス経営大学院経営研究科修了、MBA経営学修士（専門職）

東京医科歯科大学、岡山大学、大阪歯科大学 非常勤講師

日本在宅医療連合学会理事・保険委員、日本老年歯科医学会 社会保険委員

全国在宅療養支援歯科診療所連絡会理事など

交流集会1 次世代委員会企画

在宅医療の次世代を担う“自称”若手の交流集会

EM1

【セッション概要】

“自称”若手が、どのようなことに興味を持ち、何に悩んでいるのか。話したいテーマのプレゼン合戦から開始し、テーマ投票後に、テーマに分かれて議論を開始する、“オープンスペーステクノロジー”を用いて自由に議論を行います。会場の出入り自由、飲食自由、誰でも参加可能です。テーマを持っている方、また、“自称”若手がどのようなことに興味を持っているのか気になる方、若手と知り合いになりたい方、誰でも構いません。学会の次世代委員会、そして、14名の公募者との共同企画です。企画段階からすでに盛り上がっています。当日、盛り上がらない訳ありません！お誘いあわせの上、お越しください。

コーディネーター：洪 英在 ホン ヨンヂェ

医療法人康誠会 東員病院

【コーディネーター略歴】

2003年 名古屋大学医学部医学科 卒業
2003年 J A 長野厚生連佐久総合病院 初期研修、総合診療科 後期研修
2008年 国立長寿医療研究センター 高齢者総合診療科
2014年 三重県立一志病院 家庭医療科
2021年10月 医療法人康誠会東員病院 総合診療科
2022年4月 名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学・公衆衛生学 博士課程
役職
日本在宅医療連合学会 理事
日本在宅医療連合学会 次世代委員会 委員長
日本在宅医療連合学会東海支部会 会長
日本老年医学会 評議員
日本プライマリ・ケア連合学会 評議員
所属学会、資格等
日本内科学会認定内科医、総合内科専門医
日本老年医学会認定老年病専門医、指導医
日本プライマリ・ケア連合学会認定医、指導医
日本在宅医療連合学会在宅医療認定専門医

コーディネーター：日下部 明彦 クサカベ アキヒコ

横浜市立大学 総合診療医学

【コーディネーター略歴】

学歴および主な職歴

1996年 横浜市立大学医学部卒業
1996年 横浜市立大学付属病院 研修医
1998年 横浜市立港湾病院 内科
2000年 横浜南共済病院 消化器内科
2002年 秦野赤十字病院 内科
2004年 横浜市立大学付属病院 消化器内科
2006年 横浜甕生病院 内科、緩和医療科
2007年 横浜甕生病院 ホスピス病棟長
2012年 みらい在宅クリニック 副院長
2014年10月～ 横浜市立大学 総合診療医学准教授

コーディネーター：江口 幸士郎 エグチ コウシロウ

今立内科クリニック

【コーディネーター略歴】

2003年 医療法人社団カレスアライアンス日鋼記念病院
2005年 医療法人社団カレスアライアンス北海道家庭医療学センター
2007年 唐津市民病院きたはた
2015年 今立内科クリニック

交流集会2 在宅医療インテグレーター養成講座ワーキンググループ企画

在宅医療インテグレーター 交流会

EM2

【セッション概要】

在宅医療インテグレーター養成講座も7年目を迎え、320余名の修了生を輩出し、修了生それぞれが各地で奮闘している。インテグレーター養成講座修了後の活動や地域でのインテグレーションの実際、養成講座修了者のネットワーク、インテグレーター養成講座の継続、資格化などについて、グループワークを通して、全員参加で修了者同士が交流し、お互いの活動を知り合うとともに今後の発展について語りあう場とする。

座長：荻野 美恵子 オギノ ミエコ

国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター／市川病院神経難病センター

【座長略歴】

神経内科専門医&指導医、内科認定医&指導医、日本在宅医療連合学会認定専門医、日本プライマリ・ケア学会認定医、臨床倫理認定士（上級認定アドバイザー）
医学博士、医療政策学修士
1985年 北里大学医学部卒業
1992年～5年 米国コロンビア大学留学
1994年 北里大学医学部大学院修了（医学博士学位取得）
2000年 北里大学医学部神経内科学講師
2005年 東京大学大学院医療倫理人材養成講座（CBEL）修了
2006年～08年3月 東京医科歯科大学大学院医療政策学修士課程卒業（医療政策学修士取得）
2014年12月北里大学医学部附属新世紀医療開発センター横断的医療領域開発部門包括ケア全人医療学講師
2017年3月同准教授
2017年4月国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター教授・大学院公衆衛生学教授
2020年8月国際医療福祉大学医学部脳神経内科学教授・市川病院神経難病センター長
The international Symposium on ALS/MND Clinical Poster Prize 2013、2020-2021 Best doctor
厚労科研「難治性疾患の医療費構造に関する研究」班 主任研究者（平成20年度～平成22年度）
学会等理事：日本神経治療学会、日本在宅医療連合学会、内科系学会社会保険連合、日本エンドオブライフケア学会、日本難病医療ネットワーク学会
学会等評議員：日本神経学会、日本神経免疫学会、日本臨床死生学会他、
難病情報センター運営委員

座長：米本 千春 ヨネモト チハル

地方独立行政法人 堺市立病院機構 堺市立総合医療センター 患者支援センター

【座長略歴】

大阪府堺市出身

【現職】

堺市立総合医療センター 患者支援センター（非常勤）

医療法人 岩崎医院（非常勤）

【学歴】

1992年 大阪府立大学（現：大阪公立大学）農学部農芸化学科 卒業

2004年 奈良県立医科大学医学部医学科 卒業

【職歴】

1992年 タマノイ酢株式会社

2004年 市立堺病院 初期研修（現：堺市立総合医療センター）

2006年 市立岸和田市民病院呼吸器アレルギー科（呼吸器内科）

2009年 市立奈良病院総合診療科

2012年 高槻赤十字病院緩和ケア科（緩和ケア病棟）

2014年 医療法人 出水クリニック

2015年 医療法人八千代会 ホームケアクリニック堺

2017年 医療法人 三谷ファミリークリニック：～2022年

堺市立総合医療センター 地域連携センター：非常勤

（現：患者支援センター）[緩和ケアチームにも所属]

2023年 医療法人 岩崎医院：非常勤

【資格・活動】

日本内科学会総合内科専門医、日本禁煙学会禁煙専門医

緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会 修了

在宅医療インテグレーター養成講座 ファシリテーター

神経難病緩和ケア研修会 ファシリテーター

堺市医療圏がん診療ネットワーク協議会 緩和ケア部会員

EM2-1

活動報告：在宅医療インテグレーターの実践 ～病院地域連携に所属する医師として～

米本 千春 ヨネモト チハル

地方独立行政法人 堺市立病院機構 堺市立総合医療センター 患者支援センター

「在宅医療インテグレーター養成講座」と聞いてすぐに理解できる人はどれほどいるだろうか。ファシリテーターを務めても、「インテグレーターって何ですか？」と毎回尋ねられる。インテグレーターすなわち統合役には「連携」だけではうまくいかない現実に対して、広い視野で陰に日向に支える役目が期待される。

地域医療の現場で病院との壁を感じ、何とかできないかと考えていた時、地元の急性期病院の地域連携部門に入る道を得た。普段は地域で医療を担いながら、病院内では地域との通訳に近い任務である。

3次救急の病院は平均在院日数一桁で、患者が流れ通り過ぎていく。入院してすぐに退院の方向性決定、外来や検査・手術に追われる指導医、看取り経験に乏しい研修医、処置等に追われる看護師、多数の退院調整に奔走する地域連携の相談員、看護師配置が少ない外来で途方に暮れがちな患者、どこの病院でもあるだろう。患者を“生活者”と捉えることを病院内に広め、病院の実情を地域に広報する役割の重要性を再認識し、活動した例を挙げる。

●地域連携部門：地域の医療介護福祉職や一般住民の視点と現状の院内周知／難渋事例の相談／地域活動の案内

●研修医：講義／事例相談／地域医療の現場体験

●緩和ケアチーム：事例検討／回診

●院外：病院の実情の周知／他院や医師会関係者との交流／難渋事例の相談

これらの仕事は本来必須ではない。しかし、医師の立場と視点で、院内外の医師とある程度対等に話せる潤滑油になりうる実感がある。「インテグレーター」の名称や活動が広まれば、現場の専門職が日々奮闘している下支えの活動に光が当たって見える化され、病院や地域という枠組みを超えた“地域力”が上がる未来がある。さらに診療・介護報酬に組み込まれ、困った時の相談窓口として機能する期待もある。本講座修了者の皆様が交流会で思いを吐露し、同志とつながるきっかけになればうれしく思う。

【演者略歴】

【略歴】

1992年 大阪府立大学（現：大阪公立大学）農学部農芸化学科 卒業
 1992年 タマノイ酢株式会社 入社
 2004年 奈良県立医科大学医学部 卒業
 2004年 市立堺病院（現：堺市立総合医療センター） 初期研修
 2006年 市立岸和田市民病院呼吸器アレルギー科 後期研修
 2009年 市立奈良病院総合診療科
 2012年 高槻赤十字病院緩和ケア科 緩和ケア病棟勤務
 2014年 医療法人 出水クリニック
 2015年 医療法人八千代会 ホームケアクリニック堺
 2017年 医療法人 三谷ファミリークリニック
 2017年 堺市立総合医療センター 地域連携センター（現：患者支援センター） 非常勤
 2023年 医療法人 岩崎医院 非常勤 現在に至る

【所属学会】

日本在宅医療連合学会、日本内科学会、日本緩和医療学会、日本禁煙学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本呼吸器学会、日本エンドオブライフケア学会

利益相反：無

集い1 ハイブリッド開催なし

職種の壁を打破するための集い

【主な対象者】

在宅医療に関係するすべての多職種(多職種連携委員会、職種の壁を打ち破るためのワーキンググループおよびご関心の有る参加者)

【内容】

大きな部屋に職種別に集まり、グループワークし、在宅医療に係わる多職種全体の意見交換します。多職種連携委員会のもとに設けられたワーキンググループ「職種の壁を打ち破るためのワーキンググループ（以下、職種打破ワーキンググループ）」主催の集いです。終了後に、皆で新潟の街に繰り出します。

座長：谷水 正人 タニミズ マサヒト

社会医療法人仁友会南松山病院

集い2

ハイブリッド開催なし

集いー地方支部会の充実で日本在宅医療連合学会をさらに発展させよう!

【主な対象者】

在宅医療学会の地域活動に関心のある方、学会の地方組織委員会委員、地方支部会関係者等

【内容】

地方支部会での在宅医療の現状と課題を共有し、今後の地方組織の発展と展望を検討して地域における在宅医療の夢を語り合う集いです。日本在宅医療連合学会の地方組織委員会メンバー及び、各地支部会関係者、各地域の参加者が集まります。

座長：小野 宏志 オノ ヒロシ

坂の上ファミリークリニック

集い3 ハイブリッド開催あり 在宅医療の役に立つ家庭医療学の集い

【主な対象者】

家庭医療の魅力を語りあったり、新たに触れてみたい医師と全職種

【内容】

人にとって家族、家庭はコミュニティの構成要素であると同時に、生物学的再生産の単位で、遺伝的な基盤でもあり、人間関係の出発点でもあります。家庭医学は単に、多様な年齢層に対応するだけでなく、人の成長発達変化の中で病いをみるという立脚点を持っています。これは専門医療が無視してきた領域と言えます。在宅医療を目指す医療・福祉従事者はその視点によって、関係性と経時性に基づくアプローチをします。本大会で、在宅医療の役に立つ家庭医療学にお誘いできればと考え、理論と実践の第一人者である藤沼康樹先生に講師をおねがいしました。短時間の講演後、参加者と講師、参加者間で活発な討論や交流をおこなえれば幸いです。医師をはじめあらゆる職種の御参加をお待ちしています。

ファシリテーター：中島 孝 ナカジマ タカシ

国立病院機構新潟病院

在宅医療の役に立てる家庭医療学の誘い

演者：藤沼 康樹

医療福祉生協連家庭医療学開発センター センター長

集い4 ハイブリッド開催あり

「食べる」に関わる職種の集い

【主な対象者】

食べる事に係わる全職種（歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士、管理栄養士、調理師、ヘルパー）

【内容】

食べることに関わる職種による集いを開催し情報を共有し、今後の発展を検討します。歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士が主な対象ですが、管理栄養士や調理師、ヘルパーの参加も大歓迎です。

ファシリテーター：猪原 健 イノハラ ケン

猪原歯科・リハビリテーション科

集い5

ハイブリッド開催なし

在宅医療現場における多職種連携をリアルに語りあう集い

【主な対象者】

在宅医療に係わる全職種

【内容】

在宅医療現場で多職種が連携するために、何でも教えかたりあう集い（話して、表現して、笑って）です。各職種が職種として何ができるのか語り合います。内容に加え、契約から料金についても情報を共有します。医師や多職種の地域に沿った連携の流れを確認します。「これって、話したらやばいこと」も話し、ギリギリまでを語る事ができたら。お互いの職種や勤怠管理までも尊重できるのかもしれない。

モデレーター：片見 明美 ヘンミ アケミ

株式会社ヴィーナス 訪問看護ヴィーナス高根沢

集い6

ハイブリッド開催あり

在宅人工呼吸療法における臨床工学技士の役割と活躍のための集い

【主な対象者】

臨床工学技士と在宅人工呼吸療法に係わる全職種

【内容】

在宅人工呼吸療法に関わっている臨床工学技士の皆さん、これから関わろうとしている臨床工学技士の皆さん、情報を共有し、日ごろの思いや悩みもぶつけ合い解決しましょう。ファシリテータの進行のもと、参加者全員でディスカッションを行っていきます。在宅人工呼吸ケアに係わる臨床工学技士以外の方の参加も歓迎します。

ファシリテーター：肥田 泰幸

公益社団法人日本臨床工学技士会

集い7 ハイブリッド開催あり

集いー在宅透析（在宅血液透析、腹膜透析、腎移植）の何でも相談会

【主な対象者】

腎不全患者に係わる全職種

【内容】

腎臓病、腎不全患者さんへの対応に困っている医療職・介護福祉職の皆さんの集い、何でも相談会です。医師、看護師のファシリテーターがいて、腎臓内科、在宅透析、腎不全診療に携わる、医師や看護師がなんでも相談にのります。会場には在宅透析で用いられる腹膜透析や血液透析の機器を準備しています。初めての方でも、実際に見て聞いて触って体験してみてください。在宅での腎不全治療をより身近に感じていただけましたら幸いです。

座長：河原崎 宏雄 カワラザキ ヒロオ
帝京大学医学部附属溝口病院 第4内科

スポンサードシンポジウム

在宅看護の不都合な真実～笹川保健財団

SPS

【セッション概要】

わが国は、長年、国民皆保険制度下に比較的安価で質のよい医療を享受してきたが、超高齢化した現在、重装備急性期型病院医療だけでは住民ニーズを満たせず、地域包括ケア制度や介護保険制度が導入された。しかし、その主要担い手である看護師の活動と責務は十分認知確立されていない。

笹川保健財団は、地域ケアの中心的役割を担う在宅看護事務所の起業支援を行ってきたが、現在事務所140以上（含看多機8）が稼働している。

本シンポジウムで、日々多様な在宅看護を行っている第一線看護師（大久保智代、片岡今日子）が経験する「不都合な真実」を述べ、看護界の重鎮福井トシ子先生の展望と都市部と地方での在宅緩和ケアで看護師と協働されてきた川越厚先生の見解を頂き、在宅/看護の展望をまとめたい。

司会：喜多 悦子 キタ エツコ

公益財団法人笹川保健財団会長

【座長略歴】

兵庫県宝塚市出身。

奈良県立医科大学卒業。医学博士。Johns Hopkins 大学公衆衛生大学院上級研究員。

小児科/臨床検査医後、中国中日友好病院JICA 専門家勤務後、国立国際医療センターに移籍し国際保健専従となる。以後、UNICEF アフガン事務所、WHO 本部緊急人道援助部など勤務。多数大学の国際保健教育に関与。

2001年日本赤十字九州国際看護大学教授、05年から同大学学長2期後、

2013年笹川保健財団 理事長、2017年より現職。

司会：石原 美和 イシハラ ミワ

神奈川県立保健福祉大学保健福祉学研究科/教授（看護開発学）

【座長略歴】

神奈川県川崎市出身。

日本赤十字看護大学卒業、宮城大学事業構想学研究科博士後期課程修了。博士（事業構想学）。

虎の門病院、東京大学医科学研究所での臨床勤務を経て、1995年厚生労働省に入省、看護技官として政策立案に携わる。2018年以降、活躍の場を教育現場へ移行。宮城大学看護学研究科教授、神奈川県立保健福祉大学実践教育センター長を歴任し、現職。看護職への政策提言教育プログラムの開発、地域の看護事業所の政策に関する評価など、看護政策について研究テーマとしている。

わが国は、世界に誇る Universal Health Coverage (UHC) である国民皆保険制度導入 (1961) 以降、何処でも、誰でも、比較的安価で質のよい医療を享受できるようになった。さらに、いわゆる Social Determinant of Health (SDH) の改善も相まって、平均年齢は世界最長グループとなって久しい。しかし、都市圏を離れた地域社会では、超高齢化少子化が進行し、近い将来の消滅も現実化するなか、国全体としても人類初の超高齢社会化が迫っている。これまでの重装備した急性期型病院を重視した医療体制の限界とともに、人々の暮らしている地域社会重視の保健医療体制が喫緊の課題となってきた。すでに、地域包括ケア制度への転換、介護保険制度導入 (2000) もなされてきたが、地域保健の主要な担い手である「看護」の姿は見えずらい。

笹川保健財団では、2014年来、地域包括ケアの中心的役割を担うべき在宅/訪問看護事業所を起業継続しうる看護師の支援を行っており、2023年3月現在、93名が、全国28都道府県で、看多機を含む各種事業所140カ所以上が緩やかな連帯で、多様なエビデンスを蓄積してきた。月間総計5万訪問以上、総就業者数約1,000名からの折々の報告から見えることは、「看護」が地域のケアの大部分を担っているにも関わらず、いずれの地域でも、その役割、責務が十分認知確立されていない。

本シンポジウムでは、地域在宅でのケアの多くを担いながら、「医療」保険制度と「介護」保険制度の間に、あえて申せば、埋もれがちながら、日々、在宅療養者の生活と尊厳を護るための工夫と努力を積み重ねている第一線の在宅看護実践者が、現場で把握し、また、不合理に悩んでいる「不都合な事実」をまとめ、大所高所からの意見を交わしたい。更には、都市部と地方での在宅緩和ケアの実践に当り、深く看護師との協働を行ってこられたた医師の見解をも含め、将来、より良い在宅訪問看護の在り方への提言の一助となる発表、議論、まとめを作る場としたい。

SPS-1

看護の力で地域を丸ごと支える ― 看護小規模多機能居宅介護事業所のさらなる機能発揮 ―

福井 トシ子 フクイ トシコ
日本看護協会会長

【演者略歴】

1982年東京女子医科大学看護短期大学専攻科，1983年福島県立総合衛生学院保健学科修了後，東京女子医科大学病院に勤務。1988年厚生省看護研修研究センター看護教員養成課程助産婦養成所教員専攻修了。1991年杏林大学医学部付属病院師長，2003年杏林大学医学部付属病院看護部長。2010年7月日本看護協会常任理事（医療制度，診療報酬，医療機能評価，医療安全，助産事業，ICM担当），2011年～2015年中央社会保険医療協議会専門委員。2017年6月より現職。経営情報学修士，保健医療学博士

SPS-2

住民のニーズにこたえられない在宅看護の実態—制度の問題

大久保 智代 オオクボ トモヨ

一般社団法人在宅看護センター佳実結ゆいナースステーション代表

【演者略歴】

2004年 山梨医科大学医学部看護学科卒業後、自治医科大学附属病院勤務

2007年より済生会宇都宮病院勤務、同法人訪問看護ステーションほっと勤務。

2017年「日本財団在宅看護センター起業家育成事業研修（笹川保健財団実施）」受講。2018年3月 一般社団法人在宅看護センター佳実結を設立、同7月よりゆいナースステーション開設、現在に至る。

SPS-3

利用者に必要な看護技術があるのに、なぜ、使えないのか 技術面の問題

片岡 今日子 カタオカ キョウコ
在宅看護センターひまわり代表

【演者略歴】

1996年 東京都立板橋看護専門学校卒業、城南福祉医療協会 大田病院入職。
2006年 東京女子医科大学認定看護師教育センター入学
2007年 透析看護認定看護師取得
2015年～2017年 千葉県内介護付き有料老人ホーム、訪問診療、訪問看護の統括部長
2017年「日本財団在宅看護センター起業家育成事業研修（笹川保健財団実施）」受講。
2017年10月 K & Y株式会社設立
2018年4月 日本財団在宅看護センターひまわり開設、現在に至る。

SPS-4

在宅医の戸惑い 東京と地方の訪問看護師と働いて気づいたこと

川越 厚 カワゴエ コウ
在宅ホスピス研究所パリアン代表

【演者略歴】

1973年東京大学医学部卒業。茨城県立中央病院産婦人科医長、東京大学講師、白十字診療所在宅ホスピス部長を経て、1994年より6年間、賛育会病院長を務め、22床の緩和ケア病棟を立ち上げた。

2000年6月～2021年7月に主にながん患者の在宅ケアを支援するグループパリアン（2008年より医療法人社団パリアン）の代表およびクリニック川越の院長を務め、訪問診療のほか訪問看護、居宅介護支援、ボランティア等のサービスを地域に提供。

2021年9月より、在宅ホスピス研究所パリアンにて研究活動を行うと共に、森の診療所（山梨県北杜市）にて在宅医療を担当。

ランチョンセミナー 1

在宅医療における脊髄性筋萎縮症診療の実際と病診連携
LS-1

座長：木下 悟 キノシタ サトル

独立行政法人 国立病院機構新潟病院

LS-1-1

在宅医療における脊髄性筋萎縮症診療の実際と病診連携

川村 健太郎 カワムラ ケンタロウ
医療法人稲生会 生涯医療クリニックさっぽろ

脊髄性筋萎縮症（SMA）は、脊髄前核細胞の変性による進行性の筋力低下、筋萎縮を来す神経疾患である。有病率は人口10万人あたり1～2人とされている。早期に発症するほど症状は重く、生後6ヶ月までに発症し座位を獲得できないI型から成人期まで症状のないIV型まで、その重症度は幅が広い。重症例では、呼吸障害や嚥下障害がみられ、在宅人工呼吸療法や経管栄養を必要とする。移動が困難な患者も多く、頻回な診察が必要な場合は、在宅医療のよい適応となる。

SMAの病因はSMN1遺伝子の欠失によってSMN蛋白の産生が低下することである。近年、このSMN蛋白の産生を増加させる疾患修飾薬が登場し、運動機能の改善などの効果が報告されている。現在は投与方法の異なる3つの治療薬が使用可能である。定期的に髄腔内投与を行うヌシネルセンと単回の静脈内投与で治療が完了する遺伝子治療薬のオナセムノゲンアベパルボベクは、専門医療機関で治療が行われる。一方、1日1回の内服を継続する経口治療薬リズジプラムは、診療所などかかりつけ医でも処方される場合がある。

SMA診療では、経口治療薬の出現もあり、病診連携がいままで以上に重要視されるようになってきている。診断、治療方針の決定、急性増悪時の治療、治療薬の投与や効果判定などSMAに精通した専門医療機関の役割は依然大きい。かかりつけ医は、平時の診療に加えて、経口治療薬の処方も可能となった。生活の場に訪問したうえで、治療による効果を確認できるのは在宅医療の強みであるが、標準的な運動機能評価や電気生理検査などを行う専門医療機関との連携は必須となる。また、地域の多様な支援者との連携においては、かかりつけ医が担う役割が大きい。在宅療養支援診療所である当クリニックの実践も踏まえながら、今後のSMA診療における在宅医療の役割や病診連携についてまとめたい。

【演者略歴】

2006年 3月 札幌医科大学卒業
2006年 4月 札幌医科大学附属病院 初期臨床研修医
2007年 4月 苫小牧市立病院 初期臨床研修医
2008年 4月 苫小牧市立病院 小児科
2010年 4月 市立室蘭総合病院 小児科
2011年 4月 製鉄記念室蘭病院 小児科
2012年 4月 浦河赤十字病院 小児科
2013年 4月 札幌医科大学附属病院 小児科 神経グループ
2015年 4月 医療法人稲生会 生涯医療クリニックさっぽろ
2019年 4月 医療法人稲生会 生涯医療クリニックさっぽろ 院長就任

利益相反：無

ランチョンセミナー 2

小児・若年成人の神経筋疾患の在宅医療～新薬治療の在宅投与経験を含めて～

LS-2

座長：中島 孝 ナカジマ タカシ

国立病院機構新潟病院

LS-2-1

小児・若年成人の神経筋疾患の在宅医療～新薬治療の在宅投与経験を含めて～

前田 浩利	マエダ ヒロトシ
石渡 久子	イシワタ ヒサコ
戸谷 剛	トヤ タケシ
大隅 朋生	オオスミ トモオ
児玉 一男	コダマ カズオ
田中 総一郎	タナカ ソウイチロウ
天野 功二	アマノ コウジ

医療法人財団はるたか会

近年、「日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児」いわゆる医療的ケア児が、急速に増えている。19歳以下の医療的ケア児の総数は、2005年が9,403人、2021年には20,180人と倍以上に増加し、特に、人工呼吸器が必要な高度医療依存の児が、2005年の264人から2021年には5,214人と約20倍に増えている。

その背景は、医学技術の進歩による救命率の向上であり、この現象は日本のみでなく、多くの先進国で生じている。医療的ケア児は、退院することが難しく、2000年代、NICU 満床問題などの小児医療体制を圧迫する問題が起きた。しかし、行政、医師会、多くの小児科医の尽力で、小児在宅医療という新しいフィールドが生まれ、2021年には「医療的ケア児及びその家族の支援に関する法律」が成立、施行され、医療的ケア児への支援は急速に進みつつある。しかし、医療的ケア児は成長し、成人になるが、その周辺に起こる医療及び、生活支援の課題は継続すると共に、成人になるにつれ、主介護者として医療的ケア児を全面的に支えてきた「親」の健康問題や成人医療移行などの問題が生じる。当法人では現時点で、約1,000人の医療的ケア児者に在宅医療を提供しているが、そのうち2割が若年成人の医療的ケア者である。

医療的ケア児者の在宅医療において神経筋疾患は、非常に多くの疾患を含み、そのケアは、呼吸、栄養、痙攣、筋緊張など苦痛をもたらす諸症状の緩和、更にACPを含む終末期、看取りのケアなど非常に幅広く、複雑で高度な知識、技術を必要とする。従来、疾患そのものへの治療が困難で、周辺症状へのケアが主だった神経筋疾患に疾患への治療が開発され在宅でも実施されるようになってきた。その中でも、デュシェンヌ型筋ジストロフィーの治療薬であるビルトラルセンの治療経験も含め、小児・若年成人の神経筋疾患の在宅医療全般について言及したい。

【演者略歴】

1989年3月	東京医科歯科大学医学部 卒業
1989年5月	東京医科歯科大学医学部附属病院 小児科臨床研修医
1990年5月	武蔵野赤十字病院 臨床研修医
1991年11月	東京医科歯科大学医学部附属病院 小児科
1994年4月	土浦協同病院 小児科医員
1999年6月	あおぞら診療所 設立
2004年11月	あおぞら診療所新松戸 開設
2011年4月	子ども在宅クリニック あおぞら診療所墨田 開設
2013年2月	医療法人財団はるたか会 設立 理事長就任

利益相反：無

ランチョンセミナー 3

小児-成人移行医療について考える

「18歳問題」～医療的ケアを必要とする患者の成人移行時の諸問題～

LS-3

座長：望月 秀樹 モチヅキ ヒデキ

大阪大学大学院医学系研究科 医学部 情報統合医学講座 神経内科学

LS-3-1

「18歳問題」～医療的ケアを必要とする患者の成人移行時の諸問題～

富田 直 トミタ スナオ

地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立小児総合医療センター在宅診療科

小児慢性疾患の成人移行は、本来、児が無事に成人年齢を迎えた事を関係者皆で喜び、小児医療からの卒業をお祝いする行事となるべきである。しかし、現実には、高校卒業後の医療や生活の変化に卒業前から児と家族が大きな不安を持つ事が多い。この問題は特に医療的ケア児者において顕著であり、2021年の「医療的ケア児支援法」施行後も解消されていない。

「医療的ケア児」とは吸引や経管栄養、導尿等、日常生活に不可欠な生活援助行為である「医療的ケア」を長期間継続的に必要とする児である。全国の医療的ケア児は平成20年からの10年間で約2万人に倍増、特に在宅人工呼吸器児は同期間で8倍以上に激増した。今後、成人を迎える医療的ケア者が急増することは確実な状況である。

一方、「医療的ケア児者の18歳問題」とは、それまで生活面では学校や放課後等デイサービス等に属し、医療面では小児医療を受けていた医療的ケア児が、高校卒業後突如、医療や福祉資源の大幅な減少に直面し、日常の居場所も不足する事態を指す。

一般に小児慢性疾患の成人医療への移行困難度は地域や疾患による個別性が極めて高い。そのため、全国で統一された移行システム形成は困難で、それぞれの地域特性に応じた独自のシステムをつくる事が必要となる。その際には受け手となる成人医療機関の協力が不可欠であり、特に医療的ケア児者については、今回の様に現況を在宅医療に関わる皆様と共有することは極めて重要と考える。また、小児医療者側も①医療的ケア内容の標準化や患者・家族の自立支援、②移行開始後も成人医療機関との連携の継続、③ACPについて本人家族との話し合い等の努力が必要である。現在一部で報告される、児が成人年齢に達したことで小児医療から切り捨てられた、という悲しい認識を患者家族がもつ事態は、医療者の責任として絶対に避けるべきである。

あるべき移行期医療について、皆様と一緒に考えたい。

【演者略歴】

1993年 浜松医科大学医学部卒業 同年東京大学医学部小児科学教室入局
1994年 亀田総合病院小児科医員
1996年 東京都立府中療育センター医員
1999年 焼津市立総合病院小児科医員 後に医長
2004年 東京大学医学部小児科助手
2005年 東京都立神経病院 神経小児科医員
2008年 東京都立八王子小児病院 内科医長
2010年 東京都立小児総合医療センター 神経内科医長
2018年 同センター在宅診療科（新設）医長
2021年 同 部長 現在に至る（神経内科・総合診療科兼務）

共著者 なし

所属

地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立小児総合医療センター
在宅診療科 部長

ランチオンセミナー 4

LS-4

座長：奥山 虎之 オクヤマ トラクキ

埼玉医科大学 ゲノム医療科 希少疾患ゲノム医療推進講座 特任教授

【座長略歴】

1983年 3月 慶應義塾大学医学部卒業
1983年 5月 慶應義塾大学病院小児科学教室入局
1990年10月 セントルイス大学ポストドクトラルフェロー
1994年 1月 ワシントン大学血液腫瘍科リサーチアソシエート
1995年 6月 国立小児病院小児科医長
2002年 3月 国立成育医療研究センター遺伝診療科医長
2007年 8月 国立成育医療研究センター臨床検査統括部長
2017年 4月 埼玉医科大学客員教授
2017年 4月 東京医科歯科大学医学部 臨床教授（現在に至る）
2022年 4月 埼玉医科大学ゲノム医療科 特任教授（現在に至る）

日本先天代謝異常学会 前理事長

厚生労働省難治性疾患政策研究事業ライソゾーム病研究班 研究代表者

座長：川越 正平 カワゴエ ショウヘイ

あおぞら診療所 院長 / 日本在宅医療連合学会 副代表理事

【座長略歴】

1991年東京医科歯科大学卒。虎の門病院での内科研修（5年間）修了後、同院血液内科医員。
1999年医師3名のグループ診療の形態で千葉県松戸市に在宅医療を中心に取り組むあおぞら診療所を開設。
臨床実践と並行して、緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）、柏プロジェクト（東京大学）、在宅医療連携拠点事業（厚生労働省医政局）、地域包括ケア研究会（厚生労働省老健局）、適切なケアマネジメント手法（厚生労働省老健局）などの国等の事業や研究に関与してきた。
一方、松戸市医師会在宅ケア担当理事として、介護保険運営協議会や地域ケア会議の会長を2014年度以来担当するとともに、松戸市から松戸市医師会への事業委託に基づき2018年度に設置された松戸市在宅医療・介護連携支援センターの管理責任者を務めている。
2022年度より松戸市から一部委託を受けて、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業に取り組んでいる。
2022年に松戸市医師会会長に就任。松戸市糖尿病・CKD対策推進ネットワーク会議座長、松戸市障害者福祉計画推進協議会議長等も担当して、保険者と医師会の関係性強化や地域共生社会実現に向けて取り組んでいる。
その他に、日本医師会小児在宅ケア検討委員会委員、千葉県医師会地域包括ケア対策委員会委員長、日本在宅医療連合学会副代表理事、東京医科歯科大学臨床教授。
主な著書に、「医師アウトリーチから学ぶ地域包括ケア支援困難事例集」（2023、長寿社会開発センター）、「今日の治療指針（2018年版～、医学書院）」、「在宅医療バイブル第2版」（2018、日本医事新報）、「介護職のための医療とのつきあいかた」（2016、メディカ出版）、「君はどんな医師になりたいのか」（2002、医学書院）、「初期プライマリケア研修」（1994、医学書院）など。

LS-4-1

ライソゾーム病における 在宅酵素補充療法のマニュアル運用と実例

山川 裕之¹ ヤマカワ ヒロユキ
 小須賀 基通² コスガ モトミチ
 高石 官均³ タカイシ ヒロマサ
 石垣 泰則⁴ イシガキ ヤスノリ
 奥山 虎之⁵ オクヤマ トラユキ

¹ 慶應義塾大学医学部 予防医療センター／循環器内科 専任講師

² 国立成育医療センター 遺伝診療科

³ 慶應義塾大学医学部 予防医療センター

⁴ 医療法人社団仁生堂 大村病院

⁵ 埼玉医科大学 ゲノム診療科

ライソゾーム病とは、ライソゾーム内の分解酵素の遺伝的欠損により、ライソゾーム内に大量の脂質あるいはムコ多糖などが蓄積し、中枢神経、骨格筋、心臓、肝臓、腎臓、種々な症状を呈する疾患群である。現在日本ではライソゾーム病は約60種の疾患があるが、合計で約3000人程度しか存在しておらず、いずれも難病・希少疾患である。

ライソゾーム病の治療の中で酵素補充療法があるが、2022年現在、日本で認可されている酵素製剤はライソゾーム病10疾患に対し16製剤が存在していない。ただし適切なタイミングで酵素補充療法を行えば、予後は10年以上改善している。この酵素補充療法は、大学病院や専門クリニックにて、1～2週間に1度ペースで、1～4時間の静脈点滴を一生涯にわたり必要となる。しかし、ライソゾーム病の末期の病態でもADLが極端に低下し、患者自身での単独通院が困難であり、家族への負担も重くなる。

2021年3月にライソゾーム病の8疾患に対する11製剤が、医師の指示のもとで看護師が点滴可能な製剤として認可され、在宅における酵素補充療法の敷居が低くなった。これをもとに、4つのライソゾーム病の患者団体、日本在宅医療連合学会、日本先天代謝異常学会、ライソゾーム病難病研究班が主体となり、2023年1月に、ライソゾーム病の在宅酵素補充療法マニュアルを完成させた。

このマニュアルの目的は、専門医、在宅医、訪問看護師、薬剤師が、情報を共有しながらライソゾーム病の患者をフォローアップし、安全に在宅への酵素補充療法を行う事である。

このマニュアルにより、希少疾患であるライソゾーム病の患者に対して、在宅医・訪問看護師・薬剤師が日本全国で一定のレベルで、安心に対応することが可能となる。また、我々が取り組んでいる在宅における酵素補充治療の利点と、克服すべき問題点などを示す。

【演者略歴】

【略歴】

1995年 慶應義塾大学理工学部 卒業

2003年 日本医科大学医学部 卒業

2003年 慶應義塾大学病院 研修医

2005年 東京都稲城市立病院 内科

2006年 日本鋼管病院 内科

2007年 慶應義塾大学病院 循環器内科

2015年 慶應義塾大学医学部大学院 卒業

2015年-2018年 横浜市立市民病院 循環器内科

2019年 慶應義塾大学医学部 予防医療センター／循環器内科 助教

2020年 慶應義塾大学医学部 予防医療センター／循環器内科 専任講師 現在に至る

【所属学会】

日本内科学会、日本循環器学会、日本先天代謝異常学会、日本再生医療学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓リハビリテーション学会

利益相反：有

LS-4-2

在宅酵素補充療法：II型ゴーシェ病の訪問診療の経験より

熊田 知浩 クマダ トモヒロ

医療法人くまだキッズ・ファミリークリニック 理事長・院長 / NPO 法人びわこファミリーレスパイト 理事長

ゴーシェ病はグルコセレブロシダーゼの欠損により発症する先天性代謝異常症である。なかでもII型ゴーシェ病は乳児期に発症し急速に進行する神経型で従来はほとんどの患者が2歳まで生存できなかったが、酵素補充療法の開発により生命予後は著しく改善した。しかし、神経学的合併症は重度で四肢麻痺、最重度知的障害に加え、嚥下障害や呼吸不全のため気管切開、人工呼吸管理、経管栄養などの医療的ケアを要する患者が多く、2週間ごとの酵素補充療法のための定期的な病院通院は家族と患者本人の大きな負担になっている。そのため、訪問診療により在宅で酵素補充療法を行うメリットは大きい。

自院ではこれまで気管切開・人工呼吸器を常時装着しているII型ゴーシェ病の患者2人へ訪問診療で酵素補充療法を行ってきた。Aさんは2019年6月（当時10歳）から現在まで、Bくんは2019年6月（当時3歳）から2021年7月まで、月2回のうち1回を自院からの訪問診療で、残り1回を基幹病院で酵素補充療法を行った。酵素製剤、溶解用の注射用水や生理食塩水、フィルター、輸液セットなどを持参し、各自宅で酵素製剤を溶解、調整し輸液ルートを準備、Aさんは中心静脈ポートを留置されているため、ポートを穿刺して接続し自然滴下又はポンプを用いて、Bくんはポートがないため末梢静脈点滴ルートを確保して接続しポンプを用いて前投薬なしで点滴を行っている。点滴開始後に気管カニューレの交換や定期処方薬の処方などを行い、その間問題なく点滴が入っていることを確認し帰る。自宅での滞在時間は40分～60分である。点滴終了時はAさんは訪問看護師がヘパリン生食フラッシュして抜針、Bくんは家族が抜針、ポンプは同日に処方薬を届けてくれる訪問薬局のスタッフに回収して自院に届けてもらっている。本発表では2人の在宅酵素補充療法の実際の様子を紹介し、自院での経験から訪問診療医が在宅酵素療法を行う上での課題について考察する。

【演者略歴】

【略歴】

平成10年3月 京都大学医学部 卒業
 平成10年5月 京都大学医学部附属病院 小児科 研修医
 平成11年5月 市立島田市民病院 小児科 研修医
 平成13年4月 市立島田市民病院 小児科 医員
 平成14年4月 滋賀県立小児保健医療センター 小児科 医員
 平成15年4月 京都大学大学院医学研究科発達小児科学講座（大学院生）
 平成19年4月 滋賀県立小児保健医療センター 小児科医長
 平成27年4月 滋賀県立小児保健医療センター 保健指導部長
 令和1年6月 くまだキッズ・ファミリークリニック 院長
 令和2年11月 医療法人くまだキッズ・ファミリークリニック 理事長
 平成26年秋～ NPO 法人びわこファミリーレスパイト 理事長

【所属学会】

日本小児科学会 日本小児神経学会 日本てんかん学会
 日本重症心身障害学会（評議員） 日本人類遺伝学会 など

【専門医】

小児科学会専門医 小児神経専門医（評議員） てんかん専門医
 臨床遺伝専門医

利益相反：有

ランチョンセミナー 5

古くて新しい漢方薬、人参養栄湯について

LS-5

座長：小柳 亮 コヤナギ リョウ

一般社団法人新潟県医師会／医療法人社団 小柳真柄医院

【座長略歴】

【最終学歴】

平成10年3月 川崎医科大学医学部医学科卒業

平成15年3月 東京女子医科大学大学院卒業

【職歴】

平成10年4月 厚生省（現厚生労働省）入省 大臣官房厚生科学課

平成10年4月 環境庁（現環境省）出向 環境庁環境保健部保健業務室

平成12年4月 厚生省健康政策局（現医政局）指導課

平成13年5月 東京女子医科大学日本心臓血圧研究所循環器内科

平成19年4月 東京女子医科大学日本心臓血圧研究所循環器内科助教

平成24年8月 医療法人 小柳真柄医院理事長 現在に至る。

新潟市医師会代議員

新潟市医師会SWAN ネット事業部会委員

新潟市医師会在宅医療・在宅ネット運営協議会委員（2020年まで）

2020年～ 新潟県医師会理事

日本医師会未来医師会ビジョン委員会委員

2022年～ 日本医師会未来医師会ビジョン委員会委員長

日本医師会医療政策会議かかりつけ医 WG 委員

【所属学会・認定医】

- ・日本内科学会認定内科医 ・健診情報管理指導士 ・日本循環器学会
- ・人間ドック学会認定医 ・日本医師会認定産業医 ・新潟県もの忘れ相談医
- ・新潟県がん対策推進計画に基づく緩和ケア研修会 修了

LS-5-1

古くて新しい漢方薬、人參養栄湯について

今村 友裕 イمامラ トモヒロ

国際医療福祉大学 福岡薬学部 薬学科 / 高木病院 脳神経内科

総務省が発表した2021年10月1日の人口推計によると、65歳以上の人口は3,621万人で、総人口に占める割合が28.9%となった。また、65歳以上の者の要介護者等数も増加し、わが国では高齢化が一層進んでいる。このような状況下で、「人參養栄湯」が注目を集めている。

人參養栄湯は、1151年発行の太平惠民和劑局方に記載があり、古来より用いられている。日本の風土の中で発展し、1986年に医療用漢方製剤として発売された。人參養栄湯は、病後の体力低下、疲労倦怠、食欲不振、ねあせ、手足の冷え、貧血などに効能・効果があり、漢方学的には気血兩虚の状態に用いられる補剤である。悪液質を来す悪性腫瘍や、その化学療法、放射線療法による副作用の軽減、緩和医療などで用いられている。また、貧血、手足の冷えにも適応があり、様々な分野で応用されている。

その後、わが国では高齢化が進み、2000年には介護保険法が施行された。一方で、医療用漢方製剤の市場規模も増大している。これは、がんや認知症の領域における使用量の増加が一因として考えられる。近年においては、特に人參養栄湯の処方数や生産金額が急激に増加している。これは、高齢者医療で多く使用されるようになってきていることが要因として考えられる。この処方は、認知症を合併している場合や、フレイルの状態である場合の高齢者には良く合っている。高齢化が進んでいなかった発売当初においては、あまり注目されるべきものではなかったかもしれないが、現在の高齢者にとってはまさしく「新しい薬」といっても過言ではない。

本セミナーでは、人參養栄湯の構成生薬に着目しながら、その特徴や近年処方が急激に増加している背景について解説を行う。また、実際の症例を通して、典型的な使用方法について説明する。さらに、人參養栄湯に関する臨床研究や基礎研究について紹介し、将来の可能性について述べる。

【演者略歴】

【学歴】

2000年 早稲田大学理工学部環境資源工学科卒業

2010年 長崎大学医学部医学科卒業

2020年 九州大学大学院修了

【職歴】

2010年～2012年 九州大学病院臨床教育研修センター研修医

2012年～2013年 九州大学病院神経内科医員

2013年～2020年 久留米大学医学部内科学講座助教

2020年～ 国際医療福祉大学 福岡薬学部 薬学科 講師 / 高木病院 脳神経内科

【所属学会】

認知症学会（専門医、指導医）、内科学会（総合内科専門医）、
神経学会（神経内科専門医）、糖尿病学会、内分泌学会、甲状腺学会

利益相反：有

ランチョンセミナー 6

～患者満足度の最大化を目指したボツリヌス療法～

LS-6

座長：勝谷 将史 カツタニ マサシ

西宮協立リハビリテーション病院リハビリテーション科 部長

LS-6-1

在宅におけるボツリヌス療法を用いた痙縮治療の実際

神山 一行 カミヤマ カズユキ
医療法人社団神星会 港北ニュータウン診療所 院長

本邦における脳血管疾患の総患者数は約174万人（厚生労働省発表の「令和2年 患者調査の概況」）とされており、人口の急激な超高齢化が進行している状況の中、脳血管疾患の発症数、総患者数は今後ますます増加すると予想される。痙縮は脳卒中の後遺症でよくみられる運動障害の一つであり、手足の筋肉の緊張によって着替えや入浴、食事などの動作が制限される、痛みが伴う、衛生面に問題が生じるなど、日常生活にさまざまな支障をきたし、患者だけでなく介護者にも影響を及ぼす。痙縮は脳卒中全体の約4割に発生すると言われており、訪問診療が必要な在宅療養患者の中にも、脳卒中後の痙縮によりADLやQOLが低下した患者が存在する。

現在、痙縮に対しては内服薬や注射薬などのさまざまな治療法があり、症状や治療目的を考慮して、リハビリテーションと組み合わせた治療が行われている。本邦では、2010年に上肢痙縮・下肢痙縮に対するボツリヌス療法が承認され、当診療所でも在宅におけるボツリヌス療法を用いた痙縮治療を行っている。グラクソ・スミスクライン株式会社のボトックスにおいては、2022年11月に上下肢痙縮合計の上限投与量が400単位から600単位へと変更となり、重症度に応じた投与量の選択肢が更に広がった。

本ランチョンセミナーでは、在宅におけるボツリヌス療法を用いた痙縮治療の実際を知っていただくことを目的に、訪問スケジュールやその内容（検査、評価、施注、在宅特有の注意点）、ボツリヌス療法の地域連携ネットワーク、そしてボツリヌス療法が在宅療養中の痙縮患者と家族にもたらす具体的なメリットなどについて、実際の症例を含めて紹介したい。本講演が、ボツリヌス療法を用いた痙縮治療への理解の一助となれば幸いである。

【演者略歴】

経歴

1999年5月～ 昭和大学リハビリテーション科
2001年4月～ 東京共済病院整形外科
2002年10月～ 三宿病院神経内科
2003年10月～ 昭和大学横浜北部病院リハビリテーション科
2005年10月～ 医療法人社団容生会あすかクリニック
2007年11月～ 港北ニュータウン診療所

学会活動・資格など

リハビリテーション科専門医・指導医
日本リハビリテーション医学会臨床認定医
在宅医療専門医・指導医
身体障害者福祉法第15条指定医
厚生労働省義肢装具等適合判定医
日本医師会認定産業医

利益相反：有

ランチョンセミナー7

知らないと怖〜い!在宅人工呼吸療法

LS-7

座長：中西 美貴 ナカニシ ミキ

大阪大学医学部附属病院 看護部 特定看護師 / 呼吸器疾患看護認定看護師

【座長略歴】

【略歴】1997年鳥取大学医療技術短期大学部看護学科卒業。昭和大学大学院保健医療学研究科呼吸ケア領域（修士課程）修了。京都大学医学部附属病院で看護師として勤務後に社会福祉法人三井記念病院で呼吸療法士として勤務。その後大阪大学医学部附属病院へ入職し、2016年に慢性呼吸器疾患看護認定看護師、2021年より呼吸器疾患看護認定看護師（特定認定看護師）の認定を受け、現在は呼吸ケアナースとして呼吸ケアチーム（RST）や呼吸ケア・看護外来で専門的なケアを提供している。

【所属学会】

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会（代議員）、日本呼吸療法医学会（社会保険委員）、AARC（American Association for Respiratory Care）

【執筆】

1. COVID-19感染拡大により変化する患者教育の内容、あり方 Respica 2021/8
2. 呼吸器疾患（喘息/COPD）をもつ患者の周手術期管理 それ、本当に肺炎ですか？ ナーシング 2021/2
3. 在宅ケアのためのエッセンス 運動療法 エム・イー・タイムス 2020/3
4. ナーシング・グラフィカEX 呼吸器 2章2-5節 メディカ出版 2020/1
5. NPPV まるごと事典 1章 インターフェイスの特徴と基本の装着手順 Respica 2019/8
6. 慢性呼吸器疾患患者へのエンド・オブ・ライフケア 増悪を繰り返す局面看護技術 2019/7
7. ハローキティの人工呼吸器ノート ナツメ社 2017/3

等

元ガールスカウト兵庫72団員

LS-7-1

武知 由佳子 タケチ ユカコ
医療法人社団愛友会いきいきクリニック 呼吸器科

退院後人工呼吸器の設定を再検討していますか？

在宅医療の現場では、臨床工学士も、夜勤の看護師もいない。

在宅では医療者は点での関わり、素人である患者や家族が主体で行う。

病院という環境で設定されたままで、本当に安全なのか？

家族がついっかり朝まで眠り込み、吸引し忘れ、痰で溺れていたということもあり得る。

知らないと思患者様の命に関わる。アラームも鳴りすぎると“狼少年”になってしまう。

狼少年にならず、安心安全な管理をおこなうために、アラームの設定はどうすればよいか？安心安全な人工呼吸器の設定とは？

在宅での特別な危機管理について考えたい。

私たち医師は、急性期のARDSで人工呼吸療法を学ぶ。

急性期と慢性期の人工呼吸療法の概念は真逆である。

ALS患者にIPAP6/EPAP4でNPPVを行っていたらどうなるか？

呼吸により消費されるエネルギー（呼吸仕事量）は、健常人が70kcal/日、ALS進行期では1000kcal以上/日で、基礎代謝量に呼吸仕事量を追加したカロリーを摂らないとどんどん痩せていく。

呼吸筋が弱り、呼吸仕事量の増大が始まる時期に、嚥下機能障害も始まる。

摂取カロリー不足と、人工呼吸器設定不全により呼吸仕事量が軽減できず消費エネルギーは増大したまま。二つが重なり、病気の進行以上に病態を進行させている。進行期と思われるが、実は、このような問題が隠れている。人工呼吸器の設定が、患者様の人生に関わる。

本講演では、症例を中心に、在宅でひやりとしたインシデント・アクシデントもご紹介し、再現実験も行い、在宅での危機管理について、一緒に考える時を持ちたいと思う。

人工呼吸療法をもっと学びたい方、自信がない方、苦手意識を持っている方、是非ご参加頂ければ幸甚である。

【演者略歴】

【略歴】

1993年3月 新潟大卒 1993年4月昭和大大麻酔科緩和ケアチーム
1994年4月 大田病院初期研修 1996年9月 同院呼吸器科勤務
2005年6月 国立八雲病院小児科勤務 2006年1月 大田病院呼吸器科勤務
2007年5月 川崎協同病院呼吸器科勤務 2007年9月 いきいきクリニック開設

【所属学会】

日本呼吸ケア・リハ学会 日本呼吸器学会会員 日本呼吸療法医学会会員 他6学会

【執筆】

- 1、在宅医療のすべて 6章在宅人工呼吸療法 2014
 - 2、在宅医療テキスト 第3版 3章3.在宅人工呼吸療法（HMV）2015.11
 - 3、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア 4-B在宅酸素療法 8-B在宅中心モデル 2016
 - 4、在宅医療バイブル第2版 IV④在宅人工呼吸療法 2018.5/15
 - 5、NPPV まるごと事典 4章2 在宅用機種グラフィックモニタリング 4 Respica 2019.8/5
 - 6、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア指針2021 4章-3 在宅における緩和ケア 2021.4/20
- 日本同盟基督教団招待キリスト教会聖歌隊指揮者 ガールスカウト長野17団員

ランチョンセミナー 8

短腸症候群治療の最前線～新薬への期待～

LS-8

座長：城谷 典保 シロタニ ノリヤス

一般社団法人鴻鵠会代表理事・新横浜在宅クリニック 院長

【座長略歴】

【略歴】

1976年 3月 関西医科大学医学部卒業
1992年 6月 東京女子医科大学医学部外科学（二）講師
1996年10月 東京女子医科大学医学部外科（二）助教授
2006年 7月 東京女子医科大学医学部外科教授
2006年10月 東京女子医科大学八千代医療センター副院長兼外科部長
2011年 9月 医療法人社団 鴻鵠会 理事長
2017年 1月 新横浜在宅クリニック 院長

【所属学会】

日本在宅医療学会（元理事長）
日本在宅医療連合学会（名誉会員・監事）
日本臨床栄養代謝学会（特別会員・元理事、第25回大会長）
日本サルコペニア・悪液質・消耗性疾患研究会（代表理事）
日本外科代謝栄養学会（評議員）
日本消化器内視鏡外科学会（元評議員）
日本臨床外科学会（元評議員）
日本緩和医療学会 他

LS-8-1

非クローン病由来の短腸症候群治療の現状と課題 ～在宅医療の視点から～

伊藤 慎吾 イトウ シンゴ
池上総合病院／川崎幸病院 外科

1池上総合病院 外科 2川崎幸病院
演者 外科 伊藤慎吾

【背景】

短腸症候群治療であるレベスティブが登場して2年が経過したが、クローン病を除いた急性疾患由来の短腸症候群の患者のQOL、長期予後は極めて不良な状況である。急性期疾患由来短腸症候群の場合、急性期病院を退院した後に施設や在宅療養をされている場合も多く、患者のみならず医療者も管理に難渋することを経験する。成人の短腸症候群患者の5年後の総死亡率は30%との報告が海外からされており、QOL改善や輸液量減量などによる予後の改善が課題とされる。

【目的】

急性期病院における短腸症候群の現状と課題、またレベスティブの使用経験について報告する。

【結果】

当院（川崎幸病院）で2018年から2022年までに経験した短腸症候群27例について検討した。なおクローン病の症例は含まれていない。観察期間は137日であった。年齢の中央値は77（46-90）歳、男性17例、女性10例であった。原疾患は上腸間膜動脈血栓塞栓症12例、NOMI 7例、小腸捻転2例、術後合併症2例、絞扼性腸閉塞2例、放射線性腸炎1例、宿便性大腸・小腸壊死1例であった。人工肛門が造設された症例は17例であった。残存小腸の距離は50（5-150）cmと非常に短い症例が多く、術後の在院日数の中央値は48（2-104）日であった。23例（85.2%）が術後TPNを実施しており離脱できたのは4例のみであった。術後の生存期間中央値は209日であり、1年以内に14例（51.8%）が死亡していた。2例にレベスティブ投与を行っているが、2例ともに排便回数の低下によりQOLが大きく改善した。また1例はTPN導入4年目にして輸液を離脱することが可能となった。QOLの改善、輸液量の低下等による長期予後の改善に寄与できる可能性がある。

【結語】 短腸症候群の現状と課題、またレベスティブの使用経験について文献的考察を加えて報告する。

【演者略歴】

略歴

2006年3月 秋田大学医学部卒業
2006年4月 聖隷浜松病院 初期臨床研修
2008年4月 同院 外科
2010年4月 横須賀共済病院 外科
2013年4月 順天堂大学大学院 下部消化管外科 入学
2014年4月 東京大学医科学研究所
2017年4月 順天堂東京江東高齢者医療センター 外科
2017年10月 川崎幸病院 外科
2023年4月 池上総合病院 外科 ～現職

資格

日本外科学会外科専門医
日本消化器外科学会専門医・指導医
消化器がん外科治療認定医
日本内視鏡外科技術認定医（大腸）
日本消化器病学会専門医
日本がん治療認定医機構がん治療認定医
日本腹部救急医学会腹部救急認定医・評議員
緩和ケア研修会修了
医学博士
厚生労働省認定 臨床研修指導医
内痔核治療法研究会四段注射法講習修了
難病指定医
がんプロフェッショナル養成プラン終了

利益相反：無

LS-8-2

短腸症候群患者の在宅栄養療法に何が必要とされるのか？

千葉 正博^{1,2} チバ マサヒロ¹ 昭和大学薬学部 臨床薬学講座 臨床栄養代謝学部門 教授² 昭和大学医学部 小児外科学講座 兼任

短腸症候群患者では、早期退院が進むとともに在宅での静脈栄養管理を含めた多種の医療的ケアが必要となってきた。これらケアを長期にわたり支えて行くためには幾つかの問題点を解決する必要がある。昼間の活動性を向上させるため、基本的には在宅中心静脈栄養管理（HPN）は夜間間欠投与が可能となった時点で退院としている。とはいえ全患者が可能ではなく、HPNが継続していることにより、ある程度社会生活にも影響が見られる患者が少なからず存在する。これらの患者では、身体的のみならず心理的・社会的な負担が高まっていることから、余暇活動、社会生活や家族での生活などが制限され、睡眠障害や慢性疲労に苦しむことが見られるようになる。これらの症状を改善するためには、腸管馴化を可能な限り進めHPNからの離脱を図ることが優先される。この十数年間、食事療法や特定栄養素の補充などの栄養療法に加え、カテーテル敗血症予防や腸管延長術などの外科的治療などの集学的治療が進み、患者の予後は著明に改善してきた。しかし、いまだ30～47%前後の患者はHPNからの離脱が困難なままであり、新たな戦略が必要となっていた。そのような背景の中、近年注目されているのが消化管ホルモン補充療法である。消化管ホルモンに関しては、近年さまざまな種類が遺伝子工学的に多量の精製が可能となり、その臨床応用が期待されてきた。なかでも glucagon like peptide-2（GLP-2）は、小腸L細胞から分泌される腸管グルカゴンの一つであり、腸管上皮増殖および吸収機能の改善を促す消化管ホルモンの一つとして注目されている。今回話題とするレベスティブ®は、天然型より長時間腸管に作用するよう組換えられたGLP-2のアナログ製剤である。本邦でも短腸症候群治療用の薬剤として初めて承認され、販売が開始された。本製剤の使用経過を若干の知見を含め概説する。

【演者略歴】

略歴

平成 2年3月 昭和大学医学部卒業
 平成 2年6月 昭和大学藤が丘病院外科助手
 平成 5年4月 愛知県心身障害者コロニー中央病院医員
 平成 8年2月 横浜旭中央総合病院外科医員
 平成19年4月 昭和大学が丘病院小児外科講師
 平成20年4月 昭和大学藤が丘病院NSTチアマン
 平成24年4月 昭和大学病院外科系講座小児外科学部門准教授
 平成30年4月 昭和大学病院NSTチアマン
 令和 3年4月 昭和大学薬学部臨床薬学講座臨床栄養代謝学部門教授、同外科学講座小児外科学部門 兼任

所属学会・資格

日本外科学会専門医・指導医、日本小児外科学会専門医・指導医、Pacific Association of Pediatric Surgeons Board member、日本外科代謝栄養学会評議員・総務/規約委員会・保険委員会・認定医・指導医制度検討委員会委員、日本臨床栄養代謝学会指導医・代議員・評議員・教育統括担当理事・教育委員会委員長・編集委員会委員・首都圏支部副会長・NST専門療法士セミナー実行委員会委員 等

利益相反：有

ランチョンセミナー 9

ALS の病診連携

—栄養療法, 呼吸療法, リハビリテーション, 緩和ケア, そして薬物療法の今とこれから—

LS-9

座長：荻野 美恵子

国際医療福祉大学 教授

LS-9

木田 耕太 ボクダ コウタ
東京都立神経病院 脳神経内科 ALS/MND センター医長

ALSとともに生きていく中で、患者さんはまず病名を告知されたところから、そして徐々に症状が進んでいく中で様々な選択、決断に迫られることになる。

どこで・誰と暮らしていくか、胃ろう・人工呼吸器・気管切開はするのか、どのように苦痛を取るのか、どんな薬剤で治療を受けるのかなど、さまざまなことを決めていく。

決断に際しては、患者さんと、病院—診療所、職種の枠を超えた医療者たちがともに考え、決めていく「協働意思決定」のプロセスが重要である。

一つ一つどの選択もそれぞれに重要で難しく、簡単には決められない。

しかし、知っていて「決められない」のと、知らないで「決めようがない」のでは同じ「決まらない」状況でも大きく意味が異なる。

ALS患者さん、ご家族そしてその生活を支える医療者が、これからの生活を考え、決めて作り上げていく上で知っておきたいテーマについて概説したい。

また先頃薬物療法の選択肢に新たに加わったエダラボン経口懸濁液の可能性についても考えたい。

【演者略歴】

【学歴】

2002年3月 浜松医科大学医学部医学科卒業

2017年3月 新潟大学大学院医歯学総合研究科卒業 博士（医学）

【職歴】

2002年5月 藤枝市立総合病院 総合内科（研修医）

2004年4月 川崎市立川崎病院 総合診療科（専修医）

2006年4月 川崎市立川崎病院 救命センター

2007年4月 川崎市立川崎病院 神経内科

2011年4月 東京都立神経病院 脳神経内科

2017年4月 同 医長

2021年4月 同 ALS/MNDセンター長 現在に至る

【専門領域】

神経変性疾患の診療、電気診断学、栄養療法、緩和ケア、臨床倫理

【所属学会】

日本在宅医療連合学会、日本臨床倫理学会、日本内科学会（総合内科専門医・指導医）、

日本神経学会（専門医・指導医）、日本臨床神経生理学会（専門医・指導医）、

日本認知症学会（専門医・指導医）、日本脳卒中学会（専門医）、日本神経治療学会（評議員）、

日本難病医療ネットワーク学会（評議員）、日本神経摂食嚥下・栄養学会（評議員）、他

ランチオンセミナー 10

症例から読み解く がん疼痛治療のポイント

～アセスメントができれば鎮痛できる～

LS-10

座長：藤原 葉子

ホームケアクリニック札幌 院長

【座長略歴】

略 歴

1968年 岐阜県生まれ。

1994年 信州大学医学部卒業。三井記念病院麻酔科に入職

2007年 勤医協中央病院 総合診療部を経て2009年よりホスピスケア病棟

2011年 勤医協中央病院 ホスピスケアセンター 副センター長

2012年 勤医協中央病院 ホスピスケアセンター 緩和ケア内科 医長

2015年 在宅緩和ケア診療所 ホームケアクリニック札幌

2016年 ホームケアクリニック札幌 院長

2021年 地域緩和ケアセンター ruyka センター長 兼任

緩和ケア外来、訪問診療（在宅緩和ケア）を行っている

疼痛緩和がうまくいき、「楽になったわ」と喜んでもらえる瞬間が好きです

◎所属学会等

日本麻酔科学会

日本緩和医療学会 認定医

死の臨床研究会

日本緩和医療学会北海道支部 役員

日本ホスピス緩和ケア協会北海道支部 支部代表幹事

札幌市在宅医療協議会 役員

LS-10-1

症例から読み解く がん疼痛治療のポイント～アセスメントができれば鎮痛できる～

余宮 きのみ ヨミヤ キノミ

埼玉県立がんセンター 緩和ケア科 科長 兼 診療部長

がん疼痛治療の主役はオピオイドである。がん疼痛治療において難渋するのは、「オピオイドを増量しても、患者の満足のいく鎮痛が得られない場合」である。オピオイドの定期投与を増量した際、「うまく鎮痛が得られる場合」と「眠気ばかり増えて痛みはとれない場合」とに結果が分かれる。そこで、「オピオイドを増量すべきなのか、それ以外の対応をすべきなのか」あらかじめ判断できれば、質の高い疼痛治療につながる。

的確なアセスメントができれば、こうした方針を決定することができる。なかでも、痛みが持続痛か突出痛かというアセスメント、不快な眠気についてのアセスメント、レスキュー薬の効果についてのアセスメントは欠かせない。さらに、「患者の目標」のアセスメントも重要である。また、こうしたアセスメントを行うことで、必ずしも処方変更を必要とせずケアを提供することで鎮痛が得られることも少なくない。

在宅医療における疼痛治療においては、適切なレスキュー薬を準備することが求められる。レスキュー薬には様々な剤型があるが、2021年、オキシコドン内服液が上市した。内服液は、水なしで服用できることから寝たきりの患者や就労している患者などに有用である。また、散剤のように頸部を伸展させずに服用することができるため、頸椎転移、頭頸部がんや頸部、鎖骨上リンパ節転移など頸部に病変のある患者でも服用しやすい。適切な剤型選択に加えて、レスキュー薬が本来の役割を果たすためには用量調整が重要である。フェンタニル粘膜吸収剤だけではなく経口速放性製剤においても、ベースのオピオイド量とレスキュー薬の量とは相関がないことが明らかにされており、レスキュー薬の投与量は剤型にかかわらず「レスキュー」できるように調整する。

本講演では、疼痛治療の方針を決定するために必要なアセスメントのポイントについて症例を通して解説する。

【演者略歴】

1991年 日本医科大学卒業

東京医科歯科大学 一般内科、神経内科、整形外科、

日本医科大学 リハビリテーション科を経て、

2000年4月～埼玉県立がんセンター 緩和ケア科

現在、当科 科長 兼 診療部長

主な資格など：

日本緩和医療学会 専門医

日本緩和医療学会 がん疼痛薬物療法ガイドライン改訂WPG員長（2014年版、2020年版）

日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン統括委員会 副委員長

日本膵臓学会 膵痛診療ガイドライン改訂委員会 委員（～2016年発刊まで）

日本臨床腫瘍学会 骨転移診療ガイドライン ガイドライン作成部会委員（～2015年発刊まで）

埼玉医科大学 非常勤講師

著書

ここが知りたかった緩和ケア 第2版：南江堂2019年

がん疼痛緩和の薬がわかる本 第3版：医学書院2019年

よい質問から広がる緩和ケア：南江堂2017年

もっとうまくいく緩和ケア 患者がしあわせになる薬の使い方：南江堂2021年

利益相反：有

ランチョンセミナー 11

LS-11

座長：高瀬 義昌

医療法人社団 至高会 たかせクリニック理事長

／90641

LS-11-1

在宅でよく遭遇する皮膚疾患

～年間502名を在宅で看取る診療所の実践方法と皮膚科専門医との連携～

石賀 丈士

医療法人 SIRIUS いしが在宅ケアクリニック 理事長

「日本一の在宅緩和ケア診療所を作り、全国に人材を育成輩出すること」を目的に、2009年7月三重県四日市市に当院を開設しました。

現在はスタッフ総勢60名（常勤医師12名、非常勤医師3名）で診療を行っています。在宅医にとって皮膚疾患に対して適切に対応できることは必須のスキルですが、日々の訪問診療の中で苦慮する症例に出会うことも少なくありません。当院の場合は皮膚・排泄ケア認定看護師（WOCナース）や管理栄養士と協働で治療を行っていますが、治療に難渋する場合や悩む場合は病院や診療所の皮膚科専門医に相談や紹介を行っています。

本日は在宅医として、皮膚疾患における治療の実践方法（褥瘡、腫瘍の自壊、疥癬、帯状疱疹、慢性湿疹、真菌など）を紹介しつつ、悩むポイントを整理し皆様と共有できればと思います。

【演者略歴】

【略歴】

2001年3月 三重大学医学部卒業
2001年4月 三重大学付属病院第二内科
2002年2月 山田赤十字病院内科
2003年4月 山田赤十字病院呼吸器科
2007年4月 しもの診療所所長
2009年7月 いしが在宅ケアクリニック院長

【資格等】

日本在宅医療連合学会 認定専門医・指導医
日本内科学会 認定内科医
日本在宅医療連合学会 評議員
全国在宅療養支援医協会 代議員

【著書】

最期まで、命かがやいて（幻冬舎 2015）
人生の最後に笑顔で死ぬる31の心得（マキノ出版2016）

LS-11-2

在宅医療における皮膚疾患治療の連携について ～皮膚科医の立場から。褥瘡での連携を中心に～

小川 純己

小川皮膚科医院 院長

少子高齢化がどんどん進む中、在宅医療の重要性が叫ばれて久しいですが、実際の運用は様々な問題を抱えています。老化にともなうトラブルを事前にリストアップして、問題が小さな内に安定化させるのが在宅医療の常套手段です。皮膚のトラブルは、本人、家族、介護者、ケアマネージャー、看護師、薬剤師、医師と、在宅医療に関わる関係者がすべて目にする機会があり、問題を共有しやすい対象のはずですが、現実はどうでしょうか。状況、対処法、治療、環境整備など、連携が上手くとれなくて、情報が滞ったりしていませんか。

端末機器の発達により、タブレットを使用した在宅医療が行き渡ってきました。タブレットさえあれば、音声、画像、動画などの記録を保存することが出来ます。現行のタブレットは優秀ですので、臨床写真撮影に慣れていない医療従事者でも、診察に十分運用できるレベルの写真撮影が可能です。

素材が出そろったら、その後の情報共有を如何にするかがキモになります。

当院で行っている皮膚疾患治療の連携について、画像データのやり取りなどを例にして実情を説明します。

連携を上手く行うには、お互いのニーズを認識することから始まります。

褥瘡の在宅医療では、急性期の進行性病変をいかに見落とさないかと、停滞期の増悪因子をいかに拾い上げるかが、連携の重要ポイントになります。

スキンケアにおいては、出来ること、出来ないこと、出来ればしておきたいことを、関係者の間で認識を統一しておく必要があります。

まだまだ道半ばですが、よりよい連携を目指して試行錯誤を繰り返しています。

【演者略歴】

【略歴】

1994年 慶應義塾大学医学部卒業、慶應義塾大学病院皮膚科入局

1996年 川崎市立川崎病院皮膚科

1998年 稲城市立病院皮膚科

2000年 慶應義塾大学医学部皮膚科学教室助手

2002年 こうかん会日本鋼管病院皮膚科部長

2010年 現職

【所属学会】

日本皮膚科学会、日本皮膚病理組織学会、日本研究皮膚科学会

ランチョンセミナー 12

在宅リハビリテーションとしての装着型サイボーグ HAL の発展
LS-12

座長：徳永 邦彦

医療法人 愛仁会 亀田第一病院 新潟股関節センター 教授

三浦 紘世

筑波大学医学医療系整形外科

超高齢化社会に至った日本では国策である健康日本21の中でロコモティブシンドローム（運動器症候群）の予防が目標として挙げられており、要介護状態を予防して健康寿命を延伸するために、身体活動量を増加させる積極的な介入が望ましい。

しかし、高齢者に対する従来の運動療法では、身体負荷が過剰となると運動器の障害をきたすリスクがある一方で、負荷が少ないと効果が十分に得られない問題がある。

そこで、演者はHybrid Assistive Limb（HAL）腰タイプを活用した運動療法に着目した。

HALは生体電信号を検出して装着者の運動意図に応じた随意的な動作支援が可能であり、繰り返しの運動により筋と中枢神経系の間でInteractive Biofeedbackが形成され、より高い運動学習効果が生じさせる。

高齢者の身体負荷を軽減しながら、より高い運動療法の効果が得られると考えられ検証した。

まず、介護老人保健施設に入所もしくは通所していたロコモティブシンドロームを有する33例に、HAL腰タイプを装着して立ち上がり訓練と歩行訓練の運動療法を1回20分、週3回、計12セッション行ったところ、片脚起立時間が平均3.1秒増加、TUG平均3.0秒短縮、1分間立ち上がり回数が平均約3回増加と運動機能の有意な改善を得ることができた。

また、大腿骨近位部骨折術後急性期や、在宅でHAL腰タイプを用いて運動療法を行った事例についても紹介する。

在宅でのHALの利用については、すでに個人レンタルが開始されており2023年3月末時点で300名ほどの者が利用している。インターネットを活用し、遠隔でのフォローが実施されている。

これらの事例よりHALの特徴を活かした身体負荷を軽減しつつ随意的な運動支援によって、より高い運動学習効果を得る運動療法は、高齢者の運動機能改善への新規治療選択肢として期待がもたれる。

【演者略歴】

<略歴>

2008年3月 筑波大学医学専門学群 卒業

2008年4月 筑波メディカルセンター病院研修医

2010年4月 筑波大学医学医療系整形外科入局

2010年4月 関連病院にて研修

2015年4月 筑波大学人間総合科学研究科疾患制御医学専攻 入学

2017年11月 筑波大学医学医療系整形外科運動器再生医療学寄付講座助教

2018年5月 筑波大学附属病院リハビリテーション部病院助教

2019年3月 筑波大学人間総合科学研究科疾患制御医学専攻 修了

2019年4月 筑波大学附属病院リハビリテーション部病院講師

2021年6月 筑波大学医学医療系整形外科講師（現職）

<専門>整形外科（脊椎脊髄）

<所属学会> 日本整形外科学会、日本脊椎脊髄病学会、日本脊椎インストゥル

メンテーション学会、日本脊髄障害医学会、日本成人脊柱変形学会、関東整

形災害外科学会、国際頰椎学会日本機構、Asia Pacific Spine Society Life member、

Asia Pacific Orthopaedic Association Life member

<受賞歴>

1. 第29回脊椎インストゥルメンテーション学会小野村敏信Presentation Award 最優秀口演賞, 2020

2. 公益財団法人整形災害外科学研究助成財団 令和2年度（第46回）研究助成 鈴木賞

3. 第28回脊椎インストゥルメンテーション学会小野村敏信Presentation Award 最優秀口演賞, 2019

／ 90644

LS-12-2

安永 好宏

CYBERDYNE 株式会社 営業部門

ランチョンセミナー 13

パーキンソン病の多職種連携とリハビリテーションについて

- 在宅医療の観点から -

LS-13

座長：黒岩 義之 クロイワ ヨシユキ

医療法人社団和啓会メディクスクリニック溝の口／財務省健康管理医／横浜市立大学 医学部 神経内科学 名誉教授／帝京大学 医学部付属溝口病院 脳卒中センター長

【座長略歴】

〈現職〉 和啓会 メディクスクリニック溝の口（医員）、財務省（健康管理医）、帝京大学（医学部脳神経内科学客員教授・医学部附属溝口病院脳卒中センター長）、横浜市大（名誉教授・客員教授）

〈資格〉 医学博士（東京大学医学部）、専門医・認定医（日本神経学会・日本脳卒中学会・日本リハビリテーション医学会・日本臨床神経生理学学会）、難病指定医（神奈川県、千葉県）

〈学会活動〉 名誉会員（日本自律神経学会・日本臨床神経生理学学会・日本神経治療学会）、顧問（日本小脳学会）、プリオン病感染予防ガイドライン作成委員（日本神経学会）、理事（日本薬物脳波学会）、功労会員（日本内科学会・日本老年医学会・日本頭痛学会・日本神経感染症学会）

〈社会活動〉 「脳神経内科」誌（編集委員長）、厚労省委員（難治性疾患政策研究事業事前評価委員会、重篤副作用総合対策検討会）、プリオン病サーベイランス委員会（生理学アドバイザー）、東京都医学総合研究所（理事）、虎の門病院・沖中記念成人病研究所（評議員）、人事院（国家公務員試験専門委員）、医薬品医療機器総合機構（専門委員）、国立研究開発法人 産業技術総合研究所（専門委員）、日本多発性硬化症協会（医学顧問）、神奈川脳神経科医会（幹事）、神奈川鉄門会（副会長）、神奈川 ALS患者友の会（顧問）

〈学歴・職歴〉 1973年 東大医学部医学科卒、1976年 東大神経内科入局（豊倉康夫教授門下）、米国セントルイス大学神経学レジデント、1979年 日赤医療センター神経内科医員、1980年 浜松医大第一内科助手、1981年 東大神経内科医局長、1982年 岩手医大神経内科助教授、1991年 虎の門病院神経内科部長、東大医学部非常勤講師、1992年 横浜市大神経内科主任教授、2010年 横浜市大医学部長、全国医学部長病院長会議会長、2012年 帝京大学医学部附属溝口病院神経内科客員教授・脳卒中センター長、2014年 財務省診療所長、2020年 和啓会メディクスクリニック溝の口医員

〈専門領域〉 大脳高次機能、神経生理学、自律神経科学、パーキンソン病、脳卒中、認知症、てんかん、プリオン病、Long COVID 症候群

LS-13-1

パーキンソン病の多職種連携とリハビリテーションについて-在宅医療の観点から-

川瀬 裕士 カワセ ユウジ
川瀬神経内科クリニック

パーキンソン病は進行性の疾患であり、患者数の増加は神経疾患の中で最も急速であり「パーキンソンパンデミック」と言われている。

症状の特徴は多岐にわたり、運動症状においては4大症状ともいわれる動作緩慢、振戦、筋強剛、姿勢反射障害をはじめ、進行すると変動性のオフやジスキネジアの出現、嚥下障害なども問題となる。これらに加えて、非運動症状においても便秘や精神症状、認知機能障害などが出現する。

患者さんをサポートする介護者においても、進行すると早期の段階に比べ2倍以上の時間（3.2時間/日⇒8.4時間/日）を介護に充てることになり負担も増す疾患です。

国内では患者さん、介護者をサポートするために多職種連携が重要であることから、「パーキンソン病療養指導士」という資格も設立されました。

多職種が絡んでリハビリテーションを適切に行うことで運動機能の向上、薬剤数が増えなかった、認知機能改善、睡眠の改善など好影響を示唆するエビデンスが海外では報告されているため、多職種で患者さんに対するアプローチの重要性が増しています。

また、療養生活は長い人では約30年になると思われます。長期に及ぶ療養生活の大部分が在宅での生活となります。本人と介護者が正しい知識を身につけること、また本人に関わる様々な職種の人々が適切に介入すること、担当する他領域の医師が正しい知識を共有することなどが重要です。長期に渡る在宅療養となるからこそ、多職種チームの介入を含む療養生活の質の高さと、継続性が重要です。

本講演では、患者数の増加とともに、今後、社会的な関心や負担も増加することが予想されているパーキンソン病について、簡単な疾患の特徴と、多職種で関わらなければならない理由、リハビリテーションの重要性について講演いたします。

【演者略歴】

【学歴・職歴】

平成13年 東邦大学医学部 卒業 東邦大学医学部附属大橋病院
平成15年 東邦大学医療センター大森病院神経内科
平成16年 独立行政法人労働者健康福祉機構東京労災病院
平成17年 独立行政法人国立病院機構相模原病院
平成18年 東邦大学医療センター大森病院神経内科
平成24年 かわせメモリークリニック 院長
平成24年 川瀬神経内科クリニック 副院長
東邦大学医療センター大森病院神経内科 客員講師
平成30年 川瀬神経内科クリニック 院長
認知症疾患医療センター連携型 センター長

【専門医・認定医】

日本神経学会専門医
日本臨床神経生理学会専門医
日本脳卒中学会認定脳卒中専門医
日本頭痛学会専門医
日本認知症学会専門医
日本内科学会総合内科専門医
日本内科学会認定内科医
新潟県認知症サポート医

利益相反：無

ランチョンセミナー 14

経鼻胃管の誤挿入リスクを低減させるために ～生体透過光を応用した位置確認法は有用か?～

LS-14

座長：泰川 恵吾 ヤスカワ ケイゴ

医療法人鳥伝白川会 理事長、ドクターゴン診療所 院長

LS-14-1

タムガイドの在宅現場での使用経験から

泰川 恵吾	ヤスカワ ケイゴ
越川 雅宏	コシカワ マサヒロ
曾我 幸弘	ソガ ユキヒロ
小岩井 綾	コイワイ アヤ
恩河 良	オンガ リョウ

ドクターゴン診療所

目的：在宅患者で経鼻胃管を挿入、交換する場合、挿入後の確認のためのレントゲン撮影が煩雑または困難である。レントゲンを用いない挿入位置確認法として開発されたタムガイド®を、在宅現場で使用した経験について紹介する。

装置：タムガイド®は、経鼻胃管の内腔に挿入した光ファイバーの先端から発する生体透過光を体外から目視することで、経鼻胃管挿入時の先端位置を確認できる医療機器である。

方法：当院で訪問診療している経鼻胃管患者3例5回（2例は2回交換、1例は1回交換）について、経鼻胃管交換時にタムガイド®を用い、挿入先端位置の確認を行った。

結果：全例で生体透過光が目視されたが、1例（2回交換）では透過光がやや弱かったが、部屋を暗くすることで問題なく視認された。挿入手技には特に困難はなかった。

考察：装置の操作に多少の慣れが必要と思われたが、2回目以降では問題なく挿入、確認できた。透過光が弱かった1例は、CTで横行結腸が胃の前方にあるためPEG施行困難の症例であった。光ファイバー先端から腹壁に距離があるため、透過光が弱かったと考えられる。タムガイド®を用いることで、在宅での経鼻胃管挿入を安全かつ簡便に施行できる。

【演者略歴】

平成元年杏林大学医学部卒業

同年東京女子医科大学第二外科（General Surgery）入局

平成2年立川中央病院 外科

平成4年 東京女子医科大学救命救急センター配属

平成6年 同大学病院救命救急センター集中治療室 医長

平成7年 茨城牛久愛和病院 救急医療科医長

平成8年 東京消防庁幡ヶ谷消防学校 救急救命士専任講師兼任

平成9年 宮古で伊志嶺医院 開設

平成12年ドクターゴン診療所開設

平成16年鎌倉常盤クリニック開設

平成22年ドクターゴン鎌倉診療所開設

平成13年から平成19年まで、東京女子医科大学救急医学教室非常勤講師

平成18年から平成29年まで東海大学看護学部非常勤講師

現在、医療法人 鳥伝白川会 ドクターゴン診療所 ドクターゴン鎌倉診療所ドクターゴン四島診療所 看護小規模多機能型サービスゴン 訪問看護ステーションドクターゴン 理事長

利益相反：無

LS-14-2

タムガイドによる経鼻胃管先端確認の有効性と挿入のポイント

高橋 潤次 タカハシ ジュンジ
 鈴木 裕 スズキ ユタカ
 国際医療福祉大学病院 外科

【背景】世界的に経鼻胃管の誤挿入や誤注入による死亡例は相当数あり、学会、国を中心に問題視されている。病院で一般的に行われている確認方法であるレントゲン透視は、コスト・放射線被爆の問題があり、またレントゲン設備のない施設や在宅では行えない。これらのことから、医療事故分析会議でも安全で簡便な確認デバイスの開発が望まれていた。タムガイドは経鼻胃管に装着して用い、体表から生体透過光を確認することで胃内留置が判断できる機器であり、2022年11月1日には手技に関する保険承認を得た。場所を選ばず行える確認方法であり、在宅医療における経鼻胃管管理の一助になると考えられる。

【タムガイドの有効性】タムガイドの先行機であるBTカテーテルでの感度特異度をレントゲン検査と比較して102例で検討した。102例中透過光が体表で確認できたのは72例で、その全例がレントゲンで胃内留置が確認された。透過光が検出されなかった30例では、レントゲンで胃内留置が確認されたのは21例で、残り9例は胃内に留置されていなかった。感度は77.4%、特異度は100%であった。この検討ではタムガイドの光を確認する工夫は体表からの指押しのみであり、下記工夫を加えることで観察率が向上することが期待される。

【タムガイド挿入のポイント】タムガイドをカテーテル先端から2cm程手前に留め留置する。また観察の際には部屋を暗くした状態にする。カテーテルが胃内に入るとすぐには光を確認できないが、カテーテルを更に深く挿入することで先端は胃底部に向かい、左肋間で光を確認できることがある。またその後押し引きを数回繰り返すと、カテーテル先端が胃体部へ向かい、腹壁で光を確認できる。なお、光を確認した後にカテーテルからタムガイドを抜去するが、この際に鼻腔に対してチューブが直線化していることが必要である。

【まとめ】タムガイドは在宅医療における胃内留置確認方法として期待される。

【演者略歴】

2015年 東京慈恵会医科大学医学部医学科 卒業
 2015年 東京慈恵会医科大学附属第三病院 初期研修
 2018年 東京慈恵会医科大学 外科 医員
 2020年 国際医療福祉大学病院外科 医員
 2023年 国際医療福祉大学病院外科 助教

日本外科学会専門医
 PEG・在宅医療学会 学術評議員
 PTEG研究会 幹事
 日本臨床栄養代謝学会 蛍光ガイド手術研究会 創傷治癒学会
 日本外科学会 日本大腸肛門病学会 日本消化器外科学会 日本内視鏡外科学会

利益相反：無

ランチョンセミナー 15

新しい時代を迎えた慢性便秘症診断と治療（便秘エコーを在宅医療で）

LS-15

座長：上松 東宏 ウエマツ ハルヒロ

豊田地域医療センター総合診療科部長、外来部門長

LS-15-1

専門医から学ぶ最新の慢性便秘症診療 ～明日から使える便秘エコーの基本も交えて～

三澤 昇 ミサワ ノボル
横浜市立大学附属病院 内視鏡センター 助教

所属：横浜市立大学附属病院 消化器内科/肝胆膵消化器病学

我が国の便秘の有訴者数は2～5%程度といわれ、加齢により有病率は増加する。高齢化社会を背景として、本邦の便秘症の患者数は増加しており、高齢者が多い在宅医療の現場においても、便秘症に対する対策は避けて通れなくなっている。近年、便秘の診断・診療における腹部エコー検査の有用性が報告されている。

特に最近普及してきたポータブルタイプのエコーは外来や、ベットサイド、さらには在宅医療の現場で簡単に患者の直腸内の状況を診断でき、直腸内の便塊貯留の有無やその便の硬さがわかる。エコー検査で便塊の著明な貯留が疑われる場合、直腸肛門機能異常の可能性が示唆され、治療では排便を行ったうえで、不十分ならグリセリン浣腸などが考慮される。

こうした有用性があるエコーによる直腸内の便貯留評価は、まだ広く普及しているとは言えないのが実情である。富士フイルムメディカル社のポータブルエコーであるiViz airには、新しく便貯留の有無を評価するAIが搭載された。便秘エコーがなかなか普及しない理由に画像を見慣れていないことなどがあげられるが、本AIはその悩みに対するブレークスルーになることが期待されている。

本発表では、在宅医療において頻繁に遭遇する慢性便秘症に有用となる便秘エコーの基本について説明する。

また、我々が行ったCTと比較した便秘エコーの妥当性についての検討や新しい技術であるAIによって便貯留がどのように評価できるのか、またどのように治療介入につなげることができたかを、実際の症例画像を提示しながら発表を行う。

LS-15-2

在宅医療×AI技術～最新技術で支える便秘治療～

津田賀 俊 ツカダ シュン

医療法人慶春会 福永記念診療所 在宅部 部長

近年、高齢化社会が進行する中で、在宅医療がますます重要となっており、特に、施設系在宅である、老人ホームやグループホームにおける医療ニーズも増加しています。慢性便秘症の問題は、高齢者において頻繁に発生し、施設系在宅での現場看護師からの依頼により腹部エコー検査が実施されることが多々あります。本セミナーでは、訪問診療の現場に最新のAI技術を取り入れることで、より効率的で正確な診断が可能となる方法を紹介します。

最新のAI技術を用いて、さらに、大型のタブレットを活用し、エコーを専門としていない医師や看護師でも簡単に操作ができ、診断結果をベッドサイドにおいて、他職種で共有することが可能になりました。

このシステムは、AIがエコー画像から自動的に解析を行い、便の有無だけでなく、便の正常も評価することができます。

この技術の導入により、施設入居者のケアが、より迅速かつ正確に行われることが期待されます。特に、老人ホームやグループホームにおいても、施設看護師が入居者の状態を把握し、適切な処置や対応ができるようになることで、いままで、漠然と浣腸や摘便が行われていた症例に関しても、改めて、その必要性を客観的に判断することができます。

本セミナーを通じて、在宅医だけでなく、看護師も最新のAI技術を活用したエコー診断システムについて理解を深め、実践に役立てることが目的です。また、この技術が地域医療や高齢者向けサービスの充実に寄与し、医療従事者と患者の双方にとって、より質の高い診療環境が整備されることを期待しています。

本セミナーに参加される一人でも多くの方々が、日々の診療活動においてこの最新技術を活用し、患者の診断やケアに対するアプローチがより効果的で効率的になることを願っております。今後も技術の進化とともに、在宅医療や訪問診療の質を向上させるための取り組みを継続して参ります。

ランチョンセミナー 16

地域で支える在宅透析

LS-16

座長：朝田 啓明 アサダ ヒロアキ

岡崎市民病院 医局長 腎臓内科部長

LS-16-1

高齢化する透析患者さんを地域で支えるためにかかりつけ医の果たす役割

楠本 拓生 クスモト タクオ
医療法人 楠本内科医院 院長

本邦において透析患者の高齢化は年々進んでおり、終末期を含めて透析患者さんを支える体制の構築が早急に求められている。血液透析ではフレイルや認知症の増加、週3回の通院負担、長期入院、透析医療費の増大が社会的な問題となっている。

一方腹膜透析は高齢者に優しい透析であると言われているが、管理できる医療者が少ないことや自己管理ができなくなった場合にサポートする訪問看護師や受け入れ可能な施設の不足などが問題であり、普及を妨げる要因となっている。

当院は一般外来とともに在宅療養支援診療所として、通院困難な方には積極的に訪問診療、を行うとともに、腎臓、透析専門医として近隣の4つの基幹病院と連携して現在までにのべ23名に腹膜透析を導入、維持管理している。

当院の方針として高齢者においては導入前よりPD/HD/透析非導入を含め（在宅・施設）看取りまで見据えた療法選択、訪問看護、ケアマネジャーとの連携、PD受け入れ施設の新規開拓など社会資源の積極的な利用、終末期を見据えたアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を適宜行い、多職種での情報共有に努めると共に、高齢者PDのメリットを最大限活用し、PDにおける地域包括ケアを実践することを心がけている。

住み慣れた地域で最期まで生活したいと思う高齢者は多く透析患者でも例外ではない。

本邦において透析患者の地域包括ケアが浸透しない原因の一つに『地域における在宅医との連携不足』や『在宅医そのものの不在』が挙げられる。本講演にて高齢者PDの意義を理解し、基幹病院からのPDの受け入れを開始されるかかりつけ医・在宅医の先生方が現れることを切に願う。

【演者略歴】

2000年 久留米大学卒業
久留米大学腎臓内科入局 臨床研修
2002年 公立八女総合病院
2003年 聖マリア病院
2004年 済生会日田病院
2005年 久留米大学医学部腎臓内科助教
2008年 久留米大学医学部腎臓内科病棟医長
2013年 久留米大学医学部腎臓内科医局長
2016年5月 楠本内科医院院長 現在に至る

【資格】

日本内科学会認定医・総合内科専門医
日本腎臓学会専門医・指導医
日本透析学会専門医・指導医
日本腹膜透析医学会認定医

利益相反：無

LS-16-2

在宅腹膜透析における訪問看護ステーションの役割

篠崎 順 シノザキ ジュン
えそら訪問看護ステーション 管理者

現在、日本において地域包括ケアシステムが推進されている。
腹膜透析は在宅医療であり、地域包括ケアにおいて訪問看護ステーションの果たす役割は少なくない。
当ステーションでは約5年前から在宅腹膜透析患者への介入を開始しており、その現状をここに報告する。

健康状態の観察から終末期看護まで訪問看護サービスを利用する目的は様々である。
そんな中、在宅腹膜透析患者へは在宅生活の時期により目標と介入方法を分けている。

退院直後は、在宅での治療生活に慣れる事を目標とし、環境整備や医療相談に力を入れて介入している。

在宅での治療生活に慣れてきたら、セルフケア能力の向上を目標とし、異常時の対処方法や食生活における指導と教育を行っている。

中長期的には、在宅腹膜透析生活が上手く長続きする事を目標とし、治療と生活が両立できているか評価を行っている。

在宅腹膜透析医療において医療連携は非常に重要であり、治療状況や生活状況、指導内容を中心に病院スタッフと情報共有を行っている。

このように、在宅腹膜透析医療が円滑に行われるために訪問看護ステーションは重要な役割を担っており、今後積極的なサービス導入が望まれる。

【演者略歴】

2007年4月 東京女子医科大学病院 脳神経外科病棟へ配属
2011年4月 東京大学病院 ICU兼CCU病棟へ配属
2013年10月 千葉県市川市の訪問看護ステーション開設に携わり、訪問看護師として勤務
2014年10月 東京都江戸川区の訪問看護ステーション再開に携わり、管理者として勤務
2018年4月 東京都江戸川区にえそら訪問看護ステーションを開設し、現在に至る

ランチオンセミナー 17

在宅医療における不眠症治療の最新トピックス
LS-17

座長：吉澤 孝之 ヨシザワ タカユキ
要町病院 院長

LS-17-1

在宅医療における不眠症治療の最新トピックス

内村 直尚 ウチムラ ナオヒサ
久留米大学 学長

不眠は日中の活動性やQOLに影響を与えるのみならず、労働生産性や業務上の安全面への影響が大きく、時に重大事故にも繋がる危険性が指摘され、社会的関心を集めている。また、不眠は自律神経系に悪影響を及ぼすことにより血圧や血糖値等の調節に異常を来すため、高血圧症や糖尿病患者などの生活習慣病では不眠によって症状が増悪することが知られている。さらに、慢性の不眠がうつ病や認知症発症の危険因子になり得ることも示唆されている。

在宅医療では、認知症、神経変性疾患、脳虚血障害など脳器質障害を有する高齢者の睡眠障害の出現頻度が極めて高いとされている。特に認知症の症状の中でも高頻度に認められるのが、夜間不眠、昼夜逆転などの不規則な睡眠覚醒パターン、せん妄などの睡眠関連障害があげられる。

不眠症の治療としては睡眠衛生指導を行いながらの適切な睡眠薬の投与が行われる。2013年、睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドラインが公表され、治療のゴールを設定することが求められている。減薬・休薬を見据えた治療を行っていくが、在宅医療では全ての患者で減量・中止を目指していくことは現実的ではなく、安全な維持療法を目指すことも出口戦略の1つの選択肢となる。睡眠薬に対する過度の不安は薬効を減弱させる要因となるため、可能な限り依存形成（耐性、離脱症状）、転倒・骨折、認知機能障害などの深刻な副作用リスクの低い薬剤を選択し、安全性に関する十分な説明が必要である。本邦では睡眠薬として現在、ベンゾジアゼピンおよび非ベンゾジアゼピン系睡眠薬、メラトニン受容体作動薬、オレキシン受容体拮抗薬が主に使用されている。より安全な薬物治療を行うには、新規作用機序の薬剤を選択することを考慮すべきと思われる。当日は在宅医療における不眠症治療のトピックスも交えて睡眠薬の適正使用について考察する。

【演者略歴】

現職

久留米大学学長、学校法人久留米大学理事・評議員

略歴

1982年3月 久留米大学医学部卒業
1986年3月 久留米大学大学院医学研究科生理系専攻博士課程修了
1986年4月 久留米大学医学部神経精神医学講座助手／生理学第一講座兼務
1987年5月～1989年4月 米国オレゴン州 Oregon Health Science University へ留学
2000年4月 久留米大学医学部神経精神医学講座助教授
2007年4月 久留米大学医学部神経精神医学講座教授（～2020.10.31）
2013年4月 久留米大学医学部長／学校法人久留米大学理事・評議員（～2019.3.31）
2016年10月 久留米大学副学長（～2019.12.31）
2020年1月 久留米大学学長／学校法人久留米大学理事・評議員

役職

- ・日本睡眠学会理事長
- ・九州精神神経学会理事
- ・日本精神神経学会代議員
- ・日本臨床精神神経薬理学会理事
- ・日本アルコール・アディクション医学会代議員
- ・日本時間生物学会評議員
- ・日本精神科診断学会評議員
- ・日本不安症学会評議員 ほか

利益相反：無

ランチョンセミナー 18

困った時こそ IVR ～知らないと損する身近な治療～

LS-18

座長：上村 伯人 カミムラ ノリヒト

新潟県在宅ケアを考える会 会長上村医院 院長

LS-18-1

荒井 保明 アライ ヤスアキ

元国立がん研究センター中央病院 病院長／東京慈恵会医科大学客員教授／魚沼市立小出病院内科医長

IVR（和訳「画像下治療」）と呼ばれる治療法があります。

画像診断装置を駆使して、カテーテルなど体内に挿入した器具を用いて行う治療です。

たいていは局所麻酔だけの小さな傷で行いますので、身体への負担が少ないのが大きな特徴です。

大病院で行う特殊な治療と誤解されがちですが、実は、患者さんが在宅に戻られ、かつ自宅で快適に過ごされるためにできることが沢山あります。

輸液が必要な場合の中心静脈ポート留置はよく知られていますが、例えば、胃の手術をしていて胃がないような場合でも、経腸栄養のためのチューブをさまざまな部位から挿入することができます。

また、度々抜かなくてはならないような大量の腹水を貯まらないようにしたり、パンパンに腫れあがった下肢のむくみをなくしたり、体から出ている邪魔なチューブをなくしたり、背骨が弱くなって生じている痛みをなくしたり、さらには、薬では抑えきれない強い痛みをなくしてしまうなど、実にさまざまなことができます。

簡単に言えば、病院から自宅に戻れない種々の原因や、在宅には不都合な状況をなくす、あるいは改善することができる訳です。

勿論、実際にできるかの専門的な判断は必要ですし、実施にあたっては通常短期的な入院が必要ですが、「病院から在宅に戻りたいけど戻れない」、「在宅には戻ったけれど、快適に過ごすにはこれが邪魔」といった所謂「困った時」に、「IVRで何とかできないか？」は一度は考えてみるべきであり、IVRについての知識は在宅医療関係者の「たしなみ」とさえ言えるかもしれません。

そんなIVRの最大の弱点は、実は「IVRがあまり知られていない」ことです。

よって、この講演では、「IVRでこんなことができます」といった実例をご紹介させて頂き、より多くの患者さんが在宅に戻られ、かつ自宅で快適に過ごされるための情報を提供させて頂きます。

【演者略歴】

1979年 東京慈恵会医科大学卒業

1979年 国立東京第二病院内科（研修ならびにレジデント）

1984年 愛知県がんセンター放射線診断部

1997年 愛知県がんセンター放射線診断部 部長

2004年 国立がんセンター中央病院放射線診断部 部長

2008年 国立がん研究センター中央病院 病院長

2016年 国立がん研究センター理事長特任補佐

<発明・開発等>

1982年 皮下埋め込み型ポート（リザーバー）開発

1992年 Angio CTシステム開発

2016年 先端可動型マイクロカテーテル開発

<学会,研究会関係>

日本IVR学会理事長（2014-2017）、専門医

日本医学放射線学会専門医

海外受賞多数

<行政関係>

前厚生労働省 薬事・食品衛生審議会委員

前厚生労働省 薬事分科会 医療機器・体外診断薬部会会長

前厚生労働省 薬事分科会 医療機器・再生医療等製品安全対策部会会長

スイーツセミナー

在宅の難病患者、家族、介護者へのIT・コミュニケーション支援の今後 -Amazon Echoを使用した実践例 SWS

【セッション概要】

在宅難病患者のコミュニケーション支援は患者に対してだけではなく支えるご家族、介護者、医療福祉担当者などと共に行っていく必要がある。コミュニケーションとは集団構成員間でおこなわれる相互性を示す行為であり一人では成り立たないからである。コミュニケーション手段（従来型）は援助できても各々の立場において相互に絡み合うコミュニケーションに関する問題点は解消しない。患者はセルフケアと社会活動制限が生じた時点で患者とその周囲を支援すべき単位とすることが出発点となる。本スイーツセミナーでは企画委員会（保健所、病院、ベンチャー企業、看護大学からなる）をつくり、家庭内デバイスの更なる活用を検討した。バーチャルアシスタントAIデバイスであるAlexa,Echoを中心に、アマゾンの技術担当者からは高齢者、障害者、難病患者とその周囲の人々とのコミュニケーション支援の実際と今後の展望。作業療法士からはALS患者、ご家族の支援に使用で得られる新たなメリットと病気が進行して発声ができなくなっても、ワンキースイッチで使い続けるためのデバイス設定や実際の使用法などを紹介し、総合討論でもバーチャルアシスタントAIデバイスの在宅難病医療分野での新たな可能性を探っていく。

座長：八子 円 ヤコ マドカ

新潟県長岡地域振興局健康福祉環境部

【座長略歴】

昭和63年4月新潟県に保健師として入庁。令和2年4月より長岡地域振興局健康福祉環境部（長岡保健所）勤務。令和5年4月より現職。

座長：渡邊 慎一 ワタナベ シンイチ

横浜市総合リハビリテーションセンター

【座長略歴】

九州リハビリテーション大学校作業療法学科卒、門司鉄道病院を経て横浜市総合リハビリテーションセンター。厚生労働省老健局参与（介護ロボット担当）、国立研究開発法人日本医療研究開発機構 課題評価委員

SWS-1

高齢者、障害者の自立と見守りAIアシスタント Alexaのご紹介

福与 直也 フクヨ ナオヤ
アマゾンジャパン合同会社 アレクサインターナショナル 技術本部

AlexaはAmazonが提供する音声認識と音声合成を用いた音声アシスタントです。Alexaはインターネットに接続されたEchoなどのデバイスと連携して、音声で操作できるサービスを提供します。例えば、天気やニュースの確認、音楽の再生、タイマーの設定、ショッピングや予約などができます。AlexaはALS患者の方のように筋力の低下によって日常生活にさまざまな制約がある患者様に、手や目を使わずに情報やサービスにアクセスできる便利なツールとなる可能性があると考えております。

Alexaはそのような方々の生活に以下のようなメリットをもたらす機能があります。

コミュニケーションの支援：Alexaを通じてデバイス間のビデオ通話が可能です。また音声でメールなどのコミュニケーションツールを操作できます。

家電制御の支援：Alexaはスマートホームデバイスと連携して、照明やエアコン、テレビなどの家電を音声で操作できます。

娯楽や学習の支援：Alexaは音楽やオーディオブック、ポッドキャストなどの娯楽コンテンツを提供します。また、クイズやゲームなどのスキルも豊富にあります。

以上のように、AlexaはALS患者の方にとって、生活の質を向上させる可能性が高いテクノロジーと思われれます。

また本セッションでは、Alexaが障害のあるお客様を日々どのように支援しているかをご紹介しますと思います。

【演者略歴】

外資系コンサルティング会社でITプロジェクトのインフラ担当を経て、マイクロソフトに入社。データベース関連のプリセールス、某自動車会社のアカウント担当SE、公共事業部にてソリューション営業の責任者を務める。2017年、アマゾン ウェブ サービス ジャパンに入社し、主にパブリックセクター事業本部にてソリューションアーキテクトチームの責任者を務めた後、2021年より現職、Amazon Alexa インターナショナルジャパンの技術責任者として、スマートホームを含む複数の領域におけるパートナー企業への技術サポートを行うチームを担当。

利益相反：無

SWS-2

難病支援のITデバイスの新しい形ーAlexa Echoを使うー

早川 竜生¹ ハヤカワ タツオ
 長谷川 拳¹ ハセガワ ケン
 梅津 みどり² ウメヅ ミドリ
 大井 麻耶加³ オオイ マヤカ
 佐藤 大樹¹ サトウ タイキ
 中島 孝⁴ ナカジマ タカシ

¹ 独立行政法人国立病院機構新潟病院 リハビリテーション科

² 株式会社雷神

³ 新潟県長岡地域振興局健康福祉環境部

⁴ 独立行政法人国立病院機構新潟病院 脳神経内科

ALSは60歳代を好発年齢とする全身の筋力低下を主症状とする疾患であり、発話困難や外出制限は、その人が積み上げてきた社会における関係性の減退や喪失に繋がる。進行するコミュニケーション障害に対し、初期は書字やコミュニケーションカードといった手段や、ジェスチャー、頷きといった身体表現が用いられ、その後並行して重度障害者用意思伝達装置を導入することが一般的である。患者は疾患や機器自体に対する受け入れの困難さがあり、作業療法士も入力方法選定や意思伝達装置本体に関する知識等の専門性が求められ、導入に難渋することがある。患者は症状進行に伴い自立的かつ主体的な生活が失われ、今後に対する生きる希望が失われやすい。希望の喪失を防ぐため、初期からスマートフォンなどのものは一般化されたICT機器を活用し、社会性の保持や日常生活における自立性の保持を図ることが有効である。一方で一般化されたICT機器が不慣れな人にとって、必ずしも活用することは容易ではない。加えて、主たる支援者となる高齢の配偶者や家族も患者同様ICT機器に不慣れな場合もありサポートは難しい。これらの課題を改善可能としたAmazon社のalexa/echo showは平易な言葉による音声入力インターフェイスを持つことで不慣れな患者や家族であっても容易に利用でき、その用途は他のICT機器の大半の用途を包含することができる。更に特記すべきは入力方法も音声だけでなく、ワンキーマウス（有限会社TY企画）と組み合わせることで1スイッチ入力にも対応していることである。そしてalexa/echo showで利用できる機能、サービスは、Amazon社製機器に使用を限定されておらず、他社のスマートフォン、PCでもAlexaアプリで同様に使用可能である。その容易な操作性と利便性によって、発症初期の患者の生活を快適にして、社会性を保ちその後の意思伝達装置導入の際も患者の負担感を大きく軽減できるものと期待される。

【演者略歴】

2005年 晴陵リハビリテーション学院 作業療法学科 卒業

2005年 国立病院機構新潟病院リハビリテーション科 入職

利益相反：無

02172 / 90661

スポンサードセミナー

A型ボツリヌス毒素製剤ボトックス講習・実技セミナー「上肢痙縮・下肢痙縮」

SS-1

川手 信行¹ カワテ ノブユキ
三岡 信二郎² ミツオカ シンジロウ

¹ 昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 主任教授

² グラクソ・スミスクライン株式会社 メディカル・開発本部

「講習・実技セミナー」は、上肢痙縮・下肢痙縮に対するA型ボツリヌス毒素製剤ボトックスの使用資格を取得するためのセミナーです。

本セミナーは製剤基礎編、疾患編の二部で構成されており、製剤基礎編ではボトックスに関する基礎的な内容をグラクソ・スミスクライン株式会社メディカル・開発本部所属の社員が説明します。続く疾患編では、上下肢痙縮の病態や治療について川手信行先生に解説していただきます。

事前のお申し込みは不要ですし、医療従事者であればどなたでもご聴講いただけます。ただし、資格を取得できるのは医師のみですのでご注意ください。

なお、セミナー開始後15分の時点で資格登録票の配布を終了いたします。遅れて入室された場合や途中退室の場合は、資格をご取得いただけません。あらかじめご了承ください。

【演者略歴】

【川手信行先生 略歴】

1989年3月 昭和大学医学部 卒業

1993年6月 昭和大学 助手（リハビリテーション医学診療科）

1995年9月 太田総合病院附属太田熱海病院リハビリテーション科 部長代行

1998年7月 昭和大学医学部リハビリテーション医学 専任講師

2002年4月 昭和大学保健医療学部理学療法学科 助教授

2004年10月 昭和大学病院リハビリテーション医学診療科 准教授

2015年4月 昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 准教授

2016年6月 昭和大学リハビリテーション科医学講座 統括責任者／昭和大学藤が丘リハビリテーション病院リハビリテーション科 診療科長（現在に至る）

2018年7月 昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 主任教授（現在に至る）

【川手信行先生 所属学会】

日本リハビリテーション医学会、日本生活期リハビリテーション医学会、日本義肢装具学会、日本ボツリヌス治療学会

利益相反：有

／ 90664

ハンズオンセミナー

痙縮のボツリヌス治療における投与筋の選定および同定

HS-1

銭 亮

廣田 敦司

浅井 直樹

グラクソ・スミスクライン株式会社メディカル・開発本部

本セミナーは、痙縮に対してボトックスを投与する際の治療対象筋の選び方、および同定のコツをご紹介します。モデルを用いた筋同定の練習により、実践的なテクニックを習得していただきます。A型ボツリヌス毒素製剤ボトックスの使用資格を取得するためのセミナーではありませんのでご注意ください。

最優秀演題候補発表 (口演)

MBP-1

在宅療養高齢者におけるポリファーマシーの変化：全国医療レセプトデータを用いた2015年と2019年の比較

浜田 将太 ^{1,2,3}	ハマダ ショウタ
岩上 将夫 ²	イワガミ マサオ
佐方 信夫 ²	サカタ ノブオ
服部 ゆかり ⁴	ハットリ ユカリ
木棚 究 ³	キダナ キワミ
石崎 達郎 ⁵	イシザキ タツロウ
田宮 菜奈子 ²	タミヤ ナナコ
秋下 雅弘 ⁴	アキシタ マサヒロ
山中 崇 ³	ヤマナカ タカシ

¹医療経済研究機構 研究部

²筑波大学 医学医療系 ヘルスサービスリサーチ分野

³東京大学 大学院医学系研究科 在宅医療学講座

⁴東京大学医学部附属病院 老年病科

⁵東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム

【目的】在宅療養高齢者は、複数の疾患を抱えることが多く、ポリファーマシー（不適切な多剤処方）の状況になりやすい。本研究の目的は、在宅療養高齢者における薬物治療が近年どのように変化したかを明らかにすることである。

【方法】匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報データベース（NDB）を用いた。2015年又は2019年の各10月に訪問診療を受けた75歳以上の高齢者を対象とし、月初の訪問診療日から30日間に処方された定期処方薬を評価した。薬剤種類数は一般名に基づいて計数し、高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015による特に慎重な投与を要する薬物（PIM）は処方割合を算出した。ロジスティック回帰分析により、年齢、性別、療養場所、診断、地域等を調整した上での処方の変化を評価した。

【結果】対象者は2015年499,850人、2019年657,051人であった。平均薬剤種類数は、2015年6.7種類、2019年6.6種類と変化はみられなかった。しかし、その内訳には違いがあり、PPI、 β ブロッカー、DOAC、メマンチン、非定型抗精神病薬、新規睡眠薬等が増加した一方、H2ブロッカー、ワルファリン、コリンエステラーゼ阻害薬、定型抗精神病薬、BZ系睡眠薬・抗不安薬、ムスカリン受容体拮抗薬等は減少した。処方頻度の高かったPIMのうち、BZ系薬/非BZ系薬（2015年25.6%→2019年21.1%；調整後オッズ比0.80）、H2ブロッカー（11.2%→7.3%；0.63）、NSAIDs（10.1%→8.2%；0.83）は減少したものの、利尿薬（23.8%→23.6%；0.94）や認知症患者への抗精神病薬（9.7%→10.5%；1.06）には変化はみられなかった。

【考察】在宅療養高齢者における薬物治療は、2015年～2019年の5年間で、薬剤種類数に変化はなかったものの、いくつかのPIMの処方の減少に裏付けられた薬物治療の質の向上が示唆された。しかし、ポリファーマシー状態にある患者は依然として多いと考えられ、処方適正化をより一層進めていくことが期待される。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：有

最優秀演題候補発表(口演)

MBP-2

長崎市医師会版「わたしの思い」(事前同意書)の紹介と運用報告

土屋 知洋 ¹	ツチヤ チヒロ
峰 紀子 ¹	ミネ ノリコ
奥平 定之 ¹	オクダイラ サダユキ
早川 航一 ¹	ハヤカワ コウイチ
山口 達之 ¹	ヤマグチ タツユキ
出口 雅浩 ¹	デグチ マサヒロ
中谷 晃 ¹	ナカタニ アキラ
平田 恵三 ¹	ヒラタ ケイゾウ
松元 定次 ¹	マツモト テイジ

¹長崎市医師会 理事²ちひろ内科クリニック 院長

【はじめに】超高齢社会へ突入し、現在の医療では回復の見込みがない病気で療養中の高齢者が急変した際に、本人が望まない救急搬送が増加することが懸念されている。本人の意思を家族らや関係機関間で共有し、連携体制を構築することが課題となっている。平成30年 長崎市内を管轄する警察署・長崎市消防局・長崎市医師会の三関係機関で協議を行った。その中で、「本人・家族・かかりつけ医の署名が入った“延命処置を希望しない”という書面があり、早急にかかりつけ医に連絡がとれた場合は、延命処置をしないという選択肢もある。そのような書面を長崎市医師会で作って欲しい」という依頼があった。当会でたたき台を作成し、他の関係機関でも検討いただき、「長崎市医師会版 わたしの思い」が完成した。平成31年11月26日より運用開始し、現況を報告する。

【活動】令和2年1月1日から12月31日までに長崎市消防局で発生した心肺蘇生を希望しない(DNAR)23例のうち、心肺蘇生中止17例(74%)、かかりつけ医に引継ぎ不搬送となった症例は12例(52%)であった。DNAR提示23例中6例が書面での提示で、うち3例が「わたしの思い」であった。心肺停止症例ではない救急搬送でも「わたしの思い」の提示があり(令和2年中48件)、本人が希望する処置の把握や、かかりつけ医への円滑な連絡に繋がった。

【考察】本人の希望する最期を叶えるために、「わたしの思い」は有用と考えられた。運用開始後、新型コロナウイルスのパンデミックが起り、「わたしの思い」の市民への周知がまだまだである。また、「わたしの思い」が紙であり、今後は、救急隊や警察、各病院間でもICTで情報共有することが不可欠と考える。長崎には「あじさいネット」があり、「わたしの思い」の情報や患者さんのACPの情報が載せられ多機関で見られるようにすることも急務である。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

最優秀演題候補発表 (口演)

MBP-3

「見え検」マップによるアセスメントと「見える事例検討会」によるACP多職種検討会の実践～初診で終末期患者を担当した時にも有効な、迅速にACPを行って実践する取り組み～

八森 淳 ハチモリ アツシ

大友 路子 オオトモ ミチコ

医療法人 MoLead つながるクリニック

【はじめに】人口21.5万人に急性期病棟が500床という医療環境の中、最期を自宅で過ごす方も増えており、初診時に既に終末期の状態を担当することも多い。当院は、緩和ケア充実診療所で年間120名以上の看取りがあり、地域密着型で近隣の患者を診療している。

【活動】開院前より、患者の状態を全体的に俯瞰し、本人の価値観、思い、気がかりなこと、どう過ごしたいかなどを踏まえながら、経済、家族、近隣支援などの状況も考慮してどんな支援や関わりが必要かをMind Map (R)を援用し独自に開発した「見え検 (R)」マップをもとにアセスメント、検討する「見える事例検討会 (R)」を行ってきた。これは多職種で行う検討の手法で、その検討に基づきアクションプランを立て実践していく。この検討会を活用することで、多領域の課題同士の関係性が見えて全体像がつかめ、潜在的なニーズが浮き彫りになる。余命やアクティブにいられる時間、今後の状態変化を共有することで、具体的に「どう生きるか」「何をしたいか」「家族が何をしてあげたいか」等が明確になり行動に移せる。医療面でも治療の仕方や薬剤の選択、投与方法にも活かせる。家族や介護職が健康面、身体面、精神面からの支援にも活かせる。また、多くの高齢者が気になる遺言、葬式、墓、遺品整理など、タイミングも含め助言でき、多職種と連携して実践できる。これらのことは、本人や家族にはスピリチュアルな点で重要であった。ここまで踏み込んで支援に当たれるのは訪問診療の醍醐味である。

【考察】終末期患者が残された時間を何のためにどう過ごし、生きる意味、生きた意味を考え、行動するためには家族をはじめ多職種の支援が必要である。その時に、迅速かつ有効的に援助するため、多職種と家族、本人が状況を整理し考える「手法」が必要である。「見える事例検討会」はそれを体系化した手法である。終末期患者で初診というような状況でもその効果は非常に高い。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

最優秀演題候補発表 (口演)

MBP-4

在宅療養支援診療所が避難行動要支援者の個別避難計画作成に果たす役割とは?～当院での個別避難計画作成サポート体制の紹介～

金子 昌裕 カネコ マサヒロ
藤本 翠 フジモト ミドリ
鷹津 英 タカツ ハナ
清水 政克 シミズ マサカツ
清水メディカルクリニック 内科

【はじめに】令和3年の災害対策基本法改正に伴い、市町村は避難行動要支援者に対して全例で個別避難計画作成することが努力義務となった。これに伴い市町村は膨大な数の要支援者に対して優先順位をつけながら個別避難計画作成しようとしているが、なかなか進展していない。

【活動】当院ではBCP (Business Continuity Plan) の一環として個別避難計画作成チームを組織し、当院の訪問範囲である兵庫県明石市の保健所、福祉課、高齢者総合支援センターへ行政としての個別避難計画作成についての現状と今後の見直しについての聞き取りを行った。その結果、①人工呼吸器を装着した重症心身障碍児又は指定難病患者は保健所が作成主体となって計画が作成されている、②それ以外の個別避難計画はCM (ケアマネージャー) が作成主体となるが、義務はない、③CMがついていない患者は患者個人が作成主体となるが、サポートは行っていない、ということが判明した。このため、当院ではCMがついている在宅患者約100名に対して、個別避難計画作成のサポートとして、各CMへ個別避難計画についてのアンケートを実施し、各患者の個別避難計画の見直しと共有を行った。また、CMがついていない患者18名については個別避難計画についてのパンフレットを作成・配布し、計画の作成または見直しへの援助を行った。この活動によって、当院では在宅患者全てについて個別避難計画をCM又は患者と共有し、有事の際は協働して避難を実施する準備が整った。

【考察】個別避難計画の作成は義務化される方針ではあるが、いまだ作成の責任所在が不明確である。筆者たちは在宅療養支援診療所もBCPの一環として関与する必要があると考えているが、各自治体によって取り組み方が異なるため、行政の担当部署とも協議しながら関わり方を検討するのが望ましいだろう。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

最優秀演題候補発表 (口演)

MBP-5

地域の小学校に通学する医療的ケア児 (人工呼吸器あり) を支援する学校看護師の活動報告

森清 綾子 モリキヨ アヤコ
木内 昌子 キウチ マサコ
友松 郁子 トモマツ イクコ
一般社団法人 MEPL 看護部

【はじめに】地域の小学校に就学を希望する医療的ケア児は増えているが、学校生活のイメージが出来ず学校も保護者も「何かあったら」と不安が先行することも多い。特に人工呼吸器装着児は就学前に保護者と離れて過ごす経験が少なく、未経験の事の連続になる。本報告では、公立小学校に通学している2名の児に対する学校看護師の活動を報告する。

【活動】①Nさん：小学1年生、普通学級在籍。気管切開・人工呼吸器装着、胃瘻・経管栄養。電動車いす使用。発語できおしゃべり好き。手指でスイッチ操作可能、タブレットを使用してクラスの子ども達とほぼ同じ学習を行っている。学校での支援体制は、学習支援員1名（教員免許あり）・介助員1名・看護師1名（2名で担当）が毎日。保護者付添なし。
②Bさん：小学3年生、普通学級在籍。気管切開・人工呼吸器装着、胃瘻・経管栄養。車いす使用。視線で意思表示が可能。発語なし、スイッチ操作未習得。学校での支援体制は介助員1名（2名で担当）が週2日、看護師1名（MEPL：週3日、2名で担当、他社訪看：週2日、3名で担当）が毎日。入学時から毎日保護者付添していたが、3年生途中から介助員のいる日のみ保護者付添なしとなった。

【考察】学校看護師は

- ・体調把握のポイントを確認し、教育活動との兼ね合いを考えてケアしている。
- ・医療的ケア児の受け入れ環境は学校によって異なるため、環境に合わせてケア方法を工夫している。
- ・教員と相談して児が安全に授業参加出来る方法を提案している。

出来るが増えると「次はこうしたい」という目標ができ、支援者にとっても経験の蓄積になる。発達の特性を考慮した児本人への関わり、教員・支援者・保護者との信頼関係の構築は学校看護師の重要な役割であることを確認した。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

最優秀演題候補発表(口演)

MBP-6

終末期医療の質を高め、看取りを担えるかかりつけ医を増やし、在宅看取り率を上げる取り組み～在宅チームと緊急対応可能なバックベツトとしての緩和ケア病棟の連携～

吉村 純彦 ヨシムラ スミヒコ
橋本 みさ子 ハシモト ミサコ
国立病院機構 姫路医療センター 緩和ケアセンター

【はじめに】当地域では、住み慣れた場所での暮らしを続けてゆくために、緩和ケア病棟を緊急対応可能なバックベツトとして、在宅チーム(かかりつけ医・訪問看護・ケアマネジャー等)と連携し、質の高い終末期医療を提供することで、住み慣れた場所での看取りを支援し、また看取りを担えるかかりつけ医を増やす取り組みをしている。

【活動】姫路市は人口53万。取り組み前の在宅看取り率は16.1%で、看取りを担えるかかりつけ医が少なく、希望患者が一部医療機関に集中し過重負担になっていた。当院緩和ケア病棟(21床)開設時に、地域医師会と相談し①ガン終末期患者の緊急対応②在宅看取りを担うかかりつけ医を増やす支援を要望された。病棟運営にあたり①の対応として入棟申し込み患者は、在宅チームからの連絡で随時緊急入院や家族レスパイトに応需している。このため入棟患者の症状が落ち着けば療養場所の意思決定支援をし、②の対応とも併せて外来での病棟申し込み又は自宅退院時に必ず在宅チームを組んでいる。終末期医療に不慣れなかかりつけ医には、治療や療養の意思決定支援をすることや、医療的処置をできるだけ減らし、使い易い薬剤で症状緩和をすること等の工夫をしている。

取り組みから3年間で、入院患者1030名、平均在院日数17日、在院看取48%、転院・施設入所4%、自宅退院48%(内在宅看取218名)、当病棟退院患者を在宅看取りしていただいた医療機関は1年目47施設から3年目58施設に増加し、当市の在宅看取り率は21%に上昇した。

【考察】緩和ケア病棟は入院で専門的緩和ケアを提供できる地域資源である。当地域では、緩和ケア病棟を緊急対応可能なバックベツトとして在宅チームと連携することで、住み慣れた場所で出来るだけ暮らしてゆくことを支える体制の構築に取り組んでいる。この取り組みにより、在宅看取りを担うかかりつけ医が増やし、また在宅看取り率の向上に寄与したと考える。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

最優秀演題候補発表 (口演)

MBP-7

デルファイ変法により抽出した在宅医療の質指標研究とその実臨床応用

石井 洋介 ¹	イシイ ヨウスケ
甲 浩子 ³	カプト ヒロコ
増谷 彩 ³	マスタニ アヤ
日浦 さえ ¹	ヒウラ サエ
坂本 夏奈子 ¹	サカモト カナコ
伴 大輔 ¹	バン ダイスケ
伴 正海 ¹	バン マサウミ
岩本 修一 ¹	イワモト シュウイチ
森田 光治良 ²	モリタ コウジロウ

¹医療法人おうちの診療所 目黒 訪問診療科

²東京大学大学院 医学系研究科附属グローバルナーシングリサーチセンター

³株式会社 omniheal 総合研究科

【目的】

在宅診療の質を評価する Quality Indicator (以下 QI) はまだ確立されていない。そこで文献を参考に、日本の実情に即した在宅医療の QI 作成を目的とした。

【方法】

QI の作成方法としてデルファイ変法を用いた。

まず先行研究からこれまでに在宅医療に関連した既存の医療の質指標やその候補とされた項目を収集し、候補として 347 項目をリスト化した。

次に在宅医療に関わる多様な専門職として、医師、薬剤師、看護師、作業療法士、医療ライターからなる専門家パネルを設置し、それぞれ独立して各 QI 候補の適切性と測定意義と実施可能性をもとに評価を行った。この評価では、各項目について 0~9 点での評価と、項目の表現や内容について懸念があればコメントの記入を求めた。

各自の評価結果を集計し、意見の合意を得るため複数回の検討会を実施した。検討会の中では既存の診療ガイドラインや独自の項目の追加が必要かも検討して最終的な QI リストを作成した。

【結果】

各専門家の評価の集計の結果、中央値で 7 点以上、かつ 3 点以下の評価をした人がいない項目に絞り 92 項目を同定した。複数回の検討会によって 38 項目の QI リストを作成した。

また 38 項目の内訳を、ドナベディアン・モデルに従い分類し、ストラクチャー評価 5 項目、プロセス評価 22 項目、アウトカム評価 11 項目となった。

【考察】

QI を設定し定量化することで経時的な変化を追うことで、診療の質に対して自院での納得感が醸成されることが分かった。一方、日常診療での利用を考えると、網羅的に全ての項目を測定し続けることは困難である。そこでストラクチャー指標・プロセス指標・アウトカム指標の中からバランスよく選択して、自組織の目指す診療の質の方向性を策定していく方法を提案する。当日は QI 38 項目に加え、実際に当院で作成した QI 8 項目の実例なども交えて報告する。

【演者略歴】

公募のため略歴なし

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 1 コロナ禍・災害・BCP 対応 -1

DP2-1-1

福祉避難所の確保・運営ガイドライン改定後の福祉避難所支援等に向けた埼玉県内の訪問看護ステーションと自治体間の連携状況に関する実態調査

山口 優有¹ ヤマグチ ユウユ石井 美恵子^{2,3} イシイ ミエコ内海 清乃^{2,3} ウチウミ キヨノ¹ 白報会 つばさ総合診療所 在宅医療部² 国際医療福祉大学大学院 災害医療分野³ 国際医療福祉大学大学院 災害保健医療研究センター

【目的】2021年5月に「福祉避難所の確保・運営ガイドライン」が改定され、新たに指定福祉避難所における支援の提供における連携機関に訪問看護ステーションが追加された。訪問看護ステーションが指定福祉避難所支援等を実施するにあたり、指定福祉避難所の指定や災害避難行動要支援者名簿作成等を担う自治体との連携状況を明らかにすることを目的とした。【方法】2021年11月1日～11月30日の期間に埼玉県のさいたま・南部・南西部・東部二次保健医療圏内の訪問看護ステーション158箇所と15市を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。訪問看護ステーションに対する質問紙は、全国訪問看護事業協会より公表されているガイドラインを参考にBCPに含まれるべき21項目について質問項目を設定した。自治体に対しては、訪問看護ステーションと対比ができるような内容と併せて自治体の実態が把握可能な内容の質問項目を設定した。

【結果】訪問看護ステーションで回答を得られたのは29施設（回収率18.8%）、自治体で回答があったのは3市（回収率20%）であった。福祉避難所の確保・運営ガイドライン改定に訪問看護ステーションに向けて伴い、自治体から指定福祉避難所での支援に関する通知や相談を受けていない訪問看護ステーションが26施設（90%）であった。自治体側の調査でも訪問看護ステーションに対して通知や相談はしていないが3市（100%）であった。

【考察】福祉避難所確保・運営ガイドラインは改訂されたが、改訂内容が迅速に現場へ活かされていない可能性が示唆された。そのため、今後予測される首都直下型地震へ向けて自治体からの通知や相談を待つだけでなく、訪問看護ステーション含む在宅医療を支える医療職種や地域で関わる全ての人々が連携して福祉避難所に関する情報を発信し必要な人へ情報を繋げていく必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 1 コロナ禍・災害・BCP 対応 -1 DP2-1-2

災害時における医療機器 (人工呼吸器を中心に) の給電対策を考える

天野 久仁彦¹ アmano クニヒコ
浜本 英昌² ハマモト ヒデアキ

¹ドクターゴン鎌倉診療所 医師

²ドクターゴン鎌倉診療所 臨床工学技士

【目的】 多発する自然災害により、在宅医療現場で使用している人工呼吸器などの医療機器は、停電の影響で使用出来なくなる可能性がある。現在、ライフラインの復旧には72時間 (3日間) 程度かかると言われている。その時間内は自力での対応が必要となり (自助)、電源確保が重要である。これを基準として、在宅人工呼吸器メーカーが推奨するバッテリー (以下: バッテリー) を使用した場合の作動時間を確認した結果、ほとんどの機種が条件をクリアできていない。そこで、当院で行った給電検証実験や最近の同様の検証実験より得られた結果を参考に、様々な非常電源を使用して「72時間の壁」をクリアするための給電方法をシミュレーションしてみたので報告する。

【方法】 バッテリー作動時間は、内部と外部 (脱着式) バッテリーを合計した最大作動時間をメーカーに確認。不足する作動時間は、当院での実験と文献上の実験結果を用いた。非常電源の種類は、屋外または屋内で使用するものを選択し、電気の種類 (交流・直流) も選択した。対象の人工呼吸器は5機種で、バッテリーと①発電機+ポータブル蓄電池②ポータブル蓄電池のみ③空気発電池のみ④車の12Vシガーソケット+延長ケーブルによる給電方法を組み合わせてシミュレーションした。

【結果】 条件をクリアできた機種は一部であり、バッテリーが長時間使用できる機種 (以下: A) +①またはA+③直流を利用した組み合わせであった。④は、車両の燃料がある限り作動させることが可能であった。

【考察】 今回の結果より、バッテリーは最低でも24時間以上を確保することが望ましく、不足分の電力確保は、結果で示した3パターンが有用と思われた。「72時間の壁」をクリアするために、自助で対応できる非常電源の確保とその使用方法を理解し、医療従事者、人工呼吸器メーカー、行政、自動車メーカー等そして患者やその家族が一体となり、その対策をすることが急務と考える。

利益相反: 無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 1 コロナ禍・災害・BCP 対応 -1 DP2-1-3

松戸市在住の在宅人工呼吸器装着児者への非常用電源普及のための取り組み —市役所・在宅医・訪問看護師で協働して—

池乗 愛依 ^{1,2,3,4}	イケノリ メイ
森泉 智子 ¹	モリイズミ トモコ
和田 忠志 ²	ワダ タダシ
太刀川 智沙 ³	タチカワ チサ
宮本 慎吾 ⁴	ミヤモト シンゴ
前田 浩利 ¹	マエダ ヒロトシ

¹ あおぞら診療所新松戸 内科・小児科

² いらはら診療所 在宅診療部

³ 訪問看護 サポテン

⁴ 松戸市健康福祉部 健康福祉政策課

【はじめに】近年の医療的ケア児者への支援に関する関心の高まりの中で、大規模災害に備え、いくつかの市町村で在宅人工呼吸器装着者に対する非常用電源の助成が始まっているが、非常用電源購入後の具体的な支援方法については確立されていない。

【活動】千葉県松戸市には約150名の在宅人工呼吸器装着者があり、令和4年度より当市でも在宅人工呼吸器装着者の非常用電源購入に対する助成金事業が開始された。本事業開始時より、松戸市健康福祉政策課・松戸市医師会・松戸市訪問看護連絡協議会が連携して、具体的な患者支援につながるよう議論を重ね、「在宅人工呼吸器装着者 災害時停電対応訓練」を行った。令和4年6月から12月までの訓練期間で、約40名の患者が非常用電源を購入した。非常用電源の購入にあたっては訪問看護師が中心となり患者家族に選び方を指導し、患家で同席し動作確認訓練を行った。患者および訪問看護師向けの購入時及び使用時の支援マニュアル・参考動画（非常用電源への医療機器の接続方法、自家用車を用いた非常用電源の充電方法）を作成した。

自院で行った患者家族への事後アンケートでは、訪問看護師と共に平時に非常用電源の動作確認をすることで、災害時も家族で対応する自信がついたと考えている家族が多かった。

【考察】人工呼吸器装着者に対する大規模災害時の必要な支援についての方法論については十分なコンセンサスが得られていない。今回の松戸市の取り組みを通して非常用電源の準備と実際に使うための患者家族の教育・緊急時の連絡の確立が重要であると考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 1 コロナ禍・災害・BCP 対応 -1

DP2-1-4

災害時の在宅ケアの事業継続に向けた先駆的取組とその課題

— 被災経験を持つ訪問看護師へのインタビュー調査から —

畑 吉節未 ハタ キヨミ

関西国際大学 保健医療学部

【目的】 災害時でも持続可能な在宅ケアの提供を図ろうと、在宅医療の現場では被災経験を生かし、新たな災害への備えを構想し、事業継続計画の作成をはじめとする取組が進められている。本研究は被災経験を持つ在宅看護の事業所を対象に、先駆的取組と課題を明らかにすることを目的とする。

【方法】 [対象] 大規模災害（東日本大震災、熊本地震、広島豪雨災害）の被災地の事業所の管理者4名。[研究期間] 2022年8月～2023年3月。[データ収集の方法] 先駆的取組と課題についてWebインタビューを行った。[分析方法] 対象者の同意のもとインタビューを記録し、逐語録を作成の上、先駆的取組と課題を抽出した。[倫理的配慮] 研究に当たっては東京大学医学部倫理委員会の承認を得た。

【結果】 先駆的取組については「訪問看護ステーション間での相互補完の提携」、「看護小規模多機能を活用した福祉避難所の設置」、「看護協会設置の訪問看護ステーションの組織的強化」、「訪問看護ステーション連絡協議会のブロック単位での連携体制の整備」が得られた。

課題については訪問看護ステーション間での相互補完の提携では介護保険制度等の適用、地域内での普及・マッチング等、看護小規模多機能の活用では事業所の偏在、ステークホルダーの巻き込み等、看護協会設置の訪問看護ステーションの組織強化では自治体、専門多職種との連携等、ブロック単位での連携体制の整備では連絡協議会への不参加事業所への対応、県全体での協議会のあり方等があげられた。また、いずれの管理者も訓練に至らない現実をあげた。

【考察】 限られた対象へのインタビューではあるが、事業所単位から同一設置者による複数事業所、そしてブロック単位での取組など、多段階での取組が模索され始めている。しかしながら、いずれも制度、組織、多職種連携、訓練などに課題が残っており、取組を俯瞰・統合し検討する必要性が示唆された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 1 コロナ禍・災害・BCP 対応 -1

DP2-1-5

針刺し事故迅速検査システム【HRSS】の活動報告

坂詰 大輔 サカツメ ダイスケ

國井 早苗 クニイ サナエ

遠矢 純一郎 トオヤ ジュンイチロウ

桜新町アーバンクリニック／桜新町ナースケアステーション 訪問看護ステーション

【はじめに】針刺し事故により起こりうる最大のリスクは、患者の血液を媒介したHIV、HBV、HCVへの感染である。そのため病院で針刺し事故が起きた際には、患者の採血で最新の感染症を確認、適切な治療へ進む。しかし地域医療の現場では感染症を事前に確認できていなければ適切な治療へ進めないため安全上の課題となっている。またこの実態を元に先行研究を調べたが、予防について論じてるものが多く、針刺し事故が起きてしまった後の対応について論じているものはほとんどなかった。そこで今回針刺し事故の対応について見直しを行うこととした。

【活動】まず世田谷区内の訪問看護ステーションにアンケート調査実施したところ、患者の感染症を把握できておらず、不安を抱えながら勤務しているスタッフがいることがわかった。次に針刺し事故が起きた場合、医療従事者が区内の基幹病院に患者採血を持参して受診可能か確認したが、患者本人の受診がないままでは対応できないという解答であった。また外部機関に検査をかける方法を探したが、検査には2日から3日要するため、こちらも迅速に対応することが困難であった。

当訪問看護ステーションでは「職業感染から地域医療従事者を守りたい」との思いがあり、併設のクリニックの協力を得て、当訪問看護ステーションに患者採血を持参すればその場で感染症迅速検査を行える【針刺し事故迅速検査システム・HRSS】(以下、HRSS)を立ち上げた。また世田谷区で働く地域医療従事者も利用できるように公開し、必要な利用者宅へ針刺し時採血検査キットを設置した。

【考察】現在までHRSS利用につながる事案はないが、この取り組みは全国の地域医療従事者の感染管理の参考になると考える。またアンケート調査上ではHRSSについて好意的な意見が多かったが、今後は医師の意見も反映できるように診療所も含めた調査を行い、質の高い医療へのボトムアップにつなげていく。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 1 コロナ禍・災害・BCP 対応 -1

DP2-1-6

訪問車による熱中症～外気温と車内温度変化を通じて医療従事者の熱中症を考える～

細越 巨禎 ホソゴエ ナオヨシ

丸山 泰幸 マルヤマ ヤスユキ

岩槻南病院 診療部

【はじめに】温暖化に伴う気温の上昇から、猛暑日の増加、熱中症死亡者は増加傾向を示している。2022年は東京都心でも猛暑日日数が統計開始以来、歴代最多となり、年々熱中症対策は必須となっている。また、自動車内の熱中症事故の報告も後を絶たない。

医療従事者の我々は、患者に対して熱中症対策を口々に講じているが、患者の診療・介護に集中する余り、私たち自身の対策はおろそかになっていないだろうか。訪問診療・訪問看護の移動手段は様々であるが、日本医師会総合政策研究機構の「診療所の在宅医療機能調査」では、主な移動手段の9割が自動車であった。冷房が効き、快適と思える車内でも、訪問車に限っては熱中症となり得る環境条件があると考えられた。

【活動】当院では平成22年度登録の小型車のステーションワゴン（長さ：418cm、幅：168cm、高さ：155cm、定員5名、車両総重量：1355kg）を使用している。冷房はダイヤル式で設定温度20度、風量：自動、風向：上下一定の中、夏日、真夏日、猛暑日を通じて、車内の温度変化をCITIZEN（RADIO CONTROLLED）を用いて測定し、熱中症になり得る条件を推察した。移動距離によっては乗車している時間が短く、診療・介護時間によっては、エンジン停止している時間が多く、冷却が効かないまま移動することとなる。冷房で車内の湿度は下がるものの、車内温度はダッシュボードの温度変化に左右される傾向があった。実際には乾球計を使用していないため、参考値とはなるが、外気温が35℃を超える猛暑日では、車内熱中症指数も28℃を超え、嚴重警戒を示した。

