

代表理事講演

CL

座長：蘆野 吉和 アシノ ヨシカズ

（一社）日本在宅医療連合学会 監事

【座長略歴】

- ・社会医療法人北斗地域包括ケア推進センター長等（2014～2019）
- ・NPO法人日本ホスピス・在宅ケア研究会理事長（2016～現職）
- ・（一社）日本在宅医療連合学会代表理事会長（2019～2021） 監事（2023～現職）
- ・（一社）日本在宅ケアアライアンス業務執行理事（2020～現職）
- ・山形県庄内保健所保健所長（2020/4～2025/3）

CL-1

我が国の在宅医療の展望と日本在宅医療連合学会の目指すところ

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

1970年代寝たきり老人に対する訪問診療と訪問看護が在宅医療の古典的形態として始まった。超高齢社会に突入した我が国で求められる医療は、多職種で支える地域包括ケアシステムで機能する在宅医療である。

近年高齢者人口が急増し、認知症や生活習慣病を背景とした慢性疾患の治療を行う、在宅医療のニーズが高まっている。在宅医療が対象とする疾患は多様化し、がんや神経疾患、小児医療にも広がっている。在宅医療は単に総合的医療だけでなく、予防医療や専門的医療、QOLの概念を盛り込んだ延命治療、疾患横断的な緩和ケアに及んでいる。提供形態も多様化しており、遠隔医療、在宅ホスピスケア等へ広がりを見せている。

では、在宅医療を担う私たちが大切にしなければならないものは何か。過去には医療の質を、24時間の診療体制や緊急往診、看取りの数などを指標にしていた時代があった。医療の目指すべきところが単に病気の治療や看取りを行うことではなく、様々な生きづらさを抱える人たちが安心して暮らせる社会を作ることであるとすれば、良質な医療とは心ある医療であり、節度ある医療である。在宅医療を学問として成就させるためには、在宅における医術をマニュアル化することではなく、人々を幸福にするための在宅医療を体系化することである。在宅医療は地域医療であるため、地域に相応しい提供体制が求められ、産学官民の協調が重要である。また、在宅医療は多職種の協働によって成立するものであるため、共通する価値観に基づくコミュニケーションが求められ、職種横断的教育が必要となる。

日本在宅医療連合学会は、家で病気を診る、人を診る、家庭を診る在宅医療の実践者の知恵と経験を体系化し、人々の生命、生活、人生そして生きがい（実存としての人生）に資する学問を追求する場である。当会が、多くの会員が情報を発信し、交流し、理解し合う場として、発展することを祈念する。

【演者略歴】

1982年 順天堂大学医学部 脳神経内科
1990年 城西神経内科クリニック 院長
1999年 日本在宅医学会 副会長
2011年 コーラルクリニック 院長
2018年 一般社団法人 日本在宅医学会 代表理事
2021年 一般社団法人 日本在宅医療連合学会 代表理事
 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

利益相反：なし

大会長講演

PS

座長：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

【座長略歴】

1987年国立島根医科大学卒、同第2内科、六日市病院、平田市立病院、帝京大学病院第2内科を経て、梶原診療所で在宅医療に従事。現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地域連携型認知症疾患医療センター長。日本在宅医療連合学会副代表理事、日本認知症の人の緩和ケア学会理事長、日本エンドオブライフケア学会副理事長。総合内科専門医、在宅医療専門医・指導医、気管支鏡、アレルギー専門医。東京科学大学、聖路加国際大学臨床教授。編著：心不全の緩和ケア、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア、認知症の緩和ケア、エンドオブライフケア、腎不全の緩和ケア（2025年発刊予定）（南山堂）等多数

PS1

暮らしに還す医療の再設計—現場・制度・未来をつなぐ長崎からの提言

安中 正和 ヤスナカ マサカズ
安中外科・脳神経外科医院

長崎では、地域の診療所が連携し「長崎在宅Dr.ネット」を構築してきました。病院と診療所、多職種を結ぶこの仕組みは、都市部における持続可能な在宅医療モデルとして注目されてきました。私は本講演の冒頭として、地域の実践から見てきた制度設計の課題と、未来に向けた構想を共有いたします。

私が運営する介護医療院では、認知症高齢者、医療的ケア児、障がいのある若年者が同じ空間で日常を送っています。そこで、回復期病院では「もう食べられない」とされた方がふと食事を摂れるようになる——そんな回復の瞬間に出会うことも多くあります。そのたびに、医療とは制度では捉えきれない「場」と「関係性」の営みであると感じます。一方で、在宅医療の拡大は、質の保証という課題も孕んでいます。診療報酬制度に関わる立場として、現場の覚悟と学び直し、倫理的態度の再確認が必要であると痛感しています。

ZEVIIOUS研究では、全国の若手医師たちとともに在宅医療の質とアウトカムの見える化に取り組み、第一弾の調査からはすでに5本の英論文を発表しました。現在は第二弾の研究準備が進行中であり、地域の実践をエビデンスとして社会に届ける力をさらに高めようとしています。実際に、この臨床研究の結果を踏まえて、自分の診療スタイルが変わってきています。また、あじさいネットによる情報共有基盤や、急性期医療を自宅で提供するHAH構想もまた、“支え手の再構成”を支える制度的柱として重要な役割を果たします。

本講演では、現場・制度・情報・未来をつなぐ視点から、地域医療の再設計を提案し、白髭豊先生へとバトンをお渡しします。

【演者略歴】

1995年 3月	久留米大学医学部卒業
1995年 4月	聖路加国際病院初期研修医
1997年 4月	聖路加国際病院脳神経外科医員
2003年 7月	脳神経外科専門医取得
2005年11月	安中外科・脳神経外科医院継承
2006年	長崎在宅Dr.ネット入会
2008年	長崎在宅Dr.ネット理事
2022年	長崎在宅Dr.ネット事務局長
2022年	日本在宅医療連合学会保険委員会委員長

利益相反：なし

PS2

超高齢化社会での長崎の在宅医療 ～これまでの取り組みと今後の課題、新たなチャレンジ～

白髭 豊 シラヒゲ ユタカ

白髭内科医院

長崎市は坂道が多く、在宅医療を行うには過酷な環境にある。しかし、かつては診療所の密度が全国で最も高い地域でもあった。このような背景のもと、2003年に複数の診療所が協力して在宅医療を提供する「長崎在宅Dr.ネット」が結成された。同ネットでは、主治医を定め、その主治医を支える副主治医（近隣の医師や専門医）を確保する体制を構築している。これにより、訪問診療の分担や緊急時の対応が可能となり、在宅医療における24時間対応体制を実現している。副主治医が看取りや往診を代行する件数は多くはないが、「万が一の際に代行を依頼できる医師がいる」という安心感が、在宅医療における負担感の軽減に大きく寄与している。さらに、皮膚科、眼科、脳神経外科など専門性の高い診療科の医師も「協力医」として参加し、専門的な助言や訪問診療を行っている。加えて、病院勤務医も参画し、専門的な助言や新たな患者の紹介などに貢献している。Dr.ネットの取り組みは、医師が集中する都市部において、有効な医師ネットワークのモデルとなった。その活動は医師間の連携にとどまらず、地域全体の多職種を巻き込んだ包括的な取り組みへと発展している。本発表では、これまでの活動を俯瞰し、その成果と意義を総括する。

一方、長崎市では過去18年間に約6万人、年間平均3,000人以上の人口減少が続いており、それに伴い診療所の数も急速に減少している。かつて全国一であった人口10万人あたりの一般診療所数は減少し、市中心部から離れた地域では診療所過疎地域へと変貌しつつある。本発表では、このような状況に対して長崎市がどのように対応しているかを明らかにし、今後の医療連携のあり方について提言を行う。

最後に、演者は当学会倫理・利益相反委員会の委員長を務めており、一般演題における倫理的問題の解決に向けたこれまでの取り組みを紹介し、あわせて自身の活動の総括を行う。

【演者略歴】

- ・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、92-94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（倫理・利益相反委員会 委員長）、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

利益相反：なし

特別講演1【長崎企画】

長崎県の在宅医療を取り巻く現状と課題、
持続可能な医療・介護提供体制の構築に向けて

SL1

【セッション概要】

長崎県は全国に先駆けて高齢化の進行もあり、地域的には離島が多く存在する等、医療・介護提供体制の構築が困難な地域です。行政（長崎県）として多くの問題を抱えている長崎県の在宅医療を含めた医療・介護体制の問題点の解析と今後の体制構築等についての考えと独自の取り組みについて示して頂く事が地域課題の解決の一助となる事を期待し、このセッションを企画しました。

座長：藤井 卓 フジイ タカシ

藤井外科医院

【座長略歴】

学歴 1976年3月 長崎大学医学部卒業

1985年3月 長崎大学医学部大学院修了

免許・資格 医師、医学博士

職歴 1976年6月 長崎大学医学部第一外科入局 以後、国立長崎中央病院・北九州市立八幡病院・佐世保総合病院
長崎大学医学部心臓血管外科勤務

1993年4月 藤井外科医院開業 現在に至る

その他 NPO 法人長崎在宅Dr.ネット理事長

長崎県医師会副会長 他

SL1-1

長崎県の在宅医療を取り巻く現状と課題、 持続可能な医療・介護提供体制の構築に向けて

新田 惇一 ニッタ ジュンイチ
長崎県

長崎県は、離島半島が多く医療・介護資源の偏在が見られる。また全国に比べ早く高齢化が進んでおり、2040年頃には高齢化率40.9%（全国34.8%）に達するとともに、85歳以上の人口がピークを迎えることにより、通院困難者や慢性疾患患者の増加が見込まれている。現在、約6割の県民ができる限り住み慣れた自宅等での療養を希望しているが、約7割は介護する家族の負担や急変時の対応不安等を理由に、最後まで自宅療養はできないと感じており、自宅等で最期を迎える方は3割に満たない状況である。しかし、地域毎に医療資源に差があり一様ではないものの、多職種連携により家族の負担を軽減しつつ、住み慣れた自宅等で大切な最期の時間を過ごせた方は少しずつ増加してきている。この先も誰もが安心して必要な医療や介護を受けながら、尊厳を持って暮らせる地域共生社会の実現に向けて、在宅医療の推進は、今後更に求められ重要な施策の一つとなる。そうした中、地域の在宅医療を支える診療所等は、医師の高齢化の影響等で閉院が見られる等課題もあることから、各地域の医療・介護需要に見合った持続可能な提供体制の構築が急務となっている。このような背景から、長崎県では関係部署による在宅医療推進プロジェクトチームを設置し、市町毎にデータ分析を行うとともに介護保険法に基づく在宅医療・介護連携推進事業の主体かつ在宅医療に必要な連携を担う拠点である市町と意見交換しながら、現状と課題を可視化し対応策を検討する等、地域包括ケアシステムの更なる充実に向け取り組んでいるところである。この他、医療の機能分化促進や介護保険施策推進等各種取組も併せながら、地域全体で効率的に支える医療・介護提供体制の構築を目指している。本講演では、そのような長崎県内の在宅医療を取り巻く現状や課題について、データを基に解説しながら、本県の取組を紹介し今後の在宅医療推進に係る展望を述べたい。

【演者略歴】

2008年3月 北海道公立大学法人札幌医科大学医学部卒業
2008年4月 北海道留萌市立病院 初期臨床研修医
2010年4月 厚生労働省医政局政策医療課 臨床研究係長
2012年3月 在フィリピン共和国日本国大使館 二等書記官
2015年4月 厚生労働省健康局総務課 課長補佐
2017年8月 人事院行政官長期在外研究員（香港大学修士課程留学）
2019年8月 防衛省人事教育局衛生官付国際衛生班長
2021年4月 厚生労働省老健局老人保健課 介護保険データ分析室長
2022年7月 厚生労働省健康局総務課 課長補佐
2023年8月 長崎県福祉保健部長

利益相反：なし

特別講演2【長崎企画】

大規模災害における地域栄養ケア～能登半島地震・能登半島豪雨からの復興に向けて SL2

【セッション概要】

2024年1月発災した、能登半島地震に際しては、あらゆるライフラインが寸断され、衣食住すべてに影響を及ぼした。さらに同年9月の能登半島豪雨により、仮設住宅にもどっておられた被災者が、再度被災することとなった。その中で高齢者の栄養ケアは大変な問題であり、これを実際にどのような方策で乗り切ったのか。講師の中村悦子氏は、栄養サポートに関しても造詣が深い。発災当初は、地域生活支援ウミュードソラでの被災者受け入れを行い、被災者のケアに注力された。その後、「災害時緊急支援サテライト 訪問看護ステーションリベルタ能登」に所属され、訪問看護事業を行う一方で、仮設住宅などでの栄養評価のボランティアも行っておられる。約1年の地域栄養ケア活動のあらまし、発災直後から復興期に至るそれぞれで求められる、在宅医療、看護、ケアについてのお話を賜りたい。

座長：金子 和美 カネコ カズミ

長崎県看護協会訪問看護ステーション

【座長略歴】

1985年 長崎大学病院勤務
1997年 訪問看護師養成研修終了、訪問看護師として勤務（佐世保市）
1999年 訪問看護（長崎市）
2001年 訪問看護（対馬市）
2003年 長崎県看護協会訪問看護ステーション 就職（長崎市）
2008年 長崎県看護協会訪問看護ステーション 管理者
2021年 長崎県訪問看護サポートセンター
2023年 長崎県看護協会訪問看護ステーション 管理者（諫早市）現在に至る

SL2-1

大規模災害における地域栄養ケア ～能登半島地震・能登半島豪雨からの復興に向けて～

中村 悦子 ナカムラ エツコ

一般社団法人みんなの健康サロン海風

日本は地震大国と言われているが、石川県能登地方でもここ数年、地震などの自然災害が勃発していた。2009年に発生した震度6強の能登半島地震では地元の病院の訪問看護師として、またNST（栄養サポートチーム）の一員として災害支援に関わった。その後の東日本大震災でも微力ながら災害支援に関わった。

今回の「令和6年能登半島地震」では勤務中に被災したが、スタッフと共に訪問看護の利用者の安否を確認しながら災害支援活動に関わった。その後、福祉避難所となった事業所内でコーディネーターの補佐や支援物資の調整などに関わっていた。避難民は仮設住宅や改修した自宅に戻っていった。公費解体がなかなか進まない中でも少しずつ生業が再開している様子が見えてきた。そんな矢先の9月に発生した豪雨で、さらなる被害が起きた。人口は減り地震で壊れた街並みが豪雨の汚水で汚れていく姿を見た時の喪失感は計り知れなかった。それでも、地元に残って頑張っている住民もいる。

令和6年4月からは福祉避難所を離れ訪問看護師として訪問看護を継続しながら何ができるかを模索しながら災害支援活動にあたった。

常に念頭にあったのは、どこで生活していくにしても「食べる」「出す」「動く」「会話する」が大切であり、これらを平時から心がけることが有事につながるということ。

訪問看護師として日頃から地域栄養ケアを学び、伝え、実践し、住民の生活を軌道修正して生活を整えていくことが責務と再認識した。また、こういったことを話し合い、ストレスを吐き出すコミュニティの構築も急務である。

復旧も、復興もまだまだ先の話かもしれないが、一つ一つの課題をみんなで解決して新しい能登を誕生させたい。このままでは終われない。「住み慣れた街でその人らしく」なんて通用しない。どこにいても生き抜く力を育んでいく。そんな熱い思いを持つ同志達と築き上げている現状を伝えたい。

【演者略歴】

1981年 金沢医科大学附属看護学校卒業

同年 金沢医科大学透析センター勤務

1984年 市立輪島病院 透析室勤務

1999年 訪問看護立ち上げ

地域医療連携室や栄養サポート室の新設に関わる

2015年 市立輪島病院退職

一般社団法人 みんなの健康サロン海風（みなぎ）設立

2019年 社会福祉法人 弘和会 訪問看護ステーションみなぎ 管理者

2024年 被災後、災害時緊急支援サテライト 訪問看護ステーションリベルタ能登 エリアマネージャー

2025年 訪問看護ステーションみなぎ 設立

利益相反：なし

特別講演3【プログラム委員企画】

在宅現場におけるヘルス・ヒューマニティーズを考える

SL3

【セッション概要】

Health Humanitiesとは聞きなれない言葉かもしれないが、1960年代の米国における医学教育プログラムとして展開されてきたMedical Humanitiesから発展した概念である。Medical Humanitiesは、「従来の医科学科目中心の医学教育では、人間の情緒面を軽視した非人間的な医療が行われてしまう傾向が強くなる」という反省点から、価値教育を行うことにより、医療に科学的側面と人間的側面が加わると考えられ、歴史学、文学、哲学、宗教学、人類学、社会学、芸術など様々な学問の方法論を用いられてきた。しかし、2015年にCrawfordは「Health Humanities」の著書の中で、「すべての人がヘルスケアにおける医学的見地と結びつくわけではない。医学以外において、健康や幸福に対する多重的かつ補完的な貢献がありうる」として、保健・医療・芸術・人文学・社会科学を融合した学問分野と捉えるべきと考え、Health Humanitiesという捉え方を提唱した。

現代日本の医療・介護にかかわる人々、特に本学会員においては、Health Humanitiesという言葉は使わなくとも、自身での教養として、実際の施設運営においてもHealth Humanitiesに包含される分野を取り込みながら、地域住民の健康問題に尽力されてきているものと感じている。

そこで、本シンポジウムにおいてはMedical Humanitiesを実際に米国で学んできた足立氏にご登壇いただき、Medical HumanitiesからHealth Humanitiesへの変遷の歴史と、日本における展開の可能性についてご講演いただくとともに、長野氏からは、地域での展開の事例を紹介いただき、Health Humanitiesの発展の可能性について、皆様と議論したいと考えている。

座長：三浦 靖彦 ミウラ ヤスヒコ

岩手保健医療大学

【座長略歴】

昭和57年東京慈恵会医科大学卒 腎臓高血圧内科講師、総合診療部教授を経て、現在岩手保健医療大学教授・臨床倫理研究センター長、東京慈恵会医科大学客員教授

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、92-94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（倫理・利益相反委員会 委員長）、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

SL3-1

在宅医療におけるヘルスヒューマニティーズの展開

足立 智孝 アダチ トシタカ

亀田医療大学看護学部

1970年代から主にアメリカの医学教育プログラムの中で始まり、世界各地で展開されてきたメディカルヒューマニティーズ（Medical Humanities; MH）は、「[[医療] 専門家としてのアイデンティティ形成を支援しながら、医学とヘルスケアにおける背景、経験、重要かつ概念的な問題を探求する学際的、学問横断的な分野」と定義されます。MHの登場背景には、科学的医療が進むことによる人間的側面を軽視する医療が行われることに対する懸念があり、この懸念を解決する手段として、多様な人文学科目による教育が行われてきました。その後MHは、2010年代になるとヘルスヒューマニティーズ（Health Humanities ; HH）という用語に置き換えられたり、あるいは併記されたりするようになってきました。

早くからHHを提唱してきたイギリスのPaul Crawfordたちは、著書*Health Humanities*（2015）の冒頭で、医学以外の領域でも、人文学とヘルスケア、健康、ウェルビーイングとの接点に関する新しい議論やその展開が望まれていると述べています。MHは医学教育において広く展開され、他の保健医療専門家に対する教育プログラムにもその導入が推奨されましたが、実際には、医学以外の領域では広く展開されませんでした。その原因の一つがMHはmedical（医学）教育を前提としているため、他の領域での展開が難しかったことが考えられました。この反省から、medicalを包含するより広い概念の用語であるhealthを用い、また教育内容の改善を行うことで、医学以外の保健医療専門家に対する人文学教育を推進し、さらに広い展開を図っています。HHは系譜的にはMHを発展的に継承したものではありませんが、MHとの違いもみられます。

本発表では、最初にMHからHHへの展開について概観し、次に、特にHHの特徴の一つである「社会的課題への積極的関与」としての「社会的処方」を取り上げます。最後に、HHの取り組みとしての「社会的処方」が、在宅医療の中でどう展開されているのか、またその意義について考察します。

【演者略歴】

学歴

1992年 金沢大学薬学部製薬化学科卒業

1994年 金沢大学大学院薬学研究科修了（修士（薬学））

2008年 米国ドゥルー大学大学院 メディカル・ヒューマニティーズ（医療人文学）プログラム博士課程修了（医療人文学博士）

職歴

1997年 米国ジョージタウン大学ケネディ倫理研究所客員研究員（1998年8月まで）

2012年 亀田医療大学看護学部准教授

2016年 同大学看護学部教授

2019年 同大学院看護学研究科教授（兼務）

SL3-2

ヘルスヒューマニティーズの実践例

長野 宏昭 ナガノ ヒロアキ

いきがい在宅クリニック

「ケアは一方通行ではない、ケアを受ける人もまたケアを提供しうる」

ヘルスヒューマニティーズは病や障害を持つ人とケアする人の関係を越えた、双方のWell-beingの向上を目指す新たな学問である。

いきがい在宅クリニックおよびNPO法人いきがいLABOは理念に「ゆいまーホスピスマインドをすべての人生のそばに」を掲げ、マインドを軸に地域をデザインする取り組みを2018年より開始した。ホスピスマインドとは、たとえ解決が難しい苦しみを抱えながらも穏やかな心を取り戻せる援助を行うこと、誰かの支えになろうとする自分自身こそ支えを必要としているという共助・支え合いの精神のことであり、ヘルスヒューマニティーズの実践に不可欠な心のありようである。

学校での授業や学習会を通して地域の中心となる人々にこの概念を浸透させる一方で、事務所の階下にシェアハウス型在宅ホスピス「いきがいの家」を建設した。人生の最終段階において家族も一緒に滞在でき穏やかに暮らせる環境を目指し数年の歳月をかけて設計した。音楽好きの入居者に対して本人や家族も参加できる音楽イベントを開催し、コンサートを聴きに外出もできる環境を整えた。

いきがいの家の階下には地域住民が無料で利用できる空間「よりどころ」を創設した。がんや重い病に苦しむ人が誰かに苦しみを打ち明け、豊かな自然に触れながら自分自身を取り戻す空間を目指している。建物の構造や色彩にもヘルスヒューマニティーズの考え方が反映されている。また地域の未来を担う学生の教育に力を入れ、琉球大学医学部に対話の仕方や相互回復について学ぶ学生サークル「ヨリドコロ」を創設し対話を行なっている。

一部の専門家だけではなく、地域で暮らす誰もが身近な人を互いにケアし合いながら、生まれてきた幸福を実感できる社会を目指し、マインドの醸成、人材育成に取り組む続けたい。

【演者略歴】

いきがい在宅クリニック 院長

2006年 岡山大学医学部卒業、同年、大阪赤十字病院で初期研修

2008年 神戸大学病院医学部付属病総合内科にて後期研修

2009年 大阪赤十字病院 呼吸器内科医師

2012年 沖縄県立中部病院 呼吸器内科医師

2013年 高山義浩医師らと共に地域ケア科を創設

2018年 ハワイ・沖縄医学教育フェローシップ フェロー

2021年 NPO法人いきがいLABO 共同代表理事

2023年 いきがい在宅クリニック 院長

沖縄県立中部病院 呼吸器内科 医師

琉球大学医学部 医学科 非常勤講師

2024年 シェアハウス型在宅ホスピス「いきがいの家」を開設

利益相反：なし

特別講演4【長崎企画】

地域包括ケアシステムの理解と構築推進

SL4

【セッション概要】

現在示されている新たな地域医療構想では入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想への変換が示され在宅医療体制の構築も重要とされている。

又、この根幹となる生活を支える視点から重要なのは地域包括ケアシステムの構築と考えられる。

今後、在宅医療を推進していく為にも地域包括ケアシステムの理解と構築推進の具体的方策を示す事が必要と考えこのセッションを企画した。

座長：藤井 卓 フジイ タカシ

藤井外科医院

【座長略歴】

学歴 1976年3月 長崎大学医学部卒業

1985年3月 長崎大学医学部大学院修了

免許・資格 医師、医学博士

職歴 1976年6月 長崎大学医学部第一外科入局 以後、国立長崎中央病院・北九州市立八幡病院・佐世保総合病院
長崎大学医学部心臓血管外科勤務

1993年4月 藤井外科医院開業 現在に至る

その他 NPO法人長崎在宅Dr.ネット理事長

長崎県医師会副会長 他

SL4-1

地域包括ケアを推進するために在宅医療実践者が今後なすべきこと

川越 正平 カワゴエ ショウヘイ

あおぞら診療所 / 松戸市医師会 / 千葉県医師会

健康なときから要介護やEnd of Lifeに至るまでの間に必要となる医療やケアの地域におけるあり方が地域包括ケアだと言えよう。“地域を一つの病院と捉える”という考え方や「地域包括ケアは詰まるところ地域づくりに他ならない」という点がこれまでも繰り返し強調されてきたが、2025年を迎えた現在でも各地で体制が整ったとは言えない。今回は、我々医療介護専門職が人生の様々な段階にある住民に対してサービスを提供するにあたり重要な鍵として、情報連携、介護予防、社会的処方を取り上げる。

情報連携については、取組の具体について複数例示する。生活を踏まえた医療を提供すること、その目的は人生を支えるためということは自明と言える。しかし、実際には多機関に所属する多職種で実践することの難しさが存在することも事実である。地域ICTは道具の一つに過ぎないものの、FAXや電話が持つ限界を踏まえその活用を推進していく必要がある。

また、後期高齢者が増加の一途をたどる中で、多疾病併存患者への継続的な対応、医療も介護も必要な対象者を支援する力量や連携体制の構築が求められるようになり、かかりつけ医機能報告制度が創設されるに至った。翻って、リハビリテーション・栄養・口腔の一体的提供や合併症予防、緩和ケア、意思決定支援など、在宅医療現場における経験や知見が、外来診療を含むあらゆる診療場面を含め介護予防の観点からの助言・指導に役立つこと、社会的処方を実践する力量を高めていくことが地域包括ケアの推進につながることを明確に認識したい。そして、かかりつけ医に在宅医療の取組を促し協働していくことも在宅医療実践者の重要な役割であり、地域において運動体として取り組む必要がある。

最後に、在宅医療提供体制を強化推進していく観点から、都道府県や都道府県医師会が取り組むべきことについて、千葉県を例に概観する。

【演者略歴】

1991年東京科学大学卒。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あおぞら診療所を開設。

臨床実践と並行して、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、在宅医療・介護連携推進支援事業検討委員会などに関与してきた。

2022年～松戸市医師会長、2024年～千葉県医師会理事（地域包括ケア担当）を併任中。日本医師会地域包括ケア推進委員会・小児在宅ケア検討委員会委員、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」（長寿社会開発センター）

利益相反：なし

特別講演5【長崎企画】

人生の最終段階における食支援—食べるを支える、食べられないを支える

SL5

【セッション概要】

自分の受けたい医療や介護を選択するACP。食べることはQOLの大切な要素であり、患者それぞれが食に対する思いを持っている。在宅医療の現場では摂食嚥下障害に起因する誤嚥性肺炎や窒息を回避するため本人の望まない食生活や制限をする無危害原則と、生活の一部である食のQOLを重視する自律尊重原則とがしばしば対立する。ACPでは胃瘻などの経管栄養方法の選択は検討されるが、経口摂取方法（食事の内容等）についても意思を尊重し、危害のレベルを正しく評価した上で、意思決定プロセスの支援が出来るのではないか。講演を通じて食に関わるACPと臨床倫理を考える。

座長：三串 伸哉 ミクシ シンヤ

森本歯科医院

【座長略歴】

2003年 東京医科歯科大学歯学部卒業

2007年 同大学院高齢者歯科学修了歯学博士

2017年 長崎大学病院特殊歯科総合治療部准教授

2020年 長崎大学病院退職、歯科診療所からの訪問歯科診療を主に行う。

SL5-1

人生の最終段階における食支援—食べるを支える、食べられないを支える—

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

療養生活を余儀なくされた人の多くは、住み慣れた自宅で暮らすことを希望する。家族と共に食べる食事は人生に彩を与えてくれる。一方で、摂食嚥下障害を抱える人にとって食べることは時として肺炎や誤嚥のリスクともなり得ることから、障害が重度と判断された患者に対して、医療者は禁食を求める傾向にある。食べたい、食べてもらいたいという本人、家族の想いと、肺炎発症や窒息事故を防ぎたいという医療者側の想いが時として対立することもあり、時として倫理上の問題として論議される。

「食べることは生きること」という言葉を耳にする。なぜならば、食べないことは死を意味することであり、生きるためには食べていかなければならない。しかし、この「生きる」という言葉が、単に生物学的な生命を表しているだけではなく、その人の人生であったりや、生活であったりするなどの意味を含んでいる言葉であることは、言うまでもない。在宅医療においては、この「生きる」の意味するところのすべてを支えることになる。

人生の最終段階における「食べること」の支援は、達成感のある看取りへの手助けになるという。私たちはその支援者となり、人生の総仕上げに立ち会うことになる。

【演者略歴】

1988年 日本歯科大学歯学部卒業
2001年10月より 附属病院 口腔介護・リハビリテーションセンター センター長
2005年 4月より 助教授
2010年 4月 教授
2012年 1月 東京医科大学兼任教授
2012年10月 口腔リハビリテーション多摩クリニック 院長

広島大学客員教授、杏林大学客員教授
岡山大学、北海道大学、日本大学松戸歯学部、日本女子大学 非常勤講師

利益相反：なし

特別講演6【長崎企画】

街の皆様とともにある病院が創る在宅医療とは～ふくやま病院の在宅医療

SL6

【セッション概要】

在宅医療は、本人や家族、そして医療・介護・福祉の専門職が連携することで成立するものとされています。しかし、それだけで本当に住み慣れた場所で過ごす在宅医療は実現できるのでしょうか。

兵庫県明石市の譜久山病院では、開院から40年を経た2016年に、より良い診療や在宅医療を届けるため、新たな病院へと移転されました。この移転に際し、同院は「人と人とのつながりを感じられる」「地域の方々にとって使いやすい」病院を目指し、設計段階から地域住民との対話を重視するというユニークなアプローチを取りました。そこで、山崎亮氏が主宰する「studio-L」のコミュニティデザインの手法を取り入れ、地域が持つ課題解決力にアクセスしながら、病院の新たな役割を地域住民とともに模索しました。その結果、「病気や怪我を治すためだけでなく、健康なときから誰もが気軽に立ち寄れる場所」としての病院像が形作られました。

このように、“街に開かれた病院”として地域住民と共に構築された医療機関が提供する在宅医療とは、どのような姿をしているのでしょうか。本シンポジウムでは、「健康なときから地域と共につくる在宅医療」のあり方について、ふくやま病院、譜久山院長、studio-L 山崎様にお話を伺います。

座長：中桶 了太 ナカオケ リョウタ

国民健康保険 平戸市民病院

【座長略歴】

1995年 長崎大学医学部卒 10年間の基礎医学で研究に従事。

2005年6月 長崎大学医学部 第一内科（脳神経内科）に所属。

2005年12月～ 長崎大学病院へき地病院再生支援・教育機構の教官として、長崎県北西部に位置する平戸市民病院で地域医療研修・教育を担当。

2021年4月から 国民健康保険 平戸市民病院 副院長

全国20の研修病院と連携し、年間約40名の研修医を受け入れ、のべ500名以上の研修医の地域医療研修を担当している。

所属学会

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 認定医 指導医

日本内科学会 総合内科専門医 指導医

日本医学教育学会

SL6-1

弱小病院の在宅医療

譜久山 剛 フクヤマ ツヨシ

ふくやま病院

兵庫県明石市のふくやま病院は急性期病棟が58床、緩和ケア病棟が30床という小さな民間病院です。

譜久山病院（その当時は漢字表記でした）は1974年の開院以来、地域のみなさまに支えられて、外科単科の医院から少しずつ規模を大きくして小さな病院になりました。

3期にわたる増築をおこなって40年。阪神大震災も被災しました。

建物も老朽化しあちらで雨漏りこちらで水漏れといろんな支障が生じたことと、僕たちがやりたい緩和ケア病棟がハード面の制約でできないことに悩み、より良い医療を提供するため、いまから10年前に病院の移転を決断しました。

新しい病院を地域の方々にとって「使いやすい地域の装置」にできるよう、地域の困りごとを発見し、解決するために山崎亮さんが主宰するstudio-Lにご協力をいただきました。

デザインの力を活用して人と人をつなぎ、コミュニティが抱える課題を解決する力を高める支援、コミュニティデザインの手法を導入しました。

建物の設計段階から地域の方々とお話を重ねて、病気を治す場であるだけでなく、健康なときから、ご近所の方が気軽に訪れることができる場所を目指しました。

弱小病院で小規模ながら在宅医療もおこなっております。

また、あんしんネットワークという在宅医療のつながりの一端を担っております。

明石市という人口30万人の地方都市で地域の方々や他の医療機関とともに築き上げていく、ふくやま流の在宅医療について山崎亮さんとお話しし、全国のみなさまからいろんな学びをいただきたいと思います。

【演者略歴】

1994年長崎大学医学部卒業。

1995年神戸大学消化器外科（旧第一外科）入局。

兵庫県立姫路循環器病センター、大阪府済生会中津病院、神戸医療センターを経て、平成13年6月よりふくやま病院（明石市）に勤務。

2004年2月にふくやま病院院長に就任。

2017年4月に医療法人社団医仁会 理事長に就任。

SL6-2

山崎 亮 ヤマザキ リョウ
関西学院大学建築学部

私たちが考えるコミュニティデザインとは、デザインの力を使って、コミュニティが持つ課題解決力を高めようと支援することです。(スタジオL web より。)

当日会場にて皆様の話題や興味を反映して講演を進めて参ります。町やコミュニティの困りごとを持って参加をお待ちしています。事前の資料や抄録はございませんが、これまでの講演などについては YouTube をご覧下さい。

https://youtu.be/uU_RjQOeuis

【演者略歴】

studio-L 代表。関西学院大学建築学部教授。コミュニティデザイナー。社会福祉士。

1973年愛知県生まれ。大阪府立大学大学院および東京大学大学院修了。博士（工学）。建築・ランドスケープ設計事務所を経て、2005年に studio-L を設立。地域の課題を地域に住む人たちが解決するためのコミュニティデザインに携わる。まちづくりのワークショップ、住民参加型の総合計画づくり、市民参加型のパークマネジメントなどに関するプロジェクトが多い。

著書に『コミュニティデザインの源流（太田出版）』、『縮充する日本（PHP 新書）』、『ケアするまちのデザイン（医学書院）』、『地域ごはん日記 おかわり（建築ジャーナル）』、『面識経済（光文社）』などがある。

著書一覧はこちら。 <https://note.com/yamazakiryo/n/n5e1ea1f4979e>

YouTube チャンネルはこちら。 <https://youtube.com/c/山崎亮99>

特別講演7【長崎企画】

おうちですごしたければコンビニに行きなさい！

SL7

【セッション概要】

在宅における食事、栄養ケアの重要性は言うまでもないが、実際の栄養指導や食事指導では、守ってほしい医療者側と、やらなきゃいけない患者側の意識・知識の差や、実際に続けていくことについての難しさが問題となる。特に高齢や疾病のため、経済的な問題や、自炊が難しいという問題も出てくる。

今回特別講演として、『健康になりたければコンビニに行きなさい！』の著者である、牧香代子氏を招聘したい。牧氏がお勧めする「コンビニ飯」を使った、食事指導のアイデアは、なかなか栄養相談などに来られない層にも受け入れられやすく、無理をしない食事指導、続けられる食事療法のヒントとなるものとする。

また牧氏は緩和ケアや療養病院の看護師をしながら、欧州臨床栄養代謝学会（ESPEN）の生涯教育プログラム Life-Long LearningのDiplomaホルダーであり、かつシステム講師でもある。このようなキャリアを積むに至った動機・経過なども踏まえたお話をいただければと思う。

座長：大原 寛之 オオハラ ヒロシ

日本赤十字社長崎原爆病院

【座長略歴】

1996年 長崎大学医学部卒業
長崎大学、佐世保市立総合病院、長崎市民病院にて研修
1998年 是心会 久保内科病院 内科
2000年 光善会 長崎百合野病院 内科
2001年 長崎大学第2内科（消化器班）
2003年 市立大村市民病院 内科
2009年 長崎市立病院 成人病センター内科
2010年 藤田医科大学 外科・緩和医療学講座 講師
藤田医科大学七栗記念病院・藤田医科大学病院にて、緩和ケア病棟、緩和ケアチーム
栄養サポートチームに参加
2021年4月 日本赤十字社 長崎原爆病院 緩和ケア内科 内科部長
緩和ケアチーム・栄養サポートチームに参加

SL7-1

おうちですごしたければコンビニに行きなさい！

牧 香代子 マキ カヨコ
ファミリー・ホスピス株式会社

在宅医療において、栄養ケアはすべての医療の土台です。栄養状態が改善すれば、QOLの向上、治療効果の発揮、生活機能の維持など、多くの良い変化につながります。しかし現場では、「何をどう食べればいいのかわからない」「患者さんが続けられない」といった課題に直面することも少なくありません。特に高齢者では、経済的な制約や調理の困難、自宅にこもりがちな生活など、栄養管理を阻む要因が複雑に絡み合っています。

そこで私は、「おうちですごしたければコンビニに行きなさい！」というメッセージを通じて、気軽にできる食事療法の提案をしています。誰もがよく利用するコンビニは、実は在宅栄養ケアの頼れる味方です。近くて歩くのにちょうどよく、日光にも当たれて、商品数も限られていて選びやすい。そんな特性を活かすことで、患者さん自身の主体的な食の選択や、医療者による無理のない栄養支援が可能になります。

本講演では、著書『健康になりたければコンビニに行きなさい』に込めた思いや、看護師として臨床栄養代謝学に取り組んできた経緯を交えながら、フレイルやサルコペニア予防、生活習慣病への対応など、コンビニを使った具体的な栄養支援のアイデアをお伝えできたらと思います。

「難しくない」「無理しない」「続けられる」食事療法のヒントを、地域に根ざす医療者の皆さんと一緒に考える時間になれば幸いです。

【演者略歴】

愛知県出身

1995年 トヨタ看護専門学校卒業

1995年 トヨタ記念病院入職

2003年 医療法人財団愛泉会愛知国際病院入職

2017年 医療法人秀麗会山尾病院入職

2024年 ファミリー・ホスピス株式会社入職

免許・資格

栄養治療専門療法士（がん領域）

ELNEC-J コアカリキュラム看護師教育プログラム指導者

ESPEN LLL Diploma / LLL Teacher

所属学会

日本栄養治療学会（学術評議員）

ヨーロッパ臨床栄養代謝学会

日本緩和医療学会

日本ホスピス緩和ケア協会

日本死の臨床研究会

書籍

健康になりたければコンビニへ行きなさい

カナエルノート

おそらにいるよ など

利益相反：なし

特別企画【長崎企画】

ケアとアートの交差点にて—在宅医療における文化芸術の可能性

SP

【セッション概要】

今回の長崎大会では、在宅医療と芸術という一見交わることのない領域に、新たな対話の場を設けました。在宅医療は、病院医療以上に患者の生活や感情に深く関わる、まさに「感情労働」とも言える営みです。そんな現場で働く私たちが、時に抱える“空虚さ”や“疲弊”に対して、アートという視点が癒しや再発見のきっかけを与えてくれるかもしれません。

このたび、東京藝術大学 Diversity on the Arts Project（DOORプロジェクト）で活躍されている藤原旅人氏をお迎えし、「ケアとアート」をテーマにご登壇いただきます。DOORプロジェクトが持つ“越境的対話”の精神と、私たちが追い求める地域医療の未来との交点を探ります。

本セッションは、医療者の皆さんにとっても、新たな視座を得る契機となることを願っています。そして何より、「長崎大会で芸術を取り上げた」という事実そのものが、今後の在宅医療のあり方へのひとつの提言になる——そう信じています。

座長：安中 正和 ヤスナカ マサカズ

安中外科・脳神経外科医院

【座長略歴】

1995年3月 久留米大学医学部卒業

1995年4月 聖路加国際病院初期研修医

1997年4月 聖路加国際病院脳神経外科医員

2003年7月 脳神経外科専門医取得

2005年11月 安中外科・脳神経外科医院継承

2006年 長崎在宅Dr.ネット入会

2008年 長崎在宅Dr.ネット理事

2022年 長崎在宅Dr.ネット事務局長

2022年 日本在宅医療連合学会保険委員会委員長

SP-1

ケアとアートの汀から共生社会を考える —東京藝術大学 Diversity on the Arts Project の取り組みから—

藤原 旅人 フジハラ タビヒト
東京藝術大学

東京藝術大学履修証明プログラム Diversity on the Arts Project (以降: DOOR プロジェクト) は「ケア×アート」をテーマに「多様な人々が共生できる社会」を支える人材を育成するプロジェクトです。2017年から DOOR プロジェクトは展開しており、今年度で9期生を迎えています。

本プロジェクトでは、ケアとアートを広義の意味を捉えています。人が生きていく上で、他者を気遣い、他者へ寄り添い、他者の気持ちに共感するといったケアの実践は必要です。また、さらに言えばケアという実践の中で、「する/される」を超え、お互いの関係性を認めあう行為もケアとして考えています。同じように、自分自身の感情を信じ、内なる声を発し、何かをつくるといったクリエイティブな振る舞いを広義の意味でアートとして捉えています。DOOR プロジェクトでは、日常生活を振り返りつつ、ケアとアートが滲みあうフィールドを改めて問いなおし、共生社会を支えるために、ケアとアートの可能性を1年間のカリキュラムの中で学んでいきます。

本セッションでは、ケアとアートの汀を探りつつ、これまでの私たちの実践が、在宅医療や地域医療のフィールドが抱える課題や問題解決への何らかの糸口になることを願っています。また、この対話が、相互理解を深め相互協力を生み出す契機になると考えています。

【演者略歴】

三重県生まれ。九州大学大学院芸術工学府芸術工学専攻博士後期課程修了。博士(芸術工学)。文化政策学、アートマネジメント学、ボランティア人類学を専門とし、日本全国で展開する国際芸術祭・アートプロジェクトを支えるアートボランティアの成立と展開を跡づけている。「さいたまトリエンナーレ2016」サポーター・コーディネーター、アーツカウンシル新潟プログラムオフィサー、九州大学大学院芸術工学研究院附属ソーシャルアートラボテクニカルスタッフ、九州大学大学院工学研究院附属アジア防災研究センター特任助教を経て、現職にいたる。

利益相反：なし

スポンサードシンポジウム

在宅看護のカスタマーハラスメント対策

～日本財団在宅看護センターネットワークでのカスタマーハラスメント対策への取り組み

SS

【セッション概要】

在宅看護の現場では、カスタマーハラスメント対策への関心は高まっている。しかし、在宅看護は小規模な事業所が多く、経営者・管理者自身がカスタマーハラスメントの問題を抱え込んでしまったり、対策を講じるための具体的な方策を見いだせずにいる現状がある。笹川保健財団の「日本財団在宅看護センターネットワーク」起業家育成事業の修了生の運営する事業所内で、カスタマーハラスメントの重大事案が発生したことを発端に、有志でワーキンググループを発足し、ネットワーク内のカスタマーハラスメント対策の強化に取り組みだした。今回、中小の組織の管理者・経営者が組織として、どのようにカスタマーハラスメントの問題と向き合い、組織を維持していくことができるのか弁護士等の専門家にご意見をいただきたく企画した。

座長：喜多 悦子 キタ エツコ

笹川保健財団

【座長略歴】

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、中日友好病院勤務後、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、2005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。

座長：貞方 初美 サダカタ ハツミ

アリビアル合同会社

【座長略歴】

1999年看護師免許取得、総合病院での急性期外科病棟・内科病棟、三次救急病院手術室、急性期病院手術室勤務などを経て2020年5月五島市で在宅看護センターだんわ開設。

緩和ケア認定看護師

(2019年度日本財団在宅看護センター起業家育成事業研修修了)

SS6-1

演者：福崎 博孝 フクザキ ヒロタカ
弁護士法人ふくざき法律事務所

【演者略歴】

九州大学法学部卒

昭和56年弁護士登録

医療関係では、平成10年頃まで患者家族側の立場で医療事故紛争に携わり、その後は医療側の立場で“臨床現場とコミットした臨床医療法務”に多く関わっている。

日本法令「医療事故・ペイシエントハラスメント 紛争予防・解決の実践的手法 患者・家族との向き合い方」

SS6-2

演者：田中 千津子 タナカ チズコ
一般社団法人在宅看護センター関西

【演者略歴】

2000年神戸市看護大学卒業後、急性期病院・ホスピス・訪問看護ステーション勤務を経て、2017年3月なにわ訪問看護ステーション開設。

(2016年度日本財団在宅看護センター起業家育成事業研修修了)

SS6-3

演者：赤瀬 佳代 アカセ カヨ
合同会社岡山在宅看護センター晴

【演者略歴】

1999年国立病院機構呉医療センター附属呉看護学校卒業後、がん専門病院・有床診療所での勤務を経て、2015年7月訪問看護ステーション晴開設。

がん性疼痛看護認定看護師・メッセンジャーナース

(2014年度日本財団在宅看護センター起業家育成事業研修修了)

SS6-4

演者：武 ユカリ タケ ユカリ
森ノ宮医療大学看護学部

【演者略歴】

大阪市立大学大学院看護学研究科博士課程修了 博士（看護学）

日本在宅医療連合学会評議員

全国訪問看護事業協会「訪問看護師が利用者・家族から受ける暴力に関する調査研究事業」委員

学研メディカルサポート「訪問看護における利用者・家族からの暴力・ハラスメント対策」

指導医大会

在宅医療における指導医養成と交流促進を目指して

AD

【セッション概要】

郡山晴喜先生と井口真紀子先生を迎え、指導医向上に必要なスキルと交流の場を提供する講習会にしたいです。

（構成他）

本講習会は、在宅医療現場で活躍する指導医を対象に、指導力向上、教育プログラム運用の知見共有、そしてネットワーク構築を目的として企画されました。登壇者には、宮崎県のホームクリニックみまたの郡山晴喜先生と、東京都の祐ホームクリニック大崎の井口真紀子先生をお迎えし、それぞれの視点から指導医の養成と教育プログラム運用に関する具体的な知見を共有して頂きます。

郡山先生には、現在立ち上げ準備を進めている在宅医療専門医の教育プログラムについて、その概要と展望を語って頂きます。また教育プログラムを新たに始めた先生方への実践的な指南も交えながら、指導医養成における重要なポイントをお話し頂きます。一方、井口先生からは指導医に求められるリスクリングやポートフォリオ作成指導のフレームワーク、小規模診療所ならではの指導体制と特色について、実例を交えたお話を伺います。

質疑応答セッションでは、教育プログラムを管理・運用する先生方同士が課題を共有し、郡山先生や井口先生から具体的な解決策やアドバイスを得る場とします。このセッションを通じて、教育プログラムの立ち上げに伴う悩みや課題を共有することで、参加者同士が連携し合える横のつながりを築くことを目指します。

90分という限られた時間の中で、指導医としてのスキル向上や教育プログラムの運用に役立つ具体的なヒントを得られる貴重な機会です。多くの方々のご参加を心よりお待ちしております。

座長：竹田 亮平 タケダ リョウヘイ

東戸塚みどり在宅クリニック

【座長略歴】

2011年 島根大学医学部卒業

2013年 河北総合病院 家庭医後期研修プログラム開始

2016年 在宅医療専門クリニックを立ち上げ、地域医療に従事

2020年 東戸塚みどり在宅クリニック開設

座長：開田 脩平 カイダ シュウヘイ

医療法人みらい みらい在宅クリニック港南

【座長略歴】

2008年 横浜市立大学医学部医学科 卒業

2019年 医療法人みらい みらい在宅クリニック港南 院長

2021年 公益社団法人神奈川県医師会 在宅医療トレーニングセンター 研修事業アドバイザー

2022年 横浜市立大学医学部 臨床准教授

2023年 神奈川県立保健福祉大学 非常勤講師

2024年 医療法人みらい 副理事長

演者：郡山 晴喜 コオリヤマ ハルキ

ホームクリニックみまた

【演者略歴】

2008年 宮崎大学医学部卒業

2008年 宮崎大学医学部附属病院 初期臨床研修医

2010年 宮崎大学医学部附属病院 内科学講座 神経呼吸内分泌代謝学分野 医員

2013年 国立がん研究センター東病院 呼吸器内科 レジデント

2016年 山下医院 院長

2018年 医療法人社団樺の葉 ホームクリニックみまた 理事長

現在に至る

演者：井口 真紀子 イグチ マキコ

祐ホームクリニック大崎院長、上智大学グリーンケア研究所客員研究員、東京慈恵会医科大学非常勤講師

【演者略歴】

2006年 横須賀市立うわまち病院
2008年 湯沢町保健医療センター
2013年 東京ふれあい医療生協梶原診療所
2014年 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック
2016年 上智大学大学院実践宗教学研究科
2022年 同研究科博士後期課程修了、博士（文学）
2022年 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック大崎 院長

デモンストレーション【長崎企画】

こんなデイサービスがあっても良いと思いませんか？

劇団そいでよかさ Presents「夜型デイサービス体験」

【セッション概要】

団塊の世代が75歳以上となる今年2025年を迎え、日本は世界トップの超高齢者社会となり、雇用や医療・福祉の面で深刻な影響を及ぼすとも言われている。

子育て世代が仕事で子供のお迎えが遅くなる場合、保育園児は「延長保育」、学童は「学童保育」、医療的ケア児は「放課後デイサービス」などの様々な地域サービスがある。

しかし対象が介護を要する高齢者のデイサービスは、時間の短長はあるものの、終了時間は夕方までのものばかり（名称がデイ～であるから仕方ないのかもしれないが）。

介護状態であるとは言っても、対象は大人であり、それぞれ特有のライフスタイルを持っていて、朝方の人もいれば夜型の人もいる。それは、介護する家族も同様。現在の画一的な時間設定で“人生の黄昏時”を過ごしてもらうのは、いささか気の毒な気がしていた。

そこで、様々な高齢者やその家族の生活パターンに応じるための「夜型デイサービス」なるものを考えてみた（夜だけど敢えてデイサービスと表現）。

それは、ただ時間を夜型にシフトしただけの介護サービスではない。要介護状態でも楽しみをもって過ごす時間が必要と考えて、自由度の高い娯楽性に溢れたサロンのような空間を設定。「こんな場所で、こんなサービスを受けてみたい」をモットーに色々と知恵を絞ってみた。百聞は一見に如かず。今回は、長崎の医療・介護・福祉の多職種で構成する劇団「そいでよかさ」の劇団員を使っの体験型のプレゼンテーションを行なってみることにした。

座長：宮崎 久美 ミヤザキ クミ

長崎県看護協会訪問看護ステーション

【座長略歴】

1996年 長崎市立高等看護学院卒業

2017年 長崎大学歯薬学総合研究科保健学専攻看護学講座修士課程修了

1997年 日本海員救済会長崎病院入職

2013年 長崎県看護協会 訪問看護ステーションYOU入職

2024年 合併により長崎県看護協会訪問看護ステーションへ名称変更

座長：池上 由起 イケガミ ユキ

長崎市医師会保健福祉センター訪問看護事業所

【座長略歴】

1990年長崎市医師会看護専門学校卒業後、長崎市救済会病院勤務

1998年結婚を機に救済会病院を退職、長崎市内のクリニックに勤務。業務として訪問看護を経験した事で在宅医療に興味を持ち2010年3月退職。

2010年4月より長崎市医師会保健福祉センター訪問看護事業所勤務。

「その人らしく、生活療養できる場所」を考えながら利用者、家族の支援に努めている。

演者：劇団そいでよかさ

【演者略歴】

「劇団そいでよかさ」

2018年：ACP啓発を目的に医療・介護・福祉の多職種で設立。市民公開講座の形で3回の寸劇公演。

2022年から：長崎県医師会の委託事業として、病院職員・施設職員・市民向けの3本の動画・DVD制作。同動画は長崎県医師会ホームページで公開中。

利益相反：なし

在宅NPWT認定教育制度 OSCEハンズオン講習会 CS

【セッション概要】

局所陰圧閉鎖療法（NPWT）は2020年6月1日から在宅医療でも保険適用となり、難治性の褥瘡や慢性創傷の治療において、在宅の現場でも非常に有効な治療法であることが確認されている。しかしながら、安全・確実にNPWTを実施するためには、しっかりした知識と技能が必要であり、当該治療を行う実施者要件が、現在までは、「創傷管理関連の特定行為研修を修了した者」または「日本看護協会が定める皮膚・排泄ケアに関する認定看護師教育過程を修了した者」に限定されていたため、なかなか当該治療が普及しない状況にあった。日本在宅医療連合学会は、この状況を打開し、NPWTを在宅へ普及するため、知識や技能を得るためのE-learningと実践のための講習会（OSCE）を組み合わせた「在宅NPWT認定教育制度」を新たに発足した。今回はこの制度が始まってから3回目初回のOSCE講習会にあたる。

（午前）座長：栗原 健 クリハラ タケシ
くりはら皮膚形成外科

【座長略歴】

2010年 埼玉医科大学 形成外科 助教
2023年 埼玉医科大学 形成外科 非常勤医師
2024年7月～ くりはら皮フ形成外科 院長
(学会等)
日本形成外科学会 専門医
日本創傷外科学会 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 形成外科領域指導医
日本形成外科学会 レーザー分野指導医

田島 純子 タジマ ジュンコ
長崎大学病院 看護部・褥瘡管理

戸北 正和 トキタ マサカズ
長崎大学病院 診療看護部室・特定行為研修室 看護師長 皮膚・排泄ケア特定認定看護師

久松 曜子 ヒサマツ ヨウコ
日本赤十字社 長崎原爆病院

（午後）座長：木下 幹雄 キノシタ ミキオ
医療法人社団 心愛会 TOWN訪問診療所

【座長略歴】

2001年3月 東京大学医学部卒業
2001年4月 東京大学 形成外科 入局
2006年4月 杏林大学医学部 形成外科 助教
2011年4月 東京西徳洲会病院 形成外科 部長
2017年4月 TOWN訪問診療所 院長

大山 拓人 オオヤマ タクト
福岡大学病院 形成外科 講師

坂尾 直子 サカオ ナオコ
さかお訪問クリニック 院長

吉本 大樹 ヨシモト ダイキ
TOWN訪問診療所 城南院 皮膚・排泄ケア特定認定看護師

シンポジウム1【長崎企画】

2040年を飛び越えて、一歩先行く2050年の在宅医療を考える

SY1

座長：中桶 了太 ナカオケ リョウタ

国民健康保険 平戸市民病院

【セッション概要】

都市から離れた島嶼やへき地などの遠隔地は、高齢化と人口減少が進行しており全国平均を大きく上回る少子高齢化が進行しています。へき地である長崎県平戸市の2025年での高齢化率は43%に達しており、全国平均が35.3%と予測される2040年をはるかに超えており、2050年の予測値の37.7%をも上回る状況です。すなわち島嶼やへき地では、全国の人口動態と比較して20年以上先行した未来の姿が既に現れているといえます。このような地域では医療資源や施設の減少もあり、在宅など病院から離れた場所での療養も重要です。本セッションではこのような我が国の未来の縮図である離島・へき地の在宅医療に携わる先生方の、報告をもとに、現状の課題を明らかに今後の在宅医療の在り方について考えて参ります。

【座長略歴】

1995年 長崎大学医学部卒 10年間の基礎医学で研究に従事。

2005年6月 長崎大学医学部 第一内科（脳神経内科）に所属。

2005年12月～ 長崎大学病院へき地病院再生支援・教育機構の教官として、長崎県北西部に位置する平戸市民病院で地域医療研修・教育を担当。

2021年4月から 国民健康保険 平戸市民病院 副院長

全国20の研修病院と連携し、年間約40名の研修医を受け入れ、のべ500名以上の研修医の地域医療研修を担当している。

所属学会

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 認定医 指導医

日本内科学会 総合内科専門医 指導医

日本医学教育学会

SY1-1

豪雪地帯での在宅ケア～ミライカラキマシタ～

東條 環樹 トウジョウ タマキ
北広島町雄鹿原診療所

住み慣れた地域で、安心して暮らし続けるために

平成13年度、卒業後5年目で現在の勤務地である広島県の山間部、僻地診療所に赴任した。当診療所は無床で入院施設がなく、在宅療養が継続不能となった時点で他地域の医療機関に入院する状況であった。そこで終末期を含む在宅医療に取り組み始め、つまづきながらも在宅医療・ケア提供を継続することによってようやくチームとしてのスキルが上がり、本人、家族の希望に添った穏やかな時間を提供できるようになってきた。

在宅での看取りが増えるにしたがい、必然的にレスパイトケアの重要性を認識するようになり、地域の特別養護老人ホームにアプローチした。施設での看取りを提案し、担当医として地道に高齢者の特性、専門職としての死の捉え方、家族への接し方などについての勉強会を繰り返し行った。加えて家族とのカンファレンスのあり方を見直したことで施設における看取りは増加し、死に対する真摯な姿勢が施設スタッフのなかに醸成されてきた。

一方で、在宅終末期医療という取り組みの中で気付かされたのが「看取りの文化」の荒廃である。本来理想であるはずの在宅死、自然死は残念ながら現代では「特殊事例」である。看取りの文化を再興するべく講演を行い、医療関係者、行政、住民などに明るく伝えている。これからのあたらしい「理想の死」となりうる在宅終末期医療を提供している先進地、先進医療機関と自負し、今後も日本中にpositiveな終末期ケア、地域包括ケアシステムを発信していきたい。

【演者略歴】

1997年自治医科大学卒業。県立広島病院での初期臨床研修、市立三次中央病院内科勤務の後、2001年、医師5年目から中山間地の僻地診療所に赴任し、現在に至る。

2023年10月開設の広島大学病院総合診療医センターの初代センター長を兼任。

利益相反：なし

SY1-2

五島市モバイルクリニックを通して考える遠隔医療の未来予想図

野中 文陽 ノナカ フミアキ

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 離島・へき地医療学講座（離島医療研究所）

長崎県五島市は長崎市から西に約100km離れた離島地域であり、高齢化率42%である。特に、市街地から離れたへき地や二次離島ではこの傾向が顕著であり、独居世帯が多い。また、高齢化の進んだ小規模集落が山間部や海沿いに点在している一方、路線バスの減便やタクシー会社の撤退、高齢者の運転免許証返納が増え、医療機関へのアクセスが難しい患者が多い。そのため離島地域では以前より遠隔医療のニーズは大きいものの、患者や医療者のICTリテラシーの問題、オンライン診療における診断の正確性やコミュニケーションの難しさが障壁となっている。

2023年より五島市では行政、医師会、アカデミア、企業等が協働で、医療MaaS（Mobility as a Service）を活用したD to P with N（Doctor to Patient with Nurse N）型の遠隔医療であるモバイルクリニックが展開されている。モバイルクリニックでは看護師が乗車し、通信機器や医療機器を備えた医療MaaSが、通院困難な患者の自宅周辺まで配車され、乗車した患者に対し、医療機関から医師がオンライン診療を実施する。患者の隣に看護師が付き添い、診療のサポートを行う。主に安定した内科慢性疾患を持つ患者が対象とし、2025年2月末時点で71名、のべ540回の運行実績である。

D to P with N型であるため、通常のオンライン診療よりも医師と患者のコミュニケーションが円滑であり、より多くの情報を得られる。一方、処方薬の配送に課題があったが、長崎県が「新技術実装連携 絆 特区」に指定され、有人地帯での目視外飛行要件が緩和されたことが後押しとなり、2025年2月、診療所からモバイルクリニックまでドローンで処方薬を配送する実証研究を行った。

本シンポジウムでは、モバイルクリニックの経験から未来の遠隔医療の展望を考察したい。

【演者略歴】

学歴

2008年 長崎大学医学部医学科 卒業

2016年 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 卒業

職歴

2008年 長崎大学病院 初期研修医

2009年 長崎県五島中央病院 初期研修医

2010年 佐世保市総合医療センター 糖尿病内分泌内科医員

2016年 同 リウマチ膠原病内科医長（診療科長）兼 糖尿病内分泌内科医長

2018年 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 離島・へき地医療学講座（離島医療研究所）助教

2025年 同 講師

利益相反：なし

SY1-3

なんもなか過疎地やけんがこそ

阿部 智介 アベ トモスケ

医療法人慈孝会七山診療所

私が診療所を開設している佐賀県唐津市七山は、平成18年に合併するまでは七山村という山間部の村でした。無医村となった七山村に亡き父が赴任したのが45年前、当時は人口3,360人の過疎地ですが5世代家族も沢山あり活気溢れていました。しかし、過疎化は進行し、特に合併してからは人口流出も加速度的に進んでいき、令和7年3月現在では人口1,699人で高齢化率は47.9%、生産年齢人口率は42.1%と厳しい状況にあります。今では、3世代家族ならしいほうで、その殆どが老老世帯や高齢者単身世帯となってきています。

62.89km²という東京の山手線の内側と同じ面積という広大な山間部のなかで、当然ながら医療機関は当院のみであり、医師も私一人で過疎地医療を担っています。

七山はへき地と同等かそれ以上に厳しい環境下にありますが、離島ではありませんし、この地には亡き父も含めて誰かしら医師がいたのでへき地になることなく今があります。しかし、へき地ではないからこそ、厳しい環境下にあっても民間診療所なので行政からの支援を受けられることはなく、今後のことも自分自身だけで考えながら24時間365日の対応をしていかなければなりません。

外来診療や巡回診療に来ることができれば、そこで医療を提供していきますし、老衰や疾病等によって来ることが難しくなってくれば、こちらから患者のもとへと足を運ぶだけのことです。それが過疎地の在宅医療であり、それは地域医療の中の一つです。最期まで家にいたいと望むのであれば、それをいかにして支えていくのか。そこには思いと覚悟があります。そして大切にしていることがあります。それを軸に考えていけば、このような場所にでもいることができます。

何も特別なことや目新しいことはできません。スマートではなく泥臭い医療です。ただし、ヒーローがいなくても持続可能な過疎地医療ができる環境にするのも私達の役割です。

【演者略歴】

2006年 東京医科大学医学部医学科卒業
2008年 佐賀大学医学部附属病院総合診療部入局
2010年 阿部医院勤務
2012年 開設者変更により阿部医院院長
2013年 医療法人化により医療法人慈孝会七山診療所所長

一般社団法人唐津東松浦医師会地域包括ケアシステム・在宅医療担当理事
公益社団法人日本医師会未来医師会ビジョン委員会委員
公益財団法人日本尊厳死協会さが支部理事
佐賀大学医学部医学科非常勤講師
佐賀大学医学部看護学科非常勤講師
相撲参段

利益相反：なし

シンポジウム2【プログラム委員企画】

在宅医療教育の現状と課題：多職種で共有する改善のヒント

SY2

【セッション概要】

これからの社会において在宅医療の必要性はますます高まると予測されています。入院に限らない柔軟な医療体制の整備が求められる中、SDGsが掲げる「誰一人取り残さない」社会の実現のためには、幅広い地域で全年齢を対象とした在宅医療の提供が不可欠です。その実現には、卒前教育や資格取得後の早期からの教育が重要な役割を果たします。しかしながら、現在の各専門職種の養成は病院や施設内での教育が中心であり、在宅医療現場での実習は未だ限られています。特に、在宅医療の現場では、診断や治療の技術的学習だけでなく、患者とのコミュニケーションや地域との連携といった実践的な学びが求められるため、従来の教室講義型の教育では十分な対応が困難です。現状は、在宅での実習が見学にとどまったり、実習が整備されておらず学習の機会が限られる状況が生じています。また、専門医研修においても、振り返りを通じて学びを深めるポートフォリオ作成の指導が難しいという課題が存在します。さらに、多職種がともに学び合う機会も不足しているのが現状です。

当シンポジウムでは、大学教育や専門医育成の現場で直面しているこれらの課題を明らかにし、参加者の皆様とともに、教育・研修方法の改善に向けたアイデアを多職種で共有する場を提供します。未来の在宅医療を支える教育の形を模索し、多職種連携を基盤とした持続可能な在宅医療システムの構築に向けたヒントを探ります。

座長：永田 康浩 ナガタ ヤスヒロ

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療学分野

【座長略歴】

1986年 長崎大学医学部卒業

2007年 国立病院機構長崎医療センター

2013年 長崎大学地域包括ケア教育センター 教授

2020年 長崎大学地域医療学 教授

SY2-1

長崎の医学生はこうして在宅医療を学ぶ

永田 康浩 ナガタ ヤスヒロ

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療学分野

在宅医療は、これからの医療においては入院医療の補助的な選択肢ではなく、患者が最善を望み選ぶうえで中核的な役割を担うものへとになっていく。したがって、将来の医療を担う医学生にとって在宅医療の学習は不可欠となっているが、現行の医学教育では学習機会や指導方法に明確な指針が乏しいのが現状である。在宅医療には医療面接、身体診察、多職種連携、患者中心の医療など医学教育の本質が凝縮されており、地域医療教育の一部として取り入れられてきたものの、教育内容の標準化や指導者の確保には課題が少なくない。

長崎大学では2015年より6年次の高次臨床実習で4週間の在宅医療実習を選択することができる。学生は在宅医療専任の医師に終日同行し、訪問診療を通じて診療技能の実践的に学び、生活の場で医療の本質に触れることができる。在宅医療の現場にそのまま出ても学べることは多いが、総合的な診療技能だけでなく、患者背景の洞察や社会資源についての知識も必要となる。長崎大学では低学年から地域包括ケアを意識して、多職種連携や生活モデルの視点を身につける共修学習の機会を設けている。さらに、5年次には地域包括支援センターや訪問看護ステーションでの臨床実習を経験しながら、多職種の視点を通じて在宅医療のニーズを理解していく。これまでに28名が本実習を選択し、例外なく積極的に取り組んでおり、他職種からの評価も高い。しかし課題は指導者不足と評価である。多忙な在宅医や訪問看護師に、卒前の医学生に指導する時間の確保は難しい。また、一般の臨床実習の評価が在宅医療に合致していない部分もある。

今回は、長崎大学における在宅医療実習の取り組みを紹介し、その教育的意義と課題に対して在宅医療の最前線で活躍する皆さんからのご意見を仰ぎ、今後の在宅医療教育の向上に結び付けたい。

【演者略歴】

1986年 長崎大学医学部卒業

2007年 国立病院機構長崎医療センター

2013年 長崎大学地域包括ケア教育センター 教授

2020年 長崎大学地域医療学 教授

利益相反：なし

SY2-2

九州の在宅ポートフォリオばどげんかせんといけんね

吉田 伸 ヨシダ シン
額田病院

在宅医療連合学会の在宅専門医では、近年ポートフォリオ試験の合格率が伸び悩み、研修プログラムや個人単位でのポートフォリオ作成を通じた形成的教育手法の定着化が課題となってきた。本発表ではその解決方向について、自施設と九州支部の取り組みを紹介する。

額田病院は毎年複数の在宅専門医を輩出しているが、在宅フェロー各人の経験事例のばらつきを小さくするため『在宅ひとりだちチェックリスト』を施設内に掲示し、月1回のオンライン勉強会でポートフォリオの指導を行っている。また、指導医とフェローの指導時間をなるべくオンタイムで確保するシフト組みも実施している。

もうひとつは、『近所でもやっている』作戦であり、地方ブロックごとに在宅フェローがポートフォリオを発表し、双方向的に学ぶ場が必要と考えた。そこで発表者は在宅学会九州支部長として、2024年10月に開催された在宅医療推進フォーラムIN Miyazakiの当学会との共催企画として、ポートフォリオ発表会を開催した。プログラムコースと実践者コースの双方3例のポートフォリオが発表され、多様な背景で在宅医療に関わっている参加者から幅広いフィードバックを集めることができた。同じ企画を2025年10月8-9日の在宅医療推進フォーラムIN鹿児島でも継続していく予定である。

このように、在宅医療の諸事例や各取り組みについてまとめ、そのケアや学問の深みを知り、醍醐味を共有する場づくりを今後も進めていく。

【演者略歴】

(略歴)

2006年 名古屋市立大学医学部卒
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
2022年現在 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
日本プライマリ・ケア連合学会理事、日本在宅医療連合学会特任理事
日本専門医機構 総合診療専門医検討委員会 研修医・専攻医支援部会
2023年 九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻修了（MHA）

利益相反：なし

SY2-3

長崎大学歯学部在宅医療教育 —医（医学科、保健学科）・歯・薬学部共修の離島実習を通じて—

村田 比呂司 ムラタ ヒロシ

長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 歯科補綴学分野

長崎大学歯学部は1979年に岡山大学歯学部とともに我が国でもっとも新しい国立大学歯学部として設立された。基本的教養と幅広い歯科口腔医学専門知識を修得し、今後の歯科口腔医学、歯科口腔医療を切り拓くとともに社会に信頼される歯科医師および研究者を養成する”を理念としている。長崎は高齢化率が全国的にも高く、離島へき地および斜面地における地域歯科口腔医療の提供体制に多くの課題を抱えている。そのため当該地域の保健・医療・福祉の側面から総合的に支援できる歯科医師の育成も目指している。

在宅医療に関する講義として在宅介護医療という科目を開設し、チーム医療および在宅・訪問歯科診療に関する基礎を教授している。さらに離島歯科医学という授業では、離島地域における医療、保健、福祉の実際を通して、地域包括ケアシステムや多職種連携の概念の習得を目的としている。なお本学歯学部は文部科学省課題解決型高度医療人材養成プログラム「健康長寿社会を担う歯科医学教育改革－死生学や地域包括ケアモデルを導入した医科歯科連携教育体制の構築－」（主管校：岡山大学歯学部）（平成26年度～30年度）に連携校として参画し、超高齢社会に対応する歯学教育の拡充のための事業にも取り組んでいる。

医（医学科、保健学科）・歯・薬学部共修の離島実習も行っている。本実習は長崎県ならではの実習であり、医歯薬保健の学生の共修という観点からも特色ある実習である。歯学部生は5～6年生で五島市の開業歯科医院での訪問歯科診療や総合病院での医・薬学部との共修の保健・福祉プログラムの履修、将来の医療チームとしての連携や他職種との共同活動を学んでいる。

このように在宅医療、多職種連携によるチーム医療などの社会的ニーズを学び、歯科医師としての社会貢献の精神を育んでいる。しかしながらまだ十分とは言えず、今後さらなる在宅医療教育の拡充が重要と考える。

【演者略歴】

1986年3月 九州歯科大学 卒業
1990年3月 広島大学大学院歯学研究科 修了（歯学博士）
1990年4月 広島大学歯学部歯科補綴学第二講座 助手
1993年 英国ニューカッスル大学歯学部歯科材料科学教室 客員研究員
2004年1月 広島大学病院口腔維持修復歯科 講師
2006年4月 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科歯科補綴学分野 教授
2019年4月～2025年3月 長崎大学歯学部 部長
2025年4月 長崎大学歯学部 部長特別補佐
日本補綴歯科学会指導医・専門医
日本老年歯科医学会指導医・専門医
ISO/TC 106（国際標準化機構／歯科専門委員会）SC 2/WG 23・SC7/WG9 座長

利益相反：なし

SY2-4

薬学教育モデル・コアカリキュラムから考察する在宅医療教育

串田 一樹 クシダ カズキ

昭和薬科大学

我が国の薬学は、薬を創る学問として発展してきたので、基礎薬学が中心であった。長い間、臨床で活躍する薬剤師養成のイメージはなかったが、1974年に医薬分業が導入された結果、病院薬剤師は入院患者へ、薬局薬剤師は外来患者の調剤と服薬指導へ業務が変わった。1994年には「在宅患者訪問薬剤管理指導料」が新設され、薬局薬剤師が訪問活動するようになり、さらに2000年の介護保険の導入によって積極的に在宅医療・介護に参画するようになってきた。高齢社会の到来を迎えて、厚生労働省から2015年に「患者のための薬局ビジョン」が公表され、薬剤師・薬局のかかりつけ機能が示され、その中で「24時間対応・在宅対応」が求められた。

このように、薬剤師の役割が変わってきたので、2006年から「信頼される薬剤師、良質な薬学研究者を養成する」として薬学教育6年制に移行した。6年制薬学教育は薬学教育モデル・コアカリキュラム（以下、コアカリ）によって、医学教育に準じて薬物治療学関連の臨床科目が多く取り入れられた。またOSCEやCBTが導入された他、病院、及び薬局で11週間の実務実習がカリキュラムに組まれた。

令和4年度のコアカリ改定では、社会・地域における薬剤師の活動として、「未病・予防、治療、予後管理、・看取りまでの地域の保健・医療へのニーズに対応する能力を身に付ける」とされている。在宅医療の教育は、4年生の事前学習では講義が中心で、5年生の実務実習では、一般に講義とケーススタディーを集合研修として行っている。5年生の実務実習生が在宅療養の患者さんを担当する教育にはなっていないが、実務実習終了後のアドバンスト教育として、在宅医療の訪問活動をしている薬剤師や看護師に同行する教育は不可欠と考えられる。薬剤師が「その人らしい人生を、住み慣れた場所」を支えるには、学部教育の中で現場から学ぶ姿勢が必要である。

【演者略歴】

1974年 昭和薬科大学卒業
昭和薬科大学 物理学研究室助手
2000年 昭和薬科大学 物理学研究室講師
2001年 昭和薬科大学 医療薬学教育研究室講師
2015年 昭和薬科大学 地域連携薬局医イノベーション講座特任教授
2021年 昭和薬科大学 退職にともなって研究員

利益相反：あり

SY2-5

看護教育の立場から：多職種で共有する改善のヒント

川崎 涼子 カワサキ リョウコ

長崎大学

看護師養成課程では、2020年度の看護師指定規則改正により、「在宅看護論」の分野は「地域・在宅看護論」の名称に変更されました。この背景には、地域包括ケアシステムの推進や、すべての療養者が住み慣れた地域で人生の最期までその人らしく暮らせる社会の実現に向けて、地域看護・在宅看護の教育時間の拡張や教授方法の工夫が看護師教育の中で強く求められるようになってきたことがあります。2022年～2023年以降の看護師養成課程入学者から、このカリキュラムで学んだ看護師が順次卒業していくことになります。

新しいカリキュラムにおける「地域・在宅看護論」の臨地実習では、地域における多様な場での実習や多職種連携に関する実習の強化が促されています。看護学生は地域・在宅看護論以外の領域の講義や実習でも、多職種連携やチーム医療の重要性をすでに学んでいます。この素地の上に、さらに地域・在宅医療分野における多様な職種の働きを学び、看護職に期待される役割を学ぶことが重要となります。地域・在宅看護論の実習で多職種連携を学ぶ機会には、多職種が参加するカンファレンスや地域ケア会議があります。しかし、限られた実習期間の中で、実際の多職種協働の場面をすべての学生が経験することは難しいという課題があります。現在は、講義において療養者のエコマップを作成することで「療養者から見える様々な支援者」の存在について理解を深め、実習では夜間帯のカンファレンスやケア会議への参加、オンライン会議への参加といった方法で多職種連携・協働を学ぶ機会の拡大を検討しています。

【演者略歴】

1996年 高知県立高知女子大学家政学部看護学科 卒業

2010年 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻（修士課程）修了

2015年 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻（博士課程）修了

2006年より、長崎大学医学部保健学科看護学専攻や大分県立看護科学大学等で地域看護学実習・在宅看護学実習を担当する。

2022年4月より現職

利益相反：なし

SY2-6

管理栄養士卒前教育の現状と今後の課題について

熊谷 琴美 クマガイ コトミ

愛知学院大学健康科学部

近年、高齢化が進む中で、第8次医療計画の策定において在宅医療体制の構築に関する指針が示され、訪問栄養食事指導の重要性が強調されている。在宅療養を行う患者に対して適切な栄養管理を行うためには、管理栄養士が配置された在宅療養支援病院・診療所や栄養ケア・ステーションの活用を含む訪問栄養食事指導の体制整備が不可欠である。これらの背景から、管理栄養士国家試験の症例問題では居宅療養管理指導に関する内容が出題されている。卒業前の訪問栄養食事指導に関する教育の充実が、必然的に求められている。しかし、現在の臨地実習では在宅領域の実習が行われておらず、大学内での症例検討のみにとどまっているため、実践的な育成が十分に行われていないのが現状である。

本校は、歯学部および健康栄養学科が藤田医科大学、名城大学、日本福祉大学の学生とともに、災害支援に関する症例検討の授業に参加している。この授業では、地域住民が災害に遭遇した際に、各専門職がどのように貢献できるかを考え、多職種連携の理念を取り入れた症例検討を行っている。これらの活動を通じて、多職種との連携や地域の社会資源の理解、管理栄養士としての地域における強み、さらには他の専門職を目指す学生との在宅医療に関する理解を深めている。

ゼミナールにおける小規模な取り組みとして、地域住民や社会福祉協議会、地域包括支援センターと協力し、料理教室を開催、地域住民と学生と一緒に介護食を作る取り組みも行っている。また、居宅療養管理指導に同行し、患者や家族への聞き取りを行い、医師や介護支援専門員との連携を学ぶ体制を構築している。

今後の管理栄養士の卒前教育における在宅医療に関する課題として、在宅療養支援病院や診療所、さらには地域包括支援センター、社会福祉協議会における臨地実習の場を設ける必要がある。

【演者略歴】

2022年 愛知学院大学心身科学部健康栄養学科講師

2023年 愛知学院大学健康科学部健康栄養学科講師

2017年 大阪市立大学大学院生活科学研究科食・健康科学コース栄養医科学講座 前期博士課程修了

2022年 名古屋学芸大学大学院栄養科学研究科後期博士課程修了

1997年～2009年 公立学校共済組合東海中央病院栄養管理室

病院勤務後、在宅訪問管理栄養士、在宅栄養専門管理栄養士の資格を取得。フリーランスとして複数の診療所の連携を行い、訪問栄養食事指導を実施。現在は大学教員であるが、数件の訪問栄養食事指導を実施。在宅医療に14年携わっている。

利益相反：なし

シンポジウム3【日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会共同企画】

在宅療養者目線に立った褥瘡治療と予防

SY3

【セッション概要】

褥瘡の発症原因は長時間の圧迫であるが、発症早期は見ることのできる皮膚よりも見えない深いところの障害がより強い。また痛みが先行し、発症後も痛みは持続する。圧迫対策には体圧分散寝具が用いられる。

在宅での褥瘡発症のほとんどで低栄養が関与している。しかし、高齢者の栄養改善は容易ではない。在宅では経口摂取が基本のため好き嫌いに合わせ、食事量を増やさずエネルギーとたんぱく質を増やす必要がある。

予防と治療には、圧迫だけではなく、ずれ・摩擦対策も重要である。ずれ・摩擦は不快な姿勢や移動時に発生する。安楽でない姿勢が続いたり、苦痛な介助法が行われると、体中の筋緊張が起こり拘縮が進行する。このような状態でずれ・摩擦が発生する。

寝ているときのポジショニング、座っているときのシーティング、安楽な移動法や移乗法について解説する。

これら褥瘡発症の基本から対応に関し、在宅療養者の目線に立つことの重要性について、専門職間でディスカッションを行うとともに、会場からも意見を求めて在宅での褥瘡対策の未来に向けたイメージを作りたい。

座長：塚田 邦夫 ツカダ クニオ
高岡駅南クリニック

【座長略歴】

1979年 群馬大学医学部卒業
1979年 東京医科歯科大学第2外科入局
1988年 東京医科歯科大学第2外科助手
1988～1990年 米国クリーブランドクリニック結腸直腸外科臨床研究医
1991年 富山大学第二外科入局
1997年 高岡駅南クリニック院長 現在に至る

座長：藤村 真依 フジムラ マイ
在宅医療センター悠

【座長略歴】

1998年 武庫川女子大学短期大学卒業、特別養護老人ホーム、病院勤務を経て、2014年より現職
2025年 武庫川女子大学大学院修士課程修了、修士（食物栄養学）

利益相反：なし

SY3-1

褥瘡の原因と対策の基本

塚田 邦夫 ツカダ クニオ

高岡駅南クリニック

褥瘡は主に寝たきりの方に発生し、長時間の圧力が原因でできる傷である。寝たきりになると筋肉が減ることで相対的に骨突出が起こり、同部の圧力が強くなることから、褥瘡は骨突出部に発生する特徴がある。骨と体表の間にかかる圧力による影響により、体表よりも骨に近い深部でより強い組織障害が起こるため、褥瘡は深いところから進行する。褥瘡の初発症状は「痛み」であり褥瘡の予防・早期治療には、この痛み気付くことが大切である。

更に褥瘡予防対策として行われる、ベッドの背上げ、座位時間の保持、30度側臥位が、不適切に行われると「ずれ」と「摩擦」が発生し、これも褥瘡の発生と悪化の原因になる。

寝たきりになるとこれら圧迫とずれ・摩擦がおこりやすくなり、組織障害が多少なりとも発生している。しかし、現在では多くは柔らかい寝具が使われたり、体位変換が行われるなどにより、痛んだ組織も修復される時間が有る。問題は低栄養があると、この修復時間中においても組織の再生が進まず、褥瘡は発生・悪化する。特に在宅においては、ほとんどの褥瘡発生に低栄養が関与している。

以上の褥瘡発生・悪化原因について解説するとともに、これら原因に対応した局所療法についても解説する。

【演者略歴】

1979年 群馬大学医学部卒業

1979年 東京医科歯科大学第2外科入局

1988年 東京医科歯科大学第2外科助手

1988～1990年 米国クリーブランドクリニック結腸直腸外科臨床研究医

1991年 富山大学第二外科入局

1997年 高岡駅南クリニック院長 現在に至る

利益相反：なし

SY3-2

在宅療養者目線に立った褥瘡治療と予防

藤村 真依 フジムラ マイ

在宅医療センター悠

褥瘡の予防と治療には、「除圧管理」「スキンケア」「栄養管理」が重要であり、病院においては、多職種によるチーム医療を行うことが一般的になりつつある。

しかし、在宅においては、チームによる関わりがまだまだ少ないのが実情である。また、在宅療養者の約7割が低栄養傾向であることが報告されており、治療のみならず褥瘡予防においても在宅療養者の栄養管理は重要な課題である。

低栄養の予防や改善のためには、まずは十分なエネルギーとたんぱく質の確保が重要であるが、在宅においては、独居、老々介護、嗜好の偏り、嚥下障害等、栄養摂取・食事準備面での様々な課題がある。

在宅における管理栄養士における在宅訪問栄養食事指導を通じた、栄養支援の具体的な事例について報告する。

【演者略歴】

1998年 武庫川女子大学短期大学卒業、特別養護老人ホーム、病院勤務を経て、2014年より現職

2025年 武庫川女子大学大学院修士課程修了、修士（食物栄養学）

利益相反：なし

SY3-3

苦痛を与えないポジショニングとシーティングの考え方

安武 哲宏 ヤスタケ テツヒロ

一般社団法人ナチュラルハートフルケアネットワーク

何らかの原因によりご自身で姿勢を保持することが難しくなった方や、拘縮・変形を有する方においては、局所的な圧迫やズレ力が持続的に加わることで、褥瘡をはじめとした皮膚トラブルのリスクが高まります。そのような方々に対しては、ポジショニングやシーティングを通して環境を整え、安楽で機能的な姿勢を提供していく視点が重要だと考えます。

普段、私たちは日常生活の中で、自らの快適な姿勢を自然に選択しています。寝ている時であっても、呼吸・消化・睡眠といった生命活動の質を保つためには、安楽な姿勢が不可欠です。しかしながら、支援を受ける側が自らその姿勢を選べない場合、その快適さは支援者に委ねられることになります。

現場においてポジショニングやシーティングに関する理解や技術の共有が十分でない場合、支援の質に差が生じ、その方にとっての姿勢が「快適さ」ではなく「苦痛」になってしまう可能性があります。苦痛は交感神経を優位にし、睡眠障害や摂食低下、意欲の低下など、様々な二次的影響を引き起こす要因となり得ます。すべての対象者にとって、「活動性」と「安楽」を両立する姿勢支援は、予防的視点からも重要な取り組みです。

今回は、ポジショニングやシーティングに携わる職員のみならず、在宅で支援されているご家族の皆様にもご参考いただけるよう、クッションや車椅子を用いた姿勢支援における現場で統一していきたい基本的な考え方を提案するとともに「苦痛を与えない姿勢とは何か」を皆様と考える時間にできればと存じます。

【演者略歴】

2010年 国際医療福祉大学 福岡リハビリテーション学部 作業療法学科 卒業

同年 医療法人敬愛会 戸畑リハビリテーション病院

2017年 合資会社オフアーズ 訪問看護ステーションおたすけまん

2019年 一般社団法人ナチュラルハートフルケアネットワーク

2020年～ 上記に在籍をした状態で福岡県に拠点を移し、九州・中四国エリアを中心に取り組みを継続中

利益相反：なし

SY3-4

安楽な移動・移乗

栗原 俊介 クリハラ シュンスケ
アップライド株式会社

在宅現場において介護リフトを筆頭に移動・移乗に関する福祉用具は導入が進んでおりません。

その一つの理由が「身近にないため、わからない」というものではないかと思っております。

ノーリフティングケアの認知が広がってきており、褥瘡予防を始めとした二次障害の予防や自立支援、また介助者の負担軽減の成果も知られるようになってきたと思います。

その中で避けて通れない要素が「福祉用具等の積極的な活用」となります。

ポジショニングやシーティングだけではなく、ベッド上の位置の修正や座り直し、抱えあげではない移乗方法など、様々な場面で福祉用具は必要になります。

これらの方法、皆様はおそらく「使いこなさなきゃいけない」とお考えではないでしょうか。

誤解を恐れずに申し上げますと「使いこなす必要はございません」

現場の皆様は「安全に使うことができれば十分」です。

まずは使うことから始めて頂ければ、皆さんはすぐに私達よりも上手に現場で使えるようになります。

知らないモノに対する不安を解消し、「福祉用具を使うプロ」の皆様に、まずは使ってみて頂くよう働きかける。

それこそが私達「福祉用具を提供することのプロ」である福祉用具専門相談員の責務だと考えています。

今回の内容はこの「未知」になっている介護リフトを筆頭とした移動・移乗に関する福祉用具の活用方法、また導入に対する考え方をご紹介します。

これらの移動・移乗に関連する福祉用具は活用されている方と活用されていない方の評価がガラッと変わることが特徴です。

もっと皆さんの身近にある福祉用具になれば、なければならぬものが欠けた状態で現場は無理をしている、ということにご理解頂けると幸いです。

今回の発表の成果として、皆様がこれらの福祉用具に対して少しでも「既知」となって頂ければ幸いです。

【演者略歴】

2006年 東京福祉大学 卒業

同年 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：なし

シンポジウム4【長崎企画】

地域包括ケアシステム

SY4

【セッション概要】

地域共生社会の実現～みんなで支え合い、誰もが健康に暮らせる地域づくり～

地域共生社会の理念である高齢者介護・世代の枠にとらわれない重層的支援体制等、制度・分野の枠や「支える」「支えられる」という従来の関係を越えた包括的な支援体制や目指すべき連携について考える。

座長：榊 寿恵 サカキ ヒサエ

長崎市江平・山里地域包括支援センター

【座長略歴】

平成 5年4月 財団法人 健和会 大手町病院

平成 9年1月 医療法人 稻仁会 三原台病院

平成11年8月 長崎市在宅介護支援センター三原の園

平成13年4月 三原の園 居宅介護支援事業所

平成18年4月 江平・山里地域包括支援センター

令和 3年4月 長崎市地域包括支援センター連絡協議会 会長

座長：山下 潤一郎 ヤマシタ ジュンイチロウ

社会医療法人 長崎記念病院

【座長略歴】

学歴

1984年3月 長崎リハビリテーション学院理学療法学科卒業

職歴

1984年4月 医療法人福井病院（現社会医療法人長崎記念病院）

2019年4月 長崎記念病院常任理事兼リハビリテーション部部长兼医療技術部門部長（現在に至る）

その他（社会活動等）

（公社）長崎県理学療法士協会副会長

長崎県介護予防市町村支援部会委員

長崎県地域リハビリテーション推進部会委員・連絡協議会委員

長崎県障害者施策推進協議会委員

長崎市地域包括ケア推進協議会委員

（公社）日本理学療法士協会地域理学療法専門理学療法士

（公社）日本理学療法士協会地域予防理学療法専門理学療法士

SY4-1

長崎市における複合的課題（8050問題、ダブルケア等）への対応と 重層的な支援体制の整備に向けた取組み

渋谷 浩司 シブヤ コウジ
長崎市役所

人口減少や少子高齢化の進展、地域のつながりの希薄化などが進み、地域住民が抱える課題や福祉ニーズも複雑化・複合化してきており、単独の支援機関での対応や、これまでの制度・分野ごとの支援体制だけでは対応が困難なケースも増加してきている中で、制度・分野ごとの「縦割り」や「支える側」「支えられる側」という一律の関係ではなく、世代や分野を超えて繋がっていく「地域共生社会」の実現に向けた包括的な支援体制の構築が重要となっています。

国においては、社会福祉法を改正し、属性を問わない相談の受け止め（「相談支援」）や、社会とのつながりや制度の狭間への対応（「参加支援」）、属性を超えて交流できる居場所の確保（「地域づくりに向けた支援」）など、これらを一体的に実施する「重層的支援体制整備事業」を令和3年度から創設し、各自治体において実践する包括的な支援体制の構築に向けた支援を行っています。

長崎市においては、高齢・障害・子育て・生活困窮等のそれぞれの分野において、専門的視点からの支援体制を構築していますが、さらに、平成28年度からは、地域共生社会の実現に向けて、「8050 問題」、「ダブルケア」などの制度・分野を超えた複合的な課題や、制度の狭間にある人・世帯への支援にワンストップで対応する「多機関型地域包括支援センター」を市内2か所に設置し、支援のコーディネートや関係機関とのネットワークを構築し、分野ごとの関係機関が連携しながら、支援が必要な人・世帯に寄り添い支援していく包括的な支援体制の構築を進めています。

また、令和6年度からは、この取組みを「重層的支援体制整備事業」として継続していますが、今後も、高齢・障害・子育て・生活困窮などの各分野、各事業の関係機関とのネットワークをさらに深め、「相談支援」、「参加支援」、「地域づくりに向けた支援」へとつながる支援の充実を図っていきます。

【演者略歴】

1991年 佐賀大学経済学部経済学科 卒業
1991年 長崎市役所 入庁
2013年 長崎県市長会事務局長
2015年 長崎市総務部行政体制整備室長
2016年～ 長崎市福祉部地域包括ケアシステム推進室長

利益相反：なし

SY4-2

地域共生社会の実現～みんなで支え合い、誰もが健康に暮らせる地域づくり～

松本 雄一郎 マツモト ユウイチロウ

長崎市地域包括支援センター連絡協議会

- ・地域ケア会議による地域づくりと多職種連携ネットワークの取り組み
- ・包括的・継続的マネジメント支援業務による要介護ケアマネジメント環境整備の実践

【演者略歴】

2000年 福岡県立大学卒業

2000年 医療法人蘭佑会介護老人保健施設ダイヤランド崎望館入職

2006年 長崎市南部地域包括支援センター配属

利益相反：なし

SY4-3

長崎市在宅支援リハビリセンター推進事業における 自立支援と介護予防アプローチの取り組み

高倉 潤一 タカクラ ジュンイチ

介護老人保健施設 サンブライト愛宕

高齢者人口の急増に伴い心身に障害を持った高齢者も増加し、2025年には団塊の世代がすべて後期高齢者となり、認知機能低下のある高齢者は約700万人にものぼると推定されている。これに対して国は、日常生活圏域内で医療・介護サービスだけでなく、介護予防や生活支援等が包括的に提供できる地域包括ケア体制の構築を提唱してきた。さらに公的サービスだけでなく、住民が自ら取り組む健康維持改善（自助）や住民相互の支え合い（互助）を推奨し、市町村は介護予防・日常生活総合支援事業等によって、その推進を図っている。特に、地域における介護予防の取り組みを強化するために、通所・訪問サービスや地域ケア会議、住民主体の通いの場等へリハビリテーション専門職の関与を促進することも求められている。

長崎市においては要支援・要介護者、特に軽度認定者の認定率が高く、高齢者の重度化防止と健康づくりは重要な課題であり、住宅地の約7割を占める斜面地区では高齢率も高く、早急に対応すべき問題となっている。このような課題に対して、長崎市は、高齢者の生活機能低下予防と自立生活・社会参加の推進のために、2017年から「長崎市在宅支援リハビリセンター推進事業」を開始している。本講演では、上記を踏まえて活動内容や成果・今後の課題について聴衆の皆様とともに考えてみたい。

【演者略歴】

学歴

2006年3月 長崎医療技術専門学校理学療法学科 卒業

職歴

2006年4月～2007年3月 医療法人外海弘仁会日浦病院

2007年4月～現在 医療法人博和会介護老人保健施設サンブライト愛宕

利益相反：なし

シンポジウム5【一般公募企画】

「食支援」ははじめの一步 ～「最期まで口から食べられる町 行田／新宿」
～食支援・医介連携で町を支える 「咀嚼チェック煎餅」試食つき♪

SY5

【セッション概要】

食べることは健常人であれば特段に苦勞ない日常である。

但し、食をいったんケアの対象と捉えなおすと、日常であるからこそ、食べる楽しみから意思決定支援・ACPに至るまで幅広い課題が顔を覗かせ、多彩な原因や症状に対して多職種での密接かつタイムリーな支援が求められる。地域資源も様々ななかで、その始め方やケアの提供・連携・教育体制のノウハウも十分ではなく手探りを余儀なくされている現状がある。

今回、①地域密着型で中小都市である行田市と流動性に富んだ大都市型新宿区でのそれぞれの食支援の進め方を対比し、様々な地域での汎用性のあるメッセージを発信する。②医科・歯科・看護・栄養・リハビリ・コーディネーターなど様々な職種がその職能「食」に対する視点・アプローチ方法を紹介。特に食支援の会の草分けである新宿食支援研究会を主宰する五島先生より活動や運営のノウハウと歯科領域の食支援を。また消滅可能性自治体とされ2025年問題がすでに顕著である行田市から、専門職の不足を託つにとどまらず、寧ろ食をキーワードにして専門職、更に市民を巻き込んだ町づくりの視点を。

すべてのケアにつながる食にかかわる、もしくは関心を持つ皆さんに、会の立ち上げから運営・活動のノウハウ・職種／事業所の枠の超え方・質の担保としての多職種連携教育・地域住民への普及啓発のコツなど、初めの一步・その背中を押すためのノウハウを全公開し、討議を深める中で必ずやご参加の皆さんの抱える課題解決のヒントつかんで頂けるものと確信します。

食支援という「ケア」「介入」の過程で、医療・介護者の見失いつつある「生きる」を実感するナラティブや意思決定プロセスの理解を深めて、それぞれの地域で2040年に向けてスーパースターに依存しない地域住民を巻き込んだチームケアの新しい形を提案したい。

座長：川島 治 カワシマ オサム

医療法人社団清幸会 行田中央総合病院

【座長略歴】

1989年 東京慈恵会医科大学卒業

同年 虎の門病院

1992年 東京慈恵医科大学青戸病院内科入局

2006年 医療法人社団 行田中央総合病院 院長就任

2015年 医療法人清幸会・社会福祉法人清幸会理事長就任

2016年 行田市在宅医療介護連携推進協議会会長就任

2021年 一般社団法人 行田市医師会 会長代理就任

同年 日本在宅医療連合学会専門医取得

日本内科学会総合内科専門医・笑い療法士・日本禁煙学会禁煙専門指導医・日本頭痛学会専門医・日本在宅医療連合学会専門医・人間ドック学会認定指導医・日本医師会認定産業医・健康スポーツ医・ICD・国際医療安全学会認定医療安全認定コーチ

座長：五島 朋幸 ゴトウ トモユキ
ふれあい歯科ごとう

【座長略歴】

1991年 日本歯科大学歯学部卒
1993年 日本歯科大学歯学部歯科補綴学教室第1講座助手
1997年 訪問歯科診療に取り組み始める
2003年 ふれあい歯科ごとう代表
博士（歯学）
日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーション科臨床准教授
新宿食支援研究会代表
株式会社 WinWin 代表取締役

SY5-1

都会型地域食支援の実践

五島 朋幸 ゴトウ トモユキ

ふれあい歯科ごとう

食支援という言葉は幅広いが、医療、介護職が中心になり、地域で実践する食支援の定義を以下のように定めた。「本人、家族に口から食べたいという希望がある、もしくは身体的に栄養ケアの必要がある人に対して①適切な栄養摂取 ②経口摂取の維持③食を楽しむことを目的として、リスクマネジメントの視点を持ち、適切な支援を行っていること」¹⁾。

地域高齢者の中で摂食嚥下障害の割合は約16%というデータがある²⁾。新宿区の高齢人口は約6.6万人。このことから、新宿区で食支援を必要としている方は1万人規模に及ぶことがわかる。1万人全ての方に専門職は関わることはできない。では、どのように地域食支援と向き合うのか。

地域の中で地域住民も含めて「食に何か異常があればそれを見つける人（M）」、「それを適切な人につなぐ人（T）」、そして「結果を出す人（K）」を無限に作り出すことである。食支援が必要な方の中には、胃ろうなどの経管栄養で専門職がしっかり関わっていかなければならない人から、「最近食事中にむせる」や「最近食欲がない」というような軽度な方までいる。食支援対象者の多くは軽度な方だからこそ、一般住民が食や栄養の知識、意識を持つことにより「見つける」「つなぐ」「結果を出す」ことができる。さらに、食支援にかかわる専門職は、食や栄養、食支援について地域住民に対し「広める（H）」活動（社会教育）をすることが使命である。新宿食支援研究会では、「見つける、つなぐ、結果を出す、そして広める（MTK & H®）」と称して活動している。

- 1) 五島朋幸. 最期まで食べられる街づくり. 静脈経腸栄養. 2015, 30, 5. P1107-1112.
- 2) 千葉由美, 山脇正永他; 全国における摂食・嚥下障害高齢者と関連症状の発生率に関する検討. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌. 2007, 11,3. P249.2007.

【演者略歴】

1991年 日本歯科大学歯学部卒
1993年 日本歯科大学歯学部歯科補綴学教室第1講座助手
1997年 訪問歯科診療に取り組み始める
2003年 ふれあい歯科ごとう代表
博士（歯学）
日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーション科臨床准教授
新宿食支援研究会代表
株式会社 WinWin 代表取締役

利益相反：なし

SY5-2

最期まで口から食べられる町 行田 ～食支援・医介連携で町を支える～

市川 美佳 イチカワ ミカ

行田中央総合病院

高齢化が急速に進む埼玉県行田市において、「最期まで口から食べられる町」を目指し、地域独自の多職種ネットワーク「カムカム会」を立ち上げた。行田市では高齢化率が全国平均を大きく上回る33.6%であり、地域在住高齢者の約6人に1人が摂食嚥下障害を有する可能性があるという現状に対し、個々の専門職の力だけでは解決困難な課題に直面していた。そこで、先行事例である「新宿食支援研究会」の「新宿モデル」を参考に、当市の医療・介護連携の強み（顔が見える関係、行政・医師会の連携推進、住民・事業者との協力体制）を活かしつつ、弱み（専門職不足、医療資源の偏在、情報共有の遅れ）に対応した「行田モデル」への転換を図った。カムカム会では、「高める」「見つける」「つなぐ」「結果を出す」「広める」の5つの活動目標を設定し、特に「高める」では、ミニレクチャーや体験学習を通じて多職種の知識・技術向上を図り、「つなぐ」では、患者・家族、多職種からの相談に応じる「嚥下相談外来」を開設した。アンケート調査では、活動に対する高い満足度が得られた一方で、連携強化や実践活用における課題も明らかになった。今後は、食支援事業所マップの作成、嚥下検診の導入、地域レストランとの連携などを通じて、より早期からの介入と地域全体での食支援体制の充実を目指す。「食べたい」という患者さんの願いに応え、住み慣れた地域で安心して食事ができるよう、多職種連携による切れ目のない支援を推進していく。

【演者略歴】

平成13 行田中央総合病院 入社

令和3 日本摂食リハビリテーション学会認定士 取得

令和4 摂食・嚥下障害看護認定看護師 取得

現在に至る

利益相反：なし

SY5-3

「食支援」はじめの一步 ～町に飛び出す管理栄養士の挑戦～

奥野 真理子 オクノ マリコ

行田中央総合病院

2016年NST発足を端緒とした当院の栄養ケア活動は、県栄養士会の地域連携拠点として2019年「栄養ケアユニット」の認定を受けた。これには、地域特性を考慮し医療機関に留まらず、地域包括・介護事業所・訪問看護ST・障害施設サービス等の多職種との協働体制、さらに地域コミュニティのネットワーク体制、いわゆる地域NSTの立ち上げが求められる。この理念に沿って、2023年多職種連携食支援チーム『カムカム会』を設立し、他職種へ栄養管理の重要性についての啓発活動、多様な食形態の提案、地域ネットワーク体制の構築に努めている。

その活動として、

- ①『カムカム会』にて、管理栄養士による職能・嚥下食の紹介、試食会の実施。
- ②行田市食支援リーダー認定事業にて、多職種連携研修の講師として参画。

市内専門職団体へ

- ③市内ケアマネ連絡会にて、居宅療養管理指導・管理栄養士の職能説明の実施、栄養サポートの必要性を啓発。
- ④市食品衛生協会（外食団体）にて「多世代で一緒に外食を楽しむ町」を目指して、活動のコンセプト説明・機関誌での広報の実施。

地域住民へ

- ⑤第16回健康フォーラム（参加者300人）にて、ソフト食の説明・試食会、同第17回（参加者500人）にて、嚥下ガム体験の実施。
- ⑥市民健康祭り（参加者600人）にて、嚥下障害の説明、ソフト食の試食会の実施。
- ⑦市最大「浮き城祭り」（参加者6.5万人）にて、踊り連参加の沿道市民6万人に食支援を訴え、最優秀賞「浮き城だんべ踊り大賞」を受賞。
- ⑧医師会支援のもと行田市栄養士会の立ち上げ、地域の病院・施設・在宅栄養士の交流の場を作り、嚥下食マップの作成や療養場所へのスムーズな移行を目指し活動中。

病院から施設NSTさらに在宅NSTへと、そのウイングを広げる挑戦を様々な立場の皆さんと共有し、今後の活動のヒントになることを願うものである。

【演者略歴】

行田中央総合病院 栄養科

1995年入職

現在に至る

利益相反：なし

SY5-4

「食支援におけるSTの取り組み ～いつまでも安全に経口摂取が行えるために～」

野澤 典明¹ ノザワ ノリアキ
麻田 史穂¹ アサダ シホ
山口 美和¹ ヤマグチ ミワ
平野 輝利人¹ ヒラノ キリト
川島 治² カワシマ オサム

¹医療法人社団清幸会 行田中央総合病院 リハビリテーション科

²医療法人社団 行田中央総合病院 内科

当院では嚥下障害の患者様が多く、STは食事評価やPT・OTと協力して安全な食事ポジショニングを検討している。食事用の札（誰が介助するのか？・角度・水分のトロミの有無・義歯の有無等が記載されているもの）や食事ポジショニング表を作成し、病院内の誰が行っても安全に食事介助できるように努めている。しかし、関連施設・自宅に退院しても誤嚥性肺炎を繰り返してしまう患者様も少なくない。そこで、食支援について発信し、嚥下障害への正しい理解が深まることで安全に経口摂取が行える方が増えるのではないかと考えた。活動として①カムカム会に参加し、舌骨上筋群に対してのアプローチを発表し、簡単に行える嚥下の自主練習を伝達した。②行田市フォーラムに参加し、嚥下障害に対してのアンケートを実施し、嚥下障害が疑われる方への相談や嚥下指導を実施した。③当院で実施しているラジオ体操に「パタカラ体操」を取り入れ、楽しみながらできる嚥下訓練を伝達した。2年間、食支援についての発信を行っているが、カムカム会に参加される方が年々増えている等食支援に対して興味を持つ方が増えてきているように感じている。一方で誤嚥性肺炎にて繰り返し入院される患者様が依然として多いのが現状である。今後も住み慣れた所でそこに住む人とともに、最期まで安全に、その人らしく生き生きとした食生活ができるように、医療・介護および地域住民の含め、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う地域リハビリテーションをこの町に展開してゆきたい。

【演者略歴】

医療法人社団清幸会行田中央総合病院

2023年入職

現在に至る

利益相反：なし

SY5-5

MSWとして専門性を活かしたかかわり方

宮原 愛 ミヤハラ アイ
行田中央総合病院

消滅可能性自治体とされる我が町で「年を重ねても安心して住み続けられ、最期まで口から食べられる町を目指したい！」その思いから、行田市医療介護連携支援センターと総合病院の連携室の立場を利用して地域食支援のハブとして活動を開始した。

MSWとして

①本人・家族の想いに基づいた支援（個別支援）

個人を中心に据えたケアの構築 食にまつわるACP・胃ろう等の意思決定支援

②地域全体の食支援力の向上（多職種連携）

医療・福祉事業所（専門職）と連携構築・調整 各種会議体・研修運営・参加

③社会資源の開拓や地域のエンパワメント（地域づくり）

地域住民向け研修・地域資源の調査開拓連携、地域文化に根差した支援・連携
の3つの視点を心掛けている。

今回具体的におこなった

1 地域資源開拓としてのカムカム会（行田市食支援ミーティング）活動

2 専門職との連携構築としての医介連携支援センター活動

3 多職種連携教育としての行田市医師会認定医師会食支援リーダー認定事業

4 地域のエンパワメントとして医師会主催健康フォーラムの企画運営

などを中心に

MSWとしてその専門性を活かしたかかわり方、個別支援に留まらず、多職種連携・地域作りまでこれまでの活動内容を皆さんと共有し、「食支援を通じて町を支えつなぐ輪」を全国に広げてゆきたい。

【演者略歴】

医療法人社団 清幸会 行田中央総合病院

2011年入職

現在に至る

利益相反：なし

SY5-6

「食支援」はじめの一步 ～「最期まで口から食べられる町 行田／新宿」～食支援・医介連携で町を支える

川島 治 カワシマ オサム

医療法人社団清幸会 行田中央総合病院

当市は消滅可能性自治体とされ、摂食嚥下障害要支援者の急増と、頼みの介護人材の枯渇という2040年問題に直面していますが、その窮状に対して食をキーワードにした町づくり「最期まで口から食べられる町 行田」の提唱を行っています。

医師は食べさせること（生活）は得意ではなく関心があっても、食支援には嚥下評価・嚥下訓練・食事形態・介助方法・栄養補助・医介資源など知らないこと、一人ではできないことが満載でどこから手を付けたいの？と思われる先生方も多いと思います。

しかし、知らないことでできないことは最大のメリット！知っている人に聞く、教えてもらうチャンスです。

それぞれの立ち位置で食支援の3段階

1 ソロで（訪看と連携して）誤嚥性肺炎の治療・みとりを行う

2 チームでリスク評価・予防（栄養・口腔ケア・リハビリ）介入を行う

3 本人家族中心でナラティブ・ACP・意思決定支援「最期まで口から」を実践する

どの段階でもOK。さらに関心があれば一歩先に進みましょう。新しい世界が広がります。その中で直面する3つの課題

1 訪問看護師・ケアマネは排泄・褥瘡予防・活動参加支援がメインで「食べる」という「日常」は介護職に委ねられている

2 専門職が少ない ST（言語療法中心）・管理栄養士（病院施設に）・認定看護師

3 医介連携「病の軌跡」と「生活」のやり取り・「食べられる」ことの評価がない

これらの解決のための工夫が求められます。

医師は多職種と協働して、患者から生活者に、住み慣れた地域に戻すために、地域につなぐ役目を求められています。現場での「死んでもいいから食べたい！」に対する答え、消滅に向かう町への介入過程で、医療の見失った「生きる」を実感する意思決定プロセス、個人に、町にその伴走支援を考えてゆきます。

【演者略歴】

1989年 東京慈恵会医科大学卒業

同年 虎ノ門病院

1992年 東京慈恵医科大学青戸病院内科入局

2006年 医療法人社団 行田中央総合病院 院長就任

2015年 医療法人清幸会・社会福祉法人清幸会理事長就任

2016年 行田市在宅医療介護連携推進協議会会長就任

2021年 一般社団法人 行田市医師会 会長代理就任

同年 日本在宅医療連合学会専門医取得

日本内科学会総合内科専門医・笑い療法士・日本禁煙学会禁煙専門指導医・日本頭痛学会専門医・日本在宅医療連合学会専門医・人間ドック学会認定指導医・日本医師会認定産業医・健康スポーツ医・ICD・国際医療安全学会認定医療安全認定コーチ

利益相反：なし

シンポジウム6【日本呼吸ケア・リハビリテーション学会共同企画】

その痰をみて、どうする？—病態生理、アセスメント、気道クリアランスの重要性 SY6

【セッション概要】

気道クリアランス（排痰）は、気管支拡張症などの慢性呼吸器疾患や誤嚥性肺炎を繰り返す患者などの在宅医療において、患者の生活の質を大きく左右する重要なケアのひとつです。特に自力で痰を出すことが難しい患者にとって、適切な気道クリアランスは呼吸器の合併症を防ぎ、快適な生活を支えるために欠かせません。気道クリアランスの第一歩は喀痰のアセスメントであり、喀痰を評価し、これに基づいて最適な治療と気道クリアランスの方法を選びます。気道クリアランスの方法には、薬物療法、気道内の加温や加湿、適切な体位、呼吸介助などの呼吸リハビリテーション技術、吸入器や排痰補助装置などの医療機器の使用が含まれます。これらの治療、ケア、リハビリテーション、呼吸療法機器は、喀痰を取り除き、呼吸を快適にする効果があります。在宅医療では、患者や家族が可能な限り主体的に治療やケアを行えるように、具体的な方法や医療機器の使い方を丁寧に指導し、精神的なサポートを行うことも重要です。在宅患者に関わる専門職は患者や家族との信頼関係を築き、患者が望む在宅生活の実現のために、それぞれの状況に合わせた適切な治療やケアの方法を選び、実践することが求められます。このシンポジウムでは、気道クリアランスは患者が快適に過ごすために欠かせないケアであることを理解し、積極的に支援を行うための情報を共有することを目標としています。

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】

1987年 岩手リハビリテーション学院理学療法学科卒
1987年 盛岡友愛病院リハビリテーション科勤務
1999年 同 在宅医療部
2004年 須藤内科クリニックリハビリテーション科科长
2013年 岩手県教育委員会 非常勤講師
2015年 もりおかこども病院 非常勤
2017年 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：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】

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
2020年 神奈川県医学学術功労賞受賞
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

【最近の執筆】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
今日の治療指針2024医学書院 第5 非侵襲的陽圧換気療法 278-279 などなど

SY6-1

痰から何を考え、どうするか？排痰の生理学的特徴、痰の性状によるその要因と薬剤特徴を含むその対処法の基本

井上 登太 イノウエ トウタ

みえ呼吸嚥下リハビリクリニック

呼吸器疾患の方への対応において、治療、苦痛緩和、増悪予防、QOLの改善いずれにおいても痰が大きくかかわっています。

気道粘液は、気道粘膜上に杯細胞や腺細胞から分泌され、空気中の異物（ほこり、細菌、ウイルスなど）を捕らえ保持します。鼻腔から末梢気道は繊毛におおわれ、一定方向に波打つように動き、粘液を咽頭方向へ移動させます。咽頭部や気道内にたまると、感覚神経が刺激されて咳反射が誘発されます。

線毛運動や強い咳や呼吸をいかにして出してくかが大切になります。衰弱したときには、姿勢や呼吸法そして重力をうまく使用します。繊毛運動を活発にするには、禁煙や軽い運動、痰の性状改善には十分な水分補給、加湿、効率的な排痰動作には、姿勢排痰、呼吸法、呼吸及び咳介助などが勧められます。

痰の色、粘稠度、形態（ジュレ状等）、量、日内変動、臭いなどに気を配ることにより抗生剤の必要性や効果判定、慢性呼吸器疾患急性増悪、がんや結核の早期発見につながります。訪問先の自室のごみ箱は大切な情報源となります。去痰薬と通常呼ばれるものは、異なった効果を持つグループに分かれ、去痰薬といわれる以外の薬剤においても効果をしめすものもあります。痰生成から排出までの長い道のりの中で、それぞれどの時期にどのようにして効果を持つかを理解することで適切な効果を示し、無用な処方を減らすことが可能となります。

本来の痰のみではなく、誤嚥物を含む気道異物や異物による反応性滲出物も、痰として認識されていることも良くみられ、非効率的な投薬治療や遷延する咳嗽の原因となっていることも良く認めます。

聴診等を行いつつ、痰による情報をもとに、適切な環境設定、症状緩和、増悪進行予防、投薬、リハビリテーション、ケアにつなげてゆくことが大切です。

【演者略歴】

現職

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

(株)グリーントウン呼吸嚥下ケアプランニング 代表取締役社長

NPOグリーントウン呼吸嚥下研究グループ 理事長

自治医科大学医学部卒

利益相反：なし

SY6-2

気道クリアランスに必要なアセスメントとケア ～在宅でできる訪問看護の取り組み～

恒成 由佳 ¹	ツネナリ ユカ
井田 真実 ²	イダ マミ
森 駿一郎 ^{1,2}	モリ シュンイチロウ
上間 陽 ¹	ウエマ ヨウ
津田 徹 ²	ツダ トオル

¹ 恵友会 老人訪問看護ステーション

² 医療法人社団 恵友会 霧ヶ丘つだ病院

慢性呼吸器疾患や呼吸筋力低下をきたす疾患では、咳嗽力が弱く、排痰能力低下が多くみられる。また、NPPVやTPPVを受けている患者においては、痰の粘度・性状が影響し痰貯留が起きていることも度々見受けられる。痰貯留が原因で、呼吸困難や努力呼吸、酸素化能低下といった症状や無気肺形成へと繋がり、状態が悪化する事がある。そのため、痰貯留の原因を正しくアセスメントし、適切なケアを行うことが重要である。

在宅で行う気道クリアランスを考える際には、痰貯留の原因として 1) 咳嗽力の低下 2) 粘稠度の高い痰、の2点に重きを置いている。予想される原因に応じてケアの介入方法を考え、多職種で連携した介入を行っている。咳嗽力の低下に対しては、ハフティングやACBTなどの自己排痰法の獲得が出来るように支援を行い、機械による咳介助であるMI-E・体位ドレナージ・気管吸引など様々な方法を組み合わせて実施している。粘稠度の高い痰に対しては、薬物療法の検討や水分出納の確認、加湿・加温の調整や肺内パーカッションベンチレーターの使用など、こちらも様々な方法を組み合わせて実施している。

排痰困難は、患者にとって呼吸困難に続く死を連想させる苦痛で不快な症状である。その不快な症状を緩和するための方法を考え、生活や介護方法を踏まえた上で、患者や介護者にとって最善な方法を取り入れることが大切である。在宅ケアにおいて、手段や方法を考える際には、患者や介護者にも実現可能な方法を日常生活のケアの中に組み込むことが重要となる。

現在、痰貯留により呼吸状態が不安定なTPPV中の患者のケアを経験している。複数の訪問看護事業所、在宅医などが関わり、希望する在宅での生活は継続できているが、患者の状況に合わせたケアを日々模索しながら気道クリアランスを行っている。その現状と課題について報告したい。

【演者略歴】

2006年 医療法人恵友会 霧ヶ丘つだ病院

2016年 介護有料老人ホームあべやま

2017年 恵友会老人訪問看護ステーション

2018年 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） 終了

【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：なし

SY6-3

訪問リハで実践する気道クリアランス

中田 隆文 ナカタ タカフミ

マリオス小林内科クリニック

気道クリアランスは気道内分泌物の排出を促す手段で、排痰法とも呼ばれ、呼吸リハビリテーションでは重要な項目である。適応としては急性および慢性呼吸障害を問わず、気道内分泌物の貯留を認め、自力での喀出が十分に行うことができない患者で、喀痰量の目安は30mL/日以上が対象とされる。気道内分泌物の喀出が困難となれば、排痰に多大な労力を費やすために日常活動（ADL）が制限され、さらに分泌物の貯留が呼吸困難の原因となり、生活の質（QOL）が低下し、増悪の要因となりやすい。気道クリアランスの代表的な目的は、呼吸困難の軽減、無気肺や気道感染症の予防と治療、肺機能の改善、エネルギー代謝亢進の抑制、ADLとQOLの向上である。気道クリアランスにおいて在宅でも実践しやすい方法としては、体位排痰法、自己排痰法、排痰器具を利用する方法、排痰手技があり、体位排痰法に排痰手技を併用する、排痰器具と薬物療法を併用するなど、複数のクリアランス法を組み合わせることもある。近年では排痰器具の開発、複数の排痰補助装置や高頻度人工呼吸器の開発などもあり、これまで難渋しやすかった事例でもクリアランスが可能になってきている。在宅における気道クリアランスの対象者は0歳の医療的ケア児から100歳を超える事例もあり、全年代となっている。気道クリアランスの成功には、対象者の病態を理解し、問題点を特定して対策を講じる必要があるが、対象者の基礎疾患が多彩で多疾患併存の場合も多く、病態や背景が複雑で重度のため、事例によってはゴールが見通せない中での対応が求められる可能性もある。在宅では専門医、在宅医、訪問看護との連携は必須であり、他職種協働は重要である。シンポジウムでは当院での取り組みを紹介する。

【演者略歴】

1987年 岩手リハビリテーション学院理学療法学科卒

1987年 盛岡友愛病院リハビリテーション科勤務

1999年 同 在宅医療部

2004年 須藤内科クリニックリハビリテーション科科长

2013年 岩手県教育委員会 非常勤講師

2015年 もりおかこども病院 非常勤

2017年 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

利益相反：なし

SY6-4

気道クリアランスに対する在宅医療機器の選択と使用のコツ

及川 秋沙^{1,2} オイカワ アイサ

¹独立行政法人国立病院機構岩手病院

²臨床工学室

在宅人工呼吸療法において、気道クリアランスを保つことは呼吸療法の継続と患者のQOL維持に必要不可欠です。本シンポジウムでは、臨床工学技士の視点から、在宅で使用される排痰補助装置をはじめ、関連機器の特性と選択のポイントについてお話しします。

①排痰補助装置の選択：現在、様々な種類の排痰補助装置が存在しますが、機器の選択においては、その原理や特徴、機能を十分に理解し、患者の病態・呼吸機能・咳嗽力などを総合的に評価した上で、最適な機器を選択することが重要となります。また、回路や関連部品の管理においても、患者・介護者が正しく管理が行えるよう、臨床工学技士も教育に携わっています。

②加湿デバイスの選択：痰の排出を促す上で、気道の線毛機能を正常に維持することも重要です。人工呼吸療法の加湿デバイスとして、加温加湿器と人工鼻が挙げられますが、加湿性能に優れる加温加湿器が勧められる一方、過剰な結露の発生、空焚き、電源管理といった潜在的なトラブルへの対策も必要となります。当院では、在宅訪問の機会に、加湿トラブルとなり得るリスク（室温やエアコンや窓の位置など）にも配慮して機器設置場所を検討したり、患者・介護者と回路の保温方法について検討しています。

③吸引器の選択：吸引器の選択においても、排痰補助装置と同様に機器の性能を把握し、効果的で安全な吸引が行える機種を選定します。また、吸引器の正しい組み立て・管理方法について教育することも大切です。

④非侵襲的陽圧換気療法（NPPV）においては、マスクフィッティングの不良によるリークが加湿不足を招く要因となり得ます。適切なマスクサイズの選択と装着方法の習得は、適切な加湿を保ち、不快感を軽減するためにも重要です。

臨床工学技士が機器選択や教育指導に携わることで、在宅呼吸療法患者の適切な気道クリアランスを保つために、尽力できると考えます。

【演者略歴】

職歴

2011年 4月 独立行政法人国立病院機構 岩手病院 入職

現在に至る

所属学会

一般社団法人 日本臨床工学技士会

一般社団法人 日本在宅医療連合学会

一般社団法人 日本呼吸療法医学会

利益相反：なし

シンポジウム7【在宅医療インテグレーターワーキンググループ企画】

再考：なぜ今在宅医療インテグレーターが必要なのか ～資格化にむけて～

SY7

【セッション概要】

日本は多死時代に入り、多くの方ががん以外の疾患で亡くなっていく時代になっている。在宅医療の対象者はそのようながん以外で終末期に向かっていく方々が増加し、長期間の療養、介護が必要、意思決定能力の低下、単身独居者の増加、などますます複雑になってくる。単に医学の問題ではとどまらない、これからの医療に対応するためには、医療にも制度にも精通し、現状を俯瞰して、いろいろな領域の知識や状況、メンバーを統合して最善を目指す人材が必要である。在宅医療インテグレーターは今の時代だからこそ必要な人材なのである。これまで8年間在宅医療インテグレーター養成講座を継続してきたが、スキルを証明するためにも資格化を目指している。資格化を前になぜ今在宅医療インテグレーターが必要なのかについて議論したい。

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・脳神経内科学

【座長略歴】

神経内科専門医&指導医、内科認定医&指導医、在宅専門医、日本プライマリ・ケア学会認定医、医学博士（北里大学1994年）、医療倫理人材養成講座（CBEL）修了（東京大学大学院2005年）、医療政策学修士（東京医科歯科大学2008年）、臨床倫理認定士（上級認定アドバイザー）

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

2000年 北里大学医学部神経内科学 講師

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 同脳神経内科学教授・市川病院神経難病センター長兼務

2024年4月 同国際医療者教育学・大学院医学研究科 教授

SY7-1

高齢化が進む医療・介護の現場 ー多疾患・社会的課題・情報の混乱にどう対応するかー

杉浦 真 スギウラ マコト

JA愛知厚生連 安城更生病院

急速な高齢化の進行は医療・介護現場に大きな影響を与えている。病院における高齢患者の増加は顕著であり、特に複数の慢性疾患を同時に抱える multimorbidity（多疾患併存症）の問題は深刻である。病気が互いに影響し合い治療が複雑化するだけでなく、介護、生活支援、社会参加などにも大きく影響する。しかし一方で医学の進歩に伴い膨大な医学知識と専門的な医療技術のため医療現場は細分化・専門化が進んでいる。特に急性期病院においては複数の専門家（診療科、専門医療チーム、認定看護師など）が関与することにより高度で質の高い医療が提供される反面、情報が断片化され全体像が見えにくくなり混乱が生じる場面が増えている。本来は主治医や現場の医療ケアチームがそれぞれの情報を整理して統合することで治療方針や目標が明確化されるのだが、それらの情報が統合されない状態では「何を優先的に行うべきか」「誰のための治療か」が曖昧となり患者を中心とした一体的な治療・ケアが行われていないと感じる。

また介護施設においても医療・介護の問題だけでなく、「独居」「虐待」「経済的困窮」「孤立感」といった複数の社会的課題を同時に抱える利用者が増えている。こうした状況において介護施設の役割も単なるケア提供の枠を超えた「包括的な支援拠点」としての進化が求められている。

在宅医療インテグレーター研修では療養者が抱える多彩な問題を俯瞰的に評価、統合し、協働意思決定を通してその人にとって最も優先すべきことを見極め、取り組む方略を習得することを目標としている。超高齢社会が進む中、まさに在宅医療インテグレーターはさまざまな場面で必要不可欠な存在であると感じる。

【演者略歴】

1995年 浜松医科大学卒業
JA愛知厚生連更生病院（研修医）
2000年 名古屋大学大学院医学系研究科（神経内科学）修了
2004年 JA愛知厚生連安城更生病院 脳神経内科 在宅医療連携推進センター長
2022年 介護老人保健施設あのみ 施設長 兼任
2024年 JA愛知厚生連安城更生病院 高齢福祉事業部長（院長補佐）

利益相反：なし

SY7-2

多職種連携で目指すことは －医療依存度の高い方や独居・知人や親族のいない方の増加にどのように支援するか

高砂 裕子 タカスナ ヒロコ
南区医師会

少子・高齢化の進展による人口減少は、さまざまな形で、在宅医療のあり方を変えている。医療的ケアが在宅でも提供されることにより、在宅療養を選択肢として希望する方が増加している。医療機関では、いつでも専門職が近くに存在し、医療的ケアが提供されているが、在宅医療の現場は、生活を支援する場であり、医療的ケアのみを提供する場ではない。医療的ケアに対する不安は、独居や高齢の方では大きく、少しずつ利用者の気持ちを理解する必要がある。終末期をどのように過ごすかは、具体的な心身や環境の状況にならないと意思決定することに不安をもっている方も終活の話は、ストレスなく思いを話してくれる。終活からご本人の思いを伺いながら、現在のご本人の気持ちに近づくことが大切である。

在宅医療インテグレーター研修では、「がん・難病・認知症・臓器不全（心不全・呼吸不全）」それぞれの疾患に対する病態や最新の標準的な治療について、実践者の医師から講義を受けることができる。また、精神障害や小児在宅医療の現状を多職種で講義を受け、事例検討・演習に参加することで、医療情報に関する理解が深まっている。また、本来の専門職の思いが見え、地域ケアシステムの視野が広がり、明るい可能性を感じることができる。現場では、「どうしてかな？」ともう一步聞けないこともこの演習では、本質が聞ける。

介護保険制度が開始し25年を経過、多職種連携は、それぞれの地域の特色にあった地域包括ケアシステムが構築されている。しかし、人財不足、生産性・効率化を求めることにより、多職種連携が進化し、分断している現場を認める。対象者の方のWell-beingを科学的根拠に基づき、多職種連携が次のステップに進むために、在宅医療インテグレーターの資格化が必要な時期にきている。

【演者略歴】

1982年 京都第一赤十字看護専門学校卒業
京都第一赤十字病院
1990年 服部メディカル研究所
1994年 横浜市医師会 中訪問看護ステーション
1995年 南区医師会訪問看護ステーション 管理者
1999年 // 居宅介護支援センター 管理者・兼務
2006年 愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻地域・老人看護学修了
2014年 全国訪問看護事業協会常務理事
2015年 横浜市在宅医療連携拠点事業 南区在宅医療相談室 相談員・兼務
2021年 全国訪問看護事業協会副会長

利益相反：なし

SY7-3

医療ソーシャルワーカーの立場から～“本人”中心の包括的支援体制のために

堀越 由紀子 ホリコシ ユキコ

星槎大学共生科学部

地域における包括的な支援体制が求められる中、在宅医療機関にも相談支援・連携業務を担当する職員が置かれるようになっている。職能団体の調査（2019年）では在宅療養支援診療所415のうち219箇所（52.8%）に配置され、その最多職種が医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）であった¹⁾。MSWは「社会福祉の立場から患者のかかえる経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る専門職」²⁾で、今ではさらに配置が進んでいる。その最たる理由は患者個々の状況に即した“本人”中心の支援体制が欠かせないからで、このことが在宅医療インテグレーターの必要性にもつながっている。

在宅医療に関わるMSWは、「退院支援」「日常医療の支援」「急変時の対応」「看取り」のフェイズに対応して、①多様な関係者との間で情報共有や支援の調整を行い患者中心の包括的支援体制をつくる、②患者の意向を尊重し家族の状況等も考慮して医療やケアの選択を支援する、③経済、住居、介護、精神面等の課題について患者本人や家族への相談援助や社会資源活用支援を行う、④地域の医療・介護・福祉・教育等の連携を強化し、患者が適切なサービスを受けられる仕組みを調整し、予防教育等を提供して地域全体で患者を支える体制をつくる、といった役割を果たしている。

これらのウエイト付けは、MSWの基礎資格である社会福祉士や精神保健福祉士が業務独占でないこともあって、組織方針や地域状況に左右されがちだが、視点を転じると、それは他の専門職に援用可能であることを意味し、在宅医療インテグレーターのコンピテンシー形成にMSWが貢献できることが示唆される。

- 1) 日本医療ソーシャルワーカー協会（2020）『在宅医療に関わるソーシャルワークの手引き』
- 2) 医療ソーシャルワーカー業務指針〔厚生労働省健康局長通知 健康発第1129001 号 2014年〕

【演者略歴】

北里大学病院・東病院において医療ソーシャルワーカーとして勤務し、在宅医療分野では神経難病患者の在宅医療システム構築や精神疾患と身体疾患を合併する患者の在宅生活支援に従事。2004年より大学教員となり、ソーシャルワーカーの養成教育と現任者のスーパービジョンにかかわっている。2022年より星槎大学共生科学部教授。専門はソーシャルワーク理論、家族ソーシャルワーク。日本在宅医療連合学会評議員。同「在宅医療インテグレーター養成研修」企画運営担当。

利益相反：なし

SY7-4

再考：なぜ今在宅医療インテグレーターが必要なのか ～資格化にむけて～

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・脳神経内科学

2025年を迎え死亡者数がピークを迎える2040年もすぐそこに迫っている。2040年には170万人が亡くなり、その83.4%が後期高齢者となると予測されている。後期高齢者の死因は非がん疾患が多いため、日本の死因は現在のがんが一位の状態から徐々に変化していく。現状でもその変化は始まっており長期間の療養の末に亡くなっていく方が増えている。今後、臓器不全、認知症が爆発的に増加するだけでなく、単身者、経済的困窮者、DV、ネグレクトなど、様々な社会的問題も噴出して来る。それに伴い在宅医療の現場はますます複雑になっていくと思われる。人材不足により、特にケアする人の確保もますます大変になっていき、制度があっても人がいないという状況になる。病院医療はますます厳しくなるため、これまでのような安易な入院は引き受け手がなくなるだろう。このような複雑な状況の中で少しでも幸せに過ごすためにはかなりの工夫が必要である。まずは本人がどう生きたいのかという協働意思決定ができなければ、医療もケアも進めることができない。このような状況をマネージするのは誰でもできることではなく、特殊なスキルが必要である。在宅医療インテグレーターはそのような人材を目指している。すなわち、患者や医療チームとの確かなコミュニケーションができ、現状分析を行い、何が問題なのかを見極め、チームメンバーの特性をつかんだうえで解決にむけたアドバイスする役割である。このような人材が地域包括ケアに一人ずつ配置できたら、日本の医療・ケアはだいぶ良くなるのではないかと考えている。日本在宅医療連合学会在宅医療インテグレーター養成講座資格化ワーキンググループはそのようなスキルがある人材を見える化するために資格化を目指している。

【演者略歴】

神経内科専門医&指導医、内科認定医&指導医、在宅専門医、日本プライマリ・ケア学会認定医、医学博士（北里大学1994年）、医療倫理人材養成講座（CBEL）修了（東京大学大学院2005年）、医療政策学修士（東京医科歯科大学2008年）、臨床倫理認定士（上級認定アドバイザー）

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

2000年 北里大学医学部神経内科学 講師

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 同脳神経内科学教授・市川病院神経難病センター長兼務

2024年4月 同国際医療者教育学・大学院医学研究科 教授

利益相反：なし

シンポジウム8【一般公募企画】

在宅医療教育の力で地域と医療の未来を創る ～コミュニティホスピタルで展開する多角的教育とは～

SY8

【セッション概要】

私たちコミュニティ＆コミュニティホスピタルに関わる病院（コミュニティホスピタル）において、在宅医療は地域医療教育において重要な役割を担っている。

在宅医療の現場では、そこで働く医師や多職種スタッフへの教育が重要であることは言うまでもない。しかし、在宅医療はその特性から、より広範な医療者や地域住民にも教育的な影響を与える可能性がある。例えば、病棟や外来で働くスタッフにとって、患者がどのような生活をしているのかを想像するのは容易ではない。自宅のキッチンがコンビニご飯のゴミで埋め尽くされ、部屋とトイレを結ぶ道に段ボールが積み重なる状況は、現場を離れていると想像しづらい。こうした場面を目の当たりにすることにより、在宅医療に携わる者は患者一人ひとりの多様な生活に触れることができる。この体験は、多くの医療者や地域住民にとって、医療が根源的に何を支えるために行われているのか、地域包括ケアシステムが果たすべき役割についての深い気づきを促すきっかけとなる。

コミュニティホスピタルは総合診療を中心とした医療の提供のみならず、地域住民が主体的に医療に参加できるまちづくりを進め、医療者だけでなく様々な人材を育成している。この中で、在宅医療は地域医療を語りやすい場として活用され、医療の実践を通じて学生、新卒スタッフ、専攻医、他部門のスタッフ、地域の医療機関や企業、住民に「地域医療とは何か」を伝えていっている。

本シンポジウムでは、4つのコミュニティホスピタルにおける多角的な教育活動を紹介し、在宅医療が持つ教育的な力について議論を深めていく。リカレントも含めた総合診療教育、多職種連携教育、マネジメント教育の3つのテーマに沿った取り組みと、実際に教育を受けている専攻医からの目線も紹介してもらう。こうした具体的な経験を共有し、地域医療の未来をみなさんと共に考えていきたい。

座長：小笠原 雅彦^{1,2,3} オガサワラ マサヒロ

¹医療法人社団同善会 同善病院

²医療法人寛正会 水海道さくら病院

³一般社団法人コミュニティ＆コミュニティホスピタル協会

【座長略歴】

2014年	名古屋大学医学部卒業
2014-2018年	豊橋市民病院初期研修医・総合内科
2018-2022年	名古屋大学医学部附属病院総合診療専門医/家庭医療専門医養成プログラム（名大病院－名古屋記念病院－勝川ファミリークリニック－豊田地域医療センター）
2022年4月	同善病院 在宅医療センター長
2022年10月	同善病院副院長、コミュニティ＆コミュニティホスピタル 統括プログラムディレクター
2023年1月	同善病院 コミュニティ支援室長
2024年4月	水海道さくら病院 在宅医療センター長（兼任）

SY8-1

在宅医療教育の力で地域と医療の未来を創る

金杉 裕太 カナスギ ユウタ
同善病院

現在、総合診療専攻医として在宅医療に従事している。本発表では、「なぜ在宅医療は教育的効果が高いのか」という問いに対し、専攻医という立場からの経験と考察を共有する。

在宅医療の教育的価値の中でも特に優れている点は、初学者でも患者のソーシャル背景を直感的かつ具体的に理解できることである。患者の生活空間に入り込み、家族構成、住宅環境、支援の有無などを肌で感じることで、医療のプログラムの中に生活や社会とのつながりを自然に意識できるようになる。在宅でこの視点を養うことで、外来や病棟においてもより全人的な視点を持つようになったと実感している。

また、非常勤と常勤の在宅医療の比較も教育的観点から示唆に富む。非常勤では定期訪問のみで、急変時の対応ができず、他医の助言を受ける機会も乏しかった。臨床判断力はある程度鍛えられたが、ソーシャルマネジメント能力は育たなかった。一方、常勤では指導医と共に継続的に診療を行い、多職種と連携しながら患者や家族の生活に深く関わる経験を積むことができていた。

さらに、豊田、茨城、東京という異なる地域での在宅医療経験も、教育において重要な意味を持つ。豊田・茨城では同居家族による介護が手厚いことが多く、訪問時には医師を丁寧に迎え入れる文化が根づいており、東京とは異なる地域性を感じた。一方、東京では独居や老々世帯が多く、制度調整や多職種連携の複雑さが前面に出る。地域の文脈に応じて患者像も医療の実践も変化し、ソーシャルに対する感受性が育まれた。

本発表では、こうした経験を通じて、在宅医療が初学者にとって極めて教育的効果の高い場であることを提起したい。

【演者略歴】

2010年 早稲田大学政治経済学部卒業後、ITベンチャー入社

2012年 医学部再受験で日本医科大学に入学

2022年 初期研修終了し耳鼻咽喉科・頭頸部外科へ入局

2023年 CCH総合診療科プログラムへ参加

現在は総合診療専門研修プログラムに所属する専攻医3年目として、愛知・茨城・東京の複数地域で在宅医療を経験し、東京都台東区同善病院にて訪問診療に従事している

利益相反：なし

SY8-2

在宅医療におけるマネジメント教育について

渡邊 賢秀 ワタナベ タカヒデ

ほそばたクリニック

在宅医療の現場におけるマネジメントスキルの習得は、医療者の成長および実践力向上に有効であるとする。筆者が院内で開催されたマネジメントスキルの勉強会に参加し、その後マネジメントスキルを学ぶ勉強会の企画・運営を担うことを通じて得られた教育的効果について発表する。

筆者は当初、組織内のマネジメント能力向上を目的としてこの勉強会に参加したが、学んだ内容は院内の組織運営だけでなく、在宅医療現場におけるチーム医療においても役立った。在宅医療の現場では、多職種連携や患者家族との円滑なコミュニケーションが不可欠であり、こうしたマネジメントスキルの学習は極めて重要である。以上より、在宅医療のメンバーを対象としたマネジメントスキルの教育活動は、院内外を問わず実践的効果が高く、今後広く普及・推進されるべき教育プログラムであることを強調したい。

【演者略歴】

2019年 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 初期研修修了

2022年 同病院 総合診療プログラム修了

2022年10月より豊田地域医療センター 在宅部門へ勤務開始

2025年4月よりほそばたクリニック勤務開始

利益相反：なし

SY8-3

多職種協働はどう教育する？ コミュニティホスピタルの実践報告

久保 裕樹 クボ ユウキ

法人看護局

新生病院は、地域包括ケアを法人全体で提供し、入院と在宅療養の垣根をなくしたシームレスケアを展開するコミュニティホスピタルを目指している。当院の特徴として、看護-リハビリスタッフの密接な連携があり、リハビリスタッフが変則勤務や夜勤を行うことで、患者の24時間の生活を見据えた包括的な生活支援を実現している。

在宅フィールドが教育にもたらす価値は大きい。在宅療養視点では、病院でのケアをそのまま移行するのではなく、家庭環境に合わせたソフトランディングする力が養われる。そのために必要なスキルとして、「判断力」「適応力」「対話力」「調整力」「瞬発力」が挙げられる。

これらのスキル育成のため、当院では三つの教育体制を取っている。

- ①チームSTEPPS：多職種連携教育の基盤として導入。コミュニケーション、リーダーシップ、状況モニタリング、相互支援の4つの柱を軸に展開。
- ②ソーシャルラウンド：病棟単位で多職種が患者を訪問し、退院後の包括的支援を在宅視点から組み立てる能力を養成。
- ③ブレンディッドラーニング：対面研修、eラーニング、チャットツールを組み合わせた学習方法で、時間や場所の制約を受けにくい柔軟な学習環境を実現。

課題としては、マネジメント層の育成が挙げられる。看護、リハビリに共通して、具象を抽象化するアナロジー思考に苦手傾向がみられたため、主任階層に対する共通のリーダーシップ研修をブレンディッドラーニング形式で実施している。

また、当初の人事交流や院内留学は継続困難であったため、縦割りから患者中心の組織体制へ変更し、訪問診療・訪問看護部門も院内に位置付けた。今後は継続的な教育的関わりの実現が課題である。

本報告では、当院における多職種協働を軸とした教育支援体制について紹介する。この教育モデルが、コミュニティホスピタルにおける地域包括ケア教育の新たな可能性を示すものとして期待したい。

【演者略歴】

2006年 長野県看護大学卒

2009年 特定医療法人新生病院 入職

2019年 同法人 在宅医療部門管理者

2023年 同法人 法人看護局副部長

利益相反：なし

SY8-4

総合診療教育の中核としての在宅医療－多様な学びと成長の場

五味 一英 ゴミ カズヒデ
桜新町アーバンクリニック

当院は、総合診療医を中心としたグループ診療を行う機能強化型在宅支援診療所である。現在、在宅患者数は約480人、年間約150人の在宅看取りを実施しており、外来と訪問診療を通じた地域密着型の医療を展開している。また、総合診療専門医プログラムの基幹施設として、医学生、初期研修医、総合診療専攻医の育成にも注力している。

在宅医療は、総合診療専門医研修で習得が求められる7つの資質・能力－①包括的統合アプローチ、②一般的健康問題への診療能力、③患者中心の医療・ケア、④連携重視のマネジメント、⑤地域包括ケアを含む地域志向アプローチ、⑥公益に資する職業規範、⑦多様な診療の場に対応する能力－を横断的かつ実践的に学べる、極めて教育効果の高い場である。患者の生活の場に入り込み、価値観や文化を踏まえた医療を体感することで、「医師としての在り方」や「医療の本質」への深い気づきを得ることができる。

さらに当院では、定期的な多職種カンファレンスや医療安全・倫理・感染対策・災害対応などの委員会活動、訪問看護・訪問リハビリテーション・ケアマネジャーとの同行研修を通じて学びを広げている。また、地域食堂の運営支援や地域の祭りでの救護活動など、診療所の枠を超えた地域参加も教育機会として活用している。

在宅医療は、病棟や外来では得られない“生活に根ざした医療”を体現する場であり、専攻医に限らず、専門診療科からの転向者や、病院から在宅へ活躍の場を移した医師のリスキリングにも有効な教育フィールドである。本発表では、当院における総合診療教育と在宅医療の実践を通じた多角的な教育の取り組みを紹介し、地域と医療の未来を見据えた議論を皆様と共有したい。

【演者略歴】

2007年 昭和大学医学部卒業
2007年-2009年 国立病院機構東京医療センター初期研修医
2009年-2014年 国立病院機構東京医療センター総合内科専修医
2014年 医療法人社団プラタナス桜新町アーバンクリニック
2021年 同院在宅医療部長
日本在宅医療連合学会 在宅医療専門医・指導医
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・認定指導医
日本専門医機構 総合診療専門医研修特任指導医
日本緩和医療学会緩和医療専門医

利益相反：なし

シンポジウム9【長崎企画：日本尊厳死協会合同企画】

意思決定支援のこれまでとこれから ～事前指示書からACPへ、そして～ SY9

【セッション概要】

本企画は日本尊厳死協会との合同企画で行う日本尊厳死協会本部の了解を得ています。日本における意思決定支援の歴史は、1976年の日本尊厳死協会のリビング・ウィルから始まり、さまざまな団体が独自の事前指示書を発表してきた。その結果事前指示書の必要性に対する理解は深まってきたが、それにもかかわらず、実際に事前指示書を書く人は少ない。また、死ぬ権利よりも生きる権利をもっと重要視すべきという批判や、救急の現場からも批判があった。そうした中で2018年の厚労省の「人生の最終段階における医療の意思決定プロセスに関するガイドライン」の発表により、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）が日本の医療介護の現場に導入されるに至ったが、ACPに関してはさまざまな定義があり、また、ACPをDNARの同意を得ることだと誤解する人々もあり、ACPに対する理解や普及はまだまだ不十分である。2021年に、それまでACPを推奨してきたMorrisonらが「What's Wrong With Advance Care Planning?」という論文でACPが今後の治療内容に及ぼす影響が限定的であるとの批判をおこなった。そうした中で我々は何のためにACPおこなってきたのか？方法は適切であったのか？また、これから我々の目指すべきゴールとその方法についてなどを議論したい。

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、92-94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（倫理・利益相反委員会 委員長）、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

座長：三浦 靖彦 ミウラ ヤスヒコ
岩手保健医療大学

【座長略歴】

昭和57年東京慈恵会医科大学卒 腎臓高血圧内科講師、総合診療部教授を経て、現在岩手保健医療大学教授・臨床倫理研究センター長、東京慈恵会医科大学客員教授

SY9-1

ACPのこれまでとこれから

森 雅紀 モリ マサノリ

聖隷三方原病院

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）は、患者の自己決定を尊重する考え方や、1990年代に発表された SUPPORT studyの教訓を契機として注目され、「話し合いのプロセス」としての意義がこの30年の間に徐々に広がってきた。国内においては、2018年に改訂された「人生の最終段階の医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」以降、在宅医療や診療所、病院など、医療・介護の多様な現場でACPが推奨されるようになり、診療報酬やがん診療連携拠点病院の要件にも組み込まれるに至っている。一方で、実践の場では「何をどのように話せばよいのか」「どのように進めるのが適切か」と悩む声も少なくない。

ACPは、本人・家族・医療ケア従事者の間におけるコミュニケーションを促進し、ケアの質や意思決定の納得感を高める可能性を持つ一方で、その効果に関しては多様な見解がある。近年の無作為化比較試験を対象としたスコアレビューでは、ACPが短期的な満足度や話し合いの実施率には一定の効果を示すものの、生活の質（QOL）や目標に沿ったケアの実現に関する効果は限定的であることが報告されている。これらの知見は、ACPの限界を示すものというよりも、現場の課題や文脈に応じた柔軟な活用が求められていることを示唆するものと捉えることができる。

本講演では、まずACPの歴史的背景を概観し、近年のエビデンスを踏まえて主要な論点を整理する。そのうえで、各現場においてACPをどのように位置づけ、活用していくかについて具体的に検討する。ACPは画一的な手法ではなく、現場の課題に応じて多職種で支える柔軟な営みである。正解は一つではなく、「今、この現場で何が求められているか」を丁寧に捉えることが実践の出発点となる。多職種の皆様とともに、これからのACPのあり方を考える機会としたい。

【演者略歴】

2002年	京都大学医学部卒業
2002-2004年	沖縄県立中部病院 内科初期研修
2004-2007年	ベスイスラエルメディカルセンター 内科初期研修
2007-2008年	MD アンダーソンがんセンター ホスピス緩和医療後期研修
2008-2011年	バーモント大学医学部 血液・腫瘍内科後期研修
2011-2016年	聖隷浜松病院 緩和医療科
2016年-現在	聖隷三方原病院 緩和ケアチーム（2021年11月-緩和支援治療科部長）

利益相反：なし

SY9-2

ACPのツールとしての改訂リビング・ウィルの有用性

満岡 聡 ミツオカ サトル
医療法人満岡内科クリニック

公益財団法人日本尊厳死協会は1976年に設立以来、事前指示書の普及を推進してきた。予期不能な急病や事故など意思表示ができない状態での医療について事前指示の必要性は言うまでもない。しかし、従来のリビング・ウィル（LW）は本人の意向が家族や主治医と共有されていない等の問題があった。アドバンス・ケア・プランニング（ACP）は1994年にTenoら提唱され、1990年代以降、欧米に広がり、日本では2018年に厚労省が「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」の改定を行い、ACPが推進されることとなったが、未だにACPは普及と理解は滞っている。ACPの原著でのゴールは「患者が意思決定に参加できなくなった時の医療・ケアが確実に患者の意向に従い形成されること」であったが、2022年、宮下淳らが発表した日本版ACPの定義と行動指針では「必要に応じて信頼関係のある医療・ケアチーム等1の支援を受けながら、本人が現在の健康状態や今後の生き方、さらには今後受けたい医療・ケアについて考え（将来の心づもりをして）、家族等と話し合うこと」として、本人の意向が確認できる時からの話し合いとなった。そうした中で2021年以降それまでACPを推進してきたMorrisonらの論文を皮切りに否定的な論文が多数発表され、ACPは「踊り場に立つ」事態となった。日本尊厳死協会は2022年にACPの概念を取り入れたLWを発表した。いわゆる「延命」の拒否と緩和ケアの充実、プロセスとしての話し合いを根本として、内容を補完する私の希望表明書で細かな希望を表明することができるものである。今後のACPは最初に大まかな方向性を共有し、必要な時にその時々意思決定を支援（in-the-moment decision making）が推奨されており、そのツールとして私の希望表明書を含め改訂版LWは有用である。

【演者略歴】

1986年産業医科大学卒業。1992年長崎大学大学院医学研究科修了。

2000年、満岡内科消化器科医院（現医療法人満岡内科クリニック）開業。2010年に在宅医療介護福祉の多職種ネットワーク、在宅ネット・さがを創立し、は2013年にJPAP オレンジサークルアワードのBest education model of the Year 賞、2017年には地域再生大賞優秀賞を受賞したが2018年以降は活動を休止中。2017年より公益財団法人日本尊厳死協会本部学術研修担当理事としてACPを踏まえたリビング・ウィルの改訂を進め、協会は2022年11月に改訂版リビング・ウィルを発表した。

利益相反：なし

SY9-3

実存は本質に先立つ

大友 宣 オオトモ セン
医療法人財団老蘇会 静明館診療所

これまで蘇生を試みない指示（Do Not Attempt Resuscitation=DNAR）、事前指示（Advance Directive=AD）や、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Plannning=ACP）など様々な死に関する患者の自己決定の試みや研究がされてきた。病院や在宅での臨床現場でのACPを振り返りながら、それがどのように患者に影響を与えて来ているのか示す。

歴史的に死に関する自己決定は、「それぞれが自分の好きなように決めて良い」というようなAD型から、関係者の多くがより納得の行くような結論に導くような対話を重視するACP型に変わってきたとも言える。より理性的でより大人の判断を作りやすくなっている反面で、それは患者を抑圧するものとなって、制度や周囲の人々によって概ね決められてしまうプロセスを踏むことがある。ACPはある意味でヘーゲルが体系をつくりあげた弁証法的に作られていると言っても良いかもしれない。ある意味で手順がないような体系によって成り立っている。そのようなACPには光の部分もあるが、多く影の部分も語られている。

ACPのこれからや死に関する自己決定の今後を考えるとときには、実存主義者たちが巨大で完全と考えられていたような壁であるヘーゲルを乗り越えようとしたのと同じように、「実存は本質に先立つ」ことから考えるのがよいのであろう。人間性や理性といったような本質より、私という存在や私の生き方といった実存が先立っているとする議論こそACPを乗り越えるものではないだろうか。

【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
2022年 第11回北海道在宅医療推進フォーラム 実行委員長

利益相反：なし

シンポジウム10【プログラム委員企画】

在宅医療における特定行為研修修了者の活躍と病院との連携

SY10

【セッション概要】

本シンポジウムでは、長崎県の事例を中心に、特定行為研修制度に詳しい厚生労働省の担当者や現場の看護師、さらには全国の先進事例を取り上げ、病院と在宅医療の間の連携についての具体的な取り組みと課題を探ります。

在宅医療の現場では、医師を含む医療専門職の確保が今後の大きな課題であり、特定行為研修を修了した看護師の役割がより重要になっています。しかし、病院に比べ在宅医療でのこれら看護師の活用は十分に進んでいません。本シンポジウムでは、この課題に対する解決策として、病院の看護師が地域でどのように活躍できるか、また、病院との連携の重要性和その構築方法、新しい連携の形（夢）について議論します。

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】

1991年 杏林大学医学部卒、杏林大学附属病院第2外科（現呼吸器外科・乳腺外科）医局入局
1997年 杏林大学大学院卒
1998年 静岡県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
2012年 立川在宅ケアクリニック
2015年 立川在宅ケアクリニック院長
1996年 東京都監察医務院非常勤監察医
2006年 警視庁嘱託医
2016年 立川市医師会理事
2023年 東京都医師会理事 東京都社会保険診療報酬請求書審査委員会 副審査委員長
2024年 日本医師会社会保険診療報酬検討委員会委員

座長： 本田 和也 ホンダ カズヤ

純真学園大学大学院保健医療学研究科看護学専攻 診療看護師（NP）コース 講師

【座長略歴】

2007年 長崎医療センター看護師 入職
2014年 東京医療保健大学大学院看護学研究科（NP教育課程）修了（看護学修士）、長崎医療センター 診療看護師（NP）
2018年 長崎県上五島病院 内科 診療看護師（NP）
2019年 長崎医療センター 脳神経外科 診療看護師（NP）
2021年 日本NP学会副理事長
2024年 九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻修了（医療経営・管理学修士）、長崎医療センター 副看護師長（兼任）、九州大学大学院保健学専攻博士後期課程入学
2025年 純真学園大学大学院保健医療学研究科看護学専攻 診療看護師（NP）コース 講師

SY10-1

看護師による特定行為の研修制度について

初村 恵 ハツムラ ケイ
厚生労働省

看護師による特定行為の研修制度は、手順書により一定の診療の補助を行う看護師を養成する研修として2015（平成27）年10月から保健師助産師看護師法に基づき運用が開始され、制度創設から10年を迎えようとしています。医学の進展、医療に対する国民のニーズが多様化する一方で、高齢化、人口減少が進み限られた人材の中で、国民の期待に応える質の高い医療を提供していくための体制整備は喫緊の課題です。

そのような中で、特定行為にかかる研修を修了した看護師の活躍には期待が寄せられています。看護師による特定行為の研修は、特定行為（診療の補助行為）を実施することに主眼が置かれることが多いですが、研修の共通科目として臨床推論やフィジカルアセスメントがあり、看護師のアセスメント能力を向上させる研修であることがポイントです。アセスメント能力は特定行為（診療の補助行為）に限らない看護実践にも活かせることから看護師として一層自律的な活動が期待できます。令和4年度「看護師の特定行為研修に係る実態調査・分析等事業」（実施団体：三菱UFJリサーチ&コンサルティング）で作成された「看護師の特定行為研修の修了者に関する医師との協働の事例集」においては、【修了者は「何かおかしい」患者の異変を的確に見極め万が一に備えて対策できるため、急変する患者や医師へのコールが減少した】【医師が病棟に不在になりがちな手術日に特定行為研修修了者を病棟・ICUに配置することで、処置・治療が滞らずにタイミング良く実施できるようになった】等の報告がされています。

こうした看護師の特定行為研修修了者の活躍を一層推進するために、厚生労働省では、医師との協働の事例集の作成や地域における特定行為実施体制推進事業などの取組を行っています。

【演者略歴】

2006年 千葉大学大学院看護学研究科博士前期課程修了、厚生労働省入省
2016年 大臣官房厚生科学課 科学技術調整官
2018年 長崎県福祉保健部国保・健康増進課 参事
2020年 老健局老人保健課 介護予防対策専門官
2022年 医局看護課 課長補佐
2024年 医政局看護課看護サービス推進室長

利益相反：なし

SY10-2

これからの在宅医療を考える — 特定行為研修修了者の役割とは —

戸北 正和 トキタ マサカズ
長崎大学病院

看護師特定行為とは診療の補助であり、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる。特定行為区分は21区分38行為があり、領域パッケージも6つ設けてある。長崎大学病院特定行為研修は、2020年4月に特定行為研修の指定研修機関となった。研修目的として、急性期医療から在宅医療まであらゆる領域において、安心・安全を保障しながら高度な臨床実践能力を発揮して、チーム医療のキーパーソンとして機能できる看護師の育成を掲げている。2024年6月には在宅・慢性期領域パッケージを追加開講し、訪問看護ステーションの受講生も研修に励んでいる。特定行為研修修了者の就業場所は、全国的に見ても病院が8割強に対して、訪問看護ステーションは1割にも満たない状況となっている。長崎県内の特定行為研修修了者は、3月1日時点で把握できている人数は約100名であり、その中で訪問看護ステーションに勤務する特定行為研修修了者は、全国平均とほぼ変わらない状況である。訪問看護ステーションの管理者からは、受講させたいと思わない管理者も約4割であり、その理由として職員に余裕がない、該当者がいない、看護師の負担が増えるとの声がある。一方で、受講させたい管理者も半数近くおり、看護職員のスキルアップやQOLの向上、特定行為研修修了者の波及効果を期待する声もあり、これからの在宅医療の中で特定行為研修修了者への期待度も高い。病院から地域へ繋ぐ医療を展開する上で、特定行為研修修了者の役割は大きいと考えている。個々の患者さんのその人らしさを尊重し、患者さんを中心に全ての人の懸け橋となれるよう研鑽していく中で、在宅医療がどのように変化していくか、現時点での課題と今後の展望について考えていきたい。

【演者略歴】

所属：国立大学法人 長崎大学病院 看護部 特定行為研修室
氏名：戸北 正和
ふりがな：ときた まさかず

略歴

1996年 長崎大学病院入職
2009年 皮膚・排泄ケア認定看護師資格取得 褥瘡管理者
2012年 救命救急センター看護師長
2016年 褥瘡管理者
2019年 自治医科大学看護師特定行為研修修了
2021年 特定行為研修室長 兼 看護師長
～現在に至る

【所属学会】

日本創傷・オストミー・失禁管理学会
日本褥瘡学会
日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会
日本フットケア・足病医学会

利益相反：なし

SY10-3

特定行為研修修了生に求められる役割と課題、在宅医療領域における先進事例の紹介

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 企画管理室／白川分院在宅世話どりセンター

2015年10月1日から始まった看護師の特定行為研修と連動して、全国で指導者講習会が定期的に行われていました。私は2016年度から現在まで、複数の看護師特定行為研修指導者講習会へ指導者として参加し、特定行為研修修了生の役割と課題に関するセッションを担当してきました。2021年度からは指定研修機関の指導者として、在宅・慢性期領域での指導にも携わっています。これらの経験を通じて、在宅医療領域での特定行為研修修了生の役割と課題が「行為の実践と看護の質向上」から「診療の質向上」へと進化してきたと感じています。また、在宅医療領域では、通常は病院に勤務する特定行為研修の修了生が在宅医療のフィールドで先進的な活動を展開している事例も報告されています。これらの活動は、在宅医療全体の質の向上に寄与する重要な役割を果たしています。

本発表では、在宅医療領域での先進的な修了生の活動を紹介すると共に、これまでの指導経験から得た修了生に求められる役割と課題についても詳述します。

【演者略歴】

2004年 佐賀医科大学医学部 卒業

天理よろづ相談所病院で初期研修および内科後期研修 修了

その後、国内外の大学院で公衆衛生、医療マネジメント、医療政策を学ぶ

2019年より現職

2020年 奈良県医療政策局（嘱託、兼務）

2023年 天理よろづ相談所 企画管理室（兼務）

在宅医療の専門医として臨床に従事すると同時に、在宅医療領域での研究を行っている

主な学位・資格：

在宅医療専門医／指導医、総合内科専門医、社会医学系専門医

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）

利益相反：なし

SY10-4

病院と地域で活躍する診療看護師（NP）・教育者の立場から

本田 和也 ホンダ カズヤ

純真学園大学大学院保健医療学研究科看護学専攻 診療看護師（NP）コース 講師

人口減少、高齢化が進む地域社会において、病院と在宅医療の円滑な連携体制の構築は急務である。しかし現状では、病院と地域の間に存在する制度的・文化的な壁により、医療資源の有効活用や継続的なケアの提供が十分に実現できていない。特に、医師不足が顕在化する地域において、診療看護師（NP）や特定行為研修修了看護師の活用が求められているものの、在宅領域での配置や役割発揮はまだ限定的である。私はこれまで、急性期病院に勤務する診療看護師（NP）として、脳卒中などの高度急性期医療に従事するとともに、離島地域での在宅支援にも携わってきた。また、2025年4月からはNP教育課程の教育者として、地域医療や在宅医療に貢献できる高度実践看護職の育成にも関わり始めたばかりであり、教育現場での役割発揮については、まさに模索を重ねている段階である。こうした実践と教育の入り口での気づきを通じて、地域で看護師がより高度な役割を担うことの可能性と課題を実感している。本シンポジウムでは、1. 診療看護師（NP）の視点から見た、病院から地域への橋渡しにおける役割、2. 医療経営・管理の視点から、特定行為研修修了者が地域で活躍するために必要な支援体制とマネジメントの工夫、3. 教育現場における在宅および地域で機能する人材育成の方向性と課題、の三点を中心に発表を行う。また、病院勤務の看護師が在宅および地域で活動を展開する際の成功事例と課題を共有し、今後の連携のあり方について、現場からの視点を交えて提言したい。本発表を通じて、病院と在宅をつなぐ看護の力、特定行為研修制度の活用促進、そして人口減少に伴う医療人材確保の困難という課題に直面した地域包括ケア時代にふさわしい連携のあり方について、皆様とともに考える機会としたい。

【演者略歴】

2007年 長崎医療センター看護師 入職
2014年 東京医療保健大学大学院看護学研究科（NP教育課程）修了（看護学修士）、長崎医療センター 診療看護師（NP）
2018年 長崎県上五島病院 内科 診療看護師（NP）
2019年 長崎医療センター 脳神経外科 診療看護師（NP）
2021年 日本NP学会副理事長
2024年 九州大学大学院医学系学府医療経営・管理学専攻修了（医療経営・管理学修士）、長崎医療センター 副看護部長（兼任）、九州大学大学院保健学専攻博士後期課程入学
2025年 純真学園大学大学院保健医療学研究科看護学専攻 診療看護師（NP）コース 講師

利益相反：なし

シンポジウム11【プログラム委員企画】

在宅医療・ケアの質を担保する～各地での実践から学ぶ～

SY11

【セッション概要】

在宅医療は、密室医療であり、医療・ケアの質を担保することが難しい現状です。そこで、今回、地域の現場で、質の高い医療・介護に結び付けるコーディネーター養成研修会を行った高松市での活動を香川県立保健医療大学看護科の片山陽子教授に、立川在宅ケアクリニック理事長井尾医師には、訪問医療を行うことでの気づきと提言を、また、患者ファーストの思いで施設運営をされている「はなみずきの家」の管理者である大井真澄さんには、施設管理者としての思いを、薬剤師のコンピテンシーモデルを帝京平成大学薬学部の井手口直子教授に講演いただきます。それぞれの立場で、在宅医療・ケアの質を担保するきっかけづくりになればと思っています。

座長：大橋 英司 オオハシ エイジ

医療法人社団 大橋内科胃腸科

【座長略歴】

1990年 兵庫医科大学卒業
 兵庫医科大学第4内科（消化器内科）研修医
1991年 財団法人 浅香山病院
2001年 大橋内科胃腸科 院長
2007年 医療法人社団 大橋内科胃腸科 理事長

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】

1987年 帝京大学薬学部卒業 薬剤師免許取得
2012年 博士（薬学）帝京大学
2019年 名古屋大学大学院教育学研究科博士後期課程単位取得退学
2020年 博士（教育）名古屋大学
2003年 株）新医療総合研究所代表取締役
2006年 日本大学薬学部専任講師
2010年 帝京平成大学薬学部準教授
2013年 同 教授
2013年 同 大学院薬学研究科 教授
全国薬剤師在宅療養連絡会（JHOP）副会長
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
日本在宅医療連合学会評議員 他

SY11-1

一人ひとりに寄り添う在宅医療ケアを支えるための人材育成 —高松市在宅医療コーディネーター養成事業—

片山 陽子 カタヤマ ヨウコ
香川県立保健医療大学

高松市・高松市医師会が共催し、高松市在宅医療介護連携推進会議の活動として在宅医療コーディネーター養成研修会を開催し2024年度で10年を迎え、その間約400名の在宅医療コーディネーターが養成された。在宅医療コーディネーターは、高齢者一人ひとりの意思を尊重した在宅移行・在宅療養の支援を担い、介護保険や医療保険など制度の枠にとらわれることなく、必要な支援と調整を行うために、病診連携や地域での多職種協働を基にコーディネートすることを役割としている。

在宅医療コーディネーターは年間約40名を募集し、高松市の医療機関や在宅ケア提供機関で勤務している多職種が所属機関から推薦を受けて受講生となり、年間6回シリーズの研修会に参加する形で行っている。『最期まで自分らしく生きる』そのために本人の生きがいや幸せを支えることの実践としてアドバンス・ケア・プランニング、本人を中心とした意思決定支援を中核とした生活支援・在宅医療ケアのあり方について情報提供と事例検討をとおして学ぶプログラムである。受講生は、通常各々の役割をもち勤務しているため、コーディネーターとしての役割発揮も所属機関での勤務状況に応じて異なり、それぞれの立場で学んだことを活かして実践している。研修は合計6回の受講を必須とし、第6回の最終講座は講演会形式で実施し、受講修了生に対して高松市長、高松市医師会長を迎え、修了証授与式も開催している。また、過年度の修了生が事例検討のファシリテーターとして参加したり、年2回のスキルアップ研修や希望者に対して訪問診療への同行研修も実施するなど継続的に取り組んでいる。これらは、高齢者一人ひとりに寄り添う在宅医療・ケアの質向上への取り組みとして、課題の検討や評価を実施しながら展開してきた。今回は、高松市の地域における取組例として紹介し、皆様とディスカッションする機会としたい。

【演者略歴】

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・居宅介護支援専門員
平成17年 4月～ 香川大学医学部看護学科 在宅看護学助教・講師
平成21年10月～ 22年9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 在宅看護学准教授・教授
令和 6年 4月～ 現在 香川県立保健医療大学副学長

利益相反：なし

SY11-2

質を担保するには医療者の理念と覚悟が必要

井尾 和雄 イオ カズオ

立川在宅ケアクリニック

地域も教育も経験も異なる医療者（在宅医・訪問看護師・訪問薬剤師・・・）では「在宅医療・ケアの質を担保する」ことなど出来ません。出来ることは個々の医療者が理念と覚悟を持って24時間・365日体制で患者・家族を見守り、最期を看取ることにあります。当院の開業以来の理念は「診る・看る・看取る」、2025年3月末まで4856人を看取ってきました。癌が約85%、非癌が約15%の割合です。総ての患者に必要な医療は緩和ケアです。特に癌末期患者には緩和ケアが必須です。病院医療を持ち込むのではなく、患者・家族の希望を充分聴き、尊厳ある「死」を迎えるために必要な緩和ケアを提供することが使命です。そのためには在宅医療の開始前に患者・家族との面談が必須です。充分話しを聴き、在宅での訪問診療、訪問看護の体制をお伝えし、本人の「家で最期まで過ごしたい覚悟」、家族の「家で看取る覚悟」を確認します。問題になるのは癌、非癌とも介護です。癌の場合、本人が「家族に迷惑をかけたくない」などの理由で緩和ケア病棟を希望する場合、家族が看取ることを嫌がる場合には早期の緩和ケア病棟への相談をお勧めします。非癌の場合には特養、サ高住などを捜すようにお勧めします。癌、非癌とも症状緩和は可能な限り行うこと必ずお伝えします。強調して伝えるのは「点滴は天敵」「119番はしない」の2点です。在宅での看取りには「本人の覚悟」「家族の覚悟」「医師の覚悟」三つの覚悟が必要です。特に最期まで診る、死亡診断する「医師の覚悟」が重要になります。皆さん覚悟はありますか？

【演者略歴】

1952年：熊本市生れ

1984年：帝京大学医学部卒

1984年～2000年：帝京大学病院・国立王子病院・井上レディースクリニック麻酔科勤務

2000年2月：在宅緩和ケア診療所開業

2025年2月：26年目突入

利益相反：なし

SY11-3

End of life care はなみずきの家（看取りの施設）の取り組み

大井 真澄 オオイ マスミ

はなみずきの家

夫がクリニックを開業した2008年に実父が肺がんStⅣとなり、在宅で看護介護する事となる。約1か月、自宅で看護介護したが、在宅での看取りの大変さ、難しさを実感する。その後、24時間在宅支援診療所として末期がんの患者の訪問診療を始める。当時の在宅医療には限界があり、患者が具合が悪くなると家族がパニックとなり救急車を呼んで病院に送り、結局、病院で亡くなるというケースが多い事を痛切に感じる。家族の立場として、患者にとって、自宅で過ごしているような自由な場所、そして、医師、看護師、介護士、薬剤師等のプロの手によるケアが24時間受けられる施設を作ろうと決意した。

2012年埼玉県川越市にて、はなみずきの家（10部屋）を開設する。 はなみずきの家では、自宅のように自由に過ごす事が出来る。消灯時間は決まっていない。面会は24時間、会いたい人にいつでも会え、年齢制限もない、飼っている動物も部屋に連れて来ても良い。家族が部屋に泊まる事も出来る。食事は、手作りで食べたいものをリクエスト出来、家族や友人の持ち込みや一緒に食事する事も出来る。喫煙所があり、飲酒も出来る。外出、外泊も自由。改めて許可を得る必要もない。お風呂は、自立の患者は毎日入る事が出来、寝たきりの患者は最低週2回は入浴出来る。看護師は24時間常駐している。ナースコールがあり、いつでも呼ぶ事が出来る。 訪問診療は週2回行っている。何かあればその都度訪問している。緩和医療は、病院とほとんど変わらない医療を行っている。病院と違う所は、投薬や点滴等、必ず患者本人または家族にメリット、デメリットを説明し、したくない事はしない、して欲しい事はする、という考えのもと行っている。看取りが近くなれば、早めに家族に連絡し、家族一緒に看取りを行っている。患者本人には聞く事が出来ないが、家族満足度、100%の施設である。

【演者略歴】

【氏名】 大井 真澄

【学歴】

昭和61年3月 昭和女子大学短期大学部家政学科卒業

【職歴】

平成20年9月 ちあきメディカルクリニックを医師の夫と開業

平成24年6月 はなみずきの家 川越 開設

平成28年9月 はなみずきの家 浦和美園 開設

利益相反：なし

SY11-4

薬剤師の在宅医療での貢献、質の向上への取り組み

井手口 直子 イデグチ ナオコ

帝京平成大学薬学部

日本の在宅医療における薬剤師の貢献は近年ますます重要性を増しているが、その質の向上にはいくつかの課題もある。まず薬剤師の在宅医療での役割は、服薬管理とアドヒアランス向上であり、薬剤の一包化や服薬カレンダー作成、服薬状況の確認などを通して、適正な服薬をサポートすることであり、ポリファーマシーの解消のための主治医への情報提供がある。同時に副作用や服薬に関する問題点を早期発見し、医師や看護師に報告、患者の状態や検査値に基づいた処方提案も行う。

その際には、訪問看護師、ケアマネジャー、医師などとの情報共有により、患者中心のチーム医療を推進し退院時カンファレンスやサービス担当者会議にも参加する。

また、医療用医薬品と介護保険サービス（福祉用具、在宅酸素など）との連携で在宅療養に必要な医薬品や衛生材料の供給も行う。

一方質の向上に向けた課題としてあげると、在宅医療に必要なスキル（フィジカルアセスメント、コミュニケーション、臨床判断など）は薬局薬剤師の間で差が大きく、教育体制の整備が課題。現場での実習や認定制度の普及が求められる。また、多職種でのICT活用と情報共有のリアルタイムでの連携にも地域差がある。そして在宅訪問の薬剤管理に関わる診療報酬や時間的制約で薬剤師業務の効率低下や疲弊もある。さらに地域包括ケアにおいては「地域の薬剤師会・薬局ネットワーク」の構築が重要だが、情報共有のプラットフォームが未整備な地域もあり地域差がある。今回は、昨年の診療報酬改定で薬剤師が在宅での終末期訪問の回数や無菌調整について評価された根拠と、さらなる薬剤師の在宅の質を向上するための指標となるコンピテンシー（能力要件）について多職種、患者視点からの検討も加えて解説する。

【演者略歴】

1987年 帝京大学薬学部卒業 薬剤師免許取得
2012年 博士（薬学）帝京大学
2019年 名古屋大学大学院教育学研究科博士後期課程単位取得退学
2020年 博士（教育）名古屋大学
2003年 株）新医療総合研究所代表取締役
2006年 日本大学薬学部専任講師
2010年 帝京平成大学薬学部準教授
2013年 同 教授
2013年 同 大学院薬学研究科 教授
全国薬剤師在宅療養連絡会（JHOP）副会長
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
日本在宅医療連合学会評議員 他

利益相反：なし

シンポジウム12【プログラム委員企画】

利用者・家族からの暴力・ハラスメント対応を多職種で考える

SY12

【セッション概要】

昨今、在宅医療・介護従事者が被害者となる殺人、暴行などの重大事件が起き、臨床現場での対策が急務となっている。厚生労働省、警察庁などから連携、協力を要請する通達が出され、相談窓口の設置や対策マニュアルを発行している自治体もある。このような公的機関からの支援は重大かつ不可欠なものであるが、未だ一部の取り組みであると言わざるを得ない。

在宅の臨床現場で適切な対応を行うためには、職員、管理者ともに暴力・ハラスメント対策に関する基礎知識を身につけ、協力、連携を図ることが必要であるが非常に難しい現状がある。なぜなら在宅医療、介護サービスの利用者への支援は、利用者宅や通所系の施設など場所、関係する多職種の専門性、職場環境や状況についても非常に多様であり、それらを相互に理解した上で、共に検討しなければならないが、その場を持つこと自体、大変労力を要するからだ。

本シンポジウムでは、在宅医療における暴力・ハラスメントに関する活動を行っている研究者、在宅医療に関わる医師、看護師、介護福祉職、薬剤師から話題提供をいただく。研究者からは暴力・ハラスメント被害の現状や対策に関する国内の動向、訪問看護師からセクシュアル・ハラスメント事案や弁護士への相談しながら対応した事例、薬剤師からは言葉によるハラスメントや専門性が軽視されている現状、介護福祉職からは利用者優位になりやすい環境や地域で実施したカスタマーハラスメントに関するアンケート結果、在宅医からは多職種を守るための地域ネットワークづくりと多職種研修会開催の紹介など、各専門職の立場から暴力・ハラスメントの事例や地域での取り組み、その中で感じている課題など、臨床の多職種による実践例に触れ、シンポジストとフロア参加者とともに対策について考える。

座長：武 ユカリ タケ ユカリ
座長：谷亀 光則 ヤガメ ミツノリ

¹森ノ宮医療大学

²望星大根クリニック

【座長略歴】

座長1：武ユカリ（森ノ宮医療大学）

<略歴>2019年大阪市立大学大学院看護学研究科博士課程修了 博士（看護学）

日本在宅医療連合学会評議員

全国訪問看護事業協会「訪問看護師が利用者・家族から受ける暴力に関する調査研究事業」委員

『在宅ケアの悩みごと解決マップ ケースで現場の問題「見える化」します』分担執筆

学研メディカルサポート「訪問看護における利用者・家族からの暴力・ハラスメント対策」

座長2：谷亀光則（望星大根クリニック）

<略歴>医療法人社団 松和会 望星大根クリニック 院長

日本在宅医療連合学会理事

日本医療ソーシャルワーカー協会監事

日本腎臓学会学術評議員

伊勢原市介護認定審査委員

SY12-1

在宅医療現場における暴力・ハラスメント問題をめぐる国内の動向

三木 明子 ミキ アキコ

関西医科大学看護学部・看護学研究科

カスタマーハラスメントとは、顧客等からのクレーム・言動のうち、当該クレーム・言動の要求の内容の妥当性に照らして、当該要求を実現するための手段・態様が社会通念上不相当のものであって、当該手段・態様により、労働者の就業環境が害されるものである。

カスタマーハラスメントに関する裁判事例では、2019年1月の訪問介護ヘルパーの死亡事件や、2019年2月の訪問看護師への薬物混入事件において、いずれも利用者（被告）は実刑判決を受けている。一方、家族の言動で看護師の退職が相次ぎ病棟閉鎖に追い込まれた事件では、病院側の上告を棄却し、最高裁で家族の言動の違法性は認められなかった。本シンポジウムを機に、利用者・家族からの暴力・ハラスメント対応を多職種で検討したい。

2025年4月に東京都と北海道でカスタマーハラスメント防止条例が施行されるが、在宅医療現場においても団体・自治体レベルでの取り組みが進められている。兵庫県は全国に先駆け、2017年度から訪問看護師・訪問介護員安全対策・離職防止対策事業を開始し、複数訪問費用補助、ハラスメント対策取組支援補助、暴力等対策マニュアルのWeb公開、相談窓口の開設、暴力等対策研修会の実施など、継続的に活動している。2022年1月に発生したふじみ野市散弾銃男立てこもり事件後に、埼玉県は暴力・ハラスメント安全確保対策として、複数人訪問費用補助事業、専用相談窓口の設置事業、医療安全啓発事業を行っている。福岡県は暴力・ハラスメント対策を推奨し、2024年6月にカスハラ相談センターの開設、マニュアル作成、研修受講修了証書発行済みの事業所一覧のWeb公開などの活動を展開している。また、沖縄県や鹿児島県医師会が警察と連名で暴力対策啓発ポスターを作成し、サイト掲載するなど、医師会と警察との連携も認める。今後、地域ごとの取り組みがさらに推進することを期待する。

【演者略歴】

1999年 東京大学大学院医学系研究科博士課程修了、博士（保健学）

日本在宅医療連合学会評議員、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メンバー

訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業検討会議委員（兵庫県）、福岡県在宅医療現場における利用者等からの暴力・ハラスメント対策部会委員

訪問看護師が利用者・家族から受ける暴力に関する調査事業委員長（全国訪問看護事業協会）、厚生労働科学特別研究事業看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査と対応策検討に向けた研究代表者、医療現場における暴力・ハラスメント対策教材製作編集委員会委員（厚労省）

利益相反：なし

SY12-2

訪問介護における暴力・ハラスメントの現状とその対応・防止に向けた取り組み

富士野 香織 フジノ カオリ

株式会社コスモス

訪問介護の現場におけるカスタマーハラスメントを取り巻く現状の特徴として、「ハラスメントに該当する行為が、利用者や利用者家族、また第三者からハラスメントとして認識されていない」、「（特に訪問介護の現場では）ヘルパーが利用者宅へ訪問し、利用者宅の物品を使用して利用者の希望に沿ったサービスを実施するため、利用者優位となりやすい」、「第三者の目が入らない密室環境にあることでハラスメントが起きやすい」等が挙げられる。近年、福祉現場における虐待防止など、利用者の人権や尊厳を守るための取り組みがますます重要となる一方で、利用者を支える介護職員を暴力やハラスメントから守るための取り組みは発展途上であり、事業所や自治体レベルでの取り組みは進められているが、その対応には地域差があるのが現状である。

本発表では、実際にあったハラスメントの事例とその経過を示し、訪問介護の現場で起こるハラスメントに対する事業所の対応や防止に向けた取り組みについて紹介する。また、発表者が市内の事業者連絡会における訪問介護・訪問看護部会で実施した、カスタマーハラスメントに関するアンケート結果についても紹介する。

アンケート結果より、事業所が実際に行っているハラスメント防止策として、職員へのハラスメントに関する研修の実施や、ハラスメント行為を周知することを兼ねた同意書の作成などがあったが、事業所単位で備えることのできる防止策には限界がある。現時点では、自事業所での対応が困難で行政に相談するも、その多くが「事業所と利用者の契約上の問題」であるとされ、利用事業所を変更することで解決とみなされるなど、ハラスメント問題の根本的な改善には至っていない。行政等における相談窓口の設置や第三者による積極的な介入など、多職種が協働してハラスメント問題の解決、防止に取り組める環境が望まれる。

【演者略歴】

株式会社コスモス 代表取締役
主任介護支援専門員・認定ケアマネジャー・相談支援専門員・介護福祉士
吹田市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画委員
吹田市介護認定審査会委員
吹田市障がい者施策推進委員会委員
吹田市障害支援区分等認定審査会委員
吹田市介護保険事業者連絡会役員
日本ケアマネジメント学会会員

利益相反：なし

SY12-3

在宅医療の現場で薬剤師が直面するハラスメントの特徴

平戸 基輝 ヒラド モトキ

ひまわり薬局時津店

在宅医療における薬剤師が受けるハラスメントは他職種と比較して特有な課題がある。

まず、訪問頻度と関わり方の違いが挙げられる。薬剤師は医師や看護師等に比べて訪問回数が少ない、一回の訪問時間も短いといった特徴がある。そのため、コミュニケーション不足につながり、患者との誤解が生じやすくなると考えられる。

次に、患者・家族からの要求の違いがある。薬剤師には「薬を早く届けてほしい」「この薬を増やしてほしい」などの要望が寄せられるが、薬の処方権限は医師にあるため対応が難しいことが多い。そのため、「融通が利かない」「役に立たない」といった不満につながりやすい。薬の管理や服薬指導において、患者や家族の薬へのこだわりが強かったり、処方内容や薬の副作用に関する誤解を持っていたりすれば、過度な追及や非難を受けやすい。

医師と比較して、患者が薬剤師の専門性を軽視しやすいことも挙げられる。「単なる薬の配達者」と見なされ、専門的助言を軽く扱われるリスクもはらんでいる。

薬剤師は基本的に患者に直接触れることが少ないが、言葉によるハラスメントや威圧的な態度、過剰な要求を受けることが多い。さらに、薬剤師は単独で訪問することが多く、ハラスメントを受けてもその場で助けを求めにくい。

これらの課題を踏まえると、在宅医療に携わる薬剤師に対するハラスメント防止策が必要である。例えば、訪問時の対応マニュアルの作成や、ハラスメントを記録する仕組みの整備、相談窓口の設置など各地の薬剤師会や企業で対策がなされている。非薬剤師との同行で患者宅を訪問する体制を取っている企業もあるようだ。複数人で訪問することは、トラブルの抑止力となるだけでなく、患者・家族との会話の中からより多くの情報をキャッチできるなど、ハラスメント以外のメリットもある。また、多職種全体で情報を共有し、対応を検討することも重要であると考えられる。

【演者略歴】

2018年 長崎大学薬学部薬学科卒業

2018年 有限会社泰栄メディカルひまわり薬局に入社

2024年 株式会社ひかりメディカルひまわり薬局時津店管理薬剤師

所属団体

日本老年薬学会、日本在宅薬学会、長崎薬剤師在宅医療研究会（P-ネット）など

資格

老年薬学認定薬剤師、認定実務実習指導薬剤師、心不全療養指導士

その他

長崎薬剤師在宅医療研究会（P-ネット）世話人、長崎県薬剤師会在宅医療委員会委員、長崎市薬剤師会地域包括ケア推進委員会委員

利益相反：なし

SY12-4

訪問看護ステーションにおけるカスタマーハラスメント対応を振り返って

馬場 琴子 ババ コトコ

訪問看護ステーションあすなろ

介護・福祉業界におけるカスタマーハラスメントが今、深刻な問題となっている。2022年、埼玉県で起きた訪問診療医の殺害事件は在宅医療に関わる訪問看護師として、とても大きな衝撃を受け、他人事とは思えないほどの恐怖を感じたことを今でも思い出す。これまでに実際に訪問看護師として業務をする中で利用者・家族からの暴言を受け、身の危険を感じたこともあったからだ。訪問看護においては身体的な接触がある直接的な対人サービスが多い。また職員の女性割合が多く、サービス利用者（以下、利用者）宅へ一人で訪問すること、生活の質や健康に直結するサービスであり安易に中止できないことなどがあり、対策が容易でない状況がある。そのため利用者への安定したサービス提供のために必要な職員の安全を守る環境づくりについて、議論する必要がある。

当事業所で、利用者による女性職員に対するセクシュアル・ハラスメント（セクハラ）の事例があった。背景には利用者自身が、治療がスムーズに行えない苛立ちがあったと考えられるものの、セクハラ以外のハラスメントもあり職員への影響が大きく看過できない状況があった。管理者として苦慮しながらも、スタッフの安全確保やメンタルケアの観点から、組織として統一した対応が必要と考え、弁護士に相談して一つ一つ対応した。利用者は医療依存度が高く、訪問看護サービスの継続が必要であったため、当事業所の契約解除後には別のステーションにスムーズに引き継ぐ必要もあった。本事例を振り返ると、職員を守る管理者の姿勢と組織的な体制が必要で、サービス継続の必要性を判断し、事業所の中でだけで抱え込まず連携を図ったことなど、結果として適切に対応できたと考えている。本発表では、事例を通して訪問看護におけるカスタマーハラスメントの現状を紹介し、課題と今後の対策について多職種と共に検討していきたい。

【演者略歴】

2011年 社会医療法人財団池友会
福岡和白病院勤務
2013年 地方独立行政法人長崎市立病院機構
長崎みなとメディカルセンター勤務
2019年 株式会社トラネス
訪問看護ステーションあすなろ勤務
2021年 株式会社トラネス
訪問看護ステーションあすなろ 管理者

その他

長崎市訪問看護ステーション連絡協議会副会長

長崎市地域包括ケア推進協議会委員

利益相反：なし

SY12-5

診療所および在宅ケア多職種ネットワークにおける暴力・ハラスメント対応

伊藤 大樹 イトウ ヒロキ

あおばクリニック

在宅医療やケアの現場は私的で閉鎖的な空間であることが多く、ときに密室となる。また、病院と異なり、医師・薬剤師・看護師・理学療法士・介護士・介護支援専門員など多職種は異なる事業所に所属し、かつそれぞれの事業所は小規模であることが多い。これらを含む複数の要素が在宅現場における利用者・家族からの暴力・ハラスメントの共有と対応を困難にさせている。在宅医に対する暴力・ハラスメントは、2022年1月の埼玉県ふじみ野市で起こった訪問診療医殺害事件をきっかけに議論されるようになった。昨今議論されている医師法19条「応召義務」の解釈について、演者は専門家ではなく、発表ではトピックを紹介するに留める。今回は、在宅医として在宅ケアに従事する多職種を守るためにできることを中心に話題提供を行いたい。

福岡東在宅ケアネットワークは、福岡市東区およびその周辺の在宅ケアサービスに受持する個人で構成する情報交換の場（メーリングリスト）として2008年に設立（2023年にNPO法人化）された。現在450名を超える多職種が所属する国内最大級の在宅ケアネットワークで、当院を事務局として運営している。ネットワーク会員を対象に、利用者・家族からの暴力・ハラスメントについてアンケート調査を2015年に行い、多くの訪問看護師や介護職が困難な状況（訪問看護師 28.6%、訪問介護士 10.2%が身体的暴力を受けたことがある等）に遭遇していることが判明した。それ以後、在宅における暴力・ハラスメント対応をテーマにした多職種研修会を毎年開催している。

在宅ケアにおける利用者・家族からの暴力・ハラスメントへの正しい対応を学ぶことは、在宅ケア従事者を守るだけでなく、在宅ケアの持続可能性を高め、利用者・家族にとっても有益であると考えます。

【演者略歴】

伊藤大樹 いとうひろき

医療法人あおばクリニック 院長・福岡東在宅ケアネットワーク 副会長・福岡市在宅医療医会 会長・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 など

平成8年 神戸大学医学部卒業、沖縄県立中部病院で卒後研修を経て、米国ハワイ大学、シカゴ・ロヨラ大学で内科、循環器科の臨床研修を行い、平成26年より現職

専門は内科（総合内科専門医）、総合診療（総合診療専門医・指導医）、プライマリ・ケア（プライマリ・ケア認定医・指導医）、循環器科（循環器科専門医）など

利益相反：なし

シンポジウム13【プログラム委員企画】

食支援における倫理と、家族・支援者へのケア

SY13

【セッション概要】

在宅医療を受けている患者の中には、摂食嚥下機能に問題を抱え、誤嚥性肺炎や窒息の高リスクに直面している者が多くいる。食べることは人間にとって根源的な欲求であり、QOL（生活の質）に直結するため、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の重要なテーマの一つである。また、患者が亡くなった後に家族や支援者が「禁食を続けていたが、食べさせてあげればよかった」と後悔する場合や、逆に窒息による突然死や誤嚥性肺炎による苦しみを経験した場合には、深い悲しみ（グリーフ）を抱えることになる。こうした状況は家族だけでなく、医療・介護従事者にとっても苦しいものであるが、残念ながらこの問題に焦点が当てられることはほとんどない。

本シンポジウムでは、呼吸器内科医・緩和ケア医であり、臨床宗教師でもある原信太郎氏を迎え、「食べること」の支援にまつわる倫理的な課題、支援者の苦しみ、そしてその癒しについて語り合う予定である。

座長・演者：猪原 健 イノハラ ケン

猪原「食べる」総合歯科医療クリニック

【座長略歴】

2005年 東京医科歯科大学歯学部 卒業

2009年 東京医科歯科大学大学院 顎顔面補綴学分野 修了（歯学博士）

2010年 日本大学歯学部 摂食機能療法学講座 非常勤医員

2010-11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 猪原歯科医院 副院長

2015年 脳神経センター大田記念病院 歯科非常勤医（兼任）

2020年（医）敬崇会 猪原「食べる」総合歯科医療クリニック 理事長

2021年 グロービス経営大学院 修了（MBA 経営学修士）

演者：原 信太郎 ハラ シンタロウ

愛野記念病院、日本臨床宗教師会

【演者略歴】

2004年 長崎大学医学部卒業。長崎大学病院初期研修

2006年 長崎大学第二内科入局（呼吸器内科・びまん性肺疾患グループ）

2011年 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 博士課程修了

2012年 長崎大学病院 医療教育開発センター 助教

2016年 金光教学院卒業 宗教師になる

2016年 愛野記念病院入職

現職 愛野記念病院 呼吸器内科、緩和ケア内科、緩和ケアチーム「すずらん」チーフ

一般社団法人日本臨床宗教師会認定臨床宗教師

長崎大学医学部 非常勤講師

利益相反：あり

演者：池上 由起 イケガミ ユキ

長崎市医師会保健福祉センター訪問看護事業所

【演者略歴】

1990年 長崎市医師会看護専門学校卒業後、長崎市掖済会病院勤務

1998年 結婚を機に長崎市内のクリニック勤務

2010年 長崎市医師会保健福祉センター訪問看護事業所勤務

現在に至る

利益相反：なし

シンポジウム14【呼吸ケアワーキンググループ企画】

非がん性呼吸器疾患患者の呼吸困難の緩和ケア

SY14

【セッション概要】

呼吸困難は、非がん性呼吸器疾患患者にとって最も大きな苦痛の一つであり、病状の進行に伴って身体的苦痛だけでなく、行動の制限をもたらし、心理的・社会的・スピリチュアルな側面にまで影響を及ぼす「全人的苦痛」となります。これは患者の自尊感情や生活の質を大きく損なう要因となります。

特に終末期における呼吸困難の苦痛は、がん患者に比べてはるかに深刻であるにもかかわらず、非がん性呼吸器疾患に対する緩和ケアの実践は、現状では十分とは言えません。

非がん性呼吸器疾患における緩和ケアは、病状の進展に応じて、疾患特異的治療、呼吸リハビリテーション、さらに緩和ケアを重層的に組み合わせ提供していくことが求められています（2021年 非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針）。すなわち、緩和ケアは終末期に限って開始されるものではなく、早期から症状緩和や呼吸リハビリテーション、セルフマネジメント支援を含めた介入が重要です。

本シンポジウムでは、非がん性呼吸器疾患患者のケアに携わる医師、看護師、理学療法士が、それぞれの立場から臨床で培った知見や技術を紹介します。また、神経整体師に呼吸困難の緩和ケアにおける新たなアプローチとして注目される「神経整体」についても概説いただき、理学療法士や看護師がその手技を学ぶことで、呼吸困難の軽減に貢献できることを期待します。

座長：平松 哲夫 ヒラマツ テツオ

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

【座長略歴】

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

座長：谷口 博之 タニグチ ヒロユキ

順秀会 スカイル内科

【座長略歴】

1979年名古屋大学医学部卒業。
公立陶生病院で研修後、1983年から名古屋大学第2内科及び第2生化学教室で呼吸器診療と研究に従事、1985年医学博士。
以後、2020年まで公立陶生病院呼吸器・アレルギー疾患内科勤務。
2002年～2017年名古屋大学医学部医学科臨床教授。
日本呼吸器学会 特発性間質性肺炎―診断と治療の手引き―改訂第3版、NPPV（非侵襲的陽圧換気療法）ガイドライン、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会/日本呼吸器学会/日本リハビリテーション医学会/日本理学療法士協会 呼吸リハビリテーションマニュアル―運動療法―第2版などの作成に関与。2015年日本呼吸ケア・リハビリテーション学会賞受賞。2016年愛知県難治性疾患表彰。

SY14-1

非がん性呼吸器疾患の緩和ケアをすすめて行くために

津田 徹 ツダ トオル

霧ヶ丘つだ病院

日本呼吸器学会・呼吸ケアリハ学会による「非がん性呼吸器疾患 緩和ケア指針」はCOVID-19対策で大変な時期に呼吸器・緩和医療専門医、多職種の議論を経て、2021年に両学会のホームページに公開した。その後、在宅医療連合学会より「在宅診療における非がん性呼吸器疾患・呼吸器症状の緩和ケア指針」が公開された。

COPD、間質性肺炎、気管支拡張症などの非がん性呼吸器疾患では、慢性の経過をたどりながら生活していた患者が、増悪をきっかけに一気に致命的な状態に陥ることがある。そのまま死に至る場合もあれば、回復し在宅生活に戻っていく場合も経験される。このような経過を辿るため、予後予測が難しく、患者や家族の心の準備が整わないまま、人生の最終段階における医療の選択を迫られることになる。

最終末期まで、慢性呼吸不全に対する急性期の治療（NPPVやNHFC）と呼吸困難に対する緩和ケアは並行して行われていることが多い。終末期において基本的治療から緩和ケアにスイッチするのではなく、呼吸リハなどを継続し、そこに緩和ケア的要素を加えていく。最終末期、標準治療にも関わらず残存する呼吸困難に対してオピオイドが治療選択肢になるが、その有効性については一致した結論が得られていない。呼吸困難に対しては、医療用麻薬は適応上使用できないものが多いが、昨年、在宅での「呼吸器疾患ターミナル麻薬指導管理料」が保険収載された。

2018年の循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキングにおいても、呼吸器学会としての意見を述べ、慢性呼吸不全を呈する呼吸器疾患COPD等、心不全以外の循環器疾患（脳卒中等）等の非がん疾患患者に対して、疾患特性に応じた緩和ケアを提供する上でも、参考にできると考えられると、記されており、非がん性呼吸器疾患の緩和ケアを進めて行くうえで、医療政策上の後押しが必要である。

【演者略歴】

1982年 久留米大学医学部卒業

1988年 産業医科大学大学院修了（N-myc癌遺伝子）

1990年 カリフォルニア大学サンフランシスコ校 心臓血管研究所ポスドク

1996年 産業医科大学産業生態科学研究所 呼吸病態生理学 助教授 を経て

1998年 医療法人社団恵友会 霧ヶ丘つだ病院

2009年～22年 久留米大学医学部 臨床教授兼任

COPDガイドライン第4～6版作成委員、在宅呼吸ケア白書WG

富井啓介先生と「非がん性呼吸器疾患の緩和ケア指針2021」作成委員長

特発性間質性肺炎 診断と治療の手引き 2022、改訂第4版作成委員

呼吸ケアリハ学会幹事、呼吸不全緩和ケア検討委員長、学会賞受賞

利益相反：なし

SY14-2

呼吸困難の緩和ケア～看護の独自性～

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る。この苦痛は、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を受け、相互に作用し合う「Total Dyspnea」として捉えることが重要であるとされている。

また、呼吸困難は以下の三つの悪循環によって持続・増加すると考えられている（Booth S, et al. 2019）。「呼吸」に関する悪循環では、呼吸数の増加や動的過膨張によって非効率的な換気や呼吸仕事量の増加が生じる。「機能」に関する悪循環では、疾患の進行に伴う身体活動の低下により、四肢や胸壁の筋肉、呼吸補助筋の機能低下が生じる。さらに、「思考や感情」の面では、死に対する恐怖や過去の経験によって、不安や失望が生じる。

看護ケアでは、呼吸困難を「Total Dyspnea」として捉えながら、これら三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た介入を行う。例えば「呼吸」に対する介入としては、適切な臨床判断のもと、包括指示の範囲で酸素療法の管理を行う。「機能」の側面では、呼吸困難によって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できるよう支援する。「思考や感情」の面では、不安のマネジメントや呼吸法・動作要領の工夫を促し、患者が自身で少しでも呼吸困難を軽減できた際には称賛することで、自己コントロール感や自己効力感の向上を図る。また、患者の価値観を理解し、尊厳の保証や自己価値の維持を支援する。

本シンポジウムでは、慢性呼吸器疾患の終末期にある患者の呼吸困難の緩和に向けた看護ケアの実践について紹介する。

【演者略歴】

○略歴

- 1982年 大阪府立看護短期大学卒業
大阪はびきの医療センターに入職、現在に至る
- 1992年 近畿大学法学部卒業
- 2003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
呼吸ケアサブスペシャリティの第一号
- 2013年 大阪府立大学大学院看護学研究科臨床教授、現在に至る
- 2016年 呼吸ケアセンター副センター長、現在に至る

○学会活動

- 2014年 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 理事
- 2022年 同学会 常務理事

その他所属学会：日本緩和医療学会・日本呼吸器学会、日本慢性看護学会、日本看護科学学会、日本在宅医療連合学会

利益相反：なし

SY14-3

～神経整体の可能性～

在宅医療での慢性呼吸器疾患患者の呼吸困難緩和とQOLの向上

奥村 友哉 オクムラ ユウヤ

おくむら神経整体院

慢性呼吸器疾患における、呼吸困難は患者にとって大変苦痛である。

日常生活動作においても息切れが伴い、不安と恐怖から患者自らが行動制限をかけられると思われる。この行動制限が、さらなる進行を生むと考える。

息切れを恐れ、行動を最小限に抑え、ベッド上での生活が増える。

この悪循環を繰り返すと身体機能の低下、筋力低下、思考の低下が考えられ、さらなる呼吸機能の低下を生み、呼吸困難の進行が進むと考える。

ケアとして、我々が行なっている神経整体は自律神経に対する効果のエビデンスを元に、呼吸に対する効果が期待出来るのではないかと考える。

神経整体では身体のあらゆる関節可動域を増大させ改善をはかり、血行を促進し身体機能の向上、筋力向上をさせる事により呼吸困難を緩和させられるのではないかと考える。

本シンポジウムでは、神経整体で出来る慢性呼吸器疾患患者の呼吸困難緩和ケアとQOL向上の実際について紹介する。

【演者略歴】

2017年 大阪ハイテクノロジー専門学校鍼灸スポーツ学科卒業

2017年 有限会社Hand in hand おくむら鍼灸整骨院入社

2023年 有限会社Hand in hand 退社

2023年 おくむら神経整体院開業

利益相反：なし

SY14-4

呼吸困難に対する対応について～理学療法士の立場から～

北川 知佳 キタガワ チカ
長崎呼吸器リハビリクリニック

非がん性呼吸器疾患患者の症状の中で呼吸困難は最も問題となるものである。呼吸困難が強くなることにより身体活動性が低下し、二次的な運動機能障害、特に運動耐容能低下による日常生活活動制限ばかりでなく、QOLや精神心理面においてもさまざまな弊害が生じる。終末期には呼吸器症状に加えて、疲労感、睡眠障害、るい瘦、うつ状態なども生じるが、呼吸困難が最も頻度が高く辛い症状である。

呼吸リハビリテーションは、困難などの症状をできるだけ緩和しADLが維持できるように支援する継続的な介入であり、終末期における呼吸リハビリテーションの役割としては主に症状緩和とADLの維持があげられる。私たちは呼吸器疾患に対するケアとして、呼吸困難が生じないように工夫、呼吸困難が生じたときの対処方法などを行っているが、呼吸困難に対する対応に難渋することも多い。具体的なケアの内容としては、コンディショニング、運動療法（筋力・持久力トレーニング）、ADLトレーニングなどがあげられる。終末期では呼吸困難を軽減する手技としてコンディショニングの役割も大きく、呼吸調整、ストレッチ、ポジショニングなどによるリラクセーションや、去痰困難を伴う場合は気道クリアランスなども適宜患者個々に合わせて取り入れ、可能であれば低強度の運動療法も実施する。また呼吸困難が強くなると食事や排泄など基本的日常生活活動の維持を目的としたADLトレーニング、症状緩和に視点をのいた環境調整なども重要になる。緩和ケアにおいては在宅酸素療法なども行われるため、在宅医療との連携も必須である。

本学会では症例を提示しながら、理学療法士として行っている具体的な呼吸困難に対する対応や、在宅生活における関わり方についてお示ししたい。

【演者略歴】

1990年 長崎大学医療技術短期大学部 理学療法学科卒業
保善会 田上病院 就職
長崎大学医療技術短期大学部 千住研究室 研究生入学
2005年 長崎呼吸器リハビリクリニック 就職
2008年 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻 理学療法学修士課程授与

利益相反：なし

シンポジウム15【プログラム委員企画】

紛争時のBCPについて

SY15

【セッション概要】

台湾有事は差し迫った問題である。

国は先島住民約12万人の九州など各地への避難計画を立てているが、特に在宅医療を受けている患者の避難は困難である。

戦略的には、300 km以上の空白海域である沖縄宮古海峡の交通、通信を遮断することが予測される。

太平洋戦争の前例をみても、封鎖された海峡の通過は困難。

避難が成功した場合も、12万人もの避難民は、前例のない規模の生活困難者となる。

避難先への在宅医の援助は必須である。

台湾から先島、沖縄、九州へのボート難民も予測される。

これらの避難民への対応には、銃創や爆創などへの備えが必要である。

座長・演者：泰川 恵吾 ヤスカワ ケイゴ

ドクターゴン診療所

【座長略歴】

昭和38年7月25日 宮古島生まれ

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4年 東京女子医科大学救命救急センター配属

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

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

日本在宅医療連合学会認定専門医

日本外科学会認定医

座長：宮本 雄気^{1,2,3} ミヤモト ユウキ

¹京都府立医科大学 救急医療学教室

²医療法人双樹会 よしき往診クリニック

³一般社団法人KISA2隊

【座長略歴】

2012年 京都府立医科大学医学部医学科 卒業

2012年 医療法人沖縄徳洲会 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・災害医療システム学（博士課程）

医療法人双樹会 よしき往診クリニック 医員

KISA2隊京都 隊長

2025年 京都府立医科大学 救急医療学教室 助教

利益相反：なし

SY15-1

紛争時における銃創、爆傷の対応

角山 泰一朗 ツノヤマ タイチロウ

帝京大学医学部附属病院

昨今のウクライナ情勢のごとく、紛争は現代においても現実に行っている事象であり、台湾有事の際には日本への有事になりかねない。日本はかつて戦地となった国ではあるが、現在は世界有数の治安を誇る国である。

しかし紛争が現実となった場合、銃創や爆傷の対応を求められることとなる。都心部の救命救急センターでさえも銃創、爆傷症例の対応を求められることは無に等しく、日常的に外傷診療を行う医師でさえも経験がない。紛争のみならず、世界的にはテロの発生件数は増えており、国際イベントをターゲットとしたテロ行為により、銃創、爆傷による複数傷病者が発生する可能性がある。そのような背景に、2020年東京オリンピック・パラリンピックに向けて、外傷学会により銃創・爆傷患者に対する診療ガイドラインが作成された。

銃創・爆傷のプレホスピタルにおける救命処置の優先順位は、一般的な救急医療のABCDEアプローチとは異なる。銃撃・爆弾テロに対する救護においては、気道確保・呼吸・循環の前に、四肢からの大量出血を制御する必要がある。このMARCHと呼ばれるアルゴリズムは、M：Massive hemorrhage（大量出血の制御）、A：Airway（気道確保）、R：Respiration（緊張性気胸の解除と呼吸管理）、C：Circulation（静脈路確保とショックの治療）、H：Head injury（低酸素や低血圧などによる頭部外傷の悪化を回避）/Hypothermia（低体温の治療と回避）で構成される。銃創、爆傷において大量出血に至る四肢の出血コントロールが現場では重要であり、銃社会である米国においては迅速な止血の徹底ならびに止血ファーストキットを使用したBleeding Control教育をファーストレスポonderに対して強化している。

一般的な銃創、爆傷の特徴と初期対応を含めた治療について説明する。

【演者略歴】

1999年3月 山梨大学医学部卒業
1999年4月 東京女子医科大学救命救急センター研修医
2001年4月 東京女子医科大学救命救急センター助手
2008年3月 マイアミ大学外傷センター リサーチフェロー
2009年4月 マイアミ大学外傷センター 外傷外科フェロー
2011年7月 帝京大学医学部附属病院救命救急センター 助手
2019年7月 帝京大学医学部附属病院高度救命救急センター 講師
2024年7月 帝京大学医学部附属病院高度救命救急センター 病院教授
2025年4月 帝京大学医学部附属病院高度救命救急センター センター長

利益相反：なし

SY15-2

自然災害時のBCP（事業継続計画）から 紛争時のBCPを考える

高原 美貴 タカハラ ミキ
姫路赤十字病院 看護部

「紛争」とは、もめ事や争いごとを指すが、国と国の対立から地位住民間の対立まで非常に範囲の広い言葉である。ここでは、医療・看護介入が必要とされることの多い、対立する勢力の武力衝突を指す「武力紛争」（armed conflict）状況下での「紛争時のBCP」に焦点を当てて議論したい。

日本近辺で紛争が生じた際の様々なシナリオが議論されているが、ここでは①日本が攻撃対象となる、またはその可能性が高まることによる住民の集団避難 ②海上や上空輸送網の障害による物資の不足と、付随するライフラインの途絶に焦点を当てたい。これは、地震など大規模な自然災害でも発生する状況であり、緊急事態でも在宅医療を必要とする住民の医療が中断しないように、平常時に準備すべき活動や緊急時における医療継続のための方法、手段などを取り決める「自然災害時のBCP」を土台に考えることが有用である。

そして、「紛争時のBCP」を準備するうえで有用な3点の概念を紹介したい。

1. クラスタアプローチ

紛争時に人道支援団体が効果的・効率的・包括的な支援を実現する在り方である。人権が守られるような支援をするためには、最低11の領域が必要だと考えられている

2. 人道憲章と人道支援に関する最低基準（スフィアスタンダード）

災害時などの緊急事態において、被災者を支援するための世界的基準で、人道支援の事業実施レベルの行動指針として広く活用されている。

3. プライマリ・ヘルスケア

十分な医療が提供できない状況（災害時など）で威力を発揮する。人々が医療を受けるという受け身的な物ではなく、地域社会や個人ができる範囲で、国や地域が行う活動に参加することである。

これらの議論から「平時にできないことは、非常時にもできない」と言葉があるように、今準備できることを考え、実行する一助になればと考える。

【演者略歴】

1987年 姫路赤十字看護専門学校 卒業
1999年 スーダン紛争犠牲者救援 ケニア・ロピディン戦傷外科病院、スーダン・ジュバチーティング病院
2001年 シエラレオネ紛争犠牲者救援 ネマ国立病院
2001年 アフガニスタン紛争犠牲者救援 バーミヤン・バーミヤン中央病院
2002年 タイ王国 国立Mahidol大学（公衆衛生管理）卒業
2005年 スマトラ島沖地震救援事業
2006年 ジャワ島中部地震救援事業
2006年 ケニア洪水救援事業
2007年 バングラデシュ人民共和国・サイクロン被災者救援事業
2009年 パキスタン北部紛争犠牲者救援 ペシャワール戦傷外科病院
2010年 ハイチ大地震被災者支援事業（コレラ救援）
2025年 長崎大学 大学院 国際健康開発研究科 卒業
2015年 中東地域紛争犠牲者支援事業（ヨルダン）
2017年 バングラデシュ南部避難民救援事業
2019年 パレスチナ赤新月社医療支援事業（ガザ）
2023年 中東地域紛争犠牲者支援事業（シリア）

利益相反：なし

シンポジウム16【日本臨床衛生検査技師会・日本在宅臨床検査研究会共催企画】 共催在宅医療ダイバーシティ(diversity) ～臨床検査(技師) の深化～ SY16

【セッション概要】

【趣旨】

在宅医療が普及する以前は、医師が中心となり、個別に医療を提供する体制が主流であり、看護師やケアマネジャーなど他職種との連携は限定的であった。

現在では、多職種がチームとして患者を支える体制が一般的となり、ICT(情報通信技術) を活用した情報共有が進むことで、訪問診療や訪問看護の効率化が図られている。その結果、患者のニーズに応じた個別的かつ包括的なケアが実現し、在宅での生活の質(QOL) の向上が期待されている。

一方で、今後の高齢化の進展に伴い、医療費や介護費の増大が避けられず、持続可能なシステムの構築が求められると推察される。

また、新技術の導入に伴い、多職種間での教育やトレーニングが必要となる一方、スキル格差の解消も重要な課題となる。在宅医療においては、病院医療と違い職域を超えた働き方が必要であり、本セッションでは職種間の横断的な取り組みを『多様性』と表現した。特に、在宅医療の現場における臨床検査技師には、役割の多様性と深化が求められており、これらの課題に対応するための具体的な手段について議論する。

【概要】

日本臨床衛生検査技師会・日本認知症予防学会・日本在宅臨床検査研究会に所属する立場の医師・臨床検査技師等からタスク・シフト/シェア等の活動報告を含め、未来に向けての人材育成・教育についての議論を行う。

座長：宮下 勉 ミヤシタ ツトム

日本臨床衛生検査技師会 職域別職能推進WG(在宅医療/救命救急)

【座長略歴】

昭和58年 3月 日本医学技術専門学校 卒業
 病院・診療所等で臨床検査業務に従事
平成23年10月 医療法人社団鴻鵠会 睦町クリニック 事務長として入職
平成29年 1月 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 兼務)
令和 6年 4月 医療法人あんず会 杏クリニック 顧問 現在に至る

日本臨床衛生検査技師会 職域別職能推進WG(在宅医療/救命救急) 副委員長
日本臨床検査振興協議会 医療政策委員会 在宅医療における臨床検査小委員会 委員

座長：鬼澤 信之 オニザワ ノブユキ

医療法人あんず会 杏クリニック

【座長略歴】

平成20年 埼玉医科大学卒業
平成23年 埼玉医科大学総合医療センター腎・高血圧内科入局
平成28年 4月 あんず訪問診療クリニック開設
平成29年11月 医療法人あんず会設立
平成30年 4月 現在の医療法人あんず会 杏クリニックへ名称変更

日本内科学会認定 総合内科専門医
日本腎臓学会認定 腎臓専門医

SY16-1

在宅医療の現場で輝く!臨床検査技師の“今”と“これから”

藤井 南 フジイ ミナミ
鬼澤 信之 オニザワ ノブユキ
宮下 勉 ミヤシタ ツトム
岡部 麻美 オカベ アサミ
川端 城聖 カワバタ ジョウセイ
杏クリニック

在宅医療での臨床検査技師の活動はこれまでも報告されてきたが、各医療機関の規模や地域の特徴により実際に行っている業務内容はさまざまである。しかし多くの医療機関で臨床検査技師が担うのは検査業務にとどまらない。病院であれば看護師、ソーシャルワーカーなどが行う業務まで幅広く行なっている。そのために多職種と情報共有するためのコミュニケーション能力や、介護保険や福祉制度などの知識が求められる。その一方で、病院の検査室では踏み込むことのできない患者の人生観や歴史を反映した医療を多職種と協力しながら作り上げていくことができる。これこそが在宅医療の醍醐味と感じている。当院での臨床検査技師の在宅医療への関わりを実例とともに紹介する。

また、当院では輸血前後の検査を臨床検査技師が主体となって行っている。もともと当院は在宅輸血を行っていなかったが、病院で輸血部に属していた臨床検査技師が加入したことから開始することができた経緯がある。安全な在宅輸血を実現するために不可欠な臨床検査技師の関わりについて紹介する。

在宅医療でもオンライン診療の活用が求められているが、当院では臨床検査技師が単独で患者に訪問し、POCT (Point of Care Testing: 臨床現場即時検査) 機器を用いその場で検査結果を明らかにし医師にテレビ電話で報告する。それにより速やかに治療方針が決まり自宅療養に役立てられる。D to P with NならぬD to P with臨床検査技師の実例を紹介する。

全国の在宅医療分野における臨床検査技師の活躍の報告の場として2024年5月に日本在宅臨床検査研究会が発足された。今後、さらに多くの取り組みが集積されることでその業務は洗練され、役割が他の職種にとっても明確になると考える。

【演者略歴】

2022年 久留米大学医学部附属臨床検査専門学校 卒業
2022年 関西医科大学病院 輸血・細胞療法部 入職
2024年 関西医科大学病院 輸血・細胞療法部 退職
2024年 杏クリニック 入職

利益相反：なし

SY16-2

臨床検査技師の在宅医療推進事業と認知症予防事業への参入

高村 好実 タカムラ ヨシミ

一般社団法人 日本予防医療推進機構

在宅医療と私の関わりは、2016年からの勇美記念財団の「在宅医療推進のための会」への参加にある。修士論文も「過疎地域の地域包括ケアシステムの多職種連携の課題解決」とし、地域包括ケアでの活動も急性期病院の業務に加え私のテーマとなった。現在、私は一般社団法人日本予防医療推進機構を設立し自治体や医師会の支援事業を行っている。その中の在宅医療分野の主な事業は、地域医療介護総合確保基金事業の「在宅緩和ケア推進モデル事業」の運営、在宅医療・介護連携推進事業の「在宅認知症検査事業」、勇美記念財団の公募助成による在宅医療推進のための市民公開講座や多職種連携研修会の各自治体での開催である。また、「在宅医療支援センター」開設への調査も行っている。

今回のテーマの「在宅医療のダイバーシティ」は職種間連携の促進と理解する。私はいま行政、医師会、施設、病院などの多職種と関係がある。その中の周りを巻き込む熱量あるキーパーソンは目的と行動を明示する。そこへ集まる人たちは同じ目的に向かい共に行動しようとする。おのずと横連携も縦連携もなく全てを受入れるコミュニティが生まれる。なぜならば、自分の主張の不備を他の職種から補ってもらおうとするからである。そこは深化したい人材同士が異なる知識やスキルを相互に活かす場であり、これこそが多様性である。

次に「臨床検査技師の深化」である。その成果は在宅医療で役立つ臨床検査技師になることと理解する。しかし、在宅医療には臨床検査技師にはできない分野がある。ここがターニングポイント。私のポイントは、自分にできることを見つけてチャレンジすることにある。自分がやりたいことがあれば新しい道を考えればいい。ただし、新しい道は多くの人の知識が必要である。その知識を貰うには多様性のある”わたし”になっておくことが必須である。つまり、知識を得る行動が多様性を生み深化していくのである。

【演者略歴】

1984年 日本医療学院専門学校臨床検査学科卒業
1986年 市立宇和島病院検査科入職
2015年 一般社団法人 愛媛県臨床検査技師会 代表理事
2016年 在宅医療助成勇美記念財団 在宅医療推進のための会 オブザーバー参加開始
2017年 一般社団法人 日本認知症予防学会 理事
2017年 一般社団法人 日本予防医療推進機構設立 代表理事
2018年 一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会 理事
2018年 多摩大学院経営情報学研究科修士課程修了（MBA）
2018年 多摩大学医療介護ソリューション研究所 フェロー
2024年 一般社団法人 日本予防医療推進機構 理事長就任

利益相反：なし

SY16-3

在宅医療における臨床検査技師の働き方と教育体制の構築

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

少子高齢化社会が進んでいる本邦において、在宅医療の果たすべき役割は拡充してきている。一方で、在宅医療に従事する人材の確保・教育が非常に重要となっているのではないだろうか。当院では、診療助手業務を担う臨床検査技師が複数名採用されており、日々の診療を支えている。

在宅医療に対する認知が広まったことにより、在宅医療で行う診療行為も徐々に高度化が進んでいる。臨床検査技師は多岐にわたる検査の知識を有しており、在宅医療での検査の枠組みを増やしていくとともに、診療の質の向上に寄与する可能性が示唆されている。

当院では診療同行する診療助手は24名おり、8名が臨床検査技師となっている。5名の臨床検査技師は新卒として採用している。診療助手としては、他にも救急救命士、放射線技師が在籍している。当法人の特色としては臨床検査技師の新卒採用が多いことが挙げられる。

臨床検査技師は多くの検査項目を施行することができるが、超音波検査など習熟に時間を要するものも複数存在する。そのため、当院では独自の教育プログラムを作成して、新卒採用からでも臨床検査技師としての技術を習得できるようサポートしている。また、診療助手としての業務をこなすためには、在宅医療ならではの制度への理解、病態把握、患者背景への理解も重要となってくるため、座学や症例検討会などを行いながら、臨床検査技師であり、在宅医療のおプロフェッショナルとなるように教育を進めている。

当法人では臨床検査技師の採用を開始して3年が経つが、日々の診療において重要な役割を担ってくれている。今後も更に在宅医療の世界に臨床検査技師を誘致していくことが肝要である。そのためには、臨床検査技師が在宅医療に貢献している実績を集積していくことが重要と考え報告した。

【演者略歴】

2008-2013年	国際医療福祉大学三田病院
2013-2016年	国際医療福祉大学市川病院
2016-2019年	町田病院
2019-2021年	旗の台ライフクリニック院長
2021-	大江戸江東クリニック院長

利益相反：なし

シンポジウム17【長崎企画】

在宅医療とまちづくり～社会的処方を手掛かりに

SY17

【セッション概要】

在宅医療に携わる医療者は、医療・介護関係者をはじめ、訪問先の患者やその家族を通して地域の実情や関係性を知る多くの機会を持っている。時には、患者本人だけでなく、その家族や周囲の地域全体をケアの対象とする中心的な存在となることもある。

そのような知識や視点は、地域包括ケアや地域共生社会が目指す世界観を実現するうえで重要な鍵となり、地域をより住みやすくする主体として大きな期待が寄せられている。

こうした背景の中で、2017年頃から注目され始めた概念に、英国発祥の「社会的処方（Social Prescribing）」がある。特に医療従事者の視点から見ると、生物学的な側面のみに偏りがちな医療において、患者の状態やウェルビーイングに関わる多様な背景や環境を考慮し、医療だけでは解決できない課題に対しては地域のさまざまな立場の人々と連携しながら取り組んでいく——そうした共生社会づくりの視点の一つとして紹介されてきた。

以降、日本各地で「社会的処方」の名を冠した取り組みが展開されるようになっていく。

この社会的処方の概念を理解していくと、その目指すところは、日本の地域共生社会や「コンパッションネート・コミュニティ（Compassionate Community）」と呼ばれる考え方が目指している方向性と非常に近いことに気づく。日本では、こうした名称を用いずとも、すでに類似の活動が各地で展開されており、数年にわたって地域に根ざし、地域の一員として医療を実践している事例も見られる。

本セッションでは、医師会、地域の中小病院、クリニックなど、それぞれの立場から、地域をより安心して最期まで暮らせる場所にするために継続的な活動を行っている、またはその仕組みを作っている方々をお招きし、その活動の始まり、展開、そして継続のためのエッセンスについてご紹介いただき、ディスカッションを行う。

座長：長嶺 由衣子 ナガミネ ユイコ
東京科学大学

【座長略歴】

2009年 長崎大学医学部卒、沖縄県立中部病院初期・後期研修
2012年 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター付属栗国診療所 所長
2014年 千葉大学予防医学センター 特任研究員
2016年 ロンドン大学社会疫学修士課程修了（UCL）
同 熱帯医学衛生学ディプロマ取得（LSHTM）
2019年 千葉大学医学薬学府公衆衛生学博士課程修了
東京医科歯科大学 総合診療科 助教
2020年 東京医科歯科大学 介護・在宅医療連携システム開発学講座 助教
2021年 東京医科歯科大学 東京都地域医療政策学講座 助教
2022年より現職（厚生労働省老健局老人保健課課長補佐）

座長・演者：堀田 聡子 ホッタ サトコ
慶應義塾大学大学院

【座長略歴】

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4月より慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授。博士（国際公共政策）。社会保障審議会・介護給付費分科会及び福祉部会等で委員。人とまちづくり研究所代表理事、日本医療政策機構等で理事。本企画に関連する業績に澤憲明・堀田聡子（2018）『英国における社会的処方』横林賢一・イチローカワチ編『社会疫学と総合診療』カイ書林、堀田聡子・長嶺由衣子編（2021）『社会的処方白書』オレンジクロス、アラン・ケレハー著／竹之内裕文・堀田聡子監訳（2022）『コンパッション都市－公衆衛生と終末期ケアの融合』慶應義塾大学出版会等。

SY17-1

地域とともに歩む在宅医療 ～暮らしの現場 出逢い・ふれ愛・支え愛～

大石 春美 オオイシ ハルミ

医療法人心の郷 穂波の郷クリニック 緩和ケア支援センターはるか

穂波の郷クリニックは2005年7月7日に開院し今年で20周年目を迎える。法人の理念には、在宅で看取った患者さんからのメッセージが反映し、その中には『コミュニティケアの推進』を唱っている。クリニックに紹介されてくる在宅の患者さんは、余命を告知されている患者さんが多く、患者さんご本人、そしてそれを支える家族や友人の方々がいつもの暮らしを取り戻せるように、関わるチームが同じ方向を向いて歩めるようにそのつなぎ手「緩和ケアコーディネーター」の育成を行ない、そのカリキュラムの中には感性を磨くためのワークショップも取り入れ行ってきた。現在は、地域の方々にも参加していただく「いのちの学校」という形となり、より多くの人と在宅医療とともにまちづくりを考える場を創っている。20年の歴史の中で生まれた地域の宝も多くある。クリニックの外来は、地域の情報が多く集まる宝の宝庫でもある。患者さんが自宅に帰ってきてつづやいた「希望や願い」を叶える時、大きなヒントになり、協力し仲間にもなってくれている。その時に必要なのが、つなぎ手なのである。また20年の中で、多くの患者さんとの出逢いと別れがあり、患者さんがつないでくれた縁が、今は『あったか訪問隊』という在宅の患者さんを現場で支えるサポーターとなっている。自分の大切な人を看取った経験が、今まさに現場で四苦八苦しているご本人や家族・チームを支えている。活動は多岐にわたり、講演会開催の際の看板作りからゴミ屋敷の環境整備・買い物ができない一人暮らしの支援など、制度と制度の隙間を縫って、『ここで暮らしたい』というご本人の思いを支えている。なくてはならない心に寄り添った地域の仲間づくりである。在宅医療を通じて、この輪を少しずつ積み重ね、今年で20年。『誰一人取り残さないまちづくり』は続くよ、どこまでも…。

【演者略歴】

淑徳大学社会福祉学部医療福祉専攻。古川市立病院に医療ソーシャルワーカーとして勤務後2005年より医療法人心の郷のゼネラルマネージャーに就任。穂波の郷クリニックに併設された「緩和ケア支援センターはるか」のセンター長として24時間ホットラインを中心に「多職種が連携する地域緩和ケア」のつなぎ手として活動。

ケアの現場から誕生した「ほなみ劇団」や小中学校からの依頼で行う「いのちの授業」のプロデュース等も行う。

2015年在宅ホスピス協会よりTHP（トータルヘルスプランナー）に認定され、生活リハビリを取り入れた緩和ケアをスタート。「ライフカフェ」や「赤おに広場」などの地域交流の場所づくりを行っている。

利益相反：なし

SY17-2

宇都宮市医師会社会支援部の社会的処方とネットワーク活動

村井 邦彦 ムライ クニヒコ
村井クリニック

2019年に片山辰郎会長が立ち上げた宇都宮市医師会社会支援部は、SDHと健康格差にアプローチする医師会の取り組みとして注目された。地元紙下野新聞は「なぜ君は病に… ～社会的処方 医師たちの挑戦～」のタイトルで社会的背景を抱える人たちの実像に迫る記事を2年半にわたり連載した。社会支援部では「つながりサロン」にNPO等のステークホルダーを招き、ひとり親家庭支援、不登校支援、まちの保健室、依存症対策、フードバンク生鮮食品プロジェクト、子ども若者シェルター、子ども食堂、学校の子どもたちの福祉的支援などを手掛けてきた。

地域には活動を支えるネットワークがあった。「在宅ケアネットワーク栃木」は太田秀樹医師らが1997年に「暮らしの中の医療を目指して」をテーマに開催し、今年で29年目を迎えた。筆者は多職種ネットワーク「在宅緩和ケアとちぎ」を2007年に粕田晴之医師、高橋昭彦医師らと共に立ち上げ、年2回の合宿研修を開催している。2012年よりがん患者支援チャリティーイベント「リレー・フォー・ライフとちぎ」、2013年よりがんサバイバー・ケアギバーの傾聴とピアサポート「まちなかメディカルカフェ」を開催している。2016年より福田智恵市議とともに「地域支え合い研究会」を毎月共同開催しており、地域住民、議員、マスコミ、行政、学術、医療・介護従事者と学びを共にして6月で92回を数える。また、ケアマネ勉強会「ホームヘルスケアタウンうつのみや」代表、「一般社団法人えんがお」理事を務めている。

村井クリニックは2015年に「地域連携推進室」を設置し、「社会的処方推進委員会」が地域資源と連携し、体操教室、認定栄養ケア・ステーション、カフェや薬局での健康教室開催、秋の健康祭りなどを通じて地域ネットワーク構築に取り組み、地域の社会福祉法人、医療生協と共同で子ども食堂「子どもの未来応援隊」を運営している。

【演者略歴】

1988年 栃木県立宇都宮高等学校卒業
1995年 東京医科歯科大学卒業 麻酔蘇生科入局
2010年 自治医科大学大学院修了
2011年 村井整形外科（現 村井クリニック）院長・理事長
2015年 宇都宮市医師会理事（在宅医療・社会支援部担当）
宇都宮市地域包括ケア推進会議議長・地域包括支援センター運営会議議長
ホームヘルスケアタウンうつのみや代表
2017年 一般社団法人えんがお理事
2017年 獨協医科大学臨床教授
2024年 自治医科大学客員教授

利益相反：なし

SY17-3

住民と共にまちづくりを担う中小病院～コミュニティホスピタルの実践から～

近藤 敬太^{1,2} コンドウ ケイタ

¹ 藤田医科大学 連携地域医療学／豊田地域医療センター 総合診療科

² 一般社団法人コミュニティ&コミュニティホスピタル協会

私達は新たな病院像である『コミュニティホスピタル』という概念を提唱してきた。コミュニティホスピタルとは病棟・外来・在宅をシームレスにつなぎ、地域との関りを大切にした病院の事であり、具体的には下記の3項目で定義している。

- ①総合診療を中心とし、地域住民の健康管理や救急医療をはじめとする必要な医療を提供できる病院
 - ②充実した在宅医療体制を有し、地域の医療・介護・福祉機関と協力して地域包括ケアシステムの構築に貢献する病院
 - ③地域医療に関わる人材が体系的に学び成長できる環境を整え、人々が集い交流する地域に開かれた病院
- つまり、総合診療を軸としたプライマリ・ケアを担い、外来・入院にとどまらず、在宅医療、さらには住民と協働するまちづくり活動まで含めた、新たな中小病院の姿を提示している。

本発表では、当院がコミュニティホスピタルとして実践している地域活動の実際の様子を紹介し、それが診療や教育だけでなく、病院運営や経営改善にどのような影響を与えているのかを報告したい。

私は、地域活動こそが、これからの中小病院が地域に必要とされ、ニーズを活かし、生き残っていくための重要な戦略であると考えている。「病院スタッフが地域に出て行くにはどうすればよいのか?」「診療体制に支障は出ないのか?」「人件費が無駄になるのでは…?」と感じている方にこそ、このセッションを通じて、病院が住民と共にまちづくりに関わる意義が伝われば幸いである。

【演者略歴】

・経歴

愛知県豊田市出身

2014年 愛知医科大学卒業

2016年 トヨタ記念病院にて初期研修修了

2019年 藤田医科大学 総合診療プログラムにて後期研修修了

・現職

藤田医科大学 連携地域医療学 助教

豊田地域医療センター 総合診療科 在宅医療支援センター長

日本プライマリ・ケア連合学会 理事

利益相反：なし

シンポジウム18【長崎企画】

食べやすいまちづくり・嚥下食の開発

SY18

【セッション概要】

摂食嚥下障害患者にとって、食べやすく美味しい食物を摂取することは難しい。なぜなら食べやすくする過程で形態が変わったり、彩りや味が変わってしまうからである。しかし近年安全で美味しく、見た目も良い食品の開発や嚥下食の作り方が考えられている。嚥下障害に対応出来る飲食店も増えてきている。ただ発展途上であり、困っている在宅現場への支援は不十分である。地域社会としても摂食嚥下障害の認知や理解が浸透していない。本セッションでは嚥下食の開発や地域への発信を続ける講師の活動や思いを知り、全国各地で後続く方が増えることを期待する。

座長：三串 伸哉 ミクシ シンヤ

森本歯科医院

【座長略歴】

2003年 東京医科歯科大学歯学部卒業

2007年 同大学院高齢者歯科学修了歯学博士

2017年 長崎大学病院特殊歯科総合治療部准教授

2020年 長崎大学病院退職、歯科診療所からの訪問歯科診療を主に行う。

SY18-1

食を愉しむ

～目で見えて楽しい 五感でおいしい からだがよろこぶ 嚥下食とは～

牟田園 満佐子 ムタゾノ マサコ

Masako Office

「食」には、われわれにとって生命維持だけではない価値を持つ。料理の中に季節の移ろいを感じ、五感を使って味わうことや共に食することで心が満たされ、幸せを感じることができる。日々の食を愉しむ中に、より豊かに充実した人生を生きるヒントがある。食を愉しむことができる食事とは何か。「目で見えて楽しい、五感でおいしい、からだがよろこぶ」嚥下食の視点から高齢者の食について一考する。

赴任した特別支援学校には、ハサミで刻んだ給食を吹き出しながら苦しそうに食べる子どもがいた。これが契機となり、何もないところから嚥下食への挑戦が始まった。聖隷三方原病院の嚥下食を目標に、食べる機能の発達段階に合わせた「別調理による段階食」を確立し、現在に至っている。

退職後、学校給食で得た知見を生かし、重心児者が通う施設の給食部門の立ち上げを担った。安全性とおいしさを追究した新調理システムを導入し、学会分類に基づいたクオリティの高い嚥下食に挑んだ。一つひとつの素材、調味料の隅々までこだわって作った「しあわせごはん[®]」は、嚥下食メニューコンテストで2度のグランプリを受賞。施設の昼食だけでなく、ネット通販や自動販売機による販売、ふるさと納税出品など、より良い食事の選択肢を提供してきた。

現在、自宅で手軽につくる嚥下食を「Masako's おうちde嚥下食」で紹介している。その一つに肉・魚のムースがある。肉・魚のたんぱく質凝固温度を低温調理でTT管理したこの嚥下食は、食べやすく栄養的にも優れているため、高齢者の低栄養の予防につながると考える。

いかなる状況にあっても、より良い食の選択ができることは、よりよく生きることにつながる。なぜなら丁寧に作られた食によって、食べる人も食べさせる人も笑顔になるからである。すべての人が命をつなぐ大切な食を愉しみながら、より豊かに人生を送ることができるよう、これからも尽力していきたい。

【演者略歴】

1976年 西南女学院短期大学食物栄養科卒業
北九州市立学校栄養職員任命
1997年 北九州市立北九州特別支援学校赴任
2003年 北九州市立特別支援学校「別調理による段階食」確立
2008年 北九州市立公立学校教諭（栄養教諭）任命
2017年 北九州市立学校退職
2018年 嚥下食工房七日屋所長就任（2024年1月まで）
2024年 Masako Office 代表
一般社団法人 食とコミュニケーション研究所顧問

利益相反：なし

SY18-2

嚥下食が繋ぐインクルーシブな社会への実現をめざして

川端 恵里 カワバタ エリ

NPO 法人摂食嚥下問題を考える会

NPO 法人摂食嚥下問題を考える会は、摂食嚥下障害のある人も食べることをあきらめないまちづくりを目指し、主に2つのイベントを実施している。

「嚥下食EXPO」は、嚥下食開發生産者および販売者（以下「企業」）と嚥下障害当事者（以下「当事者」）や介護者、医療介護専門職（以下「専門職」）、一般市民を「嚥下食」で繋ぐイベントである。昨今、多くの嚥下食が開發生産されているが、必ずしも当事者やその家族、または専門職等に知られているとはいえない。そこで、全国から様々な嚥下食を取り寄せ、参加者全員で試食パーティを楽しめるよう企画している。そこでは開發生産者や販売者が、開発にかける思いや販売秘話を語る。「こんなに美味しい嚥下食に出会えてよかった、うれしい」と当事者や家族が喜びを表現し、企業側は企業努力が報われた喜びを噛みしめ、互いに手を取る場面は感動的である。食べる喜びや生きる意欲をもたらす嚥下食の価値を目の当たりにした参加者が多かった。

「嚥下フェス」は、嚥・縁・宴・演を円くつなぐというテーマで開催している。当事者が自らの嚥下障害や嚥下食についての体験を語ったり、楽団演奏を聴きながら参加者全員で嚥下食スイーツを食べるなど、誰もが五感で楽しむイベントである。嚥下障害の有無にかかわらず「人」として求められる支援とは何かを考え、社会的つながりの重要性に気づいたという声が多く聞かれた。

これらイベントの共通点は、「嚥下食」を通じて当事者、介護する家族、嚥下食開發生産者や販売者、専門職などが、同じ場で情報を共有しあい、それぞれの事情を理解しながらコミュニケーションを取り、「食」でつながる姿である。「食べたいものを、一緒に食べよう」と声を掛け合い、立場を超えてコミュニケーションを深めるこのような機会は、インクルーシブな社会や地域を促進するための活動としてさらに発展させる必要性を感じている。

【演者略歴】

1996年神戸総合医療専門学校言語聴覚学科を卒業。言語聴覚士。

兵庫県内の医療機関で約10年、脳卒中後の言語および摂食嚥下リハビリテーションの臨床経験を積む。

その後、高齢者福祉施設にて約15年勤務。高齢者介護の現場では看取りも含む人生の最期まで口から食べる支援を実践。

2023年よりNPO 法人摂食嚥下問題を考える会の理事長を務め、嚥下障害当事者や介護者、医療介護福祉関係者、地域住民を対象にした食支援講習会や介護食・嚥下食イベントを開催し、食支援についての啓蒙活動や介護食嚥下食の情報提供、支援者と当事者交流会などを企画運営している。

介護食嚥下食専門の料理教室【EatCare クリエイト】主宰。

利益相反：なし

SY18-3

長崎での活動～ゆめカステラプロジェクト～

三串 伸哉 ミクシ シンヤ

森本歯科医院

ゆめカステラプロジェクトは「好きなものを食べて生きていく」を理念に、摂食嚥下障害の啓発活動と美味しく食べやすい食品の開発活動を行っている。プロジェクトには医療、介護関係者のみならずさまざまなメンバーが参加している。啓発活動としては、毎月の定例会、地域に向けたセミナーやワークショップ、学生への出張授業など幅広く取り組んでいる。2020年からは長崎嚥下食デザートコンテストを開催している。コンテストを通じて啓発を行いつつ、優秀なレシピを集めレシピ集を配布している。開発活動としては2018年にカステラを食べやすく改良した「なめらかすてら」を商品化した。現在は長崎の老舗洋菓子店の協力を得て、コンテストのグランプリ作品の商品化を進めている。「好きなものを食べて生きていく」には、摂食嚥下障害の予防、リハビリテーション、リスクを承知した上で本人の食べたい意思の尊重、美味しく食べやすい食品や飲食店等の環境作りが大切と考える。

【演者略歴】

2003年 東京医科歯科大学歯学部卒業

2007年 同大学院高齢者歯科学修了歯学博士

2017年 長崎大学病院特殊歯科総合治療部准教授

2020年 長崎大学病院退職、歯科診療所からの訪問歯科診療を主に行う。

利益相反：なし

シンポジウム19【プログラム委員企画】

これでいいのか？これからの在宅医療～医療制度の視点からみた表と闇～

SY19

【セッション概要】

2024年6月、地域包括ケアシステム構築前の最後のトリプル改定となった。診療報酬だけでなく介護報酬にも大きな変革をもたらした。今後も医療・介護政策は、財源や人材も含めて持続可能性を目指していく。しかしながら、在宅医療のニーズが増加し、これまでどおりの報酬体系を維持できるのかについて若干の不安もある。今後の我々の動き方次第で、将来の在宅医療がどうなっていくのかを考えたい。各シンポジストからそれぞれの立場で、現状を報告し将来への警鐘を鳴らしたいと考える。

在宅医療における保険制度は、診療報酬改定を重ねるごとに複雑になっていき、正確に保険請求ができていないのか現場は混乱を極めている。しかしながら、国も高齢者人口の増加と医療・介護従事者不足の中で、最後の砦としての「在宅医療」を守るために、限りある社会保障費の財源の中で診療報酬を考えている。我々は報酬改定後、国の考えに沿ってどこまで正しく取り組めてきたのだろうか。改定から1年後の今、各職種から現状を報告し、これから1年後の報酬改定に向けて現場から発信する。

2024年診療報酬制度を考えた厚生労働省、それを受ける在宅医、訪問看護師、薬剤師の立場から現状の報告をおこない問題提起をおこなうと同時に、次回の改定への提案を報告する。

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】

一般社団法人 大阪ファルマプラン 理事長

【略歴】

1991年 武庫川女子大学薬学部卒業

1991年 医療法人協和会協立温泉病院（兵庫県川西市）就職

1993年 大阪ファルマプラン就職

2023年 理事長に就任

【所属団体・学会等】

全国薬剤師・在宅療養支援連絡会副会長

日本ケアアライアンス理事

H I P 研究会理事

日本在宅ホスピス協会役員

同上THP（トータルヘルスプランナー）

日本在宅医療連合学会評議員

同上 保険委員会・多職種連携委員会

日本緩和医療薬学会地域連携委員会

大阪府吹田市薬剤師会副会長

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】

1991年 杏林大学医学部卒、杏林大学附属病院第2外科（現呼吸器外科・乳腺外科）医局入局

1997年 杏林大学大学院卒

1998年 静岡県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

2012年 立川在宅ケアクリニック

2015年 立川在宅ケアクリニック院長

1996年 東京都監察医務院非常勤監察医

2006年 警視庁嘱託医

2016年 立川市医師会理事

2023年 東京都医師会理事 東京都社会保険診療報酬請求書審査委員会 副審査委員長

2024年 日本医師会社会保険診療報酬検討委員会委員

SY19-1

在宅医療における診療報酬改定について

加古 敦也 カコ アツヤ
厚生労働省

現行の診療報酬は令和6年6月より施行されており、次回の令和8年度診療報酬改定に向けた中央社会保険医療協議会（中医協）の議論が本格化する手前であるこのタイミングで、改めて在宅医療における累次の診療報酬改定について、前回改定の要点を中心に説明する。また、今後の診療報酬のあり方を考える議論の足がかりとなるよう、先日公表された前回改定の改定検証調査の結果や、2040年の医療提供体制を見据え、先般とりまとめが行われた「新たな地域医療構想」についても言及する。

【演者略歴】

2021年 京都大学卒業
同年 関西電力病院臨床研修医
2023年 厚生労働省保険局医療課
現在に至る

利益相反：なし

SY19-2

これでいいのか？これからの在宅医療～訪問看護に求められるものとは？～

高関 左保 タカセキ サホ

訪問看護ステーション上西

訪問看護制度が1992年に創設され、30年以上が経過した。当初全国で277カ所であった訪問看護ステーションも2024年には17,829カ所となり、訪問看護を利用する利用者は、小児から高齢者までの約94.5万人まで増加してきている。また、訪問看護が提供される場所も在宅のみではなく、施設や学校、保育園等多岐にわたっており、療養者のニーズの多様化とともに求められる役割も変化してきている。

訪問看護が多様化する一方で、そのあり方についても議論されてきており、適正な訪問看護の提供が求められている。2040年には高齢化や在宅患者数がピークに達し、生産年齢人口は減少が続くため、医療・福祉・介護の人材は不足していく。地域の在宅療養を支えていくためには、訪問看護ステーションが担う役割は大きい。人材を確保しながら、持続可能な訪問看護の提供、機能強化、多機能化、看護の質の向上、地域包括ケアシステムの深化等が求められている。

訪問看護は社会における重要なインフラであり、継続的に安定した訪問看護を提供していくために、我々は今から何を取り組み、何を目指していかなければならないのか？限られた社会保障費のなかで、持続性のある在宅医療を提供していくためにはどのような取り組みが必要なのか？

これからの医療とともに訪問看護に求められるものについてともに考えていきたい。

【演者略歴】

2001年 聖隷クリストファー大学 看護学部卒業

2001年 社会福祉法人聖隷福祉事業団 聖隷三方原病院 看護部

2017年 社会福祉法人聖隷福祉事業団 訪問看護ステーション細江 就業

2017年 おおぞらプランニング株式会社 訪問看護ステーション上西 管理者・所長

利益相反：なし

SY19-3

2024年度調剤報酬改定の影響と今後の課題について

宇野 達也 ウノ タツヤ

全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 制度検討委員、CoMediCs スギ薬局グループ

2024年度の調剤報酬改定では、努力している薬局が評価される部分が多く見受けられた。例えば、医療では、夜間訪問加算・休日訪問加算・深夜訪問加算、服薬管理指導料、外来服薬支援料2の施設連携加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料における麻薬注射患者月8回訪問、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料における末期がん・麻薬注射患者の月8回訪問、在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料2、在宅移行初期管理料、麻薬原液における無菌製剤処理加算など。介護では、医療用麻薬持続注射療法加算、在宅中心静脈栄養法加算などがある。今まで、きちんとやっているにも関わらず無償になってしまっていた業務が評価されたことで、より薬局が在宅医療に関わりやすくなった。しかしながら、非がん・非TPN・非麻薬注射患者への頻回訪問問題、中6日問題、特定保健医療材料の逆ザヤ問題、末梢輸液の無菌調剤問題など、未解決な部分も多いと感じている。また、今回のテーマである闇に注目すると、地域支援体制加算などを算定しているにも関わらず時間外の問い合わせ電話に出ない薬局、開局時間外に一切対応しない薬局などが存在するという声も耳にする。このセッションでは調剤報酬改定が薬局に及ぼした影響を検討したい。また、薬剤師・在宅療養支援連絡会（J-HOP）の活動をお伝えしたい。

【演者略歴】

略歴

1998年（H10） 第一薬科大学 卒業
1998年（H10） 総合メディカル株式会社 入社
2006年（H18） 株式会社ヤナセ薬局 入社
2014年（H26） 栄養サポートチーム専門療法士 取得
2015年（H27） 緩和薬物療法認定薬剤師 取得
2024年（R6） スギ薬局グループ 入社
2024年（R6） 株式会社CoMediCs 異動

所属学会・所属研究会

HIP（Home Infusion Pharmacy）研究会
全国薬剤師・在宅療養支援連絡会（J-HOP）
日本栄養治療学会（JSPEN）
日本緩和医療薬学会（JPPS）

利益相反：なし

SY19-4

診療報酬・介護報酬から紐解く在宅医療の闇

莊司 輝昭 ショウジ テルアキ
立川在宅ケアクリニック

我が国が突入している超高齢・多死社会。医療・介護の需給は高まり、社会保障費の急増、さらには高齢者を支える働き手人口の減少が問題となってくる。

これまで病気や介護の問題は国全体で支えるという考えのもと、「国民皆保険制度」を整備されてきたが、現在のよ
うな超高齢化の進行や病気・介護の多様化は想定外で、当時の社会構造とは異なり、国が面倒を見切れなくなり、地
方に丸投げしてしまったものが「地域包括ケアシステム」の実態であるとも考えられ、そのような中で国は在宅医療
の推進を行ってきた。

令和6年度診療報酬改定においては、在宅医療関連で様々な項目が見直され、診療報酬上の取り扱いの現状と課題に
ついては、患者が高齢になっても病気や障害の有無に関わらず、住み慣れた地域で生活を続けられるよう、患者の生
活を支える医療であるとされている。そのためには、在宅医療が入院や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完
しながら、継続的な切れ目のない医療を提供することが求められている。

今回の在宅医療の診療報酬改定では、減算・加算ともにこれまでの在宅医療提供体制を鑑みて、さらにはこれからの
医療提供体制を見据えたもの改定となっていた。

また昨今、在宅医療、訪問看護、介護リハビリなどの診療報酬、介護報酬の過剰請求や不正請求が報道されている。
在宅医療は入院医療とは異なり、居住場所という閉鎖空間の中で提供される医療でブラックボックス化しているのも
事実である。様々な保険指導や監査だけでなく、今後は医療・介護提供者同士での適切なチェック機能を持った上で
在宅医療を提供していかなければ、不適当な在宅医療提供者が限りある社会保障費の無駄遣いの一端を担うことにな
り、今後の在宅医療が崩壊する可能性も十分に考えられる。

今回のシンポジウムでは在宅医療の診療報酬・介護報酬から在宅医療の闇の実態を事例でご提示するので、一緒に考
えていきたい。

【演者略歴】

1991年 杏林大学医学部卒、杏林大学附属病院第2外科（現呼吸器外科・乳腺外科）医局入局
1997年 杏林大学大学院卒
1998年 静岡県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
2012年 立川在宅ケアクリニック
2015年 立川在宅ケアクリニック院長
1996年 東京都監察医務院非常勤監察医
2006年 警視庁嘱託医
2016年 立川市医師会理事
2023年 東京都医師会理事 東京都社会保険診療報酬請求書審査委員会 副審査委員長
2024年 日本医師会社会保険診療報酬検討委員会委員

利益相反：なし

シンポジウム20【プログラム委員企画】

医療依存度の高い患者様、これで安心して引き受けられます

SY20

【セッション概要】

在宅医療では、病院勤務時代には関わることのなかった医療的ケア児や神経難病患者を担当する場合があります、その中には在宅呼吸療法を必要とする事例もあります。在宅呼吸管理・ケアに関しては、呼吸器疾患以外の対象者も増えており、在宅呼吸療法の機器も幅広く、在宅酸素療法、在宅人工呼吸療法、気管切開、非侵襲的陽圧換気、ハイフロー療法などが行われます。このような背景から、在宅での患者受け入れや対応に悩む場面もあります。在宅患者の医療依存度は多様であり、高度な呼吸管理を必要とする患者に対しては、十分なサポート体制の確立が求められます。医療・介護専門職は患者（保護者）の意向を尊重し、患者の生活の質の向上を目的としたケアを提供し、安全で質の高い在宅療養を支援する役割が期待されています。医療技術の進歩に伴い、在宅使用可能な医療機器も高度化しており、これらを安全かつ効果的に活用するための専門的な知識と技術の習得が重要です。また、これらの支援に関わる専門職の支援も必要です。

本シンポジウムでは、参加者のご協力のもと、医療依存度が高い患者の在宅受け入れに関する疑問や課題の解決を目指します。

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】

1987年 岩手リハビリテーション学院理学療法学科卒
1987年 盛岡友愛病院リハビリテーション科勤務
1999年 同 在宅医療部
2004年 須藤内科クリニックリハビリテーション科科长
2013年 岩手県教育委員会 非常勤講師
2015年 もりおかこども病院 非常勤
2017年 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：中山 優季 ナカヤマ ユキ

公益財団法人東京都医学総合研究所

【座長略歴】

1996年 東京女子医科大学看護短期大学卒業
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
1998～2002年 東京女子医科大学病院脳神経センター勤務。
2002～2007年 東京都立保健科学大学大学院修士課程、博士課程修了。
2007年 財団法人東京都神経科学総合研究所（現、公益財団法人東京都医学総合研究所）勤務。
2015年 同、難病ケア看護プロジェクトリーダー
2020年 同、社会健康医学研究センター難病ケア看護ユニットリーダー、現在に至る。

S20-1

「どこでも気道クリアランス」よりよく生きるためのチーム作り

緒方 健一 オガタ ケンイチ
おがた小児科内科医院

医療的ケア児や重症心身障がい児（者）において緊急入院や死因で最も多いのは、呼吸器合併症である。我々は呼吸器合併症予防のために、どこに居ても気道クリアランス法が可能となる安全な在宅人工呼吸療法の環境作りに取り組んできた。在宅人工呼吸療法での問題は、人工呼吸器に起因するものと患児（者）の基礎疾患に起因するものに分けられる。

1, 人工呼吸器関連の問題

病院では、医師や看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士や臨床工学技士など多職種が連携したチームが存在する。しかし、在宅医療現場では臨床工学技士の働きに対して保険点数が認められていない。在宅環境では、寒い季節の呼吸器回路の結露などに難渋することが多く必要な業種である。

2, 基礎疾患に起因する気道クリアランス法の違い

気道クリアランス法は、中枢気道のクリアランス（咳を補助する目的）と末梢気道のクリアランス（痰が多く無気肺などの対策）に分けられる。しかし、日本の病院では排痰補助装置が保険収載されていないため排痰補助装置の使用経験がない医療スタッフが多い。従って、肺炎で入院したら咳ができなくなるなどの問題が発生した。当院は、入院先への気道クリアランスのためにスタッフ派遣を行っている。

我々の目的は、安全に生命を守る事が根本にある。しかし、成長期では「如何に育てるか」の視点がたとえ見取りであっても存在する。我々の目標は、合併症を防ぎ、教育や社会参加の機会が失われた結果の二次障がいを予防することである。これにより、障がいがあっても「やりたいこと」を十分に達成できる。そのためには、病院では気道クリアランス法を取り入れて日常的に実施すること、在宅では臨床工学技士が参加し家庭での人工呼吸器使用状況を評価し適正化できること、以上が難病でも安心して過ごせる在宅環境と考えられる。

【演者略歴】

1983年 福岡大学医学部卒業
1983年 熊本大学麻酔科
1986年 神奈川県立こども医療センター 麻酔科・集中治療室
1991年 トロント小児病院PICU（文部省在外派遣研究員）
1992年 熊本中央病院麻酔科医長・集中治療準備室長
1998年 医療法人おがた会 おがた小児科内科医院開業
2000年 熊本小児在宅人工呼吸療法研究会 会長（2020名誉会長）
2007年 熊本大学小児発達学 臨床教授、崇城大学薬学部 臨床教授

利益相反：なし

SY20-2

医療依存度の高い患者様を診るためにおさえておきたいポイントー神経難病ー

武知 由佳子¹ タケチ ユカコ
遠藤 直子¹ エンドウ ナオコ
北見 幸子² キタミ サチコ

¹医療法人社団愛友会いきいきクリニック

²愛友会いきいき訪問看護

座長の中山先生が訪問看護と介護第21編 第9号 別冊2019の中で表現された難病看護の普遍性の重層構造の3Stepを用いて表現すると、ALSをはじめ神経難病患者は、Step1, 生命を維持する：呼吸困難感を感じない、NPPV またはTPPVの至適設定、排痰補助装置、最大強制吸気量などで末梢無気肺の予防など、呼吸ケア、リハビリテーションを行う。重度訪問介護での気管内吸引、適切な栄養療法。気管切開をして生き抜くことを選択できるかどうかに関わるStep2, 日常生活を支える：ナースや重度訪問介護で、排泄ケアなど身の回りのケア、体位変換、訪問入浴サービスによる入浴など、セルフケアが維持できること。患者が自律して快適に暮らせるように、スイッチや視線入力でコミュニケーションがとれ、ベッドの高さ傾きなど自分で調整できるような環境整備。Step3, 自己実現を支える：テレビ、オーディオも自由にチャンネルを変えられ、好きなことをしながら一日過ごし、時には家族と旅行に行く。家族の中での役割を果たせるようにする。施設や病院ではStep2,3までは行き届かず、私たち以上に我慢を強いられ、苦痛を伴う。なるべく家族の介護破綻を来さず、自宅での生活を継続させるために、難病患者様が自分らしく生きるために、50人近いスタッフが多職種連携で支えている。その中で在宅療養支援診療所が果たす役割についてお話ししたい。

とくに生命を支えるStep1で、健常者と同じように、呼吸に何も心配のない、呼吸を意識しない生活ができるよう、人工呼吸器の設定や、排痰ケアなどを行うこと、生命の危機にならないためのリスク管理などをご紹介します。そしてチームのメンバーで随時カンファレンスをし、それを踏まえ、患者があくまでチームのリーダーであり、チームのメンバーが活動しやすいように、患者自らが配慮する必要があることなども、医師から伝える。

【演者略歴】

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

2020年 神奈川県医学学術功労賞受賞

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

【最近の執筆】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

今日の治療指針2024医学書院 第5 非侵襲的陽圧換気療法 278-279 などなど

利益相反：なし

SY20-3

訪問看護ステーションが運営する多機能型療養通所介護の取組

島田 珠美 シマダ タマミ

川崎大師訪問看護ステーション・療養通所介護まこと

訪問看護を利用している医療的ケアのある方々の自宅以外の行き場がなかなか増えないことから、年齢にかかわらず重度の障害や疾患があっても、医療的ケアがあっても利用できる多機能型の療養通所介護まことを2016年に開設し、気管切開や人工呼吸器を装着した方々の通所をサポートさせて頂いています。利用者の6割程度が気管切開を行っており、約半数が人工呼吸器を使用されていますので、看護師を多く配置しておりますが、リハビリ職はもちろん、介護福祉士、保育士、臨床心理士、児童指導員、ケアワーカーと多職種で連携をしながら運営を行っています。訪問看護もそうですが、在宅では材料や機材を統一するという病院で行っているような安全管理は、現実不可能です。その分、日々のケアの中で、間違いがないように行っていくには工夫が必要になります。また、吸引一つとっても介護職と医療職ではできることが違っていたりと、職種によってできることも違っていたりするので、人員の配置や役分担が重要になります。その中での連絡や情報共有、知識の共有など様々な配慮が必要になりますし、スタッフの育成が重要です。

更に、地域の中で同じ利用者さんに関わる、ほかの通所事業所、役所の担当者、学校、保育園、療育センター、医療的ケア児・者コーディネーター、病院や訪問診療の医師や看護師、リハビリスタッフ、ケースワーカー、家庭支援センターなど多くの事業所との連携や勉強会の開催など、ご本人やご家族も含めて、みんなでともに、悩み・考え・解決方法を模索しながら一緒に成長していけるような地域づくりをしていきたいと考えています。

