

日本在宅 医療連合 学会誌

Vol.5
別冊1

Journal of Japanese Association for Home Care Medicine



一般社団法人

日本在宅医療連合学会

Japanese association for home care medicine

プログラム

開会式

開会式

7月20日（土）8:10～8:20 第1会場「コンベンションホールB」

大会長講演

大会長講演

7月21日（日）14:55～15:55 第1会場「コンベンションホールB」

座長 石垣 泰則 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

PS-1 開拓者たれ

荻野美恵子 国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター国際医療者教育学／国際医療福祉大学医学部脳神経内科学

代表理事講演

代表理事講演 在宅医療の学問分野を確立し発展させるためにできること

7月20日（土）8:50～9:20 第1会場「コンベンションホールB」

座長 蘆野 吉和 山形県庄内保健所

CL-1 在宅医療の学問分野を確立し発展させるためにできること

石垣 泰則 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

特別企画1 今後の日本と在宅医療

基調講演1 今後の日本と在宅医療

7月20日（土）9:30～10:30 第1会場「コンベンションホールB」

座長 石垣 泰則 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

SP1-1 今後の日本と在宅医療

鈴木 康裕 国際医療福祉大学学長

基調講演2 高齢社会における在宅医療の考え方

7月20日（土）10:40～11:40 第1会場「コンベンションホールB」

座長 谷水 正人 南松山病院

SP1-2 高齢社会における在宅医療の考え方

松田 晋哉 産業医科大学公衆衛生学教室 教授

基調講演3 住み慣れた街で、最期まで生きて逝く ケアタウン小平チームの取り組み

7月20日（土）13:10～14:10 第1会場「コンベンションホールB」

座長 川越 正平 あおぞら診療所

SP1-3 住み慣れた街で、最期まで生きて逝く
ケアタウン小平チームの取り組み

山崎 章郎 医療法人社団悠翔会ケアタウン小平クリニック

指定発言1 訪問看護の展望

7月20日（土）14:20～15:20 第1会場「コンベンションホールB」

座長 木下 朋雄 和光ホームケアクリニック

SP1-4-1 生涯、訪問看護に従事できる人材育成

平原 優美 日本訪問看護財団

SP1-4-2 在宅における質の高いケア提供に向けてー訪問看護師の確保と活躍推進ー

田母神裕美 公益社団法人日本看護協会

SP1-4-3 訪問看護事業の発展

高砂 裕子 （一社）全国訪問看護事業協会

指定発言2 在宅医療の歴史と地域医療の課題から展望する在宅医療の未来

7月20日（土）15:30～16:30 第1会場「コンベンションホールB」

座長 鶴岡 優子 つるかめ診療所

SP1-5 在宅医療の歴史と地域医療の課題から展望する在宅医療の未来

平原佐斗司 東京ふれあい医療生協 梶原診療所／日本在宅医療連合学会副代表理事

特別企画2 患者が“命を終えたい”と言ったとき**特別企画2「患者が“命を終えたい”と言ったとき」** 第一部

7月21日（日）8:00～8:45 第1会場「コンベンションホールB」

座長 中村 明澄 向日葵クリニック

座長 日下部明彦 横浜市立大学 総合診療医学

SP2-1-1 「生きている意味がない」 suffering（苦悩）にどう向き合うか？

中村 明澄 向日葵クリニック

SP2-1-2 「あなたとは死んだ方がましに話してるんだよね」～死を思う人との対話から～

植竹 日奈 NPO法人ケ・セラ

SP2-1-3 家族からの相談 ～母が安楽死を希望している～

花井亜紀子 国立精神・神経医療研究センター病院

SP2-1-4 「もう透析は終わりにしたい」の患者の声に医療者はどう向き合うべきか？

沖田 将人 みらい在宅クリニック

特別企画2「患者が“命を終えたい”と言ったとき」 第二部

7月21日（日）8:55～10:40 第1会場「コンベンションホールB」

座長 加部 一彦 埼玉医科大学総合医療センター
座長 長尾 式子 北里大学看護学部

SP2-2-1 **Medical Assistance in Dying in Canada**

Wendy Johnston University of Alberta

SP2-2-2 **“命を終えたい”患者への対応と法的問題**

武市 尚子 札幌フロンティア法律事務所／千葉大学客員准教授

SP2-2-3 **「終わりにしたい」という発話の理解と対応の倫理**

清水 哲郎 東北大学 名誉教授／岩手保健医療大学 客員教授

特別企画2「患者が“命を終えたい”と言ったとき」 第三部

7月21日（日）12:40～13:40 第1会場「コンベンションホールB」

座長 荻野美恵子 国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター国際医療者教育学／国際医療福祉大学医学部脳神経内科学

SP2-3-1 **井関さんの発表について 抄録にかえてご紹介**

井関 徹

SP2-3-2 **ALSのトータルペインと死ぬ権利について**

- 当事者として医師として -

竹田 主子 東京メディカルラボ

特別企画2「患者が“命を終えたい”と言ったとき」 第四部

7月21日（日）13:50～14:50 第1会場「コンベンションホールB」

座長 小野沢 滋 みその生活支援クリニック

SP2-4 **迫る死、究極の「生き方」の発見 ～深い対話への期待～**

柳田 邦男 ノンフィクション作家・評論家

特別講演**特別講演1 人を幸せにする為のAIとの相互作用**

継

7月20日（土）9:00～10:00 第7会場「会議室304」

座長 村口 正樹 日本医療デザインセンター／有限会社ブレインパートナー
座長 水上 直人 さつきホームクリニック

SL1-1 **人を幸せにする為のAIとの相互作用**

窪田 望 株式会社Creator's NEXT 代表取締役
北城 雅照 ものづくり医療センター 医院長

特別講演2 皆で力を合わせれば道は拓ける！障害児を授かってから世界・宇宙に展開するまで ～革新的口腔ケア製品で健康寿命延伸と介護負担低減、障害者支援に挑むプロジェクトの軌跡

含

7月20日（土）16:40～17:40 第1会場「コンベンションホールB」

座長 白髭 豊 白髭内科医院

SL2-1 皆で力を合わせれば道は拓ける！障害児を授かってから世界・宇宙に展開するまで ～革新的口腔ケア製品で健康寿命延伸と介護負担低減、障害者支援に挑むプロジェクトの軌跡

手島 大輔 株式会社トライフ代表取締役

特別講演3 在宅医療の黎明期を辿る -難病訪問看護の立場から-

紡

7月21日（日）9:40～10:40 第2会場「国際会議室」

座長 中島 孝 独立行政法人国立病院機構新潟病院

SL3-1 在宅医療の黎明期を辿る -難病訪問看護の立場から-

川村佐和子 東京都医学総合研究所

特別講演4 医療的ケアの必要な子供たちに宿る意思をつないで ～他機関・多職種連携で就学・就労をかなえた事例～

含

7月21日（日）9:40～10:40 第3会場「会議室201」

座長 小野 宏志 坂の上ファミリークリニック

SL4-1 医療的ケアの必要な子供たちに宿る意思をつないで ～他機関・多職種連携で就学・就労をかなえた事例～

野崎加世子 日本訪問看護認定・在宅看護師協議会 監事

特別講演5 「アクセシビリティ」という考え方が、より良い人生の可能性と自由を広げる

含

7月21日（日）9:40～10:40 第9会場「会議室104」

座長 草場 鉄周 医療法人北海道家庭医療学センター

SL5-1 「アクセシビリティ」という考え方が、より良い人生の可能性と自由を広げる

高橋 宜盟 一般社団法人結ライフコミュニケーション研究所／有限会社オフィス結アジア／東京慈恵会医科大学

映像&講演

映像&講演1 映画「うちげでいきたい」から考える在宅看取り

幸

7月20日（土）10:10～11:40 第2会場「国際会議室」

座長 横山 和正 東静岡神経センター

VL1-1 映画「うちげでいきたい」から考える在宅看取り

孫 大輔 鳥取大学医学部地域医療学講座

映像&講演2 進行肺がんの息子に伴走した2年半を振り返って

継

7月21日（日）16:00～17:30 第1会場「コンベンションホールB」

座長 荻野美恵子 国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター国際医療者教育学／国際医療福祉大学医学部脳神経内科学

座長 田上 恵太 医療法人社団 悠翔会 くらしケアクリニック練馬

VL2-1 進行肺がんの息子に伴走した2年半を振り返って

関本 雅子 かえでホームケアクリニック

当事者講演**当事者講演1 運動ニューロン病に挑む - 逆境を乗り越え、可能性を追求する人生の旅**

楽

7月21日（日）9:40～10:10 第7会場「会議室304」

座長 一戸由美子 むさしの丘ファミリークリニック

PC1 運動ニューロン病に挑む - 逆境を乗り越え、可能性を追求する人生の旅

白岩 利一

当事者講演2 ALSの私が人工呼吸器を装着したわけと在宅で安全に暮らしていくための工夫

幸

7月21日（日）10:10～10:40 第7会場「会議室304」

座長 一戸由美子 むさしの丘ファミリークリニック

PC2 松元さんの発表について 抄録にかえてご紹介

ALSの私が人工呼吸器を装着したわけと在宅で安全に暮らしていくための工夫

松元 修一

教育講演**教育講演1 自律とは**

働

オンデマンド配信のみ

座長 長尾 式子 北里大学看護学部

EL1-1 自律性の概念の医療倫理学と哲学倫理学

中澤 栄輔 東京大学

EL1-2 在宅医療における自律性

瀧本 禎之 東京大学

教育講演2 在宅現場における暴力・ハラスメントのリスクマネジメント

繋

オンデマンド配信のみ

座長 三木 明子 関西医科大学

EL2-1 在宅現場における暴力・ハラスメントのリスクマネジメント

武 ユカリ 森ノ宮医療大学

指定発言 三浦 靖彦 岩手医療保健大学

教育講演3 災害時における通信連絡手段・電源確保と医療機器管理・搬送手段

継

オンデマンド配信のみ

座長 宮本 雄気 京都府立医科大学 救急医療学教室・医療法人双樹会 よしき往診クリニック

EL3-1 災害時における通信連絡手段・搬送手段

宮本 雄気 医療法人双樹会 よしき往診クリニック／京都府立医科大学 救急医療学教室

EL3-2 自然災害時における電源確保・医療機器などの取り扱い

浜本 英昌 医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン鎌倉診療所 臨床工学技士

教育講演4 地域での多職種連携教育

繫

オンデマンド配信のみ

座長 井口真紀子 祐ホームクリニック大崎

EL4-1 多職種連携をどうやって学んでもらうか、その取り組みから見えてきたこと

吉村 学 宮崎大学地域包括ケア・総合診療医学講座

教育講演5 患者の日常生活から学ぶ珠玉のサイエンス：在宅医療スキルアップのための研究のすすめ

幸

オンデマンド配信のみ

座長 洪 英在 医療法人康誠会東員病院

EL5-1 患者の日常生活から学ぶ珠玉のサイエンス：在宅医療スキルアップのための研究のすすめ

黒岩 義之 医療法人社団和啓会メディクスクリニック溝の口、横浜市大名誉教授、財務省健康管理医、帝京大学溝口病院脳卒中センター長

教育講演6 多職種連携で活用できるコーチング手法とその応用 ～解決志向とポジティブアプローチをベースとして～

繫

オンデマンド配信のみ

座長 田中 誠 医療法人理智会たなか往診クリニック

EL6-1 多職種連携で活用できるコーチング手法とその応用 ～解決志向とポジティブアプローチをベースとして～

宮川 浩一 株式会社NextEAP／一般社団法人中小企業EAP普及推進協議会

教育講演7 勘・経験・度胸(KKD)だけに頼る運営から脱却するための、データに基づく事業所経営

継

オンデマンド配信のみ

座長 次橋 幸男 天理よろづ相談所病院

座長 猪原 健 敬崇会 猪原「食べる」総合歯科医療クリニック

EL7-1 勘・経験・度胸(KKD)だけに頼る運営から脱却するための、データ・経営理論に基づく事業所経営

大平 怜也 株式会社ケアクラフトマン

教育講演8 多職種連携においてICTをどう活用するか～導入期から看取り期まで～

繫

オンデマンド配信のみ

座長 吉川 正宏 公益財団法人 ときわ会 竹林貞吉記念クリニック

EL8-1 多職種連携においてICTをどう活用するか～導入期から看取り期まで～

岡本 雅彦 アイエムクリニック・安城

教育講演9 ケアマネジャーやかかりつけ医が病院とつながる現実と将来への提案

【繋】

オンデマンド配信のみ

座長 米本 千春 堺市立総合医療センター 患者支援センター

EL9-1 ケアマネから見た病院との連携～なぜケアマネは苦手意識を持つのか～

岸 純子 いきいき小平わくわく介護相談室

EL9-2 在宅医からみた最近の病診連携のリアル

清水 政克 医療法人社団 清水メディカルクリニック

教育講演10 異分野・異業種の視座から喪失を分かち合い多様性を包摂するコミュニティを考える

【含】

オンデマンド配信のみ

座長 荒金 英樹 一般社団法人愛生会山科病院

座長 臼井 啓子 合同会社オフィスK

EL10-1 遺品整理人から異業種・医療介護に期待すること

横尾 将臣 メモリーズ株式会社

教育講演11 在宅医が知らない地域包括ケア：遺体管理人が伝える死後に必要な処置について

【幸】

オンデマンド配信のみ

座長 新屋 洋平 一般社団法人OHS沖縄往診サポート

EL11-1 最期の地域包括ケア：エンゼルケアとグリーフケア

嘉陽 果林 株式会社おもかげ 代表取締役

教育講演12 市町村が行う在宅医療・介護連携推進事業と都道府県の連携について

【繋】

オンデマンド配信のみ

座長 新屋 洋平 一般社団法人OHS沖縄往診サポート

EL12-1 沖縄県中部地区12市町村 在宅医療・介護連携推進事業について

荒川裕紀子 一般社団法人中部地区医師会在宅医療・介護連携推進事業 在宅ゆい丸センター

教育講演13 地域包括ケアシステムにおける自費サービスの実践と拡大

【継】

オンデマンド配信のみ

座長 新屋 洋平 一般社団法人OHS沖縄往診サポート

EL13-1 地域包括ケアシステムにおける保険外サービスの実践と拡大

大城 五月 株式会社hareruya 代表取締役／おきなわ仕事と介護両立サポート協同組合 代表理事／（一社）ソーシャルリース沖縄 理事／Rich Heartプロジェクト沖縄 代表／寝起きでプライベートケア会議 代表／（一社）日本介護支援専門員協会／（一社）日本単独居宅介護支援事業所協会 ケアマネジャーを紡ぐ会／沖縄こどもホスピスのようなものプロジェクト NPO法人設立準備室

教育講演14 外国籍の患者、支援者とのコミュニケーションの方法

【繋】

オンデマンド配信のみ

座長 大北 葉子 順天堂大学

EL14-1 外国籍の患者とのコミュニケーションの方法

Pham Nguyen Quy 京都民医連中央病院

教育講演15 難病が「治療可能」な時代に向けて、在宅医療関係者に知ってほしいこと ～ここまで進んだ、遺伝子診断・ケアの最前線～

含

オンデマンド配信のみ

座長 柊中智恵子 熊本大学大学院生命科学研究部

EL15-1 「遺伝」・遺伝医療のケアは、在宅医療の中にこそある ～住み慣れた家で暮らし続けるために必要なこと～

須坂 洋子 獨協医科大学看護学部／獨協医科大学病院がんゲノム診療部門

教育講演16 明日から使える！在宅で診る心不全のポイント

繫

オンデマンド配信のみ

座長 梅野福太郎 四街道まごころクリニック

EL16-1 明日から使える！在宅で診る心不全のポイント

岡田 将 千葉大学医学部附属病院 循環器内科

教育講演17 慢性呼吸不全、在宅は看取りではなく、一発逆転の場なんです！？ ～在宅チームの力をいかに引き上げるか～

幸

オンデマンド配信のみ

座長 谷口 博之 医療法人順秀会スカイル内科

EL17-1 慢性呼吸不全、在宅は看取りではなく一発逆転の場なんです！？ ～在宅チームの力をいかに引き上げるか～

武知由佳子 医療法人社団愛友会 いきいきクリニック

教育講演18 在宅におけるせん妄マネジメントを深化する

幸

オンデマンド配信のみ

座長 濱野 淳 筑波大学 医学医療系

EL18-1 在宅におけるせん妄マネジメントを深化する

阿部 晃子 横浜市立大学附属病院緩和医療科／国立がん研究センター中央病院緩和医療科

教育講演19 デジタル技術を活用したパーキンソン病患者の在宅リハビリテーションの可能性

継

オンデマンド配信のみ

座長 大寺亜由美 国際医療福祉大学市川病院

EL19-1 デジタル技術を活用したパーキンソン病患者の在宅リハビリテーションの可能性

長城 晃一 株式会社サンウェルズ サービス開発部／順天堂大学医学部 神経学講座

教育講演20 「2025年問題」在宅医療が直面する現状

継

オンデマンド配信のみ

座長 服部万里子 服部メディカル研究所

座長 白木 裕子 株式会社フジケア

EL20-1 在宅介護現場が抱える「2025年問題」

小島 美里 NPO法人暮らしネット・えん

教育講演21 地域包括「排尿ケア」の勘どころ

紡

オンデマンド配信のみ

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

EL21-1 地域包括「排尿ケア」の勘どころ

長谷川太郎 医療法人社団 All for Kamakura 湘南おおふなクリニック

教育講演22 慢性疾患患者さんのWell-beingを可能とするナーシング
～看護師さんって一体何をしてくれるんですか？～

幸

オンデマンド配信のみ

座長 小林 千穂 下越病院看護部

EL22-1 慢性疾患患者さんのwell-beingを可能とするナーシング
～看護師さんって一体何をしてくれるんですか？～

竹川 幸恵 大阪はびきの医療センター

教育講演23 在宅でできる嚥下機能の評価と口腔ケアの実際

継

オンデマンド配信のみ

座長 杉本 由佳 すずもと在宅医療クリニック

EL23-1 在宅療養者への口腔ケアの基本

高田 靖 高田歯科医院

教育講演24 「最期のワンスプーン」に寄り添う終末期の食支援

幸

オンデマンド配信のみ

座長 塩野崎淳子 医療法人豊生会 機能強化型認定栄養ケア・ステーション 訪問栄養サポートセンター仙台

EL24-1 「最期のワンスプーン」に寄り添う終末期の食支援

中村 育子 名寄市立大学

教育講演25 成人在宅医が小児がんを担当する時のヒントになること

楽

オンデマンド配信のみ

座長 市橋 亮一 総合在宅医療クリニック 名駅

EL25-1 成人在宅医が小児がんを担当する時のヒントになること

大隅 朋生 子ども在宅クリニックあおぞら診療所せたがや 副院長／国立成育医療研究センター小児がんセンター

教育講演26 ビジネスケアラが在宅医療に求めること ～人類史上かつてない高齢社会の出現に際して～

幸

オンデマンド配信のみ

座長 酒井 穰 株式会社チェンジウェーブグループ

EL26-1 ビジネスケアラが在宅医療に求めること ～人類史上かつてない高齢社会の出現に際して～

酒井 穰 株式会社チェンジウェーブグループ

教育講演27 地域での看取り ～看取りは日々のケアの延長線上にある～

【 緊 】

オンデマンド配信のみ

座長 地曳 典恵 東京女子医科大学附属八千代医療センター 乳腺・内分泌外科

EL27-1 地域での看取り ～看取りは日々のケアの延長線上にある～

中村 明澄 向日葵クリニック

シンポジウム

シンポジウム1 働き方改革を進めるための在宅におけるタスクシェア (職種の壁を打ち破るためのワーキンググループ活動報告)