【考察】日本自動車連盟のテストにおいては、猛暑日ではエアコン停止からわずか15分で熱中症指数が31℃を超え危険レベルに達すると報告しており、特にダッシュボードの温度上昇を抑えるためサンシェード装着など乗降車時の冷却対策が必要と考えた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 1 コロナ禍・災害・BCP 対応 -1

DP2-1-7

地域の多職種の勉強会をきっかけに開始した、「災害時に誰もとり残さないまちづくり」の事例

長谷島 さや¹ ハセジマ サヤ
清水 啓介¹ シミズ ケイスケ
深沢 康久² フカサワ ヤスヒサ
北澤 彰浩¹ キタザワ アキヒロ

¹ 公益財団法人伊豆保健医療センター 地域ケア部

² 社会福祉法人春風会 地域密着型介護老人福祉施設プレーグおおひと

【はじめに】在宅医療の現場では、医療依存度が高い方や高齢者等、災害時における個別の避難計画が必要な方が少なくない。また、個別避難計画の作成は区市町村の努力義務とされている。当院主催の「医療と福祉の多職種勉強会」(以下勉強会)をきっかけに、要配慮者の避難計画作成を含む「災害時に誰もとり残さないまちづくり」が始動したため報告する。【活動】当院では在宅医療に注力しており、災害時の在宅療養者たちの対応に課題意識を感じている。また、当院は伊豆の国市役所の協力のもと、2021年8月より地域の医療・福祉の専門職を主な対象とし勉強会を行っている。そこで、2022年10月の勉強会では、当発表の共著者であり同様の課題意識を持つ地域密着型介護老人福祉施設の施設長が演者を務め、災害時における要配慮者の避難の課題を共有し、災害時リスクアセスメントシートの活用を呼びかけ、医療と介護の専門職による「災害時に誰も取り残さないまちづくりの会」の発足を提案した。地域の多職種や住民に留まらず、市役所、防災や減災に取り組む地域のボランティア団体や企業、大学職員など、オンラインで最大105端末が参加した。討論では災害時における情報共有や連携のために、普段から在宅医療の連携で使用しているICTの利用を活発化することや、顔の見える関係を強化することなどが課題として挙げられた。その後、施設長が中心となり、大学や市役所・社会福祉協議会等と連携し要配慮者のリスト作成に向け活動を開始している。【考察】災害時における要配慮者の避難計画作成のために、当勉強会のような、地域の多職種や住民、市関連機関で課題意識を共有する場が有用な可能性がある。今後は、地域の多職種・多機関で取り組む「災害時に誰もとり残さないまちづくり」に医療機関として当院がどのように協働していくかが課題となる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 1 コロナ禍・災害・BCP 対応 -1

DP2-1-8

多職種の相互理解を深めるために行う導入容易な劇のセミナー

杉村 亜希子 スギムラ アキコ
太田 俊輔 オオタ シュンスケ
太田医院 内科

【はじめに】 地域での在宅療養支援充実にとって、多職種連携活動の重要性は言うまでもない。その上で実行可能性と効果のためには、キャストの負担軽減とゲストへのインパクトの両立が重要である。

【活動】 2017年に堺市から堺市医師会への依頼で市民向け交流セミナーを引き受け、演劇を行った。この際は2015年に勇美財団第6回近畿在宅医療推進フォーラムで行われた劇団「ザイタク」の特別公演「ピンピンコロリって無理なん知っとう？」の台本を使用した。演出にはプレスコア（アフレコの反対）方式を採用した。あらかじめ作成した音源をキャストが移動中などに聞き流して大まかに記憶し、本番では同じ音源に合わせて身振り手振りで演じる。今回はこの市民向け交流セミナーで残された台本と音源を使用して、ケアマネ事業所での多職種連携セミナーにおいて同事業所のスタッフをキャストとして劇を行った。キャストが役に入り込めることとゲストが演出の流れを感じることを重視し、劇の精度は問わないこととした。劇は6幕で構成し、幕間ごとにシナリオに沿ったディスカッションを持った。わずか2週間余りの準備期間ながら熱のこもった研修となった。

【考察】 プレスコア形式では以下の利点があると考えられる。

- ・キャストは事前に繰り返し聞いた音源が舞台でも流れることで、シナリオを覚える負担が少ないし、セリフを間違えない。
- ・舞台では発声しないからマスク着用でも音質に支障がなく、キャストの気恥ずかしさを抑えてくれる。
- ・台本と音源を共有すれば、日本語圏ならどこでも上演できる。

以上よりこの劇方式はコロナ禍を抜けきらないうちから実行できる、実行可能性と効果が高い参加型セミナーとして「100人の1歩」に寄与できると考えている。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 1 コロナ禍・災害・BCP 対応 -1

DP2-1-9

コロナ禍における在宅医療クリニックにおける事務職の役割

豊田 理恵 ^{1,2}	トヨダ リエ
宮本 寛子 ¹	ミヤモト ヒロコ
加藤 奈美 ¹	カトウ ナミ
宮崎 亜美 ¹	ミヤザキ アミ
山崎 美和 ¹	ヤマサキ ミワ
田中 靖子 ¹	タナカ セイコ
福本 麻美 ¹	フクモト アミ
山口 高秀 ¹	ヤマグチ タカヒデ
福田 俊一 ¹	フクダ シュンイチ
荒 隆紀 ¹	アラ タカノリ

¹ 医) おひさま会 HIO センター

² 医) おひさま会おひさまクリニック ヘルスイノベーションセンター

【はじめに】超高齢化社会に対する認識が広まり安心した診療体制を構築するためにこれまで以上に在宅医療の重要性が指摘されている。特に2019年COVID-19に端を発したパンデミック時の在宅医療における患者・家族・行政・介護事業者・院内の相互連携が重要になっている。

【活動】当院患者外のコロナ診療を実施する中での事務職の活動報告3つを報告する ① 行政要請でのコロナ患者診療依頼、コロナ感染拡大に伴い行政からの診療依頼が増大する中、日中は医師・看護師は訪問診療に出ている為情報収集と共有が鍵となった往診や外来診療を円滑に行える様事務が症状を含めて情報聴取し最短で診療が行える様各医師訪問スケジュール確認しながら往診・オンライン診療を計画、各部署連携を図り行政・患者・患者家族との調整を行った。往診・オンライン診療後の訪看導入や配達薬局の調整を一括で事務が行う事で医師は診療に専念でき業務負担軽減に繋がった ② 外部事業者（介護・訪看）からの当院患者外診療依頼 他院で在宅医療や外来を受けられている患者がかかりつけ医でのコロナ診療拒否にあう事例に対しても診療支援を行なった。診療依頼に対して事務が中心となり往診・オンライン診療を計画、各部署と連携を図り可能な限り診療を受ける事ができない患者が発生しないよう調整を行った ③ かかりつけ患者以外の発熱患者対応でも上記対応と同様に診療が受けられない患者が発生しない様に調整を行った。

【考察】在宅医療における事務の役割はただ単に事務仕事や診療報酬算定だけではなく各部・事業所などの連携の軸になり多職種における診療を円滑に進める役割を担っている。当法人では事務職をHIOと定義付け今後も在宅医療の軸になる事務職の育成要件について考察したい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 1 コロナ禍・災害・BCP 対応 -1

DP2-1-10

定期訪問診療患者でなくても大丈夫!! 迅速かつ柔軟で的確な連携・支援でCOVID-19とその肺炎・呼吸不全も訪問看護・在宅酸素療法で在宅療養への復帰・継続が可能であった一例

北原 孝夫 キタハラ タカオ

香川医療生活協同組合 高松協同病院 内科・リハビリテーション科

【はじめに】 COVID-19感染拡大の中、実際に罹患してしまったことで自宅や介護施設での療養に急激に大きな影響が出た高齢者及びその家族は多く存在したと思われる。今回外来通院中の高齢認知症患者が、短期施設入所中COVID-19に罹患。しかし当院とケアマネ、施設、訪問看護ステーション、保健所、急性期病院、在宅酸素機器を扱う業者等との連携で回復し在宅療養へ復帰・継続できた症例を経験したので報告する。

【症例】 80代女性。高度の認知症や高血圧等あり、当院外来通院中。要介護3で施設のショートステイなど利用しながら在宅療養中。ショートステイ中に本人が20XX年12月COVID-19に罹患し自宅に戻って療養するよう施設より指示あり。家族（長女）とケアマネが翌日当院へ相談に来て、意識レベルなどは維持でき食事は可能だが水分の摂取が進まずまた臀部や背部の皮膚びらんもあり入院も検討したが困難で訪問看護の導入が必要と判断して依頼。抗ウイルス薬（モルヌピラビル）も処方し在宅療養開始。その当日夜に訪問看護師より連絡あり、呼吸不全を認めたため業者に依頼し急遽在宅酸素療法導入。マスク投与3~4Lで95%以上を維持できていたが認知症で安定して装着できずSpO2がすぐに90%未満に低下。後日看護師より家人が介護で疲労していること、呼吸不全が改善しないことから入院の相談あり。経過から呼吸不全も伴うCOVID-19肺炎を強く疑い、レムデシベルやステロイドの投与等検討も必要であらためて入院加療が適当と判断。保健所に相談し入院可能な医療機関が紹介され入院加療。12月中に退院し同施設のショートステイ中に一時的に呼吸状態の悪化が見られたが、施設のスタッフの協力もあり在宅酸素療法の継続でそれも改善。現在もショートステイを利用しながら在宅療養を継続中。

【考察】 コロナ禍でこそ地域内での医療・介護・行政等との迅速かつ柔軟な連携・対応が重要である。(COI:) 特に開示すべきCOIはありません。

利益相反：無

DP2-1-11

非流行期のインフルエンザA型の小規模集団発生と、COVID-19とインフルエンザ重複感染例：臨床像と遺伝子解析

白髭 豊¹ シラヒゲ ユタカ
齋藤 玲子² サイトウ レイコ

¹白髭内科医院 院長

²新潟大学大学院医歯学総合研究科 国際保健学分野

【はじめに】 COVID-19とインフルエンザ重複感染の患者は、COVID-19だけに感染した患者に比べ、重症化と死亡のリスクが上昇することが知られている。

【目的】 非流行期にインフルエンザA型の小規模な集団発生と、そのうち1例でCOVID-19との重複感染を経験したので、その臨床像と遺伝子解析の結果を報告する。

【方法】 2022年7月、長崎市のショートステイ（19床）で、インフルエンザA型の5例の小規模な集団発生を経験した。2例は発熱、気道症状よりCOVID-19抗原検査を施行したところ陽性のため入院。しかし、2例ともCOVID-19感染は否定され、入院中にインフルエンザA陽性と判明。一方、同時期に発熱した3例でインフルエンザA陽性、COVID-19迅速抗原検査陰性だった。3例につき、インフルエンザのサブタイピングと薬剤耐性を検討し、HA遺伝子の系統樹解析をおこなった。RT-PCRでCOVID-19感染を検索した。

【結果】 3例のインフルエンザウイルスは、全てA/H3N2だった。3例ではオセルタミビル、パロキサビルに關与するアミノ酸変異は認めず薬剤耐性はなかった。また、A/H3N2、HA遺伝子の系統樹では、同時期に流行したオーストラリア株に類似していた。さらに、1例が同時にCOVID-19陽性だったと判明した。インフルエンザA単独感染の2例はタミフル投与後2日で軽快した。一方、COVID-19と重複感染した症例は、解熱後もSpO₂低値で食欲低下著明のため入院。画像上、器質化肺炎の診断で経過が遷延した。

【考察】 2022年夏の長崎でのインフルエンザの小規模集団発生は全てA/H3N2で、そのうち1例はCOVID-19重複感染例で、重症化を認めた。COVID-19とインフルエンザの重複感染は重症化のリスクをはらんでおり、その予防、治療ともに注意が必要である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 1 コロナ禍・災害・BCP 対応 -1

DP2-1-12

介護施設でのCOVID-19クラスターを経験して

柳楽 知義 ナギラ トモヨシ
さくらクリニック 医局

【はじめに】 2022年は多数の介護施設でCOVID-19クラスターとなった。各施設ではこの3年間、COVID-19に対する対策を講じてきた。2022年は、爆発的に感染者が増えたが、これまでの経験を生かし、施設と協力して感染対策を行った。

【活動】 2021年までのCOVID-19感染では、クラスターとなった施設は3施設のみと少なかったが、中等症以上の患者が多く、施設もクリニックも対応に苦慮した。一方、2022年1月から12月までのクラスター発生数は65施設で、全施設の80%に上った。以前と比べ、多くの入居者がCOVID-19に感染したが、そのほとんどが軽症であった。ワクチン接種を複数回行ってきたこと、抗原検査やPCR検査の検査体制が充実してきたため、早期診断ができるようになってきたこと、抗ウイルス薬が一般流通するようになり、より多くの患者に治療薬の投与ができるようになったことが理由として考えられる。2022年のクラスター発生数は多かったが、感染者を1つのフロアに抑え込めたり、感染が終息するまでの期間を短縮できたりと、施設での感染対策に一定の効果が認められた。当初は未知の感染症に対する恐怖と不安で仕事にならなかった介護・看護スタッフも、知識を深め、経験を積むことで、自信をもって業務にあたることができるようになってきている。

【考察】 この3年間、各施設で感染対策を行い、その効果が表れてきている。コロナ禍以前も、ノロウイルスやインフルエンザウイルスに対しての感染対策は行われていたが、COVID-19の感染対策は以前のものとは大きく違い、より高度な対応が要求されるようになっている。今後も、スタッフ各々が感染症に対する知識を深め、ゾーニングや個人用防護具の正しい使用方法を身に付け、実践していかなければならない。そして、医療機関と介護施設が緊密に連携して、感染対策を行うことが重要である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 2 コロナ禍・災害・BCP 対応 -2

DP2-2-1

新型コロナ感染症に罹患したADLが低下している老々介護の症例

茨木 利彦 イバラキ トシヒコ

寺田 秀興 テラダ ヒデオキ

寺田・茨木ホームクリニック 内科

【はじめに】新型コロナ感染症が報告され3年経過した。オミクロン株になってからは重症化する症例は少ない。新型コロナに罹患し、介護サービスが現実的受けられなくなったため寝たきりになってしまった症例を経験したので報告する。

【症例】85才 男性

病名) 頚椎症性脊髄炎、右肺癌、ペースメーカー挿入術後

脊髄炎により右半身麻痺を認め、ベット上で過ごす時間が多く、トイレまではなんとか移動していたが、易転倒を認めていた。

R4.7/16夜間に呼吸困難を認めたため救急病院を受診。新型コロナのPCR検査は陰性。

7/20活気がないため往診、発熱なく経過観察。

7/21発熱を認めたため再度往診。Sat96%と保たれていたが19日に訪問したケアマネがコロナ陽性であったためPCR検査を行ったところ陽性であった。

もともと寝たきりの状態で発熱のためトイレ歩行も困難になる。コロナのためヘルパーが入れず老々介護のため自宅療養が困難。保健所に依頼し同日入院となる。

入院加療されコロナは軽快も寝たきり状態となったため、老健に入所となる。

同居の奥様もコロナ感染となり入院加療。認知症が進行し、自宅には帰れない状態となる。

【考察】オミクロン株になってからは高齢でもワクチンを打っておられる方は重症化することはまれである。しかしながらもともとADLが悪く介助なしに生活できない人にとって新型コロナに罹患してしまうとヘルパー介助が受けられなく特に老々介護の患者は生活が成り行かなくなる。そのため救急手段として病院へ依頼し入院となるが、入院加療にて寝たきりになってしまったり認知症が急激に進行したりする。今後感染症分類を見直してコロナに罹患してもヘルパーや訪問看護、在宅医が入り、在宅のままで治療するほうが望ましいのではないかと考えさせられた3症例であった。

利益相反：無

00309 / 95014

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 2 コロナ禍・災害・BCP 対応 -2

DP2-2-2

演題取り下げ

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 2 コロナ禍・災害・BCP 対応 -2

DP2-2-3

超高齢者のCOVID-19感染後の食欲不振に漢方薬が奏功した一例

久保 敦義 ¹	クボ アツヨシ
上原 雅美 ¹	ウエハラ マサミ
佐藤 歩 ¹	サトウ アユミ
石原 礼子 ²	イシハラ レイコ
河野 和代 ²	コウノ カズヨ
須山 智美 ²	スヤマ トモミ

¹あしたの在宅クリニック²むつみ訪問看護ステーション

【はじめに】新型コロナウイルス感染症（COVID-19）において、発症から長期経過しても症状が残存する「後遺症」が高頻度に生じ、これはLong COVIDと呼称される。症状は、倦怠感、強い疲労感、微熱、呼吸苦、頭痛や食欲不振など多岐にわたる。後遺症はCOVID-19の重症度によらず、軽症者においても生じ、今後さらなる問題となる可能性があるが、その実態と治療法は未知の点が多い。今回、超高齢者においてCOVID-19感染後に後遺症が生じ、自宅退院後も食思不振により皮下点滴が必要であった患者が、香蘇散、平胃散を開始後に著明に食欲改善し、点滴離脱できた例を経験したため報告する。

【症例】95歳女性〈診断名〉COVID19後遺症〈現病歴〉COVID19感染に対して自宅療養で改善したが、その後食欲不振・咳嗽を認め、脱水補正と精査加療目的で入院となった。CT上は肺にスリガラス陰影が残存。COVID後遺症として、補液治療がなされたが、元来食が細く、入院後もあまり食事摂取が進まなかった。家族の希望もあり、退院後も補液を継続しながら自宅で経過を見る方針となり、当院にて訪問診療開始した。〈治療経過〉退院翌日から介入し、退院時の処方に加え、香蘇散、平胃散、栄養剤を開始したところ食欲は改善し、退院2日目に皮下注射後、点滴は終了が可能となった。退院1週間後には入浴も可能となり、目標としていた退院10日後には孫の結婚式にも参加することができた。

【考察】本症例は、超高齢者のCOVID19感染後の食欲不振に、漢方薬を開始したところ著明な改善が得られた症例である。自宅環境で食欲や全身状態が改善した可能性もあるが、漢方薬の投与も効果的であったと考える。今後、COVID19罹患後の後遺症は増加すると考えられるため、それを見落とさないように関係各職との連携に努め、患者さんの背景に合わせた治療を行い、患者様、家族に寄り添った医療を提供できるように今後も取り組んでいきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 2 コロナ禍・災害・BCP 対応 -2

DP2-2-4

「最期の時間を家族で」一家全員がCOVID-19に罹患し自宅で看取った末期がん患者の一例

引野 雅子 ヒキノ マサコ
岩崎 泰士 イワサキ タイジ

医療法人ほくれあ会ひきのクリニック 訪問診療部

【はじめに】 コロナ禍で厳しい面会制限が続く中、最期まで自宅療養を希望する患者家族が増え、当院での在宅看取り率は急増している。COVID-19に罹患しても自宅看取りを希望した終末期がん患者の事例を経験したので報告する。

【症例】 60歳代女性、長年乳がんで病院に通院加療していたが、多発肺転移・骨転移・脳転移で通院困難となり、X年Y4月より訪問診療を開始した。患者は当初から自宅療養を希望しており、家族も自宅で看取る意思を持っていた。Y-2月多発肺転移による呼吸不全のため在宅酸素を導入。Y-1月右大腿骨病的骨折のため終日ベッド上の生活になった。疼痛に対して、内服オピオイドで調整していた。経口摂取量も減少し、余命は1か月前後と予測される状態であり、家族にもその旨を説明していた。Y月5日同居家族がCOVID-19に罹患。患者と主介護者の夫も濃厚接触者となった。Y月7日発熱はなかったが呼吸状態が急激に悪化。抗原検査では陰性であったが、患者もCOVID-19に罹患した可能性があること、呼吸状態から余命は日単位と予測されることを家族に説明したところ、病院へは搬送せず、自宅で看取る方針となった。保健所や訪問看護、ケアマネジャーにも方針を連絡し、感染対策を行いながら訪問ケアを継続した。酸素の増量、オピオイド注射剤への変更を開始したが、頻呼吸で呼吸困難感が悪化し、ミダゾラムも加えて対応した。夫はY月8日に発症、患者も9日に抗原検査陽性となり、同日夜永眠された。後日遺族からは「最期の時間を家族全員で過ごせたので入院させなくてよかった」とコメントをいただいた。

【考察】 終末期患者がCOVID-19に罹患、重症化した際の入院加療の是非、家族や訪問スタッフの負担、急激な呼吸不全呼吸困難の症状緩和スキルなど、今後の検討課題もあるが、コロナ禍であっても保健所や在宅チームで連携しながら、患者家族の望む最期を可能な限りサポートしていきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 2 コロナ禍・災害・BCP 対応 -2

DP2-2-5

コロナ禍におけるインターベンショナル治療、精神医療が必要ながん患者の急性期—在宅—緩和ケア病棟連携の一症例

笹良 剛史¹ ササラ タケシ
 玉寄 菜穂¹ タマヨセ ナホ
 金城 実男¹ キンジョウ サネオ
 中川 裕¹ ナカガワ ユタカ
 小田島 怜子¹ オダジマ レイコ
 大宜見 由奈³ オオギミ ユウナ
 仲宗根 理美³ ナカソネ リミ
 玉城 亜希子¹ タマシロ アキコ
 屋比久 絵美理² ヤビク エミリ

¹ 社会医療法人 友愛会 豊見城中央病院 全人的痛みセンター・緩和ケア病棟・訪問診療部

² しなさき訪問看護ステーション 訪問看護

³ 友愛会 友愛医療センター 緩和ケアチーム

【はじめに】 新型コロナによる入院患者の家族の面会制限により在宅緩和ケアを希望する患者は増加した。一方、難治性疼痛や精神症状により最後まで在宅で療養するのが困難な場合があり緩和ケア病棟との連携が重要である。今回、直腸癌骨盤内再発による難治性疼痛、強い不安、焦燥を伴う適応障害に対して、急性期病院、緩和ケア病棟、在宅医療、精神医療が治療期から終末期まで連携し、インターベンショナルな治療を含む地域全体での緩和ケアをおこなった事例を経験した。

【症例】 50歳台、下部直腸癌。他院にて腹腔鏡下直腸切断、永久人工肛門造設、術後化学療法施行するも副作用で中断。半年後に再発、仙骨浸潤、放射線治療施行したが4ヶ月後に再発と腸閉塞にて小腸バイパス術施行。入院中に強い不安と焦燥感出現しリエゾン介入。消化器症状や痛みにて救急入退院を繰り返したが、うつ病の既往がある妻がそばに居ないと落ち着かず、退院後は精神科通院にて向精神薬等の治療し、当院緩和ケア外来にて症状緩和と心理・意思決定支援を行なった。尿管閉塞による尿管ステント留置の後に抗がん治療終了し妻は離職し生活保護となり転居。訪問看護を導入し緩和ケア外来通院継続、疼痛には経口オキシコドンからメサドンへスイッチング。上下腹神経叢、不對神経、くも膜下フェノールブロック、くも膜下ポート留置等を施行。歩行困難のため在宅から緩和ケア病棟療養を希望され、入院後くも膜下モルヒネ持続鎮痛を開始し疼痛緩和できた際に在宅療養への再移行を勧めたが、家族の不安もあり、入院継続希望。脊髄鎮痛管理を行いながら訪問看護支援下に外泊を何度か実施できた。パンデミックによる面会制限が緩和された看取り直前時期に家族も本人もコロナ陽性となったが、家族の付き添いを継続し穏やかに病棟で永眠。

【考察】 濃厚な鎮痛管理、精神的支援が必要な患者ケアにおいて、面会制限状況では緊密な地域緩和連携が重要と思われた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 2 コロナ禍・災害・BCP 対応 -2 DP2-2-6

第6,7波でのCOVID-19療養者への在宅医療提供を振り返って

中安 一夫 ナカヤス カズオ
医療法人博愛会 颯田病院 在宅医療センター

【はじめに】 第6波、7波にCOVID-19陽性者数が急増し、筑豊地域の入院病床も逼迫した。当院の在宅医療が導入されている患者の中にもCOVID-19療養者が発生し、計28名の療養者の振り返りを行った。

【活動】 実際の診療の流れであるが、初回は熱源精査と併せて往診対応を行い、その後のフォローは電話診療、有事往診対応を行い、保健所との連携を図った。治療内容であるが、軽症には対症療法を中心に重症化リスクに応じて処方調整、中等症I (SpO₂ 94-96%) にはモルヌピラビル等の抗ウイルス薬、中等症II (SpO₂ ≤93%) には在宅酸素療法、ステロイド注、レムデシビルを投与し、情報共有には関わる訪問看護ステーションとメディカルSNSを利用した。

【考察】 第6波で初めてCOVID-19在宅療養者の対応を経験した。レムデシビルを投与した中等症IIの方はワクチン未接種であり、訪問看護ステーションと協働し、Infusion Reactionの有無観察のため1時間程度在宅に滞在する必要があり、重症化予防は重要である。第7波当初は医療機関に入院できるケースもあったが、入院困難となった段階でモルヌピラビル処方数が増加した傾向にあったが、全例軽症者+ワクチン3回以上接種者であり、モルヌピラビルの投与効果については検証が必要である。第7波ではかかりつけ高齢患者や重症化リスクのある患者に3回以上ワクチン接種を推奨したことも、重症化や入院が防げた可能性として挙げられた。また第7波では簡易の抗原定性キット導入や保健所への報告書式も簡略化され、効率化に繋がった。亡くなられた2名については元々の原疾患の悪化の可能性が考えられた。また外来かかりつけCOVID-19患者の通院困難例に限り、隔離期間中の対応は在宅センターでカバーしたことも大きな特徴であり、中小病院が提供する在宅医療が活躍できる場面である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 2 コロナ禍・災害・BCP 対応 -2

DP2-2-7

在宅系関連施設患者における COVID-19感染の状況と対応について

レシャード カレッド

医療法人社団健祉会 レシャード医院

【目的と方法】 COVID-19感染が広範に拡散している状況において、超高齢者の多い在宅関連施設入所者の感染した症例の状況と治療成績に関して報告する。

【結果】 グループホームと小規模多機能施設における COVID-19に感染した患者は7例で、女性6名、男性1名であった。年齢は80～102才で平均92.1才に及び、基礎疾患は脳梗塞3例、心不全2例、心房細動は1例であった。アルツハイマー型認知症は5例に見られた。

臨床症状として発熱や倦怠感、食欲不振は全員に、SPO₂の低下は6例に見られた。SPO₂値は91～92%であった症例が多く、酸素吸入によってほとんどの症例は改善した。心不全を併発していた1例は、臨床症状として高熱と呼吸困難が悪化し、SPO₂は83%まで低下し、酸素療法、抗生剤投与で改善せず、入院治療を必要とした。入院中は輸液や蘇生などの効果はなく、13日目で死亡した。

他の症例の治療として、ラゲプリオは3例、抗生剤は6例に投与され、臨床症状が改善した。6例がコロナワクチン接種を4回以上受けていた。

【考察】 米国の研究で、老人ホーム入居者における SARS-CoV-2 mRNA ワクチンブースターの接種と感染、入院、死亡の予防との関連を評価し、すべての項目でワクチン接種者が複合エンドポイントの有用な現象がみられたことを報告している。今回の検討例においても高齢者であった患者においても治療の効果が堅調で、臨床症状の消退後に合併症の兆候も見られなかったことがワクチン接種の有効性によるものと考えられた。

文 献 : Kevin W.McConeghy,MS;Barbara Bardenheier,Andrew W.Huang,Infections, Hospitalizations, and Deaths Among US Nursing Home Residents With vs Without a SARS-CoV-2 Vaccine Booster,JAMA Netw Open.

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 2 コロナ禍・災害・BCP 対応 -2 DP2-2-8

新型コロナウイルス感染症患者における間欠的経口経管栄養法の有用性の検討

吉野 牧子¹ ヨシノ マキコ
馬木 良文² ウマキ ヨシフミ

¹ 医療法人あおぞら内科訪問看護ステーション 訪問看護ステーション

² 医療法人あおぞら内科 内科

【目的】 一般に高齢者では新型コロナウイルスに感染した場合、低栄養や脱水から重症化するリスクが高い。また回復後もこれらが遷延しやすく、さらに廃用や咽頭感覚の低下から摂食嚥下障害が顕在化し、経口摂取困難や誤嚥性肺炎を発症することも多い。これらの患者に対する間欠的経口経管栄養法 (IOC) の有用性を検討した。

【方法】 A 診療所で関わった新型コロナウイルス感染症患者、及びその後遺症患者のうちIOCを行ったもの。IOCは経管栄養の度にチューブを飲み込む方法で、導入が簡便、嚥下のリハビリになることが特徴である。IOCを実施した療養者の基本属性、IOC導入後の経過について分析した。本研究は所属施設倫理審査委員会の承認を得た。また患者及び家族に説明を行い、書面で同意を得た。

【結果】 実施状況：A 診療所で関わった新型コロナの在宅患者のうちIOCを既に実施されていたものは5名、また後遺症として経口摂取が困難となった患者に対してIOCが導入されたものが3名であった。基礎疾患はAlzheimer型認知症が7名、脳性麻痺が1名、実施は看護師と家族介護者が行い、罹患によるチューブの嚥下困難や咳き込みはなかった。後遺症群でも導入困難は無く、速やかに栄養管理を行うことができた。経過：既にIOCを行っていた患者の感染症に伴う脱水や低栄養によるADLの低下は認められなかった。後遺症群では1例がADL維持、1例が老衰で死亡。1例は患者自身が導入後に実施をしない事を決め、誤嚥による呼吸不全で死亡された。

【考察】 今回は咽頭痛を訴える患者はなかったが、そのような症例では実施が困難になる可能性は考えられた。咳き込む患者では飛沫感染に注意が必要と考えられた。IOCを継続したことで低栄養や脱水に陥ることはなかった。後遺症でも実施は容易であり、さらに患者の意思に沿って実施できた。以上よりIOCは脱水や摂食嚥下障害を来した新型コロナウイルス感染症患者にとって有用と考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 2 コロナ禍・災害・BCP 対応 -2

DP2-2-9

コロナ禍における在宅医療 ～看護師としての関わりと心の変化～

野崎 和正 ノザキ カズマサ

小野 隆宏 オノ タカヒロ

小野 真理 オノ マリ

医療法人優心会 ハートクリニック 地域医療部

【はじめに】当院は大分県大分市にある機能強化型在宅支援診療所（有床）である。当院は外来・訪問診療・入院の他、訪問看護・訪問リハビリ・居宅支援事業・通所介護事業・サービス付き高齢者向け住宅と医療だけではなく介護事業も展開している。2020年に新型コロナウイルス感染症が世界中に拡がり、生活や医療は大きく変化した。当院でもあらゆる面でコロナ感染症と関わってきた。その中でも自身が関わった在宅医療の現状と活動（精神的ケア）、看護師としての心の変化について報告する

【活動】当院かかりつけの在宅患者も多数罹患した。新型コロナウイルス感染症に対する情報や感染症対策については法人全体として勉強会を実施したが、在宅で感染者を対応するためのマニュアルは十分ではなかった。防護服に身を包み往診に同行し点滴などを施行したが「自分も感染するのではないか」「自分が感染したら家族にも感染し風評被害に遭うのではないか」という不安を自身も含め多くの看護師が抱えた。また、患者・家族側も医療従事者の対応の変化に不安を抱えていた。特に防護服に関しては「近所の目が気になる」という発言が複数の方から聞かれた。コロナ感染患者・家族との関わりの中で、いつもと違う防護服姿であっても、いつもと変わらない口調で話し「何かあったら、夜間休日問わずいつでも連絡ください」と伝えると、不安や苦痛の中にも安堵の表情や笑顔が見られた。この経験から、患者・家族の不安を安心へ変えるために必要なこと、出来ることについて考えるようになった

【考察】今回アンケートや聞き取り調査は行っていないが、実際に患者・家族の言葉や表情の変化を見聞きし、コロナ感染症に対する不安の大きさが感じとれた。どのようにすれば不安が軽減出来るかを考えたとき、マスクや防護服で医療者の顔が見えないからこそ、いつもと変わらない口調、いつもと同じ言葉かけに安心感が得られたのではないかと考えた

利益相反：有

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 2 コロナ禍・災害・BCP 対応 -2 DP2-2-10

高齢コロナ患者を地域社会で孤立させないために～コロナ禍での私たちの取り組み～

衣川 涼子¹ キヌガワ リョウコ

¹医療法人社団そよかぜ そよかぜ診療所

²医療法人社団そよかぜ 看護部

【はじめに】当法人は医師、看護師、理学療法士、作業療法士、事務が在籍し内科、外科外来及び内視鏡検査をはじめ、在宅診療も行う機能強化型在宅療養支援診療所である。外来から信頼関係を構築し、在宅でも多職種が連携してやる事が出来るのは法人の大きな強みとなっている。

当法人のある朝来市は高齢者の多い地域であり、新型コロナウイルスの感染拡大に伴い高齢者の罹患も増えてきた。高齢在宅患者が感染した場合、病床ひっ迫や認知症であることから入院適応とならず、介護サービスの利用もできないため地域から孤立する状況にあった。これらの背景から高齢コロナ患者の命を守る連携について報告する。

【活動内容】

- ・外来通院患者の罹患期間は、在宅診療へ切り替えた。
- ・急変にそなえ、罹患期間中は毎日医師や看護師が訪問し点滴や状態確認を行った。
- ・医師、看護師、リハビリ、事務の多職種によるカンファレンスで治療方針を検討しリアルタイムに介入した。
- ・自宅で転倒した方の外科処置（縫合）を行うなど緊急性に合わせた対応を行った。
- ・呼吸状態の悪化がみられる患者は迅速に在宅酸素導入を行った。

【考察】入院できない事による病状の悪化や、介護サービスを利用できない事によるフレイルや認知症の進行が懸念された。しかし、患者・家族の生活・治療上の課題を各専門職の視点から捉え早期に介入することで、適切な治療を受けることで、環境を変えることなく在宅療養を継続する事ができた。また信頼関係のある医療スタッフが毎日訪問することで、安心感をもって住み慣れた自宅で過ごすことができたと考える。多職種協働の重要性を実感できた期間であった。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 2 コロナ禍・災害・BCP 対応 -2

DP2-2-11

新型コロナウイルス感染症 訪問看護による診療負担軽減効果について 院内訪問看護と院外訪問看護ステーションの比較

林 佑哉	ハヤシ ユウヤ
藤本 佳奈	フジモト カナ
武藤 英樹	ムトウ ヒデキ
藤谷 好紀	フジタニ ヨシノリ
能勢 悠介	ノセ ユウスケ
柳澤 克哉	ヤナギサワ カツヤ
菅原 信行	スガワラ ノブユキ
田中 裕子	タナカ ユウコ
山田 寿美	ヤマダ トシミ
長野 広之	ナガノ ヒロユキ
守上 佳樹	モリカミ ヨシキ

医療法人双樹会よしき往診クリニック 看護師 / メディカルコーディネーター

【目的】在宅医療を行っている患者が新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に罹患した場合、2日目以降の状態観察と治療については、訪問看護が担う部分が多い。当院では、院内訪問看護 (以下「院内」と略す) が行う場合と、元々介入している院外訪問看護ステーション (以下「院外」と略す) に依頼する場合がある。それぞれの訪問看護による医師の診療負担軽減効果について検討した。

【方法】当院介入中の患者で、2022年7月～2022年12月にCOVID-19治療を行った症例の内、訪問看護が介入した患者を対象とした。院内と院外の各患者の特徴について後方視的に調査した。医師の診療負担軽減効果については、隔離期間における患者一人当たりの平均訪問看護回数と、患者一人当たりの平均診療回数 (往診、訪問診療、電話診療の合計) を算出し比較した。

【結果】対象者の総数は院内17件、院外32件であった。年齢の中央値は院内84歳、院外84.5歳、男性の割合は院内41.2%、院外46.9%、独居者の割合は院内35.3%、院外31.3%であった。重症化リスクの高い基礎疾患を持つ患者の割合は院内94.1%、院外90.6%であった。重症度分類にて軽症者の割合は院内82.4%、院外84.4%、中等症者の割合は院内17.6%、院外15.6%であった。患者一人当たりの平均訪問看護回数は院内5.8回、院外5.9回、患者一人当たりの平均診療回数は院内2.1回、院外3.3回であった。

【考察】本研究より、院内と院外の各患者の特徴に大きな差はみられなかった。また、患者一人当たりの平均訪問看護回数に大きな差はない一方、院外に比べ院内の方が患者一人当たりの平均診療回数が少なく、診療負担軽減効果は高かった。本研究の限界として、これらの結果に対する因果関係の解釈が困難であるため、二群の患者の性質をより明らかにし、回帰分析等を用いた更なる研究が必要であると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 2 コロナ禍・災害・BCP 対応 -2

DP2-2-12

コロナ禍における当薬剤師会の取り組み

宇田 和夫 ^{1,2}	ウダ カズオ
菅原 直人 ³	スガワラ ナオト
加藤 大貴 ^{1,2}	カトウ ダイキ
田村 美帆 ^{2,4}	タムラ ミホ
森 安大 ^{2,5}	モリ ヤスヒロ
高橋 真吾 ²	タカハシ シンゴ

¹ あおぞら薬局 薬局

² 古河薬剤師会 薬剤師

³ 古河赤十字病院 薬剤科

⁴ 共創未来総和薬局 薬局

⁵ なのはな薬局 薬局

【はじめに】当薬剤師会では、新型コロナウイルス感染症の第1波の時からその時々において必要と考える取り組みを、エリア内の全ての保険薬局（97薬局）と行ってきた。地域医師会、行政、保健所などにも積極的に働きかけながら進めてきた活動を報告したい。

【活動内容】①第1波より、コロナ感染で薬局休業となった場合に備え、在宅協力薬局制度を活用し地域の30程の薬局が協力関係を結び、予め各薬局が担当する施設や在宅患者に周知し理解を得た。

②第4波では、古河市医師会から1日2000人規模のワクチン集団接種事業の協力要請を受け、プロジェクトを立ち上げ、25名が統括・研修・運営・情報提供の4班に分かれ、行政や医師会との調整や薬剤師の教育などの体制を整え進めた。

③第5波では、自宅療養者に対する薬の配送体制の構築し医師会と共有すると共に、保健所協力の元、自宅に上がり込むことを想定したPPEの訓練機会を作った。

④第5波で県の自宅療養者のフォローアップが破綻したことを受け、保健所に対し薬剤師による支援を申し入れた。

⑤第7波では、逼迫する地域医療と受診できずにいる地域住民を支援するために、保健所や医師会と相談、協議し、薬局が重症化リスクの小さい発熱者等の相談窓口となる事業を実施し、行政から市民に周知した。第8波の事業期間中（12/5～1/15）、38薬局で221件の相談を受け付けた。

【考察】コロナ禍で起こった地域課題に対し行った5つの取り組みや行動は、会員、非会員を問わず地域の薬剤師が協力し合い進め、一定の成果を出すことができた。また、地域医師会や保健所、行政と、随時、相談し対応したプロセスは、それぞれが担う役割を理解する機会となり、同時に、今後の地域の多職種協働や連携の醸成に貢献できたと考える。今後も、地域薬剤師会として地域のすべての薬局や薬剤師をつなぎ合わせ地域課題と向き合い、薬局や薬剤師がもつ可能性を広げていきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 3 コロナ禍・災害・BCP 対応 -3

DP2-3-1

自宅COVID-19感染患者のアドバンス・ケア・プランニングと看取り

杉本 由佳¹ スギモト ユカ
松浦 明海² マツウラ アケミ
森川 典子² モリカワ ノリコ

¹すぎもと在宅医療クリニック 院長

²訪問看護ステーション もれっと 訪問看護師

【はじめに】 COVID-19は、変異を繰り返しながら今なお全世界で猛威を振るっており、日本でも多数の感染者と死者を出している。当クリニックは在宅医療中心の一人医師クリニックであり、COVID-19感染者の自宅・施設（301人）、軽症者等療養宿泊施設（836人）に対応している。第5波（ δ 株）では20歳～40歳代の若い世代が、特効薬がない中、重症肺炎で生死をさまよった。第6波からのO株では、ワクチン効果が弱くなった高齢者中心に感染者数が急増、基礎疾患があるまたはADLの低下した高齢者の死者が増加した。自宅往診での看取りを8例、老人施設での看取りを5例経験し、短期間でのアドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）の重要性を感じた。

【症例】 90歳代男性。第8波感染。認知症あり。足の不自由な妻との二人暮らし。急激なADL低下と食欲不振あり、保健所より往診依頼を受け往診となる。近所に住む長男、次男と妻に予測される病状変化と治療方法、生命的に厳しいことを説明した。人工呼吸器、胃瘻造設までは望まないが自宅でできる限りの治療を行ってあげたいという意思決定に対し、同日レムデシビル投与開始し、末梢輸液製剤を投与した。意識が回復し、療養期間終了日に末梢挿入式中心静脈カテーテルを挿入し中心静脈栄養を開始したが、5日後自宅で死亡。

【考察】 若い世代の感染者では今まで経験したこともないような凄まじい身体症状から、死を意識し、さらに隔離という孤独、家族や友人を巻き込んだ謝意など、様々な苦痛を伴った。それら苦痛を取り除くため、医療・看護・行政の速やかな連携の必要性を感じた。高齢者では死亡リスクの説明や、看取りの場所の決定、コロナ後のADL低下や慢性期への移行を見通した家族への説明が大切であり、ケア・介護も含め初回往診時で速やかなACPが重要と考えた。

利益相反：有

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 3 コロナ禍・災害・BCP 対応 -3

DP2-3-2

コロナ禍における在宅看取り ～家族の意思決定支援に関わって～

伊志嶺 篤 イシミネ アツシ
勤医協伏古10条クリニック 内科

【目的】 コロナ禍が在宅看取りに及ぼす質的な変化について検討する。

【方法】 2017年1月から2022年12月までのコロナ禍前後3年間ずつの当院における在宅(自宅及び施設)看取り患者について、死因の割合のコロナ禍前後での比較分析やコロナ禍後の特徴的な看取りの抽出を行い、終末期の療養場所の家族の選択にコロナ禍が与える影響について考察した。

【結果】 症例は全体で53例(男性15例, 女性38例)、死亡時の平均年齢は90.2歳であった。一年ごとの在宅看取り数は2017年から2021年までは5～9例であったが、2022年には17例と倍増していた。死因は老衰・認知症がコロナ禍前22例中14例, 後31例中13例といずれも第1位であったが、癌による死亡がコロナ禍前後で2例から9例へと増加していた。コロナ禍後の特徴的な看取りの例を挙げると、「特養に入所していたが徐々に食事摂取量が減り、最期は自宅で迎えさせてあげたいとの家族の希望で退所して5日目に死亡した例」、「認知症で看取りも可能な施設に入所していたが腎盂癌が発見され、自宅に戻り9か月近く療養した後に死亡した例」、「脳梗塞を発症し、入院中に敗血症を併発して重篤な状態となるが自宅での看取りを希望し、治療を中止して退院後6日目に死亡した例」、「血液透析中に偽痛風発作で入院後、療養病院で長期療養中に血圧低下などで透析困難となり、透析を中止し、訪問診療を導入して退院4日目に自宅で死亡した例」などがあった。

【考察】 コロナ禍後に癌による死亡の割合が増えていることから、病院で死亡していた癌患者が面会制限などにより在宅での看取りを選択している可能性が示唆された。訪問診療を開始又は再開して数日で死亡する例が今後も予想され、医療者側にも、より機敏な対応と家族の覚悟を受け止めてサポートしていく構えが求められる。コロナ禍は我が国において人生の最終段階の療養場所を家族がより深く考えていく上での契機になるかもしれない。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 3 コロナ禍・災害・BCP 対応 -3

DP2-3-3

在宅療養中COVID-19患者に対する中和抗体薬投与フローの運用・改善を通して効率的な診療を考える

小澤 匠平^{1,2} オザワ ショウヘイ
小笠原 雅彦^{1,2} オガサワラ マサヒコ
近藤 敬太^{2,3} コンドウ ケイタ
大杉 泰弘^{2,3} オオスギ ヤスヒロ

¹ 豊田地域医療センター 総合診療科

² 同善病院 在宅医療センター

³ 藤田医科大学 総合診療科

【はじめに】愛知県豊田市にある当センターは居宅・施設合わせて約600人の訪問診療を行い、保健所からの依頼を受けてCOVID-19患者への往診も行っている。第6波では自分達に関わる訪問患者に対し、経験不足が原因で中和抗体薬を在宅で投与できず病院受診を要した経験から、在宅における投与フローを作成した。

【活動】病棟では1泊入院で中和抗体薬の投与実績があったことから、その投与方法を参考にして在宅におけるフローを作成した。しかし実際に運用すると在宅ならではの困難がいくつもあり、診療を行った医師からフィードバックをもらい、改善を重ねた。また診療の前後で携わっているスタッフからも、慣れない業務に戸惑っている、連携がうまく取れていないといったフィードバックがあり、その結果出発が遅れたり、帰着後の事務作業にも時間を要したりしていた。そのため、連絡手段の統一やカルテのテンプレート化など多方面から介入し、何度も改善を行うことで最終的にはスタッフが安心して対応できるようになり、出発時間・帰着後の事務作業短縮にもつながった。

【考察】在宅における中和抗体薬投与は、当然COVID-19診療の手引きにも記載が何もなかった状況下で手探りの状態であった。しかし起こった事象を丁寧に振り返りながら問題点を抽出し、試行錯誤を繰り返しながらPDCAサイクルを回し続けることで、改善につなげて業務をスムーズに行えるようになったことを実感することができた。このことは実はCOVID-19診療に限った話ではなく平時の診療にも同様に当てはめることができる。有事で培ったこのノウハウや関係性を大切に、よりよい診療を多くの患者に届けるべく、今後の運用に活かしていきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 3 コロナ禍・災害・BCP 対応 -3

DP2-3-4

コロナ禍による弱視者の生活様式の変化に対する医療者の介入のあり方

藤田 紗弥¹ フジタ サヤ
韓 星民² ハン スンミン
櫻井 浩子¹ サクライ ヒロコ

¹ 東京薬科大学 薬学部

² 福岡教育大学 教育学部

【目的】 近年のコロナ禍により、行動範囲や人と人、人から物への接触が制限された。視覚障害者は人や物に触ることで情報を得ているが、制限により「物の情報を得づらい」「サポートを頼みづらい」など、障害の特性に沿った課題がある。そこで、本研究では弱視当事者へのインタビューをとおして、コロナ禍による生活様式の変化や行動制限の影響を把握し、医療者の介入のあり方について考察した。

【方法】 2022年5月16日～6月4日に、弱視当事者16人に対しZoomによる半構造化面談を行った。事前に本研究の趣旨と個人情報保護について説明した。面談当日に改めて趣旨等口頭にて説明し、同意を得てICレコーダーで録音した。面談ではコロナ禍による日常生活の変化や行動や受診等での制限などを尋ねた。逐語録を作成し、KJ法で整理した。なお、本研究の実施にあたり、本学研究倫理審査委員会で承認を得た。

【結果】 コロナ禍の生活として「消毒液の場所が分からない」「マスクやアクリル板によって声が遮断され聞こえづらい」、他方でオンラインの普及により移動しなくとも人との繋がりが保てるなどのメリットも挙げられた。医療機関の受診時には「消毒薬を手にかけてくれた」「検温測定のを誘導してくれた」など嬉しい配慮もあった。要望として「隔離の際、ホテルの設備や備品の場所の説明」が挙げられた。コロナ禍に関わらず「医療者は”こそあど言葉（どこ、それなど）”ではなく、具体的に提示して欲しい」との意見があった。

【考察】 コロナ禍における弱視者の生活は変化をきたし、変化に対する不安などが明らかになった。アクリル板などの物の境界線がわからず、テープでマーキングなど簡単な対策で解決するものがあり、今後の感染対策として応用できると考える。医療者には弱視の特性を理解し個別性に応じた丁寧な対応が要請され、当事者から日常生活での困りごとや要望を適宜聞く姿勢が求められる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 3 コロナ禍・災害・BCP 対応 -3

DP2-3-5

コロナ第7波での64名の自宅療養者への訪問診療の取り組み

清洲 早紀 キヨス ハヤキ
磯本 隆広 イソモト タカヒロ
大森 桂子 オオモリ ケイコ
高木 加奈子 タカギ カナコ
公益社団法人京都保健会吉祥院病院 医局

【はじめに】 COVID19がオミクロン株に置き換わり軽症化するとともに、高齢の自宅療養者が増加した。第5.6 波の経験を踏まえて7波の取り組みを報告する。

【活動】 コロナ第7波の2022年6月末から9月末までにコロナ自宅療養者64名の訪問診療を行った。男性29名、女性35名。年齢は30台～50台6名、60台8名、70台10名、80台25名、90台13名、100歳以上2名であった。当院の定期往診患者、当院外来患者、医師会、行政から依頼を受けた患者が対象であった。抗原、PCR検査、モルヌピラビル投与、点滴などを行い、必要な患者は入院調整を行った。

47名が軽快した。残り17名がADL低下、経口摂取困難などの後遺症が遷延した。死亡者はなかった。コロナ感染のために指定病院に入院を要したのは12名。中等症Ⅱ以上で呼吸器症状を伴うもの8名、中等症Ⅰだが脱水症状が強く入院したもの4名であった。自宅療養で隔離期間が過ぎた後に廃用や脱水で入院を要したのが7名であった。

後遺症が遷延した17名のうちADL低下のみが7名、経口摂取困難を伴うものが10名であり、褥瘡形成や蜂窩織炎を合併する症例も存在した。10名のうち4名は経口摂取がゼロとなり、施設や在宅で点滴を継続した。

【考察】 高齢のコロナ患者が多数を占めたが、全体として軽症で、自宅でのモルヌピラビル投与や対症療法のみで軽快した。肺炎や呼吸不全も少なく、5波までとは様相が大きく異なった。一方90歳以上の超高齢者や基礎疾患が進行した患者がコロナに感染すると、一命を取りとめても、ADL低下や経口摂取困難をきたし、深刻な事態となる症例が存在することは注意を要する。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 3 コロナ禍・災害・BCP 対応 -3

DP2-3-6

施設と協働して取り組んだ高齢者施設での新型コロナウイルス感染症クラスター対策

浜上 知宏 ハマガミ トモヒロ
山内 優輔 ヤマウチ ユウスケ
松下 明 マツシタ アキラ
岡山家庭医療センター 奈義ファミリークリニック

【はじめに】 新型コロナウイルス感染症により入院医療体制はひっ迫し、高齢者施設で感染者がそのまま療養することで入院病棟と化した。安全で継続した施設療養の為には、施設職員への継続的な支援が必要である。

【活動】 新型コロナウイルス感染症第7波、8波で嘱託を務める高齢者施設でのクラスター事案に対し施設職員と協働して対策にあたった事例を報告する。(以下2023年1月30日時点)

①特別養護老人ホーム：第7波13名、第8波26名のクラスターが発生した。重症度は第7波:軽症13名、第8波:軽症15名、中等症13名、中等症26名だった。抗ウイルス薬使用は第7波:7名、第8波:20名だった。最終ワクチン接種は、第7波:3週間前に集団接種、第8波:3ヶ月前に集団接種と二価ワクチン接種をクラスター発生中に行った。

②グループホーム (9名/棟が2棟隣接)：第8波に1棟で3名が感染、隣の1棟で1名感染が発生した。重症度は4名全例軽症だった。抗ウイルス薬は全例に使用した。最終ワクチン接種は二価ワクチンを1週間前に集団接種していた。

取り組み：前者では施設看護師を中心に、後者では医療に精通しない職員のサポートを行う形で、感染対策の情報提供と現場への介入を行った。各職種からの不安・疑問に対応し解消することが重要だった。また早期発見、早期治療の面で施設での抗原検査活用と、抗ウイルス薬処方家族説明・同意書の取得で連携を行った。

【考察】 コロナ禍で入院ができない状況の中、施設での在宅医療を担うにあたり、各施設の特性に合わせた戦略が必要である。医療職員配置施設は、医療職員を活動の中心として職員の成長を促す。一方、医療職配置ない施設では、早期に医療が介入し職員の不安や知識不足に対する支援体制を構築することが重要である。またクラスターを最小限に抑える方法としてワクチン接種戦略や抗ウイルス薬による重症化を防ぐ早期発見早期治療戦略が重要である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 3 コロナ禍・災害・BCP 対応 -3 DP2-3-7

COVID-19 第7波におけるモルヌピラビル在宅使用症例の検討

大中 洋平 オオナカ ヨウヘイ
古屋 秀和 フルヤ ヒデカズ
野田 司 ノダ ツカサ
川口 豊 カワグチ ユタカ
藤元 流八郎 フジモト リュウハチロウ
荏原ホームケアクリニック 脳神経内科センター

【目的】 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) は全世界に拡大し、パンデミックを起こしている。日本においても感染が拡大し、我々は2022年7-9月にかけて第7波を経験した。第7波は過去最高の感染者数を記録し、病床のひっ迫や入院困難事例の多発、医療崩壊を引き起こした。入院ができず、自宅療養せざるを得ない状況が長く続き、当院においても在宅でのCOVID-19の治療を多数経験した。今回、当院で訪問診療を行っている患者でCOVID-19を発症し、モルヌピラビルを使用した症例について臨床的特徴と経過について考察した。

【方法】 2022年7月から2022年9月の期間 (第7波) で、当院でCOVID-19の診断をした26症例について、HER-SYSへの登録項目をもとに臨床的特徴を抽出した。その中でモルヌピラビルを使用した症例について、平均年齢、性別、ワクチン接種回数、発症から診断までの期間、重症化リスク、重症度、転機、臨床経過について考察を行った。

【結果】 今回、患者の平均年齢が80.6歳と高齢であり、重症化リスクも高い症例が多かったため、中等症以上だけでなく軽症例でも積極的にモルヌピラビルの投与を行った。その結果、26人中22人が入院せずに良好な転帰を得られた。また、入院例に関しても、COVID-19自体の増悪によるものは1例のみであり、他の3例はモルヌピラビルの反応性は良好であった。

【考察】 モルヌピラビルは2022年11月時点で数少ない経口COVID-19治療薬であり、今後在宅での治療を行う上で重症化抑制、入院抑制につながるアンカードラッグになり得ると思われる。ただし、その適正使用に関しては今後も検討が必要であると考えられ、今後の症例の蓄積が待たれる。

(当研究は荏原ホームケアクリニック倫理委員会で審議のもと行った。)

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 3 コロナ禍・災害・BCP 対応 -3

DP2-3-8

大学が運営する在宅医療・介護連携支援に関する相談窓口による「退院サポート事業」について

河村 由依 ^{1,2}	カワムラ ユイ
金田 嘉清 ^{1,2,4}	カナダ ヨシキヨ
都築 晃 ^{1,2,4}	ツヅキ アキラ
池田 寛 ^{1,2,3,5}	イケダ ヒロシ

¹ 豊明東郷医療介護サポートセンター かけはし

² 藤田医科大学 地域包括ケア中核センター

³ 藤田医科大学 居宅介護支援事業所

⁴ 藤田医科大学 保健衛生学部 リハビリテーション学科

⁵ 藤田医科大学病院 医療連携福祉相談部

【はじめに】当サポートセンターでは、切れ目のない連携構築を目指して、2017年より退院サポート事業を実施している。これは、医療機関入院中に新規で介護認定の申請をした豊明市民を対象に、当サポートセンターが電話訪問し、必要時に医療介護サービスにつながるよう支援を行う事業である。前年度までの取り組みにより、介護認定申請時の受療動向、身体状況、退院支援の実情を把握しつつ、サービスへとつなぐことができた。しかし、コロナ禍で新たな課題も発生しているため報告したい。

【活動】新たな課題とは、面会制限により、家族が患者本人の身体状況等を把握することが出来ず、退院後にどのようなサービスを利用すべきか判断できないという点である。電話訪問の際にも、そのような訴えが多く聞かれた。その一因として退院カンファレンス実施割合の減少が考えられる。新型コロナウイルスの感染拡大前の2019年度には52%の実施割合が、コロナ禍以降の2020年度44%、2021年度30%となっている。当サポートセンターでは、実際の身体状態と家族の想定に差異がないよう、事前に病院担当者へ確認するよう家族に促している。また、必要時は、当サポートセンターが病院の退院支援担当者と直接連絡をとり、確認している。

【考察】個別の対応として、退院支援窓口の案内や病院担当との連携により、退院後のスムーズな在宅移行を援助しており、退院サポート事業の意義はあると考える。しかし、個別の対応だと、ケースとしては解決できるが、入院中に患者の様子を把握できない家族の不安といった課題を解決することはできない。コロナ禍でも情報共有を阻害されないための手段として、ICT等の活用などのしくみ作りが望まれる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 3 コロナ禍・災害・BCP 対応 -3

DP2-3-9

COVID19 Vaccination strategy for Japanese residents in cooperation with Tainan City

呉 美珍¹ ウ メイジェン
古関 光浩¹ コセキ ミツヒロ
蔡 岡廷^{1,2} サイ ガンチン

¹ 奇美病院 内科

² 奇美病院 老年医学科

【はじめに】 2021年3月3日、日本政府から台湾へ、アストラゼネカ製ワクチン約11万回分が寄贈され、3月22日に、当院において、台湾南部ではじめて新型コロナワクチンの接種が行われた。当院は、台南市、嘉義市と雲林市をカバーする台湾南部最大の私立医学センターで、永康地区にある本院だけで、1288床を有する。一方、台南市には、878人（移民局発表2021.3）の日本人が居留しているものの、現地邦人が安心して暮らすための日本語情報や支援体制は乏しい。

【活動】 台南市長は、どの自治体よりも早く、在留邦人への早期接種を意思表明していた。日本政府から、2021年6月に124万回分、7月に113万と97万回分のワクチンが送られ、9月には、4回目の33万回分の寄付発表がなされた。そこで、台南市、日本台湾交流協会と台南市日本人協会が協働して、在留邦人のため、日本人専用の問診票とワクチン接種リストが作成された。また、台湾の医師国家資格を所有する日本人医師の診察のもと、当院において、アストラゼネカ製のワクチン接種が行われた。

2021年10月5日午後1時から3時にかけて、46名の在留邦人が参加し、台湾の医師国家資格を所有する日本人医師の診察を受け、ワクチン接種評価が行われた。ワクチン接種希望者から、「日本語で無償の医療相談ができることは心強い」等といったフィードバックがあった。

【考察】 台湾の自治体、医学センターとNPO等が協働して、地域連携型コミュニティヘルスに取り組み、積極的にアウトリーチした結果、台南市居留邦人を対象としたワクチン接種が順調に行われた。この経験は、邦人に対する遠隔診療や在宅医療の大きな手助けとなった。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 3 コロナ禍・災害・BCP 対応 -3 DP2-3-10

緩和・看取り期の患者の療養環境を考える～かけはしボードを活用して～

松下 幸世 マツシタ ユキヨ
出雲 茂代 イズモ シゲヨ
中安 輝美 ナカヤス テルミ
医療法人社団 心 坂の上在宅医療支援医院 看護課

【はじめに】 A有床診療所では、2019年4月～2021年3月にご逝去した遺族への遺族調査を実施し、「家族や友人とゆっくり過ごすことができた」「楽しみがあった」の満足度評価が低値であった。緩和・看取り期の患者とその家族に個室の特徴を活かして何か出来る事はないだろうかと考え検討した。

【目的】 コロナ禍で、直接面会が出来ない患者とその家族の思いをメッセージや写真等で伝えることで、看取る人と看取られる人との心の絆の架け橋を築くことである。

【対象・方法】 対象は個室に入院された全ての終末期の緩和・看取り期の患者および家族である。方法は患者と家族の懸け橋となる「かけはしボード」(以下ボード)を作成し病室の壁に取り付け、家族の言葉の記載や思い出の写真や手紙などをボードに貼付した。また看護助手、看護師が患者の日々の様子や発言を花びらのカードに書き留めボードに貼付した。看護師が、アナムネ時ボードについて家族に説明し協力を得た。

【結果】 事例1は、2人暮らしのご主人よりお手紙を頂き貼付した。このお手紙も、受け取った直後暫く患者が手元より離される事無く持っていた。事例2は、入浴時の患者の発言や表情をボードに記載し、ご家族が入院中の様子を知る事に繋がった。事例3は、誕生日には家族よりプレゼントが届き、プレゼントに囲まれて写真を撮ったり、ひ孫からの手紙と似顔絵を見て喜んでいた。

【考察】 かけはしボードの設置で、緩和・看取り期の部屋に彩りが加わり部屋全体が明るくなった。コロナ禍の面会制限がある中で、患者と家族の会話や触れ合う時間と場所の提供ができた。今後も私達は、患者・家族とのコミュニケーションを大切に、色々な形の「かけはしボード」づくりに努める。また作成したボードの写真を残し、メッセージなど退院時にお渡しすることで、家族のグリーフケアに繋げていけたらと考えている。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 3 コロナ禍・災害・BCP 対応 -3

DP2-3-11

コロナワクチン訪問接種に関する多職種連携

竹原 沙希 タケハラ サキ
 中安 一夫 ナカヤス カズオ
 永津 有理 ナガツ ユリ
 花岡 千鶴 ハナオカ チヅル
 河端 加南子 カワバタ カナコ
 医療法人博愛会 額田病院 在宅医療センター

【はじめに】2021年5月、当院外来でコロナワクチン予防接種が始まる。6月に接種会場へ行くことができない
 当院訪問診療患者へコロナワクチンの訪問接種を行うことが決まった

初めての試みのため様々な問題点を回避するために取り組んだ活動を報告する

【活動】当院はいくつかの市町が隣接する場所に位置しており他市町の患者に介入している。開始当初は飯塚市に住
 民票がある方が対象であったため、他市町患者の接種が可能か飯塚市に確認し了承を得てワクチンを確保した。

- ・接種希望調査時に用いる用紙を作成し訪問時に聞き取り調査を行った。
- ・訪問接種時に接種券添付ミスなど事務的不備を防ぎたいと思い予診票記入例を作成、看護師と連携し接種患者のデー
 タ管理を行う
- ・ワクチン接種担当医を確保し、1日の接種人数の上限を拡大した
- ・車移動時等の衝撃でワクチンが破損しない工夫を行った
- ・副反応の懸念があるため、薬剤など持参物品をセットした
- ・接種当日は希望患者に介入されている訪問看護師や、家族、ケアマネ、介護サービス事業所スタッフに見守りを依頼し、
 体調変化があった場合は連絡後、速やかに駆け付ける体制を構築した
- ・接種時の注意点や変更点など朝礼で全職種へ周知を行った

【考察】他職種の緊密な連携と、事前に対策を講じたことでトラブルや事務的不備が0件だった

また、事務が対策に関することでデータ管理を行い前回接種日等の把握ができ、3回目以降のスケジュール調整や案内
 がスムーズに行えた。今回の取り組みは接種会場に行くことができない希望患者に接種を行ったことで重症化の予防
 に繋がり地域貢献ができたと考える。今後もワクチン接種の継続が想定されるが、接種期間や回数など制度変更があ
 ると予想されるため臨機応変に対応することが重要である。また、データ管理が煩雑にならないよう効率よく修正し
 多職種で連携や共有していくことが必要だと考える

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 4 ACP・意思決定支援 -1

DP3-1-1

おみくじ形式の人生会議ツール「おじくじ」を通じた人生会議の普及・啓発

唐川 恵美子¹ カラカワ エミコ神野 真実² ジンノ マミ黒田 悠生³ クロダ ユウセイ唐川 恵美子¹ カラカワ エミコ¹医療法人社団オレンジ ほっちのロッヂ²株式会社メディアヴァ³株式会社ソリッドラボ 代表

【はじめに】人生の最終段階における医療に関する意識調査報告(2017年度)では、一般国民のACPの認知について「知らない」の回答が75.5%と高く、話し合ったことがない理由は「話し合うきっかけがなかった」が最も多く56%を占める。きっかけとなる出来事は「ご家族等の病気や死」と「自分の病気」が上位2位となっており、日常的にもしものときを想定する機会は少ないと考え、暮らしの場で自分の将来について考えたり価値観を解きほぐす機会作りの重要性を感じた。

【活動】「おじくじ」の名称は、御神籤(おみくじ)の「神」の字を自分の「自」に変え、将来を自分で考え決めていく人生会議に準えて名付けられた。くじの表面には「旅立」「失物」といった項目が用意されており、予言ではなく質問が書かれている。裏面には、在宅医療スタッフが現場で人生の先輩から聞いた言葉を掲載している。これらをもとに対話を進めることで、人生会議への導入をよりしやすくするよう工夫した。

これまでに、ケアに関わる相談窓口、まちづくり拠点や自治体などを中心に、箱の設置9件、イベント利用を7件行ったほか、個人利用も9件実施し、小学生~90代まで計700人を超える多くの世代が参加した。くじに対する回答の一部は、WEBサイトに公開している。

【考察】おじくじ設置協力関係者へのヒアリングでは「いつも考えているけど、なかなか他の人と話せない話題を自発的に話してくれる方がいた」「在宅看取りの経験を悔やんでいる人が多いため、今後の使い方に生かしたい」など、おじくじが人生会議を気軽に実践するきっかけになっている様子が聞き取れた。報告では、どのような仕掛けや対話方法がこのような反応をもたらしているかについて考察していく。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 4 ACP・意思決定支援 -1

DP3-1-2

生きるを支える

日谷 美樹	ヒタニ ミキ
太田 俊輔	オオタ シュンスケ
山上 礼子	ヤマガミ レイコ
荒川 ゆかり	アラカワ ユカリ
久保 幸枝	クボ サチエ
相星 美樹	アイホシ ミキ
谷口 由規子	タニグチ ユキコ

太田医院 在宅診療部

【はじめに】 近年、「生きるを支える」が在宅医療を行なう上で重要であると言われている。医療者が「在宅で生きるを支える」とは、どのようなことなのか、経済面・家族形態・病状変化など解決できないことがある中で、1人の患者を通じその人の大事にしている事をチームで応援し最期まで支えることができたと感じたので発表する。

【症例】 Aさん40歳代、子宮肉腫Ⅳ期、多発肺転移、腹膜転移

精神科医

発熱を機に受診し肺腫瘍を指摘された。子宮肉腫と診断、手術、化学療法をするが増悪しBSCの為、当院訪問診開始となり事前面談のため自宅訪問した。本人が笑顔で「どうぞ」と招き入れてくれた。最期は、緩和ケア病棟で過ごしたいと意向を聞いていたが、自宅は大好きなもので溢れていて、この人はきっとここで最期まで過ごしたいのだろうと漠然と思った。食事を振る舞い、食べるのが好きなAさんは、この日から在宅でお看取りするまでの5ヶ月間、病状変化に合わせ、食べること、好きな人に食事を作ることを生きがいにし、行きたい場所に旅行し、大好きな猫達に囲まれて過ごした。台所に立ちたい為に輸血に通い、化学療法中に子宮肉腫の腹膜転移が腸から皮膚を介して瘻孔となりながらも食べることにこだわり続けていたが、いよいよ作る事食べる事も難しくなったころ、おかゆを作り食べて「しあわせ」と言ってもらえたことで想いを共感できた。

【考察】 今回患者さん本人が好きなことをしっかり持っており、ぶれない思いを共有してきた。在宅だからこそ大好きなことを尊重でき終末期でも食べることを支えることができた。症状変化の大きい終末期において患者の尊厳を尊重するためには、症状コントロールと信頼関係の構築が必要だ。患者に関わる一人一人が役割を果たし、これからもその人の「生きる」を深めていきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 4 ACP・意思決定支援 -1

DP3-1-3

本人・妻・娘の3者相違の中で、意思決定にどこまで寄り添えるか～最後は本人の想いが叶い、自宅でW大学ヨット部のポロシャツと共に旅立った～

佐伯 清美 サイキ キヨミ
河北医療財団 あいクリニック 訪問診療科

【はじめに】 本人は、できるだけ自宅で過ごしたい。妻は、最期は入院希望。海外から一時訪日した娘は父の想いを叶えてあげたいが自分は離れてしまう、最期まで介護する母のことも考えてあげたいと思う気持ち。そんな中で、訪問診療スタッフ・訪問看護師・介護・ケアマネージャーの関わりで本人にとっての最善の最期を一緒に考え、実践した一症例を報告する。

【症例】 80代男性、多量の胸水貯留を認め、進行肺癌と診断され、当院の訪問診療が開始となった。初回訪問時で前述のように3者の意見に相違を認めた。本人の思いは変わらないまま、いよいよ終末期の方針を決める時になった。診療とは別に話し合いの場を設け、まずは介護サービス調整をした。病院に入院したとしても看取りが近くなったら退院し自宅に帰れるよう、病院に情報提供しいつでも入院できる体制を作り、妻の介護負担軽減や不安の対策ができた。長女が海外にいる時にSNSで看護師と連絡を取れる用意もした。その後、主治医より「週単位でのお看取りの状態です。どうですか」の一言で、妻は「そんなに短いのなら、家で看取ります」と気持ちの変化があった。これを機に在宅がん医療総合診療体制で手厚く医療と訪看が対応できた。長女は安心して帰国、その10日後に自宅で妻に看取られ旅立った。娘は電話口で最後の言葉を掛けてお別れができた。妻は夫の思い出の衣装を最後に選んだ。患者本人の満足は、遺族の看取りの満足になることを実感した。

【考察】 最期の療養場所について本人と家族の意志が異なる事は少なくなく、家族の介護負担を考えて本人が遠慮し、家族の意向が優先されることが多い、との報告がある。今回のように多種職が連携し、丁寧に不安や気持ちを汲み取り関わることで、3者それぞれ、何より本人の満足できる意思決定ができると考えた。当院は地域包括ケアを担う法人全体でACP推進委員会があり、活動も併せて報告したい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 4 ACP・意思決定支援 -1

DP3-1-4

症例から学ぶACP

杉田 育代 ¹	スギタ イクヨ
武田 美紀 ¹	タケダ ミキ
市原 真千子 ¹	イチハラ マチコ
岡崎 美和 ¹	オカザキ ミワ
小井手 里美 ¹	コイデ サトミ
高城 佑紀 ¹	タキ ユキ
南 大揮 ²	ミナミ ダイキ

¹みなみ在宅クリニック 看護部

²みなみ在宅クリニック 診療部

【はじめに】 当院では2021年1月にACP委員会を立ち上げて学習を開始し、独自のACP質問紙を作成した。同年6月よりその質問紙を活用して初診時に看護師が面談を行い、療養希望に関する聴き取り内容をカルテ内で共有している。今回2つの症例を通して我々が学び、見えてきたことを報告する。

【症例】 ①50代女性。前医で2017年より肺腺癌のため化学療法を開始。2018年に小脳転移のためガンナイフ治療を受けた。その後、癌性髄膜炎を発症し2021年12月に全脳照射を施行したが、主治医より本人、家族に対して予後1~2ヵ月との説明があり、在宅療養を希望されたため当院紹介となった。

自宅での介護は夫、長女が担い、別居の長男が毎日面会していた。初診時の面談では、痛みや苦しみの少ない状態で過ごすことを希望され、在宅療養開始時に訪問看護の導入と福祉用具のレンタルを行った。初診から約2週間の経過で自宅看取りとなり、2ヵ月後にグリーフケアを行った。

②50代女性。未成年の子あり。2021年にS状結腸癌のためストーマを造設し、化学療法を施行。外来での経過観察中に肝転移、肺転移を認め、HOT導入となった。呼吸困難感、腹痛などの症状があるため、外来主治医より緩和ケアの必要性を説明され、訪問診療の介入依頼あり。2022年2月に初診、面談を実施したが、その後訪問診療中断の申し出があり終診となった。

【考察】 症例①では退院カンファレンスなどで多職種からの情報が得られ、在宅療養開始後の方向性を共有した後に面談を行った。また、面談で得た情報は在宅で関わる職種間で改めて共有した。症例②では前医の診療情報提供書の情報のみで初診、面談に臨んだが、面談により最期のことを考え精神的負担になったと後に知らされた。

多職種との情報共有の重要性を感じる2症例を経験し、治療経過の長短や家族背景など個々に違いがあり、状況に応じた対応が必要であると考えた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 4 ACP・意思決定支援 -1

DP3-1-5

訪問看護師が行うACPの実際とコミュニケーション

箭内 美沙枝 ヤナイ ミサエ

久保木 優佳 クボキ ユウカ

公立小野町地方総合病院 訪問看護ステーション こまちの里

【はじめに】上顎洞痛を患ったA氏60代男性とその家族に、治療期から人生の最終段階の時期において訪問看護師として関わり、共に行ったACPの実践の中で学んだことを報告する。

【訪問看護の関わり】初回訪問時はB病院に化学療法目的に外来通院していた時期だった。元々自分のことを話さない性格で、病状から人との交流を拒否している中で、A氏の会話は少なかった。そこでA氏の性格や背景を考慮し、少しずつアプローチして話しやすい雰囲気を作った。また、一方的でなく筆者が自己の人生経験や思いを話すことで、A氏が少しずつ自分自身の思いを語り始め、徐々に信頼関係が構築されていった。その後A氏は状態が悪化しB病院に緊急入院。積極的治療が困難となり自宅近くのC病院に転院した。A氏は症状コントロールも不十分なまま治療・療養の場所を移動しており、病院間のACPの情報共有もなかった。C病院を退院後、全身状態は週単位で変化し、徐々に意思表示も困難となった。A氏の時間的余裕がなかったため、症状緩和と看取りについて話しあい、侵襲の少ない言葉選びや声掛けを意識して段階を追って、家族の現状の受け止め方や認識を確認しながらACPを進めることができた。在宅看取りも考えながら緩和ケア病棟での痛みの治療優先の意向で、療養場所の意思決定と医療連携を支援した。

【考察】以前の関わりの中で、A氏の価値観や希望を確認することができており家族と共有していたためでもある。ACPの実践において信頼関係の構築は必須であり、それは人を「知る」ことから始まる。人の人生を知り、思いや価値観を理解し歩み寄りと同時に、自分自身のことを開示することも大切である。今後も患者・家族を含めたチームでの在宅医療を目指し、治療や療養の場所が変わっても継続性・連続性のあるACPを行えるような在宅医療の働きかけがこの地域において必要と考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 4 ACP・意思決定支援 -1

DP3-1-6

末期がん患者様の意思を繋げた退院支援 ～ACP (人生会議) を通して～

二村 翔太 フタムラ ショウタ
医療法人 白水会 白川病院 医療福祉地域連携室

【はじめに】 現在、我が国も新型コロナの第8波が到来。コロナ禍で意思決定支援の面談等も開催しづらい現状にある。今回、末期がん患者様の療養生活支援を当院へ転院から退院調整で、ACPを通して意思決定支援し退院されたケースを紹介する。

【症例】 氏名：K様60代女性、独居。 病名：卵巣癌、脳梗塞、せん妄。

家族歴：キーパーソンは姪（姉の子） 姉（咽頭癌、寝たきり、認知症）、兄（疎遠状態）

X -13年8月視野欠損にてK病院受診し脳梗塞と診断。入院中に卵巣癌によるトルソー症候群と診断された。

X -5年ドロップアウト。K病院で経過加療後、X -2年8月当院転院。

K病院より転院後、本人・姪と繰り返し面談行い、意向再確認。環境調整中に独居生活における不安出現、病院での看取りを希望。入院中本人が姪と頻回に連絡取り合い、信頼している姪との生活を希望された。

姪と再面談施行。CM含めK事業所と退院前カンファランス施行、本人の意思を多職種で共有し姪宅へ退院された。

Bio：対症療法で対応。疼痛出現時は麻薬等の処方を検討。

Psycho:在宅⇄病院との密な情報共有により受け入れ態勢の確立を行うことで、本人の療養生活の不安を解消。

Social:信頼関係のある姪宅で生活予定。介護4、サービス調整し在宅。状況により訪問診察で看取り又は病院での看取りで合意形成。

【考察】 当院転院前の本人の意思表明をを実現できるよう入院後本人の体調を考慮し、多職種含め繰り返し面談を行い、意思表明を明確にした。チーム医療により、本人・姪、双方の意思を対面ですり合わせることで明確化。病状が厳しくなく前に希望する療養先へ退院が可能となった。

コロナ禍で更にACPが重要視される中、MSWを中心として各職種が意思共有、統一した視点で意思決定を支援していきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 4 ACP・意思決定支援 -1

DP3-1-7

「その人にとっての最善」を求める支援～身寄り問題を越えて～

菊池 麻衣子¹ キクチ マイコ
 村上 あかね³ ムラカミ アカネ
 藤原 陽介² フジワラ ヨウスケ
 長岡 渉¹ ナガオカ ワタル
 若林 希和子¹ ワカバヤシ キワコ
 沼田 崇子¹ スマタ シュウコ
 高橋 進⁴ タカハシ ススム

¹一般財団法人岩手済生医会中津川病院 地域医療連携室

²アイリーケアプランサービス 居宅介護支援事業所 介護支援専門員

³一般財団法人岩手済生医会中津川病院 訪問診療同行看護師

⁴一般財団法人岩手済生医会中津川病院 院長

【はじめに】単身高齢者などが人生の最終段階で頼れる人がいないことから生じる諸々の困難や弊害のことを身寄り問題と言う。厚生労働省は「身元保証人がいないことを理由に入院を断ることはできない」と通知を出している。しかし医療の現場では医療行為の意思決定や医療費の支払い、死後の対応等「身元保証・身元引受等」を担う人を求める。身寄りがなくとも「その人にとっての最善」を最期まで追求できる支援の在り方について考察した。

【症例】72歳男性。慢性肺気腫。独居。2人の元妻との間に5男1女あるが疎遠。養育費等支払いのため連絡先は控えてあるが「死亡時も含め子供達に連絡する必要はない」という本人の意思を明確にしていた。過去にPCI歴あるも通院自己中断。パチンコ中に胸痛を訴え救急搬送。ステントの再閉塞にてバルーン治療施行。リハビリ目的にて当院転院後、在宅酸素療法・訪問診療導入にて自宅退院。慢性呼吸不全の増悪を機に当院が協力医療機関として提携する施設へ入所。医療費等の支払いから墓終いまでを介護支援専門員へ委ね、そのプロセスは支援者間で共有していた。病状は徐々に進行。呼吸苦と血痰が多量にあり、施設での対応困難として当院へ搬送。搬送時、支援者間で話し合い患者の所持していた娘の連絡先へ電話。娘が病室の扉を開けた瞬間、患者は涙を流して娘の手をとり何度も頭を下げた。酸素9ℓ/分で呼吸困難は軽減。鎮静薬や鎮痛薬の使用も要さず。翌日、娘に見守られ永眠された。

【考察】施設・病院間で「身元保証・身元引受等」を求めないシームレスな関係を構築していた事が患者の病状に適した療養環境の選択を可能とし、患者の持つ「私の中の文化」や「アンビバレントな感情」について環境を問わずに支援者間で共有することを容易にした。支援者が専門性を捨てる専門性を備え「その人にとっての最善は何か」人と人として対話を繰り返すことが納得できる最期へと繋がると考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 4 ACP・意思決定支援 -1

DP3-1-8

住宅型有料老人ホームにおける介護士のACP症例実践報告 ～どのように生き、どのように死にたいですか～

町田 力哉 マチダ リキヤ
小野 宏志 オノ ヒロシ
伊藤 章代 イトウ アキヨ
岩崎 昇運 イワサキ ショウウン
湯前 ゆみ子 ユマエ ユミコ
医療法人社団心 心で介護坂の上

【はじめに】 当施設は法人内の他の施設と比較し3～5倍の逝去率である。

看護師が24時間常駐し、医療依存度の高い方を受け入れている事、癌末期など看取りの方を受け入れている事が理由と考えられる。私たちが最期に立ち会う事が多い為、入居者様が大切にしている事や望み、どのように生き、どのように亡くなりたいかを確認していくプロセスを大切にしている。

【症例】 Kさん女性

ご自身で余命を知った上で入居。ケア中にどうしても煙草を吸いたいという希望を聞き、喫煙場所、外出方法などを考慮し、体調の許す限り、煙草を吸うことが出来た。抗癌剤の為、髪の毛が抜ける事を気にされていて、「死んだらこの帽子を被せてほしい」と依頼された。その帽子を被せて、お見送りすることが出来た。感謝の言葉を書いたメモを残してくれた。

Aさん男性

入居契約に同席、自分の事は自分で決めるという意思の強さを感じた。家でもやっていたからと、毎朝簡単な朝食を調理していた。ケア中の会話から、美味しい寿司が食べたいとの希望を聞き、近所の寿司屋を探し、出前を取り、亡くなる二日前にお寿司を召し上がって頂くことが出来た。

【考察】 当施設の看取りの特長は、最期の時を家族と一緒に過ごしていただける事、無理な延命治療を行わない『看取り』+入居者様の肉体と精神の苦痛を取り除く『緩和ケア』=『ハイブリッドな看取り』を行えている事である。

前述のお二人はご自分の希望を伝えることが出来た為、私たちはお手伝いが出来た。もし、病気やケガ、認知症などで、自分の気持ちや望みを伝える事が出来なくなったらどうしたらいいのか？意思表示ができるうちに、本人・家族の受けたい医療やケアを『人生会議』のひとつとして、本人・家族も含めチームとして共有していきたい。

これからも入居時～退去時まで、変化していく本人・家族の気持ちに寄り添い、その想いを大切にしていきたいと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 4 ACP・意思決定支援 -1

DP3-1-9

外国籍患者への訪問診療から感じた、多国籍社会での在宅医療に関する検討

青木 裕章 アオキ ヒロアキ
平野 綾香 ヒラノ アヤカ
寺尾 章広 テラオ アキヒロ
青木 麻子 アオキ アサコ

エール在宅診療所

【目的】 近年都市部では生活環境や家族関係が多様化している。独居や高齢者のみの世帯などに加え、最近では外国籍の症例も増えつつある。このように在宅医療の提供先は、今後さらに多様化が進むと考えられる。

今回我々は外国籍の4症例を通じて文化の異なる症例に対する在宅医療の関わりについて後方視的に検討をしたので報告する。

【方法】 2022年1月～12月の期間に当院で訪問診療をおこなった患者のうち、患者本人もしくはその主介護者が外国籍の4ケースを抽出した。これらのケースに関して、在宅療養を継続する上での困難と課題を医療者およびその関係事業所からインタビュー方式で聴取し検討を行った。

【結果】 4ケースの国籍の内訳は韓国、中国、フィリピンで、3ケースは癌末期、1ケースは肝硬変末期であった。うち3ケースは自宅看取りとなった。いずれのケースも病院から退院に伴う介入で、病識が不良との事前情報であった。連携事業所からの意見では、何度も説明を要することが最も多い意見であった。一方で事前情報と比較し介護参加に積極的であったことなどが意見として上がった。

【考察】 我々は日常診療で日本人を対象にすることがほとんどであるが、在宅医療となるとさらにその割合が増加する。在宅医療ではその患者、家族のパーソナルな部分に接する場面が多いため、国籍の違いは感覚的に受け入れづらくラポールの形成に困難を感じてしまうことが多いと考えられる。今回経験したケースでは国籍は異なるものの、いずれも病状、予後を告知することがお互いのコミュニケーションを深めるのに重要であった。今回のケースは言語的な問題がないケースであったこと、アジア人であったこと、症例数がごくわずかであることが研究の限界と考えられる。今後は文化的な違いを越え、外国籍患者でも安心して在宅医療を受け入れられる環境が構築されるよう適切な指針が望まれる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 4 ACP・意思決定支援 -1

DP3-1-10

在宅生活を支えるための入所役割を考える

木明 香子 キミヨウ コウコ

独立行政法人国立病院機構新潟病院 療育指導室

【はじめに】 国立病院機構 140 病院のうち 84 病院で障害者総合支援法による療養介護等の長期入所、短期入所、通所支援、相談支援の提供が行われている。特に療養介護は令和3年度報酬改定で従来の対象だった重症心身障害や筋ジストロフィー・ALS等進行性筋萎縮症等に加え医療的ケア判定スコアを満たすことで対象者が拡大した。在宅支援の観点で障害福祉事業（療養介護等）の入所役割に特化し考察する。

【活動】 N病院は障害福祉事業の療養介護、医療型障害児入所、短期入所、通所事業を実施。気象条件として豪雪圏域にあり冬期に数か月のレスパイト入院される方もいる。医療型障害児入所利用中 Aさんは親子双方に入所希望がきかれた。療養介護利用中 Bさんは在宅生活の強い思いを抱えながらもご家族状況と地域体制が整わず当院での生活を続けている。在宅生活をしてきた Cさんは身体機能の変化と高齢家族の介護状況等から当初療養介護を希望され一度入院された。その後 Cさんから在宅意向を示されご家族や地域の支援者と再協議し在宅生活に戻られた。入所も在宅生活もご本人とご家族の考えを第一に支援するが特に医療面と体制面での調整が課題となりやすい。

【考察】 長期入所利用の理由は本人やご家族の希望、地域の気象条件等や社会資源が整わずやむなく希望、特別支援学校就学目的など。住む場所がどこであっても、どのように暮らしたいという本人の意向をよく確認し地域の支援者と連携し、丁寧な支援を重要視している。地域移行が趨勢であるが緊急時の備えとして療養介護等長期入所の仕組みは在宅生活の後方支援ができること、入所事業の情報も在宅生活の安心につながると考えられる。N病院は重症心身障害や筋ジストロフィー・ALS等、重度障害や医療度の高い方に対して中長期的な入所、通所等多方面から支援を提供している。障害者総合支援等の入所事業は在宅生活の継続のための役割もあると考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 4 ACP・意思決定支援 -1

DP3-1-11

訪問診療に医師以外が同席する強みを生かす、訪問同行員が継続的な対話から入院や介護支援導入の意思決定に関わった一例

荻野 婦美子 オギノ フミコ
栗林 泰子 クリバヤシ ヤスコ
河北医療財団 あいクリニック 訪問診療科

【はじめに】 当院は東京都多摩市で500名以上の患者を抱える在宅強化型在宅療養支援診療所である。約13年前より看護師ではなく訪問同行員が医師に帯同、現在スタッフは介護福祉士などの資格を持つ6名が担っている。2022年度より訪問同行員も担当制で継続して患者や家族と関わる活動を開始した。その中での一例を発表する。

【症例】 患者は80代の男性、慢性心不全で当院外来通院中に息切れ症状の精査から肺がんが見つかり、通院困難となったことより訪問診療が開始となった。約半年後、貧血の進行と酸素状態の低下よりADLが悪化し、室内歩行も困難となった。家族は入院を希望、医師も入院を打診するがご本人は入院したくないと言った。外用を処方されていたが湿疹が悪化している状況等から家族の介護力不足は明らかだった。そこで、訪問同行員である発表者より「どうして入院したくないのか？」と問いかけた。以前入院した時に嫌な思いをした体験を話してくれた。その語りの中から、帰って来られなくなることへの不安を受け取った。そこで「家より入院した方が皮膚のケアや症状を軽減するための治療が受けられる。今なら短期間で帰ってこられるかも、ひどくなってからでは長くなるかも。どちらがいいですか?」「早く帰ってくる方がいい」等のやり取りがあり、入院に至った。入院中、貧血治療の強化やリハビリテーションが行われ、自宅復帰を果たした。家族・ケアマネージャーと相談し、退院後は介護ヘルパーの導入もできた。医師より、介護側の視点や本音で話し合える関係性の構築が治療方針に良い影響をもたらしたと評価を受けた。

【考察】 この対話は「一方的な介入を避け相互作用を生むための」援助的コミュニケーションの手法が使われた。これからもスキルを磨き、「患者と家族らしい生活」を支えるためにチームの一員として役割を果たしていきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 4 ACP・意思決定支援 -1

DP3-1-12

当院における ACP の現状と課題

三宅 邦智 ミヤケ クニトモ
相模原東クリニック

【目的】近年アドバンス・ケア・プランニング (Advanced Care Planning : ACP) の概念が広がりつつある。当院では2022年6月より ACP を導入した。当院における ACP の現状と課題について文献的考察を加え報告する。

【方法】当院では ACP に関する意思記載用紙を訪問診療開始時、病態変化時、に患者様家族に手渡し、返信封筒にて郵送していただいている。対象は2022年6月から2022年12月までで訪問診療開始した181名 (男50名、女68) とした。平均年齢は87歳 (中央値87歳 (64-98歳)) であった。同期間における病態変化に伴い ACP を行ったのは39名であった。これら対象者からの意思記載用紙の返信率、返信内容について考察を加え検討した。

【結果】訪問診療開始時返信率は100/181名 (44.8%) であった。また病態変化時返信率は39/39名 (100%) であった。具体的項目に関する回答率はそれぞれ延命治療111 (95.1%)、入院加療101 (85.6%)、点滴96名 (81.4%)、中心静脈注射89名 (75.4%)、胃瘻98名 (83.1%)、疼痛緩和101名 (85.6%)、在宅酸素89名 (75.4%)、在宅人工呼吸88名 (74.6%) であった。また訪問診療開始時と病態変化の際の8項目分に対する回答項目数割合はそれぞれ75.6%、94.1%であった。

【考察】訪問診療開始時に比して病態変化時の返信率は高く、8項目についても回答率が高く、回を重ねることで改善を認めた。これらは診療開始時では具体的に問題が発生していない時期的要素、意思決定用紙を手渡す際の説明が医師によるものではなく ACP の目的や具体的内容が伝わっていないこと、回を重ねること、考える機会が増えることにより ACP の目的、病態、方針などの内容が共有できたためと考えられる。今後は訪問診療開始時より積極的な医師による説明を行い、訪問開始時より ACP の目的を共有する必要があると考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 4 ACP・意思決定支援 -1

DP3-1-13

補完代替療法中の患者の意向に沿った支援を模索しながら関わったがん終末期の2症例

遠藤 光史^{1,2} エンドウ ミツフミ

長濱 久美¹ ナガハマ クミ

¹メディケアクリニック石神井公園

²東京医科大学病院 緩和医療部

【目的】 がん終末期患者の中には、標準治療の代わりに補完代替療法を受けている患者を経験する。こうした患者や家族の中には、病状が悪化した状況でも現状との乖離が見られ、関わりに困難を感じることもある。今回当院の症例を供覧し、患者や家族、医療・介護者が抱える問題点を検討したい。

【症例】 症例1は60歳代男性、X -1年大腸がんで人工肛門を造設した。X年Y月より終末期緩和医療目的で訪問診療を開始した。患者は補完代替療法の継続を希望された。Y +3月腹膜播種による疼痛などで状態は悪化し、本人の希望で入院し翌日に永眠された。

症例2は70歳代男性、X -2年肺がんと診断され補完代替療法を希望した。X年状態悪化し訪問診療を開始した。補完代替療法は継続したが、急変時の方針などの話しは希望されないままにX+1年Y月に急変し、救急搬送後に永眠された。

【考察】 補完代替療法は直接的な抗がん効果が証明されたものはほとんどなく、標準治療に取って代わる治療ではないが、患者には希望となる場合がある。症例1では、患者、家族の希望を一旦肯定することで在宅診療を受け入れてもらい、支援を継続できた。結果的に状態が悪化しても、患者の希望を確認しながら、病院へとつなぐことができた。補完代替療法を安易に科学的根拠がない=利用すべきでないと否定するのではなく、とりあえず患者や家族の今を認めることが必要と考えられた。しかし患者は医療者と違って専門的知識は乏しい中で治療の選択を行なっている。時にはその選択は医学的に推奨されない場合もある。症例2では、補完代替医療を受けるのは患者の自己責任だが、その治療が患者に病状進行の受け入れを困難にさせた。本当の病状を「知りたいけど知りたくない」といった、がん患者が抱えるアンビバレントな側面が影響した可能性も考えられたが、関わる医療者の受け入れも困難にさせた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 4 ACP・意思決定支援 -1

DP3-1-14

世田谷区「在宅療養・ACPガイドブック」を通じた多職種へのACP普及啓発活動

神野 真実 ¹	ジンノ マミ
村上 典由 ¹	ムラカミ ヨシノリ
五味 一英 ²	ゴミ カズヒデ
尾山 直子 ²	オヤマ ナオコ
山田 翔太 ¹	ヤマダ ショウタ

¹株式会社メディヴァ コンサルティング事業部²桜新町アーバンクリニック 在宅医療部

【はじめに】世田谷区の在宅医療・介護連携推進事業を受託する当社は本事業の一環として、在宅療養の知識とACPについて紹介するガイドブックを制作し、1年半にわたり区民及び専門職に普及啓発活動を行っている。今年度は多職種によるACP実践と連携の可能性を模索すべく講習会を検討、実施した。

【活動】講習会の構成は、第一部 医師によるACPの基本の解説、第二部 専門職（理学療法士、訪問看護師、ケアマネジャー）による介入時期や視点を踏まえた実践報告、第三部 座談会とした。全体を通じて登壇者からは、日々患者と交わす会話の中から本人の価値観を紐解くこと、その内容をケアへと繋げるべく多職種で気軽に情報共有しあうことの重要性が挙げられた。

当日は76名の参加があり、終了後のアンケートでは63名の回答を得た（調査方法：オンラインアンケート、期間：令和4年11月16～25日）。参加者属性は、医療機関34.8%、地域包括支援センター19.6%、居宅介護支援事業所17.4%であった。会の評価は、非常に良かった63.0%、良かった34.8%となり、発表の評価について、一、三部は「ACPの理解が深まった」がそれぞれ78.2%と65.2%、二部は「ACPは日常的にできることがわかった」と「普段の会話等から得られた本人の思いを記録しようと思った」が同率60.8%であった。自由回答では、本人の人となりや価値観を日常から拾い集めることが重要だと分かった等の回答を得た。

【考察】多職種での情報共有のためには、連携時間を確保できるよう通常業務を効率化することや、コロナ禍で控えられた対面の担当者会議の再開等から、チームとしてのACP実施の意識を持つことが重要であると考えられた。今後も様々な活動を通じACPの文化としての定着を目指したい。

利益相反：無

01002 / 95050

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 5 ACP・意思決定支援 -2

DP3-2-1

演題取り下げ

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 5 ACP・意思決定支援 -2

DP3-2-2

現在のACPの在り方について

猪口 寛 イノグチ ヒロシ
医療法人鵬之風のくち医院

【目的】 ACPは今踊り場にあるといわれている。誤った普及方法が根底にあると考えるので問題提議したい

【方法】 Advance Care Planning Priorities for Ethical and Empirical Researchの抄読による回帰

【結果】 Teno等の提唱したACPの概念は、「終末期に当たって自分で意思決定ができなくなることに備えて代理決定人を決めたり事前に患者の希望を医療関係者が（原著では医師となっている）理解することで、自分が意思決定できなくなった時の治療決定において魅力的な可能性を提供する」という内容であるが、現実にはACPを終末期に備えてではなく終末期に行っているため、繰り返し行うことが困難になっているほか、本人が選定した代理決定人ではなく、スタッフが代理決定人と推定できる主たる介護者等を代理決定人とするなど本来の形になっていないと考えられる。さらには「人生会議」という名前の誤った解釈で大勢のスタッフたちの前で患者が意思表示しなければならないという、患者をともしれば逃げ場をなくし追い込んでしまうような不幸な現状にも直面している。ADの反省に基づかないACPの実践は、ACPに熱心に取り組んできたSean Morrison等によってACPは患者のアウトカムを改善しないという報告を出されるに至った。

【考察】 ACPの定義は統一しようとする動きはあるもののいまだ混沌としている。それどころかACPの概念を提唱したTenoらがADが患者のアウトカムを改善しないとする一方でADはACPの一部であるという矛盾をはらむことを述べている。ADのどこがまずかったのかの反省がなければACPも当然患者のアウトカムを改善しないということになると考えられた。

現在の日本におけるACPの在り方について幅広い討論が必要と考えられた

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 5 ACP・意思決定支援 -2

DP3-2-3

認知症のACP ～大阪府池田市の取組～

稲野 聖子 イナノ セイコ
市立池田病院

【はじめに】大阪府池田市では、市立病院が認知症や在宅医療の事業を受託しているため、病院内に認知症の専門相談窓口を置いて、多職種連携への取組を進めている。当院では、市の福祉部とともに、コロナ禍前から、ACPや認知症の冊子づくり、市民への啓発活動や医療・介護職への研修をしてきた。認知症初期集中支援チームの活動をしている地域包括支援センターとは密に連絡をとりあって対応している。コロナ禍以後は、オンラインで活動を続け、最近では、認知症サポート医、救急隊や後見人、警察と、事例への対応や研究会等でコミュニケーションがとれている。今回は、認知症のACPの取組を紹介し、ACPの事例と連携方法を説明する。

【活動】 1) ACPの取組と連携体制

市民向け、医療・介護職向けに冊子をつくり、市民への勉強会や施設での看取りの話し合いで活用している。また、認知症専門医やサポート医と研修会や倫理カンファレンスへの取組をしている。

2) 市立病院の認知症の専門相談窓口の活動

老人専門看護師が入院患者以外でも相談があれば対応する。認知症初期集中支援チームの地域包括支援センター、ケアマネジャーや院内の看護師からの相談が多い。本人の意思や生き方を尊重するために、地域ケア会議や倫理カンファレンスを調整する。

3) ACPの事例と連携方法

2017年9月～2022年12月までに専門相談窓口がACPに関わった主な事例を紹介する。グループホームの認知症高齢者が肺炎で再入院となった。病院の医師等の医療チームと、後見人、かかりつけ医（サポート医）等、介護チームが、本人にとってどのように過ごすことが幸せかを考え、施設での看取りで退院となった。

【考察】認知症のACPをするには、1事例ごとに多職種連携の調整が必要である。ACPの研修や冊子づくりと並行して、認知症を専門に対応するための連携・相談先があれば、認知症のACPが進められると考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 5 ACP・意思決定支援 -2

DP3-2-4

救急医、在宅診療医が両方の面から見た Advance Care planning

飯嶋 将史 ^{1,2,3}	イイジマ マサシ
黒岩 義之 ¹	クロイワ ヨシユキ
市村 篤 ¹	イチムラ アツシ
金森 隆成 ^{1,2}	カナモリ タカナリ
野中 洋平 ^{1,2}	ノナカ ヨウヘイ
岡部 美由喜 ²	オカベ ミユキ
田中 武則 ^{1,2}	タナカ タケノリ
南 陸彦 ^{1,2}	ミナミ ムツヒコ

¹ 医療法人社団和啓会 メディクスクリニック溝の口

² 医療法人社団和啓会 統括本部

³ 医療法人社団明芳会 高島平中央総合病院 救命救急科

【はじめに】 救急現場において高齢者の救急搬送は増加の一途を辿っている。

終末期にありながらも搬送された患者では、Advance Care planning (以下 ACP) も含め、終末期医療に対する議論を行っていない患者も数多い。患者急変という事象に家族が直面した際、慌てて救急要請をしてしまう事も多々ある。しかしながら、救急搬送における終末期は予期せぬものになる事も多く、患者や、家族の望まない結果になる事もある。

【活動】 高齢者救急搬送が増加する中で ACP の推奨や救急外来レベルでの ACP 遂行を目指し、本人を含めた自己決定における人生会議が正しく機能する様に、在宅の現場のみならず、救急医療の現場からも ACP の普及、遂行は重要と考える。

在宅や施設からの予期しない救急搬送がおきたとしても、救命救急の現場から再度 ACP を行い、『本当に本人の意向に添えているのか?』を再度確認し、自己決定に準じた医療提供を在宅医と連携を取り目指した。

複数回にわたり ACP が遂行され終末期ケアを行っていたとしても、患者急変は家族の判断能力を鈍らせ、ACP で決めていた方針の状況否認がおこる可能性も多々経験した。患者、家族に方向性決定の一助になる知識共有、患者家族教育を行うことも今回の活動に含まれる。活動の中には救急搬送後、再度行った ACP により自宅看取りを再認識され、入院せず在宅医のもと自宅看取りに至ったケースも存在する。

【考察】 救急現場における ACP は、患者、家族が動揺する中、全てを伝えきれない可能性もある。在宅のみならず救急医療の視点からも ACP、高齢者の終末期を考えることが重要であり、また、搬送前の在宅診療における ACP 確立はより救急医療に対しても終末期医療を考えさせる検討材料になると考える。

患者の尊厳や医療資源の面から考えても救急医療並びに、在宅診療、双方において人生の最終段階における意思決定を支援していく事は重要であると考えられる。

利益相反：無

DP3-2-5

在宅で行う包括的高度慢性下肢虚血患者に対するACP

江田 茜¹ エダ アカネ
宇都宮 誠¹ ウツノミヤ マコト
石井 美穂¹ イシイ ミホ
木下 幹雄² キノシタ ミキオ

¹TOWN 訪問診療所城南

²TOWN 訪問診療所

【はじめに】高齢化や糖尿病、透析患者の増加に伴い包括的高度慢性下肢虚血（Chronic limb threatening ischemia; CLTI）の患者は増加傾向にある。潰瘍性病変を有するCLTIの患者に対する治療成績は不良であり、一般的には潰瘍治癒率は70%程度である。潰瘍治癒が困難な状況でのCLTI患者は多くの場合大切断が必要となるが、高齢や併存疾患から保存的治療を選択する場合も少なくない。本人の希望を優先し在宅での対応を必要とする場合も多いが、治癒の可能性が極めて低い足部潰瘍に対してどのような治療が有効でどのような転機を迎えるのか不明な点は多い。

【症例】80歳代の女性、足部の虚血性難治性潰瘍に対してバイパス術及び繰り返す血管内治療を行ったが治癒には至らず退院となった。在宅で連日の潰瘍治療、閉鎖陰圧療法を行い潰瘍は一時的には縮小したが、どうしても治癒しない部位があり精査したところ骨髓炎であることが判明、治癒のためには追加切断が必要と判断され、侵襲的な治療や長期の入院を拒んだ患者の希望もあり保存的な治療へ切り替えた。その後は軟膏処置などを継続し2年間かけて徐々に潰瘍は拡大、痛みに対しては麻薬を用いて対応し、再入院なく在宅で死亡した。

【考察】潰瘍治癒が困難と判断された患者に対して、治癒を目的としない治療の選択肢としては大切断か保存的治療（緩和医療）の選択肢があるが、両者を比較検討したデータは存在しない。患者本人の予後や希望に添い保存的な治療を選択するという方法もありうる。傷とともに生きるという選択肢では、毎日の処置や痛みのコントロールをどのように行うのか、不明な点も多い。しかしながら感染を制御し鎮痛に対する工夫を適切に行えば、本人の希望を叶える有益な選択肢となり得ることは間違いない。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 5 ACP・意思決定支援 -2

DP3-2-6

慢性腎不全患者の腎代替療法選択において在宅医の継続的 ACP が重要とわかった当院の取り組み

緒方 彩人 オガタ アヤト

訪問診療わっしょいクリニック

【はじめに】透析導入平均年齢が70歳を越えた今、透析導入・維持だけでなく、終末期の対応が急務である。

慢性腎不全患者が透析準備期になった時、通常は腎代替療法選択をかかりつけ医で行う。高齢者の場合、血液透析 (HD)、腹膜透析 (PD)、保存的腎臓療法 (CKM) を選択することになる。しかし、実際の終末期CKDではCKMや透析中止を選択することが少なくない。

当院では腎代替療法に対して継続的なACPを行っており、今回患者の治療選択にどう影響を及ぼしたかを検討した。

【活動】当院では2021年8月から2022年12月までに通院できなくなった18人のPD患者を訪問診療で受け入れた。継続的なACPを続けPD lastを選択されたため、透析を諦めることなく、穏やかに過ごされている方がほとんどである。

また、当院で療法選択を行った腎不全患者は6名だった。そのうち、紹介元での療法選択でCKMを選択した患者は4名だった。当院の療法選択後、PDを選択したのは2名、HDは1名、CKMは1名だった。前医での療法選択がなく、当院で初めて施行した患者は2名で、PDを選択したのは1名、HDは1名だった。

【考察】紹介元で専門医による療法選択が行われても、在宅療養を実際に始めてみると考えが変わることは容易にあるし、症状が出てきて治療開始を希望する患者が少なくないことを経験した。また、高齢であるという理由で療法選択未実施の患者も少なくなかった。

病院は急性期を担っており、努力しても患者説明の時間は限定的である。それゆえ、一人一人に時間をかけて向き合える在宅医の活躍が、これからの療法選択においてが重要である。療法選択はACPとして正しい知識を持った在宅医でも行うべきで、当院の症例のように在宅での継続したACPによりCKMから透析導入を選択することもある。

このようなアプローチを腎不全患者に継続することで、透析を諦めず、その人らしい在宅療養をサポートできると考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 5 ACP・意思決定支援 -2

DP3-2-7

特定ケア看護師が診療チームに参加することによるACP, 意思決定支援, 在宅ケア移行に対する有効性の検討

月坂 裕里加¹ ツキサカ ユリカ松本 朋弘^{1,2} マツモト トモヒロ小坂 コサカ¹ 鎮太郎 シンタロウ¹練馬光が丘病院 総合救急診療科 総合診療部門²やまと診療所

【はじめに】 特定ケア看護師は医師指示の下一定範囲の診療補助行為を提供できる「診療」と「看護」の能力を併せ持つ看護師である。高齢社会が進むにつれて、医師一人にかかる負担が増大する一方で 最期の時をどこで、誰と、どのように過ごしたいかなどのACPやケア移行が重要視されている。昨今のコロナ禍のため、家族と面会ができず、患者中心性を保った意思決定が困難であることも多い。そこで我々は特定ケア看護師が診療科に所属し活動することで、患者の意思決定支援、終末期の在宅看取りの提案、在宅へのケア移行を円滑に進める活動を行っている。

【活動】 当院は地域の中核病院であり、総合救急診療科は主に内科疾患の抱えた高齢者の入院診療を行っている。チーム制で対応しており、1チーム当たり医師4名（指導医2名、研修医2名）の体制を敷き、そこに特定ケア看護師をチームに配属した。今回、特定ケア看護師が2022年10月-2023年1月でチームで入院担当した153名患者の中から、救急外来対応、入院管理、退院までかかわった患者24名に対してACP、退院前カンファレンスなどに参加した。入院の一連の流れで、診療行為のみならず自ら看護ケアも併せて行い、在宅移行に必要とされるケアを確認し、在宅移行患者のほほすべての搬送に同行し、在宅チームへの情報伝達を行った。

【考察】 特定ケア看護師の存在は、チーム内での診療方針の決定において、看護視点で患者ケアの優先度をあげること、より患者中心性が高まると考えられた。また意思決定支援に関しても、予後などの情報提供のみならず、在宅移行、在宅看取りなどで予期されるケアの不安をあらかじめ払拭することで、患者や家族の安心に繋がったと予想された。患者中心性は関わる人、全てが同じ目標に向かうことが必要とされる。診療、看護両方の視点で関わる特定ケア看護師は、患者の代弁者としてその人らしさを実現させることができる存在と言える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 5 ACP・意思決定支援 -2

DP3-2-8

老衰の過程における生化学データを用いたACPのタイミングの検討

琴岡 憲彦 コトオカ ノリヒコ
山本 卷一 ヤマモト ケンイチ
崔 承彦 チェ スンオン
医療法人葡萄の木 ぶどうの木クリニック

【目的】 看取りにおけるアドバンス・ケア・プランニング (ACP) の重要性は疾患を問わず明らかであるが、実際にACPを行う場合にはそのタイミングが重要である。一方で在宅医療の現場で多く遭遇する老衰の過程においては、悪性腫瘍等と比較して明確な変曲点を認識し難く、ACPのタイミングを逸してしまう場面にしばしば遭遇する。そこで我々は、生化学データによって老衰の進行過程を推定することが可能か検討を行った。

【方法】 2020年1月から2022年6月までの30カ月間に当院で看取りを行った538名のうち、死亡前12カ月、6か月、1か月の生化学データが得られた187名を抽出し、さらに採血日のallowance逸脱、肝硬変、肝不全を除外した182名のうち、死亡診断書の死因に老衰と記載されていた92名を解析対象とし、悪性腫瘍の24名と比較した。

【結果】 男性30名/女性62名、死亡場所は老人ホーム69名/自宅12名/クリニック11名、死亡時平均年齢90 (73-101) 歳。血清アルブミン、コリンエステラーゼ、Na、総コレステロール値について検討した結果、老衰における血清コリンエステラーゼ値は死亡1年前の中央値が184IU/L、6ヶ月前には161IU/Lと低値であった。一方死亡6か月前の血清アルブミンの中央値は3.1g/dlと保たれていた。悪性腫瘍ではこのような変化は1か月前になるまでみられなかった。

【考察】 ACPのタイミングとして「目の前の患者さんが1年以内に亡くなったとしたら驚くであろうか」というサブライズクエスチョンが知られているが、老衰の過程においてその見極めは難しい。今回の検討では、老衰において死亡6か月前のコリンエステラーゼ値は悪性腫瘍と比較して有意に低く、その後もさらに低下した。後ろ向き解析のため様々なlimitationを有するが、血清コリンエステラーゼ値が他の身体徴候と共に老衰におけるACPのタイミングを計る上で有用である可能性があり、今後前向き研究を計画している。

利益相反：無

DP3-2-9

シームレスなケア連携によって実現したACPの一例

菟原 洸司 ¹	ウハラ コウジ
安本 有佑 ¹	ヤスモト ユウスケ
角野 太朗 ¹	スミノ タロウ
石川 元直 ³	イシカワ モトナオ
小野寺 志真 ³	オノデラ シマ
水野 慎大 ⁴	ミズノ シンタ
斉藤 貴之 ⁵	サイトウ タカユキ
友田 義崇 ¹	トモダ ヨシタカ
安井 佑 ³	ヤスイ ユウ

¹板橋中央総合病院 総合診療内科

²練馬光ヶ丘病院

³やまと診療所

⁴おうちにかえろう。病院

⁵ごはながたべたい。歯科

【はじめに】 ACPは本人による意思決定を支援するプロセスである。プロセスであるからこそ、話し合いの場を繰り返し設ける必要があるが、ケアや療養の環境が移るケア移行のタイミングでは情報伝達の欠落が起こりうる。急性期病院、地域包括ケア病棟、在宅診療がケア連携をとることによって、シームレスなACPを行った症例を急性期病院の視点から報告する。

【症例】 胃癌末期に対する緩和治療の継続が必要であったが、通院が困難なため、急性期病院から在宅診療へ移行となった56歳男性。フィリピン人の妻と二人暮らしで、最期は病院で過ごすことを希望されていた。経口摂取が困難なため、在宅でCVポートからの高カロリー輸液を継続していたが、呼吸苦が増悪し、急性期病院へ再搬送となった。悪液質による胸水貯留が呼吸苦増悪の原因と診断し、症状緩和を開始した。しかし、新型コロナウイルス感染症の流行により、病院での面会も困難であったため、妻との時間を確保するために在宅での看取りを提案した。それでも自分が苦しむ姿を妻に見せたくはないというご希望があり、そこまでの過程では面会が可能な地域包括ケア病棟へ転院することとなった。転院後、最期の時を迎えた際に、これまで妻を呼ぶことは反対が続けられてきたが、お会いいただくことが二人にとってより良い選択だと判断し、妻を病室へ招いた。その結果二人で涙を流され、最期は妻に抱きしめられながら息を引き取られた。

【考察】 それぞれの医療機関が本人を主体とした意思決定支援を行い、適切な情報伝達を行うことでACPをシームレスに行うことができる。そのためには、有事だけではなく平時から視点の共有を行う必要がある。本症例は、ケア連携が取れていたことが、シームレスなACPに繋がったと思われ、同一医療圏内でのケア連携、ケア統合を今後も進める必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 5 ACP・意思決定支援 -2

DP3-2-10

本人の権利擁護と身元保証問題 ～身寄りのない人を地域で支えていくために介護支援専門員ができること～

近藤 芳江^{1,2,3} コンドウ ヨシエ
 高橋 健輔² タカハシ ケンスケ
 杉浦 憲太朗³ スギウラ ケンタロウ
 宮崎 靖⁴ ミヤザキ ヤスシ

¹APLE 株式会社 居宅介護支援センター

²社会福祉法人 名古屋市社会福祉協議会 名古屋市成年後見あんしんセンター

³社会福祉法人 名古屋市社会福祉協議会 名古屋市北区東部いきいき支援センター

⁴社会福祉法人 フラワー園 特別養護老人ホームフラワー園

【はじめに】身元保証人等が不在であることで本人が希望する、または適切なケア・医療が受けられない場合がある。一方で、身元保証人等がすべての役割を担うことも負担が大きいと考える。そうした中、今後、益々、単身化、親族と疎遠、身寄りのない方が増加することから、身元保証人等が不在であっても、本人の権利が擁護され、本人らしい生活が実現できる権利を擁護する地域づくりが求められる。そこで、介護支援専門員として果たすべく役割について考える。

【活動】委員として弁護士・社会福祉士・介護支援専門員・MSW・地域包括支援センター長が就任し、名古屋市「権利擁護支援協議会」身元保証問題検討部会（事務局：名古屋市成年後見あんしんセンター、名古屋市地域ケア推進課）が開催された。2021年12月～2022年1月に郵送法による「身元保証等に関する実態調査」を行った。市内の各種施設・医療機関（郵送1,186、回収501）は、身元保証人等を求めているか、その役割等を、相談支援機関（郵送991、回収465）は、身元保証人等が不在時の対応などである。

調査の結果、身元保証人等に求める役割は多い順に、①利用料・医療費の支払い、②緊急連絡先、③本人死亡時の遺体・遺品の引き取り、④手術・延命治療などの医療同意、⑤救急搬送、訪問診療外の受診同行等の事実行為である。また、相談機関の半数は、身元保証人等が不在のため入院・入所を拒否されたことがあった。

部会では、身元保証人等に求めてきた役割をチームで対応する考え方を整理した上で、本人に応じた対応策をチームで協議、共有し、見える化するためのツールとして、「私とともに、チーム支援シート（通称：身元保証シート）」（案）作成した。

【考察】介護支援専門員は、身寄りのない人の支援において、身元保証人等に求められる役割を意識することにより、本人らしい生活が実現できる権利を擁護する地域づくりに繋がると考える。

利益相反：無

DP3-2-11

在宅医療を専門としない一般内科系診療所による訪問診療の利点

竹中 健智 タケナカ ケンチ
南 朋子 ミナミ トモコ
吉橋 洋子 ヨシハシ ヨウコ
市川 理子 イチカワ アヤコ
仁愛医院 内科

【はじめに】

当院は、一般内科外来を主たる診療の業務とする診療所である。当院のかかりつけ患者が通院困難となった際に訪問診療を行っているが、在宅医療を専門としている診療所とは、患者背景が異なると考えられる。当院の訪問診療の実績について報告し、一般の診療所が訪問診療を行う利点について考えたい。

【活動】

当院は月に2500～3000人の外来患者を診療しているが、2014年から2023年1月までに、延べ77名（平均年齢86.8歳、平均訪問診療期間19.2ヶ月）の訪問診療患者を担当した。毎月の訪問診療患者数は約20人前後で外来患者の1%未満であり、これまでに17名の看取りを行った。死亡病名は老衰が9名で最多であり、肺炎が3名、悪性疾患は3名と少なかった。コロナ禍前までは、転機が確定した患者のうち看取りは25.9%であったのに対し、コロナ禍以降では、看取りが40.0%に増加していた。

【考察】

当院の訪問診療は、外来患者の通院困難を契機に開始されるため、訪問診療開始時点の重症度・介護度は高くなく、訪問診療期間も長期に及ぶ。看取りの病名としては老衰が最も多いが、実際の臨床現場では、「本当に老衰で良いのか?」「入院治療を施せば回復するのではないか?」「念のため入院させた方がよいのでは?」と迷う事も珍しくない。しかし、患者も家族も、外来通院時からの長い付き合いで信頼関係が構築されているため、方針の決定に際して苦勞をすする経験は少ない。また、コロナ禍において、「知らない先生にはお世話になりたくない。(外来主治医の)先生が看取ってくれるなら、入院せずに家で最期を迎えたい」という要望も増えており、外来主治医がそのまま主治医として訪問診療を行う事は非常に意義が深い。在宅医療を専門とする診療所と比較すれば、担当できる患者数は限られるが、「家で最期を迎えたい」という要望に一般診療所が果たせる役割は大きいと思われる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 5 ACP・意思決定支援 -2

DP3-2-12

がん末期となった母と兄の在宅療養を支える家族介護者への支援 ～最期の希望を叶えるために～

林 文月¹ ハヤシ フヅキ
進藤 幸雄² シンドウ ユキオ
柚木 祐子¹ ユギ ユウコ

¹医療法人 利定会 大久野病院訪問看護ステーション

²医療法人 利定会 進藤医院

【はじめに】

最期の時期を自宅で過ごしたいと希望する療養者も多い中、その介護者となる家族は日々変化する病状を目の当たりにし不安は尽きない。また近年の核家族化の進行に伴い介護者ひとりにかかる負担も在宅療養の継続をさらに困難としている。

今回、がん末期にある親子が同時期に在宅療養することになった介護者の支援を行い、本人たちが望む最期を過ごすことができたため報告する。

【症例】

家族構成：母、長男、次男の三人暮らし

母：74歳、歯肉癌（2022年5月BSCの方針）、気管切開、胃瘻、適応障害

本人の希望 入院はせず、家にいたい

長男：45歳、大腸癌（2022年3月BSCの方針）、人工肛門、何らかの精神障害ありパニックになりやすい

本人の希望 家で過ごしたいが、最期は緩和ケア病棟に入院したい

次男：43歳、主介護者 介護職

<支援内容>

- ・24時間緊急体制（電話相談、緊急訪問）
- ・介護者の負担軽減（仕事の調整、訪問頻度の調整、入院先の確保、福祉サービスの提案）
- ・医療的処置の指導、状態変化時の対処方法
- ・主治医、ケアマネージャー、後方支援病院、薬局、包括支援センターとの連携

<経過>

療養中に家族で衝突する場面や、苛立ちをあらわにすることもあったが、母のレスパイト入院を利用し、兄弟で念願の旅行に行くことが実現した。その後2022年9月長男は緩和ケア病棟に入院。翌10月母は自宅にて次男が見守る中、永眠。

【考察】

2人を介護する次男の肉体的・精神的負担は計り知れない。その中でも家族の希望を叶えたいと思う次男の気持ちに寄り添い、支援することにより、在宅療養を継続することができた。日々起こる状態変化や、症状に対応することはもちろんの事、今後起こりうる変化や見通しを、療養者・家族の状態や揺れ動く心情も踏まえアセスメントし、時に修正しながら具体的な道筋を探っていくことで本人たちが望む最期を過ごすことができたと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 6 医療と介護の連携他

DP3-3-1

在宅看取りの要因分析

鈴木 悦朗 ^{1,2}	スズキ ヨシロウ
相沢 淳 ^{2,4}	アイザワ ジュン
染谷 京子 ^{2,3}	ソメヤ キョウコ
星野 淳子 ^{1,2}	ホシノ アツコ
松尾 愛美 ^{2,5}	マツオ マナミ
栗原 龍一朗 ²	クリハラ リュウイチロウ

¹ 医療法人向日葵会 日横クリニック

² 港北区高齢者支援ネットワーク 事前指示書チーム

³ 港北区医師会訪問看護ステーション 看護師、認定看護管理者

⁴ 日吉堂薬局 管理薬剤師

⁵ ひまわり訪問看護ステーション 看護師、主任ケアマネジャー

【目的】在宅看取りの要因をスコア化するために分析を行う。

【方法】先行研究を基に4件法でアンケートを作成。在宅看取りに対応した訪問看護師が患者の医療介護サービス導入時と死亡時に在宅医療の希望や介護サービスの導入回数等を回答した (N=97)。統計にはEZRを用いた。

【結果】在宅で看取った事例 (以下、在宅群) は84名、在宅から病院に移って看取った事例 (以下、病院群) は13名だった。在宅群は患者本人が元々在宅での看取りを希望しており、また亡くなる直前にはより強く希望していた。一方、病院群は当初から病院での看取りを希望しており、亡くなる直前も変わらなかった。在宅群の家族の希望はより在宅を希望する傾向が見られた。病院群の家族の希望は当初在宅での看取りを希望する者もいたが、亡くなる直前には病院での看取りを希望する傾向が見られた。在宅群は、医療介護サービスを積極的に導入しているが、病院群は、療養開始当初からサービス利用が少なく、入院直前まで変化がみられなかった。在宅群は、看護師と患者、その家族との関係性が良化していった。在宅群、病院群ともに家族の介護量に有意差はなかった。

【考察】本研究から在宅での看取りには本人、家族の希望が大きく影響していると考えられ、同時にその希望を叶えるためには医療介護サービスを患者の状態に合わせて増やすことができることが条件になると考えられる。また訪問看護師の支援が在宅での看取りに際し、本人家族の希望を支えている可能性が示唆された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 6 医療と介護の連携他

DP3-3-2

当院において在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定したケースの検討

上林 孝豊 カンバヤシ タカトヨ
細尾 真奈美 ホソオ マナミ
那須 徹也 ナス テツヤ
中川 裕美子 ナカガワ ユミコ
京都民医連あすかい病院 往診センター

【目的】 在宅患者緊急時等カンファレンスを積極的に活用していくことは在宅医療の質向上のために有効である可能性がある。当院で在宅患者緊急時等カンファレンスを行った症例の実態を調査する。

【方法】 当院が2021年1月1日から2022年12月末までに在宅患者緊急時等カンファレンス料を申請した症例を対象とした。電子カルテ記載内容を後方視的に調査した。

【結果】 同期間にカンファレンスを行った症例は26例であった。平均年齢は85.5歳 (71~101歳)、主病名はがん10例、認知症6、臓器障害5例、神経疾患3例、その他2例。同居者の有無は有17例、無9例。要介護度は1が0例、2が10例、3が3例、4が3例、5が9例、未申請1例。開催時期は開始期2例、安定期10例、退院・退所直後5例、増悪期2例、末期7例。開催場所は自宅20例、病院6例。参加者の人数は平均5.92名 (4~9名、家族含)。参加メンバーはCMは23例で参加、訪看は9例で参加、同様にデイサービス職員は3例、ヘルパー、施設スタッフ、訪問リハビリテーション、包括支援センター職員はそれぞれ2例で参加、薬局、後見人、他医療機関研修医はそれぞれ1例で参加。本人の参加の有無は有8例、無18例。カンファレンスの内容は大きく5つに分類できた。1.検査や治療に関する話し合い、2.療養方法や場所に関する話し合い、3.増悪時の対応方法に関しての話し合い、4.終末期の対応方法に関しての話し合い、5.病状理解の共有。開催時期との関連で見ると、開始期は1、2、3、安定期は1、2、3、4、5、退院・退所直後は2、3、4、増悪期は3、末期は3、4、5の内容のカンファレンスが行われていた。

【考察】 在宅患者緊急時等カンファレンスの報告は我々が検索した限りはなかった。本カンファレンスは在宅医療の諸相で活用できるものと思われる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 6 医療と介護の連携他

DP3-3-3

在宅医療クリニックが運営する訪問入浴サービスでの質の高い医療介護連携の実践

福本 和彦 フクモト カズヒコ
 渡部 純子 ワタベ ジュンコ
 田川 加代 タガワ カヨ
 鶴木 弘美 ツルキ ヒロミ
 永田 美香 ナガタ フミカ
 磐田在宅医療クリニック 訪問診療部

【はじめに】訪問入浴介護は生活の質に大きな影響を与える介護サービスの一つである。特に終末期癌患者においては生涯最後の入浴になる可能性もあり、患者家族にとって意義深いケアとなる。当院は静岡県磐田市で2016年4月に開業した在宅療養支援診療所である。常勤医換算2.8名体制でこれまでに1800名以上の居宅症例を経験し年間看取りは約200例で悪性腫瘍患者の他、重症心身障害児や神経難病など200~250症例を対応している。2022年3月より同一法人内に「よつば訪問入浴サービス」を設立した。在宅医療に特化した診療所が運営することで、高リスク症例や医療依存度の高い症例を重点的に対応することで地域でも一定の評価を得ている。訪問入浴の実績を振り返ることで質の高い医療介護連携について考察したい。

【活動】よつば訪問入浴サービスは常勤看護師1名、非常勤介護士2名と磐田在宅医療クリニック事務主任が管理者を務め訪問入浴介護・介護予防事業を行っている。2022年6月~12月に53症例の新規依頼を受けた。

年齢：46-98（平均72.9）歳。男女比=33：20。疾患の内訳は〔悪性腫瘍32, 慢性疾患15, 寝たきり5, 神経難病1〕。そのうち8例は初回入浴前に看取りとなり、1例は体重測定のための症例であった。全身浴225回を実施した44例のうち依頼から初回入浴までは平均5.5日で3日以内は17例（38%）。初回入浴を含めて2回以下の入浴で看取りとなった症例は26例（59%）。併存する医療処置（重複あり）として〔在宅酸素19, 中心静脈栄養18, 持続皮下注11, 持続オピオイド注射10, その他4〕で医療処置なしは6例であった。

【考察】医療依存度の高い終末期症例でも積極的に対応している。入浴スタッフが本院で勤務する環境を作ることで入浴サービス中に患者や家族の病状認識を把握し、思いを傾聴することでより質の高い医療介護連携が実践できていると思われる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 6 医療と介護の連携他

DP3-3-4

筋萎縮性側索硬化症患者の連携についての一考察

吉永 圭佑¹ ヨシナガ ケイスケ
 高橋 友二郎¹ タカハシ ユウジロウ
 足立 雅俊¹ アダチ マサトシ
 中安 一夫² ナカヤス カズオ

¹ 医療法人博愛会 額田病院 リハビリテーション部

² 医療法人博愛会 額田病院 在宅医療センター

【はじめに】病状に伴う日常生活動作（以下ADL）の下方修正が必要ながら円滑に運ばず、家族を交えた情報共有が必要と感じた症例を報告する。

【症例】要支援2独居60代女性。20XX年9月に筋萎縮性側索硬化症（以下ALS）と診断される。翌年1月には嚥下困難より言語聴覚士の訪問リハビリを開始。趣味だった映画鑑賞再開の評価目的に4月より週1回の理学療法士介入を開始。自宅内動作、屋外歩行200m程度を介助なく可能であり、送迎方法、施設内移動距離を確認していた。しかし、「人に頼ってまで行きたくない。」と話されたため趣味活動は行わないこととなった。7月頃から動作時の呼吸苦より通院困難となり訪問診療導入。8月に要介護1になったが、身体介助は従兄弟の妻が行うようになった。9月頃より後方から支える介助歩行が必要となり、床上排泄も検討する状態になったが、ADL修正に対して患者の受け入れが良くないことで生活状況は継続した。10月初回介入の際、負担について家族に聴取したところ「付きっきりで家のことが出来ていない」等、心労が窺える発言があった。10月中旬に要介護5への変更に伴い担当者会議を実施。排泄はポータブルトイレに、シャワー浴から訪問入浴へ変更を提案したところ、受け入れがありADL修正ができた。10月中旬に呼吸器導入評価のため入院し、2日後ご逝去された。

【考察】ALSは患者側の支援だけでなく周囲の環境整備が不可欠であり、軽症時から相談支援が必要とされる（1）。本症例は病状が進行した段階で相談支援をしており、対応が遅延したことが否めない。身体介助の訪問介護員利用、家族負担軽減のために短期入所も検討すべきだったと感じた。また環境調整の受容を促すために本人、家族を交えた話し合いの場が必要と感じた症例であった。

【参考文献】

- 1) 春名由一郎：筋萎縮性側索硬化症の生活機能, Jpn J Rehabil Med 2018 ; 55 : 551-555.