小児を中心とした連携の会で研修を行ったり、行政への提言を行ったりしておりますし、困難事例の検討会も重ねております。今後もこのような活動が続ける中で、たくさんの若いスタッフが地域で育ってくれることを願っています。

【演者略歴】

学歴

昭和59年3月 川崎市立看護専門学校卒業、昭和61年3月 白梅学園短期大学心理技術課卒業、平成23年3月 国際医療福祉大学大学院修士課程NP養成（現・特定行為看護委養成）分野卒業 保健医療学修士、診療看護師、昭和61年4月～平成6年5月 東邦大学医学部附属大森病院勤務、平成8年11月 医療法人誠医会入職 平成9年5月 川崎大師訪問看護ステーション開設、2016年療養通所介護まこと開設、現在は統括管理者として勤務

利益相反：なし

SY20-4

このフレイル患者様をどう救うか？

『在宅だからこそ多職種連携無しでは患者様は救えない!』

房 晴美^{1,2} ボウ ハルミ
時岡 奈穂子¹ トキオカ ナホコ

¹NPO法人はみんぐ南河内

²羽衣国際大学人間生活部食物栄養学科

令和6年度診療報酬、介護報酬、障害福祉サービス等報酬改定では3つの報酬が同時改定され、注目すべき点は、医療・介護どちらにおいても、リハビリテーション・口腔・栄養の連携が新設され評価されたことである。訪問型サービスC（短期集中サービス）事業では、リハ職・歯科衛生士・管理栄養士が、運動機能・口腔機能・栄養状態の低下の状況に応じて連携を取りながら自立支援にむけた介入を行っている。自身の介入でも、2020年1月から2024年12月までの訪問人数115名の介入前後の比較をしてもBMIは22.9→23.2kg/m²、下腿周囲長31.3→32.1cm（平均値）とその効果が確認できる。また、摂食嚥下障害の方への介入でも、「普通の食事をたべられる口」作りのために歯科衛生士、言語聴覚士の介入でより大きな栄養改善がみられる。本日より報告させていただく症例は、低BMI、アルコール性依存症・双極性障害の精神疾患があり、誤嚥性肺炎で入退院を度々繰り返していた患者へ、退院後早期に歯科受診、言語聴覚士による口腔機能訓練、管理栄養士による栄養管理・食事の調整の指導を行い、3か月で「普通の食事をたべられる口」を持ち、5か月で目標体重に到達できた。その結果、家族も含め本人も明るさを取り戻すことができた。もし、管理栄養士単独の介入だけであつたら、嚥下調整食からのステップアップはできていなかったと改めて多職種連携の重要性を実感した。

人が健康的にその人らしい在宅生活を送るためには、人との繋がりによる精神面の安定、自分で体を動かす身体機能の維持、美味しく食べるための口腔機能、それらを支える栄養素が大変重要で、そのことが関わる側、関われる側の双方に幸せをもたらすと改めて気づかされた。本日は、そのために不可欠な多職種連携・同職種連携について検討したい。

【演者略歴】

1980年 大阪府立公衆衛生専門学校栄養部 卒業
1980年 日立家電販売株式会社回転機課（クッキングレディ）入社
1982年 （医）頌徳会 日野病院栄養科 入職
1991年 （医）ラポール会 青山第二病院栄養科 入職
2013年 （医）温心会 堺温心会病院栄養管理部 入職
2019年 （医）恵泉会 堺平成病院栄養部（平成31年4月名称変更）退職
2017年 羽衣国際大学非常勤講師 現在に至る
2019年 にしひら内科クリニック 現在に至る
2020年 特定非営利活動法人 はみんぐ南河内 現在に至る

利益相反：なし

シンポジウム21【プログラム委員企画】

研究からみる在宅医療の未来

—Patient Reported Outcomeをターゲットとする研究への取り組み—

SY21

【セッション概要】

Patient Reported Outcome（PRO：患者報告アウトカム）は、症状やQOLなどについて患者自身が判定する臨床アウトカムである。PROを指標とすることにより、症状や苦痛の適切な評価、適切な治療および苦痛の緩和、患者と医療・ケアスタッフとのコミュニケーションの促進、QOLの向上などが期待される。在宅医療では患者自身の苦痛の軽減、QOL、満足感などを高める支援が望まれるため、PROをターゲットとする研究は大切である。

本シンポジウムではPROをターゲットとする研究に取り組む3名の演者が講演した後、総合討論を行う。最初に、千葉県柏市において、市民を対象とするアンケート調査とレセプト研究を組み合わせた研究の結果を紹介する（吉江悟氏）。次いで、ケア効果の可視化プロジェクト（VENUS）の取り組みについて、アウトカム質指標の開発を中心に講演する（野口麻衣子氏）。最後に、在宅医療に関する多施設共同研究であるZEVIOUS研究について講演する（次橋幸男氏）。その後、総合討論を行い、PROをターゲットとする研究への取り組みを通して、研究の観点から在宅医療の未来を考える。

座長：山中 崇 ヤマナカ タカシ

東京大学医学部附属病院

【座長略歴】

1989年 高知医科大学 医学部医学科卒業
1996年 東京女子医科大学附属第二病院 在宅医療部助手
1998年 東京女子医科大学附属第二病院 在宅医療部講師
2007年 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 東京大学医学部在宅医療学拠点 特任准教授
2018年 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 東京大学大学院医学系研究科 在宅医療学講座 特任教授
2025年 東京大学医学部附属病院 老年病科 特任研究員

座長：梅垣 宏行 ウメガキ ヒロユキ

名古屋大学大学院医学系研究科

【座長略歴】

1990年 名古屋大学医学部卒業
1990-1993年 市立四日市病院
1995-1997年 米国国立衛生研究所、老化研究所
1998年 名古屋大学医学部大学院卒業、医学博士取得
2002年 名古屋大学附属病院老年科助手
2007年 同 助教
2012年10月 同 講師
2017年1月 同 准教授
2023年1月 同 教授

利益相反：なし

SY21-1

医療・介護レセプトと住民アンケートのデータを組み合わせた取り組みについて

吉江 悟^{1,2,3,4,5} ヨシエ サトル

飯島 勝矢^{1,2}

¹ 東京大学高齢社会総合研究機構

² 東京大学未来ビジョン研究センター

³ 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター

⁴ 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室

⁵ 広島大学医学部

演者らは、平成30～令和2年度厚生労働科学研究「在宅及び慢性期の医療機関で療養する患者の状態の包括的評価方法の確立のための研究」(代表者：飯島勝矢)において、医療・介護レセプトと住民アンケートのデータを個人単位で接合した分析を試行した。本報告では、その経験を踏まえ、レセプトデータ等の既存情報とPROを組み合わせたデータ整備の重要性ならびに実装にあたっての課題等について考察する。

同研究では、千葉県柏市役所との連携のもと令和2年4月に同市在住の要介護者約7,077名を対象として無記名(IDのみ付与)の郵送アンケートを実施し、3,470名より回収を得た。令和元年10月の介護保険の算定実績データと接合を行い、住民アンケートで得られた各種主観的指標(主観的健康感、主観的幸福感、生活満足度、サービス満足度、抑うつに関する2項目)を従属変数とする回帰分析を行ったところ、集合住宅入居者(介護付き有料老人ホーム及び認知症グループホーム)や介護保険施設入所者は、自宅居住者(居宅サービス利用者)に比べて、主観的幸福感、生活満足度が有意に低かった。また、集合住宅入居者は、統計的に有意ではないものの、自宅居住者に比べて、介護・医療サービスの満足度が低い傾向にあった。抑うつに関する項目については、療養場所との間では有意な関連を示さなかった。

以上のような分析により、レセプト等の豊富な情報量を有する既存データの強みを最大限活かしつつ、これらの情報だけでは不足しがちな「住民・患者自らによる主観的評価」を、回答負荷を最小限に抑えつつ補うことができると考えられる。しかしながら、このようなデータの整備を行うためには市町村行政等の協力が不可欠であるものの、行政内部にはデータ処理に明るい人材が多くないことから、持続可能なデータ集積・解析・解釈のプロセスを構築することが極めて重要であり、また課題となる。

【演者略歴】

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、同高齢社会総合研究機構などを経て2015年より現職、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、柏市生活支援コーディネーター、東京大学客員研究員、慶應義塾大学訪問研究員、広島大学客員准教授、柏市レセプトデータ分析アドバイザー、千葉県看護協会理事、一般社団法人東大看護学実装普及研究所代表理事ほか。

利益相反：なし

SY21-2

看護領域におけるPROを用いた実践・研究とケアの質

野口 麻衣子 ノグチ マイコ

東京大学大学院医学系研究科

患者中心の医療を行おうという世界的な潮流の中で、Patient-Related Outcome (PRO：患者報告型アウトカム) が重要視されてくるようになりました。例えば、自分自身の状況に適した表情を選ぶFace scaleや、痛みを0～10の数字で患者自身が報告するNumeric rating scale (NRS) 等は、古典的かつ代表的なPROになります。近年では、PROの論文だけを集めた「Journal of Patient-Reported Outcome」という専門誌まで発刊されており、その関心の高さがうかがえます。

PROが非常に興味深いのは、研究アウトカムとしての機能を持ち合わせると共に、日常診療・看護に活用すること自体が、患者のQOLへのポジティブな影響を与え、生存期間の延長も認められることです。看護師においては、PROを日常的に活用することで、適切なアセスメントの助けになり、利用者・家族とのコミュニケーションの円滑化にもつながることも報告されています。つまり、PROは、研究のためではなく、むしろ、より良い臨床実践に寄与するものだと考えられます。

在宅医療では、療養者の治癒を目指すだけでなく、在宅療養者のありたい姿・過ごしたい生活の実現に向けて、必要な医療を日常に溶け込ませながら、療養者の生活を支えています。元来、在宅医療の領域においては、患者（在宅療養者）を中心に関わってきた長い歴史がありますので、在宅ではよりPROに馴染みやすい土壌があります。本シンポジウムでは、看護の立場から、PROを用いた実践・研究のご紹介を通して、在宅医療の未来について皆さんとディスカッションしたいと思います。

【演者略歴】

1999～2003年 東京医科歯科大学医学部保健衛生学科看護学専攻
2004～2006年 東京大学医学部附属病院 看護師
2006～2008年 東京大学大学院医学系研究科 修士課程
2008～2014年 東京大学大学院医学系研究科 博士課程（博士（保健学））
2009～2012年 株式会社ヘルスケアシステムズ シニアアソシエイト
2014～2015年 東京大学医学部在宅医療学拠点 特任助教
2015～2021年 東京大学大学院医学系研究科 高齢者在宅長期ケア看護学 助教
2021～2024年 東京科学大学（旧 東京医科歯科大学）在宅・緩和ケア看護学 准教授

利益相反：なし

SY21-3

在宅医療のケアとアウトカムを評価する臨床研究 Zaitaku Evaluative Initiatives and Outcome Study (ZEVIIOUS)

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 企画管理室／白川分院在宅世話どりセンター

生命予後と生活機能に制限がある在宅患者のケアにおいて、生活の質（QOL）を含む患者報告型アウトカム（PRO）の重要性が高まっています。在宅患者の選好や価値観に基づくケアを提供することで、医学的症状だけでなく、患者が抱える心理的・社会的苦痛の軽減とQOLの維持が期待されます。この理念に基づき、我々はZaitaku Evaluative Initiatives and Outcome Study（ZEVIIOUS研究）を企画し、2020年に東京、長崎、奈良で計202名の在宅患者を対象に調査を行い、2023年には参加者の予後を追跡しました。

その結果、患者中心のケアがアドバンス・ケア・プランニングへの参加を促進することを世界に先駆けて示しました。さらに、期待余命が短い患者ほど生活機能が低下していましたが、「役割とつながり」のスコアは維持されていましたが、追跡調査では実際の生命予後が短い場合にはすべての希望スコアが低下していることが明らかになりました。これらの結果からは、在宅医療においては、身体症状への介入とともに、生活機能の評価と心理的な支援を心がけること、そして患者中心性の向上が患者の希望やQOLの維持、そして患者の尊厳を守るためのACPにつながる可能性があることが示唆されました。

しかしながら、これまでの調査対象は医師による在宅医療を受けることが可能で、自ら調査票に回答できる患者に限られており、医師以外のケア提供者や重症度の高い患者、家族介護者については評価されていませんでした。この課題に対応するため、我々は全国の在宅医療・緩和ケア領域の医師らの協力を得て、第2弾調査を実施しています。この調査では、在宅患者だけでなく、居住系施設、入所施設、緩和ケア病棟にいる患者とその介護者も対象にしています。

【演者略歴】

兵庫県出身。2004年、佐賀医科大学医学部を卒業。天理よろづ相談所病院で初期研修および内科後期研修を修了。その後、国内外の大学院で公衆衛生、医療マネジメント、医療政策を学ぶ。現在は在宅医療の専門医として臨床に従事すると同時に、在宅医療領域での研究（ZEVIIOUS研究、レセプトデータ分析）を行っている。2019年からは天理よろづ相談所の経営企画に携わり、2020年からは奈良県医療政策局の嘱託職員として地域医療マネジメントにも取り組んでいる。

主な学位・資格：

在宅医療専門医／指導医、総合内科専門医、社会医学系専門医

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）

利益相反：なし

シンポジウム22【プログラム委員企画】

在宅看取りの質を考える ～働き方改革とGOOD Deathは両立できるのか～ SY22

【セッション概要】

治す医療から治し支える医療と共に、世代継承、働き方改革等へ転換する時代となり、死亡場所も変化している。その人らしい生き方が尊重され、その死の過程は百人百様であり、死亡場所の推移では自宅と施設が増えている。

限られた地域の資源の中で、職種間・組織間の世代間での相互成長や働き方の工夫も必要に迫られている。その人らしさを叶えるために本人の意思に基づく医療を踏まえ、チーム内で質を繋ぎ・連携・協働し最期を迎える。

このセッションでは本人・家族の満足やチーム内の満足を得ながら、今後働く側の人口も減少することを踏まえ、働き方改革にも着目し、医師、看護師として先駆的・画期的・革新的に工夫され在宅看取りを実践されているシンポジストより夫々の活動をご発表いただき、働き方改革とGood Deathは両立できるのか。どう工夫して質を繋いでいくのか、一緒に考えたいと思う。

座長：片見 明美 ヘンミ アケミ
株式会社ヴィーナス

【座長略歴】

1997年 栃木県立衛生福祉大学校保健看護学部看護学科卒業
2007年 栃木県立がんセンター 就任
2010年 在宅ホスピス ホスピスマネジャー 就任
2016年 国立がん研究センター東病院認定看護師教育課程（緩和ケア）修了
2017年 公益社団法人 栃木県看護協会 とちぎ訪問看護ステーション所長 就任
2019年 株式会社ヴィーナス 医療統括マネジャー 就任
2023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
2025年 桜美林大学老年学総合研究所連携研究員

座長：満岡 聡 ミツオカ サトル
医療法人満岡内科クリニック

【座長略歴】

1986年産業医科大学卒業。1992年長崎大学大学院医学研究科修了。
2000年、満岡内科消化器科医院（現医療法人満岡内科クリニック）開業。2010年に在宅医療介護福祉の多職種ネットワーク、在宅ネット・さがを創立し、は2013年にJPAP オレンジサークルアワードのBest education model of the Year 賞、2017年には地域再生大賞優秀賞を受賞したが2018年以降は活動を休止中。2017年より公益財団法人日本尊厳死協会本部学術研修担当理事としてACPを踏まえたリビング・ウィルの改訂を進め、協会は2022年11月に改訂版リビング・ウィルを発表した。

SY22-1

ケアチームにとって看取りの質を考える

満岡 聡 ミツオカ サトル

医療法人満岡内科クリニック

少子高齢化に多死社会の到来により在宅における死亡確認の需要は急増しており、死亡場所も自宅から施設へと変化している。それに伴い、在宅看取りの需要も増えており、従来の一人医師による24時間365日の看取り体制は限界にきている。働き方改革もあり、夜間の看取り往診には対応しないクリニック、或いは複数医師からなるクリニックによる当番制の看取りでの対応ということも増えてきた。

宮下光令は日本人の遺族調査における good death の研究から、日本人の多くが共通にしている望ましい死の要件として以下の10項目は挙げている。1苦痛がない、2望んだ場所で過ごす、3希望や楽しみがある、4医師や看護師を信頼できる、5家族や他人の負担にならない、6家族や友人とよい関係でいる、7自立している8落ち着いた環境で過ごす、9人として大切にされる、10人生を全うしたとを感じる。在宅看取りにおいても基本的に良い死の要件は変わらないが、ケアチームにとって看取りの質を考える際に、訪問診療を始める前の本人、家族等を含めた多職種でのACPにおいてケアの方向性の共有、亡くなった際に遺族、ケアチームが集まった病状説明、家族、チームへのねぎらいはご遺族やチームの看取りの達成感に非常に重要である。当院では、お看取りの際は、時間的制約がない限り、お看取りの際は、訪問看護師に加えて、医師、当院の担当看護師、訪問薬剤師も訪問し、エンゼルケアに家族と共に関わっている。良い看取りの経験は医療者の人生を変える。働き方改革は訪問時間に制約が生じ、患者・家族、ケアスタッフとのコミュニケーションの低下を生じかねない。すると、こうしたチームでの時間の共有が少なくなり一体感が損なわれ、看取りの質が下がらないかを危惧する。そうした看取りの質を担保するためにどのような取り組みができるかをディスカッションしたい。

【演者略歴】

1986年産業医科大学卒業。1992年長崎大学大学院医学研究科修了。

2000年、満岡内科消化器科医院（現医療法人満岡内科クリニック）開業。2010年に在宅医療介護福祉の多職種ネットワーク、在宅ネット・さがを創立し、は2013年にJPAP オレンジサークルアワードのBest education model of the Year 賞、2017年には地域再生大賞優秀賞を受賞したが2018年以降は活動を休止中。2017年より公益財団法人日本尊厳死協会本部学術研修担当理事としてACPを踏まえたリビング・ウィルの改訂を進め、協会は2022年11月に改訂版リビング・ウィルを発表した。

利益相反：なし

SY22-2

医師の働き方改革と安全確保のための「翌朝看取り」

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

当院では日本プライマリ・ケア連合学会認定の総合診療専門医/新家庭医療専門医を養成する後期研修プログラムを稼働しており、研修を希望する若い医師が年々増加している。当院での研修期間中、男性医師と同様に女性医師も夜間のオンコールや往診の対応をする必要があり、場合によっては医師一人で夜間に往診や死亡確認に患家へ訪問することも十分にありうる。そのため、これからの医療機関は、医師の勤怠管理のみならず訪問診療・往診における安全確保も求められるであろう。

そのような時代の中で、当院ではクリニックとして翌朝看取りを標準化し、オンライン診療などの制度を有効に活用して対応している。特に、夜間・深夜には死亡確認のための看取り往診はできる限り行わず、事前に患者・家族に説明の上で翌日の日中に往診しお看取りするようにしている（もちろん、家族の不安が強かったり、すぐに医師の死亡確認を希望したりする場合には、できるだけ早く患家に看取りに行く）。また、積極的にオンライン診療を活用することで、医師が実際に出勤する頻度を減らすことができるかもしれないとも感じている。

翌朝看取りについては、若い医師の働き方改革のためだけではなく、在宅医が高齢化している地域における医師の負担軽減という観点からも有益ではないだろうか。実際に翌朝看取りを運用するにあたっては、正確な予後予測と家族・訪問看護師への適切な事前説明が重要である。

【演者略歴】

【略歴】

1997年 三重大学医学部医学科卒業

2004年 神戸大学大学院医学系研究科博士課程（循環呼吸器病態学）修了

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 内科・緩和ケア内科

2013年 清水メディカルクリニック 在宅医療部門

2020年 医療法人社団 清水メディカルクリニック 理事長

2024年 清水メディカルクリニック新長田 院長

【資格・公職】

医学博士。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。日本専門医機構特任指導医。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。日本緩和医療学会代議員。日本ホスピス・在宅ケア研究会副理事長。全国在宅療養支援医協会理事。

利益相反：なし

SY22-3

在宅医の働き方改革とGood Deathの両立～オンコール代行サービス導入後の実録～

二ノ坂 建史 ニノサカ タケシ

にのさかクリニック

在宅医療機関としての必須項目かつ最重要課題であるオンコール体制の維持について発表する。

当院は1996年の開院以来、一般外来診療から訪問診療・往診および在宅看取りまで一貫した診療を行ってきた。開院当初から一定期間は開設者である前院長が一人でオンコールを担い続けていたが、患者数の増加と共に医師数が増え、複数医師で分担できるようになっていた。しかし、診療所単位で医師複数体制を永く維持するのは非常に困難であった。

現院長である演者が入職した2017年頃は、最大5名でオンコールを分担できていたが、オンコール担当可能な医師は徐々に減少し、医師の負担過多が課題となっていた。2023年には実質2名以下（演者含む）となったことで、オンコール代行サービスを提供するA社と提携することを決断した。以降の実録を共有する。

患者または訪問看護ステーションからのファーストコールは当院が受け、往診が必要な場合にはA社コールセンターを介して非常勤医師に依頼する。往診医は、患者・家族とは基本的に初対面となるが、電子カルテ上の情報の一部（サマリー・直近の診療録など）は共有可能である。診療の質については、A社を介してオンラインで1件毎にフィードバックできる。

2023年9月から2025年3月までの1年6か月で、A社への往診依頼は全38件、そのうち看取りは9件（在宅4、施設5）であった。A社医師による看取りだった場合、お悔やみのための訪問や電話でのグリーフケアを心掛けている。これ以外に、夜間早め・休日日中など負担の少ない時間帯の当院看取りは50件で、このうち「夜間永眠の場合、非常勤医師ではなく翌朝に当院看取り」を希望してくれた例が19件であった。

安定した他社サービスと適切に連携することで、医師の負担を軽減しながら、患者満足度を大きく損なうことなく在宅医療を永く維持できる可能性がある。

【演者略歴】

2008年 山口大学卒業
2008年 福岡徳州会病院
2010年 山口大学病院救命救急センター
2012年 徳山中央病院救急科
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
2021年 にのさかクリニック院長

利益相反：なし

SY22-4

看取りに取り組む施設看護師の立場から ～実践を振り返って働き方改革とグッドデスを考える～

長谷川 美希 ハセガワ ミキ

特別養護老人ホーム みぎわほーむ

【はじめに】

当施設は、9名が利用できるユニットを特養で2つ・ショートステイで2つ抱えた、計36床の介護福祉施設である。地域包括ケアの一翼を担うという事業の基本方針のもと、医療介護依存度が高い利用者もいる中で看取り介護に取り組んでいるが、現場が人員不足に悩まされない日は無い。

【活動】

両年度とも難病、吸引、在宅酸素、点滴、各種カテーテル管理、褥瘡含む創傷処置など医療依存度の高い利用者は、特養に5割、ショートステイに1割程度。生活全般に支援を必須とするショートステイ利用者は5割。その中で全体における看取りは、令和5年度6件、令和6年度は4件であった。

【考察】

毎日、介護スタッフは利用者の飲食・排泄・清潔を支援しながら安全確保や異常の早期発見に努め、看護師は各種処置や経過の観察、医師への報告・相談と指示の実施、内服薬の管理支援、受診の付き添い、家族支援などを行いつつ、看護実践を通じての看取り教育にも取り組んでいる。働き方改革とグッドデスを考えたとき、単純に業務の簡素化だけを求めてしまうと、質の低下を招くばかりか職務のやり甲斐も失いかねない。「看取り教育」には、その質の向上だけでなく、狼狽えて思考停止する無駄をなくす業務改善の意味合いで働き方に寄与し、自身の職務の重要感が高まるようなやり甲斐醸成の要素があるのではないか。看護師においても、介護スタッフが安心して看取り支援に取り組む地盤を提供することで、介護―看護の効果的な連携だけでなく、看護師自身のやり甲斐にも繋がると考えられる。

働き方改革とグッドデスは、看取り教育への工夫と努力で両立できる。だが、人員不足のため看取り期以外の利用者対応に追われ、スタッフが看取り期の利用者の傍に寄り添う時間を得られないことも多く、未だ理想と現実にはギャップがある。

【演者略歴】

2001年3月 長崎県立佐世保看護学校卒業

2001年4月 看護師免許取得

2001年4月～2007年9月 社会医療法人 長崎記念病院 勤務

2007年10月～2009年12月 医療法人小寺会 佐伯中央病院 勤務

2009年4月～2022年3月 社会医療法人 長崎記念病院 勤務

2013年5月 緩和ケア認定看護師 認定取得

2022年4月～ 地域密着型特別養護老人ホーム みぎわほーむ 勤務

利益相反：なし

SY22-5

施設での看取りを支援する訪問看護師の対応と役割

金子 和美 カネコ カズミ

長崎県看護協会訪問看護ステーション

近年、働き方改革という言葉が多く聞かれている。在宅療養においても、24時間働き続けるやり方は、医師をはじめ在宅を支える職種等の疲弊を生じてしまう。2024年の報酬改定では、訪問看護ステーションにおける看護師等の働き方改革及び持続可能な24時間対応体制の確保を推進する観点から、『24時間対応体制加算』について、看護業務の負担軽減のための取組みを要件としている。一方、施設でも2006年から看取り加算が新設され、看取り数も徐々に増えてきている。暮らしの場での看取りは望まれているが、施設で働く職員、とくに介護職員は看取りへの不安が大きく、対応に戸惑いがあるのが現状である。

これまで、長年訪問看護に携わり在宅看取りを経験した。自宅だけでなく、有料老人ホームやグループホームでの看取りにも関わってきた。看取りを経験した家族は、本人の意向を尊重したことや苦しまず穏やかな最期を迎えることができたことで、自己を肯定し満足感に繋がった。グループホーム入所の認知症を伴う利用者の場合は、「落ち着いた環境で過ごすこと」が大きく、住み慣れた施設で穏やかな日々を送ることができた。はじめは看取り不安が大きかった介護職が、研修や事例経験を通して、死を自然なものとして捉えることに変化していった。

看取りができる施設を増やすためには、施設職員への研修・振り返り・デスカンファレンスなどの機会を増やし、看取り＝普通のケアのひとつ、と言えるよう教育的な関わりも重要である。もちろん個々のレベルアップだけでなく、多職種での密な連携は欠かせない。互いを労いながら助け合えるチームを目指し、心理的安全性のあるチームを構築できるよう働きかけていく。多職種が連携・協働することで各職種の人材不足を補い、疲弊せずに働くことができると考える。

【演者略歴】

1985年 長崎大学病院勤務
1997年 訪問看護師養成研修終了、訪問看護師として勤務（佐世保市）
1999年 訪問看護（長崎市）
2001年 訪問看護（対馬市）
2003年 長崎県看護協会訪問看護ステーション 就職（長崎市）
2008年 長崎県看護協会訪問看護ステーション 管理者
2021年 長崎県訪問看護サポートセンター
2023年 長崎県看護協会訪問看護ステーション 管理者（諫早市）現在に至る

利益相反：なし

シンポジウム23【長崎企画】

長崎市の地域包括ケアシステムと多職種連携 20年の総括と検証

SY23

【セッション概要】

（趣旨・概要）

長崎市ではここ約20年間のうちに、地域包括ケアシステムと多職種連携に関して様々な取り組みが行われてきた。この20年間にどのような成果が得られたのか、できなかったこと・問題点はあったのか、当時の関係者に参加していただき総括・検証する。

（構成他）

長崎市地域では、これまで平成15年の長崎在宅Dr.ネットの設立、地域包括支援センターの創設から始まり、P-ネット、地域連携部門連絡協議会、栄養ケアステーション、ナースネット、OPTIMへの参加、地域包括ケアまちなかラウンジ、など様々な取り組みがなされた。

各団体の取り組みを発表してもらい、成果と問題点をシンポジウムで議論する。

座長：藤井 卓 フジイ タカシ

藤井外科医院

【座長略歴】

氏名 藤井 卓

学歴 1976年3月 長崎大学医学部卒業

1985年3月 長崎大学医学部大学院修了

免許・資格 医師、医学博士

職歴 1976年6月 長崎大学医学部第一外科入局 以後、国立長崎中央病院・北九州市立八幡病院・佐世保総合病院
長崎大学医学部心臓血管外科勤務

1993年4月 藤井外科医院開業 現在に至る

その他 NPO法人長崎在宅Dr.ネット理事長

長崎県医師会副会長 他

SY23-1

長崎市の地域包括ケアシステムと多職種連携 20年の総括と検証

詫摩 和彦 タクマ カズヒコ

医療法人たくま医院

長崎在宅Dr.ネットは2003年に設立され、今年で22年になります。

この機会に、多職種連携を重視して来た長崎在宅Dr.ネットの歴史を語りたいと思っております。

【演者略歴】

昭和61年 3月：福岡大学医学部医学科卒業

昭和62年 6月：長崎大学医学部附属病院第2内科勤務

昭和62年12月：長崎市立市民病院内科勤務

昭和63年 6月：長崎大学医学部附属病院第2内科勤務

昭和63年12月：長崎市立市民病院内科勤務

平成元年 6月：北松中央病院内科勤務

平成 3年 6月：長崎大学医学部附属病院第2内科勤務

平成 4年 4月：たくま医院勤務

現在、医療法人たくま医院院長・理事長。長崎在宅Dr.ネット副理事長・広報部長

利益相反：なし

SY23-2

「介護保険制度から誕生した介護支援専門員の今」 ～みんなで、その人を知ることから始めよう～

大町 由里 オオマチ ユリ
さゆり会ケアマネジメントセンター女神

介護保険制度が始まり、利用者が入院した病院に面会に行くと「ケアマネジャー？誰？」と小声で話す声が聞こえる。その度に、不安と同時に虚しさを感じていた。次第に利用者の生活を知り、その思いに触れる中で「ケアマネジャーがいてくれて良かった！」という言葉が心に染みていく。上手くいかなことが9割でも、その言葉で乗り越えられた。同時報酬改定と共に地域連携室からの退院支援が休む間もなく続き、病院と在宅の多職種がチームとなっていった。夜のカンファレンスの後はお決まりの”5感飯”（5感をフルに使い、喋りまくり食べる飯）同時に共通言語として”多職種連携”という言葉が広がった。

研修会や寸劇など多職種が集まる機会が増える中、新型コロナ感染症が医療と介護に容赦なく襲い掛かってきた。24時間対応に追われ、保険者との関係を更に強めながら、利用者、地域を守るために4年間走り続けてきた。そのような中でも、3年に1回ある介護報酬改定の内容を上書き保存し、利用者マネジメントへの自己研鑽に励み、地域マネジメントとして個別避難計画の作成など保険者との活動を増やしてきた。責任が課された仕事であるからこそ、ケアマネジャーは20年という時間で地域に浸透していった。

しかし、時代と共に業務は煩雑化し、制度開始時に手書きしていた提供票は今や雲の中にある。デジタル化は必要であるが、アナログであるべきことまでデジタル化する必要はない。今後もゆらぎ合い共感しあえる”5感飯”を再開したい。

連携の工夫として一案。私たちはカンファレンス等の際、氏名、年齢、家族構成、病気や治療の問題点など`何の病気？、`原因は何？、から始まることが多い。専門職が多く集まる際は特に詳しくなる。そこで、まず生活歴、`どんな地域で過ごしてるの？どんな風に生きてきたの？、からスタートする。利用者は平等に共有され、そこから専門職のアセスメントが始まる。

【演者略歴】

1986年 藤田保健衛生大学病院勤務
1989年 藤田保健衛生大学看護専門学校専攻科 卒業
1991年 医療法人昭和会 松本循環器内科勤務
1998年 三和町在宅介護支援センター（看護師）
居宅介護支援事業所 さんわケアプランセンター 管理者
2016年 社会福祉法人春風会特別養護老人ホーム青葉苑 施設長
2021年 社会福祉法人さゆり会 ショートステイ女神乃里 施設長
さゆり会ケアマネジメントセンター女神 管理者

利益相反：なし

SY23-3

利用者の「家に帰りたい」気持ちを大切にした訪問看護の20年を振り返る

下屋敷 元子 シモヤシキ モトコ
公益社団法人 長崎県看護協会

1994年4月、長崎市内3番目の訪問看護ステーションとして開設。8月にはステーション間の業務連携、訪問看護の充実を図る目的で、長崎市訪問看護ステーション連絡協議会を6事業所で発足。2000年介護保険制度が始まり、2003年3月Drネットが開設された。6月には糖尿病で易感染し入退院を繰り返すDrネット第1号の利用者を担当し、在宅医・訪問看護・ケアマネ・ご家族が病院にて退院前カンファを行いサービス開始したことが、昨日のように思い出される。Drネット開設後は、多職種研修会や事例発表会等で、連携が図れる機会となった。2008年長崎市訪問看護ステーション連絡協議会の12施設で、「ナースネット長崎」発足し、Webでの新規受入れ・共通マニュアル・看看連携などに取り組んだ。2008年～2010年OPTIMのプロジェクトのコアリンクナースに参加できたことで、多職種と「顔の見える関係」がより深まった。また、利用者・家族の「家に帰りたい」という気持ちを知ると、病院看護師も「家に帰したい」という意識が強くなり、訪問看護師が、病院に出向き訪問看護や在宅療養の紹介を行うこともあった。病院の連携室看護師と退院前に連携をとることが増え、退院前カンファレンスでは利用者が安心して在宅療養できるよう、多職種が同じ気持ちで関わった。気軽に相談できる「顔の見える関係」が構築できていることで、多職種との協働・連携・共有ができ、利用者の思いを大切に、住み慣れた地域でその人らしく安心した暮らしが継続できていたと考える。

【演者略歴】

○藤田学園 藤田保健衛生大学病院勤務

○長崎三菱造船所病院勤務

1966年 山口県宇部市医師会訪問看護ステーション勤務

1998年 東京都重症心身障害児東部訪問看護事業所勤務

2000年 長崎県看護協会 訪問看護ステーションYOU勤務

2007年 長崎県看護協会 訪問看護ステーションYOU管理者

2016年 公益社団法人 長崎県看護協会在宅支援事業部 部長 現在に至る

利益相反：なし

SY23-4

薬剤師の在宅医療進出 ～長崎編～

佐田 悦子 サダ エツコ

アクア薬局矢上店

2005（平成17）年の介護保険法改正で「地域包括ケアシステム」という言葉が初めて使われました。その当時、私にはあまり理解が出来ていませんでしたが、今は地域において専門職が連携し、生活の中の医療をスムーズに提供できるようにすること、即ち在宅医療の多職種連携なのだと理解しています。医療の専門職のみならず、自宅に帰った患者さんの生活に必要な職種はどれでも、誰でも必要になるのが「地域包括ケアシステム」ではないかと思っています。また、「在宅医療」とは 病院で行われているCUREや患者にとっての最期の時間と看取りを、生活の場である自宅へと移すことではないか考えます。

そのような在宅医療に、私が薬剤師として取り組んだのは、2007（平成19）年の年末でした。長崎薬剤師在宅医療研究会（通称：P-ネット）が出来て初めての依頼です。在宅医療はどのようにすればよいのか、医療用麻薬、保険の請求のことなど、どれも手探りのような状態から始まり、18年間緩和を中心に在宅医療に携わっています。

どのようにして私がここまで自宅への訪問を仕事として取り組んでこられたのか、2008（平成18）年に始まった緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）をはじめとする長崎市での取り組みをご紹介します、そこから今まで関わってきたことより見えてくる今後の展望、課題について私なりの見解をお伝えし、皆様とこれからの在宅医療を考えていくきっかけになれば、と考えております。

【演者略歴】

学歴及び職歴

1982年 3月 福岡大学薬学部 薬学科卒業
1982年 4月 福岡県製薬工業協会 村上研究所
1983年12月 福田保生堂薬局・グリーン薬局（山口県）
1989年11月 ダイエーグループ ダイエードラッグ
1998年 1月 アイティーアイ株式会社（長崎県）
2002年 4月 アクア薬局 開局
現在に至る

HIP（Home Infusion Pharmacy）研究会
一般社団法人全国薬剤師・在宅支援連絡会（J-HOP）
長崎薬剤師在宅医療研究会（P-ネット） 副代表世話人

利益相反：なし

SY23-5

～私の仕事の振り返り～長崎大学病院の退院調整看護師 ～長崎市包括ケアまちなかラウンジコーディネーターとして経験した多職種連携による在宅医療の推進

宮地 登代子 ミヤジ トヨコ

長崎市医師会 長崎市包括ケアまちなかラウンジ

【経過】

長崎大学病院地域医療連携センターに退院調整看護師として勤務していた頃、様々な事例を支援してきたことで、医療・介護・福祉・行政など多職種との連携が深まり、在宅の視点が身に付く。

長崎大学病院を退職後、長崎市包括ケアまちなかラウンジのコーディネーターとなり、在宅医療・介護連携推進事業に携わっている。

【内容】

長崎大学病院地域医療連携センターでは、多職種オープンカンファレンスを実施してきたが、その目的は、多職種の視点から問題点、解決法等について検討し、質の高い退院支援、療養支援、在宅医療等を提供できる病院スタッフ、並びに在宅医療を担う多職種の能力を養うことであった。

長崎市包括ケアまちなかラウンジでは、市民や専門職からの医療・介護に関する総合相談受付と在宅医療・介護連携推進事業（地域包括ケア推進に向けた多職種連携、市民への啓発、人生会議の推進や在宅看取りの支援等）に取り組んでいる。

【結語】

出島は長崎の歴史において非常に重要な役割を果たし、長崎の「他」を受け入れる風土の形成に大きな影響を与えた。本来、大学病院のカンファレンスには他の医療機関の関係者等が参加することはないと言われるが、長崎大学病院はオープンカンファレンスを実施し、「他」を受け入れてきた。現在は、長崎大学病院以外の長崎市内がん拠点病院2か所でオープンカンファレンスが実施されている。

また、長崎には、在宅Drネットがあり、行政や各職能団体との協力で、医師のみならず歯科医師・薬剤師・看護師・介護支援専門員等の顔の見える連携が出来ている。

しかし、在宅医療に対する理解は十分とは言えない。こうした現状を踏まえ、まちなかラウンジコーディネーターとして、医療と介護の連携を図りながら長崎の地域包括ケアシステムの深化・推進及び在宅医療の推進に貢献していきたい。

【演者略歴】

昭和50年3月	国立病院機能再春荘高等看護学校卒業
昭和50年4月	福岡大学病院就職
昭和53年3月	福岡大学病院退職
昭和56年	国立長崎大学病院就職
平成26年	国立長崎大学病院退職
平成26年	長崎市包括ケアまちなかラウンジ

利益相反：なし

シンポジウム24【プログラム委員企画】

多様化する「これから」の在宅医療を支えるためのコンピテンシーを考える

SY24

【セッション概要】

我が国では、2040年頃に65歳以上の高齢人口が約3,800万人に達してピークを迎えるとされており、その後も高齢者の割合は増加を続け、2070年には約39%に達すると予測されています。なかでも、第二次ベビーブーム世代の高齢化に伴い、多様な生活スタイルの出現、医療依存度の高い在宅医療の増加、さらには医療・介護資源の地域間格差の拡大が懸念されます。

また、SDGsが掲げる「誰一人取り残さない」社会の実現に向けては、成人だけでなく子どもを含む全世代を対象とした在宅医療の充実が求められています。こうした多様性に対応できる在宅医療が必要とされる時代に、私たちはすでに突入しつつあるのです。

すなわち、今後の在宅医療のニーズに応えるためには、それを担う医療人の育成・教育が不可欠です。本シンポジウムでは、未来の在宅医療において中核的な役割を果たす人材が備えるべきコンピテンシー（技術、態度、知識）を明確化し、未来の在宅医療人の姿を探り、それを言語化することを目指します。

座長：中桶 了太 ナカオケ リョウタ

国民健康保険 平戸市民病院

【座長略歴】

1995年 長崎大学医学部卒 10年間の基礎医学で研究に従事。

2005年6月 長崎大学医学部 第一内科（脳神経内科）に所属。

2005年12月～ 長崎大学病院へき地病院再生支援・教育機構の教官として、長崎県北西部に位置する平戸市民病院で地域医療研修・教育を担当。

2021年4月から 国民健康保険 平戸市民病院 副院長

全国20の研修病院と連携し、年間約40名の研修医を受け入れ、のべ500名以上の研修医の地域医療研修を担当している。

所属学会

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 認定医 指導医

日本内科学会 総合内科専門医 指導医

日本医学教育学会

座長：猪原 健 イノハラ ケン

猪原【食べる】総合歯科医療クリニック

【座長略歴】

2005年 東京医科歯科大学歯学部 卒業

2009年 東京医科歯科大学大学院 顎顔面補綴学分野 修了（歯学博士）

2010年 日本大学歯学部 摂食機能療法学講座 非常勤医員

2010-11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 猪原歯科医院 副院長

2015年 脳神経センター大田記念病院 歯科非常勤医（兼任）

2020年 （医）敬崇会 猪原【食べる】総合歯科医療クリニック 理事長

2021年 グロービス経営大学院 修了（MBA 経営学修士）

SY24-1

在宅医療教育の重要性

～在宅医療ならではの考え方と空気感をどのように教育するか～

洪 英在 ホン ヨンデェ

日本福祉大学 社会福祉学部

高齢者人口の増加に伴い、在宅医療の需要も今後ますます高まることが予測される。提供体制の量的確保が重要である一方で、その質の確保も極めて重要である。令和4年度改訂版の医学教育コアカリキュラムでは、在宅医療に関する記述が充実し、今後、医学部の卒前教育においては、在宅医療の学びはさらに充実すると予測される。

では、「質の高い在宅医療」とは何か。その実現のために、どのような知識や姿勢を、どのように教育すべきなのか。在宅医療の第一線の現場で働いている皆さまは、在宅医療の「難しさ」や「ならではの専門性」を実感していることだろう。しかし、「在宅医療ならではの考え方」や「現場の空気感」は言語化が難しく、教育においても伝えにくい要素であり、しばしば“肌で感じてほしい”ものとして扱われがちである。しかし、それらを言語化できれば、教育プログラムとして体系的に伝えることが可能になるのではないか。

本シンポジウムにおいて、小生は、在宅医療における専門性の言語化に挑戦し、教育内容として整理することを試みたい。具体的には以下の3点を切り口として挙げる：

- 1、在宅医療における治療目標の設定方法
- 2、在宅推論
- 3、在宅医療がもつ発展性

時代や地域によって在宅医療に求められるものは変化するが、これらの視点を通じて、普遍性を備えた在宅医療教育の在り方を模索したい。

【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	総合診療科
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	医療法人康誠会 東員病院・認知症疾患医療センター	総合診療科
2025年	日本福祉大学 社会福祉学部	

利益相反：なし

SY24-2

在宅歯科医療の深化：多様性に対応するためのコンピテンシー

坂井 謙介 サカイ ケンスケ

医療法人 隼和会 坂井歯科医院

超高齢社会を迎える日本において、歯科医療は外来中心から在宅へとその活動領域を広げつつあります。しかし、在宅の現場では、従来の歯科医療が通用しない数多くの課題に直面しています。例えば、要介護者の64.3%が歯科治療が必要にもかかわらず実際に治療を受けているのは2.4%しか受けられていない現状があります。今回のテーマに基づき、在宅歯科医療における重要な視点と、歯科医師や歯科衛生士が身につけるべきコンピテンシーについて考察します。

今までの歯科医療は「虫歯を削って治療する」「歯周病を歯石を除去して治療する」など、疾患に対する治療が明確であり、その知識や技術は外来診療を中心に発展してきました。特に8020運動を軸にいかに関を残すかという視点でエビデンスが蓄積されてきました。

しかし、在宅歯科医療が広がっていく中で、その基本的な歯科医療の考え方は変わらざる得なくなってきました。例えば、外来診療ではほとんどの人が口を開けることができますが、在宅では様々な理由により口を開かない人が多くいます。これに対して、私たちはどのようにアプローチすればいいのかを卒前教育では具体的な対応を学ぶことは難しい事柄の一つです。認知症末期やがん末期、外来へ来ることができない患者さんの口腔内の状態だけでなく、生活環境（住居構造、家族構成、経済状況）、全身状態（既往歴、認知機能）、そして連携する多職種（医師、看護師、ケアマネージャー等）との情報共有と協働が不可欠となります。

すなわち、前述のような在宅歯科医療の現場で対応できる歯科医師、歯科衛生士が身につけているコンピテンシーがあるはずです。今回の発表では、いくつかの臨床例を提示しながらそのコンピテンシーについてできるだけ言語化して明日からのそして10年、20年先の在宅歯科医療をより良くするための具体的なヒントを共有したいと考えています。

【演者略歴】

1998年 長崎大学歯学部卒業。

2003年 名古屋大学医学部大学院卒業 医学博士。名古屋大学医学部歯科口腔外科、愛知県がんセンター中央病院、名古屋市総合リハビリテーションセンターでの勤務を経つつ2012年に坂井歯科医院院長となる。口腔ケア学会指導医、摂食嚥下リハビリテーション学会認定士、障害者歯科学会認定医、老年歯科医学会認定医、在宅医療連合学会インテグレーター、医療的ケア児等コーディネーター等の資格を持つ。がん患者の口腔ケア、高齢者や障がい者の診療や訪問歯科診療にも力を入れ、現在在宅医療連合学会東海支部会 副会長。地元ではいりなか商店街発展会 会長として地域医療を実践している。

利益相反：

SY24-3

在宅医療人としての未来の薬剤師像と人材育成の課題

白石 丈也 シライシ タケヤ

有限会社メディックス白石 けや木薬局

2040年問題を目前に控え、超高齢社会が本格化する中、医療の需要は急速に変化し、在宅医療の重要性は一層高まることが予想されています。疾患の複雑化や、多様な価値観を持つ患者に対応する必要があるなか、薬剤師もまた「薬の専門家」という枠を超え、「在宅医療を担うチームの一員」としての役割を明確にしていくことが求められています。地域包括ケアシステムの構築が進むなかで、在宅医療に関する研修会や多職種との交流の機会も増え、薬剤師の参画も目立つようになってきました。一方で、在宅医療に対する印象や考え方には個人差があり、「関心はあるが、どのようなスキルをもって関わればよいのか分からない」といった声も多く聞かれます。特に、在宅緩和ケアをはじめとした医療依存度の高い在宅医療ニーズが増加するなか、取り組みに躊躇してしまう、あるいは一度は意欲的に取り組んだものの、継続できずに離れていってしまう薬剤師も見受けられます。

本シンポジウムでは、地域で開催されている在宅医療研修会の現状、多職種との連携を通じた情報交換の実際、さらに薬剤師同士や他職種から寄せられる相談事例などを共有したいと考えております。

現場での経験を踏まえつつ、教育・研修のあり方や、多職種連携の中で培われる「実践値」の重要性、そして次世代の薬剤師が「やりがい」と「志」を持って在宅医療に取り組むためには何が必要かをみなさまと一緒に考えたいと思います。単なる知識や技術にとどまらず、「態度」や「倫理観」、「志」といった人間性や姿勢も含めた総合的な資質をどのように育成していくかが、今後の大きな課題であると考えます。

【演者略歴】

1994年3月、東北医科薬科大学（旧東北薬科大学）薬学部卒業。

同年4月、株式会社オオノひかり薬局入社。

2006年4月、有限会社メディックス白石設立。

同年9月、けや木薬局開設（福島県福島市）。管理薬剤師として勤務。現在に至る。

『団体職』（一社）福島薬剤師会会長、（一社）福島県薬剤師会理事、他

『所属学会』日本在宅医療連合学会（評議員）、日本緩和医療薬学会（評議員）、

H I P 研究会（理事）、全国薬剤師・在宅療養支援連絡会（J-HOP）（評議員）、

日本薬学会、日本医療薬学会（地域薬学ケア専門薬剤師：暫定認定）、日本緩和医療学会、他

利益相反：なし

SY24-4

多様化する「これから」の在宅医療を支えるためのコンピテンシーを考える 看護師の立場から

宮崎 久美 ミヤザキ クミ

長崎県看護協会訪問看護ステーション

昭和22年7月30日に制定された保健師助産師看護師法において、看護師とは「傷病者もしくは褥婦に対する療養上の世話、または診療の補助を行うことを業とするもの」と定められている。医療が多様化しても、どのような療養の場であっても、疾患や年代を問わず、看護師の役割は変わらない。

地域包括ケアシステムが推進されている現在、療養者や家族が望む療養を支援し、エンパワメントを引き出すには、コミュニケーション能力とアセスメント能力は重要だ。今後を予測した判断や重症化予防、多職種協働などを実践するためにも、必要な能力だと考える。

【演者略歴】

1996年 長崎市立高等看護学院卒業

2017年 長崎大学医歯薬学総合研究科保健学専攻看護学講座修士課程修了

1997年 日本海員掖済会長崎病院入職

2013年 長崎県看護協会 訪問看護ステーションYOU入職

2024年 合併により長崎県看護協会訪問看護ステーションへ名称変更

利益相反：なし

SY24-5

在宅医療に携わる管理栄養士のコンピテンシー

西岡 心大 ニシオカ シンタ
長崎県立大学 看護栄養学部栄養健康学科

在宅療養者は、低栄養や肥満、サルコペニア、代謝障害など様々な栄養に関わる問題を併せ持っていることが少なくない。外来通院が困難な要介護者や高齢者は、加齢による味覚閾値低下や胃排泄遅延（anorexia of aging）、摂食嚥下機能低下、多剤処方などにより、ことさら食事摂取不良に陥りやすく、18.6%に低栄養が認められる（Tsuji, 2019）。一方、低活動に伴う消費エネルギー低下により体重増加を来すことも少なくなく、回復期リハビリテーション病棟から退院した肥満患者は体重の有意な増加が観察される（西岡、2021）。これらの方々に対して管理栄養士が訪問栄養食事指導を実践するニーズは高いと考えられ、総提供件数はまだ少ないながらも年々増加しており（厚生労働省、2022）、在宅訪問栄養指導を担える管理栄養士の育成は重要課題であると考えられる。

在宅医療に携わる管理栄養士には、在宅療養者の生活機能、生活状況の理解、適切な栄養評価と支援、他職種・他領域への情報発信など幅広い資質が必要だと考えられる。日本在宅栄養管理学会および日本栄養士会の協同により平成24年に創設された「在宅訪問管理栄養士」は、在宅療養者への栄養食事指導（支援）に関する正確な知識、情報収集・提供能力、多職種との連携能力を有しているものと定義づけられている。さらに、その上位資格に位置づけられる「在宅栄養専門管理栄養士」においては、個々の生活状況を踏まえて複雑困難な在宅療養者に対するQOL向上を目指す在宅栄養管理の実践、他職種との協働に基づく在宅栄養管理システムの構築や成果の発信などが求められている。本演題では、これらのコンピテンシーを踏まえて在宅医療に従事する管理栄養士に必要なミニマムスタンダードの資質を考えてみたい。

【演者略歴】

【教育歴】

2002年 東京農業大学 卒業
2018年 長崎県立大学大学院博士前期課程 修了
2020年 徳島大学大学院博士後期課程 早期修了
2024年 ロンドン大学衛生熱帯医学大学院修士課程（疫学） 修了

【職歴】

2002年 国立霞ヶ浦病院
2003年 国立療養所栗生楽泉園
2005年 近森リハビリテーション病院
2009年 近森病院 臨床栄養部 主任
2011年 長崎リハビリテーション病院 教育研修部
2012年 同栄養管理室 室長
2018年 同人材開発部 副部長（兼）
2022年 同教育研修部 副部長（名称変更）
2025年 現職

利益相反：

シンポジウム25【腎不全ワーキンググループ・呼吸リハワーキンググループ合同企画】 在宅診療におけるCEの役割と今後の展望について SY25

【セッション概要】

在宅で医療機器を使用する際には機器のメンテナンスは重要な業務となる。また在宅診療においてCEは様々な形で支援して提供する医療の質を保っている。しかし、CEがどのような役割を担っているのか、またどのような形でより支援し医療の質を改善できるのか、話し合う機会は少ない。他分野のCEがお互いの役割や今後のニーズについて話し合うことで、在宅CEの存在を再認識して活動や研究が活発になる事を期待して企画した。

座長：原 正樹 ハラ マサキ
東京透析フロンティア 池袋駅前クリニック

【座長略歴】

平成18年3月 獨協医科大学医学部 卒業
平成18年4月 獨協医科大学越谷病院初期研修医として入職
平成20年4月 東京都立駒込病院に後期研修医として入職
平成23年4月 東京女子医科大学第四内科学教室に入局
平成24年4月 東京都立駒込病院腎臓内科勤務
平成29年7月 埼玉草加病院腎臓内科勤務
平成30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
令和3年4月 医療法人社団 東京透析フロンティア 理事長
現在に至る

(学会等)

日本内科学会総合内科専門医
日本透析医学会透析専門医、指導医
日本腎臓学会腎臓専門医、指導医、評議員
日本在宅血液透析学会評議員

座長：青木 康弘 アオキ ヤスヒロ
プラーナクリニック

【座長略歴】

1998年 群馬大学医学部卒業、群馬大学医学部附属病院第二内科
2001年 群馬大学大学院医学系研究科
2005年 高崎総合医療センター呼吸器内科
2007年 群馬大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科
2009年 医療法人康曜会 理事長、プラーナクリニック 院長
2014年 深谷寄居医師会 理事
2017年 群馬大学医学部 臨床教授
専門医/認定医
総合内科専門医、呼吸器専門医、アレルギー専門医、睡眠総合専門医/指導医、喘息専門医
その他
日本呼吸器クリニックネットワーク 代表世話人

SY25-1

在宅透析における臨床工学技士の関わり

櫻田 勉	サクラダ ツトム
山田 将平	ヤマダ ショウヘイ
湯浅 千晶	ユアサ チアキ
柴垣 有吾	シバガキ ユウゴ
安藤 涼太	アンドウ リョウタ
林 滉一郎	ハヤシ コウイチロウ
志村 隼	シムラ ジュン
櫻井 絵里香	サクライ エリカ

聖マリアンナ医科大学

近年、末期腎不全患者に対する在宅透析が世界的に脚光を浴びている。“home dialysis”というキーワードをPubMedで検索してみると、2020年以降で英文論文数が急速に増えている。これにはCOVID-19の世界的な感染拡大が影響しているが、遠隔モニタリングの有用性、高い安全性とQOL、施設HDと同等あるいは同等以上の生命予後が期待できる、不足する医療従事者対策、コストが一般的に低いといった点でも注目が高まっていると考えられる。在宅透析には腹膜透析と在宅血液透析があるが、いずれも臨床工学技士が果たす役割は大きい。本シンポジウムではそれぞれの透析療法における技術的なバックアップだけでなく、チーム医療の一員として患者を支える臨床工学技士の重要な役割について概説する。

【演者略歴】

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

利益相反：あり

SY25-2

在宅血液透析での臨床工学技士の役割

中釜 祥吾¹ ナカガマ ショウゴ
川畑 勝² カワバタ マサル
野老山 武士³ トコロヤマ タケシ
原 正樹³ ハラ マサキ

¹医療法人社団東京透析フロンティア 臨床工学部

²医療法人社団東京透析フロンティア 看護部

³医療法人社団東京透析フロンティア 腎臓内科

わが国の慢性透析療法の現況（2023年12月31日現在）によると、本邦の透析患者全343,508名中、在宅血液透析（HHD）患者は799名で全体の0.2%である。これはUnited States Renal Data System 2024 Annual Data Reportによる国際的な透析患者の統計結果USA 2.0%、ニュージーランド12.0%、香港3.0%と比較して少ない。当法人は2025年3月末現在、全血液透析（HD）患者410名中、HHD患者32名（約8.0%）であり、多くの臨床工学技士（CE）がHHD業務に関わっている。今回、当法人のHHD業務におけるCEの役割について紹介する。

当法人のCEは多職種と連携し、施設透析業務の傍ら、訓練、治療状況の確認、トラブル対応、定期的な患者宅訪問での透析機器の保守管理を行っている。CEは臨床工学技士法より生命維持管理装置である血液浄化装置の保守点検を医師の指示のもと行うとされ、また在宅血液透析管理マニュアル（改定版）によると、透析機器および水処理装置の保守管理、生活環境等の確認を目的としたCEの定期訪問の必要性が明記されている。

HHDは患者が自宅で生命維持装置を用いて体外循環を行う治療法である。当法人のCEは患者宅に設置された血液浄化装置（透析機器）の管理のため、定期的に訪問し点検や消耗部品の交換を行っている。その際、生活環境の確認や患者、介助者との対話を通じて問題があれば医師と相談の上速やかに対応している。保守管理はメーカー依頼でも対応可能ではあるが、臨床現場で働くCEが対応する利点は大きいと考える。

患者の生活環境に密接に関わるHHD分野でのCEの役割は極めて重要であるが、患者数は少数であり社会的認知度が低い。今後は、HHDの啓発活動と併せて、CEの専門性を活かした支援体制の構築や多職種連携の強化が求められる。

【演者略歴】

2009年 川崎医療短期大学 臨床工学科卒業

2009年 仁真会白鷺病院 入職

2019年 医療法人社団 東京透析フロンティア 入職

2020年 東京透析フロンティア池袋駅北口クリニック 室長

2024年 医療法人社団 東京透析フロンティア 機械管理課長

利益相反：なし

SY25-3

腹膜透析療法におけるCEの役割と期待

林 滉一郎 ¹	ハヤシ コウイチロウ
安藤 涼太 ¹	アンドウ リョウタ
志村 隼 ¹	シムラ ジュン
櫻井 絵里香 ¹	サクライ エリカ
大川 修 ¹	オオカワ オサム
湯浅 千晶 ²	ユアサ チアキ
山田 将平 ²	ヤマダ ショウヘイ
櫻田 勉 ²	サクラダ ツトム

¹ 聖マリアンナ医科大学病院 臨床工学技術部

² 聖マリアンナ医科大学 腎臓・高血圧内科

末期腎不全患者への腎代替療法は、施設血液透析（CHD）、在宅血液透析（HHD）、腹膜透析（PD）、腎移植がある。中でも在宅治療となるHHDやPDは患者のQOLが高く、特にPDは今後高齢化が進む日本において期待されている。その証として2022年の保険診療改定においてPD領域では遠隔モニタリング加算などの算定要項が増加している。

日本臨床工学技士会が行った2023年の業務実態調査では、PDに従事するCEは28.5%、HDに従事するCEは48.3%であり、HDに比較してPDに従事するCEが少数であった。しかし、CE所属施設の中で35%の施設がPDを実施しており、今後もCE所属施設でのPD実施率は上昇すると考えられる。そこで今回はPDでCEが担えることや期待されていることについて当院のCEがPDに関与している実例を踏まえて検討していきたい。

当院では2020年度からCEがPD業務に参入した。CEが参入したきっかけは遠隔患者モニタリング（Remote Patient Monitoring: RPM）であり、RPMにより得られた治療履歴やトラブル履歴を他職種へ共有して欲しいという医師からの要望があった。CE参入前は治療履歴の確認を患者自身が記載したPDノートで実施していたため、治療におけるトラブル有無の確認やトラブル時における対処方法の指導などは患者からの連絡や外来受診時にしか実施できていなかった。CEの参入によりRPMを活用しながらトラブルに対して迅速に対応することができ、患者が安心して装置を継続使用するための一助になったと考えている。

CEは装置管理業務を強みとしており、装置使用方法や装置トラブル発生時の対処方法を他職種にも共有している施設が多い。その経験をPD業務にも活かすことで装置関連の患者指導にも役立てられ、安全なPD療法の提供という役割をCEが担えると考えられる。

【演者略歴】

2019年 聖マリアンナ医科大学病院 臨床工学技術部入職

2024年 日本臨床工学技士会 腹膜透析業務検討ワーキンググループ加入

利益相反：なし

SY25-4

在宅医療における呼吸ケアの実践に臨床工学技士は必要なのか？

青木 康弘 アオキ ヤスヒロ

プラーナクリニック

在宅医療の現場において、呼吸ケアを支える職種として医師・看護師・理学療法士の重要性は広く認識されている。一方で、人工呼吸器や在宅酸素療法といった医療機器を日常的に使用して生活する患者にとって、それら機器の安全かつ安定的な運用は生命維持に直結する課題である。しかしながら、これらの医療機器の管理や指導に特化した専門職である臨床工学技士（Clinical Engineer：CE）の在宅分野での役割は、診療報酬上の位置づけが未整備であり、医療制度上で十分に評価されていないのが現状である。

プラーナクリニックでは、臨床工学技士が定期的に患者宅を訪問し、人工呼吸器や酸素濃縮器、吸引器などの医療機器の点検・保守・設定確認・消耗品の交換状況の確認を行うとともに、患者・家族に対して機器の取り扱い方法や緊急時対応の指導を行っている。また、医療機器の異常や設定ミスなどによるトラブルを未然に防ぎ、患者の不安の軽減や医療者との円滑な連携にも寄与している。

さらに近年、在宅酸素療法においては遠隔モニタリングの導入が進んでおり、酸素流量や使用状況、SpO₂の変動などをリアルタイムで把握することが可能となってきた。これにより、患者状態の変化を早期に捉え、必要に応じて機器設定の見直しや訪問のタイミングを調整することが可能となった。このような技術を活用する際にも、医療機器に精通した臨床工学技士の関与は大きな意義を持つ。

一方で、診療報酬上の制約があり、臨床工学技士が在宅医療分野で活躍する意義と、その将来的な制度整備の必要性についても提言したい。

本発表では、当院での臨床工学技士の在宅訪問の実際や、導入にあたっての体制整備、職種間の連携の工夫、現場から得られた患者・家族の声などを紹介し、臨床工学技士が在宅呼吸ケアチームに加わることの臨床的意義と、今後の制度整備の必要性について考察する。

【演者略歴】

1998年 群馬大学医学部卒業、群馬大学医学部附属病院第二内科

2001年 群馬大学大学院医学系研究科

2005年 高崎総合医療センター 呼吸器内科

2007年 群馬大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科

2009年 医療法人康曜会 理事長、プラーナクリニック 院長

2014年 深谷寄居医師会 理事

2017年 群馬大学医学部 臨床教授

専門医/認定医

総合内科専門医、呼吸器専門医、アレルギー専門医、睡眠総合専門医/指導医、喘息専門医

その他

日本呼吸器クリニックネットワーク 代表世話人

利益相反：なし

SY25-5

在宅医療における呼吸ケア～臨床工学技士の役割と課題～

阿部 博樹¹ アベ ヒロキ
青木 康弘² アオキ ヤスヒロ
原 史郎³ ハラ シロウ

¹（医）康曜会プラーナクリニック 医療技術部 臨床工学科

²（医）康曜会プラーナクリニック 呼吸器内科

³（医）康曜会プラーナクリニック 総合診療科

臨床工学技士（Clinical Engineer：CE）は、1987年に制定された国家資格であり、メディカル職として比較的新しい職種である。CEの誕生の背景には、医療機器の高度化・複雑化があり、現場の負担が増加したことが挙げられる。CEの多くは手術室・集中治療室・透析室などの施設内で業務を行っており、在宅医療に携わるCEは少数である。

在宅医療で使用される医療機器は、高性能・小型化が進んだことにより、患者で使用できる機器の種類が増加している。特に、在宅人工呼吸療法で使用される人工呼吸器の進化は著しく、ICUで使用される機種と同様に呼吸波形のグラフィックが観察でき、ログデータの管理も容易になった。在宅酸素療法で使用される酸素濃縮装置では、遠隔モニタリングの導入が進んでいる。

医療機器の進化に伴い、在宅医療の中で把握できる患者情報は飛躍的に増加した。しかし、医師の診療業務は減少しないため、医師自身が医療機器から患者情報を収集・分析することは困難である。情報の収集・分析は、機器設定と特性を把握しているCEが行うことが望ましいと考えられる。

在宅医療の課題の一つに停電対策がある。特に、災害による停電は長時間に及ぶ場合があり、患者の療養生活を脅かすことがある。CEが患者を訪問することで、在宅人工呼吸器等の停電対策について患者や家族と相談し、多職種連携している関係者との情報共有を行うことができる。医療機器メーカーの担当者は、自社製品の停電対策しか説明できないが、複数の医療機器を使用する在宅人工呼吸療法においては、CEの持つ医療機器の知識が重要である。

在宅医療に携わるCEが少ない理由の一つに、診療報酬上の制約がある。今後の制度整備が必要であり、CEが在宅医療チームに加わる意義を広く認識してもらうための提言を行いたい。

【演者略歴】

2000年 3月 東北文化学園専門学校 臨床工学技術科 卒業
4月 国家試験 臨床工学技士 取得
2001年 4月 医療法人鉄焦会 亀田総合病院（千葉県）入職
2003年 4月 医療法人相生会 わかば病院（群馬県）入職
2006年 2月 医療法人恒信会 こやぎ内科（群馬県）入職
2013年10月 医療法人恒信会 レスピこやぎ（群馬県）異動
2014年 5月 医療法人康曜会 プラーナクリニック（埼玉県）入職 現職

利益相反：なし

シンポジウム26【台湾在宅医療学会合同企画】

Hospital at Home 在宅入院の実現に向けた取り組み

SY26

【セッション概要】

日本では1970年代に定期往診や訪問看護により自宅で医療を提供しようとする臨床家が各地に現れ、1986年に訪問診療が保険診療となりました。つまり、日本の在宅医療は在宅プライマリ・ケア Home-based Primary Care として誕生し発展してきました。また、日本の在宅医療は、法律的そして制度的に外来でもなく、入院でもなく、第3の医療として位置づけられていること、さらに在宅医療を提供する医療機関の90%以上が病院ではなく診療所であることも特徴です。

これに対し、Hospital at Home 在宅入院 とは、これまで病院へ入院して行ってきた急性期治療やケアを、患者の居家で提供するものです。在宅入院は文字通り入院サービスであり、視点を変えて考えれば、在宅セカンダリ・ケア Home-based Secondary Care と言えます。よって、海外では原則的に在宅入院ケアは診療所ではなく、病院により行われています。在宅入院の歴史は、1960年代のフランスや1970年代の英国まで遡ることができます。米国では、1995年に Johns Hopkins 大学病院で最初の在宅入院プログラムが誕生し、その後全米に広がりました。アジアでは、シンガポール、台湾で、それぞれ2019年、2023年より在宅入院がトライアルとしてスタートしています。

今回は、在宅での急性期ケアについて豊富な経験をお持ちの国内の先生方、さらに台湾在宅医療学会より演者を招き、2023年7月より開始された台湾における在宅入院の現状と課題をご講演いただきます。シンポジウムにて日本で在宅入院を導入する意義や課題などについて議論したいと考えています。日本で病院入院をさらに減らすための在宅ケアの実現について考える機会になることを期待しています。尚、このセッションは、日本在宅医療連合学会と台湾在宅医療学会の合同企画です。

座長：伊藤 大樹 イトウ ヒロキ

あおばクリニック

【座長略歴】

伊藤大樹 いとうひろき

医療法人あおばクリニック 院長、福岡東在宅ケアネットワーク 副会長、福岡市在宅医療医会 会長、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 など

平成 8 年 3 月神戸大学医学部卒業、沖縄県立中部病院で卒後研修を経て、米国ハワイ大学、シカゴ・ロヨラ大学で内科・循環器科の臨床研修を行い、平成 26 年より現職

専門は内科（総合内科専門医）、総合診療（総合診療専門医・指導医）、プライマリ・ケア（プライマリ・ケア認定医・指導医）、循環器科（循環器科専門医）など

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 順天堂大学医学部 卒業

1998年 東京女子医科大学病院 内科臨床研修

2000年 東京女子医科大学病院 循環器内科臨床研修

2003年 虎の門病院 循環器内科

2006年 カナダ・トロント大学 留学

2009年 東京女子医科大学病院 循環器内科

2012年 ゆみのハートクリニック 院長

2014年 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 代議員

日本心不全学会 緩和ケア推進委員会、健保対策委員会 委員

日本在宅医療連合学会 評議員、編集委員会 委員

東京都医師会 在宅医療委員会 委員

Japan Cardiology Clinic Network 事務局

座長：余 尚 儒 ヨ ショウジュ

都蘭診所

【座長略歴】

学歴

高雄医学大学医学部卒業

成功大学公共衛生修士

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。

SY26-1

日本版Hospital at homeの普及に向けて ～その障壁と解決策～

宮本 雄気^{1,2} ミヤモト ユウキ
守上 佳樹² モリカミ ヨシキ

¹京都府立医科大学 救急医療学教室

²医療法人双樹会 よしき往診クリニック

Hospital at Home (HaH) は「自宅で一般病棟レベルの急性期治療を行うモデル」とされ、諸外国では死亡率や再入院率を増やすことなく患者満足度向上、機能低下抑制、医療費削減など多面的なメリットが示されている。しかし日本での導入には、既存リソースとの棲み分けや、安全な運用設計、診療報酬上の問題点など多数の課題が残されている。

まず、既存のリソースとの統合的運用について、本邦では在宅療養支援病院・診療所などのスキームが既に整備され、home-based primary careやhome-based palliative careが普及しているため、諸外国のように「入院患者を早期退院させる」「救急外来で入院回避を図る」という経路に加え、もともと在宅診療を受けている患者が急性増悪した際のHaH活用も検討すべきである。

次に、安全かつ効率的な運用設計について、対象疾患（中等症の感染症・心不全・術後管理など）の選定や、CT/MRIなど病院でしか行えない検査をどこまで外部連携で対応するか、状態悪化時のエスカレーション基準、遠隔モニタリングなどの指針設計および教育体制を整える必要がある。

そして、診療報酬の濫用・誤用防止策も重要である。診療報酬を設計する際、行政が想定しなかった使われ方が起きないように配慮する必要がある。また、在宅医療は第三者の目が入りにくい環境であるため、データ提出などで重症化率や予期せぬ死亡率を可視化する仕組みづくりも重要であると考える。

本発表では、上記の課題に対する解決策を踏まえ、日本版Hospital at Homeの普及に向けた具体策の例を国際エビデンスと国内の在宅診療実情を基に提案する。

【演者略歴】

2012年 京都府立医科大学医学部医学科 卒業
2012年 医療法人沖縄徳洲会 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・災害医療システム学（博士課程）
医療法人双樹会 よしき往診クリニック 医員
KISA2隊京都 隊長
2025年 京都府立医科大学 救急医療学教室 助教

利益相反：なし

SY26-2

沖縄県立中部病院における急性期在宅

新村 真人 ニイムラ マサト

沖縄県立中部病院

【背景】沖縄県立中部病院は地域の中核病院として、急性期疾患や救急医療への対応を担ってきた。しかし近年、高齢化の進行およびCOVID-19の影響による病床逼迫により、救急受け入れの制限を余儀なくされる状況が繰り返されている。高齢患者の感染症による入院が多く、入院中に廃用が進行して退院困難となり、調整目的での長期入院へ移行する例も多い。また、せん妄の増悪や本人の希望により早期帰宅を望む患者がいても、点滴治療の継続が必要のため入院せざるを得ない事例も少なくない。

【取組】当院地域ケア科では2024年度より、欧米で普及するHospital at Homeに倣い「急性期在宅」の提供を開始した。酸素需要のない肺炎や急性腎盂腎炎やCOVID-19などを対象に、在宅療養を希望する患者に対して訪問看護と連携し、特別指示書を活用することで在宅での点滴治療やバイタル管理を実施した。1年間で80症例以上に実施し、すべての症例で安全に治療を完了でき、ADLの低下も認めなかった。本取り組みは、患者のQOL向上や希望の尊重にとどまらず、可用病床の創出、地域の訪問看護ステーション・高齢者施設との連携強化、終末期患者への柔軟な対応、さらには病院経営への好影響など多面的な効果を実感している。

【考察】急性期在宅を安全に運用できた背景には、救急外来との連携体制や画像・培養などの検査体制の充実、過去の診療データの蓄積といった総合病院ならではの強みがあったと考える。また、今後さらに進行する高齢社会において、本取り組みは地域包括ケアの一環として有効であり、持続的な医療提供体制の構築に資するものとする。一方で現時点では、急性期在宅に対する診療報酬上の評価がなく、制度上の課題も多い。今後、全国的な普及のためには、制度整備とともに多施設での実践とその成果の可視化が重要である。

【演者略歴】

2018年 琉球大学卒業

2018年 沖縄県立中部病院 初期/後期研修（総合診療科）

2022年 栗国島診療所

2024年 沖縄県立中部病院 地域ケア科

利益相反：なし

SY26-3

台湾におけるHospital at Homeの導入経緯と初期的な成果

陳 英詔 Chén Yīng-Chào
維揚診所

台湾在宅医療学会は、2019年にスペイン・マドリードで開催された第1回「World Hospital at Home Congress」に参加しました。欧米諸国が積極的に「Hospital at Home（在宅入院）」を推進している現状に触発され、帰国後、台湾政府に対して在宅入院制度の導入を強く提言しました。

その結果、2021年には「急性期・重症患者に対応する在宅長期ケア支援診所のモデル計画」が立ち上がり、さらに2022年には「遠隔医療技術を活用した在宅入院モデル（急性期・重症および緩和ケア患者向け）」が始動しました。これらの計画は良好な成果を上げ、2023年9月、台湾在宅医療年会にて、健康保険署の石崇良署長が政府として「Hospital at Home」政策の推進を正式に発表しました。

その後、2023年10月より専門家による政策設計会議が集中的に行われ、2024年1月からは全国でHospital at Homeのコア・トレーニングが実施されました。そして、2024年7月に制度が正式にスタートしました。

対象となる患者は以下の3タイプです：

1. 既に在宅医療を受けている患者
2. 長期介護施設の入居者
3. 救急外来を受診し、通院が困難な患者

入院適応疾患は主に3種類の感染症（肺炎、尿路感染症、軟部組織感染症）です。入院費用はパッケージ方式＋加算報酬となっており、患者の自己負担は5%です。実施チームは病院、クリニック、在宅看護所から構成され、医師は入院日に必ず訪問し、入院期間中は毎日ビデオ診療を実施、看護師は毎日対面で訪問治療を行います。

初期成果は地域住民から高い評価を得ており、2025年には末期患者への急性期在宅ケアを新たな適応として加える予定です。

【演者略歴】

陳英詔醫師は、台湾・宜蘭県羅東鎮に位置する「維揚診所」の院長であり、地域に根ざした家庭医療および在宅医療の実践者として広く知られています。もともとは一般外来診療を中心にしていましたが、台湾在宅医療學會理事長である余尚儒醫師の講演をきっかけに、「医療の本質は生活に寄り添うこと」であると再認識し、診療所を在宅医療中心へと大きく舵を切りました。陳醫師は、高齢化が急速に進行する台湾社会の中で、医療機関へのアクセスが困難な高齢者や障害者に対して、より身近な医療を提供する必要性を強く感じ、地域に根ざした在宅医療体制の構築に尽力しています。診療所内には「全心居家護理所」という在宅看護部門を併設し、医師、看護師、ケアマネージャー、リハビリスタッフなど多職種が連携したチーム医療を実践しています。

診療所のサービスは予約制を基本とし、訪問診療や訪問看護を中心に、終末期医療、緩和ケア、慢性疾患の管理など、多様なニーズに対応しています。医師としての活動だけでなく、地域住民への啓発活動や他の医療従事者への教育・指導にも力を入れており、台湾全土の在宅医療の質の向上にも貢献しています。

陳醫師の診療所では、「住み慣れた自宅で、人生の最期まで安心して過ごせるように支える」ことがない社会を目指しており、その理念は日本の在宅医療の先進事例にも強く影響を受けています。合理的な保険制度設計と報酬体制が整えば、台湾でもより多くの医師が在宅医療に参加できると考え、制度改革にも積極的に関与しています。

利益相反：なし

シンポジウム27【プログラム委員企画】

地域でつなぐ呼吸リハビリ：在宅ケアの新たな展望

SY27

【セッション概要】

慢性呼吸器疾患や神経筋疾患を抱える患者が住み慣れた地域で安心して生活をするためには、「呼吸リハビリテーション（以下、呼吸リハ）」の在宅医療への応用が不可欠です。これまで病院内で行われることが中心であった呼吸リハは、在宅医療の現場では十分に普及しておらず、その可能性が十分に発揮されていないのが現状です。特に、難病の在宅療養においては、呼吸器実質の障害ではなく、筋力低下に起因する換気障害や誤嚥防止といった気道クリアランス全般の課題であることがしばしばです。欧での神経筋疾患エキスパート会議では、呼吸理学療法は、気道クリアランス手技の体系として位置づけられました（Chtawinら2018）が、日本の在宅療養においてこの考えが浸透しているとは言い難い現状があります。

本シンポジウムでは、演者には在宅医師、看護師、理学療法士、そして実際に呼吸リハを受けてきた患者本人を迎え、在宅医療における呼吸リハの重要性と多職種連携の実践について議論を深めます。

呼吸リハは、単なる身体機能改善を目的とするだけでなく、患者が「自分らしく生きる力」を地域とともに支えるための重要な手段です。難病では、筋力維持が難しいケースも多く、非侵襲的陽圧換気（NIPPV）の導入、排痰管理、誤嚥対策といった、生活を「下支え」するための取り組みが特に重要です。本シンポジウムを通じて、学会参加者の皆様に呼吸リハの新たな可能性を提示し、在宅医療におけるその実践が地域包括ケアにどのように貢献できるかを考える契機となることを期待しています。

座長：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

【座長略歴】

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
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
2023年10月 医療法人すずらん会たろうクリニック 理事長

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
みんなのケア情報学会 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 専門医・指導医
日本認知症学会 代議員
福岡市在宅医療医会 副会長
福岡県高齢者グループホーム協議会 理事
認知症のひと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
精神保健指定医
医学博士

座長：白髭 浩之 シラヒゲ ヒロユキ

嬉野医療センター

【座長略歴】

2021年琉球大学医学部卒業、2023年INSEAD Master in Management 修了、2024年長崎大学医学部第一内科リウマチ膠原病内科、2025年嬉野医療センターリウマチ内科

SY27-1

地域でつなぐ難しさ ～一例への取り組みを蓄積させていく重要性～

中山 優季 ナカヤマ ユキ

公益財団法人東京都医学総合研究所難病ケア看護ユニット

今回、長崎大会の開催にあたり、ぜひ現地の当事者の方にご講演頂きたいと思い呼吸器ユーザーの会の代表的存在である方に登壇をお願いした。これをきっかけに、彼は在宅呼吸リハビリテーション（以下、呼吸リハビリ）を受ける体制づくりに奔走され、その詳細は彼自身の講演に委ねるが、神経筋難病への呼吸リハビリ提供機関の少なさに直面された。神経筋難病に対する呼吸リハビリは、熱心な当事者と実践者がいわば属人的に切り拓いているという現状であるといえる。

神経筋難病の呼吸リハビリが浸透していかないことには、理由があり、思いつく限り挙げてみる。

- ・神経筋難病に対する呼吸リハビリのエビデンスが確立していない
- ・難病は希少なため、「いつも」接するわけではないため、技術が蓄積されにくい
- ・めったに会えないうえに、個別性が高く、同じケアを通じるとは限らない
- ・地域支援システムにおいて、「さまざま」な支援者が関わるため、知識・情報が行き渡らない
- ・専用機材の入手が困難、経済的負担感から購入を躊躇される場合がある
- ・暮らしに、呼吸リハビリを取り入れる「隙間」がない

これは、長崎に限ったことではなく、東京でも同様、全国津々浦々でみられている現象であろう。本シンポジウムでは、近年、その効果が注目されている肺容量リクルートメント（lung volume recruitment; LVR）について、訪問看護ステーションの方と試行錯誤している筋萎縮性側索硬化症ALSの事例を紹介し、地域で神経筋難病の呼吸ケアをつないでいく難しさを改めて提示するとともに、それでも一例に丁寧に取り組むことで、見えてくる展望について、議論を深めたい。

【演者略歴】

1996年 東京女子医科大学看護短期大学卒業

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

1998～2002年 東京女子医科大学病院脳神経センター勤務。

2002～2007年 東京都立保健科学大学大学院修士課程、博士課程修了。

2002～2006年 NPO法人SRアカデミー（呼吸療法講座企画・運営）

2007年 財団法人東京都神経科学総合研究所（現、公益財団法人東京都医学総合研究所）勤務。

2015年 同、難病ケア看護プロジェクトリーダー、

2020年 同、難病ケア看護ユニットリーダー、現在に至る。

利益相反：なし

SY27-2

脳神経内科医が行う在宅呼吸リハビリテーション ～診断後早期から始める意義～

馬木 良文 ウマキ ヨシフミ

医療法人はれの日 あおいそら在宅診療所

ALSなど神経難病における呼吸の問題として呼吸筋の筋萎縮・筋力低下、中枢性の換気障害、摂食嚥下障害による唾液誤嚥が挙げられる。その結果換気量が減少し痰の喀出も不良となる。微小無気肺が生じることで肺のコンプライアンスが低下し、呼吸に要するエネルギーが増して呼吸筋が疲弊し、悪循環となり呼吸機能が低下していく。これらは病初期から中期では易疲労感や体重減少の一因となってADLを悪化させ、進行期では誤嚥性肺炎から生命予後に関わる。TPPVを装着した後も肺炎や無気肺が問題となる。悪循環を絶つことと肺炎の予防のために呼吸リハビリテーションは欠かせず、可及的早期から導入されることが望ましい。当院は脳神経内科を専門としており、比較的発症早期から神経難病患者の在宅療養にかかわることができた。当院で関わったALS患者を例に呼吸リハビリテーションを紹介する。当院では訪問看護や訪問リハと連携して早期から切れ目のない呼吸管理を行っている。神経難病でみられる拘束性換気障害に対して呼吸介助や、排痰を促す目的でスクイー징が有効と考えられる。ALSでは%FVCが60～70%を目安にNIPPVが導入される。他の神経難病でも無呼吸や酸素飽和度などを参考にNIPPVを導入している。訪問看護師等の支援があることで在宅でのNIPPVの継続や、肺炎・無気肺の予防が容易になっている。また排痰補助装置や体外式人工呼吸器も在宅で使用が可能である。気管切開はALS等神経難病患者にとっては通過点であり、その後のQOL維持のためにも呼吸リハが行われるべきである。最後に、発症早期から医師が在宅へ足を運ぶことで患者・家族との関係が深まり、患者を生活者として捉えることが可能となりさらには主体的な意思決定が可能となる。有効な治療法がない神経難病では最大限の予後とQOLのため早期から呼吸管理を含んだ在宅療養計画が必要と考えられる。

【演者略歴】

1991年3月 徳島大学医学部医学科卒業
1991年6月 徳島大学医学部附属病院第一内科（研修医）
1992年4月 徳島健生病院内科
1993年9月 公立学校共済組合四国中央病院内科
1996年4月 徳島大学医学部附属病院第一内科
2000年7月 国立療養所徳島病院（現徳島医療センター）神経内科
2010年5月 あおぞら内科開院（現あおいそら在宅診療所）
現在に至る

利益相反：なし

SY27-3

在宅における正しい継続的な呼吸リハビリテーションの実践を目指して

北野 晃祐 キタノ コウスケ
村上華林堂病院

多くが進行性の経過をたどる神経難病は、呼吸筋力低下による呼吸不全を高頻度に合併するため、診断早期から継続的に呼吸リハビリテーション（以下、リハ）の適応がある。神経難病に対する呼吸リハは、通常、医療機関において医師の指示を元に理学療法士などの専門職（以下、リハ専門職）が評価結果をもとにプログラムを立案し導入する。具体的なプログラムとして、呼吸筋のストレッチや手動的呼吸介助に加え排痰補助装置使用などが広く認識されているが、並行して実施されるベッドからの離背や離床が重要であることは言うまでもない。在宅において呼吸リハを継続するには、訪問リハや訪問看護としてリハ専門職が関わる手段があるが、制度的に医療機関で実施するのに比べて介入時間が短くなることから、プログラムを厳選する必要がある。更に、介入頻度も減少するため、家族を含めた介護者や訪問看護スタッフとの連携が必須となるが、呼吸リハに関する技術や知識が一定でない問題がある。この問題に対しては、リハ専門職による繰り返しの指導が重要で、診療報酬における退院前訪問指導や退院後訪問指導、退院時共同指導加算、介護報酬における生活機能向上連携加算を活用し、リハ専門職が家族や介護者が継続的に実践できる体制をサポートする取り組みが必要である。進行に伴い状態変化が予測される神経難病患者に対して、リハ専門職は、定期的な評価結果をもとに必要に応じてプログラムを修正・実施するとともに、呼吸リハの目的を明確にし、在宅で正しく安全に効果的な呼吸リハが実践されるための支援を担うべきだろう。

最後に、地域を問わず神経難病患者に適切な呼吸リハが提供されるには、知識と技術の啓蒙活動が重要である。関連する企業にもご助力いただきつつ、経験の浅いリハ専門職や訪問看護師をはじめとした在宅生活を支援する方々を対象とした草の根的な研修会の開催が必要と考えている。

【演者略歴】

平成11年：専門学校柳川リハビリテーション学院 理学療法学科卒業

同年：医療法人財団 華林会 村上華林堂病院

平成14年：のむら整形外科クリニック

平成15年：医療法人財団 華林会 村上華林堂病院

平成17年：同 リハビリテーション科科长

平成31年：同 事務部長

令和 2年：同 副院長・事務部長

平成22年：国際医療福祉大学 大学院 理学療法学分野 修士課程修了

【所属学会】日本神経理学療法学会・日本呼吸理学療法学会・日本難病医療ネットワーク学会（理事）・神経難病リハビリテーション研究会（世話人）など

利益相反：なし

SY27-4

神経筋疾患当事者が在宅呼吸ケアを受けるにあたって顕在化した地域課題と実践効果

山口 和俊 ヤマグチ カズトシ

ながさき自立生活センターこころ

【背景】国内ではまだ数例の報告しかない、経過と共に筋力が低下して筋ジストロフィー症状を合併する、プレクチン欠損型（劣性単純型）表皮水疱症という希少難病を持って生まれる。7歳時より歩行困難となり、車いす生活となる。平成22年3月、大学卒業。平成23年より、B i P A Pを導入。その頃より、誤嚥性肺炎による入退院を繰り返す。平成25年7月より、気管切開下で人工呼吸器を常時使用しはじめる。同年9月より、訪問看護、訪問介護等の医療的福祉の支援を得ながら、在宅生活に戻る。以後も、誤嚥性肺炎を繰り返し、嚥下も困難になってきたため、平成26年7月、気管喉頭分離、胃瘻造設。その後、誤嚥性肺炎を起こさなくなり、栄養状態も改善し、体調が安定。平成28年8月、親亡き後の生活を見据え、医療・福祉・行政の社会資源を活用し、地域での一人暮らしの支援体制を構築。支援体制は安定していたものの、ここ近年、胸郭周りの柔軟性と呼吸機能の低下を感じ始め、在宅呼吸ケアの必要性を支援者らに伝えるに至る。

【目的】呼吸機能を維持するための在宅呼吸ケアの支援体制を構築する。

【方法】①担当の在宅主治医、②担当の訪問看護師、③呼吸リハビリに詳しい知人の理学療法士、などに相談し、長崎県内の在宅呼吸ケアを行っている医療機関の情報収集を行う。

【結果】在宅呼吸ケアを受けるにあたって、神経筋疾患専門の医療機関の少なさに直面した。訪問での理学療法士による在宅呼吸ケアを取り入れて1ヶ月。胸郭周りの柔軟性が少しずつ改善されてきている。また、日常的に取り入れると良いストレッチやベッド上でのポジショニング、除圧術等を教わり、介助者と実践することで、呼吸機能の維持に努めている。

【まとめ】医療福祉の連携による在宅呼吸ケアの継続により、いつまでも地域での自分らしく活動的な生活を楽しんでいきたい。

【演者略歴】

1987年 プレクチン欠損型表皮水疱症を持って生まれる

2010年 西南学院大学法学部法律学科卒業

2013年 気管切開下で24時間人工呼吸器装着

2014年 喉頭気管分離、胃瘻造設

2016年 重度訪問介護を24時間利用しての自立生活開始

2017年 重度障害者の自立支援を行う、ながさき自立生活センターこころ設立

利益相反：なし

シンポジウム28【プログラム委員企画】

有床診療所の存在意義と未来への展望 - 地域包括ケアシステムにおける役割と課題 - SY28

【セッション概要】

地域包括ケアの実現に不可欠な構成要素の一つである有床診療所は、2024年8月末時点で全国に5,432施設・72,674床と減少の一途を辿り、2026年3月には5,000施設を下回る可能性が指摘されている。人口減少・高齢化に伴う地域ニーズの多様化、医療提供体制改革の進展、医師の高齢化や後継者不在といった複合的課題の中で、有床診療所の持続可能性とその機能再定義が急務となっている。

本シンポジウムでは、地域医療の最前線に位置づけられてきた有床診療所の存在意義を問い直すとともに、制度的・経営的な課題に対する具体的な対応策を、多様な立場から検討する。内科系単独診療所、介護連携型施設、専門診療科型有床診療所など、各地の有床診療所から4名の実践者が登壇し、自施設の機能と役割、地域での活動、経営実態、診療報酬制度の影響などについて報告を行う。また、看取り支援や在宅療養継続の受け皿としての役割、医療資源が限られる地域における病院代替機能など、有床診療所ならではの意義についても具体的事例をもとに検討する。

医療機関・介護事業所の連携のあり方や報酬制度の改善可能性についても議論を深め、現場に根差した提言を導くことで、地域医療における有床診療所の再評価と再構築を目指す機会とする。

座長：安池 純士 ヤスイケ ジュンジ
医療法人社団悠翔会

【座長略歴】

1999年筑波大学卒業、静岡県立総合病院、洛和会音羽病院、東京医科歯科大学（現：東京科学大学）で救急総合診療に従事。2015年より在宅医療に従事、現在医療法人社団悠翔会副理事長、診療部長。医博、経営学修士（早大）

資格

日本専門医機構救急科専門医、日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医、日本緩和医療学会緩和医療認定医、日本在宅医療連合学会在宅医療専門医・指導医

その他

東京科学大学医学部臨床教授

SY28-1

診療所のかたち—病院からの転換とその役割—

押淵 素子 オシブチ モトコ

医療法人壮志会押淵医院

2014年、地域医療の変化とニーズに応じて46床の病院から19床の有床診療所へ転換。2023年からは医師1名体制となったが、法人内には介護施設も併設し、医療と介護の両面から地域を支えている。

外来～入院～在宅まで、1人の患者の人生に寄り添えるのが有床診療所の強みであり、大きなやりがいを感じている。スタッフ不足の課題はあるが、長年支えてくれる仲間たちに助けられ、"3代目が会社を潰す"と言われないよう奮闘中！

病院から有床診療所への転換は、これからの地域医療における現実的な選択肢の一つと考える。

【演者略歴】

略歴：

1998年 長崎大学医学部卒業

1998年 長崎大学第二外科入局

2000年 長崎大学麻酔科入局

2006年 長崎大学大学院侵襲防御学卒業

2008年 押淵病院勤務（押淵医院へ転換）

2022年 （医）壮志会 理事長 押淵医院 院長 就任

資格：

麻酔科専門医

認知症サポート医

日本プライマリケア学会認定医

公認心理師公認心理師

SY28-2

地域医療における有床診療所の意義

村上 豪志 ムラカミ ゴウシ

医療法人社団 平世会 村上医院

当院は、外来・在宅・リハビリを行っている一般内科・外科の有床診療所（一般病床19床）である。同一法人内に通所リハビリテーション、デイサービス、居宅、グループホームといった介護施設も併設している。また、訪問看護ステーションは併設していないが、みなしの訪問看護を行っている。

同一法人で1人の患者に関わることで、患者に対しては顔見知りのスタッフがいるという安心感を与えることができ、多くのスタッフが関わることで患者の変化にいち早く気づくことができる。また、外来や介護部より入院が必要と思われる方を共有することで高い病床稼働率を保つことができる。在宅医療に対しても積極的に行っており、処置が必要な癌の終末期に対しても積極的に行っている。

有床診療所は今後の地域医療にとって重要な役割を果たすと思われる。当院での取り組みや財務状況を可能な限り報告する。

【演者略歴】

2005年 宮崎大学医学部卒業

長崎大学病院にて臨床研修

2007年 長崎大学腫瘍外科入局

2015年 長崎大学大学院腫瘍外科学分野修了

2019年4月 （医）平世会 村上医院 副院長

2019年5月 （医）平世会 村上医院 院長

資格：外科専門医 ※外科では主に肝胆膵外科でした

SY28-3

「古くて新しい」有床診療所—やりがいと持続可能性について—

石坂 俊輔 イシザカ シュンスケ

石坂脳神経外科

当院は有床診療所であるが脳神経外科領域において救急や開頭手術など病院レベルに近い医療を提供している。一方でかかりつけ患者に対しては他領域の外来管理、肺炎などの入院治療、骨折などの回復期リハ、レスパイト、通所リハ、看取りなども行っている。有床診療所の強みは救急から在宅まで幅広いニーズに対して、普段からなじみあるスタッフがシームレスに関われることだと感じている。専門分業化した現代医療の再構築が求められている中、有床診療所が持つ柔軟性は医療者のやりがいを醸成し、患者側にも安心感を提供することで、医療の持続性に資すると確信している。当院における運営の実際や課題について共有し、激減の一途を辿る『有床診療所-古くて新しい医療のカタチ』の可能性を再認識する機会としたい。

【演者略歴】

2004年 山口大学医学部卒業

2006年 長崎大学脳神経外科入局

2013年 長崎大学大学院医歯薬総合研究科修了

2014年 スタンフォード大学脳神経外科

2018年 石坂脳神経外科 副院長

資格：脳神経外科専門医、脳卒中専門医、脊椎脊髄外科専門医、日本脳神経外科認知症学会認定医、認知症サポート医

SY28-4

有床診療所で提供している医療・ケアの遺族調査結果とスタッフのやりがいについて

野末 よし子 ノズエ ヨシコ

医療法人社団 心 坂の上在宅医療支援医院 / 坂の上ろうけん曳馬野

当院は静岡県浜松市の中心部にある19床の内科系の有床診療所である。在宅や施設で療養する中で課題となる介護困難、症状緩和、看取りなどに対して、可能な限りすみやかに入院を受け入れている。2019年4月1日～2023年3月31日に当院で永眠した方への遺族調査では、受けた医療の全般的満足度は高く、また、「必要なときに待たずに入院できた」「医師を信頼していた」「人として大切にされていた」などの項目で高い評価を得た。

訪問診療を行なう医師は、有床診療所のバックアップがあることの安心感や主治医として最期まで患者に寄り添える充実感がある。また、スタッフは在宅で過ごす患者・家族が困ったときにタイムリーな支援ができることや訪問診療・訪問看護・介護との連携により、患者・家族の人生に寄り添った幅広く全人的な対応ができることにやりがいを感じている。有床診療所だからこそできる地域包括ケアシステムでの役割や存在意義をお伝えできればと考えている。

【演者略歴】

1991年 茨城県立水戸赤十字看護専門学校卒業

1992年 新潟大学教育学部卒業

1992年 聖隷三方原病院 ホスピス病棟、外科・呼吸器外科病棟

2007年 財団法人 日本対がん協会研究員 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」 浜松事務局

2013年 医療法人社団 心 坂の上ファミリークリニック 在宅部門

2019年 医療法人社団 心 坂の上在宅医療支援医院

資格：認知症看護特定認定看護師

シンポジウム29【プログラム委員企画】

24時間365日の真実：地域連携で医薬品供給を守れ！

SY29

【セッション概要】

近年、医薬品の供給そのものが不安定な状況にあって、供給および代替品の提案も薬剤師の重要な責務である。薬用量や相互作用、併用禁忌などのチェック、副作用の発現等についても薬剤師の視点によるチェックは重要と考えている。

一方で、24時間365日の医薬品供給体制を謳いながら、対応していないという事例が発生していることを理由に、訪問看護ステーションに医薬品を配置する議論もなされている。

実際に、どの地域でどの程度の率で問題が起きているのか。

うまく行っている地域の体制はどのような状況か。

医薬品供給に薬剤師は不要なのか。

単独で行うのか、同一企業内のネットワークで行うのか、地域内の薬局間連携で行うのか。

各地での体制について情報共有し、薬剤師の役割と供給システムを考える

座長：中村 美喜子 ナカムラ ミキコ

ペンギン薬局

【座長略歴】

1982年 昭和薬科大学薬学部生物薬学科卒。

1982～1993年まで 複数の薬局に勤務

1993年 ペンギン薬局開業。

2007年より 長崎薬剤師在宅医療研究会（P-ネット）発足メンバーとして活動。現在世話人で事務局。

2022年12月 地域連携薬局認定

所属研究会ほか：長崎薬剤師在宅医療研究会（Pネット）世話人・事務局，日本在宅医療連合学会，日本服薬支援研究会

役職：2015年 一般社団法人長崎県薬剤師会理事就任。2019年より副会長。現在に至る

座長：富安 志郎 トミヤス シロウ

とみやす在宅クリニック

【座長略歴】

1987年 佐賀大学医学部卒業、長崎大学麻酔学教室入局

2003年 長崎大学病院緩和ケアチーム

2005年 長崎市民病院緩和ケア内科

2014年 医療法人光仁会西田病院緩和ケア病棟、訪問医療担当

2017年 地方独立行政法人佐世保市総合医療センター緩和ケア科

2021年 とみやす在宅クリニック開業 現在に至る

SY29-1

医薬品供給24時間・365日体制は多職種連携と薬局間連携によって可能である

串田 一樹 クシダ カズキ

昭和薬科大学

薬剤師の在宅訪問活動は、「薬剤師の在宅医療への参加指針1994」の中で、かかりつけ薬局の成熟度の第3ステップとして「処方箋調剤・訪問服薬指導」が位置付けられた。当時は、医薬分業率が20%程度であり、訪問活動をする薬剤師は少なかった。その後、2000年に介護保険が導入されたことから、薬剤師の訪問活動が本格的になってきた。在宅療養をしている患者像は様々であり、調剤では医薬品備蓄、無菌調剤設備などの他、多種多様な病態像に対する薬剤師の臨床経験が必要になる。特に、医療依存度の高いがん緩和ケア、医療的ケア児、神経難病、心不全などの患者が在宅で療養するようになってきたので、その対応はすべての薬局が均一に対応できない現実がある。また、地域性や多様な患者像の治療は、医薬品も多様であり、患者の体調も急変することがあるので、在宅医療に参画する薬局としては24時間・365日対応は避けては通れない。

一方、医薬品供給の24時間・365日問題は、内閣府規制改革推進会議の第8回医療・介護・感染症WG（2023.0330）で、訪問看護ステーションの調査をもとに「指定訪問看護事業所への薬剤ストック」の要望が提出されたことから始まった。要望の中で示された内容は、「急変時の医薬品が供給されない」という指摘であったので、薬局としては医薬品供給体制の構築が急務となった。

24時間・365日体制の医薬品供給体制の議論の中で、在宅医、訪問看護師、薬局薬剤師は専門職として予見性を共有して、夜間や休祭日の対応を準備することが指摘された。この指摘は、在宅医療における多職種連携のあり方を具体的に示すことになった。また、この4月から地域包括ケアが始まるので、地域の薬局がALL薬局で薬局間連携を構築することが急務である。

【演者略歴】

昭和薬科大学（1974年）を卒業後、母校の物理学研究室、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。この間、新しい薬局機能として地域連携薬局、専門医療機関連携薬局について研究を行った。2021年7月31日に退職後、2021年8月から社会薬学研究室 研究員として地域医療に関する研究に従事している。1993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：あり

SY29-2

長崎市薬剤師会における地域医療支援の取組

下坂 健^{1,2} シモサカ タケル

¹ミツバチ薬局片淵店

²一般社団法人長崎市薬剤師会

長崎市薬剤師会（以下、当会）の在宅医療への取り組みは、先進的であり発展し続けている2007年発足の長崎薬剤師在宅医療研究会（P-ネット）に呼応するように進んできた。当会では、2012年にかかりつけ薬剤師・薬局を持たない患者に対して、在宅医療を行う薬局を紹介する在宅受入薬局制度を構築した。この制度には、当会会員薬局291薬局のうち124薬局の登録がある。中学校区でグループ割を行い、顔の見える関係づくりを行った。当会ホームページ上の薬局紹介欄には、「無菌調剤・クリーンベンチの紹介受入・衛生材料や麻薬の取り扱い・24時間対応」の可否などの記載があり、患者はもちろんのこと、他の医療従事者や薬局との連携も図れるような案内になっている。また、資質向上のため、P-ネットと連携した研修会も継続している。

2021年には新型コロナウイルス感染症拡大時の自宅医療者等への医療支援体制（長崎市版）の整備に参画した。感染が広がり始める中、長崎市・長崎市医師会との連携体制を整備した。医療機関と連携し自宅療養者へ服薬支援を行い、地域医療への貢献を行うCoV.自宅療養者医療支援調剤受入協力薬局を募集した。117薬局が登録し、自宅療養者への服薬支援を行った。薬局登録情報には、「小児対応の可否・開局時間・土曜日対応の可否」などをリスト化し公表した。のちに、ラゲブリオカプセル等による対応の可否や保有数、また、検査キット販売の有無についての登録内容を追加した。休日については、地域輪番制の薬局が対応し、夜間については、長崎市薬剤師会調剤薬局が対応し、感染拡大防止に努めた。

当会では、地域医療支援の第一歩は、地域包括ケアシステムの中で連携を深め、顔の見える関係づくりを行うことと考え、他職種と連携しチームとして地域を支えてきた。これまでの連携体制構築を紹介し、24時間365日の医薬品供給体制構築の一助となれれば考える。

【演者略歴】

学歴・職歴

1991年 第一薬科大学薬学部薬学科卒

2009年 株式会社 ビーネン ミツバチ薬局 設立

現在に至る

役職

2009年 一般社団法人長崎市薬剤師会理事に就任

2017年 一般社団法人長崎市薬剤師会常務理事に就任

一般社団法人長崎県薬剤師会理事就任

2019年 一般社団法人長崎県薬剤師会常務理事就任

2021年 一般社団法人長崎市薬剤師会副会長に就任

2023年 一般社団法人長崎県薬剤師会常務理事退任

現在に至る

利益相反：なし

SY29-3

総合メディカル株式会社における在宅訪問の取り組み

坂本 直大 サカモト ナオヒロ

総合メディカル株式会社

調剤薬局が在宅医療に取り組むにあたっては、24時間365日対応の困難さ、人員不足、時間的制約、多職種との連携の難しさ、加えて昨今の医薬品供給不足といった問題があるため、積極的な在宅医療への関与が進まない調剤薬局は少なくない。

総合メディカル株式会社では、これらの課題に対応するため、一部地域において在宅業務を専門とする「在宅専任薬剤師」を配置し、定期処方や臨時処方への対応はもちろん、訪問診療への同行、担当者会議への参加などを通して、多職種との連携強化を推進している。また、患者情報の共有や店舗在庫の共有といった同一法人ならではの利点を活かし、迅速な対応を可能にする情報共有や在庫確保の仕組みを構築している。これらの取り組みを通じて、薬剤師の在宅経験を活かし、患者や多職種のニーズに柔軟に対応することを心掛けている。今回は、当社の取り組みについて、具体的な事例をいくつか提示し紹介する。

【演者略歴】

1998年 福岡大学 薬学部 薬学科 卒業

2000年 熊本大学大学院 薬学研究科 臨床薬学専攻 博士課程前期 終了

2002年 総合メディカル株式会社 入社 現在に至る

利益相反：なし

SY29-4

西東京市における在宅多職種連携の実際～時間外緊急対応を減らすために～

藤田 珠理 フジタ ジュリ

薬局ホームケアファーマシー田無店

西東京市は東京都心の北西部に位置している人口20万都市で、高齢化率24%のベッドタウンである。地域包括ケアシステムを推進するなかで、在宅療養支援診療所が13か所、訪問看護ステーションが25か所と増えてきており、市内の訪問診療利用患者は約1000名である。当薬局ではそのうち約200名の患者（施設除く）の訪問指示を受けている。そのなかの1割はガン患者で、ターミナル期の看取りも対応しているが、夜間、休日、深夜の時間外緊急対応要請は年間数える程度である。これは、地域での多職種連携がスムーズに行えているからであると考ええる。ICTツールを用いた情報共有はもちろんだが、状況によっては電話などでも気軽に相談しあえる関係性が構築できている。麻薬の持続皮下注射を行っている場合は交換のタイミングを見計らって処方提案を行うことも多い。24時間365日の医薬品供給体制も必要だが、そもそも時間外に呼ばれないように多職種で万全を尽くすことはそれ以上に大事である。今回、西東京市における多職種連携の実際や、時間外緊急要請を回避するために行っている薬剤師の取り組みなどを紹介する。

【演者略歴】

1999年 東邦大学薬学部衛生薬学科卒業

株式会社田無薬品 入社

2014年 西東京市薬剤師会理事就任

株式会社田無薬品在宅担当執行役員就任

2003年より薬局ホームケアファーマシー田無店にて在宅業務に従事。

実務実習指導薬剤師、学校薬剤師、武蔵野大学非常勤講師として現在活動中。

利益相反：なし

SY29-5

休日の医薬品提供体制をどうするか ～休日対応事例から鹿児島県薬剤師会の取組まで～

沼田 真由美 ヌマタ マユミ
福元薬局/公益社団法人鹿児島県薬剤師会

弊社（有限会社福元薬局）は鹿児島市内を中心に7つの薬局を運営しており、「地域の薬局であり続けるために」という理念のもと、「地域の依頼は断らない」という方針で、日々、努めている。昨年の2月より、近隣の在宅専門医より、麻薬の持続皮下注の調剤の依頼を受けた。これまで7つの薬局にクリーンベンチを設置してはいたものの、麻薬の持続皮下注の調剤の経験がなく、社内であらためて学術や、制度、技術などの研修会を実施した上で開始した。そうした中で、昨年の5月のGW中に麻薬や鎮静薬を入手するのに苦慮した事例を紹介する。現在、鹿児島県では休日に緊急対応の体制がある医薬品卸売業者はない。そのため、その時は担当者に個人的に直接依頼し、対応することができた。結果として、当該患者は最期にご自宅において、家族に見守られながら数日後に永眠された。

こうした経験から、休日の緊急時の医薬品の確保には大きな課題があると感じている。

また、鹿児島県薬剤師会では昨年度、厚労省の委託事業である在宅薬物治療提供体制強化事業を実施することとなった。この事業の中で、鹿児島市において、鹿児島市訪問看護ステーション協議会の協力をいただき、「医薬品供給で困ったこと」「連携するうえで困ったこと」をテーマに多職種によるグループワークを実施した。参加者は、計70名（薬剤師26名、訪問看護師24名、ケアマネージャー2名、MSW1名、医師1名、医薬品卸業者5社11名、その他）であった。

今回、この事業において医薬品卸売業者も含めた多職種のディスカッションを実施したことで、在宅医療を取り巻く多職種が昨今の医薬品供給事情について一定の共通理解がなされ、また今後へ向けた問題の掘り起こしがなされた。今後の体制構築への第一歩に繋げていきたいと考えている。

【演者略歴】

1994年 3月	神戸女子薬科大学卒業
10月	福元薬局 入職
1995年 1月	父の死去により 福元薬局 継承 現在に至る
<役職>	
現 職	有限会社 福元薬局 代表取締役 薬剤師
2010年～現在	公益社団法人 鹿児島県薬剤師会 常務理事
2014年～現在	一般社団法人 日本東洋医学会 代議員
2014年～現在	鹿児島大学医学部 非常勤講師 （補完代替医療講座：漢方生薬）

利益相反：なし

シンポジウム30【長崎企画】

長崎の地域包括ケア・多職種連携における課題を解決していくための提案と討論 SY30

【セッション概要】

（趣旨・概要）

長崎市ではここ約20年間のうちに、地域包括ケアシステムと多職種連携に関して様々な取り組みが行われてきた。シンポジウム23を踏まえて、今後の長崎市地域の地域包括ケアシステム・多職種連携のあり方を討論する。

（構成他）

長崎市地域では、これまで平成15年の長崎在宅Dr.ネットの設立、地域包括支援センターの創設から始まり、様々な取り組みがなされた。

最近支援に多職種関わった症例や、取り組んでいる課題を各シンポジストに紹介してもらい、今後長崎の地域包括ケア・多職種連携における問題を解決していくための、提案と討論をおこなう。

座長：小笠原 貞信 オガサワラ サダノブ

社会医療法人 長崎記念病院

【座長略歴】

H 9年 3月：熊本大学医学部卒業

H 9年 4月：医療法人愛心会 大隅鹿屋病院

H11年 4月：特定医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院

H16年 9月：医療法人近森会 近森リハビリテーション病院

H20年 4月：一般社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院

H30年 4月：社会医療法人 長崎記念病院

日本リハビリテーション医学会認定専門医、長崎在宅Dr.ネット理事

座長：奥平 定之 オクダイラ サダユキ

医療法人社団 奥平外科医院

【座長略歴】

履歴

1987年3月 久留米大学医学部卒業

1987年6月 長崎大学医学部附属病院第二外科入局

1991年4月 久留米大学大学院医学研究科入学（病理学）

1995年3月 久留米大学大学院医学研究科卒業

2001年4月 長崎大学医学部附属病院第二外科助手

2003年4月 長崎大学医学部附属病院第二外科講師

2003年7月 医療法人光晴会病院外科 外科部長

2007年4月 医療法人社団 奥平外科医院

役職

長崎在宅Dr.ネット理事 長崎市医師会理事

SY30-1

家庭医が診療所で取り組んだ在宅医療の現状と今後の課題

本石 裕也 モトイシ ユウヤ

社会医療法人健友会 香焼民主診療所

家庭医とは、患者の疾患だけでなく、患者の生活・社会背景についても配慮を行いつつ、その地域の専門医、訪問看護師、ケアマネジャー、薬剤師、行政などの多職種とチーム形成し密に連携を行うことで生活を支える医療を提供することを専門とする医師である。私は、2021年に家庭医療専門医を取得し、長崎市南部に位置する100床規模の小病院で勤務してきた。そして、2024年4月より、診療所へ異動し本格的に在宅医療に取り組み始めた。これまでも当院では訪問診療が行われていたがその中から課題を抽出しより多くの患者により質の高い在宅医療を提供するために業務改善を行った。主に行ったことは以下の5点である。①診療所の提供する医療を明確にすること。②訪問診療エリアの拡大。③デジタル化の進んだ時代であっても対面での情報交換をまず行うこと。④業務情報交換アプリを用いての多職種連携。⑤往診依頼を受けたときの即応性を上げる。⑥訪問診療エリア内の地域ケア会議への積極的な参加。この①～⑥の対策を行うことで、より密な連携をとり、長崎市南部地区の患者への在宅医療の提供を実現している。今後の課題と考えていることは、地域内共通の医療・介護が連携するアプリケーションの開発、もしくは既存のものに統一をすることである。これにより連携が迅速かつ密になることが期待される。また、終末期の在宅医療に取り組む医療機関も現状少ないが、今後の多死社会の中で在宅での看取りのニーズは増加してくると予測される。その対策として総合診療・家庭医療専門医を養成し、複数名の家庭医が勤務する診療所を地域に配置することで一人の医師の過重労働にならず、また常に若手医師が訪問診療に従事できるよう組織化をしていくことが必要である。また、細かいところでは訪問診療先でのカルテ記載のAI化、患者管理のIT化を行い、業務の効率化を推進することが今後の課題である。

【演者略歴】

2014年 長崎大学卒業
2014年 長崎医療センター 初期研修医
2016年 長崎県対馬病院 内科
2017年 長崎県上対馬病院 内科
2019年 4月 長崎医療センター 総合診療科
2019年10月 上戸町病院 総合診療科
2020年 7月 長崎県対馬病院 整形外科
2020年10月 長崎県対馬病院 小児科
2021年 1月 長崎医療センター 高度救命救急センター
2021年 4月 上戸町病院 総合診療科
2021年 9月 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療学分野卒業（社会人大学院）
2024年 香焼民主診療所 所長

利益相反：なし

SY30-2

地域でのタスク・シフト/シェアの構築

福田 真司 フクダ シンジ

医療法人社団春秋会 訪問看護ステーション太陽

2040年問題が間近に迫り、長生きで元気な高齢者が増えていることは地域包括ケアシステムの素晴らしい成果だと感じている。しかし同時に難しい状況も山積している。

高齢化や地理的要因が重なり、長崎市は今後「通院できない高齢者」が特に顕著となっていくことが予測されている。この「通院できない高齢者」を支えるのは、私たち医療系訪問サービスであり、もちろん様々な介護サービスも必要となる。しかしながらそれを支える医療介護従事者も等しく高齢化し、労働人口も少なくなるため従事者数も減っていく。またコロナ禍や急速なオンライン化により対面での関わりが減少し、訪問看護ステーション同士や近隣事業所との連携が取れなくなってきている。このような状況で地域包括ケアシステムを維持することは、無理がある。現場は危機感を感じているが、現状維持が精一杯である。

今後取り組むべきこととして、地域の社会資源同士が協力し助け合い、点ではなく面の地域支援を構築していくことが急務であると考え。小さな地域支援コミュニティを形成していれば、様々な分野における地域課題を柔軟に受け止めることができる、持続可能な地域包括ケアシステムを維持することができる。そして地域社会を守ることと並行して、従事する私達も守られる体制整備しなければならない。資源が少ない地域や災害による人員不足の状況などにおいては、近隣事業所同士で業務代替ができる体制作りが不可欠である。個々の経営安定に囚われず、「地域でのタスク・シフト/シェア」を行うことが迫られていると感じている。

私は「訪問看護は医療と生活を支え、他職種をつなぐことができる職種」であると思っている。訪問看護が活躍すれば、地域でのタスク・シフト/シェアを繋ぐ役目を担うことができると考える。この長崎で生活し自分が医療介護を受ける時に、安心して任せられる連携を作っていきたい。

【演者略歴】

2005年 県立長崎シーボルト大学看護栄養学部看護学科卒業

同年 医療法人社団春秋会に就職。病棟・訪問看護ステーション・地域包括支援センターにて勤務

2014年 訪問看護ステーションに配属

2021年 長崎県訪問看護ステーション連絡協議会理事就任

利益相反：なし

SY30-3

「多職種連携の未来」 ～業務生産性向上から医療介護連携への取り組み～

和田 公一 ワダ コウイチ
ケアプランセンター結糸

介護保険制度が始まり25年が経過、少子高齢化の進行により、高齢者を支える現役世代は年々減少し続けている。制度の整備が進む一方で、現場では対応すべき課題が山積しており、特に介護支援専門員に求められる役割は複雑化している。高齢者の多様なニーズに応じた質の高いケアマネジメントが求められる中、業務は多忙を極め、担い手の確保も難しくなっているのが実情だ。

こうした状況を踏まえ、離職の防止と質の維持を両立しながら、介護支援専門員が働きやすい職場環境を整える必要がある。限られた人員で業務の生産性を高める取り組みが求められる中、業務支援アプリケーションの構築を目的としてFileMakerを導入し、開発に着手した。

まずはフェイスシート、アセスメント、モニタリング、入退院時の情報提供書、地域支援事業の申請情報、災害時の業務継続計画（BCP）に関連する利用者情報を整理。各情報シートを比較・統合し、重複部分については連動可能なシステムを設計。入力の手間と同一システム内での一元管理による効率化を図った。

次の段階では多職種連携を視野に、各事業所が作成する支援評価や個別支援計画書を、経過に応じて電子ファイルとして一元管理できるよう機能を拡張。さらに、クラウド環境へのデータ移行により、インターネットを介して場所を問わず業務が可能となるシステム構築を進める。

こうした取り組みにより、①タイピング作業の削減、②過去・現在のデータへの迅速なアクセス、③一般的な市販ソフトでは対応できない業務特有の書類の連携が可能、④ペーパーレス化によるファイリング作業の削減といった効果となった。

介護支援専門員はケアチームを構築する要であるが、多職種連携場面では、情報共有の多くが紙媒体で行われているが、多職種連携の観点からも電子化は急務。今後はセキュリティ対策を強化しつつ、業務のさらなる効率化を目指す必要がある。

【演者略歴】

1997年4月 ウレスレヤン短期大学社会福祉コース 卒業
同年 特別養護老人ホーム谷和の里 介護職として入職
2000年4月 デイサービスセンターにのみや 生活相談員として入職
2002年1月 特別養護老人ホームなごみの郷（施設創設） 生活指導員として入職
2004年4月 居宅介護支援事業所春秋会 介護支援専門員として入職
2005年9月 居宅介護支援事業所リエゾン長崎 管理者として入職
2019年4月 ケアプランセンター結糸（事業所創設） 管理者として入職

利益相反：なし

SY30-4

病院連携部門の地域包括ケア・多職種連携における変化と未来への展望 (医療ソーシャルワーカーの立場から)

米倉 康佑 ヨネクラ コウスケ

医療法人祥仁会 西諫早病院

地域包括ケアシステムの推進や病院の機能分化が進む中、病院の連携部門は地域連携や入退院支援の拠点としての重要性を増している。医療ソーシャルワーカー（以下MSW）は、患者・家族の心理社会的課題に対応する専門職として多職種と協働し、入退院支援を中心にその役割を担ってきた。本稿では両者の役割変化と今後の地域包括ケア・多職種連携のあり方をMSWの視点で考察する。

多くの病院では2000年代初頭の医療制度改革を契機に連携部門が設立され、当初は紹介・逆紹介の促進といった事務的業務が中心に行い、地域包括ケアシステムの構築が進むにつれ業務は拡大した。現在では、紹介患者の診療予約、紹介状・返書管理の業務に加え、入退院支援、地域連携パスの運用管理、社会資源に関する情報収集・提供、関係機関との研修会や協議会の企画・運営等、業務は多岐に渡る。ただし、機能や人員構成は病院の規模や種別、地域特性により多様である。

MSWは患者・家族の心理社会的課題解決を支援する専門職であるが、連携部門が設立される以前は個別に医療福祉相談と関係機関との連携調整を行っていた。連携部門の発展に伴い看護師等とチームで協働する体制が一般的となり、特に近年においては在院日数の短縮化や退院困難事例の増加を背景にMSW業務における入退院支援の比重は高まっている。

このように連携部門・MSWともに病院と地域をつなぐ接点として時代の要請に応じ役割を変化させてきたが、コロナ禍や人口減少、疾病構造の変化等、社会環境の変化が加速する現代では連携部門とMSWには更なる役割遂行と機能強化、すなわち「進化」が求められる。今回実施した長崎県医療ソーシャルワーカー協会会員を対象としたインタビュー調査の結果・分析内容を紹介し、未来の地域包括ケアや多職種連携においてMSWと連携部門に期待される役割や効果的な連携の仕組みについて考察し、今後の論点を示したい。

【演者略歴】

2006年 吉備国際大学 社会福祉学部 卒業

2006年 医療法人祥仁会 西諫早病院 医療ソーシャルワーカーとして入職

2014年 九州保健福祉大学 社会福祉学研究科 修士課程

2015年 九州保健福祉大学 社会福祉学研究科 修士課程

2021年 長崎県医療ソーシャルワーカー協会 会長

その他、諫早市在宅ケアサークル世話人、鎮西学院大学非常勤講師（医療ソーシャルワーク論）

利益相反：なし

シンポジウム31【プログラム委員・日本透析医学会合同企画】

末期腎不全患者の緩和医療・ケア

SY31

【セッション概要】

日本透析医学会が末期腎不全患者の緩和医療・ケアに関する提言作成委員会を立ち上げ日本在宅医療連合学会と協働している。提言に関する講演をいただく。

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 内科

【座長略歴】

2000年3月 長崎大学医学部 卒業
4月 沖縄県立中部病院 研修
2003年5月 沖縄県立宮古病院 勤務
2005年4月 東京大学腎臓内分泌内科 医員/大学院
2011年8月 聖マリアンナ医科大学 腎臓高血圧内科 助教
2013年4月 稲城市立病院 腎臓内科部長
2021年4月 帝京大学医学部附属溝口病院第4内科准教授

利益相反：なし

座長：三浦 久幸 ミウラ ヒサユキ

悠翔会ホームクリニック知多武豊

【座長略歴】

1984年 山口大学医学部卒業。同年 聖霊会聖霊病院内科医師
1987年 名古屋大学大学院医学研究科博士課程
1990年 ゲッティンゲン大学留学
1994年 岡崎国立共同研究機構生理学研究所能動輸送部門助手
1995年 名古屋大学医学部老年科入局
1999年 国立療養所中部病院内科医師
その後、国立長寿医療センター外来診療部外来総合診療科医長等を経て、
2011年 国立長寿医療研究センター在宅医療支援診療部長
2019年 同センター在宅医療・地域医療連携推進部長
2025年4月から現職

SY31-1

末期腎不全患者の緩和医療・ケア（日本透析医学会提言 第3版について）

酒井 謙 サカイ ケン
東邦大学医学部

日本透析医学会での第1版の提言（維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言：2014年渡邊有三委員長）では、医療者が透析中断を検討する要件が盛り込まれた。第2版の提言（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：2020年 岡田一義委員長）では、CKMへの自己意思決定のプロセス（SDM,ACP）が記載された。

今般の第3版は、自己意思決定ののちに、実際の緩和ケアがどのようになされるのかについて検討している。臨床現場ではKRT 3療法（血液・腹膜透析、腎移植）の導入・継続に重きをおく。自己意思決定の尊重の上に慎重に決した「透析見合わせ」においては、CKMの方法論を具体的に提示し、その中核をなす緩和ケアの実践については、CKDの生涯全般を通して苦痛を取ることをを中心に据えた。

第3版の提言における緩和ケアの章立てであるが、CKMでも、患者苦痛にならない範囲で、継続していたCKDのベストケアが維持されることが望ましいとした。

【演者略歴】

1986年 東邦大学医学部卒業
1989年 東邦大学医学部助手（腎臓学研究室）
1990年 川崎市立井田病院内科
1993年 クリーブランドクリニック腎高血圧部門臨床研究員
1996年 東邦大学医学助手復職
2004年 東邦大学医療センター大森院腎センター講師
2007年 済生会横浜市南部病院内科担当部長 人工透析センター長
2008年 東邦大学医療センター大森病院腎センター病院 准教授
2011年 東邦大学医療センター大森病院腎センター病院教授
2020年 医学部臓学講座兼任人工透析室 主任教授 大森院副院長
2024年7月 同大森病院病院長

利益相反：なし

SY31-2

末期腎不全患者の治療・ケアの法律・倫理的課題

竹口 文博 タケグチ フミヒロ
東京医科大学

末期腎不全患者（ESKD）の治療選択肢は、腎代替療法（KRT:血液透析、腹膜透析、腎移植）と保存的腎臓療法（CKM）に大別される。ここで、CKMは「透析見合わせ」を前提とした治療であり、KRTを施行した場合と比較して生命予後が短縮する患者が存在する事実は否定できない。

医療の一次的役割が患者の生命維持にあるとする立場からは、CKMが例外的な選択であるようにも考えられることから、CKM治療にはKRT治療では生じない固有の法律上の問題が存在する。

例えば、患者がCKM治療を患者が選択した場合、その意思決定の前提となる「KRT治療選択肢の説明義務を医療側が尽くしたか」を相続人が争う可能性がある。

他方で、医療側がCKMによる生命予後が短縮する可能性を考慮し、治療法選択の時点でCKMの説明をしないでKRTのみを説明して患者が透析治療を選択した場合、事後的に患者から「仮にCKM治療を知っていたら透析ではなくCKMを選択したにもかかわらず、CKM提示がなかったため透析を選択させられて自己決定権を奪われた。」と争われる法的リスクもある。

これらの末期腎不全患者の治療・ケアにおける法律上の問題点について、倫理的課題にも配慮をしながら検討する。

【演者略歴】

1997年 東京医科大学 卒業
国立病院東京医療センター 研修修了
かしま病院腎透析センター 医長
2008年 医学博士
2013年 早稲田大学大学院法務研究科 入学
2017年 法務博士
2018年 司法試験合格
弁護士登録
田辺総合法律事務所弁護士、早稲田大学アカデミック・アドバイザー
2021年 東京医科大学 統管理室 参事
現在 統管理室長、腎臓内科 客員准教授
<資格>
日本透析医学会 専門医・指導医、日本腎臓学会 専門医・指導医
<受賞>
2009年度 日本透析医学会 学会賞
「透析の見合わせに関する刑罰的許容性の根拠の検討」（2016年度 早稲田ロースクール稲門会奨励賞）

利益相反：なし

SY31-3

腹膜透析は高齢者末期腎不全患者の緩和ケアとなり得るか？

宮崎 正信 ミヤザキ マサノブ

医療法人宮崎内科医院

超高齢社会を迎え、高齢の慢性腎不全患者が増加する中、健康寿命を超えた人生の終末期における透析導入例も増えている。高齢患者の多くは多疾患併存であり、透析導入後の予後も決して良好とはいえない。従来の透析医療は救命を第一義としてきたが、終末期においては「残された時間をどう過ごすか」「尿毒症による苦痛をいかに軽減するか」「可能であれば自宅で暮らし続けたい」という本人の価値観に寄り添う医療の選択が求められる。

腹膜透析は循環動態への負荷が少なく、透析後倦怠感も少ない穏やかな治療法であり、在宅での実施が可能な点で高齢者に適している。一方で、高齢者の中には自身で透析液を交換できないケースも多く、そうした患者に対しては医療・介護職の連携による「支援型腹膜透析（assisted PD）」が有効である。腎臓専門医が透析治療を管理し、かかりつけ医が訪問診療や往診により生活全体を支え、訪問看護師が日常的な支援を行うことで、透析と在宅生活の両立が可能となる。

近年では、1日1～2回の透析液交換でも十分な管理が可能との報告もあり、身体的負担の少ない治療として注目されている。高齢腎不全患者に対する「緩和的腹膜透析」は、腎代替療法の中でもQOLを重視した選択肢として位置付けられ、在宅医療と密接に連携することで、地域包括ケアの一環として今後さらに普及が期待される治療法である。

【演者略歴】

1983年 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 宮崎内科医院 院長
現在に至る

利益相反：なし

SY31-4

在宅における末期腎不全（ESKD）の緩和ケア ～保存的腎臓療法（CKM）の実践と課題～

平原 佐斗司¹ ヒラハラ サトシ

角 充博²

岡田 絵里¹

¹東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所

²東京ふれあい医療生活協同組合 ふれあいファミリークリニック

【はじめに】 E S K D患者の透析非導入例に対する C K Mの実践は、在宅緩和ケアの重要な課題の一つである。

【対象・方法・結果】 当院で緩和ケアを提供した E S K D死亡32例の A C Pや死亡場所、死亡原因、治療内容、緩和ケアの実際等を報告する。平均年齢は87.2歳で、全例多疾患併存であった。C K M選択理由は、重度認知症（21.9%）や重度併存症（22.6%）等併存症に基づく医学的判断が40.6%、本人（40.6%）や家族（25.0%）の意思による非導入が53.1%であった。オピオイド処方9例（28.1%）、4例は疼痛に、2例は呼吸困難に、3例はレスキュー目的の事前処方であった。原疾患による死亡が26例（81.3%）、肺炎や心不全の併存症死が5例（15.6%）であった、死亡場所は自宅が23例（71.9%）、施設と当院病棟を合わせ81.3%が当院のチームが最期まで緩和ケアを提供した。当院で2019年以降在宅医療を提供した ESKD患者19例の病の軌跡、療養場所の変化を診療録を用い後方視的に解析、慢性的なCKDの経過の中でCKMを選択した事例は9例（47.4%）で、うち1例のみが呼吸困難で緊急入院し、血液透析（HD）を選択した。一方、AKI発症後 ESKDとなった8例（42.1%）のうち、末期がんや重度ADなど重度の併存症を有する事例など3例は自宅看取りとなったが、残り5例のうち、1例はHDを希望したが待機中に死亡、4例のうち3例は入院、1例は入院をはさんで在宅看取りとなった。

【考察】 本シンポジウムでは様々な病の軌跡で看取りとなった C K M事例を紹介する。慢性的な経過で推移する C K Dの C K M例では、意思決定から緩和ケアの提供を一貫してかつ計画的に在宅医が実施でき、多くはプライマリな緩和ケア技術で対応が可能だが、A K I事例は予期していなかった急な変化に対する意思決定支援がより困難であった。

【演者略歴】

1987年国立島根医科大学卒、同第2内科、六日市病院、平田市立病院、帝京大学病院第2内科を経て、梶原診療所で在宅医療に従事。現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地域連携型認知症疾患医療センター長。日本在宅医療連合学会副代表理事、日本認知症の人の緩和ケア学会理事長、日本エンドオブライフケア学会副理事長。総合内科専門医、在宅医療専門医・指導医、気管支鏡、アレルギー専門医。東京科学大学、聖路加国際大学臨床教授。編著：心不全の緩和ケア、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア、認知症の緩和ケア、エンドオブライフケア、腎不全の緩和ケア（2025年発刊予定）（南山堂）等多数

利益相反：なし

シンポジウム32【褥瘡ワーキンググループ企画】

在宅で褥瘡をみる

SY32

【セッション概要】

在宅で褥瘡に対応するには、一例一例が多彩で複雑な事情を持っていることより、多職種による評価および包括的な予防・治療が必要である。このシンポジウムでは、まず局所療法の特徴について解説する。

次に、病院看護師と訪問看護師から、生活を支えながらのケアについての話題提供を行う。また、褥瘡発生の原因に直接関係する体圧とずれ・摩擦が利用者にとり苦痛なことであり、褥瘡発症にもつながっていることを考慮し、その対応策についての話題提供を行う。

全体討論では、それぞれの職種が地域の状況に応じてどのように連携するかについて討論する。また、会場の参加者を含めた質疑応答も行う。

座長：塚田 邦夫 ツカダ クニオ
高岡駅南クリニック

【座長略歴】

1979年 群馬大学医学部卒業
1979年 東京医科歯科大学第2外科入局
1988年 東京医科歯科大学第2外科助手
1988～1990年 米国クリーブランドクリニック結腸直腸外科臨床研究医
1991年 富山大学第2外科入局
1997年 高岡駅南クリニック院長 現在に至る

座長：清野 美砂 キヨノ ミサ
けやき通り訪問看護ステーション

【座長略歴】

1990年-1998年 国立国際医療センター（現国立国際医療研究センター）
1998年-1999年 山本病院
1999年-2012年 信愛訪問看護ステーションほほえみ
2012年 けやき通り訪問看護ステーション開設（訪問看護事業・居宅介護支援事業）
皮膚・排泄ケア認定看護師、3学会合同呼吸療法認定士、リンパ浮腫療法士、介護支援専門員

1990年3月 東京都立豊島看護専門学校卒業
1998年3月 青山学院大学 第二部文学部教育学科卒業
2018年4月 聖路加国際看護大学院 がん看護学・緩和ケア領域 修士課程 入学
2023年4月 聖路加国際看護大学院 がん看護学・緩和ケア領域 修士課程 退学

SY32-1

在宅や施設での褥瘡に対する「チーム」としての対応と取り組み ～褥瘡を作らないための取り組みと「床ずれ危険度チェック表」の活用について～

加藤 久和 カトウ ヒサカズ

医療法人豊生会 加藤クリニック

在宅医療や施設の配置医師を30年あまりやってきて、今まで多くの褥瘡を経験してきた。かつては今よりもひどい褥瘡が多くみられたが、病院に褥瘡チームが作られ、またDESIGN分類も開発され、以前より褥瘡は医療や介護関係者に身近な物となり、褥瘡に対する認識が進み、ひどい褥瘡はかなり減ってはきた。居住環境整備のためのエアマットやリフトなども改良が進み、褥瘡治療のためのドレッシング材や外用薬も進歩してきている。またスライディングシート、グローブもかなりつかわれるようになってきた。

しかし褥瘡はなくなる。在宅や施設関係者は褥瘡対策の重要性は十分理解しているはずだが、ここ数年のコロナ禍でチェックする必要項目が増えるとうしても褥瘡対策が少し後手に回る傾向があった。そのためここ数年褥瘡が増えている感じがする。

私は基本的に在宅でも施設でも褥瘡対策は「チーム」で取り組むことにしている。在宅では訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、PT、訪問入浴等と家族がこのメンバーになる。我々は「宇陀けあネット」という多職種連携のためのICTツールを持つ。その中で各職種が気づいたこと、家族から聞いたことなどの情報をたえずやり取りし写真も送り情報を共有することで変化に素早く対処できるし対応も統一できるようになる。

さらに今回床ずれ危険度チェック表が開発された。これは8項目を見て、聞いてチェックするだけで危険性が判定でき、今まで経験と感覚で危険性を予測していたものが、一つの根拠をもって判定できるようになり、ケアマネジャーやヘルパーなどの介護関係者にとって画期的なものとなっている。

今回我々は地域で勉強会をし、実際にこれを使ってみたのでその感想を報告するとともに、我々のチームの対応状況を報告する。

【演者略歴】

1984年 自治医科大学卒業
1984年 県立奈良病院 研修
1986年 天川村立洞川診療所
1989年 県立奈良病院
1991年 曽爾村国民健康保険診療所
1992年 榛原町立榛原総合病院
1995年 特別養護老人ホーム ゆあほうむ榛原 施設長
1996年～ 加藤クリニック院長 現在に至る

利益相反：なし

SY32-2

在宅で褥瘡をみる 在宅で行う局所療法同行訪問に応じる病院勤務の皮膚・排泄ケア認定認定看護師の立場から

大山 瞳 オオヤマ ヒトミ

株式会社日立製作所ひたちなか総合病院

【はじめに】

在宅療養では、患者・家族は生活の中で医療・介護をしている。褥瘡ケアも生活に織りこむことが大切である。今までの病院ケアと差別化するため「在宅褥瘡ケアひたちなかメソッド®」と命名し、院内外で活動している。同行訪問は年間60件程度で訪問看護師だけでなく、介護支援専門員、福祉用具専門相談員らと協働している。今回は当方で経験する在宅局所療法の話題を提供する。

利益相反なし 倫理的配慮あり

【提供話題】

- ・感染徴候なく治癒過程。「毎日の処置」は妥当なのか
- ・処方された外用薬をどう使うか
- ・褥瘡の被覆をどうするか

【結果】

褥瘡発生要因である外力に着目されていないことが多いと感じる。褥瘡予防、治療では外力のコントロールが最も重要であり、これは本人の疼痛、苦痛がない体位である。その上での局所療法である。

褥瘡を評価し、外用薬や使用物品の特徴を理解した上で、患者状態や予後、家族の想いを考慮し、さらに患者・家族の日常生活リズムにあわせたケアを提案、決定する。

無理なく継続でき、治癒過程を辿る支援ができています。

【考察】

局所療養は、褥瘡ケアにおいて片鱗である。まずは、その方がなぜ褥瘡が発生したのか、治癒遅延しているのか原因を探り、それを排除、低減することが基本となる。正解は1つではない。定期的に褥瘡や用品、方法を評価し、経過良好であれば継続、改善すべきところがあれば検討し直すというPDCAサイクルを回している。

地域の連携に関しては、皮膚・排泄ケア認定看護師や特定看護師の同行訪問など専門性を活かせるしくみを活用し社会参加し、地域の人財と繋がっていくことが大切だと考える。

【演者略歴】

1988年 看護師免許取得
1991年 日立製作所ひたちなか総合病院入職
2012年 皮膚・排泄ケア認定看護師
2017年 「在宅褥瘡創傷ケアを学びあう会」開始
2018年 訪問看護ステーションかけはし管理者
2018年 ひたちなか市在宅医療・介護連携協議会情報共有部会員
2018年 産業能率大学通信課程情報マネジメント学科卒業
2019年 特定看護師
2021年 ひたちなか市在宅医療・介護連携協議会 普及啓発部会員
2021年 ひふはいせつケア相談所開設
2022年 公益財団法人 介護労働安定センター 雇用管理コンサルタント

利益相反：なし

SY32-3

生活に組み込む褥瘡ケアの現在とこれからの視点

山口 みどり ヤマグチ ミドリ
川崎 広志 カワサキ ヒロシ
なごみ訪問看護ステーション

現在は在院日数が短縮化し褥瘡は在宅で治療するものだとの認識されるようになってきた。私は在宅に在籍する皮膚・排泄ケア認定看護師（以下WOCN）として褥瘡ケアをする上で治療・介護・生活の側面から創面を判断するよう日々ケアにあたっている。

在宅療養者と関わる中でその方の生活様式に目を向けるのは大変重要である。食事や排泄、経済面、介護度から家族との関係、介護のマンパワーなどを情報収集しながら、褥瘡予防へのアプローチを考えていくこととなる。在宅ではそれぞれの所属が違う多職種チームとして協働することが特徴の1つである。WOCNであり訪問看護師として多職種を巻き込む際に、職種によってどのようにアプローチすると効果的か1つずつ症例を経験しながら蓄積してきたものもある。

日々、褥瘡発生する現場で遭遇率の高い介護職からの声を聴きながら、必要な教育を伝えていく必要があると考える。症例を交えながら、生活を支える多職種と協働する上で必要な介入方法や教育的な関りを紹介し、生活に組み込む褥瘡ケアの課題を考えていきたい。

今後はさらに在宅療養者が増える中で、褥瘡発生に至らぬようハイリスク療養者をどう食い止めるか、また悪化させないかを考え、今日から、明日から無理なくできる提案を検討していきたいと考える。

【演者略歴】

2007年 東京慈恵会医科大学附属病院第三病院
2012年 なごみ訪問看護ステーション
2017年 看護研修学校認定看護師教育課程皮膚・排泄ケア認定看護師取得
2021年 日本看護協会看護研修学校認定看護師教育課程へ出向
2023年 なごみ訪問看護ステーション統括管理・スキンケアセンター長 兼任
2023年 特定行為研修修了「創傷管理関連」

日本創傷・オストミー・失禁管理学会 評議員

利益相反：なし

SY32-4

在宅系施設におけるアプローチ ～訪問リハの立場から～

土井 敦 ドイ アツシ

公益財団法人慈愛会 いづろ今村病院 訪問リハビリテーション ウェルネスじあい

今回、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）に入所中の利用者様への介入を通じて、在宅系施設における多職種連携の重要性を再認識した事例を紹介します。

利用者様は要介護5、ADL全介助の方で、褥瘡による入退院を繰り返しており、介護支援専門員より、「退院後のポジショニングの検討と指導」を目的に訪問リハビリテーションの介入依頼がありました。

まず、褥瘡の原因を調べるべく、環境評価と、入院していた病院職員からの情報収集、また、ほぼ毎日通っている併設の通所介護施設における情報収集も行いました。

通所介護施設内には、ベッドは1台のみで、エアマットやリフトはなく、朝食から夕食まで1日の大半を車いす上で過ごしていました。傷の位置や状態などから、長時間の坐位や坐位姿勢の崩れが褥瘡の悪化に繋がっていると推察されたので、シーティングの再検討と、臥床時間の確保などの提案を行いました。

情報収集や提案の中で、通所介護の職員からは「入院すると褥瘡はよくなるが、臥床が長いいためか活気がなくなるので、なるべく離床して過ごしたい」という意見がありました。一方、病院のスタッフからは「折角褥瘡が治っても、帰ると悪化して再入院繰り返すため、施設ではなく療養型病院への入院も検討しては」との意見がありました。立場は異なりますが、いずれも本人様のことを考えた意見であることは違いありません。

どのようにしたら、ケアプランの「褥瘡がなく安心して自分らしい生活を送る」を達成できるのか、在宅系の施設へ外部から介入している立場として、どのように働きかけるべきか悩んだ事例でした。今回のアプローチを通じて、医療と介護の視点における優先度の違いを感じ、多職種連携の在り方について考える機会となりました。多職種が様々な立場から関わる在宅における多職種連携の在り方について、アドバイスをいただければ幸いです。

【演者略歴】

平成12年 理学療法免許取得

公益財団法人慈愛会 今村病院分院勤務

平成13年 同法人 老健 愛と結の街勤務

平成26年 同法人 今村総合病院勤務

平成30年 同法人 いづろ今村病院勤務 現在

※取得資格：認定理学療法士・介護支援専門員・福祉住環境コーディネーター 1級・福祉用具プランナー

※活動：各職能団体等の研修講師・病院施設における腰痛予防関連のコンサルティング業務等

利益相反：なし

シンポジウム33【プログラム委員企画】

人口減少が加速する2050年を見据えた次なる地域包括ケア・市町村の姿とは？

SY33

【セッション概要】

2050年には全国の市町村の27.9%が人口5000人未満、42.7%が1万人未満になると推計されている（国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」）。一方、同推計において、75歳以上人口のピークアウトは2055年頃とされており、すなわち2050年前後は、医療・介護の需給バランスにおいて日本が最も厳しい状況に置かれる時期とも言える。そこで本シンポジウムでは、地域包括ケアの1つの節目である2025年現在から2050年ないしそれ以降を見据え、さらに進展する人口減少多死社会における地域包括ケア、日常生活圏域、あるいは市町村のあり方について、専門職、行政職員、住民といった多様な立場から議論を行いたい。なお、小規模自治体や離島などにおいては、現に2040年並みの人口減少・高齢化状況にある地域も存在することから、そういった地域の関係者も交えた議論により類推の幅を広げたい。

座長：飯島 勝矢 イイジマ カツヤ

東京大学 高齢社会総合研究機構・未来ビジョン研究センター

【座長略歴】

1990年東京慈恵会医科大学卒業、千葉大学医学部附属病院循環器内科入局、東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座 助手・同講師、米国スタンフォード大学医学部研究員を経て、2016年より東京大学高齢社会総合研究機構教授、2020年より同研究機構教授・機構長、および未来ビジョン研究センター教授。内閣府「高齢社会対策大綱の策定のための検討会」構成員、内閣府「一億総活躍国民会議」有識者民間議員、厚生労働省「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議」構成員、日本学術会議「老化分科会」「高齢者の健康分科会」ボードメンバー、日本老年医学会・副理事長、東京都医師会「地域包括ケア委員会」、他

座長：吉江 悟^{1,2,3} ヨシエ サトル

¹一般社団法人Neighborhood Care

²東京大学高齢社会総合研究機構

³東京大学未来ビジョン研究センター

【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、同高齢社会総合研究機構などを経て2015年より現職、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、柏市生活支援コーディネーター、東京大学客員研究員、慶應義塾大学訪問研究員、広島大学客員准教授、柏市レセプトデータ分析アドバイザー、千葉県看護協会理事、一般社団法人東大看護学実装普及研究所代表理事ほか。

SY33-1

社会福祉協議会と町医者で取り組む「Dr. YAOYA」

郡山 晴喜 コオリヤマ ハルキ
ホームクリニックみまた

筆者は令和5年7月より、「Dr. YAOYA」の店長をしている。これは地域共生社会の実現に向け三股町社会福祉協議会（社協）内に設置された「コミュニティデザインラボ」が地域の課題解決に向け数多く展開する活動の一つで、医者が八百屋を出店するというイベントである。これまで町内の地区公民館などで1～2ヶ月に1回、平日夕方に開催し、筆者や当院の看護師、医学生が社協の職員とともに店先に立ち、野菜や駄菓子を売りながらときには健康相談に乗るなどして地域の方々と交流してきた。医療と地域の距離を縮めることが目的の一つではあるが、地域の方々の目的は野菜や駄菓子であるため、健康への関心や病気の有無に関係なく、むしろ気軽に訪れやすいという仕掛けになっている。町内の整形外科医院のフェスタへの出店などミニ版を含めこれまでに計12回開催し、毎回数十名の来店があった。

筆者は三股町内の診療所で外来診療と訪問診療を行っている。医療との接点がないまま病態が悪化した方の往診や介護保険申請のための診察など、日常業務の中で社協や地域包括支援センターと連携する機会も増えている。人口26000人と比較的規模の小さな自治体であり、日常業務を通して顔を合わせる機会があるため、社協の取り組みに当院職員を含め多くの医療・介護職員が参加できているものと思われる。ただ、こういった活動への医師の参加が少なく、行政側も医師に声をかけづらいといった意見も聞かれる。その点、普段から町に出ていき多職種連携を図っている在宅医こそ、社協などが展開する様々な取り組みに積極的に参加していくべきであろう。

筆者は地域住民として子供を連れてイベントに参加することはあるが、医師としてはDr. YAOYA以外の活動になかなか参加できていない。今後は地域の行政職員や介護職員とともに、様々な取り組みを発信していきたい。

【演者略歴】

2008年 宮崎大学医学部卒業
2008年 宮崎大学医学部附属病院 初期臨床研修医
2010年 宮崎大学医学部附属病院 内科学講座 神経呼吸内分泌代謝学分野 医員
2013年 国立がん研究センター東病院 呼吸器内科 レジデント
2016年 山下医院 院長
2018年 医療法人社団樺の葉 ホームクリニックみまた 理事長
現在に至る

利益相反：なし

SY33-2

離島で働く看護職の立場として今後の地域医療を考える

本間 優美 ホンマ ユミ

Rural care 訪問看護ステーション

私が住む長崎県新上五島町は現在人口約17000人の船でしか上陸できない離島です。

移住した2018年当時で65歳以上の割合は39.9%、2023年では44.6%となり、最近では介護士不足のためデイサービスの閉鎖や訪問介護サービスの不足、また、島の基幹病院である上五島病院においても看護師不足により病棟を段階的に閉鎖している状況です。

私が2018年から上五島病院で勤務している中で、内服管理困難や通院困難といった理由で重症化し短いスパンで繰り返し入院してくる方が多く、自宅での生活が気になっていました。

病院併設の訪問看護ステーションに所属となった当時は、訪問看護を導入する方は在宅看取りを目的とした終末期の割合が多く、自宅で自立した生活を送る方の支援に関わることは少ない状況でした。

そのため病院看護師以外の看護師のあり方について考えていたタイミングでコミュニティナースの存在を知り、2019年にコミュニティナース講座に参加しました。地域に看護師が出ることによって元気なうちから体調管理のお手伝いや介護の相談を受けたり、イベントを実施することで地域おこしも担うことができると考えるようになりました。

上五島でできた他職種の友人たち（ヨガ講師、美容師、まんじゅう屋など）と一緒に地域を盛り上げるためのマルシェを企画したり、地域の薬局さんが主催されている暮らしの保健室に参加するなど活動をしました。

夫の地元の秋田に住んでいた期間は上五島の特産品である五島うどんの美味しさを広めようとイベントでうどんの屋台を実施しました。

現在は2024年に立ち上がった民間の訪問看護ステーションでパート勤務をしながら五島うどん屋でも働いています。飲食店に来た人との関わりを通して今後地域で活動する際のイメージを膨らませています。

今後は看護師である夫と一緒に地域の方に寄り添える場を作りたいと考えています。

【演者略歴】

2003年 長崎県立長崎東高等学校卒業

2007年 徳島大学医学部保健学科看護学専攻卒業

2007～2010年 長崎医療センター 消化器内科病棟勤務

2010～2016年 大阪大学医学部附属病院 内分泌・免疫アレルギー内科勤務

2018～2022年 上五島病院 SHIMA ナース（内科病棟・訪問看護・外来）勤務

2019年 コミュニティナースプロジェクト第9期講座参加

結婚にて秋田県に移住、2023年上五島へ戻る

2024年 1月 うどん屋パート開始

6月 訪問看護ステーションRural Care パート開始

利益相反：なし

SY33-3

臼杵市におけるこれからの地域づくり

石井 義恭 イシイ ヨシヤス

臼杵市役所

我が国では、人口5万人以下の基礎自治体が大半を占めている。当然のこととして、人口減少に伴う人的資源を含む社会資源も減少していく。医療・介護・福祉等に係る社会資源には大きな地域差があるため、地域の実情に応じた「地域包括ケアシステムの構築」が長らく求められている。言い換えれば、他と比較して足りないものを充足していくといったフルセット至上主義ではなく、「わがまち」がどうありたいかといった将来像を描き、取捨選択を含む地域デザインが必要となる。こうした地域デザインは、行政や専門職だけではできない。地域住民とのビジョンの共有や協働が欠かせないものであり、機運づくりのための仕掛けが重要となる。時間が掛かる地域づくりを着実に進めていくために「地域自治」を支えていく方策を考え、「次なる地域包括ケア・市町村の姿」を議論していく。

【演者略歴】

1996年 中村学園大学 家政学部 児童学科 卒
社会福祉法人みずほ厚生センター 入職
2005年 臼杵市医師会立コスモス病院 入職
2016年 厚生労働省 老健局 総務課 入職
2019年 厚生労働省 社会・援護局 地域福祉課／地域共生社会推進室 転属
2021年 臼杵市役所 高齢者支援課 入職
2022年 臼杵市役所 地域力創生課 転属
資格 保育士、介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士

利益相反：なし

シンポジウム34【プログラム委員企画】

地域特性を活かした持続可能な多職種連携～暮らしを支えるナースたちの挑戦
～ 全国訪問ボランティアナースの会、キャンナスの活動を通して考える

SY34

【セッション概要】

キャンナスって何やってるの??私にもできますか?キャンナス活動の紹介!

「キャンナスって何をしているの?」「どうすれば私も参加できるの?」――

そんな声を全国各地で耳にするようになった今、私たちは本企画を立ち上げました。

全国訪問ボランティアナースの会キャンナスは、設立30年。現在、全国175拠点にまで広がり、特にこの10年で100以上の新たな拠点が誕生しています。在宅医療や地域共生への関心の高まりとともに、看護師によるボランティア活動の意義が再認識されつつあることを感じています。

30年前、看護師によるボランティアは世間の理解を得られず、批判を受けることもありましたが、しかし現在では、訪問看護ステーションの経営者や行政、社会福祉法人の支援のもとで新たなキャンナスが次々と立ち上がっています。

東日本大震災では、半年で15000人以上の医療職を宮城県に派遣し、以来、災害が起こるたびに支援に入ってきました。そのため「災害支援団体」と思われることも多く、今回は平時の活動を紹介する機会といたしました。

キャンナスの目的は、自己決定・自己責任・自己判断ができるナースが、地域のために自らの意思でできることを、できる範囲で行うことにあります。ターミナルケア、レスパイトケア、そして潜在ナースの掘り起こしを三本柱とし、全国の「おせっかいナース」たちが連携しながら活動しています。

本セッションでは、長崎県内3拠点の連携、行政支援のもと離島・久米島で立ち上がった事例、さらにご自身ががん患者でありながらキャンサードライバーとして末期がん患者の家族を支えた方のお話をご紹介します。

座長：菅原 由美 スガハラ ユミ

NPO法人キャンナス

【座長略歴】

1955年神奈川県生まれ 76年東海大学医療技術短大第一看護学科卒。東海大学病院ICUに1年間勤務。その後、企業や保健・非常勤勤務の傍ら3人の子育て。96年「キャンナス」を設立。98年（有）「ナースケア」設立。

2012年日本看護協会ヘルシーソサイエティ賞受賞・キャンナスを鳩山総理が視察。国際医療福祉大学院博士課程終了

npo法人キャンナス代表 開業看護師を育てる会理事長 藤沢市介護保険事業所連絡会幹事

日本在宅医療連合学会評議委員 npo地域共生を支える医療介護市民全国ネットワーク理事

NPO法人全国在宅医療推進協会理事 日本在宅ケアアライアンス賛助会員など。

出版・いけいけボランティアナース・キャンナスの奇跡など

座長：宮下 勉 ミヤシタ ツトム

医療法人あんず会

【座長略歴】

昭和58年 3月 日本医学技術専門学校 卒業

病院・診療所等で臨床検査業務に従事

平成23年10月 医療法人社団鴻鵠会 睦町クリニック 事務長

平成29年 1月 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 兼務)

令和 6年 4月 医療法人あんず会 杏クリニック 顧問 現在に至る

SY34-1

キャンサードライブがんサバイバーによるがん患者の為のドライブサービス ～キャンナスとの連携事例～

宮田 和幸 ミヤタ カズユキ
キャンサードライブ

【背景】

日本人の2人にひとりががんになると言われている現代においても、がん宣告を受ける患者のショックは大きなものがある。

（キャンサードライブ代表もがんサバイバーである。）

がん患者の場合は急な体調の悪化に至る前に、精神的なダメージを受ける事も多いと考えられる。

【目的】

がん患者の精神的なダメージを少しでも和らげる一つの方法として、患者の希望するところに行くことが有効であると考えられる。

タクシー（ランドシェアも含む）等と比較して安価な移動手段を継続的に提供する事により、少しでもがん患者の気持ちを和らげる事を目的とする。

【方法】

違法な白タク等とは異なり、ガソリン代や有料道路代などの実費だけで、がん患者を好きなところへ送迎するサービスをボランティア活動として行う。

非常に安価な移動サービスを提供する事で、治療費等で経済的な不安を抱えるがん患者でも利用しやすいサービスとする。

寄付金を集めることでボランティアへの報酬も捻出する事が出来るようにし、持続可能なサービスとする。

ドライバーは医療従事者でない為、利用者自身又は同乗する家族や知人による体調管理ができる事を前提とするが、不安がある場合はキャンナス等の看護師が同行する事で安心して利用できるようにする。

この様なサービスを必要とするがん患者に情報を伝える為に、各種がん患者会や支援団体などのイベント、SNSなどで周知する。

【結果】

17件の利用実績

目的：観光／食事（14件）、イベント参加（2件）、仕事（1件）

同乗者：看護師（4件）、家族（13件）、知人（2件）、なし（2件）

費用：タクシー代と比較して1/20 程度のガソリン代（高速代などは同等）

ボランティア報酬：病院での運転手と同等（時給換算）

利用者の反応：寄付金（7件）、ホームページへの掲載（10件）

【演者略歴】

- ・2020 年 シャープマーケティングジャパン（株）定年退職
- ・同年 キャンサードライブ発足
- ・2021 年 特定NPO 法人 ヒューマンハーバー世田谷でドライバーとしてボランティア活動
（高齢者の通院や障害児の施設への送迎などを経験）
- ・2021 年～2023 年 医療法人財団 同潤会 富士見病院でドライバーとして勤務
（医師や看護師の患者宅への送迎、通院する患者の送迎などを経験）

利益相反：なし

SY34-2

「島に帰りたい」を支援するための他職種連携

本田 由美子 ホンダ ユミコ

全国訪問ボランティアナースの会「キャンナス長崎ながよ」

- 1, はじめに：長崎県は離島が多い。当然ながら高齢化率も高いため、急病時は島内医療機関から本土への緊急搬送、自衛隊や本土のドクターヘリを利用している。しかしながら本土で治療後、病状軽快し自宅へ退院するとなった際、医療的ケアを要する支援を必要としている人たちは、自分が住み慣れた島へ帰るためには家族だけでは対応できない場合がある。今回、このような依頼を受ける際に当会がどのような連携をはかっているかを発表する。
- 2, 倫理的配慮：対象者へ活動支援を開始する時点で情報提供や個人情報保護の同意を得ている。
- 3, 事例紹介：長崎県内に入院中の患者が自宅退院するにあたり、当該地域連携室より移動時の支援の依頼あり。自宅は上五島で船を利用する予定。対象者は60歳代、男性。車いす座位は可能だが全介助を要する。呼吸器疾患があり移動中に喀痰吸引の必要性があるが、SPO2は安定しているため緊急時のみ酸素ボンベは携帯する指示あり。
- 4, 活動支援の実際：支援前は連絡があった医療機関のケースワーカーが家族と病棟へ連絡調整し面談日時を指定。病棟担当看護師と担当PT、家族が同席し本人の状態や行程と移送業者を確認。主治医へ面談し、留意点や緊急時対応の指示を受ける。実際に乗船する船を船舶業者へ連絡し船内を見せてもらうとともに、搬送手順を確認する。再度、ケースワーカーへ連絡し、前日に最終面談と持参する物の確認を行う。支援当日、病棟看護師から申し送りを受け、家族同席し福祉タクシーで医療機関を出発。船内へ移動し安楽の体勢をとり、全身状態観察やSPO2測定と吸引を実施する。現地到着後は島内福祉タクシーにて移動する。転院先医療機関の担当看護師へ状態報告し、到着の報告を依頼先へ連絡し活動終了。
- 5, まとめ：医療的ケアを必要とする方が住み慣れた場所である「島」へ安全に帰れるよう、陸路以上の他職種連携と情報共有を行う必要がある。

【演者略歴】

1991年：東京都渋谷区医師会看護専修学校卒業、都内医療機関勤務。
1994年：長崎県内医療機関勤務
2000年：介護支援専門員取得後、居宅介護支援事業所勤務。
2016年：福岡看護専門学校卒業後、訪問看護ステーション勤務。
2021年：看護師フリーランスとして独立。キャンナス長崎ながよ発会し今に至る。

利益相反：なし

SY34-3

小さな町での他職種連携の強みを活かして —キャンナス久米島の活動と展開—

漆澤 縁 ウルシザワ ユカリ
キャンナス久米島

沖縄県久米島町は沖縄県本島から西に100kmの人口7,279人の離島である。人口の内訳は、65歳以上が32.3%を占め、要介護認定者数は19.3%に及ぶ（令和5年度）。加えて、生活習慣病を保有するまたは予備軍も多く存在している現状で、医療費、介護費も増えている。人材不足はあらゆる分野にわたり、まさに2025年問題の先取りをしている町とも言えるのではないだろうか。

我々、キャンナス久米島の活動目的は、島で生まれ育ち、家族、親戚、友人がいる住み慣れた町で生き切りたい。医療、介護。子育ての分野でそのお手伝いをさせていただきたい。このことに尽きる。島には都会のようにすぐ手に入る介護用品も少ない。資源が限られるのである。

キャンナスの名前の由来 『できることをできる範囲で』

島にある資源で、私たちが看護師として培ってきた工夫やアイデアを活かして。小さなことからできることを行っていく。そこに、相互が無理をしないことも大事な要素であることを踏まえて。

このモットーからキャンナス久米島を立ち上げた。例えば、健康に障害をもつ方を支えるのはマンパワーが必要である。だが、この小さな島で少ないマンパワーでできることは限られる。だが、ここに、他職種、多方面でのプロの繋がりがあればひとりひとりを支えていくことも可能になる。そこに賛同してくれたのは、久米島町役場福祉課、包括支援センターであり、双方の情報と連携は後に社会福祉協議会、病院、特別養護老人ホームと他職種との連携や協力体制に徐々に繋がりを広めながら現在活動している。

母体が小さいからこそ、官民一体の「自助」「互助」「共助」「公助」という概念が、自然に構築した例とも言える。

ただし、町を取り巻く環境は厳しく独居、老老介護、貧困など課題は山積みである。

私達は今後も他職種と連携を強みとして町に住む人々の暮らしのために働いていきたい。

【演者略歴】

平成3年 長野県松本市医師会立附属看護専門学校看護学科卒業

平成3年から平成13年まで JR札幌鉄道病院、青森県八戸市立八戸市民病院で循環器、呼吸器、消化器内科病棟勤務

平成14年 北海道札幌市訪問介護入浴サービスで在宅療養に触れる

平成17年から 静岡県立静岡がんセンターで緩和ケア病棟勤務

平成23年から 静岡市立静岡病院にて消化器内科、外科、外来化学療法室、放射線治療科でがん看護を学ぶ

令和5年 沖縄県久米島町役場福祉課包括支援センター勤務 島で暮らす人々と触れ何かできることはないかと思い

令和5年7月 キャンナス久米島を立ち上げる

久米島町役場福祉課健康づくり班にて特定保健指導業務従事

令和7年1月 公立久米島病院にて現在勤務している

利益相反：なし

シンポジウム35【プログラム委員企画】

本人希望の人工呼吸器の取り外しはできないのか

SY35

【セッション概要】

司会の植竹は、医療スタッフとして長年ALSなど神経難病の患者さんと人工呼吸器を選ぶかどうかを話し合ってきました。やっと覚えた意思伝達装置に「呼吸器を外してください、殺してください」と繰り返し書かれる患者さんとも対話してきました。

「本人希望の人工呼吸器の取り外しはできないのか？」というテーマを話すときに気をかけ、考えなくてはいけないことがたくさんあります。たとえば、本人のACPがあったとして、人工呼吸器を外す時点において、すでに意思確認ができない場合でも、その人の意思としてよいのでしょうか？呼吸器の取り外しとは、呼吸を器械に頼って生きている人の呼吸を止め、死に結びつける、ということですが、「止める」「結びつける」のは誰でしょうか。本人が自らスイッチを切るなら自死ですが、多くの場合「誰か」がそれをおこなうこととなりますが、それは「医療」のミッション(仕事)なののでしょうか？

ある患者さんは呼吸器選択についての対話を「死んだ方がましかどうか話している」とおっしゃいました。「死んだ方がまし」と思うのはその人の意思ですが、「死んだほうがまし」と思う理由や状況は那人だけが作っているものではないでしょう。ある患者さんは太平洋戦争の玉砕地のサバイバーでした。「戦地から戻ってからの人生は余生」とおっしゃり、一度もぶれずに呼吸器を拒否されました。(玉砕地のサバイバーであるという運命は本人の意思ではなく時代が戦争が作ったものなのに)。

そこで、今回は「本人希望の人工呼吸器の取り外しはできないのか」について、3名の演者からそれぞれの臨床経験に基づいたお話を伺い、会場の皆様と意見交換を行いたいと思っております。何が答えになるのか。多くの方が、さまざまな立場で考え続けています。この90分がほんの少しでも何かの契機になればと願います。

座長：植竹 日奈 ウエタケ ヒナ
NPO法人ケ・セラ

【座長略歴】

1986年 上智大学大学院文学研究科社会学修士
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 多機能型児童通所施設ケセラキッズ管理者 在宅医療連合学会倫理・利益相反委員会委員 他

座長：三浦 靖彦 ミウラ ヤスヒコ
岩手保健医療大学

【座長略歴】

昭和57年東京慈恵会医科大学卒 腎臓高血圧内科講師、総合診療部教授を経て、現在岩手保健医療大学教授・臨床倫理研究センター長、東京慈恵会医科大学客員教授

SY35-1

30年以上神経難病と向き合ってきて

荻野 美恵子 オギノ ミエコ

国際医療福祉大学医学部

神経内科専門医及び在宅専門医として、30年以上にわたり多くの神経難病患者さんを診断から看取りまで診てきた。ALSだけでも400例以上になる。1999年人工呼吸器を外してほしいと訴える患者さんにどう向き合うべきなのか、外す権利を認めることでまだ死にたくない人が呼吸器を選択できるのではないか、当時の北里大学医の倫理委員会で検討が始まった。医事法で有名な唄孝一先生や生命倫理に詳しい坂上教授ら恵まれた環境でのディスカッションが何年にもわたり行われたが、なかなか結論には至らなかった。そうしている間に2004年に事件が起きた。何回も止めてきたのに母親がALSの息子の呼吸器を外して死に至らしめた。その後もこの課題に挑むべく臨床倫理の勉強・研究をし、多数の国の専門家の方々と議論し、日米比較研究も行い、目のまえの多くの患者さんとも話してきた。理論的には本人が真に希望するのであれば叶えるべきだと理解している。問題は人間は理性的な生き物ではなく、気持ちが変わりうるもので、どこに真意があると判断できるのかという方法論の点である。介護の問題など“死んだ方がまし”な状況の改善への取り組みすら不十分な場合が多いのが現実で、安直に死にたいという希望に同調する前に改善に向けての努力が適切に行われる必要がある。ただし、TLS（完全閉じ込め症候群）になりつつある人の苦悩を改善する方法は難しい。このような進行期のALSの場合、真意を確認する方法論のところで早くもつまずく。なぜそう思うのかというやり取りでさえコミュニケーション手段が限られるため不十分になるからである。命のかかった決断の真意を見極める難しさ。根源的な問として人類に作為により人を死に至らしめる権利があるのか、滑り坂理論に対してそんなことはないと言い切れるのかを先行する国も参考に現実考えたときに、それほど安易に結論を出せることではないのである。

【演者略歴】

神経内科専門医&指導医、内科認定医&指導医、在宅専門医、日本プライマリ・ケア学会認定医、医学博士（北里大学1994年）、医療倫理人材養成講座（CBEL）修了（東京大学大学院2005年）、医療政策学修士（東京医科歯科大学2008年）、臨床倫理認定士（上級認定アドバイザー）

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

2000年 北里大学医学部神経内科学 講師

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 同脳神経内科学教授・市川病院神経難病センター長兼務

2024年4月 同国際医療者教育学・大学院医学研究科 教授

利益相反：なし

SY35-2

閉じ込め症候群になったら「栄光ある撤退」をさせて欲しい あるALS患者さんの思い

小野沢 滋 オノザワ シゲル
みその生活支援クリニック

亀田総合病院在宅医療部で診療していたALSの患者さん、T氏から閉じこめ症候群となった場合に人工呼吸器を外してほしいと相談を受けたのは、200X年の事でした。T氏はとてもではないが、全く意思疎通ができない状態で命を永らえることは私には難しい。そうになったら闘病から前向きに撤退したい、とおっしゃるのです。私はT氏に治療についての要望書を病院に提出して頂くようアドバイスし、何度かやりとりをした後、家族全員の押印の元、主治医であった私と院長宛に要望書を提出して頂きました。その後、病院の倫理委員会で議論され、さらに熊本大学が当時行っていた外部向けの倫理コンサルテーションサービスにもお願いし、いずれも倫理的には問題ないだろうとの回答を得ました。

病院長は、長年、病院のために様々な活動をして下さったT氏の願いを叶えたいと前向きに検討してくださり（T氏は病院報に人工呼吸器をつけて亀田病院から退院した第1号という意味で、「一号からのメッセージ」というエッセイを毎号掲載してくださっており、新入の研修医達に毎年患者代表として医師としての心得や難病患者の心情についてレクチャーもしてくださっていたのです）、是非とも叶えてあげたいが、病院長として職員を守る立場にもあるとの判断で、私と共にある警察関係のトップであった方に相談に出向いたのです。「これだけの手順を踏んでいるなら、通常、警察が動くことはないです。ただし、告発されてしまった場合には別です。検察官次第では起訴される恐れがあり、裁判官次第では、有罪になる可能性もあります」とのアドバイスを頂きます。当時の状況から、院長は、少しでも職員が犯罪者とされる可能性があるなら、今の段階で、許可することはできないと判断をされました。それから、すでに20年弱。何かが変わったのでしょうか？ 私たちはどうしたら良いのか、みなさんと一緒に考える機会になればと思います。

【演者略歴】

1990年 東京慈恵会医科大学卒
同年 亀田総合病院初期研修医として入職
1995年より亀田総合病院在宅医療部の立ち上げを行う。
1997年 亀田総合病院 在宅医療部長
2012年 北里大学病院 に異動
2013年 北里大学病院 トータルサポートセンター長
2016年より みその生活支援クリニック 院長

利益相反：なし

SY35-3

人工呼吸器の取り外しについての冷静な議論を始めよう

満岡 聡 ミツオカ サトル

医療法人満岡内科クリニック

日本におけるALS患者の人工呼吸器の装着率は2～3割であり、一度つけた人工呼吸器の取り外しは、事実上困難であるため、最初からつけないという選択をされる方がいる。その選択の自由があれば人工呼吸器の装着を選択する人がいると思われる。治療の選択は個人の自由であり、また、一度した選択の変更を認めないということは個人の自己決定権の侵害である。米国では現在「呼吸器を含む延命治療の中止」は全ての州で合法になっているが、きっかけは1970年代にニュージャージー州最高裁において呼吸器中止は合法とされたことに始まり現在では全州で合法となっている。米国では「挿管せずに亡くなること」と「挿管して、後に中止して亡くなること」は同義だと考えられ、それが合法性の根拠になっている。日本では「挿管せずに亡くなること」は問題ないのに、中止は不可となっている。病気に対する治療措置の選択は患者の権利であり、医学的にそれが死のリスクを高めるとしても、エホバの証人の輸血拒否が認められているという矛盾がある。2014年11月に集中治療医学会・救急医学会・循環器医学会の3学会で作成した「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」に、日本緩和医療学会も参入を依頼し、生命維持装置の終了/差し控え時に必要な緩和ケアも盛り込んだ「4学会のガイドライン」へ発展させることとなった。議論の成果について期待したい。急性期の生命維持装置の終了/差し控えと、慢性疾患の人工呼吸器の取り外しを同列に議論することはできないが、基本的には、1.法的免責に関する議論、2.患者・家族らとのコミュニケーションおよび緩和ケアが重要である。人工呼吸器の取り外しに関して様々な団体の圧力があり、歴史的に冷静な議論ができなかった経緯があるが、そろそろ冷静な話し合いが行う時期に来ている。

【演者略歴】

1986年産業医科大学卒業。1992年長崎大学大学院医学研究科修了。

2000年、満岡内科消化器科医院（現医療法人満岡内科クリニック）開業。2010年に在宅医療介護福祉の多職種ネットワーク、在宅ネット・さがを創立し、は2013年にJPAP オレンジサークルアワードのBest education model of the Year 賞、2017年には地域再生大賞優秀賞を受賞したが2018年以降は活動を休止中。2017年より公益財団法人日本尊厳死協会本部学術研修担当理事としてACPを踏まえたリビング・ウィルの改訂を進め、協会は2022年11月に改訂版リビング・ウィルを発表した。

利益相反：なし

シンポジウム36【プログラム委員企画】

この子たちの未来をつくる小児在宅医療

SY36

【セッション概要】

【企画概要】

医療的ケア児が増加している現在、在宅の現場で医療的ケア児・者に対して対応を求められる機会が増えてきている。一方で非小児科専門医にとって小児在宅医療に携わることは下記の点で非常にハードルが高いのが現状である。

- ①在宅医の役割：医師が小児在宅医療で果たす役割が不明瞭
- ②身分保障：非専門医として関わること自体許されるのか
- ③時間と採算性：各地に点在する小児患者に対しての時間確保、衛生材料などの不採算性
- ④専門性：不慣れな疾患、重度疾患に対する医学的経験が不足
- ⑤家族対応：家族への対応が不慣れ
- ⑥制度の複雑さ：学校、療育施設などの連携や社会制度の問題

そこで今回のシンポジウムではまずこれら壁の認識と共有を行う。そのうえで在宅医、地域連携施設・病院、訪問看護師、病院専門医、病院ソーシャルワーカーから壁にどう立ち向かうか？について講演をいただく。その後パネルディスカッションを通じて壁の乗り越え方に対する理解を深めることを目標としている。シンポジウム終了後には、当初感じていた小児在宅医療に対する壁が少しでも低く感じられ、小児在宅医療の裾野が広がることを期待したい。

【対象者】

小児在宅医療をこれから始めようと考えている医師、もしくは始めたばかりの医師

小児在宅医療の裾野を広げようと奮闘している多職種

【学習目標】

小児在宅医療に対する不安が言語化できる

小児在宅医療に対して自分が抱えている不安が軽減できる

小児在宅医療の裾野拡大についての知識獲得ができる

座長：島崎 亮司 シマザキ リョウジ

シティタワー診療所

【座長略歴】

2003年 和歌山県立医科大学卒

2003年～2005年 信州大学医学部附属病院

以後山間僻地の診療を勤務

2012年 現職であるシティタワー診療所に赴任

座長：藤瀬 直樹 フジセ ナオキ

藤瀬クリニック

【座長略歴】

昭和63年 東京医科大学卒

同4月より長崎大学医学部第一外科（現腫瘍外科）へ入局

以後関連病院で主に消化器外科医として研鑽。

平成25年4月より長崎市住吉町に藤瀬クリニックを開院。

当初より外来診療とともに、在宅療養支援診療所として在宅医療に携わっている。

SY36-1

これから小児在宅医療を始める医師へ～病院勤務医の立場から～

小篠 史郎 オザサ シロウ

熊本大学病院小児在宅医療支援センター

小児では在宅医療導入後も大学病院など専門医療機関への通院が継続される。専門医療機関の主治医は入院を含む高度な治療や検査を担い、在宅医はかかりつけ医として日常診療や生活支援を行う。初めて小児の訪問診療を始める場合、こどもの「病態」を深く理解して対応する必要はなく、寝たきりかどうかや胃瘻・気管切開の有無といった「状態」を重視した対応をお願いしたい。なぜなら小児の希少疾患の病態は複雑難解であり多くの場合専門医ですら深く理解することが難しいからである。

専門医療機関の主治医が初めて連携する医師である場合は訪問診療を始める前に、本人・ご家族、在宅医、勤務医の3者がよく話し合い、在宅医と勤務医でどのような役割分担をするのかをあらかじめ本人・ご家族に理解してもらうことも大切である。在宅医が小児にどこまで対応できるか、勤務医がどこまで在宅医療のことを理解しているか、によってこの役割分担は変わってくる。

勤務医として在宅医と連携してきて「これは助かった！ ご家族も喜ばれていた！在宅医に訪問をお願いしてよかった！」と感じた経験の中で、普段から成人を担当されている在宅医であれば初めて小児の訪問診療を担当される場合でもすぐに取り組みそうなことを例として下記にあげる。

- ・胃瘻交換など医療デバイスの定期交換
- ・処方切れの際の追加処方
- ・感染症の際の在宅での抗原検査
- ・父母やきょうだいを含む家族支援
- ・成人への移行期の内科系診療科との連携における中継
- ・在宅看取りの支援
- ・地域包括支援センター等と連携した地域での災害対策の支援

【演者略歴】

1998年熊本大学医学科卒業。小児科専門医、小児神経専門医。2016年12月に熊本県の補助事業として熊本大学病院内に医療的ケア児や家族を支援する小児在宅医療支援センターが開設された際に特任講師として就任。小児在宅の様々な相談に応じ、医療的ケア児の保育・教育の支援や人材育成など、社会福祉士・保健師・看護師・理学療法士のスタッフとともに活動。2022年4月に熊本大学病院が熊本県医療的ケア児支援センターとしての運営を始める際に副センター長に就任。熊本県医療的ケア児支援検討協議会 会長、熊本小児在宅ケア・人工呼吸療法研究会 会長。

利益相反：なし

SY36-2

これから小児在宅医療を始める医師へ～急性期病院のMSWの立場から～

中村 仁隆 ナカムラ キミタカ

地方独立行政法人 岐阜県総合医療センター

2021年に医療的ケア児等支援法が施行されて、社会資源の整備が進められている。

小児在宅医療を始めるに当たり、急性期病院のMSWの立場から「②身分保障」と「⑥制度の複雑さ」（※壁の詳細は座長抄録を参照）の壁の乗り越え方について伝えたい。

②については、退院にあたり、家族の多くが小児科専門員の訪問診療を希望する。そのため、医師・看護師・MSWから「在宅医は小児科専門員ではないが在宅で暮らすための専門医である。小児科専門医の知識以上に在宅や地域で暮らすための知識と経験がある。なので、在宅で生活するために在宅医が必要です。」と、丁寧に説明し、在宅医につないでいる。本人と家族が安心して在宅移行できるように退院前合同カンファレンスを1～2回行っている。在宅医や訪問看護から希望があればケアの見学等も受け入れている。

⑥については、医療的ケア児等に関わる法律、制度、職種が多いため整理が難しい。

子どもの医療費助成は1つだけではなく、「養育医療」や「小児慢性特定疾病」等の複数の制度がある。障害を公的に証明し、サービスを受けやすくするために、「身体障害者手帳」や「療育手帳」の取得がある。関わる法律として代表的なものは、子どもの発達を保障する仕組みの「児童福祉法」や障害児・者の生活を支える仕組みの「障害者総合支援法」がある。ライフステージにおいては、連携する職種や機関、問題点がステージごとに変わる。この様に、医療的ケア児等に関わる法律、制度、職種が多いため、在宅医一人で対応することは非常に難しい。介護保険のケアマネジャー的な役割を医療的ケア児等コーディネーター（相談支援専門員）が担っている。病院のMSWは、患者や家族のニーズに対して適切な制度や機関をつなぐ役割を担っている。そのため、医療的ケア児等コーディネーターやMSWと連携して対応する。

以上により、②と⑥の壁を乗り越えることができる。

【演者略歴】

平成16年3月 日本福祉大学 社会福祉学部 社会福祉学科卒業

平成16年4月～ 在宅介護支援センター、地域包括支援センター、社会福祉協議会に勤務し高齢者福祉、介護保険、地域福祉について学ぶ。

平成23年4月～ 「地方独立行政法人岐阜県総合医療センター」の「医療ソーシャルワーカー」として勤務。

平成28年3月～ 人事異動で「地方独立行政法人岐阜県総合医療センター 重症心身障がい児施設すこやか」の「児童発達支援管理責任者」として勤務。

令和2年4月～ 人事異動で「地方独立行政法人岐阜県総合医療センター」の「医療ソーシャルワーカー」として勤務。

利益相反：なし

SY36-3

これから小児在宅医療を始める医師へ～新生児科出身の在宅医の立場から

南條 浩輝 ナンジョウ ヒロキ

医療法人輝優会かがやきクリニック

演者は2000年代に新生児科医として主にNICUで勤務し、その間に医療的ケア児を病院から地域に送り出す側として仕事をした後、2012年に現クリニックを開設して、「ちょっとだけがんばればできる小児在宅医療」を合い言葉に、年齢や疾患によらず在宅医療を行っている。実際に在宅医療の現場で仕事を重ねるにつれ、在宅医側が小児に関わる際に高い「壁」と感じる課題意識に対して、実際にそれほど問題となっていないか、あるいは問題であったとしても対応が十分可能であると考えようになった。

小児在宅医療の対象となる子どもの多くでは、医療依存度が高く、日常的に複数の医療的ケアを要する。そして、小児特有の基礎疾患を持ち、成人領域の診療を主とする医師のみでなく、小児科医ですら名前を聞いたことがない基礎疾患に遭遇することがある。こういった特殊性に対して、在宅医が関わりを持つ際に「専門性がなくても大丈夫か」との懸念を持たれやすい。しかし、実際には専門的医療は病院で継続診療をされるケースが大半で、「かかりつけ医」「家庭医」としての役割が子どもと家族からのニーズの中心であり、在宅医の持つ専門性を発揮することが大きな支援となり得る。

小児在宅医療には、不採算性など制度的な面を含めて課題が多いことは事実である。しかし、在宅医が病院小児科や訪問看護ステーションなどの多職種との協働の輪に入り、それぞれが何をどこまで担当するか明確な連携の形を作ること、無理のない形での実践は可能と考えている。本シンポジウムでは「ちょっとだけがんばる」実際の方法などを提示する予定である。

【演者略歴】

2001年 広島大学医学部医学科卒、広島大学医学部附属病院小児科 研修医

2002年 広島市立広島市民病院未熟児新生児センター

2004年 広島県厚生連尾道総合病院小児科

2006年 大阪府立母子保健総合医療センター新生児科

2010年 医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所新松戸

2012年 かがやきクリニック 院長

利益相反：なし

SY36-4

これから小児在宅医療を始める医師へ — 小児外科医が訪問診療を始めて見えてきたこと —

吉田 拓哉 ヨシダ タクヤ

社会福祉法人聖家族会 みさかえの園あゆみの家

小児在宅医療は、成人在宅医療に比べて参入のハードルが高く、実際に取り組んでいる医師は限られている。背景には、①医師が小児在宅医療で果たす役割の不明瞭さ、②非専門医として関わることの責任、③各地に点在する小児患者に対する時間確保や衛生材料などの不採算性、④不慣れな疾患や重度疾患に対する医学的経験の不足、⑤家族対応への不慣れ、⑥制度の複雑さ、という6つの大きな障壁が存在する。

演者は小児外科出身で、現在は重症心身障害児者施設を拠点に、週1回の訪問診療を行っており、長崎県の広範囲にわたって小児在宅医療に取り組んでいる。本発表では、これらの課題に対して、演者自身が現場で経験した対応策と工夫について紹介する。

まず、医師の役割については、病院主治医とは異なる“地域に根差した生活支援者”という立場を意識することで、医療的な専門性に加え、家族や他職種との新たな関係性を生むことができた。専門外であることへの不安については、自己研鑽を続けるとともに、小児科医との情報共有や訪問看護師との連携を通じて低減している。また、広域訪問に伴う時間的・物理的負担については、SNSの活用、訪問ルート最適化、衛生材料の施設集約などで工夫している。重症・希少疾患への対応では、地域の専門医や大学病院と連携しつつ、「すべてを診る」のではなく「生活の中で起きている問題を拾い支える」視点で関わるのが重要と感じている。さらに、家族の思いに対しては、医学的正解を求める姿勢よりも、傾聴と共感をもって関わり、自身の考えも丁寧に伝えることが、信頼関係の構築につながると考えている。

小児在宅医療は決して“特別な人にしかできない医療”ではなく、多職種・多機関との連携を土台に、一歩を踏み出すことで道は開けると考える。本発表が、参入をためらっている医師にとっての後押しとなれば幸いである。

【演者略歴】

2007年 佐賀大学医学部医学科 卒業
2007年 長崎大学病院 / 北九州市立八幡病院 初期研修
2009年 長崎大学病院 腫瘍外科入局
2010年・2011年 関連病院 外科
2012年 兵庫県立こども病院 小児外科
2014年 佐世保市総合医療センター 外科
2015年 長崎大学病院 小児外科
2020年～ みさかえの園あゆみの家

利益相反：なし

SY36-5

これから小児在宅医療を始める医師へ ～訪問看護師の立場から

松島 由美 マツシマ ユミ
訪問看護ステーション鳴見

演者は1995年から長崎において訪問看護を始めましたが、小児在宅については1997年からこれまでのあいだに100人以上の医療的ケア児と関わってきました。当初長崎市では小児在宅を担う医師がおらず、長崎大学小児科のみとの連携でスタートしましたが、徐々に成人の在宅医療を行う医師が小児在宅に関わるようになってきました。小児在宅に関わる訪問看護師としては、在宅医の存在はとても重要に思っていますが、普通の在宅医が小児に関わる際には高い壁がいくつも存在するようで、実際尻込みされる医師がいるのは事実です。

2021年にいわゆる「医療的ケア児支援法」が施行されて、現在かなりのサポート体制ができてはいますが、依然として医療的ケア児やその家族には様々な問題が存在し、在宅医も訪問看護師もそれに直面します。また複雑な法制度の存在や成長に伴う教育の問題など、訪問看護師も同様に感じていますが、在宅医にとってこれからは成人とは違う壁になっていると考えます。

このような壁に対しては専門性をもった多職種の連携により問題を一つずつ解決することにより、医療的ケア児や家族を支えることができると考えており、今回演者が経験したそのような症例を提示します。これから小児在宅医療を始めようとする医師が壁を乗り越えるための一助となれば幸いです。

【演者略歴】

1974年 大分県宇佐市私立柳ヶ浦高校衛生科卒業、1974年 慶應義塾大学病院心臓外科病棟就職、1975年 慶應義塾大学医学部進学科入学、1979年 慶應義塾大学医学部進学科卒業、慶應義塾大学病院退職、1980年 長崎北病院就職、1984年 長崎百合野病院就職、1995年 訪問看護ステーションひまわり開設管理者、1997年 訪問看護ステーション鳴見管理者、2014年 訪問看護ステーション鳴見代表管理者

利益相反：なし

シンポジウム37【一般公募企画】

かぞくのがっこう発、バウンダリーから考える当事者・家族と支援者の これからのパートナーシップ

SY37

【セッション概要】

私たち「NPO法人日本家族関係・人間関係サポート協会」は日本初の「家族を学ぶ場」として「かぞくのがっこう」を創設し、現在第3期目を迎えています。「かぞくのがっこう」で家族について体系的に学ぶことは、よりよく生きる力を育み、対人支援の質を高める重要な土台になると考えています。

本シンポジウムでは、「かぞくのがっこう」の講義内容の紹介と共に、修了した受講生のアンケート結果で特に関心が高く、自身の変化に繋がった「バウンダリー（境界）」という観点に着目します。

支援の現場において【当事者・家族】と【支援者】のそれぞれのバウンダリーを尊重し、脅かさず、また脅かされず、対等な立場で互いに協働するというパートナーシップは安心・安全な療養と支援につながります。

当日は具体的な事例を交えながら、フロアの皆様とバウンダリーという考え方を取り入れることでこれからの支援者と当事者・家族とのパートナーシップにどのような変化が起こるのか、どのような未来が拓けるのかをディスカッションし深めたいと思います。

座長：新泉 真砂子 ニイズミ マサコ
公益社団法人埼玉県看護協会 与野訪問看護ステーション

【座長略歴】

緩和ケア認定看護師

リンパ浮腫療法士

かぞくのがっこう認定ファシリテーター

「渡辺式」家族看護認定インストラクター

座長：堤 真紀 ツツミ マキ
トキノ株式会社 訪問看護ステーションみのり

【座長略歴】

2001年 大阪の看護学校を卒業後、東京武蔵野病院に入職。

精神科急性期病棟、スーパー救急病棟、合併症病棟、慢性期病棟に勤務。

2017年 トキノ株式会社 訪問看護ステーションみのりに入職。

2019年 『メリデン版訪問家族支援』を学び、ファミリーワーカーとして活動中。

2020年 『渡辺式』家族アセスメント／支援モデルを習得。

2023年 渡辺式家族看護認定インストラクター資格を取得。

現在、訪問看護ステーションみのりの管理者として勤務中。

また、協同執筆者として『しくじりから学ぶ精神科訪問看護計画書』を出版。

SY37-1

かぞくのがっこう発バウンダリーから考える当事者・家族と支援者の これからのパートナーシップ バウンダリーという考え方

富岡 里江 トミオカ リエ

訪問看護ステーションはーと

バウンダリー（境界）とは、自分と他者を区別するの「境界線」を表す言葉である。物理的な世界では、柵や塀などの境界がはっきりと目に見える形で存在する。一方で、人と人とのバウンダリーは、目に見えるものではないため、分かりにくく無自覚であることが多い。これは、目には見えない膜のようなもので、自分にとって有益なものは膜を通じて自分自身に取り入れ、自分にとって不要なものは穴の大きさを変化させて通さないようにするというような自己調整機能をもっている。

バウンダリーにはさまざまな種類があり、私たちは無自覚に侵害したり侵害されたりしてしまう。更には、それらが複数同時に侵害されたりすることもある。そして、バウンダリーの感覚は、その人の持つ文化や価値観によっても大きく影響され一律ではない。

バウンダリーの機能が適切に発揮されない時には、問題が起こりやすいと言われている。ひとつは、相手のバウンダリーを侵すことによって、相手を支配しコントロールするという「支配・コントロール」の問題である。これは、人権侵害にもつながり、バウンダリーの尊重は、人間関係の基本であることを忘れてはならない。

また、自分のバウンダリーを適切に機能させることができないと、相手の侵入を許してしまい、相手に巻き込まれ、次第に相手に依存するという「巻き込まれ・依存」の問題が起こってくる。バウンダリーを侵されたとき、それを知らせる警告は、その時感じた苛立ちや怒りである。この自らの内から発せられる感覚をキャッチし、バウンダリーに自覚的になることで、相手のバウンダリーにも注意を向けることができるようになる。

本シンポジウムでは、日常侵害されやすいバウンダリーや起こりやすい問題について紹介し、参加者とバウンダリーという考え方について深めていきたいと考えている。

【演者略歴】

1988年 東京大学医学部附属看護学校卒業
1988年 東京大学医学部附属病院入職
1997年 東京葛飾医療生活協同組合ほりきり訪問看護ステーション入職
2000年 上記所長・管理者兼務、介護支援専門員兼務
2010年 訪問看護認定看護師認定
2012年 株式会社ウッディ訪問看護ステーションはーと入職
2013年 ホームホスピス起ち上げに関わる
2015年より東京都訪問看護教育ステーション事業の教育研修企画運営を担当

利益相反：なし

SY37-2

私は介護離職する必要があったのか～自分や家族を追い込んでいたことにさえ気付かなかった過去をバウンダリーを学んだ今振り返る～

佐藤 典子 サトウ ノリコ

一般市民

バブル期に入社、産育休・育児勤務などを取得し、順調に定年まで勤務できと思っていたが、同居していた義母の介護で退職。

一般的に介護離職というと身体的介助が終日必要で他に主たる介護者がいない場合が多数と思われるが、私の場合は実はそうではなかった。私の帰宅までに義母との毎日の確執により、ストレスが最高潮となり、自傷行為に発展し始めた小学校低学年の息子を守るためのものだった。そんな中、夫は、彼にとっての実母が話しかけても「うるさい！」とふすまを閉めて聞く耳を持たず、私は仕事をしながら家事、育児、介護をし、更には実家で介護度5の実母を在宅介護していた実父の手伝いにも行き、全く余裕がなかったため、私のペースを乱す義母、夫、息子に対して不機嫌さをまき散らしていた。義母の介護度は当時3～4でそれほどサービスも入っていない状況だったので、家族の複合的で悪循環な関係の悪化は支援者）には全く見えていなかったであろうし、私自身も、それをどうにかしてほしいとヘルプを求めるアイデアさえ浮かぶ状況になかった。

「かぞくのがっこう」で＜バウンダリー＞を学んだことで、義母は息子の＜こどもとしての＞役割的バウンダリーを侵害し、夫は高い壁を作って状況回避、私は不機嫌さを爆発させ、家族全員に感情的・エネルギー的バウンダリーを侵害する等、家族がそれぞれバウンダリーを侵し侵され、更にねじれた混乱を引き寄せていたことを俯瞰して見ることができた。

その時代を振り返り、たくさんの支援者の方々と知り合ったことで、ヘルプを求めて良かったのだということに今になって気づかされた。現在、当時の私以上にもがき、苦しんでいる方には、今の状況を正しく知り、「助けを求めていいんだよ」ということを伝えたいし、支援者の方にはヘルプを求める認識さえなく、表向きには平然としている介護者、更にはその家族の心の叫びを聞いてほしいと願う。

【演者略歴】

1989年3月 慶応義塾大学 文学部人間関係学科人間科学専攻卒業

利益相反：なし

SY37-3

医療者のバウンダリーと患者家族からの期待

松村 直人 マツムラ ナオト

NPO法人日本家族関係・人間関係サポート協会

IT技術者として社会人人生を送ってきた52歳の私は、医療の世界とは縁遠い立場にあります。2020年に渡辺裕子さんとたまたま出会ったことをきっかけに、家族関係について学びを深め、一般の方に家族関係を良好にするための知見を広めるためPodcast番組「ひろこ先生と家族を考えるラジオ」を配信してきました。

そして、2024年、母の膝の人工関節置換手術を機に、家族関係の学びを経た後で初めて患者家族という立場で医療者と関わることになりました。そんな私の目に映った医療者のバウンダリーと、患者家族として医療者に求めたいことについて、体験から得た気づきを紹介します。

医療の専門家ではない一般人の視点から見た医療現場には、慣習や暗黙のルールが存在するように思えます。しかし、患者家族にとっては、そのルールによって疲弊してしまうようなこともあり得ることが見えてきました。この経験を通して、医療者と患者家族の間にある見えない壁を少しでも低くし、お互いの理解を深める一助となれば幸いです。

【演者略歴】

1997年 東北大学理学研究科物理学専攻修了
1997年 NTTデータ通信株式会社（現：NTTデータ）入社
2014年 株式会社NTTデータ退社／ITコンサルタントとして起業
2017年 ひふみコーチ株式会社 創業（共同パートナー）
2020年 子育て改革のための共同親権プロジェクト 立ち上げ
2022年 ひろこ先生と家族を考えるラジオ 配信開始
2022年 NPO法人日本家族関係・人間関係サポート協会 監事／理事
2025年 一般社団法人TokyoBay共育・共生プロジェクト 代表理事

利益相反：なし

SY37-4

事例から学ぶ当事者・家族と支援者のバウンダリーとこれからのパートナーシップ

株崎 雅子 カブサキ マサコ

地方独立行政法人埼玉県立病院機構 埼玉県立循環器・呼吸器病センター

かぞくのがっこうで学んだことにより、家族や医療者との間に生じたもやもやの正体がバウンダリーも問題だったのだと気づいた2人の事例を伺いました。この2つの事例から当事者・家族、支援者との間で起こっていたことをバウンダリーという考え方のもと解説していきます。1事例目は家族間のバウンダリーについてです。義母の介護という課題を抱えた家族が、少しずつバウンダリーを脅かしていくことで、大きなズレに発展していきます。支援者には家族内で起こっていることは、全く見えていませんでした。2事例目は支援者との間にある見えない壁が、当事者・家族を疲弊させる原因になりました。この事例でも支援者は当事者・家族が抱える課題に気づいていませんでした。支援者は当事者の症状に注目しており、家族についても医療者が問題であると認識していること以外については目が向かず、当事者・家族が声を上げたことで、やっと気づくということもあります。また医療者は、「家族なのだから」という考えから家族に求めてしまい、知らず知らずのうちに家族のバウンダリーを脅かしていることもあります。

当事者・家族と支援者がパートナーシップを築いていくための条件は5つあります。「①対等な関係性②お互いを尊重③望ましい心理的距離④共有の目標⑤協働する」です。望ましい心理的距離を学び、意識して関わっていくことがこれからの当事者・家族と支援者とのパートナーシップを構築していく上で重要です。家族間でのバウンダリー、当事者・家族が支援者との間で感じているバウンダリーについて、支援者としてどのようにバウンダリーに気づき関わっていくことができるのか一緒に考えていきたいと思います。

【演者略歴】

1989年3月 東京都立青梅看護専門学校卒業
1989年4月 東京都立築地産院入職
1993年4月 埼玉県立小児医療センター入職
2022年4月 埼玉県立循環器・呼吸器センター
2023年 「渡辺式」家族看護認定インストラクター
2024年4月 埼玉県立循環器・呼吸器センター 副病院長兼看護部長
2024年 かぞくのがっこう認定ファシリテーター

利益相反：なし

シンポジウム38【一般公募企画】【多職種連携委員会】

すでにここまでやっている!でもあまり知られていない?専門職の活躍
(臨床検査技師・臨床工学技士・診療放射線技師・救急救命士・診療アシスタント)

SY38

【セッション概要】

在宅医療におけるタスクシフト/シェアの推進は当学会の多職種連携委員会ならびに職種の壁を打ち破るためのワーキンググループグループの中心的課題のひとつである。本ワーキンググループでは医療介護に関わる全ての職種の相互理解と協働の拡大の実効性を確保するため、在宅医療分野でのタスクシェア推進に向けての提案をまとめることを目標において活動している。

これまで病院等医療施設での勤務が主であった医療職種(臨床検査技師・診療放射線技師・救急救命士・診療アシスタントなど)は、人口の急速な高齢化等に伴う医療提供体制の見直しのため、患者も病院から在宅へと医療提供体制も見直されることから、勤務場所を病院から在宅へと拡大することが求められる。

すでに在宅医療において各職種の活躍は個々に報告されているが、まだその活動は医療機関により様々で確立おらず、認知度も看護師やリハビリ職などと比較して低い。

今回のシンポジウムでは先進的な活躍をする各職種のプレイヤーがその活動を報告し、在宅医療での可能性を相互に再認識する機会としたい。

座長：鬼澤 信之 オニザワ ノブユキ

医療法人あんず会 杏クリニック

【座長略歴】

平成20年 埼玉医科大学卒業
平成23年 埼玉医科大学総合医療センター腎・高血圧内科入局
平成28年 4月 あんず訪問診療クリニック開設
平成29年11月 医療法人あんず会設立
平成30年 4月 現在の医療法人あんず会 杏クリニックへ名称変更

日本内科学会認定 総合内科専門医

日本腎臓学会認定 腎臓専門医

座長：谷水 正人 タニミズ マサヒト

南松山病院

【座長略歴】

1982年3月岡山大学医学部卒業、1993年3月から国立病院機構四国がんセンター内科勤務、2017年4月から2022年3月まで同院長。2022年7月に第4回日本在宅医療連合学会大会(神戸)の大会長を担当した。2023年4月から社会医療法人仁友会南松山病院院長。現在、日本在宅医療連合学会副代表。

SY38-1

在宅医療における放射線技師の役割

近江 祐紀	オウミ ユウキ
福元 剛	フクモト ツヨシ
石橋 勇輔	イシバシ ユウスケ
武藤 文之介	ムトウ フミノスケ
星野 澄人	ホシノ スミト
塩見 大輔	シオミ ダイスケ
藺藤 佑哉	イトウ ユウヤ
古田島 理佐	コタジマ リサ
松葉 芳郎	マツバ ヨシロウ
小野 文徳	オノ フミノリ
齋藤 友宏	サイトウ トモヒロ
藤城 健	フジシロ タケシ
川端 利信	カワバタ トシノブ
間嶋 崇	マジマ タカシ

医療法人元氣会わかさクリニック

【目的】

訪問診療における、わかさクリニックグループのポータブルX線撮影体制とその実施例を通じて、強みと迅速な対応力を報告する。

【施設概要】

わかさクリニックグループは、埼玉県、東京都、千葉県に11か所の診療所を中心に、地域密着型の医療サービスを提供している。さらに、美容皮膚科専門クリニックやベトナムの東京ワクチンセンター、訪問看護ステーションなど、多様な事業所を展開し、合計25拠点で活動している。グループ全体の在宅患者数は約5,200人、年間訪問件数は約99,000件、往診は年間約11,000件を実施し、地域医療に貢献している。年間のX線撮影件数は3,651件で、そのうち当日撮影は424件に上り、迅速な対応を実現している。

【検査体制】

ポータブルX線撮影を行う拠点は4か所あり、埼玉県所沢市の本院と東京都武蔵野市の三鷹院は放射線技師が、東京都荒川区の西日暮里院と千葉県習志野市の津田沼院は医師がそれぞれ担当し実施している。診療放射線技師は常勤9名、非常勤4名が在籍しており、そのうち4名がポータブルX線撮影を担当している。すべての検査依頼は、クラウドシステムを活用した一元管理により効率的かつ迅速な対応を行っている。

【症例報告】

80代の女性患者が居宅内で転倒し、体動困難となったところを発見された。意識は清明だが、腰部と左膝の腫脹・疼痛、左足関節痛の訴えあり。緊急ポータブルX線撮影を実施し、骨折所見あり。医師と連携し患者の家族に連絡を取り、外来診療へ誘導した。CT検査の結果、大腿骨外顆下縁の骨軟骨骨折の診断。サポーターを装着、疼痛管理を行いながら経過観察となった。

【結論】

わかさクリニックグループでは、システム化された業務フローにより、迅速かつ効率的に多くの検査を実施している。特に当日緊急の検査対応により、患者に迅速かつ適切な医療サービスを提供している。

【演者略歴】

1993年 埼玉県所沢市出身。

2018年 城西放射線技術専門学校卒業。

2019年 医療法人元氣会わかさクリニックに入職し、本院検査科に配属。X線撮影、CT、MRI、超音波検査、ポータブルX線撮影に従事。

2023年5月から東京都武蔵野市にある、わかさクリニック三鷹を拠点にポータブル業務に従事。

2024年 診療放射線技師法改正に伴う告示研修修了。

利益相反：なし

SY38-2

「その検査、自宅でやりませんか？—在宅医療×臨床検査技師の最前線」

川端 城聖 カワバタ ジョウセイ
杏クリニック

「検査は病院で行うもの」——そんな常識が、いま大きく変わろうとしている。

かつて在宅医療は緩和ケアが中心であり、臨床検査の必要性は限定的であった。しかし現在では、早期退院後に在宅療養へ移行する症例が増加し、病状が不安定な患者に対しては、自宅においても検査が不可欠となっている。

近年、検査機器の小型軽量化が進み、迅速診断キットの開発も相次いでいることから、在宅医療の現場における臨床検査は多様化している。加えて、POCT（Point of Care Testing：臨床現場即時検査）の普及、タスクシフト・タスクシェアの推進、さらにはオンライン診療の拡大により、在宅医療において臨床検査技師がチーム医療の一員として期待される場面が増えている。

臨床検査技師の働き方は職場環境や地域性により、各医療機関により多様である。

当院では、血液検査や心電図検査はもちろん、輸血前検査、超音波検査、呼吸機能検査まで幅広く実施している。在宅医療のチームに臨床検査技師が加わることで、診療の質とスピードは格段に向上している。

本発表では、当院における臨床検査技師の活動を紹介し、在宅医療における臨床検査技師の有用性について述べる。また、臨床検査技師が在宅医療チームの一員として参画する未来の在宅医療のあり方について提言する。

【演者略歴】

2021年 北陸大学卒業

2021年～2023年 亀田総合病院 血液検査室 勤務

2024年～ 医療法人あんず会 杏クリニック 勤務

利益相反：なし

SY38-3

在宅医療PAが支える最期の時間～無資格から始める“プロ”の医療人～

根本 愛菜 ネモト アイナ
石川 元直 イシカワ モトナオ
西山 千草 ニシヤマ チグサ
安井 佑 ヤスイ ユウ

医療法人社団 焰 やまと診療所

当院では、在宅医療PA（Physician Assistant）を「患者・家族が『自分らしく』生きられるために、共感力とコミュニケーション力を駆使し、課題を解決するような『環境づくり』を行う人」と定義し、独自の教育プログラムを通して育成している。無資格・未経験からでも訪問診療の現場で活躍できるよう、患者の隣で共に考え、行動する力を育むことを重視している。

PAは単なる補助者ではなく、医師と患者・家族をつなぐ現場の要として、意思決定支援や療養環境の調整に主体的に関わっている。バイタルチェックや診察準備といった医療行為のサポートだけでなく、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の場面でのファシリテーション、患者の生活背景を踏まえた服薬管理支援など、多岐にわたる役割を担っている。医療知識に加え、患者の価値観に寄り添う姿勢、生活を理解する感性、多職種との連携力を養うことを重視している。

本発表では、当院が実践するPA育成のプロセスと、実際にPAが活躍する現場の様子を紹介する。たとえば、癌の末期患者に対し、PAが中心となって家族や地域資源と連携し、最期までその人らしい生活を支えた事例などを通して、支援の実態を共有する。

当法人のミッションである「温かい死を通して、人が人を想う気持ちを大切にできる世界を作る」に基づき、PAは患者や家族、多職種を巻き込み、「踏み込む医療」を実践している。

本セッションでは、まだあまり知られていない診療アシスタントの専門性と可能性、そしてその育成に込めた私たちの想いを共有し、これからの在宅医療の担い手像を共に考えたい。

【演者略歴】

2018年 早稲田速記医療福祉専門学校卒業
2018年 埼玉医科大学病院にて診療情報管理業務に従事
2019年 医療法人社団 焰 やまと診療所に入職
2022年 認定在宅医療PA就任
2023年 エリアマネージャー就任
2025年 法人内人材育成部門設立、教育責任者就任

利益相反：なし

SY38-4

在宅医療の現場における救急救命士の働き方

大友 泰世 オオトモ タイセイ

医療法人社団Plexus 大江戸江東クリニック

近年、高齢化社会に伴い在宅医療の需要は右肩上がりが増加している。在宅医療のニーズが高まるとともに、在宅医療の現場から救急搬送へとつながる事例も増えてきている。当法人では15名の救急救命士が在籍しており、在宅医療の際の診療同行を行う診療助手として活躍している。

救急救命士にはメディカルコントロール体制下に置いて特定行為を行うことが認められている。しかし、病院、クリニックなどでの特定行為を施行するためのメディカルコントロール体制はまだ一定のコンセンサスを得たとは言い難い。そのため、当院ではまずは在宅医療の制度を理解し、診療助手として患者の病態把握、背景因子の理解を進め、在宅医療のスペシャリストとしての成長を優先させている。

また、救急救命士が多く在籍している利点を活かし、スムーズな救急搬送につながるよう院内プロトコルを強化してきた。現在は、救急搬送時に十分な申し送りができるようにするため、患者の情報収集を目的としたフォーマットを作成し、運用している。診療助手として普段から患者の診療に携わり、患者の病状、社会的背景を理解している救急救命士が、フォーマットをもとに救急隊への申し送りを過不足なく行うことが可能となってきた。さらに、院内の連携室で搬送先の病院選定を行い、事前に搬送先へ診療情報提供書を共有することで救急搬送に要する時間短縮を心がけている。

このような体制を構築して1年程度経過しており、フィードバック目的に近隣の消防署と情報共有を行ったので、若干の文献的考察を加えて報告する。

【演者略歴】

2021年 大江戸江東クリニック

利益相反：なし

シンポジウム39【長崎企画】

「この町で暮らし、最期まで、自分らしく生き、逝くことは、叶えられていますか？」
～先駆者たちが語る、目指したいこと～

SY39

【セッション概要】

（趣旨）

秋山正子さんが会長だった「30年後の医療の姿を考える会」は、2006年より毎年シンポジウムを開催して、未来の医療を姿を考えてきた。今回、この会に縁の深い秋山氏、市原氏、宇都宮氏を招いて、「レジェンドたちが語る、伝統継承進化を意識した“言いたい放題座談会”」を企画した。

在宅医療、療養の場の多様性、病院から暮らしの場への移行支援等、日本で起きている現状等を踏まえ、2,040年に向けた未来予想図を会場の皆さんと語り合いたい。

（構成他）

- 1 秋山氏、市原氏、宇都宮、安中氏から、それぞれの活動を振り返り、今伝えたいメッセージを発信。
- 2 その後、座談会へ

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、92-94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（倫理・利益相反委員会 委員長）、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

座長：安中 正和 ヤスナカ マサカズ

安中外科・脳神経外科医院

【座長略歴】

1995年、久留米大学医学部医学科卒業。聖路加国際病院で研修医を経て、1997年から同院脳神経外科医師。2001年、日本脳神経外科学会の脳神経外科専門医を取得。2005年、開業医の父の死去に伴い故郷の長崎市に帰り、安中外科・脳神経外科医院の診療所を承継し現在に至る。長崎在宅Dr.ネット事務局長、日本在宅医療連合学会理事および保険委員会委員長を務める。

SY39-1

この町で暮らし、最期まで自分らしく生き、逝くことは叶えられていますか？ ～先駆者たちが語る目指したいこと

秋山 正子 アキヤマ マサコ

暮らしの保健室

高齢化社会の到来とともに産み出された在宅医療・ケア。その中で老人保健法の改正で生まれた訪問看護ステーション、病院から家に帰りたいという人々の願いを叶えられる時代の始まりだった。その始まりの年の平成4年、すなわち1992年から訪問看護をはじめて20年以上、暮らし慣れた自宅でと望む方々の希望を、できるだけ叶えたいと実践の場に、すなわち、それぞれの人生の幕引きをするのに伴走した。

そこには、当事者である本人が中心であり、その人がどう生きてきたのか、生きていこうとしていたのかを聴きとれる耳と、語り掛ける声と手のケアが必要とされ、心を込めて実践した。

そして関わる多くの人々へ、真ん中にいる人の思いを伝え、つないでいくことが重要と学んだ。

新興感染症の台頭で、人々のきづなは途切れざるを得ない状況が生じた。ここで再び、最後まで生き切ることを支えるケアを可能にしたいし、そのためのネットワークづくりを大切にしたいと痛感した。

切れ目のない質の高いケアが提供できるように、少し前を歩いたものは、次世代へ継承されることを願う。

多くの仲間と、繋がって、支えて新たなネットワークの広がりを期待したい。そのことが病院であれ、施設であれ、在宅であれ、可能になるように、地域を耕し、立ち上がったネットワークを確実なものにしていきたいものと切に願う。専門職のみならず、地域の力を引き出し、日頃の活動を継続できるようにインフォーマルサポートを支援していくことも、これからはますます必要になる事だろう。

【演者略歴】

秋田県出身 1973年聖路加看護大学（現国際大学）卒業 看護師・保健師・助産師 関西で周産期での臨床経験を経て看護教育の道へ。2歳上の実姉40代末期がんの療養場所を自宅という経験から訪問看護を目指す。1992年東京都新宿区にて訪問看護をはじめ、2001年起業。

ケアーズ白十字訪問看護ステーション等を運営。2011年「暮らしの保健室」開設。2015年看護小規模多機能「坂町ミモザの家」開設。がん患者と家族のための相談施設を東京都江東区豊洲にNPO法人「マギーズ東京」開設しセンター長就任。2019年（令和元年）第47回フローレンス・ナイチンゲール記章 受章

利益相反：なし

SY39-2

暮らしの中で逝くということ。 ～ホームホスピスの理念と実践より～

市原 美穂 イチハラ ミホ
認定NPO法人ホームホスピス宮崎

「人生の最後の時をあなたはどこで、どのように、誰と過ごしたいですか？」という問いは、今、ACPというテーマで盛んに語られるようになった。しかし超高齢化、多死社会のなかで、最期まで家で暮らしたいという願いが遠のいているように思える。あえて、最近は「あなたは何を大切に人生の最後を過ごしたいですか？」という質問に変えている。

1998年に設立されたホームホスピス宮崎は、在宅ホスピスの勉強会からスタートした。理念は、がんになっても、認知症であっても、一人暮らしであっても、住み慣れた地域で最後まで安心して暮らせるまちづくりである。日本ではホスピスというと最期を過ごす病棟や建物というイメージがあるが、本来の意味は“気遣う”“もてなす”という考え方であり哲学であり、『宮崎の街をホスピスに』を合言葉に様々な活動を展開してきた。死の瞬間まで、その時間がたとえわずかであっても、家族や馴染みの人に囲まれ家族やあるいは自分と和解を遂げていく、この時間こそかけがえのないもの。その時間を過ごす場として『家』が最もふさわしいと考えている。

一方で介護力がなく『家』で暮らせなくなった方々に、自宅ではないけれど、もう一つの家在宅医療チームが入ってサポートする仕組みを作った。2004年6月、住宅地にある30坪程度の平屋建ての民家を借りてホームホスピスカあさんの家はスタートした。その後、かあさんの家の試みは、全国に広がりを見せ、2015年（一社）全国ホームホスピス協会を設立、ホームホスピスの基本理念とケアの基準を定めた。1軒の家に5、6人の少人数で暮らす小規模なケアの仕組みは、効率的ではなく運営は厳しいが、病や障がいなど困難な条件下であっても最後まで「生ききる」ことを支え、家族が悔いなく看取れるように支援する場所として、多死社会のなかでこそ、ホームホスピスの存在の意義があるのだと考える。

【演者略歴】

1998年 「ホームホスピス宮崎」設立に参画
2002年 特定非営利活動法人ホームホスピス宮崎理事長就任
2004年 「かあさんの家」開設、現在「ホームホスピスカあさんの家」2軒を運営
2015年 「暮らしの保健室」「訪問看護ステーションぱりおん」開設
2015年 一般社団法人全国ホームホスピス協会理事長に就任。現在全国62軒に広がる。
2021年 「みつばち診療所」（小児科・内科・在宅医療）開設
在宅総合支援「H A L E たちばな」開設。医療的ケア児とその家族を支える短期入所や日中一時支援など。
0歳から100歳まで安心して暮らせるまちづくりを目指して活動が続けている。

利益相反：なし

SY39-3

この町で暮らし、最期まで、自分らしく生き、逝くことは、叶えられているでしょうか

安中 正和 ヤスナカ マサカズ

安中外科・脳神経外科医院

長崎では、地域の開業医を中心に「長崎在宅Dr.ネット」を組織し、医療機関や多職種と連携しながら、若手医師を地域の在宅の現場に送り出す仕組みを育ててきました。ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の対話が積み重なる場を地域に取り戻すことは、今や急務です。

一方で、在宅医療の広がりの中に「開業医による適当な在宅」も散見され、制度だけでは医療の質を担保できない現実に直面しています。診療報酬改定に関わる保険委員会委員長として、制度の後押しを試みつつも、現場の覚悟と質の向上が伴わなければ、結局「暮らしに戻す医療」は実現しないのではないかと痛感しています。

ZEVIIOUS研究では、在宅医療のアウトカムと質を見える化する取り組みを進めています。その背景には、病院での医療や退院支援だけでは十分に療養者の人生に寄り添えない、という課題意識があります。入院の目的やゴール設定が曖昧なまま、暮らしから切り離された医療が提供される場面も多くあります。

高齢者救急や孤立の中で、初めて医療に接点を持つ患者が増える今こそ、開業医・病院・地域支援者が一体となって「自宅で生きる」選択を支え直す時期にきています。私からは、現場の医師として、地域医療の未来をともに描くための提案をさせていただきます。

【演者略歴】

1995年、久留米大学医学部医学科卒業。聖路加国際病院で研修医を経て、1997年から同院脳神経外科医師。2001年、日本脳神経外科学会の脳神経外科専門医を取得。2005年、開業医の父の死去に伴い故郷の長崎市に帰り、安中外科・脳神経外科医院の診療所を承継し現在に至る。長崎在宅Dr.ネット事務局長、日本在宅医療連合学会理事および保険委員会委員長を務める。

利益相反：なし

SY39-4

『訪問看護から、病院へ、そして今、活動を通して伝えたいこと ～かかりつけ医機能に含まれる在宅療養支援、ワンチームで提供できていますか～』

宇都宮 宏子 ウツノミヤ ヒロコ

在宅ケア移行支援研究所

みなさんの地域では、地域支援者と病院医療者と、入院決定時、入院早期から連携・協働はできてますか？

入院の目的、入院医療で目指す状態像・見通しの共有。そして、暮らしの場で紡いできた「大切な思い・繰り返してきたACP」をつなぎ、暮らしの場に戻る（療養者のADL・QOL維持にも資する）ために、ワンチームになって思いを叶えることは、できてますか？

地域差・病院差はありますが、地域連携室等が、地域と病院をつなぐハブ機能を担っていると感じること増えました。しかし、入院をきっかけに、我が家へ戻ることを諦めている風景は増えていませんか。

今後は、入院患者に85歳以上の高齢者が占める割合が増加し、単身・高齢世帯が多くを占めていきます。経済格差の影響からも、長い間、地域で孤立していて、医療・ケアとの接点を持てなかった療養者や家族が、何がしかのアクシデントがきっかけで救急搬送後、入院され、そこで初めて、本人・家族の人生の再構築支援が必要になる場面が増えています。

高齢者救急の状態像から、複数抱える疾患の重症化予防の視点がケアプランに反映されていない状況や、疾患、加齢に伴う暮らしづらさ、そして最期の時までをどう生きるか、続けていきたい私らしい暮らしを対話の中で共有しながら、マネジメントができていれば、救急搬送、入院は避けることができた方も多いと考えています。

新たな地域医療構想では「入院医療だけでなく、外来、在宅、かかりつけ医機能、さらに医療・介護連携も加味した、地域の医療・介護提供体制改革」を目指しています。

退院支援の時代は終わった。これからは外来。今の暮らしを整え、備える（ACP支援）ことは、チームで提供する「かかりつけ医機能」の中で、ケア・看護ができる支援ではないでしょうか。

これから目指したい風景をお話して、皆さんと未来予想図、描ける時間にしたいです。

【演者略歴】

1959年福井出身

1980年京都大学医療技術短期大学部 看護学科卒業

1992年、京都の訪問看護ステーションで勤務、介護保険制度創設時、在宅サービスの管理・指導の立場で働きながら、病院から在宅移行に向けた専門的な介入の必要性を確信。

2002年、京大病院で在宅移行支援に取り組む。実践値から退院支援3段階を可視化。病院機能・規模に応じて実践することを普及するために、2012年4月、在宅ケア移行支援研究所起業。

病院看護師等を対象にした退院支援研修、地域の医療介護連携事業での研修等を中心に活動。

公的活動として、京都大学医学部人間健康科学学科非常勤講師・聖路加国際医療大学臨床教授。

利益相反：なし

シンポジウム40【プログラム委員企画】

栄養・リハビリ・口腔ケアの一体的取り組みを進めるために
～食と栄養の専門家、管理栄養士はどこにいる？～

SY40

【セッション概要】

在宅医療における多職種連携、特に栄養・リハビリ・口腔ケアの一体的取り組みは、病院と比べて在宅での実践が難しい理由や、特に管理栄養士の在宅参入が少ない。また、都道府県栄養士会が設置する栄養ケア・ステーションの活用が進んでいない現状も指摘されており、連携の障壁などの現状の課題とその改善策について論じていただき、早急な解決に繋がたい。各演者に各々の病院・施設からの管理栄養士の在宅参入に向けての工夫や課題を論じていただく。その後の総合討論では一体的栄養ケア・口腔ケア・リハを実践させるための具体的な方法や連携の障壁などの現状の課題とその改善策についてお話しいただき、早急に解決できる手法を得たい。

座長：田中 弥生 タナカ ヤヨイ
関東学院大学

【座長略歴】

【学歴】

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修了 博士（スポーツ医学）

【職歴】

昭和56年 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 医療法人新都市医療研究会「君津会」南大和病院栄養科科长
平成21年 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 駒沢女子大学 人間健康学部健康栄養学科 教授
平成30年 関東学院大学 栄養学部管理栄養学科 教授 入職
令和2年 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6年4月 関東学院大学 栄養学部管理栄養学科 学部長
令和6年9月 関東学院大学 認定栄養ケア・ステーション 代表

【社会活動】

平成8年～平成20年 全国在宅訪問栄養食事指導研究会（現（一社）日本在宅栄養管理学会） 発足初代会長
平成24年～ （一社）日本在宅栄養管理学会 理事 学術・研究委員会 委員長
平成26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

座長：丸山 道生 マルヤマ ミチオ
田無病院

【座長略歴】

職歴： 1980年 東京医科歯科大学第一外科入局
1983年 東京都立駒込病院病理科・外科医員
1990年 カリフォルニア大学サンディエゴ校外科研究員
1993年 東京都立大久保病院外科医長
2004年 東京都職員共済組合青山病院外科部長
2005年 東京都保健医療公社大久保病院外科部長
2014年 現職、田無病院院長

SY40-1

摂食嚥下障害による栄養治療を支える京都の地域連携・異業種連携 ～京都の管理栄養士はここにいる～

荒金 英樹 アラガネ ヒデキ
愛生会山科病院 外科

摂食嚥下障害という医学的な課題に対して医学研究やその知見に基づく実践の重要性は指摘するまでもないが、「食」という生活の一部と言う側面を考えると病院といった医療現場だけではなく、生活を支える地域の仕組みづくりも重要である。なかでも管理栄養士はその仕組みを動かす重要な役回りを京都では担っていただいている。その活動を紹介し、本学会での多職種連携委員会食支援部門の活動の一端を紹介する。

京都府では地域の医療や介護の多職種が連携して食支援をする仕組みが整備されてきた。2008年に立ち上げられた京都府歯科医師会が運営する「京都府口腔サポートセンター事業」は、食を支える多職種連携の基盤となった。2010年には京都府医師会が中心となり地域のさまざまな職能団体が参加する地域ケア委員会で京滋摂食嚥下を考える会が提唱する「嚥下食統一基準」と「摂食・嚥下共通連絡票」が承認され、地域で食に関する連携が大きく発展した。加えて「訪問管理栄養士」の活躍を支援する環境も整備され、地域で食を支える中心的な役割を果たしている。2022年に厚生労働省より発表された都道府県別の管理栄養士による居宅療養管理指導の算定事業所数は人口比で他府県をおさえ出した数となった。

こうした医療介護の環境を背景に京都の伝統食産業との異業種連携に取り組みながら新たな医療産業連携のモデル構築に取り組んでいる。

一方で本学会の多職種連携委員会食支援部門では前述の居宅療養管理指導の算定事業所数で下位グループに属しながらも管理栄養士以外の職種による食支援が活発な香川県の調査を開始した。管理栄養士の養成校不足による、管理栄養士の絶対数が少ない現状がわかり、その中でどのような活動ができるかを香川県栄養士会と検討が始まっている。その現状も合わせて報告する。

【演者略歴】

平成 4年 3月（1992）	京都府立医科大学卒業
平成 4年 4月（1992）	京都府立医科大学 第一外科
平成 5年 4月（1993）	済生会京都府病院 外科
平成 8年 4月（1996）	京都府立医科大学 消化器外科
平成12年 4月（2000）	一般社団法人愛生会山科病院 外科医長
平成16年 4月（2004）	一般社団法人愛生会山科病院 消化器外科部長
平成22年 1月（2010）	京滋摂食嚥下を考える会 代表世話人
令和元年 7月（2019）	京介食推進協議会会長

利益相反：なし

SY40-2

歯科診療所における管理栄養士の雇用と在宅医療への活用 —居宅療養管理指導を通じた「食支援」の可能性—

猪原 健 イノハラ ケン

猪原「食べる」総合歯科医療クリニック

近年、歯科診療所において管理栄養士を雇用する動きが広がりつつある。歯科医療は「食べる」ことの支援が本質的な役割であり、その意味で「食べる物」の専門職である管理栄養士との親和性は極めて高いといえる。しかし現行制度上、管理栄養士は医師による指示のもとでのみ医療職としての活動が認められており、歯科医師の指示で管理栄養士が医療行為を行うことはできない。このため多くの歯科診療所では、管理栄養士を医療職としてではなく、食育支援（離乳食教室など）スタッフや、歯科助手的な役割で雇用し、院内の事務・受付や患者対応を担ってもらっているのが現状である。

一方で、在宅医療の現場においては、介護保険制度により「居宅療養管理指導」の算定を歯科診療所から行うことが可能である。管理栄養士居宅療養管理指導は、医科・歯科の区別なく、みなし居宅療養管理指導事業所である診療所（歯科を含む）から算定できる仕組みとなっている。実際に当院では、主治医により発行された栄養指導箋をもとに、非常勤の管理栄養士が在宅療養者宅を訪問し、居宅療養管理指導を実施している。これは歯科診療所に所属する管理栄養士が、その専門性を発揮し、在宅医療に貢献できる実践的なモデルである。

今後、歯科診療所における管理栄養士の雇用は、単なる歯科助手的業務にとどまらず、本来の専門性である「食支援」へと活動の場を広げていくことが重要と考える。そのためには、歯科医師自身が在宅高齢者への食支援の意義を再認識し、管理栄養士の専門性を活かす運用体制を整備する必要がある。これにより、地域における管理栄養士の活躍の場が拡大し、医療・介護連携の一層の推進が期待される。

【演者略歴】

2005年 東京医科歯科大学歯学部 卒業

2009年 東京医科歯科大学大学院 顎顔面補綴学分野 修了（歯学博士）

2010年 日本大学歯学部 摂食機能療法学講座 非常勤医員

2010-11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 猪原歯科医院 副院長

2015年 脳神経センター大田記念病院 歯科非常勤医（兼任）

2020年 （医）敬崇会 猪原「食べる」総合歯科医療クリニック 理事長

2021年 グロービス経営大学院 修了（MBA 経営学修士）

利益相反：なし

SY40-3

管理栄養士の病棟配置が完了した平均在院日数11日の高度急性期総合病院で行う在宅訪問栄養食事指導の取り組み

清水 陽平 シミズ ヨウヘイ

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス海老名総合病院

私は今、神奈川県の中核に位置する海老名総合病院に勤務しています。当院の入院患者の特徴として、全体の78.8%が65歳以上を占め、そのうちの70%以上が75歳以上の後期高齢者が占めています。また、入院患者の6割が緊急入院であり、その平均年齢は80歳代です。予定入院の患者であっても平均年齢が70歳代になります。このように、神奈川県内でも数少ない人口増加を認める海老名市に位置する当院であっても、入院患者の高齢化は現実のものとなっています。こうした入院患者の高齢化に対しては、私たち管理栄養士を含めた専門職が入院早期に介入することにより、入院が引き起こすADLの低下や低栄養の遷延、そして在院日数の長期化を回避することが期待されています。ところが、一歩治療を終えて自宅に戻ると、昨日まで関わっていた専門職が散り散りとなり継続した支援が分断されることが決して珍しいことではありません。ことさら管理栄養士においては、その算定実績からもわかるように、在宅訪問栄養指導の担い手が少ないことなどの理由から、自宅での継続した栄養ケアを十分提供できない現実があります。こうした現状を打破するために、エビデンスに基づいた政策提言により診療報酬や介護報酬の改定が進み、我々管理栄養士にとっては大きな転換点を迎えています。

本シンポジウムのテーマである「管理栄養士はどこにいる？」問題の解決にむけて、高度急性期病院に勤務する管理栄養士が果たす役割は極めて大きいと考えています。当院での取り組みが、病院に勤める管理栄養士の行動変容につながり、病院の外側で栄養ケアを必要とする全ての方へ支援が行き届く世界の実現にむけた機会となれば幸いです。

【演者略歴】

2000年 3月 東京農業大学農学部栄養学科栄養学専攻卒業
2000年 5月 独立行政法人国立国際医療研究センター栄養管理室
2001年11月 独立行政法人国立病院機構 東長野病院 栄養管理室
2003年 4月 独立行政法人国立病院機構 災害医療センター 栄養管理室
2005年 4月 国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 栄養科
2007年 5月 社会医療法人 JMA 海老名総合病院 栄養科
2013年 2月 社会医療法人 JMA 海老名メディカルプラザ 栄養科
2024年 3月 社会医療法人 JMA 海老名総合病院 栄養科

利益相反：なし

SY40-4

管理栄養士の引継ぎ問題と地域コーディネーターの必要性

高橋 瑞穂 タカハシ ミズホ
医療法人社団 創成会 土屋医院

在宅訪問管理栄養士として活動する中で、管理栄養士の引継ぎ先を探すことに何度も直面した。活動開始時は、在宅医療を行う医療機関では管理栄養士の常勤雇用がなく、私は非常勤で複数の医療機関に所属していた。しかし、それだけでは生活が成り立たず、個人事業主として事業を持ちつつ、在宅訪問管理栄養士を続けていた。

業務過多に伴い、担当患者を引き継ぐ必要性が生じた時、「どこを探せばよいのかわからない」という課題に直面した。知人や東京都栄養士会の栄養ケアステーション、認定栄養ケアステーションなど複数問い合わせたが、「訪問エリア外」「当院の患者のみ対応」「他の業務があり対応不可」など様々な理由で調整が難航した。

手詰まりとなり、最後の望みを託し、患者の所在地からやや離れたエリアの認定栄養ケアステーションに連絡したところ、代表者が快く引継ぎ先の探索を引き受けてくれた。この結果、ようやく引継ぎ先がみつかり、患者のケアが途切れることなく継続できた。

近年、栄養ケアステーション制度が整備され、認定施設が増加しているが、患者と管理栄養士を効果的に繋ぐ仕組みには課題が残る。東京都栄養士会栄養ケア・ステーションにはコーディネーターがいるものの、地域ごとの対応は困難であり、地域ごとに管理栄養士がコーディネーター役を担う体制が必要である。体制を構築するには、地域の事情を含めた医療・介護課題の把握と既存制度の活用が求められ、新たな支援体制をどのように機能させていくかを検討する必要がある、時間を要することは想像に難くない。

その間、サービスが行き届かない患者と管理栄養士を繋ぐため、オンラインプラットフォームの作成を進めている。介護を担う世代のスマートフォンの普及を踏まえ、ホームページやSNSを活用する。患者のニーズを収集しながら、全国の管理栄養士とも繋がり、全国どこにいても可能な、円滑な支援体制の構築を目指す。

【演者略歴】

2005年、京都府立大学人間環境学部食保健学科卒業

2006年、日清医療食品株式会社近畿支店入社

2007年、滋賀県健康づくり財団入職

2008年、医療法人社団恵仁会なぎ辻病院入職

2015年、ミドリ薬局駅前店入社

2017年、個人事業主開業（在宅訪問栄養管理やデイサービスでの栄養スクリーニング・栄養改善加算業務、訪問看護ステーションでの栄養アドバイザー、介護予防教室の講師など）

2016年、在宅訪問管理栄養士取得

2020年、在宅栄養専門管理栄養士取得

利益相反：なし

SY40-5

歯科訪問診療における嚥下リハビリと管理栄養士の継続的関与に向けた課題

渡辺 泉 ワタナベ イズミ

猪原〔食べる〕総合歯科医療クリニック

歯科訪問診療において嚥下リハビリテーションは、誤嚥性肺炎の予防や栄養状態の改善、生活の質（QOL）の向上において重要な役割を果たしている。中でも、言語聴覚士（ST）は嚥下機能の評価と訓練を担い、管理栄養士（RD）は栄養管理や食形態の調整を担当する。両者が連携することで、嚥下機能と栄養状態の両面から包括的な支援が可能となり、より効果的な介入が期待できる。

しかしながら、当院の現状では、管理栄養士の関与は単発にとどまり、継続的な介入が難しいケースが多い。その要因として、介入の必要性が短期間で判断されてしまいやすいことや、制度上の制約、訪問チームとの連携体制の不備が挙げられる。また、本人や家族の栄養に対する理解が不十分である場合や、家族の協力体制が整っていない場合も、継続的な関与を難しくする要因となっている。

現在の制度では、訪問栄養指導の算定は1回30分、月2回までと制限されており、嚥下障害を持つ利用者に対する十分な支援を行うには時間的・頻度的に不十分である。加えて、事業所としても管理栄養士を常勤で雇用することは採算面で難しい。また経験の浅い若手の管理栄養士が一人のみ雇用されている場合では、多様なケースに対応することも容易ではない。

これらの課題を踏まえ、制度の見直しや訪問チーム内での役割分担の明確化が求められる。特に、言語聴覚士が嚥下機能の評価や食形態の指示を行い、管理栄養士が具体的な調理方法や栄養指導を担うことで、より実践的かつ継続的な支援が可能となると考えられる。また、チーム内での情報共有を強化し、定期的なカンファレンスの実施や職種間の連携を深めることも重要である。

今後は、管理栄養士の継続的な関与を促すための制度的・運用的課題を整理し、嚥下障害を持つ利用者に対する支援体制の充実を図る必要がある。

【演者略歴】

2000年 広島県立保健福祉短期大学 言語聴覚療法学科 卒業

2000年 医療法人社団八千代会 八千代病院 入職

2005年 社会医療法人陽生会 寺岡記念病院 入職

2008年 かわもとクリニック 入職

2012年 医療法人社団敬崇会 猪原歯科・リハビリテーション科（現・猪原〔食べる〕総合歯科医療クリニック）入職

2019年 「訪問看護ステーションとまと」 出向

2023年 医療法人社団敬崇会 猪原〔食べる〕総合歯科医療クリニック 復職

利益相反：なし

SY40-6

ケアマネジャーから見た管理栄養士の存在とは？

臼井 啓子 ウスイ ケイコ
合同会社 オフィスK

病院の中には必ず管理栄養士がいて、患者の食事の栄養管理をされていることは、あえて聞かなくても何となく皆知っている。しかし、在宅生活の栄養管理となると？いや、そもそも日々の食事に「管理」はいるのか？

要介護者のケアプランを立てるにあたって、「管理栄養士」の存在を意識することは、ほぼない。日々の食事をどうするか？は当然ながら考える。しかし、考えるのはお弁当にするのか、ヘルパーさんに作ってもらうのか、通所系サービスで賄うのか、という「手段」であり、その内容を考えることはまれである。

なかなか食べない人や、疾患で食べられないものがある利用者に関しては、訪問看護を入れて、医師、看護師と相談する、が第一選択のケアマネが多いように思う。

一度、病院から管理栄養士の訪問が必要と、繋いでもらってから退院となったケースで、訪問管理栄養士さんの力量に驚かされた経験がある。そんな私ですら、ケアプランにおいて管理栄養士さんを位置づけることはほとんどない。その理由をお伝えしながら、在宅においての管理栄養士さんの「活用」がどうすれば広がるのかについて、皆さまと考えたい。

【演者略歴】

看護学校卒業後、総合病院に勤務。その後診療所からの訪問看護や保健所の訪問看護に従事、訪問看護ステーションの立ち上げも経験。

介護支援専門員資格を取得後、2003年より居宅介護支援事業所に介護支援専門員として勤務。

2014年に起業し、社長、訪問看護師、介護支援専門員の3足のわらじの日々。

【主な資格】看護師、主任介護支援専門員

【公職その他】大阪介護支援専門員協会堺区支部 理事

日本在宅医療連合学会 評議員

利益相反：なし

シンポジウム41【プログラム委員企画】

在宅ACPの違和感—そもそも本人は「玉手箱（価値観）」の蓋を医療・ケアチームに開けるのか？

SY41

【セッション概要】

「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（厚労省 改訂 平成30年6月）でACPの必要性が明示され、令和6年の診療報酬改定では算定要件にACPが必要となっている部分もあり、国はACPの普及啓発に力を注いでいる。多数の方々が様々な努力をしてくださっているが、なかなか国民に広がりを見せない。

そもそも、

- 1) 人は、医療・ケアチームに本人の玉手箱（本人の思い、本人の価値観）の蓋を開けるのか？
- 2) 医療・ケアチームに誘導されていないか？
- 3) ACPは医療・ケアチームの都合がよくなるために行われていないか？
- 4) そもそも「本人の思い」ってあるの？
- 5) でもやっぱり本人の思い・価値観を聞いておくのって大切だよね？

など、ACP推進に尽力する人々は「違和感」を感じながら進めているとも聞き及ぶ。

そもそも人は、医療・ケアチームに玉手箱の蓋を開けるのか？を登壇者の皆さんと討議したいと思います。

座長：土屋 知洋 ツチヤ チヒロ
ちひろ内科クリニック

【座長略歴】

昭和62年 琉球大学医学部医学科卒業
昭和62年 長崎大学第二内科入局。長崎大学病院をはじめ、関連病院で研修
平成元年 長崎大学大学院医学研究科入学
平成5年 長崎大学大学院医学研究科 博士号取得
平成5年 長崎百合野病院 内科医長
平成12年 ちひろ内科クリニック 開業 現職
長崎市医師会理事
長崎在宅Dr.ネット理事
医学博士
日本在宅医療連合学会評議員
日本消化器病学会認定専門医
日本消化器内視鏡学会専門医
日本医師会産業医
日本内科学会認定内科医
E-FIELDファシリテーター
もしばなマイスター
Pooマスター
エンドオブライフ・ケア協会ファシリテーター
日本聞き書き学会会員

座長：櫻井 隆 サクライ タカシ
さくらいクリニック

【座長略歴】

1981年 群馬大医学部卒
1992年 さくらいクリニック

SY41-1

本人不在のACPを支える ― 魂となる語りとその継承

高山 義浩 タカヤマ ヨシヒロ
沖縄県立中部病院

医療現場におけるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）においては、本人が意思表示できない状況から始まらざるを得ない場面も多い。

そうした中では、家族だけでなく、日頃の生活に関わる多様な支援者の記憶を集めることが鍵となる。しかし、病院のカンファレンスにおいては、「本人が語る姿を誰も知らない」という状況も少なくなく、介護者によって「最初から寝たきりだった」と報告されるケースさえある。

ACPに必要な情報とは、ある時点で一度に得られるものではない。むしろ、日常の中で少しずつ紡がれ、継承されていく「語り」である。それは家族が聞き取るだけでなく、医療や介護スタッフとの何気ない世間話のなかにもある。

そうした語りの記憶は、語られる人によって異なる側面を持ち、ときに矛盾することもある。しかし、それらはすべて本人の多様性と語られる人との関係性によるものであり、「どれが本当か」を問うのではなく、それぞれの立場で「語り」が引き継がれていることに注目すべきである。

人が老いて語れなくなっても、あるいは亡くなったとしても、記憶のなかで本人は生き続けている。成長しながら輝きを増すことすらある。辛く悲しいことを忘却し、その人らしくないことを捨象することもある。そして、その隙間を埋めるように「魂」が宿り、物語が続いていくことを私たちは体験する。

本人が意思表示できない状況におけるACPとは、記憶に生き続ける「その人らしさ」を呼び覚ますことが求められている。そのためにも、多様な関係者が本人の「語り」に耳を傾け、「魂」として継承していけるかが問われているのだと思う。

本シンポジウムでは、語りの断絶をいかに防ぎ、どのように情報を意思決定に活かすかを参加者と共に考えたい。

【演者略歴】

地域医療から国際保健、臨床から行政まで、まとまりなく活動。行政では、厚生労働省においてパンデミックに対応する医療体制の構築に取り組んだほか、少子高齢社会に対応する地域医療構想の策定支援などに従事してきた。臨床では、感染症を一応の専門としており、地域では、在宅医として地域包括ケアの連携推進にも取り組んでいる。著書に『アジアスケッチ 目撃される文明・宗教・民族』（白馬社、2001年）、『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：なし

SY41-2

どうすれば本人の価値観を引き出すようなACPの進め方ができるか

満岡 聡 ミツオカ サトル

医療法人満岡内科クリニック

在宅医療の対象は、大きく以下の3パターンに分けられる。1.元々外来で診療をしてきた方、2.病院でずっと医療を受けてきたが癌末期などで積極的な治療の適応がなく自宅での加療を希望される方、3.認知症やフレイル等で自宅での療養が困難になり施設入所をされ、施設在宅を受ける方等である。我々は訪問診療を開始する際、必ず本人、ご家族等と医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャーと初回のACPを行ない本人の価値観や選好について聞き取りをしている。

1の方々は、長いお付き合いの中でその方の性格や価値観を知ることができるので、概ね問題なく、本人の意向を共有できる。

2の末期癌等の方については、可能な限り退院時カンファレンスを開いていただいて、初回のACPとするが、病院においては病気を診てもその人の価値観や生き方の選好について聞き取りをせず、治療の開始時にどこを治療のゴールとするかを共有できていないことが多く、自宅に帰ってからの本人の希望を叶えようにも全身状態が悪く症状緩和しできないことがしばしばある。まだADLに余力があるうちに本人にとって最善を考える話し合いができるよう緩和ケアにおけるコミュニケーションスキルの普及が必要と考える。

3の施設在宅に関しては、入所後可能な限り早く本人とご家族等とケアチームで話し合いをするが、認知症等のため自活が困難なために施設に入所される方が多く、そうしたケースでは本人の価値観、意向の聞き取りが困難で、本人の療養の場所の確保が優先され、家族の意向、施設の都合で療養内容が決められることが多いが、ACPにおいて重要とされる本人にとっての最善を考え、可能な限り家族や関係者からの情報を得た上で、ケアチームとして不快な症状なく、穏やかに過ごせるよう支援している。1.2.3いずれのケースにしても如何に価値観を引き出すようなコミュニケーションができるかを考えたい。

【演者略歴】

1986年産業医科大学卒業。1992年長崎大学大学院医学研究科修了。

2000年、満岡内科消化器科医院（現医療法人満岡内科クリニック）開業。2010年に在宅医療介護福祉の多職種ネットワーク、在宅ネット・さがを創立し、は2013年にJPAP オレンジサークルアワードのBest education model of the Year 賞、2017年には地域再生大賞優秀賞を受賞したが2018年以降は活動を休止中。2017年より公益財団法人日本尊厳死協会本部学術研修担当理事としてACPを踏まえたリビング・ウィルの改訂を進め、協会は2022年11月に改訂版リビング・ウィルを発表した。

利益相反：なし

SY41-3

在宅医療におけるACPの実践と課題

五味 一英 ゴミ カズヒデ

桜新町アーバンクリニック

在宅医療の現場では、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の重要性が広く認識されつつある。しかし実際のところ、本人の価値観が自然に語られるとは限らない。

訪問診療での関わりは数ヶ月から数年、外来から継続していても10年や20年といったところである。人生100年時代と言われるなかで、在宅医療が占める時間は人生のごく一部に過ぎない。在宅医は生活の視点をもつ医療の専門家ではあるが、その人の人生そのものを知っているわけではない。

価値観とは、これまでの人生経験や信念が積み重なって形成されたものであり、簡単に言語化できるものではない。無理に引き出そうとすれば、負担や抵抗を招くおそれもある。ゆえに、本人が安心して語れる環境を整えることが第一歩となる。多職種の関わりの中で、それぞれが日常の中で触れた「価値観のかけら」を丁寧に拾い集めることが、ACPの実践において重要である。また、本人が言葉にできない状況では、家族や周囲の人の声に耳を傾け、「想いを繋ぐ」姿勢が求められる。

当院では、行政と連携し、区民向けの在宅療養・ACPガイドブック『LIFE これからのこと』の作成に携わった。価値観のかけらを記録できる工夫を盛り込み、地域での普及啓発に取り組んでいる。また、多職種の医療・介護従事者が集まり、それぞれが感じた「かけら」の意味を共有する“ガヤガヤ会議”も開催し、想いを繋ぐ担い手としての視点を育む場としている。

ACPは、単なる意思決定支援ではなく、その人らしさをともに見出し、支えていく過程である。玉手箱の蓋が自然と開かれるような関係性をいかに築いていくか。在宅医療の現場から、今後も問い続けていきたい。

【演者略歴】

2007年 昭和大学医学部卒業

2007年-2009年 国立病院機構東京医療センター初期研修医

2009年-2014年 国立病院機構東京医療センター総合内科専修医

2014年 医療法人社団プラタナス桜新町アーバンクリニック

2021年 同院在宅医療部長

日本在宅医療連合学会 在宅医療専門医・指導医

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・認定指導医

日本専門医機構 総合診療専門医研修特任指導医

日本緩和医療学会緩和医療専門医

利益相反：なし

SY41-4

在宅ACPの違和感—そもそも本人は「玉手箱（価値観）」の蓋を医療・ケアチームに開けるのか？

平野 頼子 ヒラノ ヨリコ

訪問看護ステーションはな

そもそも私たち医療者は、自分の価値観で対象者を評価しているのでは？と今回のテーマに違和感を持った。私が関わっている在宅での対象者（事例）では、在宅医療・介護が必要になったその人の早い時期（段階）から、ACPを念頭に置いてケアに取り組んでいる。

その実践を通して、高齢者であっても、認知機能が低下している人であっても自分の意思（意向）を表明することは可能であると実感している。つまり「在宅ACP」は病気や老いと向き合ったときから、人生の最期まで、どんな暮らし、どのような療養（医療・ケア）を望むのか、本人の人生観、価値観、意向を尊重し、将来に向けての希望が叶えられるようにcareしていくプロセスと理解し、その人の人生に寄り添いながら、関わる人たちと共に進めていくことができるのが「在宅ACP」の大きなメリットであると考えている。

平成30年6月に厚労省より示された「認知症の人の日常生活・社会生活に関する意思決定支援ガイドライン」の策定に編集者として関わった稲葉一人氏は、その中で「意思を形成する支援」「意思を表明する支援」「意思を実現する支援」が、意思決定支援に関わる支援者に求められると述べている。一般の人たちにとって、「人生最終段階における医療・ケアの意思決定」という文言は、暮らしの中ではとても馴染みにくい言葉であり、国の方針に沿ってそれを進めていかなければならない専門職にとっても、戸惑いがあるのではないだろうか。本人が無理なく、自然に玉手箱の蓋を開けてくれるような日頃の関りを大切にしたいと思う。

【演者略歴】

「1972年 福岡赤十字看護専門学校卒業」

「1972年～福岡赤十字病院、浜の町病院他勤務」

「1996年～2005年 福岡市医師会訪問看護ステーション、ケアプランセンター勤務」

「2006年4月 NPO法人緩和ケア支援センターコミュニティ設立 理事長に就任」

「現在運営している事業 訪問看護ステーションはな、ケアプランセンターはな
看護小規模多機能型居宅介護三丁目の花や」

利益相反：なし

SY41-5

誰のための、何のためのACPなのか？

山岸 暁美 ヤマギシ アケミ
コミュニティヘルス研究機構 / 慶應義塾大学医学部

国内では、特に行政主導で、Advance Care Planning（以下ACP）の推進が図られている。一方、諸外国においては、これまでACPを推進してきた臨床家や研究者から、ACPは期待した効果を上げられていないとの批判も増え、また我が国においても、本来、ACPが目指すところではない介入や事象が一部生じている。例えば、新規の入院患者や入居者に、何の信頼関係の構築もなしに、心肺蘇生や胃ろう造設等、特定の医療処置の選択をとりあえず聴取するといったことである。これは、ACPでもなければ、意思決定支援でもない。

いったい、誰のための、何のためACPなのだろうか？

ご本人の意向をど真ん中に医療やケアをデザインしていくために、そのプロセスで必要な支援の一つとして意思決定支援があり、その手段のひとつとしてACPがある。我々は、しばしば「手段の目的化」をしがちだが、まさに今ACP自体が目的になってしまっていないだろうか？「ACP」は、決して目的ではない。

そもそも、ご本人の心の準備なしには、もしものときのこと、この先のことは考えられない。普段の医療やケアの中で、ご本人の「今」に対応しながら、「少し先」のことを見立て、その方の心の準備状態や環境にも配慮しながら、適切なタイミングで、適切な情報を提供しつつ、ご本人の意向や最善をど真ん中に、ご家族とも相談しながら、共に、ご本人の思いや望む生活を支えるための医療やケアをデザインする。この個別性の高い、一足飛びにはいかない、このプロセスこそがACPであり、このプロセスをとってこそ、ACPがご本人の意向を医療やケアに反映するための手段として機能するのではないだろうか？例え、ご本人の意思決定する力が低下していたとしても、意向を表明することが難しい状態でも、なおもその意向を酌み取ろう、反映させようとする姿勢や取り組みを通して、真の支援となると考える。

【演者略歴】

日赤医療センター勤務後、渡豪し小児病院／総合病院に勤務。帰国後、2000年～訪問看護に従事。07年～厚労省戦略研究緩和ケア普及のための地域介入研究OPTIM-Studyプロジェクトマネジャー / 東京大学医学部客員研究員09年～厚労省入省、在宅医療専門官として、診療報酬・介護報酬同時改定、東日本大震災対応、医療計画指針策定、在宅医療連携拠点事業などに携わる。16年8月～現職＋訪問看護：週1～2回／週。

DC-CAT（Disaster community- Care Assistance team）代表、内閣府デジタル田園健康特区（長野県茅野市）アドバイザー、2021～2025年度厚労省在宅医療提供機関のBCP策定専門家委員会委員長 / 2020～2024年度～厚労省医政局事業E-Field HOME研修タスクフォース長等、政策と研究と現場を繋ぐタスクを多数務める。

利益相反：なし

シンポジウム42【一般公募企画】

都市/へき地離島の“緩和ケアギャップ”を埋める！
～何処でも最期まで良き生きるを支える～

SY42

【セッション概要】

世界保健機構（WHO）からも「Integrating Palliative care and Symptom relief into Primary health care」が提言されており、先進国を中心に専門的緩和ケアへのアクセスや医療・福祉従事者のプライマリ緩和ケアの教育の不備、ドラッグロスの問題が提起されている。本邦は皆保険制度や介護保険制度により他国に比べると医療・介護が整備されているものの、都市部・僻地離島それぞれに固有の課題を抱えている。

都市部においては、東京都内でさえも人口密集地域でありながら緩和ケアへのアクセスが限られる地域が存在する。世田谷区（94万人）、調布市（23万人）、狛江市（8万人）は人口過密地域であるが、これまで緩和ケア病棟は一床もなかった。この地域における緩和ケア病棟の新設は地域連携の構築プロセス、ひいては都市部における緩和ケアアウトリーチの実践、そして在宅緩和ケアとの協働によって新たな生き方の提案が可能になっていく。一方、離島では医療資源の絶対的不足や地理的制約のなかで、在宅療養支援診療所や支援病院の持続可能な運営モデルの構築や、広域での支援体制の確立が求められている。

本セッションでは、先進的な取り組みを行う4名の実践者から、それぞれの現場における挑戦を共有いただく。人口過密地域における緩和ケア病棟新設の取り組み（村瀬樹太郎）、病院医師が在宅緩和ケアにアウトリーチするwin-win-winな理由（廣橋猛）、離島で“Hospital/Hospice at Home”を実装している徳之島のお話～モデル化に向けた研究の構想（田上恵太）、離島における在宅緩和ケアの現状と持続可能な診療支援体制の模索（徳田英弘）について提言を行う。これらの経験から、地域特性に応じた緩和ケア提供体制の構築に向けた示唆を得るとともに、今後の課題について検討したい。

座長：土橋 映仁^{1,2,3,4} ドバシ アキト

¹医療法人社団悠翔会 悠翔会在宅クリニック北千住

²公益財団法人がん研究会 がん研究所 分子標的病理プロジェクト

³公益財団法人がん研究会 有明病院 臨床遺伝医療部

⁴公益財団法人がん研究会 有明病院 臨床病理センター 病理部

【座長略歴】

2006年 東京慈恵会医科大学卒業、同附属第三病院初期研修

2009年 同内科学講座総合診療部 助教

2010年 静岡県立静岡がんセンター緩和医療科レジデント

2011年 公益財団法人がん研究会がん研究所分子標的病理プロジェクト

2014年 悠翔会在宅クリニック川口

2016年 東京慈恵会医科大学大学院博士課程修了

2021年 公益財団法人がん研究会 有明病院臨床遺伝医療部・病理部

2025年 悠翔会在宅クリニック北千住

血液専門医・臨床遺伝専門医として遺伝診療に従事。日本在宅医療連合学会認定専門医・指導医として、早期からのがんや稀少疾患の自宅療養環境の整備、緩和医療に取り組む。

座長：土屋 菜歩 ツチヤ ナホ

やまと在宅診療所栗原

【座長略歴】

2002年 山形大学医学部附属病院麻酔科研修医
2004年 山形大学大学院公衆衛生学講座 助手
2006年 長崎大学病院熱研内科 医員
2008年 長崎大学熱帯医学研究所 COE 研究員
2009年 長崎大学大学院医学系研究科 博士課程修了
2013年 ロンドン大学衛生熱帯医学校 疫学修士課程修了
2013年 東北大学東北メディカル・メガバンク機構 助教
2018年 東北大学東北メディカル・メガバンク機構 講師
2020年 東北大学東北メディカル・メガバンク機構 准教授
2020年 医療法人社団やまと やまと在宅診療所登米
2021年 医療法人社団やまと やまと在宅診療所栗原 院長

SY42-1

人口過密地域における緩和ケア病棟新設の取り組み

村瀬 樹太郎 ムラセ ジュタロウ

東京慈恵会医科大学附属第三病院

都市部の人口過密地域にもかかわらず、専門的な緩和ケアを受ける場がない——。私たちが医療を届けてきた世田谷区・調布市・狛江市では、計125万人の住民が暮らしながら、一床の緩和ケア病棟も存在しない状況が長年続いてきた。地域で緩和ケアを必要とする患者とその家族は、地元を離れて遠方の緩和ケア病棟に転院するか、十分な緩和ケアを受けられない施設や病院を選ばざるを得なかった。私たちはこの現実を変えるべく、2026年1月、当院の全面改築にあわせて緩和ケア病棟を新設する。大学病院としての専門性を活かし、積極的治療から緩和ケアまで切れ目なく支える体制を整え、地域の「最期まで自分らしく生きる」を支えていきたい。本発表では、病棟新設に至るまでの地域医療連携の歩みと、未来への展望を共有する。

【演者略歴】

2008年 東京慈恵会医科大学附属第三病院 初期研修

2011年 東京慈恵会医科大学附属第三病院 総合診療部 助教

2012年 川崎市立井田病院 緩和ケア内科

2015年 東京慈恵会医科大学附属第三病院 総合診療部 緩和ケアチーム専従医

日本内科学会 総合内科専門医、日本緩和医療学会 緩和医療専門医・指導医、日本臨床倫理学会 臨床倫理認定士

利益相反：なし

SY42-2

病院医師が在宅緩和ケアにアウトリーチするwin-win-winな理由

廣橋 猛^{1,2} ヒロハシ タケシ

¹永寿総合病院 がん診療支援・緩和ケアセンター

²医療法人社団博腎会 野中医院 在宅ケアセンター

永寿総合病院は東京の上野にあり、16床の緩和ケア病棟を有する地域中核病院である。周辺にある大学病院やがん専門病院などから、多くのがん患者を受け入れており、また非がん緩和ケアへの取り組みも開始している。6名の緩和ケア医が、緩和ケア外来・緩和ケア病棟・緩和ケアチームの勤務だけでなく、近隣の在宅療養支援診療所にアウトリーチという形で非常勤勤務している。これによりがん患者は「緩和ケア外来～在宅緩和ケア～緩和ケア病棟」とシームレスな緩和ケアを受けることができる。

本発表では、この病院緩和ケア医の行うアウトリーチが、①がん患者にとって、②病院や地域の診療所にとって、そして③医師個人にとって、それぞれメリットがあるwin-win-winな仕組みとなっていることを解説する。都会だけではなく、人材が限られている地方においても、地域全体の緩和ケアの質を高め、何より一番大切である「患者の安心」に役立つ取り組みであり、未来において他地域でも広がる可能性を論じたい。