【 緊 】

7月20日(土) 8:30～10:00 第2会場「国際会議室」

座長 谷水 正人 南松山病院

座長 平原 優美 日本訪問看護財団

S1-1 特定行為研修修了看護師が関わるタスクシェア

井田 奈央 有限会社ビハーラ 訪問看護ステーション ワークスタッフ鶴の木

S1-2 在宅医療における管理栄養士の役割

渡部 弥生 医療法人社団 ユニメディコ

S1-3 在宅療養支援診療所のタスクシェアへの取り組み

鬼澤 信之 医療法人あんず会 杏クリニック

S1-4 タスクシェアに関わる今後の職種の壁を打ち破るためのWGとしての取り組み

谷水 正人 社会医療法人仁友会南松山病院

シンポジウム2 看取りに慣れない、在宅緩和ケアの質をたかめる努力をする

【 幸 】

7月20日(土) 8:30～10:00 第3会場「会議室201」

座長 田中 誠 たなか往診クリニック

座長 川口美喜子 札幌保健医療大学

S2-1 多職種連携で在宅緩和ケアの質は高まるのか？

清水 政克 医療法人社団 清水メディカルクリニック

S2-2 何をすること／しないことが質の高い看護になるのか 個々の文脈で考える

宮田 乃有 恵仁会なごみ訪問看護ステーション

S2-3 在宅緩和ケアの質を高めるために、薬剤師として必要なこと

宇都宮励子 一般社団法人 大阪ファルマプラン

S2-4 クリニックにおける多職種連携の早期栄養ケア介入による緩和ケアの取り組み

彦坂 陽子 医療法人社団莉生会 メディケアクリニック石神井

シンポジウム3 在宅医療インテグレーター 活動報告

【 緊 】

7月20日(土) 8:30～10:00 第6会場「会議室303」

座長 杉浦 真 安城更生病院

座長 石原 由花 野崎クリニック

S3-1 急性期病院の医師の立場から

杉浦 真 安城更生病院

S3-2 在宅医療インテグレーター機能を意識した相談援助

田巻 憲史 帯広協会病院

S3-3 診療同行看護師としてインテグレーターの役割を考える

湊 由美香 四街道まごころクリニック

S3-4 在宅医療インテグレーター 活動報告

～介護支援専門員の立場より～

相田 里香 青い鳥

シンポジウム4 日本在宅医療事務連絡会合同企画

繋

うまくいっている在支診・在支病で活躍する事務たち ～縁の下の力持ち～

7月20日（土）8:30～10:00 第11会場「会議室102A」

座長 岡崎 理絵 祐ホームクリニック千石

座長 大西 肇 一般社団法人日本在宅医療事務連絡会 理事（医療法人社団まごころ 事務長）

S4-1 事務から事務長へ。事務職のキャリアパスを考える。

浅沼 裕子 一般社団法人日本在宅医療事務連絡会 理事（医療法人社団実幸会 いらはら診療所 事務長）

S4-2 レセプトだけではない！事務職のできることに。医師・看護師ら専門職にその職務を全うしてもらうために。

若塚 彩 医療法人社団まごころ 事務主任

S4-3 在宅療養支援診療所における事務長の役割と経営について

～これからの診療所経営『医経分離』という考え方～

小玉 直人 医療法人社団CMC コールメディカルクリニック広島 事務長

S4-4 事務職があつての病院在宅。

事務職の力で、医師は診療に専念できる

岩淵 康雄 医療法人社団愛信会理事長・院長

シンポジウム5 安心して嚥下障害呼吸不全の方が過ごせる地域づくりの取り組み

繋

～医療、介護、非営利組織を活用して～

7月20日（土）10:10～11:40 第3会場「会議室201」

座長 井上 登太 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック

座長 前田 玲 帯広中央病院栄養科

S5-1 呼吸不全、嚥下障害に対する私たちの関わり

井上 登太 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック／（株）グリーントウン呼吸嚥下ケアプランニング／NPOグリーントウン呼吸嚥下研究グループ／畿内会 岡波病院呼吸器科／岡谷会 おかたに病院呼吸器科

S5-2 リハビリテーション部・総務部・ボランティアの立場から

鈴木 典子 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック／NPOグリーントウン呼吸嚥下研究グループ

S5-3 看護部・栄養課の立場から

藤澤 ゆみ みえ呼吸嚥下リハビリクリニック／NPOグリーントウン呼吸嚥下研究グループ

S5-4 介護職として嚥下障害呼吸不全に對してできること

松田幸二郎 （株）グリーントウン呼吸嚥下ケアプランニング

S5-5 医療、介護非営利組織を活用して

酒井 直樹 岡谷会 おかたに病院／NPO法人 グリーントウン呼吸嚥下研究グループ

S5-6 安心して嚥下障害呼吸不全の方が過ごせる地域づくりの取り組み

～医療、介護非営利組織を活用して～ 機能強化型栄養ケアステーションからふるの役割

房 晴美 羽衣国際大学人間生活学部食物栄養学科非常勤講師／特定非営利活動法人はみんぐ南河内／機能強化型認定栄養ケアステーションからふる

シンポジウム6 在宅現場における医療安全・リスクマネジメント

7月20日（土）10:10～11:40 第4会場「会議室301」

座長 三浦 靖彦 岩手保健医療大学 看護学部
座長 武 ユカリ 森ノ宮医療大学 看護学部 看護学科 在宅看護学

- S6-1 **医療安全・リスクマネジメントの基本**
渡邊 幸子 白岡中央総合病院 医療安全管理課
- S6-2 **リスクマネジメントの観点からの在宅医療・ケア提供機関のBCP**
山岸 暁美 慶応大学医学部 衛生学公衆衛生学教室／コミュニティヘルス研究機構／Disester
Community-Ccare Assistance Team (DC-CAT)
- S6-3 **在宅現場における暴力・ハラスメントと予防策**
三木 明子 関西医科大学看護学部・看護学研究科
- S6-4 **医療安全・リスクマネジメントとしての臨床倫理**
三浦 靖彦 岩手保健医療大学 看護学部

シンポジウム7 24時間対応の工夫 ～在宅ならではの空気感をどのようにシェアし、教育に組み込んでいるか～

7月20日（土）10:10～11:40 第5会場「会議室302」

座長 洪 英在 東員病院

- S7-1 **中～小規模のクリニック同士の往診業務連携の一例**
矢部 千鶴 津ファミリークリニック
- S7-2 **24時間対応の工夫～在宅ならではの空気感をどのようにシェアし、教育に組み込んでいるか～**
豊田 理恵 医療法人おひさま会（サポート：荒 隆紀 医療法人おひさま会）
- S7-3 **24時間対応の工夫：訪問看護の立場から**
吉江 悟 訪問看護ステーションビュートゾルフ柏／一般社団法人Neighborhood Care／東京大学高齢社会総合研究機構／筑波大学ヘルスサービス開発研究センター／慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室
- S7-4 **利用者の生活を切れ目なく支えるケアマネジャーとしての現状と課題**
三浦 祐子 松戸市在宅医療・介護連携支援センター／ケアプラン佑

シンポジウム8 在宅医療コーディネーターセッション

7月20日（土）10:10～11:40 第6会場「会議室303」

座長 斎川 克之 新潟市医師会
座長 服部 美加 新潟県医師会

- S8-1 **東京都豊島区における在宅医療相談窓口・多職種連携拠点の取り組み**
中辻 康博 豊島区在宅医療相談窓口・多職種連携拠点
- S8-2 **在宅医療コーディネーターの実践、病院の立場から**
菊池 涼子 北上市在宅医療介護連携支援センター
- S8-3 **地域包括支援センターの立場から**
坂村 美枝 日南町地域包括支援センター
- 指定発言 **在宅医療コーディネーターに期待される役割と求められる機能**
川越 雅弘 株式会社日本医療総合研究所／社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター

シンポジウム9 「在宅血液透析」が気になるすべての人へ-在宅医療とのクロストーク-

7月20日（土）10:10～11:40 第7会場「会議室304」

座長 宮下 美子 名古屋記念財団ホスピーグループ腎透析事業部
座長 河原崎宏雄 帝京大学医学部附属溝口病院内科

S9-1 よくわかる在宅血液透析

原 正樹 医療法人社団 東京透析フロンティア

S9-2 在宅血液透析における看護師の役割

種田 美和 医療法人社団 大誠会

S9-3 多職種連携の視点から考える在宅血液透析

高橋 初 医療法人 新都市医療研究会「君津」会 総合腎臓病センター 玄々堂君津病院 臨床工学科

S9-4 在宅血液透析が気になるすべての人へのメッセージ

中原 美穂 東京透析フロンティア 池袋駅北口クリニック

シンポジウム10 異業種の視座から“喪失”を分かちあい多様性を包摂するコミュニティを考える

7月20日（土）10:10～11:40 第9会場「会議室104」

座長 大川 薫 亀田総合病院
座長 上村久美子 居宅介護支援事業所万年青

S10-1 認知症になったとしても活躍できる社会をつくる

平井万紀子 まあいいかlaboきょうと

S10-2 「失わないで続ける」ことの支援～自分の声（マイボイス）と楽器の音色（マイマリンバ）を例に～

本間 武蔵 2003年都立神経病院リハビリテーション科作業療法

S10-3 ペットロス現場から獣医療におけるACP普及に向けて

下司 睦子 専門学校ルネサンス・ペット・アカデミー（獣医師）／獣医保険ソーシャルワーク協会／ヒトと動物の関係学会

S10-4 遺骨が鳴らす警鐘

今、なぜ自治体の終活支援が必要なのか

北見 万幸 横須賀市 民生局

S10-5 医療からの視点だけでは喪失を分かちあうことが難しい

岡山 容子 医療法人みのり会 おかやま在宅クリニック

シンポジウム11 意思決定支援にも役立つ！地域で活用する現状確認ツールIMADOKO

7月20日（土）10:10～11:40 第10会場「会議室105」

座長 大井 裕子 小金井ファミリークリニック
座長 菊谷 武 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

S11-1 どう活用する？現状確認ツールIMADOKO

大井 裕子 小金井ファミリークリニック

S11-2 訪問看護ステーションで現状確認ツールIMADOKOを取り入れた理由

中村 恵 AGO株式会社みのり訪問看護ステーション

S11-3 在宅専門クリニックで活用するIMADOKOについて

中村 幸伸 つばさクリニック

S11-4 終末期患者に対する歯科治療、摂食指導、口腔衛生管理におけるIMADOKOの活用

菊谷 武 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

シンポジウム12 在宅障害者のよりよい生活のための「主体性の支え方」

幸

7月20日（土）10:10～11:40 第11会場「会議室102A」

座長 川手 信行 昭和大学医学部リハビリテーション医学講座
座長 齋藤 薫 川崎市社会福祉事業団 れいんぼう川崎

- S12-1 障害のある人の長期的な改善につながる主体性
和田 真一 医療法人社団あおい會 森山リハビリテーションクリニック／昭和大学医学部 リハビリテーション医学講座
- S12-2 「今の自分」を受け入れ、納得して前に進んでいくための主体性回復支援
武田 陽香 品川区立心身障害者福祉会館 自立訓練事業
- S12-3 主体性を支える訪問リハビリテーション
糸井 孝文 社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院
- S12-4 自分らしい社会参加スタイルの再構築に伴走する
～中途障害者への主体性を尊重した生活期リハビリテーション～
浦 雄司 川崎市社会福祉事業団 れいんぼう川崎

シンポジウム13 令和6年能登半島地震 災害関連死をブロックする！！

繫

7月20日（土）13:10～14:40 第3会場「会議室201」

座長 古屋 聡 山梨市立牧丘病院
座長 山岸 暁美 慶応義塾大学 医学部 衛生学公衆衛生学教室／コミュニティヘルス研究機構

- S13-1 災害医療、災害関連死を防ぐために、一開業医ができることと思うこと
井上 登太 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック／（株）グリーントウン呼吸嚥下ケアプランニング／NPOグリーントウン呼吸嚥下研究グループ／畿内会 岡波総合病院呼吸器科／岡谷会 おかたに病院呼吸器科
- S13-2 歯科の立場から考える～東日本大震災の経験を生かして～
一瀬 浩隆 医療法人ENGAGE あい訪問歯科クリニック
- S13-3 災害関連死をブロックする！！～たべるを支援する～
小川 豊美 株式会社とよみ
- S13-4 今を生き抜くために今までがあった
～被災者として、支援者として～
中村 悦子 訪問看護ステーションみなぎ

シンポジウム14 ICTを用いた多職種連携の現状と課題 ～診療報酬改定でICTの利用は広まるか？～

繫

7月20日（土）13:10～14:40 第5会場「会議室302」

座長 土屋 淳郎 土屋医院
座長 宮下 勉 杏クリニック

- S14-1 多職種連携におけるICTの利用と診療報酬算定可能な利用法
土屋 淳郎 医療法人社団創成会土屋医院
- S14-2 訪問看護師からみた多職種連携におけるICT連携の現状と課題
鵜飼亜由美 株式会社淳風 訪問看護ステーション仁
- S14-3 診療所事務からみた多職種連携におけるICT連携の現状と課題
水上 直人 さつきホームクリニック
- S14-4 介護支援専門員からみた多職種連携におけるICT連携の現状と課題
上村久美子 医療法人橘会 居宅介護支援事業所万年青

シンポジウム15 在宅医療の研究を推進するために

7月20日（土）13:10～14:40 第6会場「会議室303」

座長 梅垣 宏行 名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学
座長 山中 崇 東京大学大学院医学系研究科在宅医療学講座

- S15-1 「皆で力を合わせて」研究の宝島へ：在宅医療の研究を推進するために
服部ゆかり 東京大学大学院医学系研究科在宅医療学講座
- S15-2 在宅医療の研究を推進するために～いちクリニック在宅医の経験～
宮武 寛知 オレンジホームケアクリニック
- S15-3 在宅医療研究で求められるエビデンスとコホート研究の課題～ONEHOME研究での取り組み
渡邊 一久 名古屋大学医学部附属病院 老年内科／名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学
- S15-4 在宅医療の研究を推進するために：看護の立場から
野口麻衣子 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 在宅・緩和ケア看護学

シンポジウム16 一歩先の家族支援 ～家族療法の視点から在宅医療を考える～

7月20日（土）13:10～14:40 第7会場「会議室304」

座長 吉川 正宏 竹林貞吉記念クリニック
座長 久島 和洋 ドクターゴン鎌倉診療所

- S16-1 在宅医療の現場で役立つ家族療法/家族志向のケアの理論
宮本 侑達 ひまわりクリニック／名古屋大学大学院医学系研究科総合診療医学
- S16-2 在宅医療で役立つ家族療法の視点・技法
山田 宇以 聖路加国際病院
- S16-3 在宅で行う家族療法/家族志向のケアの実践
富田 詩織 多摩ファミリークリニック
- S16-4 多職種連携で行う家族志向のケア
久保田 希 河北ファミリークリニック南阿佐谷

シンポジウム17 在宅医療・介護関連施策におけるデータ分析：国・都道府県・市町村の各階層から考える

7月20日（土）13:10～14:40 第4会場「会議室301」

座長 新屋 洋平 OHS沖縄往診サポート
座長 長嶺由衣子 厚生労働省老健局老人保健課

- S17-1 データ分析において求められること～数値を読む前に、考え方と方針を確認しよう～
埴岡 健一 国際医療福祉大学大学院
- S17-2 自治体における匿名医療保険等関連情報（NDB）利活用の現状と展望
鈴木 里彩 厚生労働省保険局医療介護連携政策課保険データ企画室
- S17-3 在宅医療介護連携推進事業における介護保険総合データベース（介護DB）の利活用と展望
長嶺由衣子 厚生労働省老健局老人保健課
- S17-4 沖縄県における在宅医療・介護連携支援事業でのデータ分析について（市町村支援も含めて）
國吉 徹也 TKインサイト

シンポジウム18 千葉県医師会合同企画 「ときどき入院ほぼ在宅」を医師会の視点で考える

紡

7月20日（土）14:50～16:20 第2会場「国際会議室」

座長 和田 浩明 千葉県医師会 理事
座長 松岡かおり 千葉県医師会 理事

- S18-1 星野 大和 松戸市医師会・ほしの在宅ケアクリニック
S18-2 児玉 泰治 児玉メディカルクリニック／銚子市医師会
S18-3 鴫田 純一 香取郡市医師会／鴫田医院
S18-4 土居 良康 医療法人社団ディーオーアイ 土居内科医院／船橋市医師会
S18-5 古賀 友之 柏市医師会

シンポジウム19 在宅医療での口腔機能リハビリテーションにおける多職種協業

繋

7月20日（土）14:50～16:20 第4会場「会議室301」

座長 安部 能成 医療法人心の郷グループ 穂波の郷クリニック
座長 染谷 明子 富山医療生活協同組合 本部

- S19-1 地域での在宅口腔機能リハビリテーションにおける在宅医の役割
清水 政克 医療法人社団 清水メディカルクリニック
S19-2 在宅における口腔機能リハビリテーションの現在～管理栄養士の立場から～
武原佳恵子 医療法人栄知会 小野歯科医院
S19-3 在宅における口腔機能リハビリテーションを多職種協働で上手に進めるコツ
猪原 健 猪原「食べる」総合歯科医療クリニック
S19-4 在宅ケアにおける口腔機能リハビリテーション
小島 香 浜松医科大学 健康社会医学講座／こじまデンタルクリニック

シンポジウム20 AIを活用した組織運営と在宅医療領域での活用事例

継

7月20日（土）14:50～16:20 第5会場「会議室302」

座長 内田 直樹 医療法人すずらん会たろうクリニック
座長 門田耕一郎 重工記念長崎病院 内科

- S20-1 医療DXの第一歩：在宅医療と大学病院でのAI・デジタルツール活用
木村 翔一 福岡歯科大学総合医学講座耳鼻咽喉科学分野／福岡大学医学部耳鼻咽喉科学教室／すずらん会たろうクリニック
S20-2 AIとともに何をしよう？～小児科医の多角的AI活用例～
植田 由依 国際医療福祉大学 成田病院 小児科
S20-3 褥瘡診療サポートBot～とこさぼ～の開発
伊藤 天大 医療法人賛永会 さつきホームクリニック