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 6 医療と介護の連携他

DP3-3-5

認知症高齢者グループホームにおけるポリファーマシーの検討

細尾 真奈美 ホソオ マナミ
上林 孝豊 カンバヤシ タカトヨ
那須 徹也 ナス テツヤ
中川 裕美子 ナカガワ ユミコ
京都民医連あすかい病院 内科

【目的】 認知症高齢者グループホームにおけるポリファーマシーを改善する。

【方法】 認知症高齢者グループホームの入居者（全18名）を対象に、初回訪問から6ヶ月間、定期処方のために減量・中止できる内服薬を検討した。施設介護士、精神科医師とも相談の上で薬剤調整を行った。

【結果】 内服薬を減量・中止した患者は13名で、8名は有害事象のための減量・中止であった。有害事象としては低血圧と日中の傾眠が多かった。減量・中止できた内服薬は降圧薬、抗精神病薬、消化性潰瘍治療薬が多かった。継続せざるを得なかった内服薬は下剤、降圧薬、消化性潰瘍治療薬、睡眠薬が多かった。内服薬の減量・中止後に再開を要した患者は2名で、1名は抗不安薬中止後の不眠、1名は鎮痛薬中止後の疼痛増悪が理由であった。内服薬を新規に追加した患者は9名で、4名で不眠や夜間不穏に対して向精神薬を追加した。また、3名でデノスマブ皮下注射開始に伴いカルシウム製剤を追加した。介入前に比べて内服薬数が減少した患者は7名であり、半数以上の患者で内服薬の総数を減らせなかったが、介入終了から2ヶ月後の時点では新たな有害事象は発生していない。

【考察】 本研究では介入時に期待していたほど減薬できなかった。その理由として虚血性心疾患や慢性心不全があり循環器関連の内服薬を減量できなかったこと、ADL低下のため運動療法に限界があり糖尿病治療薬を減量できなかったこと、認知症の周辺症状が強く向精神薬を減量できなかったことが挙げられる。グループホームにおける減薬の過程では日常のケアを担う介護士の理解を得ることが欠かせない。介護士と連携しながら日常のケアと並行して進めていくことが重要と考える。

利益相反： 無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 6 医療と介護の連携他

DP3-3-6

多職種連携「顔の見える小さな会」について

梶山 直美¹ カジヤマ ナオミ正名 富士子¹ マサナ フジコ中村 千賀² ナカムラ チカ中村 幸生¹ ナカムラ ユキオ¹医療法人優幸会 中村クリニック 在宅医療部²やさしいそら訪問看護ステーション 看護部

【はじめに】当クリニックでは、「すべての方が望む場所で自分らしく過ごすことを支える」という使命をスタッフとともに共有し、その実現のために訪問診療のみならず、多職種連携、地域活動を展開している。今回、多職種連携の手法としての「顔の見える小さな会」について、その活動について報告する。

【活動】お互いの理解を深め、相談しやすい関係を作ることを目的として、地域におけるより良い医療・介護連携の為にお互いを知る意見交換の場として2021年10月8日から「顔の見える小さな会」を開催、対象は日頃から患者・利用者のことで連携している居宅介護支援事業所、訪問看護ST、薬局へ案内し、参加者は医師、相談員、ケアマネジャー、薬剤師、訪問看護師で、ほぼ月1回の開催である。各回のテーマは「残薬問題」「介護支援専門員の通院同行について」「年末年始の調整・対応状況」「身寄りのない方の支援について」「人生会議について」「コロナ禍でのグループホームの対応について」「在宅診療について」となっている。(各回参加者：10名前後)

「顔の見える小さな会」で共通の課題となった通院困難・拒否の方の在宅医療について、福島区と周辺4区の訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所に案内を送付し、オンラインでの研修会を開催した。(参加者43名)

【考察】小さな会だからこそ全員からの発言があり、限られた時間でディスカッションを深め、現状や課題の認識だけでなく提案やアイデアが生まれた。「福島区版節薬バッグ」、人生会議の取り組みについて住民啓発のために「区役所の封筒等に掲載」していただき、利用者として人生会議を始めるきっかけにするなど、言いっぱなしではなくひとつでも実現に繋げていくことが今後の課題と考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 6 医療と介護の連携他

DP3-3-7

テキストマイニングによるアンケート分析からみる介護支援専門員が考える入退院支援の課題

井藤 直美 イトウ ナオミ
後藤 友子 ゴトウ ユウコ
三浦 久幸 ミウラ ヒサユキ

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター病院 在宅医療地域医療連携推進部

【目的】 介護支援専門員に対するアンケート調査自由記述のテキストマイニング分析より、介護支援専門員が考える入退院支援の課題の傾向をとらえる。

【方法】 令和3年度愛知県入退院支援事業にて、愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会に登録している居宅介護支援事業所に従事する介護支援専門員を対象に、入退院時の活動調査を行った。介護支援専門員が考える入退院支援の課題について自由記述で回答を求め、その内容をKHcorderによる共起ネットワークおよび対応分析描画にて視覚化し、全体的傾向を捉えることを試みた。

【結果】 介護支援専門員448名の回答のうち、該当する問いの記述は346件あった。共起ネットワーク図より抽出語の出現頻度と抽出語同士の関連性を見たところ7つのグループ<病院との関わり><利用者情報><病院の担当者><意向確認><サービス調整><情報のやりとり><在宅生活>が示された。出現頻度の多い抽出語「病院」「退院」「連携」「情報」を含んでいたのは<病院との関わり><利用者情報>だった。経験年数を外部変数とした抽出語の出現頻度の対応分析では「状態」「把握」「訪問」「少ない」等 出現する抽出語は異なるものの、いずれも情報共有の意味に繋がっていた。

【考察】 抽出語の共起関係と回答の原文解釈を踏まえると、介護支援専門員が考える入退院支援の課題の基盤にあるのは情報共有であると考えられる。これは介護支援専門員の経験年数のいずれの区分も関連しており、介護支援専門員の多くは病院との情報共有がうまくできていないと感じていると考える。地域への円滑な療養移行を行うためには、退院時の申し送りに加え入院中からの病院と介護支援専門員間の情報共有が重要であり、この改善策を考える必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 6 医療と介護の連携他

DP3-3-8

「適切なケアマネジメント手法」の活用による他職種との情報連携の円滑化及びケアプランの見直し効果に関する研究 (令和3年度適切なケアマネジメント手法実践研修結果)

辻本 まりえ ツジモト マリエ
株式会社日本総合研究所 創発戦略センター

【目的】「適切なケアマネジメント手法」は、ケアマネジャーの実践知を体系化した手法であり、多職種間の共通言語としての活用も期待されている。本研究では、実践での手法の活用によるケアマネジャーの多職種との情報連携の効果を分析した。

【方法】令和3年度老健事業「適切なケアマネジメント手法の策定、普及推進に向けた調査研究事業」における実践研修の参加者(97名)データを基に分析を行っている。(分析データは当社が有し、匿名化加工により個人は特定されない。)実践研修は、参加者の事例を基に、手法を用いた①現場での情報収集と、②グループワークによる気づきの共有を複数回繰り返すことで、手法の体得を目指す研修である。

【結果】ケアマネジャーによる情報収集量は、研修前が33.4項目、研修後が40.4項目と増加している(手法の基本ケア44項目中)。また、実践研修を通じて自身の事例の支援内容の見直しに至ったケアマネジャーは全体の77.3%で、そのうち58.7%はケアプランの見直しも行っている。ケアプランの見直しまで至った群を「見直し群」残りを「非見直し群」として比較すると、情報収集量に差は見られなかったが、実践を通じた他職種とのかかわりについて、見直し群では、「あなたが把握した情報を他職種に伝えた」の実施割合が100%(非見直し群は79.2%)、「他職種が把握している情報を提供してもらった」の実施割合が95.5%(非見直し群は86.8%)であった。さらに、見直し群では、「具体的な支援内容を他職種とともに検討した」が95.5%(非見直し群は52.8%)であった。

【考察】研修後の情報収集量の増加から、実践研修によって事例に手法が活用できたといえる。加えて、手法の支援内容の項目を他職種との情報連携にも活用できている場合には、よりケアプランの見直し等につながっていることから、事例への手法の活用は、情報の量だけでなく質を高める効果もあると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 6 医療と介護の連携他

DP3-3-9

サービス付き高齢者向け住宅で、症状緩和と家族ケアをチームで提供できた高齢がん患者の症例

柳原 恵梨 ヤナギハラ エリ
谷田病院 内科・緩和ケア科

【はじめに】高齢者のがん患者は年々増加しており、看取りの場の拡大は喫緊の課題である。しかし、看取りに関して様々な障壁や困難感を抱える介護施設は少なくない。今回、複雑な身体症状がありながらも病院、訪問看護ステーションと施設で連携をとり、住み慣れたサービス付き高齢者向け住宅（以下サ高住）で穏やかな看取りを提供できた症例を経験したため報告する。

【症例】91歳女性、子宮体がん。閉塞性下肢動脈硬化症による左下肢切断後、介護困難のためサ高住（特定施設入居者生活介護事業所ではない）に入居中であった。慢性腎不全、慢性心不全で訪問診療を受けていたが、X年8月半ばに食思不振の精査時に子宮体がん、肺転移と診断された。年齢、基礎疾患から抗がん治療は適応外と判断され、本人と家族も延命治療を含め積極的治療を望まなかった。予後は1か月程度と考えられ、家族は最期の療養場所に施設を希望した。施設は、コロナ禍の中ではあったが面会環境を整え、看取り支援を希望した。訪問診療と訪問看護を導入し、施設のスタッフが安全かつ統一して情報共有と症状緩和を行えるよう、カンファレンスを重ねて体制構築に努めた。心不全、肺転移による労作時の呼吸困難や臥床や廃用による体性痛に対しては薬剤調整や訪問リハビリによる体位指導を随時行った。家族と接するのは施設スタッフが主であったため、担当医、訪問看護師と綿密に情報共有を行いながら、家族ケアについてチームで検討、対応した。退院15日後、多くのご家族に見守られ患者は永眠した。

【考察】サ高住は本来、自立した高齢者が入居する施設であるが、住居である点で終の棲家となる可能性も持つ。医療保険を中心としたサービスを用いることで、がん患者の看取りは可能と思われるが、それには日々を見守る介護・看護職へのサポートが不可欠であり、看取りを視野に入れた研修プログラムや日ごろからの連携体制の充実が必須であると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 6 医療と介護の連携他

DP3-3-10

認知症フレンドリー社会を目指した活動

中村 千賀¹ ナカムラ チカ
 中村 幸生² ナカムラ ユキオ
 正名 富士子³ マサナ フジコ
 梶山 直美³ カジヤマ ナオミ

¹ やさしいそら訪問看護ステーション 看護部

² 医療法人優幸会中村クリニック 在宅医療部

³ 医療法人優幸会中村クリニック 地域医療連携室

【はじめに】 認知症になっても普通に暮らせる社会（認知症フレンドリー社会）を目指し、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成を受けて、バーチャルリアリティ（VR）を用いた認知症体験会とLEGO®SERIOUSPLAY®を用いて「認知症フレンドリー社会」とはどうあるべきか考えるワークショップを開催したので報告する。

【活動】 大阪市福島区及び周辺に勤務する医療・介護従事者に参加を呼びかけた。VRを用いた認知症体験には41名、LEGO®SERIOUSPLAY®を用いた「認知症フレンドリー社会」実現のためのワークショップには22名の参加があった。医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護士、ケアマネジャー等多職種で「認知症フレンドリー福島区とは」について話し合い「花とみどりと人情にあふれた夢♡かなうカラフルな町」「愛と平和が円をえがくネイチャー、ラブ&ピース」「安心・安全・快適 人にやさしい花にあふれる町」「楽園 自由と安全 共助で共存」等が挙げられた。これらには参加者全員の思いが反映されている。「来年度実施したい活動」として「認知症の方がボランティアで花に水をあげたり植木のお世話をしたりする」「交差点等迷いやすいところに花や木を使う」等提案された。

【考察】 VRで認知症の方の見える景色を体験した後にアウトプットの場を設けたことで、多職種で認知症フレンドリー社会についてより深く考えることができた。また、LEGO®SERIOUSPLAY®を用いて言語化が困難なことを作品として表現することで多職種間コミュニケーションが活発に行われるとともに作品が残るため参加者全員の意見を反映することができた。今後は「来年度実施したい活動」を実際に展開していく予定である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 6 医療と介護の連携他

DP3-3-11

訪問診療を受けて死の転帰をとった患者の特性の分析と自宅看取りを可能にした要因の検討

山中 香織¹ ヤマナカ カオリ
吉澤 明孝^{1,2} ヨシザワ アキタカ
吉澤 孝之² ヨシザワ タカユキ
菅野 みどり¹ スゲノ ミドリ

¹ 要町ホームケアクリニック ホームケア

² 要町病院 内科

【目的】 2040年以降は年間70万人を自宅で看取らないと死に場所が無くなるといわれている。これまでに訪問診療を行った患者の特性を明らかにし、自宅看取りを可能にした要因を検討する。

【方法】 Aクリニックで2020年10月から2022年9月まで死の転帰をとった236名を対象とした。電子カルテおよび医療用SNSから死亡場所、病名、同居する家族構成、利用したサービスを調査し、分析をした。

【結果】 死亡した場所は139名が自宅、97名が病院であった。がん患者は181名、非がん患者は55名。死亡した場所が自宅のがん患者は115名で、そのうち独居の患者は19名であった。また、自宅看取りをした患者のうち5名は訪問看護や訪問介護は利用せず家族だけで介護をし、Aクリニックの訪問診療とAクリニック看護師が適宜訪問対応していた。同居する家族の属性がパートナーや主介護者が友人であった患者は合わせて11名、施設入所者の看取りは3件あった。

【考察】 家族の在り方が変化し介護者は様々であり、看護師が常駐しない施設入所者の看取りも支援していた。独居の患者は全体の17%を占め、看取りの場は自宅と病院で差はあまりなかった。地域包括ケアシステムにおける多職種連携で患者家族をサポートし自宅で最期まで暮らした患者が多い中、患者家族の価値観を尊重し、最小限の医療関係者が柔軟に対応し自宅看取りをした患者もいた。家族が介護すると思えられがちな日本古来の考え方から介護者を柔軟にとらえること、ACPを繰り返し患者家族の希望に寄り添うケア体制づくりが自宅看取りを可能にしているのではないかと考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 6 医療と介護の連携他

DP3-3-12

看取りを支える在宅医療に関連する地域性、患者及び医療機関側の要因：大規模レセプトデータベースを用いた現状分析

次橋 幸男 ^{1,2,3}	ツギハシ ユキオ
赤羽 学 ³	アカハネ マナブ
中西 康裕 ³	ナカニシ ヤスヒロ
西岡 祐一 ²	ニシオカ ユウイチ
柿沼 倫弘 ³	カキヌマ トモヒロ
今村 知明 ²	イマムラ トモアキ

¹ 公益財団法人天理よろづ相談所 法人企画準備室／白川分院在宅世話どりセンター

² 奈良県立医科大学 公衆衛生学

³ 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部

【目的】 団塊世代が90歳を迎える2040年に向けて、ターミナルケアを含めた看取りを支える在宅医療が必要とされている。本研究では大規模レセプトデータを用いて、在宅での看取りに関連する地域性、患者及び医療機関側の要因について分析した。

【方法】 分析データ：奈良県KDB改良データ（匿名化処理された医療介護保険突合レセプト）

対象：2020年4月～2021年3月の間に在宅時又は施設入居時医学総合管理の下で訪問診療を受けていた75歳以上の患者
調査項目：性別、年齢、1年以内のがん入院歴、要介護度、2次医療圏、医学総合管理の種別、在宅医療機関の月平均患者数

アウトカム：看取りに関わる在宅医療（在宅ターミナルケア又は看取り加算）の有無

分析：アウトカムを目的変数、各調査項目を説明変数に加えたロジスティック回帰分析

【結果】 対象者は11,768名、平均年齢は88歳、うち978名（8%）が看取りに関わる在宅医療を受けていた。看取りに関わる在宅医療は、男性（調整オッズ比：1.3 [95%信頼区間 1.1-1.5]）、90歳以上（1.7 [1.3-2.1]、参照：75-79歳）、がん入院歴（3.6 [3.0-4.3]）、要介護4及び要介護5（2.5 [1.6-4.2] 及び3.7 [2.3-6.2]、参照：要支援1）、南和及び東和医療圏（1.9 [1.4-2.6] 及び1.4 [1.1-1.7]、参照：奈良医療圏）、在宅時医学総合管理（1.5 [1.3-1.7]）、月平均の在宅患者数10～39人及び40人～79人の医療機関（1.4 [1.1-1.7] 及び1.5 [1.1-1.9]、参照：10人未満）において多く提供されていたが、月平均の在宅患者数120人以上の医療機関（0.7 [0.5-0.9]）では少なかった。

【考察】 看取りに関する在宅医療は、南和及び東和医療圏、90歳以上、重度の要介護状態、在宅時医学総合管理、中～小規模の在宅医療機関において提供される傾向が示された。特に人口減少地域において、かかりつけ医療機関による在宅看取りへの協力や在宅介護支援体制の強化が求められる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 6 医療と介護の連携他

DP3-3-13

新しい医療的ケアの提示をきっかけに本来の家族の機能を取り戻した重症心身障害児の一例

水谷 亮 ミズタニ アキラ
飯田 宏美 イイダ ヒロミ
雨宮 馨 アメミヤ カオル
古川 真弓 フルカワ マユミ
平野 静香 ヒラノ シズカ
宮田 章子 ミヤタ アキコ
さいわいこどもクリニック 在宅診療部

【はじめに】

Galloway-Mowat 症候群はステロイド抵抗性ネフローゼ症候群と難治性てんかん、重度な精神運動発達遅滞を来す症候群で、学童期までに末期腎不全となる。近年では医療の進歩により、重症児でも在宅で透析を行うことが増えてきた。今回繰り返し Advance Care Planning (ACP) を行い、腹膜透析を選択しなかった重症心身障害児の一例を経験した。

【症例】

10歳女児。生後6か月で点頭てんかんと診断され、難治だった。4歳時にネフローゼ症候群を発症して Galloway-Mowat 症候群と診断された。8歳時に当院で訪問診療を開始、ADLは全介助で、発語はなく表情に乏しかった。上気道閉塞や呼吸器感染、嘔吐を繰り返したため、ACPを重ねて慢性呼吸不全に対して高流量鼻カニューラ酸素療法、胃瘻による経腸栄養を導入した。また新型コロナウイルス感染の予防のため、外で仕事をする父は1年以上児との接触を制限され、母が一人で介護を行っていた。10歳時に末期腎不全となり腎代替療法が必要となったが、全身状態から腎移植と血液透析は困難で、腹膜透析が選択肢として挙げられた。父は透析導入により児との長い時間を過ごすことを期待したが、慢性呼吸不全と消化管機能障害があり、重複障害を持つ中での腹膜透析は状態安定に繋がらないことを両親と共有した。両親は迷いながらも本人との良い時間を過ごすために腹膜透析は行わず、保存的治療を行う方針とした。その後、注入・内服量の調整をして本人の覚醒時間や笑顔が増えた。父も児と同じ部屋で過ごすようになり、感染症を避けて行えなかった旅行や家族写真撮影など、穏やかな家族の時間を過ごした。

【考察】

小児でも在宅で行える医療的ケアは増えているが、「その子の最善とはなにか」を家族と共に考える必要がある。本症例では腹膜透析を選択しないことによって「病気」に向き合っていた家族が「本人」に向き合えるようになり、本来の家族の機能を取り戻すことができた。

利益相反：無

一般演題（オンラインデジタルポスター） 7 在宅医療介護連携支援センター・地域包括ケアシステム / まちづくり

DP4-1-1

救急情報キット運用推進のための情報シート活用の取り組み

西塚 梨沙 ニシヅカ リサ
内藤 ゆみえ ナイトウ ユミエ
澤田 理恵 サワダ リエ

埼玉医科大学総合医療センター訪問看護ステーション 訪問看護ステーション

【はじめに】 A市では、救急・医療活動の円滑化を目的に救急情報キットを配布している。しかし、当事業所の利用者109名にA市の救急情報キットの運用を調査した結果、正しく運用できているのは3名に留まる。運用できない理由は、救急情報キットやその運用方法が周知されていないことや、救急情報キットに記載された情報が更新されないままにしていることなどが挙げられた。当事業所において、スムーズな医療連携を図ることができない事例を多く経験したこともあり、救急情報キットの運用推進のために救急医療情報シート（以下、情報シート）を活用した取り組みを報告する。

【活動】 当事業所において、A市での救急情報キットの内容を参考に、搬送先へ適切な情報提供可能な情報シートを独自に作成した。そして情報シートを救急情報キットの運用に取り入れることができるように、A市の担当者やA市消防局へ出向き主旨を説明し周知を行った。連携する訪問看護ステーションや介護・福祉事業所へも情報シートの活用について文書にて通知した。周知の内容としては、医療連携に必要な情報提供をスムーズに行うため、利用者の承諾の元に情報シートを設置することや、情報シートは当事業所でデータを管理し、情報の更新を年に1回行う旨を伝えた。その結果、当事業所は情報シートの活用について、A市の各関係機関と協力関係を結ぶことができた。

【考察】 当事業所が、情報シートの活用について協力を得ることができたのは、救急情報キットの運用に沿った形で、情報シートを当事業所において管理し、情報を更新することができる点にあると考える。そのような情報シートの活用によって、当事業所の利用者への救急情報キットの運用推進を図ることが期待できると考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 7 在宅医療介護連携支援センター・地域包括ケアシステム / まちづくり

DP4-1-2

在宅医療だから出来る市民と作る街づくり

中村 安則 ナカムラ ヤスノリ
細田 亮 ホソダ トオル
はもれびクリニック 事務

【はじめに】 当院は気軽に立ち寄れる診療所として事務所の横に「地域フリースペース」を開設し、地域の市民団体に開放している。しかし、依然として市民が介護、地域医療に触れる機会は少なく、不安の声をたくさん聞く。その課題を解決するために行政と医師会と協力し、市民向けのシンポジウムを開催する事になった。その取り組みを報告する。

【活動】

市のホールを1日貸し切り、午前は、当院が訪問している施設のマンマー人介護士のスピーチ、施設入居者の家族と施設介護員が協力して作った人生史ビデオ上映、特養の施設長が入居者を喜ばせたいと始めたサンバの披露など、市内の介護資源の現状や雰囲気、取り組みを市民に知ってもらう時間にした。午後は市長の挨拶から始まり、地域医療に携わる3名のトップランナーの医師たちに「地域での看取り」や「地域医療の活性化」をテーマに講演及び討論をして頂いた。

参加者である市民、医療関係者からは、「介護に対するネガティブなイメージがなくなった」「外国人技能実習生の話に感動した」「看取りに対して考えるきっかけになった」「地域医療に対する医師たちの情熱に感動」「広い視野で見たときの医療者の働き方について考えるきっかけになった」など、たくさんの前向きな感想を頂いた。

【考察】

今、日本の社会保障が逼迫し、皆が将来の介護や医療について不安を感じている。しかし、今回のシンポジウムを通じて、市民と介護と医療が交流する事が、ポジティブな街づくりに繋がり、日本の未来に大きく貢献すると感じた。市民の余計な不安がなくなり、過度な介護、医療ではなく共存共栄できる形を一緒に模索する一歩として、シンポジウムが今後もそのきっかけになるのではないか。お互いの立場、現状が分かれば、過度な医療、過度な介護利用が減り、より安らかに楽しく過ごせる街を作ることが出来ると考えたので、そのビジョンを報告する。

利益相反：有

一般演題（オンラインデジタルポスター） 7 在宅医療介護連携支援センター・地域包括ケアシステム / まちづくり

DP4-1-3

作業療法士による社会的処方類似する支援の実践状況：スコープングレビュー

木口 尚人¹ キグチ ナオト
齋藤 さわ子² サイトウ サワコ
真田 育依² サナダ イクエ

¹茨城県立医療大学 保健医療科学研究科

²茨城県立医療大学 作業療法学科

【目的】地域の非医療資源を活用した健康支援である社会的処方（SP）が日本にも導入されつつある。英国ではSPに作業療法士（OTR）を活用することが推奨されているが、日本のOTRの関わりは明らかになっていない。本研究では日本のOTRのSPに類似する支援の実情を探索する。

【方法】JBIとPRISMA-ScRに準拠したスコープングレビューを実施した。国内の研究データベースで、介護・福祉施設に所属する日本のOTRによるSPに類似する支援を検索し、2016～2021年に報告された全データ（症例報告および抄録を含む）を対象に調査した。

【結果】合計494件のデータのタイトルと抄録を確認し、研究対象となるデータは33件であり、ほとんどが症例報告・抄録であった。SP類似支援は通所リハや訪問リハのOTRが行っており、対象者の大半が何らかの障害の罹患に加え、社会的孤立や不登校等社会的課題を抱えていた。支援を行う上で、医師や相談員、行政職員、弁護士等の多様な専門家との連携が行われていた。扱う非医療資源として、介護福祉施設、趣味活動の場、就労支援施設やボランティア団体など、様々な資源への参加が支援されていた。支援で使用した評価方法は、面接が最も一般的であったが、心身機能評価や心理社会面の評価まで多様な評価が使用されていた。支援の流れとして、他職種や家族から社会的課題の改善目的にOTRが紹介され、支援を通して課題や支援方針が具体化されていた。資源への参加に向けて、実際に資源を訪問したり実際に経験を積む練習が行われていた。

【考察】日本のOTRは、SPという言葉を使わずとも他職種と連携してSPに類似した支援に取り組んでいることがわかった。今後、より効果的なSPを行うために、他職種との具体的な連携方法等を探る必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 7 在宅医療介護連携支援センター・地域包括ケアシステム / まちづくり

DP4-1-4

見附市立病院における在宅医療立ち上げの活動報告

野尻 俊介¹ ノジリ シュンスケ
 西野 克彦¹ ニシノ カツヒコ
 山口 明子² ヤマガチ アキコ
 山下 元幸³ ヤマシタ モトユキ
 横尾 健⁴ ヨコオ タケシ
 寺井 崇二⁴ テライ シュウジ

¹ 見附市立病院 内科

² 見附市立病院 看護部

³ 医療法人社団広域白報会 にいがた在宅診療所 理事

⁴ 新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野

【はじめに】新潟県見附市は長岡市を含めた中越医療圏に含まれ、当院は見附市唯一の入院機能を持った病院である。中越医療圏では長岡の基幹病院を中心とし病院の機能分化が進められ、当院は初期救急・慢性期回復期を担う病院とされている。これまで当院は一般病床と地域包括ケア病床の94床の枠組みの中で役割を果たしてきたが、見附市4万人の需要を担うには不十分で、患者家族の希望にこたえられずに近隣の介護医療院などに紹介する例も多く「故郷の見附で最期まで」診ることができる形を創り出すことは見附市にとって悲願の一つである。療養病床の無い見附市にとって最期まで診る形を創るには介護施設の協力は不可欠で、介護施設が積極的に看取りを含めた対応を行うには施設への医療の積極的な介入が必要で、当院は昨年からは在宅医療を開始し在宅療養支援病院となることで、介護施設と連携を組み可能性を探っている。経験のない当院で在宅医療立ち上げにあたり苦勞した点や現在の施設連携例について報告したい。

【活動】2022年5月から大学病院消化器内科からの支援を受け在宅医療チームを立ち上げた。市外の既存の在宅診療所からもご指導を賜り8月から訪問診療を試行。2023年1月現在の対象者は15名と少数だが、介護施設との連携もあり1例ずつ市内で最期を迎えられるよう整えている。見附市在宅医療連携協議会とも会合を持ち多職種連携の輪を広げている。在宅医療の親和性は高く期待も大きいですが、事業拡大をスピード感をもって行うには人員確保をはじめとした速やかな体制作りが喫緊の課題である。

【考察】総務省から「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」が策定されており当院も在宅医療を軸にした病院改革が進められると予想する。当院の在宅医療は経験も浅く、本学会の皆様から多くのことを吸収したいと考えている。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 7 在宅医療介護連携支援センター・地域包括ケアシステム / まちづくり

DP4-1-5

在宅医療における「困難事例」に関するインタビュー調査

中村 幸生 ナカムラ ユキオ
中村 千賀 ナカムラ チカ
正名 富士子 マサナ フジコ
梶山 直美 カジヤマ ナオミ
医療法人優幸会 中村クリニック 在宅医療部

【目的】在宅医療で遭遇するいわゆる「困難事例」により、支援者が対応に難渋することが問題になっている。在宅医療に関わる人たちがどのような事例を「困難」と感じているのか、インタビュー調査で明らかにすることを目的とした。

【方法】「困難事例」をテーマにして当法人の診療圏内（大阪市福島区）にある診療所、訪問看護ステーション、介護事業所へのインタビュー調査を行った。インタビューは半構造的インタビューで行った。

【結果】福島区内の事業所に勤務する医療・介護従事者へインタビューを実施し、5例の「困難事例」について聴取できた。

- 事例1. 経済面で困窮しているにもかかわらず、生活保護を拒否する事例
- 事例2. 思い通りのサービスを提供してくれないと、すぐに事業所を変えようとする事例
- 事例3. 利用者の家族希望で、介護事業所を何度も変更させられる事例
- 事例4. 医療・介護サービスをすすめても希望されず、その後、急速に病状が悪化して対応に苦慮した事例
- 事例5. 癌に対する治療を拒否し、癌による病状悪化を否認しつづける事例

【考察】事例1と事例2ともに、利用者（患者）や家族から職務内容以上のことを求められ、どこまで利用者の求めに応じるのかを悩み「困難」と感じていると考えられた。事例3は信頼関係ができていたと思っていた利用者（患者）から、理由もわからず突然、サービス中止を求められた。サービス提供者にとって受け入れができず「困難事例」ととらえていた。事例4と事例5では、患者と家族介護者が病状の受け入れができていない状況での対応を求められ、「困難」と感じていた。「困難な事例」に関わるためには何らかの支援者に対する支援が必要であると考えられた。今後事例を集積する予定である。本研究は勇美記念財団の助成を受けた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 7 在宅医療介護連携支援センター・地域包括ケアシステム / まちづくり

DP4-1-6

地域医療における福祉車両の役割

—活動報告—

木村 宏¹ キムラ ヒロシ
片見 明美² ヘンミ アケミ
渡辺 邦彦² ワタナベ クニヒコ

¹株式会社フォーリア 福祉タクシークローバー

²地域緩和ケア推進協会 高根沢

【はじめに】 少子高齢化社会において、通院、入退院における患者搬送事業は、今後必要となると考え、2006年に福祉タクシーの会社を起業した。活動を継続すると、民間でも地域包括ケアシステムの一環を担っていることを実感するようになった。向後、利用者様にとってより安全、快適にご利用いただくことができる様、業務実態を見直し、考察した。

【活動】 2022年1月1日から12月31日の1年間で依頼された内容を調査した処、合計6,239件（ストレッチャー：1,034件、車いす：5,205）のご依頼があった。内訳は退院支援：295（ストレッチャー：186件、車いす：109件）、転院支援：1,046件（ストレッチャー：640件、車いす：406件）、通院支援：4,898件（ストレッチャー：208件、車いす：4690件）であった。

【考察】 退院支援は、件数としては転院、通院支援より少なかったが、がん終末期の患者さんもあり、病院でのベッドからストレッチャーや車いすへの移乗、運転中、患者宅でのストレッチャーや車いすからベッドへの移乗の際は細心の注意が必要な利用者様も多かった。また、福祉タクシーは距離に比例して料金が発生するが、揺れを考慮する必要がある場合などは、利用者様やご家族、主治医とも相談し、路面が安定している道を選択することもあった。疾患による留意点などを医療者、介護者の方々からご指導賜りながら、安全、快適な搬送を心掛けているが、意見交換をする機会は多くないのが現状である。そのため、本会の様な多職種が参加できる学会でご指導をいただきたいと考え、活動報告することを試みた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 7 在宅医療介護連携支援センター・地域包括ケアシステム / まちづくり

DP4-1-7

分譲マンションにおける在宅医療・介護の現状と課題

大塚 理加¹ オオツカ リカ
田中 昌樹² タナカ マサキ
王尾 一寿³ オウビ カズヒサ

¹ 国立研究開発法人防災科学技術研究所 災害過程研究部門

² 一般社団法人マンション管理業協会 研究員

³ 株式会社中央地学 代表取締役

【目的】 分譲マンションはオートロック等で個人のプライバシーが尊重されるが、支援が必要な状況になっても気づかれにくい。一方で、分譲マンションの多くは管理員が勤務しており、管理員は居住者の生活態度などから認知症やある種の障害などに気付き、何らかの役割を果たしている可能性がある。管理員が果たしているこのような役割は、統計的な把握が未だされていない。そこで、本研究では、分譲マンションの管理員を対象とした大規模調査を実施し、在宅医療・介護で担っている役割を明らかにし、今後の課題を検討することを目的とした。

【方法】 マンション管理業A社に所属する分譲マンション管理員3127名にweb調査を実施し、2578名(回収率82.4%)の回答を得た。調査期間は2022年11月30日～12月26日。本調査は国立研究開発法人防災科学技術研究所の倫理審査を受けた。

【結果】 回答者属性は、男性2102名(81.5%)、女性476名(18.5%)、平均年齢67.71歳。生活上配慮が必要となる居住者が「いる」との回答は、認知症600名(23.3%)、精神疾患346名(13.4%)、在宅医療・介護1107名(42.9%)、障がい者1099名(42.6%)、高齢者のみ世帯2073名(80.4%)、独居高齢者1697名(65.8%)であった。「福祉・医療関係者と話したことがある」は527名(20.4%)で、その内容は、日常生活の状況55.6%、オートロックの開錠26.8%、訪問時の車の駐車場67.7%、在宅確認28.8%等であった。

【考察】 分譲マンションの在宅医療・介護が必要な居住者へ管理員は一定の役割の遂行が示唆された。今後はさらに分析を進め、在宅医療・介護における求められる役割やそのための課題を検証したい。尚、本研究は公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の研究助成を受けて実施した。ここに記して深謝いたします。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 7 在宅医療介護連携支援センター・地域包括ケアシステム / まちづくり

DP4-1-8

訪問看護師と医師の「理想的な連携」とは何か?～在宅看取りを多く経験する5つの訪問看護ST管理者インタビューの質的分析

鈴木 昇平 スズキ ショウヘイ
結新会ホームケア鈴木クリニック 医局

【目的】訪問看護師と医師との連携の困難さについては少数の研究があるが、「理想的な連携」については知見が乏しい。質的研究の手法で探索を試みた。

【方法】当院（年間50名程度の在宅看取りを行っている）が連携する5つの訪問看護ステーション管理者を対象とし、事前アンケートの結果を元に半構造化したグループインタビューを施行した。インタビューは録音、テキスト化し、SCAT（Steps for Coding and Theorization）の手法にて質的分析を行った。

【結果】抽出された概念は14カテゴリーに分類され、以下の仮説を得た。

「診療の同席やカンファレンス、電話など、会うこと・会話することに価値をおき、普段より互いに意見を言える・聴ける関係性作りを心がけている。ストレスなく連絡ができる。フィードバックが得やすいICTツールも記載内容を標準化し活用している。患者の意向を尊重し、精神面のケアを重視する。その上で医師はケアの方針を決定し、広く共有する。医師、看護師は互いの役割を認識し、相補的に働く。医師が診療や病状説明の内容を共有することで、看護師は患者・家族の理解を強化することができる。また、看護師はケアの内容を共有することで医師よりフィードバックを得、技術を向上させることができる。そのような連携が一貫したケアにつながり、患者・家族に適切なタイミングで情報提供を行うことができ、彼らの不安を減らし、満足度を上げることができる。その結果、医師、看護師のやり甲斐と学びにも繋がっている。」

【考察】関係性や連絡のしやすさ、情報共有など既知の要素に加え、役割分担や協働して情報提供を行う重要性が抽出された。また、ICTツールによる双方向コミュニケーションが連携の向上に寄与すると考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 7 在宅医療介護連携支援センター・地域包括ケアシステム / まちづくり

DP4-1-9

癌末期の母と長男の在宅療養を支える次男。地域で見守る、支えるべきであった家族～周囲を巻き込んだ大混乱、混沌とし、先を見通せなかった家族の支援について～

山下 晶子¹ ヤマシタ アキコ
 進藤 幸雄² シンドウ ユキオ
 柚木 祐子³ ユギ ユウコ

¹ 医療法人 利定会 大久野病院居宅介護支援事業所

² 医療法人 利定会 進藤医院

³ 医療法人 利定会 在宅部 居宅介護支援事業所

【はじめに】 同時期に母と長男の癌が発覚。介護者となった次男が経済的不安と、日常的に起こる問題に対処できない苛立ちから混乱。地域包括ケアシステムを活用できずに、ケアマネジャーとして支援方法に悩んだ症例について報告する。

【症例】 (対象者)

母：74歳、要介護5、歯肉癌末期、適応障害の診断あり（父は他界）

長男：45歳、要介護1、大腸癌末期、発達障害の可能性あり（母より）

次男：43歳、介護職

（経過）最期まで家にいたい母、今は入院したくない長男の思いを受け、在宅療養が開始。仕事にかかってくる体調不調の母からの電話の対応で早退、当日休みを繰り返す。仕事をしなければ生活できない次男の経済的不安。悪化していく体調、思い通りにならないことへの苛立ちで暴れ、「死にたい」と繰り返す母。その母を見てイライラし、隣人や通行人に暴言、次男に包丁を向ける長男。何度か警察が出向く。母と長男に為す術がなく、次男は酒を飲み、市役所等に「国の制度はおかしい、俺らに無理心中しろってことか、ケアマネは何もしてくれない」と幾度も電話をかけた。その都度、関係者で集まり、使える公的制度、医療、介護サービスの提案をするも、「もういいです」と次男は受け入れず。今後、母と長男に起りうる状況を説明しても、目の前の介護、ケアに追われ、精神的余裕がなく理解を得られなかった。次男の混乱に対応できないまま、長男が緩和ケア病棟に入院を希望。在宅で母の介護のみとなり、次男は落ち着き、母の最期を看取った。

【考察】 市役所、包括支援センター、保健所、警察がこの家族に関わっていたが、『地域全体でみる家族』としてCMが情報を発信し、連携を取っていく必要があった。また、命の危険、事件につながる可能性があった場合の緊急保護、措置的入院等の対応を誰が主導で動くのか、CMがどう関わればいいのか、地域の包括ケアシステムを見直すきっかけにしたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 7 在宅医療介護連携支援センター・地域包括ケアシステム / まちづくり

DP4-1-10

「医から醫」へ、「かかりつけ医からかかりつけ診療所」へ、 そしてまちの社会資源化を目指す～2040年を見据えての活動紹介

千場 純¹ チバ ジュン
枝久保 安正¹ エダクボ ヤスマサ
村松 哲² ムラマツ サトル

¹ 社会福祉法人心の会 まちの診療所つるがおか

² Studio M ICT・映像編集担当

【はじめに】長期化するコロナ禍で前途多難な地域包括ケアシステム構築と2040年問題を前にして、在宅療養支援診療所は今後どうあるべきか？そんな課題の解決への提案と模索をする「まちの診療所」が横須賀にある。

【活動】我々は「ひとりになっても安心して住み切れるまちづくり」に貢献するためのロードマップとして2016年に「横須賀の2040年を考える会」を設立、2017年には地域の高齢者が日常的に集えるカフェを併設（総会員数170名で最大26のサークルと学び塾）、更に2019年からは市民協働推進事業「よこすか人社プロジェクト」を受託している。その活動主眼は地域の啓発と繋がりづくりであり、団塊世代からの3世代を触発して2040年の雇用問題・地域互助・孤独死や在宅医療・AI社会の到来等を学び、認知症にやさしいまちづくりと在宅医療に関する出前講座等と併せて、暮らしの満足度調査や市内4地域でのグルーワーク「暮らしのお宝さがし隊」による社会資源マップづくり、「暮らしと医療のまちなか相談事業（夏のキンジョすくいと秋の医師の世話焼芋屋台）」等を展開した。昨年には地元商店会とコラボしてまちカフェを開店しており、地域活動諸団体のプラットフォームづくりにも取り組んでいる。

【考察】我々が目指すのは「幸せに人生を終えるための健康と社会的な繋がりを維持する外来診療」と併せて、「物語られる人生を台無しにしない在宅療養」を担うまちの「かかりつけ診療所」である。そのためには患者を待つだけの診療からの脱却と患者家族の社会的背景への配慮（社会的処方）を機能させる人材育成が必須である。そのうえで近隣からの随時相談とアウトリーチを可能にする医療型地域包括支援センター的な機能を新たに備えるためには、医師だけでなく診療所そのものが“醫が意味する患者への気付きと思い遣りと癒し”をもって積極的な地域支援に臨める社会資源としての信頼と評価を得ることが肝要と考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 7 在宅医療介護連携支援センター・地域包括ケアシステム / まちづくり

DP4-1-11

国境離島の地域ごちゃまぜケア再考

桑原 直行 クワハラ ナオユキ

国際医療福祉大学 赤坂心理・医療福祉マネジメント学部 医療マネジメント学科

【はじめに】過疎地では、あらゆる人材が不足しており、多職種連携を基礎とする地域完結型地域包括ケアは困難である。そのため行政、専門職、地域住民、地域外とのキズナ（連携）を高め、地域住民が自分たちの生きがいを見つけ、主体的に生きることが可能な地域社会を作ることが地域創生として重要である。

【活動】国境離島である対馬市の行政、専門職、地域住民、地域外との連携度合いをキズナ grade として6段階評価（A：良好、B：リーダー主導、C1：絆し、C2：危機、D1：無関心、D2：反発）し、それぞれの部門のキズナを改善する対策を行っていく。高齢者が楽しみや生きがいがないと発言する地域に、子ども達が希望を持つことは難しく、キズナ grade も低くなり、持続可能な社会とは言えない。そこで地域ごちゃまぜケアとして地域外との連携を進めた。これにより住民は地域の良さを再認識させられ、主体性・活動性を取り戻し、行政任せではなく自分事として地域外人材と繋がることで農地再生を行う、地域住民が地域を見守り、集まる場を作るなどの新たな活動が生まれた。地域住民は生きがいを、主体的に生きることを取り戻した。しかし、新型コロナウイルス感染症により地域内外のキズナは分断されてしまい、軌道に乗り始めた再生農場は、再び猪・鹿に奪還されてしまっている。

ただ、地域住民が地域内外の人材との交流により成し遂げた「ものがたり」は消えることはなく、住民にとっても関係人材にとっても希望の光である。

【考察】地域住民の生きがいとしての主体的活動がある「まちづくり」をすることこそ、真に健康寿命を延伸する地域包括ケアシステムであろう。しかし人材の乏しい過疎地では外部からの刺激が必要であるが、リモートでは決して補うことはできない。地域内外の多様な人材がリアルに交流する地域ごちゃまぜケアを持続的に行うことが必要であることを改めて認識させられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 8 小児在宅医療他

DP4-2-1

地域医療としての小児在宅医療の当院での取り組み

渡邊 智彦 ^{1,2}	ワタナベ トモヒコ
宮岡 啓介 ²	ミヤオカ ケイスケ
瀧井 未来 ^{2,3}	タキイ ミキ
平井 ゆかり ^{2,3}	ヒライ ユカリ
石井 耕士 ¹	イシイ コウジ
小堀 勝充 ²	コボリ カツミ

¹ 埼玉石心会病院 総合診療科² 熊谷生協病院 内科・小児科³ 埼玉協同病院 総合診療科

【はじめに】 埼玉北部地域では訪問診療を行う医療機関が少なく、加えて小児の入院医療機関も少ない。高度医療機関は車で1時間以上の遠方に位置しており、また医療的ケア児の受診に抵抗を示されるクリニックは少なくはなく、近隣の市町村を含めて小児訪問診療の需要は高まっている。熊谷生協病院では地域包括ケアシステムの実践の一環として訪問診療に取り組みはじめ、その中で地域の訪問看護師からの問い合わせの声を反映する形で、2014年より医療的ケア児を中心とした小児訪問診療をはじめた。小児の在宅医療の認知度が低い中で取り組んできた当院の活動を報告する。

【活動】 当院では2014年の開始からこれまで計32名の小児訪問診療の患者を診察し、現在は11名の訪問診療を行っている。年齢は9か月～28歳で、範囲は熊谷市以外にも隣の行田市や羽生市へも広がっていて、遠いところでは病院から車で約40分を要する。高度医療センターの主治医との連携を密にとりながら、定期的な通院の間の診察や処方が主であるが、自宅での気管切開チューブや胃瘻ボタンの交換、体調変化時は検査や臨時受診を行い、入院が必要な際は主治医への連絡も行う。家族の希望に応じて在宅でのお看取りも行っており、これまでに3名を経験した。

【考察】 本邦の出生数は低下の一途を辿っているが、医療依存度が高い子どもは今後も増加することが考えられる。限られた病床の有効利用に加え、今回のコロナ禍のような面会が制限される事態において、家族と過ごす時間の確保のためにも地域の小児在宅診療の使命は大きい。しかし高齢者ほどに地域ケアシステムの構築はすすんでおらず、また実際の訪問にあたっては、対象患児が広範囲に点在しており、小児のみを対症とした訪問診療は、移動時間が長く効率が悪いことなど、問題点は山積している。オンライン診療の導入などと並行して、乳児から高齢者まで診察出来る往診医が増えていくことが望まれる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 8 小児在宅医療他

DP4-2-2

ムコ多糖症Ⅱ型患者の在宅医療における酵素補充療法についての現状と課題

澁谷 泰介 シブヤ タイスケ
 松木 佑介 マツキ ユウスケ
 立野 慶 タテノ ケイ
 澁谷 佐季 シブヤ サキ
 黒澤 愛実 クロサワ マナ
 医療法人社団ユニメディコ 医科

【はじめに】ムコ多糖症Ⅱ型はライソゾーム病の一種であり、先天性代謝異常により発症するX連鎖劣性遺伝性疾患で、小児慢性特定疾病の医療費助成制度対象疾患である。治療には酵素補充療法が根治的治療の一つとされており、2021年3月厚生労働省より酵素製剤の在宅使用が認められた。今回、ムコ多糖症Ⅱ型に対する酵素補充療法を在宅で開始したため、その現状および課題を報告する

【症例】症例は18歳男性。生後11ヶ月でムコ多糖症Ⅱ型と診断され、4歳から酵素補充療法を開始した。以降週に1回の酵素補充療法を小児科外来で通院または1泊入院で継続していた。9歳時に摂食嚥下障害となり胃管からの経管栄養を開始。11歳時に睡眠時無呼吸を認め在宅NPPVの使用を開始。13歳時に心肺停止となり蘇生処置の末自己心拍再開したが低酸素脳症となった。17歳時に酵素製剤の在宅使用が許可され、主治医の勧めで当院紹介となり在宅での酵素補充療法開始となった。病院の主治医・看護師・地域連携室と退院前カンファレンスを複数回行い、受け入れ・運用開始のために院内勉強会等を行い準備した。当院介入開始後、週1回の酵素補充療法を通院・在宅で隔週で行い、これまで計47回在宅で酵素補充療法を行った。経過中、関連する副作用やトラブルは認めなかった。

【考察】

希少疾患の在宅での治療は、医師も含めてスタッフが専門的知識を持ち合わせていないケースが多く受け入れに際してのハードルは非常に高い。知識面・技術的・コスト面の問題など課題は多岐に渡るが、主治医とクリニックで連携を組み事前に入念な準備をすることで、酵素補充療法を在宅で安全に行うことが出来た。通院頻度を減らすことで家族の負担軽減となるが、管理料や持ち出し物品の問題など今後の課題も残る。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 8 小児在宅医療他

DP4-2-3

小集団活動によって社会性・運動機能に変化を及ぼした医療的ケア児の2症例

味岡 祐美¹ アジオカ ユウミ藪本 保¹ ヤブモト タモツ藤井 浩二² フジイ ヒロフミ¹医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック リハビリテーション²医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック 内科

【はじめに】新生児医療の発達により、医療的ケア児が増えている。医療ケアがあると保育所に通うことが難しいケースも多く、日常生活で大人との関わりが増え、子ども同士の関わりが少なく社会性が発達しにくい。当施設は医療型短期入所施設で、1日に4人程度の小集団で活動している。小集団活動を通して社会性・運動機能に変化を認めた2症例を経験したため、報告する。

【症例】<症例1>3歳から利用開始した小脳出血後遺症の5歳女児。協調運動障害、知的障害、感覚特性あり。独歩困難、経管栄養管理。利用当初、物音や子どもの声で耳を塞ぎ、ひとり遊びに没頭する様子が見られた。<症例2>4歳から利用開始した先天性免疫不全の5歳男児。独歩可能、気管切開（人工鼻）、経管栄養管理。出生後より入院や生活環境、関わる人が限られる期間が長期的に持続した。利用当初は大人と多く関わり、他児がいる場所から離れる行動が見られた。

小集団活動では、隣接するクリニックへ挨拶に行ったり、庭の畑での収穫体験、公園への散歩、近隣の店での買い物等、屋外の活動を繰り返し取り入れた。その中で他児が乗ったバギーを押したり、歩行不安定な児と手を繋いで歩いたり、小集団であることで屋外でも安全に子ども同士の関わりを増やすことができた。また、積極的に活動写真を撮影し、その日のうちに家族と共有した。そのため、自宅で子ども同士の関わりを振り返ることができ、他児の名前も覚えて呼ぶようになったと考えられた。さらに、症例1は独歩が数歩可能となり、症例2は他児を真似て自分で靴を履く等の身辺処理能力の向上が見られた。

【考察】小集団での活動を通して子ども同士の関わりを増やせたことが、2症例の社会性の発達に寄与したと考える。また、幼児期の歩行の学習には社会的相互作用も重要な視点と言われており、症例1において運動機能の向上に繋がった可能性が示唆された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 8 小児在宅医療他

DP4-2-4

18トリソミーの医療的ケア児の母親の職場復帰を支援した1事例と今後の課題

小鷹 康代 コタカ ヤスヨ
 大林 春美 オオバヤシ ハルミ
 中西 春菜 ナカニシ ハルナ
 花田 淳一 ハナダ ジュンイチ
 土井 源 ドイ ハジメ
 平田 正造 ヒラタ ショウゾウ
 ソフィアメディ株式会社 ソフィアメディ訪問看護ステーション香芝

【はじめに】18トリソミーは1年生存率が約10%未満の染色体異常症で医療的ケアが必要なケースが多く母親の就労が中断されることが多い。

今回18トリソミーの子を持つ母親が職場復帰の希望を持ち介入した。介入を通して見えた現状と今後の課題を明らかにする。

【症例】1、対象

人工呼吸器管理など在宅で医療的ケアを必要とする18トリソミー児の母親。育児休業後職場復帰した。

2、症例の実際

職場復帰に向け、母親自らが訪問看護の必要な時間帯とケア内容を抽出しケアの手順書を作成した。児は母親の出勤日に合わせて児童発達支援及び放課後等デイサービス（以下、デイ）を利用した。父親も出勤時間を遅らせたがそれでもデイの送迎時間に時差があるため朝夕の送迎を訪問看護とヘルパーで担った。訪問日数や時間の都合上既存の2ステーションに加えて当ステーションが追加され、担当者会議で家族の就労環境やケア内容を共有した。当ステーションに小児看護の実務経験を有するスタッフはおらず介入前に既存のステーションの訪問同行やシミュレーションを実施した。吸引を実施できるヘルパーが居ることが望ましかったが実施資格を持つヘルパーが不在だった。

【考察】成人の業務経験はあっても小児の看護経験がある看護師や吸引が実施できるヘルパーなど医療的ケア児に携わる在宅療養支援者は数少ない。医療的ケア児の主たる介護者は母親が多い中、今回18トリソミー児が在宅療養しながら母親が職場復帰したプロセスにおいては母親の負担が非常に大きかったと考える。医療的ケア児の家族が抱える課題や価値観は様々である。社会全体で医療的ケア児のケアを担う親の「働きたい」想いを支えるための人材や環境の拡充が必要と考える。その為に医療的ケア児に携わる医療者が、医療的ケア児の在宅療養の実際を発信することでより具体的に必要なニーズを見出していけると考え、今後も継続していきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 8 小児在宅医療他

DP4-2-5

虐待が疑われる医療的ケア児の母子家庭に対して、複数機関による多職種カンファレンスを重ねることで信念対立を緩め連携が深まった一例

生田 奈央 イクタ ナオ
 宇都 恵子 ウト ケイコ
 島田 智子 シマダ トモコ
 荒 隆紀 アラ タカノリ
 山口 高秀 ヤマグチ タカヒデ
 医療法人おひさま会 おひさまクリニック 診療部

【はじめに】 児童虐待は、家族の構造的な問題を背景として生起するため、子どもの安全を確保しながら、保護者の成長やストレングスを関係機関で共有しつつ支援していくことが要求される。しかし、関係機関が多いほど信念が対立しやすく、情報共有や連携が困難となりやすいため複合的システム不全が生じやすい。

【症例】 本例は、生活保護受給中の母親と2人暮らしの脳性麻痺の10歳代前半の児童。以前からネグレクト傾向ありと判断され児童相談所と行政が見守り中だった。母親は新型コロナウイルス感染症罹患を危惧し、母子共に閉じこもり傾向となり、支援学校も休ませ、在宅医療・介護サービスも断るようになった。そんな中、褥瘡、体重減少などの問題点が浮上した。母子との関わりを強くしようと関係機関が歩み寄ると、母親は訪問を断り連絡を絶つ傾向があったため、母子が孤立することを危惧し、どの機関も強く介入できず関わり方に苦慮していた。そのため、現状把握と今後の方針相談のため、在宅医療、病院、支援学校、行政が集まり、多職種カンファレンスの開催を重ねた。当初は目標設定や母子への解釈の相違から信念が対立していたが、回を重ねる毎に職種間の意見対立が緩まり、協力体制が成立するようになった。

【考察】 多職種連携のためには、組織化が必要とされている。組織化とは、組織の目標を明確にした上で、組織設計の5つの基本変数（①分業関係、②権限関係、③部門化、④伝達と協議の関係、⑤ルール化）に基づく調整を行うことである。本症例では、カンファレンスを重ねる毎にこれらの基本変数が整うようになり、徐々に多職種連携が機能するようになったと考える。また、症例が複雑困難であると、解釈の違いから信念対立も生じやすい。しかしお互いに理解し合うことを意識し歩み寄ることが重要であり、定期的なカンファレンスの開催がその一役を買ったと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 8 小児在宅医療他

DP4-2-6

在宅における注射療法：血友病について薬局薬剤師にできることは、なに？

長谷川 寛¹ ハセガワ ヒロシ鏑木 美穂子² カブラキ ミホコ片渕 龍³ カタブチ リュウ¹ 日本調剤株式会社 在宅医療部² 日本調剤株式会社 尾山台南口薬局³ 日本調剤株式会社 薬剤本部

【はじめに】血友病患者（類縁疾患含む）は全国約8000人で、十分な止血を行うため欠乏した血液凝固因子の注射補充療法を行っている。療法は週に1～3回定期的に皮下又は静注で行われる。血友病は遺伝病であるため小児期より療法が始まるが、家族による注射から自己注射への移行や体育授業、部活動、一人暮らし、就職など生活上のイベントをこなしながらも注射療法は継続しなければならない。日本調剤全薬局のうち100薬局余りで血液凝固因子製剤処方箋を応需しているが、血友病患者や家族へのアプローチについてはまだ工夫の余地が残されている。また、2020年9月施行の薬機法改正では、『薬剤師による投薬時のみならず継続的な服薬状況の把握及び服薬指導が義務化』が謳われており、血友病患者についても服薬指導の充実が必要であると考えた。

【活動】血友病に関する薬剤、病態等について知識を深めるためコアメンバーによる社内勉強会実施、社外セミナーへの参加を行った。また、患者や家族より生の声を聴くため薬局窓口で薬剤交付を行っていた患者に対して、同意を得たうえで自宅での薬剤交付を実施した。

患児母親より、『同じ病気の子を持つ母親の友達がいない』『患児用のコロナワクチン接種券届いたが副反応が心配。これ以上注射を打ちたくない。(本人談)』等の相談を受けるようになった。また、外来受診時の注射が原因で患児が受診を拒否しているとの相談を受け、外来主治医に面会し注射の必要性を確認、薬剤部長へ相談行う事で外来受診時の注射は行わないこととなった。

【考察】血友病患者の定期受診に関しては非専門医も少なくなく、薬局薬剤師が薬剤交付時のみならず継続的に薬剤投与や身体イベントの確認、コンサルティング、関係各所との情報共有等を行う事で患者の安全で継続的な補充療法実施の一助になるのではないかと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 8 小児在宅医療他

DP4-2-7

経管栄養減量プログラムにより在宅で医療的ケア児の経管栄養離脱を試みた一例

石川 明奈 イシカワ アキナ
安田 和代 ヤスダ カズヨ
合掌 かおり ガッシュョウ カオリ
藤井 浩史 フジイ ヒロフミ
医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック 食支援

【はじめに】経管栄養が長期化している児では、経口摂取が可能であるにも関わらず嫌悪する場合がある。先行研究では空腹感を感じにくいことが原因の1つに挙げられ、計画的に空腹にさせることにより経口摂取量を増やせるとされている。今回、当法人サービスを利用している児に対して計画的な経管栄養減量プログラムを実施し、経口摂取量が増加し経鼻経管栄養離脱に至った症例を経験したので報告する。

【症例】5歳女児、主病名10番染色体部分トリソミー、出生時より経鼻経管栄養を開始。経口摂取を併用したが、300kcal/day未滿で摂取量が増えない状態が続いた。3歳11ヵ月頃より経管栄養の準備をすると、食事を食べなくなるという傾向がみられるようになったため、月に1回3～4日間の経管栄養離脱期間を設けた。更に定期的な経鼻胃管の交換にも児の抵抗が強くなったため、4歳11ヵ月経管栄養減量プログラムを作成して経管栄養離脱を試みた。6日間で経管栄養を50%まで減量（空腹誘導期）、7日目に経管栄養を中止（集中的減量期）し、以降は経鼻胃管を抜去した状態で経口摂取を促した。実施に際しては体調不良、体重減少、食事量・飲水量低下、排尿回数低下を中止基準として設定した。また、関係医療機関・利用サービス機関へプログラム実施の周知と観察を依頼した。結果としては、空腹誘導期には経口摂取量の増加はなく、集中的減量期には平均670kcal/dayと約2倍に増加した。2ヶ月経過時点で最大6%の体重減少を認めたが、増加傾向に転じて経管栄養離脱した状態を継続できている。

【考察】先行研究のプログラムは家族や関係機関との連携により在宅においても、経口摂取量の増加、経管栄養離脱の契機として有用であった。中止基準を明確にすることで実施中の判断の迷いなく実施できた。プログラム実施を契機に利用サービス機関の食支援への関心・連携がより強いものとなった。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 8 小児在宅医療他

DP4-2-8

外国籍の若年両親に対して意思決定支援を行った水頭無脳症の一例

澁谷 聖月	シブヤ ミヅキ
石崎 英里奈	イシザキ エリナ
赤塚 早紀	アカツカ サキ
星野 論子	ホシノ ノリコ
大隅 朋生	オオスミ トモオ
石渡 久子	イシワタ ヒサコ
戸谷 剛	トヤ タケシ
前田 浩利	マエダ ヒロトシ

あおぞら診療所うえの 小児科・内科

【はじめに】当診療所の新規患者の中で、外国籍患者の割合は年々増加している。2022年は7.7%が外国籍患者であり、前年度に比して1.8倍に増加していた。外国籍の両親は、日本語での簡単な日常会話は可能であっても、病院から受けた子どもの病状や退院後の生活についての複雑な説明を完全には理解できていないことがあり、在宅移行後に十分な配慮が必要である。今回、ベトナム人の若年両親から出生した水頭無脳症の児について、在宅移行後に意思決定支援を行ったため報告する。

【症例】在宅移行時点で生後3か月の女兒。両親とも20歳のベトナム人留学生。妊娠に気づかないまま腹痛と腹囲増大を主訴に救急搬送されそのまま出生した。在胎38週相当、体重2996g、水頭無脳症と診断された。新生児期からけいれん、筋緊張亢進、嘔吐を認めた。中枢性尿崩症、甲状腺機能低下症に対して薬物療法を行い、経管栄養を併用した。病院で外科的治療の適応はないと判断された。水頭症と小脳・脳幹への圧迫が進行し、生命予後は短いと予想され、在宅看取りを前提に、3か月時に退院し訪問診療を開始した。在宅移行後、経口哺乳が可能で呼吸状態も安定していたことから、当初の予想よりも長期生存が期待できると考えた。在宅チームの両親に対しての関わり方も、看取りに向けての支援から子育て支援へ方針転換する必要があると判断した。5か月時に多職種で関係者会議を開催し、長期生存を見込んで本人と両親の生活を支援していくことを決めた。両親に本人の病状を改めて説明し、外科的治療についての希望を丁寧に再確認する機会を作り、意思決定支援を行った。

【考察】外国籍の患者家族には、子どもの病状を正しく理解することに大きな困難があることが多い。理解が不十分な中で適切な意思決定支援がされていないケースもある。多職種がそれぞれの立場で患者と家族の状況を把握して、連携して意思決定支援を行うことが重要である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 8 小児在宅医療他

DP4-2-9

発達障がい児童に対する在宅オンライン療育支援による2症例について

富岡 由衣 ¹	トミオカ ユイ
池見 里恵子 ¹	イケミ リエコ
尾島 茉生 ¹	オジマ マキ
小池 友香 ¹	コイケ ユカ
笹渕 真理子 ¹	ササブチ マリコ
光井 万扇 ¹	ミツイ マミ
岩崎 千聖 ¹	イワサキ チサト
後藤 詩織 ¹	ゴトウ シオリ
湯野川 洋子 ¹	ユノカワ ヨウコ
立野 慶 ²	タテノ ケイ
宇野 宏光 ²	ウノ ヒロミツ

¹医療法人社団ユニメディコ 小児部

²医療法人社団ユニメディコ 藤が丘こころのクリニック

【はじめに】近年、新型コロナウイルス感染症流行により、横浜市において学校休校が相次ぎ、発達障がい児童を対象とした放課後等デイサービスにおいて、数多くの児童が通所不可能になった。そこで新たな支援方法を検討し、オンラインでの児童健康管理、療育、保護者支援を実地した。

【症例1】10歳女児、小学校支援級、注意欠陥多動性障害 (ADHD)、自閉症スペクトラム症 (ASD)。父・母・姉 (難病疾患)・本児の四大家族。家族内感染を懸念、週1回40分オンライン支援プログラムを約9か月間合計32回実地した。【症例2】8歳男児、小学校支援級、ダウン症、知的障害。父、母、本児の三大家族。家族内感染を懸念、週1回40分オンライン支援プログラムを約1か月間合計6回実地。学校再開に伴い、放課後等デイサービスの通所も再開した。ビジョントレーニング (以下VT)・ソーシャルスキルトレーニング (以下SST)・児童健康管理・個別支援 (放課後等デイでは集団支援が中心) を、保育士、幼稚園教諭、児童発達支援管理責任者によって実施した。オンラインVT、SST (眼球運動・協応動作:書き写し) では書字能力および音読能力の向上が認められた。

【結果・考察】感染リスク回避のため通所できない利用児童に対し、新たにオンライン療育支援を実施することが有用であった。発達障がい児童に対して、オンライン上でプログラム内容・信頼関係を継続することができ成長過程、実施状況の把握、成果物、コミュニケーションのツールが増えた。しかし、オンライン支援上では他児との関りが希薄となった。カメラ視線ではなく画面を見ながらの支援になるため、お互いにアイコンタクトの少なさも課題であった。また、ZOOM接続設定や児童への言語指示は保護者の協力体制が必要不可欠であった。家庭でできるオンライン支援は、感染対策だけでなく、様々な目的においても有用な支援方法の一つになり得ると思われた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 8 小児在宅医療他

DP4-2-10

口腔ケア継続の難しさ

船山 高明 フナヤマ タカアキ
医療法人顕樹会本田歯科クリニック 訪問診療部

【はじめに】口腔ケアの重要性については、以前と比べるとかなり周知されている。訪問先で、歯科の方から口腔ケアを提案する前に、患者本人、家族、関係するスタッフの方から依頼される例が増えてきたことはその表れといえる。

しかしながら、口腔ケア継続となった場合、その効果などについて十分な説明をおこなったにもかかわらず、その継続自体が困難な例に遭遇する。

その理由として、「効果が実感できない」、「面倒である」などが患者側からあがっている。また、口腔ケアに使用する洗口液で患者の反応が大きく変わることも認められる。

今回、異なった洗口液を使用した患者の口腔内状態の変化、モチベーションの変化の症例を経験したので報告する。

【症例】訪問先で調査の承諾を得た患者につき、使用した洗口液が電解次亜水、亜塩素酸水、また水道水のみで行った症例について、症例A-Cとして、口腔内細菌コロニー数の推移を観察した。

その上で口腔内関心度や口腔ケア継続頻度などについてアンケートを行い、モチベーションの状態などを確認した。

症例Aの94歳女性は最初は洗口液が不評であったが、一定期間が経過すると口腔ケアが継続しており、口腔内コントロールも良かった。一方、症例Bの84歳女性は最初は口腔ケアに積極的であったが、長期継続が難しかった。

【考察】口腔ケアを継続するための動機付けとして、例えば患者自身の口腔内細菌の電子顕微鏡動画を閲覧しそれが動機付けとなる所謂ネガティブモチベーションと、口腔ケア後の爽快感を体感しそれが動機付けとなる所謂ポジティブモチベーションとに大きく分けられる。一般的に、長期継続のためにはポジティブモチベーションの方が良いとされる。

今回使用した洗口液はそれぞれポジティブモチベーションにもネガティブモチベーションにもなりうることが示され、口腔ケア備品一つをとっても柔軟な対応が必要なことが示唆された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 8 小児在宅医療他

DP4-2-11

いのちの授業の始動から実行、そして次のステップへ

開田 脩平^{1,2} カイダ シュウヘイ

奈良 健² ナラ タケシ

日下部 明彦³ クサカベ アキヒコ

¹医療法人みらい みらい在宅クリニック港南 内科

²株式会社 サン薬局 在宅療養支援部

³公立大学法人 横浜市立大学 総合診療医学

【はじめに】現在の日本社会では核家族化が進み、更に家族は病院でなくなる事が多い。このような環境により、日頃から命の大切さを考える機会は少なく、特に幼少期や学童期の子ども達が終末期を迎えた人に関わる事は少ない。今回小中学校での「いのちの授業」を企画、開催したので報告する。

【活動】R1年8月横浜市医師会常任理事と面談。R2年9月教育委員会、市医療局疾病対策部と面談。R3年8月プロジェクトチームを発足。「いのちは限りのあるもの」「家族や仲間と過ごす、日々の生活を大切に」「家族や仲間と話し合うことが大切」をキーワードとし、授業をきっかけに「いのち」や「家族、仲間」について考え直すこと、自宅で授業内容を再度話し合い、両親にも考え直してもらうことを学習目的とした。①9月A小学校と打ち合わせ。「すでに父親を亡くした生徒がいるため、「死」という直接的な表現は避け、具体例は避けてほしい。」と要望あり。11月全学年に放送室よりテレビ配信で開催。②R4年11月B小学校と打ち合わせ。「授業後、各担任が再度内容を振り返るが、授業中も生徒に考える時間を設けてほしい。」と要望あり。12月2学年ずつ対面で開催(計3回)。③12月C中学校と打ち合わせ。「LGBTQの問題が校内であり、各自が考えるきっかけになってほしい。」と要望あり。R5年1月1, 2年生合同で、対面で開催。

【考察】命の教育については、小学校学習指導要領の道徳の項目で、「生命が多くの生命のつながりの中にあるかけがえのないものであることを理解し、生命を尊重すること。」と記載されている。1校目では全校へ一斉の配信となり、内容は平易かつ漠然としたため、各教員からも指摘を受けた。残りの2校では事前に打ち合わせを重ね、内容も一部変更した。今後は受け入れ校を増やす一方で、授業に協力してもらえる人材の確保、育成を行っていくことが課題である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 8 小児在宅医療他

DP4-2-12

重度遷延性意識障害患者の中学校通学の体制づくり

山口 高秀 ヤマグチ タカヒデ
岸本 雅之 キシモト マサユキ
板谷 真紀子 イタヤ マキコ
医療法人おひさま会 診療部

【はじめに】 重度遷延性意識障害患者の中学校通学の体制づくりを対話により実現した一例を報告する

【症例】 14歳女性。メビウス症候群により、生後から気管切開・夜間人工呼吸、胃ろう栄養を必要としていた。重度精神発達遅滞はあったが、簡単な道具を使っただけの遊びや、表情の変化などは認められ、小学校時代は養護学級での通学を限定的に行っていたが、12歳時、自宅で心肺停止、低酸素性虚血性脳症となり、自発呼吸なし、対光反射なし、咳嗽反射なし、聴性脳幹反応なし、四肢の刺激での反射運動のみある重度遷延性意識障害状態となった。

前医在宅医療を受けていたが、学校登校の希望について母・主治医・学校の話し合いが決裂し、関係性が破綻。当院へ紹介となる。ケア状況は問題なく、受容状況も、よくなるという奇跡を信じる発言はあるものの、現状への理解はあり、急変死亡の可能性について受け止めはできている状況であった。一家での宿泊を伴う外出、コンサート参加などの実現の先に、学校に行って友達と一緒に時間を少しでも持たせたいという思いが強くなってきた。中学校として受け入れが難しいという齟齬が生じている状況で、両者への対話介入を行った。

まずはクリニックスタッフとともに、学校を見学し、学校看護師と校長と担任教師で互いの責任関係を整理、徐々に多くの職員とともに対話を重ね、最終的には職員全体への説明会などを行った。結果、学校側の通学支援への動きが醸成され、週に2回の母親同席での通学、母子分離の時間の確保や修学旅行の参加を見据えた対話が前向きに行われるようになった。

【考察】 校内スタッフ、親の持つ拘束的ビリーフを理解し、助成的ビリーフを促進することを意識した、ナラティブアプローチによる物語の再構築が対話を促進し通学への協働が実現したと考えた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 8 小児在宅医療他

DP4-2-13

公立小学校に通学する医療的ケア児が宿泊行事に参加するまでの活動報告～学校の看護師の介入～

田代 恵野 タシロ ヨシノ
木内 昌子 キウチ マサコ
友松 郁子 トモマツ イクコ
一般社団法人 MEPL 理事

【はじめに】地域の公立学校（普通校）への就学を希望する医療的ケア児は増加傾向にある。

しかし、特別支援学校に比べ普通校の教員が医療的ケア児に関わることは少ない。普通校の教員が経管栄養や喀痰吸引、人工呼吸器管理などの医療的ケアに対する恐怖心を払拭するまでには時間を必要とする。そのため普通校に通う医療的ケア児が宿泊行事に参加することは、教員にとっても多くの困難を伴う。医療的ケアを目的として配置されている看護師の介入により、医療的ケア児が他の生徒と一緒に宿泊行事に参加するまでの2年間の経緯について報告する。

【活動】公立小学校に通学するA氏は胃瘻からの経管栄養、気管カニューレ、夜間人工呼吸器を使用している。A氏が宿泊行事に参加する方法を関係者で検討し、2年間をかけて実現することができた。1年目、A氏は夜間のみ近隣ホテルに保護者と宿泊した。2年目は他の生徒と一緒に寝泊りも含め、全ての行程に参加することができた。

【考察】・本事例を通じて学校で働く看護師として、医療職ではあるが教育目標（教育的に一緒に参加させたい気持ち）を教員と共有することで生徒各々の課題達成に貢献できる可能性が見出された。

・学校看護師は、教員の不安や教員が医療的ケア児を受け入れるために時間が必要であることを理解し、教員の気持ちに変化するように不安や問題をひとつずつ一緒に解決していくことが重要だろう。

・学校看護師がいることで医療面の心配が払拭でき、教員が教育に専念できることが望まれる。そのためにも、学校看護師は教員と信頼関係を築いていく必要がある。

・学校看護師として、教員がやるべきことと看護師がやるべきことを明確化し、目標を相互に共有し実践することで、医療的ケア児の学校での生活をより豊かにする可能性が示唆された。

利益相反：無

00093 / 95073

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 9 在宅医療の質評価 /QOL 評価

DP4-3-1

演題取り下げ

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 9 在宅医療の質評価 / QOL 評価

DP4-3-2

メディカルアシスタントが在宅がん患者のQOL評価を行い在宅チームで情報共有した経験

岩崎 泰士 イワサキ タイジ

引野 雅子 ヒキノ マサコ

医療法人ほくれあ会ひきのクリニック 訪問診療部

【はじめに】 当院では訪問診療にメディカルアシスタントが同行しており、診療のサポートの他、医療者ではない視点からの生活介護支援、また院外の在宅チームスタッフと連絡を取り合い方針の相談などを行っている。その中で、在宅療養中のがん患者に対して「日本語版SEIQoL-DW」を用いたQOL評価を行い、チームでその情報を共有、ケアにつなげることができたので報告する。

【活動】 60代男性、肺がん、がん性胸膜炎、多発肝転移でX年Y月呼吸困難と疼痛で緊急入院、在宅酸素とPCAポンプを装着した状態で自宅退院となり、当院で訪問診療を開始した。初回訪問時、咳や労作時の呼吸困難感、疼痛はあったが屋内歩行は自立していた。初回訪問から2週間後、メディカルアシスタントが自宅に訪問し、「SEIQoL-DW」を用いて患者に直接インタビューを行った。その結果を在宅チームで共有し、サービスの調整を行った。事例では「教会に行くこと」が最も重要であったため、持続皮下注射から内服薬への変更（医療的な調整）や、車椅子など福祉用具の利用、外出支援（介護サービスの調整）を行い、現在も「教会に行くこと」は継続できている。

【考察】 在宅チーム内での患者のQOLに関する情報共有は、ケアの方向性を検討していく上で重要である。多職種で適切に情報共有するためには、主観的になりがちなQOLを客観的経時的に評価した内容が望ましく、また医療もしくは介護からの一方的な情報発信では協働できない可能性もある。そこで、診療に同行するメディカルアシスタントが「SEIQoL-DW」を用いて情報をまとめ、医療と介護のつなぎ役として在宅チームに発信していくことは、在宅ケア全体の質の向上に役立つのではないかと考えられる。今後も継続していきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 9 在宅医療の質評価 / QOL 評価

DP4-3-3

診療情報を用いた医療データベース構築及び活用の取り組み

飯田 英和	イイダ ヒデカズ
林 伸宇	ハヤシ シンウ
夏堀 龍暢	ナツボリ タツノブ
高橋 由利子	タカハシ ユリコ
坂本 亜樹子	サカモト アキコ
岡崎 理絵	オカザキ リエ
山岡 和枝	ヤマオカ カズエ
武藤 真祐	ムトウ シンスケ

医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック 鉄祐クリニカルリサーチセンター

【はじめに】在宅医療は高齢者が多くを占め、患者背景が多彩で、多疾患を抱えることなどから医学的エビデンスの蓄積、確立は不十分であり、在宅患者の背景情報、診療実態は明らかになっていない。これらの患者データは、通常診療業務内では電子カルテに蓄積されるが、情報はフリーテキストが中心の非構造化データであり分析のためには構造化、データベース化を行う必要がある。そうすることで在宅医療現場へのフィードバックや還元により在宅医療の質改善を目指す。

【活動】電子カルテ情報を、APIを用いて抽出、匿名化、構造化した上でレセプト、薬剤情報との突合データベースを作成している。データベースは経時的にデータ蓄積を行い、分析を横断的、縦断的に行う。

分析予定のリサーチクエスションは以下の通りである。

- ① COVID-19パンデミック前後における在宅医療患者の受診行動の変化（記述研究・コホート研究）
- ② 在宅医療におけるQOL、社会的な繋がりと介護者における介護負担感との関連性（横断研究・縦断研究）

【考察】在宅医療における医療のpractice pattern（診療実態）は差があると考えられるがその実態を明らかにすることは困難であった。カルテのフリーテキストを構造化し、レセプト情報、薬剤との紐付け、経時的な変化を分析することで在宅医療における特にCOVID-19前後のpractice patternの実態を明らかにする。また、在宅医療において重要な要素であるQOL、社会的なつながり、介護負担との関連性を分析することで臨床現場へのフィードバック、還元により在宅医療の質改善を目指していく。

利益相反：無

DP4-3-4

がん終末期患者における救急搬送の実態

柳澤 克哉 ¹	ヤナギサワ カツヤ
藤本 佳奈 ¹	フジモト カナ
林 佑哉 ¹	ハヤシ ユウヤ
武藤 英貴 ¹	ムトウ ヒデキ
藤谷 好紀 ¹	フジタニ ヨシノリ
能勢 悠介 ¹	ノセ ユウスケ
菅原 信行 ¹	スガハラ ノブユキ
田中 裕子 ¹	タナカ ユウコ
山田 寿美 ¹	ヤマダ トシミ
山田 淑恵 ^{1,2}	ヤマダ ヨシエ
守上 佳樹 ¹	モリカミ ヨシキ

¹医療法人双樹会 よしき往診クリニック メディカルコーディネーター

²京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 医療疫学分野

【目的】終末期医療を受ける患者は日々病状が変化しやすく、在宅療養中に救急搬送となるケースがある。本研究では、訪問診療を受ける在宅療養中の終末期がん患者における救急搬送事例を調査し、その搬送事由を記述した。

【方法】2017年4月1日から2022年4月1日に当院にて訪問診療を行い、在宅がん医療総合診療を算定した患者を、1年間カルテレビューで追跡した。またその中で救急搬送された患者について、搬送時の主訴、救急要請者、診断名をカルテから抽出し記述した。

【結果】追跡対象者は163人で、男性95人(58.3%)、年齢中央値は78歳(四分位範囲71-85歳)であった。救急搬送となったのは14人(8.5%)で、そのうち男性が8人、年齢中央値は77歳(四分位範囲75-89歳)であった。救急搬送時の主訴は、呼吸苦6例、発熱3例、全身倦怠感2例、体動困難1例、嘔吐1例、主訴なし1例であった。救急要請者は、訪問医師13例、家族1例であり、訪問医師が救急要請した患者での搬送時の疑い病名は、肺炎3例、尿路感染症2例、胆管炎1例、発熱性好中球減少症1例、腫瘍性腸閉塞1例、憩室出血1例、心不全急性増悪1例、深部静脈血栓症1例、腰部脊柱管狭窄症の増悪1例、末梢挿入型中心静脈カテーテルの閉塞1例であった。また家族が救急要請した患者の主訴は呼吸苦であった。

【考察】当院で訪問診療を受けている終末期がん患者の救急搬送事例について記述した。救急要請は往診した医師によるものが多く、搬送時の診断は感染症の疑いが多かった。今後の研究では、同様の主訴や医師の診断がありながら搬送されずに自宅で看取りとなる終末期患者と、搬送となる終末期患者の違いを検証し、訪問診療においてより適切な救急搬送を行う一助としたい。

利益相反：無

00107 / 95077

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 9 在宅医療の質評価 /QOL 評価

DP4-3-5

演題取り下げ

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 9 在宅医療の質評価 / QOL 評価

DP4-3-6

当院における COVID-19 による訪問診療患者動向の考察

藤谷 好紀 ¹	フジタニ ヨシノリ
藤本 佳奈 ¹	フジモト カナ
林 佑哉 ¹	ハヤシ ユウヤ
武藤 英樹 ¹	ムトウ ヒデキ
能勢 悠介 ¹	ノセ ユウスケ
柳澤 克哉 ¹	ヤナギサワ カツヤ
菅原 信行 ¹	スガハラ ノブユキ
田中 裕子 ¹	タナカ ユウコ
山田 寿美 ¹	ヤマダ トシミ
宮本 雄気 ^{1,2}	ミヤモト ユウキ
守上 佳樹 ¹	モリカミ ヨシキ

¹ 医療法人双樹会 よしき往診クリニック 事務

² 京都府立医科大学 救急医療学教室

【目的】 厚生労働省の「2021年社会医療診療行為別統計」によれば、在宅看取り数は COVID-19 流行前の1.5倍に増加したと報告されている。そこで当院での在宅看取りを含む介入患者の転帰を分析することで、COVID-19 流行時における患者の療養場所についての議論を促進させることを目的とした。

【方法】 2018年1月から2021年12月末の間に訪問診療に介入した患者912人を、後方視的にカルテレビューを行った。COVID-19は2019年12月初旬に感染者の報告があったことから、2018年・2019年を流行前と定義し、2020年・2021年を流行時と定義した。

上記期間中に介入した患者を「介入継続中」「自宅看取り」「施設入所・入院」「外来通院に移行」「他訪問診療に移行」に分類・記述し、流行前と流行時でその割合に変化があるのか検証した。

【結果】 流行前に介入した患者は368人、流行時に介入した患者は554人であり、継続介入中の患者を除外した患者数はそれぞれ287人、342人であった。

介入終了時の転帰は、流行前は「自宅看取り」151人 (52.6%)、「施設入所・入院」は90人 (31.3%)、「外来通院に移行」8人 (2.8%)、「他訪問診療に移行」4人 (1.4%) であった。流行時は「自宅看取り」202人 (59.1%)、「施設入所・入院」は109人 (31.8%)、「外来通院に移行」9人 (2.6%)、「他訪問診療に移行」6人 (1.8%) であった。

【考察】 前述の結果から、転帰時の当院における自宅看取りの割合は流行前の1.12倍で、全国よりも少ない。また、「施設入所・入院」の割合は、ほぼ同数である。このことは、普段より日々の訪問診療にて、患者の状態を十分に把握していることが考えられる。定期的に状態把握を行う当院の在宅医療は重篤化を防ぐ役割を担っていると言っても過言ではないだろう。今後も在宅医療を拡大し、重篤化を防ぐことが必要である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 9 在宅医療の質評価 /QOL 評価 DP4-3-7

高齢者甲状腺機能検査にみられる低T3症候群における貧血との相関関係について

野村 修三 ¹	ノムラ シュウゾウ
松本 拓也 ¹	マツモト タクヤ
松村 剛 ¹	マツムラ ツヨシ
安部 公崇 ¹	アベ コウシュウ
岡本 宗一郎 ¹	オカモト ソウイチロウ
相川 幸生 ¹	アイカワ ユキオ
梅内 健史史 ¹	ウメウチ ケンシロウ
市川 知佳 ¹	イチカワ トモカ
増田 七恵 ¹	マスタ ナナエ
内田 貞輔 ¹	ウチダ テイスケ

¹医療法人社団貞栄会 静岡ホームクリニック 診療部

²ノムラメディカルクリニック 内科

【はじめに】 日常の診療で高齢者の甲状腺機能検査TSH・FT3・FT4測定。FT3低値に頻繁に遭遇する。今回低T3症候群21例中13例に貧血がみられた。貧血 (Hb) との相関関係を認め高齢者貧血の要因として低T3症候群の関与及びTSH.GFRとの相関についても検討した。

【対象】 在宅医療高齢者を対象。FT3値を4 Group (以下G.)に区分。(1)低T3値G.:21例。(女性.18例.平均年齢.89.1歳.男性.3例.平均年齢.86.3歳)(2)正常値G.:11例。(女性.9例.平均年齢.88.9歳.男性.2例.平均年齢.85.0)(3)正常値G.から低T3値G.:3例。(女性.3例.平均年齢.87.7歳)(4)低T3値G.から正常値G.:4例。(女性.4例.平均年齢.90.5歳)

方法:①[血液検査] TSH.FT3.FT4.Hb量.RBC数.Ht量.Alb量.平均赤血球容積(MCV).MCH.糸球体濾過量(GFR).測定.

②低T3症候群21例にみられる疾患(1症例.各複数選択)・病態を検討する。

【結果】 各Groupの関連性のある2項目選択して、2種類のデータ間の相関係数を求めた。散布図も参照した。(A) G1 低T3値とHb.R0.5。FT3値とGFR.R0.4。正の相関を認めた。G2 女性全例 正常値。G3 TSH(正常値)からTSH(低値)R0.9。GFR(正常値)からGFR(低値)R0.9。G4 TSH(正常値)からTSH(正常値.増加)R0.9。FT3(低値)からFT3(正常値)R0.9。GFR(低値).からGFR(増量)。(B) MCVからみた低T3症候群(21症例); 正球性貧血15例。大球性貧血6例。

【考察】 低T3症候群は甲状腺以外の疾患によりTSH.FT4値は正常値を示すが、血中T3値、FT3値が低下する状態である。Non thyroidal illness (NTI) と呼ばれている。今回の症例を通じて、高齢者の診療にあたって低FT3値であった場合貧血の可能性がある。勿論、低T3症候群の改善に甲状腺以外の疾患の加療が大切である。症例を通して、Hb量.TSH濃度.GFRの改善が低T3値の改善に推測だが役割を担っている可能性も考えられる。

利益相反:無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 9 在宅医療の質評価 /QOL 評価

DP4-3-8

当院往診症例の救急搬送事例の特徴～メディカルコーディネーター対応の質の向上に向けて

藤本 佳奈	フジモト カナ
林 佑哉	ハヤシ ユウヤ
武藤 英貴	ムトウ ヒデキ
藤谷 好紀	フジタニ ヨシノリ
能勢 悠介	ノセ ユウスケ
柳澤 克哉	ヤナギサワ カツヤ
菅原 信行	スガワラ ノブユキ
田中 裕子	タナカ ユウコ
山田 寿美	ヤマダ トシミ
長野 広之	ナガノ ヒロユキ
守上 佳樹	モリカミ ヨシキ

よしき往診クリニック メディカルコーディネーター

【目的】 当院の訪問診療は医師1名にメディカルコーディネーター（以下MC）が同行する。24時間365日往診を行い、ファーストコールはMCが対応する。MCには医療経験がない者もあり、電話で緊急度や状況を把握することが困難な場合がある。本研究の目的は、往診後救急搬送になった事例の特徴を知りMCが緊急度を考慮した適切な情報収集、対応を行うための考察を得ることである。

【方法】 2022年1月から同年12月に、当院から往診（医師が予定外に患家に赴き診療を行うこと）後、救急搬送になった例を対象とした。患者の年齢、性別、既往歴、往診理由、往診医が主治医であったか、救急要請が必要になった病態を記述した。

【結果】 往診後救急搬送になった例は57名、平均年齢82.3 歳であった。男性34名、女性23名、既往歴は慢性心不全、各臓器癌、認知症などがあつた。往診理由は、呼吸困難12、意識レベル低下8、発熱13、転倒7、立位不可7、腹痛6、嘔吐4、その他26件であつた。主治医以外の往診が32件であつた。搬送時診断は肺炎、心腎不全増悪、骨折、尿路感染疑いなどがあつた。

【考察】 呼吸困難が主訴の事例は12件だつた。肺炎で入院となつた事例で呼吸困難、発熱は高率にあつたが、主訴が意識レベル低下や立位不可のものもあつた。肺炎を疑う際に呼吸困難や発熱以外の症状が主訴であることがあり注意が必要である。転倒の事例は7件だつた。骨折の確認には画像診断が必要になることが多く、手術が必要な病態もあり、迅速で的確な対応が必要である。意識レベル低下の事例は8件で搬送時診断は肺炎、尿路感染などがあり脳血管疾患は1件だつた。意識レベル低下の判断には普段との比較が重要である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 9 在宅医療の質評価 /QOL 評価

DP4-3-9

訪問診療導入前の不安要因とその軽減要因について

狩守 佐知子 イズモリ サチコ
 塩田 修玄 シオタ ノブヒロ
 原茂 明弘 ハラモ アキヒロ
 医療法人社団つむぎ やすらぎ在宅診療所

【目的】 在宅看取りを経験した遺族へのアンケート調査から、訪問診療導入前の不安要因と、導入後の不安軽減要因を明らかにする。

【方法】 2021年1月1日～2021年12月31日の期間に在宅看取りとなった遺族を対象として、患者満足度アンケート調査を実施した。訪問診療導入前の不安要因と軽減要因について、アンケートに記載されているコメント内容を類似語でグループ化し分析した。

【結果】 配布数102、回答数は55、回収率55%であった。

在宅医療に対して不安があると答えた割合は、導入前58%から導入後28%へと減少していた。導入前の不安要因として、**【在宅医療システムの不安】** **【介護不安】** **【今後起こりうる身体変化やその対応】** **【介護者の社会的立場の不安】** の4カテゴリーが挙げられた。導入後の不安を軽減した要因として、**【診療時の対応】** **【密な多職種連携】** **【訪問看護師による家族対応】** の3カテゴリーが抽出された。

【考察】 厚生労働省による終末期医療に関する調査では、在宅医療推進にあたっての課題は「在宅医療・介護サービス供給量の拡大や医療と介護の連携による質の向上及び効率化」、「家族支援」と述べている。今回の調査では、同様の結果が得られた以外の課題が分かった。特に在宅医療導入前の不安要因の多くを占めたのが、在宅医療のシステムのわかりにくさであった。また、家族に対する配慮や信頼感を持った医療者の存在、気持ちを理解し協力してくれる他者の存在が不安を軽減する要因につながるため、診療時の対応が重要となる。多くの家族にとって初めての体験であり、医師として「その場に応じた的確で分かりやすい説明」はもちろんのこと、「一人の人間同士として主体的に関わる姿勢」「患者家族に寄り添う気持ち」が必要であると示唆された。さらに、患者や家族にとって1番近い存在である訪問看護師による支援や密な多職種連携は不安を軽減する要因として必要不可欠な要素となると考えられた。

利益相反：無

DP4-3-10

高齢者の発熱治療における在宅医療の有効性：入院医療と比較した前方視的多施設共同研究 (第2報)

荒井 康之¹ アライ ヤスユキ
 鈴木 隆雄² スズキ タカオ
 鄭 丞媛³ ジョン スンウォン
 太田 秀樹¹ オオタ ヒデキ

¹医療法人アスミス 生きいき診療所・ゆうき

²桜美林大学大学院 国際学術研究科 国際学術専攻 老年学学位プログラム

³新見公立大学 健康科学部 地域福祉学科

【目的】 急性疾患の治療に関して、在宅医療を入院医療と比較し、その有効性を検討した国内の研究は、極めて少ない。そこで本研究では、高齢者が入院する理由の一つである発熱に着目し、その治療を入院で行った場合と居宅で行った場合を比較し、死亡率や心身の機能予後に差があるかを検討した。

【方法】 国内の在宅療養支援診療所・病院10施設による前方視的研究。普段から在宅医療を受けていた65歳以上の患者のうち、38.0℃以上の急性の発熱を呈し、研究に同意が得られた症例を登録した。入院症例1例ごとに、居宅で治療した症例から2例ずつ、患者の状態像が近似する症例をマッチングし、解析の対象とした。マッチングに用いた条件は、発熱時の医学的所見（年齢、脱水/呼吸不全/意識障害/血圧低下の有無）と、発熱直前の運動機能および認知機能である。入院群と在宅群で、発熱から90日後の死亡率、運動機能/認知機能の悪化の有無を比較検討した。（桜美林大学倫理審査承認）

【結果】 192例（入院22例/居宅170例）の登録があり、入院群15例/在宅群30例が解析の対象となった。90日後の死亡率は、入院群26.7%/在宅群13.3%（ $p=0.41$ ）であった。生存者のうち、90日後の運動機能の悪化は、入院群54.5%/在宅群23.1%（ $p=0.06$ ）、認知機能の悪化は、入院群45.5%/在宅群3.8%（ $p=0.02$ ）に見られた。なお、死亡までの平均日数は、入院群23.0日/在宅群3.0日（ $p=0.03$ ）であった。

【考察】 普段から在宅医療を受ける状態にある高齢者の場合、発熱の治療を居宅で行っても、90日後の死亡率は入院と差がなく、心身の機能を維持するには、在宅医療の方が有効であることが示唆された。入院医療は、短期的な救命には効果が高いが、入院に伴う療養環境の変化や治療中の安静が影響し、患者の心身の機能低下を来しやすい。結果として、入院群では、食欲低下や誤嚥性肺炎等の合併症も生じやすく、そこから死亡に至るケースもあることから、90日後の死亡率では、2群間に差が見られなかったと考えられた。

利益相反：無

DP4-3-11

人工股関節置換術後のメチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) 感染症に対し訪問看護と手術の hybrid 治療で対処した一例

仲田 公彦 ナカタ キミヒコ
東大阪病院 整形外科

【はじめに】骨内に人工物を挿入し、それが感染した場合は、抗生物質を投与し、人工物を抜去する手術が必要となる。一般には、重症の感染症と考えられ、入院加療が選択されることが多い。併せて、「エホバの証人」を信仰する患者からの宗教的理由による輸血拒否がある場合、治療に対する選択肢は狭い。貧血や糖尿病、認知症もある高齢者に対し、在宅と入院の hybrid 治療を行なったので、報告する。

【症例】症例は80歳代、女性。2019年6月、他医で施行された人工股関節置換術後のメチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) 感染症ということで紹介初診された。回収式の輸血は可能とを知り、手術が必要であることを説明した。取り敢えずは、在宅中心に保存加療を開始した。前医では感受性のあるバンコマイシンを点滴投与されていた。開放創あり、点滴とST合剤内服を継続すると共に、訪問看護にて創処置を継続した。新型コロナウイルス感染症が流行する中、在宅で加療する利点を活かすことが可能であった。感染の悪化など、紆余曲折ありながら、2020年4月、前医で短期間、入院して人工関節の抜去手術を受けた。退院後は当院外来でも創状態良好であったが、同年8月深夜、急死された。

【考察】コロナ禍にて、会場とオンライン両方で hybrid 開催される会も多い。一般に、重症患者は入院治療、軽症患者は在宅診療という棲み分けがある様であるが、決して固定的なものではないと考える。今回、認知症や宗教的理由から、手術加療を直ちには首肯しない高齢者を経験した。在宅診療では手術は不可能であるが、入院治療のみでは満足に至らない。双方が補完出来る形での hybrid 治療を目指したので、御批正賜れば幸甚である。

利益相反：無

01022 / 95084

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 9 在宅医療の質評価 /QOL 評価

DP4-3-12

演題取り下げ

00188 / 95109

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 10 ICT と在宅医療 -1

DP5-1-1

演題取り下げ

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 10 ICT と在宅医療 -1

DP5-1-2

ICTを用いた診療所と訪問看護ステーションの連携の経験 一般診療所医師の立場から

佐藤 俊大 サトウ トシヒロ

医療法人社団 佐藤医院 医局

【はじめに】当市は人口当りの医師数が少なく、かつ高齢化の進んだ地域であるため在宅医療へのニーズは多いが、その多くに対応できていない。当市でも多職種連携にSNS利用を開始しているが、未だ十分な利用ができていないと言いがたい。

【活動】当診療所では昨年度から訪問診療を行っている症例における診療所と訪問看護ステーションとの連絡を、電話またはFAXを用いた方法からSNSを用いた方法への変更をお願いしている。また今年度からは癌終末期の方の連携の際には、血圧、食事状況などの情報を項目化した連携シートを作成し、介護者に記載していただいたものをSNS上で共有する方法をとっている。

結果、当診療所と連携している訪問看護ステーションはほぼ全てがSNS連絡に変更して頂けた。SNS連絡の開始後は定期連絡のための電話連絡はなくなり、診療所での通常外来中における連携のための外来中断はほぼなくなった。医師としては、訪問看護師からの連絡がSNSという形ではあるが、直接受けられるようになったことにメリットを感じたが、当診療所スタッフからは訪問看護師側と電話を介してではあるが会話する機会がなくなり寂しいとの意見もあった。またSNSに加えて連携シートを利用することにより、状態の確認のためだけの連絡を減らすことができ、介護ご家族からも状態の客観視ができたことで、状態の相談の際に不安な点が明確になり相談しやすくなった、とのお声も頂いた。

【考察】当市でも多職種連携にSNSの利用が有用であると思われた。またSNSの運用において前もって必要とする情報を症例毎に各施設間で確認しておくことで、より良い連携が取れる可能性が考えられた。

SNS連携を主とするために、お互いが顔の見えない連携に陥るリスクや、病診連携・診診連携時のSNS利用法およびSNS連携に参加できない福祉施設・症例に対する情報共有については今後の課題と思われた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 10 ICT と在宅医療 -1

DP5-1-3

オンライン診療等の各種オンラインシステムを利用した事例

土屋 淳郎 ツチヤ アツロウ
医療法人社団創成会土屋医院 内科

【はじめに】在宅医療において多職種連携システムを利用する医療介護連携は浸透してきており、このほかにもさまざまなオンラインシステムを利用する取り組みが報告されるようになってきた。そして新型コロナウイルス感染症の対策の一環として広く行われるようになったオンライン診療も在宅医療において用いられることが多くなってきている。

そこで今回、多職種連携システムの利用に加え、オンライン退院カンファレンス、オンライン診療、オンライン人生会議を行った事例を経験したので報告する。

【症例】87歳女性

大腸がん術後の患者。退院後は独居生活となり独りでの通院困難なため訪問診療を開始。退院に合わせ多職種連携システムを用いた情報共有を開始。療養中に入院となった際には、退院時カンファレンスをオンラインにて実施。その後、腎不全の増悪に加え認知症も増悪傾向があるため、病院医師と多職種チームとでACPについての情報共有を行い、家族を交えた人生会議をオンラインで実施。病状の増悪傾向に合わせて当院の診療も月1回の訪問診療と月1回のオンライン診療(D to P with N)を増やし、終末期になってからは月2回の訪問診療と緊急時のオンライン診療をすの方針として、療養生活を支援していった。

【考察】高齢の独居生活者であり、徐々に認知症も進行していることから多職種チームで医療や介護の情報などさまざまな情報を共有する必要があるとあり、多職種連携システムの利用は非常に有用であった。また状況に応じて行ったオンライン退院カンファレンスやオンライン人生会議、訪問診療回数を増加させるタイミングで行ったD to P with Nによるオンライン診療は、時間的に制約がある医療機関にとって有効な方法であった。在宅医療におけるオンライン診療等のオンラインシステムは今後も重要になると思われた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 10 ICT と在宅医療 -1

DP5-1-4

診療補助機器を活用した急変リスクへの遠隔サポートの取り組み

井村 龍磨 イムラ タツマ
いむらクリニック 医局

【はじめに】超高齢化社会において、看取り件数は年々増加傾向にある。

なかでも施設においては、介護職が看取り時の第一対応者になることが多く負担に感じることがある。

特に現状のコロナ渦においては、悪性疾患であっても施設で看取りを希望する方が増える傾向にある。これらの方は老衰の方と比べて、病状変化が著しいため迅速な発見や対応に苦慮しやすい。またコロナ感染となると隔離の必要性から診療補助機器を使った遠隔サポート体制の重要性が増している。

【活動】今回、我々は診療補助機器を活用することで、介護・医療連携を促進し、患者の安心へと繋がる取り組みを進めた。

具体的には、①担当職種全員で共有できるチャット方式の情報共有ツールの活用 ②バイタル測定や心電図モニターの遠隔チェック ③夜間就寝中の状態変化を確認できる睡眠チェック機器 ④医療職と直接繋げる視覚的なサポート機器 等の活用を進めている。

【考察】機器導入において大切にしていることは、①迅速性のある情報共有 ②機密性のある情報共有 ③簡易性の高い使用方法である。

まだまだ試験的な使用段階にとどまる機器もあるが、おおむね介護・医療連携において、介護職の夜間を中心とした業務負担の軽減に一役をかっていて、本人や家族の安心にもつながりやすい。

また、現状の結果的には、医療職のオンコール体制における医療判断の質向上にもつながり、直接訪問頻度や必要以上の検査回避など医療職の負担軽減にもつながっている。

今後の課題としては、機器活用時の責任の所在や倫理感、使用する労力に対する報酬上の反映などが挙げられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 10 ICT と在宅医療 -1

DP5-1-5

ウェアラブルデバイスによる在宅がん患者の心拍数・身体活動度モニタリングの試み

田中 啓 ¹	タナカ ケイ
橋高 恵 ¹	キツカ メグミ
舟楫 晋吾 ¹	フナツキ シンゴ
松本 葉子 ¹	マツモト ヨウコ
山崎 励至 ^{1,2}	ヤマサキ レイシ
梅田 耕明 ¹	ウメダ コウメイ
大西 一郎 ²	オオニシ イチロウ

¹松原アーバンクリニック 訪問診療²AP TECH 株式会社 AP TECH 株式会社

【目的】がん患者の診療では、日常生活における身体活動度 (Performance status, PS) を把握することが疼痛コントロールや予後予測に有用である。しかし、限られた回数・時間の訪問診療だけでは、患者のPSや身体的負担を正確に把握できないこともある。最近、ウェアラブルデバイス (WD) によって心拍数・歩数を簡便に測定できるようになっている。WDを用いた在宅がん患者の心拍数・歩数モニタリングの実現可能性・有用性について、がん性疼痛との関連にも注目して検証する。

【方法】がん性疼痛に対してオピオイドを使用している在宅がん患者を対象とした。見守りアプリ Hachi® (AP TECH 社) をインストールした Apple Watch® を患者に装着させ、心拍数・歩数を24時間連続でモニタリングした。患者は、レスキュー薬を使用した時刻と疼痛の程度 (NRS) を記録した。本研究は医療法人プラタナス倫理委員会の承認の下行われた。

【結果】書面で同意を取得したがん患者2名 (A・B) を対象に7日間測定を行った。症例A (70代男性、胃癌) は、305-399歩/日、日中歩行が記録された時間は14-22%であり、PS3と判定できた。一方、症例B (40代女性、肉腫) は、1427-4394歩/日、日中歩行時間は57-82%でありPS2に相当した。いずれの患者でも、歩行による心拍数の変動を検出できた。患者Aは、安静時心拍数は約60bpmであったが、軽動作 (50-100歩/10分) でも約100bpmまで上昇していたことがわかった。一方で、疼痛と心拍数の変動のタイミングには明らかな関連は認められなかった。

【考察】

WDによる持続的な歩数計測により在宅がん患者のPSを視覚的かつ客観的に評価でき、心拍数を同時に測定することで運動耐容能も推測することができた。WDによる歩数・心拍数のモニタリングは、在宅療養中のがん患者のPS・運動耐容能を評価するのに有用である可能性が示唆された。

利益相反：無

DP5-1-6

重度障害者向けプレゼンテーションシステム HeartyPresenter を用いた社会参加の事例

高野 元^{1,2} タカノ ハジメ
吉村 隆樹² ヨシムラ タカキ

¹ 創発計画株式会社

² 株式会社ラボテック

【はじめに】 発話不能・四肢麻痺の重度障害者の社会参加の一つに講演があるが、用意した原稿を介助者が代読する形で行われる。筆者らは重度障害者向けプレゼンテーションシステム“HeartyPresenter”を開発し、当事者が自分自身で講演を行うことを可能とした。その一例を紹介する。

【活動】 開発したシステムは、あらかじめ設定したシナリオに沿った最小限の操作でPowerPoint を動かし、それと同期して音声合成機能で発話することができる。また会場の様子により発話内容を切り替える機能 (SwitchTalk) などの工夫により、対話型の講演も可能とした。

筆者はALS療養者で、すでに医療処置もしているが、呼吸リハビリなどの努力により体調を維持している。また、訪問看護やヘルパーの体制に加えて、視線入力などのコミュニケーション環境も整っているので、安定した日常生活を送れている。その上でHeartyPresenterを用いた講演活動を続けていて、5年間で60件ほどである。講演の仕事としてのプロセスは、依頼を受けて構成を考え、スライドを作成して発話文を書き、現地またはオンラインで講演して質疑をし、アンケートでフィードバックを受ける、となる。

最初は営業していたが、実績が増えるに連れて口コミやレポートでの依頼が増えていった。中には、250人ほどの学生との対話的な講演もあった。HeartyPresenterを利用すると自分自身の意見や考察として伝わるので、依頼があると考えている。

【考察】 このシステムを用いた仕事は、達成感も反省点も常にあるので、病気に気を取られている暇がないことが、ALSの進行を抑えてくれているのではないだろうか。

HeartyPresenterはフリーソフトとして公開している。ユーザも現れていて、大学での講義で利用してくれている。あるユーザは、「自分で話しているみたい」との感想を寄せてくれた。重度障害を抱えてなお、社会参加を志す当事者の一助になれば喜びである

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 10 ICT と在宅医療 -1

DP5-1-7

ICTを活用した退院時共同指導を実施して新規医療機器を導入した若年在宅患者

高橋 航¹ タカハシ コウ
 中村 知夫^{1,2} ナカムラ トモオ
 蘇我 晶子³ ソガ アキコ
 窪田 満¹ クボタ ミツル

¹ 国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 総合診療科

² 国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 在宅診療科

³ 医療法人社団亮明会 そがメディカルクリニック 外科

【はじめに】 新型コロナウイルス感染症対策を契機として、在宅医療の現場でもICT導入が加速している。既に在宅医療が導入されている若年症例で、退院時共同指導をオンラインで開催することで、新たな医療機器を導入し、メーカーの助言を参考に設定条件を決定することができた。さらに、病院と訪問診療医の医療者間だけでなく、家族と所見をリアルタイムに共有でき、医療機器の導入を円滑に行えた症例を経験した。

【症例】 新生児仮死、混合型脳性麻痺、発達遅滞および新生児慢性肺疾患を基礎疾患に持つ15歳の男性。立位は可能だが歩行困難であり、言葉による意思疎通や、唾液を含めた嚥下が難しく、経管栄養に加え、呼吸管理として気管切開および夜間人工呼吸器を導入していた。2年前から訪問診療が開始され、当院外来も定期的に受診していた。成長に伴う側弯などの二次変化のために喀痰が増加して排痰が困難となり、誤嚥性肺炎予防と、呼吸機能の維持を目的として入院し、排痰補助装置を導入した。母親の理解度と機器操作の習熟度の確認に加え、排痰補助装置の経験が少ない訪問診療医への支援と、現状の共有を目的として、退院前カンファレンスを開催した。このカンファレンスは、訪問診療医に加え、メーカーにもオンラインで参加していただき、ベッドサイドで行った。ICTの活用により外来主治医、病棟医、病棟スタッフ、訪問診療医、医療連携室と母親で、機器の使用感、効果および母親の理解度をリアルタイムに共有できた。導入2ヶ月経過後も使用を継続できており、呼吸状態の急速な悪化は見られていない。

【考察】 ICTの活用により、患者と家族、外来主治医、病棟医、訪問診療医に加え、業者もオンラインで一堂に会することができ、新規医療機器の導入および訪問診療医によるサポートを、共通認識を基盤にして容易に行いえた。新規機器の円滑な導入およびその後の定着に、ICT利用が貢献したと思われるため報告する。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 10 ICT と在宅医療 -1

DP5-1-8

小児中心静脈栄養患者において、オンライン服薬指導を利用することで自宅療養可能となった一症例

西村 淳¹ ニシムラ ジュン藤井 咲輝¹ フジイ サキ松尾 怜奈³ マツオ レイナ長谷川 寛² ハセガワ ヒロシ田附 裕子⁴ タヅケ ユウコ¹ 日本調剤株式会社 日本調剤 香川大前薬局² 日本調剤株式会社 在宅医療部³ 大阪大学医学部附属病院 患者包括サポートセンター⁴ 大阪大学大学院医学系研究科 小児成育外科

【はじめに】小児のTPNでは患者ごとに薬剤の微調整が必要なため、既製品では対応困難な場合が多く、薬局での無菌製剤が必要となる。近年、無菌製剤設備を整えた薬局も増加しているが、まだ地方には少ないのが現状である。今回、当薬局において、オンライン服薬指導（以下OL指導）を利用することで、在宅療養へ移行できた症例を経験したので報告する。

【症例】1歳男児。A県在住。胎便性腹膜炎、多発小腸閉鎖の診断でA県にて手術。その後経腸栄養を開始するも肝機能悪化等を認め、完全TPNに切り替えた。その後再度経腸栄養を試みたが肝障害増悪を認め、B県B病院に紹介、転院となった。約4ヶ月の入院後、TPNが継続できれば在宅療養可能な状態となった。B病院MSWはA県内複数の薬局に打診したが、対応薬局を見つけることができず、近隣都道府県までエリアを拡大し、当薬局へ連絡が入った。当薬局と患者宅は直線距離で200kmを超え、在宅訪問は困難であったが、OL指導のシステムを利用することとし、B病院主治医らと調整を行った。

B病院主治医は月1回電話診察をし、処方箋を発行、薬局はOL指導を実施し、8日分ごと分割調剤にて薬剤を配送することとした。またサポートとしてA県自宅近隣のC病院小児科も定期受診してもらうこととした。

退院6ヶ月後、刺入部にカブレ出現。B病院主治医とは電話診察であり、患部の診察を受けることが困難であった。そこでOL指導時に患部の写真を送付してもらい、B病院主治医へEメール送信することで診療に活かしてもらうことができた。

【考察】退院後約1年経過し、その間、カテーテルを自己抜去するトラブルが1度発生したものの、その他の大きなトラブルは発生していない。OL指導は対面と同等の安全性を担保した上で、電話だけでは得られない映像という情報を得ることができる点はメリットであり、医療過疎と呼ばれる地域においても有効なツールになると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 10 ICT と在宅医療 -1

DP5-1-9

認知症フレンドリーテックについて

内田 直樹 ウチダ ナオキ

医療法人すずらん会たろうクリニック 在宅医療部門

【はじめに】 現状で認知症の人へ活用するテクノロジーというと「徘徊するからGPSをつける」といった認知症の人が引き起こす課題に対処するという視点にもとづくものが多い。この背景には、「認知症の人は課題を抱えた人であり、認知症以外の人がある課題に対処すべきだ」という認知症対処社会の考え方がある。しかし、現状600万人の認知症の人が全国にいると推計されており、この人数は2060年まで増え続けるという推計がある。認知症の人が社会の多数派となる社会が到来し、認知症対処社会の考え方では社会が立ちゆかなくなる。

そこで注目されているのが、認知症フレンドリー社会である。認知症フレンドリー社会は、認知症の人が意欲を持って生活し自信を持って意義ある活動に参加ができる社会とされている。

【活動】 福岡市は2018年に認知症フレンドリーシティ宣言を行い、認知症にやさしいデザインのガイドライン作成などの施作を行なっている。また、福岡市はエンジニアフレンドリーシティでもある。

これを背景に、テクノロジーを活用して認知症フレンドリーな取り組みを加速させることを目的として演者は認知症フレンドリーテックというコミュニティづくりを開始した。複数のイベントを行い、エンジニアと非エンジニアが協働し多彩なプロダクトの開発を行なっている。第一回ハッカソンでは認知症の人の想起を助けるアプリ「想起SOBA」や、就労している若年性認知症の人が朝の準備を行うことを支援する「お願いマイコンシェル」などが生み出された。

【考察】 イベント後も、各チームによってプロダクトの開発は続けられており、複数のプロダクトがさまざまな賞を受賞した。また、これらの活動が認められEngeneer Friendly City Award 2022において認知症フレンドリーテックはコミュニティ賞を受賞するに至った。社会的に意義のある活動と考えており、学会でその歩みを紹介したい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 10 ICT と在宅医療 -1

DP5-1-10

当院における ACP とその共有

山田 毅 ヤマダ ツヨシ
澤田 慎太郎 サワダ シンタロウ
正谷 知巳 マサタニ トモミ
医療法人社団すまいる やまだホームケアクリニック

【はじめに】当法人は富山県富山市で在宅療養支援診療所と訪問看護リハビリステーションを運営する法人です。クリニックは常勤医師3名、非常勤医師1名、看護師4名、事務員6名（内、1名は管理栄養士兼務）、訪問看護師10名、PT2名、OT1名、事務員2名（内、1名は管理栄養士）で業務を行っています。

【活動】クリニック（以下当院）として年間約50名前後の看取りを行い、2022年12月現在500名弱の看取り患者に携わってきました。

当院の在宅医療では、初診時にすべての患者に対し、独自で作成した簡易 ACP と今後の想いを聴いています。

現在は在宅医療に限らず、すべての医療現場において、ACP を行うことが肝要となっていますが、そのタイミングや内容が問題となっています。

また、繰り返し行う ACP とその共有の仕方なども地域や各機関によって様々あるかと思えます。

当院では ICT ツール（バイタルリンク®）を使い、100箇所以上の医療・薬局・福祉機関とつなぎ、当地域の総合病院との連携にも用いています。そして切れ目のない医療を提供する目的の一つとして、このツール内で聴取した ACP を共有しています。

【考察】現在のところ、在宅看取り率は全体で300名超、7割弱、そのうち最初から在宅看取りを希望していた方は8割になります。その内訳や最近の傾向など、コロナ前、コロナ禍での変化なども提示し、当院で行っている初診時 ACP の取り組み、ICT ツールを使った多職種との共有を紹介します。

ここから見える課題と今後の取組について、若干の考察を加えて発表したいと思います。

利益相反：無

00186 / 95120

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 11 ICT と在宅医療 -2

DP5-2-1

演題取り下げ

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 11 ICT と在宅医療 -2

DP5-2-2

処方せんの電送体制整備による配達の効率化とその経営効果について

上堀 元気¹ ウエホリ モトキ

三上 泰輝² ミカミ ヨシテル

佐藤 礼奈³ サトウ アヤナ

児玉 賢² コダマ サトシ

宇野 充俊² ウノ ミットシ

¹ ゆう薬局グループ キタオオジゆう薬局

² ゆう薬局グループ 本部

³ ゆう薬局グループ にしがもゆう薬局

【はじめに】 弊社では以前より地域ごとに「在宅医療」に取り組んできたが、京都市内のさらなる在宅医療提供の充実化を図るために令和2年8月3日に在宅専門薬局を新規開局した。他店で行っていた在宅業務をすべて集約し、在宅医療を中心とする薬局として開始した。しかし在宅医療では、医師の往診訪問後から薬剤師の訪問までに時間差が生じる場面が多く、特に在宅件数が多い在宅専門薬局を運用していくには効率的な運用が必須と考えられる。

【活動】 当薬局では、処方箋の電送について医師の訪問診療の後に即時に薬局へ送信する体制へ変更を行い、迅速な処方せんの電送が薬局側にもたらす経営効果について調べた。電送体制変更前（令和3年4月～令和3年11月）と電送体制変更後（令和4年4月～令和4年11月）での評価項目の推移について算出した。評価項目としては、処方箋受付回数、訪問件数、配達件数、調剤技術料、残業時間、人件費等を設定し比較を行った。

【考察】 電送体制変更前後で比較すると受付回数111.5%という結果になった。詳細結果を含めた考察については、当日報告する予定である。処方箋の受領を訪問診療後に即時に行うことで、薬剤師の訪問までの時間が大幅に短縮された。そのため、訪問件数の増加や人件費の削減にも繋がった。今後も運用について模索していき、さらなる効率化を進めたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 11 ICT と在宅医療 -2

DP5-2-3

睡眠センサー/データを活用した、在宅医療における多職種連携事例・可能性

國末 充央 クニスエ ミツヒサ

医療法人社団 彩明会 グリーン在宅クリニック 訪問診療

【はじめに】当院は岡山県倉敷市の訪問診療専門のクリニックであり、看取り・医療依存度の高い患者や認知症や衰弱による主訴を把握しにくい患者、更に「家族ケア」の必要性など多様な状況に対応しており、治療にあたっては数値化が難しい”定性的な”情報の中で判断を迫られている。正確な情報を多職種から効率的に収集し対応したいが、この『定性的な情報』に加えて『定量的な情報』を得られる方法として、現在、連携訪問薬局の一つである「オール薬局（マイライフ社：本社広島県呉市）」が提供している「睡眠センサーを活用した在宅療養状況を可視化するサービス」を活用した。睡眠センサーはマットレスの下に設置するのみで、非接触で違和感なく、夜間の睡眠状況/離床状況の把握、昼間の「ベッド依存度・生活リズム」の確認が視覚的に確認できる。これにより、患者の体調不調時の原因推察や体調変化状況・予測を行う上で定量的なデータ及び有効な結果を得られ、訪問診療にも有効である可能性が高いため症例報告をする。

【症例】本サービスを利用して生活モニタリングを行った患者は以下の通りである。(症例A) 腹水貯留による夜間の腹痛の発生頻度や睡眠への影響の評価、服薬効果の確認、(症例B) 寝たきりで主訴不安定、夜間の不穏行動や昼夜逆転の状況評価、減薬の成功、(症例C) 脳梗塞後遺症による離床時の不安定、転倒転落の可能性とリスク評価・対策 (症例D) 独居のため日中の生活状況が主訴以外不明、生活様態の確認に使用 (症例E) 膵臓がん看取り、療養状態の確認と疼痛管理に使用した。

【考察】通常の定性的な情報に加え、定量的な連続情報があることで人との関わりがない時間の状況や、ご本人が訴えなかった情報、睡眠や痛みといった本人も気づいていない情報が確認できることで、定性的な情報が一つにつながり、多職種間での情報共有にも広がり患者の自宅療養支援に資することが示唆された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 11 ICT と在宅医療 -2

DP5-2-4

南多摩医療圏 (日野市・多摩市・稲城市・八王子市・町田市) における、在宅療養支援窓口の連携強化とコロナ禍で見えた相談支援の現状

淵野 純子 フチノ ジュンコ
石岡 基 イシオカ モト
多摩市高齢者在宅療養支援窓口 多摩市医師会

【はじめに】南多摩医療圏の5市の在宅医療・療養相談窓口は、市から、医師会や、病院等に委託を受けて活動している。相談窓口の相談員は、1名から6名までと人数や活動時間なども違う運営状況にある。しかし、窓口では地域住民や支援者含め、市境の方からの相談なども受けている。今回、南多摩医療圏の相談支援強化と、窓口で働く相談支援員同士の連携強化のために、連絡会を定期的に開催し、ICT (MCS メディカルケアステーション) を利用した支援者同士のグループを作り、相談員同士の情報共有や利用者の相談援助に活用することができたので、ここに報告する。

【活動】連絡会については、半年に1回実施。5市の窓口担当と各行政担当者、医師会医師等が参加し開催した。第1回目と2回目は、コロナ禍であり、オンラインでの開催を実施。現状報告やそれぞれの窓口での運営での困り事や相談支援の在り方、広報や研修内容などの取り組み等を共有した。第3回目は、オンラインと、対面両方のハイブリッド方式で実施。第1回目の連絡会の後に、MCSでのグループを作成し、近隣市からの往診や訪問診療可能な診療所などの情報共有などを行った。実際に、往診可能な皮膚科や眼科、救急往診対応医療機関等を紹介していただき、市境の利用者に往診や訪問診療等実施していただくことが出来た。ICTを利用することで、タイムリーな情報共有とともに、業務負担なく相談支援ができた。南多摩医療圏全体で相談員同士が、問題解決にむけて、取り組むことが出来ている。

【考察】全国的に見ても在宅医療・療養支援窓口の相談員は、人数が少なく孤立しがちである。

今回、近隣市の情報共有とともに、相談員が相談し合える状況ができた。このことは、地域住民や窓口相談する支援者にも有益であり、相談者同士の気づきも多くあり、相談員の質の向上にもつながると考える。今後も近隣市相談員同士のさらなる連携強化をめざしたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 11 ICT と在宅医療 -2

DP5-2-5

情報の手渡しとインターネット活用のバランス

井上 まや¹ イノウエ マヤ
清水 亨¹ シミズ トオル
前田 亮一² マエダ リョウイチ

¹医療法人社団せせらぎの森 せせらぎ在宅クリニック

²理化学研究所 情報統合本部データサイエンスデザインチーム

【はじめに】 当院では「制度につながりにくい人を支える」ことを目指し、気軽に集まれる場を作り、訪れた人たちの緩やかなつながりから、やわらかなセーフティネットの構築を図っている。「情報の手渡し」を基本姿勢とし、不特定多数への周知は行っていない。この試みはゆっくり成果を上げているが、「クリニックに来た方」を対象に限られる。地域の外出しづらい方と関わりを作るには、インターネットの活用が考えられるが、間接的な対面によるサポートの可否も含め、今後の検討課題となっている。

【活動】 現在、当院のホールと zoom により活動を行うサークルに対し、主催者である音楽療法士のグループの苦手分野を引き受ける形で、zoom の設定・利用方法の説明・当日の入室サポートを担当している。認知症の進行などで1人での参加が難しい方が退会されているが、サークルの目的が音楽療法であり、別組織であるため、当院からの働きかけはできない。しかしながら、当院の目的を振り返り、この退会者のような方たちへの関りを深めていきたいと考えている。そこで、インターネットサポートに関しての検討を始めた。その1つの案が外部企業との連携である。地域の暮らしの保健室を立ち上げた仲間の1人が、コロナ渦で高齢者の孤立を防ぐためにインターネット利用を勧め、起業した企業である。特定の企業としっかり連携するのではなく、お互いに自分たちでカバーできない部分を補い合うことができないか、現在摸索中である。

【考察】 当院における「情報の手渡し」とは、訪れた方に向かい合い、対話を重ねることを指している。外出が難しい方へのインターネットサポートは、間接的な対面によるものであり、独自のスキルが必要となり、当院としての優先順位、バランスを図っていく必要がある。この試行錯誤の過程を記録しまとめることで、連携における留意点を明確にしていきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 11 ICT と在宅医療 -2

DP5-2-6

事務における集金業務を通して患者との関わりについて

笹川 春菜 ササカワ ハルナ
ささえるクリニック岩見沢 診療部

【はじめに】当院は外来・訪問診療を主体としており、北海道の中心部である札幌市から車で1時間程のところにある岩見沢市にあります。当法人は医療、看護、介護を通じてまちづくりという理念を元に活動しています。その中で私達は事務っ子という愛称で呼ばれています。医療事務、診療アシスタント、相談員の3つのマルチスキルをこなし、一つひとつのスキルや専門性を高めながら、誰かしかできない仕事を作らずワークシェアリングを行い、仕組みを作り実践しています。

【活動】今回は医療事務業務の中の会計業務について沿ってお話します。当院の訪問診療は、基本は月2回の訪問診療を行い、翌月に1ヶ月分まとめての医療費等のお支払いをお願いしています。訪問先は独居、家族同居、施設入居等様々です。ご自身で金銭管理が出来る方には訪問診療とは別に私達から患者宅に赴き毎月集金を行っています。医師や看護師、ケアマネジャーだけでなく、事務が直接患者と接する時間を作るようにしているのです。その為、患者にとっての日常生活について触れたり、些細な変化を教えてくれるようになり、訪問診療へ生かすことが出来ています。また、私達に対して世話を焼いてくれることもあり手編の手袋や靴下を作ってくれることもありました。私達自身も患者としてだけではなく、地元のおじいちゃんおばあちゃんと地元の子という形でコミュニケーションを取ることで、自分自身が楽しみながらも、まちづくりが出来ていると実感しています。

【考察】ネットバンキング等も普及し、外出せずともスマートフォン等で振込が出来るようになったこの時代。効率化を優先しまとめての振込での対応なども出来る中、あえて患者宅に訪問し集金することを大切としているのには理由があります。今回は集金業務を通して患者との関わりについていくつか紹介しながら、事務の役割についてお話をさせていただきます。

利益相反：無

DP5-2-7

「タイパ」時代に取り組む在宅医療版DX

小原 章央¹ オバラ アキオ
渡辺 康介¹ ワタナベ コウスケ
奥村 由香理² オクムラ ユカリ
三上 泰輝³ ミカミ ヨシテル

¹医療法人 社団 都会 渡辺西賀茂診療所

²医療法人 社団 都会 訪問看護ステーション にしがも

³株式会社 ゆうホールディングス

【目的】在宅医療・介護におけるICTは、情報共有にとどまらず、時間対効果（タイムパフォーマンス：タイパ）や、新たな価値の創出（デジタルトランスフォーメーション：DX）が求められる。当法人では10年前より患者情報共有ツールの1つとしてICTを活用し始め、10年間で複数のICTツールを組み合わせ活用し「タイパ」向上とDXへの取り組みを継続しており、その効果と課題を検討した。

【方法】1) 法人内情報共有に「サイボウズOffice」を、法人外訪問看護等との情報共有に「MedicalCareStation」を利用し情報共有の効率化やケアへの寄与を検討した。

2) 訪問医師、訪問看護、事務とのリアルタイム情報共有に「LINE WORKS」を利用し、効率化や業務改善につきアンケートをもとに検討した。

3) ゆう薬局グループの協力の下、処方から調剤までの効率化への「LINE WORKS」の寄与を検討した

【結果】1) 「サイボウズOffice」では「在宅患者データベース」を作成し、現在の患者数、医師毎患者数等の把握などの管理全般を容易にした。新規患者の訪問開始までの準備の進捗も把握可能となった。患者ごとのコメント欄で、当該患者の体調変化等共有事項を常に把握できるようになった。

「MedicalCareStation」では連携する訪問看護等との情報共有により、特に密な共有を必要とする悪性疾患患者の終末期ケアに寄与し、在宅看取り数は増加した。

2) 「LINE WORKS」活用はアンケート結果より、処方箋処理や申し送り、スケジュール変更等で、残務の削減に一定の効果を生み出した。

3) 「LINE WORKS」で訪問現場から処方内容を直接調剤薬局に送るで、疑義照会もLINE WORKS上で可能となり、調剤と薬剤師訪問までの時間の短縮効果が得られた。

【考察】複数のICTツール使用の煩雑さ、情報の伝達とレスポンスのタイムラグが生じる場合があることが課題ではあるが、活用法の工夫で更なる業務削減・効率化が期待できると考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 11 ICT と在宅医療 -2

DP5-2-8

オンライン診療「D to P with N and Ph」を活用した末期がん患者の看取り

村崎 佳代子¹ ムラザキ カヨコ久保 信彦² クボ ノブヒコ江村 公良³ エムラ キミヨシ¹ 一般社団法人池袋本町訪問看護ステーション² あずま通りクリニック³ 北池薬局

【はじめに】オンライン診療においては様々な取り組みが始まっている。今回、積極的治療を望まない肛門がん患者に対し、患者、家族、主治医、薬剤師、看護師で定期的にオンライン診療を行い、緩和ケアを中心に看取りまでの支援を行った症例を報告する。

【症例】80代女性、50代息子夫婦と3人暮らし。2019年大学病院で肛門がんと診断され、放射線療法+化学療法実施。手術は希望せず、2021年在宅医療に移行。在宅医療開始時は訪問診療1回/月、訪問看護2回/月で介入した。介入8か月後より、患部の疼痛増強、食欲不振、浮腫、認知症症状出現により訪問看護を1回/週に増回し、定期オンライン診療を開始した。オンライン診療時は、看護師が患者宅を訪問し、医師、薬剤師はオンラインで参加した。その場で状態把握と薬剤検討を行い、当日に配薬した。その後の経過は、家族よりメールや電話で訪問看護師に連絡が入り、非公開型医療介護専用SNSに書き込み情報共有を行った。オピオイドは、経口薬、貼付剤、注射薬と状態に応じてタイムリーに剤形選択し苦痛緩和に繋げた。オンライン診療を開始し3か月後に永眠。

【考察】終末期にオンラインを活用し、在宅医療チームと患者、家族が顔を合わせ、病状に合わせた対応を検討することで、きめ細やかな医療・ケアの提供が可能となり、在宅療養中の不安の軽減に繋がる。訪問診療を専門とする医療機関でなくても、オンライン診療の併用により、リアルな情報を共有し、安全に終末期医療に関わることができる。薬剤師がオンライン診療に参加し、病状や患者、家族の意向を踏まえ、直接処方設計に関わることで、迅速で効果的な薬物療法が可能となり、質の高い在宅緩和ケアの提供に繋がる。また、訪問看護師はこのような多様な在宅医療チームを作る要となる存在であると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 11 ICT と在宅医療 -2

DP5-2-9

新規アプリ『ざいる』開発と地域実装を通して見たこれからの多職種医療介護連携

肥後 友彰 ¹	ヒゴ トモアキ
大塚 泰葉 ¹	オオツカ ヤスハ
片岡 亨介 ¹	カタオカ コウスケ
棚原 佳祐 ¹	タナハラ ケイスケ
糝屋 絵里子 ²	コウジヤ エリコ
笠松 美咲 ²	カサマツ ミサキ
竹屋 泰 ²	タケヤ ヤスシ
大森 洋介 ¹	オオモリ ヨウスケ

¹医療法人ミナテラス かすがいクリニック²大阪大学大学院医学系研究科 老年看護学研究室

【はじめに】訪問診療クリニックや訪問看護ステーション数の増加に伴って、1人の患者に関わる事業所の組み合わせ数が非常に多くなり、事業所間の円滑なコミュニケーションが難しくなっている。こうした現状に対しては様々な解決策が講じられているが、その多くは「ローカルシステムの吸収」か「効率的なレポート」を志向したものである。

【活動】我々は大阪北部で日々訪問診療に従事する中で、多職種連携にとって重要なのはお互いの日々の診療や介入内容を無理なく見える形にすることだ、との結論に至った。そこで、「それぞれのローカルシステムを“ゆるく”つなげる」、またレポートだけではなく「見える化を実現させる」、この2点をベースのコンセプトに「患者基本情報共有」「カレンダー共有」「チャット」機能を搭載したアプリケーション『ざいる』の開発を行った。2022年4月1日にアプリリリースを行い、2023年1月時点で約1,000名のユーザー、300以上の事業所が登録・使用している。ざいる実装後に訪問看護師を対象に行ったアンケート結果では、90%近くの回答者が「クリニックへのアクセスが改善した」、60%以上が「多職種連携の質が改善した」と回答した一方で、約30%の回答者が「連携に係る負担が増加した」と回答した。また、クリニックへの新規着信メッセージ数は1日100件を超え、クリニックスタッフの負担軽減策を講じる必要性に迫られた。

【考察】新規多職種連携アプリ開発・実装を通して関係事業所の二重入力問題（自身のシステムと連携アプリ）や既存のシステムを変更する時間や労力を割けない、など様々な内外の問題を目の当たりにした。一方でアプリ実装によって「ログを共有する新しい医療介護連携」も生まれており、地域ICTの実装に係る課題・対応策とそこから見えて来た新しい医療介護連携に形に関して論ずる。

利益相反：無

DP5-2-10

ICT ツールを活用した訪問看護師と管理栄養士の遠隔栄養ケア体制の可能性

川口 美喜子¹ カワグチ ミキコ高砂 裕子² タカスナ ヒロコ¹大妻女子大学家政学部食物学科²一般社団法人南区医師会 南区医師会 訪問看護ステーション

【はじめに】在宅療養者の「重症化・多様化・複雑化」が反映され、退院後も医療処置の必要な者が増加している。医療と介護の連携を強化し適切な栄養管理によって体力を維持・増大させることは“支える医療”の根幹であり、栄養支援はスピーディーな対応が重要となる。特に、在宅医療のファーストラインに立つ訪問看護師は、多様化する病態の患者に的確な栄養アセスメントと栄養相談への返答を求められる。栄養専門職との連携による解決が必要となる。一方、在宅訪問管理栄養士の人材不足による困難さもある。また、新型コロナウイルス感染症により、これまでと異なる形での医療提供を求められ始めた。遠隔医療の実践が急速に加速しIT ツールを活用した診療の必要性が高まると考えられる。在宅療養者の個別性を尊重し栄養食事支援の充実をはかるには、臨床経験を積んだ管理栄養士が多職種協働による栄養支援に参画できるシステムの構築・普及が望まれる。

【活動】ICT ツールを用いて、訪問看護師の栄養ケアを管理栄養士が遠隔栄養支援（間接的な栄養ケア）を実施し、在宅療養者の栄養改善を試みている。ICT ツール（「ぼけにゅー」：食・栄養課題の抽出と解決法の提案、アセスメント結果を経時的に示す機能を有す）に示されるデータを共有し、栄養課題について互いにの専門性から明確にしていく。栄養食事に課題を持つ症例に対して、早期からデータを入力するように計画した。オンラインによる食支援カンファレンスを開催し、データを供覧し、課題についての検討と管理栄養士は具体的な栄養食事の支援方法を提案した。カンファレンス後に訪問看護師が食支援、栄養ケアを実践する。定期的な再アセスメントとカンファレンスを実施するサイクルを継続し、栄養支援の内容とその効果を検証している。

【考察】ICT ツールを活用した管理栄養士との連携は、迅速で的確な栄養課題の抽出と解決に向け有効であると考えられる。

利益相反：有

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 11 ICT と在宅医療 -2

DP5-2-11

ICTの活用した在宅訪問栄養指導における業務改善について

山口 美紅 ^{1,2}	ヤマグチ ミク
佐々木 由紀子 ¹	ササキ ユキコ
渦元 唯 ¹	ウズモト ユイ
渡部 弥生 ¹	ワタナベ ヤヨイ
穂元 千明 ¹	アキモト チアキ
角屋 桜雪 ¹	カドヤ サユキ
佐藤 俊明 ²	サトウ トシアキ
町田 隆義 ²	マチダ タカヨシ
立野 慶 ²	タテノ ケイ

¹ 医療法人社団ユニメディコ 栄養部

² 医療法人社団ユニメディコ 業務改善委員会

【はじめに】当法人は神奈川県内4か所の機能強化型在宅療養支援診療所を構え、2014年から在宅訪問栄養指導を開始した。訪問栄養指導は準備から報告までの業務、多職種連携への情報提供と訪問時間以外の業務も多い。ICT活用による業務改善について報告をする。

【活動】訪問患者数578名/月に対して管理栄養士20名にて訪問指導を実地した。訪問栄養指導実施件数849件/月、居宅介護支援事業所への報告117件/月、栄養指導報告と訪問連絡でのFAX送信数150件/月であった。以下①から③につき業務改善を行った。業務移行にかかった期間 7か月間であった。①事務員と管理栄養士の業務の分担化。②従来の Excel/Word 利用から kintone による業務アプリ内製化を実施、データベース型システムに移行。

毎回の栄養指導記録、毎月の栄養指導報告書、訪問連絡のFAX文章の作成、栄養食品注文書・領収書・受領書作成、口腔栄養スクリーニング加算の様式の作成。③事務所複合機からのFAX送信から kintone による自動FAX送信に移行。

【考察】業務を標準化し管理栄養士と事務員が業務分担をする事で、事務業務負担が軽減、患者に訪問業務時間を増やすことができた。kintone 導入により、事務業務時間の短縮、テレワーク、院外での業務が可能、報告書等作成の簡易化、業務の進捗状況の把握、データの集計・統計処理効率が改善した。介護医療報酬改定、地域や患者のニーズに合わせて柔軟に対応できることはメリットでもあった。

今後はデータベースを高度に可視化し、栄養ケア計画への反映やエビデンスによる介入技術向上に繋げていく。

ICT活用は訪問栄養指導の生産性やサービスの質の向上、訪問栄養指導実施事業所の増加により、地域・在宅での栄養の包括的支援に繋がり、他事業所とのICT連携活用も取り組む必要があると思われた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 12 薬剤師の実践

DP5-3-1

在宅支援診療所と連携している保険薬局を対象とした休日夜間の対応と注射薬の供給に関する調査

須崎 宏子 ¹	スザキ ヒロコ
山口 高秀 ¹	ヤマグチ タカヒデ
福田 俊一 ¹	フクダ シュンイチ
川島 史子 ²	カワシマ フミコ
三浦 あかね ²	ミウラ アカネ
篠原 朋宏 ²	シノハラ トモヒロ

¹医療法人 おひさま会 おひさまクリニック西宮 診療部²株式会社クラウドクリニック 診療部

【はじめに】在宅緩和医療を担う在宅支援診療所と地域の保険薬局との連携は不可欠であるが、緩和医療で必要となる休日夜間の対応や注射薬の供給については、保険薬局間で対応可否に差がある。そこで本調査では、在宅支援診療所と連携している保険薬局を対象としたアンケート調査を実施し、在宅患者への休日夜間対応と、注射剤対応の状況について調査した。

【活動】在宅支援診療所と連携する保険薬局107薬局を対象として在宅患者への対応可否に関するwebアンケート調査を実施した。質問項目は、在宅訪問患者の受け入れ可否、輸液の取り扱いの可否と対応できる調製操作、平日夜間および休日対応の可否とした。

【考察】対象薬局107件のうち、106件から回答があった（回答率99.1%）。在宅訪問患者の受け入れ可否では、受け入れ可能96件、受け入れ不可10件であった。輸液の取り扱いの可否に関する質問には、「輸液の取り扱いはできない」が33件、「輸液の取り扱いが可能（混注を除く）」が56件、「混注を含めた輸液の取り扱いが可能（クリーンベンチあり）」が17件、うち「混注を含めた輸液・麻薬の持続皮下注の取り扱いが可能」が12件、「在宅用精密持続注入ポンプ（CADD-Legacy[®]・クーデック[®]エイミーPCA等）の使用可能」が6件であった。在宅訪問可能と回答した96件のうち、平日夜間の対応可否に関する質問では、「夜間の対応はできない」が29件、「夜間の対応が可能」が77件であり、休日対応の可否に関する質問では、「対応はできない」が25件、「日中の対応が可能」が81件、「夜間の対応が可能」が77件であった。しかしながら、「休日・夜間の訪問対応が可」は22件にとどまり、本調査から保険薬局での夜間休日対応や、注射剤の取り扱いには、設備や人員の問題などが大きく影響していることが示唆された。本調査結果をもとに、在宅訪問診療所と地域の保険薬局が連携するための体制を構築していきたいと考えている。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 12 薬剤師の実践

DP5-3-2

カテコラミン離脱困難で在宅移行した終末期心不全患者2症例における診療所薬剤師の役割

佐久間 詠理¹ サクマ エリ
 川内 潤也¹ カワウチ ジュンヤ
 柿沼 朋子² カキヌマ トモコ
 牛久保 さおり³ ウシクボ サオリ
 行田 泰明¹ ギョウダ ヤスアキ
 渡邊 淳子¹ ワタナベ ジュンコ

¹医療法人社団 淳友会 わたクリニック 薬剤部

²あしたも笑顔訪問看護ステーション 訪問看護

³訪問看護ステーションそら 訪問看護

【はじめに】 超高齢化社会で心疾患患者は増加し、心疾患は死亡原因として悪性腫瘍に次ぐ第2位となっている。中でも心不全患者の著しい増加が問題として挙げられる。心不全患者の病態変化は急性期と回復を繰り返し急激な悪化で再入院となり、カテコラミン持続投与が導入されると、患者が希望しても自宅に帰ることが叶わないことが多い。当院ではカテコラミン離脱困難の終末期心不全患者の受け入れを4例経験した。今回2022年に受け入れた2例における在宅移行時・自宅療養での医療提供、そこでの院内薬剤師の介入を報告する。

【症例】 ①70代・男性。特発性拡張型心筋症の診断を受け僧帽弁置換術等施行。強心薬・昇圧剤・利尿剤の持続投与継続で集中治療室から在宅移行。およそ2ヶ月の自宅療養後在宅看取りとなる。②60代・男性。幼少期リウマチ熱による心筋炎後の拡張型心筋症の診断。ドブタミン持続投与継続で在宅移行。薬剤調節で在宅療養継続中。

カテコラミン注は院外処方不可のため、院内薬剤師が希釈調製・輸液バッグへの充填を行ない、投与量の変更に伴う希釈度、調製日程の変更に対して医師、看護師との連携で適正投与継続の協働を行なった。また塩酸モルヒネ注射薬の持続投与指示時には、保険薬局薬剤師と連携の下適正投与を継続できた。

【考察】カテコラミン持続投与継続で在宅移行が可能であれば、心不全終末期患者は希望とする「家に帰る」ことができる。24時間監視下の入院加療とは異なる在宅医療において、信頼関係が築かれた訪問診療と訪問看護の連携が重要である。また医師の指示通りに薬物療法が開始・継続されるには薬剤師の介入、診療所薬剤師の働きが必要と考える。基幹病院と訪問診療所間の地域連携を築くことも重要である。在宅医療で可能な医療の理解を得ることで、患者の希望とする自宅療養が可能となる。今後も地域連携、多職種連携で自宅療養を希望とする患者を支えていきたいと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 12 薬剤師の実践

DP5-3-3

在宅医療の支援困難事例調査：薬局薬剤師の介入と多職種連携のあり方

岩月 亮磨^{1,2} イワツキ リョウマ
亀山 俊² カメヤマ シュン
藤田 茂起² フジタ シゲキ
永吉 成也¹ ナガヨシ セイヤ
櫻井 浩子¹ サクライ ヒロコ

¹ 東京薬科大学 薬学部

² 株式会社望星薬局 本局

【目的】 薬剤師は、在宅医療において精神疾患や認知症を治療中、また近隣や家族間でのトラブルを抱えた患者など困難な事例にも対応しなければならないケースに直面することがある。本研究では、在宅医療に従事している薬局薬剤師と薬局を利用している患者に在宅医療で抱える課題について調査を行った。

【方法】 ①薬剤師に対する調査…6施設の薬局薬剤師6名に対しZoomによる半構造化面談を行った。面談当日に趣旨等口頭にて説明し、同意を得てICレコーダーで録音した。具体的な困難事例及び介入方法などについて質問し、内容をカテゴリー化した。

②患者に対する調査…令和4年8月1日～5日の期間に望星薬局を利用した患者または家族の同意が得られた103名を対象とした。服用薬の種類や効能に関する認識、服薬中の不安などについて尋ねた。

なお本研究実施にあたり、本学研究倫理審査委員会で承認を得た（人医-2022-004）。

【結果】 薬剤師からは、困難事例として認知症患者、精神疾患患者の多剤服用によるアドヒアランス不良が挙げられた。具体的な介入方法としてはお薬カレンダーの活用、家族の協力を仰ぐなどであった。

患者聞き取り調査では、服用薬の効能を理解していない患者の割合は、6種類以上の多剤服用の場合が多かった（53.3%）。また、服薬中の不安は「薬の副作用」（59.1%）、「薬の多さ」（43.2%）、「服用方法」（22.7%）に対してであった。

【考察】 在宅支援にあたり介入が困難な場合、薬剤師は患者と医療従事者のハブ的な役割を担い、医師や看護師、ケアマネージャーなどと連携し多機関受診や服薬状況を把握する必要がある。今回の患者調査からも、多剤服用になるほど患者が自身の薬の効能や副作用を理解していない傾向が見られた。従って、有害事象の早期発見のためにも、薬剤師が患者や家族に積極的にかかわっていく必要があると考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 12 薬剤師の実践

DP5-3-4

医薬品の適正使用、ポリファーマシー解消へ向けた在宅訪問専任薬剤師による減薬提案に関する研究

清宮 加奈子	セイミヤ カナコ
吉留 拓哉	ヨシドメ タクヤ
小口 圭介	コグチ ケイスケ
榊原 啓円	サカキバラ ヒロノブ
岩崎 真樹	イワサキ マキ
高岡 友子	タカオカ トモコ
三神 健司	ミカミ ケンジ
白石 健人	シライシ タケト
石橋 政人	イシバシ マサト
作間 恒士	サクマ コウシ
藤野 公成	フジノ キミナリ

株式会社 千葉薬品 在宅推進部

【目的】6種類以上の薬剤を服用している高齢者はふらつき、転倒、物忘れなどのリスクが高く、ポリファーマシーの解消を課題とした。当社には高齢者施設の回診同行や施設に赴いて管理指導を行っている在宅訪問専任の薬剤師（以下訪問薬剤師）が10名おり、この訪問薬剤師が行った減薬提案について、その結果を評価することを目的として事例をまとめた。

【方法】訪問薬剤師が訪問している高齢者施設入居者のなかで6種類以上の薬剤を内服していた患者を集計対象とした。そのなかで2022年9月に訪問薬剤師が医師に減薬提案を行った患者の薬剤服用歴の記録をまとめた。

集計したのは1.対象施設の全患者数、2. 6種類以上服用している人数、3.提案の実施数、4.減薬の実施数、5. 4週間後の評価、6.減薬実施した薬の名称、薬効別薬剤数とその提案理由とした。

【結果】

1. 25施設、全患者数は513人。
2. 1のうち6種類以上服用していた人の割合は54.6%
3. 2のうち提案を実施できた比率は53.6%
4. 3のうち減薬が実施できた比率は46.7%
5. 4のうち4週間減薬を継続できた比率は90.0%
6. 5の薬剤の薬効別割合は、胃腸薬が最も高く（構成比20.8%）次いで高血圧・利尿薬（14.1%）鎮痛薬（10.4%）であった。また薬効毎に減薬の理由に特徴があらわれた。

【考察】3について、提案を実施した理由、提案を実施しなかった理由を考察した。課題を検討することで、提案実施率を高めることが期待できた。

5の比率は高かった。服薬情報提供書を作成し理由を明確にして実施した減薬は4週間以上継続できることがわかった。6の内訳はどんな薬がどんな理由で減薬できたのかがわかるため、今後の減薬提案の指針にすることができた。

訪問薬剤師は医師、患者との距離が近く、減薬後のフォロー体制が整っており、処方提案に適している。チーム医療の一員として積極的に薬学的提案を行える薬剤師を育成していく。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 12 薬剤師の実践

DP5-3-5

薬局薬剤師の在宅訪問の意義 ～在宅緩和ケアに注目して～

三森 阜介¹ ミツモリ コウスケ

森 明彦¹ モリ アキヒコ

岡 豊香¹ オカ トヨカ

串田 一樹² クシダ カズキ

¹株式会社フレディタカノ薬局 鎌倉店

²昭和薬科大学 昭和薬科大学

【目的】 地域包括ケアシステムへの移行が推進される中、在宅医療・介護ニーズは増加傾向にある。在宅の患者像は小児から高齢者まで様々であり、すべての薬局が均一に参画できない現状がある。今回、当薬局の在宅患者像、処方実態、医療用麻薬の備蓄と廃棄、注射薬調剤の実態等から、薬局間連携に向けた検討を行ったので報告する。