【演者略歴】

2005年 東海大学医学部卒

東京大学医学部附属病院、三井記念病院などで内科研修後

2009年 亀田総合病院疼痛・緩和ケア科シニアレジデント

2011年 三井記念病院緩和ケア科医員

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）

2023年 甲状腺がん罹患

病院だけでなく、浅草にある野中医院で在宅医療にも携わる。

病院と在宅2つの場で切れ目ない緩和医療を実践する「二刀流」緩和ケア医。

自身の闘病体験も踏まえ、つらさを和らげる緩和ケアの存在を各メディアで広く発信している。

利益相反：あり

SY42-3

離島における在宅緩和ケアの現状と持続可能な診療支援体制の模索

徳田 英弘 トクダ ヒデヒロ

ファミリークリニックネリヤ

奄美大島は、東京23区より広い面積を有する世界自然遺産の島であり、「結（ゆい）」と呼ばれる地域共生の文化が今なお息づくコンパッション・コミュニティである。鹿児島、福岡、伊丹、羽田から航空便が運航しているが、医療資源は限られており、特に在宅緩和ケアの提供には地域全体の連携が不可欠である。ファミリークリニックネリヤは、脳神経内科・内科・小児科を標榜し、神経難病や在宅緩和ケアを中心とした訪問診療を行っている。併設の訪問看護ステーションにおいては、利用者の医療と介護の比率は2:1であり、多くは当院の在宅患者である。地域連携の取り組みとしては、大島郡医師会が在宅医療支援ネットワークの整備を進め、隔月で開催される群島内の学習会では医療と介護の枠を越えて「結」の力が高められている。名瀬徳洲会病院でも在宅ケア志向が強まり、鹿児島県立大島病院では緩和ケア研修会を開催し、地域の医師らもそれぞれの地域で自主的に学習会を主催するなど、ケアの質向上が図られている。このような中で、私自身が長期病欠（当初6か月の予定が約2年に及んだ）となった際には、島内外から多くの支援を受けた。鹿児島大学脳神経内科をはじめ、全国の在宅医に支援いただき、スタッフは現場で、私はオンラインで、支援医師をバックアップした。外来・訪問ともに診療減は2割程度に抑えられたが、交通費や宿泊費を含む支援体制の維持には課題も多かった。今後は、在宅医療研修プログラム・研修施設認定を含む研修受け入れ体制を強化し、短期・長期両面からの支援体制及び後継の確保が急務である。また、公設、民間を問わず個々の診療所が持続可能性や「終い方」のビジョンを持つことが重要であると考えられ、奄美大島内の医療過疎地域における後任医師確保の好事例に学び、プライマリ・ケアと在宅（緩和）ケアを地域医療の柱として育てていきたい。志ある方のご連絡を心よりお待ちしております。

【演者略歴】

1986年 鹿児島生協病院（研修医）

1994年 鹿児島大学医学部第三内科（現 神経病学講座 脳神経内科・老年病学）入局

2004年 医療法人親仁会米の山病院副院長

2006年 奄美市笠利国民健康保険診療所所長

2009年 ファミリークリニックネリヤ開設院長就任

2011年 医療法人ネリヤ設立理事長就任 現在に至る

神経内科専門医・指導医 プライマリ・ケア認定医・指導医 大島郡医師会介護保険担当理事 介護支援専門員等

利益相反：なし

SY42-4

離島で“Hospital/Hospice at Home”を実装している徳之島のお話 ～モデル化に向けた研究の構想

田上 恵太^{1,2,3,4,5} タガミ ケイタ
田畑 幸利³ タバタ ユリ
宮崎 のどか³ ミヤザキ ノドカ
田代 篤史³ タシロ アツシ
新納 直久³ ニイロ ナオヒサ

¹悠翔会くらしケアクリニック練馬

²東北大学大学院医学系研究科緩和医療学分野

³徳之島徳洲会病院緩和ケアチーム

⁴一般社団法人IPP研究会

⁵よしき往診クリニック/KISA2隊K2プロジェクト専門的緩和ケア部隊

老いでも、どんな疾患でも「住み慣れた地域/家/施設で最期まで“良く”生きたい」と願う気持ちは、都市に住む市民も離島やへき地に住む方々も変わらず持たれているはずです。しかし都市部では今後急激な高齢化が進むこと、地方都市や僻地・離島では人口と医療リソースが減少する社会問題が生じることは容易に想定されており、今まで行ってきた体制や連携では支えきれない地域（都市、僻地問わず）が出てくることも予想できます。さらには住まいの地域独自の問題を鑑みる必要があり、“日本中まとめて、まるっとこのシステムで”とすることは現実的ではありません。

2019年よりはじまった緩和ケアアウトリーチプロジェクトによって、徳之島においても専門家による月数日の実地診療およびスキルアップを目的とした勉強会の開催と、不在時にInformation and Communication Technology (ICT) を用いて遠隔でサポートできるようなスキームを構成できています。本プロジェクトの今後のビジョンとしては、他の離島や僻地においても“モデル”として活用して頂きたいと願っており、さらなるブラッシュアップなどのメンテナンス作業とあわせて、質的（患者・医療者への緩和ケア診療に関するクオリティに関する調査）・量的研究（公衆衛生的な調査）を組み合わせ、効果等を検証していくことを計画しています。

現在前者の検証開始を踏まえて、徳之島における緩和ケアに関して現地の患者/家族/遺族や医療者がどのような実感や感想を持ち、今後どのような展開や希望を持たれているかをヒヤリングなどを行っています。”モデル化を目指す”徳之島緩和ケアアウトリーチプロジェクトではどのようなことを行っているかを共有させて頂きつつ、今後のビジョン構築について会場から多くのご意見等を頂けると幸いです。

【演者略歴】

2008年 関西医科大学医学部医学科卒業

2008年～2012年 東北労災病院初期研修～腫瘍内科・緩和ケアチーム

2012年～2017年 国立がん研究センター東病院/中央病院緩和医療科
2017年～2023年 東北大学大学院医学系研究科緩和医療学分野 講師

2023年 やまと在宅診療所登米 8か月限定院長

2024年 悠翔会くらしケアクリニック練馬 院長

Integration of Primary care & Palliative care (IPP) in City & Rural area (C-IPP, R-IPP プロジェクト)：一般社団法人IPP研究会設立

利益相反：なし

シンポジウム43【精神ワーキンググループ企画】 在宅医療・介護の現場で働く支援者のこころのケア SY43

【セッション概要】

在宅医療が社会の重要なインフラとなり、対象となる疾患や状態が広がる中で、支援者の業務量と責任が増加し、心身のストレスが高まっていることが懸念されている。その一方で、在宅医療・介護に関わる支援者に対するメンタルヘルス支援が乏しい現状がある。

在宅医療に特有の心理的ストレスとして、①単独訪問時の患者の急変や突然死による高ストレス状態や心理的な傷つき体験、②密室環境下でのハラスメント遭遇のリスク、③専門職としての責務と負担からのバーンアウト（燃え尽き症候群）のリスク、④患者の希望、家族の期待、そして医療としてできることの限界の間での倫理的なジレンマなどが挙げられる。病院勤務とは異なり個別に訪問するため、チーム内でのコミュニケーションが希薄となり、孤立感が生じやすいという特徴もある。このような高ストレス環境での勤務でありながら、在宅医療・介護を提供する事業所は小規模な組織が多く、支援者のメンタルヘルスへの支援体制が不十分な事業所が多いと考えられる。実際、企画者らが2024年7月に日本在宅医療連合学会会員を対象に行なった予備調査では、労働安全衛生法に基づくストレスチェックを定期的に受けていると答えたのは半数以下であった。他の産業領域では、セルフケア教育や予防的なカウンセリングがメンタルヘルス支援に有効であるとされており、在宅医療の分野においても必要とされていると考えられる。

本シンポジウムでは、在宅医療・介護の現場で働く支援者のメンタルヘルスにフォーカスを当て、支援者が置かれている現状やハラスメントの実際、産業分野におけるオンラインカウンセリングの有効性やストレスマネジメント等に関する講演を行い、在宅医療分野における支援者のこころのケアのあり方についてディスカッションする。

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】

経歴

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脳神経医学専攻精神医学修了 博士（医学）

2013年 こころのホームクリニック世田谷 院長

認知症や精神疾患により通院が困難な方に対し、多職種による精神科アウトリーチを実践している。日本在宅医療連合学会精神ワーキンググループメンバー。

資格

日本精神神経学会精神科専門医、精神科専門医制度指導医、精神保健指定医、公認心理師

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

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

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

札幌市認定手話通訳奉仕員（1985-7）

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

多職種で支える一人暮らしの在宅ケア 南山堂

第一回日本在宅医療連合学会大会 大会長

第二回 手話によるスピーチコンテスト 優勝 朝日新聞厚生文化事業団

SY43-1

在宅医療・介護の現場で働く支援者のこころのケアの必要性

三木 明子 ミキ アキコ

関西医科大学

著者が実施した訪問看護師を対象とした調査を紹介する。1つめはコロナハラスメントの実態調査である。訪問看護師はさまざまな状況で暴力やハラスメントの被害を経験しており（20.2%）、その行為者は、利用者・家族、訪問先の地域の住民、同僚などであり、被害経験は有意に離職意向と関連していた。パンデミックの時期は、私生活でも暴力やハラスメントを経験しており、差別や偏見をなくすための対策も講じる必要があった。

2つめは管理者・看護師を対象とした全国調査である。管理者の被害経験は、利用者から大声で怒鳴られた52.4%、身体を触られた36.7%であり、暴力等による影響で退職を考えたのは5.6%であった。管理者の97.5%が事業所で暴力等の対策を行う必要があると回答したが、具体的にどうしたらいいかわからないが60.4%であった。管理者の認識は、暴力等がある利用者の思いや行動の意味をもっと理解すべきであるが87.2%、暴力等の行為を受ける職員自身にも問題があるが18.7%であった。これらの結果から管理者のスタッフに対する二次被害防止が重要となる。看護師の調査では、利用者・家族から暴力等を受けた場合、相談しない理由は、「相談しても解決しないと思うから」が最も多かった。「精神疾患の利用者だから、何が起こってもおかしくないと思っている」「認知症であった場合、ある程度の拒否、暴力は仕方ないと思う」といった声もあった。暴力等を受けて訪問に行きたくないと思ったのは73.4%と高く、仕事を辞めたいと思ったのは25.8%であった。実際に仕事を辞めた理由は、「行く自信がなくなったことと、怖くなった」「行きたくない心理が強くなった」「精神的に落ち込み、対応するのに心構えがいる」であった。発表では、暴力・ハラスメント被害事例を紹介し、在宅医療・介護の現場で働く支援者のこころのケアの必要性を問いたい。

【演者略歴】

1999年 東京大学大学院医学系研究科博士課程修了、博士（保健学）

日本在宅医療連合学会評議員、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メンバー、訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業検討会議委員（兵庫県）、福岡県在宅医療現場における利用者等からの暴力・ハラスメント対策部会委員

訪問看護師が利用者・家族から受ける暴力に関する調査事業委員長（全国訪問看護事業協会）、厚生労働科学特別研究事業看護職等が受ける暴力・ハラスメントに対する実態調査と対応策検討に向けた研究代表者、医療現場における暴力・ハラスメント対策教材製作編集委員会委員（厚労省）

利益相反：なし

SY43-2

産業分野におけるストレスマネジメントについて

中村 菜々子 ナカムラ ナナコ
中央大学

第14次労働災害防止計画の8つの重点施策の1つが「職場における心の健康対策（メンタルヘルスケア）」である。具体的には、1) メンタルヘルス対策に取り組む事業場の割合を80%以上、2) 労働者数50人未満の小規模事業場におけるストレスチェック実施率を50%以上、3) 自分の仕事や職業生活に関して強い不安、悩み・ストレスがあるとする労働者の割合を50%未満にすることが目標に挙げられている。令和4年の調査では、心の健康対策に取り組む事業場の割合は64.5%、取組内容では「ストレスチェックの実施」が最も多く（63.1%）、対策の中心となっていることがうかがえる。

メンタルヘルス対策では、ストレスチェック制度の活用や職場環境の改善を通じメンタルヘルス不調を未然に防止する「一次予防」、不調を早期に発見し適切に対応する「二次予防」、不調となった労働者の職場復帰を支援する「三次予防」の3段階による対策が重要とされている。これらの予防対策を効果的に推進するために、「4つのケア」すなわち、1) 労働者自身によるセルフケア、2) 管理監督者によるラインによるケア、3) 事業場内の産業保健スタッフ等によるケア、4) 事業場外資源を活用したケアを効果的に推進することが重要である。こうした予防対策を支援するセンターとして、産業保健総合支援センター（通称「さんぽセンター」）および地域産業保健センター（通称「地さんぽ」：労働者数50人未満の小規模事業場が対象）がある。

今後の課題として、小規模事業場への対策の浸透や、ストレスチェック後の具体的なフォロー体制の整備、職場復帰支援の体制構築が挙げられる。本発表では、これらの現状について紹介する。

【演者略歴】

2002年 早稲田大学大学院人間科学研究科博士課程満期退学
2002年 早稲田大学人間総合研究センター 助手
2004年 早稲田大学 博士（人間科学）
2004年 広島大学大学院教育学研究科附属心理臨床教育研究センター 助手
2005年 比治山大学 講師
2008年 兵庫教育大学 准教授
2019年 埼玉医科大学大学院医学研究科博士課程修了 博士（医学）
2019年 中央大学文学部心理学専攻 准教授
2020年 同教授

利益相反：なし

SY43-3

オンラインカウンセリングの有効性と在宅医療・介護現場への応用の可能性

松本 良平^{1,2,3} マツモト リョウヘイ

¹株式会社マイシェルパ

²京都府立医科大学大学院精神機能病態学

³医療法人ここから

在宅医療・介護の現場で働く支援者のメンタルヘルス課題に対し、オンラインカウンセリングは一つの実用的な支援手段となり得る。本発表では、精神科医が運営する法人によるオンラインメンタルヘルスサービス「マイシェルパ」の事例をもとに、支援者ケアへの応用可能性を検討する。「マイシェルパ」は、現在、法人所属の勤務者5万名以上を対象に臨床心理士・公認心理師によるカウンセリング環境を提供しており、月間利用率は約2%、初回利用後の主観的改善感の報告を得ている。一部対象者にはPHQ-9による評価も行っており、有意な改善結果も得られている。相談内容は職場のストレスや人間関係にとどまらず、孤立感やジレンマなど、在宅医療・介護に共通する課題も多い。特に、小規模事業所が多い在宅医療領域においては、管理職によるマネジメントやサポートだけに頼るのではなく、支援者一人ひとりがいつでも、どこでもセルフケアが可能な体制の構築を進めることが現実的であり、実効性も高いと考えられ、オンラインカウンセリングもその重要な選択肢の一つとして位置づけられるべきである。本発表では、既存の取り組みから見えてきた可能性と課題を整理し、無理なく導入・活用できる方策について議論したい。

【演者略歴】

精神科専門医・指導医、医学博士、ヘルスケアマネジメント修士（経営専門職）、医療法人ここから理事長、京都府立医科大学客員教授

2001年京都府立医科大学卒業。

同大学精神医学教室で研鑽を積む。

2007年京都府立医科大学大学院卒業、医学博士

2013年からは精神科病院の院長を務めたのち、2016年に株式会社マイシェルパを設立し、オンラインカウンセリングを中心としたメンタルヘルス支援の社会実装に取り組み、これまでに約400の法人及び自治体に導入・提供。

あわせて、医療法人にて精神科診療所を複数運営し、訪問診療にも取り組んでいる。

利益相反：あり

SY43-4

在宅医療・介護の現場におけるこころのケアの必要性和社会実装に向けて

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

在宅医療の現場では医師やメディカルスタッフなどの職種に関わらず、業務量と責任の増加傾向を背景に、多様な心身のストレスも増加している。一方で、特に訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所などは比較的少人数の事業所も多く、多忙な業務に追われる中で、支援者自身のメンタルヘルス支援にまで十分な体制をとれていない可能性が高いと思われる。他の産業領域においては、セルフケア教育や予防的なカウンセリングの有効性が示されているものの、在宅医療従事者を対象とした支援の効果検証などは行われておらず、事業所を越えた支援制度なども不十分であると考えられる。

発表者らは①在宅医療・介護に関わる支援者の心理的支援の充実、②在宅医療・介護従事者向けの精神科教育プログラム開発、③在宅医療と精神科医療機関の地域連携体制の推進を目指し、昨年、日本在宅医療連合学会に精神ワーキンググループを立ち上げた。この中で、支援者の心理的支援として、まずはその実態を把握し課題の抽出を行うとともに、セルフケア教育プログラムの作成や予防的な個別カウンセリング研究を準備中である。

当日はその概要を説明するとともに、在宅医療・介護に関わる支援者に必要な支援について広くディスカッションし、必要とする人が利用しやすく、有効性の高い支援について検討する機会としたい。

【演者略歴】

経歴

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脳神経医学専攻精神医学修了 博士（医学）

東京大学医学部附属病院、NTT東日本関東病院、多摩あおば病院等において精神科医師として勤務。地域精神医療への関心から2013年こころのホームクリニック世田谷を開設、多職種による精神科アウトリーチの実践や普及啓発活動などを行う。有志とともに一般社団法人 地域精神保健サービス提供者日本ネットワーク（JCOMHS）を立ち上げ、理事を務める。日本在宅医療連合学会精神ワーキンググループメンバー。

資格

日本精神神経学会精神科専門医、精神科専門医制度指導医、精神保健指定医、公認心理師

利益相反：なし

シンポジウム44【プログラム委員企画】

心不全の在宅管理 5つのポイント

SY44

【セッション概要】

心不全の在宅医療の役割は、「長期入院から早い段階での在宅管理」「再入院の予防・ケア」「急性増悪時の治療」「在宅での看取り」まで包括的な管理を行うことである。これらにより、心不全患者が生活の質 QOLを保ちながら、できる限り生活することが可能となる。

また、高齢者の増加に伴い、心不全の有病率・患者数は増え続け、循環器科専門医だけでは心不全患者を管理しきれない時代・心不全パンデミックを迎えている。よって、生活習慣病や器質的心疾患を心不全に進展させない管理（一次予防）のみでなく、発症した心不全を増悪させない管理（二次予防）もプライマリ・ケア医に担ってもらう必要がある。

このセッションでは、心不全の在宅管理のポイントとして下の5つを挙げた。

- ① 心不全の適切な治療
- ② チーム医療
- ③ 家族ケア
- ④ 意思決定支援
- ⑤ 症状緩和

それぞれについて豊富な知識と経験をもつエキスパート（講演1-5）より、事例を挙げて説明してもらう。さらに、それぞれの演者に対し、プライマリ・ケア医、訪問看護師、医療ソーシャルワーカーより、あえて非専門医・多職種視点で質問を行い、エキスパートより対応策を提示してもらう。

講演1：心不全の適切な治療1（薬物治療）：小出雅雄・医師

講演2：心不全の適切な治療2（非薬物治療）：肥後太基・医師

講演3：症状緩和（10分）：吉本明子・医師

講演4：チーム医療（10分）：山本英世・医師

講演5：意思決定支援と家族ケア（10分）：勝眞久美子・看護師

質問者：渡部なつき・医師 近藤敬太・医師 永井美恵・看護師

座長：伊藤 大樹 イトウ ヒロキ
あおばクリニック

【座長略歴】

伊藤大樹 いうひろき

医療法人あおばクリニック 院長、福岡東在宅ケアネットワーク 副会長、福岡市在宅医療医会 会長、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 など

平成8年3月神戸大学医学部卒業、沖縄県立中部病院で卒後研修を経て、米国ハワイ大学、シカゴ・ロヨラ大学で内科・循環器科の臨床研修を行い、平成26年より現職

専門は内科（総合内科専門医）、総合診療（総合診療専門医・指導医）、プライマリ・ケア（プライマリ・ケア認定医・指導医）、循環器科（循環器科専門医）など

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 順天堂大学医学部 卒業
1998年 東京女子医科大学病院 内科臨床研修
2000年 東京女子医科大学病院 循環器内科臨床研修
2003年 虎の門病院 循環器内科
2006年 カナダ・トロント大学 留学
2009年 東京女子医科大学病院 循環器内科
2012年 ゆみのハートクリニック 院長
2014年 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 代議員
日本心不全学会 緩和ケア推進委員会, 健保対策委員会 委員
日本在宅医療連合学会 評議員, 編集委員会 委員
東京都医師会 在宅医療委員会 委員
Japan Cardiology Clinic Network 事務局

質問者：渡部 なつき ワタベ ナツキ

医療法人あおばクリニック

【質問者略歴】

2014年九州大学医学部卒、初期研修 国立病院機構長崎医療センター、後期研修 飯塚・頤田家庭医療専門研修プログラム、家庭医療専門医・指導医、総合診療専門医・指導医取得、2022年4月より医療法人あおばクリニックに勤務

質問者：近藤 敬太 コンドウ ケイタ

藤田医科大学 連携地域医療学／豊田地域医療センター 総合診療科

【質問者略歴】

・経歴

愛知県豊田市出身

2014年 愛知医科大学卒業

2016年 トヨタ記念病院にて初期研修修了

2019年 藤田医科大学 総合診療プログラムにて後期研修修了

・現職

藤田医科大学 連携地域医療学 助教

豊田地域医療センター 総合診療科 在宅医療支援センター長

日本プライマリ・ケア連合学会 理事

質問者：永井 美恵 ナガイ ミエ

長崎県看護協会訪問看護ステーション

【質問者略歴】

(略歴)

1989年 京都第二赤十字病院看護専門学校卒業

1989年 京都第二赤十字病院

2000年 健光園訪問看護ステーション

2009年 長崎県看護協会訪問看護ステーションYOU

2024年 長崎県看護協会訪問看護ステーション長崎出張所（事業所統合の為名称変更） 所長

現在に至る

SY44-1

心不全の適切な治療（薬物治療）

小出 雅雄 コイデ マサオ
のぞみハートクリニック天王寺

慢性心不全治療薬、特に左室収縮性が低下した慢性心不全治療は、診療ガイドラインに基づく標準治療（GDMT）としてSGLT2阻害薬、 β 遮断薬、ACEI阻害薬/ARB/ARNI、ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬の4剤が治療の中心であり、その臨床的特徴に応じて薬剤を選択していく。しかしGDMTの導入率は当院から訪問診療を開始している、基本的には心不全治療が尽くされてきている患者群においてもACE阻害薬/ARB/ARNI:54.6%、 β 遮断薬:72.3%、MRA:56.7%、SGLT2阻害薬:26.5%と導入が十分とは言えない。そのため治療的な余地がないかを常に検討していく必要があり、また一方では高齢で腎機能も悪く、フレイルも進んでいる患者群であり、低血圧、低体重・低栄養、高K血症などの問題も考える必要がある。終末期には治療薬のメリットよりもデメリットが大きくなってくる可能性もあり、ポリファーマシーの問題も考え減薬についても検討する必要がある。薬物治療にも限界はあり、再入院を予防するための心不全治療は生活への介入も併せて必要になってくるが、終末期においても心不全治療薬を適切に調整し続けることは重要である。実際の症例を提示し、在宅で診る慢性心不全患者の薬物治療について検討したい。

【演者略歴】

2004年 山口大学医学部卒業
2004年 国立病院機構大阪医療センター 研修医
2006年 国立病院機構大阪医療センター 循環器内科
2016年 大阪警察病院 循環器内科
2018年 ゆみのハートクリニック 在宅診療部
2020年 のぞみハートクリニック 在宅診療部
2023年 のぞみハートクリニック天王寺

利益相反：なし

SY44-2

心不全の適切な治療2（非薬物療法）

肥後 太基 ヒゴ タイキ
該当なし

慢性心不全治療に対す非薬物療法には、運動療法、睡眠呼吸障害に対する酸素療法や非侵襲的陽圧換気療法などの非侵襲的治療と、両心室ペースメーカーなどの植込型心臓電気デバイス治療や心房細動などに対するカテーテルアブレーション、さらには僧帽弁閉鎖不全や大動脈弁狭窄症に対するカテーテル治療などの侵襲的治療が挙げられる。この中で運動療法を含めた包括的心臓リハビリテーションは、心不全の在宅管理を行う中でもあらゆる心不全患者を対象として考慮されるべきものである。在宅で行うリハビリテーションで目指すのは身体機能とADLの維持改善やQOLを保った生活の維持支援であり、患者の希望する生活を把握し、実現のために疾病管理を行いつつ、環境調整、運動療法、疾病モニタリング、活動量調整などを行っていく。心不全だから安静が必要、と考えるのではなく、過負荷を避けながらどのように工夫して患者の希望する活動を実現していくかが、在宅の運動療法の醍醐味である。また、睡眠呼吸障害を有する患者に対する陽圧換気療法や酸素療法はQOLの改善や心事故の軽減などの効果を期待できる。

近年、侵襲的治療の中でも心不全合併心房細動症例に対するカテーテルアブレーションや心不全の原因となる弁膜症に対するカテーテル治療の予後改善効果が証明され、普及しつつある。在宅の心不全患者の管理にあたっても常に最新の知識を習得する努力を怠ることなく、個々の患者のLifeの目標や全身状態を鑑みて、適切な患者においては在宅からの急性期医療機関への紹介や連携を考えてもよいと思われる。

当院での実際の症例を提示したうえで、在宅であるべき非薬物療法について討議したい。

【演者略歴】

1993年 九州大学医学部卒業
1999年 福岡県済生会二日市病院循環器内科
2004年 国立病院機構九州医療センター 循環器科
2005年 国立循環器病研究センター 心臓内科
2007年 九州大学医学部循環器内科学講座・九州大学病院循環器内科
2021年 国立病院機構九州医療センター 循環器科
2023年 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

利益相反：なし

SY44-3

当院で行う心不全チーム医療

山本 英世 ヤマモト エイセイ
はなまるクリニック

高齢化を反映し、在宅診療を受ける患者、心不全患者ともに増えている。訪問診療を受ける患者において、入院は認知機能低下や廃用進行のリスクであり、心不全入院を回避するため当院で行っているチーム医療としての取り組みについて発表する。

【演者略歴】

2000年 日本医科大学卒業
2000年～ 日本医科大学循環器内科所属
2014年～ はなまるクリニック開業

利益相反：なし

SY44-4

心不全終末期の症状緩和

吉本 明子 ヨシモト アキコ

ゆみのハートクリニック

心不全終末期に緩和ケアが必要となる症状として、うっ血や低心拍出に伴う呼吸困難や倦怠感などの身体症状に加え、精神的・スピリチュアルな側面から不安や抑うつなどが多いことが知られている。心不全の身体的症状のコントロールとして、心不全治療薬の調整を続けることは症状緩和に最も重要であるが、それでもなお残存する苦痛に対しては、症状緩和薬（オピオイド・各種鎮静薬）を用いる。また終末期の症状は全人的な苦痛であり、非薬物的な支援を合わせて行うことが重要で、多職種によるチームアプローチが鍵となる。薬物療法に対する概説と、多職種によるチームアプローチについて当院での取り組みを紹介する。

【演者略歴】

2003年琉球大学医学部卒業

東京医科歯科大学にて研修、同循環器内科入局

循環器内科医として関連病院にて勤務

2012年～新宿ヒロクリニックにて在宅医療に従事

2014年～初台リハビリテーション病院勤務

2019年～ゆみのハートクリニック勤務

総合内科専門医

循環器学会専門医

リハビリテーション科専門医

在宅医療専門医・指導医

利益相反：なし

SY44-5

心不全患者に対する意思決定支援と家族ケア

勝眞 久美子 カツマ クミコ

ななーる訪問看護ステーション

心不全患者の在宅療養を支援する訪問看護師の役割の1つに、望む暮らし方や最期の迎え方に対する本人や家族の意思決定を支援することが挙げられる。心不全は生涯にわたって療養しながら増悪と寛解を繰り返し終末期へと向かうため、予後予測が難しく、患者自身や家族が病状の正しい認識を持つこと困難な場合も多い。

本セッションでは、重症心不全末期で自宅看取りを希望していたが、家族の不安により救急搬送に至った事例や、独居で強心剤を持続投与しながらも望み通りに自宅で最期を迎えた事例を取り上げて、心不全患者やその家族に対する意思決定支援の在り方を考察する。

【演者略歴】

1987年 奈良県立医科大学附属看護専門学校（現：同大学医学部保健学科）卒業

2006年 大阪教育大学大学院教育学研究科 修了

1987年～1993年 奈良県立医科大学附属病院

2000年～2004年 田北看護専門学校（在宅看護論担当専任教員）

2005年～2016年 学校法人奈良学園（奈良学園大学 専任講師他）

2016年～現在 テキックス株式会社取締役 / ななーる訪問看護ステーション統括管理者

2024年～ 大阪大学医学部保健学科招へい准教授

利益相反：なし

シンポジウム45【広報啓発委員会】

広報の新しい戦略を考える

SY45

【セッション概要】

在宅医療について、様々な広報活動を行っていても、参加する人はいつも同じである等、一定の範囲には、在宅医療の素晴らしさや、地域包括ケアシステムについて、広まっても、その外側の人達までには広がらず、多くの市民（国民）は、在宅医療や地域包括ケアシステムの仕組みやアクセス方法について知っていないという限界がある。そのため、本シンポジウムでは、大型商業施設を活用して、一般の市民や、特に子供たちに広報を行うなど、従来の広報活動をブレイクスルーする試みを取り上げ、従来の広報活動では届かなかった人達に、在宅医療の素晴らしさを伝える戦略について、皆で考える。

座長・コーディネーター：田城 孝雄 タシロ タカオ
放送大学大学院

【座長略歴】

1980年東京大学医学部保健学科卒業、1984年東京大学医学部医学科卒業、1988年東京大学附属病院第一内科助手、1990年米国ミシガン大学リサーチフェロー、1987年東京大学附属病院医療社会福祉部助手、2002年日本医師会総合政策研究機構主任研究員、2003年順天堂大学医学部公衆衛生学講座講師、2007年同准教授、2011年同大学スポーツ健康科学部健康学科教授、2012年放送大学教養学部教授、2025年放送大学大特任教授、現在豊島区在宅医療連携推進会議会長、文京区地域医療連携推進協議会副会長、文京区地域医療連携推進協議会在宅医療検討部会及び地域包括ケア推進委員会医療介護連携専門部会会長等

座長：小林 正宜 コバヤシ マサノリ
葛西医院

【座長略歴】

<所属・活動>

医療法人 葛西医院 院長

新型コロナ訪問診療チーム KISA2隊大阪 隊長

大阪公立大学医学部 非常勤講師

大阪けいさつ病院 特任医長

<資格等>

医学博士

家庭医療専門医・指導医

総合内科専門医

<現在の活動>

大阪市生野区で開業医として外来と訪問診療を行いながら、医学生や研修医に対しての教育活動や、多職種連携勉強会の主催などを行う。2021年9月からは新型コロナ診療チーム KISA2隊大阪を立ち上げ、外来と在宅診療の傍ら多くの仲間とコロナ患者への診療やそれらを取り巻く様々な支援を行った。KISA2隊では現在アフターコロナにおいて地域医療や災害医療についての活動を行っている。

SY45-1

新しい広報・啓発の「場」を考える

飯田 智哉 イイダ トモヤ
巡る診療所

需要の増大に伴って、在宅医療は徐々に地域に広がっている。一方で、一般市民に在宅医療が十分理解されているかと言うと決してそうではなく、新たな広報・啓発が求められていると感じている。

昨年、勇美記念財団の助成により、北海道在宅ケア連絡会が主体となって開催された「第12回北海道在宅医療推進フォーラム」で、新たな試みを行った。これまで北海道では、講演会を中心としたフォーラムを主に開催してきたが、参加者の多くは在宅医療関係者や在宅医療に強く興味を持っている市民であり、在宅医療推進における「新規開拓」という側面では弱い部分があった。今回は、フォーラムへの参加対象をさらに広げることを第一の目標としたため、会場は老若男女が日常的に集まる場所が最適であると考え、北海道内でも有数の規模を有するイオンモール札幌平岡のイベントスペースを利用した。

企画内容としては、専門職によるミニ講演、医療介護何でも相談、医療介護イロイロ展示、高齢者体験、こども在宅医療体験、こども縁日とした。北海道在宅ケア連絡会の幹事である医療介護関係者、地域の学生ボランティア、イオン関係者で企画・運営を行った。

広報については、札幌市医師会や保健所、地域包括支援センターを通じたものに加えて、SNS、地元新聞社やラジオ局なども巻き込み、広く周知した。SDGsの観点から、なるべく紙を使わない広報を心掛けた。

結果として、大人400名、子供400名の計800名が参加した。これまでにイオンモール札幌平岡で開催されたイベントの中では最大級の規模の参加者となり、老若男女、一般市民の方々に多く参加してもらえた点で、今回のフォーラムの目標はある程度達成できたものと考えた。

また、この試みを通じて、本フォーラムの件のみならず、在宅医療全般に関して地元新聞社やラジオ局などの媒体を使って普及・啓発が図れたことにも大きな意義があったと捉えている。

【演者略歴】

<略歴>

2010年 札幌医科大学医学部医学科 卒業、同大第一内科 入局
以降、北海道内の関連病院で、主に内科医・消化器内科医として勤務
2017年 日本学術振興会 特別研究員（DC2）
2019年 札幌医科大学大学院医学研究科 卒業
2020年 札幌在宅クリニックそよ風 入職
2021年 札幌在宅クリニックそよ風 院長
2024年 巡る診療所 開院、院長

<資格等>

医学博士
日本在宅医療連合学会 在宅医療認定専門医・指導医
日本緩和医療学会 緩和医療専門医・指導医
日本内科学会 認定医・総合内科専門医
日本消化器病学会 消化器病専門医・指導医 など

利益相反：なし

SY45-2

地域に根ざす在宅医療の啓発と共創：市民参加型活動の実践とその戦略

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

桜新町アーバンクリニックでは、在宅医療の啓発や医療観の変革、当事者交流促進を目的に、行政（世田谷区）と連携し様々な市民参加型の地域活動を実施している。本発表では具体的な取り組み内容を紹介しつつ、持続的かつ効果的な啓蒙活動に必要な戦略的要素について考察する。

活動の一例として、地域の高齢者に食事と健康相談の場を提供する「アーバンちいき食堂」、在宅看取り後の遺族が安心して思いを語り合う「こかげカフェ」、多職種間の学び合いを重視したACP講習会「ガヤガヤ会議」、市民にACPや在宅看取りを伝える冊子「LIFE これからのこと」「人のさいご」、学生自身がACPを学び表現する「ACP啓蒙ポスターコンテスト」、在宅専門職の視点を活かして制作された「認知症カフェガイドブック」や「高齢者向けお役立ち電話帳」、在宅療養のリアルな姿を芸術的に伝える写真展「ぐるり。」がある。

①対象層の細分化と多様な入り口設計、②参加者の気づきを促す双方向性の仕組み、③死亡小票等の分析に基づく活動評価、④大学や宗教施設といった地域資源の活用、⑤スタッフの専門性と意欲を高める人材育成体制といった5つの戦略的視点に基づいて運営されている。

- ・医療と直結しないテーマを活用したソフトアプローチで参加ハードルが低下し、「在宅医療を選ぶ」ことの前に、「自分の暮らし方を選ぶ」ことから始まる
- ・情報を受け取る当事者の生活や認知状況を知っている在宅医療のスタッフが企画、運営、制作に関わることで、伝わりやすさ、参加しやすさが向上
- ・参加者が単なる受益者にとどまらず、次の啓発担い手となる「参加→共感→発信」の循環構造が生まれている

以上が本活動の持続可能性と地域に根差した広がりを支える重要な要素となっている。こうした構造は、在宅医療の普及と理解の促進にとどまらず、地域住民一人ひとりが自らの人生やケアを主体的に考える契機となっている。

【演者略歴】

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

総合内科専門医。日本在宅医学会指導医。スウェーデン・カロリンスカ医科大学 認知症ケア修士、スウェーデン王室認定認知症専門医。1992年鹿児島大学医学部卒業。大学病院・公立病院などの勤務を経て、2000年用賀アーバンクリニック副院長。2004年から在宅医療に取り組み、2009年より現職。

著書：

「引ける！わかる！高齢者の急変時対応」（2019年）、「みんなでささえる在宅医療」（2021年）技術評論社

「医師・看護師のための 認知症プライマリケアまるごとガイド：最新知識に基づくステージアプローチ」（2024年）中央法規出版

利益相反：なし

SY45-3

若年世代への在宅緩和ケアに関する広報・啓発の工夫

井上 大輔 イノウエ ダイスケ
神奈川歯科大学

現在の若者は「Z世代」と呼ばれ、幼少期からインターネットやデジタルデバイスに囲まれて育ってきた世代である。そのため、手軽に得られる情報で満足しやすく、主体的に情報を探しに行くことは少ないと感じられる。これを踏まえ、今後の若年世代への在宅緩和ケアに関する広報・啓発活動には、視覚的でアクセスしやすい書籍や動画を活用することが効果的である。若年世代に対して単なる在宅緩和ケアの知識の伝達にとどまらず、共感する心を育み、精神的な成長を目指したい。

本講演では、演者が使用しているコンテンツを一部、紹介する。

1. スタンフォード大学でのスティーブ・ジョブズ氏の講演（ユーチューブ）：脾臓腫瘍罹患後の講演。自分の人生を大切にすることの重要性。
2. 『冥土』（内田百閒）：死者との奇妙な遭遇を描いた短編小説。
3. 『高瀬舟』（森鷗外）：安楽死をテーマに道徳を考察。
4. 『口笛を吹くとき』（遠藤周作）：野心家の息子と父との確執
5. 『病牀苦語』（正岡子規）：結核性瘻孔に苦しむ文学者の随筆。
6. 『死ぬという大仕事』（上坂冬子）：私（主治医）との会話をまとめたがんの闘病記。
7. 小林麻央さんのブログ：医療用麻薬の服薬指導の重要性。
8. 『クライシス』：麻薬蔓延の危険を描いたサスペンススリラー映画。
9. 『大往生』：末期がん患者と主治医が終末期の治療方針を議論する場面がある映画。

以下は全てTVドラマ

10. 『電池が切れるまで』：良き理解者になるための聴き方（「反復」の重要性）。
11. 『1リットルの涙』：変性疾患に苦しむ若年患者の手記。
12. 『風のガーデン』：在宅緩和ケアをテーマにした緒方拳さんの遺作。
13. 『Beautiful Life』：患者からの余命に関する質問とその対応。
14. 『ドクター X』：がんの手術結果の誤解。
15. 『余命1ヵ月の花嫁』：「余命」という言葉の意味。

【演者略歴】

【主な経歴】

1984年日本大学医学部卒業（同窓会賞受賞）
東京大学大学院修了
東京慈恵会医科大学 准教授（腫瘍・血液内科）
順天堂大学大学院 教授（医療看護学研究科併任）
日本医科大学 教授（緩和ケア科部長）
神奈川歯科大学短期大学部 学長
日本在宅医療連合学会 理事（広報委員会 委員長）同、学術集会 会長2016年
日本がん治療学会 理事（倫理委員会 委員長）
日本緩和医療学会 理事
「がん終末期の消息ケア」科研費取得
「救急措置訓練装置」特許取得

【資格】

麻酔科専門医、ペインクリニック学会専門医、プライマリ・ケア学会指導医、がん治療認定医、スポーツドクター（JOC強化スタッフ）

利益相反：なし

SY45-4

新しい広報戦略？ 広報を「市民との対話」として考えてみる

鶴岡 優子 ツルオカ ユウコ
つるかめ診療所

広報とは何か？広辞苑では「広報」を「広く知らせること、また、その知らせ」と定義している。「啓発」は「知識をひらきおこし、理解を深めること」とある。今回は広報啓発委員会の企画で、「広報の新しい戦略を考える」がテーマである。広報を市民との対話として、例えば「在宅医療という選択肢をどう広報するか？」を考えてみたい。在宅医療は生活や地域の個性が高く、提供する医療や介護の専門職のあり方も多様化している。在宅医療・ケアの実際はイメージがしにくく、「やってみなくてはわからない」というのが現状である。多くの選択を迫られるが、そこで効いてくるのが、これまで無意識に出会ってきた広報なのかもしれない。

在宅医療の質を問われる時代になった。どんな在宅医療が自分や家族にとって最善なのか？看取り率や患者数などの数字では評価が難しく、透明性の高さが一つの要素ではないか。在宅医療の現場は、対話と選択の連続であり、一方向の伝達ではなく、双方向の対話を繰り返すこと、またそれができる関係性が重要と考える。市民と言っても、現場で出会う利用者やその家族、チームで共に働く専門種の仲間（例えば、多職種勉強会つるカフェ）、または顔のわからない大きな集団、とバリエーションに富んでいる。つるカフェ市民講座の参加者、新聞の購読者、映画の鑑賞者、テレビ番組の視聴者、、、世間との対話は際限なく広がる。

視聴率や興行成績を気にしたエンターテインメント重視、儲けや企業としての成長などのビジネス重視で、その広報は演出が強すぎないか？偽りがないか？と冷静に見つめるリテラシーを高めたいと思う。これを戦略というかわからないが、誠実で丁寧な広報が市民の言動につながる対話になると思う。どちらかが始めないと対話は成立しない。きっかけを意識しながら諦めずに、市民や世間との対話を楽しみたい。

【演者略歴】

1993年 順天堂大学卒業
千葉県国保旭中央病院内科系スーパーローテート研修
1995年 自治医科大学地域医療学教室入局
2001年 米国ケース・ウェスタン・リザーブ大留学
2004年 自治医科大学附属病院総合診療部在宅医長
2007年 つるかめ診療所副所長
2015年よりつるかめ診療所所長
日本在宅医療連合学会副代表理事、小山地区医師会副会長
厚生労働省がん対策推進協議会委員、循環器病対策推進協議会
獨協医科大学臨床教授、順天堂大学非常勤講師
つるカフェ代表、往診かばん研究家、医学博士

利益相反：なし

シンポジウム46【プログラム委員企画】

3地域の取り組みから考える、2040年に向けた多職種連携

SY46

【セッション概要】

（趣旨・概要）

在宅医療をスムーズに、かつ力強く支援していくには、従事する多職種の協力・連携が欠かせない。どの国も経験したことのない高齢化社会をすでに迎えたわが国において、各地域・地方ではどのような連携によって、地域医療を支えているのか。3地域の取り組みを紹介し、それぞれの特色に焦点を当て、今後の課題を検討する。

（構成他）

「松山市在宅医療支援センター」「宮崎ケアキュアネットワーク」「大村市ケアセミナー」の取り組みを、各担当者から各20分ほどで紹介、それぞれの強みや課題を提示していただく。その上で、日本人口の3割が65歳以上になると推定される2040年に向けた、多職種連携のあり方、発展方法について討論する。

座長：小笠原 貞信 オガサワラ サダノブ

社会医療法人 長崎記念病院

【座長略歴】

H 9年 3月：熊本大学医学部卒業

H 9年 4月：医療法人愛心会 大隅鹿屋病院

H11年 4月：特定医療法人徳洲会 福岡徳洲会病院

H16年 9月：医療法人近森会 近森リハビリテーション病院

H20年 4月：一般社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院

H30年 4月：社会医療法人 長崎記念病院

日本リハビリテーション医学会認定専門医、長崎在宅Dr.ネット理事

座長：出口 雅浩 デグチ マサヒロ

出口外科眼科医院

【座長略歴】

1989年杏林大学医学部卒

卒後長崎大学第一外科入局、以後消化器・呼吸器・乳腺の外科治療を研鑽

関連病院勤務の間、外来化学療法室の無かった時代に大学病院との連携でがん患者の化学療法・看取りに関わる事となった

2002年退局後、出口外科医院勤務

2003年長崎在宅Dr.ネット設立時より参加し、依頼、在宅医療における地域連携のネットワーク構築・多職種での在宅緩和ケアの普及・あじさいネットによるICT連携に関わって来た

現在は認定NPO長崎在宅Dr.ネットの理事を交代し監事として活動に関わっている

座長の任を拝命するにあたり、在宅医療の開花期・成長期を支えてきた各地の仲間が、今後更なる発展と継続の為の模索を伺えることを楽しみにしている

SY46-1

宮崎キュアケアネットワークのあゆみ

國枝 良行 クニエダ ヨシユキ
医療法人サクラ会 あけぼの診療所

高齢化が進む中、在宅医療の充実が求められているが、医療職と介護職の間には目的や情報の相違から連携が困難な場面が多く見られる。医療職は病気の診断や治療に重点を置くのに対し、介護職は日常生活の支援を主眼にしており、相互理解には障壁がある。こうした現状を踏まえ、2009年に「宮崎キュアケアネットワーク」を立ち上げ、メーリングリスト（ML）を活用した多職種間の情報共有と意見交換を開始した。

「宮崎キュアケアネットワーク」では、発足以来、他職種交流会・市民公開講座・九州在宅医療フォーラム等、計24回の研修会を行った。

近年はICTを活用し、医療介護専用SNS「Medical Care Station（MCS）」への移行を進め、より迅速で円滑な情報連携が可能となってきた。また、ネットワークを通じて顔の見える関係性を築き、困難なケースにも即応できる体制づくりに貢献している。今後も多職種が継続的に学び合い、支え合うネットワークとして機能し続けることが求められている。

本発表では、宮崎キュアケアネットワークの設立経緯、活動内容、ICT活用の現状について紹介し、地域包括ケア時代における多職種連携のモデルを提示する。

【演者略歴】

國枝良行（くにえだ よしゆき）

2000年宮崎医科大学卒業

宮崎医科大学 第一外科に入局

宮崎大学医学部附属病院、関連病院にて勤務

2014年宮崎市に「あけぼの診療所」を開設

所属学会：日本外科学会、日本精神神経学会、日本緩和医療学会、日本サイコオンコロジー学会、日本在宅医療連合学会等

専門医等：日本外科学会認定登録医、日本精神神経学会精神科専門医、日本サイコオンコロジー学会登録精神腫瘍医

医師会：宮崎市郡医師会在宅医会（宮崎在宅ドクターネット）副理事長

その他：日本尊厳死協会宮崎支部長、宮崎市ACP推進委員会委員長

利益相反：なし

SY46-2

「顔が見える仲間づくりから始まった大村市ケアセミナー」

井上 淳治 イノウエ ジュンジ

大村市ケアセミナー

H3年5月に「大村市在宅ケアセミナー」は設立された。当地の医療・介護・福祉専門職、および行政からも有志が集まり、介護保険のない時代に如何にして在宅療養を地域で支えていくかを話し合い、隔月で今日まで定例講演会を継続し、介護技術研修会や介護用品のリサイクル活動なども行ってきた。そうして当地での「地域包括ケアシステム」の構築にも尽力してきた。何より大切にしてきたのが多職種の会員同士の「繋がり」であり、職種の壁を取り払い、自由に意見交換できる基盤を築いてきた。H27年からは当地の夏祭り（おおむら夏越しまつり）の総踊りに総勢130名で毎年参加するなどして、「繋がり」を体感した。これにより様々な多職種協働が必要とされる医療介護現場での協働は勿論、協議会や在宅ケア事業においても円滑で有益な運営を可能としていると考える。また、大村市の全ての医療・介護現場で情報共有を行うツールである「大村市連携ノート」、在宅療養中の急変時に必要な医療情報などを救急隊に伝えるため、筒に入れて冷蔵庫で保管する「Q救ちゃん」なども当セミナーより発信している。

H31年からは、大村市からACP啓発事業の委託を受け、市民公開講座として会員によるオリジナル脚本により「ACP劇」を毎年開演中であり、多くの市民の皆様にご好評を頂いている。

これまで、31年間、当セミナーの活動が継続してこられた要因として、事務局を大村市医師会が担当し、医師会主導で運営してきたことが挙げられる。また前記のACP劇は大村市からの委託料により実施するが、通常の講演会等の活動は主に会員からの会費で賄われているため（1,000円/年）、コロナ禍を境に会員数が徐々に減少傾向にある現状に対し、今後の当セミナーの維持発展のためには活動内容の再考も求められている。

【演者略歴】

井上淳治

1995年3月 福岡歯科大学卒業

同年4月 同大学小児歯科学教室入局

1997年9月 医療法人井上歯科医院理事長就任

資格など

2019年～2021年 大村東彼歯科医師会理事

2023年～現在 大村東彼歯科医師会理事

2024年～現在 大村市ケアセミナー会長

利益相反：なし

SY46-3

「多職種連携」における松山市在宅医療支援センター 10年の活動

橋本 一晃 ハシモト カズアキ
一般社団法人 松山市医師会 松山市在宅医療支援センター

松山市は愛媛県のほぼ中央に位置する人口約50万人の地方都市である。

一般社団法人 松山市医師会では1992年（平成4年）から在宅医療に対する取り組みを開始し、2002年（平成14年）以降現在に至るまで医療・看護・介護・福祉の多職種の連携を目的として、その時々テーマについて話し合い在宅医療懇話会を開催している。また、2015年（平成27年）には「地域包括ケアシステム」の構築を目指して、在宅医療を支援するための拠点（窓口）としての役割を担うために松山市在宅医療支援センター（以下支援センターと略す）を開設し10年が経過した。

支援センターの役割は大きく分けて、①市民向け在宅医療の相談窓口②多職種との連携③在宅医の支援の3つで構成されており、シンポジウムテーマである「多職種連携」においては多職種と地域の住民を含め様々な活動を行ってきた。

そういった場面では在宅医療に関連する各医療機関及び多職種の相談窓口を担い、市民の方々の生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域づくりを目指している。

本シンポジウムでは支援センターの10年を振り返り「多職種連携」の過去、現在、未来を考えてきたい。

【演者略歴】

「1996年 社会福祉士国家資格取得」
「1996年 地域医療支援病院 喜多医師会病院」
「2008年 愛媛大学医学部附属病院」
「2015年 松山市在宅医療支援センター」

利益相反：なし

シンポジウム47【プログラム委員企画】

家族支援としての在宅リハビリテーション・アプローチ —運動器・運動機能障害に対する多次元ケア

SY47

【セッション概要】

患者さんのご家族は、患者さんを支援するサポーターとしての役割を期待されるが、同時に様々な葛藤にも向き合わなければならない。「第二の患者」ともいわれる。このため、看護の分野では家族ケアが重要視され、看護師による心理的アプローチやソーシャルワーカーによる社会・経済的なアプローチが行われてきた。

在宅でのリハビリテーションは、入院中に比べて施行できる回数が少ないこともあってか、訪問リハビリテーションの受給者数は、他の介護サービスと比べて圧倒的に少ない。その原因の一つは、在宅で病院と同じような形でのリハビリテーションを提供しようとするリハビリテーション職や、それを期待する患者・家族や介護支援専門員にあるのではないだろうか。

病院勤務の頃に理学療法士に聞いた「身体のさばき方を覚える」という言葉が記憶に残っている。在宅環境では「リハビリの知識と技術による介護負担の軽減」という家族支援も重要であり、介入回数が少ない分、ご家族にリハビリテーションの手法をお伝えして不足分をカバーしていただくことも可能である。また、十分なリハビリテーションを行うためには、十分な栄養を摂る必要があるというリハビリテーション栄養の視点も忘れてはならない。

在宅でのリハビリテーションは、ST・PT・OTの各専門職がその垣根を越えて取り組む必要がある。本セッションでは、在宅でのリハビリテーションにおいて家族支援に積極的に取り組んでいる各演者の報告をもとに、今後の在宅でのリハビリテーションの在り方について明らかにしたい。

座長：望月 弘彦^{1,2} モチヅキ ヒロヒコ

¹相模女子大学 栄養科学部 管理栄養学科

²医療法人社団ユニメディコ

【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

横須賀共済病院、藤沢市民病院などで外科修練

1997年 博士（医学）取得

2003年 横須賀北部共済病院 外科医長、NSTチェアマン

2008年 クローバーホスピタル 消化器科、NSTチェアマン

2015年 クローバークリニック 在宅診療

2016年 相模女子大学 栄養科学部 管理栄養学科 准教授

2019年 日本在宅医療連合学会 理事

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】

看護学校卒業後、総合病院に勤務。その後診療所からの訪問看護や保健所の訪問看護に従事、訪問看護ステーションの立ち上げも経験。

介護支援専門員資格を取得後、2003年より居宅介護支援事業所に介護支援専門員として勤務。

2014年に起業し、社長、訪問看護師、介護支援専門員の3足のわらじの日々。

【主な資格】看護師、主任介護支援専門員

【公職その他】大阪介護支援専門員協会堺区支部 理事

日本在宅医療連合学会 評議員

SY47-1

家族支援としての在宅リハビリテーション・アプローチ

安部 能成 アベ カズナリ

ピース訪問看護ステーション

これまでの家族支援には、医学的リハビリテーション（以下リハビリ）の参加が少なかった。その理由は病院での機能回復訓練による社会復帰を目的としてきた歴史的経過による。リハビリは、対象となる患者本人と治療契約を結ぶのが原則であり、家族や介護者については対象外と考えられてきたからだと思われる。

ところが、対象患者と治療契約を結ぶという原則は不変だが、病院と異なり在宅では環境要因の占める割合が大きく、物理的環境と並んで人的環境が大切である。

毎日の訓練による短期目標の達成が、家庭復帰や復学・復職に結びつくのが病院リハビリの原則であった。これに対して在宅リハビリでは週1回の訪問が原則であり、その日限りのリハビリで治療効果を発揮することは少ない。むしろ、リハビリが訪問しない6日間のホームエクササイズ（以下、宿題）の実施がリハビリの効果に結びつくことが多い。もちろん、対象患者の実行が前提だが、ご本人の努力だけでは不十分なことがあり、その際には家族の助言や見守りが重要である。

さらに、患者のリハビリに関することのみならず、家庭環境を踏まえた患者の介護や介助の方法、リハビリのコツなど伝達しておく、家族や介護者に負担をかけることが少なくなる。例えば老老介護のご家庭では、高齢者同士がボディタッチの介助を行うことは、負担を増して生活苦に繋がる可能性があるばかりか、共倒れのリスクさえある。この際、リハビリの知識と技術を家族に伝えれば、このようなリスクの低減を図ることができる。

家族や介護者の負担を軽減する目的でリハビリが介入することもある。見守る立場にも、それなりの苦労はあり、患者との生活に疲れていることがある。これにリハビリが介入して支援することは、対象者である患者を守ることに繋がる点で大切な関わりとなる。

【演者略歴】

<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、2009年：千葉県立保健医療大学健康科学部、2022年：穂波の郷クリニック、2025年：ピース訪問看護ステーション（リハビリ研究ディレクター）

<学歴/学位>

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科博士後期課程満期修了、2003年：英国短期留学

2016年：広島大学大学院保健学研究科博士後期課程修了/博士（保健学）

<所属学会>

日本癌治療学会、日本がんサポーターブケア学会、日本在宅医療連合学会、日本死の臨床研究会

利益相反：なし

SY47-2

思いと暮らしに寄り添う在宅リハビリテーション ― 家族支援の視点から

染谷 明子 ソメヤ アキコ

富山医療生活協同組合

【はじめに】

在宅リハビリテーション（以下リハビリ）は、利用者本人のみならず、その家族や住環境といった生活全体に介入する必要がある支援である。特に介護者がいる場合、その健康や生活の質は、本人の在宅生活継続において重要な要素となる。介護に多くの時間を費やす介護者は、社会から孤立しやすく、心身の不調を抱えることも少なくない。在宅リハビリは本人とともに介護者も支援対象と捉えるべきであり、その実践を紹介する。

【活動紹介】

実際の訪問場面では、介助方法の指導や福祉用具・住環境の調整等を通じて、本人と介護の負担を減らし、望む生活の実現を目指している。また、本人の体調や生活状況を聞く際には、同様に介護者の状態にも配慮し、「眠れていますか」「食事は美味しく食べていますか」等さりげなく会話を交えて心身のケアができる機会を探っていく。

事例として、パートナー介護における関係性の改善、DIY活動による心のケア、介護者の腰痛予防と社会参加による介護支援、疾患理解を促すアプローチ、経済的困難に配慮したサービス提案などを経験してきた。介護者が一人になる時間の過ごし方に対する助言や、地域とのつながり支援も重要な要素である。セラピストは生活の最前線に立つ職種として、必要な支援やサービスに柔軟につなぐ役割を担っている。

【おわりに】

在宅におけるリハビリは、疾患や機能への対応だけでなく、生活全体を支える包括的な視点と多様な知識・経験が求められる分野である。セラピストが日頃から色々なことに興味や関心を持ち、幅広い知見を持つことで、より良い支援へとつながると考えている。今後も、本人と家族の望む暮らしを共に描き、支える存在でありたいと考える。

【演者略歴】

理学療法士・介護支援専門員

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。

2010年 富山協立病院リハビリテーション科科长

2018年 在宅福祉総合センターきずな 施設長

2024年 富山医療生活協同組合本部 組織課長

利益相反：なし

SY47-3

楽しく食べて!楽しく笑って! ～心を通わせるための家族支援～

高村 美歩 タカムラ ミホ
にのさかクリニック

在宅での言語聴覚士へのリハビリテーションの依頼は、摂食嚥下障害に対する支援、およびコミュニケーション障害に対する支援である。

在宅での摂食嚥下障害に対する支援は、入院中に病院で行う嚥下機能を維持改善する訓練はもちろん重要であるが、「いつ（When）、何を（What）、誰と（Who）、どのように、どのくらい（How）、食べるか？」という環境設定が重要になってくると考える。在宅療養者の摂食嚥下障害の原因はさまざま、訓練を行えば改善していくものばかりではない。訓練よりもむしろ、環境調整や栄養摂取量の管理が重要になってくることが多い。しかし、その環境調整は、家族の介護負担を増大させることがあり、素直に食べる喜びを感じるのが難しい場合もある。そこで私は、それぞれの利用者の背景に配慮した環境調整を行い、栄養摂取だけではなく心から食を家族で楽しむことができるように努めている。

また、突然これまでのコミュニケーション手段が奪われ、意思の疎通が困難になるケースがある。在宅での言語障害のリハビリテーションとしては、言語機能や発声発語器官にアプローチすると同時に、意思の疎通を可能にする代替手段が検討されることがある。家族にとって、一方通行のコミュニケーションは、心理的負担を感じやすく、また利用者にとっても、閉鎖された世界で過ごしているような感覚に陥りやすいと考えられる。そのため私は、可能な限り意思の疎通を図る手段を模索し、家族が利用者の要求を汲み取ることで、日々の介護負担を軽減することができ、心を通わせることができると考えている。

そこで今回は、①摂食嚥下障害で介入した利用者に対する、家族背景を考慮した食支援の比較と、②気管切開後の利用者に、代替コミュニケーション手段の導入を目標として訓練を行ったことで、利用者とその家族、また支援者にも笑顔が増えたケースを紹介する。

【演者略歴】

1995年 佐賀大学 理工学部 卒業
2010年 社会人経験を経て、言語聴覚士養成校入学
2012年 福岡国際医療福祉学院 言語聴覚学科卒業
福岡県内の複数病院で勤務（回復期～在宅）
2020年 看護小規模多機能型居宅介護、訪問看護ステーションで勤務
2023年 にのさかクリニック
2024年 介護職員初任者研修取得、グループホーム等で介護職を経験

利益相反：なし

シンポジウム48【一般公募企画】

在宅医療に取り組む医療機関の人材確保を考える

SY48

【セッション概要】

高齢化と少子化の進行により、医療機関にとって、医師を含む医療職の人材確保は今後ますます重要な課題となっています。在宅医療に取り組む在宅療養支援診療所にとっては、365日・24時間の診療体制を維持するためにも、人材確保への積極的な取り組みが不可欠です。

私自身、在宅医療専門の医療機関に身を置き、多くの在宅療養支援診療所の働き方や取り組みを見てきました。そこで得られるキャリア、習得できるスキル、ワークライフバランスを考慮した働き方、資格にとらわれない柔軟な役割分担、採用する職種、さらには地域活動への関わりなど、それぞれの地域環境に応じた多様な取り組みが実践されていました。結果として、これらの取り組みは各医療機関の組織価値を高め、人材確保につながり、持続可能な組織づくりを実現していました。

本シンポジウムでは、在宅医療に取り組む医療機関のマネジメントを担う4名の方々にご協力いただきます。在宅医療の質を維持・向上させながら人材確保を進めるうえで大切にしていることや、実践してきた取り組みについて紹介していただきます。本シンポジウムが、在宅医療に取り組む医療機関における今後の人材確保の一助となれば幸いです。

座長：上畑 大 ウエハタ ダイ
つばさクリニック

【座長略歴】

2001年 医療メーカー 入職
2010年 医療法人つばさ つばさクリニック（岡山県） 入職
2015年 医療法人つばさ つばさクリニック 理事・事務長（現在に至る）
その他活動
倉敷市介護保険等事業者等連絡協議会理事
岡山県呼吸ケア研究会実行委員
倉敷市連合医師会BCP運営委員

座長：山田 寿美 ヤマダ トシミ
医療法人双樹会よしき往診クリニック

【座長略歴】

三幸学園 大阪医療秘書福祉専門学校卒業
2001年～2016年12月 三菱京都病院
2017年 医療法人双樹会 守上クリニック
2017年 医療法人双樹会 よしき往診クリニック事務長
2023年 医療法人双樹会 桂西口整形外科クリニック（兼任）

SY48-1

組織の成長ステージにどのような人材施策が必要であったか

木原 信吾 キハラ シンゴ
医療法人ゆうの森

私達の法人は2000年に当時稀有な存在であった「在宅医療専門の診療所」として開業し、今年25周年を迎えようとしている。

企業の成長ステージである「創業期」「成長期」「安定・拡大期」を経て、今はそのライフサイクルからすると「衰退・再成長期」に在ろうかと思う。

成長期には、組織作りをしっかりと行い属人的な業務運営に陥らないようにすること、ビジョンやミッションを言語化し共通の目標に向かうようにすること、また安定・拡大期には、業務の効率性や生産性を高めること、職員のエンゲージメントを高めること等々に取り組み、そして今は継続的な組織の成長のために、その再編成、再構築を目指す局面にある。

在宅医療の分野で少し早くから走ってきた私達が、各時期・各時代にどのような人材採用や人材育成を行い、組織の成長・発展につなげようとしたか、またそれぞれの時期に本当は一体何が必要であったのかと云ったことに具体的に言及し、これから成長、安定・拡大を目指される皆さんの少しなりともの参考となる発表を目指したい。

【演者略歴】

大学卒業後、企業勤務を経て、2001年開業まもない「たんぽぽクリニック」に入職。

永井理事長の掲げる「在宅医療の質を高める」ことを目指す組織作りを裏方として支える。

事務長を経て、現在は医療法人専務理事。

「患者・家族の安心と在宅医療の発展、ならびに職員の物心両面の幸福の実現」を法人のミッションと位置づけ、その実現に向けて、患者視点での事業展開や組織の構築、職員が働き易い職場作り、さらには在宅医療普及のための様々な取り組み、活動を行ってきた。

関西学院大学法学部卒業。

利益相反：なし

SY48-2

三位一体で考える人材確保―採用・定着・退職

荒木 庸輔 アラキ ヨウスケ
特定医療法人新生病院

人材確保はしばしば「採用」の問題として語られることが多い。しかし、真に問われるのは「採用」「定着」「退職」の三位一体マネジメントだ。これらは密接に関連し合っており、良くも悪くも相互に影響し合う。

たとえば、組織風土を乱す職員を放置すれば、いくら優秀な人材を採用しても定着はおぼつかず、残った職員の士気も損なわれる。だからこそ、ミッション・ビジョン・バリューを明確にし、価値観に反する行動・言動には、たとえ貴重な戦力であっても、厳正に対処する必要がある。

定着が採用によい影響を与えるケースもある。すべての職員が組織の顔だ。職員一人ひとりの日々のふるまいが、そのまま次の採用を左右する。職場に信頼と尊重の文化が根づいていれば、職員は自然とその環境に居続けたいと感じ、定着率は高まる。そして、そのような職員が知人やネットワークを通じて新たな人材を引き寄せる。よい職員がよい職員を呼び、よい文化を継承していく。

本講演では、現場での具体的な実践を交えながら、採用・定着・退職を三位一体でとらえ、組織文化を守り育てていくための取り組みについて共有する。

【演者略歴】

2008年 ミラノ工科大学建築学部卒業
2008年～2021年 株式会社メディヴァ
2010年～2015年 医療法人社団プラタナス 松原アーバンクリニック 事務長
2019年～2021年 特定医療法人新生病院 経営管理部長（業務委託）
2021年～ 特定医療法人新生病院 常務理事

利益相反：なし

SY48-3

地域特性と組織の成長段階を踏まえ、採用手法をどのように変化させていくのか

水上 直人 ミズカミ ナオト

医療法人賛永会 さつきホームクリニック

地方における人材採用は経営の喫緊の課題となっており、当法人の近隣地域でも、人員不足による事業所の事業停止や、サービスが停滞をしている事業所が見受けられ、事業の売却の話もM&A仲介会社などを經由して、頻繁に相談が来るようになっている。

そのような環境下においても、当法人では、地域の特性と事業発展段階、採用ターゲットによって、採用手法を変化させる事によって、採用活動において一定の成果を出し続けている。

本演題では、当法人の失敗事例も交え、具体的に紹介しながら、どのように採用を考えているのかを共有し、地方の地域医療の現場においても、魅力的な組織づくりにチャレンジできるという想いを、参加した方にも持っていただけるきっかけにしたい。

【演者略歴】

2010年10月～	株式会社Integrate 代表取締役
2013年 4月～ 2018年3月	株式会社GMJ 医療介護事業部長 医療法人社団やまと 事務長 医療法人社団焰 事務長
2018年 4月～	医療法人賛永会 統括マネージャー 現職

利益相反：なし

SY48-4

『働き続けたい』を実現する在宅医療の職場づくり

上畑 大 ウエハタ ダイ

つばさクリニック

当法人は2009年より、岡山県倉敷市と岡山市の2か所で、高齢者から小児までを対象とした在宅医療に取り組んでいます。2025年3月時点で、法人全体では約120名のスタッフが在籍し、約1000名の在宅患者の療養を支えています。

開業当初、当院は県内で唯一の在宅医療専門の医療機関であり、「在宅医療を専門に学べる場」として、在宅医療の技能習得を目指す医療職や、在宅医療に取り組む医療機関の開業を目指す医師にとって「働きたい」職場となりました。その後、在宅医療の推進により、地域で在宅医療に携わる医療機関や介護サービスが増加し、求職者を取り巻く環境にも変化が生じました。

このような環境の変化を踏まえ、当院がより多くの求職者に選ばれる医療機関となるためには、在宅医療に関する「学び」の提供だけでなく、募集方法や採用条件、福利厚生を検討・改善を行うことが重要でした。また、これからの医療機関としての在り方と地域とのつながりを目指した、在宅療養を支える様々な取り組みを積極的に実践することで、当院で働くことで得られる「経験」にも注目しました。さらに、スタッフが「いつまでも働きたい」と感じられるよう、「家庭と仕事の両立」をモットーに、どの世代でも働きやすい環境や風土づくりにも注力しています。

今後も地域の在宅療養を継続的に支えるためには、志を持つスタッフの確保が不可欠です。求職者の多様化する働き方に対応しながら、「働きたい」「働き続けたい」と感じられる職場づくりに引き続き取り組んでまいります。

【演者略歴】

2001年 医療メーカー 入職

2010年 医療法人つばさ つばさクリニック（岡山県） 入職

2015年 医療法人つばさ つばさクリニック 理事・事務長（現在に至る）

その他活動

倉敷市介護保険等事業者等連絡協議会理事

岡山県呼吸ケア研究会実行委員

倉敷市連合医師会BCP運営委員

利益相反：なし

シンポジウム49【一般公募企画】

誰にでも自宅での“当たり前”の生活を －在宅化学療法を支える病診連携・診診連携の新たなかたち－

SY49

【セッション概要】

近年、医療の高度化・複雑化が進む中で、質の高い安全な医療を提供するためには、医療者がそれぞれの専門性を発揮しつつ、業務を分担しながら緊密に連携することが求められている。

在宅化学療法は患者の通院・入院の負担を軽減し、できるだけQOLを維持することが可能である一方で、薬剤の準備や副作用出現時の緊急対応など安全に実施するための体制づくりが必要不可欠である。病院医と在宅医による「病診連携」のみならず、抗がん剤の投与を行う在宅医と日常生活を支える在宅医による「診診連携」、さらには在宅医と抗がん剤を調整する薬局との密な連携が注目されている。

地域における在宅化学療法の実例を通して、病診連携・診診連携・多職種連携の重要性やその課題について議論を深めたい。

座長：五味 一英 ゴミ カズヒデ

桜新町アーバンクリニック

【座長略歴】

2007年 昭和大学医学部卒業

2007年-2009年 国立病院機構東京医療センター初期研修医

2009年-2014年 国立病院機構東京医療センター総合内科専修医

2014年 医療法人社団プラタナス桜新町アーバンクリニック

2021年 同院在宅医療部長

日本在宅医療連合学会 在宅医療専門医・指導医

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・認定指導医

日本専門医機構 総合診療専門医研修特任指導医

日本緩和医療学会緩和医療専門医

【セッション概要】

在宅化学療法は、入院や通院の負担を軽減し、自宅で治療を受けながら生活の質（QOL）を維持することを可能にする一方で、安全性や副作用対応、管理体制の確保といった多くの課題が伴う。本発表では、再発・難治性のB細胞性急性リンパ性白血病を患い、3度の造血幹細胞移植を経験した30代男性の在宅化学療法導入事例を通じて、血液腫瘍専門医と一般在宅医による診診連携の実践とその可能性を考察する。

座長：細田 亮 ホソダ トオル

医療法人社団豊豊会 はもれびクリニック

【座長略歴】

2008年 3月 千葉大学医学部卒業

2008年 4月 東京医療センター初期臨床研修医

2010年 4月 東京医療センター血液内科後期研修医

2015年 4月 医療法人社団豊豊会くぬぎ山ファミリークリニック院長

2021年11月 医療法人社団豊豊会 はもれびクリニック院長

SY49-1

血液疾患の在宅移行と在宅化学療法—患者の求める治療の継続に向けて—

大橋 晃太^{1,2} オオハシ コウタ

¹ トータス往診クリニック

² NPO法人血液在宅ねっと

【はじめに】近年、悪性腫瘍に対する分子標的治療薬や腫瘍免疫療法薬などの新規薬剤が多数登場し、治療成績を向上させている。また、従来の殺細胞性の抗がん剤に比べ、副作用についても高齢者や全身状態に問題がある患者でも認容される場合も多く、抗がん剤投与の“裾野”が広がっている。本症例では、治癒を目指す治療ではなく、病勢を抑えてQOLの改善に寄与する抗がん剤治療の継続の場として、在宅医療を選択している。今後の在宅医療において、在宅での抗がん剤治療の継続を求められるケースが増加することが予想され、示唆的な事例であったため報告する。

【症例】再発・難治B細胞性急性リンパ性白血病と診断され、3度の造血幹細胞移植を受けた30代男性に対し、再発後の治療として二重特異性T細胞誘導抗体製剤・ブリナツモマブの投与が開始された。本剤は従来の殺細胞性抗がん剤と比較して血液毒性等の重篤な有害事象の発現頻度が低いものの、半減期が短く、1サイクルあたり28日間の持続点滴投与が必要であるため、入院治療が原則とされている。しかし、長期入院による身体的・精神的負担が大きく、患者は治療継続を希望しつつも「家族との時間を大切にしたい」という願いを叶えるため、在宅医療を選択した。

【考察】本症例のような造血器腫瘍をはじめ、希少疾患の在宅移行では、その領域の専門性のある対応を地域で継続しきれない課題がある。血液疾患については、外来や訪問診療など地域医療で勤務する専門医（Community Hematologist, 以下CH）の比率が他科に比べて極めて低く、円滑な退院支援のためにも増加が期待されている。ただ、疾患頻度から考えて、CHはより広範囲の地域を担う必要があり、今回の症例のような診診連携が重要となると考えられる。病診/診診連携の拡充・複数主治医制が、専門性の高い対応を要する患者にも在宅医療を提供するため重要である。

【演者略歴】

2008年3月 東京医科歯科大学医学部医学科 卒業

2008年 みさと健和病院 初期研修

2010年 国立病院機構東京医療センター血液内科/緩和ケア内科

2015年 国立がん研究センター東病院血液腫瘍科（外来担当）勤務

2016年 トータス往診クリニック 院長

【資格】

日本血液学会 血液専門医

日本緩和医療学会 緩和医療専門医・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 在宅医療専門医・指導医 等

【その他】

・NPO 血液患者コミュニティももの木 理事長

・日本血液学会 在宅医療ワーキング委員

・東京医科歯科大学臨床教授

・聖マリアンナ医科大学非常勤講師

利益相反：なし

SY49-2

在宅化学療法における診診連携の実践 ー地域の血液内科医と一般在宅医による協働モデルー

五味 一英 ゴミ カズヒデ
桜新町アーバンクリニック

在宅化学療法は、入院や通院の負担を軽減し、自宅で治療を受けながら生活の質（QOL）を維持することを可能にする一方で、安全性や副作用対応、管理体制の確保といった多くの課題が伴う。本発表では、再発・難治性のB細胞性急性リンパ性白血病を患い、3度の造血幹細胞移植を経験した30代男性の在宅化学療法導入事例を通じて、地域医療で勤務する血液内科医（Community Hematologist）と一般在宅医による診診連携の実践とその可能性を考察する。患者は治療継続を希望しつつも、「家族と自宅で過ごす時間を取り戻したい。」という強い願いを抱えていた。使用薬剤はブリナツモマブであり、血液毒性の少なさが利点である一方、持続点滴が必要なため通常は入院管理が前提とされている。そうした中、病院から「在宅での継続投与ができないか。」との相談があり、在宅医療での実施が検討された。

一般在宅医が化学療法に取り組むうえでのハードルとして、抗がん剤に関する専門知識や経験の不足、副作用対応のバックアップ体制、病院医との連携の難しさがあるが、血液疾患の在宅医療経験が豊富な医師が抗がん剤の管理を行い、プライマリ・ケアを担う在宅医が日常的な健康管理や家族支援を行うことで、役割分担による実践可能な診診連携モデルが構築された。

その結果、患者は「子どもをお風呂に入れてあげたい。」「家族と旅行に出かけたい。」「友人と遊びに行きたい。」といった日常生活を取り戻しながら、治療を継続することができた。一方で、診療報酬の制度上の壁、緊急対応の役割分担、情報共有体制の構築など、複数医療機関の関与による新たな課題も明らかになった。

本症例を通して在宅化学療法導入の実際と成果を共有し、今後の診診連携の可能性と課題について議論を深めたい。

【演者略歴】

2007年 昭和大学医学部卒業
2007年-2009年 国立病院機構東京医療センター初期研修医
2009年-2014年 国立病院機構東京医療センター総合内科専修医
2014年 医療法人社団プラタナス桜新町アーバンクリニック
2021年 同院在宅医療部長
日本在宅医療連合学会 在宅医療専門医・指導医
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・認定指導医
日本専門医機構 総合診療専門医研修特任指導医
日本緩和医療学会緩和医療専門医

利益相反：なし

SY49-3

在宅化学療法における“縁の下の力持ち”－薬局薬剤師ができる安全対策と工夫－

木村 有希 キムラ ユキ

日本調剤尾山台南口薬局

近年、様々な作用機序をもつ新規抗悪性腫瘍剤の登場により、がん治療の選択肢は広がりつつある。これに伴い、療養の場の多様化、とりわけ在宅での治療継続に対する期待も高まっている。

ブリナツモマブは、再発・難治性B細胞性急性リンパ性白血病に対する二重特異性T細胞誘導抗体であり、1サイクル28日間の持続点滴が必要となる。本邦では原則入院管理下で使用されてきたが、近年では一定期間入院後に携帯型輸液ポンプを活用し、外来で週2回の薬剤交換を行う在宅療法の事例も報告され、令和6年度の診療報酬改定では在宅腫瘍化学療法注射指導管理に関する評価が新設されるなど、在宅療法を支える環境が整いつつある。

本症例では、患者の精神的・身体的負担の軽減を目的に、在宅医からの処方をもとに調剤薬局にて薬剤を調製し、薬剤交換を患者宅で行う方法が検討された。当薬局には安全キャビネットの保有がなく対応が困難であったが、近隣に対応可能な薬局が見つからず、患者の「自宅で治療を受けたい」という希望をなんとか形にしたいという思いから社内で検討を重ねた。そこで薬剤の毒性や製剤特性を考慮したうえで、最大限の暴露対策として閉鎖式接続器具や个人防护具等を使用し、無菌室内のクリーンベンチでの調製を試みた。その結果5サイクルの治療を完遂することができた。

抗悪性腫瘍剤の調製は、調製者の暴露リスクを最小限に抑える観点からも、ガイドラインに沿った対応が求められる。一方で、注射薬による在宅化学療法に対応できる薬局は現時点で極めて限定的であり、その構築には設備面・人材面の双方に課題が残る。今後、在宅化学療法全体のニーズに対して、薬局が果たすべき役割は広がっていくと考えられる。本シンポジウムでは、本症例を通じて得られた現場の工夫や多職種連携の経験を共有し、在宅化学療法の今後の可能性と課題に対して、調剤薬局がどのように関わり支援できるかを考察したい。

【演者略歴】

2012年 東京薬科大学薬学部卒業

2012年 大塚製薬株式会社 医薬情報担当

2016年 日本調剤株式会社 健保・施設推進部

2018年 日本調剤株式会社 在宅医療部

2022年 日本調剤尾山台南口薬局

利益相反：なし

シンポジウム50【長崎企画】

在宅医療におけるICT活用の現状と課題そしてこれからのあるべき姿

SY50

【セッション概要】

わが国の医療・介護分野のICT活用は、2000年頃より広がった地域医療連携情報ネットワークの利用あるいは、従事者間のコミュニケーションツールを使った情報共有が進められてきた。

一方、2019年に発生した新型コロナパンデミックは、感染防御下の診療や感染者数の把握の上で医療分野でのICT活用があらためて評価されたが、同時に、わが国の利活用が他国に遅れをとっている点も露呈した。これを契機に政府は医療DX化を重点課題として、次々と医療のICT化を進めている。

すでにオンライン資格確認は義務化され、マイナンバーカードの保険証利用が始まり、電子カルテ共有サービスも始まろうとしているが、在宅・介護分野においては、サービスを提供する上で、所属する組織が異なることから、医療以上に情報共有は重要である。しかしながら電子カルテ共有サービスに介護情報は含まれておらず、全国医療情報プラットフォームには、計画されているものの、具体化はしていない。

本シンポジウムは全国各地で、ICTを活用して医療・介護情報を共有し、有効に臨床利用されている方々にご登壇をお願いし、在宅医療におけるICT活用の現状と課題そしてこれからのあるべき姿について議論するものである。

座長：松本 武浩 マツモト タケヒロ

長崎大学病院 医療情報部

【座長略歴】

長崎大学病院 医療情報部 部長・准教授

平成元年 長崎大学医学部卒業

平成元年 長崎大学医学部第一内科入局

平成9年 NHO長崎医療センター消化器内科・臨床研究部

平成12年 国立国際医療センター情報システム部

平成15年 NHO長崎医療センター臨床研究センター

政策医療企画研究部情報推進研究室 室長

平成17年11月 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科

先進予防医学講座 医療情報学 准教授

長崎大学病院 医療情報部 副部長

令和4年4月～ 現職

座長：阿保 貴章 アボ タカフミ

医療法人阿保外科医院

【座長略歴】

1996年 3月 長崎大学医学部卒業

1996年 4月 長崎大学医学部第一外科（腫瘍外科）入局

2006年12月 日本外科学会外科専門医

2009年 1月 日本消化器外科学会消化器外科専門医、消化器癌外科治療専門医

2010年 3月 長崎大学大学院医学専攻科卒業 医学博士

2010年 4月 長崎大学腫瘍外科助教

2015年 6月 医療法人阿保外科医院（強化型在宅療養支援診療所）副院長

SY50-1

地域電子カルテシステム「Net4U」を活用した包括的な医療体制の構築

三原 一郎 ミハラ イチロウ

山形県鶴岡地区医師会

Net4Uは2000年に実施された経済産業省の「先進的ITを活用した地域医療ネットワーク構築事業」で開発された地域電子カルテシステムである。2012年には、病院から地域へという時代の変遷を見据え、「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。

Net4Uは山形県鶴岡市を中心に、2001年1月の運用開始以来24年超の運用実績を有するが、2025年3月末現在、登録患者数は延べ96233名であり、毎月500～600名程の新規登録がある。参加施設は173件、内訳は医療系施設（訪看を含む）104、介護系施設67である。参加職種毎のユーザ数（総数：712）の割合では、看護師が52%、介護職23%、リハ職9%、医師9%、薬剤師8%、歯科医師1%であり、看護師と介護職で3/4を占める。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。

Net4Uのサブシステムとして家族参加型ツール「Note4U」というアプリがある。スマホやタブレットを利用してNet4U登録患者へ関わるチーム（医師、訪問看護師、ケアマネなど）と患者・家族が情報のやり取りができるツールである。100例以上の実績があり、患者、家族の安心感に寄与している。

ちょうかいネットはID-Linkを利用した地域医療情報ネットワークであるが、庄内2次医療圏のおもな病院の電子カルテ情報を包括同意の元、各職種が閲覧可能である。

更に、2006年には連携パス推進協議会を設立し、脳卒中、大腿骨近位部骨折などIT化した複数の地域連携パスを運用している。とくに脳卒中パスにおいては病院と開業医がパス情報を共有することで、パスのアウトカムであるADL低下防止や血圧コントロールに一定の成果がでている。

【演者略歴】

三原皮膚科院長、鶴岡地区医師会理事

1976年、東京慈恵会医科大学卒、同年、皮膚科に入局。

1979～81年、ニューヨーク大学に留学。皮膚病理学を研鑽。

1994年、同大学病院勤務を経て、郷里の山形県鶴岡市に皮膚科医院を開業。

1996年、鶴岡地区医師会理事、同情報システム委員長。

2000年、ライフワークでもある地域電子カルテNet4Uの運用を開始、

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、鶴岡地区医師会理事、副会長などを歴任

2012年、鶴岡地区医師会会長に就任

2015年、鶴岡地区医師会会長退任、医療連携、医療情報担当理事へ就任

2020年、旭日双光章受章

利益相反：なし

SY50-2

医療介護連携ICTシステム“うすき石仏ねっと”における在宅医療・介護連携の現状と課題および今後の展開

舩友 一洋 マストモ カズヒロ

臼杵市医師会立コスモス病院

“うすき石仏ねっと”（“石仏ねっと”）は臼杵市内で活用されている医療・介護連携ICTネットワークである。医師・歯科医師・薬剤師・看護師・保健師・社会福祉士・栄養士・歯科衛生士・ケアマネジャー等の多くの専門職が参加し、双方向性情報共有が行われている。市民が情報の閲覧を許可するための石仏カードは2万6000枚以上（2025年3月現在）発行され、市民の参加率、多職種の参加率において評価されている。

地域の電子カルテである“石仏ねっと”では基幹病院の診療情報、電子地域連携パス、電子化お薬手帳など医療情報が中心である。2年前に在宅でタブレットでも“石仏ねっと”を見ることができるようになってからは、在宅診療医は活用していると思われるが、ケアマネジャー（ケアマネ）の“石仏ねっと”活用は年々減少傾向にある。

現在我々は、ケアマネが使いやすいトップ画面を再構築し、ケアマネにとって有効な情報と思われる摂食嚥下・食事情報や口腔ケア情報を新たに共有することを予定している。更に入院中や在宅療養中の動画ファイルの共有もできるようになる予定である。しかし動画などの療養情報も一度見れば再見することはない一過性の情報である。ケアマネジャー利用促進対策として様々な更新を予定しているが、利用促進されるかは不透明である。

全国医療情報プラットフォームが構築されても医療情報を介護スタッフが必要かは疑問であり、蓄積される介護保険情報やLIFEの情報を医療スタッフに必要なかは不明である。医療・介護連携においてICTを活用して双方向で本当に共有すべきは本人の価値観・人生観・死生観などのACPにつながる情報ではないだろうか。AIなども活用した情報交換が、本人にとって最善の医療やケアにつながった時に、我々は便利になったと感じるのかもしれない。

【演者略歴】

昭和63年 大分医大卒業

大分医大第一内科入局（専門領域 循環器）

平成1年-平成10年 九州大学生体防御医学研究所気候内科

緒方町国保総合病院 内科 など勤務

平成10-12年 アメリカ サウスカロライナ大学 留学

平成12年- 臼杵市医師会立コスモス病院 内科部長

平成15年 同院 副院長

平成27年 臼杵市医師会医療福祉統合センター長

令和6年 臼杵市医師会立コスモス病院 院長

利益相反：なし

SY50-3

「医師少数区域」における在宅医療の活動 ー医療ICT (ism-link 等) の活用による実践を目指してー

建石 徹 タテイシ トオル
飯田医師会 会長（すきがら医院 院長）

当医院の立地する二次医療圏（長野県飯田下伊那地方、飯伊【はんい】地区）は広大であり、当圏域より面積の狭い府県も存在する。人口減少・高齢化が進み、「医師少数地域」と認定されている事実が示すように、医療資源に乏しい圏域でもある。

特に、地理的な制約は、在宅医療を実現する上で、大きな障壁となっている。これらを克服すべく、当圏域では、2011年より医療ICT（ism-link：飯田下伊那診療情報連携システム、ID-LINK系）の利活用に注力してきた。病院・訪問看護ステーションは100％参加し、多くの介護事業者の参加も得られ、登録者数は人口の20％超をカバーするに至った。そして、「医療・介護の情報インフラとして欠かせない」存在として広く認識された結果、自治体の信任・経済的なバックアップも得られている。圏内の調剤情報の93％を集約した「地域調剤情報共有システム」との連携を構築しつつあり、救急搬送時の服薬状況把握等への活用が期待される。

特筆すべきは、このism-linkの「ノート機能」を通じて「多職種連携」による積極的な瞬時の情報共有が日夜実現されていることであり、その成果として、特に在宅の高齢患者さん・ご家族に対して、大きな利便性・安心をもたらしている。あわせて、医療・介護部分野に特化してセキュリティを強化した新たな「ビデオ会議システム」を用いた『リモートでの退院前カンファレンス』を導入した。この遠隔カンファレンスシステムを通じて、地理的不利な条件下でも、在宅療養支援チーム・後方支援病院チーム間の「顔の見える関係」の構築が可能となった。

これらの医療ICTを駆使することにより、当圏域の障壁・不自由を克服し、「チーム医療」「多職種連携」の具現が可能となりつつあることを、強く実感している。その現状および今後の可能性等について論じたい。

【演者略歴】

1981年 名古屋大学医学部卒業、河北総合病院にて臨床研修
1987年 名古屋大学大学院医学研究科満了、名古屋大学医学部附属病院（老年科）
1990年 すきがら医院 副院長 2001年 院長
老年科専門医、循環器専門医、総合内科専門医
2010年 飯田医師会 理事 および 飯伊地区包括医療協議会 幹事長
2023年 飯田医師会 会長

利益相反：なし

SY50-4

在宅医療における地域医療情報連携ICTネットワーク“あじさいネット”活用の現状と今後の課題

奥平 定之¹ オクダイラ サダユキ
松本 武浩² マツモト タケヒロ
阿保 貴章³ アボ タカフミ

¹医療法人社団 奥平外科医院

²長崎大学病院 医療情報部

³医療法人 阿保外科医院

【はじめに】“医療DXビジョン2030”の中で、「全国医療情報プラットフォーム」の創設を提唱している。医療情報共有は、電子カルテ共有サービスにより進められつつあるが、在宅医療ではまだ具体化されていない。これまで専用のシステムや地域医療情報連携ネットワーク（地連）が利用されてきたが、今後の国の整備方針を踏まえ、情報をどのように共有すべきが明らかにする必要がある。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協議会が運営する“あじさいネット”があり在宅医療分野でも利用している。

【活動】あじさいネットは拠点病院の電子カルテ情報を閲覧する“カルテ共有”を主機能とする。2004年から運用開始し現在、約20万人（長崎県人口の約16%）が登録され、会員数は2182名、情報閲覧施設は352施設、情報提供病院は38施設である。在宅では患者に係る多職種が必要時の情報共有を行う“多職種連携”機能を利用している。また、開業医が実施した血液検査結果を“検査結果共有”機能で多職種での共有できる。iPadを利用し情報閲覧・入力が可能である。全ての情報は仮想専用線（VPN）内で運用するためセキュリティ面は安全である上、専用TV会議システムにて、患者カルテを共有した退院時共同指導を実施し、簡易相談にはメールでの情報交換が可能である。

【課題】ケアマネージャー、PT/ST/OTを含めた参加者が不足している。参加費が一因であるが、情報提供病院の維持費や更新費も含め財源が必要である。また、介護システムとの連携も必要である。

【考察】あじさいネットは病院のカルテ情報、多職種の情報を安全に集約化し共有できる極めて価値が高く、使っている者にとってはなくてはならない医療連携ICTである。国が提唱している「全国医療情報プラットフォーム」だけでは情報量が不足しており、地連は重要な連携手段と考える。

【演者略歴】

履歴

1987年3月 久留米大学医学部卒業
1987年6月 長崎大学医学部附属病院第二外科入局
1991年4月 久留米大学大学院医学研究科入学（病理学）
1995年3月 久留米大学大学院医学研究科卒業
2001年4月 長崎大学医学部附属病院第二外科助手
2003年4月 長崎大学医学部附属病院第二外科講師
2003年7月 医療法人光晴会病院外科 外科部長
2007年4月 医療法人社団 奥平外科医院

役職

長崎在宅Drネット理事 長崎市医師会理事

利益相反：なし

SY50-5

『函館地区における地域医療・介護連携ネットワークの現況と、はこだて医療・介護連携サマリーの活用状況』

高橋 肇 タカハシ ハジメ

社会医療法人高橋病院 理事長・病院長

超高齢社会となった21世紀の医療は、「治し支える医療（ICF）」が主体の地域完結型となり、情報共有手段として地域連携ネットワークが活用されてきた。「生きがい」「Well-being」「ACP」など本人の思いをどう地域でつなげていくかが今後の重要なポイントになる。

函館市に位置する高橋病院は、平成19年に全国に先駆けて「ID-Link」の試験稼働を行った。現在、在宅療養支援病院、訪問診療（約400名）、地域リハビリテーション（セラピスト100名弱）を柱としている当院では、急性期医療、在宅医療、介護施設、との前後連携が非常に重要であり、「つながるケア」「つなげるリハ」を目指してきた。

当院の情報共有ツールとして、①地域連携ネットワークシステム「ID-Link」、②「はこだて医療・介護連携サマリー」、③「全国医療情報プラットフォーム」が稼働している。

①は函館市内の病院での稼働率はほぼ100%であり、在宅での利用率も高い。

②は平成29年より函館市医療・介護連携支援センターが中心となって医療機関、在宅医療、介護施設・事業所等で動いているエクセルベースの情報共有シートで、現在稼働率は60%内外である。そのシートに科学的介護情報システム「LIFE」を生活情報として組み込むことにより、入手情報の正確度が増し効率化も図られる。

標準化による連携データ分析による地域診断も進めており、加えて電子カルテに生成AIを備えることにより、書類やデータ活用など現場の負担感軽減、質向上等も見据えているところである。

③の「電子カルテ情報共有サービス」は、当院を中心とした函館圏域がモデル地区となっているため、①と効能を使い分けつつ、慢性期、介護施設、在宅を含めた地域包括ケアシステム連携を進めていければと考えている。

【演者略歴】

1984年 北海道大学医学部卒業 同大学附属病院循環器内科入局後、複数の医療機関を歴任

2001年 高橋病院ならびに社会福祉法人函館元町会理事長

北海道病院協会 副理事長

全国老人保健施設協会 副会長

電子カルテCSI社 Mirais ユーザ会会長

厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会構成員、医療等情報利活用WGオブザーバー、電子カルテ情報共有システム運用に関する技術作業班員、標準型電子カルテ検討WG構成員、介護情報利活用WG構成員

厚生労働省 科学的介護情報システム検討委員会含め複数のLIFE関連会議構成員

【功績】

令和3年 病院事業発展功労部門にて厚生労働大臣表彰受賞

利益相反：なし

シンポジウム51【長崎企画】

高齢者の救急現場でのACPとその対策

—高齢者救急問題の現状とその対応についての提言2024を踏まえて—

SY51

【セッション概要】

近年、高齢者の救急搬送件数が増加し続けている。人生の最終段階でさらなる治療を希望しない方や、蘇生する見込みが極めて低くDNARを表明している方、在宅や施設での看取りを希望している方が心肺停止となって、救急病院に救急搬送されることが少なくなく、救急医療の逼迫につながっている。こうした問題に対し高齢者の救急医療に関わる各種団体による「高齢者救急問題の現状とその対応についての提言2024」が発表された。高齢者の救急現場でのACPは、患者の意思を尊重し、適切な医療を行うための重要な手段であり、ACPがより効果的に機能できる環境を整えることが必要である。しかし、2023年に厚生労働省が公開した「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」によると、一般国民の7割が「ACPについて知らない」と回答し、救急の現場では、ACPを行ったことのない患者・家族等と対峙することが多い。そうした状況で患者の生死に関わる「治療のゴール」に関して話し合う「緊急ACP」は、医療従事者、患者・家族等の双方にとって、ストレスフルであるが避けて通ることができない。本シンポジウムではこうした現状を踏まえて今後の我々の方向性について議論する。

長崎市では、2018年に長崎市内を管轄する警察署・消防局・医師会で「本人の希望しない救急搬送」について協議を行った。長崎市消防局より長崎市医師会に「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ような書面を作って欲しい」という要望があり「現在療養中の病気で回復が見込めない状態になった場合に、単に死期を引き延ばすためだけの心肺蘇生は受けない」という宣言文に続き、本人の署名、代理決定者の署名、かかりつけ医の署名欄がある長崎市医師会版事前同意書「わたしの思い」を作成し、同年より運用を開始した。救急隊・救急救命医・救急緩和ケア医・在宅医の苦悩や対策についても議論する。

座長：土屋 知洋 ツチャ チヒロ
ちひろ内科クリニック

【座長略歴】

昭和62年 琉球大学医学部医学科卒業
昭和62年 長崎大学第二内科入局。長崎大学病院をはじめ、関連病院で研修
平成 元年 長崎大学大学院医学研究科入学
平成 5年 長崎大学大学院医学研究科 博士号取得
平成 5年 長崎百合野病院 内科医長
平成12年 ちひろ内科クリニック 開業 現職
長崎市医師会理事
長崎在宅Dr.ネット理事
医学博士
日本在宅医療連合学会評議員
日本消化器病学会認定専門医
日本消化器内視鏡学会専門医
日本医師会産業医
日本内科学会認定内科医
E-FIELD ファシリテーター
もしばなマイスター
Poo マスター
エンドオブライフ・ケア協会ファシリテーター
日本聞き書き学会会員

座長：満岡 聡 ミツオカ サトル

医療法人満岡内科クリニック

【座長略歴】

1986年産業医科大学卒業。1992年長崎大学大学院医学研究科修了。

2000年、満岡内科消化器科医院（現医療法人満岡内科クリニック）開業。2010年に在宅医療介護福祉の多職種ネットワーク、在宅ネット・さがを創立し、は2013年にJPAP オレンジサークルアワードのBest education model of the Year 賞、2017年には地域再生大賞優秀賞を受賞したが2018年以降は活動を休止中。2017年より公益財団法人日本尊厳死協会本部学術研修担当理事としてACPを踏まえたリビング・ウィルの改訂を進め、協会は2022年11月に改訂版リビング・ウィルを発表した。

SY51-1

超高齢社会における救急医としてのACPへの取り組み

早川 航一 ハヤカワ コウイチ
長崎みなとメディカルセンター

約10年前、救急医として重症外傷診療やECMOを駆使した心肺蘇生に没頭していたが、未曾有の高齢社会の到来とともに高齢者救急医療に従事する機会が増加した。入院の契機となった傷病は治療できたにもかかわらず、廃用症候群を契機として亡くす症例をしばしば経験した。“救命できなかったことを年齢のせいにしたら救急医としての成長はない”と懸命に診療に取り組み、予後改善のために重要なことを学び、予後を見通す力を培った。

5年前、現在の職務に就き、さらに多くの高齢者救急症例の外来・入院診療を担うこととなった。高齢者救急医療現場でのACPは大変難しく、多大な労力を要した。できれば普段の生活のなかで協議されていて欲しいと願ったが、まずは介護の現場の実情を知る必要があると考えた。そこで、市の委託を受けて医師会が運営する「まちななかラウンジ」に参加し、ACPの普及啓発活動に積極的に足を運んだ。また、介護の現場と、“顔の見える関係”を構築するために、“ながさき介護救急蘇生講習会”と題して、介護施設へ直接足を運び、講習会を開催した。その経験はACP普及の現状と課題を認識することに役立った。職種に関わらずみんなでACPに取り組む必要があるとの考えに至り、当科で担当した入院症例に対し退院前に『元気なうちから手帳』を用いたACP面談を実施することとした。

さらなる高齢化へ向け、『ときどき病院、ほぼ在宅・施設』により一層取り組まなくてはならない。救急の現場では『病院に搬送して欲しいわけではなかった』という家族の声をよく聞く。施設スタッフと話す機会も多いが、『できれば病院には運びたくない』という声も多い。ACPが進まない要因のひとつが、『施設と嘱託医の温度差』であると感じている。嘱託医任せにするのではなく、行政と医師会がその橋渡し役を担う必要があると考え、長崎市医師会ではその方策を検討している。

【演者略歴】

2001年 九州大学卒
2003年 福岡済生会総合病院 救命救急センター 医員
2005年 大阪大学高度救命救急センター 医員
2009年 大阪脳神経外科病院 医員
2011年 大阪大学高度救命救急センター 特任助教
2013年 関西医科大学附属病院 助教
同年 関西医科大学総合医療センター 講師
2020年1月 現職

利益相反：なし

SY51-2

高齢者現場におけるDNARの現状と課題について

中倉 佑太 ナカクラ ユウタ
長崎市消防局

長崎市消防局では過去10年間で救急件数が約5,000件増加しており、令和6年の救急件数は29,058件であった。救急搬送された方の約7割が65歳以上の高齢者となっており、救急現場における高齢者搬送割合は、人口減少に反し今後も増加していくことが見込まれている。

このような背景の中、救急現場におけるDNAR（蘇生措置拒否）への対応が課題となっている。

長崎市消防局では、悪性腫瘍末期などの背景がある傷病者に対し救急要請があった際、家族が蘇生を望まない場合であっても、まず心肺蘇生を開始し、並行して主治医と連絡を取るよう努め、主治医から「心肺蘇生を行わない」旨の指示を得て心肺蘇生を中止する対応をとっているが、次のような場合に対応に苦慮することがある。

例えば、家族や施設関係者がDNARの意思を正確に把握しておらず、その確認に時間を要する場合や、主治医と連絡が取れず、救急隊は心肺蘇生を継続しながら病院へ搬送し、結果として本人の意思が尊重されない状況が発生している。また、現場に警察官も臨場するため、家族にとって精神的な負担となることが考えられる。

このような心肺蘇生を望まない傷病者に対して可能な限り本人の意思を尊重するためには、119番通報に至る前に、家族や関係者が主治医と連絡を取ることが望ましい。

長崎市消防局では特に高齢者施設からの救急要請について、DNARを含め施設職員と救急隊がスムーズに情報共有できるよう「情報提供書」を作成し、活用している。

今後も、関係機関とACPの推進を図り、家族や関係者の意思疎通が確立され、本人の意思が尊重される社会の実現を目指すことが求められる。

【演者略歴】

2008年 長崎市消防局 消防士拝命
2012年 救急隊へ配属
2017年 救急救命士資格取得
2025年 警防課救急救助係長（現職）

利益相反：なし

SY51-3

長崎市の人生会議（ACP）の普及啓発の取り組みについて ～本人の想いを救急現場でのACPにつなげるために～

山口 伸一 ヤマグチ シンイチ
長崎市役所

長崎市では、2025年（令和7年）に65歳以上の高齢者人口のピークを迎える。また、2035年（令和17年）には、後期高齢者人口がピークになることが見込まれており、既に減少に転じている生産年齢人口の減少が加速する中、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年（令和22年）を見据えた、超高齢社会への対応が求められている。

令和5年に実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査によると、約50%の方が「人生の最期を在宅（自宅や施設）で迎えたい」と希望していることが明らかになったが、実際は約70%のかたが病院で最期を迎えており、希望と現実には差があることがわかった。

在宅で最期を迎えたいといった本人の想いを実現するためには、人生会議（ACP）の取組みが重要と考え、本市でも第五次総合計画や介護保険事業計画（第9期）の中に人生会議（ACP）の市民への普及啓発や医療・介護専門職等の多職種による推進を位置付けている。

人生会議（ACP）の市民への普及状況は、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査によると「人生会議（ACP）について知っているか」という問いに対して、「知っている」と回答した市民は約10%であり、その背景には、本人だけでなく家族も含め、「縁起でもない話」として話すきっかけがつかめないといった声が多く聞かれている。

本市においては、人生会議（ACP）のきっかけづくりとして、医療・介護の専門職や民生委員が話し合い、令和2年に「元気なうちから手帳」を作成し、高齢者だけでなく若い世代など幅広い市民への普及啓発を行っている。さらに医療・介護専門職においても、急変時の対応や看取りの場面も含めた研修等により、人生会議（ACP）の多職種での取り組みを推進している。この取り組みの詳細について報告する。

【演者略歴】

1988年 西南学院大学商学部 卒業
1989年 長崎市役所 入庁
2015年 長崎市福祉部地域包括ケアシステム推進室長
2016年 長崎市福祉部政策監
2019年～ 長崎市福祉部長
2023年～ 長崎県地域包括ケアシステム推進協議会 委員

利益相反：なし

SY51-4

長崎市医師会版事前同意書「わたしの思い」のご紹介と運用報告

土屋 知洋 ツチャ チヒロ
ちひろ内科クリニック

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が共有し、連携体制を構築することが課題となっている。この課題に対し、2018年2月18日 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、長崎市消防局より「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」という要望があった。当会でたたき台を作成し、他の関係機関（長崎在宅ドクターネット理事会、長崎市地域包括ケア推進協議会 医療介護連携部会「高齢者における看取りワーキング」（事務局：長崎市地域包括ケアシステム推進室）、長崎県医師会在宅医療対策委員会、長崎市医師会顧問弁護士、長崎地域メディカルコントロール協議会（事務局：長崎市消防局））でもご検討いただき、適宜修正を行った。その後、2019年8月21日に第2回警察・消防及び長崎市医師会等の関係機関協議会を開催し、長崎市医師会版事前同意書「わたしの思い」の再検討と承認を得て完成した。「わたしの思い」は、「単に死期を引き延ばすためだけの心肺蘇生は受けない」との宣言文に続き、本人の署名、代理決定者の署名、かかりつけ医の署名、医療・ケアチームの署名欄がある。宣言文はPOLSTに含まれる「心肺蘇生術を実施しないと」という宣言や、日本尊厳死協会 リビング・ウィル（人生の最終段階における事前指示書）の「死期を引き延ばすためだけの医療措置は希望しません」を参考にした。同年11月26日に運用開始の説明会を開催し、同日を運用開始日とし、現況を報告する。

【演者略歴】

昭和62年 琉球大学医学部医学科卒業
昭和62年 長崎大学第二内科入局。長崎大学病院をはじめ、関連病院で研修
平成元年 長崎大学大学院医学研究科入学
平成 5年 長崎大学大学院医学研究科 博士号取得
平成 5年 長崎百合野病院 内科医長
平成12年 ちひろ内科クリニック 開業 現職
長崎市医師会理事
長崎在宅Dr. ネット理事
医学博士
日本在宅医療連合学会評議員
日本消化器病学会認定専門医
日本消化器内視鏡学会専門医
日本医師会産業医
日本内科学会認定内科医
E-FIELD ファシリテーター
もしばなマイスター
Poo マスター
エンドオブライフ・ケア協会ファシリテーター
日本聞き書き学会会員

利益相反：なし

SY51-5

高齢者救急で必要な緩和ケア

石上 雄一郎 イシガミ ユウイチロウ
飯塚病院

高齢者救急医療の需要は急速に拡大している。高齢者、認知症患者、身寄りなしの患者が増えていくことが予想されている。救急搬送で問題になるのは、DNAR患者の不搬送の問題や高齢者の軽症での搬送の問題である。現場では高齢者救急の問題としてどこまで治療を行うのが良いのか？という倫理的な問題がとても多い。昨年末には高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言 が出され、ACPの重要性が強調されている。時代に合わせた救急医療のアップデートが必要だと考えられる。当院では、救急医療と緩和ケア医療の融合を実践することに挑戦している。具体的には救急医のコミュニケーションスキルの向上により、基本的緩和ケアを現場で実践し、患者家族に満足度の高い治療を提供でき、無益性の高い治療を避けることができる。高齢化社会における救急医療は救急医療と緩和ケアを統合するアプローチが必要不可欠である。救急医には、単に重症患者の命を救うだけでなく、大多数の高齢患者や家族に寄り添い、満足度の高い医療を提供するための緩和ケアスキルや倫理的判断力が求められる。

【演者略歴】

略歴

2012年 滋賀医科大学医学部医学科卒業
2012年 杉田玄白記念公立小浜病院 初期臨床研修医
2014年 東京ベイ浦安市川医療センター 救急科後期研修プログラム
2018年 東京ベイ浦安市川医療センター 救急科スタッフ
2019年 飯塚病院連携医療・緩和ケア科 医長

現在に至る。

専門分野

救急集中治療領域の緩和ケア

救急領域の社会福祉

所属学会

日本救急医学会
日本集中治療医学会
日本内科学会
日本老年医学会
日本緩和医療学会
日本臨床倫理学会

資格

日本救急医学会 救急科専門医
日本内科学会 認定内科医
日本老年学会 老年病専門医
日本臨床倫理学会 臨床倫理認定士
社会福祉士
公認心理士

利益相反：なし

シンポジウム52【長崎企画】

長崎の医療・介護連携に必要なケアマネジャー像とは SY52

【セッション概要】

医療・介護連携におけるケアマネジャーの役割は大きい。例えば、介護人材不足のためケアマネジャーが緊急でサービス対応をする、時間外に急変して病院の付き添いや家族の代わりを担うなど、常に走り回っています。そんな介護保険制度の型にはまらないケアマネジャーの現状を共に語り、これから活躍するケアマネジャー像を展望するため、未来志向でディスカッションしていく。

第1部 介護支援専門員業務周辺と医療介護連携の状況について

第2部 地元長崎からYouTube発信や書籍出版など活躍しているケアマネジャーが考える連携の現状と未来

第3部 新たな取り組みとしてリモートワークで働き方改革を実践。デジタル連携について考える

第4部 独立開業して長崎中心部と遠隔地域とのサービス不足の現状とサービス格差について

第5部 これからの見据えた医療・介護連携の課題について

介護保険制度創設と同時に25年前に誕生したケアマネジャーという新しい職種は、今日にあっては多くの要介護高齢者や家族の「伴走者」として我が国に根付いています。一方で2025年・2040年と我が国の大きな分岐点に向けた新しい取り組みと連携が必要です。医療と介護が今まで以上の連携力を向上させていくことは必須事項であり、その取り組みは都道府県・市町村単位で構築されていくものです。長崎県という歴史文化都市において、今後どのような医療介護連携が求められ、ケアマネジャーの求められる役割は何か、そして、求められる未来への希望と課題は何かを探っていきます。

座長：阿部 充宏
合同会社 介護の未来

アベ ミツヒロ

【座長略歴】

1990 福祉事業及び介護保険事業の臨床経験（相談員・法人事業部長・特別養護老人ホーム施設長等）

2015 合同会社 介護の未来を創業（現在に至る）

【主な事業】

ケアプラン点検事業（18市町村より受託 年間600人以上）

運営指導（5市より受託 年間50事業所）

介護支援専門員資格更新研修（神奈川県より委託 年間1800人）

【その他】

一般社団法人神奈川県介護支援専門員協会 相談役（前理事長）

書籍【介護予防ケアプランの書き方】等 中央法規出版より8冊出版

モデレーター：松尾 史江 マツオ フミエ
ケアプランセンターゆめライフ

【モデレーター略歴】

企画立案者

「1996年4月 医療法人 老人保健施設 当時 相談指導員として入職」

「2000年4月 長崎市在宅介護支援センター 社会福祉士として配属」

「2002年4月 長崎市介護支援専門員連絡協議会 中央ブロック役員（副会長）活動中」

「2002年4月 居宅介護支援事業所 管理者 主任介護支援専門員 認定ケアマネジャー」

「2008年9月 合同会社 Three・M 独立開業 訪問看護ステーションゆめライフ・ケアプランセンターゆめライフ開設」
現在に至る

SY52-1

「地元長崎からケアマネジャー試験対策のYoutube 配信や書籍出版など活躍している
ケアマネジャーが考える、ケアマネジャーの業務のあり方について」

水頭 正樹 ミズガシラ マサキ

ケアプランセンターヨケア

【演者略歴】

2006年 居宅介護支援事業所 ケアマネジャー

2021年 Youtubeチャンネルの運営 個人事業

2024年 ケアマネ試験対策書籍出版 オンラインセミナーの運営

2025年 ケアプランセンターヨケア開業

利益相反：なし

SY52-2

新たな取り組みとしてリモートワークで働き方改革を実践。
デジタル連携について考える

馬場 大輔 ババ ダイスケ

みらい社会福祉士事務所

【演者略歴】

2003年7月 特別養護老人ホーム 介護職

2010年4月 居宅介護支援事業所 ケアマネジャー

2021年6月 合同会社MIRA1 開業 現在に至る

利益相反：なし

SY52-3

独立開業して長崎中心部と遠隔地域とのサービス不足の現状とサービス格差について

高島 謙介 タカシマ ケンスケ

合同会社ふくしのいろは

【演者略歴】

「2010年4月 通所介護事業所 介護職員」

「2013年4月 通所介護事業所 機能訓練指導員」

「2016年6月 居宅介護支援事業所 介護支援専門員」

「2022年5月 居宅介護支援事業所 管理者」

「2023年8月 合同会社ふくしのいろは開業」

利益相反：なし

SY52-4

これからを見据えた医療・介護連携の課題について

柳川 裕美 ヤナギガワ ヒロミ

ケアプランセンターゆめライフ

ケアマネジャーが誕生して25年。少子高齢化の時代の中で、ケアマネジャーの役割も多岐に渡ってきています。その中で、皆さんはケアマネジャーのシャドーワークという言葉が聞かれたことがあるでしょうか。ご利用者、ご家族、行政、地域、病院など、ケアマネジャーに求められる役割が大きくなっているのが現状です。2040年問題を見据えた時、今後の医療と介護の連携の中で、様々な問題や課題が浮き彫りになってくるのではないのでしょうか。

医療と介護の連携の中でケアマネジャーに求められる役割は何か、また本来はケアマネジャー業務範囲ではない部分の担い手をどのように解決していくのか・・・長崎のこれまでの医療と介護の連携、そしてこれからの医療と介護の連携について、考えていきたいと思います。

【演者略歴】

2000年よりケアハウス生活相談員を経て、その後特別養護老人ホーム生活相談員。

2006年より居宅介護支援事業所 介護支援専門員として勤務。

2011年より居宅介護支援事業所 管理者兼介護支援専門員となり現在に至る。

利益相反：なし

シンポジウム53【一般公募企画】

コミュニティ緩和ケアにおけるボランティア活動の現在と未来

SY53

【セッション概要】

緩和ケアにおけるボランティア活動が進展しつつある。特に在宅ホスピスにおけるボランティア活動は、専門職による多職種連携の枠を超えて、患者と家族の生活を支える重要な役割を担う。さらにそれは地域に広がり、コミュニティ緩和ケアの一翼として町づくりの大きな力になる可能性があり、世界的に広がりつつある“コンパッション・コミュニティ”の重要な要素となっている。

本シンポジウムでは、まず我が国の先進的なコミュニティ・ボランティア活動をシンポジストに報告してもらう。福岡県では「ふくおか在宅ホスピスをすすめる会」と県の協働により、2007年から在宅ホスピスボランティア育成を行い、ボランティアによる訪問やデイホスピス運営などに取り組む。宮城県の穂波の郷では、エンド・オブ・ライフにおける希望を「緩和ケアプロジェクト」としてボランティアと専門職、地域住民のネットワークで実現し、そのプロセスは思いやりと支えあいのコミュニティへと繋がる。大分県佐伯市「“ごちゃまぜ・えがお”プロジェクト」は、市との協働で公民館への出前講座等による啓発活動を通して、思いやりのある地域づくりに取り組み、住民主体の多彩な活動が生まれている。

次に世界的潮流であるパブリックヘルスと緩和ケアの融合について触れる。2022、24年のパブリックヘルス緩和ケア国際会議では、専門分野の枠を超えたコミュニティの参加が重要なテーマであり、ホスピス・ボランティアの調査研究も進んでおり、同会議参加者から報告してもらう。加えて、25年3月に行われるインド・ケララでのコミュニティ緩和ケアの研修報告からも学びたい。

思いやりと支えあいに満ちた地域の創造に向け、コミュニティ緩和ケアにおけるボランティアの意義と将来性を多方面からの報告をもとに検討し、シンポジウム参加者とともに、我が国のホスピス運動を世界に発信し、世界から学ぶものとなることを願う。

座長：二ノ坂 保喜 ニノサカ ヤスヨシ

にのさかクリニック

【座長略歴】

昭和52（1977）年3月 長崎大学医学部卒業・長崎大学病院第1外科入局

昭和54（1979）年6月 大阪府立病院救急部勤務

昭和55（1980）年6月 医療法人池友会下関カマチ病院勤務

昭和58（1981）年9月 医療法人 青州会病院勤務（院長）

昭和63（1986）年6月 医療法人福西会川浪病院勤務（副院長）

平成8（1996）年3月 にのさかクリニック開設、理事長として現在に至る。

平成26年10月 第3回日本医師会赤ひげ大賞受賞

座長：鐘ヶ江 寿美子 カネガエ スミコ

ひらまつクリニック

【座長略歴】

1989年 佐賀大学医学部卒業後、総合診療部に入局。2010年より医療法人・ひらまつ病院・在宅療養支援診療所（現、ひらまつ在宅クリニック）に勤務。2017年市民とともに支えあいのネットワーク形成をめざす任意団体「だいでんケアネットワーク」を地域の医療機関、医療的ケア児の支援団体、宗教者等とともに設立（だいでんは佐賀弁で「だれでも」の意味）。同ネットワークは地域ケア・ボランティア養成講座、ボランティアの会「えがお」を運営している。ひらまつ在宅クリニックの機能強化型栄養ケアステーションでは暮らしの保健室「だいでんカフェ」が毎週木曜日に開かれ、地域住民が生老病死・喪失に関し語りあい、支えあう力を育む居場所になりつつある。

SY53-1

県との協働による在宅ホスピスボランティアの育成～コンパッション・コミュニティの発展に向けて、福岡の取り組み～

寺町 聡子 テラマチ サトコ

医療法人にのさかクリニック

在宅ホスピスは医療や介護の専門職のみで行うものではなく、患者家族を含む住民・市民と共に取り組むものという考えのもと、福岡県では「ふくおか在宅ホスピスをすすめる会」と県の協働により、2007年から「在宅ホスピスボランティア養成講座」を開催し在宅ホスピスボランティアの育成を行っている。すすめる会と県の協働は、毎年県内各地での「在宅ホスピスボランティア養成講座」・「在宅ホスピスを語る会」、県全体での「在宅ホスピスフェスタ」開催があり、継続・発展している。

県内3地区から始まったボランティア養成講座は各地へ広がり、昨年度は7地区で開催された。講義内容は、在宅ホスピスとは、ボランティアとは、という基礎から、ホスピスの歴史、社会制度や資源、痛みと症状緩和、コミュニケーションや傾聴についてなど10コマの講義で、講師は地元の在宅医、訪問看護師、リハビリスタッフ、先輩ボランティア等が務める。

各地の講座修了生が自分たちの地域でホスピスボランティアの会を立ち上げ、現在では県内に9つの在宅ホスピスボランティアのグループが発足し、活動している。それぞれの地域で、在宅チームの一員として、患者宅訪問やデイホスピス運営などに取り組み、療養中の患者・家族の話し相手（傾聴）や見守り、家族外出中の留守番、聞き書きなどを行っている。ボランティアメンバーの中には、在宅介護・看取りを経験した遺族も少なくない。自分の経験を誰かのために生かしたいとの思いで講座を受講し、その後ボランティアとして活動している。

継続的な在宅ホスピスボランティアの育成、在宅ホスピスチームの一員として地域で共に活動することは、死、死にゆくこと、喪失、ケアに対して地域の皆が役割を担うことにつながる、コンパッション・コミュニティ運動の一つである。シンポジウムでは事例を通じて、ホスピスボランティアの持つコミュニティづくりの可能性を伝えたい。

【演者略歴】

社会福祉士、ソーシャルワーカー。

2009年医療法人にのさかクリニック入職。

利益相反：なし

SY53-2

出逢い・ふれ愛・支え愛 地域の中で共に生きる仲間の輪

大石 春美 オオイシ ハルミ

医療法人心の郷 穂波の郷クリニック 緩和ケア支援センターはるか

当院は今年で開院20周年を迎える。開設当時より在宅で暮らす方々の心と暮らしを支えるつなぎ手「緩和ケアコーディネーター」の育成とともに緩和ケアボランティアの育成を行い、コミュニティ緩和ケアの推進に努めてきた。在宅に患者さんが紹介されてきて在宅が始まる時には、緩和ケアチームで訪問し、本人・家族・緩和ケアチームで顔合わせを行ない、医療のことのみではなく、生活情報を伺い、会話の中で本人の好きなことや興味のあること・生きがいになっていること（なっていたこと）または、気がかりになっていることなどを伺う。この時に重要なのがボランティアの存在なのであり、何気ない会話の中でご本人のつぶやきが聞かれることがあるがそのつぶやきは専門職よりも、ボランティアの方との会話の中でつぶやかれることが多い。つぶやきは、本人の心の中に秘めた願いでもあり希望の種でもあり、花を咲かせるには、どうしたらいいかボランティアも入ったコミュニティ緩和ケアチームでその方法を考え、そのための情報収集も行ない、緩和ケアプロジェクトを組み立てていく。プロジェクトを行なうことで、どうなりたいのかプロジェクトの到達目標をチームで共有し、決行日に向け、それぞれが動き、刻々と変わる状況をタイムリーにチームで共有しながら、本人が笑顔になり、心が幸せで満たされることを想像していく。そして、その当日の様子を記録に残し、本人・家族に手渡す。その記録が本人・家族にとってのこれからの人生を生きていくための道標になっていくこともある。地域の中で患者さんとの出逢いを通し、それぞれの人生の花を咲かせてそれぞれの物語が生まれる時、地域の中でお互いを想い合う輪が広がっていく。そのためには、地域の宝をよく知り人生経験を踏んだボランティアの存在が不可欠である。実践例を通して、皆さんに次世代へのメッセージを込めた活動も含めてお話ししていきたいと思う。

【演者略歴】

淑徳大学社会福祉学部医療福祉専攻。古川市立病院に医療ソーシャルワーカーとして勤務後2005年より医療法人心の郷のゼネラルマネージャーに就任。穂波の郷クリニックに併設された「緩和ケア支援センターはるか」のセンター長として24時間ホットラインを中心に「多職種が連携する地域緩和ケア」のつなぎ手として活動。ケアの現場から誕生した「ほなみ劇団」や小中学校からの依頼で行う「いのちの授業」のプロデュース等も行う。2015年在宅ホスピス協会よりTHP（トータルヘルスプランナー）に認定され、生活リハビリを取り入れた緩和デイケアをスタート。「ライフカフェ」や「赤おに広場」などの地域交流の場所づくりを行っている。

利益相反：なし

SY53-3

“ごちゃまぜ・えがお” プロジェクト ～20年後も暮らせる地域づくりのために医療にできること～

山内 勇人 ヤマウチ ハヤト

在宅支援クリニックえがお

人口約6万5千、高齢化率42%の大分県佐伯市。人口減少が進むなか、「誰もが活躍できる（孤立せず役割のある）地域づくり」「社会保障制度に依存しない仕組みづくり」に取り組んでいる。合言葉は「ごちゃまぜ、インフォーマル、コンパッション」。「居場所」「生活支援」「暮らす場所」を地域の専門職、生きづらさを持つ人たち、地域住民、民生委員や区長、社協、市や県などと協働し創造している。今回は主に以下の2点の活動を紹介する。

(1) 公民館での出前講座

生活の場にある公民館での啓発活動を、2012年6月より市との協働で行っている。「避けられない老い」「誰もがなり得る認知症」「生きていく中で生まれる障がい（生きづらさ）」「死」を認め、受け入れ、共に生きていく「ハートフルな地域づくり」を官民協働で目指してきた。演者が訪問診療に特化したクリニック開設後は、「在宅医療介護」も講話内容に加え、当地域においても「在宅医療という選択肢があること」を伝えている。在宅看取りを身近に経験した地域も増え、またそのご家族が参加してくれることで、コンパッション・コミュニティが芽生えてきている。

(2) 暮らし豊かな“ごちゃまぜ”シェアハウス

介護保険法などの施設と異なり、制度的規制を受けないため、入居者は限定されない。ここでは地域との交流を続けながら協働して生活するさまざまな立場の人たちが、地域の「もうひとつのわが家」「新しい暮らし方」「新しい家族」をコンセプトに、それぞれができることを行い、支えあい、助け合う。地域の人たちも「居場所」として出入りし、ボランティアとしても関わる。子どもの居場所、地域の共食の場なども兼ね、「地域共生社会の拠点」となっている。2025年1月には、この「新しい家族」での在宅看取りを経験した。地域包括ケア、地域共生社会の先をいく、「命を受けとめる地域づくり」発信の場ともなっている。

【演者略歴】

1992年 愛媛大学医学部卒業
同 第一内科入局
1999年 愛媛大学大学院医学研究科修了
2006年 財団法人創精会 松山記念病院（精神科へ転科）
2010年 医療法人恵愛会 佐伯保養院
2020年 在宅支援クリニックえがお 開業

※第43回日本臨床血液学会総会 学会奨励賞 受賞（2001年11月）

※第5回日本環境感染学会 学会賞 受賞（2009年2月）

※第8回認知症とともに生きるまち大賞 受賞（2025年1月）

利益相反：なし

SY53-4

Public Health Palliative Careとボランティア～海外視察報告～

青木 芳恵 アオキ ヨシエ

帝京大学

世界で、Public Health Palliative Careの実践、教育、研究が広がっている。社会学者A. ケレハーは、終末期の人が家で過ごす時間のうち、専門家が関わるのは5%にすぎないという95%ルールを提唱した。つまり、95%の時間を誰とどのように過ごすかが、在宅ホスピスの質を左右する。緩和ケアは、社会的スキルとして、システムや制度に実装される段階にある。今回は、海外の先進的な取り組みを報告する。1つめは、Public Health Palliative Care International (PHPCI) である。2024年10月、第8回大会がスイス・ベルンで開催された。大会開催期間は、大会にちなんだテーマでシティ・フェスティバルが同時開催され、多くの市民が関わっていた。2つ目は、Institute of Palliative Medicine (IPM) である。地域密着型緩和ケアのパイオニアであるDr.Suresh Kumarが1993年に設立した、Pain and Palliative Care Society (PPCS) を前身とした施設である。インド・ケララ州にあり、ケララモデルと呼ばれている。15年前には、“ボランティア養成コース”を、あなたと私はいずれ助けを必要とする、その準備を一緒にしようというメッセージに変え、社会的スキルを身に着ける“ケアする人のトレーニングコース”として、参加者を増やしていた。トレーニングを受けたボランティアは、自分の強みを活かしながら仲間とともにアイデアを形にして活動していた。例えば問診の時に一緒にいたり、ファンドレイジングを主導したり、在宅訪問に同行したり、フェスティバルを主催したりしていた。大学生のボランティアは大学を超えて組織化されていた。これらをふまえて、次のアクションを考えるきっかけにしたい。

【演者略歴】

1991年 高知女子大学家政学部看護学科卒
東京女子医科大学病院にて勤務
2002年 ドイツ桐蔭学園にて勤務
2010年 九州大学九州大学医学系学府保健学専攻博士前期課程修了
2013年 福岡大学医学部看護学科にて勤務
2018年より現職

利益相反：なし

シンポジウム54【一般公募企画】

在宅におけるMSWの実践報告 ―知ってつながって未来を変える―

SY54

【セッション概要】

医療ソーシャルワーカー（以下MSW）は、社会福祉の立場から患者やその家族の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を支援し、社会復帰の促進を図る業務を行っており、特に在宅医療においては、人生・生活・価値観に寄り添い続けることが求められている。

一部の在宅療養支援診療所においては、MSWが在籍し地域性に合わせて多職種と連携しながら在宅療養を支援しており、患者の社会背景や希望を踏まえた個別支援と、そこから広がる地域課題にも目を向け地域活動を実践している。

2025年を迎え人口の約30%は65歳以上となり、それが深刻化する2040年問題において、個別課題や地域課題は更に多様化していくことが考えられる。また、人々が持つ様々なニーズの対応においては、福祉分野ごとの支援体制だけでは困難になりつつあり、在宅療養の患者においても分野や制度の狭間で困難さを感じている場面に出会うことがある。

それらの課題におけるMSWのアプローチは、環境や地域により様々であることが想像できるが、患者の自己実現を見据えた支援の目指すところは同様ではないかと考える。

在宅医療において、MSWはどのような実践を展開し、また未来に向けて何に目を向け取り組んでいけるとよいのか、今回は様々な地域で活躍しているSWに登壇してもらい実践報告するとともに、ディスカッションの機会を設けたい。

このような機会や繋がりが、患者や地域の未来をより安心できるものに変えていける糸口になるのかもしれないと期待し、MSWのシンポジウムを企画する。

座長：齋藤 慶子 サイトウ ケイコ
医療法人社団ゆみの

【座長略歴】

2009年 立教大学コミュニティ福祉学部卒業

2009年 筑波大学附属病院

2014年 東京大学医科学研究所附属病院

2015年 医療法人社団ゆみのの入職

2009年 社会福祉士取得

2014年 精神保健福祉士取得

2023年 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会 理事

2023年 一般社団法人日本在宅医療連合学会 評議員

座長：西出 真悟 ニシデ シンゴ
株式会社メディヴァ

【座長略歴】

社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員

社会福祉系大学を卒業後7年間高齢者福祉施設にて勤務。その後福井県の在宅医療専門クリニックの立ち上げに参画し、14年間在宅医療分野におけるMSWとしてミクロレベルからメゾ、マクロレベルの様々な実践を経験。

2017年、2019年には厚生労働省医政局地域医療計画課に研修生として出向。

SY54-1

「地域に飛び出す在宅医療ソーシャルワーカー」 ～私は何屋さん?～

松岡 邦彦 マツオカ クニヒコ

茶屋町在宅診療所

演者は2022年の第4回日本在宅医療連合学会大会において「在宅療養支援診療所における医療ソーシャルワーカーの機能役割に関する研究～個人面接・半構造化面接インタビューをもとにした質的データ分析法を活用して～」という演題を発表した。当該発表では「在宅医療に関わるソーシャルワークの手引き」（公益社団法人日本医療社会福祉協会/2020年）を参考に新たなモデル図として「在支診MSW機能・役割の三層構造図」を示した。その第1層は「土台・実戦基礎」として倫理綱領や業務指針に沿った業務遂行等、医療ソーシャルワーカーの基本姿勢を土台として実践を展開するステージとした。第2層に「相談支援活動」や「マネジメント」、「連携」などの所属機関内、及び所属医療機関と周囲の機関・施設等でのソーシャルワーク実践を展開するステージとした。第3層は「アウトリーチ実践」として、所属する機関を飛び出して「地域」や「在宅」というフィールドに自ら出向き、ソーシャルワークを展開するステージとした。第3層で示した「アウトリーチ実践」は、ケースワーク・個別支援だけでなく、在宅看取りや訪問診療など、在宅医療に関する情報発信などを行う「地域活動」に加え、患者さんが他界後も残された家族（遺族）のためのフォローアップを行う「グリーフケア」、「ACP」や「コンパッション都市」などの「新たな概念や文化の普及啓発」なども含まれており、このステージの実践は在宅医療の分野に所属する医療ソーシャルワーカーの特筆すべき特徴であると自負している。

この度、有志の在宅医療分野の医療ソーシャルワーカーが集い、実践発表を行うシンポジウム、「在宅におけるMSWの実践報告一知ってつながって未来を変える」に登壇の機会を与えていただいた。当院におけるアウトリーチ実践、「地域活動」についてお伝えできれば幸いである。

【演者略歴】

【略歴】

2000年 愛知県立大学文学部社会福祉学科卒業。医療法人愛生館小林記念病院に勤務。
2001年 社会福祉法人恩賜財団済生会愛知県済生会病院に勤務。
2007年 倉敷市立児島市民病院に勤務。
2012年 兵庫県立大学大学院経営研究科医療マネジメントコース（h-MBA）修了。
2016年 医療法人福寿会藤戸クリニックに勤務。
2017年 茶屋町在宅診療所に勤務。

【資格等】

社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師、在宅医療インテグレーター、等

【所属学会等】

日本医療マネジメント学会、日本在宅連合学会、等

利益相反：なし

SY54-2

MSWがつなぐ、医療的ケアが必要な子どもと家族への在宅支援と地域連携 ～ライフステージごとの支援の実例～

豊泉 昭子 トヨイズミ アキコ

医療法人財団はるたか会 あおぞら診療所

医療的ケアが必要な子どもの在宅医療は、家族にとって大きな負担を伴いながらも、子どもが自宅で過ごすことが可能な環境を提供します。特に、NICU等の病院からの退院に伴い、訪問診療を通じて在宅生活を支えることは重要です。本報告では、訪問看護、訪問薬剤師、地域の保健師、相談支援専門員、居宅サービス事業者との連携を通じた支援の実例について述べます。

また、医療的ケアが必要な子どもたちとその家族が直面する課題は、ライフステージごとに異なります。子どもが成長するにつれて、支援が必要な領域も変化し、連携の重要性が増していきます。例えば、児童発達支援デイサービスに通うようになる際には相談支援専門員やサービス事業所との連携が求められ、保育園に入る段階では保育園や行政との連携が重要となります。さらに、小学校に上がる際には学校、教育委員会、学校看護師との連携が必要です。さらに、子どもが18歳で学校を卒業する際には生活介護の必要性が出てきます。また、ご両親の高齢化に伴う課題や、在宅生活からグループホームへの移行も支援の一環として重要なテーマです。その他にも、兄弟姉妹がいる場合には、兄弟間の支援や生活の調整も考慮する必要があります。

加えて、在宅生活においては、虐待のリスクが発生する可能性もあり、早期の介入と支援が不可欠です。子どもたちの安全を守り、家族が安心して生活できるようにするため、関係機関との連携と調整が重要です。

本報告を通じて、医療的ケアが必要な子どもとその家族が抱える多様な課題に対して、地域の支援体制をどのように構築し、協力していくべきかについての実践的な知見を共有します。各ライフステージでの支援の連携方法を示し、より良い在宅医療と福祉支援のあり方を考える契機となることを目的としています。

【演者略歴】

1998年 玉川大学 文学部 教育学科 児童教育専攻科 卒業
保育士として3年就業
2005年 社会福祉士取得
MSWとして急性期病院にて5年、在宅療養支援診療所にて8年就業
2017年 第1回 在宅医療インテグレーター養成講座終了
2018年 医療法人財団はるたか会あおぞら診療所入職
2023年度 厚生労働省 医政局 地域医療計画課 外来・在宅医療対策室 出向
2025年 子ども家庭ソーシャルワーカー認定資格 取得

利益相反：なし

SY54-3

MSWの実践に活かすケアマネジャーの経験と、 インターネットラジオを用いた個別アプローチ

久保 幸枝 クボ サチエ

松山クリニック

ケアマネジャーの経験やインターネットラジオによる情報を、MSWの業務の中でどのように活用しているか、活動の実践を報告する。

演者は大阪府高石市にあるクリニックで、MSWとケアマネジャーを兼務しており介護と医療の両方の視点を生かしたソーシャルワークを行っている。

在宅医療を行う上でほとんどの患者や利用者が介護保険制度を利用しており、ケアマネジャーとの医療介護連携が必要であるが、急な状況変化や視点の違いなどにより意見聴取や相談のタイミングを逃し、円滑な医療介護連携が図れないケースが少なくない。

演者自身はMSW兼ケアマネジャーであり、両方の状況を把握しやすく必要な連携のタイミングを判断することができ、よりよい連携が可能となっている。

また、患者が在宅生活を継続するためには、医療や介護サービスだけでなく、様々な社会資源やインフォーマルサービスの活用も重要である。そのため、地域の資源を把握し、必要な情報を収集・発信することを目的に、インターネットラジオを活用した情報提供を行っている。

【演者略歴】

2004年 介護支援専門員として勤務

2015年 ゆるりぽっど パーソナリティー

2016年 一般社団法人さかい介護連携促進協会理事
さかそ！100年ライフ パーソナリティー

2017年 主任介護支援専門員

2017年 医療ソーシャルワーカーとして勤務

2023年 松山クリニック 医療・介護相談室 室長

【資格等】

歯科衛生士、主任介護支援専門員、在宅医療インテグレーター、認知症ケア専門士

利益相反：なし

SY54-4

都心部における在宅医療ソーシャルワーカーの実践

鈴木 英理佳 スズキ エリカ
ゆみのハートクリニック渋谷

はじめに、都心部は、単身世帯の増加が著しく、身寄りのない高齢者や社会的孤立となる人々が増えている現状であり、今後も増加していくことが予測されている。さらに、在宅医療において、地域社会で多様な生活背景や支援ニーズを抱える患者を支えていくためには、ネットワーク形成が重要になってくる。

当クリニックは都心部にあり、多職種連携のもと外来・在宅診療をおこなっている。在宅医療ソーシャルワーカー（以下MSW）はその一員として、個別援助からみえる課題を元に、地域社会に働きかけながら、その人らしい生活や人生をサポートすることを目指している。具体的には、地域の福祉・介護関連の事業所に出向き、顔の見える関係の構築をするとともに、福祉・介護従事者が抱える課題及び地域性による課題を把握し、座談会を開催しそれらの解決を目指すことで、患者の生活や人生を支えるチームビルディングにつながると考え取り組んでいる。また、都心部には多くの医療機関が存在し、その連携も重要となっており、特に生活が中断する入退院時は密な連携が求められる。今後増えゆく在宅療養患者への対応能力を高めるためには、ICTの活用をすすめることで、患者の入退院支援の円滑化と業務効率の両立を目指すことができるのではないかと考え実施している。さらに、最近では、医療機関のMSW同士がつながりをもつことは、様々な支援ニーズを持つ患者の対応力を高め、地域医療の発展に寄与できるのではないかと考え、つながる機会を大事に取り組んでいる。

本セッションでは都心部の課題に対して、MSWが医療と暮らしをつなぐ存在としてネットワークを構築しながら地域や他職種と協働している実践を報告する。

【演者略歴】

2010年 武蔵野大学現在社会学部社会福祉学科卒業・社会福祉士取得
あさくさ地域包括支援センター勤務
2018年 医療法人社団ゆみの ゆみのハートクリニック 在宅療養支援室勤務
2021年 ゆみのハートクリニック三鷹 在宅療養支援室勤務
在宅医療インテグレーター養成講座終了
2024年 ゆみのハートクリニック渋谷 在宅療養支援室勤務

利益相反：なし

シンポジウム55【一般公募企画】

医療MaaSの現場を体感！診療看護師（NP）とICT活用で在宅医療の未来を切り拓く SY55

【セッション概要】

企画趣旨：医療MaaS(Mobility as a Service) は、医療資機材を搭載した車両で患者のもとへ医療チームが出向き、ICTを活用して医師や看護師、薬剤師と連携しながら診療を行うことで、患者が住み慣れた地域で必要な医療を受けられることを目指す新しい医療提供モデルです。本シンポジウムでは、医師と診療看護師（NP）が連携し、医療MaaSを活用した在宅医療の現場を再現するデモンストレーションを通じて、診療看護師（NP）の役割とその可能性について考察します。

具体的内容：本シンポジウムでは、まず、医療MaaSを活用して地域医療に従事する診療看護師（NP）の事例を紹介し、ICTを駆使した医師との遠隔連携の実際や、そこから浮かび上がる課題について共有します。さらに、トヨタ車体の「MEDICAL MOVER」を活用し、会場と車両をオンラインで接続するデモンストレーションを実施します。これにより、診療看護師（NP）が遠隔で医師と連携しながら患者に必要なケアを提供する一連のプロセスをリアルタイムで再現し、参加者にその役割と意義を体感していただきます。

また、このデモンストレーションを通して、医療MaaSが地域医療の課題解決にどのように貢献できるかを視覚的に提示し、診療看護師（NP）の実践が医療提供体制に与える影響について理解を深めます。最後に、医師と看護師の連携をさらに強化し、診療看護師（NP）が地域医療の現場でより高度な役割を果たすための課題や可能性について、看護師教育の視点も交えてディカッションを行います。ICTを活用した新しい医療提供体制の構築を目指し、医療MaaSの活用と多職種連携の実践に向けた展望を探ります。

座長：大杉 泰弘 オオスギ ヤスヒロ

藤田医科大学

【座長略歴】

2004年 藤田保健衛生大学初期研修医

2006年 飯塚病院総合診療科

2015年 藤田保健衛生大学連携地域医療学講師

2024年 藤田医科大学総合診療科准教授

利益相反：あり

座長：酒井 博崇 サカイ ヒロタカ

藤田医科大学保健衛生学部看護学科

【座長略歴】

2005年 藤田保健衛生大学衛生学部衛生看護学科 卒業

2005年～2012年 藤田保健衛生大学病院 看護師 GICU、ER、ICU

2012年～2014年 藤田保健衛生大学大学院保健学研究科急性期・周術期分野 診療看護師（NP）、看護学修士

2014年～2017年 藤田保健衛生大学病院 中央診療部FNP室 診療看護師

2017年～ 藤田医科大学保健衛生学部臨床看護研修センター 講師

2018年～2023年 藤田医科大学大学院医学研究科急性期総合医療・総合内科学 医学博士

2024年～ 藤田医科大学保健衛生学部看護学科 准教授

利益相反：なし

SY55-1

遠隔診療における DtoPwithN

酒井 博崇 サカイ ヒロタカ

藤田医科大学

近年、ICT（情報通信技術）の発展により、遠隔診療は医療提供の新たな手段として注目されている。特に、へき地や過疎地域においては、医療アクセスの改善や患者の生活の質（QOL）の向上に寄与する手段として期待されている。遠隔診療において看護師が患者宅等を訪問し、現場に医師が不在の状況下で診療補助を行う機会も増加しているが、その役割は多岐にわたり、かつ高度な判断力と技術が求められる。しかしながら、こうした実践に対応できる看護師の教育体制は未だ発展途上であり、多くの課題が指摘されている。

一方、診療看護師（Nurse Practitioner: NP）は、包括的な健康アセスメント能力や診療補助にとどまらない医療的判断・処置能力を備え、医師や他職種と連携しながら科学的根拠と倫理に基づいた一定レベルの診療を担う専門職である。遠隔診療においても、NPは医師の視点を学びつつ、看護の視点も併せ持つことで、現場における診療の代行・支援が可能な存在として期待される。しかしながら、2025年4月時点でNPは全国に984名と依然少数であり、特に遠隔医療が求められる地域においては人材の確保が大きな課題となっている。

本講演では、遠隔診療における看護師の役割を整理し、実際の教育現場で明らかとなった課題について報告するとともに、NPによる教育的介入の可能性と展望について述べる。今後、NPが教育者として果たす役割を拡大し、遠隔診療に対応できる看護師を育成していくことは、地域医療の質の向上にもつながるものと考ええる。

【演者略歴】

2005年	藤田保健衛生大学衛生学部衛生看護学科 卒業
2005年～2012年	藤田保健衛生大学病院 看護師 GICU、ER、ICU
2012年～2014年	藤田保健衛生大学大学院保健学研究科急性期・周術期分野 診療看護師（NP）、看護学修士
2014年～2017年	藤田保健衛生大学病院 中央診療部FNP室 診療看護師
2017年～	藤田医科大学保健衛生学部臨床看護研修センター 講師
2018年～2023年	藤田医科大学大学院医学研究科急性期総合医療・総合内科学 医学博士
2024年～	藤田医科大学保健衛生学部看護学科 准教授

利益相反：なし

SY55-2

医療MaaSを活用した無医地区における集合型巡回診療の実際

中山 法子 ナカヤマ ノリコ

山口市徳地診療所

山口市徳地（旧徳地町）に位置する山口市徳地診療所（以下、当診療所）は、高齢化率53%、無医地区を2カ所抱える地域唯一の常設診療所である。演者は当診療所の非常勤診療看護師（以下、NP）として、週1回のNP外来のほか、2023年10月より医療MaaSを用いた月1回の無医地区集合型巡回診療を担当している。

無医地区におけるオンライン診療（D to P with N）の実施にあたり、医師不在の巡回診療では、チームビルディング、通信・医療機器等のデバイスや特殊車両の取り扱い、現地の全体のマネジメントなど、医療機関内での医師との協働とは異なる能力が求められ、当初は戸惑いもあった。しかし、実際に運用してみると、オンライン診療の補助だけにとどまらず、看護師が主体となって患者に直接的なケアが提供できる機会となり、中山間部での農作業を継続するための身体づくりや、ほかの医療機関で解決困難であった症状への対応などを実現した。

演者からは当診療所における医療MaaSを活用した無医地区での集合型巡回診療の実際と、NPによる主体的かつ直接的なケアの提供を通じた地域住民への貢献について報告する。

【演者略歴】

1988年 山口県立衛生看護学院卒業
2004年 糖尿病看護認定看護師資格取得
2011年 国際医療福祉大学大学院修士課程修了
ナースプラクティショナー（プライマリケア）資格取得
2015年 糖尿病ケアサポートオフィス創業
2019年 フットケアブースえでん創業
2021年 山口市徳地診療所に診療看護師（非常勤）として従事

利益相反：なし

SY55-3

医療MaaSの現場を体感！診療看護師（NP）とICT活用で在宅医療の未来を切り拓く

大杉 泰弘 ¹	オオスギ ヤスヒロ
酒井 博崇 ³	サカイ ヒロタカ
中山 法子 ²	ナカヤマ ノリコ
荒木 信明 ⁴	アラキ ノブアキ
平川 智也 ⁵	ヒラカワ トモヤ

¹藤田医科大学

²山口市徳地診療所

³藤田医科大学保健衛生学部看護学科

⁴セイエイ・エル・サンテホールディング

⁵トヨタ車体

医療MaaS（Mobility as a Service）は、医療資機材を搭載した車両で患者のもとへ医療チームが出向き、ICTを活用して医師や看護師、薬剤師と連携しながら診療を行うことで、患者が住み慣れた地域で必要な医療を受けられることを目指す新しい医療提供モデルです。本シンポジウムでは、医師と診療看護師（NP）が連携し、医療MaaSを活用した在宅医療の現場を再現するデモンストレーションを通じて、診療看護師（NP）の役割とその可能性について考察します。

具体的内容：本シンポジウムでは、まず、医療MaaSを活用して地域医療に従事する診療看護師（NP）の事例を紹介し、ICTを駆使した医師との遠隔連携の実際や、そこから浮かび上がる課題について共有します。さらに、トヨタ車体の「MEDICAL MOVER」を活用し、会場と車両をオンラインで接続するデモンストレーションを実施します。これにより、診療看護師（NP）が遠隔で医師と連携しながら患者に必要なケアを提供する一連のプロセスをリアルタイムで再現し、参加者にその役割と意義を体感していただきます。

また、このデモンストレーションを通して、医療MaaSが地域医療の課題解決にどのように貢献できるかを視覚的に提示し、診療看護師（NP）の実践が医療提供体制に与える影響について理解を深めます。最後に、医師と看護師の連携をさらに強化し、診療看護師（NP）が地域医療の現場でより高度な役割を果たすための課題や可能性について、看護師教育の視点も交えてディカッションを行います。ICTを活用した新しい医療提供体制の構築を目指し、医療MaaSの活用と多職種連携の実践に向けた展望を探ります。

【演者略歴】

2004年3月藤田保健衛生大学医学部卒業、同年4月より同大学病院にて初期研修。

2006年4月より福岡県飯塚市の飯塚病院にて、総合内科後期研修、2008年より家庭医療後期研修。

2011年に家庭医療指導医取得。

2015年4月から藤田保健衛生大学 連携地域医療学寄附講座。

総合診療・家庭医療プログラム（現藤田医科大学総合診療プログラム）を発足し、責任者として現在務めている。

2025年4月より藤田医科大学医学部総合診療科教授

総合診療専門医、家庭医療専門医、在宅医療専門医

利益相反：なし

シンポジウム56【一般公募企画】

あなたの地域が被災した時、助けに行きます ～助けて欲しい診療所あつまれ～

SY56

【セッション概要】

近年、災害支援活動は洗練されつつありますが、現場では依然として支援の「継続性」の問題が課題となっています。特に、外部から派遣される医師や看護師による支援は、日替わりで担当が変わることがあり、被災者に混乱や不安をもたらすケースが少なくありません。この課題に対し、我々は新たな支援モデルとして「間接支援」の概念を提唱し、今回の能登半島地震の支援活動に適用しました。

間接支援とは、被災地に長期的に介入可能な医師、または被災地近隣の医師の業務を支援する形態の支援です。外部支援者が被災者に直接対応するのではなく、現地医師の活動をサポートすることにより、地域に根差した支援の継続を可能にします。土地勘や方言などの地域特性を理解する現地医師が中心となり、安定的に被災者支援が行われることが最大の特長です。

この取り組みは有志により「HoMAT（Home Medical Assistance Team）」と名付けられ、今後の災害支援の新たな標準モデルとなることを目指しています。HoMATでは、人的資源の提供が可能な診療所と、将来災害発生時に支援に赴く意欲を持つ診療所医師を事前登録し、災害発生前から相互交流を行います。本セッションでは、この間接支援のコンセプトと能登での実践例を紹介し、今後の普及に向けた議論を深めます。

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 名駅

【座長略歴】

1998年名古屋大学医学部卒業、血液内科、病理専門医、介護支援専門員、在宅専門医

名古屋第二赤十字病院血液内科などを経て、2009年岐阜県初の在宅医療専門「総合在宅医療クリニック」を開設。現在は岐阜・名古屋・美濃の3拠点に診療所を持つ。

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」を開設。

現在約80名スタッフ（医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、PT、ST、音楽療法士、プロデューサーなど）とともに、年間約300名の国内外からの研修を受けている。

著書：「在宅医ココキン帖 第2版」（へるす出版 2025.4月発売）

「がん患者のケアマネジメント ― 在宅ターミナルをささえる7つのフェーズと21の実践」（中央法規出版）

座長：佐々木 淳 ササキ ジュン
医療法人社団悠翔会

【座長略歴】

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 在宅療養支援診療所MRCビルクリニック開設

2008年 同 法人化（医療法人社団悠翔会）理事長就任

日本在宅医療連合学会特任理事

日本在宅救急医学会理事

内閣府 規制改革推進会議 専門委員（健康・医療・介護WG）

東京都医師会 在宅医療委員会 委員

SY56-1

地域が被災した時に必要とされる 後方支援・HOMAT (Home medical assistance team) について

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 名駅

当院は2009年設立であるが、2011年の東日本大震災から災害支援に貢献してきている。災害支援はその後より洗練されたものになってきているが、未だに問題となるのは、外部からの医師や看護師の支援は継続性が担保しづらく、日替わりになることがあるため被災者は混乱するという問題がある。その問題を解決するために、我々は「間接支援」という仕組みを提唱し、今回の能登での災害支援に適応したのでここで発表する。

間接支援とは、被災地にいる医師や、被災地近隣の医師で被災地に長期介入を計画する医師の日常業務を支援するという形の支援である。外部からの支援の医師は直接に被災した市民を「直接」支援するのではないので、「間接」と呼ぶようにしている。こうすることで現地の土地勘があり、方言を理解可能な医師が継続的に被災地に訪問することを可能にする。我々はこの活動を有志でHoMAT (Home medical assistance team) と呼称し、今後この形態での支援に関わりたい有志を募ることを考えている。人的資源を提供できる診療所や、逆に近隣で災害が起こった時に支援に行きたいと思っている診療所医師を対象に登録し、災害前から相互交流を行うことにしている。今回勇美記念財団に活動を支援していただき、枠組みを作り始めた開始直後に能登での震災が起こり、実行に移してみたことを通じて今後の間接支援の在り方を考えるとともに、全国に災害時につながるができるネットワークを形成したいと思っている。興味がある方はぜひ参加していただき、災害時に相互支援できるような枠組みをともに作ることができたらと期待している。

【演者略歴】

1998年名古屋大学医学部卒業、血液内科、病理専門医、介護支援専門員、在宅専門医

名古屋第二赤十字病院血液内科などを経て、2009年岐阜県初の在宅医療専門「総合在宅医療クリニック」を開設。現在は岐阜・名古屋・美濃の3拠点に診療所を持つ。

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」を開設。

現在約80名スタッフ（医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、PT、ST、音楽療法士、プロデューサーなど）とともに、年間約300名の国内外からの研修を受けている。

著書：「在宅医ココキン帖 第2版」（へるす出版 2025.4月発売）

「がん患者のケアマネジメント ― 在宅ターミナルをささえる7つのフェーズと21の実践」（中央法規出版）

利益相反：なし

SY56-2

能登地震の直接支援と、多くの医療者からの後方支援について

紅谷 浩之 ベニヤ ヒロユキ

医療法人オレンジグループ

2024年1月1日に発生した能登半島地震を受けて当法人では、1月2日より石川県輪島市に向かい1月3日に現地に到着し支援を開始しました。1月8日からは現地社会福祉法人の施設を利用した福祉避難所の運営を引きつぎました。3月末までの活動の期間に福祉避難所での看取りを2件行うなど、“避難所での暮らし”を支える在宅医療的な関わりを行ってきました。薬の処方や処置、ケアチームとの連携を行うために、医師が常に1名以上常駐する形で福祉避難所を運営していました。

交通の便が悪いため支援者が直接現地に入るのが難しいこともあり、我々が直接支援に入る間、手薄になる自分たちの拠点に、全国からの医療者の後方支援を受けるHoMATとしての取り組みによって、支援を継続することができました。

現地に支える「支援」と、手薄になった体制を支えてもらう「受援」を同時に体験することになりました。それらを経て、普段からのチームづくりや診療体制づくりのこと、災害時の支援に入るための体制などについて考える機会になりました。

【演者略歴】

2001年 福井医科大学卒業

2011年 オレンジホームケアクリニック開設

利益相反：なし

SY56-3

能登半島地震での後方支援経験と、 「ロケット鉛筆型支援」のための事前準備と平時連携

桶口 史篤 オケグチ フミアツ
医) くれよん くれよん在宅クリニック

私は発災直後から被災地に入られた医療法人オレンジグループの後方支援として、1月21日から24日までオレンジホームケアクリニックと勝山オレンジクリニックの二拠点で外来・訪問診療・オンコールに入らせていただきました。土地勘も事前情報もない状況で、最初は慣れない電子カルテ操作にも悪戦苦闘しましたが、各拠点のスタッフの皆さんのサポートが手厚く細やかだったこともあり、順調に業務を進めることができました。一方、私が不在となった自院には後々方支援として市橋亮一先生に入っていていただき、外部医師の受け入れに不慣れなスタッフらが奔走し、大きな学びとともに無事に終えることができました。どちらも貴重な経験であり、また、自院の日々の診療や組織運営を見直す好機になりました。

こうした経験を踏まえて、HoMATの「ロケット鉛筆型支援」を効果的に実践するためには「支援力」と「受援力」が必要になると実感しました。支援力とは文字通り、支援する医師の能力です。具体的には診療技能はもちろんのこと、あらゆる対象者や場面のコミュニケーション技術、デジタルリテラシー（WindowsもMacも、電子カルテもさまざま）、実務フローへの適応能力や地域特性への理解など多岐にわたります。受援力とは支援を受ける医療機関に求められる体制整備や意識づけであり、多くの場合はチーム全体で発揮することになります。事務手続きとしては支援医師の非常勤登録や雇用契約、保険医登録票の共有や麻薬施用者免許申請などが必要ですし、着任後すぐに診療に臨めるような事前準備、診療スケジュールの調整、衣食住など滞在環境への配慮も必要になるかもしれません。当日のセッションでは支援と受援の相互関係に注目しながら、平時から取り組むべき課題や備えについて意見交換したいと思います。

【演者略歴】

2006年 高知大学医学部卒業
2007年 医) 徳洲会 宇治徳洲会病院 初期臨床研修・整形外科
2013年 医) ひばり ひばりクリニック
2015年 富山市立富山市民病院 緩和ケア内科
2020年 医) くれよん くれよん在宅クリニック

利益相反：なし

SY56-4

能登半島地震での後方支援について ～右も左も分からず後方支援に参加してみた～

開田 脩平 カイダ シュウヘイ
医療法人みらい みらい在宅クリニック港南

2024年1月5日HOMATのグループチャットに参加。11日に後方支援日程を表明し、14日HOMATのミーティングに参加した。28日（日）夕方に福井県到着、同日に勝山市に移動し、29日（月）～2月2日（金）AMまで勝山オレンジクリニックの外来、在宅医療の代診を行った。期間中は勝山オレンジクリニック近くの勝山市内のホテルに宿泊した。月、水、金の朝はオレンジグループ全体のミーティングを、クリニック内では昼あるいは夕方に外来や訪問診療の申し送り、振り返りを毎日行った。午前の外来では定期診察、検診、発熱外来を、午後の訪問診療では主に非がん患者（施設診察も含む）の診察、夜間当直（期間中は対応なし）を行った。短期間の間接支援のため、治療方針などは主治医あるいは診療サポートスタッフに相談しながら行うことを心掛けた。地域の医療資源を始め、個々の患者の情報など分からないことも多く、受援側（サポートに来てもらうクリニック側）に体制の調整（外来の準備やサポート、訪問診療のルート調整、方針決定など）を行ってもらった。支援側も受援側も臨機応変に対応する能力が必要であると感じた。一方で単なる見学ではなく、実際に診療を行いながら意見交換を行うため、双方のシステム、診療内容を学ぶことができたことはとても有益だった。今後は支援する医師を安定して、確保することや交通費、宿泊費、日々の診療の代診の費用などが課題として考えられた。

【演者略歴】

2008年 横浜市立大学医学部医学科 卒業
2019年 医療法人みらい みらい在宅クリニック港南 院長
2021年 公益社団法人神奈川県医師会 在宅医療トレーニングセンター 研修事業アドバイザー
2022年 横浜市立大学医学部 臨床准教授
2023年 神奈川県立保健福祉大学 非常勤講師
2024年 医療法人みらい 副理事長

利益相反：なし

シンポジウム57【プログラム委員企画】

課題先進地域長崎から考える、ともにつくる私たちの働き方のこれからのカタチ SY57

【セッション概要】

長崎県は全国に先駆けて超高齢化、人口減少に直面する一方で、様々なライフイベントを迎える様々な世代が、継続して取り組み続けることが重要課題となっている。そのような環境下で、すべてのスタッフが仕事と育児を両立できる環境づくりに取り組んでいる、先進的な取り組みを共有する。また、課題となる男性の育児への参加の取り組み支援や実際に育児休業を取得した医師が登壇し、これからの一人一人の人生に合わせた働き方のカタチを参加者とともに創っていく機会としたい。

第1部：先進的取り組み事例報告及び男性育休支援の現状について

○社会福祉法人 椿ヶ丘の取り組み （15分）

○医療法人 賛永会の取り組み （15分）

○男性の育児休業取得の現状とDaddy Support協会による、男性育児支援 （30分）

第2部：シンポジウム（30分・質疑応答を含む）

登壇者

社会福祉法人椿ヶ丘 理事長 石司有理子先生

社会福祉法人椿ヶ丘 長崎市三重・外海地域包括支援センター 社会福祉士 濱崎えり先生

医療法人賛永会 さつきホームクリニック 医師 伊藤天大先生

医療法人賛永会 統括マネージャー 水上直人先生

Daddy Support協会 代表理事 平野翔大先生

座長：門田 耕一郎 カドタ コウイチロウ

重工記念長崎病院 総合診療科

【座長略歴】

2002年 鳥取大学医学部医学科卒業。長崎大学医学部歯学部附属病院総合診療科、長崎市立長崎市民病院で研修後、長崎大学大学院医歯薬学総合研究科総合診療学分野へ入学。2014～2015年 トロント大学INTAPT。長崎大学総合診療科、長崎県中対馬病院内科（往診含む）、長崎大学大学院地域医療学分野、そして、佐々町診療所で認知症外来、井上病院睡眠センターで睡眠外来にも関わった後、2014年から現職：重工記念長崎病院総合診療科。同院で在宅医療部門を立ち上げ在宅療養支援病院、そして長崎大学医学部医学科の在宅医療分野臨床実習・高次臨床実習担当医として現在に至る。

座長：石司 有理子 イシヅカ ユリコ

社会福祉法人 椿ヶ丘

【座長略歴】

1990年 国立長崎中央病院付属看護学校卒業

1990年 日本赤十字社 長崎原爆病院入社～3年

1994年 神奈川クリニック入社～2年

1996年 社会福祉法人 椿ヶ丘入社～29年

現在に至る

SY57-1

先進地域長崎外海の法人として出来る事・やりたい事 ～自分を大事に、家族を大事に、利用者さんの為に～

石司 有理子 イシヅカ ユリコ

社会福祉法人 椿ヶ丘

平成の大合併時、長崎市に合併した外海町。その外海町で唯一の特別養護老人ホームである椿ヶ丘荘。昭和48年に社会福祉法人椿ヶ丘を設立し、特別養護老人ホーム椿ヶ丘荘から始まり10の事業を行う法人。特別養護老人ホーム椿ヶ丘荘は、防災情報によると、地震時の揺れやすさ1（5段階で揺れにくい1～揺れやすい5）、液状化の可能性1（5段階で低い1～高い5）、浸水の可能性0.5m未満（6段階で低い0.5m未満～高い20m以上）、土砂災害の可能性有（無か有）の標高98.4mの山地に立する。風光明媚な場所であると同時に高齢化率61%の地域。当法人の採用状況、新卒入社は平成31年以来無い。既卒のメンバー、外国人技能実習生、シルバー・プラチナメンバー、平均年齢51歳の77名で頑張っている。ただ、コロナ禍でも誰一人辞めることなくやってきた。とても厳しい決まりを長い間守ってもらった。コロナ禍で2週間休むことに対応出来るようになった。だったら交代で休もう！と令和4年、1週間続けての休みを全員で取ることにした。年休と週休をくっつけて、1年かけて全員でとった。今も希望者は続いている。職員の家庭環境は当然様々。現場のパートのメンバーは好きな時間に好きな日に好きなだけ働いてもらっている。常勤のメンバーの休む時間が出来る、休める日が増える。現場のメンバーは休むと現場が困る。誰かが代わる。現場の仕事は明日に残せない、残らない。代わってもらうのは、お互い様。感謝。現場の仕事とは違って、休んでも自分の仕事が減らない仕事がある。事務・居宅・包括・管理者である。法人全体の仕事のやり方を共有出来て、同じ仕事が出来るメンバーであれば、“休んでも仕事が減らない”という事から解放できるかもしれない。が、当法人では、解放出来る状況にない。フレックスで自由にいいよ！との言葉。皆が出来る時間を捻出してくれている。無理をさせていないだろうか。

【演者略歴】

1990年 国立長崎中央病院付属看護学校卒業
1990年 日本赤十字社 長崎原爆病院入社～3年
1994年 神奈川クリニック入社～2年
1996年 社会福祉法人 椿ヶ丘入社～29年
現在に至る

利益相反：なし

SY57-2

初めての在宅勤務！～仕事と子育ての両立～

濱崎 えり ハマサキ エリ
長崎市三重・外海外地域包括支援センター

地域包括支援センターは、医療や介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で自分らしく安心して過ごすことができるように、包括的及び継続的な支援を行う地域包括ケアを推進する「中核機関」としての役割を果たすことを目的とされた、65歳以上の高齢者の総合相談窓口である。

地域包括支援センターの業務は、「電話や来所、訪問による個人の相談」、「関係機関や地域住民との会議や研修会の実施」「地域のサロン、集まる場の立ち上げ支援や健康教室の実施」「介護支援専門員の後方支援」「介護予防支援事業」等多岐に渡る。

令和3年、様々な制限や自粛がある中新型コロナウイルス感染症対策として、在宅勤務を開始。インターネット環境の整備や物品購入などの準備を行い、手探り状態で在宅でも出来る業務内容を検討。在宅勤務を経験していく中で「子供を在宅で看ながら、出来る時に仕事を行う」という新しい形の在宅勤務を取り入れた。

何事も初めから「できない」と決めつけるのではなく、まずはやってみること。お互いを思いやり、感謝して自分にできる事を積極的に考えること。発想を転換し、ピンチをチャンスに変えることで、様々な働き方の可能性を見出すことが出来た。法人理事長や包括職員の支えに感謝しながら、今後の業務に邁進したい。

【演者略歴】

2003年 長崎純心大学卒業
2007年 恵の丘長崎原爆ホーム入職
2016年 社会福祉法人椿ヶ丘荘入職
(長崎市三重・外海外地域包括支援センター配属)

利益相反：なし

SY57-3

男性の育児休業取得の現状と男性育児支援の必要性

平野 翔大 ヒラノ ショウダイ
一般社団法人Daddy Support協会

近年、働き方改革や育児休業法の改正により、男性の育児休業取得率は大幅に増加している。2025年4月には再度育児休業法が改正され、法人には両立の意向聴取・配慮や3歳以降の両立支援策の拡充など、これまで以上に「育児と仕事の両立」に関する配慮が求められるようになった。しかし同時に、男性の育児参画が進むにつれ「取るだけ育休」「ダディトラック」など仕事との両立、キャリアトラックの問題などが顕在化してきている。また近年男性の産後のメンタルヘルス不調も顕在化しており、「育休取得推進」の副作用が出現している状況でもある。

これまでは法改正もあり、各法人が「育児休業取得率」にだけ注目している状況だが、本質的な育児参画には育休復帰後の両立できる働き方、育休取得前からの両立に対する支援などが必要である。このような状況に対し、誰もがWell-Beingに育児と仕事を、父母双方が実現できる環境を作るために何が課題か、そしてどのような取り組みがあるかを、当社団の取り組みも含め共有したうえで、実際の書く医療法人における取り組みと合わせ、議論を深めたい。また同時に、医師の働き方改革が進む中で、通常の企業労働者とはやや性質が異なる男性医師の育休についても、様々な事例を通じて考えていきたい。

【演者略歴】

- ・産業医・産婦人科医
- ・（一社）Daddy Support協会 代表理事
- ・労働衛生コンサルタント（保健衛生）・産業保健法務主任者・診療情報管理士

慶應義塾大学医学部卒業後、産婦人科医を経て産業医に転じ、現在は㈱明治 統括産業医。また産婦人科・産業医の経験から、育休推進に伴う「働く父親の問題」に着目、（一社）Daddy Support協会を2021年に創設、代表理事として自治体・企業との男性育児支援活動や政策提言などを進める。他にも女性の健康経営やDE&Iを中心に、大企業や官公庁での研修・講演も行う。著書に「ポストイクメンの男性育児」（中公新書ラクレ）。

利益相反：なし

SY57-4

多様な働き方が、よりよいチーム作りを実現する

水上 直人 ミズカミ ナオト

医療法人賛永会 さつきホームクリニック

働く事への個人の価値観や社会環境の変化から、多様な働き方を前提とした組織づくりをしていく事が、現代社会においては求められていると考えており、当法人ではそのような働き方を前提とした組織づくりを行っており、その象徴的な取り組みとして、男性の育休取得支援や積極的な育児参加を支える支援を行っている。

2016年の開業以来、40名の産休育休取得者があり、そのうち男性の育休所得者が14名、1～3ヶ月程度それぞれが取得しており、うち4名は男性医師が取得。また、男性職員でも子育てを理由とした時短勤務を奨励しており、希望に応じて週4日勤務や1日7時間勤務などをお子さんの年齢問わず実施している。その為、若手の医師にとってワークライフバランスの取れる施設としての認知が地域内で出来つつあり、毎年複数の応募を確保できている。当法人での実例を踏まえ、多様な働き方を前提とした組織をどのように創っていくのかを一緒に考えたい。

【演者略歴】

2010年10月～	株式会社Integrate 代表取締役
2013年 4月～ 2018年3月	株式会社GMJ 医療介護事業部長
	医療法人社団やまと 事務長
	医療法人社団焰 事務長
2018年 4月～	医療法人賛永会 統括マネージャー 現職

利益相反：なし

パネリスト：伊藤 天大 イトウ タカヒロ

さつきホームクリニック

【パネリスト略歴】

2018年 日本大学医学部医学科卒業
2018年 日本大学医学部附属板橋病院 臨床研修医
2020年 獨協医科大学病院総合診療科 後期研修医
2022年 足利赤十字病院 内科
2023年 さつきホームクリニック
現在に至る

シンポジウム58【プログラム委員企画】

情報通信機器（ICT）を利用した訪問看護師による死亡診断書作成

SY58

【セッション概要】

死亡時に医師が遠方にいるなどして、死後診察を行うことが困難な場合には、円滑に死亡診断書を交付し、埋火葬を行うことができないことがある。このため、住み慣れた場所を離れ医療施設に入院したり、死亡後に遺体を長時間保存・長距離搬送したりしているとの指摘を受け、情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドラインが平成29年9月に厚生労働省より示された。平成30年より、訪問看護師の研修を続けてきたが、医療従事者に認知があまりされていない現状にある。また、令和6年6月一部改訂され、業務がやや簡素化されたが、在宅での実績は数件にすぎず、以前、普及には至っていない。

今回、責任者である元東海大学法医学教授（現相武台リハビリテーション病院）の大澤資樹先生と研修で講師をされている日本赤十字九州国際大学看護学部教授の柳井圭子先生、第1回の研修受講生で研修のファシリテーターをされている訪問看護師の神野さんに講演いただき、必要性や普及が進まない理由等含めみんなで議論していきたいと思う。

座長：大橋 英司 オオハシ エイジ

医療法人社団 大橋内科胃腸科

【座長略歴】

1990年 兵庫医科大学卒業
 兵庫医科大学第4内科（消化器内科）研修医
1991年 財団法人 浅香山病院
2001年 大橋内科胃腸科 院長
2007年 医療法人社団 大橋内科胃腸科 理事長

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、92-94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（倫理・利益相反委員会 委員長）、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

SY58-1

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

相武台リハビリテーション病院、東海大学医学部基盤診療学系法医学

情報通信技術（Information and Communication Technology, 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（<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000527813.pdf>）が作成された。死期が迫っているとはいえ、死亡診断には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、この遠隔死亡診断は離島やへき地といった医療資源の乏しい地域における在宅や施設における看取りの手段として、普及が期待され導入された。医師が患者のもとに駆けつけることが困難な時に、患者のところにいる看護師と医療施設にいる医師の間でICTを利用して死亡診断を行う体制である。ただし、予め本人ないし家族に同意を得ておく必要があること、医師が駆け付けるまでに12時間以上かかる場合など、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、死亡診断とは死亡確認、異状の有無の確認、死亡診断書の交付の3段階からなる行為であることを確認した上で、今回の遠隔死亡診断における5要件について、まず説明する。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。一方で、令和6年度末の段階で40件程度の実施にとどまっているのが実態である。在宅や施設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る一方で、手技が警察の検視のようで煩雑すぎる、へき地では通信環境が未整備である等の問題点も指摘されている。総合討論において、この制度における普及と今後の課題について話し合いたい。

【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

2024年 相武台リハビリテーション病院、東海大学名誉教授

所属学会：日本法医学会・日本DNA多型学会・日本小児突然死予防学会・日本賠償科学会・日本交通科学学会・日本法科学技術学会、日本医療安全学会など

利益相反：なし

SY58-2

遠隔死亡診断による在宅での看取りケアの検討にあたって

柳井 圭子 ヤナイ ケイコ

元日本赤十字九州国際看護大学

住み慣れた地域で人生最期の医療をうけるための取り組みとして検討された方策が、遠隔死亡診断である。これは島嶼部、医師偏在の過疎地等を想定したもので、実施には五つの要件を満たさなければならないが、在宅看取りで看護師は、対象者の死後早くに遺族ケアを始められることから遠隔死亡診断に期待をしている。2022年度に遠隔死亡診断が診療報酬として加算され、2024年には介護保険にも同様の評価が設定されたことはその一歩となろう。進めていくためにも看護師は、制度の濫用や異状死の見逃し等のなく社会の信頼を得られるものにしていかなければならない。

実施する看護師に法医学教育を課す要件に加え、遠隔死亡診断の実施指針であるガイドラインでは、実施する看護師の条件を、訪問看護及び看取りケアの経験のある者とする。専門的な知見と様々な状態に適切にかつ柔軟に対応できる適応力のある訪問看護師であれば、遺族への配慮を行い、遠隔地にいる医師に適切な情報を十分に提供することができよう。ただ遠隔死亡診断補助は、人の死を決定する責任感・重圧感、また裸にしたご遺体にカメラを向ける等これまでの看護ケアでは行わない行為に疑問や心理的な負担を伴うものである。遠隔死亡診断補助を行う看護師を対象とする法医学教育の場となる研修会は、法医学を専門的な基礎知識として死亡診断に関わることによる看取りの看護ケアを再考する場である。

本報告では、研修会において講義演習を担当している報告者として、遠隔死亡診断補助を行う看護師に求められる能力について述べていく。

【演者略歴】

1981年 久留米大学医学部附属看護専門学校卒業
1995年 北九州大学大学院法学研究科修士課程修了
1999年 西南学院大学大学院法学研究科博士（後期）課程法律学専攻修了
2008年 日本赤十字九州国際看護大学看護学部看護学科教授
2011年 日本赤十字九州国際看護大学大学院基盤看護領域 教授
2014年 日本フォレンジック看護学会理事

利益相反：なし

SY58-3

情報通信機器（ICT）を利用した訪問看護師による死亡診断書作成

神野 真紀 ジンノ マキ

あけぼの訪問看護ステーション

ICTを利用した遠隔死亡診断を補助する看護師を対象とした研修会の内容紹介、この制度を担う看護師が習得しなければならない技能について解説します。

【演者略歴】

【学歴】 2002年 旭川医科大学医学部看護学科、2025年 東京医療保健大学医療保健学研究科プライマリケア看護学 卒業

【職歴】 横浜市立大学附属病院、聖マリアンナ医科大学病院、ケアゲート株式会社あけぼの訪問看護ステーション 統括管理者（現在）

診療看護師（プライマリケア）、訪問看護認定看護師、「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」第一期修了生 現ファシリテーター

【執筆】「訪問看護師が臨床推論をする上で POCUS の活用可能な病態・症状に関する文献検討」等

利益相反：なし

シンポジウム59【長崎企画】

在宅チーム医療・ケアの未来に向けた連携教育を考える

SY59

【セッション概要】

我が国の高齢者人口は2040年頃まで増加が続くと予測される一方で、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し、様々な職種で深刻な労働力不足に陥ることが懸念されている。その中で、約65%の二次医療圏で外来患者数が減少しているのに対し、在宅患者数は増加を続け、60%以上の二次医療圏で2040年以降にピークを迎えると予測されている。さらに、死亡数も2040年までは増加し、ピーク時には年間約170万人にのぼると見込まれており、増加する在宅看取りへの対応も一層求められることになる。

このような社会背景のもと、医療と介護、生活支援の複合ニーズを持つ高齢患者が増加し、より多くの医療・福祉人材が必要になるものと考えられる。しかし、生産年齢人口の減少により、多くの職種でその担い手が深刻化し、在宅医療を支える人材の不足も顕在化している。2017年度に実施された「在宅医療連携モデル構築のための実態調査」では、在宅医療を維持・推進する上で「在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保」が最大の課題として浮き彫りになった。今後、マンパワー確保に制約が強まる中、在宅患者の複雑なニーズに対応し、質の高い効率的な在宅医療・ケアを提供するためには、多職種が有機的に連携するネットワークの構築が不可欠である。そのためには、多職種連携教育や在宅医療教育を充実させることが必要となる。

本シンポジウムでは、多職種連携に求められるスキルとその教育の現状を踏まえ、これからの在宅チーム医療・ケアの充実と効率化に向けた人材育成の方策について議論したい。

座長：前田 隆浩^{1,2} マエダ タカヒロ

¹長崎大学病院 総合診療科

²長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 総合診療学分野

【座長略歴】

1985年 長崎大学医学部卒業

1985年 長崎大学医学部附属病院原研内科

1993年 長崎県離島医療圏組合五島中央病院

1996年 長崎大学医学部附属病院原研内科助手

2000年 長崎大学医学部附属病院総合診療科講師

2003年 長崎大学医学部附属病院総合診療科助教授

2004年 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科離島・へき地医療学講座教授

2012年 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療学分野教授

2018年 長崎大学病院総合診療科教授

座長：永田 康浩 ナガタ ヤスヒロ

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 地域医療学分野

【座長略歴】

1986年 長崎大学医学部卒業

2007年 国立病院機構長崎医療センター

2013年 長崎大学地域包括ケア教育センター 教授

2020年 長崎大学地域医療学 教授

SY59-1

在宅医療における卒前から現場に至る多職種連携教育の実践と効果

春田 淳志 ハルタ ジュンジ

慶應義塾大学医学部

在宅医療では、要介護の患者を支える多職種との連携が不可欠であるが、体系的な教育は十分とはいえない。病院とは異なり、在宅では限られたリソースの中で職種の役割を超えて助け合う「Transprofessional Collaboration」が求められる。卒前教育ではコンピテンシー基盤型教育に基づく職種理解が基盤となるが、個別性の高い在宅事例を多数が経験するのは困難である。現場では、プロフェッショナルアイデンティティの形成を踏まえ、自職種の省察を通じて他職種との呼応の関係を築き、組織成果に結びつける教育が必要だが、連携の成果は見えにくい。

本発表では、こうした課題に対応した教育実践を紹介する。一つはVR（Virtual Reality）の活用である。慶應義塾大学医学部では、3年次に医師と患者家族双方の視点から在宅カンファレンスを体験するVR教材を用い、医師以外の職種や家族の視点を学んでいる。VRはケースにリアルな没入感を与え、多くの学生に同様の体験機会を提供できる。また、医・薬・看の三学部合同による中期教育では、入退院を含むケーススタディをもとに、他職種の役割を演じるクロストレーニングを通じて模擬在宅カンファレンスを実施し、多職種理解を促進している。教育前後の自己評価ではコンピテンシーの向上が見られた。

さらに、診療所看護師向け研修では、ポスターツアーや多職種カンファレンスの動画評価など多様な学習法を取り入れている。参加者は各組織に戻って学びを還元し、学びの成果はポートフォリオとして発表されている。ポートフォリオの内容からは、自職種への省察、他職種との連携、施設間協働の工夫など、現場に根ざした学びが確認された。これらの実践を踏まえ、在宅医療の特性に即した、学部生から現場スタッフまでを対象とした体系的な連携教育モデルを提案したい。

【演者略歴】

2004年旭川医科大学卒。2010年に王子生協病院で総合診療・家庭医療の専門研修を修了。

2011年東京大学医学部博士課程（医学教育）入学。多職種連携教育をテーマに博士論文を発表。日本版多職種連携コンピテンシーを開発し、現場の多職種連携教育のWSを開催。

2015年～2020年3月まで筑波大学総合診療科/医学教育企画評価室に所属し、学部間の多職種連携教育の設計に携わる。

2020年4月から慶應義塾大学医学教育統轄センター、2023年4月に当センター・教授に加え、総合診療教育センター長となる。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、日本医学教育学会認定医学教育専門家。現在も在宅医療に携わりながら、卒前から診療所看護師やNurse practitionerの連携教育にも関わっている。令和2年に日本医学教育学会懸田賞受賞。

利益相反：なし

SY59-2

対等な関係性と共通目標の共有から始まる連携教育：看護職の現場から

宮崎 和加子 ミヤザキ ワカコ

一般社団法人だんだん会

“多職種連携”と言われて久しい。要介護・要医療の方の在宅療養生活を支えるためには、多数の医療や介護の専門職・非専門職がかかわり、かつ有機的な連携が必要となる。ところが、現場では事業者同士の意見の相違や理念や倫理観の違い、また職種間の身分の上下のような意識の存在、さらに同職種間でのスキルの違いなど課題は山積している。

40数年間、在宅医療・ケアに従事してきた一看護職として「多職種連携」のポイントは、以下の通りだと思う。

- ◆多職種がお互いの本来の専門性や得意とする内容・役割をよく知ること
- ◆各職種が対等な関係であることをお互いが自覚する
- ◆『生存の保障』にとどまらない、共通の目標の共有
- ◆『ご本人が主体的に生きることの支援』優先
- ◆まずは、生活支援が重要。その上で“医療はオプション”という考え方が重要。
- ◆24時間365日、医療も介護も支援しサービスする地域作り

さて、有効な連携のための教育・研修、スキルアップをどういう場でどのように進めていけばいいのだろうか。“連携”の前に、地域のサービスの種類と量と質が激減している実態がある。その確保も同時に大きな課題である。本シンポジウムでは、看護師の立場から在宅医療における多職種連携教育の重要性と進むべき方向について考察し、在宅医療の発展を支える人材育成について議論したい。

【演者略歴】

1977年 東京大学医学部附属看護学校卒業 医療法人健和会柳原病院に就職
1978年 柳原病院地域看護課にて訪問看護に従事
1992年 北千住訪問看護ステーション開設・所長（東京都指定第一号）
2013年 一般社団法人全国訪問看護事業協会事務局長
2016年 山梨県北杜市に移住 一般社団法人だんだん会を設立。理事長
現在 看護介護関連事業を7事業実施

利益相反：なし

SY59-3

在宅医療多職種連携教育に求められる、患者さん、御家族、そして多職種に優しいスキルとは

阿保 貴章 アボ タカフミ

医療法人阿保外科医院

日本の医療現場の年齢構成は2040年に向けて、患者さん、利用者さんの年齢構成の上昇だけでなく、それを支える医療福祉の人材においても高齢化、人材不足が進むことが確実である。この問題を解決するためには、マンパワーの確保だけでなく、それを構成する多職種の有機的な連携や、連携、情報を生かす効率的なスキルの確立も必要である。それは利用者さんのQOL改善のみならず、多職種の人材の募集育成、離職防止にもつながると思われる。また、今後は2040年に向けて在宅療養はさらに多くの患者さんに適応が拡大することが予想され、在宅療養に対する本人、御家族の本当のお気持ちの評価、在宅療養続行困難の際のプランB,Cの同時検討など、現状より多くの検討事項が生じてくると予想される。

今回、地域に於て在宅療養を実践する診療所における、病診、多職種連携の実践例を提示し、現場の多職種に求められるスキルとその習得・修熟方法、各職種の教育の時点での効果的な現場の状況の把握、スキルの必要性の実感等について検討したい。

また、在宅医療にかかわることの少ない現場、職種においても、在宅医療の現場に於て、どのような職種がどのような形で患者さんにかかわり、どのような在宅医療が可能であるのか、を知ってもらうことで、患者さんの療養計画を立てる際に、在宅医療という患者さんのQOLをより高いものとする可能性を持った選択肢を常に検討してもらえるような教育もまた、大切であると思われる。

【演者略歴】

1996年 3月 長崎大学医学部卒業

1996年 4月 長崎大学医学部第一外科（腫瘍外科）入局

2006年12月 日本外科学会外科専門医

2009年 1月 日本消化器外科学会消化器外科専門医、消化器癌外科治療専門医

2010年 3月 長崎大学大学院医学専攻科卒業 医学博士

2010年 4月 長崎大学腫瘍外科助教

2015年 6月 医療法人阿保外科医院（強化型在宅療養支援診療所）副院長

利益相反：なし

SY59-4

地域包括ケアシステム構築に関わる専門職種の育成 ー地域リハビリテーションの立場よりー

井口 茂 イノクチ シゲル

長崎大学 医学部 保健学科 理学療法学専攻

長崎県の地域リハビリテーション（以下、地域リハ）の活動は、昭和58年に施行された老人保健法による機能訓練事業から始まった。機能訓練事業は県のモデル事業として県内の保健所管内で実施され、福江保健所管内（現在の五島市）から始められた。当時の課題としては、リハ専門職が少ないこと、在宅サービス及びマンパワー不足、医療・保健・行政・福祉の連携不足があげられた。その頃の人材育成は実践を通じた事業関係者に対する地域リハの概念や具体的展開方法と連携方法の整理が主であり、人材育成には至っていない時期と言える。地域リハ活動の人材育成が動き出したのは、平成12年の介護保険法の施行からである。また、時を同じくして回復期リハビリテーション病棟の新設、地域リハ活動では国の直轄事業として地域リハ支援体制整備推進事業が開始され、医療から在宅ケアの連携のもと対象者の自立支援と地域包括ケアシステムの構築を目指すこととなった。地域包括ケアシステムは、住まい・医療・介護・予防・生活支援の分野から構成され、各分野の連携と人材育成が求められている。長崎県では老人福祉圏域に9つの地域リハビリテーション広域支援センター（以下、広域支援センター）を指定し、各圏域内の市町に対して介護予防、医療連携、自立支援、生活支援などに関わる支援を行うとともに活動に従事する専門職種の育成・教育が重要な位置づけとなっている。これまで広域支援センター主催の研修、専門職団体と県主催によるリハ専門職の育成、大学が関わる県委託事業における研修など多職種を対象とした研修を行ってきたが、地域ケアの実践に至っていないとの課題もみられている。地域リハの支援体制において生活圏域ごとの地域密着型地域リハ支援体制を目指しており、地域に即した専門職の育成及び連携教育が必要となる。本シンポジウムでは上述した研修内容を紹介し今後の展望について議論したい。

【演者略歴】

履歴

1984年 長崎リハビリテーション学院 理学療法学科 卒業

1986年 長崎大学医療技術短期大学部 助手

2001年 長崎大学医学部保健学科 助手

2007年 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 准教授

2014年 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 教授

地域リハ活動

1984年 長崎県機能訓練システム研究事業 班員

2012年 全国地域リハビリテーション研究会 監事

2017年 長崎県介護予防市町支援部会 部会長

2019年 長崎地域リハビリテーション広域支援センター センター長

利益相反：なし

シンポジウム60【日本在宅栄養学会合同企画】

在宅療養支援病院と在宅療養支援診療所における訪問栄養食事指導の体制整備の現状と課題 SY60

【セッション概要】

人生100年時代を迎えた日本は、「治す医療から治し、支え、看取る医療」へとパラダイム転換を迫られている。そのような状況の中で、年齢を重ねてもできる限り元気に、たとえ心身が弱ってたとしてもできる限り自分の住み慣れた地域等で最期まで住み続けることを目指す「地域包括ケア」が国家施策として展開されている。また、最期まで住み慣れた地域等で暮らすためには「栄養・食事」が鍵となり管理栄養士への期待は大である。第7次医療計画の策定以降、厚生労働省は地域リハビリ体制の強化を行い、リハビリテーションと栄養、口腔の取組みを一体として多職種と連携した管理栄養士による栄養食事指導を第8次医療計画の在宅医療の指標に加えられた。日本の病院の多くは許可病床数200床未満が多く、在宅療養支援病院（以下在支病）は、平成20年度診療報酬改定で創設された許可病床数200床未満唯一の病院類型で病院数は、令和6年9月30日現在2110施設と病院数の約25%を占めるまでに増加している。一方、在宅患者訪問栄養食事指導料および管理栄養士による居宅療養管理指導は多職種と比較できない程、算定回数が少ない現状である。今後、在宅医療を受ける患者は増加傾向にある。これらのことを踏まえて2024年度の診療・介護・障害福祉サービスの各報酬の改定では、6年に1度のトリプル改定ということもあり、医療・介護等連携強化が強く打ち出され、在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進を図る観点から医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備を推進することが見直され、2040年の医療介護の将来像を目指した改定であるといえる。医療・介護・障害の連携が今後、ますます求められ、在宅訪問栄養食事指導を実践する管理栄養士をいかに増やし、地域で展開していくことが喫緊の課題である。

座長：前田 佳予子 マエダ カヨコ

武庫川女子大学

【座長略歴】

2005年鈴鹿医療科学大学大学院保健衛生学研究科修了

武庫川女子大学食物栄養科学部食物栄養学科 教授

管理栄養士 保健衛生学博士

【セッション概要】

2024年度介護報酬改定による、訪問栄養食事指導について、在宅療養支援病院には自院での体制整備を求め、在宅療養支援診療所は栄養ケア・ステーションや他の保険医療機関との連携も含めた体制整備が望ましい。しかしながら、体制整備を行うには課題が多い。その体制整備を行うための現状の課題と進め方について、現在実践されている病院や診療所の先生方にお話しいただき訪問栄養食事指導を充実させ、在宅療養者の一助としたい。まずは、在宅栄養管理学会理事長に今回の介護報酬改定についての課題、また病院及び診療所の医師・管理栄養士、栄養ケア・ステーションの管理栄養士に現在実践されている病院や診療所の先生方に解説いただき、早急な訪問栄養食事指導の実践計画を立て在宅栄養管理を充実させたい。

座長：田中 弥生 タナカ ヤヨイ

関東学院大学

【座長略歴】

【学歴】

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修了 博士（スポーツ医学）

【職歴】

昭和56年 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 医療法人新都市医療研究会「君津会」南大和病院栄養科科长

平成21年 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 駒沢女子大学 人間健康学部健康栄養学科 教授

平成30年 関東学院大学 栄養学部管理栄養学科 教授 入職

令和2年 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6年4月 関東学院大学 栄養学部管理栄養学科 学部長

令和6年9月 関東学院大学 認定栄養ケア・ステーション 代表

【社会活動】

平成8年～平成20年 全国在宅訪問栄養食事指導研究会（現（一社）日本在宅栄養管理学会） 発足初代会長

平成24年～ （一社）日本在宅栄養管理学会 理事 学術・研究委員会 委員長

平成26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

SY60-1

在宅療養支援病院における訪問栄養食事指導の体制整備の現状と課題

梶原 崇弘 カジワラ タカヒロ

医療法人弘仁会 板倉病院 理事長・院長

【はじめに】

2024年度介護報酬改定より、在宅療養支援病院には訪問栄養食事指導の体制整備が義務化された。在宅療養支援病院における体制整備の現状と課題を検証する。

【自院紹介】

千葉県船橋市（人口64.8万人）の中心部に位置する、急性期一般病院91床、病床稼働率93%、平均在院日数13.3日、入院患者平均年齢75.6歳の病院である。強化型在宅療養支援病院、管理栄養士4.5名配置。

在宅療養支援病院は200床以下の地域密着中小病院が担い手であり、訪問診療のみならず、訪問診療クリニックのバックベッド機能や在宅復帰をサポートする機能を果たす。

【訪問栄養指導の必要性・現状】

在宅低栄養が死亡リスク、医療費負担双方を上昇させることより訪問栄養指導が求められている。在宅療養支援病院の施設基準に訪問栄養食事指導の体制整備が義務化された。しかし、他の在宅サービスに比して著しく実施が少ない現状がある。在宅患者訪問食事指導料を算定しない理由の調査では、病院では体制整備困難、診療所では対象患者がいないがあげられている。

【当院の対策と見えてきた課題】

管理栄養士を病棟・外来・訪問・管理に柔軟に配置する勤務体制を整備した。対象者のスクリーニングのシステム化を図ることで漏れのないスクリーニング体制を構築した。2025年1月よりシステムを開始し約300件に対してスクリーニングを実施、3月末で18件の訪問栄養食事指導実施に至った。スクリーニングを実施して医療者側・患者側双方の振り返りを行った。医療者側は適応・必要性の理解不足、患者側には必要性の理解不足や費用面、他サービスが優先されるという課題を認めた。

【結語】

訪問栄養食事指導は地域包括ケアの維持に不可欠である。医療者・患者双方への啓蒙により件数増加が見込まれる。今後、管理栄養士の確保や働きやすい環境整備も求められる。

【演者略歴】

1992年 私立麻布高等学校卒業

2000年 日本大学医学部医学科卒業 日本大学附属板橋病院 消化器外科入局

2003年 がん研究センター中央病院 肝胆膵外科

2008年 日本大学附属板橋病院 消化器外科 副医局長

2012年 板倉病院 院長

2019年 医療法人 弘仁会理事長

2020年 日本大学附属板橋病院 消化器外科准教授 現任

日本在宅療養支援病院連絡協議会

副会長

船橋市医師会

副会長

千葉県医師会

代議員

利益相反：なし

SY60-2

少子高齢化が進む北海道における在宅栄養ケアの現状と課題

真井 睦子 サナイ ムツコ

日本赤十字社 栗山赤十字病院

これから迎える2040年は、高齢化率が50%を超える。今後更に地域包括ケアシステムの推進と在宅医療とケアの提供体制の強化が望まれる。高齢化が進む地域では、治療し支える医療体制が必要となる。栗山赤十字病院（以下：当院）は、南空知という地域の医療圏の中核病院として、中規模ではあるが急性期から慢性期まで幅広い医療を担っている。当院がある地域もそうだが、北海道においては一次産業をはじめとする地域が多く、高齢化と人口減少の問題を抱えている。医療機関や介護施設では、高齢者の低栄養の問題が挙げられており、診療報酬においても栄養・口腔・リハビリに焦点が当てられていく様になった。急性期治療を終了した患者は、複数の慢性的疾患を抱えている場合が多く、在宅に戻っても食事・栄養ケアの必要性が高い。これは管理栄養士のいないサービス付高齢者住宅やグループホームに入所する高齢者においても同様である。これら高齢者の低栄養の問題の対策として、当院では、訪問栄養食事指導を行い、在宅での栄養管理を支えている。高齢者の低栄養を改善していくためには、管理栄養士による継続的な栄養ケアが必要であり、その効果も期待できる。しかしながら、高齢化が進む近隣の医療機関は、在宅支援病院や在宅療養支援診療所が増えてきているにも拘らず、訪問栄養食事指導の体制が整っているかという事に関しては大いに疑問がある。この体制を整備する為には、訪問を行っている我々管理栄養士が訪問栄養食事指導の効果を多職種に周知させていかなければならない事と、地域の管理栄養士が施設内での栄養管理のみで終わることなく、地域を見据え、地域の高齢者の低栄養問題に向き合い、フットワークを軽くして訪問による栄養ケアに取り組んでいかなければならないと考える。

【演者略歴】

日本赤十字社 栗山赤十字病院医療技術部栄養課

（2002年 栗山赤十字病院に入職し現在に至る）

【学位】

2022年 天使大学大学院看護栄養学研究科前期博士課程（修士）卒業

現在、同様の大学院で後期博士課程（博士）在学中

【取得資格】

管理栄養士、在宅訪問管理栄養士、在宅栄養専門管理指導士、糖尿病療養指導士、
人間ドックアドバイザー

利益相反：なし

SY60-3

在宅療養支援診療所での栄養指導の実践

白髭 豊 シラヒゲ ユタカ

白髭内科医院

【はじめに】栄養ケアは、生活習慣病対策のみならず、介護予防（低栄養予防）や自律支援（独居高齢者への食支援）においても重要である。また、脳血管障害、咀嚼機能の低下した患者の増加に伴い誤嚥性肺炎が増加しており、嚥下障害対策として口腔ケア、嚥下機能評価、摂食嚥下リハビリテーションとともに、栄養食事指導（低栄養状態からの回復・維持、嚥下食指導）はその重要性を増している。2000年に始まった介護保険では、在宅訪問栄養食事指導（居宅療養管理指導）があったが、2006年改正から介護予防（地域支援事業）として低栄養改善が医療保険に先行して取り上げられた。医療保険では、高血圧、糖尿病、高脂血症の生活習慣病に対して入院、外来、在宅での栄養指導が可能だった。これに加え、2016年からは、低栄養・摂食嚥下障害、がん患者への食事指導が認められ、医療保険、介護保険ともに全てのステージで栄養ケアが重要であることが示された。【活動】当院では、1997年から外来栄養指導916回、2002年から集団栄養指導101回（年間10回、延べ1040人。2012年まで）、訪問栄養指導 年間延べ40～50件を実践してきた。一方、2003年に発足した長崎在宅Dr.ネットは、都市部の診療所連携の一つとして、結成当初より管理栄養士派遣システムを作り、組織で契約した2名の管理栄養士が複数の診療所において外来および訪問栄養指導を実践してきた。また、栄養指導に加え、嚥下機能評価を行う歯科医師との連携、施設口腔ケアでの歯科衛生士との連携、介護士との協働など在宅、施設での様々な実践を行ってきた。【考察】在宅療養診療所での栄養指導は、口腔ケア、嚥下機能評価、摂食嚥下リハビリテーションとともに、高齢化社会で多職種が取り組む必要のある重要な活動である。

【演者略歴】

- ・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、92-94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（倫理・利益相反委員会 委員長）、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

利益相反：なし

SY60-4

みぎわ認定栄養ケア・ステーション～栄養ケア活動の地域拠点をつくる～

島井 美津子 シマイ ミツコ

地域密着型特別養護老人ホームみぎわほーむ

【はじめに】当ホームでは、2014年10月より毎月1回介護食（嚥下食）の料理教室「楽楽!! おいしか介護食」を開催してきた。開催回数は計59回、参加人数は1回平均7.3人、計433人だった（2025年3月迄。2020年2月～2024年6月コロナで休止。2024年7月より少人数で再開）。参加者は、デイサービス利用者、介護者、ホームヘルパー等で、2名の管理栄養士が指導し、調理、会食、談話のひと時を楽しんでいただいた。アンケート集計では、80歳代の参加が多く、「参加して楽しかった、実習が役立った、身近な食材を使っのメニューが参考になった、楽しい時間を過ごせて、生活する張りがでた」等の感想だった。

【活動】栄養ケア・ステーションは、管理栄養士・栄養士が地域住民の生活の場で栄養ケアを実施、提供するための地域密着型の拠点だ。長崎県では、2004年に県栄養士会の栄養ケア・ステーションが設立された。一方、認定栄養ケア・ステーションは、2015年にモデル事業、2018年に認定制度が発足した。みぎわほーむは、2017年のモデル事業から参加し、2018年には九州で唯一の認定栄養ケア・ステーションになった。「楽楽!! おいしか介護食」に加え、個別栄養相談や住民対象の講話を実施している。しかし、認定栄養ケアステーションでは、栄養指導の保険算定ができないため、所属の栄養士が複数の診療所と契約を結び、外来・訪問栄養指導を受託している。2024年度には、外来栄養指導14件、訪問栄養指導49件の実績をあげた。また、2025年3月から子ども食堂を開始し、地域住民の食支援と気軽に栄養・介護相談ができる憩いの場を設けている。

【考察】みぎわ認定栄養ケア・ステーションは、栄養ケアの活動拠点および総合相談窓口として地域に貢献してきた。今後は、栄養指導の保険請求ができる事業所への制度改正を期待して実践を積み重ねていきたい。

【演者略歴】

1990年 活水女子短期大学食物専攻科卒業
1992年6月 管理栄養士免許取得
1990年4月 第3セクター職業訓練法人長崎能力開発センター入社
1992年7月 社会福祉法人純心聖母会恵の丘長崎原爆ホーム入社
1996年7月 社会福祉法人長崎厚生福祉団鶴舞苑入社
2012年2月 地域密着型特別養護老人ホームみぎわほーむ入社
現在に至る
1998年～2002年（社団）長崎県栄養士会社会福祉協議会代表
2000年～2002年 2024～2026年（社団）長崎県栄養士会理事

利益相反：なし

SY60-5

三師会、医師会連携から広がる認定栄養ケア・ステーションの活動と未来

森 明日加^{1,2} モリ アスカ

田中 弥生^{1,2}

¹横浜市金沢区認定栄養ケア・ステーション

²関東学院大学 栄養学部

【はじめに】高齢化社会において、在宅医療の充実喫緊の課題であり、その中でも栄養管理の重要性は年々高まっている。特に在宅療養支援診療所における訪問栄養食事指導は、患者の生活の質や療養環境の改善に直結する支援である。横浜市金沢区では、2020年に三師会の連携のもと、有志により認定栄養ケア・ステーションを設立した。これは、管理栄養士が「顔のみえない職種」と言われていた課題を解決するための取り組みでもあった。現在、在宅医療相談室に寄せられた食・栄養に関する相談に対応し、居宅療養管理指導などの栄養支援の体制をとっている。

【現状と問題点】現在、区内の在宅療養支援診療所約20か所のうち、7か所と栄養ケア・ステーションが連携を結んでおり、令和6年度の診療報酬改定を契機に、三師会医師会への説明会を通じて訪問栄養食事指導の重要性を周知している。在宅医療連絡会、訪問看護管理者連絡会、リハ連絡会にも広報活動を行っている。しかしながら、制度上、診療所と栄養ケア・ステーションではなく、管理栄養士個人と契約を結ぶ形であるため、ステーションの運営としては収益が発生しない。また契約形態がボトムネックとなり、必要性が認識されても契約に結びつかないケースもあり、制度的な壁が依然として存在する。

【まとめと今後の展望】こうした課題に対して、今後は、認定栄養ケア・ステーションが事業所として介護報酬請求できる制度整備が不可欠であり、それによって収益構造の改善と持続可能な体制構築が期待できる。また、訪問栄養食事指導をより拡げていくには、地域の三師会、医師会をはじめとする多職種との「顔の見える関係性」を基盤にした、活動の認知度向上が不可欠である。さらに、多様な疾患に対応できる管理栄養士の育成と配置、認知度向上も並行して進めていく必要がある。在宅医療における栄養支援の基盤整備は、地域包括ケアの質向上に直結するといえる。

【演者略歴】

- ・急性期病院に勤務しながら、2020年に三師会嚥下在宅チームと連携した形で横浜市金沢区認定栄養ケア・ステーションを有志で設立
- ・2024年からは責任者を引き継ぎ、現在は急性期医療から在宅医療へと活動の場をシフト
- ・2024年から金沢区摂食嚥下と糖尿病連携事業の多職種代表を担当
- ・連携クリニック、診療所からの依頼を受け医療・介護保険を利用した在宅訪問栄養食事指導を行う
- ・顔の見える関係性を大切にをモットーに三師会定例会・他職種連絡会等に出席

利益相反：なし

シンポジウム61【一般公募企画】

医療DXが描く在宅医療の未来～地域包括ケアとデジタル技術の融合～

SY61

【セッション概要】

本シンポジウムでは、在宅医療における医療DXをテーマに、2025年問題及び2040年を見据えた地域医療の構築を議論します。高齢化や医療人材の偏在に対応するには、ICTの活用による業務効率化、負担軽減、多職種連携の強化が不可欠です。安全なネットワーク整備やAI・IoTなど先端技術の導入も重要です。行政のデジタル戦略に基づき、「攻めのDX」「守りのDX」の両面からの取り組みと事例の共有を通じて、在宅医療の将来を展望します。

①「2040年を見据えた在宅医療DXの未来～すべての医療機関が恩恵を受けるために～」

2040年を見据えた在宅医療の医療DXとは何か。医療の効率化・質向上・負担軽減を見据えた上で、国が考える全体像を示し、DXの恩恵をすべての医療機関に行き渡らせるために必要な具体的方策とその実現に向けた展開の説明を行います。

②「書類作成からの解放へ！AI導入による医療DXの挑戦」

AIを活用したカルテ作成や訪問看護指示書の自動化により、医療従事者の書類業務負担を軽減する挑戦について、導入の実践例や効果、今後の課題と可能性を探ります。

③「〔仮〕アンケート調査で読み解く在宅医療ICT連携の現状と未来展望」

訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、調剤薬局等を対象としたアンケート調査結果を考察し、在宅医療におけるICT連携の現状、課題、ニーズを分析します。今後のICT活用の方向性や展望、多職種連携の円滑化、地域包括ケア推進に資する提言を目指します。

④「在宅療養支援病院での電子カルテ活用と情報連携に向けた取り組み」

在宅医療DXで電子カルテを活用し、多職種連携と効率化を推進します。医療事務が情報連携の要となっており、今後の電子処方箋やデータ自動化にも期待が寄せられています。

本企画は、地域に根ざしたICT活用とデジタル戦略を検討し、在宅医療の未来に向けた課題解決を目指します。

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】

2001年 琉球大学法文学部 卒業
2003年 九州大学大学院法学府 修士課程 修了
2003年 琉球大学 講師として勤務
2010年 病院にて医療ソーシャルワーカー（MSW）として従事
2013年 在宅療養支援診療所にて事務長として勤務
2018年 在宅医療の組織運営支援 MI-ZA 代表（現任）
2018年 一般社団法人日本在宅医療事務連絡会 理事（現任）
2021年 めぐみ在宅クリニック 事務長（現任）

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】

<略歴>

- ・平成2年入職
- ・現職に至る

SY61-1

在宅医療DXの未来予想図 ～2040年を見据えて今なすべきこととは～

石塚 秀俊 イシヅカ ヒデトシ

一般社団法人日本在宅医療事務連絡会

2040年、団塊ジュニア世代が高齢期を迎え、地域包括ケアの需要はかつてない水準に達すると予測されている。特に、在宅医療の需要は2020年比で約62%増加すると見込まれており、限られた医療資源の中でも質の高い医療を提供し続けるには、デジタル技術の活用、すなわち「医療DX」の推進が不可欠となる。

令和6年度の診療報酬改定では、在宅医療分野においてもDX関連の評価が新たに導入され、マイナ保険証の活用やオンライン資格確認の促進、医療DX推進体制整備、医療情報の利活用、標準型電子カルテ導入支援など、政策としての方向性が一層明確になった。これらは情報連携の強化や業務の効率化、多職種間の連携体制の高度化を促すものであり、ICTの活用は在宅医療の基盤強化に直結している。

本発表では、2040年の地域医療構想を見据えた政策動向を踏まえつつ、医療DXの恩恵をすべての医療機関が享受できるようにするための具体的な展望を示す。特に、人員や設備に制約のある中小の診療所や在宅医療機関でも実現可能な導入ステップ、行政支援の活用方法、そして既存ICTツールを最大限に活かす実践例にも焦点を当てる。

「誰ひとり取り残さない医療DX」の未来を描くために——政策と現場の接点から、いま何をなすべきかを問い直す。

【演者略歴】

1992年 総合商社入社、海外営業・M&A・IT事業・豪州駐在等を担当
2001年 外資系コンサルにて流通・NGO向け戦略支援
2002年 車関連上場企業で経営企画・FC・人財部門を歴任
2006年 AQUASTONE設立、経営・人事支援
2011年 訪問診療・歯科・介護法人にて経営企画、人事、事務長
2014年 医) 生寿会にて在宅事業本部副部長 兼 事務長、統括マネジャー
2019年 外資系コンサルにてヘルスケア領域 Principal

利益相反：なし

SY61-2

「四街道・千葉地域における在宅医療ICT連携の実態調査」

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

地域包括ケアシステムの推進に伴い、住み慣れた地域で最期まで安心して療養生活を送るためには、医療・介護の多職種が緊密に連携し、切れ目のない支援体制を構築することが不可欠である。その中で、ICT（情報通信技術）の活用は、時間や空間の制約を超えた効率的な情報共有を実現し、在宅医療の質的向上に寄与する手段として大きな期待が寄せられている。しかしながら、ICTツールの導入状況やその有効性、運用上の課題、さらに職種ごとのニーズの違いなどについては、地域ごとに実情が異なり、十分に可視化されていないのが現状である。

本発表では、千葉県四街道市およびその周辺地域において、在宅医療機関から連携する訪問看護ステーション、調剤薬局、居宅介護支援事業所、介護施設といった関係事業所を対象に実施したアンケート調査の結果を報告する。ICT連携の現状や、使用されているツールの種類、情報共有における有効性や障壁、今後に向けた期待と課題など、現場で実際に業務に従事する多職種のリアルな声をもとに、地域における在宅医療ICT連携の実態を明らかにする。

さらに、調査から得られた知見をもとに、今後ICTが果たしうる役割や、地域特性を踏まえた効果的な導入・運用の在り方、持続可能な連携体制を構築するために必要な支援策についても考察を加える。医療DXが加速する現代において、地域包括ケアとデジタル技術が融合する未来を展望する一助となれば幸いである。

【演者略歴】

2003年 3月 防衛医科大学校卒業

2003年 6月～2005年 5月 初任実務研修（研修医）

2005年 6月 北部方面衛生隊勤務

2006年 4月 島田総合病院（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」を併設し、訪問看護・訪問リハビリ部門を移管

利益相反：なし

SY61-3

書類作成からの解放へ！AI導入による医療DXの挑戦

稲生 迅人 イノウ ハヤト
一般社団法人 抛 みんなの在宅クリニック

訪問診療において、初診前の情報収集と準備は、質の高い診療を提供するための重要な基盤となります。しかし、限られた時間の中で効率的に情報を整理し、初診に臨むための準備を行うことは、医療従事者にとって大きな負担です。本発表では、当クリニックが導入したAIを活用した初診前準備カルテ作成支援システムが、この課題にどのように貢献しているかをご紹介します。

本システムは、患者様から事前に得られた基本情報や紹介状などの限られたデータに基づき、AIが初診時に確認すべき項目や、過去の類似症例、関連する疾患情報などを自動的に抽出・整理し、準備カルテの雛形として提示します。これにより、医師は訪問前に患者様の基本的な情報を把握し、問診のポイントや注意すべき点などを事前に検討することが可能になります。

AIが作成する準備カルテは、単なる情報の羅列ではなく、効率的な問診の流れや質問の提案なども含んでいます。これにより、訪問診療時の情報収集の質が向上し、よりスムーズで的確な初診対応が期待できます。

導入の結果、医師は訪問前に十分な準備時間を確保できるようになり、患者様との対話に集中し、より質の高い診療を提供することが可能になりました。また、準備カルテの活用は、訪問時間の短縮にも繋がり、より多くの患者様への訪問機会を増やすことにも貢献しています。

本発表では、AIを活用した初診前準備カルテ作成支援システムの具体的な機能や活用方法、導入による医師の準備時間短縮効果、そして訪問診療の質向上への貢献について報告します。限られた情報から最大限の準備を支援するAI技術が、訪問診療の現場における業務効率化と患者ケアの質の向上にどのように貢献できるか、その可能性を探ります。

【演者略歴】

1997年11月 透析病院に薬剤師として入職
2002年 1月 調剤薬局に入社、新店舗開発を担当
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
有床クリニックから在宅診療を複数立上
電子カルテのクラウド化や夜間当直室の開設などの在宅医療の効率化やICT化を実現
2018年12月 一般社団法人日本在宅医療事務連絡会理事就任
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
2022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：なし

SY61-4

在宅療養支援病院での電子カルテ活用と情報連携に向けた取り組み

藤原 由香 フジワラ ユカ
医療法人博愛会 額田病院

在宅支援病院としての機能が拡充するなか、地域包括ケアを実現するためには、医療・介護・福祉に関わる多職種間での円滑な情報共有が不可欠である。とりわけ在宅医療では、訪問診療や訪問看護、薬局、ケアマネジャーとの連携が日常的に求められ、情報の分断や事務作業の煩雑さが業務の負担を増大させている。

当院では、オンプレミス型電子カルテを運用しており、その柔軟なカスタマイズ性を活かして、在宅医療に適した情報管理・共有機能の構築を進めてきた。医療DXの流れの中で、院内外を含む業務全体の可視化と効率化を目指し、電子カルテの標準化、スケジュール情報の統合、多職種連携の支援体制などを整備している。

また、医療事務の視点からも、患者情報を複数のソフトに重複入力する手間の削減を図っており、これは単純作業ながら非常に有益である。特に、介護保険請求が別ソフトで管理されていたことで一体的な会計処理ができなかった課題に対し、電子カルテと連携することで、医療と介護の会計を統合し、事務処理の効率化を実現している。医療事務は現場の実務と情報の橋渡し役として、システム運用の中心的役割を担い、在宅医療チームの安定的な支援に寄与している。

今後は、電子処方箋の導入や、データ提出作業の更なる自動化を視野に入れ、ICTの可能性を活用した持続可能な業務体制の構築が求められる。本発表では、当院における電子カルテのカスタマイズと運用を通じて、多職種連携の促進と業務の効率化を図る取り組みを紹介し、在宅医療における医療事務の役割と医療DXの今後の展望について考察する。

【演者略歴】

1995年 近畿大学九州工学部 卒業
2014年 額田病院 入職 在宅医療センターに所属
2017年 医事課を再編し、在宅医療業務と連携
2025年 医事課 課長に就任

利益相反：なし

シンポジウム62【一般公募企画】

真の医薬連携がここに！薬剤師の本音を皆で語ろう！！

SY62

【セッション概要】

スムーズな医薬連携は質の高い在宅医療に繋がる、このことに疑問を持つ方は一人もいないと思います。しかし、現実はどうでしょうか。「いざ届けたら処方箋の内容が修正されていた・・・」、「点数が取れないのに訪問しなければならない・・・」などなど、悪気はなくても薬剤師の方々に迷惑をかけてしまうことも多々あるのではと思います。本セッションでは、薬剤師の方から“医薬連携あるあるネタ”を披露いただき、それについて医師の立場からコメント、会場の方々からの投票も含めてディスカッションを深めていきたいと思います。

多職種連携におけるすれ違いは、実はお互いに同じ方向性を向いているのに、その職種毎の文化やルールを理解出来ていないことに起因している事も多いです。本セッションを通じて、薬剤師の方々の本音を聞き出し皆さんと語り合う事で、より良い医薬連携、多職種連携、質の高い未来の在宅医療に繋がることを期待しています。

座長：近藤 敬太 コンドウ ケイタ

藤田医科大学 連携地域医療学／豊田地域医療センター 総合診療科

【座長略歴】

・経歴

愛知県豊田市出身

2014年 愛知医科大学卒業

2016年 トヨタ記念病院にて初期研修修了

2019年 藤田医科大学 総合診療プログラムにて後期研修修了

・現職

藤田医科大学 連携地域医療学 助教

豊田地域医療センター 総合診療科 在宅医療支援センター長

日本プライマリ・ケア連合学会 理事

SY62-1

医薬連携がうまくいかなかった「あるある事例」と課題

宇野 達也 ウノ タツヤ

CoMediCs スギ薬局グループ

演者は前職で在宅緩和ケアの専任薬剤師として14年間勤務してきましたが、円滑な在宅緩和ケアを行うには「医薬連携」「多職種連携」が重要であることを強く感じています。過去の連携について振り返ってみますと、困難事例や重症度の高い患者には密度の濃い連携が行われ、大きなトラブルなく看取りをすることができました。しかしながら、軽症患者では心の油断からか連携に対する意識が薄くなり、細やかな不備が発生したことがありました。このセッションでは演者が実際に体験した「うまくいかなかった あるある事例」を提示させていただきます。様々な事例を通して、どうしてそうなってしまったのか？それを防ぐためにはどうしたらいいのか？などの原因を考察します。シンポジストの皆さまと議論を交わしながら、今後の医薬連携を改善するヒントを得たいと思います

- ・退院時サマリー・初回処方・患者の手持ち薬がすべて違うだって！？
- ・その指示だと薬局はただ働きになってしまうんです
- ・処方が出ると言われて在庫したけど出ないんですか～（返品不可）
- ・残薬捨てといてっておっしゃいますが・・・26万円分ありますよ！？
- ・退院前カンファレンスで決まったはずなのに・・・
- ・臨時の時だけ依頼される都合のいい薬局
- ・医師が薬局を選ぶ？患者さんの意思はどこへ？
- ・処方箋に手書きで追記したなら教えて欲しいです（再配達に）
- ・夜中に臨時対応したら・・・「あれ？いつもと違う薬局さんなんだね」
- ・キーパーソンの家で療養中？知らなかった・・・
- ・訪問看護師さんのスケジュール把握できてませんでした

など

【演者略歴】

1998年（H10） 第一薬科大学 卒業
1998年（H10） 総合メディカル株式会社 入社
2006年（H18） 株式会社ヤナセ薬局 入社
2014年（H26） 栄養サポートチーム専門療法士 取得
2015年（H27） 緩和薬物療法認定薬剤師 取得
2024年（R6） スギ薬局グループ 入社
2024年（R6） 株式会社CoMediCs 異動

所属学会・所属研究会

HIP（Home Infusion Pharmacy）研究会
全国薬剤師・在宅療養支援連絡会（J-HOP）
日本栄養治療学会（JSPEN）
日本緩和医療薬学会（JPPS）

利益相反：なし

パネリスト：草島 邦夫 クサジマ クニオ

藤田医科大学 総合診療科 客員講師

【パネリスト略歴】

2009年 北海道大学医学部卒業
2012年 国立循環器病研究センターにて心臓血管外科医として勤務
2015年 地元の三次医療機関にて麻酔・集中治療科勤務
2019年 京都大学大学院 医療疫学分野に在籍
2020年 北海道家庭医療学センター入職
2020年 総合診療特任指導医を取得、副院長に就任
2024年 藤田医科大学 総合診療科 客員講師に就任
現在 在宅医療における腹膜透析の普及と、専門医のキャリア転換支援・リカレント教育に従事

パネリスト：下斗米 英 シモトマイ アヤ

豊田地域医療センター

【パネリスト略歴】

2015年 福井大学 医学部医学科卒業
2019年 名古屋大学医学部附属病院 臨床初期研修終了
2023年 名古屋大学医学部附属病院 家庭医療専門医研修終了
2024年4月～ 豊田地域医療センター 総合診療科 在宅部門長
以上。

パネリスト：岡田 浩 オカダ ヒロシ

和歌山県立医科大学

【パネリスト略歴】

2023年-現在 和歌山県立医科大学 薬学部 社会・薬局薬学研究室、教授
2022-2023年 京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系 健康情報学、特定准教授
2019-2022年 京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系 健康情報学、特定講師
2016-2019年 University of Alberta EPICORE Centre, Postdoctoral Research Fellow
2016年 京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系 健康情報学、博士（社会健康医学）
2012年 京都大学大学院 理学研究科 生物科学 粒子線生物学、修士（理学）
2008年 京都医療センター 臨床研究センター 予防医学研究室、研究員
2005-2014年 保険薬局勤務（福岡、京都）、保険薬剤師
2005年 長崎大学薬学部 卒業
1990-2001年 福岡県教育事務所、小中学校 講師
1990年 福岡教育大学小学校課程社会科専攻 卒業

パネリスト：中村 美喜子 ナカムラ ミキコ

ペンギン薬局

【パネリスト略歴】

1982年 昭和薬科大学薬学部生物薬学科卒。
1982～1993年まで 複数の薬局に勤務
1993年 ペンギン薬局開業。
2007年より 長崎薬剤師在宅医療研究会（P-ネット）発足メンバーとして活動。現在世話人で事務局。
2022年12月 地域連携薬局認定
所属研究会ほか：長崎薬剤師在宅医療研究会（Pネット）世話人・事務局，日本在宅医療連合学会，日本服薬支援研究会，
役職：2015年 一般社団法人長崎県薬剤師会理事就任。2019年より副会長。現在に至る

シンポジウム63【一般公募企画】

在宅医療を支える事務長のリアルストーリー ～ケースから学ぶ成功の秘訣～ SY63

【セッション概要】

在宅医療の運営には、医師・看護師といった医療的な公的資格を有した職種と、事務職という公的資格を有しないスタッフ、双方の存在が欠かせない。

外来診療では必ずしも必要とされなかった事務長職を置くクリニックも少なくない。

事務長職といっても、その業務内容を想像できるだろうか。

多職種のチームマネジメントに加え、実務として総務をこなし、経理をこなし、人事をこなし、営業をこなすケースも聞かれ、改めて考えると診療所のマルチプレイヤーといえる一方で、実に曖昧で医療機関ごとにその立ち位置と守備範囲は大きく異なっていることに気付かされる。

先鋭的な医療機関の事務職の経歴をたどると、一般企業を中心に医療とは全くかわりのない異業種から転身しているケースも珍しくない。

様々な経歴の事務長が持ち合わせた経験・スキル・工夫をこなし医療機関の発展と安定に向けた取り組みや姿勢は、きっとどの在宅医療機関も興味のある内容となるだろう。

このシンポジウムでは「在宅医療を支える事務長のリアルストーリー ～ケースから学ぶ成功の秘訣～」と題して、4つのケースレポートより成功や失敗の共有、それをもとに未来の多職種連携に向けた更なる円滑性を目指して皆様と一緒に考えていきたい。

資格なき多様性だからこそ、切り口はひとつではない。

色々な考えがあるからこそ面白い点も、ご覧いただけるかと思う。

座長：佐藤 修 サトウ オサム

医療法人社団富家会

【座長略歴】

1980年 東京都生まれ

2003年 流通経済大学社会学部社会学科卒業

2003年 ミサワホーム株式会社入社 埼玉県内を中心に戸建て住宅営業・販売促進に従事

2011年に医療業界へ

2014年 医療法人社団富家会に入職、2016年より現職

【セッション概要】

クリニック運営において集患・増患対策は非常に重要である。また、クリニックの成長には集患・増患を継続的に取り組まなければならない業務である。しかしながら、その集患・増患対策は、非常に難しく、かつ事務長をはじめ相談員が試行錯誤しながら取り組んでいるのが現状である。

そこで、今回は当クリニックが数年単位で徐々に経営危機に陥り、さらに患者数や紹介患者数が年々減少していった過去と当方が入職した2025年8月以降、様々な取り組みを実施し患者数や紹介患者数がV字回復した実績についてご紹介したい。

その具体的な取り組みとして、大きく6つを紹介することにする。

1. 事業所挨拶周りの実施（ケアマネ、病院、地域包括、訪問看護ステーションなど）
2. 新院長就任
3. ウェブサイト・リーフレットの刷新
4. 全員参加型の全体会議の実施（理念、ビジョンの再共有）
5. 多職種連携、地域連携の強化
6. データ取得と分析（患者数、紹介数、紹介元、医師の稼働率など）

そして、その取り組み後、患者数や紹介患者数、さらにケアマネや病院などの紹介元などがどのように変化したのかをご紹介させていただく。また、その過程で院内スタッフがどのように意識を変え行動変容を起こしたのかについてご紹介させていただく。

この講演を通して、皆様のクリニック運営における集患・増患の対策案としての一助になれば幸いです。

座長：浅沼 裕子^{1,2} アサヌマ ユウコ

¹医療法人社団実幸会いらはら診療所

²一般社団法人日本在宅医療事務連絡会

【座長略歴】

3年ほど民間の会社で勤務。平成5年千葉西総合病院の医事課。平成7年より医）実幸会いらはら診療所勤務。外来、在宅医療部で医療事務業務、また介護保険制度開始と同時に関連の介護事業所の開設、請求業務等全般にも携わってきた。平成15年医）いらはら診療所医事課長、平成21年4月同法人より事務長となる。

SY63-1

小さな訪問・外来クリニックで事務長がすすめた職場パワーアップ術

奥富 隆生 オクトミ タカオ
まりあクリニック 在宅診療部

事務長の仕事というと保険請求や人事、給与計算、営業活動などが一般的に想像される。

大規模の医療機関ではそれぞれが分業され、担当者のスキルも深くなってゆく。

しかし小規模のクリニックとなると、1人の事務長がすべき仕事の種類は増えるがその深度は変わらない。よって事務長自らが日常業務に追われないようまず外部の専門家をうまく取り入れてゆくのが効果的である。仕事を専門家に振ることで業務が集中しがちな事務長に時間的余裕が生じてくる。事務長はこの時間を使って

①中・長期的計画の立案②短期的問題に予防策③突発的問題・雑用に対処などを行うことが可能になる。

人事や将来的方向性などの中長期的な計画の根幹は院長とともに立てるとして、事務長自身として医療経営学を学ぶ事務長がいる。私は同時に看護師資格を取得した。これは大いに勤める。時間と費用は掛かるが、効果は大きく、事務長の悩みを相当程度解決できる。

短期的問題で予防すべきはスタッフの退職。急な退職が最大のリスクだ。なるべく安定して勤務してもらう環境を整えることが大事だが、完全に離職をなくすことはできない。特にそのスタッフしか知らない業務があると業務遂行に痛手となる。その解決には情報・知識の共有が有効だ。当院では業務のマニュアル作成を進めている。受付業務や看護業務もそうだが、特に保険請求に関する情報共有化を進めている。たいがい不明な事項は確認したスタッフの頭の中でしか保存されない。そのスタッフがやめてしまうと何も残らなくなってしまう。そこでそれら確認した事柄を共有し、ついでに問題集形式にして保存することにした。最初は面倒であるが、情報が蓄積してゆくと検索や議論の時間を大幅に削減し、頭の整理に役立っている。

小さな医療機関の事務長は時として雑用係になりかねない。業務を整理し時間を有効に使うことでより筋肉質な事務長業が見えてくるように思える。

【演者略歴】

中央大学法学部卒。病院事務やケアネットTVにてプロデューサーを歴任。医療経営の番組を担当したことをきっかけに22年前診療所を開業。「毎年新しいことを始める」をモットーに、当時まだ珍しかった女性専用外来の設置やカフェのような雰囲気の外來棟を建てるなど、患者さんに喜んでもらいつつ常に選ばれる診療所作りを実践している。

利益相反：なし

SY63-2

事務長に求められる役割とは何か？その中で特に大切でかつ難題な経営支援の一つである【集患・増患】対策について実例をもとに紹介する。

春山 善広 ハルヤマ ヨシヒロ

医療法人社団はやぶさ さがみはらファミリークリニック

クリニック運営において集患・増患対策は非常に重要である。また、クリニックの成長には集患・増患を継続的に取り組まなければならない業務である。しかしながら、その集患・増患対策は、非常に難しく、かつ事務長をはじめ相談員が試行錯誤しながら取り組んでいるのが現状である。

そこで、今回は当クリニックが数年単位で徐々に経営危機に陥り、さらに患者数や紹介患者数が年々減少していった過去と当方が入職した2025年8月以降、スタッフと連携しながら様々な取り組みを実施し患者数や紹介患者数がV字回復した実績についてご紹介したい。

その具体的な取り組みとして、大きく6つを紹介することにする。

1. 事業所挨拶周りの実施（ケアマネ、病院、地域包括、訪問看護ステーションなど）
2. 新院長就任
3. ウェブサイト・リーフレットの刷新
4. 全員参加型の全体会議の実施（理念、ビジョンの再共有）
5. 多職種連携、地域連携の強化
6. データ取得と分析（患者数、紹介数、紹介元、医師の稼働率など）

そして、その取り組み後、患者数や紹介患者数、さらにケアマネや病院などの紹介元などがどのように変化したのかをご紹介させていただく。また、その過程で院内スタッフがどのように意識を変え行動変容を起こしたのかについてご紹介させていただく。

この講演を通して、皆様のクリニック運営における集患・増患の対策案としての一助になれば幸いです。

【演者略歴】

1977年 福岡県飯塚市生まれ

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 入職

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、DPC分析に従事

2017年10月 医療法人社団悠翔会 法人本部入職

2022年6月 ケアタウン小平クリニック 事務長兼務

名誉院長 山崎章郎医師と地域医療に従事

2024年8月 医療法人社団はやぶさ 入職

現在に至る

所属

一般社団法人日本在宅医療事務連絡会 理事

利益相反：なし

SY63-3

「尊重」と「規律」のバランスが組織を強くする —ポジティブフィードバック技法の導入と効果

堀田 豊 ホッタ ユタカ
医療法人みどり訪問クリニック

組織の健全な発展には、職員の主体性を尊重しつつ、一定の規律を維持することが重要である。

過度な自由は組織の一体感を損なう一方で、過度な規律は職員の負担を増やし、モチベーションの低下を招く可能性がある。組織が成長するにつれて、このバランスを取ることに悩むマネジャーは少なくない。

医療法人みどり訪問クリニックでは、「尊重」と「規律」の調和を図るため、課題を抱える職員や対応に工夫が必要な職員に対し、「ポジティブフィードバック技法」を導入した。この手法は、職員の良い点を強調しながら建設的なフィードバックを行い、成長を促すものである。その結果、5年間で職員数は20名から40名へと倍増しながらも、職員の業務への意欲が向上し、職員同士の関係性も良好に維持された。さらに、労使間の課題解決にも寄与した。

本発表では、この取り組みが組織醸成にどのような効果をもたらしたのかを報告する。

【演者略歴】

大学卒業後、2008年に東邦薬品株式会社に入社。2016年より株式会社帝国データバンクに転じ、調査営業職に従事。その後、2018年より医療法人みどり訪問クリニックに事務長として入職。現在に至る。

利益相反：なし

SY63-4

大規模診療所における事務長業務の分散 多職種連携を支える現場重視の事務長の役割

黒川 雅人 クロカワ マサト

医療法人社団しろひげファミリー しろひげ在宅診療所

当院は、約1500名の在宅患者に対し、24時間365日すべて常勤医師による訪問診療体制を構築しています。患者の多くは地域の介護職からの紹介によるものであり、日頃から地域との密な連携を重視しています。スタッフ約100名が在籍する大規模な診療所の運営においては、業務の範囲が広く、事務長一人で担うには負担が大きいのが現実です。そこで当院では、財務・人事・総務といった本来の事務長業務を機能別に分担し、診療現場に特化した役割の事務長を配置しています。この配置により医師・看護師・医療事務職員等との円滑な連携が可能となり、現場課題への迅速な対応、診療の質の向上、業務効率化を実現できています。こうした取り組みにより新規患者の受け入れや増患につながり、診療所の安定運営、そして法人全体の経営基盤の強化にもつながっていると考えます。大規模診療所ならではの工夫、現場を主体とした事務長の業務内容や職種間の連携のあり方など診療所運営についてご紹介します。

【演者略歴】

1985年 滋賀県生まれ
2005年 京都科学技術専門学校卒業
2005年 株式会社クロスビジョン入社
 スポーツ番組のADとして働く
2014年 在宅医療業界へ
2018年 しろひげ在宅診療所に入職

利益相反：なし

シンポジウム64【一般公募企画】

ACPや意思決定支援に役立つ現状確認ツールIMADOKO ～活用してみた各地域からの報告～

SY64

【セッション概要】

現状確認ツールIMADOKOは、ホスピス病棟や外来、在宅でのがん診療において演者が患者や家族への説明に用いていたメモを誰もが使えるように見える化したツールで2020年4月から東京都小金井市の在宅チームで使用を開始した。特にがんにおいては最後の1か月の身体的機能の変化が早く対応が後手になってしまうことが多い中、看取り経験の乏しいケアマネジャーや歯科医師、看護師でも終末期のがん患者の現状を理解し、タイムリーなケアの提供が可能になる。

その後、2023年ごろから訪問看護ステーションや在宅医療専門クリニックなどからの要望に応じて研修会を行い各地で活用していただいている。最近では病院でACPに取り組む際に活用したいという問い合わせが増えているが、現場の声からはbad newsを伝えることとACPが混同されている印象を受けている。

現状確認ツールIMADOKOは、bad newsを伝える際、特にDNARの確認の際に使用するというよりも、患者や家族と今後のことを話し合う際に、対話を始めるために一緒に眺める地図のようなものとして活用していただきたいとお願いしている。また、ACPはまずは身近な人との対話から始めて何度も話し合うプロセスであることを忘れてはならない。

演者が最も配慮しているのは患者や家族が今後のことについて話し合いたいと思っているかどうかを確認してから対話を始めるということである。実際には死が近づいてきたときにはIMADOKOに続いて死への身体的兆候変化のプロセスのチャートを用いた家族への情報提供を行う。在宅看取りに際しては不安な家族の気持ちをじっくりと聴きながら、タイミングを逃さない声かけが求められる。

本セッションでは、在宅看取りの希望を叶えるためにIMADOKOを活用している各地の事例や課題を報告していただき、会場に集まってくださった方とディスカッションの場としたい。

座長：大井 裕子^{1,2} オオイ ユウコ

¹おおい在宅緩和ケアクリニック

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

【座長略歴】

1992年 広島大学医学部卒業後、広島大学原爆放射線医科学研究所腫瘍外科
1993年 安佐市民病院外科
1994年 広島三菱病院外科
1997年 広島大学原爆放射線医科学研究所腫瘍外科大学院
2000年 呉市安浦町国保診療所所長
2006年 聖ヨハネ会桜町病院ホスピス医長
2018年 聖ヨハネ会在宅診療部長
2023年2月 小金井ファミリークリニック
2024年8月 おおい在宅緩和ケアクリニック院長

座長：中村 幸伸 ナカムラ ユキノブ

つばさクリニック

【座長略歴】

2002年 鳥取大学医学部医学科卒業
2002年 倉敷中央病院 初期研修および循環器内科
2007年 三育会 新宿ヒロクリニックで在宅医療を学ぶ
2009年 つばさクリニック開院
2014年 つばさクリニック岡山開院
資格等
日本在宅医療連合学会 専門医 指導医 評議員
日本内科学会 認定内科医
日本循環器学会 専門医
岡山大学医学部医学科 臨床教授
緩和ケアフォーラム in 岡山 世話人
倉敷NST研究会 世話人

SY64-1

ACPや意思決定支援にかかわる医療従事者の現状と課題 -現状確認ツールIMADOKO研修前アンケートからみえること-

大井 裕子^{1,2} オオイ ユウコ

¹おおい在宅緩和ケアクリニック

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

【はじめに】現状確認ツールIMADOKOは、ホスピス病棟や外来、在宅でのがん診療において患者と今後のことを話し合うツールとして考案し、2020年4月から東京都小金井市の在宅チームで使用を開始した。本ツールを使用する医療介護職に実施したアンケート調査では看取りに関わる実態が明らかになった。同アンケートは、IMADOKO使用開始前の研修でも実施しており、そこから見える現状と課題を報告する。

【活動内容】アンケート調査項目は、職種、経験年数（現職種／現職場）、終末期（おおよそ余命6ヶ月以内）の患者に関わるとき自分自身で予後を予測したり見通しを立てたりしていますか、予後予測に用いる指標は何ですか、終末期の患者の予後予測をするのに不安がありますか、余命6ヶ月以内と予測される患者に対して自分の職務を果たそうとする際に難しさを感じることはありませんか、難しさを感じる要因は何ですか、などである。調査対象285名中予後予測をしていると回答したのは176/285名、医師30/35名、看護師97/123名であった。予後予測に用いる指標では「意識レベルの低下」「経口摂取量の減少」が多く、自分の職務を果たそうとする際に難しさを感じる要因としては、「患者家族が終末期であることを受容していない」「患者本人が終末期であることを受容していない」「患者（家族）の思いを引き出すことが難しい」が多かった。

【考察】ACPや意思決定支援においては看護師がその役割を担うことも多いが、同時に不安や困難感を抱えている実態も明らかになった。患者や家族が終末期であることを受容できていないことはある意味当然のことで、その状況においても、よりよい看取りに向けてコミュニケーションを始めようとしている現場の様子がうかがえる。患者や家族の問いに応える場面で現状確認ツールIMADOKOが活用され、意思決定支援の一助になることが期待される。

【演者略歴】

1992年 広島大学医学部卒業後、広島大学原爆放射線医科学研究所腫瘍外科
1993年 安佐市民病院外科
1994年 広島三菱病院外科
1997年 広島大学原爆放射線医科学研究所腫瘍外科大学院
2000年 呉市安浦町国保診療所所長
2006年 聖ヨハネ会桜町病院ホスピス医長
2018年 聖ヨハネ会在宅診療部長
2023年2月 小金井ファミリークリニック
2024年8月 おおい在宅緩和ケアクリニック院長

利益相反：なし

SY64-2

急性期病院で活用する現状確認ツールIMADOKO

鎌田 千秋 カマダ チアキ
国家公務員共済組合連合会 呉共済病院

当院は広島県がん診療連携拠点病院に指定されており、二次救急医療を担う病床数397床、32診療科、訪問看護ステーションを併設する急性期の医療機関である。当院が位置する広島県呉市の2024年の高齢化率は36.3%（全国平均29.1%）であり、今後も高齢化率の上昇、高齢者の看取り支援の必要性が高まる事が予測される。当院では、院内で現状確認ツールIMADOKO（IMADOKO）を活用するため、7年前から研修会をおこない、2023年からはIMADOKOの図を各病棟・外来でいつでも参照できるように設置している。IMADOKOを導入したことで、今では患者・家族の希望にそった最期の過ごし方を一緒に考え、支援するケースもみられるようになった。外来では、がん治療の経過を経て、人生の終末が近づいてきたとき、IMADOKOを使って現状を確認することで、最期の時の過ごし方を考えるきっかけとなっている。病棟では、緩和ケアチームが主体となって多職種でIMADOKOを使って現状を確認し、今後の見通しを共有することでACPのタイミングの見定め、看取りの場所の確認など、支援を検討することに役立っている。訪問看護ステーションでは、在宅看取りを希望される患者・家族と医療者がIMADOKOを使って現状を共通認識することにより在宅での看取りを支援することへつながることもあった。今回、IMADOKOを活用した症例を紹介し、急性期病院におけるIMADOKO活用の有用性について検討していきたい。

【演者略歴】

1998年 広島県厚生連尾道看護専門学校卒業
2010年 広島大学大学院保健学研究科付属先駆的看護実践支援センター緩和ケア認定看護師教育課程修了
2010年 緩和ケア認定看護師資格取得
2017年 早稲田大学人間科学部（通信教育課程）健康福祉科学科卒業
2022年より現在所属している呉共済病院の緩和ケアチーム専従看護師として活動している。

利益相反：なし

SY64-3

訪問看護ステーションで現状確認ツールIMADOKOを導入した理由と経過の報告

中村 恵 ナカムラ メグミ
AGO株式会社みのり訪問看護ステーション

訪問看護師が介入するがん患者は、治療の終了が予測される時期や終末期である方が多くをしめる。医療者からみて週から日単位で変化すると思われる状態なのに、患者も家族も月単位、あるいは年単位の予後と受け止めているケース、逆に、日常生活が普通におくれる状態でありながら、患者や家族が自ら行動を制限しているケースにも出会う。どちらにせよ、患者家族に「こんなはずじゃなかった」という思いができるだけないよう、現状を正しく理解してもらい、患者家族の希望する暮らしをかなえるべく介入を行う。

訪問看護師は、臨床経験の長短に関わらず、一人で訪問にいき、患者や家族のケアにあたる。患者に、自分の予後や病状について尋ねられたり、返す言葉がみつからないような患者の声を受け取る場面も多く、コミュニケーションに困難や不全感を感じたりする看護師も少なくない。フォローする立場にある自分自身も、仲間の看護師のケアに苦悩を感じ続けてきた。

IMADOKOを知り、患者・家族と共に現状確認し「今できること」に着目し話しあうことは、率直なコミュニケーションを促し、患者家族・看護師双方にメリットがあると考え、当ステーションで2023年11月に導入研修、6ヶ月後の2024年5月にフォローアップ研修を行った。

導入研修後から、多くの看護師が訪問バックにIMADOKOパンフレットを携帯し、各自の判断のもと、ケアの場面で利用を行った。患者家族に「あとどれくらいですか」と聞かれた時に、予後を数字で回答することばかり考えていた看護師が、患者家族が本当に知りたいことは何であるのかを、IMADOKOと一緒に見ながら共に考え、話し合うことができるようになった。また、自宅においてあるIMADOKOのパンフレットをみて、訪問診療医やケアマネジャーも関心を示すようになり、在宅医療・ケアに必要なツールとなってきたことを感じている。

【演者略歴】

1995年 国立国際医療センター病院附属看護学校卒業
1995年 国立国際医療研究センター病院入職
2002年 国立がん研究センター東病院入職
2015年 AGO株式会社みのり訪問看護ステーション入職
現在にいたる

利益相反：なし

SY64-4

ER看護師を経て訪問看護を始めた際のIMADOKO 活用報告

草間 大哉 クサマ ヒロヤ
WLIFE訪問看護センター

WLIFE訪問看護センターは、ER経験のある看護師が多く在籍している訪問看護ステーションである。訪問看護では、がんの末期をはじめとした終末期の患者を在宅で看取る経験をしてきた。ERでも数々の患者を看取ってきたが、在宅で看取る患者家族に対して、看護師としてどのように関われば良いのか戸惑うことが多かった。患者家族からの質問への返答のしかたに迷うこともあった。ERでは、余命などの家族への説明は看護師からではなく医師が行なっていたため、医師が説明していた内容を自分の勝手な憶測で話すということに不安と抵抗があった。

肺腺がん末期の患者の妻から、「仲の良い昔の職場の人がいて、病気のこと伝えたら会いにきたいって言ってくれたので、1ヶ月後くらいに来てもらうことになりました。本人も楽しみにしていると思います。」とお話があった。この時患者はすでにIMADOKO③の状態であり、身体的兆候から短い週の単位もしくは日の単位と考えられた。あと1ヶ月は厳しいと感じたため、IMADOKOと死へのプロセスを用いて説明。どうしても会わせたいのであればすぐのほうがいいとお伝えした。その翌日には同僚に来てもらい話すことができ、その約1週間後、患者は永眠された。エンゼルケア時に妻は「あの時に言ってもらえなかったら後悔していたかもしれません。やれることはやった。悲しいというより今は達成感のようなもののほうが強いです」と仰っていた。

IMADOKOと死へのプロセスを用いるようになってから、病状の段階に応じてどのようなケアをすれば良いか、どのような声かけをすれば良いか、戸惑うことが少なくなった。また、共通のツールを使用することで、看護師から患者家族へ病状説明することに対して不安や抵抗はなくなった。その結果、可能な限り後悔のない選択肢を選ぶ支援につながっていると感じている。

【演者略歴】

平成23年 東京医科大学病院 入職 ER、EICU所属
令和 3年 WLIFE訪問看護センター 入職

利益相反：なし

SY64-5

在宅支援診療所におけるIMADOKO活用報告

中村 幸伸 ナカムラ ユキノブ

つばさクリニック

【はじめに】

当法人は2009年に開業した在宅医療に特化した機能強化型在宅支援診療所である。

約900人の在宅患者に対して訪問診療を行い、年間の自宅・施設での看取りは約250名で終末期の食支援にも力を入れている。人生の最終段階において身体機能と食べることを可視化し、患者と一緒に「どう生きるか」を考えるためのツールとして2024年にIMADOKOの研修を受け、活用してきた経験と課題について報告する。

【活動内容】

当法人の医療職53名がIMADOKO研修を受講。全新規在宅患者の診療開始前の説明・契約の際に看護師、MSWが訪問し、患者・家族と面談する中でIMADOKOのどのステージにあたるか確認して担当医と共有。診療開始後の適当なタイミングでACPのツールとしてIMADOKOを使用して現状確認し、その後の療養について話し合い、終末期に向けて患者・家族をサポートする体制をとっている。

初診時のステージに関して、運用開始した2024年6月から2025年3月までの割合はがん患者のIMADOKOは0,1,2,3,判定不能の順に7%、23%、38%、32%、0%、非がん患者では同じく20%、23%、17%、10%、30%であった。

IMADOKOのステージや話し合いの内容をICT情報ツールで共有し、在宅チーム全体でのACPをすすめている。

【考察】

がん患者に関しては終末期、重症者の割合が多いことからステージが進んだ状態の患者が多く、患者・家族と状態の確認を一緒に行う機会が比較的作りやすい印象であった。対して、非がん患者においては疾患や経過が様々であることや、長期的に経管栄養を行っている方などステージの判断に迷うこともあり、IMADOKOにこだわらないACPのかかわりを心掛けた。

また、患者のACPだけでなく他事業所との連携ツールとしてもIMADOKOは有用であった。

【演者略歴】

2002年 鳥取大学医学部医学科卒業

2002年 倉敷中央病院 初期研修および循環器内科

2007年 三育会 新宿ヒロクリニックで在宅医療を学ぶ

2009年 つばさクリニック開院

2014年 つばさクリニック岡山開院

資格等

日本在宅医療連合学会 専門医 指導医 評議員

日本内科学会 認定内科医

日本循環器学会 専門医

岡山大学医学部医学科 臨床教授

緩和ケアフォーラム in 岡山 世話人

倉敷NST研究会 世話人

利益相反：なし

ワークショップ1【一般公募企画】

2040年の在宅医療を考える

－LEGO®SERIOUS PLAY®メソッドと教材を活用したワークショップ体験会－

WS1

【セッション概要】

本学会のテーマは「在宅医療の未来を語ろう」である。在宅医療は多職種連携が欠かせない分野であり、さまざまな職種が集まり意見を交換することが重要である。しかし、話し合いでは特定の少数が発言を独占し、多くの参加者が意見を出せない状況がしばしば起きる（パレートの法則）。これでは多様な視点が反映されず、現実的な未来像を描くのが難しくなる。こうした課題を解決するために、LEGO®SERIOUS PLAY®メソッドと教材を活用したワークショップを企画した。LEGO®SERIOUS PLAY®は、全員が参加し傾聴することのできる新しい話し合いの手法の1つである。参加者はレゴブロックを使って作品をつくり、その形や色に自分なりの意味を与え、それを言葉で説明する。抽象的なテーマ、例えば「連携」といった概念も、レゴを使って具体的に表現することが可能になる。また、一人ひとりが作品を作るため、発言機会が偏らず、全員の意見を平等に反映できるというメリットがある。本ワークショップは、LEGO®SERIOUS PLAY®メソッドと教材を活用し2040年の在宅医療の未来像を描きビジョンを共有することを目指す。その上で、現実的な行動計画を導き出し、今後の活動に役立つ具体的なヒントを得ることを目的としている。本ワークショップを通じて、参加者はモノを使ったコミュニケーションの重要性を実感できると考える。これにより、それぞれの現場で多職種連携をさらに進めるヒントを持ち帰ることができると思う。なお、本企画者はLEGO®SERIOUS PLAY®メソッドと教材活用トレーニング修了認定ファシリテータであり、大阪市福島区での多職種連携の実績（2023年在宅医療連合学会で発表）を活用してこのワークショップを実施する。

座長：中村 幸生 ナカムラ ユキオ

医療法人優幸会

【座長略歴】

経歴：2002年大阪大学医学部卒業、大阪大学旧第一外科入局

大阪警察病院、JCHO大阪病院など大阪府下の急性期病院で外科医として研鑽を積む。

2013年より大阪市福島区で在宅療養支援診療所を運営している。

資格：日本外科学会認定登録医

プライマリ・ケア認定医

在宅医療連合学会専門医・指導医、

緩和医療学会認定医

その他：大阪府保険医協会 理事

福島区医師会 理事

WS1-1

2040年の在宅医療を考える ーLEGO®SERIOUS PLAY®メソッドと教材を活用したワークショップ体験会ー

中村 千賀¹ ナカムラ チカ

山本 伸² ヤマモト シン

¹医療法人優幸会

²シミックホールディングス株式会社

【演者略歴】

経歴：2000年大阪大学医学部保健学科看護学専攻卒業 学士（看護学）

2015年大阪教育大学大学院教育学研究科特別支援教育専攻修士課程 修了（教育学修士）

2013年より大阪市福島区で在宅療養支援診療所（中村クリニック）運営に関わり、

やさしいそら訪問看護ステーション、木もれ陽ケアプランセンターを開設する。

現在、医療法人優幸会の理事をつとめる。

資格：2019年LEGO®SERIOUS PLAY®メソッドと教材活用トレーニング修了認定ファシリテーター

その他：大阪市福島区在宅医療・介護連携支援コーディネーター

日本産業衛生学会 近畿地方会代議員

日本産業衛生学会 近畿地方会看護部会幹事

ファシリテーター：

大塚 創平 オオツカ ソウヘイ

医療法人優幸会

【ファシリテーター略歴】

【経歴・職歴】

2010年 産業医科大学 医学部医学科 卒業

市立加西病院 初期研修

2013年 大手鉄鋼メーカー 専属産業医

2014年 労働衛生機関 嘱託産業医

2019年 大手電子機器メーカー 本社産業医

センクス産業医事務所 パートナー医師

【資格・所属】

博士（医学）

日本産業衛生学会 産業衛生指導医

社会医学系 指導医

労働衛生コンサルタント（保健衛生）

メンタルヘルス法務主任者

公認心理師

産業医科大学 助教

ワークショップ2【一般公募企画】

在宅医療にかかわるお金の話

WS2

【セッション概要】

在宅診療をする際に、お金の話は避けて通れません。

「医療費や介護費が一体いくらかかるのか？」と現場で聞かれたりすることはありませんか。

お金の不安を解消しなければ、安心して療養は出来ません。しかし、医療介護その他の諸制度は複雑で、全てを網羅して説明することは困難です。

このワークショップを通じて、一人でも多くの方が患者さん利用者さんのお金に対する疑問・質問に答えられるようになっていただきたいと企画しました。

患者さん利用者さんに直接影響のある話としては以下のものが挙げられます。

労働災害保険法に基づく給付制度、各保険制度による医療費限度額・介護限度額、高額医療費・介護療養費などの支払上限の制度や、重度心身障害者医療費助成や難病医療制度などの無料あるいは低額に減免さえる制度、障害年金や生活保護生活扶助などのお金が給付される制度等があります。その他自治体によりますが、税法上の障害者認定や社会福祉法人減免、介護見舞金・紙おむつの給付など数多くあります。

また、介護者の負担を軽減する制度としては、介護休暇・休業制度があります。介護者1名につき最大93日、3回分割で介護休業は取得することが出来ます。近年法改正によって、利用しやすくなっています。

そのほか制度ではありませんが、余命6ヶ月以内の診断で死亡保険金が3000万円を限度に死亡前に支給されるリビングニーズ特約や、自宅を担保に借入れ、死亡後に引き渡す停止条件つき売買契約であるリバースモーゲージなどによって、医療介護費用を調達する方法もあります。

これらを出来るだけ具体例を挙げながら在宅医療にかかるお金の話を皆さんと共有できたらと思っています。

座長：太田 敦 オオタ アツシ
医療法人あおい空おおた在宅クリニック

【座長略歴】

2007年徳島大学卒業。京都家庭医療学センターで後期研修の後、岡山医療センター、松山のたんぽぽクリニックで勤務の後、2018年徳島市で在宅専門クリニック開業。2023年あおい空社会保険労務士事務所開設

WS2-1

在宅医療にかかわるお金の話

竹内 永子 タケウチ エイコ
みんなのかかりつけ訪問看護ステーション徳島

【演者略歴】

- ・みんなのかかりつけ訪問看護ステーション徳島所長（看護師）
- ・2017年7区分の特定行為研修修了
- ・2023年在宅ケア特定認定看護師取得
- ・救命救急センターや慢性期病院を経て、2020年から訪問看護に転職
- ・人生の最期くらいわがままになってほしい、自分らしく生ききってほしいと願い、家に帰りたい願いを叶えるべく奮闘中

利益相反：なし

WS2-2

在宅医療にかかわるお金の話

中 健太郎 ナカ ケンタロウ
セントラル介護経営事務所

【演者略歴】

H8～ 社会医療法人 凌雲会 介護部課長
H27～ 鳴門市役所 長寿介護課 係長
R5～ セントラル介護経営事務所 代表
一般社団法人 徳島県介護支援専門員協会 副理事長

利益相反：なし

WS2-3

在宅医療にかかわるお金の話

位頭 薫 イトウ カオル
特定非営利活動法人ゆいまーる

【演者略歴】

2000年 介護支援専門員として職務に就く
2009年 主任介護支援専門員を取得
2011年 徳島県介護支援専門員法定研修の講師及びファシリテーターを務める
2015年 一般社団法人日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャー、相談支援専門員を取得
2018年 人生の最終段階における医療体制整備事業E-FIELD ファシリテーターを取得
 エンドオブライフ・ケア協会認定ELCファシリテーターを取得
2023年 日本介護支援専門員協会ワークサポートケアマネジャーを取得

利益相反：なし

ワークショップ3【一般公募企画】

看取り期の患者、家族との対話の仕方

WS3

【セッション概要】

人生100年時代と言われるが、生老病死は避けて通ることはできない。

老いや病気と向き合いながらも、人は幸福な人生を全うできるのか？

人生の最終段階を迎え、自分で身の回りのことができなくなっても、意思疎通が難しくなっても、最期まで穏やかに過ごしたい。それをかなえるために、私たち援助者には何ができるのでしょうか。

死を前にした人と向き合い続けることは、簡単ではありません。それまで穏やかに過ごしていた人であっても、できないことが増え、死を前にした時、「もう死にたい」とつらい思いを口にしたり、心を閉ざしてしまったり、時には攻撃的なこともあります。まったく意思疎通ができず、相手の気持ちが推しはかれない。何をしたいのかわからない。そんな時、援助者としてそばにいるのがつらく、「辞めたい」「逃げ出したい」と感じてしまうこともあるかもしれない。

「あらゆる悩みは対人関係に集約される」精神科医であり心理学で有名なアドラーの言葉である。人の感情や行動が互いに影響し合う現代社会において、人生の最期まで良好な人間関係、穏やかな心を保つにはどのような接し方、関わり方が良いのか？ 4000人以上を看取った在宅医とともに、医療現場、学校、職場などあらゆる場面で穏やかさを取り戻せる対話の仕方、苦しむ人への関わり方について考えてみたい。

座長：長野 宏昭 ナガノ ヒロアキ

いきがい在宅クリニック

【座長略歴】

いきがい在宅クリニック 院長

2006年 岡山大学医学部卒業、同年、大阪赤十字病院で初期研修

2008年 神戸大学病院医学部付属病総合内科にて後期研修

2009年 大阪赤十字病院 呼吸器内科医師

2012年 沖縄県立中部病院 呼吸器内科医師

2013年 高山義浩医師らと共に地域ケア科を創設

2018年 ハワイ・沖縄医学教育フェローシップ フェロー

2021年 NPO 法人いきがいLABO 共同代表理事

2023年 いきがい在宅クリニック 院長

沖縄県立中部病院 呼吸器内科 医師

琉球大学医学部 医学科 非常勤講師

2024年 シェアハウス型在宅ホスピス「いきがいの家」を開設

WS3-1

看取り期の患者、家族との対話の仕方

小澤 竹俊 オザワ タケトシ

めぐみ在宅クリニック 院長

【演者略歴】

▪ 略歴

1963年東京生まれ。世の中で一番、苦しんでいる人のために働きたい と願い、医師を志し、1987年東京慈恵会医科大学医学部医学科卒業。 1991年山形大学大学院医学研究科医学専攻博士課程修了。救命救急センター、農村医療に従事した後、1994年より横浜甞生病院 内科・ホスピス勤務、1996年にはホスピス病棟長となる。2006年めぐみ在宅クリニックを開院、院長として現在に至る。「自分がホスピスで学んだことを伝えたい」との思いから、2000年より学校を中心に「いのちの授業」を展開。2013年より、人生の最終段階に対応できる人材育成プロジェクトを開始し、多死時代にむけた人材育成に取り組んでいる。

▪ 著書

1. あなたにもできる スピリチュアルケア (医学書院)
2. 新版 今日が人生最後の日だと思って生きなさい (アスコム)
3. 折れない心を育てる いのちの授業 (KADOKAWA)
4. 死を前にした人に あなたは何ができますか？ (医学書院) 他

ワークショップ4【プログラム委員企画】 実症例から学ぶ在宅での透析終末期ケア WS4

【セッション概要】

透析患者の終末期ケア、看取りは最終的に病院で実施されていることが多い。それは従来の医療が延命を目標としていたため、延命目的の透析継続が在宅で困難となることが一つの要因となっている。一方で高齢、フレイル、多臓器障害を有する患者にとっては延命が最優先事項では無く、最期まで自宅での生活を続けることが希望となることもある。そのような透析患者や患者家族の希望にそった透析と在宅医療の融合が求められている。在宅診療と透析医療との連携・融合で患者の希望であった最期まで自宅で過ごすことを実践した講師にその経験と学びを共有いただく。腎不全患者の終末期ケアについてともに考え、選択肢が広がることを願っています。

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内科

【座長略歴】

2000年3月 長崎大学医学部 卒業
4月 沖縄県立中部病院 研修
2003年5月 沖縄県立宮古病院 勤務
2005年4月 東京大学腎臓内分泌内科 医員/大学院
2011年8月 聖マリアンナ医科大学 腎臓高血圧内科 助教
2013年4月 稲城市立病院 腎臓内科部長
2021年4月 帝京大学医学部附属溝口病院第4内科准教授

【所属学会・資格】

日本内科学会総合内科専門医・指導医
日本腎臓学会専門医・指導医
日本透析学会専門医・指導医
日本臨床腎移植学会専門医
日本腹膜透析医学会認定医
日本在宅医療連合学会評議員
日本腎臓リハビリテーション指導療養士
腎代替療法専門指導士

座長：宮崎 正信

医療法人宮崎内科医院

【座長略歴】

1983年 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/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 宮崎内科医院 院長
現在に至る

WS4-1

「認知症・乳がん合併高齢慢性腎臓病患者に対する在宅腹膜透析の実践とエンドオブライフケア」

楠本 拓生	クスマト タクオ
岩本 由貴	イワモト ユキ
齊藤 美幸	サイトウ ミユキ
古賀 尚子	コガ ナオコ
仲野 真由美	ナカノ マユミ
江藤 奈美	エトウ ナミ
桑原 佳子	クワハラ ケイコ
中村 健吾	ナカムラ ケンゴ
東 桂史	ヒガシ ケイシ

医療法人楠本内科医院

【背景・目的】

高齢腎不全患者に対する治療選択には様々な課題があり、特に併存疾患を持つ患者の最適な腎代替療法と緩和ケアの提供方法については十分な知見が得られていない。本症例では、認知症・乳がんを合併した高齢CKD患者における在宅PDの有用性と緩和ケアの統合的な取り組みを報告する。

【症例】

80歳代女性、膜性腎症による慢性腎臓病患者。eGFR低下に伴い腎代替療法の選択を行い、ADL低下を考慮して血液透析（HD）ではなく腹膜透析（PD）を選択した。同時期に浸潤性乳管癌と診断され内分泌治療を開始。人生会議（ACP）を実施し、自宅での看取りを希望された。尿毒症症状出現に伴いPDカテーテルを挿入。認知機能低下があったため入院期間を3泊4日と短縮し、訪問診療と訪問看護によるPD導入を行った。主介護者の負担を考慮し、PDは週3回から開始し漸増した。乳癌進行による疼痛に対しては在宅緩和ケアを併行して実施。最終的にCOVID-19感染後、肺炎を併発し永眠された。

【考察】

高齢者におけるHDは通院や血圧変動による身体的負担が大きく、一方で保存的腎臓療法（CKM）は医療者の経験不足などが課題となっている。PDは身体的負担が比較的少なく、特にアシストPDは認知機能低下のある高齢者の腎代替療法として有用である。本症例では在宅アシストPDと緩和ケアを同時に提供することで、患者・家族の身体的・精神的負担軽減とQOL向上に寄与した。また、PDによる生命維持は家族が患者との別れを受け入れる時間的余裕をもたらした。適切なACPの実施により、患者・家族の価値観を尊重した意思決定支援が可能となった。

【結論】

在宅PDは高齢腎不全患者の腎代替療法として緩和ケアとの親和性が高く、エンドオブライフケアの充実に寄与する。複合疾患を有する高齢者の増加に伴い、在宅医にとってPDの知識・スキル習得が今後ますます重要となる。

【演者略歴】

平成12年 久留米大学卒業
久留米大学腎臓内科入局 臨床研修
平成14年 公立八女総合病院
平成15年 聖マリア病院
平成16年 済生会日田病院
平成17年 久留米大学医学部腎臓内科助教
平成20年 久留米大学医学部腎臓内科病棟医長
平成24年 久留米大学医学部腎臓内科医局長
平成28年5月 楠本内科医院院長

【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

【役職】

日本在宅ホスピス協会役員
日本尊厳死協会九州支部福岡理事
在宅医療連合学会 腎不全ワーキンググループ委員

利益相反：なし

WS4-2

血液透析患者に関する終末期医療の多様性と在宅医療の取り組み －3症例の経験から－

阿部 伸一 アベ シンイチ
長崎腎病院

血液透析患者は高齢化が進み、多疾患併存により最終的に透析困難症に至るケースが増加している。透析見合わせ後はおおむね2～3週間で死に至るとされ、その間の療養支援が重要となる。これまで終末期は入院による看取りが主流であったが、近年では患者の価値観の多様化に伴い、自宅での看取りを希望するケースも増えている。

長崎腎病院では、長崎宝在宅医療クリニックと連携し、透析困難症となった患者に対し、在宅での看取りや、長崎腎病院に併設する特別養護老人ホーム「こくら庵」での看取りの選択肢を提示し、実践してきた。今回我々は、終末期医療の多様性を象徴する3症例を経験した。1例目は在宅療養を希望し、自宅で家族に見守られながら平穏に永眠した症例（68歳 男性）。2例目は「こくら庵」での看取りを希望しつつ、「一度自宅に帰りたい」との希望により外出中、自宅で看取りを迎えた症例（91歳 男性）。3例目は在宅での看取りを希望し、在宅診療の支援体制を整えつつも病状の進行により長崎腎病院で入院中に看取った症例である（75歳 女性）。

血液透析患者においても、終末期医療における対応は非透析患者と同様に、在宅医療との連携や地域の医療資源を活用することで、多様な療養場所の選択肢を提示し、患者・家族の意向を尊重した支援が可能であることを、今回の3症例を通じて報告する。

【演者略歴】

2009年 長崎大学医学部卒業
2011年 長崎大学腎臓内科入局
2016年 長崎大学医歯薬学総合研究科博士課程修了
2016年 五島中央病院 腎臓内科 医長
2019年 佐世保総合医療センター 腎臓内科 医長
2021年 長崎大学病院 助教
2024年 長崎腎病院 院長

資格等

- ・医学博士
- ・日本内科学会認定内科医・指導医
- ・日本内科学会総合内科専門医
- ・日本透析医学会透析専門医・指導医
- ・日本腎臓学会専門医・指導医
- ・臨床研修指導医

利益相反：なし

WS4-3

血液透析患者に関する終末期医療の多様性と在宅医療の取り組み ー3症例の経験から

松尾 誠司 マツオ セイジ

医療法人 長崎宝在宅医療クリニック

血液透析患者は高齢化が進み、多疾患併存により最終的に透析困難症に至るケースが増加している。透析見合わせ後はおおむね2～3週間で死に至るとされ、その間の療養支援が重要となる。これまで終末期は入院による看取りが主流であったが、近年では患者の価値観の多様化に伴い、自宅での看取りを希望するケースも増えている。

長崎腎病院では、長崎宝在宅医療クリニックと連携し、透析困難症となった患者に対し、在宅での看取りや、長崎腎病院に併設する特別養護老人ホーム「こくら庵」での看取りの選択肢を提示し、実践してきた。今回我々は、終末期医療の多様性を象徴する3症例を経験した。1例目は在宅療養を希望し、自宅で家族に見守られながら平穏に永眠した症例（68歳 男性）。2例目は「こくら庵」での看取りを希望しつつ、「一度自宅に帰りたい」との希望により外出中、自宅で看取りを迎えた症例（91歳 男性）。3例目は在宅での看取りを希望し、在宅診療の支援体制を整えつつも病状の進行により長崎腎病院で入院中に看取った症例である（75歳 女性）。

血液透析患者においても、終末期医療における対応は非透析患者と同様に、在宅医療との連携や地域の医療資源を活用することで、多様な療養場所の選択肢を提示し、患者・家族の意向を尊重した支援が可能であることを、今回の3症例を通じて報告する。

【演者略歴】

略歴

平成 4年 3月 国立大学法人長崎大学医学部卒業
平成 5年 4月 長崎大学病院第一外科研修医
平成 7年 4月 国立嬉野病院研修医
平成 8年 4月 北松中央病院
平成 9年 4月 北九州市立八幡病院
平成10年 4月 長崎大学病院（～平成14年）
平成15年 4月 国立嬉野病院
平成16年 4月 社会医療法人井上病院
平成17年 4月 医療法人神野医院
平成20年10月 医療法人長崎宝在宅医療クリニック開業

利益相反：なし

パネリスト：櫻田 勉 サクラダ ツトム

聖マリアンナ医科大学

【パネリスト略歴】

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

利益相反：あり

パネリスト：雁瀬 美佐 ガンセ ミサ

NPO法人 腎臓サポート協会

【パネリスト略歴】

1983年 共立薬科大学（現：慶應義塾大学薬学部）卒業
薬剤師国家資格取得
1983年 第一製薬（現：第一三共）株式会社就職
1988年 フリーのメディカルライターとして活動
1997年 社団法人日本臓器移植ネットワークにて広報担当
2007年 同、広報・啓発事業部部長、事業推進部部長等歴任
2021年 特定非営利活動法人 腎臓サポート協会 理事長就任
・第29回日本腹膜透析医学会学術集会・総会 優秀演題賞受賞
・慶應義塾大学薬学部KP会 2023年度星野尚美記念 薬学研究・活動奨励賞受賞

利益相反：なし

パネリスト：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

【パネリスト略歴】

1996年 東京都立板橋看護専門学校卒業、大田区内の総合病院に入職
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
1. 日本在宅医療連合学会 腎不全WGコアメンバー
2. 日本腹膜透析医学会プロジェクト委員会「高齢者のPD治療」メンバー
3. 日本在宅ホスピス協会 役員

利益相反：なし

パネリスト：正木 浩哉 マサキ ヒロヤ

医療法人 正木医院

【パネリスト略歴】

昭和61年 3月 関西医科大学医学部医学科卒業
昭和62年 5月 関西医科大学第二内科研修医
昭和63年 5月 京都市立病院内科医員
平成 6年 4月 米国シンシナティ大学薬理・細胞物理学教室 Researchassistant
平成 9年 1月 関西医科大学臨床検査医学講座助手
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、腎臓内科科長
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

利益相反：なし

ワークショップ5【長崎企画】

いったい私はどこで人生を終えたらいいの？
～動画と寸劇で考える高齢化社会～

WS5

【セッション概要】

【趣旨】

今後、更なる社会の高齢化が進むことが予想され、在宅医療や介護においても様々な問題が山積している。社会情勢としては、高齢者（特にひとり暮らしの高齢者）の増加・高齢者の貧困化・高齢者の社会的孤立・若者の減少に伴う労働力不足・地域のコミュニティの崩壊が問題である。医療や介護の面では、在宅医の高齢化とその不足・訪問看護師や介護職員の不足・医療や介護サービスの地域的偏在・慢性期の医療への医療者自身の意識の乏しさなどの問題があげられる。これからは、地域ごとで住民・行政・医療・介護・福祉の関係者があらゆる規制や既得権の壁を超えて一緒に考えいく必要があると思割れる。

今回、そのきっかけになればと思い、動画と寸劇を使つての意見交換の場を作ってみようと考えている。

【概要】

医療・介護・福祉の関係者で構成された関西の劇団ザイタクと長崎の劇団そいでよかさのコラボで、高齢者介護に関する動画と寸劇を披露。その後に出演者を交えての意見交換会を行う。

【参考動画】

長崎県医師会のホームページに掲載

「はぁ～、どうしよう」

<http://www.nagasaki.med.or.jp/main/acp/index.2022.html>

「さあみんなでお話ししましょう！」

<http://www.nagasaki.med.or.jp/main/acp/index.2023.html>

座長：中尾 勘一郎 ナカオ カンイチロウ

（医）ホーム・ホスピス中尾クリニック

【座長略歴】

1990年 長崎大学医学卒業 第二外科入局

1999年 朝永病院ホスピス

2000年 長崎百合野病院 外科 在宅ホスピス

2004年 長崎百合野病院 在宅緩和ケア部部长

2005年 NPO法人 らいぶながさき 設立 代表理事長

2009年 ホーム・ホスピス中尾クリニック開業

演者：土屋 知洋 ツチャ チヒロ

ちひろ内科クリニック

【演者略歴】

昭和62年 琉球大学医学部医学科卒業
昭和62年 長崎大学第二内科入局。長崎大学病院をはじめ、関連病院で研修
平成元年 長崎大学大学院医学研究科入学
平成5年 長崎大学大学院医学研究科 博士号取得
平成5年 長崎百合野病院 内科医長
平成12年 ちひろ内科クリニック 開業 現職
長崎市医師会理事
長崎在宅Dr.ネット理事
医学博士
日本在宅医療連合学会評議員
日本消化器病学会認定専門医
日本消化器内視鏡学会専門医
日本医師会産業医
日本内科学会認定内科医
E-FIELDファシリテーター
もしばなマイスター
Pooマスター
エンドオブライフ・ケア協会ファシリテーター
日本聞き書き学会会員

演者：詫摩 和彦 タクマ カズヒコ

たくま医院

【演者略歴】

昭和61年 3月：福岡大学医学部医学科卒業
昭和62年 6月：長崎大学医学部附属病院第2内科勤務
昭和62年12月：長崎市立市民病院内科勤務
昭和63年 6月：長崎大学医学部附属病院第2内科勤務
昭和63年12月：長崎市立市民病院内科勤務
平成元年 6月：北松中央病院内科勤務
平成3年 6月：長崎大学医学部附属病院第2内科勤務
平成4年 4月：たくま医院勤務
現在、医療法人たくま医院院長・理事長。長崎在宅Dr.ネット副理事長・広報部長

演者：桜井 隆 サクライ タカシ

さくらいクリニック院長

【演者略歴】

[学歴]

1981年 群馬大医学部卒

[職歴]

1981年 兵庫医大内科 大阪大学整形外科

1992年 さくらいクリニック開業

[役職]

おかえりなさいプロジェクト代表 劇団ザイタクDIRECTOR

演者：白山 宏人 シラヤマ ヒロト

医療法人社団 西日本平郁会 大阪北ホームケアクリニック 院長

【演者略歴】

学歴

昭和59年4月 関西学院大学経済学部 入学

昭和62年8月 関西学院大学経済学部 中退

昭和63年4月 兵庫医科大学 入学

平成 6年3月 兵庫医科大学 卒業

職歴

平成 6年（1994）5月 京都大学胸部疾患研究所・第1内科入局（現・呼吸器内科）

平成 7年（1995）6月 大阪府済生会中津病院呼吸器内科勤務

平成11年（1999）6月より 一般病院や大阪北ホームケアクリニック非常勤を経て

平成13年（2001）4月より 大阪北ホームケアクリニック勤務

平成14年（2002）4月より 同院 院長

令和 6年4月より 医療法人社団西日本平郁会大阪北ホームケアクリニック院長

活動

近畿在宅医療推進フォーラム実行委員

・近畿の在宅医療を各府県にて情報発信

・劇団『ザイタク』MC 兼 脚本担当

2015年～2024年まで「ピンピンコロリって無理なん知っとう？」シリーズ 6作制作

役職等

日本死の臨床研究会 理事 近畿支部支部長

日本ホスピス緩和ケア協会 常任理事

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 理事

日本尊厳死協会関西支部 理事

勇美記念財団 評議員

資格等

日本在宅医療連合学会・認定専門医

エンドオブライフ・ケア協会 ファシリテーター

iACP『もしバナ』マイスター

演者：劇団ザイタク

演者：劇団そいでよかさ

ワークショップ6【一般公募企画】

在宅における褥瘡ケア、リハビリ、栄養管理はこうする～明日から役立つノウハウ WS6

【セッション概要】

在宅診療において、褥瘡を有する患者さんへの対処は避けて通れない問題である。

書店には多くの教科書があるが、多くは総論的であり、このようなキズには具体的にどのようなケア、フォローすればよいのか？、栄養はどう提供したらいいのか？、どのように除圧をして、リハビリしたらいいのか？等、在宅に携わるスタッフの悩みは尽きない。

さらには病院環境と在宅環境における治療、ケア、管理には乖離があり、病院のやり方をそのまま在宅に導入することが難しい場合もある。

そこで、できるだけ具体的な症例をもとに、以下の論点について各演者にお話しいただく。

- 1) 在宅の創傷治療の現状、各職種の連携、知識を得るための教育等の問題点。
- 2) 在宅での具体的な創傷ケア方法。
- 3) 在宅での除圧等の褥瘡予防の実際。
- 4) 在宅での栄養管理、栄養指導。

在宅に携わるスタッフならではの、ちょっとしたノウハウ、工夫、アイデアなどもお披露目いただくことで、参加者が明日から使える褥瘡全般のケアを掴んでもらいたい。

座長：水原 章浩 ミズハラ アキヒロ

東鷲宮病院 循環器・血管外科 褥瘡・創傷ケアセンター

【座長略歴】

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

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 東鷲宮病院 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、日本褥瘡学会評議員、日本静脈経腸栄養学会、日本在宅医療連合学会など

2002年褥瘡・創傷ケアセンターを立ち上げ、過去7000力以上の褥瘡、創傷、熱傷の臨床を経験してきた。著書に「傷の正しい治し方」1～3巻（金原出版）ほか多数。

WS6-1

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

水原 章浩 ミズハラ アキヒロ
東鷲宮病院 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容易で安価なケア方法を行っており、その有用性、安全性を報告してきた。これらの知識は在宅はもとより創傷治療を担う全てのスタッフが知っておくべき知識と考え、そのノウハウを提示する。

【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：プロペト、クロマイP軟膏、ユーパスタ。

2) ケアの実際 紙おむつや生理用ナプキンにプロペ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ないしは小孔を開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パスタを使用した。

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。

【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。

【演者略歴】

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

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 東鷲宮病院 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、日本褥瘡学会評議員、日本静脈経腸栄養学会、日本在宅医療連合学会など

2002年褥瘡・創傷ケアセンターを立ち上げ、過去7000力以上の褥瘡、創傷、熱傷の臨床を経験してきた。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：なし

WS6-2

在宅における褥瘡ケアに必要なこと ～悩みどころと解決のヒント～

持田 智江美 モチダ チエミ

埼玉県看護協会 鳩ヶ谷訪問看護ステーション

褥瘡の治療について、以前は入院加療が一般的であったが、地域包括ケアシステムの推進によって多職種チームによる包括的な在宅ケアの割合が増加している。在宅では、療養者ご家族を中心に医師、看護師、リハビリのセラピスト、栄養士、歯科医師、薬剤師、ケアマネージャー、訪問介護員、福祉用具相談員など、多職種が連携して生活を支えている。訪問看護師は、点滴や内服、褥瘡の管理など治療に関わるだけでなく、ご家族への支援や多職種との連携を担う役割などが求められており、超高齢社会が急速に進む中で訪問看護へのニーズが更に高まることが予測される。在宅での褥瘡発生は、利用者の生活背景に起因していることも多いため、医療を提供するだけでなく暮らしや思考にも関与しなければならない。在宅における褥瘡ケアでは、多職種チームで顔を合わせて治療の方向性を確認することが大切であり、訪問看護師が積極的に情報共有の発信をすることで、ケアの統一を図ることが可能となり、褥瘡改善に至るケースも多くと実感している。何を目標とするかは医師の治療方針も重要であるが、療養者ご家族の意向も踏まえて総合的に判断する必要がある。訪問看護師は、お互いの役割を理解して働きかけていくことや、皆が意見を言えるような関係づくりをしていくことも重要な役割だと考える。

今回、在宅における褥瘡ケアに必要なことを、現状及びよく聞く悩みをご紹介します。問題点を共有し、悩みを解決するためのヒントをお伝えしたい。そして、多職種連携のためのコミュニケーションツールの一つであるメディカル・ケア・ステーション（Medical Care Station：MCS）を活用した事例や、在宅に従事する専門性をもったWOCN（在宅WOCN）が同行訪問した事例をご紹介します。褥瘡だけを診るのではなく、その方の暮らしをみる視点で取り組んでいる在宅現場の実際を述べることにする。

【演者略歴】

【略歴】

1989年 川口市市民病院（現：川口市立医療センター）入職
2006年 皮膚・排泄ケア認定看護師資格取得
2006年 川口市立医療センター 褥瘡専従管理者として活動
2016年4月 （公社）埼玉県看護協会 鳩ヶ谷訪問看護ステーション入職（現在に至る）
2019年3月 日本看護協会看護研修学校 特定行為研修修了
特定行為区分「創傷管理関連、創部ドレーン管理関連、栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」

【所属学会】

日本創傷・オストミー・失禁管理学会
日本褥瘡学会
日本褥瘡学会 関東甲信越地方会 世話人
日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会
日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会 評議員
埼玉ストーマリハビリテーション講習会 実行委員

利益相反：なし

WS6-3

在宅における作業療法士の実践 ～本人らしい生活を支える外力の軽減と除去～

岩谷 清一 イワヤ セイイチ
医療法人社団心愛会 TOWN訪問診療所

作業療法士は、「褥瘡の予防・治癒促進」と「本人らしい生活の実現」の両立を目指し、専門的な介入と生活全体を見据えた支援を行う。その方法として、生活行為で生じる局所への外力を適切に軽減・除去することが重要である。

本実践では、褥瘡予防・管理のアルゴリズム（日本褥瘡学会編：褥瘡予防・管理ガイドライン第5版）に、「生活習慣」「生活環境」「生活行為の遂行能力」を加味した評価と対応を行っている。具体的な介入の手順として、①全身状態、生活習慣、生活環境、生活行為の遂行能力の観察による褥瘡リスク評価、②局所観察に基づく発生要因予測とプログラム立案、③生活行為における外力の軽減・除去を目的とした専門的な介入（臥位のポジショニングとシーティング、動作方法の工夫と練習、用具の選定・調整と使用指導、環境整備）、④再評価を実施している。

上記の評価と介入、支援の実施においては、①本人・家族・支援者が正しい褥瘡の知識を持つこと、②治療への意欲と主体的参加を促すこと、③信頼関係を築くことを重視している。作業療法士の介入はすなわち、生活の中に入ることであり、信頼がなければ、生活背景を深く理解すること、局所観察、個別性の高い作業療法プログラムの立案が困難になる。本人との信頼関係を築くためには、患者ではなく“生活者”として尊重する姿勢、共感と傾聴、安心できるコミュニケーション、小さな成功体験と一緒に喜ぶことが重要である。

また、本人・家族を中心に、医師、看護師、リハビリ職、管理栄養士、ケアマネジャー、介護職、福祉用具専門相談員、福祉用具等のメーカーや関連企業などと連携し、目標や実施現場を共有することが求められる。さらに、各職種の役割や実施内容を理解し、情報交換しやすい関係を築くことが重要である。

本発表では外力の軽減・除去を目的とした作業療法士の介入と支援について、事例を通して紹介する。

【演者略歴】

1991年 麻布大学 環境保健学部 環境保健学科 卒業
日本ゼトック（株）入社
2001年 専門学校 社会医学技術学院 作業療学科 卒業
永生病院リハビリテーションセンター 入職
2017年 永生クリニック リハビリテーション科 科長
2019年 永生病院 リハビリテーション部 リハビリテーション科 科長
2022年 永生会法人本部 リハビリ統括管理部 部長代行
2023年 TOWN訪問診療所 入職
永生会法人本部リハビリ統括部 顧問

【活動】

日本褥瘡学会理事、日本シーティング・コンサルタント協会副理事長

利益相反：なし

WS6-4

要介護高齢者における褥瘡などの栄養管理とその重要性

本川 佳子 モトカワ ケイコ
東京都健康長寿医療センター研究所

加齢に伴い、身体機能の多くは徐々に低下し、それに伴って摂食量も減少する傾向がみられる。特に要介護高齢者においては、地域在住の自立高齢者に比して低栄養リスクが高く、体重減少や筋力低下が進行しやすい。その結果、褥瘡の発生リスクも著しく高まる。さらに、認知症や軽度認知障害といった認知機能の低下がある場合には、体調不良や食欲不振を周囲に的確に伝えることが困難となり、本人も気づかぬうちに低栄養状態へと陥ることがある。そのような場合、介護者や医療職が気づいた時には既に栄養不良が進行し、褥瘡を含む様々な健康問題が顕在化していることも少なくない。

このような事態を未然に防ぐには、日常的な食事摂取状況や体重変化などを継続的に評価し、低栄養の兆候を早期に察知することが不可欠である。

在宅という場面においても、医師、看護師、管理栄養士、介護職、リハビリ専門職といった多職種が連携し、それぞれの専門性を活かして総合的なケアを提供することが求められる。具体的には、栄養スクリーニングやアセスメントに基づいたケアプランの策定、食支援の工夫、経口補助食品の活用、さらには摂食・嚥下機能への配慮などが挙げられる。また、本人の嗜好や食環境への配慮も、食事摂取量を確保するうえで重要な要素である。

本講演では、高齢期における早期からの栄養対策の意義について述べるとともに、褥瘡予防・管理のための多職種連携のあり方について検討したい。地域包括ケアの中で、より実効性の高い栄養支援体制を構築していく一助となれば幸いである。

【演者略歴】

所属・役職

東京都健康長寿医療センター研究所

自立促進と精神保健研究チーム オーラルフレイル・栄養研究

専門副部長（管理栄養士）

略歴

2006年 管理栄養士取得

2011年 東京農業大学大学院博士課程（食品栄養学）修了博士号取得

職歴

大学院修了後、急性期病院勤務を経て在宅栄養管理を行う。

2015年より東京都健康長寿医療センター研究所（現在に至る）

その他

2020年～ 東京都栄養会理事（栄養ケア・ステーション部長）

2024年～ 日本栄養士会理事

主な研究テーマ

- ・フレイル予防を基軸とした栄養ケア
- ・口腔と栄養の連携 等

利益相反：なし

ワークショップ7【次世代委員会企画】

在宅ケアの未来は我々に任せなさい!?