シンポジウム21 在宅医療のケアとアウトカムを評価するZEVIIOUS研究の追加調査：結果と意義

継

7月20日（土）14:50～16:20 第6会場「会議室303」

座長 栗田 宜明 福島県立医科大学
座長 白髭 豊 白髭内科医院

- S21-1 余命わずかな在宅患者は果たして幸せだったのか？
在宅患者のQOLと希望に関する前向きコホート研究（ZEVIIOUS追跡調査）
安中 正和 安中外科・脳神経外科医院

- S21-2 在宅主治医の質と在宅死の関連性についての検討（ZEVIUS研究追跡調査）
林 伸宇 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック平和台／福島県立医科大学
- S21-3 在宅患者の同居家族構成、介護体制と在宅死との関連：ZEVIUS研究
飯田 英和 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック／福島県立医科大学 大学院医学研究科 臨床疫学分
野／千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター
- S21-4 在宅主治医は患者の生命予後を正確に予測できていたか？（ZEVIUS研究追跡調査）
次橋 幸男 天理よろづ相談所病院白川分院

シンポジウム22 身寄りのない人を取り巻く倫理的課題

幸

7月20日（土）16:30～18:00 第2会場「国際会議室」

- 座長 植竹 日奈 NPO法人ケ・セラ
座長 佐藤もも子 長野県社会福祉会

- S22-1 「身寄り問題にアプローチするガイドブック」から考える
地域社会で「医療の方針の決定に関すること」の課題を共有する意味
佐藤もも子 長野県社会福祉会
- S22-2 急性期病院における身寄りのない人の医療同意
杉浦 真 安城更生病院
- S22-3 身寄りのない人の権利を守るために法律でできること、できないこと
高岡 香 横浜エルム法律事務所
- S22-4 ひとり暮らし、身寄りのない人を取り巻く倫理的課題の解決のための協働について
植竹 日奈 NPO法人ケ・セラ

シンポジウム23 日本睡眠学会共同企画 在宅高齢者の睡眠を考える

幸

7月20日（土）16:30～18:00 第3会場「会議室201」

- 座長 内村 直尚 久留米大学
座長 吉澤 孝之 要町病院

- S23-1 高齢者の睡眠と睡眠衛生
岩下 正幸 東京慈恵会医科大学精神医学講座／東京慈恵会医科大学附属柏病院 精神神経科
- S23-2 高齢者の睡眠関連呼吸障害
青木 康弘 医療法人康曜会プラーナクリニック
- S23-3 神経疾患と睡眠障害
鈴木 圭輔 獨協医科大学脳神経内科
- S23-4 不眠診療と睡眠薬の適正使用
内村 直尚 久留米大学

シンポジウム24 症例から学ぶ褥瘡ケアの基本：創傷治癒・圧迫とずれ・栄養

紡

7月20日（土）16:30～18:00 第4会場「会議室301」

- 座長 蘆野 吉和 山形県庄内保健所
座長 清野 美砂 けやき通り訪問看護ステーション

- S24-1 在宅褥瘡ケアに必要な創傷治癒の知識
木下 幹雄 TOWN訪問診療所
- S24-2 症例から学ぶ褥瘡ケアの基本：圧迫とずれ
清野 美砂 けやき通り訪問看護ステーション

S24-3 「痩せて骨ばっている」「食事回数が減った」在宅患者に対する訪問栄養食事指導の効果

真井 睦子 栗山赤十字病院医療技術部栄養課

S24-4 様々な問題を持つ症例の紹介

荒谷亜希子 岩手県立一戸病院 在宅医療科

シンポジウム25 日本在宅医療事務連絡会合同企画

継

2024年度トリプル改定と現場での対応について

7月20日（土）16:30～18:00 第5会場「会議室302」

座長 石塚 秀俊 一般社団法人日本在宅医療事務連絡会／IQVIAソリューションズ ジャパン合同会社

座長 浅沼 裕子 いらはら診療所

S25-1 令和6年度トリプル改定で何が大きく変わったのか？改めて検証する

石塚 秀俊 一般社団法人日本在宅医療事務連絡会／IQVIAソリューションズ ジャパン合同会社

S25-2 2024年診療報酬改定：在宅療養支援病院のあり方としての「コミュニティ&コミュニティホスピタル（CCH）」

大石佳能子 株式会社メディヴァ

S25-3 在宅診療の報酬改定と現場での対応について

石塚 美絵 めぐみ在宅クリニック

S25-4 訪問看護の報酬改定と現場での対応について

大竹 尊典 公益財団法人日本訪問看護財団

シンポジウム26 在宅診療薬剤師の可能性

繋

7月20日（土）16:30～18:00 第7会場「会議室304」

座長 大須賀悠子 関医院

座長 行田 泰明 わたクリニック船堀

S26-1 在宅診療薬剤師の存在意義を考える

餅原 弘樹 医療法人社団いぶきの森 のぞみの花クリニック

S26-2 これからの在宅診療薬剤師と病院薬剤師の連携について考える

城山 亮輔 東京大学医学部附属病院 薬剤部

S26-3 診療所に薬剤師がいる面白さ

～在宅診療薬剤師のいる小さなクリニックの日常

篠田 裕美 医療法人社団フィーカ 関医院

S26-4 薬局薬剤師の立場からみた在宅診療薬剤師の重要性～自身が在宅診療薬剤師を経験したことで～

今城 宏文 ツマシナ薬局

シンポジウム27 最期の1週間を見逃さない～多職種でどうつかむ・どう実践する・どうつなぐ～

繋

7月21日（日）8:00～9:30 第2会場「国際会議室」

座長 今永 光彦 奏診療所

座長 安藤 仁子 向日葵ナースステーション／NPO法人やちけあ

S27-1 終末期に搬送となった事例から終末期ケアを学ぶ

久島 和洋 ドクターゴン鎌倉診療所

S27-2 ターミナル期における訪問看護師の役割と連携

串間 一彦 ひなた訪問看護ステーション

S27-3 ターミナルになっても床ずれを作らないために「床ずれ危険度チェック表」の活用

助川未枝保 ジャルダンカトレアいすみ

S27-4 SNSを活用した緩和ケア専門医、緩和ケア認定看護師との連携、離れていても大丈夫！介護士として安心なケアの提供ができる

知久 淳子 株式会社ヴィーナス グランツこむぎ

S27-5 臨終期の予後予測：最新エビデンスと在宅ケアの実践

細井 崇弘 ファミリークリニックさくらの森

働

シンポジウム28 ACPについての最近の議論と動向、実践を考える

7月21日（日）8:00～9:30 第3会場「会議室201」

座長 川口 篤也 函館稜北病院

座長 片山 陽子 香川県立保健医療大学

S28-1 ACP～最近の議論も含めた概説

森 雅紀 聖隷三方原病院緩和支援診療科

S28-2 在宅医療におけるACPの実践と課題

原澤慶太郎 医療法人社団はな

S28-3 診療所でのACPの実践と課題～看護師の立場から考える～

中川 眞紀 社会福祉法人知恵の光会フロムワン付属診療所

S28-4 小児ACPが提示する課題

笹月 桃子 早稲田大学人間科学学術院

プログラム

紡

シンポジウム29 日本プライマリケア連合学会・日本緩和医療学会・ 日本緩和医療薬学会・日本在宅医療連合学会 合同企画 プライマリ緩和ケア ～緩和ケアとプライマリ・ケアの統合

7月21日（日）8:00～9:30 第4会場「会議室301」

座長 伊藤 大樹 あおばクリニック

座長 弓野 大 医療法人社団ゆみの

S29-1 緩和ケアと卓越したジェネラリスト診療

藤沼 康樹 生協浮間診療所

S29-2 専門的緩和ケアがプライマリケア/在宅医療に果たす役割について

田上 恵太 医療法人社団 悠翔会 くらしケアクリニック練馬／東北大学大学院 医学系研究科 緩和医療学分野／KISA2隊/K2プロジェクト／よしき往診クリニック

S29-3 保険薬局薬剤師はプライマリ緩和ケアの担い手となりえるのか

坂本 岳志 （有）サンメディカル

繋

シンポジウム30 摂食嚥下リハビリテーション学会合同企画 摂食嚥下リハビリテーションを在宅に活かす

7月21日（日）8:00～9:30 第5会場「会議室302」

座長 井上 登太 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック

座長 前田 玲 帯広中央病院栄養科

S30-1 摂食嚥下障害と誤嚥性肺炎への対応

井上 登太 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック／（株）グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング／NPOグリーンタウン呼吸嚥下研究グループ／畿内会 岡波総合病院 呼吸器科／岡谷会 おかたに病院 呼吸器科

S30-2 在宅療養患者の食べるを支える、食べられないを支える

菊谷 武 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

S30-3 言語聴覚士の立場で摂食嚥下リハビリテーションを在宅に活かす

永来 努 株式会社コンパス

S30-4 摂食嚥下リハビリテーションを在宅に活かす

～管理栄養士による食支援・栄養管理の必要性和今後の課題～

房 晴美 羽衣国際大学人間生活部食物栄養学科非常勤講師／特定非営利活動法人はみんぐ南河内／機能強化型認定栄養ケアステーションからふる

シンポジウム31 日本緩和医療学会合同企画

紡

～オピオイド持続注射を在宅医療で広めるために何ができるか～

7月21日（日）8:00～9:30 第6会場「会議室303」

座長 廣橋 猛 永寿総合病院 がん診療支援・緩和ケアセンター

座長 茅根 義和 大森赤十字病院 緩和ケア内科

S31-1 オピオイド持続注射を在宅で広めるための課題と必要な方策

首藤真理子 みなとホームケアクリニック

S31-2 オピオイド持続注射を在宅医療で広めるために訪問看護師の立場からできること

平川 未来 訪問看護ステーション タック

S31-3 在宅医療におけるオピオイド持続注射投与の必要性を考える～在支診療剤師の立場から～

佐久間詠理 医療法人社団淳友会 わたホームクリニック

S31-4 病院緩和ケア医が在宅オピオイド持続注射普及のためにできること

石川 彩夏 国立がん研究センター中央病院 緩和医療科

シンポジウム32 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会共同企画

幸

非がん性呼吸器疾患終末期への一歩進んだ緩和ケア

ー呼吸困難感に、即モルヒネで良いですか？ー

7月21日（日）8:00～9:30 第7会場「会議室304」

座長 谷口 博之 スカイル内科

座長 竹川 幸恵 大阪はびきの医療センター

S32-1 呼吸困難感の病態生理ーわかりやすく、簡単な呼吸困難の説明ー

越久 仁敬 おく医院／兵庫医科大学神経生理部門

S32-2 呼吸困難感をどうマネジメントするか？

武知由佳子 医療法人社団愛友会 いきいきクリニック

S32-3 呼吸困難に対する看護ケア

小林 千穂 社会医療法人新潟勤労者医療協会 下越病院

S32-4 呼吸困難感への呼吸リハビリテーション

前田 和成 ぼると訪問看護ステーション

シンポジウム33 家族という土台を耕すー予防教育としての「かぞくのがっこう®」

幸

7月21日（日）8:00～9:30 第9会場「会議室104」

座長 生本万知子 おひさまクリニック

座長 茶谷 妙子 京都府訪問看護総合支援センター

S33-1 男性の家事参加と結婚満足度

脇田康二郎 沖縄県立中部病院

S33-2 医療的ケア児とその家族にとっての「かぞくのがっこう®」

峯尾 志穂 医療的ケアのある重症心身障害児を育てる当事者家族

S33-3 支援者にとっての「家族のがっこう」

國居 早苗 桜新町アーバンクリニック・在宅医療部／桜新町ナースケア・ステーション

S33-4 予防教育「かぞくのがっこう®」を研究者の視点から考察する

川上 千春 聖路加国際大学大学院

シンポジウム34 患者中心の在宅医療マネジメント人材をめざして

楽

7月21日（日）9:40～10:40 第4会場「会議室301」

座長 荒木 庸輔 特定医療法人新生病院
座長 岡崎 理絵 祐ホームクリニック千石

S34-1 繋がりを大切に、感謝を忘れない

上畑 大 医療法人つばさ つばさクリニック

S34-2 在宅療養支援診療所薬剤師を兼務する事務長の働き方

岡崎 理絵 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック千石

S34-3 医療マネジメント人材に求められる「患者視点の戦略策定力」と「伴走型の組織マネジメント力」

村上 典由 医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック

S34-4 在宅医療を支えるチームの一員として

山田 寿美 医療法人双樹会 よしき往診クリニック

シンポジウム35 日本臨床工学技士会企画

幸

シームレスな呼吸療法を目指して ～在宅人工呼吸患者の質を高める取り組み～

7月21日（日）9:40～10:40 第5会場「会議室302」

座長 山田 紀昭 済生会横浜市東部病院 TQMセンター
座長 平野 恵子 JA広島総合病院 臨床工学科

S35-1 シームレスな呼吸療法を実現するために臨床工学技士に求めること

前田 あき 社会福祉法人三篠会 重症児・者福祉医療施設ソレイユ川崎看護部

S35-2 治療の質を高めるための取り組み～人工呼吸器のより良い設定をみ出すために～

塚田さやか 公立陶生病院 臨床工学部

S35-3 生活の質を高める取り組み～より良いデバイス選定やご家族の負担軽減のために～

及川 秋沙 独立行政法人国立病院機構 岩手病院 臨床工学室

S35-4 安全性の質を高める取り組み～想定外のトラブルにどう対応するか～

浜本 英昌 医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン鎌倉診療所 臨床工学技士

シンポジウム36 在宅医療における医薬品供給の24時間体制の評価 ～医療用麻薬の供給について～

継

7月21日（日）9:40～10:40 第6会場「会議室303」

座長 串田 一樹 昭和薬科大学
座長 白石 丈也 けや木薬局

S36-1 在宅医の立場で考える医薬品供給の24時間体制の現状と課題

遠矢純一郎 桜新町アーバンクリニック

S36-2 訪問看護ステーションからみた医薬品供給への課題と現状

深田 悠花 なな一訪問看護ステーション/大阪大学大学院医学系研究科/OMORO

S36-3 医療用麻薬の供給と薬局24時間体制

佐々木 健 メディブレイス365薬局

S36-4 あけぼの薬局における医療用麻薬の供給と疼痛管理

木村 雅彦 あけぼの薬局

シンポジウム37 「きみのいのち ぼくの時間」ミュージカルを通していのちについて考える

含

7月21日（日）12:40～14:10 第2会場「国際会議室」

座長 中村 明澄 向日葵クリニック

座長 堤 円香 メディカルホームKuKuRu／NPO法人キャトル・リーフ

シンポジウム38 令和6年度診療報酬と介護報酬同時改定から、どのような未来を描く～多職種が考える、これからの未来と今～

繋

7月21日（日）12:40～14:10 第3会場「会議室201」

座長 次橋 幸男 天理よろづ相談所病院 白川分院 在宅世話どりセンター

座長 太田 博見 医療法人仁慈会 太田歯科医院

S38-1 調剤報酬改定を受けて、薬局の未来はどう変わるのか～質の高い在宅業務を担う薬局として～
宇都宮励子 大阪ファルマプラン

S38-2 診療報酬改定から管理栄養士が考える、これからの未来のために取り組むべきことは
熊谷 琴美 愛知学院大学健康科学部健康栄養学科

S38-3 訪問看護師からみた改定と、これからの未来
藤野 泰平 株式会社デザインケア/みんなのかかりつけ訪問看護ステーション

S38-4 保険委員会活動の意義と令和6年度診療報酬改定の総括
安中 正和 医療法人安中外科・脳神経外科医院

シンポジウム39 勤務医の目指すべきキャリア形成 ～総合診療・在宅医が望まれている超高齢社会～

楽

7月21日（日）12:40～14:10 第4会場「会議室301」

座長 笹岡 大史 春日部在宅診療所ウエルネス

座長 石田 岳史 東京医科歯科大学総合診療科

S39-1 社会的ニーズに沿った働き方改革の成功体験
～大学病院循環器内科部長から、老健施設長、在宅診療所院長への転身～
笹岡 大史 医療法人忠恕 春日部在宅診療所ウエルネス

S39-2 超高齢社会における総合診療専門医の育成と多職種連携の構築
石田 岳史 東京医科歯科大学総合診療科

S39-3 基礎研究者から在宅医へのキャリアチェンジ
木村 彰方 東京医科歯科大学／医療法人忠恕 春日部在宅診療所ウエルネス

S39-4 コミュニティ&コミュニティホスピタル（CCH）が提供する総合診療医のキャリア・オプション
大石佳能子 株式会社メディア

シンポジウム40 小児在宅医療における成人移行について

紡

7月21日（日）12:40～14:10 第5会場「会議室302」

座長 遠矢純一郎 桜新町アーバンクリニック

座長 中村 知夫 国立成育医療センター 医療連携・患者支援センター 在宅医療支援室

S40-1 地域における小児期発症の慢性疾患を持つ成人患者に対する医療ネットワークの構築に向けての話し合い通じて見えてきたもの
中村 知夫 国立成育医療センター 医療連携患者支援センター 在宅医療支援室室長

S40-2 重症心身障害児の成人移行支援における医療連携体制の構築

生田 陽二 東小金井小児神経・脳神経内科クリニック

S40-3 成人在宅診療所における小児患者の成人移行の課題

水谷 亮 医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック

S40-4 小児在宅医療における成人移行について

鄭 東孝 国立病院機構東京医療センター 総合内科科長

繋

シンポジウム41 日本臨床衛生検査技師会共催企画

在宅医療に関わる現場で活躍する臨床検査技師

7月21日(日) 12:40～14:10 第6会場「会議室303」

座長 宮下 勉 杏クリニック

座長 井越 尚子 女子栄養大学栄養学部保健栄養学科

S41-1 在宅医療における睡眠医療の実際と臨床検査技師の役割

石丸 理絵 医療法人RESM RESM新横浜 睡眠・呼吸メディカルケアクリニック

S41-2 コロナ禍の保健所での臨床検査技師の働き
～サービス付き高齢者住宅等への関わり～

奥山 啓子 栃木県南健康福祉センター

S41-3 臨床検査技師によるエコーを用いた便秘評価

佐野 由美

含

シンポジウム42 地域での市民啓発活動、どうしてますか？～企画から広報、そして効果まで～

7月21日(日) 12:40～14:10 第7会場「会議室304」

座長 鶴岡 優子 つるかめ診療所

座長 小林 正宜 葛西医院

S42-1 世田谷区 在宅医療・介護連携推進事業における4年間のACP普及啓発の取り組み

神野 真実 株式会社メディヴァ

S42-2 映画を活用したACPの啓発活動

鶴岡 浩樹 日本社会事業大学専門職大学院福祉マネジメント研究科／つるかめ診療所

S42-3 多職種で挑戦するKISA2隊流地域活動～誰もが柱になれるポジティブな仕掛け～

七澤ゆきの KISA2隊大阪 おく・内科在宅クリニック

S42-4 劇団ザイタク “ピンコロ”