【方法】 1) 厚生労働省の通知・診療報酬等を通して、薬局に求められる業務の検討。

2) 当薬局の在宅患者像、医療用麻薬の備蓄品目数と廃棄金額、2021/10/1～2022/9/30の期間における麻薬処方箋の応需状況、各症例の医療用麻薬の使用状況、生存期間等の調査。

【結果】 患者のための薬局ビジョン以降、4回の調剤報酬改定では、かかりつけ機能と在宅医療の推進が重視されていた。当薬局の在宅患者像は小児から慢性疾患、終末期まで様々であった。2022年12月時点での医療用麻薬の備蓄品目数は剤形違いも含め45種類であり、期間内で払い出した品目数は33種類であった。応需した麻薬処方箋枚数は186枚であり、計60名の在宅患者に医療用麻薬を供給していた。使用状況は、55名にがん疼痛緩和、5名に慢性疾患の呼吸苦緩和目的で投与されていた。また、55名のうち4名に注射剤の医療用麻薬を調剤していた。生存期間では、44名を調査し、介入開始～死亡までの生存期間の割合は1ヶ月未満が59%、1ヶ月以上3ヶ月未満が27%、3ヶ月以上が14%であった。過去3年間の医療用麻薬の年間平均廃棄金額は458,737円であった。

【考察】 薬局は、在宅緩和ケアにおいて患者の状況に合わせた薬剤を迅速に供給しなければならない。一方で医療用麻薬の備蓄負担、廃棄等の薬局負担も示唆された。症例の内、約9割では内服、外用の医療用麻薬で最期まで疼痛管理ができた事ことから、無菌製剤の調剤設備がない薬局でも対応可能と考えられる。今後は地域の薬局間の連携構築が急務である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 12 薬剤師の実践

DP5-3-6

薬剤師ができる心のケア

清水 里恵 シミズ リエ

株式会社サンテ ひまわり調剤薬局

【はじめに】在宅緩和ケアにおいて、初めて心の痛みを理解する経験をしたので共有する。

【症例】80歳男性、大腸がん患者との関わり。訪問診療とともに訪問薬剤管理指導も開始となった。私は、当初身体的疼痛を意識して服薬指導や適正使用指導を行っていたが、続けるうちに、心の痛みを考える薬剤使用や行動、発言に気付いた。具体的には、①薬の使い方（レスキュー薬の使用が毎日、ほぼ日中の同じ時間で夜間には一切ない）、②レスキュー薬への態度（十分量あると安心し、数が少なくなると不安がる）、③痛みへの態度（痛みを聞かれると痛みが増強する）、④家族への思い（迷惑をかけたくない、入院したいと言う）、⑤家族の態度（介護が必要になったら家では無理と言われる）などが見られた。これらに対して、訪問時には単に服薬指導だけでなく、不安や心配事をよく聴き共感するなど、患者の心の痛みに寄り添うコミュニケーションを心掛けた。これによって、レスキュー薬が少なくなっても不安がることはなくなり、穏やかに過ごすことができるようになった。

【考察】これまで、終末期がん患者への訪問薬剤管理指導は短期間となることが多く、患者との関わりも少ないまま終了しがちであったので、心の痛みを理解することは難しかった。しかし、本症例では、1年4か月に渡って、何度も患者・家族と関わる機会があり、患者・家族を理解し、心の痛みに対応することもできた。心の痛みについては、知識としては知っていたが、実際に患者自身がどう感じるのか、どのような表現をされるのか分からなかった。心の痛みは、本人以外には理解しにくい。そのため、繰り返し話を聴くことが必要と感じている。例えば、レスキュー薬を使うということは、身体的な痛みだけではないかもしれない。今後は、心の痛みがある可能性を忘れないで緩和ケアに関わりたい。心の緩和ケアは薬剤師も十分に关われる可能性があるものと感じた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 12 薬剤師の実践

DP5-3-7

病院薬剤師が行なう訪問薬剤指導の一例～認知症高齢世帯への支援～

中村 ますみ¹ ナカムラ マスミ
 福島 秀美² フクシマ ヒデミ
 中村 昌樹³ ナカムラ マサキ
 坂口 史織⁴ サカグチ シオリ

¹ 公立森町病院 薬剤科

² 公立森町病院 看護部

³ 公立森町病院 内科

⁴ 聖隷ケアプランセンター森町 CM

【はじめに】 当院は急性期病棟、地域包括病棟を有する在宅療養支援病院である。病院薬剤師による訪問薬剤指導の報告は少ないが、入院中と退院後のシームレスな関わりができることが利点である。今回は認知症高齢者世帯への支援について報告する。

【症例】 A氏90歳代女性。高齢夫婦二人暮らし。20XX年体動困難と栄養状態悪化で入院。介護者夫B氏への支援として入院中処方提案により内服を1包化、退院後居宅療養指導で薬包への日付記入とケースセットを開始した。その後B氏も服薬開始となり色分けした二人分の薬をセットしていたが、20XX+3年、B氏の認知低下による飲み忘れ・飲み間違いが顕著となり、介護職による与薬へ変更。ICTシステムと介護ノートを併用して薬の情報を共有した。A氏はもともと不安、焦燥などの軽度BPSDがみられていたが、20XX+4年眼科受診を契機にせん妄発症、興奮状態となり緊急入院。入院中は薬剤管理指導で関わり、処方提案、リスペリドンの副作用確認、退院に向けた調整を行った。入院前にせん妄状態を経験した家族の不安が強かったが、多職種での退院調整面談を行い自宅退院。認知症ケア認定看護師の退院後訪問に同行し、家族の不安軽減に努めた。数か月後デイサービス中にレベル低下があり再び入院。低カリウム血症のため抑肝散中止、補正と胸水の治療を行って退院。20XX+5年介護サービスと家族の支援で在宅療養を継続している。

【考察】 高齢世帯で本人も介護者も認知症進行があるが、必要時の入院、状態変化に合わせた多職種の支援により自宅での生活を継続している。認知症の在宅療養ではBPSD、せん妄に対する治療が重要であるが、副作用リスクもあるため薬剤調整の難しさを再認識した。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 12 薬剤師の実践

DP5-3-8

薬剤師による継続的なモニタリング、処方提案により薬物治療を適正化できた症例

高野 純一¹ タカノ ジュンイチ
長谷川 寛² ハセガワ ヒロシ

¹ 日本調剤 西新橋薬局

² 日本調剤株式会社 在宅医療部

【はじめに】近年在宅医療においても薬剤師には医薬品・医療材料の供給や説明に留まらず、患者の薬物治療に積極的に参加していくことが求められている。今回薬剤師による継続的なモニタリング、処方提案の結果、患者の薬物治療の適正化に貢献できたと思われる症例を経験したため、報告する。

【症例】80歳代後半、男性。X年2月急性硬膜下血腫にて入院、リハビリテーション病院を経て、同年7月自宅退院。既往に認知症、脳梗塞後、糖尿病 (DM)、高血圧 (HT)、脂質異常症 (DL) あり。退院時より訪問診療、在宅訪問薬剤管理指導開始。退院時DMに対して3剤 (シタグリブチン、メトホルミン、ミチグリニド)、HTに対して2剤 (アムロジピン、トリクロールメチアジド)、DLに対して1剤 (アトルバスタチン) の内服薬を内服していたが、血液検査結果・血圧の継続的なモニタリング、処方提案を継続し、X+1年12月までにこれら全ての薬剤が中止となった。中止後もモニタリング継続し、再開の必要なく経過。

【考察】介入開始時点より80歳代後半の患者にメトホルミン、ミチグリニドが処方されており、乳酸アシドーシス、低血糖のリスクが懸念された。また、シタグリブチンも100mgと最高用量で投与されており、腎機能が不明であったものの、年齢から減量の必要性が示唆された。その後1年以上血液検査結果・血圧のモニタリング、処方提案を継続し、これら3剤だけでなく、HT、DLに対する薬剤も含めて計6剤が中止となった。

在宅医療を受けている慢性疾患の患者は経過が長くなることが多いが、継続的なモニタリングと処方提案により、薬剤師も薬物治療に関わり続けることの重要性が示せた症例であると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 12 薬剤師の実践

DP5-3-9

薬剤師による新型コロナウイルス感染症治療薬の使用マネジメントと実態について

能勢 悠介	ノセ ユウスケ
藤本 佳奈	フジモト カナ
林 佑哉	ハヤシ ユウヤ
藤谷 好紀	フジタニ ヨシミ
武藤 英貴	ムトウ ヒデキ
柳澤 克哉	ヤナギサワ カツヤ
菅原 信行	スガハラ ノブユキ
田中 裕子	タナカ ユウコ
山田 寿美	ヤマダ トシミ
長野 広之	ナガノ ヒロユキ
守上 佳樹	モリカミ ヨシキ

双樹会よしき往診クリニック メディカルコーディネーター

【はじめに】感染症治療薬の用にあたって、医療機関の事前登録や同意書の取得など治療以外の作業が存在し、医療機関における取り扱いの障害になっている。我々は薬剤師がこれらを執り行うことで現場の負担軽減につながるのではないかと考えた。そこで Kyoto Intensive Area Care Unit for SARS-CoV-2対策部隊 (KISA2隊) 及び当院で2022年1月～2022年12月までの1年間の間に取り扱い実績のある医薬品の、使用までの手続きや実際に使用における薬剤師の活動を発表する。

【活動】発注や使用患者の登録などを薬剤師が一括して行っていた。

以下に各医薬品を使用するにあたっての留意点を簡単に記載する。

・ソトロビマブ

システムへの登録と同意書の取得が必要。また使用患者実績を入力しないと追加の発注ができず迅速な対応が必要だった。

・レムデシビル

一般流通開始後から使用開始したためシステムへは未登録。使用にあたっての事務作業はないが投与期間が患者ごとに異なる為、在庫の管理に最も苦慮した。

・モヌプラビル

同意書の取得と適格性情報の作成と薬局への送付を行った。

・ニルマトレルビル・リトナビル

同意書の薬局への送付を行った。また相互作用のチェックも行った。薬局への適格性情報の送付は迅速な対応が求められた。

カシリビマブ/イムデビマブ、チキサゲビマブ/シルガビマブ、エンシトレルビル フマル酸の使用実績はない。

【考察】システムの登録は煩雑ではないが、発注に制限がある医薬品などは在庫の確保に苦慮した。薬局との連携も必要な場合は、在庫管理から相互作用のチェックまで行える薬剤師が職能を発揮できる場面であるが、コロナ禍における人員不足の中、さらに現場に負担を強いることに繋がっていると感じた。

今後治療薬の使用時にはより簡素な手続きとなることを期待したい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 12 薬剤師の実践

DP5-3-10

調剤済麻薬廃棄届に基づく医療用麻薬の残薬問題

坂本 岳志 ¹	サカモト タケシ
中村 俊貴 ¹	ナカムラ トシキ
境 美智順 ²	サカイ ミチノリ
木村 雅彦 ³	キムラ マサヒコ

¹ あけぼの薬局 メディカル店

² あけぼの薬局 湖畔店

³ あけぼの薬局 石下店

【目的】在宅緩和医療も進み、医療用麻薬を使用している患者も増えている。医療用麻薬は、一般薬同様にその残薬が問題となるが、具体的な調査が行われていなかった。

そこで今回、当薬局において提出した調剤済麻薬廃棄届を調査し、その数量や金額を算出することとした。

【方法】2020年1月1日から2022年12月31日までにあけぼの薬局メディカル店にて回収、調剤済麻薬廃棄届を提出した麻薬について、薬品ごとの回収数量、回収金額を算出した。

【結果】3年間に廃棄された調剤済麻薬の総金額は5,358,383円(2020年1,170,298円、2021年1,682,277円、2022年¥2,505,808円)であった。廃棄量に関してはモルヒネ換算で343.6g(2020年80.3g、2021年106.9g、2022年156.4g)であった。

廃棄量が多い順にオキノーム散2.5mg 3003包、オキノーム散5mg 2905包、アンベック坐剤10mg 1926個、オキシコンチンTR錠5mg 1222錠、であった。廃棄金額が多い順にアンベック坐剤10mg 612,991円、アブストラル舌下錠100 μ g 390,649円、オキノーム散5mg 294,779円、であった。

【考察】調剤済麻薬廃棄が行われた麻薬の傾向として、レスキュー薬が廃棄量・金額ともに上位であった。これは疼痛がいつ起こるかかわからないため多めに処方・手元に常備される傾向が強いためであると考えられる。回収された調剤済麻薬はほぼ100%在宅療養管理指導で介入している患者のものであり、それでもこの金額となったことを鑑みると、薬剤師が介入していない麻薬施用患者では更なる残薬が生じていると推測される。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 12 薬剤師の実践

DP5-3-11

あけぼの薬局メディカル店におけるがん終末期患者への訪問薬剤管理指導件数と算定回数の一考察

沼倉 貴史 ¹	ヌマクラ タカシ
関 拓海 ¹	セキ タクミ
飯村 貴宏 ¹	イイムラ タカヒロ
中村 俊貴 ¹	ナカムラ トシキ
坂本 岳志 ¹	サカモト タケシ
境 美智順 ²	サカイ ミチノリ
木村 雅彦 ³	キムラ マサヒコ

¹ あけぼの薬局 メディカル店

² あけぼの薬局 湖畔店

³ あけぼの薬局 石下店

【目的】 がん終末期患者の病状は週単位、日単位、時間単位で大きく変わり、その都度、病状変化に応じた薬物療法等が必要となり、訪問する医療従事者はよりきめ細やかな対応が求められる。このような環境の中、過去に麻薬使用有無による訪問回数を比較した報告はない。そこで今回、あけぼの薬局メディカル店における、がん終末期患者の在宅緩和ケアでの訪問薬剤管理指導の訪問間隔について調査を行ったので、これを報告する。

【方法】 当薬局で2019年1月1日から2022年12月31日までに訪問薬剤管理指導を実施したがん終末期患者のうち、当薬局で2回以上訪問を行い、自宅で死亡したがん終末期患者456名(平均年齢±標準偏差:71.0±13.9歳 男性252名女性204名)を対象とした。

当薬局の在宅介入期間は、薬局が初回訪問した日から死亡した日までとした。在宅介入期間を訪問回数で除した値を訪問間隔とした。在宅訪問管理指導並びに居宅療養管理指導で定められている算定回数について麻薬使用患者と麻薬不使用患者の2群に分け、各群の訪問間隔についても検討を行った。

【結果】 対象患者のうち、訪問間隔3.5を下回る割合は38.4% (175/456) であった。

麻薬使用患者の割合は、82.4% (376/456) であり、訪問間隔3.5を下回る割合は、41.8% (157/376) であった。

麻薬不使用患者の割合は、17.5% (80/456) であり、訪問間隔3.5を下回る割合は、20.0% (16/80) であった。

【考察】 今回、当薬局が介入したがん終末期の麻薬使用患者は、4割以上が算定上限を超える訪問をしており、麻薬不使用患者と比べて訪問頻度が高い事が示唆された。特に麻薬使用患者は、きめ細やかな対応が必要と考えられた。算定回数は週2回かつ月に8回と限られており、4割の患者で上限回数を超えている事が明らかになった。

キーワード：がん終末期、在宅緩和ケア、訪問薬剤管理指導

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 12 薬剤師の実践

DP5-3-12

在宅医療における薬剤師の診察前訪問の取り組み

今城 宏文¹ イマジョウ ヒロフミ
今城 宏文¹ イマジョウ ヒロフミ
廣原 正宜² ヒロハラ マサヨシ
串田 一樹² クシダ カズキ

¹ ツマシナ薬局

² ツマシナ薬局

³ 昭和薬科大学

【始めに】2015年10月に「患者のための薬局ビジョン」が厚生労働省から示され、その機能の一つに「在宅訪問」が明記され、薬剤師・薬局のかかりつけ機能が重視されるようになった。さらに、薬機法改正でも薬局薬剤師の服薬期間中の継続的なフォローが推奨され、薬局薬剤師は調剤の適正化から薬物療法の適正化に向けた支援を行うようになった。在宅医療においても、薬剤師が積極的な医師の診察前訪問（事前訪問）によって、患者の服薬状況や薬物治療の効果、有害事象を事前に確認することでより安全で有効な薬物治療を支援できると考えられる。

今回、当薬局で実施している医師の診察前訪問に関する取り組みについて報告をする。

【活動】当薬局では、医師の訪問前に薬剤師が事前訪問し、必要な情報を収集・確認し、医師へフィードバックを行っている。その内容は服薬アドヒアランスの確認、処方監査、服薬指導、フィジカルアセスメントによる薬効や副作用のモニター、患者からの相談応需などを実施している。必要に応じて担当医へ情報提供し、往診時にも同席し、薬学的助言や処方変更に対する情報提供をした。

2022年7月～11月に算定した居宅療養管理指導患者数は116名であり、医師の訪問前に事前訪問を行った患者数は83名であった。事前訪問を実施した患者のうち39名で処方提案を、また88名で副作用の報告を行った。

【考察】医師の訪問前に薬剤師が事前訪問することで、医師の診察に必要な情報を事前提供することが可能になり、医師のより適切な薬物治療の支援が可能になると考えられた。薬剤師が在宅患者の治療経過を確認するためには、患者の観察や家族からのインタビューの他、看護師や介護士などと連携することでより適切な情報を得ることができると考えられた。薬剤師が適正な薬物治療を支援するには、チーム医療が重要であり、特に多職種連携を積極的に行うことが必要と考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 13 在宅医療教育と人材育成 -1

DP6-1-1

地域の緩和ケア力を高める～在宅スタッフ向け緩和ケアスキルアップ研修10年の歩み～

高橋 修^{1,2} タカハシ オサム高田 一哉¹ タカダ カズヤ鈴木 志津江² スズキ シズエ芝山 幸久² シバヤマ ユキヒサ¹医療法人平和会 平和病院 緩和支援センター²横浜市鶴見区医師会 在宅部門

【はじめに】 地域の中で円滑な緩和ケアを提供するには緩和ケア病棟だけでは限界がある。緩和ケア病棟は様々な苦痛に苦しむ患者を迅速に受け入れ、症状緩和を行った後は在宅に復帰させることが求められるようになった。コロナ感染蔓延下においては病棟の面会制限が厳しくなり、残された短い時間を家族、友人などと過ごすため厳しい状況で在宅復帰する例も増えてきた。このため在宅での緩和ケア対応力の強化の必要性はますます高くなっている。当院と鶴見区医師会では協力し地域の緩和ケア力を高めることをめざし、2013年から在宅ケアスタッフ向け緩和ケアスキルアップ研修を開始し10年目を迎えたので報告する。

【活動】研修は年間6回シリーズで開催した。「緩和ケアとは」「対象者の理解」「インフォームドコンセント」「症状と痛み」「薬について」など基礎的な知識を学んだ後に事例検討を行った。コロナの感染が広がった2020年からは緩和ケアにかかわる地域連携の現状やグリーフケアにかかわる内容を追加し画像配信やZoom開催とした。各研修後のアンケートで受講前後の理解度を評価した。研修受講者は延べ445名、参加職種は看護師、医師、歯科医師、理学療法士、ケアマネ、ヘルパー、薬剤師、MSWなど多岐にわたっていた。スライドのハンドアウトと講義録、DVDも作成、反復学習を可能にした。理解度評価は5段階でおこない、各内容により若干の差は見られたが、研修前の自己評価で理解度の低い1～2が平均15%から1%に減少、4～5は11%から38%に増加していた。

【考察】 地域の中ですべての患者、家族に対し質の高い緩和ケアの提供を行うためには、在宅スタッフの知識、経験が重要になるが、独自で具体的な研修を受けるには限りがある。地域の医師会が緩和ケア専門施設と共同して開催するこの研修会は地域全体の緩和ケア力のレベルアップに一定の役割を果たせたと考えている。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 13 在宅医療教育と人材育成 -1

DP6-1-2

入院中に担当した患者の、退院後の訪問診療に研修医が同行する取り組み

江口 忠志	エグチ タダシ
大川 薫	オオカワ カオル
藤島 正雄	フジシマ マサオ
甲斐 友里恵	カイ ユリエ
土屋 忠則	ツチヤ タダノリ
高島 大樹	タカシマ ダイキ

亀田総合病院 在宅診療科

【はじめに】 当院は917床の急性期治療を行う臨床研修指定病院である。急性期治療を終えたあるいは終末期の患者が、総合内科や専門科から在宅医療へ移行することも多い。筆者は総合内科・病院総合医と在宅診療科・在宅医として指導医を兼任している。総合内科の入院担当は指導医、専攻医、初期研修医（もしくは診療看護師）にチーム分けされている。教育の一環として、在宅患者の退院時もしくは新規導入となった患者を対象として指導医の訪問診療に研修医が同行する取り組みを始めた。これらのうち合計10人のアンケート調査の結果を報告する。

【活動】 質問項目は以下とした、①同行の感想、②同行の経験がその後の診療に活かせるかどうか。調査結果からは、先行研究と同様に、患者中心の医療、診療態度やコミュニケーションを省察するという変化がみられた。また、入院中とは違う患者の姿を知ることができたなど、臨床現場の異なる環境で同じ患者・家族をみることができるメリットが確認された。さらに、生活環境を意識した問診や退院後を見据えた診療に活かせるようになったとの回答もあった。

【考察】 この取り組みを実現するに際しては、入院チームの人手や忙しさの程度、訪問診療のスケジュール、患者・家族の了承など多次元の調整が必要であった。病棟と在宅診療科が物理的に近く行き来がしやすいこと、筆者が病院総合医と在宅医とを兼任していることが、調整を円滑に進められる要因と考えている。

今回は患者・家族側のアンケート調査は行っていない。しかし、入院時の担当医が自宅に訪問することは、ケア移行時の患者・家族の安心感に繋がり、以後の在宅療養の安定化が期待できる。入院担当医の退院後在宅訪問は研修医および患者・家族の双方に有用な取り組みだと考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 13 在宅医療教育と人材育成 -1 DP6-1-3

完全オンラインによる多職種地域連携研修会を通じた在宅医療人材育成の試み

児玉 麻衣子 ^{1,2}	コダマ マイコ
椿 貴佳 ¹	ツバキ タカヨシ
埴 瀬里奈 ¹	ハニ セリナ
高野 智早 ¹	タカノ チハヤ
清水 薫 ¹	シミズ カオル
池口 亮 ³	イケグチ リョウ
向山 恵 ⁴	ムカイヤマ メグミ
中村 薫 ⁵	ナカムラ カオル
宮武 寛知 ²	ミヤタケ ヒロトモ
紅谷 浩之 ²	ベニヤ ヒロユキ
廣野 靖夫 ¹	ヒロノ ヤスオ

¹ 福井大学医学部附属病院 がん診療推進センター

² オレンジホームケアクリニック 在宅医療部

³ 勝山オレンジクリニック 在宅医療部

⁴ 訪問看護ステーションゆい 在宅医療部

⁵ 木田らいふ薬局 在宅医療部

【はじめに】最期まで在宅療養を希望する終末期患者は増加傾向にあり、それを担う在宅医療人材育成は喫緊の課題である。今回、完全オンラインによる多職種地域連携研修会を通じた在宅医療人材育成の試みを行なったため報告する。

【活動】令和4年8月、10月にがん診療連携拠点病院が主催となり、ZOOMを利用して病院側（緩和ケアチーム看護師、病棟看護師）と地域側（在宅医、訪問看護師、訪問薬剤師）からそれぞれの立場で同一症例に関する発表を行なった。その後研修会テーマに関するレクチャーを行なった。最後に病院側と地域側での自由意見交換の場を設けた。参加者（各回40名）は病院医師、看護師、薬剤師、栄養士、在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー、MSW、介護士と多岐に渡った。当日は病院側と地域側で提示症例だけではなく、日頃の連携に関する事等活発な意見交換がなされた。

【考察】コロナ禍であることを考慮し完全オンラインによる多職種地域連携研修会を開催したが、当初の予想以上に病院側と地域側双方から多くの多職種の参加があった。退院前カンファレンスが開催困難等、病院と地域が直接連携できる機会は減少しているが、定期的にオンラインでの研修会を開催することで紹介状等文書や電話での情報共有以上の連携の場を確保できると考える。今後は、より地域側のニーズに沿ったテーマ設定や、地域側により能動的に参加してもらえる仕組み作りが必要と考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 13 在宅医療教育と人材育成 -1

DP6-1-4

がんプロフェッショナル養成プランにおける診療所医師と大学病院医師との在宅医療実習の実際

安中 正和^{1,2} ヤスナカ マサカズ
本多 功一² ホンダ コウイチ
芦澤 和人² アシザワ カズト

¹医療法人安中外科・脳神経外科医院 理事長

²長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 臨床腫瘍分野

【はじめに】がん対策において「がん専門医療人の養成」が重要課題となっている。そのため、平成19年4月に文科省の人材育成事業「がんプロフェッショナル養成プラン」が開始され、平成24年からの「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン（第2期）」、平成29年からの「新ニーズに対応する九州がんプロ養成プラン（第3期）」へと引き継がれた。

長崎大学では、本事業を他の大学と連携しながら展開している。第2期のがん地域貢献医師・歯科医師養成コース、第3期の包括的がん専門医師・歯科医師養成コースにおいて、医師への必修単位実習として、在宅・地域医療実習を組み込んだ。同実習は、がん地域医療や在宅医療を理解し、即戦力として活躍できることを目的とする。平成25年より開始され、在宅医療の実際を肌で感じられるよう診療所医師の在宅医療の現場に同行する実習となっている。

【活動】在宅医療を担う診療所医師を演者がコーディネートした。37人の大学病院医師が同実習を希望し、長崎在宅Dr.ネットの15人（延べ104回）の医師とマッチングした。希望医師には延べ50時間程度の在宅診療を体験してもらった。医師の経験年数は概ね6年目から8年目であった。癌患者のみならず慢性疾患の患者や、高齢患者から小児患者の患者を対象に、患者の自宅や、患者の住む高齢者施設などの自宅以外の居宅などに同行してもらった。

【考察】大学病院医師としては自分たちが帰した患者がどのように生活しているのか肌で感じる事ができたと思われる。その中で最新の医療知識のある大学病院医師と訪問診療をすることは大変刺激となった。

一方で、我々診療所医師は孤独なことが多く、同実施を通じて連携を感じることもあった。

診療所医師の声や、実習をした医師の声を拾い上げて、今後の在宅医療の可能性について述べたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 13 在宅医療教育と人材育成 -1

DP6-1-5

在宅医療介護連携推進事業における人材育成—3年間の対人援助スキルアップ部会での取り組み—

揚石 義夫^{1,2} アゲイシ ヨシオ小山 英央² コヤマ ヒデオ清水 知美² シミズ トモミ¹揚石医院内科小児科循環器科 診療所部門²上越市妙高市在宅医療介護連携推進協議会 対人援助スキルアップ部会

【はじめに】これまでの上越市妙高市在宅医療介護連携推進事業では、多職種連携研修が在宅チーム力強化に結実していなかった。そこで「人を援助する」という汎用性のある立場での基礎技量の共有が、チーム力を強化するのではないかと考え、行ってきた活動を報告する。

【活動内容】令和2年度、対人援助スキルアップ部会が発足。まず一般ビジネス書や仏教指導者の啓発書から、支援の基本的考えとして①最初に信頼関係を構築②利他性（助けるとき、与えるよりも多くを相手から奪っている可能性があること等）を学んだ。研修後、検討事例について①②を意識して対象者と関わったところ予想以上に対象者のエンパワメントが強化され、援助者にもよい影響があったことが報告された。その後、年数回行われた事例検討をZoomで録画、編集し約90分×3事例分の研修動画を作成。作成したCD-ROMを使い、令和3年11月～令和4年10月計5回、のべ約140名の医療介護福祉専門職を対象としたオンライン研修を施行した。

【結果】①研修直後のアンケート結果：「非常にわかりやすかった」80-90%、「日ごろの支援を振り返る機会にとってもなった」90-93%、「全体を通してとても満足」87-90%であった。

②研修後3～11か月後の再アンケート結果：「日頃、研修内容をまあまあ意識している」と90%で回答。実践している事として、「しゃべりすぎない、拙速に課題遂行を重視しない」59%、「知ったつもりにならない。ありのままを見届け、この瞬間に集中して向き合う」63%等の回答があった。

【考察】援助職の基本として「信頼関係の構築」「利他性」が、研修の数か月後も共有できた。作成された研修動画は、多職種で何度も利用可能である。共通の基盤が形成されてきたが、チーム機能の強化にまで至っていない。今後は、さらにチームマネジメントの立場からの事例検討動画を作成し、地域の多職種でそのスキルを共有していきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 13 在宅医療教育と人材育成 -1

DP6-1-6

がん看護専門看護師と作る地域の緩和ケアオンライン勉強会

上田 仁美 ¹	ウエダ ヒトミ
落合 紀宏 ²	オチアイ ノリヒロ
阿部 朋美 ³	アベ トモミ
武藤 真祐 ⁴	ムトウ シンスケ

¹ 医療法人社団鉄祐会 法人企画室

² 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック石巻 院長

³ 医療法人社団鉄祐会 祐訪問看護ステーション石巻 管理者

⁴ 医療法人社団鉄祐会 理事長

【はじめに】 報告者は法人全体の看護を統括する立場のがん看護専門看護師である。震災支援を契機に東北地方に開業したA院と遠隔で協力して勉強会を開催したため報告する。

法人内での訪問看護ステーションの開設、主要機関病院の緩和ケア科の縮小、コロナ禍の影響も加わりA院への新患依頼にしめる癌末期患者の割合が急増し、地域の訪問看護師へのがん看護教育、連携の強化が課題となった。

報告者は都内から遠隔でA院と協力し、がん看護の知識の向上だけでなく、コロナ禍でも相互に交流し、違う事業所同士でも気軽に相談しあえる風土を醸成するためのオンライン勉強会を開催することとした。

【活動】 コロナ禍で多忙で長時間の勉強会は難しく、十分な機材がなくオンラインに不慣れな事業所が多いことが問題となった。

そこで、1年かけて地域を育むことを目指し、毎回PDCAサイクルを用いて振り返りを行い、内容を調整しながら継続した。

月1回1時間(医師の講義20分、事例ベースの寸劇を訪看管理者で行い、それについての対話30分、がん看護の知識10分)とした。参加人数は大体20人程度で、現在まで大きく変わりはない。

技術面での困難は、A院看護師が直接出向いて使用法を指導することで対応した。発言しやすいよう新人看護師に助言を求める設定から開始し、慣れてくるに従って「自分だったらどうする」と少しずつ質問の深度を深めていった。現在ではブレイクアートルームで参加者同士の対話も見られている。

【考察】 コロナ禍でオンライン勉強会は増加したが、機材の不足や不慣れなどにより参加しにくい事業所も多かった。一般に対面よりもオンラインは関係性が希薄になりやすいとされる。対象者をある程度限定し、技術面は対面でサポートを行い、対象者の反応に合わせて時間をかけて勉強会の内容を少しずつ調整しながら継続することで、相互に相談しあえる風土の醸成に寄与することができた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 13 在宅医療教育と人材育成 -1

DP6-1-7

質の高い訪問看護の確保に向けた専門性の高い看護師の取り組み～訪問看護における緩和ケアチームの結成、活動報告～

森 あゆみ ¹	モリ アユミ
近藤 竜輝 ²	コンドウ リュウキ
尾畑 翔太 ²	オバタ ショウタ
間瀬 浩之 ²	マセ ヒロユキ
梅崎 陵徳 ³	ウメザキ リョウトク
塩屋 弥生 ³	シオヤ ヤヨイ
枝村 香緒里 ⁴	エダムラ カオリ
齊藤 唯 ⁵	サイトウ ユイ

¹ソフィアメディ訪問看護ステーション千種 訪問看護事業部

²ソフィアメディ株式会社 事業本部、地域統括 訪問看護事業部

³ソフィアメディ訪問看護ステーション名東 訪問看護事業部

⁴ソフィアメディ訪問看護ステーション瑞穂 訪問看護事業部

⁵ソフィアメディ訪問看護ステーション名西 訪問看護事業部

【はじめに】令和4年度の診療報酬の改定において質の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価が新設され、質の高い訪問看護の確保のための活動が重要視されてきている。しかし、以前より専門性の高い看護師による同行訪問の評価、地域からのニーズが高いにもかかわらず、実際に支援実績が少数に限られている現状がある。認知度の課題だけでなく、特に緩和ケア領域においては活動内容の不明瞭さが影響を及ぼしているものと考えた。そこで今回、活動内容の周知、明瞭化や細かいニーズの把握を目標とし、認定看護師の活動範囲を拡大し実践した内容を報告する。

【活動】名古屋市内にある6事業所からメンバーを募り緩和ケアチームを結成、月1回の症例検討を中心としたミーティングを運営、指導を実施。認定看護師は週2回、特定の事業所にラウンドし、がん末期のご利用者様等への同行訪問、OJTや事前アンケートで不安の大きかった「疼痛オピオイド研修」を各事業所で開催した。また、看護師だけでなくセラピストも対象とし、特定の事業所での活動は経時的な指導を目的として1か月間介入とした。また、週のうち半日は横断的に活動できる日を設け、特定月以外の事業所へも地域統括を中心に周知し橋渡しすることで、オンライン等で相談に応じている。

【考察】定期的に各事業所でOJTを実施できたことで管理者やスタッフと関係構築につながり、活動前に比べ機微な相談が多くみられ、専門性の高い看護師の同行訪問にも繋がった。また全社的に活動を周知することで、エリア外からの相談も増えた。研修を各事業所でのご利用者様の症例を用いながら実施することでより主体的に学ぶ姿勢がみられていた。ラウンド終了後、これらの活動の効果を評価し、チームメンバーを要としたさらなるステーション内での活動の拡大、他ステーションに在籍する専門性の高い看護師の活動範囲の拡大に寄与していきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 13 在宅医療教育と人材育成 -1

DP6-1-8

他院で在宅復帰困難、長期療養目的で入院した統合失調症若年男性の在宅退院を経験して～療養病床だって負けてられない～

中島 徳志 ¹	ナカジマ トクシ
小田切 邦宗 ²	オダギリ クニムネ
有泉 真希 ²	アリイズミ マキ
菅原 昌子 ³	スガワラ ショウコ
逢坂 まや ⁴	オウサカ マヤ

¹ 溪仁会 定山溪病院 診療部² 溪仁会 定山溪病院 リハビリテーション部³ 溪仁会 定山溪病院 看護部⁴ 溪仁会 定山溪病院 地域連携室

【はじめに】厚生労働省の平成28年入院医療などの調査では療養病床からの自宅退院割合は16.3%と少ない。今回、全介助状態にある統合失調症患者を在宅復帰をなした症例を経験したので報告する。

【症例】40歳代男性である。前院退院当日に自宅で転倒し、起き上がれなくなっているところを訪問看護師に発見され、再入院となった。在宅復帰は困難との判断で、X年10月当院に転院となった。入院当初から本人の希望は自宅退院であった。多職種で傾聴を繰り返し行うも現状では独居復帰は困難と考えられた。本人は「慣れている家なら問題なく生活できる」との認識だが病棟生活ADLとの乖離が大きい状況であった。家屋調査を経て、社会性のある言動が出るようになり、本人の意識変化が客観的に感じ、我々も患者と自宅退院という具体的目標を共有できた。関わる多職種それぞれで自宅退院へ向けたできることを考えてもらうこととした。ちょうど、新型コロナウイルスが猛威を振るい始めた時期でもあり、試験外泊が困難であった。そのため病棟の協力を得て、病棟個室を疑似自宅として、食事の準備、トイレ排泄などを行っていただいた。また、自宅帰宅後は訪問看護・訪問介護を使用することもあり、疑似試験外泊中はナースコールではなく、院内電話での連絡を行っていただいた。リハビリFIMスコアは62点→117点と飛躍的に上昇し、入院から5か月後の翌年3月に自宅退院した。

【考察】療養型病床にいる職員の中には、在宅の可能性を選択肢に考えず漫然とした対応を行うケースもあった。今回頻回の入退院を繰り返していたが、個々の職種が本人と共通の目標を具体的にイメージし、思考行動することで本人の望む結果を創り出すことができた。退院後2年が経過するが、他院含め再入院にはなっていない。本研究は、医療機関情報及び患者の個人情報を匿名加工し、患者が特定されないよう配慮し、本人に本例発表の同意をえた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 13 在宅医療教育と人材育成 -1

DP6-1-9

在宅療養相談室との連携による訪問リハビリテーション従事者の業務量軽減と、余剰時間を使ったキャリアの形成

岡本 和巳¹ オカモト カズミ
藤原 将司¹ フジワラ マサシ
榊原 啓¹ サカキバラ ケイ

¹ 医療法人社団そよかぜ そよかぜ診療所

² 医療法人社団そよかぜ 診療技術部

【はじめに】当法人は、外来診療と訪問診療・看護・リハビリを実施するハイブリッド型の診療所運営を行っている。訪問サービスを実施するにあたり、患者情報の集約・関係機関への連絡・訪問予定の調整を行う在宅療養相談室（以下相談室）を設け、訪問を行う職員の負担軽減を図っている。これにより訪問リハビリテーション（以下訪リハ）を行う職員の業務量を軽減し、余剰時間を作り出している。

昨今、同一労働同一賃金により「同じ仕事をしていれば同じ賃金を支払うべき」という賃金の決め方が浸透しつつある。

訪リハ業務は日に行える業務量に限界があるため、訪リハ業務のみでのキャリアアップは困難であるといえる。

このため当法人では、リハ職員は訪リハ業務のほかに、総務部管理課に所属し、診療所運営に係る労務・経理・人事といった管理業務を行っている。これは、相談室との連携により生まれたリハ職員の余剰時間を管理業務にあてる形となっている。これにより同一労働同一賃金においても、リハ職員の業務拡大を図り、キャリアアップひいては賃金向上につながる。

【活動】当法人の正職のリハ職員は、総務部管理課に兼務で所属している。相談室との連携により訪問リハ業務を効率化し、空いた時間に各種管理業務を行っており、うち一人は事務長補佐として管理職についている。

近年ではオンライン資格等確認システムの構築や、法人の勤怠管理に関する新システム導入の一助を担っており、法人内で重要な役目を果たしている。

【考察】今後、同一労働同一賃金の考え方が進めば、同様の労働を行うだけでは賃金向上は見込めなくなっていく。リハ職として業務を行いながら、更なるキャリアアップを目指せるシステムとして、相談室との連携による業務の効率化・リハ職の管理職兼務を進める必要がある。そして、リハ職としてだけではなく、法人運営を担う職員として育成することが、法人にとっても有益になると考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 13 在宅医療教育と人材育成 -1

DP6-1-10

「スチューデントドクター」に機会を与えて能力を伸ばす

平田 節子 ヒラタ セツコ
市橋 亮一 イチハシ リョウイチ
藤井 浩史 フジイ ヒロフミ
医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック

【はじめに】当法人は2009年に岐阜県初の在宅医療専門クリニック「総合在宅医療クリニック」として誕生した。今後の医療人材育成は必須と考え、積極的に研修などを受け入れてきた。地元大学から医学生の研修も受けていたが、講義と診療同行を中心に在宅医療を「知ってもらう」「見ってもらう」「感じてもらう」止まりであった。こうした研修では学生側も熱意を失っていき、睡魔と闘う学生に慌てて講義をするという日々であった。

【活動】昨年、「スチューデントドクター」制度を知り、当院でも大学5年生には認められている範囲で「医療処置に関わってもらう」研修に切り替えた。2022年5月には名古屋に「総合在宅医療クリニック名駅」を開設し、コロナ禍で大学からの研修が止まっていたが、2022年度夏から岐阜・名古屋あわせて3大学医学部5年・6年生数人ずつ1週間臨床研修を引き受けている。本人の希望を聞いた上で採血、気切交換・胃瘻交換・腎瘻交換等の処置の補助業務を看護師と一緒に担ってもらったり、救急車手配・救急車同行乗車などを実施。事前に講義や、処置の予習を共にすることで学生の現場での戸惑いを少なくしている。「講義+診療同行」研修だった頃よりも学生の満足度が高く、中には「長期休みに個人的にもう一度研修したい」という学生もいる。また指導医側も熱心に研修に参加する学生の姿勢から、学生の成長を感じることができている。

【考察】スチューデントドクターは、2014年度から主に教育現場としての大学病院で導入されてきた。しかし大学病院には研修医もたくさんおり、医学生は医療処置をしにくい現状がある。家族との信頼関係が強い在宅医療クリニックが「教育の渦巻きモデル」(※当法人命名)を実現し、医学生にさまざまな医療体験をもたらすことこそが、将来の在宅医療人材を育てることにつながると感じている。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 13 在宅医療教育と人材育成 -1

DP6-1-11

在宅療養診療所における歯科衛生士臨地実習の取り組み

合掌 かおり^{1,2} ガッシュウ カオリ
 安井 真奈美² ヤスイ マナミ
 藤井 浩史¹ フジイ ヒロフミ
 安田 和代¹ ヤスダ カズヨ
 石川 明奈¹ イシカワ アキナ
 市橋 亮一¹ イチハシ リョウイチ

¹医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック 食支援

²岐阜県立衛生専門学校 歯科衛生学科

【はじめに】口腔機能は食べるという機能だけでなく、生きる力やQOLの向上、生命予後にも影響するため、在宅医療を実施する内科診療所と歯科診療所が連携し、維持管理をしていく必要がある。当院では歯科衛生士が在籍し、歯科診療所と連携しながら口腔管理をおこなっているが、連携する診療所では単独訪問できる歯科衛生士が不足しており、専門的口腔ケア等のニーズに対応しきれない現状がある。このように地域の訪問歯科衛生士育成が課題となっているが、歯科衛生士教育の中で多職種連携や地域包括ケアシステムの現場を学ぶ機会はほとんどない。そこで、在宅療養診療所である当院では、2021年より歯科衛生士学生の臨地実習の受け入れを開始した。

【活動】某歯科衛生専門学校と連携し、教育カリキュラムの検討をおこなった。教育目標を「多職種との連携・地域包括ケアシステムに介入できる歯科衛生士」とし、チーム医療連携の講義や演習の拡充と共に最終学年に2日間の「在宅診療所実習」を導入した。1日目は食支援（歯科衛生士・管理栄養士・言語聴覚士）の訪問同行、2日目は診療（医師・看護師）の訪問同行と重症心身障害児短期入所施設の見学を設定した。実習後は同行した在宅患者2症例の分析と支援計画および実習の感想をレポート提出させた。

【考察】全国でも在宅診療所実習を導入している歯科衛生士学校はなく、進路として訪問歯科へ興味を持つ歯科衛生士が増えることが期待される。歯科衛生士学生のレポートでは、多職種での包括的な支援の必要性を考察できていた。また卒業時のアンケート調査では、就職先として「訪問歯科」に興味を持つ学生が有意に増え、一定の教育効果があることが伺えた¹⁾。しかし、歯科衛生士の求人では訪問歯科に力を入れている医院は少ないのが現状であり、訪問歯科診療所の開拓が課題である。

1) 合掌・安井：日本歯科衛生教育学会第13回学術大会，2022

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 14 在宅医療教育と人材育成 -2

DP6-2-1

訪問看護師の継続学習について、施設管理者はどのように考えているか

高橋 有紀子 タカハシ ユキコ

田村クリニック 在宅ケア相談室・内科

【目的】 訪問看護を取り巻く環境は日々変化している。コロナ禍以降は特に最新の情報を求められる。訪問看護師は個人での判断を迫られる場面も多く、その負担は大きい。負担軽減には看護師個人の対処能力向上が最も有効であるという。今回、対処能力向上には継続学習が必要であると仮説を立てた。そして管理者が継続学習に対してどのように考えているかを明らかにする目的で、アンケート調査を行った。

【方法】 調査対象は訪問看護ステーションの管理者とした。2020年6月～7月の31日間にGoogle Formsを用いてアンケートを実施した。「訪問看護師の継続学習と、職場の雰囲気は関係するか」、「訪問看護師の継続学習と、同僚・上司の学習に対する姿勢は関係するか」という2項目について自由記述方式で回答を得た。これらについて質的解析を行った。

【結果】 回答数は79件であった。職種別の内訳は看護師55名・医師17名・事務職7名であり、回答者の約7割を看護師が占めた。また回答者の性別は男性26名・女性53名で約1:2であった。

継続学習の成立しやすい職場環境や、同僚・上司の学習姿勢の関与については概ね意見の一致をみた。しかし職種別に一定の傾向を認めた。医師は教育機会提供に関して、事業者としての教育方針や費用面の問題に言及した。事務職は看護師を「資格を有する専門家」と見なしており、学習は個人の責任に帰結すると主張した。この意見は他職種では認められない。看護師の視点はさらに異なる。訪問看護の特性上、個人をチームで補う必要があり、継続学習はここに深く関わるといふ。また、継続学習・自己研鑽の最終目的は、看護の質の向上および看護師個人のやりがいにあるとの回答を認めた。

【考察】 訪問看護師の継続学習について管理者の教育観を調査した結果、職種間に差を認めた。これらを統合し、さらに看護師の学習状況と対照させ、理想的な継続学習の場について検討したい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 14 在宅医療教育と人材育成 -2

DP6-2-2

訪問看護師の精神健康と倫理的問題に対するストレス認知, Self-Compassion, Over-Involvementの離職意向への関連

實金 栄 ミカネ サカエ
井上 かおり イノウエ カオリ
名越 恵美 ナゴシ メグミ
岡山県立大学 保健福祉学部看護学科

【目的】在宅医療・ケア提供においては、解決困難な課題に出会うことが多い。それらの課題に対して、早急に解決することを目指すだけでなく、その課題における苦悩を患者らと共に味わいつつも、解決のタイミングを待つことも必要である。つまり不確かさの中で事態や状況を持ちこたえ不思議さや懐疑の中にある能力：Negative Capability（帚木，2017）が医療・ケア提供者には求められ、これにはケア提供者がSelf-Compassion（SC:自身への思いやり）を発揮することが重要ではないだろうか。そこで本研究は個人の特性（SCやOver-Involvement：OI巻き込まれ）と倫理的問題に対するストレス認知、離職意向との関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】A県の訪問看護師585人を対象に自記式質問紙調査を行った。調査項目は、OI（残心感、被影響性、気がかり）（牧野ら，2009）、倫理的問題に関連するストレス認知（ストレス）（小薮ら，2019）、ポジティブSC：pSC（自分へのやさしさ、人としての普遍的体験、マインドフルネス）、ネガティブSC：nSC（自己批判、孤立、過剰な囚われ）（石村ら，2014）、精神健康（川上ら，2010）、離職意向（鄭ら，2003）で構成した。分析は、OIがストレスに関連し、ストレスが直接およびSCを介して精神健康に影響し、さらに離職意向に関連するとした仮説モデルを構造方程式モデリングにより検討した。

【結果】分析対象者は142人であった。仮説モデルを検討した結果、OIの気がかりはストレスを高め、ストレスはnSCを介して精神健康を悪化させていた。さらに精神健康の悪さは離職意向を高めていた。

【考察】困難な課題に巻き込まれることでストレスを高く認知し、そのような状態においてnSCであることは精神健康を悪化させる。したがって困難な課題に対して個人の努力で対応するのみでなく、ケアカフェのような場での他者から承認や、スーパーバイザーによる支援が必要ではないだろうか。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 14 在宅医療教育と人材育成 -2

DP6-2-3

皮膚・排泄ケア認定看護師による褥瘡未経験医の教育

二宮 淳 ニノミヤ ジュン

石賀 丈士 イシガ タケシ

鈴木 美奈子 スズキ ミナコ

いしが在宅ケアクリニック 内科

【はじめに】訪問診療において褥瘡症例に遭遇する頻度は多い。近年、訪問診療の需要が高まるにつれ在宅医は増加しているが、各医師の専門領域の背景から必ずしも褥瘡治療の経験が豊富であるとも限らない。著者も例外ではなく褥瘡診療の経験が全くなかった。所属先には皮膚科などの褥瘡治療を専門とする医師は在籍していなかったが、皮膚・排泄ケア認定看護師（以下WOC Ns）が在籍していたため、症例検討を重ねていくなどして褥瘡診療の向上に取り組んだ。学習内容を振り返り、達成できたことと今後の課題を検討した。

【活動】2021年6月1日から2022年5月31日の期間中、WOC Nsは著者が経験する褥瘡症例17例の訪問診療に同行した。診療現場では褥瘡形成に至った原因究明から治療選択肢も共に検討した。訪問診療を繰り返す中では多職種による担当者会議を開催し治癒過程を写真で供覧し、再発予防のための取り組みを共有した。他にも「WOC Nsと取り組めたこと」がある一方で「主治医が取り組んだこと」も同等に存在した。

【考察】褥瘡診療は除圧管理、ドレッシング材・軟膏の選択、栄養管理など、考慮すべき選択肢は非常に多い。他にも患者の姿勢指導や病変部の洗浄方法、軟膏塗布の方法など、訪問診療日以外の環境づくりと指導も求められる。褥瘡未経験医単独では考慮できない診療内容もWOC Nsと共に取り組めば十分達成できた。一方で著者は学会web研修会で陰圧閉鎖療法も治療選択肢として考えられることを知った。しかし周囲に経験者がおらず積極的に検討できなかった。未経験の治療選択肢も院外のエキスパート（皮膚科医など）に相談し検討することで自らの褥瘡診療の知識と経験拡大につなげるべきであったと反省している。褥瘡“未経験医”が苦手意識を持たない褥瘡“経験医”となることができた過程を発表したい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 14 在宅医療教育と人材育成 -2

DP6-2-4

高齢者の広範囲のかゆみ・湿疹・皮膚乾燥に対して

柳町 知宏 ヤナギマチ トモヒロ

鹿神会 大野診療所 医局

【はじめに】

高齢者の皮膚トラブルは多く、広範囲のかゆみ・湿疹・皮膚乾燥も少なくない。

この数年、かゆみ・湿疹に関してステロイド含有軟膏・ヘパリン類似物質クリーム混合軟膏に漢方温清飲とセレスタミンで、また皮膚乾燥に関して白色ワセリン・ヘパリン類似物質クリーム混合軟膏で症状コントロールできており、その報告をする。

【活動】

- ① 在宅患者56人中、かゆみ・湿疹14人(25%) 皮膚乾燥3人(5.5%)
- ② グループホーム入居者27人中、かゆみ・湿疹7人(25.9%) 皮膚乾燥18人(66.7%)
- ③ 特養入居者26人中、かゆみ・湿疹6人(23.1%) 皮膚乾燥1人(3.8%)

かゆみ・湿疹に①ステロイド含有軟膏(主にマイザー軟膏から)・ヘパリン類似物質クリーム1:1混合軟膏使用、効果不十分か病変が広範囲で服用可能なら②漢方温清飲(ツムラ5g、クラシエ6g)服用、それでも効果不十分なら③セレスタミン1~4T程度使用する。症状安定後セレスタミン減量・ステロイド含有軟膏クラスダウンを、悪化時は増量する。

皮膚乾燥に白色ワセリン・ヘパリン類似物質クリーム1:1混合軟膏使用する。

上記方針で全員症状コントロールでき、皮膚科受診せずに療養中。

【考察】要介護者の外来受診は患者・介護者とも負担が大きい。皮膚科専門医ではない自分は、症状をコントロールし頻回の皮膚科受診をせずに済むことが重要と考えている。

白癬・疥癬などの感染症に注意すればステロイド含有軟膏は有効で、ヘパリン類似物質クリームとの混合軟膏は使い勝手が良い。高齢者皮膚トラブルに温清飲が有効なことを多数経験している。一例のみだが、乾癬患者の皮膚が安定した症例もある。温清飲に関して文献を出して説明する。

場所による軟膏使用頻度の違いは、患者・家族・介護者が診察する医師に皮膚治療を期待するかどうかの違いかもしれない。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 14 在宅医療教育と人材育成 -2

DP6-2-5

在宅医療・ケアを担う「かかりつけ薬剤師」を養成するために薬学部大学生の「薬学教育モデル・コア・カリキュラム」の令和4年度改訂について考察する

千田 一嘉 センダ カズヨシ
金城学院大学 薬学部

【目的】2015年に厚生労働省は「患者のための薬局ビジョン」で地域包括ケアを推進するために在宅対応する薬剤師・薬局が服薬情報を一元的・継続的に把握し、適切に薬学的管理・指導する「かかりつけ薬剤師・薬局」制度を提唱した。2022年度に「薬学教育モデル・コアカリキュラム」(2022薬学コアカリ)が改訂された。将来の多職種連携を強化するために2022薬学コアカリにおけるかかりつけ薬剤師に関する記述を考察する。

【方法】2022薬学コアカリと書店で入手可能な薬学概論5冊、薬物治療学8冊、薬剤師の実務に関する臨床薬学3冊、地域医療学3冊の教科書を検討した。

【結果】2022薬学コアカリの目次で「臨床薬学」の章に地域医療と多職種連携が項目立てされた。「社会と薬学」の章で全人的な患者中心の医療を地域の多職種連携で支える地域包括ケアシステムが示された。地域包括ケアシステムは総論に2ヶ所、各論に6ヶ所記載された。多職種連携は総論に17ヶ所、各論に45ヶ所記載された。「かかりつけ薬剤師」は1ヶ所に記載された。薬学概論の5冊に在宅医療・ケアの場におけるチーム医療が記載された。薬物治療学の3冊にチーム医療の理念が記載され、そのうち2冊に在宅医療の場の議論と地域包括ケアシステムにおける予防を担う健康サポート機能が記載された。臨床薬学の3冊には在宅訪問が記載され、地域医療学の3冊には在宅医療におけるかかりつけ薬剤師・薬局の実状が示された。

【考察】2022薬学コアカリではかかりつけ薬剤師・薬局制度の基盤となる在宅医療・ケアの理念の記述が2013年版より充実された。在宅医療や多職種連携は薬学概論で教育される。今後は薬学部大学生に治療の場と多職種連携を教育する方法論の拡充が課題である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 14 在宅医療教育と人材育成 -2

DP6-2-6

寸劇によるアドバンス・ケア・プランニング普及・啓発活動の教育的効果を調査する試み その1

～アンケート項目の作成～

久保田 千代美¹ クボタ チヨミ
白山 宏人² シラヤマ ヒロト

¹Chiyomi Kubota Care 研究所 代表

²大阪北ホームケアクリニック 院長

【目的】劇団ザイタクは、現場で経験する医療やケアを選ぶ過程を自分ごととして感じられるように寸劇にしてアドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）普及・啓発を行っている。この寸劇による動画がACP普及・啓発の教材として教育効果を調査するためのアンケート項目の作成を試みた。

【方法】介護を学ぶ10代、20代の男女39名を対象に、ACPについて基本的な講義後、動画を視聴する。属性と（1）動画を視聴する前と後で考えが変わったこと、感じたこと（2）5項目の主な登場人物の誰に近いかを選択（3）家族ならどうするかを質問し、任意で記述する。自由記述の内容は類似しているものに分類し、項目を作成する。

【結果】（1）①意思表示・リビングウイルが大事、②本人の気持ち思いを尊重する③自分も今から考え話し合う④動画が具体的でよくわかった⑤安楽に過ごせるように考えてゆきたい⑥様々な意見がある・決定できない⑦在宅医療の方法を広めたい⑧本人の決定を守りたい⑨自分は自分の好きなように過ごしたい⑩その他（2）提示した登場人物5項目に分布していた（3）①気持ちを尊重②寄り添う・話を聴く③生きていてほしいので気持ちに反対してしまうこともある④安楽に好きなように過ごしてもらいたい⑤食べたいものを食べれるようにする

【考察】人間尊重の倫理的課題も示唆される結果となり、ACPは、何かを決めることではなく、対話が重視されることも伝わっている。対象者は、ACPや人生会議について初めて聞くので、様々な価値観の登場人物に自分を置き、寸劇の登場人物によって疑似体験している。体験活動は現実の世界や生活などへの興味・関心、意欲の向上、豊かな人間性や価値観の形成などに教育効果があるとされる。今後、医療介護の専門職に向けてのACP推進のための研修で、寸劇の動画を視聴したあとに今回のアンケート項目で、さらに教育効果を調査する予定である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 14 在宅医療教育と人材育成 -2

DP6-2-7

ACPの課題とその対策

～看取り対応として見捨てないための関わり方を学ぶ研修

小澤 竹俊 オザワ タケトシ
久保田 千代美 クボタ チヨミ
濱田 努 ハマダ ツトム
千田 恵子 チダ ケイコ
エンドオブライフ・ケア協会 代表理事

【はじめに】 ACPは、本人の思いを大事にしなが、将来の医療やケアを選び、実現するために、話し合うことである。この話し合いにより、希望しない救急搬送・延命治療を回避することができる。しかし、本人・家族が希望する（しない）医療の選択だけの関わりであれば、その後呼吸がとまるまでの間、見捨てられたような関わりとなる危険性がある。看取りの現場で求められる関わりは、たとえ限られたいのちの中で、たとえ本人との会話が困難な状況にあったとしても、マイナスの気持ち（迷惑ばかり、早く死にたい）から、プラスの気持ち（安心、幸せなど）に気づけるような対話である。ホスピスで培った対人援助（スピリチュアルケア）をもとに、現場で実際に関われる担い手を育てる研修を企画し、実施してきた。

【活動】 2015年4月に有志で協会を設立し、同年7月よりエンドオブライフ・ケア援助者養成基礎講座を開催してきた。コロナ感染拡大をうけ、eラーニング+1日研修（対面、オンラインハイブリッド）に変更し、2022年12月までに合計148回実施し、受講生はのべ7704人となった。内容として、マイナスの気持ちをプラスに変えるために①わかってくれる人として聴く（援助的コミュニケーション）②解決できる苦しみは解決する③解決できない苦しみでも穏やかに成れる理由（支え）に気づき支援する④援助者自身の支えを知る、を事例検討やロールプレイで学ぶ。継続学習として認定ファシリテーター324人が、全国53カ所の地域学習会として活動している。

【考察】 ACPとして希望する医療を選択した後の関わり方が大切である。見捨てないために、マイナスの気持ちをプラスに変える関わり方が、これからの時代に重要となる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 14 在宅医療教育と人材育成 -2

DP6-2-8

施設看取りにおける死亡診断書交付の際に注意すべきこと

伊藤 浩光 イトウ ヒロミツ
医療法人社団ときわ赤羽在宅クリニック 診療部

【はじめに】 最期まで自宅で過ごしたいと望む高齢者がいる一方、様々な理由で高齢者施設に入居し、最期を迎える方も少なくない。2021年末に厚生労働省が公表した新たな「社会福祉施設等調査」の結果では、有料老人ホームの施設数が引き続き増加傾向にあると報告されている。今後増えるであろう施設看取りに対して、訪問診療医が死亡診断書を交付する際の注意点を予め整理しておくことは重要と考えられる。

【活動】 ほとんどの施設は、いわゆる看取り同意書を作成しており、患者・家族の希望により訪問診療医と協力することで施設内で看取りまで対応するとしている。しかし多くの施設では、死亡した際は訪問診療医がほぼ無条件に死亡診断書を作成するという意味に捉えていた。すなわち、医師はそれまで管理下していた疾病による病死や自然死においては死亡診断書を作成できるが、予期せぬ死亡や外因死が疑われるときは、死体検案や警察への届け出が必要（令和4年度版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル参照）という事項を理解していない施設が多数であった。そのため、「なんとか病死として死亡診断書を作成して穏便にすませてもらえませんか？」などの発言に対してしばしば対応に困ることがあった。そこで、その場で死亡診断書を交付することの可否について、当院では「施設内看取りに関する共有事項」なる書類を作成し各施設へ配布した。

【考察】 予め施設側に書面をもって、「管理下でない予期せぬ死亡の際には第三者の介入が不可避であること」、しかし「丁寧な診療や状態観察により不要な介入は避ける方針であること」を伝えたところ、概ね理解が得られた。事例を踏まえた勉強会の計画もあり、発表時にはこの活動の様子も加えて報告する予定である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 14 在宅医療教育と人材育成 -2

DP6-2-9

在宅療養支援診療所における連携実務者のラダー開発

高橋 由利子 タカハシ ユリコ

上田 仁美 ウエダ ヒトミ

中山 喜久子 ナカヤマ キクコ

医療法人社団鉄祐会 法人運営企画室

【目的】医療・福祉分野における連携実務者は、患者・家族との関係性を主軸に、院内外の多職種と連携・協働し、患者のニーズに応じた多様な調整を図る。連携業務には臨床実践能力に加えマネジメント要素も含まれ、継続的なスキルアップが必要である。これまで看護師のクリニカルラダーなどの報告はあるが、連携実務者のラダー開発は見受けられない。本研究では在宅療養支援診療所の連携実務者を対象とし、ラダーの開発を行った。

【方法】1) 連携実務者の実践に関するインタビュー調査(半構造化面接)の実施と、その録音からテキスト化。2) テキストを研究者3名によるコード化と行動特性の抽出。3) 逐語録およびコードをKHコードにより計量テキスト分析。4) 連携実務者の経験年数、従来のラダー取得レベル別に分析。5) 先行文献のラダーやコンピテンシーを参照し、在宅療養支援診療所における連携実務者に必要なラダーを作成。

【研究における倫理的配慮】鉄祐会倫理審査委員会にて承認(鉄倫22-1-1号)。

【結果】同意を得た被検者23名と面談した結果のテキスト化を行った(総抽出語数48937語)。共起ネットワーク分析から「医療に関する言語」「療養に関する言語」「地域関係者に関する言語」「患者・家族に関する言語」「共有、連絡、対応など調整に関する言語」等のグループ化が示された。連携実務者の経験別では、グループ化される個数や内容に違いがみられた。以上の結果と文献を参考に連携実務者のラダーの項目として『予測力(医療面に関する予測/継続可能な療養生活の予測)』・『患者・家族の意思決定支援に関する能力』・『IPW(多職種協働)の能力』・『コンピテンシー』の4項目とし、5段階のラダーを作成した。

【考察】効果的に習熟を得るには、連携実務に特化した段階的な指標となるラダーの開発が必要と考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 14 在宅医療教育と人材育成 -2

DP6-2-10

在宅医療診療所におけるオンボーディングプログラムの実践報告

荒 隆紀	アラ タカノリ
稲岡 雄太	イナオカ ユウタ
福田 俊一	フクダ シュンイチ
山口 高秀	ヤマグチ タカヒデ
医療法人おひさま会	おひさまクリニック

【はじめに】在宅医療を行う診療所のスタッフは中途採用人材が珍しくない。診療所という規模では、余剰人材を抱えられない事情も相まって中途採用者は、即戦力として採用され、短期間で成果を出すことが求められる。しかし、中途採用者は、過去の経験や所属していた組織の風習や手法を“アンラーニング”しながら組織再適応することが必要とされ、新卒職員よりも退職率は高く注意が必要である。一般企業では、新入社員の早期戦力化と組織適応の両方を行う、人材定着のプロセスを“on-board（船・飛行機に乗っている）”から派生した「オンボーディング」と呼ばれる独自のプログラムを作成していることが多い。また、企業の規模に関わらず、オンボーディングに力を入れている企業の方が、力を入れていない企業に比べて、中途採用者の定着率とパフォーマンスの双方においてスコアが高いことが分かっている。

【活動】当法人では、戦略人事が中心となり、2022年からクレイン&ヒューザーによるオンボーディングの3つの機能に基づいた独自のオンボーディングプログラムを実施している。

【考察】在宅医療を行う診療所で中途採用者のオンボーディングの方法は確立されていない。当法人の活動内容を共有は一般企業で行われている方法を改変したものであるが、実践期間は短く、今後の中長期的な退職率の変化や社員満足度の経過を追跡する必要がある。また、今後はオンボーディングプログラムの実施者が特定のスタッフだけではなく、多職種スタッフを巻き込む形で改良していく必要があると考えている。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 14 在宅医療教育と人材育成 -2

DP6-2-11

他職種における効果的なプラス側面と回避的すべきマイナス側面の情報共有の強化～認識の相違を減少させるための取り組み～

秋澤 勇輝 アキサワ ユウキ
鏑木 ゆう子 カブラギ ユウコ
小田嶋 裕之 オダジマ ヒロユキ
日本財団在宅看護センターひまわり リハビリテーション部門

【はじめに】訪問看護事業所における看護師とリハビリ職種による連携は利用者のADL・QOLの維持改善に効果的である。看護師とリハビリ職種間には専門用語・役割が異なる専門性の特性がある中で連携する情報の認識の相違について明確でないことが動機だった。他職種連携による情報共有は単発的ではなく常態化した形態である。連携する具体的な内容・伝達方法・タイミングを明確化する必要がある。

そこで看護師とリハビリ職種が情報共有した内容を効果的なプラス側面と回避的なマイナス側面へ変換することで目的の一致に繋がると仮説を立てた。他職種が効果的なプラス側面と回避的なマイナス側面を共有する場面で認識の相違を減少させることを目的とした活動報告である。

【活動】当訪問看護ステーションの看護師と理学療法士を対象に、連携をすることによって他職種の共通価値を確立するため、効果的なプラス側面と回避的なマイナス側面について共有すべき問題点とそれに対する改善策をアンケート調査した。アンケート結果に基づき効果的なプラス側面と回避的なマイナス側面を解決策として明確にした。その結果情報共有されている褥瘡・転倒の認識の相違、その解決策が目指す方向性が視覚化した。

【考察】吉池の保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理の研究では、連携の5つの構成要素のうち同一目的の一致が挙げられている。他職種連携において同一目的の一致は認識の相違を減少されることと同義である。本活動で情報共有の内容・伝達方法・タイミングを視覚化したことで、経験年数・専門用語・役割が違う双方の認識の相違を減少させることができ、連携の構成要素のうち同一目的の一致を図ることができた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 14 在宅医療教育と人材育成 -2

DP6-2-12

質の向上を目的とした「診察同行ガイドライン」の作成と運用

八鍬 紘治 ^{1,2,3,4}	ヤクワ コウジ
原熊 克欣 ²	ハラクマ カツトシ
加藤 義豊 ³	カトウ ヨシタカ
秋元 博晶 ⁴	アキモト ヒロアキ
前田 桂吾 ⁴	マエダ ケイゴ
井出 満貴 ⁴	イデ ミツタカ

¹ 日本調剤株式会社 東北支店 在宅医療部

² 日本調剤株式会社 関西支店 在宅医療部

³ 日本調剤株式会社 横浜第一支店 在宅医療部

⁴ 日本調剤株式会社 在宅医療部

【はじめに】処方提案は薬剤師の職能であるが、保険薬局薬剤師はトレーシングレポートや疑義照会により行うことが一般的である。しかし、実施件数は決して多いとはいえない現状がある。有料老人ホームなど施設で生活している患者において居室で服薬支援や服薬指導を直接行う機会が少ないこともあり、訪問診療医の診察に同行しながら居室訪問することは薬剤師のアセスメントにもつながり有用である。診察同行に対する診療報酬上の評価や加算は現在のところないが処方意図の把握だけでなく、薬剤師の臨床力向上にもつながり、当社では在宅医療業務をメインに行う在宅支援センターを中心に実施している。診察同行時に対面にて医師へ処方提案ができることで質の高い服薬支援や服薬指導につなげることができる。しかしながら、薬剤師による個人差が大きい現状があった。そこで診察同行を実施する薬剤師に向けた「診察同行ガイドライン」を作成し、社内共有することにした。

【活動】診察同行を行う薬剤師の事前準備不足の解消や医師に同行する不安の払拭だけでなく、より具体的な処方提案を実現するため、在宅医療を推進する在宅医療部所属薬剤師の経験を参考に「診察同行ガイドライン」を作成した。在宅支援センターだけでなく一般的な薬局でも活用できるようにトレーシングレポート作成や疑義照会の参考になるような処方提案実施のポイントも盛り込んだ。

【考察】「診察同行ガイドライン」を活用することで薬剤師による処方提案の質が向上され、より適切な薬物療法の実現や施設内における服薬管理を容易にするだけでなく、訪問診療医のサポートを行うことで疑義照会の減少、残薬調整の容易化など医療機関の業務負担軽減にもつながると推測される。22年7月にガイドラインを作成し、社内薬剤師に向けて情報発信したがまだまだ浸透しているとはいえず、更なる浸透や具体的な活用拡大が今後の課題である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 15 在宅医療教育と人材育成 -3

DP6-3-1

診療看護師 (NP) の Point of care ultrasound (POCUS) を用いた地域での活動報告

中川 恵子 ¹	ナカガワ ケイコ
黒澤 恵美子 ¹	クロサワ エミコ
佐藤 敏明 ⁴	サトウ トシアキ
鈴木 郁子 ⁵	スズキ イクコ
瀬戸 初江 ¹	セト ハツエ
小寺 俊之 ³	コデラ トシユキ
住友 和弘 ²	スミトモ カズヒロ

¹ 東北医科薬科大学病院 看護部

² 東北医科薬科大学 若林病院 総合診療科

³ 登米市立豊里病院 内科

⁴ 特別養護老人ホーム 松風園

⁵ 特別養護老人ホーム 光風園

【はじめに】超音波検査は近年臨床検査技師、医師だけではなく、看護師も幅広く活用している文献が散見される。特に携帯可能なポケット型エコーは持ち運びができその場ですぐに施行できるため、外来や病棟、在宅と幅広く使用されている。

当院の診療看護師 (Nurse Practitioner: 以下 NP) は2019年より宮城県県北の医師不足、高齢化率の高い地域で施設患者管理を開始した。NPがPoint of care ultrasound: 以下 POCUS) を施行することで施設患者の病状把握を行い、速やかに医師につなげることで治療がスムーズに行われたケースがあったので報告する。

【活動内容】症例1、80歳代女性、既往歴は腰部脊柱管狭窄症。一か月前より全身の浮腫が出始め、1週間前より浮腫が増強し、喘鳴も認めため相談を受けた。POCUSを実施したところ、心臓の動きは良好で明らかな弁膜症もなかったため心不全による浮腫ではなく他の原因があると考えた。採血施行し、血清 Alb 値が1.5mg/dLと低く、低 Alb 血症による浮腫と考え、嘱託医に報告し治療が開始された。

症例2、70歳代女性、既往は脳梗塞。2、3日前より右上下肢の浮腫が顕著になってきたので相談を受けた。POCUSを実施したところ心嚢液貯留を認めた。超音波所見について循環器専門医にコンサルトした。採血施行し、甲状腺機能低下、低 Alb 血症があり治療が開始された。

症例3、70歳代男性、既往歴はクモ膜下出血、脳梗塞、右片麻痺。3日前より歩行困難、食欲低下、発熱を認めため相談を受けた。下腹部が張っておりPOCUSを実施した。膀胱内に尿充満を認めため導尿し、尿検査・採血を施行。その結果尿路感染症が疑われ医師に報告し治療が開始された。

【考察】医師不足の地域でNPが超音波検査を用いながら患者の病状把握に努め、速やかに医師につなげることで患者はスムーズに治療を受けることができると考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 15 在宅医療教育と人材育成 -3

DP6-3-2

在宅診療においてPICC (Peripherally Inserted Central venous Catheter) 挿入という治療オプションを導入した中期活動報告

大垣 美千代	オオガキ ミチヨ
澁谷 泰介	シブヤ タイスケ
松木 佑介	マツキ ユウスケ
立野 慶	タテノ ケイ
澁谷 佐季	シブヤ サキ
黒澤 愛実	クロサワ マナミ
石渡 智子	イシワタ トモコ
渡邊 成美	ワタナベ ナルミ

医療法人社団ユニメディコ 看護部

【はじめに】 PICCはベッドサイドで比較的簡便に挿入することができ、感染や出血などの合併症の発生率が低く、長期で使用できる点がメリットであり在宅での使用と相性が高い。当院では2021年6月から在宅でのPICC挿入という治療オプションを導入したためその中期活動報告を行う。

【活動】 2021年6月から2023年1月までに34件の挿入を行った。PICC挿入は患者のベッド上で行い、挿入部位は上腕尺側皮静脈を第一選択とし、リアルタイムエコー下で挿入した。製品は、すべてBD社製グローシオンカテーテル®のシングルルーメンを使用した。挿入後は頸部エコー及び胸部レントゲンを撮影し先端位置を確認した。術中の合併症はなく、PICC挿入導入初期と比較し1年経過後では挿入時間・挿入期間ともに改善が見られた。

また、当院でのPICC挿入増加に伴いPICC挿入後患者の管理依頼や、CVからPICCへの入れ替え依頼といった患者紹介が急性期病院から見られるようになった。

【考察】 在宅におけるPICC挿入は、十分な事前準備や環境調整ができれば安全で有効な治療オプションの一つとなり得る。PICC挿入導入当初の対象疾患は摂食嚥下障害がメインであったが、PICC使用に習熟することで地域からの依頼が増え輸血・化学療法・カテコラミンといった特殊な薬剤のルートとしてPICCを使用する患者の依頼が増えていった。医療依存度の高い患者への選択肢の一つとしてPICC挿入は有効であると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 15 在宅医療教育と人材育成 -3

DP6-3-3

看護師特定行為をどう活かすか -在宅診療における特定行為の実際-

石渡 智子 ¹	イシワタ トモコ
澁谷 泰介 ²	シブヤ タイスケ
渡邊 成美 ¹	ワタナベ ナルミ
大垣 美千代 ¹	オオガキ ミチヨ
澁谷 佐季 ¹	シブヤ サキ
加藤 真理子 ¹	カトウ マリコ
立野 慶 ²	タテノ ケイ

¹医療法人社団 ユニメディコ 看護部

²医療法人社団 ユニメディコ 診療部

【はじめに】2015年より「特定行為に係る看護師の研修制度」が施行され、研修修了者は全国で4832人（2022年4月時点）と年々増加してきている。しかし、研修修了者が現場でどのように活動していくか、新しい制度の活用について模索している現状がある。そこで、今回病院勤務の診療看護師が、在宅診療と連携し実践している特定行為の実際について報告し、今後の特定行為活用の示唆とすることを目的とする。

【活動】2021年より、急性期病院に勤務する診療看護師（特定行為研修修了者）3名が週1回訪問診療クリニックと連携し、医師または訪問看護師や管理栄養士に同行して特定行為を行っている。現在行っている主な特定行為は、末梢留置型中心静脈カテーテル（PICC）挿入、中心静脈カテーテル抜去、胃瘻交換、気管カニューレ交換、採血困難症例の動脈穿刺採血、胸腔ドレーン抜去などである。2021年より在宅領域でPICC挿入を開始し、現在までに34件の挿入を行った。2022年より医師・管理栄養士・診療看護師のチームでNSTラウンドを開始し、胃瘻や胃管交換などを行いながらNSTチームの一員としても活動している。

【考察】今回急性期病院の診療看護師が訪問診療クリニックと連携し、在宅療養中の患者に対して特定行為を行った。特定行為を看護師が実践することで、医師は他の診療に時間を割く事ができ、業務量の軽減や効率的な往診の組み立てが可能となった。また医師の経験や得意分野に関わらず医療依存度の高い患者の処置が可能となり、在宅で行える診療の幅が広がることで、急性期病院からのスムーズな在宅医療移行に寄与することができた。看護師特定行為を在宅で行うことは、急性期病院と在宅医療の連携にも関与することができ、地域で患者を支える取り組みの一助になると考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 15 在宅医療教育と人材育成 -3

DP6-3-4

特定行為看護師の普及と活躍を支える地域での取り組み

高関 左保 タカセキ サホ

訪問看護ステーション上西

【はじめに】 チーム医療を促進し、看護師がよりその役割を発揮するため「特定行為に係る看護師の研修制度」が開始され7年が経過している。研修修了者は増えてきているものの、地域における特定行為看護師の認知度はまだまだ低く、活躍の場も限られている。

【活動】 浜松では令和2年度静岡県看護協会の看看連携を基盤とした地域包括ケア推進事業の一つとして、特定行為看護師の普及と病院・在宅との連携、研修を終えた看護師の交流を目的に「特定行為やらまいか浜松」を立ち上げ、この3年間活動している。

特定行為看護師が交流・発表できる場の提供や特定行為に関する研修、講演会等行いながら特定行為看護師の活動紹介や普及を行ってきた。

その結果、浜松市内のステーションにおける特定行為看護師が3年間で1名から9名へと増加し、少しずつではあるが特定行為研修への興味や認知度が広がってきている。

【考察】「特定行為やらまいか浜松」の活動を通して、県看護協会や地域の医師会の協力も得ながら、病院や訪問看護ステーション等地域全体での活動を広げていったことが、浜松での特定行為看護師の増加につながっていると実感している。特定行為看護師を今以上に育成していくために地域全体での取り組みが重要ではないかと考える。

在宅では看護師の判断力が求められる。研修を受講し、臨床推論やフィジカルアセスメント等を学ぶことにより看護の質の向上とアセスメント能力の向上が期待できる。また、スタッフ個々のスキルアップだけではなく、ステーション全体の看護の質の向上も期待できると考える。

今後はステーション同士の連携や病院・施設看護師との連携等、特定行為看護師の活躍の場を広げながら、地域でよりよいケアの提供が行えるよう引き続き活動していきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 15 在宅医療教育と人材育成 -3 DP6-3-5

訪問看護における特定行為の実践報告― 患者のQOL向上に焦点を当てて ―

熊木 綾子 クマキ アヤコ

独立行政法人国立病院機構新潟病院 訪問看護ステーション

【はじめに】 神経・筋疾患、小児慢性疾患、重症心身障害の専門医療と、地域における中核医療機関としての役割を担うN病院に併設する当訪問看護ステーションは、これら専門分野の需要に応えるとともに、他の分野でも地域の期待に沿いながら訪問看護を実践している。当訪問看護ステーションでは令和3年9月に看護師1名が特定行為研修を修了した。研修中は特定行為が実践されることでのメリットを医師の視点、自部署看護師の視点、患者の視点から推測し、医師のタスクシフティングへの貢献が一番大きいと考えていた。しかし特定行為を実践していく中で、訪問看護の現場では何より患者のQOL向上への効果が大きいと感じている。

これまで、特定行為に関する研究報告では「看護実践の変化」や「特定行為研修の効果」など、研修を修了した看護師に焦点を当てた報告が多く、特定行為の対象となる患者に焦点を当てた報告は少ない。

今回当訪問看護ステーションにおける特定行為実践を患者のQOLの変化を中心に報告する。

【活動】 当訪問看護ステーションでは現在、1名に気管カニューレ交換、1名に胃ろうボタンの交換を実施している。2名とも神経・筋疾患患者であり24時間人工呼吸器を装着している。特定看護師による自宅での医療処置は自ら希望された。

【考察】 患者は、自宅での処置は落ち着いて心の余裕が持てること、違和感などがある場合、自宅ですぐに対応してもらえること、プライバシーに配慮されていることなどがメリットと表現している。また、1名は24時間支援の重度訪問介護を導入したことで在宅療養期間を延長することができたが、その際自宅での特定行為実践が本人の強い希望であった。2名とも外食や趣味活動で外出する機会が増えるなどやりたいことが実践できる喜びが増えており、特定行為の実践が患者のQOL向上に貢献できていると考える。

利益相反：無

00037 / 95170

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 15 在宅医療教育と人材育成 -3

DP6-3-6

演題取り下げ

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 15 在宅医療教育と人材育成 -3

DP6-3-7

意思疎通が難しいがん終末期にある在留外国人療養者に対して訪問看護師が抱える困難

古川 智恵 フルカワ チェ
姫路大学 看護学部

【目的】 本邦における2021年6月末の在留外国人数は、約282万人と COVID-19の感染拡大に伴い、前年比で約6万人減少しているものの、人材の国際流動の再開に合わせて、今後は、在留外国人あるいは訪日外国人数はますます増加することが見込まれる。そこで今回、

意思疎通が難しいがん終末期在留外国人療養者に対して訪問看護師が抱える困難を踏まえて、今後の課題を検討した。

【研究方法】 1. 研究デザイン：質的記述的研究 2. 研究参加者：意思疎通が難しいがん終末期在留外国人療養者に関わった経験がある訪問看護師 3. 調査方法：研究参加への同意が得られた研究参加者にインタビューガイドを用いて「意思疎通が難しいがん終末期在留外国人療養者に対する訪問看護師が抱える困難」について半構造化面接を実施した。 4. 分析方法：面接内容の逐語録を作成し、「意思疎通が難しいがん終末期にある在留外国人療養者に対する訪問看護師が抱える困難」について記載されたコード抽出し、類似性と相違性に基づき、サブカテゴリー、カテゴリーを生成した。 5. 倫理的配慮：調査当時所属していた大学の研究倫理委員会の承認を得て実施した。施設長および研究参加候補者に研究の趣旨と目的を説明し、施設長の承諾、研修参加者の文書への署名をもって同意とした。

【結果】 対象者は看護師15名であった。看護師経験年数は平均11.0年（範囲6年～32年）であった。意思疎通が難しいがん終末期在留外国人療養者に対して訪問看護師が抱える困難として、28のサブカテゴリーから【ラポールに至らない不消化感】、【言葉の壁を越えられないもどかしさ】など5つのカテゴリーが形成された。

【考察・結論】 がん終末期にある在留外国人療養者に対する訪問看護師が抱える困難として、限られた関わりの中であるにも関わらず【言葉の壁を越えられないもどかしさ】や【ラポールに至らない不消化感】を感じていることが明らかとなった。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 15 在宅医療教育と人材育成 -3

DP6-3-8

特定看護師が高流量酸素システムを導入し呼吸困難感の改善が図れた30歳代がん終末期療養者の一症例

守屋 有紀子 モリヤ ユキコ
稲田 陽 イナダ アキラ
医療法人 いなだ訪問クリニック 看護事業部

【はじめに】高流量酸素システムは、様々な生理学的機序に基づき呼吸不全の病態改善が期待できる有用な治療手段だが、人工呼吸器と比較して換気補助が弱いため、導入後の呼吸状態の評価が重要となる。今回、呼吸器関連の区分を修了した特定看護師が、重度の呼吸不全に陥った癌終末期療養者に対し、タイムリーに高流量酸素システムを導入し、酸素化と呼吸困難感改善が図れたためここに報告する。

【症例】30歳代男性、原発不明癌で、消化管穿孔による感染性腹膜炎を併発し末期の状態である。低アルブミン血症 (Alb1.1g/dl) のため感染コントロール不良と全身浮腫増強により寝たきりだが、最期は妻子と家で過ごしたいという本人の意思を尊重し、在宅療養開始となった。癌性疼痛に対し、PCAポンプでオキシコドン96mg/日持続静注開始し疼痛緩和が図れた。癌性リンパ管症併発による呼吸困難感増強あり、酸素流量4.0L/分オキシマスクへ変更後も緩和が得られず、夜間緊急訪問を行なった。意識清明だが喘鳴著明、痰分泌量増加、酸素飽和度93%、呼吸回数26回/分であった。在宅医と連携を図り、経鼻的に高流量酸素システムを導入後 (酸素流量9.0L/分、FLOW25L、FiO₂:46%、口元温度38.5℃設定)、酸素飽和度96%、「息がしやすくなった」と発言あり睡眠が可能となった。

【考察】終末期癌患者の呼吸困難感は50~70%に認める高頻度の症状だが、客観的病態である呼吸不全と一致するとは限らないため、酸素療法導入後は呼吸不全の客観的な評価が重要である。今回、呼吸器関連の特定行為を修了した特定看護師が、緊急時の臨床判断と呼吸状態の評価により医師と連携を図りながら高流量酸素システム導入後、適切な加温および加湿が可能となり、気道粘膜線毛のクリアランス効果や、PEEP効果に伴う肺胞換気量増加による呼吸困難感および酸素化の改善、さらに睡眠も可能になり、一時期でも家族との安楽な時間が得られたと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 15 在宅医療教育と人材育成 -3

DP6-3-9

在宅療養支援看護師のがん末期患者に対する臨死期のケア経験および役割と自己効力感に関する研究

手渡 和子¹ テド カズコ
岩崎 紀久子² イワサキ キクコ

¹独立行政法人 国立病院機構 千葉医療センター Or 看護部長室・緩和ケア

²淑徳大学看護栄養学部 看護学科

【目的】在宅療養支援診療所に勤務する看護師（以下看護師）は、がん末期患者の臨死期ケアにおいてどのような役割を持ち実践しているかを知る。またどのような経験が、臨死期ケアにむかう自信につながっているのか、自己効力感の視点から検討する。

【方法】質的記述的デザインであり、看護師5名に半構成的面接を行い、その内容を分析した。

【結果】臨死期ケアにおける役割は、「患者情報より生命予後を予測して訪問診療にいかす」「臨死期の特有の病状変化のはやさを逃さずに、訪問診療や他機関と連携しながら迅速に対応する」「診療の補助として、患者・家族の苦痛を緩和する為の直接的なケアを行う」「患者・家族の希望をひきだせるように、在宅医師との橋渡しを行い、希望を叶えられるように支援する」の4つのカテゴリーであった。また、自己効力感につながる経験は、「これまでの看護師経験から得た自信や学びが今の看護につながっているとき」「残された時間を意識して、本人の希望を取り入れて援助ができたとき」「在宅療養支援看護師としての存在を意識しながら他者との連携がはかれたとき」「在宅看取りのケア経験が積み重なって、患者・家族のケアに繋がっていると感じたとき」の4つのカテゴリーであった。さらに臨死期ケアにおいて大切にしている思いとして、3つのカテゴリーが示された。

【考察】看護師の役割として、常のがん患者の臨死期の病状の早さを意識して、在宅医師や他機関のスタッフと連携し、希望を叶えられるように支援することや、往診時に安心感につながる直接的なケアを行っていることが明らかになった。さらに自己効力感につながる看護師の経験として、がん末期患者の希望を取り入れた援助を実践できたことや看取りのケアを通して得る成功体験、患者・家族のみならず他職種のスタッフから認められることが言語的説得となり、自己効力感を得ることにつながっていた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 15 在宅医療教育と人材育成 -3 DP6-3-10

うちはこれだけ抜けましたが、、、～泌尿器科専門医師との連携した取り組み～

若林 香保里¹ ワカバヤシ カオリ
米澤 礼子¹ ヨネザワ レイコ
村川 瑞枝¹ ムラカワ ミズエ
城 吉宣¹ ジョウ ヨシノブ
原田 伴子¹ ハラダ トモコ
長谷川 太郎² ハセガワ タロウ

¹医療法人社団 All for Kamakura 湘南おおふな訪問看護ステーション 訪問看護

²医療法人社団 All for Kamakura 湘南おおふなクリニック 泌尿器科

【目的】 当ステーションは泌尿科専門医が運営するクリニックと同一法人の訪問看護ステーションであり、2016年に開設された。そのため膀胱留置カテーテル（以下尿カテ）が挿入されている利用者も多く、尿カテ抜去を主治医と連携しながら行ってきた。開設から7年間の尿カテ抜去を試みた成果を調査し、今後のよりよい訪問看護に生かす目的で今回の検討を行った。

【方法】

①調査方法

2016年7月～2022年12月まで

利用者の尿カテ留置有無、年齢、性別、留置期間、主病名ならびに介護度について検討を行った。

②抜去方法

介護保険限度額上限のため利用が難しい場合は主治医・ケアマネージャーと連携して、月末・月初めでの訪問を調整。尿管抜去前後の訪問診療に看護師が同行し、本人・家族の意思を確認。看護師が抜去後の注意事項、方法説明、抜去に伴う服薬指導を実施。

週始まりの朝に尿カテ抜去、約1週間1日2回（朝・夕）で訪問する。尿回数確認、尿量測定、エコー（診察時）や間歇的導尿で残尿測定を行う。初日に主治医と連携し、尿量、残尿量等を報告し、以後の導尿・訪問の予定を確認。

【結果】 利用者総数466名。尿カテ留置70名、平均年齢84.1歳、男女比7：3、平均留置期間27～4710日だった。尿カテ抜去を試みた利用者は39名、尿カテ抜去となった利用者21名で54%が成功した。

【考察】 本人・家族の介護力を把握することで、自排尿が乏しくても間歇的導尿を行う選択を主治医と連携しながら進められたことは、本人・家族のストレス軽減につながったのではないかと考える。反面、尿カテ抜去により頻尿や残尿感などによる不快感トイレ誘導やオムツ交換の増加などの家族の負担も出てくるケースもあった。事前の意思確認だけでなく、訪問の中で本人や家族の思いの確認をしていく必要がある。今回の考察を生かして今後も本人・家族の全体像を把握し思いを尊重しながら尿カテ抜去を行っていききたい。

利益相反：無

DP6-3-11

家族危機理論の実践によって肺癌患者の在宅看取りを実現した一例

生本 万知子 イクモト マチコ

荒 隆紀 アラ タカノリ

生田 奈央 イクタ ナオ

山口 高秀 ヤマグチ タカヒデ

医療法人おひさま会おひさまクリニック ファミリーナース室

【はじめに】人生の最期を自宅で迎えたいという患者の希望を叶えるには家族の精神的な安定が欠かせない。弱っていく患者を受け入れ死を見届けることは家族の負担となる。今回、肺癌患者の家族に対して看護師が主体的に対話を繰り返すことで在宅看取りとなった症例を報告する。

【症例】診断名 肺癌ステージⅣ 慢性心不全

幼少期に心疾患と誤診された経験から強い医療不信があった80代男性。慢性心不全と診断されるも本人の診療への拒否が強く他院で医学管理を打ち切れ当院紹介となった。訪問看護と連携をしながら本人や妻と継続的に対話を行い徐々に信頼関係を醸成した。その後肺癌ステージⅣであることが判明する。病状説明時本人は自宅で最期を迎えたいと強く希望したが妻は在宅看取りを拒んだ。6ヶ月後、呼吸困難とせん妄が現れたため妻は自宅介護が困難であると入院を希望した。しかし本人の希望は在宅看取りであったため、臨時往診を実施し妻や家族を巻き込み意思決定の対話を行った。担当看護師が中心となり家族との対話を複数回行い最終的に在宅看取りの方針となった。病状悪化より10日後に家族に看取られ永眠した。

【考察】在宅での看取りを実現する要因として①安らかな死②介護者の精神的安定③医師との信頼関係④サービス体制の充実の4つが文献で指摘されている。本事例ではその全てを満たすことができた。担当看護師として家族危機理論を活用した分析や介入を行い得たので報告する。①は投薬調整によって実現し②は介護者の精神的安定のため家族危機理論を用いて分析し介入を行った。③は看護師との信頼関係で代替され④は訪問看護が支えた。以上の4要因を満たしたことで在宅看取りが可能となった。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 15 在宅医療教育と人材育成 -3 DP6-3-12

訪問診療の夜間オンコールから見える在宅患者の現状と訪問看護師との連携

油井 亮子 ユイ リョウコ
 小石 美樹 コイシ ミキ
 大友 路子 オオトモ ミチコ
 八森 淳 ハチモリ アツシ
 つながるクリニック 看護部

【目的】訪問診療では、患者・家族が安心して過ごせるように24時間体制で対応している。そこで実際、夜間どのような電話があるのか、夜間の往診ではどんな対応をしているのか。オンコールの現状を知る目的で調査を行った。

【方法】2022年1月～12月の夜間 (17:30～8:30) の入電の電子カルテ記録を用いた後ろ向き観察。『看取り』『電話対応のみ』『往診』の3項目毎に、その内容を調査し、生活の場、主訴、疾患別で比較・分析を行った。

【結果】昼夜通しての看取りが129件に対して、夜間の『看取り』は78件と約60%を占めている。内訳は、施設（ホスピス型を含む）の看取りが73%、自宅での看取りが27%である。

『電話対応のみ』は126件で、施設からが38件（訪看対応後4件含む）、自宅からは88件（訪看対応後の連絡が26件、連絡後に訪看対応が9件、救急搬送4件、救急隊対応後1件、他自身、家族での対応42件）と自宅からのコールの39%は訪問看護が対応している。

『往診』は223件で、施設56件、自宅が167件であった。内容は、呼吸器症状38件、発熱32件（呼吸器症状・発熱患者の内、コロナ陽性32件）、痛み28件、消化器症状22件、循環器症状13件、意識レベル低下13件、尿カテトラブル10件、泌尿器症状7件、転倒・外傷12件、不穏・せん妄9件、胃管トラブル4件、その他26件である。疾患別では、癌患者が92件で全体の43%が癌患者への往診である。

【考察】電話のみで対応できたところでは、訪問看護の力が大きいのがわかる。往診した例ではコロナ渦もあり、呼吸器症状・発熱が全体の31%を占めている（内コロナ陽性者46%）。また現在は、癌患者が自宅で最期を過ごすことも多い。訪問診療の看護師は、日頃から訪問看護と患者の治療方針や状態の情報を共有している。そのため、夜間緊急時でも連携を円滑に行うことができ、在宅患者や家で介護・看護をする家族の安心感につながっていると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 16 病院と診療所の連携 -1

DP7-1-1

病院医師の知らない在宅医療

栗林 泰子 クリバヤシ ヤスコ
河北医療財団 あいクリニック 訪問診療科

【はじめに】東京都多摩市内の大学病院で血液内科医として働いてきた発表者は2022年より同地域の強化型在宅療養支援診療所へ転職した。大学病院医師と地域医療機関医師との顔の見える交流の必要性は明らかであり、繋ぐ人材になりたいとの思いで、紹介の際に「すれ違い」を認識する度にその理由を検討した。在宅医療新参者の内省から、より良い医療連携に繋がった事例を報告する。

【活動】第一の症例は、有料老人ホーム入所中に敗血症性ショックで救急搬送された際、病院医師より「治療は往診で」と依頼された。施設では速やかな抗生剤投与やバイタルモニタリングが病院と同様にはできない、在宅側からは自明である。このように限られた医療資源の中で提供される在宅医療について（多様化する施設の機能についても）病院医師が知識不足であることは、以前の自分も同様であったからこそ理解できた。第二の症例は、肺癌末期の患者が自宅での最期を希望したが、退院日朝に急変し帰宅できなかった。もう少し早く紹介してもらえたら、と遣り切れない思いを一度でなく経験した。この状態で退院させて良いのかわからないという病院医師の葛藤を理解する。そこで、紹介の際に直接医師同士で連絡を取り、入院する目的を明確にし、在宅への復帰基準を提示し、速やかな退院を実現させた。退院後も自宅での様子をフィードバックすることを心掛けた。現在も大学病院で非常勤として働く立場を利用し、紹介文書上だけでなくコミュニケーションを心掛けた。その積み重ねでお互いの機能や強みを生かした連携を実現できるようになった。今後は、症例検討会など継続的な学習機会を持つことを目標とする。

【考察】昨年の在宅医療連合学会や他多種職が参加する会議で「連携を阻む壁は医師だ」との意見を耳にした。転職者は異なる背景で働く医師間の翻訳者になり得る。さらに、新たに在宅医療を志す者へ道標になれることを目指していきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 16 病院と診療所の連携 -1

DP7-1-2

グループホームへの訪問診療 ～3年半の介護・医療の連携～

山田 智 ヤマダ サトシ
中野共立病院 リハビリテーション科

【はじめに】 認知症高齢者グループホームは、認知症の状態にある要介護者が共同で生活する高齢者介護施設で、2000年4月の介護保険法制定に伴い新たに類別された。認知症のある要支援2以上が入所可能で「認知症対応型共同生活介護」の名称で制度化されており、市町村が所轄する地域密着型サービスの一つに位置付けられている。特徴として、高齢者が少人数単位であることから、家族的な介護を行う事が可能になり、認知症の入居者がただ介護されるだけでなく、介護要員と共同生活をおくることにより、認知症の進行を遅らせることを目的としている。

当法人は1病院9診療所を有し、すべての院所で訪問診療を展開し、4グループホームにも訪問診療を行っている。今回はそのうち3年半の訪問診療期間中、担当する6名の入所者が一度も入院することのなかった、グループホームの入居者の状態、介護士との医療・介護連携の報告である。

【症例】 1：男性 レビー小体型認知症（発症時期不詳）高血圧 要介護1 96歳の母が亡くなり 2019年3月入所。
62：女性 若年性アルツハイマー型認知症（以下AD）（2010年）乳癌術後高血圧（2019年） 要介護5 2019年3月自宅介護困難で入所。 3：女性 クモ膜下出血後 水頭症術後 脳血管性認知症（2013年） 要介護2 夫の介護困難で2019年3月入所 4：女性 AD（2013年） 要介護1 自宅介護困難で、2019年3月入所、99歳 女性 AD（発症時期不詳） 要介護1 5：女性 AD 胆石症術後 2018年12月腰椎圧迫骨折で入院後 そのまま2019年3月入所 要介護1 全例2019年3月より訪問診療開始し、医療・介護の連携としては第1・3月曜日の午後に訪問診療を行い。毎回、2週間分の血圧、発熱の有無、食事摂取量、一日の飲水量、排便回数などの測定値を共有し、異常の早期発見に努めている。

【考察】 高齢者介護においては多職種協働の連携が重要と考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 16 病院と診療所の連携 -1

DP7-1-3

在宅医療について高次医療機関に勤務する医師・看護師の意識調査

矢ヶ部 伸也 ヤカベ シンヤ

医療法人純伸会 矢ヶ部医院

【はじめに】医療を必要とする方のうち、疾患の慢性期やターミナル期において、必ずしも入院を必要としないが医療的なサポートなしでは在宅療養が困難なために退院できないという方々において、在宅医療は医療者や介護者が連携して自宅や福祉施設での生活をサポートすることで医療機関から退院することを可能とする。

在宅医療は一般市民にも認知度が上がってきており在宅療養を選択する方・ご家族も増えてきている。

しかし、医療者であっても普段在宅医療とは関わりのない環境で仕事をしている者の中にはまだ在宅医療についてあまり知識がない・経験がないという者も未だ少なくない。特に高次医療機関において散見される。在宅医療という選択肢がそれを望む受診者・家族に届くためには、高次医療機関で勤務している医療者にも在宅医療について知る機会を作ってゆくことが必要である。

大目標：在宅医療を望む本人・家族が在宅医療について適切な情報を随時得られる医療・介護環境にする

中目標：所属医療機関や業務内容に関わらず、在宅医療について一定の知識をすべての医療者が持つ

研究の目的：高次医療機関で勤務している医師・看護師に在宅医療についての知識を届ける方法を試作・実施し、その効果を見る。

【活動】①在宅医療の案内についてのHP・動画の作成

②高次医療機関に勤務する医師・看護師にそのHP・動画の案内を行う

③HP・動画閲覧前に在宅医療についてのアンケートを行う

④HP・動画閲覧後に在宅医療についてのアンケートを行う

⑤アンケートを分析し、在宅医療の知識の変化をみる

⑥今後在宅医療が急性期病院の医療者に浸透するのに必要な条件を考える

【考察】高次医療機関に勤務する医療者の中には在宅医療を知らない者もおられ、情報提供は継続的に必要と思われる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 16 病院と診療所の連携 -1

DP7-1-4

がん緩和ケアの在宅移行への足かせ

吉澤 明孝 ヨシザワ アキタカ
後藤 美織 ゴトウ ミオリ
池田 博斉 イケダ ヒロヨシ
向山 雄人 ムカイヤマ タケト
吉澤 孝之 ヨシザワ タカユキ
要町病院・(ホームケアクリニック) 副院長・(院長)

【はじめに】昨今在宅緩和ケアは地域でも多くの在宅医が受けており広がってきている。コロナの影響もありがん末期の患者の在宅移行は増えたようにも見える。しかし本人が望む自宅への移行が実現できない症例も少なくない。今回最近経験した上手く移行できた症例と難渋した症例からその要因を検討した。

【症例提示】症例1) 口腔底がん再発：在宅でケアされていたが、出血にて当院に紹介入院。独居、生保、本人は在宅へ移行を切望されていたが、在宅側が準備に時間がかかり病院で旅立たれた。

症例2) 舌癌・上歯肉がん再発：がん専門病院より紹介され、他県から当院外来に通院していた。出血にて当院に緊急入院されたが、止血し本人は退院を強く希望するも、介護者が在宅ケアに不安を覚えていたため、地域の在宅医と訪問看護を探し5件の在宅医、3件の訪問看護にあたるもすべて断られた。本人の切望により当院対応確約し在宅移行した。1週間後夜間自宅で永眠され、2時間かけて他県に看取り往診した。

症例3) 尿管がん：末期腹水治療で紹介され、他県よりCARTで入退院を繰り返し2年近く過ごされていた。がん進行され悪液質進行され、ACP行い在宅移行希望され、居住地域の在宅医を学会ネットワークより検索し5日後には在宅へ移行できた。

症例4) 肺がん：本人は家に帰りたいと希望するも、介護環境より病院医療者側が在宅は厳しいと判断し病院で旅立たれた。

【考察】①疾患として頭頸部がんなど出血、自壊処置の症例は敬遠される②医療者が在宅を知らず障壁になる③地域での在宅緩和ケア普及が不十分。

【結語】今後在宅医療ネットワークを学会で充実させ、ホームページにあるがん緩和の看取りのテキストを普及啓発しどんな疾患でも誰でも受けていただけるようにしたい。

利益相反：無

DP7-1-5

病診連携により悪性腫瘍関連高カルシウム血症の患者さんを数日で在宅移行できた一例

國永 直樹 クニナガ ナオキ
倉敷中央病院 総合診療科

【はじめに】悪性腫瘍関連高カルシウム血症は悪性腫瘍の合併症の一つであり、重症の場合、早急に治療を開始しなければ生命を脅かす危険性があると言われている。しかし高カルシウム血症に対する治療を行っても生存期間の中央値は25-30日程度であり、腫瘍に対する根治的治療が開始できない場合、予後は非常に厳しい。根治的治療が困難な悪性腫瘍関連高カルシウム血症の患者さんを診察した場合、予後などを考慮した上で、アドバンスケアプランニングを行い、希望に応じて病院から在宅医療へ早期に行えることが望ましい。

【症例】95歳女性。ADL自立。来院2週間前より食欲低下があり、近医から紹介で受診された。採血で高カルシウム血症 (Ca:12.6mg/dl) を認めた。既往歴に骨粗鬆症がありエルデカルシトールの定期内服があったため薬剤性高カルシウム血症を疑った。内服を中止した上で入院し高カルシウム血症の治療を開始した。入院後の治療に対する反応が不良で、入院9日目にPTHrP (Parathyroid hormone-related Peptide) :15.6pmol/L (基準値:0.0-1.1pmol/L) が判明した。入院10日目にCTを撮影したところ原発の指摘が困難なほど全身の多発リンパ節転移及び副腎転移を認めた。入院15日目に病状説明を行い同日訪問診療を依頼したところ入院17日目より訪問診療が可能と連絡頂いた。家族と日程調整し入院20日目に自宅へ退院された。退院後は訪問診療を受けながら約20日間家族と共に過ごされ、亡くなられた。

【考察】高Ca血症の治療を行ったとしても予後には差異はない。高齢で根治的治療が困難であり患者さんの希望を尊重し訪問診療を依頼した。相談した当日に、2日後には介入可能と返事を頂き早期に退院できた。この疾患の予後を考え、患者さんが在宅を希望していた場合は、早い段階で在宅への移行を考慮することが望ましい。

利益相反：無

DP7-1-6

他院ERから帰宅当日に在宅導入を行った一例

關 匡彦 セキ タダヒコ
次橋 幸男 ツギハシ ユキオ
藤田 茉莉子 フジタ マリコ
中村 義徳 ナカムラ ヨシノリ
日村 好宏 ヒムラ ヨシヒロ

天理よろづ相談所病院 白川分院 在宅世話どりセンター

【はじめに】がん終末期における在宅医療の導入は、事前に面談を行うことが在宅療養を成功させるポイントとされる。今回、他院で加療中のがん終末期で自宅療養を希望した患者に対して他院ERから帰宅当日に在宅導入を行った一例を経験したので報告する。

【症例】56歳、男性。十二指腸乳頭部癌にて前医で加療中であった。数日前から食思不振が続き、倦怠感が強く動けないとのことで救急要請され前医に救急搬送された。ERでの精査で、多発肝・肺・リンパ節転移の増大、著明な好中球減少、電解質異常を認めたため、原疾患の増悪と判断され、外来主治医コンサルトとなった。外来主治医から本人・家族に予後が数日から1週間程度と説明されたところ、本人・家族から自宅で最期を迎えたいとの申し出があり、患者居住地に近い当院在宅センターに訪問診療の依頼があった。ERから帰宅する時間に合わせて訪問することを外来主治医に連絡し、ケアマネジャー（CM）の手配も行い、当センター看護師とともに初回訪問とした。本人・家族に訪問診療の説明を行い、同日より在宅緩和ケアを開始した。連日の訪問にて、麻薬の調整やHOTの導入など症状緩和を図り、訪問開始第6病日に死亡となった。死亡確認時、妻は急な病状の変化に戸惑いがおおきかったものの、看護師が家族とエンゼルケアをするなかで、「家で最期を迎えることができてよかった」と涙を流して感謝の意を述べてくれた。

【考察】今回、急な在宅医療の導入依頼に対して、当センターの在宅医、訪問看護師ともに動ける余裕があったこと、CMが患者の親を担当していたことなども幸いし、導入は比較的スムーズにすすんだ。一方で急な病状の変化への家族のサポートが課題だと考えられた。がん患者の在宅導入はできるだけ早期からといわれているが、外来からの緊急的な導入や導入が遅くなってしまった症例に対してどのように対応すれば良いかを本症例をふまえて検討する。

利益相反：無

DP7-1-7

訪問診療は地域の救急搬送件数を減らし基幹病院の負担を減らせるか？

島 由衣¹ シマ ユイ
池田 登顕^{2,3} イケダ タカアキ
坪谷 透^{1,3,4} ツボヤ トオル
杉山 賢明^{1,3,4} スギヤマ ケンミョウ
田上 佑輔¹ タノウエ ユウスケ

¹ やまと在宅診療所 登米

² 山形大学大学院 医学系研究科医療政策学講座

³ 東北大学大学院 歯学研究科国際歯科保健学分野

⁴ みんなの健康らば 公衆衛生

【目的】在宅医療は年々増加し社会でのプレゼンスが増大している。在宅医療は本来、できる限り在宅療養を継続し生活の質を維持するサポートを提供することで社会に貢献するものとされるが、副次的に地域の救急搬送件数を減少させ基幹病院の負担を減らす可能性も指摘されている。しかしながら、それについて検討し報告した文献はない。救急搬送件数は全国的に増加を続けており、解決策が求められている。本研究では、地域に初めて在宅専門診療所が開設された方の救急搬送件数の推移を記述し、診療所開設の影響を分析した。

【方法】宮城県登米市（人口約7.7万人、高齢化率35.5%、令和3年末）の救急搬送件数の年次推移を記述した。件数は人口ピラミッドに影響されるため、全国の件数を100とした場合の「標準化救急搬送率」を算出し分析の対象とした。救急搬送件数は、在宅医療により減ることが期待される「高齢者」の「急病」に注目した。分析対象は2008-2019年の12年分を用いた。研究デザインは、在宅専門診療所の開設を外生ショックとみなした社会実験デザインを採用した。

【結果】在宅専門診療所が開設される前（2011・12年）の標準化救急搬送率は88.2、89.6であったが、開設後（2013年～）は、86.7、83.0、80.5、78.1と漸減した。当該診療所の定期訪問件数は漸増し開設後1年（2014年4月）では約300件、開設後2年（2015年4月）では約450件、その後は500-600件前後を推移しプラトーに達していた。

【考察】

在宅医療は地域の高齢者の急病による救急搬送件数を減少させる可能性がある。在宅医療は質の高い在宅ケアをサポートするだけでなく、社会として、救急搬送を減らし地域の基幹病院の負担を減らす意義もあるだろう。在宅医療のさらなる可能性についての研究・普及活動が求められる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 16 病院と診療所の連携 -1

DP7-1-8

ATR (血液搬送装置) および輸血関連機器の貸出、小児在宅クリニック同士の在宅輸血ノウハウの共有により実現できた、小児血液患者の在宅移行支援の取り組み

大橋 晃太 ¹	オオハシ コウタ
大隅 朋生 ²	オオスミ トモオ
鈴木 恵 ³	スズキ メグミ
金城 のえみ ³	キンジョウ ノエミ
儀間 涼子 ⁵	ギマ リョウコ
大城 登喜子 ⁴	オオシロ トキコ
喜友名 しのぶ ⁴	キトナ シノブ
浜田 聡 ⁴	ハマダ サトル
山田 真弓 ¹	ヤマダ マユミ
當間 隆也 ³	トウマ タカヤ

¹ トータス往診クリニック / NPO 血液在宅ねっと 往診部

² 子ども在宅クリニック あおぞら診療所せたがや 小児科

³ Kukurū きっずクリニック 小児科

⁴ 琉球大学病院 小児科

⁵ 琉球大学病院 医療福祉支援センター

【はじめに】在宅輸血については、日本輸血・細胞治療学会より「在宅赤血球輸血ガイド」が策定されているが、小児に対しての記載はない。そのため、現状では小児在宅診療を積極的に行っている一部のクリニックで、独自の工夫の中で対応され、小児がんで最も多い白血病など血液疾患の在宅移行を困難にしている1つの要因となっている。

【活動】当NPOでは安全な在宅輸血の普及のため、血液搬送装置 (Active Transport Refrigerator, ATR) の無償貸与を行っている。ATRにより、血液製剤の適正な温度下での保管、患者宅への搬送を1台で行うことができる。症例は再生不良性貧血の10歳男児。X年6月にA大学小児科にて非血縁者間HLA一致骨髄移植を受け、X年9月からは隔週の赤血球輸血、毎週の血小板輸血を要する状態が続いた。X年12月に、当NPOに在宅輸血の問い合わせがあったが、当時対応するクリニックはなかった。そこで、患家地域で小児在宅を担うK診療所に輸血対応をご相談し、前向きに検討頂くこととなった。その後、地域の赤十字血液センターの協力も受け、地域一丸で受入れ体制がとられた。また、都内で在宅輸血の経験豊富な、A診療所にご相談し、実施ノウハウを共有して頂くことができた。当NPOからのATRおよび輸血用ポンプの貸与も行い、X+1年2月には退院となり、在宅での赤血球・血小板輸血を行いながらご自宅で療養された。

【考察】在宅輸血を行うクリニックは増加しているが、小児への対応が可能な地域は限定的である。数例の在宅輸血に対して、専用冷蔵庫や輸血用ポンプなどの医療機器を用意することはクリニック側の負担であり、これらの貸与の仕組みの構築が有効と考えられた。また、診診連携で在宅輸血のノウハウを共有できたことで、安心して実施まで導くことができ、小児在宅輸血に対応できる地域を広げることにつながった。小児への在宅輸血実施指針の策定が望まれる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 16 病院と診療所の連携 -1

DP7-1-9

小児神経疾患・神経難病患者における成人移行期支援の取り組み、在宅医を中心とした地域包括的連携についての提案

真下 秀明 ¹	マシモ ヒデアキ
福田 光成 ¹	フクダ ミツマサ
熊田 聡子 ¹	クマダ サトコ
工藤 芽衣子 ²	クドウ メイコ
板山 伊利子 ²	イタヤマ イリコ
長谷川 幸恵 ³	ハセガワ ユキエ
作間 美幸 ³	サクマ ミユキ
境谷 茂生 ⁴	サカイトニ シゲオ
石山 昭彦 ¹	イシヤマ アキヒコ
漆葉 章典 ⁵	ウルハ アキノリ
菅谷 慶三 ⁵	スガヤ ケイゾウ

¹ 東京都立神経病院 神経小児科

² 東京都立神経病院 看護部

³ 東京都立神経病院 患者・地域サポートセンター

⁴ 東京都立神経病院 医事企画担当

⁵ 東京都立神経病院 脳神経内科

【はじめに】数十年の間に日本の小児医療は素晴らしい進歩を遂げ、安心して出産・子育てができる国に発展した。また、在宅診療の充実により在宅医療ケアを受ける患者が成人期を迎えるようになった。それと共に合併症や生活習慣病などの成人発症疾患の管理が必要となり、小児科から成人診療科に移行が必要な患者が増えている。2020年日本神経学会内に小児成人移行医療対策特別委員会が発足した。各学会でも移行期に関するシンポジウムが開催され、注目が集まっているが、実際の患者の移行支援では医療側、患者側それぞれに様々な問題があり、難渋することが多い。

【活動】今まで院内症例の移行支援は行われておらず、演者により2021年に成人移行期支援チームが発足した。小児・脳神経内科の医師・看護師、患者支援センター訪問看護師・ソーシャルワーカー、医事担当職員による多職種による支援を開始し、2年間で5症例の移行期支援を行った。その他、多摩地区医療機関への情報発信や他院から紹介される移行症例に対する院内体制の構築を行っている。

【考察】小児科医は原病の治療以外に家族支援・家族相談など、専門外の相談に関しても包括的に対応することが多い。しかし、成人診療科では専門診療が主体となり、日常管理に関する相談が難しい。これは移行に対する患者・家族不安を増長させる要因の一つである。医療処置を有することが多い神経疾患患者の場合、小児期より在宅医が導入されることが多い。成人移行期には、より濃厚な日常管理・密接な家族支援をお願いする必要がある。移行支援の際に在宅医・訪問看護にもその輪に入ってもらい、地域での包括的な支援が必要である。そのためには日本小児科学会・日本小児神経学会から日本在宅医療連合学会などの関連学会への協力要請が必要であり、演者は当該学会への提案を行っている。

【結語】成人移行には地域での更なる包括的支援体制の構築が急務である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 16 病院と診療所の連携 -1

DP7-1-10

歯科医院に勤務する管理栄養士により在宅栄養管理をおこなったパーキンソン病の1症例

坂井 謙介¹ サカイ ケンスケ鈴木 綾¹ スズキ アヤ伊藤 博子¹ イトウ ヒロコ宇佐美 康子² ウサミ ヤスコ¹医療法人 隼和会 坂井歯科医院²日本赤十字社 名古屋第二赤十字病院 患者支援センター 地域包括ケア支援室

【はじめに】当院は言語聴覚士、管理栄養士（以下RD）が所属しており、外来、訪問診療共に多職種連携が可能である。今回、総合病院や近医、訪問リハビリなど多職種で情報を共有し、患者家族の希望に寄り添い「食べる楽しみ」を支援したので紹介する。

【症例】79歳男性、パーキンソン病（yahr3度）、腰椎圧迫骨折、糖尿病、慢性膵炎。要介護4、自立度（B1 or B2）、認知症（I）、在宅療養中。身長162cm、体重35.1kg、BMI13.4で痩せ、HbA1c6.1%で糖尿病は内服なしでコントロール良好。食事形態は軟菜食で形態調整、水分のとりみなし。多数歯残存し咀嚼可能である。

2020年10月ケアマネより訪問歯科診療の依頼あり。口腔ケアと摂食嚥下リハビリテーションを開始。2021年5月より当院にRDが入職し、11月より訪問栄養指導が開始となった。歯科衛生士や歯科医師の診療中にRDが妻に食事内容について確認した。食事提供しても食べないことに妻はストレスを抱えていた。摂取栄養量や身体測定を行い栄養評価やアドバイスをし、近医等に情報を共有した。2022年5月に妻より「食後の咳払いの回数が増えた」との訴えがあり、総合病院耳鼻咽喉科で嚥下内視鏡検査（以下VE検査）が実施された。兵頭スコア7点、主治医はミキサー食を提案し、摂食嚥下障害看護認定看護師と病院RDによる食事指導が行われた。VE検査や栄養指導内容の情報共有をし、訪問時にリハビリや食事指導を継続した。本人、妻ともに食形態を変更することへの抵抗が強く、その思いを傾聴しながら多職種で支援した。2022年11月のVE検査でスコア5点に改善。「体調がよくなった」「食事量が増え体重も増加している」との発言がみられている。

【考察】総合病院では限られた診療時間のため患者の生活環境など日常についての把握は限界がある。今回は在宅での食事形態の変更はせず、生活環境や患者家族の思いを踏まえ「食べる楽しみ」を支援した。

利益相反：無

DP7-1-11

在宅看取り目的に予定していた退院日の12時間前に院内で看取った症例

池田 安佳莉 イケダ アカリ

堀 哲也 ホリ テツヤ

帯広協会病院 総合診療科

【はじめに】 がん終末期の患者において最期をどこで過ごすかは本人や家族にとって重大な決断となるが、予後予測が難しい場合もあり、予後が短い場合には早急に在宅へ移行する準備を進める必要がある。本症例では家族から数日だけでも自宅で最期を過ごさせたいという希望があったが、予定していた日時の12時間前に院内で看取りとなった。病院で在宅看取りを希望する人のためにできることについて、文献的考察を加えて報告する。

【症例】 脳梗塞の既往のある87歳女性で、介護保険のサービスは利用せず長女と2人で暮らしていた。入院1週間前から食事摂取量が減少し、体動困難のため当院に救急搬送となり、急性胆嚢炎の疑いで入院となった。入院時、長女から治療が終了したら在宅介護を継続したいと希望があった。入院後の画像検査で、多発リンパ節腫脹と肝腫瘍が見つかった。原発巣不明だが、悪性腫瘍の終末期で予後は短いと考えた。当院の医療ソーシャルワーカー（MSW）と看護師に同席してもらい、家族を交えて看取りの場所に関する話し合いの場を設けた。その場で決定できず、他の家族と話し合いの後で決定したいと希望があった。しかし家族間で決定できず再びMSWと話し合いの後で家族から自宅で看取りたいと希望があった。在宅看取りのための準備を進め、退院日を決定したが、予定の12時間前に病院で息を引き取った。

【考察】 近年は在宅医療の推進と同時に最期を迎える場として病院から在宅への移行が図られている。総務省が行った意識調査では国民の半数以上が在宅死を希望しているにもかかわらず、自宅より病院での死亡が圧倒的に多いのが現状である。本症例では、在宅への移行に際して、家族との意思決定に多くの時間を要した。より早期からの意思決定支援により、病院での看取りを減らせる可能性がある。

利益相反：無

DP7-1-12

気管切開に対する意思決定の尊重が困難であった2例

馬木 良文¹ ウマキ ヨシフミ吉野 牧子² ヨシノ マキコ¹医療法人あおぞら内科 内科²あおぞら内科訪問看護ステーション 看護

【はじめに】基礎疾患を有し、唾液誤嚥のコントロールが困難であった在宅患者で、気管切開を希望されたが、意思の尊重が困難であった2症例を経験した。症例を提示することでより良い支援を検討するきっかけにしたい。

【症例】症例1は75歳、男性。悪性リンパ腫で加療され寛解し退院された。化学療法後に消化管の吸収不良や肺炎があり、TPNと酸素療法が実施されていた。経口摂取は困難で唾液誤嚥が高度であった。退院後も誤嚥性肺炎を疑う発熱があり、酸素飽和度も低下したが口腔ケアと呼吸リハビリテーション、NIPPV・排痰補助装置の導入で改善した。再度発熱があり、誤嚥や気道分泌のコントロールが困難と考えた。患者は意識が清明で判断力は保たれており、状況を説明したところ気管切開を希望された。基幹病院に救急搬送したが主治医は家族と話し合い、気管切開は行わない方針となった。高濃度酸素の投与のみとし、その日のうちに死亡された。症例2は88歳、男性。非結核性抗酸菌症。もともと他院を受診していたが、体動でも息切れがあり通院が困難となったため当院を受診した。進行した摂食嚥下障害があり、るいそうが著明、意識は清明、呼吸数50、酸素飽和度はすでに90と低下していた。HOTとNIPPV・排痰補助装置を導入したが、呼吸管理が困難であった。唾液誤嚥による発熱もみられ、酸素飽和度がさらに低下したため、侵襲的人工呼吸管理が必要と考えた。緩和の選択肢も示し患者と十分に話し合ったところ積極的治療を希望した。挿管の上救急搬送したが、基幹病院では適応なしとなり挿管と輸液のみで経過観察された。経過が長くなったため気管切開され在宅療養となった。低アルブミン血症による全身浮腫があり、TPNをおこなったが死亡した。

【考察】病状進行後の意思決定実現の困難さを感じた。高度障害のある患者では、その終末期を念頭に置き、重症化する前からの病診連携・地域連携が必要と考えられた。

利益相反：無

DP7-2-1

在宅患者における救急受診リスクスコアの研究

大野 孝生¹ オオノ タカオ
渡瀬 博子¹ ワタセ ヒロコ
渡瀬 剛人¹ ワタセ タケト
岩田 充永¹ イワタ ミツナガ
姜 琪鎬² カン キホ

¹ 藤田医科大学病院 救急医学・総合内科学講座

² みどり訪問クリニック 内科

【目的】 海外ではDIVERT (Detection of Indicators and Vulnerabilities for Emergency Room Trips) scaleやCARS (Community Assessment Risk Screen)、EARLI (Emergency Admission Risk Likelihood Index) など在宅患者の救急受診を予測するリスクスコアが開発されている。しかし、これらが日本の在宅患者において同様に利用できるかは検証されていない。当研究の目的はDIVERT scale、CARS、EARLIが日本においても使用可能か妥当性を評価し、どのリスクスコアの精度が高いか評価することである。

【方法】 単施設レトロスペクティブコホートで、2022年1月1日時点で当院を利用している全患者を対象とした。患者の年齢、主病名、患者背景、既往歴は診療報酬におけるICD病名とDPC基本情報から抽出した。観察期間中の救急受診の有無を主要アウトカムとし、2022年7月に、直接訪問した際、患者から聞き取り調査及びカルテレビューにてデータ収集を行った。予測因子は、DIVERT scale、CARS、EARLIと臨床学的知見から引用し、上記スコアの本邦での妥当性を明らかにした。

【結果】 本研究の対象患者は228人であり、除外基準を除く224人を解析した。救急受診をした患者は40人 (17.8%) であった。当研究での救急受診予測のDIVERT scaleのAUC (Area Under the Curve) は0.62 (95%信頼区間 (CI) :0.52-0.73) であり、CARSは0.59 (95% CI:0.48-0.69)、EARLIは0.60 (95% CI:0.50-0.70) であった。

【考察】 海外の在宅患者救急受診リスクスコアを、日本でも使用できることが明らかになった。また日本ではDIVERT scaleが最も正確に救急受診を予測できる可能性があることが示唆された。本研究は単施設研究であるため、より大規模な多施設研究により、本邦でのさらなる有効性を評価する必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 17 病院と診療所の連携 -2

DP7-2-2

在宅医連携チーム「都城三太郎」発足 ～地方でも持続可能で質の高い在宅医療を目指して～

郡山 晴喜¹ コオリヤマ ハルキ坂田 鋼治² サカタ コウジ三浦 拓¹ ミウラ タク¹ホームクリニックみまた 院長²彩り在宅クリニック 院長

【はじめに】地方の在宅療養支援診療所(在支診)は医師1人のところが多く、24時間対応体制の維持が課題となっている。都城市・三股町からなる二次医療圏は人口19万人を抱える一方で積極的に在宅医療を行う在支診がほとんどなく、医師1人の在支診である当院の新規在宅患者が年々増加し、医師の負担増、在宅医療の質低下が懸念される状況であった。

【活動】令和4年10月に同世代の医師が市内に在支診を開業するのを機に、39歳前後の在宅医3名からなる連携チーム「都城三太郎」を結成した。「都城・三股に質の高い、安心の在宅医療を広めること」をミッションとし、①持続可能な24時間対応体制の構築・維持、②慢性および悪性疾患への専門的治療、③定期的でスムーズな連携、④在宅医療の拡大と人材育成に取り組むこととした。具体的には共通のクラウド型電子カルテ(モバカルネット[®])やオンコール電話番号からの転送システム(ボイスワープ[®])の導入、定期的なオンラインカンファレンスの開催、チームでの医学部学生実習の受け入れなどを行った。2つの在支診で約400名の在宅患者をカバーし、始動から2ヶ月で7件の代理往診(うち看取り6件)を行った。

【考察】このチームの当初の目的はオンコール体制の構築による医師負担の軽減であったが、医師1人の在支診が緊密に連携することで、在宅医療の質の向上や人材育成といった副産物が得られる可能性が示唆された。新たに開業した医師にとっては、初めからオンコール体制が組まれており、わからないことを相談できるため、医師1人でも在支診を始めやすい環境であった。今後は新たな医師や医療機関の参加、そして在宅医療にかかわる人材の育成を通して、地方でも持続可能な質の高い在宅医療を提供していきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 17 病院と診療所の連携 -2

DP7-2-3

複数疾患を有する在宅移行期高齢者に関し在宅療養後方支援病院から提供された診療情報提供書に不備の見られた項目とその対応・要望：在宅医アンケート調査より (第一報)

杉本 なおみ¹ スギモト ナオミ
大西 弘高² オオニシ ヒロタカ

¹慶應義塾大学 看護医療学部

²東京大学 大学院医学系研究科医学教育国際研究センター

【目的】複数疾患を有する在宅医療移行期高齢者に関し在宅療養後方支援病院が在宅医療機関に提供する情報の実態と在宅医の要望を把握し最適化に向けた基礎資料を構築する。

【方法】2022年12月28日-2023年1月28日,日本在宅医療連合学会事務局・調査会社経由にて,過去3年以内の在宅医療経験を有する卒後6年目以上の医師に協力を依頼し(慶應義塾大学看護医療学部研究倫理委員会承認307),回答者属性,不備のあった項目とその際の対応や要望を問う調査を行い185名分の有効回答を得た。

【結果】回答者の卒後年数平均22.0(SD=10.2),在宅医療経験年数平均10.9(SD=8.0),在勤地は神奈川(16%),東京(13%),大阪(12%),宮城・愛知・兵庫(各11%)の順に多かった。

不備のあった項目は,患者の要望(96%),家族の意向(92%),家族の人物像・介護力(各91%),増悪・急変対応や再入院可否(各91%)の順に多かった。その中で再入院の可否だけは医療連携室経由での確認が最多(37%),その他の場合には患者・家族に聞くという対応が最多(要望66%;意向58%;人物像49%;介護力58%;増悪・急変46%)であった。一方,不備があっても対応しない項目として処方根拠と,書類作成上必要な情報が挙げられた。また,よりよい情報共有のために望む方法としては,診療情報提供書の標準化(40%),退院前カンファレンスへの参加(22%),病診共通診療録の使用(20%)が選ばれた。

【考察】不備項目の中には,増悪・急変対応のように医療連携室・患者・家族経由での確認や主治医への書面照会では正確性・即時性が損なわれうる情報が含まれていた。今回は調査終了翌日の第一報として全般的傾向のみ報告したが,今後は経験年数や地域と回答傾向の関連性を分析し,より正確な実態把握を目指す。また不備でも対応しない項目は,その適切性や理由を自由記述回答等を手掛かりに探る必要がある。その上で各種書式の標準化・共用や,退院前カンファレンスのような口頭・同期型情報共有の可能性や課題を論じる必要もある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 17 病院と診療所の連携 -2

DP7-2-4

心房細動を有する在宅患者に対する抗凝固薬使用の現状把握と適正使用化の検討 (単施設後ろ向き調査)

～適応外過少投与の原因と対策について～

井上 華子^{1,2} イノウエ ハナコ
 沼沢 祥行¹ ヌマサワ ヨシユキ
 住谷 智恵子¹ スミヤ チエコ
 鈴木 里彩³ スズキ リサ
 村山 慎一¹ ムラヤマ シンイチ
 川越 正平¹ カワゴエ ショウヘイ

¹ 千葉健愛会あおぞら診療所 内科

² 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 医学教育部

³ 東京医科歯科大学病院 総合診療科

【目的】心房細動 (AF) は加齢とともに罹患率が上昇する。併存疾患、腎機能低下、体重減少のために塞栓症と出血リスクが共に高い高齢患者においては、減量基準を遵守した上で可能な限り抗凝固療法を行うことが推奨されている。在宅医療現場で、AFの患者に対し抗凝固薬の適正使用がなされているかの総点検を行い、適正化を試みた。

【方法】2022年4月-7月にレセプト病名としてAFが登録されている患者と、抗凝固薬 (DOACまたはワルファリン) の処方歴がある患者のうち、診療録でAFが確認できた者を対象とした。全例CHADS₂スコアを算出し、1点以上の症例について、年齢、腎機能、体重を基に、ガイドラインに準じた用法かを確認した。非推奨投与の場合、出血リスクをHAS-BLEDスコアで評価し、適正な投与量を検討した。

【結果】22例が対象となった。男性6例 (83.7±6.9歳)、女性16例 (87.3±7.2歳) であり、Ccrは43.9mL/min (IQR 11.9-50.6mL/min)、CHADS₂スコアは3点 (IQR 2-4点) であった。CHADS₂スコア1点以上は21例で、ホルター心電図にてAFが認められない例が2例、出血リスクが増加したため抗凝固療法が中止となった例が2例あった。1例は抗血小板薬が投与されていた。以上を除き抗凝固療法中の16例のうち、5例が推奨用法ではなく、いずれも過少投与 (HAS-BLEDスコアは4点1例、2点3例、1点1例) であった。いずれもその原因を検討し、適正使用に変更、ないし変更検討中である。

【考察】非推奨投与の多くは過少投与であり、適応症例全体の23.8%と日本の実臨床データと概ね一致していた。在宅医療の対象となる慢性期の高齢者においては、腎機能や体重の変化で推奨用量が変化するほか、転倒リスクや嚥下機能低下により減量中止を検討すべき場面もある。適切な減量と不適切投与防止のために、紹介を受けた時点でAFの診断根拠や減量理由について十分に引継ぎを受ける、継続診療中に適応や用法用量を再評価するタイミングを設定する、の2点が重要であると考えた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 17 病院と診療所の連携 -2

DP7-2-5

リハビリテーション科有床診療所の在宅医療の特徴

和田 真一¹ ワダ シンイチ
 岡村 正哉¹ オカムラ マサヤ
 飯田 健治¹ イイダ ケンジ

¹ 森山リハビリテーションクリニック

² 昭和大学医学部リハビリテーション医学講座

【はじめに】在宅で生活動作が困難となってきた高齢者が、地域包括ケア病棟、老人保健施設に緊急避難できたとしても、主治医はリハビリテーション科以外の科の場合がある。この場合、入院中に機能訓練がおこなわれたとしても、生活立て直すりハビリテーション科的なマネジメントが不足し、生活立て直しの筋道が示されづらい。レスパイト的な入院を経て在宅に帰ってきても、生活上の根本的な問題が残ったままというケースもあると考えられる。また、入院診療報酬は包括評価方式が主流であり、各病床にとって診療報酬上不利な患者が存在し、入院中は適切な薬剤が投与されていないケースも散見される。

【活動】一般病床（出来高方式）の有床診療所では、入院中に必要なことを提供できる自由度の高さが強みとなる。在宅医療と組み合わせて、ICFを俯瞰した総合診療・リハビリテーション診療ができ「生活建て直し」が得意な医療機関と成り得る。「訪問・入院の総合診療」+「入院・訪問・外来・通所リハビリテーション」+「在宅環境調整」などを一貫してマネジメントでき、お看取りも入院or訪問で対応できる。包括評価方式の病床で敬遠されがちな高額な薬剤も一般病床では使用することが可能である。地域からのニーズ「在宅でADL落ちてきた」「食べられない」「生活を立て直したい」「在宅か施設か悩んでいる」「看取りは在宅希望だが不安」などに対して、訪問診療で、全身管理、リハビリテーション治療、嚥下リハビリテーションを含む栄養管理などをおこないながら、適宜入院診療、入院集中リハビリテーションも一貫したマネジメントの中でかかわることができる。

【考察】在宅療養支援診療所がリハビリテーション科中心で総合診療をおこなう有床診療所となれば、地域包括ケアシステムの中で制度のはざまを埋め、多職種と協働でき、疾患・生活・制度を俯瞰した「全人的医療」が一貫した方針で進められると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 17 病院と診療所の連携 -2

DP7-2-6

地域で支える小児の在宅看取り

平田 沙和 ヒラタ サワ
酒井 陽子 サカイ ヨウコ
医療法人 俊榮会 稲城在宅療養クリニック

【はじめに】当院は、在宅専門診療所で、患者のほとんどが65歳以上の高齢者である。今回、橋神経腫瘍を発症した男児の家族より直接クリニックへ相談があり、およそ6か月の経過で在宅看取りを行ったので報告する。

【症例】9歳男児。X年3月初旬、複視や内斜視などがあり眼科の受診をきっかけに、高度医療機関へ紹介され、橋神経腫瘍の診断となった。根治治療はなく、予後不良の疾患と説明され、一時的な症状軽減、症状再発を遅らせる目的で限局的放射線治療を開始。照射中に症状の悪化が認められ、予定していた治療は中断となった。男児自身の検査・治療への恐怖心が高く、高度医療機関での疾患理解の促しやACPの実践が困難で、通院のハードルが上がっていった。在宅での時間を大切にしたいと、家族より当院へ直接相談をいただき、男児や家族、通院先の主治医やSWらと面談の上、訪問診療を開始。同年6月末の介入時より、右上下肢の不全麻痺、嚥下障害、右優位の小脳失調などがみられ、ステロイドの内服の調整、訪問看護およびリハビリ、身体機能に合わせた介護用品などの生活環境調整を行った。日常の生活を大切にしながら、症状の悪化に伴い家族とACPを重ねた。同年11月に2度目の放射線治療を検討し再び病院に行くも、男児および家族の心情の変化があり、病状評価の検査は中止となった。そのまま在宅での療養を継続し、X+1年1月初旬に、呼吸状態が悪化し、家族の腕の中で永眠された。

【考察】小児の在宅看取りサポートする小児科や診療所は地域によっては少なく、経験豊富なスタッフでチームを組むことが難しい。本人・家族の望む在宅療養環境を作るには、地域スタッフの多職種連携および、高度医療機関との密な連携が必須であった。終末期を迎える児やその家族の精神的苦悩に寄り添いながら、ACPの実践やEOLケアについて、チームの一人ひとりが経験や意見を持ち寄り検討する必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 17 病院と診療所の連携 -2

DP7-2-7

病院による在宅医療の立ち上げと短期活動報告

渡海 大隆 ¹	トカイ ヒロタカ
川向 真弓 ²	カワムカイ マユミ
黒田 敬子 ²	クロダ ケイコ
今西 真理子 ²	イマニシ マリコ
山下 将平 ²	ヤマシタ ショウヘイ
中田 紀子 ²	ナカタ ノリコ
須崎 奈緒子 ²	スザキ ナオコ
谷口 育昌 ¹	タニグチ ヤスマサ
門田 耕一郎 ¹	カドタ コウイチロウ
高村 博光 ¹	タカムラ ヒロミツ
野元 健行 ¹	ノモト タケユキ

¹ 重工記念長崎病院² 重工記念長崎病院訪問看護ステーション

【はじめに】当院は急性期一般病棟83床、地域包括ケア病棟82床を有する地域密着型急性期病院である。当院の位置する長崎市西部地域は中心部からやや離れた位置にあり、人口減少や高齢化のため近隣の診療所も閉院が続いている。また、斜面地や交通の便の悪い地域もあるため、高齢者の通院が困難な事例も多い。そのため当院では2020年11月に在宅療養支援病院（在支病）の認定を取得し、さらに2022年1月には訪問看護ステーションを立ち上げて本格的な「病院による」在宅医療を開始した。今回、在支病の立ち上げ後の活動内容を検討し、課題や今後の展望を検証する。

【活動】2020年11月より2022年12月の訪問診療について集計した。当院では常勤医8名の主治医制による定期訪問と、常勤医5名による24時間オンコール体制を取っており、訪問看護ステーションは専従看護師6名と専従事務1名で運営している。2年間での新規患者は111名、延べ人数1106名、総回数1645回、月平均はそれぞれ4.4名、44.2名、65.8回であり、経時的な増加がみられた。緊急往診（平日13～18時を除く）は62件、在宅から当院へ入院となった件数は106件であり、延べ人数の約10%であった。看取りは自宅25例、病院17例、老人保健施設は4例であった。また、内科入院の在院日数は訪問診療開始前と比較して有意に減少していた（カイ2乗検定）。

【考察】病院による在宅医療は、複数医師でオンコール体制を取ることで医療者側の個人負担の軽減につながり、バックベッドの確保によって、患者側の安心感向上やニーズに応じた柔軟な入退院に寄与すると考えられた。今後は、地域の老人保健施設や診療所等との連携を通じて、地域全体の在宅医療に貢献していきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 17 病院と診療所の連携 -2

DP7-2-8

在宅療養支援病院における最期まで診る心不全在宅診療の実際と結果

廣瀬 憲一¹ ヒロセ ケンイチ

廣瀬 剛¹ ヒロセ ゴウ

篠 美和² シノ ミワ

保刈 岳雄¹ ホカリ タケオ

河野 悟¹ コウノ サトル

¹ 広瀬病院 内科

² 広瀬病院 在宅診療部

【目的】 当院は在宅療養支援病院として約500名の在宅診療を行っている。近年在宅緩和ケアの認識が浸透し在宅看取り率は70.3% (184例/250例) となった。一方、慢性心不全では再入院率が非常に高く、また最終末期の実情は十分に知られていない。当院では再入院を抑制するためうっ血回避に重点をおき、診療間隔の短縮や体液組成計を用いた体液量評価を積極的に行っている。介入による再入院率や看取りに関する変化や現状を知ることは重要であり、当院での慢性心不全終末期における再入院率、在院日数、死因等を解析したので報告する。