明るい時間の懇親会です、“自称”若手、全員集合!

WS7

【セッション概要】

在宅ケアのニーズが拡大している中で、次世代の在宅ケアを担う「若手」が何に興味を持ち、何に悩んでいるのか。どうやって我々はその課題に立ち向かっていけば良いのか。

本ワークショップでは、一昨年、昨年同様に「オープンスペーステクノロジー」を用い、希望者が話したいテーマをプレゼンした後に、各々興味のあるテーマに分かれて自由に議論してもらいます。

対象は、在宅医療・介護・福祉に関わる全ての方。年齢や職種は問いません。申込不要、出入自由、飲食自由です。在宅ケアの未来について熱く思いを語りたい方、聞き役に徹したい方、全国に知り合いを作りたい方、営業目的の方など、一人でも何人でも参加可能です。時間内には名刺交換時間も用意していますので、どうぞこの場を新たな交流の場としてご利用下さい。

目指すは明るい時間の懇親会! 日本在宅医療連合学会の次世代委員会メンバーと、数名の公募者との共同企画です。ビッグネームも多数参加予定で、企画段階からかなり盛り上がっています。当日盛況間違いなしの本ワークショップ、次世代を担うあなたのご参加をお待ちしています!!

座長：飯田 智哉 イイダ トモヤ

巡る診療所

【座長略歴】

<略歴>

2010年 札幌医科大学医学部医学科 卒業、同大第一内科 入局
以降、北海道内の関連病院で、主に内科医・消化器内科医として勤務
2017年 日本学術振興会 特別研究員 (DC2)
2019年 札幌医科大学大学院医学研究科 卒業
2020年 札幌在宅クリニックそよ風 入職
2021年 札幌在宅クリニックそよ風 院長
2024年 巡る診療所 開院、院長

<資格等>

医学博士

日本在宅医療連合学会 在宅医療認定専門医・指導医

日本緩和医療学会 緩和医療専門医・指導医

日本内科学会 認定医・総合内科専門医

日本消化器病学会 消化器病専門医・指導医 など

座長：飯嶋 将史 イイジマ マサシ

いいじま訪問診療クリニック世田谷区二子玉川

【座長略歴】

2013年 東海大学医学部附属病院 高度救命センター救命救急科 入局
2017年 川崎市の在宅診療クリニック入職
高島平中央総合病院 救命救急科 兼任
2023年 いいじま訪問診療クリニック開院、院長

ファシリテーター：

次世代委員会メンバー

大会長推薦の地元長崎メンバー

ワークショップ8【長崎企画】

在宅における食支援～パパッと調理ワンポイントアドバイス

WS8

【セッション概要】

食事は生きる上で欠かすことができないものであり、在宅医療においても患者を支える大事な要素である。しかし、キッチンの状況や使用できる調理器具、調理担当者など食事を準備する環境は各家庭によって異なり、食事準備における問題点もさまざまである。また、低栄養や認知症、摂食・嚥下障害など患者自身が抱える問題も多岐にわたり、個々に応じた食事の対応が必要である。

食事を準備する側は、形態調整などにより家族の食事とは別に作らなければならない大変さを感じていたり、患者側は、一人分だけ作ってもらう申し訳なさや家族と同じ食事が食べられない辛さを感じたりしていることも考えられる。また、患者が一人暮らしの場合には、手の込んだ料理を作ることが難しく、栄養面でも偏りがみられることがある。そこで、在宅での食支援における困りごとを解決するために、簡単かつ栄養バランスを考慮した食事準備の方法について、アドバイスや工夫などを踏まえた実演を行う。

実演する料理は、市販品をベースに、ビニール袋や電子レンジを使用してアレンジすることで、短時間で簡単に、誰でも調理しやすいものである。食材を変えるだけでさまざまなアレンジがしやすく、市販品をそのまま摂取するよりもエネルギーやたんぱく質、野菜などの摂取量も増やすことができるように考えた。さらに、ビニール袋を使用した調理では、患者自身が調理に参加でき、手のリハビリにも繋がるように工夫した。

本ワークショップにおける簡単な調理体験や試食を通して、食事支援の方法だけでなく、普段の業務での問題や改善策など、参加者同士が意見交換を行う場となり、今後の患者の食事支援に繋げていただけると幸いである。

ファシリテーター：

藤 希望 トウ ノゾミ

学校法人 活水学院 活水女子大学

【ファシリテーター略歴】

学歴

2008年 活水女子大学健康生活学部食生活健康学科卒業

2018年 久留米大学大学院医学研究科 修士課程修了

職歴

2008年 独立行政法人国立病院機構 菊池病院

2011年 独立行政法人国立病院機構 宮崎病院

2013年 独立行政法人国立病院機構 大牟田病院

2017年 活水女子大学健康生活学部食生活健康学科

演者：古川 美和 フルカワ ミワ

学校法人 活水学院 活水女子大学

【演者略歴】

【学歴／職歴】

1990年 活水女子短期大学家政科食物専攻 卒業
1991年 活水女子短期大学専攻科食物専攻 修了
1991年 上戸内科病院（緑風会 長崎みどり病院）
1999年 （医）白髭内科医院 / 山根内科胃腸科医院 / ちひろ内科クリニック / （医）たくま医院 他
2008年 一般社団法人長崎市医師会医療センター診療所・保健福祉センター 勤務
2023年 活水学院 活水女子大学 勤務

【所属学会】

2014年 日本在宅栄養管理学会（現在：理事／九州沖縄ブロック長）
2023年 日本在宅医療連合学会

演者：松尾 美穂子 マツオ ミホコ

フリーランス

【演者略歴】

1979 長崎県立女子短期大学家政科食物専攻卒業
1979～1981 同短大助手
1981～2000 長崎記念病院食事療法部勤務
1986～ 管理栄養士
2000～現在 フリーランス栄養士（山梨・神奈川・長崎）として訪問栄養指導・特定保健指導等に携わる
2014～ 健康運動指導士
2015～ 在宅訪問管理栄養士

利益相反：なし

演者：梶原 佳代子 カジワラ カヨコ

医療法人 四葉 まき歯科

【演者略歴】

履歴

1994年 活水女子短期大学生活学科食物栄養専攻卒業

履歴

1994年 酒井外科胃腸科医院
1999年 学校給食共同調理場非常勤
2001年 医療法人 栄和会 介護老人保健施設 フォンテ、泉川病院
2016年 医療法人 四葉 まき歯科

利益相反：なし

演者：柴原 清美 シバハラ キヨミ

医療法人祥仁会西諫早病院

【演者略歴】

略歴

平成 7年3月 長崎県立女子短期大学 卒業

職歴

平成 7年4月 社会福祉法人西崎保育園 入職
平成14年4月 医療法人祥仁会介護老人保健施設ろうけん西諫早 入職
平成20年4月 医療法人祥仁会西諫早病院へ移動

利益相反：なし

ワークショップ9【プログラム委員企画】

在宅医療への移行～送る側と受け取る側の気持ち～

WS9

【セッション概要】

我が国は超高齢社会となり、今後更に医療・介護分野の需要が延び、2040年にはピークを迎えると予測されている。そんな中、医療技術の進歩や国の施策により入院日数は短縮化されている。高齢化が進むことで医療現場が逼迫することを懸念してのことだが、そのしわ寄せとして、在宅医療の移行に十分な時間がとれず、地域に「丸投げ」状態になってしまうことが少なからずあるのではないだろうか。一方で、在宅療養中の急な状態変化の際、受け入れの医療機関がなかなかみつからないという問題もあり、地域支援者の頭を悩ますことになっていることもあるだろう。地域包括ケアシステムにおいては、医療と介護の連携の深まりにより在宅医療の基盤も整備されているが、その在宅医療につなぐ病院の移行支援・退院支援も重要な位置づけである。医療・介護の担い手が不足するとされている2040年にむけて、これまで以上に病診・病病連携を強化させ、在宅療養移行支援に万全を期す体制を見直していきたい。本ワークショップでは、送り手側の病院ソーシャルワーカーと受け手側のケアマネ、訪問診療医、それぞれの立場から、日頃の活動や連携の問題・課題などご提示いただき、その後参加された皆様とディスカッションする時間を設け、来る2040年問題に向けて、明かい病診・病病連携を語り合う機会にしたいと思う。

病院の退院調整部門（ソーシャルワーカー、退院調整看護師等）や関係者の皆様、そして、ケアマネや訪問看護師の方々、訪問診療の先生や連携窓口の方々など、在宅療養に携わっている皆様のご参加をお待ちしております。

座長：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

【座長略歴】

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

国立精神・神経センター国府台病院

2009年 辻仲病院柏の葉

2013年 国立精神・神経医療研究センター病院

2015年 国立精神・神経医療研究センター病院 在宅支援室 配属（副看護師長）

2023年 同 現地域連携医療福祉相談室 入退院支援係長（看護師長）

資格

3部学会合同呼吸療法認定士

介護支援専門員

日本看護協会 緩和ケア認定看護師

日本難病看護学会認定 難病看護師

所属学会

日本緩和医療学会

日本難病看護学会 代議員

日本難病医療ネットワーク学会 編集委員

日本神経治療学会

日本在宅医療連合学会 評議員

座長：門田 耕一郎 カドタ コウイチロウ

重工記念長崎病院 総合診療科

【座長略歴】

2002年 鳥取大学医学部医学科卒業。長崎大学医学部歯学部附属病院総合診療科、長崎市立長崎市民病院で研修後、長崎大学大学院医歯薬学総合研究科総合診療学分野へ入学。2014～2015年 トロント大学INTAPT。長崎大学総合診療科、長崎県中对馬病院内科（往診含む）、長崎大学大学院地域医療学分野、そして、佐々町診療所で認知症外来、井上病院睡眠センターで睡眠外来にも関わった後、2014年から現職：重工記念長崎病院総合診療科。同院で在宅医療部門を立ち上げ在宅療養支援病院、そして長崎大学医学部医学科の在宅医療分野臨床実習・高次臨床実習担当医として現在に至る。

WS9-1

在宅医療へ「送る側」の病院の近年の概況と病病・病診連携の課題を考える

宮川 江利 ミヤガワ エリ

地方独立行政法人長崎市立病院機構 長崎みなとメディカルセンター

超高齢社会の今、在宅医療へ「送る側」と「受ける側」の連携は、患者さんの療養生活のQOLを左右する必要不可欠な支援である。在宅医療の移行に十分な調整時間を設けられず地域に「丸投げ」と言われる状況が少なからず起きることは当院でも経験しており、要因を真摯に振り返る必要があると考えている。以下に当院の概況を少し説明する。

当院は救急医療の提供とともに在宅医療を支援する機能を持つ地域医療支援病院で、急性期を脱した方を地域復帰させる際は病病・病診連携が欠かせない。この数年退院時に在宅医療へ移行した数を「退院時共同指導料」の算定数からみると77件（2018）から33件（2023）と減少している。一方で入院することなく外来から在宅に繋いだ数は、がん、非がんどちらの疾患でも増えている現状がある。支援内容は在宅医療の導入調整や緩和ケア移行時のホスピス紹介等で、ニーズを共に導き出し患者さんやご家族が主体的に療養について考えることができるようサポートする。治療医の中には診断時から在宅医との併診を推奨する医師もいて、かかりつけ医がいない場合在宅療養にも対応できる医療機関を逆紹介させていただき、先々在宅医療へと繋がりがやすい環境を治療初期から整えるような取り組みも行っている。

急性期病院は日数的な早期退院が重要視される傾向が強く、連携部門の相談員は患者ニーズと病院機能の間でジレンマを抱えながら支援にあたっていることも多い。業務負荷が大きい時は部署内でサポートし合い、把握された問題点は振り返りの時間を持ち共有し、支援の質の担保に努めている。

今回のワークショップでは、送る側と受ける側の垣根を下げる役割を担う連携部門の立場から参加させていただく。『主役は患者さんと家族である』ことを皆さんと共有し在宅医療に携わる方々の多様な視点から医療や介護連携の在り方を学び、「送る側」の支援にぜひ活かしたい。

【演者略歴】

2000年 社会福祉士取得

2000年 医療法人光善会長崎百合野病院 医療ソーシャルワーカー

2003年 長崎市立市民病院地域医療連携室 医療ソーシャルワーカー

2012年 地方独立行政法人化に伴い長崎市立病院機構長崎みなとメディカルセンターへ名称変更

現在、地方独立行政法人長崎市立病院機構長崎みなとメディカルセンター患者総合支援センター係長、長崎純心大学福祉・心理学科非常勤講師

利益相反：なし

WS9-2

在宅医療への移行～送る側と受け取る側の気持ち～

松尾 史江 マツオ フミエ
ケアプランセンターゆめライフ

在宅医療の移行に十分な時間がとれず、地域に「丸投げ」状態となってしまうことが少なからずあるのではないかと考える、送る側の気持ちを受けて、介護支援専門員の立場から受け取る側の気持ちとしては、どのような準備があれば在宅医療の移行支援に万全を期す体制となるものかについてディスカッションしたい。

全国的に問題となっている医療・介護人材不足は顕著であり、長崎市の在宅介護現場でも特にヘルパー不足が深刻で、必要なサービスがしっかり固まらないまま、当面の間、まず退院して最低限のサービスを組み合わせ、暫定ケアプランを作成、在宅サービスを多くの事業所に電話調整して依頼、どうにか暮らしを支えていくしかない問題が起きている。また、認知症高齢者や老老介護、身寄りのない一人暮らしの方の自宅復帰には、まったなしの介入が必要となるため、緊急時に介護支援専門員が入退院支援をご家族に代わって付き添うしかない場面も見られる。このような介護保険制度の枠にはまらない介護支援専門員の業務の積み重ねから、休日時間外の対応が増え、夜間の連絡対応を求められ、介護支援専門員も他の業種と同じように人材不足の一因となっている。このような中でも2040年に向けて、明るい連携を語り合うためお互いの立場を理解し、必要な情報を相互に交換でき、それぞれの顔が見え、知り合えるきっかけになるよう工夫と知恵を共有したい。

【演者略歴】

「1996年4月 医療法人 老人保健施設 当時 相談指導員として入職」

「2000年4月 長崎市在宅介護支援センター 社会福祉士として配属」

「2002年4月 長崎市介護支援専門員連絡協議会 中央ブロック役員（副会長）活動中」

「2002年4月 居宅介護支援事業所 管理者 主任介護支援専門員 認定ケアマネジャー」

「2008年9月 合同会社Three・Mとして独立開業 訪問看護ステーションゆめライフ・ケアプランセンターゆめライフ開設」現在に至る

利益相反：なし

WS9-3

在宅医療への移行～送る側と受け取る側の気持ち～

阿保 貴章 アボ タカフミ

医療法人阿保外科医院

在宅療養移行時のスムーズな病診連携は、患者さん、御家族がいただく療養生活開始における大きな不安を軽減し、そのQOLの維持、在宅療養の続行の可否にまで影響する重要な要素である。

当院は消化器外科を主として診療しており、消化器外科、他の領域の悪性腫瘍術後、化学療法施行中の患者さんのサポートを行うことが多い。専門領域における患者さんについては拠点病院のスタッフとも連携がスムーズであり、術後、化学療法中から拠点病院での加療観察に加え、当院での日々の体調管理などのサポートを行うことでスタッフ同士、在宅多職種、そして患者さん、御家族と時間をかけて信頼関係を構築することができることが多く、治療から緩和的療養への移行、サポートが良好につながることが多い。しかしながら急な病勢の変化の際の在宅移行や、脳血管障害、神経難病、認知症等の専門外の疾患の場合はスムーズな移行が困難であることが多く、病診連携における多職種スタッフ間の連携、本人ご家族との関係構築の面に於て種々の問題が表出し、反省させられることが少なくない。また、今後は2040年に向けて在宅療養はさらに多くの患者さんに適応が拡大することが予想され、在宅療養に対する本人、御家族の本当のお気持ちの評価や、在宅療養続行困難の際の他の療養方法も同時に考えながら検討することなどが要されると考えられる。

今回のワークショップでは当院における病診連携の状況、問題点等を提示し、多職種からの視点も学びながら事例についても多職種で検討することで、患者さん、ご家族の安心とQOL向上、そして多職種スタッフのより良い仕事環境の構築につながるような在宅移行について検討したい。

【演者略歴】

1996年 3月 長崎大学医学部卒業
1996年 4月 長崎大学医学部第一外科（腫瘍外科）入局
2006年12月 日本外科学会外科専門医
2009年 1月 日本消化器外科学会消化器外科専門医、消化器癌外科治療専門医
2010年 3月 長崎大学大学院医学専攻科卒業 医学博士
2010年 4月 長崎大学腫瘍外科助教
2015年 6月 医療法人阿保外科医院（強化型在宅療養支援診療所）副院長

利益相反：なし

ワークショップ10【一般公募企画】

「全国各地における在宅医療への災害への取り組み ～暗黙知を形式知に～」

WS10

【セッション概要】

在宅医療・介護分野における事業継続計画（BCP）の策定や災害時の対応策が広く認知されはじめてから、相応の時間が経過してきました。しかし、本当にそれらの対策が十分に機能しているのか、また他の地域ではどのように運用されているのかといった情報を得られず、不安や手探りの状態にある医療機関・事業所も少なくないのではないのでしょうか。さらに、災害はその種類や発生地域、時期によって被害の様相が大きく異なります。自地域で策定したBCPが万全でも、他地域への支援に携わる際や、逆に他地域からの支援を受ける場面では、そのままのマニュアルや手順が通用しないケースも多々あります。

実際、大規模災害時には被災地と被災外の地域が協働する「支援・受援」の体制が不可欠です。しかし、支援する側が自地域の常識を押しつけてしまったり、支援を受ける側が外部の連携先を十分に活用できなかったりすると、混乱や負担の増大を招くことがあります。こうした状況を踏まえると、単に自施設・自地域のBCPを固めるだけでなく、支援を行う・受ける際の連絡体制や情報共有の方法、互いの文化的背景の相違への理解など、より広範囲な調整と連携が求められるのです。

そこで、本シンポジウムでは在宅医療・介護の領域における「災害支援」と「受援」の実例や、各地域で培われた防災・減災の取り組みを全国からご紹介いただきます。災害時に直面した困難とその克服の工夫を共有し、それらを現場で活用できる具体的な知恵へと落とし込むことが狙いです。こうした多様な事例や経験を分析・集約することで、暗黙知を形式知化し、在宅医療・介護分野における災害対応力とレジリエンスをさらに高め、利用者や地域住民が安心して暮らせる環境を築いていきたいと考えています。

座長：小原 章央 オバラ アキオ
医療法人 社団 都会

【座長略歴】

2003年	宮崎医科大学卒業
2003年-2008年	京都南病院
2008年-2015年	京都大学大学院医学研究科糖尿病・内分泌・栄養内科学
2015年-2016年	洛和会音羽病院
2016年-現在	医療法人 社団 都会 渡辺西賀茂診療所

WS10-1

大規模震災に地域で備える自助・近所・共助 —地区医師会を巻き込んだ地域包括圏域の災害への取り組み—

小原 章央 オバラ アキオ

医療法人 社団 都会

京都では過去の震災の記憶が風化し住民の防災意識が低下している。しかし歴史を省みるに、京の都も度重なる大地震に見舞われてきた。近年南海トラフを想定した備えが近畿圏では叫ばれるが、京都市内においては、活断層による地震による被害想定が南海トラフより上を行く。

震災では京都市消防は消火に全力を注ぐため救急車は走らない、だから最低72時間は地域で生き延びてください、これは消防署副署長の言葉である。ここから私たちの地域の取り組みが始まる。

包括支援センターを中心に地域災害対策プロジェクトを立ち上げ、1) 備え2) 通信3) 救護の3つを柱として活動を開始した。1) 備えは備蓄品や避難時の持ち出しリストを作成し医療介護を必要とする家庭に配布と準備の支援を継続中。2) 通信では、LINEやMCSでの連絡手段を整備し定期的に訓練を実施。また、通信手段が使えない時の紙媒体での情報収集と医療介護につなぐ仕組みを構築。3) 救護は医師会が主体となり、発災後に診療可能な医療機関が一目でわかるように掲げる共通の黄色い旗を作成（黄色いハンカチプロジェクト）した。現在は隣り合う2つの包括圏域が協働して、各事業所で策定したBCPが機能するよう、行政、消防、地域の自主防災会、大学病院をはじめ基幹病院協力の下、災害訓練を開催し、3つの柱を実際に機能する形に発展させていく段階にある。

私たちの地域において、「顔の見える関係」は構築された。そのうえで、お互いが何を考え、何ができ、どんな協力ができるかを知る関係となっている。これはコロナ禍を経て築かれた地域の横の繋がりである。そして今、災害に向けた取り組みを通じて、より強固な関係へと発展しつつある。平時からのこうした取り組みによる繋がり無くして非常時の共助無し！災害のみならず、多くの地域課題に立ち向かうための地域力ボトムアップを目指していく。

【演者略歴】

2003年	宮崎医科大学卒業
2003年-2008年	京都南病院
2008年-2015年	京都大学大学院医学研究科糖尿病・内分泌・栄養内科学
2015年-2016年	洛和会音羽病院
2016年-現在	医療法人 社団 都会 渡辺西賀茂診療所

利益相反：なし

WS10-2

日本在宅医療連合学会東海支部会が行った能登半島震災における 災害医療後方支援活動

荒木 一将¹ アラキ カズマサ
坂井 謙介² サカイ ケンスケ
洪 英在³ ホン ヨンデェ
古屋 聡⁴ フルヤ サトシ

¹トータルサポートクリニック岩崎台

²医療法人隼和会 坂井歯科医院

³日本福祉大学 社会福祉学部

⁴山梨市立牧丘病院

【はじめに】

発災の時期や被災地の場所や環境によって状況は異なるものの、発災後の早期より医療者による支援は必須である。災害時には食住環境が劣悪な状況になることで、災害関連死が増加する懸念がある。日本在宅医療連合学会東海支部会では今回の能登半島震災において、発災後の早期より医療関係者が被災地に駆けつける支援団体に対して後方支援を実施したので報告する。

【活動】

東海支部会が後方支援したのは「ふるふる隊」と「Home Medical Assistance Team (以後HOMATと略)」である。「ふるふる隊」は全国の口腔保健や栄養に関連する医療者が口腔保健活動や栄養管理を行う任意の支援団体であり、「HOMAT」は福祉避難所の運営や在宅ケアの視点での災害対応を行う任意の支援団体である。共に昨年発災した能登半島地震において、超急性期より現地支援を行った。東海支部会では、①現地支援として「ふるふる隊」や「HOMAT」の一員として活動する人材の募集、②後方支援として現地支援する医療機関への代診や業務補助、または人材派遣の支援業務、③現地支援した医療者への経費補助や支援物資の購入を行う支援金補助、また支援物資の収集補助など、これらの後方支援活動を実施した。

【考察】

今回の震災では、発災後1週間を超えても交通手段の断絶により人的・物的支援の受入れ体制の確立が不十分であった。特にへき地での震災では都心部での震災以上に、発災後の超急性期から急性期にかけての支援体制が確立しにくい。このため、既に活動実績がある任意の支援団体を後方支援することは、被災地と被災外の地域が協働する「支援・受援」の体制作りが必要であると考えられる。このように一地方支部会にて、後方支援活動を行ったことを形式知することは、今後の学会による災害支援を構築する上で重要と考えられた。

【演者略歴】

平成12年 愛知学院大学歯学部卒業

平成12年 名古屋第一赤十字病院入社 (臨床研修過程歯科医師)

平成15年 名古屋第一赤十字病院 口腔外科勤務

平成21年 愛知学院大学歯学研究科博士課程卒業 (病因病態制御口腔外科学専攻)

平成22年 半田市立半田病院 歯科口腔外科勤務

平成28年 北京大学口腔医院 短期留学

平成29年 桑名市総合医療センター 歯科口腔外科勤務

令和 3年 豊田新成病院 歯科口腔外科勤務 (名豊病院に名称変更)

令和 5年 医療法人社団 明照会 あおぞらクリニック岩崎台勤務 (トータルサポートクリニック岩崎台に名称変更)

利益相反：なし

WS10-3

訪問看護の立場から、地域や地域を超えたBCPへの取り組み

岩本 大希 イワモト タイキ

Wyl株式会社

義務化されたBCPの策定は、制度上の義務であること以上に災害等におけるその後の災害関連死をできる限り減らすための準備でもある。災害時には自組織も被災者になることと同時にできることやれることを考えていくことになる。訪問看護事業所では小さい組織が非常に多く、地域の独立型訪問看護事業所においての対策だけでは対処が限られることは想像に難くない。自組織での対策やBCPの策定・訓練を行うことはしながらも、知恵も資源も集結させる準備として、同じエリアでの同業者との連携を深めている連携型BCPの紹介や、介護事業者とのシミュレーション訓練や自治体との事前協力関係など地域BCPの小さな取り組みなど、連携型・地域型BCPについての事例を通じて議論を深めたい。

また、被災地では医療者も事業者もみな同様に被災者でもある。だからこそ、“外側”からできる支援を予定として組み込むことや、遠方の被災地に人員を送るための組織内部としての枠組みや人事制度を準備する、といったことも自らの地域に限らない広い意味でのBCPとなるのではないだろうか。このセッションでは参加される皆さまの暗黙知も表に出てくるような議論の機会とすることを期待する。

【演者略歴】

2010年 慶応義塾大学看護医療学部卒

2010年 北里大学病院

2012年 ケアプロ株式会社

2016年 Wyl株式会社創業

2019年 聖路加国際大学大学院看護学研究科博士課程前期在宅看護学専攻上級実践コース修了

2019年 在宅看護専門看護師取得

2020年 聖路加国際大学看護学部・看護学研究科 在宅看護学臨床教授就任

2022年 第7回山上の光賞35歳以下の部 看護・保健部門受賞

2023年 Asing Asia Innovation Form 2023 Asia Pacific Trailblazer Awards受賞

2024年 特定行為研修在宅パッケージ修了

2025年 日本在宅看護学会第14回学術集会長

利益相反：あり

WS10-4

熊本「在宅医療研究会てとてとココロ」での取り組み

前田 淳子 マエダ ジュンコ

医療法人社団なつみ会まえたクリニック

在宅支援研究会てとてとココロは、2013年に熊本市北区圏域を中心に在宅支援に関わる有志によって『地域の方々が、住みなれた自宅で自分らしく安心して暮らせるようにお手伝いします。業種を越え「どうやったらできる」をひたすら考え、笑顔でいきいきとつながりながら、ともに成長していくことができる地域づくりを実現します。』という理念のもと発足し、組織・職種を問わず顔の見える関係を作ることを目的としています。

2013年より、多職種での事例検討やデスカンファレンス等の研修会を行ってきました。また、地域への啓発としての講演会、寸劇、映画上映なども企画し、計画実行のプロセスにおいても、多職種のチーム作りを意識して活動し、専門職だけでなく他業種とのコラボレーションにも力を入れてきました。

発足準備段階である2012年7月には九州北部豪雨にみまわれ、私たちの活動地域でも多くの被害を経験しました。災害時の安否確認における情報共有手段の課題を実感し、早期から平時からのICTを利用した連携体制づくりには力を入れてきました。

2016年4月の熊本地震の際には、物資支援にICT連携を積極的に活用、平時からの顔の見える関係は避難所での活動にも活かされています。一方で特に行政との連携や受援体制については十分ではなかった反省もあり、今後の課題として取り組んでいます。

【演者略歴】

昭和63年	佐賀医科大学（現佐賀大学医学部）卒業 熊本大学付属病院第1内科（現熊本大学病院呼吸器内科）入局
平成19年	熊本市医師会立熊本地域医療センター研修医
平成24年	国立療養所再春荘病院（現国立病院機構熊本再春医療センター）呼吸器科医員
平成3年	同上呼吸器科レジデント
平成12年4月	医療法人社団なつみ会まえたクリニック開業（院長）

利益相反：なし

ワークショップ11【長崎企画】

「快うん」からはじめるプライマリヘルスケア

WS11

【セッション概要】

人が生まれて人生最期の日まで、病気があっても障がいがあっても誰もが「気持ちよく出すこと」を叶えるため、2015年に「うんこ文化センターおまかせうんチッチ」を創設した。小松市では、プライマリヘルスケアのまちづくりを目指し「コンチネンスケア先進都市こまつ」を掲げている。地域で共通の排泄ケアツールを活用したり、コンチネンスパートナーを養成し排泄相談窓口の設置し、地域包括的コンチネンスケアに取り組んでいる。

「気持ちよく出す」排便ケアは、排泄の主体を本人に取り戻すケアである。ケアの焦点は、「便が出せるか出せないか」ではなく、「便を気持ちよく出せているかどうか」である。これまで、人は生物学的な意味では、病気や障がいは完治しないかもしれませんが「気持ちよく出す」ことが叶うことで、「希望」を持って、生活や人生を取り戻していける方々とたくさん出会ってきた。

「気持ちよく出す」ためには、適切なアセスメントを行った上で、適切なケア方法を選択し継続的に組み立てることができる知識や技術が求められる。例えば、便性状を整えるためには、腸内フローラを整える食事や腸の動きに注目する。わたしたちはオリジナルな排便チェック表とアセスメント票を活用し、便性状や便量、排便周期だけでなく、その方の全体像から持っている力を把握し、本人にとって気持ちよい状態を本人と共に明らかにしていく。

POOマスターは、排泄ケアを基軸にしたチームケア・コミュニティケア・リカバリーケアができる地域包括的人材で、全国に900人を超えた。職種も医師・看護職・セラピスト・薬剤師・管理栄養士・介護職等、多職種からなっている。地域包括的コンチネンスケアの取り組みは全国に広がっている。

本企画では「気持ちよく出す」排便ケアに焦点をあてて、基本的な考え方と知識やスキル、施設や在宅での実践事例をご紹介します。

榊原 千秋 サカキバラ チアキ
うんこ文化センターおまかせうんチッチ

【座長略歴】

<学歴>

昭和59年3月 愛媛県立公衆衛生専門学校保健婦・助産婦科卒業
平成24年3月 金沢大学医学系研究科保健学専攻博士後期課程修了

<職歴>

昭和59年4月 愛媛県津島町役場 保健師
平成17年4月 金沢大学医薬保健研究域保健学系看護学類 助教
平成27年4月 うんこ文化センターおまかせうんチッチ開設
平成28年4月 訪問看護ステーションややのいえ管理者
令和 3年7月 一般社団法人日本うんこ文化学会開設
令和 4年4月 訪問介護ステーション・居宅介護支援事業所ややのいえ開設
令和 4年9月 ホームホスピスもう一つの家ややさん開設

利益相反：なし

ワークショップ12【一般公募企画】

在宅現場の「困難事例」にオープン・ダイアログをつかってみた
～対話による支援を体感できるワークショップ～

WS12

【セッション概要】

ダイアログを知る前の私は「困っている人」を支援しようとして、クライアントがどのようなことに困っているのか、どのようなことをしたら「良い状態」になっていくのか常に考えてきました。

そこに悪意はなく、一生懸命です。

ただ、その一方で支援者たる私が先走り、見当違いなことをしてしまうことがありました。

その結果、クライアントはサービスを拒否し、時には支援しようとする私や他の支援者に暴言を吐くこともあり、私や他の職種の支援者たちは傷つき、燃え尽き、その場を去る選択をせざるを得ないものもありました。

ダイアログでは、クライアントのニーズを知ること、現在困っていることや心配なことを共有し、それらを一緒に改善していくことを目指すことを目的にしています。

つまり「困っている人」という括りでなく、人がいて「困っていること」があるという状態になります。

私は、ダイアログを通して、クライアントが「困っていること」を一緒に軽くしていくことを目指すことで、支援する側支援される側という訳ではなく、「困っていること」を一緒に取り組む関係性になります。

その関係性になることで、私はどんなクライアントの前でも安心して前に座ることができるようになりました。

私は、在宅医療でダイアログを実践することで、クライアント中心の関係性の中で、支援者も不安が軽減される「安心と安全」が感じやすい関係性の変化をもたらし、結果、クライアントが目指す「良い状態」が達成できたと実感しています。

私が、安心してクライアントさんと共に「困難な状況」を乗り越えてこれた学びを皆さんにも共有したくてご案内します。

座長：亀山 有香 カメヤマ ユカ

茶屋町在宅診療所

【座長略歴】

2000年、香川大学医学部卒業後、大学病院、精神科病院の勤務を経て、2005年より、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、茶屋町在宅診療所を開設。

WS12-1

在宅現場の「困難事例」にオープン・ダイアログをつかってみた ～対話による支援を体感できるワークショップ～

後藤 智行 ゴトウ トモユキ
株式会社TSUMUGOE

「困難事例」とは誰の「困難」なのだろうか。

治療者の「困難」である。「困難な人」というものは存在せず、自分たちが持っているものでは対応が自分たちには困難だと思っている。何故、「困難」になってしまったのか。

オープンダイアログはフィンランドのケロプタス病院で、精神科急性期における対話を中心とした治療である。処方する薬の量、再発率が格段に下がったことで世界的に注目された治療である。なぜそのような結果をもたらしたのかは、様々な視点で語られることが多い。時代とともに原則や要素などは変遷してきているものの、大切なところは全ての面においてクライアントを中心としたものである。そこにはクライアントの家族などの社会的グループも対等に対応していくことである。「全ての人の声を大切に」を中心に据えている。

全ての声を大切にすることで、もしかしたら大変な状態になるのではと感じるかもしれないが、声を聴くのは治療者だけではなく先ほどあげた家族らも聴くことで、皆が「知る」ことができる。つまり、病者である個人ではなく、個人が持っている疾患や問題課題をオープンにし、治療者やクライアントなどがチームとして問題課題に対応していける。在宅医療の中で起きることは、他の医療と違いクライアントのことだけでなく取り囲む人々の中でも起きている。そのことが各々の視点でどの様に見え、感じ、考えているのかを一つの場に出していくことで「困難」と思われたものの、取りかかる糸口が多様な視点と「知る」ことで見えてくる。

オープンダイアログは「困難」を皆で共有し、「困難」を少しずつ軽くしていくことで、「困難」と段々と感じなくなるためのアプローチである。クライアントだけでなく治療者も良い方向に持って行けるものである。その中で行われている対話を体験し、明日からの現場への活力に少しでもなることが出来ればと考えている。

【演者略歴】

大学卒業後、関東エリアの精神科病院や精神科クリニック等に勤務。

退院支援やデイケア、リワーク業務を行う。日々の相談支援業務に加え、日本精神保健福祉士協会・発達障害プロジェクトチーム・チームリーダー等を歴任。

ダイアログ実践に関してはフィンランドのダイアログの第一人者であるトム・アンキル氏から直接指導を受けている。

ダイアログカルアプローチを用いた臨床を重ね、支援者向けのトレーニングを実施。現在は株式会社TSUMUGOEの代表として日本各地でダイアログ実践に関する指導、コンサルテーション等を行っている。

利益相反：なし

ワークショップ13【プログラム委員企画】

病院から在宅への緩和ケア ～この症例はどうする?～

WS13

【セッション概要】

緩和ケアは単なる除痛のみではなく、心理的サポートの必要であることは論を待たないが、在宅での緩和ケアは生活支援、リハビリなどの要素も加わるため、多職種による協業が重要であることを参加者に実感してもらえるようなディスカッションを行う。(構成他)

1. 余宮先生による基調講演(30分)
2. 石井先生による症例1のプレゼンテーション(5分)
3. グループワーク1と発表(15分)
4. 石井先生による講評(5分)
5. 市原先生による症例2のプレゼンテーション(5分)
6. グループワーク2と発表(15分)
7. 市原先生による講評(5分)
8. 全体に対する質疑応答(5分)
9. 座長によるまとめ(5分)

以上、計90分

参加人数：最大60人で4～5つの島(1グループ10～12人)を作る。参加者がこれを超えた場合は会場の後ろに並べた椅子に座っていただき、グループワークには参加しない(質問は可能)。

座長：杉浦 敏之 スギウラ トシユキ

医療法人社団弘恵会杉浦医院

【座長略歴】

1988年 3月 千葉大学医学部卒業
1997年 3月 千葉大学大学院卒業 医学博士取得
同年4月より大宮赤十字病院(現さいたま赤十字病院) 外科
1998年 4月 同副部長
2002年 4月 埼玉県立大学 非常勤講師
2003年 4月 医療法人社団杉浦医院 理事長
2011年10月 上尾中央看護専門学校 非常勤講師
2021年 9月 医療法人社団弘恵会 理事長

座長：大原 寛之 オオハラ ヒロシ

日本赤十字社長崎原爆病院

【座長略歴】

1996年 長崎大学医学部卒業
長崎大学、佐世保市立総合病院、長崎市民病院にて研修
1998年 是心会 久保内科病院 内科
2000年 光善会 長崎百合野病院 内科
2001年 長崎大学第2内科(消化器班)
2003年 市立大村市民病院 内科
2009年 長崎市立病院 成人病センター内科
2010年 藤田医科大学 外科・緩和医療学講座 講師
藤田医科大学七葉記念病院・藤田医科大学病院にて、緩和ケア病棟、緩和ケアチーム
栄養サポートチームに参加
2021年4月 日本赤十字社 長崎原爆病院 緩和ケア内科 内科部長
緩和ケアチーム・栄養サポートチームに参加

WS13-1

病院から在宅へのがん疼痛治療

余宮 きのみ ヨミヤ キノミ

広島市立広島市民病院

演者の前任地である埼玉県では、在宅緩和ケア推進委員会による「がん緩和ケア処方マニュアル」が発行されている。本講演では本マニュアルに沿った形で、病院から在宅へ移行したがん患者の疼痛治療について解説する。

1. がん疼痛治療の主役はオピオイド鎮痛薬

2018年、WHOによるガイドラインが改訂され、三段階鎮痛ラダーが本文から付録に移動し、重要視されなくなった。日本の最新のガイドライン（2020年）においても、ラダーに沿って鎮痛薬を選択するのではなく、“軽度の痛みは、非オピオイド鎮痛薬”、“中等度以上の痛みには、強オピオイド（モルヒネ、ヒドロモルフォン、オキシコドン、フェンタニル）を選択する”ことが推奨された。“弱オピオイド（コデイン、トラマドール）は、何らかの理由で強オピオイドが使用できないときに限って使用が可能”という位置づけである。

強オピオイドは、痛みに合わせて上限なく増量することができる唯一の鎮痛薬である。つまり、がん疼痛治療の主役は強オピオイドであり、いかに強オピオイドを使いこなすかが重要なテーマになる。

2. 強オピオイドを増量するか否かを見きわめるポイント

強オピオイドを増量する際に確認すべきことが二つある。持続痛の有無と不快な眠気の有無である。持続痛がない、あるいは既に不快な眠気がある状態でオピオイドを漫然と増量すると、傾眠やせん妄の原因となり、かえってQOLは低下するからである。

すなわち、オピオイドを増量してよいのは、持続痛があり、かつ不快な眠気がない場合である。

一方、持続痛がない、または既に不快な眠気がある際には、オピオイドの増量以外の対応方法を検討する。具体的には、非オピオイド鎮痛薬、鎮痛補助薬、メサドン、リハビリテーション、放射線治療、神経ブロックなどである。これらは、専門性が必要になることが多いので、病院や専門家と連携して行うことも重要である。

【演者略歴】

1991年 日本医科大学卒業
1991年5月～ 日本医科大学 内科
1992年4月～ 東京科学大学 整形外科
1993年4月～ 東京科学大学 神経内科
1994年4月～ 日本医科大学 リハビリテーション科
2000年4月～ 埼玉県立がんセンター 緩和ケア科
2025年4月～ 広島市立広島市民病院 緩和ケア科
日本緩和医療学会 指導医
日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン統括委員会 委員
日本緩和医療学会 がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン W P G副員長
日本サポーターケア学会 骨転移と骨の健康部 委員

利益相反：あり

WS13-2

くも膜下鎮痛患者の在宅移行を進めるための取り組み(長崎方式と勝手に呼んでいます)

石井 浩二 ^{1,2}	イシイ コウジ
小松 祐也 ^{1,2}	コマツ ユウヤ
松本 翔太 ^{1,3}	マツモト ショウタ
松尾 久美 ^{1,3}	マツオ クミ
龍 恵美 ^{1,4}	リュウ エミ
宇賀 達也 ⁵	ウガ タツヤ
江島 美紀 ⁶	エジマ ミキ
芦澤 和人 ^{1,7}	アシザワ カズト
原 哲也 ²	ハラ テツヤ

¹長崎大学病院 緩和ケアセンター²長崎大学病院 麻酔科³長崎大学病院 看護部⁴長崎大学病院 薬剤部⁵宇賀外科医院 甲状腺・乳腺クリニック⁶訪問看護ステーションいさはや⁷長崎大学病院 臨床腫瘍科

がん疼痛治療はWHO方式がん疼痛治療法に基づいて行われている。すなわち非オピオイド鎮痛薬とオピオイド鎮痛薬を組み合わせた薬剤の全身投与を基本とし、この基本的な戦略に加え病態や骨転移の有無に合わせてステロイドの追加や放射線治療、ビスホスホネート製剤などが使用される。さらに、この様々な選択に加えて患者の痛みの強さや原因、QOLや社会的な背景などを考慮し、神経ブロックや血管内治療などのインターベンション治療が検討される。特に難治性がん疼痛患者の疼痛治療には前述の治療に加え、くも膜下カテーテル挿入による持続脊髄鎮痛を要することもある。本鎮痛法は長期間にわたって良好な疼痛コントロールが期待できる一方で、管理の専門性の高さや局所麻酔薬が在宅クリニックでは処方できないなどの事情が在宅移行の妨げとなることもある。対応として当院ではこれまで、脊髄鎮痛患者の在宅移行に関して、病院緩和ケア医師が患家訪問を含めた在宅スタッフと連携強化や薬液交換目的に短期入院による薬液処方を行ってきたが、終末期となり来院できない患者に関しては薬剤費を在宅医に負担いただくことが必要であった症例も経験した。

このような事態を解消するため、在宅医・訪問看護師・薬剤師との医療連携継続はもちろんのこと、局所麻酔薬・薬剤容器・無菌調剤の金銭的な負担を在宅スタッフに負担させない取り組みを開始した。今回は当院の取り組みを実際のくも膜下カテーテル挿入した患者の事例も交えて紹介したい。医療連携以外にも病院医師が訪問を行いやすくするために利用している退院後訪問管理料や在宅悪性腫瘍等患者共同指導管理料を織り交ぜて発表したい。

【演者略歴】

2003年 長崎大学医学部卒業
 2003年 長崎大学医学部附属病院
 2006年 北九州市立八幡病院
 2008年 佐世保市立総合病院
 2011年 長崎大学病院

利益相反：あり

WS13-3

病院から在宅への緩和ケア ～この症例はどうする？～

市原 利晃 イチハラ トシアキ

秋田往診クリニック

「あなたにするべき治療はすべてやりました。もう手段はありません。ただ、病気が進行して痛みがでたら、それは確実に取って差し上げます。」と病院で説明を受けた患者さんが、絶望感を感じていました。しかし病気を完治させるだけが医療では無く、残された時間を充実させる医療もあるはずです。在宅医療はその選択肢の一つとして大切です。ある癌患者さんをワークショップとして取り上げ、ディスカッションします。

症例：78歳，女性

主病：食道がん

現病歴：食道癌の診断で近医よりB病院へ紹介，200X年11月6日に入院。進行食道癌で，食道狭窄を認め経口摂取は困難な状態だった。予後1-2ヶ月と判断され，11月16日 PEG造設術施行。ご本人の帰宅願望が強く，夜にせん妄状態となる事もあった。全身状態も比較的落ち着いていたため12月28日退院。この時点ではほぼ寝たきりの状態で，通院困難のため御紹介，同日より訪問診療開始。下肢の筋力低下を認め，ストレッチャーで自宅へ帰宅する状態。

・今後起こることが予測される事態に対する対処は？

・本人をサポートするために考えられる対策は？

【演者略歴】

1994年 秋田大学医学部医学科卒業

1994年 秋田大学医学部附属病院第一外科

1994年 大曲中通病院外科

1998年 秋田大学医学部大学院卒業

1998年 本荘第一病院外科

2000年 雄勝中央病院外科

2005年 秋田大学医学部附属病院第一外科

2007年 秋田往診クリニック

ワークショップ14【長崎企画】

地域に丸投げ？ それで、本当によかと？ 研修医の在宅医療教育！

WS14

【セッション概要】

お気軽にご参加ください！ 楽しく為になるワークショップです。

ご存じのように、在宅医療は、国が推し進めている重要な事業であります。

在宅医療は、厚労省によるプログラム改訂により、2020年度より研修医教育において体験すべき項目となりました。コロナ禍で注目されませんでした。2020年は、在宅医療教育元年と言ってもいいかもしれません。

しかし、研修医が勤務する研修病院のほとんどが、大きな病院であり、在宅医療をやっているところは、ほとんどなく、地域研修先の病院へ丸投げ状態であることが実情です。これでいいのでしょうか？ 研修医の指導医が在宅医療の経験がなく、何を教えていいのか、何を学ぶべきなのかを知らずに、地域の在宅医へお願いしている現状です。また、現場の在宅医も試行錯誤しながら、迷いながら教えています。

このワークショップでは、病院の指導医が、在宅医が、どのように在宅医療教育にかかわるべきかについて議論をします。さらに、在宅医療教育を10年以上自力行っている企画者らの体験を参考に、効率的かつ実践的な在宅医療教育について情報交換をします。

【参加者に関して】

どなたでも参加可能です。事前の準備は不要です。主に卒後教育（研修医教育）担当者（医師、事務担当）向けですが、企画者は卒前教育も担当経験がありますので、参考になると思われます。我々は、僻地地域での在宅医療教育と市街地での在宅医療教育の経験がありますので、都市部の会員の皆様にも参考になると思われます。看護師さんや医療技術者の皆様も大いに参考になると思われます。

【ワークショップで得られる情報等】

- ① 地域医療における在宅医療教育の実施方法
- ② 基幹型病院が独自で行う在宅医療教育の実施方法
- ③ 在宅医療教育における効果的な教え方
- ④ その他、在宅医療教育における情報

ファシリテーター：

浜田 久之 ハマダ ヒサユキ

長崎大学病院

【ファシリテーター略歴】

長崎県の離島生まれ。

社会人経験を経て医学部へ入学し、内科医となる。トロント大学で医学教育を学ぶ。

2010年頃より大学教官として、医学生や研修医を同行させながら、在宅医療を開始する。

2024年夏、中外医学社より『研修医と指導医のための在宅医療教育マニュアル』を出版。

2024年冬、母を在宅医療にて看取る。

崎長ライトのペンネームで、在宅医療をテーマに、日経メディカルにネット小説『坂の途中』を執筆。

職位：長崎大学病院教授（医療教育開発センター長/地域医療支援センター長/長崎大学附属図書館長）

資格：教育（博士）/医学（博士）/消化器内科専門医/プライマリケア学会認定医等。

演者：中桶 了太 ナカオケ リョウタ
平戸市民病院

演者：上原 裕規 ウエハラ ユウキ
長崎大学病院
谷川放射線科胃腸科医院

演者：松島 加代子 マツシマ カヨコ
長崎大学病院

ワークショップ15【一般公募企画】

医療事務職で集まろう!日々の疑問を解決しよう!

WS15

【セッション概要】

在宅医療に関する診療報酬は、改定のたびに新たな算定項目や要件が追加され、ますます複雑化し、専門性が高まっています。この在宅医療の診療報酬を正しく解釈し、実践に活かすことは、質の高い在宅医療を提供するだけでなく、医療機関の健全な経営にも不可欠です。

今後、在宅医療の診療報酬はさらに複雑化すると考えられます。その中で、知識と経験を備えた医療事務職の存在は、医療機関の成長に直結しており、地域の在宅医療の発展にも欠かせない存在と言えるのではないのでしょうか。

今回、在宅医療に携わる医療事務職の皆さまにお集まりいただき、明日からの業務に活かせる情報交換や日々の疑問の解決を図るとともに、相談できる仲間づくりを目指します。まず、在宅医療に積極的に取り組む医療機関の医療事務職の方々に、「在宅医療算定のピットフォール」と題し、算定業務で見落としやすい点や査定されやすいポイントについてお話しいただきます。さらに、グループワークを通じて学びを深め、新たな気づきを得る機会とします。

全国の医療事務職の皆さま、院長が泣いて喜ぶ情報をぜひお持ち帰りください。

座長：上畑 大 ウエハタ ダイ
つばさクリニック

【座長略歴】

2001年 医療メーカー 入職
2010年 医療法人つばさ つばさクリニック（岡山県） 入職
2015年 医療法人つばさ つばさクリニック 理事・事務長（現在に至る）
その他活動
倉敷市介護保険等事業者等連絡協議会理事
岡山県呼吸ケア研究会実行委員
倉敷市連合医師会BCP運営委員

座長：小玉 直人 コダマ ナオト
コールメディカルクリニック広島

【座長略歴】

1996年 三井ホーム株式会社 入社（三井不動産グループ）
営業チームリーダーや医院開業アドバイザーを歴任
2005年 コールメディカルクリニック 開業（支援）
2006年 同 移転プロジェクト（デイケア開設）にかかわる
2007年 医療法人社団CMC入職 事務長・専務理事
現在に至る

ファシリテーター：

江籠平 紀子 エゴヒラ ノリコ

医療法人ゆうの森

【ファシリテーター略歴】

2003年 たんぽぽクリニック入職。

2009年 たんぽぽクリニック事務課長。

2018年 医療法人ゆうの森業務サポート室室長。現在に至る。

ゆうの森の医事業務を統括するとともに、全国在宅医療テストの問題作成、「たんぽぽ先生の在宅報酬算定マニュアル」、「たんぽぽ先生の在宅報酬ドリル」、「在宅医療報酬算定ビギナーズ」の執筆に携わっている。

また、医療事務の講演や医療事務イベントの開催等を行っている。

ファシリテーター：

本田 正美 ホンダ マサミ

つばさクリニック

【ファシリテーター略歴】

1991年 急性期病院（医事）入職

2009年 医療法人つばさ つばさクリニック（医事）入職

2014年 医療法人つばさ つばさクリニック 医事統括（現在に至る）

活動

在宅医療事務ミーティング実行委員

ファシリテーター：

神谷 奈津美 カミタニ ナツミ

コールメディカルクリニック広島

【ファシリテーター略歴】

2012年 コールメディカルクリニック広島 入職（現在に至る）

活動

在宅医療事務ミーティング実行委員

ワークショップ16【一般公募企画】

支援困難事例も解決する「見える事例検討会」で自立・成長する課題解決型
多職種チームづくり ～ DXとAIで進化する「見え検」を体験しよう～

WS16

【セッション概要】

未体験の方は、「こんな事例検討会があるのか！」と驚かれることでしょう。2025年問題の真ただ中にあり、さらに2040年問題も視野に入れる必要がある現在、在宅医療は複雑化した社会課題に直面しています。独居高齢者や身寄りのない方の増加、医療・看護・介護職員の人材不足、地域コミュニティの希薄化などに対応するには、多職種が連携し、柔軟で革新的な手法を取り入れることが不可欠です。

このような背景から私たちは「見える事例検討会」（通称：見え検）を開発し、現場で実践を重ねてきました。見え検は、多職種連携と協働を促進し、実践的な課題解決能力を備えたチームを育むアプローチです。議論を「マインドマップ」で可視化し、多領域の課題や関係性を整理することで、多職種が直感的かつテンポよく議論を進められます。「会ったことのない対象者なのに、まるで会ったことがあるかのような」没入感が生まれ、参加者は他人事ではなく自分ごととして事例を深く掘り下げ、新たな視点を共有し、具体的な課題解決へつなげます。

これまでの実践を通じ、見え検はファシリテーターのもと、多職種チーム形成を支援し、持続可能な課題解決能力を備えたチームへと成長させてきました。さらに、ZOOMを活用したハイブリッド形式により、遠隔地の専門家や職種も参加可能になったことで、検討会の幅と深みが広がっています。地域を超えた連携と知識共有が加速し、多職種ネットワークも強化されています。

本企画では、現在進行中の事例をもとに、ライブで「見える事例検討会」を実施し、多職種検討の効果を直接体験できます。また、AIを活用した効率的な議事録作成方法も紹介します。これらの手法を組み合わせ、2025年以降の社会課題に対応する支援ネットワークを強化し、未来志向の在宅医療モデルを構築します。

公式ホームページ：<https://mieken.net/index.html>

座長・ファシリテーター：

八森 淳 ハチモリ アツシ

医療法人MoLead つながるクリニック

【座長・ファシリテーター略歴】

1991年 自治医科大学 医学部卒業

1991年 青森県職員として公立診療所・公立病院勤務

六ヶ所村尾駁診療所

国民健康保険百石病院 副院長他

2004年 地域医療振興協会 臨床研修センター副センター長

2016年 つながるクリニック院長

2018年 医療法人MoLead 理事長、つながるクリニック院長

座長・ファシリテーター：

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

【座長・ファシリテーター略歴】

社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、歯科衛生士

神奈川県社会福祉士会「ぱあとなあ」会員として成年後見人受任。

所属：医療法人MoLead つながるクリニック 地域連携室長

略歴

1989年 日本女子衛生短期大学歯科衛生学科卒業

1989年 横浜市内開業医開業医歯科衛生士として勤務

1994年 横浜医療秘書歯科助手専門学校専任講師として勤務

1999年 横浜市六浦地域ケアプラザ 介護支援専門員として勤務

2005年 横浜市六浦地域ケアプラザ 地域包括支援センター社会福祉士として勤務

2016年 現職：「つながるクリニック」 地域連携室長

演者： 瀬原 禎人 エハラ ヨシト

一般財団法人療道協会西山病院 精神科医

【演者略歴】

1993年 東京慈恵医科大学 医学部卒業

2010年 東毛敬愛病院院長

2024年 現職

※見える事例検討会公認ファシリテーター

演者： 稲葉 典子 イナバ ノリコ

社会医療法人甲友会（こうゆうかい）在宅事業部 西宮協立訪問看護センター管理者

【演者略歴】

1993年 千葉大学看護学部卒業

千葉県がんセンター、千葉県千葉リハビリテーションセンターでの病院勤務を経て、
2004年より西宮協立訪問看護センターに入職、現在に至る。

2013年 訪問看護認定看護師

2016年 見える事例検討会公認ファシリテーター

ワークショップ17【一般公募84】

訪問看護事業のM&Aの可能性について

WS17

【セッション概要】

1. ワークショップの目的

訪問看護事業におけるM&Aの可能性と課題を理解し、安定した地域医療のための経営戦略について検討できる。

2. ワークショップの背景

訪問看護事業所数は年々増加傾向である。訪問看護市場は医療依存度の高い利用者の在宅療養を推進から24時間365日の緊急対応が急務となっている。しかし、訪問看護事業所の多くが小規模事業所であり、訪問看護事業所の大規模化が解決策として挙げられている。訪問看護事業における大規模化に向けた経営戦略の選択肢としてMergers & Acquisitions（以下、M&A）が挙げられる。M&Aでは事業規模拡大や利用者に医療の提供などのメリットがある一方で、従業員の不安や企業文化の統合の難しさが課題となっている。そこで今回は地域医療における医療ニーズに対応するために、経営戦略の選択肢としてM&Aの可能性と課題について討議を行う。

3. 参加のメリット

- ・訪問看護事業で直面する経営課題への解決策を学ぶことができる。
- ・他事業者との交流を通じたネットワークを構築できる。

4. ワークショップの方法

1) ワークショップの形式：ディスカッション

2) 参加者の選定：

テーマについて理解のある参加者を選定するために訪問看護事業経営に携わっている方を3名程度とし、便宜的抽出方法にて募集を行った。

3) ワークショップ内容

9:40～9:50	趣旨説明、発表者・参加者紹介
9:50～10:05	導入講義：テーマの背景・目的・進め方説明
10:05～10:15	意見発表：訪問看護事業におけるM&Aの可能性と課題について
10:15～10:30	グループディスカッション：訪問看護事業におけるM&Aの課題解決策について
10:30～10:40	まとめ・振り返り

座長：中村 勝喜

スターケア株式会社 代表取締役社長

WS17-1

訪問看護事業のM&Aの可能性について

米原 拓也 ヨネハラ タクヤ
小岩事業所

訪問看護事業所数は17,329か所と過去最大で新規開業数は2,437か所と増加傾向である。また、廃業率は5.6%と中小企業庁が報告する全業種の廃業率3.3%と比較しても高いことが報告されている。訪問看護市場は高齢化の進行や在宅医療の需要増大により市場規模は拡大しており、看護師2.5人で開業できるため新規参入しやすい事業である。しかし、訪問看護に従事する看護師は看護職員全体の3.9%であり人員確保が課題となっている。また訪問看護事業所数の急増や事業の差別化が難しいことから医療機関やケアマネジャー、利用者の影響力が強い業界である。そのため訪問看護市場は新規参入しやすいが利用者・専門職を確保しつつ経営を安定するには競争が激しい事業である。厚生労働省が推進する医療依存度の高い利用者に対応するためには24時間365日の緊急対応が急務であるが、訪問看護事業所の54.8%が従業員5名未満の小規模事業所であり、小規模事業所では、従業員の労働環境を整備しながら利用者に質を維持した緊急対応には限界があり、訪問看護事業所の大規模化がそのような課題解決策として挙げられている。以上のような廃業率の上昇や訪問看護事業所における大規模化に向けた経営戦略としてMergers & Acquisitions（以下、M&A）の選択肢が挙げられる。M&Aにおいて買い手は事業規模拡大や利用者・専門職人材の確保、シナジー効果などがある。売り手は利用者に医療の提供を継続することや従業員の雇用を維持・確保できること、経営面でも損失を最小限にして投資回収・現金化できるメリットが存在する。M&AではPost Merger Integration（以下、PMI）が重要であり、特に訪問看護事業所に従事する従業員は専門性の高い人材であるために経営・業務・意識統合通して経営ビジョンや業務内容を従業員が理解していることが重要である。

【演者略歴】

学歴

2013年 武蔵野大学看護学部看護学科 卒業

2020年 首都大学東京大学院人間健康科学研究科人間健康科学専攻博士前期課程 修了

職歴

2013年～2016年 学校法人聖路加国際病院看護部 看護師

2016年～2019年 学校法人武蔵野大学看護学部看護学科 実習助手

2019年～2023年 学校法人聖路加国際病院看護部 看護師

2023年～現在 star-Qケア株式会社 訪問看護事業部 看護師

利益相反：なし

ワークショップ18【一般公募企画】

NANIMONプロジェクト

～医師キャリアカードゲームを通じて自分のキャリアを共有し仲間を見つけよう～

WS18

【セッション概要】

在宅診療は診療にとどまらず、患者の生活を支える視点、地域での多職種連携、街づくり、人材育成、チームマネジメント、研究、行政との関わり、自分自身のライフワークバランスの確立など、多岐にわたる活動を含みます。本ワークショップでは、これからのキャリアを考え、想いを共有できる仲間と出会う場を提供します。

まず、「これからの在宅診療医に求められる役割とキャリア形成の重要性」についての講義を行います。その後、2つのワークを実施します。

1つ目のワークでは、キャリアライフチャートを用いて自己省察を行い、これまでのキャリアの変遷や現在の取り組みを整理します。

2つ目のワークでは、医師のキャリアカードゲームを活用し、自身の関心をもとに将来像を描きます。

ワークを通じた対話を通して、「医師を志した背景」「なりたい姿」「これからやりたいこと」と向き合い、新たな気づきを得ることができます。

期待される効果

- ①若手医師：自身のキャリアビジョンや働き方を明確にし、在宅医療・地域医療の意義を再確認することで、モチベーション向上が期待できる。
- ②指導医：後進育成に必要な視点を得ることができる。
- ③院長・経営者：組織のミッションを明確にし、スタッフの役割を再認識することで、組織力の向上につながる。

このワークショップは、キャリアを見つめ直し、想いを共有できる仲間と出会う貴重な機会となるでしょう。

座長：田上 佑輔 タノウエ ユウスケ

やまと在宅診療所

【座長略歴】

やまと地域医療グループ代表

熊本県生まれ。東京大学医学部卒業後、千葉県国保旭中央病院で臨床・外科研修を経て、東京大学医学部附属病院腫瘍外科に入局。

東日本大震災を機に医療支援チームを結成し、2013年に宮城県登米市と東京都で「やまと在宅診療所」を創設。翌年法人化し、診療に加え行政との連携やまちづくりにも携わる。

「都市と地方を循環する医師の働き方モデル」を提案し、地域医療の再生に取り組む。現在、東北・関東・四国・九州で外来および在宅診療所を運営し、2022年より光ヶ丘スperlマン病院を有する一般財団法人やまとコミュニティホスピタルの理事長を務める。

その活動は各種メディアで紹介され、2021年NHK連続テレビ小説『おかえりモネ』のモチーフにもなった。

演者：林 祥史 ハヤシ ヨシフミ
けやき脳神経リハビリクリニック

演者：鹿角 契 カツノ ケイ
中外製薬株式会社

演者：菊地 玲 キクチ レイ
医療法人社団やまと

演者：川越 美咲 カワゴエ ミサト
医療法人社団やまと

ワークショップ19【倫理・利益相反委員会】

在宅現場における困難事例を臨床倫理的アプローチで考える

WS19

【セッション概要】

在宅医療・介護の現場には、「スタッフが必要と思われる方針を本人が希望しない、本人の意向と家族の希望が一致しない、患者・利用者にとっての最善の選択肢がわからない」など、倫理的ジレンマが山積しています。ある程度の規模の病院には臨床倫理委員会又は臨床倫理チームが設置されるようになりましたが、在宅医療・介護を担当している施設では、人的配備ができず、暗中模索の施設が大多数と思われます。そして、その倫理的ジレンマから、バーンアウトしてしまうという事例も散見されます。当委員会では、過去の年次大会で「臨床倫理の基礎を学ぶ」、「臨床倫理のプロセスによる事例検討法」、「地域で臨床倫理コンサルテーションを始める」などをテーマとしたワークショップを開催し、好評をいただいてきましたが、今年度は基本に戻って、「倫理的問題とは何か?」「臨床倫理の基本」を軽くおさらいした後に、「在宅現場における困難事例を臨床倫理的アプローチで考える」方法について、グループワークの形で体験できるワークショップを企画しています。当日は当学会倫理・利益相反委員会のメンバーがファシリテーターを務めさせていただきますので、お気軽にご参加ください。

座長：三浦 靖彦 ミウラ ヤスヒコ

岩手保健医療大学

【座長略歴】

昭和57年東京慈恵会医科大学卒 腎臓高血圧内科講師、総合診療部教授を経て、現在岩手保健医療大学教授・臨床倫理研究センター長、東京慈恵会医科大学客員教授

座長：植竹 日奈 ウエタケ ヒナ

NPO法人ケ・セラ

【座長略歴】

1986年 上智大学大学院文学研究科社会学修士 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 多機能型児童通所施設ケセラキッズ管理者 在宅医療連合学会倫理・利益相反委員会委員

ファシリテーター：

伊藤 博明 イトウ ヒロアキ
鶴巻温泉病院

ファシリテーター：

植竹 日奈 ウエタケ ヒナ
NPO法人ケ・セラ

ファシリテーター：

大橋 英司 オオハシ エイジ
大橋内科胃腸科

ファシリテーター：

荻野 美恵子 オギノ ミエコ
国際医療福祉大学医学部

ファシリテーター：

門田 耕一郎 カドタ コウイチロウ
重工記念長崎病院

ファシリテーター：

三浦 靖彦 ミウラ ヤスヒコ
岩手保健医療大学

ワークショップ20【一般公募企画】

在宅における災害対策 ー現状と課題、そして支援体制の構築に向けて

WS20

【セッション概要】

近年、地震や水害などの自然災害が各地で多く発生しており、在宅で医療や介護を受けている方々にとっては、大きな不安のひとつになっています。

とはいえ、そうした方々のご家庭で、災害時にどれだけの準備ができているのか——日常生活に必要なものだけでなく、医療的ケアに欠かせない物品や薬、情報、避難先や支援ネットワークなど——実際のところ、まだ十分に把握できていないのが現状です。

災害が起きても安心して暮らしや医療を続けていくためには、ご家庭での備えに加えて、医療や介護の専門職とのつながりや支援も欠かせません。

このワークショップでは、私たちが行った在宅療養中の患者さんへのインタビュー調査をもとに、

- ・備え：家庭でどんな準備をしておくか（備蓄品や医療機器の対応など）
- ・連絡体制：もしもの時にどのように連絡を取り合えばいいか（患者さんご家族、ご家族と支援者、支援者同士のつながり）

といったテーマについて、参加される皆さんと意見を交わしながら、一緒に考えていきたいと思います。

座長：長尾 式子 ナガオ ノリコ

北里大学看護学部

【座長略歴】

1993年 国家公務員共済虎の門病院 看護部

2003年 京都大学大学院 医学系研究科 社会健康医学系専攻 医療倫理学分野 修士課程修了

2008年 神戸大学大学院保健学研究科 助教

2017年 北里大学 看護学部 准教授

2022年 北里大学 看護学部 臨床看護学 教授（現職）

WS20-1

在宅における災害対策—現状と課題、そして支援体制の構築に向けて—

西尾 けい子¹ ニシオ ケイコ
柴原 あゆみ¹ シバハラ アユミ
長尾 式子² ナガオ ノリコ
足立 大樹¹ アダチ ダイキ

¹ホームケアクリニック横浜港南

²北里大学

【背景・目的】

近年、地震や水害などの自然災害が頻発しており、在宅医療や介護を必要とする人々への影響は大きい。しかし、災害時に必要な準備が在宅療養患者宅でどれだけ進んでいるのか、把握しきれていないのが現状である。医療や生活を災害時にも継続するためには、家庭での対策に加え、医療・介護関係者の支援や連携が重要となる。

本ワークショップでは、当院で在宅療養患者に対して行った聞き取り調査の結果を踏まえ、以下のような点について参加者と共に考え、議論をしていきたい。

- ・各家庭でどのように災害対策を進めるべきか（備蓄品、医療機器に対する備え）
- ・災害時の連絡体制（患者と家族、患者又は家族と支援者、支援者同士）

【期待される成果】

在宅医療・介護関係者が現状の課題や限界を共有し、お互いの役割を理解することで災害時の効果的な連携を目指す。また、在宅療養患者やその家族の安全確保のため、備蓄品などの具体的な備えについて共通認識をもてるようにする。

【演者略歴】

西尾けい子

1988年 東京医科歯科大学医学部附属病院

2001年 済生会神奈川県病院

2012年 ホームケアクリニック横浜港南

柴原あゆみ

2003年 ベネッセスタイルケア

2009年 港南台地域ケアプラザ

2016年 ホームケアクリニック横浜港南

長尾式子

1993年 虎の門病院

2008年 京都大学大学院医学系研究科社会健康医学系専攻医療倫理学分野修士課程修了

2008年 神戸大学大学院保健学研究科

2017年 北里大学看護学部

足立大樹

1997年 金沢大学医学部卒業 関東通信病院入職

2003年 東京大学大学院医学系研究科博士課程修了

2004年 公田クリニック

2012年 ホームケアクリニック横浜港南

利益相反：なし

ファシリテーター：

柴原 あゆみ シバハラ アユミ

ホームケアクリニック横浜港南

パネルディスカッション1【みんなでリハビリワーキンググループ企画】

在宅リハビリテーションとケアマネジャーの美しいコラボレーション —多職種連携の方法論を探る—

PD1

【セッション概要】

厚生労働省の統計によれば、訪問リハビリテーションの受給者数は年々増加している。要介護割合では、要支援2、要介護1、要介護2が多くを占めている（厚生労働省2023.11.6）。以前は、急性期・回復期については主に医療保険、維持期・生活期については主に介護保険により給付が行われていた、と示されていた。

実践の場では、退院直後や病名により医療保険・介護保険に整理されており、また、介護保険では夫々の介護度の中で、本人と家族の状態とともに望まれる生活に必要な優先順位でケアプランは作成されている。介護施設の運営もそれぞれの特色を生かしておりケアプランに近いケアを実践している施設が適合され利用されている。

病院で行われる退院前のカンファレンスに在宅のセラピストと同席する機会は少ない印象がある。また、医師からの指示書は状態に応じた在宅リハビリテーションの内容が示され、本人と家族が叶えてほしい在宅リハビリテーションの内容をケアマネジャーがケアプランに示す。しかしその内容が時に乖離することもある。そのため、本人と家族、セラピストとケアマネジャー他の多職種がカンファレンスを実施し、医師の示す状態に応じた在宅リハビリテーションと、本人と家族が叶えたい在宅リハビリテーションの内容をコラボレーションし実践へと導き相乗効果を生み出していくことが必要である。

今回のパネルディスカッションでは、どうしたら在宅リハビリテーションとケアマネジャーが美しいコラボレーションを可能としていくことができるか、ご登壇される先生方の実践内容とご聴講いただく皆様とのディスカッションから美しいコラボレーションの課題も含め、共通の言語として導き出すことができるのか考えたいと思う。

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】

【略歴】

1997年 三重大学医学部医学科卒業；
2004年 神戸大学大学院医学系研究科博士課程（循環呼吸器病態学）修了；
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 内科・緩和ケア内科；
2013年 清水メディカルクリニック 在宅医療部門；
2020年 医療法人社団 清水メディカルクリニック 理事長；
2024年 清水メディカルクリニック新長田 院長；

【資格・公職】

医学博士。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。日本専門医機構特任指導医。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。日本緩和医療学会代議員。日本ホスピス・在宅ケア研究会副理事長。全国在宅療養支援医協合理事。

座長：片見 明美 ヘンミ アケミ
株式会社ヴィーナス

【モデレーター略歴】

1997年 栃木県立衛生福祉大学校保健看護学部看護学科卒業
2007年 栃木県立がんセンター 就任
2010年 在宅ホスピス ホスピスマネジャー 就任
2016年 国立がん研究センター東病院認定看護師教育課程（緩和ケア）修了
2017年 公益社団法人 栃木県看護協会 とちぎ訪問看護ステーション所長 就任
2019年 株式会社ヴィーナス 医療統括マネジャー 就任
2023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
2025年 桜美林大学老年学総合研究所連携研究員

PD1-1

「尊厳ある生活」を支援するためのコラボレーション ～特別ではない、ハードルも高くない!もっと身近に在宅でのリハビリテーション～

宇田 薫 ウダ カオル

日本訪問リハビリテーション協会

在宅サービスの中で、命に直結するイメージではないリハビリテーション（以下、リハビリ）は看護や介護に比べの利用優先度は高くないかもしれない。しかし、本人が「近所の喫茶店に行って友達とおしゃべりしたいが、歩くのが危ないので我慢している」「便意があるのに、オムツ内で排便している」「趣味の手芸がしたいが、片手しか使えないので諦めている」「火の元が危ないので、家族から料理をしないように言われている」「誤嚥が不安で好物を我慢している」と言う場合、その情報を得ている関係者が、「仕方ないですね」「我慢しましょうね」としている状況があったとしたら、それは果たして介護保険法第一条「(抜粋) 尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」を満たしている状態といえるのでしょうか？

喫茶店に行くまでには、体力向上の運動、玄関の上がり降りのための手すりの選定と練習、屋外移動の練習（杖や電動モーター付き車いすなどの練習）、喫茶店の玄関の出入り介助をお店の人と練習、(失語症の場合)メニューを画像付きにする提案など全て、リハビリ専門職が支援できることです。その人が臨む生活は人それぞれであるため、リハビリもそれぞれに対応した内容となります。一方で、在宅のリハビリでは「マッサージや体操」のみが提供されているという現状を聞くことがあります。

我々支援者も「生活を営んでいる者」であるため、対象者の思いをしっかりと傾聴・尊重することで、その人が望む「生活行為」をイメージすることも、多職種でコラボレーションすることも決して難しくはないと思います。

「退院してからの不安な生活行為」「在宅生活中に難しくなってきた生活行為」があれば、年齢、疾患などに関わらず、その可能性を求めて、リハビリとコラボレーションをしましょう。美しい尊厳ある生活を一緒に支援しましょう。

【演者略歴】

1989年	国立療養所近畿中央病院附属リハビリテーション学院 作業療法学科卒業
同年	徳洲会 宇治徳洲会病院
1993年	京都民医連第二中央病院
2000年	大原記念病院グループ 訪問看護ステーションすずく
2007年	おもと会 大浜第一病院訪問リハビリテーション
2011-2023	日本作業療法士協会 常務理事
2017年	執筆：現場に学ぶ訪問リハフィジカルアセスメント 三輪書店
2019年	沖縄大学大学院修了 修士（地域経営学）
2024年	執筆：今日からの訪問作業療法 手習い帖 NOVA 青海社
現在	日本在宅医療連合学会評議員 日本訪問リハビリテーション副会長 など

利益相反：なし

PD1-2

ケアマネジャーから見たリハビリとは

臼井 啓子 ウスイ ケイコ
合同会社 オフィスK

在宅におけるリハビリテーションの必要性は、ケアマネジャーも理解している（はず）。しかし、「生活を見る」ケアマネジャーの立場として、どうしてもプランニングにおける優先順位は低くなりがちである。単位が余るなら1回でも多くヘルパーさんに入ってもらおう、1回でも多く通所に行ってもらおう（その通所の目的も、お風呂が多い）と考えがちだ。

そして、どういう時に理学療法士に来てもらうのか、どういう時に作業療法士なのか、言語聴覚士なのか、というアセスメントも不十分なことは否めない。そしてそのアセスメント不足を自覚しているケアマネが、はたしてどの程度いるのかは、現場での肌感覚でもわからない。しかし、逆に言えば医療面で完璧なアセスメントが必要なのか？医療職から見て「わかってない」ケアマネジャーは悪いケアマネジャーなのか？

そのあたりを皆さまと討議しながら、ケアマネジャーが考える「ケアマネジャーのトリセツ」的な話が、少しでもケアマネジャーという生き物の理解の一助になれば幸いである。

【演者略歴】

看護学校卒業後、総合病院に勤務。その後診療所からの訪問看護や保健所の訪問看護に従事、訪問看護ステーションの立ち上げも経験。

介護支援専門員資格を取得後、2003年より居宅介護支援事業所に介護支援専門員として勤務。

2014年に起業し、社長、訪問看護師、介護支援専門員の3足のわらじの日々。

【主な資格】 看護師、主任介護支援専門員

【公職その他】 大阪介護支援専門員協会堺区支部 理事

日本在宅医療連合学会 評議員

利益相反：なし

PD1-3

在宅リハビリテーションとケアマネジャーの協働による生活支援 ～連携によるより良いケアとは～

染谷 明子 ソメヤ アキコ
富山医療生活協同組合

【はじめに】

在宅医療・介護の現場では、医療と介護の制度によるすれ違いが課題となる。特に、ケアマネジャーは契約や介護保険関連の手続きが必要で、即時のサービス開始が難しい。医療職がこの点を理解し、適切なタイミングで連携することが重要である。

また、コミュニケーションにおいて、医療者が使う言語がノイズとなる場合が多い。共通言語を用いることが医療職と介護職との連携を深める鍵となる。理学療法士とケアマネジャーの双方の視点から、連携の方法を事例を交えて考察する。

【事例】

事例1：地域社会への復帰支援

退院後の利用者に対し、ケアマネジャーと理学療法士が共にエコマップを作成し、地域での役割や活用できる社会資源を整理。町内会活動や趣味活動、銭湯での入浴を続けるため、身体機能向上を目標とするリハビリを計画した。6か月の支援で目標を達成し、地域での役割を再獲得できた。

事例2：一人暮らし継続のための生活環境改善

配偶者の死別後、活動低下し生活環境が悪化した利用者に対し、訪問介護を提案したが拒否され、環境調整も難航。理学療法士が専門職として介入し、利用者の思いを丁寧に聞きながら少しずつ環境改善を進めた。結果として動線確保やトイレ改修、ベッド導入が受け入れられ、腰痛が軽減し動作が安定。一人暮らしの継続が可能となった。ケアマネジャーが利用者との関係を維持しながら、リハビリ職と連携することで、より良い支援が実現できた。

【考察】

リハビリ職は日常生活動作の評価や環境調整を通じて、利用者が望む生活の実現に寄与できる。また、ケアマネジャーのケアプランにリハビリの視点を加えることで、生活の質向上が期待できる。

ケアマネジャーとリハビリ職が相互理解を深め、適切な情報共有を行うことで、多職種連携の質が向上する。ケアマネジャーとリハビリのより良い連携により、共に支援の可能性を広げていきたいと考えている。

【演者略歴】

理学療法士・介護支援専門員

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。

2010年 富山協立病院リハビリテーション科科长

2018年 在宅福祉総合センターきずな 施設長

2024年 富山医療生活協同組合本部 組織課長

利益相反：なし

パネルディスカッション2【長崎企画】

長崎県NST研究会合同企画

元気に食べ続けるために～在宅・病院・施設での多職種連携～

PD2

【セッション概要】

長崎県においても高齢化は問題となっており、患者さんが急性期病院を退院したのちに、在宅や施設において「元気に食べ続ける」ことが出来るよう、各施設間での連携が望まれる。現状は、急性期病院、回復期リハビリテーション病院、そして居宅の視点、医師・歯科医師・管理栄養士・薬剤師といった多職種からの視点からさまざまな課題が浮かび上がると思われる。それらを乗り越え「元気に食べ続けるための工夫、長崎県の将来に向けての課題を論じていただく。

各演者に7分程度で各々の病院・施設から居宅に向けての連携についての工夫や課題を論じていただく。その後の総合討論（約30分）では栄養ケア・口腔ケア・リハといった視点での現状の課題についてお話いただき、今後地域での取り組んでいくことのヒントが得られればと思う。

座長：大原 寛之 オオハラ ヒロシ

日本赤十字社長崎原爆病院

【座長略歴】

1996年 長崎大学医学部卒業
長崎大学、佐世保市立総合病院、長崎市民病院にて研修
1998年 是心会 久保内科病院 内科
2000年 光善会 長崎百合野病院 内科
2001年 長崎大学第2内科（消化器班）
2003年 市立大村市民病院 内科
2009年 長崎市立病院 成人病センター内科
2010年 藤田医科大学 外科・緩和医療学講座 講師
藤田医科大学七栗記念病院・藤田医科大学病院にて、緩和ケア病棟、緩和ケアチーム
栄養サポートチームに参加
2021年4月 日本赤十字社 長崎原爆病院 緩和ケア内科 内科部長
緩和ケアチーム・栄養サポートチームに参加

座長：前田 滋 マエダ シゲル

医療法人伴帥会 愛野記念病院

【座長略歴】

昭和48年 長崎大学医学部 卒業
昭和48年 長崎大学医学部 第二外科 入局
日本救急医学会 専門医

PD2-1

急性期病院での栄養管理と地域連携における課題

大下 正美 オオシモ マサミ

栄養部

当院は明治8年に開設され今年で150年を迎える一般病棟94床、地域包括ケア病棟94床からなる急性期医療を担う地域中核病院である。2006年よりN S T 加算の算定を開始し、活動は19年目となる。令和6年度診療報酬改定を受け、業務改革のため管理栄養士1名を増員し現在4名で、病棟担当制を導入している。給食業務は完全委託化しており、外来・入院の栄養管理業務に集中できている。多職種との連携は良好で、褥瘡や嚥下障害等のケアに栄養面から積極的に関わってきたが、糖尿病等の生活習慣病のように外来栄養指導等に繋げることは少なく、退院後の栄養支援は十分ではなかったと感じている。

令和6年度診療報酬改定において、栄養情報提供加算が廃止され、栄養情報連携料（70点）が新設された。この栄養情報連携料の新設は、医療と介護における栄養情報の連携を推進し、入院栄養食事指導料における栄養情報提供加算の名称、要件、評価の見直しをしており、入院栄養食事指導料を算定した患者に加え、退院先が他の医療機関や介護保険施設等の患者について退院先施設の管理栄養士と連携の上、情報共有した場合も算定が可能となった。この新設された栄養情報連携料により、患者の退院後の栄養管理が他の医療機関や介護施設と連携してスムーズに行われるよう、当院でも積極的に栄養情報提供書を作成し、情報共有を行っている。しかし、その算定件数の内訳は、入院栄養食事指導料を算定した生活習慣病等の情報提供の方が多くを占めているという現状である。

その原因と課題を明確化し、改善策を検討し共有したい。また、本来、急性期病院の管理栄養士に求められている栄養管理の連携とは何かを考え、新たな視点を得たいと思う。

【演者略歴】

1991年 活水女子短期大学専攻科食物専攻 卒業

1991年 医療法人光晴会病院 入職

2000年 医療法人光晴会病院 退職

2000年 社会福祉法人十善会病院 入職

利益相反：なし

PD2-2

回復期リハビリテーション病棟における栄養管理と連携

西岡 絵美 ニシオカ エミ

一般社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院

低栄養は、回復期リハビリテーション病棟入院患者のADL向上、寝たきり予防、在宅復帰に悪影響を与える。そのため、当院では病棟専任管理栄養士を中心に多職種で栄養改善を図っている。しかし、演者らの調査では入院患者の約2割が低栄養の状態で退院し、退院後は約4割が低栄養やそのリスクがある状態であった。一方で、肥満患者は退院後にリバウンドしていた。つまり、回復期の栄養問題は入院中に全て解決するわけではなく、継続的な栄養支援が必要である。これらのニーズに対応するため、当院では2018年4月より居宅療養管理指導事業所を立ち上げ、訪問栄養指導を行っている。退院後患者や地域の高齢者の栄養支援を経験することで、退院後に栄養状態が悪化したり、経口摂取が困難になったりと、口から食べることに課題を抱えている症例を目の当たりにする。一方で、十分な退院支援と連携により、在宅での継続的な支援の結果、経口摂取が再獲得できる症例も経験する。このように、入院中に栄養関連の課題を可能な限り改善させることはもちろん、身体機能、意欲、介護力、経済状況、介護サービスの内容などの情報を基に、退院後の生活場面で想定される栄養リスクについて考慮した退院支援が求められる。また、退院後想定される栄養問題を在宅担当スタッフも含めた多職種で共有するよう心掛けている。特に、かかりつけ医との連携や介護保険サービスの架け橋となるケアマネジャーとの連携は欠かせない。令和6年度の診療報酬改定では、栄養情報連携料が新設されたことにより、急性期病院から栄養関連の情報提供を受ける機会も増加している。急性期病院での栄養管理経過を知ることによって詳細な入院時栄養評価が可能となることを実感している。急性期から在宅へ切れ目のない栄養ケアが届けられるよう同職種・他職種との連携を強化していきたい。

【演者略歴】

2005年 九州栄養福祉大学卒業

2005年 社団法人是真会 ながさき循環器病院入職

2006年 医療法人近森会 近森病院・近森リハビリテーション病院入職

2009年 長崎リハビリテーション病院入職

2018年 同法人 在宅支援リハビリテーションセンターぎんや 居宅療養管理指導事業所兼務

利益相反：なし

PD2-3

診療所における栄養指導の実際

奥平 定之 オクダイラ サダユキ
池田 直美 イケダ ナオミ
医療法人社団 奥平外科医院

【要旨】

令和6年度診療報酬改定では管理栄養士が外来・入院・在宅で実施する栄養管理の健康維持増進への貢献が今まで以上に評価され、その重要度が増している。

当院では非常勤管理栄養士が外来栄養指導と、在宅での訪問栄養指導をおこなっている。現在まで11名程度であるが疾患は様々である。また単発の指導ではなく繰り返し指導を行うことでその効果が表れるため、指導期間は長期に渡ることが多い。以下に事例を提示する。

事例1：消化管通過障害があり栄養失調気味の患者。食の嗜好に合わせた、易消化性の高カロリー食を提案した。

事例2：脳性麻痺の患者。体重増加による介護者の負担を軽減するため、食事内容を詳しく指導した。

事例3：難病患者。経口摂取困難となる過程での介護者の負担を少しでも軽減できるように指導した。

事例4：高齢・独居の糖尿病患者。斜面地に居住しており、食材の購入から調理の方法までを指導した。

このように在宅訪問栄養指導ではその患者さんの疾患のみならず、生活背景も考慮して指導する必要がある。人が生活するために必要な基礎の“衣食住”の内、病気や老い等により衰えていく“食”を支え健康維持増進に貢献する“在宅訪問栄養指導”は益々重要になると考えられる。

【演者略歴】

(履歴)

1987年3月 久留米大学医学部卒業
1987年6月 長崎大学医学部附属病院第二外科入局
1991年4月 久留米大学大学院医学研究科入学（病理学）
1995年3月 久留米大学大学院医学研究科卒業
2001年4月 長崎大学医学部附属病院第二外科助手
2003年4月 長崎大学医学部附属病院第二外科講師
2003年7月 医療法人光晴会病院外科 外科部長
2007年4月 医療法人社団 奥平外科医院

(役職)

長崎在宅Drネット理事 長崎市医師会理事

利益相反：なし

PD2-4

元気に食べ続けるために～在宅・病院・施設での多職種連携～

俣野 正仁 マタノ マサヒト

長崎県歯科医師会

歯科医師会では従来からの歯科連携室事業、「デンタルネット」のような取り組み以外に「国の総合確保基金」を活用して「口腔リハビリインストラクター養成研修会」「歯科衛生士 口腔機能エキスパート養成研修会」を開催しました。県内に約50名の歯科医師。歯科衛生士のインストラクターが配置されています。彼らが各地で地域に密着した活動が出来る場づくりとして、まず県における医師、薬剤師、歯科医師、リハ職、行政で現状と課題についての多職種で語り合いました。その後新宿区で食に関する多職種連携に長年取り組んでこられた「新宿食支援研究会」（23職種160名）五島朋幸代表と訪問管理栄養士の稲山未来氏にこれまでの経緯と今後の活動について話して頂きました。次に昨年度はまず県レベルで「地域におけるリハ・口腔ケア・栄養の一体的取り組み」のためにはということで、長崎大学病院リハビリテーション科、高島英昭先生に講演頂きました。2024年11月22日には大村市で症例を交えパネラーから意見を頂き、中学校区ごと多職種で構成するグループで検討、発表するセミナーを行いました。この中学校校区での検討会は行政を巻き込んで続けて欲しいと思いました。昨年度、佐世保市でもう1回開催されましたが、内容は管理栄養士さんが訪問し歯科と連携を持つことについてでした。本年度は2地区での連携セミナーを予定しています。

以上事業の紹介になりましたが、これまで一部では連携が出来ているが多くの地域ではそこまで至っていないので、インストラクターを含めた中心的な方々同士が連携を重ね、かかりつけ歯科医、歯科衛生士が患者さん方にずっと寄り添って「口からしっかり食べれる」環境づくりを推し進めていきたいと思います。

【演者略歴】

昭和33年12月5日生まれ

福岡歯科大学卒業

職歴

日本大学歯学部口腔外科

俣野歯科勤務

長崎県口腔保健センター医局員

国立長崎中央病院嘱託

またの歯科医院開業

役職歴 現職

長崎県歯科医師会副会長

日本歯科医師会 地域保健委員会委員長

利益相反：なし

PD2-5

「食べる」を繋ぐ在宅支援

古川 美和 フルカワ ミワ

学校法人 活水学院 活水女子大学

2024年度は、診療報酬に加えて、介護と障害福祉サービス等のトリプル改定が行われた。

診療報酬においては、在宅療養支援病院・診療所の施設基準として、訪問栄養食事指導ができる体制を整えること。介護報酬（管理栄養士の行う居宅療養管理指導）では、原則月2回の算定に加え、主治医が必要性を認めた場合は、その日より30日以内に2回の追加訪問が可能となった。正に在宅（訪問栄養食事指導実施）に向けて風が吹いた。

在宅訪問栄養食事指導を行う際には、主治医の指示書が必須である。そのため指示書が出なければ訪問が実現しない。病院から自宅等に退院する際は、退院時のカンファレンスが開催されれば出向いていたが、コロナ禍以降その頻度は減った。したがって栄養の情報は、情報提供書や看護サマリーから得る。しかし、逆に在宅から入院となった場合の情報提供はと聞かれると、主治医・介護支援専門員への報告に留まり、直接病院等管理栄養士への情報提供はほぼできていなかったことを反省する。

介護保険での在宅は、核となる介護支援専門員がマネジメントを行い各専門職からの情報を取りまとめ共有する。

在宅では、その人の住み慣れた環境があり、これまで生きてきた信念や価値観がある。もちろん食べ物の好みや経済状況なども栄養管理をしていく上では重要になる。いくら理想を述べても受け入れ困難な内容や、生活をし辛くするようであれば意味がない。

実際の訪問では患者および家族・介護者とは十分に話をすることを心がけ、患者宅では状況に合わせて調理実習も行う。台所にはその家の情報が多く集約されていると感じる。したがって食習慣や経済状況などを把握することはさほど困難ではなかった。

15年間、地域在宅を駆け回り、家に拘り、食べることに拘った多くの方々との出会いから学んだことをここで伝えたいと思う。

食べる意欲が生きる意欲につながるようにと願いをこめて・・・。

【演者略歴】

【学歴/職歴】

1990年 活水女子短期大学家政科食物専攻 卒業

1991年 活水女子短期大学専攻科食物専攻 修了

1991年 上戸内科病院（緑風会 長崎みどり病院）

1999年 （医）白髭内科医院 / 山根内科胃腸科医院 / ちひろ内科クリニック / （医）たくま医院 他

2008年 一般社団法人長崎市医師会医療センター診療所・保健福祉センター 勤務

2023年 活水学院 活水女子大学 勤務

【所属学会】

2014年 日本在宅栄養管理学会（現在：理事/九州沖縄ブロック長）

2023年 日本在宅医療連合学会

利益相反：なし

PD2-6

「口から食べる」 そのために

佐田 悦子 サダ エツコ

アクア薬局矢上店

在宅療養の中で、薬剤師が関わる栄養と言って一番に思いつくのは、中心静脈法（TPN）や、末梢静脈栄養法（PPN）における輸液の管理です。在宅療養で利用できる薬剤も増えており、薬局における無菌調整や検査値に基づく微量元素の調整、また輸液のみで経口摂取をされない方の脂肪乳剤の添加なども行えるようになっていきます。

ですが、この企画にある「元気に食べ続けるために」について薬剤師の関わりを考える時、薬による影響、即ち食欲に影響を及ぼす薬剤、味覚障害に関係する薬剤、口腔環境に変化を及ぼす薬剤などがないかを精査することも大切かと思われます。

薬剤師の立場からは、先述の通り中心静脈栄養法や経管栄養でかかわることの方が多いため、今回は自施設において一貫して点滴等を拒否し、食べられるところまでとの本人の意思を尊重した方の症例を通して、「口から食べる」ということについて皆様と一緒に考えられたら、と思います。

【症例】 82歳 女性

診断：#1 大脳自室基底核変性症 #2 脳梗塞後遺症 #3 失語症 #4 嚥下機能障害

入居当初からすると体重減少も進み、ADL、嚥下機能の低下も著しくなってきた。

「らくらくゴックン[®]」を使用しても摂食に要する時間がかかるようになった。

口から楽しむ食事を摂れるようにするにはどうすればよいか。

上記のような方を家族、介護士、在宅医、訪問看護師、薬剤師等 多職種で何度も担当者会議を繰り返し行って最期まで支えました。

その経験から学んだことをお伝えしたいと思います。

【演者略歴】

学歴及び職歴

1982年03月 福岡大学薬学部 薬学科卒業

1982年04月 福岡県製薬工業協会 村上研究所

1983年12月 福田保生堂薬局・グリーン薬局（山口県）

1989年11月 ダイエーグループ ダイエードラッグ

1998年01月 アイティーアイ株式会社（長崎県）

2002年04月 アクア薬局 開局

現在に至る

HIP（Home Infusion Pharmacy）研究会

一般社団法人全国薬剤師・在宅支援連絡会（J-HOP）

長崎薬剤師在宅医療研究会（P-ネット） 副代表世話人

利益相反：なし

パネルディスカッション3【長崎企画】

坂のまち在宅医療・訪問看護サミット

PD3

【セッション概要】

長崎市の地形は、市街地の43%が斜度10度以上の斜面地であり多くの住民の居住地域である。そのため、斜面市街地においても住民の高齢化が進み、障害や疾患を持ちながら生活している高齢者は多い。どのような健康状態であっても本人や家族が望む場所や住み慣れた自宅で暮らしたいと願うことは無理な要求なのであろうか。居住環境や社会資源の利用しやすさ、経済状況、受けてきた教育、情報の入手など、自分の力や努力だけではどうにもならない事象によって健康状態が決まる「健康の社会的決定要因」が注目されている。どこに住むかといったことで健康がきまるならば、長崎市は大きな不公平を抱える地域だということになる。地理的不公平を是正するために、長崎市における医療のあり方を事例をとおして考える機会にしたいと思う。また、長崎市内の斜面市街地の現状と地理的特性が異なる地域で行った研究結果についても報告を行う予定である。

ピンチはチャンスである。長崎市での訪問医療の取り組み方が広がれば、離島や山間地など地理的不利条件をもつ地域での活用につながるのではないだろうか。いろいろな職種の発表者の方々から、医療の実践の中での体験や工夫事例などのエピソードをお話いただき、自由なフリートークによるセッションを行いたいと考えている。

座長：詫摩 和彦 タクマ カズヒコ

医療法人たぐま医院

【座長略歴】

昭和61年 3月：福岡大学医学部医学科卒業

昭和62年 6月：長崎大学医学部附属病院第2内科勤務

昭和62年12月：長崎市立市民病院内科勤務

昭和63年 6月：長崎大学医学部附属病院第2内科勤務

昭和63年12月：長崎市立市民病院内科勤務

平成 元年 6月：北松中央病院内科勤務

平成 3年 6月：長崎大学医学部附属病院第2内科勤務

平成 4年 4月：たぐま医院勤務

現在、医療法人たぐま医院院長・理事長。長崎在宅Dr. ネット副理事長・広報部長

座長：中尾 理恵子 ナカオ リエコ

長崎大学生命医科学域（保健学系）

【座長略歴】

病院で病棟看護師兼保健師として従事した後、長崎市での保健師業務に携わる

2000年からは長崎大学医学部保健学科看護学専攻に助手として勤務

2003年 長崎大学大学院教育学研究科（修士課程）修了

2011年 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科新興感染症病態制御学系（博士課程）修了

同年 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻准教授

2021年 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻公衆衛生看護学分野教授 現在に至る

PD3-1

「坂のまち在宅医療・訪問看護サミット」

詫摩 和彦 タクマ カズヒコ

医療法人たくま医院

【演者略歴】

昭和61年03月：福岡大学医学部医学科卒業

昭和62年06月：長崎大学医学部附属病院第2内科勤務

昭和62年12月：長崎市立市民病院内科勤務

昭和63年06月：長崎大学医学部附属病院第2内科勤務

昭和63年12月：長崎市立市民病院内科勤務

平成元年 6月：北松中央病院内科勤務

平成 3年 6月：長崎大学医学部附属病院第2内科勤務

平成 4年 4月：たくま医院勤務

現在、医療法人たくま医院院長・理事長。長崎在宅Dr.ネット副理事長・広報部長

利益相反：なし

PD3-2

「坂のまち在宅医療・訪問看護サミット」

中尾 勘一郎 ナカオ カンイチロウ

（医）ホーム・ホスピス中尾クリニック

坂の町での在宅医療・訪問看護を語ります。

【演者略歴】

1990年 長崎大学医学卒業 第二外科入局

1999年 朝永病院ホスピス

2000年 長崎百合野病院 外科 在宅ホスピス

2004年 長崎百合野病院 在宅緩和ケア部部长

2005年 NPO法人 らいぶながさき 設立 代表理事長

2009年 ホーム・ホスピス中尾クリニック開業

利益相反：なし

PD3-3

オレ流在宅医療

行成 壽家 ユキナリ トシヤ

医療法人 ゆきなり・クリニック

【演者略歴】

1952年 長崎市生まれ

1978年 長崎大学医学部卒業

長崎大学麻酔科入局、大学・関連病院勤務

1993年 ゆきなり・クリニック開業

2000年 在宅ホスピス緩和ケア開始

2011年 緩和ケア内科、ペインクリニック内科標榜

2012年～24年 ホームホスピス「ももたに」開設

2013年 中尾・詫摩・行成「オレ流在宅医療」講演開始

2016年 在宅緩和ケア充実診療所認定

利益相反：なし

PD3-4

坂のまちの現状と訪問看護の取り組み～地域共生社会に向けて～

川原 恭子 カワハラ キョウコ
エース訪問看護ステーション

長崎市は、斜面地の多い特有の地形をしている。そこで生活している方々の高齢化率はすでに30%を超えており、令和7年には高齢者の人口がピークを迎える。

長崎市の令和5年在宅介護実態調査で、住まいの立地状況は「斜面地」が42.9%と半数近く、車道までに階段の有無については「ある」が61.5%と約6割の方が外出する際に階段を利用しなければならない状況になっている。こうした中で、住み慣れた地域で生活を継続するためには、長崎版地域包括ケアシステムの推進に向けた取り組みが求められる。近年の訪問看護では療養上の世話、診療の補助に加え医療ニーズの高い利用者が、人生の最終段階を在宅で過ごすことを希望するケースが増えており、その人らしく暮らしていくことができるように支援する役割を担っている。そのために効率的なサポートとして、ICTの活用を進めている。医療と介護現場がリアルタイムでつながるタブレット端末・スマートフォンを利用した「あじさいネット」や、テレビ通話機能を用いて訪問先から詳細な報告ができる。また質の高いサービスを提供するためにマンパワーの確保と育成にも取り組んでいる。自宅周辺が坂道・階段となっている影響で引きこもりやすい傾向にあるため、リハビリでの屋外歩行訓練を通じて、利用者自身の動作指導や環境面の整備を行うことも必要である。実際に訪問してみると石畳階段が多く、石畳側には手すりを設置していても階段側には手すりが設置していないなど整備状況も様々である。また、手すりが不連続で、手すりなしでの歩行を余儀なくされる場合も多い。利用者の状態に応じて、杖の提案や、どの場所で左右へ移動するかなどの歩行ルート提案、階段昇降時の特に降段では、前方に転げ落ちるリスクや利用者の不安を評価して横歩き・後ろ歩きの提案、「斜面移送システム」がある環境ではリフトへの乗降訓練、操作訓練も行う。

【演者略歴】

十善会看護専門学校卒業

平成25年7月エース訪問看護ステーション開設

利益相反：なし

PD3-5

“やりたい”をあきらめない 坂の町だからこそ 私たち通所事業者のやりがい

久保 智恵 クボ チエ
社会福祉法人 致遠会

坂の町にもデイサービスはある。斜面地でも送迎はある。雪の多い地域でも盆地でも、デイサービスはあるし送迎はある。それはそこに住んでいる方がいるから。その土地が、家が、暮らしが「いい」とおっしゃる方がいる限り、私たち通所介護事業者は、お迎えに行き、サービスを提供し、またお送りをする。それが、在宅サービスにおける「通所」サービスであり、在宅サービスにおいて「通所」は欠かせないサービスだから。私たちは、そこからさらに「ただの在宅生活」ではなく「生きがいとやりがいのある在宅生活」を目指す。そこに私たち事業者の「やりがい」「働きたい」がある。「できない」とあきらめないでほしい。「やりたい」と大きな声で言ってほしい。「わがまま」は「あるがまま」「自分らしく生きる」ということ。「ゆたかに やすらかに 自分らしい生活を」。また、「どう生きるか」とはイコール「どう死ぬか」ということでもあり、ACPについても今こそ考えていかなければならない。ただそれは、たくさんの支援があってはじめて成り立つものでもある。その方に関わる様々な職種・事業者が連携をとり支援していくことが重要となる。今回在宅医療・訪問看護に携わる皆さんから多くの学びとヒントを得る機会であり、互いの理解を深め今後の連携につながる機会としたい

【演者略歴】

2005年 横浜リハビリテーション専門学校卒業
長崎北徳洲会病院入職 急性期、回復期、訪問リハビリを経験
2009年 老人保健施設リハビリテーションセンターふくえ入職 夫の転勤で五島へ
2013年 社会福祉法人致遠会サンハイツ入職 週9時間のパート勤務でスタート 地域の介護予防事業に携わる
2018年 デイサービスセンターサンハイツ配属 コンサルの指導を受け通所介護の再建に携わる 正規職員へ
2022年 デイサービスセンターサンハイツ所長 拝命
2023年 通所介護一課課長 拝命 旅行介助士資格取得

利益相反：なし

ハンズオンセミナー1【腎不全ワーキンググループ企画】

在宅透析の機器に直接触れて体験しよう

HS1

【セッション概要】

在宅透析機器を見たことも触れたこともない医療者にとって、在宅透析患者は関わりづらい存在となりうる。座学とハンズオンの両方を受講いただき、その原理や適応、生活の様子について学び、実際に在宅透析機器に触れてもらうセッションを企画した。

演者：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

【演者略歴】

2000年3月 長崎大学医学部 卒業
4月 沖縄県立中部病院 研修
2003年5月 沖縄県立宮古病院 勤務
2005年4月 東京大学腎臓内分泌内科 医員/大学院
2011年8月 聖マリアンナ医科大学 腎臓高血圧内科 助教
2013年4月 稲城市立病院 腎臓内科部長
2021年4月 帝京大学医学部附属溝口病院第4内科准教授

演者：原 正樹 ハラ マサキ

東京透析フロンティア 池袋駅前クリニック

【演者略歴】

平成18年3月 獨協医科大学医学部 卒業
平成18年4月 獨協医科大学越谷病院初期研修医として入職
平成20年4月 東京都立駒込病院に後期研修医として入職
平成23年4月 東京女子医科大学第四内科学教室に入局
平成24年4月 東京都立駒込病院腎臓内科勤務
平成29年7月 埼玉草加病院腎臓内科勤務
平成30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
令和3年4月 医療法人社団 東京透析フロンティア 理事長
現在に至る

(学会等)

日本内科学会総合内科専門医
日本透析医学会透析専門医、指導医
日本腎臓学会腎臓専門医、指導医、評議員
日本在宅血液透析学会評議員

ファシリテーター：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

【ファシリテーター略歴】

1996年 東京都立板橋看護専門学校卒業、大田区内の総合病院に入職
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 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
日本在宅医療連合学会 腎不全WGコアメンバー
日本腹膜透析医学会プロジェクト委員会「高齢者のPD治療」メンバー
日本在宅ホスピス協会 役員
在宅腹膜透析を支える会 幹事

ファシリテーター：中釜 祥吾 ナカガマ ショウゴ

医療法人社団東京透析フロンティア

【ファシリテーター略歴】

2009年 川崎医療短期大学 臨床工学科卒業
2009年 仁真会白鷺病院 入職
2019年 医療法人社団 東京透析フロンティア 入職
2020年 東京透析フロンティア池袋駅北口クリニック 室長
2024年 医療法人社団 東京透析フロンティア 機械管理課長

ハンズオンセミナー2【企業共催セミナー】

浮腫ケアのリンパドレナージと圧迫ケア入門

HS2

【セッション概要】

在宅医療におけるリンパ浮腫を含む浮腫ケア～最新の知識と実践技術を明日から活かす～

在宅医療現場では、リンパ浮腫を含む浮腫ケアが患者ケアにおいて大きな課題となっています。本セミナーでは、在宅で多く見られる浮腫に対し、最新の知識と効果的なケア方法を学ぶ機会を提供します。特に、徒手のリンパドレナージ（MLD）と自宅での圧迫方法を中心に、明日から実践できる技術をハンズオン形式で習得します。

セミナー構成

1. 講義セッション（スクール形式）

・ 内容:

MLD（マニュアルリンパドレナージ）の基礎理論

圧迫療法の基礎理論

在宅環境における効果的なケア方法

在宅環境における圧迫材料の選択 運動性や静水圧を理解する（弾性着衣・筒状包帯・ベルクロ式等の違い）

2. ハンズオンセッション（実技講習）

・ 内容:

MLD テクニックの実践指導

圧迫療法の具体的な実施方法

実際のケア場面を想定したロールプレイ形式

個別指導と質疑応答

対象者

在宅医療従事者、看護師、リハビリテーションスタッフ、介護職員など

補足

・ 実習がございましたので、半ズボンなど動きやすい服装を推奨します

演者：大塚 俊介 オオツカ シュンスケ

一般社団法人 日本浮腫緩和療法協会

【演者略歴】

学歴・資格

2005年 Foldi College (独) および Klose Training & Consulting (米) にて Certified Lymphedema Therapist (リンパ浮腫治療専門士) 資格を取得

2018年～2019年 フランス共和国 モンペリエ大学医学部にて、リンパ学に関する Diplôme を取得

職歴・役職

2008年～2014年 一般社団法人リンパ浮腫指導技能者育成講座 副理事長

2010年～現在 久留米大学 認定看護師教育センター 非常勤講師

2014年～現在 一般社団法人 日本浮腫緩和療法協会 理事長

2016年～現在 日本リンパ浮腫治療学会 評議員 / 用語委員 (令和3年より)

2018年～2019年 沖縄県看護協会 緩和ケア認定看護師教育課程 非常勤講師

2018年～現在 医療社団法人 みつわ整形外科クリニック 顧問

2018年～現在 International Compression Club (ICC) 正会員

2024年～現在 北部九州リンパ浮腫治療研究会 世話人

著書・翻訳監修

2010年 『診断・治療と患者指導 リンパ浮腫全書』 へるす出版

2013年 『リンパ学』 Michael Földi・Ethel Földi 著、日本語監修 (キベプランニング)

活動実績・功績

平成20年より、我が国におけるリンパ浮腫治療技術者の育成を目的とした教育事業を主宰し、これまでに800名を超える修了者を輩出。加えて、アジア地域におけるリンパ浮腫治療技術の普及・発展にも尽力し、諸外国の大学機関において講演・公開治療を通じた国際的な交流・貢献を重ねてきた。

令和6年には、台湾において日本発となる「リンパ浮腫治療技術者育成講座」を定期開催するに至り、国境を越えた専門人材の育成と学術連携の礎を築いている。

実技アシスタント：徳永 陽子 トクナガ ヨウコ

独立行政法人地域医療機能推進機構諫早総合病院
日本浮腫緩和療法協会講師

実技アシスタント：花岡 ふみ ハナオカ フミ

日本赤十字社長崎原爆病院
日本浮腫緩和療法協会評議員

実技アシスタント：長谷川 美希 ハセガワ ミキ

社会福祉法人白之会地域密着型特別養護老人ホームみぎわほーむ
日本浮腫緩和療法協会評議員

実技アシスタント：本山 祥子 モトヤマ ショウコ

医療法人松籟会河畔病院
日本浮腫緩和療法協会評議員

交流集会1【在宅医療インテグレーターワーキンググループ企画】

全国に在宅医療インテグレーターの仲間を増やそう!

EM1

【セッション概要】

在宅医療インテグレーター養成講座は今年度で第9回を迎えます。コロナ禍を経てオンライン開催となり、全国各地から受講していただいております。プログラムでは講義に加え、多職種とディスカッションを重ねるグループワークを取り入れており、受講生同士のつながりも生まれますが、実際に顔を見てお話しできる貴重な機会が本交流集会です。テーマに沿って語り合い、受講されていない方にとっては、講座の目的や内容・インテグレーターの活動内容を知っていただく機会に、また、受講済みの方にとっては、仲間作りの場となれば幸いです。

今回のテーマは、“医療DXを活用した在宅医療インテグレーターの実践”です。近年、ICTやデジタル技術を活用したDX（デジタルトランスフォーメーション）が進歩し、特に在宅医療の現場では、限られた資源の中で質の高いケアを提供するために、デジタル技術の活用はますます不可欠となるでしょう。一方で、DXが推進される中でも、対面での丁寧な会話や人と人との信頼関係に基づくコミュニケーションの価値も決して忘れてはならないものです。単なる調整ではなく、人とつながり、人をつないでいくことは、インテグレーターの役割の1つであり、DXをどのように活かし実践するかは課題でもあります。様々な職種同士語り合いながら、全国の方々と日頃の実践や悩み、DXの活用方法などを共有し、明日への力につながる機会となることを願っております。皆様に直接お目にかかれることを楽しみにしております。

座長：石原 由花 イシハラ ユカ

医療法人社団ユメイン 野崎クリニック

【座長略歴】

2005年 東京医科歯科大学（現：東京科学大学）医学部保健衛生学科看護学専攻 卒業
東京大学医学部附属病院

2012年 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科在宅ケア看護学 博士前期課程修了

2017年 医療法人社団ユメイン 野崎クリニック

訪問看護ステーションや看護大学での実習指導等を経て、クリニックの外来業務、心理支援、訪問看護などを行っている

演者：齋藤 慶子 サイトウ ケイコ

医療法人社団ゆみの

【座長略歴】

2009年 立教大学コミュニティ福祉学部卒業
筑波大学附属病院

2014年 東京大学医科学研究所附属病院

2015年 医療法人社団ゆみのの入職

2017年 同法人内に在宅療養支援室を開設し室長を拝命

ソーシャルワーカーの立場から、在宅療養支援に取り組んでいる

交流集会2【一般公募企画】

診療同行看護師の集い～仲間（かぞく）になろうよ～

EM2

【セッション概要】

在宅療養支援診療所の制定より15年以上が過ぎ、近年は在宅療養支援診療所の増加に伴い、勤務する看護師（以下、診療同行看護師）の活躍の場はどんどん増えています。しかし、在宅医療の場において、診療同行だけでなく、病院や他職種とのコーディネーションや、医師と家族との橋渡し、オンコール対応など診療同行看護師の業務は様々な役割を担っています。しかし、同じ看護師の中でも業務内容についての認知度は低く、所属先の運営方針によって業務に大きな違いがあるのが現状です。我々の業務内容については、マニュアル本や指南書があるわけでも無く、現場の看護師が手探りで役割を見いだそうとがんばっています。

第6回日本在宅医療連合学会で開催された診療同行看護師交流集会では、全国各地より予想をはるかに上回る100名の仲間達が集い、熱い意見交換の場を持つことができました。事後の意見では「交流会を望んでいた」「悩みを共有できた」「もっと他施設の情報が欲しい」と、交流の継続を望む声も多くみられ、たくさんの診療同行看護師の活力へと繋がりました。

本交流集会では、診療同行看護師の役割への気づきを共有し、意見交換や交流を通して、個々のやりがいへつなげるための仲間づくりを目的としています。自施設での業務や指導育成に悩み、日々の業務に追われ疲弊していく前に、たくさんの仲間がいることを知っていただき、この会をきっかけに地域に持ち帰り、近隣の診療同行看護師との交流につなげていくことを目標としています。

今年は熱意溢れる運営メンバーが増えました。このメンバーを筆頭に今後の診療同行看護師の発展に生かせるような、熱い交流集会になるようご協力をお願いいたします。

皆様ぜひたくさんのお名前を持参してご参加ください。一緒に自由な意見交換をいたしましょう。

座長：湊 由美香 ミナト ユミカ
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】

職位

診療同行看護主任

略歴

2015年 医療法人社団まごころ 四街道まごころクリニック入職

日本在宅医療連合学会 在宅医療インテグレーター

日本看護学会 難病看護師

演者：手渡 和子 テド カズコ
国立病院機構 千葉医療センター

モデレーター：

菊池 なほみ 秦野伊勢原医師会

長田 美樹 甲州市大藤診療所

日谷 美樹 太田医院

佐藤 圭子 公益財団法人 伊豆保健医療センター

森井 麻理 無所属

森 寿江 桜新町アーバンクリニック

交流集会3【一般公募企画】

指導医大会スピンオフ企画：指導医はつらいよ

～忙しい業務の中で明日からの指導に生かせるtipsを共有しよう～

EM3

【セッション概要】

“Teaching is learning twice over.” ～教えることは2度学ぶこと～

在宅医療認定専門医の取得を支える私たち指導医は教育にかかわることで多くのことを学び、成長することができます。とはいえ、私たちは日々の臨床業務に加え、教育においてさまざまな課題に直面しているのではないのでしょうか。指導医といってもこれまでの臨床的なバックグラウンドや教育経験は様々ですし、研修者も多種多様です。本セッションは、スモールグループで指導医同士が互いの経験や悩み、指導上の工夫点、成果を共有することで、教育法や評価方法の改善、研修者への効果的なフィードバック手法、Difficult learning encounterへの対応など、明日からの指導に生かせるtipsを共有することを目的としています。各自がこれまでの指導を振り返り、共有することで、新たなアイデアや方策を得て、教育における課題を可視化し解決への糸口を探るとともに、他施設の指導医と横のつながりを作りましょう。これらの交流を通じて、在宅医療教育の質向上と指導医自身の成長を支えるための場を創出することを目指しています。指導医資格をお持ちの方はもちろん、これから指導医資格を目指す方や、医学生や多職種の教育にかかわるすべての方の参加を歓迎します。

座長：松本 真一 マツモト シンイチ

悠翔会在宅クリニック葛飾

【座長略歴】

2010年 筑波大学医学専門学群医学類卒業
2010年 東京勤労者医療会東葛病院初期研修開始
2012年 東京民医連家庭医療レジデンシー後期研修開始
2015年 地域医療機能推進機構東京城東病院総合診療科スタッフ
2019年 悠翔会在宅クリニック北千住副院長
2022年 悠翔会在宅クリニック葛飾院長

座長：竹田 亮平 タケダ リョウヘイ

東戸塚みどり在宅クリニック

【座長略歴】

2011年 島根大学医学部卒業
2013年 河北総合病院 家庭医後期研修プログラム開始
2016年 在宅医療専門クリニックを立ち上げ、地域医療に従事
2020年 東戸塚みどり在宅クリニック開設

交流集会4【一般公募企画】

在宅MSW 交流会

EM4

【セッション概要】

近年全国的に在宅療養支援診療所にMSWの配置が進んできているが、一人職場であったり、近隣に同様のMSWが不在であることにより、身近に相談できる体制や関係性が構築しにくい状況にある。

そこで、この交流会では在宅療養支援診療所に所属しているMSW同士の交流を図るため、小グループによるディスカッションや交流会を行い、ネットワーク化や人脈形成を目標とする。

座長：岡江 晃児 オカエ コウジ

在宅医療ソーシャルワーカー盛り上げ隊

【座長略歴】

平成17年 4月 国立病院機構大分医療センター

平成30年 4月 杵築市役所医療介護連携課

令和4年10月 公益財団法人がん研究会有明病院

令和6年10月 最首総合事務所グループ一般社団法人愛の会 主任ソーシャルワーカー・社会福祉士 現在至る

- ・大分大学大学院福祉社会科学研究科修士課程修了（福祉社会科学）
- ・在宅医療ソーシャルワーカー盛り上げ隊事務局
- ・日本文理大学非常勤講師
- ・全国終身サポート事業ソーシャルワーカー研究会共同代表

演者：西出 真悟 ニシデ シンゴ

株式会社メディアヴァ

【演者略歴】

社会福祉系大学を卒業後、高齢者福祉施設にて7年勤務。その後福井県の在宅療養支援診療所の立ち上げに参画し、14年間在宅医療に関わるMSWとして、ミクロレベルからメゾマクロレベルの実戦を経験。在宅MSWの勉強会やつながりを支援する活動も実践中。

2017年、2019年には厚生労働省医政局地域医療計画課に研修生として出向。

交流集会5【一般公募企画】

事務職交流会「じっくり語ろう、事務集ろう。」

EM5

【セッション概要】

在宅医療に関わる事務職は、医療現場を円滑に運営するために重要な役割を担っています。

診療報酬請求業務、各種書類作成、多職種連携のためのDX基盤構築、人事労務・経理・総務などバックオフィス業務に加え、最近では、情報通信機器を活用した多職種連携のためのネットワーク構築、DXの推進においても重要な役割を果たしています。

本交流会は、在宅医療を手がける全国の診療所や病院で医療事務や経営に携わる者が集まり、以下のテーマについて、皆で学びあえればと思います。

- ・届出・診療報酬関連（届出、個別指導、点数取り漏れ、返戻対応、改訂情報入手など）
- ・IT、DX（リテラシー向上、電子カルテ、多職種連携など）
- ・患者家族への対応（独居、クレーム、未収など）
- ・営業・集患・地域連携（病院、ケアマネ、ホームページ、勉強会など）
- ・マネジメント（採用、教育、評価、人員配置など）
- ・オペレーション（チーム医療における役割、マニュアル作成、カルテ記載ルール、物品管理など）

座長：堀部 秀夫 ホリベ ヒデオ

ゆみのハートクリニック

【座長略歴】

2002年 3月 東邦大学薬学部 卒業
2004年 3月 東邦大学薬学部修士課程
2004年 4月 日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社 入社
2012年10月 ゆみのハートクリニック 入職
2014年 5月 医療法人社団ゆみの 理事 現任
2018年12月 一般社団法人日本在宅医療事務連絡会 理事 現任

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】

2001年 琉球大学法文学部 卒業
2003年 九州大学大学院法学府 修士課程 修了
2003年 琉球大学 講師として勤務
2010年 病院にて医療ソーシャルワーカー（MSW）として従事
2013年 在宅療養支援診療所にて事務長として勤務
2018年 在宅医療の組織運営支援 MI-ZA 代表（現任）
2018年 一般社団法人日本在宅医療事務連絡会 理事（現任）
2021年 めぐみ在宅クリニック 事務長（現任）

交流集会6【一般公募企画】

全国の看多機メンバー・興味のある方、みんな集まれ！
実践を共有し看多機サービスの在り方について語り合しましょう。

EM6

【セッション概要】

企画趣旨：

中重度の地域住民を支える在宅ケアの要として看多機が制度化されてから12年が経ちました。看多機は様々な問題から運営の難しさもあり、当初の予定より増加が緩やかで、整備にばらつきがあり、未整備の自治体も多い状況です。他の介護サービスにない独自の運営方法や工夫が必要で、様々な悩みを抱えながらも、設置している自治体が不慣れなことも多く、同業者も少ないため相談先が十分でない現状があります。

千葉県看多機連絡協議会は横の繋がり強化で安心して運営できる環境の整備や、看多機の役割を考えるために2023年に設立され、県内約40か所の事業所のうち20か所が参加して様々な活動を行ってきました。2024年2月に開催した「ちば看多機研究会」では千葉県外からの参加者も含め70名以上が集まり、活発な意見交換が行われました。「いろいろな意見が聞けて勉強になった」「自施設の強みが見えた」「施設により多様性があることが分かった」等の意見が聞かれ、アンケートに答えてくれた全員の方が「参加してよかった」という満足度の高い研究会となりました。

地域性や多様性がある看多機サービスですが、その実態を把握し、在り方を考え、ゆくゆくは困りごとの解決のために意見をまとめて発信できるように千葉県看多機運営協議会は活動を全国に広げていきたいと考えています。そのためにもまずは全国の皆様とつながり、参加者の実践を共有し、在り方について共に考えていくことは有意義であると考えこの交流会を企画しました。

具体的内容：

千葉県看多機連絡協議会は昨年在宅医療連合学会でその活動についてポスター発表をしましたが、その後の活動について発表します。

発表後はグループに分かれてこの交流会に集った仲間同士で実践や悩みを語り合い、その在り方についても併せて考えていきます。

座長：山崎 佳子 ヤマザキ ヨシコ

千葉県看多機連絡協議会

【座長略歴】

在宅ケア認定看護師

千葉県看多機連絡協議会 副会長

福岡県出身。看護学校卒業後、総合病院・医療器メーカー・CRC等に従事。

2005年より訪問看護に携わる

2007年 介護支援専門員資格取得

2017年 訪問看護認定看護師教育課程修了

2018年9月 看多機の管理者となる

2020年度～2021年度 松戸市小多機看多機連絡協議会会長、松戸市介護保険運営協議会委員

2022年 特定行為研修 在宅ケアパッケージ修了

2022年～日本訪問看護認定看護師協議会 理事

2023年5月～千葉県看多機連絡協議会 副会長

演者：福田 裕子 フクダ ユウコ

株式会社まち・ナース/千葉県看多機連絡協議会

【演者略歴】

熊本県出身。

看護学校卒業後地元の病院に就職。その後オーストラリアに留学し、看護師として働く帰国後は大学教員などを経て2011年にまちのナースステーション八千代設立。

2015年に看護小規模多機能型居宅介護開設。

統括所長として現在に至る。

交流集会7【一般公募企画】

変化する地域で病院と地域の看護師のつながりを考え直す
——様々な垣根を越えて看護師が看護を熱く語ることの効果——

EM7

【セッション概要】

看護師は病院や地域（訪問看護ステーション・施設・市役所）等、活動の場は多岐に渡り、互いに情報交換・共有や、対象者における引継ぎなど連携をしている。特に療養移行の場面においては、施設を超えた看護師同士がつながることで対象者への看護がつながり、シームレスなケア提供が可能となる。つなぐ相手の顔や人となりがわかっていると、「うまく引継げた」という体験は、多くの看護師に経験があると思われ、様々な地域で看看連携の場が設けられている。

千葉県印旛・東葛南部地域では、病院に所属する退院支援看護師と訪問看護師が有志で集まり、2015年度より「看護を熱く語る会」という交流会を開始した。交流会を始めたきっかけは、「肩肘張らずに、ざっくばらんに腹を割って患者さんのためにできることを話したいね」、「まずは連携したことがある看護師が集まって語れる場所を作ろうよ」という想いからである。最初は小規模だった交流会は、その後千葉県全域の退院支援看護師・訪問看護師に拡大し、年に数回交流会を開催するまでに拡大した。

しかし2020年4月に日本で最初の新型コロナウイルス感染症が確認された以降、人との接触の機会を減らすことが推奨され、看護を熱く語る会の開催もオンラインとなった。コロナ禍の間に、異動・世代交代や新規事業所開設に伴い、看護師が入れ替わった。また、療養者の抱える課題の複雑化・多重化や、医療的ケアの対応や疾患特化型施設の開設等により療養の場が多様化した。これらの変化に対し、病院と地域の看護師の新たな関係構築や連携が求められていると考える。

「看護を熱く語る会」のはじまりと経過・波及効果を振り返りながら、人・場所・時代が変わってもつながりを持てるよう、長崎の場で「看護を熱く語る会」を開催し、未来の看護師のつながり・連携について再考していきたい。

座長：早川 未来 ハヤカワ ミキ

東邦大学医療センター佐倉病院

【座長略歴】

2006年 東邦大学医療センター佐倉病院 入職

2015年 同院 医療連携・患者支援センター 看護相談（現 入退院支援）勤務

2021年 在宅看護専門看護師資格取得

演者：佐藤 知子 サトウ トモコ

順天堂大学医学部附属浦安病院

【演者略歴】

1999年 順天堂大学医学部附属浦安病院 入職

2019年 在宅看護専門看護師資格取得

演者：佐々木 ゆかり ササキ ユカリ

船橋市在宅医療支援拠点ふなぼーと

【演者略歴】

1997年 社会医療法人 千葉県勤労者医療協会 診療所（外来・在宅医療）、訪問看護ステーション（訪問看護）、病院（地域連携センター）に従事

2012年 認定看護師資格取得（訪問看護分野）

2019年 一般社団法人船橋市医師会 船橋市在宅医療支援拠点ふなぼーと

集合集会【一般公募企画】

臨床工学技士が在宅医療のチームの一員として
どのように多職種連携を進めていくべきか

GM

【セッション概要】

近年、病院における医療機器は多岐にわたり、高度化しています。医療機器を使用した治療は、院内においても容易ではなく、トラブルや不具合発生時には臨床工学技士が迅速に対応し、医療機器の操作に関する不安に対してもサポートを提供しています。一方で、在宅医療においては、日常の管理が主にご家族によって行われるため、医療従事者が迅速に駆けつけることが困難な状況です。特に、人工呼吸療法や血液透析、補助人工心臓など、生命維持に不可欠な医療機器を使用しながら在宅で過ごされている患者さんも多く、患者さんやご家族に限らず、在宅で業務を行う他の医療従事者にとっても負担や不安を抱えていると考えられます。実際に、医療機器の存在が原因で在宅移行を断念せざるを得ないケースも経験しました。

このような状況から、院内と同様に在宅においても、臨床工学技士がチーム医療の一員として活動していく必要性を感じており、患者さんやご家族、そして他の医療従事者の在宅医療機器に対する不安を少しでも軽減し、「機械があるからお家へ帰れない」といった状況を減らすため、臨床工学技士が在宅医療にどのように関与していくべきかについて、議論を深めていきたいと考えます。

本ディスカッションを通じて、臨床工学技士が在宅医療においてどのような役割を果たせるのかを、多くの職種に知っていただく機会になれば幸いです。

ファシリテーター：平野 恵子 ヒラノ ケイコ

JA広島総合病院

【ファシリテーター略歴】

2007年 広島国際大学 臨床工学科卒業

2007年 広島県厚生農業協同組合連合会 広島総合病院入職

ランチョンセミナー 1

適切な腎代替療法選択の重要性 ～現状と今後の普及啓発を考える～

LS1

座長：西野 友哉

長崎大学病院

【座長略歴】

1997年3月 長崎大学医学部卒業
2003年5月 長崎大学大学院博士課程修了
2005年9月 ベルギー・ルーヴァン大学腎臓研究部門研究員
2008年2月 長崎大学病院 血液浄化療法部助教
2010年2月 長崎大学大学院組織細胞生物学分野助教
2011年4月 長崎大学病院第二内科（腎臓内科部門）講師
2014年8月 長崎大学病院腎臓内科教授

兼任

2017年4月～現在 長崎大学病院 副病院長
2020年4月～2023年3月 長崎大学保健センター長
2022年4月～現在 長崎大学病院血液浄化療法部部長

LS1-1

通院困難なときの腎代替療法選択

河原崎 宏雄

帝京大学医学部附属溝口病院

日本の透析人口の97%が血液透析である。血液透析は週3回の外来通院を基本としており、血液透析導入が生活に与える変化は大きい。例えば、いままでの仕事の継続が困難となる、自宅滞在時間が短くなるなどは老若男女問わず大きな負担となる。頻回の外来通院は特に加齢とともに苦労が多く、支援者・介護者にとっても課題となっている。腎不全患者は様々な理由で通院困難となりうるが、腹膜透析は頻回の通院を必要とせず、訪問診療で対応すれば通院は基本不要となる。また透析後の体調変動も少なく、緩和的な腎不全治療としても提供される。通院さえすれば透析中の対応はすべて医療者がしてくれる血液透析と、身体的/社会的状況に応じてオーダーメイドする在宅での腹膜透析では異なった支援の模索が必要である。今回は通院が困難なときの対応としての腹膜透析について例を交えて説明する。在宅透析がより身近に感じられ、腎不全患者の選択肢の一つとしてイメージいただけたら幸いです。

【演者略歴】

2000年3月 長崎大学医学部 卒業

4月 沖縄県立中部病院 研修

2003年5月 沖縄県立宮古病院 勤務

2005年4月 東京大学腎臓内分泌内科 医員/大学院

2011年8月 聖マリアンナ医科大学 腎臓高血圧内科 助教

2013年4月 稲城市立病院 腎臓内科部長

2021年4月 帝京大学医学部附属溝口病院第4内科准教授

利益相反：あり

LS1-2

治療をしたい場所から選ぶこれからのCKD治療

雁瀬 美佐

NPO法人 腎臓サポート協会

当協会は、慢性腎臓病の重症化予防やQOL（生活の質）を高めるための情報提供、適正な腎代替療法に関する支援・啓発等さまざまな活動を行っている。昨今では高齢者や終末期の緩和ケアに関する情報へのニーズも高く、幅広く取り組んでいる。当協会会員に対して実施した患者アンケート調査によると、治療選択前に医師から説明を受けた治療法は血液透析、腹膜透析、腎移植の順に少なく、偏りが見られた。また、患者にとって透析や移植が必要になった時に重要なことは、医療側が重視しがちな生存率などの治療成績よりも趣味や仕事などの今の日常生活が続けられることや自宅で治療ができることであった。

このように、患者が選択できる治療法については、保存的腎臓療法・緩和ケアを含めすべての説明が行われ、患者が希望する場所で自分に合った治療を選べるような取り組みや環境が必要である。腎不全になっても在宅透析・腹膜透析を選択し、生き生きと暮らす前向きな姿や超高齢者でも在宅透析によって家族と楽しく暮らしながら納得のいく最期を迎えられた事例と共に、当協会の取り組み、新しい啓発冊子について紹介する。

【演者略歴】

1983年 共立薬科大学（現：慶應義塾大学薬学部）卒業、薬剤師国家資格取得
1983年 第一製薬（現：第一三共）株式会社勤務
1988年 フリーのメディカルライターとして活動
1997年 社団法人日本臓器移植ネットワークにて広報担当
2007年 同、広報・啓発事業部部長、事業推進部部長等歴任
2021年 特定非営利活動法人 腎臓サポート協会 理事長就任

・第29回日本腹膜透析医学会学術集会・総会 優秀演題賞受賞
・慶應義塾大学薬学部KP会 2023年度星野尚美記念 薬学研究・活動奨励賞受賞

利益相反：なし

ランチョンセミナー 2

LS2

座長：原 正樹

東京透析フロンティア 池袋駅前クリニック

【座長略歴】

平成18年3月 獨協医科大学医学部 卒業
平成18年4月 獨協医科大学越谷病院初期研修医として入職
平成20年4月 東京都立駒込病院に後期研修医として入職
平成23年4月 東京女子医科大学第四内科学教室に入局
平成24年4月 東京都立駒込病院腎臓内科勤務
平成29年7月 埼玉草加病院腎臓内科勤務
平成30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
令和3年4月 医療法人社団 東京透析フロンティア 理事長
現在に至る

(学会等)

日本内科学会総合内科専門医
日本透析医学会透析専門医、指導医
日本腎臓学会腎臓専門医、指導医、評議員
日本在宅血液透析学会評議員

LS2-1

慢性腎臓病の在宅治療～どうやって何を選ぶの？～

政金 生人

医療法人清永会 矢吹病院

末期腎不全の治療オプションは、腎臓移植、血液透析、腹膜透析から治療法と患者の医学的特性を考慮して選択されてきた。近年世界的には、透析医療費抑制と透析治療アクセシビリティの改善のため、在宅治療である腎移植、腹膜透析、在宅血液透析が推進されている。また、高齢患者の増加、価値観の多様化を背景に、透析をしない選択（Conservative kidney management: CKM）がオプションの一つとして確立しているが、わが国ではまだ成熟していない。

末期腎不全の治療選択は、その国の医療経済、透析医療へのアクセシビリティ、移植医療の普及等により大きな影響を受ける。そのため、一概に総合評価はできないが、在宅治療の比率が高く、CKMが整備されているのが理想的と考えられる。この点、我が国の治療選択は世界的な視点で見ると非常に偏ったものと言える。認知症患者の透析への医療者の逡巡や、送迎サービス、入院透析問題など、わが国自慢のシステムも行き詰まりを迎えている。

21世紀の医療の基本コンセプトは、患者中心の医療である。これまで重要視してきた「生存・死亡や合併症」などEBMの指標だけでなく、「痛みがない、快適である」といった患者にとってメリットのある、患者が望む指標を最重要視することである。私たちは、患者が何を望んでいるのか、患者が大切にしていることは何なのかを知る必要がある。

末期腎不全の治療方法の選択において最も重要なポイントは、患者が残された人生で何を目標に、どのように生きていきたいのか、それを可能にする治療方法を選ぶということである。人生の最期の時までできるだけ自宅で過ごすことができる治療方法を選ぶことである。残念ながら現状では、末期腎不全の療法選択は施設血液透析のビジネスモデルの中にあり、患者の自身の人生のプライオリティが尊重されていないのではないかと危惧する。

【演者略歴】

1986.03 山形大学医学部卒業

1990.03 山形大学医学部大学院卒業

1990.04-2001.04 山形大学医学部第1内科、関連病院で勤務

2001.05 矢吹病院 腎透析センター

以後矢吹病院院長、法人内透析クリニック院長を歴任

2021.09 矢吹病院 院長 現在に至る。

利益相反：あり

ランチョンセミナー 3

LS3

座長：後藤 幸子

医療法人カーサミア やまおか在宅クリニック

【座長略歴】

1993年	大分大学医学部卒業
1993年-1995年	聖路加国際病院 レジデント
1995年-1998年	帝京大学医学部附属市原病院 集中治療センター
1998年-1999年	アイルランド コーク大学病院 麻酔・集中治療医学講座
1999年-2001年	帝京大学医学部附属市原病院 集中治療センター
2001年-2003年	オーストラリア Sir Charles Gairdner Hospital 集中治療部
2003年-2005年	オーストラリア Royal Perth Hospital 集中治療部
2005年-2005年	オーストラリア Sir Charles Gairdner Hospital 集中治療部
2005年-2006年	オーストラリア Sir Charles Gairdner Hospital 呼吸器内科・老年内科
2006年-2013年	大阪大学医学部附属病院 集中治療部
2013年	やまおか在宅クリニック

LS3-1

在宅人工呼吸ケアー急性呼吸管理からのパラダイムシフト! イナーシャを断つ!ー

武知 由佳子

医療法人社団愛友会いきいきクリニック

我々医療者は、病棟勤務時代に、ARDSなど急性呼吸不全で、人工呼吸ケアを学ぶ。病院で設定された在宅人工呼吸器のほとんどが、急性期の呼吸管理の概念、ARDSに準じた低一回換気量＝弱い圧である。そして、在宅では、病院至上主義でその設定はほぼ見直されことなく、患者様のほとんどが呼吸困難感に苛まれ、とても切ない転帰を辿る。近年、急性期人工呼吸ケアではいくつかの大変革が起こっている。いまだARDSの呼吸管理は、低一回換気量 (< 6ml/kg)、高PEEP、自発トリガー換気、高CO2容認が主流だが、ARDS院内死亡率は改善していない。多様なARDSの病態に対して均一な呼吸管理を行うこと自体に無理があるのではないかとされている。近年、大阪大学吉田らが、重度のARDSでは、強い自発呼吸努力がかえって肺に炎症を起こすことを報告した。そして、近年、COVID-19肺炎で、自発呼吸誘発性肺傷害 (P-SILI: Patient-Self inflicted lung injury) として報告され、今までの急性期人工呼吸ケアに大きな一石を投じた。

慢性呼吸不全に至る病い・障害は治るわけではない。ARDSへの人工呼吸ケアをupdateせず、一昔前の経験と知識で、慢性呼吸不全にARDSに準じた換気サポートを行うと、呼吸筋疲労が募り、弱った呼吸筋をさらに疲弊させ、さらなる呼吸不全を産み出す。同時に呼吸仕事量が増え、基礎代謝が亢進、エネルギーインバランスが起こる。この二つの悪循環が重なり、呼吸筋麻痺、全身の筋肉麻痺、病気の進行に拍車をかけることになる。元々慢性呼吸不全の原因である弱った呼吸筋を、十分休ませることが、在宅人工呼吸ケアの重要な目標である。実症例でわかりやすくご説明したい。

在宅チームの皆様こそ、慢性呼吸不全のイナーシャを断つことができる重要な立場にあります。どうぞよろしくお願いいたします。

【演者略歴】

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
2020年 神奈川県医学学術功労賞受賞
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

【最近の執筆】

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
今日の治療指針2024医学書院 第5 非侵襲的陽圧換気療法 278-279 などなど

利益相反：なし

ランチョンセミナー 4

在宅医療で使える！水あめの浸透圧を応用した創傷被覆材—ATKパッド— LS4

座長：木下 幹雄

TOWN訪問診療所

【座長略歴】

2001年 東京大学 医学部 卒業
2001年 東京大学 形成外科 研修医
2002年 東名厚木病院 形成外科
2003年 国保旭中央病院 形成外科
2004年 焼津市立総合病院 形成外科
2005年 東京大学形成外科 助教
2006年 静岡県立こども病院 形成外科
2007年 杏林大学形成外科 助教
2011年 東京西徳洲会病院 形成外科 部長
2014年 東京西徳洲会病院 副院長
2017年 TOWN訪問診療所 院長

LS4-1

在宅褥瘡治療、迷宮からの脱出糸口を探せ！ 多職種連携の「最強アイテム」になるかも！?

松田 友美

山形大学医学部看護学科

褥瘡治療は日本褥瘡学会をはじめとする褥瘡治療に関わる当該学会の研究や皮膚・排泄ケア認定看護師（WOCN）の普及により、2021年の褥瘡学会調査による自重関連褥瘡保有率は低下傾向にあることが報告されています。しかし、一般病院では低下しても大学病院では増加し、訪問看護ステーション（訪看）では低下しても介護老人保健施設などの有病率は高くなっているなど、在宅での褥瘡は発生報告の場所は変わるものの継続的に発生し続けているのが現状です。

介護保険を利用する在宅療養者はデイサービスやデイケアなど介護系施設サービスにおいて当該サービス事業所を複数利用しています。在宅で療養する方はご家族がその介護を担ってもおられます。そのため、例えば訪問看護ステーション（訪看）など単体の事業所だけ褥瘡対策が整っても、根本的な褥瘡発生予防や治療の促進を図ることは非常に難しいことが課題となります。褥瘡予防や治療の知識や経験不足は訪問看護師など一職種だけではなく、ケアマネジャーや訪問介護員など多職種に渡ることも多いです。加えて、在宅医は訪問診療を行っている所も限られ、褥瘡治療の経験が少ない医師も少なくありません。そのため、褥瘡治療方法の選択などにもまだまだ課題が多いことが推察されます。褥瘡予防だけではなく、褥瘡発生後の対応はさらに複雑さを極めることから、課題は山積みです。利用者の福祉系サービス利用状況を把握し、主治医の指示を受け褥瘡治療対応に活躍する訪看看護師さんに現状を聴き解決策を検討しました。今回のセミナーでは在宅における褥瘡治療に、多職種の多大な力を合わせて効果的に関わるための解決策の1案を提案したいと思います。解決の糸口を探してみましょう。

【演者略歴】

【学歴】

2004年 同大学卒業（看護学学士）

2006年 山形大学大学院医学系研究科看護学専攻修了（看護学修士）

2011年 山形大学大学院医学系研究科医学専攻修了（医学博士）

【職歴】

1992年～2002年 山形市立病院済生館看護師として10年勤務

2006年 山形県立保健医療大学保健医療学部助手

2007年 山形大学医学部看護学科助教

2014年 同大学准教授

2017年～ 現職

【資格・社会貢献】

日本褥瘡学会褥瘡認定師（看護師） 日本栄養治療学会（JSPEN）NST専門療法士

日本褥瘡学会評議員 看護理工学会理事 コ・メディカル形態機能学会役員

【研究分野】

褥瘡予防・治療促進のための基礎研究として解剖学、組織学的、分子生物学的研究

褥瘡予防のためのポジショニング支援、ノーリフティング支援、栄養支援のためのコホート研究等

利益相反：なし

LS4-2

褥瘡・創傷ケアの在宅における「創傷被覆材」のお悩み解決 ～ ATK パッドによる負担の少ないシンプルなケアの提案～

中川 明子

宮城厚生協会坂総合病院

在宅における褥瘡・創傷ケアは入院医療と異なり、限られた資源で治療効果を発揮することが求められます。住み慣れた地域・在宅での療養生活は満足感が得られる反面、マンパワー、時間、物品、経済面、情報など不足する課題も多く、特に褥瘡ケアは創傷被覆材等の物品を使用するため負担に感じる声が少なくありません。また、褥瘡やがん性創傷からの臭気も不快感・QOL低下を招く要因と考えます。

今回、ATKパッドを活用した褥瘡・創傷ケアにおいて処置の簡便化、創傷の改善、臭気の低減を経験しました。今後の在宅ケアのお悩み解決の一助となりますよう一部を紹介させていただきます。

【演者略歴】

1990年 坂総合病院 消化器科・呼吸器科・外科

2003年 外来 看護師長

2004年 集中治療室 看護師長

2009年 泉病院 外来 看護師長

2013年 皮膚・排泄ケア認定看護師取得

坂総合病院 専従褥瘡管理者 看護師長

2020年 特定行為研修修了 専従褥瘡管理者 看護師長

(ほか保有資格)

ストーマ認定士、褥瘡認定士、オムツフィッター 3級、弾性ストッキングコンダクター

利益相反：なし

ランチョンセミナー 5

在宅医療における爪白癬診療の統合的アプローチ

LS5

座長：竹中 基

長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科皮膚病態学分野

【座長略歴】

1989年 長崎大学医学部卒業
1991年 長崎大学大学院 入学
1995年 長崎大学大学院 卒業 長崎大学医学部 助手
1998年 国立嬉野病院（現：嬉野医療センター）医長
1999年 長崎大学医学部附属病院 助手
2003年 長崎大学医学部附属病院 講師
2009年 長崎大学病院（名称変更）講師
2014年 長崎大学大学院医歯薬総合研究科 准教授

LS5-1

在宅患者の全身管理を行う上での足を管理する重要性とは

高瀬 義昌

医療法人社団至高会たかせクリニック

超高齢社会に突入し在宅診療の重要性が高まってきている中で、患者の全身管理をしていく上で足病変も見過ごすことはできない。糖尿病、末梢動脈疾患などを有する患者は足病変ハイリスク群と言われているが、初期段階では自覚症状が少なく見過ごされることで、感染症の発症や潰瘍を放置すると最終的に下肢切断になるリスクを抱えている。感染症のきっかけとなる爪白癬は転倒リスクにも繋がるため、定期的に足を診て早期診断、早期対応、早期治療を行うことが重要となる。しかし、爪白癬の診断は顕微鏡による検査が一般的であるため、在宅環境下で行うことは難しく困難が伴う。またエフィナコナゾール、ルリコナゾール、ホスラブコナゾールをはじめとした爪白癬治療薬は、処方する上で確定診断が必須となっているため、適切な診断が必要となってくる。本セミナーでは在宅医療における足病変の現状とより良い爪白癬診療を行う上での問題提起をしていきたい。

【演者略歴】

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・日本風の家庭医学・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。

利益相反：あり

LS5-2

患者さんの足、見てますか？—足爪白癬を中心に—

服部 尚子

なおこ皮膚科クリニック

開業以来10年余り、皮膚科往診を行っています。皮膚科往診では、爪切り・水虫の検査依頼も多く、足爪白癬の診断・治療の機会がたびたびあります。在宅療養者の70%以上に皮膚疾患を認め、中でも皮膚真菌症が多いという調査データがあります。今回、我々は、足爪白癬に的を絞って、訪問診療を受けている患者が、足のケアを望んでいるか、足爪白癬の治療をしてもらっているか、を患者（患者家族）、ケアマネージャー、訪問看護師にアンケート調査しました。また、訪問診療している皮膚科以外の先生方に、足爪白癬についてどの程度治療を実施しているかについてもアンケート調査しました。残念ながら、足爪白癬の診断治療を望んでいる患者の多くで、その機会がないという結果が見られました。アンケート結果を供覧し、皮膚科往診が困難な方について、訪問診療で対応できる提案を症例を供覧しながらご紹介します。

【演者略歴】

1992年 3月	東京大学医学部医学科卒業
1992年 4月	東京大学医学部附属病院 皮膚科
12月	社会保険中央総合病院 皮膚科
1994年 6月	東京大学医学部附属病院 皮膚科
1996年 7月	公立学校共済組合 関東中央病院 皮膚科
1998年10月	東京大学医学部附属病院 皮膚科
2000年10月	社会福祉法人 三井記念病院 皮膚科
2002年 2月	東京大学医学部附属病院 皮膚科
2004年 7月	社会福祉法人 同愛記念病院 皮膚科
2005年 4月	東芝病院 皮膚科科長
2008年 4月	東芝病院 緩和ケア科医長 兼任
2009年 3月	なおこ皮膚科クリニック 院長（現職）

利益相反：あり

ランチョンセミナー 6

LS6

座長：石垣 泰則

医療法人社団悠輝会コーラルクリニック

【セッション概要】

ライソゾーム病は、ライソゾーム内にある酵素の欠損により起こる疾患の総称です。根本的な治療法はまだありませんが、酵素補充や、造血幹細胞移植、基質合成抑制療法といったものと対症療法を組み合わせた治療が実施されています。現在、ライソゾーム病8疾患に対して11製剤が在宅での酵素補充療法が可能であり、近年、この在宅酵素補充療法を実施する上でのマニュアル（第1版）が発表されました。本セミナーでは、実践例を踏まえた、本邦におけるライソゾーム病における在宅酵素補充療法の現状について取り上げさせていただきます。

【座長略歴】

1982年 3月 順天堂大学医学部 卒業

1982年 6月 順天堂大学医学部 脳神経内科 入局

1990年 5月 城西神経内科クリニック開業 院長

1996年 3月 「医療法人社団 泰平会」設立 理事長

2009年 5月 コーラルクリニック開院

2011年10月 コーラルクリニック院長 就任

◎順天堂大学脳神経内科 非常勤講師

LS6-1

本邦におけるライソゾーム病における在宅酵素補充療法の現状 ～実践例を踏まえ～

山川 裕之

慶應義塾大学病院 予防医療センター／循環器内科

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、ライソゾーム内に基質が蓄積し、種々な症状を呈する難病・希少疾患群である。

ライソゾーム病の治療の中で予後を改善する酵素補充療法は、ADLが極端に低下した状態でも専門病院での治療が主であり、患者や家族の負担がかかってしまう。

2021年に在宅での酵素補充療法の認可を契機に、患者団体、日本在宅医療連合学会、先天代謝異常学会、難病研究班が主体となり、本マニュアルを完成され、2024年11月よりインターネット上にて公開された。目的は、在宅医、看護師、薬剤師が、日本全国で一定のレベルで在宅酵素補充療法を行う事である。

本講演では本マニュアルの解説と実践例を紹介する。また、在宅酵素補充療法の課題も示す。

【演者略歴】

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（研修医）東京都稲城市立病院および、日本鋼管病院で内科に従事

2007年 慶應義塾大学医学部 循環器内科へ帰室

2014年 慶應義塾大学医学部 CREST 研究員

2014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 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）」の研究班員（兼任）

2021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

利益相反：あり

ランチョンセミナー 7 LS7

座長：小鳥居 望

小鳥居諫早病院

【座長略歴】

1997年 3月 久留米大学医学部 卒業

1999年 4月 久留米大学医学部神経精神医学講座 助手

2007年 8月 久留米大学医学部にて医学博士号取得

2007年12月～2010年3月 米国カリフォルニア州 スタンフォード大学睡眠研究所に国外留学

2015年 1月 久留米大学医学部神経精神医学講座 講師

2020年 4月 小鳥居諫早病院 院長

2023年10月 久留米大学医学部神経精神医学講座 客員准教授

LS7-1

高齢者の不眠症治療戦略 ―在宅における留意点も含めて―

鈴木 正泰

日本大学医学部精神医学系精神医学分野

高齢者では、加齢に伴う睡眠構造の変化に加え、睡眠に影響を及ぼす身体疾患や精神疾患の合併が増加することから、睡眠障害が高頻度に出現する。特に在宅医療を受けている高齢者では、日中の活動量や外出頻度の低下により睡眠の問題が深刻化しやすく、これは本人のQOLを低下させるだけでなく、介護を担う家族や支援者にとっても大きな負担となる。

高齢者の不眠は多因子的であり、不眠の訴えが聞かれた際には、その背景にある要因を丁寧に評価することが不可欠である。痛みや呼吸困難感、頻尿などの身体症状、あるいは抑うつや不安といった精神症状が関与している場合には、これらへの対応が求められる。薬物療法を行う際には、転倒や骨折、せん妄の誘発といったリスクを念頭に置き、それらの発現を最小限に抑えるための薬剤選択が必要となる。

在宅医療の現場では、生活リズムの整備や睡眠環境の調整など、睡眠改善に向けた日常的な支援を介護者や支援者が担っており、これらの人々との連携も重要である。本人のみならず支援者の視点や負担にも配慮し、現実的かつ継続可能な支援を提案することが望まれる。

本セミナーでは、高齢者にみられる不眠の特徴とその背景要因について概観した上で、その治療戦略について、在宅における支援を含めて述べる。

【演者略歴】

2002年 日本大学医学部卒業
2008年 日本大学大学院医学研究科博士課程修了（医学博士）
日本大学医学部精神医学系 助手
2009年 日本大学医学部精神医学系 助教
2015年 サンラファエレ大学（イタリア）臨床神経科学分野 客員研究員
2018年 日本大学医学部精神医学系 准教授
2020年 日本大学医学部精神医学系 主任教授

利益相反：なし

ランチョンセミナー 8

神経難病患者の人工呼吸器管理と排痰補助

LS8

座長：岡田 雅彦

みさかえの園あゆみの家

【座長略歴】

平成2年	長崎大学医学部医学科卒
平成2年	長崎大学医学部附属病院小児科（研修医）
平成3年	田川市立病院小児科
平成4年	高知県立西南病院小児科
平成5年	佐世保市立総合病院小児科
平成10年	長崎大学大学院卒
平成10年	長崎大学医学部附属病院小児科医員
平成12年	米国NIH/NIAID visiting fellow
平成14年	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科助手
平成21年	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科講師
平成27年	長崎大学病院小児科准教授
平成31年	みさかえの園あゆみの家 副施設長
令和4年	長崎県医療的ケア児支援センター センター長（併任）

LS8-1

神経難病患者の呼吸器使用の現状について

富永 奈保美

国際医療福祉大学市川病院

神経難病の一つである筋萎縮性側索硬化症（amyotrophic lateral sclerosis以下ALS）は、上位及び下位運動ニューロン障害をきたし、呼吸筋を含む全身の筋萎縮をきたす進行性疾患である。通常一肢から始まり、経過とともに四肢に症状が広がり、それと前後して球麻痺（構音障害、嚥下障害）、呼吸筋障害が加わり、発症から平均して3-5年で人工呼吸器が必要になってくる。現時点では完治困難な疾患の1つであり、経過により必要なケアや対処を早期から介入していくことがQOL向上、すなわち緩和ケアとして重要である。患者本人がどう生きることを望むか、何を治療として選択し、何を望まないか、患者自身の意思決定が尊重されるべきであり、そのためには正しい疾病理解が必要不可欠である。特にそのなかでも「呼吸器の装着の有無」については非常に重要な事項の一つであり、一般に気管切開・人工呼吸器装着治療を選択しなかった場合、生命予後は4年以内程度とされているが、進行速度に個人差が大きいことや後述する治療の選択によりばらつきが大きい。予後不良因子として、球麻痺発症、早期の頸部筋力低下、呼吸筋障害、低栄養、高齢発症などがあげられる。本講演会では、主に神経難病患者の呼吸器の使用状況や導入時期などについて検討し、また、当院ではALSを始めとする神経難病患者の中でも呼吸機能の低下している症例に対してNPPVを用いて経鼻内視鏡下にて胃瘻造設術を施行しており、その事例等についてもご紹介できればと考えている。

【演者略歴】

平成21年 3月 北里大学医学部卒業
 平成21年 4月 北里大学病院 初期臨床研修医
 平成23年 4月 北里大学医学部 脳神経内科学 入局
 平成27年 4月 北里大学医学部 脳神経内科学 研究員 に任用
 平成30年 7月 鳥取大学医学部附属病院 脳神経内科 医員 に任用
 平成30年 7月 米子東病院 脳神経内科 勤務
 令和元年11月 北里大学医学部総合診療医学 診療講師 に任用
 令和2年11月 国際医療福祉大学市川病院 病院講師 に任用
 令和3年 1月 国際医療福祉大学医学部 脳神経内科講師 に任用
 令和6年 4月 国際医療福祉大学市川病院 脳神経内科部長 兼用
 現在に至る

利益相反：なし

LS8-2

疑問解決！排痰補助 ～機械的排痰の温故知新～ アンケート・WEBセミナー報告

浅川 孝司

国際医療福祉大学

2010年に排痰補助装置加算（C170）が診療報酬で認められ15年が経過した。本加算は機械的に吸気と呼気を加え、人工的に咳嗽を作り出すための機械（mechanical insufflation-exsufflation: MI-E）を用い、咳介助を実施する介入である。加算の周知と機器の普及により、排痰にかかる時間とエネルギーが大幅に縮小したこと、多職種で利用できる機器であり、呼吸ケアや肺炎予防、吸引回数の減少、在院日数の減少、医療費削減など多くの効果をもたらした。これら効果や様々なエビデンスの構築により、各種ガイドラインにも記載されていることは周知の事実である。一方、多くの疑問・問題も残存していることも事実である。

2024年12月にMI-Eに関するWEBセミナーを開催した（主催：フィリップス）。開催に先駆けて、全国MI-E使用経験ある施設を中心にアンケート調査を実施。そのアンケート結果から、日頃疑問に思う事、MI-E導入時や使用時等の問題を把握し、多くの医療従事者が抱く疑問・問題のTOP10を抽出した。WEBセミナーでは病院勤務スタッフ、在宅勤務スタッフを交え10個の質問に対し答えを提示し、MI-Eについてより深い理解と普及を図った。

本学会セミナーでは、そのMI-Eに関するWEBセミナーを凝縮して提示する。

以下、10個の質問を挙げる。本学会では時間の許す限り10の質問に対する回答を説明したい。

- Q 1：MI-Eの導入時期と基準
- Q 2：設定・使用方法に関する基準、調整
- Q 3：使用頻度とその判断
- Q 4：効果判定
- Q 5：患者の特性に応じた導入
- Q 6：MI-Eの禁忌やリスク管理
- Q 7：他の排痰方法、機器との比較と併用
- Q 8：神経筋疾患以外の導入事例
- Q 9：コスト・制度面の課題
- Q 10：感染対策と衛生管理

【演者略歴】

2004年 国際医療福祉大学保健学部理学療法学科 卒業
2004年 英国留学
2006年 医療法人社団 吉野内科・神経内科医院リハビリテーション科 入職
2016年 新潟大学大学院医歯学総合研究科医科学専攻 医科学修士（MSc）
2019年 国際医療福祉大学市川病院リハビリテーション室 入職
2023年 国際医療福祉大学大学院医学研究科医学専攻リハビリテーション医学 医学博士（PhD）

利益相反：なし

ランチョンセミナー 9

LS9

座長：安中 正和

安中外科・脳神経外科医院

【座長略歴】

1995年 3月	久留米大学医学部卒業
1995年 4月	聖路加国際病院初期研修医
1997年 4月	聖路加国際病院脳神経外科医員
2003年 7月	脳神経外科専門医取得
2005年11月	安中外科・脳神経外科医院継承
2006年	長崎在宅Dr.ネット入会
2008年	長崎在宅Dr.ネット理事
2022年	長崎在宅Dr.ネット事務局長
2022年	日本在宅医療連合学会保険委員会委員長

LS9-1

生活を支える在宅漢方

山口 竜司

山口診療所

在宅患者のQOLの維持向上には漢方が役に立ちます。在宅医療では、特に「治す医療」だけでなく、「支える医療」＝普段の生活を支えることを目標とした医療が大切です。お家は生活の場です。漢方を活用して、お家で安心して家族と一緒に生活ができる、楽しく生活が出来る、そういう生活が送れるように患者家族をサポートするための漢方が、「在宅漢方」です。

漢方には、心身機能を高めるように働く「補剤」といわれる漢方があります。補剤は、わかりやすく言うと、その人の生きる力を補うように働く漢方です。具体的には、六君子湯、補中益気湯、十全大補湯、人參養栄湯、牛車腎気丸などが補剤と言われる漢方です。在宅漢方では、特にこの補剤を中心に使います。この補剤を上手く活用すると、心身の状態が安定して、生活の安定が期待できます。そうすると介護負担や費用負担が軽減する可能性も出ますし、よりよい在宅生活を続けることも出来ます。結果的には、漢方はQOLを高めるだけでなく、費用対効果の面から考えても、在宅医療の役に立つと考えます。

在宅漢方では、生活の基本を「食う・寝る・出す」と考えています。患者家族がお家での生活をする上で、困っていると相談されるのも、この「食う・寝る・出す」に関連する内容が多いようです。セミナーでは、在宅でQOLを考えるとまずここから使って欲しいという漢方、「食う・寝る・出す」に関連する漢方など、補剤を中心に明日からすぐに在宅で使える漢方の使い方をご紹介します。

2040年には、85歳以上の人口増加や、現役世代の人口減少がさらに進むと言われています。我々を取り巻く環境も、大きく変化してきています。これからの社会でよりよい在宅生活をおくっていただくためにも、そして持続可能な社会を実現するためにも、生活を支える在宅漢方を活用して欲しいと考えています。

【演者略歴】

1990年 大阪市立大学医学部卒業

1992年 大阪市立大学医学部附属病院

1993年 大阪府立羽曳野病院（現 大阪はびきの医療センター）

1999年 山口診療所（河内長野市）開業

所属学会等

日本在宅医療連合学会

日本東洋医学会

日本緩和医療学会

日本栄養治療学会

利益相反：なし

ランチョンセミナー 10 LS10

座長：下川 満美

国立病院機構 福岡病院 慢性呼吸器疾患看護認定看護師

【座長略歴】

1984年 国立肥前療養所付属看護学校卒業

翌年2月～ 国立南福岡病院に就職

2013年 日本赤十字看護大学 地域連携・フロンティアセンター

慢性呼吸器疾患看護認定看護師6か月研修終了

慢性呼吸器疾患看護認定看護師 取得

聖マリア看護大学大学院 療養支援慢性看護学研究科卒業

2019年 慢性疾患看護専門看護師 取得

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、代議員、上級呼吸ケア指導士、慢性疾患看護専門看護師

LS10-1

在宅酸素療法患者のQOL向上を目指した看護ケア —セルフマネジメント支援とACP—

竹川 幸恵

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

慢性呼吸器疾患は、増悪を繰り返しながら緩徐に進行し、やがて在宅酸素療法（home oxygen therapy:HOT）が必要となる。HOTは、患者が日常生活の中に酸素療法を取り入れることで息切れを軽減し、日常生活動作の改善や趣味・社会活動の継続を可能とし、QOL（Quality of Life）の向上を目的とする医療であり、その実践には患者のセルフマネジメント行動が不可欠である。

しかし、実際にHOTを導入した患者は、息切れの軽減と行動範囲の拡大を体験する一方で、鼻カニュラや酸素ボンベの使用による体裁の悪さや生活の煩わしさなどからアドヒアランスの低下をきたし、酸素療法を生活の中に取り入れることが困難となることがある。さらに、疾患の進行に伴い息切れが増強し、活動の制約を余儀なくされることで、趣味や役割の喪失、他者への依存などにより、自尊感情の低下や社会的孤立をきたして心理社会的問題を生じることがある。これらの問題が、セルフマネジメント行動を困難にし、QOLの低下を招く要因となる。

では、緩徐に進行する慢性呼吸器疾患を持つ患者が、HOTを生活の中に取り入れ、望む生活を実現しQOLを向上させるためには、どのようなセルフマネジメント支援が必要なのだろうか。

2022年に上梓された「呼吸器疾患患者のセルフマネジメント支援マニュアル」は、患者が、セルフマネジメント行動を継続できるようにセルフマネジメント教育をコアとした、調整、ACPを含む意思決定、システム構築、専門職育成を柱とする「統合されたセルフマネジメント支援」について解説している。

本セミナーでは、「統合されたセルフマネジメント支援」に基づき、特にセルフマネジメント教育とACPについて事例を交えながら解説する。

【演者略歴】

○略歴

- 1982年 大阪府立看護短期大学卒業
大阪府立羽曳野病院（現在の大阪はびきの医療センター）入職、現在に至る
- 1992年 近畿大学法学部卒業
- 2003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
呼吸器看護をサブスペシャリティとする第一号
- 2013年 大阪府立大学大学院看護学研究科臨床教授、現在に至る
- 2016年 呼吸ケアセンター副センター長、現在に至る

○学会活動

- 2014年 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 理事
- 2022年 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 常務理事
- その他所属学会：日本緩和医療学会、日本呼吸器学会、日本慢性看護学会、日本看護科学学会、日本在宅医療連合学会

利益相反：なし

ランチョンセミナー 11

人生の最終章における在宅での創傷治療を考える

- 一歩踏み出すためのヒント -

LS11

座長：木下 幹雄

TOWN訪問診療所 理事長

【セッション概要】

年々増加する在宅で療養する高齢者は、寝たきりや低栄養なことも多く、創傷が発生しやすいとされています。特に褥瘡は、治癒せずそのまま看取られるケースも少なくありません。高齢患者の在宅療養について、厚生労働省は人生の最終段階における医療の質向上が必要として、専門性の高い看護師による訪問看護や、褥瘡等の創傷ケアの改善を推進しています。今回のセミナーでは、在宅患者様の人生の最終章における創傷治療の質向上を一歩踏み出すために、在宅医と専門看護師の立場から多くのヒントをご紹介します。参加される方もきっと共感することが多いと思います。是非ご参加ください。

【座長略歴】

2001年 東京大学 医学部 卒業

2005年 東京大学形成外科 助教

2007年 杏林大学形成外科 助教

2011年 東京西徳洲会病院 形成外科 部長

2017年 TOWN訪問診療所 院長

LS11-1

NPWTのコツを知れば案外イケます！

- 不器用内科医の取り組んだ実際 -

坂尾 直子

さかお訪問クリニック 院長

当院では褥瘡を積極的に治療している在宅訪問診療クリニックです。

月平均7名程度の褥瘡患者がおり、2024年4月から2025年3月の1年間で8名14箇所 to 局所陰圧療法（Negative Pressure Wound Therapy :NPWT）を施行しました。当院のNPWTの実際を数例供覧いたします。

NPWTの適応、導入のタイミング、トラブル回避などを供覧によって実感していただき、今回のランチョンセミナーを契機にNPWT導入する件数が増え、患者様、ご家族、医療従事者皆様の負担軽減に寄与することを願ってやみません。

【演者略歴】

1993年 広島大学医学部 卒業

1993年 国立呉病院 内科研修

1995年 県立瀬戸田病院 内科

1996年 広島赤十字・原爆病院 呼吸器科

1998年 魚橋会魚橋病院 内科

2019年 栄徳会宝塚磯病院

2023年 EMIFULL たらうクリニック在宅診療部、EMIFULL 尼崎ホームケアクリニック

2024年 さかお訪問クリニック 院長

利益相反：なし

LS11-2

在宅療養ならではの創傷管理のポイント -終末期の創傷を含めたケア-

吉本 大樹

TOWN訪問診療所 城南院 皮膚・排泄ケア認定看護師

TOWN訪問診療所における褥瘡患者へのハイドロサイト[®]の使用症例を報告します。

在宅の褥瘡治療は、マンパワーが限られており医療と介護力のバランスが重要です。ポリウレタンフォームを適切に使用すれば、少ない交換頻度で創傷治癒の効果を得ることができます。

一方、創部を閉鎖し管理するので、感染リスクや外力をコントロールできない場合、褥瘡が悪化する可能性もあります。

毎日の創部洗浄がスタンダードになりつつある中で、ポリウレタンフォームをどのように使用していくか、考えていきたいと思います。

【演者略歴】

2003年 県立長崎シーボルト大学 看護栄養学部、看護学科 卒業

2003年 東京慈恵会医科大学附属第三病院

2009年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師 取得

2013年 横浜市立大学附属市民総合医療センター

2019年 看護師特定行為研修終了

2023年 医療法人社団心愛会 TOWN訪問診療所 城南院

利益相反：なし

ランチョンセミナー 12

医師にインタビュー！外部サービスで描く在宅医療クリニックの未来のカタチ

LS12

座長：加藤 亮一

株式会社プロアス

座長：海老江 祐二

株式会社プロアス

LS12-1

在宅療養支援診療所におけるAI活用事例 ～音声入力からカルテ自動生成まで～

渡邊 栄彦

はあと在宅クリニック

医療現場におけるAI技術の活用は、業務効率化と医療の質向上に大きな可能性を秘めている。本セミナーでは、在宅療養支援診療所におけるAI活用の実践例として、自ら設立したFutureSync株式会社が開発した「AIシュライバー」システムの導入事例を紹介する。当院ではAIシュライバーを用いて医師の音声からリアルタイムで電子カルテを生成しており、日々約60件の診療記録を効率的に作成している。従来の音声入力とは異なり、AIが文脈を理解して適切な形式と内容に整理するため、後編集の手間が大幅に削減された。また、訪問看護指示書などの書類作成においても、過去のカルテデータを基にAIが下書きを自動生成し、医師は確認と微修正のみで完成させることが可能となった。これにより書類作成時間が短縮され、患者ケアに集中できる時間が増加している。さらに、他院からの紹介状をOCR技術でテキスト化し、ChatGPTを活用して要点抽出・要約を行い、必要な情報を当院の文書フォーマットに自動変換するワークフローも構築した。これにより情報の見落としが減少し、より適切な診療計画の立案が可能となっている。AIの導入により単なる業務効率化だけでなく、スタッフの精神的負担の軽減、医療の質向上、そして何より患者との対話時間の確保というメリットが得られている。本セミナーでは、実際の運用方法や導入時の課題、費用対効果についても詳細に解説し、参加者の施設での応用可能性について議論したい。

【演者略歴】

2009年 岐阜大学医学部医学科卒業
2009年 愛知県済生会病院/国立名古屋医療センターにて臨床研修
2011年 好生館病院・千秋病院にて内科診療・精神診療を行う
2016年 はあと在宅クリニック 開業
2017年 医療法人はあと 設立
2020年 はあと在宅クリニック羽島 開院
2022年 はあと在宅クリニック弥富 開院
2024年 就労継続支援B型事業所いろは竹鼻 開業
現在 FutureSync株式会社代表取締役
精神保健指定医

【所属学会】

日本精神神経学会 日本内科学会 日本在宅医療連合学会

利益相反：なし

LS12-2

在宅医療クリニックの継続運営を支えるレセプトアウトソーシングの実際を、 医師インタビューで深掘り！

川畑 仁貴

大阪鶴見ひなた内科・在宅クリニック

近年、在宅医療の現場では、深刻な人材不足と業務過多が同時に進行し、医療の質と継続性が問われています。特に、診療報酬請求業務（レセプト業務）においては、医療事務スタッフの退職や人材確保の難しさといった課題が、クリニックの運営に深刻な影響を及ぼすリスクとなりつつあります。

本セミナーでは、全国50以上の在宅医療クリニックに対しレセプト業務のアウトソーシングサービスを提供する「ココメディカ」の仕組みと、その実際の活用事例について、ユーザーである「ひなた内科・在宅クリニック」川畑仁貴院長をお迎えし、インタビュー形式でお届けします。

「どこまで任せられるのか？」「社内スタッフとの役割分担は？」「本当に品質は担保されるのか？」といった、多くの医師がアウトソーシングに関して抱く率直な疑問に対し、川畑先生にはユーザーとしてのリアルな体験をもとにお答えいただきます。

「突然の退職でも慌てない、安心のクリニック運営とは」「限られた人員でも質の高い在宅医療をどう維持するか」——この問いに向き合うすべての在宅医療従事者に向けた、実践的かつ未来志向の時間となります。

【演者略歴】

2009年 大阪市立大学医学部卒業

2009年 国保旭中央病院 初期研修医 (<https://www.hospital.asahi.chiba.jp/>)

2011年 堺市立総合医療センター（旧市立堺病院）後期研修医 (<http://www.sakai-city-hospital.jp/>)

2015年 橋本市民病院 総合内科 副医長 (<https://www.hashimoto-hsp.jp/>)

2019年 長尾クリニック (<http://www.nagaoclinic.or.jp/>)

2020年 大阪鶴見ひなた内科・在宅クリニック開業

利益相反：なし

ランチョンセミナー 13

最新AIでここまでできる！在宅医療現場のAI活用術とリテラシー教育

LS13

座長：神山 一行

港北ニュータウン診療所

【セッション概要】

生成AIの急速な進化により、医療現場におけるAI活用は、現実的な選択肢として具体的な導入が進みつつある。特に在宅医療では、医師やスタッフの人材確保が課題とされており、限られた人員での対応が求められる中、記録業務や多職種との情報共有にかかる時間と負担が、医療の質や継続性に影響を及ぼしている。こうした状況を踏まえ、業務効率化の手段としてAIの活用が注目されている。

本セミナーでは、在宅医療に精通した2名の医師が、NTTプレジジョンメディシン株式会社の在宅医療対応電子カルテ「モバカルネット」を基盤としたAI活用の実例を紹介する。音声入力による診療記録の自動生成や要約、訪問看護報告書の自動取込、退院時サマリーの自動作成支援、さらには書類管理の自動化、動画生成を活用した採用活動やスタッフ教育など、多面的な応用が実際の医療現場で進められている。

異文化と先進技術を受け入れ、新たな時代を切り拓いてきた長崎の地において、モバカルネットを基盤としたAI活用の実践方法を知ってもらい、AI技術の活用が在宅医療にもたらす可能性と、現場で求められるリテラシーのあり方について、参加者と共に考える機会としたい。

【座長略歴】

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 昭和大学横浜市北部病院リハビリテーション科

2005年 医療法人容生会あすかクリニック

2007年 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

日本在宅医学会認定専門医・指導医

利益相反：なし

LS13-1

「最新AIでここまでできる!在宅医療現場のAI活用術とリテラシー教育」

内田 直樹

医療法人すずらん会たろうクリニック

ChatGPTの一般公開以降さまざまな分野でAI活用が進んでいるが、当院においても在宅医療領域でのAI導入を進めており、その一環として医療記録支援AIサービス「Tukusi AI（ツクシ）」を運用している。ツクシは音声認識・OCR・LLMによる要約など複数のAI技術を統合し、医療に関わる多職種の記録業務を支援・効率化することを目的とした医療記録支援サービスである。

実装例として、FAX内容の自動振り分け機能がある。もともと当院では受信FAXがPDF形式で特定フォルダに保存される仕組みを導入していたが、ツクシがこのフォルダを常時監視し、新規ファイルを内容に応じて分類し、それぞれのLINE Worksのスレッドに自動投稿する機能を構築した。これにより、たとえば採血結果の共有業務だけでも従来は毎日30分以上かかっていた作業が完全に自動化され、業務効率が大きく改善された。

次に、診療音声データをもとに診療録を生成する機能についても実装を進めている。従来、音声データのみから高品質な診療録を作成することは困難であったが、モバカルとのAPI連携によって、患者ごとのサマリー情報や過去の診療録を参照した上で音声情報を処理することが可能となり、より精度の高い診療録作成が実現されつつある。さらに、診療前に最近の患者状況を要約して提示する機能など、複数のAI支援機能を現場での実装に向けて統合している。

なお、当院では2022年10月よりモバカルを採用しているが、APIが公開されていた点が電子カルテ切り替えの決め手となった。従来使用していた電子カルテではAPIが未公開であり、たとえばCrossLogとの連携においてスケジュールの二重登録が必要になるなど運用上の課題があった。

本発表では、本抄録執筆後に実装された機能も含め、在宅医療におけるAI活用の実際とその運用過程について紹介する。

【演者略歴】

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
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
2023年10月 医療法人すずらん会たろうクリニック 理事長
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
みんなのケア情報学会 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 専門医・指導医
日本認知症学会 代議員
福岡市在宅医療医会 副会長
福岡県高齢者グループホーム協議会 理事
認知症のひ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
精神保健指定医
医学博士

利益相反：なし

LS13-2

やまと診療所のAI活用術

安井 佑
TEAM BLUE

AIの活用例としてカルテとの連携による業務の効率化はまずイメージがされやすいと考える。やまと診療所で実践している各種書類の読み込み、在宅医療情報連携加算の入力を効率化するAIの活用方法を実際のモバカルの機能を用いながら解説する。またTEAM BLUE全体として、採用や労務、内外への情報発信と幅広いバックオフィスの分野でAIサービスが使用されて大きな成果をあげている。その具体例を示すとともにAI活用に必要なスタッフのリテラシー向上のための施策も紹介したい。

【演者略歴】

2005年 東京大学医学部卒業
2005年 国保旭中央病院初期研修
2007年 NPO法人ジャパンハート所属 ミャンマーにて国際医療に従事
2009年 杏林大学形成外科
2013年 「やまと在宅診療所高島平」を開院
2015年 「医療法人社団 焰」設立に伴い「やまと診療所」に改名
2020年 「おうちでよかった。訪看」「ごはんがたべたい。歯科」開設
グループ全体を「TEAM BLUE」に改名
2021年 「おうちにかえろう。病院」開設
2024年 「やまと診療所 練馬」開設

利益相反：なし

ランチョンセミナー 14

在宅診療におけるAI・RPA等活用によるDX革命～実践事例紹介～

LS14

座長：村山 典久

一般社団法人メディカルRPA協会

【座長略歴】

1991年 アンダーセンコンサルティング（現アクセンチュア株式会社）入社
2004年 国立大学法人滋賀医科大学 経営等担当理事
2012年 国立大学法人滋賀医科大学 学長補佐
2013年 アクセンチュア株式会社 ヘルスケア事業部門 日本統括マネージングディレクター
2015年 学校法人慈恵大学 学長アドバイザー（現在）
2017年 スカイライトコンサルティング株式会社 事業開発特別顧問
2019年 RPAテクノロジーズ株式会社（現オープン株式会社）顧問

LS14-1

在宅診療におけるAI・RPA等活用によるDX革命 ～実践事例紹介～

楠本 拓生¹

河野 精一郎²

¹楠本内科医院

²浅川学園台在宅クリニック

令和2年 厚生労働省白書によると、2040年度には1,070万人の医療従事者が必要とされています。しかし、現在の見通しでは974万人しかスタッフを確保できないと想定されており、厚生労働省の政策としては、不足部分をロボット、AIおよびICTを活用した医療・福祉サービス改革による生産性向上（事務は5%、医師は7%）で対応していくことになっています。（令和2年 厚生労働白書より）

一方、クリニックでは労働力上の課題として、以下のような状況にここ数年悩まされています。

- ① 院長先生が診療以外の業務に忙殺される
- ② 人手不足で医療事務スタッフの求人を依頼しても応募がない
- ③ せっかく採用したスタッフも数か月で退職
- ④ 業務改善のために様々なツールを導入しても、職員の負担がなかなか減らない

上記の課題について、各クリニックでは様々な対策でなんとか業務を継続されていますが、昨今、AIの出現によりクリニックにおいても抜本的なDX革命が始まろうとしています。

AIが診療情報提供書や診断書等の各種サマリ文書を自動で作成したり、患者への問診の音声を自動でデジタル化し、SOAPへ振り分けていく等高度なDXが実現しています。その効果は、これまでのDX施策をはるかに凌ぐ圧倒的なものとなりつつあります。

今回、AIや様々なDXソリューションの横連携をサポートするRPAを活用し、圧倒的なDX効果を実現されている事例について、福岡県の楠本内科医院 院長の楠本拓生氏、同じく福岡県の浅川学園台クリニック院長 河野精一郎氏にご登壇いただき、クリニックにおけるDX活用の可能性についてのセミナーを実施します。ぜひ、ご期待いただければと思いますので、何卒よろしくお願いいたします。

【演者略歴】

利益相反：なし

ランチョンセミナー 15

重症筋無力症治療の最前線と訪問看護の役割

LS15

座長：櫻井 謙三

聖マリアンナ医科大学

【座長略歴】

2005年 聖マリアンナ医科大学卒

2011年 聖マリアンナ医科大学 神経内科 助教

2020年 聖マリアンナ医科大学 脳神経内科 講師

主な役職)

日本神経学会 専門医・指導医

日本神経免疫学会 神経免疫診療認定医・評議員

主な活動)

YouTube けんぞお先生の診察室

Voicy けんぞお先生の処方箋

LS15-1

在宅治療で闘う重症筋無力症 ―リスティーゴで切り開く新時代―

櫻井 謙三

聖マリアンナ医科大学

重症筋無力症は筋力低下を主症状とした神経難病の一つで、以前は生命を脅かす疾患であったが、治療の進歩もあり、現在は患者QoLの向上を求める時代となった。一方、症状も変動を特徴とする本疾患は、身体的負担のみに限らず、精神的・社会的負担も伴うことで著しく患者QoLが低下し、さらに治療薬として用いられるステロイドもその一因といわれている。

重症筋無力症は2018年に初めての分子標的薬が登場して以降、現在では6剤の分子標的薬が認可され、診療のパラダイムシフトが生じた結果、患者QoLが大幅に改善した。現状においては、難治症例を中心とした投薬が中心となっているが、積極的な投与によって更なる患者QoLの向上が期待でき、今後治療方法が目まぐるしく変化する可能性のある疾患である。

さらに、2025年現在、3剤の分子標的薬が自己注射製剤として在宅治療を可能とした。在宅治療は重症者のみに限らず、社会活動を維持するために通院頻度を減らすことでもメリットがあり、患者QoLの面からも今後さらに普及することが想定される。この在宅治療が普及するためには、医師と看護師などの職種間の連携に加え、専門医と往診医、訪問看護師などさらに大きな枠での連携が必要であり、重症筋無力症に関する知識や患者負担を共有理解することが重要となる。

本講演では、重症筋無力症とその最先端の治療に加え、在宅治療をどのように構築すべきか、さらにはオンライン診療を用いた在宅治療の実例も提示し、今後一人でも多くの重症筋無力症患者のQoLが向上するよう情報の共有をしたいと考えている。

利益相反：あり

LS15-2

重症筋無力症の在宅治療をサポートする ～訪問看護の立場から～

中島 朋子

東久留米白十字訪問看護ステーション

訪問看護制度が施行されてから30数年が経過し、全国の訪問看護ステーション数は17,329ヶ所（2024年4月1日現在）となり、量的には充足されてきている。しかしながら、地域によってはステーションの事業所数や事業所の規模等に違いがあり、地域特性に応じた持続可能な訪問看護の提供体制構築が課題となっている。

訪問看護利用者の傷病分類では、神経系疾患、循環器系疾患、精神および行動障がい等の方が多く利用されている。

神経系疾患である重症筋無力症の方に対して、在宅自己投与が可能な薬剤が処方されるようになっている。本セミナーでは、重症筋無力症の方の在宅治療を訪問看護でサポートする際の課題や、多職種連携について、参加者の皆様と共に考えていきたい。

【演者略歴】

1995年から訪問看護に従事

1995年～2007年7月 医療法人立の訪問看護ステーションで管理者等

2007年8月～ 株式会社ケアーズ 東久留米白十字訪問看護ステーション管理者

〈活動歴〉

在宅介護専門看護師

緩和ケア認定看護師

主任介護支援専門員

全国訪問看護事業協会常務理事

東京科学大学医学部臨床教授

山梨県立大学大学院看護学研究科臨床教授など、看護大学の臨床教授・非常勤講師

出版物：編集一般社団法人全国訪問看護事業協会、訪問看護が支える在宅ターミナルケア第2版、日本看護協会出版会、2024年 など

利益相反：あり

ランチョンセミナー 16

在宅ハイフローセラピーについて

LS16

座長：武知 由佳子

医療法人社団愛友会いきいきクリニック

【座長略歴】

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

2020年 神奈川県医学学術功労賞受賞

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

【最近の執筆】 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

今日の治療指針2024医学書院 第5 非侵襲的陽圧換気療法 278-279 などなど

LS16-1

在宅ハイフローセラピーの有効性と課題～保険適用となり分かってきたこと～

永田 一真

神戸市立医療センター中央市民病院呼吸器内科

慢性Ⅱ型呼吸不全を伴うCOPDに対して令和4年度の診療報酬改定により在宅ハイフローセラピーが保険適用となった。これまでNPPVもしくは気管切開下人工呼吸が行われるのが一般的であったが、PaCO₂の低下やQOLの改善、増悪の減少などの効果が臨床試験によって示され、病院内で活躍してきたハイフローセラピーが在宅でも使用できるようになった。

在宅ハイフローセラピーの保険適用により、恩恵を受けている患者や今後受けていく患者は多いと考えられるが、実際に使用するに当たっては様々な障壁がある。

ハイフローセラピー機の操作はそれほど難しくはないものの、在宅で患者が使用していくには組み立てやトラブル対応、精製水の補充などの手間が発生する。特に精製水は、ハイフローセラピーは加湿性能が特色であり多くの水を消費するため、その調達に頭を悩ませることも多い。

またハイフローセラピーの適応は慢性Ⅱ型呼吸不全を伴うCOPDであるが、NPPVも同様の患者が適応となっており、どちらを使うのかは悩ましい問題である。それぞれの特徴や弱点を知った上で使い分けをし、必要に応じて切り替えるのも重要である。

保険適用となり3年が経過したとはいえ、まだまだその認知度は低く、診療報酬点数の問題もあり、いまだ十分に広まったとは言い難い。

これまでの導入例を振り返りながら今後の課題について発表したい。”

【演者略歴】

略歴

2007年3月 京都大学医学部卒業

2007年4月 淀川キリスト教病院 初期研修医

2009年4月 神戸市立医療センター中央市民病院呼吸器内科 後期研修医

2012年4月 神戸市立医療センター中央市民病院呼吸器内科 医員

2014年4月 同 副医長

2021年4月～ 同 医長

2022年11月～ 京都大学大学院医学研究科呼吸管理睡眠制御学講座 研究生

資格

日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医

日本呼吸器学会 呼吸器専門医・指導医

日本呼吸療法医学会 呼吸療法専門医

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 上級呼吸ケア指導士

受賞歴

2016年 NPO法人西日本呼吸器内科医療推進機構 奨励賞

2017年 ERS Best Abstract of Young Investigators

利益相反：あり

LS16-2

こうすればうまくいく！高流量鼻カニューラ導入のスキル ～どのように導入し、どうフォローするか？～

鬼塚 真紀子

大阪はびきの医療センター

高流量鼻カニューラ（HFNC: high-flow nasal cannula）は、2024年の診療報酬改定で「在宅ハイフローセラピー装置加算」が増点され、利用の拡大が期待されている。しかし、「どう導入したらよいか分からない」「どうフォローしたらよいか分からない」という声を耳にすることが多い現状にあり、ケアの確立が急務と考える。

在宅HFNCは、加温加湿による排痰の促進、安定したFiO₂の供給、軽度の呼気時陽圧換気や呼吸補助による呼吸困難の改善、解剖学的死腔の洗い出しなどの効果を期待し、安定した病態にある在宅酸素療法を実施しているCOPD患者を対象に導入される。HFNCの継続により去痰困難や呼吸困難の軽減が図れ、ADLやQOLの向上、増悪による入院の減少などの効果がもたらされる。しかし、高いフロー・熱さなどによる不快や効果の実感の乏しさ、加湿水の補充・機器管理ができないなど、継続を困難とする要因は少なくない。よって、スムーズな導入と不快への対応、導入後の継続したフォローが非常に重要となる。

導入の際には、患者が納得できる丁寧な説明を行うこと、加温加湿器の持ち時間や患者の自覚症状、不快の有無などを確認しながら、至適設定をチームで決定すること、自己効力感の向上を図りながら自己管理に向けた支援を行うことが重要である。特に、効果を実感していない患者においては治療の効果を実感できるように、医療者側が読み取れる効果をフィードバックする。また、機器の管理がうまく出来ていない場合はできる体制を整える。このような、アドヒアランスの維持・向上に向けた支援が在宅HFNC継続の鍵となる。

本セミナーでは、在宅HFNC導入時のスキルについて、症例も交えながら紹介したい。

【演者略歴】

2002年 大阪はびきの医療センター 呼吸器内科 入職

入職後、呼吸器内科、IRCU、HCUでの経験を経て

2012年 慢性呼吸器疾患看護認定看護師 取得（1期生）

現在、呼吸器内科病棟で勤務

■ 院内活動

▶ 慢性呼吸器疾患看護認定看護師としての呼吸ケアの実践
（呼吸器内科、HCUなど）

▶ 呼吸器看護専門外来での患者指導・支援

（NPPV、HOT、HFNC患者を中心に）

▶ 呼吸器ケアに関する指導・研修会の実施

▶ 困難事例に対するコンサルテーション

■ 院外活動

▶ 大阪呼吸ケアリハビリテーション研究会世話人

▶ 呼吸ケアに関する研究会の講師および執筆

利益相反：あり

ランチョンセミナー 17

希少血液疾患（血友病）における在宅医療

LS17

座長：天野 景裕

東京医科大学 臨床検査医学分野

【セッション概要】

血友病は血液凝固第Ⅷ因子（FⅧ）または第Ⅸ因子（FIX）の量的、質的異常によるX連鎖潜性遺伝形式の先天性出血性疾患であり、FⅧ欠乏症が血友病A、FIX欠乏症が血友病Bである。血友病Aの発生頻度は男子出生約5,000人に1人で、血友病Bはその約5分の1である。令和6年度の血液凝固異常症全国調査では血友病Aの生存患者数は5,956名（うち女性136名）で、血友病Bは1,296名（うち女性49名）である。重症度はFⅧ（FIX）活性により、1%未満が重症型、1～5%が中等症型、5～40%が軽症型と分類される。重症～中等症型では自然出血として関節内・筋肉内出血が高頻度に生じる。肘、膝、足の関節が出血好発部位で、繰り返す出血により血友病性関節症に進展する。関節可動域の制限や痛みが患者のQOLを低下させる。治療はFⅧ（FIX）濃縮製剤の静脈内投与による因子補充で、以前は出血時に投与して止血することが目的であったが、現在は出血抑制のために定期的に製剤を補充する治療法が普及している。しかし、頻回の注射は患者やケアギバーにとって治療継続のハードルになる。技術革新により半減期を延長させた製剤や皮下注射で出血抑制が可能になる製剤が使用可能となり、頻回輸注の負担は軽減されてきた。過去の非加熱凝固因子製剤投与に起因するHIV、HCV感染は多くの血友病患者を苦しめた。現在はそれぞれ効果的な治療法が開発されウィルスコントロールは可能となっているが、その後遺症を抱えている患者も多い。現在、血友病患者の生命予後は飛躍的に向上し、非血友病患者と同様にエイジングによる問題が出現しており、今後の血友病ケアには在宅医療が必須である。本セミナーでは、現在の血友病診療状況を紹介し、ソーシャルワーカーから血友病の医療費助成制度を解説したのち、実際に血友病患者の在宅医療を実践している事例を紹介する。

【座長略歴】

1988年3月 東京医科大学 卒業
1992年3月 東京医科大学病院 臨床病理科 臨床研究医
2005年6月 同上 臨床検査医学科 講師
2009年8月 同上 臨床検査医学科 准教授
2012年6月 同上 臨床検査医学科 教授
2012年7月 同上 卒後臨床研修センター 副センター長 併任
2017年4月 同上 臨床教育医長 併任
2019年4月 同上 中央検査部長・輸血部長 併任
2020年4月 同上 生涯教育センター センター長 併任

利益相反：なし

LS17-1

血友病の医療費助成制度

大竹口 幸子

東京医科大学病院 医療福祉相談センター

【演者略歴】

2004年 大正大学 人間科学部 社会福祉学科 卒業
2004年 板橋区医師会病院 入職
2005年 東京医科大学病院 医療福祉室 入職
2011年 東京医科大学病院 総合相談・支援センター
2015年 東京医科大学病院 認知症疾患医療センター 専従相談員着任
2019年 東京医科大学病院 総合相談・支援センター 主任着任
2022年 東京医科大学病院 総合相談・支援センター 係長着任
2022年 東京医科大学病院 医療福祉相談センター組織変更

利益相反：なし

LS17-2

血友病患者の在宅医療を支える多職種連携チームの構築

辻川 昭仁

辻川ホームクリニック

【演者略歴】

1997年東京医科大学卒業
卒後は同愛記念病院にて内科研修
研修後は東京医科大学医学部大学院にて血液凝固、血友病の遺伝子関連の研究
大学病院では血液凝固疾患、HIV感染症や輸血を中心に治療を行う
2007年より齋藤記念病院にて地域医療開始
2012年より訪問診療を開始
2014年7月辻川ホームクリニックを開業し現在に至る

利益相反：なし

ランチョンセミナー 18

LS18

座長：佐々木 淳

医療法人社団悠翔会

【座長略歴】

1998年筑波大学医学専門学群卒業。

社会福祉法人三井記念病院内科/消化器内科、東京大学医学部附属病院消化器内科等を経て、2006年に最初の在宅療養支援診療所を開設。2008年 医療法人社団悠翔会に法人化、理事長就任。

2021年より 内閣府・規制改革推進会議・専門委員。現在、首都圏ならびに愛知県（知多半島）、鹿児島県（与論町）、沖縄県（南風原町・石垣島）に全24拠点を展開。約8,000名の在宅患者さんへ24時間対応の在宅総合診療を行っている。

LS18-1

在宅エコーがもたらす経済効果と今後の展望： 患者・医療者・社会への三方良しの実現

植村 和平

利尻島国保中央病院

在宅医療におけるエコー活用、在宅エコーは、漠然とした「良さそう」という印象を超え、臨床的価値はもとより、社会医療費抑制への貢献という明確な経済効果を生み出すことが明らかになりました。GEヘルスケア・ジャパンが主導した調査結果では、訪問診療でポケットエコー検査を実施することで、不必要な救急搬送を約3割削減できたということです。これは、在宅エコーが救急医療の負担軽減に大きく貢献する可能性を示す重要なデータであります。在宅エコーは患者さん、医療従事者、そして社会全体にとって有益な「三方良し」のツールとなり得る可能性を示唆しています。本セミナーでは、この調査結果を踏まえ、在宅医療の多様なシチュエーションにおけるエコーの具体的な活用法とそのコスト試算についてのインパクトについて触れます。

いうまでもなく、在宅エコーの活用範囲は多岐にわたります。例えば、腹水・胸水貯留の評価、心不全患者の体液管理、深部静脈血栓症のスクリーニング、嚥下機能の状態把握など、その場で迅速かつ確かな診断を支援いたします。これにより、状態悪化の早期発見や適切な処置が可能となり、不要な緊急搬送や入院を回避できます。患者さんの視点では、住み慣れた自宅での医療提供による安心感の向上、医療機関への移動負担の軽減に繋がります。

一方で、在宅エコー普及には課題も存在します。エコースキルの習得、人的リソースの確保、多職種連携の強化が不可欠であります。本セミナーでは、これらの課題に対する具体的な解決策を提示するとともに、テクノロジーの進化、特に小型高性能エコーの登場が在宅医療にもたらす可能性についても議論いたします。

そして本発表ではパネルディスカッションを設けさせて頂き、在宅医療の現場でエコーを活用している聴衆の皆様を交え、実際の活用事例や課題、そして今後の展望について多角的に議論いたします。

【演者略歴】

2017年、自治医科大学医学部卒業。初期研修を北海道の砂川市立病院で行い、北米型ERを学ぶ。研修医時代に自分の専門領域を探している中でエコーの将来性に気付き、生涯の専門領域にしようと考えた。北海道家庭医療学センターの総合診療専門医コース専攻医として北海道のへき地で診療に従事。若手ながら「エコー×総合診療」をテーマに執筆や講演、ハンズオンセミナー開催、企業コラボなどを精力的に行っている。現在は北海道の離島からエコーを発信している。

利益相反：なし

ランチョンセミナー 19

なぜ今おうち透析（腹膜透析）なのか？在宅医がおうち透析を診る意義

LS19

座長：西野 友哉

長崎大学病院

【座長略歴】

1997年3月 長崎大学医学部卒業

2003年5月 長崎大学大学院博士課程修了

2005年9月 ベルギー・ルーヴァン大学腎臓研究部門研究員

2008年2月 長崎大学病院 血液浄化療法部助教

2010年2月 長崎大学大学院組織細胞生物学分野助教

2011年4月 長崎大学病院第二内科（腎臓内科部門）講師

2014年8月 長崎大学病院腎臓内科教授

兼任

2017年4月～現在 長崎大学病院 副病院長

2020年4月～2023年3月 長崎大学保健センター長

2022年4月～現在 長崎大学病院血液浄化療法部部長

利益相反：なし

LS19-1

専門医と在宅医との密接な連携による高齢腹膜透析患者の管理 ～それぞれの立場から考える～

櫻田 勉

山田 将平

湯浅 千晶

柴垣 有吾

聖マリアンナ医科大学 腎臓・高血圧内科

近年の高齢化により腎臓専門医や透析専門医だけでは十分なケアが提供できない末期腎不全患者が増えている。特に通院が困難となる患者、認知症を合併している患者、老々介護、複数の併存疾患を有する患者、担癌患者については予後を見据えて治療にあたる必要がある。血液透析では通院が困難となった場合には長期療養施設への転院を余儀なくされることもある。これは住み慣れた自宅から離れなければならないことを意味する。これに対し、腹膜透析（PD）は頻回の通院を必要とせず、終末期まで治療をやめることなく自宅での看取りが可能である。当院では8年前よりかかりつけ医との連携を行い、いくつかのPD患者を二人主治医制で病診連携を行ってきた。このセミナーでは実際の症例を基に、かかりつけ医と専門医がどのように連携しているのかを紹介するとともに、現在日本腹膜透析医学会が取り組んでいる認定医・連携認定医制度について解説する。

【演者略歴】

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

利益相反：あり

LS19-2

専門医と在宅医との密接な連携による高齢腹膜透析患者の管理 ～それぞれの立場から考える～

大橋 博樹

医療法人社団家族の森 多摩ファミリークリニック

末期腎不全患者における腎代替療法には、血液透析・腹膜透析・腎移植が選択される。また、近年ではこれらのような選択をせずに、保存的・緩和的にケアを行う保存的腎臓療法（CKM）という概念も重要視されるようになった。現在は血液透析の選択が最も多いものの、認知症や他疾患の合併等により血液透析施設への通院が困難になると、療養型病院等への入院を余儀なくされる場合も少なくない。通院困難な末期腎不全患者でも安心して自宅療養を続ける方法として腹膜透析（PD）は重要な選択肢となりうるものの、日本では未だその普及率は3%に留まっている。先進国では約12%以上、香港では約70%ということを見ると、明らかに導入が遅れていると言わざるを得ない。腹膜透析導入の阻害要因として、かかりつけ医の認識不足は否めない。「できる限り自宅での生活を最期まで」という患者の希望を叶えるためにも、かかりつけ医を始めとした在宅医療スタッフの腹膜透析への理解は喫緊の課題である。日本腹膜透析医学会では、連携認定医制度を構築し、非腎臓専門医でも無理なく習得できるセミナーを開催し普及に努めている。腎臓専門医とかかりつけ医が連携してPD患者をケアすることで、自宅で療養できる末期腎不全患者が一人でも多く増えることが、まさに今地域で求められている。講演では、腎臓専門医と連携して、かかりつけ医が実際どのようにPD患者の診療を行っているか症例を基に紹介する。また、診療報酬についてもその概要について解説する。

【演者略歴】

2000年 武蔵野赤十字病院研修医

2002年 聖マリアンナ医科大学総合診療内科病院助手

2004年 筑波大学附属病院総合診療科レジデント

2004年 亀田総合病院家庭医診療科医員

2006年 川崎市立多摩病院総合診療科医長

2010年 多摩ファミリークリニック院長

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 国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会構成員

東京科学大学臨床教授

聖マリアンナ医科大学臨床教授

利益相反：なし

ランチョンセミナー 20

在宅医療とワクチンの新たな視点—経験から学び、エビデンスで考える

LS20

座長：泉川 公一

長崎大学病院 総合感染症科・感染制御教育センター

【座長略歴】

1994年、長崎大学医学部卒業。2度の米国NIH留学を含む国内外での経験を経て、感染症、呼吸器病学、真菌学、感染制御学を専門とする。感染症、呼吸器等の分野において国内外の幅広い加入学会と社会活動を務める。日本医真菌学会では理事・ガイドライン委員長を務め、日本医真菌学会学会賞ほか多数受賞。日本化学療法学会では学会誌のJournal of Infection and Chemotherapy誌の編集委員長、日本環境感染学会では災害時感染対策委員長としてDICT活動を牽引。COVID-19対策では長崎大学副学長として体制構築を主導した。2020年より現職の教授として現在に至る。本年4月から長崎大学病院総合感染症科・感染制御教育センターを新たに率いて多方面で感染症医療に取り組んでいる。

利益相反：なし

LS20-1

在宅医療現場からみた感染症の現状とワクチン接種の課題

安中 正和

安中外科・脳神経外科医院

在宅医療現場において、感染対策は重要な柱の一つであり、新型コロナウイルス感染症はいまだ懸案の課題である。パンデミック初期より、長崎市保健所、長崎大学感染制御教育センター、長崎市医師会が連携して感染対策を行ってきたことが、現在の体制につながっている。現場で直面する課題を行政サイドの保健所や大学と共有できたことは大きく、各分野の専門家の協力を得ながら対応力を高めることができた。しかし感染は発生する。感染を契機に病態が明らかに進行するケースを幾度も経験し、患者は様々な基礎疾患や合併症を持つため感染後のQOL低下や予後の悪化が著明で、感染のインパクトは小さくない。現場の肌感覚としては、感染後の薬物治療の介入よりも感染前に防ぐワクチン接種が重症化予防に効果的であるとの実感を持つ。しかし一方で、新型コロナウイルス感染症に対する社会の中の捉えられ方や取り扱い方は、ウイルスの変異株の変遷や社会状況の変化によって常に変化している。感染症法上の5類移行後ならびにワクチンの定期接種化以降、臨床現場においては感染対策の温度感や方法論は差異が生じている。とくに感染対策への取り組みに対しては、施設長やスタッフ間でも意識差が存在し、手指衛生など基本的な対策さえ徹底されていない場面も散見される。また患者側でも「すでに何回打ったからもう接種は不要」との独自判断による接種に対する関心の低下も多く対策にはなお課題が残る。加えて、SNSによるワクチン不信の影響も接種意欲の低下に拍車をかけ、現場医師は説明に苦慮するケースが少なくない。これまで保健所・大学・行政・地域等が連携して地域感染対策体制を構築してきたことは大きな前進であるが、今後も状況の変化に応じた柔軟かつ継続的な対応と、在宅医療現場への実効的な啓発が求められる。本会が現場にとって最適な感染対策を再考する機会となることを期待する。

【演者略歴】

1995年、久留米大学医学部医学科卒業

聖路加国際病院で研修医を経て1997年から同院脳神経外科医師 2001年、日本脳神経外科学会の脳神経外科専門医を取得 2005年、開業医の父の死去に伴い故郷の長崎市に帰り、安中外科・脳神経外科医院の診療所を継承し、理事長として現在に至る 長崎在宅Dr. ネット理事、日本在宅医療連合学会理事を務める。

利益相反：なし

LS20-2

日本の高齢者医療現場における感染予防管理（ワクチンを中心に）の現状と課題

田中 健之

長崎大学病院 総合感染症科・感染制御教育センター

高齢者医療では、ひとりの患者さんの中に多彩な基礎疾患・併存疾患が存在する。そのため、診療に際しては、複数の要因を管理する必要がある。感染症もその多くの併存疾患の中のひとつであるが、早期診断・早期治療を行っても治療効果が非常に乏しい場合もある。また感染症罹患を契機にADLが一気に落ちることも多々ある。そのために予防が要となる。新型コロナウイルス（COVID-19）感染症の流行を社会が経験して、ワクチンに関しての社会の関心度は非常に増した。その関心度は正の方向にも増したが、負の方向にもワクチンヘジタンス（忌避）として増した部分も否めない。世界各国の国民のワクチンに対する意識調査の研究では、日本はワクチンに対する信頼度が極端に低いことが示された。日々の診療の現場でもその感覚を肌で感じる場面は少なくはない。COVID-19の疾病負荷は高齢者では非常に高いという検証は多くの国でなされているが日本も同様である。ただし感染症法の5類への移行、COVID-19の変異株の変遷で重症化の例が減っている現状、ワクチンの効果の現場での実感が低いこと、社会のCOVID-19への意識の低下なども影響して最近のCOVID-19ワクチン接種率の低下を認めている。COVID-19ワクチン以外にも高齢者健康管理の観点で带状疱疹ワクチン、RSウイルスワクチン、インフルエンザ高用量ワクチンなどの様々なワクチンの市場への導入がここ数年で進んでいる。また、肺炎球菌ワクチンは現在3種類（PCV15、PCV20、PPSV23）のワクチンが使用可能となっている。定期接種対象外のワクチンも混在しており、自己負担の問題もあり、どのワクチンをどのように推奨し接種を実践するかは、現場での判断で迷う状況もある。この点を整理して提示し、高齢者健康管理でワクチン接種の実践を促進できるようなディスカッションの場を提供したい。

【演者略歴】

2002年熊本大学医学部卒業。長崎大学病院感染症内科（熱研内科）に入局後、感染症の臨床および研究に従事。2011年より米国コロラド大学/National Jewish Healthにて呼吸器免疫の研究に従事。2013年より長崎大学病院感染症内科、2018年より感染制御教育センターに所属し、現在に至る。臨床感染症、感染対策、免疫抑制者へのワクチンを専門とする。日本感染症学会専門医・指導医・評議員、日本環境感染症学会評議員、日本移植学会感染症対策委員会委員、長崎市感染症診査協議会委員、長崎県新型コロナウイルス感染症調整本部調整員、JICA国際緊急援助隊感染症対策JDRチーム（診療班）作業部会委員、JDRサモア麻疹対策診療チーム派遣を務め、国内外での感染症対策に従事している。2020年より現職の病院准教授として現在に至る。

利益相反：なし

一般演題(口演)1 優秀演題1

○-1-1

大規模震災に地域で備える自助・近所・共助 —地区医師会を巻き込んだ地域包括圏域の災害への取り組み—

小原 章央 ^{1,2}	オバラ アキオ
奥村 由香理 ³	オクムラ ユカリ
村上 成美 ³	ムラカミ シゲミ
小林 舞見 ⁴	コバヤシ マイミ
高橋 直子 ⁵	タカハシ ナオコ
渡辺 康介 ^{1,2}	ワタナベ コウスケ

¹医療法人 社団 都会 渡辺西賀茂診療所

²一般社団法人 京都北医師会

³医療法人 社団 都会 訪問看護ステーションにしがも

⁴京都市紫竹包括支援センター

⁵京都市柊野包括支援センター

【はじめに】

「京都は千年の都やさかい地震から守られていて安心やわー」と、とほけた事を口にする京都人は多い。しかし残念なことに、歴史を省みるに、京の都も度重なる大地震に見舞われてきた。近年南海トラフを想定した備えが叫ばれるが、京都市内では、活断層による地震による被害想定が南海トラフより上を行く。

震災では京都市消防は消火に全力を注ぐため救急車は走らない、だから最低72時間は地域で生き延びてください、これは消防署副署長の言葉である。ここから私たちの地域の取り組みが始まる。

【活動】

包括支援センターを中心に地域災害対策プロジェクトを立ち上げ、1) 備え2) 通信3) 救護の3つを柱として活動を開始した。1) 備えは備蓄品や避難時の持ち出しリストを作成し、主に医療介護を必要とする家庭に配布と準備の支援を継続中。2) 通信では、LINEやMCSでの連絡手段を整備し定期的に訓練を実施。また、通信手段が使えない時の紙媒体での情報収集と医療介護につなぐ仕組みを構築中である。3) 救護は医師会が主体となり、発災後に診療可能な医療機関が一目でわかるように掲げる共通の黄色い旗を作成（黄色いハンカチプロジェクト）した。現在は2つの包括圏域が協働し各事業所で策定したBCPが機能するよう、行政、消防、地域の自主防災会、基幹病院協力の下、災害訓練を開催し3つの柱を実際に機能する形に発展させていく段階にある。

【考察】

私たちの地域ではすでに「顔の見える関係」は構築された。顔が見えたうえで、お互い何を考え何ができどんな協力ができるか、を知る関係である。これはコロナ禍を経て築かれた地域の横の繋がりであり、今、災害に向けた取り組みを通じて、より強固な関係へと発展しつつある。平時からのこうした取り組みによる繋がりが無くして非常時の共助無し！災害のみならず、多くの地域課題に立ち向かうための地域力ボトムアップを目指していく。

利益相反：なし

一般演題(口演)1 優秀演題1

O-1-2

入院前の在宅医療有無別にみた誤嚥性肺炎の入院症例における入院状況と退院時アウトカム ～DPC全国データを用いた解析～

桜澤 邦男¹ タラサワ クニオ
藤森 研司¹ フジモリ ケンジ
伏見 清秀² フシミ キヨヒデ

¹東北大学大学院 医学系研究科 公共健康医学講座 医療管理学分野

²東京科学大学大学院 医歯学総合研究科 医療政策情報学分野

【目的】本研究は自宅から入院した誤嚥性肺炎の入院症例について、入院前の在宅医療（以下、在宅医療）の有無の違いから入院状況および退院時アウトカムの実態を明らかにする。【方法】本研究はDPC全国データを用いた。本データは厚生労働科学研究事業により収集され、年間あたり約1,100病院、700万症例を超える規模を誇る。令和2～4年度データに含まれる65歳以上の入院症例を抽出し、入院中に最も医療資源を投入した傷病名が誤嚥性肺炎であり、自宅から入院した患者を対象とした。まず性別、年代、BMI、チャールソン併存疾患指数（CCI）、要介護度、救急車搬送、低栄養、認知症、入院時の人工呼吸等について在宅医療の有無別に比較した。次に傾向スコアを用いて在宅医療の有無別に群間の交絡因子を調整し、退院時の死亡、自宅退院、転院の割合を比較した。【結果】適格症例として118,496例が抽出された。在宅医療有りは26,120例、無しは92,376例であった。マッチング前の群間比較について、女性、年代、BMI低値、CCI高値、要介護3～5、救急車搬送、低栄養、認知症の割合は在宅医療有りが有意に高かった。入院時の人工呼吸割合は在宅医療有りが有意に低かった。マッチング後、群間のバランスを確認した後にアウトカムを比較した結果、退院時の死亡、転院割合は在宅医療有りが有意に低かった（18.5% vs 19.7% : $p < 0.001$ 、21.6% vs 26.2% : $p < 0.001$ ）。退院時の自宅復帰割合は、在宅医療有りが有意に高かった（51.9% vs 44.0% : $p < 0.001$ ）。【考察】自宅から入院した誤嚥性肺炎症例について、在宅医療有りの症例は、入院時における医療介護の依存度が高いものの、呼吸状態等が重症化する前段階で入院治療を開始しており、それが奏功して退院時の死亡や転院割合が低く、自宅復帰割合が高いことが考えられた。

利益相反：なし

一般演題(口演)1 優秀演題1

O-1-3

多頭飼育問題から人と動物の共生社会について考えて行動してみた

清藤 千景¹ キヨフジ チカゲ

前田 淳子² マエダ ジュンコ

¹医療法人清藤クリニック

²医療法人社団なつみ会 まえだクリニック

【はじめに】動物の存在は、私達の生活に潤いや安らぎを与え、家族の一員と呼べるほど重要である。また、障がい者のサポートや災害救助などで活躍する動物もいる。その一方、数多くある地域課題のひとつに「多頭飼育」が挙げられる。背景には、飼い主の経済的困窮、精神障害や認知症、適切な飼育や飼養への知識不足、地域コミュニティの希薄化などが存在する。放置すれば、近隣トラブルや糞尿による環境問題へ発展する可能性があり、何より飼い主と動物のいのちが脅かされる。これから高齢化が急速に進むことで、更に大きな問題となることが予想されるため、啓発活動に取り組む必要があると考えた。

【活動】かかりつけ医として診療している患者が連日通院点滴を要する状態になり、処置ベッド周囲のダニ発生とスタッフのダニ刺症を通じて、多頭飼育問題の存在に向き合うことになった。患者本人も増えすぎた動物の対応に苦慮しており、この課題を、患者に対しては地域包括支援センター、ケアマネジャー、訪問看護師と、ペットに対しては動物病院の獣医師、動物愛護団体、地域においては民生委員、役場の環境保全課、管轄の保健所らと話し合いを重ね、多様な職種や近隣医療機関との連携をしながら何ができるか考えている。しかし、長年の孤立や認知症がベースにあるため、根気強い関わりが必要であると考えられ、解決までには時間を要すると思われる。このような事例は地域に多く潜在すると考えられ、住民ひとりひとりに自分ごととしてこの問題を知ってほしいという思いから、街中のイベントスペースにおいて一般市民へ向けて適切な飼育や飼養に関する啓発活動を行った。

【考察】

地域には、人だけではなく動物たちも生活している。地域医療を行う上で、それぞれのいのちをどうすれば守ることができるかという視点で関わるのが、人と動物双方が幸せになれる共生社会につながると考えられた。

利益相反：なし

一般演題(口演)1 優秀演題1

O-1-4

「喜入セブン」～認知症になっても安心して住み続けられる町を目指す取り組み～

一氏 慈人¹ ヒトウジ ヨシト
堀下 昂平² ホリシタ コウヘイ
須田 美子³ スダ ミコ
中村 博之³ ナカムラ ヒロユキ
濱田 努¹ ハマダ ツトム

¹医療法人浜友会 きいれ浜田クリニック

²喜入薬局

³鹿児島市長寿あんしん相談センター 喜入

【はじめに】

日本の高齢化率は29.3%と過去最高を更新し続けており、特に本地域は41.4%と高く、認知症対策が最重要課題である。2025年には団塊の世代が後期高齢者となるため、その対策は急務となる。そこで2018年より「認知症になっても安心して住み続けられる町」を目指し、行動計画「喜入セブン」を策定した。本報告では、その活動の現状と今後の課題を示す。

【活動】

「喜入セブン」は2025年までに達成を目指す7つのプロジェクトの総称で、行政と複数の医療・介護事業所による「喜入包括ケアネットワーク」が主催している。具体的には、①企業育成、②徘徊模擬訓練、③認知症カフェ、④小中学校向け講座、⑤働ける場づくり、⑥認知症ケアを学ぶ場づくり、⑦縁起でもない話をする場、の7項目を柱として年間計画に基づく継続的な取り組みを行っている。これらは認知症の正しい理解と対応のみならず、医療・介護職、行政、地域、警察など多様な関係者が結びつく機会にもなっている。

【考察】

「喜入セブン」の策定から6年が経過し、2025年に7年目を迎える。当初は地域での認知症への理解や学ぶ場が乏しかったが、小学生から地域の大人まで関心が高まり、徘徊模擬訓練も年2～3回開催されるようになった。警察や行政も参加することで地域全体の取り組みとして定着しつつある。また、小学生への講座を継続的に実施することで、若い世代からの理解が広がってきた。「喜入セブン」の名称で7つの活動目標をわかりやすく可視化し、参加しやすい環境を整えたことも大きな要因と考えられる。2025年問題を迎える今後は、この土台をさらに発展させ、次の2040年を見据えたまちづくりへと展開していきたい。

利益相反：なし

一般演題(口演)1 優秀演題1

O-1-5

在宅医療での肺炎に対するラスクフロキサシンの使用経験: Case series study

角 允博 スミ ミツヒロ

ふれあいファミリークリニック

【目的】 本研究の目的は在宅医療での肺炎に対するラスクフロキサシン（以下LSFX）内服の効果を検証することである。

【方法】

研究デザイン Case series study

予定研究対象者 2023年1月1日から2024年11月30日の間に東京ふれあい医療生活協同組合の4つの医療機関で肺炎、下気道感染に対して初期よりLSFX内服を行った患者

観察項目と収集する情報

主項目: 転帰 (改善 (内服4日目以降から内服終了までに37.6度以上の発熱がないこと、投与後に上気道症状とSpO2の悪化がないこと)、入院、抗生剤変更、その他)

副項目: 診療所名、投与日、主訴、感染症名、治療期間、年齢、性別、併存疾患 (主疾患3つ)、末期認知症の有無 (米国ホスピス基準)、体温、SpO2、脈拍、血圧、白血球数、CRP、McGeer Criteria、ADROP、耐性化リスク (過去90日以内の抗菌薬使用歴、経管栄養の有無)、副作用

【結果】 条件に合致した87例 (重複あり) を電子カルテから後ろ向きに抽出した。その内LSFX内服3日目以内に改善した例が65例 (74.7%)、内服4日目以降から内服終了までに改善した例が4例 (4.6%)、内服中に入院となった例が14例 (16.1%)、抗生剤変更となった例が6例 (6.9%) だった。ADROPは02点が81例、3点が6例だった。副作用 (下痢、痺れ) は5例 (5.7%) に認めた。

【考察】 重症例は初期に入院紹介や静脈注射治療になる例が多く、投与した患者の93.1%は軽症中等症例だった。8割近くが投与終了までに改善を認め、副作用の頻度は添付文章に近似した。入院となった例は16.1%だが再誤嚥の疑い、他の併存症の悪化、介護的問題での入院紹介もあり、抗生剤の効果判定が困難な例もあった。LSFX内服は在宅肺炎治療の有効な選択肢になる可能性がある。

利益相反: なし

一般演題(口演)1 優秀演題1

O-1-6

在宅患者の往診は予測できるか～救急受診リスクスコアの応用と検証～

大野 孝生 ^{1,2}	オオノ タカオ
森家 雄大 ^{1,2}	モリヤ ユウダイ
星長 麻理恵 ¹	ホシナガ マリエ
服部 理恵子 ¹	ハットリ リエコ
山中 菜摘 ¹	ヤマナカ ナツミ
川村 早紀 ¹	カワムラ サキ
土屋 博 ¹	ツチヤ ヒロシ
熊井 惟志 ¹	クマイ タダシ
大野木 宏洋 ¹	オオノギ ヒロミ
成瀬 佳子 ¹	ナルセ ヨシコ
平塚 真紀 ¹	ヒラツカ マキ
中島 由加 ¹	ナカシマ ユカ
姜 琪鎬 ¹	カン キホ

¹みどり訪問クリニック²藤田医科大学病院 救急医学・総合内科学講座

【目的】

海外ではEARLI (Emergency Admission Risk Likelihood Index)、DIVERT (Detection of Indicators and Vulnerabilities for Emergency Room Trips) scaleやCARS (Community Assessment Risk Screen) 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。過去の研究により日本の在宅患者においても同様に利用でき、年齢とACP実施有無を予測因子に加えることで精度が上昇する可能性が示唆された。本研究の目的はこれらリスクスコアを往診の予測に応用し、有効性を検証することである。

【方法】

当研究は単施設レトロスペクティブコホート研究で、2022年1月1日時点で当クリニックの訪問診療を受けている全患者を対象とした。観察期間中の往診有無を主要アウトカムとし、2022年7月に直接訪問し、患者への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。(承認番号: HM24356)

【結果】

本研究の対象患者は228人であり、参加拒否された患者を除く224人を解析した。往診を1回以上受けた患者は96人(42.9%)であった。往診予測のEARLIのAUC (Area Under the Curve) は0.64 (95%信頼区間:0.57-0.72)、DIVERT scaleは0.59 (95%信頼区間:0.52-0.66)、CARSは0.55 (95%信頼区間:0.47-0.62)であった。

【考察】

本研究では、海外の救急受診リスクスコアを往診予測に応用する試みを行った。これらのスコアは救急受診を前提に設計されており、往診という異なる文脈で使用する際には、往診に適した予測因子の選定やモデル再構築が必要であると考えられる。

利益相反: なし

一般演題(口演)2 優秀演題2

O-1-7

在宅医療に関わる薬剤師のコンピテンシーモデルの作成

井手口 直子¹ イデグチ ナオコ
 菊地 真実¹ キクチ マミ
 小原 道子¹ オバラ ミチコ
 小林 輝信² コバヤシ テルノブ
 坂本 岳志³ サカモト タケシ
 浅田 美子⁴ アサダ ヨシコ

¹帝京平成大学薬学部

²合同会社Sparkle Relation フォーライフ薬局

³あけぼの薬局メディカル店

⁴株)大和調剤センター

【目的】現在、多くの薬局薬剤師が在宅療養患者を訪問し、薬学的管理を実施しながら多職種との情報共有を行っている。多剤併用による副作用の軽減や適正使用の目的のみでなく、患者が安心して在宅療養できるかわりも求められる。薬剤師が質の高い仕事をする為にはどのようなコンピテンシー（能力要件）が必要なのであろうか。

本学会ではすでに在宅医療を行う医師のコンピテンシーは存在する。薬剤師についての研究では、日本ファーマシューティカルコミュニケーション学会が明らかにした、薬剤師のコミュニケーションスタンダード（PCS）のモデルがあるが、今回当学会のワーキングとして在宅医療に関わる薬剤師のコンピテンシーモデルの構築を試みたので報告する。

【方法】今回は探索的な研究であるので質的研究の手法をとり、患者からの視点で見た在宅医療における薬剤師、他職種から見た視点、そして薬剤師自身からの視点の3方向でそれぞれグループインタビューを行った。音声を文字起こしし、明示的手続きで着手しやすく小規模データに活用できる質的データ分析手法であるSCAT（Steps for Coding and Theorization）にて分析を行い、コンピテンシーと定義化、ループリックを作成した。

【結果】在宅医療に関わる薬剤師のコンピテンシーの大カテゴリーは「自信」、「コミュニケーション能力」、「家族ケアの視点」、「患者への関心」、「柔軟な思考力」、「薬物療法への積極的介入」の6つとなり、それぞれにサブコンピテンシーが置かれる形となった

【考察】薬剤師がその専門性を高めることが、患者や家族、他職種が望む責任ある迅速な行動への裏付けとなる。逆に知識があっても行動に結びつかなければ形骸化した対応となり、貢献が難しくなる。今後は薬剤師の仕事の質の評価や教育に本モデルが活用できる可能性がある。

利益相反：なし

一般演題(口演)2 優秀演題2

O-1-8

在宅療養の訪問診療患者における鉄欠乏性貧血と生命予後

平塚 真紀 ^{1,2}	ヒラツカ マキ
姜 琪鎬 ¹	カン キホ
成瀬 佳子 ¹	ナルセ ヨシコ
熊井 惟志 ¹	クマイ タダシ
川村 早紀 ¹	カワムラ サキ
大野 孝生 ¹	オオノ タカオ
土屋 博 ¹	ツチヤ ヒロシ
濱野 高行 ²	ハマノ タカユキ

¹みどり訪問クリニック²名古屋市立大学大学院 医学研究科 腎臓内科学

【目的】訪問診療患者は超高齢者が多く、低ADLや低栄養が鉄欠乏性貧血と密接に関連し、臓器機能低下や疾病進行のリスクを高める。本研究の目的は、鉄欠乏性貧血の実態を調査し、生命予後との関連を解析し、鉄剤投与の意義を検討する。

【方法】後方視的観察研究であり、本学会倫理審査委員会の承認を得て実施した (No. 202403)。2022年1月～2024年8月に当院で訪問診療を受け、採血でヘモグロビン (Hb)、血清鉄、総鉄結合能、フェリチン (FER) を同日に測定した65歳以上の患者161名を対象とした。貧血をHb<11g/dl、鉄欠乏をトランスフェリン飽和度 (TSAT) <20%またはFER<50ng/mlと定義し、6カ月間のイベント発症をカルテ調査した。アウトカムは全死亡/施設入所/入院の複合とし、統計解析にはカプランマイヤー曲線、ログランク検定、混合効果モデルを用いた。

【結果】貧血は72名 (44.7%)、鉄欠乏は93名 (57.8%) であり、鉄指標はHb11.1±1.8g/dl、TSAT 22.5 (14.032.1) %、FER 58 (25138) ng/mlだった。観察期間中央値は4.72 (1.615.98) カ月で、複合イベント発症は52名 (32.3%) だった。貧血群では非貧血群より複合イベントの発症率が高く (10.61 vs. 6.37/人年、p=0.077)、鉄欠乏群では非鉄欠乏群より高かった (10.33 vs. 5.88/人年、p=0.068)。経口鉄剤による治療群では、非治療群よりも死亡率が低かった (1.21 vs. 4.60/人年、p=0.066)。また、治療後6カ月でHb、TSAT、FERは改善した。

【考察】在宅療養患者における鉄欠乏性貧血は高頻度であり、複合イベント発症は増加していた。鉄剤による治療介入は鉄指標を改善させ、死亡リスクを低下させる可能性が示唆された。

利益相反：あり

一般演題(口演)2 優秀演題2

O-1-9

訪問看護師の「職場継続意向」「訪問看護継続意向」「看護師継続意向」の関連要因

片岡 千晶¹ カタオカ チアキ

山根 由起子² ヤマネ ユキコ

¹訪問看護ステーションぬくもりポート

²旭川医科大学医学部看護学科

【目的】本研究では、訪問看護師の「職場継続意向」「訪問看護継続意向」「看護師継続意向」に関連する要因を明らかにする。

【方法】本研究は無記名自記式質問紙調査による横断研究で、研究対象は24時間365日対応の大規模訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師である。研究説明文書を送付し質問紙の返送により研究同意とし分析対象は359名であった。調査期間は令和6年4月～7月で、主要な変数は3つの継続意向である。継続意向との関連要因を明らかにするために信頼性・妥当性を検証した質問紙の開発者に使用許可を得て、属性などと共に必要なデータを収集した。データ解析は有意水準を $p<0.05$ とし、単変量解析で有意差を認めた変数でロジスティック回帰分析を行った。本研究は旭川医科大学倫理委員会の審査承認後に実施した(承認番号:22108)。

【結果】職務満足と職業コミットメントは、3つの継続意向「前向き」群で有意に高かった($p<0.001$)。在宅看護の質自己評価は、中得点群(106138点)が職場・訪問看護継続意向「前向き」群で、高得点群(139点以上)が看護師継続意向「前向き」群で有意に高かった($p<0.001$)。職務満足の高さは3つの継続意向「前向き」群で関連し、オッズ比は職場1.095(1.063～1.128)、訪問看護1.094(1.064～1.126)、看護師1.078(1.047～1.109)であった。さらに、訪問看護・看護師継続意向「前向き」群は、職業コミットメントの高さが関連していた。

【考察】3つの継続意向「前向き」群は、訪問看護師の職務満足が高いことが示唆され、訪問看護師をサポートする肯定的な人間関係や職場環境が重要であると考えられる。また、訪問看護および看護師継続意向「前向き」群は、職業コミットメントが高く、職業に対する使命感や帰属意識が影響する可能性がある。

利益相反:なし

一般演題(口演)2 優秀演題2

O-1-10

へき地尺度と在宅医療サービス利用には負の相関がある： NDB オープンデータを用いた生態学的研究

柴田 真志¹ シバタ マサシ

金子 惇² カネコ マコト

¹ 額田病院 総合診療科

² 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

【目的】在宅医療は患家に医療従事者が直接訪問するため、外来や入院に比べて、人口密度や地理的要因がサービス利用に影響を及ぼすと考えられる。本研究では人口密度、救急病院までの距離、特別豪雪地帯、離島からなる医療への住民の地理的アクセシビリティを評価する日本版へき地尺度（Rurality Index for Japan; RIJ）と在宅医療サービス利用との関連を検証した。

【方法】2019年度の第6回NDBオープンデータを用いて、二次医療圏ごとの在宅患者訪問診療料（訪問診療）、往診料（往診）、死亡診断加算（死亡診断）、看取り加算（看取り）の標準化レセプト出現比（Standard claim ratio; SCR）を算出した。各SCRとRIJとの相関関係をSpearmanの順位相関係数で評価し、有意水準は5%とした。

【結果】訪問診療、往診、死亡診断、看取りのSCR中央値（四分位範囲）はそれぞれ62.1（36.591.1）、63.4（43.3100.1）、101.2（73.7151.3）、69.2（42.9107.5）であった。最大値/最小値比は順に82.0、210.3、33.2、29.5であった。RIJとの相関係数はそれぞれ0.62、0.52、0.22、0.54（いずれも $p<0.001$ ）であり、死亡診断を除き有意な負の相関を認めた。

【考察】在宅医療サービス利用には二次医療圏間で数十倍の地域格差が存在し、へき地尺度と有意な負の相関を示した。へき地での在宅医療提供体制の構築には、ICTを活用した遠隔医療の導入や訪問看護ステーションの設置基準の緩和など、地域特性に応じた政策的支援が必要である。

利益相反：なし

一般演題(口演)3 人材育成・教育

O-1-11

当院の在宅医育成プログラムにおけるKAIZENと実践

成瀬 佳子 ナルセ ヨシコ
大野 孝生 オオノ タカオ
川村 早紀 カワムラ サキ
熊井 惟志 クマイ タダシ
姜 琪鎬 カン キホ
みどり訪問クリニック

【はじめに】

地域で質の高い在宅医療を提供するためには在宅医の育成が重要な課題である。近年、自院では臓器別専門医から在宅医への転向を希望し入職する医師が増加している。本報告では、在宅医転向を希望する医師を対象に、リスクリングおよび「学びほぐし」の観点から構築した当院の教育実践を紹介する。

【活動】

当院は2022年にポートフォリオ(PF)作成支援から教育体制を開始し、実践から得た気づきを継続的にKAIZEN(改善)し、教育の「3本柱」を構築した。

- ①豊富な実践：在宅医育成ラダー(当院独自作成)に基づく段階的な症例割り当て
- ②知識の提供：オンラインワークスペースを活用した知識プラットフォームの構築や教材準備
- ③省察・言語化サポート：診療後のフィードバック、週2回の勉強会、ビデオフィードバック、1on1面談を通じた長短期目標の設定や個別研修計画の策定

さらに、学生実習の整備、多職種連携研修会、他施設交流型PF学習会などを導入し、多面的かつ多層的な教育体制を整備している。

【考察】

在宅医を目指す医師は背景が多様であるものの、個別性への対応、自己省察、意思決定支援などコミュニケーション能力に関する学習経験が不足しており、病院医療との違いに戸惑うことが多い。特に、在宅医療に必要な知識や経験の網羅、複雑性や不確実性への対応に困難を感じやすい。

そこで、当院では「省察」を教育の中心に据え、PF作成(学会専門医取得要件に準拠)をトレーニング手法として導入した。省察や言語化は一人では困難な場合が多く、他者との対話を通じて進行するプロセス自体が成長につながる。また、他者との関わり合いは学びの「動機づけ」となり、クリニック全体で取り組む姿勢や体制が学習および成長を促進すると考える。

利益相反：なし

一般演題(口演)3 人材育成・教育

O-1-12

「PDラスト」：緩和的腹膜透析普及に向けた実践と地域連携の構築

中村 健吾 ナカムラ ケンゴ
東 桂史 ヒガシ ケイシ
楠本 拓生 クスモト タクオ
在宅支援部

【はじめに】

在宅医療の需要が増加する中、2040年には年間死亡者数が167万人に達すると推測され、多くの高齢者が住み慣れた場所で最期を迎えたいと希望している。一方で慢性腎臓病（CKD）患者に対する終末期ケアの選択肢は限られており、特に「緩和的腹膜透析（palliative peritoneal dialysis, PPD）」は患者のQOL向上や治療選択肢の拡大に寄与するものの、普及が進んでいないのが現状である。当院では腎臓専門医が末期癌や慢性疾患を対象に在宅緩和ケアを提供しており、PPDを「PDラスト」と位置付け、その導入と普及を目指している。

【活動】

当院ではPPDを在宅医療に適用するため、専門医の指導の下、多職種と連携し患者や家族への手技指導や環境整備を行い、安心安全な治療の継続を支援している。2023年以降から、基幹病院勤務医10名、開業医10名、在宅医6名、多職種30名を対象に同行訪問研修や実践型研修を実施し、PPDの技術支援や連携について情報共有を推進した。これにより、病院と在宅医療の垣根を越えた地域ネットワークの構築が進み、基幹病院と地域医療機関の連携が強化された。その結果、CKD患者の終末期ケアに関する相談件数や紹介率が増加し、地域全体での理解が深まることに繋がった。更に患者や家族からは住み慣れた環境で安心して治療を継続できる等の評価を得た。

【考察】

PPDは患者負担の軽減とQOL向上を両立する有効な治療法であり、その普及には多職種連携や地域を巻き込んだ啓発活動が不可欠である。本取り組みは地域全体で包括的なネットワークを構築し、PPDを終末期ケアの重要な選択肢として普及させる可能性を示した。今後も「地域で共に創る未来」を掲げ、PPDケアモデルの普及と地域への定着に努め、患者が住み慣れた場所で最期まで治療を受けられる体制の確立を目指していく。