～延命治療の中止・非開始・そして... 答えのない問いを市民と考えるために～

桜井 隆 さくらいクリニック

繋

シンポジウム43 あなたのまちを最期に住みたいまちに変える「超・地域包括ケアシステム」作戦

7月21日(日) 12:40～14:10 第9会場「会議室104」

座長 川邊 正和 東大阪プロジェクト／かわベクリニック

座長 蒲原 雄介 日本医療デザインセンター／医療ライター

S43-1 川邊 綾香 東大阪プロジェクト／医療法人 綾正会かわベクリニック 看護師

S43-2 伊藤 守 医療法人つながる いとうまもる診療所 院長

S43-3 廣瀬 憲一 医療法人社団 守成会 理事長

S43-4 竹下みちよ 訪問看護ステーション ここな 管理者・看護師

シンポジウム44 日本在宅医療事務連絡会合同企画 在宅医療DX最前線

継

7月21日(日) 12:40～14:10 第11会場「会議室102A」

座長 石塚 美絵 めぐみ在宅クリニック
座長 堀部 秀夫 医療法人社団ゆみの

- S44-1 佐賀市介護予防DX ―データを活用した介護予防の推進―
菅 祐亮 佐賀市 政策推進部 DX推進課
- S44-2 在宅と外来のミックスによるDX化の課題と解決の方向性
毛塚 牧人 株式会社レイヤード
- S44-3 北海道名寄市の「地域における多職種連携のためのICT活用」
橋本いづみ 名寄市健康福祉部こども・高齢者支援室地域包括支援センター
- S44-4 地域診療所における入院ゼロを目指したテレナーシングDXの推進
田中 勇樹 医療法人社団ゆみの

シンポジウム45 災害支援・受援力醸成において在宅医療連合学会にできることは？

継

7月21日(日) 14:20～15:50 第2会場「国際会議室」

座長 泰川 恵吾 ドクターゴン診療所
座長 宮本 雄気 よしき往診クリニック／京都府立医科大学 救急医療学教室

- S45-1 在宅医療・介護領域における災害時の全体像と課題
宮本 雄気 医療法人双樹会よしき往診クリニック／京都府立医科大学 救急医療学教室
- S45-2 サージキャパシティをどのように担保していくか？
～増大する医療・ケアニーズに対する外部支援の活用と地域BCPのススメ～
山岸 暁美 慶應義塾大学医学部衛生学 公衆衛生学教室／コミュニティヘルス研究機構／Disester
Community-Ccare Assistance Team (DC-CAT)
- S45-3 災害時に在宅患者をどう守るか？
～地域連携BCPの必要性～
小井土雄一 国立病院機構本部 DMAT事務局
- S45-4 災害医療のすきまを埋めたい：在宅医療で描く災害支援の新しい地図
原田奈穂子 岡山大学学術研究院ヘルスシステム統合科学域／岡山大学医学部保健学科基礎看護学領域
- S45-5 あなたは被災者を傷つけていませんか？
(AMDA避難所支援からJMAT災害派遣で頂いた気づき)
長谷川太郎 湘南おおふなクリニック

シンポジウム46 病院地域連携室は在宅医療チームをどのように選定しているのか ～よりフェアな病診連携を目指して～

繋

7月21日(日) 14:20～15:50 第3会場「会議室201」

座長 米本 千春 堺市立総合医療センター患者支援センター
座長 清水 政克 清水メディカルクリニック

- S46-1 神経難病におけるヒトをつなぐ支援の重要性
花井亜紀子 国立精神・神経医療研究センター病院 医療連携福祉相談部
- S46-2 高度急性期病院における退院支援の工夫と視点
石川 泰延 千葉大学医学部附属病院
- S46-3 地域から見た病院の在宅チーム選定のリアル
～そこに連携はあるのか？介護支援専門員の立場から～
臼井 啓子 合同会社オフィスK

シンポジウム47 つなごう！心不全診療の病院-在宅連携

7月21日（日）14:20～15:50 第4会場「会議室301」

座長 梅野福太郎 四街道まごころクリニック
座長 岡田 将 千葉大学医学部附属病院 循環器内科

- S47-1 心不全患者への病院-在宅連携 看護師の立場から
患者のちょっとした変化に気づき、心不全悪化の早期発見と介入の重要性
湯浅めぐみ 千葉県循環器病センター
- S47-2 高齢心不全利用者への訪問看護師の支援内容と課題
尾崎 直子 訪問看護ステーションかがやき
- S47-3 病院-在宅連携による基幹病院としてのリハビリテーションの役割
小池 俊光 千葉大学医学部附属病院 リハビリテーション科
- S47-4 “したい暮らし”の実現に向けた病院との連携による在宅心臓リハビリテーションの実際
岡田 智恵 なごみの陽訪問看護ステーション

シンポジウム48 独居認知症患者の食支援

7月21日（日）14:20～15:50 第5会場「会議室302」

座長 中村 幸伸 つばさクリニック
座長 熊谷 琴美 愛知学院大学健康科学部

- S48-1 独居認知症患者の食支援～在宅医の立場から～
杉本 由佳 すぎもと在宅医療クリニック
- S48-2 独居認知症利用者の食支援 関係機関との連携 ～ケアマネジャーの立場から～
松井由美子 なごやかハウス希望ヶ丘
- S48-3 独居認知症高齢者の食支援
～地域包括支援センター看護師の視点から～
榎本 淳子 玉名市包括支援センター
- S48-4 訪問看護師による独居認知症患者の食支援の実際
高砂 裕子 （一社）南区医師会訪問看護ステーション

シンポジウム49 データに基づく在宅医療の臨床・経営・政策のススメ

7月21日（日）14:20～15:50 第6会場「会議室303」

座長 次橋 幸男 天理よろづ相談所病院 白川分院 在宅世話どりセンター
座長 猪原 健 猪原〔食べる〕総合歯科 医療クリニック

- S49-1 NDBからとらえた現在、これからのチーム在宅医療
孫 瑜 筑波大学医学医療系 地域医療教育学/ヘルスサービスリサーチ分野
- S49-2 NDBからみる歯科医療・口腔保健ニーズ
恒石美登里 （公社）日本歯科医師会 日本歯科総合研究機構
- S49-3 高齢福祉計画等のオープンデータを活用した診療所経営戦略
水上 直人 さつきホームクリニック

シンポジウム50 福祉用具貸与・販売の選択制

働

7月21日（日）14:20～15:50 第7会場「会議室304」

座長 服部万里子 服部メディカル研究所
座長 白木 裕子 株式会社フジケア

S50-1 問われる、福祉用具専門相談員の専門性

遠藤 勇樹 （株）アイランドケア モモ・トータルケアサービス

S50-2 中山 和也 東基 城南営業所

シンポジウム51 在宅腹膜透析で広がる可能性と希望

幸

7月21日（日）14:20～15:50 第9会場「会議室104」

座長 正木 浩哉 正木医院
座長 片岡今日子 日本財団在宅看護センターひまわり

S51-1 やってみよう！腹膜透析

～「その人らしく生きる」を支える訪問看護の役割～

片岡今日子 日本財団在宅看護センターひまわり

S51-2 腹膜透析導入病院の試み～様々な形の腹膜透析～

櫻田 勉 聖マリアンナ医科大学病院 腎臓・高血圧内科

S51-3 在宅での腹膜透析管理と緩和ケアの実践

楠本 拓生 楠本内科医院

S51-4 慢性腎臓病患者さんの希望と在宅透析の重要性

～自分らしく治療と暮らすために～

雁瀬 美佐 NPO法人 腎臓サポート協会

シンポジウム52 在宅医療の場で遭遇する「遺伝の問題」に気づき、逃げないために

幸

7月21日（日）14:20～15:50 第10会場「会議室105」

座長 安中 正和 安中外科・脳神経外科医院
座長 中山 優季 東京都医学総合研究所 社会健康医学研究センター

S52-1 遺伝子診断・治療と在宅医療の接点での課題と悩み

安中 正和 医療法人安中外科・脳神経外科医院

S52-2 遺伝性疾患に対する診断と治療の現状 2024

竹内 千仙 東京慈恵会医科大学附属病院遺伝診療部

S52-3 遺伝カウンセリングについて

佐々木元子 お茶の水女子大学大学院遺伝カウンセリングコース/領域

シンポジウム53 アジアのACPの制度と実際の取り組み

働

7月21日（日）16:00～17:30 第2会場「国際会議室」

座長 余 尚儒 台湾在宅医療学会
座長 森 雅紀 聖隷三方原病院

S53-1 Navigating End-of-Life Decision Making: The Role of ACP in Taiwan's Home Healthcare Landscape.

葉 依琳 Associate Professor. Department of Social Work. Tunghai University, Taiwan

S53-2 Advance Care Planning in Singapore; Conversations, Systems and Cultures

Raymond Ng Han Lip Palliative and Supportive Care Woodlands Health Campus/The Graduate Diploma of Palliative Medicine (National University of Singapore)/
The National Advance Care Planning Steering Committee

S53-3 事前指示とACPに関するわが国の現状と課題 論点整理の必要性

小川 朝生 国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科/国立がん研究センター 先端医療開発センター
精神腫瘍学開発分野

シンポジウム54 Hospital at Homeの実現に向けた取り組み

幸

7月21日(日) 16:00~17:30 第3会場「会議室201」

座長 伊藤 大樹 あおばクリニック
座長 弓野 大 医療法人社団ゆみの

S54-1 伊藤 大樹 あおばクリニック

S54-2 吉田 伸 飯塚病院 総合診療科/額田病院 総合診療科

S54-3 近藤 敬太 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

S54-4 David Levine Division of General Internal Medicine and Primary Care, Brigham and Women's Hospital

S54-5 大内 啓 ハーバード大学メディカルスクール 救急部

シンポジウム55 慢性呼吸器疾患に対するやさしい、基礎からの包括的在宅ケア
～苦手と思わないで！こうすれば効果が感じられますよ～

繋

7月21日(日) 16:00~17:30 第4会場「会議室301」

座長 平松 哲夫 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 田中 弥生 関東学院大学栄養学部管理栄養学科

S55-1 薬物療法 ～薬は効いていますか？～

吉澤 孝之 医療法人社団愛語会 要町病院

S55-2 2. 酸素 HFNC NPPV ～次の一手をどうしますか？～

新 智美 草加内科呼吸ケアクリニック 看護部

S55-3 呼吸リハビリテーション～どうしたら苦しくなく効果的に動けるか？～

平林 大輔 マリオス小林内科クリニックリハビリテーション科

S55-4 栄養ケア ～どうやって栄養を摂りましょうか～

前田 玲 帯広中央病院栄養科

シンポジウム56 こうする！こやる！精神科×在宅医療

継

7月21日(日) 16:00~17:30 第5会場「会議室302」

座長 守上 佳樹 KISA2隊
座長 山田 寿美 よしき往診クリニック

S56-1 在宅診療における精神科診療の実践

成本 迅 京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学

S56-2 在宅医が動く 精神科× 在宅医療

平原佐斗司 東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所

S56-3 精神科専門医が動く精神科×在宅医療

内田 直樹 医療法人すずらん会たろうクリニック

S56-4 メディカルコーディネーターが動く精神科×在宅医療

柳澤 克哉 よしき往診クリニック

シンポジウム57 褥瘡予防のための寝たきりから自立への支援

幸

7月21日（日）16:00～17:30 第6会場「会議室303」

座長 塚田 邦夫 高岡駅南クリニック

座長 内藤亜由美 湘南医療大学保健医療学部看護学科

S57-1 褥瘡発症は寝たきり対策が重要

塚田 邦夫 高岡駅南クリニック

S57-2 褥瘡予防と栄養と自立支援～たべる幸せへ～

小川 豊美 株式会社とよみ

S57-3 医療・介護の連携と病院・施設・在宅における移動・移乗・歩行に注目し、介護人材不足、要介護者増加、財政負担増大に対し新しい介護リフトの使い方を提案する。

森島 勝美 株式会社モリトー

S57-4 寝たきりから自立へ；人はなぜ生きているのか

島川 弘美 笑顔の暮らしサポートオフィスとぅーり

シンポジウム58 在宅医療における特定行為研修の役割と今後について

継

7月21日（日）16:00～17:30 第7会場「会議室304」

座長 尾崎 章子 東北大学大学院医学系研究科老年・在宅看護学分野

S58-1 特定行為研修の概要と研修受講への支援策

初村 恵 厚生労働省医政局看護課

S58-2 特定行為研修修了者が在籍する訪問看護ステーション管理者の役割

篠原 かおる ピュア・ハート 訪問看護ステーション・青い空／看多機・マリーゴールド

S58-3 訪問看護ステーションでの特定行為研修修了者の活動の実際

佐藤 文俊 ケアプロ在宅医療株式会社

S58-4 訪問診療医の特定行為研修修了者への期待

新田 國夫 つくし会 新田クリニック

S58-5 全国訪問看護事業協会における特定行為研修受講への支援活動

阿部 智子 株式会社けせら

ワークショップ

ワークショップ1 地域の実情に応じた在宅医療・介護連携とは ～成果と課題、今後の展望～

紡

7月20日（土）8:30～10:00 第5会場「会議室302」

座長 久保田健太郎 千葉市在宅医療・介護連携支援センター

座長 吉江 悟 Neighborhood Care

WS1-1 「地域の実情」に応じた体制整備に何が必要か？

三原 岳 ニッセイ基礎研究所

WS1-2 船橋市における在宅医療・介護連携～これまでの取り組みと課題～

佐々木ゆかり 一般社団法人 船橋市医師会 船橋市在宅医療支援拠点 ふなぽーと

WS1-3 小規模自治体における在宅医療・介護連携の推進 ～地域包括支援センターの立場から～

平野 香 多古町保健福祉課

ワークショップ2

在宅医療介護関係者必見！明日から使える在宅医療データ分析入門：
エクセルを用いた身近なデータ・公開データの分析を学びましょう

7月20日（土）8:30～10:00 第9会場「会議室104」

座長 次橋 幸男 天理よろづ相談所病院 白川分院 在宅世話どりセンター
座長 猪原 健 猪原〔食べる〕総合歯科 医療クリニック

WS2-1 明日から使える在宅医療データ分析入門

次橋 幸男 天理よろづ相談所病院 白川分院 在宅世話どりセンター

ファシリテーター 次橋 幸男 公益財団法人天理よろづ相談所 企画情報室／白川分院在宅世話どりセンター

ファシリテーター 猪原 健 猪原〔食べる〕総合歯科 医療クリニック 院長（歯科医師）

ファシリテーター 前田 浩幸 猪原〔食べる〕総合歯科 医療クリニック 医療情報技師

ファシリテーター 水上 直人 医療法人賛永会さつきホームクリニック 統括マネジャー

ファシリテーター 村口 正樹 株式会社グランシエル 経営顧問

ワークショップ3

在宅における看取り時の立ち居振る舞いについて考えませんか？

7月20日（土）8:30～10:00 第10会場「会議室105」

座長 大屋 清文 ピースホームケアクリニック京都

ファシリテーター 上林 五月 市立大津市民病院 在宅診療センター

ファシリテーター 田畑 幸利 徳之島徳洲会病院 訪問看護事業所

ファシリテーター 采野 優 京都大学大学院 医学研究科 腫瘍内科学講座

ファシリテーター 田上 恵太 悠翔会くらしケアクリニック練馬

ファシリテーター 中西 貴大 ファミリーケアクリニック吉祥寺

ファシリテーター 大森 崇史 福岡ハートネット病院

ファシリテーター 松本 朋樹 松本内科・眼科

ファシリテーター 岡本宗一郎 うぐいす在宅診療所

ワークショップ4

多世代の価値観を理解し、世代間の架け橋となるには

7月20日（土）13:10～14:40 第9会場「会議室104」

座長・ファシリテーター 江口幸士郎 今立内科クリニック

座長・ファシリテーター 日下部明彦 横浜市立大学 総合診療医学

座長・ファシリテーター 洪 英在 東員病院

次世代委員会メンバーとその仲間

ワークショップ5

The “もしバナ” サーカス！ ～もしバナゲーム™体験と対話のスペース～

7月20日（土）13:10～14:40 第10会場「会議室105」

座長 荒金 英樹 愛生会山科病院

座長 大森 泉 クローバースマイル訪問看護ステーション

WS5-1 もしバナゲーム体験 - 喪失への没入と対話が接続する未来 -

大川 薫 亀田総合病院

WS5-2 MM（もしバナマイスター）として考えること

津野 采子 ハート介護サービス東住吉

ファシリテーター 蔵本 浩一 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 疼痛緩和ケア科

ファシリテーター 堤 俊太 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 救命救急科

ワークショップ6 倫理・利益相反委員会企画

繋

「自分の周りに臨床倫理コンサルテーションを開設しよう Vol.2」

7月20日（土）13:10～14:40 第11会場「会議室102A」

座長 三浦 靖彦 岩手保健医療大学 看護学部
座長 植竹 日奈 NPO法人ケ・セラ

三浦 靖彦 岩手保健医療大学
中村 ゆかり 調布東山病院
長尾 式子 北里大学看護学部

ファシリテーター 三浦 靖彦 岩手保健医療大学

ファシリテーター 植竹 日奈 NPO法人ケ・セラ

ファシリテーター 今村 昌幹 めちぐすい診療所

ファシリテーター 門田 耕一郎 重工記念長崎病院 総合診療科

ファシリテーター 白髭 豊 白髭内科医院

ファシリテーター 大橋 英司 大橋内科胃腸科

ワークショップ7 千葉県介護支援専門員協議会 災害対策委員会企画

繋

緊急企画：被災地からの生の声

BCPは活かされたのか？能登半島地震の実情を踏まえて、私たちが今できること、実務の点検

7月20日（土）14:50～16:20 第7会場「会議室304」

講師 水上 直彦 特別養護老人ホームこすもす 施設長／石川県介護支援専門員協議会 副会長

千葉県介護支援専門員協議会 災害対策委員

ワークショップ8 症例から学ぶ小児がんと看取り

楽

7月20日（土）14:50～16:20 第9会場「会議室104」

座長 市橋 亮一 総合在宅医療クリニック 名駅
座長 大隅 朋生 子ども在宅クリニックあおぞら診療所せたがや

紅谷 浩之 医療法人社団オレンジ
宮本 雄気 医療法人双樹会 よしき往診クリニック

ワークショップ9 看取りケア研修会 ～看取りは怖くない～

繋

7月20日（土）14:50～16:20 第10会場「会議室105」

座長 安藤 仁子 向日葵ナースステーション／NPO法人やちけあ
座長 地曳 典恵 東京医科大学八千代医療センター 乳腺外科・内分泌外科

ファシリテーター 富川由美子 東京女子医科大学八千代医療センター 患者支援センター（医療福祉相談）・NPO法人やちけあ

ファシリテーター 中村 明澄 医療法人社団澄乃会 向日葵クリニック・NPO法人やちけあ

含

ワークショップ10 倫理的検討法の紹介と事例検討(神奈川臨床倫理カンファレンス)