【方法】 対象は2017年1月～2019年12月の期間に当院在宅診療および外来診療を実施した心不全入院歴を有する stageC およびD慢性心不全185例。全例、診療間隔は2週ないし4週間、体重測定および体重増加時の臨時利尿剤の使用、必要時は往診・外来対応を徹底した。

【結果】 対象の185人中、生存例83人 (44.9%、84.4±7.6歳)、死亡例102人 (55.1%、88.8±7.6歳) であり心不全死亡62人 (61%)、癌死17人 (17%) であった。生存例では1年間の心不全再入院率は37.3%、平均回数は0.46回であったが、心不全以外の再入院率が47.1%、平均回数0.75回であった。一方、死亡例に関して、死亡前1年間での心不全による再入院率は96.7%で平均入院回数は2.05回、在院総日数は52.9日であった。在宅看取りは7例 (6.9%) にとどまった。

【考察】 うっ血を回避することで心不全再入院はある程度抑制できている。一方で心不全以外の再入院が比較的多いことも判明した。うっ血回避を徹底することで死亡前1年間の多くの時間を在宅で過ごせていたことは評価できる。一方、身体機能低下など介護負担で入院となるケースが多く臨死期を支える場所や体制の議論が必要である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 17 病院と診療所の連携 -2

DP7-2-9

コロナ禍で気づいた 病院在宅医療の役割としての急性期在宅 (少子高齢社会における地域包括ケアシステムに貢献する大都市型地域密着急性期病院の 使命)

小川 聡子 オガワ トシコ
調布東山病院

【はじめに】1982年東京都調布市に創業した83床の地域密着急性期病院。1987年より在宅医療（訪問診療・訪問看護）を行っている。

2022年11月COVID19第7波、第8波で東京の救急医療がひっ迫し、外来受診で具合の悪い方、2400台/年受け入れている救急車受け入れで、救急対応、入院要請で困ることが増えた。

【活動】創業初期、通院できない理由で、数年病院に住んでいる患者がいた。病院医療者が患者に行くと、訪問診療、訪問看護を始めた。同じころに、診療報酬で在宅医療が評価されるようになった。

病棟医が、退院後の担当在宅医として活動し、患者を元居た場所に戻す病院在宅の役割を担った。

2018年から、在宅専門部門をつくり、在宅専門に活動する医師と病棟医が診る訪問患者すべてを取りまとめる部門として始動した。

病院がバックにあるため、担癌患者の終末期の患者（回転が早い）も多くご紹介いただく。また、多職種で活動できるため、困難事例の在宅患者の依頼も多く、病院在宅医療の使命と捉えている。

2022年11月より、COVID19第7波、第8波で東京の救急医療がひっ迫し、入院、救急受け入れが難しくなった。これを回避するため、在宅部門で一時的に在宅点滴治療などに対応する、急性期在宅という役割を担った。

【考察】病院在宅医療の役割として、在宅復帰率95%を維持し、元居たところに患者を戻すPFM（Patient Flow Management）を、病院の理念に沿って実現する努力を組織で行っていた。

迫りくる高齢者人口増加で、何が起きるのか、コロナ禍での第5波、7波、8波の救急ひっ迫を経験し疑似体験をした。救急担当部門が対応した、入院させられない、外来で診るには少し具合が悪いという患者を、在宅診療チームがその後、在宅医療でサポートするという、急性期在宅診療の役割が、病院在宅診療の付加価値として存在する。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 17 病院と診療所の連携 -2

DP7-2-10

都市部にある200床以上の急性期病院において訪問診療を行ったことで見えた価値とは？

松島 和樹 マツシマ カズキ
川崎病院 総合診療科

【はじめに】 当院は神戸市兵庫区にある278床の中規模病院であるが、2021年度より演者の入職をきっかけに訪問診療を開始した。

都市部の200床以上の病院は在宅療養支援病院にはなれず収益性が減少することから訪問診療を行うことは稀であり、文献的報告も限られている。本発表では、当院の活動内容と成果について報告し、急性期を主とする中規模病院が訪問診療に取り組むことの価値について考察する。

【活動】 2021年7月～2023年1月の集計：120名に訪問診療を行った。約1/6が心不全患者、半数が癌患者であった。癌患者の紹介元は3/4が自院、1/4が他院であったが、近隣の大学病院からは訪問診療を前提とした外来への紹介患者も多い。癌患者のおよそ半数は1ヶ月以内に看取りとなっていた。看取りの場所は半数強が自宅、1割強がホームホスピス、1/4が病棟であった。訪問診療に関わるスタッフは、医師が5名（うち4名は週1コマ以下）、看護師が3名（うち2名は専従）に増加した。在宅専門医プログラムも設立し2023年度より1名が研修開始予定である。

【考察】 急性期病院が在宅医療を行う上でのデメリットは収益性であるが、癌患者などの単価の高い患者が多いこともあり赤字にはならない程度の収益を得られている。その上で得られたメリットは

患者：医療機関が変わらない安心感、入退院の容易さ

医療者：入退院の容易さ、麻薬などへのアクセスの良さ

病院：退院調整の容易さ、外来への紹介数の増加、地域包括ケア病棟の有効活用（看取り、レスパイトなどでの入院）

地域：高齢の開業医にとって引き継ぎ先としての安心感

が挙げられる。

特に癌患者にとって、これまで治療を続けていた病院が「最後まで見てくれる」というのは得難い価値である。

利益相反：無

DP7-2-11

ケア連携、急性期在宅医療における Extensivist の役割

安本 有佑 ¹	ヤスモト ユウスケ
小坂 鎮太郎 ²	コサカ シンタロウ
菟原 洸司 ¹	ウハラ コウジ
角野 太郎 ¹	スミノ タロウ
石川 元直 ³	イシカワ モトナオ
小野寺 志真 ³	オノデラ シマ
水野 慎大 ⁴	ミズノ シンタ
齋藤 貴之 ⁵	サイトウ タカユキ
友田 義崇 ¹	トモダ ヨシタカ
安井 佑 ³	ヤスイ ユウ

¹板橋中央総合病院 総合診療内科

²練馬光が丘病院

³やまと診療所

⁴おうちにかえろう。病院

⁵ごほんがたべたい。歯科

【はじめに】高齢化に伴い、マルチモビリティの患者が増加することで、提供する医療が複雑化し、心理・社会的側面にも配慮されたケアの提供が重要になっている。治療・療養環境が変化するケア移行の際には、情報伝達の欠落などによってケアが分断されるリスクがあり、患者の旅路 (Patient journey) を豊かにするためにはシームレスなケア連携が必要となる。更に、新型コロナウイルス感染症の流行によって急性期在宅医療も注目されることとなった。急性期病院の医師がケア連携、急性期在宅医療においてどのような役割を果たしたかを検証したい。

【活動】2019年より、東京都板橋区・練馬区の2つの急性期病院と、同地区の在宅診療所、地域包括ケア病棟、訪問歯科で、医療圏内の多職種でのケア統合を目的としたケア連携回診である「おうちにかえろう回診 (OKR:Ouchini Kaerou Round)」の定期開催を開始した。OKRでは、在宅診療チームが急性期病院の回診に同行することで、急性期病院の医師に在宅診療の視点が加わった。また、急性期病院の医師が訪問診療や地域包括ケア病棟でも勤務をすることで、退院後の患者の生活を描くことができるようになり、Extensivistとしての役割を担った。新型コロナウイルス感染症の流行期にも Extensivist が専従往診チームを形成し、急性期在宅医療を提供した。

【考察】ケア連携を通して Extensivist を育成することは、急性期病院の退院後の療養環境の変化など、豊かな Patient journey に寄与する。また、平時から連携を深めることで、感染症の流行や災害などの有事の際にも Extensivist が地域のニーズに応じた医療を提供できる可能性がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 18 リハビリ/介護予防

DP7-3-1

看護小規模多機能型居宅介護 (以下: 看多機) におけるノーリフトポリシーを導入した腰痛予防対策への取り組み

箕輪 翔馬 ミノウ ショウマ

福田 裕子 フクダ ユウコ

河野 政子 コウノ マサコ

松岡 愛理 マツオカ アイリ

まちなのナースステーション八千代 リハビリテーション部

【はじめに】医療・福祉従事者の腰痛保持率は高く、離職にもつながる重大な課題である。A事業所は看多機を行っており、看護職・リハビリ職・介護職の多職種でケアをしており、以前よりノーリフトポリシーを取り入れ、腰痛予防対策を講じてきた。それに伴い腰痛調査も行っていたが、主観的な自己申告のみで、客観的指標を用いた調査や他覚的な評価を行っておらず腰痛保持者の著明な減少は見られなかった。そこで、従来の腰痛調査票を見直すと共に、理学療法士が他覚的に姿勢評価、個別相談を行いスタッフの腰痛予防対策をした結果を報告する。

【活動】全職員を対象として、腰痛の評価に慢性腰痛症機能評価尺度 (以下: JLEQ) を使用し6月・9月・12月と3か月ごとに評価を実施した。また、JLEQとは別に独自で作成した腰痛に関する質問票に回答してもらった。その結果をもとに6月と9月の間に個別介入を行い、7月には全職員向けに腰痛の勉強会を実施し腰痛の基礎知識とケア方法を共有した。6月と9月、9月と12月、6月と12月の評価結果をウィルコクソンの符号順位和検定にて有意差の有無を確認したが、いずれも有意差が認められなかった。しかし、腰痛調査のアンケートでは当初70%であった腰痛保持者は2回目以降45%まで減少していた。また、個別での身体不調やケア方法についての相談も増えている。全過程すべての調査ができたのはスタッフ20名 (全スタッフの75%) であった。

【考察】本結果より姿勢評価やセルフケア方法の提案などの個別介入や自身の身体を振り返る勉強会を行い各個人の腰痛予防に関心を寄せることで腰痛の頻度が減少したと考えられる。今後は、腰痛に対するスタッフのセルフケアの定着方法や有効な体操メニューなども検討し個別に介入を継続的に行うことが必要である。また、腰痛に限らず不調の相談ができるヘルシーワーキングプレイスとしての環境づくりにも貢献していきたい。

利益相反: 無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 18 リハビリ/介護予防

DP7-3-2

在宅医療における頸髄損傷患者への訪問リハビリについて

鈴木 雅 ¹	スズキ マサル
小林 宣博 ¹	コバヤシ ノブヒロ
小池 友香 ¹	コイケ ユカ
田村 宏輝 ¹	タムラ ヒロキ
横山 明 ¹	ヨコヤマ アキラ
後藤 詩織 ¹	ゴトウ シオリ
加藤 真理子 ³	カトウ マリコ
立野 慶 ²	タテノ ケイ

¹医療法人社団ユニメディコ リハビリテーション部

²医療法人社団ユニメディコ 医科往診部

³医療法人社団ユニメディコ 看護部

【はじめに】近年、在宅医療における高齢者を中心とした頸髄損傷患者に対するニーズが増している。その中で、頸髄損傷患者においては麻痺レベル程度により、介護看護の関わりが大きく変わることが言われている。病院での頸髄損傷患者に対するリハビリの報告は多く認められるが、在宅医療における頸髄損傷患者への訪問リハビリ報告は少ない。今回我々は、理学療法士、作業療法士を中心に訪問リハビリにおいて多職種連携を実地した活動を報告する。

【活動】期間：2021年12月より2022年12月（1年間）。対象：当法人において頸髄損傷患者34名中、訪問リハビリを実施した14名（41%）、平均年齢68.7歳、男10名女4名、外傷性11例、非外傷3名、麻痺レベルC4：2名、C5：3名C6：4名C7：1名その他：4名。要介護度平均3.8（10名）、要支援2（1名）、身体障害1級（3名）。リハビリ回数：週平均2.7回（1回～7回）。Barthel Index 初回40.7点最終43.5点。連携した14職種：医師、看護師、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士、介護士、ケアマネ、管理栄養士、マッサージ師、診療放射線技師、社会福祉士、音楽療法士、薬剤師、医療事務。

【考察】頸髄損傷患者における在宅現場では、PT、OT単独によるリハビリでは、家族および本人の在宅での介護および精神的負担を軽減することに難渋した。しかし、多職種連携によって、見守り時間の増加、家族の負担軽減によって、頸髄損傷などの重傷患者、医療依存度の高い患者の在宅での受け入れを積極的に行うことができた。限られた社会資源の利用および医療介護スタッフのさらなる連携により技術力の向上、情報共有の強化が必要と思われた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 18 リハビリ/介護予防

DP7-3-3

在宅療養支援診療所におけるリハビリテーション会議の実際～新規利用者・修了者の経過について～

池澤 俊光 イケザワ トシミツ

医療法人賛永会 さつきホームクリニック さつき訪問リハビリステーション リハビリテーション部

【はじめに】リハビリテーション会議（以下、リハ会議）とは、3ヶ月に一回、本人・家族に対し医師からリハビリテーション計画書について説明し、訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）の目標の確認・共有を実施する場となっており、そこではケアマネジャー等他職種の参加も推奨される。2021年4月改定の介護保険下では、算定要件として推奨されており、医療と介護の連携では実践を望まれている。今回、実践してきた中での気づき、新規利用・修了者の経過について報告する。

【活動】訪問診療に同行しリハ会議を実施。リハビリスタッフ他、ケアマネジャーや関連する介護職にも極力参加頂き、訪問リハの目標の共有、それぞれの立場で実践出来る課題を共有する時間としていたが、感染症の影響から対面参加はケアマネジャーのみで、関連職種とは後の情報共有に留まる事が多かった。利用者数・修了者数の経過を確認すると、昨年は新規利用者81名に対し訪問リハビリ修了者は64名。内、半数がICFの活動・参加の改善・他サービスへの移行での修了となった。

【考察】訪問リハは長期化が問題視され、過不足なく支援することが求められている。当事業所ではリハ会議を行っていた事が、医師・リハビリ・本人・家族・ケアマネジャーという目標を共有したチームで動く事を可能とし、新規者に対して修了者が多かった結果に繋がったと考える。

自立支援の介護保険では、利用者が可能な限り住み慣れた環境で出来る限り自立した生活を営む為には、医師の力を借りてチームとしての活動となるリハビリテーション会議はとても有効であり、利用者や家族の可能性を広げ人生の豊かさに繋がる一助になるといえる。今後の展望として、科学的介護情報システム（LIFE）を活用することで、客観的なデータを抽出し、効果的な訪問リハに繋げていきたいと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 18 リハビリ/介護予防

DP7-3-4

包括的高度慢性下肢虚血によりショパール離断となった症例の訪問リハビリテーション

松本 純一¹ マツモト ジュンイチ坂元 博² サカモト ヒロシ木下 幹雄³ キノシタ ミキオ¹TOWN 訪問診療所板橋 リハビリテーション科²TOWN 訪問診療所板橋 循環器科³TOWN 訪問診療所 形成外科

【はじめに】包括的高度慢性下肢虚血 (chronic limb-threatening ischemia 以下 CLTI) は下肢の血流障害、感染、創傷により下肢切断となることがあり、一度治癒しても再発し、再入院となることも少なくない。今回 CLTI により左ショパール離断後に在宅復帰した症例の訪問リハビリテーションを経験したので報告する。

【症例】50歳代男性、要介護3、両側 CLTI (右下腿切断、左ショパール離断)、慢性腎臓病 (grade 5)、糖尿病、慢性心不全、緑内障。

近医にて左下肢に対し、血管内治療、ショパール離断となった後、Patellar tendon bearing 免荷装具 (以下 PTB 装具) を作製し自宅退院。退院翌週から訪問リハビリテーション介入開始となった。

介入時は離断後の創傷が残存しており、PTB 装具を装着するのに介助が必要であった。起立やトイレ移乗にも介助が必要であったため、訪問リハ介入時は装具装着自立を目指して、装具にテープやマーカーを用いて、自身での装着練習を行なった。また、両上肢支持下での起立練習を行なった。

その後 PTB 装具の装着は自立し、起立動作、トイレ移乗動作は修正自立となった。

トイレ移乗動作が向上した後、症例より歩行したいとの要望があり、歩行練習を開始した。歩行器使用での歩行は一部介助レベルから近位監視レベルへと向上がみられた。

訪問リハ介入期間中に、創傷は悪化させずに治癒し、再発は見られたが再入院せず経過した。

【考察】本症例は創傷が残存する状態で訪問リハ介入を開始した。動作練習、装具装着練習や環境調整を行うことで、創傷を悪化させることなくトイレ動作の修正自立等 ADL 向上に繋がったと考える。訪問リハの介入は、CLTI 患者の ADL、QOL 向上に貢献できると考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 18 リハビリ/介護予防

DP7-3-5

回復期リハビリテーション病棟退院後の手段的ADLに対する訪問リハビリテーションの効果

佐藤 健二 ¹	サトウ ケンジ
大高 恵莉 ²	オオタカ エリ
尾崎 健一 ¹	オザキ ケンイチ
生川 理恵 ¹	ナルカワ リエ
神谷 武 ¹	カミヤ タケシ
伊藤 直樹 ¹	イトウ ナオキ
神里 千瑛 ¹	カミザト チアキ
三浦 久幸 ³	ミウラ ヒサユキ
加賀谷 斉 ¹	カガヤ ヒトシ

¹ 国立長寿医療研究センター リハビリテーション科部

² 国立長寿医療研究センター 健康長寿支援ロボットセンター

³ 国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部

【はじめに】回復期リハビリテーション病棟 (以下、回復期病棟) 退院後は、自宅環境への不適応によって活動が制限され、退院時に比べて Activities of Daily Living (ADL) の自立度が低下することが知られている。訪問リハビリテーション (以下、訪問リハ) では、ADLの低下を防ぐべく、実地でのADL練習や住環境・福祉用具の評価や適用練習を行い、その効果を証明している。しかし、掃除や洗濯、買い物、外出などの手段的ADLに対する効果については十分に明らかになっていない。

【目的】回復期病棟退院後に訪問リハを提供した患者の手段的ADLの推移を分析し、訪問リハの効果を検証した。

【方法】回復期病棟退院後、6か月以上訪問リハを継続した107名 (平均80±10歳) を対象とした。訪問リハ開始時と6か月後に実施したFrenchay Activities Index (FAI) について後方視的にデータを抽出し、FAI総計 (0~45点) および下位項目 (屋内家事 (0~15点)、屋外家事 (0~9点)、戸外活動 (0~12点)、趣味 (0~6点)、仕事 (0~3点)) の6か月後の変化について、ウィルコクソンの符号付き順位検定を用いて解析した。有意水準は5%とした。

【結果】FAIの中央値 (四分位範囲) の推移は、総計 (訪問リハ開始時→6か月後) で6 (0-12) 点→12 (7-21) 点、屋内家事は0 (0-7) 点→4 (0-12) 点、屋外家事は0 (0-0) 点→2 (0-3) 点、戸外活動は0 (0-3) 点→4 (3-8) 点、趣味は0 (0-2) 点→1 (0-3) 点となり統計的に有意な改善を認めた ($p<.001$)。一方で、仕事は0 (0-0) 点→0 (0-0) 点で改善を認めなかった ($p=.157$)。

【考察】回復期病棟退院後に訪問リハを実施した利用者の手段的ADLは向上した。訪問リハで実施される、屋外歩行練習や車の乗降練習、家事動作の練習や福祉用具の提案などが在宅での活動範囲の拡大を促し、手段的ADLの実施頻度を増加させたと考えた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 18 リハビリ/介護予防

DP7-3-6

健康状態不明な地域在住後期高齢者の低栄養とフレイルのリスク課題解決を目的とした栄養介入の効果検証

奥村 圭子 ¹	オクムラ ケイコ
奥村 圭子 ^{1,2}	オクムラ ケイコ
鬼頭 実貴 ³	キトウ ミキ
浅田 雄子 ²	アサダ ユウコ
田内 由希子 ²	タウチ ユキコ
柳 ナナミ ²	ヤナギ ナナミ
森 亮太 ⁴	モリ リョウタ
廣瀬 渉 ⁵	ヒロセ ワタル

¹ 長野県立大学大学院 健康栄養科学研究科

² 地域ケアステーションはらぺこスパイス 機能強化型認定栄養ケアステーション

³ 常滑市北部地域包括支援センター とこなめ北部高齢者相談支援センター

⁴ 医療法人八事の森 杉浦医院 内科・小児科

⁵ 常滑市南部地域包括支援センター とこなめ南部高齢者相談支援センター

【目的】健康状態不明な地域在住後期高齢者に対する低栄養とフレイルのリスク課題解決のための栄養介入の検証

【方法】介護申請していない健康状態不明な常滑市A地区とB地区在住75歳から79歳の男女に常滑市介護予防事業「常滑市栄養パトロール」健康アンケートを郵送し回収者を対象者とした。健康アンケートから低栄養およびフレイル該当者をハイリスク者とし、栄養診断後に課題解決のための月1回3か月間の栄養カウンセリングによる栄養介入を行った。解析は群間比較については事前事後のΔをFishierの直接法、群内比較はMcNemar検定で評価した。SPSSver23を用い、有意確率を5%未満とした。

【結果】対象者139人（女性73人）で事前評価実施者132人のうちハイリスク該当者30人を栄養介入対象者とした。栄養介入は26人完結した。対象者の平均年齢男性77.2±1.3歳、女性76.9±1.3歳、低栄養リスク者26人（20%）、フレイルリスク者55人（42%）、やせ47人（36%）に地域差はなかった。食欲低下者A地区28人（47%）、B地区17人（24%）、基本チェックリストの低栄養A地区0人、B地区12人（17%）と地区差があった（ $p < 0.05$ ）。栄養課題の40%以上は「エネルギー摂取量不足の発現予測」「エネルギー消費量の亢進」「意図しない体重減少」であった。栄養介入後のハイリスク該当者は26人（100%）から12人（46%）、フレイルリスク該当者は26人（100%）から19人（73%）と有意に減少した（ $p < 0.05$ ）が、低栄養リスク者は13人（50%）と変わらなかった。

【考察】健康状態不明者のハイリスク該当者とフレイル該当者は栄養介入後に有意に減少したが低栄養リスク該当者数は変わらなかった。これは、栄養課題の40%がエネルギー摂取量の不足と関連があった。そのため、栄養カウンセリングに加え食品の直接的支援が必要であった可能性を示唆した。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 18 リハビリ/介護予防

DP7-3-7

体重減量によりADL改善を認めた肥満症者への訪問リハビリテーション

木佐 光輝 キサ コウキ

西大阪訪問看護ステーションサテライト優羽 訪問リハビリテーション部

【はじめに】肥満症者への訪問リハビリテーションにおいて、体重減量を目標に介入し、ADL改善を認めた症例を経験したので、経過と考察を踏まえて報告する。本発表の趣旨を対象者に説明し、同意を得た。

【症例】60歳代男性。要支援2。持ち家住居に妻と二人暮らし。主たる疾患に2度肥満症、慢性心不全、ネフローゼ症候群、高血圧があり、内服加療にて在宅療養中。身長169cm、体重100kg、BMI35.0kg/m²。腹囲118cm。Barthel Index65点。数ヶ月前より自宅内での立ち上がり、歩行不安定、活動性低下し自宅内閉じこもり生活となる。介護支援専門員より、理学療法士による基本動作能力向上の依頼があり、介護保険による訪問リハビリテーションを週1回40分で導入となる。リハビリテーションにおける目標設定を歩行補助具使用による屋外歩行獲得、体重減量とし、レジスタンストレーニングを主とした理学療法プログラムを立案。負荷量調整のために、栄養評価及び食生活について聞き取り。簡易栄養状態評価表（以下MNA-SF）は8点と低栄養のリスクあり。また10年ほど前より偏食傾向も、活動低下と並行して食欲低下、食事量減少あり。具体的な体重減量数値を月当たり1.5から2kgに設定し、併存疾患の病態変動、過度な減量防止をリスク管理の上、レジスタンストレーニングを実施した。介入12ヶ月後には体重81kgとなり19kg減量。BMI28.3kg/m²、腹囲105cm。Barthel Indexは80点、両側ロフトランド杖歩行見守りにて屋外歩行まで可能となった。

【考察】具体的な体重減量数値を設定し、レジスタンストレーニングを主とした理学療法プログラムが、肥満症者への体重減量及びADL改善に繋がったと考える。今後の課題として、介入中におけるMNA-SFは低栄養のリスクがある状態のまま経過していた。レジスタンストレーニングと栄養状態改善に向けた介入の並行により、更なるADL向上が期待できるのではないかと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 18 リハビリ/介護予防

DP7-3-8

同施設内での多職種連携を行いながら感じたこと ～褥瘡の発見から早期に改善した症例を通して～

梶原 祥平¹ カジハラ ショウヘイ加藤 邦彦¹ カトウ クニヒコ村田 敬明¹ ムラタ タカアキ進藤 幸雄² シンドウ ユキオ¹医療法人財団 利定会 進藤医院訪問リハビリテーション²医療法人財団 利定会 進藤医院

【はじめに】当法人では、同施設内に診療所、訪問リハビリテーション、訪問看護ステーション、居宅支援事業所を有し地域の在宅生活を支援している。利用者は様々なサービスを利用している方が多く、多職種連携は必須である。しかし様々な疾患や病期における関わりにおいて、医療機関や介護事業所、インフォーマルサービス等の連携に苦慮することがある。今回、同施設内における多職種連携により、褥瘡発見から治療まで円滑な対応ができた症例を通して感じたことを報告する。

【症例】90歳代女性、要介護3。KPは長女、当診療所（1/2月）、当訪問リハビリ（1/週）、他デイサービス（2/週）、他居宅支援事業所（他CM）を利用。主病名は右大腿骨頸部骨折による人工骨頭置換術術後。変形性腰椎症、腰椎圧迫骨折、脊柱管狭窄症の既往があり、円背著明、筋力低下等がみられ、車椅子併用し自宅の一部を歩行器歩行自立。BI（機能的評価）45点、HDS-R21点、訪問リハビリでは介助や努力動作となる起居や歩行練習、家族支援や環境調整を行う。腰部に発赤を発見し医師へ相談、経過報告し褥瘡の診断。その後医師・CMと連携し訪問看護（1/週）開始、エアマットへ変更となり、デイサービスへの申し送り実施。その後訪問リハビリでは、運動療法の他に褥瘡の経過確認、家族の処置の確認、ポジショニングを行い、医師・看護・CMとの連携を密に行った。発見から11日で褥瘡は改善し、50日後に訪問看護終了。その後は他部位で発赤がみられたが、情報共有や相談を行い訪問看護は再開せずに経過。

【考察】適切な対応により褥瘡を発見し、早期治療することができた。今回の症例を通して、他主治医や他事業所においても、同様の多職種連携を図る必要があると再認識した。今後の展望として、医学的知識を活かして問題の早期発見と解決に貢献していきたい。そして円滑な多職種連携によって、より良い地域包括ケアの推進に繋げていきたい。

利益相反：有

DP7-3-9

リハビリテーション科有床診療所での包括的・継続的支援により独居継続可能となった高齢女性の1例

高岡 哲也^{1,2} タカオカ テツヤ和田 真一^{1,2} ワダ シンイチ飯田 健治¹ イイダ ケンジ星 瑛里子^{1,2} ホシ エリコ岡村 正哉¹ オカムラ マサヤ¹ 森山リハビリテーションクリニック リハビリテーション科² 昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 リハビリテーション科

【はじめに】当院はリハビリテーション科中心の診療をおこなっている有床診療所であり、在宅生活が破綻した方の「生活を立て直すための入院」を行っている。当院での包括的、かつ継続的な支援により独居継続が可能となった1例を報告する。

【症例】症例は89歳女性。介護保険認定は要支援2で、介護保険サービスは福祉用具貸与とデイサービスを利用していた。独居であり、病前の日常生活動作（ADL）、手段的日常生活動作（IADL）は自立だった。2022年10月より下肢しびれが出現したため歩行能力が低下した。徐々に屋内歩行すら困難となったことから、担当ケアマネージャーより当院に生活の立て直しのための入院相談があり、11月7日に当院へ入院となった。身体所見と画像検査より脊柱管狭窄症と診断し、鎮痛薬調整と訓練での動作指導を行って、屋内伝い歩きが可能となるまで入院を継続した。11月28日に自宅退院し、その後も当院から訪問リハビリテーションを継続することで、12月中には買い物に行ける程度の屋外歩行が可能となった。さらに担当者会議でケアマネージャー、訪問看護師等と一緒に現状と目標の共有を行った。訪問リハビリテーションは2023年1月で終了し、今後当院からは訪問診療でフォローアップを継続する方針である。

【考察】本症例は脊柱管狭窄症の発症を機に生活が破綻した高齢女性の一例である。初回往診から入院、退院後まで「生活立て直し」を目標として、切れ目のない介入を行ったことが独居再開に有効だったと考える。訪問診療、訪問リハビリテーションを含めた、包括的、かつ継続的な関わりができることが当院の特長である。しかし当院単独で全てが完結するわけではなく、本症例のように地域の他施設・事業所と連携していくことが重要である。「リハビリテーション科の有床診療所」は地域の生活が破綻した高齢者を支え、生活を立て直すための一つのピースになりうる。

利益相反：無

DP7-3-10

訪問リハビリテーションで遠隔地への退院支援を経験した一例

追内 晴香 ^{1,2}	サコウチ ハルカ
鬼村 優一 ²	オニムラ ユウイチ
上田 健太郎 ²	ウエダ ケンタロウ
山田 愛晃 ²	ヤマダ アイコウ
古田 哲朗 ²	フルタ テツロウ
鮫島 光博 ²	サメジマ ミツヒロ
弓野 大 ²	ユミノ ダイ

¹ゆみのハートクリニック渋谷²医療法人社団ゆみの

【はじめに】離島生活では、島の規模や医療資源の観点から本土の病院で治療を受けることも余儀なくされることがある。酸素療法を必要とする患者の帰郷を目的とした訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）の導入に至った報告は少なく、転居先を想定した介入と連携がより必要であるといえる。今回、訪問リハにおいて患者の遠隔地への退院支援を行ったため報告する。

【症例】症例は60歳代女性、離島にて独居暮らし。X年Y月より全身の浮腫と呼吸困難が出現し心不全にて入院となった。特発性肺動脈性肺高血圧症の診断精査が現地で行えず、2ヶ月後に家族のいる本土で治療を行うと同時にCOPDにて在宅酸素療法が開始。発症から5ヶ月後に運動耐容能の向上と教育、離島での生活に戻ることを目的に訪問リハが開始となった。PS2、日常生活自立度A1、歩行にて低酸素がみられたが自覚症状に乏しく、過活動となりやすい傾向があった。症例は帰郷に強い希望があったが、本土にいる家族は離島生活に不安を示していた。まずは、本人から転居先の生活環境や活動を聴取し、転居先の地図を用いて実際の生活範囲のイメージを共有した。具体的には、頻繁に訪れる商店や病院の距離を測定し、現状の活動量と照らし合わせながら歩行移動で可能な場所、支援が必要な場所を検討した。並行して活動調整や動作練習を行い、自主練習を指導・記録を提案した。発症から9ヶ月後、転居先のサービス事業者と症例・家族を含めオンラインで担当者会議を行い、帰郷が実現した。

【考察】本症例は特発性肺動脈性肺高血圧症とCOPDを併存しているハイリスク患者で、転居に伴い課題があったが故郷の独居生活を想定した関りや必要な情報を転居先のサービス事業者とオンラインで連携を行うことで目的を達成することができた。

症例や家族が安心して帰郷のための準備を行うためには、訪問リハによる離島での生活を想定した介入が有用であったと示唆された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 18 リハビリ/介護予防

DP7-3-11

当院リハビリテーション部の訪問部門の現状

渡辺 健太 ワタナベ ケンタ

松田 ひろし マツダ ヒロシ

柏崎厚生病院 訪問リハビリテーション

【はじめに】当院のリハビリテーション部では訪問リハビリテーション（訪リハ）と、当院と併設している訪問看護ステーション（訪看）の2つの事業所にスタッフが配属され訪問業務に携わっている。

今回、両事業所の現状や特徴について報告し、今後の課題を述べたい。

【活動】令和4年12月末現在、配属されているスタッフ数はいずれも常勤換算で訪リハは1.9人（理学療法士）、訪看は1.6人（作業療法士1.5人・理学療法士0.1人）となっている。

1ヶ月の訪問件数は、訪リハは介護保険のみで150件程で、訪看は介護保険・医療保険ともあり60件程で推移している。

疾患の内訳では、訪リハ・訪看（介護保険）は脳血管障害が最も多く、次いで骨折などの整形外科疾患や廃用症候群などの順となっている。訪看（医療保険）は統合失調症・発達障害などの精神科疾患が9割程度を占め、その他に難病が5名、若年者では30歳代も利用されている。

【考察】現在、訪リハは介護保険のみであるが、訪看は介護保険・医療保険とも対応しているが、当院は精神科主体の病院のため、医療保険の対象の中では精神疾患が多いことが特徴とされる。

また事業所が2つあることで、新規利用の依頼があった際に訪問看護師の介入が必要と予想される場合には、訪看のリハビリスタッフがまず担当するような体制を取っている。

また、数年前より利用の長期化・リハビリメニューが漫然化しないよう「目標シート」というものを活用している。これは「～ができるようになりたい」といった目標設定について初回利用日に家族を含め話し合い、その内容を他職種と共有しケアプランへ反映してもらっている。

ただ、初回だけではなく定期的な見直しを適宜実施していき、より充実したリハビリテーションを可能とすることが今後の課題である。

利益相反：無

DP7-3-12

ハンドメイドインソールにて血友病 A 患者のアンクルストラテジーが改善した一症例

高橋 拓海 ¹	タカハシ タクミ
小柳 陸 ¹	コヤナギ リク
新家 隆佑 ¹	シンヤ リュウスケ
横山 達大 ³	ヨコヤマ タツヒロ
新井 寿 ¹	アライ ヒサシ
黒須 一騎 ²	クロス カズキ
山本 健 ³	ヤマモト ケン
原 洋子 ²	ハラ ヨウコ
辻川 昭仁 ²	ツジカワ アキヒト

¹ 訪問看護ステーションじん 訪問看護

² 医療法人社団仁真会 辻川ホームクリニック

³ 医療法人社団仁真会 川口ホームケアクリニック

【はじめに】血友病はX連鎖先天性出血性疾患である。主な症状は関節内出血と筋肉内出血である。動的バランスとして足首でバランスをとる事はアンクルストラテジーと呼ばれ、歩行と相関関係があるとされている。今回屋内外の歩行に支障が出た血友病患者に理学療法士等によるハンドメイドインソールを導入し、歩行機能が改善した事を以下に報告する。

【症例】50歳代男性、右人工膝関節全置換術を施行され右下肢-4cmで退院した。病院より4cmの補高した靴を処方されたが、長距離歩行時に歩行困難を訴えていた。また立ち上がりでは処方された靴による足関節の背屈制限により前方への体重移動制限がかかり、動作困難となっていた。歩行観察でも左右への身体動揺が大きく、処方された靴によるアンクルストラテジー低下と考えた。

以下の3パターンで動的バランスとして立ち上がり動作時間、歩行動作およびBorgスケールを比較した。

パターンI補高あり(病院処方)。パターンII補高なし。パターンIII自作のインソール+普段使いの靴。

立ち上がり時間:I:9.28秒(後方重心位著明)、II:3.75秒、III:2.99秒。3パターンともにBorgスケール6(楽である)

6分間歩行:(IIは本人の恐怖感から未実施) I :225.0m .Borgスケール13(ややきつい) .III:227.5m .Borgスケール13(ややきつい)

【考察】6分間歩行では歩行距離の著明な差はないが、立ち上がり時間6.29秒の短縮や足関節背屈増加による前方重心移動の改善がみられた。本症例の日常生活では電車移動での立ち上がりの機会が多く、負担軽減になると考えられる。今回インソールの使用は非侵襲的に関節症状の悪化を予防し、反対側の膝への負担軽減にも繋がっていると考えた。インソールは補高靴と比べ安価かつ簡便であり、将来血友病に限らず幅広い疾患に対応でき、加齢に伴う関節状態の変化にも対応しやすいと考えられる。なお、今回単一の症例のみの結果であり、今後症例を積み上げたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 19 検査技師の実践、制度・連携他

DP8-1-1

在宅療養支援診療所が運営する訪問リハビリテーション事業所の強みを活かした取り組み
～訪問診療同行と急性増悪時の訪問リハビリテーションの導入～

水沼 史明 ミズヌマ フミアキ

医療法人賛永会 さつきホームクリニック さつき訪問リハビリステーション リハビリテーション部

【はじめに】在宅医療の現場では、シームレスかつスピーディーな多職種連携が求められる。理学療法士等のリハビリテーションスタッフ（以下、リハスタッフ）は、訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）を提供する上で医師との連携が特に重要である。在宅療養支援診療所が運営する訪問リハ事業所は、法人内の医師との距離が近く、急性増悪時に14日間集中的に医療保険での訪問リハが可能（以下、訪問リハ特指示）といった強みがある。これらの強みを活かした取り組みにより、訪問リハ件数が増加、リハスタッフが増員したので報告する。

【活動】2019年5月、当法人が当訪問リハ事業所を開所、リハスタッフ1名から訪問リハを開始した。取り組んだ事は主に2つ。①訪問診療同行、②訪問リハ特指示の導入。①では、日常生活動作能力（以下、ADL能力）の評価やアドバイス、環境調整、家族指導等を行った。訪問リハ適応の有無や訓練内容、リスク管理について医師と議論し、導入後の経過を報告するなど積極的にコミュニケーションをとった。②では、退院後や状態悪化後にADL能力が低下した方の回復を目指して早期から介入、訪問リハの効果と訪問リハ事業所の強みをアピールした。結果、2019年6月の訪問リハ件数は20件/月であったが、2022年6月は474件/月、リハスタッフは15名となった。

【考察】医師が訪問リハを理解し、ADL能力向上のための手段として信頼してくれたからこそ、訪問リハ件数増加、リハスタッフ増員へと繋がった可能性がある。第140回社会保障審議会介護給付費分科会資料に、医師からの訪問リハ指示内容が具体的であり、退院後2週間以内に訪問リハを開始した方がADL能力は向上しやすいとの報告があることから、当事業所の取り組みは有用であり継続すべきと考える。病院から在宅への移行を円滑にして生活を支えるため、医師との密な連携、訪問リハの早期介入をこれからも大切にしたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 19 検査技師の実践、制度・連携他 DP8-1-2

訪問リハビリテーション事業所でFIM導入後の変化

星 裕章 ホシ ヒロアキ

医療法人賛永会 さつきホームクリニック さつき訪問リハビリステーション リハビリテーション部

【はじめに】日常生活活動（以下、ADL）の評価は主にBarthel Index（以下、BI）とFunctional Independence Measure（以下、FIM）が使用されている。介護保険では主にBIが使用されているが、BIと比べFIMの方が評価項目・段階が多く、細分化して評価することができる。リハビリテーションではアウトカム評価が導入され、回復期リハビリテーション病棟ではFIM利得が施設基準に関与している。介護保険では2021年度からLIFEが導入された。当事業所で2021年度から訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）を実施している利用者はBIに加えFIMの評価も開始した。リハ職員から前向きな意見と修了割合の変化がみられたため結果を以下に報告する。

【活動】訪問リハ開始時にFIMを評価して利用者のADLの把握、目標設定等に利用。概ね3ヶ月おきに評価した。導入して約1年経過後のリハ職員へのアンケートでは情報収集する癖がついた、ADLの把握や振り返りに役立った、プログラム立案の一助になった、数値的变化を利用者と共有できた、活動・参加への促しや修了に向けたマネジメントに繋がられたとの声が挙がった。修了者のFIMの変化は様々であったが、FIM導入以降の変化として訪問リハ新規に対する修了の割合の増加がみられた。

【考察】介護保険では自立支援の考えのもと、訪問リハには活動・参加への促し、他サービスへの移行が求められ、今後益々アウトカム評価が重要視されていく可能性がある。訪問リハの対象は疾患や状態等多岐にわたるため開始時と修了時のFIMを比較しても変化がみられない、下がる方も多くみられた。修了割合の増加との因果関係は定かではないがFIMを導入したことで利用者の詳細なADLの把握から活動・参加のマネジメントに繋がり修了者が増加したか。修了が全てではないが、過不足のない訪問リハを提供するうえでFIMの活用が円滑な活動・参加への促しの一助になればと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 19 検査技師の実践、制度・連携他 DP8-1-3

在宅医療に関する薬局機能の整備状況及び無菌調剤対応の現状と課題

宮本 龍成 ¹	ミヤモト リュウセイ
田口 真穂 ^{1,2}	タグチ マホ
小林 江梨子 ³	コバヤシ エリコ
橋 敬祐 ⁴	タチバナ ケイスケ
佐藤 信範 ³	サトウ ノブノリ
近藤 昌夫 ⁴	コンドウ マサオ
益山 光一 ⁵	マスマヤマ コウイチ
北垣 邦彦 ²	キタガキ クニヒコ
山田 博章 ¹	ヤマダ ヒロアキ

¹横浜薬科大学 レギュラトリーサイエンス研究室

²東京薬科大学 薬学部 社会薬学研究室

³千葉大学 大学院 薬学研究院 社会薬学研究室

⁴大阪大学 大学院 薬学研究科 附属実践薬学教育センター 薬事教授研究ユニット

⁵東京薬科大学 薬学部 薬事関係法規研究室

【目的】我が国は少子高齢化が急速に進行しており、在宅医療・介護需要の増加に対して地域包括ケアシステムの構築が推進されている。地域薬局においては、令和3年8月に「地域連携薬局」及び「専門医療機関連携薬局」の認定制度が施行され、在宅医療における医薬品供給のみならず、適切な薬物治療への貢献が期待されている。本研究では、神奈川県における在宅医療に関する薬局機能の整備状況及び地域連携薬局の普及について調査した。

【方法】薬局機能情報提供制度による公開情報4,126件及び施設基準、神奈川県の地域連携薬局一覧（2022年8月時点）を使用した。年間処方箋応需患者数を有し、1月以降に届出をしている保険薬局3,564件（86.4%）を解析対象とした。

【結果】薬局全体において在宅対応を標榜している割合は73.8%、無菌調剤対応は9.4%（自施設4.2%、他施設利用5.2%）、麻薬調剤対応は83.2%、緊急時24時間対応は58.4%、退院時情報共有体制有は35.0%、地域連携薬局は6.6%であった。調剤基本料（調基）1の薬局は72.5%、調基3イロハの薬局は25.6%に対して、地域連携薬局では調基1は42.2%、調基3イロハは56.1%であった。地域連携薬局において無菌対応は51.9%（自施設21.5%、他施設30.4%）であった。居宅等の調剤年間実施件数の中央値は409件で、年間服薬状況提供回数の中値は116件であった。

【考察】地域連携薬局は、外来受診時だけでなく、在宅医療対応や入退院時を含め、他の医療提供施設や介護関係施設等との服薬情報の一元的・継続的な情報連携に対応できる薬局とされている。認定薬局数は増加傾向にあり、神奈川県は全国と比較してやや高い認定率であった。無菌製剤処理体制が要件となっているが、当分の間は実施薬局の紹介でも可とされており、今回の結果から約半数の薬局が紹介による対応であることが示唆された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 19 検査技師の実践、制度・連携他 DP8-1-4

緩和ケア病棟におけるレスパイト入院が予定通りの退院にならない場合が多いことについての検討

佐野 広美 ¹	サノ ヒロミ
雪田 慎二 ¹	ユキタ シンジ
榊 佳子 ²	サカキ ヨシコ
白石 麻美 ²	シライシ アサミ
原島 まどか ²	ハラシマ マドカ
森 直美 ²	モリ ナオミ
三浦 康子 ²	ミウラ ヤスコ
布川 昌代 ²	ヌノカワ マサヨ
島田 裕子 ³	シマダ ユウコ

¹ 埼玉協同病院 緩和ケア内科

² 埼玉協同病院 看護部

³ 埼玉協同病院 医療社会事業課

【目的】 当院緩和ケア病棟では在宅医からの要請に応じて終末期がん患者のレスパイト入院を受け入れているが、近年予定通りの退院にならない事例を多く経験する。緩和ケア病棟におけるレスパイト入院の状況を調査し、課題を検討する。

【方法】 緩和ケア病棟におけるレスパイト入院を、「在宅療養中の終末期がん患者で、在宅医から介護上の理由で2週間以内の入院要請があった場合」と定義した。2021年4月1日から2022年9月30日までに当院緩和ケア病棟にレスパイト入院した20例を対象に、入院後の経過、介護背景、予定通りに退院できなかった場合の理由などを診療録から調査した。

【結果】 20例の平均年齢は78.6歳、男女比15:5、同期間の緩和ケア病棟全入院患者と比較して年齢は差がなく、男女比は男性が多かった。入院理由は介護疲労19例：冠婚葬祭1例であった。介護背景として主介護者は配偶者10例：子9例：兄弟1例、世帯人数は2人14例：3人以上6例であった。入院後の転帰は自宅退院12例：死亡退院7例：施設退院1例であった。自宅退院12例のうち予定通り2週間以内での退院6例：2週間以上となったが退院4例：残り2例は入院後1週間以内に重篤な状態となり、自宅看取りを希望して急遽退院となった。死亡退院7例のうち3例は入院10日以内での死亡だった。20例中5例がレスパイト入院後10日以内に病院または自宅で死亡した。また、20例中5例で入院時に家族から退院は無理との相談があり、いずれも理由は介護の限界であった。自宅退院症例は世帯人数3人以上か2人でも周囲の支援があり、入院時から退院を希望しなかった症例は主介護者が孤立傾向にあった。

【考察】 レスパイト入院の自宅退院率は60%、予定通りの退院は30%に過ぎなかった。予定通りにならない原因として、在宅では穏やかな経過のため状態悪化が気付かれにくく、介護負担増の原因が状態悪化による場合や、主介護者が孤立して介護の限界となった場合などが考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 19 検査技師の実践、制度・連携他 DP8-1-5

在宅臨床検査技師の実践～通院困難な心不全患者へ在宅臨床検査の一例～

小針 幸子¹ コバリ サチコ
 渡邊 真奈² ワタナベ マナ
 籠島 真依² カゴシマ マイ
 鮫島 光博² サメジマ ミツヒロ
 弓野 大² ユミノ ダイ

¹ゆみのハートクリニック

²医療法人社団ゆみの

【はじめに】 当院では在宅患者に対し臨床検査技師による在宅臨床検査を行っている。今回、通院困難な心不全患者に対し、臨床検査技師が在宅臨床検査を行うことで、急性期の病態把握や適切な治療の選択、入院回避、慢性期には運動の忍容性の把握ができた症例を経験したので報告する。

【症例】 93歳女性、大学病院で心房細動、慢性心不全の治療をしていたが、通院困難となり訪問診療を開始。訪問開始時、歩行時息切れ、夜間咳嗽・呼吸苦、体重増加が続いており、精査目的に臨床検査技師による初回在宅心エコー検査を実施。頻脈性心房細動、EF 24%、高度僧帽弁逆流、中等度三尖弁逆流を認め、下大静脈径は22mmと拡大、呼吸性変動は19%と低下していた。結果から内服薬調整を行い経過を見ていたが、夜間の不眠が続き、夜間の周期性四肢運動障害を疑い、臨床検査技師による在宅睡眠検査を実施。周期性四肢運動障害とチェーンストークス呼吸を認め、ニュープロパッチとHOT導入となった。自覚症状は少しずつ改善し、二回目の在宅心エコー検査を実施。EFの改善なく、僧帽弁と三尖弁逆流は改善傾向だった。入院治療も考慮されたが、在宅療養を希望され、再度内服薬調整を行い、在宅療養継続となった。その後、コーラスの練習に参加したいと強い希望があり、理学療法士から日常動作時の心負荷の状態を把握したいと検査依頼があり、階段昇降後とコーラスを想定した立位での連続会話で心エコー図検査を実施。階段昇降後、立位での連続会話中の心機能はともに自覚症状と一致しはEFの低下と僧帽弁逆流と三尖弁逆流の増悪を認めた。今後は自覚的疲労度や息切れを参考に負荷量を決めていくという方針となった。

【考察】 通院困難な心不全患者に対し、臨床検査技師による在宅臨床検査を適宜行うことは、急性期の病態把握や適切な治療の選択、入院回避、慢性期には運動の忍容性の把握などに有用であると考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 19 検査技師の実践、制度・連携他 DP8-1-6

地域の緩和ケア病棟との連携で行った在宅がん患者の体験入院システムの利用意義と転帰の検討

村山 慎一 ムラヤマ シンイチ
 沼沢 祥行 ヌマサワ ヨシユキ
 住谷 智恵子 スミヤ チエコ
 川越 正平 カワゴエ ショウヘイ
 千葉健愛会あおぞら診療所 総合診療科

【目的】在宅医療で緩和ケアを受ける居宅がん患者において体験入院がどのように利用されその転帰を示した報告はない。PCUとの連携で行った在宅がん患者の体験入院の利用意義と転帰を検討した。

【方法】後ろ向き調査 対象期間2018年1月1日～2022年12月末、訪問診療及びに緩和ケア病棟の診療録より入退院リストを作成し、入退院日、病棟種別、年齢性別、主病名、看取り場所を抽出。訪問診療開始時より、体験入院が必要となった理由、終末期療養に関する本人家族の意向と意思決定過程について診療録・地域ICTの逐語経過より抽出。転帰不明1例・外来対応1例は除外した。

【結果】体験入院は24名、平均年齢±SD:76.5±13.7、男女:13,11、体験入院時期は訪問診療開始中央値2 [IQR:1-5.1]ヶ月後で、平均入院日数4.6日、看取りより平均81.3日前で利用していた。連携が必要となった背景は、看取りの場の迷い・独居・介護者健康事情や疲弊・介護力不足・看取りの不安・在宅環境やサービス上の事情であった。体験入院後の本人の意向は、①PCU希望12名②在宅希望9名③未決定3名に分類され、①②の中には本人介護者で意見不一致3例と急変で意向変更1例を含み特に意思決定支援が必要であったが意見不一致ケースも最終的に本人意向の看取りの場が選択された。③の決められない要因は認知症で意向確認困難・他のPCU希望で、この3例と訪問中を除く19例は本人希望の場の看取りであった。転帰はPCU57.1% (看取り中央値7日前に再入院)・在宅42.9%であった。

【考察】一般にPCUは緊急での利用の敷居は高い。適切な時期の事前の体験入院により、実際にPCUでのケアを受けた経験からの本人意向を尊重した本人を中心とした終末期の場の選択が可能であった。体験入院後の意向が在宅とPCUのいずれでもいつでも再入院が望める安心より迷い不安で意向が揺れやすい在宅がん末期の下降期～看取り期の療養の質改善につながると考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 19 検査技師の実践、制度・連携他 DP8-1-7

検体保存によるカリウム値の実態－偽性高カリウム血症を防ぐ－

井越 尚子¹ イコシ ナオコ
杉原 明美² スギハラ アケミ
鬼澤 信之² オニザワ ノブユキ

¹ 女子栄養大学 臨床検査学研究室

² 医療法人 あんず会 杏クリニック 在宅診療部

【はじめに】在宅医療における臨床検査の実施は、医師の判断の下で行われることが基本であるが、採血や検体の採取には様々な制約が避けられないこともある。さらに測定結果が臨床と合わないこともあり、判断に注意を要し、悩みどころである。特に偽性高カリウム血症に遭遇することは多く、季節変動の影響も考慮に入れる必要がある。今回、採血や検査に至るまでの状況の中で、最も影響を受けやすい事象を考え、カリウム値の変化について検討を行ったので報告する。

【方法】正常成人の血液をヘパリン全血及び血清分離をしたものと2本1組として比較検討した。採血状況で考えられる保存温度として、低温（4℃）、常温（22℃）、高温（37℃）とし、保管時間は採血直後から24時間における経時的変化をみた。さらに、車移動による振動を考え、実験用の振動機を用いて、溶血の様子を確認した。測定では全ての検体では溶血の有無と程度を確認し、POCT対応の生化学分析装置（アメリカ ABAXIS 社製 piccolo express）にて測定した。

【結果】冷蔵保存は時間と共に著しい増加率で、3時間後で25%、6時間後40%、以降漸増した。高温37℃では数時間はわずかに漸減傾向を示し、7～8時間以降では著増し、12時間後には60%近くに達した。振動については、負荷時間による溶血の起こり方は、特に傾向が認められなかった。

【考察】今回の結果から、カリウム値への影響は搬送の振動よりも保管の温度による影響が大きいことがわかった。このことから、その影響を最小限度に留められれば、理想と考えた。通常の病院においては、検査までに数時間も放置は原則なく、または遠心分離を行って処理されるが、在宅医療の臨床検査技師の一工夫によって軽減できるものと考ええる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 19 検査技師の実践、制度・連携他 DP8-1-8

やっておけば良かった!アンモニア測定どうする?

杉原 明美¹ スギハラ アケミ
鬼澤 信之¹ オニザワ ノブユキ
井越 尚子² イコシ ナオコ

¹医療法人 あんず会 杏クリニック 在宅診療部

²女子栄養大学 臨床検査学研究室

【目的】 在宅医療を希望する患者が増え、医療提供体制は病院から地域へとなり、その質もできるだけ医療機関と遜色ない方が望ましい。しかし状況により、限界を余儀なくされることがよくある。臨床検査の検体検査にも当てはまり、測定値への影響や臨床の不一致があった時に、その解釈に苦慮する。

今回、当院の患者においての血中アンモニア値と臨床経過の症例報告と正確な血中アンモニア測定に関して検討を行ったので、紹介する。

【方法】 除蛋白液入りの専用容器での採血はアンモニア発生の防止である。しかし採血後の保管による影響は著しく大きいことは周知で、取り扱い冷蔵か氷水で保存か遠心上清を分離を求められる。そこで、在宅で考えられる諸条件を鑑みた検討内容で、Point-of-care Testing (POCT) としてA社PochetChemBA (PA-4140) での結果と標準基準法と比較し紹介する。

【結果】 全血放置、除蛋白液混和後の放置による経時的な変化は、室温では直線的に上昇し、冷却下であれば、その変化は抑えられたが、全血放置では同様に増加傾向が大きかった。この他に、全血と遠心上清の比較も加え、追加報告する。

【考察】 高齢者の場合、高アンモニア血症による意識障害や行動異常が、認知症の急激な悪化と誤認される可能性もある。ここで、検体管理を厳格に行って、かつ訪問先で測定でき、かつ結果がより正しく信用が得られれば、その値をもって診断に活用できることを再確認した。

当院では医師の指示をもって、単独で臨床検査技師が患家に訪問、検査の実施、更にそれを電話診療で結果報告、そして医師から指示を受けているので、より早く、患者対応ができる。その為にも、限られた人力でも、より良い臨床検査の為の工夫ができるのは臨床検査技師であり、その役目は大きい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 19 検査技師の実践、制度・連携他 DP8-1-9

在宅医療に参加してわかった臨床検査技師の現状と未来

荒川 正子 アラカワ マサコ

村井 邦彦 ムライ クニヒコ

医療法人社団宇光会 村井クリニック 地域連携推進室

【はじめに】 地域包括ケアシステムは「生活」を共通の目的として保健・医療・福祉との一体化が進められてきた。在宅医療は病院での医療と異なり対象患者が慢性期疾患の管理や緩和医療が中心であり、生理検査を含む臨床検査のニーズは高く無かったことから臨床検査技師の関わりも少なかった。今回永年病院医療に従事した臨床検査技師が「生活」の場にある在宅医療の現場での臨床検査技師の関わり方、在り方について自身の経験をもとに報告する。

【活動】 当院は整形外科医院として1978年に開設され、その後、在宅療養支援部門を併設した。対象エリアは宇都宮市西部と鹿沼市である。患者宅へは医師・看護師また臨床検査技師で訪問する。訪問先では採血、生理検査など臨床検査技師の業務とともに、バイタルサインの測定、医師の身体診察の補助、処方箋の確認・発行、患者や家族からの情報収集を行う。

【考察】 病院医療では院内の他職種連携を求められるが、在宅医療では病院での医療とは異なり自宅等「生活」での場で医療として様々な医療専門職、ケアマネジャー、介護職、福祉職に加え、患者の生活を支える地域の人々との連携が重要である。従来、臨床検査技師には「医師の指示のもとに働く」という意識が強く、患者を中心の医療にチーム医療のメンバーに自ら主体性を持って関わる意識が希薄であった。今後、臨床検査技師が在宅医療に関わるためには臨床検査技師の専門性を持ちながら、在宅医療に関する専門知識、コミュニケーション力の向上、チーム医療での主体性を持った協働が必須と考える。今後は、臨床検査技師としてどのように訪問診療に関わっていくかが課題である。検査結果の判読やエコーでは救急診療や入院中のベッドサイドで観察部位や項目を絞り短時間で診断するPOCUS (Point of care ultrasound) の活用は、臨床検査技師として特性を生かせるのではないかと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 20 在宅医療の運営・経営

DP8-2-1

在宅医療部門の拡大に伴う職種間業務分担の再検討と役割の再定義

椎野 優樹 シイノ ユウキ

多摩ファミリークリニック 事務部

【はじめに】 当院では地域の訪問診療のニーズの高まりを受けて在宅医療部門スタッフの増員を行うことにしたが、増員を実施する前に、職種間の業務分担の在り方の再検討を行った。当初、職種毎に増員を検討したが、現在の業務分担は訪問診療の立上げ当初の状況で決めたものがベースになっており、今後の組織の形に適した業務分担の在り方を明確にしなければ必要な職種別の人員数を求めることができないと考えた。

【活動】 訪問診療に関わる職種 (医師、薬剤師、看護師、SW、事務職員、ドライバー) について、担当する業務を洗い出し、「①専門性をもって行う業務」、「②専門性をもって行うが手が回っていない業務」、「③それ以外の業務」に分類した。

①は自職種が担うべきと自覚している業務、②は自職種が担うべきだが人手不足で行えていない業務、③は自職種でも行える業務、と解釈できる。各職種が本来担うべき業務に専念できるように職種間で業務を調整することで、各職種が専門性を発揮すべき業務の明確化と、その遂行に必要な人員数の見込みを立てることができた。この検討により「看護師、SWが行う業務の一部の事務職員への移管」、「事務職員が行う業務の一部のドライバーへの移管」が実現し、職種毎の増員数にも変化が生じた。また本検討を通じて、看護師、SW、事務職員、ドライバーの果たすべき役割を再定義することに議論が進んでいる。

【考察】 業務の見直しをせずに各職種で増員を進めると、職種間の境界領域にある業務について役割分担の意味・意義を問うことなく、これまでの延長線上で業務の担当職種が決まりかねない。それは非効率的な業務分担・増員となるだけでなく、多職種連携が組織の規模・特徴に沿って変化しないことにも繋がる。一方で、立上げ当初はその時点のメンバーで業務を遂行せざるを得ない。本取組によって、組織の変化に伴う業務分担の再検討の効果を確認できた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 20 在宅医療の運営・経営

DP8-2-2

24時間365日オンコールって、つらくないですか?～訪問診療医の働き方について考えてみた～

岡田 豊	オカダ ユタカ
濱井 健太	ハマイ ケンタ
滝内 宏樹	タキウチ ヒロキ
尾中 祥子	オナカ サチコ
井戸 茂樹	イド シゲキ
中村 幸伸	ナカムラ ユキノブ

つばさクリニック 医師

【目的】 在宅療養支援診療所（以下在支診）では24時間連絡・往診体制を確保する事が義務付けられているが、医師1人体制での勤務負担は非常に重く、複数の医師がいる施設においても、24時間365日対応の中で多くのストレスを抱えているのが現状である。当院は強化型在支診を岡山県内に2か所開業し、常勤医11名で約900名の在宅患者を診療している。今回当院の医師が抱えている勤務体制に関するストレスや問題点をアンケート調査によって抽出したので報告する。

【方法】 当院の常勤医師11名（男性8名、女性3名、平均年齢51.7歳、訪問診療経験年数平均7.6年）に対して、無記名アンケート調査を実施した。内容は現在当院の勤務体制（主治医が24時間オンコールで電話を受ける＋夜間や休日往診は当番医が対応）の満足度、問題点や今後希望する体制など、勤務形態に関する質問とし、Google Formにて解答を得た。

【結果】 現在の勤務体制への満足度は「満足」「まずまず満足」が全体の9割を占めた。理由としては「主治医の責任を全うできる」「主治医と患者関係がシンプル」「患者の安心感」が挙げられた。今後希望する体制は「現状維持でよい」が最も多かったが、「夜間や休日は電話を含めて当番医に任せたい」「完全プライベート時間を確保してほしい」という意見もあった。一般論として望ましい体制の質問には「チーム主治医制」が挙がった。

【考察】 現行の体制に対する満足度は高かったが、主治医の責任感に頼っている部分が多く、24時間オンコールの負担軽減や、プライベート時間確保に向けた体制変更の必要性を感じた。チーム主治医制に関しては理想として挙げられたものの、実現するためにはマンパワーの確保、情報共有の充実、医師の意識改革や患者との信頼関係の構築など、課題が多いと考えられた。

利益相反：無

DP8-2-3

在宅療養支援診療所における評価制度の導入事例と考察

堀田 豊 ホッタ ユタカ

医療法人みどり訪問クリニック 事務長

【はじめに】職員に対する評価は、経営層が賞与や昇給時期が近づいた際に協議して決定した額を支給していた。しかしながら、具体的に評価対象となる行動や成果とは何かが不明瞭であったため、評価に対して経営層と職員に少なからず乖離が見られたことが問題点としてあげられた。そこで、職員に対してどのような行動が評価に値するのかを周知すること、また目標を設定し達成するための道を示す手段として評価制度を構築する必要性があると判断し、活動に至った。

【活動】評価制度の運用に関しては、評価の過程や結果が形として残せるものであって編集が用意であるものが良いと考えた結果、評価シートを作成することとした。評価シートを作成する上では、当院としてどのような分野を評価の対象とするかを定めるにあたって、3つの分野を設定した。評価シートは、各評価分野における職員の自己評価と部門長の評価との摺合せを半期ごとに行なったのち、経営層が最終評価として最高評価のSに続きA～Dの評価ランクが付与される仕組みを取り入れた。この結果、経営層と職員双方が共通の目標に向かって業務を遂行していくことができ、面談を通じて合意形成がなされた結果を元に支給額を設定したことで、経営層は職員に対して具体的な背景をもとに適した評価を行えるようになり問題点の解決に至った。

【考察】「医療の質」を背景に、高水準の医療提供が求められているのが常態であることから、業務上の誤りによって減点とすることは容易であっても、加点とする箇所が限定的であるためである。安易に減点方式の評価制度を設定してしまうと職員の挑戦する気持ちを損なったり、成長を恐れる組織風土に繋がる可能性もあるため、当院としては評価制度構築の上で、加点方式を進めることにした。今後も人事評価に関する知見を深め、より精度の高い評価システムへ昇華していきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 20 在宅医療の運営・経営

DP8-2-4

訪問診療医の役割についての考察

吉村 菜穂子 ヨシムラ ナホコ
齊木 三鈴 サイキ ミスズ
菊地 サエ子 キクチ サエコ
森嶋 克昌 モリシマ カツマサ

医療法人社団輝生会在宅総合ケアセンター元浅草 たいとう診療所

【はじめに】当センターは東京都台東区にある在宅療養支援診療所である。通常外来のほかに訪問診療を在宅療養者および訪問リハビリテーション患者に対して行っている。当センターの訪問診療の実態と医師の役割について検討した。

【活動】まず在宅療養者について。センターでは4人の医師が月に320件前後の訪問診療を行っている。対象疾患は整形外科疾患、ついで脳卒中が多い。緩和ケアに特化しているわけではないが、2020年から2022年までの3年間で82人を在宅で看取った。62人が施設入所で訪問を終了していた。120人が緊急入院で訪問を中断。入院の理由は肺炎、心不全増悪、腸閉塞、骨折などであった。入院後自宅退院して訪問診療を再開する症例は半数であった。年間60-70人ほどの新規訪問リハビリテーションを開始し、初回とその後3か月に1度リハビリテーションの進捗状況を確認するために医師が訪問診療を行っている。リハビリテーションを開始した理由は日常生活で転倒をくりかえし歩行に不安をもったことが47%と最多で、転倒なく安全に自宅で生活したい、外出や通院をしたいという目標が多かった。2/3が2年以内に目標を達成し、通所リハビリ等に移行して訪問終了となっていた。

【考察】訪問診療・訪問リハビリテーションの目的は「人生を生き切るための支援」をすることにある。訪問診療を適切に行うことで救急搬送や社会的入院を回避したいと考えるが実際には入院中断例も多く、近隣の医療機関や地区包括支援センターとの医療介護連携が重要である。24時間在宅医療を行うには複数の医師の協働が必要だが、医師チーム内で情報共有に工夫が求められる。訪問リハビリテーションでも病状変化に対応してリスク管理を行うために医師の関与は必要である。医師は「その人らしさ」を追求する地域リハビリテーションの質の向上に責務を負うと考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 20 在宅医療の運営・経営

DP8-2-5

訪問看護が在宅医療のカナメ ～訪問看護の活躍で往診が減る～

久島 和洋¹ ヒサジマ カズヒロ

横井 千華¹ ヨコイ チカ

曾我 幸弘^{1,2} ソガ ユキヒロ

泰川 恵吾^{1,2} ヤスカワ ケイゴ

¹ ドクターゴン鎌倉診療所 在宅医療部

² ドクターゴン診療所 在宅医療部

【目的】 訪問看護との連携で往診の負担を減らせる可能性を実証する。

【方法】 1年毎の訪問看護指示書の枚数と往診数に負の相関があるかを調べる。

過去7年間の患者100名あたりの訪問看護指示書・特別訪問看護指示書の枚数と往診や看取りの件数を比較した。

【結果】 年間の患者実数は、2016年が756名だったのに対し、2022年は676名と減少していた。訪問看護指示書/特別訪問看護指示書（患者100名あたり）は40.3/6.3枚から72.3/13.9と2倍近く増え、看取り数（患者100名あたり）も18.1名から27.5名に増えていた。一方、往診数（患者100名あたり）は219.4名から174.2名と約2割減っていた。

医療依存度の高い神経難病や癌末期の患者については、神経難病の患者割合に変化はなかったが、癌末期の患者割合は増えていた。

【考察】 訪問看護が充足すれば往診の頻度を減らせる可能性が高いことが示された。言い換えれば、たとえ医師が往診できなくても、訪問看護の平時からの細やかな対応、有事の迅速な対応により、患者の病状悪化を予防し、往診を減らしていると考えられる。訪問看護ステーションと良好な関係性を築くことができれば、たとえ訪問診療に携わる医師が少なくても、医師数が増えなくても、医師が高齢化しても、往診の身体的・精神的負担感が増えずに在宅医療を継続できると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 20 在宅医療の運営・経営

DP8-2-6

「街のお医者さん」から「在宅療養支援診療所」へ〜クリニック運営の方向転換と経営改善への模索

梅谷 薫 ウメタニ カオル
堀之内 典子 ホリノウチ ノリコ
青木 梓 アオキ アズサ
西野 利明 ニシノ トシアキ
向小金クリニック 内科

【はじめに】 度重なるコロナ禍や経済環境の悪化の中、クリニック経営もまた様々な困難を抱えている。

2021年1月、前院長の突然死で廃院の危機を迎えた当院は、訪問診療のネットワークに加入し、筆者を新たな院長に迎えることで生き残りの道を探ることとなった。

2年にわたる運営方針の転換と経営改善への試みをまとめて活動報告としたい。

【活動】 当院は地方都市の住宅街に立地し、30年にわたって「街のお医者さん」として親しまれてきた。「いつでも来ていいよ」「いつでも行きます」という方針は、終日の外来と不定期な訪問診療という形になり、365日、21時過ぎまで働いても経営は悪化。院長の過労死とスタッフの疲弊を招くこととなった。

医院継承後は従来の「外来も訪問も」から「在宅療養支援診療所」への転換を明確にした。さらに「感覚経営」を廃し、1) 電子カルテの導入、2) 午後外来の閉鎖⇒訪問診療への転換、3) 在宅での現金授受⇒引き落とし、4) 院内薬局⇒院外処方、5) 看護師の複数化、6) 事務スタッフの増員と電子化、7) 営業スタッフ（メディカルサポーター）の導入などの施策を導入した。

その結果、1年間で新規訪問患者120名を獲得し、実質70名の増加を達成。人件費の増加にも関わらず、毎月の赤字基調から、単月度、年間黒字を達成することができた。まだ累積1億円の赤字が残っているため、引き続き「丁寧で信頼される訪問診療」を継続しつつ、さらに経営改善を進めることが重要だと痛感している。

【考察】 厳しい経済環境の中、旧来型のクリニックが「在宅診療」を選択して生き残るためには、方向性の明確化とそれに基づく徹底的な近代化、それでいて従来の「やさしい医療」を見失わない努力が必要である。2年間の苦難の経過を提示して、クリニック経営のあり方への参考としたい。

利益相反：無

DP8-2-7

当院における在宅緩和診療の幕開け

佐々木 洸太^{1,2} ササキ コウタ
齊藤 孝幸¹ サイトウ タカユキ
蝦名 めぐみ³ エビナ メグミ

¹ 青森新都市病院 総合診療科

² 弘前大学大学院医学研究科 腫瘍内科学講座

³ 青森新都市病院 総務課

【はじめに】当院は青森市西部地区に位置し、2021年4月総合診療科を開設し、10月から在宅診療・在宅看取りの対応を開始した。それまで当該地区では在宅看取りを行う病院が1件、診療所・クリニックが4件だったが、いずれも年間の在宅看取り件数は10名以下であり、医療用麻薬の注射剤に対応している医療機関はなかった。2022年10月に胃全摘術後及び老衰から経口摂取困難となった患者の家族が、在宅看取りを希望されたことを契機に在宅診療を開始した。2021年10月から2022年12月までの在宅緩和医療・在宅看取り診療について総括する。

【活動】14名の在宅看取りを行った。全例で法人外の訪問看護ステーションと連携した。往診は6:00-22:00として、時間外の往診は予め説明の上で行わず、時間外に亡くなられた場合には翌朝に訪問した。対象患者の平均年齢は84.1歳、患家までの距離の中央値は2.95km、延べ訪問診察回数の中央値は3.5回（最少1回、最多9回）、診療期間の中央値は14日間（最短2日、最長209日）だった。悪性腫瘍が7名（胃癌1名、膵臓癌3名、胆管癌1名、GIST1名、腎盂癌1名）、特発性間質性肺炎1名、末期腎不全2名、末期心不全2名、老衰2名だった。オピオイドを投与した患者は7名で、経口2名、坐剤1名、貼付剤1名、皮下注3名でいずれも悪性腫瘍の患者だった。看取りの往診は、6:00-8:30が5名、8:30-12:30が1名、12:30-17:00が3名、17:00-22:00が5名だった。土日祝日の往診は4回だった。

【考察】COVID-19流行で面会制限をせざるを得ない状況で、在宅で最期を過ごす希望は増加傾向である。そのため、家族の介護力が少ない家庭でも、在宅看取りの提案を好意的に受け取ってもらえたと考える。看取りまでの日数が短く、遺族調査、遺族訪問はまだ実施できておらず、在宅での満足度調査を計画・実施し、診療の質の向上につなげたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 20 在宅医療の運営・経営

DP8-2-8

全国の看護小規模多機能型居宅介護の運営と実態に関するアンケート調査報告

山田 翔太¹ ヤマダ ショウタ
佐藤 歩² サトウ アユミ
村上 典由¹ ムラカミ ノリヨシ
遠矢 純一郎³ トオヤ ジュンイチロウ

¹株式会社メディヴァ コンサルティング事業部

²ナースケア・リビング世田谷中町 看護小規模多機能型居宅介護

³桜新町アーバンクリニック 在宅医療部

【目的】看護小規模多機能型居宅介護（以下、看多機）は、医療と介護が連携した地域包括ケアの中心となり得るサービスとして、現時点で861事業所が運営されており、その数は年々増加している。

令和3年度介護報酬改定では、医療依存度が高い利用者が必要であるケアに対してより一層の評価が設けられたが、いまだ約半数の事業所が赤字経営を余儀なくされており、実態に即した報酬や制度改築の継続的な審議の必要があると考えられる。これらを踏まえ、新設された加算が実際に算定されているかを把握するとともに、在宅医療や他医療サービスとの関係性、経営実態を調査するために本調査を実施した。

【方法】2022/11/29時点で全国の介護サービス情報公表サイトに掲載されている事業所に①事業所基本情報/収支②施設基準や運営実績③直近1ヶ月の利用者情報についてFAXを計2回送付し、合計73件（約9%）の回答を得た。

【結果】2022/12/28までに得られた第2回目の回答数は73件であった。上限である登録定員29名の事業所は81%だったが、うち47%が実際の利用者は19名以下である。令和3年度介護報酬改定で新設された栄養改善加算/栄養アセスメント加算、口腔機能向上加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算については、5-7%しか算定しておらず、理由として体制が整っていないことや該当する利用者がいないことが多く挙げられ、排せつ支援については「報酬が低い」という理由が27%を占めていた。

【考察】登録定員数の増加や加算の新設が施行されているが、実態として1事業所あたりの利用者は停滞していることが把握できた。該当する利用者が少ないことや報酬の低さなどから体制が整っていないことも推察される。地域包括ケアの中核を担うサービスとして、事業所の適切な運営やケアを行っていく上で、より実態に即した制度改築や看多機の再認識が必要である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 20 在宅医療の運営・経営

DP8-2-9

COVID-19によって、在宅医療専門の医療機関にもたらした変化 (その1)

上畑 大¹ ウエハタ ダイ
 長畑 雄大² ナガハタ ユウタ
 岡田 豊³ オカダ ユタカ
 中村 幸伸⁴ ナカムラ ユキノブ

¹つばさクリニック 事務長

²つばさクリニック岡山 事務長

³つばさクリニック 医師

⁴つばさクリニック岡山 医師

【はじめに】2020年から続くCOVID-19感染が未だ猛威を振るっており、医療従事者への感染が大きな問題となっている。当法人は岡山県内で2つの機能強化型在宅療養支援診療所を運営し、法人全体で約900名の在宅患者への訪問診療を行っている。多くの在宅患者を抱える医療機関として、我々ほどの様な状況であっても医療の提供が継続できる体制を整えておく必要がある。今回我々は、組織内にCOVID-19感染が拡がることを防ぐため様々な対策を実施してきたので報告する。

【活動】当法人には現在常勤医師11名を含め総勢87名のスタッフが在籍している。取り組んだ対策は以下の通りである。

①出来るだけ職場内での会話を減らす。②スタッフが密にならない様、時間差出勤を実施。③テレワークの導入。④口頭での申し送りや情報共有は、情報共有ツールを用いた方法に変更。⑤毎朝スタッフ全員の体温チェックと、同居家族含めた体調確認を行い、より厳重な管理を実施。⑥スタッフが同居家族の体調不良で出勤不可となった場合でも給与を保証する制度を整えた。⑦コミュニケーションの活性と法人全体の交流を目的としていた福利厚生（旅行や懇親会など）は全て廃止。外部との交流に関しては、コロナ禍であっても在宅医療に必須な地域との連携体制を維持する為、⑧地域の医療介護者を対象に毎月実施していた対面式の勉強会をオンライン方式に変更した。以上の取り組みを続け、現在まで1件もクラスターは発生していない。

【考察】COVID-19の拡大を防ぐために、様々な対策に取り組んできたが、人との繋がりが必要な在宅医療においては、断念せざるを得ない対策もあった。ただ、コロナ禍の多忙から、効率化を図れた業務、新たな取り組みや気づきに繋がる機会もあった。今後もCOVID-19対策に限らず、どのような状況であっても、在宅への診療を継続できる手段を構築していきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 20 在宅医療の運営・経営

DP8-2-10

COVID-19によって、在宅医療専門の医療機関にもたらした変化 (その2)

長畑 雄大¹ ナガハタ ユウタ
上畑 大² ウエハタ ダイ
岡田 豊³ オカダ ユタカ
中村 幸伸⁴ ナカムラ ユキノブ

¹つばさクリニック岡山 事務長

²つばさクリニック 事務長

³つばさクリニック 医師

⁴つばさクリニック岡山 医師

【はじめに】当法人は岡山県内で2つの機能強化型在宅療養支援診療所を運営し、約900名の在宅患者の診療を行っている。また数年前からは訪問診療のみならずRDやSTによる食支援にも力を入れている。そんな中、COVID-19は未だ猛威を振るい、在宅医療の現場にも大きな影響をもたらし、在宅での療養を希望する患者も増加している。今回、緊急事態宣言が初めて発令された2020年4月以降に当院が実施した診療に関するCOVID-19感染防止を目的とした取り組みについてまとめたので報告する。

【活動】取り組みは次の通りである。診療に関しては、①診察前に電話にて、患者および介護者の体調を確認し、診療時のマスク着用、換気の協力を依頼する。②フェースシールドとサージカルマスクを常時着用し、診療を実施。③発熱患者への診療は暴露した際のリスクを鑑みて医師のみで診療を行う（感染が疑わしい場合はPPEを着用）。④COVID-19感染者が亡くなった場合は、感染対策を施した中で死後の処置を実施。診療以外では、⑤オンラインでの退院カンファレンス開催。⑥電話によるグリーフケア実施。⑦院内外との情報共有にMCSを活用。

【考察】多くの在宅患者を抱える医療機関はどのような状況であっても医療の提供が継続できる体制を整えておく必要がある。そのためにはスタッフ間の感染を発生させないだけでなく、診療中に患者と医療者間の感染を防がなくてはならない。現在我々は上記取り組みを行い、一定の効果をあげることができた。ただ、食支援に関しては食事の提供や言語訓練など、マスクを外して実施しなければならない行為があり、未だ制限されているのが現状である。今後、食支援における感染対策をどうするか、検討する必要があること、さらに感染拡大防止対策やコミュニケーション方法の変更が必要となった状況下であっても、求められるニーズの変化に的確に対応していくための備えをし続けなければならないと考えた。

利益相反：無

DP8-2-11

訪問診療における時間外の電話再診と往診の頻度に関連する変数の探索的研究

角 允博¹ スミ ミツヒロ¹ふれあいファミリークリニック 医局²梶原診療所 総合診療科

【目的】在宅医療の需要が高まる中、医師の24時間対応の負担が問題になっている。先行研究では時間外往診に関する変数の検討はあるが、電話再診に関する検討はない。また、背景疾患や心理社会的な変数と往診頻度との検討は十分でない。本研究の目的は時間外電話再診と往診に関する変数の探索である。

【方法】日本の4つの診療所で24時間対応の在宅患者を対象に1年間の後ろ向きコホート研究を実施した。収集したデータセットの傾向から統計解析は修正ポアソン回帰分析を用いた。

【結果】合計で725名の患者を分析した。観察期間中、電話再診が217件、往診が401件あった。85%の患者に電話再診は一回もなく、72%の患者に往診は一回もなかった。短期間で訪問診療が終了となる患者は時間外対応の頻度が高く、長期間在籍する患者では頻度は低下した。電話再診の頻度は、癌 (RR: 12.48, 95% CI: 4.18-37.25)、認知症 (RR: 2.62, 95% CI: 1.45-4.74)、酸素 (RR: 13.68, 95% CI: 5.62-33.28)、中心静脈カテーテル (RR: 8.71, 95% CI: 2.14-35.40) と正の相関が見られた。気管切開カニューレ/人工呼吸器/NPPV (RR: 0.14, 95% CI: 0.03-0.71)、人工肛門 (RR: 0.03, 95% CI: 0.00-0.52)、生活保護 (RR: 0.09, 95% CI: 0.02-0.33) では負の相関が見られた。往診の頻度は、癌 (RR: 7.37, 95% CI: 2.68-20.27)、難病 (RR: 2.87, 95% CI: 1.14-7.26)、酸素 (RR: 8.05, 95% CI: 2.94-22.05) と正の相関が見られた。人工肛門 (RR: 0.05, 95% CI: 0.00-0.73)、処方数 (RR: 0.82, 95% CI: 0.71-0.95) では負の相関が見られた。

【考察】時間外対応が発生する一部の患者を同定し、当直医と情報共有を行う。時間外対応が高頻度の患者は長期間の療養にならない。この事は当直医の心理面にプラスに影響するかもしれない。癌や酸素投与など高頻度の時間外対応が予想される患者に備えることで当直医の負担を軽減できる可能性がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 21 在宅医療に関する事務職の役割他 DP8-3-1

高齢者施設クラスターにおいて、COVID-19感染者14名に感染初期から介入した活動報告

佐々木 達哉 ¹	ササキ タツヤ
佐々木 智子 ¹	ササキ トモコ
桜庭 一貴 ¹	サクラバ カズキ
藤沢 武秀 ¹	フジサワ タケヒデ
小濱 美保 ²	コハマ ミホ
岡部 留美 ³	オカベ ルミ
市村 淳 ³	シムラ ジュン
大場 未来 ⁵	オオバ ミク
谷合 久憲 ⁵	タニアイ ヒサノリ

¹ ごとんまり訪問看護ステーション

² 特別養護老人ホームおおうち

³ 第一病院訪問看護ステーション

⁴ 日本調剤本荘北薬局

⁵ たにあい糖尿病・在宅クリニック

【はじめに】令和4年12月28日付の第8次医療計画等に関する意見のとりまとめでは「従来の5疾病及び新興感染症発生・まん延時における医療の6事業並びに在宅医療を医療計画に定めることとする」とし、COVID-19等への介入も重要視されている。高齢者施設でのクラスター発生時は入院受け入れ困難な場合もあり、それだけでなく専門職の少ない施設内で、職員も罹患しさらにマンパワーが不足した状態でCOVID-19感染症の治療に加え、重症化による入院抑制や療養後のADL低下抑制予防に対し早期リハビリテーションが不可欠と推測される。

【活動】COVID-19感染症患者が発生した高齢者施設クラスターにおいて感染初期から14名に介入、その内訳は廃用症候群予防10名、呼吸リハビリテーション4名であった。廃用症候群予防ではポジショニングや関節可動域訓練以外に転倒・転落予防にトイレ誘導等を行った。呼吸リハビリテーションでは体位やベッド角の調整及び呼吸介助手技、体位排痰ドレナージ等を行い、ひっ迫する施設の看護師業務を側面から支援した。重症例では介入前、酸素マスク7L/min投与、傾眠状態だったが呼吸介助、体位排痰ドレナージ、関節可動域訓練等を施行し覚醒状態、経鼻カニューレ酸素1/min投与でSpO₂ 92~98%に改善、水分摂取可能となった症例も経験した。

【考察】15分/日の短時間のリハビリテーション介入であったが感染初期から介入することでADLを維持する症例を経験した。Müllerのギプス固定による研究では安静で筋力が約2~3%/日の減少を来するのが4割と報告がある。感染初期からリハビリテーションを実施していくことで療養期間後のADLやQOLが低下しないようにしていくことが重要でありまた副次的効果として、罹患してひっ迫する看護師や介護士を側面から支援できたと推測される。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 21 在宅医療に関する事務職の役割他 DP8-3-2

『エクセレント・ホスピタル』に学ぶ当院の運営「5つの柱」

小笠原 弘幸 オガサワラ ヒロユキ

益田 晃 マスダ アキラ

小澤 匠平 オザワ ショウヘイ

村上 典由 ムラカミ ノリヨシ

小笠原 雅彦 オガサワラ マサヒコ

医療法人社団 同善会 同善病院 在宅医療センター

【はじめに】当院は「患者」を診て、「地域」を診て、「治し、支える」病院である「コミュニティホスピタル」となることを目指している。地域に住むすべての人が自分らしい人生を送れるよう地域医療を正面から取り組む一方で、医療者自身もまた仕事に集中し成長しながらいきいきと自分らしく働ける環境を作るという挑戦をしている。4月に立ち上げた「在宅医療センター」において上記を実践するため、スタッフ全員で取り組む運営方法について報告する。「在宅医療センター」は患者90名の訪問診療を行っている。

【活動】在宅医療センターの運営は、「構想会議」を軸に方針を決めている。そこでは、「職員」（満足度・育成）に重点を置いている病院経営のバイブル『エクセレント・ホスピタル』に学び、5つの柱（医療の質・サービス・人材・成長・財務）に基づき中長期的な目標設定とアクションプラン立案をし、実行に移している。各項目についてはKJ法を用いて皆のアイデアをホワイトボードに貼り付け、可視化して形にしている。例えば「サービス」において、当初は患者・家族への満足度調査をするという案が出ていたが、「患者さんは直接自分達には文句は言いにくく、きっと訪看さんやケアマネさんが自分達の愚痴を聞いているはず」という意見が出て、結果的に地域の訪看ステーションや居宅介護支援事業所に対しアンケート調査をすることになった。またアンケート項目も皆で考え、回答に対しては分析結果を元にすぐに改善策を練るといったPDCAを回している。

【考察】全職員が当初から参画することで組織としての目標・課題認識が「自分事」になり各項目に対して主体的に議論を繰り返し交わすことでチームに一体感と考え今後拡大する組織においてこの方法を維持するのはかなりの労力が必要になるだろうが、今後も5つの柱を軸に「全員参画」の運営をし、地域医療に貢献すべく発展させていきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 21 在宅医療に関する事務職の役割他 DP8-3-3

診療アシスタントとしての在宅医療への介入とその役割

野田 司 ノダ ツカサ
 古屋 秀和 フルヤ ヒデカズ
 川口 豊 カワグチ ユタカ
 大中 洋平 オオナカ ヨウヘイ
 藤元 流八郎 フジモト リュウハチロウ

医療法人社団 鳳優会 荏原ホームケアクリニック 診療アシスタント部門

【はじめに】当院では在宅療養支援診療所として、多岐にわたる疾患を有する患者さんの在宅診療を行っている。近年の高齢化の中で、専門性の高い疾患を有する高齢患者が増加しており、診療所においても専門的診療が要求されるようになってきている。当院では、そのような状況に対応すべく、様々な診療科の医師が連携をとりながら診療体制を構築している。また、当院では診療を円滑に進めるため、医師と診療アシスタントの2人1組で日々の診療を行っている。

【活動】診療アシスタントは、医師の診察に同行し、①患者宅までの運転②診療スケジュール管理③関係各所との連携などを行っている。能力のある診療アシスタントを育成するために、当院では教育・人材育成部門を設立し診療アシスタント教育を行っている。まず、診療アシスタントが在宅医療に介入するためには最低限の医療・医学の知識を備える必要があり、当院では医師主導の院内勉強会に参加している。勉強会に参加することにより各診療科の疾患や特定疾患、さらには医療機器の知識を深めている。さらに、診療アシスタントを育成するため、屋根瓦方式により、指導担当を配置している。また、診療アシスタントマニュアルを作成し、活用することで過不足なく診療に必要な知識が得られているかどうかを見える化した。

【考察】超高齢化社会を迎え、生産年齢人口が急速に減少することで人材確保が困難となることが予想される。この中で、ドライバー、診療補助員、医療事務など多彩な役割を担う人材が必要となるが、診療アシスタントはこれらの仕事をカバーできる一つの専門職として機能することを目的としている。今後上記の取り組みを継続・修正しながら能力のある診療アシスタントを育成し、積極的な在宅医療への参加を行っていく。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 21 在宅医療に関する事務職の役割他 DP8-3-4

活動報告：訪問看護ステーションにおける契約業務標準化の取り組み

神部 秀行	ジンプ ヒデユキ
沖 あゆみ	オキ アユミ
古川 貴幸	フルカワ タカユキ
近藤 敬太	コンドウ ケイタ
大杉 泰弘	オオスギ ヤスヒロ

豊田地域医療センター 在宅医療支援センター

【はじめに】当訪問看護ステーションでは平均17件/月の新規患者の契約業務を事務職員中心に行なっている。通常業務として欠かすことのできない業務であるが標準化がなされておらず、新規配属職員等がスムーズな新規契約を行うことができない状態であった。そこで業務改善の一環として新規契約の標準化を行うためにマニュアル作成に取り組んだため活動報告をする。

【活動】マニュアルを作成するにあたって、事務及び看護師が実際に現場で行う説明内容を項目別に検討し作成を行った。具体的なサービスの利用例も加えることで相手がイメージしやすいように配慮したマニュアル作成を行った。マニュアルの最初に目次を設け、患者及び患者家族と契約の説明をする事務との間で齟齬が生じないために何を説明するかわかりやすい様にした。これにより新規契約時の説明が明確化された。

業務の標準化につながり、属人化を防ぐことに繋がった。マニュアルにより視覚的に業務の引継ぎを行うことができるようになったため、新規配属職員等への業務説明もスムーズに行うことができるようになった。

【考察】今回訪問看護における契約時のマニュアルを作成・実施したことによって、業務改善の第一歩を踏み出すことができた。マニュアル作成時には現状を維持しようとする職員の声がかかれるなど職員の意識改革が必要な場面が生じた。管理者として業務改善の重要性を繰り返し説くことで小さな意識改革を起こしていくことが重要であると今回の活動を通して実感した。また職場環境の改善をするためには今後も継続的な修正と更新を加え、PDCAサイクルを絶えず回していく必要がある。業務改善を絶え間なく実践するとともに、当訪問看護の事務職員が患者と患者家族の立場に立った業務を行うことでより良い在宅医療へ貢献していく。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 21 在宅医療に関する事務職の役割他 DP8-3-5

処方箋疑義照会プロトコール作成による業務負担軽減の取り組み

福田 俊一 ¹	フクダ シュンイチ
須崎 宏子 ¹	スザキ ヒロコ
山尾 美紀 ¹	ヤマオ ミキ
川島 史子 ²	カワシマ フミコ
三浦 あかね ²	ミウラ アカネ
篠田 朋宏 ²	シノダ トモヒロ
山口 高秀 ¹	ヤマグチ タカヒデ

¹医療法人おひさま会 おひさまクリニック西宮

²株式会社クラウドクリニック 医療事務

【はじめに】医療機関と薬局間の処方箋疑義照会における事前取り決め契約を締結しておくことで、双方の業務負担の軽減に繋がるという仮説のもと、以下の活動を行い、当院職員の業務効率と残業時間の変化・連携薬局の満足度をアウトカムとして調査した。

【活動】

①過去に連携した実績のある126薬局にFAXで概要を通知し、②その中で説明会参加希望の回答があった47薬局に対して説明会を行い、③最終的に45薬局と契約を締結し、④FAXによる疑義照会プロトコール対応を実行し、業務の一部を(株)Cloud Clinicへ外注した。

【結果】疑義照会件数はプロトコール開始前後で差はなかった(約160件/月)。

媒体としての電話利用がプロトコール開始前後で100%→31%に減少した。

総残業時間は導入前2ヶ月間で107時間に対して、導入後2ヶ月間では117時間と、削減には繋がらなかった。

但しこのタイミングで、常勤職員が4.6→2.6名に減少した。

薬局へのアンケート結果(回収率67%)では、「疑義照会にかかる時間が減少した」が平均3.7点、「クリニックとの距離が近くなった」が平均3.3点(5点満点)であった。

【考察】疑義照会の受電は医療事務にとって、通常業務を中断して電話対応する必要があり、業務効率を低下させている可能性がある。また、架電する側の薬局にとっても、迅速な回答が得られない場合は、通常業務に支障をきたす。両者が事前取り決めを行い、FAXによる事後報告体制を構築し、医療機関側も薬局側も非同期で対応して双方の業務負担軽減に繋がると考える。また、このような取り組みを介して、クリニックと薬局の心理的距離を縮めることに繋がる可能性も示唆された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 21 在宅医療に関する事務職の役割他 DP8-3-6

急性期病院における院内連携強化への取組み

芝田 美裕 シバタ ミユウ
調布東山病院 在宅センター事務課

【はじめに】 調布東山病院は東京都調布市にある一般病床83床、東京都指定の二次救急医療機関である。当院は1987年から訪問診療に取り組んでおり、2023年1月時点の患者数は約140名となっている。また、院内の外来患者や入院患者で訪問診療希望患者がいたが、他の訪問診療を利用となっていたケースが相次いだため、今回はこの現状から行った院内連携のための活動について、その活動内容を報告する。

【活動】 新規依頼元の内訳データを算出したところ、当院には外来部門や病棟部門があるにもかかわらず院内からの新規問合せ件数が少なかった。そこで【外来】【病棟】【診療部】の三部門を対象に、院内認知度アップの活動と連携課題の改善へ着手した。

【外来】

- ・在宅療養のイメージを持てるように外来看護師が訪問診療に同行する枠を設けた。
- ・夜間休日の対応で救急担当が困らないよう患者情報の共有を徹底した。

【病棟】

- ・入院連携をスムーズに行うために《訪問診療患者の入院時のフロー》を作成した。
- ・MCSの利用を拡大して退院支援看護師やソーシャルワーカーのアカウントを作成し、入退院時の情報共有や退院前の情報を共有できるようにした。

【診療部】

- ・外来診療を担当している非常勤医師へ訪問診療のアピールを実施した。
- ・毎朝、医局朝礼に参加し、その日の訪問診療予定や空き枠の声掛けを繰り返した。

上記取組みを行うことによって院内認知度がアップし外来・病棟からの新規依頼件数が年々増加した。

【考察】 現在では外来や病棟を担当している常勤医師の10名以上が訪問診療を行っている。外来や病棟などとの接点を増やし、関わった人たちが動きやすいような仕組みを整えることを繰り返す。これにより院内全体に訪問診療が当たり前にある風土を作り出し、院内での新規依頼件数増加に結びついていると考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 21 在宅医療に関する事務職の役割他 DP8-3-7

コロナ禍でも地域の人と触れ合う暮らしの保健室～事務っことができるまちづくり～

三井 菜々美 ミツイ ナナミ
ささえるクリニックきたひろ 診療部

【はじめに】暮らしの保健室とは、マギーズ東京の秋山正子さんにより開設された全国的な取り組みです。医療や介護等の疑問や困り事の相談先がわからず深刻な状態に陥っている人が多い事に気づき「地域の人が気軽に相談でき、適切な情報や必要な社会資源と早期に繋がる事ができる場が必要」と考え開設されました。

【活動】当法人は北海道の岩見沢市と北広島市の2拠点で外来・訪問診療を主体としているクリニックです。題名にある事務っことは医療事務、診療アシスタント、相談員の3つをこなす事務の愛称です。当法人が行う暮らしの保健室は日常的な相談に加え、外出の機会を作る企画も行ってきました。岩見沢では畑の野菜で天ぷら会を開いたり、ドライフラワー教室や看護師による健康相談、患者さんによる美味しいコーヒーの淹れ方講座等様々な体験を行い交流を深め、北広島では地域の方を招き、お茶会兼相談室を開催しました。コロナ禍でも事務っこ主体でできる事を考え、ZOOMにてケアマネジャーや包括支援センター向けに在宅医療や実際の相談ケース等を周知しました。それがきっかけで、市民への情報発信や学習機会を設ける活動を行う北広島市在宅医療介護連携推進協議会から一緒に在宅医療の情報発信をしてほしいと依頼を受け、地域の方への在宅医療や介護、看取りをどう取り組んでいるか等の講演を年に数回行っています。また、当院の事務っこも市民周知部会の構成員にと声をかけられ医師や看護師等の専門職と一緒に活動しています。

【考察】暮らしの保健室は地域の方が抱えている不安や困り事をキャッチし人との関わりを持てる場所として重要であり、同時に在宅医療について知ることで、自分や家族の今後について選択肢を増やすことができますが、この活動を通して地域の方へ在宅医療はまだ浸透していないと感じています。そのため暮らしの保健室は様々な場所で行い、継続的な周知活動が必要であると考えます。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 21 在宅医療に関する事務職の役割他 DP8-3-8

在宅医療診療所に導入した新たな事務職～ヘルスインフォメーション・オーガナイザー(HIO)～の役割

荒 隆紀 アラ タカノリ
豊田 理恵 トヨタ リエ
福田 俊一 フクダ シュンイチ
山口 高秀 ヤマグチ タカヒデ
医療法人おひさま会

【はじめに】超高齢化社会に対する認識が広まり、安心した診療体制を構築するためにこれまで以上に在宅医療の重要性が指摘されている。また、国内の生産人口減少の中で、在宅医療の量と質を落とさないために、医療専門職と事務職の相互連携が今後ますます重要になってくる。

【活動】我々は既存の医療事務ではなく、新たに「ヘルスインフォメーション・オーガナイザー：HIO」という新しい職種を含めた新しい取り組みを行なっている。HIOの職務定義とは、①ヘルスケアスタッフが健康管理を通じて得た情報、②健康管理上で発生した診療報酬の明細書情報、③ケア提供の中で患者・家族・保険者・医師会・厚労省などのステークホルダーから診療所に提供される情報、の3種類の健康関連情報を抽出、分析、加工修正、活用、評価し、あるべき姿の診療アウトカムへ適正化することで、プライマリ・ケアにおける患者およびコミュニティの健康状態を向上させる役割を担う。具体的には、24時間365日の緊急コール対応や外来診療の窓口対応だけでなく、レセプト請求業務、学術活動への医療情報の抽出などの様々な役割を担っている。

【考察】HIOの今後の展開に関しては人材育成の体制構築と運用が課題となる。当法人では、HIO専用のラダーを作成し、それを用いながら、医療コール対応の標準化や外部の教育研修施設との協働によるレセプト請求業務の研修などの実践を行っており、他の職種との違いも含めて検討したい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 21 在宅医療に関する事務職の役割他 DP8-3-9

医療事務の『DX化』へのチャレンジ。60名を超えるレセプトスタッフを管理する手法と結果

海老江 祐二 エビエ ユウジ
株式会社プロアス 在宅クリニック支援部

【はじめに】当社は、在宅クリニック様向け専門の在宅レセプトをアウトソーシングにて作成する会社であり、医療機関様と寄り添いながら、医療機関様とは異なる目線でレセプト作成に取り組み、企業として精度や生産性向上に徹底的に向き合ってきた。

その結果、職員の在宅作業（テレワーク）化、教育の標準化やツール化、レセプト作業の分担方法、DX化による生産性の向上手段など、さまざまな取り組みにおいて劇的な効果がみられた。

昨年、厚生労働省主催のテレワーク賞で特別奨励賞を受賞した弊社だからこそ出来るその取り組みや効果を紹介していく。

【活動】私たちは既に60名を超えるレセプトスタッフを抱えており、その生産性向上に取り組むにあたって、まずは進捗が目に見える様にクラウド管理シートによる進捗管理を実施した。その際に各々の課題や質問事項について、スタッフ同士で連携を取りやすい様、バーチャルオフィスツールを利用している。

また、能力や経験値を一元的に把握する為に、スタッフの役割を表す識別コードを運用した。知識向上については一人一人が能動的に能力開発を行う為に各自で自己啓発出来る仕組みを取り入れた。

その上で、在宅医事算定の資格取得を推奨し、外部講師を招聘した研修を実施している。自主的に集まれる勉強会の開催などを行い、リモートコミュニケーションで起き得る課題も払拭している。

IT面からのアプローチとして、スタッフの作業軽減の為にソフトウェアロボットの開発を開始し、既に一定の効果をj得ている。

【考察】レセプト作成においてプロセスを分解し、要所にITを組み込むことにより生産性が向上し、精度も向上することがわかった。

在宅医療事務におけるDX化はレセプトにとどまらず、患者請求業務、文書作成などあらゆるところに可能性があるjので、順次取り組んでいきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 21 在宅医療に関する事務職の役割他 DP8-3-10

訪問診療における往診・コールの分析

林 佑樹 ハヤシ ユウキ
梅田 耕明 ウメダ コウメイ

医療法人社団プラタナス松原アーバンクリニック 経営企画部

【目的】 当院は在宅診療として東京都世田谷区、杉並区を中心に訪問診療を提供し、2021年度に常勤医師6名体制で年間600名程度の診療、130名程度のお看取りを実施している。今後も増える在宅医療の患者を見据えて、質の向上及び効率化のためコール対応及びその後の往診状況の分析を実施した。

【方法】 居宅患者における2021年10月から2022年3月までのコール対応及びその後の往診有無を医師の診療記録2305件から調査。また、介護サービス導入状況については、電子カルテに登録されている介入サービスリストより調査。

【結果】 コール対応の総数は1417件あり、うち本人・家族等から直接のコールが561件（40%）、当院からの確認コールで446件（31%）、訪問看護136件（10%）、薬局・病院関係者40件（3%）、ケアマネジャー31件（2%）という実態だった。コール対応後の対応は、連絡のみで終了371件（26%）、内服指示357件（25%）、経過観察指示204件（14%）、医師の往診119件（10%）、訪問看護に対応依頼51件（4%）と続いた。

居宅患者の訪問看護のサービス導入無しの割合は29%あり、上記の医師の往診は訪問看護の導入なしの場合25%増加、内服指示は22%増、経過観察指示は28%増加した。

【考察】 当院では診療開始時に訪問看護の導入提案をするが、患者はそのタイミングで必ずしも導入するわけではない。在宅医療は患者の求めに応じてとする結果、訪問看護師の導入タイミングがあいまいになっていると考える。その結果、未介入が30%程度発生し、医師の訪問対応の増加になっているのではないかと考える。訪問看護の導入を促しやすい制度等の仕組みがあるとより患者は受け止めやすくなるのではないかと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 21 在宅医療に関する事務職の役割他 DP8-3-11

最期まで寄り添う地域医療の実現 ～独歩での通院から自宅での看取りまで～

藤本 あおい¹ フジモト アオイ

西垣 美由紀¹ ニシガキ ミユキ

小林 あかり¹ コバヤシ アカリ

¹医療法人社団そよかぜ そよかぜ診療所

²医療法人社団そよかぜ 管理課

【はじめに】当法人が運営する在宅支援診療所は、内部医療資源により外来診療と在宅医療を両立して行うハイブリッド型の診療所である。外来診療で慢性疾患の管理を中心とした患者の診察を行う一方、24時間365日体制で在宅医療を提供している。法人理念は、慢性疾患の管理から最期の看取りまで患者を一貫して診る地域医療を提供することである。

【活動】訪問診療患者数はひと月あたり80名程度である。新規導入のうち外来から移行するケースは、令和4年度は42名のうち28名(67%)、令和3年度は39名のうち29名(74%)、令和2年度は22名のうち19名(86%)であった。外来からの導入が3年間平均74%と多いことが当法人の特色である。

その要因は3つ挙げられる。1つ目は、患者と医師の間に外来診療で培った信頼関係があると考えられる。医師は患者の変化に気づき、適切なタイミングで在宅医療への移行を提案できる。2つ目は、在宅医療の流れや内容を記した独自のパンフレットを作り、通院時から患者に紹介している。これにより患者は早い段階から在宅医療を認識できるため、医師から提案された際も理解しやすく、逆に患者から申し出ることもある。3つ目は、当法人の強みである在宅医療の相談窓口として設けた在宅療養相談室である。在宅医療へ移行の際には相談室の職員が時間をかけて丁寧に説明を行い、円滑な在宅医療の導入が可能である。尚、訪問看護はすべて当法人の看護師が行い、迅速な病状確認と緊密な連携ができる。当法人ではカンファレンスで情報共有し、事務職を含めた職員全員が在宅医療や患者を十分に理解しており、看取りまで一貫した良質な在宅医療の提供に繋がっている。

【考察】独歩での通院から始まり、やがて在宅医療に移行し、最期は自宅で看取る。法人理念に沿った医療の提供を実践し信頼を得ていることが、外来から在宅医療へと移行する患者が多くを占める結果に繋がったと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 22 在宅呼吸管理、難病、認知症他 DP9-1-1

呼吸器装着となった重症患者の支援チームに、人工呼吸器メーカー担当者は欠かせない存在であった

雨宮 馨 ¹	アメミヤ カオル
水谷 亮 ¹	ミズタニ アキラ
飯田 宏美 ¹	イイダ ヒロミ
古川 真弓 ¹	フルカワ マユミ
平野 静香 ¹	ヒラノ シズカ
宮田 章子 ¹	ミヤタ アキコ
高子 凌輔 ²	タカコ リョウスケ
荒井 紀幸 ²	アライ ノリユキ
近藤 嵩 ³	コンドウ タカシ

¹さいわいこどもクリニック 在宅診療部

²チェスト株式会社 ベンチレータ事業部

³株式会社フィリップス・ジャパン 西東京支店 呼吸

【はじめに】在宅人工呼吸器（以下、呼吸器）の使用が増えているが、様々な機種について医師がすべて把握することは難しい。しかし臨床工学士がいる診療所は少なく、呼吸器メーカーによる支援が必須となる。

常時呼吸器装着が必要な16歳女兒に、2社の呼吸器メーカーが数年関わり、呼吸苦の緩和に寄与した症例を経験した。その支援について振り返る。

【症例】16歳女兒。4歳でユーイング肉腫に罹患し、放射線治療で高位脊髄損傷となり常時呼吸器装着となった。7歳ころより肺炎を繰り返し、膿胸となり右肺摘出を行うなど状態が悪化していった。A社の呼吸器（以下、T）を使用していたが、繰り返す肺炎の改善にB社の呼吸器（以下、V）を使用した。無気肺は改善したが、会話ができずTに戻した。その後も呼吸状態の悪化時に、担当者と呼びモニタリングし、ログデータを分析してもらい、Vで様々な設定を試みたが、会話ができずTを継続した。徐々に酸素化不良が進行した際は高流量の酸素投与方法についてB社に相談した。回路用酸素ポートを使用し呼吸苦が軽減した。16歳時、呼吸障害が進行し新居への転居が危ぶまれ、A社にVの設定を再度手伝ってもらい使用したところ、「楽になった」と本人が話した。転居の1か月後に永眠した。デスクカンファレンスにはB社担当者に参加してもらい、「Vを嫌がられて難しさを感じていたが、最終的に使用してもらえて良かった」と話してくれた。

【考察】呼吸器メーカーの担当者は、こちらの求めに応じて、ログデータの解析や呼吸器の機能を活かした設定のアドバイス、新たなデバイスの提供などに対応してくれ、正に支援チームの一員であった。また、呼吸不全が進行し、本人が情緒不安定だったり、呼吸苦を強く訴えていたりする場面に立ち会うこともあったため、担当者に緊張を強いることもあり、患者の状態についての事前の打ち合わせを行うといった配慮が必要であると考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 22 在宅呼吸管理、難病、認知症他 DP9-1-2

在宅療養についてセルフマネジメント支援を行ったCOPDの一症例

大山 優喜 ¹	オオヤマ ユウキ
角田 健 ¹	カクタ タケシ
杉浦 瑞季 ¹	スギウラ ミズキ
福村 佳子 ¹	フクムラ ヨシコ
蓬田 恵理 ²	ヨモギダ エリ
鈴木 悦子 ²	スズキ エツコ
吉澤 明孝 ³	ヨシザワ アキタカ
吉澤 孝之 ⁴	ヨシザワ タカユキ

¹ 要町病院 リハビリテーション科

² 要訪問看護ステーション 看護師

³ 要町病院 緩和ケア科

⁴ 要町病院 呼吸器内科

【はじめに】 COPD患者において身体活動性の向上は生命予後を改善し健康寿命の延伸にも繋がるため重要である。呼吸リハビリの介入方法として外来・通所・訪問リハビリがあるがその利用に消極的な患者も存在する。今回訪問看護と通院診療を併用するリハビリに消極的なCOPD患者に対してセルフマネジメント支援をおこなったので紹介する。

【症例】 70歳代男性。COPD増悪のため当院入院し43日後自宅退院となる。入院中は呼吸リハビリを導入し、退院後の生活に向けて息切れの対処法、動作時の呼吸法、歩行訓練、自宅での運動プログラム等についても指導した。退院後は外来・通所・訪問リハビリの利用を提案したが、外来・通所は「自分の生活のペースが乱れる、あまり好きじゃない」、訪問は「家に人を呼びたくない」と受け入れに消極的であった。入院前から当院の訪問看護ステーションを利用してため、訪問看護師から生活環境、自宅での身体活動量、外来受診の日程等について情報を共有し、月1回の外来受診時に日常生活での不自由や運動方法、今後についての対話を実施し、併せてQOLや呼吸困難感についても評価した。在宅療養を継続するため本人の意向を汲みつつ日常生活や運動プログラムへの助言を行い現在も継続中である。

【考察】 通院・訪問リハビリに消極的な患者に対して外来受診時に日常生活における悩みや問題点について傾聴し、生活環境の整備や日常生活動作の工夫、自宅でできる運動プログラムや息切れの管理についてアドバイスすることは在宅療養を継続するためのセルフマネジメント教育の一環として有用と考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 22 在宅呼吸管理、難病、認知症他 DP9-1-3

呼吸困難の乏しい慢性呼吸不全患者に対してセルフマネジメント支援を試みた一例

角田 健¹ カクタ タケシ
大山 優喜¹ オオヤマ ユウキ
杉浦 瑞季¹ スギウラ ミズキ
福村 佳子¹ フクムラ ヨシコ
吉澤 明孝² ヨシザワ アキタカ
吉澤 孝之³ ヨシザワ タカユキ

¹ 要町病院 リハビリテーション科

² 要町病院 緩和ケア科

³ 要町病院 呼吸器内科

【はじめに】慢性呼吸不全患者において、低酸素血症になるも呼吸困難の自覚症状が乏しいことで労作を続けてしまう症例を経験することがある。我々は単一的な問診や指導でなく、呼吸困難を認識するため患者の症状を最も正確に表す言葉を用いた問診やセルフモニタリング、ADLトレーニングなどの支援を実践している。今回、乏しい呼吸困難の認識を可能とした支援を実践、より安全な外出手段を獲得し、再度、在宅医療に移行した症例を経験したため報告する。

【症例】末期の非代償性肝硬変、気腫合併肺線維症の80代男性。202X年Y月Z日、病状悪化のため入院、薬物療法とリハビリテーションが処方、在宅酸素療法の5L/min以上の酸素吸入やオキシマイザーの使用は鼻腔刺激による適応外で、労作時は4L/minが処方されていた。症例は残された時間の中で会える人にできるだけ会いたいと、退院後も外出することを望む一方で、連続する歩行での酸素飽和度は81%と低酸素血症になるも、呼吸困難はBorgスケール1(やや弱い)と自覚症状に乏しく、労作を続けることが繰り返し認められた。そこで、多面的な呼吸困難の評価を可能とするMDPによる評価とセルフモニタリング、ADLトレーニングを実践し、安全な移動手段を獲得できるように学習支援をすすめた。結果、乏しい症状を認識できるようになり、低酸素血症になりつつ労作を続けることも減り、より安全な移動手段を獲得した。

【考察】呼吸困難が乏しい患者に対しては、労作時の低酸素血症を回避するため活動を制限してしまいがちであり、制限しない場合は過剰な労作による合併症の懸念がある。呼吸困難と酸素飽和度が解離する症例に対して、酸素飽和度や単一的な呼吸困難の評価だけでなく、患者の症状をより理解した支援が、重症の呼吸不全患者と出会うことも少なくない在宅の場における、在宅呼吸ケアやセルフマネジメント支援の一手段として有用となる可能性がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 22 在宅呼吸管理、難病、認知症他 DP9-1-4

在宅人工呼吸療法を経験して～臨床工学技士としての取り組み～

平野 恵子 ヒラノ ケイコ
赤毛 凌我 アカモ リョウガ
田中 智子 タナカ トモコ
荒田 晋二 アラタ シンジ
瀬尾 憲由 セオ カズヨシ

JA 広島総合病院 臨床工学科

【はじめに】当院は急性期総合病院のため在宅までフォローできる環境にない。以前当院の在宅支援体制が未構築であり、患者は「本当は家に帰りたい」家族は「連れて帰れるものなら帰りたい」といった希望がありながらも、人工呼吸器に対する不安や負担が軽減できず他施設への転院を選択された症例を経験した。その経験をもとに、本症例において在宅人工呼吸療法業務の確立、そして在宅訪問を開始したので報告する。

【症例】73歳女性。転落にて脊椎損傷後、夫が在宅にて介護を行っていたが、肺炎を機に入院、長期人工呼吸管理となった。院内で人工呼吸器離脱を試みるも成功に至らず、患者・家族の強い希望にて在宅移行となったが、在宅人工呼吸管理を行う在宅医がなく、通常の往診はかかりつけ医、在宅人工呼吸管理は当院の医師が行い、医師の指示のもと臨床工学技士が定期的に在宅訪問を行う体制を構築した。主な業務として、人工呼吸器の安全性の確保だが、当院が最も重要視している業務は、フィジカルアセスメントや日々の経過をもとに人工呼吸器との同調性を評価することであり、必要あれば医師の指示のもと人工呼吸器の設定変更を行った。当初、長期的な在宅人工呼吸管理を予測される状態ではなかったが、ご家族の献身的な介護により約5年、人工呼吸器関連で1度も長期入院されることなく在宅で過ごされ、ご家族に見守られながら亡くなられた。

その間、日々変化する感情の中で、「呼吸器を外したい」「喋りたい」といった要望に応じ、在宅にて院内では達成できなかった人工呼吸器離脱、そして気管切開カニューレを変更し人工呼吸器装着のまま発声を可能とした。

【考察】現在、臨床工学技士による在宅訪問に保険点数は発生しない。しかし、このような体制が在宅人工呼吸療法を望まれる患者・家族そして他職種の負担軽減に繋がれば、より在宅移行推進、そして希望の一助になるのではないかと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 22 在宅呼吸管理、難病、認知症他 DP9-1-5

発熱を伴わないALS患者の複雑性尿路感染、敗血症性ショック

勢納 八郎 セノウ ハチロウ
借行会城西病院 内科

【症例】 83歳女性 主訴：ショック

病名：#1筋萎縮性側索硬化症、 #2 T2DM、 #3直腸隆腫、 #4慢性尿路感染

#1ALS 2015年3月構語障害出現。2016年3月 ALSと診断。2016年5月 PEG 造設、10月人工呼吸管理。

#2 T2DM 妹がT2DM、2022/2 BS:244だが2019～2022の間HbA1cは5.5～6.1

#3直腸隆腫、 #4慢性尿路感染 2022年より寒がりとなったが、戦慄がないため経過観察。2022/8/15突然ショックとなり緊急入院。発熱なし。

入院時検査：BUN 59.2mg/dl ↑、Cr 0.27mg/dl ↓、eGFR シスタチンC 30.5 ↓、Na 140mmol/l、K 2.8 mmol/l ↓、BS 743mg/dl ↑、HbA1c 8.1% ↑、CRP 12.78mg/dl ↑、WBC 15900、Neutro 89.8% ↑、尿PH 6.0、尿タンパク (±) 尿糖 (4+) 尿潜血 (-) 尿ケトン (-) 尿白血球 (2+) 尿細菌 (+) 沈査赤血球1/1-4HPF、沈査白血球10-19/HPF

下大静脈径から脱水と診断。右膀胱尿管移行部に結石あり、結石性腎盂腎炎と診断。尿と血液の両培養でESBL (+)、敗血症性ショックと診断。MEPMで治療。

【考察】 寒がりとは悪寒であったと再考した。夏場でも布団を掛け、脱水悪化に繋がった。尿量減少から腎盂炎、敗血症に至った。

この際、発熱がなかったことが最大の謎だが、ALSで全身の筋肉が萎縮してしまうと戦慄が欠落し、結果的に発熱しないこともありうると思った。

【結語】 悪寒・戦慄は一連のものと捉えがちだが、ALSやフレイルでは戦慄に至らず、結果的に発熱が欠落することもありうる。

全身の筋萎縮を伴う場合、体温測定のみでなく他の指標と併せて感染の有無を判断する必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 22 在宅呼吸管理、難病、認知症他 DP9-1-6

いのちを守るための在宅医療

～当訪問看護ステーションの現状と課題について～

風間 一枝 カザマ カズエ
今井 京子 イマイ キョウコ
長井 博美 ナガイ ヒロミ

国立病院機構 西新潟中央病院 訪問看護ステーション

【はじめに】当訪問看護ステーションは、2016年11月に開所し、6年が経過している。この6年間で利用者を取り巻く環境は大きく変化し2016年開所時より現在まで継続して訪問看護を利用している利用者は、6名である。病院に併設されている施設の特徴として、神経難病疾患、呼吸器疾患の利用者が多く、利用者の約80%の主治医は西新潟中央病院の医師である。今回、訪問看護の現状を統括し今後の役割や課題について検討したので報告する。

【活動】

1. 人員配置

管理者（看護師長）1名、看護師6名、理学療法士1名。

2. 利用者状況

2022年12月31日現在、利用者301名

3. 主な診療科

呼吸器内科47.5%、神経内科34.0%

4. 主な活動

- 1) 病状の進行とADLに応じたサービスを多職種と連携し在宅療養を支援。
- 2) 主治医と関係各者との連携による診療への支援。
- 3) 高齢者夫婦や独居の利用者に対し、熱中症や低体温症への危険について説明し環境調整を実施。
- 4) 災害時の対応についての意思決定支援。

いのちを守るための在宅支援 事例

A氏 70代 女性 パーキンソン病 80代の夫（主介護者）と2人暮らし

週2回体調管理、内服管理、環境調整の目的で訪問看護を利用していた。毎年、熱中症で入退院を繰り返すため、デイサービスの利用や室温管理のためエアコン修理等について働きかけたが受け入れなかった。多職者と連携し、継続的に働きかけデイサービスの利用へとつながり、QOLの改善が図られた。

【考察】

1. 進行する症状と加齢に伴うADLの低下に対し、身体的なケアだけでなく精神的なケアが必要である。
2. 利用者の体調により、訪問時間を調整し、受診の有無について早期に相談できていることは有効である。
3. 今までの生活リズムからの変化を利用者・家族とも望まない傾向が強く、多職種で継続的な対応が効果的である。
4. 利用者だけでなく、家族支援を強化する必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 22 在宅呼吸管理、難病、認知症他 DP9-1-7

筋萎縮性側索硬化症の在宅支援：東濃東地域での取り組みと課題

鷺津 潤爾 ワシヅ ジュンジ

虹いろ在宅ケアクリニック

【はじめに】筋萎縮性側索硬化症の在宅支援では人工呼吸器や経管栄養などの医療支援、排泄や清潔保持などの介護支援、生きがいの創出などの社会的支援など、総合的支援が必要である。地域における医療・介護・福祉事業者に加え、行政や企業なども関わるチーム力が問われる。当地における経験と今後の課題について検討した。

【対象と方法】当院で2018年4月から2023年1月までに担当した12例について、初発症状、主な介護者と療養の場、医療支援の内容、経過について検討した。

【結果】症例は男性8例、女性4例で発症時年齢は54歳から81歳（中央値69）。初発症状は四肢筋力低下が10例、呼吸困難、ナルコーシスが各1例であった。10例が主に自宅で生活し、2例は看護小規模多機能の短期療養介護を連用した。主な介護者は9例で配偶者、1例で子であり、短期療養介護利用者では施設職員であった。経管栄養を受けたのは6例のうち2例が気管切開も受け、気管切開例を含む9例で人工呼吸器を装着した。

在宅支援期間は3ヶ月から84ヶ月（平均31ヶ月）で、現在支援中が4例、自宅死亡が4例、病院死亡が2例、看護小規模多機能での死亡が1例、県外病院への入院が1例であった。

支援期間1年未満の死亡4例のうち3例では意思に従って自宅または看護小規模多機能で看取られた。1例は意思決定が中途の状態呼吸困難のために入院し、呼吸器感染で死亡した。

【考察】必要な状況では看護師が週末も含めてほぼ毎日の訪問で気道症状などに対応し、不安のない生活を目指している。一方、介護に関して配偶者などの家族に負担がかかっている。レスパイト入院や短期療養介護で負担の軽減をはかっているが、当地において24時間対応の介護事業所を整備することが喫緊の課題である。意思決定支援に関しては、家族に依存しない生活が担保されていることを前提として行う必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 22 在宅呼吸管理、難病、認知症他 DP9-1-8

進行期パーキンソン病患者における体重減少の要因に関する単施設後ろ向き調査～口腔内の課題 (義歯不適合・う蝕・歯肉炎) は体重減少のリスクとなりうる～

花山 聡紀^{1,2} ハナヤマ サトキ
 沼沢 祥行¹ ヌマサワ ヨシユキ
 住谷 智恵子¹ スミヤ チエコ
 村山 慎一¹ ムラヤマ シンイチ
 川越 正平¹ カワゴエ ショウヘイ

¹ 千葉健愛会 あおぞら診療所 内科

² 松戸市立総合医療センター 教育研究センター

【目的】 パーキンソン病は種々の要因で体重減少をきたすことが知られている。介入可能な要因を探索するために、当院でのパーキンソン病患者の体重の推移を調査し、体重減少と関連する因子について検討した。

【方法】 2010年1月から2022年10月までに当院でパーキンソン病のレセプト病名が登録され、診療録に体重が複数回記録されている症例を抽出した。診療録から、体重減少が生じた期間を調査し、体重減少と関連する因子を後方視的に抽出した。抽出された因子を病名登録以降の期間で、体重の増減に関わらず全件特定し、因子を挟んだ隣り合う2点間の体重変化率をKruskal-Wallis分析で比較した。多重検定にはSteel-Dwass法を用いた。

【結果】 10例 (男:女=7:3) が抽出された。診断時年齢は 77.7 ± 8.5 歳 (平均 \pm 標準偏差)、病名登録時のHoehn-Yahr重症度分類はⅢ 1例、Ⅳ 6例、Ⅴ 3例であった。当院でのフォローアップ期間は 22.4 ± 12.8 か月であった。経過中の体重変化率は $-0.5 \pm 1.1\%$ /月であった。体重減少が生じた期間には①感染症の在宅加療、②感染症の入院加療、③歯科治療が認められた。体重変化率は (平均 \pm 標準偏差、中央値 [四分位範囲]、n)、① $-1.5 \pm 4.6\%$ 、 -2.8% [$-3.1 - -2.2$]、9 (肺炎5、尿路感染症3、蜂窩織炎1)、② $-7.8 \pm 5.0\%$ 、 -6.4% [$-8.7 - -5.1$]、6 (肺炎4、尿路感染症1、人工骨頭感染1)、③ $-4.2 \pm 7.9\%$ 、 -1.5% [$-6.1 - -0.6$]、5 (義歯不適合3、う蝕1、歯肉炎1) であった。3群比較では有意差がなかった ($p=0.07$)。①と②に有意差を認め ($p=0.04$)、①と③、②と③には有意差を認めなかった ($p=0.99, 0.36$)。

【考察】 口腔内の課題と感染症とで減少率に有意差は見られなかった。進行期パーキンソン病においては、口腔内の課題が単独で感染症と同程度の体重減少につながる可能性があるものと認識して、口腔機能・衛生状況の評価や管理を継続的に行っていく必要があると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 22 在宅呼吸管理、難病、認知症他 DP9-1-9

多職種インテグレーションにより自宅で看取ることができた、多疾患併存高齢者の一例

片見 明美¹ ヘンミ アケミ
 栃村 久美¹ トチムラ クミ
 江連 由佳² エズレ ユカ
 小平 守彦³ コダイラ モリヒコ
 和田 賢一⁴ ワダ ケンイチ
 渡辺 邦彦⁵ ワタナベ クニヒコ

¹株式会社ヴィーナス 訪問看護ヴィーナス高根沢

²居宅介護支援事業所いちえ

³ショートステイしんせい

⁴和田歯科医院

⁵在宅ほすびす

【はじめに】現在の在宅医療は多様性が語られ、また、高齢者は複数の疾患を有していると報告されている。今回、アルツハイマー型認知症、小脳梗塞等を併存した高齢者で、多職種インテグレーションにより在宅看取りを可能にした症例を紹介する。

【症例】80代、女性。既往歴、かかりつけ医はなく、長男夫婦や孫たちと同居していた。1年前より一人で外出すると、自宅に帰ることができなくなる。食欲はあるが体重は減少していた。シュークリームを電子レンジで温め爆発。お寿司を魚焼き機で黒焦げにする、エピソードが出現した。さらに椅子に浅く座る様子から指鼻試験を実施。MRIの検査でアルツハイマー型認知症、小脳梗塞の病名を確定した。社会的状況を確認し介護保険等の申請手続きを開始した。その後、なぜ爆発や黒焦げになったのか、カンファレンスを実施し温めた理由を本人に確認すると「歯にしみる」という事であった。口腔内を確認すると歯肉の腫脹・疼痛を認めた。在宅医と歯科医を統合し前歯の治療までを目標とした。歯科医による麻酔等や治療を行う前に、在宅医が抗不安薬を使用し、付き添いをつけ目標の治療を終了した。歩行が可能な時は介護施設を利用した。転倒や失禁等、急速に変化した時、腫瘍マーカーの上昇、アルブミンの低下等でがんの進行による状態変化と評価。長女宅での在宅療養に切り替え、9日間で看取りとなった。家族が限界と感じた時から6か月間という病状の経過であった。

【考察】看取りを可能にするまでに連携・協働した専門職の他に、A県とB県の行政、地域のサロン、地域の寿司屋等、多職種をインテグレーションし、本人が希望した“在宅での穏やかな看取り”を叶えることができた。A県とB県をまたぎながらもシームレスな連携・協働ができたので報告した。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 22 在宅呼吸管理、難病、認知症他 DP9-1-10

訪問診療における認知症高齢者の肺炎に対する抗菌薬中止・差し控えに関する研究

北川 隆太 キタガワ リュウタ

平原 佐斗司 ヒラハラ サトシ

東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所 訪問診療部

【目的】 認知症高齢者の肺炎に対し医師が抗菌薬を差し控える因子として、オランダから認知症の重症度・肺炎の重症度・摂食嚥下障害の重症度の報告があるが、我が国の研究はない。また、抗菌薬中止・差し控え後の苦痛の経過や緩和治療に関する我が国の報告はない。本研究の目的は、訪問診療における認知症高齢者の肺炎に対し抗菌薬中止・差し控えをした医師の決断に与えた因子および苦痛の経過・緩和治療に関して明らかにすることである。

【方法】 2020年1月～2022年11月に当院で看取りを行った症例（自宅134例、施設8例）の診療録を後方視的に調査した（内容：抗菌薬中止・差し控えの根拠、中止前の抗菌薬治療、生存期間、苦痛、緩和治療、家族の反応）。

【結果】 14例（自宅12例、施設2例）。内訳：中止9例、差し控え5例。根拠（重複あり）：認知症の重症度（12例）、摂食嚥下障害の重症度（6例）、肺炎の重症度（5例）、抗菌薬で改善しない（4例）、短期間で繰り返す（3例）、アドバンス・ディレクティブ（2例）、QOL改善に寄与しない（2例）、抗菌薬の有害事象（1例）、最近の食思不振（1例）。中止前の抗菌薬治療：注射7例、内服2例。生存期間中央値：3.5日（1日-14日）。苦痛：中止・差し控え時（4例）、中止・差し控え後（2例）、なし（8例）。緩和治療（重複あり）：アセトアミノフェン（10例）、オピオイド（5例）、鎮静（2例）。全例で苦痛緩和を得た。家族の反応：肯定的（10例）・記載なし（4例）。

【考察】 非経口抗菌薬治療が中心の当院においても、医師の抗菌薬中止・差し控えに影響する上位3因子は経口抗菌薬が中心のオランダと同じく「認知症の重症度」「摂食嚥下障害の重症度」「肺炎の重症度」であり、抗菌薬投与経路の差異は医師の中止・差し控えの判断に影響しないと思われた。苦痛の評価・緩和的治療が適切に行われれば、中止・差し控え後も苦痛を十分に緩和できることが示唆された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 22 在宅呼吸管理、難病、認知症他 DP9-1-11

在宅療養高齢者に対する抗精神病薬使用の実態について

白井 ユリ子 ウスイ ユリコ
辻 雄太 ツジ ユウタ
稲岡 雄太 イナオカ ユウタ
荒 隆紀 アラ タカノリ
山口 高秀 ヤマガチ タカヒデ
医療法人おひさま会 おひさまクリニック 診療部

【目的】 在宅医療における高齢者の睡眠障害と随伴精神行動障害に対する抗精神病薬の使用実態と臨床転帰を調査し、医学的問題点と対処方策を明らかにすることを通じて、在宅医療のなかでの高齢者に対する抗精神病薬の使用方法やほかの代替案を検討する。

【方法】 高齢者における抗精神病薬処方実態調査のため、当院医学管理患者の診療録から得られる情報をもとに高齢者の認知症、神経難病の併存の実態とそれに関する睡眠、行動障害や抗精神病薬の影響を評価するため、抗精神病薬の処方動向の後ろ向き調査を行った。

【結果】 2022年12月の当院管理患者（957名）のうち、認知症病名がつく患者は、530名、そのうちアルツハイマー型認知症309名、レビー小体型認知症27名、認知症のみ194名だった。一方で、「BPSDに対する向精神病薬使用ガイドライン（第2版）」に記載されている抗精神病薬、抗うつ薬の使用患者延べ数は216名であった。このうち最も多く使用されているのは、クエチアピン65名、トラゾドン47名であった。

【考察】 今回の調査では、当院管理高齢者における抗精神病薬の使用実態とその背景に関する結果を得ることができた。今後は長期使用実態と臨床転帰、副作用の経過を明らかにするための縦断追跡調査を行い、当院における認知症患者への抗精神病薬の処方におけるある程度の基準を設定することを検討したい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 22 在宅呼吸管理、難病、認知症他 DP9-1-12

精神科を主体とした訪問看護ステーションの活動について

五位野 敏江 ゴイノ トシエ

立川メディカルセンター 柏崎厚生病院 よねやま訪問看護ステーション

【はじめに】当ステーションは、併設病院が取り組んでいる精神医療及び高齢者医療の社会復帰・在宅支援のもと精神科を主体とした訪問看護を行っている。

今回、ステーションの活動の実際について症例を通して報告する。

【症例】70代女性、老年期認知症、要介護1、単身、子供は県外在住

ADL自立、身の回りのことはできていたが、徐々に短期記憶障害、薬の飲み忘れ、片付けができずゴミが蓄積、金銭管理ができない、近所を頻回に訪ねお金お借りに行く、ご飯をもらいに行くなどの状況あり、地域からも不安の声があがっていた。次第に周囲に対し物盗られ妄想出現し地域・家族が関わりづらくなっていくところへ訪問開始となる。

訪問当初は受け入れ悪く拒否的だったが、コミュニケーションを重ね定期的に訪問していくことで、徐々に受け入れられるようになった。視覚的にわかり易いよう服薬カレンダーを利用し、薬の確認・管理を行い、飲み忘れが少なくなった。ケアマネジャーと情報共有しながら徐々にサービスを増やし、配食サービス、ヘルパー導入ができ、生活環境が整えられた。

サービス導入前は在宅での生活は困難かと思われたが、必要なサービスが入ることで環境が整えられ、在宅生活を送ることができている。また、地域もサービスが入ったことで安心感が得られ、再び協力を得られるようになった。

【考察】在宅では、ADLは自立していて介護度が低いが、認知症等の何らかの精神疾患を患い、単身での在宅生活が困難なケースが多い。認知症であっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、必要なサービスへつなげる立場としても訪問看護の役割は重要と考える。本人の背景に寄り添いながら関わり、今後在宅支援に取り組んでいきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 23 在宅心不全・腎不全管理他

DP9-2-1

在宅救急医療により救命された循環器疾患2症例

笹岡 大史 ¹	ササオカ タイシ
石井 健治 ²	イシイ ケンジ
松田 沙織 ²	マツダ サオリ
木村 順子 ²	キムラ ジュンコ
杉村 円 ³	スギムラ マドカ
石川 智恵子 ³	イシカワ チエコ
谷口 友美 ⁴	タニグチ ユミ
雨宮 陽子 ⁴	アマミヤ ヨウコ
山岡 麻子 ⁴	ヤマオカ アサコ
木村 彰方 ⁵	キムラ アキノリ

¹ 春日部在宅診療所ウエルネス 理事長・院長

² 春日部在宅診療所ウエルネス 看護部

³ 春日部在宅診療所ウエルネス 地域連携部

⁴ 春日部在宅診療所ウエルネス 診療支援部

⁵ 東京医科歯科大学 副学長 (IR 室長・監査室長)

【はじめに】 症状が緩徐に進む場合、本人家族では重症度が判断困難で致死的状态となることがある。循環器専門医が訪問診療に入ることで、迅速に救急搬送が必要と判断され救命された2症例を経験し報告する。

【症例】

(症例1)

60歳台、男性

病名：心室細動、拡張型心筋症、心房細動

経過：心不全で退院後に通院困難で内服薬もなくなり、全身浮腫があり訪問診療を希望され初診介入になる。携帯型心臓超音波検査を確認したところ、頻脈性心房細動と左室駆出分画10%と著大な心機能低下が確認され、救急搬送要請を行なった。搬送後に心室細動を起こし、心不全治療後に埋め込み型除細動器を留置され退院後は訪問診療が再開になる。

(症例2)

90歳台、女性

病名：完全房室ブロック、心筋梗塞、大動脈弁狭窄症

経過：救急搬送依頼が頻回で通院困難であり、訪問診療が開始された。定期診療に何うと30/分台の高度徐脈、全身浮腫あり携帯型心臓超音波と携帯型発作時心電図で、徐脈性心不全と完全房室ブロックが確認され、救急搬送要請と入院調整を行った。体外式ペースメーカーを留置され心不全治療後にペースメーカー埋め込みとなるが、認知症周辺症状が強く入院継続困難になり、術後3日で退院し訪問診療で病態管理を行なった。

【考察】 循環器専門医による、心臓超音波検査や携帯型発作時心電図の判断が出来なければ、致命的な経過を辿る患者であった。高齢者は症状から重症度の判断が困難であり、循環器疾患の既往や胸痛や動悸などの循環器疾患を疑う胸部症状がある場合には、患者の受診判断ではなく専門医による在宅医療の重要性が再認識された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 23 在宅心不全・腎不全管理他 DP9-2-2

心不全末期患者が住み慣れた場所で過ごせるために ～在宅で持続注射が必要な患者に対する医療制度の障壁～

佐々木 綾子 ササキ アヤコ
母谷 真由美 モタニ マユミ
小林 恵実 コバヤシ メグミ
小田 泰崇 オダ ヤスタカ
藤岡 泰博 フジオカ ヤスヒロ
伊達 修 ダテ オサム
コールメディカルクリニック広島 訪問診療

【はじめに】高齢化や生活習慣病、虚血性心疾患の増加、急性期治療成績の向上と普及により、今後ますます心不全患者は増加すると予測されている。今回持続注射が必要な心不全末期患者の在宅看取りをし、医療制度の問題点を考えるきっかけとなったため報告する。

【症例】拡張型心筋症の73歳男性。68歳時心不全コントロール不良となり、CRT-D植え込み術を施行された。翌年、心不全症状悪化し再入院し、治療により改善を認めたが、利尿薬、強心薬は中止できず2台の注入ポンプを使用した状態で退院され訪問診療が開始となった。訪問看護に関してはステーションからの訪問に加え看護師資格のある長女の協力も得ながら点滴、身体管理を行った。その後、持続注射は漸減でき2カ月後に中止となった。心臓リハビリによりADLも向上し退院から1年4カ月後には温泉旅行にも行くことができた。しかし、徐々に心不全が進行し2年4カ月後に再入院となり、強心薬、利尿剤の持続注射を行ったが寛解は得られず呼吸困難等の緩和目的でモルヒネが開始となった。心不全末期で、残された時間を自宅で過ごしたいとの希望により入院2週間後に自宅退院となった。麻薬や強心薬、利尿薬等の持続注射が必要であり計4台の注入ポンプを使用し、訪問診療が再開となったが3週間後に自宅で永眠された。

【考察】心不全患者は、病態に対する治療そのものが呼吸困難等の症状緩和につながる。それでも十分に効果が得られない場合は麻薬等による介入も必要となる。しかし、現在の医療制度では注入ポンプ加算が算定できず、訪問看護にも一定の制限がある等、これらは在宅での心不全緩和ケアの障壁となっていると考える。心不全末期患者の在宅緩和ケアのニーズは高まっており、住み慣れた場所で穏やかな最期を迎えることができるようになるにはがん末期と同様に管理料等の算定が出来るよう制度の改定が望まれる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 23 在宅心不全・腎不全管理他

DP9-2-3

カテコラミン持続点滴が離脱困難な末期心不全患者を、点滴継続のまま在宅へ移行し心不全緩和治療を行った一例

渡邊 暁史 ワタナベ アキフミ
医療法人社団淳友会わたクリニック 医師

【はじめに】末期心不全では、急性増悪時の治療にカテコラミン持続点滴を用いることも多いが、カテコラミンが離脱できず退院困難となるケースを度々経験する。今回、急性増悪にてドブタミン持続静脈注射を使用も離脱困難となり、入院が長期化する中で在宅医療の依頼を受け、退院支援から在宅緩和医療、看取りまで行なった一例を紹介する。