利益相反：なし

一般演題(口演)3 人材育成・教育

O-1-13

医学部の学生実習を初めて受け入れた在宅療養支援診療所の取り組み ～看護・小多機・歯科・薬局など地域の多職種と連携したプログラムづくり～

三枝 正彦 ミエダ マサヒコ

医療法人社団やまぶき訪問クリニック

【はじめに】当院は千葉市にある在宅緩和ケア充実診療所、日本緩和医療学会認定研修施設である。当院では、緩和ケアは医療者だけが提供できるものではなく、患者さんとより多くの時間を共にする家族や友人、介護職、学生、ボランティアらがその大切な担い手であるとの視点を持っている。特に学生をはじめとする若い世代に対し、緩和ケアや在宅医療の存在を知ってもらう場を提供することは、当院の大きなミッションであると認識している。今回当院で初めて受け入れを行った医学部の診療参加型学生実習について事前準備、実習方略、成果、課題など報告する。【活動】2024年9月～11月、当院所在地にある国立大学医学部5年次の地域臨床実習の受け入れを行った。実習期間は3週間が1タームで、第1～第3タームの全タームで1名ずつ学生を受け入れた。大学側から実習プログラムは受け入れ側で定めて良いとされ、当院では訪問診療にとどまらず、在宅医療・介護のフィールドを幅広く現場経験してもらうことを最大の特色とした。当院と連携実績のある地域事業所の協力を得て、訪問看護ステーション（看護・リハビリ）、訪問薬剤、訪問歯科、訪問栄養、小規模多機能型居宅介護、高齢者施設と連携型実習プログラムを組んだ。また、受け入れの事前準備として、指導医の医学教育学会への参加、学生へのニーズ調査を行った。それぞれの実習最終日には、大学での総合発表につながる内容で発表会を行い、連携事業所にも参加してもらった。【考察】指導医との振り返りや発表会の内容から、医学生にチームの一員として在宅医療・介護の仕事を現場経験してもらったことで、医学教育モデル・コア・カリキュラムの「GE.総合的に患者・生活者をみる姿勢」の学びに大きくつながったものとする。一方、看護教育と比較すると医学教育のアバウトさが露呈し、大学側へのフィードバックおよび改善に向けた議論を要すると考える。

利益相反：なし

一般演題(口演)3 人材育成・教育

O-1-14

在宅療養支援診療所医師の訪問看護における特定行為に対する認識
—認知度と依頼状況および依頼経験別にみた認識の比較—

富田 真佐子^{1,2} トミタ マサコ
 佐藤 千津代² サトウ チヅヨ
 村田 加奈子¹ ムラタ カナコ
 鈴木 浩子¹ スズキ ヒロコ
 高 紋子¹ コウ アヤコ

¹昭和大学大学院 保健医療学研究科²四国大学学際融合研究所

【目的】在宅療養支援診療所医師による訪問看護師への特定行為の依頼状況、制度の認知度、依頼経験別の認識の違いを明らかにする。【方法】地方厚生局に公開されている全国の在宅療養支援診療所の届け出名簿から、都道府県別系統抽出法により無作為抽出し、郵送による質問紙調査を行った。分析は記述統計を算出し、依頼の有無を軸に属性、認知度、認識について χ^2 検定にて比較した。【倫理的配慮】所属機関の倫理委員会で承認を得た(承認番号2023313A)。【結果】対象者594名(回収率17%)は50～60歳代が多く、在宅医療の経験10年以上の者が70%、都市部が52%を占めた。制度を知っている医師は47%、過去1年間に特定行為を依頼した医師は11%であり、「脱水症状に対する輸液補正」、「血流のない壊死組織の除去」の依頼が多かった。依頼しなかった理由は「特定行為を行う訪問看護師がいなかった」が43%、「依頼方法が分からなかった」は26%であった。依頼の有無別に比較したところ(依頼ありvsなし)、地域、年齢、経験年数や「医師の負担を軽減できる」(86% vs 88%, n.s)などに有意差はなかった。依頼経験のある医師は「早期診断・治療につながる」(76% vs 67%, $p=0.009$)、「在宅医療に看護師の特定行為は必要である」(87% vs 75% $p<0.001$)と回答する一方で、「医療の質が低下する」(20% vs 6%, $p<0.001$)と回答した割合がやや高かった。「特定行為は医師のみの仕事である」(7% vs 5%, n.s)は両者とも少数だった。【考察】訪問看護師による特定行為に対し、対象医師は概ね好意的な認識を持っていたが、制度の認知度は約5割にとどまり、依頼経験は非常に少ないことが明らかになった。依頼によってメリットをより感じる一方で、医療の質については今後さらに担保する必要性があることも示唆された。

利益相反：なし

一般演題(口演)3 人材育成・教育

O-1-15

T市における訪問看護師育成センターの活動報告 ～連携施設における実務研修について～

加納 美代子 カノウ ミヨコ

笠原 幸恵 カサハラ サチエ

豊田地域医療センター 豊田訪問看護師育成センター

【はじめに】

在宅療養を支える訪問看護師の人材育成・確保のため、T市では行政、医療機関、訪問看護ステーション、教育機関等との連携により2019年にT訪問看護師育成センター（以下、センター）を開設し6年経過した。在宅では生活に合わせた状況判断や柔軟な対応、多職種との連携を必要とすることからセンターでは実務研修（以下、実習）を位置づけている。今回は、その中でも福祉分野での実習の取り組みと課題について報告する。

【活動報告】

センターでは「新卒・新任訪問看護育成プログラム」に基づき、講義・演習・実習により訪問看護師の人材育成に取り組んでいる。地域包括ケアシステムや多職種連携などの理解を目的に、実習5日間のうち2日間を地域包括支援センターと障がい児（者）の通園・通所施設で実習する。実習目標に対する自己評価では、概ね「できた」と回答、8割以上が実習に満足していた。振り返りの記述では、「地域に目を向けた支援」「多職種への理解の深まり」「医療的ケア児（者）への支援の実際」といった内容が多い。実習施設からは、「訪問看護師と関わるよい機会になる」「医療的ケア児（者）の生活を理解してもらうよい機会になる」などであった。

【考察】

地域を担う訪問看護師は、生活の視点が重要である。在宅でのチームアプローチとして多職種連携の意義は大きく、現場経験がある受講生だからこそ地域の特性に応じた支援や連携の実際をより深く学ぶことができるのではないかと考える。実習を通して顔と顔がつながり、より関係性も強化されるため実務研修の継続と充実が求められる。今後の課題として、修了生が地域に貢献できるような環境づくりや働きかけ、修了後の実践状況や市民への貢献度などを評価測定していきたい。

利益相反：なし

一般演題(口演)4 排尿・排便ケア・呼吸ケア

O-1-16

在宅診療所における尿路カテーテルの実態調査

大川 あさ子	オオカワ アサコ
後藤 静香	ゴトウ シズカ
中摩 健二	ナカマ ケンジ
石井 一史	イシイ カズフミ
三浦 克洋	ミウラ カツヒロ
山本 直史	ヤマモト ナオフミ
宗像 亮	ムナカタ リョウ
高橋 直人	タカハシ ナオト
山本 英世	ヤマモト エイセイ

はなまるクリニック

【目的】病院では2016年から排尿自立指導、2020年から排尿自立支援加算と尿道カテーテルを中心として対処が進んでいるが、在宅医療が必要な方々についてその後のフォローについては検討がされていない。在宅診療のチームに泌尿器科医として加わり、尿路カテーテル管理に問題が多いことを感じたため実態調査を行った。【対象】尿路カテーテル管理を行っている症例に対して年齢・性別・カテーテル管理状況・合併症の有無について調査を行った。【結果】訪問診療を行っている899名のうち尿路カテーテル管理者80名（8.9%）。男性50名、女性30名。年齢は15102才、平均76.1才。尿道留置85%、自己導尿6%、膀胱瘻5%、腎瘻4%。交換頻度は4週毎77%、2週毎20%、1.5週毎が3%。合併症は男性の12%に医原性尿道下裂を認めた。症候性UTIは0.6回/年。カテーテルトラブルによる臨時往診が0.3回/年。またカテーテル留置理由は神経因性膀胱55%、BPH15%、社会的適応が15%であった。【考察】神奈川県川崎市は排尿自立支援加算を算定している施設がない地域である。東京都三鷹市で調査したのと比較して尿路カテーテル管理を行っている割合が高く、自己導尿・膀胱瘻の症例が少ない。また高齢男性患者に不適切なサイズのカテーテルが留置されて退院してくることが多い。これは在宅診療になる前の時点での尿路カテーテル管理が十分なされていない可能性を示唆していると考ええる。

利益相反：なし

一般演題(口演)4 排尿・排便ケア・呼吸ケア

O-1-17

便秘症スクリーニングにおける問診方法を問い直す： 「毎日排便はありますか?」という呪いからの解放

津田 賀 俊^{1,2} ツダカ シュン
渡辺 克哉⁴ ワタナベ カツヤ
山田 浩史³ ヤマダ ヒロシ
高井 俊輔¹ タカイ シュンスケ

¹医療法人慶春会 福永記念診療所

²医療法人慶春会 玄冬庵クリニック

³医療法人慶春会 いたみホームクリニック

⁴医療法人社団日翔会

【はじめに】

日常診療において、我々医療従事者は習慣的に「毎日排便はありますか」という問診を行ってきた。この問いかけは、食事や睡眠と同様に毎日の排便を当然視する考えに基づいている。しかし最新の診療ガイドラインによれば、必ずしも毎日の排便は必要とされていない。

【活動内容】

我々は、従来の問診方法が患者に与える影響について検討を行った。「毎日排便はありますか」という問いかけは、「毎日排便があるべき」という誤った認識を患者に無意識のうちに植え付け、不必要な心理的負担を強いていることが明らかとなった。この状況を改善するため、問診方法を「週に何回排便がありますか」という表現に変更することを提案する。この転換により、個人の自然な排便パターンを受容する姿勢を示すことができ、過度な下剤使用の予防にもつながると考えられる。

【考察】

この問診方法の変更は、単なる言葉の言い換えではない。それは、患者のQOL向上と、医療従事者の意識改革という二つの重要な意味を持つ実践的な取り組みである。従来の「毎日排便はありますか」という問診は、結果として安易な刺激性下剤の使用を誘発するという望ましくない転帰をもたらしていた。新しい問診方法への転換は、医療従事者自身の固定観念からの解放という意義も持つ。この提言が、在宅医療における便秘症ケアの質的向上の契機となることを期待する。

利益相反：なし

一般演題(口演)4 排尿・排便ケア・呼吸ケア

O-1-18

地域包括的排便ケアシステム構築に向けた実践活動の報告

山中 公介 ヤマナカ コウスケ
川崎 千夏 カワサキ チナツ
下川 より子 シモカワ ヨリコ
矢崎 貴子 ヤサキ タカコ
きいれ浜田クリニック

【はじめに】

排便ケアは、医療・介護の現場において重要な役割を担っているが、従来のケアは下剤に頼ることが多く、「気持ちよく排便する」という視点が軽視されがちである。さらに、不適切な排泄ケアは介護者への負担を増大させる一因となっている。本活動では、利用者が便を「気持ちよく出す」ことを目指すPooマスター（一般社団法人日本うんこ文化学会主催）を養成し、地域における包括的排便ケアシステム構築に向けた活動を報告する。

【活動】

法人内の医師、看護師、介護職、理学療法士などがPooマスター養成講座に参加し排便グループを結成。法人内の各部署への排泄ケアに関する勉強会を開催し、ブリストルスケール等の共通言語を使用した対話の場を提供した。また、地域の高齢者施設を訪問し、排泄に関する講座を実施。排泄の基本的な知識に加え、薬剤やマッサージ、体操に関する指導も行った。さらに、Pooマスター同士の勉強会を通じて、事例検討と知識共有を行った。

【考察】

排便の課題が解決されることで高齢者が精神的に安定することを経験することは多い。これは副交感神経が優位になることがその一因とされる。つまり、地域における排便ケアの改善は地域全体の健康にも寄与するかもしれない。我々は「うんこの悩みを気軽に相談できる地域づくり」を目指し、活動を継続中である。今後は行政や医療・介護以外の事業所と連携し、「気持ちよく排便する文化」を創造することで、排便問題解決に向けた新たなアプローチを進めていきたい。

利益相反：なし

一般演題(口演)4 排尿・排便ケア・呼吸ケア

O-1-19

在宅酸素療法患者に対する遠隔モニタリング活用と酸素流量調整の実践報告

青木 康弘¹ アオキ ヤスヒロ

原 史郎² ハラ シロウ

阿部 博樹³ アベ ヒロキ

鈴木 真知子⁴ スズキ マチコ

¹プラーナクリニック呼吸器内科

²プラーナクリニック訪問診療科

³プラーナクリニック医療技術部

⁴深谷寄居在宅医療連携室

【はじめに】安定期の慢性呼吸不全患者の多くは、自宅において在宅酸素療法や在宅人工呼吸療法を受けている。また、近年の在宅医療推進政策もあり、これらの治療を受ける患者は増加傾向にある。一方、新型コロナウイルス感染症を契機に遠隔医療が進展した。在宅酸素療法の患者における遠隔医療としては遠隔モニタリングが挙げられる。2018年の診療報酬改定で在宅酸素療法指導管理料に遠隔モニタリング加算が認められ、HOT見守り番[®]やf'rens[®]などのシステムを通じて、酸素濃縮器の動作時間や流量、患者のSpO2や脈拍数を共有可能になった。しかし、未だ広く普及しておらず、未使用時間や処方外流量の利用背景も十分に解明されていない。

【活動】当院では遠隔モニタリング加算は算定していないが、遠隔モニタリング機能を搭載した酸素濃縮器を導入している患者を対象に、遠隔モニタリングを開始した。具体的には、臨床工学技士が対象患者のデータを印刷し使用状況のポイントを抽出することで、医師の診療に役立てる取り組みを行った。この結果、実際の酸素濃縮器の使用状況やSpO2値が低値の状況があるなどの実態を把握できるようになった。また、遠隔モニタリングの結果を医師と患者と臨床工学技士で共有することで、酸素流量の適切な設定が可能であることが確認できた。例として、労作後の息苦しさを軽減するために自己流で流量を増やすケースや、日中の活動を優先し夜間に酸素療法を中断するケースがあった。また、睡眠中の低酸素血症発見のきっかけになることもあった。

【考察】当院の医師からは「処方外流量に対する指導が向上した」「酸素流量の適切な再設定に役立つ」などの意見があり、患者からは「流量の調整を医師と相談できるので安心した」との声が聴かれた。今後は、この取り組みが在宅酸素療法のアドヒアランス向上や適切で安全な使用の促進に貢献しているかを検討していきたい。

利益相反：なし

一般演題(口演)4 排尿・排便ケア・呼吸ケア

O-1-20

在宅用人工呼吸器および加温加湿器の消費電力測定

木村 政義 キムラ マサヨシ
兵庫医科大学病院

【目的】

在宅における人工呼吸器や加温加湿器の使用は、経済的負担や停電対策を考慮すると、低消費電力機器の選択が望ましい。在宅用人工呼吸器および加温加湿器の消費電力を測定し、機種間比較および使用条件による影響を検討した。

【方法】

人工呼吸器は、ACモード、PIP25cmH₂O、PEEP5cmH₂Oに設定し、稼働開始30分後から60分間の消費電力を、呼吸回数とリーク量を変化させて測定した。加温加湿器は、PIP25cmH₂O、PEEP5cmH₂O、呼吸回数20回/分に設定した人工呼吸器Vivo50に接続し、稼働開始30分後から60分間の消費電力を、各機種の設定条件を変化させて測定した。対象機器は、人工呼吸器がTrilogy100、Vivo45、Astral、Trilogy EVO、加温加湿器がMR850、PMH7000Plus、F & P820、PMH2000とし、消費電力測定器はクランプオンパワーロガー PW3365を使用した。

【結果】

人工呼吸器においては、Vivo45、Astral、Trilogy EVOの消費電力が比較的低かった。呼吸回数やリーク量の変更による消費電力の変化は小さかったものの、機種間で異なる傾向が認められた。加温加湿器では、全ての機種において出力レベルに比例して消費電力が上昇した。MR850とF & P820は、電源オフの状態でも微小な電力消費が認められた。

【考察】

在宅用人工呼吸器は低消費電力化が進んでいるが、機種によって消費電力特性に違いが見られる。加温加湿器は出力レベルを考慮すると機種間の消費電力差は小さいものの、電源オフ時にも電力消費する機種が存在するため注意が必要である。在宅人工呼吸器および加温加湿器の選定にあたっては、メーカーが提示する定格電流値のみを参考にするのではなく実測値を参考に、利用者の家庭環境に適した機種を選択することが重要である。

利益相反：あり

一般演題(口演)4 排尿・排便ケア・呼吸ケア

O-1-21

在宅医療におけるCOPD 併存悪性腫瘍終末期症例に症状緩和として 在宅ネーザルハイフローセラピーを実施した経験

福本 和彦 フクモト カズヒコ
磐田在宅医療クリニック

【はじめに】

令和4年療報酬改定で在宅ネーザルハイフローセラピー指導管理料が新設され、在宅医療でも高流量鼻カニュラ（以下、HFNC）が使用できるようになった。令和6年改定では自動給水加湿チャンバーなどの材料費も診療報酬でカバーされるようになり、HFNCが在宅医療においてより身近な治療法になっていく可能性がある。

今回、当院で訪問診療を受けたCOPD 併存悪性疾患終末期症例のうち6症例にHFNCを使用した。加湿効果やCO₂貯留への予防効果等によって療養生活の質向上に寄与する可能性が示唆されたので報告する。

【活動】症例は年齢6781（平均73）歳の男性5例女性1例。原疾患：全例COPD、うち5例にIP併存。悪性疾患（肺癌5、急性骨髄性白血病1）。

全例が在宅酸素療法が導入済。入院中よりHFNCが計画されていた2例を除くと介入からHFNC導入までは12日～1年3か月と幅があった。導入に至る経緯はCO₂貯留を疑う頭痛や低酸素血症の改善困難等があった。導入後は症状改善し訪問入浴などの介護サービスを受けることが可能となり、HFNC導入後258（平均16）日間の自宅療養の後に在宅看取りとなっている。

【考察】

導入した機器システムは自動給水加湿チャンバーなし。悪性腫瘍終末期では低酸素症状や高炭酸ガス血症による興奮や意識障害を緩和することが難しく従来、持続鎮静療法を導入する場面が多かったがCOPD 併存症例であれば保険適応となったことを踏まえ、HFNCが「検討すべき症状緩和療法」にあたるのかは議論の分かれるところである。本症例では本人・家族の要望を受けた上で複数医師による治療の妥当性を検討した上で導入にあたっている。CO₂ナルコーシスのような急激な状態悪化の経過となる症例群と比較すると緩やかな進行になる印象があり、今後も症例集積しながら症状緩和効果の高い症例を選別していく必要がある。

利益相反：なし

一般演題(口演)5 ACP・意思決定・医療・ケアの質

O-1-22

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)のきっかけづくりとなる「元気なうちから手帳」を介して、本人の意思表出と多職種連携を支援したケアマネジャーによる一事例

平畑 隆寛¹ ヒラハタ タカヒロ木口 綾子² キグチ アヤコ¹ケアプランセンター結糸²訪問看護ステーション結糸

【はじめに】A市では令和2年3月より、ACPについて話し合うきっかけづくりとして「元気なうちから手帳」を発行している。終末期の医療や介護に加え、自身の想いを伝えるツールとしても活用されている。しかし在宅支援の場面では、元気なうちから手帳を提示するタイミングや継続して記載する習慣が持てないといった課題が散見される。今回、訪問看護と連携し元気なうちから手帳を活用することで、本人の想いを継続して聴き取り、家族支援につながった事例を経験した。【事例】70歳代男性。要介護3。呼吸不全・糖尿病性腎症・不整脈などあり、在宅酸素療法導入しているが酸素化は不安定で急変の可能性があるため、訪問看護を利用開始。開始当初は主にリハビリスタッフが訪問していたが、リハビリ後の疲労や呼吸苦の訴えにより3ヶ月で中止。その後、看護師による呼吸リハビリ、フットケア、家族相談等に変更した。半年後、呼吸苦に加え食欲及び活動性の低下が目立つようになる。また易怒性が高くなり、家族との関係性に不穏感が漂い始めた。同時期に訪問看護師と情報交換を行い、元気なうちから手帳を紹介。本人や家族で記入することは恥ずかしさなどから消極的であったものの、訪問時に聴き取った本人の意思や想いをケアマネジャーが代筆することで、家族との関係性の修復に一定の効果を与え、訪問看護との情報共有にもつながった。【考察】元気なうちから手帳を配布した当初、記載することが習慣化されていなかったが、ケアマネジャーと訪問看護師が聴き取った内容を代筆することで継続性が担保されるようになった。また、元気なうちから手帳の性質上、終末期医療の希望を聞くことに着目されがちだが、家族に対して普段言えないことを伝えられる、橋渡し機能も存在することがわかった。訪問看護と共に聴き取りを行うことでニーズの重層化が図れ、本人の意思をより反映させたACPへつながると推察する。

利益相反：なし

一般演題(口演)5 ACP・意思決定・医療・ケアの質

O-1-23

間質性肺炎と肺高血圧症を抱える終末期患者へのリハビリテーションアプローチ～小さな成功体験の積み重ねを通じて～

青木 千茄 アオキ チカ

神田 由佳 カンダ ユカ

LiC訪問看護ステーション

【はじめに】

間質性肺炎は進行性疾患であり、肺高血圧症を合併する症例では予後が不良とされる。呼吸リハビリテーションは運動耐容能やQOLの改善を目指す重要な介入手段である。本症例では6分間歩行試験(6MWT)と酸素飽和度(SpO_2)を指標にアプローチをし、患者の変化を観察した経過を報告する。

【症例】

80代男性。妻と二人暮らしで、日常生活は自立している。間質性肺炎および肺高血圧症の診断後、活動が制限され意欲が低下。在宅酸素療法(HOT)を導入(安静時酸素流量2.0L/分、労作時4.0L/分)。初回6MWTでは総歩行距離10m、最低 SpO_2 65%、呼吸困難感 Borg スケール17点であった。経過として、退院直後より訪問看護師が介入し、3か月後から理学療法士の介入が開始となった。歩行訓練や呼吸筋トレーニングを段階的に実施し、 SpO_2 をモニタリングしながら負荷量を調整した。また、リザーバー式カニューレを導入し、労作時の酸素流量の評価を行いながらHOTの使用法や効果の説明を繰り返し行い、患者および妻への心理的支援を図った。

介入6週間後、6MWTの総歩行距離30m(+20m)、最低 SpO_2 80%(+15%)に改善。呼吸困難感も Borg スケール16点に軽減した。以前までは「外になんていかないよ。」との発言が聞かれていたが「外に行く?」と積極的な発言が聞かれるようになった。

【考察】

本症例では、6MWTおよび SpO_2 の改善が確認され、呼吸リハビリテーションが患者の運動耐容能と心理的安定に寄与したことが示唆された。特に、酸素療法による低酸素血症の軽減と呼吸筋トレーニングが患者の意欲向上に寄与した。また、患者がリハビリの効果を体感することで障害受容が促進された。一方で、長期的な維持やさらなるQOL向上への支援が課題として残る。

利益相反：なし

一般演題(口演)5 ACP・意思決定・医療・ケアの質

O-1-24

新たなボードゲームを活用し、行政と協働しながらACP普及・啓発活動を行った事例

横田 達之 ¹	ヨコタ タツユキ
熊谷 稔 ²	クマガイ ミノル
石井 洋介 ^{1,2}	イシイ ヨウスケ
甲 浩子 ^{1,2}	カブト ヒロコ
伴 正海 ¹	バン マサウミ
伴 大輔 ³	バン ダイスケ

¹医療法人社団おうちの診療所

²株式会社omniheal

³さくらニューロ訪問看護ステーション

【はじめに】

厚生労働省の調査結果からも明らかなように、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の社会的認知度は依然として低く、また家族や医療・介護従事者との「話し合いをしたことがない」理由として「話し合うきっかけがなかったから」が最も多く挙げられていた。これらの課題に対応する取り組みが求められている一方で、従来の普及・啓発活動の多くは堅苦しい内容に偏り、柔軟で親しみやすいアプローチが不足している現状がある。こうした課題を解決する一環として、私たちはボードゲームを活用した新たな普及・啓発手法を提案し、行政と連携して実践を行った。

【活動】

ACPの普及・啓発を目的に、おうちの診療所とomniheal社、大阪府豊中市が協働開発で制作したすごろく型ボードゲーム「エンディングゲーム」を活用し、中野区役所および地域包括支援センターの協力のもと、2024年8月から9月にかけて体験会を計3回実施した。参加者は中野区在住の住民を中心に、20代から90代までの幅広い年齢層57名にのぼった。体験会は講演とゲーム体験の二部構成で実施した。

【考察】

参加者のうち約4割が「今後、自分または家族の人生会議を実行してみたい」、約3割が「まずは、エンディングゲームから始めてみたい」と回答した。体験会を経て「人生会議（ACP）を実行してみたい」と前向きに捉える参加者が一定数見られ、「まずはエンディングゲームから始めてみたい」と回答する参加者も少なくなかった。この結果は、エンディングゲームがACPを行うためのハードルを下げ、自然なきっかけを提供するツールとして有用である可能性を示唆している。今後、ACPの社会的認知度を高めるために、ボードゲームを活用したアプローチは有効な選択肢となり得ると考える。

利益相反：なし

一般演題(口演)5 ACP・意思決定・医療・ケアの質

O-1-25

固形腫瘍患者への在宅輸血治療に対する患者側の評価 ～遺族アンケート調査から～

山田 真弓^{1,2} ヤマダ マユミ
大橋 晃太^{1,2} オオハシ コウタ

¹ トータス往診クリニック

² NPO血液在宅ねっと

【目的】在宅輸血を提供する在宅療養支援診療所は増加しており、安全性や有効性に関する報告がみられるが、患者側による在宅輸血の評価はなされていない。血液疾患患者は継続した輸血治療を要することが多い一方、固形腫瘍患者は7割以上が貧血を有しているものの、在宅輸血の症状緩和の実施の意義は定まっていない。本研究は、固形腫瘍患者への在宅輸血治療に対する患者側の評価を明らかにする。

【方法】在宅療養支援診療所1施設で2016年7月から在宅輸血を実施し2024年6月までに死亡または終了の転帰となった患者の遺族を対象に郵送による質問紙調査を実施し、回答者のうち固形腫瘍患者16名を対象に解析した。同時に患者属性、輸血回数、輸血製剤の種類等を診療録から抽出し後方視的に検討した。

【結果】輸血実施回数は中央値2回で、輸血実施総回数が1回もしくは2回の患者が68.8%を占めていた。在宅輸血の満足度について、「非常に満足」と回答したのは56.3%で、「満足」と回答したのは43.8%であった。自由記述項目の在宅輸血を受けて良かった点には「体調よく過ごせた」「通院負担が少なかった」等、本人の【負担軽減】に分類されたものが最も多く、その他【家族の負担軽減】、【本人の安心感】が挙げられた。一方困った点は、「これでいつまで生命維持できるか」「その間ずっと家族がそばにいないといけない」等が挙げられた。ケアに対する全体的満足度に対し、100%が「満足」と回答した。

【考察】固形腫瘍患者に対する在宅輸血は、遺族にとって相対的に満足度が高かった。在宅輸血は、患者の症状緩和、安心感、やりたいことの実現だけでなく、家族の負担軽減に寄与している可能性が示唆された。一方で、在宅輸血の中止や実施条件に関する課題が抽出された。輸血が患者・家族にもたらす意味を、患者に関わる者と共有し、十分なACP実践から判断していくことが重要と考える。

利益相反：なし

一般演題(口演)5 ACP・意思決定・医療・ケアの質
O-1-26

※取り下げ

一般演題(口演)5 ACP・意思決定・医療・ケアの質

O-1-27

医療の質・経営を測るための“攻め”の「在宅データ提出」活用

甲 浩子^{1,2} カブト ヒロコ
石井 洋介^{1,2} イシイ ヨウスケ
伴 正海^{1,2} バン マサウミ

¹おうちの診療所 中野

²おうちの診療所 目黒

【はじめに】

令和6年の診療報酬改定では、一定の診療件数を持つ在宅診療所に「在宅データ提出」が義務化され、1患者あたり月50点を算定可能となった。しかし、多くの診療所からは入力作業の煩雑さや負担が指摘されている。当院では開業以来、独自の質指標「QI8」を運用しており、今回の改定は当院の先行的取り組みが反映されたものともいえる。本稿では、QI8を活用した「在宅データ提出」の効率的運用法と、診療の質向上および経営効率化への寄与について述べる。

【活動】

QI8は、①症例の非選別率、②対応疾患範囲、③イベント発生率（転倒、誤嚥、褥瘡）、④緊急コール率、⑤緊急往診率、⑥病院搬送後の入院必要率、⑦自宅看取り率、⑧在宅医療からの卒業者数の8項目で構成される。「在宅データ提出」には、⑤⑥⑦⑧に関連する情報に加え、患者基本情報やバーセルインデックス、排泄・褥瘡・栄養状態、在宅管理料の算定出来る状態か否か、末期がんの詳細、ショートステイの状況などで構成される。当院では初診時にこれらの情報を取得し、隔週の拠点会議で③イベント発生状況や⑥救急搬送・入退院を振り返る。この体制により提出負担を最小限に抑えつつ、医療の質を担保している。

【考察】

当初、「在宅データ提出」は多大な追加工数を伴うと予想されていたが、電子カルテのアップデートと院内オペレーションの工夫により、既存の人員で対応可能となった。QI8は単一指標に依存せず複数指標を追うことで、患者・診療所・社会の三方良しの診療を実現している。また、このデータは経営改善指標としても有用である。例えば、緊急往診率や入院必要率の低減は診療効率向上を示し、キャッシュフローの改善に寄与する。さらに、在宅看取り率や卒業者数の増加は、地域での信頼向上や患者確保につながる。今後、データを活用した経営予測や地域連携の強化を通じ、持続可能な在宅医療モデルを目指す。

利益相反：なし

一般演題(口演)5 ACP・意思決定・医療・ケアの質

O-1-28

当院での耳鏡を使用し診断、改善に至った症例の検討

船田 昌太郎 フナダ ショウタロウ
緒方 彩人 オガタ アヤト
訪問診療わっしょいクリニック

【目的】訪問診療における患者は高齢者が多い。診察において、難聴をはじめとした耳症状を訴える患者が少なくない。しかし、耳鼻科外来受診は困難であり、対処に苦渋する場面がある。当院では耳症状を主訴とする患者に対し、問診及び耳鏡による外耳道・鼓膜観察を開始した。外耳道・鼓膜観察を行うことで診断に至る症例もあり、当院での診断及び治療の有効性を検討した。

【方法】当院訪問診療において、2023年4月から2024年12月までの期間に耳症状として難聴、耳閉感、耳鳴、耳垂れ、違和感、痒痒感、耳痛を主訴とする24症例を対象とした。耳鏡での所見、診断、治療内容、自覚症状改善の有無を検討した。本研究は当院倫理委員会の承認を得ており、倫理的配慮のもと発表する。

【結果】診断としては耳垢栓塞16例、加齢性難聴3例、慢性中耳炎に伴う鼓膜穿孔2例、外耳道炎1例、外耳湿疹1例、滲出性中耳炎1例、加齢性難聴疑い8例、耳鳴症疑い2例、突発性難聴疑い1例であった。自覚症状が改善した症例は11例。内訳としては、耳垢栓塞の診断で耳垢除去を施行し、改善した症例が6例。外耳道炎に対し点耳薬、滲出性中耳炎に対し抗生剤及び去痰剤内服、外耳湿疹に対し軟膏塗布により改善した症例がそれぞれ1例。耳鼻科外来を受診し、2例が補聴器作成。13例は自覚症状改善に至らなかった。

【考察】13症例は自覚症状の改善を得なかったが、診察より加齢に伴う耳症状と考えている。訪問診療では標準純音聴力検査を施行できず、他覚的評価が困難である。また患者本人が耳症状を加齢による影響と考えており、訴えとして表出されない可能性がある。しかし、耳垢除去を施行することで改善に至る例や、外耳・中耳疾患の一部は診断可能であるため、耳内観察の必要性は高いと考える。当院ではスクリーニング目的に、1年に1回の耳内評価を継続し、今後は在宅での評価方法や更なる検証を行っていく。

利益相反：なし

一般演題(口演)6 緩和ケア・看取り

O-1-29

適切な多排泄量回腸ストーマケアと栄養管理により
QOLが改善した在宅がん緩和ケアの一例

土屋 博	ツチヤ ヒロシ
森家 雄大	モリヤ ユウダイ
星長 麻里恵	ホシナガ マリエ
大野 孝生	オオノ タカオ
川村 早紀	カワムラ サキ
服部 理恵子	ハットリ リエコ
山中 菜摘	ヤマナカ ナツミ
熊井 惟志	クマイ タダシ
大野木 宏洋	オオノギ ヒロミ
成瀬 佳子	ナルセ ヨシコ
平塚 真紀	ヒラツカ マキ
中島 由加	ナカシマ ユカ
姜 琪鎬	カン キホ

医療法人 みどり訪問クリニック

【はじめに】

多排泄量回腸ストーマは約16%に発生し、脱水や栄養障害を引き起こす。また、多くのがん緩和ケア患者では腫瘍進行に伴い食思不振や代謝異常が生じQOL低下の原因となる。今回は適切なストーマケアと栄養管理によりQOLが改善した在宅がん緩和ケア症例を報告する。

【症例】

86歳 女性 介護者不在。遠隔転移を伴う小腸癌に対し、原発巣切除および回腸ストーマ造設術が施行されたが、化学療法は行わずBSC方針で自宅退院となった。初診時はECOGPSが3、全身倦怠感も著明であり予後は短いと考えられた。

主な問題点は以下の3点であった。

- ①1,000ml/日のストーマ排液による脱水・腎機能障害（ロペラミド最大投与下）
- ②早朝・深夜を含む1日4～5回の便破棄に伴う不眠と便破棄の失敗
- ③必要量の50%以下の食事摂取量

・介入

- ①ストーマ排液に対しオピオイド・PPI・水分補液を開始
- ②便破棄回数の削減を目的にパウチにドレンバッグを接続
- ③不可逆的悪液質ではないと判断し、低分子グレリン様作動薬アナモレリンおよび経口的栄養補助を導入

・経過

ドレンバッグの使用により便破棄回数は1日1回に減少した。1か月後にはストーマ排液量が100～300ml/日まで低下し、脱水・腎機能障害も著明に改善した（BUN 50→10、Cr 2.5→0.73）。さらに、食欲の回復に伴い食事量が増加し、栄養関連の指標であるPrognostic Nutritional Indexは39→45へ向上した。また、高齢者機能評価ツールであるGeriatric8も6点→10点に改善し、当院介入から3か月後の現在、患者は自宅で穏やかな生活を送っている。

【考察】

がん緩和ケアでは、腫瘍進行による不可逆的な症状と他要因による可逆的な症状を適切に評価することが重要であり、可逆的な症状への迅速な対応によりQOLの改善が期待出来る。

利益相反：なし

一般演題(口演)6 緩和ケア・看取り

O-1-30

当クリニックに紹介された末期癌患者の訪問診療開始時の血清CRP値、血清アルブミン値と生存期間の関係

泉本 浩史 イズモト ヒロシ
川 鱈 美里 カワヒレ ミサト
日比 俊輔 ヒビ シュンスケ
医療法人社団和啓会 メディクス草加クリニック

【目的】 各種がん患者において血清CRP値が生存期間の決定因子として重要である可能性が示唆されている。今回、当クリニックに癌末期として紹介された患者の血清CRP値と死亡に至るまでの生存期間の関係について解析した。今回の研究実施については、当クリニックの倫理委員会が承認している。

【方法】 2023年1月から12月までの間に当クリニックに末期癌として紹介された患者14名を対象にした。紹介時の血清CRP値、血清アルブミン値を測定し、生存期間(月)との相関関係を調べた。

【結果】 患者の性別は男性7例、女性は7例であった。平均年齢は 68.4 ± 19.3 歳。紹介時の血清アルブミン値の欠損は2例あったが、血清CRP値に欠損はなかった。血清CRP値の平均値は 3.43 ± 5.7 mg/dl、アルブミン値は 3.44 ± 0.63 g/dl、平均生存期間は 3.69 ± 2.50 月(中央値; 3月)であった。罹患している癌病名については特に集中したものはなかった。他臓器への転移については、有りが12例、無しが2例であった。血清CRP値と生存期間の相関係数は $r=0.34$ であり、血清アルブミン値と生存期間の相関係数は $r=0.26$ であった。

【考察】 対象患者が14例であり、この結果について相関を求めることの妥当性はないともいえる。しかし、敢えて相関係数と分布図を作成したところ、血清CRP値と生存期間に特に相関は認めなかった。

しかし、血清アルブミン値と生存期間については、弱い正の相関があるように考えた。この結果について科学的妥当性をもって述べることはできないが、当研究の対象患者は、前医によって恣意的に選別されている可能性があるかもしれない。

利益相反：なし

一般演題(口演)6 緩和ケア・看取り

O-1-31

食事量の変化が教えてくれる生命予後 —在宅緩和ケアにおける経口摂取量による予後予測の検討—

土橋 映仁 ドバシ アキト
本田 明 ホンダ アカル
高橋 徹 タカハシ テツ
医療法人社団悠翔会在宅クリニック北千住

【目的】

在宅緩和ケアにおいて、患者の予後を適切に予測することは、患者・家族の希望に沿った終末期ケアを提供する上で重要である。現在使用されている予後予測指標の多くは医療従事者による評価を必要とし、継続的な評価が困難である。本研究では、誰でも観察可能な経口摂取量に着目し、その変化と予後との関連を分析することで、新たな予後予測指標の確立を目指した。

【方法】

単施設後方視的観察研究。在宅緩和ケアを受けている患者50例（がん34例、非がん16例）を対象とし、経口摂取量の経時の変化と生存期間を分析した。中心静脈栄養、胃ろう、経鼻胃管使用例は除外した。経口摂取量は6段階（十分な量、半分程度、数口のみ、水分のみ十分、内服薬のみ、数口の水分）で評価し、124ポイントの記録を解析した。副次評価項目としてPalliative Prognostic Index (PPI) との予測精度比較を行った。

【結果】

月単位（42日以上）の予後予測において、「食事が数口以上」をカットオフ値とした場合、ROC曲線下面積（AUC）0.83（95%CI: 0.740.92）、感度0.82、特異度0.73であった。週単位（21日以下）では、「水分が十分にとれる以下」をカットオフ値とした場合、AUC 0.82（95%CI: 0.730.90）、感度0.81、特異度0.75であった。初診時PPIのみと比較して、継続的な経口摂取量による予後予測はより高い精度を示した。

【考察】

経口摂取量の継続的な観察は、在宅緩和ケア患者の予後予測において有用性が高いことが示された。特に「食事が数口以上とれている」状態が月単位の、「水分は十分にとれる以下」の状態が週単位の予後予測に有効であった。本指標は医療従事者以外でも観察・評価が容易であり、在宅緩和ケアの現場に適している。今後、より大規模なデータを用いた検証が必要である。

利益相反：なし

一般演題(口演)6 緩和ケア・看取り

O-1-32

専門的緩和ケアと基本的緩和ケアを実践する民間の多職種協働による
地域緩和ケアのひとつの形

渡辺 邦彦 ¹	ワタナベ クニヒコ
片見 明美 ²	ヘンミ アケミ
栃村 久美 ²	トチムラ クミ
藤田 洋美 ²	フジタ ヒロミ
知久 淳子 ³	チク ジュンコ
水野 恵美 ⁴	ミズノ エミ

¹在宅ほすびす²訪問看護ヴィーナス高根沢³グランツこむぎ⁴那須赤十字病院

【目的】 T県で2017年より多職種が協働して地域緩和ケアを行ってきた。県内各地域で、徐々に看取りまで継続できる地域緩和ケアが広がってきたので、活動の成果と向後の課題を考察したので報告する。【活動の概要】 対象：2017年4月1日～2024年12月31日に在宅ほすびす（以下：当院）へ紹介された癌患者。3名の開業医と緩和医療指導医、18の地域訪問看護ステーションと緩和ケア認定看護師が協働した。最終的に形成されたチームは、実践できる地域緩和ケアを行うために有志で創った地域緩和ケア推進協会に所属したメンバーとなった。地域緩和ケア推進協会のなかで死亡2週間以内に出現する神経徴候より予後予測が可能となり、看護師や介護士でも利用できる WatanabeIndex の導入で介護職でも予後予測が可能となった。疼痛、呼吸困難、悪心・嘔吐、腹部膨満感等の症状緩和など、実践で生じた問題や有効であった方法、気づいたこと等を研究し、学会発表や論文作成も各職種で協力して継続してきた。【成果】 当院へ45病院、32診療所から1952例の癌患者が紹介された。退院時共同指導を683例（翌日以内の退院：352名）で行い、患者の居住地域はT県8市、8町であった。死亡は683例（病院死：13例、在宅死：670例）、訪問診療期間は2週間以内：382例であった。【考察】 当院は、厚生局と県医師会より16kmルールの除外が許可され、県全域を診療範囲にできた最初の診療所となった。地域医療で専門的緩和ケアを実践する医師、看護師が、県内各地域で基本的緩和ケアを実践する多職種と協働することで、無理なく無駄なく看取りまで地域緩和ケアを継続できるようになった。向後の最大の課題は専門的緩和ケアを実践する医療者の育成が急務と考えられる。

利益相反：なし

一般演題(口演)6 緩和ケア・看取り

O-1-33

日本人の死生観が精神的健康に及ぼす影響～在宅死関連の大規模調査から～

日吉 和子¹ ヒヨシ カズコ
山中 知子² ヤマナカ トモコ
ベッカー カール³ カール ベッカー

¹太成学院大学

²藍野大学看護学部

³京都大学政策のための科学ユニット

【目的】日本人は在宅死を望む傾向にあるが未だ病院死が多い。在宅死の実現には地域包括支援のハード面の構築だけでなく、在宅死で核となる『日本人の死生観』のソフト面の醸成が重要である。本研究の目的は、死生観や「先祖との繋がり感」と、日本人の精神的健康との関連を検討することである。

【方法】一般日本人を対象とした、インターネット会社によるアンケート調査を実施した。従属変数は精神的健康度としてGHQ (General Health Questionnaire) 日本版12項目を用いた。独立変数は、「先祖との繋がり感」として先祖に祈る頻度、お墓参りの有無、お迎え現象の見聞きを用い、死生観については死に対する態度尺度 (Death Attitude Profile) の下位因子 (死の恐怖、中立的受容、回避的受容、積極的受容) を用いた。その他、亡くなる方を介護するストレス度を4件法で用い、強制投入法による二項ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】1000名 (男性613名、女性387名) から回答を得た。平均年齢は全体で53 (±13) 歳であった。困った時に先祖に祈る者は69.8%、毎年1回以上お墓参りに行く者は71.5%、お迎え現象について見聞きした者は23.4%であったが、その中で精神的健康度に影響を及ぼしたのは「困った時に先祖に祈る」(OR=1.19) のみであった。より強く精神的健康度と関連があった項目は、「亡くなる方を介護するストレス度」(OR=1.27) に加え、死生観については、「中立的受容」(OR=1.17) と「回避的受容」(OR=0.73) が関連していた。

【考察】精神的健康度との関連において、介護のストレスや死の「中立的受容」は重要であった。また「先祖に祈る」ことも関連しており、これは日本古来の文化であり、日本人特有の死生観を大切に醸成することで在宅死を推進できる可能性を示した。

利益相反：なし

一般演題(口演)7 他職種連携・職種別

O-1-34

褥瘡管理を通し多職種連携の重要性を再確認した一症例

細矢 康子 ¹	ホソヤ ヤスコ
坪内 公人 ¹	ツボウチ ヒロト
天間 みか子 ²	テンマ ミカコ
細矢 和弘 ²	ホソヤ カズヒロ
佐伯 剛 ³	サエキ ツヨシ
福田 員茂 ⁴	フクダ カズシゲ

¹株式会社わかば在宅支援センター わかば訪問看護ステーション²株式会社わかば在宅支援センター デイサービスわかば³メディスンショップ曾我薬局 在宅訪問薬局⁴医療法人社団双寿 ちぐさ会クリニック

【はじめに】

褥瘡の予防・治療における3本柱は、「除圧管理」「スキンケア」「栄養管理」である。在宅領域においてこれらの柱を担う専門職間の多職種連携が重要である。多職種連携により褥瘡治癒に至った症例を経験したため、経過と考察を述べる。

【症例】

症例報告にあたり患者の個人情報およびプライバシー保護に配慮し、家族から書面にて同意を得た。

対象は80歳代の男性、アルツハイマー型認知症を有していた。褥瘡部位は右大転子部でDESIGNR11点(D3e-1s6ilg3n0)、介入時体重51.0kg(BMI 17.9)、日常生活自立度C1、ブレイデンスケール6点だった。体圧分散寝具導入は、本人が拒否を示し時間を要した。栄養経路は経口摂取だったが、食生活環境は不規則、不衛生、不摂生で、訪問介護利用では改善困難であった。

訪問医師、訪問薬剤師、訪問看護師により経腸栄養剤の検討、栄養状態と褥瘡の評価、薬剤や被覆材の選択、療養上の助言を継続的に行い、介入約3か月後に体圧分散寝具を導入できた。訪問リハビリでは離床促進訓練を行い通所介護の利用を助言、通所介護スタッフの働きかけにより利用開始から約3か月後には毎日利用するに至った。

通所介護では食事提供の工夫がなされ全量摂取、スキンケアも実施された。結果、体重59.5kg(BMI 20.8)、褥瘡治癒に至った。さらにブレイデンスケール18点、通所介護で対象は常に利用者の中心となり社交性の回復が見られ、身体・生活機能が著しく改善した。

【考察】

本症例では、多職種連携が効果的に機能した結果、褥瘡治癒及び対象の生活の質の向上が達成された。専門職が連携し役割を効果的に果たすことで、困難な問題であっても解決に導けると示唆された。本症例は、多職種連携の重要性を再認識させるものであり、在宅領域での褥瘡管理における具体的な実践例として貴重と考える。

利益相反：なし

一般演題(口演)7 他職種連携・職種別

O-1-35

有人離島における多職種連携によるがん患者の看取り支援：診療看護師（NP）の役割

伊藤 健大¹ イトウ タケヒロ
 杉本 ひかる¹ スギモト ヒカル
 山本 耕大¹ ヤマモト コウダイ
 伊藤 聖子¹ イトウ セイコ
 石山 明人³ イシヤマ アキト
 永田 純一² ナガタ ジュンイチ

¹合同会社 wellbeing 訪問看護ステーション ウェルビー

²大島ながたクリニック

³八木原薬局

【はじめに】

長崎県は全国で最も多くの有人離島を有し、51島が離島振興法に指定されている。その多くは医療資源が限られており、地域住民が安心して最期を迎えるためには、多職種連携と課題解決が不可欠である。本発表では、診療看護師（NP）が中心となり、離島での看取り支援スキームを構築したプロセスと成果を報告する。

【活動】

当初、看取り期の段階になった際には、入院することを前提としていたが、ご本人とご家族の希望により、ご自宅で最期を迎えたいという意向が明確になった。これを実現するため、以下のプロセスを基にスキームを構築し、具体的なケア提供を行った。

1. 課題の抽出と共有
2. 必要な医療資源の選択と関係構築
3. 情報共有システムの活用
4. 役割の明確化
5. 急変対応や想定される事象の事前共有

基幹病院、地域診療所、訪問看護ステーション、保健師と連携し、複数回のカンファレンスを通じて課題を共有した。さらに、医療用麻薬管理が可能な医師や薬剤師とも連携し、PCAポンプを導入して、自宅での看取りを可能にした。また、ICTツールを用いて患者の状況をタイムリーに情報共有するとともに、効率的な連携を実現した。結果、ご希望通り自宅で最期を迎えることができた。

【考察】

本事例では、課題の抽出、適切な医療資源の選択と関係構築が看取り支援の成功要因となった。診療看護師（NP）の調整能力と専門的スキルにより、患者・家族の希望を尊重し、多職種連携を円滑に進めることができた。このスキームは、限られた医療資源を有効活用し、地域医療および終末期ケアの質を向上させるモデルケースとなる。他の離島や医療資源が限られた地域でも応用可能なものとして発展が期待される。

利益相反：なし

一般演題(口演)7 他職種連携・職種別

O-1-36

在宅・生活期分野で活動する医療介護専門職による思いを叶える旅行支援 ～地域と連携したユニバーサルツーリズム研修の取り組み～

鈴木 洋平^{1,2} スズキ ヨウヘイ

¹トラベルwithじえぶと

²株式会社ライク・ア・マジックアワー

【はじめに】

近年では「ユニバーサルデザイン」や「インクルーシブデザイン」など耳にする機会が増えてきた。高齢者・障がいなど関係なく社会から排除される人々をなくしたり、新しい価値を社会に取り込もうとする考え方は在宅医療・介護分野で活動するスタッフにもぜひ共有したい内容である。今回、高齢者・障がい者の旅行支援というツールを通じ地域と連携した「ユニバーサルツーリズム研修」を開催し考え方の共有をした取り組みを報告する。

【活動】

令和3年～6年に全国の行政機関や宿泊・観光施設などと協力して全国9都市で計10回開催し、参加した職種は医師、歯科医師、理学・作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士、看護師、医療介護を学ぶ学生等が参加。ユニバーサルツーリズムの考え方を学ぶ講義、様々な症例を対象とした旅行事例の共有や旅行プラン作り、医療介護職の職域拡大の可能性ディスカッション、地域資源を活用したご当地体験、協賛企業のインクルーシブデザイン商品紹介等を実施。参加者は延べ238名。各研修終了後にオンラインアンケートを実施。

【考察】

地域資源を活用しシニア・障がい者の旅行に必要な知識・考え方の講義やユニバーサルツーリズムの実習として「車いす釣り体験」「乗船に伴うバリアフリー環境評価」「脳卒中片麻痺食事体験」「旅先での嚥下食体験」「先進的なユニバーサル対応宿泊施設見学」など体験型研修ができた。アンケート結果より研修で得たことが現在の職場に活かせているとした回答が8割だった。記述式回答では普段話すことのない職種で横の繋がりができたという回答もあった。この研修でユニバーサルツーリズムの考え方を学び、旅行支援というツールで思いを叶える方法を知るきっかけとなった。在宅・生活期分野の医療介護専門職がより学びやすい機会を創出し今後もユニバーサルツーリズムの考え方を共有して誰もが旅行できる支援をしていきたい。

利益相反：なし

一般演題(口演)7 他職種連携・職種別

O-1-37

不登校児童に対する在宅訪問診療における多職種連携について —社会福祉士からの視点で—

山崎 舞 ヤマザキ マイ
医療法人社団ユニメディコ

【はじめに】令和6年度の全国小・中学校不登校児童数が約34万7千名、横浜市青葉区でも526名と増加している。当院における不登校児童に対する在宅訪問診療管理数も84名/月と増加している。今回、我々は不登校児童に対する在宅訪問診療における多職種連携について社会福祉士の視点で活動報告する。

【活動報告】令和6年12月現在、当院における在宅訪問診療管理中の不登校児童数84名/月、平均年齢11.3歳。主疾患は自閉症スペクトラム障害（以下ASD）57名（68%）、注意欠如/多動性障害（以下ADHD）6名（7%）、ASD/ADHD併存21名（25%）、不眠症併発45名（54%）、内服加療64件（76%）であった。訪問診療、精神訪問看護、訪問リハビリテーション（OT、PT、ST）、訪問栄養指導（管理栄養士）、訪問相談支援（社会福祉士・精神保健福祉士）、訪問歯科診療の多職種で介入。家庭および学校環境調整、精神療法、薬物療法、ソーシャルスキルトレーニング、ペアレントトレーニング、栄養指導、歯科治療を実施した。再登校数28名（33%）、社会福祉士の直接介入20名（24%）のうち再登校数14名（70%）であった。また、福祉機関33件、医療機関3件、教育機関84件と連携した。

【考察】不登校児童に対する家庭および学校環境調整において、社会福祉士が直接介入した多職種連携のケースでは児童の再登校率が70%と高かった。社会福祉士による初診前の事前相談に加え多職種との同行訪問によって、児童や家族に直接相談支援する回数が増えたことが要因の一つと考えられた。しかし、診療圏の問題、訪問に伴う本人や家族のストレス、スタッフのスキル不足、環境調整困難、福祉や教育機関側の医療を受け入れる体制への不慣れさ等、多くの課題も存在した。医療、福祉、教育の多職種連携を強化し、児童への支援に繋げていく必要があると思われた。

利益相反：なし

一般演題(口演)7 他職種連携・職種別

O-1-38

医療・福祉・介護・行政などの専門職をつなぐ「多職種連携プラットフォーム」を活用して、被災後の事業所の稼働状況を共有する仕組みを構築する取り組みについて

池田 寛^{1,2,3,4} イケダ ヒロシ
 河村 由依^{1,2} カワムラ ユイ
 都築 晃^{1,2,5} ツツキ アキラ
 金田 嘉清^{1,2,5} カナダ ヨシキヨ

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 藤田医科大学病院 医療連携福祉相談部

⁵ 藤田医科大学 保健衛生学部 リハビリテーション学科

【はじめに】本市では地域の専門職に向けた研修会を定期的に開催している。災害発生時に各専門職は何かできるのかを話し合ったり、近年は各事業所で作成が義務付けられているBCPの作成支援等を行ったりしてきた。その中で多職種連携の一環として、災害発生後の情報共有の仕組み作りに取り組み始めたので紹介したい。

【活動】災害発生後、各事業所は復旧に向けて取り組むことになるが、どの事業所が稼働していて、どの事業所が稼働していないのか、本市においては現状を知る手段は今のところ存在しない。その稼働状況の情報収集を各プランナーが個々に行うことは非常に非効率的であり、復旧に忙しい中で、応対する事業所に更なる負荷を与えかねない。また、多職種連携プラットフォームは平成23年度より導入されているが、行政・地域包括支援センターや一部の専門職が活用しているに過ぎず、広く多職種で活用されているとは言えない状況にある。多職種による活用の拡大は地域課題の一つとなっている。そこで災害時の情報共有の仕組みに多職種連携プラットフォームを活用することで、情報共有の手段の構築とプラットフォームの利用促進に繋がりたいと考えた。まずは2024年度が多職種が参加する研修会において、災害時の情報共有をテーマにグループワークを開催した。稼働状況を共有するためのフォーマットを提示して、運用に関する意見交換を実施した。グループワークで得られた意見を反映させて、フォーマットの見直しを行い、次の研修会前には実際に稼働状況の入力をする予行演習を実施して、それを踏まえて意見交換を行いたいと考えている。

【考察】それぞれの事業所として災害に備えると共に、いざという時に組織を越えて、地域の専門職として、いかに連携して力を発揮することができるか。地域の専門職が連携して、災害に対する備えを積み上げていくこの活動は今後も継続していきたいと考えている。

利益相反：なし

一般演題(口演)7 他職種連携・職種別

O-1-39

在宅療養高齢者の服薬管理における薬看連携の実態と今後の課題

梶屋 絵理子 ¹	コウジヤ エリコ
藤井 美咲 ¹	フジイ ミサキ
齊前 裕一郎 ¹	サイゼン ユウイチロウ
大井 雅友 ¹	オオイ マユ
勝久 美月 ¹	カツヒサ ミヅキ
竹下 悠子 ¹	タケシタ ユウコ
稲泉 信行 ¹	イナイズミ ノブユキ
前泉 優月 ¹	マエイズミ ユヅキ
石川 武雅 ²	イシカワ タケマサ
関口 亮子 ²	セキグチ リョウコ
深田 悠花 ²	フカタ ユウカ
勝真 久美子 ²	カツマ クミコ
大塚 泰葉 ³	オオツカ ヤスハ
肥後 友彰 ³	ヒゴ トモアキ
竹屋 泰 ¹	タケヤ ヤスシ

¹大阪大学²なな一る訪問看護デベロップメントセンター³はくとホームケアクリニック

【目 的】

訪問看護師と訪問薬剤師、それぞれの服薬管理に対する認識を把握するとともに、「薬看連携」の効果的なあり方に対する示唆を得ることとした。

【方 法】

大阪府下の全訪問看護事業所909件、大阪府3地域の薬剤師会に所属する調剤薬局250件を対象とし、webアンケートを実施した。アンケートは、服薬管理に対する認識、薬看連携の実施状況と課題に関する項目にて構成した。本研究は所属機関の倫理委員会の承認を得て実施した。(承認番号：22182)

【結 果】

訪問看護師71名(回収率7.9%)、訪問薬剤師78名(回収率31.2%)より回答が得られた。各職種の分業への認識について、服薬管理業務を細分化し、ヒートマップ分析の手法を用いて解析した。訪問看護師は、服薬動作の援助、生活状況の聞き取りを〈訪問看護師が中心的に担う業務〉と回答し、患者への服薬説明、麻薬の管理を〈訪問薬剤師が中心的に担う業務〉と回答した。一方、訪問薬剤師は、服薬動作の援助を〈訪問看護師が中心的に担う業務〉と回答し、内服薬のセッティング、患者への服薬説明、麻薬管理、残薬確認を〈訪問薬剤師が中心的に担う業務〉と回答した。また、服薬管理に対し43名(60.6%)の訪問看護師が「心理的な負担感がある」と回答し、訪問看護中に服薬管理に費やす労力・時間は平均29.4%と回答した。薬看連携の阻害要因は「相手のスケジュールや状況が把握できず、連携しづらい」という回答が双方で最も多く得られた。

【考察】

訪問看護師は患者の生活状況に沿った直接的支援を、訪問薬剤師は薬剤の専門的知識を活かした支援を中心的に担うことで、双方の専門性を活かした効果的な服薬管理が実現できると示唆された。また今後、段階的に進む医療の働き方改革も見据え、互いが意識的に接触機会をもつことで相互理解を深めると共に、補完的な関係を構築することが重要であると示唆された。

利益相反：なし

一般演題(口演)7 他職種連携・職種別

O-1-40

在宅医療についての意識調査～A市医師会の在宅医療における10年のあゆみ～

浅野 光一 ¹	アサノ コウイチ
永江 美香 ²	ナガエ ミカ
亀井 敏光 ³	カメイ トシミツ
戸梶 泰伸 ⁴	トカジ ヤスノブ
平田 康隆 ⁵	ヒラタ ヤスタカ
飯森 俊介 ⁶	イイモリ シュンスケ
長尾 奈穂子 ⁷	ナガオ ナオコ
橋本 一晃 ²	ハシモト カズアキ

¹医療法人光陽会 あさの胃腸内科クリニック²一般社団法人松山市医師会 松山市在宅医療支援センター³医療法人 友愛医院⁴医療法人社団 戸梶内科医院⁵医療法人 クリニック暖⁶医療法人いろは いろはホームケアクリニック⁷一般財団法人真光会 真光園

【目的】

本医師会会員対象に「在宅医療についての意識調査」を実施し、過去の調査結果と合わせ集計分析を行うことで、医師会員の在宅医療に対する意識の経年変化や医師会の役割として求める事を知り、今後の活動における体制整備を図る。

【方法】

平成26年、令和元年に実施した「在宅医療についての意識調査」を同内容で令和6年にA市全医師会員にアンケートを実施。過去2回の調査結果と合わせ集計分析を行った。

【結果】

回収率はH26: 23.3%、R1: 32.8%、R6: 28.3%であった。在宅医療について「行いたい」「条件によっては行いたい」と回答した者は今回の調査で大幅に減少、在宅医療を行うことへの考えとして最も多かった回答は、「訪問する時間や余裕がない」で、次いで「地域住民から求められており必要」「24時間拘束される」「体力的に困難」「専門領域以外への対応が困難」であった。

医師会の役割について求める事としては、「サポート医のネットワーク化」「多職種でのミーティング」「主治医・副主治医、バックアップ病床のコーディネート」の回答が多く、今回の調査により「多職種で集まり意見交換できる場の提供、多職種連携、質の向上」「センターの周知活動、情報提供」「市民への啓発・教育」「個々の医療機関や他職種との連携」というキーワードが導き出された。

【考察】

今回3度目の調査を実施し、平成26年から10年間の医師会員の在宅医療に対する意識の変化を知ることができた。今回の調査結果から導き出されたキーワードに対して体制整備を図ることで、医師会員の負担軽減の一助となり、その結果、在宅医療推進に繋がるものとする。

利益相反：なし

一般演題(口演)8 食支援・栄養・リハビリ・褥瘡ケア

O-1-41

在宅皮下輸液でどこまで対応可能か？

鈴木 央 スズキ ヒロシ
鈴木内科医院

【はじめに】

在宅でも非がん重症例に遭遇することがある。もちろん病院と連携し、救える命を救うことが一般的であるが、認知症のひとつでは入院がマイナスになることも少なくない。今回皮下輸液を行いながら対応したケースを2例経験したので報告したい。

【症例】

89歳女性 アルツハイマー型認知症 (FAST7c：歩行能力の喪失)

自宅で療養中であった。X月X14日に介護を行う長女が骨折し緊急入院し、緊急ショートステイに移動した。その後全く飲食をしなくなった。家族はショートステイ継続を希望。すると、X月X日に体動が消失。往診したところ、高度脱水による低血流性ショックと診断した。末梢血管確保困難であったため皮下輸液で対応。病院に搬送しても、経管栄養や高カロリー輸液になる可能性が高く在宅で対応した。以後自宅で1日1500mlの皮下輸液を行い加療した。X+2日採血結果はBUN157、Cr5.55、Na155、K5.9、Cl 116であったが、X+16日採血結果はほぼ正常化。現在では自力食事摂取可能となっている。

93歳 女性 アルツハイマー型認知症 (FAST7a 言語機能低下)

アルツハイマー型認知症にて外来通院中。急に食欲がなくなったと往診依頼があり往診。意識レベルの低下を認め、HbA1c7.6%、血糖547、BUN39、Cr1.53、Na169、K2.7、Cl119の状態であった。糖尿病性高浸透圧性昏睡と考え、遅効性インスリン、1/2生食+KCL注を混注し1日1000～1500mlの皮下輸液にて加療した。10日後の採血ではほぼ正常化し、経口摂取も開始された。

【考察】

皮下輸液は大量の輸液が必要なケースでは適応外とされていたが、今回対応可能であった。このような対応が可能となる条件も考察し、今後の病床逼迫の対応の一助と考えたい。

利益相反：なし

一般演題(口演)8 食支援・栄養・リハビリ・褥瘡ケア

O-1-42

訪問整形外科診療による骨粗鬆症への治療介入の意義と課題

巻島 由紀子 マキシマ ユキコ
山田 真弓 ヤマダ マユミ
大橋 晃太 オオハシ コウタ
トータス往診クリニック

【目的】超高齢化社会における医療費・介護費の増大は国家的な大問題である。特に年々増加する大腿骨・脊椎圧迫骨折の総費用は莫大である。2022年には要介護の原因は骨折などの運動器疾患が認知症を超え一位となった。訪問整形外科診療において骨折や骨粗鬆症による要介護(寝たきり)患者が、骨治療の継続により歩行が自立し、2次骨折も免れることを実感する。在宅で骨治療を行った自験例について、その治療効果を総括し、骨治療の意義を明らかにする。

【方法】2016年～2018年に主に骨折後に要介護となった重度骨粗鬆症患者251例に対し、超音波(踵骨)骨密度測定(QUS法)、レントゲン検査、血液検査を行い、骨折リスクの緊急性や継続性から骨治療方針を決めた。その後も半年毎に往診し、疼痛の消失、骨密度測定、ADLや新規骨折の有無を確認した。治療内容は、①テリパラチド製剤(週1回)約3ヵ月実施後逐次デノスマブ(DMAB)製剤、②DMAB製剤、③ビスフォスホネート剤の3群とした。ほぼ全例にビタミンD製剤少量を併用した。

【結果】観察期間は平均17ヶ月で、上記治療後に背部痛はほぼ全例消失、骨密度は各治療群共に有意な上昇が得られた。多くが骨治療後に寝たきりから独歩可能でADLが上昇した。2次骨折発症者は3%にすぎず、顎骨壊死等薬剤副作用発現はない。

【考察】在宅では通院困難な重度骨粗鬆症例に有益な注射製剤などの骨治療を継続出来る事が大きな利点であり、国家的な経済効果も高い。しかし在宅内科医は注射製剤の使用経験が少なく、多くは治療効果の評価を行えていない。QUS法の測定機器は高額で診療報酬点数が80点と低く使用する在宅医療機関は少ない。在宅でも骨治療の普及は急務であり、適切な在宅骨治療のガイドラインの作成、国のQUS機器の補助や骨密度検査の診療報酬加算を上げる施策が望まれる。

利益相反：なし

一般演題(口演)8 食支援・栄養・リハビリ・褥瘡ケア

O-1-43

終末期心不全患者へ訪問リハの導入を増やすための取り組み

宮本 桃世 ミヤモト モモヨ
春日 うつぎ カスガ ウツギ
片桐 悠子 カタギリ ユウコ
荒井 哲也 アライ テツヤ
東大和ホームケアクリニック

【はじめに】

現在、日本では心不全患者数は約120万人と言われており、超高齢化に伴って心不全患者が急増している。当訪問リハビリ事業所は、訪問診療を受けている患者様へ訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）を提供している。当院の心疾患（多くは終末期心不全）は2021年度12.8% 2023年度15.8%と年々増加しているが、訪問リハ導入が少ないことが課題であった。今回パンフレットの作成等の取り組みにより、心疾患患者への訪問リハ導入割合が上昇したためその取り組みについて報告する。

【活動】

心不全療養指導士資格のある理学療法士を中心に「心不全の訪問リハパンフレット」を作成した。訪問診療の初回面談で心不全患者・家族へ心不全の訪問リハについて説明した。当院の心不全患者は終末期が多く、パンフレットの内容は終末期心不全患者へ向けた内容とし、終末期でも訪問リハで得ることができる効果などをわかりやすくまとめた。

【考察】

訪問リハ新規依頼患者のうち心疾患患者の割合が2021年度11%から2023年度20%に増えた。当院の看護師からは「パンフレットがあると、終末期でも訪問リハが何で必要なのかなどが説明しやすい。」などの意見が聞かれた。パンフレット配布が、訪問リハ導入増加の要因のひとつと推察される。

『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（2021年度改訂版）』では、緩和ケアにおける心リハは、「最期まで尊厳をもって人生をまっとうするために必要な支援のひとつである」と述べられている。病院に通うことができなくなり、訪問診療へ移行となった終末期の心不全患者・家族も、最期のときまでその人らしく、望む生活が継続できること、それを支援できるのが訪問リハであると考ええる。今後増えていく心不全患者・家族の在宅生活を支援する一員として、ひとりでも多くの患者・家族へ訪問リハを提供していきたい。

利益相反：なし

一般演題(口演)8 食支援・栄養・リハビリ・褥瘡ケア

O-1-44

多方面が学び合う連携の場「カムカム会」の第一歩とその成果 ～地域に根ざした食支援活動～

市川 美佳 ¹	イチカワ ミカ
奥野 真理子 ¹	オクノ マリコ
大神 智子 ¹	オオガミ トモコ
山崎 春香 ¹	ヤマザキ ハルカ
川島 治 ¹	カワシマ オサム
宮原 愛 ²	ミヤハラ アイ
松浦 亜里沙 ³	マツウラ アリサ
澤田 千尋 ⁴	サワダ チヒロ
豊島 拓海 ⁵	トヨシマ タクミ
河本 英敏 ⁶	カワモト ヒデトシ

¹行田中央総合病院

²行田市在宅医療・介護連携支援センター

³行田協立診療所

⁴羽生総合病院

⁵薬局アポック鴻巣・行田店

⁶河本耳鼻咽喉科

【はじめに】埼玉県行田市では高齢化率が32.5%に達し、高齢者約4,000人が摂食嚥下障害のリスクを抱えていると推測される。一部専門職のみでの対応は困難であり、この課題を受け、2023年5月に「カムカム会」(行田食支援ミーティング)が発足。本会は、事業所の枠を超えた多職種連携を目指し、「高める」「見つける」「つなぐ」「結果を出す」を活動の柱とし活動を行っている。

【活動】摂食嚥下障害に関するミニレクチャーや介護シェフによる調理実演、トロミ調整体験などを通じ、医療・福祉職の知識・技術向上を図っている。特にトロミ付き飲料やソフト食の試食会では、実践的スキルの習得に重点を置いた。また、グループワークやフィードバックセッションにより、参加者間の連携強化の促進を図った。

【考察】医療・福祉関係者40名を対象にアンケート調査を実施。60%の回答率の中で、92%が新たな知識やスキル向上に満足していると回答した一方、連携や現場での実践に課題が残ることも明らかになった。具体的には、交流機会の不足や実践への自信欠如が指摘され、改善策として成功事例の共有や実践型研修の充実を提案したい。

摂食嚥下外来の広報活動、市内レストランとの連携による多世代で楽しめる「忍メシ(仮)」プロジェクト、多職種連携教育として食支援専門職「食支援リーダー」の認定などを計画している。本発表では、本会の活動を評価し、今後の改善策の検討内容を報告する。

利益相反：なし

一般演題(口演)8 食支援・栄養・リハビリ・褥瘡ケア

O-1-45

「南庄内・たべるを支援し隊」の活動報告

三原 一郎 ミハラ イチロウ
三原 美雪 ミハラ ミユキ
南庄内・たべるを支援し隊 三原皮膚科

【はじめに】超高齢社会において、在宅の方々が「口から食べて栄養をしっかり摂り地域で暮らす」ことを目的とし、多職種で連携した活動を地域で行っていくために、2019年に立ち上がったのが「南庄内・たべるを支援し隊」(以下、「支援し隊」)である。過去5年間における活動内容をここに報告し、今後のさらなる進歩へつなげたい。

【活動】「支援し隊」の対象は食べることに困っている本人と家族とし、多職種チームで訪問、本人と家族の希望に沿った目標に向かって取り組んでいる。5年間で介入は29件であった。「支援し隊」のメンバーは、医師、看護師、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士、事務員からなる。特徴は、地域の病院や診療所、フリーなど、多施設から多職種で構成されていることである。広範囲、多人数では難しい情報の共有は、当地区で活用されている地域電子カルテNet4Uを利用してリアルタイムに行われている。また、「アウトカム表」から各人に合ったきめ細やかな目標を計画し「本人・家族用アウトカムカード」を用い共有している。アウトカムを導くための「アセスメントシート」「評価シート」を独自に作成し、より客観的、全方位的に捉えることができるよう日常的に検討を繰り返している。

【考察】「支援し隊」の活動は食支援だが、活動を通して多くのことを学んでいる。口腔ケアと口腔内及び嚥下の機能評価、栄養評価と栄養指導、食事環境への援助、精神面での支えと身体機能の改善、他機関への連携の必要性など、活動は多岐にわたるが「たべる」ことはまさにその人の「生きる」を支えることになると実感している。今後は介入件数の増加、PR方法、介護施設への介入など更なる活動を進める中で「おいしい」笑顔を増やしていきたい。

利益相反：なし

一般演題(口演)8 食支援・栄養・リハビリ・褥瘡ケア

O-1-46

当院が在宅にて実施した胃瘻交換症例の検討 ～バンパー型からバルーン型への移行を含めて～

岡田 豊 オカダ ユタカ

つばさクリニック

【はじめに】今回当院が在宅で行った胃瘻交換症例をまとめたので報告する。【方法】2024年の1年間における在宅で実施した胃瘻交換症例を対象とした。また過去10年間の胃瘻交換症例とも比較検討を行った。【結果】当院は約430名の在宅患者へ訪問診療を行っているが、2024年12月現在、胃瘻交換を実施している患者は62名（全体の14%）で、性別は男性35名、女性27名、平均年齢は53.1歳（6～99歳）であった。主病名としては成人では脳血管障害、小児では出生時低酸素性脳症が最も多かった。留置するカテーテルタイプはバルーン型が42名で、そのうちGBバルーンボタン28名、GBバルーンボタンスモール6名、GBバルーンボタンラージボア1名、パラードMIC7名であった。バンパー型は20名で、全てカンガルーボタンⅡであった。サイズはバルーン型が14～24Fr、バンパー型は20～24Fr、交換間隔はバルーン型が1～3か月、バンパー型は6か月であった。最近10年間の胃瘻カテーテルの変化をみると、バルーンタイプの占める割合が2015年の31%から2024年は68%と増加傾向にあった。また今年1年間でのべ371回の胃瘻交換を行ったが、交換時のトラブルや抜去事例は1例もなかった。【考察】バルーン型が増加したのはGBバルーンが普及したこと、GBバルーンの交換頻度が以前より長くなったこと、交換の侵襲軽減目的にてバンパー型からバルーンタイプに変更する事例が増えたことが理由として挙げられた。バルーン型が増えたにも関わらず抜去事例がないのは、バルーンの強度が上がったことが理由として考えられた。また当院では交換後に胃瘻用内視鏡により胃内留置を確認していることや、バルーン型の交換には当院が考案した内視鏡ガイド下カテーテル交換法を用いていることから、瘻孔損傷などトラブルなく安全に交換を実施できていると考えられた。

利益相反：なし

一般演題(口演)8 食支援・栄養・リハビリ・褥瘡ケア

O-1-47

介護保険施設における褥瘡ケアの実態調査

石井 光子 イシイ ミツコ
峰松 健夫 ミネマツ タケオ
石川県立看護大学

【目的】 介護保険施設における褥瘡ケアの実態の把握を行う。

【方法】 研究期間は2024年10月から11月までとした。対象者は介護保管施設に勤務し、褥瘡ケアに携わる看護師、ケアマネジャー、介護福祉士、介護士、リハビリテーションセラピスト、栄養士、施設管理者とした。調査方法は、全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会のホームページ上で公開されている介護保険施設7924施設（介護老人保健施設 - 以下老健：3517、介護老人福祉施設 - 以下特養：4396）にアンケート調査依頼書を送付し、所属する多職種にオンラインで回答してもらった。回答結果は記述統計を行いまとめた。所属施設の倫理委員会の承認（研究実施許可番号2024562）を得て実施した。

【結果】 回答数は老健が714施設、特養は673施設（回収率17.5%）だった。回答者数は老健が2372人、特養が1860人だった。職種別では看護師が22.5%、介護福祉士が20.9%、ケアマネジャーが10.5%の順で多かった。アンケート調査日の褥瘡保有者数については1～5人と認識している人が73.6%と最も多かった。入所者に対する褥瘡のリスクアセスメントに使用しているスケールに関して、看護師、ケアマネジャー、施設管理者以外の職種は「わからない」の回答が30～50%と多かった。褥瘡発生時に相談する相手、褥瘡ケアについて困った時に相談する職種の質問に対し、どの職種も90%以上が「看護師」と回答した。褥瘡ケアに関する外部の研修を受けたいかという質問に対しては、施設管理者以外の職種が60%以上「はい」と回答した。

【考察】 介護保険施設における褥瘡ケアは多職種によって実施されており、有事には看護師が相談相手になることが多い傾向にあった。さらに褥瘡ケアについての外部研修を希望しており、褥瘡ケア内容を向上させる意欲があることが示唆された。

利益相反：なし

一般演題(口演)9 病診病病連携

O-1-48

複数医療機関連携による在宅診療夜間・休日対応スキームの構築と運用実績

津田賀 俊^{1,2} ツダカ シュン
渡辺 克哉⁴ ワタナベ カツヤ
山田 浩史³ ヤマダ ヒロシ
高井 俊輔¹ タカイ シュンスケ

¹医療法人慶春会 福永記念診療所

²医療法人慶春会 玄冬庵クリニック

³医療法人慶春会 いたみホームクリニック

⁴医療法人社団日翔会

【はじめに】

在宅療養支援診療所には24時間365日の対応が求められるが、単独の医師が継続的にこれを担うことは困難である。既存の外部委託サービスは高コストになりがちで、現実的な選択肢とはいえない場合もある。本発表では、当院が約7年間実践してきた、複数の在宅医療機関が連携して比較的低コストかつ持続可能な夜間・休日バックアップ体制を構築した事例を報告し、他施設における体制整備の一助としたい。

【活動】

当院は約10の在宅医療機関と連携し、一定の固定費拠出により複数の非常勤医師を待機登録し、夜間・休日対応を分担できる枠組みを整えた。報酬体系は、待機時の基礎的手当を抑え、実際の出動時に報酬を加算する成果報酬型を採用することで、医師の対応意欲と責任感を確保した。また、全カルテ開示による情報漏洩を避け、いわゆる「サブカルテ」的な情報共有ツールを用いることで、必要最小限の情報だけがアクセス可能な仕組みを構築した。この枠組みにより年間約100件前後の死亡診断対応などが安定的に行われ、顕著なトラブルは生じていない。

【考察】

本スキームは、在宅医療における夜間・休日対応体制構築の一つの参考モデルとなりうる。外部委託サービスに比してコストを抑えつつ、複数拠点による協力で医師負担を軽減した点は有用性が高い。一方で、報酬バランスや情報共有方式への改善要望もあり、持続的な運用にはさらなる検討が必要である。本報告が他施設における体制整備・報酬設定の検討材料となり、在宅医療現場における連携・工夫の発展につながることを期待する。

利益相反：なし

一般演題(口演)9 病診病病連携

O-1-49

訪問看護での看護ケアの質向上を目的とした同行訪問の在り方

岩月 まり子¹ イワツキ マリコ清水 香保里¹ シミズ カオリ菅 多恵子¹ スガ タエコ北條 美能留² ホウジョウ ミノル¹春回会 出島病院 看護部²春回会 出島病院 医局

【目的】2012年に専門性の高い看護師と訪問看護師（以下訪看）が同一日に訪問する同行訪問（在宅患者訪問看護指導料3）が、診療報酬改訂で新設された。しかし、日本看護協会の調査では、2022年の実施病院は9.7%と少なく、当院でも月1回程度である。そこで、同行訪問を複数回行い、結果を分類・分析することで成果と課題を明らかにし、今後の同行訪問増加および訪問看護の質向上に繋げることを目的とした。【方法】2024年8～11月に同行訪問し、研究協力が得られた訪看ステーション5ヶ所6名を対象に半構造化インタビューを行った。逐語録から、がん看護専門看護師（以下OCNS）の介入成果等に着目した記述を抽出した。【結果】対象者は、管理者4名、スタッフ2名。訪看経験は2～11年であり、全ての対象者に同行訪問の経験はなかった。同行訪問（6回）のうち、当院緩和外来通院中で症状が増悪し、研究者が同行訪問必要と判断したのが5回（疼痛コントロール5件・浮腫ケア2件、1回につき複数件あり）であった。これらは、訪看がレスキュー薬のタイミングや浮腫ケアに課題があると気づいておらず、研究者から同行訪問を呼びかけ実施した。インタビューでは、「気づかなかった、次から自分達でできそう」という回答を得た。また、訪看からの依頼による実施は1回（ストマケア）であった。【考察】訪看は、がん患者の状態に応じたケアへの転換に気づきにくいいため、導入時にはOCNSから同行訪問を呼び掛けていく必要があると考える。また、訪看が困難を感じた場合は、電話より同行でのコンサルテーションを実施することが患者中心の連携となりやすい。本研究では、症状が増悪した状態での実施であったが、今後更に多くの同行訪問を重ね、事前に提供しておくべき内容等を検討する。また、地域においてOCNSなどのリソースが周知されておらず、管理者と協力して活動を周知、拡大していく。

利益相反：なし

一般演題(口演)9 病診病病連携

O-1-50

公立病院間の医師派遣により実現した医療過疎地域での訪問診療体制

進藤 達哉 ¹	シンドウ タツヤ
八木 洋輔 ²	ヤギ ヨウスケ
立花 真里子 ³	タチバナ マリコ
高野 智弘 ⁵	コウノ トモヒロ
荒尾 和美 ⁴	アラオ カズミ
八幡 晋輔 ¹	ヤハタ シンスケ

¹兵庫県立はりま姫路総合医療センター 総合内科²公立宍粟総合病院 内科³公立宍粟総合病院 地域連携室⁴宍粟市訪問看護ステーション⁵訪問看護ステーション 彩り訪問ケアサービス

【はじめに】A県では「大学附属病院等に対する県立病院医師派遣要綱」が策定され、公立病院間であれば公務員であっても医師派遣による非常勤勤務が可能となっている。同要綱に基づいた医師派遣によりA県B市で訪問診療体制を新規確立できたため報告する【活動】A県B市は面積658.6 km²と東京23区よりも広い。しかし市内唯一の病院であるB総合病院は南端に位置しており北部エリア（C町、D町、E町北部）までは車で片道約1時間を要する。同エリアには約9000人が居住しており、高齢化率も約43%と高いが、診療所も少なく訪問診療は行えていなかった。またB総合病院では医師が病棟・外来業務と並行して訪問診療を実施していたが、北部エリアへの対応は困難な状況だった。一方、同エリアでは約80名が訪問看護を利用しており、訪問診療の需要は顕著だった。2023年7月以降、訪問診療経験を有する医師を2週に1回B総合病院に派遣し、北部エリアでの訪問診療を開始した。2024年12月までの18か月間で患者は述べ12名に達した。最遠の訪問先は病院から36km（直線距離で25km）離れており、大部分が半径16km以遠に位置していた。臨時往診はB総合病院常勤医が担当するため、極力減らせるようクローズドSNSの利用や定期的なカンファレンスを実施し、訪問診療医・病院常勤医・訪問看護師間の密接な情報共有体制を整えた。経過中5名の患者が死亡し、そのうち4名は本人および家族の希望に沿った在宅看取りが実現した。いずれも常勤医が訪問し死亡確認を行った【考察】高齢化に伴い、医療過疎地域における訪問診療ニーズはさらに増大すると予想される。在宅診療部がなくとも、公立病院間連携を活用することで訪問診療を実現し、患者および家族の満足度向上に寄与し得る。今後は情報通信機器を活用した遠隔診療による在宅看取り支援の導入も検討される

利益相反：なし

一般演題(口演)9 病診病病連携

O-1-51

入退院時に着目した患者のACP情報連携に必要な情報項目と課題の探索 ～患者が生きる上で重要だと感じていること等の情報をつなげる ACP連携の実装化に向けて～

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

【目的】近年、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）実践が推進されているが、ACPは病院や在宅医療など場面ごとで完結するものではなく、入退院を繰り返す可能性の高い在宅療養患者のACP実践は病院と在宅医療の間でACP情報（ACPで得られた情報）の連携が必要である。当研究は入退院時のACP情報連携実態を可視化し、必須のACP情報項目や課題の探索を行うことを目的とした。

【方法】2024年1月～3月に意思決定支援技能研修を修了した専門職（ACP人材）の内、ACP情報連携を行ったACP人材のACP情報発信者とACP情報受信者の双方を対象としてインタビュー調査を行った。半構造的インタビューではACP連携場面設定や授受されたACP情報の項目、用いたツール、ACP情報連携の満足度、ACP連携のための意見などを収集した。

【結果】6例の入退院時のACP連携実態情報が収集された。ACP連携は10分～30分の時間を要していた。また口頭と紙面（独自のACPシートなど）を用いて行われていた。患者は60歳代から80歳代であり、がん/非がんの患者であった。外来の医師や看護師から病棟の医師や看護師へのACP連携が行われていた。ACP情報は「患者にとって最も重要なこと」や「患者個人を知るための情報」「代弁者となり得る人物の連絡先やその関係性」「療養場所の希望」「患者が気にしていること（懸念事項、心配ごと）」「認知機能」などの情報連携が行われていた。患者の精神状態や価値観、家族関係に沿った支援を切れ目なく実施することができたACP連携の実装化に向けた意見がある一方で、ACP情報の伝わり方の難しさへの苦悩も語られた。

【考察】ACP連携は患者の個別性に特化した情報を的確に伝える難しさが指摘され、様式や電子ツールなどの構造化されたツールの整備とACP連携の普及活動への必要性が示唆された。

利益相反：なし

一般演題(口演)9 病診病病連携

O-1-52

大学病院における在宅医療への関わり

西村 信城	ニシムラ ノブシロ
吉本 清巳	ヨシモト キヨミ
浦 靖子	ウラ ヤスコ
小島 葉月	コジマ ハツキ
吉田 裕之	ヨシダ ヒロユキ
西尾 健治	ニシオ ケンジ

奈良県立医科大学附属病院

【はじめに】厚生労働省によると、医療機能別必要病床数は計133万床（2015）から119万床（2025年）に減少する一方、在宅医療は約30万人が必要になると見込まれており、在宅医療のさらなる充実・強化が喫緊の課題となっている。その様な中で大学病院は在宅医療にどのように関われるだろうか。

【活動】医師会が実施した在宅医療に関するアンケート調査結果（H30年度）において、在宅医療に取り組まない主な理由（回答数 計313）として、1位「時間的制約がきつく体力、気力的に続ける自信がない（51%）」2位「自分の専門以外の疾病に対応する自信がない（17%）」といった意見が挙げられている。そこで、上記の在宅医療の課題に対応するため、大学病院に在宅医療支援センターを設立した。大学病院であり、在宅医療を直接的に行うのではなく、地域における在宅医療の「支援」に取り組むことを目的としている。センターの役割として、在宅の患者さんに対する夜間や休日における対応の肩代わり（夜間・休日の支援）や専門外のことに関する相談を受けている。また大学病院であり、将来、在宅医療を担える総合診療医の育成も行なっている。若手医師が大学病院だけで働くのではなく、中小病院、僻地の診療所、都会の診療所で研修を積み、当センターの支援を行うことで総合診療医を育成している。

【考察】センターを開設し、これまでに28回の夜間・休日の支援を行ってきた。まだまだ認知度が低く、大学の近くでも在宅医療支援センターの存在を知らない医療関係者も多い。在宅医療支援センターの活動を知っていただけるように広報活動に力を入れている段階である。支援センターの設置により、在宅医療をやってもいいかと思っていただけの医師が増えること、そして将来在宅医療を担える医師を育てられることを目指している。

利益相反：なし

一般演題(口演)9 病診病病連携

O-1-53

在宅医療連携室の挑戦～患者支援とチームワークの新たな未来～

片山 玲香 ²	カタヤマ レイカ
石橋 美由紀 ²	イシバシ ミユキ
山田 恵利華 ²	ヤマダ エリカ
上田 菜穂 ²	ウエダ ナホ
山崎 紗耶佳 ²	ヤマサキ サヤカ
田熊 梨佳 ²	タクマ リカ
津留 大悟 ¹	ツル ダイゴ
梁木 理史 ²	ヤナキ マサシ
小出 俊一 ²	コイデ シュンイチ

¹緩和ケア訪問看護ステーションむらお²村尾在宅クリニック

【はじめに】

当院は、単独機能強化型および在宅緩和ケア充実診療所として地域医療に貢献するべく前進している。しかし、在宅医療が必要になった患者とその家族の大多数が在宅医療の実状をイメージできず、漠然とした不安を抱いている現状にあった。そのため、精神的な不安を抱える患者と家族には、事前に情報を共有し、医療・介護に対する不安を軽減することが重要であると考えた。

【活動】

当院では医療連携部門を立ち上げ、退院前カンファレンスや事前患家訪問を実施することにした。患者と家族に対し、在宅医療の実際を動画や画像で説明し、身体的・精神的変化や介護問題を共有した。また、介護疲弊に対応できるように介護準備を早期に進めることで、在宅を希望する方が増加し、自宅での看取りが実現した。例えば、終末期における小児がん患者の症例では、デスカンファレンスを実施し、多職種を対象にアンケート調査を行い、ケアの困難さやコミュニケーション方法、家族の精神的支援に関する課題を抽出した。この取り組みを通じて、医療者は多職種連携と情報共有の重要性を再確認した。

【考察】

退院前カンファレンスや事前訪問により、患者と家族は在宅医療に対する具体的なイメージを得て、心の準備が整ったが、すべてのケースでSDM（協働意思決定）が確立されるわけではなかった。このため、柔軟な対応が求められることが示唆され、在宅医療連携の重要性を再確認した。今後は、患者と家族の状況を正確に把握し、介護保険や地域資源を早期に活用しながら、医療と介護の連携を強化することが重要である。また、多職種カンファレンスを通じた医療者間の情報共有を強化し、連携を発展させることに邁進したいと考える。

利益相反：なし

一般演題(口演)9 病診病病連携

O-1-54

認知症高齢者の入退院支援時の情報共有の実態と課題 —入院関連機能障害の予防に貢献する情報の検討—

進藤 真由美 シンドウ マユミ

信州大学医学部保健学科看護学専攻

【目的】 認知症高齢者の入院関連機能障害 (Hospitalization associated Disability: HAD) が問題となっている。認知症高齢者には、ケアマネジャー等の介護福祉職や地域の民生委員など専門職以外の支援者が関わることから、入院時の情報提供には時間がかかり、入院後の認知症ケアが途絶することがある。認知症高齢者の入退院支援の際に地域と病院との間での確かな情報共有ができればHADを予防できるのではないかと考え、どのような情報が必要かを明らかにすることを目的とした。

【方法】 調査はA病院の看護職277名を対象とし、2024年12月に行った。属性(年齢、性別、経験年数、職位、所属)、認知症高齢者の看護経験、入退院支援時に必要だと考える情報(複数回答)についてGoogleフォーム®による自記式質問紙調査で回答を求めた。データは項目ごとに単純集計を行い、分析にはマイクロソフトExcel®2019を用いた。本研究は所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した(2021105)。演題発表に際し、開示すべきCOI関係にある企業などはない。

【結果】 155名から回答があり、うち1名は無回答が多く解析対象から除外した(回収率56%、有効回答率99.4%)。対象は平均年齢 45.4 ± 10.1 歳で、女性が151名(98%)だった。認知症高齢者の入退院支援時に必要だと考える情報(複数回答)は、環境75名、脳の障害128名、健康状態140名、生活歴99名、その他(BADL、IADL) 106名、性格35名であった。

【考察】 入院により認知症高齢者のBPSDが発生し、急性期病院では身体拘束や鎮静等による非効果的な対応を行うことが多く、HADが発生していると推察する。入院中も認知症ケアを継続できるよう、性格や生活歴、入院前のIADLに関する情報活用を推進する必要が示唆された。

利益相反：なし

一般演題(口演)10 精神疾患・がん・難病・臓器不全

O-2-1

初診時に薬剤性パーキンソニズムを疑い、原因薬剤中止で症状改善した3例

清水 淳 シミズ アツシ

医療法人社団明正会 ウェルコンパス城南クリニック

【はじめに】

薬剤性パーキンソニズムは、抗精神病薬等で治療をしている患者に起こり、女性や高齢者に多い。当院で、初診時に薬剤性パーキンソニズムを疑い、原因薬剤中止後に症状改善した3例を報告する。

【症例】

【症例1】90代 女性、不安神経症、スルピリド内服による薬剤性パーキンソニズム

不安神経症との診断で、近医でスルピリド100mg/日が処方されていた。当院初診時、活動性は低下し、ベッド上で過ごしていた。歩行も小刻み歩行だった。スルピリドによる薬剤性パーキンソニズムを疑い、1カ月で漸減中止した。以後、活動性は改善し、薬剤中止後3カ月で、ほぼ離床して過ごすようになり、不安の悪化もない。

【症例2】90代女性、うつ病、スルピリド内服による薬剤性パーキンソニズム

うつ病の診断で、スルピリド150mg/日を内服していた。当院初診時、両上肢下肢の振戦、小刻み歩行を認めた。スルピリドによる薬剤性パーキンソニズムを疑い、2カ月で漸減中止した。以後、四肢の振戦は消失し、うつ病の増悪も認めない。

【症例3】80代 女性、双極性障害、バルプロ酸ナトリウム内服による薬剤性パーキンソニズム

双極性障害の躁症状に対して、バルプロ酸ナトリウム600mg/日を内服していた。当院初診時、仮面様顔貌、両上肢の筋固縮を認め、座位保持可能だが、歩行はできなかった。バルプロ酸ナトリウムによる薬剤性パーキンソニズムを疑い、1週間で漸減中止した。薬剤中止後1カ月で歩行器歩行可能となり、躁症状は認めない。

【考 察】

薬剤性パーキンソニズムは抗精神病薬等の投与開始から数週で発症し、原因薬剤中止により数カ月で改善する。原因薬剤としては定型抗精神病薬のスルピリドが最も多く、発症率は29.3%である。

在宅医療では抗精神病薬等を処方する機会が多い。薬剤性パーキンソニズムが疑われたら、速やかに対応することが重要である。

利益相反：なし

一般演題(口演)10 精神疾患・がん・難病・臓器不全

O-2-2

在宅療養中AYA世代がん患者のアピアランスケアに対する薬剤師の役割

飯田 紗希 イイダ サキ
櫻井 浩子 サクライ ヒロコ
東京薬科大学

【目的】

AYA世代がん患者は就学や就労、結婚などライフイベントと重なる時期であり、治療の過程に影響を及ぼすと考えられる。AYA世代で高罹患率の血液がんや女性器がんは治療による容姿の変化が生じやすいといわれている。この変化は患者に精神的ダメージに加え、対人関係や行動範囲の縮小をもたらす。本研究では在宅医療に携わる様々な職種にインタビュー調査を行い、在宅療養中AYA世代がん患者のアピアランスケアに対する薬剤師の役割について考察した。

【方法】

アピアランスケアと薬剤師の関わりについて2024年6月～9月にインタビュー調査を行った。対象は医師、看護師、薬剤師、患者支援施設職員、ビューティーアドバイザーの計11名である。AYA世代がん患者の抱える悩みへの医療者の関わり、薬剤師の介入状況について尋ねた。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D2024009)

【結果】

薬剤師と他職種の連携では「吐き気やしびれでの連携が多い」「薬の飲みやすさや治療を効果的に進めることはある」の意見がある一方、アピアランスケアに関して「なかなかアピアランスケアに興味のある薬剤師がいない」「アピアランスの話題になると発言が少ない」の意見があった。看護師や患者支援施設職員からは薬剤師からアピアランスケアに対し「定期的な患者への声掛け」「正しい情報の提供」に加え「がん教育」など社会の理解を求める意見も見られた。

【考察】

在宅療養中AYA世代がん患者への関わりとして、薬剤師は服薬指導に加えアピアランスケアも含めた副作用対応が必要と考える。インタビュー調査ではアピアランスケアに対し社会への理解を求める声も見られた。そのため薬剤師は、アピアランスケアに関する薬局での案内や生活に即したアドバイスなど、医療者に限らず社会全体の理解や認知度の向上に積極的に介入する必要があると考える。

利益相反：なし

一般演題(口演)10 精神疾患・がん・難病・臓器不全

O-2-3

筋萎縮性側索硬化症（ALS）に対する訪問診療例の検討

石川 成美 ¹	イシカワ シゲミ
長谷川 亜紀子 ¹	ハセガワ アキコ
近藤 京子 ¹	コンドウ キョウコ
檜原 創 ¹	ナラハラ ハジメ
前野 有理 ¹	マエノ ユリ
川合 重夫 ¹	カワイ シゲオ
芳賀 紀裕 ¹	ハガ ノリヒロ
齊藤 佳寿 ²	サイトウ カズ
野末 睦 ¹	ノズエ ムツミ

¹あい太田クリニック²あい庄内クリニック

【目的】 ALS患者にとって、自宅・施設での療養期間は、生活の質の維持して穏やかに過ごしたい大切な時間である。いかに医学的に管理され、経過したかを解析し、ALS症例の訪問診療に資することを目的とした。

【方法】 当クリニックで2024年6月までに訪問診療を行った34例を対象とした。大学病院や地域中核病院でALSと診断され、3例は開業医通院を経て紹介された。男性18例、女性16例、発症時年齢は36～84（中央値67.5）歳、訪問診療期間は048（9）ヶ月。在宅が26例、施設8例であった。

【結果】 栄養管理は、18例が胃ろう、1例が経鼻胃管、残る15例は経口摂取。呼吸管理は、気管切開と人工呼吸器装着が5例、非侵襲的陽圧換気（NPPV）6例で、10例は酸素投与、13例ではなにも行われていなかった。転帰は生存観察中9例、うち2例は転居などにより観察中止。25例が死亡。訪問診療期間の中央値は生存例で22ヶ月、死亡例では7ヶ月であった。死因は、呼吸不全20、肺炎3、併発した白血病とCOVID19感染が各1例であった。施設入所中の7例、在宅の13例は療養していた場所で死亡したが、在宅5例は最期を入院して迎えていた。鎮静剤に加えオピオイドの投与を受けたのは7例、ほか多くはCO2ナルコーシスによる呼吸不全で比較的穏やかに経過した。急激な経過を辿った1例は、NPPVが施行されていたが、身の置きどころのない呼吸困難のため、モルヒネの持続点滴とジアゼパムの投与を要した。

【考察】 多くの症例では穏やかに経過したが、急激な経過を取り、症状の緩和に苦勞することもある。ALSは発症、経過にも個人差があり、個々の患者さんに柔軟に応じ、先々を読んだ対応が穏やかに経過するうえで大切である。本研究は日本在宅医療連合学会で倫理審査を受け承認された（202418）。

利益相反：なし

一般演題(口演)10 精神疾患・がん・難病・臓器不全

O-2-4

在宅ALS患者への経皮スコポラミン配合薬使用の経験

山田 毅 ¹	ヤマダ ツヨシ
澤田 慎太郎 ¹	サワダ シンタロウ
坂田 行巨 ¹	サカタ ヒデナオ
正谷 知巳 ¹	マサタニ トモミ
佐野 勇貴 ¹	サノ ユウキ
松本 裕樹 ²	マツモト ユウキ
伊藤 友梨 ²	イトウ ユリ

¹医療法人社団すまいる やまだホームケアクリニック

²花の木薬局

【はじめに】

ALS患者を始めとした、神経難病患者を在宅で診るうえで呼吸管理はもちろんであるが、身体症状のフォローの中で嚥下の問題に、直面することとなる。その中で流涎の問題も、頭を悩ます問題の一つとなることが多い。

当院は開業以来、2024年12月までに50名近くの神経難病患者の在宅医療に携わって来ており、そのうち7名がALS患者である。

【症例】

経験した7名全て、総合病院等で確定診断がついた症例であり、進行とともに当院と併診というかたちで紹介されてきた方々である。男女比は4:3。全員が孤発型で、7名の内、2名が球麻痺症状をメインに発症した球麻痺型の患者であった。

2名のうち、1名は、自立した行動が可能な状態で紹介されており、流涎にかなり苦勞を強いられている方であったため、当院在宅医療開始後から、訪問薬剤師とともにスコポラミン配合薬を調剤し、耳下腺部位に毎日塗布することとした。

結果、流涎症状の改善を認め、そのうえで塗布方法や貼付時に使用する部材の変更、併用薬物などを試すことで、より一層の効果をを得ることができた。

【考察】

その仕様の経験や工夫を発表するとともに、保険適応外使用での、この薬剤使用など、今後への課題を呈したいと思う。なお、これは患者個人の主観によるものもあり、数値化できるものではないことも併記いたします。

利益相反：なし

一般演題(口演)10 精神疾患・がん・難病・臓器不全

O-2-5

ライソゾーム病患者における在宅酵素補充療法の現状

澁谷 泰介	シブヤ タイスケ
松本 佑介	マツキ ユウスケ
川村 祐介	カワムラ ユウスケ
山崎 龍人	ヤマザキ タツト
黒澤 愛実	クロサワ マナミ
澁谷 佐季	シブヤ サキ
立野 慶	タテノ ケイ

医療法人社団ユニメディコ

【はじめに】

ムコ多糖症Ⅱ型の治療には酵素補充療法（ERT）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。ERTの特徴として治療薬が高価であり、医療機関にとってコスト面で大きいリスクを伴う。この問題を解決するため薬剤の卸売企業と連携し治療薬の個宅配送を可能とするオペレーションを組み実践と改良を行ってきた。症例提示を交え、2021年7月からの在宅酵素補充療法の変遷および課題を報告する。

【症例】

症例1：20歳男性。2021年7月（17歳時）に酵素製剤の在宅使用が認可され、在宅ERT開始となった。週1回のERTを通院・在宅で頻度調整を行い、これまで計119回在宅ERTを行った。治療薬の個宅配送は2023年3月よりトライアルを開始し、これまで計71回行った。投与予定日に発熱があり自宅での薬剤受取をキャンセルとした事例が1例あった。

症例2：21歳男性。2024年12月より在宅ERT開始となった。個宅配送オペレーションを見直し、薬剤は自宅で家族受取りとすることで訪問時間の変更を容易とし、投与中止の場合薬剤は自宅に残し卸売業者が別途回収に訪問する流れとした。訪問看護ステーションと連携し事前にルート確保してもらい、その後訪問診療で薬剤投与を行う流れとした。

【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。通院頻度を減らすことで患者・家族の負担軽減となるため在宅ERTの社会的ニーズは高く、本学会を通じて在宅ERT実施マニュアルも作成されたことも後押しとなり在宅ERTがより広まることを期待するが、管理料の問題など今後の課題も残る。治療薬の個宅配送は在宅ERTを担う医療機関のコスト面でのリスク回避となるため、在宅ERT普及に強く寄与すると考えられる。

利益相反：なし

一般演題(口演)10 精神疾患・がん・難病・臓器不全

O-2-6

透析患者が最期を自宅で過ごすための病診・多職種連携の試みと課題

松田 浩明 ¹	マツダ ヒロアキ
加曾利 良子 ¹	カソリ リョウコ
水野 大輔 ¹	ミズノ ダイスケ
西川 和希 ¹	ニシカワ カズキ
西田 裕子 ¹	ニシダ ユウコ
逢坂 隆之 ¹	オオサカ タカユキ
中川 ふみ ¹	カカガワ フミ
中村 幸伸 ¹	ナカムラ ユキノブ
奥津 綾香 ²	オクツ アヤカ
丸山 啓輔 ²	マルヤマ ケイスケ

¹つばさクリニック岡山²岡山済生会総合病院 腎臓病センター

【はじめに】社会の多死高齢化に伴い、高齢透析患者の“最期の時間と場所”を考えることは患者、家族、医療提供者にとって重要な課題である。高齢腎不全患者のための保存的腎臓療法が提唱されている昨今、紹介元医療機関との振り返り・情報共有を行った腹膜透析（PD）・血液透析（HD）患者の在宅・施設での看取りについての意義と課題について検討した。【活動】在宅・施設での看取りを行ったPD、HD患者各2名。PD 1：93歳 男性、慢性心不全。訪問看護によるassisted PD継続。初回訪問後48日に誤嚥性肺炎惹起、心不全進行により55日目に施設でご逝去。PD 2：89歳 男性、慢性心不全、紹介元との併診。本人、家族によるPD管理。紹介後8か月後、心不全進行により自宅でご逝去。共に最期までPD継続。HD1：83歳 男性。慢性心不全のため透析継続不可能、本人・同居家族が自宅での最期を希望され訪問、その翌日に自宅でご逝去。HD2：82歳 女性。精査入院した基幹病院から紹介。心不全による透析困難あり。透析クリニックとの併診。紹介後152日目、透析から帰宅後、意識混濁あり。同居家族が自宅での看取りを希望、翌日ご逝去。内3例は紹介元病院とのデスクカンファレンスにて情報共有と改善点について検討。【考察】PD患者は紹介元病院との併診、情報共有を月単位で継続、患者・家族の在宅・施設での療養に対する安心感や当院への信頼感の醸成により在宅・施設にてPDを継続しながら最期を迎えられた。HD患者はHD見合わせ後、数日以内での自宅でのお看取りとなった。以前からの訪問看護の介入や透析施設との併診期間の存在が自宅での最期を迎えられた要因であると考えられた。関連施設・多職種とのデスクカンファレンスの開催によってケアを振り返り透析患者の自宅療養を容易にする新たな視点を共有することは透析患者の最期の選択枝を広げるために重要である。

利益相反：なし

一般演題(口演)10 精神疾患・がん・難病・臓器不全

O-2-7

在宅医との連携強化による腹膜透析患者の死亡場所の変化

岡 英明 ¹	オカ ヒデアキ
片岡 美和 ²	カタオカ ミワ
大田 佳奈 ¹	オオタ カナ
角 遼 ¹	スミ ハルカ
原 裕一郎 ¹	ハラ ユウイチロウ
木村 駿太 ¹	キムラ シュンタ
橋本 諒司 ¹	ハシモト リョウジ
中村 昌平 ¹	ナカムラ ショウヘイ
木船 美佳 ¹	キフネ ミカ
藤方 史朗 ²	フジカタ シロウ
上村 太朗 ¹	カミムラ タロウ

¹松山赤十字病院²衣山クリニック

【目的】腎代替療法の一つである腹膜透析（PD）を施行中の患者は、在宅治療にも拘らず病院死率が71%（RRT 2024）と高率である（一般人は71%，血液透析は82～85%）。「最期まで在宅」を望む日本人が少なくない中、2018年よりPD患者全例に訪問看護を導入し、2020年より高齢者施設の開拓や在宅医との連携を開始した。2022年に初めて死亡場所の調査を行い、その後に在宅医との連携強化を図ったため、その成果を検証する。尚、当院倫理委員会で承認済み。

【方法】当院でPDを導入し、PD継続中に死亡した患者の死亡場所を調査した。2008年1月～2022年6月を前期、2022年7月～2024年11月を後期と定義した。状態が急変して病院搬送直後に死亡した症例は急変場所を死亡場所と定義した。

【結果】PD継続中に死亡した患者数は前期56名、後期22名であった。前期の死亡場所の内訳は急性期病院64%（36名）、療養病院7%（4名）、高齢者施設9%（5名）、自宅20%（11名）で、後期の内訳は急性期病院36%（8名）、療養病院5%（1名）、高齢者施設27%（6名）、自宅32%（7名）だった。病院死率は前期71%（40名）に対して後期41%（9名）と有意に低下した（ $P=0.02$ ）。

【考察】最期を迎える場所は患者の希望だけでなく背景疾患や介護・経済力なども影響する。しかしPD患者は在宅でより長い時間を過ごすことを望んでPDを選択していることが多く、高い病院死率は問題と考える。2022年以降、終末期の近い患者やADLの低い患者、高齢者施設に入所する患者を在宅医に紹介することで、訪問看護の導入だけでは為しえなかった病院死率の低下が得られた。今後は透析導入前の患者の意向調査、「最期まで在宅」を望む患者へのPD導入とPDへの切り替え、更にはPD導入・管理施設と在宅医との連携強化が進むことが望まれる。

利益相反：なし

一般演題(口演)11 ICT/事業所運営

O-2-8

在宅医療界の働き方改革。AI自動要約とクラウドPBXシステム活用した医師業務効率化の効果について

梁木 理史 ^{1,2}	ヤナキ マサシ
小出 俊一 ¹	コイデ シュンイチ
津留 大悟 ¹	ツル ダイゴ
山田 恵利華 ¹	ヤマダ エリカ
吉田 翔 ¹	ヨシダ ショウ
野口 聡美 ¹	ノグチ サトミ
片山 玲香 ¹	カタヤマ レイカ

¹村尾在宅クリニック²東京女子医科大学病院 麻酔科学教室

【目的】

医師の働き方改革問題において、AI技術の進展により、音声認識や大規模言語モデルを活用したアプリケーションが実用化され、音声入力や自動要約機能を通じて業務効率化が可能である。また、訪問診療および訪問看護における夜間・休日のオンコール対応は、連休中や急な交代時に発生する緊急用携帯電話の受け渡しの煩雑さが業務負担を増加させる。本研究は、システムを用いてこれらの課題が解決できるか、医師の業務時間に与える影響について検証した。

【方法】

2024年6月と7月に、訪問診療クリニックである当院の常勤医師を対象にAI自動翻訳システム、クラウドPBXシステム導入前後の時間の使い方を比較した。評価項目は患者診察時間やカルテ記入時間など7項目に分け、t検定で統計解析を行い、AIツールの導入効果を評価した。

【結果】

クラウドPBXシステムにより、85%以上の医療従事者が夜間・休日の電話対応負担が軽減したと回答し、交代時の柔軟性も大幅に向上した(95%以上が「非常に柔軟である」と評価)。さらに、長期連休中のトラブルが減少し、運用効率が改善された。また、AIツール導入により、カルテ記入時間が有意に減少した($p < 0.05$)。特に、癌患者や緊急往診時において、カルテ記載の時間が短縮され、空いた時間が増加したことで、医師の自己研鑽時間も有意に増加した($p < 0.05$)。

【考察】

IP/PBX・クラウドPBXシステムの導入は、訪問診療・訪問看護のオンコール体制を柔軟化・効率化し、医療従事者のストレス軽減と対応能力向上に寄与した。また、AIツールによる自動要約機能や音声認識技術は、長時間の会話や複雑な診療記録作成において特に効果を発揮し、診療時間の長期化を防いだ。これらの技術は、医師の業務効率を大幅に向上させることができ、特に在宅医療分野での有用性が示された。

利益相反：なし

一般演題(口演)11 ICT/事業所運営

O-2-9

他事業所とのICTを活用した情報連携の定着に向けた取り組みとその課題

長畑 雄大¹ ナガハタ ユウタ
上畑 大² ウエハタ ダイ
長島 小百合¹ ナガシマ サユリ
中村 幸伸¹ ナカムラ ユキノブ

¹つばさクリニック岡山

²つばさクリニック

【はじめに】当院は在宅療養支援診療所として、約500名の在宅患者に訪問している。診療圏のある地域において、市医師会が事務局となり、地域の在宅医療に関わる医療・介護職種間でICTを用いた情報連携に取り組んでおり、当院も参加している。2024年度診療報酬改定において、さらなるICTの活用が推進され、当院においては今後の在宅療養を支える上で、ICTを活用した情報連携がより必要不可欠になると考えた。今回、当院の他事業所とのICTを活用した情報連携の定着に向けた取り組みとその課題について報告する。

【活動】2024年4月、他事業所とICTを活用した情報連携の定着に繋げる為には、当院から他事業所に対して積極的にICTの情報提供と情報連携への参加を促していく必要があると考えた。院内での活用方法を整理しながら、他事業所に対しては訪問にてICTの紹介を行い、必要に応じ説明会を開催した。結果、ICTを活用した情報連携に参加した事業所数は、2024年4月1日時点の6件から同年12月末時点には74件になった。患者498名の内、患者毎のグループが出来たのは371名であった。情報連携の実績としての在宅医療情報連携加算算定の件数は、2024年6月時点の4件から、109件まで増加した。【考察】当院から他事業所に積極的に働きかける事でICTツールに参加した事業所が増えた。しかし、ICTを活用した情報連携に参加していない事業所が半数以上存在している事が一つの課題である。参加していない理由は「ICTに慣れていない」「ICTの使い方が分からない」「法人の方針」などがあがった。また、ICTツールに参加はしているが、双方向の情報共有でなく、当院からの一方向の情報提供のみになっている事業所が多い点も課題である。今後も、課題に対する働き掛けを行いながら、様々な手段と方法で効果的且つ効率的な連携に取り組みたい。

利益相反：なし

一般演題(口演)11 ICT/事業所運営

O-2-10

RPAによる訪問診療業務効率化の実例

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】

訪問診療では業務上、書類作成が多い。さらに、ICTによる情報共有や医療連携の加算も相まって、他職種向けのICTへのカルテ転記や情報共有作業の手間が増えている。働き方改革やタスクシフトなど人員の業務効率化が必要な反面、業務が増えていることも確かで、バランスをとることが難しいのが現状である。そこで当院はRobotic Process Automation（以下RPA）を導入して業務精度を上げつつ、業務効率化で人員の時間を最大限に削減した。その結果を報告する。

【活動】

2024年5月に始動。いくつかあるRPAの中から、料金が安く、自分でプログラムが簡単に作れ、サポート体制もしっかりしているソフトを選定した。

2024年12月までの8ヶ月で作ったプログラムは60個。そのうち主に稼働しているものは16個だった。内容としては居宅療養管理指導や在宅療養計画書の作成といった書類業務、処方箋や訪問看護指示書の印刷といった印刷業務、他職種との医療連携のためICTへのカルテ内容転記といったICT記載業務が主なものだった。

結果は、年間削減時968時間だった。職種別内訳は医師4時間、看護師584時間、事務380時間だった。1日8時間勤務に換算すると、削減人員日数は医師0.5日、看護師73日、事務47.5日だった。年間削減人件費は150万円以上という結果だった。

【考察】

RPAによる業務削減効果は絶大である。問題点としては、自分でプログラムを作るのか、業者に任せるのかで運用が大きく違う点である。自分で作る場合は、学習とメンテナンスの手間が必要だが、プログラムを作る費用は無料で迅速に作成できる。業者に頼む場合は、全てお任せできる反面、料金がかさむため、たくさんのプログラムを作れない、プログラム作成まで時間がかかることが挙げられる。それぞれのクリニックにあった運用を考える必要がある。

利益相反：なし

一般演題(口演)11 ICT/事業所運営

O-2-11

「在宅医療情報連携加算」算定対応：RPA活用による業務効率化事例

山戸 啓佑 ヤマト ケイスケ

医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック

【はじめに】

2024年度診療報酬改定では、質の高い在宅医療の提供体制を推進する観点から、訪問診療や往診に関する評価の見直しが行われた。その一つとして「在宅医療情報連携加算」が新設された。当院では、この診療報酬の新設を受けてメディカルケアステーション（以下「MCS」）を導入した。しかし、訪問診療や往診のたびに診療レポートを手作業で共有すると、作業員である医療事務の負担が増大することが懸念されたため、独自のRPAツールを開発し、作業効率化を図ることにした。

【活動】

RPAツール導入前、医師が診療録を作成した後、医療事務はMCSに診療録を共有するために以下4つの作業を患者ごとに行っていた。

- ①電カルで該当患者のページを開く。
- ②診療録を保存する。
- ③MCSで患者名を検索し、投稿画面を開く。
- ④診療録をアップロードする。

1件あたりの作業時間は約2分だが、当院では1日約50件の訪問診療・往診を行っており、これらの作業に1日約100分を要していた。

RPAツール導入後は、医療事務が全患者分の診療録を電カルから一括ダウンロードし、専用スプレッドシートにアップロードするだけで作業が完了するようになった。この結果、①・②の作業が省略され、RPAツールが③・④を自動で実行するため、1日の作業時間を2～3分に削減することができた。

【考察】

このRPAツールは10月からテスト運用を開始し、抄録提出時点で本運用から約2か月が経過している。しかし、現在も稀にエラーが発生することがあり、改良を進めている状況である。

エラーの具体例として、患者IDをRPAツールが正しく取得できず、診療録をアップロードできない事象が挙げられる。この場合には手作業で対応しているが、引き続き改良を重ねていく予定である。今後も院内スタッフの負担軽減と連携先へのスムーズな情報共有を実現し、診療の質向上に向けて取り組みを進めていきたい。

利益相反：なし

一般演題(口演)11 ICT/事業所運営

O-2-12

当院の事務作業における無償版 RPA ツール Power Automate desktop の活用

原田 紳介¹ ハラダ シンスケ

田村 陽一² タムラ ヨウイチ

¹ゆう在宅クリニック旭

²ゆう在宅クリニック

【はじめに】近年、事務作業に Robotic Process Automation（以下 RPA）等のソフトウェアロボット技術を導入するケースが増えている。しかし開発や運用を外部委託する場合、その費用負担は軽くはない。そこで Microsoft 社が提供する無償 RPA ツールの Power automate desktop でフローを自作し、いくつかの院内作業が自動化できないか試してみた。

【活動】2023年11月、事務職員より RPA が利用できそうな作業の聞き取りを行った。その結果この1年間で作成したフローは、①ケアマネージャーに送付する居宅療養管理指導情報提供書への宛名付け、②訪問看護指示書の継続発行の仮作成と印刷、③訪問薬剤管理指導書の継続発行と印刷、④在宅医療情報連携加算の算定患者の抽出、⑤請求書等の郵送物がない患者の抽出と宛先の印刷だった。なお費用は新規で購入したデスクトップパソコン2台分のみだった。

【考察】RPA フローの作成者は全く予備知識がなく診療の傍らでの作成のため当初作業は難航したが、インターネット上の情報のみで作成することができた。まず毎日行う作業の①を作成したが、これにより毎日約1-2時間の事務作業短縮効果が得られた。以後月毎に作業が必要な②～④についても作成し、それぞれ月に数時間程度の作業短縮効果が得られた。⑤に関しては、インフルエンザワクチン接種のお知らせを配布するために事務職員から時期を置いて依頼され作成した。年に1回の利用のため作業短縮効果はそこまではないが、事務職員の中でも RPA で業務が代行できないかという意識が芽生え始めた表れと考える。問題点としては、フローを実行する事務職員も簡単に分かるようにマニュアルを作成し指導することに若干手間を要することだった。また時々起きる不具合にも自分たちで対応する必要があったが、今のところ大きな不都合は生じていない。

利益相反：なし

一般演題(口演)11 ICT/事業所運営

O-2-13

障害者とともに地域共生社会を目指す。有床診療所の可能性と未来。

安中 文 ヤスナカ フミ
安中 正和 ヤスナカ マサカズ
松永 英文 マツナガ ヒデフミ
三浦 侑真 ミウラ ユウマ
安中外科・脳神経外科医院

【はじめに】 これまでの当施設の活動を振り返り、地域医療と福祉の現場で得られた経験や成果を共有するとともに、地域社会と歩む当施設の取り組みについて伝えたい。

【活動】 当施設は昭和49年から続く有床診療所（入院9床、療養病床6床、計15床）である。その後世代交代や医療情勢の変化に伴い、訪問診療にも力を入れていくようになった。その中で患者家族からの要望もあり、更なる地域共生社会を目指し、令和元年より新しい有床診療所になった。現在、療養病床は介護医療院へ転床し空床枠で障害者（児）のショートステイとして利用可能である。また、その他同じ建物内に介護保険のデイサービス、障害福祉の生活介護（18歳以上）も併設した。そのため生活介護を利用している方が介護保険適応年齢になった場合でも、介護のデイサービスを引き続き利用できる。また、ショートステイを利用していた障害児が高校卒業後より生活介護へスムーズに移行し社会生活を継続できたケースもあった。定期的にショートステイや生活介護を利用しておくことで、急な介護者の病気や仕事で介護が困難になった場合でも、すぐショートステイで対応でき介護者の療養や仕事を済ませることができた。なお当施設は近所の保育所と連携し年に4回交流会がある。要介護のお年寄りから入院中の患者、障害者（児）に子供たちは最初驚いている様子だったが、回数を重ねるごとに声も大きく笑顔も出るようになった。また、子供たちの元気な歌声や踊りに感激し涙を流す利用者もいた。このような当施設の活動を通してこれまでもを振り返りながら報告していきたい。

【考察】 利用者や家族、地域住民やスタッフが一体となり包括的で持続可能なケアを続けていくために、また、より多くの人々の生活を支える存在として発展していくためにどうしたらいいか模索していきたい。

利益相反：なし

一般演題(口演)11 ICT/事業所運営

O-2-14

訪問看護 AI導入で拓く在宅ケア新時代
超高齢・広域対応エリアで実現した訪問看護DXと人材確保への挑戦

藤沢 武秀 ¹	フジサワ タケヒデ
谷合 久憲 ³	タニアイ ヒサノリ
佐藤 智哉 ⁴	サトウ トモヤ
長堀 孝子 ²	ナガホリ タカコ
安藤 秀明 ⁵	アンドウ ヒデアキ

¹ごてんまり訪問看護ステーション²SOMPO 77由利本荘³たにあい糖尿病在宅クリニック⁴アイン薬局 由利本荘店⁵秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻

【はじめに】本報告は日本初の生成AI活用による訪問看護記録自動要約作成システムの業務標準化を中核に、秋田県の超高齢・広域過疎地域における訪問看護ステーション運営のDX推進、病院連携強化への実践的知見を提示するものである。【活動】秋田県は全国最高水準の高齢化率と広域過疎を特徴とし、一拠点が1,500km²超をカバーせざるを得ない環境で訪問看護を展開している。そのため「在宅療養弱者」が数多く存在する一方、医師数減少や医療介護サービス不足が顕在化している。人材確保や効率的オペレーションが難しい中、私たちはSE配置によるシステムのGAS化、業務標準化・記録業務自動化、GPS勤怠管理の導入による直行直帰など、複合的なDXを推進した。

生成AIによる日本初の訪問看護記録要約は、プロンプトにメタ思考を組み込むことで俯瞰的視点を強化し、生活背景や価値観を踏まえた質的なケアを持続的に提供可能とした。これにより病院側は退院前後の在宅療養状況をリアルタイムに把握し、入退院支援や逆紹介率改善にもつなげられる。

また、大学病院や地域の在宅医と共に特定行為研修取得を支援する独自の教育連携体制を構築し、看護師の専門性強化やスキルアップを促進。将来的な医師不足を見据えた訪問看護師の専門性向上を図ることで、限られた医療資源でも迅速・適切な対応が可能な体制づくりを進めている。

【考察】秋田県という「崖っぶち」の環境下で培われた本モデルは、全国的に応用可能なロールモデルであり、人員急減時代における地域包括ケア強化の一モデルとしてICT・AI技術をレバレッジにした在宅ケア運営の進化を示すものである。訪問看護ステーションや病院看護部門を率いる管理者にとって、業務効率化やスタッフ定着、地域連携推進の戦略的示唆となる本取り組みは、持続可能な在宅医療・介護提供体制構築に向けた全国各地の医療・介護現場に新たな可能性を提示する。

利益相反：なし

一般演題(口演)12 研究

O-2-15

※取り下げ

一般演題(口演)12 研究

O-2-16

在宅医療下の高齢者患者の転倒事例から検証した気象の影響：
予防原則的対策の検討

黒岩 義之 ¹	クロイワ ヨシユキ
市村 篤 ¹	イチムラ アツシ
望月 順子 ¹	モチヅキ ジュンコ
邑山 美奈子 ¹	ムラヤマ ミナコ
金森 隆成 ¹	カナモリ タカナリ
田中 武則 ¹	タナカ タケノリ
鶴岡 祐介 ¹	ツルオカ ユウスケ
野中 洋平 ¹	ノナカ ヨウヘイ
城守 雅史 ⁴	シロモリ マサシ
池田 陽一 ²	イケダ ヨウイチ
平山 啓行 ²	ヒラヤマ ヒロユキ
平山 大將 ³	ヒラヤマ ダイスケ

¹医療法人社団和啓会メデイクスクリニック溝の口²医療法人社団和啓会³福祉開発研究所⁴医療法人社団和啓会メデイクス松戸クリニック

【目的】在宅医療下の高齢者の転倒件数への気象の影響を検証する。【方法】本年10月1日～12月22日の期間に起きた当施設訪問診療患者の全97件の転倒（70歳以上が92%、パーキンソン病が29%）を対象とした。内訳は男25、女73（在宅20、施設77）。各日の転倒例数と各種気象データ（東京都）の相関を調べた（単回帰解析）。参考事象として同一期間における全国鉄道人身事故件数（全195件）と各種気象データの相関も分析した。米国（GOES）や日本（ひまわり9号）の人工衛星によるプロトン観測値や地磁気K指数（柿岡の地磁気観測所）と転倒との関係も調べた。日本医学会連合倫理委員会の方針に沿う対応をとった。【結果】転倒件数は最高気温（0.04）最低気温（0.04）平均気温（0.04）降水量（0.008）風速（0.03）蒸気圧（0.05）と正相関（括弧内p値）を認めた。参考事象として解析した全国鉄道人身事故件数は最低気温（0.02）平均気温（0.08）平均湿度（0.02）最小相対湿度（0.01）雲量（0.03）と正相関を認める一方、気温日内変動（0.0006）最大降水量（0.06）日照時間（0.02）日射量（0.01）平均風速（0.01）最大風速（0.03）最大瞬間風速（0.02）と負相関を認めた。転倒件数が最大ピークを示した10月8～12日にはプロトン観測値のピークと地磁気嵐（地磁気攪乱）を認めた。【考察】高齢者の転倒は注意力低下、網様体脊髄路の機能低下等に関わるが、これらが気象条件（高気温、降水増加、風速増加、地磁気攪乱、プロトン増加）の影響を受けることが分かった。鉄道人身事故（うつをベースとする衝動行動）に影響する気象条件（高気温、高湿度、降水低下、日射低下、風速低下）は転倒に誘導する気象条件とは異なるものであった。本研究の情報は転倒防止の予防原則的対策を立てる上で有用である。

利益相反：なし

一般演題(口演)12 研究

O-2-17

在宅歯科診療受療者の現状およびQOLと栄養状態に与える因子の検討

手銭 ひろ テゼン ヒロ
 菊谷 武 キクタニ タケシ
 大日方 雪乃 オオヒカタ ユキノ
 市川 陽子 イチカワ ヨウコ
 田中 公美 タナカ クミ
 戸原 雄 トハラ タカシ
 高橋 賢晃 タカハシ ノリアキ
 佐藤 路子 サトウ ミチコ
 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

【目的】本研究は、在宅療養高齢者の多施設共同のコホートから、歯科訪問診療の効果とその効果に与える因子の検討を行うものである。本発表はその一部として、登録開始後3か月間の横断研究について報告する。

【方法】歯科訪問診療を実施する11の歯科医療機関における患者を対象とした。評価項目は、生活環境として、家族状況、歯科受診歴、口腔関連として、歯数、口腔関連QOL (GOHAI)、摂食嚥下障害評価として、(FOIS)、摂食嚥下障害に対する自覚 (EAT10) であった。全身状況として、併存疾患指数、認知症高齢者の日常生活自立度、ADL (Barthel Index)、栄養状態 (GLIM基準) であった。

【結果】対象者は89名 (男性40名、女性49名)、平均年齢 84.3 ± 8.1 歳であった。14名 (16%) が経管栄養を併用し、33名 (38%) が経管栄養を含め嚥下調整食摂取が必要 (FOIS5以下) であった。Barthel Index 30未満の者は30%、30以上60未満の者は26%であった。認知症高齢者の日常生活自立度において、Ⅱ以上の者は51%、Ⅲ以上の者は21%存在した。GLIM基準により低栄養と診断された者は、37名 (42%) 存在した。GOHAIの標準値以下の者は、57名 (64%) 存在した。歯科未受診期間は、45名 (57%) が1年以上未受診であった。天然歯数は、無歯顎者24%、35名 (42%) の者が20歯以上であった。ロジスティック回帰分析により、低栄養は、併存疾患指数、EAT10、歯数と有意な関連を示した。また、口腔関連QOLは、EAT10、歯数と有意な関連を示した。

【考察】在宅療養高齢者の栄養状態の維持には、歯の欠損防止と摂食嚥下機能の維持が重要である可能性が示された。本研究は、当大学倫理審査委員会により承認を得た (NDUT202403)

利益相反：なし

一般演題(口演)12 研究

O-2-18

在宅医療における処方薬剤数と医師の診療負担感との関連：多施設共同研究

舩本 祥一 ^{1,2}	マスモト ショウイチ
中山 元 ^{1,3}	ナカヤマ ゲン
孫 瑜 ¹	ソン ユ
石井 充章 ¹	イシイ ミツアキ
任 明夏 ^{1,4}	ニン サヤカ
稲葉 崇 ^{1,5}	イナバ タカシ
梶川 奈月 ^{1,7}	カジカワ ナツキ
濱田 修平 ^{1,6}	ハマダ シュウヘイ
木村 紀志 ^{1,8}	キムラ ノリユキ
丸尾 和司 ¹	マルオ カズシ
浜野 淳 ¹	ハマノ ジュン

¹筑波大学医学医療系²つくばセントラル病院³絆在宅クリニック⁴大和クリニック⁵笠間市立病院⁶神栖済生会病院⁷北茨城市民病院附属家庭医療センター⁸ひたち太田家庭医療診療所

【目的】在宅医療においては、ポリファーマシー（多剤服用）の頻度が高いと報告されているが、処方薬剤数が医師の診療負担感に与える影響は明らかでない。本研究は在宅医療において、処方薬剤数と医師の診療負担感の関連について分析することを目的とした。

【方法】本研究は横断調査で、機能強化型在宅療養支援診療所・病院（茨城県6施設と東京都1施設）から訪問診療を受けている18歳以上の患者の主治医33名を対象に自記式質問紙調査を実施した。患者の年齢、性別、疾患数、要介護度、直近の診療時間、Clinical Frailty Scale、認知機能（認知症高齢者の日常生活自立度）、調査前月の訪問回数（1回、2回、3回以上）、訪問看護の利用有無、過去1か月の往診有無、医療処置の有無、処方薬剤数、医師の診療負担感を評価した。医師の診療負担感はVisual Analogue Scaleで評価した。統計解析として、記述統計ならびに、処方薬剤数と医師の診療負担感との関連を、主治医を変量効果とした線形混合効果モデルで分析した。本研究は筑波大学医学医療系医の倫理委員会の承認を得て行った。

【結果】対象患者507名の平均年齢は82.4歳、男性40.8%、平均薬剤数6.4剤であった。線形混合効果モデルでは、処方薬剤数の増加は医師の診療負担感増大と関連を認めた（ $p < 0.001$ ）。

【考察】本研究に参加した機能強化型在宅療養支援機関での在宅医療において、処方薬剤数の増加は医師の診療負担感増大と有意な関連を認めた。減薬が医師の診療負担感の軽減に繋がるか、処方数の多い患者において医師の診療負担感をどのように軽減していくかは、今後の検討課題である。

利益相反：なし

一般演題(口演)12 研究

O-2-19

当院における在宅療養患者に対する在宅輸血の有効性に関する報告

天木 惇¹ アマキ ジュン
壁谷 悠介² カベヤ ユウスケ
山下 智史³ ヤマシタ サトシ
青山 直善⁴ アオヤマ ナオヨシ

¹さんりつ会 そうわ堀之内クリニック

²さんりつ会 そうわクリニック

³さんりつ会 そうわ相模クリニック

⁴北里大学医学部総合診療医学

【目的】在宅輸血に関する文献は、方法論や安全性、患者満足度に関する報告が主であり、実際に予後が改善しているのか、患者様の経過や予後等、基礎となるデータが依然不足している状態である。そこで、我々は当院で訪問診療を受けた症例を対象として在宅輸血の有無による予後の違いについて検討を行った。

【方法】2018年12月～2022年9月の期間に訪問診療を行った症例のうち、在宅輸血の適応となりうる血液疾患及び悪性腫瘍末期である症例を抽出し、臨床情報を診療録から取得し、在宅輸血の有無で訪問診療開始日からの生存期間を比較した。

【結果】全107症例が抽出された。生存期間{在宅輸血有り (n=21) ; 中央値78日 [範囲25228] vs 無し (n=86) ; 中央値100日 [範囲79145] , p=0.349}で差は見られなかった。血液疾患症例 (n=20) に限ると生存期間{在宅輸血有り (n=11) ; 185日 [25708] vs 無し (n=9) ; 38日 [289] , p=0.031}と、在宅輸血有り群は有意に生存期間が長かった。非血液疾患 (n=87) の生存期間{在宅輸血あり (n=10) ; 40.5日 (22227) vs 無し (n=77) ; 103日 (85154) , p=0.07}では有意差は認められなかった。

【考察】全体では在宅輸血の有無による生存期間に差異は無かったが、血液疾患では在宅輸血を受けている症例は生存期間が延長していた。非血液疾患では有意差は無かったが、在宅輸血を受けた症例は生存期間が短い傾向がみられた。既報では在宅輸血は患者満足度に影響するとされているが、具体的な生存期間についての情報も加える事で、患者様や家族に対する意思決定支援の一助になる事を期待する。この結果は単施設による後方視的に少数で異質性の高い症例群による解析結果であることに留意が必要である。

利益相反：なし

一般演題(口演)13 小児・地域包括システム・地域づくり・その他

O-2-20

両親の協力が得られない1型糖尿病の学童期と関わった 訪問看護師の支援を振り返る一例

平田 桂子 ヒラタ ケイコ
相原 知尋 アイハラ チヒロ
中山 絵美 ナカヤマ エミ
斎藤 生世 サイトウ イクヨ
石川 ルイ子 イシカワ ルイコ
訪問看護ステーションルイシス

【はじめに】両親の協力が得られず、コントロール不良の1型糖尿病の学童期の事例を経験し、訪問看護師の支援を振り返ったので報告する。

【症例】

(概要) A君(小6)は、小2で1型糖尿病を発症した。小4の時、A君が弟の食事調理中に重度低血糖で救急搬送され、病院と学校の要請で訪問看護が開始された。当初、母親は訪問看護の受け入れを拒否していたが、両親・学校・病院との話し合いを経て受け入れに至った。介入当初、両親の理解不足や育児能力の課題により、A君の血糖コントロールは不良であった。

(支援内容)

- ①食事とインスリン管理では、食事写真を用いたカーボカウントの指導や給食のカーボカウントを元にインスリン量を調整した。
- ②心理的サポートとして、症状を隠すA君に「何でも話してよい」と伝え、夜間の低血糖時にグルコレスキューでの捕食は母親の許可なく自分でやってよいと伝え、行えるよう助言した。
- ③手技の改善：血糖測定やインスリンボール刺入部を避ける事や注射時、腹部の皰に配慮して打つなどインスリンの不慣れに対して手技確認し、助言を行った。また、アトピー性皮膚炎に配慮したリブレ装着場所の検討を行った。

(支援経過)

小4時：HbA1cは9台、訪問看護をキャンセルすることが多く、糖尿病合併症リスクが高い状態。

小5時：インスリン量をA君自身でスケールを見て調整可能に。両親の支援が得られず、自己管理を進める必要性が明確化。

小6現在：HbA1cは7台に改善。サマーキャンプ参加により糖尿病理解が進み、学校行事時も自己注射が可能に。低血糖時は緊急電話を看護師へ直接かけることができている。

【考察】A君の自己管理能力向上には、信頼関係の構築と情報共有が不可欠であった。家庭環境に課題がある中、看護師など第三者の支援が心理的安定に寄与した。また、学校・病院・訪問看護ステーション間の連携が、支援の効果を高めたと考える。

利益相反：なし

一般演題(口演)13 小児・地域包括システム・地域づくり・その他 O-2-21

佐賀県における看護職員向け小児在宅医療支援講習会の取り組みについて

小野 直子 オノ ナオコ
ひらまつ在宅クリニック

【はじめに】昨今、小児の在宅医療は需要が高まっているにもかかわらず、担い手の育成が追い付いていない現状がある。特に小児看護に携わる人材は必要だが、携わっている人の実情は常に不安や疑問を抱えている。佐賀県においては平成30年度より、成人ならびに小児の在宅医療に携わる多職種に向けて小児在宅医療支援・実技講習会を行ってきた。そんな中、小児在宅看護に携わる人たちの需要が特に高いことを感じたため、令和5年度より看護職員向けの小児在宅医療支援講習会を始めた。その内容についてまとめる。

【活動】講習会は筆者が非常勤で所属している佐賀大学小児科の医師らの協力の下で行い、大学病院内の研修センターにて、年1回の定期開催とした。対象は『小児在宅医療に関わっている看護職員』として、訪問診療に関わる病院・クリニック、訪問看護ステーション、小児に関わっている福祉施設、特別支援学校・保育施設、など広く広報した。その結果、募集定員を超える申し込みがあり、需要の高さが伺えた。内容は講義を2題、実技を3～4ブースとした。講義や実技の内容は、実際に在宅で過ごしている小児例に合わせて検討を行った。終了後のアンケートでの満足度は高く、その理由として、講義・実技の内容の他に、関わっている患児の主治医と直接話げできた、他施設との交流ができた、など顔を合わせた関係作りにも役立ったことが伺えた。

【考察】訪問診療を行う立場として、小児の在宅医療を成り立たせるためには、多職種、特に看護職員との連携が不可欠である。また、医療機関との連絡が密ではない福祉施設や教育機関では、常に不安を感じながら患児と向き合っている現状がある。そのような状況に対して、教育の機会を持ち、顔を合わせることで連携を深め、報告連絡相談がしやすい環境を作ること、がこの講習会の根底の目的であると考えている。今後も継続してより内容を深めていきたい。

利益相反：なし

一般演題(口演)13 小児・地域包括システム・地域づくり・その他

O-2-22

離島における多職種連携と地域連携 ～石垣島での在宅医療文化醸成に向けた取り組み～

岡本 淳一 オカモト ジュンイチ
医療法人社団悠翔会 とうもーる診療所

【はじめに】

石垣島は沖縄県八重山諸島に位置する人口約5万人の離島である。地域での在宅医療の供給は不足しており、令和3年の統計では人口あたりの在宅患者訪問診療料（1）、往診料、在宅ターミナルケア加算の算定件数が全国平均と比較して各々40%、52%、48%であった。そこで令和5年5月、八重山地区2施設目の在宅療養支援診療所として当院を立ち上げた。開設から1年7か月間の診療、及び多職種連携上の取り組みと共に、行政機関と協働で地域啓発に取り組んだ諸活動について報告する。

【活動】

令和5年6月から令和6年12月にかけて222名に在宅医療を提供し、53名を在宅で看取った。各連携事業所とはICTを用いて質の高い情報共有を行った。中核病院とも緊密な連携を図り、迅速かつ臨機応変な在宅移行支援を実現した。地域包括支援センターから8件の困難事例を随時引き受け、在宅医療・介護支援の起点を担った。診療所から16km以上離れた無医地区での在宅医療も6名に提供してきた。

一方、多職種連携をテーマとした先島在宅医療・介護連携フォーラム、在宅看取りに関する市民講演、小中学生向けの啓発講演等を主催し、地域貢献に取り組んだ。

【考察】

診療面では常に患者・家族のニーズを最優先に考慮し、多職種での協議も重視しながら、関わる全ての人の幸せを実現できるケアチーム作りを心がけた。十分な意思疎通をとりながらチームで困難課題を解決していく上で、相互配慮、互助精神、ホスピタリティ等、信頼関係作りのための基本姿勢が特に重要となることを学んだ。

患者・家族、連携職員からの信頼を得られたことで、在宅医療の価値が受容され、当たり前になる在宅医療を受けられる文化が地域全体に定着しつつある。今後は地区医師会での活動強化、行政機関への働きかけ等にも注力し、八重山諸島の在宅医療の更なる発展に貢献していきたい。

利益相反：なし

一般演題(口演)13 小児・地域包括システム・地域づくり・その他

O-2-23

小さなクリニックの「待合室カフェ」～活動紹介と今後の展望～

野尻 明子 ノジリ アキコ
清藤 千景 キヨフジ チカゲ
武田 成美 タケダ ナルミ
医療法人 清藤クリニック

【はじめに】当院は、地域のかかりつけ医として地域住民の健康を守る役割を担っている。高齢化の進んだ団地の中に位置し、外来患者も高齢者が多い。熊本地震発災半年後の2016年10月より、地域住民が集い交流する場として待合室を地域に解放し「待合室カフェ」を始めた。2024年11月には77回目を開催した。これまでの活動を振り返り、今後の課題について述べる。

【活動】活動は、毎月最終金曜日の午後に開催。参加は、申し込み不要で誰でも参加可能としている。広報は、主にクリニックのホームページなどのSNSを利用したものとクリニック内外に案内のチラシを掲示している。内容は、①講話：健康や生活に役立ち学びになること、②交流：歌、ゲーム、お茶会、思い出を語る会など、③参加者の趣味や特技を活かした活動：手芸、習字など、④その他：地域の循環バスに乗って買い物など参加者の希望を確認しながら行っている。特徴としては、①通院患者に限らず誰でも参加可能であること、②参加者の役割を見いだせる場を目指していること、③クリニックの待合室という安心安全な場であること、④不要品を活用することでSDGsに取り組む意識をもつこと、などである。

【考察】課題としては、①参加者が外来患者中心で固定していること。参加者を広げる目的で、昨年からは「夜カフェ」を不定期に開催している。以前は、夏休みに「スクールカフェ」を開催したこともある。今後は更に多世代が参加できる内容や日時の検討を行いたい。②運営主体がクリニックであり、参加者が受け身であること。それぞれの参加者が役割を見いだせる機会になるよう、主体的に参加できる工夫が必要である。本活動が孤立を解消する社会的処方、更にアート活動などを通して幸福感や活動意欲の高まる文化的処方となり、地域住民の健康やウェルビーイングを向上させる取り組みになることを目指したい。

利益相反：なし

一般演題(口演)13 小児・地域包括システム・地域づくり・その他

O-2-24

地域高齢者が集える食堂をクリニックが開設して ～「アーバンちいき食堂」1年間の活動報告～

楮畑 光平 カジハタ コウヘイ
桜新町アーバンクリニック

【はじめに】

地域に開かれた介護医療の相談窓口として、近年様々な研究や活動報告が行われている。東京都世田谷区でも地域住民主体の体操教室やコミュニティカフェ、暮らしの保健室などの活動が行われてきたが、コロナ禍で高齢者の社会交流の場が減少していた。桜新町アーバンクリニックでは高齢者が気軽に交流し相談ができる、無料のシニア食堂を開設した。1年間の活動報告をする。

【活動】

2024年8月に地域活動に興味のある職員で子ども食堂や高齢者のコミュニティカフェの見学を行い、関係各所（地域包括支援センター、社会福祉協議会、保健所）に開催の相談をした。その結果、行政の目が届きにくく、外出機会の少ない高齢者が多い地域の存在が明らかとなった。そこで、地域の修道院を借り、65歳以上の方を対象に月2回気軽に交流できる食堂を開設した。参加者は地域包括支援センターの職員と連携し、外出機会が少なく、社会参加の必要性がある人を優先的に案内してもらい、理学療法士による体操と看護師による健康相談、食事会を行った。参加者同士の交流が広がり、趣味活動の披露や、準備や運営を手伝う参加者も現れ、1年が経過する頃には参加者が40名を超えた。高齢者の社会参加の機会となっている食堂を安全に運営するために各種マニュアルを作成した。参加者に生活や身体の不安心等の聞き取りも行った。

【考察】

参加者への聞き取りの結果、家族の介護や自身の病気、将来への不安がある方が多いことが判明した。今後の展開として、暮らしの保健室のような相談窓口としての役割も担いつつ、コミュニティカフェのように気軽に参加できる場所を目指したい。現在は地域住民の寄付や食材の提供を頂きながら運営を行っている。地域のネットワークを今後も広めながら、長期的に運営を続けていく必要があると考える。

利益相反：なし

一般演題(口演)13 小児・地域包括システム・地域づくり・その他

O-2-25

訪問診療での白内障手術の実現 ～眼科ドクターカーの運用～

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

²磐田在宅クリニック

³永田眼科

【はじめに】

眼科医による往診や訪問診療は主に点眼治療と経過観察などで、白内障手術等が必要な場合は手術可能な眼科施設へ移動が必要である。演者は在宅療養中の患者への眼科手術を目指し、眼科ドクターカー（診療車両と手術車両）を作製。陸運局と保健所から医療防疫車として、厚生局から訪問診療として許可を得て運用可能としたことを一昨年の本学会で報告した。今般、演者は対象患者への白内障手術を手術車両内で実際に行ったため報告する。

【活動】

眼科ドクターカーは2車両とも、車椅子用電動リフトを装備。[診療車両] 術前/術後検査が可能な機器を設置。[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。ISO class7の清浄度を確保。

対象は2023年X月から1年間に手術車両内で白内障手術単独を行い、6ヶ月以上経過観察のできた4名7眼。術前に当該車両内手術の利点・欠点等を説明の上、同意を得た。

患者背景：性別は男性1名、女性3名。平均年齢は83歳。居住場所は居宅独居2名、施設2名。全身状態は脳梗塞・心疾患・振戦が各1名。歩行状態は杖または歩行器移動が3名、車椅子移動が1名。手術経過：全例、施設・患家の近隣駐車場等を利用し、車両内で執刀。術中合併症はなかった。術前後の診察は全て車両内または居住場所で行い、最終診察は全例術後6か月であった。視力は全例で術前よりも向上し、平均（0.4）から（0.8）へ上昇した。

【考察】

施設入居者や訪問診療を受ける在宅患者の眼科施設への受診には、家族等の協力が必要となる。たとえ協力が得られたとしても、車両移動や待ち時間の体勢保持も容易ではない。更に手術となると周術期の複数回の通院を余儀なくされるため、肉体的・精神的なハードルは高い。2台の眼科ドクターカーにより術前・術後の検査・診察、そして手術も在宅で可能とした意義は大きいと考える。

利益相反：なし

一般演題(口演)13 小児・地域包括システム・地域づくり・その他

O-2-26

二次救急医療機関の救急外来からの「訪問看護」による在宅療養支援活動報告

北浦 利恵子 キタウラ リエコ
公立福生病院

【はじめに】

救急外来で入院適応がなく帰宅となった患者に対して、実践された訪問看護の内容を報告する。

【活動】

対象は都内約300床を有する二次救急医療機関で救急外来を受診後入院適応がなく療養生活の困難が予想された患者である。訪問看護では医療処置や生活環境評価、家族指導を実施している。2023年度は44件実施した。対象者平均年齢は84歳だった。介入の内訳は療養環境整備14件、在宅医療の導入9件、ACPを含めた療養方針の相談7件だった。訪問までの日数は平均3日以内であり、再入院患者はいなかった。

【考察】

本活動の内訳より、現場のアセスメントにより外来指導では不十分なケアを補強し、迅速な介入や医師との連携ができたことが確認できた。患者は入院適応はないが不安やケアの隙間を抱えていることが予想でき、患者への即応的な支援が実現したと考えられる。また、以下のメリットが確認できた。第一に、不必要な入院を回避し自宅療養の継続を可能にする点である。入院適応のない高齢者は在宅で支援があれば安定した療養が可能な事例が多い。本活動は救急搬送後の早期に自宅へ赴き、在宅ケアの課題を明確化し、その場で対応策を講じることで、急性期から在宅療養への円滑な移行を支えることができると考える。第二に、地域資源との橋渡し機能が可能である。短期的支援で不足の場合は、持続的な療養環境整備を可能にする。第三に、患者や家族への説明が行いやすく、ACPを含めた本人の意向の確認や将来的な療養方針への足がかりになる点である。

今後、この活動を継続することで、高齢患者の自宅療養を再構築し、不要な入院や救急利用を減らし、地域全体の医療・介護連携を改善できる可能性がある。課題は対象患者への訪問看護が実践できる看護師育成や多職種連携の強化であり、それを克服することで、さらに地域包括ケアシステムの一部を担う取り組みとしての発展に貢献したい。

利益相反：なし

一般演題(口演)14 医療安全・災害対策

O-2-27

在宅医療従事者の脱水リスク軽減に向けた診療所内研究の第1報
～安心して働ける環境、意識していますか～

長田 由美	ナガタ ユミ
近藤 誠吾	コンドウ セイゴ
一政 潤子	イチマサ ジュンコ
一色 君佳	イシキ キミカ
井戸 あゆみ	イド アユミ
佐藤 めぐみ	サトウ メグミ
小松 菜月	コマツ ナツキ
鈴木 欣宏	スズキ ヨシヒロ

医療法人結 結ファミリークリニック

【はじめに】近年日本の夏季は高温多湿で長時間移動を伴う訪問業務に従事する在宅医療従事者にとって身体的負担が大きく健康管理が重要な課題である。本研究では訪問業務者と院内業務者の脱水リスクを比較し業務特性が水分バランスに与える影響を分析し、職員の健康意識向上および職場環境改善に向けた提言を目的とした。

【活動】2024年8月在宅療養支援診療所の医療従事者16名を対象に体重変化、飲水量、尿比重、自覚症状、温湿度を収集し、脱水量を指標に分析した。10月健康意識や行動変化を把握するアンケートを実施。結果、訪問業務者では脱水量が平均300.6 ml/回（最小1400 ml、最大900 ml）と個人差が大きく、平均発汗量（416.4 ml/回）に対して平均飲水量（363.9 ml/回）が下回っていた。またトイレ利用率が4%と低く、水分摂取を抑える行動が脱水リスクを高める要因と考えられた。院内業務者ではトイレ利用率が82.2%と高く、脱水リスクは低い尿比重等のデータ不足により訪問業務者との比較に制約があった。アンケートでは「健康意識が高まった」が83%「水分補給を意識するようになった」が75%を占め、職員が健康管理の重要性を認識した結果が得られた。また「訪問件数の配分見直し」や「休憩時間確保」など職場環境改善への要望も挙げられた。

【考察】訪問業務者の脱水リスクにおいて、発汗量に対する水分摂取不足とトイレ利用率の低さが水分補給を抑制する要因であることが示された。アンケート結果からは健康意識の向上が確認された。またデータ不足が比較を制約している現状も明らかになった。今後は訪問環境や移動条件、温湿度等のデータ収集を進め、脱水リスクに関連する指標を拡充する。さらに水分補給の啓発や訪問件数の見直し、休憩時間の確保など職場環境の改善を通じ実務で活用可能な健康管理モデルの構築を目指す。

利益相反：なし

一般演題(口演)14 医療安全・災害対策

O-2-28

日常生活へ影響を与える転倒と影響を与えない転倒の特徴：
在宅医療・介護従事者へのインタビュー調査

野口 麻衣子¹ ノグチ マイコ
 山中 崇² ヤマナカ タカシ
 多井 晃³ オオイ コウ
 石井 洋介⁴ イシイ ヨウスケ
 伴 正海⁵ バン マサミ
 姉崎 沙緒里¹ アネザキ サオリ
 山本 則子⁶ ヤマモト ノリコ

¹東京科学大学大学院 在宅・緩和ケア看護学²東京大学大学院 在宅医療学講座³福寿会慈英会病院⁴おうちの診療所中野⁵おうちの診療所目黒⁶東京大学大学院 高齢者在宅長期ケア看護学

【目的】

本研究では、日常生活への影響を与える転倒と影響を与えない転倒の特徴を明らかにすることを目的とした。

【方法】

在宅療養支援診療所・訪問看護事業所に勤務する医師・看護師・理学療法士・介護支援専門員・生活相談員を対象に3060分の個別またはグループインタビューを実施した。インタビューでは、(1)日常生活に影響を与える転倒とは何か、(2)日常生活に影響を与える転倒と、与えない転倒では発生に至る過程および発生状況に違いがあるかを尋ねた。逐語録を作成後コード化し、コードを集約・統合してカテゴリを抽出した。東京科学大学医学部倫理審査委員会の承認を受け、機関長の許可を得て実施した。

【結果】

日常生活に影響を与える転倒とは、骨折によって入院加療が必要になる転倒が多く語られた。転倒の部位については、特に下半身の外傷が日常生活に影響を与えやすい。また、骨折に至らない打撲・捻挫・挫傷・擦り傷でも、疼痛や運動機能低下によって食事摂取困難やリハビリやデイサービスの利用控えなど、日常生活に支障が出る事例が認められた。なお、骨折を伴う転倒と、それ以外の転倒の発生状況(環境・時間・場面)について、大きな違いは見出されなかった。しかし、骨折を伴う転倒の場合、本人の特徴として、フレイルやサルコペニアによる筋力低下により、転倒時に受け身が取れないことが要因であることが語られた。また、独居高齢者等、転倒後発見されにくい状況にある場合、転倒後に次回サービスの来訪まで身動きが取れず、脱水や褥瘡を引き起こし回復期間が長期化することが語られた。

【考察】

日常生活に影響を与える転倒と与えない転倒の発生状況には大きな違いは見出されなかったが、日常生活に影響を与える転倒を起こしやすい高齢者の特徴が示唆された。今後は、転倒リスク予測及び転倒後の日常生活への影響を最小化するためのツールの開発が必要である。

利益相反：なし

一般演題(口演)14 医療安全・災害対策

O-2-29

災害時・非常時の医療・介護専門職が目指す姿の検討と今後の方向性確認の取組

小林 優子 コバヤシ ユウコ
北村 宏子 キタムラ ヒロコ
尼崎市医療・介護連携支援センター

【はじめに】

尼崎市では、「尼崎市医療・介護連携協議会（以下、「当協議会」）」が平成28年度に設立された。17団体が参画し、毎月協議会を開催している。

近年、頻発化・激甚化する地震や台風等の風水害をはじめとする災害や、新型コロナウイルス感染症等非常事態が発生している。「職員の出勤体制・各事業所での受入れ体制」「要配慮者への支援」「多職種間での情報共有のあり方」等について、課題と感じているという声が挙がったため、令和5年度当協議会では、災害時・非常時に向けて、平時からの医療・介護専門職間の連携の推進について議論することとなった。

【活動】

当協議会の17団体へ、①防災の意識向上について、地域住民に平時から自分事としてほしい内容、②各団体における災害時の対応・関係者間の連携体制についてヒヤリング調査を実施。

調査から、災害時に目指す姿を「最低限必要な医療や支援が継続できるよう、職員の出勤体制や物資の備蓄等について、各事業所のBCP（事業継続計画）において調整ができている」「医療依存度が高い療養者や、独居高齢者等について、避難先や移動手段が事前に決められている」「支援対象者の安否確認、状況把握が可能なシステムや連絡手段等が整備されている」の3点に決定した。

【考察】

災害時・非常時に向けて、「保健所等各団体の取組をまとめ、当協議会の参加者はもとより、地域の医療・介護専門職にも情報共有することで、支援対象者が平時からの備え、災害時に対応できるようサポートしていくこと」「地域で備蓄や配慮が必要な方に対するサポートなどの自助・共助が進むように、医療・介護専門職から地域住民に向けて啓発を行っていくこと」に重点を置き、平時から医療・介護専門職間の連携を推進する取組の検討を進めていく。又発災後の医療・ケアサービスの継続にあたっては、平時より更なる医療・介護従事者の連携を図っておく必要がある。

利益相反：なし

一般演題(口演)14 医療安全・災害対策

O-2-30

GISを用いた石川県指定避難所の洪水リスク評価

中井 寿雄 ¹	ナカイ ヒサオ
板谷 智也 ²	イタタニ トモヤ
堀池 諒 ³	ホリエケ リョウ
徳岡 麻由 ¹	トクオカ マユ
田中 健太郎 ⁴	タナカ ケンタロウ
高橋 裕太郎 ⁵	タカハシ ユウタロウ
佐々木 亮平 ⁶	ササキ リョウヘイ

¹高知県立大学看護学部²宮崎大学医学部看護学科³大阪医科薬科大学看護学部⁴大阪公立大学大学院⁵金沢大学医薬保健研究域保健学系⁶岩手医科大学教養教育センター

【目的】

2024年12月に国土地理院から公開された最新の指定避難所データを用いて、石川県における避難所の空間分布と洪水リスクを可視化することを目的とした。

【方法】

国土地理院のHPより指定避難所の施設属性、緯度、経度等を含むCSVファイルを取得した。国土数値情報より、石川県の2023年洪水浸水区域データを河川ごとにシェープファイル形式で取得した。指定避難所の位置情報を地図上にプロットし空間分布を把握した。洪水浸水区域を重ね合わせ、空間結合ツールを用いて浸水想定区域内に位置する避難所を特定した。分析はArc GIS Proを用いた。オープンデータを用い個人情報は使用していない。

【結果】

指定避難所の施設種別は、学校（小中高大専門）が全体の40.4%を占める377施設と最も多く、次いで公民館が19.4%の181施設だった。64%の避難所が緊急避難場所を兼ねており、3.9%の避難所は自治体や施設が特定した者、2.6%の避難所は要配慮者を対象に限定していた。浸水被害が想定される避難所は、金沢市の犀川流域が58施設（全体の6.2%）と最も多く、学校26、公民館19、公立体育館が5施設等だった。次いで、金沢市の浅野川流域が37施設（4.0%）で、学校18、公民館15、公立体育館2施設等だった。さらに、白山市から金沢市、野々市市を經由する高橋川流域が31施設、伏見川流域が15施設など、複数の河川流域で浸水リスクが高い避難所が確認された。

【考察】

2024年9月の奥能登豪雨と同等水害が発生した場合、浸水想定区域内の避難所への避難が必ずしも安全を保証するとは限らないことが示唆される。避難中に被災するリスクも無視できない。本データは最新の豪雨状況を反映していない点、地震後の地盤状況を考慮すると、在宅療養者らが避難場所を選定する際は、事前の浸水想定区域の確認が不可欠である。

利益相反：なし

一般演題(口演)14 医療安全・災害対策

O-2-31

※取り下げ

一般演題(口演)14 医療安全・災害対策

O-2-32

臨床工学技士による在宅人工呼吸器の停電対策

阿部 博樹 アベ ヒロキ
原 史郎 ハラ シロウ
青木 康弘 アオキ ヤスヒロ
(医) 康曜会プラーナクリニック

【はじめに】近年、在宅人工呼吸療法における気管切開下陽圧換気療法の患者が微増している。人工呼吸器に依存する患者にとって、長時間の停電は生命を脅かす重大なリスクとなる。東日本大震災以降、診療報酬改定により「療養上必要な回路部品や附属品の費用が別途算定できない」との通知が出されたが、患者にはバッテリーの選択肢や使用方法について十分な説明が行われていないことが多い。また、患者からは、人工呼吸器を医療機関に貸与している事業者に対しても、停電時の役割を明確にすることが求められている。

【活動】当院は有床診療所として訪問診療を行い、3名の臨床工学技士が在籍している。人工呼吸器を使用している患者宅には医師の指示に基づき、臨床工学技士が訪問し、医療機器の選定、設置場所の確認、ログデータの回収と分析、停電対策に関与している。停電時には、患者や家族が電源供給作業を単独で行えることが望ましく、その内容を関係者間でしっかりと共有する必要がある。このため、当院では年2回程度「停電シミュレーション」を実施し、訪問看護ステーションやヘルパーステーションと連携した演習を行っている。シミュレーションでは、停電発生時の対応手順を確認し、実際の状況を想定した訓練を行うことで、関係者の意識を高めることを目指している。この取り組みにより、患者や家族が停電時に適切に対応できる能力を向上させ、療養生活の安全性を確保することが期待される。

【考察】事業者だけでは、自社製品に関連する停電対策しか説明できない。在宅医療では、人工呼吸器や酸素濃縮装置、ポータブル吸引器など複数の医療機器が併用されることがあり、臨床工学技士の関与が望ましい。しかし、臨床工学技士が患者宅に訪問する際、診療報酬の算定がないこともあり、実際に患家に訪問している臨床工学技士は少数にとどまっている。

利益相反：なし

一般演題(口演)14 医療安全・災害対策

O-2-33

津波リスクを考慮した福祉避難所の機能評価 GIS分析と現地調査による宮崎市の事例

板谷 智也¹ イタタニ トモヤ
 中井 寿雄² ナカイ ヒサオ
 堀池 諒³ ホリイケ リョウ
 田中 健太郎⁴ タナカ ケンタロウ
 高橋 裕太郎⁵ タカハシ ユウタロウ
 佐々木 亮平⁶ ササキ リョウヘイ

¹宮崎大学医学部看護学科²高知県立大学看護学部³大阪医科薬科大学看護学部⁴大阪公立大学大学院⁵金沢大学医薬保健研究域保健学系⁶岩手医科大学教養教育センター

【目的】

福祉避難所は高齢者など特別な配慮を要する人々が滞在する施設である。感染症流行時には福祉避難所で対応するケースもあり、その役割は重要である。宮崎市では巨大地震への対策が進められている。しかし、津波発生時に福祉避難所が機能するかについて十分検討されていない。そこで、地理情報システム（GIS）の分析と現地調査を通じ、福祉避難所の機能について検討したので報告する。

【方法】

分析手順は次の通り。①宮崎県HPから福祉避難所の住所を取得した。②アドレスマッチングを用いて住所を緯度経度情報に変換した。③国土交通省HPから津波浸水エリアデータを取得した。④GISを用いて福祉避難所の位置と津波浸水エリアを地図上にプロットし、浸水エリア内に位置する福祉避難所を特定した。⑤特定された浸水エリア内の福祉避難所の所在地を訪問し、建物の構造や地理的環境等を目視で確認した。なお、本稿では個人情報的一切用いていない。

【結果】

GISの分析により、宮崎市内の115カ所の福祉避難所のうち、11カ所が津波浸水エリア内に立地していることがわかった。現地視察の結果、1階建ての施設が3カ所確認された。残りの8カ所は2階建て以上の建物であったが、2階以上のフロアはほとんどが施設入居者の居室や一般住宅で占有されており、2階以上を福祉避難所として確実に利用できる判断できたのは1カ所のみであった。また、9カ所については想定される津波の高さを超える安全なフロアがなく、さらに近隣に高台も存在しないため、津波到達時に逃げ場がない可能性が示唆された。

【考察】

本研究の結果から、津波発生時に一部の福祉避難所が機能しない可能性が示唆された。平時の災害シミュレーションでは、このような状況を考慮することも重要だと考える。福祉避難所の数が不足することが想定されるのであれば、代替施設の確保も検討が必要である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)1 ACP・意思決定1

P-1-1

訪問診療導入時の取り組み～事務員が実施する患者・家族との事前面談～

中嶋 啓仁	ナカジマ ケイジ
守上 祐樹	モリカミ ユウキ
白川 大晃	シラカワ ヒロアキ
佐藤 力	サトウ チカラ

守上クリニック

【はじめに】

在宅医療は、未曾有の高齢化社会を迎える我が国において、無くてはならない存在である。

しかしながら、患者それぞれにおいて在宅医療に対するイメージは異なり、24時間365日対応の認識や求める期待値に相違があるのが現状である。

今回我々は複数名の患者において、往診までの時間や救急搬送指示に対する不満を耳にしたことから、患者・家族との期待値のすり合わせの活動を行っているため報告する。

【活動】

初回の訪問開始前に全例事務員による患者・家族との事前面談を実施。訪問診療の概要を説明するとともに、患者・家族からの期待、自宅生活で大事にしていることや目標などの聞き取りを行っている。

事務員が実施することで多忙な医師の時間を割くことなく、当院と患者双方の理解が深まることで、初回訪問がスムーズになったと医師から声を頂いた。数件事前面談の上、訪問診療の導入を見送られた方がいたが今後のトラブル回避に繋がったと考えている。

【考察】

患者・家族は多くの方が在宅医療を受けた経験がなく、具体的なイメージを持っていない場合が多い。訪問する医師や看護師の人物や、患者・家族自身が変わっていく先々の生活など、見えない未来に不安を抱えていることも多く、事前面談で聞き取りを行い在宅医療でできることを伝えることで、それらを少しでも払拭できるものと考えた。

患者・家族の想いを知り、事務職が懸け橋となって訪問看護・薬局・ケアマネジャーらと共有し連携をとることで、より良い在宅医療を構築していきたいと考えている。

事前面談での期待値のすり合わせは、患者の「こんなはずじゃなかった」を防ぎ、患者・医療従事者双方の安心のために非常に重要な活動であると思われる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)1 ACP・意思決定1

P-1-2

方針が固まっていない方への急変対応

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
高橋 日香理 タカハシ ヒカリ
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】人生の最終段階における医療行為の選択は医学的妥当性ととも、患者本人の意思も考慮して判断すべきであり、そのためには医療従事者からの適切な情報提供が必要不可欠である。患者の意思が確認できない場合、患者家族と方針を相談する必要があるが、少子高齢化が進む現代ではキーパーソンが状況を理解できず、適切な判断ができないことがある。今回予期せぬ急変時に認知機能障害を持つ妻が状況を理解できぬまま蘇生処置を希望し、救急搬送となった症例を経験した。医学的な必要性は必ずしもあるとは言えず、院内での症例の共有と振り返りを行った。【症例】70代男性。気腫合併間質性肺炎のためX8ヶ月より訪問診療開始。定期診察時に酸素化の低下を認め、救急搬送を希望されたが、救急隊現着直前に意識消失、呼吸停止となった。急変時の方針は決まっておらず、妻からは蘇生処置を行ってほしいと希望があるため病院へ搬送。病院到着後に死亡が確認された。同伴看護師には蘇生処置・救急搬送を行って良かったのかという「もやもやした思い」が残り、院内での症例の共有と振り返りを行った。みんなの意見を確認し、今後「どのような説明が必要か」、「早期の方針決定の重要性」を確認した。同看護師の気持ちは楽になり、院内全体のスキルアップへ繋げることができた。【考察】日本の全死亡者数の約13%は「異状死」として警察が介入している。在宅医は主治医として異状死か否かを正確に判断する必要があり、希望すれば全例救急搬送を行うと病院医師にとっては患者背景が分からず、異常死とせざるを得ない状況も発生する。無用な救急搬送を少なくする為には事前に「本人がどう考えるか」、「限られた時間でどのように説明し、不必要な救急搬送を減らすことができるか」を考え、話し合い、患者家族を含めたチーム全体で共有することが重要であると考えられた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)1 ACP・意思決定1

P-1-3

訪問看護におけるACPと終末期ケア ～その人らしい最期を看取る～

岸野 美由紀 キシノ ミユキ

社会医療法人河北医療財団

【目的】日本の高齢者人口は3625万人と過去最多で、総人口に占める割合（高齢化率）は29.3%で過去最高となった。また、死亡数は161万人で過去最高となり、超高齢化多死社会となった。その中で、最期を迎えたい場所に自宅を希望する人は43.8%と増加した。しかし、実際の自宅看取りは約17%と低い。訪問看護は利用者が人生の最終段階まで自分らしく生活することを支援する。超高齢化多死社会では、看取り期における本人の意思を尊重したケアの充実が必要である。本研究は、ACP（飲食が取れない場合の点滴や胃瘻他・心肺停止時の蘇生・最期の場所の希望）や終末期ケアの有効な技術が明らかにすることを目的とする。【方法】2023年9月～2024年8月に亡くなった利用者の死亡前1ヶ月の看護記録より、ACP・終末期ケアに関する文脈を抜粋し、質的帰納的に分析を行った。【結果】自宅看取り群28名（自宅看取り希望28名）、病院看取り群16名（病院看取り希望4名、自宅看取り希望2名）。両群とも、訪問看護師は本人・家族間のすれ違う思いやりを橋渡し、心の揺らぎを鎮め《急変時の対応・最期の場所の意志を確認》した。自宅で苦痛を緩和し《家族と共に心地よいケア》と《看取りまでにしたいことを支援》した。自宅看取り希望のうち2名は、家族旅行をしたいために入院加療後急死した。それ以外の自宅看取り希望者は本人の意思を尊重し、親しい人との時間を大切にし、人生を振り返りながら《その人らしい最期を看取る》ことができた。病院看取り群のうち10名は、希望通り急変時救急搬送をしていたが、最期の場所は明言されていなかった。《》内はカテゴリー名。【考察】余命告知されない場合、最期の場所を明確にできない傾向がある。本人や近親者の体調不良をきっかけにACPを確認する。入院時は、ACP記録を添付することによりその人らしい最期に繋げられると示唆された。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)1 ACP・意思決定1

P-1-4

ACPと地域連携で自宅看取りを行えた高齢透析患者の1例

東 桂史	ヒガシ ケイシ
岩本 由貴	イワモト ユキ
仲野 真由美	ナカノ マユミ
江藤 奈美	エトウ ナミ
桑原 佳子	クワハラ ケイコ
中村 健吾	ナカムラ ケンゴ
楠本 拓生	クスモト タクオ

楠本内科医院

【はじめに】当院は、腎不全のある高齢者の在宅腹膜透析（PD）や保存的腎臓療法（CKM）などに力を入れている。腎不全医療においても、血液透析（HD）患者はその治療の特殊性から未だ在宅看取りは大きな課題である。今回、事前 ACP と地域連携の結果、最期を本人の望む自宅で過ごす事ができた高齢透析患者を経験したので報告する。

【症例】80歳代女性

腎硬化症からの末期腎不全にてX2年8月にPD導入となった。透析導入前にACPを行い、自宅での最期を希望されておりPDのまま最期を迎えるPDラストの方針であった。PD導入後は、除水不良による入退院を半年に1回ほど繰り返したが、月2回の外来診療で経過観察していた。8/11にPD液の混濁と腹痛、血圧低下が出現しPD腹膜炎の疑いで地域の基幹病院へ救急搬送。入院後、真菌性腹膜炎が疑われPDカテ抜去及びHDへ移行となった。本人は、腹膜炎が落ち着いた後で再度PDを希望したが、8/30に脳梗塞を発症。左片麻痺、嚥下・発語障害などが出現。更に9/13には発熱と腹水貯留があり硬化性腹膜炎を発症した。硬化性腹膜炎は予後不良であり、家族と協議の結果、HDの中止と在宅看取りの方針となった。同日に当院へ在宅看取りの依頼あり9/17に自宅退院、9/23まで自宅で家族と過ごし永眠された。

【考察】

PDは在宅医療と親和性が高く、高齢者でのPDラストは良い治療選択肢となるが、腹膜炎を起こした場合はHDに移行せざるを得ない場合がある。本症例はHDへ移行となったが、あらかじめACPを行っていたことにより、致命的な合併症が発生したにも関わらず家族は速やかに自宅退院を希望した。基幹病院も当院の取り組みを理解しており、速やかな退院・看取りにつながる事ができ、改めてACPと病診連携の重要性を再認識した。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)1 ACP・意思決定1

P-1-5

多職種連携で退院困難を解決できた事例 ～夫婦参加型の多職種連携として～

大川原 直子 オオカワラ ナオコ
丸玉木材株式会社 津別病院

【はじめに】在宅支援において、患者のACPを実現できない事がある中、当院の特徴である「外来～入院・退院調整・在宅支援・自宅看取りまで」ワンストップ医療の実施と多職種連携で帰宅困難患者のACPを実現した事例を報告する。

【症例】80代男性、要介護4、妻と2人暮らし、医療依存度が高く全身状態も悪い。浮腫、皮膚が脆弱で浸出液が出ており、蜂窩織炎と肺炎を繰り返していた。妻は認知症で介護力に不安あり。医師、病棟看護師より帰宅困難と説明があった。しかし夫婦の帰宅願望は強く、退院調整時のACPでは、本人「妻が面倒をみると言っている。命が短くなくても家へ帰りたい。」妻「家で何もできずヤキモキしている。大変でも傍で見てあげたい、何かしてあげたい。」と話していた。このACPを実現するために在宅看護師として2つの対策を行った。一つ目は介護力向上のため、入院中から夫婦、ケアマネ、ヘルパーに対し、認定看護師等から介護指導を行いスキンケア対策に取り組んだ。二つ目は家族参加型の情報共有ツールとして、一枚の用紙に食事や排泄、バイタル、実施したケア内容等を各自が自由に書き込み、誰が見ても一目瞭然で日々の状態を把握できる情報共有用紙を作成した。導入時、分単位で物忘れのある妻は失敗が多かったが、次第に食事や排泄、服薬等の介護ができる様に変化した。その結果、夫婦と多職種連携で望まれた自宅での最期の時を過ごす事ができ、亡くなる10日前に再入院となったが「家で見たので悔いはない。」と妻も納得していた。

【考察】自宅退院は困難だったが、夫婦の明確なACPを引き出す事で、目標が定まり退院が実現した。家族目線での対策を都度行い、各医療・介護職へ調整を行う事で家族参加型の多職種連携が実現した。また、多職種の専門性を互いに尊重し、顔の見えるシームレスな関係作りが大切であり、この連携が患者家族のACP実現成功に繋がったと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)1 ACP・意思決定1

P-1-6

医療ソーシャルワーカーにおける若年心不全患者の療養生活支援の実際と課題

邑山 葉月¹ ムラヤマ ナツキ
齋藤 慶子² サイトウ ケイコ
田中 宏和² 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

²医療法人社団ゆみの

【はじめに】

日本の社会保障制度は、年齢、居住地、疾病の種別等によって利用可能な制度が異なり、1人ひとりに応じたサービスの活用が重要となる。一方、若年心不全患者においては、疾病の重症度と制度がミスマッチすることも多く、希望するサービス導入に苦慮することもある。今回、自宅ですべてを迎えたいと希望する若年心不全患者を、介護に不安を抱える妻とともに支援し希望を叶えたが、介護負担軽減には課題が残ったため報告する。発表に際し、症例に対して本研究以外では使用しないこと、それにより不利益を被ることはないこと説明し書面にて同意を得た。

【症例】

A氏、慢性心不全、アルコール性肝硬変、拡張型心筋症の50代男性、生活保護、精神疾患を患う妻と二人暮らし。心不全増悪入院を繰り返し、入院中に強心薬を開始となる。主治医より終末期と説明を受けると、A氏は最期まで自宅で過ごすことを希望。一方妻は、一人での介護、看取りへの不安が強く退院に消極的であった。A氏は若年であり、介護保険制度の対象とならず、十分な介護を受けられないと不安になる妻に対して、医療保険サービスや、安価な福祉用具の提案を行い、時間をかけ不安点の一つひとつを解消した。また、A氏も妻の不安な思いを理解しつつ、妻に看取って欲しい思いを伝えることで、妻は次第に自宅で介護をすることの意を決した。退院後は、医療保険による訪問診療、訪問看護で夫婦の療養生活を支援、妻に見守られながら旅立たれた。妻はA氏の希望を叶えられたことに安堵していたが、終始疲弊しながらの介護であった。

【考察】

本症例は、妻をエンパワメントし、妻自身が持つ力が発揮できたことにより、A氏の希望が叶えられたが、介護負担軽減には課題が残った。若年の心不全患者であっても公的なサービスがもう少し柔軟に活用できれば、脆弱な家族背景があっても自宅退院を選択しやすくなるのではないかと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)1 ACP・意思決定1

P-1-7

在宅での終末期がん患者への鎮静導入に関する意思決定支援 ～多職種へのアンケート調査より～

奥山 慎一郎 オクヤマ シンイチロウ
訪問診療クリニックやまがた

【目的】がん患者が希望する場所での療養を継続していくためには適切な症状緩和が必須だが、治療困難な苦痛も存在し、在宅の現場でも鎮静の実施が必要となることはある。しかし病院と異なり、これまで当地域では多職種で妥当性について検討をする機会は乏しかった。今回当施設で鎮静導入に関し意思決定にかかわった多施設多職種に対しアンケート調査を行い、それぞれの職種の認識や課題について検討した

【方法】2023年4月1日～2024年11月末までに当院にて鎮静を導入した患者18名に介入した訪問看護施設8施設53名、薬局6施設8名、居宅介護支援事業所10施設10名から回答を得た

【結果】在宅で鎮静に関わった経験は「経験あり」64%で、薬剤師やケアマネージャ（以下CM）は経験ありと回答したものはなかった。「今後は積極的に関与していきたい」は訪問看護師83%、薬剤師62%、CM20%であった。「鎮静導入に関する話し合いは負担だったか」の問いに関して「負担だった」は、看護師で90%であった。鎮静導入の意思決定に関わる際に不安に思うことでは、「話し合いの経験不足」が最も多く、次いで「患者に死を意識される懸念」「患者や家族との信頼関係への影響」の順であげられた。今回の鎮静導入への関わりを通して今後必要なことは「鎮静の話し合いや実際の方法などに関する勉強会」「早期から多職種で話し合う連携の場を作る」などが挙げられた。また「医師のみの判断で鎮静が導入される」という意見も得られ今後と課題と考えられた【考察】終末期がん患者に対し在宅で鎮静を実施する機会自体が当地域ではいまだ少なく、医師の判断で導入されてきたことが伺われた。今後は、連携する多職種を交えて患者や家族と話し合っていくことが鎮静の妥当性を高めることを多職種で認識していく必要があり、ICTなども利用し機会を増やし勉強会なども設けていく必要があると考えられた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)1 ACP・意思決定1

P-1-8

老々介護からみえてきた問題点

宮崎 久美	ミヤザキ クミ
金子 和美	カネコ カズミ
永井 美恵	ナガイ ミエ
井手 佐和美	イデ サワミ
松尾 愛	マツオ アイ
古賀 眞美	コガ マミ
唐津 裕子	カラツ ユウコ

長崎県看護協会訪問看護ステーション

【はじめに】

本人が望む最期の過ごし方が実現されるよう支援する取り組みが「人生会議」として進んでいる。厚生労働省の調査では介護する側、される側が75歳以上同士の割合も37.5%と老々介護は増えている。現状から、療養場所の変更が増えていくことが予測される。当事業所は夫のみ施設に入所した90歳台のご夫婦の事例に訪問中である。夫のADLや認知機能低下により介護負担増加し入所に至ったが、家で生活できたのではないかと妻の思いがある。妻との関わりを通し、療養の希望確認や支援について考察をしたことを報告する。

【症例】

妻：94歳 要介護1 慢性心不全、徐脈性不整脈、帯状疱疹後神経痛他。利用期間から4年経過

夫：95歳 要介護4 アルツハイマー型認知症、前立腺肥大症、膀胱瘻造設他。利用開始から8年経過し、7年目に有料老人ホーム入所

本症例は夫の訪問看護から開始したが、主介護者の妻が帯状疱疹罹患したことを期にご夫婦での利用になった。夫は通所と訪問看護の利用から、ショートステイを追加し、週3日を自宅で過ごしていた。妻は介護に積極的であったが、介護による腰痛や疲労が増強し、徐々に介護継続は難しい状況に変化。夫の入所に関しては長女を中心に話が進められた。しかし、自分が元気だったら、家で生活できたのではと妻の後悔の言葉が時々聞かれる。妻自身は「最期まで家にいる、入院はしない」と常々自分の思いを表明している。

【考察】

夫は訪問看護利用の早期から自宅近くの施設入所を計画されていた。私たちは、妻も受け入れていると思っていたが、実際は抵抗感があったのかもしれない。在宅でできる支援を具体的に提示していれば、自宅療養を継続できたかもしれない。できるだけ早い段階から、本人や介護者の意向を繰り返し確認し、介護者の思いが受け入れられるよう多職種で支援していく必要がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)1 ACP・意思決定1

P-1-9

住み慣れた地域で自分らしく暮らしたい思いを支えるために

牧野 亜希子 マキノ アキコ

函館稜北病院

【はじめに】

今回認知症を抱え家族も遠方でありながら、住み慣れた地域で自分らしく独居生活をされているA氏の事例を振り返り、認知症高齢者が独居生活を継続していくため地域と連携し支えていくことの必要性などを学んだのでここに報告する。

【事例紹介】

A氏 90歳代 女性 独居 要介護3 ADL自立

病名:#1認知症 #2慢性心不全

家族背景:夫は他界 子供は3人

認知症を抱え、家族が遠方でありながら独居生活を続ける上で、担当ケアマネや担当訪問看護師・ヘルパー・訪問診療看護師など集まりカンファレンスを行い具体的サポート内容計画し周辺住民の協力を得るため地域ケア会議を開催。地域の方々の協力をいただき現在も独居生活を続けている。

【考察】

普段とは違う行動に違和感を持った近所の方が、民生委員に報告し地域ケア会議を開催するきっかけになった。

このことはA氏が地域で長年培ってきた「ご近所付き合い」の信頼関係こそがA氏の独居生活を支えるうえで大きな力になっている。

認知症を抱える方の支援を検討する時に、本人の思いではなく、家族や関わるスタッフの思いで決められていくことが時としてある。

認知症であっても、まず本人の思いを確認し、尊重しながら話し合いをすすめることが大切である。

そして地域の方々が安心して見守りを行えるよう具体的に伝えることでサポート体制も強される。

「その人らしく生きること」を支えるため、本人に関わる多くの方々と適時話し合う機会

を持ち、現状評価・情報共有を都度行い、継続することで地域コミュニティから強化されることを学んだ。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)1 ACP・意思決定1

P-1-10

血液透析患者に対する Shared Decision Making (SDM) の実践
～透析時間の短縮を望む高齢患者へのアプローチ

松本 愛 ¹	マツモト アイ
白井 美千代 ¹	シライ ミチヨ
藤原 久子 ¹	フジワラ ヒサコ
林田 めぐみ ¹	ハヤシダ メグミ
谷口 はるか ¹	タニムラ ハルカ
船越 哲 ²	フナコシ サトシ
阿部 伸一 ²	アベ シンイチ

¹看護部²医師部

【はじめに】人工透析は治癒を目指す治療ではないため、多様性が必要とされる。特に血液透析においては、腹膜透析にはない「透析時間」という特有の問題がある。透析の開始や中止と同様、透析時間の決定権も患者自身にあり重要なSDMの要素であろう。この透析時間の決定については、『血液透析時間は生命予後に対し明確に関連する』という事実が礎となることは言うまでもない。今回、透析時間短縮を望む高齢患者に対してSDMを活用した一例を報告する。

【症例】透析時間の短縮を希望する92歳女性に対し、患者および家族と医療チームが連携し、入念なSDMを通じて治療継続の道を模索した。患者は透析の継続が苦痛であると訴え透析の中止を希望したが、精神科受診や医療チームによる話し合いを経て、透析時間を2時間に短縮する提案を受け入れた。SDMの過程では、(1) 患者の残腎機能が保持されており、透析不足に伴うリスクをモニタリングできること、(2) 患者および家族の意向を反映しつつ、生命予後とQOLのバランスを重視したことが鍵となった。

【考察】高齢患者における治療方針決定には、個別の背景や価値観に応じた柔軟な対応が求められる。特に血液透析治療では、生命予後とQOLの向上を両立させるための選択肢を患者と共に模索するSDMの重要性が強調される。また、SDMを支えるためには、医療チーム内でのカンファレンスや患者への十分な説明、心理的ケアが重要であることが示された。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)2 ICT1

P-1-11

AIツールを活用した物品の在庫管理及び使用期限チェックの自動化ツールの構築

東 桂司 アズマ ケイシ

医療法人もみじ ホームケアクリニックもみじ

【はじめに】在宅医療の現場では、院内、診療車、診療かばん、さらには患者宅に至るまで、必要な物品が数多く存在し、それぞれに使用期限がある。しかし、これらの在庫管理や使用期限チェックは煩雑で時間がかかり、頻繁に行うことができないため、期限切れや過剰在庫などのリスクなどがある。特に、使用期限のチェックは看護師にとって大きな負担となっており、頻繁に棚卸しを行うことができず、使用期限切れを見逃してしまうことも実際あった。

【活動】こうした課題に対処するため、AIツールを活用した在庫管理システムの構築を行った。

このシステムは、EXCELを利用して在庫と使用期限の管理を行うもので、必要な医療材料やその使用期限を事前に入力する単純なものだ。入力された情報に基づき、使用期限が近づいた場合にはアラート機能が作動し、スタッフのPCにアラートが届くようになっている。この機能によって、使用期限が切れる前に物品を入れ替えることができ、無駄な在庫を減らし、効率的な管理が可能となった。

【考察】スタッフが物品の管理にかかる時間を削減することができ、業務の効率化にも繋がった。

より重要な業務に集中できるようになり、患者への対応の質を向上させることができるのではないだろうか。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)2 ICT1

P-1-12

外来および在宅診療における分身ロボット活用の可能性

前田 淳子 マエダ ジュンコ
内田 ルリ子 ウチダ ルリコ
医療法人社団なつみ会まえたクリニック

【はじめに】

コロナ禍では医療従事者の感染による業務継続に大きな課題があった。特に医師の代替が困難なソロ開業での休業は医師・患者双方に不利益が生じてしまう。オンライン診療などの遠隔での手段も広がってきたが、ここではモニター画面ではなく、分身ロボットを用いた診療の経験を報告する。

【活動】

当クリニックは医師1人で、午前外来、午後訪問診療の体制で地域医療に従事している。

2020年3月と4月、医師が発熱するという事態があった。かねてよりモニター用に利用していた分身ロボットを医師が操作することで、切れ目のない診療が可能になるのではないかと考えた。

外来診療は、別室からノートPCで電子カルテを、タブレットでロボットを操作、看護師がバイタルチェックや採血、処方の確認を行い、ロボットを介して会話することで、ほぼ日常と変わらない診療が行えた。

訪問診療では、看護師が居宅や施設にロボットを伴い、外来時と同じように遠隔操作で医師と会話しながら診療を行った。褥瘡などの皮膚症状などもカメラ越しの画像と看護師の説明のもと、特に問題無く処置も可能であった。

看護師とSNSの画像共有を利用し、リアルタイムで医師がロボットを操作していることは容易に理解して貰うことが出来た。

2024年10月にも院長のCOVID19 感染で5日間の療養を余儀なくされた。外来診療は近隣医療機関に協力を仰いだが、訪問診療は、看護師が訪問診療先に分身ロボットを持参し診療することで、処方や診療が途切れることはなかった。

【考察】

遠隔診療はタブレットなどのモニター越しが一般的であるが、分身ロボットを介した診療では、その場に相手が存在している感覚があり、患者側に親しみやすさがあると思われた。通常患者サイドで利用されているツールであるが、医療側から操作することにより、非常時でも診療継続の一助となる可能性を実感した。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)2 ICT1

P-1-13

在宅生活延伸に向けたセンサー活用による活動量の定量的評価と効果

木下 公大 ¹	キノシタ コウダイ
三沢 明子 ¹	ミサワ アキコ
三浦 未来 ¹	ミウラ ミキ
菅原 直太 ¹	スガワラ ナオタ
栗林 泰子 ¹	クリバヤシ ヤスコ
岡田 邦春 ²	オカダ クニハル
中瀬 良幸 ²	ナカセ ヨシユキ
大野 実 ³	オオノ ミノル
平田 頼彦 ³	ヒラタ ヨリヒコ

¹社会医療法人 河北医療財団 多摩事業部

²SECOM株式会社 セキュリケア事業推進室

³SECOM株式会社IS研修所

【はじめに】

介護業界では主観的な訴えを基にした活動が多く、定量的な評価が十分に行われていない現状がある。既存のセンサーを活用し、高齢者の在宅生活を延伸する可能性を検討した一事例を報告する。

【症例】

60代男性、独居で人工透析に週3回通院、既往歴に右大腿骨頸部骨折があり、看護小規模多機能サービスと訪問リハビリを利用していた。理学療法士（PT）は日常的な活動量を増やすことでADLの向上を期待していたが、実際の活動量は正確には未把握であった。活動量可視化のためセンサー設置の目的を説明したところ、本人から同意を得られ、自宅に人感・扉開閉・ミリ波・温度の各センサーを設置した。解析結果より、通院以外ではほとんどの時間をベッド上で過ごし、活動量が少ないことが明らかになった。この結果を本人に提示すると「思っていた以上に動いていない」と認識した。活動量の増加を目標に、活動していない時間に外出等を提案しながらケアプランの作成、下肢筋力持久力強化のためのリハビリメニューの作成を行った。また、室内動線状況から生活管理能力も推測でき、介護士が活動範囲を過小評価していた事に気づいた。買い物を自身で行ってもらう等自立支援を意識した対応へ変化した。本人も「安心感、やる気が出た」と語り、外出の頻度・移動距離が上昇した。

【考察】

介護現場におけるセンサー利用は主に見守りを目的に、施設で行われた報告が多く、在宅生活延伸を目的とした利用の報告は希少である。今回我々は活動量の定量的評価を通じて、本人および支援チーム全体で目標を明確化することができた。その評価は自身の生活を正確に捉え表現できない高齢者本人にとっても有意義なものだった。客観的データを用いたフィードバックが本人の行動変容を促し、介護支援の効率化および質の向上に寄与する可能性が示唆された。今後さらなる症例の積み重ねと長期的な効果の検証を行う。

利益相反：あり

一般演題(ポスター)2 ICT1

P-1-14

施設におけるオンライン診療併用の定期診療の導入経験

真船 太一 マフネ タイチ

医療法人社団平都会みんなの日立クリニック

【はじめに】 現在日本の医療においてIoTの活用が課題となっており、その一つの方策としてオンライン診療がある。診療の効率化に資する一方で、高齢者が多い在宅診療において機器操作の困難性や患者や介護者の理解を得ることが難しいことなど問題点もある。当院ではこれまで臨時診察におけるオンライン診療を行っていたが、その経験を踏まえ2024年10月より特定の施設におけるオンライン診療併用の定期診療を導入した。この導入に際し当院で行った方策や効果、そして問題点に関しての経験を発表する。【症例】 今回導入した施設は4施設でグループホーム1件、サービス付き高齢者向け住宅3件であった。患者数は1施設当たり11人から18人程度であり、この4施設いずれも同時日に行い、ある施設がオンライン診療であった場合には他の施設が対面といった形で構成しこれを午前と午後に行って効率的に4施設診療できるようにした。機器の操作や診療補助を行うためD to P with N方式を採用した。導入に先立ち各施設の施設長には院長自身で説明し、院内の勉強会も開き当日立ち会う看護師の不安の傾聴を行った。結果は、当初施設職員側も適切な医療となるか不安感を抱いていたが、オンラインであっても医師との疎通が良好であることで不安感がある程度払拭でき、また移動時間も含めた診療時間に関して、いずれの施設でも約5060%の削減となり、この時間を別施設の対面診療に充てることができた。一方で診療報酬上オンライン診療時のベースアップ評価料の算定が取れないといった問題点も浮き彫りとなった。【まとめ】 オンライン診療は今後広がり続ける在宅医療のニーズにこたえるための方法として有用であり、D to P with N方式であれば患者側の不安感も払拭しながら導入が可能と考えられた。一方で診療報酬の面で不利な点があることは否めず、今後の改善課題と考えられた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)2 ICT1

P-1-15

滋賀県内の訪問看護事業所を対象としたオンライン診療支援に対する意識調査から見た 情報通信技術における非対称性の考察

中森 幸雄^{1,2} ナカモリ ユキオ

¹ 事務部

² 京都橘大学大学院現代ビジネス研究科マネジメント専攻

【目的】

日本は急速な少子高齢化の時代を迎えており、2020年65歳以上の人口は3,603万人であり、2043年に65歳以上の人口はピークを迎えると推計されている。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を反映した見直しが行われている。政府は遠隔医療の推進に取り組んでいるが、オンライン診療は進んでいないと考える。本調査で明らかにしたいことは、訪問看護事業所の支援等が今後オンライン診療の拡大には必要ではないかということである。

【方法】

今回滋賀県内の訪問看護事業所212ヶ所を対象にオンライン診療に関するアンケート結果を2024年12月中旬から翌年3月末まで行う。

【結果】

オンライン診療のきっかけがあると訪問先の家族は、約48%で活用する可能性があると回答を得た。そして、利用者・家族が活用したいと思う条件は、「オンライン診療の情報・オンライン診療のメリット・医師の勧め」であると全体の約63%を占める回答があった。また、訪問看護事業所の約69%でオンライン診療の支援が「可能・部分的に可能」とであると回答があった。

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という形態によりどの地域でも高齢者が安心してオンライン診療を受診することが可能になるのではないかと判断できる。

【考察】

この結果から、多くの高齢患者を抱える地域の医療機関の経営を考える上で、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。

本研究では、訪問看護師がどのくらいオンライン診療を理解し支援が可能かアンケート調査から考察していく。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)2 ICT1

P-1-16

生成AI活用による訪問看護記録システムからメタ思考生成AIへの革新

藤沢 武秀 ¹	フジサワ タケヒデ
安藤 秀明 ⁶	アンドウ ヒデアキ
谷合 久憲 ⁵	タニアイ ヒサノリ
佐藤 智哉 ³	サトウ トモヤ
長堀 孝子 ²	ナガホリ タカコ
中原 楊 ⁴	ナカハラ ヨウ

¹ごてんまり訪問看護ステーション²SOMPO ケア由利本荘³アイン薬局由利本荘店⁴株式会社 Pleap⁵たにあい糖尿病在宅クリニック⁶秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻

【目的】本研究は、日本の高齢化社会において増大する訪問看護ニーズに対し、生成AIを用いたSOAP形式の記録作成を通じて、看護師の業務負荷軽減および質的向上を図る試みである。在宅療養において生活背景を伴う複合的因子を踏まえた包括的なアセスメントが求められ、手作業による記録プロセスは看護師に過度な負担を与えてきた。こうした中、我々は訪問時の音声データやメモを入力し、セキュリティ対策を施した生成AIにより自動的に記録を出力する仕組みを導入し先行研究を行ってきた。今回はさらに、プロンプトにメタ思考 (metathinking) を組み込むことで、看護師が単なる事実整理に留まらず、患者の生活史や価値観、地域包括ケアにおける資源活用などを「俯瞰的な視点」で整理・強化し、より質的な支援を提供する基盤を整えることを目指した。【方法】AI導入群と非導入群それぞれ1,000件超の記録作成時間を測定。Welchのt検定を行った。【結果】($t = 20.86$, $df = 2074.6$, $p < 0.05$ (2.2e16))、生成AI導入群で統計的に有意な記録時間短縮を確認している。データの変動幅に大差がない中での結果は、生成AI活用が効率性向上に貢献することを示している。自動生成された記録はフォーマットの統一性や記述の精度を高め、メタ思考的プロンプトの活用により看護師が意図的に患者の生活背景や地域の文脈に再注目することで、記録作成過程自体が包括的なアセスメントを促す学習的プロセスとして機能した。【考察】日本の地域医療では、訪問看護師不足や業務過多が深刻であり、その対策として効率性・質的向上を実現する技術的支援が求められている。本研究は、生成AIの活用が訪問看護現場の革新をもたらし、看護師自身の思考を俯瞰的に深化させることで、生活背景と価値観を踏まえた持続的な質的ケアの提供が可能となることを示唆する。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)2 ICT1

P-1-17

言語的障壁のある肺腺がん脳転移患者がデキサメサゾン投与による高血糖症を呈し、在宅でフラッシュグルコースモニタリング(FGM)を用いインスリン導入を行った1例

加藤 大翔¹ 加藤 大翔
小笠原 雅彦^{1,2} オガサワラ マサヒコ
田村 健蔵¹ タムラ ケンゾウ

¹医療法人社団 同善会 同善病院

²一般社団法人 コミュニティ&コミュニティホスピタル協会

【症例】60代女性。夫と2人暮らし。欧州出身で日本語は片言、夫は東アジア出身で簡単な言葉なら通じる。X年に肺腺がんと診断し左下葉切除術を施行された。X+1年に脳転移が判明し、定位放射線照射を受けた。同年10月 ADL低下に伴い、当院は訪問診療で併診となった。X+2年4月に新たな脳転移が判明し、主治医よりデキサメサゾン1mgが開始され、HbA1cが7.6から12.1%に悪化した。入院を勧めたが患者と夫は入院を拒否したため、訪問看護師と連携して在宅でインスリン導入を行うこととなった。血液ガス分析で高血糖緊急症を否定後にインスリン療法を開始した。FGMはスマートフォンで遠隔モニタリングし、連日訪問看護師介入時にインスリン量を調整した。並行して介護者に血糖自己測定とインスリン注射の手技を指導し、2週間以内に手技を習得し1日数回の注射が可能となった。経過中に軽微な低血糖を1回認めたがその他目立った合併症もなく、同年12月にはHbA1cは7.1%まで改善した。

【考察】本症例ではFGMを用い在宅にて短期間で高用量のインスリン調整を行うことができ、その結果言語的障壁のある介護者が短期間で血糖自己測定やインスリン注射手技を習得できた。これは持続血糖測定値の遠隔モニタリングと、訪問看護の連日介入の貢献が大きい。訪問看護だけでは連日複数回のインスリン投与が難しいことや、網膜症の評価が困難であるなど改善の余地はあるが、在宅における糖尿病治療の幅を広げうる事例であったと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)2 ICT1

P-1-18

A市における医療情報連携ネットワーク普及の今後の課題

井藤 直美 イトウ ナオミ
名古屋市はち丸在宅支援センター

【目的】在宅医療においてICTを用いた連携が推進されている。電話、FAX等の通信手段からICTツールへの活用移行により情報伝達の効率化が進むことで、多職種間の情報共有に便益が期待される。当研究ではA市が推奨する医療情報ネットワーク普及の今後の課題について考察する。【方法】A市医師会が運営する多職種連携ICTツール（以下、NW）の参加状況データから、A市内事業別の参加率および参加者の登録資格に着目し傾向を捉えた。【結果】2024年11月時点でA市内12の地域医療支援病院のうち11病院がNWに参加していた。市全域の事業別参加率は、訪問看護・居宅介護支援事業所が全体の約5割、医科診療所は約2割だった。参加者の登録資格は、看護師の登録が最も多く、次いでケアマネジャーが多い。以下、医師、薬剤師、介護士、社会福祉士の順であった。【考察】療養場所やケア提供者が変わる移行期のケアでは、情報の連続性が重要である。R4愛知県入退院調整支援事業における調査によると、病院では入院時情報提供書を受領後、在宅療養支援者との関わりが薄くなること、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）情報の確認が少ないことが明らかとなっている。NWに訪問看護師やケアマネジャーの登録が多いことがわかり、在宅療養生活の状況や本人の思い、考えについての情報共有による医療・ケアの充実が期待される。一方、移行期のケアでは情報伝達のタイミング・内容・情報の授受方法といった課題が多い。病院では終末期、がん、脳梗塞等疾患や治療によって関わる部門や従事者の体制が異なるため、退院支援部門やMSWだけでなく、病棟・外来等の部門およびその従事者もNW活用に関わり情報共有に取り組むことが必要である。NW導入の利便性に基づいたツールの普及のみではなく、確実かつ効果的な情報共有を図るため、関係者間の運用体制の整備支援を行っていく必要があると考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)2 ICT1

P-1-19

在庫管理DX化のはじめの一步 在庫量の適正化とかんたん発注

佐藤 夏葉子 サトウ カナコ
八森 淳 ハチモリ アツシ
大友 路子 オオトモ ミチコ
油井 亮子 ユイ リョウコ
医療法人MoLead つながるクリニック

【はじめに】

当院は開院して9年目、患者数は300人を超え、重症患者も積極的に診療している。そのため、必要物品のラインナップは300種類以上と幅広く、また診療内容により薬が変更になるなど変化も激しい。バックヤードでは在庫切れ・過多のリスクを常に抱えており、安全で質の高い医療を提供するために、正確性や効率性が求められる。院内のDX化を進めるうちのひとつとして、シンプルな管理方法と簡単な操作を重視した在庫管理アプリを作成し、業務軽減や質の改善をしたことを報告する。

【活動】

ビジネスアプリ作成クラウドサービスを用いて作成したアプリは物品マスタ・棚卸・期限管理・廃棄リスト・定期実施スケジュール管理の5つ。

まずマスタアプリの作成にあたって、物品庫の整理を行い棚番付与、すべての物品の定位置・ストック定数を決めた。これに価格を加えたものをマスタとし、棚卸や期限管理・廃棄はこのマスタを参照して機能するようにした。

発注の効率化については、発注用のJANコードを印字したカードをストック定数分作成し、箱に貼付した。箱を開けたらカードを外し、リーダーでバーコードを読み取って注文。入荷したらそのカードを貼って先入れ先出しを徹底した。特定の患者様にしか使用しない注射薬などは個人名を入れたカードを作成し、使用スケジュールをアプリで把握するようにした。

【考察】

物品管理の業務内容には、発注・収納・在庫や価格の把握・期限管理・棚卸がある。これらの業務は医療の質と安全に影響するため、高度な業務遂行レベルが求められる。

システム導入後、常に定量を維持でき過不足がなくなった。発注後、数日残っているカードがあると未入荷にすぐ気づけるようになった。棚卸は従来4人日かけていたが、0.5人日で完了でき、カウント漏れやミスもなくなった。システムの導入により、物品管理の負担軽減と業務効率の向上が実現できた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)2 ICT1

P-1-20

手持ち細隙灯顕微鏡を使用した在宅医療で発見した眼脂患者の発見と治療

西村 裕樹^{1,2} ニシムラ ヒロキ
黒岩 露敏² クロイワ ロビン
戸澤 小春² トザワ コハル
ケムラニ ローハン^{1,2} ケムラニ ローハン
横岩 良太² ヨコイワ リョウタ
中山 慎太郎² ナカヤマ シンタロウ
清水 映輔^{1,2} シミズ エイスケ

¹医療法人慶眼会横浜けいあい眼科和田町院

²株式会社OUI

【はじめに】

高齢化が進むにつれ、眼科領域における疾患の罹患率は増加傾向にある。特に眼脂は、細菌性、ウイルス性をはじめとする多様な眼科疾患の症状として現れ、その原因の追求と早期治療が重要である。在宅診療において、眼科医と視能訓練士が連携し、画像ファイリング機能付き手持ち細隙灯顕微鏡を用いて診断・治療を行い、症状が改善した一例を経験したため報告する。

【症例】

特別養護老人ホームに入居中の90代女性。内科専門医による定期的な全身管理が行われていたが、眼の評価が困難であったため、眼科往診が依頼された。眼科医と視能訓練士が訪問した際、前眼部所見として両眼に白内障、左眼に眼脂および結膜充血が認められ、診察の結果、慢性結膜炎と診断した。また、ウイルス性疾患を除外するため、アデノウイルス迅速検査をその場で実施し、陰性を確認。特に流行性角結膜炎はウイルス性疾患の代表であり、感染力が非常に強く、罹患した場合、隔離の必要性があるため、鑑別として重要である。治療は、セフメノキシム塩酸塩（1日4回）を処方した。その後の経過観察は視能訓練士が訪問し、手持ち細隙灯顕微鏡で検査を行い、遠隔で眼科医が確認し、症状の改善が確認された。

【考察】

本症例は、特別養護老人ホームにおける高齢者の眼脂の原因を特定し、適切な治療を行えた一例である。高齢者では、慢性結膜炎や結膜弛緩症などが眼脂の原因となりやすい。また、手持ち細隙灯顕微鏡を用いることで、眼科医が訪問診療を行えない場合でも、内科専門医や視能訓練士が眼科的評価を補完し、遠隔診療と組み合わせることで迅速な診断と治療が可能となる。在宅医療において眼科医の訪問診療例は依然少ないが、多職種連携により全身管理に加え、眼科疾患の診療体制を確立することが重要である。

利益相反：あり

一般演題(ポスター)3 多職種連携1

P-1-21

船橋市難病対策地域協議会の今までとこれから ～難病患者療養生活のおたずね票集計結果などをもとにした考察～

星野 将隆¹ ホシノ マサタカ

筒井 勝² ツツイ マサル

¹船橋総合病院脳神経内科

²船橋市保健所

【はじめに】

千葉県船橋市難病対策地域協議会では、保健所の方々を中心として難病対策活動を行っている。この度、現在までの活動を振り返り、これからの在り方を模索していく一助にしたい。

【活動】

今回、難病対策地域協議会が2023年6月以降実施した難病患者療養生活のおたずね票結果の集計ができたので、それらの結果も元に今後の活動の方向性について検討した。

【考察】

配布人数4583名のうち、回収人数3424名、回収率74.7%であった。疾患群としては、神経筋疾患28.1%、消化器系疾患22.7%、免疫系疾患21.1%の上位3疾患群で約70%を占めた。回答数の多い疾患上位は、潰瘍性大腸炎、パーキンソン病、全身性エリテマトーデスの3疾患で、全体で見ても、この3疾患で上位10疾患のうちの63.6%、上位30疾患のうちの43.7%を占めており、代表的な特定疾患ともいえる。

パーキンソン病などを中心とした神経筋疾患や、骨関節疾患、呼吸器系疾患は多くを老年人口が占め、また疾患の性質上生活支援や介護の必要性が高まり、老々介護に陥りやすいため、それらに即した支援が必要となる。一方で、消化器系疾患や免疫系疾患は生産年齢人口が多いため、就労支援や子育て支援など必要な支援は疾患群で大きく異なる。また、同じ疾患群でも、パーキンソン病と筋萎縮性側索硬化症などでは災害支援などを含めた支援の必要性が大きく異なるものもあり、更には、母数は少ないものの特殊な支援を必要とする視覚系疾患や、生時下から生活支援身体介護などを要する染色体または遺伝子に異常を伴う疾患群などもあり、支援には総論と各論に分けて検討することが重要であると考えた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)3 多職種連携1

P-1-22

入退院時の連携ルールのブラッシュアップ

小林 優子 コバヤシ ユウコ
北村 宏子 キタムラ ヒロコ
尼崎市医師会

【はじめに】

医療・介護連携の4つの場面のひとつである「入退院の場面」で重要となるのが入退院時の連携ルールである。

尼崎市では、2014年度に関連団体と意見交換を重ね「尼崎市における入退院調整の標準的取り扱い」を作成した。その後定期的にアンケート調査を行い、ブラッシュアップを重ねてきた。2017年度からは、尼崎市医療・介護連携協議会が連携ルールの周知や改定を引き継いで行っている。

2024年度は、診療報酬・介護報酬・障害のトリプル改定があり、第4版の改定を行った。

【活動】

ブラッシュアップの経緯は、第2版は2018年度に近隣の「西宮市・芦屋市の退院調整ルールの手引き」を踏まえ、ルールやシートの改定を行った。

第3版（2021年度）では、在宅医療・介護連携推進事業での位置づけを明確にした。

2022年度に実施されたアンケートでは、病院連携室職員や居宅のケアマネジャーの連携ルールの認知度は90%以上であったが、病棟看護師の認知度は50%以下であった。その結果を踏まえ第4版では、よりシンプルでわかりやすいルールに改定した。

事務局で案を作成し、関係機関との意見交換を行い、尼崎市医療・介護連携協議会で確認を行う手順で工程表を作成し実施した。

【考察】

連携のためのツールは作るだけではなく、多くの方たちに使ってもらえるよう、評価し、その時々ニーズに合わせてブラッシュアップしていく必要がある。

ブラッシュアップには関連機関の意見を反映し、より納得のいく改定とすることが必要である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)3 多職種連携1

P-1-23

多職種連携ツールを用いて専門性を生かした提案を行うことで患者の症状改善、 薬剤減薬に繋がった一例

浪岡 真行¹ ナミオカ マサユキ
鶴岡 優子² ツルオカ ユウコ

¹アップル薬局 自治医大前店

²つるかめ診療所

【はじめに】当薬局は総合病院の近隣に位置するが、在宅療養支援診療所の処方も応需しており、その際の患者情報の共有には多職種連携ツール「Medical Care Station®（以下MCS）」を利用している。

本症例ではMCSを用いた円滑な連携により処方提案を行うことで、病状を改善し薬剤の減薬を行うことが出来た事例を紹介する。

【症例】症例はX年に脳梗塞を発症。X+1年に脳出血を起こし入院。その後X+2年に訪問診療の依頼あり。X+2.5年後から当薬局で処方を応需している患者である。患者家族より薬局に「頻尿で夜間3~4回起きる。眠れない状態が続いている。」と相談あり。漢方・生薬認定薬剤師の知見を活かし、高齢であること、足の冷えがあり痺れが無いことなど、患者の状況を踏まえて処方医にMCSを用いて提案理由や副作用リスクを示し、八味地黄丸エキス顆粒の処方を提案。次回から八味地黄丸エキス顆粒が1日5g1日2回朝夕食前で追加となった。処方日から2週間後、訪問看護師から夜間頻尿で起きる回数は1~2回に減ったと報告があり。眠剤を飲むことを忘れてしまうほど眠れるようになったと患者家族から連絡があった。その後も処方医と連携し酸化マグネシウム+センノシドA・Bカルシウム塩→麻子仁丸エキス顆粒に変更する事で服用薬剤の種類を減らすことが出来た。

【考察】本症例では多職種連携ツールMCSを用いた円滑な連携により専門性のある処方提案を行い、病状を改善、薬剤の減薬を行うことが出来た。今回のケースで頻尿の改善が見られなかった場合、眠剤の増量等を行うケースも考えられる為、高齢者にとって副作用リスクの高い薬剤の増量を防ぐことが出来たと考えられる。

処方医と薬局薬剤師の多職種連携ツールを用いた連携により、エビデンスに基づいた議論を行うことで医療の質を高め、ポリファーマシーを防ぐことが出来る可能性があると感じられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)3 多職種連携1

P-1-24

A 地域居宅介護支援事業所における3事業所合同会議についての実践報告

丸山 加寿子¹ マルヤマ カズコ

犬石 理恵子² イヌイシ リエコ

吉永 晃代³ ヨシナガ アキヨ

大西 絢子⁴ オオニシ アヤコ

¹ 森ノ宮医療大学

² 合同会社IMクオリティ ケアステーションいぶき

³ 合同会社じゃむの家 ケアセンターじゃむの家

⁴ (株)かがやき かがやきケアステーション

【はじめに】

居宅介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）は要介護者等が自立した生活を営むのに必要な援助に対する専門的知識や技術を有し、療養者の在宅介護の中で生じる多様な困難への対応は重要な役割である。一方、ケアマネジャーは担当する療養者の援助について多様な困難感を有していることが報告されており、ケアマネジャーへの支援が必要である。本報告では、同地域内で活動する3カ所の居宅支援事業所が合同会議を行い、支援業務の中での発生している困りごとについて、相談、検討を行う活動内容について報告し、相互支援のあり方を考察する。各関係者には本報告の目的、個人情報等倫理的配慮について書面と口頭で説明し、同意を得た。

【活動内容】

合同会議はA地域で活動する3カ所の居宅介護支援事業所が参加し、2023年4月から2、3か月に1回、定期的に行われた。事例検討会は年3回、輪番制で各事業所が事例を提供した。意見交換会は年3回実施し、業務に関わる相談や情報交換などを行った。構成メンバーはケアマネジャー10名とケアマネジャー資格を有し、訪問看護経験のある在宅看護学領域の大学教員1名の計11名であった。事例検討会ではこれまで9事例が取り上げられ、認知症高齢者の金銭管理やサービス拒否を繰り返す事例などがあった。参加したケアマネジャーからは、事例検討会、意見交換会への参加を通し、「ケアの視野が広がった。」「自分のケアマネジメントを肯定的に捉えることができた」などの発言があり、会議の時間枠を超えて意見交換する場面もあった。

【考察】

ケアマネジャーは本会議に参加し、事例の相談や検討を行うことで、支援の知識やスキルの向上につなげ、療養者支援に対する自信につながったと考えられる。これは、ケアマネジャーが提供するケアの質の向上につながると同時に地域で暮らす人々の自立したQOLの高い療養生活の継続につながると考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)3 多職種連携1

P-1-25

当院の在宅血液透析のチーム医療体制について

川畑 勝 ¹	カワバタ マサル
中釜 祥吾 ²	ナカガマ ショウゴ
山口 恵理香 ³	ヤマグチ エリカ
清水 比美子 ³	シミズ ヒミコ
桃木 久美子 ³	モモキ クミコ
西田 洋文 ³	ニシダ ヒロノブ
野老山 武士 ³	トコロヤマ タケシ
原 正樹 ³	ハラ マサキ

¹医療法人社団東京透析フロンティア 看護部

²医療法人社団東京透析フロンティア 臨床工学部

³医療法人社団東京透析フロンティア 腎臓内科

【はじめに】

本邦の在宅血液透析（HHD）患者は827名と全腎代替療法の0.2%と報告されている。HHD診療には多職種が関与するため、チーム医療が必須である。

【活動】

HHD導入訓練、維持管理に医師（Dr）、看護師（Ns）、臨床工学技士（ME）、管理栄養士（RD）が関与する。HHD導入訓練は、Ns、MEが担当し、スタッフ間の訓練方法を統一する為に、スタッフ用、患者訓練用マニュアルを作成し、訓練計画書を元に申し送りを記載している。HHD導入後は、3か月毎に、MEが居宅訪問し保守点検を実施している。RDは、HHD透析量や血液検査データなどを元にして、患者毎に栄養指導を実施している。トラブル対応時のオンコールはNs、MEが担当している。HHDのチーム医療体制として、Drと患者、介助者への橋渡し役をNs、ME、RDが担う。透析機器への基礎知識の習得がNsにおいても必要となり、MEは、病態や薬剤の知識などを基にした、透析診療に対するより深い理解とコミュニケーション能力が求められる。その為、月に一度、複数のDr、Ns、ME、RDにてカンファレンスを実施し、HHDに対する知識習得を目指した勉強会、情報共有の他、患者の治療状態や、HHDを安全に実施する為に必要な内容に対するディスカッションを行っている。

【考察】

多職種の専門性を活かした情報共有や関わり方をする事で、患者と医師との情報の橋渡しに繋がり安全性を高めたHHDの実施に繋がると考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)3 多職種連携1

P-1-26

クリニック連携室の導入

慶野 裕栄	ケイノ ヒロエ
小林 宏之	コバヤシ ヒロユキ
大森 由貴子	オオモリ ユキコ
荒巻 香奈子	アラマキ カナコ
綾部 久美子	アヤベ クミコ
猿山 聖子	サルヤマ セイコ
伴 友紀子	バン ユキコ
小俣 真由美	オマタ マユミ
前田 恵美	マエダ エミ
町田 亜希	マチダ アキ
中村 ちあき	ナカムラ チアキ
福井 麻由美	フクイ マユミ
高橋 日香里	タカハシ ヒカリ
矢ヶ崎 秀彦	ヤガサキ ヒデヒコ
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】現代の日本では高齢化が進み、治療のニーズも多様化している。病院で治療を完結するよりも地域単位でケアを提供する体制が求められるようになっており、それを実現するためには、医療職を含めた多職種の連携が必要不可欠である。しかし、組織の垣根を超えた連携をスムーズに行うことは非常に難しく、一同が集まって話し合うことは時間的な制約もあり、短時間或いは話し合うことができないことも多くある。より効率的な情報共有のための工夫が求められる時代となっている。【活動】当院では地域とのシームレスな連携と、より効率的な業務のため専任の看護師を院内に常駐する「連携室」を導入し、その運用体制についての検討や周知徹底を行ってきた。今回、院内外の方へ現在の状況と今後の課題についてアンケート調査を実施した。導入以前と比較して連携が取りやすくなったという意見が多い中、その情報共有手段には未だ課題が残るという結果であった。また院内では連携室の仕事が多く、就業時間内で終わらせることが困難となっていることも課題にあげられた。【考察】連携室の存在が認知されていくにつき、多職種とのスムーズな連携や院内の作業効率の改善を図ることができた。連携室導入後の「往診の月平均回数」が1年目は81.3件、2年目は61.3件と導入前年の106.0件と比較し大幅に減少した。これは利用患者数が増えている中での結果であり、偶然を含めた他の要素も大きいと考えられるが、密な多職種連携により、重症化を防ぐことができたものも関与していると考えられた。しかしながら、その分連携室担当看護師の業務が多く、負担が大きいが問題となっている。現在は連携室に常駐する相談員を採用し、看護師の業務軽減を図っている。今後はさらなるスムーズな多職種連携をとるための工夫を図っていく他、担当看護師の業務内容の見直しや効率化が課題である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)3 多職種連携1

P-1-27

訪問診療専門クリニックにおける新規受け入れの実態と連携センターの役割

大崎 佳代子 オオサキ カヨコ

石井 昌代 イシイ マサヨ

中村 俊喜 ナカムラ トシキ

内田 智久 ウチダ トモヒサ

あい駒形クリニック

【はじめに】当院は2021年7月に開設された、訪問診療専門のクリニックである。2024年11月現在、845名の患者様を常勤医師4名、非常勤医師約10名、看護師10名、診療に同行するアシスタントスタッフ6名、事務スタッフ8名で対応している。うち看護師1名、事務スタッフ1名が「連携センター」という業務に就き、新規の受付や訪問の予定組みなどを行っている。今回は連携センター業務に携わる看護師として2023年10月～2024年11月までの14カ月の新規受け入れの状況を振り返った。

【活動】2023年10月～2024年11月に新規で受け入れた648名の患者様について、①主病名（ICD10）、②依頼から初回訪問までの期間、③この期間で終了した患者様の終了理由、④当院からの距離、等から受け入れの傾向を確認し、現状の連携センター業務の振り返りを行う。

【考察】新規訪問受け入れに際し、①「依頼は断らない」が法人としての方針であるが、当院では対応できかねる病態・状態があり、無理をして引き受けても患者様への不利益が予想されるためふるい分けを行う。②依頼からなるべく早く初回訪問を予定すること、施設入居者であればなるべく入居日当日もしくは2～3日中には初回診察、病院を退院し自宅に戻る患者様の場合はできる限り退院当日に初回診察をする予定を立てる。③半径16kmギリギリの遠方の場合は、たとえ24時間365日対応でも30分で駆けつけることは不可能であることを確認する。以上3点は当たり前の事柄ではあるが、患者・家族と医療者がお互いを理解することが、訪問診療の入口としての連携センター業務と考える。患者・家族がより良い療養生活を送れるように、当院に依頼してくれる病院、介護支援専門員等の期待に応え、そして現場のスタッフが初回診察からできるだけ円滑に充実した医療活動ができるよう、今後も工夫しつつ業務に当たりたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)3 多職種連携1

P-1-28

ケアマネジャーの医薬品情報に関する実態調査

下村 文恵 ¹	シモムラ フミエ
瀬戸 聡子 ¹	セト サトコ
藤原 裕明 ¹	フジハラ ヒロアキ
工藤 香代子 ¹	クドウ カヨコ
大塚 邦子 ¹	オオツカ クニコ
津田 隆 ¹	ツダ タカシ
門脇 正周 ²	カドワキ マサチカ
田中 留奈 ³	タナカ ルナ
中山 由香 ²	ナカヤマ ユカ

¹一般社団法人くすりの適正使用協議会²株式会社インターネットインフィニティー webソリューション部³佐賀大学大学院先進健康科学研究科

【はじめに】地域包括ケアシステム推進に際し、ケアマネジャーが医薬品情報を必要とする場面もあると考えられる。本背景から一般社団法人くすりの適正使用協議会と株式会社インターネットインフィニティーは共同で医薬品情報アクセス状況と課題を探るアンケート調査を実施した。

【活動】ケアマネジメント・オンラインの会員ケアマネジャーを対象にWEBアンケートを2024年8月3～13日に実施し、547名の回答を得た。結果、月1回以上医薬品情報を調べる48%、週1回以上31%、調べない5%であった。医薬品情報を調べるのはケアプラン作成時60%、利用者・家族からの質問対応時60%、医療職とのコミュニケーションの為48%の順に多かった。89%が都度インターネットで医薬品情報を調べており、医療職への照会頻度は高くなかった。日常業務で必要とする医薬品情報は薬の作用や効果93%、副作用86%等が多かった。医薬品情報を調べるに当たり専門的な表現や情報量の多さ、情報の正確性の判断に困難を感じていた。当協議会がWEB公開している患者向け医薬品情報のくすりのしおり（以下、しおり）は19%の認知度であったが、実際のしおりを見た印象では情報量が適切61%、作用機序の簡潔な記載55%、薬の外観・写真の掲載54%、平易な表現49%と評価された。しおりを介護スタッフに教えたいは73%であった。

【考察】本調査より、ケアマネジャーが医薬品情報をケアプラン作成、利用者・家族の質問対応時や医療職とのコミュニケーションの為に調べており、その過程で適切な情報選択に課題を感じていることがわかった。しおりはケアマネジャーの求める情報を含んでおり、評価も高かったことから有用な資材と考えられた。医薬品情報で不明点があれば医療職との連携が求められるが、その状況にない場合はしおりも活用してもらえるように、認知度を高める活動をしていきたいと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)3 多職種連携1

P-1-29

心不全パンデミックに立ち向かうための地域連携の重要性 ～多職種が参加できる勉強会の開催～

露木 義章 ツユキ ヨシアキ
おかにし内科 糖尿病・甲状腺クリニック

【はじめに】心不全の罹患率は高齢になればなるほど高くなり、症状増悪による再入院を反復する。そのため、日本は超高齢化社会の到来とともに心不全患者数が増加し医療従事者や病床の不足する心不全パンデミックが危惧されている。病院内ではハートケアチームといった多職種で心不全患者に対応していく形が広がっているが、発症・増悪の予防においては院外で医療と介護が連携して患者の在宅療養を支援していくことが重要である。しかし、心不全に関する講演会や研究会の多くは在宅医療に関わる職員が参加しにくく、多職種への心不全に対する啓蒙や理解が進みにくい。【活動】在宅医療に関わる多くの医療・介護職が参加しやすいような勉強会を企画した。内容は心不全の病態理解・医学的知識がメインではなく、心不全の発症・増悪の予防のために在宅医療スタッフがどのように関わることでできるかに主眼をおき、早期発見のためのポイントなど医学知識が十分でなくても理解しやすいものとした。また、開催時間の1/3程度を質疑応答やディスカッションの時間とし、参加者からの日常の疑問などに対して回答・議論していく形式とした。平日夜間に開催したが、会場＋WEB会議システムを用いたハイブリッド開催形式とすることで自宅のみならず近隣の市町村からでも参加することができるようにした。WEBはQRコードから視聴可能で、終了後の参加者アンケートもQRコードから読み取る簡便なWEBアンケートシステムを作成し、結果を集計した。アンケート結果からの参加人数は看護師25名、ケアマネ・介護士10名、理学療法士3名、薬剤師、栄養師、相談支援専門員、社会福祉士がそれぞれ1名だった。【考察】本会の平均評価は4.24（1～5で5が最良）と概ね高評価だった。今後は基幹病院の医師にも参加を促すことで、より一層地域連携を進め、心不全における在宅医療の充実を図っていきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)3 多職種連携1

P-1-30

訪問看護師とクリニック間の連携強化に向けた課題と展望

白川 大晃¹ シラカワ ヒロアキ

七澤 ゆきの² ナナサワ ユキノ

守上 祐樹¹ モリカミ ユウキ

奥 知久² オク トモヒサ

辻本 康² ツジモト ヤスシ

¹医療法人双樹会守上クリニック

²医療法人 ぼちぼち会 おく内科・在宅クリニック

【はじめに】

本発表では、クリニック側の配慮不足が原因で訪問看護師に負担をかけてしまった事例を紹介し、訪問看護師側の悩みや期待を共有することで、診療側との連携の改善に繋げたい。

これにより、訪問看護師の負担軽減を実現し、より良い連携を築くことにより患者へのケアの向上に繋がると考えた

【活動】

・アンケート（年1回）

連携先に、webアンケートを実施。

診療所へ意見を伝える機会の設定と、連携に関わる潜在的なニーズの掘り起こしが目的。

・管理者インタビュー（年1回）

訪看さんに訪問し、ざっくばらんに対話。

アンケートよりも、生々しい声の収集が目的。

・ケアカフェ開催（月1回）

参加対象者は主に、旭区で在宅医療に関わる方々。

毎回、多職種連携におけるテーマを設定し、意見交換。

多職種の交流と、互いの期待や想いを知ることが目的。

【考察】

スムーズな連携の基盤は「互いの期待を知る」ことにあり、今回の試みでは訪問看護師が抱える期待や悩みを明らかにすることで、訪問看護師側に対する理解を深め、より良いコミュニケーションの形成を促進しようとしている。

医療現場において、看護師が医師に対して改善の提案をすることや本音を伝えることは、どうしても心理的障壁が伴う場合が多いとされている。

このような環境下で、私たちPA（医師助手）が看護師と医師の間に立ち、互いの意見を橋渡しする役割を果たすことは、非常に有意義なことだと言える。

今後に向けての仕掛けとして、ポスター発表の特性を活かし、訪問看護師の方々から医師/クリニックへの期待等を、QRコード読み込みによるアンケートで集める予定である。加えて、医師/クリニックが経験した失敗談等も集めた。それらの集計と考察は25年度の学会にて発表予定である。さらに、26年度の学会では2年間のポスター発表を踏まえて、交流集会を開きたいと思っている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)4 ACP・意思決定2

P-1-31

死を語る地域向けACP: 「縁起でもない話をしよう会」による死生観醸造の取り組み

濱田 努 ハマダ ツトム
きいれ浜田クリニック

【はじめに】

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)とは、本人が信頼できる医療・ケアチームなどの支援を受けながら、将来の心づもりを家族等と話し合うプロセスである。厚生労働省は「人生会議」として普及を図っているが、人生最期の医療について話し合うことに抵抗を感じる人は多い。延命治療や透析など特定の医療選択に限定せず、まずは死を自分事として認識し、語る空気感を醸成することが、地域でのACP推進には重要だと考えられる。

【活動】

地域住民を対象に「縁起でもない話をしよう会in喜入」を毎月定期的に開催した。ここでは、具体的な医療の選択に偏らず、死生観や人生観、価値観を自由に話し合う場づくりを重視している。ツールとして「もしバナカード」「おじくじ」などを用い、地域住民が気軽に死を語れるよう工夫した。また、高校演劇部による『葉っぱのフレディ』の上演後には、高校生も交えて死について語り合う機会を創出した。

【考察】

地域でのACP啓発には、延命治療などの選択肢の前に、死生観を言語化し「生」を見つめ直す場の提供が不可欠である。こうした場を通じて個々の価値観が共有されれば、いざというときに本人の意思が代弁されやすくなり、ACPの推進につながる。一方、死の受容が十分でない段階での具体的医療の話し合いは、侵襲的になりかねないため、本会では「縁起でもない話」というネーミングで気軽に参加しやすい雰囲気を創出した。毎回多くの来場があり、「本音で語れる場を探していた」との声も多く寄せられた。今後も地域に根差した形で、死を語る機会を広げることでACPの普及を図っていきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)4 ACP・意思決定2

P-1-32

終末期がん患者、家族の意思決定支援～揺れる気持ちに寄り添って～

瀬口 里美 セグチ サトミ
小林市立病院訪問看護ステーション

【はじめに】終末期がん患者、家族の意思決定支援への関わりを振り返り報告する。倫理的配慮は当施設の倫理委員会より承認を得た。

【症例】40代女性。腭頭部癌。夫、子供2人の4人暮らし。X1年A病院で診断を受け、根治切除を目標とし化学療法を受けていた。病状は進行し、半年後に根治切除は困難と判断された。患者、家族の希望で複数のセカンドオピニオンを受診したが、同様の見解であった。X年7月、BSCへ移行となり自宅近くの病院への転医を希望し、B病院を紹介受診した。同年10月頃から倦怠感、腹水貯留が出現し、ADLの低下が著しくみられ、患者、家族の希望で訪問看護が介入した。患者は、「家で過ごせて良かった。でも、夫が疲れてきているのが分かる。感謝とごめんなさいの気持ちしかない。もう少しだから家で過ごしたい。」と訪問看護師へ思いの表出があった。痛みに対しては、オピオイドを使用しコントロールしていた。11月、腹痛が増強し、患者が入院を希望され、B病院へ救急搬送された。夫は、「もう家には帰れないのですか。これからどうなるのでしょうか。」と不安の表出があった。看取りまでの経過を夫へ説明し、患者が夫への感謝の気持ちを語っていた事を伝えた。夫は、「最期は家族で妻らしく逝かせてあげたい。」と発言があり、患者へ意向を尋ねると、「帰っても良いのかな。帰りたい。」と意思を示した。疼痛コントロールが図れ、同日に自宅へ帰宅した。4日後、自宅で家族に看取られた。

【考察】患者は自宅で家族と過ごしたいと望んでいた。しかし、自分の苦痛な姿を見る家族員が辛い思いをするのではないかと気がかりがあり、疼痛が増強した時に入院を希望した。また、患者は夫への申し訳なさがあり、在宅療養の希望を伝えられなかったと考えられた。訪問看護師が患者の思いを夫へ代弁したことで、夫は患者の希望を知る事ができ、在宅で看取ることを決心できたと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)4 ACP・意思決定2

P-1-33

意思疎通困難な難病患者へのACP介入：家族と本人をつなぐ支援

稲垣 りさ イナガキ リサ
神田 由佳 カンダ ユカ
LIC訪問看護リハビリステーション

【はじめに】

難病末期患者の意思決定支援では、本人と家族の意向が対立する場面が少なくない。特に意思疎通が困難な場合、本人の意思が十分に反映されず、家族の意向が意思決定に大きな影響を及ぼすことが課題となる。

本症例では、ACP（Advance Care Planning）の枠組みを活用し、双方が納得できる意思決定を目指した看護師の介入を報告する。

【症例】

進行性核上性麻痺の80代男性。病状が進行する中で認知機能低下が低下し、複雑な意思疎通が困難だったが、クローズドクエスションでの意思表示は可能であった。嚥下機能の低下に伴い、医師より胃瘻造設が提案されたが、本人は意思疎通が図れていた頃から「家族に迷惑がかかることはしたくない」として一貫して胃瘻造設を望まない意思を示していた。一方、妻は「食べられなくなる姿を目の前で見えていくのが辛い」として胃瘻造設を希望し、意向が対立していた。このため、医師と妻での話し合いで本人の意思が十分に確認されないまま胃瘻造設が決定される状況に至った。

看護師はこの状況を受け、本人と妻それぞれ1対1で話をする環境を整え、双方の意向を引き出すことに注力した。本人との対話で再度意思を確認し、妻にはその意向を丁寧に説明するとともに、不安や葛藤に寄り添う支援を行った。また、多職種と連携し、家族全体で意思決定を支える環境を整備した。その結果、妻も本人の意思を尊重する選択に納得し、胃瘻造設は実施されなかった。

【考察】

意思疎通が困難な患者における意思決定支援では、本人の意思が十分に考慮されない状況が倫理的課題を提示する。本症例では、ACPを活用したタイムリーな介入により、本人の意思を尊重しつつ家族の理解と納得を得ることが可能となった。このような支援は、患者らしい生き方を支える看護師の重要な役割を示している。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)4 ACP・意思決定2

P-1-34

下肢創傷を繰り返す患者の退院調整と在宅療養支援での関わり ～考え方が頻繁に変わる患者の価値観～

幸田 宏美 コウダ ヒロミ
丸玉木材株式会社 津別病院

【はじめに】

ACPが頻繁に変わる独居高齢患者の退院調整と在宅療養支援を経験したので報告する。

【症例】

90代女性。独居で下肢の血流障害があり創傷の再発と感染による入退院を繰り返していた。退院調整時、本人と医療職で面談しACPについて話し合った。介護サービスを受け通院しながら生活し、食べられなくなったら点滴はすると希望した。ケアマネと連携し介護サービスの見直しと変更を行うが、人のために動く事が増え、疲労の蓄積と衰弱、創感染のため入院となった。「安心する、最期までここにいる」と話していたが、創の改善と共に「家に帰る」「このまま入院している」という両極端な言動が頻繁にあり、様々な職種が振り回された。入院が長期化し視力と聴力、理解力の低下がみられた。本人は「いいようにして欲しい」と話し、どうありたいかについて答えられなかった。歩行が困難となり介助を要するため、話し合いを繰り返し介護区分の変更と施設入所を目指すことで合意した。入所が決まり家族が来訪、通院が困難なため在宅療養支援を契約した。入所から1年が過ぎ、創傷の再発で訪問看護に行くと「ここで良かった。誰かが助けてくれる。処置に来てくれて今に満足、感謝しています」と気持ちを伝えてくれた。

【考察】

独居での生活は入院中の活動レベルを超え、創の再発や悪化が避けられない状況であった。根底に人の役に立ちたいという思いがあり、それは他者を思いやる気持ちから始まるが、気持ちが増すと自分自身の健康や幸福を犠牲にすることがある。ACP言動の変化は、見守りや援助がある介護生活と在宅療養支援による医療の提供を行う事で、安心が確保され自分が大切にしている価値観「人との関わりを持つ」「医療処置を受ける」事で満たされたのではないかと考える。今後も寄り添い多職種と共に価値観を共有しケアを提供していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)4 ACP・意思決定2

P-1-35

住み慣れた医療過疎地域で最期を迎える ～4世代家族に関わって～

宮崎 久美	ミヤザキ クミ
唐津 裕子	カラツ ユウコ
金子 和美	カネコ カズミ
永井 美恵	ナガイ ミエ
井手 佐和美	イデ サワミ
松尾 愛	マツオ アイ
古賀 眞美	コガ マミ
溝越 智恵子	ミゾコシ チエコ

長崎県看護協会訪問看護ステーション

【はじめに】

自宅で療養したい、最期を迎えたいと希望する人が多い中、65歳以上で、在宅で最期を迎えた人は1割程度しかいない。昨年ステーション統合後、在宅看取りの症例数は年間20症例を超えている。今回、家族の意見が統一できない中、孫を中心に4世代同居の利用者と家族の症例を通し、高齢者の看取りと家族支援について振り返り、検討を行ったため報告する。

【症例】

98歳女性。要介護4。慢性心不全、ペースメーカー埋め込み術後。市街地より車で30分程の医療過疎地域に息子、孫家族の4世代8人暮らし。訪問看護利用開始から看取りまでの期間は1年半だった。デイケア通所休止や受診困難にて、訪問診療と訪問看護開始。臥床時間が多くなり、訪問リハビリも導入。夏場は経口摂取量が減り、看護師である孫娘と協力しながら点滴を行った。本人は、医療職の訪問を心待ちにし、2歳のひ孫にランドセルを買うまで長生きすることを目標にしていた。「きつい」という言葉に、孫息子の不安が強く、夕方から夜間にかけて電話相談や緊急の訪問が増え、介護者の不安軽減にも努めた。息子は介護に直接的な関わりは少なく、孫夫妻に任せていた。看護師の孫娘も本人に対する思いや介護の方法に相違があった。そのような状況下で、4人のひ孫の存在は大きく、ひ孫の言動が家族の団結につながる場面があった。訪問開始13か月目に今後についてケア会議を開催し、本人の意向を確認するとともに、状態が悪化しても自宅で看取る家族の意向も確認した。離れた家族が帰省した際にも、本人の思いを共有できるよう働きかけ、希望通り家族に見守られ自宅で逝去された。

【考察】

今回検討した事例は、本人及び家族が在宅看取りを希望されたため、意向に添った支援を行った。タイムリーなACPを行い、思いを傾聴し共有した。家族の中心である本人を支えるそれぞれの立場を尊重したことが、在宅看取りにつながった。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)4 ACP・意思決定2

P-1-36

当院でのACPの取り組み

南 大揮	ミナミ ダイキ
木村 廷和	キムラ マサカズ
岡崎 美和	オカザキ ミワ
杉田 育代	スギタ イクヨ
武田 美紀	タケダ ミキ
島田 裕子	シマダ ユウコ
松木 和佳	マツギ ワカ
出口 久登	デグチ ヒサト

みなみ在宅クリニック

【目的】

当院では初診患者を対象に質問紙を用いたACP面談を行っている。今回、面談結果を集計し、在宅医療導入時のACPの現状について報告する。

【方法】

2024年の1年間に行った159件のACP面談の結果を質問項目ごとに集計し、考察を加えた。

【結果】

回答者は本人（家族等の同席を含む）が24%、本人以外が76%であった。

また、「自分の将来について考えたことがある（本人の考えを聞いたことがある）」と回答した割合は38%、「大切な人と話し合ったことがある」と回答した割合は37%であった。

【考察】

当院では高齢・認知症のために本人への聴き取りが困難な患者が多く、意思の推定や代理決定者への意思決定支援が課題と考えた。

また、在宅医療への移行前に、将来についての話し合いが十分に行われていない現状が推測された。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)4 ACP・意思決定2

P-1-37

「暮らしの中で逝く」を支える～訪問看護師としての取り組み～

日下部 藍 ¹	クサカベ アイ
時田 真紀 ¹	トキタ マキ
島野 江里佳 ¹	シマノ エリカ
小林 香織 ¹	コバヤシ カオリ
小平 茜 ¹	オダイラ アカネ
山口 かおり ¹	ヤマグチ カオリ
川田 裕子 ¹	カワダ ユウコ
船渡川 富美子 ¹	フナトガワ フミコ
石原 美希 ¹	イシハラ ミキ
長竹 洋子 ¹	ナガタケ ヨウコ
五家 里栄 ²	ゴカ リエ

¹佐野市民病院 訪問看護ステーション あその郷

²佐野市民病院 訪問診療科 あその杜

【目的】2040年問題を踏まえ、最期の場所を在宅に戻す働きが国全体として進んでいくものと思われる。当地域では病院で最期を迎える事が当たり前という風潮もあり、在宅看取りに対して、見通しのつかない不安感を持つことも多い。そのため、訪問看護師として暮らしの中で最期を迎える事を支え、普及させていく必要があると考えている。そこで当ステーション看護師による取り組みの一つとして地域住民の認識調査を行った。【方法】訪問診療科医師によるACP（Advance Care Planning）についての講演と訪問看護師による看取りの場での身体の変化についての朗読劇を行い、聴講者である地域住民にエンディングノートやどこで最期を迎えたいか等のアンケート調査を行った。【結果】参加数40名でアンケート回収率は34名（85%）であった。エンディングノートの周知率は30人（88.2%）で、最期の場として自宅を選択した人は26名（76.5%）であった。一方で、自宅以外を選択した人の中での不安要素を抽出すると、自分の意向よりも家族背景や家族の意向、簡単にはいかないという負のイメージが強い傾向にあった。【考察】当地域の特徴として、高齢者のみの世帯割合が多く、要介護状態になった際には老々介護となることが多い。そのため自宅看取りを希望していても、家族背景や他の要素を気にする人が多く、自宅看取りに対して「そんな簡単じゃない」と思う人が多い。その背景には、在宅で最期を過ごすために利用できるサービスや周りの方々の体験談等、判断材料となる情報が不足していることが一因ではないかと考えられる。今回は病院を会場とした地域住民への啓発イベントであったが、移動手段がない住民にも周知できるよう地区・町内単位での小規模な働きかけや、一対一での相談会などで地域資源の周知や啓蒙活動を継続して行う事が今以上に必要である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)4 ACP・意思決定2

P-1-38

精神疾患・身体疾患に対応する訪問看護の緊急対応に関する文献検討

米原 拓也 ヨネハラ タクヤ
小岩事業所

【目的】

医療機関の平均在院日数の短縮から医療依存度の高い患者が早期に退院し、在宅医療における緊急対応の需要が増すことが予想される。そこで本研究は訪問看護における精神疾患・身体疾患に対する緊急対応の課題を明らかにするために文献検討を実施した。

【方法】

PubMed、JSTAGE、Google Scholarを用いて文献検索を行い、そこから研究者が抄録を確認し研究目的に合った研究内容を精査した結果、12件が抽出された。

【結果】

訪問看護の緊急対応に関する電話相談では身体症状に関する相談が多く、訪問看護師は緊急性が高いかを電話で判断し、緊急性はないと思われる場合でも不安や苦痛が大きい場合や訪問看護師の対応で軽快が見込まれる場合には訪問し、療養者や家族が自助を発揮できるように教育・支援を行っていることが報告されていた。また、精神症状に関する研究では電話相談での不安や心配なことにに関する内容が多く、対応では傾聴することや相談にのるが半数を占めていた。身体症状に関する緊急電話はプロトコルに従い対応することができる一方で精神症状に関する電話は対応が難しいことが報告された。

緊急対応は利用者の安心感の獲得や障害をコントロールできる好機といった価値につながることが報告されているが、睡眠への影響や身体的・精神的な負担など、訪問看護師の高い離職率の一因となっていた。

【考察】

在宅医療の多様性や緊急対応の適正化の観点からも持続可能な24時間対応体制の確保が求められるが、身体症状と精神症状では緊急対応の性質が異なるため、訪問看護師の負担につながりやすい。訪問看護師が適切で安全に緊急対応を行うためにさらなる定量的な研究結果やトリアージ機能が必要である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)4 ACP・意思決定2

P-1-39

訪問診療がもたらす支援～簡易宿泊所に暮らす独居高齢者の症例～

金杉 裕太 カナスギ ユウタ
小笠原 雅彦 オガサワラ マサヒコ
同善病院

【はじめに】

東京都台東区の簡易宿泊所（通称“ドヤ”）は、独居高齢者が多く暮らす地域特有の環境である。本症例は、医療や介護のセーフティーネットから外れ、必要な医療サービスが十分に受けられない患者に対し、訪問診療がどのように支援を提供できるかを報告する。

【症例】

患者は70代男性、独居で生活保護を受給。生活保護費は宿泊費（1日2200円）と嗜好品に費やし、栄養状態が良くない。場当たりの受診や内服管理の困難さから怠薬や重複内服があり、体調不良を繰り返していた。2023年7月に大腿骨骨折で入院後、リハビリを経て10月に訪問診療を開始。訪問診療では、受診先の医師と連携して臨時薬を引き継ぎ、在宅環境の調整や薬剤管理を行い、医療の継続性を確保した。また、生活支援が乏しい状況を踏まえ、医療・介護間の連携を強化するため、ケアマネジャーやケースワーカーとともに調整を行った。2024年11月には腰痛を契機にレスパイト入院を実施。「施設での生活も良いかも」との発言を受け、施設入所の調整を進めたが、入所後は自由に使えるお金が減ることへの不満から簡易宿泊所での生活に戻った。訪問診療の継続により、患者の生活支援や医療の一本化が進み、適切なケアを継続して提供している。

【考察】

本症例は、医療や介護のセーフティーネットから外れがちな独居高齢者に対し、訪問診療が基本的人権を尊重しながら適切な医療を提供できることを示した。受診先の医療機関や介護職と連携することで医療の継続性を確保し、患者の生活状況に寄り添う伴走型の医療が可能となった。また、訪問診療が患者の生活の質を向上させる手段として重要な役割を果たしている。生活環境の変化は容易ではないが、地域社会と連携した包括的な支援を通じ、患者が必要な医療とケアを受けられる体制の構築に尽力していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)5 ICT2

P-1-40

請求書発行システムを利用した在宅診療における請求書発行業務のWeb化

野田 慎也 ノダ シンヤ
大西 潤 オオニシ ジュン
嶋村 理恵子 シマムラ リエコ
野元 充 ノモト ミツル
医療法人社団 奉志会

【はじめに】

在宅医療では、外来診療とは異なり遠方の家族から診療費の本人負担分を徴収することが多く、遠方の家族が来院して支払いを行うことは難しいため、クリニックより請求書や領収書を紙ベースで郵送し、口座振替等のサービスを利用して徴収することが多い。

そのため、患者数が増加すると請求書・領収書の印刷、折込、封筒詰め、宛先の取り違いなどのチェック、など事務員にとって作業量が多く、毎月の負担となっている。

【活動】

今回、あるクリニックにおいて請求書発行システムを導入し、訪問診療の患者への請求書・領収書の発送をWeb化し、患者本人・家族にてWebよりDLすることで請求書・領収書が取得できる状態となった。その結果、請求書の印刷・折込・封筒詰めなどの作業が不要となり、スタッフの業務負荷が減少した。

患者・家族の負担や導入の受け入れなど、システム導入時にはスタッフから複数の懸念が上がったが、郵送継続の選択肢、事前準備、丁寧な説明、Q&Aの公開などにより、今回のシステム導入によるクレームはほぼ発生しなかった。状況と患者本人・家族の反応、導入の手順や問題点、今後の展望について、活動報告として発表する。

【考察】

事前の懸念事項として、訪問診療の患者・家族は高齢者が多く、システム化についてはかなりの抵抗があることが想定されたが、完全にWebシステムのみの請求書・領収書発行とせず、一部郵送も残すことでクレームを回避できたと考える。

訪問診療は関係者が高齢者なので、ICT・DX化して利用してもらうことは難しい、という思い込みによってDX化が阻害されがちであるが、実際に導入してみると案外受け入れられることも多いのではないかな。

今後も積極的にICT・DX化を行い、患者・スタッフ両面でより良い医療を提供できる体制を構築していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)5 ICT2

P-1-41

リアルタイムなエコー画面共有を用いたオンライン診療（DtPwN）の試み

秋本 悦志 アキモト エツシ
医療法人 秋本クリニック

【はじめに】

当院は、在宅緩和ケアを中心とした訪問診療を提供する地方都市郊外の診療所（年間総患者約450人、在宅看取り約100件）である。在宅でも入院のような質の高い医療を再現するために、訪問看護ステーションを併設し、より強固な情報共有・連携を模索している。当院の在宅患者の特徴としては2024年新規患者のうち末期癌患者の割合が50%、紹介時から看取りまでの期間は3ヶ月以内が40%と比較的短い。そのため終末期特有の急変（腹痛や発熱、併存する心不全の急性増悪、尿閉など）に対応しなければならない。患者家族の安心感のためにも迅速な対応が求められる中で、オンライン診療（DtPwN）を積極的に活用し、年間訪問診療5372件、往診644件に対して960件のオンライン診療を行なった。我々は、患者からの往診要請があった際もしくは定期訪問中の患者の状態変化があった場合、訪問看護師からの情報量、正確性向上のためにリアルタイムでのエコー画面共有を用いて迅速に対応している。人材不足と効率化が迫られる将来を見据えたDtPwNの新たな試みとして、訪問看護師のエコーの教育体制及びその成果と問題点について報告する。

【活動】

エコーはVscan Air（GE healthcare）、リアルタイム画面共有のシステムとしてMyRemoteShareを用いた。当院併設の訪問看護ステーションのスタッフに対し、終末期患者の急変でニーズの高い症状にポイントを絞った超音波検査の手技について講義、院内での研修を行った。

【考察】

オンライン診療（DtPwN）のリアルタイムでのエコー画面共有のメリットとしては①情報の不足をカバーすることによる診断治療の迅速化②救急搬送の回避③医師の移動に関わる制約への対応が挙げられ、またデメリットとして①教育の要する時間②診療報酬③コスト④他訪看との連携の困難さ、が考えられた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)5 ICT2

P-1-42

当院における在宅癌末期患者に対する ハイブリッド型PCAポンプを用いた疼痛管理についての検討

澤田 慎太郎 サワダ シンタロウ
佐野 勇貴 サノ ユウキ
正谷 知巳 マサタニ トモミ
坂田 行巨 サカタ ヒデナオ
中谷 直喜 ナカヤ ナオキ
山田 毅 ヤマダ タケシ
やまだホームケアクリニック

【目的】

終末期がん患者における疼痛管理は在宅療養の重要な課題であり、2022年4月の診療報酬改定により、「携帯型ディスプレイ型注入ポンプ加算」が新設され、ハイブリッド型PCAポンプ「クーデック[®]エイミー」がその対象となった。本ポンプは軽量で携帯性に優れ、衛生的で使用後の処理も簡便である。さらに、スマートフォンでの操作が可能で、患者や医療従事者による管理・調整が容易であり、患者の生活の質（QOL）を改善する。本研究では、当院での「クーデック[®]エイミー」を用いた疼痛管理の実態と有効性を検討した。本研究は当院倫理委員会の承認を得て実施された。（登録番号：202408）

【方法】

2022年4月から2024年10月までに、本ポンプを用いて疼痛管理を行った末期がん患者39例を対象に、年齢、性別、がんの種類、オピオイド投与期間、使用薬剤、切り替え理由、看取り場所などの臨床データを抽出した。

【結果】

患者の年齢中央値は74歳（48～97歳）、男性21例、女性18例であった。がんの種類は肺癌9例、結腸・直腸癌5例、肝・胆道癌4例、膵癌4例、胃癌3例、乳癌3例、卵巣癌2例、血液腫瘍2例、泌尿器癌2例、その他5例であった。オピオイド投与期間は1～7日が14例、8～14日が7例、15～21日が5例、22～28日が4例、29日以上が9例であった。使用薬剤はヒドロモルフォン23例、モルヒネ8例などであった。切り替え理由は呼吸状態の悪化2例、疼痛コントロール不良8例、内服困難29例であった。自宅・施設での看取りは31例（79.5%）であり、疼痛管理が困難な状況でも入院を回避し、在宅看取りが可能となった。

【考察】

ハイブリッド型PCAポンプは、疼痛管理において有用性が高く、自宅や施設での終末期医療を支える重要な役割を果たすことが示唆された。症例の蓄積を通じた標準化が今後の課題である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)5 ICT2

P-1-43

無料・簡単・安全に!