7月20日(土) 14:50~16:20 第11会場「会議室102A」

座長 竹下 啓 東海大学医学部医療倫理学領域
座長 長尾 式子 北里大学看護学部

WS10-1 金城謙太郎 金城医院／帝京大学大学院公衆衛生学研究科

働

ワークショップ11 多職種で実践するACP

7月20日(土) 16:30~18:00 第6会場「会議室303」

座長 片山 陽子 香川県立保健医療大学

モデレーター 西川 満則 社会福祉法人愛光園老人保健施設相生施設長

継

ワークショップ12 90分でスピード開発！医療×テクノロジーの扉を開く体験講座(要PC)

7月20日(土) 16:30~18:00 第9会場「会議室104」

座長 門田耕一郎 重工記念長崎病院 総合診療科
座長 水上 直人 さつきホームクリニック

WS12-1 90分でスピード開発！医療×テクノロジーの扉を開く体験講座(要PC)

林 千秋 ものづくり医療センター／足立慶友整形外科

ファシリテーター 北城 雅照 ものづくり医療センター 医院長

ファシリテーター 木村 翔一 福岡歯科大学総合医学講座耳鼻咽喉科学分野

ファシリテーター 植田 由依 国際医療福祉大学成田病院小児科

ファシリテーター 伊藤 天大 医療法人賛永会 さつきホームクリニック

ファシリテーター 内田 直樹 医療法人すずらん会 たろうクリニック

繋

ワークショップ13 よりよい医療・介護連携を考える
～病院SW/退院支援看護師・ケアマネジャーあつまれ！！～

7月20日(土) 16:30~18:00 第10会場「会議室105」

座長 花井亜紀子 国立精神・神経医療研究センター病院 医療連携福祉相談部

WS13-1 医療と介護は別物か？

村上 佳代 社会医療法人 生長会 ベルピアノ病院 地域連携・在宅療養支援センター

WS13-2 何のために連携するのか ～急性期病院ソーシャルワーカーの立場から～

小笠原 太 独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 医療福祉相談室

WS13-3 ケアマネジャーが苦手とする医療との連携を考える

岸 純子 いきいき小平わくわく介護相談室

WS13-4 よりよい医療・介護連携を考える

加藤 俊光 ケアプラン夢／吉野内科・神経内科医院

ファシリテーター 清水 政克 医療法人社団 清水メディカルクリニック

ファシリテーター 米本 千春 堺市立総合医療センター 患者支援センター

ワークショップ14 在宅医療×医療人類学 症例検討会

紡

7月20日（土）16:30～18:00 第11会場「会議室102A」

座長 井口真紀子 祐ホームクリニック大崎

事例提供者	間所 俊介	祐ホームクリニック吾妻橋
ファシリテーター	照山 絢子	筑波大学
ファシリテーター	堀口佐知子	テンブル大学ジャパンキャンパス
ファシリテーター	倉田 誠	東京医科大学医学部医学科
ファシリテーター	濱 雄亮	東京交通短期大学 運輸科
ファシリテーター	大戸 朋子	東京医科大学
ファシリテーター	奥 知久	おく内科・在宅クリニック
ファシリテーター	密山 要用	総合在宅医療クリニックみの
ファシリテーター	鈴木佳奈子	4UrSMILE
ファシリテーター	川口 篤也	函館稜北病院
ファシリテーター	平田 節子	総合在宅医療クリニック

ワークショップ15 職種別ミーティング ～顔見知りになって、日ごろの悩みを相談しよう～

繫

7月21日（日）8:00～9:30 第11会場「会議室102A」

座長 望月 弘彦 相模女子大学 栄養科学部 管理栄養学会
座長 鶴岡 優子 つるかめ診療所

1. 医師・その他

ファシリテーター	望月 弘彦	相模女子大学 栄養科学部 管理栄養学会
ファシリテーター	鶴岡 優子	つるかめ診療所

2. 歯科関連

ファシリテーター	小島 香	こじまデンタルクリニック
ファシリテーター	篠原 弓月	全国在宅療養支援歯科診療所連絡会理事／口腔栄養サポートチーム レインボー

3. 看護師

ファシリテーター	平原 優美	日本訪問看護財団
ファシリテーター	吉田 千文	前聖路加国際大学

4. 薬剤師

ファシリテーター	串田 一樹	昭和薬科大学
ファシリテーター	宇都宮励子	一般社団法人大阪ファルマプラン

5. 管理栄養士

ファシリテーター	塩野崎淳子	むらた日帰り外科手術WOCクリニック
ファシリテーター	熊谷 琴美	愛知学院大学 心身科学部 健康栄養学科

6. リハビリ療法士

ファシリテーター	安部 能成	医療法人心の郷グループ 穂波の郷クリニック
ファシリテーター	染谷 明子	富山医療生活協同組合 本部

7. ケアマネ・MSW・介護職

ファシリテーター 上村久美子 医療法人橘会 居宅介護支援事業所万年青

ファシリテーター 臼井 啓子 オフィスK

8. 臨床検査技師・臨床工学技士・事務職

ファシリテーター 宮下 勉 杏クリニック

ファシリテーター 水上 直人 さつきホームクリニック

|ワークショップ16 玄関からの気づき ～玄関診断学のすすめ～

含

7月21日(日) 9:40～10:40 第10会場「会議室105」

座長 角 允博 ふれあいファミリークリニック

座長 宇藤 直人 健生クリニック

|ワークショップ17 マンガとイラストで考えるACP

楽

7月21日(日) 9:40～10:40 第11会場「会議室102A」

座長 堀場 恵子 元・まちの診療所つるがおか

WS17-1 小林 由美 株式会社カムカム

|ワークショップ18 病院から在宅・施設への栄養情報提供

繋

7月21日(日) 12:40～14:10 第10会場「会議室105」

座長 丸山 道生 田無病院

座長 塩野崎淳子 訪問栄養サポートセンター仙台

WS18-1 在宅栄養管理における情報連携の現状と課題

岡田 晋吾 北美原クリニック

WS18-2 在宅療養を支える栄養・口腔の情報共有の重要性

菊谷 武 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

WS18-3 栄養情報は病院と在宅を繋ぐ鍵

高橋 瑞保 合同会社訪問栄養ステーションえん

WS18-4 病院から在宅・施設への栄養情報連携の取組みと推進

田中 弥生 関東学院大学

|ワークショップ19 ゼロからの在宅医療 ～みんなでつくるround-table conference～

継

7月21日(日) 14:20～15:50 第11会場「会議室102A」

ファシリテーター代表 西郡 棕也 大分県立病院

ファシリテーター代表 田中 宏昌 北里大学病院

ファシリテーター代表 松岡 沙耶 国際医療福祉大学医学科4年

ファシリテーター代表 橋本 康史 国立病院機構 長崎医療センター

ファシリテーター 長澤 岳 北里大学医学部

ファシリテーター 長谷川みゆ 北里大学医学部

ファシリテーター 添田良々華 北里大学医学部

ファシリテーター 米谷 僚子 滋賀医科大学医学部附属病院 初期研修医

ワークショップ20 在宅医療・ケア提供機関のBCP ～シミュレーション訓練をやってみよう！～

継

7月21日（日）16:00～17:30 第9会場「会議室104」

座長 山岸 暁美 慶應義塾大学 医学部 衛生学公衆衛生学教室／コミュニティヘルス研究機構
座長 古屋 聡 山梨市立牧丘病院

- WS20-1 山岸 暁美 慶應義塾大学医学部衛生学 公衆衛生学教室／コミュニティヘルス研究機構／
Disaster Community-Care Assistance Team (DC-CAT)
- WS20-2 古屋 聡 牧丘病院
- WS20-3 坪井 基浩 さいたま赤十字病院 高度救命救急センター／東北大学災害科学国際研究所 災害医療国際協力学分野

ワークショップ21 地域医療に貢献する栄養ケアの質の向上を目指して ～予防から始まる療養者と家族や多職種らと共にする笑い、泣きながらの実践～

幸

7月21日（日）16:00～17:30 第10会場「会議室105」

座長 山中 崇 東京大学大学院医学系研究科在宅医療学講座
座長 宇都宮励子 大阪ファルマプラン

- WS21-1 頼りにされる地域活動の取り組みの紹介～薬局から～
根本ひろ美 ねもと薬局グループ
- WS21-2 地域医療を支える訪問看護師の栄養ケア
清水奈穂美 佛教大学保健医療技術学部看護学科
- WS21-3 管理栄養士の地域医療に根差した予防から在宅医療の場までシームレスにつなげる活動について
川口美喜子 札幌保健医療大学／大妻女子大学

ワークショップ22 NANIMONになりたい？～医師のキャリアカードゲーム・キャリアチャート体験 を通じて16パターンのキャリアから在宅医の先のキャリアを考えよう～

含

7月21日（日）16:00～17:30 第11会場「会議室102A」

座長 田上 佑輔 医療法人社団やまと
座長 林 祥史 北原国際病院
座長 鹿角 契 中外製薬株式会社

ファシリテーター 川越 美咲 医療法人社団やまと
ファシリテーター 菊地 玲 医療法人社団やまと

ハンズオンセミナー

ハンズオンセミナー1 日本ポイントオブケア超音波学会合同企画 在宅エコー「いろはにほへと」ハンズオンセミナー

紡

7月20日（土）8:30～10:00 第12会場「会議室202」

座長 井上 淑恵 悠翔会 在宅クリニック品川
座長 古屋 聡 山梨市立牧丘病院

- HS1-1 在宅エコー「いろはにほへと」ハンズオンセミナー
～日本ポイントオブケア超音波学会合同企画～
植村 和平 奥尻町国民健康保険病院 総合診療科
- HS1-2 宮本 雄気 医療法人双樹会よしき往診クリニック・京都府立医科大学 救急医療学教室

ハンズオンセミナー2 日本ポイントオブケア超音波学会合同企画

【繋】

みんなと一歩差をつけるっ！多職種向けPOCUSハンズオンセミナー

7月20日（土）10:10～11:40 第12会場「会議室202」

座長 井上 淑恵 悠翔会 在宅クリニック品川
座長 古屋 聡 山梨市立牧丘病院

HS2-1 みんなと一歩差をつけるっ！多職種向けPOCUSハンズオンセミナー
～日本ポイントオブケア超音波学会合同企画～

植村 和平 奥尻町国民健康保険病院 総合診療科

HS2-2 宮本 雄気 医療法人双樹会よしき往診クリニック・京都府立医科大学 救急医療学教室

ハンズオンセミナー3 在宅RESCUEコース ～在宅に関わる医療介護専門職のためのシミュレーションコース～

【繋】

7月20日（土）13:10～15:10 第12会場「会議室202」

座長 宮本 雄気 よしき往診クリニック／京都府立医科大学 救急医療学教室

HS3-1 村上 成美 医療法人社団都会 渡辺西賀茂診療所

交流集会

交流集会1 在宅MSW交流会

【繋】

7月20日（土）15:20～16:20 第12会場「会議室202」

座長 西出 真悟 オレンジホームケアクリニック

EM1-1 岡江 晃児 在宅医療ソーシャルワーカー盛り上げ隊 副隊長・事務局

交流集会2 在宅医療インテグレーター養成講座受講後の活動についてみんなで語ろう！！

【紡】

7月20日（土）16:30～18:00 第12会場「会議室202」

司会 上田まゆら 医療法人社団 青い鳥会

司会 佐藤 杏 成育医療研究センター

交流集会3 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

【含】

7月21日（日）8:00～9:20 第12会場「会議室202」

座長 手渡 和子 独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター

座長 湊 由美香 四街道まごころクリニック

交流集会4 看看連携を考えるケース検討会 ～地域包括支援センターが中心となって 在宅療養を支えた事例を手掛かりに～

【繋】

7月21日（日）9:40～10:40 第12会場「会議室202」

座長 中野 敦史 千葉市立青葉病院

座長 吉田 千文 前聖路加国際大学

EM4-1 宮腰 彩乃 千葉市あんしんケアセンター幕張

EM4-2 佐藤 富子 元まくり訪問看護ステーション

ファシリテーター 千葉市の看看連携を考える会 中心となっているメンバー

吉田 千文	前聖路加国際大学
中野 敦史	千葉市立青葉病院
山崎 潤子	緑が丘訪問看護ステーション
症司美佐子	宮野木訪問看護ステーション
奥村恵美子	最成病院
島村 敦子	東邦大学健康科学部
菅谷 綾子	東邦大学健康科学部
雑賀 真紀	さいが居宅介護支援事業所
南山千佳子	井上記念病院訪問看護ステーション
野崎 満巳	あいず訪問看護ステーション
吉田 愛子	Contrea株式会社
清水真之介	OA総研
臼井 智子	千葉大学

交流集会5 在支診薬剤師という働き方

紡

7月21日（日）16:30～17:30 第12会場「会議室202」

座長 串田 一樹 昭和薬科大学

EM5-1	餅原 弘樹	医療法人社団いぶきの森 のぞみの花クリニック
EM5-2	大須賀悠子	医療法人社団フィーカ
EM5-3	佐久間詠理	医療法人社団淳友会 わたホームクリニック
EM5-4	天川 雅彦	緩和ケア診療所・いっぽ 連携室

指導医大会

指導医大会

継

7月21日（日）8:00～9:30 第10会場「会議室105」

座長 開田 脩平 みらい在宅クリニック
座長 竹田 亮平 東戸塚みどり在宅クリニック

AD-1	在宅医療研修プログラムに人を集めるコツとその運営について		
近藤 敬太	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／藤田医科大学 連携地域医療学	
千田 修平	豊田地域医療センター 総合診療科		

在宅NPWT認定教育制度 OSCEハンズオン講習会

在宅NPWT認定教育制度 OSCEハンズオン講習会

繋

7月21日（日）13:00～16:00 第12会場「会議室202」

座長 木下 幹雄 TOWN訪問診療所

木下 幹雄	医療法人社団心愛会 TOWN訪問診療所
栗原 健	くりはら皮フ形成外科

内藤亜由美 湘南医療大学保健医療学部看護学科
間宮 直子 大阪府済生会吹田病院

スポンサードシンポジウム

スポンサードシンポジウム1

笹川保健財団の在宅看護支援
～日本財団在宅看護センターネットワーク10年の経過から～

幸

7月20日（土）8:30～10:00 第4会場「会議室301」

座長 喜多 悦子 笹川保健財団

座長 沼崎美津子 一般財団法人脳神経疾患研究所／看護小規模多機能型居宅介護事業所（共生型）在宅看護センター
結の学校／南東北福島訪問看護センター結

SS1-1	馬場美代子	看護小規模多機能型居宅介護	びりーぶ
SS1-2	丸山美智子	幹はうす	
SS1-3	磯野 祐子	地域まるごとケアステーション川崎	
SS1-4	小六真千子	訪問看護・リハビリテーションセンター	ななかまど中央
SS1-5	儀間真由美	在宅看護センターはなはな	
SS1-6	赤瀬 佳代	訪問看護ステーション晴	
指定発言	石原 美和	神奈川県立保健福祉大学	

共催：笹川保健財団

スポンサードシンポジウム2

Nursing Skillで変わる!! 患者様の人生
ーシームレスなより良いナーシングで患者様のwell-beingを支援しようー

7月20日（土）13:10～14:40 第2会場「国際会議室」

座長 武知由佳子 いきいきクリニック 理事長・院長

座長 竹川 幸恵 大阪はびきの医療センター 慢性疾患看護専門看護師

SS2-1	明日から生かせる！呼吸の観察とアセスメント～見方が分かれば、ケアが変わる！	
	鬼塚真紀子	大阪はびきの医療センター 慢性呼吸器疾患看護認定看護師
SS2-2	息切れとともに暮らすことにどう関わるか	
	今戸美奈子	高槻赤十字病院 慢性疾患看護専門看護師
SS2-3	病棟・在宅とともに紡ぐ看護外来のあり方	
	渡部 妙子	大阪はびきの医療センター 慢性呼吸器疾患看護認定看護師
SS2-4	アドバンス・ケア・プランニングの道しるべ～シームレスな支援を目指して～	
	竹川 幸恵	大阪はびきの医療センター 慢性疾患看護専門看護師

共催：株式会社星医療酸器

スポンサードシンポジウム3

患者安全へ紡ぐ希望の光になるか？
～経鼻栄養チューブ誤挿入による医療事故ゼロを目指した「生体透過光」による位置確認～

7月20日（土）14:50～16:20 第3会場「会議室201」

座長 鈴木 裕 国際医療福祉大学
座長 中島 朋子 東久留米白十字訪問看護ステーション

- SS3-1 タムガイド（生体透過光を用いた新規経鼻胃管留置確認デバイス）で在宅での胃管留置をより安全に～有用性と使用Point～
高橋 潤次 国際医療福祉大学
- SS3-2 在宅領域における経鼻栄養チューブの位置確認方法について
泰川 恵吾 医療法人 鳥伝白川会 ドクターゴン診療所
- SS3-3 小児在宅患者へのタムガイドの使用経験
松本 務 あおぞら診療所高知潮江
- SS3-4 タムガイドを使用した経鼻経管栄養チューブ挿入の有効性に関する調査
井口 朋子 富家病院 看護部長

共催：株式会社大塚製薬工場

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー1

患者満足度の最大化を目指したボツリヌス療法

7月20日（土）12:00～13:00 第1会場「コンベンションホールB」

座長 石垣 泰則 医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック 院長

- LS1-1 在宅におけるボツリヌス療法について
石垣 泰則 医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック 院長
- LS1-2 在宅におけるボツリヌス療法を用いた痙攣治療の実際
藤原 俊之 順天堂大学大学院医学研究科 リハビリテーション医学 主任教授

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

ランチョンセミナー2

変わり始めた神経免疫疾患の治療とケア

7月20日（土）12:00～13:00 第2会場「国際会議室」

座長 荻野美恵子 国際医療福祉大学医学部 医学教育統括センター 教授
国際医療福祉大学医学部 脳神経内科学 教授

- LS2-1 新薬登場で変わった神経難病の治療：MG/NMOSDを中心に
横山 和正 東静岡神経センター 院長
順天堂大学医学部 脳神経内科 非常勤講師
- LS2-2 神経難病患者を対象とした看護外来の設置と有用性～MS/NMOSD患者との関わりから～
西山 和子 医療法人セレス さっぽろ神経内科病院 理事