【症例】症例は84歳男性。20年前に拡張型心筋症の診断にて内服加療開始となっていたが、経過とともに心機能も徐々に増悪認め2年前に両心室ペースメーカー埋め込み術施行された。埋め込み後は心不全の増悪なく経過も、3ヶ月前に出現した心房粗細動を契機に急性心不全を発症し入院加療となった。強心薬を用いた加療にて一命を取り留めたものの、最終的にはドブタミン離脱困難となり、改善の見込みが乏しく終末期は自宅での生活を望まれたため当院に紹介となった。ドブタミンはPICCカテーテルより5ヶでの持続投与を行うとともに、内服や利尿剤静注による心不全管理を行い、ご家族と退院できた喜びを共有しながら穏やかに過ごされた。経過とともに低心拍出量症候群に伴う多臓器不全を認め、肺炎合併にて退院後17日目に永眠となった。

【考察】心疾患は本邦における2020年の死因の第2位であり、心不全患者数は推定120万人と癌患者数より多いと言われている。そのため今後は在宅での心不全緩和のニーズもますます増えてくると考えられるが、カテコラミンの管理を含めた終末期医療を在宅で行うにはまだまだハードルが高いのが現状である。自宅退院困難な末期心不全患者の退院を実現させ、患者・家族の想いを叶えることができた背景には医療機関同士の密な連携があったからこそであり、難渋する症例であればあるほど医師・看護師・薬剤師・訪問介護員・医療事務を含めた他職種との連携・協力が重要となることをあらためて認識できた一例であった。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 23 在宅心不全・腎不全管理他

DP9-2-4

カテコラミン依存末期心不全患者に対して在宅でPICC (Peripherally Inserted Central venous Catheter) 挿入を行った一例

渡邊 成美	ワタナベ ナルミ
澁谷 泰介	シブヤ タイスケ
松木 佑介	マツキ ユウスケ
立野 慶	タテノ ケイ
石渡 智子	イシワタ トモコ
大垣 美千代	オオガキ ミチヨ
澁谷 佐季	シブヤ サキ
黒澤 愛実	クロサワ マナミ

医療法人社団ユニメディコ 看護部

【はじめに】 PICCはベッドサイドで比較的簡便に挿入することができ、感染や出血などの合併症の発生率が低く、長期で使用できる点がメリットである。この度、カテコラミン依存末期心不全患者に対して在宅でPICC挿入を行い、自宅療養での支援を強化できた一例を経験したため報告する。

【症例】 症例は42歳男性。ST上昇型心筋梗塞罹患後に心不全入院を繰り返していた。慢性心不全急性増悪を契機とした入院加療中に超低心機能・カテコラミン依存となった。若年のため補助人工心臓の適応と判断されたが本人の手術希望はなく、ドブタミン・ミルリノンの2種カテコラミンをCVカテーテルより持続点滴静注を行い、結果1年に渡る長期入院での心不全加療を行っていた。本人の強い自宅療養希望があり、主治医・地域連携室・当院で数度の退院前カンファレンスを経て自宅退院となった。

頸部に挿入されたCVカテーテル及びシリンジポンプによりADLが制限されていたため、自宅退院後にPICCを右上腕に挿入しカテコラミンルートの整理を行った。シリンジポンプ2台では移動の障害となるため1シリンジに2種カテコラミンを混合することでシリンジポンプ台数を減らし、自宅での心臓リハビリを進めることでシリンジポンプ持参の状態でも外出可能となった。

【考察】 末期心不全患者ではカテコラミン依存となることも多く、カテコラミンが中止できず入院加療が長期に渡るケースが少なくない。PICC挿入をすることで安定したカテコラミンルートを確認することができ、ADLの維持・向上を図ることができた。末期心不全患者では急性増悪を繰り返すため病診連携により地域で心不全患者を支える取り組みが特に重要であると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 23 在宅心不全・腎不全管理他

DP9-2-5

当院における訪問心臓リハビリテーションの現状

中村 崇秀	ナカムラ タカヒデ
大西 徹也	オオニシ テツヤ
片岡 亨介	カタオカ コウスケ
尾立 朋子	オリユウ トモコ
肥後 友彰	ヒゴ トモアキ
大森 洋介	オオモリ ヨウスケ

医療法人ミナテラス かすがいクリニック 訪問リハビリテーション部

【はじめに】地域では、訪問リハビリテーション部門を持たない訪問看護ステーションが介入している場合や、心不全や末期癌状態であり訪問リハビリテーション介入が躊躇われるなどの理由から、訪問リハビリテーション介入がなされていないケースが散見される。そこで、当院では理学療法士による訪問リハビリテーションも提供し、当院医師・看護師や訪問看護師と綿密な連携を取りながら、心不全患者や末期癌患者に対する訪問リハビリテーションにも力を入れている。

【活動】今回は2023年1月1日時点での、心疾患が主病名である患者に対する当院からの訪問リハビリテーション（訪問心臓リハビリテーション）の現状を報告する。当院から訪問リハビリテーション患者数は40人で、そのうち10人で心臓リハビリテーションを行っており、平均年齢は88歳、5名が心房細動による心不全であった。訪問診療開始から心臓リハビリテーション導入までは平均107日要し、リハビリテーション継続日数は平均289日であった。リハビリテーション期間中に4人が入院を経験したが、3人は骨折、1人が消化管出血によるものであり、心不全悪化による入院は認めなかった。リハビリテーション介入前の平均NT-proBNP値は2920pg/mL、リハビリテーション介入後の平均NT-proBNP値は2901pg/mLであり、リハビリテーション介入による有意なNT-proBNP値の変化は認めなかった。

【考察】当院からの訪問心臓リハビリテーション介入中に心不全増悪による入院は認めず、安全にリハビリテーションが継続できた。心不全が主病名であるが、患者の病状やADLは多様であり画一的なリハビリテーションプログラムの導入は難しく、医師や患者と綿密に意思疎通・連携を行いながら目標設定を行うことが重要である。また、今後はリハビリテーションの効果を評価するための指標の設定も重要な課題である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 23 在宅心不全・腎不全管理他

DP9-2-6

卓球による心臓リハビリテーション介入により在宅カテコラミンを離脱した重症心不全の一例

大西 徹也	オオニシ テツヤ
肥後 友彰	ヒゴ トモアキ
中村 崇秀	ナカムラ タカヒデ
尾立 朋子	オリユウ トモコ
大森 洋介	オオモリ ヨウスケ

医療法人ミナテラスかすがいクリニック 訪問リハビリテーション部門

【はじめに】在宅カテコラミン導入患者に対し心臓リハビリテーションとして卓球を取り入れ、11ヶ月後にカテコラミンを離脱する事ができたのでここに報告する。

【症例】症例は94歳女性。重症三尖弁閉鎖不全・心房細動を原因とする慢性心不全に対し5回目の心不全入院中にカテコラミン導入されるも、離脱困難。このため入院約2ヶ月後にPICCカテーテルよりドブタミン3.0 μ 持続投与、在宅酸素導入された状態で自宅退院となった。退院時ADLは清拭以外見守り～自立。退院後、週3回の訪問看護によるカテーテル・点滴管理及び清拭を、毎週の往診による心不全を含めた全身管理を開始。内服調整が落ち着いた12ヶ月後に理学療法士による訪問リハビリと同時に新規強心薬ベルイシグアトを導入しカテコラミンの漸減を開始した。初回評価は体重31.8kg、下腿最大周径24cm、5回起立18.8秒、6分間歩行2分30秒60mで中断、下肢筋力と運動耐容能に低下を認めた。介入直前の担当者会議で本症例が昔卓球を嗜んでいたという情報を得たため代替有酸素運動として取入れた。カテコラミン減量開始約11ヶ月後、体重32.0kg、下腿最大周径25cm、5回起立12.1秒、6分間歩行155mへ改善。下肢筋力と運動耐容能の向上を認めるとともに、カテコラミン減量によっても心不全増悪なく、在宅でのカテコラミン離脱に成功した。

【考察】本症例は、フレイルの進行によって連続歩行を行うことが難しい場合、代替有酸素運動による心臓リハビリテーションが有効であることを示唆している。本症例では卓球を行ったが、患者の趣味や嗜好に合わせた有酸素運動の見極めが非常に大切で、この部分はケアマネージャーや訪問看護師との協働も必要である。また本症例の結果は心臓リハビリが心臓に対して保護的な効果を示すという、心臓-骨格筋連関の可能性を示すものであり、基礎医学的観点からも非常に興味深い。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 23 在宅心不全・腎不全管理他 DP9-2-7

当院での高齢者～超高齢者に対する腹膜透析症例

内田 大介 ウチダ ダイスケ
山本 宇恭 ヤマモト ウキョウ
直江 沙耶子 ナオエ サナコ
谷亀 元香 ヤガメ モトカ
河原崎 宏雄 カワラザキ ヒロオ
帝京大学医学部附属溝口病院 第四内科

【はじめに】日本では高齢化に伴い、高齢者の腎不全患者は増加傾向である。血液透析（施設透析）ゆえに透析導入を希望されない高齢者も多い中、腹膜透析では最期まで自宅で過ごせることから、選択する患者や患者家族がいる。当院での75歳以上の腹膜透析導入患者についてまとめた。

【活動】当院ではこの1年半で11名に腹膜透析を導入した。導入時平均年齢は74歳で7名が75歳以上であった。導入後1年以内に亡くなったのは3名で、2名は90代、1名は末期腎癌であった。いずれの患者さんも自宅での最期を本人または家族が希望され、その目的もあり腹膜透析を希望された。腹膜透析導入後は当科医師が非常勤として勤務する訪問診療および訪問看護に依頼して診療を継続した。1名は呼吸不全となり最期の数日のみ病院で過ごし、ほか2名は最期まで自宅で麻薬類など使用しながら自宅で亡くなられた。短い在宅療養であったがご家族から感謝の意を述べられた。

【考察】高齢者腎不全に対する腹膜透析のオプション提示および当院での改善点について考察する。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 23 在宅心不全・腎不全管理他 DP9-2-8

保存的腎臓療法が奏効した腎硬化症の1例

山田 智也 ^{1,2}	ヤマダ トモヤ
溝江 篤 ²	ミゾエ アツシ
田代 温 ³	タシロ アツシ
黒川 雄太 ²	クロカワ ユウタ
峯澤 奈見子 ²	ミネザワ ナミコ
下村 千尋 ²	シモムラ チヒロ
橋川 有里 ²	ハシカワ ユリ
大杉 泰弘 ²	オオスギ ヤスヒロ

¹ 藤田医科大学 総合診療プログラム

² 豊田地域医療センター 総合診療科

³ 社会医療法人名古屋記念財団 新生会第一病院 腎臓内科

【はじめに】維持透析導入の平均年齢は70歳を超え、80歳以上では透析非導入の選択をする割合が年齢ごとに上昇してきている。「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」が提示されているが、腎代替療法選択ガイドライン2020で保存的腎臓療法は標準治療が確立している訳ではない。腎代替療法の選択については腎臓内科医とプライマリケア医が連携し決定していく必要がある。

【症例】73歳男性。妻と二人暮らし。脳梗塞後遺症のため左半身麻痺でADLは寝たきりであり、6年前から訪問診療が導入された。徐々に腎機能が低下し3年前にeGFR16mL/min/1.73m²となり近医腎臓内科に紹介となった。CT画像で腎萎縮があり、慢性腎炎の合併は否定できないものの腎硬化症の診断。全身状態から腎生検は不可能と判断され、家族・本人と相談し透析導入は行わず、在宅で保存的腎臓療法を行う方針となった。現在eGFR4 mL/min/1.73m²となり末期腎不全の症状として掻痒感が出現してきているが、保湿剤にて改善している。腎性貧血に対しては定期的にエリスロポエチン製剤の注射をしている。飲水制限、利尿剤の使用で体液コントロールは安定しており、苦痛はない。妻、本人と繰り返し話し合いを行うことで、ACPの議論はできており、このまま保存的腎療法で最期を迎えることに納得されている。

【考察】日常生活に制限のある70歳以上の腎不全高齢者では透析導入した群と保存治療を選択した群とで生命予後に差がなかったという報告もある。これからさらに高齢化が進むことにより、在宅医療にて保存治療を行っていくことが選択される機会は増えてくると予想される。在宅診療で保存的治療を選択した場合に、在宅医は末期腎不全の治療を行いつつ、ACPを行い共同意思決定を行っていく必要がある。本症例は末期腎不全の患者を腎臓内科医と適切に連携し、看取りまで在宅で行おうとしている1例であり、今回報告することとした。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 23 在宅心不全・腎不全管理他 DP9-2-9

在宅独居高齢者における、末期腎不全に対するSDMの経験

石川 昌弘 イシカワ マサヒロ
 鷺巣 佳奈 ワシズ カナ
 白濱 康博 シラハマ ヤスヒロ
 近藤 健治 コンドウ ケンジ
 中田 賢一郎 ナカタ ケンイチロウ
 林 高太郎 ハヤシ タカタロウ
 さくらライフ 在宅診療部

【はじめに】末期腎不全患者の意思決定における多彩なプロセスを経験したため、ここに報告する。

【症例】症例① 60代前半男性 居宅独居。意思決定：透析導入拒否。キーパーソン：行政（ケースワーカー）。

病名 #末期腎不全（G5）#糖尿病。

経過：糖尿病性腎症および網膜症にて近医通院中であつたが、失明し生活が立ち行かず、自暴自棄になり全ての受け入れを拒否し訪問診療を依頼される。精神的アプローチを追加しサービス拡充を図つたが、尿毒症が悪化した。

転帰：自宅にて死亡確認。

症例② 70代後半男性、居宅独居。意思決定：透析導入拒否。キーパーソン：NPO法人支援団体。

病名 #末期腎不全（G4）#糖尿病。

経過：糖尿病性腎症にて近医通院中であつたが、内服アドヒアランス不良。入退院を繰り返したが、透析導入は拒否の姿勢であり、訪問診療を依頼される。導入拒否の意向は硬かつたが、末期腎不全による溢血がコントロールできず、病院搬送を指示した。一時的に透析療法を施行したが第6病日に死亡となる。

転帰：透析施行するも死亡退院。

症例③ 70代後半男性、居宅独居。意思決定：透析再開の拒否。キーパーソン：行政。

病名 #末期腎不全（G5）#糖尿病#腰椎圧迫骨折。

経過：末期腎不全にて近医通院中であつた。溢血での入院の際にシャント造設、維持透析を導入された。しかし、外来透析との折り合いつかず断固拒否、聞く耳を持たず訪問診療依頼される。廃用による褥瘡形成なども見られていたが、訪問看護や近隣住民の援助などで独居を継続していた。末期腎不全の進行と、感染による敗血症も併発している。

転帰：自宅にて死亡確認。

【考察】末期腎不全患者における人生の最終段階における腎代替療法の導入や中断について、SDM: shared Decision Making（情報提供・パートナーリズム・情報共有など）のアプローチを多用することにより、意思決定できた症例を経験した。

利益相反：無

00196 / 95253

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 23 在宅心不全・腎不全管理他

DP9-2-10

演題取り下げ

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 23 在宅心不全・腎不全管理他 DP9-2-11

間質性肺炎患者における在宅医療導入時の現状と課題

鈴木 歩 スズキ アユミ
安藤 克利 アンドウ カツトシ
本作 あづみ モトサク アヅミ
目黒ケイホームクリニック 診療部

【目的】 緩徐進行性の間質性肺炎では、患者のQOL維持のため、介護保険を申請し、訪問看護・リハビリの導入が有用である。しかし実際には、介護保険が未申請であることも多く、必要なサービス導入に時間を要することが多い。この背景として、介護保険の理解に関する医療者側の要因と、現在の介護保険制度では「認知機能低下」と「病状の不安定さ」が重要視される一方、「呼吸不全」に伴う評価が乏しく、患者が支援窓口で相談しても申請まで至らないという制度側の要因が存在する。

【方法】 2020年10月～2022年9月に当院で訪問診療を行った症例のうち、間質性肺炎と診断された37例について、在宅医療介入時の要因を①急性増悪後の退院例、②慢性呼吸不全の進行例、③肺癌合併例、④その他に分類し、後方的に検討した。

【結果】 37例中、①8例、②13例、③7例で、④の要因の多くは、認知症の併存によるものであった。④はすべての症例が介護サービスを使用していたのに対し、②で介護サービス申請済の症例は2例のみであった。

【考察】 間質性肺炎診療では、外来通院時から生活背景を視野にいれた診療が重要であり、介護保険申請の必要性について検討していく必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 23 在宅心不全・腎不全管理他 DP9-2-12

NPPV 装着下閉塞性無呼吸への治療戦略～Auto-EPAP、歯科医との連携～

武知 由佳子 タケチ ユカコ
遠藤 直子 エンドウ ナオコ

医療法人社団愛友会いきいきクリニック 呼吸器科

【はじめに】NPPV 装着下で閉塞性睡眠時無呼吸（以下 OSA）が見られ、NPPV の設定に難渋する。今まで低換気を補正しつつ、閉塞を感知し EPAP を動かすアルゴリズムで良好な器機はなく、今回チェスト社 ViVO で一回換気量保証モード（以下 TgV）+ Auto-EPAP で優れた効果を認めた。さらに歯科受診の際に Oral splint を作成したところ、劇的な改善が見られたので報告する。

【症例】79 歳男性 COPD、NTM 症、拘束性換気障害、右心不全。K 病院にて夜間 NPPV + HOT で退院。初診往診時 pH 7.33 PaCO₂ 82.8 PaO₂ 66 HCO₃- 46.3、設定変更が必要と判断した。REM 期低換気もはげしく、OSA（病前からあった）があり、SpO₂ は夜間頻回に 70% まで低下し、肺高血圧、右心不全を悪化させていた。TgV + Auto-EPAP モードを設定し、設定変更を繰り返し、NPPV 下 AHI 47.3 から 19.9 まで低下し、SpO₂ も 90% 台。歯科に受診時、舌根沈下を防ぐ Oral splint の作成を依頼した。Oral splint を装着し NPPV を着けたところ、朝まで断眠なく、AHI は 7.6 まで改善。

【病態と考察】REM 期には呼吸補助筋 + 横隔膜関与の低換気、上気道抵抗 ↑、換気応答 ↓、無呼吸閾値 ↑ が起こり、呼吸は非常に不安定になるため、特に従圧式人工呼吸器では一回換気量維持のため IPAP が updown する TgV を使う。ここに上気道の狭窄・閉塞のための低換気が合併すると、先に TgV が反応し IPAP が作動し、気道狭窄閉塞への Auto-EPAP 機能も作動する。閉塞が予防できない EPAP では、TgV により IPAP が最高圧に達し、そこで自力で閉塞が開くと、強い自発呼吸 + IPAPmax で PaCO₂ が下がり、声帯が閉塞する治療誘発性上気道閉塞（以下 TAO）が起こり難渋する。そのために下顎を挙上し、EPAPmin は閉塞を予防できる圧にし、PS も REM 低換気を補正できる最低限の圧にし、TAO を防いできた。今回 NPPV 下に軽症 OSA に使用する Oral splint を装着したところ、AHI が劇的に減った。特に OSA の既往を聞き、Oral splint の作成をおすすめする。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 24 認知症、精神疾患他

DP9-3-1

認知症早期介入方法の確立に向けての実態調査

中俣 恵美¹ ナカマタ エミ
 有末 伊織¹ アリスエ イオリ
 岡本 加奈子² オカモト カナコ
 西井 正樹³ ニシイ マサキ
 出田 めぐみ⁴ イズタ メグミ

¹ 関西福祉科学大学 リハビリテーション学科

² 宝塚医療大学和歌山 リハビリテーション学科

³ 大阪人間科学大学 作業療法学科

⁴ 白鳳短期大学 リハビリテーション学専攻

【目的】 現在、わが国は超高齢社会を迎えており、認知症予防は重要な施策である。認知症予防には 軽度認知障害 (MCI) の段階で発見すること、および適切な早期介入が必要である。

我々はこれらの課題に対し、認知症の早期発見のためのツールの開発と適切な介入の確立に向けての研究を進めている。その中でMCIの段階では、ICFにおける記憶、情動、対人関係、会話、日課の遂行の5項目に症状が出ることを明らかにしてきた (2019年および2021年本学会にて報告)。今回この5項目に着目し、MCI患者に対する介入・対応法について一般社会における理解度を調査・分析し、実態を明らかにすることを目的に研究を行ったので報告する。

【方法】 ICFにおける記憶、情動、対人関係、会話、日課の遂行の5項目に対する介入方法や対応方法について文献を検索 (論文27・書籍6)。文献より各項目に対し適切とされる介入方法をもとに、MCI患者の対応方法の知識に関する問い10問、認知症患者の対応経験がある人のみ、実践している対応方法についての問い10問のアンケートを作成。回答は○×、自己記入形式とした。対応方法の知識や実践の問いについての正答率を算出した。

【結果】 回答を得た180名のうち回答不備の6名を除き174名を対象とした。

対応方法の知識では、「対人関係」、「日課の遂行」、「会話」の一部について高い正答率となったが、平均59.7%であった。経験者の対応では、失敗した際に指摘する傾向にあった。

【考察】 平均正答率より一般的に認知症に関して正しい対応ができていないことが推察される。宮嶋氏らは薬の服用、有酸素運動に加え、個人の心理面や社会的環境面からの適切な早期介入により発症を遅らせることができると報告している。特にMCIの段階においては家族や周囲の人の対応がポイントとなる為、正しい知識の啓蒙活動が認知症予防には重要となることが示唆された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 24 認知症、精神疾患他

DP9-3-2

認知症夫婦の真のニーズにどうたどり着くか、訪問診療同行員の視点から

桐生 華 キリュウ ハナ
河北医療財団 あいクリニック 訪問診療科

【はじめに】訪問同行員は患家にいる限られた時間の中で情報収集したことを関係各署に共有する、という役割を担っている。訪問同行員が起点となって地域の各種機関とつながり、患者夫妻の need にどの様に辿り着いたかの軌跡を辿るとともに、患者家族の認知症初期支援について検討したい。

【症例】患者は80歳代の女性、脳梗塞後高次脳機能障害、高血圧症などの加療のために訪問診療が開始となった。当初は関係機関に対する夫の拒否が強く、支援が進まなかった。夫婦に子供はなく、親族の繋がりは希薄であった。白衣姿だからか訪問診療は拒否なく自宅へ迎え入れてくれた。生活の様子や言動から夫の拒否の原因として認知症初期の症状があると考え、包括支援センターと共有した。しかし、夫から門前払いされた。妻の支援を居宅から看護多機能施設に移行し訪問しながらデイの利用など臨機応変に対応しながら関係を深めていった。妻の病状は安定していたが自宅内で落ち着かない様子が見られ、一方の夫は寝室から出てこないことが増えた。夫はるい瘦が進み、認知症の進行が明らかだった。緊急性を認識し、各所に連絡した。同時期に車のトラブルが発生し運転免許センター、警察署など様々な人を巻き込み、ようやく夫の要介護認定に至った。介護支援が始まり、夫婦の定位置で食事をすることで夫のるい瘦が止まり、患者自身も笑顔で落ち着けるようになった。夫妻の求めていたものは家庭的な二人の生活だった。

【考察】認知症で食べられない人の支援には「いつもの食卓」の雰囲気や一緒に食べることが重要だと解った。当初、私たちは患者自身やご家庭の中のニーズがどこにあるのか理解できていなかった。認知症のアプローチについての研究によると、診断から介護支援開始までの平均期間は1年5か月と報告されているが、本症例は当院が異常を察知してから2年半を要した。もっと近道で辿り着くために何ができるかが課題だ。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 24 認知症、精神疾患他

DP9-3-3

評価票を用いたBPSDの状態把握から不同意メッセージへの気づきにつなげる認知症ケアのアプローチ

田鎖 志瑞 タグサリ シズ
医療法人社団悠翔会 悠翔会在宅クリニック新宿

【はじめに】在宅医療の現場で重度BPSDに遭遇した際、BPSDの発症要因を理解した上で介護者と共にその方にあった認知症ケアを考える姿勢が非常に重要である（参考文献：山口晴保, 伊東美緒, 藤生大我. 認知症ケアの達人を目指す. 第1版. 東京：協同医書出版社；2021.）。認知症の人にとって受け入れがたい関わりに対して、発せられるメッセージを“不同意メッセージ”と提唱し（伊東美緒氏）、BPSDが顕著になる前に不同意メッセージを読み解きケアの方向性を変えることが重要とされている（Ito M, et al:Heeding the behavioral message of elders with dementia in day care. *Holist Nurs Pract* 21 (1) :12-18 (2007)）。不同意メッセージの読み解き方や、BPSDの発症および重症化予防、また介護の現場の負担感などを数値化するために開発された2つの評価票を用いて、実践した内容について報告する。

【活動】高齢者施設におけるBPSD症例において、介護者と協働して2つの評価票（認知症の行動・心理症状質問票〈BPSD + Q〉（内藤典子ほか「BPSDの新規評価尺度—認知症困りごと質問票BPSD + Qの開発と信頼性・妥当性の検討—」*認知症ケア研究誌*2:133-145（2018））およびBPSD気づき質問票57項目版〈BPSD-NQ57〉（藤生大我ほか「BPSD予防をめざした〈BPSD気づき質問票57項目版（BPSD-NQ57）〉の開発」*認知症ケア研究誌*3:24-37（2019））を用いて、BPSDの発症および重症化予防、さらに、BPSDの重症度や負担度の評価に活用する取り組みを行った。

【考察】評価票により、不同意メッセージへの気づきの啓蒙と、ケアの方向性を変える提案ができるようになった。開発者らの意図する、「介護者も幸せに」という目標を目指して、重度BPSDの在宅療養の持続可能性を高めていきたいと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 24 認知症、精神疾患他

DP9-3-4

精神科訪問看護における病院からの情報伝達に対する訪問看護師の満足感の影響

高島 佳之¹ タカシマ ヨシユキ石川 武雅² イシカワ タケマサ¹ 梅花女子大学 看護保健学部² テキックス株式会社 なな一る訪問看護デベロップメントセンター

【目的】精神科訪問看護における病院からの患者に関する情報伝達に関する訪問看護師の満足感に影響する要因を検討した。

【方法】全国の自立支援医療の指定訪問看護事業所のうち2,000か所にアンケート調査の協力依頼を郵送した。各事業所の訪問看護師3名に回答を依頼した。アンケートでは、対象者の基本属性（年齢、性別）、病院からの情報提供に対する満足感、情報量/質に対する印象、看護サマリーや退院前カンファレンス（対面/オンライン）の実施頻度を尋ねた。情報提供への満足の有無（二値変数）を目的変数、情報量と質（5段階）、看護サマリーと退院前カンファレンスの実施（二値変数）を説明変数としたロジスティック回帰分析を行った。目的変数に対する各説明変数のオッズ比と95%信頼区間を算出した。本研究は、梅花女子大学倫理審査委員会の承認（#2022-0226）を得て実施した。

【結果】2023年1月12日から1月29日までに回答の得られた453名のうち、欠損値のある1名を除いた452名を分析対象とした。対象者の平均年齢±標準偏差は45.3±9.8歳、男女比（その他の回答除く）は1:7.7であった。ロジスティック回帰分析より、情報提供への満足感の有無に対するオッズ比（95%信頼区間）は、情報量：2.4（1.5-3.8）、情報の質：3.6（2.1-6.1）、看護サマリー：3.9（1.7-9.2）、対面カンファレンス：0.8（0.4-1.5）、オンラインカンファレンス：1.2（0.6-2.3）であった。

【考察】精神科訪問看護における病院—訪問看護師間の情報提供において、情報量/質が高く、看護サマリーをもらう頻度が高い場合に訪問看護師は満足感を抱く傾向にあった。退院前カンファレンスの実施は満足感に有意な影響を認めず、看護サマリーが主要な情報提供手段の一つだと推察された。退院前カンファレンスは今後の支援や方向性を話し合う場としての機能がある一方で、情報提供の場としては必ずしも機能していない可能性が示唆された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 24 認知症、精神疾患他

DP9-3-5

精神科訪問診療での多職種連携により有効な治療開始に至った反復性過眠症の症例報告

平 貴之 タイラ タカユキ
高野 洋輔 タカノ ヨウスケ
こころのホームクリニック世田谷 精神科

【はじめに】精神科医療機関としては入院治療を主とする精神科病院と、外来治療を主とする精神科診療所が挙げられるが、患者の病状によってはどちらか片方での診療では診断が定まらないケースも存在する。今回我々は精神科在宅医療での多職種連携を通じて新たな鑑別診断を挙げ、有効な治療を開始できたケースを経験したためここに紹介する。

【症例】40代女性。X-25年頃から不登校となり、精神科初診となり当初は解離性障害と診断されていた。大学卒業後に就職予定であったが、卒業前から寝たきりの状態となったため就職はかなわなかった。X-16年に抑うつ状態となりA病院に1ヶ月入院。X-12年にB病院に転医し、その後は1ヶ月程度の入退院を繰り返していた。B病院では解離性障害と過眠と診断されていた。

X-1年にC診療所を受診し、双極性障害および自閉症スペクトラム障害と注意欠陥・多動性障害の合併と診断された。X年3月頃より過眠と抑うつ症状で通院困難となり、X年9月より当院の精神科在宅医療が開始となった。薬物療法は奏効せず症状は遷延し、X+1年3月頃より過眠症状のため訪問しても睡眠しており呼びかけに容易に覚醒しない状態が散見されるようになった。そのためX+1年8月にD病院に検査入院し、過眠をきたすような明らかな器質的疾患の除外診断を受けた。

これまでの経過より、双極性障害に反復性過眠症を合併して罹患したため、発作的な過眠を繰り返していると判断し、X+1年9月より炭酸リチウムの投与を開始した。その後は抑うつ症状が改善し活動的となっただけでなく、反復していた過眠症状の出現頻度も減少し社会適応が改善した。

【考察】当院は精神科在宅医療を行っており、精神科訪問看護ステーションを併設しているため、診察所見と訪問看護師からの報告を総合的に判断した結果、反復性過眠症の合併を疑い炭酸リチウムの処方開始に至り症状は改善した。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 24 認知症、精神疾患他

DP9-3-6

症例報告：看取り後の火葬までの経緯に難渋した末期癌患者と未治療精神疾患を抱える主介護者に対する在宅緩和ケアの課題

久田 治美¹ クダ ハルミ
 笹良 剛史¹ ササラ タケシ
 渡嘉敷 美和子² トカシキ ミワコ
 比嘉 まり子¹ ヒガ マリコ
 小田島 怜子⁴ オダジマ レイコ
 玉城 亜希子³ タマシロ アキコ
 新城 好江¹ シンジョウ ヨシエ

¹ 社会医療法人友愛会豊見城中央病院 訪問診療部

² 友愛会豊見城中央病院 友愛会訪問看護ステーション

³ 友愛会豊見城中央病院 診療支援課入退院連携室

⁴ 友愛会豊見城中央病院 看護部

【はじめに】患者の介護者が精神疾患を抱える場合、在宅ケアの対応に困難を生じることがある。今回、終末期がん患者の主介護者である配偶者が精神疾患で、親類とは疎遠なために対応に難渋した症例を経験したので報告する。個人情報に配慮し一部改変あり。

【症例】80歳台男性、胃がん。狭心症、胸部大動脈瘤弓部全置換術の既往、生活保護。X年5月、貧血の精査で胃がんT2N1M0 StageIIAの診断で根治手術が予定されたが、宗教的発言を繰り返す妻への気掛かりから一切の治療をせず。妻はX-7年に子宮体癌の放射線治療を幻聴幻覚で中断した既往があり。精神科リエゾン医より精神科専門病院への入院を勧められ、市の支援課が関与したものの治療中断の経緯あり。患者本人は胃がん診断後通院せず、X+1年1月に受診した際に、妻への社会的支援と手術が提案されたが、「鬼に憑かれているせい」と治療を拒否する妻の精神状態のために断念。かかりつけの循環器医の通院は継続。徐々に貧血、疼痛、消化器症状が悪化し、X+2年1月より通院困難となり、3月より訪問診療、訪問看護、緩和ケア担当MSW、緩和ケア認定看護師が介入し地域包括ケア、市の社会福祉協議会と連携し、在宅療養を開始。疼痛コントロールは順調であったが、劣悪な自宅環境の中で病状は進行し、本人、妻の希望によりX年7月に自宅にて看取ったが、「火葬はしない、実家の庭に土葬してほしい」と主張する妻への対応に困難を極め、冷房のきかない自宅で10日間経過し、ご遺体は腐敗。疎遠だった妻の親戚と保護課、社協と連携しご遺体を火葬、妻は精神科に紹介入院の対応を行なった。

【考察】末期の夫に焦点が当たっていたが、特異な宗教観を持つ精神疾患未治療の妻への対応には、より緊密な事前協働策が必要であったと考えられた。主介護者が精神疾患を抱える場合の在宅緩和ケアは、行政、医療、介護、精神福祉の枠を超えた緊密な連携支援が重要である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 24 認知症、精神疾患他

DP9-3-7

発達障がい児に対する児童精神訪問看護での多職種連携について

後藤 詩織	ゴトウ シオリ
立野 慶	タテノ ケイ
小池 友香	コイケ ユカ
光井 万扇	ミツイ マミ
岩崎 千聖	イワサキ チサト
小林 宣博	コバヤシ ノブヒロ
笹渕 真理子	ササブチ マリコ
池見 里恵子	イケミ リエコ
富岡 由衣	トミオカ ユイ
湯野川 洋子	ユノカワ ヨウコ

医療法人社団ユニメディコ 藤が丘こころのクリニック

【はじめに】 昨今、発達障がい児童に対する認識が高まり、家庭環境問題が注目されている。

特に、発達障がい児童においては、就学時には認知機能、感情統制の弱さ、融通の効かなさ、対人関係の乏しさなどの特性から学習や日常生活で困難が生じる。当法人では医師の指示のもと、看護師、理学療法士、作業療法士、児童発達管理責任者など多職種による児童精神訪問看護の導入を開始、その活動および課題について報告する。

【活動報告】 対象児童は総数33例（ASD14例、ADHD8例、不登校11例）。2022年7か月間に合計184回の精神訪問看護を実施。看護師1名、複数名同行者1名（理学療法士、作業療法士、児童発達支援管理責任者など）の2名で1回30分以上での訪問実施。実地内容は、身体計測、バイタル測定、服薬管理、生活リズムの聴取、ADL動作練習、学習支援、運動療法、母親への精神的支援であった。多職種が訪問することによって、母親の不安軽減による母子関係修復を認めた。家庭での療育支援指導、生活リズムの調整も訪問回数を重ねることによって改善傾向を認めた。期間中に訪問終了5例（15%）、訪問継続28例（85%）、終了理由は、医療費の負担増および不登校の改善によるものが主であった。

【考察】 医師を中心に多職種連携による児童精神訪問看護を実施した。多職種での訪問による家庭環境調整は、家族の心の安定、日常生活の質を高める結果となり、医療知識を持った第三者の介入が有用であった。継続支援することで精神的な安定をももたらし、母子関係修復、社会参加へ繋げることができた。金銭的負担での継続終了者への介入方法は、完全終了とはせず、数か月に1回程度の少ない回数での提案も有効と思われた。児童の特性に合わせたアセスメントおよび日常の過ごし方を保護者、学校、医療間において情報共有を図ることが児童を支援するために重要と思われた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 24 認知症、精神疾患他

DP9-3-8

精神科訪問看護の現場における公認心理師による認知行動療法の実践報告

高野 かさね タカノ カサネ

高野 洋輔 タカノ ヨウスケ

こころのホームクリニック世田谷 訪問看護ステーション

【はじめに】精神疾患の治療は薬物療法に加え心理社会的支援が重要であるが、日本では医師以外の心理支援は診療報酬の算定要件が厳しく、いわゆるカウンセリングは自費ベースで行われていることが多い。心理支援のうち、特に認知行動療法 (cognitive behavior therapy; CBT) は治療効果についてのエビデンスが豊富であり、精神疾患によっては治療の第一選択として推奨されているものもある。通院が困難である精神疾患を持つ方に対しては、訪問診療や精神科訪問看護が行われているが、在宅でのCBTの実践報告は乏しい。公認心理師が、チームまたは単独で患家に訪問し、在宅にてCBTを行った活動について概要を報告する。

【活動】公認心理師の免許を持つ看護師が中心となり、精神科訪問看護の時間を使って、単独あるいは他の看護師や作業療法士、精神保健福祉士とともに訪問し、標準的なプロトコルによるCBTを行った。2022年12月現在、精神科在宅医療を受けている5名の患者に対してCBTを実施し、診断は統合失調症1名、双極性障害1名、パニック障害2名、不安神経症1名であった。

【考察】精神科訪問看護では通常、悩み相談や服薬管理、健康管理、療養上のアドバイスなどが行われるが、当事者によっては必要性を十分に理解してもらえないケースもしばしばあるが、カウンセリングとして介入することで受け入れが改善し、意欲を示すケースが少なからずみられた。また、訪問チーム全体でCBTの経過を共有することで、心理士が訪問しない回であっても、ホームワークの進捗を確認したり振り返ったりするなど、心理支援が進む経過がみられた。CBTは慢性疼痛や悲嘆、不眠などに対してもエビデンスのあるプロトコルが確立しており、在宅医療の現場でも汎用性が高く、有力な支援方法であると考えられるため、引き続き様々なケースに導入を行っていきたいと考えている。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 24 認知症、精神疾患他

DP9-3-9

精神状態の評価に睡眠覚醒リズム表を活用した思春期引きこもり患者への精神科訪問看護の1例

柳澤 美穂 ¹	ヤナギサワ ミホ
近藤 健治 ^{1,2}	コンドウ ケンジ
佐藤 実花子 ¹	サトウ ミカコ
関口 礼華 ¹	セキグチ レイカ
新見 まゆ子 ¹	シンミ マユコ
高津 鋭太 ¹	タカツ エイタ
加藤 正徳 ¹	カトウ マサノリ
茂呂 勝美 ¹	モロ カツミ
松枝 啓 ¹	マツエダ ケイ
林 高太郎 ²	ハヤシ タカタロウ
中田 賢一郎 ^{1,2}	ナカタ ケンイチロウ

¹医療法人社団 さくらライフ さくらライフ錦糸クリニック

²医療法人社団 さくらライフ さくらライフ市川クリニック

【はじめに】「不登校・引きこもり」は児童思春期における重大な問題であり、さまざまな対策が行われているが、専門医の不足などの要因から医療が期待されているほど十分な役割を担えているとは言い難い面がある。今回我々は、数年に渡り外出が不可能であった引きこもり症例に対して、精神科訪問看護を行い、そのなかで「睡眠覚醒リズム表」を活用することにより、患者・家族との状態の共有を容易にすることで改善をみた症例を経験したので、宝報告する。

【症例】患者は10代後半女性。X-6年小学校時に家族の逝去をきっかけにして、不登校が出現。以降、外出しようとする心気症状が出現。なんとか高校にまで進学したが状態改善せず、逆に悪化したため退学を余儀なくされた。X年器質因精査目的で総合病院外来受診し入院。そこの担当医に勧められ同年7月当院初診となった。初診時患者、家族と話し合い、精神科訪問看護を導入し認知行動療法の手法を用いて段階的に外出を想定した課題を設定して実践していくとともに、心気症状出現時の特徴を探るべく、睡眠覚醒リズム表を用い毎日これを記載してもらうこととした。すると、睡眠時間の遅延化と心気症状出現時に一定の相関が認められることが判明し、これを共有することにより状態悪化のサインを共有できることになり、より治療に意欲的に取り組めるようになっていく。

【考察】精神科における児童思春期症例への支援については、特にその「気持ち」や「感情」をどのように汲み取るかが大きな壁となるなか、睡眠覚醒リズム表を用いることにより視覚的に情報が提示され、また主治医を含む診療チームのみならず患者・家族へも状態の把握や方針の共有が容易となった。このようなツールの使用をさらに工夫していくことにより、在宅医療の裾野の拡大に対応していくことが可能であると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 24 認知症、精神疾患他

DP9-3-10

家族の受診拒否により長期間未治療であった統合失調症患者に対して精神科訪問看護を実施した1例

石川 梨恵 ¹	イシカワ リエ
近藤 健治 ^{1,2}	コンドウ ケンジ
原 涼佳 ¹	ハラ スズカ
脇本 優子 ¹	ワキモト ユウコ
横尾 麻美菜 ¹	ヨコオ マミナ
三浦 歩美 ¹	ミウラ アユミ
渡邊 美穂 ¹	ワタナベ ミホ
鷺巣 佳奈 ¹	ワシヅ カナ
白濱 康博 ¹	シラハマ ヤスヒロ
林 高太郎 ¹	ハヤシ タカタロウ
中田 賢一郎 ^{1,2}	ナカタ ケンイチロウ

¹医療法人社団さくらライフ さくらライフ市川クリニック

²医療法人社団さくらライフ さくらライフ錦糸クリニック

【はじめに】「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」（いわゆる「にも包括」）の構築が急がれる中、いまだ存在する精神疾患への偏見にどのように対処するかが大きな課題となっている。今回我々は、主介護者が精神科に拒否的であるなか、高齢となったことから介護に難渋し依頼のあった統合失調症患者への訪問診療・訪問看護を経験したので報告する。

【症例】患者は40代女性。20代前半に統合失調症と診断、抗精神病薬の処方されたが、錐体外路症状の増悪あり2年ほどで受診中断。以降未治療の状態であった。しかし主介護者が高齢となり、患者の今後を心配したため当院初診。まずは病状の把握と診断を目的として、訪問診療・精神科訪問看護を開始した。

初回訪問時、すでに人格水準は大きく低下しており、自発的な発語もなくADLすべてに支援・介助が必要である状態であった。ここにいたっても家族が薬物療法等に否定的であったため、訪問看護にて最低限の対人交流を維持しつつ、病状の変化をみながら家族教育を図った。

1年ほどかけて、徐々に自発的な発語や、指示動作の理解などの変化が患者に少しずつ現れ、それを目の当たりにすることで当初、将来に悲観的であった家族も徐々に姿勢の変化がみられた。現在は薬物療法等について具体的に検討できるほどになっている。

【考察】精神科治療から脱落し、人格水準が高度低下した統合失調症の症例である。同居家族が精神障害に対してステイグマをもつなか、精神科訪問看護により指示的にならず、かといって引きすぎるわけでもなく、家族間の問題点の解決の方向性を焦らさずに見届けつつ、少しずつ家族の疾病理解を得ることができた。今後、「にも包括」を構築されていくなかで、精神科専門の在宅医療でなくても、こういった症例に対応することが増加すると考えられる。当日は症例の詳細を開陳しつつ、その後の状態についても考察していく。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 24 認知症、精神疾患他

DP9-3-11

在宅医療と精神科救急の連携の視点から見た精神科訪問診療難渋症例の検討

市村 篤 ^{1,2}	イチムラ アツシ
飯嶋 将史 ¹	イイジマ マサシ
野中 洋平 ¹	ノナカ ヨウヘイ
黒岩 義之 ¹	クロイワ ヨシユキ
田中 武則 ¹	タナカ タケノリ
南 睦彦 ¹	ミナミ ムツヒコ

¹医療法人社団和啓会メディックスクリニック溝の口²東海大学健康学部健康マネジメント学科

【はじめに】演者は大学高度救命救急センターの精神科医として、院内の多職種、精神科病院、救急隊、地域の行政等と関わり、25年間精神医療と救急医療の連携を行ってきた。その後、精神科医として在宅医療に3年間従事している。精神症状を呈する患者の訪問診療には特有の問題点があり、診療継続が困難な症例があることが分かった。これらの特徴や問題点を、在宅医療と救急医療の連携という視点を中心に述べ、現状での解決策について検討する。

【活動】当クリニックは、神奈川県川崎市に位置し、年間約1000例（施設850例、在宅150例）の患者の訪問診療を行っている。（精神科関連は年間120例、常勤医6名、うち精神科医1名）。身体科的な治療や介護の問題となる精神症状がある時に、精神科訪問診療を行っている。精神科訪問診療の多くは75歳以上の高齢者で、認知症に伴う周辺症状への対応依頼であり、その他、統合失調症、うつ病、不安障害の診療も行っている。ほとんどの症例において、精神科の診察は円滑に行われているが、精神科訪問診療が困難な3型が明らかとなった。全例とも施設入所中の症例ではなく、在宅症例であり、①身体科的治療よりも精神科的治療が主な症例、②独居等で家族の支援が得られにくい症例、③65歳未満の症例、であった。

【考察】精神症状を呈する患者の訪問診療が難渋する背景には、①厚生労働省の医政局管轄の身体科救急と、社会・擁護局管轄の精神科救急が、それぞれ別の制度で運営されているため、精神症状に対する救急搬送先が見つかりにくいこと、②精神症状の治療と身体合併症の治療を同時に行える病院が極めて少ないこと、③「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」が不十分であること、が大きな要因であるものと推測された。このため、現状では、精神症状悪化時に対応困難とならないよう、普段からの精神科病院との連携が最も重要であると思われた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 24 認知症、精神疾患他

DP9-3-12

認知症を伴うパーキンソン病患者における高齢者施設での治療選択

矢ヶ崎 秀彦 ヤガサキ ヒデヒコ
 小林 宏之 コバヤシ ヒロユキ
 須賀 俊介 スカ シュンスケ
 谷田部 峰男 ヤタベ ミネオ
 坂口 敏夫 サカグチ トシオ
 医療法人あい ハンディクリニック

【はじめに】パーキンソン病は緩徐に進行する神経変性疾患である。長期の経過で症状が進行し、長い療養生活を強いられ、治療方針や介護に悩まされる症例が多い。今回認知症を伴うパーキンソン病患者の治療選択で、ご本人とご家族、施設職員の意見に相違があり、治療方針の決定に苦慮した症例を経験した。

【症例】90歳台男性。11年前にパーキンソン病と診断。内服加療を受けるも、4年前に転倒し、左大腿骨骨折のため入院加療。退院後は高齢者施設へ入居となり、当院訪問診療開始。その後筋力低下のため、転倒を繰り返していた。1年前より認知症症状が出現し、コリンエステラーゼ阻害薬を開始とするも、固縮などの症状は増悪。ご本人の服薬拒否も伴いパーキンソン病症状は増悪。その後転倒により右大腿骨骨折・出血性ショックに至り、近医で手術を施行。退院後他施設へ入居となり他院からの訪問診療を受けるもその後死亡の報告を受けた。

【考察】内服拒否について意見の相違があり、方針が定まらないため臨床倫理4分割にて考察した。①医学的適応：治療薬内服により症状改善が見込める。②患者の意向：内服してもしなくてもいずれは症状が進行する。結果が同じであれば内服したくない。③周囲の状況：ご家族は以前動けなくなったことがあり、内服しないことは心配。施設職員は他の入居者様の部屋に入ってしまうなどの行動、内服を拒否することに困っている。④QOL：内服しなければADLが低下する可能性が高い。以上を踏まえ当院ではご本人の意見は真っ当であると考え、症状増悪時のみ内服することにした。結果としては状態悪化に繋がった可能性もあるが、ご本人の意向に沿い、可能な限りのQOL向上ができたものと考えている。倫理的に複雑な症例においては他職種を含め症例毎に検討する必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 25 フレイル、栄養士の実践他

DP10-1-1

在宅医療現場でのDIP法による骨塩定量検査

高橋 昌志 タカハシ マサシ
医療法人社団 平郁会 検査課

【はじめに】当法人は、東京・神奈川・千葉を中心に北は北海道まで16のクリニックを有し、6,000名ほどの在宅患者様に対して医療を行っております。この度、在宅医療現場（施設型在宅医療）でDIP法による骨塩定量検査を開始する事が出来たので、活動を報告いたします。

【活動】骨塩定量検査のために外部受診を行っていたが、転倒など骨折のリスクがあり、そもそもリスクの高い患者様に対して行う検査であるため、自院にて検査を行えないかとレントゲン機器メーカー（富士フィルム様）と検査会社（ファルコバイオシステムズ様）に相談をしていた。

病院内の据え置き型のレントゲン装置でのパラメーターは存在していたが、回診車（富士フィルム・CALNEO AQRO）ではパラメーター自体存在していなかった。測定装置メーカー（浜松ホトニクス様）も交えて回診車でのパラメーターの設定を行い、在宅医療現場でおそらく日本初の骨塩定量検査を開始することができるようになったので、報告いたします。

【考察】骨粗鬆症の患者様に対し在宅医療の現場でも骨密度の測定が可能になったことで、転倒等のリスクを避けられ臨床サイドに有益なデータを提供できると思われる。

また、ポータブルレントゲン装置（富士フィルム・Xair）にて骨塩定量検査が測定可能になれば更に全国的に検査を実施することができ、在宅患者様の一助になるものと思われるため、今後は回診車とポータブルレントゲン装置でのパラメーターの調整や検査手技の確立を目指していきたいと考えています。

利益相反：無

DP10-1-2

在宅での経皮経食道胃管挿入術 (PTEG) 留置チューブ交換

入江 真大 ^{1,2}	イリエ マサヒロ
國末 充央 ³	クニスエ ミツヒサ
原田 幸枝 ¹	ハラダ サチエ
宮出 喜生 ¹	ミヤデ ヨシオ
小森 栄作 ¹	コモリ エイサク

¹ももたろう往診クリニック²倉敷北病院 外科³グリーン在宅クリニック

【はじめに】経皮経食道胃管挿入術 (Percutaneous trans-esophageal gastro-tubing; 以下, PTEGと略)は胃瘻や経鼻胃管と同様, 経口摂取困難な場合の選択肢のひとつであり, 経腸栄養や投薬, 余剰な消化液の排液経路として有用である。胃瘻と同様, 比較的簡単な手術で導入でき, 管理も簡便である。通常PTEG留置チューブの定期交換は病院でX線透視下を実施されるが, 在宅患者は通院困難なことが多く, チューブ交換目的の定期通院は負担が大きい。今回, 患家で実施するPTEG留置チューブ交換について, 手技の工夫などと共に紹介する。

【活動】病院でのPTEG留置チューブ交換経験を基に, 非X線透視下でも手技を工夫することで安全かつ確実に交換実施可能と考えた。安全面の工夫として, 事前にガイドワイヤを新しいチューブ先端の側孔近くまで挿入し, 手元でガイドワイヤに軽く折り目をつける。これを目印とし, ガイドワイヤ挿入後にワイヤ位置を固定することで, ワイヤ先端が胃, 十二指腸または空腸内で過度に進んだり抜けたりしないように留意して交換することが可能である。また, 細径内視鏡やエコーを使用し画像の確認も実施している。

【考察】PTEGチューブは経鼻胃管と比較して安全面や快適性, 嚥下面, 介護面などで利点は多いが, あまり普及しておらず, 胃瘻造設困難を理由に経鼻胃管を継続している患者が存在する。PTEG導入後に患家で定期チューブ交換が可能であれば患者や介護する家族, 医療スタッフにとって恩恵となる。患家でのチューブ交換実施は, 手技を工夫することで安全に実施できる。チューブ位置の確認方法は様々あるが, 状況に応じて選択すればよいと思われる。解剖学的理由などからチューブ先端位置が不安定な場合や, 汎用される45cmのチューブより長いチューブを使用し先端を空腸に留置する場合などはハイリスクと考えられ慎重を期する必要がある。

利益相反: 無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 25 フレイル、栄養士の実践他

DP10-1-3

地域一体型NST「南庄内たべるを支援し隊」の活動～ICTを活用した多職種連携の食支援～

小川 豊美¹ オガワ トヨミ

南庄内庄内 たべるを支援し隊² ミナミシヨウナイ タベルヲシエンシタイ

¹株式会社とよみ

²南庄内たべるを支援し隊

【はじめに】地域医療が抱える課題を「たべる」にフォーカスした解決の取り組みを紹介する。フレイル予防・疾患の病状の重症化予防を行い地域で活力ある暮らしを継続することが大きな課題のひとつでもあると考える。在宅生活を支える地域医療・福祉・異業種のサポート体制とその活用ができるシステムと環境が必要となってくる。いわゆる包括的な社会連携が必要になってくる。鶴岡市は、三世帯同居率も高く共働き率も多い地域である。医療・介護の問題を解決するには地域全体で連携し「豊かに生活できる」事が必要がある。

【地域一体型NST活動内容】鶴岡地区医師会地域医療連携室ほたるを窓口にして法人を超えたチームメンバーが訪問しカンファレンスを重ねてアウトカムに繋げる。2018年から在宅を訪問して活動をしている。システム構築がほぼ完成し実践に移行した中での新型コロナウイルス感染の影響で訪問制限がかなりあったが、当地域で運用されている医療連携ネットワーク「Net4U」の活用を行い情報の取集・共有を図り成果をあげている。

【考察】地域一体型NSTは、ただ単に食事摂取量が増加して検査データが改善するだけが目標ではない。対象者がどのような生活をしていきたいか、その都度・都度起動修正し心豊かな時間を重ねてもらいたいと考える。

【今後へ】症例を通して実践型の介入で普段の生活の相談も受けるようになり、問題解決の為関係する多職種へ情報発信を行い介護者の精神的な軽減にもなった。地域の社会資源を有効に活用し、本活動の運用を強化実践することで在宅生活が安心して暮らし続けられる「まちづくり」に繋げたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 25 フレイル、栄養士の実践他 DP10-1-4

高齢者施設におけるNSTは外部との連携で～有料老人ホームでの取り組み～

中島 千鹿子¹ ナカシマ チカコ

篠原 徹¹ シノハラ トオル

野上 辰男² ノガミ タツオ

¹ セントラル薬局グループ 学術研修部

² アライブNOZOMI ラボ

【はじめに】超高齢社会においてあらゆる課題が掲げられ、高齢者施設では施設基準によって栄養関連の算定が取れないなどの理由から管理栄養士が不在の施設も多い。高齢者施設におけるフレイル・サルコペニアの課題解決には管理栄養士のみならず他職種の協働によるNSTが有効と思われる。専門職が常在していない有料老人ホームの施設職員と外部専門職との協働により改善された1症例について報告する。

【活動】90歳代女性・要介護2病名・既往歴：認知症、廃用症候群、右大腿部痛（腰椎症疑い）介入時BMI 14、拒食傾向あり、口にしたものを指で取り出し食器に並べるなどの行為もみられ、平均摂取量は1-2割程度、訪問医から処方された補助栄養剤は1日かけて1缶弱飲んでいる状況。体重も徐々に減少傾向となっていた。訪問医の指示のもと施設職員と訪問薬剤師・管理栄養士と連携しながら本人の摂取できる栄養剤を摂取状況にあわせて変更し提供を試みた。また薬剤師による処方薬の見直し、管理栄養士による栄養状態の把握（食事と水分摂取量、体重の推移、施設職員からの生活状態、嗜好、体調の変化などの情報収集しスクリーニング表作成・アセスメント作成、ミールラウンドでの摂食嚥下状態の確認）その内容について施設職員に情報を共有、施設職員は栄養剤の提供と摂取量の記録を行った。本人の摂取量の変化に応じ栄養剤の変更と提供を継続・実践した。これらの多職種の協働により徐々に体重増加がみられた。

【考察】専門職が常在しない有料老人ホームでは施設職員と訪問医の指示のもと外部専門職が協働し嚥下状況や摂食量に配慮した食事形態の変更や補助栄養の導入を実践し、高齢者のフレイル・サルコペニアの問題解決や予防に有効な対策となることを示唆した。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 25 フレイル、栄養士の実践他 DP10-1-5

在宅医療における血糖管理：持続血糖測定器導入の有用性

石井 美穂¹ イシイ ミホ
宇都宮 誠¹ ウツノミヤ マコト
江田 茜¹ エダ アカネ
木下 幹雄² キノシタ ミキオ

¹TOWN 訪問診療所城南

²TOWN 訪問診療所

【はじめに】高齢者糖尿病は認知機能やQOL、ADLを維持する観点から低血糖を極力回避しながら著しい高血糖を防止することが重要である。罹患期間が長い糖尿病患者ではインスリン分泌不全となりインスリン療法を続ける必要がある場合も多く、インスリン療法を行いながら在宅で生活をしている要介護状態の高齢者が増加している。インスリン自己注射や血糖自己測定は、認知機能や視力・聴力の低下、巧緻性の低下等の理由で自身での施行が困難となり、介護者の支援が必要になることが多い。また、高齢者糖尿病の特徴として食後高血糖が顕著であったり、低血糖の典型的な症状が現れないことが多く、インスリン療法を行っている者の血糖自己測定は重要であるが、従来の測定回数では不十分である。そこで本人、介護者の負担軽減および、適切なインスリンの調整を行うことを目的に2022年4月に保険適応が拡大された持続血糖測定器を積極的に使用を開始した。

【症例】インスリン自己注射を行っており、従来の指先穿刺の自己血糖測定器を用いた血糖測定を行っている高齢者。認知機能の低下があり失敗することも多くなってきた。血糖コントロールも不十分となり食後高血糖の存在が疑われたため持続血糖測定器による血糖管理に変更した。これまでは明らかでなかった食後の高血糖が判明、家族や本人の負担を軽減しつつ24時間の血糖モニタリングを行い適切なインスリン治療を行うことが可能となった。

【考察】持続血糖測定器を用いることで頻回に指先穿刺をすることがなくなり患者や介護者の負担を軽減しつつ、血糖をモニタリングすることができた。食後高血糖や低血糖の発見をすることができ、適切な注射製材や注射回数を選択できる一助になっており、在宅医療における持続血糖測定は有用であると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 25 フレイル、栄養士の実践他

DP10-1-6

都市部における急性期病院-在宅診療横断型医科歯科連携 (Double Extensivist model)
～生きると食べるを支える医科歯科連携～

松本 朋弘 ^{1,2}	マツモト トモヒロ
林田 裕貴 ^{1,3}	ハヤシダ ヒロキ
齋藤 貴之 ³	サイトウ タカユキタカユキ
小野寺 志真 ²	オノデラ シマ
石川 元直 ²	イシカワ モトナオ
水野 慎大 ⁴	ミズノ シンタ
小坂 鎮太郎 ¹	コサカ シンタロウ
安井 佑 ^{2,4}	ヤスイ ユウ

¹練馬光が丘病院 総合救急診療科 総合診療部門

²やまと診療所

³ごはんがたべたい。歯科クリニック

⁴うちにかえろう。病院

【はじめに】多くの高齢者が入院を契機に、通院困難となり在宅診療へ移行する。患者の多くはフレイル、低栄養、摂食・嚥下障害を合併していることも知られている。さらに在宅診療へ移行した者も、同様な問題を抱えている。一方かかりつけ歯科医を持つことは口腔機能を維持し、低栄養などを防ぐ事に繋がる。しかし75歳を境に医科の入院数は急増するが、逆に歯科診療数は減少する。在宅医療の現場では、QOL (生活の質) と、QOD (死の質) を高めることが重要である。それらの質を高める上では歯科の介入が重要である。その人らしい生活をささえ、最後まで食べることを支えるためには、医科歯科同時に在宅ケア移行することが望ましい。

【活動】当院の総合診療科の一部の医師は、同地域で訪問診療を展開している訪問診療専門診療所の非常勤としても勤務している。入院を担当した患者が在宅移行する場合も同一の医師がそのまま在宅側も担当し、スムーズなケア移行が可能である。反対に在宅から、入院が必要な場合もスムーズな連携を行っている。歯科においても、同病院の歯科医師が、同地域で連携している訪問歯科診療所の非常勤医師として勤務し、ケアの連続性を担保している。摂食・嚥下障害患者、誤嚥性肺炎患者やその終末期患者の在宅ケア移行では、医科歯科同時介入し、同一のチームで看取りまで行うことを可能としている。

【考察】ケア度が高い患者は、在宅移行へのハードルが高く、家族の不安や負担が大きい。特に摂食・嚥下障害患者においては、吸引処置、口腔ケア、食事介助など留意点が多い。同一の医師、歯科医師が在宅へシームレスに継続することは、不安を払拭することに大いに役立っている。入院-在宅チームが連動しているため、再入院の障壁も低く、在宅移行の導入ハードルもさがる。歯科と同時に介入することで、食べることを介した最期の希望に沿える機会も増加している。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 25 フレイル、栄養士の実践他

DP10-1-7

高齢者施設に於ける訪問管理栄養士による個別栄養介入の実践症例 ～有料老人ホーム1症例からの報告～

牧野 美波子¹ マキノ ミナコ
 松村 紀子¹ マツムラ ノリコ
 中島 千鹿子¹ ナカシマ チカコ
 南 陸彦² ミナミ ムツヒコ

¹こまくさ診療所 栄養課

²こまくさ診療所 訪問診療科

【はじめに】高齢者施設では、管理栄養士が不在のため栄養ケアが不十分となっているケースも多い。訪問医・施設職員と協働して入居者の病態・嗜好に配慮した栄養介入の1症例について報告する。

【症例】80歳代女性、要介護4、パーキンソン病 (yahr4)。食思はあり施設給食は全量摂取だが、疾患も影響して食事時間の延長、姿勢保持困難、疲労感、傾眠あり。R4.6月介入時は34.7kg (BMI16.1)と低体重、仙骨部褥瘡 (NPUAP分類Ⅱ度)。訪問医の定期訪問診療と看護師の処置を継続していたが、尿量も多く創部の湿潤環境や離床時のズレも生じて対応に難渋している中、体重減少・食事摂取不良改善のため訪問管理栄養士が介入。栄養状態の把握 (個別の栄養・水分摂取量・必要量、体重等)、ミールラウンドにより食思・摂食嚥下状態の観察、施設職員より生活状態の聴取、入居者へ嗜好・体調面のヒアリングを実施し、年齢・病歴・バイタル・検査値等の情報をもとにスクリーニング・アセスメント・モニタリングを実施。主治医指導の下、食事内容や不足栄養素補充のための補助栄養の検討・提案を行い、家族の協力を得て1日300kcalの栄養強化と食支援を実践した。介護職の介助により良好摂取され1ヶ月後には創部縮小、2か月経過以降は肉芽形成と体重増加が見られた。また、ご家族より間食の差し入れ希望があったため、嚥下評価など言語聴覚士と連携して嗜好品の提供を実施後2.9kgの体重増加を認め、褥瘡は改善傾向となった。

【考察】今回の症例は、栄養の視点が不足していた有料老人ホームに於いて、訪問医・施設職員と訪問管理栄養士の協働により栄養改善を効果的に実践できたことを示唆している。しかしながら、褥瘡の経過や疾患による食事摂取への課題は継続しており、引き続き施設職員・外部専門職と協働していきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 25 フレイル、栄養士の実践他

DP10-1-8

有料老人ホームにおける訪問管理栄養士の介入～多職種協働の成果～

松村 紀子¹ マツムラ ノリコ牧野 美波子¹ マキノ ミナコ中島 千鹿子¹ ナカシマ チカコ南 陸彦² ミナミ ムツヒコ¹こまくさ診療所 栄養課²こまくさ診療所 訪問診療科

【はじめに】管理栄養士配置義務の無い有料老人ホームへ栄養管理を目的として管理栄養士が施設訪問をし介入している。医師の指示の下、食事内容の見直しや不足栄養補充のための補助栄養の提案、食支援を実践している。このような取り組みの中から2症例を報告する。

【症例】①95歳男性、要介護4。数カ月前から食思・意欲低下あり栄養介入開始となる。食事摂取量5割から3カ月後には2割まで減少。管理栄養士によるモニタリング・アセスメント・スクリーニングを行い主治医へ栄養剤の処方依頼、家族へは食品の補助栄養の必要性を説明し購入の理解を得た。提供開始直後は排便回数が増えるなどの症状が現れたが主治医に報告・検討の結果少量から分割提供を継続した。一時は発語も無くなりADLの低下も見られたが補助栄養の摂取だけは良好であった。徐々に発語も増えるとともに食事摂取量も6割まで回復。体重増加につながった。②87歳女性、介入時BMI15.7。食事摂取量は良好であったが疲労感や体調不良の訴えあり低体重であったため補助栄養を検討。主治医、家族へ相談し了承を得たところで入院となる。退院後食事摂取量は維持していたがその後嘔気の訴えあり5割まで減少。さらには体重減少や嚥下機能低下も見られミキサー食に変更となる。補助栄養の物性についてSTへ相談し評価を依頼。安全性を確認し主治医へ処方依頼した。その後嘔気は治まり食事・補助栄養共に摂取良好となり嚥下機能も回復。食形態アップが可能となった。また本人の要望により主食を増量。体重も回復した。

【考察】栄養介入の手段のない高齢者施設において訪問管理栄養士が多職種と連携し個人の身体的、社会的背景を考慮しながらタイミングを逃すことなく介入したことで食欲や体重増加、活気の改善につながった症例である。今後も多職種でコミュニケーションを取りながら入居者の変化や問題点を共有し、栄養改善に取り組んでいきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 25 フレイル、栄養士の実践他 DP10-1-9

在宅医療におけるNST ラウンドの取り組み

角屋 桜雪 ¹	カドヤ サユキ
渡部 弥生 ¹	ワタナベ ヤヨイ
佐々木 由紀子 ¹	ササキ ユキコ
渦元 唯 ¹	ウズモト ユイ
山口 美紅 ¹	ヤマグチ ミク
穂元 千明 ¹	アキモト チアキ
矢野 文枝 ²	ヤノ フミエ
澁谷 佐季 ²	シブヤ サキ
加藤 真梨子 ²	カトウ マリコ
立野 慶 ³	タテノ ケイ
望月 弘彦 ³	モチヅキ ヒロヒコ

¹医療法人社団ユニメディコ 栄養部

²医療法人社団ユニメディコ 看護部

³医療法人社団ユニメディコ NST 委員会

【はじめに】当法人は神奈川県の大域で4か所の機能強化型在宅療養支援診療所を構え、多職種在籍の訪問診療を行っている。今回、中心静脈栄養および経管栄養管理中の患者を中心に医師、看護師、管理栄養士で構成された訪問診療チーム、NST (Nutrition Support Team) ラウンドの活動を報告する。

【活動】本活動は2022年4月に開始。診療所ごとに月1~2回ずつ医師1名、看護師1名、管理栄養士1名を1チームとして訪問診療を行なった。参加人数は医師1名 (日本臨床栄養代謝学会指導医)、看護師6名、管理栄養士19名が参加した。患者状態に応じて、歯科医師、ケアマネジャー、セラピスト (PT.OT.ST) 等の職種もチームに参加した。訪問件数及び期間は、2022年4月から2022年12月にかけて8か月計369件。うち経管栄養法276件74.8%、静脈栄養法19件5.1%、その他74件20.1%。チームメンバー以外の専門職が同席した件数は139件37.7%だった。管理栄養士は4診療所毎の担当制とし、必要栄養量の算出や栄養剤の組成、食形態の変更について検討。ラウンド中は医師を含めたカンファレンスも随時実施、法人内SNSにて即日情報共有を行なった。

【考察】在宅医療におけるNSTの目的は栄養状態の改善だけではなく、QOLの改善を実現させることに意義があると考えられる。本活動では患者宅へ多職種が同時介入することで患者・ご家族と共に栄養支援の方針を一致させることができた。しかし患者毎に関わる職種や事業所は異なり、チームメンバー以外の専門職がラウンド時に集まる事は負担が大きく、法人外の専門職への情報共有方法にも課題が残った。管理栄養士の静脈栄養に関わる知識、経験不足も課題として認めた。在宅医療におけるNSTの有用性も示す必要があると思われた。

在宅医療におけるNST活動に関する文献は少ない。訪問診療におけるNST加算は算定不可の現状があり、今後の活動でエビデンスを蓄積し診療報酬算定に結び付けていきたい。

利益相反：無

DP10-1-10

在宅嚥下内視鏡検査 (在宅VE) 後の訪問栄養指導の経験～在宅食支援チームとしての継続的なかわりの意義

瀬藤 琴音 セトウ コトネ
 福本 和彦 フクモト カズヒコ
 村岡 繭子 ムラオカ マユコ
 榎本 美紀 エノモト ミキ

医療法人社団福在会 磐田在宅医療クリニック 訪問診療部

【はじめに】 当院は2016年4月に開院した在宅療養支援診療所である。新生児から超高齢者まで疾患を問わず、「断らない在宅医療」を提供してきた。2017年10月より耳鼻科常勤医が主導し、在宅食支援チームが発足。嚥下内視鏡 (VE) を居宅で行える環境を整えて、言語聴覚士 (ST) や管理栄養士の介入も提供してきた。2022年以降はSTや栄養士が医師訪問に同行し個別にニーズを引き出すように体制を整えて効果的な食支援体制づくりを行っている。本研究では当院で提供している食支援チームの実績を集計することで、効果的であった事例や今後の課題について考察することを目的としている。

【活動】 2022年1月～12月では食支援チーム介入は39症例。年齢：12-97 (平均81) 歳。男女比は17：22。疾患の内訳は [慢性疾患18, 悪性疾患9, 心血管疾患 5, 寝たきり3, 神経難病2, 他2]。全39例中在宅VE検査は11件実施。当初は診療後に栄養士とSTが自宅に残り説明をしていたが、2時間以上かかってしまうことがあったので2022.9月より別日に栄養指導日を設け、食事に関するフォロー体制を開始した。別日のST介入6例、栄養士介入22例。

【事例】 79歳 男性 悪性疾患。廃用に伴う繰り返す誤嚥のため禁食指示あり。アイスを食べたいという希望があり在宅VE実施。兵頭スコア7点 とりみ付き氷片、ゼリー飲料、アイスはとりみ付き水分との交互嚥下指示で経口摂取可能になった。栄養指導ではとりみ付き氷片の作り方、スプーン等の食具の提案、交互嚥下を説明。食べる意欲と妻の支援により摂取量改善、一時的ではあるが1日3回ペースト食が食べられる状態にまでなった。

【考察】 抄録作成時はVE後の栄養指導フォローはまだ開始して4か月程度だが、評価は上々。とりみ剤の計測など「どこまで自宅のできるか」を別日の栄養指導で時間を確保し十分に検討していく必要がある。今後も継続していきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 25 フレイル、栄養士の実践他 DP10-1-11

在宅専門医療機関における管理栄養士の雇用と実践

中村 幸伸 ナカムラ ユキノブ
つばさクリニック

【はじめに】当院は2009年に開設し現在2診療所、常勤医11名体制で約900名の患者に対して診療を行う無床の在宅専門診療所である。

当院の対象患者には終末期の方が多い。残された時間の「食」の支援を強化する目的で2017年より管理栄養士を雇った。無床の在宅専門診療所における管理栄養士の活動ならびに課題を報告する。

【活動】当院の管理栄養士の活動内容は、栄養に関する問題がある患者への診療同行、訪問栄養指導、在宅VE検査の同席、担当者会議・退院時共同指導への出席、他事業所への栄養情報の授受等がある。その中でコストがとれるものは訪問栄養指導のみである。

訪問栄養指導を行った405名の年齢は1歳から104歳で、介護度は要介護4、5が最も多く、主病名は悪性腫瘍、認知症、脳血管障害、神経難病等様々である。2017年の月間の訪問栄養指導の件数は延べ16件、徐々にその件数を増やして2022年の件数は延べ106件。管理栄養士一人当たりの訪問件数は16から26.5と微増した。

訪問栄養指導実績を増やすために初診前からの情報共有、初診患者全例への食支援アンケートを行うことで低栄養患者、栄養に問題を抱える患者を取りこぼさないよう働きかけている。

【考察】訪問栄養指導（居宅療養管理指導）が1回500単位前後、月2回までという事を考えると、無床の診療所において管理栄養士を配置する事はコスト的にはメリットが感じられにくく在宅管理栄養士が増えない一因となっていると考える。むしろ訪問栄養指導を行っている医療機関が少ないことを逆手にとって、栄養に問題がある患者を集中して集患する事で総合的に利益を出すという方法も一考である。在宅生活に合わせた指導や医療的ケア児の相談、褥瘡や摂食嚥下の重症化予防等のニーズは挙がっているので管理栄養士がより活躍できる体制づくりを考えていきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 25 フレイル、栄養士の実践他 DP10-1-12

訪問栄養指導が在宅高齢者のQOL、BMI、疾病の改善に及ぼす効果と要因

稲村 雪子¹ イナムラ ユキコ
入山 八江¹ イリヤマ ヤエ
渡辺 優奈² ワタナベ ユウナ
牧野 令子¹ マキノ レイコ
川村 美和子¹ カワムラ ミワコ
久志田 順子¹ クシダ ジュンコ
折居 千恵子¹ オリイ チエコ

¹公益社団法人 新潟県栄養士会 顧問

²千葉県立保健医療大学 栄養学科

【目的】本研究は、訪問栄養指導がQOL、BMI、疾病の改善に及ぼす効果を検証し、さらに、介護度や依頼元別の依頼内容の違いや特徴の実態を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象は2012年～2020年の8年間に、新潟県栄養士会の訪問栄養指導を受けた211名。栄養介入は、初回にアセスメントを行い最終回で評価した。主観的情報のQOLは、事象を記録から読み取り6項目に分類し、分析した。また、客観的情報が事前事後でそろそろ79人については、目的別に低栄養を回避し体重増加を目指す群、適正体重を維持する群、肥満の改善を目指す群の3群に分け分析し、評価した。

【結果】増加群、減少群は共に体重に有意な改善がみられ ($p=0.041, p=0.016$)、群間差が認められた ($p=0.004$)。また、QOLの向上には、栄養と調理では女性が男性より有意に高く差が認められた ($p=0.015$)。改善評価別によるQOLの向上には栄養と調理、行動変容が要因として有意に関連していた ($p=0.047, p=0.027$)。

【考察】訪問栄養指導の効果は、QOL、BMI、疾病の改善に有効であることが示唆され、介護度別、依頼元別に依頼内容の特徴が認められた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 26 栄養士の実践

DP10-2-1

在宅訪問管理栄養士介入で身体障害、家庭環境を乗り越えて減量に成功した一例

山川 美雪 ヤマカワ ミユキ

社会医療法人 河北医療財団 あいクリニック 在宅なんでも相談室 すずらん

【はじめに】在宅医療において栄養管理が注目を浴びる中、訪問する管理栄養士の活用や連携の方法が分からないなどの問題も根強く残っている。脳性麻痺、四肢体幹機能障がい者である患者が、要介護の母を介護しながら社会資源が届きにくい環境の中で減量に挑戦。多職種連携により成功に至った症例を報告する。

【症例】58歳男性。現病歴：脳性麻痺、高血圧。身体所見：身長151.0cm、体重78.2kg、BMI 34.3km/m²、IBW50.2kg。経過：訪問リハビリ（以下、訪リハ）と在宅障害者デイサービス（以下、デイ）の理学療法士が体重増加を察知、運動療法を行うも効果に乏しく、訪リハの理学療法士から管理栄養士介入の案が挙げられた。訪問診療主治医の指示を受け医療保険で開始となった。生活と喫食状況を聴取。統合失調症の母親が強引に菓子を勧める事、リハビリの効果が実感できない事が減量に繋がらない原因だった。当初、「周囲から減量しろとうるさいから、やってみるけど出来るかわからないよ」と本人が肥満の自覚がないところに、本人の「普通の食事量」と管理栄養士が算出した「1日の食事量」の差異が大きい事について理解いただくまで丁寧に説明した。納得したうえで食事は「過食」の部分を止め、訪リハは「自主トレメニュー」を作成しエネルギー出納量の調整を図り、本人と減量スケジュールを作成した。ヘルパーがコンビニ惣菜を準備していたが配食弁当に変更したことでバランスの取れた食事に変更できた。訪リハやデイと情報共有し励ましながらか継続を促したところ約2年でBMI25km/m²まで減量できた。

【考察】食の全体像を見る管理栄養士が介入したことで本人が問題意識をもって減量に臨み成果を得られた。そこには目的を共有した多職種が協働し生活の見直しを図ったことも重要だった。今後も在宅訪問管理栄養士の介入例を啓発し活用や連携方法を広げていきたい。

利益相反：無

DP10-2-2

終末期の療養者に対する在宅訪問栄養食事指導の介入効果

中村 育子¹ ナカムラ イクコ

前田 佳予子² マエダ カヨコ

田中 弥生³ タナカ ヤヨイ

¹ 名寄市立大学 保健福祉学部栄養学科

² 武庫川女子大学 食物栄養科学部食物栄養学科

³ 関東学院大学 栄養学部管理栄養学科

【目的】 年々増加する終末期の在宅療養者に対して最期まで口から食べることを支援する在宅訪問栄養食事指導の介入効果についての検討を目的とした。

【方法】 2022年3月～2022年7月末までの期間において、終末期の在宅療養者に対して在宅訪問栄養食事指導を行った管理栄養士に対して後ろ向きアンケート調査を行った。管理栄養士の介入効果 については、対応のないt検定、 χ^2 検定を用いた。有意水準は5%とした。

【結果】 終末期の在宅療養者は192人で、平均年齢は 83.7 ± 10.5 歳であった。経口摂取できる者は、一部経口も含めて183人 (95.4%) で、その中で嚥下調整食の必要な者は127人 (66.1%) であった。終末期の在宅療養者の介護者において、管理栄養士が介入して食事作りの負担が改善した者は145人 (75.5%) であった。管理栄養士の介入によって、介護者の困りごとの改善 ($P=0.032$) と、在宅療養者が最後に好物を食べることができた ($P=0.018$) という効果がみられた。

【考察】 終末期の在宅療養者に対する在宅訪問栄養食事指導の介入効果は、介護者の食事作りの負担改善がみられ、介護者の食の困りごと、在宅療養者が最後に食べたものは好物との関連がみられた。これは管理栄養士の介入により、在宅療養者の食べやすい食事や嗜好に合わせ、食事内容を工夫することで、本人の食の意欲の向上やQOLの向上につながったと推測される。また、介護者の調理技術の向上や簡単に食事を用意できることを可能にしたと考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 26 栄養士の実践

DP10-2-3

訪問管理栄養士が高齢者夫婦の食生活に関わり見えてきたもの～高度難聴の夫、認知機能低下の妻、“安全な食事”に難渋した一例～

伊藤 里衣子 イトウ リエコ

梅野 福太郎 ウメノ フクタロウ

医療法人社団まごころ四街道まごころクリニック 栄養

【はじめに】在宅療養者は外出が困難になり購入する食材が偏りやすく、加齢に伴う身体的要因や認知機能低下により調理や片付けに問題が生じることが多い。食事とは“必要な栄養素を摂取する事”に加え、“美味しさや楽しさから得られる精神的幸福”にも繋がる人間にとって不可欠な行為であるが、それと同時に体に悪影響を及ぼすものであってはならない。今回限られた環境の中で“安全に食べる”為に難渋した一例を紹介する。

【症例】80代夫、慢性心不全、慢性腎不全と診断。投薬調整を経ても心不全の安定化が難しく、塩分制限目的で栄養指導を開始。初回訪問時ムセの訴えがあった。食事は80代妻が購入した総菜や弁当が主で、塩分摂取過剰であると共に、言語聴覚士による摂食嚥下機能評価で、機能に不適合な食形態とされた。妻の認知機能低下により食事内容変更が難しく、冷蔵庫の食材は腐敗等不衛生な状況であった為、宅配弁当利用や遠方の娘によるネットスーパーでの食材配達、食材管理と調理を担うヘルパー導入を提案。当初は好きな物が食べられないという訴えやヘルパーへの拒否が見られたが、夫婦の思いに配慮しつつ、少ない頻度から開始。体重や飲水量の管理、宅配弁当や塩分への意識変化により浮腫減少、投薬減量に繋がった。また、食形態変更に伴い食事のムセ軽減、ヘルパーが定期的に食材管理を行い衛生面も改善が見られた。

【考察】本人や家族は日常の食事に対し問題意識を持ちにくく表面化されにくいのが、今回管理栄養士が介入したことで、食生活の問題点が明らかになり、様々なサービス利用に繋がった。しかし、専門職が考える“安全な食事”と夫婦の“食への思い”が相反する場面も見られ、その思いに寄り添いながらのゴール設定に難渋した。特に在宅という自由度が高い中の食事では、解決が安易ではない事も多いが、管理栄養士介入により問題点の整理や解決に向けて選択肢の幅は広がると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 26 栄養士の実践

DP10-2-4

当院の管理栄養士との協働について

大島 隆	オオシマ タカシ
彦坂 陽子	ヒコサカ ヨウコ
瀧 真奈美	タキ マナミ
家村 朋美	イエムラ トモミ
長濱 久美	ナガハマ クミ

医療法人社団莉生会メディケアクリニック石神井公園 在宅支援チーム

【目的】 曖昧になりがちな食支援を専門的な視点で行い、情報を共有する事で患者のQOLを向上させて、在宅生活を継続させるための支援チーム力を強化する。訪問管理栄養士として介入件数を増やして収支を増やす。

【方法】 訪問診療で介入している患者すべてに栄養士が介入し、特に新規患者の初診時から介入して、栄養状態・食事状況や環境の実態を把握し支援チーム内（医師・歯科医師・訪看・CM・ヘルパー・デイサービス等）で共有する。訪問診療の事前訪問時の説明の時に訪問栄養指導もセットで説明し同意いただく。初回訪問のアポイントは事前訪問時に相談員が、または訪問診療初診時に看護師等が行う。

【結果】 訪問栄養指導の必要性について納得していただきやすくなり、栄養士の介入出来る件数を増加できた。いつ、どのタイミングで栄養問題や嚥下問題が生じるか分からないが、患者に問題が生じたときに、いつでも栄養士に相談することが出来るようになった。これらが実現することで地域での多職種連携を強化することが出来るようになり、地域のケアマネさんや訪問看護さんたちからの信頼度が増し、訪問診療の新規依頼にもつながっていった。

【考察】 訪問栄養指導の対象となる患者が訪問診療に係る患者のほぼ100%であることを、院内の医師や看護師や相談員が良く理解するように取り組んだ。また、訪問診療の新規患者への事前訪問時に、当院の特色として事情が許す方全員に栄養指導を受けてもらっているという説明するよう取り組んだ。把握できた情報をケアマネや訪問介護やデイサービスなどとも共有することで、ケアチームが一体となって問題可決に向けて進むことが出来るようになった。練馬区内でも非常に数少ないしっかりと訪問栄養指導が出来るクリニックとして前面に打ち出すことができるようになった。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 26 栄養士の実践

DP10-2-5

ICTを活用した在宅訪問栄養指導～管理栄養士の立場からの食支援～

伊藤 亜紀子 イトウ アキコ
株式会社とよみ 栄養ケア・ステーション

【はじめに】日本において悪性腫瘍は昭和56年以降主な死因1位である。通院しながらがん治療をする方が増えており、がんと共に生きる時代である。在宅においてのがん治療の患者は、抗がん剤等の影響により、体重減少、食欲不振、味覚異常、貧血などの栄養障害に陥ると回復が困難となる。よって、早期の栄養介入が重要である。しかし、コロナ禍において、在宅への訪問栄養指導が困難な状況となった。そこで、対面だけでなく、電話・テレビ電話を加えたICTを活用して管理栄養士による食支援を行ったモデルケースの1症例を報告する。

【症例】A氏 74歳 女性 独居 胃癌 (Stage III a) 現在抗がん剤治療中 初回対面栄養指導、体重・食事摂取量などの栄養アセスメントを行う。2・3回目テレビ電話栄養指導、抗がん剤開始の1週間後に食欲不振、口内炎、喉の痛み、指先の皮膚がむける、脱毛等の副作用みられ、身体状況に応じた栄養状態の維持と改善のための食事指導、献立の提案、栄養補助食品の提案を行う。4回目電話栄養指導、体重・食事量等の確認と不安の解消を行う。

【考察】初めはオンラインに慣れず、緊張や不安を感じることもあった。ICTを活用したことで、短期間で栄養指導の頻度が増えこまめに食事量の確認と栄養状態の把握ができた。在宅での管理栄養士は、安心して生活をするために食事や栄養面での食支援が重要である。ICTの活用により手軽に栄養指導を受けることができ、早期介入でQOL維持向上に繋がると考える。食支援をする上で、「食べることは生きる事」に加え「食べる喜び」にも繋げていきたい。更なるQOL向上には、幅広い知識や高い専門性を持つ多職種連携が必要である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 26 栄養士の実践

DP10-2-6

終末期在宅療養者の食支援介入効果についての検討

藤村 真依^{1,2} フジムラ マイ
 前田 佳予子² マエダ カヨコ
 井村 龍磨¹ イムラ タツマ
 濱田 歩美¹ ハマダ アユミ
 山崎 千秋¹ ヤマサキ チアキ
 森岡 恵美¹ モリオカ メグミ

¹医療法人悠明会 在宅医療センター悠 在宅医療センター悠

²武庫川女子大学大学院 食物栄養科学研究科

【目的】日本の高齢化率の上昇に伴い、今後益々増加する終末期在宅療養者に対し、最期まで口から食べることを支援する管理栄養士の、食支援介入効果の有無についての検討することを目的とした。

【方法】2019年1月～2022年5月末までの期間において、N県内の在宅訪問栄養食事指導実施事業所において医師が終末期であると判断し、かつ管理栄養士が調査期間内に1回以上在宅訪問栄養食事指導にて食支援を行った療養者を対象とした。経口摂取栄養量（介入時・介入3回目時点・最終介入時）、栄養補助食品・摂食嚥下調整食分類、MNA - SF、支援内容について調査を行った。また、比較検討においては、管理栄養士介入日からご逝去日までの期間を〔中央値〕120.0日で2群に分けて行った。以降、管理栄養士介入日からご逝去日までの期間120日以上を「A群」、120日未満を「B群」と称す。

【結果】対象の終末期療養者は男性12人、女性17人の計29人、平均年齢 86.0 ± 10.0 歳であった。2群間において、Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA - SF) について有意な差が認められ ($p < 0.05$)、介護度、認知症高齢者日常生活自立度、BMI、嚥下調整食分類に有意な差は認めなかった。A群は管理栄養士介入3回目・最終介入時いずれの経口摂取栄養量はB群より有意に高かった ($p \leq 0.01$)。

支援内容は、「調理支援」「栄養補助食品の紹介」が多かったが、2群間で有意な差は認められなかった。

【考察】終末期と判断された早い時点で、管理栄養士が介入を行い、少しでも摂取栄養量をアップしておくことは、その後の経口摂取量の維持につながる事が示唆され、療養者の体力やquality of life (QOL) の維持につながると考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 26 栄養士の実践

DP10-2-7

居住系施設における終末期療養者の食支援介入効果についての検討

濱田 歩美¹ ハマダ アユミ
 前田 佳予子² マエダ カヨコ
 井村 龍磨¹ イムラ タツマ
 藤村 真依^{1,2} フジムラ マイ
 山崎 千秋¹ ヤマサキ チアキ
 森岡 恵美¹ モリオカ メグミ
 中井 由加里¹ ナカイ ユカリ

¹ 医療法人 在宅医療センター悠

² 武庫川女子大学大学院 食物栄養科学研究科

【目的】管理栄養士における居宅療養管理指導は、在宅療養者を対象としており、管理栄養士が配置されていない居住系施設での食支援も重要な役割と考える。居住系施設で最期まで生活する療養者は、今後益々増加すると考えられ、最期まで口から食べることを支援する管理栄養士として、療養者の特性と支援内容の調査から、介入効果についての検討を目的とした。

【方法】2019年1月～2022年5月末までの期間において、医師が終末期であると判断し、かつ管理栄養士が調査期間内に1回以上在宅訪問栄養食事指導にて食支援を行った療養者を対象とした。基本情報、経口摂取栄養量、嚥下調整食分類・栄養補助食品の使用有無、食支援内容について調査を行った。比較検討においては、在宅療養者群と居住系施設療養者群に分けて行った。以降、在宅療養者群を「A群」、居住系施設療養者を「B群」と称する。

【結果】対象の終末期在宅療養者はA群29人(86.0±10.0歳) B群27人(87.5±7.8歳)の計56人であった。B群は介護度、認知症高齢者日常生活自立度においてA群より重度であった($p < 0.05$)。また、食支援において、嚥下調整食学会分類コード2-2までの食形態調整が必要な療養者はB群が多かった。

支援内容については、「栄養必要量評価」「食事介助」に有意な差が認められた($P < 0.01$)。栄養必要量評価については、終末期の療養者にとって無理のない食事量の設定に対する内容が多かった。また、B群において、より最期の時期まで管理栄養士が関わっている傾向がみられた。

【考察】居住系施設では、介護度、認知度が重度で、それに伴った摂食嚥下機能の低下が見られた。また、最期の時期を居住系施設で過ごす者が多かった。今後、安全、安楽に食事摂取をし、在宅や居住系施設で終末期を迎えるためには、管理栄養士の介入が必要不可欠であると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 26 栄養士の実践

DP10-2-8

～ 訪問栄養士が行う地域連携 在宅で行う栄養情報提供書の利用について ～

井上 朗 イノウエ アキラ
東大和ホームケアクリニック

【はじめに】 地域包括ケアシステムにおいて栄養管理は課題であるが、2020年度より栄養情報提供加算が新設され、施設間での栄養情報の共有の重要性は認識されている。しかしその目的はあくまで医療機関や介護施設などの入院・入所施設からの情報発信であり住み慣れた在宅からの情報提供は想定されていない。当院で行っていた栄養ケアの経過について栄養情報提供を行った事例について報告する。

【活動】

① 認知症のある心不全の高齢男性

心不全で通院困難になり訪問診療へ切替え。食事の拘りが強く、塩分摂取量多く、浮腫も顕著にみられていたが訪問を継続するうちに体調も安定され施設入所となり栄養情報提供書を作成。

② 脳梗塞後に胃瘻造設し体重増加をきたした女性

胃瘻造設後1200kcalで管理されていたが、体重・腹囲の増加があり、減量を目的に栄養士が介入。経管栄養の量を調整中に施設入所となり栄養情報提供書を作成。

訪問した事例で施設入所による終了は14件あり、その内介護保険施設への入所が5件、サ高住等への入所は2件、入院後施設入所が7件であった。提供書を作成できたのは管理栄養士の訪問を継続し、直接施設へ入所した2例であった。

【考察】 病状が終末期であっても自宅で過ごせる例はあるが、施設入所となると療養環境が大きく変化する。食事内容も自宅から集団給食へと変化することで食環境が変化し、体調変化を起こす危険因子ある。安定しケアの実施には切れ目のない栄養ケアが重要であり、栄養情報提供書は施設間で情報を共有する重要なツールである。しかし、栄養情報提供加算を算定できるのは医療機関で入院栄養食事指導を実施した場合のみであり、在宅で作成しても収益にはならず作成の機会は少ないと考えられる。しかし、普段の状態を見ることができる在宅診療の場から栄養情報提供書を作成するのは栄養ケアを切れ目なく継続するためにも必要な方法であると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 26 栄養士の実践

DP10-2-9

訪問栄養食事指導と栄養ケアステーションを組み合わせ、地域の多職種・多法人と連携したHybridな栄養指導～クリニックの5人の管理栄養士奮闘記!～

齋藤 瑠衣子 ¹	サイトウ ルイコ
谷合 久憲 ¹	タニアイ ヒサノリ
佐々木 由美 ¹	ササキ ユミ
佐藤 紫野 ¹	サトウ シノ
大場 未来 ¹	オオバ ミク
岡部 留美 ²	オカベ ルミ
藤沢 武秀 ³	フジサワ タケヒデ
八鍬 紘治 ⁴	ヤクワ コウジ
市村 淳 ⁴	イチムラ アツシ
長堀 孝子 ⁵	ナガホリ タカコ

¹ たにあい糖尿病・在宅クリニック

² 第一病院訪問看護ステーション

³ ごてんまり訪問看護ステーション

⁴ 日本調剤 本荘北薬局

⁵ SOMPO ケア 由利本荘

【はじめに】令和4年12月28日付の第8次医療計画等に関する意見のとりまとめでは「在宅療養患者の状態に応じた、栄養管理を充実させるためには、栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要である。」とされている。当クリニックでは5名の管理栄養士配置、訪問栄養指導や栄養ケア・ステーションの運営、事務職を兼務することで医師や看護師の働き方改革にも寄与している。

【活動】医療保険ではがん、心血管疾患、糖尿病、さらには精神疾患に対する栄養指導、行政栄養士や保健師とICTで協働しCKDの透析導入予防に力を入れている。また栄養ケア・ステーションでは医療保険外で生活習慣病予防や肥満等への栄養及び運動指導、最近では日本臨床栄養代謝学会の指針を参考にCOVID-19感染者や施設クラスターに対してNST介入も行っている。そして訪問栄養指導としては、地域の訪問看護や訪問リハビリ、訪問薬剤等、多法人・多職種のコメディカルとICTを利用することでReal timeかつSeamlessに情報共有することで摂食・嚥下障害患者に対し、栄養管理だけでなく、MWSTやFT等の摂食・嚥下スクリーニング、食形態の提案や介護者への調理指導等、側面から支援している。また往診車を運転し医師と同行訪問することで、食支援だけでなく、事務職として医師や看護師のカルテ準備や主治医意見書作成補助、また診療所の生産性向上の為、DXにも携わっている。さらには地域では子供食堂等の活動も開始している。

【考察】5名の栄養士が栄養指導だけでなく、院内外の医師やコメディカルの連携のハブとなることで、在宅患者療養の質の向上や、その家族への技術提供や精神的な支援に寄与すると考えられる。またICTを利用した業務の効率化や連携体制を構築することで、院内外の連携強化や生産性向上、働き方改革の一助になると推測される。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 26 栄養士の実践

DP10-2-10

新規訪問患者全員を管理栄養士の居宅療養管理指導の対象とした取り組みによる好事例

彦坂 陽子¹ ヒコサカ ヨウコ大島 隆¹ オオシマ タカシ家村 朋美¹ イエムラ トモミ瀧 真奈美¹ タキ マナミ長濱 久美¹ ナガハマ クミ¹ メディケアクリニック石神井公園 在宅支援チーム² 医療法人社団莉生会 メディケアクリニック石神井公園 在宅支援チーム

【はじめに】当院では、令和3年9月の新規訪問患者に対してカルテ内疾患名を調査したところ、厚生労働省が定める特別食対象疾患名を持つ患者が100%だった。このように食事に配慮が必要な患者が多いものの、同月の管理栄養士の介入割合は全患者の2.5%と低かった。そこで「新規訪問診療患者全員を、管理栄養士の居宅療養管理指導の対象とする」システムを作り実践した。本発表では、その概要と好事例に焦点を当てて報告する。

【活動】取り組みを始めるにあたり、訪問管理栄養士の研修に経営陣と参加し、全患者に栄養介入することの有効性について共通認識を持った。次に、月一回開催している栄養ミーティングで、他職種に訪問栄養指導の理解を深めてもらうために具体的な活動内容を伝えた。

更に、看護師と医療事務職が毎朝行っている新規患者についてのカンファレンスに管理栄養士も参加を開始、診療情報や生活背景を把握し介入の必要性について検討した。事情が許す全員に初回診療後なるべく早く訪問し栄養アセスメントと、食事の困りごとの聞き取りを行った。

取り組み開始前の訪問件数は平均20件/月。取組み開始後、3か月間で、ひと月あたり平均11件/月増加し令和4年4月は43件となった。新規訪問患者のうち3割は訪問ができなかったが、7割は継続訪問につながった。

これにより取組み前には出来なかった在宅移行時早期介入件数が増え、好事例につながった。

【考察】管理栄養士の訪問件数増加には、経営陣の協力、他職種の理解や連携強化が重要であった。栄養状態と、患者や家族の食に対する不安や悩み事を早期に把握し、医師や看護師と共有しながら、サポートしていく流れができた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 27 摂食嚥下、歯科、フレイル他 DP10-3-1

絶食・胃瘻栄養状態からの経口摂取再開まで在宅食支援チームで介入できた一例

村岡 繭子 ムラオカ マユコ
榎本 美紀 エノモト ミキ
瀬藤 琴音 セトウ コトネ
福本 和彦 フクモト カズヒコ
医療法人社団福在会 磐田在宅医療クリニック 訪問診療部

【はじめに】当院は2016年4月に開院した在宅療養支援診療所であり、嚥下内視鏡(VE)を居宅で行える環境を整えている。今回は前医で絶食・胃瘻栄養となった症例に在宅食支援チームが関わり、経口摂取まで安全に取り組みえた症例を経験したので報告する。

【症例】87歳 女性 食道通過障害 嚥下障害。X年頃から首下がりが出現し、嚥下障害が進む。X+1年4月に喉が詰まると訴え、前医受診。胸部CT検査にて食道内残渣貯留。精査でも通過障害の原因は不明、嚥下機能の改善が見込めず胃瘻造設し同年6月に退院、サービス付き高齢者住宅に入所となり当院介入となった。入所後も「どうしても口から食べたい」という思いが強く、在宅VE施行。兵頭スコア5点、RSST5回。咽頭早期流入が目立ち、口腔内に食物を取り込むと、直後に咽頭へ到達し丸呑みの状態であった。咽頭の感覚は良好、喉頭侵入や誤嚥は無い状態であった。少量のお楽しみレベルの経口摂取であれば再開可能と判定、9月よりSTによる訪問リハビリテーション開始となる。本症例は、咽頭期が比較的保たれていることが示唆されたが、長期間の絶飲食による嚥下機能の低下、オラルフレイルによる口腔期障害も問題であると考え、口腔内の保清、口腔機能トレーニングや舌骨上筋群等にアプローチした。11月より嚥下直接訓練を開始、翌年4月に在宅VEで再評価を行い、兵頭スコア3点、RSST7回。その後食道期の再評価のため、前医へ嚥下造影検査(VF)を依頼、とろみ無し座位での経口摂取が可能、と判定された。その結果を受け、症例の生活を踏まえ安全に楽しみとしての経口摂取ができる条件を検討し、サービス付き高齢者住宅、デイサービスへ情報提供と指導を行った。その結果、デイサービスでの経口摂取が開始となり、現在も支援を継続している。

【考察】当院では在宅食支援チームをつくり「どうしても食べたい」症例にも積極的に支援している。これまで当院で実施した在宅VE44例の集計とともに本症例を通じて学んだことをお伝えしたい。引き続き食支援チームにおけるSTの役割について考えていく。

利益相反：無

DP10-3-2

嚥下機能障害の原因として食道病変が認められた3症例

吉本 明子¹ ヨシモト アキコ田中 宏和¹ タナカ ヒロカズ弓野 大² ユミノ ダイ¹ゆみのハートクリニック 在宅診療部²医療法人社団 ゆみの 循環器内科

【はじめに】在宅療養中の高齢者が嚥下機能の低下により誤嚥性肺炎を起こすことはしばしば経験する。多くは嚥下障害の先行期～咽頭期に障害があり、食形態、食事介助の指導を行うが、今回誤嚥性肺炎の原因として食道病変が認められた3症例を経験した。食道期の嚥下障害は、器質的疾患を背景とするものが多く、評価の重要性を改めて感じたため報告する。

【症例】

(1例目) 97歳の男性、老衰の経過にあったが、認知機能低下はなく嚥下障害の既往はなかった。誤嚥性肺炎を疑う発熱を認め、抗生剤治療と食形態、介助方法の指導を行ったが、微熱や食後の痰の増加が持続し精査のため医療機関を受診したところ末期の食道がんによる食道狭窄病変を指摘された。

(2例目) 57歳の男性、食道アカラシアによる食道狭窄で液体流動食のみ摂取していた。嘔吐による誤嚥性肺炎を繰り返すようになり、内視鏡検査にて食道狭窄の進行を認め、胃瘻造設を勧められた。

(3例目) 94歳女性、食べ物がつかえるという訴えがあり、嘔吐も見られたため、医療機関受診。亀背、高度の食道裂孔ヘルニアによる食物の停滞が原因と診断された。

【考察】症例1では嘔吐や食道つかえ感などの消化器症状を伴わず、主訴は食後の咳嗽と痰の増加のみで問診からは嚥下障害の鑑別が難しく、診断には胸部CT、上部消化管内視鏡が有用であった。一般的に高齢で外科切除が困難であっても、放射線治療や食道ステントの適応、胃瘻などの代替栄養療法により誤嚥リスクを軽減できる可能性がある。症例1ではいずれも適応とならなかったが、診断がついたことで予後予測にもとづき、無理な経口摂取を避け、補液を併用しながら、自宅で最後まで穏やかに過ごす選択ができた。嚥下障害の原因の検索の重要性について改めて感じた症例であった。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 27 摂食嚥下、歯科、フレイル他

DP10-3-3

訪問診療利用者に対する嚥下内視鏡検査 ～肺炎予防、食べたいを叶える食支援の観点から～

木村 翔一 ^{1,4}	キムラ ショウイチ
内田 直樹 ¹	ウチダ ナオキ
松本 ちさえ ^{1,2}	マツモト チサエ
本多 飛将 ¹	ホンダ ヒシヨウ
浦島 創 ^{1,3}	ウラシマ ハジメ
坂田 俊文 ⁴	サカタ トシフミ

¹ 医療法人すずらん会たろうクリニック 在宅部門

² 医療法人貝塚病院 栄養科

³ 医療法人すずらん会たろうクリニック葛西 在宅部門

⁴ 福岡大学医学部 耳鼻咽喉科学教室

【背景】 訪問診療利用者の well-being を考える上で"食支援"は重要なテーマの一つである。当院では2019年より耳鼻咽喉科医による嚥下評価（主に嚥下内視鏡検査=VE）を行っている。また、2020年より、訪問栄養士の介入も開始している。肺炎予防の観点から嚥下診療を進めると、食形態の制限などが進む。利用者の「食べないことによる苦痛」を置き去りにしない診療が求められている。

【活動】 訪問診療利用者の在宅食支援における耳鼻咽喉科医と栄養士が連携の活動を開始しており、栄養指導による患者及び家族の満足度の上昇を感じている。

【考察】 肺炎予防を重要視した場合、VEをすることにより必ずしも本人が希望する水分形態・食形態を推奨できるとは限らない。誤嚥リスクを減らした上で本人の"食べたい"をいかに支えられるかが、訪問診療利用者における食支援では求められている。当院fでは嚥下評価をするだけでなく、本人の希望する食事と推奨される食形態に応じた栄養指導の介入を心がけている。発表では今回の結果に対する分析に加え、耳鼻咽喉科医と栄養士の連携についても言及する。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 27 摂食嚥下、歯科、フレイル他

DP10-3-4

介護食を工夫し認知症患者の栄養改善を試みている症例

大久保 明 オオクボ アキラ

大久保歯科医院 歯科

【はじめに】認知症患者は食思の低下、嚥下惹起の遅延などにより摂食嚥下障害に陥りやすい。演者は今回在宅で関わっているアルツハイマー型認知症患者に対し、介護食を調理工夫し患者の栄養・嚥下動態の改善を試みたのでその活動を報告する。

【症例】患者は86歳女性、アルツハイマー型認知症患者で、近隣の訪問診療医より嚥下機能評価等を目的に紹介され介入開始した。嚥下内視鏡検査を実施したところ常食は喉頭蓋に停留し嚥下惹起が起きず、誤嚥のリスクがあった。とろみとの交互嚥下で徐々にクリアになる様子が観察されたが、いかなる食形態でも咽頭残留の様子が観察された。介護者より焼き鳥を好んで食べていたお話を聴き、近隣の食品製造企業の施設向け介護食にある鶏肉と長ネギを用いた焼き鳥作製の着想に至った。タレの塗布、串に刺す、炙るといった工程は元々規定されている食品性状を変化させるものであるが、今回の症例ではいかなる食形態でも咽頭残留の様子が観察され、形態の変化による誤嚥リスクは懸念されるが食思の改善による栄養・嚥下動態の改善が期待され、安全性の範囲内と判断したことから実施に至った。調理した食材を用いた嚥下内視鏡検査では、若干の嚥下惹起の改善がみられた。その後継続実施して頂いているご家族様に伺うと、食思の改善もあったと判断できた。今回用いた食材は施設向けであったことから在宅にて継続実施は困難であったが、卸業者に依頼し自院に食材を卸してもらえる体制を整えることにより、自院から直接在宅患者へ用いることのできるシステムを構築できた。

【考察】介護食は日々ご家族様や調理師・栄養士様が患者様のために愛を以て作られているものであり、それを否定するものではないが、外観が食思に訴える側面も否定できない。今後も在宅患者・家族の意見を良く聞き、患者の求める食の在り方を模索していきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 27 摂食嚥下、歯科、フレイル他 DP10-3-5

在宅での食支援と療養生活継続に影響を与える因子の検討

古屋 裕康	フルヤ ヒロヤス
菊谷 武	キクタニ タケシ
高橋 賢晃	タカハシ ノリアキ
戸原 雄	トハラ タカシ
仲澤 裕次郎	ナカザワ ユウジロウ
田中 公美	タナカ クミ
宮下 大志	ミヤシタ タイシ
市川 陽子	イチカワ ヨウコ
田村 文誉	タムラ フミヨ

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック 口腔リハビリテーション科

【目的】 摂食嚥下障害患者において、経口摂取を維持することは、在宅療養の条件になる。本研究では、在宅での食支援と療養生活継続に影響を与える因子の検討を行った。

【方法】 対象は2018年7月～2020年3月に、当クリニックで訪問した65歳以上の嚥下障害を有する在宅療養高齢者348名のうち、継続診療の希望なし (75名)、がん終末期 (36名)、期間中の施設入所 (14名)、欠損データ (13名) を除いた210名 (平均年齢 81.4 ± 9.5 歳) とした。基礎情報 (居住形態、Barthel Index、BMI、チャールソン併存疾患指数、嚥下障害の原疾患、肺炎既往、意識状態、嚥下機能) と摂食状況 (Functional Oral Intake Scale) を評価し、食支援を開始した。在宅死亡と入院を予後不良群として、1年後、2年後の時点での予後と各項目との関連性をコックス比例ハザード解析にて検討した。

【結果】 対象者のうち1年後の予後不良群は56名 (26.7%)、2年後の予後不良群は148名 (70.5%) であった。1年後予後の有意な関連因子は、性別 (女性、ハザード比 [HR]: 2.5, 95%信頼区間 [CI]: 1.09-3.7) と期間中の肺炎発症 (HR: 2.96, CI: 1.51- 5.81)、2年後予後の有意な関連因子は年齢 (HR: 1.03, CI: 1.01-1.05)、性別 (女性, HR: 2.96, CI: 1.13- 2.26)、期間中の肺炎発症 (HR: 1.6, CI: 1.08- 2.44)、摂食状況の維持・悪化 (HR: 3.2, 1.89- 5.74) であった。

【考察】

嚥下障害を有する在宅療養者において肺炎発症やそれに伴う入院により体重減少、筋力低下、免疫力低下を引き起こし生命予後に影響していると考えられる。また、摂食状況改善により体重維持や増加に繋がり、長期的な在宅療養継続性に寄与している可能性が考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 27 摂食嚥下、歯科、フレイル他 DP10-3-6

在宅療養者の「おかきが食べたい」に応える食支援 -口腔機能に着目して-

渡邊 賢礼¹ ワタナベ マサヒロ

山本 英世² ヤマモト エイセイ

弘中 祥司¹ ヒロナカ ショウジ

¹ 昭和大学 歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座口腔衛生学部門

² 医療法人はなまる はなまるクリニック

【はじめに】在宅療養者にとって口から食べることは最大の楽しみの一つであるが、摂食嚥下障害を呈するとペースト食や液体へのとろみ付加など食形態の変更を余儀なくされる場合が多く、経口摂取が必ずしも楽しみとはなり得ない現状がある。今回、摂食嚥下機能低下を認め日常的に刻み食を摂取している在宅療養患者より米菓摂取の強い希望があり、摂取の可能性について口腔機能評価を参考に検討を行った一症例について報告する。

【症例】50歳代男性、筋萎縮性側索硬化症（ALS）でADLはベッド上全介助、気管切開や呼吸器の使用はない。嚥下機能評価および米菓摂取可否検討目的に内科主治医より紹介あり。嚥下内視鏡検査（VE）から現状摂取している刻み食・中間のとろみ付液体では少量の咽頭残留を認めるも明らかな誤嚥は認めなかった。種々の口腔機能検査結果から舌圧低下、咀嚼能力低下、舌口唇運動機能低下を認めるものの口腔内湿潤度および最大咬合力に異常は認めなかった。口腔機能検査を参考に少ない咀嚼回数で破断され、破断後に適度な付着性と凝集性を有する米菓であれば安全に摂取できると考え某製菓会社の物性研究論文を参考に摂取可能と思われる米菓を選定した。選定した米菓にて再度VEを実施し誤嚥なく少ない咀嚼回数でも安全に摂取できることが確認された。

【考察】摂食嚥下障害者の場合、食形態を下げるのが安全性を担保する上で重要であるが、口腔機能と食品特性・物性を適切にマッチングすれば摂食嚥下障害と診断されても特定の固形物は摂取できる可能性がある。在宅療養者にとって食形態が下げられ固形物摂取ができなくなることは大きなQOLの低下に繋がるため安全性には十分に配慮する必要があるが、口腔機能を十分に考慮した適切な摂食嚥下機能評価、食支援が望まれる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 27 摂食嚥下、歯科、フレイル他 DP10-3-7

訪問栄養食事指導の嚥下調整食における対象者の特徴と取り組みについての検討

熊谷 琴美¹ クマガイ コトミ
 渡邊 華帆¹ ワタナベ カホ
 小柳津 明奈¹ オヤイツ アキナ
 伊藤 勇貴² イトウ ユウキ
 岡田 希和子² オカダ キワコ

¹ 愛知学院大学 健康科学部健康栄養学科

² 名古屋学芸大学大学院 栄養科学研究科

【目的】 高齢化により在宅療養で嚥下食を対応するケースが増えている。本研究では、訪問栄養食事指導の嚥下調整食の対象者を調査することで、特徴と管理栄養士の取り組みについて検討を行った。

【方法】 対象は訪問栄養食事指導を実施した65名(男性31名、女性34名、平均年齢75.6±11.3歳)、非がん患者を対象とした。食事形態は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下食学会分類2013に基づき、嚥下食学会分類に該当する食事形態を「嚥下調整食」とし、該当しない場合は「常食・軟菜食」として分類した。解析項目は世帯状況、要介護度、サービスの使用状況、医療処置、血液検査、栄養食事指導内容とした。統計解析はMann-WhitneyのU検定、 χ^2 二乗検定を用いて評価を行った。

【結果】 対象者の属性は、世帯状況は独居が10名(15.4%)、同居は55名(84.6%)であった。介護度は要支援が6名(9.2%)、要介護度が56名(86.2%)、介護申請なしが3名(4.6%)、嚥下調整食は31名(47.7%)、常食・軟菜食は34名(52.3%)であった。2群の比較は、世帯状況で嚥下調整食は常食・軟菜食より同居世帯が有意に多かった(P=0.010)。要介護度で嚥下調整食は常食・軟菜食より要介護の割合が有意に多かった(P=0.012)。サービスの使用状況では、嚥下調整食は訪問看護の利用が常食・軟菜食より有意に高かった(P=0.014)。

【考察】 本研究の嚥下調整食の対象者は、対象者全員が要介護であり、同居世帯が多く介護者への栄養食事指導が必要であった。多職種との連携においては訪問看護が多かった。今後、高齢化に伴い摂食・嚥下障害患者が増える中、病院退院後、介護者が専門的な食事の準備を用意するニーズが求められる。介護者に対して専門性の高い食支援とそれを支える多職種との連携の在り方が問われると示唆された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 27 摂食嚥下、歯科、フレイル他

DP10-3-8

経口摂取が困難な認知症利用者へ可能な限り「口から食べる」ことを支援する～看護小規模多機能型居宅介護（以下看多機）での他職種の取り組み～

渡邊 つかさ ワタナベ ツカサ
 河野 政子 コウノ マサコ
 永澤 嘉代子 ナガサワ カヨコ
 溝淵 みくり ミゾブチ ミクリ
 まちのナースステーション八千代 リハビリテーション

【はじめに】人間にとって食べることは単なる栄養摂取ではなく、生きる楽しみやコミュニケーション、その人らしさを象徴するものである。高齢化が加速する中、口から食べることが困難になり人工的な栄養療法のみで生活を余儀なくされている人が多く存在している。しかし、可能な限り形状を変化させながらも食べ味わうことは毎日を豊かにすることだと考える。今回、病気の進行とともに嚥下困難となりながらも、口から食べることを継続している症例について報告する。

【活動】事例：80歳代男性。次女と2人暮らし。主たる疾患名はレビー小体型認知症、嚥下困難症。201X年腸捻転術後自宅療養となる。201X+1年転倒が多くレビー小体認知症と診断される。201X+2年誤嚥性肺炎で入院を繰り返し、経口摂取困難で自宅療養を希望されたため、CVポートが造設され中心静脈栄養となり201X+3年退院し、その時から当看多機を利用している。長期入院のため廃用が強くコミュニケーションは取りづらいが、家族と看多機の多職種での関わりで覚醒度は上昇し、経口摂取は少量可能となった。中心静脈栄養が長期になったため201X+4年1月胃瘻造設となるが、徐々に全身の拘縮が強くなり経口摂取が困難になっていった。その時から、次女と相談し本人が好きだったお酒をゼリーにして看多機利用時に作成し、経口摂取して楽しむようになった。覚醒のムラにより食べられない日もあるが普通のゼリーの時に比べ口唇閉鎖も舌の動きも嚥下状態も良好であり、この2年明らかな肺炎症状は見られていない。次女も「自分が選んだお酒をゼリーにしてくれて食べる事で長期介護の励みになる」と言われている。

【考察】経口摂取が困難になった時、その人の好きなものを家族と一緒に考え、できるだけ口から食べる楽しみを見つけていくことは本人のQOLの向上とともにケアの質の向上、家族ケアにつながると考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 27 摂食嚥下、歯科、フレイル他 DP10-3-9

リハビリテーション病院への訪問診療により顎義歯を製作した一例

萩野 礼子 ハギノ アヤコ
春木 佳代 ハルキ カヨ
おはぎ在宅デンタルクリニック 訪問歯科

【はじめに】 頭頸部腫瘍患者の生存率の向上により、顎欠損を伴う患者の平均年齢は上昇の傾向にある。また、脳卒中や糖尿病や高血圧など全身疾患を抱え、通院困難な患者も増加している。ところが新型コロナウイルス感染症拡大の影響で、適切なタイミングで適切な治療が行われていないケースも少なくない。今回、硬口蓋がんのため右上顎亜全摘を行ったのちに、新型コロナウイルスに罹患したため治療が中断し、上顎補綴物を入れないうまま、リハビリテーション病院に転院になった患者に対し、上顎顎義歯を製作したのでこれを報告する。

【症例】 91歳女性、半年前に右側硬口蓋がんに対し右上顎亜全摘が行われ、その直後、心不全急性増悪、さらにcovid-19に罹患したため、補綴治療が行われないうままリハビリテーション病院に転院となった。訪問診療にて顎義歯製作の依頼が当院にあったため、リハビリ病院の病室へ訪問し、上顎顎義歯を製作した。術後すぐリハビリ及び補綴治療が受けられなかったことで、開口障害や口唇の拘縮があったことや、無菌顎かつ術前も義歯をあまり使用していなかったため、義歯製作はかなり困難であった。しかしながら本人が顎義歯装着に前向きであり、リハビリにも協力的であったため、かなり頻回の調整を必要としたが、義歯安定剤を使用すれば、装着しての会話、食事も可能となった。また病院S Tとも連携し、食形態の調整や摂食嚥下リハビリテーションを行うこともできた。

【考察】 現在頭頸部がんの手術件数に対し、顎義歯製作件数は低く、顎補綴治療が必要な患者さんが適切な顎補綴治療を受けられる可能性はかなり低いと言わざるを得ない。特に通院困難患者であればなおさらである。その現状を踏まえ、頭頸部外科と顎補綴診療の連携を深めるためのシステム作りが喫緊の課題であると思われる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 27 摂食嚥下、歯科、フレイル他 DP10-3-10

在宅診療下における義歯使用に関連する因子の検討

菊谷 武¹ キクタニ タケシ
 古屋 裕康¹ フルヤ ヒロヤス
 戸原 雄¹ トハラ タカシ
 高橋 賢晃¹ タカハシ ノリアキ
 福井 智子² フクイ トモコ

¹ 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック 口腔リハビリテーション科

² 杉並区歯科保健医療センター 歯科

【目的】 在宅要介護高齢者においては、義歯を使用していない者も多く、咀嚼機能の低下の原因となる。本研究では、義歯の使用状況と関連する因子を明らかにすることを目的に行った。

【方法】 本調査は、在宅診療において2012年より2022年の間に天然歯の喪失により生じた咬合支持領域の不足を補うことを目的に義歯の新規製作および管理を行った233名に対して実施した。検討項目は、年齢、性別、ADL、認知機能、宮地の咬合三角、自宅介護者の有無であった。義歯の生存に関連する因子を Kaplan-Meier 法および χ^2 自乗検定によって検討した。

【結果】 義歯製作後6か月後までに追跡可能であった169名、1年後までの追跡可能であった対象者139名について検討した。上顎義歯においては、6か月、1年後共に認知機能の低い者、宮地の咬合三角において咬合支持数が保たれている第1エリア、第2エリアおよび歯数の欠損は少なく、咬合支持数の減少のみられる第3エリアの生存率が低かった。さらに、第3エリアの者においては、認知機能の低い者の生存率が低かった。下顎義歯においても、6か月後においては、第1エリア、第2エリアおよび第3エリアの生存率が低かった。さらに、第1、第2エリアの者においては、ADLの低い者の生存率が低かった。

【考察】 宮地の咬合三角は義歯の難易度を示す指標として知られているが、要介護高齢者においては、困難であるといわれる第3エリアだけでなく、平易とされる第1第2エリアの義歯の生存率が悪かった。さらに、第3エリアにとって認知機能が、第1第2エリアにとってADLが生存率を悪化させた。要介護高齢者では、認知機能の低下やADLの低下が、義歯咬合時の力の調整や義歯の着脱を困難にさせることが義歯の生存率に影響を与えたと考えられた。本結果は、要介護高齢者の義歯の適応に重要な指標となる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 27 摂食嚥下、歯科、フレイル他 DP10-3-11

在宅での経口摂取を開始した短腸症候群の一例

丸山 淳也 マルヤマ ジュンヤ
永津 有理 ナガツ ユリ
中安 一夫 ナカヤス カズオ
顎田病院 在宅医療センター

【はじめに】短腸症候群は何らかの理由で腸管を切除した患者に起きる病態で、残存した部位や長さに合わせた経腸栄養と、経静脈栄養を含む個別の栄養管理を要する。また、医学中央雑誌で「短腸症候群 and 在宅」と検索しても過去の報告は少ない。今回、在宅診療開始後に経口摂取開始した症例を経験したため、現在の栄養管理や経口摂取の状況を報告する。

【症例】80代女性

病歴：2022年1月に尿路感染症による敗血症性ショックでICU管理。非閉塞性腸管虚血を合併し入院6日目に広範小腸切除術（Treitz靭帯から70cmの空腸とBauhin弁から20cmの回腸が残存）を施行した。9日目にGFO開始するも、CTで骨盤内膿瘍を疑われ抗生剤開始したが改善せず、19日目にGFO中止。29日目にGFO再開するも再度発熱あり、酸素化低下、乏尿で再度ICU管理となった。多量の両側胸水があり右胸腔穿刺を施行、全身状態は改善した。末梢挿入型中心静脈カテーテルから栄養投与し130日目に退院、当院在宅診療開始した。

経過：

在宅診療開始時、経口摂取不可能と前医で判断された。過去の報告から経口摂取を検討できる時期と考えたが、摂取量は判断できなかった。入院中に使用したトロミ剤の炭水化物の含有量を確認し、腹部症状を見ながら経口摂取量を増量した。また、栄養士と相談し摂取できる食品を検討した。

【考察】短腸症候群は術後数か月後から栄養素等の吸収が改善する適応反応が見られるとされ、今回はこの時期にあたる術後4か月であった。

現在の経口摂取は粥やペースト食が中心で、経静脈栄養を含め総カロリー量は目標通りだが、蛋白質や脂質は少なめだった。

本症例は空腸回腸吻合（type3）・残存90cm（30cm以下がリスク）で、経静脈栄養離脱の可能性もある。今後は、血流感染や電解質異常等に注意しながら経口摂取量を増加する必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 27 摂食嚥下、歯科、フレイル他

DP10-3-12

在宅にて経静脈栄養・経腸栄養の併用にて栄養改善およびQOLの向上に至った胃・大腸全摘後の低栄養患者の一例

三輪 花蓮 ミワ カレン
若野 知恵 ワカノ チエ
山中 美緒 ヤマナカ ミオ
大阪府済生会吹田病院 栄養科

【はじめに】胃・大腸全摘術を施行され腸瘻を有する在宅高度低栄養患者に対して、管理栄養士が多職種と協働して栄養管理を行うことで栄養改善に至った症例を経験したため報告する。

【症例】66歳男性、身長169.5cm、体重35.2kg、BMI12.3。穿孔性腹膜炎のため大腸全摘術および回腸末端にストーマを造設後、胃がんに対し胃全摘術施行 (Roux-en-Y再建)、空腸瘻を造設し自宅退院となった。退院時は食欲不振により経口摂取が困難なことから腸瘻よりエンシユア・リキッド3缶/日を投与していたが、消化吸収障害により低栄養と脱水症を併発していた。投与栄養量:1048kcal、たんぱく質35.2g。血液生化学検査:Alb2.0 g/dl。身体計測値 AC:16.8cm、TSF:4mm、CC:22.5cm。MNA-SF:2点。GLIM低栄養基準:高度低栄養。

往診医の依頼にて栄養改善を目的に他院退院後19日目に訪問栄養食事指導を開始。経腸栄養剤の変更や注入速度、投与順序の調整を行うも、脱水補正及び栄養改善を見込めず、鎖骨下静脈へCVポートが造設されTPNを開始した。本人の思いを尊重しながら目標体重を設定。輸液量の調整や経口摂取に関する指導を行い、総摂取栄養量は2240kcal、たんぱく質92.2gへ増加。その後、多職種とカンファレンスを開催し腸瘻とTPNの併用による本人のストレス緩和を考慮した栄養メニューを提案。栄養量を維持しながらTPN休止の時間を週に24時間設け、その後50時間へ延長した。介入230日目に体重が52.6kg (BMI18.3) へ増加。AC23.9cm、TSF8.0mm、CC27.0cm、握力22kgと全身の骨格筋量の増大と筋力の改善を認め、Alb3.7g/dlと栄養改善に至った。また、TPNの休止時間を設けることで本人のストレスが軽減し前向きな発言が得られるようになった。

【考察】本事例を通して、管理栄養士が多職種と連携し全人的視点に基づき栄養計画・介入を行うことで栄養改善だけでなくQOLも向上したと考えられ、訪問栄養食事指導の有益性が示された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 28 がん在宅緩和治療 -1

DP11-1-1

訪問診療における、予後が1ヶ月未満であった末期がん患者の初診時の症状・採血結果の特徴 (記述研究)

布施田 泰之^{1,2} フセダ ヤスユキ

川良 健二² カワラ ケンジ

¹ありさ在宅クリニック上本郷 内科

²ありさ在宅クリニック松戸 内科

【目的】 本研究の目的は、訪問診療の初診日から1ヶ月以内に亡くなった末期がん患者とそれ以外の末期がん患者を比較し、その特徴を探ることである。

【方法】 2021年4月1日から2022年10月31日の期間に、2つのクリニックで訪問診療を開始した担がん患者の初診時の症状と採血データを後ろ向きに収集し、各患者の初診日からお看取りまでの期間が4週以内の患者とそれ以外の患者の2群に分け、2群間比較を行った。

【結果】 研究期間に36名の担がん患者が対象となり、そのうち9例が初診日から1ヶ月以内に亡くなった。研究対象集団の特徴としては、年齢の中央値78.5歳(四分位範囲 71.5-84歳)、男性が22例(61%)、遠隔転移ありが21例(58%)であった。初診日から1ヶ月以内に亡くなった群(9例)とそれ以外の群(27例)で比較したところ、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、遠隔転移の有無、白血球数、血小板数、Alb、T.bil、BUN、Cre、CRPに有意に差があった。しかし、年齢、性別、要介護状態等区分、経口摂取の程度、内服中の薬剤数、意識状態、自覚症状、Hb、AST、ALT、LDH、Na、Kには統計学的に有意な差は認められなかった。

【考察】 初診日から1ヶ月以内に亡くなった末期がん患者では、遠隔転移がある場合が多く、日常生活自立度が低く、白血球数・血小板数・Alb・T.bil・Cre・CRPなどの採血の特定の項目が悪かった。

在宅医療に特有の情報である要介護状態等区分には有意差がなかったが、申請から区分変更が入るまで1ヶ月程度要することから初診日の病状とは乖離したと考えられる。

今回の研究から、在宅医療のセッティングで予後を考える際に特に注意を払うべき項目が明らかになった。本研究では症例数が少なく統計解析ができなかったため、今後さらなる症例の蓄積を要する。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 28 がん在宅緩和治療 -1

DP11-1-2

在宅医療介入開始後に積極的抗がん治療を再導入した3症例

平本 秀二 ¹	ヒラモト シュウジ
大屋 清文 ¹	オオヤ キヨフミ
佐藤 秀人 ¹	サトウ ヒデト
横山 元 ¹	ヨコヤマ ゲン
徳谷 理恵 ¹	トクタニ リエ
谷山 朋彦 ²	タニヤマ トモヒコ
堀 哲雄 ²	ホリ テツオ
菊池 綾子 ²	キクチ アヤコ
吉岡 亮 ²	ヨシオカ アキラ

¹ピースホームケアクリニック 腫瘍内科・緩和ケア内科

²三菱京都病院 腫瘍内科

【はじめに】在宅支援診療所において積極的抗がん治療を治療専門施設で終了を宣告された後に看取り目的で紹介されるケースは多い。積極的抗がん治療終了の決断は治療医師、患者ともに非常に難しい意思決定であり正解はない。平本らの報告によるとPS低下と炎症反応高値は終末期抗がん治療の予後不良因子であるが、実地においては本人の希望や社会的状況なども含めて総合的に判断される。しかしながら治療施設において治療医と患者・家族の意思決定により積極的抗がん治療の終了が決定され看取り目的に在宅医療介入開始後でも積極的抗がん治療の再導入についての報告はほとんどない。我々は在宅医療介入開始後に積極的抗がん治療を再導入した3症例を経験したので報告する。

【症例】82歳女性、胆嚢癌。前治療施設より紹介、積極的抗がん治療は無効と判断されていたが他腫瘍内科専門施設に紹介しS1を開始、SD判定にて同治療を継続している。77歳男性、盲腸癌術後再発。前治療施設より癌性腹水貯留で余命も少ないと判断され紹介。腹水穿刺を繰り返し行い、PS向上あり、本人より積極的抗がん治療希望あり前治療施設に再紹介、レゴラフェブを開始し経過観察中。69歳男性、肝癌。前施設より紹介、積極的抗がん治療は終了していたが肝生検などの病理学的診断はされず、終末期として紹介。腫瘍内科専門施設に紹介し、肝生検の結果胆管細胞癌と診断されジェムシタピンを開始されたが、1コース時でPS低下あり緩和ケア病棟に入所後死亡。

【考察】本症例のように不適切な意思決定後や終末期と判断されたとしても積極的抗がん治療の適応があるケースはあり、このようなケースにつき考察を加えて報告する。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 28 がん在宅緩和治療 -1

DP11-1-3

乳がん皮膚潰瘍の出血、臭気への対応～試行錯誤しながら症状をコントロールし看取りに至った一例～

石川 美緒 イシカワ ミオ
金山 勇吾 カナヤマ ユウゴ
石川 貴子 イシカワ タカコ
北川 泰久 キタガワ ヤスヒサ
北川クリニック 医局

【はじめに】乳がん皮膚潰瘍による出血、臭気対策の在宅医療現場でのプロトコルはなく、各現場で試行錯誤している現状である。今回、病変の増大、潰瘍形成とともに出血、臭気が増悪した患者に対して、アルギン酸塩ドレッシング、エピネフリン含有親水クリーム、メトロニダゾールゲルにて処置を行うことで症状をコントロールし、最期は施設で看取ることができたため報告する。

【症例】訪問診療中の85歳女性。アルツハイマー型認知症（重度）、ADLベッド上。20XX年8月右乳房C領域に5cm大の腫瘤を蝕知、乳がんが疑われるが、年齢や認知症、ADLを考えると手術困難であり、経過観察とした。20XX+2年8月より潰瘍形成に伴い悪臭発生。メトロニダゾールゲル塗布で臭気軽減。しかしその後、潰瘍辺縁部より出血。9月中旬に多量出血の報告あり、アルギン酸塩ドレッシング処置を施行。止血できたが、悪臭の問題が再燃。出血、臭気両方の対策を模索した結果、ガーゼ全体にエピネフリン含有親水クリームを分厚く塗布し、その上からメトロニダゾールゲルを重ねて塗布、そのガーゼで病変を覆った。その後、臭気は軽減し、少量の出血がみられることもあったが、許容範囲であった。徐々に活気がなくなり、経口摂取減少、10月末に逝去された。

【考察】

がん性皮膚潰瘍の局所ケアは、出血、臭気のコントロールが求められる。アルギン酸塩ドレッシングは、止血への効果は高いが、臭気の問題を解決できなかった。また、使用が保険適応上原則3週間という制限もある。止血対策としてのエピネフリン含有親水クリームに、臭気対策としてメトロニダゾールゲルを併用したところ症状コントロールが得られた。処置は簡便であり、流水での除去も容易であった。

乳がん皮膚潰瘍の処置については文献が少なく、現場で試行錯誤しながら対応している現状である。在宅医療現場でのプロトコルの作成が望まれる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 28 がん在宅緩和治療 -1

DP11-1-4

5デアザフラビン (TND1128) の投与により、肝臓がんターミナル患者 QOL が著名に改善した一例

乾 雅人 イヌイ マサト
銀座アイグラッドクリニック 院長

【はじめに】ターミナルケア患者は、原疾患の他にも多くの老年症候群を併発しており、この治療により患者 QOL の改善が可能となる。ミトコンドリア活性が NMN (ニコチンアミドモノヌクレオチド) の数十倍強力な 5デアザフラビン (TND1128) の投与で、ミトコンドリア機能不全を伴う老年症候群を治療すべく、当院で観察研究を行っている。一般社団法人日本臨床研究安全評価機構 (厚生労働省登録 IRB:18000005) 2022 年度第 1 回および第 6 回倫理審査委員会にて承認済み

【症例】70 歳代女性。50 歳時、偶発的に腹部 CT で肝腫瘤影を指摘。緩徐な増大傾向を認め、70 歳代に経皮的肝生検で肝細胞がんの診断。肝硬変を合併し、全身状態を理由に積極的な治療を希望せず。4 年前、抗がん剤治療を開始するも倦怠感を理由に中断。以降は門脈圧亢進症、全身性浮腫、腎不全、心不全などの合併症に対する加療目的に入院継続。1 年前、ターミナルケアの方針となり在宅医療に移行。腎細胞のミトコンドリア機能低下に対し、診断的治療として 5デアザフラビン (TND1128) (100mg) 1C1X 朝の処方を開始。内服 1 ヶ月で eGFR 30ml/分が 100ml/分まで改善した。利尿剤の追加投与が可能となり、全身性浮腫、心不全、呼吸不全の改善に繋がった。また、皮膚の細胞の代謝も促進し、肌の印象も改善。化粧を楽しむ等、精神的充足も得られ QOL の向上に繋がった。

【考察】老化に伴うミトコンドリア活性の低下は、ターミナルケア最中の殆どの患者に生じている可能性が高い。5デアザフラビン (TND1128) の投与によるミトコンドリア機能の改善は、ATP 生成を通じて各臓器の機能改善、老年症候群の改善に繋がる可能性がある。ターミナルケア現場の常識が一変する可能性すらあると考える。

利益相反：有

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 28 がん在宅緩和治療 -1

DP11-1-5

病気の母親の元で最後まで過ごしたいという、癌末期の娘の願いを医師が家族に伝え、在宅で看取った一例

渡邊 淳子 ワタナベ ジュンコ
わたクリニック 医局

【はじめに】 癌末期の患者さんが、家で過ごすためにはご家族の協力が必要になる。今回母親と娘が同時期に癌ターミナルになり、母親に迷惑をかけたくないという思いで、娘はホスピスに行くと言っていたが、病状進行してきた時に、ホスピスという言葉が、娘の口からでなかった。本当は家で過ごしたいという娘の思いを家族に伝え、家で看取った症例を経験した。

【症例】 患者は42歳女性。現病歴はS状結腸癌 多発肝臓・脾臓局所再発、仙骨転移 既往歴うつ病にて内服中。201X年12月S状結腸切除術、術後抗がん剤治療。201X+1年7月肝拡大後区域切除術 術後補助療法 201X+2年4月肝臓と脾臓に再発 201X+3年7月仙骨病変増大のため照射。7月8日退院して在宅に紹介。初診時痛みに対しオキファスト注480mg/日の持続静脈注射（ポートより）の管理のため紹介となった。本人としては。大学病院に通院しながら、内服抗がん剤（レゴラフェニブ）治療を行っており、在宅医療はあくまで、オピオイドの管理のためということで導入された。母親も膀胱癌治療中で、「私の方が、先に死ぬ。具合わるい。」と娘に伝えていた。11月黄疸出現し、緊急で大学病院受診。治療ができないことを知らされ、以前より希望していたホスピス紹介されたが行きたいと言わなかった。在宅医から、娘の家にいたいという心の底の思いを伝えた。母親が動けないところを、父親がサポートし介護した。最後の夜は母親に添い寝してもらい過ごせた。

【考察】 初回訪問時からホスピスを希望されていた症例だったが、実際ターミナルとなりホスピス案内されても、見学にもいかなかった。在宅での環境整備を始めるなか、娘自身からベッドの位置など指示が出たことにより、在宅医からご家族に実は家にいたいという娘の本当の思いを伝えた。言葉にはしない、心の底の思いを汲み取り、ご家族に伝えることが大切であると思われた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 28 がん在宅緩和治療 -1

DP11-1-6

在宅医療における終末期頭蓋内腫瘍症例の痙攣管理に関する検討

角田 知之	ツノダ トモユキ
宮嶋 暁世	ミヤジマ アキヨ
池乗 愛依	イケノリ メイ
塚田 洋樹	ツカダ ヒロキ
野村 優子	ノムラ ユウコ
児玉 一男	コダマ カズオ
前田 浩利	マエダ ヒロトシ

はるたか会あおぞら診療所 新松戸

【目的】 原発性脳腫瘍や転移性脳腫瘍の終末期には痙攣発作が高率に認められるが、在宅医療における痙攣の管理方法に関する文献的報告は乏しい。そこで、適切な痙攣の管理方法について検討をおこなった。

【方法】 当院において2021年4月～2022年6月に在宅看取りまでおこなった頭蓋内腫瘍の14症例のうち、経過中に痙攣発作を認めた9例について後方視的に検討した。

【結果】 9症例の年齢分布は1～83歳（中央値42歳）。悪性ラブドイド腫瘍1例、網膜芽細胞腫1例、転移性脳腫瘍5例、神経膠腫2例。初回の痙攣発作を認めた時期は、在宅診療導入前が6例、導入後が3例。訪問診療の開始後に痙攣発作を起こした症例は5例で、このうち3例は当直帯であった。痙攣発作を認められた5例全例に臨時往診をおこなったが、到着時にも痙攣が持続していた症例は1例のみであった。経過中に使用した抗痙攣薬は、レベチラセタム（LEV）7例、ホスフェニトイン（fPHT）4例（全例LEVと併用）、バルプロ酸3例、ミダゾラム5例。脳圧亢進に対して、デキサメサゾン（DEX）を8例、グリセオールを3例に投与した。薬剤の静脈内投与経路は、6例で中心静脈路を用いた。抗痙攣薬投与中に痙攣発作の再発を認めた症例は3例。初回の痙攣発作から看取りまでの期間は中央値5週間であった。訪問診療の導入後に痙攣発作が起きる可能性について本人・家族に説明できていた症例は9例中8例であった。

【考察】 痙攣に対する在宅管理としてLEVまたはLEVとfPHTの併用は有用であり、DEXやグリセオールによる脳圧亢進対策も実施することにより痙攣のコントロールは可能であった。痙攣発作を起こす頻度が高いため、本人・家族へあらかじめ説明をおこなっておくことが重要であり、薬剤の準備、訪問看護との連携も必要である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 28 がん在宅緩和治療 -1

DP11-1-7

婦人科がん患者の終末期の中等度以上の症状の実態に関する検討 ～多施設共同研究から社会への還元を目指して～

井上 知謙 ¹	イノウエ トモノリ
大竹 健人 ¹	オオタケ ケント
原田 真梨子 ¹	ハラダ マリコ
石塚 啓祐 ¹	イシヅカ ケイスケ
梅津 和恵 ¹	ウメツ カズエ
園川 佐絵子 ¹	ソノカワ サエコ
井上 裕次郎 ¹	イノウエ ユウジロウ
久保 絵美 ¹	クボ エミ
小杉 和博 ¹	コスギ カズヒロ
三浦 智史 ¹	ミウラ トモフミ
森 雅紀 ²	モリ マサノリ