訪問診療クリニックがRPAを導入して業務効率化を実現した実践報告

林 佑哉	ハヤシ ユウヤ
勅使川原 学	テシガワラ マナブ
板舩 笑果	イタマス エミカ
山下 歩	ヤマシタ アルク
西井 賢俊	ニシイ カットシ
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
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

【はじめに】

当院では医師とコーディネーターの2名1組で訪問診療を行っているが、コーディネーターの業務量の多さが課題となっており、業務時間の短縮を図るためRPAを導入した。他医療機関における導入事例では、基本的に有料のRPAソフトを使用しており、金銭的成本と時間的成本が大きく、医療業界へのRPAの浸透はごく一部にとどまっている。今回当院では、実質的に無料で利用できるRPAソフトを使用し自動化を実現したので報告する。

【活動】

ソフトはMicrosoft社Power Automate Desktop（以下PAD）を使用した。PADはWindows10以上のライセンスがあれば無料で使用でき、有料版も医療業界で実績のある他社のソフトに比べて格段にコストが低い。またノーコードで利用できるため導入ハードルも低く、Microsoft社製であるため運用リスクも低く扱いやすい。RPAの導入とフロー構築はシステムエンジニア等の経験のない看護師1名が独学で行った。1つ目のフローの導入までに1か月で30時間学習し、1年間で34個のフローを作成した。自動化した主な業務は、ICTツールのMedical Care Stationと電子カルテの相互転記&ファイル転送、訪問記録の下書き作成、毎月の定型文書の作成とFAX送信、電子カルテのデータ抽出・リスト作成、処方箋や検査依頼書の印刷等である。結果として、年間約1000時間の業務時間を削減し、人件費に換算すると年間約200万円の経費削減を実現した。

【考察】

RPAにより、24時間稼働と任意のタイミングでの自動稼働を実現し業務量を削減できただけでなく、ヒューマンエラーの予防と修正が可能となり、業務の質向上にも繋がった。今後の課題として、レセプト業務への活用や、院内での人材育成と院外での人材交流を深め、スタッフの業務効率化への意識向上を図っていきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)5 ICT2

P-1-44

在宅医療におけるオンコール対応のAI組み込みによる業務負担軽減の研究

林 佑樹

ハヤシ ユウキ

医療法人社団プラタナス 松原アーバンクリニック

【目的】

在宅医療においては、24時間365日の患者からのオンコールに対応する必要がある。1日に複数の患者を訪問しながらオンコール対応をするため、院外で診療記録や書類作成をする業務負担が高い。そこで本研究では、AIを用いた音声認識や自動入力支援を組み込み、医師を含むスタッフの業務負担軽減と記録品質の向上を目指すことを目的とした。

【方法】

対象は当院在宅医療チームのなかでオンコールに関わる医師・看護師とし、電話の会話情報をセキュリティを担保したクラウド上にあげ、会話情報をAIによって音声認識し、テキスト化、診療記録フォーマットに合わせて作成する流れを自動化するよう構築した。（デジタルデータの取扱について必要に応じた医療介護連携先及び当院内に留め、当院では診療時に同意を取得している）導入前後で記録作成時間や利用者の主観的疲労度などを比較した。また、導入プロセスや運用上の課題を質的に検討するため、導入期間中にスタッフへのインタビューを実施した。

【結果】

AIシステム導入後、平均記録作成時間は約90%近く短縮し、入力ミスの低減や重複入力の削減が確認された。インタビューからは、「記録業務の負担が軽減された」「夜間のオンコール対応の負荷軽減につながった」「指定されたフォーマットで作成されるので読みやすい」といった肯定的意見が得られ、訪問中の診療記録への応用などの期待の声も上がった。

【考察】

AIを活用することで在宅医療における記録作成の効率化と質向上が期待できるが、十分な音声認識精度の確保や現場へのスムーズな導入・教育体制が鍵となる。本研究の結果は、多職種連携が求められる在宅医療現場の業務改善に大きく貢献すると考えられる。今後は音声認識精度のさらなる向上や、電子カルテシステムとの連携を進め、より実用的なAI導入モデルの構築を目指す。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)5 ICT2

P-1-45

ICTでつなぐ安心：バイタルリンクによる多職種連携の進化

足立 奈葉 アダチ ナナ

そよかぜ診療所

【はじめに】

当法人は外来・在宅医療を行う機能強化型在宅療養支援診療所として、訪問診療、訪問看護・リハビリテーションを提供。2024年度診療報酬改定でICT活用と多職種連携が求められる中、医療・介護多職種連携情報共有システム「バイタルリンク」を導入。本報告では、バイタルリンク導入による多職種連携の推進とその効果を報告する。

【活動】

2024年6月よりバイタルリンクを導入し、連絡帳機能を用いた情報共有体制を構築。参加者は法人内（医師、看護師、理学療法士、在宅療養相談室スタッフ）、法人外（薬局3か所、グループホーム3か所）。導入前後の連携の質的变化を把握するため、法人内外担当者にインタビュー調査を実施。

【考察】

薬局との連携強化:従来、在宅移行前の外来患者情報は処方箋のみで薬局に伝達され、詳細な病状把握は困難であった。バイタルリンク導入後は、病名、最新病状、処方根拠等が明確に共有され、薬剤師は患者状態に合わせた的確な服薬指導、残薬調整、副作用モニタリング等が可能となった。これにより、患者に寄り添った服薬支援が実現している。

法人内における情報共有の円滑化:当法人では2診療所、3名の医師が約80名の患者を共有診療。バイタルリンク導入により、スマートフォン等で容易に患者情報を確認でき、夜間休日等の緊急訪問時の情報閲覧時間が短縮され、迅速な対応が可能となった。看護師やリハビリスタッフも最新情報を共有することで、質の高いケアを提供できた。

医療・介護記録の一元化:従来、医療・介護保険記録は個別に管理されていたため、情報閲覧に課題があった。バイタルリンク導入により、医療・介護訪問で得た情報や共有事項が一元化され、両側面からの情報を包括的に把握可能となった。これにより、多職種が患者の全体像を共有し、連携の取れた質の高いケアに繋がった。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)5 ICT2

P-1-46

在宅点滴管理の効率化と安全性向上を目指した点滴モニタリングシステムの導入

八森 淳 ¹	ハチモリ アツシ
大友 路子 ¹	オオトモ ミチコ
油井 亮子 ¹	ユイ リョウコ
伊奈 さちこ ¹	イナ サチコ
小石 美樹 ¹	コイシ ミキ
湯浅 朋子 ¹	ユアサ トモコ
伊藤 晶美 ¹	イトウ マサミ
大喜多 晶子 ¹	オオキタ ショウコ
高田 亜矢子 ¹	タカダ アヤコ
井村 公重 ²	イムラ キミエ
安藤 真紀 ³	アンドウ マキ

¹医療法人MoLead つながるクリニック²みんなの訪問看護リハビリステーション戸塚³あっとほーむけあ訪問看護リハビリステーション

【はじめに】自宅で輸液や抗菌薬治療が可能となれば、通院困難な患者の救急搬送や受診を回避し、療養環境を継続できる可能性がある。当院では、訪問診療契約患者への対応に加え、地域住民からの緊急往診依頼にも応じており、感染症や脱水など急性病態に対する輸液治療が必要な患者が少なくない。しかし、在宅での輸液は自然落下式輸液セット使用が一般的で滴下速度の不安定性などの課題がある。そのため、予想された時間に点滴の終了処置をしに訪問すると滴下がまだ終わっておらず再度訪問したり、状況によっては輸液途中で終了せざるをえなかったりすることがある。これらの点滴をより安全かつ効率的に実施するための方策が重要であると考ええる。

【活動】訪問診療や緊急往診において自然落下式輸液セットを使用する際、点滴の仕方や適応は変更せずに点滴モニタリングシステムを導入した。このシステムにより、クリニック医師、看護師や訪問看護師がスマートフォンで滴下状況をリアルタイムに確認可能となる。使用にあたって動画を用いた操作説明やQRコードによる学習支援を行った。また、滴下不良やルートトラブルを検出した際には迅速な対応を実施し、安全管理を強化した。本システムの導入により、①点滴終了時刻に合わせた訪問が可能となり効率が向上、②滴下不良による輸液不足を防止、③ルート閉塞やトラブルへの迅速対応が可能となり、医療事故のリスク低減に寄与したと考える。

【考察】本システムは、在宅における点滴管理の安全性向上と訪問診療、訪問看護の効率化を促進する有用なツールと考えられる。システム導入により、医療者側の負担軽減、グループホーム等を含めた患者の療養環境維持が可能となり、在宅医療の質向上に寄与することが期待される。一方、遠隔モニタリングを行うにあたりPocket WiFiが必要なたためコスト増や医療保険上の評価が課題であり、今後の改善が求められる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)5 ICT2

P-1-47

ICTを活用した在宅多職種訪問スケジュール管理について

町田 隆義 マチダ タカヨシ
立野 慶 タテノ ケイ
渡部 弥生 ワタナベ ヤヨイ
中井 啓之 ナカイ ヒロユキ
西川 久美子 ニシカワ クミコ
加藤 真梨子 カトウ マリコ
医療法人社団ユニメディコ 業務改善委員会

【はじめに】

当法人では機能強化型在宅診療支援診療所5か所において、居宅、施設を合わせて月約2500名の訪問診療および多職種での訪問サービスの提供を実地している。在宅医療では移動効率の面でスケジュール管理が非常に重要であり、1) アナログ的なスケジュール作成からの脱却、2) 訪問ルートが見える化、3) リアルタイムな情報共有等が求められてきた。今回、我々は、クロスログ㈱が提供する在宅医療専用のスケジュール管理ツール「CrossLog（クロスログ）」を使用した活動報告をする。

【活動】

当法人では、2022年1月より、電子カルテとの連携、スマホでの閲覧可能な訪問診療ソフトCrossLogを医師訪問診療から導入開始、2023年2月までに、多職種訪問スケジュールへの完全導入を実地した。スケジュール作成をシステム化、訪問ルートの作成時間の短縮・担当者への能力依存を削減、各医師への事前事務連絡等による業務量を月間105時間削減することができた。スケジュール誤送信、伝達も減少、情報のリアルタイムな共有を可能にした。多職種での訪問（看護・リハビリ・栄養指導・マッサージ・介護・レントゲン等）の定期訪問予定についてもスケジュール作成のシステム化を実地、法人職員全体の業務改善となった。

【考察】

今回の課題としては、ソフト活用までの期間が長期化した事、また多職種のスケジュール作成集約、操作方法の習得、活用までに多くの時間を要したことであった。移行後は、多職種訪問のスケジュール情報を1か所に集約することで在宅療養のICT活用・連携による効果を得ることができたが、法人外での情報共有には、活用できず、課題は多く残った。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)5 ICT2

P-1-48

緩和ケア対象の在宅療養患者における睡眠計測センサーの活用と課題 ―在宅医療の質向上と遠隔診療への可能性―

久保 裕樹 ¹	クボ ユウキ
山本 直樹 ²	ヤマモト ナオキ
堂畑 雄一 ²	ドウハタ ユウイチ
田實 武弥 ²	タジツ タケヤ
荒木 庸輔 ³	アラキ ヨウスケ

¹法人看護局

²診療部

³法人事務局

【はじめに】

緩和ケア対象の在宅療養患者の症状評価は、患者の主観的訴えと介護者からの情報に依存しており、特に患者の訴えが乏しい場合や独居の場合、また訪問診療時の断片的な情報のみでは、適切な診断や治療効果判定に課題がある。そこで、睡眠計測センサーを用いた客観的データ収集が、医師の診断精度向上に寄与するか検討した。

【活動】

当院在宅診療科医師3名が担当する緩和ケア対象の在宅療養患者20名を対象に、ベッドマットとベッドの間に睡眠計測センサーを設置し、4ヶ月間にわたり睡眠状況、覚醒状況、離床状況、呼吸数、脈拍数のデータを収集した。医師は訪問診療前に睡眠計測センサーから得られたデータを閲覧し、診療に活用した。研究終了後、参加医師全員に半構造化面接を実施し、睡眠計測センサーの有用性と課題について聴取した。

【考察】

医師からは緩和ケア領域での使用可能性が示唆された一方で、以下の課題が明らかとなった。第一に、患者・家族に対する心理的配慮の必要性である。終末期における継続的なモニタリングは、「監視されている」という不安を生じさせる可能性があり、導入時の丁寧な説明が重要である。第二に、データモニタリングの運用体制の確立である。誰がいつ確認し、どのタイミングで医師に情報共有するかという具体的なオペレーションの確立が必要である。第三に、睡眠計測センサーの設置・管理・回収等を担当するスタッフの確保である。一方で、睡眠計測センサーによる客観的データが治療効果の判定に有用であれば、遠隔地における在宅療養患者への医療提供体制の向上にも寄与する可能性がある。これらの課題に対する解決策を検討することで、より実用的なシステムの構築が可能になると考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)6 多職種連携2

P-1-49

YOUは何しにどこへ？認知症による徘徊などの周辺症状があり、誰もが在宅生活は限界だと思われたが、徘徊の原因を探ることで最期まで自宅で過ごすことができた事例。

安井 純子 ヤスイ ジュンコ
居宅介護支援センター ファミリア神戸

【はじめに】認知症高齢者の増加に伴い、徘徊による行方不明者や踏切事故、交通事故などに遭う例が年々増加している。今回、なぜ徘徊するのか、徘徊の原因や理由、目的を探り、その目的が達成されるよう支援した結果、徘徊しなくなり最期まで自宅で過ごすことができた事例を紹介する。

【症例】K氏。80歳代、要介護1の男性。認知症の進行著明で見当識障害あり。尿失禁状態。エレベーターのない集合住宅の3階で認知症の妻と2人暮らし。2015年に脊柱管狭窄症で手術の既往あり、室内は伝い歩き。屋外はT字杖歩行。徘徊により道端で動けなくなり帰宅できず、意識レベルの低下や脱水・熱中症により救急搬送を繰り返している状態であった。このためグループホームなどへの入居が望ましいと考えられたが、K氏も妻も在宅生活の継続を望んでおられ、また入居は経済的に困難な状態であった。そこで、K氏の徘徊を防止するために、原因を追究することで徘徊がおさまらないか試みた。その結果、考えられた原因は次の①～④である。即ち①トイレのドアと玄関のドアを間違えているのではないか ②妻に散歩や買い物などに誘われて一緒に外出するも途中で力尽きて歩けなくなったうえに帰り道が分からなくなったのではないかと ③妻からの注意や小言が煩わしくなり外に出てしまうのではないかと ④空腹で食べ物を探しに外に出てしまうのではないかと ということである。そして、これらの原因に焦点をあてて支援した結果、徘徊はおさまった。

【考察】徘徊とは「目的もなくうろうろと歩きまわること」という意味があるが、K氏は決してアテもなくウロウロしているのではなく、K氏なりの理由や目的があって外出しており、それは徘徊ではなかったと考える。そして、K氏のように外出して帰ってこられないようなケースでは、なぜ外出するのか、外出の理由や目的に焦点をあてて支援していくことが大切だと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)6 多職種連携2

P-1-50

地域在宅医療の推進～在宅医療の第一歩を踏むために～

石井 新平 ¹	イシイ シンペイ
村上 恵一 ³	ムラカミ ケイイチ
長坂 真志 ¹	ナガサカ マサシ
高桑 佳奈 ¹	タカクワ カナ
小森谷 里奈 ¹	コモリヤ リナ
田中 優衣 ¹	タナカ ユイ
大須賀 悠子 ²	オオスガ ユウコ

¹クオール薬局雨ヶ谷店

²関医院

³クオール株式会社

【はじめに】

日本が超高齢化社会へ向かっているなか、在宅医療のニーズが高まっている。地域連携薬局の認定や在宅薬学総合加算2の新設など、国が質の高い在宅医療の推進を求めていることが伺える。それに伴い、保険薬局も無菌調剤設備などの導入を進めているが、実際に稼働するケースは少ない。その最も大きなハードルが、薬局薬剤師の在宅医療における経験・知識不足である。今回はそのハードルを下げるべく、当薬局が在宅医療で連携している医療機関（以下、医療機関）の協力を得て、地域の薬局薬剤師も参加できる勉強会を開催した。

【活動】

地域全体で、在宅医療に積極的に参画できる薬局を増やすことを目的に、医療機関の医師と薬剤師の協力を得て、地域の薬局薬剤師を対象とした勉強会を主催した。テーマは無菌調剤とし、当薬局の具体的な事例を紹介した内容は、①病院との事前のやりとり、②初回に処方箋を受けた際の対応、③往診同行時の留意点、④患者の体調急変時の対応の4つの項目とし、医師からの解説を受けた後、質疑応答とディカッションを行った。

【考察】

無菌調剤が未経験の薬剤師が多かったことを考慮し、薬局側からみた疑問点⇒医師への確認⇒実際に行った対応という流れを項目ごとに共有することで、質疑応答の議論が活発に行われた。また、医療機関の医師と薬剤師が参加していたため、その場で直接フィードバックを受けることができ、医療機関と薬局双方の考えを共有できる場となった。特に、薬局側が在宅に参画する上で、事前にどこまでの情報を必要としているか、病院と薬局間での情報共有の流れは適切であったかなどを確認できたことは、な連携体制の土台作りにつながったと考える。当薬局では、活動を継続することで、地域在宅医療の推進に寄与していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)6 多職種連携2

P-1-51

通院困難、体位保持困難な閉塞隅角症例に対し、 周辺部虹彩切除術が有効であった1例

清水 映輔^{1,2} シミズ エイスケ
西村 裕樹^{1,2} ニシムラ ヒロキ
戸澤 小春^{1,2} トザワ コハル
ケムラニ ローハン^{1,2} ケムラニ ローハン
黒岩 露敏² クロイワ ロビン
横岩 良太² ヨコイワ リョウタ
中山 慎太郎² ナカヤマ シンタロウ
服部 匡志¹ ハットリ タダシ

¹医療法人 慶眼会 横浜けいあい眼科 和田町院

²株式会社 OUI

【はじめに】

閉塞隅角は高眼圧や緑内障発作リスクとなり、不可逆的な視機能障害の原因である。治療として点眼以外に白内障手術や周辺虹彩切除術（PI）がある。今回、通院困難かつ体位保持困難な閉塞隅角症例に対し、PIを実施、良好な経過を得られた症例について報告する。

【症例】

症例は特別養護老人ホーム入居中、90歳の日本人女性。全身既往歴は高血圧、ADLは要介護1、車椅子移動は可能だが、長時間の座位保持困難。20年以上前に前院眼科で閉塞隅角緑内障と診断、ラタノプロスト点眼とドルゾラミド/チモロール点眼を使用中。今回、霧視と眼痛を自覚、往診を実施。

往診時現症、視力0.06（矯正不可）/0.04（矯正不可）、眼圧30/23mmHg、結膜充血は両眼に認められず、両眼浅前房、NS4/NS3の白内障が認められ、眼底は透見困難で両眼視神経乳頭蒼白。

結膜充血や眼痛は認めず、対光反射も良好であり、往診時に急性緑内障発作は認めないが、両眼閉塞隅角症であり、白内障手術適応だが、施設理由より通院困難で、当院でのレーザー虹彩切開術を提案するも、座位保持困難であり、仰臥位可能な、受診にて両眼PIが選択された。

PIは型通り、顕微鏡下で清潔操作にて実施、房水の流出を確認して術終了となった。

術後7日で視能訓練士が老人ホームを訪問、細隙灯顕微鏡によるPI確認と眼圧検査を行い、遠隔で眼科専門医が診断を実施。前房出血など合併症なく、眼圧10/10mmHgと経過良好であった。

【考察】

本症例は社会的制限の多い閉塞隅角症例に対し、PIを実施することで視機能障害の予防が可能であった一例である。適応が限定されている手技であるが、閉塞隅角症例に一定の適応があり、さらに、術後の視能訓練士による訪問と遠隔診療を組み合わせた術後診察モデルは、高齢化が進む現代社会において、在宅における眼科医療の新しいモデルとして重要である。

利益相反：あり

一般演題(ポスター)6 多職種連携2

P-1-52

訪問看護師の本音が知りたい ～訪問診療看護師ができる看看連携の活動～

三明 和代	ミアケ カズヨ
原田 晃子	ハラダ アキコ
木下 優貴	キノシタ ユキ
竹林 幸子	タケバヤシ サチコ
和田 達也	ワダ タツヤ
末武 桂子	スエタケ ケイコ
医療法人サンスター	みつぼし在宅クリニック

【はじめに】

当クリニックの看護師は、一人一人の思いに寄り添える医療理念のもと日々、訪問診療に同行している。住み慣れた自宅で安心して過ごしていただくために、ご本人や家族様の社会的背景、価値観、家族環境、病状から治療方針は総合的に判断している。訪問看護師は多くの情報を持ち総合的判断に大きな影響力があると考えている。

当クリニックは連携している訪問看護ステーションとICTツールを積極的に活用しており、情報交換の大半が文字でやりとりをしている。文字では看護師の本音が分かりづらく微妙に患者家族の思いとズレが生じているのではないかという疑問から、看看連携の見直しと訪問看護師との関係構築についての取り組みを発表する。

【活動報告】

- ① 訪問看護ステーションと当院の医師・看護師間で月に1回、1時間程度で、症例検討やデスカンファレンスを行った。
- ② 訪問看護師とクリニック看護師とで軽食をしながら、ざっくばらんに看看連携について意見交換を行った。

【考察】

訪問看護師と意見交換を行った結果、クリニックや医師のキャラクターにより、報告のタイミングや内容を変えて対応するため、クリニックの方針を明確にしてほしいという声があった。

今回、看護師間で顔を合わせたコミュニケーションをとることで、看護師個人の思いを知る良い機会となり、お互いの意見交換がしやすくなった。

しかし、クリニックと訪問看護師という関係性からすべて本音であるか疑問があり、引き続き看看連携開催前後でアンケートによる評価と意見交換をしやすい取り組みが必要と考える。

現場の訪問看護師が感じた違和感や小さな情報を拾い、患者・家族の想いに寄り添った訪問診療に繋げることがクリニック看護師の重要な役割と考え、訪問看護師がより相談しやすいクリニックを目指していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)6 多職種連携2

P-1-53

施設療養患者のナルフラフィンによるせん妄に多職種連携により早期対応できた一例

山口 奈々 ¹	ヤマグチ ナナ
寺田 大輝 ¹	テラタ ダイキ
羽賀 正晴 ¹	ハガ マサハル
関下 禅美 ²	セキシタ テルミ
山本 健 ³	ヤマモト ケン
廣原 正宜 ³	ヒロハラ マサヨシ
串田 一樹 ³	クシダ カズキ

¹ 龍生堂薬局大久保店

² 株式会社龍生堂本店調剤事業部

³ 昭和薬科大学

【はじめに】

在宅高齢患者は多疾病併存、フレイル、ポリファーマシーといった多くの医療上のリスクを抱えており、薬剤師の居宅療養管理指導による服薬支援及びフォローアップは患者の容体変化への迅速な対応を可能にする。今回、施設療養患者において多職種連携によりナルフラフィンによるせん妄に早期介入できた症例について報告する。

【症例】

90歳代女性、既往歴は慢性心不全、慢性肝障害、慢性腎障害。ADLは寝たきり全介助。体重46kg、eGFR14.6mL/min。医療介護処置時に疼痛や掻痒からくる不穏症状がありクエチアピン12.5mg服用していた。抗ヒスタミン薬での掻痒症のコントロールに難渋し、ナルフラフィン2.5μg/日を開始した。せん妄リスク考慮し電話にて慎重にフォローアップを行い経過を確認し、服用開始後、掻痒感軽減を認めていたが開始20日後幻覚、せん妄症状が発現。診療同行時にクエチアピン増量、抗不安薬追加が検討されたが、ナルフラフィンによるせん妄と考え在宅医へナルフラフィンの中止を提案し採択された。ナルフラフィン中止後、翌日に幻覚は消失、症状は改善された。

【考察】

本症例でのせん妄はナルフラフィンによるオピオイドκ作動作用によるものと考えられた。せん妄対策の原則は早期発見、早期介入であり、身体所見や薬剤等の直接因子及び環境変化等の誘発因子の特定が鍵となる。せん妄が生じた際は、薬剤師の立場から薬剤性せん妄の可能性を常に念頭に置き、薬剤師自身も十分な観察をした上で医師や看護師等と連携をとり薬剤の中止を視野に入れ行動することが必要である。せん妄の原因となり得る薬剤は多岐にわたるため薬剤師による副作用モニタリングが重要となる。服薬後フォローアップによる多職種連携を密に行い環境変化や生活状況を把握しそれらの情報を包括的に医師に情報提供することで原因特定、早期介入に繋げることは薬剤師の責務である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)6 多職種連携2

P-1-54

医療施設型ホスピスにおける安全な輸血療法実施にむけての取り組み

岡田 美紀	オカダ ミキ
高橋 めぐみ	タカハシ メグミ
関根 茉理絵	セキネ マリエ
直井 佑香里	ナオイ ユカリ
遠藤 崇弘	エンドウ タカヒロ
大柴 福子	オオシバ フクコ

株式会社アンビス

【はじめに】

輸血療法は血液成分を体内に入れる移植の一つであり一定のリスクを伴うことから、安全に行うためには実施管理体制の整備と実施手順書を遵守することが求められている。当施設は全国展開の医療施設型ホスピスで、訪問診療医が対応するため医師の常駐は無く、緊急対応には限界がある。そのような環境の中で、安全な輸血療法実施にむけての体制を整えた取り組みを報告する。

【活動】

当施設はがん末期、神経変性疾患などの方を多く受け入れる施設であり、輸血療法はこれまで各施設に任せ、実施体制にはばらつきが生じていた。

そこで、安全な輸血療法実施にむけ手順書の作成と報告体制の確立を行った。手順書は日本輸血・細胞治療学会からだされている「在宅赤血球輸血ガイド」を基本軸とし、①輸血導入のフローシート②輸血実施のフローシート③輸血実施手順書④輸血副作用発生時の対応について⑤輸血療法の基本⑥輸血時に副作用を観察するための記録用紙の6項目を作成した。報告体制は、輸血が予定された時点で各施設が本社へ報告し、手順書に沿った体制の確認を実施前に行うこととした。また、訪問診療医へ説明する際に使用するための「当施設における輸血実施説明文書」を作成して、輸血療法実施が予測される場合は入居前から事前に説明を行うこととした。体制を整えた2024年8月～12月までに24件の輸血が実施され、血液がん12例（50.0%）が最も多く、その他がん11例（45.8%）、神経難病1例（4.2%）であった。当施設で初めて輸血療法を実施した事例は2例（16.7%）であった。

【考察】

終末期における輸血療法は呼吸困難や倦怠感などといった症状を和らげることでQOLを改善することが期待できる。安全に実施されるための体制を整えることは、終末期ケアにおいて重要である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)6 多職種連携2

P-1-55

多職種連携に向けた在宅医療連携室（拠点）の8年の取り組みと今後の課題

鈴木 真知子 スズキ マチコ
青木 康弘 アオキ ヤスヒロ
深谷寄居医師会

【はじめに】

深谷寄居在宅医療連携室は、地域住民が住み慣れた地域で安心して医療・介護を受けられる環境作りを目的として、2016年に深谷寄居医師会によって設立されました。地域包括ケアシステムの実現には、医療・介護の連携強化と多職種協働が不可欠です。本発表では、当連室の具体的な取り組みとその成果について報告します。

【活動】

当連携室では、ケアマネジャー資格を持つ看護師が常駐し、患者や家族の相談対応を行うとともに、地域のケアマネジャーや医療・介護従事者との調整役を担っています。医療介護専用SNS「メディカルケアステーション（MCS）」を活用し、地域の多職種連携ネットワーク「ふかやよりいケアネット」（参加者940人）を構築しました。このネットワークを通じて、多職種間の顔の見える関係づくりと連絡・連携がスムーズになりました。患者支援においては情報共有に基づく迅速なアセスメントが可能となり、在宅医療の質向上が図られています。また多職種連携に潜む職種間の課題を取り上げ、研修会や多職種による意見交換を通じて、相互理解に基づく課題解決に取り組んでいます。地域住民向けの勉強会では在宅医療やACPの普及啓発を行い、自身が望む医療について考える機会を提供しています。

【考察】

開設から8年の取り組みはchemistryを起こしています。多職種間の相互理解は深まり、連携や協働におけるハードルは低くなりつつあると実感しています。支援者間の顔の見える関係と円滑な情報共有は、患者一人ひとりに適した支援と生活の質（QOL）の向上に不可欠です。地域住民への啓発活動を通じて、ACPの認知度は向上していますが、2025年問題を迎え今後も普及啓発を続けます。一方で、医療機関や医師の多職種連携への意識・実践は限定的です。今後は医師会と協力して医師への連携を推進し、地域全体で包括的なケアを提供できる体制の構築を目指していきます。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)6 多職種連携2

P-1-56

看護師によるコールセンター設置の経験と考察

長尾 彩子 ¹	ナガオ サエコ
塔野 祥子 ²	トウノ ショウコ
浅田 絵里 ³	アサダ エリ
北川 香奈 ⁴	キタガワ カナ
柳楽 知義 ¹	ナギラ トモヨシ

¹さくらクリニック

²光輪クリニック

³さつきクリニック

⁴やまとクリニック

【はじめに】

当法人では、関西に5つのクリニックを開設している。常勤医師10名、常勤看護師20名が勤務しており、大阪府、兵庫県、奈良県にある個人宅と125施設、約3500人の患者を対象に訪問診療を行っている。

【活動】

在宅医療において、夜間・休日のコール対応は重要な業務の一つである。しかし、コールを受ける医療スタッフにとっては、精神的にも肉体的にもかなりの労力を要する業務でもある。当法人では、夜間・休日は、クリニックごとにコールセンターを設置し、看護師が輪番制でコール対応を行っている。コールセンターは、平日17時から翌日9時まで、土曜・日曜・祝日は9時から翌日9時までの時間帯が担当となる。業務内容は、電話での問い合わせに應對し、状況に応じて主治医に連絡をとり、指示を仰ぐことである。訪問看護の必要があれば、看護師が出動し、処置を行ったり、病院受診の手配を行ったりする。

平日のコール件数は3.6～5.7件、休日のコール件数は平均11.4～20.5件であった。多くが介護施設からのコールで、個人宅からのコールはほとんどなかった。患者の状態変化を報告したり、指示を仰いだりするものが多かったが、緊急性のない報告もあった。

【考察】

夜間・休日のコール対応は、患者、家族、施設スタッフを安心させるものであり、円滑にコール対応業務をこなさなければならぬ。看護師がコールを受けることで、医師の負担は軽減されるが、看護師の負担は大きく、翌日の勤務に影響することもある。看護師の負担を軽減することは重要な課題である。インフルエンザやCOVID19のパンデミックが発生すると、コールが一気に増えるため、その対策も必要である。訪問診療においては、医療・看護・介護の緊密な連携が必須であり、よりよい医療を提供するためにも、さらなる対策が望まれる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)6 多職種連携2

P-1-57

高次脳機能障害を伴った独居・末期癌患者を 家族・社会から距離を置かれたにもかかわらず在宅にて看取ることができた一例

濱谷 弘康 ハマヤ ヒロヤス
あいクリニック診療科

【はじめに】独居患者を在宅で看取ることには多くの障壁が存在する。本症例は、高次脳機能障害により社会的孤立を深める中で末期癌を患った患者について、数々の困難を乗り越え、最終的に在宅で看取ることができた事例を報告する。

【症例】60歳代男性。7年前に脳出血を発症し、高次脳機能障害を呈して当院へ通院していた。通院時より気分不快時の大声などの行動が見られた。急性貧血で基幹病院に入院し、胃食道接合部癌および食道浸潤が判明したが、手術を拒否し訪問診療を開始。しかし、患者の協力が得られず診療は困難を極めた。一度は入院での看取りが計画されたが、即日トラブルを起こして自己退院し、訪問診療が再開された。病状悪化に伴い、医療麻薬使用後にはせん妄や家族への暴言、頻回な救急要請が発生し、救急隊からの対応困難の声や家族のケア放棄が見られた。独居での診療継続が困難と判断し、当法人病院での看取りを試みたものの、再び即日退院。訪問診療の継続中も対人トラブルが続いたが、根気強く関わることで信頼関係を築き、診療を継続した。疼痛管理にはPCAポンプを用いたが管理困難のため貼付剤を活用し症状をコントロールした。その後、全身状態が徐々に低下し、自宅で永眠された。

【考察】本症例では、医師・看護師・ケアマネージャーが密接に連携し、多職種チームによる迅速かつ柔軟な対応が在宅看取りの実現に寄与した。地域包括ケアの拡大と多職種連携の重要性が再確認され、病院や家族という従来の枠組みを超えた支援体制の可能性が示唆された。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)6 多職種連携2

P-1-58

期待を理解し紡ぐ未来 ～架け橋としての在宅診療PAが効果を感じた活動の報告～

白川 大晃 シラカワ ヒロアキ
守上 祐樹 モリカミ ユウキ
中嶋 啓仁 ナカジマ ケイジ
佐藤 力 サトウ チカラ
医療法人双樹会守上クリニック

【はじめに】

クリニック⇔地域／クリニック⇔患者／クリニック⇔キーパーソン、との架け橋的な役割が当院PAには求められている。それにあたり、23年3月から様々な施策を企画・実施している。その中から、これまでに行ったもので効果的だと感じたものを報告したい。

【活動】

①アンケート

年に1回、連携先（訪看・CM）／本人／キーパーソンにアンケートを実施。

②キーパーソンフォロー電話

3か月に1回、当院PAよりフォローリストに入っているキーパーソンに、本人の状況報告と、不安などにヒアリングにてお電話。

「本人の状況をなかなか知りづらい（本人さんと別居や本人さんが認知症が多い）」キーパーソンにアンケートをとり、ご希望された方がフォローリスト入りする。

③訪看さんお助けBOX

緊急の際、訪看さんに使ってもらう用の物品を、所定の場所に保管している。
主にクリニックが開いていない日時に使用いただいている。

【考察】

期待を知ることが、あらゆる活動において重要であると考えていたので、まず2023年3月に「①アンケート」を実施した。このスタートが本活動により影響を与えたと考える。

「②キーパーソンフォロー電話」は、上記のアンケート内で「診察や普段の様子がわからない」という回答をきっかけに実施を開始した。対象者に本活動の良し悪しを問うてはいないので、こちらの肌感覚でしかないのだが、それなりに満足いただいている感触である。

「③訪看さんお助けBOX」は、訪看事業所にPAが伺い、情報交換をする中で、出てきたご意見がきっかけでスタートした。①のようなアンケートも良いが、ざっくりばらんに話をする中で出てくる、有用な情報も多々あると考える。具体的な効果としては物品供給までの時間が非常に短縮されたことが成果としてあげられる。また、訪看さんのストレスも軽減できているのではなかろうかと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)7 職種別1

P-1-59

障害者が地域で暮らし続けるための地域における相談援助専門職の活動報告

長谷 有紗¹ ハセ アリサ
林 裕子^{1,2} ハヤシ ユウコ

¹株式会社町コム

²天使大学

【はじめに】精神・知的・身体障害者（以下、障害者）の多くには、医療や福祉の機関と当該障害者との各々間に信念対立が存在し、地域の継続の阻害要因になることがある。林（2023）は信念対立解明アプローチに双方の対話を提唱している。そこで、障害者が地域で暮らし続けるための地域の相談援助専門職（以下、相談職）の活動を報告する。倫理的配慮は所属機関の長の許可を得て、日本医学会の倫理指針に則り個人情報に配慮した。【活動報告】訪問看護事業所に併設の相談支援事業の開設から18か月間の利用者データを用いた。利用者数は18歳以上の成人が50名、平均年齢 39.1 ± 13.4 歳であり、18歳未満の児童が15名、平均年齢 7.5 ± 4.6 歳であった。利用は成人が特定相談支援、児童が障害児相談支援であった。利用のルートは、成人では併設訪問看護事業所16件、就労11件、GH 6件の順で多く、児童では親が11件、併設訪問看護が3件、児童デイが1件であった。相談職から他職種の連携は、成人ではヘルパー22件、訪問看護17件、就労16件、生活調整12件であり、複数の職種との連携が21件であった。児童では、児童デイ8件、生活調整5件、そのうち1件が児童相談所と連携中であった。モニタリングは、毎月28件、3か月25件、6か月12件であった。特に成人の特定相談支援では、利用者や医療者と多く対話を要した。その事由は、医師から病状の説明の認識を誤認するのが3件、利用者が自身の病状や生活を医療者に説明できないのが2件、利用者が医療の受診を拒むのが7件であった。障害児相談支援では、親も利用者であるため医療や福祉利用に関する対話が必要なケースが6組であった。【考察】信念対立は、対話から考えの違いを解明するため、相談職が利用者の誤認や説明の不足を補うことで医療との連携が可能となり、利用者が地域で暮らし続けることが可能であると示唆される。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)7 職種別1

P-1-60

在宅療養支援診療所薬剤師 はじめの一步

草場 里奈 クサバ リナ

医療法人やまとコールメディカル福岡

【はじめに】 患者が主役の医療現場で仕事をしたい。そんな思いを胸に、2024年6月、当院初代薬剤師として入職した。在宅療養支援診療所薬剤師（在支診薬剤師）は全国的にも少なく、診療所医師、在宅スタッフはもとより、薬剤師にも認知度は低い。果たして在宅療養支援診療所に薬剤師は必要なのか？必要なのであれば、自分の経験をあとに続く薬剤師につなげなければならない。在宅医療の未来に、私たちが在支診薬剤師が活躍するために。これから目指したい薬剤師が一步を進められるよう、入職してからの1年間を振り返ってみたい。

【活動】 前職がない白紙の状態で行き組んだことは、とにかく「薬」に関する業務に薬剤師の目を入れること。診療所内医薬品の適正管理がなされる仕組みづくり。ドラッグインフォメーションの提供は、医師だけでなく、医事課スタッフにも実施。在宅に移行する患者の薬物療法が継続できるよう、退院前カンファレンスや初回担当者会議への出席、初回処方代行入力。そして、在支診薬剤師にしかできない仕事、調剤薬局との連携業務。取り組んできたこれらの具体的活動を紹介する。

【考察】 薬剤師がいないとき、これらはどのように処理されていたのだろうか？これまで仕事をしてきた正直な思いだ。特に、在宅移行後初めての処方の際、本当に適正に情報が活かされ、繋がっていたのだろうか。これからは薬剤師だけでなく、多職種と連携し、ポリファーマシー対策やアドヒアランス向上に向けた積極的な取り組みを行い、在宅薬物療法に貢献したい。また、未来の在支診薬剤師教育に繋げることができればと考えている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)7 職種別1

P-1-61

過疎地域でのアウトソーシングによる在宅検査の実施

小林 健一郎¹ コバヤシ ケンイチロウ

倉本 剛史² クラモト ツヨシ

¹合同会社RADICAID

²在宅とつながるクリニック天草

【はじめに】熊本県天草地域の高齢化率は全国平均をはるかに上回る勢いで、過疎化が深刻化しています。また医療資源が乏しい点や疾病構造の変化に対応するため、在宅医療の充実を含めた医療提供体制の構築が必要とされています。

近年、在宅医療の現場で検査を行うことは一般的になってきました。しかし、在宅でのX線検査による画像診断はまだ積極的な導入は進んでいません。在宅医療提供施設がX線検査を在宅で実施する場合、人的負担や機器導入コストなどの課題があります。また、在宅医は診療時間とは別に現場で検査する時間も見出さなければいけません。これらの課題を解決できないかと、地域の在宅医と連携して、アウトソーシングによる放射線技師の訪問在宅検査を天草地域で開始しました。その活動についてご報告します。

【活動】令和4年10月より月に1回訪問在宅検査日として、ポータブル装置によるX線撮影と超音波検査を実施します。検査時間を午前9時～午後5時までとし、事前にクリニックのスタッフにスケジュール調整をしてもらい、患者様宅を訪問します。開始当初は機材のセッティングなど戸惑いながら1日数名の検査しか実施できませんでしたが、現在ではX線撮影を10名程度、超音波検査を2～3名程度を実施しています。呼吸器疾患・心疾患の方の定期フォロー及び急性増悪時の判断や経管栄養チューブの交換した際の確認、コロナ陽性者の肺炎診断などこれまで在宅ではできなかった画像診断が可能になりました。

【考察】在宅で画像診断できることで重症化してから病院を受診するのではなく、早期の発見、対応が可能になります。在宅医師は設備投資せずに必要な時に検査が出来ます。天草のような過疎地域での在宅訪問検査の実施は、通院の負担軽減だけでなく、在宅医療の機能強化に繋がる為、今後も継続していきたいです。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)7 職種別1

P-1-62

あい駒形クリニックにおける耳鼻科往診の取り組み

高橋 秀行 ¹	タカハシ ヒデユキ
内田 智久 ¹	ウチダ トモヒサ
塚越 秀子 ¹	ツカゴシ ヒデコ
中村 俊喜 ¹	ナカムラ トシキ
野末 睦 ²	ノズエ ムツミ

¹医療法人あい友会 あい駒形クリニック

²医療法人あい友会 あい太田クリニック

【はじめに】在宅医療の現場では、内科だけでなく様々な診療科へのニーズが存在するが、専門診療科による訪問診療は未だ充足していない。耳鼻咽喉科領域においても訪問診療や往診に取り組んでいる医療機関は少なく、前橋市においてはほとんど存在しなかった。こうした背景を受けて当院で行っている耳鼻科往診について今回報告する。

【活動】2023年7月より、耳鼻科専門医による予約制の往診として耳鼻科往診を開始した。当院にて訪問診療を行っている患者に限定せず、依頼があった場合は他院の患者も対象とした。開始に先立ち、耳鏡、鼻鏡、吸引嘴管、耳垢鉗子、小型吸引器を購入したほか、開始後にカテラン針、生理食塩水シリンジ等を追加した。2024年12月までに往診した55例の内訳では耳領域が一番多く、特に耳垢栓塞が最も多かった。また、筋萎縮性側索硬化症で気管切開されている患者の難治性滲出性中耳炎を3例認めた。鼻領域では鼻閉、アレルギー性鼻炎を認めた。頸部領域では口腔からの逆行性感染と思われる顎下腺炎を2例認めた。口腔咽頭喉頭領域では、内視鏡を用いた咽頭違和感の原因精査や嚥下機能評価の依頼が多かった。めまいの相談も2例認めた。

【考察】耳鼻科往診を通じて、耳鼻咽喉科領域、特に耳領域における在宅医療の潜在的ニーズが明らかとなった。在宅医療を利用する患者は様々な原因で耳鼻咽喉科クリニックへの受診が困難だけでなく、時に数時間に及ぶ待ち時間に耐えられず、専門医への受診を控えている背景が浮き彫りとなった。聴力検査を施行出来ないため、難聴を主訴とする患者の診療に懸念があったが、耳垢栓塞除去のみで改善を認める症例が多く、難聴についてもある程度往診で対応可能であることが示唆された。今後も症例を集積し、さらなる潜在的ニーズの掘り起こしを行ってゆく予定である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)7 職種別1

P-1-63

調剤薬局での非薬剤師が行う在宅医療コーディネーターの業務と今後の可能性について

藤田 龍 フジタ リュウ
日本調剤株式会社 在宅医療部

【はじめに】2015年に厚生労働省より「患者のための薬局ビジョン」が発表され、調剤薬局が在宅医療へ取り組むことが求められてきた。近年の超高齢社会の到来により、在宅医療を必要とする患者が増加していることで薬剤師の在宅訪問業務の介入も増加している。少しずつ、薬局薬剤師が地域に出ていくことが根付いてきている一方で、在宅患者を受け入れる段階で必要とされるコーディネート業務まではなかなかできていないと考える。そこで今回私が在宅医療コーディネーターとして活動してきたことを報告するとともに今後の可能性について考察する。

【活動】在宅医療コーディネーターの業務としては、病院や在宅療養支援診療所を含む医療機関と在宅拠点薬局との窓口業務、退院調整業務、診察同行、薬剤師訪問同行、在宅医療推進活動と様々である。入院先の病院や広域に訪問診療をしている在宅療養支援診療所の場合、複数店舗展開しているような当社の場合ほどの店舗に在宅訪問依頼をすればよいのか判断しづらいため、担当薬局の選定や患者情報収集をして申し送りをする事でスムーズな受け入れを可能としている。また医療依存が高く退院時カンファレンスや退院調整が必要な場合があるが、在宅医療コーディネーターとして参加することで在宅移行がスムーズになっていると考える。また退院後の初回診察同行必要なケースなども在宅医療チームとして薬局が同行することは重要で薬剤師が同行できないときは同行するよう心掛けている。在宅で使用するPCAポンプ導入時は説明が必要となるケースもあるので薬剤師と同行することが多い。

【考察】在宅移行をスムーズにするために在宅医療コーディネーターの業務は重要と考える。また今後薬局薬剤師数も減少していくなか、専門性を持ち合わせた非薬剤師が在宅医療コーディネーターとして活躍できる場があると考え

利益相反：なし

一般演題(ポスター)7 職種別1

P-1-64

薬局薬剤師は在宅医療介護において何ができるのか、 訪問診療に同行することで何が変わるのか。

原 丈晴 ハラ タケハル
後藤 夕貴 ゴトウ ユキ
アイ調剤薬局

【はじめに】

薬剤師の訪問は、病気、障害、要介護などで通院・来局が困難な方、自宅での薬の使用や管理に不安がある方に、医師がその必要性を認め、薬剤師に訪問を指示した場合に利用できる。医師がなぜその必要性を認めるのか、指示を受けるだけでは判断できないのではないかと考え、医師の訪問診療に同行した。薬剤師の在宅業務は薬を配達することが主な業務になっているのではないかと考える、ただ薬を配達するだけでなく、医師や多職種と連携をとりながら患者がよりよい医療介護を受けるために医師に処方薬の提案をおこない、多職種への情報共有をおこなう薬剤師が必要ではないかと考え、そのために訪問診療に同行することは必要ではないかと考える。

【活動】

個人宅8名、施設16名の方々に医師から訪問指示を頂き、訪問診療に同行した。

【考察】

医師の訪問診療に同行することで、医師が患者や介護者に、病気や薬についてどのような説明をしているか共有することができ、患者や介護者がどのような生活をしているか医師と共有することで服薬管理について最適な方法を提案できると考える。また疾患についても医師と検査値を共有することで患者に合わせた最適な医薬品が提案できると考える。

患者や介護者が医師の説明をどれだけ理解できているか知ることが出来る、理解が不足している場合はそれを補足すればよいし、医師にフィードバックすることもできる。薬の管理についても患者の生活を医師と共有することで最適な服薬管理を検討することができると考える。また患者や介護者と信頼関係を築くことができ、多職種での適切な情報共有が行えると考ええる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)7 職種別1

P-1-65

薬剤師による服用回数削減の取り組み ～独居認知症の方へのアプローチ～

高岡 友子 タカオカ トモコ
ヤックスドラッグ薬局佐原店

【はじめに】2024年5月、日本老年薬学会から高齢者施設の服薬簡素化提言が出された。服薬回数を減らし、可能な1回にまとめることを指すものである。これを踏まえて、取り組んだ症例を報告する。

【症例】80代女性。レビー小体型認知症だが、認知症薬剤の服用はない。独居で要介護2

取り組み前は内服薬は5種類の薬剤を服用。服薬回数は血圧の薬を1日2回朝夕食後服用と入眠剤を1日1回寝る前服用であったが、不安な時に血圧の薬を服用してしまう状態で、週1回の訪問時に数日分薬が足りなくなってしまうことが多くなっていた。

取り組みとして血圧の薬の服用回数を1日1回にまとめ、血圧は朝のみ、入眠剤は寝る前のみ、と意識づけし過量服用を防げるよう医師に提案した。

取り組み後は4種類の薬剤を服用。服薬回数は1日2回となった。

【考察】病状により服用が曖昧になりやすい環境から、血圧の薬は午後に服用しないルールをご本人と相談の上決め、服薬回数を減らすことにより、訪問時の薬の不足も少なくなってきた。今回は服薬回数減とともに減薬が実現したケースでもあるが、薬剤師と患者の間で薬に対しての理解を共有できたケースと理解している。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)7 職種別1

P-1-66

病院薬剤師の初回訪問診療同行による薬剤数への影響

山田 和司 ¹	ヤマダ カズシ
舘 美羽 ¹	ダテ ミウ
若井 香鈴 ¹	ワカイ カリン
三間 晋也 ¹	ミツマ シンヤ
山崎 晃憲 ¹	ヤマザキ アキノリ
天間 雅美 ¹	テンマ マサミ
小林 美香 ²	コバヤシ ミカ
郡 美代子 ²	コオリ ミヨコ
加藤 利佳 ²	カトウ リカ
大塚 亮平 ²	オオツカ リョウヘイ

¹手稲溪仁会病院 薬剤部

²手稲家庭医療クリニック

【背景】高齢化に伴い「ポリファーマシー」の問題が深刻化している。ポリファーマシーは薬剤の副作用や相互作用のリスクを高め、患者のQOLを低下させる要因となる。当院系列グループのクリニックでは在宅診療を行っており、2023年5月より病院薬剤師が初回訪問診療に一部同行を開始した。

【目的】初回訪問診療に薬剤師が同行することで薬剤調整、変更、減薬に介入できるか評価することを目的とした。

【方法】2023年5月から2024年10月までの期間に新規訪問診療が開始となった症例を対象とした。薬剤師同行群と非同行群における初回訪問診療後の減薬数や減薬薬剤などを医師・薬剤師のカルテ記録より後方視的に調査した。

【結果】調査期間中の新規訪問診療のうち薬剤師同行群は35件、非同行群は160件であった。減薬を行った件数は、薬剤師同行群16件（46%）、非同行群27件（17%）であり、同行群の割合が高かった。薬剤師同行群における減薬内容は、減薬なし19件（54%）、1剤11件（31%）、2剤2件（6%）、3剤1件（3%）、6剤2件（6%）であった。薬効別では消化性潰瘍治療剤が5件で最も多く、降圧剤、ビタミン剤、泌尿器系薬剤が各3件であった。

【考察】薬剤師非同行群と比較し同行群では減薬した症例の割合が高かったことから、薬剤師による介入が患者の服用薬剤数減少に貢献している可能性が示唆された。消化性潰瘍治療剤の減薬が多かった理由として、出血リスクの評価を医師と協議したことや、患者面談で胃部不快感が改善したことを薬剤師が情報収集で得たことなどが挙げられる。今後も薬剤師が訪問診療に同行することでポリファーマシー対策に貢献できることが期待される。

本研究は当院倫理審査委員会に提出済み。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)7 職種別1

P-1-67

施設在宅における薬剤師介入による服用回数削減の1例

石橋 政人 イシバシ マサト
千葉薬品 ヤックスドラッグ

【はじめに】

わが国の高齢化は年々増加しており、それに伴い有料老人ホームの数および利用者数も増加してきている。現在、当薬局においても複数の有料老人ホーム入居者の処方箋を応需しており、複数の介護施設で医師の訪問診療に同行させて頂いている。その医師の訪問診療時に薬剤師として提案して入居者のQOL改善および介護スタッフの業務軽減につながった1例について報告する。

【症例】

介護付き有料老人ホーム入居者80代女性。日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ常に介護を必要とする。寝たきり(介護度4)。錠剤の内服が困難で服薬にも介護が必要。ファモチジン散10% 0.4g 分2朝夕食後(他3剤あり用法は全て朝食後)服用中。長期的にH2ブロッカーを服用していると高齢者では認知機能障害やせん妄などを起こす場合があり、また、介護スタッフからも服薬介助が大変であるとの話を聞いていた。これらを踏まえ往診同行時に医師に対してファモチジン散からランソプラゾールOD錠15mg 1錠分1朝食後へ変更を打診したところ了解を得た。

【考察】

1日2回から1日1回へ服用回数を減らせたことにより利用者様本人は服用タイミングが減少し、QOL改善につながった。また、介護職員も夕食後の業務が1つ減り軽減につなげることができた。さらに医師の訪問診療時に変更の提案をしたことによりスムーズに話を進めることができ、医師の時間削減につながったとも考えることができる。他職種連携で行うことが多い在宅医療の中で、薬剤師の業務として行うことのできる1例を示したと考えることのできる結果となった。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)7 職種別1

P-1-68

多職種連携の実践による病院薬剤師による在宅患者訪問薬剤指導

関本 司 セキモト ツカサ
江下 秀利 エシタ ヒデトシ
馬場 寛子 ババ ヒロコ
富樫 剛清 トガシ タカキヨ
徳増 孝明 トクマス タカアキ
堀 達 ホリ トオル
医療法人社団 積信会 長谷川病院

【はじめに】

在宅医療の充実には、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師など多職種が連携して患者を包括的に支援することが求められる。特に精神科患者において、服薬継続を含めた薬剤管理は、患者の再発、再入院を抑制する重要な要素であり、薬剤師の専門的役割が期待される。この度当院において訪問診療の立ち上げとともに、在宅患者訪問薬剤管理指導（以下：訪問薬剤指導）業務を立ち上げた。多職種と連携して行う取り組みと成果について報告する。

【活動】

2023年10月から介護保険受給者以外の患者へ病院薬剤部として訪問薬剤指導を行った。2024年11月までの訪問人数、件数はそれぞれ13人、133件であった。指導に当たって訪問診療を行う医師や看護師と事前調整を行い、患者の薬剤情報共有や課題の抽出を実施した。訪問後には該当職種と随時カンファレンスを行い、治療方針の確認や薬剤調整の提案を行った。

医師や看護師と連携することで、患者に合わせた剤型の選択や使用方法の指導、薬剤変更時の副作用モニタリングなどを行い、患者の服薬継続を支援した。

看護師から「薬剤管理を薬剤師が行うことで、役割分担が行え看護師の負担が軽減した」などの意見が聞かれた。

【考察】

病院薬剤師と他職種は同一施設で業務を行っており、共通の電子カルテを使用できる。また顔が見える関係であることから、より連携がスムーズに行えたことで様々な情報共有や提案が行え、薬剤管理における問題解決が迅速化し、在宅医療の質向上に寄与する可能性が示された。特に患者個々の生活環境や治療目標に応じた薬剤調整を行うためには、多職種間の情報共有と連携の強化が重要であり、薬剤師が在宅患者へのチーム医療の一員であることで、薬物治療がより適正に行える可能性が示された。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)7 職種別1

P-1-69

相談員が繋げる在宅診療～依頼から初診までにできること～

藤本 直也¹ フジモト ナオヤ
渡辺 華央¹ ワタナベ ハナオ
久松 正倫¹ ヒサマツ マサノリ
堂下 竜平² ドウシタ リュウヘイ

¹医療法人サンスター みつぼし在宅クリニック

²医療法人サンスター みつぼしリンククリニック

【はじめに】

訪問診療を始めるにあたり、在宅支援者や自宅環境を調整する必要がある。私の経験上、病院でのMSWの限られた時間の中で、自宅環境や外来患者の病状の変化等については、正確に伝えることが困難であった。当院では訪問診療を開始する前に、相談員が直接自宅へ向かい面談を行う機会がある。診察前の面談で、契約だけでなく、よりよい初診に繋げるための相談員の役割を報告する。

【活動】

依頼者から情報をいただき、キーパーソンとなる方へ連絡し契約を含めた自宅でのアポイントを取得する。初診前に自宅訪問することで、実際に患者が生活する場を確認できる。また病状についての受け入れ状況や周辺環境の確認し、在宅療養困難な場合は依頼元と情報共有する。面談の際に意識することは、事前入手した情報と現状の変化が無いか確認する。その後、安心して初診を迎えられるよう、家族の気持ちを傾聴する。その上で、訪問診療だけでなく、訪問看護や訪問薬局、介護サービス等、在宅チームとして患者・家族を支援することについて、費用を含め説明する。面談後に得た情報を、初診までに在宅支援チームに共有する。

【考察】

当院の相談員としての役割は、初診前に自宅に訪問し、患者・家族と向き合い話をするすることで、これからの在宅療養に対する不安を軽減することができる。また、医師や看護師と事前入手した情報を共有し面談に望むことで、よりの確に必要な情報を入手できスムーズな初診に繋げることが可能となる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)8 多職種連携3

P-1-70

多職種で連携して様々に変わる病状と気持ちに寄り添い続けたIgG4関連硬化性胆管炎の症例

星野 拓磨 ホシノ タクマ
上野 暢一 ウエノ ヨウイチ
東苗穂病院

【はじめに】IgG4関連硬化性胆管炎など膠原病は悪性疾患と違い予後予測が難しく患者の病状の受け止めも難しいことが多い。今回病状の変化と共に様々に変わる患者・家族の気持ちに訪問診療・訪問看護・在宅療養支援病院・総合病院医師など多職種で連携し病状説明・意向確認を重ね、最期まで患者本人と家族の気持ちに寄り添い続けた症例を提示する。【症例】症例は70歳代の男性。IgG4関連硬化性胆管炎にて2年の間に治療を6回行い入退院を繰り返した。その後衰弱が進んだため病状説明・意向確認①を行い訪問診療開始となった。訪問診療と訪問看護の両方で本人の気持ちと常に不安を抱える妻の気持ちを確認し合いながら加療にあたった。その後腹水を認めたため病状説明・意向確認②を行うと本人・妻とも入院を希望され在宅療養支援病院である当院へ入院となった。さらに入院中に胆管炎を認めたため病状説明・意向確認③を行うと本人・妻共に総合病院への受診と加療を希望された。その後総合病院にて病状説明・意向確認④が行われ胆管炎末期で治療適応がないことが説明された。それを踏まえ本人は自宅へ帰ることを妻は病院で過ごすことを希望された。改めて病状説明・意向確認⑤⑥を行い本人の意向を尊重した今後を妻と相談したところ自宅での最期を決断されたため訪問診療へ連絡しつつ急遽退院を予定したが急変され他界した。その後グリーフケアでは妻から感謝の言葉をいただいた。【考察】病状の受け止めが十分にできていないものの自宅で最期を過ごしたい本人の気持ちと常に不安がある妻の気持ちに隔たりがあることが課題であった。本人の気持ちを最優先にするために病状説明を行う医師が変わっても経過や気持ちがわかるようにメール・電話で常に関わる職種が確認し合いながら加療にあたった。どんな状況でも関わる職種すべてで真摯に本人・家族の気持ちに向き合い続けることが最も重要であることを実感した。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)8 多職種連携3

P-1-71

住宅型有料老人ホームにおける腹膜透析患者受け入れの一例

石川 卓也¹ イシカワ タクヤ

矢嶋 孝敏² ヤジマ タカトシ

¹住宅型有料老人ホーム伊豆の恵函南

²医療法人社団渚会 北伊豆往診クリニック

【はじめに】

近年、高齢の透析患者に対し、在宅でのQOLの向上を目指し腹膜透析が注目されている。このことから現在、当施設でも腹膜透析（以後PD）患者を受け入れている。我々は今回、住宅型有料老人ホームでのPD患者受け入れにおいて医療福祉サービス構築で深く考えさせられる症例を経験したので報告する。

【活動】

80歳代男性、要介護2

主訴 尿毒症症状

既往歴 両側尿管結石、高血圧、糖尿病、左腎結石、慢性腎不全、前立腺肥大症術後、神経因性膀胱（Ba管理）

x2年～x3年夏飲水量減少と厚着にて複数回の脱水症を発症。x1年eGFR10単位未満となり施設入所した。x年冬より尿毒症症状が進行。本人、家族と相談しPD導入となった。PDの準備は自己で行う事はできなかった。PD導入の施設側準備として看護師、介護士ともに各種研修を行った。PDは1日2回で、看護師が対応した。透析以外の日常介護は全て介護士が対応しトラブルなく経過している。医療福祉サービスの構築にはケアマネージャーとの連携を含め十分な工夫を行っている。

【考察】

施設でのPD患者受け入れにおいて2つの課題があげられる。第1に透析液の交換が医療行為の為介護士で対応ができない事。第2に医療福祉サービスの構築に工夫が必要な事である。PD単独の総患者数は2018年において7,582人だが2022年においては8,393人と増加している。これは全透析患者数のうち2.4%にあたり、今後も増えていくと予想される。介護施設において医者、看護師との十分な連携を図ることで、PD患者の受け入れは可能であった。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)8 多職種連携3

P-1-72

機能強化型在宅療養支援診療所における法人内摂食嚥下勉強会について～管理栄養士とリハビリ職の連携を中心に～

渡部 弥生	ワタナベ ヤヨイ
立野 慶	タテノ ケイ
澁谷 泰介	シブヤ タイスケ
横山 明	ヨコヤマ アキラ
小野 浩生	オノ ヒロキ
角屋 桜雪	カドヤ サユキ
穂元 千明	アキモト チアキ
佐々木 由紀子	ササキ ユキコ
原口 小葉恵	ハラグチ サナエ
徳原 裕人	トクハラ ユウト

医療法人社団ユニメディコ

【はじめに】リハビリ、栄養、口腔の連携強化（R6年診療報酬改定）による、自立支援、重症化予防効果が期待されており、在宅医療での多職種連携は不可欠となっている。今回当法人にて、リハビリ職（以下リハ）と管理栄養士（以下NT）にて『摂食嚥下の専門職の支援』をテーマに社内研修活動報告をする。【活動】研修目的：リハとNTとの在宅医療での連携できる関係性の構築。参加者37名（NT18名、理学療法士（以下PT）8名、言語聴覚士5名、作業療法士4名、医師1名、歯科医師1名）、研修内容：1. PT講演『摂食嚥下患者への訪問リハビリ支援内容』2. NT講演「摂食嚥下患者への訪問栄養指導の支援内容」3. 一般食品を摂食嚥下学会コードに分類するグループワークを同日にて行った。研修会終了後にグーグルフォームを用いてアンケートを実施。結果：『リハとNTの連携について』連携できている（45.7%）（リハ47%、NT53%）、連携できていない（53.4%）（リハ50%、NT50%）。連携できない理由「何を相談してよいのか分からない」（46.7%）、「相談相手が分からない」（36.7%）。リハからNTに相談したい内容での最多は「栄養評価について」（70%）、NTからリハに相談したい内容で最多は「ポジショニングについて」（77%）であった。【考察】法人内では、症例検討会、院内SNS、電子カルテ内などで連携を図っているが『連携できていない』（53.4%）は意外な結果であった。当法人においても吉川らの報告同様、多職種連携を困難にする要因は、連携相手への信頼感、知識、経験からの連携への躊躇という結果であった。連携を可視化し共有する事が、信頼関係の構築、連携強化にも繋がると思われた。在宅では、他事業所との連携が多く、地域でのSNS利用、地域資源の理解、多職種同士の役割理解をさらに深める事が必要であると思われた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)8 多職種連携3

P-1-73

長崎県西海市における診療看護師（NP）と医師のペア診療による在宅医療の実践と共同管理（comanagement）の成果

永田 純一¹ ナガタ ジュンイチ
伊藤 健大² イトウ タケヒロ

¹大島ながたクリニック

²訪問看護ステーション ウェルビー

【はじめに】長崎県西海市は人口約26,000人、高齢化率約40%、人口10万人あたりの医師数137人（全国平均310人）と、医療資源が限られた地域である。R5年4月にNPによる訪問看護ステーションが開設し、NPと医師がペア診療を開始した。本報告では、NPの臨床判断とコマネージメント能力を活用した在宅医療の成果を評価する。【方法】R4年6月のクリニック開院からR5年3月末まで（R4年）、R5年4月のNPによる訪問看護ステーション開設からR6年3月まで（R6年）の診療データ（訪問診療件数、緊急往診件数、自宅での看取り件数、平均診療期間）について比較した。【結果】月平均の訪問診療回数：13.1件（R4年）→35.6件（R5年）、月平均の緊急往診件数：1.5件（R4年）→1.2件（R5年）、月平均の看取り件数：1.0件（R4年）→0.8件（R5年）、平均診療期間：2.4ヶ月（R4年）→5.1ヶ月（R5年）であった。【考察】NPによる訪問看護ステーション導入後、計画的な訪問診療件数は増加したにもかかわらず緊急往診件数は増加せず、緊急対応が必要なケースを最小限に抑えつつ、在宅医療全体の質を向上したと考える。NPが医師とコメディカルを適切に調整し、患者のニーズに応じた対応を迅速に実施することで、多職種間の連携が強化された。NPと医師の共同管理（comanagement）は「効果的なコミュニケーション」「相互の尊敬と信頼」「共有された医療哲学」の3要素を基盤としている。医師とNPがお互いの専門性を尊重し、率直に意見を交わしながら役割分担を調整したことが重要であった。NPによる訪問看護ステーションの導入により、在宅患者の生活の質（QOL）が向上し、医師の診療負担の軽減も実現した。NPと医師の在宅診療モデルは、医師不足地域において、ケアの質向上と多職種連携の円滑化に寄与した。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)8 多職種連携3

P-1-74

在宅人工呼吸器をつけながら「分けてあげたいくらいしあわせ」な一例の実践報告

高田 賞子 タカダ ショウコ
濱田 努 ハマダ ツトム
矢崎 貴子 ヤザキ タカコ
松山 紗矢香 マツヤマ サヤカ
医療法人 浜友会

【はじめに】

2020年の厚生労働省調査によると、在宅で気管切開を伴う人工呼吸器使用者は全国で約7700名にのぼる。在宅療養中の患者は行動が制限され、生活の自由を奪われることが多く、苦しみを感じるケースが少なくない。本発表では、人工呼吸器管理を受けながらも「しあわせ」と語る一例を通じて、穏やかな療養生活を実現するための要因を考察する。

【症例】

40代女性、炎症性腸疾患に伴う低栄養と2型呼吸不全により在宅人工呼吸器管理中である。医療不信が強く、関わりが困難な症例であった。70代の両親と同居し、訪問看護を皮切りに多職種連携を展開した。リハビリやケアマネ、ヘルパーが支援に加わり、家族への手技指導を行った。精神的に不安定な状態が続いていたが、本人の「コスモス畑を見たい」という希望を叶えるため、多職種で外出計画を立案した。介護タクシーとの連携や会場の下見、緊急時対応の準備を重ね、父親が手作りしたスロープを活用して実現した。帰宅後、本人から「風を感じられた」との喜びの声があり、SNSにも「呼吸器がついていても最愛のサポーターズに囲まれて、誰かに分けてあげたいくらいしあわせ」と投稿されていた。この外出は本人・家族・医療介護スタッフにとっても満足のいく時間となり、現在も支援を継続している。

【考察】

患者や家族の想いに気付き、寄り添うことがケアの質を高め、満足度を向上させる要因となる。本事例では、本人と家族の希望を共有し、多職種連携で目標を実現することで「苦しい中でもしあわせ」を感じられる療養生活をサポートできた。苦しいからこそ、支えに気づくことができたと考えられる。この経験は我々医療介護従事者も患者や家族から支えられていることに気付く機会ともなった。今後も、本人の生きる希望を尊重し、多職種が協働して支援を続けたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)8 多職種連携3

P-1-75

豊田市における地域共生社会の実現に向けた多職種情報交換会の取り組み

福元 聡史¹ フクモト サトシ
加藤 英樹² カトウ ヒデキ
小林 秀平³ コバヤシ シュウヘイ
塚原 丘美⁴ ツカハラ タカヨシ

¹トヨタ記念病院 栄養科

²合同会社 PBEANS

³豊田市役所 福祉部 地域包括ケア企画課

⁴名古屋学芸大学大学院 栄養科学研究科

【はじめに】豊田市は2018年度「豊田市在宅医療・福祉連携推進計画（在宅計画）」を策定し、いわゆる2025年問題に向けて医療や介護等が一体的に提供される地域を目指した取り組みを進めている。現場レベルで多職種が話し合える事業として、2021年度から管理栄養士と訪問看護担当者が主体となり、行政担当者と協議のうえ実務者が交流できる多職種情報交換会（情報交換会）を開始した。目的は在宅医療を担う多職種が互いの現状と課題を理解し、豊田市における地域共生社会実現への示唆を得ることである。参加職種は管理栄養士、訪問看護師、介護支援専門員、理学療法士、歯科衛生士、行政、医師会職員。活動は2か月に1回、Web会議ツールを用いて各職種が抱える課題や取り組みを報告して連携強化を図った。2023年12月に集合型の情報交換会を実施したので報告する。

【活動】参加者は29名（管理栄養士5名、訪問看護師5名、介護支援専門員4名、理学療法士2名、作業療法士3名、歯科衛生士5名、行政2名、介護士2名、生活相談員1名）。内容は管理栄養士、訪問看護師、介護支援専門員、理学療法士、歯科衛生士、行政から現状と課題を発表し、次に現場での困りごとをグループワークで検討した。課題として、都市部と山間部の格差、交通問題、市民への周知、職種間の理解、人材・教育不足、在宅医療のDX、制度などが挙げられた。終了後のアンケートでは、90%以上の参加者が「多職種の役割と課題が理解できた」と回答したが、「連携が深まった」と回答したのは67%であり、「連携まではまだ遠く感じるが、関係を築くきっかけになった」との意見が聞かれた。

【考察】各専門職は在宅医療における多職種連携の重要性を理解しており、役割と課題を共有することが連携の一步につながると考えられた。今後も現場レベルの顔の見える情報交換会を継続して、将来の多職種連携につなげていきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)8 多職種連携3

P-1-76

訪問診療同行看護師の役割とは～重症心不全患者との関りを通して～

武田 成美 タケダ ナルミ
清藤 千景 キヨフジ チカゲ
医療法人 清藤クリニック

【はじめに】

クリニックによって業務内容に違いはあるが看護師の業務は多岐にわたる。在宅診療を行う上で物品管理や多職種連携は重要であり、訪問診療に同行する看護師が果たす役割は大きい。2024年の診療報酬改定において在宅強心剤持続投与指導管理料が算定可能となった。今後増加が見込まれる重症心不全の患者の、在宅移行後の我々の役割について症例を通して報告する。

【症例】

71歳女性 重症心不全（NYHA3～4、拡張相肥大型心筋症、重症三尖弁閉鎖不全症）

2013年ICD植込み術施行、2020年以降入退院を繰り返しており、PICCカテーテル挿入し強心剤持続投与を開始。2024年6月在宅診療開始時より、在宅用輸液ポンプを使用し当院で管理を行うこととなった。それに伴い、退院前カンファレンスが開催され、訪問看護師と訪問薬剤師の導入も開始となる。

【考察】

今回の事例に関しては、在宅用輸液ポンプ購入となり、取り扱いに関する勉強会を開催し必要な物品を相談・確認し発注を行った。強心剤治療を継続するためには、定期的に輸液ポンプ用のカセット交換が必要であり、ICTを活用しながら日々の体調に関する情報共有や日程の確認、訪問薬剤師への受け渡し等を行っている。

PICCカテーテルの事故抜去があった際には、固定用のドレッシング剤を提案し、訪問看護師と共に検討し動作時のルート管理を工夫した。更にカテーテル刺入部にスキントアが発生した際には、剥離剤や皮膚保護剤の変更を行ったことで以後スキントアは発生していない。

多職種間での情報共有を密に行うことは、医療の質が高まるとともに患者様やご家族へのケアとなり、患者の満足度・チームの安心感にもつながる。医療依存度が高い重症心不全の患者においても、訪問診療同行看護師もチームの一員として関わることで、在宅生活をより良くすることに貢献できると考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)8 多職種連携3

P-1-77

「看護と介護の連携で築いた“最期の安心” ～介護士との連携が在宅看取りに影響を与えた事例報告～」

中瀬 美穂¹ ナカセ ミホ

服部 美奈子² ハットリ ミナコ

丸山 加寿子³ マルヤマ カズコ

¹株式会社 CareCreation ケアクリ看護センター

²株式会社 CareCreation ケアクリケアセンター

³森ノ宮医療大学

【はじめに】

2025年問題が現実となり、在宅療養支援では老老介護や独居者対応が深刻化している。当センターは「自宅で最期を迎えたい」という希望を尊重し地域での看取り支援に注力しているが、病状悪化による介護者負担や不安が在宅療養継続を困難にする場合がある。今回は適切なサービス介入と看護介護の連携が家族の負担感や不安感を軽減し、在宅療養の希望を叶えた2事例の報告をする。発表に際し2事例の家族から了解を得ている。

【症例】

事例はいずれも80代男性、がん末期で主介護者は同年代の妻であった。訪問看護開始時は最期の場所として緩和ケア病棟等を予定していた。

事例1

病状が進行し妻の介護負担が増え、デイサービスやショートステイを利用した。自宅以外で過ごす度に本人は「家で最期を迎えたい」と希望を口にした。妻は困惑していたが介護士や訪問入浴の導入で在宅療養の継続を支援した。介護士の介入を通じ妻は「ケアの方法を学びたい」と考え指導を受けた。看取り期に入ると長男の協力も得て介護サービスを中止し、6日後に自宅で永眠した。

事例2

病状悪化のたびに救急搬送を繰り返していたが、3度目の退院後に寝たきり状態となり「もう救急車は嫌、家でいい」と話すようになった。妻の介護不安を軽減するため、訪問介護による毎日の支援を開始した。妻は「看護師も介護士も来てくれて安心だ」と話し、在宅看取りを受け入れるようになった。最期の日には介護士の支援中に永眠した。

【考察】

終末期の在宅療養では、介護者の不安や負担が増大しやすい。本事例では当初医療機関での看取りを予定していたものの、介護士の介入によって主介護者が安心感を持ち利用者の最期を見守ることができた。特に、同一事業所内での看護師と介護士の密な連携や看取り経験のある介護士の日々の支援が大きく寄与した。今後は、これらの事例を応用し、地域全体での支援体制の構築を目指す必要があると考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)8 多職種連携3

P-1-78

地域医療連携ICTネットワーク活用による在宅医を中心とした 転移性乳癌患者に対する多職種連携の1例

松本 恵¹ マツモト メグミ
奥平 定之² オクダイラ サダユキ
柴田 健一郎¹ シバタ ケンイチロウ
谷口 英樹¹ タニグチ ヒデキ

¹日本赤十字社 長崎原爆病院

²医療法人社団 奥平外科医院

【はじめに】新薬の開発などにより転移性乳癌患者の予後は改善している。予後が改善することで治療をしながら続く日常生活をサポートする工夫も益々重要となってきた。今回転移性乳癌患者を病院と在宅で長期に併診しながら、地域医療連携ICTネットワークを活用し、良好な連携が可能であった症例を報告する。【症例】60代、持続する右股関節痛を主訴に受診した整形外科にて転移性骨腫瘍を疑われ、精査を行いX年に乳癌の診断となった。ホルモン受容体陽性HER2陰性タイプのステージ4乳癌と診断した。既往歴は食道癌治療後（化学療法＋放射線療法）で、家族歴には特記すべき事項はなかった。一次治療はホルモン療法と骨修飾薬を開始した。本人は仕事が多忙であり、診断当初からかかりつけのクリニック（CL）での治療継続を希望されており、この時点で在宅での終末期も視野に入れたCLとの連携を開始した。がん治療専門施設（HP）では3ヶ月ごと程度の検査を担当し、この間にも進行する病状に合わせて治療方針の変更を行い、その間CLでの治療を継続できていた。X+1年、長距離運転後に頸部痛が増強、第2頸椎の破壊がみられHPに緊急入院となった。放射線治療を行なった後寝たきりのまま退院となった。しかしその後もCLとHPでICTを活用した双方向の電子カルテの共有を行うことで、多職種が介入する在宅での積極的治療が継続できた。その後歩行可能となり、肝臓転移が出現したX+3年にはHPに通院して化学療法を受けられるまでになっていた。X+5年に自宅で看取られ永眠された。【考察】本症例はICTを活用した電子カルテの共有を用いて多職種が長期に渡って介入した症例であった。在宅医療＝終末期医療というイメージを覆すことができることを実感した。高齢化と複雑化するがん診療においても、ICTを活用してCLや多職種と協力することでがん治療の均てん化は可能であると考えらる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)8 多職種連携3

P-1-79

認知症を有した独居の2型糖尿病患者への院内外多職種での支援

中村 優子	ナカムラ ユウコ
川向 真弓	カワムカイ マユミ
平 恵	タイラ メグミ
白倉 美香	シラクラ ミカ
中田 紀子	ナカタ ノリコ
満崎 道子	ミツザキ ミチコ
黒田 敬子	クロダ ケイコ
今西 真理子	イマニシ マリコ
谷口 育昌	タニグチ ヤスマサ
門田 耕一郎	カドタ コウイチロウ

医療法人重工記念長崎病院

【はじめに】

高齢化率の上昇や核家族化の進展により、高齢者の単身世帯は増加傾向にある。病気や介護が必要になっても、介護をしてくれる家族がいない高齢者を支えるために、医療・介護サービスの切れ目のない支援は重要である。今回A病院に2型糖尿病で通院していた認知症を有した独居の患者へ院内外多職種で支援を行ったので報告する。

【症例】

70歳代、男性、独居。診断名は、2型糖尿病、認知症、右膝偽通風。疾患に対する治療は、内服治療であった。市内に姉が在住しているが高齢で支援は望めない状況であった。外来では、受診日を間違う、時間外に受診する等の認知機能低下に伴う生活障害が表面化していた。そのため、多職種で本人へ困りごとの確認を行ったが、支援の希望はなかったため、外来では、患者の情報を多職種で共有し、さりげなく見守ることとした。その後、右膝偽通風で受診し、疼痛やADL低下も見られたため、入院となった。入院中は、院内の認知症サポートチームの介入を行った。入院中、鎮痛剤で除痛が図られているときは、なぜ入院しているのかわからなくなり日にちや時間帯が曖昧になる等の認知機能低下がみられた。右膝痛を自覚しているときは、支援を受け入れていた。そのため、タイミングをみて、介護保険の説明を行うと、希望され申請を行った。退院前には、地域包括支援センター職員含め多職種でカンファレンスを実施した。更に、退院後、安心・安全に在宅療養に移行するため、病院の看護師が退院後訪問指導を実施した。訪問毎、主治医や地域包括支援センター職員と情報共有し、介護保険が下りた後は、訪問看護師へ支援を引き継いだ。

【考察】

認知症の人は認知機能低下から、困り事や支援を他者に申し出ることができないことがある。多職種で見守り、タイミングをみながら、支援を進めることや病院内だけでなく、在宅の医療・介護へ切れ目のない支援が今後も重要と思われる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)9 病診病病連携

P-1-80

本人・家族の意向に寄りそう外来在宅共同指導の体制構築

金築 泰子 カネツキ ヤスコ
立原 怜 タチハラ リョウ
安田 久美子 ヤスダ クミコ
島根県立中央病院

【はじめに】2022年度の診療報酬改定で通院患者のスムーズな在宅医療への移行を推進する観点から、外来在宅共同指導料が新設された。本人や家族の意向に沿って、病状の変化に合わせてタイムリーに医療・介護サービスと連携・協働するために、在宅療養移行支援の一助となる仕組みを作り対象者の支援を行ったため報告する。

【活動】院内でワーキンググループを立ち上げ、外来在宅共同指導の実施手順を作成した。外来診療担当医（以下、担当医）は県内で活用されているWEB会議システムを利用し、患家で行うカンファレンスにWEB参加できる環境を整えた。本人・家族、担当医や地域支援者から在宅医療への移行の相談を受けると、実施手順に沿って本人や家族の意向を踏まえた在宅医療体制構築のための支援を行った。本人・家族との面接では病状の理解や聞きたくないことを把握し、担当医とは配慮すべき事項などを打ち合せてから外来在宅共同指導を行うようにした。また、外来在宅共同指導実施3か月後には家族に対してアンケートを実施し、その内容を踏まえて実施手順の改善や配慮すべき本人・家族への関わり方について共有した。2022年4月に運用を開始し、2024年12月までに15件の外来在宅療養指導を実施した。対象者の年齢は60～80歳代であり、ほとんどが悪性疾患であった。本人・家族との面談から外来在宅共同指導までは平均8.07日、在宅療養に移行してから自宅看取りまでは確認できた事例で平均42.4日であった。

【考察】作成した実施手順に沿った運用や本人・家族への関わり方を共有することで、外来患者が通院困難となった場合に院内外の関係者と協働・連携し、速やかな在宅療養移行支援ができるようになったと考える。外来在宅共同指導では入院と比べ、本人・家族の様子が十分把握できないためコミュニケーションスキルや即時的な対応力、綿密な準備がより必要になる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)9 病診病連携

P-1-81

病院MSWから在宅MSW～私が気づいたこと。あの時こう伝えればよかった～

渡辺 華央¹ ワタナベ ハナオ
藤本 直也¹ フジモト ナオヤ
久松 正倫¹ ヒサマツ マサミチ
堂下 竜平² ドウシタ リュウヘイ

¹医療法人サンスター みつぼし在宅クリニック

²医療法人サンスター みつぼしリンククリニック

【はじめに】

病院の医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）は、退院支援を中心に患者の療養生活を支える重要な役割を担っている。そのため、在宅療養を見据えた情報提供や支援が必要となる。

病院MSWから在宅MSWへ転向した後に面談の際に意識する視点の違いを感じた。病院MSWの評価の一つに早期の在宅調整があげられる。病院MSWは病院経営の立場で退院調整を考え、在宅クリニックへ医療的ケアが対応できるかを中心に確認することが多かった。病院MSWの際に見えていなかった課題や視点の違いを在宅MSWの経験を元に振り返る。

【活動】

病院MSWとしての情報提供に必要な項目を振り返るため、在宅MSWとして患者・家族と面談した際に得られた情報と比較してみる。気づいた点を以下に上げる。

- ・訪問診療がどこまで対応してくれるか不安
- ・ADLが聞いていた情報と違っていた（外来対応の場合）
- ・事前情報にない登場人物の関係性
- ・本当に在宅に帰りたい理由（自宅でやりたい事）
- ・病院では面会が厳しい年齢の親族がいるか（特に孫に会えたという意見は多い）

【考察】

医療的ケアを伝えることは、在宅療養に移行する際に大切なことであるが、在宅MSWを経験して気づいたことは、診療情報提供書や看護サマリーに載っていない情報を、いかに病院MSWとして面談で確認し、在宅MSWへ伝えるかが重要である。特に大事と感じた点は、キーパーソン以外の家族の背景や受け入れ。在宅療養に移行する上での不安。これらの情報聞き取って、在宅側に伝えることが大事なポイントであると感じた。

自身の経験をもとに、今後も病院MSWと情報共有を行い、在宅医療への連携に力を入れたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)9 病診病病連携

P-1-82

在宅医が大学病院緩和ケアチームで活動する意義 ～在宅緩和ケア地域連携パス「やわらぎ日記」の活用～

児玉 麻衣子 ^{1,2}	コダマ マイコ
有田 諭 ¹	アリタ サトル
西出 慎吾 ¹	ニシデ シンゴ
椿 貴佳 ²	ツバキ タカヨシ
福元 進太郎 ²	フクモト シンタロウ
牧野 路子 ²	マキノ ミチコ
徳原 涼衡 ²	トクハラ リョウコ
浦井 真友美 ²	ウライ マユミ
廣野 靖夫 ²	ヒロノ ヤスオ
紅谷 浩之 ¹	ベニヤ ヒロユキ

¹オレンジホームケアクリニック

²福井大学医学部附属病院緩和ケアチーム

【はじめに】最期まで住み慣れた地域で療養するために、切れ目のない質の高い緩和ケアが必要とされている。

【活動】当院は、在宅緩和ケア充実診療所に指定されており、がん終末期だけではなく重症心身障害児や慢性臓器不全、認知症等幅広い患者の在宅医療を行っている。2014年より当院医師が大学病院緩和ケアチームにも所属し、院内チーム活動だけではなく地域連携にも関わっている。入院中緩和ケアチームとして関わり、退院後在宅主治医を担当することもある。在宅医が大学病院緩和ケアチームで活動する意義として、①在宅移行する際、退院前の早い段階で退院後を見据えた医療ケアに関して助言できる、②地域医療介護福祉従事者と顔の見える関係を築き、スムーズな在宅移行につなぐことができる、③退院後も地域医療介護福祉従事者の窓口となり、症状緩和等の相談を受けることができる、④退院後在宅医として関わることで患者家族の安心感につながる等がある。在宅緩和ケアで大切なことは、「患者家族の在宅療養する目的を明らかにして多職種と共にそれを叶える」ことである。療養場所が変わっても、切れ目のない質の高い緩和ケア目的に在宅緩和ケア地域連携パス「やわらぎ日記」を活用している。やわらぎ日記には、ACPの一環として患者家族の希望を記入する欄があり、退院前や自宅退院後に多職種で共有することができる。患者家族の希望は病気の時期によって変化し得るため、時系列で記入できる。また、終末期がん患者によく見られる苦痛症状や、使用オピオイドの効果副作用も評価できる。2023年12月から1年間でやわらぎ日記を導入して自宅退院した終末期がん患者は10名であり、全例で希望通り自宅看取りとなった。

【考察】在宅医が大学病院緩和ケアチームで活動することで、病院と地域の連携をスムーズにし、患者家族の希望を叶えることにより、切れ目のない質の高い緩和ケアに繋がりたいと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)9 病診病連携

P-1-83

「かえりたい」をかなえる病診連携～A.S.A.P

畑中 絵里 ハタナカ エリ
太田 慶子 オオタ ケイコ
吉井 美穂 ヨシイ ミホ
茶屋町在宅診療所

【はじめに】 当院では、がん終末期患者の受け入れに平均7日を要する。退院調整に時間がかかったり、患者の心のケア、在宅医療への理解で時間が経過することで自宅へ帰れなかったケースもある。

病院と在宅チームがそれぞれの役割を果たし、限られた時間の中で自宅へ戻り、在宅看取りとなった事例を以下に記す。

【事例】 60歳代 女性 腭頭部がん末期で予後数日～1週間 介護保険未申請 在宅酸素 腹水貯留 要褥瘡処置
本人に予後告知はしていないが、「自宅へ帰りたい。」と、家族に意思表示。

カンファレンスをする猶予はなく、医師同士が電話にて情報共有、調整。依頼日当日に退院決定。並行して、訪問看護や訪問薬局に同日からの介入を当院にて調整。翌日より毎日の訪問看護、頻回な訪問診療となったが、7日後に、家族に見守られながら息をひきとられた。当院では、訪問看護との連携を円滑かつ強固とするため、事例検討会やデスカンファレンス等を積極的に行っている。同時に、CMの選定や福祉用具の導入も必要となったが、医療に理解があり、緊急時に対応できるCMとの日頃からの情報交換にも力を入れている。また、この病院では、以前に、MSW向けに訪問診療への理解を深める研修を行っていたこともあり、限られた時間の中でそれぞれの役割分担が上手くいったケースであった。

【考察】 患者や家族は、緩和ケアの知識がないことも多く、また、患者自身は自分の意志だけで決められないこともあり気持ちは揺れ動く。変化に対応できるよう日頃からの密な連携と適切な情報共有が必要である。在宅医療への理解は、まだまだ浸透していないように思う。自宅に帰るタイミングを逃し、患者が望まない最期にならないために、なによりも、準備は出来るだけ早いほうが良い。病院で残された時間を費やすことなく在宅医療への理解が深まり、医療機関の機能分担を明確にし、適切に分担することが必要。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)9 病診病病連携

P-1-84

連携部発足による新規患者数の増加・診療時間短縮に関する効果の報告

岡部 麻美	オカベ アサミ
渡邊 桃子	ワタナベ モモコ
酒井 智子	サカイ トモコ
内山 衣奈	ウチヤマ エナ
藤田 亜也	フジタ アヤ
武藤 公一郎	ムトウ コウイチロウ
宮下 勉	ミヤシタ ツトム
鬼澤 信之	オニザワ ノブユキ

杏クリニック

【はじめに】

当院は在宅医療を中心に行う機能強化型在宅療養支援診療所で多職種が所属している。今までは新規患者の受け入れ調整に担当制はなかったが、迅速で切れ目のない新規患者の受け入れのために連携部を設立し、看護師とソーシャルワーカーが所属した。相談から初診日までの調整を連携部が行う完全分業化としたことによる効果について報告する。

【活動】

2024年度、当院は訪問診療受け入れの強化のために、医師の増員や訪問診療エリアの拡大を行った。さらに連携部を新設し、相談から初診日までを担当する完全分業化とした。病診連携には、複雑な病状の理解、サービスの調整、ACPに関する患者・家族の想いの把握など、様々な点において迅速かつ繊細な調整を要する。連携部が一貫して関わることで、切れ目のない医療連携が行えた。また契約などの事務処理は連携部が担当することで医師の滞在時間が短縮し、医師は往診や別の新規患者の診察に赴く時間の拡充ができた。

病歴や医療処置の複雑さには看護師が介入し、今後の医療を予測と必要な医療を整えた。医療制度や社会サービスの複雑さにはソーシャルワーカーが対応し、在宅医療環境を多角的に捉え調整した。それらにより連携時間の短縮に繋がった。

【考察】

連携部の新設により、地域との顔の見える関係を強化でき、困難事例と思われる連携であっても、お互いの病院で協力し合う関係が築け、患者はより安全・安楽・迅速に自宅療養を開始することが可能となった。昨今の日本の医療の課題ともなる入院期間の短縮のためには、地域医療がいかに迅速に受け入れ、在宅療養を可能とするかも課題となる。なにより、自宅で過ごしたいという患者・家族の気持ちにもより迅速に対応したい。そのためにも業務の分業化を行い、連携に看護師・ソーシャルワーカーが関わることで、医療連携のスピードを早めることができた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)9 病診病病連携

P-1-85

地域連携室で相談を受け、外来診療から在宅看取りまで関わった患者の検討

吉村 伊織 ヨシムラ イオリ
恒松 芳子 ツネマツ フサコ
永野 愛美 ナガノ マナミ
郡山 晴喜 コオリヤマ ハルキ
医療法人社団樺の葉ホームクリニックみまた

【はじめに】当院は外来診療と訪問診療を行う在宅療養支援診療所である。地域連携室では在宅看取りを見据えた訪問診療の相談を数多く受けるが、外来診療から介入するケースもある。外来診療から在宅看取りまで関わった症例について検討する。

【症例】地域連携室で相談を受け、令和5年1月～令和6年12月に自宅での看取りを行った患者は67名であった。そのうち10名は外来通院を経て訪問診療に移行した。7名はがん末期の患者であり、3名は相談を受けた時点でがん治療中であった。

＜症例1＞73歳男性、肝門部胆管がん。治療困難となったら訪問診療を受けたいとの希望で、X年3月と7月に当院外来を受診。がん治療中は紹介元の病院の地域連携室とこまめに情報交換を行った。がんの進行や倦怠感の増強のため8月に緊急往診。以後定期的に訪問診療を行い、それから約3週間後に自宅で看取りを行った。

＜症例2＞74歳男性、小細胞肺がん。遠方の医療機関で抗がん剤治療を受けていたため、緊急時の対応や看取りを見据えY年1月に本人が当院に直接相談に来られた。数ヶ月に1回当院外来を受診し、7月に高度の肝障害のため前医へ入院。終末期の状態との判断で5日後に退院となり、その2日後に自宅で看取りを行った。

【考察】在宅療養支援診療所に求められる役割の一つに在宅看取りがあるが、看取り期だけでなく早めに患者と関わることができれば、本人や家族との信頼関係を構築することができる。がん治療中の患者はADLが自立していることも多く、その場合は外来から介入して看取り期に訪問診療に切り替える方法でも十分と考えられる。事例1、2ともに患者は外来の看護師に治療の経過や今後への不安をよく話されており、安心して看取り期を迎えることにつながったと考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)9 病診病病連携

P-1-86

診療同行看護師交流会のはじまりからの発展と活動報告 ～幕張からの新しい1歩と未来～

手渡 和子 テド カズコ
国立病院機構 千葉医療センター

【はじめに】

在宅療養支援診療所の制定より15年以上が過ぎ、在宅療養支援診療所の増加に伴い、勤務する看護師（以下、診療同行看護師）の活動の機会が増えている。しかし、在宅診療における看護の役割が不明瞭な為に各自で役割を見出している。また同職種が交流する場がなく、役割モデルから得る学びや成功体験の共有等の経験がない現状である。そこで第6回日本在宅医療連合学会大会にて「交流集会：診療同行看護師の集い」を開催した。当日は100名以上の参加者があり、診療同行看護師への関心が高いことが示された。以降、有志にて運営を継続している。在宅診療における新しい看護の役割の検討について報告する。

【活動】

2024年6月、第6回日本在宅医療連合学会大会にて、「交流集会：診療同行看護師の集い～診療同行看護師ってなんだろう？を語ろう～」を開催。診療同行看護師を対象とした研究結果の報告後にグループワークを実施した。テーマとして「現在の役割と理想の役割」「診療同行看護師の名称」を挙げたが、予想を上回る参加者であった為、グループ内での挨拶や関心のある役割や業務についての共有が主となった。事後アンケートでは50名の方から意見があり、多くが「交流会を望んでいた」「悩みを共有できた」「他施設の情報を得られた」と友好的な意見であり、交流の継続を望む声も多くきかれた。以降SNSでの広報活動を通じて、9月、12月にWeb開催で交流会を実施した。同時に、協力してくれるメンバーを募り、現在10名で運営している。主な検討内容として、ビジョンの共有や役割分担があり、役割分担として、交流係、研究係、手順係を設けて活動している。

【考察】

診療同行看護師は、同職種間の交流の場を求めている。交流会を通じてお互いが刺激を受け、不明瞭であった診療同行看護師の看護の役割について検討する場となっている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)9 病診病病連携

P-1-87

在宅医療連携強化のための病院救急車を利用した効率的な患者搬送の試み

門田 勝彦 ¹	カドタ カツヒコ
近藤 研太 ¹	コンドウ ケンタ
津下 詩帆 ¹	ツゲ シホ
櫻井 力 ¹	サクライ リキ
我妻 雄平 ²	ワガツマ ユウヘイ
増田 望 ²	マスダ ノゾミ
中野 真理子 ³	ナカノ マリコ
宮本 千恵美 ⁴	ミヤモト チエミ
工藤 孝子 ²	クドウ タカコ
比企 誠 ¹	ヒキ マコト
渡邊 心 ¹	ワタベ シン
近藤 豊 ¹	コンドウ ユタカ

¹順天堂大学医学部 救急災害医学講座

²順天堂大学医学部附属順天堂医院 救急プライマリケアセンター

³順天堂大学医学部附属順天堂医院 がん治療センター

⁴順天堂大学医学部附属順天堂医院 患者看護相談室

【背景】近年、病院救急車を使用し在宅患者を自宅・施設から医療機関に搬送したり、退院患者を在宅診療に繋げるために自宅・施設へ病院救急車で搬送する試みが始められている。

【対象・方法】

対象：①当院の病院救急車を利用し自宅・施設に搬送し在宅診療に繋げた患者

②当院の病院救急車を利用し自宅・施設から当院に搬送した患者

方法：対象のデータ集積および解析を行った。また当院の医療連携室担当者が病院救急車で搬送を決定した理由も調査した。病院救急車を使用した患者搬送に関しては体系化された報告はなく、調査結果をもとに分析した。

【結果】2019年9月から2024年12月末までで自宅・施設への搬送は133件、自宅・施設からの搬送は17件だった。患者は新生児から超高齢者まで年齢層は多岐にわたり、自宅・施設への搬送した患者の疾患別では、脳神経疾患、呼吸器疾患が上位を占め、約40%は終末期患者であった。受入事案については、患者の疾患別では脳神経疾患、整形疾患が上位であった。医療連携室担当者へのアンケート結果は、使用目的で優先度の高い条件は、『患者の症状・重症度』が1位で、次いで『医療デバイス・医療機器の有無・数』の優先度が高かった。訪問看護師・在宅診療支援診療所・訪問看護ステーション・ケアマネージャーへのアンケート結果は、病院救急車で搬送は、患者および家族の満足度も高く、安心感・満足度も高かった。

【結語】病院救急車を使用した患者搬送の試みについて紹介した。患者等搬送事業者（民間救急・介護タクシー）などが対応しにくい搬送事案に有効である可能性がある。なお本研究は、笹川保健財研究助成事業の研究助成をうけたものである。

利益相反：あり

一般演題(ポスター)9 病診病病連携

P-1-88

当院における、新規患者問診シートの運用実績

山田 恵利華	ヤマダ エリカ
石橋 美由紀	イシバシ ミユキ
上田 菜穂	ウエダ ナホ
田熊 梨佳	タクマ リカ
片山 玲香	カタヤマ レイカ
山崎 紗耶佳	ヤマサキ サヤカ
梁木 理史	ヤナキ マサシ
小出 俊一	コイデ シュンイチ

村尾在宅クリニック

【目的】

緩和ケア患者の初診時における効率的な情報収集と適切な医療の提供を目的として、当院独自の新規患者問診項目を作成し、その有用性を検討した。

【方法】

当院の新規患者介入時に使用している問診項目を分析し、一般的な項目に加え、緩和ケア特融の項目（中心静脈栄養の有無、酸素使用有無、予測余命、余命告知の有無）を含む独自の問診シートを作成した。
医師、看護師を対象に、この問診シートの使用前後で情報収集の効率性を患者状態の把握度について5段階評価を実施した。

【結果】

新規患者問診シートの使用により、情報収集の把握度が平均2点から4.8点に向上した。情報収集の効率性も1.8点から4.8点に改善した。問診シート導入前後を比較すると、「何を聞くのか自信がない」と「情報の確認もれがある」は問診シート導入前75%から導入後0%へ減少した。問診シートには緩和ケア特有の項目を含めたことで、患者の全体像をより迅速に把握できるようになったとの評価を得た。一方、問診に要する時間は延長したとの評価であった。

【考察】

当院独自の新規患者問診項目は、緩和ケア患者の特性を考慮した効果的なツールであることが示唆された。この問診シートにより、医療スタッフは患者の現状をもれなく把握し、今後予想される状態を即時に考察できるようになった。これにより、個々の患者に適した緩和ケアの提供が可能となり、患者のQOL向上に寄与すると考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)9 病診病病連携

P-1-89

急性期病院と連携し、病院救急車を活用することで速やかに緊急性の高い状態を否定し、円滑に亜急性期医療に移行出来た1例

田村 健蔵¹ タムラ ケンゾウ
常井 寛¹ トコイ ヒロシ
稲垣 あゆみ¹ イナガキ アユミ
小笠原 雅彦^{1,2} オガサワラ マサヒコ

¹医療法人社団同善会 同善病院

²一般社団法人コミュニティ&コミュニティホスピタル協会

【はじめに】

在宅医療では緊急性の高い状態の除外が課題だが、CT検査などの画像検査で緊急性の高い状態を否定できれば急性期病棟での加療を必要とせず、在宅や回復期病院での加療を継続できるケースがある。急性期病院と病院救急車を用いた連携を行うことで円滑に亜急性期医療に移行した例を経験したため報告する。

【症例】

80代女性。右大腿骨転子部骨折後に通院困難となったため訪問診療開始、ADLは屋内歩行レベルであり、骨粗鬆症と認知症に対して介入していた。X日の定期訪問日に右大腿部外側の自発痛を訴えていたが、外傷歴がなく、歩行可能であったため緊急性の高い状態は疑わず、鎮痛薬処方とした。X+13日に右大腿部痛増悪、左大腿部痛が出現したため往診し、身体所見の再現性に乏しいがADLが半介助レベルに低下していた。認知機能低下により、病歴と身体所見の整合性を取ることが困難であり、画像検査を用いた精査が必要と考えて、連携先である近隣の2次救急病院へ連絡、病院救急車で搬送した。精査の結果、骨折を含めた急性期疾患の可能性は低いと考えられ帰宅となり、X+14日に往診し、筋筋膜性疼痛症候群と考えて内服調整した。X+18日にリハビリテーション、次男の介護負担軽減目的に当院の回復期リハビリテーション病棟に入院とし、入院後、鎮痛薬を調整しADL屋内歩行レベルとなったため、X+49日に自宅退院とした。

【考察】

在宅医療では、急性期病院との連携が必要であり、近隣の2次救急病院と協議を行い、在宅患者さんの救急搬送の際に病院救急車を活用していくことになっていた。本症例では病院救急車を活用することで速やかに画像検査を施行することが出来、亜急性期医療に円滑に移行できた。患者さんのADL維持のために亜急性期で行う在宅医療を推進していく上で、急性期病院との連携は重要な要素であると考ええる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)9 病診病病連携

P-1-90

癌末期の退院支援から考えた看看連携のあり方

高野 美雪^{1,2} タカノ ミユキ

新保 綾子^{1,2} ジンボ アヤコ

¹セコム医療システム株式会社

²セコムとしま訪問看護ステーション

【はじめに】複数の医療処置を必要とするがん末期療養者の退院時の病院との連携により、本人と家族の望む最期を実現できた症例について実践報告する。

【症例】Aさん70歳代女性、直腸癌に対しストマ造設。多発肺転移、肝転移、会陰部浸潤あり。在宅酸素、膀胱留置カテーテル挿入、ストマパウチを装着して予後週単位の状態で自宅退院を目指すことになった。退院前カンファレンスで本人家族の意向と不安の確認、病状の共有をし、在宅療養体制の調整を行った。出血がありストマのケアが難しいことから、ストマ外来を担当している皮膚・排泄ケア認定看護師B氏と相談し退院後の同行訪問を計画した。「話せるうちに家に帰して家族ですごしたい」という家族の強い希望により予定より3日早く退院した。連日の訪問看護を予定し、退院当日から在宅医と連携し苦痛緩和を行った。家族には最低限の医療ケアの方法を説明した。退院翌日は家族が集まり過ごすことができたが、徐々に衰弱が進み、家族へ臨死期の説明と精神的支援を重点的に実施した。4日目にB氏と同行訪問し、傾眠だったAさんが笑顔を見せストマケアを受けることができた。5日目に家族に見守られ逝去し、家族は「覚悟をもって見守れた」と話された。

【考察】ターミナル期の退院は医療、介護ケアが膨大となることによる家族の負担が大きい一方で、本人の状態に合わせたタイミングでの退院が必要となる。退院前カンファレンスで、在宅療養の課題を病院と在宅で分担したことで、退院直後に穏やかな家族の時間を作ることができた。B氏の訪問は、本人家族にとって不安に感じていたストマケアを慣れたB氏に頼ることで安心につながり、訪問看護にとっても症状緩和や家族支援に専念でき有意義な連携となった。今後も必要な場面では病院と多様な看看連携を図り、本人家族の希望を叶える切れ目のない退院支援につなげていきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)9 病診病病連携

P-1-91

訪問診療同行看護師の役割、想いのやり取りが未来に繋ぐもの —終末期患者を通して感じた看看連携の重要性—

野村 弥生¹ ノムラ ヤヨイ
池端 智子¹ イケハタ トモコ
永井 梢¹ ナガイ コズエ
末武 桂子² スエタケ ケイコ

¹みつばしリンククリニック

²みつばし在宅クリニック

【はじめに】在宅医療での多職種連携において、情報共有は ICT ツールを活用するが多い。しかし看看連携においては、文面だけでは端的になり、特に関係性が成立していない場合は希薄になりがちである。今回、終末期患者において、新規に連携することになった訪問看護ステーションとの有効な連携について考察する。

【活動】診療同行看護師と訪問看護師の連携においては、当院では主に ICT ツールでのやり取りが多いのが現状である。しかし、新規連携の訪問看護ステーションの場合、ICTツールだけでは看護師間で少しずつ方向性のズレが生じることがあり、特に終末期患者においては連携強化のタイミングを逃した場合、その後の診療や看護に大きく影響を与える。

一方で、状態変化時の訪問看護師との直接の対話や電話での共有を、診療同行看護師から提供することで、その後の有効な連携強化に結びつける事ができた。

【考察】訪問診療同行看護師や訪問看護師には、患者が安心して療養するための多様な視点を持つことが求められ、多職種を繋ぎ、連携の推進や協働の要を担う役割がある。それぞれの立場で感じる患者家族の反応や、その場の雰囲気から感じる取る想いを看護師間で共有することで連携が強化され、よりよい診療、看護の提供に繋がる。特に終末期患者においては、決してそのタイミングを逃さないことが重要であり、最初にアクションを起こす役割は診療同行看護師にあるといえる。また院内においては、カンファレンスや日々のコミュニケーション、カルテや看護記録を通して、看護師間、多職種間での連携の強化により、チームコンピテンシーの向上が期待できる。

今後も、患者を中心とする多職種の想いを繋ぐことでチームが一体となり、患者家族が安心して療養できる環境づくりと、残される家族のレジリエンスを高め、少しでも未来に向ける看護を提供していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)10 職種別2

P-1-92

現状の受け止めができない患者とその家族を支える～在宅看護師の立場から～

川瀬 恵実 カワセ エミ
斎藤 麻斗香 サイトウ マドカ
石賀 丈士 イシガ タケシ
医療法人 SIRIUS いしが在宅ケアクリニック

【はじめに】訪問診療は医療の枠にとどまらず患者を支える診療である。現状を受け止めることができない患者は多い。その中で患者・家族の思いを受け止め、医療を含めた生活面、精神面を支えることを目指し訪問当初から一貫してかかわった症例を発表する。

【症例】72歳男性 特発性肺線維症 在宅酸素を使用

初回訪問時、呼吸苦が強く座位保持も困難であった。表情は暗く「診断から2年、治療しても副作用ばかり。治療は正しかったのか。他の病院で相談すればよかったのか」と吐露された。患者自身が現状の受け止めが難しい印象を受けた。訪問毎に様々な思いを傾聴し、連携する関係者と心身の情報を共有し、栄養やリハビリなどの多方面からも一貫した助言と支援を行った。徐々に患者の表情はやわらぎ、車いすでの外出や家族へのいたわりの言葉が聞かれるようになった。訪問より5か月、自宅で看取りとなった。

【考察】身体的な苦痛は医療やリハビリで軽減することは出来るが、心の苦しみは時間をかけて話を聞くことで解きほぐしていくしかない。表出された感情を肯定し前向きに捉えるような声掛けをし、他職種との連携を深める事で、患者は葛藤を受容できたのではないかと考える。家族から「痩せて動けない姿を見ていると苦しかった。訪問診療を通して元の主人に戻ることができた」との言葉があった。本人の苦しみは、家族の苦しみでもある。治らない状態の方に対して、医療者としてできることはわずかである。在宅看護師として心身の苦しみを理解しようとする姿勢や言葉がけ、尊重、そして他職種と方向性の調整をすることが、患者や家族の大きな支えになると強く実感した。今後も看護師という立場から求められることを受け止め、心身のケアを通じて最善のサポートを提供していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)10 職種別2

P-1-93

精神保健福祉士が初期から関わることにより円滑な在宅医療導入が可能となった2症例と社会的困難事例に対応する今後の展望

渡邊 桃子^{1,2} ワタナベ モモコ
岡部 麻美^{1,2} オカベ アサミ
武藤 公一郎¹ ムトウ コウイチロウ
宮下 勉¹ ミヤシタ ツトム
鬼澤 信之¹ オニザワ ノブユキ

¹医療法人あんず会 杏クリニック

²地域連携部

【はじめに】

当院は在宅医療を中心に行う機能強化型在宅療養支援診療所で多職種が在籍している。

2024年に連携部を設立し、相談から初診日までの調整を一括して行うこととした。看護師と精神保健福祉士の2名体制であり、新規患者の受け入れ可否の判断から初診までの調整、初診への同席やカンファレンスの出席も担っている。医療的困難事例に加え、多様な障害を抱えた社会的困難事例が増えてきている中で、精神保健福祉士が連携や初診・訪問診療に携わることでの効果について事例を用いた報告を行うとともに、今後の展望を考察する。

【活動】

事例1：病状不明、ベースに知的障害があると推測される方の緊急初診

通常対応では意思疎通を図ることが難しいため、知的障害の方に対応したアプローチを行い、当患者に一番近い位置に精神保健福祉士、一歩引いた位置に医師がいることで、医療への不安感を極力減らし定期的な介入へと繋がった。

事例2：一家で統合失調症を発症している患者への介入

関係性構築の為の関わりを実施後、医師の診察へと繋ぐが、母親との関わり方に困難さを感じられたため、診察中は別室にて母親との対話を行った。言葉の受け取り方に齟齬が生じやすいが、言葉選びや伝え方に変化をもたせたためスムーズな初診を行うことができた。

【考察】

近年、様々な疾病や障害を抱えている患者が増えており、通常のアプローチだけでは継続した医療を続けることすら難しいことがある。複雑な疾病や障害を持った患者には介護保険の枠を超えた多様なサポートが必要であるが、精神保健福祉士含め多職種が関わることで多角的なアセスメントができる。また、通常診察時にも同席することで生活の変化に対応したサービス調整、他事業所との連携を迅速に行うことができる。訪問診療に精神保健福祉士が携わることにより、精神疾患を含めた多様な障害を抱えた患者・家族への介入が可能になるだろう。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)10 職種別2

P-1-94

診療放射線技師の単独訪問によって在宅医療の質が向上した2症例

黄 幸揚 ¹	ファン シンヤン
川端 城聖 ²	カワバタ ジョウセイ
大西 静香 ²	オオニシ シズカ
波多江 奈緒美 ²	ハタエ ナオミ
藤井 南 ²	フジイ ミナミ
武藤 公一郎 ³	ムトウ コウイチロウ
宮下 勉 ³	ミヤシタ ツトム
鬼澤 信之 ³	オニザワ ノブユキ
¹ 医療法人あんず会	杏クリニック 診療放射線科
² 医療法人あんず会	杏クリニック 臨床検査科
³ 医療法人あんず会	杏クリニック

【はじめに】

超高齢社会を迎え、在宅医療を受ける患者数は増加の一途をたどっている。在宅医療の質を向上させるうえで、エックス線検査は欠かせない要素であると考ええる。しかし、現状ではエックス線検査が医師を主軸に実施されることが多いと推察され、装置の保守管理や器材選定を含め、医師の業務負担が非常に大きい状況である。安全かつ適切に在宅でエックス線撮影を行うためには専門的な知識が不可欠であり、また医師の負担軽減の観点からも診療放射線技師の介入が有効であると考ええる。

【活動】

当院では2024年度より診療放射線技師を雇用し、医師と同行、あるいは医師の具体的な指示のもと単独で患家を訪問し、エックス線検査を実施している。以下に症例を挙げる。

症例1:

経口栄養摂取が困難な患者に対し、ご本人の希望を尊重し、在宅でCVカテーテル挿入術を実施した。その後、エックス線撮影によりカテーテルの位置を確認した。これにより患者は病院へ移動する負担を回避し、自宅での快適な療養が可能となった。

症例2:

頻回に胸水穿刺が必要な患者に対し、週1回の胸部エックス線撮影を実施した。胸水の状態を把握し、必要に応じて臨時往診や次回診察で胸水穿刺を行い、呼吸苦を軽減することで患者の生活の質を確保した。

なお、撮影した画像はリアルタイムで共有し、医師からの報告や追加指示はテレビ電話を用いて実施している。

【考察】

診療放射線技師が転倒・骨折疑い患者の診療前後のエックス線撮影や、カテーテル挿入術前後の確認に関与することで、医師の業務負担が軽減された。また、これにより患者への病状説明の質が向上し、救急搬送の減少にも寄与している。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)10 職種別2

P-1-95

日本版抗コリン薬リスクスケールを用いた在宅医療におけるせん妄の定量的評価

能勢 悠介	ノセ ユウスケ
勅使川原 学	テシガワラ マナブ
山下 歩	ヤマシタ アルク
西井 賢俊	ニシイ カツトシ
板舩 笑果	イタマス エミカ
林 佑哉	ハヤシ ユウヤ
藤谷 好紀	フジタニ ヨシノリ
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
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

【目的】高齢者におけるせん妄は家族の介護負担のみならず、訪問看護師による支援を困難にする一因になりうる。また在宅医療を受ける患者はそれまでの治療経過からポリファーマシー状態の患者が多い。ポリファーマシーはせん妄を惹起する一因となることが知られている一方で、在宅医療を受けている患者において薬剤性せん妄のリスクがどの程度存在するのかについて、定量化された報告は極めて少ない。

薬剤性せん妄の評価ツールの1つとして、2024年に一般社団法人日本老年薬学会が日本版抗コリン薬リスクスケールを発出した。本研究ではこのスケールを用いて、よしき往診クリニック（以下、当院）で処方している薬剤のせん妄リスクについて定量的評価を実施したので報告する。

【方法】2024年1月～2024年12月の間に当院が訪問診療を行った患者のうち、「せん妄」の病名がついている患者を対象とした。対象患者に処方された薬剤のうち、日本版抗コリン薬リスクスケールに記載のある薬剤スコアを適用しスコアの平均や使用されている薬剤の剤数を算出した。

【結果】

せん妄の病名がある患者52名を対象とした。リスクスコアの平均は4.2 (SD=2.03)、中央値は2であった。

調査対象52名のうち、リスクスコア0が17名(33%)。残り35名に使用された薬剤の平均剤数は1.5剤 (SD=1.45)。最も剤数が多く使用された患者は6剤使用されていた。

【考察】日本版抗コリン薬リスクスケールを用いて、当院で処方している薬剤のせん妄リスクについて定量的評価を実施した。今回の研究ではせん妄を発症していない患者群との比較検討は行っていない。抗コリン作用を持つ医薬品がどの程度せん妄発症に寄与しているかも考察はできていない。今後せん妄発症リスクスコアの閾値などが明らかになれば診療方針の一助になるのではと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)10 職種別2

P-1-96

複数科受診中の認知症在宅患者における服薬管理困難：予期しない環境変化が誘因となった一例

平戸 基輝 ヒラド モトキ
ひまわり薬局時津店

【はじめに】

認知症患者では、服薬管理の問題は必ず起こりうる事象である。複数医療機関より処方を受ける場合、可能であれば1つの医療機関に集約することが望ましい。服薬アドヒアランスの改善のために、患者の生活環境を把握することは重要である。今回は、予期しない環境変化により、服薬アドヒアランスが悪化した一例について報告する。

【症例】

アルツハイマー型認知症の70歳代女性。要介護1。息子家族と同居。医療機関5か所の受診。初期の薬剤師の介入により、医療機関は3か所に減り、家族の見守りで服薬アドヒアランスは良好であった。しかし、遠方の兄夫婦宅に居候するようになり、薬は義理の娘が届けるようになった。居候期間中、兄より薬の管理ができない旨の連絡を受け、兄夫婦宅へ訪問し、薬の紛失や過量服薬があること、患者の兄が薬を管理するようになったことを確認した。患者は薬がないと思い込んで、自己判断で受診しており、各医療機関から薬局への残薬の問い合わせが増えた。遠方であったため、訪問による服薬状況の確認が困難であった。4か月ほどして自宅へ戻り、サービスは再開され、同居家族が服薬管理を行っていたが、薬がないという思い込みは継続し、居候期間前と比較して過量服用や自己判断による受診が増加していたことを確認した。

【考察】

居候期間中は自己管理になっていたことから、服薬アドヒアランス不良、不適切な受診につながったと考える。本症例の療養環境の変化は、服薬アドヒアランスを悪化させただけでなく、サービスの介入も困難にさせており、患者の様子が見えなくなった。患者の兄が主に薬を管理していたが、兄本人、妻を含む3人の薬を管理していたため、兄の負担が大きくなっていたことを確認した。また、患者本人が他人の薬を誤って服薬するリスクもあり、介入が必要な事例と考えられたが、自宅を離れたことがサービス等の介入を困難にしていた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)10 職種別2

P-1-97

在宅療養支援診療所におけるクラークの役割

石坂 唯 イシザカ ユイ
中石 あさひ ナカイシ アサヒ
郡山 晴喜 コオリヤマ ハルキ
医療法人社団樺の葉 ホームクリニックみまた

【はじめに】当院には現在2名のクラークが在籍し訪問診療を支えているが、導入していない診療所も多い。当院におけるクラークの業務を振り返り、これからの在宅医療におけるクラークの役割を検討する。

【活動】当院は医師1名で外来と訪問診療を行う診療所であり、医師の業務負担軽減を主目的として令和3年に初めてクラークを採用、現在はクラーク2名体制となっている。週4日、午後の限られた訪問診療の時間に毎日15～45名ほどの在宅患者の診療を行うため、カルテ記載や処方箋の作成はすべて同行するクラークが行う。処方箋は事前に患者家族や介護施設職員から必要な薬剤を事前に聴取して仮作成し、訪問時に修正を加えてお渡ししている。薬剤師が同行する介護施設ではその場で投薬日数の調整や疑義照会も実施するため、迅速な処方につながっている。医師は訪問先でカルテに触れることなく診察に集中することができ、診察や家族との面談の内容はクラークがリアルタイムに記録するため漏れが少ない。この分野では文字起こしや要約などテクノロジーの進歩も予想されるが、当院のクラークは記録するだけでなく、残薬の聞き取りなどを通して患者さんやご家族とコミュニケーションを図り、医師や看護師には直接話しにくいことを聞き出す役割も果たしている。また主治医意見書や訪問看護指示書などの記載も主にクラークが担っている。

【考察】当院のクラークは2名とも医療系の資格を有さないが、毎日の業務やオンラインのクラーク研修などを通して在宅医療について学び、医師の業務負担の大幅な軽減に寄与している。今後在宅医療ニーズが増大することが予想される中、限られた診療時間で多くの在宅患者を診療する上で、クラークは欠かせない存在になっていくことが予想される。今後多くの在宅療養支援診療所にクラークが誕生し、交流や研修の機会が増えることを期待したい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)10 職種別2

P-1-98

在宅療養支援モニタリングシートの導入の取り組み

安 浅美¹ ヤス アサミ
齊藤 岳史² サイトウ タカシ
本多 剛¹ ホンダ タケシ
巻渕 彦也¹ マキブチ ヒコヤ

¹株式会社 AGRICARE 地域連携部

²株式会社 AGRICARE 経営企画室 診療看護師

【背景/目的】

在宅療養における相談員の役割は、現状に適したサービスの選択と調整を行い、患者、家族支援を実践すること。当グループの在宅支援診療所数は35箇所あり、相談員も100人を超える。相談員には、社会福祉士などの専門的知識を有していない者も多く、患者、家族支援の介入にばらつきがあった。そのため、モニタリングシートを導入し、効果的な患者、家族支援を実践できるか検証した。

【症例経過】

症例は、87歳女性、左乳癌cT4N1M0に対して、アナストロゾール内服開始するも効果なく、医師から余命の宣告を受け在宅療養を選択した。家族背景は認知症の夫、娘夫婦、孫の5人暮らし、初回訪問時にモニタリングシートの評価を実施し、在宅看取りへ向け社会保障制度利用の助言・説明（介護保険の申請案内、限度額認定証の説明）、心理的側面の介入（病気の受け止め、急変時対応ルールの確認）を行った。現状の問題点の抽出を図り、最後は自宅で迎えるという意味を持ちながらも漠然とした印象であり、家族や患者本人は在宅での看取りがイメージできておらず、不安な状態であった。その後、ADLの低下など状態変化に合わせ、現在のサービス内容をスムーズに調整できた。相談員による訪問面談の頻度も増え、訪問診療や訪問看護の隙間で患者家族の理解認識の確認もでき、今後起こりうる進行による症状に対しても想定し、家族や本人が看取りへのイメージができる発言が確認できた。

【考察】

在宅療養を円滑に行うためには、必要時に在宅医療・介護サービスと、家族等の介護者が確保する事であり、本症例も介入当初は身体的な症状が顕著でなく、患者と家族は理解認識が乏しい状況であり、モニタリングシートを活用する事で、定期的なモニタリングのための訪問の動機付けにもなり、その都度モニタリングシートによる情報の可視化と共有が患者と家族の理解を促進に繋がったと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)10 職種別2

P-1-99

訪問診療における訪問ルート効率化への取り組みについて

福村 彩乃 フクムラ アヤノ
神部 秀行 ジンブ ヒデユキ
鈴木 重良 スズキ シゲヨシ
近藤 敬太 コンドウ ケイタ
豊田地域医療センター

【はじめに】

年々在宅医療の需要は高まっており、当院所在地の豊田市では、2025年以降訪問診療者数は2,000名を超えると予測されている。当院は半径16km圏内の広範囲にわたって訪問診療を実施しており、効率的な訪問ルートを作成することが課題となっている。

2020年のコロナウイルス流行時は、病院内発熱外来などの対応に医師を派遣することによる訪問ルートの減少が懸念された。従来の訪問診療体制を維持するために、移動距離の短縮・訪問ルートの効率化に取り組んだ。

本発表では、当院でのこれらの取り組みについて報告する。

【活動内容】

病院内発熱外来などの対応を行うことで訪問ルートの減少が懸念されたこと、患者数がこの先増加していくことを想定し、2020年9月から医師主導のもと多職種で対応策を検討した。

医師を南北4チームに分け、チーム毎に担当地域を決めた。振り分けた担当地域を基に各医師へ主治医として患者を振り分けた。

新規で紹介が来た患者は看護師が患者情報を確認し主治医を決定、契約担当事務からチームリーダーの医師へ打診する形へ変更した。

他にも訪問ルートを組む際はできるだけ当院から遠いお宅から訪問するようにするなど、ルート効率化について取り組んでいる。

【考察】

南北4チームに担当地域を分け、近い患者宅をまとめたことで移動時間の短縮につながり、急な事柄にも柔軟に対応できるようになった。

また総合診療医の研修機関である当院では3ヶ月毎に医師が入れ替わり、シャドー期間が設定されるが、余力を持てたことでシャドー期間でも無理のない訪問ルートを組むことができるようになった。

医師の入れ替わりがある当院の特性を生かし、都度訪問ルートの見直しを行うことで、より効率のいい訪問ルートの設定ができるようになった。

今後増加が見込まれる患者数にも対応できるよう、引き続き訪問ルートの効率化を進めていきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)10 職種別2

P-1-100

当院における訪問診療科の実情と展望

島野 江里佳 ²	シマノ エリカ
時田 真紀 ²	トキタ マキ
日下部 藍 ²	クサカベ アイ
小林 香織 ²	コバヤシ カオリ
小平 茜 ²	オダイラ アカネ
山口 かおり ²	ヤマグチ カオリ
川田 裕子 ²	カワダ ユウコ
船渡川 富美子 ²	フナトガワ フミコ
石原 美希 ²	イシハラ ミキ
長竹 洋子 ²	ナガタケ ヨウコ
五家 里栄 ¹	ゴカ リエ

¹佐野市民病院 訪問診療科あその杜²佐野市民病院 訪問看護ステーションあその郷

【目的】2024年4月当院において訪問診療科が設立された。医師1名、事務1名で構成され、専属看護師不在のため、当ステーションより毎日交代で看護師1名を訪問診療科へ派遣している状況である。訪問診療のニーズは多く、当院訪問診療科でのこれまでの実情を後方的に調査し、現在の問題点や今後の展望を検討した。【方法】2024年4月1日から11月30日に当科で訪問診療を開始された110例に対して、依頼経路、主病名や自宅看取り率などを調査した。【結果】年齢中央値は82歳(4796)、男女比は44:66であった。依頼元はケアマネージャー(CM)が最も多く47例(42.7%)であった。一方で外来・入院など院内から紹介された症例は18例(16.3%)であった。当ステーションを利用していた症例は66件(60%)である一方、訪問看護未介入のケースも34例(30.1%)いた。悪性腫瘍を主病名とする例は31例(28.2%)であり、うち6例はPCA(Patient Controlled Analgesia)まで使用していた。19例が自宅看取りの転機をたどり、自宅看取り率は70%であった。【考察】現在、医師は1名のみであり、看護師の役割は非常に大きい。月毎の訪問件数は増加し続けてきており、特に当ステーション未介入例については、ICT(Information and Communication Technology)を用いても、全てを共有することが困難となっているため、専属看護師の育成や勧誘が急務である。また、訪問診療科への紹介ルートは、CMが最も多かったが、その中には当院を退院後にCMから依頼される例や当院通院中だが生活環境が破綻しており、結果的にCMを通して依頼される例もみられた。訪問診療に関わるスタッフだけでなく、院内からの拾い上げや在宅療養を見据えた質のよい退院調整が必要であると感じた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)10 職種別2

P-1-101

「訪問管理栄養士って？」～僻地の在宅訪問の重要性と問題点～

富永 志保 トミナガ シホ

医療法人社団 かえる会 在宅とつながるクリニック天草

【はじめに】

2018年11月より居宅療養管理指導での関わりを始め6年が経過した。在宅での管理栄養士の重要性が高まってはいるが、天草地域においては活動できる管理栄養士は1~2名という状況である。本当は必要なのになぜ増えないのか、現状の活動を振り返り事例を通して重要性と問題点を報告する。

【活動】

1件から始まった訪問。少しずつ広がっていったものの、依頼をくれるのは勤務しているクリニックの医師からのみ。在宅訪問をされている病院も少なく、居宅療養管理指導で訪問している管理栄養士もいない状況。もちろん栄養ケアステーションも近くにはない。病院や施設では理解されているはずの管理栄養士も、地域においては認知度が非常に低く、まずは地域で管理栄養士は何かできるのか理解してもらう為の活動が最優先であった。依頼をしてくれるであろう医師も同じく、管理栄養士が在宅患者に何かできるのかを理解してもらうのに時間を要した。しかし最期の時が近い痩せほそった患者に少しでも好きな物を食べさせたいご家族へ、在宅訪問管理栄養士の説明をしてくれたり、導入を後押ししてくれた同法人の訪問看護師さんの力はとても大きかったと感じている。

【考察】

ここ6年間の活動を振り返り、管理栄養士の居宅療養管理指導は患者様とご家族様に寄り添い、食種の調整、調理実習や食事の観察やお口の体操、ご本人様の興味があるような活動などを通して、少しずつ広がってきたように思う。僻地においては移動に時間を要し、管理栄養士の訪問は30~1時間程度のくくりもある為、効率的に活動をすすめていく為にはまだまだ工夫が必要と感じる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)11 多職種連携4

P-1-102

訪問診療を希望しクリニックにて新規相談受付したのち 初診に至らなかった原因の考察

大場 友美 オオバ トモミ
奥山 慎一郎 オクヤマ シンイチロウ
五十嵐 絵美 イガラシ エミ
岡田 真希 オカダ マキ
沖田 花奈 オキタ カナ
浅井 まどか アサイ マドカ
訪問診療クリニックやまがた

【目的】当院は訪問診療を担う在宅療養支援診療所である。新規相談は年間600件、初診件数は年間400件を超える。当院ではMSWを4人配置し、主に病院や家族等からの相談を受け在宅医療へ繋ぐ受療援助、連携業務を担う。しかし様々な要因により初診に至らない事例が2割近くある。そこでこの現状に着目し、当院における新規相談内容を調査し、初診に至らなかった原因を分析・考察した。【方法】2023.12.1～2024.11.30までの1年間に相談があった約600件を対象に、相談者を医療機関、ケアマネ、施設、本人家族等の4区分に分け、初診に至らなかった原因を①死亡や病状変化による退院延期、②方針の変更、③経済的理由、④制度上の課題、⑤その他の5つに分類し相談記録から要因を検討した。【結果】医療機関や施設では①、②の順で多かった。ケアマネや施設に関しては④が多く、制度の知識不足が理由となっていた。家族では⑤、②が多く、背景には家族間での認識の相違や経済的理由等が占めた。【考察】医療機関では、訪問診療の相談後短期間で急変する事例も多く、在宅調整する時期を逸していた。この背景には医療機関等での在宅医療体制に対する認知不足があり、より早い段階で入院や施設だけではない選択肢の提示が必要だったと考えられる。家族からの相談では、訪問診療費等への不安や制度の知識不足による誤解が障害となっていることが分かった。これらに関しては、訪問診療体制の説明や要する費用の概略、在宅サービス内容のパンフレット作製等を行い啓蒙していく必要があると考えられた。【結語】訪問診療利用の相談があった時点で、相談者ごとに配慮すべき問題点が異なることが分かった。このため訪問診療利用の窓口となるMSWは、これらを念頭に迅速かつ臨機応変な対応していくことで、訪問診療利用が必要な患者・家族の機会を損なわない療養支援をしていくことができる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)11 多職種連携4

P-1-103

独居患者へのアセスメント：強化すべきポイントの考察

徳永 百香 トクナガ ユカ
松原アーバンクリニック

【はじめに】

Aクリニックは、在宅診療介入の際に患者家族に聞き取りして担当医・同行看護師へ送りしている。そのアセスメントは、患者の病状や社会的背景を把握することを目的にしたものである。Aクリニックが対応している独居患者は全体の1割弱で、近年身寄りのない方や家族が遠方のケースも目立ち始めている。そのような状況の中、アセスメント項目を見直す機会があった。

【活動】

独居高齢者が緊急入院となった際、入室経路が複雑で本人に連絡がつかず入院の話ができない状況が生じた。類似ケースの対応に役立てるため、アセスメントに独居患者用の項目を追加した。

追加した項目は下記の通り

- ① キーボックスの有無
- ② オートロックの有無
- ③ マンションや高齢者専用住宅の場合のコンシェルジュ・生活支援員等の有無
- ④ 緊急搬送時の対応について（家族・CM・ヘルパー・訪問看護師の対応できることできないこと）
- ⑤ 保険証の場所
- ⑥ 入院セットの有無（例：薬、薬手帳、現金、室内履き、歯ブラシ等）
- ⑦ 緊急対応サービス導入の有無
- ⑧ 緊急対応サービスが鍵を保管しているか

【考察】

独居患者用に項目を追加してみて、患者家族に尋ねて分かるものもあれば、関係事業者等に確認が必要な事もあり、一度に確認が難しい。また、入院セットを用意するには、患者家族に負担がかかる、現金の用意を促すことにリスクを感じる等の同行Nsからの意見もあり、理想通りは難しいため保険証類の保管場所をカルテ上で共有することにした。

事前に独居患者用の項目を確認しておくことは、院内だけでなく本人家族や関係事業者への「もしも」に対する意識付けになり、スムーズに入院できるシステムづくりにも繋がる。「ときどき入院、ほぼ在宅」を好循環させるためには、早期入院・加療が必要という意見もある中、独居がその妨げにならないように準備が必要と思われる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)11 多職種連携4

P-1-104

在宅復帰に向けた多職種連携における医療ソーシャルワーカーの役割

小林 うた コバヤシ ウタ
三村 卓司 ミムラ タクジ
石原 奈津希 イシハラ ナツキ
山本 淳一 ヤマモト ジュンイチ
内藤 祐子 ナイトウ ユウコ
高橋 里奈 タカハシ リナ
社会医療法人 緑社会 金田病院

【はじめに】当院は1市1村からなる保健医療圏にあるケアミックス病院である。高齢化率が43%を超え慢性期及び在宅医療の患者が増加傾向の地域で、医師不足、病院・診療所の閉院や偏在、深刻な看護・介護人材不足で在宅療養の困難さに直面している。この課題のなかで患者が望む療養生活実現に向けた医療ソーシャルワーカー（以下MSW）の役割を考察する。【活動】当院地域医療連携室は、MSW 5名が退院支援業務を行っている。一般病床から地域包括ケア病床や療養病床への転室で介護保険や訪問看護などのサービス調整や再編が必要な患者が多い中、在宅復帰に向けて患者・家族と共に、MSW、リハビリ職、在宅介護関係者による退院前自宅訪問を重視している。在宅介護関係者はケースごとに異なり介護支援専門員の他、訪問看護師、福祉用具専門相談員、地域包括支援センターの保健師や福祉事務所職員等多岐にわたる。訪問では本人の居住スペースでADLを確認、その動きに合わせた住環境整備方法及び介護保険制度の活用、訪問診療、訪問看護の利用を提案する。さらに院内職員へ自宅での生活をフィードバックし、在宅復帰に向けて入院中から居室環境の整備や内服管理方法、リハビリ目標の再設定を協議する。退院後の支援では、介護支援専門員や訪問看護師と情報共有し、受診やレスパイト入院の調整、担当者会議への参加等フットワークの軽さを大切にしている。【考察】患者・家族が望む「その人らしい生活」の実現には医療体制や社会資源の課題がある。しかし、この地域だからこそ、在宅介護関係者と顔の見える関係ができている面もある。自宅訪問や担当者会議へMSWが参加することで、患者・家族を取り巻く環境での課題を肌で感じ、効果的なアセスメントと支援が提案できる。MSWは分野横断的連携の要となり、医師を始め医療者と在宅介護関係者を繋ぎ、患者・家族支援のチーム形成をする役割を担うと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)11 多職種連携4

P-1-105

「つなぐ」力 ―地域住民と専門職の連携事例―

柴原 あゆみ シバハラ アユミ
伊藤 博之 イトウ ヒロユキ
福島 文乃 フクシマ アヤノ
足立 大樹 アダチ ダイキ
ホームケアクリニック横浜港南

【はじめに】

本症例は、支援拒否の対象者に対し、専門職だけでなく地域住民の協力によって支援へと繋げたケースであり、多職種連携の意義を共有することを目的とする。

【症例】

対象は70代独居女性。認知症または精神疾患が疑われ、幻視や妄想があり、息子を含むほとんどの関わりを拒否。階下に住む知人女性にのみ心を許していた。

1. 発端と初期対応

知人女性が異変を自治会長に相談し、地域包括支援センター（以下、包括）に繋がった。包括は知人女性と自宅訪問するも居留守。介護サービス導入に備えケアマネジャー（以下、ケアマネ）に同行依頼あり、包括、知人女性、ケアマネで再訪問するも拒否された。

2. 専門職による初回介入

知人女性宅で息子も交え今後について検討。本人が知人女性に助けを求めた時を契機に医師訪問へ繋げる方針とした。数日後、腹痛を訴えた女性に知人女性が医師訪問を提案し、了承を得た。包括経由でケアマネが医師を手配、包括が同行し、医師と同行看護師の説得で処置を実施。その後、訪問継続への希望が出た。

3. 緊急対応と搬送

翌日、知人女性が意識朦朧状態を発見し包括へ連絡。すぐに医師訪問が調整できず、行政の保健師と包括が対応。熱中症の疑いから息子の同意を得て救急搬送し、事前にケアマネが搬送先病院の相談室へ社会的困難ケースと伝達。病院側の協力を得て入院が叶い、施設入所へと繋がった。

【考察】

本事例では、地域住民（知人女性、自治会長）と専門職（包括、行政、医療機関、ケアマネ）が連携し、通常業務の枠を少しだけ超えて対応したことで、支援拒否の対象者を医療・施設へと繋げることができた。個人の力ではなく、多職種間の適切な役割分担と連携の結果である。さらに、専門職だけでなく地域住民の気づきと協力が連携の一部となり、支援に繋がった点も重要であり、本事例は、多職種連携の意義と、その可能性を再確認するものである。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)11 多職種連携4

P-1-106

カラオケ企画を通した社会的処方 ～介護サービスに頼りたくない思いを支える～

西野 菜生	ニシノ ナオ
密山 要用	ミツヤマ トシチカ
丹羽 好子	ニワ ヨシコ
橋本 祥子	ハシモト ショウコ
野村 綾子	ノムラ アヤコ

医療法人かがやき総合在宅医療クリニック

【はじめに】社会的処方とは、個人、特に高齢者と地域資源を結びつけ、問題の解決を目指すアプローチを指す。今回、患者のニーズをひろい社会参加を促したことで、ADLの維持・意欲の向上に繋がった事例を経験したので報告する。

【症例】80歳代後半男性、要支援2、前立腺癌・洞不全症候群・緑内障があり、数年前に妻を看取り独居。視力低下と足の衰えのため通院困難となり、訪問診療・訪問看護・訪問栄養指導をそれぞれ月1回利用を開始。食事準備や洗濯等では行えていたが、体の不調や閉じこもりがちな生活に対するネガティブな発言が多く、社会的な孤立と孤独感が課題と考えられた。「カラオケが好き」という患者の発言をきっかけに、社会とのつながりを築き、日常生活をより前向きに過ごすため、10年前まで通ったカラオケボックスへ診療所スタッフと一緒にタクシーを利用して出かけることを企画した。半年に1回の定例会とした。社会との繋がりを回復するきっかけとなり、自ら買い物に行くことが可能となった。また継続的に介入している管理栄養士が患者の思いを聴き、チームアプローチに繋げることができた。病状悪化による入院もあったが、患者自身が「またみんなでカラオケに行きたい」という希望を持つことで、ADLを維持し、独居生活の継続に繋がっている。

【考察】高齢者の社会参加の促進には、個人の興味や好みを尊重しつつ、社会資源を活用する環境を整えることが有効であると示唆された。また身体的・社会的要因により患者が在りたい姿を保つことが困難となっていく中で、「やりたいこと」に寄り添うことが尊厳の維持につながると考えられた。カラオケ企画はきっかけの一つであるが、「介護サービスに頼りたくない」という患者の思いをくみ取り、「その人らしさ」が維持できる関わりを続けたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)11 多職種連携4

P-1-107

胆道感染を繰り返す透析患者の在宅療養を支える ～病病連携、同一医療機関内での多職種連携の中で～

村上 真佐美 ムラカミ マサミ
永津 有理 ナガツ ユリ
中安 一夫 ナカヤス カズオ
医療法人博愛会 額田病院

【はじめに】術後合併症による胆汁瘻ドレナージチューブの管理目的で在宅導入となり、入退院を繰り返しながらも拠点病院の専門医や同一医療機関内の訪問診療医・訪問看護・透析部門などの多職種連携により在宅療養が継続できている1事例を報告する。【症例】80歳代女性。てんかんのある長男と二人暮らし。腎不全末期のため週3回当院透析通院中であり、脳梗塞後遺症による左上下肢麻痺認めるも、ADLは室内歩行器自立である。X年間Y月に肝細胞癌にて肝切除術施行し、Y+4か月経過後、合併症のため肝臓内科に再入院し、胆汁瘻ドレナージチューブ永久留置の方針となった。患者はチューブ留置継続のまま在宅療養を希望され、訪問診療・看護を導入し、訪問診療は緊急時の往診のみで対応した。患者は高齢による理解力や注意力の低下があり、かつ長男の介護力も弱い状況であった。介入としては、透析室に足を運ぶ直接的な情報交換やカルテ上での情報共有、患者宅での福祉用具の選定やデイサービス参加などケアマネージャーと共に検討し環境調整を行った。発熱や閉塞などのチューブトラブル時は緊急往診にて対応した。発熱時は適切な在宅での抗菌薬投与により入院を回避できたり、チューブ自然抜去時は迅速に専門医と連携を行い、パウチ使用のドレナージが継続でき、瘻孔部の管理が簡素化された。また、敗血症や透析シャント部PTA目的などで入院をした際にも、その都度病病連携を図りながら環境調整を行い、切れ目のない在宅移行期ケアを継続することができた。【考察】入退院を繰り返す中で、在宅導入当初は在宅療養の継続が困難と想定される場面もあった。しかし、患者の療養環境を整えるにあたり、専門医との連携や同一医療機関内での多職種連携が円滑に行えていたこと、かつ緊急時の診療体制が整えられていたことで患者・家族の安心感につながり、結果として在宅療養生活の継続につながっていると考えられた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)11 多職種連携4

P-1-108

当院での在宅輸血に関する取り組み

山崎 励至 ¹	ヤマサキ レイシ
鳥居 俊介 ¹	トリイ シュンスケ
安井 さつき ¹	ヤスイ サツキ
牟田 さゆみ ¹	ムタ サユミ
舟楫 晋吾 ¹	フナツキ シンゴ
橘高 恵 ¹	キッタカ メグミ
加藤 恵美 ¹	カトウ エミ
中村 正見 ¹	ナカムラ マサミ
板倉 夏子 ²	イタクラ ナツコ
梅田 耕明 ¹	ウメダ コウメイ

¹松原アーバンクリニック

²松原ナースケア・ステーション

【はじめに】日本輸血・細胞治療学会では2016年6月に「小規模医療機関（在宅を含む）における輸血ガイドライン策定タスクフォース」が組織され、2017年10月に同学会ホームページで在宅赤血球輸血ガイドが公開された。当院ではこれに準じて院内と連携している訪問看護ステーションとともに準備を進め2023年11月より在宅赤血球輸血を開始した。

【活動】院内で在宅輸血に関するカンファランスを行い、在宅赤血球輸血ガイドを参考に自宅輸血の是非（当院で実施可能か）と導入条件について院内で検討を行った。次に輸血委員会（医師、看護師）を設置して運搬バッグなどの物品やマニュアルや経過観察記録などの文書を準備して実際に2023年11月より在宅赤血球輸血を開始した。これまで当院で在宅輸血を行った2症例は共に重篤な有害事象なく定期的に輸血を実施可能であった。

【考察】医療機関での輸血と異なり、在宅での輸血はクロスマッチなどの事前検査に時間を要し、輸血時または輸血後の経過観察には訪問看護ステーション、連携医療機関のみならず家族との連携や協力が不可欠である。輸血の勉強会などにより医療的知識や対応を共有することも連携を円滑に行うためには大変有用であった。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)11 多職種連携4

P-1-109

在宅医療の医薬品供給体制における地域の連携体制の現状

藤田 珠理 ¹	フジタ ジュリ
斉藤 忍 ¹	サイトウ シノブ
萩原 裕美 ¹	ハギワラ ヒロミ
宮澤 慶子 ¹	ミヤザワ ケイコ
丸茂 美希 ¹	マルモ ミキ
別役 真帆 ¹	ベツヤク マホ
木村 真有美 ¹	キムラ マユミ
小野 陽子 ¹	オノ ヨウコ
石崎 麻記子 ¹	イシザキ マキコ
栄 仁美 ¹	サカエ ヒトミ
笠井 博人 ²	カサイ ヒロト
山根 秀章 ³	ヤマネ ヒデアキ
岡田 拓也 ⁴	オカダ タクヤ
原島 愛美 ⁵	ハラシマ マナミ
槇村 明美 ⁶	マキムラ アケミ
河野 優子 ⁷	カワノ ユウコ
清水 紗重子 ⁸	シミズ サエコ
石田 由紀子 ⁹	イシダ ユキコ
香取 孝彦 ¹⁰	カトリ タカヒコ
山本 健 ¹¹	ヤマモト ケン
廣原 正宜 ¹¹	ヒロハラ マサヨシ
串田 一樹 ¹¹	クシダ カズキ

¹薬局ホームケアファーマシー田無店²笠井医院³西東京わたらせクリニック⁴ゆい在宅クリニック⁵佐々訪問看護ステーション⁶だいたい訪問看護ステーション⁷西東京市医師会訪問看護ステーション⁸あすなろ訪問看護ステーション西東京⁹陽だまり訪問看護ステーション¹⁰看護小規模多機能ゆいなの森¹¹昭和薬科大学

【目的】我が国は2045年には65歳以上人口が34.3%になると推計されている。2025年から始まる地域包括ケアに向けて、医療と介護が融合した地域支援体制の構築が急務である。一方、在宅療養者の急変対応の医薬品供給に薬局が機能していないという指摘があるが、当地域では在宅医療の関係職種の連携体制ができていて、時間外の急変対応が少ないと感じている。今回、西東京市（人口206,047人）の在宅医療における医薬品供給の多職種連携について報告する。

【方法】1）当薬局の2024年6月から11月の在宅医療における医薬品供給実態について考察する。2）規制改革会議、厚生労働省の薬局機能に関する検討会の情報をまとめる。【結果】患者の急変時に医薬品を円滑に提供できなかった報告から、1）在宅医が予見し処方し、医師自ら又は薬剤師が調剤した薬剤を患者宅や訪問看護ステーションに配置する案が検討されている。また、地域の実情に応じた体制の構築も重要とされている。当薬局の2024年6月から11月の実績は、緊急訪問指導（主疾患の急変）376件、緊急訪問指導（主疾患以外）98件、夜間訪問加算4件、休日訪問加算0件、深夜訪問加算1件、在宅重複防止（残薬以外）41件（うち処方提案13件）、在宅重複防止（残薬調整）196件、在宅移行初期管理料4件であった。応需医療機関44件、連携訪問看護ステーション28件であった。【考察】当薬局の在宅療養者約230名のうち夜間・休日・深夜対応が必要とされた件数は非常に少ない。これは当地域において医師や看護師や薬剤師などの多職種連携や予見性を持ったサポートが円滑にできているため業務時間外における緊急対応が回避できたと考える。24時間365日いつでも薬が手に入る体制を構築するよりも、多職種がいつでも相談できる関係性を構築することで、限られた社会資源を最大限有効活用することが可能になる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)11 多職種連携4

P-1-110

1人でも大丈夫!高齢化率42.6%の地域におけるオンライン診療導入の取り組み

土屋 葉歩 ツチヤ ナホ
菅原 小百合 スガワラ サユリ
加藤 望 カトウ ノゾミ
大内 加奈 オオウチ カナ
白鳥 麻美 シラトリ アサミ
内田 雄剛 ウチダ ユウゴウ
やまと在宅診療所栗原

【はじめに】在宅医療の現場でもオンライン診療の必要性が指摘されている。高齢化率が高く高齢独居や2人暮らしの多い地方では、オンライン診療に必要なツールやアプリケーションを患者や家族がうまく使えない、コミュニケーションに介助を要するなどの問題がある。当診療所で地域の多職種と連携したオンライン診療の導入・実施を行った経験を報告する。

【活動】オンライン診療にはアプリケーションソフト等のインストールが不要でアクセスが容易なLinxChatを選定した。LinxChatが使えない場合には普段から活用しているMCS(Medical Care Station)を使用した。2024年5月、すべての患者宅にオンライン診療の詳細について説明文書を配布し同意書を取得した。患者に関わる多職種(施設、訪問看護ステーション、居宅事業所、包括支援センター)にオンライン診療とデバイスの使用に関する説明会を2回開催した。計44事業所から100名近くが参加し、実際のオンライン診療のデモンストレーションも行った。実際のオンライン診療時には、患家への訪問看護師、ケアマネージャーなどの訪問に合わせて診療時間を調整し互いのデバイスを用いて診療を行った。オンライン診療に同席した多職種により診察やコミュニケーションの補助が得られた。2024年8月の本格導入以降、処方薬の不足、感染症流行中の施設内患者に対する診察と処方、状態の安定している患者の皮膚トラブルの診察と処方などにオンライン診療が実施されており、大きなトラブルなく経過している。

【考察】地域の多職種と連携することにより、患者・家族自身のみでは導入の難しいケースにも広くオンライン診療を導入・実施することができた。情報共有や連絡ツールとして用いているMCSも併せて活用することで、より詳細かつ厚みのある情報に基づいた質の高いオンライン診療ができる可能性も示唆された。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)11 多職種連携4

P-1-111

在宅診療所でのソーシャルワーカーの役割と存在意義

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
村田 美紀子 ²	ムラタ ミキコ
高橋 安佐 ²	タカハシ アサ

¹医療法人忠恕 春日部在宅診療所ウエルネス 地域連携部

²医療法人忠恕 春日部在宅診療所ウエルネス 看護部

【はじめに】

病院や行政、施設だけではなく、在宅診療所においても医療ソーシャルワーカーは必要な存在であるが、十分な存在意義が見出されていない。患者の受け入れ業務だけではなく、地域に根ざした業務があるのではないかと感じた。

在宅医療では治療、苦痛を取り除く緩和ケアなどの身体的なサポートと共に、患者が安心して医療が受けられるよう生活全般におけるサポートが不可欠である。当院では、医療保険、介護保険サービス以外のフォーマルサービスやインフォーマルサービスへの連携を医療ソーシャルワーカーが主導する。

【活動】

当院はドクター、看護師、医療ソーシャルワーカーの3名体制で訪問診療を行う。医師は診察をし、看護師は医師のサポートをする。医療ソーシャルワーカーは患者、患者家族のニーズを伺い、汲み取り、適切な制度やサービスへと繋いでいく。介護保険の適応にならない患者に対しては、ケアマネージャー業務を請け負う。コミュニティーソーシャルワーカーとしての役割も果たし、地域でのフォーマル、インフォーマルサービスを模索し、患者、そして家族へアドバイスをし、Chatwork(情報共有ツール)でタイムリーに適切な事業所と連携をとる。またセミナーを主催し、医療職、介護職のみならず、民間企業などの異業種へ参加を呼びかけ、横のつながりを広げ、地域の輪を繋げていくことで、在宅療養患者が継続して自宅で療養できるような体制作りを率先して行う。

【考察】

患家へ出向き、診療をする中で、医療、介護だけのサポートでは、不安を払拭することができない。経済的な不安も多く残る中、各制度の提案をはじめ、後見人、8050問題、生活困窮者などの山積する社会的課題に対して、在宅診療所での医療ソーシャルワーカーが対応出来る業務は多岐に渡り、医療保険、介護保険上の資格評価も必要と考えられ、今後の存在意義が明確になると考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)12 多職種連携・病診病病連携

P-1-112

訪問看護とのカンファレンスによる多職種連携の有用性の検討

岡本 敬久 ¹	オカモト ヨシヒサ
生本 万知子 ²	イクモト マチコ
青木 浩 ²	アオキ ヒロシ
福田 俊一 ²	フクダ シュンイチ
山口 高秀 ¹	ヤマグチ タカヒデ

¹医療法人おひさま会

²おひさまクリニック西宮

【はじめに】

在宅医療を継続するには、多職種連携が非常に重要である。特に、訪問看護や診療所、病院が関わる場合、情報共有や意思決定の統一が難しいことがある。患者や家族の意思を尊重し、適切な医療・ケアを提供するためには、信頼関係を構築し、カンファレンスで共通認識を持つことが有用である。当院では訪問看護とのカンファレンスを計11回継続的に実施してきた。今回、定期的なカンファレンスを通じて治療方針や看護の方向性を共有した事例を用いてカンファレンスの有用性を報告する。

【症例】

50代女性、腭頭部癌末期。夫と娘2人と同居し、実母が近隣に居住している。病院で抗がん剤治療を続けていたが、倦怠感が増し、本人は治療終了を望んでいた。一方、夫は治療継続を希望し、家族内で葛藤があった。当院での診療期間は6か月間であり、この間に訪問看護との合同カンファレンスを2回実施した。カンファレンスでは、症状緩和、予後の認識共有、家族関係や意思決定支援について話し合い、主治医は病院主治医との連携、訪問看護師は患者本人の思いを丁寧に聞き取ることを方針とした。

【考察】

カンファレンスを実施することで、診療所と訪問看護間で治療方針や看護の方向性が共有しやすくなり、コミュニケーションの質が向上した。訪問看護師からは「医師やクリニック看護師と顔の見える関係で共通認識ができ、ケアの方向性が定まる」と評価された。また、「日常的に医師やクリニック看護師と相談することで、安心感が増し、ケアの質向上にもつながる」との意見も挙がっており定期的な対話の積み重ねが、専門職同士の意見交換の基盤となり、多職種連携の円滑化とケアの質向上に寄与する。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)12 多職種連携・病診病病連携

P-1-113

訪問診療クリニックでの特定行為を活用した血糖管理

重原 真弥 シゲハラ マミ
やよい在宅クリニック

【はじめに】当院は、専門医による専門科診療を行う訪問診療クリニックである。患者数の多い診療科は複数名の専門医が勤務しているが、糖尿病内科医は月に1日のみと他の診療科と比較しても勤務日数が少ないため、特定行為を活用し血糖管理を行なっている。今回、診療看護師（NP）が実施した血糖管理方法について報告する。

【活動】2021年4月～2024年12月までに13名の糖尿病患者に介入した。患者背景は、1型糖尿病が1名、2型糖尿病が12名であった。介護度は、要支援2～要介護5と様々で、インスリン注射管理が自立している患者は7名、その他は家族や医療者などによる管理であった。医師による訪問診療後、インスリンの投与量の調整に関する特定行為指示書が発行され介入を開始する。患者、家族の自立、介護度に合わせた血糖測定、インスリン注射などの管理方法を選定することから開始し、血糖値に関する情報収集の方法、インスリン量の変更などを誰にどのように指示するのか個別的に選択し介入した。また、糖尿病専門医の非勤務日にはリモート連携を図ることで異常時にもスムーズに対応できるよう工夫した。

【考察】個別性を考慮した管理方法やコミュニケーションツールを活用し多職種連携を行うことで、特定行為を活用した血糖管理をタイムリーかつ安全に行うことができていると考える。今後、在宅領域で特定行為が普及することで地域医療体制の安定化、更なる進化に繋がると考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)12 多職種連携・病診病病連携

P-1-114

在支診で取り組むポリファーマシー対策の手始め

白井 ユリ子 ウスイ ユリコ
江頭 徳仁 エガシラ ノリヒト
豊田 理恵 トヨダ リエ
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

【活動】

当院の医学管理下の介護施設のうち2施設から複数患者を抽出し、ポリファーマシーの把握とその治療効果を再検討し、可能であれば減薬した。

ポリファーマシー評価は、日本老年薬学会の抗コリンスケールや東大方式の持参薬評価テンプレートを参考に薬剤師が行った。同時に施設看護師から患者の全身状態とそれに伴う内服薬の効果情報を得て総合的に判断した。

その結果、少数事例ではあるが、定期薬が14種が10種に、10種が8種に減薬できるなど一定の効果を生み出すことができ施設担当者の配薬業務を軽減させるという副次効果も生まれた。

また、内服薬再評価で腎機能を確認するうえで前回採血から間隔が空いている事例を発見し主治医に採血提案を行うなど薬学的管理の強化になった。更に2種以上減薬のレセプトには薬剤総合評価調整管理料を算定した。

【考察】

施設患者の訪問診療は、限られた時間内で多数の患者を診察するタイムプレッシャーに迫られる。そのため患者の訴えに安易な増薬や処方見直しの先送り、ポリファーマシーを起こすことがある。減薬提案がカルテ見直しの契機にもなり、多職種協同で施設患者のQOL改善、施設の薬剤管理軽減に繋がればと考えている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)12 多職種連携・病診病病連携

P-1-115

多職種で患者や家族に関わる『ケア会議』の実践とその可能性

島 由衣 シマ ユイ

やまと在宅診療所白石

【はじめに】

『ケア会議』とは、患者や患者家族とケアチームのメンバーが集まり、療養環境の検討や療養のゴール設定をする場である。患者中心のケアを重視する在宅医療の現場では、チームメンバーの一員として、どう対応すべきか悩むことが少なくない。『ケア会議』は多職種連携を強化するだけでなく、患者にとってベストなケアを提供するために必要なものだと考えている。

【活動】

2024年4月より8例の『ケア会議』を主催した。自宅療養にて何らかの課題が見つかった場合に『ケア会議』の開催を提案してきた。8例はいずれも療養環境に課題を抱え、療養ゴールの設定に難渋した例であった。事前にケアチームのメンバーから課題を抽出して、課題に応じて参加メンバーを検討するなど有効な会議の場になるよう調整した。『ケア会議』の後、患者からは「迷惑をかけるのは申し訳ないと思っていたが、安心して自宅で最期まで過ごしたいと言えるようになった」、家族からは「このチームがいれば自宅での介護が続けられそう」との評価があった。また、ケアマネージャーからは「患者と家族の双方を支援するためにはどうしたらいいのか、考え直すいい契機になった」との反響があった。

【考察】

ケアチームのメンバー同士が「顔の見える関係」を意識して連携することは、患者の自宅療養継続を支援する効果があると考ええる。また、療養ゴールの決定に迷う家族にとって、共に意思決定をする仲間を見つける場にもなりうる。『ケア会議』の前提として、ケアチーム内での日常的な患者情報の共有が挙げられる。また、複数のメンバーの前で発言が求められるため、一定以上の心理的安全性が保証される必要がある。会議の有効性を高め、患者中心のケアの質を向上させるために、運用方法の検討を継続していく。

今後は『ケア会議』が在宅医療にどのようなアウトカムをもたらすかを検証し、研究報告を目指したい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)12 多職種連携・病診病病連携

P-1-116

地域で支える身寄りのない認知症高齢者の支援 ～専門職のみならず、民生委員や警察との連携で維持する在宅生活～

近藤 芳江¹ コンドウ ヨシエ

加藤 千晴¹ カトウ チハル

森 理香² モリ リカ

長谷川 安伸³ ハセガワ ヤスノブ

¹APLE株式会社 居宅介護支援ハートサービス近藤

²一般財団法人名古屋市療養サービス事業団 名古屋市北区訪問看護ステーション

³ケアマネジメントセンター夢屋

【はじめに】身寄りのない人は2050年に約448万人、認知症高齢者は2040年は約584万人と推計されている。認知症で一人暮らしの高齢者を地域で支えることは、ますます必要になる。

【症例】Aさん90歳代、女性、要介護3、独居、生活保護、認知症、高血圧、圧迫骨折、民生委員の相談からX年3月ヘルパー利用の支援を開始する。この夏、熱中症のため、訪問診療、訪問看護の点滴治療、クーラー購入。その後デイサービス、配食サービス追加利用し、生活を継続する。その一方、近隣からお金を借りることがあり、日常生活自立支援事業利用を幾度と検討するが、本人の理解が得られず利用に至らない。X+3年12月頃から、外出先から自宅に帰れず警察に送ってもらうことが続いた。民生委員へも外出先で帰れないため連絡が幾度と入り、X+4年8月、地域ケア会議を開催、成年後見制度利用に本人の了承を得た。X+4年12月、約10日間外出先で転倒し救急搬送後入院する。民生委員Bは病院から身元保証人として署名を求められたが断っている。退院後も一人で外出し、警察に送ってもらうことが複数回続いた。X+5年9月、意識レベルが低下し約1ヶ月の入院となる。入院中、後見人も交えて退院後の生活について検討、長谷川式0点の診断、主治医からは在宅退院は難しいと判断された。しかしながら、本人の「家に帰りたい」との言葉から退院し、自宅での暮らしを続けている。発表に対し本人に文章にて同意、後見人に口頭で代諾を得た。

【考察】身寄りのない認知症の高齢者は病院から施設生活への移行を勧めがちである。高齢者が自宅で暮らし続けるには、本人の意向に沿った関わる支援者の対応力が必要である。自宅での生活を維持するには様々な課題があり、その都度対応することになる。しかしながら、身寄りのない認知症の高齢者は増加しており、本人の尊厳を護る支援に対応するさらなる工夫が必要である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)12 多職種連携・病診病病連携

P-1-117

外来通院に苦痛を伴う”痛院”患者への取り組み

松本 政実 ¹	マツモト マサミ
寺島 常郎 ¹	テラシマ ツネオ
光山 由里子 ¹	ミツヤマ ユリコ
河田 陵 ²	カワダ リョウ
宇佐美 範恭 ²	ウサミ ノリヤス
山田 千晶 ²	ヤマダ チアキ
尾崎 玄 ²	オザキ ゲン

¹医療法人社団 青楓会 西小牧クリニック

²医療法人社団 青楓会 北名古屋クリニック

【はじめに】訪問診療は通院が困難となった場合に提供される医療である。医療機関の外来患者さんの中には、さまざまな問題で通院が困難な状況でも通院を余儀なくされている方は少なくない。そして入院を契機に初めて通院が困難と評価され訪問診療が考慮されることも多い。医療現場で訪問診療の認識はまだ薄いため、通院が困難となった場合でも訪問診療が選択肢としては考慮されず、介入のタイミングを逸していることも散見される。

【活動】通院が困難となっている原因としては、高齢であることはもちろん、独居状態、老老介護、家族が非協力的などの社会的要因、また入退院を複数回繰り返している、受診にタクシーや介護タクシーが必要となっている、医療機関での待ち時間が耐えがなくなっている等の身体的要因、さらには内服薬などが大量に余っているなどの精神・心理的要因が関与していると思われる。我々の施設ではこのように、医療機関に通院すること自体が苦痛になっている状況を”痛院”と呼ぶことにしている。そして先ずは地域の患者さんやご家族や介護職が”痛院”状態であることを簡便に評価し認識できるような指標（痛院デックス：家庭版）を作成しその啓蒙活動を行ってきた。これに続いて医療機関のスタッフを対象とした指標（痛院デックス：医療版）を新たに考案した。これにより医療者の目線からも”痛院”状態を早めに評価することで、“痛院”患者をより円滑に病院から在宅へと繋ぐことができるのではないかと考えている。

【考察】外来通院が困難となった場合に、早い段階から在宅医療のスタッフがかかわることで、在宅での状況を把握することが可能となり、問題点の解決や入院の回避に繋がり、スタッフと患者間に信頼関係の構築ができることでご自宅でのQOLの向上に寄与する可能性がある。そのためには”痛院”状態をいち早く検知し地域の多職種間で共有することが重要と思われる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)12 多職種連携・病診病病連携

P-1-118

訪問看護サービスにおける24時間の電話対応、緊急時対応の実態 ～救急搬送に頼らず、安心して在宅療養が出来る環境を目指す～

齋藤 瑞穂 サイトウ ミズホ
柚木 祐子 ユギ ユウコ
日馬 也素子 クサマ ヤスコ
木崎 睦子 キザキ ムツコ
原島 久世 ハラシマ ヒサヨ
馬場 郁美 ババ イクミ
大久野病院訪問看護ステーション

【目的】

当ステーションでは在宅療養者の生活を支えるために、契約者を対象とした24時間365日、緊急の連絡・相談、訪問依頼等に対応する体制を確立させている。安心して在宅療養が出来る環境とは何かを把握するため、24時間の電話対応、緊急時対応の実態を明らかにする。

【方法】

2023年10月から2024年9月までのオンコール記録をデータ化し、分析する。

本研究は所属先の倫理審査委員会承認が得られた後に実施した(番号02)

【結果】

全コール数209件(電話対応126件、訪問対応83件)。救急要請11件(不要不急の可能性2件)、訪問診療や在宅医療安心サポート事業の利用で救急搬送が不要となった9件、看護が対応しなければ救急要請の可能性があった74件、状態報告等の連絡は115件であった。看護での対応、訪問診療医との連携、上記サポート事業を利用することで救急要請をしなくても在宅で療養できる環境が整えられている。

【考察】

訪問診療が介入、もしくは外来通院でもDr.による指示がある場合、看護で対応可能な事もある為、緊急の訪問件数は多いが不要不急な救急要請は防止されている。また、救急要請が必要か判断する際、家族だけではなくDr.や看護師という専門職に相談できる体制が安心に繋がり、地域の救急医療の適正利用にも役立っている。24時間対応可能な訪問診療が介入していない場合、急変時の第一選択は救急要請となる事が多い。訪問診療介入中でもACPの方針が決まっていない場合やDr.に繋がらず指示が無い場合、やむを得ず救急要請になってしまう事もある。望まない医療や救急搬送とならない為にもDr.と連携して予測可能な症状に対する指示を確認しておく、ご本人・家族の希望を聞く、ACPの普及、必要に応じて在宅医療への移行や上記サポート事業を利用し、安心して在宅での療養ができる環境を目指す事が今後の私達の課題である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)12 多職種連携・病診病病連携

P-1-119

在宅医療クリニックからの救急搬送症例の現状分析：現場から見える課題と対応策

岡本 翔 オカモト ショウ
志田原 智広 シダハラ トモヒロ
草永 真志 クサナガ マサシ
永井 康德 ナガイ ヤスノリ
たんぽぽクリニック

【目的】 当院医師が往診し、救急搬送した症例を後ろ向きに検討を行った。

【方法】 2023年4月2024年3月までに、当院医師の往診を経て救急搬送した症例を対象に単施設の後ろ向き観察研究を実施した。原因疾患・時間・曜日・入院の可否・入院後の経過などをカルテより情報収集し、考察を加えた（当地域は2次救急輪番体制）。

【結果】 対象となる救急搬送症例は、98例。同期間内の往診件数は2410件。

原因疾患は、感染症が55例と最多。骨折、脳血管疾患・腸閉塞・心血管疾患が続いた。背景疾患は、癌末期が1例。その他は慢性期疾患。時間は日勤帯68例、準夜例13例、深夜帯17例。同一日もしくは前日に往診し、状態悪化により準夜帯・深夜帯に搬送となった症例は6例。搬送後、入院が76例、帰宅が22例。帰宅症例のうち、7例は骨折の診断目的、バルーン挿入困難、眼外傷が1例ずつ。入院後経過は、退院後当院介入継続中が63例、退院後当院で看取りが20例、転院が10例、搬送先病院で死亡が5例。

【考察】 当院常勤医師が当番体制で24時間対応。患者希望があればすべて往診し、医師判断で救急搬送している。精神疾患・癌末期に関しては、往診で対応していた。入院の適応について、入院治療目的の搬送の85%以上は入院となっており、救急病院医師との判断の解離は少ない結果となった。一方で、入院適応なしと判断された症例のうち56%が脳血管疾患。画像検査に頼らない診断力の向上が望まれる。退院後もかかりつけ医としての機能を果たせており、スムーズな連携がうかがえる。

院内での情報共有・在宅医による往診で不必要な救急受診を減らし、退院後も継続して在宅医療を提供することで、二次救急体制の維持の一助となっていることが示唆される。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)12 多職種連携・病診病病連携

P-1-120

在宅支援診療所における往診依頼対応における工夫

芳賀 紀裕	ハガ ノリヒロ
石倉 聖美	イシクラ サトミ
半田 加奈衣	ハンダ カナエ
亀山 洋子	カメヤマ ヨウコ
松島 由佳	マツシマ ユカ
野本 美智子	ノモト ミチコ
岩崎 有希	イワサキ ユキ
檜原 創	ナラハラ ハジメ
石川 成美	イシカワ シゲミ
川合 重夫	カワイ シゲオ
前野 有理	マエノ ユリ
佐藤 眞一郎	サトウ シンイチロウ
青木 宏恭	アオキ ヒロヤス
野末 睦	ノズエ ムツミ

あい太田クリニック

【はじめに】在宅療養支援診療所においては月1回もしくは2回の訪問診療に加え、往診依頼に対して、適切かつ迅速に対応することが求められる。特に医師数と患者数が増えると日中のスケジュールは余裕がなくなり、往診依頼に対し迅速に対応するには工夫が必要である。今回は当クリニックでの取り組みについて発表する。

【活動】当クリニックは機能強化型在宅療養支援診療所であり、2024年12月時点で総患者数は約1300人で平日は常勤医7名、非常勤医6名で診療している。また主治医制を導入しており常勤医で担当患者を振り分けている。1日の一人あたりの予定訪問患者数は約17名である。往診依頼があった場合、新規患者の受付、定期訪問のスケジュール管理を行っている連携センターに情報を集約し、以下の手順で対応することとした。

①往診の必要性を主治医に電話もしくはソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）を用いて確認。②往診が必要で主治医が対応できない場合、センターで電子カルテにて他の医師を含めた定期訪問の進捗具合および現在地をクラウド型車両管理システム（GPS車両追跡システム）にて確認。③もっとも適切であると思われる医師のチームに往診を打診（その際、電子カルテのおよび車の状態で、診療に差し支えない連絡方法を選択）。④了解が得られれば、センターでその医師チームの診療予定に加え、必要に応じてそれ以降の診療（時間予定時間など）を変更し、その旨を訪問先等に連絡⑤変更があったことをSNSで全職員に共有。

【考察】複数の医師による定期訪問体制の中で、電子カルテの機能、SNS、GPSを活用することにより、迅速かつ適切な往診対応が可能となった。今後、さらに電子カルテやGPSデータの活用を通じて、クリニック全体の業務効率を可視化し、より柔軟かつ持続可能な訪問診療体制を構築していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)12 多職種連携・病診病病連携

P-1-121

相談しやすいクリニックづくり～早期介入できるように何をすべきか～

久松 正倫 ヒサマツ マサノリ
渡辺 華央 ワタナベ ハナオ
藤本 直也 フジモト ナオヤ
堂下 竜平 ドウシタ リュウヘイ
医療法人サンスター みつぼし在宅クリニック

【はじめに】

訪問診療のニーズは日々増えており、特に癌末期の患者の場合、早期介入の依頼が多く、訪問診療開始のタイミングが非常に重要である。早期介入のため、当院が行っている病院MSWとの連携について報告する。

【活動】

当院は、地域医療連携室の相談員が新規で訪問診療相談の対応を行っている。

外来と入院での対応は多少異なるが、初診前に可能な活動として、まず早い段階で相談を頂く事が重要である。そのため、病院MSWに診療情報提供書が未作成の段階でも準備できることを伝える必要がある。当院の相談員は、病院MSWから聞いた情報で、患者・家族の元に訪問し、現時点での不安な点を確認し、環境面で安心できるポイントを伝える。その他、費用面等も説明し、安心して初診に繋ぐように活動している。面談時に得られた情報を病院MSWと共有し、困難事例については病院MSWよりフォロー頂く。クリニックでは、物品準備等もあるため、看護師や医師に報告し事前準備を大切にする。入院の場合、退院の目安を聞き、現時点でのスケジュールで対応可能な日を抑え、退院日に初診介入できる環境を作り、訪問看護指示書を当院から発行できる環境を作る。また、訪問看護ステーションやケアマネージャーの手配も当院から調整できるように、普段から地域の関連職種には定期的に訪問している。

【考察】

当院の地域医療連携室の役割は、契約～広報活動まで様々な活動を行っている。普段の広報活動が関連職種との連携にもつながり、スムーズな在宅調整が可能になっている。しかし、一方で相談のみで、診察まで繋がらないケースも多い事も確かである。

病状を知り、患者・ご家族の相談にのるために、それなりの医療知識は必要となるが、時には患者家族よりこれからの生活に安心したと感謝の言葉を頂くこともあり、医療にかかわる一員としてのやりがいを感じることができる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)13 事業所運営・経営1

P-1-122

看護師からPA (physician assistant) への診療同行のタスクシフトの効果と課題

岩野 歩 ¹	イワノ アユム
有本 好伽 ¹	アリモト ヨシカ
太田 智巳 ¹	オオタ トモミ
川本 麻里 ¹	カワモト マリ
河口 恭子 ¹	カワグチ キョウコ
齋藤 礼奈 ¹	サイトウ レイナ
藤本 加菜子 ¹	フジモト カナコ
山下 渉 ¹	ヤマシタ アユミ
山田 千華子 ¹	ヤマダ チカコ
久嶋 静磨 ²	キュウジマ シズマ

¹医療法人やまこころメディカル福岡 コールメディカルクリニック福岡

²医療法人社団やまと やまと診療所日吉

【はじめに】

いずれの地域でも専門医療職の人材確保には難渋し、特に地方になるほど問題は深刻である。これから人口減少社会がさらに進みゆくとその傾向はさらに顕著になっていく。在宅医療分野においても同様でその対策は急務である。当院の診療圏は都市部とは異なり殊更訪問看護師が不足する地域であった。限られた医療人材の有効活用の面で医師と看護師という有資格者が同時に訪問する体制は当地域においては適切でないと判断し医師とPAによる訪問体制へと移行していった。その経緯の詳細、運用の実際を報告すると共に効果と課題について考察する。

【活動】

PA (physician assistant) とは日本においては明確な定義はなく医療機関により同様な業務実践者の呼び名は様々ではある。当院では医療資格を必ずしも持たず訪問診療に同行して医師をサポートする職種としている。物品管理・準備、診療スケジュール調整、カルテ代行入力、訪問車運転、多職種連携、患者・家族とのコミュニケーションを行っている。

以前は医師・看護師・PAによる3人訪問体制をとっていたが、前述の考え方から医師・PA2人の訪問体制とした。

胸腹水穿刺・PICC挿入等の処置の際には外部の訪看STに介助を依頼した。

現体制になって1年強経過しているがPAのスキルアップに伴い看護師不在になったことによる混乱はなく業務遂行出来ている。

【考察】

在宅医療に従事する医師・看護師が共に不足する地域は多数存在する。PAの診療同行体制は十分な看護師数が確保できない多くの診療所においては有効な解決策の一つと成り得る。教育・業務の整理・マニュアル化によって質の低下は防ぐことが出来る。

ただ、看護師不足というネガティブな動機でなく、なんら資格のない地域のひとが飛び込めるPAという職種が活躍出来てこそ、地域医療は真に地域のひとのためのものとなるのではないか。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)13 事業所運営・経営1

P-1-123

複数の訪問看護ステーションを運営する民間企業における管理者の体制づくり 組織内の統一管理手順書作成による管理者への効果

西山 めぐみ¹ ニシヤマ メグミ
池崎 澄江² イケザキ スミエ

¹SOU シニアケア株式会社

²千葉大学大学院看護学研究院

【目的】高齢化が急激に進んでいる日本において在宅ケアの対象者は急増し、訪問看護ステーション（以下訪看）の量的拡大が進んでいる。この20年間で訪看数は約3倍に増加し、経営主体のシェアにおいては営利法人が6%から56%と飛躍的に増加した。営利法人の中には、フランチャイズも含め急激な拡大で複数の事業所運営をする法人もみられる。こうした中、管理経験や研修受講もない状況で訪看管理者に抜擢され、管理上の困難感を抱えている現状がみられる。そこで、訪看が安定的に運営されるための管理者の体制づくりを目的とし、社内プロジェクト研究として取り組むこととした。

【方法】複数の訪看を運営しているA法人にて行った。管理業務を明確にするために管理者達が管理業務手順書を作成する会議を企画し、業務実践方法を共有して、試案を作成した。試案に沿って4か月間運用し、その前後で困難感と月別残業時間を測定した。困難感は、訪問看護管理困難感尺度（佐々木、2015）を用いた。実施にあたり、千葉大学大学院看護学研究院倫理審査委員会の承認を得て行った。（承認番号NR4119）

【結果】法人内で統一した訪看管理業務手順書を完成させた。作成の過程では、各事業所における業務手順や事務職員との業務の境界も異なっていることが明らかとなった。管理者の困難感得点は手順書作成前後で、職場運営3.6点から3.0点、裁量権3.5点から2.9点に減少した。月別残業時間を前後で平均を比較すると、最も残業時間の長かった管理者では運用後に55時間減少していた。

【考察】業務手順を管理者達が自ら作成し共有しルール化する過程で、管理者の判断基準を明確化でき、管理者の残業時間が減り、管理業務が効率化できたといえる。今後は、管理者にとって人材育成や看護の質に関する業務時間の確保が可能になり、訪看の環境改善や質の向上につながることを期待できる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)13 事業所運営・経営1

P-1-124

在宅クリニックでの訪問リハビリテーション部門設立から3年間の振り返り

大西 徹也¹ オオニシ テツヤ
大森 洋介² オオモリ ヨウスケ

¹訪問リハビリテーション

²診療部

【はじめに】

当院は2021年4月に訪問リハビリテーション部門を設立した。設立から3年間のリハビリチームの運用内容を報告する。

【活動】

毎年1人ずつ理学療法士を採用し現在3名の理学療法士で訪問リハビリテーションを行っている。2021年4月～2024年3月までの3年間の新規オーダー数は117名（月平均3.3名）、終了者数82名（月平均2.3名）。新規オーダーの内、主病名に当たる疾患は循環器29名、フレイル27名、癌12名、呼吸器21名、脳血管8名、運動器6名、神経難病5名、認知症4名、その他5名。2023年度の新規オーダーが最も少なかった。終了者の疾患は循環器22名（入院9名、死亡5名、訪問看護STへ引継5名、軽快3名、入所2名、）、フレイル18名（入院7名、軽快6名、訪問看護STへ引継2名、死亡1名、入所1名、拒否1名）、癌17名（死亡8名、入院6名、入所1名、軽快2名）、呼吸器11名（死亡3名、入院3名、軽快2名、訪問看護STへ引継2名、復職1名）、脳血管3名、運動器3名、神経難病4名、認知症3名、その他1名と新規オーダーと同程度の割合。終了理由は入院30%、死亡24%。軽快と訪問看護STへ引継による終了は28%であり目標が達成され次第早期に訪問看護STへ引継ぐよう取り組んだ。疾患別の平均介入期間は脳血管452日、フレイル270日、循環器237日、呼吸器207日、癌115日であった。

【考察】

循環器、呼吸器、癌は病態末期の方が多く半年程で入院や死亡での終了が多いが一部は軽快終了できたケースもある。対照的に脳血管は継続的な支援が必要で介入が長期となる。月平均の新規オーダー数が終了者数を上回ってはいるものの、最も近い年度で新規オーダーが少ない状況である。在宅クリニックという特性を活かし、主治医と密な連携を取ることができる訪問リハビリテーションとして地域にPRしていきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)13 事業所運営・経営1

P-1-125

地方において安定的に医師を採用するための取り組み

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】

日本は多死社会を迎え、在宅医療のニーズが急増しています。特に地方では高齢化が進み、在宅医療を担う医師の確保が急務です。しかし、地方で医師を安定的に採用するのは容易ではありません。当院において診療所の魅力向上を通じた採用の取り組み内容を紹介します。

【活動】

2009年7月～2024年6月（15年間）に採用した常勤医師27名の入職経路とその後の進路を分析し、当院を選んだ理由を聞き取り調査しました。これに基づき、魅力向上の取り組みを評価しました。また診療所の多面的な魅力向上により、地方でも医師の安定的な採用が可能であることが確認されました。

【考察】

1. 診療内容の特化

がん、難病、医療依存度が高い患者を中心に診療することで、モチベーションの高い医師が集まりやすい環境を構築しました。

2. QOL重視の働き方

待機当番日以外は土日祝日休み、17時終業を徹底し、オンオフを明確化。有給休暇の全消化を推奨し、疲弊した医師の転職先としても支持されています。

3. チーム医療の強化

多様な専門性を持つ医師が集まり、朝夕のスタッフ共有時間に悩みを相談しやすい環境です。訪問診療には在宅看護師が必ず同行し、必要に応じてメディカルアシスタントも追加同行。これにより、新入職者の不安が軽減されています。

4. 患者との向き合い方

1日あたりの訪問件数を6～10件に抑え、患者や家族と時間をかけて向き合える診療を実現しています。

診療所の魅力を多面的に高めることで、地方でも安定的に医師を採用することが可能であると示されました。QOL重視の働き方やチーム医療の充実が鍵であり、今後もこれらの取り組みを進めていきます。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)13 事業所運営・経営1

P-1-126

セキュアなオンラインツールを活用した 都市と地方の連携による在宅褥瘡管理の実践報告

草島 邦夫 クサジマ クニオ

医療法人鴻仁会 深瀬医院

【はじめに】地方都市では、医師不足や専門医不在が在宅医療や褥瘡管理の課題となっている。この課題に対応するため、有志の医療者が「北海道創傷褥瘡ケアネットワーク」を設立した。本ネットワークは、都市部の専門家が地方の在宅医療従事者を支援する仕組みであり、在宅医、訪問看護師、特定看護師、形成外科医、皮膚・排泄ケア認定看護師など多職種が連携している。セキュアなオンラインツールを活用し、迅速な情報共有と専門的助言を提供している。本報告では、このネットワークを活用した褥瘡管理の一例を紹介する。

【活動】対象は地方都市の施設に入所した84歳女性で、仙骨部にShea分類グレードⅢの褥瘡を認めた。前施設での治療では改善が見られず、施設入所後、特定看護師が在宅主治医の指示のもとデブリードマンを実施。訪問看護師が創洗浄と軟膏処置を継続した。特定看護師は主治医とともに週1回の創部評価を行い、必要に応じて治療方針を調整した。その際には本ネットワークを通じて、形成外科医や皮膚・排泄ケア認定看護師にオンラインで相談し助言を得た。写真データは褥瘡部位のみを撮影し、個人名や識別情報を含まない形で共有し、個人情報適切に保護した。治療開始2週間以内に壊死組織の大部分が除去され、約2か月で創治癒を達成した。

【考察】本ネットワークは、専門医が不在の地域でも高水準の治療を可能にする有効な手段であることが示された。セキュアなオンラインツールを活用することで、迅速かつ安全に専門的助言を得られる体制を構築し、地域医療の課題解決や治療の質向上に寄与したと考えられる。現在は有志の医療者による篤志的活動として運営されているが、診療報酬の算定が実現すれば全国的な展開と継続的運用が可能となる。また、標準化された治療プロトコルの共有や新規参加者の増加を通じ、地域医療の格差解消と多職種連携の推進がさらに促進されることが期待される。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)13 事業所運営・経営1

P-1-127

特徴の異なる2クリニックの開業に携わった看護師による考察

井坂 みらい¹ イサカ ミライ
檜 京子¹ ヒノキ キョウコ
檜 顕成¹ ヒノキ アキナリ
前島 理² マエジマ タダシ

¹ひのきホームケアクリニック

²ひまわり往診クリニック

【はじめに】

在宅医療を受ける高齢者が年々増加しており、それに伴い在宅療養支援診療所数も全国的に増加傾向にある。今回、短期間に2クリニックの開業に携わることができたため、開業時に必要なノウハウや調整事項、工夫した点を看護師の視点から考察した。

【活動】

2023年12月にAクリニック（高齢者中心、終末期患者多い）開業、その後2024年5月にBクリニック（高齢者＋小児患者）開業に携わった。Aクリニック開業時は、事務所の選定から往診車や往診バッグ・医療物品の準備、病院や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所への挨拶回りを行った。また、退院カンファレンスやサービス担当者会議へ積極的に参加した。Bクリニックは小児患者も対象としていたため、小児特有の医療物品の準備が必要であった。小児患者は必要な医療物品が多く、在庫不足や物品間違いがないよう物品管理には細心の注意が必要であった。また、地域に根付いたクリニックにするという経営方針だったため周辺地域へチラシのポスティングも行った。Bクリニックの地域には緩和ケア病棟や療養病棟のある病院がいくつかあり、病院で最期を迎える方が多かった。そのため、在宅で麻薬による疼痛コントロールを行う機会が少なく、麻薬やPCAポンプを取り扱っている調剤薬局は少なかった。最期まで安心してご自宅で過ごしていけるよう関わっていきたいと考えていたため、周辺地域でPCAポンプや麻薬を取り扱ってくれる調剤薬局を新たに調整した。現在は2か所の調剤薬局がPCAポンプを常置し数種類の麻薬を取り扱ってくれている。

【考察】

それぞれ特徴の異なる2クリニックの開業に看護師として携わったことで、それぞれの地域の医療ニーズや患者層に合わせた準備が必要であるだけでなく、地域の医療連携におけるクリニックの役割も異なることを実体験として経験した。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)13 事業所運営・経営1

P-1-128

過疎化の進む地域における複数診療所運営の意義とメリットの検証

松岡 哲 マツオカ テツ

そよかぜ診療所

【はじめに】中山間地域に位置する人口減少地域で、現在二カ所の診療所を運営する医療法人である。地域医療における複数診療所を運営の意義とそのメリットについて考察する。

【活動】高齢者が多い交通機関の不便な地域では、訪問診療を行っている診療所が重要な役割を果たす。外来診療では、それぞれの診療所の診療圏内の患者が対象となるため、院内で行える超音波装置や内視鏡検査などの検査を充実させることで、住民が必要とする医療を身近に提供し、かかりつけ医として信頼を得て安定した患者数を確保できる。在宅医療は、医師3名が全ての患者の訪問診療に関わる緩やかな主治医制を導入することで、患者との信頼関係構築に寄与している。両診療所全スタッフで、毎朝、Webカンファレンスを行い、毎木曜日午後には、新規訪問診療予定患者の情報共有やモータリティカンファレンスを開催する。患者情報は、紙媒体で診療所間でのメール便で行うほか、ICTツールの導入により、最新の情報共有が可能となった。訪問予定や請求や契約などを在宅療養相談室で集約することで、両診療所間で統一的に対応する体制を整えている。両診療所で連携型の機能強化型在宅療養支援診療所を届け、経営の安定した礎となっている。特に外来診療で診療報酬の削減が行われたが、在宅医療情報連携加算など算定することで最小限に影響を抑えることができたと考える。急な職員の欠勤でも統一したシフト体制を確保し、業務の安定化とスタッフの働きやすさを両立している。

【考察】複数診療所を経営することで、地域医療の質向上、業務効率化、スタッフの働きやすさ向上を実現できる。過疎化の進む地域での医療提供体制において、医療法人の運営手法は重要な成功要因となり得ると考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)13 事業所運営・経営1

P-1-129

在宅診療所をティール組織にしてみた

大蔵 暢 オオクラ トオル
やまと在宅診療所白石

【はじめに】

当診療所では、院長—事務長—リーダー—スタッフという従来の階層構造（ヒエラルキー）に基づいた運営を行ってきました。しかし、この構造は以下の問題を生じさせました。現場感をめぐる事務長とリーダーとの対立や意見の不一致が原因で、リーダーとスタッフの関係が悪化し、コミュニケーションや連携が停滞。結果として、日常診療におけるミスやエラーの増加、個人間やグループ間の対立、さらには職員の退職が相次ぐ事態を招きました。また、上位職位への決定権集中により、職員一人ひとりの成長が阻まれる状況でした。

この状況を打破するため、「ティール組織」（フレドリック・ラルー著）に出会い、その理念に感化され、組織改造に取り組むことにしました。

【活動】

まず、事務長やリーダー職を廃止し、組織のフラット化を図りました。次に、「助言システム」を導入し、チームの全メンバーが意思決定に参加できる仕組みを構築しました。さらに、メンバー全員が定期的に1 on 1ミーティングを行い、対話を通じて関係性を深める取り組みを実施しました。これにより、各メンバーの声が反映されやすくなり、組織全体の透明性が向上しました。

【考察】

これらの取り組みにより、メンバー間の関係性が改善され、個人の主体性や成長が促進されました。在宅診療の現場では、病気の治癒や余命延長を目指すだけでなく、患者の多様なニーズを感知し、それを満たすための視点や価値観が求められます。そのためには、多様な意見が尊重され、各メンバーが主体的に動けるティール組織のようなフラットな構造が非常に適していると感じています。在宅診療所におけるティール組織の導入は、診療の質向上や職場環境の改善に寄与する可能性があり、今後の在宅医療現場においても有効な組織モデルとして検討に値すると考えます。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)13 事業所運営・経営1

P-1-130

医師・看護師が働き続けられる在宅24時間体制づくりの実践と課題

水谷 美智代 ミズタニ ミチヨ
高橋 明子 タカハシ アキコ
吉川 瑞紀 ヨシカワ ミズキ
小崎 真規子 オザキ マキコ
医療法人葵会 紫野協立診療所

【はじめに】

超高齢社会において、在宅医療の24時間対応は地域医療の重要な柱である。当診療所では、所長医師1名と看護師2名による24時間対応体制の再構築が課題となっていた。ここでは、医療者の負担軽減と効率的な業務体制の実現を目指した取り組みと課題を報告する。

【活動】

医師体制の変遷

診療所所長1人で24時間対応していた体制を、まず同法人内の3診療所所長間で連携する体制に移行したが調整が難航し短期間で頓挫。業者による往診代行も検討したが、業者撤退により実現には至らなかった。その為、新たに法人外の医療機関と連携開始、また、非常勤医師を週末に活用することで、一人所長でも長期休暇を取得可能な体制とした。

看護師体制の工夫

当直帯の拘束当番を看護師2名で分担していたが、内1名が介護休暇取得し体制継続困難となったため、週末の看護師拘束当番廃止しファーストタッチから当番医までの連絡をコールセンターに委託、往診必要時にも医師一人での出勤へ変更し負担軽減した。又、業務効率化を目的にLINEworksを導入した。

多職種連携の効率化

当直帯の連絡をコールセンターと当番医間でLINEworksで行うことで、リアルタイムに情報が可視化され、多職種で確認・対応できる環境を整備した。LINEworksはこの他、勤務表・マニュアル・予定・タスク共有、業務連絡にも活用している。

【考察】

医療者の負担軽減と効率的な業務体制の実現に向けた成果と課題が明らかになった。複数のシステムの利用により限られた人員でも24時間体制が維持でき、コールセンターやLINEworksの活用で業務負担が分散され、対応効率向上、医療者の負担軽減に役立った。一方で、医師・看護師ともに日勤業務後の拘束当番業務が依然として課題である。今後はコールセンター利用日の拡大や平日の当番医師体制整備を進め、持続可能な在宅医療体制を目指したい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)14 事業所運営・経営2

P-1-131

診療・ケアの質を組織で補完する試み

～当診療所における効果的な診療(ECP)構築委員会の立ち上げと活動報告～

郡 美代子 コオリ ミヨコ
鵜飼 真千子 ウカイ マチコ
松本 美奈 マツモト ミナ
阿部 香子 アベ キョウコ
小玉 加奈子 コダマ カナコ
大塚 亮平 オオツカ リョウヘイ
医療法人溪仁会 手稲家庭医療クリニック

【はじめに】当診療所は2009年の開院以来、プライマリ・ケアを提供するかかりつけ医療機関として役割を果たしてきた。地域からの信頼を得て年々利用者が増加し、職員を増員して事業拡大してきた。一方で、日々の臨床における職員のジレンマに、職員が思い描くプライマリ・ケアと現状との違いが挙げられていた。当診療所の「診療・ケアの質の追求」の方策として、効果的な診療(Effective Clinical Practice: ECP)構築委員会を立ち上げた。(以下、ECP構築委員会)【活動】ECP構築委員会は、院長、看護、技術各部門の責任者、現場の熟達者計6名で構成した。はじめに、ブレインストーミングを実施し「初年度の活動指針」「活動根拠の基軸」「診療の現状」を決定した。初年度の活動指針は、医師個々に依存していた診療の質を組織的に補完し、かかりつけ患者を多職種で支える診療システムを構築することを定めた。活動根拠の基軸は、『家庭医療の質・診療所で使うツールブック』および『プライマリ・ケア看護学』を用い、共通文献の読み込みと大切にしたいフレーズの抽出を通じ、医療の質改善の指針をメンバー間で共有した。その上で、当診療所の「現状の診療の姿」と「あるべき診療の姿」を明文化および概念図として可視化し、Stewartの患者中心の医療モデルに基づき、疾患のみならず《病い体験》を全人的に理解するシステムの必要性を共有認識とした。【考察】この活動は、患者の《病い体験》を全人的に理解し医療の質向上の基盤となると考える。この活動を通じて、かかりつけ患者の声を組織的に取り入れる仕組みが不可欠であることが明らかとなった。今後は、患者中心の医療を具現化するための診療システムを構築し、改善を重ねていく必要がある。また、これらの活動が多職種協働を促進するだけでなく、職員のジレンマ解消に寄与することが期待される。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)14 事業所運営・経営2

P-1-132

「診療アシスタント」活用がもたらす在宅医療の質・量向上についての考察

朝岡 宏和 アサオカ ヒロカズ
久嶋 静磨 キュウシマ シズマ
遠藤 真美 エンドウ マミ
医療法人社団やまと

【はじめに】

在宅医療の需要急増の一方で、医師偏在は解消されず、地方の在宅医療の持続可能性が危ぶまれている。この課題に対し「診療アシスタント（以下、診療AS）」という新たな職種を導入し無資格者を育て、医療資格者からのタスクシフトに取り組んできた。

【活動】

- ・現在、診療ASは訪問前のカルテや物品類の準備、訪問ルートの調整や運転、訪問診療時の資格確認やカルテ等の入力代行など多岐に渡る診療のアシスト業務を担っている。彼／彼女らの組む効率的な訪問ルートにより医師の移動時間が短縮され、患者宅での診療のサポートや事務により診療時間が最適化されるなど、時間的ロスをなくし診療の量の向上に貢献している。また、医療者の診療以外の業務負担を軽減することで、診療の質の向上にも繋がっている。
- ・診療ASは患者や家族・利用サービス等の情報を細やかに収集して医師に共有する。医師不足地域では複数の医師の分担により診療を維持していく必要があるが、医師が入れ替わっても診療の連続性を担保するため、患者背景や地域の風土などをよく理解した診療ASのサポートが医師にとっても患者にとっても欠かせないものになっている。
- ・所属医師へ実施したアンケートでは「診療ASのおかげで本来業務に集中できる診療以外の業務が非常に軽くなり、働き方改革の上でとてもプラスになる」「医師個人の価値観に頼った診療に陥ることなく患者・家族の希望に近づける」などといった肯定的な評価が多く見られた。

【考察】

診療ASは在宅医療の質と量、ひいては地方医療の持続可能性の向上に大きく寄与する存在である。決して医療資格者より人件費の安い人材への置換でなく、現場感を持って診療の質・量を改善することで経営効果を生んでいる。現在、この価値を拠点や法人の枠を超えて共有するため、役割の明文化や育成のプログラム化を推し進めている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)14 事業所運営・経営2

P-1-133

施設と個人宅患者数に注目し、売上と労働負荷を考慮した患者数指標の開発

野末 睦 ¹	ノズエ ムツミ
野末 瑞樹 ²	ノズエ ミズキ
野末 大智 ²	ノズエ ダイチ
難波 秀幸 ²	ナンバ ヒデユキ
今城 岳彦 ²	イマジョウ タケヒコ
近藤 京子 ²	コンドウ キョウコ
木村 憲洋 ²	キムラ ノリヒロ

¹医療法人あい友会 あい太田クリニック²医療法人あい友会

【はじめに】

在宅患者さんの診察量あるいは医療スタッフへの負荷の評価には、今まで単純に患者数で論じられることが多かったが、そもそも施設入所者と自宅療養者では、診察にかかる時間、移動時間、そして売上が大きく異なる現状があり、医師一人当たりどのくらいの負荷がかかっているかを知るために、患者数に代わる指標が必要と考えました。その結果、自宅患者さんと施設患者さんの診療単価を比較し、それに基づいて、売上高を予想できる指標を作り、さらにはそれを平日稼働医師数で割った医師負荷指標を作る試みをしたので報告します。

【活動】

患者数3500人を超え、グループ内に7つのクリニックを持つ私達のグループの施設入所者、自宅療養者の割合は大体7対3です。それぞれの毎月の往診を含む診療単価を調べたところ、施設入所者が約3.3万円、自宅療養者が10万円でした。そこで患者指標Xを $X = (\text{自宅患者数} \times 10 + \text{施設患者数} \times 3.3) / 100$ と設定しました。この指標が、各クリニックのおおよその売上を100万円単位で示します。そしてこの指標を、クリニックごとの平日稼働医師数で割ると、医師一人あたりの患者診察負荷がわかります。開設後数年以上のクリニックではこの数値が7から11ほど、開設間もないクリニックでは、3から7となっています。グループ全体では8ぐらいになっています（2024.12現在）。

【考察】

この2つの指標は売上と医師への負荷を考えるうえで大変役に立っています。またこの指標は、医師一人当たりおおよそどのくらいの稼働額が得られるかを示し、黒字化の指標としても使えることがわかりました。今後これら指標を改良するために、移動時間、重症施設患者、診療報酬改定などの要因を加味していきます。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)14 事業所運営・経営2

P-1-134

クラウドPBX導入による在宅医療における電話対応の実態分析と業務効率化に向けた検討

出倉 良美¹ デクラ ヨシミ
津田賀 俊² ツダカ シュン
渡辺 克哉¹ ワタナベ カツヤ
山田 浩史² ヤマダ ヒロシ

¹医療法人社団日翔会

²医療法人慶春会

【目的】

在宅医療の普及に伴い、在宅療養支援診療所（以下、在支診）への問い合わせや相談が増加している。在支診は24時間体制での電話対応が義務付けられている。しかし、これらの電話対応はこれまで個人の経験や勘に依存しがちで、最適な人員配置や業務効率化に課題があった。本研究の目的は、クラウドPBXを導入し、通話履歴や時間帯ごとのコール数を可視化することで、在支診における電話対応状況の実態を分析し、効率的な業務設計に資する基礎データを得ることにある。

【方法】

都市部の在支診において、クラウドPBXを約3カ月間導入し、全通話件数、着信時刻、曜日を記録した。さらに、曜日別・時間帯別の通話量の傾向を分析した。また、電話対応内容を、医師の介入が必要な医療的相談、医療的情報提供、事務的調整の3つに分類し、その割合も調査した。

【結果】

総通話件数は月・火曜日が最も多く、次いで金曜日が多かった。時間帯別では、午前9～11時頃および午後4～5時に通話量のピークが確認された。電話対応の内容は、大半が看護師で対処可能な事務的・連絡的な性質の問い合わせであり、医師の対応が必須となる医療的相談は限定的であった。

【考察】

クラウドPBXの導入により、在支診における電話対応の需要パターン（曜日・時間帯別の通話量、内容特性）が明確になった。特に、週初めおよび朝夕の電話需要のピークタイムの存在は、これらの時間帯における看護師や事務スタッフの重点的な配置、または増員が求められることを示唆している。また、内容の面では、事務的調整が大半を占めることから、対応内容の標準化やマニュアル化による業務効率化の余地が大きいと考えられる。本研究で得られた知見は、在支診における電話対応業務の効率化や人的資源の適正配置、ひいては、質の高い医療提供体制の構築に貢献すると考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)14 事業所運営・経営2

P-1-135

在宅医療における電話対応の実態と業務改善に関する検討

石塚 美絵 イシヅカ ミエ
小澤 竹俊 オザワ タケトシ
岩渕 敬介 イワブチ ケイスケ
平本 弥生 ヒラモト ヤヨイ
島津 綾子 シマヅ アヤコ
野口 雅生 ノグチ マサオ
めぐみ在宅クリニック

【目的】

在宅医療における電話対応は、多職種連携の要であるにもかかわらず、その実態把握と効率化が十分に行われていない。本研究では、2024年2～11月の電話対応状況（2,481件）を分析し、業務改善策を検討することを目的とした。

【内容】

問い合わせ内容、発信者、月別件数をExcelで集計・分類し、グラフ化・統計処理を実施した。さらに、年度替わりや夏季休暇シーズンの影響を考慮して分析し、電話対応の傾向や課題を可視化した。

【結果】

月別件数は4月に最大（403件）、8月に最少（182件）であった。

問い合わせ内容は「状態報告」が最多（44.6%）だった。

発信者では「訪問看護ステーション」が37.4%と最も多く、多職種連携の中心を担っていた。

【考察】

状態報告が最多となった背景には、日常的な健康管理を担う訪問看護ステーションの大きな役割がある。

4月の増加は、年度替わりの体制変更や新規患者の増加、8～10月の減少は夏季休暇シーズンとの関連が示唆される。業務改善策として、①状態報告の標準化・ICT活用、②電子処方箋の導入、③年度替わりの人員最適化、④季節変動を踏まえた体制づくりが有効と考えられる。今後は繁忙期・閑散期への対策を具体化し、効率的かつ持続可能な連携体制を構築する必要がある。

また、2025年3月にバイタルサインを導入する予定であり、地域の訪問看護ステーションとの連携をさらに進めていく。ICTを活用した後のデータを基に、次回学会での報告を予定している。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)14 事業所運営・経営2

P-1-136

超高齢社会におけるドクター高齢化問題について当法人の取り組み

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

【はじめに】

超高齢社会の問題を考えると、患者や利用者をまず思い浮かべがちだが、術者の年齢という観点からも切実な問題であると思われる。当法人においてもドクターの平均年齢は高いといえる。

今回、超高齢社会における術者側の問題について、新技術への対応の問題や技術の継承問題について、当法人での取り組み、解決方法について紹介していく。

【活動】

高齢化ドクターで問題になるのは、比較的新しいスタイルの診療に対する対応であるが、当法人で採用している嚙下診療担当医制を例に検討した。つまり嚙下診療担当医とそうではない術者で同種内容診療時間を計測し、担当医制にした方がトータルで効率的であることを、リカードの比較生産費論を転用し検証した。

その結果、嚙下診療については担当医制にした方が診療効率、経営効率が上昇するのを客観的に確認し組織内コンセンサスを得た。

担当医制を実施する前後で術者間のコミュニケーションが行われているかを観察したところ、学生時代嚙下診療を履修していないドクターが同内容の研修を受講するより、自身が担当する患者の嚙下診療にて嚙下担当医から説明してもらう方がより理解が深まることも確認した。

また、技術の継承については、若手ドクターが嚙下診療を行った方が、年配ドクターが得意とする、例えば義歯製作などのノウハウをより容易にスキルトランスファーすることが確認できた。

【考察】

人口動態から生じる問題として、若手ドクターが相対的に少ないためドクターの高齢化が生じている面もある。担当医制が逆に若手医師のプライマリケア医としての成長をより妨げるという懸念もある。よって世代間の様々な垣根を取り払うことが若手ドクターへの技術の継承についてスムーズに行われ解決できると思われる。

これらのことは現在の超高齢社会における世代間の問題の解決にも応用できることを示唆している。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)14 事業所運営・経営2

P-1-137

日本の介護技術のアジア標準化に向けた多言語教材開発の取り組み

川副 巧成 カワゾエ コウセイ

Liaison Design 株式会社

【はじめに】本活動は、令和6年度老人保健健康増進等事業「日本の介護技術のアジア標準化を目指した教材開発及び活用事例に関する調査研究」における現地実証として産業医科大学公衆衛生学部とLiaison Design 株式会社が協働で実施した活動である。主な目的はインドネシアを含むアジアの高校生を対象に日本の介護技術を効果的に学べる多言語教材を開発し、介護技術と日本語学習の両面で学習効果を高めることである。

【活動】実証活動、2024年10月20日から10月25日までSMK Kesehatan Mandala Bhakti (Jl. Singosari Utara II, Nusukan, Kec. Banjarsari, Kota Surakarta, Jawa Tengah 57135 インドネシア)の看護学科特定技能コースにてiTherapy V4を活用し、介護技術に関する多言語動画教材活用の可能性を検証した。受講生は16～19歳が中心で男女比では女性が95%以上を占めていた。現地でのiTherapy V4による日本介護の実証講義後に行ったアンケート結果からは、受講生全体の92%が継続学習を望む結果となり学習効果向上の可能性が伺えた。

【考察】受講生は「介護の日本語が難しい」と回答した者が多く、自主学習教材としてYouTubeやTikTokが広く利用されていた。今後、研究活動の展開として、SNS(TikTokやYouTube等)を活用した短編動画の介護教材等、デジタル版教材の開発が必要であると結論付けられた。また、介護技術に対応する国家試験の過去問題を多言語で提供する計画も同時に進行させる必要が伺えた。日本の介護人材不足への対応策として、アジア地域での介護技術教育の充実に向けた研究活動を更に推進する必要があると考えている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)14 事業所運営・経営2

P-1-138

訪問診療における在宅時医学総合管理料別の経営効果分析

渡邊 祐基 ワタナベ ユウキ
緒方 彩人 オガタ アヤト
訪問診療わっしょいクリニック

【目的】

訪問診療クリニックにおいて在宅時医学総合管理料別の患者受け入れはクリニック経営の収益性にどのような影響を与えるか検討した。

【方法】

2021年7月～2024年11月の期間に当院の居宅訪問診療を受けた661人。

在宅時医学総合管理料の患者を下記に分類した。

A: 月2回以上訪問（がん末期）140人

B: 月2回以上訪問（処置あり）108人

C: 月2回以上訪問（難病）80人

D: 月2回以上訪問 315人

E: 月1回訪問 18人

それぞれの平均在院月数、平均月収益比、患者収益予測比、往診頻度、訪問頻度を分析した。

本研究は当院倫理委員会の承認を得ており、倫理的配慮のもと発表する。

【結果】

平均在院月数（か月）：A:3.6, B: 9.9, C: 13.0, D: 12.8, E: 17.0

平均収益比：A: 1.98, B: 1.38, C: 1.7, D: 1.0, E: 0.78

患者収益予測比（在院月数×平均月収益比）：A: 0.55, B: 1.06, C: 1.75, D: 1.00, E: 1.04

往診頻度（回/患者数・月）：A: 0.96, B: 0.42, C: 0.33, D: 0.22, E: 0.12

訪問頻度（合計訪問回数/患者数・月）：A: 4.14, B: 2.90, C: 2.68, D: 2.30, E: 1.73

【考察】

A群は短期的に高い収益性を示すが、患者数維持が困難で往診頻度も最も高い。

B群は在院月数が短く、往診頻度も高いが収益性は基準のD群と変らなかった。

C・D群が長期的に高い収益性を示し、クリニック経営の基盤となることがわかった。

E群は往診と診察頻度が少なく医療従事者への負担が少ない群であった。

クリニックのマンパワーや運営状況にあわせて適切な患者の受け入れが収益向上に繋がることが今回の分析によりわかった。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)14 事業所運営・経営2

P-1-139

在宅医療における事務的業務自動化の取り組み

諸見里 透 モロミザト トオル
ゆずりは訪問診療所

【はじめに】 本国における人口減に伴う職員の採用難は、医療業界において急務な課題となっている。特に在宅医療では、膨大な医事文章の作成や電子カルテの記載内容の整理、さらに大規模な訪問診療所においては在宅医療データ加算の提出義務化など事務的業務が膨大に存在する。これらの業務は、時間と人手を多く必要とし、医療従事者の負担を増やすだけでなく、経営を圧迫する一因となっている。【活動】 業務負担の改善への取り組みとして、Excel VBAによるプログラミング開発を行い、在宅医療における事務的業務の自動化を試みた。業務の選定については「業務の手順が明確になっている事」「パソコン操作にて業務が完結している事」「人の判断が介在しない事」の条件を基に、自動化業務の選定を行った。また開発プロセスを5ステップに分類し、開発者と現場運用者の間で開発業務の共有を図った。その結果、月80時間程度の業務を自動運用に移行することができ、患者数に対する事務スタッフ数の比率は減少する結果が得られた。【考察】 本取り組みにおいて、プログラム開発における事務的業務の自動化は、業務効率化において有効であったと考えられる。また、プログラム操作により「属人化の解消」「質の均一化」「ヒューマンエラーの減少」に高い効果があったと考えられる。本発表では、事務的業務自動化の取り組みとして行った自動化の手法とその効果について示す。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)15 医療・ケアの質・評価

P-1-140

訪問診療の訪問同行者は、在宅医療の質の向上のためにどう取り組むべきか ～3年後に貢献度を再評価した結果～

武藤 英貴 ムトウ ヒデキ
高木 海 タカキ カイ
山下 歩 ヤマシタ アルク
板柳 笑果 イタマス エミカ
西井 賢俊 ニシイ トシカズ
林 佑哉 ハヤシ ユウヤ
藤谷 好紀 フジタニ ヨシノリ
柳澤 克哉 ヤナギサワ カツヤ
能勢 悠介 ノセ ユウスケ
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
守上 佳樹 モリガミ ヨシキ
医療法人双樹会 よしき往診クリニック

【目的】

当院では看護師5名と看護師以外（薬剤師1名、医療事務7名）が医師と診療同行をしており職務内容は概ね同じである。2021年医師へのアンケート調査を通して、看護師と看護師以外の貢献度の違いを明らかにすることで、同行スタッフの質の向上に繋げることを目的とした研究を行った。本研究では3年後に同一施設において同一手段で貢献度の再評価を行い、質の向上を明らかにすることを目的とした。

【方法】

当院の医師16名にアンケート調査を行った。診療関連業務18項目について同行スタッフの貢献度を5件法で調査した。同行スタッフは看護師と看護師以外に大別し両群間の差についてT検定を用いて分析を行った。

【結果】

診療関連業務18項目の平均は看護師4.26（前回比0.3）看護師以外3.76（前回比+0.1）で有意差が認められた（ $p<0.01$ ）。2021年の研究で有意差が認められた8項目について本研究では①処置の介助（看護師4.7 看護師以外3.1）②皮膚ケア（看護師4.6 看護師以外3.0）③排泄処置（看護師の貢献度4.9 看護師以外3.0）④精神援助（看護師4.3 看護師以外3.5）⑤介護指導（看護師の貢献度4.1 看護師以外3.6）⑥家族の精神介助（看護師4.1 看護師以外3.7）⑦意思決定支援（看護師3.8 看護師以外3.6）⑧カルテ入力補助（看護師4.0 看護師以外3.9）。①～⑥の項目で両群間の有意差が認められた一方で⑦、⑧の項目では有意差は認められなかった。

【考察】

看護師同行の有用性が示唆された。看護師以外では療養上の世話と処置の介助が課題である。また両群とも貢献度の平均は2021年に比べて概ね同じであったが、⑦と⑧の項目では看護師以外の質の向上が示唆された。毎朝のカンファレンスや不定期で医薬品・医療機器の院内勉強会を実施しており質の向上に寄与したものと考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)15 医療・ケアの質・評価

P-1-141

在宅医療患者の生活の質(QOL)の1年間の変化:縦断研究

飯田 英和 イイダ ヒデカズ
林 伸宇 ハヤシ シンウ
高橋 由利子 タカハシ ユリコ
夏堀 龍暢 ナツボリ タツノブ
岡崎 理絵 オカザキ リエ
坂本 亜樹子 サカモト アキコ
上田 仁美 ウエダ ヒトミ
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

【目的】

在宅医療患者における生活の質(Quality of Life: QOL)の現状を明らかにし、1年間の経時的な変化を検討することを目的とした。

【方法】

2023年7～9月に当法人の在宅医療を受ける居宅患者を対象に初回評価を実施し、2024年7～9月に再評価を行った。施設入所者、認知症等により意思疎通や同意取得が困難な患者は除外した。QOLはEQ5D3L(EuroQol 5 dimensions, 3level)を用いて評価した。その他の背景情報はカルテから収集した。

【結果】

2023年に研究への同意を得た患者は274名で、平均年齢81.5歳、男性39.6%、EQ5D3Lスコアの平均は0.346(標準偏差:0.397)であった。2024年には194名が調査に参加し、2023年から継続完全回答した患者は49名(不完全回答10名)であった。この49名のEQ5D3Lスコアは2023年時点で(0.407)、2024年時点で(0.382)と、ややQOLの低下が認められた。なお、2023年に回答した患者の1年後のEQ5D3Lの取れなかった215名の転帰は、存命99名、死亡73名、転居・転医40名であった。これらのグループにおける2023年時点のEQ5D3Lスコアは、存命群(0.348)、死亡群(0.296)、転居・転医群(0.370)であり、死亡群は他群に比べてQOLが低かった傾向が見られた。

【考察】

本研究は在宅医療を受ける患者のQOLを縦断的に評価した。両年で回答が得られた患者においてQOLはわずかに低下しており、特に1年後に死亡した患者は初回評価時点からQOLが低いことが明らかになった。今後、在宅医療におけるQOL低下に関連する要因を明らかに、より個別に介入していく必要がある。

利益相反:なし

一般演題(ポスター)15 医療・ケアの質・評価

P-1-142

訪問看護師におけるポータブルエコーの実践報告

吉田 翔 ¹	ヨシダ ショウ
野口 聡美 ¹	ノグチ サトミ
梁木 理史 ²	ヤナキ マサシ
小出 俊一 ²	コイデ シュンイチ
梁木 富美子 ²	ヤナキ フミコ
森 法道 ²	モリ ホウドウ
武富 貴子 ²	タケトミ タカコ
津留 大悟 ¹	ツル ダイゴ
徳永 恵 ¹	トクナガ メグミ
高口 のりこ ¹	コウグチ ノリコ

¹緩和ケア訪問看護ステーションむらお

²村尾在宅クリニック

【はじめに】

日本は現在、急速な少子高齢化とそれに伴う医療ニーズの多様化に直面している。在宅医療では診断や治療に必要な医療資源が限られているため、いかに効率的かつ効果的に患者の状態を把握し適切なケアを提供するかが課題となる。訪問看護師がエコーを用いて介入が有用であった3症例を報告する。

【症例】

- ①症例目(70歳代・女性)腹膜癌末期。訪問看護師は、腹水による症状悪化を緩和するため、エコーを用いて腹腔内の状態を評価した。処置後、患者の腹部膨満感や息切れは著しく改善し、ADLが大幅に向上した。
- ②症例目(80歳代・男性)腭頭部癌末期。排尿回数の減少が見られ、家族が不安を抱えていた。訪問看護師は、患者の排尿状態を評価するためにエコーを行った。その結果、緊急で導尿が必要はないことを確認。家族は経過観察する選択を受け入れられた。
- ③症例目(90歳代・男性)在宅療養中に徐々にフレイルが進行。飲食料も減少しつつあり、脱水を心配した家族から点滴希望があった。訪問看護師は、エコーを用いて下大静脈径を測定し、著明な脱水がないことが確認。家族に点滴必要がないことを説明し、点滴加療を行わないことを納得された。

【考察】

- ①症例目は訪問看護の介入に合わせて定期的に腹水の量や分布をエコーにて評価し、最適な腹水穿刺のタイミングを訪問診療に連携することで苦痛緩和とQOLの向上に寄与できた。
- ②症例目は終末期の乏尿に対して緊急で導尿の必要性がないことをエコーで評価し、患者への余計な身体的侵襲を回避できた。また、家族にも画像を供覧することで終末期の受容促進できたと考える。
- ③症例目は脱水疑いに対して、エコーを用いた下大静脈径の測定にて、非侵襲的かつ客観的に脱水の程度を評価し、不必要な点滴を回避できた。その後の輸液の必要性についてもエコーで評価しながらの点滴加療行うことで本人・家族も納得した輸液管理となった。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)15 医療・ケアの質・評価

P-1-143

訪問診療の質を高めるために訪問診療同行看護師の看護管理者との面接

大塚 美智子 オオツカ ミチコ
医療法人サング あさのクリニック

【はじめに】

当クリニックの訪問診療では、訪問診療同行看護師（以下同行看護師）が診療補助やケア、診療後に他職種との連携を行っている。同行看護師の役割は多岐に渡り、看護師経験が浅く入職した人や、経験豊富な人でも理解できるように面接シートを作成しラダー別に個々が出来ることを管理者と確認する。同行看護師が、面接を受ける事で多岐にわたる役割をポジティブに捉え、クリニック内や他事業所との多職種間とのコミュニケーションへの取組みに向くことが出来ている。

【活動】

2023年から日本看護協会クリニカルラダーを使用し、個人面接を毎月30分程度行っている。面接シート作成し、個人ができているエピソード記載や、毎月の目標を確認しながら、目標に向かって研修提示のサポートも行っている。面接の中では、個人的な心理的不安などを表出する機会を作っている。2024年からは、日本精神保健福祉士協会の精神保健福祉士キャリアラダーを参考に、仕事と暮らしの調和を加え、面接に活かしている

【考察】

同行看護師は医師の診療補助だけではなく、診療時の直接ケアや多職種からの情報収集・アセスメントを行い、より診療の質を高めるように取り組みたい思考がある。しかし、個人の認識や職場環境によっては、自らの思考を積極的に行えない、診療時、臨機応変な対応が苦手など、個々の特性に合わせて「できている点」を承認する工夫を行っている。

面接に向けての面接シートを準備することで、対応した症例を振り返り、同行看護師として日々の看護実践内容の評価を望む機会でもある。同行看護師は、患者・家族やその方々を取り巻く多職種とのコミュニケーションに難渋したり、穏やかでより良い診療を目指し、一喜一憂しながら、次の診療に活かせるよう、シートを用いた面接を継続している。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)15 医療・ケアの質・評価

P-1-144

在宅看取りを経験した遺族に対する訪問診療の満足度と緩和ケアのアウトカム調査

永藤 瑞穂¹ ナガフジ ミズホ
舩本 祥一^{1,2} マスモト ショウイチ
山本 由布^{1,2} ヤマモト ユウ

¹つくばセントラル病院総合診療科

²筑波大学医学医療系地域総合診療医学講座

【はじめに】超高齢化社会である我が国において、2025年には在宅医療を必要とする患者が29万人に達すると予測され、在宅看取りの需要の増大が見込まれている。在宅で最期を迎えた患者が受けた医療の質に関する研究は不足しており、本研究では在宅看取りを経験した遺族を対象に、訪問診療の満足度および緩和ケアのアウトカムの調査を行った。

【方法】2022年4月1日～2023年3月31日に当院の訪問診療で在宅看取りを行った患者家族56名を対象に、郵送による質問紙調査を実施した。患者属性として、性別、死亡時の年齢、遺族属性として、性別、年代、患者との関係性を評価した。訪問診療の満足度は5段階リッカート尺度を、緩和ケアのアウトカムとして、CES (Care Evaluation Scale) 短縮版、GDI (Good Death Inventory) 短縮版、BGQ (Brief Grief Questionnaire) を用い、自由記載で訪問診療の良かった点・改善点も収集した。結果はエクセルを用いて集計し、記述統計を用いて分析した。本研究は当該施設の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】56名に調査票を送付し、40名(男性13名、女性27名、回収率71%)から回答を得た。回答者の内訳は配偶者52.5%、子37.5%、父母7.5%であった。訪問診療の満足度は90%が「満足」(非常に満足75%、満足15%)と回答し、CES平均スコアは53.3/60、GDI平均スコアは54.3/70と高評価であった。BGQ平均スコアは4.3点で、遷延性悲嘆症が疑われる5点以上は約半数を占めた。

【考察】訪問診療への満足度とGDIの高評価から、比較的質の高い訪問診療を実施出来ていると考えられた。一方で、遷延性悲嘆が疑われる遺族が約半数存在し、こうした遺族の拾い上げ、早期支援が必要と考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)15 医療・ケアの質・評価

P-1-145

スタットセンサーエクスプレス iTMクレアチニンを用いた高齢者施設および在宅医療における薬剤投与の適正化—第1報 在宅医療にける活動報告—

坪内 理恵子¹ ツボウチ リエコ
 継田 雅美² ツギタ マサミ
 釜本 美優¹ カマモト ミヒロ
 岡田 和典¹ オカダ カズノリ
 足達 楓¹ アダチ カエデ
 高原 みなみ¹ タカハラ ミナミ
 大瀧 亜友那¹ オオタキ アユナ
 鮎川 裕太¹ アユカワ ユウタ

¹薬樹株式会社

²新潟薬科大学薬学部臨床薬学研究室

【はじめに】

高齢者は複数薬剤服用により相互作用や副作用のリスクが高まるため、高齢者施設および在宅医療における薬剤投与の適正化は健康管理の重要な課題である。POCT（Point of Care Testing）としてスタットセンサーエクスプレス iTMクレアチニン（以下、本機器）を使用する事で適時に腎機能をモニタリングし、適切な薬剤選択ならびに投与量や投与タイミングを判断することで高齢者の病態安定に貢献できる。また、これにより医療費、薬剤費の削減に繋げることができる。

【活動】

薬樹株式会社（以下当社）にて在宅患者訪問薬剤指導を行っている患者を対象として、処方薬を調査した。全ての処方薬の中から日本腎臓病薬物療法学会「腎機能低下時に最も注意が必要な薬剤投与量一覧」に掲載されている薬剤を抽出し、その該当患者に対して本機器によるクレアチニン値測定を行った。測定の実施者は、指導を受けた患者本人または家族とした。測定値からeGFR・eCCrの計算値を算出し、薬剤の投与方法または薬剤選択に変更が必要と考えられた症例と薬剤を調査し、主治医に報告・提案した。尚、本研究は、新潟薬科大学倫理審査委員会にて研究計画、患者への説明と同意文書の承認を得た。（承認番号202307）

【考察】

2024年12月1日～2024年12月31日の調査では、対象薬剤としてDPP4I、SU剤、VD4製剤、DOAC、ST合剤が多くみられているが、本機器により腎機能と適正な投与量評価が得られている。

現在の在宅医療現場では定期的な血液検査は1～6カ月毎に実施されるが、薬剤相互作用のほか、感染症罹患や脱水、下痢などにより急速に腎機能が低下するリスクを抱えている場合が多く、本機器による検査で腎機能状態を簡易にスクリーニングできることは、より良い在宅医療に繋がると考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)15 医療・ケアの質・評価

P-1-146

在宅輸血を通して考える、在宅療養支援診療所看護師の今後の展望

木橋 香苗	キバシ カナエ
杉山 唯	スギヤマ ユイ
伊藤 万桜	イトウ マオ
北野 昌江	キタノ マサエ
瀧野 麻衣	タキノ マイ
久保 葉々美	クボ ナナミ
磯村 花梨	イソムラ カリン
平塚 めぐみ	ヒラツカ メグミ
中越 久代	ナカコシ ハツヨ
小早川 留衣	コバヤカワ ルイ
小早川 節	コバヤカワ セツ

波乗りクリニック

【はじめに】

この2年間で2名の輸血治療も含めた訪問診療をおこなった。終末期のBSCとなり、「最期まで家族と生活しながら在宅で過ごしたい」という患者の願いと、「在宅輸血を提供してくれる在宅医はいるのか」「在宅で輸血は可能なのか」という紹介先からの要望であった。病院で行う輸血とは環境も違い、在宅医が担う責任や準備等の業務は多く、負担も大きい。そこで診療所看護師が医師と協力して、安全にスムーズに輸血をするために看護師主導で行う業務や役割は多くあり、その中で多職種との連携、診療所看護師の意義とは何かを考えた。

【活動】

安全かつスムーズな在宅輸血は準備が全てである。人的環境調整と物理的環境調整は看護師主導で行う。人的環境調整は、在宅輸血は当院だけでなく、訪問看護ステーションの協力をいただいて実施出来ているため、訪問看護ステーションとのスケジュール合わせ、当院の医師と看護師の調整である。物理的環境調整は、必要な医療物品の準備、急変時の対応薬剤や物品準備である。血液検査確認、血液製剤の種類確認、血液製剤の発注日と納品日時、時間など現状の患者の状態を把握したうえで医師と1.2週間先までの輸血スケジュールを確認。輸血当日は輸血中の観察を行った。診療所看護師は訪問看護師と違い、訪問診療以外での患者とのふれあいはあまり無いのが現状である。輸血の観察時は患者に寄り添う時間が長く、訪問看護師と同様、ケアに参加出来たこと、医師や多職種と情報共有し、最後までその人らしい生き方に寄り添えた。

【考察】

在宅輸血は、患者に「自宅で最期を迎えたい」という願いを叶えるために必要な治療方法である。診療所看護師の細やかな準備と効率的な業務運営、患者に寄り添う姿勢は、重要な存在である。診療所看護師も患者とのふれあいを増やすことで、診療の質の向上やケアの質の向上に繋がるのではないかと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)15 医療・ケアの質・評価

P-1-147

小児在宅医療における24時間オンコール対応と臨時往診の実態 ～本当に”小児在宅医療は大変”なのか?～

水谷 亮 ミズタニ アキラ
雨宮 馨 アメミヤ カオル
河野 千佳 コウノ チカ
古川 真弓 フルカワ マユミ
飯田 宏美 イイダ ヒロミ
中澤 温子 ナカザワ アツコ
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

【目的】小児在宅医療は医療的ケアや重症児が多いため、24時間の緊急対応が困難というイメージから、成人中心の在宅医には敬遠されやすい。小児在宅でのオンコール対応（以下、OC）や臨時往診に関する検討は少なく、今回その実態を明らかにする。

【方法】2024年1月～12月に当院で定期的に訪問診療を行った小児患者85例を対象に、OCおよび臨時往診の内容を後方視的に検討した。

【結果】基礎疾患は神経・筋疾患と染色体異常が75%を占め、超重症児スコアは平均27.4点で、経管栄養93%、気管切開61%、人工呼吸器59%だった。経過中に5例が死亡し、うち2例は在宅看取りだった。

総OC件数は1054件/年で、平日・日中は709件（67%）、夜間・休日は345件（33%）だった。そのうち深夜帯は38件（4%）だった。電話元は、患者家族625件（60%）、薬局197件（18%）、訪看137件（13%）、その他96件（9%）だった。症状の相談内容は呼吸24%、発熱14%、消化器12%、神経7%だった。上記に加えて、電話相談または臨時往診で対応後、当院からフォローアップの電話を477件行った。

総臨時往診は322件/年で、平日・日中の臨時往診（818時）が298件（92%）と最も多く、夜間往診（1822時、68時）は5件（2%）、休日往診（休日622時）は18件（6%）、深夜往診（226時）は0件だった。臨時往診後、医療機関ERへ14件紹介し、うち11件が入院した。

【考察】医療的ケアを有する重症児が多かったが、呼吸や発熱などの一般的な対応が中心だった。また日中にフォローアップの電話や往診をしたことにより、夜間休日のOCや臨時往診が少なかった可能性があった。以上から、小児在宅医療に求められることは専門診療ではなく総合診療であり、また24時間OC対応でも夜間の負担は比較的少ないと考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)15 医療・ケアの質・評価

P-1-148

癌患者と非癌患者の在宅診療における特徴の比較検討 ～当クリニックでの集患戦略もふまえて～

草永 真志 クサナガ マサシ

永井 康德 ナガイ ヤスノリ

医療法人ゆうの森 たんぽぽクリニック

【目的】在宅診療での集患は経営戦略上重要な要素である。当クリニックでも入院施設の併設や、多職種向け勉強会の開催により紹介患者数の増加に努めてきた。一方、癌患者と非癌患者では医療ニーズおよびアプローチの違いは顕著であり、そのバランスを取ることは経営戦略および持続可能な診療維持の観点からも重要である。今回、当クリニックでの癌患者と非癌患者における在宅診療の現状を後ろ向きに検討した。

【方法】2024年1月から6ヶ月にわたり当クリニックにおいて居宅での訪問診療を行った495名（癌患者85名、非癌患者410名）を対象とした。

【結果】初診からの観察期間中央値が癌患者2.7ヶ月、非癌患者21.2ヶ月であった。診療回数の中央値（四分位範囲）は癌患者/非癌患者で1週間当たり1.2（1.5）/0.5（0.2）回、保険診療点数は4148.0（8568）/1869.5（1087）点で、夜間・深夜往診回数の平均値±標準偏差はひと月当たり 0.160 ± 0.052 / 0.045 ± 0.013 回であった。当クリニックへの紹介元機関（医療機関:介護支援専門員:その他）は癌患者/非癌患者で66:11:8/111:168:131名であった。

【考察】癌患者は一人当たりの診療点数が高いため経営には大きな影響を与えるが、診療回数およびそのばらつきや往診回数も多く、患者の入れ替わりも早いため診療スタッフの負担にもなり得る。一方、非癌患者は診療回数のばらつきも少なく、在宅療養期間も長いため安定した収入が見込める。癌患者集約のためには医療機関と、非癌患者集約のためには介護支援専門員との連携が必要であり、診療機関の特性に合わせた調整が必要である。今回の検討により癌患者と非癌患者の特性を明らかにすることで、患者集約における経営戦略や診療業務調整の一助となり得ると考える。

当研究は日本在宅医療連合学会の倫理審査承認を得て行った。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)16 人材育成・教育

P-1-149

訪問診療専門クリニックにおける医学生の長期臨床実習の受け入れ経験

松本 真一¹ マツモト シンイチ
鋪野 紀好² シキノ キヨシ
山内 かづ代² ヤマウチ カヅヨ
荒木 信之² アラキ ノブユキ
伊藤 彰一^{2,3} イトウ ショウイチ

¹悠翔会在宅クリニック 葛飾

²千葉大学大学院医学研究院 地域医療教育学

³千葉大学大学院医学研究院 医学教育学

【はじめに】令和4年度に医学教育モデル・コア・カリキュラムが改訂され、卒前医学教育における地域臨床実習の重要性が高まっている。医学生における在宅医療実習のニーズが増加する中、実習の受入側も学修目標の理解と効果的な教育方略について検討する必要がある。当院は訪問診療専門クリニックであり、今回、3週間の長期にわたる臨床実習を初めて受け入れたのでその経験を報告する。

【活動】2024年9月から11月にかけて、2名の5年次医学生を各3週間受け入れた。事前に教育計画書を作成し「退院後の患者さんの生活を具体的にイメージし、多職種連携し、訪問診療開始から看取りまでの一連の流れを知る」という実習目的を設定した。退院前カンファレンス、相談員の事前訪問、精神科訪問診療、看取り、お悔やみ訪問の同席も実習に含めた。バイタル測定、身体診察などを行ってもらうことで主体的に実習に関われるように意識した。毎日の振り返りに加え、金曜日に翌週の目標設定を行った。最終日にまとめの発表を実施した。「疾患だけでなく、家族や生活環境、社会背景も加味して総合的に捉えることができた」「患者は病院にいる時以外の時間の方が長いにも関わらず、その面が見えていなかったと気づいた」「疾患ではなく人を診ながらその人にとっての最善を考えることを積み重ねていることを理解できた」といった振り返りが得られた。

【考察】

教育計画書を院内共有することで職員が短期実習とは異なる目的で実習に来ていることを理解して受け入れられた。学生の振り返りからはおおむね目標を達成できたことが確認できた。職員からは「学生との会話を聞くことで医師の思考過程がわかったので勉強になった」「学生さんが家にある思い出の品から話を膨らませ、患者さんの新たな一面が見られた」という振り返りが得られた。長期実習は職員の学びにもつながるため今後も積極的に受け入れていきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)16 人材育成・教育

P-1-150

A 訪問看護ステーションにおける専門性の高い看護師の活動報告

加藤 直美 ¹	カトウ ナオミ
前川 典子 ¹	マエカワ ノリコ
丸山 里香 ¹	マルヤマ リカ
長 光代 ¹	チョウ ミツヨ
安藤 百合江 ¹	アンドウ ユリエ
山田 毅 ²	ヤマタ ツヨシ

¹医療法人社団すまいる おれんじ訪問看護ステーション

²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】

近年、訪問看護ではがん末期患者や人工呼吸器の装着者、チューブ類を使用して生活する人など、医療ニーズの高い利用者が増えている。また、令和4年度診療報酬改定および令和6年度介護報酬改定で、適切かつ質の高い訪問看護を提供する観点から、専門看護師・認定看護師・特定看護師（以下、専門性の高い看護師とする）の訪問看護が評価され、専門性の高い看護師の果たす役割は重要である。そこで、診療報酬改定があった2022年6月から2024年9月まで、A 訪問看護ステーション（以下、A ステーション）に在籍する専門性の高い看護師の活動について報告する。尚、倫理委員会の承認を得ている。

【結果】

2022年4月から2024年9月までのA ステーションの利用者は延べ388名であった。緩和ケアに係る研修を修了した2名の担当利用者は延べ101名で、専門管理加算を算定した利用者は35名、訪問看護基本療養費を算定した利用者は2名であった。また、栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連の研修を修了した3名の担当利用者は延べ117名、脱水症状に対する手順書の交付は30名で、実践は3名であった。呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連で手順書の交付は3名で、実践は2名、創傷管理関連で手順書の交付、実践共に2名であった。利用者や家族からは、専門性の高い看護師が対応し、症状緩和したことで安心感に繋がったと言う思いが聞かれ、スタッフからは、タイムリーに知識や技術を修得できたなどの声が聞かれた。更に、専門性の高い看護師が訪問することでA ステーションの収益が増えた。

【考察】

専門性の高い看護師は、約3割を専門分野の利用者で占め、タイムリーな看護実践ができている。また専門性の高い看護師が在籍することで、利用者や家族、スタッフに良い影響を与えると共に、安定したステーション運営にも繋がっていると考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)16 人材育成・教育

P-1-151

看護基礎教育における多職種連携をゲーミフィケーションで学ぶ意義 コミュニティコーピングボード[®] ゲームを教育に用いて 第2報

堀 智子 堀 智子
米澤 知恵 ヨネザワ トモエ
藍野大学

【目的】訪問看護師の看護実践能力のひとつに社会資源の活用と連携が挙げられ、連携の重要性やその実際を学ぶことは看護基礎教育において必要である。連携能力の育成について、医療福祉現場の経験の少ない学生にはイメージが付きにくく理解が難しい。私たちは高齢社会を疑似体験できるコミュニティコーピング[®]というボードゲームに着目し、それを教育に取り入れることで、多職種連携の必要性が楽しく学べるのではないかと考えた。

【方法】コミュニティコーピング[®]を体験した2022年度119名と2023年度113名の看護学生のレポートを対象にKH coderというソフトを用いて計量テキスト分析を行った。

【結果】総抽出語と使用数は2022年度15220語と5951語、2023年度12589語と5050語で、上位抽出語は「解決」「人」「ゲーム」「悩み」「地域」「問題」「考える」「学ぶ」「思う」は両年に共通していた。「抱える」「大切」はそれぞれ2022年、2023年に抽出されていた。「多職種連携」という言葉について、2022年度は13個、2023年については4個抽出された。2023年の共起ネットワークは上位抽出語を中心に「話」「聞く」「ゲーム」「思う」「悩み」「問題」「解決」「専門」「持つ」といったことを学んだということが中心ラインに来たが、2022年では「複数」「悩み」「抱える」「地域」「人」「つながり」「持つ」「問題」「解決」「ゲーム」ということを中核にしつつ、「コーピング」「処方」「行う」や「フォーマルサービス」「社会資源」「活用」などの用語が散在していた。

【考察】両年とも複数の悩みを抱えた地域住民について話を聞いたり、地域に潜在する専門家につなぐことで解決する支援策やその重要性について学んでいた。しかし、実際にそれを多職種連携と連携として捉えておらず、今後の課題と思われた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)16 人材育成・教育

P-1-152

VF × VR ～訪問診療のビデオフィードバックをVRで～

崎山 隼人¹ サキヤマ ハヤト
水間 喜美子³ ミズマ キミコ
指宿 りえ² イブスキ リエ
網谷 真理恵^{2,3} アミタニ マリエ
大脇 哲洋^{1,2,3} オオワキ テツヒロ

¹鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 医療人材連携教育センター

²鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 地域医療学分野

³鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 離島へき地医療人育成センター

【はじめに】より良い在宅医療を実践するために、継続的な生涯学習が欠かせない。在宅医療の実践に欠かせないコミュニケーションスキルの向上や、在宅医としてのプロフェッショナルリズム醸成に、ビデオフィードバック（以下VF）は効果的である。しかし、外来診療のように患者と医師が1対1でコミュニケーションする場面だけ見ると異なり、在宅医療では患者と取り巻く介護者の様子、居住空間の状況を踏まえた診療が求められるため、通常のVFでは不十分な可能性がある。そこで、360度視野を得られる仮想現実（virtual reality：以下VR）を活用することで、在宅医療ならではのVFを実践することとした。【活動】複数の医師が継続的に在宅医療を提供している2つの医療機関に協力を依頼し、筆者の訪問診療の様子を撮影したVR動画を用いて、VFを実施した。言語的・非言語的コミュニケーションや、診察手技など、VRでなくても生じうる意見があった一方で、同居家族とのコミュニケーション、居住空間にあるものへの気づきなど、VRの広い視野から参加者それぞれが気になった点から生じた議論もあった。専用ゴーグルではなくそれぞれのデバイスでの視聴してのVF実施や、医師ではなく同行看護師の動きに注目するなど、さらに発展的な意見も得られた。【考察】VRを用いたVFを実施した。VFを初めて経験した医師も、今後自身の診療のVFを希望していた。患者と家族それぞれとどのようにコミュニケーションをとるか、飾ってある写真や物に焦点を当てることなど、VRによって学びを深めることができた。VRによるスムーズなVF実施のための改善点を見出すとともに、自分は気づけていないが他者は気づいていることを認識できるというVRならではのメリットを活かすことの重要性を感じた。VRは訪問診療の生涯教育として重要なツールとなりうる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)16 人材育成・教育

P-1-153

訪問診療同行看護師による、みなし指定訪問看護事業のプロセス

松山 幸 マツヤマ サチ
松本 真一 マツモト シンイチ
医療法人社団悠翔会在宅クリニック葛飾

【はじめに】

急速に進む少子高齢化社会において社会保障負担が増加し、医療・介護体制が逼迫される状態が起きている。在宅医療界においては2040年頃に高齢者数が最大になると予想されており、訪問診療、訪問看護の量的・機能的拡大、質向上が求められている。その方略として、当院はみなし指定訪問看護事業（以下、みなし訪看）を発足させたのでここに報告する。

【活動】

当院は常勤医師3名、看護師5名、ソーシャルワーカー2名、診療アシスタント3名、医療事務2名の体制で約400名の患者の訪問診療にあたっている。看護には「診療の補助」と「療養上の世話」という大きな役割がある。前者は他職種で補えることも多いが、後者は看護師のみが担える役割である。当院の看護師はこれまで診療同行業務が中心であったが、「終末期ケアや介護保険未申請だが医療ケアが必要な患者の早期介入」のため、業務の一部を訪問看護へ移行し、みなし訪看を発足させる方針とした。訪問看護eラーニングの受講、訪問看護事業所への研修に参加し、院内全体に向けた勉強会を行うことで、訪問看護の業務作成と役割周知を行った。また、人員配置の采配として、診療アシスタントの診療補助業務をさらに拡大するため、クリニカルラダーの作成と教育を行った。

【考察】

診療同行だけではカバーしきれない患者ニーズを満たすため、院内周知の徹底とタスクシフトを行ったうえでみなし訪看を開始した。みなし訪看のデメリットとして訪問看護ステーションと比して診療報酬が低く、利用者が増加しにくい。メリットとして介護保険事業者として新たな許可は不要であり、診療所と設備の共用が可能である。診療同行看護師がみなし訪看を行う最大のメリットは、医師との連携が図りやすく、規範的統合がなされたケアを迅速に提供できる点である。みなし訪看の強みを生かし、スタッフの教育、利用者の拡大をしていくことが今後の課題である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)16 人材育成・教育

P-1-154

人工呼吸器を用いた喀痰吸引等研修の評価

前川 典子¹ マエカワ ノリコ

加藤 直美¹ カトウ ナオミ

大久保 香奈恵² オオクボ カナエ

山田 毅² ヤマダ ツヨシ

¹おれんじ訪問看護ステーション

²やまだホームケアクリニック

【目的】人工呼吸器管理に対し苦手意識のある看護師は多く、介護職員等も同様の思いがあると考えた。今回、喀痰吸引等研修の第三号基本研修（以下、研修）のシミュレーション演習に人工呼吸器体験を計画した。研修後アンケートを実施し、人工呼吸器体験を用いた研修を評価した。

【方法】研修終了直後に独自に作成したアンケートを実施。アンケートは16項目で非侵襲的人工呼吸器療法（以下、NPPV）と侵襲的人工呼吸器療法（以下、TPPV）に分け、回答は選択式と自由記載にした。本研究は、法人倫理委員会の承認を得た。（承認番号：202407）

【結果】研修参加者4名にアンケートを実施。属性は、年齢40～60歳台、職務経験年数1～20年だった。「今まで人工呼吸器療法の方を担当したことがあるか」の質問では、NPPV0名、TPPV1名だった。「今回人工呼吸器療法を体験してどうだったか」の質問では、NPPV・TPPVとも全員がよかったと回答、理由として仕組みが分かった、看護師任せでなく自分でも観察できると思えた、これからのケアに役立つとあった。「人工呼吸器療法が理解できたか」の質問では、NPPV・TPPVともにできた1名、少しできた3名だった。「今後、研修に望むことがあるか」という質問では、人工呼吸器療法がまだ少し怖いと思っている、どんな事故があるのか・対応できるか不安があると回答があった。

【考察】人工呼吸器管理には、多くの知識や技術が求められる。今回の研修では、人工呼吸器管理に対する前向きな言動が得られ、人工呼吸器体験の研修は有用だったと考える。しかし、研修時間に限界があり、人工呼吸器管理に不安は残った。今後は事前に使用している人工呼吸器の情報を得て、実践を見据えた研修が計画できれば、経験値を増やすことができる。また、研修終了後のフォローアップ体制が構築できれば、受講生の恐怖心や不安が軽減できると考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)16 人材育成・教育

P-1-155

特定行為看護師による在宅での胃ろう交換

戸丸 悟志¹ トマル サトシ
郡 隆之² コオリ タカユキ

¹とね訪問看護ステーション

²利根中央病院

【はじめに】

当訪問看護ステーションでは2023年6月より胃ろうカテーテルの在宅交換を開始した。バンパー型の胃ろうカテーテルの交換は特定行為手技の中でも危険な行為に分類されるため、十分な経験を積むとともに交換時の安全性を高める必要がある。今回病院で胃ろう交換手技を獲得し、在宅で交換を行ったので報告する。

【活動】

ボストン社エンドビブボタンⅡ20Fr（以下エンドビブ）での交換、オリンパス社イディアルボタンゼロ24Fr（以下ゼロ）への交換を経験し安全性も検討した。

カテーテルの交換は指導医とともに全例病院外来で透視下とスカイブルー法併用で行った。手技の確立後、エンドビブでの交換を在宅で2例交換を行い、1年後ゼロへの交換を1例行った。エンドビブでの在宅交換後、地域として胃ろうのデバイスを検討し交換時の安全性の高いゼロへ変更にした。

【考察】

特定行為看護師による胃ろう交換は2024年12月までに191名交換をした。内131名が20Frエンドビブから20Frエンドビブへの交換、27名が20Frエンドビブから24Frゼロへの交換、1名が24Frエンドビブからゼロ、33名がゼロからゼロへ交換を行った。在宅での交換は3名（エンドビブ2名、ゼロ1名）行った。

胃ろう交換の手技が安定するまでに20症例ほど症例を要し、30症例を超えた時点で指導医から完全にタスクシフトが可能になった。

エンドビブからエンドビブの交換は胃ろうを引き抜くときの抵抗があり、苦痛を伴うため交換時に患者が動き、手が出てしまうことがある。医師による局所麻酔を行うことで苦痛の軽減は出来るが、看護師では麻酔を使用することは出来ない。苦痛がなく安全に交換を出来る点でゼロは優れている。

ゼロからゼロへの交換は侵襲性が低く容易であり、練習症例も少なく済むことで看護師による交換方法として極めて有用であると思われた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)16 人材育成・教育

P-1-156

第12回九州在宅医療推進フォーラム in MIYAZAKIにおける 在宅医療連合学会企画の共催

郡山 晴喜¹ コオリヤマ ハルキ

吉田 伸² ヨシダ シン

江口 幸士郎³ エグチ コウシロウ

¹ホームクリニックみまた

²頼田病院

³今立内科クリニック

【はじめに】九州ではこれまで各県持ち回りで在宅医療推進フォーラムが開催されてきたが、宮崎県で開催された第12回大会の中で在宅医療連合学会企画を共催したので報告する。

【活動】全国在宅療養支援医協会（九州ブロック）が主催する第12回九州在宅医療推進フォーラムは、令和6年10月19日・20日の2日間、「いまみつめなおし、地域で広げる ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」をテーマに宮崎県医師会館にて開催された。参加者は1日目131名、2日目134名であった。1日目には「ACPをみつめなおす」と題したシンポジウムならびに臨床倫理カンファレンスを行い、2日目には基調講演やシンポジウムを通してACPを地域で広げていくための取り組みについて学びを深めた。

在宅医療連合学会地方組織九州支部会はこのフォーラムにおいて、同じ会場の別室でポートフォリオ大会や一般演題発表といった学会企画を共催した。ポートフォリオ大会では在宅医療研修プログラム生など3名、一般演題では看護師や薬剤師を含め4名の発表があった。また本大会において在宅医療連合学会九州支部会の発足を宣言し、来年以降も共催という形で九州在宅医療推進フォーラムを盛り上げて行くことを確認した。なお在宅医療連合学会地方組織九州支部会は準備の段階から、学会企画についてだけでなく、フォーラム全体のテーマや企画、基調講演やシンポジウムの演者、開催場所や日時などについて2年前から協議し、フォーラムの実行委員会を支援した。

【考察】フォーラムに合わせて学会企画を行うことで、今後の在宅医療を担う若手の医師や薬剤師など多職種が参加し、九州の幅広い在宅医療従事者が交流を深めることができた。今後も在宅医療連合学会九州支部会として、九州在宅医療推進フォーラムに合わせて学会企画を開催していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)16 人材育成・教育

P-1-157

薬学部5年生が実務実習として在宅医療の現場に出る前に学ぶ老年学 ～ヘルスヒューマニティーズ（健康人文学）の視点から在宅高齢者を捉えるための薬学教育～

千田 一嘉 センダ カズヨシ
金城学院大学

【はじめに】在宅医療の現場で実務実習を受ける薬学部5年生は、多病を患う高齢者とその家族を含む医療・ケアチーム（TC）の一員として、個別の薬物治療を学ぶ前に、多様な高齢者の全体像を把握する老年学を学ぶ必要がある。老年学の理解のためには、病を「疾患」でなく、「経験」と捉え、保健・医療と芸術・人文学・社会科学が融合されたヘルスヒューマニティーズ（健康人文学）の視点が有用である。

【活動】2022年度の「薬学教育モデル・コア・カリキュラム」（2022コアカリ）は在宅医療現場での患者生活の多面的評価と地域包括ケアシステムの構成要素であるTCにおける薬物治療の専門家としての貢献を強調している。2022コアカリの健康人文学に関する倫理学、心理学、行動科学、情報（工）学、教育学を参照した。書店で入手可能な薬学概論5冊、薬学領域の倫理の3冊の教科書に加え、他の人文科学の参考書も検討した。2022コアカリの薬剤師としての基本的資質・能力として「患者・生活者を総合的に診る姿勢」が示され、人間性・社会性の醸成、情報・科学技術の利活用、共感的で円滑な情報共有が記載された。これらは、TC推進のため卒前教育を水平的協調する枠組みにおいて医学・歯学・薬学の3領域で共通化された。2022コアカリには倫理に関する記載が2013年版と同等に40か所で記載されたが、より利他的な患者中心の医療や、ICTの利活用の記載が強化された。2013年版コアカリに準拠した薬学概論5冊いずれも健康人文学領域の記載があるが、芸術と社会科学の記載には軽重がみられた。薬学部大学生の人文科学の参考書は今後の課題である。

【考察】薬学部大学生が在宅医療の場で「豊かな人間性と生命の尊厳」を深く認識するために健康人文学の視点から老年学を学修することが推奨される。2022コアカリに対応した参考書の改訂には老年学の記載をより充実させる必要がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)16 人材育成・教育

P-1-158

総合診療専攻医に対する「在宅研修チェックシート」を利用した教育活動報告

山本 幸近 ^{1,2}	ヤマモト ユキチカ
新谷 あん ²	シンタニ アン
矢野 恒太 ²	ヤノ コウタ
中安 一夫 ²	ナカヤス カズオ
吉田 伸 ²	ヨシダ シン

¹飯塚病院 総合診療科

²颯田病院 総合診療科

【はじめに】

医療を提供する上で信頼は重要である。患者は医療者を信頼し、また医療者同士も信頼しなければ医療が成り立たない。医学教育の現場では、学習者が指導者監視下のもと実際に医療行為を行いながら信頼を得て、徐々に臨床責任が委ねられていくことで学習者が提供する医療行為は増えていく。しかしながら、在宅診療という環境下では常に指導者が同行できるとは限らない。学習者が在宅診療で安全に医療行為を習得できるように教育システムを設けることが課題である。

当院では、その課題を解決すべく在宅診療を研修する総合診療専攻医に対して「在宅研修チェックシート」を課している。今回、その教育活動について報告する。

【活動】

当院では総合診療専攻医2年目に、3か月間在宅診療を研修するようにプログラムを組んでいる。研修期間中、専攻医が在宅診療する上で習得すべきと考える、腹腔穿刺や胃瘻交換等の医療行為14個に絞り1枚のシートにまとめた。特に患者への侵襲度が大きい医療行為には「医療行為の見学」、「指導医が同行の上、実施」というように段階的に経験するように工夫した。専攻医は掲載されている医療行為を経験する毎にチェックし、2週間毎にチェックシートの進捗を全体で共有した。

【考察】

我々の教育活動はEntrustable Professional Activitiesを基に、段階的に医療行為を容認するシステムを作った。多くの専攻医は医療行為のうち約8割を期間中に経験し、指導医なしで在宅診療を提供できていた。ただし、実施頻度の少ない、オピオイドの持続静注への切り替え等の医療行為は経験できなかった専攻医もいた。学習者の進捗状況を共有することで、学習者・指導者がまだ経験できていない医療行為を把握しやすくなったことはもちろん、同行する医療者も把握したことで他医療者からの信頼に繋がったと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)16 人材育成・教育

P-1-159

A病院における退院支援看護師の活動

～これまでとこれからへの継承～

川本 裕美 ¹	カワモト ヒロミ
佐藤 倫恵 ¹	サトウ チエミ
川本 瑞絵 ¹	カワモト ミズエ
馬場 妙子 ¹	ババ タエコ
田中 初美 ¹	タナカ ハツミ
山口 真美 ¹	ヤマグチ マミ
田浦 直太 ²	タウラ ナオタ

¹長崎大学病院 看護部・地域医療連携センター²長崎大学病院 総合患者支援部

【はじめに】A病院では、2003年に退院支援部門が開設され、現在6名の退院支援看護師が配置されている。質の高い退院支援・療養支援の実践に向け、実践・教育・システム構築を主な役割としている。退院支援看護師の業務は個人行動が中心であり、蓄積された経験知による退院支援の質の担保が課題であった。今回、A病院退院支援看護師のこれまでの活動を振り返り、これからの活動へ向けて考察する。

【活動】入退院支援システム構築においては、診療報酬改定に沿ってシステム更新に取り組む中で、院内における入退院支援プロセスの業務的な形骸化が課題として見えてきた。教育活動においても内容が画一的な集合教育となり教育効果の評価や退院支援看護師の教育的視点の共通認識に課題があった。これに対し、院内看護師における退院支援・療養支援教育体制の体系化に取り組んだ。体系化した教育体制の実現のためには、退院支援看護師の実践および教育行動能力向上による役割発揮の必要性が見出された。それにより取り組んだ活動は、退院支援看護師の実践能力評価尺度活用による実践・教育行動のリフレクション、退院支援看護師の記録テンプレート活用による支援の均てん化と記録監査による支援の質評価である。院内看護師への教育を展開していくにあたっては、質の高い退院支援・療養支援の実践とは何かを退院支援看護師間で再考し、本質を探究するワークを行う中で、院内看護師が目指す退院支援・療養支援の新たなビジョン（あるべき姿）を「患者の目標の共有と実現」と設定した。

【考察】退院支援看護師間で対話しながら問題の本質を探究し、ビジョンを明確化していく活動のプロセスが退院支援看護師の実践および教育行動を明文化でき、退院支援看護師の役割の共通認識につながった。今後は、退院支援看護師の院内における役割発揮の充実と地域包括ケアの視点でさらに地域と協働した支援へつながることを目指す。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)16 人材育成・教育

P-1-160

「聴く」ことから始めよう ～ダイアログ～

太田 慶子 オオタ ケイコ

亀山 有香 カメヤマ ユカ

畑中 絵里 ハタナカ エリ

茶屋町在宅診療所

【はじめに】

多職種連携が要である在宅チームの一員としての自覚向上、意識統一、一人一人の現在地を把握し、更なる個々のスキルアップを図るために実施した活動を報告する。

【活動】

院内独自の評価表を用いて、自己評価後に他者評価と面談を行っていたが、日々の業務に追われる中で面談時間が十分に取れない、面談後の振り返りが継続して行えない、本音を聞き出せないと言った個々の成長の伸び悩みが見られた。

自ら考え、自発的にチーム医療の一員として行動できるようになるために医療事務5名、診療アシスタント3名を対象にまず「聴く」ことに重点を置いた。1on1面談では上下関係が影響したり、圧力を感じるスタッフもいるため本音を聞き出すことが出来ずアドバイスで終わることが多かった。そのため対話を学ぶ当院の精神保健福祉士をファシリテーターとした三者面談を実施した。ファシリテーターと面談者の話をスタッフが「聴く」、同様にファシリテーターとスタッフの話を面談者が「聴く」ことに徹し、否定や助言はしないことがダイアログの原則であり、スタッフと面談者が直接会話をするのではない。

【考察】

第三者であるファシリテーターを介することで、自己評価や自身の問題点を客観的に説明する姿勢が見られ、ファシリテーターと面談者が自身について話すことを「聴く」ことで、自身の評価や求められている将来像を冷静に認識できていた。「聴く」ことに重きを置くことで、今までは聞き取ることのできなかった仕事に対する姿勢や、思いを「聴く」ことが出来たのは大きな成果であると感じた。また、チーム医療の一員としての自覚が向上することで、より患者や家族の話に耳を傾け、患者が必要としているものが何かを考え、発信することができるようになった。今後も日々の業務の中で「聴く」を行いながら、次のステップへと進めていくための対話の継続は必要である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)17 人材育成・教育・キャリア

P-1-161

地域・在宅看護論におけるポータブルエコー演習導入の効果と課題

進藤 真由美¹ シンドウ マユミ

中山 佳子¹ ナカヤマ ヨシコ

高橋 宏子² タカハシ ヒロコ

¹信州大学医学部保健学科看護学専攻

²前 信州大学医学部保健学科看護学専攻

【目的】 本学では地域・在宅看護論において、3年前からポータブルエコー演習を導入している。現状、看護基礎教育ではエコーを用いたフィジカルアセスメントに関する教育は必須ではない。しかし、臨床ではPoint of Careの目的でエコーの活用が促進されている。本年度は多領域の教員の協力を得て演習を実施したことから、実施後の学生の自己評価結果を分析し、今後の教育内容改善に向けた示唆を得ることを目的に本研究を実施した。

【方法】 演習は2024年6月に実施し、10項目の演習目標に対して4段階評価で回答を求めた。自己評価を選択した理由についても自由記述（任意）で回答を求めた。演習は、学生が2～3名の小グループになり2種類の演習を実施した。演習Aでは学生相互に患者役・看護師役を交代しながらエコーを用いて膀胱内容量を測定した。演習BではAI搭載型のエコーと高機能ファントムを用いて直腸内の便の性状・量と膀胱内の尿量や留置カテーテルの画像所見の特徴を学んだ。また、演習Bでは末梢静脈穿刺時のエコー活用のデモンストレーションを見学した。本研究は所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した（20246264）。演題発表に際し、開示すべきCOI関係にある企業などはない。

【結果】 演習には65名が参加し、うち64名から自己評価の回答を得た（回答率98.4%）。自己評価は10項目全てで90%以上が「理解できた」「まあまあ理解できた」と回答した。自由記述では、非侵襲的に体内の情報を収集できるエコーの良さや、形態機能・解剖学に関する学習不足の気付き等の意見が挙がった。

【考察】 地域・在宅看護論の演習ではあったが、小児・老年・在宅の多領域の教員が協力して演習指導したことで、学生は過去2年間に比べて深い学びができていた。今後は演習の指導方法の改善、排泄以外の臨床での活用場面に即した演習内容の再編が必要と考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)17 人材育成・教育・キャリア

P-1-162

診療アシスタントのクリニカルラダー作成

河津 拓哉 カワツ タクヤ
松本 真一 マツモト シンイチ
医療法人社団 悠翔会

【はじめに】

当法人の診療アシスタント（以下、診アシ）の業務は主たる運行業務に加え、診療同行、新規依頼受付、事務処理など多岐にわたる。しかし、各スタッフの業務内容や遂行能力には個人差が大きく、業務範囲の統一化や各自のスキルの把握が法人内の課題となっていた。また、新入職者がどの業務をどの程度取得できているかが不明瞭であり、指導や育成の一貫性に欠けるという問題があった。そのため、診アシの能力や業務内容を体系化したクリニカルラダー（以下、ラダー）を作成することで、個々の業務遂行状況の「見える化」を図り、効率的かつ効果的な人材育成を目指す試みを行った。

【活動】

ラダーの作成にあたり、各段階における具体的な目標を細分化するために、現場での業務内容を詳細に調査し、多職種に聞き取りをし、ミーティングを重ねることで業務の実態と必要とされるスキルを洗い出した。これに基づき、各段階の目標を業務特性や習熟度に応じて体系的に整理した。ラダーは、単なる能力測定の枠を超え、指導者が効率的な育成計画を立案し、スタッフ全体の成長を促進するための有用なツールとして活用されるようになった。

【考察】

ラダーの導入により、各スタッフのスキルや進捗状況が「見える化」され、個々の成長段階が明確に把握できるようになった。これにより、指導者は効率的かつ的確なサポートが可能となり、指導負担が軽減されると同時に、スタッフ全体の成長が促進されるようになった。また、ラダーによって個人のスキルアップのプロセスが標準化されることで、職種としての専門性が高まり、結果として訪問診療チーム全体の質の向上にもつながると考えられた。今後は、ラダー運用の中で得られたデータをもとに、更なる改善を図るとともに、ラダーの活用範囲を拡大し、法人全体の診アシの育成モデルとしての完成度を高めていくことが重要である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)17 人材育成・教育・キャリア

P-1-163

「在宅救急ことはじめ」～救急診療の学びが、在宅患者と医療・介護従事者を救う～

吉田 英人 ヨシダ ヒデト
五十嵐 絵美 イガラシ エミ
奥山 慎一郎 オクヤマ シンイチロウ
医療法人社団侑真 訪問診療クリニックやまがた

【はじめに】

在宅医療の役割の中で、急変時の診療は患者と家族にとって高いニーズがある。しかし、在宅での救急診療については、体系的な教育機会は少なく、現場では個々の経験に頼る状況にある。また制限のある環境の中で迅速に診断、治療、意思決定支援が必要となるため、診療経験が乏しい医療スタッフにとっては不安が強くストレスを感じることもある。そのような背景から、地域で在宅診療に関わる多職種向けに、在宅での救急診療を学ぶ機会が必要と考えた。本発表では、在宅救急診療に関する教育活動の取り組みとその成果について報告する。

【活動】

2023年5月より、某県内を中心に訪問看護ステーション、薬局、介護事業所などを対象とした在宅救急診療のオンラインレクチャーを月1回の頻度で開催している。レクチャーは1回40分程度で行い、2024年12月現在までに計15回実施した。主なテーマは、在宅での発熱診療、アナフィラキシー診療、外傷診療、呼吸・循環器系の診療、脳血管障害の診療など、実際の現場で出会うことの多い症候を取り上げている。参加施設数は20～30前後で、各回終了後に実施した事後アンケートでは、受講者から「具体的で実践的」「現場で役立つ」などの評価が多く寄せられ、満足度も高い結果となった。

【考察】

救急診療の学びを続けることは、在宅患者やその家族の期待に応えるために必要である。また現場の救急診療に不安を感じる医療・介護従事者にとって、このような学びの場が安心感や自信を高めている可能性がある。今後は、教育内容のさらなる充実を図り、在宅医療における救急診療の質と安全性の向上に寄与していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)17 人材育成・教育・キャリア

P-1-164

「診療アシスタント」が目指すべき人材像の定義と 実現のための成長支援プログラムの開発について

朝岡 宏和 アサオカ ヒロカズ
遠藤 真美 エンドウ マミ
久嶋 静磨 キュウシマ シズマ
医療法人社団やまと

【はじめに】

在宅診療現場において「診療アシスタント（以下診療AS）」の活用が浸透してきている。当団体では診療AS導入から10年を経過することを機にその役割や貢献価値を改めて言語化し、高いレベルで発揮できる人材となるためのステップの整理・整備に取り組んだ。