共催：アレクシオンファーマ合同会社 メディカルアフェアーズ本部

ランチョンセミナー3

7月20日(土) 12:00~13:00 第3会場「会議室201」

座長 吉澤 孝之 医療法人社団愛語会 要町病院 院長

LS3-1 在宅ケアに役立つ呼吸リハビリテーションーその心得と基本手技ー

千住 秀明 びわこリハビリテーション専門職大学 リハビリテーション学部 学部長・教授

共催：帝人ヘルスケア株式会社

ランチョンセミナー4 在宅医療におけるCOVID-19ワクチンのこれから

7月20日(土) 12:00~13:00 第4会場「会議室301」

座長 蘆野 吉和 山形県庄内保健所 所長

LS4-1 COVID-19ワクチンの最新情報

池松 秀之 日本臨床内科医会インフルエンザ研究班 リサーチディレクター
株式会社リチエルカクリニカ 代表取締役

LS4-2 高齢者に求められるワクチン接種 感染症に強い地域社会をめざして

高山 義浩 沖縄県立中部病院 感染症内科・地域ケア科 副部長

共催：ファイザー株式会社 メディカルアフェアーズ

ランチョンセミナー5 高齢者の皮膚疾患

7月20日(土) 12:00~13:00 第5会場「会議室302」

座長 秋下 雅弘 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター センター長

LS5-1 高齢者の帯状疱疹～治療のポイントと注意点について

白濱 茂穂 聖隷三方原病院 社福 皮膚科

LS5-2 地域の中の医療のためにできること

根本利恵子 日南市立中部病院 皮膚科 皮膚科医長

共催：マルホ株式会社

ランチョンセミナー6 在宅医療における医療DXの取組

7月20日(土) 12:00~13:00 第6会場「会議室303」

座長 高瀬 義昌 医療法人社団至高会 たかせクリニック 院長

LS6-1 港北ニュータウン診療所で行っている医療DXへの取組

神山 一行 医療法人社団神星会 港北ニュータウン診療所 院長

共催：株式会社ネエチア

ランチョンセミナー7 在宅医療における腹膜透析でのリモートマネジメントの活用

7月20日(土) 12:00~13:00 第7会場「会議室304」

座長 河原崎宏雄 帝京大学医学部附属溝口病院 第4内科 准教授

LS7-1 「最期まで在宅！」を叶える腹膜透析と連携のコツ

岡 英明 松山赤十字病院 腎臓内科 部長

LS7-2 「最期まで自分らしく住み慣れた場所で生きたい」透析患者の思いに添う在宅療養を支える看護

片岡 美和 衣山クリニック 在宅療養支援室 主任

共催：株式会社ヴァンティブ

ランチョンセミナー8

7月20日（土）12:00～13:00 第8会場「会議室103」

座長 原 正樹 医療法人社団東京透析フロンティア 理事長

LS8-1 在宅血液透析の推進～どこで治療するかを選ぶ時代～

政金 生人 医療法人社団清永会 矢吹病院 院長

共催：日機装株式会社

ランチョンセミナー9

7月20日（土）12:00～13:00 第9会場「会議室104」

座長 吉澤 明孝 医療法人社団愛語会 要町病院 副院長／要町ホームケアクリニック 院長

LS9-1 在宅医療における高齢者・認知症患者の不眠や精神症状にはまず漢方薬を

田上 真次 医療法人社団澄鈴会 箕面神経サナトリウム 院長

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室 招聘教授

共催：株式会社ツムラ

ランチョンセミナー10

7月20日（土）12:00～13:00 第10会場「会議室105」

座長 戸谷 剛 医療法人財団はるたか会 あおぞら診療所うえの 院長

LS10-1 在宅筋ジストロフィー患者の非侵襲的人工呼吸療法

高橋 俊明 仙台西多賀病院 脳神経内科 内科系診療部長

共催：株式会社フィリップス・ジャパン

ランチョンセミナー11

取り入れたい！褥瘡治療への局所陰圧閉鎖療法(NPWT)
～適応症例と認定教育制度のご案内～

7月21日（日）11:30～12:30 第1会場「コンベンションホールB」

座長 木下 幹雄 TOWN訪問診療所 理事長

LS11-1 在宅NPWTへの期待と課題

栗原 健 くりはら皮フ形成外科 院長

LS11-2 看護者・介護者に伝えたいNPWTケアのポイント

間宮 直子 大阪府済生会吹田病院 副看護部長 皮膚・排泄ケア特定認定看護師

共催：スミス・アンド・ネフュー株式会社

ランチョンセミナー12

7月21日（日）11:30～12:30 第3会場「会議室201」

座長 吉野 英 医療法人社団芳英会 吉野内科・神経内科医院 院長

LS12-1 これだけは知っておきたい 在宅人工呼吸ケア

武知由佳子 医療法人社団愛友会 いきいきクリニック 院長

共催：チェスト株式会社

ランチョンセミナー13 水あめの浸透圧を応用した新しい創傷被覆材 ～ATKパッド～

7月21日（日）11:30～12:30 第4会場「会議室301」

座長 小原 道子 帝京平成大学 薬学部 薬学科 教授

LS13-1 新しい浸透圧吸水性創傷被覆材～ATKパッドの創傷への使用と有効性

水原 章浩 医療法人三和会 東鷲宮病院 院長

共催：オカモト株式会社

ランチョンセミナー14 糖尿病患者の注射療法に関する感染マネジメントバンドル2024

7月21日（日）11:30～12:30 第5会場「会議室302」

座長 三嶋 廣繁 愛知医科大学医学部 臨床感染症学講座 教授

LS14-1 最新の糖尿病治療の動向

田中 永昭 国家公務員共済組合連合 枚方公済病院 内分泌代謝内科 部長

LS14-2 糖尿病治療における針刺し・切創について

國島 広之 聖マリアンナ医科大学 感染症学講座 教授

LS14-3 糖尿病患者の注射療法に関する感染マネジメントバンドル2024 病院・診療所版

松島 由実 社会医療法人畿内会 岡波総合病院 看護部 看護部長

LS14-4 糖尿病患者の注射療法に関する感染マネジメントバンドル2024 高齢者・介護福祉施設、在宅版

佐川 京子 山口県厚生農業協同組合連合会 周東総合病院 地域医療福祉連携室 室長

共催：エムベクタ合同会社

ランチョンセミナー15

7月21日（日）11:30～12:30 第6会場「会議室303」

座長 吉澤 孝之 要町病院 院長

LS15-1 高齢者の不眠に対する治療戦略

—高齢者の安全な薬物療法ガイドラインの改訂を踏まえて—

水上 勝義 筑波大学人間総合科学学術院 教授

共催：エーザイ株式会社

ランチョンセミナー16 ライソゾーム病の酵素補充療法

7月21日（日）11:30～12:30 第7会場「会議室304」

座長 奥山 虎之 埼玉医科大学 ゲノム医療科 希少疾患ゲノム医療推進講座 特任教授

LS16-1 ライソゾーム病における在宅酵素補充療法マニュアルの現状

山川 裕之 慶應義塾大学医学部 予防医療センター／循環器内科 専任講師

LS16-2 在宅酵素補充療法診療の実際～ムコ多糖症Ⅱ型の1例～

澤田 浩武 宮崎大学医学部附属病院 小児科

共催：サノフィ株式会社

ランチョンセミナー17 MG治療におけるあたらしい選択肢、治療の多様性

7月21日(日) 11:30~12:30 第8会場「会議室103」

座長 石垣 泰則 医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック 院長

LS17-1 神経疾患の在宅医療とクリニック診療

川口 直樹 脳神経内科千葉 同和会神経研究所 所長

LS17-2 分子標的薬からみた神経難病における2025年問題 ~重症筋無力症の場合~

尾上 祐行 獨協医科大学埼玉医療センター 脳神経内科 准教授

共催：ユーシービージャパン株式会社

ランチョンセミナー18

7月21日(日) 11:30~12:30 第9会場「会議室104」

座長 弓野 大 医療法人社団ゆみの ゆみのハートクリニック 理事長・統括院長

LS18-1 離島から発信する在宅POCUSのいろはにほへと

~AI技術を活用して開発されたKOSMOSと、これからの心不全管理~

植村 和平 奥尻町国民健康保険病院 医長

共催：カーディナルヘルス株式会社

ランチョンセミナー19

7月21日(日) 11:30~12:30 第10会場「会議室105」

座長 荻野美恵子 国際医療福祉大学医学部 医学教育統括センター 副センター長

国際医療者教育学・脳神経内科・大学院医学研究科 教授

LS19-1 パーキンソン病の在宅医療

織茂 智之 上用賀世田谷通りクリニック 院長

共催：アッヴィ合同会社

一般演題(口演)

一般演題(口演)1

優秀演題

7月20日(土) 8:30~9:30 第8会場「会議室103」

座長 三浦 久幸 国立長寿医療研究センター

座長 飯島 勝矢 東京大学高齢社会総合研究機構

O-1-1 訪問診療導入患者における終末期の療養希望場所に関する意思決定能力について

野々垣 禅 JA愛知厚生連 海南病院 老年内科

O-1-2 在宅患者の救急受診をより正確に予測する

大野 孝生 みどり訪問クリニック

O-1-3 全国の在宅医療に関わる心不全療養指導士ネットワークの設立 ~地域から心不全パンデミックを抑えるための活動の一步~

白川 大樹 訪問看護ステーション立花畑

O-1-4 経鼻胃管先端位置確認システム(タムガイド)の特徴と適応、使用上の注意点

安藤 美晴 倉敷北病院 看護部/バード訪問看護ステーション

- O-1-5 小児の非がん疾患の在宅看取りの検討
水谷 亮 さいわいこどもクリニック 在宅診療部
- O-1-6 当薬局における特定保健医療材料の乖離率調査
二村 直行 クルミ薬局2号店

一般演題(口演)2

準優秀演題

7月20日(土) 9:35～10:05 第8会場「会議室103」

座長 三浦 久幸 国立長寿医療研究センター
座長 飯島 勝矢 東京大学高齢社会総合研究機構

- O-1-7 在宅医療クリニック病床運営における医療型短期入所導入の有用性
志田原智広 医療法人ゆうの森 たんぽぽクリニック
- O-1-8 「身寄りのない人の権利擁護支援に関するガイドライン ～地域でくらすための入所・入院時等のそなえ～」
～支援関係者へ活用のための研修について～
近藤 芳江 APLE(株) 居宅介護支援ハートサービス近藤/名古屋市介護サービス事業者連絡研究会
- O-1-9 当院における神経難病患者のレスパイト入院の実態について
太田 泰介 医療法人葡萄の木ぶどうの木クリニック

一般演題(口演)3

医療安全・リスクマネジメント

7月20日(土) 10:10～10:50 第8会場「会議室103」

座長 水木麻衣子 東京大学大学院医学系研究科在宅医療学講座

- O-1-10 在宅医療における注射製剤とPCAポンプに関するインシデント実態調査
石川 彩夏 国立がん研究センター中央病院 緩和医療科
- O-1-11 在宅血液透析を安全に運用するための取り組み
中釜 祥吾 医療法人社団 東京透析フロンティア 臨床工学部
- O-1-12 在宅医療感染サーベイランス～悠翔会19クリニックにおける2022年調査報告～
池邊 太一 悠翔会在宅クリニック春日部/医療法人社団悠翔会

一般演題(口演)4

医療・ケアの質・評価

7月20日(土) 10:55～11:35 第8会場「会議室103」

座長 山中 崇 東京大学大学院医学系研究科在宅医療学講座

- O-1-14 非がん高齢在宅患者に対する急性期病院におけるレスパイト入院利用と患者生存期間、在宅療養期間との関係：後ろ向き観察研究
後藤 友子 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター病院
- O-1-15 患者経験価値(PX)を用いた在宅医療の質の地域間比較
岩谷 健志 縁・在宅クリニック
- O-1-16 柏市における在宅医療の質の評価～本人と家族の意向に沿った多職種連携の推進の実現に向けて～
松倉 聡 柏市医師会/おたかの森病院
- O-1-17 在宅医療の質指標を経時的に示すことでの診療マネジメントへの影響
石井 洋介 医療法人社団おうちの診療所

一般演題(口演)5

ICT・事業所運営・経営

7月20日(土) 13:10～13:50 第8会場「会議室103」

座長 中村 幸伸 つばさクリニック岡山

- O-1-18 在宅医療におけるオンライン診療の当院実績と活用法の考察
真船 太一 医療法人社団 平郁会 みんなの日立クリニック
- O-1-19 検査画像サポートソリューションを在宅診療に利用した運用効果
～在宅と画像診断が繋がるクラウド型連携システムへの工夫～
小野寺 敦 (医) 一心会 初富保健病院
- O-1-20 訪問看護認定看護師の視点から担った地域に根差した訪問診療クリニック運営・経営管理の活動報告
～運営計画書を主軸とした組織運営～
須田 敏枝 医療法人結 結ファミリークリニック
- O-1-21 オンライン診療現場におけるPOCUS活用のための概念実証
千葉 裕 桔梗ヶ原病院

一般演題(口演)6

多職種連携

7月20日(土) 13:55～14:45 第8会場「会議室103」

座長 駒田 雄一 駒田医院

- O-1-22 「食べる」を支えるために医科と歯科、管理栄養士との連携
遠藤 光史 メディケアクリニック石神井公園／東京医科大学病院緩和医療部
- O-1-23 支援者への拒否の強い認知症患者を支える多職種連携における看護の役割
大町 直子 東神戸訪問看護ステーションあじさい
- O-1-24 地域で腹膜透析患者を支えるための課題の検討～多職種へのアンケート調査より～
塚田三佐緒 医療法人社団 豊済会 下落合クリニック
- O-1-25 訪問看護ステーションにおけるスマートフォンタッチメント型医療機器「Smart Eye Camera」を使用した
眼科との遠隔連携
三浦 翔 医療法人 慶眼会 横浜けいあい眼科 和田町院／森重訪問看護ステーション
- O-1-26 ポストコロナ時代に向けた地域包括ケアシステムの機能強化に関する検討
～新型コロナウイルス感染症の遷延下の多職種の連携・協働をもとに～
畑 吉節未 関西国際大学

一般演題(口演)7

保険制度・医療制度

7月20日(土) 14:50～15:30 第8会場「会議室103」

座長 田城 孝雄 放送大学大学院

- O-1-27 当院訪問診療における無料低額診療事業の取り組み
細尾真奈美 京都民医連あすかい病院
- O-1-28 人工呼吸器を使用する18トリソミーの医療的ケア児が公立保育園に入園するための体験保育時に行った訪問看護師同行の成果と今後の課題
小鷹 康代 ソフィアメディ訪問看護ステーション香芝
- O-1-29 病院入院から在宅医療に移る患者に変わらぬ医療の質を提供するために
富岡 節子 医療創生大学 看護学部 看護学科
- O-1-30 保険請求業務に薬剤師が関与することの考察
能勢 悠介 医療法人双樹会よしき往診クリニック

一般演題(口演)8

ACP・意思決定 ほか

7月20日(土) 15:35~16:25 第8会場「会議室103」

座長 竹田 幸彦 ひだまり診療所

- O-1-31 横浜市民の人生最終段階の医療ケア等への意識調査～「もしも手帳」は人生会議に繋がるか?～
日下部明彦 横浜市立大学 総合診療医学／横浜市医師会
- O-1-32 医療者によるベッドサイドでの楽器演奏の効果についての報告
長野 宏昭 いきがい在宅クリニック
- O-1-33 死に対峙する患者に対して、死の先輩として寄り添うターミナルケア
～宗教家との同行訪問の体験を通して、死に向きあう患者へのアプローチを考える～
中田賢一郎 医療法人社団さくらライフ さくらライフ錦糸クリニック
- O-1-34 病診連携と在宅でのACPが患者と家族が培った強い絆を尊重し在宅看取りに重要であった重症高血圧症・重度精神運動発達遅滞・難治性てんかんのオーバーエイジの一例
戸谷 剛 医療法人財団はるたか会／あおぞら診療所うえの
- O-1-35 キーパーソン不在で意思表示困難な患者の意思決定支援
一患者のライフストーリーを知り、多職種で関わった3症例一
早川 未来 東邦大学医療センター佐倉病院

一般演題(口演)9

看取り

7月20日(土) 16:30~17:10 第8会場「会議室103」

座長 児玉麻衣子 オレンジホームケアクリニック／福井大学

- O-1-36 在宅医に老衰と死亡診断された患者への輸液施行に関する調査
今永 光彦 奏診療所
- O-1-37 『住み慣れた島で最期まで』を支える瀬戸内海島嶼部での在宅看取りの実例
一遠隔死亡診断補助を行った事例を通して
黒崎 亜耶 Nurse and Craft株式会社
- O-1-38 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行前後における在宅医療診療所での在宅看取り率の変化について
林 伸宇 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック
- O-1-39 当クリニックにおける終末期在宅がん患者に対する口腔管理
坂詰 智仁 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

一般演題(口演)10

看取り・家族ケア

7月20日(土) 17:15~17:55 第8会場「会議室103」

座長 齋藤 慶子 医療法人社団ゆみの

- O-1-40 在宅看取り患者での排尿管理の検討
太田 章三 M&T総合クリニック福室
- O-1-41 コロナ禍でのグリーフケア実践
～グリーフレターを送付してみよう～
神田 久美 つばさクリニック
- O-1-42 “最期の時は自宅”を選んだ難病患者のQOD向上のための在宅レスパイト
竹川 康代 スターク訪問看護ステーション板橋徳丸
- O-1-43 本当の想いはどこに 一家族を通して本人を支える一
内田 和子 松井介護支援事務所

一般演題(口演)11

臓器不全 ほか

7月21日(日) 8:00~8:40 第8会場「会議室103」

座長 亀井たけし けんせいホームケアクリニック

O-2-1 当院の在宅血液透析における自己穿刺の訓練方法について

川畑 勝 医療法人社団東京透析フロンティア 看護部

O-2-2 訪問診療を受ける心不全患者の在宅入院に関する後ろ向き調査の検討

相川 幸生 静岡ホームクリニック

O-2-3 訪問診療で腹膜透析を管理して経験した合併症対応の実例

緒方 彩人 訪問診療わっしょいクリニック

O-2-4 在宅でもできる！フレイル予防とつながりづくりを目的とした公認町民体操「赤ふん坊や体操」のオンライン化

井階 友貴 福井大学医学部地域プライマリケア講座

一般演題(口演)12

研究

7月21日(日) 8:45~9:35 第8会場「会議室103」

座長 吉江 悟 Neighborhood Care

O-2-5 入退院を契機とした自宅または施設等における高齢者の医療介護導入時の特徴
～大規模DPCデータを用いた全国調査～

桜澤 邦男 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

O-2-6 管理栄養士による居宅療養管理指導の算定件数増加を目指した取り組み

廣瀬 明子 ヒカリノ診療所

O-2-7 担がん患者の訪問診療導入後の予後の検討

壁谷 悠介 医療法人社団さんりつ会そうわクリニック

O-2-8 ダブルケア経験者の負担感と必要な支援についての検討

堀 智子 藍野大学医療保健学部看護学科

O-2-9 COVID-19流行下における在宅医療を受けたがん患者の死亡場所の変化と関連要因
-神奈川県後期高齢者医療制度の大規模レセプトデータを用いたコホート研究