¹ 国立がん研究センター東病院 緩和医療科

² 聖隷三方原病院 緩和支援治療科

【目的】 がんの最期は苦しむのか、という患者や家族からの疑問に対し、根拠となるデータは少ない。本研究の目的は、婦人科がん患者の緩和ケア病棟 (PCU) 入院時と死亡前の症状の程度について明らかにすることである。

【方法】 本研究は2019年1-12月に国内23のPCUに入院したがん患者を対象とした多施設共同研究のサブ解析である。婦人科がん (子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん) の患者のPCU入院時と死亡前24時間のモルヒネ量や、PCU入院時と死亡前3日間の、痛み・呼吸困難・倦怠感・腹水・浮腫・過活動性せん妄の程度を評価し、記述統計を行った。

【結果】 対象は98名 (平均年齢63.7歳、女性100%、子宮頸がん33名/子宮体がん22名/卵巣がん43名) であった。入院時に医療用麻薬を使用中の患者は77%、死亡前24時間では92.9%であり、1日の平均経口モルヒネ換算量は入院時57.8mg、死亡前24時間80.5mgであった。中等度以上の強さの症状の頻度は、痛み：入院時36.5%、死亡前3日間3.5%、呼吸困難：23.5%、6.1%、倦怠感：35.7%、33%、浮腫：43.5%、42.6%であった。症状を有する腹水の頻度は40.9%、40%であった。中等度以上の過活動性せん妄の頻度は3.5%、7.8%であった。

【考察】 本研究では、婦人科がん患者の終末期の症状の実態について示した。PCU入院時と比較して、死亡前3日間の痛み・呼吸困難は減少したが、倦怠感・浮腫・腹水は変わらなかった。患者・家族と相談しながら、治療方針を検討していく必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 28 がん在宅緩和治療 -1

DP11-1-8

終末期患者における口内炎の関わり方

宮本 昂紘¹ ミヤモト タカヒロ
杉田 尚寛² スギタ ナオヒロ
安田 圭子³ ヤスダ ケイコ
橋本 昌子⁴ ハシモト マサコ

¹ (株) スパーテル てまり西泉薬局

² (株) スパーテル 医薬品情報室

³ (株) スパーテル 薬局事業部

⁴ (株) スパーテル 代表取締役

【はじめに】終末期医療の緩和ケアにおいて、医療用麻薬を用いた疼痛緩和は周知されている一方で、口腔内環境問題による痛みについては、十分周知されていない。当薬局は、在宅医療での看取り患者における、口腔内環境問題に直面した症例を経験したため報告する。

【症例】70代、男性、身長166cm、体重51kg、BMI18.5。

病歴：右上葉肺癌、胸壁浸潤、肝転移、脳転移、高血圧。

既往歴：20XX年に右上葉肺癌と診断され、同年9月から翌年2月まで化学療法を継続した。原発巣・肺門リンパ節ともに増大し、頭部MRIにより脳転移も見つかった。3月から定位放射線照射が施行されたが、病状の悪化から通院困難となり、緩和ケア病棟に入院となった。その後、症状が安定したため、本人の希望で退院となった。

経過：内服薬に加え、疼痛に対してモルヒネ注射液を皮下注射、炎症に対してデキサメタゾン注射液を静脈注射した。病状の進行に伴い食事量が減り、免疫機能の低下からか、口内炎ができるようになった。口内炎は特に舌に多く、その痛みによる服薬拒否が見られるようになった。アズレンうがい液による治療を試みたが、口腔内の痛みから、拒否が目立った。うがい液による治療が困難であり、本人の希望で、氷水を張った桶に舌をつけて、冷やすことで痛みの緩和を行っていた。口内炎の改善が見られないため、抗ウイルス薬による治療に変更し治療の継続を行ったが、徐々に様態が悪化し、その後4日後に永眠された。

【考察】今回の口腔内環境問題に対して、原因究明ができておらず、治療が不十分であった可能性が示唆された。食事が十分量摂取できていないことや、栄養素のバランスと考慮すると、ビタミンB群の投与を医師に提案する必要があることが考えられる。また、早い段階で口内炎の原因について多職種で情報を共有し、薬剤師としてQOLをたかめるための適切な薬学的介入が必要であったと思われる。

利益相反：無

DP11-1-9

疼痛に対して行った鎮静についての症例検討

大場 恵利香 オオバ エリカ
 山本 美和 ヤマモト ミワ
 林 洋平 ハヤシ ヨウヘイ
 入江 貴子 イリエ タカコ
 富山医療生活協同組合 富山協立病院 往診部

【はじめに】多発性骨髄腫の疼痛に対しオピオイドの効果が乏しく、ミタゾラムによる鎮静を行った。急速な状態悪化と激しい疼痛に、持続鎮静を行うことで、死期を早めてしまったのではないかと葛藤があり振り返りを行った。

【症例】症例は70歳代女性で夫と長男夫婦、孫2人の6人暮らしであった。多発性骨髄腫と診断後、自家末梢血幹細胞移植、化学療法を施行した。膿胸、肺炎の経過を経て化学療法継続は困難となり、予後は約6ヶ月と家族に説明された。本人の希望があり自宅退院し、訪問診療開始となった。退院翌日に初回訪問。2日後に股関節痛出現、4日後に痛痛が急激に悪化し救急搬送となった。多発性骨髄腫による疼痛と診断されトラマールが処方された。5日後にフェントステープ、6日後の午前中にオキファストの持続皮下注を開始した。増量しても強い疼痛が続くため、本人・家族から鎮静を含めた痛みの緩和を強く希望された。夕方よりミタゾラムの持続点滴を開始し、その後夜間は入眠された。7日後の昼頃より無呼吸が出現、22時永眠された。

【考察】鎮静のガイドラインによると、患者の苦痛緩和を目的として意識を低下させる薬剤を投与すること、患者の苦痛緩和のために投与した薬剤によって生じた意識の低下を意図的に維持することとあり、今回行った鎮静はガイドラインに沿って行った治療である。激しい疼痛は鎮静の適応があり、十分な緩和治療を行ったが効果が乏しかった。安楽死は死亡により苦痛を緩和する方法であり、患者の死亡が意図とされるため、今回の苦痛の緩和を目的とした治療とは大きく異なる。当症例における医療倫理の四分割法では、医学的にも疼痛緩和が優先され、患者の「痛みを取ってほしい」という意向にも沿っていた。鎮静により患者のQOLは大きく低下するが、疼痛がある状態より鎮静が望ましい状態と考えられた。家族はたとえ命が短くなっても痛みの緩和を強く希望していた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 28 がん在宅緩和治療 -1

DP11-1-10

持続硬膜外ブロックを在宅で行った難治性疼痛患者の1症例

小西 亜佐子 コニシ アサコ
小島 一男 コジマ カズオ
片桐 淳 カタギリ ジュン
荘司 輝昭 ショウジ テルアキ
井尾 和雄 イオ カズオ
立川在宅ケアクリニック 内科

【はじめに】全人的苦痛のなかで、身体的苦痛、特に痛みを緩和することは重要である。大部分の痛みは薬物療法で対応できるが、インターベンショナル治療以外では緩和が困難な難治性疼痛もある。今回、肺がん骨転移による難治性疼痛に苦しみながらもくも膜下鎮痛（以下IT）の決心がつかず最終的に持続硬膜外ブロックで管理することになった症例を経験したので報告する。

【症例】48歳男性。X年1月肺がんと診断、3月右上葉切除術施行。妻子と暮らしていたが、6月より両親の元に単身移り、訪問診療と並行して通院での抗がん治療を継続する方針となった。腰痛の精査で椎体・大腿骨転移を認めており、臀部、大腿部の痛みで医療用麻薬を調整していたが疼痛コントロール不良で、7月にITを提案したが拒否された。緩和的照射で痛みは一時的に軽減したが、2か月後再燃した。外来・入院で抗がん剤を継続したが強い痛みが続き、再度ITを勧めるも拒否された。11月に骨転移含め全身病変の悪化を認め抗がん治療は中止となった。再度緩和的照射をしたが鎮痛効果なく、ITを行う決心もつかなかった。神経ブロックについての説明を重ね、1か月後、在宅で硬膜外カテーテルを挿入し持続硬膜外ブロックを開始した。わずかに痛みは軽減し、ITにも前向きになり手配を進めていたが、急激に状態悪化し、硬膜外ブロック施行から17日後に自宅で逝去された。

【考察】IT含め神経ブロックは身体への負担が比較的大きく、早期に行ったほうがより良い効果が期待できる。患者がITを拒否していた理由ははっきりわからないが、抗がん治療への期待、神経ブロックへの恐怖があったのかもしれない。持続硬膜外ブロックを在宅で行うことで（間に合わなかったが）ITを受ける気持ちになった。在宅での神経ブロックはハードルが高いが、今後このような症例にはテストブロックをより早期に行うことも検討すべきと思われた。

利益相反：無

DP11-1-11

在宅死したがん患者に対する、オピオイド投与ルートの検討

佐々木 翼^{1,2} ササキ ツバサ
松浦 志のぶ² マツウラ シノブ
川越 厚² カワゴエ コウ

¹ 健芯会 ライフクリック 内科

² 在宅ホスピス研究所パリアン 内科

【目的】 がんは痛みや呼吸苦などのため、高い頻度で患者を苦しめる。進行がん患者の66%に痛みがあり、46~59%の患者に呼吸苦が発生すると報告されており、最期までこれらの症状を緩和しなければならない。そのためにはオピオイドのドラッグデリバリーシステム (drug delivery system : DDS) を工夫する必要があるが、どのようなルート変更を行ったかに関する報告は少ない。そこで当院において在宅死したがん患者を対象にオピオイド投与ルートを分析し、最期までオピオイド投与を継続するための検討を行った。

【方法】 対象は2000年6月から2022年7月までの期間において、在宅死した2433名のがん患者のうち、オピオイド投与した2104名 (86.4%) である。電子カルテをもとにオピオイド投与ルートを Retrospective に分析した。なおオピオイドの投与量は原則として、Numerical Rating Scale で2/10以下となるようにきめ細かく調整した。

【結果】 経口投与437名、坐薬使用91名、貼付薬467名、持続皮下注射法 (continuous subcutaneous injection : CSI) 1092名、皮下埋め込み型ポートからの投与13名、硬膜外投与2名、くも膜下投与2名であった。また、呼吸苦を訴えている症例では、フェンタニルからモルヒネやオキシコドンにスイッチすることにより症状緩和が得られた。

【考察】 呼吸苦の緩和にフェンタニルは有効でないので、経過中呼吸苦が出現した場合はモルヒネなどに変更する必要がある。経口摂取困難時はDDSを変更し、その場合CSIへの変更が最善である。経口摂取困難から死亡までの期間が短いときはモルヒネ坐薬が有効であるが、CSI投与はきめ細かな増量に対応しやすく、苦痛増悪時に早めに対処でき、苦痛を取り除き最期まで家で過ごすことを可能とする。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 28 がん在宅緩和治療 -1

DP11-1-12

在宅でモーズペースト(親水クリーム)を導入し、入退院を繰り返すことなく最期まで自宅で療養することができた一例

浅利 建吾	アサリ ケンゴ
山田 寿美	ヤマダ トシミ
田中 裕子	タナカ ユウコ
丸野 さおり	マルノ サオリ
菅原 信行	スガハラ ノブユキ
能勢 悠介	ノセ ユウスケ
柳澤 克哉	ヤナギサワ カツヤ
林 佑哉	ハヤシ ユウヤ
宮本 雄気	ミヤモト ユウキ
守上 佳樹	モリカミ ヨシキ

よしき往診クリニック 医局

【はじめに】 各種がんの皮膚転移、頭頸部がんや乳がんの自壊等では出血、浸出液、臭いや感染が制御できずに入退院を繰り返し、QOLの低下につながる患者が多い。今回在宅でモーズペースト処置を導入し、最期まで望んだ自宅で過ごすことができた症例を経験したので報告する。

【症例】 50代女性。左乳がん末期(多発肺転移、縦隔浸潤、リンパ節転移、胸骨肋骨直接浸潤)。6-7年程前から左乳房腫瘍の胸壁への露出を自覚していた。X年11月に左上肢のリンパ浮腫、蜂窩織炎を主訴に近医を受診し乳がんの診断を受けた。X+1年4月にBSCとなり通院が困難になったため、X+1年5月に訪問診療介入開始となった。左胸部～側胸部にかけて易出血性で、臭いを伴う広範囲の隆起性病変を認めた。定期的に輸血を施行し経過を見ていたが、X+1年9月に自壊部の大量出血により紹介元に救急搬送された。退院後X+1年10月より自壊部の出血制御を目的としてモーズペースト軟膏処置を開始。3か月間で計5回の軟膏処置を施行しご自宅で永眠された。

【考察】 モーズペースト処置を在宅で施行するハードルとして薬剤の調剤や管理、処置時の時間や連携看護師の確保、医師の経験等のマンパワー、出血時の対応等があげられる。モーズ親水ペーストは従来のものに比べ薬剤管理が容易で、一度の調剤で複数回施行可能であった。浸出液、臭い、出血の制御に関しては本人や家族に限らず、日ごろケアを行う看護師もその効果を実感できた。赤血球輸血ができる体制があったことも最期まで自宅で過ごすことができたことに寄与したと思われる。がんに対する直接的な治療がない中で「自宅でここまでしてくれる」と、信頼関係構築にも大きく寄与したと考えられた。自壊腫瘍のある患者は、出血等で入退院を繰り返す傾向にあるが、モーズペースト処置を施行し、本人や家族の望む自宅で最期まで療養する事ができたことはとても意義あるものであったと考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 29 がん在宅緩和治療 -2

DP11-2-1

在宅訪問診療での癌終末期患者に対するIntegrated Distress Activity Score(IDAS)による状態評価の試み

佐伯 修二 サエキ シュウジ
 足立 大樹 アダチ ダイキ
 安藤 高志 アンドウ タカシ
 伊藤 博之 イトウ ヒロユキ
 亀田 久仁郎 カメダ クニオ
 黒岩 冴己 クロイワ サエキ
 藤原 靖士 フジワラ ヤスシ
 ホームケアクリニック横浜港南 医師

【目的】 在宅で緩和治療を行ったがん終末期患者に対してIDASによる状態評価が妥当かどうかを検討した

【方法】 当クリニックの在宅患者のうち2021年5月より2022年12月までに経験した症例に対しカルテ検索による後ろ向き検討を行った

【結果】 川崎市立井田病院 石黒らが提唱したIntegrated Distress Activity Score (IDAS) により在宅で緩和治療を行ったがん終末期患者の状態を評価した。生活スコア (食事、飲水、会話・談話、行動範囲：0—1—3)、症状スコア (疼痛、倦怠感、呼吸器症状、消化器症状、苦痛を伴う精神・神経症状：-2—0) の総計とした。

肺癌、胃がんを含む固形がん・白血病・多発骨髄腫などのがん終末期患者23例に行った。訪問時の状態で判断し評価回数は1-18回であった。IDAS<0となった症例は16例で、IDAS<0判定日からの生存期間は1~33日 中央値は6日だった。IDAS=0は3例で判定日からの生存期間は15、24、102日であった。IDAS>0の場合は28~110日、でそのうち2例は60日以上生存例を認めている。疼痛コントロールは麻薬治療を20例に、8例にヒドロモルフォン塩酸塩による持続皮下注または静注投与が行われた。症状スコアの改善により生活スコアが改善する傾向を認めたが、明らかな関連性は認めなかった。

【考察・結語】 在宅において終末期がん患者に対する緩和治療を担当医が冷静に判断できるよう客観的な判断方法が必要と思われる。病棟では毎日看護師が状態を確認することが可能であり、生活スコアの判断が容易と思われるが、在宅では訪問時の状態で生活スコアを評価するため正確な評価に疑問が残り、訪問看護師との連携が必要と思われた。IDASは医学的妥当性・信頼性の検討は行われていないが、IDAS<0の場合は予後評価を客観的に行えると思われた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 29 がん在宅緩和治療 -2

DP11-2-2

当院で経験した末期直腸癌に対する在宅緩和治療の一例

清野 義胤 ¹	セイノ ヨシタネ
久保木 優佳 ²	クボキ ユウカ
鈴木 恵美子 ³	スズキ エミコ
武藤 信枝 ³	ムトウ ノブエ
遠藤 なおみ ³	エンドウ ナオミ
箭内 美沙枝 ³	ヤナイ ミサエ

¹ 公立小野町地方総合病院 内科² 公立小野町地方総合病院 看護部³ 公立小野町地方総合病院 こまちの里訪問看護ステーション

【はじめに】在宅にてオピオイド持続皮下注を行った末期癌症例を経験した。

【症例】症例は60才男性。X年4月1日、Rs直腸癌（膀胱浸潤）のため、高位前方切除術＋リンパ節郭清術施行。術後化学療法を施行。X+6年9月、肝転移を認め、レジメン変更の上、化学療法を継続し、X+7年7月13日、再発巣に対し根治術（①肝2区域切除、②直腸部分切除、両側精嚢合併切除、③両側尿管ステント留置、④S状結腸単孔式人工肛門切除術）を施行。同年10月28日、残肝再発を認め、化学療法を施行。しかし、癌の病勢著しく、BSCの方針。X+8年3月15日、緩和病棟にて緩和治療を開始し、オキシコドン塩酸塩（OXY）持続点滴を施行したが、自宅退院を強く希望され、フェンタニルクエン酸塩テープ（FNテープ）剤にスイッチし、当院での在宅訪問緩和治療の方針となり、3月27日、自宅退院。3月29日、初回往診。全身黄疸、腹水貯留、下腿浮腫著明。デキサメサゾン2mg/dayを追加処方。3月30日、朝より黒色嘔吐頻回あり。強い苦痛の訴えあり。内服困難のため、OXY持続皮下注にスイッチする方針とした。朝、訪問看護師と緩和ケア認定看護師が同行訪問し、FNテープを剥がし、washoutされる12時間後よりOXY 100mg＋生食10mlを0.3ml/hr（36mg/day）で持続皮下注することとし、それまではレスキュー対応で一回0.3mlをflushできるようにセットした。夜間、再度上記看護師が訪問。レスキューは5回使用され、苦痛なく入眠されていた。20時よりOXY持続皮下注を開始した。以後、家族に見守られ、穏やかに経過し、3月31日、AM0時09分、在宅死亡確認。

【考察】入院緩和治療から在宅訪問緩和治療に移行し、在宅OXY持続皮下注＋レスキューにより、苦痛なく在宅看取りを行うことができた。

利益相反：無

DP11-2-3

腹膜播種に伴う消化管穿孔に対して在宅での腹腔内ドレナージにより健康予後を維持できた末期胃癌の一例

原田 潤一郎^{1,2} ハラダ ジュンイチロウ
 水口 義昭¹ ミズグチ ヨシアキ
 三嶋 拓也¹ ミシマ タクヤ
 松野 邦彦¹ マツノ クニヒコ
 吉田 寛² ヨシダ ヒロシ

¹やよい在宅クリニック 内科

²日本医科大学付属病院 消化器外科

【はじめに】悪性腫瘍による症状のうち、Oncology emergency (以下、OE)は緊急な対応が必要となる病態の総称である。その中でも消化管穿孔は外科的OEとして緊急開腹手術やドレナージが必要になり、予後不良なだけでなく患者QOLも大いに低下する。今回我々は胃癌腹膜播種により腸閉塞をきたし、当院紹介の直前に消化管穿孔を呈した症例について報告する。

【症例】70代、女性。X-1年7月に胃癌、腹膜播種と診断され、前医(大学病院)で化学療法を受けていた。X年4月に腹膜播種増悪による腸閉塞を来し緊急入院となった。播種が高度であり外科的な腸閉塞解除は不可能と判断され、イレウス管留置とオクトレオチド開始となり、BSC目的に施設へ入所する方針となった。退院前日に腹痛増強したためCT検査にて消化管穿孔と診断された。前医でドレナージを試みるも排便困難であったが、前医のICにて当初の方針どおり退院・施設入所となった。施設入所後、当院訪問診療初診時には腹膜刺激徴候を認め、腹部超音波にて泡沫～蜂巢状の腹水貯留を認めた。右側腹部から超音波ガイド下にアスピレーションキットを骨盤内に留置したところ腸液様の腹水流出を認めたため、ドレナージ良好と判断し留置カテーテルとした。また、抗生剤投与、高カロリー輸液を開始し、オクトレオチド持続皮下注射、オキシコドン持続皮下注射(PCA)を継続した。介入翌日より腹部症状は軽快し、採血上炎症反応も著明な改善を認めた。イレウス管は留置したままではあるが、希望であった経口摂取も少量可能となり、家族やペットの面会を行った。しかし、徐々に原病の増悪を認め、施設入所後から43日に逝去された。

【考察】BSCにおける消化管穿孔は致命的な病態であり、患者の健康予後を踏まえ、適切な治療法を選択すべきである。在宅でのドレナージはQOL維持、疼痛緩和の観点から有効である可能性があり、当院での外科的OEの症例を検討し、文献的考察を加えて報告する。

利益相反：無

DP11-2-4

終末期癌患者の看取り場所の現状と課題

松木 裕輝¹ マツキ ヒロキ
 開田 脩平² カイダ シュウヘイ
 中村 洋祐¹ ナカムラ ヨウスケ
 沖田 将人³ オキタ マサト

¹ みらい在宅クリニック金沢分院 内科

² みらい在宅クリニック港南分院 内科

³ みらい在宅クリニック本院 内科

【目的】在宅での看取りを希望する終末期癌患者は増加している一方、在宅死亡率は依然低い水準である。在宅死亡を妨げている因子を明らかにすることを目的とした。

【方法】2022/4/1から2022/9/30までに当院で診療を行った終末期癌患者を対象とし、患者情報を後ろ向きに検討した。

【結果】終末期癌患者は120症例認めた。男女比は65:55、平均年齢は77±10歳、癌の部位別の内訳は、消化器系癌29例(24.2%)、肺癌28例(23.3%)、肝胆膵癌24例(20%)、泌尿器科系癌15例(12.5%)、婦人科癌14例(11.7%)、その他10例(8.4%)であった。観察期間中91例が死亡し、生存期間中央値(MST)は32日であった。死亡症例のうち、初診時に在宅での看取りを希望されたのは46例で、その内44例(95.7%)が在宅死亡した。一方、PCUでの最期を希望された症例は30例(33.0%)、検討中であった症例は15例(16.5%)であった。そのうち自宅看取りとなった症例は、それぞれ12例(40.0%)および13例(86.7%)であった。

初診時にPCUでの最期を希望もしくは検討中であった37例を自宅看取り群(H群)とPCU看取り群(P群)に分類し比較検討を行った。初診日からPCUへ入院された症例は除外した。H群は25例、P群は12例であった。両群の間で死亡前1週間/2週間の定期訪問および往診回数に差は認めなかった。訪問診療開始後のMSTはH群で53日、P群で25日であり、H群で有意に生存期間が長かった(p=0.022)。

【考察】PCU入院希望もしくは検討中であった症例が自宅看取りとなった理由として、定期訪問回数が充実していた、患者・介護者の負担が少なかった(往診要請が少ない)などを考えたが、今回の検討では因果関係ははっきりとしなかった。PCU看取り群は、自宅看取り群と比較し在宅移行後の生存期間が有意に短く、遅い訪問診療導入が在宅死亡を妨げている可能性が示唆された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 29 がん在宅緩和治療 -2

DP11-2-5

終末期在宅緩和ケアにおいて「本人らしさ」が重要であった症例

内田 貞輔	ウチダ テイスケ
野村 修三	ノムラ シュウゾウ
松村 剛	マツムラ ツヨシ
松本 拓也	マツモト タクヤ
梅内 建史郎	ウメウチ ケンシロウ
岡本 宗一郎	オカモト ソウイチロウ
安倍 公崇	アベ コウシュウ
木下 香代子	キノシタ カヨコ
相川 幸生	アイカワ ユキオ
鈴木 梨恵	スズキ リエ
増田 七恵	マスタ ナナエ
静岡ホームクリニック 在宅医療部	

【はじめに】近年の在宅医療では、医療依存度が高い方への対応や終末期への対応が注目されているが、本人の意思決定支援や終末期の生活への支援をすることこそ基本であること忘れてならない。今回、終末期緩和ケアを受けた患者の「本人らしさ」に向き合うことが重要であった5例の症例報告を行う。

【症例】家族ケアを必要とした症例：76歳男性。肺扁平上皮癌。妻と2人暮らし。家族との時間を重視し、妻がケアを中心にケアを行う。妻の介護負担も強く、妻の精神面のケアも行いながら、在宅ケアをサポートした。

スピリチュアルな関わりが重要であった症例：74歳男性、肺腺癌末期。終末期の重圧から自ら周囲との連絡を断ち、独居へ。ACPを複数回行い精神的サポートを行った。

多職種連携が重要であった症例：85歳男性。右頬粘膜癌。大家族の家長であり、ご家族の意見も余り耳を貸さないため、多職種連携が必要とされた。多職種が連携し、患者の状況に応じたケアと寄り添いを提供した。

美容的な面の関わりが重要であった症例：51歳、女性、子宮頸癌末期、腸閉塞。経鼻胃管があるが、最後に旅行をすることや容姿に対する自尊心を維持したいと希望される。

社会的なつながりを取り戻した関わりの症例：81歳女性、舌癌、統合失調症。療養中に疎遠になっていた家族とのつながりを取り戻すため、失われた家族の時間を作る支援を行った。

【考察】この症例から、在宅診療において本人らしさに寄り添うことが重要であることが示唆される。それぞれの患者が抱えるニーズに応じて、医療機関や在宅医療従事者が柔軟に対応し、家族や地域と連携して患者の心身の状況をサポートすることが今後の在宅医療ではより求められるだろう。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 29 がん在宅緩和治療 -2

DP11-2-6

PCAポンプを用いた在宅緩和ケアにおける訪問看護師の役割について ～当院でのPCAポンプ使用の分析から～

菊谷 八重 キクタニ ヤエ
出水 明 デミズ アキラ
医療法人 出水クリニック 訪問看護

【目的】 当院では1996年の開業以来、自院からの訪問看護で在宅ホスピスケアに積極的に取り組み、これまでに843名を在宅で看取ってきた。2008年にCADD Legacy PCAポンプ[®] (以下PCA) 2台を導入、注射薬でのオピオイド投与が必要な場合、PCAで症状緩和を行ってきた。今回、当院でPCAを使用したケースを分析し、訪問看護師の役割について考察を行ったので報告する。

【方法】 1996.5～2022.12月で1326名 (うち末期がん患者829名) のうち、PCAを用いた126名を対象に、院内在宅データベース、訪問診療録、訪問看護録から、導入の理由、主症状、使用薬剤、看取りまでの期間などの分析を行った。

【結果】 PCAで症状緩和を行った患者は、がん患者121例、非がん患者5例であり、がん患者のPCA使用期間の中央値は3日間、PCA開始後2日以内に死亡した例は43%であった。一方、最も長い期間使用したのはALS患者で、53日間PCAで症状緩和を行った。開始の理由は、内服困難、坐剤の挿肛困難、他の投与経路での不確実さ等があった。使用薬剤はオピオイド単独が27例、ハロペリドールやミタゾラムの同時使用が89例だった。開始時の症状は、痛みや身の置き所のないしんどさなど、複合的な症状を訴えていた。当院のがん患者の「在宅開始から看取りまでの期間」の中央値は38日間で、PCAを用いたがん患者も38日間であり、PCAを使用した患者と、しなかった患者の看取りに至る期間に差はなかった。病院からPCAポンプで退院したケースは29例、うち4例は退院後PCAを中止した。

【考察】 当院は自院の訪問看護であるため、毎朝のカンファレンスなど医師との連携が取りやすく、訪問看護師のアセスメントがタイムリーに治療に反映され、オピオイドのタイトレーションにも役立っている。在宅でPCAを用いての症状緩和において、症状マネジメントはもちろん、生活のしやすさ、介護的な問題にも視野を広げ、アセスメントすることが訪問看護師の役割と考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 29 がん在宅緩和治療 -2

DP11-2-7

医療ニーズが高い方の退院を支える施設型ホスピスに関する考察

高橋 めぐみ^{1,2,3} タカハシ メグミ
土田 絢子² ツチダ アヤコ
大柴 福子¹ オオシバ フクコ
柴原 慶一³ シバハラ ケイイチ

¹ 株式会社アンビス 看護介護部

² 株式会社アンビスホールディングス コンプライアンス部

³ 株式会社アンビスホールディングス 代表取締役 CEO

【はじめに】医療ニーズが高い方の病院からの退院例が増えている。医療ニーズが高い方は状態が変化しやすく、必要なケアや処置が多いため、在宅療養をいかに支えるかが課題である。当社の医心館は看護体制の充実などにより医療ニーズが高い方の受け皿として機能しており、取り組みを報告する。

【活動】当社施設は、がん末期、人工呼吸器使用や気管切開、重度の神経変性疾患、お看取りが近いなどの方の受け入れを特徴とする施設である。最期まで責任を持ってケアを提供し、全58施設での2022年4月～6月における施設内看取り率は99.3%だった。施設内でのお看取りを望む方は、ほぼ全員希望通り病院搬送なく当社施設で最期を迎えている。対応する医療処置はCV管理、ドレーン類全般の管理、麻薬管理、輸血、創傷・褥瘡処置などである。がん末期で化学療法のため通院している方、がん性疼痛でCADDポンプを使用する方、CVやPICCカテーテルを継続する方に対し、状態や症状の観察・評価、ケアを実施している。このような機能を可能にしているのは、①スキルのある看護師の確保、②外部の複数の訪問診療医との連携、③病院からのスムーズな退院調整などの体制である。看護師の8割は病院出身であり、内定率も25%程度と低く抑え厳選採用に努めている。スキルのある看護師による細やかな観察やアセスメントを実施し、基本は主治医の継続を依頼し、資本関係がない外部の医師と連携し24時間対応で的確な指示を仰いでいる。今後は、提供する看護のさらなる質の向上・均てん化を目指し看護師の教育に取り組むことが課題である。

【考察】医療ニーズが高い方の在宅療養の課題に、医心館というモデルで解決策を提案、実践している。今後も医療ニーズが高い方の受け皿として機能し、地域包括ケアシステムの一角を担っていきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 29 がん在宅緩和治療 -2

DP11-2-8

食べられない時期を迎えた在宅がん患者・家族に向けた「看取り期の食支援についての冊子」の作成

堀尾 建太¹ ホリオ ケンタ
 増井 法子¹ マスイ ノリコ
 安田 和代¹ ヤスタ カズヨ
 合掌 かおり¹ ガッシュョウ カオリ
 石川 明菜¹ イシカワ アキナ
 平田 節子¹ ヒラタ セツコ

¹総合在宅医療クリニック 医局

²医療法人堀尾医院 内科

【はじめに】 進行がんは、食思不振、早期満腹感、味覚障害や、口腔状態の悪化などを引き起こし、食べることに大きな影響を及ぼす。特に在宅療養に至るがん患者は予後が限られることも多く、急激に食事量が減少し、体重減少することが多い。看取り期のがん患者が食べられなくなり、痩せていく原因について、患者とその家族は十分に医療者から説明をうけていることは少なく、苦悩が深くなる。

がん患者とその家族は、食べられない様子や痩せていく姿に直面すると死を予期し、不安を強くする。また食べられない患者と食べさせたい家族の思いのズレは、家庭内の対立を生み、患者と家族が過ごす貴重な最後の時間に影を落としかねない。

一方で、看取り期のがん患者の食支援ツールは少なく、病状が進行し、ほとんど食べることができなくなったときの食支援の関わりについて触れられているものはほとんどない。今回我々は食べられない時期を迎えた在宅がん患者・家族に向けた食支援に纏わる冊子必要と考え、作成した。

【活動】 がん患者の在宅支援の経験のある医師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士などで小冊子の内容を検討し、在宅がん看取り期の食支援に使える冊子（動画付き）を作成した。

冊子の内容としては病気の進行によって今までのように食事がとれなくなっていることを文章、動画で理解を促し、食べられなくなってからも家族にできるケアを具体的に動画で伝えるものとなっている。

【考察】 在宅療養中のがん患者・家族が食べられなくなる時期の状態について正しく理解し、その時に出来るケアを伝えるツールがあることで、患者の緩和ケアにつながるだけでなく、家族ケアにつながると思われる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 29 がん在宅緩和治療 -2

DP11-2-9

高齢夫婦2人が同時に終末期となった、がんの在宅みとりに携わって

伊賀 勝康	イガ カツヤス
宮崎 有広	ミヤザキ ヤスヒロ
佐藤 幸	サトウ ユキ
斎藤 睦美	サイトウ ムツミ
松下 直彦	マツシタ ナオヒコ
松本 巧	マツモト タクミ

勤医協 苫小牧病院 在宅診療部

【はじめに】医療度の高い終末期夫婦の在宅みとりに携わり,その家族との関わりについて学びを得たので報告をする.

【症例・夫】90歳,膵頭部癌,十二指腸狭窄,閉塞性黄疸

2022/5月食不振,7月上腹部痛にて近医受診,膵炎疑われ前医O病院受診し対症療法.10/1黄疸を呈し,O病院入院膵頭部癌指摘.10/3 ERCPステント留置試みるが十二指腸水平脚閉塞あり困難.10/4経胃的左肝内胆管ステント留置,十二指腸水平脚ステント留置,10/7退院も嘔気食不振11/2~7入院.11/9初回訪問診療開始.

【症例・妻】87歳,下部食道癌,癌性胸膜炎,癌性心膜炎.

2022/2月食事のつかえ自覚.3/10内視鏡で食道癌指摘.O病院で放射線療法・化学療法もPD.10/28胸水貯留入院.11/2胸腔ドレーン,11/10心嚢水ドレーン留置.廃液継続.O病院では病院みとりを検討.

【経過】夫の初回訪問診療時,妻の経過も聴取.当初夫PS維持され,妻と会いたい希望あり.娘は夫婦二人の介護は困難と感じていた.夫病態悪化し在宅酸素設置し介護ベッド導入.その際訪問医からベッド2台置いて妻も自宅療養はどうかと提案.O病院の妻の主治医とも電話相談.家族説明を経て11/21妻退院.自宅寝室にベッド2台設置し自宅療養開始.妻はドレーン開放廃液継続.看護師の孫が介護休を取得,訪看と共に処置継続.妻は一時覚醒改善,短い時間だが家族の時間が過ごせた.12/1妻急変,穏やかに逝去.その後自宅で妻の葬儀行い,出棺時,夫は「これで役割を果たせた」と話された.その後病勢進行し後を追うように12/5家族にみとられ永眠された.

【考察】妻の医療度が高く,家族も自宅療養は困難と考えていた.夫のADLが低下した時に,妻を自宅でみとる事も選択肢であることをお話しし,一緒に介護するイメージができたようだった.娘・孫とも医療介護職で介護力があり,在宅で家族と最期まで過ごすことができた.医療度が高くても様々な介護力や家族力を統合して,在宅医としてみとりに関ることができた症例であった.

利益相反：無

DP11-2-10

在宅輸血 患者アンケート: 有効性と今後の展望

翁 祖誠^{1,2} オキナ ソセイ
 大村 伸政¹ オオムラ ノブマサ
 鈴木 隆浩² スズキ タカヒロ
 翁 千香子^{1,3} オキナ チカコ

¹ やぐちメディカルクリニック 訪問診療

² 北里大学医学部 血液内科学

³ 北里大学医学部 腎臓内科学

【目的】 当院は、造血器悪性腫瘍の患者を中心とした訪問診療を行っており、約500回/年のRCC/PCの在宅輸血を施行している。ADL低下や輸血頻度の高い患者では、負担軽減に繋がり、満足度は非常に高い。一方でアレルギー対策など、安全面では留意が必要な治療である。訪問輸血を受けられた患者を対象にアンケート調査を行った。これらをもとに、在宅輸血の有用性や問題点について検討したので報告する。

【方法】 2021年1月から2022年12月に、2回/月以上の在宅輸血を行った症例を対象とした。20例を抽出し、効果・所要時間・疲労度・安心度・罪悪感・費用・副作用・総合満足度の項目を、外来輸血・在宅輸血で、それぞれ10点満点で回答頂いた。後向きに評価し統計解析した。(北里大学倫理委員会申請中)

【結果】 外来輸血と在宅輸血の総合満足度は、それぞれで7.2, 9.3であり。在宅輸血で高い結果であった。その他すべての項目において在宅輸血で高いスコアが得られた。

【考察】 調査前は、安心度・副作用の項目は、在宅輸血で低スコアとなると予測された。輸血中に医療従事者の付き添いがあること・副作用発現時の対応について十分説明されたことが、不安軽減につながったと考える。またターミナル期の症例で、輸血療法に対して徐々に罪悪感を生じてしまったケースを経験した。外来に通えなくなった時点で輸血中断となっていたのが、在宅輸血は可能な限り続けることができる。繰り返される輸血で生かされているという思いが強くなってしまったようである。造血器悪性腫瘍の患者では、輸血療法は重要であるが、単なる延命の一手にならないように、患者・家族・多職種で十分にACPを検討する必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 29 がん在宅緩和治療 -2

DP11-2-11

泌尿器がん患者の終末期の中等度以上の症状の実態に関する検討 ～多施設共同研究から社会への還元を目指して～

原田 真梨子¹ ハラダ マリコ
 大竹 健人¹ オオタケ ケント
 井上 智謙¹ イノウエ トモノリ
 石塚 啓祐¹ イシヅカ ケイスケ
 梅津 和恵¹ ウメツ カズエ
 園川 佐絵子¹ ソノカワ サエコ
 井上 裕次郎¹ イノウエ ユウジロウ
 久保 絵美¹ クボ エミ
 小杉 和博¹ コスギ カズヒロ
 三浦 智史¹ ミウラ トモフミ
 森 雅紀² モリ マサノリ

¹ 国立がん研究センター東病院 緩和医療科

² 聖隷三方原病院 緩和支援治療科

【目的】 緩和ケアを受けている患者や家族から、最期は苦しむのか、どうなるのかという質問を投げかけられることがあるが、根拠となるデータは少ない。本研究の目的は、泌尿器がん患者の緩和ケア病棟 (PCU) 入院時と死亡前の症状の程度について明らかにすることである。

【方法】 本研究は2019年1-12月に国内23のPCUに入院したがん患者を対象とした多施設共同研究のサブ解析である。腎がん・腎盂尿管がん・膀胱がん・前立腺がんの患者のPCU入院時と死亡前24時間のモルヒネ量や、PCU入院時と死亡前3日間の、痛み・呼吸困難・倦怠感・腹水・浮腫・過活動性せん妄の程度をIntegrated Palliative Outcome Score (IPOS) を用いて評価し、記述統計を行った。

【結果】 対象は115名 (平均年齢76.6歳、女性24.3 %) であった。入院時に医療用麻薬を使用中の患者は69 %、死亡前24時間では84.3 %であり、1日の平均経口モルヒネ換算量は入院時45 mg、死亡前24時間72.1 mgであった。中等度以上の強さの症状の頻度は、入院時・死亡前3日間はそれぞれ40.9 %、9.6 %、呼吸困難の頻度は21.7 %、5.2%、倦怠感は42.6 %、37.4 %、浮腫は23.5 %、33 %であった。症状を有する腹水の頻度は19.1 %、25.2 %であった。中等度以上の過活動性せん妄の頻度は10.4 %、14.8 %であった。

【考察】 本研究では、泌尿器がん患者の終末期では痛みや呼吸困難に関しては中等度以上の症状を訴える患者の割合は増えなかったことが示された。一方で、過活動性せん妄の患者の頻度は増加した。この研究の結果は、最期は苦しむのか、という患者・家族の質問に答える一助となり、患者や家族の不安を和らげる可能性がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 29 がん在宅緩和治療 -2

DP11-2-12

なぜ!?!帰宅できた?～他職種の視点から考える一例～

横山 達大 ^{1,2,3}	ヨコヤマ タツヒロ
山本 健 ¹	ヤマモト ケン
高橋 拓海 ²	タカハシ タクミ
小柳 陸 ²	コヤナギ リク
新家 隆佑 ²	シンヤ リュウスケ
新井 寿 ²	アライ ヒサシ
原 洋子 ³	ハラ ヨウコ
黒須 一騎 ³	クロス カズキ
辻川 昭仁 ³	ツジカワ アキヒト

¹ 医療法人社団仁真会 川口ホームケアクリニック

² 訪問看護ステーションじん 訪問看護

³ 医療法人社団仁真会 辻川ホームクリニック

【目的】当法人は、在宅看取りが年間約200人、6割程ががん患者である。しかし在宅療養末期がん患者が一度緩和ケア病棟に入院した後、最期は自宅を選んだ症例は比較的少ない。本研究の目的は「なぜ緩和ケア病棟から帰って来られたのか?」を他職種の視点から明らかにするものである。

【方法】症例をベースにインタビューを行った質的研究。先行研究を基にインタビューガイドを作成した:1在宅療養可能または困難と思われる患者・家族の要因(先行研究ではモルヒネ投与方法が経口、点滴・酸素がない、等)、2同じく医療者の要因(同、頻回な訪問を必要とする、等)。インタビューの内容は2人の研究者が意味論的に同様な内容にまとめ、結果を対象者に確認した。症例は以下の通り:80代、女性、肺癌。当法人の介入期間は約2か月。その間に在宅酸素療法、胸腔穿刺・麻薬持続皮下注等の治療実施。介護負担強く緩和ケア病棟へ2週間入院。退院2週間後お看取り。

【結果】インタビューは本症例を担当した2組(ケアマネージャーと訪問看護師3人)にそれぞれテレビ電話で行った。時間は23分と30分だった。1の結果、可能な要因は「家族に介護力がある」、「訪問看護やヘルパーを受けさせてくれる」、「本人・家族が強く在宅療養を望む」、困難な要因は「緩和ケア病棟と同じ治療ができない」、「不穏に対応できない」。2の結果、可能な要因は「密な連携が取れた」、困難な要因は「頻回なコールに対応できない」、だった。

【考察】患者の状態や治療内容・医療機器よりも患者・家族の意見が重視され、他職種が連携をとることで先行研究にあった在宅療養不可の要因はカバーできる。なお、この研究の強みは実際に関わった多職種を対象としていることで実臨床に直結していること、弱みは質的研究であり一般化が困難であること、である。

利益相反:無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 30 地域緩和ケア、非がんの在宅緩和他 DP11-3-1

在宅療養中に心不全と思われた末期がん患者の血清アルブミン (ALB) 値とN末端プロB型ナトリウム利尿ペプチド (NT-proBNP) 値の検討 第2報

渡辺 邦彦¹ ワタナベ クニヒコ
 栃村 久美² トチムラ クミ
 串間 一彦³ クシマ カズヒコ
 藤田 洋美⁴ フジタ ヒロミ
 片見 明美² ヘンミ アケミ

¹ 在宅ほすびす 緩和ケア内科

² 訪問看護ヴィーナス 高根沢

³ ひなた 訪問看護ステーション

⁴ 訪問看護ヴィーナス 大田原

【はじめに】がん患者は死亡直前まで歩行可能でも、軽度の労作で呼吸困難を訴えたり、呼吸促拍等心不全徴候を認めることがある。心不全と思われた在宅療養中の進行がん患者でALB、NT-proBNPを測定し、双方共、高頻度で異常を認め、低ALB性労作性心不全と思われた。急変があり得る在宅療養中の進行がん患者の病状説明や、指導の根拠として役立つと思われたので報告する。

【方法】対象：2021年1月1日～2022年12月31日の2年間に在宅ほすびすへ紹介されたがん患者。愁訴と臨床所見から労作性心不全と思われた患者と心不全の既往がある患者で、患者、家族の同意を得てALB、NT-proBNPの測定を行った。正常値は検査機関基準 (ALB：3.8～5.2 g /dl、NT-proBNP: 125pg/ml以下) とした。1回目の検査でNT-proBNPに異常を認めなかった場合、ベッド上臥床で喘鳴を聴取した際、再検査を行った。

【結果】紹介されたがん患者は220例で、9に心不全の既往があった。203例でALBとNT-proBNPを検査した。初回の検査でALB低下192例 (94.6%)、NT-proBNP増加165例 (81.3%) で、心不全の既往を持つ9例は、全例が双方異常値であった。初回検査でNT-proBNPが正常であった16例で再検査を行うと、14例は高値となり、最終的に203例中179例 (88.2%) にNT-proBNPの異常を認めた。

【考察】心不全徴候を認めた進行がん患者では、高頻度にALB低下、NT-proBNP増加を認め、Arqiesが報告した低アルブミン性心不全と思われた。在宅では、検査機器も少なく、専門医がいるとは限らないため、心不全を念頭においた病状説明や、心臓の負荷を減らす移動方法の指導などが、自己決定支援を安全に行うために有用と思われ報告した。

【結論】がん患者では、進行に伴い低アルブミン性心不全となる可能性が高いものと考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 30 地域緩和ケア、非がんの在宅緩和他 DP11-3-2

症状緩和のためのアルブミン製剤使用について

高橋 周三 タカハシ シュウゾウ
長尾 強志 ナガオ ツヨシ
正翔会クリニック 医師

【はじめに】肝硬変や癌患者、心不全患者の胸腹水や浮腫の治療として、アルブミン製剤の使用（+利尿剤の併用）は伝統的によく用いられてきた。近年は病態によってはエビデンスに乏しい、またはcost-effectivenessの観点から推奨が強くされない場合や、慎重に適応を判断するとされている。当院では患者の苦痛除去を最優先にするため、また、在宅医療でできる検査も限られているために、ある程度症状に応じて、アルブミン製剤の使用を行なっている。今回、アルブミン製剤を使用した患者の自覚症状がどれほど改善があったのかを5段階で評価してもらいアンケートを実施し検討したため報告する。

【症例】①54歳男性、主病は末期食道癌、胸腹水貯留で穿刺頻回のためアルブミン、ラシックスの投与を行なった。結果は5段階評価の上から2番目の「まあまあよくなった。」②87歳男性、主病はアルコール性肝硬変、浮腫、呼吸苦のためアルブミン投与を行なった。結果は同様に「まあまあよくなった。」③69歳女性、主病は卵巣癌末期、腹水、倦怠感のためアルブミン、ラシックスの投与を行なった。結果は上から4番目の「少し悪くなった」

【考察】アルブミン投与前に比べて3人中2人は自覚症状の改善を認めた。しかし、病勢の進行が著しい場合は症状の改善につながらないこともあった。また、症状の改善につながった患者も長続きはせず、数日～数週間にはもとの自覚症状に戻っていた。症状緩和目的のアルブミン投与は症状改善にはつながるがcost-effectivenessの観点からや、症状改善する時間の短さから、今後も適応を慎重に判断する必要があると考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 30 地域緩和ケア、非がんの在宅緩和他 DP11-3-3

在宅医療における泌尿器科の関り

坂 宗久 ¹	サカ トシヒサ
藤井 光秀 ¹	フジイ ミツヒデ
篠原 雅岳 ¹	シノハラ マサタケ
藤原 正義 ²	フジワラ マサヨシ
西嶋 宗義 ²	ニシジマ ムネヨシ
平尾 佳彦 ¹	ヒラオ ヨシヒコ

¹大阪暁明館病院 泌尿器科

²大阪暁明館病院 内科

【はじめに】急速に超高齢社会に移行する本邦だけでなく、人口の高齢化は世界的に進んでいる。高齢社会における医学的課題として泌尿器科疾患はとても重要です。2017年以降、当科で在宅医療の依頼があり在宅診療を行った症例についての治療と経過について報告する。

【症例】2017年から当院泌尿器科が在宅医療に介入した20例で、性別は男性13例 女性7例、在宅介入時の年齢は83.3±9.6 (68~99) 歳であった。泌尿器科疾患は神経因性膀胱13例、泌尿器科系腫瘍が7例であった。

神経因性膀胱の13例の原疾患は脳梗塞5例、頸椎症2例、脳性麻痺1例、糖尿病1例、脊椎小脳変性症1例、多系統萎縮症1例、腰椎圧迫骨折1例、脊柱管狭窄症1例であった。13例中尿道カテーテル4例、膀胱瘻1例の5例でカテーテル管理を行った。泌尿器科系腫瘍の7例は前立腺癌4例、膀胱癌2例、腎盂癌1例で、浸潤性腫瘍は6例であった。

【考察】高齢者の多くが排尿障害（下部尿路機能障害）を有し、排尿障害そのものが問題となるだけでなく、日常生活への影響も大きい。在宅介護は、入浴・身体の清潔・排泄・食事・更衣等であるが、家族介護者が感じる介護負担の中でも排泄に関わる介護の負担感が強いことが知られている。そのため、適切な排尿管理・ケアが求められるが、腎瘻、膀胱瘻、尿管皮膚瘻などの特殊カテーテルや尿道留置カテーテルの管理だけでなく泌尿器科医の排尿管理・ケアへ介入が必要である。また、前立腺癌を含めた泌尿器系腫瘍の増加に伴い在宅での治療や終末期緩和ケアが増加すると考えられる。

今後、高齢化が進む中、在宅での排尿管理・ケアや泌尿器科系腫瘍の加療・緩和ケアが増加すると思われる泌尿器科医の介入が必要と思われる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 30 地域緩和ケア、非がんの在宅緩和他 DP11-3-4

自院に病床を有する機能強化型在宅療養支援診療所におけるレスパイト入院の意義

志波 理代 シワ マサヨ
 小潟 路子 オガタ ミチコ
 山本 巻一 ヤマモト ケンイチ
 琴岡 憲彦 コトオカ ノリヒコ
 崔 承彦 チェ スンオン
 医療法人葡萄の木 ぶどうの木クリニック

【はじめに】 当院は2020年に佐賀県佐賀市に設立された訪問診療・外来・病棟・訪問看護ステーションが一体となった機能強化型在宅療養支援診療所で、自院に病床を19床有する。

当院では、訪問診療を受けている患者の家族、介護者の負担を軽減し、継続的な在宅介護を支援するため、ショートステイでは対応困難な医療必要度の高い患者に対して、一定のルールのもとでレスパイト入院を実施している。様々なレスパイトの形態がある中で、自院の病床でレスパイト入院を行うことの意義について考察する。

【活動】 現在当院では、常時約650名の患者の訪問診療を行っている。2020年1月の開院以来、現在までに71名に対してレスパイト入院を実施。入院回数は、2020年66回、2021年64回、2022年92回と増加傾向にある。利用者の家族構成は、主介護者との2人暮らしが62%を占めていた。ショートステイとの相違点として、気管切開、食道瘻、胃瘻等、医療必要度の高い患者の利用が多い点が挙げられる。利用者の満足度は高く、家族から「安心して結婚式に行ける」、「外食できた」等の声が聞かれた。

【考察】 自宅での訪問診療を受けている患者と介護者は、環境の変化に対する懸念から入院を望まないことも多い。介護者には過度の責任と重圧がかかり続けており、医療必要度の高い患者ではなおさらであると思われる。在宅療養支援診療所と同一施設内でレスパイト入院を行うことの意義として、入院後も主治医が交代せず、在宅スタッフと病棟スタッフの連携もスムーズであることから、入院による療養環境の変化を最小限にとどめられることが挙げられ、自宅の延長に近い感覚でレスパイト入院ができることは、介護者の負担軽減と在宅療養の継続に寄与すると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 30 地域緩和ケア、非がんの在宅緩和他 DP11-3-5

緩和ケア啓発活動～参加型ホスピタルアート「感情の木」～の実施報告

久野 遥加¹ クノ ハルカ
坪田 桃佳² ツボタ モモカ
山本 真音² ヤマモト マオン
橋 果穂² タチバナ カホ

¹筑波大学 医学医療系 地域総合診療医学

²津田塾大学 総合政策学部 総合政策学科

【はじめに】 COVID-19の流行で、在宅看取りなど地域における緩和ケアのニーズは高まっているが、患者や家族に緩和ケアが十分に認識されていない状況がある。

【活動】 そこで、緩和ケアの啓発活動を通して、患者、家族の緩和ケアへの理解を深め、痛みや心のつらさなどの健康問題の早期発見・早期治療に取り組むことにつながることを目的として、緩和ケア関連のパンフレットの配布を行うことを企画した。また、アートにふれあうことを通して、患者と職員間のコミュニケーションを促すことができると考え、ホスピタルアートを同時開催することとした。ホスピタルアートとは、アートによる療養空間改善の取り組みのことを指す。今回は、筆者とアーティストが描いた木の幹に、患者・職員が花びらのシールを貼って完成させる「感情の木」という参加型アートを行うこととした。自分の気持ちを花びらの色で表現することで、制限された療養環境において「自分らしさ」を形にすることができ、患者・職員双方にとって、癒やしの効果が期待できる。患者、職員、アーティストで協力して完成させる作品であることから、地域の架け橋として在宅医療の拠点となる当院のイメージを可視化でき、緩和ケア啓発活動としても適していると考えた。今回の企画の準備・運営には、ホスピタルアートのコーディネーター団体である学生団体Maruに協力いただいた。当初はイベントの実施を計画していたが、COVID-19の流行拡大のため中止となり、入院患者を対象としたリハビリや外来診療の一環として、個別に実施した。

【考察】 ホスピタルアートは、欧米において患者や医療従事者に対する環境心理学的な効果が報告されているが、日本では認知度が低く、導入している医療機関は少数である。今回の企画は、在宅緩和ケアの促進にもつながると考えられ、今後も、地域でホスピタルアートを通じた緩和ケアの普及啓発活動を続けていきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 30 地域緩和ケア、非がんの在宅緩和他 DP11-3-6

施設型ホスピスにおける後天性免疫不全症候群患者受け入れの現状と展望

八島 美奈子¹ ヤシマ ミナコ
 新垣 早紀¹ アラカキ サキ
 横幕 能行² ヨコマク ヨシユキ
 小野 充一³ オノ ミチカズ
 石黒 智也⁴ イシグロ トモナリ
 柴原 慶一⁵ シバハラ ケイイチ

¹株式会社アンビス 地域連携部

²国立病院機構名古屋医療センター 臨床研究センター 感染・免疫研究部 免疫不全研究室長

³新都心ホームケアクリニック 院長

⁴新横浜国際クリニック 理事長

⁵株式会社アンビスホールディングス 代表取締役 CEO

【はじめに】近年、施設型ホスピスとして運営している住宅型有料老人ホーム「医心館」には、HIV感染による後天性免疫不全症候群（AIDS）の方の問い合わせも少なくない。多くは現疾患に加えて複雑な背景があり、きめ細かな入居調整と主治医や拠点病院との密な連携が不可欠である。中でも2症例を報告する。

【症例】67歳男性、AIDS、B型肝炎。ADL自立でHIV治療を受けていたが名古屋駅で心肺停止、救急搬送先で気管カニューレ管理、JCSⅢ -200～300。家族が在住する埼玉県への転院を希望も6病院が受け入れ拒否し、医心館に打診があった。入居調整に当たり、①家族の施設療養への不安、②遠方からの安全な移送、③生活保護の継続受給、④暴露時の対応などスタッフの不安、といった課題が見られたが、関係者の協力を得て入居可能となった。

83歳男性、AIDS、アルツハイマー型認知症。1998年にカボジ肉腫、HIV感染症の診断。大学病院で治療を受けていたが2018年から認知機能低下、徘徊行為を繰り返し独居生活が困難となり、医療保護入院となった。退院先が見つからず医心館に問い合わせ。入居調整に当たっては、①精神症状コントロールのための薬剤調整、②家族へのHIV感染未告知という本人の意思の尊重、③成年後見人を通じた契約、入居準備、といった課題があり、それぞれに十分対応して入居に至った。

【考察】2症例ともに各所の協力を得ながらの入居調整がご本人、ご家族の要望に沿った療養環境の提供につながった。1例ずつ実績と信頼を積み重ね、2022年11月現在、埼玉県で2名、神奈川県で9名のAIDSの方を受け入れている。今後も連携を大切にしながらAIDS患者の療養生活を支えていきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 30 地域緩和ケア、非がんの在宅緩和他 DP11-3-7

呼吸器疾患の終末期せん妄に対するプロナンセリン貼付剤の可能性

安藤 克利 アンドウ カツトシ
鈴木 歩 スズキ アユミ
本作 あづみ モトサク アヅミ
目黒ケイホームクリニック 診療部

【目的】 せん妄は、呼吸器疾患の終末期において、高頻度に発症し、中でも、過活動型せん妄は、在宅環境において家族介護者の負担が問題となる。

その予防や治療には、抗精神病薬が用いられるが、多くが経口もしくは皮下、静脈投与に限られ、在宅環境では、治療の選択肢が限られていた。

近年、ドパミンD2およびセロトニン5HT2A受容体に対する拮抗薬であるプロナンセリンの貼付剤が開発され、使用されてきている。

当院では、終末期せん妄の予防や治療目的に本剤剤を使用しており、今回、その効果について検討した。

【方法】 2018年6月～2022年9月に当院で在宅看取りを行った234例のうち、呼吸器疾患が原因で死亡診断した113例を抽出し、難治性の呼吸困難症例に対し使用を開始する前後で、せん妄の発症頻度やその程度について、検討した。せん妄の状況、呼吸困難の程度はRASSスケール、STAS-Jスケールにて、それぞれ定量的に評価した。

【結果】 せん妄の発症頻度は、使用開始前の70.4%と比較し、開始後で16.3%まで有意に低下した ($p<0.001$)。看取り前1週間以内の医師の訪問診療回数も4.0から3.0回/週と低下し ($p=0.086$)、生存時間解析では、使用開始後の生存率は改善した ($HR=0.65$, 95%CI 0.39-1.07)。

せん妄改善と呼吸困難緩和効果の関連性を検討するため、疼痛等他の影響要因が少ない間質性肺炎が原因で死亡した23例をサブグループ解析したところ、本薬剤を呼吸困難に対して使用した6例のSTAS-Jスコアは3以上の増悪を認めなかったのに対し、使用前の52.9%の症例でスコアが4まで増悪した。

【考察】 プロナンセリン貼付剤は、呼吸器疾患の終末期せん妄の予防や治療に有用な可能性があり、呼吸困難の緩和効果を有する可能性が示唆される。

利益相反： 無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 30 地域緩和ケア、非がんの在宅緩和他 DP11-3-8

言語妥当性が担保された日本語版 modRDOS-4の開発～非がん疾患患者の呼吸困難の アセスメント改善を目指して～

平原 佐斗司¹ ヒラハラ サトシ
鈴木 みずえ² スズキ ミズエ
金盛 琢也² カナモリ タクヤ
森山 寿伸³ モリヤマ ヒサノブ
戸谷 幸佳⁴ トヤ サヤカ
高井 ゆかり⁴ タカイ ユカリ

¹東京ふれあい医療生活協同組合 研修・研究センター

²浜松医科大学 医学部看護学科

³浜松医科大学 医学部看護学科大学院修士課程

⁴群馬県立県民健康科学大学 看護学部看護学科

【目的】呼吸困難の客観的評価法のGold standardであるRDOSは、一般臨床やケアの場で用いるには複雑であり、実施可能性に課題があり、普及に至っていない。ケア現場で実施可能なスコアとして、言語性妥当性が担保された「日本語版modRDOS-4」を開発した。

【方法】評価尺度の日本語版作成の標準の手順に則り、原作者より許可を得た後、日本語を母国語とする3名の翻訳者が独立してmodRDOS-4を日本語に翻訳、合議の上一つの日本語案を作成（順翻訳）した。英語を母国語とし、modRDOS-4を知らない翻訳者が日本語案を英語にする逆翻訳を行い、研究グループでオリジナルと逆翻訳の違いについて、また原作版と日本語版の概念の整合性について、原作者を含めて確認・修正を行い、暫定日本語版modRDOS-4を作成した。その後、暫定版を使用した5名の医師・看護師への構造的インタビューの質的分析を行い、研究グループ内で指標の実施可能性と言語的な認知について評価を行った。

【結果】modRDOS-4の4項目は順翻訳で、①「呻き声（呻吟）」、②「呼吸数」、③「呼吸補助筋の使用（鎖骨の上昇）」、④「奇異呼吸」とした。これらの逆翻訳の結果を吟味し、①を「呻き声」、③を「呼吸補助筋の使用（鎖骨上昇）」に変更、原作者との協議の中で④「奇異呼吸」を「吸気時の腹部陥没」と変更し、暫定版を完成した。その後、暫定日本語版modRDOS-4を使用した5名の医師、看護師に対して構造的インタビューを行い、内容を検証（認知デブリーフィング）、日本語版modRDOS-4を完成させた。

【結語】日本語版modRDOS-4の開発は、病院、施設、在宅など療養の場を超えて、多職種が認知症高齢者や超高齢者の終末期の最大の苦痛である呼吸困難をより正しく評価できることに貢献しうる。本研究は、東京ふれあい医療生活協同組合倫理委員会の承認を得（倫理審査番号2022-005）、令和3年度厚労科研（課題番号21GB1001）の一環として実施した。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 30 地域緩和ケア、非がんの在宅緩和他 DP11-3-9

壊疽に陥った足趾を積極的に自宅で切断し、良好な経過辿る一例

堀見 洋継 ホリミ ヒロツグ
成城リハケア病院 在宅診療部

【はじめに】ADL全介助で、意思疎通もままならないような患者において、閉塞性動脈硬化症に伴い下肢の壊疽が起こった場合、その後の治療をどう進めていくのかというのは、いつも悩ましい問題である。

【症例】79歳男性。多発性脳梗塞により四肢不全麻痺、高次脳機能障害、嚥下障害があり、胃瘻で栄養管理され、尿道カテーテル留置されていた。2021年3月より右足趾の壊疽が段階的に進み、全足趾が黒色に変色した。足部の感染が起こらないようケアしながら、デマルケーションが十分完了したと思われた時点で、MP関節で積極的に足趾を切離した。血流は必ずしも良い状態ではなかったが、切離面の縮小と上皮化が進み良好な治癒機転を取りつつある。

【考察】壊死した部分を侵入門戸とし、感染が中枢側に広がるのを防ぐため、局所の処置が重要。壊死組織がドライのまま経過している場合は、感染が波及していない限り様子を見る。壊死組織が融解しウェットになった場合は壊死組織を段階的に切除する。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 30 地域緩和ケア、非がんの在宅緩和他 DP11-3-10

在宅看取りを可能とする因子の検討

小平 睦月 コダイラ ムツキ
社会医療法人健和会 健和会病院 内科

【目的】 人生の終末を迎える際、終末期を過ごす場所及び医療行為について自由に選択できる環境が必要である。訪問診療中に自宅での看取りとなる方もいれば、病院で亡くなる方もいる。その違いに関して調査した研究は少なく、またその要因は明らかではない。

【方法】 今回私たちは2015年から2020年に当院で定期的に訪問診療を行っており、死亡原因まで追跡可能であった156例のうち、在宅看取り群 (n=78) と病院看取り群 (n=78) に分けて患者・介護背景、療養の内容を後ろ向き研究で検討した。

【結果】 高齢、女性、実子が主介護者であること、医師からの面談が在宅看取りに重要な因子であった。在宅酸素療法と経管・胃瘻栄養は病院看取り群で有意に多かった。ロジスティック回帰分析ではデイサービス利用 (オッズ比1.92; 95%CI:1.75-13.42; p=0.0018)、在宅酸素療法 (オッズ比7.08; 95%CI:2.18-26.11; p=0.0009) が病院看取りになりやすい因子であり、医師との面談 (オッズ比0.35; 95%CI:0.14-0.86; p=0.022) が在宅看取りに重要であった。

【結語】 在宅看取りを可能とするためには、自宅の介護環境を把握し、患者・医療者との終末期に関しての話し合いの場を設ける必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 30 地域緩和ケア、非がんの在宅緩和他 DP11-3-11

非癌、非終末期の在宅患者の転帰

佐藤 英之 サトウ ヒデユキ
古川民主病院 在宅室

【目的】当院は2016年から強化型在宅療養支援病院として体制を整備してきた。訪問診療開始時に本人または家族に、終末期をどのように過ごしたいか、簡単なアンケートを実施している。ところが、癌や老衰など実際に終末期に近い患者以外では、終末期を現実的、具体的にイメージできないことが多い印象を受ける。非癌、非終末期の在宅患者の平均管理日数やその転帰についての文献検索を行ったが限定的であった。より具体的なイメージを持ってもらえるような説明するために、当院の患者についての転帰を調査することとした。

【方法】2020年4月～2023年3月の3年間の間に管理終了となった当院在宅患者176名のうち、訪問診療開始時点で担癌状態、終末期と判断された35名を除いた計141名の転帰を後方的に調査した（抄録記載時点では2022年12月終了時点、当日には2023年3月まで追加し発表予定）。管理日数、転帰、開始時の主病態、管理終了の経過、介護度、アンケートへの返答内容を後方的に調査した。

【結果】終了時の平均年齢88.2歳、管理日数の中央値は432日（20～7071日）であった。開始時の介護度は平均2.8、終了時は平均3.6だった。開始時の疾患名で最多は認知症、次いで廃用症候群、契機としては施設入所に伴うものが最多であった。83名が死亡し、残りの58名は特養や老健、介護医療院などの施設へ入所したり、骨折などを機に転医となる例が多かった。死亡した83名のうち、開始時点の主病態の進行（認知症、パーキンソン病とその類縁疾患）は12名で、老衰の11名と合わせて約40%であり、残り60%は経過中に診断された癌の進行のほか感染症、心不全や腎不全の増悪などの比較的急性の病態で死亡し、CPAでの搬送例も4例あった。

【考察】今回の結果を参考に、訪問診療を開始する患者とその家族に、将来についてより具体的なイメージを持っていただけるような話ができるよう取り組んでいきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 31 End of Life Care と地域での看取り

DP12-1-1

地域包括ケアシステムにおける「施設看取り」の可能性について—施設看取りが推奨されるための要因—

杉本 みぎわ スギモト ミギワ
福岡女学院看護大学 実習指導教員

【目的】我が国においては、戦後国民皆保険制度が整備され、高度経済成長と共に医療体制も急速に発展し病床数が急激に増加したことにより、入院してそのまま病院で最期を迎えるケースが増えた。しかし国民の意識調査では約6割強が最期を自宅または施設で迎えたいと望んでいる。核家族化、老々世帯、独居世帯などの家族構成の変化により、「自宅（施設）」での看取りの困難さが言われている。

介護施設からの救急搬送は増加傾向にあり、終の住まいとしての施設の役割が十分に果たせていない。そこで、特養に従事し、救急搬送を体験した介護職員にインタビューを行い、救急搬送した背景を明らかにするとともに、施設看取りを推進する要因について考察することを目的とした。

【方法】K市に所属する特別養護老人ホームに在職する施設職員で入所者の救急搬送に遭遇した経験のある介護職員、または看護職員を対象に、半構造的インタビューによる面接、インタビュー内容を逐語録に落とし内容分析

【結果】介護職員は多くの不安を抱えつつも看取りに対して前向きに取り組んでおり、その働きを支えるのは施設の医療体制であることが明確になった。主治医（看護師）との信頼関係が構築され、医療的見解に基づくアセスメントによって、看取りのケアが肯定されることにより介護職員は看取りのケアを前向きに捉え、自身も成長していることが分かった。

【考察】真摯に看取りに取り組む介護職員が、医療的プロトコルによって安心して看取りケアを行うためのガイドラインが必要である。また、高齢者の医療の在り方を国民が自分事として考え、自ら選択することができる情報提供が必要であり、その選択を許容する社会的コンセンサスが課題である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 31 End of Life Care と地域での看取り

DP12-1-2

COPD 終末期に在宅ハイフローセラピーを行った利用者との関わり

鈴木 恵美子 スズキ エミコ
 武藤 信枝 ムトウ ノブエ
 遠藤 なおみ エンドウ ナオミ
 箭内 美沙枝 ヤナイ ミサエ
 久保木 優佳 クボキ ユウカ

公立小野町地方総合病院 訪問看護ステーションこまちの里

【はじめに】2022年4月在宅ハイフローセラピー（以下ハイフローとする）指導管理料が新設された。当訪問看護ステーションで初めてハイフローを行う利用者に関わったので報告する。

【症例】A氏、60歳代、男性 COPDにて2年前よりHOT使用していたが、終末期となり、2022年X月から自宅より1時間のB病院に入院。当初、ネーザルハイフローを使用していたが「機械を使ってでも自宅に帰りたい」とA氏の強い希望があり、ハイフローを使用しての自宅退院が検討された。退院前に①多職種で情報共有②本人、家族との顔合わせと希望の確認③スタッフへのハイフローの勉強会④万が一のため自宅近くの当院の訪問診療担当医への情報提供を実施し、2022年X+3月自宅退院となった。退院日A氏は「家は、いいなあ」と笑顔だったが、妻は「大丈夫かな、私は大変」と不安な様子だった。夕方に再度A氏、家族、当ステーションスタッフ全員、ハイフローの業者が一同に会し、機器や緊急連絡の方法等の確認を行った。その後家族の支えもあり、A氏は自宅での希望を一つずつ叶え「帰ってきて良かった」と話されていた。しかし呼吸困難感も徐々に増強し、自宅での療養は困難と本人・家族共に納得し再入院を手配した。入院前夜、家族で夕食を囲めるよう環境をセッティングし、A氏は「皆と過ごせて良かった、ありがとう」と話されていた。翌朝、呼吸困難増強し、B病院へ救急搬送され、永眠となった。10日間の自宅療養であったが、妻は「機械もあり不安だったが、本人が望むことが叶えられた」と話された。

【考察】妻を中心に家族の協力を得て、A氏が望む自宅での療養生活が送れたと考えられ、ハイフローを使用した在宅療養は利用者のQOL向上に大きく寄与すると思われた。また退院日にスタッフ全員、A氏、家族、医療機器業者と一同に顔合わせをしたことは、様々な問題点の解消や確認ができ、スタッフ・利用者双方の不安軽減に繋がったと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 31 End of Life Care と地域での看取り

DP12-1-3

病院死した在宅患者における非がん、がん疾患別の生命維持治療、心肺蘇生、緩和ケア実施率と緩和ケア導入の影響要因の検討：後ろ向きコホート研究

三浦 久幸 ミウラ ヒサユキ

後藤 友子 ゴトウ ユウコ

国立長寿医療研究センター病院 在宅医療・地域医療連携推進部

【目的】 最期を病院で迎える在宅患者が一定数いるが、基礎疾患別（非がん、がん）の入院後の病院医師による看取り期の対応や緩和ケアの導入については、これまでほとんど報告がされていない。このため、本研究では病院死した在宅患者の入院後の生命維持治療（LST）、心肺蘇生（CPR）、緩和ケア（PC）実施率を調査し、その違いや緩和ケア導入における影響要因を検討した。

【方法】 当院の在宅患者受け入れ病棟に2011年～2018年に入院した患者のうち、当該病棟で最期を迎えた患者の属性、基礎疾患、死因及びLST、CPR、PCの実施率を入院記録から調査し、影響要因を検討した。倫理・利益相反委員会の承認を得た（No. 675）。

【結果】 当該病棟で最期を迎えた在宅患者は555名中119人であった。15の診療科に渡る45人の病院医師が担当医として治療にあたっていた。基礎疾患は、非がん患者は60人、がん患者は59人であった。非がん患者はがん患者と比較し、女性割合が高く（60% vs 42%）、入院期間が長く（ 18.8 ± 15.4 日 vs 10.3 ± 9.1 日）、高年齢（ 84.1 ± 9.1 歳 vs 79.3 ± 7.0 歳）であった。非がん患者はがん患者と比較し、LST（酸素、末梢点滴、抗菌薬以外）（23% vs 8.5%）、CPR（8.3% vs 0%）、PC実施率（23% vs 72%）で、LST、CPRの実施率は高く、PC実施率は有意に低かった。感染症併発のため、非がん・がん患者の50名に抗菌薬が使用されていたが、投与を受けた患者においては、PC実施率は有意に低かった（26% vs 63%）。

【考察】 非がん疾患末期であっても一部にLSTが行われており、PC実施率は非がん疾患の種類にかかわらず、総じて低かった。特に抗菌薬使用例でのPC実施率は低く、急性の感染症併発事例における緩和ケアという治療選択肢への理解や緩和ケア導入のタイミングが課題として考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 31 End of Life Care と地域での看取り

DP12-1-4

終末期がん症例の在宅看取りの記述的研究

武藤 英貴 ¹	ムトウ ヒデキ
藤本 佳奈 ¹	フジモト カナ
林 佑哉 ¹	ハヤシ ユウヤ
藤谷 好紀 ¹	フジタニ ヨシノリ
能勢 悠介 ¹	ノセ ユウスケ
柳沢 克哉 ¹	ヤナギサワ カツヤ
菅原 信行 ¹	スガハラ ノブユキ
田中 裕子 ¹	タナカ ユウコ
山田 寿美 ¹	ヤマダ トシミ
山田 淑恵 ^{1,2}	ヤマダ ヨシエ
守上 佳樹 ¹	モリカミ ヨシキ

¹ 医療法人双樹会よしき往診クリニック メディカルコーディネーター

² 京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 医療疫学分野

【目的】 日本財団の調査では日本国民の59%は人生の最期を自宅で迎えたいと考えているが、厚生労働省の報告では実際の自宅での死亡者は14%と少なく、実際在宅看取りを希望した終末期の患者でも、最終的に在宅看取りに至るとは限らない。在宅看取りを希望し訪問診療を受ける終末期がん患者の最終的な転機と背景を調査した。

【方法】 2017年4月から2020年12月末までに当院より訪問診療を受け、在宅がん医療総合診療料を算定された終末期がん患者のうち、患者本人とその家族が在宅看取りを希望した者を、2年間のカルテレビューで追跡した。患者の看取り場所と、自宅以外で死亡した患者の移動理由をカルテから抽出した。

【結果】 対象者は127人で、年齢の中央値は78歳（四分位範囲71-86歳）、男性74人（58.3%）であった。追跡から2年経過時点で在宅看取りとなったのは102人（80.3%）、自宅以外で死亡したのは21人（16.5%）、生存していたのは4人（3.2%）であった。訪問診療介入から死亡までの日数の中央値は、在宅看取りでは50日（四分位範囲24-98日）、自宅以外死亡では145日（四分位範囲89-178日）であった。自宅以外での死亡場所は全て病院で、病院を受診した理由は、急性発症の合併症の治療目的が9例（42.8%）、緩和ケア目的が12例（57.1%）であった。最終的な看取りの場所は一般病棟8例（38.1%）、緩和ケア病棟13例（61.9%）であった。

【考察】 訪問診療を受ける終末期がん患者が在宅看取りを希望しても、在宅看取りに至らなかった例が存在した。自宅以外の看取り場所はすべて病院で、その受診理由は合併症の治療または緩和ケアであった。今後は患者の在宅看取りができない要因のさらなる探索を目的に、患者やその家族への質問紙調査等を用いたより詳細な調査を行いたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 31 End of Life Care と地域での看取り

DP12-1-5

通所介護員が訪問介護で行った初めての看取り

津野 采子 ツノ アヤコ
ハート介護サービス東住吉 訪問介護

【はじめに】緩和ケア病棟を予約し、自宅ではなく最後は病院だと言っていた方が最後まで自宅で穏やかに過ごすことができた事例で

そもそも訪問介護員ではなくデイで働いていた職員が看取りは経験がなく苦手意識がありながらもこの仕事は大切な仕事であり、関わってよかったと感じたということを紹介したい。

【活動】ディグニティセラピーの一部などを用い利用者本人が輝いていた時のことを聞いたり大切なものをお聞きしそれをみんなで大切にすることで自分でしたいこともできなくなっても介護者をかばいその成長を楽しまれ生きてきて成し遂げた仕事を語るのを聞くことでここにいていいかもしれないと思っただけよう支援者の我々が利用者からみて「わかってくれる人」でありたいので援助的コミュニケーションを意識して介入した。

【考察】たとえ見取りに関して苦手意識があったとしてもかかわる中で人は成長し訪問介護員として職務を全うできると考えている。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 31 End of Life Care と地域での看取り

DP12-1-6

富山市における施設での看取りに関する調査

入江 貴子 イリエ タカコ
山本 美和 ヤマモト ミワ
林 洋平 ハヤシ ヨウヘイ
田村 恵子 タムラ ケイコ
富山医療生活協同組合 富山協立病院 往診部

【目的】厚生労働省のデータによると施設での死亡は2006年の3.1%から2019年の9.2%と増加している。入院日数の短縮化や看取り介護加算の強化が背景にあると考える。そこで富山市の高齢者施設にアンケート調査を行い、施設看取りの実態を明らかにしたいと考えた。

【方法】富山市のホームページに記載のある「住所地特例対象施設一覧」と富山県のホームページの老人福祉施設及び介護サービス事業所等一覧にある253施設に看取りに関するアンケートを作成し送付した。内容は、看取りを行っているか、看取り場所の確認の方法と自由記載欄を設けた。

【結果】回収は76、回収率は30%であった。看取りを行っている施設は全体の64%で、施設種別ごとに差があった。看取り場所の確認は入所時が45%、状態変化時は61%であった。看取り場所の確認に専用の用紙を使用し、看取りを行っている施設の割合は、看取り場所の確認を行っている施設のうち82%、口頭のみで確認している施設は50%であった。

【考察】看取りを行っている施設種別では、医師や看護師の配置がある施設では多くそれ以外は少ない傾向にあった。介護職員のみでは、看取りを実施することは難しく、専門の知識を持った医師や看護師のサポートが必要である。入所時に看取り場所の確認を行っている施設は45%だが、入所後の状態の変化時に61%の施設が看取り場所の確認を行っており、経過や病状によっては看取り対応をしている事を表している。看取りに関する加算を算定できる条件に介護職員の配置などがあり、医師や看護師のサポートが看取りに大きく関与していた。自由記載では看取りを行う条件として、医療行為がないこと、老衰であることが書かれており、患者家族にACPを行うことで、今後の施設看取りは増えることが示唆された。専用の用紙によって施設職員と家族が共通認識を持ちやすく施設看取りにつながると考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 31 End of Life Care と地域での看取り

DP12-1-7

当院における在宅患者の看取り状況の分析と考察

樋口 久仁子 ヒグチ クニコ
桜新町アーバンクリニック 在宅医療部

【目的】 終末期を自宅で療養したいと希望する国民は全体の6割にのぼるとも言われており、在宅医療の普及によって患者の希望に添った場所での看取りが推進されている。当院では、年間自宅看取り患者数は約150名となっており、がんの終末期や医療依存度の高い患者も疾患問わず幅広く診療を行っている。

今回、当院の直近5年間の患者状況（療養場所・療養期間・死亡場所）を分析したので報告する。

【方法】 当院で訪問診療を行った患者のうち、2018年～2022年の5年間で転帰が「死亡」となった患者890名を分析対象とした。また、がんで療養期間が6か月以上の場合は対象外とした。

【結果】 療養場所は、がん患者は自宅98.2%、施設1.8%。非がん患者は自宅76.8%、施設23.2%であった。

療養期間は、がん患者は平均48.7日（中央値35.0日）、非がん患者は平均843.0日（中央値571.0日）であった。

死亡場所は、がん患者は自宅・施設75.6%、病院24.4%。非がん患者は自宅・施設73.3%、病院26.7%であった。

主病名分類別の看取り患者数は、がんと非がんで約半数ずつであった。2018年と比較して2022年は、がん患者数は1.3倍、非がん患者数は1.4倍に増加した。特に非がん患者のうち、呼吸器疾患は2.3倍、循環器疾患は1.6倍であった。

2022年の対象患者のうち、訪問看護の利用割合は、がん患者は76.2%、非がん患者は64.6%。在宅酸素に係る機器の使用割合は、がん患者は51.4%、非がん患者は32.0%であった。

【考察】 当院は居宅中心に対応しており、死亡場所はがん・非がんとともに7割以上を自宅・施設が占めていた。主病名別にみると、がん患者並びに、非がん患者では呼吸器疾患や循環器疾患が大きく増加した。今後更なる終末期の自宅療養のニーズに対応するには、医療処置の対応や、各種サービスとの連携を図っていくことが重要になると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 31 End of Life Care と地域での看取り

DP12-1-8

終末期における「お迎え現象」～英語の海外文献調査より

日吉 和子¹ ヒヨシ カズコ

朴 明子¹ ボク アキコ

Carl Becker²

¹太成学院大学 看護学部

²京都大学政策のための科学ユニット

【目的】終末期せん妄は患者と家族の心理的負担になりうる。近年日本の調査では「お迎え現象」の情報共有をしたかったという家族が多い一方、海外の「お迎え現象」に関する報告は日本に伝わっていない。英語文献を用いて海外の「お迎え現象」の実態を検討することを本研究の目的とした。

【方法】PubMedにて「Deathbed Visions」「Deathbed Visitations」「Deathbed Phenomena」の単語を用いて検索した。「Deathbed Visions」で23件、「Deathbed Visitations」で6件、「Deathbed Phenomena」で12件の論文を検索した。その中から「お迎え現象」について述べられている21件の中、4件は文献レビューであったので、残り17件を分析対象とした。

【結果】研究対象国はアメリカ5件、カナダ2件、イギリス3件、韓国1件、日本1件、ブラジル1件、スイス1件、アルゼンチン1件、スウェーデン2件で、調査対象者は看護師・医師などの医療従事者であった。また、その中の20%～50%が「お迎え現象」の経験を報告して、経験者の約4割がその現象はトランスパーソナルであると回答していた。「お迎え現象」は宗教に関係なくみられていた。「お迎え現象」を体験した患者は突然に自信を持ったり慰めを感じたりしたが、医療従事者がそれに対するケアに困惑していた。

【考察】海外の「お迎え現象」は、日吉が調査した日本の「お迎え現象」の結果とほぼ同じ結果を示しており、文化や宗教と関係無く起こる現象である。今後は、それを経験した患者や家族に対するケアをどのように行っていくかが課題として挙げられる。

【謝辞】

本研究は勇美財団助成金を受けて実施している。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 31 End of Life Care と地域での看取り

DP12-1-9

エンド・オブ・ライフを支える看護小規模多機能型居宅介護の役割

～共にいる・整える・補う～

加藤 幸子 カトウ ユキコ
横山 衣子 ヨコヤマ キヌコ
渡辺 康子 ワタナベ ヤスコ
小菅 勉 コスゲ ツトム

有限会社 在宅ナースの会 複合型サービスふくふく寺前

【はじめに】退院後転院か施設かの選択を迫られた時に、揺れ動く家族の心情に寄り添い看取りの段階でも意思決定を最優先にした関りが行えた。本人と家族が自宅に帰る事を目標に、看護小規模多機能型居宅介護（以後看多機と略す）が担う利用者や家族の意思決定支援の実際について報告する

【症例】パーキンソン病で看多機利用していた80代男性。肝膿瘍に罹患し入院。看取りの段階となった。経口摂取不可、医療的処置が必要となり自宅で介護の継続は難しいのではと、転院か施設入所かの選択を迫られた。コロナ禍で面会できない状態であり、本人と妻は自宅に帰りたいという希望が強かった。医療処置や状態変化で家族が揺れ動く状態が続いたが、最期まで看多機で支援する事ことを伝え、数日後に控えた誕生日を自宅で迎えたいという妻の希望で、住み慣れた自宅に戻ることを決めた。「帰ってきて元気になった気がする」と妻が実感した様に、病院でほとんど意思表示しなかったA様が大きな声で感謝の言葉を発してくれた。ケアプランを変更しながら本人・家族の希望を最優先に対応し、退院日は泊りを利用、翌日自宅に帰宅し誕生日会を実施後6日目で永眠された。在宅で介護ができるか否か、揺れ動く家族の意思決定を行う上で十分に話し合い、在宅療養を可能にするために共に考え、調整を行った事で主介護者の不安を軽減し「悔いのない看取り」を行う事ができた。

【考察】在宅療養が困難になる要因として、介護者・家族の不安などが上げられる。看取ることへの覚悟を決意しながら、病状の変化や医療の内容決定によって生じる本人家族の揺らぎに対しても看多機では共に寄り添い、整え、補う事ができ、エンド・オブ・ライフケアの一助となった。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 31 End of Life Care と地域での看取り

DP12-1-10

当施設における在宅療養者の死亡原因疾患の検証

菅原 信行 ¹	スガハラ ノブユキ
藤本 加奈 ¹	フジモト カナ
林 佑哉 ¹	ハヤシ ユウヤ
武藤 英貴 ¹	ムトウ ヒデキ
藤谷 好紀 ¹	フジタニ ヨシノリ
能勢 悠介 ¹	ノセ ユスケ
田中 裕子 ¹	タナカ ユウコ
山田 寿美 ¹	ヤマダ トシミ
長野 広之 ¹	ナガノ ヒロユキ
守上 佳樹 ¹	モリカミ ヨシキ

¹ よしき往診クリニック メディカルコーディネーター

² 京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野 博士課程 大学院生 よしき往診クリニック 非常勤医

【背景、目的】 当院は京都市西京区に位置しており人口約14万6千人のエリアで、24時間365日の対応を行っている。区内の患者は困難症例なども断らない結果、患者数は増加し看取り件数も増えている。看取りにおける終末期ケアは患者、家族にとって重要だが、疾患によって適切なケアは様々である。しかし当院の看取り症例の死亡原因については十分なデータがない。そこで本研究では当院での看取り症例の死亡原因の疾患名を調査する。

【方法】 平成29年3月から令和4年3月の5年間の当施設データを用い、当施設が在宅で死亡診断した患者の死亡診断書に記載の死亡理由を上位5つ分類した。また疾患別に月の変動を検証した。

【結果】 5年間で当院が死亡診断をおこなった患者は566人だった。死亡理由としては癌疾患・呼吸器疾患・循環器疾患・老衰・腎疾患の順で死亡数が多かった。癌疾患は夏が多かった。呼吸器疾患は、冬・夏が多く、循環器疾患は冬が多かった。癌疾患での看取りは全体の約半数を占め、肺癌・膵癌・大腸癌・胃癌の順に多かった。

【考察・結論】 在宅では癌疾患で死亡される方が、死亡全体の約半数を占めていた。呼吸器疾患は、夏季・冬期に死亡数が増える事が分かった。循環器疾患・老衰・腎疾患は、月変動が顕著にみられなかった。今回の結果から癌疾患での看取りが多い事が分かり、その中でも肺癌・膵癌看取りが約37%を占めた。本研究で判明した看取りの疾患頻度を元に各々の終末期の特徴を理解した上で、多職種で連携しチームで常に情報を共有しながら、患者と家族の意向を尊重した療養生活を支援するよう努める事が必要と考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 31 End of Life Care と地域での看取り

DP12-1-11

看取り後カンファレンスでの課題と在宅医療センター看護師の「強み」と役割を考える

河端 加南子 カワバタ カナコ
 永津 有理 ナガツ ユリ
 花岡 千鶴 ハナオカ チヅル
 中安 一夫 ナカヤス カズオ
 博愛会 額田病院 在宅医療センター

【目的】 本研究の目的は連携する訪問看護ステーションとの問題点、連携強化に向けた取り組みの検討を行うことである。年間約160件の看取りを行い、看取り後に1症例/月の振り返りカンファレンスを実施。当センターに在籍する看護師は、訪問診療同行と訪問看護を兼任している。訪問診療に同行しながら、訪問看護も行うことができるため「強み」があるのではと考える。看取り後カンファレンスで挙げた課題の整理を行い、情報共有の在り方を見直す必要があると考え、連携強化のために行った取り組みと結果について報告する。

【方法】 ①在宅医療センター看護師11名にアンケートの実施。②訪問看護ステーションと実施する看取り後カンファレンスで挙げた課題の整理。

【倫理的配慮】 アンケートは無記名で行い、本研究以外には使用しないことを説明し同意を得た。

【結果】 ①アンケートでは当センターでの看護に「強み」があると回答したのは100%。「強み」とは、医師へ相談がしやすいことが100%と最も高く、90%が医師との連携がとりやすいことと回答した。②看取り後カンファレンスでは、当センターとの関わりに「いつでも対応してもらえる安心感がある」との良い意見が得られた。しかし一方で「病院と家族の意思の疎通ができていない」「双方の訪問で得た情報の共有ができていない」など厳しい意見も明らかになった。

【考察】 終末期は展開が速く、指示内容が複雑になることがあるため、訪問看護ステーションへの連絡時に行き違い、情報共有が不十分、不正確になることが考えられる。当センターの「強み」である医師との連携を生かした重要な役割は、看護師が必要とする指示内容や情報をまとめ、正確に伝達することであると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 31 End of Life Care と地域での看取り

DP12-1-12

住み慣れたシマで最後まで生ききるための“わきゃシマ”の支援 –在宅看取り率54.8%の検討と遺族の満足度調査–

小川 信¹ オガワ シン
勝 健一郎² カツ ケンイチロウ
嶽崎 俊郎³ タケザキ トシロウ

¹ 国民健康保険 大和診療所

² 特別養護老人ホーム 大和の園

³ 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 国際離島医療学分野

【目的】 大和村は鹿児島県、奄美大島のほぼ中央西側に位置する、人口1,414人（2022年）の村であり、高齢化率は約42%である。同村での在宅看取り率は54.8%（2016～2020年）であった。看取り率が高い背景の検討、および遺族の満足度調査を行った。

【方法】 在宅医療に関わる社会、医療的背景を、同村が在宅医療に力を入れる前後で比較した。さらに2015年4月～2020年3月に看取った患者90名の家族に対し、無記名アンケートを郵送法で行い、家族の満足度を解析した。鹿児島大学医歯学総合研究科倫理委員会の承認を得た。

【結果】 患者の買い物や食事介助、見守りまで、地域支えあいは元来盛んな地域であった。人口減少が著しいにもかかわらず、外来診療件数、在宅医療件数は増加していた。在宅医療に力を入れる前と比較し、アドバンス・ケア・プランニング、および看取り前後のカンファレンスの頻度が増えていた。主治医不在時は医師会の医師に看取りを頼める体制が完備していた。遺族の満足度調査については、有効回答（44.4%）があった40名を解析した。看取った患者の年齢の中央値は90歳、性別は女性が多かった（62.5%）。受けた医療は「非常に満足」と「満足」が多かった（92.5%）。患者が亡くなる前1週間に感じていた苦痛は「なし」が最も多かった（20.0%）。

【考察】 地域支えあいが盛んな地域において、多職種連携が加わることにより、在宅看取り率の向上が得られたと思われる。都市部では地域支えあいを補完するためには、社会的処方箋やくらしの保健室が注目されている。多職種間のカンファレンスを十分に行うことにより、各職種が当事者意識を持って在宅医療に取り組んでいる。満足度調査について、ほとんどの家族が医療ケアに対する肯定的な意見であった一方、回答されなかった家族は不満足であった可能性も否めないため、今後も検討を要する。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 32 End of Life Care、グリーフケアほか -1

DP12-2-1

がん末期緩和ケアでの訪問リハビリにおける連携協働の重要性 ～当院の在宅医との連携協働から考える～

加藤 大 カトウ ヒロシ
石賀 丈士 イシガ タケシ
いしが在宅ケアクリニック 訪問リハビリテーション

【はじめに】 がん末期の在宅緩和ケアでは、QOLや心理面、緩和的リハビリといった観点から、訪問リハの重要性は認知されてきている。しかし、がん末期は症状が不安定で急変しやすく、様々な医療的処置が必要といった特徴がある。リスク管理の面から、訪問リハの役割が理解されつつも、実際には介入しにくいといった側面がある。がん末期では在宅診療の専門医（以下在宅医）を含めた多職種と連携協働することが重要である。今回、当院でのがん末期における訪問リハと在宅医との連携協働を中心にその重要性を考察する。

【活動】 当院は在宅診療専門の診療所で、在宅医15名が在籍しており、がん末期の在宅緩和ケアを積極的に行っている。訪問リハと在宅医の間では、電子カルテによる情報共有だけでなく、普段から作業スペースを共有しており、顔の見える関係も作られている。そのためリハ目的や注意点、症状等について在宅医と相談しやすく、訪問リハにおけるリスク管理が行いやすい。また患者の些細な変化も報告しやすく、必要があれば往診などすぐに在宅医が対応できる。訪問リハは、がん末期であっても単独で訪問するため、その対応や判断において不安が大きい。この不安に対し、在宅医との円滑な連携協働は大きな安心材料となっている。

【考察】 当院では、電子カルテでの情報共有と併せ、普段から顔の見える関係作りで、円滑な連携協働が取れている。それは、がん末期の訪問リハを効果的でより安全に提供でき、そして患者や家族は安心して訪問リハを受けることに繋がっている。これらは在宅医のいる訪問リハ事業所の有利性ともいえるが、在宅医との連携協働はどのような事業所でも同様に重要である。訪問リハと在宅医との連携協働の重要性とその取り組みがさらに広がり、在宅緩和ケアで活躍するリハ職が増え、訪問リハが在宅がん患者にとって大切な選択肢の一つとして普及・発展していく事を期待している。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 32 End of Life Care、グリーフケアほか-1

DP12-2-2

在宅緩和ケアにおける終末期がんリハビリテーション・アプローチの特色

安部 能成 アベ カズナリ
大石 春美 オオイシ ハルミ
武田 寿彦 タケダ ヨシヒコ
三浦 正悦 ミウラ マサエツ
穂波の郷クリニック 緩和ケア支援センターはるか

【目的】医学的リハビリテーション(以下リハビリ)は機能回復が主たる役割と考えられている。これを前提条件とすると、機能回復どころか機能低下が不可避の終末期では役割を失い、リハビリ介入できない。ところが在宅医療の現場では、患者の要望に応じて亡くなる直前まで介入できた終末期症例も存在したので、今回その特徴を分析する。

【方法】2022年4月から12月までに主治医の紹介を受け、在宅で死亡直前までリハビリ介入した18例を対象とし、その特色を質的に分析した。

【結果】いずれの症例も治癒的治療を終了し、在宅医療に移行していた。この場合、機能回復を求めず、日常生活活動(以下ADL)の改善をリハビリ介入の契機としていたが、ベッド内生活をより快適にすることに焦点化した。その際の介入技法は、自動運動よりも自動介助運動、病勢の進行とともに介助運動が中心となっていった。動けなくなった症例ほど「リハビリの訪問が楽しみ」という発言が聞かれた。

【考察】大岩孝司(2022年)の指摘にもある通り、終末期がん患者の最大課題は癌悪疫質に起因するADLの低下であり、患者にとって当たり前であったADLができなくなる、という衝撃である。これに対応するには旧来の機能回復志向のリハビリとは異なる発想が必要となる。その要点は、機能回復や機能維持を目指さず、機能低下の状況におけるADLを本人の機能と環境条件を勘案しながら創り出すと共に、介護者の負担をできる限り少なくする介入である。同時に患者本人には、できる限り心地よい生活を提供するために、自動運動ではなく自動介助運動を、病勢の進行とともに他動運動の比重が増していた。これはベッド内生活における心地良さを提供を目的とするが、その背景には癌悪疫質に起因する不活発な生活状況による廃用症候群対策があった。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 32 End of Life Care、グリーフケアほか-1

DP12-2-3

ホスピスにおけるがん末期患者に対するリハビリ加療について

田村 宏輝 ¹	タムラ ヒロキ
小池 友香 ¹	コイケ ユカ
鈴木 雅 ¹	スズキ マサル
山田 莉姿 ¹	ヤマダ リサ
古謝 一真 ¹	コジャ カズマ
後藤 詩織 ¹	ゴトウ シオリ
横山 明 ¹	ヨコヤマ アキラ
立野 慶 ²	タテノ ケイ
岩崎 拓也 ²	イワサキ タクヤ

¹医療法人社団ユニメディコ リハビリテーション部

²医療法人社団ユニメディコ 往診部

【はじめに】当法人ではホスピス機能を要した住宅型有料老人ホームにおいて、医師24時間対応、看護師24時間常駐、また同一法人が運営する福祉事業所と連携することにより医療依存度の高い患者も積極的に受け入れている。がん末期患者において、最期までリハビリテーションが医療介護サービスとして関われる機会は多くはない。しかし、がんのリハビリテーションガイドライン(2013)によるとその有効性はエビデンスとして高いことが言われている。今回我々は、ホスピスにおけるがん末期患者とリハビリ加療について若干の知見を得たので報告する。

【活動】ホスピス開設時より医療管理したがん末期患者85名(入居期間平均86.4日:2日—479日、平均年齢77.5歳、平均要介護度3.2、Performance Status Scale:PS3.4)を対象。リハビリ加療あり:介入期間平均18.1日(A群:48名56%)、リハビリ加療なし(B群:37名44%)、入居日数平均A群119日・B群44日。要介護度平均A群3.4・B群3.1。PS平均A群3.2・B群3.6。ガン原発巣上位2器官A群肺16%、膵臓12%、B群肺18%、直腸10%。入居直後Alb値平均A2.8群・B2.6群、死亡時Alb値A群2.2・B群2.4。経口摂取のみA群33%・B群21%、経管栄養のみA群2%・B群2%、静脈栄養のみA群22%・B群16%、混合A群43%・B群51%であった。

【考察】全国の住宅型老人ホームでの在設平均期間約700日と比較して、当施設においては平均期間86.4日と短い在設期間であり、ホスピスとしての特徴が認められた。入居時より重症状態のため、入居数日間での急変も多く、B群の中にはリハビリ介入が困難であった例も少なくなかった。A群においては全身状態不良、ADL低下及び低栄養の患者に対しても身体機能・能力の改善及び呼吸困難感や心理的不安の軽減につながり、短期的にはリハビリは有効であったと思われた。今回、リハビリと栄養状態の関連性は認められなかった。

利益相反:無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 32 End of Life Care、グリーフケアほか-1

DP12-2-4

訪問作業療法で終末期がん患者の看取りまで関わった経験—終末期がん患者における作業療法の考察—

但野 修理 タダノ シュリ

医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック 桜新町ナースケア・ステーション

【はじめに】作業療法士（以下、OT）は終末期がん患者に関わる一職種であるが、終末期がん患者への役割が不明確で困難を感じていると報告がある。OTの終末期がん患者への役割は定まっていない。また、看取りへの作業療法となると、その概念も新しいため報告も極めて少ない。今回、在宅での訪問作業療法で終末期がん患者の看取りまで関わることを経験した。この経験からOTの終末期がん患者への役割と支援の可能性を考察した。

【症例】症例は80代、男性、妻と2人暮らし。右下葉肺がんと右頸部転移性皮膚腫瘤を呈していた。JCS I -2、右頸部の疼痛、右手指のしびれ、右肩関節の可動域制限を認めた。基本動作とADLは自立していた。希望は食器を倒さずに食べることを、リビング椅子に座って過ごすことであった。[0～20日目]殿部と右上肢にはポジショニングを行い、座位姿勢が改善した。食器には滑り止めを敷いたことで食器を倒す回数が減った。[21～44日]意識の低下から、座位姿勢も崩れるようになる。リビング椅子からの転落も増え、仙骨部に褥瘡も出現した。しかし、日中と夜間もリビング椅子に座ることを固執していた。褥瘡と椅子からの転落への対応は車椅子用クッションを導入し、リビング椅子座位の維持に努めた。[45日目～56日目]ベッド上の生活となり、ご自宅でお看取りとなった。

【考察】「実存」としての作業とは、よりよい人生の実現等の意味を持つ作業を指す。リビング椅子に座るという作業は、妻と時間を共有すること、一家の主として威厳を保つ意味があったと推察する。転落を防ぐことや褥瘡への介入は、尊厳ある死やご遺体となっても美しく保つことに繋がることから、OTでも看取りに関与できることが示唆された。また、終末期がんで身体機能が低下していく中でも、OTは環境調整で支援できる可能性がある。終末期がん患者でも「実存」としての作業は残されており、OTはその探求と支援も役割になる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 32 End of Life Care、グリーフケアほか -1

DP12-2-5

訪問リハビリテーションが終末期看取りまで関わる役割と意義 - 多職種連携による意思決定支援 -

吉川 武 ヨシカワ ムサシ
 岸 優太 キシ ユウタ
 日高 魁人 ヒダカ カイト
 安達 昌子 アダチ アキコ

医療法人社団律昌会さくら醫院 リハビリテーション部

【はじめに】超高齢多死社会となる今後の日本において、看取りに関する様々な問題の顕在化が予測される。在宅看取りまでの支援では、患者・家族の思いに寄り添いながら、多職種で意思決定支援に関わる頻度も多いが、リハビリテーション（以下リハビリ）はACP・看取り・グリーフケアまでの関与の機会は少ない。今回最期までの支援を通じて、リハビリ職がACPに関わる意義・役割を感じられた症例があり、報告する。

【症例】①70代男性パーキンソン病。念願の畑仕事を達成したが肺炎後病状悪化。関節拘縮予防等支援を続けたことで、エンゼルケアの際に、思い出の着物を着ることができ旅立った。家族から「最期に着物が着れてよかった」とあった。②80代男性左大腿骨頸部骨折後。入院経過で誤嚥性肺炎繰り返しADL低下、退院し最期までの在宅療養を希望。関節拘縮予防・妻へのレスパイトケアを継続、家族からは「音楽家のまま最期まで一緒に過ごせてよかった」とあった。③80代男性舌癌末期。希望は動けるまま最期を迎えたい。歩行機能維持し、普段の買い物や昔住んだ茨城へ旅行もできた。逝去前本人より「後悔ない人生だ、満足だ」とあった。

【考察】終末期在宅療養において本人家族の希望は多様で、ACPには密な情報共有と多職種連携が求められる。訪問リハビリは一回の支援時間が長く、患者家族の思いに触れる機会が多い。患者らの思いを傾聴・支持することで互いの信頼関係構築に繋がると考える。また、理学療法技術が終末期患者のQOL向上に貢献できるとの文献もある。終末期リハビリでは、身体機能に基づくQOL維持向上のみならず、信頼関係構築の上で得られる患者家族の想いや情報を多職種と共有・協働する事で、患者本人の意思決定支援に繋げることができると考える。今後在宅看取りまでリハビリが積極的に参入することで、情報・連携の質向上、多死社会における環境整備への貢献、重要な役割・意義を見出せると考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 32 End of Life Care、グリーフケアほか-1

DP12-2-6

亡くなる直前までリハビリが介入することにより安楽な終末期が迎えられた事例 ～がん末期の廃用的な痛みにより終末期のQOLに著しい支障をきたした2症例～

星野 真二郎¹ ホシノ シンジロウ

高田 雄貴¹ タカタ ユウキ

加瀬 竜太郎² カセ リュウタロウ

¹ ケアプロ在宅医療株式会社 ケアプロ訪問看護ステーション東京 足立ステーション

² 上智大学 総合人間科学部 看護学科

【はじめに】 在宅でがんの終末期の利用者にセラピストが関わって身体的な疼痛の緩和をしている報告は少ない。

在宅でがんの終末期を過ごす際には、医師や看護師の指導のもと本人や家族が判断してレスキューを使用したり、疼痛があっても我慢してしまうという経験がある。また家族が昼夜を問わず、本人の苦しむ姿に直面する場面も少なくない。今回セラピストが関わったがん末期の2症例ではリハビリアプローチでアウトカムがあったため報告する。

【症例】 80代男性で前立腺がん末期、骨転移があり看護師の介入の1週間後に入浴の動作指導のために看護師と同行した。起居、ADL動作は排尿以外は、手すりを利用して自立していたが、痛みで肩が挙がらなくなったことに始まり、ベッド臥床時間が増加し始めてからは2週間でADLは中等度以上の介助が必要になった。週2回のリハビリ介入で肩周囲の筋緊張が緩和して、「楽になった」という言葉が出たり表情が穏やかになっていった。終末期には傾眠であったが、亡くなる前日まで肩をほぐして欲しいという希望がありリハビリは最後まで続けた。

もう一事例は60代男性、膀胱がん末期で訪問開始当初から腰背部の疼痛と上肢を挙上した際の痛みがあり、不動の状態であったためポジショニング指導のためにセラピストが同行した。筋緊張は高く、疼痛があったため、セラピストが週1回介入を開始し、直後から筋緊張の軽減があり、それに伴う痛みは軽減した。レスキューの増回はなかったが体動時の疼痛も軽減したという言葉があり、睡眠時にも表情が辛くなさそうだという妻の言葉もあった。亡くなる3日前までリハビリを実施した。

【考察】 セラピストが疼痛に対してアプローチすることにより本人家族の様々なアウトカムが得られたため、多職種の一員としてがん末期の利用者へセラピストが関わる意義があると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 32 End of Life Care、グリーフケアほか-1

DP12-2-7

～人工呼吸器とともに歩み ALSと診断されて6年目の私 「この町で暮らす」～ 私も理学療法士6年目

武田 寿彦 タケダ トシヒコ

三浦 正悦 ミウラ マサエツ

大石 春美 オオイシ ハルミ

吉田 香織 ヨシダ カオリ

医療法人 心の郷 穂波の郷クリニック 訪問リハビリテーション

【はじめに】筋萎縮性側索硬化症（ALS）は、常に進行性で、一度この病気に罹ると症状が軽くなるということはありません。その為かネガティブな、またはマイナスのイメージでの「される」「してもらう」というサービスを受ける側としての情報が多いように感じます。

【症例】今回ご紹介するMさんとの出逢いは、20XX年春でした。ALSの診断を受けたばかりの時でした。ADLはほぼ自立でした。朝早くに起きて山菜取りにいくほどの体力がある時でした。しかしそれから約9か月後には病状は進み、持続吸引が必要な状況となりました。気管切開を希望し、仙台の病院に入院となりました。入院先で急変し、人工呼吸器を急遽装着となりました。入院中に意思伝達装置を勧められるも、思いどおりにならず壊し、「問題入院患者」として退院前カンファレンスが行われました。今回はMさんが自宅に戻ってから、どのような人達とつながり、歩み続けてきたのか、またそれを支え共に楽しむ家族やボランティアスタッフの活動も併せて紹介させていただきます。

【考察】人工呼吸器をつけて退院してきてから、約5年が経ちました。自分自身が理学療法士になってからも約5年が経ちました。四苦八苦の日々ではありましたが、Mさんとの出逢いから、リハビリの意味・意義、チームの在り方、在宅を支えるボランティアの存在など多くのことを学ぶ事ができました。ケアする家族を支えることで、レスパイトを使わずに過ごせることも見出す事ができました。Mさんとの出逢いを通して、ご本人の希望を伺い、チームで叶えていくことで、本人のみならず関わる家族そしてチームのQOLも向上しているのではないかと感じています。Mさんのおかげで、地域の中で「いのちを大切にする」輪が拡がりつつあります。Mさんの今年の目標は、「第5回日本在宅医療連合学会にみんなと参加すること」それが今のチームの目標になっています。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 32 End of Life Care、グリーフケアほか-1

DP12-2-8

訪問看護師が受けた家族からのハラスメントの実態 事例と防止策

板倉 夏子¹ イタクラ ナツコ

堀江 めぐみ¹ ホリエ メグミ

大金 晴奈¹ オオガネ ハルナ

林 佑樹² ハヤシ ユウキ

¹松原ナースケア・ステーション 訪問看護

²松原アーバンクリニック 事務長

【はじめに】 ハラスメントとは他者に対する発言・行動等で自身の意図には関係なく、相手を不快にさせたり、尊厳を傷つけたり、脅威を与えたりすることである。訪問看護サービスは、基本的に単独で利用者宅へ訪問するため、利用者や家族等からのハラスメントに遭遇しやすい労働環境にある。今回、担当職員が対応に難渋した事例を通じて、ハラスメント事例への対応について考察する。

【症例】 A氏 男性 (要介護5) 呼吸器疾患 夜間NPPV装着 妻と2人暮らし 妻より訪問看護事業所変更の希望があり、ケアマネジャーより依頼を受け週3回の訪問開始。引き継ぎの訪問で前事業所看護師への強い口調での会話や妻が希望する細かいルール、ケア方法があったため複数名で訪問。家事援助の依頼が増え、管理者含む3人体制で各々週1回訪問する形となる。本人の意向は汲まないでいいとの発言や、物品位置・ケア方法の頻回な変更、人間性を否定する言葉、長時間の電話などがあった。事務所内で情報共有していたが、本人家族と信頼関係を築きたい、その場を納めたいという気持ちから要求に応え、内容は徐々にエスカレートした。

関連機関とMCSで連携していたが、ハラスメントに対しては暗黙の了解になっており、心理的負担が強いまま訪問を継続していた。職員の休職により、継続困難となり法人内事務長から終了を申し出た。

【考察】 当初から悪質なクレームだったが、ハラスメントの認識が低く、過度な要求に対応し続けてしまったことや、管理者が担当であったことから、毅然とした対応が難しく、終了の方法にも疑問が残る形になってしまった。

今後はカスタマーハラスメントの対策として、リスクの発見,特定,分析,評価,対応,モニタリングの一連のプロセス出来る対策・体制を作り、職員が理解した上で、事業所内で共有、法人の職員に相談・報告、関係者間での対応方法の統一を早い段階から行なっていく必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 32 End of Life Care、グリーフケアほか-1

DP12-2-9

ハラスメントは許しません!!～職員のハラスメントに対する理解度と安心・安全な職場環境づくりに向けた展望～

永井 知美 ¹	ナガイ トモミ
小岩井 綾 ²	コイワイ アヤ
越川 雅宏 ²	コシカワ マサヒロ
曾我 幸弘 ²	ソガ ユキヒロ
久島 和洋 ³	ヒサジマ カズヒロ
恩河 良 ²	オンガ リョウ
泰川 早苗 ²	ヤスカワ サナエ
泰川 恵吾 ²	ヤスカワ ケイゴ

¹ 医療法人鳥伝白川会 看護小規模多機能型居宅介護ゴン

² 医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン診療所

³ 医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン鎌倉診療所

【はじめに】職場におけるハラスメント防止への整備は重要課題であり、当事業所の就業規則にも明記されている。しかし、職員自身の正しい知識の確認や予防対策への意識は高くない。そこで「介護現場におけるハラスメント対策・職員向け研修のための手引き」に基く2回の研修をし、前後の理解度について比較、考察したため報告する。

【活動】1回目：X年、職員13名対象に厚労省のHP内の動画視聴研修を開催。職員向けチェックシート（様式B）を研修前後で無記名で提出。2回目：X+1年に15名対象に同様に実施。「知っている＝3点/少し知っている＝2点/知らない＝1点」で点数化し集計。

1回目平均は研修前2.28点、研修後2.70点。2回目は研修前2.36点、研修後2.78点で理解度はわずかに上がる程度であった。研修前の理解度の割合の比較では「知っている」は1回目41%、2回目48%と増加したが「知らない」の割合はどちらも13%と変化はなかった。

【考察】今回は2回のみ比較で、研修が1年あくことで理解度の維持ができず、継続した取り組みや当事者意識を持てる内容の研修の必要性が分かった。項目別では「契約書・重要事項説明書の内容の理解・説明」は低値であり、日頃職員が扱わないことが要因と考えられるが契約内容を理解し介護サービスを提供することは重要である。一方、「相手を尊重したケア・身だしなみへの配慮」は高値であり、専門職としての態度と姿勢を意識していると評価できる。職員からは「以前利用者に胸や臀部を触られた」や「家族に抱きつかれ振りほどいて気を悪くさせたかも」と相談があり、他の職員の協力も得、対策を講じることができた。ハラスメントは受けた時の対策ばかりに目が行きがちであるが日頃より当事者意識と予防するための正しい知識を持ち、行動に移せることが安心・安全な職場環境を作るうえで欠かせないことが分かった。現在は自作の研修動画作成にむけ取り組んでいる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 32 End of Life Care、グリーフケアほか-1

DP12-2-10

訪問看護における暴力・ハラスメント対策オンライン研修の実践報告

武 ユカリ タケ ユカリ
森ノ宮医療大学 看護学部

【はじめに】在宅医療福祉従事者に対するサービス利用者・家族による暴力被害事件が相次ぎ、複数の調査により被害実態も明らかとなっている。ほとんどの利用者らは暴力等には無縁であるが、リスクマネジメントの視点から在宅医療福祉従事者の安全を守るため、暴力対策の基礎知識を身につけ、具体的な対応方法を知り、実践できることを目指した研修が必要である。報告者が実施した訪問看護事業所職員を対象とした暴力・ハラスメント対策のオンライン研修について報告する。

【活動】2022年12月、A県訪問看護教育ステーション1ブロックで実施した。講義時間は60分で次の通り構成した。①本研修の意義（医療介護従事者の人権と尊厳を守る）、②暴力・ハラスメントのパターンと定義（4つの分類と定義における重要なポイント）、③関連する事件とリスク（訪問における暴力発生リスク要因）、④関連する調査・研究（身体的・精神的・セクハラ被害実態や特徴）、⑤対策・対応のポイント（共通認識、二次被害、クレームの悪質性の判別など7つの視点）⑥対策の例（ポスター、暴力のKYT教材など）。研修後、録画視聴を可能とした。倫理的配慮：退室可とし参加者の精神的負担軽減、事前承諾の上、アンケートは研修後オンライン回答とした。

当日参加者36人、アンケート回答者35人、職種は看護師21人（61.8%）、訪問経験年数10年以上18人（57.1%）であった。問と自由記述回答例：[問]研修内容を今後どのように活かす？→[回答例]「ハラスメントに気づけるよう職場内で研修をしようと思う」、[問]大きく印象に残った学びは？→[回答例]「危険を感じたら、逃げるのが大切」、[問]研修への感想、今後の期待→[回答例]「言葉の定義を共通認識するために職場内で話していきたい」

【考察】暴力・ハラスメント対策のための職員の意識向上、職場の安全保障、職員の人権・尊厳を守る取り組みが不可欠である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 32 End of Life Care、グリーフケアほか-1

DP12-2-11

患者医師関係を解消するとき

朝倉 健太郎 アサクラ ケンタロウ
健生会 大福診療所 医局

【はじめに】在宅医療に関わる医療者は、すべからず患者や家族の最善を求め、包括的な視点から継続的に関わっている。そして、包括性、継続性こそが治療関係上、最も重要とされる要素といえる。一方、治療関係を構築することが困難な患者や家族に対してどの程度、関係構築に奔走するかの線引は、極めて難しく、倫理的な課題である。

【症例】80代女性。息子と二人暮らし。生活保護受給世帯。慢性閉塞性肺疾患にて近医に通院していたが、ADL低下とともに通院が困難となり、紹介状を持参しないまま当院を受診した。希望により定期的な訪問診療を行うこととなったが、当初より依存的関係を求めることが多く、熱心に介護にあたる息子とも共依存的関係があることが見え隠れしていた。時間経過とともに感情の波を顕にし、演技的/操作的な振る舞いが目立つようになった。結果、理不尽な要求は、他の患者への診療に多大な影響を与えることになった。スタッフの精神的な困憊もみられ、これ以上の治療関係継続は困難であると判断、解消を伝えるにいたった。

【考察】患者医師関係の多くは、包括性、継続性を一歩ずつ深めていく過程の中で互いの信頼関係が深まり、治療上、メリットにつながっていくことを経験する。しかしながら、ごく一定の患者や家族においては、関係性が深まるどころか、むしろ医療者にとって大きな負担となることもある。しかしながら、医療は欲求を満たすために量的に消費されるサービスとは異なり、患者と医師の信頼関係は第一義的である。フリーアクセスを前提とする日本の医療の文脈において、関係性構築のための努力については議論されても、それらを解消する際に留意すべきことについて語られることは少ない。関係性の解消が正当化されるとすればどのような場合か、そもそも患者医師関係の解消を正当化してよいのか、幅広く議論したい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 33 End of Life Care、グリーフケアほか -2

DP12-3-1

当院の過去3年間の看取りの振り返り～施設でも安心して看取る・看取られるまちづくりを目指して～

藤井 慎也 フジイ シンヤ
 永渕 智浩 ナガフチ トモヒロ
 琴岡 憲彦 コトオカ ノリヒコ
 山本 巻一 ヤマモト ケンイチ
 崔 承彦 チェ スンオン
 医療法人葡萄の木 ぶどうの木クリニック

【はじめに】当院は、訪問診療・外来・病棟・訪問看護ステーションが一体となった機能強化型在宅療養支援診療所であり、2020年に佐賀県佐賀市に設立された。高齢化を反映して訪問患者数と共に看取り数も増加の一途であり、今後の更なる死亡数の増加に対応するため、過去3年間の看取りについての後ろ向き調査を実施し、施設看取りを推進する方策についての考察を行った。

【活動】当院が訪問診療を行っている施設数は2020年の62施設から、2022年には75施設に増加。当院では施設との契約時に施設看取りの実施を唯一の条件として提示しており、看取り支援のため24時間365日の電話・緊急往診対応、バックアップ病床の確保、研修等を実施し、更に、コロナ禍で面会制限等のある中で満足度を損ねることがないように、アドバンス・ケア・プランニングを積極的に行い、それらを患者、家族、施設と共有するよう心掛けている。施設看取り数は2020年69名、2021年77名、2022年89名と年々増加傾向であり、看取り総数の29.7%が施設看取りである。一方で、2022年に看取りを実施した施設数は、75施設中39施設（52%）であった。施設看取りが困難となり、最終的に入院となった症例の多くは医療必要度の高い症例であった。施設看取り実施の有無による施設間の人的資源に有意差を認めなかった。

【考察】厚生労働省による死亡数の将来推計によれば、我が国の年間死亡数は2030年に160万人を超え、2040年にピークとなる。この状況に対応するためには、患者や家族の意向、介護力、医療・看護必要度などによって多様な看取りの選択肢が必要とされるが、施設看取りはその中でも重要な役割を果たすと考えられる。当院では、希望すれば最期まで施設で暮らすことができるよう、施設入居者やその家族、施設職員が安心して看取り、看取ってもらえるまちづくりを今後も目指して行く。

利益相反：無

01079 / 95361

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 33 End of Life Care、グリーフケアほ
か -2

DP12-3-2

演題取り下げ

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 33 End of Life Care、グリーフケアほか -2

DP12-3-3

看護師がグリーフケアで複雑性悲嘆が考えられる患者の心の蓋を紐解く

大島 文子 ¹	オオシマ アヤコ
尾崎 広美 ¹	オザキ ヒロミ
小川 房子 ¹	オガワ フサコ
市村 篤 ¹	イチムラ アツシ
野中 洋平 ¹	ノナカ ヨウヘイ
田中 武則 ¹	タナカ タケノリ
宮林 幸江 ²	ミヤバヤシ サチエ
南 睦彦 ¹	ミナミ ムツヒコ

¹和啓会 メデイクスクリニック 溝の口 病棟看護師

²グリーフケア協会 グリーフケア

【はじめに】 演者は在宅有床クリニックの病棟看護師として勤務し、グリーフケア協会の宮林幸江氏師事のもと認定を受けた。今回複雑性悲嘆が考えられる患者を看護し今後の在宅医療看護に医師との連携が重要である経験をしたので報告する。

【症例】 95歳 女性 華道師範 有料老人ホーム入所中 訪問診療H18年8月開始 キーパーソン：孫37歳（長男の娘）、嫁（疎遠）。長男は35年前に病死 既往：不安神経症 高血圧 帯状疱疹後神経痛 改定長谷川式簡易知能評価スケール27/30点 訪問診療では、内科医が帯状疱疹後神経痛のコントロールを行い、精神科医が 不定愁訴 不安神経症状について介入した。施設入所中は、痛みや不定愁訴によるコール頻回で、対応が遅れると救急車や警察を要請し、施設での困難な状況となり当院に入院した。医師の医療的介入、看護スタッフは痛み不安を傾聴、希死念慮があった時は詳細記録。演者がキーパーソン（孫）や、亡き長男の話を聴いていくと、最近華道の弟子や友人が亡くなり「本当につらいよ」と涙ぐみ「両親が良くできた人だった」「夢枕に来た」と話しはじめた。入院中、共感し常に聴く体制を整えた結果、9日間の入院中に疼痛指示のプラセボを2回使用も疼痛増強はなく、コールも数回のみ。退院前に「息子にはあの世に行ったときに会える。もう会えないと思わない、看護師さんもそうするとつらくなくなるよ」と笑顔が得られた。

【考察】 複雑性悲嘆は対人相互の関係 高度記憶認知により精神身体機能に影響し病的な状態に発展すると宮林氏は述べている。今回、医学的領域の介入と寄り添う看護の中で傾聴に徹することで、本人の過去の身内の死や別れや最近の死別による辛い別れに共感と傾聴をしてもらえることが生きる前向きな言動、症状改善につながったと考える。年齢に関係なく別れによる悲嘆は時に複雑化した悲嘆に発展する、そこに医師と連携のグリーフケアの必要性があると感じた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 33 End of Life Care、グリーフケアほか-2

DP12-3-4

浦安市におけるグリーフケアの実態調査とその考察

宮本 侑達 ミヤモト ユウダ
 小山 みち子 コヤマ ミチコ
 井上 孝子 イノウエ タカコ
 山田 智子 ヤマダ トモコ
 ひまわりクリニック 常勤医

【目的】 遺族のグリーフの大半は周囲の支えにより適応する。一方、7%は複雑性悲嘆となり専門的な治療を要する。グリーフケアの地域モデルはNational Institute for Health and Care Excellenceによって低（通常悲嘆）・中（複雑性悲嘆予備軍）・高（複雑性悲嘆）のリスク別の3段階介入に分けられ、プライマリ・ケアの医療者は非専門的治療者として中リスク群への介入を担う必要があるとされる。プライマリ・ケア領域の医療者の介入方法として、手紙、電話、葬式への参列、家庭訪問、カウンセリングが有効とされる。日本ではホスピス、ソーシャルワーカー、訪問看護師、訪問介護士の実態調査は存在するが、いずれも緩和ケア領域や全国規模の調査で、地域単位の多職種対象の研究は少ない。千葉県浦安市では2022年12月15日に医師会医療介護連携事業の勉強会として「浦安市グリーフケアを考える会」を開催した。その際、グリーフケアの実態把握のための参加者へのアンケートとグループディスカッションを行なったため報告したい。

【方法】 参加者に事前アンケートにて「事業所や個人で取り組んでいること」「支援を行う上で困難に感じること」など回答いただいた。開催にあたり大病院チャプレンからグリーフケアの概要を講演いただき、「グリーフケアについてすでにやっていること」「やってみたいこと」について7-8名のグループに分かれ議論した。議論の内容は紙に記載いただき回収した。

【結果】 70件のアンケートの回答を頂いた。当日の参加者は71名で、医師・看護師・薬剤師・理学療法士・公認心理師・保健師・ケアマネージャー・社会福祉士・行政関係者医療職と様々な職種から参加いただいた。

【考察】 アンケートとグループワークの結果からみえた浦安市のグリーフケアの特徴を分析する。そこから見える日本の地域のグリーフケアの現状と課題を考察したい。

利益相反：有

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 33 End of Life Care、グリーフケアほか-2

DP12-3-5

葬儀屋との連携がスタッフへ与える心理的な影響

富澤 直紘	トミサワ ナオヒロ
大島 祐希	オオシマ ユキ
村上 徹	ムラカミ トオル
山口 あつこ	ヤマグチ アツコ
林 滂	ハヤシ リョウ
石川 久美子	イシカワ クミコ
柳田 富子	ヤナギダ トミコ
工藤 睦希	クドウ ムツキ
金内 翔太郎	カナウチ ショウタロウ
田村 元気	タムラ ゲンキ

訪問看護ステーション ルピナス川口 ホームケア事業部

【目的】 私たちのステーションでは看取りパンフレットを用いて早期に家族の方へ説明し、終末期における利用者・家族の支援を行っていた。しかし、看取りの緊急訪問時に葬儀屋が決まっておらず、困ったケースが多くみられた。そこで、私たちの理念に共感して頂いた葬儀社を数カ所事前に紹介し、看取り前から事前に備える事でご家族の不安軽減に努めてきた。葬儀屋からは、看取り後旅立ちまでの様子や葬儀の様子を聞いていた。今回、葬儀屋との連携がスタッフへ与える影響を調べその連携活動を報告する。

【方法】 紹介した葬儀屋から看取り後の家族の様子や実際の葬儀、四十九日の様子をスタッフで共有し、看護観の変化についてアンケート調査を実施し与える影響を調べた。

【結果】 「自宅看取りを支援できてよかった」「看護に誇りを持てた」「訪問のモチベーションが向上した」といったターミナルケアについての前向きな意見が多くあり「亡くなった人・家族の先を知ることができた」と看取り後の様子を把握することもできた。また「棺に入った顔を見て、その方の人生の最期に携わらせて頂き、本当に貴重な仕事だと改めて実感した」とやりがいを感じたスタッフも見られた。さらにはエンゼルケアを行い、葬儀屋へのご遺体を引き継ぐため、ケアの質が写真からわかり「ケアの大切さを実感でき、エンゼルケアの質の向上につながった」という意見もあり、エンゼルケアの必要性を改めて実感し、自信をもって提案・実施することができるようになった。

【考察】 看取り後を振り返ることで、今まで感じることや見ることの出来なかった様子を可視化でき、スタッフに様々な心境の変化を与えることとなった。死にかかわる看護の世界では常に利用者・家族を支える環境であり緊張が続くため、葬儀屋からのフィードバックにより達成感や充実感を得られ負担軽減となり、訪問看護師として貴重な経験を振り返るよい機会となった。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 33 End of Life Care、グリーフケアほか-2

DP12-3-6

複雑性悲嘆からの回復を支援する継続した家族ケア

瀧本 しおり タキモト シオリ
みさとホームケア診療所 医師

【はじめに】 定期訪問診療でのグリーフケアについて報告する。

【活動】 65歳男性。89歳の母が肝門部胆管癌の診断を受け、長男が介護。長男はアルコール依存症あり。延命処置は希望せず。最期は脳幹部梗塞から痙攣発作を起こし、自宅で看取りとなった。死後1ヶ月目のグリーフケアでは飲酒が始まっていた。7ヶ月目に近所で仕事を始めた。対人関係のストレスで多量飲酒あり。アルコール性肝硬変、特発性細菌性腹膜炎、肝腎症候群で近医に救急搬送入院。気管内挿管、透析が行われ、回復途上で病棟看護師とのトラブルで自宅退院。訪問診療開始。薬剤熱で、ステロイド点滴、補液で改善。往診時に医師に「母が亡くなって、元気がなくなるとは思わなかった。母の介護が生き甲斐だった。」と話していた。往診時には傾聴に努めた。妻からアルコールのトラブルを母が治めていたと話されていた。検査、診察での身体的評価を伝え、回復は焦らないように伝えた。退院時から現在まで断酒できている。掃除や畑仕事を行うことで、家族の中での役割を見いだしていた。哀しみの表出と共に、新しい生き甲斐を模索している。

【考察】 終末期患者の訪問診療において患者の症状管理以外にも家族ケアとして介護者の状態評価は必須である。往診医の役割は1.家族との良好なコミュニケーション2.事前ケア計画と明確な意思決定3.自宅介護のサポート4.家族の感情や関係に対する共感5.悲嘆と死別反応に対する注意の5点である。訪問診療でグリーフケアを行う場合は前記の1は大前提で、複雑性悲嘆の予防には2、3が重要なため、患者が亡くなる前から往診医が介入できる。往診では家族情報や家族関係をつかみやすく、治療経過を理解しているため、治療者が家族の回復のヒントをつかみやすい。5に関しては、死後1ヶ月目で精神科介入につなげなかったことは反省点である。普段から地域リソースの把握に努めたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 33 End of Life Care、グリーフケアほか-2

DP12-3-7

残された在宅患者家族に寄り添いたい 診療所でのグリーフケアの試み

伊藤 陽子	イトウ ヨウコ
鈴木 忠広	スズキ タダヒロ
諏訪 陽子	スワ ヨウコ
大野 恵美子	オオノ エミコ
澤 年子	サワ トシコ
小川 裕子	オガワ ユウコ
入澤 沙綾	イリサワ サアヤ
高津 なおみ	タカツ ナオミ
中川 まり子	ナカガワ マリコ
及川 きのえ	オイカワ キノエ
大森 香	オオモリ カオリ

生協ふたば診療所 外来

【はじめに】訪問診療では、家族と患者の最期の大切な時間を共に悩み、時にはお看取りの現場に関わることもある。当診療所では、お看取りをした患者家族の悲嘆を軽減できるように、グリーフケアの実施を検討していた。今回、診療所の活動として、家族へ手紙の送付、グリーフケアカフェを実施したため、報告する。

【活動】訪問診療でお看取りをした患者家族に、死別後6ヶ月以降を目安とし直筆の手紙を書き、アンケートと返信用の封筒を同封している。手紙の内容は、訪問診療に関わったスタッフが、お悔みの言葉と共に、訪問時のエピソードや家族にねぎらいが伝わるような一言を添え、形式的にならないように心がけている。返信率は65%あり、A氏(70代女性)長男から「もし願いが叶うのであれば元気な頃のあの笑顔に会いたい、それが本音です。」、B氏(70代男性)妻より返信はないが電話があり、うつ的な状況にある事を把握し現在通院につながっている、との回答がされた。死後6か月経過しても悲嘆が続いている家族もいることが分かり、家族が思いを表出できる場所を作りたいと考え、グリーフケアカフェを開催している。手紙にパンフレットを同封しホームページでの案内を行っている。会では訪問中のエピソードを話したり頑張りを伝え、泣いたり自由に思いを表出できるよう和やかで温かい雰囲気を中心に心がけている。

【考察】家族からの返信では家族の現状を知ることができた。患者との死別後に家族がつらい感情とともに悲嘆のなかにも、手紙を通して「忘れてないですよ」というメッセージを伝えることは家族のグリーフケアになったのではないかと考える。手紙から感謝の言葉も多く、その言葉が患者や家族に関わることが出来てよかったという医療者の自信や喜びにつながり、スタッフのグリーフケアになっている。患者家族が、安心して話せる場所、つながれる場所は大切であり、今後も活動を続けていきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 33 End of Life Care、グリーフケアほか -2

DP12-3-8

複雑性悲嘆が予期された家族に遺族ケア外来で継続的に関わった事例

岩間 秀幸 イワマ ヒデユキ
亀田ファミリークリニック館山 家庭医診療科

【はじめに】 当院では訪問診療で看取りの後、焼香訪問・グリーフカード送付・多職種振り返りを行ってきた。担当事例のケアには関わっていたが、地域の寺院、葬儀社等にインタビューすると遺族ケアの相談先がないことが分かり、診療所にチャプレンと協働する遺族ケア外来を開設した。

今回複雑性悲嘆が予想された患者家族に一貫的に関わる経験をした。長い年月を要したが、家族が受容する時間を共有できたため報告する。

【症例】 50歳男性。病院嫌いの母をつれ受診。母は慢性の膀胱炎症状で、エコーで膀胱癌を疑い泌尿器科へ紹介した。母は膀胱癌で手術施行したが再発、全身転移を認め訪問診療導入となった。導入時から母への依存、精神疾患の既往があり、複雑性悲嘆に陥る可能性が心配された。母の看取り後、遺族ケア外来に案内しケアを行った。当初は診察中泣き通し、母のクローンを作りたい等と話していたが、徐々に日常生活を取り戻すことができた。

【考察】 本事例では母の訪問主治医、患者の外来主治医として遺族ケア外来と併診しケアにあたった。悲嘆の強い時期は受診間隔を短くし共感と傾聴に重きを置いたが、家族の役割の変化や生活に合わせて受診間隔が調整できた。深い悲嘆であったが2年半で遺族ケア外来を終診とし、外来で診療継続している。

医師が遺族ケアに関わることで、共感・傾聴の姿勢や悲嘆反応の個別性などを遺族との対面や振り返りで学び、死後を見据えた関わりや生死を俯瞰的にみる視点を得られる可能性があることが示唆されているが、本事例では経過中の主治医としての役割の変化を強く意識した。医療者として診療の中でケアをしよう (doing) と思考するが、悲嘆の急性期ではクローンを作りたいなど突飛な相談であってもその意図を組みその思いに添う (Being) ことが重要であった。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 33 End of Life Care、グリーフケアほか-2

DP12-3-9

「心の繋がり」を深める訪問診療を目指して

鈴木 忠広 ¹	スズキ タダヒロ
古橋 柚莉 ^{1,2}	フルハシ ユリ
諏訪 陽子 ¹	スワ ヨウコ
澤 年子 ¹	サワ トシコ
入澤 沙綾 ¹	イリサワ サアヤ
高津 なおみ ¹	タカツ ナオミ
富永 幸恵 ¹	トミナガ サチエ
伊藤 陽子 ¹	イトウ ヨウコ
中川 まり子 ¹	ナカガワ マリコ
大房 路奈 ¹	オオフサ ロナ
中里 美和子 ¹	ナカザト ミワコ

¹ 生協ふたば診療所 内科

² 日光市立国民健康保険 栗山診療所 内科

【はじめに】 当院の訪問診療アンケートでは約8割が医師・看護師が家族の精神的支えになり、訪問診療に満足と答え、職員に感謝の気持ちを手紙で送ってくれる家族もいる。訪問診療患者にはADL低下で外出が困難になったり、終末期には短期間で看取りになる場合がある。患者・家族と残された時間を共にしていく中で患者・家族と診療所の信頼関係をより良くできないかと診療所全体で考え活動している事を報告する。

【活動】 患者と家族の記念にとの思いから自分の担当訪問診療患者に訪問診療時に誕生日のお祝いの言葉をかけ家族と一緒に写真撮影し職員でメッセージを記載しプレゼントしている(2022年36人)。患者の多くは誕生日に「おめでとう」と言ってもらえる頻度が減り闘病中は写真撮影の機会が減っている。写真撮影を提案すると最初は遠慮する家族もいるが、撮影時には患者・家族とも笑顔になり「いい記念になった」と話してくれる。誕生日の他に七夕・ハロウィン・クリスマスには仮装して写真撮影を行い、患者・家族に季節を感じ楽しんでもらっている。最近では他医師も同調してくれている。

【考察】 写真撮影という些細な事でも患者・家族の笑顔を得られ、患者・家族との距離が縮まり、患者・家族とのコミュニケーション形成の一つになっている。仮装する事で患者・家族を楽しませるだけでなく職員も楽しんで訪問診療ができていく。終末期の患者・家族が笑顔になり家族との素敵な笑顔の写真が残る事で家族のグリーフケアにも繋がっている。患者を担当していない職員も協力する事で「患者・家族の顔が見えるようになり、診療所全体で患者・家族を診ている」と診療所に一体感が生まれた。医療者が患者・家族と同じ空間で楽しい時間を共有し安心感を与える事はお互いの心を繋げる一つの手段となるのではないかと思う。今後も「心の繋がり」を深められるよう診療所全体で様々な事に取り組んでいきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 33 End of Life Care、グリーフケアほか-2

DP12-3-10

地域で生活する成人ダウン症者の1例 -身体的・心理的・社会的問題についての考察-

野瀬 優子 ノセ ユウコ
 寺原 由佳里 テラハラ ユカリ
 森泉 智子 モリイズミ トモコ
 池乗 愛依 イケノリ アイ
 宮嶋 暁世 ミヤジマ アキヨ
 角田 知之 ツノダ トモユキ
 塚田 洋樹 ツカダ ヒロキ
 前田 浩利 マエダ ヒロトシ
 あおぞら診療所新松戸 内科

【はじめに】医療の進歩に伴いダウン症の平均寿命が延び、地域で生活するダウン症者が増加している。今回我々が経験した成人ダウン症者の1例を通して、その身体的・心理的・社会的問題について考察した。【症例】48歳女性。出生後ダウン症と診断。身体的に大きな合併症はなかった。特別支援学級へ通学し、卒業後は就職した後、就労継続支援B型へ勤務していた。46歳時より交通機関を1人で利用できなくなり、長年通っていた道がわからなくなった。X年7月に通所施設で対人関係のトラブルが起こり、8月には2回のけいれん発作があった。次第に外出困難となり12月より訪問診療を開始した。両親は離婚しており母（74歳）と2人暮らし。訪問診療開始時は介助にて立位可だが歩行不可。食事は自力摂取可。人見知りが強く、訪問に慣れるまで時間を要した。（現在の問題点）身体的：早期老化、認知症のためADLが急速に低下している。心理的：自閉傾向が強く、多職種が関わることへの抵抗感がある。また、これまで得意だったことができなくなり、本人、母ともに喪失感を感じている。社会的：介護者の高齢化のため介護負担が大きい。病状の進行に伴い更に困難さを増している。【考察】ダウン症は小児科でフォローされることも多いが、小児期以降は医療機関との関係が途絶えてしまうケースがほとんどである。系統的に定期フォローを受けるための窓口となる診療科が設定しにくいこともあり、成人科への移行が達成されにくい。知的障害が主体となる本症は医療よりも障害福祉サービスが支えることになるが、成人ダウン症では様々な疾病を発症する頻度が高く、急激な退行や早期老化、早い時期に認知症を発症することも知られている。在宅医が地域を支えていくことを使命とするならば、成人ダウン症こそ在宅医療の重要な対象であると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 33 End of Life Care、グリーフケアほか -2