【活動】

●役割や貢献価値の言語化

- ・7診療所の診療AS、医師、看護師へのインタビューを通じ、役割や貢献価値を定義を試みた。
- ・具体的には、診療ASへの貢献実感ややりがいについて、医師や看護師からはASへの感謝・期待についてエピソードを交えた談話を聴取し、談話の共通項から役割や貢献価値を以下のように端的にまとめた。

【①患者・家族の本音やニーズを理解する、②医師の診療をサポートする、③多職種連携のハブになる】

- ・同時に法や医療安全の観点で期待してはならないことも検討し理由とともに文書化した。

●成長支援プログラム開発

- ・上記を実践するために必要な知識や実際の実務シーンで意識／遂行している、またはすべきことは何か診療ASの上級者たちのディスカッションを通じ抽出し、一覧化した「シラバス」や細かな留意点を記載した「攻略本」にまとめた。
- ・また、経験期間ごとに目指しやすい姿や遂行レベルが異なるため、上記内容を段階的に記した「ラダー（成長ステップ）」を作成した。

【考察】

- ・目指す姿と到達段階のスケールができたことで育成のみでなく人事考課の信頼性向上に繋がり、昨今では採用面接の評価表にも反映されている。
- ・「攻略本」は各業務の意義・目的→必要知識→作業手順が一通り理解できるようさらなる改良を進めている。
- ・次課題として、一通りの育成プログラムをクリアした後のキャリアパスの開発が挙げられ、取り組み始めている。医療現場で培った多様なニーズを汲み取り実践する力が医療現場のみならず地域全体で活用できれば理想的である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)17 人材育成・教育・キャリア

P-1-165

当院における診療同行看護師の仕事の可視化と教育強化の実践報告

森 寿江 モリ ヒサエ
鬼沢 愛子 オニザワ アイコ
佐藤 香世子 サトウ カヨコ
佐藤 絵美 サトウ エミ
荒井 亜海 アライ アミ
板谷 彩慈 イタヤ サチカ
國居 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

【はじめに】在宅医療を行う医療機関では、その診療体制は様々であるが、当院では訪問診療開始当初から看護師が同行している。診療同行看護師の仕事内容は多岐に渡るが、仕事内容の不明瞭さが新任看護師の教育や現場でのモチベーションに課題を生じさせていた。診療同行看護師の役割や多職種連携に関する文献はあっても、教育に関する文献はない中で、院内マニュアルも作成していなかった。当院の看護師の教育体制はプリセプター制度を導入しているが、指導者の経験や力量に頼っていたため、指導者によって伝え方が異なり、新任看護師が混乱することもあった。そこで、診療同行看護師の仕事内容やスケジュールを明文化してまとめ、新任教育に活用できるツールを作成したので報告する。

【活動】①診療同行看護師の業務内容を、「診療補助」「患者家族支援」「連携」などに分けて明文化した。②新任看護師が約1年間で当院の基本的な業務や看護を網羅できるように、年間計画や目標評価シートを作成。診療時に実施する看護技術確認のための技術チェックリストも構築。③各項目について指導者側の支援内容を明記し、指導の標準化を図った。

【考察】診療同行看護師の業務内容をカテゴリー分けしまとめることで新任看護師でもわかるよう可視化できた。指導の標準化を図ったことから、異なる指導者に同行することになっても指導が重複したり、内容が大きく変わることもなく、新任看護師の混乱軽減につながった。各種ツールを用いることで新任看護師が課題と目標を設定する際の明確な指標となり、指導者が目標に合わせた指導がしやすくなった。当院において必要なことは網羅したものの、作成して使用し始めたばかりである。今後、診療同行看護師の教育体制をさらに強化するために、ツールの内容の必要性や妥当性は今後も検討、修正する必要がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)17 人材育成・教育・キャリア

P-1-166

マインドセットとマネジメントによる訪問看護ステーションにおけるセラピスト共育 ～ケアプロならではの実践を受け継ぎ進化させるためのセラピスト共育を求めて～

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

²上智大学 総合人間科学部 看護学科

【はじめに】

セラピストの訪問は病院で培ってきたリハビリテーションの技術で展開できる場面も多く、早期に単独訪問ができるようになるため、看護師以上にOJTが行いづらい課題がある。弊社の方針は単独訪問を遂行できるだけでなく、質の高い在宅リハビリとは何かを求め、その根幹となるマインドや技術力を育成することである。そのために実施した共育の活動を報告する。

【活動】

最初に弊社のミッションに基づいたセラピストのビジョンを言語化し、新入職員に入社時のオリエンテーションで共有した。次にそれぞれの経験年数、キャリア、性格や性質などのパーソナリティを元に、どんなマネジメント方法が向いているか検討していった。その際に管理者とディスカッションしながら、SL理論をはじめとしたリーダーシップ理論を導入してフレームワークを作り、段階的に共育を進めた。これらを用いてキャリアの豊富な新入職員には、主にマインドセットに重点を置いたコーチングを行ったあと、定期面談で評価していった。また、キャリアの短い新入職員には同行訪問の回数を意図的に増やし、その過程でティーチングとコーチングを行い技術を磨きながら、並行してマインドセットも実施した。また、必要に応じて技術向上の機会を設けたり、マインド共育として利用者カンファレンスを通じて看護師とともにマインドを共有した。それにより、新入職員はどのキャリアでも弊社の訪問看護に馴染み、短期間で既存の職員と遜色ない基準にまで引き上げる事ができた。

【考察】

さまざまなキャリアの人材を一様のマニュアルで単独訪問まで進めることは可能であるが、訪問という隔離された状態の中で質の向上を図るためにはマネジメントの視点も入れて共育することが必要であることがわかった。その根底には、前提となるマインド共育が大事であり、それは一朝一夕に醸成できるものではなく、繰り返し実践していくことが必要である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)17 人材育成・教育・キャリア

P-1-167

学びをサービスの質に変える ～「診療アシスタント」に向けた研修を通して見えたもの～

熊谷 李奈 クマガイ リナ
内田 雄剛 ウチダ ユウゴウ
土屋 菜歩 ツチヤ ナホ
医療法人社団やまと やまと在宅診療所栗原

【はじめに】

「診療アシスタント（以下診療AS）」は医療資格がなくても診療に携わることができる職種であるが、それが故に不安を抱えてしまう人も多い。当院では診療ASに向けて、基本的な医療知識の習得からスキルアップに繋がるような、様々な勉強の機会が準備されている。

【活動】

入職時に法人ホームページに掲載されている「診療ASに特化したマニュアル」を共有。在宅医療や医療保険制度、医学などの基本的な知識が分かりやすくまとめられており、いつでも確認することができる。サイトの中には経験年数ごとに到達すべき目標が示されており、成長のステップが見える化されていることで、目指すべき姿を認識することができた。

入職後数ヶ月はメンター制度を導入。日々の振り返りのレポートを記録し疑問や不安・悩みを気軽に相談でき、アドバイスがスムーズに受けとることができた。

また院内の取り組みとして、医師・看護師主催の勉強会を開催。昨年度はBLS、高齢者虐待の予防と対策、感染対策、バイタルサイン、高齢者と糖尿病などをテーマとした参加型研修を行った。テーマの中には診療ASからの要望によるものもあり、日頃の疑問が解消され知識の定着に繋がった。

院外の研修開催については、回覧などで案内を共有。多職種からの情報で様々な分野の研修開催を確認することができた。研修の内容は朝礼などで共有され、知識をより深めることができた。

研修や勉強会以外にも、院内に自由に閲覧することができる本棚が設置されている。希望者は誰でもほしい本をリクエストすることができ、自然と勉強の機会を作ることができた。

【考察】

新たな知識の習得により不安が軽減され自信へと繋がった。学びを後押しする当院の環境は、個々の学習意欲、診療サービスの質の向上に繋がると考えられる。今後も学びを継続し、一層サービスの質が向上されるような取り組みを模索していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)17 人材育成・教育・キャリア

P-1-168

在宅医療機関従事者が、自らの在宅介護家族体験をSNSで発信続けてみた。

平田 節子 ヒラタ セツコ
医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック

【はじめに】私は在宅医療専門クリニックに事務職（総合プロデューサー）として勤務して13年目となる。在宅医療の意義や良さなど発信する立場にあるが、時折同行する現場経験や医療者の経験談を元にしていた。ところが、2024年年末から実父が在宅医療対象となり、主たる介護者・母を支える近所に住む長女としての在宅医療体験が始まった。実際の当事者としての在宅医療の経験をfacebookで発信していった。

【活動】90歳の男性（父）、2024年10月に大腿骨骨折から入院、リハビリ病院転院を経て同年12月25日に退院。レヴィー小体認知症・糖尿病・高血圧・心房細動、介護2から介護4へ、ほぼ寝たきり状態で自宅へ。主たる介護者・妻（母）82歳、膝・腰痛持ち。在宅主治医は私の勤務先の医師であり、退院直後より特別訪問看護指示書で毎日訪問看護師が入った。在宅医療を選ぶまでには、家族の不安・葛藤などを越えることが必要であった。また在宅介護が始まってからは、さまざまな医療・介護スタッフの力に改めて感動したが、夜の見守り問題、昼夜逆転、誤嚥性肺炎、介護疲れなど戸惑うことも多かった。こうした内容をできるだけ客観的に、在宅医療・介護の良い点・困った点なども含めてSNS（facebook）で投稿し、多くの方々からコメントをもらった。

【考察】Facebookの友人は自分と同年代の人が多く、各自の高齢家族のことと照らし合わせて読んでくれているようである。私は5年前に自らの乳がん体験を投稿し、その後に友人からがん罹患の相談を受けるようになった。自らの在宅介護体験をさらすことで、今後は友人から介護相談を受けることになるであろう。地道な活動ではあるが、在宅医療・介護を理解してもらうためには仕組みや制度の説明をするだけでなく、リアルな「体験談」とそこから生まれるコミュニケーションが重要であると考えます。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)17 人材育成・教育・キャリア

P-1-169

病院看護師から在宅診療の看護師になるには？ —訪問看護ステーションでの研修を通して—

工藤 奈美 ¹	クドウ ナミ
白鳥 麻美 ¹	シロトリ アサミ
清野 奈美 ¹	セイノ ナミ
岩渕 美咲 ¹	イワブチ ミサキ
二階堂 一花 ¹	ニカイドウ イチカ
阿部 淑子 ²	アベ シュクコ
土屋 菜歩 ¹	ツチヤ ナホ

¹やまと在宅診療所栗原

²ピース訪問看護看護ステーション

【はじめに】

病棟勤務しか経験のない看護師が在宅医療の場に入った時、病院と家の違いや看護師の役割等について戸惑うことが少なくない。当院では在宅医療の経験のない新入職の看護師に対し、普段から連携のある訪問看護ステーション（以下訪看）で1週間の研修を行っており、研修で学んだことを報告する。

【活動】

訪看チームの一員として看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の訪問に同行した。訪問同行で得られた気づきは以下の通りである。第一に「生活する場所」で行うケアを知ることができた。病院では物品の配置場所や動線も整えられているが、家では居住環境や生活上の動線を把握し、限られた空間でケアを行っていた。病院と同じ処置でも、行う環境が異なることが分かった。また、自宅にあるもののほか、安価に購入できる材料で工夫してケア物品を作成し使用していた。ケア用品の扱い方からも、落ち着く療養環境作りと配慮が伺えた。次に、決まった訪問時間内で最大限のケアを行うために、患者さんの普段の状態や生活リズム、家族関係、経済状態を事前に把握していることがわかった。把握した情報を元に訪問を調整し、状態変化時にも迅速に対応できていた。また、患者さんもお家族も、リラックスした様子で日常の出来事や家族の様子、これまでの苦勞、などを話されていたのが印象的だった。訪看の各職種がその人の生活の場で専門性を発揮するだけでなく、ご本人とご家族の気持ちを大切に細やかな配慮や工夫をすることで、信頼関係を構築していると感じた。

【考察】

研修を通して生活の場での医療のイメージがより明確になり、訪看から見た在宅診療所やケアマネージャーとの連携にも気づいた。また、各職種の役割が理解でき、自分が在宅医療に関わる多職種に溶け込むきっかけにもなった。今回の経験を、訪問診療チームの看護師として今後の診療や連携に役立てていきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)17 人材育成・教育・キャリア

P-1-170

在宅におけるカテーテル支援の取り組み

齊藤 岳史 サイトウ タカシ
龍野 八重子 タツノ ヤエコ
林 健太郎 ハヤシ ケンタロウ
医療法人 AGRICARE

【はじめに】

在宅における患者は慢性疾患の終末期にある方や高齢者が多く含まれ、difficult intravenous access (DIVA) の症例が頻繁に見られる。このような場合、皮下注射が選択されることが少なくない。また、新規で高カロリー輸液を開始する場合や、病院で挿入された中心静脈カテーテル(CVC)やポートが閉塞したり、自己抜去が起きたりした場合は、これまで近隣の医療機関への紹介が一般的であった。今年度より診療看護師(Nurse Practitioner)を採用し、在宅におけるDIVA患者の対応や中心静脈カテーテル支援を開始したので実践報告する。

【活動】

2024年4月1日～12月20日において、医師から依頼、または看護師から相談された症例に対し、リアルタイムエコー下で挿入した。合計対応件数は46例、PICC 26例(個人宅8例、施設18例)、Midline 20例(個人宅5例、施設15例)であった。依頼目的は、DIVAが20例、中心静脈栄養開始が23例、自己抜去のため入れ替えが1例、輸血開始が1例、ポート閉塞の代替え挿入が1例であった。手技の平均時間は、PICCが34分、Midlineは22分であった。手技に伴う合併症は0件、CRSBIは0件であった。

【考察】

在宅医療でPICCおよびMidlineの挿入が可能となり、患者と家族に多様な選択肢を提供できた。絶対的な中心静脈ラインの必要性がないDIVA患者にとって、Midlineは感染の観点からも有用である。特に、DIVA患者では穿刺回数の削減により痛みが軽減し、治療の継続性が向上した。また、トラブル発生時も在宅で完結できるため、医療依存度の高い患者様を積極的に迎える事ができ、医療機関への移動に伴う家族の負担は減り、医師や看護師の負担軽減にも繋がった。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)17 人材育成・教育・キャリア

P-1-171

在宅医療を中心にすえた医師の働き方のこれから

迫田 哲平 サコダ テッペイ
マナビヤ在宅クリニック「un」

【はじめに】

当県は医師偏在指標が全国32位の地方都市で医師が決して多くはない。その中で全国一律に安心安全な医療と労働環境の改善を目指した医師の働き方改革を実際の現場においてどのように適応するかは根本的には未解決の状態である。その解は、医師の労働分配や配置が労働生産性の向上につながるものであることが望ましい。当院は、発表時点で開業2年9ヶ月となる。12月現在（2年3ヶ月）での訪問患者実数は約400名、常勤医師3名、非常勤医師3名、看護師5名、医療事務5名体制である。最大限のパフォーマンスで取り組むことが「仕事+家庭=人生」の幸福につながるという考えのもと、それが実現可能な基本設計で運用している。

【活動】当院の常勤医師は週4日勤務、週1回（平日）・月1回の週末（金土日祝日）オンコールとしている。開業以来、上記を常勤医師の勤務基本原則とし運用してきた。その考察と展望を述べる。

【考察】

メリット；

1；在宅診療と専門医・指導医の継続が可能となり、専門領域からの切り口を磨き続け在宅医療に応用することができ、在宅医療での臨床経験を念頭に専門領域での新たなニーズに気づくことが可能。

2；外勤先で病院外来・検査・手術などに関わることでクリニックと病院の顔の見える調整・交渉が格段にスムーズになり連携への貢献を図れ施設間にとってもプラス。依頼した患者さんを入院から退院まで情報共有を図れ、途切れなくスムーズに患者さん中心の視点の確保が可能。

3；病院勤務医などから在宅医療への参入障壁低減。

デメリット；

1；ある程度の事業所規模が必要であり、仕事量と医師数との最適数のバランス調整が必要。ある程度余裕を持った医師数確保が必要。

2；休暇のとり方については、所属医療機関のご理解・ご協力が必要。

活動内容が医師個人の働き方の改善と当方および協力医療機関に寄与しているかを検討・報告する。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)17 人材育成・教育・キャリア

P-1-172

訪問診療同行看護師の役割とロールモデル

半田 良恵 ハンダ ヨシエ
ももたろう往診クリニック

【はじめに】当院は在宅専門クリニックとして開院15周年を迎える。現在医師（非常勤含）10名、連携看護師2名、診療同行看護師（以下同行NS）9名、事務職員7名で約300名の診療にあたっている。同行NS 9名のうち5名が入職2年以内かつ前職で在宅分野での経験がない者である。当院での看護手順は策定されているが、自分たちが目指す像を示すロールモデルのようなものは存在しない。在宅診療を担う模範的看護師像を共有することでキャリアアップを支え、ひいては在宅診療の質の向上を目指したいと考えた。

【活動】看護師に以下の項目でアンケートを行った。①同行NSの役割について入職前のイメージと実際の業務との乖離の有無、②目指す看護師像、③困った経験、④嬉しかった経験、⑤教育について——それぞれの結果は以下の通りである。①8割が乖離ありと回答。入職後に気づいた重要な役割として、患者の思いのくみ取りや生活歴、生活状況の把握を行い、医師や多職種と連携して調整する役割や、電話対応にあたり患者の状態を把握しておく重要性など、②当院のミッションとして掲げている「在宅療養の不安を安心と喜びに変えて“家で生きる”を支える」に概ね合致、③診療業務上の困りごとの他、在宅診療に関わる制度の理解が難しいこと、④患者・家族が穏やかな生活を過ごせたことや感謝を伝えられたこと、モデルとなるスタッフの存在、⑤新入職者サポート体制の整備の必要性
上記から、私たちが目指す看護師像は当院のミッションと合致していることが確認され、これをもとにロールモデルの原案を策定した。

【考察】アンケートを通じて各人がどのようなことに悩み、喜び、何を大切にしているのかを知ることができた。結果から、同じ方向を向いて仕事ができていることを喜ばしく思う。今回策定したロールモデルを活用し各人が自ら学びスキルアップできる環境を整えることを次の課題としたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)18 地域包括システム・行政連携・異業種連携

P-1-173

在宅クリニックで働くMSWのやりがい～クリニックの思いを関連職種に繋ぐ～

堂下 竜平¹ ドウシタ リュウヘイ

藤本 直也² フジモト ナオヤ

渡邊 華央¹ ワタナベ ハナオ

久松 正倫² ヒサマツ マサノリ

¹医療法人サンスターみつほしリンククリニック

²医療法人サンスターみつほし在宅クリニック

【はじめに】

在宅医療の普及に伴い、近年、医療MSWの需要は増えている。背景に在宅クリニックでも、MSWを雇うクリニックも増えており、働き場所や役割も様々である。地域医療の構築もMSWの業務の一つである。今回、活動を振り返る中で、癌末期等患者に対して、ケアマネージャーが関わりにくいケースについて振り返り当院の活動を報告する。

【活動】

当院のMSWの役割は、新規相談患者の窓口であり、相談・契約業務の他に、担当エリアを決めて広報活動を行っている。

広報活動の際に意識することとして自身の担当エリアに関わる患者の病状経過をカルテやICTツールより読み取り状態把握をした上で、関連職種と情報共有する。介護サービス未介入の患者に対し連携しやすい在宅チームを作るため、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所に訪問の際に、特に連携がとりやすい事業所の有無を確認する。

実際、医療保険に関わる癌末期の場合は、在宅支援サービスが何も決まってない状況が多い。医療ニーズにより訪問看護ステーションを先に手配するケースも多くある。介護保険が必要な場合、当院は訪問看護ステーションが連携の取りやすいケアマネージャーに相談することを意識している。結果的に訪問看護ステーションからもケアマネージャーに多くの情報が行き届き、相談しやすい在宅チームを作ることができる。

【考察】

在宅MSWの活動として、患者・家族の相談を受け、不安を取り除くことで感謝の言葉を受けることに、多くのMSWはやりがいを感じる人が多い。しかし、患者・家族だけでなく、クリニックや関連職種の想いを繋ぎ合わせ、結果的に患者・家族の治療満足度を上げることができ達成感を感じることができる。

また、関連職種との協働を通じて、異なる視点や知識を学ぶ機会が豊富にあり、これが自身の専門性を高めることができ、成長にも繋がることもひとつのやりがいと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)18 地域包括システム・行政連携・異業種連携

P-1-174

地域の健康を支える新しいカタチ—管理栄養士と地域薬局の連携報告

森田 千雅子¹ モリタ チカコ
足立 大樹¹ アダチ ダイキ
中里 裕之² ナカザト ヒロユキ
林 哲哉² ハヤシ テツヤ

¹ホームケアクリニック横浜港南

²ミチト薬局野庭支店

【はじめに】

地域薬局は住民にとって身近な医療拠点として重要な役割を担っている。本活動では、薬局薬剤師が栄養指導を必要とする在宅療養中の高齢患者を選定し、管理栄養士による1回限りの訪問栄養指導を実施した。この取り組みの成果と課題を報告する。

【活動】

対象は地域薬局を利用する高齢患者3名で、管理栄養士が薬剤師と同行し、60分の包括的な指導を行った。疾患に限定せず、患者の生活全般を考慮したアプローチを採用し、指導後には患者と薬剤師へのアンケートを実施した。

1回の栄養指導で、以下の成果が得られた。

- 1) 対象者3名は、過去に受けた栄養指導に対し「献立を紙に書き出し、制限を強いる細かな指導が負担だった。」と述べていた。今回の栄養指導では「自身の食生活を肯定的に受け止めてもらい、安心感を得た」と評価した。
- 2) 血糖値の安定やフレイル予防、便秘改善へのモチベーションが向上し、生活改善の兆しが見られた。
- 3) 経口栄養補助食品(ONS)について、より自身の嗜好や体調、生活に沿った選択肢が得られた。
- 4) 対象者と話し合いながら指導内容を調整することで「これなら始められる」と取り入れやすい助言が喜ばれた。

【考察】

訪問栄養指導は、介護・医療保険において継続的な支援を原則とするサービスである。本活動は、1回の訪問栄養指導でも患者の生活改善や疾病予防意識の向上に寄与する可能性を示唆した。また、地域薬局という身近な医療拠点を活用することで、早期支援提供体制の有効性が確認された。しかし、対象者が少数に限られるため、今後は対象を拡大し、地域全体の健康管理における有用性をさらに検証する必要がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)18 地域包括システム・行政連携・異業種連携

P-1-175

精神科病院主導の多職種連携アウトリーチの強みと課題 ～連携先となる医療・保健・福祉機関の視点からの検討～

富樫 剛清¹ トガシ タカキヨ
石井 あずさ² イシイ アズサ
小田桐 隆¹ オダギリ タカシ
徳増 孝明¹ トクマス タカアキ

¹医療法人社団積信会 長谷川病院

²国際統合睡眠医科学研究機構

【目的】様々な研究で精神科多職種連携アウトリーチの有効性が示されてきた。中でも、病院主導型アウトリーチでは同一機関内の様々な職種が連携を取りながら、地域の保健・医療・福祉機関（以下、関連機関）と連携しながら利用者への支援を行っている。しかしながら、病院主導型アウトリーチが関連機関にとってどのような強みや課題を有しているのかについて具体的には明らかにされていない。そのため、本研究では、精神科病院主導型のアウトリーチの強みと課題を、関連機関の視点から明らかにすることを目的とした。

【方法】

対象者は関東圏内の地域の保健・医療・福祉機関に勤務する職員であり、精神科病院主導型アウトリーチとの連携経験がある者とした。自記式質問紙を用いて病院主導型アウトリーチの強みと課題に関して自由記述で回答を求め、主成分分析で分析をした。なお、本研究は病院内の倫理委員会の承認を経て実施された。

【結果】

21名から回答が得られ、14名が分析対象者となった。精神科病院主導の多職種連携アウトリーチの強みとして【迅速な対応】、【入院手配のしやすさ】、【幅広い的確な支援】、【連絡のしやすさ】が抽出された。また、課題としては【コミュニケーションの不足】、【競合による脅威】、【支援の滞りに対する懸念】が抽出された。

【考察】

精神科病院主導の多職種連携アウトリーチには、様々な強みや課題があることが示された。病院主導型アウトリーチは、院内連携のしやすさから迅速な対応が可能となっており、この点は地域の関連機関においても利益となっていた。一方で、院内で完結された情報共有となることもあり、地域の関連機関にとってはコミュニケーションの強化が望まれていた。今後は、このような強みを生かし、課題に対処しながらアウトリーチを実施していく必要があると考えられた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)18 地域包括システム・行政連携・異業種連携

P-1-176

当区における地域医療・介護ネットワーク構築事業 ～地域包括支援センター圏域ごとの多職種連携強化の取り組みについて～

中辻 康博 ナカツジ ヤスヒロ
猿渡 寿彦 サワタリ カズヒコ
鈴木 道 スズキ ミチ
加藤 香子 カトウ キョウコ
豊島区医師会（豊島区在宅医療相談窓口・多職種連携拠点）

【はじめに】

当区では医師会に在宅医療相談窓口・多職種連携拠点を設置し、病院から在宅への円滑な移行や、在宅療養継続支援のため、住民や家族、医療・介護等専門職からの相談に対応してきた。また個別相談に対応するだけでなく、在宅療養を支える医療・介護等専門職が円滑に連携できるように、顔の見える関係を構築し、医療・介護連携推進の取り組みも実践してきた。

【活動】

2018年度以降、地域医療・介護ネットワーク構築事業として、区内に8つある地域包括支援センター（以下、包括）圏域単位で、医療・介護を中心とした多職種がコアメンバーとなり研修会や、住民向け企画や地域活動などを実施してきた。今回、2024年度に実施した取り組みの中から実践報告を行い、その成果や今後の展望について検討する。

1) 多職種向け研修会

「災害時における医療・介護連携について」

2) 多職種向けグループワーク

「次世代が考える多職種連携」

3) 住民向けイベントへの参加

「地域まつりへの参加（つながりマップの作成・配布、住民アンケートの実施など）」

【考察】

同じ区内の中にも地域特性があり、包括圏域で話し合いを行うことで、より地域のニーズに沿った企画を開催することができた。多職種向けの研修会は知識の習得だけでなく、お互いをよく知る機会となり連携の強化につながると考える。また住民向け企画など、地域での活動を広げることで、地域住民や他団体と新たなつながりを持つこともできた。

多職種連携の強化は個別支援の質を向上させるとともに、地域課題の発見や解決に向けた活動にもつながる。今後も個別相談支援や多職種での話し合いを通して地域課題を見つけ出し、住民や行政も含めた地域協働で課題解決に向けた取り組みを実践していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)18 地域包括システム・行政連携・異業種連携

P-1-177

みんなで繋ぐ地域包括ケアシステム ～多職種協働を考える～豊田加茂医師会の取り組み

兼松 富美子 ¹	カネマツ フミコ
加藤 真二 ¹	カトウ シンジ
平吹 広一 ¹	ヒラブキ コウイチ
榎本 康宏 ¹	エノモト ヤスヒロ
平山 眞彦 ¹	ヒラヤマ マサヒコ
山口 貴之 ¹	ヤマグチ タカユキ
野場 万司 ¹	ノバ マンジ
渡邊 真 ¹	ワタナベ マコト
近藤 貴史 ¹	コンドウ タカユキ
加藤 千博 ¹	カトウ チヒロ
亀井 秀弥 ¹	カメイ ヒデヤ
柴原 弘明 ¹	シバハラ ヒロアキ
永井 昌寛 ²	ナガイ マサヒロ
横山 淳一 ³	ヨコヤマ ジュンイチ

¹ (一社) 豊田加茂医師会

² 愛知県立大学

³ 名古屋工業大学

【はじめに】 当会地域医療介護委員会は、地域包括ケアシステムに関する事業、また、行政から委託を受け在宅医療・介護連携推進事業を実施している。すべての人が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けることができる地域包括ケアシステム構築実現のため、医療と介護が連携して取り組む場面のすべてにおいて重要である、『「本人の想い」を尊重』できる地域を目指した活動について報告する。

【活動】 1. 在宅医療の提供と医療・介護連携に関する実態調査：2024年8月全会員にアンケート実施（総配布数219件、回収数108件、回収率49.3%）。「病院との連携」について診療所の約8割が全般的にうまくいっている（「思う」と「やや思う」の合計）。「在宅医療提供体制は整っている」には、全体の約6割がうまくいっている。「介護保険施設との連携」についてうまくいっているが約6割。

2. 各種研修会を『「本人の想い」を尊重し支えていく』ことに主眼を置き、地域包括ケアシステムに関わる全職種を対象に、(1) 多職種合同研修会、(2) 4つの豊田加茂ウェルビーイングネットワーク部会企画の研修会、(3) 介護保険に関する懇話会を実施した。

【考察】 会員にアンケート調査を実施することにより、会員の意識と課題が把握できた。また各種研修会を実施し、家族や支援者の価値観ではなく、本人の想いをどのように聴き、実現していくか、多職種がお互いの視点の違いに気づきながら、本人の想いを中心においた支援をするためのディスカッションを繰り返すことができた。今後も、よりよい地域包括ケアシステム構築のための課題を把握し、必要な事業を実施し、「本人の想い」を尊重し、本人が認知症や、人生の最終段階において、意思決定が困難な状態になっても、本人らしい生活ができ、幸せ、生きがいを感じ、尊厳を持って人生をまっとうできる地域を目指したい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)18 地域包括システム・行政連携・異業種連携

P-1-178

介護施設に対するオンライン医療相談と夜間オンコール代行の導入による通院、救急搬送の削減可能性

青柳 直樹 アオヤギ ナオキ
ドクターメイト株式会社

【はじめに】

高齢化と早期退院により、特養等の介護施設では医療ニーズが増加し、嘱託医中心の体制では専門外疾患や夜間対応の負担増、職員の長時間拘束等の課題が生じている。

そこで当団体は、オンライン医療相談と夜間オンコール代行サービスを全国約600の特養に提供している。

【活動】

1. オンライン医療相談

介護職員や施設看護師が、医療対応に悩んだ際に、チャットや写真・動画で専門医に相談できるシステム。365日対応で、専門医からケアのアドバイスを行う。相談は年間約1万件で、皮膚科、精神科など施設嘱託医の専門外の相談が9割を占める。オンライン医療相談導入により、皮膚科受診が70%、精神科受診が50%減少した施設も確認されている。

2. 夜間オンコール代行

看護師と医師の専門チームが、夜間オンコールを受託し、緊急性の判断や対応アドバイスを行う。看護師が一次対応し、必要に応じて医師が対応する体制。

オンコール代行導入後に夜間搬送が大幅に減少した施設が認められた。北九州市との共同実証事業では、特養のアンケート回答者の62%が夜間勤務への不安軽減を報告している。

【考察】

オンライン医療相談と夜間オンコール代行は、介護現場における受診数や夜間救急搬送数の適正化及び現場職員の業務的・心理的負担の削減に有効な手段である可能性が示唆された。

オンライン医療相談は、介護職員のみでは対応に悩む医療対応に、早期に専門的知見から助言を行うことで受診の適正化に寄与し、夜間オンコール代行も同様に夜間に医療職にすぐに相談できる環境構築の結果、夜間搬送数の減少と介護職員の不安軽減に寄与したと考えられる。

今後は、介護現場の負担軽減・現場で勤務しにくい医師・看護師の活躍の場の提供を行うとともに、サービス導入前後の受診数、夜間救急搬送数、入院数のデータを前向きに取得し、定量的に効果を分析しサービス改善に繋げる。

利益相反：あり

一般演題(ポスター)18 地域包括システム・行政連携・異業種連携

P-1-179

「在宅療養支援病院と診療所の運営・役割と地域貢献」 ～地域医療の持続可能な未来を支えるネットワークの取り組み～

村木 佳代¹ ムラキ カヨ

星野 拓磨¹ ホシノ タクマ

松原 光代² マツバラ ミツヨ

¹社会医療法人豊生会 札幌あんしん在宅医療ネットワーク

²社会医療法人豊生会 東苗穂にじいる歯科クリニック

【はじめに】当ネットワークはセンターを核とし、7つの在宅療養支援診療所（在支診）と在宅療養支援病院（在支病）が連携し、住み慣れた地域で医療と福祉を受けられる社会の実現を目指している。札幌市東区では2024年時点で高齢化率27.0%、高齢者人口約7万4千人に達し、今後さらに在宅医療の重要性が増すと予想される（札幌市2024）。この背景から、在支診と在支病の役割に加え、多職種が連携した医療と福祉の一体的な取り組みが求められる。在宅医療の推進と地域社会への貢献の観点から、当ネットワークの活動を考察する。

【活動】ICTを活用し、訪問診療・看護・リハビリ・栄養管理を通じて在宅療養を支える在支診と、高齢者救急の役割を担う在支病が連携し、切れ目のない医療を提供している。さらに、介護施設や福祉分野の情報を統括・共有し、早期退院や在宅復帰の促進に取り組んでいる。また、介護予防センターと協働し年間20回以上の健康講座を実施、生活習慣病予防や健康管理の普及に努めている。さらに、食支援イベントを開催し嚥下機能や低栄養防止の推進や、区主催の健康スポーツまつりや健康応援フェア・まちづくりイベントにも参加し、地域住民の健康意識向上に貢献している。加えて、人生の最終段階における適切な意思決定支援（ACP）を取り入れ、最期を迎える際の選択肢を尊重したケアを提供している。

【考察】2040年にかけて進む高齢化に対応するため、在支診と在支病の連携は地域医療の維持に不可欠であり、医療の途切れを防ぎ生活の質向上に繋がる。介護福祉分野との情報共有を強化することで地域医療の質を向上させ、住民参加型の健康活動が予防や早期発見を促進。地域全体で支え合う医療環境の実現が見込まれる。今後は、ネットワークの発展と地域社会との連携をさらに深め、持続可能な地域医療体制を確立し、住民があんしんして暮らせる環境づくりを進めていく。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)18 地域包括システム・行政連携・異業種連携

P-1-180

本人の尊厳・価値観・幸せ・生きがいに主眼を置く医療介護福祉、行政の協働、共助「豊田加茂ウェルビーイングネットワーク」

加藤 真二	カトウ シンジ
平吹 広一	ヒラブキ コウイチ
榎本 康宏	エノモト ヤスヒロ
平山 眞彦	ヒラヤマ マサヒコ
山口 貴之	ヤマグチ タカユキ
野場 万司	ノバ マンジ
渡邊 真	ワタナベ マコト
近藤 貴史	コンドウ タカフミ
加藤 千博	カトウ チヒロ
亀井 秀弥	カメイ ヒデヤ
柴原 弘明	シバハラ ヒロアキ
兼松 富美子	カネマツ フミコ

一般社団法人 豊田加茂医師会

【はじめに】

本会は昭和61年から全会員に毎年地域医療等に関するアンケート調査を行いその時代に即した支援を行っている。地域包括ケアシステムが提唱されて以来、医療・介護・福祉連携にも注力し、地域住民を取り巻く連携体制を整えてきた。そしてその連携をさらに深めるため、家族や支援者の価値観でなく「本人」の尊厳、価値観、幸せ、生きがいに主眼を置き皆が同じベクトルで支援をする「豊田加茂ウェルビーイングネットワーク」を発足した。

【活動】

理念「病気や障がいがあっても、誰もが『自分らしく生きる』ことを支えることができ、認知症や人生の最終段階において意思決定が困難になった状況になっても、本人が『本人らしい選択ができ、幸せ、生きがいを感じ、尊厳をもって人生をまっとうすることができる地域になる』ことを目標とする」「WellBeing（ウェルビーイング）、ALP（アドバンスライフ・プランニング）、ACP（アドバンスケア・プランニング）、ELC（エンド・オブ・ライフ・ケア）の考え方が支援の基本姿勢」とし、当医療圏の医療介護福祉の従事者に声がけし、これに行政の協力も加わり、令和5年6月から本格始動。各職種の代表からなる代表者会と4つの部会（1. 老い・病と共に生きる2. 食べる3. 動く4. 課題別プロジェクト）で構成し、代表者会は各部会に対し企画・監督・評価を、各部会はこれを受けて研修会等を企画、実施。約2年が経過し、研修会後のアンケート等から、本人の想いを聴き、「本人」の幸せ、生きがいに向けて同じベクトルで支援する重要性の認識が醸成しつつある。

【考察】

これからの地域包括ケアシステムは各職種の協働、共助の下で本人のウェルビーイングを叶えるシステムが大切で、それには支援者皆の理解と行動が必要である。また、超高齢社会における幸せ・生きがいの追求は、我々支援者にとってもプライスレスなインセンティブとなる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)18 地域包括システム・行政連携・異業種連携

P-1-181

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」における 介護予防・日常生活支援総合事業の周知について

河村 由依^{1,2} カワムラ ユイ
池田 寛^{1,2} イケダ ヒロシ
都築 晃^{1,2,3} ツヅキ アキラ
金田 嘉清^{1,2,3} カナダ ヨシキヨ

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 藤田医科大学保健衛生学部リハビリテーション学科

【はじめに】

当センターでは、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要介護認定の申請をした市民を対象に、当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。要介護認定申請時の身体状況、退院支援の実情を把握しつつ、退院支援担当者となっていないケースにおいては、家族に接触を促し、必要時は当センターが病院の退院支援担当者と直接連絡を取り家族への接触を促したりしている。

退院時のサービス利用として、従来型サービスだけでなく、介護予防・日常生活支援総合事業を紹介する必要があるケースも発生しているため報告したい。

【活動】

退院時の本人家族からの訴えとして多いのは、「病院からデイサービスの利用を勧められた」、「退院後はデイサービスを利用したい」である。しかし、中には専門職が集中的に介入することにより、改善の可能性のあるケースが含まれていることも少なくない。電話訪問時には要支援相当の方に対しては、従来型のサービスではなく、当市の通所型サービスC（短期集中予防サービス）や訪問型サービスC（短期集中予防サービス）を紹介するとともに動機づけができるよう心掛けている。必要時は、当センターから地域包括支援センターへ情報を共有し、介護予防・日常生活支援総合事業の利用へと働きかけている。

【考察】

介護予防・日常生活支援総合事業に関しては市町村により対応が全く異なることもあり、病院の退院支援時に案内を受ける可能性は低く、従来型サービスの促しが多い。その結果退院時に本人家族が従来型のサービスを希望して、介護予防・日常生活支援総合事業へとつながらないといったケースも少なからずある。当センターとして、本人家族へどのような働きかけをすると利用へつながるのか検討の必要がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)18 地域包括システム・行政連携・異業種連携

P-1-182

特養での包括的医療介入の成果について

加藤 修平 カトウ シュウヘイ
神成 文裕 カンナリ フミヒロ
八木原 紀明 ヤギハラ ノリアキ
医療法人社団鴻愛会 こうのす共生病院

【はじめに】

特別養護老人ホーム（特養）では、嘱託医が入居者の健康管理を行うが、急変時や専門的医療の対応には限界があり、医療ニーズを十分に満たせていない現状がある。このため、救急搬送や不必要な延命治療が増加し、入居者と家族の希望に沿った医療の提供が難しくなっている。当院では、2020年度から医療と介護の連携強化を目的に、人生会議（ACP）の推進、各専門科による診療体制の強化、外来受診・救急搬送の円滑化、訪問診療部による24時間体制の看護支援、医療教育の提供など包括的な介入を実施している。本研究では、これらの取り組みが入居者の入院率、看取り率、入院原因に与えた影響を調査した。

【活動】

当院が嘱託医として関与する特養4施設（入居定員407名）を対象に、2019年度（他院嘱託医体制）と2023年度（当院介入後）を比較した。調査項目は、入居者数、入院数、施設内看取り数、死亡退去者数、入院原因疾患である。結果、2019年度の入院率は32%、看取り率は22%で、入院原因は呼吸器疾患、泌尿器疾患、運動器疾患が上位を占めた。2023年度は入院率が25%に減少し、看取り率は55%に上昇。主な入院原因は呼吸器疾患、泌尿器疾患、消化器疾患であった。

【考察】

包括的な医療介入により、入居者の状態変化を早期に察知し、本人・家族・医療者・介護者らの医療方針を共有する機会が増えたことが、入院率の減少と看取り率の向上に寄与したと考えられる。また、ACPの実施により、終末期の希望が明確にされ、不必要な救急搬送や延命治療の抑制が進んだ。人生の最終段階における医療と介護の協働体制が確立され、入居者のQOL向上に寄与したと推測される。本結果から考察されるに、医療教育を含む支援体制の強化と、医療ニーズの多様化に応じた包括的医療介入の継続が求められる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)18 地域包括システム・行政連携・異業種連携

P-1-183

地域ケア会議における歯科医師の貢献：事例とその意義

萩野 礼子 ハギノ アヤコ

おはぎ在宅デンタルクリニック

【はじめに】

地域包括ケアシステムの実現において、多職種が連携して課題解決を図る地域ケア会議は重要な役割を果たす。しかし、会議で取り上げられる症例の中には、複雑な背景や個別の事情により介入が困難なケースが多く、多職種の中でも特に歯科医師の専門的知見が求められる場面が少なくない。本発表では、歯科医師が地域ケア会議に参加し、介入困難症例に対してどのようにアプローチし、地域包括ケアシステムに寄与するかを具体的な事例を基に検討した。

【活動】

一例として、訪問診療を拒否する認知症患者に対し、歯科医師が患者との信頼関係を構築し、口腔ケアを受け入れるまでのプロセスを支援した事例を取り上げた。この事例では、歯科医師が口腔ケアの重要性を多職種に共有し、患者の生活状況や心理状態に合わせた柔軟な介入を行うことで、患者の栄養状態が改善し、全身の健康状態も向上した。これらの介入により、患者のQOL向上や社会的孤立の解消が達成されただけでなく、医療・介護コストの削減にも寄与したことが確認された。さらに、歯科医師の参加を契機に他職種が口腔健康の重要性を再認識し、ケアプランに口腔ケアを組み込む動きが促進されるなど、多職種間の連携が一層強化される結果となった。

【考察】

本発表では、これらの事例を通じて、歯科医師が地域ケア会議に参加する意義を明らかにし、地域包括ケアシステムの質的向上における具体的な貢献を示す。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)18 地域包括システム・行政連携・異業種連携

P-1-184

「24時間対応・在宅対応」の現状から在宅薬学総合体制加算2を考察する

三砂 慶太 ¹	ミサゴ ケイタ
織田 理佳子 ¹	オダ リカコ
米村 明浩 ¹	ヨネムラ アキヒロ
倉地 勇斗 ¹	クラチ ユウト
山本 健 ²	ヤマモト ケン
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おとどけ薬局²昭和薬科大学

【目的】「患者のための薬局ビジョン（2015）」では、すべての薬局はかかりつけ薬局として「24時間対応・在宅対応」が明示された。在宅医療の推進と共に医療依存度が高い患者が在宅医療へ移行してきている。しかし、調剤と在宅患者訪問薬剤管理を担う薬剤師・薬局は多様な患者像に対し、均一に対応することは難しく、薬局ごとの機能分化を検討する段階となりつつある。今回、当薬局業務内容から、在宅薬学総合体制加算2について報告する。

【方法】1) 当薬局の在宅業務量（2024年6月分）の集計。2) 無菌製剤処理加算届出薬局の注射薬調剤、医療用麻薬備蓄等の実態調査。3) 厚生労働省、内閣府規制改革推進検討会資料等より、かかりつけ薬局の機能について考察する。

【結果】1) 居宅患者540名、その内がん患者47名、小児在宅患者3名であった。医療用麻薬の備蓄は48品目であった。がん患者の内、末梢からの皮下持続注6名、その他中心静脈栄養24名であった。処方箋応需医療機関は合計87医療機関、その内在宅療養支援医療機関は48医療機関であった。緊急訪問は、開局時間内23回、夜間2回、休・祭日5回であった。2) 厚生局への無菌製剤処理加算届出薬局の実態調査では、対象11,805薬局中、届出薬局561薬局であり、そのうち自己完結型薬局の実績があるのは84薬局であった。3) 令和6年度調剤報酬改定では、在宅薬学総合体制加算が新設された。

【考察】多様な在宅患者像、患者数、応需医療機関数から考え、すべての薬局での均一对応は難しく、機能分化を検討する必要がある。特に、令和6年度の調剤報酬に新設された「在宅薬学総合体制加算2」について、かかりつけ薬剤師指導料等算定回数が要件になっている。この点は、薬局機能分化の上から、かかりつけ薬局が均一に在宅がん緩和ケアに対応できないことから、かかりつけ薬局機能と薬局の機能分化を議論する必要がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)19 患者と医療者のコミュニケーション・哲学的課題
P-1-185

※取り下げ

一般演題(ポスター)19 患者と医療者のコミュニケーション・哲学的課題

P-1-186

老々介護下の超高齢者の在宅支援介入の経験から～

安井 宣雄 ¹	ヤスイ ノブオ
松岡 宏二 ¹	マツオカ コウジ
宮崎 敦子 ¹	ミヤザキ アツコ
藤田 津和野 ¹	フジタ ツワノ
笹倉 奈美 ¹	ササクラ ナミ
上杉 有由加 ¹	ウエスギ アユカ
松岡 絵李華 ¹	マツオカ エリカ
植田 帆波 ¹	ウエダ ホナミ
竹林 茜 ¹	タケバヤシ アカネ
矢野 直美 ¹	ヤノ ナオミ
西鶴 幸恵 ¹	ニシツル ユキエ
山口 禎子 ²	ヤマグチ ヨシコ
福田 淑一 ¹	フクダ ヨシカズ

¹姫路メディカルクリニック²姫路市広畑地域包括支援センター

【はじめに】昨年報告の百歳以上高齢者95119人の中で、ある程度日常生活動作が保たれている超高齢女性の自宅生活環境下で訪問診療の介入を経験した。医学的介入だけでなく、主介護者とその生活圏内で貴重な体験得る機会があり、症例の経過を提示するとともに介入時検討すべき点について考察を交え報告する。【症例】三姉妹の子を持つ100歳代女性で押し車を用いて単独散歩が日課で自身の自宅で過ごされていた。介護者2人のうち同居で主介護されていた次女が同居されていたがX年1か月に腫瘍により急逝され、長女一人による介護生活となりX年0月にアウトリーチの形で介入の依頼があった。身体的には医学的な治療や処置を要する所見は見られなかった。キーパーソンは主介護者の長男で医療費負担を抑えたい、急変時は搬送希望なく自然看取りを希望されていた。仕事が多忙で電話による状況報告はできたが、物事がスムーズに進まなかった。気温が高まる時期に単独外出され熱中症や転倒の恐れがあり危惧された。また介入時要介護申請なされておらず、介護申請手続きを行い要介護3を取得できた。このことにより専属の介護支援専門員を設定できるはずであったが、福祉用具利用を含めて介護サービス利用を希望されなかったため、依頼していた事業所からの介入難との事で支援を受けられなかった。看護多機能居宅施設利用を検討したが、車での移動拒否があり体験できず、また長女さんより生活介護のヘルパーさんなどの居宅介入を拒否される意向であった。最終的にはX年+4カ月後に急な体力低下で寝たきりとなり、主介護者の介護の元で自宅看取りとなった。【考察】介護保険制度及びサービスの存在を近親者同席で時間をかけて説明する機会があれば、各種サービスを利用することで本人の安心安楽や娘さんの介護による疲労回避でき充実した自宅療養の機会を得ていたかもしれないことを症例を通して学び得た。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)19 患者と医療者のコミュニケーション・哲学的課題

P-1-187

若年難病患者の心理的援助を通した栄養指導 ～ナラティブアプローチを活用して～

藤田 みどり フジタ ミドリ
伊藤 由恵 イトウ ヨシエ
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】

在宅環境を考慮しながら訪問栄養指導を行う際には、患者の心理的支援が重要な要素となる。本報告では、ナラティブアプローチを活用し、若年難病患者の思いや夢を受け止め、多職種を巻き込みながら夢の実現を目指した栄養指導の実践事例を紹介する。

【症例】

40代男性、多発性硬化症を患い、嚥下機能低下により栄養指導を開始した。生活は全介助が必要で、両親との三人暮らし。患者は「自分は罪深い人間だ」と強い自己否定感を抱えており、前向きに生きるための支援策を探るため、ナラティブアプローチを用いた。その結果、患者が自己否定を抱える背景と、諦めていた夢が「理想のラーメンを作ること」であることを把握した。この夢の実現が自己否定の受容に寄与する可能性を考え、取り組んだ。そして、約3年間の取り組みの中で3種類の理想のラーメンを完成させた。自己否定的な発言が完全に消えることはなかったが、患者は最期に「自分を認めたら僕は終わってしまう。だから認められない」と語り、自身の内面を明かしてくれた。

【考察】

患者および家族に寄り添った栄養指導において、ナラティブアプローチは心理的状況の把握や生きがいのづくりに有効であった。理想のラーメン作りを通じて、患者や家族、多職種との信頼関係が深まり、さらには新たなつながりが広がる結果となった。本事例は、栄養指導が単なる食事管理に留まらず、患者の生きる意欲を引き出す可能性を示唆している。今後もこのような取り組みを継続していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)19 患者と医療者のコミュニケーション・哲学的課題

P-1-188

訪問診療を契機に信頼関係構築が可能となった医療不信のある肺癌女性の事例

小串 哲生 ¹	オグシ テツオ
西條 正二 ¹	サイジョウ マサジ
國本 尚彦 ¹	クニモト ナオヒコ
新井 洋輔 ²	アライ ヨウスケ
大植 璃子 ²	オオウエ リコ
國本 正雄 ^{1,3}	クニモト マサオ

¹おおあさクリニック

²札幌北14条クリニック

³くにもと病院

【はじめに】医療過誤や合併症などをきっかけに医療不信感を持つ患者との信頼関係構築は一般に困難である。医療不信から診療中断となったが、訪問診療を契機に信頼関係構築が可能となった事例を経験したので報告する。

【事例】〇〇歳代女性。既往歴 左人工膝関節手術 現病歴 X年右肺腺癌、胸水の診断。胸水穿刺時に医原性気胸を合併。X+2年左膝人工関節手術施行したが術後より疼痛が持続。X+4年より化学療法を拒否。無治療経過観察となった。当院外来でCVポートフラッシュを継続していたが穿刺痛あり。X+7年11月ポートフラッシュを拒否、以後通院を中断。X+8年7月病状進行のため他院通院困難となり当院にて訪問診療開始。

訪問診療開始にあたっては、共感的な態度で本人や家族の思いを真摯に傾聴することに努めた。採血やポートフラッシュなど本人が望まない医療行為は一切行わないこととした。気持ちのつらさやスピリチュアルペインを評価するためにSPiPAS (Spiritual Pain Assessment Sheet) を用いた。体が思い通りにならない自律性の苦悩、家族に負担をかけている関係性の苦悩、先行きの不安など時間性苦悩が伺われた。傾聴および反復対応を中心に支持的な対応を積み重ねていった。多職種での関わりを通し、家族で紅葉を見に行く、大好きな畑に行くなどのを通して患者の表情は少しずつ穏やかになり、信頼関係を次第に構築していくことができた。

【考察】医療不信感や不満をもった患者に対しては、不満や不信感を真摯に受け取めるとともに、その背景や理由を探っていく必要がある。傾聴・共感を繰り返すとともにナラティブアプローチおよびスピリチュアルペインが有効と考えられた。また、患者との信頼関係構築には多職種でのアプローチやスタッフのコミュニケーションスキル向上も重要と考えられた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)19 患者と医療者のコミュニケーション・哲学的課題

P-1-189

患者と家族の意向の理解が不十分であったため、在宅医療における関係性の構築に苦慮した筋萎縮性側索硬化症の1例

袖山 治嗣	ソデヤマ ハルツグ
宮本 英雄	ミヤモト ヒデオ
赤羽 宙志	アカハネ ヒロシ
長野 直子	ナガノ ナオコ
松澤 裕紀	マツザワ ユキ
青木 しづか	アオキ シヅカ
田中 香	タナカ カオリ
大峽 みゆき	オオバ ミユキ
大澤 雄一	オオサワ ユウイチ
丸山 京子	マルヤマ キョウコ
宮入 裕司	ミヤイリ ユウジ

医療法人あい友会 あい長野クリニック

【はじめに】患者と家族が訪問診療や訪問看護などの介入を希望しないことを十分に理解できず、関係性の構築に苦慮した筋萎縮性側索硬化症（以下、ALS）の1例を経験した。

【症例】70代女性。主訴は筋力の低下。X1年7月より上肢の筋力が低下。体重も急激に減少し、歩行も困難となった。X年5月大学病院を受診しALSと診断。確定診断後も身体機能は急速に低下。呼吸促進を認めるようになった。8月喀痰の排出が困難となり、A病院に救急搬送され入院。入院後、非侵襲的陽圧換気を導入。呼吸困難感に対して塩酸モルヒネの持続皮下注を開始。起立位の保持は1分間が限度。上肢の可動制限あり。エダラボンは効果がなく中止、肺活量が低下しリルゾールも中止。食事は刻み食で全介助。排泄はおむつ内で全介助。浣腸や坐剤の使用による排便コントロールの実施なし。膀胱カテーテル留置中であった。自宅に帰りたいと希望され、当クリニックに訪問診療を依頼された。8月下旬、A病院で退院前カンファレンスを実施。患者、夫、A病院スタッフ、当クリニックの医師、看護師などが参加。患者は胃瘻造設、気管切開を希望されず。夫は自分が全ての面倒をみると訪問看護、訪問介護員の介入を希望されず。A病院スタッフより、患者、家族の希望に沿い、訪問看護師や訪問介護員の介入は予定していないと説明あり。当クリニックとしては訪問看護師や訪問介護員の介入なしで自宅での生活を維持することは不可能と判断し、十分なケアプランを立てるよう依頼。2つの訪問看護ステーションより月～土曜日に訪問看護師が訪問する予定とした。退院日と退院3日目に訪問診療を行ったが、患者、家族の希望で訪問診療は2週に1回、訪問看護は週3回の介入となった。退院31日目に患者と家族の希望でA病院に再入院。入院20日目に永眠された。

【考察】ALS患者と家族の意向の十分な理解が関係性の構築にはきわめて重要である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)19 患者と医療者のコミュニケーション・哲学的課題

P-1-190

行動変容ステージモデルを有効に活用し、生活の支援に繋がった2例

西川 和希 ニシカワ カズキ
中川 ふみ ナカガワ フミ
岡田 豊 オカダ ユタカ
中村 幸伸 ナカムラ ユキノブ
つばさクリニック

【はじめに】行動変容ステージモデルとは人が行動を変える場合、無関心期・関心期・準備期・実行期・維持期の5つのステージを通る、という考え方である。当院は在宅医療専門の医療機関として、小児を含めた在宅患者への診療を行っており、今回多職種と連携を取りながら本モデルを用い効果的な介入ができた2例を報告する。

【症例】症例1：30代、男性。大島分類1。先天性サイトメガロウイルス感染症、脳性麻痺、難治性てんかんがあり、20代で肺炎罹患し気管切開と人工呼吸器管理、胃瘻栄養となった。当院の訪問診療を開始し10年近く経過しているが、デイサービスやショートステイを利用したことがない点や、通院以外の外出を殆どしない点が長年課題であった。「外出」をテーマに無関心期の状態から本モデルを用いた介入を開始した。家族や医療スタッフから本人の好きなものを聴取し、外出と結び付けたところ、徐々に関心を持ち、実行期まで進むことができた。

症例2：学童期、女兒。大島分類1。先天異常症候群。急性脳症を発症し、気管切開と胃瘻栄養となった。当院の訪問診療開始時にはペースト食に興味はあるが試すのが怖いという発言があった。「ペースト食の注入」をテーマに、関心期の状態から本モデルを用いた介入を開始した。管理栄養士と協働し、医療従事者が立ち合いのもとペースト食を注入する場を設けた。その後も指導を継続し様々な食事を注入し継続期を保つことができた。

【考察】ライフステージが進む中、自宅で最良な暮らしを目指すには、常にその場面に応じた働きかけを行う必要がある。しかし、本モデルを活用した介入を行う為には医療者と家族との信頼関係の構築に加えて多職種からのアプローチが必須で、さらには主治医が介入するタイミングを逃さない視点も重要だと考えた。今回の経験を元に、今後積極的に本モデルを取り入れた診療に取り組みたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)19 患者と医療者のコミュニケーション・哲学的課題

P-1-191

在宅医療におけるコミュニケーションでは、患者-医師-付き添い者間で「診療に同席していない専門職に関する情報」が相互にやり取りされ多職種連携に寄与している

木村 琢磨 ¹	キムラ タクマ
千葉 宏毅 ²	チバ ヒロキ
石川 純也 ³	イシカワ ジュンヤ
内田 貞輔 ⁴	ウチダ テイスケ
江口 幸士郎 ⁵	エグチ コウシロウ
笥 孝太郎 ³	カケイ コウタロウ
坂 祥平 ⁶	サカ ショウヘイ
坂戸 慶一郎 ⁷	サカト ケイイチロウ
高木 博 ⁸	タカギ ヒロシ
藤谷 直明 ⁹	フジタニ ナオアキ
水上 潤哉 ⁶	ミズカミ ジュンヤ
山寺 慎一 ¹⁰	ヤマデラ シンイチ
野村 恭子 ¹¹	ノムラ キョウコ
橋本 正良 ¹	ハシモト マサヨシ
石川 ひろの ¹²	イシカワ ヒロノ

¹ 東京科学大学 総合診療科 / 介護・在宅医療連携システム開発学講座

² 北里大学 医学部 医学教育研究部門

³ かけい医院

⁴ 静岡ホームクリニック

⁵ 今立内科クリニック

⁶ 相模原ファミリークリニック

⁷ 健生黒石診療所

⁸ みぞのくちファミリークリニック

⁹ 宮崎医院 / よつばファミリークリニック

¹⁰ 菜の花診療所

¹¹ 秋田大学 大学院医学系研究科 公衆衛生学講座

¹² 帝京大学 大学院 公衆衛生学研究科

【背景】在宅医療においてはコミュニケーションが重要であるとされるが、実証研究は不足している。

【目的】在宅医療におけるコミュニケーションを会話機能の面から明らかにする。

【方法】

対象は全国9施設における在宅医療（訪問診療、臨時往診）とした。実施にあたっては、倫理審査委員会の承認を得た上で、患者、在宅医療への付き添い者（付き添い者）から書面で同意を得た。

研究デザインは観察研究で、在宅医療における全ての会話を録音し、Roter Interaction Analysis System (RIAS) を用いて会話機能の側面から量的に分析（機能カテゴリーにコード化）した。在宅医療に特徴的な側面をコード化するため、「診療に同席していない専門職に関する情報」などのカテゴリーを追加し、患者、医師、付き添い者など、診療への参加者毎に、会話機能を示すコード数を記述した。

【結果】

在宅医療の会話55回分を分析した。患者の平均年齢は82.9±10.1歳であった。

最も多い構成メンバーは、患者、医師、付き添い者の三者パターンであった。

「診療に同席していない専門職に関する情報」は、付き添い者の21例（39.6%）、医師の21例（38.2%）、患者の9例（16.2%）において認められた。

【考察】

在宅医療におけるコミュニケーションでは、患者、医師、付き添い者の各々が「診療に同席していない専門職に関する情報」について発話しており、在宅医療における多職種連携に寄与している可能性が示唆され、在宅医療に関わる専門職は注視する必要がある。

利益相反：あり

一般演題(ポスター)19 患者と医療者のコミュニケーション・哲学的課題

P-1-192

手話通訳サービスを用いて自宅での円滑なコミュニケーションが可能となった、聴覚障害を有する終末期癌患者の1例

松木 裕輝¹ マツキ ヒロキ
沖田 将人² オキタ マサト
開田 修平³ カイダ シュウヘイ
永田 亮¹ ナガタ リョウ

¹みらい在宅クリニック 金沢

²みらい在宅クリニック

³みらい在宅クリニック 港南

【はじめに】

聴覚障害者とのコミュニケーションには主に筆談が用いられることが多いが、時間的制約もあり、互いに得られる情報量が乏しくなる傾向にある。症状が多岐にわたる終末期癌患者では特に多くの情報のやりとりが必要となり、筆談では十分なコミュニケーションが図れない恐れがある。今回、手話通訳サービスを用いて、円滑なコミュニケーションが図れた終末期癌症例を経験したため報告する

【症例】

症例は聴覚障害をもつ60代女性、乳癌術後にひだり頸部・腋窩リンパ節転移再発を認めた。転移巣の増大に伴い気道狭窄のリスクが出現したため、ステロイドの内服を開始、頸部痛に対してはナルベインの持続皮下注射が開始された。PS低下を認め、BSC onlyの方針となり、自宅看取り目的に訪問診療が導入された。介護者である夫も聴覚障害者であり、自宅内では主に手話での会話であった。横浜市が運営する聴覚障害者情報提供施設に手話通訳者派遣の依頼をし、定期訪問時は通訳者に同席頂いた。緊急時のご連絡は電話リレーサービスを用いて、手話通訳者を介した通話が可能であり、24時間体制で対応頂いた。気道狭窄、癌性疼痛、リンパ液還流障害に伴う浮腫など症状が多岐に及んだが、手話による円滑なコミュニケーションにより、十分な病状説明、意思疎通が可能となった。訪問診療開始時は緩和ケア病棟への入院を希望されていたが、自宅でのお看取りへと希望が変わり、現在自宅療養を継続中である。

【考察】

在宅医療の需要増加に伴い、聴覚障害を持つ患者も増加することが予想される。多くの情報をストレスなく円滑にやり取りすることは、患者の心配・不安を取り除き、より良い医者患者関係の構築と適切な治療選択に貢献すると思われる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)19 患者と医療者のコミュニケーション・哲学的課題

P-1-193

在宅診療における動物介在の意義と可能性 —新たなケアの扉を開く—

久保田 洋介 クボタ ヨウスケ
遠藤 真美 エンドウ マミ
医療法人社団やまと やまと在宅診療所一関

【はじめに】

在宅診療では、患者や家族との信頼関係が診療の質を左右する重要な要素となる。近年、動物が人間に与える心理的効果や行動促進の可能性が注目され、医療・福祉分野での活用が期待されている。本発表では、在宅診療において動物が果たした役割を具体的な症例を通じて紹介し、動物介在療法・活動の応用可能性について考察する。

【症例】

①緊張の緩和と本音の引き出し

進行がん患者宅での診療中、患者は明るく振る舞っていたが、症状や治療の話題では患者・家族・医療者間に緊張感が漂っていた。診療後に愛犬を部屋に入れ、全員で触れ合う時間を設けたところ、雰囲気が和らぎ、病気以外の話題や患者の本音を引き出すことができた。愛犬は精神的な橋渡し役となり、関係性向上に寄与した。

②患者の気持ちをほぐす糸口

認知症患者が自身の病識を正しく理解できず、介護サービス導入を拒否していたが、愛犬の話題を通じて心を開き、訪問看護導入につながった。また、自身の食事を過度に分け与えた影響による愛犬の体重増加を契機に、多職種間で患者の食生活や認知症進行を評価し、必要な介入を行うきっかけとなった。

【考察】

動物の存在は緊張を和らげ、対話を促進する心理的効果を持つと考えられる。動物との関わりが身体的・心理的に人に良い影響を与えるという研究や報告もあり、動物介在療法(AAT)は、ペットを飼っていない患者にも同様の効果をもたらす可能性が示唆される。一方で、感染症リスクやアレルギー、動物福祉に関する課題も存在するため、慎重な検討が求められる。特に訪問型アニマルセラピーは、在宅医療や地域医療における新たなケア手段として注目されるが、実例が少ない地方では活動団体や専門家の助言を得ながら、小規模から試行的に導入を進めていきたい。こうした取り組みを通じ、患者と家族、医療者にとって心理的・身体的に有益なケア手段となる可能性を広げることが目指す。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)19 患者と医療者のコミュニケーション・哲学的課題

P-1-194

医療従事者としてのスピリチュアルケア

松尾 誠司 マツオ セイジ

医療法人 長崎宝在宅医療クリニック

【はじめに】

昨今では、よりソーシャルなケアがとりあげられているが、広義のスピリチュアルケアにおいては医療従事者によるケアも存在する。当院は、在宅医療専門の往診のクリニックで坂の町で活動を始めて20年ほどになる。患者様にケアを提供する場合、医療従事者にとっては症状緩和の術があるため、宗教者や他職種ワーカーとは関わり方が異なってくる。患者様自身のスピリチュアリティに寄り添うが、診療の性格上、接する時間の制限があり、また寄り添い方も治療の一部と重なるため浅い寄り添い方となる事が多い気がする。しかしながら医療の提供が患者様自身の生活環境の向上につながる。それが在宅医療である。今回は医師とスピリチュアルケアワーカー両方の立場からケアを考えてみたい。

【症例】

在宅診療の中で患者自身が自分の予後が長くないことを理解して、家族と共にスピリチュアルな痛みを感じていた症例を3例提示する。3例とも癌末期の状態であり1例は独居看取り。他2例は、患者様と付き添い共に悩む家族がいた。いずれも半年以内の短い期間であった。その3例をスピリチュアルケアアセスメントシートに基づいて患者への聴きとりを行っている。

【考察】

本来、スピリチュアルケアワーカーはアセスメントシートの中では聴きとり（傾聴）のみの立場であるが今回のようにワーカー自身が医師（在宅緩和医療の医師）である場合はどうしても症状緩和の術があるため、傾聴しながらも医療的解決方法を提示し、更には実施することになる。この症状コントロールの際に時間的に制限や関わりの浅さなどのことでワーカーすなわち医師自身が悩み更には終末期において鎮静などの手技を行う時自身がスピリチュアルペインを抱え込みやすい。全人的な素養が求められるものであるのか相当に悩む。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)20 研究

P-1-195

在宅医療専門医研修中に記載した振り返りノートの質的分析

間所 俊介 マドコロ シュンスケ
井口 真紀子 イグチ マキコ
夏堀 龍暢 ナツボリ タツノブ
武藤 真祐 ムトウ シンスケ
鉄祐会祐ホームクリニック

【目的】救急から在宅医療へのキャリアチェンジを通じた自身の価値観の変化を明らかにする。

【方法】在宅医療専門医研修の一環として振り返りノートの記載と、指導医との振り返りを定期的に行っていた。筆者は救急専門医であり、専門医研修開始後も、週1回の救急外来業務を継続している。ノートには在宅医療に加え、この期間に経験した救急での経験や考察も自由記載した。本研究では、このノートの内容をKJ法で分析した。2年間の研修のうち最初の1年間分を分析対象とした。3か月ごとに期間を区切り、(1)記録を単位ごとに分割(2)小グループ化(3)大グループ化(4)図式化(5)各期間のテーマ化を行った。各期間のテーマをさらなる議論を通して分析し、全期間に共通する変化のテーマを抽出した。客観性を担保するため、分析は医師3名で行った。

【結果】「コントロール思考の手放し」「自分と向き合う」「在宅医としての成長と救急医療の再構築」の3つが抽出された。「コントロール思考の手放し」では、医師として他者も自分もコントロールして正そうとする思考から、信頼関係や傾聴を重視して他者を尊重する思考へと変化が見られた。「自分と向き合う」過程では、自己認識が深まり、自分の限界を受け入れることへと繋がっていた。こうした自身の姿勢の変化が「在宅医としての成長と救急医療の再構築」へと結びついた。

【考察】本研究では、救急から在宅医療へのキャリアチェンジにあたり記載してきた自身の振り返りノートをKJ法で分析し、診療態度や医療への価値観の変化を示した。診療の際の自分の感情を言語化し、対話する過程を通して医療に対する姿勢の変容が促された。本研究は自分一人の記録の分析であり、一般化には限界がある。今後は多職種や患者の視点を含めた研究が必要である。この発表は倫理カテゴリーVに該当する。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)20 研究

P-1-196

在宅医療下の高齢者患者500名の血液所見から検証した高齢者の恒常性維持機構

黒岩 義之 ¹	クロイワ ヨシユキ
市村 篤 ¹	イチムラ アツシ
望月 順子 ¹	モチヅキ ジュンコ
邑山 美奈子 ¹	ムラヤマ ミナコ
金森 隆成 ¹	カナモリ タカナリ
田中 武則 ¹	タナカ タケノリ
鶴岡 祐介 ¹	ツルオカ ユウスケ
野中 洋平 ¹	ノナカ ヨウヘイ
城守 雅史 ⁴	シロモリ マサシ
池田 陽一 ²	イケダ ヨウイチ
平山 啓行 ²	ヒラヤマ ヒロユキ
平山 大將 ³	ヒラヤマ ダイスケ

¹医療法人社団和啓会メデイクスクリニック溝の口²医療法人社団和啓会³福祉開発研究所⁴医療法人社団和啓会メデイクス松戸クリニック

【目的】在宅医療下の高齢者の血液所見を検討、高齢者の恒常性維持機構について検証する。【方法】対象は当施設の訪問診療患者500名(72～107歳)の静脈血で、内訳は男166名、女334名、在宅115名、施設385名(21か所)。検査は血算、白血球分画、生化学、凝固、内分泌など計53項目からなる。2つの検査項目間の相関は単回帰分析で検証した。日本医学会連合倫理委員会の方針に沿う対応をとった。【結果】以下の有意な相関を認めた。CRPとの正相関(白血球、好中球、APTT、Dダイマー、フィブリノーゲン、BUN、クレアチニン、総ビリルビン、LDH、ALP、Cu、フェリチン、BNP、TSH)。Dダイマーとの正相関(BUN、クレアチニン、総ビリルビン、LDH、ALP、尿酸、アミラーゼ、フェリチン、K、P、BNP、TSH)。CRPとの負相関(赤血球、Ht、好酸球、リンパ球、単球、総コレステロール、LDLコレステロール、TG、総蛋白、HbA1C、Na、Cl、Ca、Fe、Zn、FT3)。Dダイマーとの負相関(血小板数、総蛋白、HbA1C、Ca)。これとは別にLDHとCPK、Pとクレアチニンはそれぞれ正相関を示した($p<0.0001$)。【考察】自律神経科学的知見から恒常性維持機構は緊急事態型(エネルギー消費型)と平常時型(エネルギー蓄積型)の2元論で説明できる。感染や血栓症などの緊急ストレスと関連するCRPやDダイマーと正相関を示した項目は緊急事態型生体反応と関連し、CRPやDダイマーと負相関を示した項目は平常時型生体反応と関連すると解釈した。Cori回路(筋肉と肝臓の連携回路)で追加エネルギーを産生するLDHがCPKと相関したことから、CPKがエネルギー代謝と関連すると解釈した(フレイル患者でCPKは著明低下)。Pとクレアチニンの相関はP増加を抑制する腎の生理学的機能の低下を反映すると解釈した。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)20 研究

P-1-197

超高齢者の訪問診療開始後の予後について

壁谷 悠介¹ カベヤ ユウスケ
山下 智史² ヤマシタ サトシ
青山 直善³ アオヤマ ナオヨシ

¹医療法人社団さんりつ会そうわクリニック

²医療法人社団さんりつ会そうわ相模クリニック

³北里大学医学部総合診療医学

【目的】社会の高齢化、寿命の延長に伴い、超高齢者（90歳以上）の訪問診療が増えている。平均寿命を超えたこうした患者の在宅療養開始後の予後を示す報告は少ない。我々は、在宅医療を開始した超高齢者の予後及びその規定因子を調査した。

【方法】2019年12月から2022年3月までに自宅での診察を開始した90歳以上の訪問診療の患者341名（平均年齢94歳、女性239名）を対象とし、2022年9月末まで観察を行った。生存分析を行い死亡率の算出、および1年、2年、3年後の生存率の推定を行った。 Kaplan-Meier生存曲線を作成し、患者属性ごとに生存率の差について検定を行った。

【結果】169名を平均値377日（中央値303日）観察し、150名が死亡した。死亡率は、1000人日あたり1.17件であった。初診後1年、2年、3年の推定生存率は66%（95%信頼区間6071%）、48%（95%信頼区間4055%）、29%（95%信頼区間2037%）であった。患者属性のうち、訪問診療導入理由（ $p<0.01$ ）、糖尿病の有無（ $p<0.04$ ）、訪問看護の使用（ $p<0.03$ ）で優位差を認めた。訪問診療導入理由は癌による訪問診療導入の群で、糖尿病の有無では糖尿病がある群で、訪問看護の使用は訪問看護の使用がある群で、生存期間が優位に短かった。

【考察】超高齢者の在宅療養開始後の予後推定を行った。生存期間の推定値は療養する患者のその後の時間の過ごし方を考える上で有用と考えられる。また、導入理由の疾病ごとの予後推定を行うことにより詳細に患者に情報を伝えることができる。訪問看護の導入については、重症度を反映しているものと思われ慎重な解釈が必要と考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)20 研究

P-1-198

在宅医療における患者特性と予後の関連： 医療介護レセプトデータを用いた潜在クラス分析

佐方 信夫^{1,4,5} サカタ ノブオ
浜崎 曜子^{2,3} ハマサキ ヨウコ
田宮 菜奈子^{1,2} タミヤ ナナコ

¹筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野

²筑波大学ヘルスサービス開発研究センター

³筑波大学大学院パブリックヘルス学位プログラム

⁴医療法人平成博愛会 世田谷記念病院

⁵平成医療福祉グループ総合研究所

【目的】在宅患者は多様な健康・介護上の特徴を有するが、それらの予後への影響は十分検討されていない。本研究では医療介護レセプトデータを用いた患者の類型化を行い、死亡および入院との関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】茨城県つくば市の医療介護レセプトデータおよび要介護認定情報（2014年4月から2019年3月）を用い、訪問診療を受ける65歳以上の要介護認定者を対象に、障害高齢者自立度、認知症高齢者自立度、基礎疾患（23疾患）、医療処置（12項目）による潜在クラス分析を行った。最適クラス数はAICとBICにより決定し、死亡・入院リスクを多変量競合リスクCox回帰で解析した。

【結果】分析対象1,590名は4つのクラスに分類された：中等度認知症併存群（41.3%）、軽症者群（25.6%）、慢性呼吸不全群（18.2%）、重度要介護群（15.0%）。主な特徴は、中等度認知症併存群では認知症85.0%、軽症者群では認知症自立度Ⅰ以下55.0%、慢性呼吸不全群では心不全74.0%・下気道疾患82.0%、重度要介護群では認知症自立度Ⅳ以上81.0%であった。年齢・性別・要介護度調整後、慢性呼吸不全群は軽症者群と比べ死亡リスク1.74倍（95%CI:1.412.15）、入院リスク1.43倍（1.101.86）、再入院リスク1.64倍（1.192.25）と有意に高かった。

【考察】在宅患者を特徴の明確な3群と中等度認知症に多様な疾患を併せ持つ最大規模の群に分類し、予後を含む特徴を明らかにした。重度要介護群と比較して慢性呼吸不全群でより高い死亡・入院リスクを示したことは、在宅患者の予後にはADLの重症度のみならず呼吸不全併存が大きく影響することを示唆している。医療・介護資源の投入においては、ADLにとらわれ過ぎずに、呼吸不全を主とした医学的な管理の必要性を反映させるべきと考えられた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)20 研究

P-1-199

訪問診療開始後、初回入院となる在宅医療患者の特徴

高橋 由利子	タカハシ ユリコ
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
岡崎 理絵	オカザキ リエ
武藤 真祐	ムトウ シンスケ
上田 仁美	ウエダ ヒトミ
坂本 亜樹子	サカモト アキコ

医療法人社団鉄祐会

【目的】本研究の目的は、当法人在宅療養支援診療所（以下、在支診とする）8拠点における訪問診療開始後、初回入院となった患者の初診から入院までの期間別に特徴を把握することにある。この分析を通じて、在宅医療開始後、入院となる状況の基礎的な調査として、今後、入院回避可能な要因の探索に寄与することを目指す。

【方法】2023年6月から2024年5月までの1年間に在支診を利用し入院した患者を対象とした。今回は初診から初回入院までの期間に着目し、5グループ（3日以内・4-7日以内・8-29日以内・30-89日以内・90日以上）に分類した。分析項目には主要疾患、がんの有無、年齢、独居の有無、介護度などを含めた。また入院を（予定入院・予定外入院）に分け、予定外をさらに（医学的要因・それ以外）に区分し、現状を把握した。

【結果】在宅医療開始後1カ月以内の入院は約20%、同13か月以内は約70%であった。主要疾患名は悪性新生物が約60%で、在宅医療者全体の約2倍であった。独居は約25%を占め、やや多い傾向にあった。自宅看取りは4%程度、病院で亡くなった患者は30%程度であり、在宅医療患者全体と比較すると自宅看取りの割合が少なかった。予定入院は25%程度で、主に終末期ケア目的であった。一方、予定外入院では医学的要因が60%程度を占めていた。

【考察】在宅医療開始後13か月以内の入院が多く、1か月以内は少なかった。予定外入院では医学的要因が多く、これには在宅医療を受ける患者の8割を高齢者が占めることから、様々な急性疾患で入院となる現状が伺えた。医学的要因以外が40%程度を占めており、これらの要因が入院回避につながるか、更に詳細な分析が必要であった。本研究は一医療法人の結果ではあるが、在宅医療における支援ニーズの具体的な把握や課題抽出が示唆された。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)20 研究

P-1-200

終末期がんの在宅療養患者の予後に影響を与える要因

山下 智史¹ ヤマシタ サトシ
壁谷 悠介² カベヤ ユウスケ
青山 直善³ アオヤマ ナオヨシ

¹医療法人社団さんりつ会 そうわ相模クリニック

²医療法人社団さんりつ会 そうわクリニック

³北里大学医学部 総合診療医学

【目的】 終末期がんの在宅療養患者の予後に影響を与える要因を同定する。

【方法】 本研究はカルテデータを用いて、予後予測因子を検討した。対象者は2018年12月1日から2022年9月30日までの期間に訪問診療を開始した末期がん患者443例とし、90日以内に死亡した347例と90日以内に死亡しなかった96例の2群に分類した。要因別に検定を行い、 $P<0.05$ の項目に双方向ステップワイズ法で多変量ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】 訪問診療開始時点での年齢、収縮期血圧、血清アルブミン値、CRP値、医療用麻薬の使用、介護保険申請の未申請が90日以内の死亡と有意な関連を認めた。

【考察】 3カ月以上の予後を見込める人の患者背景が明らかになった。こうした情報を活用することで、限られた時間に重点的な介入が必要な患者を特定することが可能となる。これにより地域医療の逼迫を軽減し、医療費の削減にも寄与することが期待される。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)20 研究

P-1-201

末期膵がん患者における血液データと在宅予後の予測の検討

山根 宏昭 ¹	ヤマネ ヒロアキ
吉満 亜紀 ¹	ヨシミツ アキ
秋本 悦志 ²	アキモト エツシ
山科 明彦 ³	ヤマシナ アキヒコ
山口 剛 ⁴	ヤマグチ タケシ
山根 基 ¹	ヤマネ モトイ
丸山 典良 ⁵	マルヤマ ノリヨシ

¹山根クリニック²秋本クリニック³ホームケアクリニックもみじ⁴やまぐちホームケアクリニック⁵まるやまホームクリニック

【目的】 末期膵がんは予後の予測が困難であり、患者や家族、医療従事者との密接な連携が必須である。今回、末期がん患者の在宅予後について血液検査データを用いて解析を行った。また栄養学的予後指数 (PNI、 $10 \times \text{Alb} + 0.005 \times \text{総リンパ球数}$)、末梢血好中球/リンパ球比 (NLR) も解析対象とした。

【方法】 2020年1月から2024年の間で、広島県内の在宅療養支援診療所 (5か所) で診療を行った末期膵がん患者103名を対象とした。訪問診療を開始した日から死亡日までを予後と設定した。血液検査データは訪問診療開始日より前後1週間以内のデータを収集し、栄養、血球数、肝、腎、炎症マーカーのデータを解析対象とした。

【結果】 男性50名、女性53名、年齢は中央値76歳 (3698歳) であった。訪問診療介入開始から死亡までの期間は中央値30日 (2930日) であった。在宅予後が30日をカットオフとし、2群間に分け、血液検査データと単変量解析を行った。その結果有意差を認めた項目は白血球数、好中球数、血清アルブミン、血清BUN、PNIの項目であった。名義ロジスティック解析を行ったところ、白血球数 (オッズ比=1.00, 95%信頼区間0.991.00, $p=0.230$), 好中球数 (オッズ比=0.99, 95%信頼区間0.991.00, $p=0.151$), 血清アルブミン (オッズ比=1.49, 95%信頼区間0.28415.357, $p=0.691$), 血清BUN (オッズ比=1.04, 95%信頼区間1.001.07, $p=0.002$), PNI (オッズ比=0.88, 95%信頼区間0.701.01, $p=0.10$) の結果であった。

【考察】 日常臨床において血液検査のデータは、在宅予後を予測する上で有用なマーカーとなりうる可能性が示唆された。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)20 研究

P-1-202

NDBデータによる肺がん患者の在宅医療の実態解析

高林 克日己^{1,2} タカバヤシ カツヒコ

安藤 文彦² アンドウ フミヒコ

¹三和病院

²千葉大学医学部附属病院企画情報部

【目的】 NDBデータにより本邦の肺がん患者の在宅医療の利用実態について解析する

【方法】 国内のすべての電子レセプトの集合であるNDBデータを用いることで2013年4月から2022年3月までの本邦の肺がん患者2,529,811名を抽出し、その在宅医療利用割合を検討した。

【結果】 肺がん患者のうち2013年4月から2020年3月までに死亡した患者は1,242,987名で、在宅医療の利用は18%、在宅医療利用者が最期まで在宅であったものは7.8%であった。在宅医療の期間は中央値2か月、平均6.65ヶ月であった。在宅医療の利用者は年ごとに増加の傾向があり、2014年度は15.0%であったのに対し、2020年度は23.2%であった。年齢では年齢ごとに在宅利用率は上昇し50歳代で13.1%、60歳代で13.4%、70歳代で16.5%、80歳代以上では23.6%であった。在宅酸素療法を行ったものは5.4%であった。

【結論】 肺がんにおける在宅医療利用者は近年増加傾向にある

利益相反：なし

一般演題(ポスター)20 研究

P-1-203

当院で救急搬送となる頻度の高い3症候の特徴

板外 笑果	イタマス エミカ
濱上 知宏	ハマガミ トモヒロ
山下 歩	ヤマシタ アルク
西井 賢俊	ニシイ カットシ
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	スガハラ ノブユキ
田中 裕子	タナカ ユウコ
山田 寿美	ヤマダ ヨシミ
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	

【目的】当院ではメディカルコーディネーター（以下MC）が多岐にわたる症候の電話対応を担っている。当院での先行研究では、救急搬送となる頻度の高い症候として、発熱、呼吸苦、意識レベル低下の3つが明らかになった。今回、これら3症候の電話対応後の転機について調査し、重症度の高い場合の特徴を明らかにすることを目的とした。

【方法】2023年4月1日～2024年3月31日の1年間で電子カルテを用いた後方視的調査を行った。対象は当院が訪問診療を行っている患者のうち、発熱、呼吸苦、意識レベル低下の3症候について電話連絡があった全件とした。患者の年齢、性別、主訴、電話相手、往診・救急搬送・入院の有無、入院の有無、24時間後生存を調査した。

【結果】調査期間中の対象者は、全422件224名であった（呼吸苦116件55名、意識レベル低下44件41名、発熱262件161名）。往診率（件数）は、呼吸苦53.4%（62）、意識レベル低下75%（33）、発熱83.6%（219）であった。入院率は、呼吸苦9.5%（11）（うちSPO2 90%以下が36.4%（4））、意識レベル低下11.3%（5）、発熱11%（29）（うち38.0℃以上の高熱が82.8%（24））であった。24時間以内死亡率は、呼吸苦6.9%（8）、意識レベル低下15.9%（7）、発熱3.1%（8）であった。

【考察】呼吸苦、意識レベル低下、発熱のいずれにおいても、入院率は10%前後となった。しかし、死亡率は発熱で低く、意識レベル低下で高かった。それぞれの症候において、呼吸苦ではSPO2 90%以下、発熱では38.0℃以上の高熱の割合が一定数を占めていた。一方、意識レベル低下において、今回の研究では重症度の高い場合の特徴は明らかにできず、今後の課題となった。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)21 地域づくり1

P-2-1

#やってみた

～地域での対話実践のために北欧F国から対話実践の創始者を「召喚」してみた～

松岡 邦彦¹ マツオカ クニヒコ

亀山 有香¹ カメヤマ ユカ

外山 薫² トヤマ カオル

¹茶屋町在宅診療所

²一般社団法人わたげ

【はじめに】

当院は開院以来、身体科疾患と精神科疾患とともに診察できる院長（精神科医）とMSW（社会福祉士）が中心となり、地域の関係機関等と連携しながら「対話の力」を重視した支援を実践している。また、対話による支援を地域に根付かせるために任意団体を組織し、当院を事務局として対話実践に関する活動を実施している。当該発表では地域活動の一環として、対話実践の発祥地の地である北欧F国から現役講師を「召喚」。それに飽き足らず、全国の有志を焚きつけて、北欧F国から対話実践の創始者であるT氏を日本に「召喚」した経緯を紹介する。

【活動】

①「ダイアロジカル・ハーベストセミナー」

2023年11月に当院のあるA県B市でセミナーを開催。講師に北欧F国からM氏（看護師・ダイアログトレーナー）、H氏（当事者・経験専門家、クライシスセンター所長）を召喚。当日は地元の対話実践者や支援者だけでなく、全国から対話実践者や経験専門家が来訪。企画や参加者との交流を通して対話実践のさらなる普及啓発の必要性を痛感。同時に海外から大物講師を召喚しても「何とかなるんじゃないか」という機運が生まれる。

②「ダイアログの未来予想図」～地域におけるダイアログ実践の現状から「対話的で包摂されるやさしい社会」の未来を描く～

昨年の秋の実績をひっさげ、全国で対話実践を行う機運を醸成すべく、全国の対話支援実践者と企画を相談。関係者協議のうえ、日本各地を巡るジャパンツアー企画を協働で立案。当院の位置するX地方、及び隣接するY地方、Z地方において対話実践を行っている各地のメンバーで実行委員会を組織し、講師として、AD（アンティシペーション・ダイアログ）の創始者であるT氏を招聘し、セミナーを2024年11月に開催した。

【考察】

端的に言えば「やればできる」。今後も対話による支援を普及するための挑戦を継続したい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)21 地域づくり1

P-2-2

「ひのでカフェ」：医療的ケア児のご家族の交流と支援の架け橋

中村 幸子 ナカムラ サチコ
橋本 和憲 ハシモト カズノリ
ひのでクリニック

【はじめに】

医療的ケア児の家族は、医療ケアに多くの時間と労力を費やしており、その結果、他者との交流機会が限られるという現状がある。当院では医療的ケア児の患者を数多く診療しており、これらの家庭に対する支援の必要性が一層高まっていると感じていた。このような背景を踏まえ、当院では医療的ケア児の家族が安心して集い、リフレッシュや他者との情報交換ができる場として「ひのでカフェ」を企画・運営している。この活動は、参加者同士のつながりを深め、家族支援の体制構築を目指している。

【活動】

企画当初はテーマを設けず、自由交流を基本に軽食を提供する形式で開始した。運営は当院スタッフおよび医療的ケア児の家族が主体となり、参加者の声を反映させながら調整を行っている。開催時間は2時間程度に設定し、開催後にはアンケートを実施し、参加者からのフィードバックをもとに改善を進めている。今後は学校選びや地域資源の活用など、特定のテーマを設定して開催するなど、参加者の希望にあわせて開催していく予定である。

【考察】

本活動を通じて、参加者の生活スケジュールに合わせた柔軟な開催日時の調整が重要な課題であることが浮き彫りとなった。特に、早期の開催計画を希望する声が多く、家族の負担を軽減しつつ継続的な参加を促進する運営体制の工夫が求められる。また、医療的ケア児の家族が直面する悩みは多岐にわたるため、個別のニーズに対応するには地域資源や専門家との連携強化が不可欠である。さらに、テーマ設定の幅を広げることで、参加者間の情報共有や意見交換がより充実することが期待される。

これらを踏まえ、実質的な支援を得られる場を継続的に提供するためには、柔軟な運営と多方面との協力体制の構築が不可欠である。「ひのでカフェ」が地域における医療的ケア児の家族支援の一助となるよう、さらなる改善と発展が求められる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)21 地域づくり1

P-2-3

在宅診療所が運営する医療型特定短期入所

梶原 雅子 カジハラ マサコ

医療法人やまとコールメディカル福岡

【はじめに】

当施設は、約9年前に在宅診療所に併設して開所した。医療者の立ち上げた福祉施設が、9年間の歩みの中で、在宅診療部と並び地域包括ケアシステムの一員として地域でどのように変化していったかを振り返り、この形態の福祉事業を継続的に運営していくための今後の課題を考察する。

【活動】

当施設は気管切開、経管栄養、人工呼吸器管理が必要な医療的ケア児・者を対象としている。開所4年目ごろには登録者数15名、1日の平均利用者が4.8人を維持するようになった。8年目に入り小学校入学と同時に放課後デイサービスの利用へシフトする児が増えたこと、新型コロナウイルス感染症が5類感染症となり病院でのレスパイト事業が再開したことから利用者減少へ転じ、1日の利用者が3名を割る日も出てきている。

医療的ケア児・者の通所する施設の新規開業・運営スキルを学びたいという事業所が3件あり。そのうち1件は開所に至っている。

災害時の医療的ケア児・者の自助・公助・共助の取り組みも進めており、医療機関・行政と協力し、令和2年台風10号の襲来時に実際に福祉避難所へ避難誘導を行った。

【考察】

開所当初は、医療的ケア児が通所する施設が少なく利用も者増加していったが、近年は児童発達支援・放課後デイサービスの増加に伴い、4歳から5歳頃に一旦施設を退所する児が出てきた。地域の医療的ケア児の受け皿が増加してきた結果である。一方で成人利用者の高齢化が進んでいる。デイサービスで構築したスキルを活かして地域課題として以前から上がっている医療的ケア児・者の終の住処となる施設を作っていくことが今後の課題である。

災害対策においては、行政と協同し自助・共助の啓発、公助へ医療的側面からの助言を行うなどの働きかけが必要である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)21 地域づくり1

P-2-4

在宅医療ソーシャルワーカーによる働く世代へのアウトリーチ活動

大橋 里佳¹ オオハシ リカ
齋藤 慶子² サイトウ ケイコ
鈴木 豪² スズキ ツヨシ
弓野 大² ユミノ ダイ

¹ゆみのハートクリニック三鷹

²医療法人社団ゆみの

【はじめに】

在宅医療ソーシャルワーカー（以下MSW）として家族面談を行う中で、「介護や訪問診療の知識がない」「仕事と介護の両立が不安」といった声を多く耳にする。そのため、親の介護が始まる前から、働く世代が漠然とした不安を抱えているのではないかと、その不安を軽減し、その場しのぎの介護生活にしないため、介護や在宅医療に関する情報提供や支援体制の構築が必要であると考えた。また当院では、MSWが地域包括ケアシステムをはじめとした保健医療福祉システムづくりのため活動を行っており、その一環である企業へのアウトリーチ活動について報告する。

【活動】

まず社会貢献活動を行う企業や、従業員の多い3社にメールを送付した。全国で小売業などを行い、従業員4,000人超の1社から返信があった。次に企業の人事担当者と面談を行い、社員の介護問題に関する実情が把握できていない状況にあり、社員からの介護相談を受ける体制が整っていないことなどの実態把握と、企業における介護と仕事の両立支援に関するニーズを聴取した。その後、人事担当者と相談の上、社員向けの介護相談会をオンラインで行い、2024年1月～6月に14件の相談を実施した。同時に介護セミナーをウェブで開催し、参加者は60名を超えた。実施後、人事担当者より仕事と介護の両立に対する社員の感心が高いことや、専門職による支援が心強いという声がきかれ、引き続き活動を行っていく予定である。

【考察】

本活動を通じ、働く世代においても、介護に関する情報提供や相談のニーズが存在することが確認された。介護サービスの利用開始前の段階で、MSWが未来の介護に対し考える機会を提供することで、予め心や知識が準備された中でやってくる介護生活となるため、その場しのぎではない、その人らしいサービスの選択が可能となり、結果として質の高い在宅療養環境の整備につながることが期待できると考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)21 地域づくり1

P-2-5

地域包括ケアは地方創生につながる（はず）

大蔵 暢 オオクラ トオル
やまと在宅診療所白石

【はじめに】

地方創生に向けた取り組みはこれまで様々に行われてきましたが、いずれも大きな成果には繋がっていないのが現状です。その原因の一つの仮説として、衰退していく地域において高齢住民が「お迎えがくるまで、安心して生きていくことができるのか？」という漠然とした不安を払拭できず、将来に希望を持ってないからではないかと考えました。そこで、質の高い地域包括ケアシステムを構築し、医療や介護に関する不安を緩和することが、地域再生に向けた重要なステップになると考え、取り組みを開始しました。

【活動】

2024年4月、A県の県南地域で唯一の在宅医療専門診療所を開設しました。病院や医師会、介護系事業所、行政機関など、すべての関係機関とネットワークを構築し、活動の対象（地域の多職種メンバー vs 一般市民）と活動の頻度（断続的 vs 持続的）に基づき、以下の4つのカテゴリーに分けて包括的な取り組みを行いました。

・地域の多職種メンバーへの持続的な活動

情報共有システム「Medical Care Station」を活用し、チームケアを実践。

・地域の多職種メンバーへの断続的な活動

定期的な勉強会を開催し、最新の知識や実践方法を共有しました。

・一般市民への断続的な活動

市民公開講座を開催し、在宅ケアや自宅看取りに関する啓発活動を行いました。

・一般市民への持続的な活動

〇〇カフェなどで住民との対話を通じて、在宅ケアに対する意識を高める取り組みを進めました。

【考察】

これらの取り組みにより、地域のサービス提供者間の連携が強化され、病院や行政機関との協働も促進されつつあります。また、地域に新たな文化が醸成される兆しが見え始めました。地域包括ケアシステムの充実が、地域住民の不安を解消し、地方創生に向けた第一歩となる可能性が高いと考えています。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)21 地域づくり1

P-2-6

医療機関が行う子ども食堂の活動を振り返る～継続・拡大している理由～

鬼頭 美恵 キトウ ミエ
平田 節子 ヒラタ セツコ
安田 和代 ヤスダ カズヨ
西野 葉生 ニシノ ナオ
森田 千華子 モリタ チカコ
医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック

【はじめに】当法人が運営する子ども食堂は2018年2月に開始した活動である。毎月1回の開催であり開始当初は10食程度であったが、現在では約200食を作る規模に拡大している。ボランティアの人数や、食材・資金の寄付という外部支援は増え続けている。この活動が6年間、関わる人達にとって有意義なものであり、安全に継続できているその理由を振り返る。

【活動】現在、中心に関わるクリニックスタッフは6人であり、この活動は勤務時間としている。特徴として「①活動内容をスタッフが企画している」「②遺族・患者家族の関わり場としている」「③ボランティア同士の良好な関係構築に配慮している」「④管理栄養士が大量調理の安全性を確保している」「⑤外部資源とつながって補助金や寄付を獲得している」が挙げられる。

それぞれの特徴をさらに掘り下げると、①最初はひとりから始まったが、スタッフが自主的に参加するようになった。感染症流行時には新たなシステムをつくった。キッチンカーの導入やクッキー作りなど新しい企画も生み出している。②介護中心の生活となりがちな患者家族にボランティアとして関わってもらい、社会の中で介護とは異なる役割を担ってもらっている。③ボランティア同士の関わりに配慮し、個々が気持ちよく活動できるようにしている。④調理はボランティア中心に行っているが、管理栄養士が衛生管理を行うことで、安心・安全に活動できる環境をつくっている。⑤県の中間支援団体とつながったり、公的な補助金の申請、患者向け広報誌での寄付の呼びかけなどを行い、資金面でのクリニック負担が無く実践できている。こうした特徴はスタッフ、ボランティア各々が経験を積み重ねて、つくりあげてきたものである。

【考察】スタッフにとっては、子ども食堂の企画運営は地域とつながる機会であり、通常業務では得られない経験となっている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)21 地域づくり1

P-2-7

天草謹製のメッセージノート「わたしのノート」の取り組み 続編 ～2019年の初回報告から、コロナ禍を経て、第4版までなっちゃったよ！～

倉本 剛史 クラモト ツヨシ
在宅とつながるクリニック天草

【はじめに】

天草在住の医療関係者に限らない多職種メンバーで構成された委員会で、メッセージノート（いわゆるエンディングノート）の「わたしのノート」を天草で2016年に作成した。現在も在宅医療やACP啓発活動の重要なツールとして活用している。前回報告した2019年からコロナ禍を経た現在までの活動に関して報告する。

【活動】

高齢者人口すら減少している、消滅可能性自治体である天草。2016年2月、天草地域の在宅医療介護連携推進プロジェクト会議を発端とし、医療・介護・行政・司法・金融・市民活動など様々な職種が集まり一つの委員会「わたしのノート作成広報いいんかい!？」を立ち上げ、「わたしのノート」を作成し、広報活動を行ってきた。2018年に人生会議の愛称が決まりACPの概念が共有されるようになると、さらに住民への啓発が進むようになった。2020年にコロナ禍となり住民への直接的な啓発活動は行えなくなったが、メディアを通した広報活動で、コロナ感染時に自分の住まいや受ける医療を考えるためのツールとして紹介されるようになった。コロナがあげた2024年、過去の3版分の在庫（9000部）が全てなくなり、内容を改訂し第4版を発行（5000部）することとなった。

【考察】

「わたしのノート」を用いた啓発活動は、当事者のみならず、地域住民の死生観を見つめ直すきっかけになっている。自身の終末期医療や認知症になった時の対応、在宅医療の選択に関して考えること。すなわち、「これからどのように生きたいか」といった意思表示「ACP」を進める上で「わたしのノート」は最適なツールであり、地域包括ケアシステム構築の基盤になりうると確信している。10年近く継続して活動できているポイント、第4版改訂にあたり時代に合わせてどのような追加項目があるのかも合わせて報告したい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)21 地域づくり1

P-2-8

「Kほけんしつ」で広がる医療介護と地域のつながり ～メッセンジャーナースによるほけんしつ～

大迫 真弓 オオサコ マユミ
濱田 歩美 ハマダ アユミ
濱田 努 ハマダ ツトム
きいれ浜田クリニック

【はじめに】

日本の高齢化は急速に進行しており、各地で持続可能な社会の構築が求められている。当地域は特に高齢化が進んだ地域であり、当院では「地域に住む人々が穏やかに暮らせるよう支援する」を目的に、2023年4月より「kほけんしつ」を開始した。本施設はメッセンジャーナースが中心となり、「病院に行くほどではないが、相談したい」「ちょっと困った時に立ち寄れる、学校のほけんしつのような場所」をコンセプトに運営している。

【活動】

「Kほけんしつ」は月に1～2回、健康相談、介護相談、メディカルチェックを実施している。誰でも無料で利用可能で、必要に応じて送迎サービスも提供している。さらに、地域の医療介護リテラシー向上を目指し、理学療法士による介護教室や体操教室、管理栄養士の栄養相談、排泄セミナー、看護師による熱中症対策講座や緊急時の医療情報キット作成など、季節や時期に応じた情報提供を行っている。また、地域住民が制作した作品の展示会や生前整理の会を開催し、双方向の対話の場を積極的に設けている。

【考察】

医療介護リソースが限られる地域では、適切な医療介護サービスの連携と地域のつながりが不可欠である。「kほけんしつ」では、メッセンジャーナースが対話を重視し、住民の生活状況やニーズに応じた支援を提供している。生活と医療の両面からアセスメントを行うことで、個別対応が可能となっている。さらに、このコミュニティを活用し、医療関係者同士や住民同士のつながりを促進する役割も果たしている。今後、当地域におけるほけんしつの連携から得られた知見を基に、持続可能な地域医療の在り方を再考したい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)21 地域づくり1

P-2-9

「きいれば」による地域を巻き込んだ場づくり

濱田 歩美 ハマダ アユミ

濱田 努 ハマダ ツトム

きいれ浜田クリニック

【はじめに】

少子高齢多死社会の日本において、鹿児島県は全国平均よりも高齢化が進んでいる。持続可能な社会を維持するためには、医療・介護の力だけでなく、地域との繋がりを促進する場の創出が必要である。今回の発表では、鹿児島市喜入町に設立された「きいれば」が地域と密接に連携する事例を紹介する。

【活動】

2022年に開設された「きいれば」は、地域の公民館に類似した施設である。ピアノのあるホール、絵本から医学関連書まで揃う本棚、キッチンやカウンターを備え、一般への貸し出しも可能である。子育て支援イベント、飲食・サービス関連イベント、保健室や認知症カフェ、グリーフケアサロンなど医療介護関連イベントから音楽イベントなど多彩なプログラムが実施されている。これにより赤ちゃんから高齢者まで幅広い市民が集う場となっている。

【考察】

医療や介護は必要時にのみ関与するケースが多いが「きいれば」では健康な時や子どもの誕生時など、人生の様々な段階で関与できる場である。医療機関ではなく、独立した建物であることから老若男女まで足を踏みれやすいことが特徴であり、日常的に様々な世代が来訪できるイベントが存在するため必要時に連携が取りやすい。さらに、人生の最終段階や大切な人を失った時にも「きいれば」が支えとなり、穏やかな最期を迎えるための地域基盤としても機能している。今後の運営状況や取り組みについても報告する予定である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)21 地域づくり1

P-2-10

最後まで元気に過ごせる鎌ヶ谷市を目指して、 市民参加型シンポジウムを通じた地域づくり。 ～第3回鎌ヶ谷ビジョン～

上野 拓実 ウエノ タクミ
細田 亮 ホソダ トオル
医療法人社団豊寿会 はもれびクリニック

【はじめに】

千葉県鎌ヶ谷市では1年に1度、「鎌ヶ谷ビジョン」という市民参加型のシンポジウムが開かれている。市民団体が主催を務めており、「医療と介護を市民にとってより身近なものにすること」を目的としている。今回第3回目を迎え、背景やこれまでの報告と活動を通じた地域への影響を考察する。

【活動】

主催市民団体は在宅療養支援診療所の職員が中心になっており、在宅医療に従事する中で、市民が医療や介護に距離を感じていることを実感していた。その距離を縮めるという潜在的なニーズを市民から強く感じ、解決のためシンポジウム開催に至った。イベントを通じ、市民に「最後まで元気に過ごす」ことについて考えてもらう機会を提供している。今回は「大切なことは、ことばで伝えよう」をテーマに定め、家族や大切な人に思いを伝える機会を作れるようなプログラムを準備し、ゲストには愛や死生観をテーマにした曲を歌い続けているアーティストの大木伸夫さん（ACIDMAN）を迎えた。講演とミニライブに加え、在宅医療を実践する医師との対談を実現した。その他に、市民が自分の死生観を表出することができるような参加型ブースや、地元の高校生が「話をしたくなる食事」をテーマに食事を準備したカフェも同時開催した。

【考察】

参加した市民からは「このような組織が鎌ヶ谷にあることを知り頼もしく思った」「多くの方に知らせないともったいない」などの言葉をいただいた。まだ市民にとっては在宅医療をはじめ、終末期の意思決定支援やACPが身近になっているとは言い難い。この現状に対してシンポジウムは、市民が自分事として考える機会になっているのではないだろうか。また開催にあたり、市内の医療介護事業所の連携体制がより強く構築されるメリットもある。市民と医療介護の垣根を無くしていく場として、今後も継続して開催する必要性を感じ、成長させていく価値があると考えている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)22 保健制度・医療政策

P-2-11

在宅医が身体障害者手帳指定医を取得する事による在宅医療の質改善

熊井 惟志 クマイ タダシ
川村 早紀 カワムラ サキ
大野 孝生 オオノ タカオ
成瀬 佳子 ナルセ ヨシコ
姜 琪鎬 カン キホ
みどり訪問クリニック

【はじめに】

身体障害者福祉法では、身体障害者は「身体上の障害がある18歳以上の者で、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けたもの」と定義されている。身体障害者手帳の取得は障害福祉サービス利用の第一歩であり、そのためには指定医による診断書作成が必要である。自分は2022年4月から在宅医療に従事しており、同年11月に脳神経外科専門医として指定医（肢体不自由）に登録した。在宅患者の診断書作成を通じて、指定医であることが在宅医療の質向上にどのように寄与できるかを検討した。

【活動】

2022年11月から2024年10月までの2年間で20件の診断書を作成した。このうち、手帳発行待ちの症例を除いた15例が手帳を取得し、14例が1級、1例が2級だった。1級のうち4例は、他の級から1級への再認定だった。

【考察】

①脳卒中後の手帳申請

脳卒中後に身体障害者手帳を申請するには発症から6か月経過する必要がある。6か月以内に在宅移行した場合、在宅医が指定医でなければ申請が難しくなる。指定医登録以前には、申請までに長い時間を要した事例があったが、登録後は6か月経過時点で速やかに申請可能となり、患者の負担軽減につながった。

②神経難病の進行に伴う再認定

ALSなどの神経難病では進行に伴い等級が変更されることがある。前医で取得した手帳について、3例で1級への再認定を行い、適切な支援を提供することができた。

③悪性腫瘍終末期での取得

悪性腫瘍終末期に手帳を取得した2例では、訪問看護が医療保険に切り替わることで医療費負担が軽減され、介護保険の余裕を他のサービスに回すことが可能になった。このように、在宅医が指定医であることで、患者により良いケアを提供できる。

以上のように、在宅医が身体障害者手帳の指定医となることで、患者に多くのメリットをもたらし、在宅医療の質向上に貢献できることが示された。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)22 保健制度・医療政策

P-2-12

SELFを活用した在宅データ提出加算算定への取り組み

高田 哲也¹ タカダ テツヤ
山田 翔太² ヤマダ ショウタ
山戸 啓佑² ヤマト ケイスケ
樋口 久仁子² ヒクチ クニコ

¹医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック

²株式会社メディヴァ

【はじめに】令和6年度の診療報酬改定では、在宅医療関連でも多くのマイナス改定があり、3月で2100回以上の訪問診療を行っている機能強化型在宅療養支援診療所では在宅データ提出加算を算定することが必須要件となっている。在宅データ提出加算を算定するには通常の施設基準よりもプロセスが多く、手間がかかるため十分な準備が必要だ。現在全国で内科を標榜している医療機関で外来データ提出加算の届け出ができているのはわずか1%ほどである。

【活動】2024年5月に様式10を提出したのち、2024年6月、7月のデータをもとに試行データ作成を行った。今回のデータ作成にあたり、外来等調査事務局が提供している無料ソフトのほか、有料のソフトも含めて機能性やコストを検討し長崎県保険医協会が開発に携わったSELFを利用することとした。試行データ作成にはいくつかのデータファイルの作成とプロセスがあるが、最も労力を要するのが外来様式1ファイルの作成である。今回入力補助機能やエラーチェック機能の充実しているSELFを利用することで、データ作成時間の削減に大きくつながった。

【考察】

データ提出加算の算定において最も労力を要するのは試行データ作成であり、その中でも外来様式1データの作成にはかなり時間を要する。無料のソフトは提供されるが、業務量削減のために入力補助機能の充実した有料ソフトの導入も一考するべきである。データ提出加算の目的は、外来や在宅の診療実績を詳細に把握・分析するためのデータ集積にある。現在のままでは外来医療でも在宅医療でもかなりの労力を要するため、相当の収益インパクトがない限りはデータ提出を進んで行う医療機関は少ないだろう。今後の医療介護分野にこれまで以上にデータをもとにした政策決定が進められるためにも、より簡易な入力方法や調査項目の設定が必要であるし、カルテとの連携なども進められることを期待する。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)22 保健制度・医療政策

P-2-13

※取り下げ

一般演題(ポスター)22 保健制度・医療政策

P-2-14

多職種で学ぶ診療報酬と運用支援ツール：レセ用紙開発による在宅医療の効率化

梅沢 義貴 ウメザワ ヨシキ
稲垣 あゆみ イナガキ アユミ
林 志保 ハヤシ シホ
山野 明香 ヤマノ ハルカ
松井 香代 マツイ カヨ
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

【はじめに】

当院はX年に在宅医療センターを立ち上げ訪問診療を開始したが、医事課のスタッフ採用が思うように進まず、在宅診療報酬に精通したスタッフが不足していた。このため、職種を問わずスタッフ全員で診療報酬を学び、臨床現場に落とし込んでレセプト作成に活用できる「レセ用紙」を開発した。本報告では、この取り組みの経緯と成果を紹介する。

【活動】

レセ用紙は、患者ごとに毎月更新されるA4サイズの片面印刷のシートで、訪問現場に持参して訪問の合間にスタッフが記入、さらに多職種でダブルチェックを行う運用方法を採用した。

在宅診療報酬は、基本診療料、総合管理料、指導管理料・処置・検査、指示書・カンファレンスなどの4つの主要な分野を統合して考える必要があるが、初学者にとってはこれらの区別が難しく、学習が進まないことがしばしば起こる。この問題を解決するため、各項目を一目で確認できるデザインを意識した。

具体的には、在宅移行早期加算の漏れを防止するために直近の入院日を記載する欄を設け、指導管理料や特定保険医療材料の算定において過不足がないように、選択式項目と自由記載欄を組み合わせるなど、現場のニーズに応じた工夫を加えた。

【考察】

当初、多職種スタッフからは「なぜ私たちが診療報酬について学ばなければならないのか」という疑問の声が多く上がった。しかし、医師以外のスタッフは全員が在宅医療未経験であったため、この取り組みは在宅医療全体を学ぶ一環として、全員が協力して進めることができた。

その結果、現場での使用感を反映させたレセ用紙の改善や診療報酬に関する勉強会に関して、多職種スタッフが主体的に行うようになった。現在患者数は200名を超えており、レセ用紙の管理が次第に難しくなっているが、今後はペーパーレス化を進め、さらに効率的で管理しやすい形態へと改善を目指していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)22 保健制度・医療政策

P-2-15

在宅データ提出に伴う業務効率化の実践と課題

山田 寿美	ヤマダ トシミ
宮本 雄気	ミヤモト ユウキ
板舩 笑果	イタマス エミカ
山下 美陽	ヤマシタ アルク
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	スガハラ ノブユキ
田中 裕子	タナカ ユウコ
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

【はじめに】

2024年6月の診療報酬改定により、機能強化型在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院において、各年度5～7月の訪問診療の算定回数が2,100回を超える場合には、在宅データ提出加算に係る情報の提出が要件とされた。しかし、実際のデータの入力作業は予想以上に煩雑で、実務的・技術的な問題にも直面したため、効率化が急務であった。今回は演者の所属する施設（A診療所）でのデータ入力業務を通して、効率化に向けた課題を共有する。

【活動】

2024年4月にカルテベンダーへ連絡・相談を開始したが、A診療所の使用している電子カルテは、当時システム連携を実施しておらず、人力でデータ入力を行う方針となった。

次にデータ入力を行う中心的な事務スタッフの選定を行ったが、システムの理解にも時間を要し、人的資源の課題に直面した。また、診療現場の詳細情報が必要であったため、診療現場スタッフの協力が必要であったが、どのような項目を・いつ・どのくらいの頻度で項目を測定するべきなのかが明確に決定できず、協力体制構築に難渋した。さらに通常のカルテフォーマットでは入力していない情報を再度収集する必要性や、訪問看護の訪問日など電子カルテ以外のプラットフォームに記録されている情報を抽出することにも労力を要した。さらに、一括処理を避けるため随時入力を試みたが、往診や救急受診など不定期な情報があり、結局月末にまとめて情報を確認する必要性が生じ、非効率性を感じている。

【考察】

費用対効果の問題でシステム連携が難しい施設では、電子カルテの入力フォーマットの整備を行いつつ、月末にまとめて入力することのないような工夫が求められる。さらに電子カルテあるいは電子カルテ以外のプラットフォームに入力された情報に関してrobotic process automationを用いた作業の自動化などを導入することも解決策の1つとなる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)22 保健制度・医療政策

P-2-16

医療法人あい友会の訪問診療における施設患者割合と
1人当たり診療時間の相関に関する検討

今城 岳彦 ¹	イマジョウ タケヒコ
石塚 道夫 ²	イシヅカ ミチオ
那須 美穂 ³	ナス ミホ
内田 智久 ⁴	ウチダ トモヒサ
新島 俊行 ⁵	ニイジマ トシユキ
宮入 裕司 ⁶	ミヤイリ ユウジ
野末 睦 ⁷	ノズエ ムツミ

¹あいつくばクリニック²あい太田クリニック³あい庄内クリニック⁴あい駒形クリニック⁵あい熊谷クリニック⁶あい長野クリニック⁷医療法人あい友会

【目的】

2024年診療報酬改定にて訪問診療回数が一定以上の医療機関に対し、施設入居時等医学総合管理料の算定割合が高いとその一部が60/100に減算となる規定が新設された。これは、訪問診療回数が多い医療機関では施設患者の割合が高く、患者1人当たりの診察時間が短いという分析に基づいたものであるが、このような分析結果は必ずしも適当ではないように思われる。そこで当法人の各診療所の診療実績から、妥当性に関する検証を行った。

【方法】

対象は、本改定に該当する診療実績を有する4つの診療所（A～D）とし、期間は令和6年4月～9月として、定期診察での患者1人当たりの時間をカルテから抽出、施設患者数と診療時間の関係性を回帰分析で評価した。

【結果】

対象期間の延べ診療数及び介入施設数、1施設あたりの平均患者数は、Aが17,593名、88施設、 12.8 ± 12.9 人、Bが8,396名、92施設、 8.8 ± 9.0 人、Cが5,917名、52施設、 6.7 ± 6.7 人、Dが5,987名、24施設、 20.6 ± 13.7 人であった。施設患者数と診療時間の相関係数は、Aが $R^2=0.047$ 、Bが $R^2=0.082$ 、Cが $R^2=0.034$ 、Dが $R^2=0.009$ であった。いずれも寄与率が低く、1施設当たりの患者数の多さと診察時間の間には相関関係が見られなかった。

【考察】

当法人の結果では、必ずしも施設患者数の多さと一人当たり診察時間の間に相関は見られなかった。一方、高齢化が進む地域では自宅介護の困難さから施設患者の増加が見込まれ、施設患者に対して必要十分な在宅医療が提供されるよう、医療機関が施設患者を制限する必要がある診療報酬の見直しが望まれる。そして、地域に偏らず患者が望む在宅医療提供体制を構築することが、自宅・施設に関わらず質の高い在宅療養・適切な看取りに繋がると考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)22 保健制度・医療政策

P-2-17

特別養護老人ホームにおける嘱託医業務の収益構造と今後の展望

森下 真一 モリシタ シンイチ
神成 文裕 カンナリ フミヒロ
医療法人社団鴻愛会こうのす共生病院

【目的】

特別養護老人ホーム（以下、特養）における嘱託医業務は、診療報酬の制約が多い一方で、地域医療や介護において重要な役割を果たしていると考えられる。本研究では、特養嘱託医業務に関連する収益構造を整理し、今後の診療体制の可能性について検討することを目的とする。

【方法】

当院が嘱託医を務める約100床の特養6施設を対象に、以下の収益項目を調査した。

- 嘱託医契約費用
- 処方箋収益、検査収益、ワクチン接種収益
- 看取り関連収益、入院受け入れに関連する収益

また、これらの直接および間接的収益を整理し、収益構造の特性を分析した。さらに、特養における医療の実践が地域医療にどのように貢献しているかについても検討した。

【結果】

特養では、診療報酬で算定可能な収益は限られているが、契約収益や間接的な収益が全体の収益構造を支える一因となっていることが確認された。また、特養特有の患者層や医療需要が収益構造に一定の特性を与えている可能性が示唆された。一方で、現在の診療報酬体系では十分な収益を確保するには課題があると考えられる。

【考察】

特養嘱託医業務は、地域医療ネットワークの強化や患者・家族への安心感の提供など、経済的価値にとどまらない意義を持つ。今後、在宅支援診療所を含む多様な医療機関がより柔軟に特養に関与できる診療体制を構築することが、医療費の適正化と質の高いケアの両立に寄与する可能性がある。本研究は、特養医療の収益構造を通じて、今後の医療提供体制を再考する一助となることを期待している。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)22 保健制度・医療政策

P-2-18

在宅データ提出加算の活用方法に関する検討

内田 智久¹ ウチダ トモヒサ
高橋 秀行¹ タカハシ ヒデユキ
中村 俊喜¹ ナカムラ トシキ
野末 睦² ノズエ ムツミ

¹医療法人あい友会 あい駒形クリニック

²医療法人あい友会

【目的】

2024年度診療報酬改定にて、一定規模の訪問診療実績を有する医療機関に対し在宅データ提出加算への対応が義務付けられた。これにより、データに基づく在宅医療の分析が推進されと考えられるが、在宅医療の質については確立しているとは言えず、当該加算に基づく分析が診療現場にどう影響するかは未知数である。今回、当該加算を活用した自院の実績評価を試みた。

【方法】

厚生省は、在宅医療の機能を①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取りとし、ストラクチャーとプロセスの指標例を提示している。これを元に松田（2023）はアウトカムの指標を検討している。これらの指標に対し、当院の2024年6月分の当該加算の集計結果から合致する項目を抽出し、評価を行った。

【結果】

ストラクチャーの指標は、訪問診療、往診、看取りの実施であり、当院はいずれも対応していた。プロセスの指標は、訪問診療算定数、往診患者数、看取り加算数等であり、当院の値は順に673人、99人、14人であった。これらの比較対象となる数値を見つけることはできず、評価はできなかった。訪問診療算定数のみ、医療計画に二次医療圏ごとの推計患者数があり、それを踏まえると自院の占有率は10%であった。

アウトカムの指標のうち、死亡率は当院2%、肺炎、骨折、尿路感染症の新規発生率は順に1%、0%、2%であった。松田の研究報告では、死亡率は28%、新規発生率は36%、16%、13%あり、それとの比較では当院は良好な値と考えられた。

【考察】

今回の結果より、当該加算は自院のパフォーマンスの一部を評価する指標になり得と考えられた。一方、値の高低をどう評価するかは議論の余地がある。在宅医療のあるべき姿を確立するためにも、それぞれの医療機関がこれらのデータを積極的に活用し、現場にとって納得性の高い指標や評価方法に関する発信が望まれると考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)22 保健制度・医療政策

P-2-19

令和6年度 医師会員の意識実態調査と医師会活動

榎本 康宏 エノモト ヤスヒロ
豊田加茂医師会

【目的】 医師会会員の意識実態調査の検討を行い、医師会活動の課題を考察。

【方法】 紙面と Google フォームでのアンケート調査。

【対象】 豊田加茂医師会 A 会員218名。

【結果】 回答者背景：回答数145件。年齢：60歳以上 49%。高齢化が進行。在宅医療：在宅医療を行っている医院 25%、在宅医療を行っている医院の割合は低下。在宅医療の依頼元（複数選択）：患者・家族からの依頼 89%、病院から 50%、医師会 44%。緊急対応：往診なし 22%、通院患者のみ 39%、在宅医療対応している患者のみ 33%。往診なしの割合が増加、在宅医療対応している患者のみは減少。在宅医療を検討する環境条件（複数選択）：体力 46%、時間 33%、スタッフの確保 30%、バックアップ体制 24%、病院の後方支援 24%。病診連携に係る医師会事業：豊田加茂くらし方式（在宅患者に対し病院や診療所間で相互に連携するグループ）の評価：連携済8% 前向きに検討29% 困難 8% 興味なし 27%。在宅に必要なサポート体制（複数選択）：不在時に対応してくれる体制54%、急変時の受け入れ体制 51%、夜間の在宅医療体制 43%、複数の開業医での連携 25%、在宅療養バックアップシステム 25%。

【考察】 在宅医療を行っている医院は減少傾向にあり、高齢化と体力低下が要因となっていた。よって新規開業者などの若年層に在宅医療を広げていく必要がある。当医師会ではウェルビーイングネットワークとして医療を受ける側だけでなく医療提供者側のウェルビーイング向上を目指した活動を行っており、その活動は新規開業者へ在宅医療を広めていく意味でも重要であると感じた。また医師会はバックアップ体制の充実させ、不在時のサポートなどより充実させていくことが大切である。

【結語】 在宅医療をサポートする体制をより強固にしていく必要がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)23 難病

P-2-20

訪問看護師が実施する在宅酵素補充療法の実際と課題

久保 恭子 ¹	クボ キョウコ
井上 直子 ³	イノウエ ナオコ
宍戸 路佳 ¹	シシド ミカ
坂口 由紀子 ²	サカグチ ユキコ
濱崎 信恵 ¹	ハマサキ アキエ

¹東京医療保健大学

²大東文化大学

³練馬総合病院

【目的】

訪問看護師が実施する在宅酵素補充療法の実際と課題を明らかにする。

【方法】

2024年10月～11月に面接調査を行った。在宅酵素補充療法の実施過程は時系列に、看護の効果と課題は面接内容をカテゴリ化した。本研究は所属機関の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

1 対象者の概要：訪問看護師4名、訪問看護の経験20年以上であった。

2 訪問看護師が実施する在宅酵素補充療法の実施過程

導入時：主治医・患者家族との話し合いにて薬剤の破損、点滴刺入のエラー時の対応、点滴確保の方法や消毒方法、必要物品の確認、薬剤の運搬ルート、点滴療法中の観察、点滴抜去の方法等について相互理解、手順の確認を行った。主治医は在宅療養指示書の中で治療実施日を2日間設定し、そのいずれかとなるようにした。

在宅酵素補充療法当日の動き：訪問看護師が病院外来に薬剤を取りに行き、冷蔵パックに入れて患者宅に運搬する(所要時間15分程度)。

患者宅で子どもの健康状態の把握、薬剤の準備と酵素補充療法の開始、実施中の観察は母親が行い、訪問看護師は治療終了時間ごろに再度訪問し抜針、全身状態の観察等を行っていた。患者宅を離れる際には母親との連絡手段を確認していた。

治療終了後：使用物品を適切に廃棄処分した。

2) 訪問看護師からみた在宅酵素補充療法の効果と課題

カテゴリを<>で示した。効果は<患者家族の通院がなく、移動の負担が少ない><唯一の治療を継続できる満足感と感謝>があった。治療の実施では<他の点滴治療法と同様であり問題はない>、課題として<薬剤の破損と運搬についての不安と負担>があった。

【考察】

訪問看護師にとって、在宅酵素補充療法は他の点滴治療と同等と捉えており、実施に困難さはない。在宅酵素補充療法は患者と家族のQOLの維持に貢献していると感じており、課題として薬剤の運搬時の破損の危険性があった。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)23 難病

P-2-21

リウマチ性疾患患者の在宅医療の課題と多職種連携の重要性

安藤 聡一郎 アンドウ ソウイチロウ

安藤医院

【はじめに】

超高齢社会において、難病患者の在宅医療の需要も増加傾向にあると考えられ、効率的で充実した在宅ケアのためには多職種連携が求められる。本報告では、リウマチ性疾患患者の在宅医療の実態を明らかにし、他疾患の在宅医療との相違点、多職種連携の意義について検討した。

【症例】

当院は内科、リウマチ科を標榜する一般診療所で、かかりつけ患者の往診、訪問診療も行っている。本報告では、当院で訪問診療を行っている、あるいは過去に行っていたリウマチ性疾患患者22例を対象に検討した。平均年齢81.0歳、平均罹病期間27.3年。介護度は要支援2が2例、要介護1～5が19例、介護認定拒否が1例。在宅移行理由はADL低下（4例）、悪性腫瘍（4例）、神経疾患（1例）、骨折（4例）、呼吸器疾患（4例）、認知症（2例）であった。主介護者は配偶者13例、子5例、独居3例、サ高住1例。訪問看護は21例に介入し、多職種連携でケアを提供した。死亡は在宅6例、入院後9例で、原因は悪性腫瘍3例、呼吸器疾患7例（うち肺炎5例、リウマチ性肺疾患増悪2例）、汎血球減少に伴う敗血症1例、老衰4例。

【考察】

リウマチ性疾患患者の在宅医療では、疾患特有の痛みや関節保護のケアに加え、薬剤の副作用や呼吸器疾患については特に迅速かつ慎重な対応が重要と考えられた。また、訪問看護や介護職を含む多職種連携により、患者の身体的ケアのみならず介護者支援も実現できる。多職種間の情報共有は、患者の疾患管理の精度を高めるだけでなく、身体・精神両面でのケアを調整する上で不可欠である。このような連携により、患者は住み慣れた環境で安心して生活続けることが可能となり、介護者の負担軽減にも寄与すると考えられた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)23 難病

P-2-22

神経難病療養者のための療養通所介護～訪問看護ステーションによる開設報告～

西尾 まり子 ニシオ マリコ

地域ケアステーション八千代訪問看護ステーション

【はじめに】

当ステーションは神経難病療養者宅に多数訪問しており、病状進行に伴って介護サービスの変更を余儀なくされる現実に接してきた。地域で利用できるサービスは限定されていき、介護者は負担を強いられて孤立感を抱きやすい。住み慣れた自宅で家族と在宅療養を続けたい本人と、介護負担の中必死に支える介護者との生活を目の当たりにし「神経難病在宅療養者のための療養通所介護」が必要と考えた。今回開設までの経緯とその後を報告する。発表にあたり各利用者家族の承諾を得た上で、個人情報に配慮した。

【活動】

医療機関を併設しないため施設基準が課題だった。施設基準（概略）は、①利用者の病状の急変等に備えて事前に緊急時対応の医療機関と契約を結ぶ ②その医療機関は同一の敷地内か隣接、近接している、である。地域の神経内科クリニックの医師に協力を得てから、徒歩5分圏内で物件を探した。送迎車や介護ベッド、エアーマットは中古を購入し、吸引器は患者からの寄付を利用、医療物品の予備や蓄電池等も備えた。利用者は1日3人まで、1人あたり週2回までとした。①提供時間帯に利用者数1.5に対し看護師1以上が必要であり人員配置が困難 ②医療的ケアが多く送迎等に時間を要する ③経営上の理由、が制限した理由である。利用者は開始月5名（うち人工呼吸器装着者3名）、翌月6名（同4名）、半年後7名（同5名）に増えた。

【考察】

普段ケアを行う訪問看護師による運営のため、利用者家族から「本当に助かる、安心」と評価を得ている。訪問看護ステーションや医療機関の併設施設ではない場合、療養通所介護だけでは利益を見込めず、現在大阪府4施設（うち堺市2施設）のみである。介護保険の地域密着型サービスなので、地域の方が在宅神経筋難病療養者を身近に感じる機会になってほしい。今後は災害などの際、療養通所介護が地域の資源・ハブとなる可能性も模索したい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)23 難病

P-2-23

尊厳を守るケアモデル評価と実践

一筋ジストロフィー患者の人工呼吸器装着下での多職種連携による外出支援を通して

瀧本 しおり タキモト シオリ

みさとホームケア診療所

【はじめに】神経難病緩和ケアで患者と家族が尊厳をどのように認識しているかを理解するために、Chochinov らの尊厳を守るケアモデルを用いて評価した。多職種で課題解決のためのケアを実践し、外出支援を継続的に行うことで、患者の精神的、身体的安定をもたらしたケースを報告する。

【症例】20代男性。# Duchenne型筋ジストロフィー # 拡張型心筋症 # 慢性心不全。

X年3月誤嚥性肺炎で入院。気管切開、人工呼吸器24時間装着となる。転院後、車椅子乗車中に非持続性心室頻拍あり。X年6月自宅退院。定期訪問診療開始。11月面談。ケアモデルの中で、尊厳を守るレパトリーでは、患者が自主性のある行動を大切にしていることがわかった。地域に出て、様々な人とコミュニケーションをとりながら、暮らしていきたいという思いがある。病気に関連する懸念では、医学的不確実性では、車椅子乗車での不整脈発作再発のリスクと外出ができないという心理的苦悩の2点があった。社会的尊厳の介入では重度訪問介護スタッフの社会的サポートを生かす必要あり。尊厳を守る実践では、普段通りを保つという項目、人工呼吸器装着での外出を安全に行っていくことを最優先で検討した。夜間CheyneStokes呼吸あり。11月人工呼吸器設定変更を行った。12月屋外外出を行う。X+1年4ヶ月6時間の車椅子乗車し、ヘルパー、家族付き添いで外出。検査入院で、心機能は不変であった。

【考察】面談で患者中心のニーズや尊厳の具体的内容を多職種と共有し、討議した。治療検討でレスピレーター設定変更後、安定的に車椅子乗車できるようになり、不安を表出していた多職種も積極的に関わられるように変化してきた。患者自身の自主性を回復し、ケアの方針決定にも参加してもらった。尊厳を守るケアモデルの項目に従い、系統的にインタビューでき、在宅緩和ケアでの治療マップとして活用できる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)23 難病

P-2-24

ALSの利用者の「落ちていく体」に寄り添い、柔軟にサポートすることで「できること」を再獲得することができた症例 ～わたしらしく生き続けられることを目指して～

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

²上智大学 総合人間科学部 看護学科

【はじめに】

ALSを患っている利用者は発症から一定期間が経過し、自身ではどうにもならない状態になってから看護師やセラピストが介入するのは開始となる場合が多い。しかし、早期から先をイメージして在宅で介入することによって、予防的な生活構築ができ、より本人がやりたいことに寄り添え、一度失った機能を別の方法で代替できることの重要性を実感したため報告する。

【症例】

60代男性、20XX年秋に右上肢の脱力感が生じ、20XX+1年春にALSと診断、夏には左上肢の機能低下もあり、訪問看護の依頼があった。当初は週1回の訪問看護とリハビリ、ヘルパーとデイサービスの使用であったが、3か月ほどで朝昼夕にサービスが入らないと生活できない状況になった。そのため、短期目標を意思決定ができるような身体・生活・経済状況を整える、長期目標を最後の場や治療方針を自身で決定できる、という看護計画を立案した。その中でも四肢体幹の機能低下の進行が早かったため、短期目標をさらに細分化して1週間ごとにカンファレンスを実施し情報の共有を行っていった。また、訪問看護でフォローできないことが予測される場合には、ケアマネジャーなどの関係職種を集めて会議を行い、チーム全体の方向性を定めるコーディネートをを行った。目標に沿って、疲労の少ない環境設定や楽しみを増幅させる食事介助、入浴方式の変更、スマートホームの使用によるできることの再獲得など、代替によってあたかもできるようになったという状況を創り出すことが出来た。

【考察】

できないことを自覚し続ける生活の苦痛が、少しでも軽減できるように目標を立案し、方向性の微調整を繰り返すことで、できることが増えたという利用者の満足感を得ることができた。機能低下をしながら生活するという現象の中に、少しでも「できた」という彩を添えることで、長期目標である意思決定にもつながる可能性を感じている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)23 難病

P-2-25

海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかんが基礎疾患にある患者に、行政と連携しながら訪問診療を成立させた症例報告

吉田 寛子 ヨシダ ヒロコ
渡邊 砂織 ワタナベ サオリ
沖 祥子 オキ サチコ
熊井 康子 クマイ ヤスコ
まほろの在宅クリニック

【はじめに】

海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかんは、成人における難治性てんかんの一つであり、海馬が硬化することでてんかん発作を引き起こす疾患である。本疾患は厚生労働省の指定難病であり、その原因は明らかではないが、複雑型熱性けいれんの既往などが先行損傷として関与する場合がある。臨床的には、意識減損後の強直や口・手の自動症を特徴とし、発作後にはもうろう状態が持続する。さらに、記憶障害や認知機能低下、精神医学的障害を伴うこともある。本症例では、記憶障害や認知機能低下が原疾患により生じ、独居生活により発作状況の把握が困難であり、社会的支援の受け入れにも消極的であった。

【症例】

患者は70歳代女性で、身寄りがない状況にあった。幼少期に熱性けいれんの既往があり、20歳代から30歳代にかけて意識減損後に強直性てんかん発作を繰り返していた。30歳前半にA病院で海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかんと診断され、抗てんかん薬治療を受けたが効果は限定的であった。X2年に夫を亡くし独居となり、X年には自宅での発作により頭部挫傷をきたしたことを契機に、行政より当院への訪問診療が依頼され、介入が開始された。当初、患者は病気の露見を懸念し、白衣での訪問や事業名入りの車両での訪問を拒否するなど特別な配慮が必要であった。理解に時間を要したものの、月2回の訪問診療を薬局と連携して実施した。訪問看護の導入も検討されたが、時間外の対応要請が多く、定期的な介入には至らなかった。診療の過程で住環境の整備を行い、抗てんかん薬の内服が安定した結果、行政への電話相談も著しく減少した。

【結果】

行政と連携して難病患者である独居高齢女性に対する訪問診療を行い、治療アドヒアランスの向上と発作対策の構築に成功した。一方で、患者の混乱を避けるため、当院や薬局以外の社会資源受け入れには慎重な対応が求められることが示唆された。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)23 難病

P-2-26

薬局が関わる形でのライソゾーム病在宅酵素補充療法

長谷川 寛 ハセガワ ヒロシ
長谷川 匠 ハセガワ タクミ
片渕 龍 カタブチ リュウ
日本調剤 株式会社

【はじめに】ライソゾームは新陳代謝により古くなった物質を分解する場所で多くの分解酵素が存在する。分解酵素が先天的に欠損しているためにおこる病気がライソゾーム病であり、ライソゾーム内に分解されない老廃物が蓄積していくことで病気が進行悪化する。欠損している分解酵素を定期的に投与する治療法が酵素補充療法である。近年、新型コロナウイルス感染拡大により医療機関への受診が困難であったこと、海外では在宅酵素補充療法が普及していることを背景に在宅での投与が望まれるようになった。日本在宅医療連合学会＋日本先天代謝異常学会で在宅酵素補充療法マニュアル策定が行われ、演者も薬剤師編の作成に携わった。マニュアルを踏へ薬局が関わる形での在宅酵素補充療法を提案し、現在3名の患者に訪問薬剤を実施している。提案内容や問題点を考察し報告する。

【活動】現在、ライソゾーム病に対して13製剤が院外処方可能であり、薬局から訪問薬剤を実施、薬剤は2～8℃をキープできる保冷BOXに収納し交付、輸液ポンプ、点滴スタンドは医療機関にレンタル、輸液セットは販売する形で交付している。投与終了後廃棄物も薬局で回収廃棄している。訪問薬剤実施、物品回収時に患者の体調等確認を行っている。

【考察】ライソゾーム病在宅酵素補充療法は、医療機関に対する指導管理料、ポンプ加算なく、高額薬剤であるため投与を実施する在宅訪問医の負担も少なくない。輸液ポンプやスタンドについて薬局から薬剤交付と同時に設置することで在宅訪問医の負担軽減につながると考える。薬局においても、酵素製剤は高価であり在庫リスクを伴うが、全国規模で展開し同一薬剤に複数の患者対応を行うことでリスクを縮小できる。今後、指導管理料、ポンプ加算等診療報酬の見直し、薬局が関わることで在宅酵素補充療法実施患者の増加に期待したい。今後も新しい領域への訪問薬剤実施を積極的に取り組んでいきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)23 難病

P-2-27

コミュニケーション困難な神経難病患者に有用であった臨床宗教師の関わりの価値

細田 亮 ホソダ トオル
菅原 耀 スガワラ ヨウ
医療法人社団豊豊寿会 はもれびクリニック

【はじめに】

神経難病患者の在宅療養において、意思疎通の困難さも一つの重要な問題となる。多岐にわたるコミュニケーションツールも実装化されているが、ケア提供者も長く時間を割けない現状がある。今回、臨床宗教師の関わりによって、表出困難であった本人の苦痛や本音が引き出された事例を経験したので紹介し、今後の有用性について考察を加える。

【症例】

31歳の神経線維腫症2型の患者。発症は4歳頃で、中枢病変の進行に伴い、20代前半に胃瘻造設および人工呼吸器管理となった。当院が介入した時にはすでに全介助状態で、コミュニケーションは手のミオクロノス様運動を利用して文字入力を行い、タブレットで行っていた。しかし、数年の経過で手も動かせなくなり、その後は舌打ちや瞬きを駆使してなんとか意思伝達を行っていたが、思うように伝達できず本人が途中で辞めてしまうことも多々あった。結果として深い部分でのコミュニケーションは行えなくなってしまった。この時期に当院所属の臨床宗教師の介入が始まり、本人が読みたい本を代読したり、テレビゲームを代わりにする、という関わりが半年ほど続いた。その関わりの中では、本人が自らの苦痛や家族への感謝を表出したり、自分の生命予後についてどの様に考えているかや、病院への搬送に関する希望などのACPが行われた。

【考察】

主治医やケア提供者が知ることができなかった患者本人の苦痛や、予後に対する理解を臨床宗教師の関わりによって知ることができた。この様なことが実現できた理由としてはまず、本人と長時間付き合うことができたという点が挙げられる。次に、定められたケアの役割を持たず、本人と同じ目線で話することができる存在である、という点も挙げられる。この点に関しては、「提供する者」と「提供される者」という関係性が自然にできてしまうケア提供者では実践できない、価値のある関わり方とすることができる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)23 難病

P-2-28

起立性低血圧に薬物療法と弾性ストッキングが著効した多系統萎縮症患者の1例

嵯峨 タ子 サガ ユウコ
榎本 洸 エノモト ヒロシ
真生会富山病院

【はじめに】

指定難病の一つである多系統萎縮症は自律神経障害、小脳性運動失調、パーキンソニズムを特徴とする進行性の神経変性疾患である。自律神経が障害されると起立性低血圧、排尿障害、呼吸障害、発汗障害をきたすことが知られている。起立性低血圧のため座位の保持が困難であった症例を経験したが、複数の治療介入により血圧を保持することができ、自宅生活の継続が可能となった。

【症例】

症例は50代男性。多系統萎縮症と診断されてから訪問診療を開始していたが、数年の経過で運動障害と起立性低血圧が増悪していた。起立性低血圧に対してアメジニウムメチルを内服しており、車椅子を利用した自宅内の移動やデイサービス通所が可能であった。某日感染症を契機に血圧が低下し、治癒後も頻脈を伴う起立性低血圧が著明となり座位を保持することができなかった。ADLが低下し車椅子への移動もできなくなったため、以後はベッド上で仰臥位を中心とした生活が不可避であると思われたが、内服薬をアメジニウムメチルからノルアドレナリン作用が期待されるドロキシドパに切り替えし両下肢に弾性ストッキングを装着したところ、長時間の座位も可能となり車椅子で外出も可能となった。血圧の調整が難しい病態は続いているが、他職種連携により確実な内服、座位になる前の弾性ストッキングの装着、脱水予防を継続し血圧低下の再発なく良好な経過を得ている。

【考察】

自律神経障害による血圧低下には一般的に運動による骨格筋量増加、弾性ストッキングの装着、脱水を避けることに加えて薬物療法が行われる。薬物療法には α 刺激薬、 $\alpha\beta$ 刺激薬、ドロキシドパによるノルアドレナリン作用、鉍質コルチコイド作用によるNa貯留などがある。多系統萎縮症における起立性低血圧は交感神経活動の低下が原因のためノルアドレナリン作用のあるドロキシドパが有用であったと考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)23 難病

P-2-29

レボドパ増量により固縮が改善したパーキンソン病の一例

大府 正治	オオフ マサハル
伊志嶺 洋平	イシミネ ヨウヘイ
長峰 政智	ナガミネ マサトモ
伊波 鮎美	イハ アユミ
上間 かおり	ウエマ カオリ
塩川 直子	シオカワ ナオコ
城間 恵利子	シロマ エリコ

和花クリニック

【はじめに】在宅医療では神経専門医から離れており、すでに重症化している場合にはパーキンソン病治療薬を増量調節することは少ない。高齢発症の本症で固縮の進行に対しLdopaを増量し症状が改善した症例を報告する。

【症例】80歳代女性。70歳代で安静時の手指振戦が出現、動作緩慢、仮面様顔貌、四肢強剛がみられ頭部画像に特異的異常を認めずパーキンソン病と診断された。6年後に幻聴幻覚が出現し居宅生活が困難となり施設に入所した。その2年後には高度の固縮、無動、わずかな追視のみで発語は無く、HoehnYahr重症度分類5度で構音、嚥下障害も進行し胃瘻造設となった。同時に当クリニックでの訪問診療が開始された。顔色良好、開閉眼はあるが固視・追視は認めず、コミュニケーションを取ることは困難であった。上肢は肘関節、手関節で屈曲固縮し両下肢は伸展位で交差して固縮し筋緊張は亢進していた。刺激によって筋収縮が増すと交叉した両方の前腕で頸部を挟んで絞めることもあった。左拳で頸部圧迫が続いたので、服用中のレボドパ・カルビドパ配合剤400mgを2週間毎に100mgずつ増量した。1000mgを超えた頃に常時当たっていた拳は下顎や頸部に付かなくなった。四肢の筋緊張は不変であった。経過中の発熱やオンオフ現象は見られていない。

【考察】全身の固縮が進行していてもドパミン増量治療は効果を出すことがある。パーキンソン病患者の薬剤調節はまめに行う必要がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)24 臓器不全

P-2-30

100歳超の高度大動脈弁狭窄症患者の在宅療養と終末期医療の実践課題

榊原 守¹ サカキバラ マモル

佐藤 仰輔¹ サトウ コウスケ

西村 崇¹ ニシムラ タカシ

池増 彩¹ イケマス アヤ

天辰 優太² アマタツ ユウタ

¹一般財団法人 多摩緑成会 おうち診療所 国分寺

²平成医療福祉グループ

【はじめに】

高齢者社会において、大動脈弁狭窄症（AS）は頻度の高い疾患であり、80歳以上では約15人に1人に認められる。近年、経カテーテル大動脈弁置換術（TAVR）の発展により治療選択肢は拡大しているが、全身状態や患者の意向により適応外となる場合がある。このような患者が自宅で療養する際、訪問診療医としてのアプローチには課題が多い。100歳台の高度AS患者の終末期医療の症例を通じ、その課題を検討する。

【症例】

100歳台の高度AS患者。慢性心不全急性増悪での入院歴があり、1年前に高度ASと診断。TAVR適応が検討されたが、ADLが自立していたため自宅療養を継続。2か月前より息切れが悪化し、当訪問診療クリニックが介入。診察時、血圧低下、下腿浮腫、四肢冷感、チアノーゼを認めた。患者と家族の希望により自宅療養を選択し、予後予測や観察ポイントを情報共有。歩行可能でも自律神経変化による突然死リスクや予後を説明した。介入後2週間で親族全員と対面し、有意義な時を過ごされた直後、排泄後に平穏死を迎えた。

【考察】

高齢者の高度AS患者を自宅でケアする際、予後予測や観察ポイントを家族や関係者と共有することは、患者の余生におけるQOL向上や関係者の積極的なサポートを促進する。訪問診療医としての情報提供の重要性が示唆された。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)24 臓器不全

P-2-31

静注強心薬の離脱が困難な重症心不全患者の在宅強心剤持続投与に 調剤薬局が関わった一例と課題について

藤田 龍¹ フジタ リュウ
財方 直樹² ザイホウ ナオキ

¹日本調剤株式会社 在宅医療部

²日本調剤尾山台南口薬局

【はじめに】近年、超高齢社会到来により心不全患者数が増加傾向にある。2020年時点では日本における心不全患者数は約120万人だが、2025年～2030年にかけて約130万まで増加するとされている。心不全患者の中でもステージD治療抵抗性心不全と判断された場合、入院中に静注強心薬の投与が検討される一方で離脱困難な状況となり、在宅で療養するとなると静注強心薬の持続投与が継続する必要となる場合がある。2024年3月には日本在宅医療連合学会と日本心不全学会合同により、「重症心不全患者への在宅静注強心薬持続投与指針」が作成されている。そこで今回、静注強心薬の離脱が困難な重症心不全患者の在宅静注強心薬持続投与において調剤薬局が関わった一例と今後の課題について報告する。

【症例】80代男性。うっ血性心不全にて入院中より、フロセミド持続静注では尿量確保が困難でドブタミン塩酸塩5γ程度とフロセミド36mg/日を持続静注していましたが、離脱困難と判断された一例。在宅医療機関より依頼を受け、退院時カンファレンスへ参加。ピクラインカテーテルがダブルルーメンだったため、一方でCADD LegacyPCAポンプを使用しドブタミン塩酸塩を投与し、もう一方でフロセミドを自然滴下で持続投与となった。退院後にカテーテルの閉塞が発生し、1ルートしか使用できないためカフティーポンプSを使用しメインルートにてフロセミドを投与し、側管からCADD LegacyPCAポンプを使用しドブタミン塩酸塩を投与を提案し投与を継続することができた。

【考察】今回、在宅静注強心薬の持続投与が必要な重症心不全患者において、ドブタミン塩酸塩とブドウ糖の無菌調整やフロセミドと生理食塩液の無菌調整を実施したが薬局での無菌調剤処理加算は算定できない。必要な医療において既存の枠組みの縛りを見直し、適正な報酬がつくことが必要と考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)24 臓器不全

P-2-32

～ 在宅心不全患者へ管理栄養士が行う訪問栄養ケアの実際 ～

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】

現在心不全患者数は約305万人にもなると推測されており、今後も高齢化が進むにつれてさらに患者数が増えることが推測されている。心不全を増悪する要因として塩分・水分制限が必要になるが近年では過度な塩分制限によるフレイル・サルコペニアに陥ることも懸念されており、食事管理は複雑さを増していると言える。当院では2018年より管理栄養士の在宅訪問を行っており、近年心不全の方には早い段階で管理栄養士が訪問し、栄養管理を行うように努めている。今回、その活動内容について報告する。

【活動】

管理栄養士が訪問を行った252名のうち98名で約4割に心不全の診断がされている。その98名に管理栄養士が食事・栄養指導をはじめ日本心不全学会より発行されている心不全手帳による療養指導を行い、その内容に沿ったモニタリングを行いながら患者・家族にその都度情報提供を行った。

【考察】

心不全の病態は薬物治療を行っても怠薬や食塩過剰、過活動などセルフケアが不十分であると死亡率や再入院率が上がるとされている。栄養指導でも一概に塩分制限と言っても個々によっては過剰制限することもあり逆効果になるケースもある。また栄養指導も療養指導の一環であるが、食事内容を評価することにより、自ずと他の生活習慣も評価できる。その点を踏まえながら管理栄養士がアセスメントを行うことにより、食事の過不足による体調悪化を未然に防ぐとともにアセスメントの内容を他職種と共有することで、心不全の悪化や体調維持に役立つことも考えられる。今後の課題としては在宅訪問を行っている管理栄養士の数はまだ少なく、在宅で栄養ケアマネジメントを行える環境が少ないことである。今後心不全パンデミックと言われるほど患者数が増えるともいわれており、在宅において食事・栄養管理をはじめとした療養指導が行え、多職種と協働できる管理栄養士の養成が急務であると考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)24 臓器不全

P-2-33

在宅医療とオンライン診療を併用し、自宅で最期まで腹膜透析での療養を続けた慢性腎不全症例の報告

水山 愛美¹ ミズヤマ マナミ

岡山 容子¹ オカヤマ ヨウコ

木下 千春² キノシタ チハル

¹おかやま在宅クリニック

²京都民医連中央病院

【はじめに】

腹膜透析（PD）は患者のQOLを維持しながら腎代替療法を行う重要な選択肢である。しかし、高齢者や独居患者では手技の習得や管理面での課題が多く、在宅での継続が困難となり、血液透析に移行するケースも少なくない。また、PDを最期まで継続する場合でも、可能な限り在宅で実施した後、病状が進行し看取り状態となれば入院で行われることが一般的である。

本症例では、PD導入後の在宅管理において、在宅診療とオンライン診療を併用することで最期まで自宅でPDを継続できた事例を報告する。

【症例】

患者は90代女性。末期腎不全に対してX1年11月にPDを導入された。X年5月の細菌性肺炎発症を契機に食欲低下やADLの低下をみとめ、6月下旬には外来受診が困難な状態となった。患者本人が自宅療養を希望され、7月より当院の訪問診療を開始するとともに、元々の通院先の腎臓内科医による月1回のオンライン診療を実施されながら在宅でのPDを継続した。11月に傾眠傾向が強くなり、最期は自宅で家族に賑やかに見送りされた。

【考察】

PDは患者の自己管理能力や通院による専門科の細やかな管理を要するが、高齢者では支援体制が不十分な場合に合併症のリスクが高まり、通院困難となると更に管理が難しくなるため、自宅でのPD継続が困難と判断されるケースが多い。近年、高齢の腎不全患者は増加しており、その管理が課題となっている。

本症例では在宅医療と専門医によるオンライン診療を併用することで、通院困難な状況でもPDを継続し、在宅での生活や看取りが可能となった。訪問診療や訪問看護により日常的な管理を行い、専門医がオンラインで定期的に診療する体制は、高齢者の在宅PDを支える有効な方法であると考えられ、今後、PD患者が最期まで自宅療養を希望された場合の重要な手段となる可能性がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)24 臓器不全

P-2-34

他疾患で訪問診療開始後に

PBC (Primary Biliary Cholangitis: 原発性胆汁性胆管炎) と判明した2症例

山本 健 ヤマモト ケン
清水 理恵 シミズ タカエ
辻川 昭仁 ツジカワ アキヒト
医療法人社団仁真会辻川ホームクリニック

【はじめに】PBCは中年女性に多い肝疾患であるが、他疾患で在宅診療中の高齢患者2名をPBCと診断したため報告する。【症例】症例1：90代女性。脳梗塞後遺症、心房細動で近医通院中に廃用進行のため当院に紹介され、老衰による自宅看取り希望であった。初診時、寝たきり度C1、要介護4。身体所見に特記すべき点はなかった。経口摂取低下に対し末梢点滴を開始したが、その際肝胆道系酵素の上昇を認め、前医に確認したところ数年来の経過だった。抗ミトコンドリアM2抗体が陽性でPBCと診断した。皮膚掻痒、黄疸、脂質異常症、シェーグレン症候群、関節リウマチ、甲状腺機能異常は全てなかった。画像検査、肝生検は未施行で特定疾患の申請もなし。約20日で自宅で逝去した。症例2：80代女性。前頭側頭型認知症で近医通院中にADL低下のため当院に紹介された。初診時、寝たきり度C1、要介護3。身体所見に特記すべき点はなかった。訪問診療開始後、肺炎で入院した際に肝胆道系酵素の上昇を指摘された。その後経過観察も同様で、M2抗体が陽性でありPBCと診断した。乾燥症状を認め、SSA抗体が陽性だった。皮膚掻痒、黄疸はなかったが軽度の中性脂肪高値があった。関節リウマチ、甲状腺機能異常はなかった。ポケットエコーで肝胆脾に異常はなかった。肝生検は未施行。ウルソデオキシコール酸で肝胆道系酵素は著明に改善した。特定疾患の申請を行い受理された。ADLや自覚症状に著変なく、現在も診療継続中である。【考察】本邦におけるPBCの有病率は人口10万人あたり33人（0.03%）とされるが当院累積患者約2000人中、在宅診療中にPBCと判明した例が複数あり（0.3%）、実際はさらに多い可能性がある。在宅医療の現場では全患者を専門医や病院に紹介することは困難だが発見する取り組みが必要である。また、特定疾患申請による患者の経済的負担軽減効果も無視できない。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)24 臓器不全

P-2-35

ドブタミンとモルヒネの持続点滴が必要な末期心不全患者の在宅移行における 薬剤師の役割

川崎 博行 カワサキ ヒロユキ
中村 薫 ナカムラ カオル
北陸クオール株式会社 木田らいふ薬局

【はじめに】日本は超高齢化社会を迎え、心疾患患者の増加が顕著である。特に末期心不全患者においては、ドブタミンの持続投与が導入されると、患者が望む自宅での療養が難しいケースが多い。しかし、令和6年度診療報酬改定により、ドブタミン注射剤の院外処方が可能となり、在宅療養への新たな選択肢が広がっている。本報告では、このような制度改定も踏まえ、末期心不全患者の在宅移行および自宅療養における医療提供体制の構築と、それにおける薬局薬剤師の具体的な介入内容について報告する。

【症例】70代男性の特発性拡張型心筋症患者。症状緩和のため、ドブタミンの持続投与による心不全管理およびモルヒネの持続投与による呼吸困難感の緩和を行いながら、在宅療養へ移行した。投与管理にあたっては、ドブタミン注射液の投与には汎用輸液ポンプを使用し、モルヒネ注射液の投与には患者管理無痛法用輸液ポンプを使用した。両ポンプは携帯型で小型軽量なため、小型のバックに収納することで、患者は家族付き添いのもと、外出も可能となった。入院中はドブタミン注射液キット製剤を使用していたが毎日の交換が必要であったため、在宅移行時に投与方法の見直しを行った。具体的には、ドブタミン注射液を生理食塩液バッグへ無菌的に希釈混合する方式へと変更。これにより、薬液交換頻度を週2回に減らすことが可能となった。

【考察】末期心不全患者の在宅医療において、カテコラミン持続投与の管理は重要な課題である。本症例では、薬剤師が中心となり、投与方法の最適化を図ることで安全な在宅療養を実現した。特に、ドブタミン注射液の希釈調製方法の工夫により、薬液交換の頻度を週2回に減少させることが可能となった。この変更は、訪問看護師の業務効率化にも寄与した。今後は、同様の症例を蓄積し、カテコラミン持続投与を必要とする在宅患者への薬学的管理プロトコルの確立を目指したい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)24 臓器不全

P-2-36

末期心不全患者に対し管理栄養士×心不全療養指導士が在宅で関わり 心不全増悪予防に寄与できた一症例

角屋 桜雪 カドヤ サユキ
澁谷 泰介 シブヤ タイスケ
渡部 弥生 ワタナベ ヤヨイ
松木 佑介 マツキ ユウスケ
立野 慶 タテノ ケイ

医療法人社団ユニメディコ

【はじめに】心不全診療における人材育成への取り組みの一つとして、2021年度に心不全療養指導士資格が創設された。当法人は心不全患者の在宅管理を積極的に行っており、今回管理栄養士が心不全療養指導士を取得し在宅で介入したことで心不全増悪予防に寄与できた症例を経験したため報告する。

【症例】80代男性。心不全入退院を繰り返しており末期心不全と診断されていた。今回もうっ血性心不全の診断で入院、カテコラミン使用し心不全は改善したが低心機能、食思不振は改善せず退院。入院中上行結腸がんも発見された。入院によりADLも低下し訪問診療導入、管理栄養士も介入となった。退院後は食塩制限を一時的に緩和、エネルギー摂取を優先した食事指導を実施。その結果食事摂取量は大幅に改善。体重も増加傾向となったが食事摂取量・身体所見・検査所見などを医師含む多職種と共有し総合的に評価、低栄養が改善したと判断した。また、独居であり本人の想いや生活環境を鑑みながら、食事量や体重が落ち着いた段階で現実的な減塩指導を実施。退院後は心不全増悪なく経過、今後がんの手術も控えており入院先の病院、ケアマネジャー、薬局、訪看ステーションなどと事例検討会を開催し連携を図った。

【考察】今回、管理栄養士が心不全療養指導士を取得し介入したことでより詳細なモニタリングが可能となり、それらを多職種と共有・連携できたことが心不全増悪予防に寄与できた一つの要因と考える。しかし介入当初は家族より管理栄養士介入の意義について疑問の声もあり、心不全患者における管理栄養士介入の周知・理解は課題である。令和6年診療報酬改定において管理栄養士の頻回訪問が算定可能となった。心不全療養はチームでの介入が不可欠であり、今後、よりこまめなモニタリングや食事指導、多職種との密な連携の実施で、管理栄養士の介入がさらに心不全増悪防止に寄与できる可能性を感じた症例であった。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)24 臓器不全

P-2-37

自宅で過ごしたい超高齢腹膜透析患者を支える訪問看護師の役割

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

【はじめに】

日本の80歳以上の高齢透析患者は、79610人（2022年12月末時点）に上り、全体の23.9%を占める。高齢化に伴い、通院の問題、血管脆弱性や心機能低下にてバスキュラーアクセスが作れない、数時間の血液透析（HD）が耐えられないなどの理由からHD自体が困難になる患者が多くいる。認知機能低下やADL低下で自宅生活が困難となり、施設入所となるケースも多数存在する。

腹膜透析（以下PD）は、これらの問題が無く、自宅で行うことで社会的入院回避や、望めば最後まで自宅の生活が可能となることが最大のメリットである。

【症例】

A氏90才代男性。要介護4。認知症は年相応。

息子夫婦と同居。慢性腎不全増悪で入院。入院当初はカテーテルでHDをしていた。認知症悪化に伴い、カテーテル抜去の恐れがあり抑制着やミトン、離床センサー等が付けられていた。主治医からPDを提案され選択した。ADLは、入院時はほぼ体動なし。退院直前は、ベッドで寝返りが出来る程度であった。

1日1回のパック交換。

訪問看護は週2回、デイサービス週2回、ヘルパー週3回。本人は、自宅での生活を希望した。退院前カンファレンスでは、「残りの人生は自宅で食べたいものを食べ、制限なしの生活をする」と方針の統一をした。ラストPD目的で退院後より訪問看護を開始した。

【考察】

高齢腎不全患者は、HDよりもPDが適している患者が多く存在する。

導入年齢が70歳を超え、いずれ皆、要介護状態となっていく。HDで疲れ果てて、非透析日にも寝た切りで過ごし、結果ADLが低下、認知症症状が悪化、介護問題も生じ透析に通うことが困難となる。高齢透析患者には、通院が無く、認知機能低下、ADL低下の少ないPDが適している治療であると言える。そしてこれらの患者を支えるためには、訪問看護の存在が不可欠である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)24 臓器不全

P-2-38

訪問診療介入中に新たに原発性／潜在性／続発性甲状腺機能低下症と診断した症例の臨床的検討

大原 万理恵 ¹	オオハラ マリエ
力石 辰也 ^{1,2}	チカライシ タツヤ
伊藤 浩光 ^{1,2,3}	イトウ ヒロミツ
野口 拓哉 ^{1,3}	ノグチ タクヤ
永野 牧郎 ^{1,4}	ナガノ マキオ
阪地 楓 ^{1,4}	サカジ カエデ
新井 恵子 ^{1,4}	アライ ケイコ
細野 竜司 ⁴	ホソノ リュウジ
小畑 正孝 ⁵	オバタ マサタカ

¹医療法人社団ときわ 赤羽在宅クリニック²医療法人社団ときわ 練馬在宅クリニック³ときわ在宅クリニック墨田⁴医療法人社団ときわ 大宮在宅クリニック⁵医療法人社団ときわ理事長

【目的】

診療中に甲状腺機能低下症を偶発的に発見することがあるが、浮腫・便秘・うつ・認知機能低下など高齢者でよく見られる症状の原因にもなる。中でも潜在性甲状腺機能低下症は心血管イベントを増加させると言われているが、その対応は現場の担当医の判断に一任されることも多い。当法人クリニックでのこれまでの介入を検討・考察することによって、今後増えていく高齢者の在宅医療における先に挙げた臨床症状の改善、QOLや生命予後の改善を目指す。

【方法】

開院した2016年8月～2024年7月末の8年間、当法人クリニックで原発性／潜在性／続発性甲状腺機能低下症のいずれかの病名で登録された高齢者（65歳以上）全433例を対象とした。電子カルテ上の患者データ（診断時年齢・性別・TSHとfT4の値・甲状腺機能低下症状の有無・治療内容等）を抽出し、統計学的処理を行った。

【結果】

433例中疑い病名登録例や他院診断例等314例を除外し119例を解析した。原発性35例、潜在性57例、続発性12例、潜在性→原発性14例、続発性→原発性1例だった。男性は52名（平均年齢 87.1 ± 6.3 歳）で全高齢患者の4.86%、女性は67名（平均年齢 86.4 ± 6.5 歳）で全高齢患者の3.79%だった。初診時採血で診断した例は全体の27.7%、全体の79.8%がレボチロキシンNa水和物によって治療し、開始量は $12.5 \mu\text{g}$ が最多（59.0%）、TSHもしくはfT4正常化時点の量は $12.5 \mu\text{g}$ が最多（42.2%）だった。全体の59.7%が経過中にTSH正常化した、その内9.9%は未治療でTSH正常化した。TSH正常化まで要した日数は原発性 176.5 ± 175.2 日、潜在性 212.1 ± 189.5 日だった。

【考察】

当院高齢患者の約4%に甲状腺機能低下症が認められたが、これに対する治療内容については今後更なる検討が必要である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)24 臓器不全

P-2-39

在宅輸血の安全性向上に向けた症例の考察と提言

栗林 泰子 クリバヤシ ヤスコ
濱谷 弘康 ハマヤ ヒロヤス
河北医療財団あいクリニック

【はじめに】在宅医療の進展により、在宅輸血が選択肢として広がりつつある。しかし、輸血療法には副作用管理や倫理的課題が伴う。本報告では、当院で経験した輸血の事例を通じて、課題を明らかにしたい。【症例】患者は90代の男性で、有料老人ホームに入所中、認知症はなく、下肢廃用症候群を抱えていた。訪問診療クリニックにて慢性貧血が指摘され、血液専門医が在籍する当院外来へ紹介。諸検査により骨髓異形成症候群と診断された。外来で輸血療法を開始したところ、患者は息切れが改善し、QOLが向上した。その後、在宅医療クリニックと連携し、採血や輸血スケジュールを調整しながら治療を継続したが、慢性心不全を併発していた患者は感染症を契機に急性心不全で再三入院した。輸血開始から半年が経過した時点で、輸血後に呼吸困難を訴えるようになり、輸血施行後に施設内で胸痛が出現し救急搬送、心不全と診断された。さらに、輸血間隔が空いた際には貧血に伴う二次性虚血と診断された。このような状況においても、輸血後の症状改善を実感していた患者本人の意思を尊重し、輸血の中止は困難であった。最終的に安全性を重視し、療養型病院への転院が決定した。【考察】この症例は、輸血関連循環負荷(TACO)をはじめとする副作用の適切な管理が施設では難しかったこと、また頻回の輸血が必要な症例において在宅輸血の体制整備が課題であることを示した。さらに、輸血療法の意思決定には患者や家族の価値観を踏まえた倫理的配慮が求められる。在宅輸血が普及する中、医療者は副作用管理と倫理的課題を再考し、患者中心の安全な医療提供体制を構築する必要がある。当院も新たに在宅輸血マニュアルや倫理委員会の整備、同地域の訪問看護ステーション等を対象に勉強会開催を計画している。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)25 地域づくり2

P-2-40

高齢化57%の若葉台住宅の現状と当院としての課題

篠 美和 ¹	シノ ミワ
広瀬 剛 ²	ヒロセ ゴウ
高橋 聡介 ²	タカハシ ソウスケ
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 内科

【はじめに】当院は、神奈川県人口約72万人の政令指定都市である相模原市の在宅療養支援病院である。当院が位置する相模原市緑区の高齢化率はほぼ全国平均と同じ26%であるが、訪問診療圏内である緑区城山地域に佇む住宅団地「若葉台住宅」の高齢率は57%である。1974年に建築家の黒川紀章氏がグランドデザインし開発開始、歩車分離構造である他、景観や環境に配慮した未来志向の街であったが、開発時に住宅を購入した住民は7080代となり、人口もピーク時の約3500人から1200人減少、高齢化が急速に進んだ。このような状態を危惧し、2017年に住民有志が『若葉台住宅を考える会』を結成、住民に問題を提起し、専門家に意見を聞きながら検討を続けている現状がある。【活動】2023年9月より「わかば保健室」という住民と包括・他医療機関と当院が交流する会が行われている。2024年12月に私がACPについて講演するにあたって、事前準備時及び講演時に聞き取りした若葉台住宅の現状と、当院としての課題を報告する。現状としては、①団塊世代の子供達が転出し、残った高齢者も子供の世帯に身を寄せたり中心地の高齢者住宅や施設に入る例も多い②標高が約60mと高く、地区内も高低差があることから徒歩移動は負担が大きく、地区内に買い物施設がない③教育水準や世帯所得が比較的高い世帯が多く、各世帯で問題を解決し、自治体・地域という枠組みに頼っていない傾向がある④「わかば保健室」に参加する住民も限られている、などが挙げられる。【考察】当院も「わかば保健室」としては1年以上関わってきているが、踏み込んだ関わりができていないのが現状であり、今回講演に携わったことを契機に、現在当院が診療している住民や、ともに医療介護の面で関わっている住民達から地域に対する思いや考えを聞き取ることを開始しており、その結果をもとに当院としてできることを進めていきたいと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)25 地域づくり2

P-2-41

スマホ教室から始める持続可能な地域づくり

中島 由美 ナカシマ ユミ
濱田 歩美 ハマダ アユミ
濱田 努 ハマダ ツトム
きいれ浜田クリニック

【はじめに】

超高齢化社会で認知症は特に重要な課題である。しかし、認知症予防ではなく認知症になっても地域で持続可能な生活続ける方策を考える人は少ない。私たちは認知症となってもデジタル技術を活用することにより、記憶力の低下を補完し、買い物など日常生活を継続することができるのではないだろうか。

【活動】

2024年から地域で週1回、スマホ教室を開催。外部講師を招き、6人までの少人数制とした。月ごとにテーマを変え、「アラーム・カレンダー」「マップ」「LINE」「スマホ決済」「ネットショッピング」などを学ぶ。3回1セットで卒業生が次回から指導役となり、地域住民の繋がりを広げる体制を構築した。

【考察】

高齢者はスマホを所持していたとしても電話機能しか使用出来ていないことがある。本教室では認知症の有無に関わらず、スマホの利活用を通じ、低下しがちな認知機能や空間認識力、購買力を補い、住み慣れた地域での自立生活を支援する意義がある。

単なる予防でなく、認知症と共に暮らす視点を提供し、学ぶ場から交流の輪が生まれ、人と人の関係を深める効果も見られた。今後はLINEグループ作成など人と人を繋ぐような多様なプログラムを導入し、緊急時の連絡やBCPにも役立てるなど地域を包括的に支える取り組みを進めたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)25 地域づくり2

P-2-42

天草のALS活動家 Y氏

～せっかくALSになったのでとことん楽しんで、私にしかできないことをやっていきたい
と思います～

倉本 剛史 クラモト ツヨシ

在宅とつながるクリニック天草

【はじめに】2023年11月、ALSに罹患しながらも行政への働きかけや啓発活動を熱心に行っていたY氏が肺炎で亡くなった。

彼の活動がなければ天草の難病患者の在宅医療介護は10年以上滞っていたであろう。その活動の記録を報告したい。

【活動】24歳の時にALSの診断をされ、当初は延命の希望はなかったが、2人の子供の成長を近くで見たい思いで気管切開し在宅医療を受けた17年間。

延命を選んだことでどう苦しみ、どう乗り越えようとしたのか。自分の生活や様々な困難に関した動画作成、SNSやメディアでの発信、看護学校でリアル授業するなどし、多くの協力者を増やしていった。彼が導入するのに苦労した「重度訪問介護」に対しては、自ら仲間を集め「重度訪問介護専門」の事業所を立ち上げた。

台風が生じるたびに停電による命の危険を感じる人工呼吸器利用者のために、天草市に働きかけ「日常生活用具給付事業」で蓄電池を購入できるようになった（熊本県初）。彼の言葉が1人の男を動かし、在宅レントゲンの事業所が立ち上がることもなった。そしてその活動は亡くなった後も息子に引き継がれることとなった。

【考察】

彼の意志は多くの人に引き継がれ、生き続けている。

彼の活動を振り返ることで、他の地域のヒントになればと思い今回報告する。

また、今学会では彼の活動を引き継いだ高校生の息子が発表する予定である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)25 地域づくり2

P-2-43

地域で暮らすを支えるボランティアの輪 ～社会貢献から看取りまで～

吉田 香織	ヨシダ カオリ
大石 春美	オオイシ ハルミ
佐々木 征郎	ササキ ユキオ
石川 健	イシカワ タケシ
三浦 正悦	ミウラ マワエツ

医療法人心の郷

【はじめに】

私たちが生活する宮城県大崎市は人口約13万人で統計によると高齢化率31%同居世帯と高齢者世帯が多いのも特徴である。当院は今年で開院20周年を迎える。開設当時より在宅で暮らす方々の心と生活を支えるつなぎ役の育成とともに緩和ケアボランティアの育成を行い、コミュニティ緩和ケアの推進に努めている。

【活動】

緩和ケアボランティアあったか訪問隊は大切な奥さんや家族を看取った経験者の参加が多く、在宅で暮らす患者さん、家族の心の痛み、苦しみを現場で一緒に感じ問題解決に共に取り組んでいる。今回はあったか訪問隊が看取りまで関わった慢性閉塞性肺疾患のuさん65歳との関わりについて報告する。uさん自身、母親の看取りの際に出会った方で訪問する中で、看護師がケアする側のuさんの異変に気づき、在宅医療につながった方である。呼吸苦がありながらも、車を運転し母親のためにと家事を行っていたが、低酸素になり動けないこともあり、介護保険の申請をし、要介護2の認定を受ける。しかし見直しで要支援となり、それまでのヘルパーは入れなくなり、新しい事業所を提案するも、人間関係を築くのが苦手なuさんは拒否。自分で買い物に行くと言い出した。本人の気持ちもわかる訪問隊が介入。同じく大切な家族を看取った経験のある訪問隊にuさんは心を開いて行った。買い物についてuさんと訪問隊が考えた方法は、uさんが行っていた地域のお店にも協力してもらうという方法だった。そして買い物だけではなく日々訪問する中で、本人にも社会貢献できる機会を作り、最期まで社会とのつながりが持てるよう支え続けた。

【考察】

出会い～旅立ちまでを、いかに人間らしく、その人らしく充実した人生を送るためには、在宅医療介護だけではなく、暮らしの中でつながるボランティアの存在は重要であり、その精神は次世代へ伝えていかなくてはいけないのと思う。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)25 地域づくり2

P-2-44

地域共生コミュニティサロン「Barだもんで」 ～訪問看護による安心した居場所創り～

森 あゆみ モリ アユミ
尾畑 翔太 オバタ ショウタ
長井 絵梨 ナガイ エリ
もん訪問看護ステーション天白

【はじめに】

地域共生社会とは「制度・分野ごとの『縦割り』や支え手や受け手という関係を超えて地域住民や多様な主体が『わが事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』繋がることで住民一人一人の暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会」としている。訪問看護に従事する中で療養者や介護者同士が繋がる場が少ないこと、公的サービス以外の居場所がなく限られた交流しかないこと、安心して1人で出向ける場が少ないこと、地域サロンの開催は日中が多く、医療介護従事者や就労している介護者の参加が難しいという話が多く聞かれた。そこで地域共生の一助を目的とし定期的なサロンを開催した。

【活動】

2024年10月より訪問看護主体のサロンを開催、誰でも気軽に入れる場として「Bar」を名称に入れた。夜に公共交通機関でアクセスしやすくバリアフリーの会場設定、医療介護従事者が必ず在席すること、参加者が主催者や参加者同士話をしやすい環境を作った。交流のきっかけづくりとして自由参加のゲームも開催した。参加者は障害者、医療介護従事者、高齢住民等多岐に渡り、参加後のアンケートでは「新たな繋がりができた」「働いていた時のような楽しい時間だった」「主催者ともっと話をしたかった」という意見もあり参加者全員が「次回も参加したい」と言われた。

【考察】

個人のニーズや生きがいへの対応は制度のみでは限界が生じており、社会的弱者に対しては特にその制度の隙間を自助や互助により埋めていく必要があると考える。人との繋がりが希薄である現代において地域共生社会の実現が重要であり、このような場を意図的に創ることが必要であると考え。今後は医療介護従事者が主催のメリットとして具体的な医療介護相談ができる一画を創ること、また老若男女問わず、より多くの地域住民への周知、参加をしてもらえるよう働きかけていく必要があると考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)25 地域づくり2

P-2-45

まちの保健室 地域のお互いさまをつなぐ寄り処として ～始まりそしてこれから～

松宮 泉 ¹	マツミヤ イズミ
大野 令子 ²	オオノ レイコ
松尾 あかね ³	マツオ アカネ
平岡 亜紀 ⁴	ヒラオカ アキ
田中 玲子 ⁵	タナカ レイコ

¹一般社団法人我孫子医師会

²我孫子市天王台地区高齢者なんでも相談室（地域包括支援センター）

³我孫子市天王台地区障害者まちかど相談室

⁴特定非営利活動法人自立支援ネット我孫子

⁵我孫子市地域コーディネーター

【はじめに】まちの保健室や類似した名称で地域に相談の場は全国各地に増えている。だが、医療・介護の専門職だけではなく、障害支援職も心理職も市民も参画する保健室は例を見ない。相談する側、受ける側の垣根を越えて、をコンセプトとし、多職種だけでも、専門職だけでもない「まちの保健室」の活動を報告する。

【活動】高齢者×障害者の街に住む人が集い楽しむ事を目的に、地域包括支援センター（以下、包括）と障害支援事業所が共同でカフェ&マルシェとして、包括を開放してイベントを開始。そのカフェの片隅では、いつも何かしら困り事の相談がある。その「困り事」が「問題」になる前に、“ふらり”と立ち寄れる場所が定点で出来ないか、と模索していた。そんな時、図書館がある公民館のカフェスペースで、このイベント開催の誘いが行政からあった。そこで、イベントではなく「困り事をふらりと相談できる場」を定期開催する事を包括と障害相談支援事業所、医師会の在宅医療・介護推進コーディネーター、市民の地域コーディネーターで行ない、開設にこぎつけた。カフェの運営事業所の職員や、市民も「保健係」として携わることで、0才から100+才まで、生活の困り事から病気の相談まで幅広く対応できる場所として「まちの保健室」を開始。地域の困り事に対するゲートウェイとしての役割で、行政の介入が必要と判断された場合には、関係部署との連携も調整している。月2回（平日と土曜日）と開催日は少ないが、毎回福祉や障害、健康に関するイベントを行い、相談やおしゃべりの場として周知されつつある。

【考察】相談に来た人が「保健係」になる、自分は元気だけど家族の相談、健診のフォローアップなど立ち寄られる方やその問題に対応するスタッフは様々である。高齢者の外出機会創出等で社会的処方の一翼を担い、また地域住民の参画により地域共生の場として発展する可能性を秘めている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)25 地域づくり2

P-2-46

降雪地域における在宅医療の課題と是正活動

桂 篤史 ¹	カツラ アツシ
木浪 江衣子 ²	キナミ エリコ
馬場 貴久 ⁴	ババ タカヒサ
石岡 道子 ⁴	イシオカ ミチコ
加藤 利佳 ³	カトウ リカ
郡 美代子 ³	コオリ ミヨコ
鵜飼 真千子 ³	ウカイ マチコ
河原 広明 ³	カワハラ ヒロアキ
大塚 亮平 ³	オオツカ リョウヘイ
小嶋 一 ¹	コジマ ハジメ
堀 公明 ¹	ホリ キミアキ
成田 吉明 ¹	ナリタ ヨシアキ

¹医療法人溪仁会 法人本部

²株式会社スマイル 訪問看護ステーション ピンポンハート

³医療法人溪仁会 手稲家庭医療クリニック

⁴医療法人溪仁会 はまなす訪問看護ステーション

【初めに】

当診療所は北海道札幌市の手稲区に位置し、訪問診療に訪問看護を併せ持つ都市型無床診療所である。医師、看護師、リハビリ、管理栄養士、MSW が車を使用し訪問サービスを提供している。利用者との契約時に駐車スペースの確保を依頼しているが、降雪地域特有の問題として冬季は駐車スペースの確保ができず、サービス提供に支障が生じている。これまで行政や警察への駐車許可緩和を求めてきたが、対応のばらつきや諸手続きの複雑性などの課題があり、地域の協力が得られるよう札幌市訪問看護ステーション協議会〔手稲区支部〕と共同して活動を展開した。

【活動内容】

2023年度より、札幌市訪問看護ステーション協議会と医療法人溪仁会法人本部と本課題を共有し、以下の方針のもと活動を展開した。まず、駐車スペース不足がスタッフのストレスや業務逼迫による事故リスクを高めることから、問題解決を現場だけの問題ではなく、組織全体の責務として捉えた。また、在宅医療・介護サービスは地域社会の理解と協力が不可欠であることを認識し、地域住民や団体との信頼関係を築くことを目的の一つとした。具体的に、手稲区の関係団体に対し、在宅ケアの重要性と駐車スペース確保の必要性を説明し協力を依頼した。その結果、50箇所から駐車スペース提供の賛同を得ることができた。この取り組みにより、冬季間における駐車スペースの確保が緩和された。また、札幌市からの問い合わせやマスコミ（新聞・TV）からの取材を受けるなど、地域全体の関心を引き出す契機となった。

【考察】

本活動は、訪問サービスの効率化やスタッフの負担軽減に加え、地域社会との連携強化と在宅医療への理解促進に寄与すると考える。駐車スペース確保の問題は、降雪地域において在宅医療の持続性を考える上で重要な課題である。今後も地域住民や行政、関係機関との協力体制を維持し、さらなる体制の強化・発展を目指す。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)25 地域づくり2

P-2-47

「8年間の実践から見る非医療職による『つながる処方』の可能性」 ～地域づくり型クリニックが紡ぐ社会的処方とウェルビーイングの実現～

萩原 由貴子 ハギハラ ユキコ

八森 淳 ハチモリ アツシ

芹澤 彩香 セリザワ アヤカ

医療法人MoLeadつながるクリニック

【はじめに】

地域の方々の健康をサポートする「地域づくり型クリニック」を目指す。これは当院の理念の一つである。この理念は、単に医療サービスを提供するだけでなく、地域全体の健康や福祉の向上を目指し、リンクワーカーとして地域住民と繋がり続けるクリニックである事を意味している。

【活動】

約6千戸を有する大規模団地の中で、8年間外来診療と訪問診療を実施。訪問エリアの高齢化率は40%以上という環境下で様々な活動を続けてきた。

加齢に伴いできなくなる事が増えていく中で、少しの支援で実現出来る様なプロジェクトを立ち上げ、非医療職がリンクワーカーとして当院独自の「つながる処方」を進めてきた。

①長年歌手として活動してきた患者様ご夫婦のコンサートを、地区社協と共に年2回開催。100名以上の方々が集い全員で合唱するなど大盛況。在宅診療を受けている痛末期の患者様を招待し“お誕生日プロジェクト”を兼ねたメイクとネイルをプレゼントし、当院の看護師と共に参加した。②開院8周年記念講演の一環として、地域の方や病院の退院支援看護師、訪問看護師等に登壇を依頼。今後の地域の繋がりと共生についてシンポジウムを開催し100名前後の地域住民が参集。地域の方々の想いや不安、関心事などがリアルに感じられた。③地域とのつながりを持てる“コミュニティカフェ”をOPEN。映画鑑賞やサークル活動など気軽に集まれる場を作った。④地域包括支援センターでの定期的な医療講座の開催。少しの不安や相談を気軽に聞ける状況が次に繋がると実感。他方面より講演会の依頼が増えた。

【考察】

開院当時より地域づくりの取り組みを続けてきた。結果として、当院の活動が周知される事により集患にも繋がってきている。引き続き、1つ1つの活動が地域の方々のウェルビーイングに寄与する「社会的処方」になるよう地域支援にも力を入れていきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)25 地域づくり2

P-2-48

私たちの居場所、役割、社会参加 ～お互い様の支え合い～

武田 寿彦	タケダ トシヒコ
三浦 正悦	ミウラ マサエツ
田中 三恵子	タナカ ミエコ
小杉 盛男	コスギ モリオ
佐々木 梅子	ササキ ウメコ

医療法人 心の郷 穂波の郷クリニック

【はじめに】

当法人は平成15年から通所リハビリ緩和デイケアを運営している。

リハビリとは「人間らしく生きる権利の回復」や「自分らしく生きること」が重要で、そのために行われる活動全てであり、活動内容は「自立」「自律」「社会参加」を主に置いており、その活動を紹介させて頂く。

【活動】

デイケアは週に2回行っており、身体的な機能訓練、自宅での暮らしを継続するための個別機能訓練は元より、「誰かの為に」をモットーに活動している。具体的には、助成金によりコミュニティ推進の「いのちの学校」開催の際の講演会場の看板作りや在宅の患者さんや施設の現場で起きた問題を演劇ワークショップという形で自分たちで演じて改善策を見出し提案したり、自ら居住地域の地理的特性を考慮し避難行動を考え、同じ地域に住む在宅患者さんへ、しあわせ新聞と言う形で伝えている。家族を看取って1人暮らしになった方の野菜収穫のお手伝いを通じてグリーフケアを行うなどしている。社会参加としては、希望者は選挙に行き投票することもある。自分の大事な意見を伝える大事な行動である。歳だから病気だからと諦めてしまいそうなことも仲間とつながることで、諦めるのではなく、新たな形で取り組むことができている。メンバーの中には戦争を体験してきた方々もいる。戦争を知らない私たち世代へ今だからこそ伝えなければいけない、そして社会へ伝えていく大事な場でもある。

【考察】

- ①介護認定を受けてはいるが地域で共に暮らし社会に参加する事が出来ていると感じる。
- ②活動の全てがリハビリ（人間らしく生きる権利の回復）であり、それは関わる全ての方から影響し合うと感じる。この関係は利用者相互間にも言えると感じる。
- ③社会で自身が必要とされている実感、喜びは新たな活動への活力、原動力につながっていると感じる。
- ④様々な背景を持った人同士が交流する事により新たな価値、発見を見出せると感じる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)25 地域づくり2

P-2-49

在宅医が行う『ち医き』づくり ～港南メディカルフェスティバル2024の開催～

開田 脩平¹ 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

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】2022年と2023年職業体験イベントを行った。その経験をもとに、今回、医療・介護・福祉系の団体を集め、体験学習型イベントをゼロから考案、開催したので報告する。【活動】2023年9月より自治会、医師会、病院、区役所の関係者と面談を行い、12月に実行委員会を発足した。2024年5月19日（日）計13団体（医師会、病院、区役所、障がい者団体など）が出展し、港南メディカルフェスティバル2024（以後MF）を開催した。MFでは、『大人も子どももののちについて考えてみよう』をテーマとして、健康、病気、福祉に関するコンテンツを提供することで、今後向き合う健康、病気などの課題やいのちの大切さを知ってもらうことを目的とした。またその解決方法を学び、今後起きた問題に対して速やかに行動できるように、あるいは問題が起きる前に準備を行えるように、各団体が出展を行った。出展団体以外にも地域の中学生や高校生、大学生などの学生をはじめ、地域の青少年指導員、医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、MSW、介護職員など約70名の方にボランティアスタッフとして参加し、来場者は約1500名であった。【報告】各ブースで行われたアンケート結果では満足あるいは大満足といった回答が多く、「今後友人にこのイベントを勧めたいか」という質問に関しては全員が勧めたいという回答結果であった。個別の内容としては「もしも手帳を知った。」「健康について考える良い機会になりました。」「予防、健康、元気、笑顔はすべてつながっていると感じたから。」などイベントを通して、様々な気づきや学びがあったとのコメントがあった。一方で満足度は高かったものの、「健康や病気について考え直すきっかけになったか」という問いに対して3割が「なかった」と回答しており、来年度以降はより深く学べるコンテンツ内容にしたいと考えている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)25 地域づくり2

P-2-50

地域づくり型クリニックによる地域包括支援の新たな展開 ～「地域包括メディカルセンター」の取り組み～

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】地域包括支援センターは地域住民の福祉・介護支援を担う重要な仕組みだが、体制の制約から医学的視点や評価に基づく支援が難しい。そこで、私たちは「地域づくり型」のクリニックとして、地域包括支援センターの役割を補完・協働しつつ発展させる新たなモデル「地域包括メディカルセンター」を考案した。このセンターでは、医療的視点と生活全体をみるアプローチを融合させた支援を行い、地域包括ケアの新たな可能性を模索している。

【活動】「地域包括メディカルセンター」は、診療を基盤に対象者の生活状況を包括的に把握し、医学的根拠に基づく迅速な判断と支援を行う。成年後見制度や身元保証が必要なケースでも、生活状況と医学的判断を総合的に評価し、適切な支援や制度利用を迅速に提案する。また、多職種チームによる支援困難事例の検討会「見える事例検討会」を実施し、課題解決をしている。さらに、コミュニティカフェの運営や健康相談を通じて、地域住民が孤立せず活発に活動できる環境を目指す。これらの活動は「地域診断」を基盤とし計画・実施している。地域包括支援センターと連携し、その役割を医学的・公衆衛生的視点で補完し、地域全体のウェルビーイング向上を目指す。

【考察】「地域づくり型」のクリニックとして始めた「地域包括メディカルセンター」は、従来の地域包括支援センターの役割を尊重しつつ、その限界を補完する新しいモデルとして機能している。医学的視点をもち生活全体をみることで、迅速かつ効果的な支援が可能となり、患者・住民の生活の質向上や介護予防に大きく寄与している。また、地域住民の孤立防止や自治体との連携を通じた政策提言は、高齢化社会における地域包括ケアの発展に向けた具体的な実践例として意義深いものと考ええる。このモデルは、地域包括支援センターとの協働により、地域全体のウェルビーイングを支える持続可能な仕組みとして期待される。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)26 看取り・家族ケア1

P-2-51

訪問看護師が終末期患者・家族の初回訪問時に「看取りパンフレット」を用いて行う説明のメリット・デメリット(看取りパンフレット研究第2報)

南川 雅子 ¹	ミナミカワ マサコ
富澤 直紘 ^{2,3}	トミサワ ナオヒロ
大島 祐希 ²	オオシマ ユキ
勘 晃平 ³	アザミ コウヘイ
山下 尚美 ⁴	ヤマシタ ナオミ
山口 あつこ ²	ヤマグチ アツコ
林 滢 ²	ハヤシ リョウ
工藤 睦希 ²	クドウ ムツキ
石川 久美子 ²	イシカワ クミコ
柳田 富子 ²	ヤナギダ トミコ
田村 元気 ²	タムラ ゲンキ

¹帝京大学²訪問看護ステーションルピナス川口³訪問看護ステーションルピナス草加⁴東邦大学

【目的】A訪問看護ステーションではオリジナルの「看取りパンフレット」(以下パンフレット)を作成し、多くの終末期患者家族の初回訪問時にパンフレットを用いて説明を行っている。本研究は、初回訪問時にパンフレットを用いて説明を行うことによるメリットとデメリットを明らかにすることを目的とした。

【方法】対象者は在宅で亡くなった終末期患者の家族30名。初回訪問時という説明のタイミングの適切性、パンフレットを用いて説明を受けたことのメリット・デメリット等を明らかにするための記述式アンケートを郵送法で配布・回収した。患者・家族の基本属性、患者に行われた医療・看護の情報はカルテから収集した。質的データはNVivoにより内容分析を行った。量的データは記述統計、Fisherの直接法等で解析した。研究の実施にあたり所属校医学系研究倫理委員会の承認を得た。

【結果】対象者は女性26名、患者との続柄では配偶者(14名)が多かった。初回訪問時という説明のタイミングが「ちょうどよかった」者は20名(66.7%)、「早かった」者は7名(23.3%)であった。メリットについては35記録単位が抽出され、〈心の準備ができた〉〈実際の場面で判断・対応できた〉〈死に向かう経過を知り納得した〉の3カテゴリが生成された。デメリットについては8記録単位が抽出され、「タイミングや回数への配慮をしてほしい」「事務的な感じを受けた」等、5つの内容に分類された。Fisherの直接法の結果、説明のタイミングと点滴の有無で有意差が認められた($p=0.038$)が、それ以外の処置やケアで有意差は認められなかった。

【考察】初回訪問時のパンフレットを用いた説明にはメリットが多いことが明らかになった。一方で、点滴を希望する家族は患者の予後に希望を抱いている可能性があり、家族の反応をみながら看取り説明のタイミングを判断する必要がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)26 看取り・家族ケア1

P-2-52

40代がん末期患者の在宅看取り

～最期まで治療したい、あきらめきれない患者・家族への関わりと支援～

母谷 真由実 モタニ マユミ

小田 泰崇 オダ ヤスタカ

伊達 修 ダテ オサム

医療法人社団CMC コールメディカルクリニック広島

【はじめに】

当院の看取り数は年間172～223件、40代患者の看取り数は年間2～8件、全体の約2.5%とは多くはない。今回、40代がん患者の死を受け入れができていない中での在宅看取り例を経験したので報告する。

【症例】

44歳女性、子宮頸がん。母、夫、長男（2歳）との4人暮らし。オランダ在住中、X1年子宮頸がんと診断され治療。X年病状進行あり、療養のため日本に帰国。帰国後、基幹病院へ受診・入院するが、標準治療の適応なくBSCの方針となった。予後について明確に説明されておらず、本人・家族共に病状の受け入れができていない状況で、X年4月に訪問診療開始となった。導入・維持期はヒドロモルフォン持続皮下注射で疼痛コントロールは図れており、ADLは自立、家族で沖縄旅行にも行けた。その後、敗血症ショックで救急搬送となるが、在宅療養希望あり退院。骨転移、腫瘍増大のため、疼痛は増強し、身体的・精神的にも苦痛が大きかった。全経過を通して、本人・家族も最期まであきらめたくない、良くなりたいという思いがある中で、ケアや関わりに難渋したが、訪問看護を頻回に介入し、連携を図りながら、最期まで家族と過ごし、X年9月在宅看取りとなった。

【考察】

患者・家族ともに死ぬ瞬間まで死の受容ができていないことが大きな壁となる中で、本人の思いを尊重しながら、療養生活を支援した。訪問看護と細やかな連携・情報共有を図りながら、不安を少しでも軽減できるように、精神的な支援を行うことで、在宅での看取りができた。また、本症例のデスカンファレンスを実施したことで、関わった看護師自身に対するグリーフケアの効果も改めて実感された。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)26 看取り・家族ケア1

P-2-53

死にゆく過程を本人に伝える本、『人のさいご』の制作

尾山 直子¹ オヤマ ナオコ

國居 早苗¹ クニイ サナエ

林 瞳¹ ハヤシ ヒトミ

神野 真実² ジンノ マミ

¹桜新町アーバンクリニック

²株式会社メディヴァ

【はじめに】

患者さん方から「人は死ぬときにどう変化するのか」と問われることがある。人の最期に訪れる変化はおおむね共通しているが、約8割の人が病院や施設で亡くなる現代において（令和5年度厚生統計要覧）、それを知らない人は多い。看取りに関する知識を伝えることは、本人や家族がよりよい時間を過ごすために重要である。しかし現場で活用される媒体は、ほぼ家族向けで当事者本人に活用できるものがないという課題があり、今回『人のさいご』という本の制作に至った。

【活動】

①制作チームの立上げ | 自主プロジェクトとして2023年3月始動。訪問看護と緩和ケアの認定看護師2名、運営スタッフ1名、計4名のチーム編成。②内容の検討 | 月1回の会議で、草案を繰り返し修正。誤解や恐怖感が生じづらい言葉を選択。③本のデザイン | デザイナーの訪問診療同行、協力者である患者さんと話す機会を設定。現場の空気感をつかむことで、文字サイズやイラストの温度感、本の装丁などに生かしていただいた。④多職種との検討会 | クリニック内の多職種スタッフと内容・文章の見直しを実施。「本人目線の文章」という方針のぶれの指摘があり、文章を再調整した。⑤当事者との協働 | ターミナル期の患者さんからの助言を得た。「いざというときよりも早く、子どものうちからでも読んでおいたほうがいい」という意見は、以降の流通や活動の参考となった。⑥完成後 | 2024年6月完成。現場での活用開始。分野を越えて、一般の人に届けるための広報・流通・活動を展開。

【考察】

人はいつか死を迎える。つまり全ての人が当事者である。この本は、本人目線で制作したことで、あらゆる読み手が「自分ごと」として捉えられる本となった。それは医療者から一方的に伝えるのではなく、分野を超え、表現の専門家（デザイナーやイラストレーター）や当事者の方々と協働して制作したためと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)26 看取り・家族ケア1

P-2-54

妻の最期を何度も気にかける夫との関わりについて ～家族で迎えるより良い最期を迎えるために～

山口 晃史 ヤマグチ コウジ
坂の上在宅医療支援医院

【はじめに】

男性介護者は自らのSOSを伝えにくく、語る場がないことが問題と言われている。A氏の夫は入院時から「あとのくらいですか」など妻の死期を気にかける発言が目立った。どのような思いから言葉を発し、妻との関わりを持ちたいと感じていたのか振り返る。

【症例】

50代女性、卵巣がん、脳転移、イレウス、骨盤内浸潤

禁食でTPN、小腸イレウス減圧のため胃瘻造設、疼痛に対してオキシコドン持続静注管理。

A氏は自宅で夫、猫と共に生活をしていたが、18時頃にシャワー後動けなくなり、裸のまま猫を抱いて6時間過ごす。0時に夫が仕事から帰宅し、訪問看護師へ助けを求める連絡があった。翌日、症状緩和と看取り目的のため当有床診療所へ入院となった。

入院初日夫は「もう最期と思ってここに来た」「入院したら何もできない」「お別れの時は付き添いを希望しない」と口にした。

A氏は頻回なレスキューの使用や胃瘻からの排液管理など医療依存度が高かった。入院3日目に鎮静を開始し、夫は「起きていても辛くなるだけなら寝ててもらったほうがいいのか」と話す。入院5日目の夫から「自分も中々愚痴をこぼせる場所もなくて。自分にもっとやれることがあったかな」と妻への思いを話し始めた。A氏は6日目の夜間にレベル低下し、夫へ連絡するとすぐに駆け付け、思い出話や今の思いを口にしてくれた。一緒に呼吸停止を確認してエンゼルケアも共に行い死亡退院となった。

【考察】

入院前は妻の状態が悪くても手伝うことが少ない夫だった。希薄な関係性にもみえたが、スタッフとのやり取りの中で感情を表出し、思いを言葉にすることで心を開いていった。夫が元気だったA氏の病状の進行による変化を受け入れる時間も必要だった。揺れ動く胸中は一方向ではなく、何度も行ったり来たりを繰り返した。特に男性介護者に対しては安心して弱音を吐ける場と関係性の構築が必要だと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)26 看取り・家族ケア1

P-2-55

多死社会における独居高齢者の在宅緩和ケア ～地域医療・多職種連携を通じてあなたらしい人生のあり方を～

松田 早人 マツダ ハヤト
医療法人社団 悠翠会 うえまつ在宅クリニック

【はじめに】

厚生労働省の調査によると、6割以上の国民が自宅で最期を迎えたいと望んでおり、身寄りのない独居高齢者も多く含まれる。我々は独居のがん末期患者において、患者の意思決定を尊重し、医療と介護サービス連携にて終末期在宅療養を支援した症例を経験した。

【症例】

60歳代男性。独居。キーパーソンなし。X年12月に上腹部症状にて受診し、胃噴門部癌の診断となる。手術適応であったが、本人の積極的治療希望なく、外来経過観察となった。X年7月に病状進行が認められたが、治療を希望せず終診となりBSC。本人から当院に直接問い合わせがあり、在宅緩和ケアの希望にて訪問診療を開始。

患者は「自宅で看取ってほしい」「食べられなくなったら自然に逝きたい」「入院は絶対に嫌」といった明確な意向を示していた。本人からの直接の在宅医療の依頼であり、介護保険が未申請だったため、当院の相談員が窓口となって地域包括支援センターと連携し申請手続きを依頼。さらに、福祉用具の利用希望に応じ、ケアマネジャーの選定依頼や訪問看護、訪問服薬指導の介入調整を行った。当院では病状進行に伴う緩和ケアを行い、多職種で連携を図りながら、終末期在宅療養を支援し、ご自宅にてお看取りを行った。

【考察】

超高齢化社会に伴い、独居高齢者が増加し、社会的孤立から生きがいの低下、フレイル進行、孤立死などの問題を招いてしまう恐れがある。本症例では患者の死生観や意向が明確であったが、患者自身の意思決定が困難な場合やキーパーソンが不在の場合、終末期が近づいた際に判断がつけられない症例が増加する可能性は非常に高い。社会的問題として身寄りがない患者の支援体制を強化するために、在宅医療機関の相談員が関係機関と連携し、環境調整する役割は非常に重要であり、独居高齢者たちの「終の住処」の希望を実現するためにも、多職種連携における意思決定支援の共有は必須と考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)26 看取り・家族ケア1

P-2-56

有床診療所だから実践できた～多職種協働で挑む看取りの実際～

木村 貴純 キムラ タカズミ

医療法人桑樹会 木村内科・胃腸内科

【はじめに】

有床診療所は、19床以下の入院病床を持つ医療機関で、地域に身近な外来と入院機能を併せ持ち、幅広い医療を提供します。地域医療の隙間を埋める、患者家族の多様なニーズに応える、医療介護を統合した包括的ケアを提供するなど、地域医療の中核を担う医療機関として役割を果たします。看取りにおいては、病床を活用した柔軟な診療を展開できます。今回、院内チームだけでなく、在宅チームも交えて多職種協働で挑んだからこそ実現できた看取りの実現について報告します。

【症例1】

80歳代男性、要介護5。脳梗塞後廃用状態、再燃性誤嚥性肺炎で中心静脈栄養状態。肺炎繰り返すため転院。病態が安定際、家族より「実は、本人は延命望んでいない。家で死にたいと言っていた」と言われた。以後、家族とACPを繰り返し、在宅チームと連携、当院の医師が直接訪問診療を行うことで自宅看取りをした症例。

【症例2】

90歳代女性、要介護5。直腸癌多発肝転移、癌末期状態、廃用症候群、再燃性誤嚥性肺炎で中心静脈栄養状態となった。肺炎繰り返すため転院。本人は食への意思が強いが、ゼリーでも誤嚥する状態であった。点滴加療を継続していたが、本人の食への意志は固く「死んでもいいから、食事をしたい」と告白。家族もそれを望んでいた。本人・家族とACP繰り返し、看護師・介護士・管理栄養士等とACPカンファレンスを繰り返し、最終的に本人の意思に沿い食事させるも、直後に誤嚥窒息し、看取りを行った症例。

【考察】

有床診療所は、地域包括ケアシステム構築に必要な在宅医療の拠点としての機能、終末期医療の提供としての機能、緊急時～終末期に対応できる機能を有し、病床を持つ究極のかかりつけ医として期待されている。この機能を活用し、院内だけでなく地域多（他）職種と繋がることで、より強固に本人のニーズに沿った看取りの実現が可能な医療機関となると考えられた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)26 看取り・家族ケア1

P-2-57

がん末期ですが、ペットボトルと馬券が散乱したモノ屋敷に帰ります。
あの仲間の元に帰ります。

森実 美佐 モリザネ ミサ
相原 陽子 アイバラ ヨウコ
愛媛生協病院

【はじめに】

当院では、がん末期患者の訪問診療を行っている。今回の患者は、余命数日と知りながらも自宅退院を希望し、訪問診療が開始した。そこはモノ屋敷であったが、借家仲間の訪問や援助のあるシェアハウス風コミュニティが形成されていた。医療者と借家仲間が協力しあい、穏やかな最期を迎える事ができたので報告する。

【症例】

A氏 男性 70代 生活保護を受けながら借家独居で生活。

食欲不振・嘔吐で救急搬送され入院。以前に指摘をされた肺癌は無治療、腹部には大きな腫瘍・消化管の不完全閉塞の状態であった。積極的治療は希望せず、自宅へ退院した。

退院日には、訪問診療スタッフと多職種スタッフ（訪問看護・訪問介護・ケアマネ・MSW）が訪問し、自宅がモノ屋敷であることが発覚した。ペットボトルや馬券が散乱し埃と糞尿で汚れた布団を前に、本人へ再度、余命は数日であり再入院することも可能であることを説明したが、ここでの生活を希望した。溢れるモノの上に患者を一旦寝かせ、部屋の片づけ・蛍光灯の交換などを行った。大家が空き部屋の利用を申し出てくれた為、新しい部屋に電動ベッドを設置。電源は元の部屋から延長コードを使用して確保した。玄関ドアはいつでも開いており、借家仲間が話し相手になり酒や飲水準備をしてくれた。好きな競馬新聞は頭元に差し入れされた。スタッフにも親しげに声をかけてくれたり、ニラのお裾分けをもらったりした。本人が帰りたいかったのは、この場所・このつながりだったのだと感じた。訪問診療や医療介護サービス・シェアハウス風コミュニティを受けながら、退院4日目で穏やかな表情での看取りとなった。

【考察】

退院調整や訪問診療時には、多職種で話し合い準備が行われる。しかし予測を超えて本人を一番サポートしたのは借家仲間であった。医療者だけでなく、このコミュニティによって患者の人権や尊厳を守り抜くことができたのではないだろうか。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)26 看取り・家族ケア1

P-2-58

訪問看護師が叶えた“真の願い” ～患者と家族に寄り添った最期のケア～

高木 勇貴 タカギ ユウキ

罔府田 麻帆 コウダ マホ

有田 利枝 アリタ リエ

ホームズ訪問看護ステーション

【はじめに】

「最期を迎えたい場所」に「自宅」を選ぶ人は最も多く、全体の43.8%にのぼる（厚生労働省2022年調査より）。しかし退院する終末期患者の多くは「病院」を希望しており、実際に日本における在宅看取りの割合は17.4%に留まっている。この背景には、「家族に迷惑をかけたくない」という患者自身の心理的負担が影響していると考えられる。本報告では、当初「最期は病院」を希望していた利用者が、訪問看護師の関与により真のニーズを引き出され、不安を軽減し自宅での看取りが可能となった一例を報告する。

【症例】

70歳代女性A氏。盲腸癌末期。夫と二人暮らし。令和X年8月上旬に自宅退院。訪問看護介入時、A氏はADLがほぼ自立しており、「動けなくなったら入院したい」と発言していた。訪問看護師は主治医と連携しながら、日々の状態観察や家族を含む相談支援を行った。同年9月には病状が進行し、ベッドで過ごす時間が増加。A氏は訪問看護師に「夫と一緒に家にいたい、私が動けなくなれば迷惑になる」と感情を吐露した。訪問看護師はA氏と夫と共に今後の過ごし方を検討し、訪問診療の導入やケアマネージャーとの情報共有を進め、自宅環境を整備。夫の負担軽減を図るため頻回に訪問し、心身のサポートを提供した。同年11月、A氏は穏やかに自宅で看取られた。

【考察】

A氏が「最期は病院」を希望した背景には、自身の病状の変化に対する強い不安と、家族への負担を懸念する気持ちがあったと考えられる。患者の身体面だけでなく心理的サポートを含む包括的なケアを提供することで、信頼関係を構築し安心感を高めた。また、病状の変化を予測した対応や環境整備により、患者と家族が自宅で過ごすことへの不安を軽減した結果、A氏が希望する自宅での看取りが可能となった。本事例は、在宅看護において心理的負担を軽減し、患者の潜在的なニーズを実現する重要性を示している。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)26 看取り・家族ケア1

P-2-59

独居・夫婦2人暮らしまたは家族との同居と、
末期がん患者の在宅看取りの満足度の関連

山田 淑恵 ^{1,2}	ヤマダ ヨシエ
小川 雄右 ²	オガワ ユウスケ
板谷 崇央 ²	イタヤ タカヒロ
宮本 雄気 ¹	ミヤモト ユウキ
田中 裕子 ¹	タナカ ユウコ
山田 寿美 ¹	ヤマダ トシミ
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
守上 佳樹 ¹	モリカミ ヨシキ
山本 洋介 ²	ヤマモト ヨウスケ

¹よしき往診クリニック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】在宅看取りは患者の満足度向上に寄与するが、独居や高齢夫婦の老老介護では患者のケアの担い手が限られ、満足度のいく看取りとはならない可能性がある。本研究の目的は、末期がん患者に対して、独居や夫婦2人暮らしとそれ以外の家族と同居の要因が、在宅看取りの患者の満足度に関連するかを明らかにすることである。

【方法】2018～2022年に定期訪問診療を受け在宅がん医療総合診療料を算定された患者を対象に、コホート研究を行った。対象者を独居、夫婦2人暮らし、配偶者以外の家族と同居する患者の3群に分け、各群と患者自身の看取りの満足度との関連をKruskalWallis検定で評価した。患者の看取りの満足度は、患者の定期訪問を行っていた医療従事者への質問紙調査Good Death Scale日本語版(GDS)を用いて評価した。GDSのスコアは合計0～15点で、点数が高いほど満足度が高かったと判定される。本研究は医療法人双樹会倫理審査委員会の承認を得て行われた。

【結果】合計206人が対象となり、1年間の追跡で193人が死亡した。在宅看取りは142人で行われ、138人について医療従事者から質問紙調査の回答を得た。患者の年齢中央値は78.1〔四分位範囲71.2-84.2〕歳、男性が96人(55.0%)、GDSの中央値は13〔四分位範囲12-15〕点であった。各群のGDSの中央値は独居患者15〔13-15〕点、夫婦2人暮らしの患者14〔12-15〕点、その他家族との同居の患者13〔12-15〕点の順に看取りの満足度が高かったが、KruskalWallis検定では3群間に優位な差は認めなかった($p=0.10$)。

【考察】独居や夫婦2人暮らしとそれ以外の家族と同居は、在宅看取り患者の満足度と優位な関連を認めず、家族のケアが限られた状況でも満足度の高い看取りが行える可能性が示唆された。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)26 看取り・家族ケア1

P-2-60

独居高齢者のよりよい自宅看取り体制の構築を目指して

田中 裕子	タナカ ユウコ
濱上 知宏	ハマガミ トモヒロ
板舩 笑果	イタマス エミカ
山下 歩	ヤマシタ アルク
西井 賢俊	ニシイ カツトシ
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	スガハラ ノブユキ
山田 寿美	ヤマダ トシミ
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

【目的】近年、高齢化や核家族化が進む中で、独居高齢者が急増している。先行研究で、独居高齢者が自宅で死亡することに対する、ケアマネジャーの役割や訪問看護師の支援の特徴が明らかとなっている。しかし、独居高齢者が自宅で死亡する時の状況や関係者の関わりを調査した研究は散見しない。本研究では、独居高齢者の自宅看取りの特徴を明らかにすることで、それに関係する者の役割と課題に関する示唆を得ることを目的とした。

【方法】2020年1月から2022年12月までに、当院で自宅看取りをした65歳以上の患者を対象に、後向きコホート研究を行った。対象者を独居患者と独居ではない患者の2群に分け、背景・死因・呼吸停止時の目撃の有無・救急要請の有無・医療処置の有無・予後告知の有無・死亡の第一発見者・利用したサービスについて比較検討を行った。統計解析はt検定、Fisherの正確検定、ロジスティック回帰分析を用いた。

【結果】対象者は319名であり、そのうち独居患者は28名（9%）、独居ではない患者は291名（91%）であった。独居患者は、生活保護（オッズ比（OR）[95%CI] = 11.0 [1.963.4]）と訪問介護利用（5.3 [1.716.9]）の割合が多く、訪問看護利用（0.1 [0.030.5]）の割合や呼吸停止時の目撃者（0.1 [0.010.56]）が少ないことがわかった。そして、死亡の第一発見者や救急要請の有無、予後告知の有無では有意差が認められなかった。

【考察】高齢者で自宅看取りをした独居患者と独居ではない患者を比較すると、独居患者が訪問介護利用の割合が多かったことより、独居高齢者を支援する上で訪問介護員は重要な役割を担っていると考ええる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)26 看取り・家族ケア1

P-2-61

「在宅クリニックの看護師が研究をきっかけに遺族の思いを伝えたいと実施した取り組みと未来につながる気づき」

尾曲 奈美子 オマガリ ナミコ

医療法人にのさかクリニック

【はじめに】

当院は福岡市で開院し29年。地域の多職種やボランティア等と共に在宅ホスピスを実践してきた。在宅ホスピスを通して多くの家族（遺族）と出会った。遺族の中には家族の介護・看取りの経験からそれまでの自分の考えや生き方に変化がみられた。その変容を明らかにするため質的研究に取り組んだ。今回、研究をきっかけに遺族の思いを伝えたいと実施した取り組みと未来につながる気づきを報告する。

【活動】

まず研究への思いをクリニックのスタッフと共有し、大学教員をメンバーに加えた。介護・看取りの経験や思いを語ってもらえる遺族の同意を得て、在宅診療で関わった私がインタビューした。研究チームで分析・考察を行い、海外で学会発表した。発表に際して、遺族から提供された写真に文章を添えたブックレットを作成した。ブックレットを遺族の方、周囲の方々に一緒に見てもらう機会があり各々が経験を語る場となった。

【考察】

研究は遺族と話す機会となった。遺族と介護・看取りの経験を振り返り、診療中には聴けないその時々思い、看取り後の様子を知った。質的分析によってその場では気づけない深い意味を知り、遺族の変容に触れた。海外の学会発表時に遺族の方の思いを言葉の壁を越えて伝えることを模索し作成したブックレットが、自然と語り聴き合う連鎖を生んだ。これがコンパッション・コミュニティ（CC）の実践と感じた。研究活動を通して大切な人を失った後の遺族の人生に私たちがどう関わるかを考える機会になった。私たちが支えるのではなく遺族の力を信じ、見守ることではないか。地域で自分の経験を伝え合いそこから支え合う気持ちが生まれる、未来の地域のあり方を見た。この気づきや経験を通してまずは相手の思いを知り伝えることで見えてくるものがあると伝えたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)27 がん疾患管理・緩和ケア1

P-2-62

下肢慢性静脈不全症に伴う疼痛が漢方治療で改善した在宅高齢患者の1例

遠藤 光史^{1,2} エンドウ ミツフミ
田村 浩¹ タムラ ヒロシ
長濱 久美¹ ナガハマ クミ
渡邊 雅貴³ ワタナベ マサタカ

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

³みやびハート&ケアクリニック

【はじめに】

今回下肢慢性静脈不全症に伴う疼痛に漢方薬が有効だった1例を経験したので報告する。

【症例】

症例は90歳台女性。X2年右下肢浮腫の精査で右総大腿静脈の深部静脈血栓症と診断され、経口抗凝固薬、圧迫療法となった。その後外来通院が困難となり訪問診療へ移行した。最初両下肢浮腫に対して圧迫療法と経口抗凝固薬を継続した。X年Y-3月より明らかな誘因なく両下肢の痛みを認め、特に左下肢の痛みが強くアロディニアも認めた。浮腫はあるが発赤、熱感は認めなかった。このためアセトアミノフェン、プレガバリンを開始した。しかし効果を認めず、Y月に医療用漢方エキス製剤十全大補湯7.5gを開始した。その後も疼痛持続するため医療用漢方エキス製剤抑肝散加陳皮半夏2.5gを疼痛時の頓服で開始した。Y+1月抑肝散加陳皮半夏内服で鎮痛効果を認めたため、抑肝散加陳皮半夏2.5g、十全大補湯2.5gを定時内服で継続した。Y+2月にはアセトアミノフェン、プレガバリンは減量・休薬となり、Y+3月現在疼痛の悪化なく、疼痛悪化後できなかった車椅子への移乗が可能になった。

【考察】

本症例のような下肢慢性静脈不全症の疼痛は皮膚軟部組織と筋肉の慢性うっ血が原因と言われている。今回アセトアミノフェンなどでは疼痛改善が得られなかったため、最初に慢性うっ血の改善を図るために十全大補湯を用いた。しかし疼痛は改善せず、アロディニアを認めていたことから、末梢神経の過剰な興奮を抑制する作用を持つ抑肝散加陳皮半夏を用いたところ効果を認めた。最近では、抑肝散加陳皮半夏は認知症の周辺症状や神経障害性疼痛に用いられているが、本症例のような下肢慢性静脈不全症の痛みへの有効性が示唆された。今後、症例を積み重ねながら検討していく必要はある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)27 がん疾患管理・緩和ケア1

P-2-63

当院（急性期病院）が行っている訪問診療の現況と課題について

塩原 正之¹ シオバラ マサユキ

小林 一貴² コバヤシ カズキ

高島 美智子³ タカシマ ミチコ

¹千葉県立海浜病院

²きむらクリニック

³訪問看護ステーションかなで

【目的】

区内で唯一の総合および急性期病院である当院にて、訪問診療を行う在宅診療支援チームができてから3年半が経過した。現時点での訪問診療の現況と課題について報告する。

【方法】

対象は2021年6月から2024年11月までに訪問診療を行った患者50名である。訪問担当医師は2名（演者と非常勤1名、共に兼任）で、同行看護師はいなかった。年齢、性別、訪問回数、診療時間、診療内容、依頼から開始までの期間、転帰について検討した。50名のほとんどは演者が担当する緩和ケア外来通院中に、がんの進行によってADLが低下して、通院が困難となった患者であった。そして、全ての症例で訪問看護ステーションが介入していた。

【結果】

年齢は、51から96歳（平均：78歳）、男性33例、女性17例であった。1人当たりの訪問回数は1から30回（中央値：3回）、診療時間は10分から85分（中央値：28分）であった。全訪問回数は235回で、そのうち往診は38回（16%）であった。診療内容は患者の診察および面談が主で、処置に関しては、腹水穿刺1例、膀胱瘻カテーテル交換1例、膀胱留置カテーテル交換1例のみであった。依頼から開始までの期間は最短で1日、最長でも8日であった。転帰は、継続中2名、入院中2名、死亡46例（在宅27名、当院14名、他施設5名）、在宅死亡率は59%であった。当院で死亡した14名の最後の入院期間は1から31日（中央値：3.5日）であった。

【考察】

当院の訪問診療の利点は、関わりがある医療スタッフがシームレスに訪問診療に移行できる安心感、すぐに訪問が開始できるというスピード感と考えた。また、最後の入院期間の短縮ができたと思われた。課題は患者数が増えた場合に、前述した利点の維持に苦慮する可能性がありうることである。今後も活動を継続し、急性期病院における訪問診療の意義について検討していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)27 がん疾患管理・緩和ケア1

P-2-64

ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム注射液の間欠的投与が著効し 長期間の在宅療養が可能となった喉頭癌終末期の一例

有田 圭介¹ アリタ ケイスケ
石川 道代¹ イシカワ ミチヨ
野手 友美¹ ノデ トモミ
市川 理恵子² イチカワ リエコ
古徳 利光¹ コトク トシミツ

¹小田内科クリニック

²つくば訪問看護ステーション

【はじめに】

高齢の喉頭癌終末期患者にベタメタゾンリン酸エステルナトリウム注射液の間欠的投与を用いて苦痛を緩和し、看取りまで76日間在宅療養を可能とした症例を経験した。

【症例】

80歳代の男性。既往歴は糖尿病。長年自宅で農業経営。X1年12月食欲低下と喉の違和感のため近医受診し、A病院耳鼻咽喉科へ紹介され、経口摂取困難のため入院。精査の結果喉頭癌及び頸部リンパ節転移と診断、積極的治療は困難とされた。家族の希望で患者へ病名は告知されず、患者の帰宅希望及び家族の自宅で看取りたいとの願いで当院に訪問診療依頼、同月末に退院。退院日の訪問診療の際は発語/嚥下は不可能、呼吸困難による日常生活動作（ADL）の低下のため在宅酸素を使用してもほぼ介護ベッド上で過ごしており、数日以内の窒息、心肺停止が予想された。呼吸状態は深刻だが身体の衰弱は目立たず、喉頭癌による気道閉塞の緩和を目的にベタメタゾンリン酸エステルナトリウム注射液2mgを加えた乳酸加リンゲル液500mlを1～2日の間隔をあけて週3回点滴開始した。X年1月初めには嗄声は残るも発語が改善して会話可能となり、嚥下力や食欲・活気も回復して白飯の経口摂取や自宅での歩行と軽い農作業も可能となった。その後訪問看護の適切なケアもあって容態安定が続き、X年3月上旬に衰弱が進行して自宅で永眠された。

【考察】

悪性腫瘍の気道圧迫・閉塞による呼吸困難等の苦痛緩和のために高容量の副腎皮質ステロイド製剤が用いられるが、在宅医療の現場では高血糖等のその副作用の可能性のために使用が避けられることがある。本症例では通常より少量の長時間作用型副腎皮質ステロイド製剤を間欠的に投与することで深刻な副作用が生じることなく患者の苦痛緩和とADL改善を実現し、在宅医療開始時の予測よりも長期間にわたって在宅療養におけるQuality of Lifeの維持が可能であった。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)27 がん疾患管理・緩和ケア1

P-2-65

心理職が不在の現場における、オンラインツールを用いた心理職との協働の試み

柳原 恵梨¹ ヤナギハラ エリ

縄井 一美² ナワイ カズミ

¹谷田病院

²相模原協同病院・広瀬病院

【はじめに】緩和ケアにおいて、心理面のアセスメント、アプローチが重要であることは論を待たない。しかし、緩和ケアに携わる心理職は専門的な機関に所属していることが多く、地域の他の医療職と協働する機会は少ない。今回我々は、オンラインを用いて心理職と定期的にカンファレンスを行い、実臨床に有意義な心理サポートを受けることができたため報告する。【活動内容】当院は地域の慢性期医療の中核を担う、一般病院である。ここ数年は、在宅医療にも力を入れており、年間約40名の在宅看取りを行っている。がん、非がんを問わず、人生の最終段階に関わる機会は増加し、エンドオブライフケアの充実が望まれるが、経験豊富な心理職は不在である。そのため、2024年4月から、遠方の地域に在住する臨床心理士・公認心理師からオンラインを用いた心理サポートを受ける試みを開始し、月2回、各1時間、Zoomを用いてカンファレンスを開催した。参加者は、医師、看護師、薬剤師、セラピスト、MSW等であった。臨時も含めて、2024年12月までに計20回開催し、内容は症例検討16回、グリーフケアに関する相談1回、スタッフケア3回であった。症例検討では、介入中あるいは介入後の症例について経過を追いつながり共有し、患者・家族の課題、スタッフの課題について検討した。スタッフケアは、スタッフの希望あるいは管理者の推奨で提供された。いずれも心理職の持つ俯瞰的な視点がシェアされることに加え、スタッフ自身が指示的な関りを得られたことで、ケアの内容の向上やバーンアウトの予防に繋がった。【考察】心理職が不在の在宅の現場でも、オンラインツールを用いて心理職から支援を受け、ケアに生かすことができる可能性がある。また、患者・家族の苦難の場面に関わることが多い医療者が抱える心理的負担を和らげ、ケアの承認の場となることで、スタッフのエンパワーメントにつながると考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)27 がん疾患管理・緩和ケア1

P-2-66

医学的介入に加え、宗教的価値観を重視した関わりを行った
終末期肺小細胞癌患者の1例

竹内 健貴	タケウチ ゲンキ
草島 邦夫	クサジマ クニオ
塩原 康弘	シオバラ ヤスヒロ
中川 久里子	ナカガワ クリコ
鳥山 敬祐	トリヤマ ケイスケ
工藤 準也	クドウ ジュンヤ
中川 貴史	ナカガワ タカフミ

栄町ファミリークリニック

【はじめに】日本では臨床宗教師の育成が始まり、緩和ケアにおける宗教的ケアの重要性が認識されつつある。「手かざし」療法を行う宗教の信者である終末期癌患者への緩和ケアで、宗教的ケアの重要性を学ぶことができた症例を報告する。【症例】60代男性。肺小細胞癌・多発肝転移で元々通院していたが、通院負担のため訪問診療開始となった。患者は病変部への「手かざし」療法を行う宗教の40年来の信者であり、訪問開始時に予後1ヶ月と告知されていたが、死は別世界への移動という宗教的解釈を信じており、死を受容している様子であった。訪問開始時より癌性疼痛や腹部膨満感はあったが、本人は「道場」で同宗教の信者から「手かざし」をしてもらう事で症状が改善すると話していた。本人は「手かざし」のような宗教的行為や信者との関係を非常に重視しており、その宗教的価値観を尊重することが生活の質の向上に良い影響を与えると筆者は考えた。そのため、オピオイドの調整など医学的な対応を行いながら、同時に「手かざし」という宗教的行為を尊重し、信者に「道場」から患者宅に訪問してもらうことを提案した。また、「手かざし」する部位を知る目的で、超音波検査等の画像検査で病変部位を確認したいという希望もあり、可能な範囲で対応した。その後、疼痛やせん妄といった各症状に対して医学的対応を行いながら、宗教的価値観も重視しながら関わる中、本人は「私の考えをこんなに大事にしてくれたのは先生が初めてです。『手かざし』にも来てくれるしできるだけ自宅で生活したい。」と満足した様子であり、死の前日まで自宅で過ごすことが出来た。【考察】本症例では、本人が信仰を重視しており、医学的介入を適切に行いながら、本人の宗教観を重視した関わりを行った。このことが、身体的苦痛の緩和に加え宗教的ケアを通じたスピリチュアルケアに繋がり、本人の全人的苦痛の緩和に繋がったと考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)27 がん疾患管理・緩和ケア1

P-2-67

大量の悪性腹水に対してカテーテル留置による間欠排液にて症状緩和が得られた一例

松本 直久 マツモト ナオヒサ
まつもとホームケアクリニック

【はじめに】

悪性腹水による腹部膨満感の緩和を目的として腹腔穿刺を行うものの短期間で多量の腹水が再度貯留してしまうことがある。紹介元の病院は終診となっており、バックベッドの病棟では対応困難な場合には対応に苦慮することがある。今回、頻回の腹腔穿刺を要した悪性腹水に対して腹腔内にカテーテルを留置し間欠排液を行うことで良好な症状緩和が得られた症例を経験したため報告する。

【症例】

70歳代の男性、肝細胞癌（cT4N1M1, cStage IV B）の末期で多量の腹水貯留があり、利用剤とオピオイドでは症状緩和が不十分であったため、訪問診療開始後より3～4日毎に6～10Lの腹水穿刺を要した。腹部膨満感が軽減するとADLや食事摂取量の改善が得られていたため、訪問開始24日目に超音波ガイド下に18G中心静脈カテーテルシングルルーメンを留置し、訪問看護師にて間欠排液を行う管理を開始した。2,3日毎に2～4Lの排液を行うことで著明な腹部膨満を回避することができた。刺入部からの少量の腹水漏出はあったものの、その他の有害事象は認めず46日目まで在宅療養が継続でき、51日目に緩和ケア病棟で永眠した。

【考察】

悪性腹水に対してカテーテル留置を行うことで極端な腹部膨満感を回避でき、ADLの改善が得られるが、感染や出血、腸管穿孔のリスクには留意しなければならない。しかし、出血のリスクは単回穿刺と同様であり、多量の腹水が貯留している場合には超音波ガイド下に行うことで腸管穿孔の可能性は軽減できると考える。安易に行うべきではないが、全身状態や予後を考慮した上で、患者、家族への十分な説明のもとで医療スタッフと密な連携が図れる場合にはQOLの改善に寄与するための有効な手段であると考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)27 がん疾患管理・緩和ケア1

P-2-68

心不全患者の呼吸困難の緩和ケア ―在宅での経口オピオイド導入のプロセス―

谷澤 久美 タニザワ クミ
林 綾子 ハヤシ アヤコ
大森 洋介 オオモリ ヨウスケ
美馬 尚徳 ミマ ヒサノリ
小原 一憲 コハラ カズノリ
医療法人ミナテラス かすがいクリニック

【はじめに】

心不全の呼吸困難に対して低用量のモルヒネが推奨されているが、ほとんどが高齢・腎機能障害を合併しており、投与量の調整を含め在宅でのオピオイド導入に躊躇しやすい。今回、在宅での経口オピオイド導入を行い、呼吸困難の症状緩和につながった一例を報告する。

【症例】

Aさん。70歳台。女性。うっ血性心不全、重症僧帽弁閉鎖不全症、腎不全。夫と2人暮らし。個人経営の調剤薬局を利用。機能強化型ではない訪問看護ステーションが介入。

経過：心不全の入院を繰り返し、HOT導入、通院困難のため当クリニックの介入が開始（開始日をX）。心不全増悪ありX+14日目に内服増量で調整、X+21日目に内服+利尿剤静注（1回/日～2回/週）でコントロール。X+140日目に呼吸困難が増強し起坐呼吸となり、利尿剤静注量増量、同時にクリニック内の緩和ケアチームに相談があった。不可逆的な呼吸困難と判断し、家族・ケア提供等の背景より、簡易懸濁法を用いて経口オピオイドの導入を試みた。導入にあたり、訪問看護ステーションとは、夫が管理できる方法の検討、調剤薬局とは管理方法も含め相談、調整を行うと共に、主治医には、オピオイド使用及び今後の過ごし方を含め再度説明を依頼した。本人・家族の意向は、苦痛緩和・自宅看取りの希望であった。X+160日目に塩酸モルヒネ1.25mg/回から開始。自覚症状・副作用症状をみながら徐々に増量。塩酸モルヒネ5mg/回まで増量して、呼吸困難は緩和し夜間も眠れるようになった。塩酸モルヒネは17日間使用し、副作用症状はなく自宅で看取りとなった。

【考察】

院内・院外を含め関連部署との相談・連携を密に行い、在宅にある資源の中でその患者・家族ができる方法を検討、協働することにより、症状緩和につながったと思われる。心不全患者のオピオイド使用法はまだ確立されたものがないため、今後も慎重に進めていきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)27 がん疾患管理・緩和ケア1

P-2-69

みなし指定訪問看護師と訪問看護ステーションが 終末期がん患者への支援を共同で行った一例

岡部 麻美	オカベ アサミ
酒井 智子	サカイ トモコ
内山 衣奈	ウチヤマ エナ
藤田 亜也	フジタ アヤ
宮下 勉	ミヤシタ ツトム
鬼澤 信之	オニザワ ノブユキ

杏クリニック

【はじめに】

みなし指定訪問看護とは、医療機関の看護師が医師の指示により訪問するもので、一般的に定期訪問を実施している医療機関は少ないと推察される。本例は、下咽頭癌による自壊創のある患者の関わりについて振り返る。自壊創の処置、出血コントロールのためのアドレナリンガーゼ治療を実施する必要がある、頻回かつ長時間の訪問が必要であった。終末期がん患者の緩和ケアのために、訪問看護師と共同し、訪問診療のみなし指定訪問看護が介入した意義に関して報告する。

【症例】

A氏60歳代男性、下咽頭癌の終末期、外国人の妻と大学生の長男との三人暮らし。下咽頭癌に対する癌治療を行ったが、左鎖骨上リンパ節転移、皮膚浸潤等があり、BSCの方針となった。左頸部の自壊創範囲が大きく、悪臭・疼痛や出血を伴い、患者のQOLを低下させており、連日の創洗浄・軟膏処置が必須であった。担当の訪問看護ステーションと共同し、週2日間は当院のみなし指定訪問看護師が訪問看護を行った。また、介入20日後に自壊創から数回出血があり、簡便かつ有効な処置で出血コントロールを図る必要があった。そこで当院医師へ確認し、10倍希釈のアドレナリンで止血を試みたところ、疼痛の増大なく止血ができ多量出血を防いだ。介入から42日後にご家族に見守られる中ご自宅でご逝去された。

【考察】

制度上、みなし指定訪問看護が在宅医療の現場で活躍する機会は、訪問看護ステーションよりも少ないと推察される。しかし、担当の訪問看護ステーションと密な連携を実施する事により、課題解決に向けた看護が実施可能となる。また、自壊創からの持続的な出血のコントロールのためにアドレナリンガーゼを使用したことで、処置も簡便であり、苦痛も少なく症状コントロールを行うことができた。訪問診療に所属するみなし指定看護師が介入することで、円滑な医療連携に繋がり、迅速な処置・緩和ケアを行えた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)27 がん疾患管理・緩和ケア1

P-2-70

穏やかな最期のための緩和ときずなの食支援 ～「希望と生きたい」を紡ぐチームアプローチ～

安田 和代 ヤスダ カズヨ
密山 要用 ミツヤマ トシチカ
増井 法子 マスイ ノリコ
医療法人かがやき総合在宅医療クリニックみの

【はじめに】神経難病患者は、病状の進行とともに嚥下・呼吸困難症状が進行し、胃ろう造設や気管切開が必要となる。今回、胃ろう造設・気管切開を選択しないことを希望する患者の「希望と生きたい」思いを紡ぐ多職種での関りを振り返る。【症例】介入時20歳代女性、家族性筋萎縮性側索硬化症。夫・実父との三人暮らし。1年前に肺炎で受診し、筋萎縮性側索硬化症と診断、嚥下機能低下があり体重26kg (BMI11.5) が2週間で24.8kg (BMI 11.0) となった。在宅診療開始となったときは体重23.4kg (BMI 10.4) でベッド上での生活だった。食事は軟飯・軟菜食を経口摂取できていたが、元々食事摂取量は少ない。家族の介護力が不十分なため、終日ヘルパーが介入し食事・生活介護を行った。管理栄養士は、本人の嗜好・適切な食形態を考慮した週間献立を作成し、ヘルパーへの調理指導を行った。病状の進行により嚥下困難・体力低下・経口摂取量減少は顕著であったが、訪問栄養の度に本人が「〇〇が食べたい」と明確に希望を伝えたので、そうした希望の品を調理し、ベッド上ではあるが直接食材に触れ、温度・匂い・調理中の音などを感じることで食を楽しみ、適切な食形態に加工することで安全に食べることを継続できた。在宅療養を面で支えるヘルパーと点で介入する管理栄養士の連携により、日常的な食事と希望する特別な料理の提供ができ、本人の「食べたい希望」の支援を行った。言語での伝達が難しくなっても、ヘルパーが本人の小さな希望をいくつも汲み取り管理栄養士に伝え、1つ1つ丁寧に実現した。【考察】神経難病で胃ろう造設を選択しない場合、経口摂取は生命維持としての食であるが、本人は食べることを「諦めない」ではなく「楽しみたい」思いが強かった。本人が希望を伝え、支援者が具体的な方法を考え、一緒に実現していくことが、本人の「生きたい」思いを紡いでいったと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)27 がん疾患管理・緩和ケア1

P-2-71

余命が限られた末期癌を有する血液透析患者の在宅看取り支援

橋口 純一郎 ハシグチ ジュンイチロウ
林田 めぐみ ハヤシダ メグミ
藤原 久子 フジワラ ヒサコ
谷村 はるか タニムラ ハルカ
阿部 伸一 アベ シンイチ
前川 明洋 マエカワ アキヒロ
長崎腎病院

【背景】 末期癌の診断を受け余命が限られた維持血液透析患者が、できるだけ自宅で過ごし、最期も自宅で迎えたいと考えるのは自然な感情である。しかし、血液透析は週3日の通院が必須であり、透析を中断した場合、通常12週間で死亡する。

【目的】 今回我々は、余命が限られた末期癌2症例を通じて、透析の見合わせ（中止）も含め、患者と家族をどう支えるべきか検討した。

【方法】 在宅看取りに必須の条件として、(1) 透析の見合わせ（中止）に関する倫理的問題、(2) 在宅医療専門医の協力、(3) 患者・家族へのメンタルケアが挙げられ、これらの解決を試みた。

【結果】

症例1；74歳男性、妻と三世代5人暮らし。透析歴28年で、2022年に肺癌・多発性転移と診断され、積極的治療は困難であった。患者から可能な限り自宅で過ごし、最期も自宅で迎えたいとの希望があった。家族は熱心であり、在宅看取り医を含む訪問医療の協力のもと一度も入院せず、最終透析から7日目で自宅にて死去された。

症例2；73歳女性、三世代7人暮らし。透析歴16年、2021年に子宮体癌にて手術するも再発し、積極的治療は困難であった。患者も家族も自宅での生活と看取りを希望され、症例1と同様、在宅医療チームの協力のもと、最終透析から7日目で自宅にて死去された。

上記2例とも、透析の見合わせについては、2020年に透析医学会から発表された提言に従い、円滑に進めることができた。

【考察】 患者と家族の希望に沿うことができたポイントとしては、患者・家族の思いを把握するだけでなく、十分な情報共有、段階に適した社会資源の引用、最終的に在宅医との連携と考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)27 がん疾患管理・緩和ケア1

P-2-72

在宅医療で紡ぐ希望の糸—神経ブロックによる痛みの克服とQOL向上の症例報告

梁木 理史 ^{1,2}	ヤナキ マサシ
小出 俊一 ¹	コイデ シュンイチ
津留 大悟 ¹	ツル ダイゴ
山田 恵利華 ¹	ヤマダ エリカ
吉田 翔 ¹	ヨシダ ショウ
野口 聡美 ¹	ノグチ サトミ
片山 玲香 ¹	カタヤマ レイカ

¹村尾在宅クリニック²東京女子医科大学病院 麻酔科学教室

【はじめに】

在宅医療における難治性疼痛の管理は患者のQOL向上において重要な課題であり、特にがん性疼痛や末梢血管閉塞性疾患に起因する痛みは薬物療法のみでは十分な緩和が難しい場合が多い。神経ブロックは、侵襲が少なく全身状態が不良な患者にも安全に適用でき、麻薬使用量の削減や副作用軽減が期待できる治療法として注目されている。本報告では、在宅医療における神経ブロックの有用性を示す3症例を紹介し、その効果と可能性について考察する。

【症例】

症例1：90歳代女性。多発性骨髄腫に伴う腰痛と左臀部痛が著しく、オピオイド薬でコントロールしていたが、突出痛には対応できず困難を極めた。超音波ガイド下で臀部坐骨神経ブロックと梨状筋ブロックを数回施行した結果、疼痛は著減し、オピオイド使用を回避され、QOLが改善した。

症例2：90歳代女性。末梢動脈塞栓症による左下肢壊死と有痛性潰瘍があり、激しい痛みと悪臭に悩まされていた。左膝窩坐骨神経ブロックを施行したところ、疼痛改善し、足部洗浄が可能となった。敗血症ショックで亡くなるも、痛みの緩和とQOL向上に寄与した。

症例3：70歳代男性。脳梗塞後の後遺症で寝たきり、左外果に有痛性褥瘡が発生。膝窩坐骨神経ブロックを施行しデブリードマンが可能となり、その後創傷は完治した。

【考察】

本症例群では、神経ブロックが在宅医療における難治性疼痛に対して有効であることが確認された。神経ブロックは、薬物療法で効果が得られない疼痛を緩和し、患者のQOLを大きく改善する。特に、全身状態が不良な患者や侵襲が避けたい症例において、安全に適用できる点が大きな利点であり、麻薬使用量を減らすことが可能となる。今後、神経ブロックを在宅医療の治療が、包括的な疼痛管理の発展に寄与する可能性がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)28 臓器不全・フレイル・多臓器併存

P-2-73

心不全終末期を宣告され透析見合わせについての意思決定を支援し在宅看取りとなった維持血液透析患者の1症例

片岡 美和¹ カタオカ ミワ
浦田 寧華¹ ウラタ シズカ
藤方 史朗¹ フジカタ シロウ
岡 英明² オカ ヒデアキ
上村 太郎² カミムラ タロウ

¹医療法人衣山クリニック

²日本赤十字社松山赤十字病院

【はじめに】

血液透析患者の終末期は、通院や透析が難しくなった場合の見合わせについて意思決定支援が必要となる。B病院で維持透析中に心不全終末期と診断、透析見合わせについて意思決定を支援し在宅看取りとなった症例を経験したため報告する。

【症例】A氏70代 男性 透析歴10年(原疾患:糖尿病性腎症) 維持透析を行っていたB病院よりXX年心不全終末期状態と診断、され自宅での療養を希望され紹介となる。

既往歴:2型糖尿病 虚血性心疾患 X-2年BNP高値あり、心負荷軽減のためシャント閉鎖し表在化動脈作成

【症例】

B病院の退院時に合同カンファレンスを行い、患者と家族は「透析に通院し自宅でなるべく過ごしたい、延命は望まない、息苦しさや体の痒みに対応してほしい」と希望された。初回訪問では、無呼吸も見られ急変の可能性が高い状態であった。在宅療養4日目、呼吸苦ありB病院へ救急搬送となった。娘さんは、「救急搬送しなければよかった」と後悔の念を語られ、早期退院となった。7日目、血圧も低く医師より透析の継続が難しいことが説明された。家族は、最期まで透析の継続について悩んでいた。8日目も低血圧は持続し、医師の判断で透析は見合わせの方針となった。翌日、A氏は家族に見守られ永眠された。

【考察】

A氏は、心不全終末期であり透析の継続困難であった。A氏と家族は、延命希望はないが透析に通院したいという言葉から透析は延命とは捉えられていないことが伺えた。しかし、死が近い状態の時に重要な決断をすることは、A氏や家族にとって苦痛を伴い、A氏の死後の家族の悲嘆が強くなる可能性が考えられた。また、救急搬送後の家族の言葉からは、現状を受け止めA氏の死を受け入れていく時間が必要と考えられる。

患者や家族が難しい決断をするときには、医療者の支援が必要であり、患者や家族の気持ちの変化に寄り添うことが必要だと考える。

利益相反:なし

一般演題(ポスター)28 臓器不全・フレイル・多臓器併存

P-2-74

静注強心薬依存末期心不全患者の在宅療養支援

澁谷 泰介	シブヤ タイスケ
松本 佑介	マツキ ユウスケ
川村 祐介	カワムラ ユウスケ
山崎 龍人	ヤマザキ タツト
黒澤 愛実	クロサワ マナミ
豊福 南	トヨフク ミナミ
加藤 真理子	カトウ マリコ
澁谷 佐季	シブヤ サキ
渡邊 兼正	ワタナベ カズマサ
立野 慶	タテノ ケイ

医療法人社団ユニメディコ

【はじめに】

心不全治療において、低心拍出量症候群（LOS）に伴う臓器低灌流を認める場合に静注強心薬投与が考慮され、一部の重症心不全症例では強心薬の離脱が困難となりステージD治療抵抗性心不全と判断される。令和6年度診療報酬改定で在宅強心薬持続投与指導管理料が新設されたことにより在宅での心不全治療の幅が広がった。2024年6月から当法人で管理をした静注強心薬依存末期心不全患者3名の在宅療養支援について報告する。

【症例】

症例1：62歳男性。拡張型心筋症により心不全入院を繰り返し強心薬依存状態となった。心移植を目指していたが透析導入となり断念。シリンジポンプ使用しドブタミン持続投与下で自宅への一時帰宅を支援した。退院予定日直前にLOSとなり院内死亡した。

症例2：52歳男性。Marfan症候群により手術歴多数あり。心不全入院を繰り返し強心薬依存状態となった。PCAポンプ使用しドブタミン持続投与下で退院し在宅療養開始となったが、経過中に心不全増悪し強心薬・利尿剤等調整を行うも2度の再入院を要した。2度目の退院後LOSにより在宅死亡した。

症例3：47歳男性。拡張型心筋症により心不全入院を繰り返し強心薬依存状態となった。心臓移植希望登録を行い待機中。PCAポンプ使用しドブタミン持続投与下で退院し在宅療養継続中。

【考察】

強心薬持続投与の目的は、心不全の代償が困難な症例においてQOLの維持・改善を目指すことである。末期心不全患者の緩和ケアはがん患者と違い、末期であっても病態が軽快・増悪を繰り返し、必要に応じて積極的な治療を要する点で管理が難しい。PCAポンプを使用することで強心薬持続投与の管理が容易になるため指導管理料新設は在宅療養の強い後押しとなるが、末期がんと異なり訪問看護の介入回数に制限があるなどの課題も多い。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)28 臓器不全・フレイル・多臓器併存

P-2-75

当院（非循環器専門内科）における心不全患者の在宅医療について

清藤 千景 キヨフジ チカゲ
武田 成美 タケダ ナルミ
医療法人清藤クリニック

【はじめに】心不全の患者数は増加を続けており、超高齢化社会を迎え、在宅医療の現場でもこれまで以上に関わる機会が増えると予想される。非循環器専門内科である当院での心不全の在宅医療における過程や工夫などについて、事例を通じて報告をする。

【症例1】O氏、80代男性。X10年から高血圧にて当院外来通院中。X4年心筋梗塞発症。X1年心不全でA病院入院。数カ月後に心不全で再入院、経過中急変し心室細動認めICD埋込術施行。X年1月心不全にてB病院入院となり退院後より在宅医療開始。心不全管理を強みとしている訪問看護ステーションの導入も併せて開始。数日後A病院受診となり同日入院。心臓カテーテル治療後心室頻拍来し肺うっ血増強、誤嚥性肺炎併発しCCU入室。筆談にて退院の意思表示をされモービルCCUにて自宅搬送。在宅人工呼吸療法や酸素療法を継続し、輸液ポンプをレンタルし強心剤持続注射を継続したが翌朝永眠。

【症例2】G氏、70代女性。X11年より拡張相肥大型心筋症のためA病院通院中。X4年以降何度も心不全増悪にて入退院を繰り返したため、在宅で強心剤持続注射を継続する事となり、紹介によりX年6月在宅医療開始。事前に在宅用輸液ポンプを購入し、訪問看護師や訪問薬剤師と取扱いに関する勉強会を行うなどして備えた。退院後は多職種でICTツールを用いながら、日々の体調について情報共有を行い、ポンプ用カセット交換のタイミングについて見える化し確認をできるようにしている。

【考察】

当院では心不全管理を強みとしている訪問看護ステーションを含めたチームによる多職種連携でICTを用いて情報交換を行っている。また在宅用輸液ポンプを購入することで強心剤投与を継続できるようにした。この経験を共有することが、非循環器科専門内科においても心不全の在宅医療が広まることに繋がれば幸いである。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)28 臓器不全・フレイル・多臓器併存

P-2-76

地方の基幹的総合病院における地域への「高齢者への腹膜透析」普及啓発活動の報告

大脇 浩香 ¹	オオワキ ヒロカ
原田 有利子 ²	ハラダ ユリコ
谷口 和美 ³	タニグチ カズミ
牧野 沙知子 ³	マキノ サチコ
丸山 啓輔 ²	マルヤマ ケイスケ
平松 信 ¹	ヒラマツ マコト

¹岡山済生会外来センター病院

²岡山済生会総合病院

³のなか内科腎診療所

【はじめに】

本邦の透析患者の増加は一途を辿り、その半数以上が65歳以上の高齢者である。在宅医療を基盤に置いた医療への転換の必要性も叫ばれているが、9割以上の透析患者は施設透析を選択しており在宅透析はわずかである。高齢者における腹膜透析の普及を妨げる要因としていくつか挙げられる。①療養者において腹膜透析の認知度が低いこと②腹膜透析がまだ、マイナーな治療法であるため医療・福祉関係者が実際に腹膜透析患者に触れる機会が少なく理解しづらい状況にあることなどがある。療養者、地域の医療・福祉関係者へ、高齢者の腹膜透析の在宅療養の知識とACPの重要性についての研修を行い、普及啓発を行った。

【活動】

市行政とのコラボレーション形式で研修を企画し、基幹的総合病院の看護師が地域へ出向き、一般市民や医療・福祉関係者へ腹膜透析についての研修を行った。研修対象者に合わせ平易な言語・視覚表現を徹底し、機器の説明時には、実演に加えハンズオンも取り入れた。

【考察】

研修参加者からは生活全体に焦点をあて、本人視点でこれからの暮らしを考えられ、腹膜透析への理解が深まり、機器の説明・実演は非常に参考になった等の評価を得た。医療福祉関係者からは、各専門職種として今後、療養者へ情報提供できる選択肢が増え、療養支援に役立つとの意見がきかれた。ACPの重要性を考えるきっかけにもなり、本人・患者らが腹膜透析についての知識を得て、かかりつけ医に相談、腎臓専門医との連携診療を受けるようになった療養者も複数いる。腹膜透析は、高齢者にとって多くのメリットがある治療法である。腹膜透析に普及には、療養者・家族、医療・介護関係者の理解と地域の状況に応じた工夫が必須である。今後も普及啓発活動を行い、腹膜透析が特別な治療でなく、希望する誰もが住み慣れた地域で受けることのできる治療としての定着を目指したい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)28 臓器不全・フレイル・多臓器併存

P-2-77

独居で身寄りのない重症心不全患者の在宅看取りの経験

伊達 修 ダテ オサム

コールメディカルクリニック広島

【はじめに】重症心不全は癌や老衰などの疾患に比較して、在宅での看取りにおいてはまだまだ発展途上であると考えられる。息苦しさやうっ血、浮腫をはじめとした終末期の心不全症状の緩和の困難さや、急性増悪を繰り返すことなど様々な在宅療養の阻害要因があると思われる。この度経験した症例は、重症心不全であることに加えて、腎不全を合併しており、身寄りのない独居で、一般的には困難症例と見なされる症例であったが、在宅での看取りを実現することができたので報告する。【症例】90代男性、慢性心不全、慢性腎不全のため、基幹病院で通院治療を受けていた。X8年、急性増悪のため初回心不全入院となり、心筋生検の結果、拡張型心筋症と診断された。X3年12月、X2年3月と続けて急性増悪を認めたため、X2年4月にMitraClip施行された。最期まで家で過ごしたいと希望され、全身状態悪化や体力の低下により基幹病院への定期通院困難となったため、X2年6月に訪問診療の目的で当院に紹介となった。紹介時の心機能はEF31%、NTproBNP22878pg/mL、腎機能はeGFR12mL/min/1.73m²と末期腎不全状態であった。血液透析についても提案されていたが希望されなかった。訪問診療開始し、1年ほどは心不全増悪なく経過出来ていたが、X年7月、呼吸苦が出現し救急搬送、回復期病院を経て6週間後退院。しかしながら、2週間後に再度救急搬送となった。1週間ほどの入院で退院はできたが、徐々に衰弱が進行、食事摂取量も低下。もう入院はしたくないという本人の強い希望で、独居で身寄りがなかったため、ケアマネージャー、訪問看護、ヘルパーの訪問を密にして、在宅で症状緩和を行いながら、終末期ケアを継続。X年12月自宅で永眠された。【考察】今後、重症心不全の症例増加が見込まれるが、在宅診療でも十分に対応できる体制を構築して行きたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)28 臓器不全・フレイル・多臓器併存

P-2-78

救急搬送となった在宅療養患者の背景と対応における違いについての後方視的調査

中安 一夫 ナカヤス カズオ

額田病院 総合診療科

【目的】在宅医療を受けている療養者を含め、多くの患者はいずれその状態が悪化する。その中には予測不可能なものがある一方、予測可能なものも多く存在するが、緊急性が高く可逆的要素があれば精査目的に救急搬送をすることも多い。今回救急搬送となった在宅療養患者の背景と対応における違いについて明らかにしたため、報告する。

【方法】2023年4月から2024年3月までの1年間に当院在宅医療センターで救急搬送となった計34例を後方視的に振り返り、その背景や特徴、また課題について考察する。

【結果】2023年4月から2024年3月に当院在宅医療センターで救急搬送となった事例は癌12例（35%）、非癌22例（65%）と非癌が多く、また平日13例、土日祝日21例であり、時間帯は8:3016:59 14例、17:0021:59 12例、22:005:59 7例、6:008:29 1例であり、17時以降の20例のうち14例は8:3017:00までの間に予測可能な前兆を認めた。救急搬送時の医師の現着は26例、8例は電話での搬送指示や訪問看護からの事後報告であり、医師の同乗は全例で認められなかった。34例の転帰については、入院看取りが12例、22例は治療後自宅退院であった。年齢については60歳以上が32例と94%が高齢者の救急搬送事例であった。

【考察】救急搬送に関しては、予測可能な症状に対し在宅療養を継続しても、時間単位で悪化する病態が想定される場合は電話で病院受診を指示することもある。搬送回避できなかった症例は①前兆の段階で症状評価、緩和的対応が不十分、②①により意思決定支援の不安定さによるものが大きいといった要因がある。しかし、高齢者入院に伴うリロケーションダメージもあるため、予後を見据えた病院との治療ゴールの共有、早期退院移行期支援に向けた連携も在宅救急体制においては重要であると考ええる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)28 臓器不全・フレイル・多臓器併存

P-2-79

バランスモデルを活用した大腸がんと肝硬変併存患者の在宅医療管理の一例

池口 亮 イケグチ リョウ
勝山オレンジクリニック

【はじめに】

多臓器併存（multimorbidity）は、複数の疾患が同時に存在することで、治療やケアが複雑化し、患者や家族に多大な負担をもたらす。在宅医療においては、患者のQOLを重視した柔軟なアプローチが求められる。本報告では、バランスモデルを活用し、大腸がんと肝硬変を併存する患者に対し包括的なケアを提供した症例を報告する。

【症例】

対象は70代男性。主病は進行性の大腸がんであり、併存疾患として肝硬変、肝性脳症、腹水貯留を認めた。肝性脳症により入退院を繰り返していたが、入院先の主治医より訪問診療の導入が提案され、地域連携室を介して当院が介入を開始した。患者は夫婦二人暮らしで、近隣に助けてくれる家族がいるものの、心理的な不安が大きかった。介入後、バランスモデルを活用して患者の「できること」「もっているもの」「できないこと」「負担になっていること」を整理し、治療と緩和ケアのバランスを調整した。結果、体調を崩すことは何度かあったものの、本人および家族が救急搬送を望む事態は回避され、最期まで自宅で穏やかな看取りを迎えることができた。

【考察】

本症例は、バランスモデルを用いることで患者の状態や心理的負担を包括的に評価し、ケアの優先順位を適切に設定することで、在宅医療の質を高めることが可能であることを示した。また、患者および家族の行動や気持ちの変化を捉えながらケアを進めることで、本人の望む生活を実現できた。このような実践は、在宅医療における多臓器併存患者の管理において有効なアプローチと考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)28 臓器不全・フレイル・多臓器併存

P-2-80

高齢者施設で間歇スキャン式持続血糖測定器が血糖コントロールに有用であった症例

西田 裕子	ニシダ ユウコ
松田 浩明	マツダ ヒロアキ
中川 ふみ	ナカガワ フミ
逢坂 隆之	オオサカ タカユキ
水野 大輔	ミズノ ダイスケ
西川 和希	ニシカワ カズキ
中村 幸伸	ナカムラ ユキノブ

つばさクリニック岡山

【はじめに】最近、高齢者施設でもインスリン治療患者が増えているが、インスリンや簡易血糖測定を介護職員はすることができず、本人が出来ない場合は治療継続が困難となる。今回は高齢者施設で間歇スキャン式持続血糖測定器を用いて血糖コントロールした症例を報告する。【症例】症例1：70代男性。要介護4。サービス付き高齢者向け住宅入所中。脳梗塞後遺症、2型糖尿病で強化インスリン療法中。当院介入に伴い間歇スキャン式持続血糖測定器を導入。グルコース値目標範囲を70-180mg/dlとし、グルコース値目標範囲内にある時間の割合「TIR ; time in range」を50%、低血糖状態の割合「TBR ; time below range」を減らすことを目標とした。症例2：90代女性。要介護2。グループホーム入所中。アルツハイマー型認知症、2型糖尿病。GLP1受容体作動薬で血糖コントロールをしていたが、随時血糖 480mg / dl、HbA1C 12.4% と悪化を認めたため、持効型インスリンと間歇スキャン型持続血糖測定器を導入。特別訪問看護指示で連日インスリン施行し、指示終了後は、家族施行とした。ただ、家族都合により週3回の施行となるため、低血糖を避け、高血糖状態「TAR ; time above range」を減らすことを目標とした。【考察】1日1回以上のインスリン注射をしていれば、1型糖尿病だけでなく、2型糖尿病でも、持続血糖測定器を使用することが可能である。これはスマートフォンもしくはリーダを腕に装着したセンサーに近づけるだけでグルコース値が測定可能なため、介護職員でも簡便に施行可能であった。加えて、血糖測定では点としてしか把握できなかった1日の血糖変動パターンを線として把握することが可能であり、高齢者施設でも持続血糖測定器を用いる事で血糖コントロールに有用であることが示唆された。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)28 臓器不全・フレイル・多臓器併存