江頭 勇紀 神奈川県立保健福祉大学 ヘルスイノベーション研究科

一般演題(口演)13

病診・病病連携

7月21日(日) 9:40~10:40 第8会場「会議室103」

座長 井上 淑恵 在宅クリニック品川

O-2-10 地域の在宅医が非常勤医師として行う急性期病院での在宅支援外来の役割～コロナ禍を迎えて

福本 和彦 磐田在宅医療クリニック／磐田市立総合病院

O-2-11 重症心身障がい児・者の成人移行医療における病診・病病連携推進への取り組み
～「静岡市重症心身障がい児等移行医療連携カンファレンス」の経験より～

佐々木玲聡 静岡市静岡医師会／佐々木ハートクリニック

O-2-12 画像ファイリング機能付きポータブル細隙灯顕微鏡を利用した眼科遠隔診療連携

眞川 昌大 医療法人社団ひなた ひなた在宅クリニック

O-2-13 シームレスな連携のための在宅療養支援診療所に勤務する看護師の役割検討
—新規依頼相談から初回訪問に至るまでの実態調査から—

山中 香織 要町ホームケアクリニック

- 0-2-14 医学的情報に加えて、想いやナラティブに関する情報を病診間で繋ぐことで、短期間に踏み込んだ支援ができ、
終末期患者と家族の生活と人生の質向上につながる
八森 淳 医療法人MoLead つながるクリニック

- 0-2-15 山梨県在宅医療アドバイザー事業を活用した在宅医療の連携の取り組み
椎野 優樹 株式会社メディヴァ

一般演題(口演)14

難病 ほか

7月21日(日) 12:40～13:20 第8会場「会議室103」

座長 栗田 竜子 いずみの森クリニック

- 0-2-16 自らの体験から学んだ在宅医療における脳神経内科医の役割：315名の自験例の検討から
黒岩 義之 医療法人社団和啓会メディクスクリニック溝の口
- 0-2-17 長期在宅人工呼吸器装着における重大インシデントの分析と対応
鈴木 欣宏 医療法人結 結ファミリークリニック
- 0-2-18 視線入力装置の適応困難だった上肢型筋萎縮性側索硬化症患者が、装着型マウスを導入しiPadを使用できた事例
古谷 由佳 コールメディカルクリニック広島
- 0-2-19 ムコ多糖症Ⅱ型患者の在宅医療における酵素補充療法についての現状と課題
澁谷 泰介 医療法人社団ユニメディコ

一般演題(口演)15

地域包括システム・地域づくり

7月21日(日) 13:25～14:15 第8会場「会議室103」

座長 吉江 悟 Neighborhood Care

- 0-2-20 在宅ホスピス活動による遺族及びスタッフの変容の探求
二ノ坂保喜 にのさかクリニック
- 0-2-21 在宅医不在の地方中核都市での訪問診療－在宅療養支援診療所立ち上げ後1年7ヵ月間の報告－
永野 修 茂原すみれ訪問クリニック
- 0-2-22 大学と自治体が協働で運営する地域ケア会議の実践報告
～視察対応を振り返り、運営の工夫を言語化する～
池田 寛 藤田医科大学 地域包括ケア中核センター／豊明東郷医療介護サポートセンターかけはし／藤田
医科大学 居宅介護支援事業所／藤田医科大学病院 医療連携福祉相談部
- 0-2-23 地域密着型通所介護と放課後等デイサービスの共生型施設での取り組み
小林真理子 株式会社アール・エヌ・シー／訪問看護ステーションRNC
- 0-2-24 地域医療の中で在宅医療を担う有床診療所の存在意義
平野 美幸 医療法人社団奏 上井草在宅支援診療所

一般演題(口演)16

がん・精神疾患・呼吸ケア

7月21日(日) 14:20～15:00 第8会場「会議室103」

座長 飯森 俊介 いろはホームケアクリニック

- 0-2-25 訪問看護における呼吸器疾患看護認定看護師の役割と今後の課題
－在宅ハイフローセラピーの導入から関わった1症例－
前川 典子 おれんじ訪問看護ステーション
- 0-2-26 オープンダイアログ等の「対話の力」を重視した訪問診療における実践経過報告（続報）
～実践前後のGAF尺度を活用した心身機能の推移比較について～
松岡 邦彦 茶屋町在宅診療所

0-2-27 在宅進行がん患者におけるポリファーマシーと潜在的不適切処方の実態

舩本 祥一 つくばセントラル病院総合診療科／筑波大学医学医療系

0-2-28 在宅療養中の終末期がん患者の食欲不振への対応と経口摂取量の変化の調査

大井 裕子 小金井ファミリークリニック／日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

一般演題(口演)17

食支援・口腔嚥下

7月21日(日) 15:05～15:55 第8会場「会議室103」

座長 井越 尚子 女子栄養大学

0-2-29 在宅療養を行う高度肥満の血友病A患者に対して訪問栄養食事指導による減量指導が有効だった一例

三輪 花蓮 社会福祉法人恩賜財団済生会支部 大阪府済生会吹田病院 栄養科

0-2-30 歯科訪問診療で摂食嚥下リハビリテーションを実施した要介護高齢者の1年間の経口摂取度の推移

小森 彩加 東京医科歯科大学

0-2-31 グルコーストランスポーター1欠損症に対する胃瘻からのケトン食投与における在宅療養支援診療所の管理栄養士の関わり

伊藤里衣子 医療法人社団まごころ

0-2-32 医師の初診開始後、早期に居宅療養管理指導で管理栄養士が訪問した取り組みの報告

彦坂 陽子 メディケアクリニック石神井公園

一般演題(口演)18

災害対策・褥瘡ケア

7月21日(日) 16:00～16:40 第8会場「会議室103」

座長 安達 昌子 さくら醫院

0-2-34 個別避難計画の立案が可能なスマートフォンアプリの開発

中井 寿雄 高知県立大学看護学部

0-2-35 在宅での創傷デブリードマンに対する皮膚・排泄ケア特定認定看護師の取り組み

藤平 舞 医療法人社団威風会栗山中央病院

0-2-36 医師会と災害拠点病院が協同して行う地域BCPの取り組み～平成30年豪雨災害を経験して～

中村 幸伸 つばさクリニック／倉敷市連合医師会

0-2-37 在宅訪問栄養指導における管理栄養士からみた多職種褥瘡ラウンドでの課題と対策

青木栄理香 医療法人社団ユニメディコ

一般演題(口演)19

人材育成・教育・職種別

7月21日(日) 16:45～17:25 第8会場「会議室103」

座長 野正 佳余 大阪急性期・総合医療センター 大阪難病医療情報センター

0-2-38 在宅療養支援診療所におけるソーシャルワーカーの配置実態：2021年度勇美財団助成研究（1）

西岡 大輔 大阪医科薬科大学医学研究支援センター医療統計室／南丹市国民健康保険美山林健センター診療所／日本医療ソーシャルワーカー協会

0-2-39 在宅療養支援診療所における連携実務者のキャリア・ラダー活用の取り組み

高橋由利子 医療法人社団鉄祐会 直轄部企画室

0-2-40 メディカルコーディネーター（MC）の「できる感」はどうなっているのか？

田中 裕子 医療法人双樹会よしき往診クリニック

0-2-41 在宅療養支援診療所におけるソーシャルワーカーの業務実態：2021年度勇美財団助成研究（2）

上田まゆら （医社）青い鳥会 上田クリニック 在宅総合相談室／日本医療ソーシャルワーカー協会

一般演題(ポスター)

一般演題(ポスター)

ACP・意思決定1

7月20日(土) 9:35～10:15 ポスター会場1「コンベンションホールA」

座長 日下部明彦 横浜市立大学 総合診療医学

- P-1-1 横浜市の「もしも手帳」を用いたACPの試み
木川 李穂 医療法人社団鴻鵠会 睦町クリニック
- P-1-2 考え話し合う機会づくり「人生ガチャ」によるACPの取り組み
森山 沙希 周東総合病院
- P-1-3 病院と在宅医療介護がONE TEAMで振り返るデスカンファレンスの取り組み
三枝 正彦 医療法人社団やまぶき訪問クリニック
- P-1-4 世田谷区における専門職向けACP普及啓発活動「ガヤガヤ会議」 ★優秀演題
神野 真実 株式会社メディアヴァ
- P-1-5 介護職が意思決定支援に取り組むために
～意思決定支援ガイドラインeラーニングを用いた研修～
ワーファ純子 こすもす訪問看護ステーション／柏市訪問看護ステーション連絡会
- P-1-6 当院における認知症患者への意思決定支援の現状
稲野 聖子 市立池田病院
- P-1-7 代理意思決定者への意思決定支援
入江 貴子 富山医療生活協同組合 富山協立病院
- P-1-8 緩和ケア病棟と在宅診療所にて「事前指示書」を共有し病診連携をおこなった取り組み
辻川 昭仁 医療法人社団仁真会 辻川ホームクリニック

一般演題(ポスター)

ACP・意思決定2

7月20日(土) 10:25～10:55 ポスター会場1「コンベンションホールA」

座長 藤田 祝子 ふじた医院

- P-1-9 長期生存する転移・再発乳がん患者の意思決定支援
～ずっと生きていたいA氏の気持ちに添って支える～
荻原 修代 株式会社GCI 訪問看護ステーション芍薬
- P-1-10 在宅医療の普及を目指して ～THPの役割とアプローチ～
中村 健吾 医療法人 楠本内科医院 在宅支援部
- P-1-11 薬剤師が関わるACPとはどのようなものか？
～ナラティブとエビデンスの間で薬物治療の方向性を考える～
高野 純一 日本調剤西新橋薬局
- P-1-12 意思表示できない子どものACP
～議論を重ねて在宅看取りを行った先天性代謝異常症の一例～
石渡 久子 医療法人財団はるたか会 あおぞら診療所うえの／医療法人財団はるたか会 子ども在宅クリニックあおぞら診療所せたがや
- P-1-13 地域の中でともに生きる 緩和デイクアの果たす役割とつなぐ縁
武田 寿彦 医療法人心の郷 穂波の郷クリニック
- P-1-14 高齢非がん患者における在宅看取りに影響を及ぼす要因
山田 寿美 医療法人双樹会よしき往診クリニック

一般演題(ポスター)

ACP・意思決定3

7月20日(土) 11:05~11:40 ポスター会場1「コンベンションホールA」

座長 石川 祐輔 在宅ケアクリニック杉並南部

- P-1-15 **気持ちの変化を尊重し、終末期の意思決定支援を行った一例**
志村 通子 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 海老名メディカルプラザ
- P-1-16 **要請に基づかない往診で早期発見し、心筋梗塞から救命し得た独居症例**
福原 慧 東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 医歯学専攻 全人的医療開発学講座 総合診療医学分野／東京大学 大学院理学系研究科 生物科学専攻／医療法人社団 平郁会府中みどりクリニック
- P-1-17 **特別養護老人ホームからの退去・夫と共に地域の中で生きる道**
吉田 香織 医療法人 心の郷 居宅介護支援事業所 ここに幸あり
- P-1-18 **実父の看取りを通じて協働の意思決定を考える**
青木 達人 社会医療法人文殊会亀田病院
- P-1-19 **療養者の選択を尊重し見守る看護の実践を通して**
栃村 久美 株式会社ヴィーナス 訪問看護ヴィーナス高根沢
- P-1-20 **生きる希望を支える旅行支援
～奇跡を見せたいという患者の希望に寄り添って～**
大野 栄司 総合在宅医療クリニック
- P-1-21 **本人と家族ともに意思決定が困難と思われるケースの療養場所の選択への支援**
安藤 仁子 医療法人社団澄乃会 向日葵ナースステーション

一般演題(ポスター)

看取り1

7月20日(土) 9:35~10:05 ポスター会場2「コンベンションホールA」

座長 堤 直也 医療法人社団青い鳥会 上田クリニック

- P-1-22 **当院における在宅看取りを行った活動の報告**
清水 聡子 医療法人信愛会 しんあいクリニック
- P-1-23 **終末期がん患者における訪問リハビリテーション開始時Barthel Indexと生命予後の関係性**
生川 乃右 いしが在宅ケアクリニック
- P-1-24 **Watanabe indexを用いた在宅療養中の終末期患者の生命予後期間予測**
片見 明美 訪問看護ヴィーナス高根沢／桜美林大学老年学総合研究所連携研究員
- P-1-26 **終末期がん患者の在宅看取り達成率について
院内訪問看護と院外訪問看護ステーションの比較**
林 佑哉 医療法人双樹会 よしき往診クリニック
- P-1-27 **介護施設で働く介護職の看取りケアに対する意識とそれに影響を及ぼす要因についての文献検討**
土屋 彩夏 東洋英和女学院大学大学院／和洋女子大学

一般演題(ポスター)

看取り2

7月20日(土) 10:15~10:50 ポスター会場2「コンベンションホールA」

座長 鵜飼亜由美 訪問看護ステーション仁

- P-1-28 **糖尿病合併大腸がん終末期独居患者の在宅看取りの1例**
鶴田 淳 渡辺胃腸科外科病院

- P-1-29 自室に閉じこもることを望んだがん患者の看取り支援
～最期まで自分らしさを貫いた患者からの学び～
松田 智子 医療法人おひさま会 おひさまクリニック ファミリーナース室
- P-1-30 在宅医療における有床診療所の役割
—終末期入院患者様が抱く不安解消のための多職種連携—
野中 洋平 医療法人社団和啓会 メディクスクリニック溝の口
- P-1-31 終末期患者の望みを叶えるために私たちができること
衣川 涼子 医療法人社団そよかぜ
- P-1-32 訪問介護員でも、独居高齢者を穏やかにご自宅で看取ることができる
津野 采子 ハート介護サービス東住吉
- P-1-33 人生会議で明らかになったそれぞれの思い
大場恵利香 富山医療生活協同組合 富山協立病院
- P-1-34 独居高齢者の看取りの経験
安田 冬彦 安田花園クリニック

一般演題(ポスター)

看取り3・家族ケア

7月20日(土) 11:00～11:30 ポスター会場2「コンベンションホールA」

座長 黒崎 史果 菅間在宅診療所

- P-1-35 【数値に依らない判断】 そこにある価値 制度では手の届かないところをサポートするために
「自費サービス」と「有償ボランティア」を組合わせて「全人的ケア」を実現
高橋佳代子 一般社団法人看取りケアはごろも はごろもケアステーション
- P-1-36 手紙を活用したグリーフケア
鈴木 忠広 生協ふたば診療所
- P-1-37 わずかな時間しか関われなかった患者家族に対するグリーフケアの経験～継続した支援の必要性～
奥田 瑠里 つばさクリニック
- P-1-38 看取られた在宅死と看取られなかった在宅死-在宅医と警察医の経験-
山際健太郎 津在宅ケア診療所
- P-1-39 ビジネスケアラーを支えるケア
(予測される自責の念を最小限にとどめる取り組み)
大島 文子 医療法人 和啓会 メディクスクリニック溝の口 病棟看護師
- P-1-40 在宅看取りの質向上に向けた葬儀学習会の取り組み
西山めぐみ SOUシニアケア株式会社

一般演題(ポスター)

保険制度・医療制度・事業所経営・経営

7月20日(土) 9:35～10:10 ポスター会場3「コンベンションホールA」

座長 北西 史直 トータルファミリーケア北西医院

- P-1-41 在宅移行後からでも間に合う労災障害補償年金・障害年金の申請について
太田 敦 医療法人あおい空おおた在宅クリニック
- P-1-42 豊田加茂医師会会員の意識調査(2023年度調査)と医師会活動
柴原 弘明 一般社団法人 豊田加茂医師会
- P-1-43 独居生活者に対する在宅での看取りの現状と取り組み
草永 真志 医療法人ゆうの森 たんぼぼクリニック
- P-1-44 在宅療養支援診療所における女性医師の採用とキャリア支援の事例
堀田 豊 医療法人みどり訪問クリニック

- P-1-45 訪問看護事業所管理者対象の「経営安定のヒントを得る交流会」の成果と課題
小松 妙子 西武文理大学看護学部
- P-1-46 在宅クリニックにおけるアフターコロナの臨床的検討
薄 亮太 東戸塚みどり在宅クリニック
- P-1-47 『在宅医療の二階建てシステム』導入について
梁木 理史 村尾在宅クリニック／東京女子医科大学病院麻酔科学教室

一般演題(ポスター)

精神疾患・認知症

7月20日(土) 10:20～11:00 ポスター会場3「コンベンションホールA」

座長 北田 志郎 大東文化大学

- P-1-48 精神科訪問看護ステーション職員が感じるストレス要因の検討と対応
山下 洋二 こころのホームクリニック世田谷
- P-1-49 精神障害者同士の夫婦の育児支援への精神科訪問看護の活用
小六真千子 訪問看護・リハビリテーションセンター ななかまど中央
- P-1-50 軽度認知症(MCI)患者への適切な対応に関する理解度調査～属性の違いにおける検討～
中俣 恵美 関西福祉科学大学
- P-1-51 訪問診療における精神科医の役割：3症例の検討
市村 篤 医療法人和啓会 メディクスクリニック溝の口
- P-1-52 精神科訪問看護における、多職種による認知行動療法(CBT)の実践
高野かさね こころのホームクリニック世田谷
- P-1-53 在宅医療の導入により、向精神薬を無投薬もしくは低用量投与で症状の改善を得た、高齢患者の症例報告
平 貴之 医療法人社団リカバリー こころのホームクリニック世田谷
- P-1-54 持続性注射薬で治療されている2型糖尿病合併統合失調症患者への精神科訪問看護の経験
—30分で、何ができるか？
近藤 健治 医療法人社団さくらライフ さくらライフ錦糸クリニック
- P-1-55 在宅で行ったリチウム中毒管理の一例
大関 理宏 一般社団法人ポローニア おおぜき医院

一般演題(ポスター)

多職種連携1

7月20日(土) 13:10～13:50 ポスター会場2「コンベンションホールA」

座長 宇都宮励子 大阪ファルマプラン

- P-1-57 転職2年目の在宅診療PAが行った活動報告とその考察
～異業種(中高一貫校国語教師2年／大企業向け研修営業5年)出身による多職種連携の軌跡～
白川 大晃 医療法人双樹会守上クリニック 在宅診療部
- P-1-58 居宅療養管理指導による処方の一元管理で院内処方の禁忌薬を回避、通院先調整に介入した事例
～かかりつけ薬局の意義～
武田 浪弘 株式会社フレディ タカノ薬局
- P-1-59 在宅療養者の処方の適正化について～在宅医と薬局薬剤師の連携～
森元 将郎 みんなの訪問薬局
- P-1-60 訪問リハビリテーションにおける失語症の利用者に対し多職種での介入によりQOL向上に繋がった1例
-症例の意向を踏まえた援助-
樋尾 佑介 いしが在宅ケアクリニック
- P-1-61 在宅リハビリ活動を踏まえた多職種連携勉強会の試み
安部 能成 穂波の郷クリニック

P-1-62 「チーム医療連携」における事務の役割

畑中 絵里 茶屋町在宅診療所

P-1-63 看護師とリハビリ職による複数名訪問看護でハイリスクな状況でもリハビリテーションを継続して行えた活動～複数名訪問看護制度の可能性を拡げるチャレンジングな取り組み～

星野真二郎 ケアプロ在宅医療株式会社

P-1-64 メディカルカンファレンス参加による保険薬剤師と多職種、保険薬剤師と保険薬剤師の繋がりについて

齋藤進太郎 有限会社健康堂薬局

一般演題(ポスター)