DP12-3-11

家族ケアを通してみえてきたこと～在宅で抗癌剤治療を継続できている症例報告～

海老沢 しのぶ エビサワ シノブ
いばらき診療所みと訪問看護ステーション

【はじめに】在宅療養は住み慣れた家で療養できるメリットがある反面、家族が中心となって介護をするという負担がある。在宅療養において家族は、それぞれの家庭環境や背景もある中で様々な不安を抱えながら介護にあたっている。家族が互いに協力し、より安全で確実な介護体制を構築するために家族全体を支えることは、在宅医療の根幹に関わる技術といわれている。今回在宅での抗癌剤治療を選択した患者・家族との関わりの中で見えてきた課題や支援についてまとめ、振り返る。

【症例】77歳女性。右下葉粘液産生腺癌Ⅳ期、脳梗塞後遺症、認知症Ⅱb、要介護3

軽度の認知症のある夫78歳と2人暮らし、3人の子供は自立し他県在住。

令和4年6月、右下葉粘液産生腺癌Ⅳ期と診断され、積極的な治療は難しいと言われたが、セカンドオピニオンとして他3か所の病院で診察を受けるが同じ答えであった。10月当診療所に再度相談あり、共に認知症の患者と夫の2人暮らし、抗癌剤治療に耐えられるか、家族の認識の乏しさがあるという理由で治療が難しいと説明するが患者・家族の希望は変わらなかった。医師・看護師・ケアマネージャー・家族で何度も話し合いを重ね薬剤服用が確実にできること、全身状態・副作用のチェックができること、本人のメンタルコントロールができることなどの課題を明確化し、介護体制を構築した。その結果、子供たちが交代で泊まり込み介護にあたる、1日3回以上のヘルパー利用、連日の訪問看護、薬剤師による指導などの具体策が決まり、10月20日よりタルセバによる治療が開始となった。

【考察】話し合いを重ね、課題を明確化し、それに対しての具体策を実行することで、患者・家族希望の抗癌剤投薬開始ができた。患者・家族、他サービス事業者と協力し合える関係を構築していく必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 34 慢性疾患、福祉医療機器他 DP13-1-1

訪問看護とリブレの導入により血糖コントロールが改善した高齢2型糖尿病の一例

谷口 育昌^{1,2,3,4,5} タニグチ ヤスマサ
 今西 真理子² イマニシ マリコ
 川向 真弓² カワムカイ マユミ
 黒田 敬子² クロダ ケイコ
 須崎 奈緒² スザキ ナオ
 中田 紀子² ナカタ ノリコ
 山下 将平² ヤマシタ ショウヘイ
 門田 耕一郎^{1,3} カドタ コウイチロウ
 高村 博光⁴ タカムラ ヒロミツ
 渡海 大隆⁵ トカイ ヒロタカ
 野元 健行¹ ノモト タケユキ

¹ 重工記念長崎病院 内科

² 重工記念長崎病院 訪問看護ステーション

³ 重工記念長崎病院 総合診療科

⁴ 重工記念長崎病院 耳鼻咽喉科

⁵ 重工記念長崎病院 外科

【はじめに】指先穿刺による血糖自己測定は手技が煩雑であり、高齢者では実施できないことをよく経験する。持続グルコース測定器FreeStyle リブレ（以後リブレ）は、センサーの交換が2週間毎に必要であるが、グルコース値の測定（以後スキャン）自体はReaderをセンサーに近づけるだけであり、非常に簡便である。2022年4月1日よりリブレの保険適応が「インスリン療法を行っている全ての糖尿病患者」に拡大となり、訪問看護で活用した症例を報告する。

【症例】84歳男性。身長160.8cm、体重54kg、BMI 20.88。要支援1。アルコール性肝硬変、2型糖尿病などで当院内科通院中の方。糖尿病については、エンパグリフロジン/リナグリプチン配合剤、ミチグリニド/ボグリボースの処方。日中から飲酒を行う様な生活習慣であり、2022年5月HbA1c 11.7%まで上昇。インスリン療法が必要であったが、高齢であり手技獲得は困難。家族の協力も得られなかった。直ちに区分変更の申請を行い、要介護1の認定を取得。6月より週3回の訪問看護を開始し、デグルデク6単位皮下注とリブレを見守り下で実施とした。訪問看護の際、グルコース値の日内変動を写真に記録して貰い、デグルデクの用量調整を行った。11月デグルデク12単位と前述の内服薬でHbA1c 9.4%であり、デュラグルチド0.75mg/週を追加。12月にはHbA1c 8.2%まで低下した。

【考察】リブレが活用できるようになる前は、訪問時の随時血糖値しか情報が得られずに、インスリンの用量調整に苦慮することが多かった。リブレによりスキャン前8時間分のグルコース値の変動を把握することが可能となり、本症例では比較的 safely インスリン療法を導入できた。今回は活用しなかったが、FreeStyle リブレLink（スマートフォンアプリ）を使用すれば、遠隔モニタリングを行うことも可能である。今後も、在宅医療の現場におけるリブレの活用を推進していきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 34 慢性疾患、福祉医療機器他 DP13-1-2

トロンボポエチン受容体作動薬の導入および服用方法の適正化により輸血療法を離脱し、造血能の改善が得られた重症再生不良性貧血の1例

千葉 明日香 チバ アスカ
氏家 幸子 ウジイエ サチコ
石川 広章 イシカワ ヒロアキ
仙台往診クリニック 医師部

【はじめに】2017年にトロンボポエチン受容体作動薬 (thrombopoietin receptor agonist : 以下 TPO-RA) の保険適応が再生不良性貧血 (acquired aplastic anemia : 以下 AA) にも認められ治療の選択肢が増えた。今回、重症 AA の増悪時に経口 TPO-RA のエルトロンボパグオラミン (商品名レボレード錠) を投与し造血能が改善した事例を経験したので報告する。

【症例】81歳・男性

既往歴：60代～高血圧症 74歳時 AA 診断 76歳～糖尿病

現病歴：2014年総合病院血液内科で重症 AA と診断された。抗ヒト胸腺免疫グロブリン療法を受け改善。免疫抑制療法、蛋白同化ステロイド療法を継続した。2016年1月再燃あり。プレドニン (以下 PSL) 20mg を追加し改善。PSL は維持投与後漸減し2017年12月で終了し、シクロスポリン内服を継続した。

2021年12月7日、倦怠感を主訴に受診し白血球 $4000/\mu\text{l}$ 、Hb 5.4g/dl 、血小板 $0.8\text{万}/\mu\text{l}$ と汎血球減少を認め、AA 再々増悪と診断され入院。年齢、ADL、糖尿病併存を考慮しステロイド再投与は困難と判断された。輸血療法 (週1回濃厚赤血球4単位×3回) 実施後も貧血進行し予後不良、余命数ヶ月と判断された。12月28日自宅退院。退院当日より訪問診療を開始し自宅で輸血療法 (赤血球、血小板) を継続した。退院時処方には TPO-RA (レボレード錠 100mg 1日1回就寝前) が含まれていた。内服継続とし経過をフォローした。2022年3月より薬剤師の助言を受け酸化マグネシウムの服用を毎食後から1日2回朝昼食後に変更した。以後、緩徐に汎血球減少の改善あり、輸血量・頻度を漸減し、4月27日 (計17回) で輸血療法は終了した。同年12月現在、造血能は維持されている。妻と外出したり通所介護に通うなど日常生活の改善も得られた。

【考察】長期罹患・治療歴がある重症 AA の再燃に対し、従来治療に TPO-RA を追加し造血能の改善が得られた。服薬時の留意事項を遵守した事により良い治療効果が得られた可能性がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 34 慢性疾患、福祉医療機器他 DP13-1-3

在宅において脱感作療法により治療介入可能となった非定型抗酸菌症の一例

本作 あづみ モトサク アヅミ
安藤 克利 アンドウ カットシ
鈴木 歩 スズキ アユミ
目黒ケイホームクリニック 診療部

【症例】78歳、女性

【現病歴】50歳時にクラリスロマイシン (CAM) を内服した後、口唇腫脹等のアナフィラキシー様の症状が出現した。60歳時に非定型抗酸菌症を発症。緩徐進行性であったため、入院の上、CAMの脱感作療法をすすめられたが、本人が入院を希望せず、対症療法のみで経過観察されていた。

70歳時より、血痰、呼吸困難が増悪。止血剤等を内服していたが、呼吸器症状により通院困難となったことから、78時に当院の訪問診療が紹介となる。

【介入後経過】在宅にてレントゲン検査を実施したところ、両肺野に浸潤影、粒状影が散在していた。

喀痰検査では、インフルエンザ菌は認めるものの緑膿菌は認めなかった。

このため非定型抗酸菌症に対する治療介入と訪問看護体制について、再度説明し、①特別訪問看護指示を発行し、抗菌薬内服時の看護師介入を調整した上で、②低用量 (25mg/日) からCAMを緩徐に増量した。

その結果、アレルギー症状は認めず、800mgまで増量可能となったが、リファンピシン (RFP) の併用を開始したところ、蕁麻疹様の症状が出現。CAMの継続は困難と判断したため、エサンブトール、RFPを治療量まで増量し、CAMの代わりにアジスロマイシン (AZM) を追加した。

その後、蕁麻疹症状は出現せず、緩徐に症状とレントゲン所見が改善。現在も治療継続が可能となっている。

【考察】入院や多剤抗菌薬治療に対する拒否感、恐怖感が強く、前医 (基幹病院) での治療介入が困難であったが、在宅においても、看護師が脱感作療法時に存在することの安心感等により治療介入が可能となった。在宅での脱感作療法時には、訪問看護師の精神的ケアが重要となる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 34 慢性疾患、福祉医療機器他 DP13-1-4

訪問診療が導入された関節リウマチ患者の特徴と転倒リスクの考察

古屋 秀和 フルヤ ヒデカズ
川口 豊 カワグチ ユタカ
大中 洋平 オオナカ ヨウヘイ
藤元 流八郎 フジモト リュウハチロウ

医療法人社団 鳳優会 荏原ホームケアクリニック リウマチ・膠原病センター

【目的】 関節リウマチ (RA) は慢性炎症性破壊性の関節炎を呈する疾患であり、近年の高齢化に伴い高齢発症RAや長期罹患RA患者が増加している。高齢者は身体機能、認知機能、社会背景など様々で非高齢者とは異なる対応が必要である。今回、訪問診療が導入されたRA患者の特徴、転倒リスクを評価・考察した。

【方法】 2021年4月から2022年9月までに当院へ紹介となった25名のRA患者の特徴 (年齢、性別、罹患期間、疾患活動性)、介護度、生活状況、日常生活自立度、訪問診療導入に至った原因を調査した。またFall Risk Index (FRI) 21を用いて転倒リスクを評価し、転倒群、非転倒群の各項目の陽性率からリハビリテーションの介入方法を考察した。

【結果】 訪問診療が導入された患者は、平均年齢 83.8 ± 9.7 歳、平均罹患期間 17.7 ± 12.5 年と長期罹患の高齢者が多く、DAS28 (CRP) 2.7 ± 1.2 と疾患活動性は低いものの、変形が高度な患者が多かった。また、要介護状態となっている患者は80%であった。訪問診療導入となった原因は高齢化に伴う衰弱 (52%)、認知症 (16%)、骨折 (16%) が上位を占めていた。この結果から転倒・骨折予防が重要と考え転倒リスクの評価を行った。過去1年間で転倒したのは8名 (44.4%) おり、FRI21による転倒スコアは 11.56 ± 2.36 点と高リスクであった。転倒群、非転倒群に分けてみると、下肢の筋力低下・機能障害を示唆する項目の陽性率が高いことは共通していたが、転倒群ではさらに上肢の機能障害を示唆する項目の陽性率が高い傾向にあった。

【考察】 RA患者は関節変形や疼痛、ステロイドの使用などで筋肉量の減少をきたし、サルコペニア・転倒の高リスクである。今回の検討から下肢の機能訓練だけではなく、上肢の機能訓練も転倒予防のために必要であると考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 34 慢性疾患、福祉医療機器他 DP13-1-5

バルプロ酸服用による葉酸欠乏がきたした舌炎にビタミンB12含有サプリメント摂取も影響した可能性を考える

星野 将隆 ホシノ マサタカ
船橋総合病院 脳神経内科

【はじめに】バルプロ酸は易怒性などのため、在宅診療においても多用される。今回、バルプロ酸服用による葉酸欠乏がきたした舌炎にビタミンB12含有サプリメント摂取も影響したと考えられる一例を経験したので報告する。

【症例】症例は84歳女性。複雑部分発作に対して、バルプロ酸800mg/日、ガバペンチン600mg/日の服用中、X+2年8月、食事中の舌の痛みを自覚、舌炎と診断。亜鉛57 μ g/dl (基準値59~135)、葉酸4.7ng/ml (基準値3.6~12.9)、ビタミンB12 546pg/ml (基準値233~914)であり、亜鉛含有剤服用開始したが、舌炎症状はむしろ増悪傾向を示した。X+3年6月、再検査で、亜鉛115 μ g/dl、葉酸1.5ng/ml、ビタミンB12 1324pg/mlと著明な葉酸欠乏を示した。バルプロ酸の副作用の可能性を考え、バルプロ酸を中止、ゾニサミド100mg/日に変更、ビタミンB12含有サプリメントを服用しているとの情報を得たため、それも中止、葉酸内服を開始し、舌炎は速やかに改善した。

【考察】本例は、てんかん発作の治療中に舌炎を発症した一例である。葉酸欠乏が判明、抗てんかん薬による副作用を疑い、バルプロ酸を中止、葉酸補充を行った。葉酸欠乏の原因の一つにバルプロ酸など抗てんかん薬の服用があげられるが、本例は、葉酸低値のみでなく、ビタミンB12の異常高値がみられたことが特徴であり、舌炎発症後ビタミンB12含有サプリメントを服用していた事が判明し、その服用も中止した。ビタミンB12は葉酸を補酵素的に利用するため、大量のビタミンB12存在下では、葉酸の代謝が亢進し、その欠乏を助長する可能性があると思われる。以上より、本例は、バルプロ酸服用による葉酸欠乏がきたした舌炎にビタミンB12含有サプリメント摂取が相乗的に影響したと考えた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 34 慢性疾患、福祉医療機器他

DP13-1-6

完全側臥位法により、誤嚥性肺炎を無くし、仙骨部Ⅳ度褥瘡の急速な改善を見た、脳塞栓後の一症例

藤原 佳子 ¹	フジワラ ヨシコ
前田 和彦 ¹	マエダ カズヒコ
山内 由佳理 ²	ヤマウチ ユカリ
上坊 勝俊 ³	ウエボウ カツトシ
伊藤 直子 ⁴	イトウ ナオコ
松木 さなえ ¹	マツキ サナエ
宮崎 さや子 ³	ミヤザキ サヤコ
村上 成美 ¹	ムラカミ ナルミ
小原 章央 ¹	オバラ アキオ
渡辺 康介 ¹	ワタナベ コウスケ

¹ 渡辺西賀茂診療所 訪問診療

² 訪問看護ステーションにしがも 訪問看護科

³ 渡辺西賀茂診療所 訪問リハビリテーション科

⁴ グループホームほっこり庵 介護科

【はじめに】脳塞栓後遺症で、右腕以外全身が麻痺拘縮し、誤嚥性肺炎を頻発し、仙骨部Ⅳ度褥瘡も合併していた75歳男性に対し、誤嚥を減らすポジショニングとして注目されている完全側臥位法を導入・実践した。導入直後より、唾液嚥下可能・吸引不要となり、誤嚥性肺炎発症がなくなり、褥瘡の急速な改善が見られたので報告する。

【症例】症例は75歳男性。2020年9月に右MCA領域の心原性脳塞栓、左麻痺、嚥下障害を発症、仙骨部Ⅳ度褥瘡を合併した。急性期病院での加療後、グループホームに入居した。

入居後も誤嚥性肺炎による熱発を繰り返し、日に数回の吸痰を要し、逆流や唾液誤嚥が増えるため、胃瘻栄養のカロリーアップも困難であった。褥瘡はポケットを含め径10cm、骨棘が露出していた。

誤嚥の減少目的に、22年3月より、完全側臥位法を導入。咽頭で唾液を多く貯留でき、咽頭が気道の下に位置する完全側臥位法のメリットを、多職種カンファレンスで学習し、実践上の問題点を共有する取り組みを行った。導入直後から痰の吸引回数が激減、誤嚥性肺炎の発症がなくなり、褥瘡には形成外科医の指導により、外用療法、デブリドメント、陰圧閉鎖療法等を施行、現在までに著しい改善が見られている。当初は経管栄養のみだったが、現在はリクライニング車椅子座位でおやつのお食事ができ、右手でハーモニカを演奏するなど、ADLの向上も認めている。

【考察】完全側臥位法は、在宅でも行いやすく、誤嚥を減らし、栄養状態や褥瘡の改善につながりうる、有効なポジショニングあることが示唆された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 34 慢性疾患、福祉医療機器他 DP13-1-7

住み慣れた場所での生活を終わらせるに至った高齢在宅酸素療患者について

鈴木 和夫¹ スズキ カズオ
 笠原 峻也¹ カサハラ シュンヤ
 岡田 暁洋¹ オカダ アキヒロ
 大関 明樹² オオセキ メイキ
 小堺 浩一¹ コザカイ コウイチ

¹新潟県立松代病院 内科

²新潟県立十日町病院 内科

【はじめに】当院は50床の県立病院であり、各職種が連携しながら内科系疾患を中心に診療にあたっている。当地域の高齢化や人口減少は新潟県内でも特に激しく、病院への通院はもちろん、食料品・日常生活用品の購入などにも様々な困難が生じている。そんな中、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、当院も関わっている。

慢性呼吸不全患者に対する医療機器は広く行われ、高齢からの導入、独居生活者への導入も少なくない。当院で在宅酸素療法などを継続したが、新型コロナウイルス感染が長引く中、自分の意思で当地を離れた患者を経験した。

【症例】症例1.80歳代男性。X-9年、慢性閉塞性肺疾患による慢性呼吸不全に対して在宅酸素療法導入。複数回の急性増悪を繰り返し、X-3年非侵襲的人工呼吸療法を導入した。X年、在宅高流量鼻カニューラ酸素療法を開始し、独居生活をおくっていた。X年8月末に急性増悪で入院。「もう一人暮らしは無理だ」「子供の迷惑になる」「意地を張ってられない」と、独居生活の終了を決意し、自宅へ退院後に、子息の決めたA市の施設へ入所した。

症例2. 80歳代男性。妻と二人暮らし。X年、肺癌による慢性呼吸不全に対して、在宅酸素療法を導入した。その後、病状の進行により左完全無気肺となった。妻も悪性腫瘍を患い、夫婦での生活が困難となった。「これも天命。年をとったら子供の言うことを聞く」と夫婦二人での生活終了を決意し、子息の決めたA市の施設へ入所した。

【考察】病状の進行により、入院中に自己の意思で当地を離れる決定がなされた症例を経験した。新型コロナウイルス感染の中、患者・家族のやり取りは数回の面会、電話、病院からの連絡などによった。患者の意思決定方法や医療資源の乏しい地域での医療支援の終了に対して、医療人として後悔も感じられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 34 慢性疾患、福祉医療機器他 DP13-1-8

訪問の義肢装具士の活動報告

鈴木 啓太¹ スズキ ケイタ
前田 雄² マエダ ユウ

¹PO-Links 在宅部

²新潟医療福祉大学 リハビリテーション学部義肢装具自立支援学科

【はじめに】近年、生活期の補装具使用者(以下、使用者)に対する補装具フォローアップが十分でないことが課題に挙げられている。これを解決するためには、多職種との連携が必要不可欠である^{1) -3)}。我々は在宅分野に義肢装具士が参入することでフォローアップの一部を担えと考え「訪問の義肢装具士」として活動している。その活動について報告する。

【活動】「訪問の義肢装具士」は、在宅分野に関わる多職種と連携し、採型や採寸・適合だけでなく補装具のメンテナンスやフォローアップのために使用者宅や施設に訪問している。また、補装具を認知しているが義肢装具士と連携が図れていない多職種も多いため、義肢装具セミナーや啓蒙活動も実施している。

【考察】現状、義肢装具士が積極的に在宅分野に関わることは稀である。しかし、使用者が補装具を安心して使用するためには、義肢装具士の在宅分野参入が必要であると考え。さらに、使用者は義肢装具士によるフォローアップを求めている⁴⁾ことから、使用者に対して積極的なアプローチが必要である。このためには在宅分野の多職種との連携が欠かせないと確信している。在宅分野に関わる多職種との連携は、補装具製作に必要な情報の共有や多角的視点によるフォローアップが可能となり、使用者の「安心」につながる。

我々はこれからも「訪問の義肢装具士」として活動していく。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 34 慢性疾患、福祉医療機器他 DP13-1-9

臨床工学技士の医工連携による在宅医療機器アラーム検知システムの開発

片岡 怜^{1,2} カタオカ サトシ

¹ 国立成育医療研究センター 手術・集中治療部 医療工学室

² 東京都市大学 大学院総合理工学研究科

【はじめに】医療の発展とともに、在宅領域でも多くの医療機器が使用され、患者のQOL向上に関与している。しかし、医療職でない介護者の立場では、在宅人工呼吸器などの高機能な医療機器の取り扱いに関する操作や管理の負担は大きい。この問題を解決するために、臨床工学技士（CE）として企業側にニーズを提供し、ソフトウェア開発企業と共同開発に向けてのマッチングが成立した。その結果、医工連携による在宅人工呼吸器アラームを検知してスマートフォンに通知するシステムを開発した。

【活動】2019年に開催された東京都臨床工学技士会主催による、中小企業対象とした医工連携ワークショップへの参加を機に、株式会社リサシステムと製品開発の取り組みを開始した。在宅人工呼吸器のアラームをスマートフォンに通知させて、現場から離れた場所でも異常に早く気づくことができる環境整備を目的として、開発に着手した。産学連携コーディネーターやデザイン企業と連携しながら試行錯誤し、実際に在宅人工呼吸器を使用している複数の患者家族の介護者からアンケートや試作品の評価を受け、改良を重ねた。2023年中の上市を目指している。

【考察】医療機器に依存している患者の介護者にとって、現場を離れることによる機器アラーム発見の遅れは不安となり、ストレスを感じている。このような在宅医療環境において、今回開発した本製品は介護者の負担軽減に貢献できると考えている。今後、在宅医療患者数の増加が見込まれるなか、医療機器においても在宅医療に特化した発展が望まれる。現状では在宅医療の領域に携わるCEは少ないが、本件のようにCEが在宅医療分野で活躍できる可能性は非常に高く、そのためにもCEの業務体制整備の必要性があると感じている。

利益相反：有

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 34 慢性疾患、福祉医療機器他 DP13-1-10

病態に応じ適切なサービス・支援に繋げた慢性疲労症候群の一事例について

細川 久男 ホソカワ ヒサオ

高橋 修 タカハシ オサム

独立行政法人国立病院機構新潟病院 地域医療連携相談室

【はじめに】慢性疲労症候群、線維筋痛症、脳脊髄液減少症及び化学物質過敏症の4疾患は、耐え難い苦痛により日常生活、社会生活に多大な支障を来すにも関わらず、客観的な異常を見出し難く、公的な支援が認定されないばかりか、偏見や猜疑の目に晒されることの多い疾患である。

本報告の目的は、上記4疾患の一つである慢性疲労症候群（以下、CFSとする）の事例を通して、適切な医療、各種制度を活用することで経済的、精神的、物的な安定が整い、前向きに生活できるということを明らかにするものである。

【症例】40代女性。基礎疾患無し。某予防接種を受けた後から易疲労、歩行困難、接種部位から全身に広がる激しい痛みに苛まれ、複数の診療科を受診した。原因不明で、暫く精神科で治療を受けていた。回復のため自己トレーニングにも励んだが症状は増悪していき、ある開業医からの紹介で当院を受診した。CFSの診断基準を満たしており、陳述内容、論理展開からも矛盾はなかった。

医師・PT・MSWが連携し、障害年金2級・身体障害者手帳2級・補装具（車椅子）が整い、生活の便の良い地域へ移住し、就労支援事業者を介し在宅ワークが決まった。

【考察】CFSの確定診断ができる医療機関は少ない。その上、診断が出て各制度の認定を受け難い。身体表現性障害による症状とされることも多く、同疾患の場合は身体障害として認められにくく、当事者は二重の苦痛を強いられる。本事例は本人の発信力と多職種連携が功を奏し、支援途中ではあるが各サービスに繋がり、在宅生活に希望が見えている。とは言え、体調や情報不足により諦める人が多いのも現状である。誰もが必要な支援を受けられるよう、ソーシャルアクションを続けるとともに、行政や医療機関からの情報発信の強化が求められる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 34 慢性疾患、福祉医療機器他

DP13-1-11

携帯型超音波診断装置を使用した排便ケアへの取り組み

舟山 和子¹ フナヤマ カズコ
 上松 東宏⁴ ウエマツ ハルヒロ
 加納 美代子^{2,3} カノウ ミヨコ
 渡部 恵¹ ワタナベ メグミ
 大杉 泰弘^{4,5} オオスギ ヤスヒロ

¹ 豊田地域訪問看護ステーション

² 豊田地域医療センター 地域医療人材育成センター

³ 豊田地域医療センター 豊田訪問看護師育成センター

⁴ 豊田地域医療センター 総合診療科

⁵ 藤田医科大学 藤田医科大学

【はじめに】高齢者は、加齢に伴う生理的・機能的変化、食事や運動を含む生活習慣の変化などで、排便ケアを必要とする者が多い。当訪問看護ステーションの利用者も排便ケアを必要とする者は多く、訪問の約2割で摘便・浣腸を施行している。しかし、直腸内に便が貯留しておらず、反応便がないことも少なくなく、その割合は約2割を占めていた。これらの処置は苦痛を伴うだけでなく、粘膜損傷による出血、穿孔や急性腎不全など重大な合併症の報告もある。訪問看護師が携帯型超音波診断装置（以下、エコー）を用いて直腸の便貯留状況を評価することで、不要な浣腸・摘便を回避し、排便ケアの質向上ができるよう取り組みを始めたため、報告する。

【活動】当訪問看護ステーションで摘便や浣腸を定期的に施行しておりかつ、反応便の量や硬さに変動がある利用者を選別し、訪問時にエコーで直腸を観察した。直腸に便貯留がみられたケースは摘便、又は浣腸を施行した。直腸に便貯留がみられないケースは、内服調整や腹部マッサージなどで対応をした。膀胱内に尿貯留がないケースは直腸の画像が取得しづらく、直腸診にて便貯留の有無を確認し、浣腸や摘便を施行するか、或いは内服調整や腹部マッサージにて対応するか判断を行った。

【考察】高齢者は自覚症状に乏しく、認知機能低下等での確な表現も難しく症状の把握が困難な者が多い。便秘を正確にアセスメントできなければ、適切な排便ケアを選択できないだけでなく、不適切な排便ケアにより合併症が生じる可能性がある。エコーで直腸を可視化することで、非侵襲的でより正確な便秘評価が可能になる。しかし、膀胱内に尿貯留がないと腸管ガスの影響を受けやすく、直腸の画像取得やその判断に経験を要する。今後、継続してエコーの技術向上に取り組み経験を蓄積することで、不要な浣腸・摘便を回避でき、更なる排便ケアの質向上に繋がると考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 35 褥瘡、呼吸器、腹膜透析、PEG 他 DP13-2-1

メール画像による褥瘡・創傷のフォローの実際

水原 章浩 ミズハラ アキヒロ
医療法人三和会東鷲宮病院 循環器・血管外科

【はじめに】褥瘡、創傷、スキントラブルの対処は、施設や在宅診療を行うスタッフにとって頭を悩ますものである。当院では、褥瘡・創傷ケアセンターを開設して20年以上経つが、近隣の医療施設、介護施設から多くの褥瘡、創傷患者が紹介されてくる。

壊死組織が多く感染徴候があるような創では、入院としてデブリドマンを行い、創がある程度清浄化してケアが容易になった時点で、積極的に施設や在宅にお返しする方針としている。その後は画像添付メールで経過をフォローしているが、このやりとりが地域における創傷治療のレベルアップに繋がっていると考えられたので、その実際について解説する。

【方法】入院した患者を返す際には、処置方法を施設、在宅のスタッフに確実に伝達した。

スタッフから2～4週間に一度の間隔で、画像（遠写、近写の2枚）、DESIGN-R点数、現在行っている処置の仕方、スタッフの印象等をメールで送ってもらった。

演者は、それに対する寸評、必要なら改善点等を返信した。

【結果】画像フォローしている27例中、20例が当院から退院した症例で、7例は外来に来てからフォローとなった症例であった。

ラップ療法やテープ寄せなど、当院で行っている種々の工夫を伝達した症例、創の肉芽組織の状況に応じて、フィブラスプレーやユーパスタ、クロマイP軟膏を使用している症例を示す。

【考察】画像フォローによって、施設、在宅スタッフとの定期的な意見交換ができ、相対的に創傷治療に関するレベルアップにつながっている印象があった。

今後も地域の褥瘡、創傷患者を診るスタッフのために、良い指導をしていきたいと思っている。

創傷について相談をご希望の方は東鷲宮病院HPをご覧ください。

利益相反なし。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 35 褥瘡、呼吸器、腹膜透析、PEG 他 DP13-2-2

施設や在宅でもできる簡単な褥瘡ケア～高価な医療材料を使わない方法

粒来 直美¹ ツブライ ナオミ
水原 章浩² ミズハラ アキヒロ
八島 真理子¹ ヤシマ マリコ
佐藤 美香子¹ サトウ ミカコ

¹ 医療法人三和会東鷲宮病院 看護部

² 同 循環器・血管外科 褥瘡・創傷ケアセンター

【はじめに】 病院で使用されている創傷被覆材や外用薬の多くは高価で施設や在宅などの療養環境では手に入りづらい。当院では2002年以来、ラップ療法など医療用品以外の素材を用いた手軽で安価なケア方法を行っており、その有用性を数多く報告してきた。今回、そのノウハウを紹介する。

【方法】

1) 使用物品 当院の治療方針である「滲出液の量と性状に基づいた治療法の選択」に基づいてケアした。

物品：穴あきポリエチレン、生理用ナプキン、紙おむつ、ポリウレタンフィルム、デュオアクティブET、メロリン、モイスキンパッド

外用薬：プロベト、クロマイP軟膏、ユーバスタ。

2) ケアの実際 紙おむつや生理用ナプキンにプロベトを塗布して創にじかに当てた。

滲出液が中等量程度の場合は、穴あきポリエチレンで被覆した～ラップ療法。

滲出液が多く、スキントラブルがあれば吸水性に富むメロリンやモイスキンパッドを使用した。

滲出液がごく少量の場合はデュオアクティブETないしは小孔を空けたポリウレタンフィルムを貼付した。

滲出液や膿汁が多く感染創が疑われる場合はユーバスタを使用した。

クリティカル・コロナイゼーション創と判断されたら適宜クロマイP軟膏を使用した。

【結果】 上記の方法で過去5000例以上の創傷、褥瘡をケアすることができた。

【考察】 当院ではラップ療法をはじめ安価な素材を用いた褥瘡ケアを継続して行っており、豊富な臨床経験からそのノウハウを熟知している。ポイントは、滲出液の量と性状に基づいて創傷被覆材や外用薬を臨機応変に選択してケアすることで、とくに過湿潤に伴うスキントラブルの発生に注意観察を怠らないことが肝要である。

【まとめ】 高価な医療材用がなくても褥瘡ケアは十分に可能であり、これは在宅、療養環境においては必須のノウハウである。

参考書：水原章浩著「在宅でみる創傷・褥瘡・スキントラブルのケア」(医学と看護社)

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 35 褥瘡、呼吸器、腹膜透析、PEG 他 DP13-2-3

多発巨大褥瘡を抱えながらも一切の介護保険サービスを拒む家族に、在宅療養支援診療所看護師が関わったことでサービスが導入され、褥瘡治癒に向かった症例

長島 好美 ナガシマ ヨシミ
山本 浩文 ヤマモト ヒロフミ
宮川 里美 ミヤガワ サトミ
兒玉 末 コダマ コズエ
兒玉 康史 コダマ ヤスシ
こだまクリニック 看護部

【はじめに】 在宅医療・看護では、在宅療養者とその家族の状況や想いに寄り添った関わりが重要となる。これまで頑なに介護保険利用を拒んできた家族に、在宅療養支援診療所看護師が行動変容を促す働きかけをしたことでサービスが受け入れられ、褥瘡治癒に向かった症例を経験したので報告する。

【症例】 90歳代女性、当院の訪問診療患者。主介護者は長女で介護職。腰背部に多発巨大褥瘡を認めるが、福祉用具含め介護保険サービスの利用はなし。褥瘡悪化に伴い介護サービスの利用を勧めるも頑なに拒み続けていた。長女と相談の上、まずは当院看護師による訪問看護（自費）を導入することとした。サービス利用を拒んでいる理由を問うと、介護保険に対し強い不信感があることが分かった。傾聴し、介護者を労う言葉がけを行った上で、現状と今後考えられること、必要なケアや用具等に関して、情報提供と提案・指導を行った。何回か訪問を繰り返すうちに、長女の方から介護サービス利用手続きに関する質問がみられ、事業所はどこが良いか相談を受けるなど、変化が見られてきた。看護師介入から2か月後には、介護用ベッドとエアマットが導入され、長女は介護負担が減ったと実感できた。訪問入浴も導入に至り、除圧管理と1日2回の洗浄・軟膏処置、栄養補助食品の飲用継続により、多発褥瘡は思った以上に改善スピードが上がり、治癒に向かっている。

【考察】 行動変容は当事者の心の変化を必要とし次のステージに進むための重要な要素である。普段訪問診療に同行している看護師が、別に時間をとって訪問し、主介護者が感じている療養者に対しての想い、自身の想いや体調面に配慮し関わった結果、行動変容が促され介護サービス導入・褥瘡治癒に向かうことができた。介護する家族の気持ちに寄り添い、日頃感じている様々な思いを汲み取り看護を進めていくことが効果的であったと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 35 褥瘡、呼吸器、腹膜透析、PEG 他 DP13-2-4

難治性仙骨褥瘡に対して局所陰圧療法を導入した事例

清水 秀浩 シミズ ヒデヒロ
柳楽 知義 ナギラ トモヨシ
医療法人光輪会 さくらクリニック 在宅診療部

【はじめに】 難治性の褥瘡に対する治療として陰圧閉鎖療法 (NPWT) を行うことが褥瘡治療には有用とされてる。NPWTは創傷部分を専用の被覆材で覆い、専用の小さな機械で外部から陰圧をかけ、浸出液を吸引しながら浸出液をコントロールを行い、細菌の繁殖の抑制さらには、陰圧効果により創傷部の血液量も増やすことで褥瘡治癒する治療方法である。この度、在宅訪問診療にてNPWTを導入した事例を経験したので考察を交えて検討した。

【症例】 64歳男性でバイク事故で頸髄損傷:脊髄損傷 (C4.C5レベル) および 第4/5/6棘突起骨折と診断された。脊髄損傷による2型呼吸不全を認め、NPPVを導入されている状態で在宅訪問診療介入となった。ADLは右上肢で自助具使用で何とか自己摂取できる状態であったが、その以外の日常面では、ほぼ全介助状態であった。

【考察】 自宅退院後、一人暮らしの生活背景であったため、自己での体位変化ができず、褥瘡進行に至った。体圧分散マットの導入やカデックス等の局所療法を行ったが、褥瘡は改善せず、NPWTを導入した。褥瘡治療としては良好の経過を辿ったが、在宅でのNPWT導入に対して様々な問題点および課題が見つかった。入浴問題やパッド交換の日程調節、さらにはケアスタッフにも創傷治癒システムPICOについて理解をしていただく必要があることなどがあげられる。今後、褥瘡治療を行うにあたってチームでの対応が何よりも大切であることを痛感した事例であったため発表する。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 35 褥瘡、呼吸器、腹膜透析、PEG 他 DP13-2-5

経鼻胃管先端位置確認システム「タムガイド®」の使用経験から

越川 雅宏 ¹	コシカワ マサヒロ
泰川 恵吾 ¹	ヤスカワ ケイゴ
曾我 幸弘 ¹	ソガ ユキヒロ
久島 和洋 ²	ヒザジマ カズヒロ
小岩井 綾 ¹	コイワイ アヤ
恩河 良 ¹	オンガ リョウ
永井 知美 ³	ナガイ トモミ
泰川 早苗 ¹	ヤスカワ サナエ
浜本 英昌 ²	ハマモト ヒデアキ

¹ ドクターゴン診療所

² ドクターゴン鎌倉診療所 在宅医療

³ 看護小規模多機能型サービス「ゴン」管理者

【背景と目的】慢性期生命維持や栄養補助としての経鼻胃管のニーズは現在でも大きいですが、挿入時に迷入しやすい事が大きな問題である。在宅医療ではレントゲン撮影が煩雑または困難なために、挿入後の確認が難しい。エア注入音による確認法は、胃内と気管支内の区別ができないため推奨されないが、現在もこの危険な確認法を行うのを目にすることがある。レントゲンを用いない挿入位置確認法として開発されたタムガイド®の使用経験について紹介、有用性について考察する。

【装置】タムガイド®は、経鼻胃管の内腔に挿入した光ファイバーの先端から発する生体透過光を体外から目視することで、経鼻胃管挿入時の先端位置を確認できる医療機器である。電源と光源である本体は繰り返し使用するが、本体に接続する光ファイバーはデバイスで、2回目の使用ができない構造になっている。

【方法】当院で訪問診療している経鼻胃管患者3例について、経鼻胃管交換時にタムガイド®を用い、挿入先端位置の確認を行った。

- ① 経鼻胃管内に光ファイバーを挿入する。
- ② 先端で点滅する赤色光を上部食道通過時から確認。
- ③ 縦隔内通過時には光が確認できなくなる。
- ④ 胃弓隆部横隔膜付近に達した赤色光を再度確認。
- ⑤ 先端の光を見ながら胃管を操作して胃体部方向へ誘導。
- ⑥ 光ファイバーを抜去。
- ⑦ 胃管を固定する。

【結果】2例では生体透過光が明確に目視された。1例では透過光が弱かったが目視できた。挿入手技には特に困難は無く、胃管は正常位置に留置できた。

【考察】透過光を確認しながら先端位置を誘導する手技に多少の慣れが必要と思われた。透過光が弱かった1例は、横行結腸が胃の前方にあるためPEG施行困難の症例であった。タムガイド®を用いることで、レントゲンを使用することなく在宅での経鼻胃管挿入を安全かつ簡便に施行できる。PTEG、PEJUの先端確認にも有用と思われ、検証を進めたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 35 褥瘡、呼吸器、腹膜透析、PEG 他 DP13-2-6

カットダウン法で挿入した中心静脈カテーテルの長期間留置についての検討

木村 幸博 キムラ ユキヒロ

岩井 正勝 イワイ マサカツ

医療法人葵会もりおか往診ホームケアクリニック 在宅医療部

【目的】 現在の在宅医療の現場ではリザーバーポートによる中心静脈栄養法が主流であるが、経管栄養ができなくなり中心静脈栄養法を選択せざるを得ない人やポート感染してポートを除去した後にポート増設を望まない場合は中心静脈（以下C V）カテーテルによる穿刺挿入（穿刺法）を行っている。穿刺法による大きな問題はカテーテル感染を起しやすきことである。今回当院では皮下トンネルを用いたカットダウン法でC Vカテーテル挿入を行い長期にC Vカテーテルを留置出来た例が多かったので報告する。

【方法】 鼠径部と大腿動脈の交差部2横指下部、及び2横指内側に縦に局所麻酔を行い、縦に3 c mほど皮膚切開を加える。その後外側にC Vキットの穿刺針で1 0 c m程度の皮下トンネルを確保しておく。大腿深部静脈から分岐する大伏在静脈（S V）を見つけ2点に糸をかけ末端を結紮する。皮下トンネルに最初にカテーテルを通し、その後S Vに小さな孔を開けてC Vカテーテルを下大静脈まで挿入する。上端の糸をカテーテルごと結紮固定する。下端の結紮をカテーテルに結紮してしまうと抜去し難くなり苦勞する。

【結果】 カットダウン法ではカテ熱を出すことなく、生存中にカテーテルを入れ替えすることはほとんどなかった。長期では4年を経過した人もいる。

【考察】 カットダウン法は在宅でも施行可能な簡便な手技で挿入可能である、場合によってはリザーバーポートより長持ちする。また皮下トンネルを経由することにより衛生面でも細菌感染を起しにくいと考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 35 褥瘡、呼吸器、腹膜透析、PEG 他 DP13-2-7

当院が訪問診療を行った終末期患者における機械式PCAポンプの使用状況 (第2報)

原田 紳介 ¹	ハラダ シンスケ
田村 陽一 ²	タムラ ヨウイチ
八木 宏章 ²	ヤギ ヒロアキ
桑原 英幸 ²	クワバラ ヒデユキ
納田 英幸 ²	ノウダ ヒデユキ
三條 博之 ²	サンジヨウ ヒロユキ
塩井 康一 ¹	シオイ コウイチ
川田 和弘 ²	カワダ カズヒロ
春成 学 ¹	ハルナリ マナブ
南村 和宏 ¹	ナムラ カズヒロ
渡邊 智彦 ²	ワタナベ トモヒコ

¹ ゆう在宅クリニック旭

² ゆう在宅クリニック

【目的】在宅医療における薬剤投与方法として機械式PCAポンプがある。我々は2020年に当院で訪問診療が行われた終末期患者の過去3年間の機械式PCAポンプの使用状況を調査した。その結果は、徐々に使用率が増えており2019年では15.3%だった。今回、その後3年間の使用状況について再度調査した。

【方法】本研究は単施設後ろ向き観察研究である。対象は2020年から3年間に、当院で訪問診療が行われ死亡が確認された患者とした。その中で1年毎の機械式PCAポンプを使用した患者数に加え、がん患者数、当院での看取り数、使用期間、使用の対象となった症状、深い持続的鎮静を行った患者数も調査した。

【結果】対象患者は2020年が501例、2021年が575例、2022年が656例で、そのうちがん患者は342例 (68.3%)、398例 (69.2%)、451例 (68.8%) だった。当院での看取りはそれぞれ434例 (86.9%)、493例 (85.7%)、569例 (86.7%)、そのうち在宅での看取りは353例、442例、493例、施設での看取りは81例 (18.7%)、52例 (10.5%)、76例 (13.4%) だった。機械式PCAポンプ使用例は78例 (15.6%)、62例 (10.8%)、72例 (11.0%) であり、そのうちがん患者での使用は74例、60例、72例だった。使用期間の中央値は3日、2.5日、3日、使用の対象となった最も多い症状は3年間とも「疼痛」だった。また深い持続的な鎮静を行った患者は33例 (6.6%)、14例 (2.4%)、13例 (2.0%) だった。

【考察】前回の調査では機械式PCAポンプの使用率は徐々に増加していたが、今回2020年は15.6%でほぼ横ばいに対し、2021年からは10.8-11.0%とやや低下していた。要因として2021年以降は施設看取りの患者の割合が減少したことが考えられる。ただし数字に多少の変動はあったにせよこの6年間の経過から、当院で訪問診療が行われた終末期患者において機械式PCAポンプは10 - 15%、またがん患者に限るとその15 - 20%の患者に使用されている状況があることが分かった。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 35 褥瘡、呼吸器、腹膜透析、PEG 他 DP13-2-8

敗血症性ショック後、肺炎急性期治療中に本人・家族の希望で在宅医療へ移行し治療継続で看取った一例

門田 耕一郎 ^{1,3}	カドタ コウイチロウ
川向 真弓 ²	カワムカイ マユミ
黒田 敬子 ²	クロダ ケイコ
今西 真理子 ²	イマニシ マリコ
山下 将平 ²	ヤマシタ ショウヘイ
中田 紀子 ²	ナカタ ノリコ
須崎 奈緒 ²	スザキ ナオ
谷口 育昌 ³	タニグチ ヤスマサ
渡海 大隆 ⁴	トカイ ヒロタカ
高村 博光 ⁵	タカムラ ヒロミツ
野元 健行 ³	ノモト タケユキ

¹ 重工記念長崎病院 総合診療科

² 重工記念長崎病院 訪問看護ステーション

³ 重工記念長崎病院 内科

⁴ 重工記念長崎病院 外科

⁵ 重工記念長崎病院 耳鼻咽喉科

【はじめに】当院は、長崎市西部の港湾斜面地区にある外来と急性期病床・地域包括ケア病床からなる、地域密着型急性期病院である。対象医療エリアの開業医先生の高齢化からくる診療所減少に伴い、2018年8月から在宅医療を開始した。

今回、整形外科入院中に肺炎・敗血症性ショックとなり、酸素・抗生剤投与の急性期治療中に本人・家族の希望あり自宅へ退院、在宅酸素導入での在宅医療へ移行し治療継続の後、看取った一例を報告する。

【症例】症例は87歳の男性。施設入所中に左大腿骨人工骨頭脱臼あり医療圏内の超急性期病院へ入院後、リハビリテーション目的に当院整形外科へ転院となった。経過は順調で、本人の帰宅願望が強く退院調整中であった第39病日夜に急な痰増量、発熱、低酸素血症そして血圧低下、意識レベル低下が出現した。肺炎による敗血症性ショックと診断し酸素投与と絶食、補液、抗生剤点滴で加療を開始した。その後、第40日夕には意識レベルはJCS- I 程度へ改善、帰宅願望を訴えていた。肺炎の改善は乏しいも、本人・家族の強い希望あり、第45病日に自宅へ退院した。退院後は、訪問診療と訪問看護を導入し、在宅酸素と末梢補液と抗生剤点滴（1日1回）で加療を継続した。その後、肺炎増悪ないも改善乏しく、家族に見守られながら退院4日目に永眠された。

【考察】急性期治療中に、症状増悪・予後悪化が予想され、本人・家族の強い希望あり自宅退院と在宅医療開始となった。繰り返す入退院を経てのショック意識レベル低下あり本人・家族が強く自宅を望まれ、しかし抗生剤治療などの急性期治療の継続も希望された。結果的には早期の永眠となったが、苦悶症状なく、家族に囲まれての穏やかな最後であった。病前からの継続したAdvanced Care Planningは不十分であったが、急性期治療中の在宅移行の症例を経験でき、今後、増加が予想されるため報告した。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 35 褥瘡、呼吸器、腹膜透析、PEG 他 DP13-2-9

頻回の吸痰を要する気管切開患者を介護する家人負担軽減の試み

矢野 利章 ヤノ トシアキ
大石 明宣 オオイシ アキノブ
岡部 学 オカベ マナブ
田中 哲文 タナカ サトフミ
しんあいクリニック 医療事業部

【目的】 脳血管障害や神経変性疾患等で痰の自己咯出が困難となり、病院入院中に喀痰・呼吸の管理目的に気管切開が行われる症例は少なくない。入院時には2-3交代勤務の看護師が中心となり頻回の吸痰を行うことは比較的容易であるが、退院した際には頻回の吸痰手技が家人の大きな負担となりえる。このような症例において、当院ではカフの上方以外にカニューレ先端にも内方吸引ラインを持つ気管カニューレと低量持続吸引装置を用いた自動吸引システムによる家人の負担軽減を図る試みを行っており、これまでに当院で低量持続吸引を実施した症例での有効性と課題を検討する。

【方法】 当院でこれまでに低量持続吸引装置が導入された患者6例において、導入前後の吸痰回数を比較する。吸痰回数は人工鼻もしくは人工呼吸器を外してカニューレの内部および気道を吸引した回数とし（カニューレのカフ上の吸引は除く）、主に介護にあたる家人等に聞き取りを行い決定した。また各症例において導入後の問題点を抽出し検討した。

【結果】 6症例における1日の吸痰回数の中央値は、低量持続吸引装置導入前に35回/日であったが導入後には3.5回/日まで減少した。多くの症例においてカニューレの内方吸引ラインの閉塞が問題となり対応を要した。

【考察】 頻回の吸引を要する気管切開患者において、低量持続吸引装置を導入することにより家人の負担を軽減することができた。膿性痰の多い症例では、導入後も吸引回数が多い傾向にあった。カニューレの内方吸引ラインの閉塞がしばしば見られ、シリンジでのエアの吹き込みや精製水注入などの対応を要する症例を認めた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 35 褥瘡、呼吸器、腹膜透析、PEG 他 DP13-2-10

筋萎縮性側索硬化症患者の療養環境における呼吸ケアの実態調査

寄本 恵輔¹ ヨリモト ケイスケ
花井 亜紀子^{2,3} ハナイ アキコ
河口 大洋¹ カワグチ タイヨウ
宮崎 裕太¹ ミヤザキ ユウタ
原 貴敏¹ ハラ タカトシ

¹ 国立精神・神経医療研究センター 身体リハビリテーション部

² 国立精神・神経医療研究センター病院 医療連携福祉部

³ 国立精神・神経医療研究センター病院 看護部

【目的】 筋萎縮性側索硬化症 (ALS) の呼吸ケアには、非侵襲的人工呼吸器 (NIV) など医療的ケアがある。また、呼吸理学療法として排痰補助装置 (MI-E) の導入、肺容量リクルートメント (LVR) などの気道クリアランス手技を行うが、療養環境の違いにおける実態把握はない。

本研究の目的は、ALS患者を対象に呼吸ケアと呼吸理学療法の実態調査を行い、療養環境の違いによる影響について検討する。

【対象】 対象は、2015年4月～2020年3月に当センター脳神経内科病棟に入院した全患者3756例より ALS患者156例を抽出、療養場所が在宅135例 (在宅群)、病院・施設21例 (施設群) であった。

【方法】 後方視的に診療録より、呼吸ケアとしてLVR、NIV、MI-E、気管切開術の実施の有無を調査した。在宅群と施設群の呼吸理学療法の差を明らかにするためLVR、MI-Eについて、また患者特性を明らかにするためNIV、気管切開についてカイ二乗検定及びクramerの連関係数 (ES) を行った。呼吸理学療法は重複して行っていることが多いため在宅群において手技内容について分散分析を行った。

【結果】 LVRは在宅群71例 (52.6%)、施設群9例 (42.9%)、NIVは在宅群69例 (51.1%)、施設群4例 (19.0%)、MI-Eは在宅群67例 (49.6%)、施設群0例 (0%)、気管切開は在宅群18例 (13.3%)、施設群12例 (57.1%) であった。在宅群と施設群の比較 (p, ES) では呼吸理学療法はMI-E (<0.001, 0.34) に有意な差があり、患者特性としてNIV (0.006, 0.22)、気管切開 (<0.001, 0.38) に有意差を認めた。在宅ではLVR、MI-Eが多く行われていた。

【考察】 本研究により、病院・施設ではMI-Eは保険算定上使用ができないことから、実施がされていない傾向があり、加えて気管切開の実施されている傾向にあった。LVR、MI-Eは在宅で実施されている理学療法であると考えられる。

利益相反：有

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 35 褥瘡、呼吸器、腹膜透析、PEG 他 DP13-2-11

在宅療養の場での胃ろう新規格製品導入に対する主介護者の実際

小岩井 綾 ¹	コイワイ アヤ
越川 雅宏 ¹	コシカワ マサヒロ
曾我 幸弘 ¹	ソガ ユキヒロ
久島 和洋 ²	ヒサジマ カズヒロ
恩河 良 ¹	オンガ リョウ
永井 知美 ³	ナガイ トモミ
泰川 早苗 ¹	ヤスカワ サナエ
泰川 恵吾 ¹	ヤスカワ ケイゴ

¹医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン診療所

²医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン鎌倉診療所

³医療法人鳥伝白川会 看護小規模多機能型サービス「ゴン」

【目的】医療機器の誤接続事故防止を目的に栄養投与用製品のコネクタ国際規格が制定された。我が国では、2018年3月より通知文書が出され、2019年12月から新規格製品 (ISO 80369-3) への切り替えが推進されている。導入開始以来、重症心身障害学会などから高粘度品の注入時ほか、様々な問題が指摘され、小児などで旧規格製品の使用継続が可能となった。老々介護を行う高齢世帯や、介護施設の職員、訪問看護師などの介護者が混在する在宅療養の場においても、新規格製品移行に対する意見は多く、実際に調査した。

【方法】胃ろうを使用している在宅療養患者の介護者、施設の介護職員と看護師にアンケート調査を実施した。

【結果】Q:「新規格製品は旧規格製品と比べて使いやすいか」A:「とても使いにくい」50%、「やや使いにくい」8%、「使いやすい」8%、「とても使いやすい」17%、「どちらともいえない」17%であった。患者家族や介護職員から使いにくいという意見が圧倒的に多かった。新規格製品のトラブルとして多かった意見は、「ネジ式の接続部を閉めた感覚がわかりにくく、接続が不十分なまま栄養剤を投与してしまい、投与途中で漏れてきてしまった」「力任せに接続してしまい、接続部を破損してしまった」「ネジ式の接続部の内側に栄養剤が付着すると清浄化が難しい」だった。これに対し、「改善できそう・すでに改善できている」との回答も全体の約70%あり、手技獲得にむけた努力が認められる。接続部をテープで補強する、自作パッキンを使用するなどの工夫もみられた。

【考察】在宅療養では病院とは異なり、複数のライン類に囲まれて生活しているケースは少なく、胃ろうのみ使用する患者が多い。胃ろうのみの場合は、誤接続は起こり得ない。老々介護が進む在宅療養の現場では、新規格製品への適応が困難な事例が多い。新旧製品の混在による混乱は考慮すべきだが、旧規格製品の使用を可能とする方針も検討すべきである。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 35 褥瘡、呼吸器、腹膜透析、PEG 他 DP13-2-12

在宅医療における臨床工学技士の役割に関するアンケート調査

浜本 英昌 ハマモト ヒデアキ

ドクターゴン鎌倉診療所 臨床工学技士

【目的】 在宅医療現場において、全国的に未だ臨床工学技士（以下：CE）が活動することが少ない現状にある。当院はCE所属医療機関となって、約12年が経過した。院内および連携施設の他職種からみたCE活動状況への理解度を把握する目的でアンケート調査を行ない、集計、分析した結果を報告する。この結果を参考にして業務内容を見直し、期待されていることを知ることで、今後の在宅医療現場におけるCEの重要性が理解されるのではないかと考えている。

【方法】 対象職種は、当院の医師6名、看護師8名、医療ソーシャルワーカー2名、事務職員6名、連携している訪問看護ステーションの看護師・リハビリ職63名とした。アンケートの設問は、現行のCE業務内容（人工呼吸器管理、腹水濾過濃縮再静注法、在宅医療機器に関すること、関係する患者の退院前調整などへの参加、訪問診療の補助業務、災害対策、他職種連携ケアへの参加、在宅ペースメーカーチェックなど計18項目）。回答方法は、①役に立っている（必要）、②役に立っていない（不要）、③どちらとも言えない（わからない）の3択とフリーコメントを各項目に記載、その他CEへの要望や意見とした。

【結果】 現行のCE業務内容に関して、実際の現場において、役に立っている（必要）との回答が平均で80.8%と多かったが、一方で、どちらとも言えない（わからない）の平均で16.5%などの意見もあった。

【考察】 未だ在宅医療現場では、CEの業務内容が理解されていない現状も把握することができ、今後、CEの存在が広く周知されるように活動していくことや、在宅医療現場にCEが係わることの必要性について、認知してもらえようような活動が必要と考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 36 ひとり暮らし、多様な人材育成他 DP13-3-1

独居がん患者の最終段階を自宅でどう支えるか～本人の想いと医療・生活・家族関係・社会背景が絡みあう中、落としどころを探る際にヒントとなった日頃の会話～

川 渕 奈三栄 カワブチ ナミエ
佐 藤 伸彦 サトウ ノブヒコ
医療法人社団ナラティブホーム ものがたり診療所

【はじめに】独居高齢者が増えている昨今、人生の最終段階をどこで迎えることがベストまではいかなくてもベターなのか。本人の想いは「うちで過ごしたい」とはっきりしていたが、生活面や社会的背景、家族関係など取り巻く課題があり、またがんによる症状も日々変わる中で本人の気持ちも揺れ動く。そのような状況の中、どこに落としどころを見つけていけばよいのだろうか。がん末期の2症例を提示し考察する。

【症例】70代女性 乳がんおよび肺転移・癌性胸水 訪問診療開始後、内縁の夫と穏やかに過ごす中、内縁の夫は病院で他界。その後独居となり痛による症状も増悪し生活面のサポート必要となるも疎遠であった娘のサポートは不十分。医療介護サービスのみならず地域の住民の協力も得て自宅で最期を迎える。

70代男性 肺がんおよび癌性胸水 独居で生活保護受給し生活。腹部大動脈瘤のフォローCTで肺がんも見付きり痛による病状進行。障害をもつ長男とは疎遠、長女は関西在住でコロナ禍もあり来県難しい状況。ベッドから転倒繰り返す中、一人で過ごす時間帯が危惧される状況。行政の介入および介護サービス調整し、自宅で最期を迎える。

【考察】2症例とも最終的には本人の望む自宅で最期を迎えることはできたが、それまでの経過の中で本当にこのままでよいのかと日々悩んだ。本人を中心にとられるが、生活面や医療面でのリスクを予測できる中でも、本人の想いどおりで許されることなのか。まして症状が変わる中で本人の想いも揺れ動き、意思決定をどこまで本人に委ねてよいのか。繰り返し話し合うことが大切とも言われるが、話し合いを重ね過ぎて矛先を見失うこともある。でも何気ない日常会話の中の本人の言葉を拾って思い返すと、落としどころを探っていく上で重要な役割を果たすことを経験する。答えがない中で共に方向性を見つけていかねばならない時こそ、日頃何気なく発せられた言葉が功をなす。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 36 ひとり暮らし、多様な人材育成他 DP13-3-2

麻雀大会の定期開催が独居のパーキンソン病患者への社会的処方になった一事例

山田 起也 ヤマダ タツヤ
 増井 法子 マスイ ノリコ
 仲野 真由美 ナカノ マユミ
 関口 優樹 セキグチ ユウキ
 総合在宅医療クリニック 看護チーム

【はじめに】社会的に孤立し、病気を抱えている高齢者等にかかりつけ医が地域とのつながりをサポートすることで健康を取り戻してもらう「社会的処方」と呼ばれる取り組みがある。

当院を利用している独居のパーキンソン患者が趣味である麻雀を通し、それが人生の楽しみとなり、苦痛の軽減や精神的な安定に繋がった一例について、参与観察法による事例報告を行う。

【症例】80代男性、独居。診断名：パーキンソン病Yahr分類Ⅳ生活機能障害Ⅱ度、要介護2。既往歴：変形性頸椎症・頸部脊柱管狭窄症。サービス：訪問看護、訪問介護利用。

外来への通院が困難になったため、当院の訪問診療開始。2回目の訪問診療時に本人が落ち込んでいる様子のため話を聞くと「手が動きにくく、楽しみである麻雀が出来ない」といわれた。そこで当院の全自動麻雀卓を使用し、一緒に麻雀をやることを提案。以後、コロナ禍で中止している期間もあったが現在は2週間に1回定期的に開催している。

開催前は、「生きる目的もない、あとはお迎えが来るのを待つだけ、楽になる薬があればいいな」と悲観的な言葉や様子がみられていたが、開催後は「麻雀が一番の薬」といわれ、手指の動きもよくなり、笑顔がみられるようになった。

【考察】この活動により患者は身体的精神的苦痛症状を紛らわす時間をもつことができた。さらに、真剣勝負の麻雀に打ち込むことでその時だけでも病気を忘れることができた。自宅から離れクリニックという公共の場で活動できたこと、麻雀初心者の当院医師に麻雀を教えることができたこと、そして当院の多職種スタッフと交わりつなげる時間により自らの存在意義を実感することができたのではないかと考える。

小さな活動ではあるが、社会的処方が果たす役割を期待し、医療のみを行うのではなくいきがいにどう寄り添うのかという点を持ち続けていきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 36 ひとり暮らし、多様な人材育成他 DP13-3-3

介護施設での療養生活を願っても叶わなかった高齢ひとり暮らしのがん患者の看取り支援 ～社会資源の限界におけるその人にとっての最善とは何か?～

長久 栄子 ナガヒサ エイコ
真生会富山病院 緩和ケアセンター

【はじめに】超高齢社会である我が国では、死亡数がピークを迎える2040年には単独世帯の割合が約40%になると言われており、ひとり暮らしの高齢者がどのように生活し療養し、どこで最期の時を迎え、どのような支援が必要なのかという課題を含意している。当院は急性期病棟、地域包括ケア病棟を備え、全科訪問診療を行う地域密着型病院であるが、このテーマについて考える機会となった症例を経験したので報告する。

【症例】A氏、70歳代男性、独居、近親者とは連絡が取れない状況。X年に直腸がんと診断、切除術施行。X+2年に再発し化学療法を約1年半実施した。治療中に離職し、年金では生活できず生活保護受給者となった。無治療期間を経てX+7年よりがんの進行が認められ、独居生活が困難となり療養型病院への入院を希望したが、市からは年金だけで入院費が賄えるため生活保護から外れると伝えられた。身元引受人がおらず療養型病院への入院は困難となり、やむを得ず在宅療養を選ばざるを得なかった。本人の納得を得て多職種の支援で在宅療養し、最期は一人で亡くなった。

【考察】患者の療養支援において、本人の意思を尊重した援助の実現が望ましい。昨今はACPの実施が推奨され、本人が望む療養生活を送れるように支援することが医療や福祉関係者に期待されている。しかし、独居高齢者を取り巻く複雑な環境下では本人の願いを叶えることが難しい。特に経済的な問題や孤立無縁の場合、その人の意思決定や療養支援に関わる医療者や介護福祉関係者の負担、困惑、疲弊などを招くことになる。本症例においては、終末期の在宅療養はケアマネージャーやヘルパー、訪問看護師と主治医や緩和ケア認定看護師といった最期の時を支える人的資源によって本人が納得し安心して逝去された。しかし、今後独居者の増加、多死の社会において人的資源だけで背負いきれるものではないという課題が残された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 36 ひとり暮らし、多様な人材育成他 DP13-3-4

訪問看護師と連携している高齢者一人暮らしのストーマケア

鈴木 真由美 スズキ マユミ
門脇 陽子 カドワキ ヨウコ
茨城県立中央病院 看護局

【はじめに】 当院のストーマ外来を年2回、訪問看護を週2回利用している独居高齢者が、ストーマ装具が漏れやすくなったことで訪問看護師に同行してご自宅で装具を選択し変更した。その後は年1回のストーマ外来と訪問看護師と電話連絡になったが、訪問看護師との信頼関係が高齢者に支障のない生活を送れることにつながったので報告する。

【症例】 90歳代女性。独居。X年に下行結腸憩室穿孔により結腸半側切除、人工肛門造設術施行。退院後1か月後にストーマ外来で、ストーマ装具が密着していなかったためサンプルを2種類渡し、訪問看護師が評価して決定した。X+4年にストーマ装具が漏れるようになり、訪問看護師からご自宅で装具選択することを提案され、変更した。その後、装具の漏れはなくなったが、翌年に装具が当たって痛いとのことで装具を変更しようとしたが希望されず、貼り方を工夫することで解決した。

【考察】 訪問看護師に同行するまでは、訪問看護師のストーマケアの手技や判断力に疑問をもちながら電話でストーマ外来の報告や、相談を受けていた。今回、訪問看護師に同行したことで、ご自宅での姿勢はストーマ外来でお会いする時と違って背が丸くなっている印象があった。また訪問看護師のケアの状況を知り、実践に信頼できることを確認するきっかけとなった。訪問看護師にとってもストーマ装具の選択の理由や処置のアドバイスを現場で見ることができて勉強になったとのことであった。ただ、ストーマ装具選択のために大量に持参しなければならないのが大変であった。ご本人にとっても生活の場を見てもらったうえで選択された装具が漏れずに装着できることで安心につながっているとのことであった。現在も年1回訪問看護と連携を取っており、訪問看護師との連携は事例の支障のない生活につながっていると考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 36 ひとり暮らし、多様な人材育成他 DP13-3-5

医療処置が必要な独居高齢者の「家で過ごしたい」思いを叶える多職種連携

堀内 晃代¹ ホリウチ テルヨ

加藤 幸子² カトウ ユキコ

田澤 亜由美² タザワ アユミ

¹ 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 実践教育部

² 複合型サービスふくふく寺前 看護小規模多機能型居宅介護

【はじめに】慢性疾患で医療処置を有する独居高齢者は、医療や生活面のサポートを要し在宅生活が困難となる。本事例は、患者の「家で過ごしたい」思いを叶えるため、病院や地域の多職種による連携で、患者の最期を住み慣れた地域において支援できたので報告する。

【症例】80代女性、慢性心不全にて酸素管理中（HOT・NPPV）、誤嚥性肺炎や心不全増悪を繰り返しており、独居での在宅生活の継続が困難なことが予測された。患者や家族は、気持ちがゆらぎつつも在宅生活を希望していた。患者や家族の思いを尊重して、多職種カンファレンスにて課題を抽出し、解決策を検討した。課題は、医療処置の継続、嚥下機能の低下、家族の介護力不足であった。理学療法士と看護師は、在宅生活を想定したりハビリや生活の援助を実施した。また、地域連携室は看護小規模多機能型居宅介護（以下、看多機）や訪問診療の導入を調整し、退院前カンファレンスを利用して患者や家族の意思を繋いだ。退院後、ケアマネジャーは看多機の柔軟性のある受け入れ機能を活用して、通いや訪問、泊りをケアプランに取り入れ、患者の状況に適した支援を導入した。看多機の看護師は、患者が在宅で一日でも長く過ごせるように、夜間の装着が不十分になりがちなNPPV装着を、日中に通う看多機で行い合併症予防に努めた。さらに、往診医や家族と情報を常に共有し状態変化に備えた。在宅にて約7ヶ月過ごし、患者と家族の希望により看多機にて人生の最後を迎えた。

【考察】患者の在宅生活への思いを叶えるためには、医学的判断を確認しながら医療や生活面の課題を抽出し、解決策を具体化すること、病院と地域の多職種で患者や家族の情報を共有することが必要である。本事例では、病院と地域の多職種が「家で過ごしたい」患者の思いを共有し各々の専門性を発揮し実践したことが、医療処置を必要とする独居高齢者が望む在宅生活を支えることに繋がったと推察する。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 36 ひとり暮らし、多様な人材育成他 DP13-3-6

どんなサポートがあれば独居での看取りは可能か ～独居で看取りをした2事例を通して考える～

中嶋 順子 ナカシマ ジュンコ
やまお訪問看護ステーション 訪問看護

【はじめに】独居高齢者が増加する中、最期まで自宅で過ごしたいと願う人も存在する。住み慣れた自宅で、独居でも希望に沿った療養場所で過ごすために必要な支援について、2つの症例を通して検討したので報告する。

【症例】90代、女性。胆管癌、肝臓転移。フォーマルサポートは、介入時に訪問診療（週1回）と訪問看護（週1回）、訪問介護（1日1回）、デイサービス（週3回）を利用。介入直後より状態変化あり、訪問看護（1日2回）に変更した。インフォーマルサポートは亡き親友の娘と孫が週末に定期訪問。薬剤は貼付剤を使用。屯用薬の準備はあったが使用実績なし。介入開始から1週間で他界された。

80代、女性。胆管癌、多発リンパ節転移、肺転移。フォーマルサポートは訪問診療と訪問看護、介護保険新規申請。状態変化後、訪問看護（1日1回）、訪問介護（1日2回）に変更した。インフォーマルサポートは近所の方と元職場の知人が買い物支援、介護支援、不定期訪問。薬剤はPCAポンプを利用していたが、せん妄症状もあり。針の抜去による緊急訪問2回（4時と7時半）実施している。介入開始から2週間で他界。

両事例において、本人や関わるチームで夜間の呼吸停止があっても、介入時に訪問看護に連絡することで統一した。

【考察】今回独居で看取りを実施した2事例からの考察である。最期まで住み慣れた自宅で過ごす事ができた理由には、①訪問診療の導入②インフォーマルサポートの存在③緊急時の連絡先を統一したことにあると考える。また、課題と感じた部分は①ADL低下に伴い食事や水分摂取がターミナル期として出来ないだけでなく、支援不足による摂取量の低下②インフォーマルサポートがない場合フォーマルサポートがどの程度利用できる状態かでQOLが変化する③薬剤が必要な時に適切に使えない可能性があるという点である。また、他界後の手続きの事前準備にもサポートが必要であると感じた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 36 ひとり暮らし、多様な人材育成他 DP13-3-7

当法人における介護人材育成のための取り組み

小野 宏志 オノ ヒロシ
医療法人社団心 坂の上ファミリークリニック

【はじめに】当法人は、外来、入院、訪問診療、訪問看護、訪問介護、訪問入浴、居宅介護支援事業、住宅型有料老人ホーム、介護付有料老人ホーム、介護老人保健施設、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、訪問栄養指導など、医療介護福祉に関して様々な角度から取り組んでいる。その中で、生活者を支えることにおいて介護分野は重要である。当法人は様々な手段によって職員の能力向上に努めており、その一つとして介護職員による活動の発表の場を主に看護師の指導により企画した。

【活動】令和4年に初めて当法人は「介護実践発表会」を開催した。普段学会発表の機会が無い介護職員が、日々の取り組みを口演形式で行う法人内発表会である。令和5年に2回目の「介護実践発表会」を開催された。初回の発表会は、各部署の代表者が7題の発表を行った。日々の実践の報告を、スタッフ全員で工夫を凝らして作り上げ、聴講者の心を引き込むような発表であった。2回の発表会にも7題の発表があったが、内容的にも1回目よりさらに進歩していた。具体的には、介護職員が人生会議に取り組んだことの発表や、コロナ禍の面会が制限される有床診療所において、入院中の患者と家族の心の交流のための取り組みなどの発表があり、介護職員により患者の療養生活が支えられている実践例の発表もあった。その後、介護職員によるシンポジウムも開催され、先輩介護職員によるプロフェッショナルとしての心意気や、若い介護職員に向けてのエールなども聞くことができた。

【考察】介護職と医療職との連携協働により、患者のため療養環境が整い、そのことが地域包括ケアシステムの構築にも役立つと考える。逆に言えば、介護職なくして、地域包括ケアシステムの構築や在宅医療充実は無い。介護職員の能力や意識向上のために、「介護実践発表会」有効であり今後も継続していく方針である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 36 ひとり暮らし、多様な人材育成他 DP13-3-8

在宅血液透析に係わる臨床工学技士の活動報告と課題

中釜 祥吾 ¹	ナカガマ ショウゴ
中嶋 藍 ¹	ナカジマ アイ
川畑 勝 ²	カワバタ マサル
桃木 久美子 ³	モモキ クミコ
野老山 武士 ³	トコロヤマ タケシ
原 正樹 ³	ハラ マサキ

¹ (医) 東京透析フロンティア 臨床工学科

² (医) 東京透析フロンティア 看護部

³ (医) 東京透析フロンティア 腎臓内科

【はじめに】日本透析医学会による2021年のわが国の慢性透析療法の現況によると、在宅血液透析（HHD）患者数は748名と報告されている。当法人では28名のHHD患者の診療を行っている。HHD診療には、患者居宅に訪問して透析医療機器の定期メンテナンスを行う必要があり、こうした対応を当法人では、医療機器メーカーへの委託ではなく臨床工学技士（ME）が施行している。HHD診療におけるME業務についての活動報告とその課題の検討を行う。

【活動】HHD診療は、月1回の外来診療、定期的な透析医療機器の患者居宅訪問メンテナンス（約3ヶ月毎）、患者宅の医療材料の在庫管理（毎月）とともに、治療時の警報対応や透析医療機器の故障対応などに対し24時間のオンコール体制を配備しており、2022年12月現在ME11名、看護師2名で対応にあたっている。患者居宅訪問メンテナンスについては、MEによる透析医療機器のメンテナンスを行うことによる信頼関係向上や、診療の連続性の確保を目的として、全てのMEが対応に当たっている。MEが患者居宅へ訪問した際に、患者、介助者とのコミュニケーションを通し、体調や生活環境の把握を行い日々の診療へフィードバックを行っている。

【考察】HHDは外来通院による施設血液透析と比較してQOLの向上が期待できるが、在宅治療であるため、トラブル発生時の対応の遅れへの懸念や患者の不安も大きい。HHD診療を行う上で、月1回の定期外来受診ばかりでなく、患者居宅訪問メンテナンスの際もMEが患者及び介助者と関わることを通じて、体調面に関する情報の収集や、不安感の払拭、深い信頼関係構築をもたらし、より質の高いHHD診療に繋がると考える。一方で、課題としては、当法人のMEは、施設血液透析業務とHHD業務を兼務しており、仕事量の増加とともにより多くのMEの確保が必要となる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 36 ひとり暮らし、多様な人材育成他 DP13-3-9

在宅医療受療者の主介護者(家族)の介護と仕事の両立のための考察

平岡 晃 ヒラオカ コウ
市川 訓基 イチカワ クニモト
ICHI Clinic 医師

【目的】 令和元年の厚生労働省の調査では、直近1年間で介護が理由の退職者がいた企業の割合は8.4%であった。また退職前に相談、介護休業、休業以外の両立支援制度などの支援制度を利用せずに離職している労働者も多い。これは介護に直面する段階で必要な情報が得られておらず、介護体制を構築できずに離職も多いことが予想される。

企業における介護支援制度において介護に直面する前にできる取り組みを検討する目的でインタビュー調査を行った。

【方法】 介護と仕事の両立を経験している主介護者2名に、半構造化面接を行った。内容は、1) 主介護者情報、2) 被介護者情報、3) 企業のための仕事と介護の両立支援ガイドに記載されている「介護に直面する前の社員の支援」に関して具体的に取り組むこと6項目（以下、取り組み6項目）の重要度と自身の介護前の実感、4) 企業の支援制度、5) 主治医と企業の連携の必要性、6) 両立前後の主介護者の変化（生活習慣、労働生産性）、7) その他である。

【結果】 2名とも、企業の取り組み6項目はいずれも重要と回答した。また、主治医やケアマネージャーより企業への被介護者の情報提供は、支援を受ける際に有益だと回答した。さらに、2名とも両立前後で自身の健康状態に変化なく、労働生産性低下も感じていなかった。一方で、介護に直面した際の企業の取り組み6項目の実感の程度は異なっていた。

【考察】 2名とも企業の取り組み6項目は重要であると考えていたが、実際に介護に直面した際の企業の取り組みの実感の違い、十分に浸透しているとは言いがたい。今後、働く世代で介護を担う割合が増えていくことが予想されるため、介護離職や生産性低下を防ぐ目的で介護に直面する前の労働者に必要な情報が伝わるよう取り組み6項目の浸透が重要である。さらに、必要に応じて企業が被介護者の主治医やケアマネージャーと連携し、情報を取得することで、実態に即した支援が期待できる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 36 ひとり暮らし、多様な人材育成他 DP13-3-10

医療介護専門職が協働して患者様の思いを叶えるための旅行会社の取組み

鈴木 洋平 スズキ ヨウヘイ
合同会社 P-BEANS ソーシャルデザイン事業部

【はじめに】「旅行に行きたいけどきつと無理だよね」という言葉は日々患者様と向き合っている医療介護専門職では一度は聞いたことがある言葉だと思う。なんとかしてその思いを叶えたいと思うが「どうしていいかわからない」というスタッフが多いことを臨床の現場から感じていた。そこで今回、その思いを叶えるために医療介護専門職が協力して取り組んだ事例をここに報告する。

【活動】旅行支援などを最初はボランティアで行っていたが、一部の方しかその思いを叶えることができないためより多くの方が旅行に行くことができスタッフも活動しやすい環境が作れないかと考え、2017年に旅行代理店として旅行業へ登録し、その後2018年に愛知県知事登録第三種旅行業を取得し、2023年現在は第二種旅行業として活動。

活動する医療介護専門職は医師、看護師、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、医療系学部生・院生などがトラベラーズパートナーというボランティアとして全国各地で活動し、トラベラーズマネージャーが旅行の同行業務の添乗員を行うスタッフが中心として旅行を企画・プランニング・同行を行っている。

【考察】2022年12月現在はトラベラーズパートナーが全国で220名、トラベラーズマネージャーが30名となり、患者様の「行きたい、やりたいが誰でも叶えられる世界をつくる」をビジョンをとって活動。2022年度は多くの医療介護専門職が活躍し約130件の旅行を実施している。このように多職職が協力して活動することにより多くの方の「行きたい、やりたい」という思いを叶えることが少しずつできるようになってきた。今後も全国の医療介護専門職の方々の仲間を募集して思いを叶えるネットワークを構築していきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 36 ひとり暮らし、多様な人材育成他 DP13-3-11

訪問診療におけるアシスタントドライバー職の役割

恩河 良 ¹	オンガ リョウ
泰川 恵吾 ¹	ヤスカワ ケイゴ
越川 雅宏 ¹	コシカワ マサヒロ
曾我 幸弘 ¹	ソガ ユキヒロ
小岩井 綾 ¹	コイワイ アヤ
永井 知美 ³	ナガイ トモミ
久島 和洋 ²	ヒサジマ カズヒロ
泰川 早苗 ¹	ヤスカワ サナエ

¹医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン診療所

²医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン鎌倉診療所

³医療法人鳥伝白川会 看護小規模多機能型サービス「ゴン」

【はじめに】医療従事者という言葉を目にした時、真っ先にイメージされるのは医師、看護師、医療事務だろう。医療従事者という職種は幅広く、アシスタントドライバー（以後ドライバー）もその中の一つと言えるが、医療への結び付きがイメージされにくく、印象が薄いのも感じられる。

そこで、訪問診療におけるドライバーの役割を当院の業務に基づいて考察したいと思う。

【活動】ドライバー業務を1. 訪問診療、2. 診療所内に分け、下記に挙げる。

1. 医師、看護師同乗のうえ、患者までの運転業務。残薬確認。PCへのバイタル入力（医師、ドライバー2名の場合）。処置医材の準備（看護師不在且つ緊急で処置が必要と判断された場合）。看護補助。医療、介護保険証等の確認。集金業務。次回訪問予定の調整。夜間往診の訪問同行。

2. 訪問車両内クーラーボックス（点滴、注射、薬剤等）の保冷剤の交換。外来患者送迎。毎週の訪問予定作成。訪問車両管理（車検、点検、ガソリン残量、洗車等）。車載処置バッグ、医療ボックスの医材管理。当日訪問を終えた患者のカルテチェック（次回訪問日、処方日数、処置医材の記載、特記事項記載等）。診療所終了後の電話転送業務。

【考察】上記をカテゴリー別にした場合、それぞれ下記のように分類できると考察した。

診療の効率化：運転業務、残薬確認、バイタル入力、処置医材の準備、看護補助。

円滑な診療体制の構築：次回訪問日のスケジュール、訪問予定作成、患者のカルテチェック、車両管理、車載処置バッグ、ボックス等の管理、夜間往診の訪問同行。

多職種連携による業務の負担軽減：医療、介護保険証等の確認、集金業務、外来患者送迎、診療所終了後の電話転送業務。

【結語】当院のドライバーの業務は幅広い事が再確認できた。ドライバーは最前線で働く医師、看護師、また医療事務を支える職として重要な役割を担っていると考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 37 MSW/PSW、地域連携室他 DP14-1-1

在宅診療におけるソーシャルワークのニーズ調査と今後の検討

徳永 百香 トクナガ ユカ
松原アーバンクリニック 地域医療介護連携室

【目的】 当院は外来と在宅診療を行うクリニックである。緩和ケアやレスパイトの利用が多い入院病床をコロナ禍に閉鎖し、特徴的な機能を失い3年が経過したことから、今後を考える時期にきている。

在宅診療は、患者数約250名で約8割が慢性期、約2割が癌末期。診療には看護師が同行し日常的に関係機関と連携しているため、社会福祉士2名は、緊急時対応が多くソーシャルワークを十分に行えていない。そのため、医師と看護師が求めるソーシャルワークを把握し、当院の特色を踏まえた今後について検討した。

【方法】

医師・同行看護師を対象に、連携、個別支援、PRや交流促進に関する計22項目のアンケートを無記名方式で実施。期間は2022年10月21日～27日。

【結果】 医師10名、同行看護師8名から回答を得た。連携については「入院・入所支援」94.4%と高く、次いで「病院受診等の対応」83.3%。

対して「サービス担当者会議への出席（介入後）」は22.2%であった。個別支援は、「在宅コーディネーター役がない患者に対するフォロー」と「障害者手帳、難病申請等の申請時期、把握、対応」が同率81.3%と高く、次いで「経済状況の把握」75%であった。

PRや交流促進は、「患者のその後に関する連携先への報告」、「患者・家族との交流や催しの開催」、「施設・病院の特徴を記した一覧の表配布」が同率50%であった。

【考察】 回答者はソーシャルワーカーに対し緊急時の対応を求めており、連携や患者への直接的支援の希望は低かった。職種間での情報共有の強化、社会的視点を含む患者情報の共有を行い、早急に介入できる体制が必要だと改めて感じた。在宅診療におけるソーシャルワークの意義として、社会的困難に直面する患者にいかに関与できるのかを再検討した上で、社会的資源の発掘連携にも視野を広げ、交流・PR活動からも地域に根ざしたクリニックを目指したい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 37 MSW/PSW、地域連携室他
DP14-1-2

緩和ケア病棟入院相談外来が、終末期における患者・家族の療養方法選定に及ぼす影響
について

小原 由里 オハラ ユリ
守屋 美咲 モリヤ ミサキ
守田 寛子 モリタ ヒロコ
堀越 由紀子 ホリコシ ユキコ
藤沢湘南台病院 医療福祉相談室

【目的】本研究の目的は、当院における緩和ケア病棟（以下、PCU）への入院相談外来の機能、すなわち緩和ケア科医師による診察とソーシャルワーカー（以下、SW）面接を経ての入院待機リスト登録（以下、PCU登録）が、がん患者とその家族にとって、終末期の療養方法選定との関係でどのような意味をもつのかを探ることである。

【方法】研究デザイン：質的デザイン

研究対象：2020年1月1日～6月30日の緩和外来受診患者99名

分析方法：意思決定における文脈効果に関するモデル（都築2006ら）による事例分析

倫理的配慮：研究は所属機関の倫理委員会の承認を得て実施した。研究開始から結果の公開に至るまで、プライバシー情報の守秘を徹底する。利益相反はない。

【結果】全体：PCU登録97名中入院52名（54%）、PCUでの看取り46名（47%）。非入院45名（46%）中24名（25%）が在宅看取りであった。

事例：「在宅希望」例ではPCUのレスパイト機能が評価され、「通院希望」例ではPCUが治療病院入院の代替とみなされ、どちらも在宅療養が継続されていた。「入院希望」例では、病院の代替としてPCUが選択され、希望時に入院となっていた。

【考察】多属性意思決定では、最も選好するものの選択によって高い満足がもたらされるとされる。しかし、そうした選択が常に可能とは限らず、人は時に非合理的な選択もする。とりわけ高選択肢と低選択肢に第3の選択肢が加わると多様な文脈効果が生じることがわかっている。このモデルに基づいて、事例における療養方法選択を考察すると治療目的での病院利用と治療を断念しての在宅療養の間に、PCU登録という選択肢が加わることで、文脈効果として、妥協効果、類似効果、魅力効果のいずれかが生じ、意思決定につながるということが考察された。PCU入院相談外来は、登録患者が入院に至らなかった場合でも、末期がん患者と家族の意思決定に寄与している。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 37 MSW/PSW、地域連携室他 DP14-1-3

精神科における医療中断患者及び家族への支援の実践

坂井 真理 サカイ マリ
松田 ひろし マツダ ヒロシ
柏崎厚生病院 医療相談室

【はじめに】精神科領域において、医療再開に苦勞するケースは少なくない。また、患者への対応に疲弊した家族が患者を医療に繋げることを諦めてしまう場合があり、その際は医療再開により苦勞する。今回、医療中断している患者及び家族に支援した結果、医療再開に繋がった事例を報告する。

【症例】A氏、統合失調症、30代男性。15年前に統合失調症を発症し、精神科病院に通院したが、2年程で中断し自宅に引きこもっていた。状態像は無為自閉。地区担当保健師から当院を勧められた母が来院し、精神保健福祉士が面談。医療中断ケースの為、訪問や往診を提案するも母は希望しなかった。定期的に母と面談し、本人の様子をアセスメントしながら受診に繋がるようアドバイスを続けた。面談を通じて、母自身が同じ境遇の家族との交流を求めていることがわかり、当院の患者家族会に繋いだ。その後A氏が自宅で暴れる等の状態変化があり、母が初めてA氏を連れ来院。医師からA氏に入院の提案があるも、その日は入院に至らず帰宅。その数日後A氏自ら病院に行くと言い出し、急遽来院。医師から再度入院を勧められA氏も同意したため、同日任意入院となった。入院後も本人は主体的に治療に取り組んでいる。

【考察】今回の事例では定期的な面談により家族との関わりが途切れなかったこと、患者家族会に繋ぐことにより家族の孤立を防げたことが、家族が患者を医療に繋げることを諦めなかった要因になったのではないかと考える。また、患者が病院に来た際入院を無理強いせず、治療の選択肢を患者に提示できたことが、その後の治療において患者が主体的に取り組むきっかけになったのではないだろうか

※事例の使用は対象者の承諾を得ており、個人情報とプライバシーの保護に配慮した形で記載しています。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 37 MSW/PSW、地域連携室他 DP14-1-4

まちの保健室「健幸カフェ」の設立と活動内容

正名 富士子¹ マサナ フジコ
 梶山 直美¹ カジヤマ ナオミ
 中村 千賀² ナカムラ チカ
 中村 幸生¹ ナカムラ ユキオ

¹医療法人優幸会 中村クリニック 在宅医療部

²やさしいそら訪問看護ステーション 看護部

【はじめに】当クリニックでは、「すべての方が望む場所で自分らしく過ごすことを支える」という使命をスタッフとともに共有し、その使命の実現のために地域に根差した活動が重要と考え、令和3年度より地域活動を展開している。令和4年度、新たに『まちの保健室 健幸カフェ』を設立したことを報告する。

【活動】目標は①福島区及び周辺地域の居住者、勤務者等が医療介護について気軽に相談できる場としての居場所を作る②参加者が、自分の体や生活に関心を持ち、健幸で生き生きとした生活ができることを目指す③当クリニックの他の活動も含め、行政、関係機関、民生委員、自治会等ネットワークをつくり地域の健康課題等を一緒に検討することを目指す、以上の3点とした。準備期間では、行政や地域包括支援センター、自治体の方等に事業説明を行い、地域の健康づくりに一緒に取り組んでいただけるよう協力を求めた。またPR用のチラシを作製し配布したり、区の広報誌に掲載していただくなど周知活動に努めた。それぞれの機関とのネットワークづくりも準備段階から進めている。活動は月に1回、約90分。受付開始よりバイタルを計測、月替わりの催し、最後に自己紹介と座談会・相談会の時間を設けている。月替わりの催しは「体ほぐし体操」「司法書士さんに聞く終活」など、楽しみながら参加いただける内容としている。

【考察】参加者の中には後日コロナ陽性となり高齢のため相談窓口など調べられない状況で、まちの保健室を思い出し相談されたケースがあった。地域での活動が身近な相談窓口として機能できたと考える。また普段あまり接点のない司法書士に自分自身に関わる身近な問題を相談できたことでは医療機関を通じてのネットワークづくりができたケースと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 37 MSW/PSW、地域連携室他 DP14-1-5

カフェ機能を持つ多機能事業所と当院の協働による「つむぎつなぐ保健室(暮らしの保健室)」の活動について

櫻井 茂¹ サクライ シゲル
 千葉 恭一¹ チバ キョウイチ
 高橋 美保¹ タカハシ ミホ
 藤村 千紗² フジムラ チサ
 千田 優子³ チダ ユウコ

¹医療法人わけん ホームケアクリニックえん 地域医療福祉連携室

²多機能事業所 Ito 多機能事業所 Ito

³フリー助産師 フリー助産師

【はじめに】当院は2013年に訪問診療専門のクリニックとして岩手県北上市に開設。2023年4月に開業10年を迎える。月間約300名の利用者に訪問診療を実施している。

当院は地域における既存の医療、介護等サービスとの協働を重要と捉え、これまでにケア・カフェや多職種間での事例検討会/勉強会などを開催し、多職種間の連携強化に力を注ぎ、現実的に様々な繋がりを作り出してきた。

しかしながら職種間と連携は図れても、地域住民との交流やつながりに欠ける面は否めず、これをどう克服するかが課題となっていた。今回、市内の障害多機能事業所との協働によって、「暮らしの保健室(以下、保健室)」の実働に至ったためこのことについて報告する。

【活動】R3年11月当院の近くに障害の多機能事業所「多機能事業所Ito」が開設された。その管理者に「保健室」の共同開催を提案し快諾を得た。この多機能事業所はカフェ機能を持っており地域住民に開かれた場所となっている。その機能を「保健室」機能と融合することで更に多様な活動の場となることを目指した。現在、毎週木曜日に当院MSWが同事業所に出向き常駐している。また、これまで培った専門職とのつながりが役立ち、活動に賛同したフリーの助産師は、不定期ながら保健室の時間に訪れ滞在している。事業所通所の利用者の相談、事業所見学者の相談、カフェ利用者の相談等がこれまでの実績として挙げられる。

【考察】カフェを訪れる病院嫌いな常連の方と顔を合わせるうちに、相談を持ちかけられることがある。その緩いつながりがその次への一歩となる。助産師がいることで若い母親や、若い女性の事業所利用者への相談や助言につながることもある。

「保健室」としてその場に相談に乗ることができる専門職がいること、しかもそれが多機能事業所のカフェという「場」にあることの相乗的な効果は思った以上に大きく、今後も継続して機能を充実していきたい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 37 MSW/PSW、地域連携室他 DP14-1-6

在宅療養支援診療所におけるソーシャルワーカーの役割

坂本 理佳¹ サカモト リカ
福田 俊一² フクダ シュンイチ
荒 隆紀² アラ タカノリ
山口 高秀² ヤマガチ タカヒデ

¹医療法人おひさま会 ソーシャルワークセンター

²医療法人おひさま会

【はじめに】当法人は阪神地域を中心に3つの拠点（デポ）を持つ在宅療養支援診療所であり、医師、看護師、薬剤師、医療事務、ソーシャルワーカーなどが在籍しており、多職種による支援が行われている。その中でソーシャルワーカーは9名在籍しており、新規相談から初診までの調整及び医学管理患者の継続支援が主な業務である。本報告では、在宅療養支援診療所におけるソーシャルワーカーの業務を振り返り、ソーシャルワーカー配置の意義について考察する。

【活動】2022/4～2022/12における新規受入患者は720人、法人のKPIとして設定している新規相談件数は1030件である。新規相談窓口はソーシャルワーカーが対応しており、さらに受け入れケースに関しては、全件インテークを実施している。インテークに関しては、医学的内容だけでなく患者の全人的把握により、生活イメージが想像できるようなおひさま会独自の整理ツール「まごごろ」を用いてヒアリングを行い、初回診察までに多職種間で情報共有を行っている。また、医学管理中の患者に関しても、診断困難な症例や精神疾患、退院困難な症例など、ソーシャルワーカーが窓口になることにより、生活上の課題など院内外が多職種で議論し、福祉サービスの利用につなげることが出来、在宅生活が維持できるようになった症例がある。

【考察】新規相談窓口に社会保障制度に精通したソーシャルワーカーが配置されていることにより、相談元も安心して相談できる体制ができ、安定した新規相談に結びついている。また、医学管理患者に対しては疾患や患者の特性から訪問診療による医学的管理のみでは在宅管理が難しい例をしばしば経験する。その際には患者の生活の全体像を捉えた上で、介護や福祉サービスを導入することで問題解決の糸口としての役割をソーシャルワーカーが果たすことができると考えられる。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 37 MSW/PSW、地域連携室他 DP14-1-7

若年非がん患者の退院支援での課題検討

杉村 円 ¹	スギムラ マドカ
石川 智恵子 ¹	イシカワ チエコ
石井 健治 ²	イシイ ケンジ
松田 沙織 ²	マツダ サオリ
谷口 友美 ³	タニグチ ユミ
木村 順子 ²	キムラ ジュンコ
雨宮 陽子 ³	アマミヤ ヨウコ
山岡 麻子 ³	ヤマオカ アサコ
笹岡 大史 ⁴	ササオカ タイシ
木村 彰方 ⁵	キムラ アキノリ

¹ 春日部在宅診療所ウエルネス 地域連携部

² 春日部在宅診療所ウエルネス 看護部

³ 春日部在宅診療所ウエルネス 診療支援部

⁴ 春日部在宅診療所ウエルネス 理事長・院長

⁵ 東京医科歯科大学 副学長 (IR 室長・監査室長)

【はじめに】 若年非がん患者の退院支援において、介護保険の適応にならず経済的負担が大きい。また、退院支援においてCVポート留置し在宅中心静脈栄養法指導管理料の適応になった患者であるが、退院時に輸液指示内容が在宅療養に適さないために調整が必要になった。

【症例】 アルコール性肝硬変、末期腎不全、臍ヘルニアによるイレウスの57歳男性で、腹水貯留、陰嚢水腫、経鼻胃チューブ、膀胱留置カテーテルを留置されていた。在宅療養が極めて困難であると診断をされ、療養病院が勧められる病態と判断されていたが、在宅療養の強い希望があり訪問診療が開始になる。

紹介時には側管点滴の指示があり在宅では対応困難であり、側管点滴中止と輸液ポンプ1台として退院になる。膀胱留置カテーテルの交換困難な陰嚢水腫があり、大量腹水貯留が確認された。在宅で腹水ドレナージカテーテルの留置を行い、腹水コントロールを行う。その後、経鼻胃チューブの抜去が可能になり、経口摂取の再開が可能になる。その後、衰弱の進行があり約1ヶ月半で在宅看取りになる。

【考察】 退院時カンファレンスと点滴処方調整をし、当院の受け入れが可能になり、自宅への帰宅が実現した。在宅医療では輸液ポンプの台数制約と側管点滴が困難であり、入院時主治医の在宅医療への理解が必要であった。非がんで57歳のために、介護保険の適応にならず、医療保険での訪問看護の介入、自費での福祉用具など、ご家族への経済的負担および介護負担も大きい課題が確認された。若年の在宅療養で介護保険が利用出来ない場合、在宅療養への退院支援には課題が多い。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 37 MSW/PSW、地域連携室他 DP14-1-8

新潟病院の新たな職種「チームケアサポーター」の実践報告

横山 哲 ヨコヤマ サトル
白井 良子 シライ リョウコ
桑原 和敏 クワバラ カズトシ

独立行政法人国立病院機構新潟病院 看護部 地域医療連携相談室

【はじめに】当院は、重症心身障害や神経・筋疾患などの障害者医療において高い専門性と、在宅療養からリハビリテーション（以下、リハビリ）、入院治療や契約入院まで幅広く対応できる機能が特色である。当院地域医療連携相談室は、近隣地域を含め全国の方々に特色ある医療と福祉サービスを提供できるように取り組んでいる。

当地域医療連携相談室では令和4年4月より新たな役割「チームケアサポーター」を1名配置した。チームケアサポーターは介護福祉士と社会福祉士の資格を有し、患者への直接的な介助・支援を通じて、社会福祉士の視点で患者に必要と考えられる社会資源の提案や制度申請の代行等を行い、必要に応じてMSWに支援を繋ぐ。今回、チームケアサポーターの活動と効果について報告する。

【活動】以下の事例を対象とした。事例1では、直接的介助を通じて、患者の移動が安定するには補装具の導入が必要と考え、リハビリ担当者とは協働して補装具導入の補助に関する説明や書類作成等を行った。事例2は、普段から思いを表出しづらい大学生の患者で、チームケアサポーターと関係構築を行ったことで、集中してリモート授業が受けられる環境が必要との思いが表出され、チームケアサポーターが各方面に調整し、web環境を準備、集中できる個室の調整など、居室環境整備を行った。

【考察】難病患者は、症状の進行や状況によって抱える問題も多彩であり、より個別対応が求められるが、適切な支援によってQOL向上が可能となる。チームケアサポーターの活動実績は、今まで病院で対応が不十分だった箇所の直接的介助・支援が行われているだけでなく、介助・支援を通して明らかとなった、さらなる支援のポイントに介入し、今までより充実した入院生活や、退院後の生活でQOLが向上するような支援が行えていると考える。

利益相反：無

DP14-1-9

訪問診療の打診があつたにもかかわらず実際の介入にまで至らなかつたケースの分析：単施設後向き研究

山田 寿美 ¹	ヤマダ トシミ
藤本 佳奈 ¹	フジモト カナ
林 佑哉 ¹	ハヤシ ユウヤ
武藤 英貴 ¹	ムトウ ヒデキ
藤谷 佳紀 ¹	フジタニ ヨシノリ
柳澤 克哉 ¹	ヤナギサワ カツヤ
能勢 悠介 ¹	ノセ ユウスケ
菅原 信行 ¹	スガハラ ノブユキ
田中 裕子 ¹	タナカ ユウコ
宮本 雄気 ^{1,2}	ミヤモト ユウキ
守上 佳樹 ¹	モリカミ ヨシキ

¹ 医療法人双樹会よしき往診クリニック 事務長、メディカルコーディネーター、地域医療連携室

² 京都府立医科大学 救急医療学教室

【背景】 当院では1ヶ月におよそ20~30件の訪問診療の打診を受けている。しかしその中には、電話相談を行ったにも関わらず、あるいは実際に訪問日時を調整をしていたにも関わらず実際の介入に至らなかつたケースもある。その中には患者からのニーズがあるにも関わらず、当院の要因によって実際の介入に至らなかつたケースもあるのではないかと、我々は仮説を立てた。従って、本研究では当院に訪問診療の打診があつたにも関わらず、実際の介入に至らなかつたケースを分析することで、「住み慣れた自宅で過ごしたい」と考える患者のニーズにさらに応えるよう改善策を提示することを目的とした。

【方法】 当院では訪問診療の打診（患者・家族又はケアマネジャーなどのケアに携わる方からの相談）があつた時点で訪問診療用のカルテを作成している。これを利用して、2022年1月から10月までに訪問診療用のカルテを作成された患者を調査し、訪問診療に至らなかつた患者を抽出した。またそれらの患者において介入できなかつた理由について探索的に調査した。

【結果】 新規依頼335件中、介入に至らなかつたのは39件（11.6%）であつた。さらにこの39件について調査した所「外来通院が可能なADLだったため介入しなかつた」が11件（28%）「介入までに死亡されたため介入に至らなかつた」が11件（28%）と2項目で過半数を占めた。また「介入までに死亡された患者」は相談から死亡までに平均11日経過していた。病院からの依頼は8件（20.5%）あり、死亡で介入出来なかつたケースを除き、全例訪問診療介入を行つていた。

【考察】 住み慣れた自宅で過ごしたいという患者のニーズに応えるためには、特に病院からの相談症例において、相談から実際の介入までの日数をさらに短縮する試みが重要である可能性が示唆された。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 37 MSW/PSW、地域連携室他 DP14-1-10

医療過疎地における在宅療養支援診療所の開業と地方自治体との連携

駒屋 憲一 コマヤ ケンイチ
ひだ在宅クリニック

【はじめに】 飛騨医療圏は人口あたりの医師数が全国平均を大きく下回る医療過疎地である。開業地である飛騨市は特に在宅でのがん看取りが極めて困難な状況にあった。そのような状況の中で、当院は2022年6月に在宅療養支援診療所として開業した。開業前より市と協力関係を構築し、極めて順調な立ち上げを行うことができています。医療過疎地における在宅医療導入における好モデルとして報告する。

【活動】

《開業前》開業3年前から市役所職員・市長と約10回意見交換を行い、地域の現状や課題について共有した。開業直前に開所式のアナウンスを市よりプレスリリースした。開所式では市長からも挨拶を賜り、各種メディアにも大きく取り上げられた。コロナ禍の平日にも関わらず、80名が参加した。

《開業後》市からの補助金による開業支援を受けた（開業費・往診車）。飛騨市民病院との機能強化型の連携を行った。在宅医療が必要な患者に対して、市全体を網羅することを実現し、経営的にも安定した。市との定期的な交流は継続し、開業後に直面した課題や将来のビジョンを共有している。

《診療実績》対象人口8万人（飛騨市古川町：1.3万、高山市国府町：0.7万、旧高山市：6万）に対して、開業8ヶ月における診療患者数は120名（待機・診療中：52、入院中：5、在宅死：52、施設死：5、病院死：5、中止：1）であった。

【考察】 在宅療養支援診療所は地域の社会課題にまで目を向ける必要がある。過疎地の自治体とは顔の見える関係になりやすい分、都会よりもスピード感を持って意思決定がなされる可能性が高い。自治体により医療や福祉に対する理解には差があると考えられるが、自験例からは、特に地方で開業する際には、開業前から積極的な働きかけを行うことが大変重要であると考えられた。

利益相反：無

DP14-2-1

地方自治体とともに ACP 啓発ボードゲームを作成した活動報告

伴 大輔¹ バン ダイスケ
石井 洋介¹ イシイ ヨウスケ
伴 正海¹ バン マサウミ
高森 晃世² タカモリ テルヨ
品田 雄市³ シナダ ユウイチ

¹ おうちの診療所 目黒 リハビリテーション部門

² 豊中市健康医療部 健康政策課

³ 東京医科大学八王子医療センター 総合・相談支援センター

⁴ 京都大学 フィールド医学科

【はじめに】多死社会を迎える中、人生最終段階の医療・ケアについて、7割の方が意識のない状態で選択をせまられ、本人の意志確認ができていないという現状の課題に対し、人生会議（以下、ACP）の啓発の場を作るきっかけとなるツールとなるボードゲームを様々な医療職と非医療職の複合チームで開発し、大阪府豊中市とともに実証実験を実施した。

開発にあたっては、対話を誘発できるよう設計することで参加者が自分事として人生会議を追体験することができ、またゲーム性を加えることで楽しみながら気軽にプレイできるよう設計した。

当実証実験では、参加者が、1) ツールを通して ACP について考えたか、2) ツールをほかの人に薦めたいか、3) ACP について家族と話したいと思ったかを KPI として定めた。

【活動】実証実験では、体験会後にアンケートを行い、「ボードゲームの内容が ACP の理解や啓発に繋がるか」、「ゲームのルールが理解のしやすいか」、「見やすいデザインか」など詳細に聴取をして、修正を重ねた。完成したボードゲームは、サイコロを振りコマをすすめるすごろく式であり、架空の人物の人生に沿って金銭のやりとりを行いながら、自己の考えを深掘りできるような設計となっている。加えて、ゲームの内容については医療従事者が実際に体験したエピソードを盛り込みつつもシリアスになりすぎないように、非医療従事者向け体験会での意見を参考に内容の修正を行った。

【考察】最終のゲーム体験会では、約 8 割の人が 5 点満点の評価をつけており、高い評価を得られた。この結果から疑似体験できるツールが、今後様々な地方自治体や団体等が市民向けに ACP 啓発活動を行う際の手段の一つとして有用であると考えられる。

利益相反：無

DP14-2-2

骨折二次予防において介入すべきハイリスク者を特定するためのロジック構築～高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業に医師会の立場で在宅医が関与する意義～

沼沢 祥行 ヌマサワ ヨシユキ
岩澤 瞳 イワサワ ヒトミ
宇田川 京子 ウダガワ キョウコ
住谷 智恵子 スミヤ チエコ
川越 正平 カワゴエ ショウヘイ
松戸市在宅医療・介護連携支援センター

【目的】フリーアクセスという制度下では、住民の骨折、誤嚥性肺炎等のリスクが進行していたとしても、医療機関を受診しない限り把握することができない。また、通院していたとして管理中の疾患以外のリスクを包括的に把握して対処されているとは限らない。本事業では、健診データ、医療レセプト、介護保険情報が突合された国保データベース (KDB) を用いて、後期高齢者からハイリスク者を抽出するが、KDBには一定の限界がありノウハウは未確立である。今回は骨折の二次予防について検討した。

【方法】DPCデータベースやNDBと異なり、現状のKDBでは骨折部位を含む病名では抽出できず、把握には医療レセプトの個票を開く必要がある。したがって、個票を開く前に十分に対象者を絞り込まないと作業量が膨大となる。また、現在の身体機能と認定時の要介護度が合致しているとは限らない。そして、「骨折ドミノ」という概念を考慮して早期介入を意図した。これらを勘案し、年齢、KDB病名 (骨折、骨粗鬆症、認知症、がん)、介護保険情報 (要介護度、介護給付費)、健診データ (体重、BMI)、個票を開けば分かる情報 (薬剤、処方日数、骨折部位、病名) を候補とし、絞り込みに用いる条件と順列を検討した。

【結果】後期高齢者69992人 (100%) のうち、76～78歳の14425人 (21%) から「骨折病名がある」1293人 (1.8%) を組み入れた。「認知症病名がある」または「介護サービスを一定以上利用している (月額5万円を上回る)」者を除外し (1.5%)、さらに「骨粗鬆症の専門的治療を受けている」かつ「処方が63日以内」の者を除外して750人 (1.1%) に絞り込んだ。

【考察】骨折二次予防をテーマに、抽出に用いる条件に一定の限界があるKDBを用いてハイリスク者を特定するロジックの作成プロセスを、医師会として経験した。年齢、KDB病名、介護保険情報、健診データ、個票からの情報の取捨選択とその順序がロジック構築の要である。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 38 行政 / 医師会と在宅医療 DP14-2-3

在宅医療提供体制への支援と医療介護連携に関する地区医師会の取り組み

兼松 富美子 ¹	カネマツ フミコ
加藤 真二 ¹	カトウ シンジ
横山 淳一 ²	ヨコヤマ ジュンイチ
平吹 広一 ¹	ヒラブキ コウイチ
柴原 弘明 ¹	シバハラ ヒロアキ
榎本 康宏 ¹	エノモト ヤスヒロ
野場 万司 ¹	ノバ マンジ
渡邊 真 ¹	ワタナベ マコト
大野 政彦 ¹	オオノ マサヒコ
近藤 貴史 ¹	コンドウ タカフミ
平山 真彦 ¹	ヒラヤマ マサヒコ
加藤 千博 ¹	カトウ チヒロ
亀井 秀弥 ¹	カメイ ヒデヤ
那須 正和 ¹	ナス マサカズ
山本 勝 ³	ヤマモト マサル
永井 昌寛 ⁴	ナガイ マサヒコ

¹一般社団法人 豊田加茂医師会 地域医療介護委員会

²名古屋工業大学 しくみ領域 社会工学専攻

³名古屋工業大学 名誉教授

⁴愛知県立大学 情報科学部 情報科学科

【はじめに】西三河北部医療圏では高齢者の急増に伴い在宅医療のさらなる必要性が予想される。当医師会の在宅相談ステーションは、会員の在宅医療支援と医療介護連携を行なっている。

【活動1：会員の意識調査】2022年11月全会員にアンケートを実施（総配布数215件、回収数129件 回収率60.0%）。全回答者のうち42.6%が在宅医療提供実績あり。また、応需条件に「基本的にどんな依頼に対しても」16.1%、「紹介などの新患でも条件が合えば」29.0%、「かかりつけ医として診療している患者に対して」54.8%であった。また、初診での往診受け入れは「可または相談に応じる」50.0%であった。

【活動2：在宅相談ステーションの取り組み】①「在宅連携パス」：病院の連携部門と在宅相談ステーションが共通様式を用い、在宅医療移行時にかかりつけ医に対応可否を確認、不可の場合は近隣の医療機関に検討を依頼。入院から訪問診療へ、或いはかかりつけ医から訪問診療可能医療機関へのスムーズな移行を目指す。②「在宅療養バックアップシステム」：主治医不在時に登録サポート医が往診や看取りに対応し、主治医の負担軽減を担う。③医療介護連携強化のため、前述の①②運用時ケアマネジャーなどの支援者に必要事項の聴き取りと文書提供を依頼し、医師への詳細な情報提供を追加する。また、初診での往診依頼が増加しているため、各様式を追加作成運用し、初診医師と介護側とのスムーズな橋渡しを図る。④その他、医療介護の多職種や市民からの在宅療養に関する相談に応じる。

【考察】訪問診療の依頼には回答者の約半数が検討可であるため、在宅パスと在宅療養バックアップシステム、医師と介護側との連携を密に行いながら、在宅医療のさらなる支援を行っていく。将来、新たに在宅医療を行おうと考えている既会員と今後入会する新規会員が、気軽に在宅医療を行える環境構築を目指したい。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 38 行政 / 医師会と在宅医療

DP14-2-4

地域在宅医療体制構築事業から始まる在宅医療支援事始め～我孫子市モデルを目指して～

松宮 泉¹ マツミヤ イズミ

佐野 雅朗² サノ マサアキ

池亀 翔² イケガメ ショウ

佐藤 昭宏³ サトウ アキヒロ

¹ 我孫子市医師会 (我孫子聖仁会病院) 在宅医療コーディネーター

² 我孫子つくし野病院 内科 訪問診療

³ 佐藤内科医院 内科 訪問診療

【はじめに】我孫子市医師会では地域在宅医療体制構築事業を県より受託し2020年度～2022年度の間、在宅医療推進に取り組んだ。我孫子市では在支病2か所、在支診12カ所の届出医療機関があるが、地域のニーズに十分こたえられているかどうか？在宅医療体制を進めるため、2つの取り組みを行った。①地域包括支援センターからの在宅医療相談窓口のアプローチ→在宅医療コーディネーター。②在宅医療を実施する医療機関の拡大→在宅委員会の設立 研修会の実施等。その3か年の活動をまとめると共に、地域の実情に合わせた“在宅医療”について考えたい。

【活動内容】2020年春より始動予定が、新型コロナウイルス感染症の影響で、活動は困難となり、医師会の担当者の中での活動に終始する。

2021年度より「まず出来る事から」と、主治医のいない（受診した事がない）市民の主治医意見書作成のための医師の訪問調整（以下アウトリーチ事業）を、地域包括ケアセンターから依頼で、4件実施。また、医師会在宅委員会主催として、在宅医療を行っている開業医や訪看、薬剤師等とのオンラインでの研修や日頃の診療の場での困りごとなどを語る場を開始。

2022年度はアウトリーチ事業13件（2023年1月現在）となり、近隣医療機関などにも活動が知られ、在宅を含めた医療相談が入るようになった。

【考察】在宅医療委員会や地域包括支援センターとの話し合いの中で、医療側の在宅医療に対するイメージ（大変そう？偽善？）や、介護側が抱くイメージ（在宅医療＝看取り）にもズレが多く、様々な医療が必要なステージに合わせて、「我孫子市モデル」として在宅医療が設計できることを地域で共有していきたい。

利益相反：無

DP14-2-5

介入が困難であったネグレクトを背景に死亡に至った症例の検討

福原 慧 ^{1,2,3}	フクハラ サトシ
福原 真理 ^{1,2,4}	フクハラ マリ
久我 真智子 ²	クガ マチコ
長島 夏海 ²	ナガシマ ナツミ
竹下 昌代 ²	タケシタ マサヨ
長瀬 典子 ²	ナガセ ノリコ
山本 翔太 ²	ヤマモト ショウタ
市原 岳 ²	イチハラ ガク
馬淵 卓 ¹	マブチ スグル
大田 和枝 ²	オオタ カズエ
橋本 正良 ¹	ハシモト マサヨシ

¹ 東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 医歯学専攻 全人的医療開発学講座 総合診療医学分野

² 医療法人社団 平郁会 府中みどりクリニック

³ 東京大学 大学院理学系研究科 生物科学専攻

⁴ 東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 寄附講座 介護・在宅医療連携システム開発学講座

【はじめに】高齢者への虐待は高齢社会における医療介護の現場で頻度の高い問題であるが、虐待の認知・対応・解決は困難であることが多い。訪問診療クリニックと当該部署が連携し多面的な介入を行ったにも関わらず、同居家族からのネグレクトを背景に死亡に至った症例について報告する。

【症例】83歳女性。X-1年7月、肥満・両側下腿浮腫・高血圧にて訪問診療開始。初診時、認知機能評価・検査など拒否されたが、面談の様子から認知機能低下が疑われた。統合失調症の娘が同居していたが、介護や医療費用の負担に対して拒否的で、服薬管理等に非協力的であった。自宅は非常にものが多く、動線が限られ不衛生であった。前医から処方薬を継続しながら、地域包括支援センター職員同席で診察し、本人と娘に対して支持的に関わり、介護サービス利用を何度も勧めるも拒否。同年12月、娘の要望で訪問診療を中止。その後も地域包括支援センターには本人から助けを求める連絡が入るも、娘が来訪を拒否。X年4月、両側下腿蜂窩織炎のため訪問診療を再開。皮膚科介入し、皮膚悪性腫瘍の可能性があるため本人が精査希望したが、娘が経済的な理由で生検を拒否。同年6・7月に計5回、自宅で転倒しそのたびに救急要請するも、介助のみで搬送にいたらず。7月に地域包括支援センター・市役所福祉課・保健所・当院スタッフによる会議を持ち、虐待と認定。警察介入も含めた本人と娘の分離を計画するも、同月中に自宅で倒れ、搬送先で死亡確認された。

【考察】

ネグレクトが背景にあり、本人が希望する適切な医療介護が受けられず、死亡に至った。早期にネグレクトは認識していたが、慎重に信頼関係を築いている間に診療中断を経て病状が進行したこと、信頼関係構築を優先して分離が遅れたことが反省点であり、担当者会議はなるべく早期に行い、病状悪化時には迅速な対応が望ましいと考えた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 38 行政 / 医師会と在宅医療

DP14-2-6

かかりつけ医における24時間対応の実践も見据えた在宅医療のあり方を考える調査研究

太田 俊輔 ¹	オオタ シュンスケ
外山 学 ¹	トヤマ マナブ
泉岡 利於 ¹	イズオカ トシオ
村田 秀穂 ¹	ムラタ ヒデホ
小林 寿治 ¹	コバヤシ トシハル
岡部 登志男 ¹	オカベ トシオ
八木 泰弘 ¹	ヤギ ヤスヒロ
川端 徹 ¹	カワバタ トオル
忌部 周 ¹	インベ シュウ
福田 正博 ¹	フクダ マサヒロ

¹大阪府内科医会²太田医院

【はじめに】社会の急速な高齢化に伴い地域包括ケアシステムの構築が急がれる中、地域医療の要である「かかりつけ医」も高齢化し、在宅医療を担う医療機関の不足も懸念されている。このような背景下、かかりつけ医が関わる在宅医療の実態と、24時間対応も含めた今後の問題点を明らかにする目的で、大阪府内科医会会員にアンケート調査を実施した。

【活動】回答241 (回答率: 30.5%)。年齢分布は75歳以上14%、65-74歳33%、55-64歳 36%、55歳未満は16%であった。「在宅医療への関わりがある」との回答は55歳未満が最多で66%であったが、75歳以上でも55%が「ある」と回答した。しかし、受持患者数は10人/月未満との回答が半数を占め、在宅医療を実践しているものの対応数は少数であった。一方、在宅医療に関わっていない理由では、「24時間対応が困難」が40%と最多で、次いで「診療体制上、時間がない」が35%と多かった。特に前者は75歳以上で、後者は55歳未満で多かった。その理由は「体力的に困難である」との回答が37%で高齢層に多く、また「外来中は往診できない」と理由も31%と多かったが年齢による差はなかった。一方、「プライベートを大切にしたい」は10%と少数であったが若い世代に多い傾向にあった。24時間対応に必要なサポートでは「救急後送病院体制」が42%と最も多かった。以前実施された厚労省や日医の調査では、在宅療養支援診療所の届け出の医療機関は大阪府がトップであったが、72.4%が一人体制であり、24時間体制については、74.6%が負担が大きいと回答していた。地域連携の仕組みの構築が今後のカギとされていた。今回の本会の調査でも、依然として課題が残されていることが浮き彫りになった。

利益相反: 無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 38 行政 / 医師会と在宅医療

DP14-2-7

大阪市浪速区におけるAケアカードシステム、ブルーカードシステムを用いた在宅医療介護連携

藤吉 理夫 ^{1,2}	フジヨシ ミチオ
有田 繁広 ¹	アリタ シゲヒロ
久保田 泰弘 ¹	クボタ ヤスヒロ
徳田 好勇 ¹	トクダ ヨシオ
入野 宏昭 ¹	イリノ ヒロアキ
福永 真也 ¹	フクナガ シンヤ
澤井 貞子 ¹	サワイ サダコ
佐久間 靖博 ¹	サクマ ヤスヒロ
橋村 直隆 ¹	ハシムラ ナオタカ
竹中 秀裕 ¹	タケナカ ヒデヒロ

¹大阪府浪速区医師会

²医療法人 理秀会 なんば南藤吉医院

【はじめに】地域包括ケアを推進するため、緊急時の病診連携、垣根のない医療介護連携が重要であると考え浪速区では二つのシステム（Aケアカードとブルーカード）を構築してきた。経緯と現状を報告する。

【活動】

2009.11 地域の救急患者は地域の病院で診ることを目標にブルーカードシステム開始

在宅、外来で急変する可能性がある患者をあらかじめ定型の診療情報とともに病院に登録し、緊急時にスムーズに救急搬送する病診連携システム

2016.11 ICTによる医療介護連携システム Aケアカードシステム開始

多職種（病院、診療所、歯科、薬局、訪問看護、介護事業者）が患者情報、採血結果、薬剤データなどを共有し、チャットでリアルタイムに情報伝達する。参加数は2022年12月時点で医療機関49、歯科7、薬局26、訪問看護7、介護48である。訪問看護、介護事業者が医療情報をより正確に把握できるようになり、ケアマネから医師への連絡が格段に取りやすくなった。この間 病院と医師会の間で「病診連携委員会102回」、三師会、介護事業所、訪問看護ST、包括支援、行政と「在宅連携協議会40回」を開催、課題を出し改善してきた。さらに医療機関連携ハンドブックを作成し在宅医療において各医療機関でできることを周知している。地域包括センター、行政と共に講演会を開催し地域住民に広報している。

【考察】医師会が中心となってブルーカード・Aケアカードシステムを構築したことで地域の医療・介護が一体となり、救急時に対応ができ、多職種間で必要な情報共有が迅速に行えるようになった。地域住民が安心して医療・介護を受けることに役立ち、患者、参加機関の認知度も上がり評価を得ている。今後コロナ感染症が5類に変更後の病院受け入れシステムをブルーカード上で構築すること、使用できる地域を広げ、参加機関を増やし、今まで以上に患者にとって有意義なシステムになるよう事業を進めていく所存である。

利益相反：無

DP14-3-1

ER型在宅医療の実践

安田 冬彦 ヤスダ フユヒコ
安田花園クリニック 在宅療養支援診療所

【はじめに】在宅医療における重症度の高い患者に対しては、治療を諦めるわけではなく、希望を堅持できるような治療を継続しつつ、症状緩和することが患者本人や家族には受け入れやすい。在宅医療の発展には、その質の向上が、今後欠かせない因子となると思われる。

【活動】当クリニックは、24時間在宅診療の実践を目指し、2022年4月に京都市右京区で開設した在宅療養支援診療所である。在宅診療は、自宅で起こるすべての症状に対応する必要がある、個々の状況に応じた最善の方法を選択する必要がある。当クリニックは、ERの経験を活かし、在宅診療に臨んでいる。当クリニックで対応した症状は多岐にわたる。具体的には、一般的な発熱、腹痛、嘔気に加え、大動脈切迫破裂、急性心不全、敗血症などの救急搬送事例と視野障害、鼻出血、頭部打撲、前腕切傷、転倒、蜂窩織炎、陰茎嵌頓、脱肛、膿痂疹、口内炎、重症褥瘡など専門領域を超えた多くの病態を経験した。これらの病態に対しては応急処置あるいは救急搬送を選択し、患者に対する最善の方法を模索している。開設後に当クリニックで行った処置は、一般的な緩和ケアの皮下注射、輸液に加え、輸血、ドレナージ（胸水、腹水、関節）、腹膜透析、仙骨ブロック、縫合処置、褥瘡デブリドメント、胃管tubeによる低血糖の応急処置等で、診察手技としては、眼底検査、耳道内の観察、肛門鏡を使用している。

【考察】当クリニックは、在宅診療で提供可能な診療・処置の範囲を少しでも拡大し、あらゆる病態に対応できる在宅医療を目指している。ER型在宅診療は、今後在宅診療に携わる若手医師に対する教育という観点からも、望ましい体制と思われる。本報告では、ER型在宅診療の実践の特徴について報告する。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 39 究極の在宅医療他

DP14-3-2

訪問診療での白内障手術実現を目指して ～眼科診療車両と眼科手術車両の作製と許可～

小出 健郎¹ コイデ ケンロウ
福本 和彦² フクモト カズヒコ
永田 豊文³ ナガタ トヨフミ

¹小出眼科 眼科

²磐田在宅医療クリニック 訪問診療部

³永田眼科 眼科

【はじめに】日本眼科医会の全国調査によると、約半数の眼科医が往診や訪問診療を行っている。主な対象疾患は、まぶたや結膜疾患等の前眼部疾患、白内障や緑内障の点眼治療と経過観察などであり、手術については前眼部の小手術にとどまっている。使用可能な機器はハンディータイプのものに限られ、一般眼科診療同等の質の担保は困難である。また、日本眼科医会は「ビジョンバン」と呼ばれる眼科診療支援バスを所有している。東日本大震災を機にアメリカのものを参考に作製され、被災地での検査/診察や平時の健診活動のほか、フィリピン台風被災地での診療支援の実績もある。今般、演者は在宅療養中の患者への白内障手術を目指し、眼科診療車両と眼科手術車両を作製し、関係各所の許可を得て運用可能としたので報告する。

【活動】2車両とも普通免許で運転可能で、車椅子用電動リフトを装備した。[診療車両]術前/術後検査およびレーザー治療可能な機器を設置。患者は移動せず、機器を患者眼前へ移動可能とした。[手術車両]手術顕微鏡および白内障/硝子体手術装置を設置。入室後5分でISO class7の清浄度。陸運局は前車を医療機器積載の「車椅子移動車」、後車をレントゲン健診車等と同じ「医療防疫車」として許可。保健所が1) 当院が保険医療機関で、2) 衛生的に問題なく、3) 診療所内と同等の行為なら問題無しと判断。また巡回診療実施計画書で16km圏外の過疎地域も認可した。厚生局には在宅患者訪問診療料を適宜適応して保険診療可能である事を確認した。

【考察】[診療車両]手術以外の日常の訪問診療にも利用したが、車椅子による駐車場までの移動も容易ではない在宅患者も多く、車両を利用できず結局、ハンディ検査機器のみの対応となるという問題点も浮き彫りとなった。

[手術車両]今後問題点が浮上する可能性はあるが、手術顕微鏡を用いた内眼手術を可能とした意義は大きいと考える。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 39 究極の在宅医療他

DP14-3-3

「目ヤニが多い」は、キノロン点眼で良いですか? -スマートアイカメラと結膜培養による検討-

泰川 恵吾 ¹	ヤスカワ ケイゴ
越川 雅宏 ¹	コシカワ マサヒロ
曾我 幸弘 ¹	ソガ ユキヒロ
小岩井 綾 ¹	コイワイ アヤ
恩河 良 ¹	オンガ リョウ
久島 和洋 ²	ヒサジマ カズヒロ
泰川 早苗 ¹	ヤスカワ サナエ
清水 映輔 ³	シミズ エイスケ
永井 知美 ⁴	ナガイ トモミ
浜本 英昌 ²	ハマモト ヒデアキ

¹ 医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン診療所 理事長

² 医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン鎌倉診療所 在宅医療部

³ 慶應義塾大学医学部 眼科学教室

⁴ 看護小規模多機能型サービス「ゴン」 管理者

【目的】在宅患者の介護者から、「眼脂が多いので目薬を処方して欲しい」と頼まれることがしばしばある。多くの場合、主治医は前眼部の詳細検査を行うことなく、キノロン系を含む点眼薬や眼軟膏を処方する。その後も抗菌点眼薬を漫然と投与されるケースが多く見受けられる。しかし、その処方が適正かどうか検討されることは稀である。

スマートフォン装着型ポータブル細隙灯「スマートアイカメラ」を用いた眼科専門医による診断に加え、結膜培養を参考にして、在宅患者の適正な眼科処方について検討した。

【方法】令和3年11月1日から令和4年12月9日までにスマートアイカメラで前眼部撮影を施行した203例のうち、眼科専門医から抗菌薬が必要な可能性を示唆された患者の結膜培養を施行し、検出された菌種、薬剤耐性を参考にして、眼科処方について検討した。また、眼脂などの原因となる、他の原因についても検討した。

【結果】眼科専門医から、抗菌薬処方を示唆された症例は25例（12.3%）であった。このうち12例の結膜培養を行い、10例から菌を検出した。1例は4菌種が検出されたが、他9例は1菌種のみ検出された。多くは常在菌であったが、*Pseudomonas aeruginosa*、MSSA、MRSAも検出された。常在菌も含めて、使用頻度が高いと思われる抗菌点眼、眼軟膏への耐性が多く認められた。更に、眼科専門医が、スマートアイカメラの画像から、結膜弛緩症など眼脂や流涙の原因となる所見を指摘したケースが41例あった。

【考察】在宅患者は、長い経過中に様々な抗菌点眼薬等を使用していた可能性がある。抗菌薬耐性の常在菌や病原菌が結膜炎の原因である可能性は高く、単なる結膜弛緩症など抗菌薬が不適なケースもある。眼脂や結膜異常に対する眼科処方は、前眼部の精査所見を参考にすべきである。

利益相反：無

DP14-3-4

ADLが低下した高齢者便秘症に対するエロビキシバットの有効性

渡邊 俊貴 ワタナベ トシタカ
北本 友佳 キタモト ユカ
井上 俊太郎 イノウエ シュンタロウ
島田 英徳 シマダ ヒデノリ
クローバークリニック 診療部門

【目的】 高齢者便秘症の原因として、水分摂取量の減少、大腸輸送能の低下による排便回数の低下、硬便形成がある。さらにADLが低下した高齢者ではサルコペニアや直腸反射の低下による排便困難もあり、便秘症を引き起こす誘因が多い。エロビキシバットは胆汁酸トランスポータ阻害薬として慢性便秘の治療に使用されており、その有効性が報告されている。本研究は便秘を起こしやすいADLが低下した高齢者便秘症に対し、エロビキシバットが有効かどうかを検討することを目的とした。

【方法】 当院で2021年4月から2022年12月の間にエロビキシバットを処方している59例を本研究の対象とした。エロビキシバット10mgを処方し、効果判定は2週間以上経過後に行い、判定基準は他の便秘薬の追加処方が必要としなかった群を効果あり、追加処方が必要であった群を効果なしとした。ADLが低下した高齢者の定義は、障害高齢者の日常生活自立度判定基準ランクより、J, A, B1はADL正常群 (S群)、B2, CをADL低下 (T群) とした。

【結果】 平均年齢は86±7歳、男性23.7%、平均観察期間は14.5ヶ月であった。エロビキシバット投与後に腹痛を起こした症例が2例あり検討から除外した。

T群は15例、S群は42例であった。エロビキシバット投与によりT群は6例 (37.5%)、S群は25例 (59.5%) が便秘の改善を認め、追加処方を必要としなかった。追加処方が必要だった割合はT群が多い傾向であったが統計学的な有意差はなかった。(p=0.07) 副作用は全体で腹痛2件 (3.3%)、下痢4件 (6.8%) であり、いずれもエロビキシバットの減量ないし中止で改善した。

【考察】 エロビキシバットはADLが低下した高齢者便秘症に対しても便秘改善効果を認めた。また重篤な副作用はなく、高齢者にも使用しやすい薬剤であると考えられた。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 39 究極の在宅医療他

DP14-3-5

訪問看護ステーションの職員数と24時間対応体制加算等の算定状況についての調査・分析

村上 典由 ムラカミ ノリヨシ
山田 翔太 ヤマダ ショウタ
樋口 久仁子 ヒグチ クニコ
高田 哲也 タカダ テツヤ
株式会社メディヴァ コンサルティング事業部

【目的】 訪問看護の24時間対応は安心して在宅療養をしていくためには重要であるが、限られた人員で24時間対応をすることは訪問看護ステーションの運営を難しくしている要因の一つである。看護職員数の多さが24時間対応体制加算（介護保険については緊急時訪問看護加算。以下、「両加算」という）の届出増加につながると示す調査もあるが、届出状況にかかわらず、両加算を算定するか否かは事業所と患者間で決定されているためにその算定実態は明らかではない。

東京都世田谷区の在宅医療・介護連携推進事業の一環で区内の訪問看護ステーションに対して両加算の算定実態を調査し、職員数との関係について分析を行った。

【方法】 世田谷区内の訪問看護ステーション96事業所に調査票を郵送した。①加算届出状況、②職員数、③両加算算定患者数等について、40事業所（回答率42%）5,970人分の患者情報について有効回答を得た。

【結果】 常勤換算職員数は3～62人と開きがあり平均11.3人（内看護職員は6.6人）、中央値7人（内看護職員は4.3人）であった。医療保険の24時間対応体制加算の届出は40事業所100%に対して算定率は48%であった。介護保険の緊急時訪問看護加算の届出は38事業所95%に対して算定率は41%であった。

両加算の算定率は事業所によって0～100%と開きが大きく、常勤職員・看護職員数の間には相関はなかった。

【考察】 両加算の算定状況は事業所によって大きく異っている。これは両加算の適用が事業所と患者間の判断に委ねられていることや、診療報酬上の評価の低さ（24時間対応体制加算は月6,400円）が起因していると考えられる。

今後、訪問看護の24時間体制を充実させていくためには、事業所の規模に関わらない算定実績に応じた報酬制度づくり、24時間対応の適用基準の明確化などを検討する必要がある。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 39 究極の在宅医療他

DP14-3-6

ケアアセスメントの思考過程を言語化する事で、真の課題を浮き彫りにするプロセスについての報告

相墨 欽章¹ アイズミ ヨシアキ

柚木 祐子¹ ユギ ユウコ

進藤 幸雄² シンドウ ユキオ

¹医療法人財団利定会 大久野病院居宅介護支援事業所

²医療法人財団利定会 進藤医院

【はじめに】介護支援専門員の業務の一連のプロセスで、利用者の課題を見出す事が、自立を促す為のサービスの種類と量を定める重要なポイントとなる。

困りごとの原因と背景を言語化し、分析する事で真の課題を見逃す事なく見い出せるかを検証した。

ケアアセスメントは、厚労省より基本情報と課題分析の項目を合わせて23項目が必須であるが、これだけでは真の課題を見い出せていない事がある。

独自に使用しているシート（地域の主任介護支援専門員有志と行政で作成）を使用し、ケースの真の課題と問題点を浮き彫りにした。対象ケース約720件のうち真の課題に辿り着いたと思われるケース約580件。具体例を基に症例報告をする。

【症例】77歳 男性 支援2（独居）既往歴 高血圧 腰痛症

【困りごと】3ヶ月前より散歩しなくなり、歩けなくなると心配（長男）

当初、シート作成以前は下肢筋力改善を目的にデイケアの提案を考えたが、ここで作成したシートに現状を当てはめてみる。

- ①散歩しなくなった原因や背景を4分割（A身体・B病気・C精神・D環境）に分けて仮説を出す。
- ②仮説の検証 なぜ起っているのか追及し、分析する事で真の課題を抽出する。
- ③原因・背景は何か明確となり、有効な対応策を言語化する。

【困りごと】散歩をしなくなった。

①A身体に痛みがあるB内服していないC意欲低下D散歩で苦手な方と会う等

②仮説を検証すると意欲低下が一番の原因であり、その背景を再度4分割にて確認すると「愛犬の永眠」が背景の原因であった。

③言語化すると3ヶ月前に愛犬が亡くなり（背景）、意欲が低下し（原因）散歩に行かなくなった。

課題 散歩の目的や役割りを新たに作り、生活のリズムを整え、意欲低下を防いでいく。

【考察】介護支援専門員によって課題抽出に違いがあってはならない。

シートを利用し現象の原因を追求し、原因と背景を言語化することで容易に真の課題を見出す事が出来た。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 39 究極の在宅医療他

DP14-3-7

訪問診療クリニックのデータベース構築と在宅看取りの促進・阻害因子の解明

山田 淑恵^{1,2} ヤマダ ヨシエ
小川 雄右¹ オガワ ユウスケ
守上 佳樹² モリカミ ヨシキ
山本 洋介¹ ヤマモト ヨウスケ

¹ 京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻 医療疫学分野

² 医療法人双樹会 よしき往診クリニック 訪問診療科

【目的】 高齢社会において人生最期の迎え方は大きな議題である。自宅での最期は、病床不足解消と本人の希望を満たし得る、社会・個人双方にとって最良の解決策の一つだが、在宅看取りを達成できる人々は少ない。本研究では、患者・家族・地域レベルの情報を包括的に含む質の高い在宅看取りデータベースを構築し、在宅看取りの促進・阻害因子の解明や、在宅看取りの質の評価を行う。

【方法】 訪問診療専門クリニックで診療を受ける、研究同意を得たすべての患者を登録し、患者自身やその周辺情報を網羅的に含んだデータベースを構築する。カルテレビューを主体に患者自身の要因（年齢、性別、主病名、併存疾患、ADL、移動手段など）、家族要因（主介護者・同居者の年齢・性別・続柄、死亡直前の同居など）、外部環境要因（自治体の医療・福祉サービスの利用、生活のサポートを担う知人など）の3要素を収集し、欠測事項は主治医や関連医療機関へ問い合わせを行う。本研究は2023年より開始し、引き続き協力施設を募集する。

予後1年未満と予想された患者を対象に、2年以内の在宅・施設・病院死亡を促進または阻害する因子を探索し、改善または外部からのサポートが可能な要因を探索する。また、在宅での患者の最期が満足のいくものであったのかを、医療従事者に対してはGood Death Scale、看取りに立ち会った家族に対してはGood Death Inventoryを用いて評価する。

【結果・考察】 本データベースの構築により、在宅看取り促進・阻害要因を明らかにし、また在宅看取りの質を評価する。既存の研究では評価が困難であった、患者や家族の個人要因と自治体サービスや支援などの外部環境要因を統合し、在宅看取りの質までを評価・解析することで、世界を先駆ける超高齢社会に必要な政策的サポートの提案に資することが期待される。

利益相反：無

一般演題 (オンラインデジタルポスター) 39 究極の在宅医療他

DP14-3-8

高齢者施設の救急搬送要請件数の分析と検討

木村 彰方 ¹	キムラ アキノリ
石井 健治 ²	イシイ ケンジ
杉村 円 ²	スギムラ マドカ
中 浩司 ³	ナカ コウジ
黒田 洋輔 ³	クロダ ヨウスケ
有馬 健 ⁴	アリマ ケン
笹岡 大史 ⁵	ササオカ タイシ

¹ 東京医科歯科大学 副学長 (IR 室長・監査室長)

² 春日部在宅診療所ウエルネス

³ 春日部市消防本部 警防課

⁴ 春日部市立医療センター 副院長兼内科主任部長 (循環器)

⁵ 春日部在宅診療所ウエルネス 理事長・院長

【目的】 埼玉県春日部市消防本部への年間救急搬送要請について、施設区分および施設毎の要請件数を分析する。施設区分と施設毎の要請件数が有意に多い高齢者施設を確認し、救急搬送要請の課題を見出す指標とする。

【方法】 春日部市消防本部より令和3年の高齢者施設からの年間救急搬送要請データ(89施設、788要請件数)の協力を得て、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、ショートステイ、グループホーム、デイサービスに分類し、施設区分による要請件数、施設毎の要請・不搬送件数について検討を行い、有意に要請件数の多い施設区分と施設を分析する。

【結果】 区分毎ではグループホームの定員あたり要請件数が比較的多かった。また、いずれの区分においても、搬送要請の有意に ($p < 0.05$) 多い施設が存在した。さらに、特定の施設では、救急搬送要請にも関わらず不搬送が有意 ($p < 0.05$) に多かった。

【考察】 救急搬送要請の多い施設では、口腔ケア等の予防医療的身体ケアや医療体制を振り返る必要性が示唆された。また、不搬送が多くなる要因としては、搬送要請後に本人家族の不搬送の希望が確認される場合、病状判断が困難で軽症で搬送要請を行なう場合、心肺停止後の経過時間が長く、心肺蘇生を行いながらの搬送が困難であった場合などが考えられる。第8次医療計画において、医療提供にかかわる政策の一環としての在宅医療は重要な課題と捉えられている。在宅医療については、高齢者施設への在宅療養支援診療所の関わり方で、救急搬送要請の改善が可能なことが示唆され、不要な医療費の抑制にも影響があると考えられた。

利益相反：無