P-2-81

ウェルネス思考で考える訪問看護に今後必要なこと ～高齢多死社会における健康寿命の延伸を訪問看護から考える～

増田 紗也香¹ マスダ サヤカ
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

²上智大学 総合人間科学部 看護学科

【はじめに】私は病棟や入退院支援部、訪問診療などを経験し、療養者が望む療養を支援をするには、看護師のアセスメントで医療・生活の療養上の課題を明らかにし、療養コーディネートに活かすことを学んだ。しかし訪問看護に転職し、状態が安定している利用者に病院と同様の看護問題を当てはめ、療養上の課題に介入していないことに疑問を感じた。ウェルネス志向についての過去の文献や発表も少ないことから、在宅看護での介入の発表をする。【活動】A夫妻への介入は、妻が心不全による入退院を繰り返し、訪問看護による疾患管理支援の依頼から始まった。妻の介入後、夫も同様に、高齢のため病状理解の困難さや知識不足から、疾患管理の困りごとがあり、ADL低下傾向という療養上の課題があった。夫妻ともに、ひ孫の成長を楽しみに健康であることをモチベーションとしており、血圧記録も日課だった。日々の体調経過や受診時の検査結果、処方内容を一緒に確認・解説し、療養指導を行った結果、妻は体調安定・再入院なく経過。また転倒を繰り返していた夫も看護介入を開始でき、最終的にリハビリへ繋がったことで、ADLが改善し活動性が向上した。この看護実践から、ウェルネス志向について、リハビリ職も巻き込んだ勉強会を行い、利用者の健康行動の現状や療養上の課題の把握が介入の鍵となることを周知できた。【考察】ウェルネス志向の介入では、利用者が「どのように療養したいのか」という目指すところの療養上の課題を明確にし、利用者の強みに焦点を当て、課題の解決を支援するため、利用者が自ら適切なセルフケアに取り組むことで健康寿命の延伸が期待できる。また訪問看護師は①健康維持・増進②予防・予測の2つの視点を持って、療養指導を行うことが必要である。今後、在宅関連の多職種にもウェルネス志向を広めることで、各職種が利用者の目指すところを主軸に支援を図る体制作りができる可能性がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)28 臓器不全・フレイル・多臓器併存

P-2-82

在宅患者の救急搬送における往診の有無とその患者背景

山下 歩	ヤマシタ アルク
濱上 知宏	ハマガミ トモヒロ
板舩 笑果	イタマス エミカ
西井 賢俊	ニシイ カツトシ
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	スガハラ ノブユキ
田中 裕子	タナカ ユウコ
山田 寿美	ヤマダ ヨシミ
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

【目的】

高齢者の救急搬送は増加し、救急医療体制に大きな影響を与えている。当院での先行研究では、かかりつけ医へ連絡なく救急搬送された在宅患者（以下、往診なし群）はADLが低く、日常生活に対する不安感を感じやすく、独居で相談できる人等が近くにいないことが背景にあるのではないかという仮説が立てられた。しかし、これらは記述研究であり、医師が往診し救急搬送した在宅患者（以下、往診あり群）と直接比較した研究は全国的にも少ない。そこで本研究では、当院で訪問診療をしている患者の救急搬送例について、往診なし群と往診あり群の患者背景を比較検討する。

【方法】

当院が訪問診療を行っており、2023年1月～12月に救急搬送となった患者を対象とした。対象者を往診なし群と往診あり群に分け、電子カルテを用いて後方視的に、年齢・性別・基礎疾患・同居の有無・主訴・転帰・発生時間帯・状態悪化時や看取りの場所の事前把握について調査した。多変量、ロジスティック回帰分析を行い、両群間の背景の差を比較検討した。

【結果】

期間内の救急搬送件数は全174件（往診あり122件、往診なし52件）であった。往診あり群は往診なし群と比較し、同居人がいる場合が多く（オッズ比2.7, 95%信頼区間 1.35.4）、搬送後の入院率が高かった（オッズ比2.7, 95%信頼区間 1.16.4）。その他の項目では両群間で有意差はみられなかった。

【考察】

今回の結果では、往診なしで救急搬送に至る背景として独居であることが独立因子であり、また往診なし群の搬送後の入院率が低かったことが判明した。独居での体調変化への不安に対する対応を工夫することで救急搬送を回避できる可能性がある。また、往診を行うことで救急搬送が減少した理由としては本人・家族の意向も確認を行ったことや重症度の判断ができたことが要因ではないかと考えた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)28 臓器不全・フレイル・多臓器併存

P-2-83

診療所における看護師主体の高齢者心身機能評価システムの導入と実践

小川 健太 オガワ ケンタ
松原アーバンクリニック

【はじめに】

高齢社会である本邦において、疾病の発見や治療のみならず高齢者の心身機能の変化を早期に発見し、適切な介入を促すことは診療所の重要な役割の一つであると考ええる。そこで当院にて外来診療時に看護師が高齢者の包括的な心身機能評価を実施できる体制構築のための取り組みを行ったため、報告する。

【活動】

事前に、看護師に対して測定の方法と解釈について教育を行った。測定項目は、身体機能評価の総合的な評価として2ステップテストと歩行速度、その背景にある問題の把握として矢状面・全額面からみた姿勢評価、前屈・後屈の柔軟性評価、握力・膝伸展の筋力評価、身長・体重、上下肢・体幹の筋肉量などの体組成評価、心理・認知機能の評価としてCognitive Assessment for Dementia, iPad version (CADi) とした。実施は外来診療時の希望者に対して行い、年間で7例の測定を実施した。測定結果はExcelを使用し年齢平均値との比較や将来予測を含めた評価レポートが自動で出力できる形を整備した他、レポート出力後は各症例についての解釈と運動指導を看護師に再度実施し、看護師から患者に結果についてレポートを用いてフィードバックした。

【考察】

本取り組みの特徴は日常の診療に携わる看護師が主体となって心身機能の包括的な評価を実施しフィードバックしている点にあると考える。これにより評価の実施やそのフィードバックに対する患者の心理的な抵抗感を下げ、その後の行動変容や必要なサービスへのスムーズな誘導につながることが期待できる。一方で昨年は当院における実施者数が少なく、その効果についての判定には至っていない。その背景には測定にかかる時間や周知の方法の課題があると考えられるため、評価項目の見直しや看護師へのさらなる指導の他、患者への周知方法についても検討が必要である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)29 医療安全・災害対策・感染対策・権利保障

P-2-84

診療所のMSWから提案する身寄りのない方への支援 ～地域包括支援センターの社会福祉士と診療所のMSWの支援の違い～

大友 路子¹ オオトモ ミチコ

八森 淳¹ ハチモリ アツシ

井原 綾子² イハラ アヤコ

¹医療法人Molead つながるクリニック

²杉原・須々木法律事務所

【はじめに】

身寄りのない方が、在宅生活を送り在宅医療を受け、亡くなるまでの過程で契約行為や事務委任など様々なことが必要になる。特に在宅支援診療所は関わってから亡くなるまでの期間が短い。予後や身体状況に合わせながら迅速に支援した3例を紹介する。

【症例】

事例A、80代後半男性、膀胱癌、初診時予後2週間、妻は重度認知症、子供はなく、遺言、死後事務委任を弁護士に依頼。また妻の後見申し立ては本人では間に合わないので、妻の遠方の親族を申立人とし、弁護士が委任を受け成年後見を申し立てた。2週間後本人死去、その後妻はグループホームに入所した。

事例B、80代女性、初診時「親族がいないのでどうしたらいいか？」と相談があった。任意後見、身元保証サービスを紹介。身元保証のサービスでPCの設定を依頼し、公的サービスでは手が届かない部分を支援、その後入院し、入院契約や自宅の売却についても依頼した。

事例C、80代男性、妻死去後親族はなし。外来通院中に将来誰に頼りたいか？尋ねると「田舎の弟が面倒を見るから」とのことだった。その数年後肺癌の診断、予後1か月の診断、弟に聞くと「面倒は見られない」という回答、包括支援センターに相談し、身元保証を紹介してもらい、介護保険サービスの契約支援、死後事務委任などを行い、1か月後にご逝去された。

【考察】

当職は2005年から約10年間地域包括支援センターの職員として身寄りのない方の支援に携わっていた。2016年からは診療所に勤務するようになり、医師と直接ケースを共有し、残された時間に意識を傾けることができ、診療所のMSWの支援の強みを感じた。今後、身寄りのない方の支援において身元保証サービスが必要となる。身元保証サービス事業者の選定について、今回はかかわる弁護士の紹介や地域包括支援センターで実績があった事業者をお願いしたが、事業者をどう選ぶかが大きな課題である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)29 医療安全・災害対策・感染対策・権利保障

P-2-85

当院における高齢血液透析患者に対する虐待4症例への対応

船越 哲 フナコシ サトシ
林田 めぐみ ハヤシダ メグミ
藤原 久子 フジワラ ヒサコ
阿部 伸一 アベ シンイチ
江嶋 祐介 エジマ ユウスケ
長崎腎病院

【はじめに】血液透析患者は週3日通院し透析施設スタッフと頻回に接触するため、虐待等が発見されやすい環境がある。

今回、高齢透析患者の虐待4症例を検討する。

【症例】

(1) 80歳代女性。息子による暴力にて顔面打撲、左眼窩下壁骨折、鼻骨骨折があり高齢者虐待窓口へ通報された。自宅での生活は危険と判断し当院へ警察の介入を受け緊急入院、その後は当院付設の特別養護老人ホームへ措置入所している。

(2) 80歳代女性。息子の暴力で骨折し市内基幹病院に救急搬送となった。市の機関と警察が介入し、当院付設の特養へ措置入所となった。

(3) 70歳代男性。息子による暴力で打撲、骨折等あり、高齢者虐待窓口に通報していた。腹部殴打による臍損傷・腹腔内出血で緊急搬送となり、警察の介入を受けた。自宅退院となったが、小規模多機能居宅介護を利用しながら在宅での生活を継続した。

(4) 80歳代女性。息子によるネグレクト・金銭搾取があり、また透析通院困難・日常生活困難となり、高齢者虐待通報した。市の機関と警察介入のもと、当院付設の特養へ措置入所となった。

【考察】虐待者についての統計は全国的には息子が40%であるが、当院では息子が100%であった。今回の虐待者に見られた特徴としては、(1) 親に対する強い愛情、(2) 経済的に親に依存、(3) 発達障害疑いがあり、今後の虐待早期発見策において上記を危険因子として警戒している。また、早期の公的機関（警察を含む）は必須であるものの、被害者の高齢透析患者は事件性を認めたくない傾向にあり、今後の課題である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)29 医療安全・災害対策・感染対策・権利保障

P-2-86

処方箋取り扱いにおける「要配慮個人情報」漏洩防止対策について

豊田 理恵	トヨタ リエ
宮本 寛子	ミヤモト ヒロコ
山崎 美和	ヤマサキ ミワ
山口 高秀	ヤマグチ タカヒデ
荒 隆紀	アラ タカノリ

医療法人おひさま会

【はじめに】

処方箋に記載された情報は「要配慮個人情報」に相当し、取り扱いに注意する必要がある。当院で立て続けに発生した処方箋のFAX送信先・郵送間違いに対し、当院で行った取り組みについて報告する。

【活動】

当院管理患者約1000人の中で、訪問薬剤管理指導中を含む約8割の患者分の処方箋を利用薬局へ日々FAXしているが、その業務は約10名のHIO（ヘルスインフォメーションオーガナイゼーション）スタッフが当番制で行っている。ある時、担当外の薬局への処方箋FAX、郵送先間違いが相次ぎ発生、当院では重大インシデントとしてスタッフへの再教育と下記2点のFAXシステムの改善を行った。

- ①FAX機器：送信先はすべて機器へ登録、二度の送信先選択を迫るモードへ切り替え、数度の確認が必要とした。
- ②電子カルテから直接FAXできる「インターFAX」の使用を主流とし、患者基本情報から自動的に薬局名・FAX番号が転記されるシステム利用とした。

【考察】

システム改善前と改善後のエラー数を比較する。インターFAX利用開始前と開始後の通信費用を比較し、費用対効果を考える。

人為的ミスをゼロにすることはできないが、ミスをしたスタッフの手技の改善のみを求めるのではなく、ミスを起こしにくい環境整備が必要であると考察する。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)29 医療安全・災害対策・感染対策・権利保障

P-2-87

在宅医療介護におけるハラスメントや虐待等への対応を法律的視点から学ぶ多職種連携セミナー開催の活動報告:2024年度勇美記念財団助成研修

村山 令 ¹	ムラヤマ レイ
佐竹 真紀 ²	サタケ マキ
矢野 祖 ¹	ヤノ ハジメ
眞鍋 俊平 ¹	マナベ シュンペイ
石川 沙織 ¹	イシカワ サオリ

¹地域みらいメディカルパートナーズ 医療法人東京さんりつ会 さんりつ在宅クリニック町田

²町田シビック総合法律事務所

【はじめに】 ハラスメントが起きやすい背景に「密室・第三者の不在」「利用者・家族がストレスを抱えている」等在宅医療介護場面に一致しやすい項目がある。在宅におけるハラスメントは、主たる介護者から向けられることも多く、支援者は訪問先や電話相談対応時にリスクとストレスを抱えながらも必要な医療介護支援を継続している。有事の際の専門家への相談体制整備が進みつつあるが、リスク管理から在宅医療介護に携わる専門職自身も日頃から対応方法を知っておく必要がある。患者に必要な医療介護を提供するために、地域多職種を対象に法律の視点から関連する課題をテーマに開催したセミナーの活動を報告。

【活動】 令和6年11月～令和7年3月まで、月一回、5回連続で当院主催にて法律セミナーを開催。参加対象を日頃より連携する訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等の専門職として、オンライン及び会場参加にて開催。主たるテーマとして、①サービス提供者に対するハラスメントとその対応②虐待その認識と対応③医療過誤・インシデントへの対応④サービス契約開始及び解約検討における法的論点とその対策⑤事業所連携と個人情報保護、の5つを取り上げ、講師に弁護士を招き、法律の視点から課題への解釈・対応方法の根拠等の知識を得るとともに参加者との質疑応答・意見交換を実施。

【考察】 参加者からの意見より、在宅医療介護のサービス提供者はハラスメントや虐待などの課題と直面した時、対応に苦慮しつつも、ラポール形成への影響や介入拒否により支援が中断してしまうことを恐れ、行動化することを躊躇し、解決策を見出せず問題を抱え込んでいる様子が伺える。患者が必要とする医療介護のサービスを提供するためには、提供者自身が守られる法的根拠を理解し、適切な判断と対応方法を選び、日頃より事業所内及び地域多職種と理解を共有し連携していくことが重要と考察。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)29 医療安全・災害対策・感染対策・権利保障

P-2-88

在宅医療を支える安全運転管理：雪道運転対策を含む 組織的な安全運転管理体制の構築

大塚 亮平 ²	オオツカ リョウヘイ
河原 広明 ²	カワハラ ヒロアキ
馬場 貴久 ³	ババ タカヒサ
横田 尚俊 ¹	ヨコタ ヒサトシ
堀江 篤 ²	ホリエ アツシ
郡 美代子 ²	コオリ ミオコ
鵜飼 真千子 ²	ウカイ マチコ
佐藤 敢 ²	サトウ ツヨシ
加藤 利佳 ⁴	カトウ リカ
小嶋 一 ²	コジマ ハジメ

¹手稲溪仁会病院 施設サービス課

²手稲家庭医療クリニック

³はまなす訪問看護ステーション

⁴札幌刑務所札幌刑務支所医療課

【はじめに】当センター（北海道札幌市）は在宅医療を提供する診療所と訪問看護ステーションで構成され、年間多くの訪問を行っている。在宅医療の質向上には車両安全対策が不可欠であり、その内容には車両管理、車両の日常安全点検、交通安全知識、運転スキルなど多岐にわたる。さらに、降雪地域では雪道の運転や天候不良時の運転の判断に関しても対応策を講じる必要がある。また、運転への不安は新規職員の採用や訪問業務従事の障壁となっており、安全運転管理は職員確保の観点からも注目すべき課題である。当センターでは、属人的であった運転管理を組織的に再構築し、取り組みを進めて成果を上げたため、これを報告する。

【活動内容】当センターでは、組織的な安全運転管理体制を構築し、法人内の施設サービス課や外部専門機関の支援を受け、以下の活動に取り組んだ：

1. 安全運転管理者の配置
2. 車両点検の見直しと役割分担の明確化
 - ・日常的な車両点検業務の標準化（チェックシート・マニュアル改訂、ツール開発）
 - ・専門的な車両管理業務を施設サービス課に委託
3. 職員アンケートによる意識調査
 - ・運転の不安点を可視化し改善策を策定
4. 安全運転講習会による職員教育
 - ・JAFおよび北海道警察による講習
5. 冬期雪道対策の強化
 - ・冬期の車両装備と計画的車両管理体制の構築
6. 冬期天候不良時の運転方針の策定と道路交通情報の活用

【考察】属人的な運転管理では解決が難しかった課題を、組織的な管理体制の構築と外部専門機関の支援を活用することで、標準化された効果的な安全運転管理を実現した。これにより職員の不安軽減と職場環境の向上が図られ、訪問診療業務の安全性が高まった。今後は訪問業務を躊躇するペーパードライバーへのサポート体制の強化についても検討を進め、より多くの職員が安心して訪問業務に従事できる環境を整えるための取り組みを検討していく。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)29 医療安全・災害対策・感染対策・権利保障

P-2-89

医療関係者に対する家人からのハラスメントとその対応

小山 里子 コヤマ サトコ

医療法人信愛会しんあいクリニック

【はじめに】訪問診療で多数の患者・家族と関わり、対応が困難な患者と接する機会も増えてきた。当院で経験した事例において患者・家族・他事業者との関わりを提示し在宅医療者へのハラスメントとその対応について考察する。

【症例】89歳男性、末期肺癌、糖尿病、認知症主介護者である三女と二人暮らし 経過：X年9月より上記診断にて当院外 来通院し、訪問看護が入っていた。ADLの低下に伴いX+3年11月に訪問診療開始した。訪問診療開始後より、三女は些細な事で頻繁に訪問看護に連絡したり、呼び出したり自身の思い込みで医師や訪問看護師に暴言が繰り返された。一例を挙げるとある時患者が左大腿部の痛みを訴え三女は訪問看護師のおむつ交換が原因で骨折したと思い込み看護師を責め罵倒した。主治医は訪問看護師から外傷をきたす処置ではなかったと聞き近医整形外科と連携し精査の上骨折はないと確認。疼痛は偶発的だとケアマネジャー、訪問看護師の丁寧な説明と訪問看護師の担当を変更した。三女は看護師の追及をやめた。またX+5年7月頃肺癌進行に伴い喀痰増加、呼吸困難増悪にてX+5年8月に酸素療法を導入頃より三女の不安が増し連日訪問看護に連絡を入れ強い口調で各種要求を行い訪問看護業務に支障をきたした。そこで訪問リハビリテーションやケアマネジャーと連携し三女が不安と感じる事柄に先行して三女に指導や各種提案を行い対応。主治医からは患者本人の症状を可及的に緩和するのは当然の事、在宅療養困難な場合緩和ケア病棟に入院可能な事を何度も説明、三女の不安解消に努めた。X+4年10月自宅で穏やかに逝去。【考察】時に思い込みや不安から強い口調、あるいは暴言を医療者に発する患者、家人に遭遇することがあるが本例は過剰でハラスメントといえる例であった。患者・家族の安全と共に医療者・介護者の安全の為に各事業所が連携しハラスメントの発生や増幅を防いでいきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)29 医療安全・災害対策・感染対策・権利保障

P-2-90

災害時の食支援およびコミュニケーション支援体制の模索

小島 香 コジマ カオリ
上田 規江 ウエダ ノリエ
尾島 俊之 オジマ トシユキ
浜松医科大学

【目的】 災害時の課題として呼吸器疾患やフレイルがある。避難所で発生する肺炎は高齢者に多く、口腔ケア・摂食嚥下・栄養ケアの視点および支援が重要である。長引く避難生活ではフレイルおよびオーラルフレイルの予防も必要である。これらより、災害時の摂食嚥下や栄養をはじめとする食支援とコミュニケーション支援までの包括的な支援を行うための要素について検討を行った。

【方法】 2024年1月1日に発生した能登半島地震において日本災害リハビリテーション支援協会から支援活動に参加した言語聴覚士4名を対象に2024年11月に半構造化によるインタビュー調査を行った。インタビューデータを逐語録に起こし、内容分析を用いて質的分析を行った。

【結果】 分析から、摂食嚥下と栄養・コミュニケーション・支援活動準備・言語聴覚士の職域理解・連携体制の5つのテーマが抽出された。

【考察】 言語聴覚士の専門には摂食嚥下リハビリテーションやコミュニケーション支援がある。災害支援活動におけるこれらの専門性の活用場面は限定的であり、1.5次避難所や福祉避難所でのニーズが高かった。言語聴覚士の災害支援体制の整備については発展途上であり、準備する物品、アセスメント項目などのマニュアル整備および多職種との連携体制の必要性が挙げられた。発災初期の1.5次避難所では食事形態の調整、嚥下評価のニーズの高さが伺えた。一方で、長期化する避難所生活において、高齢者のコミュニケーション機会の減少が顕著であり、復旧・復興対策期から復興支援期においては、フレイルおよびオーラルフレイルの予防に向けたコミュニケーション支援における役割を担える可能性が考えられた。これらの専門性を活かした支援活動について多職種への理解促進を行うことで、対象となる被災者の多い避難所への派遣、効果的な時期での支援活動への参加を行うことにつながると考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)29 医療安全・災害対策・感染対策・権利保障

P-2-91

在宅支援診療所を含む医療・介護事業所におけるBCPの取り組み Google Apps Scriptを活用した全自動安否確認システム

山田 翔太 ヤマダ ショウタ
青木 奈々 アオキ ナナ
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

【はじめに】

桜新町アーバンクリニック（以下当院）は東京都世田谷区に位置する在宅支援診療所であり、在宅患者約500名、併設する訪問看護ステーションや看護小規模多機能では合計約140名の利用者を管理する医療・介護事業所である。電力を必要とする医療デバイス利用者や被災時危険エリア居住者がいる中、平常時から有事対応を検討し、スタッフの安否確認や業務継続計画（BCP）の策定を行う必要がある。6年前より防災チームを設立し、BCPや防災マニュアルの作成、訓練を通じ、災害時も診療を継続可能な体制づくりに取り組んでいる。

【活動】

事業所ごとに災害対策を検討している中、巨大地震発生時には「安否確認」が全事業所のBCP発動において重要な役割を担っている。いかなる場面においても共通のフォームを介して職員の安否確認を行い、即座に事業継続が可能であるかを全事業所で把握・共有する必要がある。

当院ではGoogle Apps Scriptを活用し、気象庁の震度速報を基に安否確認フォームを全職員へ自動送信する仕組みを導入した。訪問先や夜間・休日などあらゆる場面での迅速な安否確認が可能となり、BCP発動に直結する。併設事業所を含む全スタッフ102名の安否情報を統一フォームで収集・共有し、業務継続体制を確立している。

【考察】

平常時にスタッフ向けに訓練として安否確認フォームを送付したところ、一部スタッフが休日中に回答しないケースが確認された。また、上記訓練を行った時間帯は日中であったが、夜間に災害が起こった際の対応についても訓練として行っておく必要があると考えられる。安否確認に焦点をおいても、いくつかの場合分けと訓練後の改善点が見つかることから、BCP策定後も定期的な訓練と改善のサイクルを回していくことが重要である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)29 医療安全・災害対策・感染対策・権利保障

P-2-92

能登震災における東海支部会による災害支援活動報告

洪 英在¹ ホン ヨンヂェ
坂井 謙介² サカイ ケンスケ
福本 和彦³ フクモト カズヒコ
古屋 聡⁴ フルヤ サトシ

¹医療法人康誠会 東員病院

²医療法人隼和会 坂井歯科医院

³磐田在宅医療クリニック

⁴山梨市立牧丘病院

【はじめに】2024年1月、能登半島地震による大規模災害が発生した。在宅医療に関わる医療関係者による支援は超急性期から慢性期に至るまで長期間にわたり関与することができるため、災害支援において必要不可欠である。一方、在宅医療連合学会における災害支援活動は特に決まった形があるわけではない。東海支部会においては、普段から災害委員会が活動を行っており、能登半島地震において、震災直後から試行錯誤を行いながら実際の支援活動を行った。その活動内容について報告し、今後の支部における災害支援体制について考察を行うことをこの発表の目的とする。

【活動】現地での支援活動を行う学会員の団体を支援する形で行なった。具体的には学会の災害時における在宅医療支援委員会、古屋聡委員長を中心とした「ふるふる隊」、市橋亮一先生や佐々木淳先生を中心としたHOMAT、山岸暁美氏が代表を務めるDCCATへの物資、人材、支援金による支援である。支援登録用フォームを作成し、東海支部学会員へ周知した。実際の支援は現地支援が述べ9日間、延べ人数8名、後方支援が3日間 述べ3名、支援物資、支援金などである。

【考察】東海支部会として独自の現地支援ではなく、活動実績があり、活動をいち早く行っている団体へ東海支部会員を派遣する役割を主とした。支部と言う小さな単位で顔の見える関係の中から派遣者を各団体へ推薦したことで、各団体からは派遣者の質が担保され、安心できた、という声があった。また、派遣者の通常業務を東海支部会員同士でサポートする取り組みも生まれた。東海支部として独自に現地支援を行わない形であったが、各地方で支部が立ち上がる中、支部の役割を活かした災害派遣の1つの形がみえた。今後の災害において他の支部でも活かせるような情報共有や東南海地震等を想定した受援も含めた議論を進めていく必要があると思われる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)29 医療安全・災害対策・感染対策・権利保障

P-2-93

在宅医として関わる災害派遣 ～能登半島地震の支援を経験して～

篠 美和 ¹	シノ ミワ
廣瀬 剛 ²	ヒロセ ゴウ
高橋 聡介 ²	タカハシ ソウスケ
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 内科

【はじめに】2024年1月1日に発生した能登半島地震において、発災直後から慢性期に至るまで様々な医療支援団体が活動している。我々がHuMA(災害人道医療支援会: Humanitarian Medical Assistance)として支援活動をした中で、特に亜急性期から慢性期における活動内容を振り返り、在宅診療、療養に関わる全ての医療・介護スタッフの災害への関わりの重要性を痛感したため、現状の問題点とともに報告する。

【活動】HuMAは2024年1月3日夕に珠洲市に到着し、2月末まで救護所の運営、避難所の感染管理等のサポート、介護施設や孤立集落の巡回・医療支援を行った。構成員は救急医療に携わるスタッフが大半であるが、在宅診療に携わる演者や訪問看護師、また歯科衛生士など背景が様々な人員が参加可能であり、医療の面だけでなく生活支援にも対応している。ADL低下避難者の入浴支援やJRAT相談での福祉用具導入、JDATご協力のもと避難者の義歯管理、避難所での運動支援、元来没交渉で避難せずに自宅で暮らしている被災者の巡回、傾聴などである。当院は在宅療養支援病院であり、派遣経験者も少ないことから、活動報告とアンケートを行った。災害支援＝急性期医療であり、自分たちは役に立たないのではないかという意見が18.4%であったが、亜急性期から慢性期の災害支援こそ、在宅療養に関わる全てのスタッフが普段行っている医療・介護と同様であることを説明し、災害支援に興味があると答えた職員は63%であった。【考察】亜急性期及び慢性期の災害支援においては、平素より在宅療養を支援するスタッフの存在が重要であると考え、①支援内容の理解不足②平素からの人員不足③活動支援に参加するためのわかりやすい窓口がない、といった問題から継続した支援をすることが難しい現状があり、学会としての取り組みを考慮できたらと考える。

利益相反: なし

一般演題(ポスター)29 医療安全・災害対策・感染対策・権利保障

P-2-94

介護施設でのCOVID19クラスター発生時のナプロキセンの効果と発症予防の検証

笹岡 大史¹ ササオカ タイシ

木村 彰方^{1,2} キムラ アキノリ

¹春日部在宅診療所ウエルネス

²東京科学大学 名誉教授（元難治疾患研究所 教授）

【はじめに】

COVID19感染症は全世界的に感染拡大が起こり、重症化する症例も多く、介護施設では感染弱者が集団感染を起こしやすい環境であり、感染対策及びクラスターの拡大を防ぐ必要がある。介護施設でのクラスター経験から、COVID19のナプロキセンに予防効果があったと示唆される症例があり報告する。

【症例】

100床の特別養護老人ホームでのCOVID19クラスターが起こり、3ユニット（1ユニット10名）への感染拡大が起こった。最初に感染者が発生したユニットで10名中2名のみがCOVID19感染を免れた。2名を分析したところ、1名はナプロキセン（NSAID）内服中、1名はショートステイ中の利用者と、自室に隔離されていた。ナプロキセン内服患者はクラスター以前から頸肩腕症候群のために、ナプロキセンを内服されており、ナプロキセンとCOVID19感染症の関連を文献的考察したところ、2021年に、二重盲検でナイキサンが有意にCOVID19で入院した患者の症状を改善した報告が確認された。

過去にナプロキセンを処方した患者を検証したところ、2023年にCOVID19感染後に高熱が持続しアセトアミノフェンからナプロキサンに変更後速やかな解熱が得られた症例が存在した。

【考察】

文献的考察を進めると、2023年ナプロキセンがCOVID19ウイルスの核内蛋白NP（N）に結合することを見出し、COVID19治療薬候補なりうることを示唆している。ナプロキセンが抗炎症作用としてCOX2阻害とウイルス増殖抑制としてNP（あるいはN）阻害の2つの機能を有していることを示し、ナプロキセン以外のNSAIDにはNP結合性はなかったと報告されている。ナプロキセンは安価な薬剤であり、腫瘍熱に著効を示し特異な作用を有しており、コロナ感染時のクラスター予防に対して有効な薬剤として検証の必要がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)29 医療安全・災害対策・感染対策・権利保障

P-2-95

在宅療養支援診療所における外来感染対策向上加算業務の取り組み

白井 ユリ子	ウスイ ユリコ
松田 智子	マツダ サトコ
豊田 理恵	トヨダ リエ
大漣 玄德	オオスキ ゲントク
生田 奈央	イクタ ナオ
稲岡 雄太	イナオカ ユウタ
荒 隆紀	アラ タカノリ
山口 高秀	ヤマグチ タケヒデ

医療法人おひさま会おひさまクリニック

【はじめに】2022年に外来感染対策向上加算が診療所向けに新設され、2024年から外来感染対策向上加算・発熱患者等対応加算と見直されている。在宅療養支援診療所である当院での取り組みを共有し、その効果と今後の課題を共有したい。

【活動】① スタッフの手指衛生習慣確立のため院内各所及び訪問に係る全職種銘々に速乾性手指衛生消毒剤を配布し、毎月の使用状況を観測

② 抗菌薬使用量を独自集計し抗菌薬使用日数(DOT)、抗菌薬使用密度(AUD)を算出、また2024年からは、抗菌薬適正使用支援システムOASCISに毎月の抗菌薬使用量を報告

③ 微生物検査結果を院内感染対策サーベイランスJANISに報告

④ ICTラウンドで医療器具の洗浄・消毒体制の見直し、廃棄物の分別・廃棄・保管の見直しに取り組んでいる

⑤ 連携病院の感染管理室の方々の訪問を受け指導箇所の改善実施

【考察】訪問先に出かける職種は医師・看護師・薬剤師・地域連携・ドライバーと様々である反面、病院とは異なり感染対策への関心度が低い傾向があった。先般のCOVID19パンデミック時にはどの職種にも手指衛生を習慣化させる必要があり、手指衛生サーベイランスを行うことで周知させた。在支診での抗菌薬使用は、病院とは異なり、アドヒアランス維持や投与頻度が少ない概ねCTRX、LVFXに偏る傾向にあった。そんな中、当院の2024年5月時点でのOASCIS評価(抗菌薬適正使用状況)ではAccess比率42%Watch比率58%だった。更に連携病院の感染管理担当者からの客観的な評価は院内の感染対策の改善に直接的に寄与した場面もみられた。最近では、内服抗菌薬が市場の流通状況に影響を受けることで、柔軟な抗菌薬選択も必要となってきたため、今後も継続した活動が求められる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)30 看取り・家族ケア2

P-2-96

地方における在宅看取りの死亡診断の現状

竹田 葉津子 タケダ ナツコ
松島 佳代子 マツシマ カヨコ
牛嶋 みさき ウシジマ ミサキ
関原 江利子 セキハラ エリコ
訪問看護ステーション やまが

【はじめに】2040年までに約40万人死亡者数が増加することが見込まれるが、医師が不足しているため、負担を軽減した在宅看取りの「死亡診断」の体制づくりが求められている。今回、地方における看取り体制の現状を報告する。【症例】2023年5月～2024年7月の間で、当ステーションで在宅看取りを行った8事例を対象とした。主治医の所属は、診療所が4例、病院は4例だった。看取りを担う医師が1機関あたり、1名は5例、2名が1例、6名が2例だった。看取り体制が、「主治医が24時間対応し速やかな対面死後診察をしている」のは5例。「翌朝診察」が3例（うち土日は救急搬入が2事例、月曜朝を待つが1事例）だった。呼吸停止から死亡診断までの時間は、最短15分後、最大30時間後だった。「看取りを24時間対応し速やかな対面死後診察する体制」のメリットは、待機時間が短く死後手続きがすぐに行える。デメリットは、死亡確認を1名で担っており、看取り期は医師の遠方外出が制限され、医師の負担が大きい。「翌朝診察」の、メリットは医師の時間外の遠方外出が可能で医師の負担が少ない。デメリットは、死後手続きに時間を要すること。土日は翌日診察が困難で、最終段階で救急搬送となるため、在宅看取りを希望する利用者にとっては、本来の希望とは違う形の看取りとなる事であった。【考察】地方では1名で看取りを担う機関が多く、医師の負担が大きいため、看取りができない病院もある。利用者が望む在宅看取りを可能にするための今後の課題は、代理診察を可能にするための在宅ネットワークの構築、翌朝診察の取り入れ、看護師によるICTによる遠隔での死亡診断など、負担を軽減した継続可能な看取り体制を推進していく必要がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)30 看取り・家族ケア2

P-2-97

一人暮らし、認知症を患った身寄りのない非がんである本人の在宅での最期を迎えたプロセスを振り返る

～本人の思いを汲み取る多職種連携による支援について～

近藤 芳江¹ コンドウ ヨシエ
上床 邦彦² ウワトコ クニヒコ
森 理香³ モリ リカ

¹APPLE株式会社 居宅介護支援ハートサービス近藤

²うわとこクリニック

³一般財団法人 名古屋市療養サービス事業団 名古屋市北区訪問看護ステーション

【はじめに】 自宅での最後を迎えた人は約16%（令和2年）である。認知症、一人暮らし、身寄りのない本人が地域での最後を迎えることは難しい。本事例では多職種の連携により、自宅で最期を迎えた非がんの本人の11日間の支援を振り返る。

【症例】 本人A 80歳代、女性、認知症、要介護5、夫、子どもを亡くし一人暮らし、支援者は知人B。認知症初期集中支援チーム介入後、当支援事業所に紹介、支援開始。地域包括支援センタースタッフと初回訪問、知人B同席、歩行状態は不安定、ヘルパー・手すりレンタルを開始。翌日、自宅内で転倒、体動困難、急遽、訪問看護利用。本人の意向は「夫、父母が帰ってくるので、ここにいたい。」であり。翌々日、介護用ベッド搬入、経口摂取量減少、緊急往診、5日間の点滴を開始。支援開始後4日後、褥瘡発生、エアーマット搬入、緊急往診。7日後、親族へ連絡。9日後、「このまま在宅なのか、入院なのか」往診医をはじめ関係者へ連絡、方針を確認。10日後、親族へ状況を連絡、朝の訪問時、意識レベルが低下を主治医へ連絡。午後の訪問時に無呼吸、知人B・訪問看護師・主治医・地域包括支援センタースタッフと一緒に死亡確認。本件は「研究倫理カテゴリー V」を遵守の下、発表する。

【考察】「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に沿い、ケアの決定について都度対応した。判断能力の低下している本人Aの意思を尊重し、その上で、本人の思いを知るBを含め、多職種で模索し、「本人にとっての最善の方針を医療・ケアチームで慎重に判断」を行った。地域における本人の意思を尊重した在宅看取りには、多職種による連携は必要であるが、この判断が特に短期間の場合には困難だと考える。さらに難しい場合は「複数の専門家で構成する委員会を設置し、治療方針の検討や助言」とあるが、地域においてそのシステムの構築が近々の課題である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)30 看取り・家族ケア2

P-2-98

「渡辺式シートⅡ：人間関係見える化シート[®]」で人間関係に見える化し、 看護師と家族の関係を改善した事例報告

生本 万知子 イクモト マチコ
吉田 由希子 ヨシダ ユキコ
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】日本において医療的ケアが必要な子ども（医療的ケア児）は増加し、2022年には約2万人に達しています。在宅療養児の生活を支える母親との信頼関係の構築には、親子の歩みを理解し、母親の思いに配慮したケアが重要です。本報告では、医療的ケア児を支える母親と支援者の関係性を考察するため、支援学校でのプール授業参加時に生じた一例について、「渡辺式シートⅡ：人間関係見える化シート[®]」を用いて母親と看護師の関係性を分析し、改善経過を報告します。

【症例】A氏（10代、男性）はペリツェウス・メルツバッハー病で、過去に肺炎を繰り返し、現在は自宅と学校でBiPAPを使用して過ごしています。母親はプール授業への参加を希望し、主治医の許可を得てプール中BiPAPを外すことを依頼しましたが、学校側は冷水による緊張からの呼吸状態悪化を懸念し、小型プールでのBiPAP装着状態での授業を提案しました。母親はこの対応に憤りを感じ、看護師に対して30分以上にわたり不満を訴えました。看護師は学校、母親両者に配慮した対話を行いました。母親の納得は得られませんでした。

【考察】看護師は母親の話をきき、母親の思いを受け止めたつもりでしたが、不安全感がのこりました。「渡辺式シートⅡ」による分析を行い関係性の悪循環が明らかになり、母親の「体調悪化を避けつつ、できることをさせたい」という思いを尊重し支援体制を見直しました。結果として、母親との関係が改善し、多職種間で支援方針を共有することができました。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)30 看取り・家族ケア2

P-2-99

在宅療養支援診療所が行う多様な遺族支援の取り組み

増元 洋美	マスモト ヒロミ
中村 千賀	ナカムラ チカ
片山 博文	カタヤマ ヒロフミ
梶山 直美	カジヤマ ナオミ
長谷川 遥奈	ハセガワ ハルナ
中村 幸生	ナカムラ ユキオ

医療法人 優幸会 中村クリニック

【はじめに】当診療所は、これまで自ら求めてこられる方を受け入れる形で、外来や「まちの保健室」で遺族支援を行っていた。今回、支援を必要とする方に適切に届けられるよう、組織として新たな取り組みを行ったので報告する。

【活動】①グリーフレターの送付：2023年度当診療所で看取った患者の遺族64名を対象に、看取り後3か月～1年以内にグリーフレターを送付した。送付に際し、家族関係や看取り前後の家族の反応からGood Deathであったかなどの背景に留意した。②遺族会の開催：グリーフレターを送付した遺族を対象に2024年秋、グリーフやセルフケアの学びと、遺族同士が語らう場の提供を目的に開催した。参加者は配偶者の立場で、女性3名、男性1名、亡くなった患者は70～80歳台で、遺族も同年代であった。参加後の5段階アンケート結果より、「満足できる内容」「また参加したい」の項目で「そう思う」75%「ややそう思う」25%という評価を得た。参加者の2名は、当法人の主催する「まちの保健室 健幸カフェ」に参加された。別の参加者は「介護の経験を他者に話す機会があれば嬉しい。介護の先輩になら、気持ちも吐き出しやすいと思う」と話された。7か月を要した遺族会開催準備を通し、スタッフの遺族支援への意識向上に繋がった。③個別支援：配偶者の年齢が若く、遺族としての子どもへの支援は、大人と同じ集団支援の場は難しい。学童期の子をもつ2家族に対し、希望を確認後、生前に語られた家族へのメッセージを届けること、グリーフワークを行うことを目的に、自宅で支援を行った。故人の生前を語らい、泣いて、笑って「そんなことを思っていたとは知らなかった」「教えてもらって嬉しい」と反応があった。【考察】集団支援と個別支援を組み合わせることで、多様な遺族のニーズに応えることができた。数年後、ピアサポートとしての遺族支援開催も検討している。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)30 看取り・家族ケア2

P-2-100

在宅看取り後の遺族に対する「お悔やみ訪問」の活動報告

内田 楓 ウチダ カエデ
柳原 恵梨 ヤナギハラ エリ
特定医療法人谷田会 谷田病院

【はじめに】緩和ケアの現場では、患者・家族の喪失体験を通じて医療者も喪失・悲嘆を経験することがある。今回、私たちは在宅看取り後のグリーフケアの一環として「お悔やみ訪問」を行った。その訪問が、遺族のケアのみならず、医療者自身のグリーフケアとなった経験を発表し、在宅緩和ケアに携わる医療者自身のケアの在り方について検討する。

【活動】当院は地域医療の中核を担う病院であり、在宅医療部では年間約40件の在宅看取りを行っている。令和5年より遺族ケアとして、患者の死去1年後に遺族会を行っていたが、看取り後、比較的短期間しか経過していない遺族から、担当していた医療者と話したいという要望が数件あった。それを受けて、患者の死去後約1か月後の「お悔やみ訪問」を始めた。「お悔やみ訪問」での会話は涙だけでなく、笑いもあり、時には生前のアルバムを一緒に見て思い出を振り返り医療者の知らない姿や出来事を語っていただいた。「あのときを知っている人と一緒に話せてよかった」という声が聞かれ、遺族にとっても良い時間となっていると思われた。加えて、訪問していた家に患者がいないことで、医療者自身が自覚していなかった患者の死に対する悲嘆に気づくことができ、それを遺族と共に語ることが癒しに繋がった。院内で行う遺族会とは異なり、患家で語り合うことの意味を考えさせられることが多くあった。

【考察】在宅で働く医療者にとって、患家は「思い出の場所」であり、故人に手を合わせることは「喪の作業」になっている。医療者自身も気が付きにくい自らの「公認されない悲嘆」を遺族と共にみつめ、亡き人との物語を「語りなおす作業」を行うことは医療者のグリーフケアにもなる。これは、悲嘆と喪失の最前線で働き続ける医療者のバーンアウトを防ぐことにつながると考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)30 看取り・家族ケア2

P-2-101

当院行ったデスカンファレンスの統括と今後について

佐藤 力	サトウ チカラ
守上 祐樹	モリカミ ユウキ
白川 大晃	シラカワ ヒロアキ
中島 啓仁	ナカシマ ケイジ

在宅診療部

【目的】

看取りは在宅医療における重要な役割の一つである。

医療従事者は多くの看取り経験を経て死への恐怖、患者との接し方やより良い、正しい医療を行えたかのだろうかと思われ、自責の念に駆られるケースが存在する。昨今、バーンアウトなど医療従事者のメンタルヘルスの重要性が叫ばれる中、当院では2024年度より亡くなった患者の振り返りカンファレンス（以下デスカンファレンス）を精力的に行ってきた。そこで各症例を振り返りながらカンファレンスが医療従事者にもたらす効果について再考し報告する。

【方法】

当院で2024年に行ったデスカンファレンス4例の症例、およびデスカンファレンスでの職種ごとの内容を振り返り心理的効果について文献的考察を交えて検討する。

【結果】

職種において、どの症例も視点が少しずつ違い異なる感触をもっていた。特に社会歴や家族背景など職種によって得られている情報が異なるケースも見られた。また回を重ねるごとに、他職種から、この症例をデスカンファレンスしたいなどの要望も出ることがあり、継続することへの意義を感じた。

【考察】

冒頭でも挙げたように人間はどこかで死への恐怖というものを持ち合わせて生きており、在宅医療に携わる医療従事者は知らず知らずのうちにそのネガティブな感情のため心がすり減らされていることが多い。デスカンファレンスはケアの向上だけでなく医療従事者のグリーフケアとしての要素も大きく、思い出を語るだけでも効果があるとされている。

デスカンファレンスを通じて医療従事者自らのケアをすること、および死へ向かった過程の振り返りを経験することは、今後の診療における患者や家族に向けてのより良いケアに通ずると思われる。また継続的にデスカンファレンスを行うことで医療従事者のメンタルケアが行われバーンアウトの予防につながると考えた。

その後に行ったカンファレンスも含めて報告する。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)30 看取り・家族ケア2

P-2-102

訪問診療終了後の遺族へのグリーフケア ー遺族へのエンパワメントー

石山 美枝 イシヤマ ミエ
医療法人社団ホームアレー

【はじめに】

当院は東京都内にある在宅療養支援診療所である。相談窓口には訪問診療終了後の遺族からの相談も寄せられる。遺族とは直接的な契約関係ではないが、残された遺族には身寄りがいない場合も多く、他に適切な相談機関がないケースにに応じている。この度、社会福祉士がグリーフケアを通じて遺族をエンパワメントした症例を報告する。

【事例】

K氏は当院の患者家族であるが、ご自身もがんを患い、病と闘いながら母親のキーパーソンとしてケアをしてきた。母の死後、生前から続いていた親族との相続争いが本格化した。K氏は他に相談できる親族や知人がなく、月に1回程度相談のため来院した。「母や家族とのことをよく知っているからいつも頼ってしまって・・・」と言いながらK氏が話す内容は、当初はK氏の心にある悲嘆を中心としたものであった。当方は批判をせずに傾聴していたが、回数を重ねるごとに当方に個人的な意見を求めるようになっていった。当方からK氏には、時折社会資源を紹介しながら関わってきた。K氏は会うたびに表情が明るくなり、母親の死から2年が経つ今では、趣味を楽しむボランティアにも参加するようになった。K氏の相談内容は悲嘆から徐々に変化し、最近では「来年は短期間の語学留学でハワイに行ってみようと思う」と、社会活動等に向けての内容を話すようになった。

【考察】

母親の逝去直後、頼れる親族がいないK氏にとって、K氏を理解し相談に応じられる場所は当院だけであった。当方は社会福祉士という専門職として、K氏の話す内容そのものを受け止めるスタンスを保ち、グリーフケアの一環として応じた。当初は助言や提案をすることはできるだけ控え、K氏の気持ちを受け止めることに専念し、複数回に渡る相談に応じることで、K氏と強い信頼関係を構築できた。K氏が次のステップに迎えたことは、遺族へのエンパワメントの実現であったと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)30 看取り・家族ケア2

P-2-103

家族会に近い交流ができる場としての広報誌作成の取り組み

加藤 恵美 カトウ エミ
福富 保乃花 フクトミ ホノカ
医療法人社団プラタナス松原アーバンクリニック

【はじめに】在宅での介護者は対象が親や子、親戚など様々であり、介護経験の有無もそれぞれである。介護者から「自分の介護が合っているかわからない」「他の人はどうしているのだろう」と聞かれることが度々ある。その際に往診中の医師や看護師が見聞きしたことを伝えることも大切だが、実際の介護者の言葉の方が現実的で、介護者間の共感や納得も得られるのではないかと考えた。家族会を希望する声もあったが、コロナ禍であったことや日時の調整は困難であった。そのため介護者の思いや工夫を言葉にして、多くの方々に届けられたら家族会と同様の交流ができるのではないかと考えた。

【活動】2023年から当院の委員会で広報誌を発行している。看護師1名、事務1名でインタビューの許可を得られた家族を対象に訪問する。対象は介護者が妻・夫・娘・息子などあらゆる視点から話を伺っている。家族と話すテーマを決め自由に話してもらうようにし、内容を録音・文字起こしをする。他には往診中に介護で工夫している事や物などを紹介してもらい、写真付きでコメントを載せている。力を抜いて楽しく見られるよう「ほっと一息つきませんか」というタイトルで、現在はNo6まで不定期で発行しており、往診時に患者家族に渡している。職員に広報誌の反応や感想を聞いたところ、「渡す際に勧めたいことや聞きたいことを一緒に話せた」「介護は孤独や孤立が起きるので、その負担が軽減されるきっかけになる」とあった。現在は患者家族の意見や感想を直接記入できるスペースを作り、切り取って持ち帰り今後に反映する工夫を始めている。

【考察】広報誌を通して職員と介護者が思いや工夫を、さらに話すきっかけとなっている。また参考にできることが増えることで、介護負担の緩和につながると考える。今後も患者家族の意見を反映させる取り組みで、広報誌が家族会に近い交流の場にしたいと考えている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)30 看取り・家族ケア2

P-2-104

やっと泣けた ～手を差し伸べられ続ける存在であるために～

奥村 由香理¹ オクムラ ユカリ
村上 成美² ムラカミ シゲミ
小原 章央² オバラ アキオ
渡辺 康介² ワタナベ コウスケ

¹医療法人 社団 都会 訪問看護ステーションにしがも

²医療法人 社団 都会 渡辺西賀茂診療所

【はじめに】

当法人で関わり、自宅あるいは病院で最期を迎えられた方は、年間約180名、約7割は在宅看取りである。色々な出会いと別れがあり、自分たちのケアが良かったのかどうか、悩むことも多くあった。

グリーフケアの一環として、故人を偲ぶ「追悼会」を行ってきたが、ご家族だけでなく、スタッフの癒しの場でもありたいと思い「キンセンカの会」を立ち上げた。

【活動】

「キンセンカ」の花言葉には、別れの悲しみ、悲嘆という意味が含まれている。その一方で、変わらぬ愛、静かな想い、という意味も含まれている。大切な方を亡くされたご家族の悲しみ、悲嘆は簡単に癒えるものではない。私たちは、そのようなご家族の悲しみが少しでも和らぐことを願い、故人とそのご家族へ、変わらぬ愛を持って今後も手を差し伸べられる存在でありたい。そんな願いを込めて、「キンセンカの会」と命名した。

キンセンカの会では、ご家族と一緒に音楽を聴き、ご家族代表の方に介護中の出来事を語って頂いただき、大切な思い出を語らう場を持った。

参加者のアンケートでは、職員と話をする機会を持ちたかったという理由が多く、お世話になった方に感謝の気持ちを伝えられて良かった、当時を振り返り、思い出話ができることが本当に良かった、家族が亡くなってから忙しい日々を過ごしていたが、やっと泣くことができた。という言葉が印象的であった。

スタッフからも、重い空気にならず、出会いに感謝される方々を見て、笑顔になった。歌が心に響いた、などの言葉が聞くことができた。

【考察】

大切な方を亡くされたご家族の悲しみや悲嘆は簡単に癒えるものではなく、私たちケアをする側も日々葛藤と向き合っている。思いを表出できずに、抱え込んでいるご家族は少なくない。ご家族と一緒に泣き笑い、思い出を振り返ることが、癒しに繋がっていくのではないかと。また私たちにしかできないケアがあるのではないかと。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)30 看取り・家族ケア2

P-2-105

子どもたちが繋ぐ架け橋 ～繋がり続ける特別な場所作りを目指して～

山内 由佳理 ¹	ヤマウチ ユカリ
阪下 早織 ¹	サカシタ サオリ
奥村 由香理 ¹	オクムラ ユカリ
村上 成美 ²	ムラカミ シゲミ
小原 章央 ²	オバラ アキオ
渡辺 康介 ²	ワタナベ コウスケ

¹医療法人 社団 都会 訪問看護ステーションにしがも

²医療法人 社団 都会 渡辺西賀茂診療所

【はじめに】

病児を抱える家族は社会から遠ざかり孤立した感覚に陥りやすく、医療や社会資源との繋がりが保てるよういかに支援するかが重要である。

日々のケアに追われ家族はどうしても気軽に外出できない。感染のリスクに怯え、車椅子が通れるか心配し、何より他者からの「視線」を気にしてしまう。これらが孤独に拍車をかけている。

【活動】

訪問看護を続ける中で家族は日々のケアに対する不安や疑問をどこに相談して良いか分からなかったり、自分の時間が作れなかったり、家族で外出ができないといった状況があることを知り、この現状を打破すべく、訪問看護ステーションで「さくらんぼの会」を立ち上げた。

「さくらんぼの会」とは訪問看護で関わりのある子どもとその家族を対象にし、交流の場だけでなく、情報交換の場、「ほっこり」できる場として家族、子ども同士の横の繋がりを目的としている。立ち上げてわずか1年であるがこれまでに3回開催し、スタッフによる演奏会、難病の子どもを抱える母親たちで結成された女性和太鼓奏団による和太鼓演奏会、クリスマスパーティーでお菓子作りなどを行った。これらの活動報告と今後の課題について報告する。

【考察】

病児の家族は状態が安定していると安心したり、少しでもいつもと違うことがあれば不安になったり、日々そんな葛藤と向き合っている。

日々の安心と不安の日常を「さくらんぼの会」を通して分かち合い、相談したり、気分転換ができたり、子どものはしゃぐ声や姿を見て笑顔になる時間をもつことができた。

そして社会や人から孤立しがちな家族や子どもたちにとって安心できる居場所作りになると考える。

今後、病児の親同士のネットワークが地域で拡大することで互いに連絡し合い、気軽に会って話したり、さらには病気があんなし関係なく地域の子どもたちが仲間を作ったり、親子が枠組みを超えて繋がり続けられる場を作っていくことを目指したい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)30 看取り・家族ケア2

P-2-106

当院におけるグリーフケアの現状と今後の課題について

田枝 美江 タエダ ミエ
加曾利 良子 カソリ リョウコ
小泉 知子 コイズミ トモコ
田淵 未加 タブチ ミカ
富田 美穂 トミダ ミホ
中村 幸伸 ナカムラ ユキノブ
つばさクリニック岡山

【はじめに】当院は在宅療養支援診療所として約500名の在宅患者に訪問しており2023年12月から1年間で150名の患者を看取ってきた。当院では遺族ケアを目的として診療同行看護師によるグリーフケアを行っているが、困難感を抱くものも少なくない。そこで、困難感を明らかにするために当院12名の訪問診療同行看護師に対してグリーフケアに関するアンケートを行ったので報告する。

【活動】アンケート内容は、訪問看護師に関する先行研究を参考に、看護師経験年数、グリーフケア経験年数、グリーフに関する29項目の質問に対して「困難」「困難でない」の2択で評価した。その結果、看護師経験年数およびグリーフケア経験年数によって困難感に差は認められなかった。また、半数以上が困難を感じるとした項目が8項目あり、内訳は「知識、技術」に関するものが上位を占めた。一方、困難を感じないと回答した項目は10項目あり、主に「家族とのコミュニケーション」に関するものであった。

【考察】家族とのコミュニケーションに対する困難感は低く、寄り添い傾聴する姿勢が実現できていることが示された。一方、困難と感じた項目では、遺族の悲嘆や生活の変化を適切にアセスメントするための知識不足が明らかとなり、グリーフケアに関する教育や事例の振り返りの必要性が示唆された。また、当院はプライマリーナーシングを採用しているが診療補助の立場であり、受け持ち患者に訪問する機会が少なく、日替わりで様々な看護師が関与する体制により多角的な情報を得て、記録に残す取り組みを行い、ケア提供における自信や向き合い方への困難感を軽減してきた。今後、教育の機会を設けて質の高い情報共有をするとともに、他機関との連携を積極的に進めることで、事例検討やデスカンファレンスを通じたグリーフケアの質向上が期待される。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)30 看取り・家族ケア2

P-2-107

訪問看護師の初回訪問時に「看取りパンフレット」を用いて説明を受けた 終末期患者家族の気持ち（看取りパンフレット研究第1報）

南川 雅子 ¹	ミナミカワ マサコ
富澤 直紘 ^{2,4}	トミサワ ナオヒロ
大島 祐希 ²	オオシマ ユキ
勘 晃平 ⁴	アザミ コウヘイ
山下 尚美 ³	ヤマシタ ナオミ
山口 あつこ ²	ヤマグチ アツコ
林 滢 ²	ハヤシ リョウ
工藤 陸希 ²	クドウ ムツキ
石川 久美子 ²	イシカワ クミコ
柳田 富子 ²	ヤナギダ トミコ
田村 元気 ²	タムラ ゲンキ

¹帝京大学

²訪問看護ステーションルピナス川口

³東邦大学

⁴訪問看護ステーションルピナス草加

【目的】A訪問看護ステーションではオリジナルの「看取りパンフレット」（以下パンフレット）を作成し、多くの終末期患者家族の初回訪問時にパンフレットを使用して説明を行っている。本研究は、初回訪問時にパンフレットを用いて看取り説明を受けた終末期患者家族の気持ちを明らかにすることを目的とした。

【方法】対象者は在宅で亡くなった終末期患者の家族30名。医師の病状説明内容、初回訪問時というタイミングの適切性、看取り説明時の気持ちを明らかにするための記述式アンケートを郵送法で配布・回収した。基本属性はカルテから収集した。記述データはNVivoにより内容分析を行った。研究の実施にあたり所属校医学系研究倫理委員会の承認を得た。

【結果】対象者は女性26名、続柄は配偶者（14名）が多かった。看取り説明を受けたタイミングが「ちょうどよかった」者20名（66.7%）、「早かった」者（以下、早い群）7名（23.3%）、「遅かった」者（以下、遅い群）3名（10.0%）であった。病状説明内容は47記録単位が抽出され、10サブカテゴリから【死が近い状態】【病状の悲観的な見込み】【安楽を重視した生活の勧め】の3カテゴリが生成された。早い群も【死が近い状態】等のシビアな説明を受けていた。看取り説明を受けた際の気持ちは48記録単位が抽出され、12サブカテゴリから【死に向き合う覚悟ができた】【不安が解消した】【向き合い方を考えた】等の6カテゴリが生成された。早い群から抽出された記述内容は、〈受け入れがたい転帰に落胆した〉〈思いがけない説明に陰性感情を抱いた〉の2サブカテゴリに集中していた。

【考察】早い群は医師からシビアな病状説明を受けていても、初回訪問時の看取り説明に対して落胆の気持ちや陰性感情を抱くことが明らかになった。早い群の特徴が分かれば、適切な時期に説明することが可能になると思われる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)31 がん疾患管理・緩和ケア2

P-2-108

当院における在宅輸血の現状

阿部 裕 アベ ユタカ
城谷 典保 シロタニ ノリヤス
宮下 友子 ミヤシタ トモコ
白濱 由香里 シラハマ ユカリ
新横浜在宅クリニック

【はじめに】

当院は平成29年に開設された在宅診療を中心とするクリニックであり、特に在宅でのがん患者のフォローや緩和ケアを行なっている。当院では、在宅輸血によって患者さまの苦痛な症状が緩和され、生活の質が維持できることが期待される方を対象として、在宅赤血球輸血を行っている。

【症例】

2017年から2024年の間に26例の患者に対して在宅輸血を行なっている。年齢は48歳から98歳で男性16例、女性10例。病名は骨髄異形成症候群3例、白血病3例、悪性リンパ腫2例、肺癌2例、胃癌3例、膀胱癌3例、胆嚢癌1例、大腸癌1例、乳癌3例、尿管癌1例、前立腺癌1例、卵巣癌1例、悪性黒色腫1例、肝硬変症1例（重複含む）であった。

【考察】

血液疾患やがんの末期など、苦痛な症状を緩和するために定期的な輸血を必要とする患者さまにとって、在宅での輸血は住み慣れた場所で穏やかに過ごすための支えになりうる。在宅輸血を安全に実施するためには多職種への啓蒙活動や患者教育を行い、また、在宅医、クリニック（院内）看護師、訪問看護師、ケアマネージャーも含めて在宅医療を実施している多職種間での連携体制を構築する必要がある。さらには輸血後の患者様の見守りを御家族・御友人（患者付添人）にお願いするなども必要となる。当院で在宅輸血を施行した症例を通して、在宅輸血の利点や問題点などを考察する。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)31 がん疾患管理・緩和ケア2

P-2-109

メサドンの内服が困難となったため、フェンタニル貼付剤にスイッチングを行った2症例

上田 裕介¹ ウエダ ユウスケ
木村 敬一¹ キムラ ケイイチ
酒井 秀都¹ サカイ シュウト
柳楽 知義² ナギラ トモヨシ

¹医療法人光輪会光輪クリニック

²医療法人光輪会さくらクリニック

【はじめに】メサドンは、他の強オピオイド鎮痛薬では十分な鎮痛効果が得られない難治性がん疼痛に使用されるオピオイド鎮痛薬であるが、他のオピオイド鎮痛薬との交叉耐性が不完全で、一律な変換比率がない。今回、病態進行により経口摂取が困難となった患者に対して、既報を参考に用量調整を行い、フェンタニル貼付剤へのスイッチングを行った2症例を経験したので報告する。【症例】症例1は60歳代男性。X年12月に肺癌（副腎転移あり）と診断された。副腎転移の腹腔神経節浸潤による疼痛に対して、メサドン15mg/日の投与を受けていた。X+1年8月に在宅緩和ケア目的で訪問診療を開始した。同年9月中旬から内服が困難となったため、9月末にメサドンの内服からフェンタニル貼付剤に変更した。持続投与に伴う拘束感から、本人が持続注射を拒否したため、フェンタニル貼付剤を選択した。スイッチングによる疼痛の増強は認めず、同年10月初旬に自宅で永眠された。症例2は70歳代男性。X年2月に浸潤性尿路上皮癌と診断された。化学療法が行われたが、肺転移や骨転移が出現し在宅緩和ケアのため、X+3年11月下旬に訪問診療を開始した。骨転移による疼痛に対してメサドン15mg/日の投与を受けていたが、眠気と嘔気のためオピオイドのスイッチングが必要となった。麻痺性イレウスと持続注射に伴う拘束感が原因のせん妄の既往から、フェンタニル貼付剤を選択した。麻痺性イレウスの増悪による入院が一時的に必要なとなったが、疼痛コントロールは良好で、同年12月末に自宅で永眠された。【考察】終末期がん患者の多くは、病態の進行に伴い内服が困難となることが想定される。フェンタニル貼付剤は調節性は優れないが、患者への侵襲が少なく、介護者が管理しやすい薬剤である。今回は既報を参考に用量調整を行い、メサドンからフェンタニル貼付剤にスイッチングを行うことができた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)31 がん疾患管理・緩和ケア2

P-2-110

在宅医療における用手吸引式急速腹腔穿刺ドレナージ

大屋 清文 ¹	オオヤ キヨフミ
福田 暁子 ¹	フクダ アキコ
徳谷 理恵 ^{1,2}	トクタニ リエ
浜野 淳 ³	ハマノ ジュン
横道 直佑 ⁴	ヨコミチ ナオスケ
石木 寛人 ⁵	イシキ ヒロト
小山田 隼佑 ⁶	オヤマダ シュンスケ
平本 秀二 ²	ヒラモト シュウジ

¹医療法人平和の森 ピースホームケアクリニック京都

²医療法人平和の森 ピースホームケアクリニック

³筑波大学 医学医療系 臨床医学域 (総合診療医学・緩和医療学)

⁴聖隷三方原病院 緩和支援診療科

⁵国立がん研究センター中央病院 緩和診療科

⁶JORTC データ センター 統計部門

【はじめに】 症状緩和のための腹腔穿刺ドレナージ時の排液速度については、定まった見解がない。今回われわれは在宅診療の現場で、用手吸引による急速腹腔穿刺ドレナージを明らかな有害事象の出現なく実施しえた3例を経験したので、具体的な実践方法を交えて報告する。

【症例】 症例Aは72歳男性、非代償性肝硬変による腹水貯留の患者。症例Bは73歳男性、腓尾部がん・腹膜播種による悪性腹水の患者。症例Cは54歳男性の腓尾部がん・多発肝転移による悪性腹水の患者であった。排液量は1.4～3Lで、処置時間は12～14分だった。処置直後・処置2(±1)時間後、処置24時間後の収縮期血圧はいずれの患者も90mmHgを下回ることはなく、その他明らかな有害事象も指摘されなかった。

【考察】 用手吸引式急速腹腔穿刺ドレナージは患者の長期臥床の負担軽減、処置時間の削減、訪問医の訪問回数の減少につながることが期待できる。今後、本手技の安全性を検証する量的研究が必要である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)31 がん疾患管理・緩和ケア2

P-2-111

非がん性呼吸器疾患の終末期における緩和治療の課題 ～特発性間質性肺炎の一症例～

原 史郎 ハラ シロウ
康曜会 プラナーナクリニック

【はじめに】

非がん性呼吸器疾患の終末期における緩和ケアは、疾患進行の不確実性と患者の症状管理の複雑さが絡み合うため、患者のQOL向上や家族支援において多面的なアプローチが求められる。特に呼吸困難発作や不穏などの症状緩和は課題が多く、適切なケア体制の構築が必要である。本症例では、特発性間質性肺炎（IPF）の患者に対する緩和治療を通じて、終末期ケアの課題を検討する。

【症例】

60歳代男性。非がん性呼吸器疾患であるIPFと診断され、徐々に呼吸困難が進行。在宅酸素療法（HOT）を導入し、訪問診療を開始した。COVID19感染による悪化を契機に、酸素療法を工夫し、高流量酸素投与器具や一方向弁付きリザーバーマスクを活用した。さらに、モルヒネ（オピオイド）の定期内服と必要時追加、不眠や食欲不振に対するミルタザピン導入により症状緩和を試みた。患者の希望である「自宅で最期を迎えたい」は実現したが、最終末期には呼吸困難発作時の不穏が見られ、酸素療法デバイスの外しによりSpO2が低下し永眠。家族には不穏な最期への心残りが残った。

【考察】

本症例は、患者の意思を尊重したケアを行いつつも、終末期における不穏や呼吸困難発作に対する緩和が十分でなかったことを示している。非がん性呼吸器疾患の緩和ケアでは、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の早期導入や症状悪化を予防する包括的な計画が不可欠である。また、最終末期における鎮静療法の適切な導入時期を検討し、家族への事前説明と心理的支援を強化することが、患者と家族双方のQOL向上に寄与すると考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)31 がん疾患管理・緩和ケア2

P-2-112

当院における末期がん患者に対する持続皮下注射実施率の変化と
Good Death Scale 日本語版 (GDS-J) による質評価

柳澤 克哉	ヤナギサワ カツヤ
高木 海	タカキ カイ
板舩 笑果	イタマス エミカ
山下 歩	ヤマシタ アルク
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
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
守上 佳樹	モリカミ ヨシキ

よしき往診クリニック

【目的】持続皮下注射（以下、CSI）は末期がん患者の症状緩和に有用な選択肢の一つとなっている。しかし、CSI実施が患者家族の満足度に寄与するかどうかは明らかではない。当院では2022年に携帯型ディスポーザブル注入ポンプ導入し、複数名の緩和ケア認定医が着任した結果、CSI実施率の向上が認められた。そこで、Good Death Scale 日本語版（以下、GDSJ）を用いてCSI実施と良好な終末期の評価の関連性について検討した。【方法】2018年1月から2023年12月までに当院で在宅がん医療総合診療料を算定した患者を対象とし、訪問看護ステーションにアンケート調査を実施した。調査内容は担当看護師が「死を迎えつつあることへの認知」「自己の病気への受容」「患者の意思の尊重」「死亡時期の適切性」「死亡前3日間の身体的快適さ」の各項目を0～3点で評価し、合計点が高いほど良好な終末期と評価した。CSI実施率とGDSJ評価項目の関連性について Welch のt検定を用いて評価した。対象者には個人情報利用目的を書面で説明し同意を得た。【結果】対象者は156名であり34名（21%）にCSIを実施した。CSI実施率は2021年以前は103名中12名（11%）、2022年以降は53名中22名（41%）であった。2018年から2021年までのGDSJの平均点は12.88点、2021年から2023年までは、13.14点であった。Welch のt検定を用いて2022年前後の群でGDSJ平均点を比較したが有意な差は認められなかった。死亡前3日間の身体的快適さの評価においても同様に有意差は認められなかった。【考察】本研究では、CSI実施率の向上が良好な終末期に寄与する可能性は示唆されなかった。疼痛コントロール以外に良好な終末期に影響を与える要因について、今後の更なる検証が必要であると考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)31 がん疾患管理・緩和ケア2

P-2-113

ホスピスにおいて鍼灸マッサージ師がやれることはあるのか？

坂東 貴文 ¹	バンドウ タカフミ
澁谷 泰介 ¹	シブヤ タイスケ
鈴木 理香 ¹	スズキ リカ
山本 海生 ¹	ヤマモト ミオ
池田 未来 ¹	イケダ ミキ
山田 莉姿 ¹	ヤマダ リサ
折笠 瑛美里 ¹	オリカサ エミリ
柴田 敬梧 ¹	シバタ ケイゴ
秋山 彩雲 ²	アキヤマ サイウン
立野 慶 ³	タテノ ケイ

¹医療法人社団ユニメディコ 緩和ケア委員会

²医療法人社団ユニメディコ マッサージ部

³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医療特化型住宅型有料老人ホームにおいて、がん末期患者、終末期患者も積極的に受け入れており、緩和ケアチームの一員として鍼灸マッサージ師が介入参加している。がん性疼痛、精神的抑鬱状態などに対する非薬物治療のひとつとしてのマッサージは、医療保険も適応され、疼痛コントロール、精神的な緩和ケアとしても有用なことは報告されている。今回我々は、当法人ホスピスにおける鍼灸マッサージ師の活動を報告する。

【活動】

対象：2023年1月～2024年12月（24か月間）において、当法人が運営するホスピス機能を要した医療特化型住宅型有料老人ホームにおいて、がん末期患者および終末期患者合計139名（男性67名女性72名平均年齢81.7歳平均介護度4.0、その内訳はがん41名心疾患9名脳卒中後遺症76名神経変性疾患2名骨折後3名、廃用症候群等その他8名であった。当法人在籍セラピスト16名：鍼師13名灸師14名あん摩マッサージ指圧師16名。施術はすべての症例において医療保険を適応、施術方法はあん摩マッサージ指圧を実地、平均介入回数2.7回/週、平均施術部位数3.9部位/5部位中であった。必要に応じてオイルを併用、介入時間はいずれも20分/回であった。転帰：死亡101名転居9名継続中29名平均介入期間は105.0日であった。

【考察】

マッサージの効果については鎮痛効果だけでなく不安の軽減、嘔気などの苦痛症状の緩和が報告されている。鍼灸マッサージ師が緩和ケアチームの一員として介入し心身両面からのアプローチで緩和ケアの質が高まることで個々の患者に適した介入が可能となり、終末期患者のQOL向上が期待される。緩和ケアチームの一員である鍼灸マッサージ師にも医療・介護面の視点での情報共有は必須であり、がんおよび終末期ケアについての専門知識や経験がより必要になると思われた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)31 がん疾患管理・緩和ケア2

P-2-114

在宅医療で麻薬性鎮痛剤を持続注射する場合の工夫

小笠原 貞信¹ オガサワラ サダノブ

宮原 一樹² ミヤハラ カズキ

¹社会医療法人 長崎記念病院 内科

²(株) MIZ 長崎 溝上薬局深堀店

【はじめに】

在宅医療において、末期癌を診療するケースは非常に多い。癌性疼痛に対して在宅でオピオイドを注射投与する場合、調剤薬局との連携・調整を考慮する必要がある。またPCAポンプの選択も限られているため、これらの条件に合わせた運用が求められる。当院では約7年間の在宅診療を通して、麻薬性鎮痛剤を持続注射する場合に、なるべく迅速に適切な用量・流速調整ができるよう工夫をおこなったので報告する。

【活動】

当院の在宅医療で、オピオイド注射薬を使用するケースは年間6～7回程度とそれほど多くなく、調剤薬局はあまり多種・多量の在庫を保管できない。一方、末期癌の症状進行を正確に予測するのは難しく、比較的急にオピオイドを注射剤に切り替えたい場合も多い。そこで多種のオピオイドを様々に検討した結果、まず原則的にオピオイド注射薬をヒドロモルフォンに統一した。

また当院で採用しているPCAポンプは2種あり、ヒドロモルフォン注射薬も2規格が採用されている。様々な濃度・流速の組み合わせを検討した結果、ヒドロモルフォン20mg/2mlの規格を使用し、100ml溶液として調整すると、1セットで幅広い用量を数日間投与できると考えられた。

【考察】

在宅でオピオイド注射薬を使用する場合の工夫として、ヒドロモルフォンに原則統一することにより、担当地域で運用を簡素化できた。またヒドロモルフォン濃度・流速は、一般的な内服→注射薬の換算表を参照するだけでなく、最終段階までポンプ流速を漸増するまでを想定すると、適切な選択をしやすいと思われた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)31 がん疾患管理・緩和ケア2

P-2-115

知的障害の癌末期患者の「おうちにかえりたい」に寄り添うために

平田 沙和 ヒラタ サワ
稲城在宅療養クリニック

【はじめに】知的障害を持つ患者が、癌末期となった時、病状の理解が困難であり、今後起こりうることの予測が立たず混乱・不安を抱えることが多い。そのような患者の自宅で過ごしたい、という気持ちは、家族の介護力によって実現できるかが決まるといっても過言ではない。今回、家族にも知的障害があり、介護力の全くないご家庭での在宅療養をどのようにサポートするか、チームで悩んだ症例を報告する。

【症例】62歳女性、療育手帳は未申請、小学校レベルの会話が可能な知的障害あり。上に兄が2人いるものの、同様に知的障害あり。3人で作業所に通い生活を送っていたが、X年1月末に食事が摂れなくなり病院受診。上行結腸癌による完全閉塞、多発肝転移、多発肺転移の診断。外科手術や内視鏡は恐怖で行えず、嘔気嘔吐をおさめるための経鼻胃管挿入と、PICC挿入による輸液管理を開始。症状が治まると、帰宅願望が強くなり、一時退院。24時間体制でのヘルパー自費導入、連日の午前訪問看護、午後訪問診療で体調確認を行い、胃管や点滴の管理を安全に行ったが、介助者との相性により精神状態も不安定となり、在宅療養が困難となることもあった。入退院を繰り返し、最期を療養型病院で穏やかに迎えた。

【考察】患者と医療従事者間のコミュニケーションの難しさを痛感する一例であった。症状の訴えが正確にはできず、突然不機嫌になったり、介助者を困らせたりすることで、自分の感情やストレスを発散することもあり、注意深く患者の様子を観察し、推し量りながらの介入が必要であった。ご本人自身の病状の理解も十分とは言えなかったため、親族、病院側、在宅チーム側でACPを繰り返し、本人の生き方に寄り添う医療・緩和ケアとは何かを悩みながら選択し、孤独にさせない終末期をサポートできたのではないかと振り返る。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)31 がん疾患管理・緩和ケア2

P-2-116

癌性腹膜炎の治療中に腹腔留置ドレーンの位置異常を呈し、対応を要した膵臓癌の一例

伊賀 勝康 イガ カツヤス
松下 直彦 マツシタ ナオヒコ
佐藤 幸 サトウ ユキ
宮崎 有弘 ミヤザキ ヤスヒロ
松本 巧 マツモト タクミ
勤医協苫小牧病院

【はじめに】在宅みとりの経過で留置ドレーンが体内に引き込まれ対応に苦慮した症例を経験したので家族の同意の元、若干考察を加え発表する。

【症例】70才男性。X前年5月体重減少精査のCTで膵頭部癌と肺転移を指摘、メタリックステント留置。X前年7月前医で化学療法開始も薬剤性肺障害を呈しS1単剤へ変更。X年4月腹水増量、食不振のため複数回の穿刺対応。X年4/23PTCD用ピッグテイルカテーテルで左側腹から腹腔内挿入。X年4/28当院紹介で在宅訪問診療初診。PS2で低下傾向でご本人は自宅みとりを希望された。左側腹に嚴重に絹糸巾着縫合されたカテーテルは目盛がなく深さは特定できず。ドレーン連日抜水を開始し徐々に腹囲は減少した。5/2カテーテルの奥にオビオイド無効の強い突出痛が複数回あり臨時往診。カテーテル接触による疼痛疑い。その数時間後カテ異常の訪看報告あり同日再往診。初診時体外に15cm程あったカテーテルは残り3cmまで引き込まれていた。在宅で消毒局麻し愛護的に抜去し縫合。細菌性腹膜炎の合併を危惧し一時入院対応。抗生剤投与で幸いに発熱などなく経過した。5/10留置用アスピレーションカテ再留置して5/13退院。自宅で抜水を継続した。5/23胆管炎で短期入院。ステント再留置し自宅療養を継続し7/31自宅で永眠された。

【考察】ピッグテイルカテーテルは事故抜去防止のため流用されていたと思われるが、腹水減量し腸管接触した際に蠕動によりトラブル発生したと思われる。再挿入したストレートの留置カテーテルでは同様のトラブルが起らなかった。左側腹部は遊離するS状結腸に近く惹起されたものと考えられた。公益財団法人日本医療評価機構医療事故情報収集事業報告では外科部門においてドレンカテーテル体内落下報告は一定見られる偶発症であった。初診時の情報確認とマーキングがあれば一定早期介入できた可能性があった。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)31 がん疾患管理・緩和ケア2

P-2-117

本人からの要請で訪問診療の緊急介入を要した終末期乳がんの1例

神山 幸一	カミヤマ コウイチ
福江 眞隆	フクエ マサタカ
本田 梓	ホンダ アズサ
吉田 奈美	ヨシダ ナミ
飯泉 優子	イイズミ ユウコ
今城 岳彦	イマジョウ タケヒコ

医療法人あい友会 あいつくばクリニック

【はじめに】乳がん末期患者本人からの依頼で急遽訪問診療介入となった1例を報告する。

【症例】60代後半女性：左乳がん T4N3M1 IV期。夫とは十数年前に死別、身寄りなし。2000年春頃に乳房の小さなしこりに気づいたが放置し徐々に増大、花咲乳がんとなるも自身で処置し医療機関を受診することはなかった。2024年4月頃から呼吸困難、左胸痛、左上肢の腫脹が出現し自身でも乳がん末期と悟った。同年7月初旬、これ以上一人での生活には限界を判断し自身で施設入居を希望され地域包括センターに連絡したが主治医がいなくて何もできないと言われた。同年7月X日何とか自身で車を運転し当院を受診された。左花咲乳がん（悪臭あり）、腋下、鎖骨上窩LN転移、胸部Xpで左胸水、腹部USで多発肝転移を認めた。積極的治療は希望せず自宅あるいは施設での緩和治療を希望された。即座に地域包括センターと連携し訪問看護を依頼、X+1日地域包括センター職員、訪問看護師同席で初回診療をおこなった。各種サービスを提案した。腫瘍の出血部位はカルトスタット貼付で止血しロゼックスゲルを塗布した。Hb6.2g/dL、Fe10 μ g/dLと強度貧血を認めた。アセトアミノフェン1200mg/日、オキノーム2.5mg 屯用、貧血に対し鉄剤を処方した。X+2日も訪問、状態は落ち着いていた。同様の処置を施行し週1回の定期訪問とした。X+3日、呼吸困難が増強し酸素飽和度の著しい低下を認め往診となった。ご本人よりこれ以上の自宅での独居は困難との訴えで入院を希望され、ご本人の同意のもと救急搬送となった。入院数日後に逝去された。

【考察】医療・介護が全く介入しない状態から緊急での訪問診療となった。当院では迅速に対応したが3日の介入で訪問診療は終了となってしまい、遅きに失した状態であった。このような方でも気軽に相談できるシステム構築が必要と考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)31 がん疾患管理・緩和ケア2

P-2-118

終末期がん患者の「美味しい」を引き出す訪問看護実践 管理栄養士と協働して症状が改善した症例

森 歩 モリ アユミ
池上 幸子 イケガミ サチコ
井手 久仁子 イデ クニコ
馬場 美代子 ババ ミヨコ
在宅看護センターびりーぶ

【はじめに】在宅療養中は、食に関して医療者ができるサポートは情報のサポートに留まり、それ以上のサポートは難しい現状である。今回、情報のサポートに加えて管理栄養士と協働し食事の支援まで実施したことがきっかけで、食欲だけではなく不眠・嘔気・便秘・気持ちのつらさの症状改善まで繋がった症例を報告する。

【症例】A氏：80歳代女性、膣がん（終末期）放射線療法後、息子と2人暮らし。入院中から食欲低下・嘔気・不眠・便秘・不安がみられており薬物療法が行われていたものの症状は続いていた。退院後は息子が食事を準備していたが、食べてくれない・症状にも対応できないと緊急訪問の依頼も多々あった。A氏は消化管には病変が確認されておらず、消化管運動が抑制されていること、また本人と息子の不安が症状に強く影響している可能性を考え、薬物療法や精神的苦痛への支援に加えて、週に2回看護看多機の管理栄養士が作成した食事を訪問スタッフが届けることとした。A氏の心身の状態・ケア内容・採血結果を共有し、嗜好や状態に合わせて食事内容をともに考え、また訪問Nsと会話をしながら食事をするなどの取り組みの結果、3週間後には食事量は2～3口から常食の1/3程度まで増え「おいしい」と話すようになった。嘔気はNRS5から0へ、排便は1回/wから1～3日に1回へ、睡眠は夜間2～3時間から8時間へ、気持ちの辛さは5から0へ改善した。息子からの相談の電話もみられなくなった。

【考察】訪問看護では栄養管理に対する診療報酬加算はなく、本人・家族まかせになる。患者に合わせた食事を3回/日準備することは家族の悩みや負担になることも多い。本人の状態を考慮した食事を自宅でも提供することは、食欲が低下しているがん患者の「美味しい」という感覚を引き出し、在宅療養継続のための家族の知恵や力にもなり、患者の様々な症状改善のトリガーになる可能性が示唆された。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)32 小児・AYA世代

P-2-119

小児在宅歯科診療に取り組むためのSTEP表の作成 ～日本在宅医療連合学会 東海支部会 「子どものやりたいと幸せを目指す委員会」 活動報告～

坂井 謙介¹ サカイ ケンスケ

深津 ひかり² フカツ ヒカリ

佐藤 絵美³ サトウ エミ

¹医療法人 隼和会 坂井歯科医院

²ふかつ歯科

³歯科診療所ひまわり

【はじめに】

小児在宅医療に地域で携わる医療職が不足していると言われている。小児在宅歯科医療においても、関わっている歯科医師はわずかである。在宅人工呼吸器管理を行なっている人を対象とした調査では約半数は歯科受診歴がなく、口腔内診査や口腔ケアなどのニーズがあることがわかる。一方で、多くの歯科医療従事者は医療的ケアを受ける患者や重症心身障害児・者に対して、何をすればいいのかわからなかったり、リスクを感じていることが多く、一歩踏み出せない現状がある。

【活動】

東海支部会では、地域在宅医療活動の活性化を目的に令和4年度から各種委員会を立ち上げて地方会を開催するなどの活動をしている。「子どものやりたいと幸せを目指す委員会」はその名を目標に①裾野を広げる活動②地域内での多職種交流③地域を超えた同職種の交流を行なっている。①の活動として各職種が小児在宅医療に取り組むための心理的な壁が軽減されるように、どのレベルの関わりが必要かを明確化したSTEP表を作成し医師版の活用について報告した。今回、小児在宅歯科医療に関してもSTEP表を作成を試みた。

【考察】

STEP表は縦軸に3、横軸に4の項目を配した。STEP1は受動的な対応、STEP2は関心的な対応、STEP3は能動的な対応 横軸は定期訪問診療、臨時対応、発達子育て支援、地域連携能力とし、定期訪問診療のSTEP1は口腔衛生管理ができる、STEP2は適切に乳歯抜歯ができる、STEP3は成長を見据えた口腔機能管理ができるなど口腔全体を診る過程を考慮した。また、臨時対応では観血処置や窒息への対応、発達子育て支援では口腔から生活に目を向け、連携では関係職種から行政、教育へと視野を広げることをイメージした。他職種の表と共通項を意識しながら歯科医療のやるべき内容を難易度を考慮して作成した。今後、勉強会や学会などを通して活用していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)32 小児・AYA世代

P-2-120

小児科医と連携した医療的ケア児（者）の在宅移行への取り組み

川越 徹彰¹ カワゴエ テツアキ
田中 総一郎² タナカ ソウイチロウ
田上 佑輔³ タノウエ ユウスケ

¹やまと在宅診療所大崎

²あおぞら診療所ほっこり仙台

³やまと在宅診療所

【はじめに】医療的ケア児（者）の在宅診療への移行は、以前から小児医療の課題の1つといわれたきた。要因は多岐にわたると考えられるが、そのうちの1つとして在宅医と小児科医のコミュニケーションの不足によるのではないかと仮説を立てた。【活動】在宅移行に積極的な小児科医と連携し、在宅医向けの講演会、実技講習会を実施した。【考察】在宅移行へのハードルは複数存在するが、在宅医の小児に対する理解が深まるのと合わせて、小児科医とのコミュニケーションが円滑となることでスムーズに在宅移行が進むことが期待される。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)32 小児・AYA世代

P-2-121

気管切開、人工呼吸器管理で退院した医療的ケア児に対する訪問看護の実際

川村 美和¹ カワムラ ミワ

山田 直美² ヤマダ ナオミ

本田 美由紀² ホンダ ミユキ

¹セコム驚沼訪問看護ステーション

²セコム医療システム（株）訪問看護ステーション看護部

【はじめに】担当医や訪問看護師が人工呼吸器離脱は難しいと考えていた児が自宅に戻り短期間で回復した。児のやりたいことを踏まえ、看護実践した事例を報告する【症例】児は女児、40週で出生し健康に成長発達していた。活発だった児は活動性が低下し、200X1年に呼吸器疾患を診断され1年間の入院治療となる。退院と同時に訪問看護を開始した。児は気管切開、24時間人工呼吸器管理で20分程度しか呼吸器を外せない状態だった。呼吸機能が弱く、人工呼吸器離脱は難しく安静が必要とアセスメントし、呼吸器や気管カニューレのトラブルを起こさず、安全に自宅で過ごせると看護計画を立案し関わった。しかし退院し2週間が経過した頃の児はチューブをみながらダンスをし、呼吸器から人工鼻に変更した途端に部屋の中を猛ダッシュしていた。児は看護師に「三輪車に乗りたいの」と言ってきた。児の様子から運動機能の改善が期待できるとアセスメントし直し、呼吸状態に注意しながら活動量を増やし三輪車に乗れるようになる、と看護計画を修正した。児の母と主治医、訪問看護師で目標を共有し、人工鼻で過ごす時間を増やしていく方法を話し合った。人工鼻で過ごした時間や状態を記入したシートを使用し、児の評価を医師と共有し呼吸器離脱時間、活動量の調整をした。訪問時に酸素ボンベと吸引器を持参し三輪車で公園に外出した。酸素飽和度と顔色、息切れを確認しながら休息や水分補給をさせた。その結果、退院から半年で日中は人工鼻で過ごせるようになり退院から1年で呼吸器を離脱することができた【考察】本人が体を使って遊びたい気持ちが強く、外での遊びが呼吸リハビリテーション、排痰ケアにつながり呼吸機能の改善ができた。児の意向を叶えるために医師と連携し身体発育、成長発達の変化を認めたタイミングでアセスメントを繰り返し見通しやケアを見直すことで児の状態に合わせた関わりができたと考える

利益相反：なし

一般演題(ポスター)32 小児・AYA世代

P-2-122

医療者拒否のAYAがん患者へ在宅緩和医療介入まで

渡邊 由利子 ワタナベ ユリコ
廣瀬 憲一 ヒロセ ケンイチ
河野 悟 コウノ サトル
篠 美和 シノ ミワ
広瀬病院

【はじめに】

日本では毎年約2万人のAYA世代（A世代15歳から24歳の思春期 Adolescents、YA世代25歳から39歳の若年成人 Young adults）ががんを発症すると推定される。がん診療を積極的に行っている病院を全国的にみても施設毎の全がん患者数の4%とくにA世代患者数は施設毎の中央値が5例であった。当院在宅診療部でもがん患者への介入は多いが、AYA世代がん患者は筆者が勤務してからの3年間で3例すべてYA世代でA世代は0例だった。発達段階や家族背景を踏まえたかかわりが重要であるが、症例数は少ない。本報告では医療者との接触を拒否していたAYA世代のがん末期患者への対応を述べる。依頼を前医及び両親から受けたもの、本人の同意がなかなか得られず介入までに難航した症例を報告する。

【症例】

20代（A世代）男性 左精巣癌腫瘍 多発肺転移 肝転移

両親より「病院に行かないので訪問診療に来てほしい」と依頼を受ける。前医療機関からは「両親の患者への関与が小児へのようで気がかり」との情報があった。家族との対話だけでなく患者本人に電話やショートメールを介して複数回問いかけ、気持ちに寄り添った結果、約1か月後に在宅緩和医療を開始することができた。そしてその1か月後に本人が希望していた自宅での看取りとなった。

【考察】

個人差があるため一概には言えないがライフステージ上、A世代は意思決定の主体は親主導となりやすい。患者も「これまでの治療は自分のためより家族の気持ちがあったから」と母親に発言があったと聞き取っていた。医療者拒否の背景には過去の医療体験でのトラウマと自己決定権の尊重を求める思いがあったと推定された。両親の思いにも寄り添いながら本人主体にアプローチを粘り強く続けた結果、信頼関係を構築し、医療者介入につなぐことができた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)32 小児・AYA世代

P-2-123

学校での医療的ケアの変更を多職種カンファレンスを行い方針を決定した1例

吉田 由希子¹ ヨシダ ユキコ
生本 万知子¹ イクモト マチコ
松島 和樹² マツシマ カズキ
荒 隆紀¹ アラ タカノリ
山口 高秀¹ ヤマグチ タカヒデ

¹医療法人おひさま会

²医療法人 川崎病院 総合診療科

【はじめに】医療的ケア児には非常に多くの多職種がかかわっている。成長とともに医療的ケアが変更になることは多く、生活への影響も大きいため、多職種連携は非常に重要であるが、高齢者に比べ仕組みが複雑で、その統括については従来より課題となっている。今回、児に関わる全ての職種とカンファレンスを行い、児の将来を見据えたケアの変更について共通認識をもった上で進めることができたので発表する。

【症例】10代男児、遺伝的疾患を背景としたアテトーゼ型脳性麻痺、知的発達遅滞あり。特別支援学校に通学し、4か所の放課後等デイサービス、2か所の訪問看護ステーションを利用。X年1月より度重なる呼吸器感染症により入院を繰り返し、筋力低下が著しく、誤嚥性肺炎を繰り返すリスクが高かった。X年4月、夜間のみ使用していたNPPVを学校でも常時使用する方針とした。誤嚥性肺炎の再燃を避けることができ、徐々に筋力を取り戻していった。家族は学校でのNPPV離脱を希望したが、担任はNPPV装着の継続を主張した。児にとってどちらが将来的に必要なことを話し合うため、X年8月、相談支援員の調整により、家族、学校、放課後等デイサービス、訪問看護・訪問リハビリと多職種カンファレンスを行った。結果、徐々にNPPV離脱することに方針が決まり、X年10月より児はNPPVをほぼ装着することなく過ごせている。

【考察】生活の場でケアを行うのは学校や放課後等デイサービスが中心となるが、両者が連携するシステムはなく独立したケアを行いがちである。今回、学校内のケアについて議論されていたが、多職種を含めてカンファレンスを行うことで、将来を見据えたケアとして統括することができた。医療的ケアに大きな変更があるときには、医療側から意識して教育・福祉と連携していく必要がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)32 小児・AYA世代

P-2-124

医療的ケア児を取り巻く支援者環境が変化するなかで安定した支援をどう継続していくか

小鷹 康代 コタカ ヤスヨ
平田 正造 ヒラタ ショウゾウ
ソフィアメディ訪問看護ステーション香芝

【はじめに】

自宅で過ごす医療的ケア児（以下、医ケア児）は年々増加しており医ケア児が成長していく中で支援者側の環境も変化が起こる。

今回18トリソミーの医ケア児が成長するに伴い、デイサービスの複数利用や保育園への入園、3箇所介入している中の1つの訪問看護ステーションが支援終了、ヘルパーの退職、当ステーションから新しいスタッフが訪問するなど支援者側の環境が変化した。安定した支援を継続するために今後の支援方法を検討する。

【症例】

気管切開、人工呼吸器を装着した5歳未満の18トリソミーの児（以下、Aちゃん）は、成長に伴いデイサービス利用や保育園に入園した。訪問看護ステーションも3箇所利用していたが1つが支援終了、母が信頼していたヘルパーも退職、当ステーションも新しいスタッフが訪問するといった支援者側の環境に変化が生じた。またその後から母からケアについて指摘される機会が増えた。これを機に情報共有を今まで以上に実施し、常にアップデートできる形の「Aちゃんハンドブック」を作成した。可能な限り複数名訪問にしてアセスメントを言語化し合い、実践を共有できる環境にした。また既に存在するチェックリストの更新や新規作成を母と共にやり可能なデータは施設間で共有した。しかしケア内容が刻々と変化するAちゃんに合わせて常に質の安定したケアの提供は試行錯誤している。

【考察】

医ケア児はライフステージも身体的変化も短時間のうちに生じる。関わる支援機関も増えるぶん1支援者あたりの関わる機会は減少する。頻繁に関わる支援者が居ると細かい部分も見えやすくケアの質も高くなるが、頻繁に関わる支援者が少ない支援体制は長期的な視点で考えると良好とは言い難い。制限ある介入頻度の中で、介入機関全体で共通したリアルタイムなアップデート可能な情報共有ツールの導入とともに、実践の質を維持できるような介入手段の検討が今後必要である

利益相反：なし

一般演題(ポスター)32 小児・AYA世代

P-2-125

小児がんの在宅緩和ケアを提供するには何が必要かを考える ～小児未経験、一人の患者に出会い2年間の伴走の中からみえたもの、 子どもの成長がもたらしたものを未来に繋ぐ～

松嶋 桂子 ¹	マツシマ ケイコ
宮川 尚乃 ²	ミヤカワ ヒサノ
川渕 奈三栄 ¹	カワブチ ナミエ
高瀬 義祥 ¹	タカセ ヨシアキ
岩田 嘉文 ¹	イワタ ヨシフミ
佐藤 伸彦 ¹	サトウ ノブヒコ

¹ものがたり診療所

²ものがたり訪問看護ステーション

【はじめに】小児期の患者と家族に出会い「家に居たい」という揺るぎない想いに伴走した2年間、小児期の患者が家族と生まれ育ってきた街で過ごした中での私達の関わりの一考察を提示する。【症例】10代男児、X2年がんと診断、X年根治治療は難しいと判断されA病院での化学療法継続と同時に私たち在宅チームの訪問開始。病院主治医との情報共有はITツールを使用し両親も参加。主に母が病状や患者の言葉、家族の不安など記載、病院主治医からも助言や指示など発信。その都度、病院治療または在宅でできる治療を提案され、入院期間ができるだけ短くできる方法を患者自身で選択された。経過の中では家族と過ごし趣味や学校へ行くなど日常の時間が増え、時に旅行へ行くこともでき、X+2年自宅で永眠。【考察】家族と共に経過を振り返り以下2点が要であったと考察する。①家族中心に情報が発信されタイムリーに情報を共有。小児に不慣れな在宅チームにとって、ITツールを用いて病院主治医から助言や指示をもらえたことは患者家族のみならず医療者としても安心でき負担の軽減に繋がったと思われる。母は受診の時も病院主治医に一から説明することなく常に見守られている感じがして良かったと語っていた。②日常の生活。家族や友人との時間、学校へ行くなど一般的なごく普通の時間を過ごせたことが生きる力となり、また成長に繋がったのではと推測する。その中で、最期まで自身の言葉で想いを伝え悩み、選択をしていた。そして本人が選択できるようにサポートする両親の姿もあった。この2点に関しては先の研究でも報告されている。その一方で課題も見えた。病院主治医のサポート・在宅チームとの並行した関わりが必要。その上で在宅緩和ケアがより安心して提供できることを発信していく。また小児がん終末期において在宅輸血ができる体制を整えていくこと。私たちの経験が次に繋がることを家族も望んでいる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)32 小児・AYA世代

P-2-126

在宅医療における酵素補充療法の実践と課題

蔵重 真里 クラシゲ マリ
世戸 博之 セト ヒロユキ
橋本 和憲 ハシモト カズノリ
ひのでクリニック

【はじめに】

在宅医療における酵素補充療法は、患者や家族の生活の質を向上させる一方、基幹病院の負担軽減にも寄与する。特に通院負担の軽減や児童の学校生活の継続が大きな利点である。しかし、訪問診療に伴う人的・費用的負担が診療報酬に反映されていない現実が課題として挙げられる。本研究では、在宅医療での酵素補充療法の実践事例を振り返り、その意義と課題を検討する。

【活動】

在宅医療で酵素補充療法を実施するには、病診連携、医師・看護師間の協力、薬局との事前準備が欠かせない。特に、外来での事前打ち合わせや薬剤の安全性確認など、初回実施時の準備が鍵となる。初回実施時には基幹病院側が「いつでも連絡可能な体制」を整え、患児と家族を支えた。実施後は、学校を休まずに治療を受けられる、移動負担が軽減されるなどの成果が得られた。また、患児は自宅でゲームや動画を楽しみながら治療を受けることで精神的負担が軽減されている。当院では開始時・終了時の2回の訪問や医療機器・材料の持ち出しが必要であるが、これらは診療報酬に反映されておらず、人的・費用的負担が課題として残る。

【考察】

在宅医療での酵素補充療法は、患者家族の生活の質向上や基幹病院の負担軽減に有効である。しかし、副作用などの急変時には在宅で対応できることが限られるリスクが常に伴う。また、高額な薬剤を使用する治療では、直前の中止時に金銭的負担を負う課題もある。これらを踏まえ、訪問診療における人的・費用的負担を診療報酬に反映させる政策的支援が必要である。また、基幹病院と地域診療所を結ぶ定期的なカンファレンスや、緊急時の対応体制の強化といった具体的な仕組みの構築が、在宅医療の普及と質の向上に寄与すると考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)32 小児・AYA世代

P-2-127

成人期医療的ケア者の在宅・救急医療連携づくり ～パステルタッグプロジェクト～

中村 小百合¹ ナカムラ サユリ

田村 智² タムラ サトシ

狩野 契¹ カノウ ケイ

鋤柄 稔¹ スキガラ ミノル

¹医療法人社団シャローム シャローム病院

²北里大学メディカルセンター

【はじめに】成人期医療的ケア者の支援においては、特に体調が悪化した際の救急・入院治療体制の確立が喫緊の課題である。今回我々は、成人期医療的ケア者のかかりつけ医（在宅医）と救急・入院治療を担う救急医との良好な連携体制を地域で構築するべく、在宅医・救急医協働でプロジェクト（パステルタッグプロジェクト）を立ち上げたので報告する。

【活動】プロジェクトを主導するのは、地域の在宅医（演者）と救急医である。プロジェクトの形式は、見学会・勉強会の二部構成のセミナーとした。2024年10月、地域の在宅医・救急医、その他支援に関わる多職種に参加を募り、第一回目セミナーを開催した。見学会では特別支援学校を訪問し、その後の勉強会では現地・オンライン計61名が参加し、在宅医からの課題提示と、救急医からの、医療的ケア者の救急治療を受け入れた経験の報告、救急医側が感じる課題提示がなされた。そして今後、ゼロ・一・二・三次救急医療のより良い連携が必要であること、そのために診療科・職種の垣根を超えて支援者が協力していくことを確認した。その後第二回目を同年12月、三回目を2025年5月に、ゼロ次医療を担う患者・家族も対象に加えて開催。生活介護事業所の見学会や、患者・家族、施設看護師などからの講演と討議を重ね、参加者の理解と連携を深めている。

【考察】このプロジェクトの重要な点は、救急医と在宅医とが協働で進めていることである。これまで我々の地域では、医療的ケア者の救急・入院治療について議論するのは主に小児科医・在宅医であり、成人診療科医・救急医がその場に加わることはほとんどなかった。今回、成人救急医と共同で議論することで、より具体的な課題の明確化、解決策の検討が可能となっている。今後も地域の在宅・救急、多診療科・多職種で連携し、医療的ケア児者が年齢に関係なく切れ目なく、安心して生活できる地域を構築していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)32 小児・AYA世代

P-2-128

秋田県における医療的ケア児へのベッドバス導入の試み —訪問看護による清潔支援の実践と課題—

齊藤 翔吾 サイトウ ショウゴ
ごてんまりZ訪問看護ステーション

【はじめに】

近年、医療技術の進歩や在宅療養推進に伴い、医療的ケア児の在宅支援体制の確立が重要な課題となっている。秋田県において医療的ケア児は139人報告されている。当事業所にも約25名の児が在籍している。これらの児は成長と共に身体も大きくなり、入浴介助方法や環境を改めて検討する必要性が生じている。家庭環境、核家族化の進行により、マンパワー不足が顕著となっている。また、親の年齢が上がるに従って介護力が低下するケースも多く、在宅での清潔保持は一段と困難を伴うようになっている。

【活動】

訪問看護で入浴方法に関して、抱きかかえての入浴は、実践できる人材の限定され、医療ケアの種類により安全性が保たれない。そこで当事業所では、ベッド上での入浴（ベッドバス）方式を導入している。具体的には、特殊寝台、四点柵を用意し、農業用ビニールで覆うことで簡易浴槽を設置し、シャワー付きホースで給水、排水は吸水ポンプを使用する方法をとっている。

【考察】

秋田市において訪問入浴は、医療的ケア児は対象外となっている。よって他サービスによる清潔援助への需要が高まっている。入浴は身体の清潔保持だけでなく、全身の観察や血流促進、筋緊張緩和、睡眠の質の向上、加湿による排痰促進など、多面的な効果をもたらす。また、生活習慣動作として定期的に行うことで生活リズムが整い、QOL向上にも寄与する。

今後、医療的ケア児が成長するにつれ、介護者の身体的負担は大きくなる。少子高齢化が進む秋田県において、訪問看護による入浴支援を含む在宅サービスの充実が不可欠である。本発表では、ベッドバス方式の実際と安全・効率化に向けた体制を示すとともに、地域特性や社会的背景を踏まえた清潔支援の意義と今後の課題について考察する。これにより、医療的ケア児とその家族の在宅生活の質を高め、より包括的な支援体制を構築する一助となることを期待している。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)32 小児・AYA世代

P-2-129

To defy conventional wisdom常識にとらわれない小児包括的医療提供

藤原 大輔^{1,2} フジワラ ダイスケ

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

²ふじわらクリニック

【はじめに】

京都市内における5年前から始まった超医療法人連携スキームを使用した小児訪問診療も数人の卒業を迎える事が出来た。我々は毎週の定期訪問診療を軸とした医療介入に加え、感染症流行時に家族を診察する事や申請可能な行政サービスを提案するなどの環境介入、医療的ケア児を有するご家族の旅行宿泊サポートするなど生活介入を行ってきた。常識にとらわれない包括的サポートがどの様に医療的ケア児に影響をもたらしたか報告する。

【症例】

在胎25週1日MD 双胎788g/723g Ap3/6,1/4慢性肺疾患type1、後天性声門下狭窄、脳室拡大。

活動報告

生後8ヶ月、修正4ヶ月より医療介入を開始。呼吸器管理、栄養管理、訪問リハビリの計画を適時に行う為、毎週の訪問診療を実施。数回の下気道感染、喘息により入院加療を経験したが、3歳より急性期の在宅点滴療法を導入し入院回数はなくなった。4歳でスピーチカニューレ導入を自宅で開始。約2ヶ月後呼吸状態の安定、妹は発声を獲得した。令和6年10月に妹が気管孔閉鎖を実施。定期訪問診療を終了した。

【考察】

医療的ケア児に対する在宅訪問診療は未だ稀有である。我々は医療連携のみならず旅館業など多職種連携を行い包括的ケアを実施している。今回の症例のみならず我々が想定していた以上の回復を認めている症例を経験している。To defy conventional wisdom経験による想定は医療では重要と考えるが、様々な刺激、早期包括的介入はこども達により良い未来を提供出来る可能性があると考ええる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)32 小児・AYA世代

P-2-130

小児訪問診療の新しい可能性

渡部 寛史 ワタナベ ヒロシ
医療法人社団悠翔会 ノビシロクリニック藤沢

【はじめに】

近年、地域で過ごす医療的ケア児をはじめとする障害をもつ児童数は増加しており、2016年の児童福祉法の改定案、2021年施行の医療的ケア児支援法により、こうした児童への支援を行うための地域での連携体制の構築が社会的責務となっている。

同時にこうした子どもたちへの地域での診療のニーズは高まっていると考えられ、そのニーズに応えることは重要だと思われる。

【活動】

当院は2022年7月開設以降、在宅で過ごす医療的ケア児をはじめとする障害を持つ子どもたちや移行期の子どもたちの訪問診療を幅広く受け入れてきた。2024年12月現在、管理患者188名中、約15%の27名が小児、若年成人である。多くの症例は医療的ケア児や重症心身障害児であるが、27名中7名は発達の違い（ASDやADHDなど）により問題を抱える子供たちであり、医療的ケア児や重症心身障害児とはまた異なった課題を抱えていた。こうした子どもたちに対して、小児科専門医ではない医師が中心となり、成人の訪問診療で使われるアプローチを駆使して介入することで、本人の抱える問題が改善していくことを経験した。いくつかの事例を紹介しながら、具体的アプローチやその共通点について紹介する。

【考察】

これまで小児の訪問診療は医療的ケア児や癌の子どもたちなどが中心であった。今回、当院では発達の違いなどが原因で問題を抱える子どもたちへ訪問診療という方法で介入をし、成人の訪問診療で使われるようなアプローチを行うことで子どもたちの抱える問題が改善に向かっていく例を複数経験した。小児の訪問診療はこうした発達の違いがある子どもたちに対しても有効な介入である可能性が示唆され、今後さらに症例を重ね、分析を進めていく予定である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)33 精神疾患・認知症

P-2-131

精神疾患を有する母が子育てをするために強みを活かした訪問看護の実践

堀 三千代¹ ホリ ミチヨ
林 裕子^{1,2} ハヤシ ユウコ

¹株式会社 町コム

²天使大学

【目的】 地域で暮らす精神疾患の母が一人で子育てを担うケースでは、子育て困難となっている場合がある。今回、子育ての実現に向けた精神科訪問看護（以下、訪看）について報告する。倫理的配慮は所属機関長の許可を得て、日本医学会の倫理指針に則り個人情報に配慮した。【症例】 A氏33才女性は、うつ病・ADHD・MRと診断。結婚し第1子が2歳ごろに症状が再燃、離婚し母子生活となった。母子生活ではうつ症状が悪化し子育て困難が増強し、訪看が導入された。導入時の症状は子育てに伴う怒りを制御できない、毎日の排便がないことの不安感であった。訪看では看護師と助産師がA氏の症状の対応と子育てをサポートしたが、訪看8か月目において、児への虐待の危険性が増し、児は児童相談の保護となった。そして、A氏は児の保護が解除されるために症状の安定と生活の整えを訪看に協力を希望した。そこで、訪看9か月目看護師が、気になる事への執着と怒りを自制する目的で、傾聴と地域活動の参加を促した。児の面会や外泊が開始されたが、A氏は自己の排便への執着が増強し、一日の排便回数が少ないと怒りが増強し、子育てが困難であった。訪看21か月目より、改めてA氏のアセスメントし強みの「自分のことを記録する」ことを活かし、A氏自身で排泄日誌を看護師と同じ用語で記入を開始した。そして、訪看毎に全ての内服薬の確認と薬のカレンダーの作成、A氏の話の傾聴すること、子育ての環境の整えを一緒に実施した。訪看23か月目ごろから「こんなに便が出てるんだ」と自己内省し、他者への怒りを抑えたり、部屋の掃除ができ、ペアレントトレーニングの受講しながら子育ての生活の準備を進めた。【考察】 本事例から、地域生活において精神症状が起きやすい環境の回避や自身での自制は重要である。そのためには、利用者のもつ強みを知り、その強みを生かす介入方法を創造することである。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)33 精神疾患・認知症

P-2-132

訪問診療における精神科医の役割：4症例の検討

市村 篤 ¹	イチムラ アツシ
野中 洋平 ²	ノナカ ヨウヘイ
望月 順子 ¹	モチヅキ ジュンコ
邑山 美奈子 ¹	ムラヤマ ミナコ
黒岩 義之 ¹	クロイワ ヨシユキ
金森 隆成 ¹	カナモリ タカナリ
田中 武則 ¹	タナカ タケノリ

¹医局

²事務

【はじめに】当クリニックは外来、病棟の2部門からなり、常勤医が6名、非常勤医が6名在籍する。年間1000例（施設850、在宅150）、うち精神科150例の訪問診療を行っている。訪問診療において、精神科医の介入が効を奏した4症例について報告する。【症例】症例1（80歳代、男性、在宅）。妻と2人暮らし。腓尾部痛があるが、本人は治療を拒否して、自宅で療養中。腰部痛のため、昼夜を問わず、頻コールあり。内科医は癌性疼痛ではなく、精神科的な疼痛と判断し、精神科を依頼した。レボトミン、デュロキセチン、プロチゾラムで痛みはなくなり、睡眠も良好になった。症例2（80歳代、女性、施設）。入居してから自室にこもり、悲観的な言動が目立っていたため、内科医が抗うつ薬を投与したが、精神症状が軽快しないため、精神科を依頼した。支持的精神療法を行ったところ、抑うつ症状は軽快した。症例3（80歳代、男性、施設）。入居した時にはADLは自立し特に問題はなかったが、入居3か月目から、転倒や頻尿や認知機能の低下が目立つようになった。総合病院での精査では明らかな異常はなく、重度のうつ病と診断された。当院神経内科医がうつ病の評価のため精神科を依頼した。深刻さがなく、抑うつ症状ではなく自発性の低下と判断した。後に変性疾患と診断された。症例4（80歳代、男性、病棟）。独居で認知症のため頻回に徘徊し、しばしば警察に保護されていた方が肺炎となり、当院に入院となった。一般病床のため、看護師のケアに対する不安が強かったが、優しく丁寧に接するといった精神科的助言を行い、薬物を使用せずに、精神症状は落ち着いたまま経過できた。【考察】訪問診療における精神疾患の治療とケアに関しては難航する場合が少なくないが、精神科専門医の助言のもと、冷静かつ効果的な判断を下すことは有効である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)33 精神疾患・認知症

P-2-133

精神科医による訪問診療の介入を経て通院加療が可能になった2症例

奥山 有里子 オクヤマ ユリコ

訪問診療クリニックやまがた

【はじめに】問題行動や引きこもりなどのため、周囲は精査加療が必要と考えるも通院自体が困難なため治療導入に至らないことが社会問題化している。今回、精神科医が訪問診療で介入することで、最終的に訪問診療から通院治療に切り替えることができた症例を経験したので報告する。

【症例1】80代男性。元々真面目な性格であったが、腰痛での入院を契機に急速に物忘れ、性的な逸脱行動、繰り返しのクレーム行動などを認めた。精神科受診などを勧められるも本人は拒否していたが、精神科医による訪問診療を提案したところ承諾。精神科医の介入後は在宅で可能な血液検査などで除外診断をしながら徐々に関係性を構築し、病院受診につなげレビー小体型認知症と診断。訪問診療での加療を継続することで精神症状が安定し、最終的に通院加療に移行した。

【症例2】50代女性。数年間自宅に引きこもり2年間誰とも口をきかない状態で夫が保健所に相談。保健所の訪問は可能であったものの通院は拒否していた。訪問診療での医療介入に同意が得られ、訪問診療を開始。疎通性は保たれており、採血検査も問題なかったが、単純型統合失調症も疑われた。服薬は拒否されたが訪問診療でのフォローは継続しており、低血糖による意識障害が出現した際に搬送。搬送先の病院に統合失調症の可能性について診療情報を提供し、精神科に入院し、精査加療につながり、退院以降は単純型統合失調症の診断で病院に通院可能となった。

【考察】精神疾患など有しているものの、公的な制度の利用や医療機関へつながること自体困難な方が、在宅医療の現場でも増加している。今回の2症例は、背景疾患が異なるものの精神科による訪問診療を継続することで適切に患者や家族と関係性を構築し、病院での精査につなげることで、本来必要であった加療を受けることが可能となり、社会的にも孤立した状態を回避できたと考えられた

利益相反：なし

一般演題(ポスター)33 精神疾患・認知症

P-2-134

在宅医療の導入でアルコール性精神病を再発せず安定経過した アルコール依存症の高齢患者の症例報告

平 貴之 タイラ タカユキ
こころのホームクリニック世田谷

【はじめに】アルコール依存症の治療は通院・抗酒薬の内服・自助グループへの参加が原則とされているが、訪問診療を要するような患者では原則通りの治療を行うことが困難なケースも存在する。今回我々は、在宅医療の導入により精神病症状が再燃せず安定して経過したケースを経験したため報告する。発表にあたり、患者の個人情報を匿名加工することによって、患者が特定されないよう配慮した。

【症例】80代男性。アルコール依存症。同居する妻がX8年に脳梗塞のため入院後に認知症を発症。退院後は本人が介護していた。この頃から朝から飲酒することがあった。X3年5月に妻が死去し、同居していた息子も転居したため、以降一人暮らしとなった。X1年5月「自宅周囲に見知らぬ人が大勢見張り、家の周りに薬をまいている」という被害妄想に影響され本人が救急車を呼び、A病院へ入院となった。薬物・精神療法にて軽快し、X年1月に退院。地域包括支援センターからの紹介で当院へ訪問診療依頼があり、以後定期的に診療を継続し、当院併設の訪問看護の介入も開始した。X+8年3月にケアマネから酒量の増加とデイサービス先での迷惑行為の報告があった。当初は飲酒量低減薬の処方も検討したが、訪問看護のスタッフと連携し、本人から「時間を持て余してしまう時や冬場で寒い時にお酒が増える」という飲酒行動についての考えを聞き取った。将棋が好きだが相手が見つからない悩みがあったため、X+8年6月にタブレット端末を自宅に設置。一人でも将棋を楽しめるようになった。これまで未設置だった空調機もX+10年8月に設置し、以降は飲酒関連の問題行動はなく、デイサービスにも通所出来ている。

【考察】アルコール依存症の高齢患者では断酒会への参加は現実的ではない事もあるが、薬物療法で対応する前に、多職種での関わりで飲酒行動の原因を聞き取りケースワークにより症状が安定したケースである。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)33 精神疾患・認知症

P-2-135

精神科訪問看護において実践した強迫観念がある患者に対する 多職種による認知行動療法（CBT）の症例報告

高野 かさね¹ タカノ カサネ
高野 洋輔¹ タカノ ヨウスケ
山崎 志野² ヤマザキ シノ
霜村 結² シモムラ ユイ

¹こころのホームクリニック世田谷

²こころのホームクリニック世田谷ナースステーション

【はじめに】

強迫症状に対する認知行動療法（CBT）の効果は明らかであるが、我が国の在宅医療制度では心理師による面接を受けることは難しい。しかし訪問看護は十分な面接時間があり、医療保険も利用できるためCBTを提供する手段としての可能性がある。今回、精神科訪問看護において、強迫観念の強い統合失調症をもつ患者に対し看護師やPSW（精神保健福祉士）が心理師と協働し多職種チームでCBTを行った。

【症例】

40代男性、統合失調症。

被注察感や被害妄想のため22歳時に大学病院を初診、統合失調症と診断。退院後、外来通院を継続するも「病院に行く」と入院させられるのではないかと不安が強く、X3年より当院の訪問診療・精神科訪問看護を開始。一般的な精神療法や薬物療法を行うも、被害念慮や強迫観念の苦痛感から、医療処置を要しない程度の過量服薬（OD）が続いた。X年、訪問看護の中でCBTの一種である「うつと不安への認知行動療法の統一プロトコル」（UP）を開始。月8回の訪問看護のうち、1～2回は心理師による訪問を実施し、その他の訪問看護では看護師やPSWが通常の看護に加えUPのプログラム進行を援助した。面接では協働関係の構築を強調し、マインドフルネスなどのUPの中のエクササイズを通じた効果の体感を重要視するよう心がけた。X+2年現在、症状に対する対処行動が増え自己効力感が改善し、ODが減少。自身の考えを表現することを通じて強迫観念による行動が軽減した。

【考察】

本症例は公認心理師が心理面接を主導したが、一般的には通院先の主治医・心理師と協力して、CBTのトレーニングを受けた訪問看護ステーションのスタッフがCBTを行うことも想定できる。UPはプロトコルの進行具合を多職種で共有しやすく、面接で学んだ技法を訪問看護スタッフと生活の場で実践できる等、効率的に治療を進めることができる可能性が示唆された。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)33 精神疾患・認知症

P-2-136

引きこもり支援～「適応モード」に働きかけ、自立に向けた看護展開

石田 直子¹ イシダ ナオコ
高野 洋輔² タカノ ヨウスケ
長嶺 千栄子¹ ナガミネ チエコ
真嶋 信二¹ マジマ シンジ

¹こころのホームクリニック世田谷ナースステーション

²こころのホームクリニック世田谷

【はじめに】長年引きこもり状態にある男性に対し、家族以外の他者と交流し、必要な医療的処置を受ける支援を行った。本症例を通じ、本人の行動変容をもたらした要因を考察し、類似事例への応用の可能性を検討する。

【症例】60代男性、同胞2名の次男。診断は自閉スペクトラム症および白内障による重度視力障害。大学卒業後、職場に馴染めず退職し、同居の母が全ての身の回りを支援していた。X-3年、母が認知症を発症。「一緒に死のう」など否定的な発言が見られるようになった。兄とは折り合いが悪く、支援を受け入れないため、母の介護支援体制を強化するも経過は不変。X年、母が施設入居し、買い物や掃除などの支援が必要となったため、訪問看護・診療を開始した。訪問当初、本人は否定的な発言が多く前向きなイメージを描くことが困難だった。訪問看護スタッフとヘルパーが連携し、生活の安定と独居不安の軽減を目指し、興味を持てる話題を通じて信頼関係を構築。長年懸念されていた眼科受診と手術に向けて外出練習を行い、本人が若い頃に好きだったことや興味を引く話題を用いて動機づけを行った。クリスマス会準備といったイベント企画を通じ、徐々に外出への抵抗感を軽減し、自立に向けた第一歩を踏み出すことができた。

【考察】長期間社会との繋がりが途絶えていた患者にとって、訪問看護スタッフとの交流が再出発の契機となった。慢性期患者に多い「何をやっても失敗する」といった否定的信念に対しては、最高の自分を感じられる瞬間である「適応モード」にアクセスし、その時間を増やす介入が有効とされている。本症例では、過去の楽しい経験や関心事を活用した動機づけが行動変容に寄与し、自立を促進する看護を展開できたと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)33 精神疾患・認知症

P-2-137

発達障害と認知症の区別がつかない利用者の在宅支援

津野 采子 ツノ アヤコ
ハート介護サービス東住吉

【はじめに】

認知症の症状と発達障害の症状は似ている部分がかなりあると以前から疑問に思ってきた。

認知症や精神疾患、発達障害については各特長が重なる部分もあることは知っていると思うが認知症の診断ができる医師の中でも発達障害との区別は困難であると聞いた。

我々関わる介護のものからしても、カテゴライズは困難。

そこで私たちが日ごろ学んでいるホスピスマインドを提唱するエンドオブライフケア協会の支援の方法で関わることにした。

その事例を報告したい。

【症例】

まず、かわかり当初は援助者を選び、何かにつけ苦情で事業所に電話がかかってきた。

今まで1年もたずに介護事業者を変更してきたと聞いている。

その中でも人の好き嫌いがあり、介入、介助に対し強く拒否があることもあったと聞く。

この方の場合診断は脳血管型認知症の診断のみであった。

偏ったこだわり、過去の経験談や、判断力の部分、金銭管理や片付けができない。対人コミュニケーションの苦手や生きにくさから、もともと不注意優先のADHDではないだろうかと勝手ながら推測した。人間は大好きなのだが好みみが極端であること、出来事を被害的にとらえることもあるので、発達障害による二次障がいではないだろうかと考えた

この方の理想と現実の開きを聴き

想いを受け止めることで関わり方を丁寧にした。

わかってくれる人を目指した。

【考察】

結果永眠まで関わり続けることができた。訴えから信頼に代わってきた。

5年の訪問を続けられた。その理由を振り返ると、我々の在り方、関わり方ではなかったかと振り返る。

苦しむ人に対し 我々が「わかってくれる人」になるというのは末期がんの方だけではなく、複合した発達障害や認知症、初老鬱のような状態の方にも一筋の光をもたらすのではないかと考えている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)33 精神疾患・認知症

P-2-138

認知症高齢者における腹膜透析管理の工夫と家族支援

木口 綾子 ¹	キグチ アヤコ
高比良 咲希 ¹	タカヒラ サキ
桑原 悠佑 ¹	クワハラ ユウスケ
飯島 莊史 ¹	イイジマ ソウシ
溝田 祐子 ²	ミゾタ ユウコ
寺坂 麻里 ³	テラサカ マリ
井川 和子 ³	イガワ カズコ
山本 雅子 ³	ヤマモト マサコ
宮崎 正信 ³	ミヤザキ マサノブ
西野 友哉 ⁴	ニシノ トモヤ

¹訪問看護ステーション結糸

²ケアプランセンター結糸

³宮崎内科医院

⁴長崎大学病院腎臓内科

【はじめに】透析患者の高齢化が進む中、腹膜透析（以下、PD）は通院負担が少なく、社会復帰が容易であるため、高齢者にとって有効な選択肢となる。しかし、PDの認知度は低く、実施可能な施設やスタッフ不足が課題である。今回、認知症を有する高齢者におけるPD管理と家族支援の実践について、訪問看護の視点から事例を報告する。

【症例】訪問看護利用者（以下、利用者）は80歳代男性、既往歴にはC型肝炎や認知症があり、後に末期肝癌が診断された。PDは1日1回、1250mlの透析液を使用した。自力でのPD実施が困難で、家族主体で行っていたが、介護負担が増大、疲弊し、PD継続が困難となった。家族との話し合いで、訪問看護師主体の週5回のPDとなり、家族が週1回、週1回はPDを休みとした。また、妻が初期胃癌と診断され、家族の心身の負担が増大したが、利用者は肝癌破裂後にA病院に入院、その後B病院に転院、レスパイト入院が実現し家族の介護負担は軽減した。

【考察】利用者は認知症によりPDを自分で行えず、家族がPDの手技を学ぶ必要があった。認知症症状や家族間の生活リズムが合わないことで、家族全員が苛立つ場面があったが、訪問看護師は家族と話し合い、意向の把握と全員の意思統一を図った。訪問看護師が週5回のPDをすることで、家族の負担が軽減され、家族は仕事と介護の両立が可能となった。また、レスパイト入院先を見つけることで、家族の負担軽減につながり在宅療養を続けることができた。このように、利用者本人でPDができないとき、どのように支援していくかが重要である。PD管理について訪問看護師の支援を受け、家族は危機的状況を乗り越え、家族全員の方向性が一致し、利用者は安心して療養生活を送ることができた。在宅療養中に様々な問題が発生しても、利用者と家族の生活が再構築できるよう柔軟な支援を行うことが訪問看護の役割である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)33 精神疾患・認知症

P-2-139

サービス拒否する認知症を合併した高齢独居心不全患者に対し、信頼関係を築きながら徐々に支援チームを拡大し、在宅生活をサポートした一例

藤田 真奈¹ フジタ マナ
平原 佐斗司¹ ヒラハラ サトシ
角 允博² スミ ミツヒロ

¹東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所

²東京ふれあい医療生活協同組合 ふれあいファミリークリニック

【はじめに】

加速する超高齢社会の中、心不全患者も認知症患者も増加を続けている。心不全患者には認知機能障害が有意に多く、心不全が重度になると認知機能も低下し易く、心・脳連関として注目されている (George A Heckman et al, Heart failure and cognitive impairment, Clinical interventions in Aging,2:2,209218, 2007)。認知症を合併した心不全患者は症状を訴えたり疾患を自己管理することも困難で、特に独居高齢者は不安定な状況に陥り易い。今回、支援拒否が強い認知症の高齢心不全患者に対し、本人の意思を尊重しながら徐々にチームを拡大し、支援することができたため報告する

【症例】

独居の88歳男性。慢性心房細動・大動脈弁閉鎖不全症があり、急性心不全で入院するも自主退院し、退院後訪問診療を導入した。認知症 (HDSR 9/30) でサービス拒否が強く、訪問診療と訪問薬剤により病状を安定させ、徐々に在宅支援に慣れて頂きチームを拡大、1年半の自宅生活を送ることができた。膀胱炎を契機に病状が悪化、転倒による大腿骨頸部骨折で入院となり、逝去された

【考察】

心不全は急性増悪時や原疾患の治療で入院を要する場合があるが、患者の意志や背景によっては入院が難しい。本症例は、当初訪問診療と訪問薬剤以外のサービス導入が困難だったが、薬剤師訪問を週1回とし、心不全増悪に早期対応し、患者との信頼関係を築きながら支援チームを拡げていった。限られた資源の中、在宅にただ「病院の治療を持ち込む」のではなく、患者に寄り添った医療を提供することで、QOL向上に寄与できたと自負している。今後も患者とその生活にチームで向き合い、患者にとって必要な医療と患者のニーズの均衡を保ちながら、在宅医療の質を高めていきたい

利益相反：なし

一般演題(ポスター)33 精神疾患・認知症

P-2-140

8年間継続する認知症の人とのコーヒー療法の取り組み

前原 妙子 マエハラ タエコ
大堂 いずみ オオドウ イズミ
一氏 慈人 ヒトウジ ヨシト
濱田 努 ハマダ ツトム
医療法人 浜友会 きいれ浜田クリニック

【はじめに】

日本では高齢化が急速に進行し、認知症施策が重要な課題となっている。特に我々の地域は高齢化率が高く、積極的な認知症対策が求められている。認知症の人は情動機能を刺激することでBPSDなどの問題行動が減少し、認知機能にも良い影響があると報告されている。そこで我々は日本認知症情動療法協会のコーヒー療法を参考に、平成28年より活動を開始した。本報告では活動の現状と今後の課題を述べる。

【活動】

我々は地域の喫茶店経営者と協力し、月1回のペースで8年間コーヒー療法を実施してきた。この活動はGeriatr Gerontol Int, 2012の論文に基づき忠実に再現された。活動場所は通所リハビリテーション施設内に「本物の喫茶店」をイメージした空間を設け、マスターとなったスタッフが正装でサービスを提供した。医師と専門家が共同で2種類の認知症対応コーヒープレンドを作成し、参加者自身が豆を挽き、香りを楽しみ、陶器の器を選ぶ体験を提供した。マスターは丁寧にドリップし、対話を通じて参加者と交流した。

【考察】

コーヒー療法は単なる飲食の場ではなく、参加者が尊重される時間を共有することを目的としている。自分で選ぶ体験や過去の記憶を呼び起こす対話を重視することで、参加者の尊厳を尊重し、自信ややりがいの回復に繋がっている。コーヒーマスターの役割を希望する参加者も現れ、社会的役割の再構築がみられた。今後の課題として、取り組みが参加者の生活に与える影響を検証すること、そして地域住民も参加可能な仕組みを構築する必要がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)33 精神疾患・認知症

P-2-141

認知症初期集中支援チームから紹介となったインスリン依存状態の2型糖尿病患者

谷口 育昌 ¹	タニグチ ヤスマサ
今西 真理子 ³	イマニシ マリコ
川向 真弓 ³	カワムカイ マユミ
黒田 敬子 ³	クロダ ケイコ
白倉 美香 ³	シラクラ ミカ
平 恵 ³	タイラ メグミ
中田 紀子 ³	ナカタ ノリコ
中村 優子 ³	ナカムラ ユウコ
満崎 道子 ³	ミツザキ ミツコ
松下 千華子 ⁴	マツシタ チカコ
門田 耕一郎 ¹	カドタ コウイチロウ
野元 健行 ¹	ノモト タケユキ
渡海 大隆 ²	トカイ ヒロタカ

¹重工記念病院 内科

²重工記念病院 外科

³重工記念病院 訪問看護ステーション

⁴重工記念病院 医事課

【はじめに】認知症初期集中支援チームとは、認知症が疑われる人や認知症の人、およびその家族を訪問し、初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームである。同チームからの紹介で訪問診療・訪問看護を開始したインスリン依存状態の患者を経験したので、報告する。

【症例】80歳代、男性。独居。診断は(1)2型糖尿病、(2)認知症、(3)便秘症で、糖尿病については、混合型インスリン1日2回で加療されていた。認知症の進行に伴い、療養行動が不十分となり、HbA1cが上昇したため、血糖コントロール目的にA診療所からB病院に紹介となった。入院して薬剤調整される方針となったが、認知症による易怒性などのため、入院継続が困難となり、入院翌日に退院した。その後、A診療所およびB病院への外来通院も拒否され、B病院から認知症初期集中支援チームに介入依頼があった。糖尿病治療の再開・継続目的に同チームより当科に紹介された。外来の待ち時間が易怒性で耐えられないため、訪問診療と訪問看護でフォローすることとした。1日2回の皮下注射の確認が介護者の負担となっていたため、インスリンは配合溶解型インスリン1日1回に変更した。血糖自己測定ができないため、フラッシュグルコースモニタリングを用いて空腹時血糖値の確認を行い、インスリンの用量調整を行った。食欲不振や低血糖などの問題に対して、在宅医療チームが24時間体制でサポートすることにより、認知症であっても、比較的安全にインスリン治療を継続することが出来た。

【考察】認知症が原因で、入院や外来で十分な治療が行えない患者がいる。認知症初期集中支援チームと在宅医療チームの連携を強化することにより、より一層、高齢者医療の質の向上が図れるのではないかと考えた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)33 精神疾患・認知症

P-2-142

独居認知症患者を介助するロボットとそれを支える薬局薬剤師

貞池 麗奈	サダイケ レイナ
渡邊 圭佑	ワタナベ ケイスケ
高木 朋子	タカギ トモコ
金山 香織	カナヤマ カオリ
森浴 愛	モリエキ アイ
真田 麻実	サナダ アサミ

オオタ薬局丸尾店

【はじめに】

全国の認知症高齢者は、2025年で675万人、2030年には推定744万人と増加傾向であり、認知症患者に占める独居高齢者の割合は2025年で22%、つまり4～5人に1人が独居と推定される。独居認知症患者が抱える問題の1つが服薬管理である。服薬介助ロボットは患者本人とそれを支える医療従事者にとって画期的なツールとして登場し、これからますます需要が高まると想定される。当薬局では在宅訪問を行う患者宅にて現在3台のロボットが稼働している。このうち2症例を報告する。

【症例】

症例1：自身の交通事故後に認知機能低下、薬カレンダーでの管理が不可能となり薬剤師の提言で導入した症例。服薬タイミングが一定となり眠剤を減薬することに成功した。また外用薬の塗布を知らせるカードを作成し、内服薬と一緒にセットすることで継続使用を促すことが可能となった。

症例2：デイサービス送迎者と訪問看護師で服薬確認を行っていたが、重複服用が続き、訪問看護師の依頼で導入した症例。患者にコンセントプラグを抜く習慣がありロボットが起動せず、コンセントに注意書きを貼付することでプラグを抜かなくなった。また眠前薬が服用できていない事実から想定より早く就寝していることが判明し服用時間設定を変更する事で確実に服用できるようになった。

【考察】

服薬介助ロボットは今後さらに増加するとされる独居認知症患者の服薬を支え、医療従事者のタスクシフトの一助となる。また病態に配慮した操作設定のため患者自身によるエラーはほぼなく、服薬アドヒアランスも向上する事が分かった。一方で導入初期には、患者が操作に不安を抱えている事や、ハード面のトラブルも起こりうる事から、より細やかな介入が必要である。ロボットを管理する薬局薬剤師が他職種と連携し、患者の病態や薬学管理の礎となる生活習慣や性格を把握することが導入継続には不可欠であると考ええる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)33 精神疾患・認知症

P-2-143

身寄りのない独居高齢者の生活実態の見える化 ～訪問看護師を中心とした多職種連携の実践～

板倉 夏子 イタクラ ナツコ
傳田 幸平 デンダ コウヘイ
野口 礼美 ノグチ アヤミ
松原ナースケア・ステーション

【はじめに】

厚生労働省【地域共生社会の在り方検討会議】では、身寄りのない高齢者が増加していく中で、地域社会全体の連携と新たな支援体制の必要性が提言されている。当事業所では、センサーやAIを活用したモニタリングシステムを導入し、認知症の独居高齢者の生活実態を「見える化」することで、質の高いケアを提供する試みを行った。

【症例】

対象は認知症を有し、身寄りのない独居高齢者1名である。以前からケアマネージャーや訪問看護師・理学療法士からは、生活実態を把握できずにプラン作成とケアに提供することに課題を感じていた。スタッフ間で病状、人柄、日々の訪問時の様子からアセスメントを行い、ケアマネージャーからの生活課題の聞取りを基に、睡眠、入浴、排泄、24時間の活動量などのモニタリング項目を設定し、対象者宅にセンサーを設置した。使用機器はカメラではなく赤外線センサーを中心としプライバシーに配慮するとともに、データ利用について利用者本人から同意を得た。得られたデータを事業所内およびケアマネージャーと共有し、検討を重ねながらケア方針を決定した。

結果として、モニタリングシステムを通じて対象者の生活状況を客観的に把握できたことで、スタッフ間の認識が統一され、ケアの具体性が向上した。また、多職種との連携が円滑になり、より効果的な支援が可能となった。

【考察】

本事例から、生活実態の「見える化」が、独居高齢者のケアにおいて重要であることが示された。特に、多職種連携において客観的なデータを共有することで、根拠に基づくケアに寄与されることが期待できる。さらに、生活の質（QOL）の向上を目指した多職種間連携が強化される可能性がある。一方で、システムを効果的に活用するためには、医療機関や他事業所の理解と協力を得る体制構築が課題である。また、このような取り組みを継続するには、費用負担の検討が必要になる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)34 リハビリテーション

P-2-144

当院でのデイケアの取り組み～誰もが最後まで自分らしく～

三浦 英男 ミウラ ヒデオ

千鳥橋病院附属城浜診療所

【はじめに】当院は1973年設立された無床診療所で2000年より院内デイケア、2012年より訪問リハビリテーションを開始している。【活動】現在常勤医師2名、訪問診療管理数：156名そのうち院内デイケア利用者は現在25名（16％）。院内にあることで医師・看護師・リハビリ職員・事務との多職種連携がしやすい環境が整っており、季節ごとのイベント（運動会やそうめん流し、クリスマス会）などをデイケアスタッフが毎月企画し診療所内に毎日笑いの絶えない職場環境づくりにも大いに寄与している。【考察】2025年、2040年問題と今後高齢者が激増する中でいかに認知機能やフレイル予防を地域で行なっていくかが喫緊した課題である。当院での多職種のデイケアの取り組みが在宅医療に貢献している現状を報告する。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)34 リハビリテーション

P-2-145

看取り期若年成人がん患者に対するリハビリテーションの役割 ～ご逝去1週間前から関わった一症例を通して～

村上 茂雄 ムラカミ シゲオ
たんぽぽクリニック

【はじめに】当院では、医師、看護師の細かなアセスメントかつ迅速な対応によりがん患者は症状緩和が図られ、看取り期であってもやりたい事の実現へ繋がる場面をリハビリテーション（以下、リハビリ）専門職として関わる中で多く経験する。その関わりの中で、看取り期がん患者に対するリハビリの役割について検討する必要性があると考えられ、今回は若年成人がん患者を通して考察したので報告する。【症例】30代男性、悪性リンパ腫stage4、多発的に転移が認められ、予後1～2週間と告知を受け、自宅で最期を過ごしたいとの想いでA病院退院し、訪問診療開始となる。退院日の迅速な医師介入により、主症状であった重度口内炎による摂食障害やその他症状緩和が図られ、大好きな外食に行くことが可能となる。その後、「筋肉をつけて動けるようになりたい」という理由で訪問での身体的リハビリ開始となる。しかし、その1週間後ご逝去される。【考察】本症例は、リハビリ開始日が予後告知から2週間以上経過しており急変する可能性が非常に高い状況だったが、「もっと自宅の中を動けるようになりたい」、「車椅子は使いたくない」という強い意思があった。従ってその意思を尊重し、少しでも楽に歩けることを目的に準備運動に重点を置いたアプローチを行なった。最後の関わりとなった2回目のリハビリ時、「準備運動すると歩きやすい」との発言が認められ、この日はご逝去4日前であったが外食に行くことが出来た。本症例を通して、看取り期であっても動けるようになりたいという強い意思がある若年成人がん患者の場合、リハビリの役割はやりたい事実現の一助となるために身体を動かしやすい状態に整えることであると考えられた。しかし、一症例での考察のため今後も検討していく必要があると考えられた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)34 リハビリテーション

P-2-146

終末期にある利用者の「自伝を書きたい」というニーズに、 作業療法士が聞き書きを用いて応えた事例

興 ほのか オキ ホノカ
柳原 恵梨 ヤナギハラ エリ
特定医療法人谷田会 谷田病院

【はじめに】

終末期における訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）のニーズは幅広く、特に作業療法士（以下、OT）のアプローチは利用者のQOL向上と尊厳維持を目的とするため、家族へのグリーフケアとしての効果も期待される。今回、訪問リハにおいてOTが聞き書きの手法を用いて、利用者と家族のケアに携わった末期心不全患者の1事例を報告し、終末期ケアにおける聞き書きの可能性について検討する。

【症例】

70歳代男性、末期心不全。妻と息子の3人暮らし。40代から心不全増悪にて入退院を繰り返していた。X年1月、病的に自宅退院は困難と思われたが、本人の強い希望により予後1ヵ月にて急性期病院から自宅へ退院し、当院が訪問診療を開始した。本人は「自伝を書きたい」と希望しており、聞き書きができるOTと共に自伝作成を行うこととなった。週2回、計5回介入し幼少期から現在に至るまで利用者の思い出を家族と共に振り返った。死後はOTと妻で自伝を仕上げた。完成後は、本人の希望に沿い、親戚や友人、関係者へ製本を配布した。妻は「亡くなった直後は辛かったけど、直前まで自伝に取り組んでいた夫の姿を思い出し、温かい気持ちになった。幸せだった。」といい、自伝作成と聞き書きの行程に感謝の思いを示していた。

【考察】

余命が限られた利用者にとって、即時に自伝作成の支援が出来たことは偶然の幸運だった。終末期に関わる医療者が、利用者のニーズに速やかに対応するためには、多種多様なアプローチの手法を日々修練し、準備をしておくことが重要である。聞き書きは、利用者の人生にスポットを当て自伝を作成するという、人生の尊厳を確かめる作業として有力なアプローチである。また、家族にとっては、「本人の希望を叶える」という目標となったと同時に、死別後の受容過程を支える要素となったと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)34 リハビリテーション

P-2-147

終末期患者において、訪問リハビリとして寄り添えること

佐藤 千春 サトウ チハル
奥山 慎一郎 オクヤマ シンイチロウ
榎本 敏明 エノモト トシアキ
大武 尚幸 オオタケ ナオユキ
訪問診療クリニックやまがた
【はじめに】

在宅における終末期リハビリでは、状態悪化で中止になる場面も多い。当院では末期がん患者のQOL支援や苦痛緩和を目的とした終末期の訪問リハビリに注力している。今回、リハビリを実施した末期がん患者3名で、終末期リハビリがどのように機能したのかを考察する。本発表は、学会倫理指針の症例報告に記載された対応を取っている。

【症例】

80歳代女性 右肺がん 多発骨転移：介入当初は表情も硬く、転移による痛みや精神的な不安から症状増悪がみられたが、家族や多職種と共に関わる中で、「歩きたい」という発言が聞かれ、PTとして状態に応じたADL練習を実施した。身体の重苦しさにはマッサージやポジショニングを行うことで心地良さが得られていき、徐々に表情は緩み不安の訴えも著明に軽減した。

70歳代女性 右乳がん 転移性骨腫瘍 慢性心不全：「動けるうちは自分で動きたい」との思いがあり、呼吸苦の状態に応じて入浴や移動方法を変更しながら介入。不動による疼痛を予防しながら介入継続することに本人の満足度は高く、本人の意思疎通が困難になった際にも家族より「動かしてもらおうと楽になると言っていた。リハビリは続けて欲しい」と希望があり看取りの場面まで介入を継続した。

50歳代女性 胃がん がん性疼痛 トルソー症候群：麻痺によりベッド上生活を余儀なくされることで感情の起伏も低下していたが、座位練習や離床を行うことで「天井とにらめっこなので起こしてもらおうと嬉しい」と気分転換になった。「楽しい事をして欲しい」という希望に添える事で本人もQOLの改善を実感することができた。

【考察】

終末期リハビリでは、状態低下がリハビリ中止基準となるわけではなく、終末期においてもQOL支援や苦痛緩和を目的としたリハビリが実施できることを情報提供し、かわりゆく患者家族の想いに寄り添いながら支援していく事が重要であると考ええる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)34 リハビリテーション

P-2-148

通所リハビリテーションから訪問リハビリテーションへの移行支援を行った在宅心不全患者の一事例

新谷 あん¹ シンタニ アン
淡田 綾² アワタ アヤ
高橋 友二郎² タカハシ ユウジロウ
中安 一夫¹ ナカヤス カズオ

¹医療法人博愛会 颯田病院 総合診療科

²医療法人博愛会 颯田病院 リハビリテーション部

【はじめに】在宅医療の対象者の多くは複数の疾患を有し、それによる生活機能障害を生じやすい。疾患そのものの管理だけではなく、患者の状態を総合的に評価して多職種で協働して関わる必要がある。当院のセラピストや担当ケアマネジャーと連携して健康状態に応じたリハビリテーション（以下、リハビリ）の方法を選択し、利用した事例を報告する。また、在宅医療におけるリハビリの形態について振り返った。【症例】90代女性、移動は車椅子自走である。心房細動、三尖弁閉鎖不全症、僧帽弁閉鎖不全症を背景とした心不全がある。X年Y月に気道感染を契機に心不全が増悪したため、当院で入院加療を行い、退院時のY+1月より訪問診療を開始した。介護老人保健施設の通所リハビリを利用しており、訪問診療開始後も継続した。Y+3月に気道感染を契機に心不全が増悪し、酸素需要が出現した。入院加療を提案したが、患者が在宅療養を希望し、特別訪問看護指示のもと急性期治療を行った。通所リハビリの利用が困難な全身状態であったため、当院のセラピストや担当ケアマネジャーに報告し、訪問リハビリが利用できるよう調整した。患者が楽しみとする通所リハビリの再開を目標に、訪問リハビリでは呼吸リハビリ、リラクゼーション、関節可動域訓練、筋力強化訓練、起立訓練、車椅子移乗訓練が行われた。Y+6月に訪問リハビリを終了して通所リハビリを再開した。【考察】訪問診療を行うにあたって、患者が利用しているサービスを把握しておくことは重要である。健康状態の悪化により、心身機能、活動、参加がどのように障害されているかを評価し、サービスを調整する必要がある。本事例では介護保険の訪問リハビリのみを利用した。急性増悪時であり、医療保険の訪問リハビリを活用することもできたかもしれない。医療機関における訪問リハビリの形態を理解し、状態悪化時に適切にリハビリを選択して活用していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)34 リハビリテーション

P-2-149

在宅と外来のハイブリッド型診療所において タスクシェアを行う理学療法士の役割とその現状

岡本 和巳 オカモト カズミ
そよかぜ診療所

【はじめに】

当法人では、外来と訪問を一体化したハイブリッド型診療所を運営し、多職種連携による包括的な医療・介護サービスを提供している。この度、診療所の経営効率化を図ることを目的として、理学療法士（以下、リハ職）の業務を拡大し、診療所運営に関与させるタスクシェアを導入した。リハ職が担う多様な業務とその効果について報告し、ハイブリッド型診療所におけるリハ職の新たな役割について考察する。

【活動】

当法人のリハ職は主たる業務である訪問リハに加え多様な業務を分担している。外来処置室で看護補助業務を行うことで、看護師は本来の業務である患者対応に専念できる時間が増加、業務効率化に繋がっている。また、患者の身体状況を詳細に把握し転倒リスクの評価、早期の予防訪問リハビリへスムーズな移行などリハ職ならではの利点もある。管理業務ではAIを用いた議事録作成支援システムの導入や、患者配布用訪問カレンダー作成の自動化等、情報技術を活用した業務効率化をリハ職が主導している。タスクシェアと業務効率化の推進が、複雑なハイブリッド型診療所運営を可能にしている。

【考察】

訪問リハビリ以外の時間にタスクシェアによる業務を行うことで、人事考課で高評価を受けることができる評価システムになっており、また、医療経営士などの資格を取得し、キャリアアップを実現することもできる。これらがリハ職のタスクシェアへのモチベーション向上にも繋がっており、将来的には管理課役職など兼任することも可能な体系となっている。経営的観点では、タスクシェアによりリハ以外の時間に多様な業務を行うことで、効率的な人材の活用を実現し、他部署の業務負担が軽減、結果的にリハ職の待遇改善にもつながる。当法人のリハ職は、診療所運営に不可欠な存在へとその役割を拡大しており、今後、より質の高い医療サービスを提供していくために、継続的な取り組みが必要であると考ええる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)34 リハビリテーション

P-2-150

頸椎損傷患者の障害受容と訪問リハビリテーションの取り組み

高橋 友二郎 タカハシ ユウジロウ
辻 愛実 ツジ ノゾミ
足立 雅俊 アダチ マサトシ
新谷 あん シンタニ アン
中安 一夫 ナカヤス カズオ
医療法人博愛会額田病院

【はじめに】本来、障害受容にはショック期、否認期、混乱期、努力期、受容期の5段階があるといわれている。今回当院訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）が関わった事で、障害受容を促し、必要に応じた環境調整を行えた症例を報告する。

【症例】50代男性、X年Y月にバイク単独事故で受傷し、頸髄損傷、胸髄損傷、第7胸椎圧迫骨折の診断でX年Y+1月にA病院に入院し、胸椎後方固定術を施行。X年Y+6月当院一般病棟に入院、X年Y+8月自宅退院し、当院訪問診療、訪問リハ導入となった。以前よりバイク事故を繰り返しており、性格とかさなって四肢麻痺を受容できない否認状態が介入当初継続しており、訪問リハでも身体機能の改善を強く希望していた。また、入院時に医療従事者に対して不信感があり、訪問診療や訪問看護では暴言がみられていた。X+2年Y+6月経過する頃には、身体機能の改善要求は減少してきたが、家族に対する暴言がみられていた。訪問リハではテレビ鑑賞を円滑にするためAIスピーカーを提案したが拒否された。X+7年には友人と食事や受傷した道へドライブに行かれるようになり、また、家族への暴言もなく介助も受け入れるようになった。訪問リハではテレビ鑑賞時に毎回リモコン操作を家族介助で行っていたため、視聴予約機能を提案すると受け入れ良好であり介助なしで視聴可能となった。

【考察】今回の症例のように身体機能の改善が見込めない場合、在宅生活を円滑にするために環境調整が重要となるが、怒り・悲観が継続している時期に補助具等の導入を提案しても拒否的で受け入れ困難であった。訪問リハは担当スタッフが週3回、長期間介入したことで、ラポール形成ができ、障害受容が進んだタイミングで環境調整の提案をすることで環境の変化を受け入れられたと思われる。このことから障害受容の状況を見極めながら専門職としての提案を行う必要があると考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)34 リハビリテーション

P-2-151

寝たきり重度褥瘡患者に対する再発防止のための訪問リハビリテーション ～移乗介助方法の変更と環境調整の取り組み～

福田 勇人 フクダ ハヤト
岩谷 清一 イワヤ セイイチ
木下 幹雄 キノシタ ミキオ
医療法人社団心愛会 TOWN訪問診療所

【はじめに】褥瘡治癒後の皮膚は脆弱であり、再発防止が重要である。今回、在宅にて重度褥瘡を呈した患者に訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）を実施した。褥瘡治癒後、生活範囲の拡大と再発防止を目的に移乗介助時の除圧・減圧方法などを家族および他事業所と共有した結果、軽度褥瘡の再発は認められたが治癒し、通所リハビリテーション（以下通所リハ）利用を継続できた症例を経験したため報告する。

【症例】80歳代女性。要介護5。仙骨（D4e3s12i0g3N3P0:21点）の他、右大転子、左第Ⅰ趾に褥瘡あり。併存疾患は脳血管疾患。基本動作は全介助でベッド上の生活。主介護者は長女・長男で協力的。活動範囲の維持・拡大を目的に訪問リハ介入開始。褥瘡の治癒促進を目的にベッド上ポジショニング、シーティング指導を実施。訪問リハ開始71日後に仙骨部の褥瘡治癒。家族へ用具を使用しない移乗介助方法を指導したが、仙骨に褥瘡再発（d2e0s3i0g0n0p0:3点）を認めた。創部の状態から、家族介助下での車椅子移乗後の不良姿勢が要因と推察された。解決方法として移乗は介護用リフトを導入し、使用方法を指導した。良姿勢保持のため座クッションを変更した。76日後、褥瘡は治癒し2時間の車椅子乗車が可能となった。家族から外出希望があり、通所リハ利用を提案した。通所リハのスタッフに除圧、減圧方法を口頭、書面にて共有した。週1回の通所リハが開始となり、以降128日間褥瘡再発なく、週2回の通所リハ利用となった。

【考察】訪問リハ介入により褥瘡再発の原因を早期に特定し、移乗方法の変更や環境調整を通じて活動範囲を維持しつつ治癒に至った。通所リハのスタッフと褥瘡発生リスクを共有し再発防止のための除圧・減圧方法の共有を行ったことで、治癒後の褥瘡再発を防ぎ、通所リハ利用が継続できた。上記より、通所リハの利用頻度が増え、活動範囲拡大に繋がった。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)34 リハビリテーション

P-2-152

訪問リハビリテーション介入時における下肢の観察が重症化の予防につながった 包括的高度慢性下肢虚血症例の一考察

松本 純一¹ マツモト ジュンイチ

坂元 博¹ サカモト ヒロシ

木下 幹雄² キノシタ ミキオ

¹TOWN訪問診療所板橋

²TOWN訪問診療所昭島本院

【はじめに】

包括的高度慢性下肢虚血（chronic limb threatening ischemia; CLTI）患者は創傷の悪化リスクが高く、リハビリテーション介入時には注意が必要とされる。CLTI患者において皮膚・軟部組織感染症を生じると、重症化することがあり、切断を余儀なくされる危険がある。今回、訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）の経過中に皮膚・軟部組織感染症を早期に発見し、重症化を予防できた症例を報告する。倫理的配慮として日本医学会の倫理指針に則り、個人情報に配慮した。

【症例】

60歳代男性、要介護3。左CLTIによる第1趾中足骨切断、リスフラン離断後、植皮を施行し自宅退院。創傷の再発予防目的で短下肢装具を作製し、装具完成時より歩行能力・ADL向上目的で訪問リハ開始となった。

訪問リハ開始後、第1中足骨切断端部に潰瘍を認めたため、短下肢装具内で免荷できるように調整した。訪問看護による創傷処置と並行し訪問リハを実施した。両下肢の浮腫が強く、訪問看護師により右下肢は弾性ストッキング装着、左下肢は弾性包帯を装着されていた。訪問リハ介入毎に創傷悪化のリスク管理として、弾性包帯、ガーゼを外して創傷を確認した。その後37.9℃の発熱を認め、左下肢に発赤、腫脹、熱感を確認した。運動療法は中止し、直ちに当院医師に報告した。緊急往診となり、左下肢皮膚・軟部組織感染症と診断、下肢圧迫、抗菌剤が開始となった。その間は歩行練習を中止したが、約2週間後に症状は寛解し、歩行練習を再開した。今回の皮膚・軟部組織感染症による創傷の拡大、切断、入院などの重篤な事態は回避した。

【考察】

CLTI患者における病状の悪化を訪問リハ時に早期発見し、迅速な治療に繋がったことで重症化を防ぐことができた。CLTI患者の訪問リハ介入時には、下肢の観察は重要なリスク管理となることが示唆された。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)34 リハビリテーション

P-2-153

緩和的Reハビリテーション やりたいことができる喜びをチームで支えた症例

佐野 克浩 ¹	サノ カツヒロ
知久 淳子 ¹	チク ジュンコ
高橋 由樹 ¹	タカハシ ユキ
栃村 久美 ¹	トチムラ クミ
片見 明美 ¹	ヘンミ アケミ
渡辺 邦彦 ²	ワタナベ クニヒコ

¹株式会社ヴィーナス

²在宅ほすびす

【はじめに】

在宅での生活期や終末期の患者において、これまで機能障害を中心に国際障害分類（ICIDH）で評価をしてきた。生活機能をつかむ方法として活用する国際生活機能分類（ICF）では、病気だけでなく生活全体の評価を推奨している。今回、終末期の症例を初めて体験し、多職種連携の重要性和生活中心における在宅での理学療法士の役割を報告する。

【症例】

60代、進行性前立腺がん、多発性骨転移、NT proBNP：4444pg/ml、要介護1。配偶者は他界されており独り暮らしである。日々の食事は外食するのが日課。緩和医療指導医、緩和ケア認定看護師が退院前のカンファレンスに呼ばれ、本人より開口一番「私はわがままを言うがやりたいように生活させてほしい。ただ痛いのは苦手なんだ」と希望が語られた。在宅医と認定看護師は、疼痛を評価し医療用麻薬を提案し坐骨付近の疼痛緩和を図る。訪問介護士は、生活状況・他者との関わり、好み、環境整備等へ介入した。筋肉の凝りがあり専門のセラピストを希望され理学療法士が介入となった。疾患を選ぶだけでなく、人間だれしもが持つ身体構造に対してアプローチする方法として徒手の理学療法を選択し実施した。実践を繰り返していると「こう見えて俺は臆病なんだよ」と心情も吐露してくれるようになる。「身体が楽になる。本当に助かる、それで十分」と静かに語る。結果、現在も体調に合わせて外食や外泊など1日1日本人のやりたいことが叶えられており、多職種で生活の質をつなぐことができている。

【考察】

生活や価値観・大切なモノはみな違うことを今更ではあるが経験した。生活全体とQOLに視点を置くことで今までのリハビリテーションの応用編を提供できている。多職種でつなぐ生活の質を緩和的リハビリテーションの手ぐたえとして感じている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)35 食支援・口腔嚥下1

P-2-154

経口摂取不可だった患者が食支援チームの介入により 再び食事を楽しめるようになった事例

村越 里奈	ムラコシ リナ
永井 董	ナガイ スミレ
川村 早紀	カワムラ サキ
成瀬 佳子	ナルセ ヨシコ
姜 琪鎬	カン キホ

医療法人みどり訪問クリニック

【はじめに】当院の食支援チーム（以下、ETeam）では、嚥下内視鏡検査（VE）を含めた包括的な摂食嚥下評価と多職種でのカンファレンスを行い、患者の生活の質（QOL）向上を目指している。今回、癌の進行によりADLが低下し経口摂取不可と言われた患者に対し、ETeamの介入によって経口摂取を開始することができQOLが向上した事例を報告する。

【症例】80代男性、妻と2人暮らし。下咽頭癌の手術・化学療法によるADL低下が原因で胃瘻による経腸栄養（嚥下障害のため経口摂取不可）、窒息リスクから気管切開した状態で当院に紹介があった。退院後すぐに自己判断で経口摂取し誤嚥性肺炎を発症。しかし本人は経口摂取に対する強い希望があったため、ETeamの介入を開始した。包括的な評価から、軽度嚥下障害はあるものの食形態に注意すれば経口摂取は可能であることがわかった。評価に基づいて、姿勢や早食い防止のための見守り、交互嚥下などを指導した。また、歯科医師、訪問看護師、言語聴覚士、ケアマネジャーと連携しながら食支援の包括的介入方法も検討した。その後誤嚥性肺炎の再発はなく、経口摂取量・体重の増加に伴い経腸栄養剤が減量となった。

【考察】在宅で摂食嚥下機能を再評価し包括的な支援をすることによって、食事の幅が広がり本人の希望に近づくことができた。食べる喜びや楽しみを味わうことで経口摂取が本人の生きがいとなり、「外出したい」という活動意欲に繋がった。今後再評価をして安全に食形態を上げることで、経腸栄養から経口摂取への移行も期待できる。本症例を通して、在宅医療においては病院からの情報をそのまま引き継ぐのではなく本人や家族の想いに寄り添い多職種で包括的な支援をすることが大切だと学んだ。口から食べることは栄養補給に限らず「生きる力」に繋がる。これからも「食べる楽しみ」を支えられるチームとして活動を続けていきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)35 食支援・口腔嚥下1

P-2-155

摂食嚥下障害の早期発見と予防啓発～行田市健康フォーラムの成果～

宮原 愛 ¹	ミヤハラ アイ
市川 美佳 ²	イチカワ ミカ
奥野 真理子 ²	オクノ マリコ
山崎 浩二 ²	ヤマザキ コウジ
大神 智子 ²	オオガミ トモコ
山崎 春香 ²	ヤマザキ ハルカ
川島 治 ²	カワシマ オサム
河本 英敏 ³	カワモト ヒデトシ

¹行田市在宅医療・介護連携支援センター

²行田中央総合病院

³河本耳鼻咽喉科

【はじめに】埼玉県北部に位置する行田市は人口約76000人で高齢化率は32.5%に達し今後もその比率は増加すると予測されている。摂食嚥下障害は、早期は病識に乏しく見過ごされがちだが早期に発見、対処すれば重症化予防も可能となる。介入が遅れ症状が進行すれば、誤嚥性肺炎の要因にもなり、生涯の楽しみでもある「食べること」にも直結する重要な病態である。市内で推計4000人が摂食嚥下障害のリスクを抱えていることを踏まえて2023年5月に行田市食支援の会「カムカム会」が発足された。今回その活動の一つである健康フォーラムへの啓発活動の内容を報告する。

【活動】市民に摂食嚥下障害について認知してもらうため、会場にトロミ茶の試飲・嚥下食の試食・パネル展示等のブースを設置し、そこで当市における嚥下障害の状況の把握を目的として嚥下質問用紙を用いたアンケート調査を行った（n = 121）。質問用紙は15項目から構成され栄養状態・口腔機能・咽頭機能・食道機能など要因の把握や、合計点数で4点以上はオーラルフレイルの疑い、8点以上は摂食嚥下障害の疑いと評価が可能である。

【考察】市民参加型の嚥下食体験や質問紙の回答とその評価・説明を通じて摂食嚥下障害への理解促進と早期発見・予防の啓発を行った。また、アンケートの結果、約3割の方が嚥下障害やオーラルフレイル疑いがあることがわかった。嚥下機能の定期的なスクリーニングを行い、多職種で連携し早期発見と早期介入を徹底し、各段階に合わせた個別支援を今後おこなっていききたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)35 食支援・口腔嚥下1

P-2-156

カムカム会 「最期まで口から食べられる町行田」を目指して ～管理栄養士にできること～

奥野 真理子 ¹	オクノ マリコ
山崎 浩二 ¹	ヤマザキ コウジ
市川 美佳 ¹	イチカワ ミカ
南八重 久美 ¹	ミナミバエ クミ
大神 智子 ¹	オオガミ トモコ
山崎 春香 ¹	ヤマザキ ハルカ
川島 治 ¹	カワシマ オサム
宮原 愛 ²	ミヤハラ アイ

¹行田中央総合病院

²行田市在宅医療・介護連携支援センター

【はじめに】

行田市食支援の会『カムカム会』は「最期まで口から食べられる町行田」をスローガンに令和5年5月、埼玉県行田市に発足した。行田市医師会会長代理である当院院長がチェアマンを地域連携室が事務局を担い、医介連携で包括的に地域の食支援に取り組んでいる。また、食支援の更なる充実を目指して同年11月に行田市栄養士会も設立した。18職種45名が参加する『カムカム会』において管理栄養士は他職種への栄養管理の重要性についての啓発活動や多様化した食形態の提案など、食に関するより良い支援に努めている。『カムカム会』において、地域食支援力向上のために行った管理栄養士の活動について報告する。

【活動】

- ①『カムカム会』にて嚥下調整食の紹介、試食会を開催した。
 - ②患者の日常生活に関わる介護支援専門員へ栄養サポートの必要性を理解してもらうために市内ケアマネ連絡会にて居宅療養管理指導の説明と管理栄養士のできることについての説明会を行った。
 - ③多世代で一緒に外食を楽しめる町を目指して、食品衛生協会（市内レストラン）にてソフト食の紹介と試食会を行った。
 - ④行田市医師会主催健康フォーラムで一般市民向けにソフト食ととろみ茶の説明と試食会を行った。
 - ⑤行田市医師会主催摂食嚥下多職種連携研修で講師として参画した。
- 各取り組みにおいて、専門職や市民に栄養サポートの重要性を伝える良い機会となった。

【考察】

高齢者の嚥下に関わる問題に応じて、適切な食形態があることを専門職の方や市民の皆様に知っていただいたり、食事に楽しみや喜びを見出せるように支援したりと町ぐるみで切れ目のない栄養サポートを提供し、食を通して行田市の健康を支援していきたいと考えている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)35 食支援・口腔嚥下1

P-2-157

「誤嚥性肺炎なく経口摂取を継続できることを目標として作成した、 食事介助・ポジショニング表についてのアンケート調査による改善にむけた取り組み」

野澤 典明¹ ノザワ ノリアキ
麻田 史穂¹ アサダ シホ
山口 美和¹ ヤマグチ ミワ
平野 輝利人¹ ヒラノ キリト
川島 治² カワシマ オサム

¹医療法人社団 清幸会 行田中央総合病院 リハビリテーション科

²同内科

【目的】

当院では食事時の介助方法やポジショニングに対して不安や悩みの声が多くあがっておりそれに対して、食事介助・ポジショニング表を作成する取り組みを行ってきた。作成した表に対してアンケートを実施することで日々の疑問点を把握し、誤嚥性肺炎など重篤な合併症を起こすことなく経口摂取が行えるようにしてゆきたいと考えた。

【方法】

入院患者を担当している看護師・介護士に食事ポジショニング表についてのアンケート調査を実施する。①食事ポジショニング・介助を正しく行えているか②説明文について ③写真の見やすさについて④レイアウトについて5段階評価し、数値化を行う。また、各項目に対して感想を書いて頂く。(看護師・介護士計：67名)

【結果】

①食事ポジショニング・介助を正しく行えているか3.70点②説明文について3.93点③写真の見やすさについて4.06点④レイアウトについて4.01点。感想としては食事ポジショニングを行う際に時間が無く表通りのポジショニングを行えないことがあるとの意見が多かった。説明文については食事介助に必要な情報はあがるが、専門用語が分かりにくい・説明が長いとの意見が多かった。写真の見やすさは、見やすいとの声が多かった。レイアウトについても分かりやすいとの声が多かった。

【考察】

アンケートの結果から短時間で行える食事ポジショニングの提案・食事介助に必要な情報を簡潔に分かりやすい言葉で呈示することがこれからも必要になると考えた。また、写真やレイアウトについては高評価が多かったため、今後も継続してゆきたい。今回は病院内でのアンケートの実施であったが、次回からは関連施設に対してアンケート調査を行い、施設間の連携を深めてゆきたい。嚥下障害に対する勉強会を定期的に実施し、嚥下障害に対する知識を深め、実践できるようになることが大切であると考えた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)35 食支援・口腔嚥下1

P-2-158

論文の表題にみる「口腔ケア」の変遷

中村 幸生 ナカムラ ユキオ
中村 千賀 ナカムラ チカ
医療法人優幸会 中村クリニック

【目的】「口腔ケア」は、医療や介護の分野で広く使われている言葉であるが、使用する人によって意味するところが異なり、混乱を招くことがある。「口腔ケア」の歴史や背景を理解することは、今後の多職種連携において重要だと思われる。医学中央雑誌に収載されている論文を対象に、「口腔ケア」という言葉の使われ方を調査した。

【方法】医学中央雑誌で「口腔ケア」をキーワードに検索し、1980年代以降の論文題名を調査した。会議録は除外し、対象論文13814件の題名をテキストデータ化した。ユーザーローカルAIテキストマイニングを用いて、時代ごとの関連ワードの傾向を分析した。

【結果】論文数は、1980年代に9件、1990年代128件であったが、2000年代から急増し、2010年代には3361件とピークに達した。関連ワードの変遷は以下の通りである。

1980年代「植物状態」「意識障害」「白血病」、199094年「化学療法」「挿管」「手術」「看護」

199599年「誤嚥性肺炎」「在宅」、200004年「予防」「リハビリ」「歯科衛生士」、200509年「栄養」「連携」「口腔機能管理」、201014年「がん」「周術期」、201519年「認知症」「職種」、2020年以降は新たな関連語はなく、既存のテーマが維持されていた。

【考察】1980～1990年代は、重症患者や化学療法中の患者など特殊な状態の口腔ケアが中心であったが、2000年の介護保険制度の導入を経て、口腔ケアは医療だけでなく予防やリハビリ、介護分野へと広がった。特に2000年代以降には「歯科衛生士」や「口腔機能管理」といったワードが示すように、専門的なケアも進展した。「口腔ケア」は医療・介護分野をつなぐ重要なテーマであり、その理解を深めることで多職種連携がさらに進展する可能性があると考えられた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)35 食支援・口腔嚥下1

P-2-159

言語聴覚士の関わりが重度嚥下障害を呈する終末期患者・家族の満足感に繋がった一例

南新 麻世 ミナミシン マヨ

濱田 萌音 ハマダ モネ

医療法人ゆうの森 たんぽぽクリニック

【はじめに】食事が進まなくなった患者に対し、言語聴覚士（ST）は評価、間接・直接嚥下訓練、食事形態や介助方法の指導等を行う。しかし、最期まで食べることを望む患者が、重度嚥下障害を呈している場合もある。今回、STが関わることで、そうした患者の満足感・家族の心理的安定に繋がった一症例を報告する。【症例】80代患者。自宅にて転倒、低Na血症と横紋筋融解症により急性期病院入院となる。入院中誤嚥性肺炎を発症、VEにて中等度嚥下障害と右反回神経麻痺を指摘される。嚥下訓練開始も誤嚥により、絶食・点滴加療開始となる。患者・家族が経管栄養をせず自宅で最期を迎えることを希望され、在宅療養支援診療所である当院転院となる。転院当初より「食べたい」の希望あり、ST介入開始となる。入院中にVEを実施するも、兵頭スケール9点、右の声帯運動不良、検査食の喉頭蓋谷～梨状窩貯留・誤嚥あり、重度嚥下障害と診断される。しかし、「胃管しない。食べたい」と希望され、点滴治療と共にST介入継続となる。退院後は、ご逝去5日前まで介入した。【考察】本症例は、重度嚥下障害と判断された後も、食べたいと希望されていた。VE検査以降は、嚥下へのアプローチではなく頻回に味覚へのアプローチを行った。家族は食べさせてあげたいと希望されていたため、同席の際は指導も行った。具体的には、スポンジに好きな飲料を含ませ、適度に絞った状態で味わって頂いた。家族の発案により味噌汁が味わえた際は、「美味しい」との発言があり、家族も喜ばれた。退院後は、ST介入時以外にも家族や看護師が上記方法で味わう楽しみを継続し行うことができた。STが家族や看護師に方法を指導したことで、患者自身の楽しみが増え、満足感に繋がったと考えられる。また、家族も対応できる環境となったことが、家族の無力感軽減に繋がったと考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)35 食支援・口腔嚥下1

P-2-160

バイタリティ溢れる筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者への多職種介入が食事量及びADL向上に繋がった一例

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

【はじめに】筋萎縮性側索硬化症（以下 ALS）とは、運動を司る神経に障害が起こり、次第に体の自由がきかなくなる進行性の疾患である。今回、呼吸不全により ALS と診断、人工呼吸器管理、胃瘻からの経管栄養管理を行っていた症例に対し、退院後も食べ続けたいという希望に添い多職種が介入した。バイタリティ溢れる本人への関わりにおいて食形態アップから経口摂取量及び体重増加、ADL 向上に繋がった一例を紹介する。

【症例】80代女性、X1年筋力低下、歩行しにくさを自覚。X年体動及び摂食困難にて病院受診、検査中に呼吸停止となり緊急挿管し人工呼吸器管理を余儀なくされた。ALSの診断後、気管切開、胃瘻を造設。言語聴覚士（以下 ST）訪問時のみ、粥ゼリーやペースト食（学会分類2021コード1.2）を摂取。在宅療養開始に伴い、訪問歯科が義歯を調整、STは摂食訓練を実施、管理栄養士による食形態に合った食品選択や調理指導を行い継続した経口摂取が可能となった。経口摂取が安定した為、「家族と同じ物を一緒に食べたい」という意向から、食形態アップに向け嚥下内視鏡検査を実施、舌でつぶせる食事（コード3）へ変更した。摂取量も増加、ST訪問時は1食分摂取可能となり、体重は4か月で4.5kg増加した。食事はリクライニングから端坐位摂取へ変更し、経腸栄養剤投与量の減少と共にADL向上に繋がった。

【考察】多職種が在宅環境に合わせた介入行い、協力的な家族、食に関し意欲的な性格も功を奏し、食事量及びADL向上に繋がった。しかし、「食べる事、出来る事」が増える一方で、本人のやる気に合わせ、高い目標を掲げる傾向が見られた。多職種でカンファレンスを実施、加齢や進行性疾患である事、家族負担等を考慮し、無理の無い目標設定を改めて考える機会となった。なお、本発表は本人家族に了承を得ている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)35 食支援・口腔嚥下1

P-2-161

E-Team（食支援チーム）発足後の管理栄養士の活動・役割の報告

永井 董	ナガイ スミレ
村越 里奈	ムラコシ リナ
川村 早紀	カワムラ サキ
成瀬 佳子	ナルセ ヨシコ
姜 琪鎬	カン キホ

医療法人みどり訪問クリニック

【はじめに】当院は機能強化型療養支援診療所で患者の大半は後期高齢者であり、摂食・嚥下機能に問題を抱えていることが多い。摂食・嚥下機能は生命維持には欠かせない身体機能であり、低栄養・肺炎予防に関わるだけでなく、在宅療養する患者のQOLや生きがいに大きな影響を与える。在宅療養の質向上のためには食べることへの支援が必要と考え、耳鼻咽喉科の医師が起点となり、看護師・管理栄養士を含む食支援チーム（以下、ETeam）を立ち上げた。

【活動】患者の摂食・嚥下機能に合わせた支援を強化するためETeamが訪問し、嚥下内視鏡による嚥下評価、口から食べるバランスチャートでの全身評価を行い、食事形態・支援方法について多職種で情報共有し、包括的な摂食嚥下評価と介入方法の提案を行った。管理栄養士は事前に患者へ食べることに関連した情報を収集してETeamに共有、検査後は定期的な在宅訪問栄養食事指導にて栄養状態の評価をしながら食事形態の提案や調理の工夫、適切な食事姿勢などを患者・家族に伝えた。併せてICTツールを使用して多職種へ訪問時の様子や指導内容の共有も行った。

【考察】嚥下内視鏡検査では安全な食事形態がわかるため、管理栄養士が普段の食事を実際に見て、患者が食べたいものを安全な形態にする工夫がしやすくなった。また、多職種と情報共有し、セラピストや歯科などと一緒に包括的な支援を行うことで、低栄養や誤嚥性肺炎のリスク軽減に繋がると考える。ETeamの活動を通して、患者が食べているものや姿・表情を見る機会が増え、患者・家族の食事に対する想いを強く感じるようになった。管理栄養士がこの想いを汲み取り、患者と多職種の架け橋になれば、より患者に寄り添った支援ができると考える。活動は始まったばかりで地域の認知度はまだ低いですが、地域に活動を浸透できるよう多職種と協働して継続していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)35 食支援・口腔嚥下1

P-2-162

経胃・胃瘻的腸瘻造設(PEGjejunostomy)が有効であった 超高齢者PEG後脱水症の1例

平井 二郎	ヒライ ジロウ
澤田 幸介	サワダ コウスケ
久我 敦	クガ アツシ
杉本 真由	スギモト マユ
池本 葉子	イケモト ヨウコ
山本 咲恵	ヤマモト サキエ
柳井 正志	ヤナイ マサシ

医療法人社団 西日本平郁会 みんなの加古川クリニック

【はじめに】

胃瘻栄養管理中に胃食道逆流や胃蠕動低下などにより注入不良となる症例が散見される。今回、超高齢者PEG後脱水症の患者に対し、胃瘻孔から細径内視鏡を挿入、胃瘻カテーテルを腸瘻カテーテルに入れ替え、良好な結果を得たので報告する。

【症例】

90歳代女性。3年前に認知症による嚥下機能低下に対してPEG施行。2024年9月頃より注入時に胃瘻周囲の漏れや嘔吐症状出現し、必要量注入が困難となった。発熱・膀胱炎症状も出現し、体位の工夫や胃蠕動改善薬投与などでも改善せず、脱水症に対して1日500mlの点滴を要した。

家族に腸瘻への入れ替えを提案したところ希望されたため、PEGjejunostomy（以下、PEGJ）を行った。すなわち、胃瘻孔から直接、細径内視鏡を十二指腸に挿入、透視下にガイドワイヤーを空腸まで挿入した。内視鏡を抜去後、ガイドワイヤー経由で腸瘻カテーテルを空腸まで挿入した。

入れ替え後の注入は順調で、漏れや嘔吐症状は消失し、十分な注入量を投与可能となった。脱水や炎症所見は軽快し、全身状態は良好となった。

【考察】

胃瘻造設後の栄養管理中、胃食道逆流症・胃蠕動低下などによる嘔吐や漏れなどにより、十分な注入ができなくなることがある。注入時の体位の工夫や胃蠕動改善薬投与、注入内容の変更などを行っても脱水が進行する場合は、経静脈的に栄養・水分を補う必要がある。このような症例に対して、PEGJによる腸瘻からの注入は安全で確実な投与方法であると考ええる。

問題点として、入れ替えに透視が必要なこと、交換の手間・頻度が増すことなどがある。しかし、一度造設すると、その後の管理は胃瘻と差がないこと、交換は容易で交換に伴う合併症のリスクは低くなることなどが利点となる。患者のQOL改善につながることは確かであり、今後も適応のある症例に対して積極的に採用していきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)35 食支援・口腔嚥下1

P-2-163

在宅介護を受ける高齢者への管理栄養士の介入が食欲に与える影響

本川 佳子¹ モトカワ ケイコ
白部 麻樹¹ シロベ マキ
米原 恭子² ヨネハラ キョウコ
早川 美知¹ ハヤカワ ミサト
平野 浩彦¹ ヒラノ ヒロヒコ

¹東京都健康長寿医療センター研究所

²医療法人財団五省会 西能病院

【目的】75歳以上の高齢者の増加が見込まれている2025年を迎え、在宅医療・在宅介護の重要性が高まっている。しかしながら、管理栄養士による在宅訪問は他の職種に比較して極端に低く、多職種の介入回数の1割程度に留まっている。そのため管理栄養士が在宅介護を受ける高齢者に介入する効果は十分に示されていない。そこで本研究では、在宅介護を受ける高齢者を対象に管理栄養士が1ヶ月に1回、合計3回の在宅訪問を行い、栄養指標に与える影響について検討を行った。

【方法】研究デザイン：単群前後比較試験とした。

対象者：T県介護支援専門員協会の協力を得て、研究参加を希望した在宅介護を受ける24名から、21名を解析対象とした（女性割合70.8%、平均年齢82.9±7.4歳）。

介入：T県の栄養ケア・ステーションに登録する管理栄養士が1ヶ月に1回、計3回訪問した。介入内容は、初回訪問時に栄養・食生活を聞き取り、それぞれの課題に対して個別の栄養支援を行った。

アンケート：介入前後で対象者にアンケートを依頼した（日本語版食欲スコア（以下、CNAQ）および基本情報（性、年齢、身長、体重、介護度、既往歴、栄養状態））。

統計解析：統計解析はSPSS ver.29.0（IBM, Japan）を用いて、Wilcoxonの符号付順位検定を行った。

倫理：T医療センター研究所倫理審査委員会の承認を得た（2022年7月19日 R2218）。

【結果】介入前と比較して、CNAQスコアは有意に上昇した（介入前27.0±2.5 介入後29.4±3.3 p=0.004）。

【考察および結論】在宅介護を受ける高齢者を対象に管理栄養士による介入を行った結果、CNAQスコアが有意に上昇した。介護の重度化の抑制につながる可能性が示され、管理栄養士在宅訪問を行うシステム構築や介入効果の普及・啓発が必要であると考ええる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)36 呼吸ケア・褥瘡ケア

P-2-164

当院における在宅関連業務の活動報告について

伊藤 有司 イトウ ユウジ
西山 結人 ニシヤマ ユイト
神谷 真知子 カミヤ マチコ
瀬原田 真依 セハラダ マイ
生嶋 政信 イクシマ マサノブ
藤川 純一 フジカワ ジュンイチ
医療法人豊田会 刈谷豊田東病院

【はじめに】在宅で医療機器を使用することは患者及び患者家族にとって、不安を感じる大きな要素のひとつである。当院訪問看護ステーションスタッフにおいても、在宅医療機器の取扱いなど不慣れな点があり、臨床工学技士（以下CE）の訪問同行の要望があった。在宅医療の取り組みから約3年が経過し、在宅関連業務の活動と訪問看護師にアンケート調査を実施したため、合わせて報告する。

【活動】2022年度より訪問看護ステーションと連携を取り、呼吸器使用患者を対象に、退院時の初回訪問及び往診にCEの同行を開始した。その後、2023年度の10月から、定期訪問を3ヶ月毎に実施し、定期訪問以外に設定変更やトラブル対応を実施した。また訪問看護師向けに在宅で使用する医療機器の勉強会を開催した。2022年度は訪問9件、勉強会10件、2023年度は訪問23件、勉強会14件、2024年度は11月末時点で訪問37件、勉強会19件と年々どちらも件数は増加している。また訪問看護師のアンケートでは、勉強会内容においてためになったという意見が9割以上、訪問同行に関して定期訪問は7.5割、初回訪問は10割役に立ったという意見が得られた。

【考察】定期訪問を実施したことにより、外来や往診のみで実施していた設定変更やデバイス変更が定期訪問でも実施可能となった。また機器のトラブル対応を実施することで、患者家族との関係性の構築や機器に対しての不安の軽減に繋がった。他にも訪問看護師から連絡や相談が徐々に増えてきており、訪問看護ステーションとの連携体制が確立できたと考える。

アンケート結果から勉強会と訪問同行に関しては良い意見が得られ、特に初回訪問同行は全員が役に立ったと答えており、必要度が高いと考える。また災害時の対応について取り組んでほしいという意見があったため、今後検討していきたい。在宅医療機器が安心安全に使用できるように努めていきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)36 呼吸ケア・褥瘡ケア

P-2-165

デュシェンヌ型筋ジストロフィーにおける息留めへの訪問呼吸リハの試み

中島 光裕¹ ナカシマ ミツヒロ
世戸 博之² セト ヒロユキ
横山 順子¹ ヨコヤマ ジュンコ
亀田 恭平¹ カメダ キョウヘイ
大野 隼人¹ オオノ ハヤト

¹コモンリハビリ訪問看護ステーション井口

²ひのでクリニック

【はじめに】神経筋疾患において、Bach JRらは通常の救急蘇生バッグ（bag valve mask：BVM）での最大強制吸気量（maximum insufflation capacity:MIC）訓練は肺のコンプライアンスを改善するだけでなく、肺活量（vital capacity：VC）の増加および息留めが咳嗽力（cough peak flow:CPF）を最大化出来るとしている。今回、息留めが不十分であった（DMD）患者に対し、PEEP弁付きBVM（PBVM）を使用することで息留めを習得、MICおよび最大強制吸気後のCPF（CPF（M））の増加を認めた症例を報告する。尚、本発表にあたり症例より同意を得ている。

【症例】DMD、20代、人工呼吸器使用なし。外来リハ月1回利用。訪問開始時、VC：940ml、CPF：175L/min、MIC：1010ml、CPF（M）：170L/min。咳嗽は自力とMIC後とではほぼ差がない状態であった。週2回の訪問にてPBVMによる送気2回分（送気＋息留め＋送気＋息留め→呼気）を1セットとし、5セットを毎回実施した。PEEP弁は20cmH₂Oより開始、毎回送気後マスク内で開口位にて息留め、PEEP弁からの漏れがないことを確認し5cmH₂Oずつ減圧した。6か月後PEEP弁無しで息留めが可能となりVC：700ml、CPF：145L/min、MIC：1450ml、CPF（M）：260L/minとなった。

【考察】訪問開始時、MIC訓練は外来リハでの月1回のみで症例は既に呼吸機能が低下していた。PBVM使用によりVC以上の空気を肺内に保持する経験と、PEEP弁の調節による段階的な練習にて息留めを習得でき、MIC/CPF（M）の向上に繋げることができた。これらよりMIC訓練時に息留めに難渋する場合はPBVMを使用することが望ましいと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)36 呼吸ケア・褥瘡ケア

P-2-166

停電時の在宅人工呼吸器をより効率良く長時間使用するための検討

浜本 英昌 ハマモト ヒデアキ
ドクターゴン鎌倉診療所

【目的】

災害時の停電中に在宅人工呼吸器の使用を継続するため、メーカーが提供するバッテリー（通常24時間程度使用可）を利用するが、停電が長期化する場合には、代替電源を活用する必要がある。そのため、代替電源を用いて人工呼吸器を省電力で駆動させるための検証実験を行ったので報告する。

【方法】

対象とした人工呼吸器は3社4機種で、代替電源としてポータブル電源を使用し、AC電源（AC）およびDC電源（DC）の2種類の給電方法を使用した。実験条件は、内部バッテリーの充電率を100%および50%、外部バッテリーは100%、50%、未装着の状態とし、各組み合わせで2時間行い、30分毎に消費電力量の記録をした。

【結果】

ACでは、内部および外部バッテリーの充電残量が減少した場合、全てのバッテリーをフル充電するため、消費電力が増加傾向であった。一方、DCでは、内部バッテリーの充電残量が減少した場合のみ充電を行う機種や外部バッテリーの充電残量が減少した場合にも充電を行う機種があった。また、一部の機種では外部バッテリーをフル充電状態で使用していても、それが装着されているだけで消費電力量が増加することも確認された。

【考察】

停電時の運用では、人工呼吸器を駆動するための電力とバッテリーを充電する電力を管理することが重要である。充電方式や電力特性はメーカーによって異なるため詳細は不明だが、本実験の結果から、DCを使用した方がACに比べて省電力で効率的に駆動できることが示された。これにより、長時間駆動にはDCの活用が有用と考えられる。また、一部の機種では外部バッテリーを一時的に外すことで、不要な充電による電力消費を抑え、さらなる省電力運用や搬送時のバックアップ使用が可能であることが分かった。しかし、安全性の観点から、現時点ではメーカーが推奨する接続方法に従うことが最も適切であると考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)36 呼吸ケア・褥瘡ケア

P-2-167

在宅医療におけるHigh-flow nasal cannulaの使用経験と今後の課題

武藤 昌幸 ムトウ マサユキ
小西 典子 コニシ ノリコ
内藤 晶裕 ナイトウ アキヒロ
鬼澤 信之 オニザワ ノブユキ
医療法人あんず会 杏クリニック

【はじめに】

呼吸不全患者への高流量鼻カヌラ酸素療法（以下HFNC）の有用性については広く知られているが、これまでは主に病院で導入、使用されるものと認識されてきた。しかし2022年4月の診療報酬改定で在宅HFNCの指導管理料が設定され、以降在宅医療でもHFNC導入例が見られるようになった。当院においても2024年に2例経験したため、その報告と今後の課題について述べさせて頂く。

【症例】

症例1。80歳男性。COPD、気管支喘息で2008年より加療されていたが呼吸状態が悪化し通院困難となったため2024年4月23日より当院介入開始した。介入時からHOT導入されており、O2 3L（nasal）で安静時SpO2 90%維持出来るものの体動時は80%以下まで容易に低下していた。介入後も呼吸状態は悪化傾向のため7月22日HFNCを導入した。一時呼吸状態は改善し飲酒を再開するなどADL改善傾向であったものの、病勢強くHFNC導入後2ヶ月程度経過したところで症状再増悪傾向となり、11月10日ご逝去された。

症例2。81歳女性。COPD、気管支喘息があり、2024年6月に誤嚥性肺炎で入院加療されていたが帰宅願望が強いため在宅医療導入の方針となり、6月19日にHOT導入の上当院介入開始した。介入時はO2 3L（nasal）で安静時はSpO2 97%維持出来るが体動時は75%程度まで容易に低下していた。介入後低酸素、高二酸化炭素があるため8月26日よりHFNCを導入したが、ご家族の介護負担の増大で9月30日に療養病棟へ入院、当院終診となった。

【考察】

在宅医療では酸素配管がないため高濃度酸素が必要な患者へのHFNC導入には課題が残る一方、マスク装着を要しないため高齢者のADL維持や改善に寄与する可能性が高い。適応に関しては病院・在宅に違いはないが導入へのハードルをどう乗り越えるかが重要である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)36 呼吸ケア・褥瘡ケア

P-2-168

難治性の両側下腿浮腫及び潰瘍に対して弾力チューブ包帯とポピドンヨード軟膏を併用し在宅で治療を行い完治した1例

酒井 秀都 サカイ シュウト
上田 裕介 ウエダ ユウスケ
柳楽 知義 ナギラ トモヨシ
齊藤 晃子 サイトウ テルコ
光輪クリニック

【はじめに】下腿浮腫は高齢者を対象とすることが多い在宅医療において度々遭遇する病態である。心不全や腎不全などの内科的疾患、薬剤性、栄養障害や感染に伴う低alb血症、術後のリンパ浮腫など様々であるが、全身疾患や器質的原因を伴わない下腿浮腫も存在し、廃用性浮腫とも呼ばれている。今回入院での精査で原因が見つからなかった両下腿浮腫及び両下腿潰瘍に対して、訪問看護ステーションと連携し在宅で治療を継続した結果改善を認めた症例を経験したので報告する。報告にあたり、日本医学会連合研究倫理委員会「学術集会への演題応募における倫理的手続きに関する指針」の「5.1症例報告」に記載された対応をとっている。【症例】80代女性、独居であり下腿浮腫は数年前より存在し、数ヶ月前より下腿潰瘍も認めたため近医に通院するも難治性であったため近隣病院へ入院となった。入院時は両下腿浮腫が著明で水疱形成を伴い、一部破綻した水疱から多量の滲出液を認めた。各種検査では異常なく、下腿浮腫に対しては下肢挙上と弾性包帯で圧迫し改善傾向、下腿潰瘍に対してはジメチルイソプロピルアズレン軟膏塗布を継続されていたが、どちらも完治しないまま退院となった。自宅での処置が自身で困難なこと、連日の処置が必要であったことから訪問看護を導入し連日創部処置を継続、処置時の痛みが強かったことや装着の簡便さを考慮し弾性ストッキングよりも着圧の弱い弾力チューブ包帯に変更、また滲出液の多さから外用薬をポピドンヨード軟膏に変更した。週2回のデイケアサービスにおいても積極的な運動療法を推奨し、介入より4ヶ月で完治を認めた。【考察】入院加療で改善を認めなかった難治性下腿浮腫及び下腿潰瘍に対して在宅での加療継続によって完治できた症例を経験した。弾力チューブ包帯は弾性ストッキングと比べ着圧が緩く着脱も簡便であるため、高齢者の在宅での加療に有効であると考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)36 呼吸ケア・褥瘡ケア

P-2-169

入院治療から在宅へ移行し多職種協力により治癒した褥瘡事例

石倉 聖美	イシクラ マサミ
野末 睦	ノズエ ムツミ
川合 重夫	カワイ シゲオ
芳賀 紀裕	ハガ ノリヒロ
檜原 創	ナラハラ ハジメ
半田 加奈衣	ハンダ カナエ
石井 雅美	イシイ マサミ
松澤 三友紀	マツザワ ミユキ
小林 葉保子	コバヤシ ナホコ
高橋 知美	タカハシ トモミ

あい太田クリニック

【はじめに】

今回、約11か月にわたる入院治療で治癒に至らず、在宅診療の導入後約3か月で治癒に至った右大転子部褥瘡の症例を経験したので報告する。

【症例】

70歳代、女性。X年5月に受傷した下腿打撲創の治療のためA病院に入院、詳細は不明ながら、入院中の9月に全身麻酔下に右大転子部褥瘡のデブリードマンを施行。その後、手術治療は選択されず、10月末に慢性期病床を有するB病院へ紹介され転院。保存的治療を継続したが、B病院入院中には治癒に至らず、X+1年7月に自宅退院し、訪問診療を開始した。退院時、局所は大きな陥凹内にいびつな表面を呈する肉芽面を認め、滲出液は多量であった。拘縮、亀背の強い症例であり、訪問看護の週3回のリハビリテーションに加え週1回当院の理学療法士の訪問を開始し、介護用品の選定にも関与した。正しいポジショニングが維持出来るように説明図を作成し、家族を含め全員が共通の認識を持てるように努めた。さらに、血中アルブミン値 2.9g/dl と低栄養状態であったため、管理栄養士も月1回訪問を開始した。病院食（お粥）で食が進まなかった為、管理栄養士の指導のもと食形態を改善した。食事に加え、タンパク質と脂質を補うため栄養剤の摂取も導入した。看護師は日々の健康チェックや家族の思いを傾聴し、医師と細かく情報を共有しながら創部の処置を行った。これらの取り組みの結果、10月に治癒と判定した。

【考察】

病院では褥瘡対策として多職種連携が義務付けられている。入院治療から在宅診療に移行するにあたり、療養環境のギャップを生まないために、最小限のメディカル・スタッフの導入は必要と考える。本症例では退院時に患者の表情が乏しく、家族も対応に不安を抱えていたが、多職種が関わり協力することで患者・家族ともに安心感を得られ、病変部の日々の改善を実感できたと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)36 呼吸ケア・褥瘡ケア

P-2-170

希望を叶えた褥瘡ケア ～多職種共同看多機だからできること～

加藤 幸子 カトウ ユキコ
渡辺 康子 ワタナベ ヤスコ
小菅 勉 コスゲ ツトム
複合型サービスふくふく寺前

【はじめに】

ほぼ寝たきり状態で重度褥瘡が形成されたまま自宅退院となったA氏の看護小規模多機能型居宅介護（以下看多機と略す）での関りと、褥瘡が改善し念願であった孫の結婚式に参加するまでの過程を報告する

【症例】

腰椎圧迫骨折で入院中疥癬に罹患し長期間隔離状態となりADLが低下。仙骨に重度褥瘡が形成された。入院生活を支えていたのは「孫の結婚式に出席する」事だったが、長期入院により気力体力ともに低下し「出席できない」と諦めていた。治療半ばで看多機を利用しながらの在宅介護が始まり、形成外科1回/週往診、在宅時の訪問看護、毎日の入浴や栄養価の高い食事を提供しアバンド®を追加、10か月改善しなかった褥瘡が2か月で改善した。体力も回復し、念願であった結婚式に参加することができた。一口大にカットされたフルコースを楽しみ「生きる希望がもてた」と失語症のA氏が声を出し感謝を伝えていた。入院中より挿入していた膀胱留置カテーテルは抜去しトイレでの排泄を確立した。更に車いすを卒業し歩行器で歩行できるようになった

【考察】

利用者は自宅と看多機を行き来し療養を行っている。家族もケアをする中で必ずしも適切な治療が受けられるとは言えない。しかし、人生の「希望」を大切にしながら適切な褥瘡ケアを受けられた事で生活の質は向上した。この事は看多機が持つ重要な役割であることは間違いない

日本は超高齢社会を迎え治療半ばで病院から在宅に移ることも少なくない。在宅における褥瘡対策はますます重要性が高まっており、専門的な視点や根拠に基づいた治療、本人や家族の「希望」に配慮した気配りや工夫、多職種連携が最も重要ではないかと考える。医師が常駐しない看多機でも褥瘡は改善する。看護師だけでなく介護職にも褥瘡ケアについての知識、知恵や工夫は求められ褥瘡ケアに係る全ての人が携わったからこそ「生きる希望」へ繋がりその重要性が明らかとなった

利益相反：なし

一般演題(ポスター)36 呼吸ケア・褥瘡ケア

P-2-171

リモート診療による褥瘡やキズ、スキントラブルのフォロー

水原 章浩¹ ミズハラ アキヒロ

佐藤 美香子² サトウ ミカコ

八島 真理子² ヤシマ マリコ

粒来 直美² ツブライ ナオミ

¹東鷺宮病院 循環器・血管外科 褥瘡・創傷ケアセンター

²東鷺宮病院 看護部

【はじめに】

当院では、2002年褥瘡・創傷ケアセンターを開設して以降、現在まで近隣の医療施設、介護施設から多くの褥瘡、創傷患者が紹介されてきた。壊死組織が多く、感染徴候が認められる創は、入院として壊死組織のデブリドマンを行い、創を清浄化するようにした。そして最近、ケアがある程度容易になった時点で、施設や在宅にお返しする方針としている。その後は主に画像添付メールで経過をフォローしていたが、最近はリモート診療でのフォローも開始した。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。

【活動】

入院治療した患者をお返しする際には、処置方法を施設、在宅のスタッフに確実に伝達した。

当院の褥瘡回診に参加していただき、実際の処置を見学してもらうケースもあった。

施設スタッフからは、必要に応じて、2～4週間毎に1回程度の間隔で、画像（遠写、近写の2枚）、DESIGNR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、それに対する寸評および改善点等を返信した。

2024年6月からはスマホを使ったリモート診療を開始した。

【考察】

リモート診療の利点としては、キズの状態のみならず、患者さんの状態をリアルタイムに診ることができるほか、患者の全身状態も知ることができることが挙げられる。また訪看スタッフと創ケアその他のことを、その場でディスカッションすることができること、そして患者サイドにとっては、キズだけを見せにわざわざ病院まで来なくて済むという最大の利点がある。以上の画像フォローによって、施設、在宅スタッフとの定期的に意見交換ができ、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。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)36 呼吸ケア・褥瘡ケア

P-2-172

皮膚・排泄ケア認定看護師と施設看護師による巨大褥瘡の改善に向けた協働 ～有料老人ホームにおける多職種連携の効果と課題～

田村 留美 タムラ ルミ
石井 洋介 イシイ ヨウスケ
оうちの診療所

【目的】巨大褥瘡を保有して有料老人ホームに入居した利用者に対し、皮膚・排泄ケア認定看護師（以下WOCN）と施設看護師が協働して取り組んだ改善プロセスを振り返り、WOCN介入による具体的な成果と多職種連携における課題を検討したので報告する。

【方法】A氏（80歳代女性）、2023年転倒による胸椎損傷（T6T7）を受傷、2024年B施設へ入居した。入居時に尾骨部100cm以上の巨大褥瘡（NAUP分類ステージIV）を認めた。創傷治癒に向けてWOCNは創管理の適正化および外力ケアの強化など、専門的な看護実践および指導・相談対応を実施した。

【結果】創管理の適正化として創洗浄手技の標準化と微温湯を用いた洗浄量・方法の改善、撥水保護クリームの使用など予防的スキンケアの導入、創状態に合わせた外用剤や被覆材の選定、および施設看護師への実践・指導を行った。外力ケアの強化はスライディングシート・介助グローブの使用、車椅子座位時の除圧ケアについて指導を行った。連携と教育の強化は実践中の困りごとは随時連携ツールを通し相談を受け、タイムリーに対応した。施設看護師による継続的なケアにより褥瘡の深さおよびサイズともに著明に改善し、ほぼ治癒に至った。一方、移乗時のズレ力排除が十分でなく、皮下ポケット形成を繰り返し、改善の余地が残った。

【考察】WOCNの専門的介入は巨大褥瘡の治癒促進に寄与した。施設看護師への技術指導を通じて継続的ケア体制が確立し、連携ツールを活用した多職種間の円滑な情報共有が成功要因として挙げられる。課題として施設看護師への指導や相談対応は加算が適用されず、継続的活動にむけ診療所・施設経営者の理解と支援が必要である。今回のように施設側の協力を得られるケースばかりではないため、今後の活動拡大には、施設・診療所・WOCN間での経営レベルの合意形成や制度および経営的支援体制の確立が必要と考えられた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)36 呼吸ケア・褥瘡ケア

P-2-173

重度褥瘡に対して局所陰圧閉鎖療法(NPWT)を使用し著明な改善を得た1例

金田 崇良	カネダ タカヨシ
細谷 真司	ホソタニ シンジ
小野 泰平	オノ タイヘイ
徳増 孝明	トクマス タカアキ
小澤 泰典	オザワ ヤスノリ
大関 理宏	オオゼキ マサヒロ

おおぜき医院

【はじめに】

在宅医療において寝たきり状態の患者は多く、それによる褥瘡の管理に悩まされる場面を経験することがある。今回重度褥瘡に対して当院で局所陰圧閉鎖療法(NPWT)を導入し著明に改善した症例を経験したため報告する。

【症例】

アルツハイマー型認知症で近医かかりつけの70代男性。もともと通院していたが病状進行に伴い徐々に意思疎通、発語など困難になってきたため通院困難となり当院介入となった。経過中に臀部より膿性排出液、周囲蜂窩織炎あり切開排膿すると多量の膿と臀部の褥瘡Stage IV(NPUAP分類)を認めたため速やかに周囲壊死組織をデブリードマン施行した。その後感染コントロールも含め自宅での治療は困難と判断し約1カ月の入院加療となった。自宅退院後も処置を継続し感染コントロールは良好であった。一方で褥瘡範囲が広範囲であり連日の処置方法に難渋していた。ある程度褥瘡の範囲が明瞭化、縮小を得られたところで第77病日にNPWTを導入する方針とした。その後1カ月間治療し著明な改善を認めた。その後も洗浄管理を継続し、第193病日に再度NPWTを導入し2週間施行した。現在も改善傾向を認めており治療を継続している状態である。

【考察】

2020年6月より局所陰圧閉鎖療法(NPWT)が在宅医療でも保険適応となり難治性の褥瘡などで在宅医療の現場において使用されてきている。今回当院でもNPWTを導入することで従来では在宅医療で治療困難な重症褥瘡の管理を実現できた。また、訪問看護の負担軽減や創傷治癒の短縮化など在宅医療における多岐にわたる可能性を感じた症例であった。今後も症例を重ね、適応症例、導入時期や治療の工夫などを引き続き検討していく必要がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)37 生活援助・福祉用具・排泄ケア

P-2-174

介護における情報共有の課題と効率化の為の取り組み

山本 律子 ヤマモト リツコ
平井 由美 ヒライ ユミ
医療法人社団心坂の上ろうけん曳馬野

【はじめに】

私達は、ケア記録についてはパソコンのほのぼのNEXTの介護記録ソフトを使い、事務連絡等の業務上の伝達事項は手書きの申し送りノートを使ってきた。しかし、職員全員で統一した情報共有は困難であることに悩んできた。

【活動】

そこで今回、介護スタッフに対し「共有出来ていないと感じる情報はどんな種類か?」「全員が必ず共有してほしい情報は何か?」「情報共有の方法についての意見」等4項目のアンケートを行なった。

アンケートの結果、共有出来ていない情報と必ず共有して欲しい情報、二つを見比べるとどちらにも同じ答えが書かれていたり、共有してほしい情報が実際には共有出来ていないという現状がわかった。

そして、情報共有が出来ていない為に、カンファレンス等で決定したことが継続されない、ケアプランの評価、変更事項が次に繋がらない、他の職種に「自分たちがどのような事に困っているのか」「協力してほしいのか」が伝わらない、等の課題が見えてきた。

解決策として、1、連絡ノートを大きなファイルに変更し、項目別に記入欄を設ける。

2、ケア記録（ほのぼの）について、「職員の具体的な行動」+「利用者の言葉や反応」を意識して記録を入力してもらうこととし、誰が読んでも同じように理解出来るよう、記入内容を統一。

3、介護記録ソフトの機能を活用し、情報の取り方を変更することを実施。

【考察】

当施設では、一人の利用者に対して多職種が連携しながらチームでケアを行っている。またシフト制でスタッフが頻繁に入れ替わる為、情報共有は必須である。頻繁にスタッフが入れ替わっても質の変わらないサービスを提供する為に、情報共有を徹底する体制を作る事が大切だと再認識できた。

今後も続けて情報共有の統一・徹底が出来る対策を考えていきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)37 生活援助・福祉用具・排泄ケア

P-2-175

ポジショニングによる姿勢管理が筋緊張に与える効果～高齢認知症患者の一例～

松本 大輔¹ マツモト ダイスケ

鈴木 真知子² スズキ マチコ

¹ホームズ訪問看護ステーション寄居

²深谷寄居在宅医療連携室

【はじめに】

不安定な姿勢は、痛みや筋緊張亢進などの問題を引き起こし、対象者のADLや活動性を阻害する一因となる。ポジショニングには筋緊張を緩和する効果があるとされているが、臨床現場では褥瘡予防目的で行われることが多い。今回、高齢認知症患者に対し、ポジショニングによる安定した姿勢管理を行った結果、痛みや筋緊張が緩和され、活動性の向上につなげることができた症例を経験したため報告する。

【症例】

80歳代女性。要介護5。認知症の既往あり。X年1月、肺炎疑いで入院・加療。ADLはほぼ全介助であったが、家族が在宅療養を希望し、X年2月に自宅退院。訪問看護を導入し、X年3月から理学療法を開始した。全身の筋緊張亢進(MAS2)があり、体動時に痛みも生じていた。そのことから離床や日中の活動が困難(hbLSA4)であった。X年5月からポジショニングとしてクッションなどの物品を活用して姿勢を調整し、筋緊張の緩和を図った。また、家族にも可能な範囲での姿勢管理を提案、実践した。徐々に筋緊張の緩和(MAS1)がみられ、痛みの訴えも軽減。起立や歩行時が軽介助で可能となり、介助下でトイレでの排泄もできるようになった。さらに、離床頻度の増加や家族との外出も可能となり、活動性が向上(hbLSA19点)した。

【考察】

本症例は、ポジショニングによる姿勢管理が筋緊張の緩和に有効であったと考えられる。安定した姿勢管理は、痛みや筋緊張亢進などの二次障害を緩和させ、身体機能や活動性、社会参加にも良好な影響を与えることが示唆される。一般的にポジショニングは、褥瘡予防の観点で実施されることが多いが、在宅医療においてポジショニングを適切に活用することで、身体機能やADL、活動性の向上が期待できる。今後、さらなる症例報告を通じてその有効性の検証を進める必要がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)37 生活援助・福祉用具・排泄ケア

P-2-176

在宅に住んでいる患者への可搬型階段昇降機の導入 ～家屋環境と介助量の視点から可搬型階段昇降機の適応について考察～

鶴宮 由貴 ツルミヤ ユキ

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

【はじめに】

総務省は日本の住宅で「段差のない屋内」が22.3%と報告しており、在宅で過ごす障害者の多くは段差が原因で移動に支障が生じると考える。この問題を解決する手段として可搬型階段昇降機（以下、昇降機）があるが、その適応についての報告は見当たらない。そこで、症例を通じて昇降機の適応について考察し、その導入の一助になることを目的とする。

【症例】

症例は脳幹部出血で四肢麻痺を呈した40代女性である。基本動作は全介助で椅子座位は可能であった。主介護者は長身で痩せ型の40代夫である。自宅は5階建ての持ち家でエレベーターは無い。玄関は2階で屋外への出入りは外階段を使用する。外階段は10段、段の高さ 23.0 ± 1.0 cm、奥行き23.0cm、横幅79.0cm、階段角度約47.0度である。

1階から2階へ居住場所を移し、外出もしたいとの希望があった。いす式階段昇降機（以下、いす式）の設置を想定した介助方法を確認した。しかし、移乗回数が3回と多く、介助スペースの確保も困難であった。次にリフトアップ式昇降機（以下、リフトアップ式）を検討したが、段の高さが不規則かつ基準外で階段昇降ができなかった。そこで、階段角度が適応範囲内であるクローラ式昇降機（以下、クローラー式）を購入した。結果、移乗回数は2回に減らせ、夫がクローラー式を操作することで症例は2階と屋外の往来が可能となった。

【考察】

移乗介助が必要な方にとって、いす式は介助スペースを考慮する必要があり移乗回数が多くなる。昇降機はベッドに横付けができ移乗回数を減らすことができる。そのため、移乗介助が必要な方は昇降機を利用する利点があると考ええる。リフトアップ式は段の高さと奥行きが適応範囲外だと使用できないが、一方でクローラー式は階段角度が適応範囲であれば段の高さと奥行きが不規則であっても使用できる可能性がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)37 生活援助・福祉用具・排泄ケア

P-2-177

加圧バッグを用いた落差不要輸液システムの使用経験。

泰川 恵吾^{1,2} ヤスカワ ケイゴ

¹ドクターゴン診療所

²ドクターゴン鎌倉診療所

【はじめに】装置：落差不要輸液システムは、手動ポンプで加圧バッグに空気を充填し、輸液バッグに常に一定の圧力を加える機構で、電力不要である。輸液バッグに常に一定の圧力を加える機構のため、従来のように輸液を吊るす必要がない。ベッド下においても使用可能である。

【目的】訪問診療現場における本システムの有用性、問題点について検討した。

対象及び方法:<症例1> 90才女性、直腸癌末期状態。細胞外液500ml/dayの皮下輸液を7時間(約72ml/h)の予定で開始。1日施行した。<症例2>97才男性、脳出血後遺症による意識障害、胃瘻で栄養中だったが、麻痺性イレウスとなり、改善傾向となって不足分の細胞内液500ml/dayの皮下輸液を3時間(166ml/h)の予定で開始2日間施行した。これらの症例への輸液速度の変化、残液量の確認、経過を記録した。

【結果】症例1では、7時間後に輸液速度約54ml/hと半減し、残液約200ml、14時間10分で輸液停止、残液は無かった。症例2では、経過中の速度変化は観察できなかったが、1日目は加圧追加を4回施行して5時間で残液無く終了。2日目は加圧追加を5回施行し、5時間15分後に残液約100mlで停止した。

【考察】本システムは、電力を使用せず、吊るさずに輸液を施行できる新しいシステムである。卓上、ベッド下などでも使用可能で、携帯も容易である。輸液バッグに外から加圧するだけの構造で、輸液速度の調整は通常の点滴回路によって行うため、簡便で安全性が高い。今回は皮下輸液2例のみの検証であるが、輸液バッグの容量が減少すると輸液速度が遅くなり、症例2では残液100mlを残して停止した。その後、看護師によって中止されたため、その原因が輸液抵抗によるものかどうかは不明である。

在宅医療や災害医療におけるこのシステムの有効性と安全性については、今後されなる検証が必要と考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)37 生活援助・福祉用具・排泄ケア

P-2-178

在宅にて肘PICCを留置し延命を図った1例

安田 冬彦 ヤスダ フユヒコ
安田花園クリニック

【はじめに】在宅医療におけるPICCの使用は、透視が使用できないため、制限があり、一部の施設しか行われていない。しかしながら、PICCが唯一の延命手段となる事例もあり、今後の在宅医療では欠かせない選択肢の一つと思われる。今回、PICC留置により延命を図ることのできた事例を経験したため、報告する。

【症例】80代の男性、高度のパーキンソン病のため、病院からドパストンの点滴継続の条件下で延命可能となり、ご本人と家族の希望で在宅訪問診療を開始した。末梢ルートしか確保されておらず、薬が入る間は延命を希望され、末梢ルートから連日維持輸液1Lとドパストンを2回/日投与し、帰宅当初は1か月程度の生命維持が限界と家族に説明した。帰宅後、寝たきり全介助で、診察時には顔きも困難な状態であったが、ドパストンの効果が短時間見られ、その時間帯のみ、会話や、坐位で食事など可能であることが判明した。しかしながら、オンになる時間は予測困難で、深夜が多く内服は困難であった。我々と訪問看護による末梢ラインの継続で、約1か月半延命したが、末梢ラインの確保が困難となり、延命が限界となった。オンの時には、表情もあり家族と会話も可能であり、ご本人から我々に感謝の言葉も聞くことが出来ていた。そのまま看取りとなるよりは、PICCという方法があればと、家族は延命処置を希望された。PICCの説明を行い、上腕エコーを行ったものの、上腕の拘縮と有効な血管がなく、やむを得ず肘PICCを選択した。肘PICCは直下に動脈があり穿刺には注意を要したが、エコーガイドなしに留置可能であり、以後、PICCにて維持輸液とドパストンを継続投与し、延命を図ることが可能となった。

【考察】肘PICCの手技は簡易で、肘を曲げるなどの動作や入浴なども問題なく可能であり、在宅では非常に有用な方法の一つであると思われる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)37 生活援助・福祉用具・排泄ケア

P-2-179

在宅のハードルと「におわない介護」 排泄便臭低減システムの開発

荒川 正人¹ アラカワ マサト
川上 慶彰² カワカミ ヨシアキ
奥村 勝彦³ オクムラ カツヒコ

¹大林スマイル薬局

²キララ薬局白島店

³神戸大学名誉教授

【目的】

終末期は寝たきりのリスクが高まる。多くの高齢者は自宅での最期を望むが、寝たきり時の排泄、特に便臭のハードルに阻まれる。一方で、介護施設には「入りたくても入れない、入れる施設は払えない」のも老後家計の現実である。そこで、寝たきり時の排泄便臭低減、「におわない介護」による課題克服を試みた。

【方法】

排便と清拭に対策を施す「パウチ埋込パン法」を検証した。

1) 排便

パウチ収納によって便臭拡散を防いだ。肛門は狭い凹部にあってデリケートな皮膚が周りを囲む伸縮性開口である。単純な押圧や粘着ではパウチ開口部を密着できないから、肛門周囲を下側、両サイド、上側に分けて頑強な密着を達成した。肛門両サイドへの密着は、尾骶骨付近から鼠径溝までの体表凸面に働く張力を利用する方法を考案した。

2) 清拭

臥位の排便は臀部に付着しやすく、清拭に手間取る間にも便臭は拡散する。そこで排使用サイドベッドの該当部にパウチの便貯留部を落とし込む陥没穴を設けた。落差が糞便を肛門から引き離して皮膚汚染を抑制する。

【結果】

男性被験者で試行して便臭の有意な低減を確認した。簡便なシステムで実用的な効果を得た。

【考察】

サイドベッドは幅50cmで殆どの寝具に付設できる。ベンチとして活用し常備するなら、急な寝たきりにも即応する。また、介護ベッドのセンター部を相互交換可能なクッションとベッドパンのカセットで構成すれば、排便は介護ベッド上のみでシンプルに完結する。こうしたバリエーションを加えて、老々介護や長期臥床など、より困難な状況にも対応させたい。

生活の場に漂う便臭は、一般の介護関係者を「心が折れる」状況に追い込み、高齢の被介護者を認知症に引き寄せる。安価な素材で構成される本システムは、寝たきり時の排泄環境を改善して介護の労苦を軽減する。在宅の希望が叶えやすくなり、逼迫する介護資源の有効活用に繋がる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)37 生活援助・福祉用具・排泄ケア

P-2-180

認知症高齢者の排便自立支援

～排便困難な状態から快適な排便ができるようになった過程を振り返る～

尾崎 美由紀 オザキ ミユキ

幹在宅看護センター

【はじめに】高齢化とともに認知症が増加し、慢性便秘も増加することが分かっている。排便障害の不快や苦痛が活動性を低下させQOLを損ねるだけでなく、精神的な負担となり、介護負担も増える。便秘は認知症を悪化させることが分かっており予防する必要がある。排便セルフケアの自立を目指して関わり、快適に排便することができたので報告する。

【事例】80歳代男性、要介護1、認知症（物忘れ、暴言、更衣を嫌がる、意欲低下、尿失禁、服を着る順番がわからない、寝ていることが増えた、立ち上がりが困難）、慢性便秘症で排便困難な状態（受診時3人がかりで浣腸120mlを使用して排出）。高血圧、フレイル進行、妻と二人暮らし（妻も物忘れがある）。

排便無し7日目①ポケットエコーで直腸に硬便を確認②浣腸と摘便により嵌入便を排出③排便チェック表と生活習慣を合わせてアセスメントを実施④便の性状を整えるため薬剤の調整⑤食物繊維を導入⑥妻への指導（座薬挿入方法、温罨法、腹部マッサージ、ストレッチ、深呼吸、トイレ誘導と排便姿勢、内服調整）⑦投薬カレンダーを使用した内服管理を行なった。便意がないタイプの直腸性便秘であり、排便反射を促す座薬を使用した排出ケアにより自立した排便習慣が獲得できた。腹部膨満が解消したことで立ち上がりやすくなり、妻と近所に散歩に出かけることができた。イライラ怒ることが減り、朗らかに話されるようになった。デイサービスを導入し排便ケアと入浴サービスを受けるようになった。

【考察】排便ケアは「出せばいい」ではなく、適切なアセスメントを行い、尊厳を重視して「自立を促すケア」に導くことで全身状態が整いQOLが向上する。自立した排便習慣がその人らしさを取り戻していくリカバリーケアとなり、妻の介護負担を軽減した。認知症の行動・心理症状（BPSD）改善にも繋がり、フレイル予防になった。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)37 生活援助・福祉用具・排泄ケア

P-2-181

在宅医療における泌尿器科的処置の内容と問題点

種田 建史 ¹	オイダ タケシ
児島 彬 ²	コジマ アキラ
片山 欽三 ¹	カタヤマ キンゾウ
米田 傑 ²	ヨネダ スグル
木下 竜弥 ¹	キノシタ タツヤ

¹みつばし在宅クリニック

²みつばしリンククリニック

【はじめに】

当院は泌尿器科に従事していた医師が5名在籍しており、在宅での泌尿器科的処置を積極的に行っている。泌尿器科的な活動の内容、トラブルシューティング、活動の中で生じた問題点や疑問点について考察、報告する。

【活動】

泌尿器科的な処置として尿道カテーテル交換、膀胱瘻交換、腎瘻交換、尿管ステント交換、カテーテルの注入抜去、膀胱洗浄、膀胱内注入療法などが挙げられる。尿道カテーテル、膀胱瘻交換において交換困難な症例は尿道ブジーやマンドリンを用いて処置する。腎瘻交換、尿管ステント交換は基本的に透視下処置が望ましいが、通院困難な症例においては在宅で施行している。高度血尿に対しての膀胱洗浄は1000ml以上の洗浄をしばしば要し、膀胱内の凝血塊を可及的に除去することが重要である。

【考察】

症例数の多い尿道カテーテル交換は在宅で行われることが多いが、膀胱瘻、腎瘻、尿管ステントとなると病院へ依頼するケースが大多数である。癌の終末期や廃用症候群によって通院困難な症例では、通院による身体的負担および金銭的負担が大きく、在宅で対応できると非常に感謝されることが多いため我々もやりがいを感じている。一方で在宅での泌尿器科的処置が想定されていないことから、処置点数はおろか物品についても請求できておらず無償で行っているという問題点もあり、診療報酬の改定が望まれる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)37 生活援助・福祉用具・排泄ケア

P-2-182

在宅療養者における慢性便秘症のエロビキシバットによる治療が 家族介護者の排便管理に関する負担感に及ぼす影響の検討

山本 隆裕	ヤマモト タカヒロ
伊藤 天大	イトウ タカヒロ
菅野 靖幸	カンノ ヤスユキ
勝部 乙大	カツベ オトヒロ
榎原 剛	エノキハラ ツヨシ
半田 桂子	ハンダ ケイコ
谷川 希代子	タニガワ キヨコ
月永 洋介	ツキナガ ヨウスケ

さつきホームクリニック

【目的】在宅療養者の便秘有病率は50～60%に上るとされるが酸化マグネシウムや刺激性下剤による従来の治療では効果が不十分または下痢や便失禁を来すなど排便管理に難渋するケースが散見され家族介護者の排泄介護にも様々な負担をもたらしている。本研究では在宅療養を受ける慢性便秘症患者に対する慢性便秘治療薬エロビキシバットを用いた治療の、家族介護者の排便管理の負担度に対する影響を前向き観察研究にて検討した。

【方法】訪問診療にて慢性便秘症の診断を受け便形状が硬便(BSFS=1,2)である在宅療養者を対象とした。エロビキシバット(10mg、1日1回食前、適宜増減可)の処方決定後、研究に同意した患者及びその排便介護に携わる家族介護者を登録し服用前、服用後2、4週に患者の便形状及び便秘の諸症状(便意/腹部膨満感/いきみ/排便満足度)または家族介護者の排便管理に関する負担度(身体的負担/心理的負担/社会・経済的負担)及び自由意見を問診票を用いて収集した。本研究は当法人倫理審査委員会による承認を得て実施した。

【結果】対象は23例(自力でトイレに行くことができる症例17例/できない症例6例)本研究ではこのうち家族介護者とあわせて登録された9例を解析した。エロビキシバット服用後4週において普通便(BSFS=3,4,5)であった割合は71%(5例/7例)であり症状の改善も認められた。服用後4週における家族介護者の排便管理の負担度においても改善傾向が認められた。

【考察】在宅療養者の慢性便秘症において、エロビキシバットによる便形状や便秘症状の改善が、家族介護者の排便管理の負担度軽減に寄与する可能性がある。本発表では便秘症状と家族介護者の排便管理の負担度の治療前後の変化について家族介護者から収集した自由意見も示し在宅療養における理想的な便秘治療を考察する。

利益相反：あり

一般演題(ポスター)38 食支援・口腔嚥下2

P-2-183

多職種による摂食嚥下チームの立ち上げ

井村 高陽 イムラ コウヨウ
医療法人 悠明会

【はじめに】

在宅医療、高齢者医療・介護において、摂食嚥下の維持・改善は、健康と生活の質の観点から非常に重要である。特に、栄養摂取と健康維持、安全な摂食と誤嚥性肺炎の防止、生活の質の向上など多岐にわたる。当法人内で摂食嚥下チームを立ち上げた内容を報告する。

【活動】

当法人では2022年4月に多職種連携を密にするためにも、在宅医療に関わる職種を集めたセンターを開設し、在宅医療を行って来た。その中で2024年11月より摂食嚥下チームを立ち上げた。

摂食嚥下チームは、医師・歯科医師・看護師・管理栄養士・理学療法士・言語聴覚士・歯科衛生士・介護支援専門員・医療事務が参加している。患者のアセスメントシート、診療情報などを共有し、各職種にて評価シートを作成し、それを基にカンファレンスを行っている。介入患者に関しては、食形態や栄養状態の管理、食べる姿勢の徹底や嚥下リハビリテーションなどを行い、食べるための機能改善、維持に取り組んでいる。介入後も定期的なカンファレンスを継続し、患者が最後まで口から食べることを目指して活動している。

【考察】

今までは各職種がそれぞれで活動し、患者に対してアプローチしてきたが、患者・家族側からすると統一した見解が分かりにくい部分があったと思われる。今回摂食嚥下チームを立ち上げることで統一した見解とアプローチを行う事が出来た。これからは、いかに継続して寄り添う医療を行い、安心して安楽な生活をサポート出来るかが重要であると再認識した。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)38 食支援・口腔嚥下2

P-2-184

終末期における口腔内の不快感を安楽な状態へ導くために～医療施設型ホスピスにおける口腔ケアの標準化にむけての取り組み

岡田 美紀 ¹	オカダ ミキ
西川 朋美 ¹	ニシカワ アケミ
畠山 直子 ¹	ハタケヤマ ナオコ
関根 茉理絵 ¹	セキネ マリエ
高橋 めぐみ ¹	タカハシ メグミ
直井 佑香里 ¹	ナオイ ユカリ
遠藤 崇弘 ¹	エンドウ タカヒロ
土田 絢子 ²	ツチダ アヤコ
大柴 福子 ¹	オオシバ フクコ

¹株式会社アンビス

²株式会社アンビスホールディングス

【はじめに】

がん患者は治療期から終末期の長期に渡り口腔内合併症が生じやすく、口腔内を観察して状態に見合ったケアを行うことが口腔衛生状態を維持・改善するために重要である。

がん終末期になると全身状態の悪化や薬剤の影響に加えて、徐々に経口摂取量が減ることにより唾液分泌が減少して口腔内の乾燥や喉の渇きといった不快感が生じやすくなる。口腔内の乾燥は不快感以外にも齦歯や歯垢の増加を引き起こし誤嚥性肺炎や口腔内感染症の発症に関連する。当施設は全国展開の医療施設型ホスピスで終末期の方が多く占める。どの施設においても標準的な口腔ケアを実施するための取り組みを報告する。

【活動】

当施設はがん末期、神経変性疾患などの方を多く受け入れる施設であり、口腔ケアの質はこれまで実施する看護師や介護士の経験や技術に左右されていた。

そこで、口腔内の不快感を改善して誤嚥性肺炎および口腔内感染症を予防することを目的とした口腔ケア手順書の作成と導入を試みた。手順書は①口腔ケアの意義と目的②姿勢調節③必要物品④口腔の観察・評価⑤評価に基づくケアプランの立案⑥口腔ケアの手順⑦粘膜ケアの手順⑧義歯の洗浄および取り扱い管理の7項目で作成した。口腔の評価は要介護高齢者の口腔問題をスクリーニングツールであるOHAT（Oral Health Assessment Tool）の日本語版（OHATJ）を適用した。口腔ケアの手順はOHATJに基づいて作成された口腔ケアプランを参考に作成した。導入にあたり勉強会を開催してOHATJの使用方法和口腔ケアの手順について知識の普及を図り、現在は作成した口腔ケア手順書の導入推進と効果検証を行っている。

【考察】

口腔内の清潔を保ち潤いを与えることは口腔内の不快感を改善し、全身への悪影響を最小限にとどめることにつながる。口腔ケアの質を高めることは終末期ケアにおいて重要である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)38 食支援・口腔嚥下2

P-2-185

当院における医療的ケア児（者）への訪問栄養食事指導の取り組み

梅木 麻由美 ウメキ マユミ
医療法人つばさ つばさクリニック岡山

【目的】当院は機能強化型在宅支援診療所で2017年7月に管理栄養士を配置し、2018年1月より医療的ケア児（者）を対象とした訪問栄養食事指導を開始した。医療的ケア児（者）に訪問栄養食事指導を実施している医療機関は少なく、当院も模索しながら訪問栄養食事指導を行ってきた。今回、当院での医療的ケア児（者）への訪問栄養食事指導を振り返り、管理栄養士に求められるスキルや食支援の取り組みを報告する。

【方法】2018年1月～2024年9月までに訪問栄養食事指導を行った医療的ケア児（者）29名を対象とした。初回訪問栄養食事指導時のカルテ記載より情報を収集した。

【結果】男性20名、女性9名。年齢は1歳0ヶ月～36歳で、ライフステージは未就学児11名、小・中学生8名、義務教育修了者10名であった。主な栄養補給法は、経口摂取9名、経腸栄養20名（胃瘻19名、経鼻胃管1名）であった。最も多かった相談内容は、体重が増えない・増やしたいであった。また経口摂取患者は食形態の相談が多く、経腸栄養患者はミキサー食についての相談が多かった。2024年12月末までの介入期間は1年未満13名、1～2年8名、3年以上が8名であった。そのうち3名は看取りに至るまで介入が続いた。

【考察】年齢だけでなく、医療的ケアをはじめとする病態も様々で個々の対応も大きいですが、相談内容は、栄養量の充足方法、食事形態の調整、胃瘻からのミキサー食の相談多く、管理栄養士として対応できるスキルが必要であると考ええる。病態だけでなく、成長過程を踏まえたアセスメントを行い、患者の生活環境において実施可能である目標を設定し、多職種と連携をとりながら食支援を行う必要もあった。また、進学などライフステージの変化により新たな悩みや課題が生じることもあり、長期的な視点を持って、継続的な食支援を行うことで、より良い療養が可能となると考えた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)38 食支援・口腔嚥下2

P-2-186

宮崎県の在宅療養支援診療所における在宅栄養の推進 —地域の管理栄養士の取り組み—

長友 孝平¹ ナガトモ コウヘイ

迫田 哲平² サコタ テツペイ

¹株式会社L2S ニュートリションリンク

²医療法人マナビヤ マナビヤ在宅クリニック「un」

【はじめに】

在宅療養を選択する患者が増加する中、栄養管理の重要性が高まっている。しかし、在宅療養における管理栄養士は依然として少数派である。また、他職種からは「管理栄養士は何ができるのか？」と疑問を抱かれることが多い。こうした状況を乗り越え、管理栄養士が在宅療養のチームに加わるためには、いくつかのハードルを超える必要がある。本稿では、訪問管理栄養士が活動している文化が根付いていない当県において、管理栄養士のいない在宅療養支援診療所（以下、診療所）に、地域の管理栄養士が参入し、栄養管理の活動を推し進め、主治医や他職種から信頼を得るに至った取り組みを紹介する。

【活動】

本取り組みにおいて、まず管理栄養士は診療所の依頼を受け、都道府県栄養士会が運営する栄養ケアステーションと連携し居宅療養管理指導Ⅱとして利用者の栄養指導を行った。これをきっかけに診療所では在宅栄養支援の体制を整えた。また、管理栄養士は毎朝のカンファレンスに参加し、訪問報告、情報共有、新規依頼の相談・提案、方針検討などを行うことで、診療所スタッフとの密な連携を図った。この結果、居宅療養管理指導の依頼件数は2024年7月から12月の半年間で、1件から12月には15件へと増加した。

【考察】

管理栄養士を雇用していない診療所で「在宅栄養を0から1へ」と進めるためには、管理栄養士の働きかけと診療所側の積極的な協力が不可欠である。本ケースでは診療所の積極的な協力があり、管理栄養士からの提案が反映されやすい環境が整っていた。このように在宅栄養を進めるには、管理栄養士を含めた診療所全体での多職種連携が重要である。今後は、実績を積み重ねながら、地域内で在宅栄養の認知度を高め、管理栄養士が必要とされる診療所を増やしていきたい。また、すべての患者が必要な在宅栄養支援を受けられるよう、活動を進めていきたい。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)38 食支援・口腔嚥下2

P-2-187

嚥下障害患者における完全側臥位の導入と普及に関する取り組み

亀山 洋子 カメヤマ ヨウコ

医療法人あい友会あい太田クリニック

【はじめに】嚥下障害は高齢者に多く見られ、誤嚥性肺炎のリスクが高くなるため、適切な評価と介入が求められる。最近では、安全な経口摂取法として完全側臥位が注目され、その有効性を支持するエビデンスも増えている。当院では嚥下障害が疑われる患者に対し嚥下内視鏡検査（VE）を実施し、完全側臥位の導入と普及に努めてきた。今回は、その取り組みについて報告する。

【活動】当院では、訪問診療を行う中で嚥下障害が疑われる患者を対象にVEを実施し、嚥下機能評価を行っている。検査の結果に基づき、管理栄養士による栄養指導や歯科医による口腔ケア、義歯調整など多職種連携によるサポート体制を構築した。

座位での経口摂取が困難と判断される患者に対しては、完全側臥位での経口摂取を提案してきた。完全側臥位は、重力を利用して誤嚥リスクを低減する姿勢であり、安全性が高いとされているが、取り組み初めてからの3年間は完全側臥位の知名度は低く姿勢調整のためのパンフレット作成や施設スタッフ向けの勉強会を開催し、完全側臥位の理解と実践に努めた。

これまでに実施したVEは約550件にのぼり、完全側臥位を提案した患者では誤嚥によるトラブルが減少、安全に経口摂取を継続できる事例を多く経験してきた。また、周囲の施設でもその重要性が認知され、実践例が増えてきている。

【考察】嚥下障害への対応において、VEによる客観的評価と完全側臥位の導入は、安全で継続可能な経口摂取を支援する有効なアプローチであり特に完全側臥位は、患者の負担を軽減しながら誤嚥リスクを低下させる点で重要であり、エビデンスの蓄積によりその有効性がさらに裏付けられている。

今後も多職種連携を強化し、多くの患者に対して適切な指導と介入を行うことで、経口摂取の維持とQOL向上を目指していく。また、最新の知見を取り入れながら実践を重ね、地域全体への普及に努めていきたいと考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)38 食支援・口腔嚥下2

P-2-188

老老介護のがん末期患者へ「お楽しみ」を叶えるための完全側臥位法の導入 ～「すこしでも楽に整えられる姿勢調整」の検討を通して～

宮阪 美穂 ミヤサカ ミホ

株式会社Lampus えるさば訪問看護ステーション

【はじめに】「最期まで食べたい・食べさせてあげたい」と患者・家族が思うことは珍しくなく、言語聴覚士（以下、ST）への依頼もそれについての介入が求められることもある。今回70代の乳がん末期患者においてSTが介入し、完全側臥位法を導入したケースを経験した。本来の目的はもちろん、本人の耐久性の観点、主介護者の老老介護の観点からも有効的だと感じ、「水羊羹を食べたい・食べさせてあげたい」という要求を満たせた看取りにつながったため報告する。

【症例】70代、女性。数年前から胸部に違和感を覚えていたものの、放置。X年に病院受診をした頃には腋窩リンパ節等へ転移していた。自宅療養予定だったが意識レベルが低下し緊急搬送、トルソー症候群を発症した。夫より早期の自宅退院の意向があり、本事業所が介入開始。当初は看護師のみ訪問をしていたが、患者より「点滴だけでは栄養がとれない。水羊羹を食べたい」と訴えがあり、主治医許可のもとSTも介入した。入院中は嚥下評価のみに留まっており、在宅での再評価でも患者の耐久性の低下、嚥下時の異音が確認された。夫からは「妻を脅かすようなワードを使わないで欲しい」という意向があり詳細な評価は困難だったが、状態の推測から完全側臥位法を導入したところ、円滑で安楽な経口摂取方法を確保することが可能だった。姿勢の調整をしやすことから、老老介護である小柄な夫も練習を重ねれば姿勢調整が可能となり、家族介助によって休日に水分摂取を行うことが叶った。患者本人も日々意欲を持って過ごし、希望であった水羊羹を食べることが出来たケースだった。

【考察】本来完全側臥位法の目的は、側臥位の姿勢を取ることで重力の作用を抑えた嚥下方法である。しかし今回、嚥下評価はもちろんのこと、患者の状態、夫の介護負担等も考慮した方法として適切であったと考えている。今後も工夫をしながら、寄り添った介入をしていきたい。

利益相反：あり

一般演題(ポスター)38 食支援・口腔嚥下2

P-2-189

管理栄養士が歯科医師、言語聴覚士ともに行った「食べるを支えるチーム」アプローチによる症例報告

本間 英里 ¹	ホンマ エリ
村木 佳代 ¹	ムラキ カヨ
上野 暢一 ¹	ウエノ ヨウイチ
星野 拓磨 ¹	ホシノ タクマ
工藤 慎也 ²	クドウ シンヤ
松原 光代 ²	マツバラ ミツヨ

¹社会医療法人豊生会 東苗穂病院²社会医療法人豊生会 東苗穂にじいる歯科クリニック

【はじめに】日本の高齢化が進み、2023年には65歳以上の高齢者の割合が29.1%に達し、在宅医療の需要が急増している。訪問診療を受ける患者の約9割が75歳以上であり2040年には62%増加する見込みである。この中で、在宅療養高齢者の栄養障害や摂食・嚥下障害が増加し、適切な栄養管理が生活の質（QOL）の向上や疾病予防に直結すると報告されている。2024年の診療報酬改定により、管理栄養士の訪問栄養指導の重要性が再認識されている。当法人では2015年から訪問栄養指導を行い、2023年には年間2200件を実施。管理栄養士は訪問歯科や言語聴覚士らと連携し、栄養状態とQOLの改善を目指している。今回はその取り組みによって改善が見られた症例を報告する。

【症例】80歳代女性。パーキンソン病、糖尿病、胃瘻造設状態。202X年Y月幻覚幻聴、身体機能低下により神経内科病院に入院。その後誤嚥性肺炎を発症し胃瘻造設。本人は経口摂取を強く希望し昼食時にソフト食を経口摂取し、胃瘻栄養を併用していた。施設へ入居を機に訪問栄養指導介入開始となった。施設ではソフト食の提供がなく、管理栄養士と言語聴覚士が連携し試食会を実施し、入居時からソフト食を提供開始した。対話の中で食べたい物が想起され、食べるための工夫を提案。訪問歯科により義歯調整後、VE評価で煎餅を食べる事ができた。リハビリ職の協力で間食を購入し食べる楽しみを継続している。

【考察】本人の希望を尊重し、食事形態の提案や経管栄養の調整を行うことで、誤嚥性肺炎の予防や糖尿病の悪化防止に繋がり、栄養状態が改善した。多職種連携によりQOLの向上も実現した。患者や家族、関係職種との信頼関係が築かれ継続的な指導が可能となり訪問栄養指導の件数増加に繋がっている。今後も「食べるを支える」活動を続け住み慣れた在宅で安全に食べられる環境を提案したいと考えている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)38 食支援・口腔嚥下2

P-2-190

管理栄養士と薬剤師が協働する 患者のための薬局ビジョン ～タスクシェアからタスクプラスへ～

立川 靖之 ¹	タチカワ ヤスユキ
小田 佳代 ^{1,2}	オダ カヨ
伊藤 かすみ ^{1,2}	イトウ カスミ
赤松 麻紀子 ^{1,2}	アカマツ マキコ
立川 早苗 ¹	タチカワ サナエ
山本 健 ³	ヤマモト ケン
廣原 正宜 ³	ヒロハラ マサヨシ
串田 一樹 ³	クシダ カズキ

¹株式会社キュアトライフル あろま薬局

²あろま薬局認定栄養ケア・ステーション

³昭和薬科大学

【目的】

薬局は2015年に「患者のための薬局ビジョン」が厚生労働省から示され、薬剤師・薬局のかかりつけ機能が位置づけられた。同時に、管理栄養士との協働による地域住民の健康の維持・増進を具体的に支援する健康サポート機能が求められた。薬局管理栄養士と薬剤師のタスクプラスは、生活習慣病の外来患者の食事・栄養指導と同様に、在宅患者へも大きな貢献ができる。当薬局は認定栄養ケア・ステーション（日本栄養士会）を併設し、管理栄養士による在宅患者の食事・栄養指導に関して薬剤師との協働ができることからその取り組み状況を報告する。

【方法】

- 1) 厚生労働省の在宅医療・介護における管理栄養士の活動をまとめる。
- 2) 当薬局の在宅患者に対する管理栄養士と薬剤師の活動をまとめる。

【結果】

- 1) 厚生労働省管理栄養士の役割より2018年以降では在宅患者訪問栄養指導における医療機関数と管理栄養士における居宅療養管理指導の算定事業者数は横ばいとなっている。
- 2) 2024年12月における当薬局管理栄養士の訪問指示医療機関は、4診療所、2歯科診療所であった。当月における訪問栄養指導対象患者数は23名、総訪問回数は42回であった。うち薬剤師が行う居宅療養管理指導と協働で実施している患者数は21名。管理栄養士単独での患者数は2名であった。

【考察】

在宅患者の心身状態に応じた栄養管理を充実させるためには、管理栄養士による訪問栄養指導の体制整備が重要と認識されている。管理栄養士とのさらなるタスクプラスをひとつのビジョンとするのであれば、健康サポート機能を持つ薬局に管理栄養士の配置規定を求め、訪問診療医が在宅患者の状態に応じ、いつでも介入指示ができる環境の拡充が理想と考えられる。更に終末期医療や心不全予後における在宅療養においても管理栄養士との協働の選択肢が広がり、患者にとってより質の高いケアが期待できると考える。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)38 食支援・口腔嚥下2

P-2-191

在宅療養高齢者における栄養問題の現状から見る栄養ケアの必要性

鵜飼 真千子 ウカイ マチコ
小玉 加奈子 コダマ カナコ
國井 澄絵 クニイ スミエ
加藤 利佳 カトウ リカ
大塚 亮平 オオツカ リョウヘイ
手稲家庭医療クリニック

【目的】

地域包括ケアシステムの推進およびコロナ禍を経て在宅療養患者は増加し、当診療所における訪問診療患者も増加傾向にある。高齢者は低栄養を来しやすく低栄養はQOL低下や死亡リスク上昇に繋がることが示されている。そのため、全ての高齢者に対し定期的な栄養スクリーニングと包括的な栄養ケアが推奨されている。しかし、在宅高齢者の多くが何らかの栄養問題を抱えている一方で十分なケアが行われていない現状が指摘されている。そこで本研究では、在宅訪問診療患者の栄養の実態を明らかにし、今後の栄養ケアの課題を検討することを目的とした。

【方法】

2023年6月1日～6月30日に当院の訪問診療を受けた患者のうち、施設入居者を除き自宅で療養を行っている65歳以上の患者180名を対象に、食事と栄養に関する問診票、MNASFによる栄養スクリーニングおよび診療情報を基に栄養上の問題点について後ろ向きに調査を行った。

【結果】

MNASFの結果、低栄養は26.7%、低栄養リスク57.8%、栄養状態良好が16.1%であった。問診票において食事や栄養に関する心配事があると回答した患者は38%、心配事がないと回答した患者は61%だった。栄養相談を希望すると回答した患者は23%、希望がないと回答した患者は77%だった。BMIと血清アルブミン値の間に相関関係は認められなかった。

【考察】

本研究では、訪問診療患者の多くが低栄養またはそのリスクを抱えている一方で、栄養問題を自覚していない患者が多いことが明らかになった。管理栄養士による食支援や栄養ケアは、患者および家族のQOL向上だけでなく、訪問診療の質向上やタスクシフトにも寄与することが期待される。今後の課題として、栄養指導を希望する患者への対応にとどまらず、訪問診療の標準的なプロセスとして、全ての患者に対し早期に栄養問題を把握し、管理栄養士が介入できる体制を整備する必要がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)39 その他

P-2-192

訪問診療におけるプラスαの支援を通じた患者の心身ケアと家族サポートの取り組み

榎原 守 ¹	サカキバラ マモル
佐藤 仰輔 ¹	サトウ コウスケ
西村 崇 ¹	ニシムラ タカシ
池増 彩 ¹	イケマス アヤ
天辰 優太 ²	アマタツ ユウタ

¹一般財団法人 多摩緑成会 おうち診療所 国分寺

²平成医療福祉グループ

【はじめに】

訪問診療の患者は高齢で独居の方が多く、外出困難から社会的孤立や精神的衰弱を招きやすい。特に終末期の患者では疼痛などにより肉体的・精神的苦痛が増大する。当院では、これらの課題に対処すべく、医療に加え音楽支援を含む心身のケアを行っており、その取り組みについて紹介する。

【活動】

訪問診療開始時に患者本人と家族の許可を得て写真を撮影し、季節のイベントや誕生日に写真入りのカードを作成して贈呈している。また、グループ内の身体障害施設の協力を得て季節の贈り物も提供。さらに、スタッフによる音楽演奏を訪問時やグリーフケア時に実施し、患者やご家族に楽しみと癒しを届けている。これらの取り組みを通じて、患者の心身の安定とご家族の心のケアに努めている。

【考察】

訪問診療の役割は、専門的な医療・看護・介護の提供に留まらず、患者がより有意義で楽しい生活を送れるような支援を行うことにある。音楽支援や心のケアなどの「プラスα」の取り組みは、患者とその家族の生活の質向上に貢献できる重要な要素である。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)39 その他

P-2-193

带状疱疹の漢方治療—带状疱疹後神経痛の予防を目標に—

柳町 知宏 ヤナギマチ トモヒロ
鹿神会 大野診療所

【はじめに】

带状疱疹の合併症で懸念すべきは带状疱疹後神経痛であり、带状疱疹の症状出現後早期の抗ウイルス薬使用が推奨されている。しかし高齢患者や腎機能障害患者では吐き気や食欲低下の副作用がでることもある。1例だが意識障害も経験している。また抗ウイルス薬を使用しても完全な予防は困難である。（バラシクロビル服用で24.7%の患者に神経痛が残存）筆者はこの数年、漢方を主に带状疱疹の治療をしている。抗ウイルス薬は本人の希望で使用している。その結果带状疱疹後神経痛の発生も少なく、満足いく治療と思われるため、その報告を行う。

【症例】

対象：令和元年6月から令和6年12月の期間で、带状疱疹を生じ疼痛・掻痒を訴えた患者11人

性別：男性1人・女性10人

年齢：60才代1人 70才代5人 80才以上5人

抗ウイルス薬使用者：4人

漢方治療は、桂枝加朮附湯7.5g/日を1～2カ月程度+五苓散7.5g/日を2週間～1か月程度使用。

带状疱疹発症から漢方治療開始までの期間：

（1～7日目）6人 （8～14日目）3人 （15～21日目）1人 （2カ月以上）1人

治療結果：带状疱疹後神経痛が半年以上続いた症例は1例（9%） この症例は抗ウイルス薬使用者。

9人は治療1か月以内に疼痛消失。1人は2カ月で疼痛消失。

【考察】

带状疱疹後神経痛は带状疱疹治療時に最も懸念される合併症である。発生すると患者が長期に疼痛・掻痒に苦しむこととなり、その発生を減らすことは重要である。桂枝加朮附湯と五苓散の併用療法を行ったところ、予想以上に带状疱疹後神経痛の発生が少なく治癒できた。発症早期に抗ウイルス薬使用しその後疼痛が残存していたが、発症2カ月目から桂枝加朮附湯使用し疼痛が3週間で消失した例もあった。桂枝加朮附湯と五苓散の併用療法は带状疱疹後神経痛の発生を減らす可能性がある。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)39 その他

P-2-194

500名の往診患者を1名の常勤医で診るための創意と工夫

梅谷 薫	ウメタニ カオル
堀之内 典子	ホリノウチ ノリコ
綾部 あかり	アヤベ アカリ
進 悦子	シン エツコ
市川 渚	イチカワ ナギサ
向小金クリニック	

【はじめに】 諸々の事情で500名の往診患者を1名の常勤医と3名の非常勤医で診る状況が生まれた。医療・看護サービスの質を落とさずに多くの方の医療要求に応えるにはどうすればよいか。役割分担、IT活用、多職種連携の立場から論じる。

【活動】 当院は千葉県北西部にある在宅療養支援診療所。2021年前院長の逝去を受けて現院長1名の体制でスタートした。4年間で患者数が189名から505名に2.5倍化するも常勤医を採用できず、非常勤医3名（半日×4回）を採用。505名のうち444名を院長が診察し、他の方の臨時往診や緊急対応も行っている。3割が個人宅、5割が小規模施設の比率となっており、外来は平日午前で平均20名が来院する。「24時間365日対応」の超多忙な業務の中でも「臨時依頼にすぐ対応」「退院したらすぐ往診」「紹介状はすぐに書く」などの原則を堅持している。それを実現するために、①看護師3名、医事クラーク1名など医師サポート体制を厚くし、役割分担を徹底する、②医療SNS、音声入力、電カルなどITを駆使して効率を上げる、③医療機関、各施設、訪問看護、薬局など各種機関と連携・協力して問題解決にあたるネットワークを構築する等を行っている。ただし70歳の院長の健康問題、スタッフの負担などから早期の常勤医採用は不可欠な状態となっている。

【考察】 500名の訪問患者に1名の常勤医とサポートスタッフで対応することは可能である。そのためには徹底した省力化や関係者の協力体制が必須である。ただし長期的に継続するためには、常勤医2名体制への早期移行が望ましいと考えている。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)39 その他

P-2-195

三方活栓連結法において治療しえた重症肺炎患者の1例

川田 裕子 ¹	カワダ ユウコ
時田 真紀 ¹	トキタ マキ
島野 江里佳 ¹	シマノ エリカ
日下部 藍 ¹	クサカベ アイ
小林 香織 ¹	コバヤシ カオリ
小平 茜 ¹	オダイラ アカネ
山口 かおり ¹	ヤマグチ カオリ
船渡川 富美子 ¹	フナトガワ フミコ
新里 恵子 ¹	ニッサト ケイコ
石原 美希 ¹	イシハラ ミキ
五家 里栄 ²	ゴカ リエ

¹佐野市民病院 訪問看護ステーション あその郷²佐野市民病院 訪問診療科 あその杜

【はじめに】在宅医療では注射指示がでる際はなるべくシンプルに、抗生剤も1日1回製剤を選択することが多い。しかし病状によっては、1日に頻回の薬液交換や抗生剤の回数を増やす必要があり、訪問看護としても対応に難渋することがある。当ステーションではこれまで1日2回の訪問で抗生剤を投与することはあったが、3回となる経験はなかった。今回、三方活栓連結法を用いて自宅での治療を行うことができたため報告する。【症例】70代男性、悪性リンパ腫あり。細菌性肺炎に対して外来通院にて2週間セフトリアキソンによる抗生剤投与が行われた。しかし改善がみられなかったため、入院治療を勧められたが、在宅療養を希望されたため、同日より訪問診療とともに当ステーションによる訪問看護の介入が開始となった。その後の喀痰培養にて緑膿菌を検出し、医師よりピペラシリン・タゾバクタム1日3回8時間毎の投与指示があった。夜間の投与時間となることもあり、訪問看護としてどのように対応すべきか検討した。医師も交えての検討により、三方活栓連結による工夫を行うこととした。夜間投与分は夕方の訪問時にセットし、家族に三方活栓をあけてもらうよう指導したところ、1日3回投与による抗生剤加療を完遂することができ、肺炎は改善した。最終的に悪性リンパ腫の再燃により自宅看取りとなったが、ご家族も医療介護に参加したという満足感も得られる結果となった。【考察】三方活栓連結法をうまく活用することで、自宅での点滴治療の選択肢を増やすことができ、看取った後の家族の満足感にもつなげることができた。またこの1例を通して、在宅だからといって妥協することなく、多職種で前向きなディスカッションを行うことで様々な工夫案をだすことができ、この成功体験によりステーション全体としてもモチベーション向上にも大きく寄与することができた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)39 その他

P-2-196

訪問診療業務中に発生した交通事故の実態調査

菅原 信行	スガハラノ ノブユキ
宮本 雄気	ミヤモト ユウキ
西井 賢俊	ニシイ カツトシ
板橋 笑果	イタマス エミ
山下 歩	ヤマシタ アルク
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
田中 裕子	タナカ ユウコ
山田 寿美	ヤマダ トシミ
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	

【目的】在宅医療・介護における業務中の交通事故は事業所運営のリスクである。しかし、訪問診療中の交通事故の実態については明らかではない。演者の所属する医療機関（以下、当院）では、診療同行スタッフが運転を担当しており、交通事故発生時には些少であっても報告書を提出することを義務付けている。今回はこの報告書を分析し、当院での交通事故発生の実態を調査することを目的とした。【方法】2023年4月から2024年12月までに当院の診療同行スタッフ（13名）より提出された報告書を単純集計した。報告書には事故発生日時、事故種別（人対車両・車両相互・単独車両）、事故車種、発生者の年齢・性別・勤務年数・入職前の定期的な運転経験の有無などの情報が含まれている。【結果】調査期間で18606件の訪問があり、そのうち11件（0.06%）の交通事故が報告された。開院時間外の事故発生はなかった。11件すべてが単独車両事故であった。事故車種は軽自動車8件（軽自動車1台当たり2.7件）、普通自動車3件（普通自動車1台当たり0.6件）であった。年代別の事故発生件数は20歳代が4件（1人当たり1.3件）と最多であった。勤務年数は3年未満の者が8件（1人当たり1.3件）、3年以上の者が3件（1人当たり0.43件）であった。入職前の定期的な運転経験が週1回以上ない者の事故件数は7件（1人当たり1.2件）、週1回以上ある者の事故件数は4件（1人当たり0.57件）であった。【考察】救急車の事故発生率（0.01%）と比較すると当院での事故発生率は高く、今後の改善が必要と考えられた。当院での交通事故は若年、勤務年数の短い者、入職前の定期的な運転経験の少ない者に多かった。また車幅の小さな軽自動車であっても事故が発生していた。新入社員への教習の実施だけでなく、軽自動車であっても油断しないよう声掛けを行うことも重要であると考えられた。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)39 その他

P-2-197

爪甲肥厚症、巻き爪、陥入爪、爪周囲炎に対する当院の取り組みと フェノールを用いない爪母の切除法

榎本 洸 エノモト ヒロシ

嵯峨 夕子 サガ ユウコ

真生会富山病院

【はじめに】

高齢者の足の爪は肥厚していることが多く、巻き爪を伴い陥入爪となっていることも多い。爪の肥厚により爪のケアが困難になり靴下などの繊維に引っかかることもある。陥入爪は爪周囲炎の原因や増悪因子となる。当院では治療法の1つとして局所麻酔下に抜爪を行ってきたが、爪を一部残しながら爪母を部分切除することにより巻き爪の再発がなくなった症例を経験したためこれを報告する。処置は比較的簡易であり合併症を生じないように工夫している。

【活動】

在宅患者の爪に爪甲肥厚症、巻き爪、陥入爪、爪周囲炎などの異常所見があった場合に当院では処置の簡便さや安全性を重視して抜爪を選択する症例が多かったが、爪の全切除はせずに爪を残したいと希望する患者もあった。しかし、外来と異なり患者宅では管理や処置の煩雑さからフェノールの使用が難しく、一時的な処置として爪の陥入側を切除しても爪の陥入が再発することが多かった。そこで、フェノールを使用しない爪母の切除法を在宅に取り入れたところ、一部の爪を残しながら巻き爪の再発を防ぐことが可能となった。処置に要する時間は全体で1015分、主な合併症は出血であったが圧迫止血のみで対応可能であった。術後のフォローでも巻き爪の再発はなかった。患者本人から処置後の不都合の報告はなく、介護者から爪のケアが行いやすくなったと報告を受けている。爪母の切除法の適応症例は血流の評価、易出血性がないこと、術後の観察と処置を行えることなどを十分に検討した上で慎重に選択するようにしている。

【考察】

爪の肥厚や変形は疼痛や歩きにくさの原因となり、爪のケアが難しくなるため介護者の負担となる。巻き爪の治療として薬品を用いない爪母の切除は処置が簡易であること、重篤な合併症が生じにくいこと、術後に介護負担が長期間軽減されるなどのメリットがあるため、特に在宅において有用であると考えられる。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)39 その他

P-2-198

外国人団体旅行血液透析患者の治療経験

松本 愛 マツモト アイ
吉田 衣里子 ヨシダ エリコ
本田 綾 ホンダ アヤ
白井 美千代 シライ ミチヨ
看護部

【はじめに】 コロナ禍の終了後、訪日旅行外国人は年々増加傾向であり、当院でも年間数回の外国人旅行血液透析を受け入れている。血液透析は治療法が国際的にもほぼ統一されており、特に先進国同士の旅行透析は情報伝達も確立されている。ただ、これまで当院での受け入れは1人ずつであり、団体での受け入れはなかった。

【症例】 今回、ツアー旅行の血液透析患者（台湾）9名を同時に受け入れ、安全かつ比較的スムーズに実施できた経緯を報告する。透析の時間帯は18時からで統一し、9名を同じブロックに集めた。家族が同行している場合はできるだけ患者のベッドサイドで過ごしてもらうようにした。透析室クランクは事前に患者1名につき1冊のクリアファイルを作成し、患者情報をファイルした。表紙には体重測定用のQRコードを印刷し、患者名を中国語・英語・日本語（カタカナ）で大きく印刷し、体重測定や開始時に患者自身とスタッフで相互確認した。

【考察】 個々の患者専用のファイルを1冊にまとめ、患者と一緒に移動することが混乱を防げた最大のポイントと考える。血圧下降時、下肢攣り時などの際には、スマートフォンの翻訳アプリや英語で情報を伝えた。また、ほとんどの患者に家族が同行していたことは大きな安心感につながった。

利益相反：なし

一般演題(ポスター)39 その他

P-2-199

韓国のヤングケアラーに関する文献検討 ～ユースクリニックの可能性～

日吉 和子¹ ヒヨシ カズコ
山中 知子² ヤマナカ トモコ
朴 幸洙¹ パク ヘンス

¹太成学院大学看護学部

²藍野大学看護学部

【目的】

日本において、ヤングケアラーを支援するために2024年に法改正され、若者の家族介護に関する負担軽減に取り組みだした。システムの構築はこれからであるものの、筆者らが行っている若者の健康を守るためのユースクリニックはヤングケアラーと出会うこともあり、支援の入り口になっている。アジア圏は家族主義社会の傾向が強く、韓国におけるヤングケアラーに関する研究を検討し、韓国には未だないユースクリニックにおけるヤングケアラーの支援の可能性について検討を行う。

【方法】

韓国の論文検索サイト KISS (Korean studies Information Service System) において「ヤングケアラー」で検索した結果、95件の論文が抽出された。その中からヤングケアラーに関する論文13件を分析対象とした

【結果】

韓国では大邱青年介護殺人事件が2023年にあり、ヤングケアラーが注目されるようになった。この事件は22歳の大学生が父親を介護している間に生活苦に陥り、放置し死亡に至った事件で、懲役4年の刑を宣告された。2022年に「家族介護児童・青少年・青年支援法」が国会で発議されたものの、立法化はしていない。

ヤングケアラーの韓国での定義は「障害、病気、薬物などの問題を抱えている家族を介護している」とされており、年齢の定義はまだない。ヤングケアラーは介護を一人で背負うことや、身体的・情緒的・経済的困難を抱えることに加え、介護状態になるまでの多くの問題があったことを示唆した。

【考察】 ヤングケアラーになる前の家族自体の脆弱性及び問題を抱えていることが分かり、介護が始まったと同時に介護問題が大きくなることが分かった。日本同様、介護する若者の支援構築を図ると共に若者が介護状態になった場合に相談できる地域での場の構築が必要で、ユースクリニックの果たす役割があることが示唆された。

利益相反：なし