多職種連携2

7月20日(土) 14:00～14:40 ポスター会場2「コンベンションホールA」

座長 太田 緑 みどりの風訪問看護ステーション

P-1-65 在宅輸血における訪問診療と訪問看護間の連携

加藤 直美 医療法人 社団 すまいる おれんじ訪問看護ステーション

P-1-66 A在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションの相互体験研修の試み

榛葉 汐里 悠翔会在宅クリニック新橋

P-1-67 困難事例への対応

梅木 倫子 嶋田病院

P-1-68 不登校児童に対する在宅訪問加療における多職種連携について

岩崎 千聖 医療法人社団ユニメディコ 藤が丘こころのクリニック

P-1-69 三位一体(訪問診療・訪問看護・ケアマネジャー)のチーム力を高めるデスカンファレンスと医師の役割

栗林 泰子 社会医療法人河北医療財団あいクリニック

P-1-70 訪問看護事業所との情報共有に関する取り組み～アンケート調査結果を受けて取り組んだこと～

小泉 知子 つばさクリニック岡山

P-1-71 山間地域における療養支援のためのがん相談支援センターの取り組み

石原奈津希 社会医療法人緑社会 金田病院 地域医療連携室

P-1-72 「今週の〇〇さん15分」訪問診療同行看護師主体で症例カンファレンス

大塚美智子 あさのクリニック

一般演題(ポスター)

多職種連携3

7月20日(土) 14:50～15:30 ポスター会場2「コンベンションホールA」

座長 富永奈保美 国際医療福祉大学市川病院 脳神経内科

P-1-73 在宅総合ケアセンター設立とその活用

荒井佐由美 医療法人信愛会 しんあいクリニック

P-1-74 チームで在宅緩和医療に取り組むための「顔の見える小さな会」

中村 千賀 医療法人優幸会

P-1-75 在宅医療専門クリニック内外の多職種協働による患者およびその家族への包括的サルコペニア・フレイル対策の活動報告

田鎖 志瑞 医療法人社団悠翔会 悠翔会在宅クリニック新宿

P-1-76 在宅診療における他事業所との連携効率化アプリの開発参加

山東 健一 メディクス東灘クリニック

P-1-77 居宅療養管理指導に関する問題点を回避するための取り組み

江藤 萌 医療法人博愛会 額田病院

- P-1-78 モルヒネ持続皮下注射の導入の経験が乏しい診療所でのトラブルとその後の改善についての報告
久保田紗英 さいわい診療所
- P-1-79 オンラインでの「顔の見える関係会議」実施経験
石橋 正樹 東洋眼科・胃腸内科外科／柏市医師会
- P-1-80 在宅医療へ移行する慢性呼吸器疾患患者に対する情報提供方法の改善活動（第1報）
赤星しいな 要町病院

一般演題(ポスター)

患者と医療者のコミュニケーション

7月20日（土）13:10～13:45 ポスター会場1「コンベンションホールA」

座長 川渕奈三栄 医療法人社団ナラティブホーム ものがたり診療所

- P-1-81 在宅でのスティグマに配慮したコミュニケーション
武田 幸大 医療法人 川崎病院
- P-1-82 訪問診療導入時に知りたいこと、伝えたいこと：アンケート調査により今後の契約にいかすには
長田 美智 広瀬病院在宅診療部
- P-1-83 訪問診療前の導入面談における訪問診療看護師の役割
阿部 奈緒 医療法人社団やまぶき訪問クリニック
- P-1-85 本人とご家族の葛藤をかかわる職種がそれぞれがプロとしてつながり続けることで、入退院を繰り返しながら
独居在宅生活を続ける一例
中島 徳志 涇仁会定山溪病院 診療部
- P-1-86 高齢再生不良性貧血患者に対して在宅終末期ケアを行った一例
稻生 真夕 ゆずりは訪問診療所

一般演題(ポスター)

ICT

7月20日（土）13:55～14:35 ポスター会場1「コンベンションホールA」

座長 池島 英之 なないろクリニック

- P-1-88 RPA（Robotic process autoamation）を用いた業務自動化の促進がもたらした医療スタッフの意識変化と
業務効率化の実践報告
木村 卓二 オリーブ在宅クリニック
- P-1-89 スマートグラスを用いた訪問診療医と訪問看護師のスマートな連携
前島 理 ひまわり往診クリニック
- P-1-90 「DX（デジタルトランスフォーメーション）で進化（深化）する在宅医療」
～患者ニーズに応える在宅療養支援診療所を目指して～
小早川 節 波乗りクリニック
- P-1-91 認知症高齢者の在宅生活を支えるための取り組みとしてICT機器を活用した生活モニタリングを実施した例につ
いて
小川 健太 医療法人社団プラタナス 松原アーバンクリニック
- P-1-92 DXの推進における事務業務自動化への取り組みと、その効果について
諸見里 透 ゆずりは訪問診療所
- P-1-93 訪問診療における「医療介護専用コミュニケーションツール」の活用
～スタッフ間連携と機動性をどう確保するか？～
梅谷 薫 訪問診療ネットワーク・向小金クリニック
- P-1-94 在宅人工呼吸療法における臨床工学技士の介入評価
肥田 泰幸 東都大学

- P-1-95 訪問診療を行うクリニックで同行アシスタント事務と看護師がロボティックプロセスオートメーション（以下RPA）を取り入れた活動報告
野木森知香 医療法人結 結ファミリークリニック

一般演題(ポスター)

事業所運営・経営

7月20日（土）14:45～15:25 ポスター会場1「コンベンションホールA」

座長 遠矢純一郎 桜新町アーバンクリニック

- P-1-96 常勤医師負担軽減のため夜間休日往診代行サービスを導入した経験
中村 幸生 優幸会 中村クリニック
- P-1-97 非常勤医師の多い訪問診療所でコメディカルが担う役割について
浅野 慶彦 医療法人社団和啓会／メディクス松戸クリニック
- P-1-98 在宅診療所内の心理的安全性を高める取り組みについて。
佐々木将人 医療法人社団 おうちの診療所
- P-1-99 在宅医の夜間バックアップ体制に求められる役割
ー在宅医療患者への救急往診と一般患者への救急往診の比較ー
中尾 亮太 株式会社当直連携基盤
- P-1-100 在宅医の働き方改革～オンコール代行サービス導入後の変化～
二ノ坂建史 にのさかクリニック
- P-1-101 訪問診療に関するデータ管理システムの構築
平澤津裕美 医療法人社団 東山会 調布東山病院
- P-1-102 在宅医療の普及と持続可能な提供のために
当院の開業支援の変遷と事業継続性のための広域大規模医療法人との提携
岩野 歩 医療法人) やまとコールメディカル福岡 コールメディカルクリニック福岡
- P-1-103 事務部門の時間外削減の取り組み報告
光永 充士 医療法人社団東山会 調布東山病院

一般演題(ポスター)

地域づくり

7月20日（土）15:35～16:10 ポスター会場1「コンベンションホールA」

座長 堀越由紀子 星槎大学

- P-1-104 行田市とりハビリ専門職で協働した介護予防の取り組みが始まった
～高齢者でもいつの日か支え手になるまちづくりに向けて第3報～
富田 昌延 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
- P-1-105 医師会主催「在宅医養成研修」について有用性の考察
竹田 亮平 東戸塚みどり在宅クリニック
- P-1-106 お互いを知ることからはじめる 田舎ではじめた医療介護連携
林 誠也 さんむ医療センター 総合診療科
- P-1-107 地域小学校全学年に年1回、折れない心を育てるいのちの授業を実施している取り組み ★優秀演題
一氏 慈人 きいれ浜田クリニック
- P-1-108 つなぎ人が繋ぐものは何か
～社会的処方におけるMSWの役割～
菊池麻衣子 一般財団法人 岩手済生医会 中津川病院 地域医療連携室
- P-1-109 多職種連携・協働の醍醐味であった、杉並区医師会による「すぎなみフェスタ2023」出展報告
山口 優美 まごころクリニック／杉並区医師会

P-1-110 しなやかで強い地域のために、学び場としてのクリニック待合室の可能性

前田 淳子 医療法人社団なつみ会まえたクリニック

一般演題(ポスター)

医療安全・リスクマネジメント・災害対策

7月20日(土) 16:20~17:00 ポスター会場1「コンベンションホールA」

座長 水木麻衣子 東京大学大学院医学系研究科在宅医療学講座

P-1-111 患者家族からの診療等に関する要求への対応に難渋するハラスメントの1例

泉本 浩史 メディクス草加クリニック

P-1-112 在宅における下肢末梢動脈疾患のDiagnostic Errorに関する症例報告

松島 和樹 医療法人川崎病院／神戸総合診療・家庭医療専門医プログラム

P-1-113 看護小規模多機能型居宅介護事業所におけるインシデント・アクシデント事例の共有と検討システム改革の取り組み

河野 政子 まちのナースステーション八千代／地域包括ケアコンサルティングあるす

P-1-114 災害時における患者搬送時の車種の検討 ～院内災害訓練の経験を通して～

菅原 信行 医療法人双樹会 よしき往診クリニック

P-1-115 多職種連携ツールを活用した在宅療養患者の災害時個別避難計画の情報共有

東 桂司 医療法人もみじ ホームケアクリニックもみじ

P-1-116 在宅療養支援診療所における事業継続計画(BCP)策定の取組み
ー災害シミュレーションや局所災害の経験から有事対応力を強化するー

藤本 翠 医療法人社団 清水メディカルクリニック

P-1-117 在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための合同ワーキンググループの設立

高添明日香 医療法人桜花会 あすか在宅クリニック

P-1-118 柏市における地域BCPの取り組み ★優秀演題

古賀 友之 のぞみの花クリニック／柏市医師会

一般演題(ポスター)

地域包括システム

7月20日(土) 15:40~16:20 ポスター会場2「コンベンションホールA」

座長 片見 明美 株式会社ヴィーナス

P-1-121 第2回川口市地域包括ケア学会の開催報告

竹中 健智 川口市医師会

P-1-122 千葉県看多機連絡協議会設立の活動報告

山崎 佳子 株式会社やさしい手 看多機かえりえ南佐津間

P-1-123 在宅医療介護連携推進支援事業の入退院支援における豊田加茂医師会在宅相談ステーションの取り組み

兼松富美子 (一社)豊田加茂医師会

P-1-124 都市部の病院との併診を望んだ独居高齢がん患者の終末期を多職種支援で行った1事例

松宮 泉 一般社団法人我孫子医師会

P-1-125 地域住民が「在宅医療」に関心を持ち、選択肢のひとつとなるために ー柏モデルの取り組みー

織田 暁寿 医療法人社団あかつき ホームクリニック柏

P-1-126 A島在宅利用者への本島訪問看護ステーションによる活動支援

大湾 朝成 あさひ訪問看護ステーション

P-1-128 山梨県における在宅医療の普及・推進の取組み
ー山梨県在宅医療アドバイザー事業の活動と考察ー

山戸 啓佑 株式会社メディヴァ

一般演題(ポスター)

臓器不全1・フレイル・その他

7月20日(土) 13:10~13:45 ポスター会場3「コンベンションホールA」

座長 諸富 伸夫 新百合ヶ丘総合病院

- P-1-131 訪問診療を行っている患家の家族のCOVID-19後のADL低下に対し包括的ケアを行って良好な経過を得た2症例の検討
間所 俊介 鉄祐会 祐ホームクリニック
- P-1-132 長期間の在宅医療の後に自宅で看取った超高齢者の胆嚢炎の一例
有田 圭介 埼玉協同病院／小田内科クリニック
- P-1-133 タブレット型心臓超音波検査を在宅患者へ実施した結果について
坂田 鋼治 彩り在宅クリニック
- P-1-134 カテコラミンと人工呼吸器依存で自宅退院となったStage D心不全の一例：在宅における心不全終末期ケアの要点と課題
世戸 博之 ひのでクリニック
- P-1-135 在宅でドブタミン持続点滴を行った末期心不全患者2例
儀間 義勝 ゆずりは訪問診療所
- P-1-136 在宅医療の場で急変予兆の察知方法について
齋藤 威 医療社団法人フィーカ 関医院
- P-1-137 「CCUから自宅へ直接退院し最期の15時間後を自宅で過ごされた心不全の事例」を経験したかかりつけ医（非循環器専門医）が感じた「モヤモヤ」
清藤 千景 医療法人清藤クリニック

一般演題(ポスター)

臓器不全2

7月20日(土) 13:55~14:25 ポスター会場3「コンベンションホールA」

座長 渡辺 剛 渡辺緩和ケア・在宅クリニック

- P-1-138 在宅医療における保存的腎臓療法（CKM：conservative kidney management）について
池田 葵尚 渡辺西賀茂診療所
- P-1-139 在宅の現場での腎臓病診療と連携～日本在宅医療連合学会腎不全WG活動報告～
河原崎宏雄 帝京大学医学部附属溝口病院 第4内科
- P-1-140 腹膜透析における地域包括ケアと緩和ケアの実践～開業後7年間の軌跡～
楠本 拓生 医療法人楠本内科医院
- P-1-141 腹膜透析患者を支える訪問看護の実際～「アシステッドPD」で高齢認知症患者の希望を叶える～
片岡今日子 日本財団在宅看護センターひまわり
- P-1-142 多職種への迅速な感染管理指導やサービス調整で角化型疥癬を治療できた一例
梅沢 義貴 医療法人社団同善会 同善病院
- P-1-143 脳梗塞発症後、血液透析から腹膜透析へ移行し、在宅看取りを行った一例～退院後訪問を活用しての往診医・訪問看護との協働～
大脇 浩香 岡山済生会外来センター病院

一般演題(ポスター)

リハビリテーション1

7月20日(土) 14:35~15:05 ポスター会場3「コンベンションホールA」

座長 宇田 薫 医療法人おもと会

- P-1-144 **生活期において反張膝を認めた脳卒中片麻痺患者7例の特徴とその対応**
川手 信行 昭和大学リハビリテーション医学講座
- P-1-145 **生きた証を残すリハビリテーション
～「香典返しを作りたい」本人と家族をつないだ最期の作業活動～**
鈴木 紀子 磐田在宅医療クリニック
- P-1-146 **回復期リハビリテーションから生活期リハビリテーションへ移行後の訪問リハビリテーションの効果についての検証**
西川祐太郎 特定医療法人新生病院
- P-1-147 **在宅頸髄損傷患者に対する訪問リハビリテーションができる在宅介護者への支援とは？**
山田 莉袈 医療法人社団ユニメディコ
- P-1-148 **白内障患者のリハビリテーション：遠隔医療の可能性と効果**
新田 智裕 株式会社NITTA JAPAN
- P-1-149 **健康と要介護の間をつなぐ半歩先の支援「リハビリよろづ電話相談」**
橋本 典之 柏の葉訪問看護ステーション／かしわトータルヘルスケア協議会

一般演題(ポスター)

リハビリテーション2 ほか

7月20日(土) 15:15~15:50 ポスター会場3「コンベンションホールA」

座長 山内 克哉 浜松医科大学 リハビリテーション科

- P-1-151 **寝たきり状態から自律的に外出が可能となった40歳代脳腫瘍末期療養者へのリハビリテーションの実践と効果**
橋本芙美代 しあわせ訪問看護ステーション
- P-1-152 **「宮古島市での訪問リハビリの特徴と今後の課題」
(症例を通して気づいた点)**
若林 厚史 医療法人 鳥伝白川会 訪問看護ステーションドクターゴン
- P-1-153 **在宅TPPV療養生活を楽しむ工夫 ～家族とみんなで見つけたアイデア集～**
西尾まり子 地域ケアステーション八千代・訪問看護ステーション／近畿大学病院難病患者在宅医療支援センター
- P-1-154 **住宅型有料老人ホームに入所している方がその人らしく生活することを目指した症例**
上野佑太郎 進藤医院訪問リハビリテーション
- P-1-155 **COVID-19感染後の急激なフレイル進行に対し医療保険による訪問リハビリによりADL再獲得に至ったグループホーム利用者の一症例**
藤原 将司 医療法人社団そよかぜ
- P-1-156 **癌末期患者へ訪問セラピストが関わることの意義と有用性～患者家族からの意見をもとに～**
吉岡 裕太 医療法人 鳥伝白川会 訪問看護ステーション ドクターゴン
- P-1-157 **在宅療養支援診療所における弾性ストッキング・圧迫療法コンダクターの役割**
石井 佳子 エール在宅診療所

一般演題(ポスター)

人材育成・教育

7月21日(日) 9:25~10:00 ポスター会場1「コンベンションホールA」

座長 長崎 修二 在宅サポートながさきクリニック

- P-2-1 **多職種をサポートする人材育成**
助工 彰吾 悠翔会在宅クリニック新橋
- P-2-2 **当法人における初期研修医に対する地域医療研修効果**
小林あかり 医療法人社団そよかぜ
- P-2-3 **看護師によるエコーでの残尿評価、NwithD to Nのエコー研修の効果**
前原 綾 ドクターゴン診療所
- P-2-4 **特定看護師と協働し多様なニーズに応えられる訪問看護ステーションへ**
佐久本和香 医療法人社団東山会 東山訪問看護ステーション
- P-2-5 **在宅医療を通して多職種連携を学ぶための、学生実習プログラムの工夫**
郡山 晴喜 ホームクリニックみまた
- P-2-6 **T市における訪問看護師育成センターの活動報告
～5年間の活動と今後の展望～**
加納美代子 豊田地域医療センター 豊田訪問看護師育成センター
- P-2-7 **訪問看護ステーションにおける特定行為研修受講後の看護実践と活用について**
高関 左保 訪問看護ステーション上西

一般演題(ポスター)

キャリア・倫理的課題・その他

7月21日(日) 10:10~10:40 ポスター会場1「コンベンションホールA」

座長 伊藤 真美 医療法人社団 花の谷クリニック

- P-2-8 **在宅医療実習は学びの拡張性を秘めている ～在宅医療実習の質的調査から～**
崎山 隼人 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
- P-2-9 **サービス付き高齢者向け住宅で発生した疥癬の集団発生の経験**
酒井 秀都 光輪クリニック
- P-2-10 **地域支援・在宅医療に携わる対人援助職の心理的問題をどう援助するのか
～ミイラ取りがミイラにならないために～**
小早川留衣 波乗りクリニック
- P-2-11 **新型コロナウイルス感染症による住宅型有料老人ホーム居住者の生活への影響**
王 迪 順天堂大学医療看護学部
- P-2-12 **知的障がい者の移行医療と終末期医療**
黒崎 史果 菅間在宅診療所

一般演題(ポスター)

研究

7月21日(日) 13:00~13:40 ポスター会場1「コンベンションホールA」

座長 杉浦 真 安城更生病院

- P-2-14 **在宅患者におけるCONUT値と身体測定値の相関**
甲賀 健史 茅ヶ崎徳洲会病院
- P-2-15 **ALS患者の心理的支援となる会話についてリハビリテーション専門職へのインタビュー調査：質的事例研究**
宮阪 美穂 えるさば訪問看護ステーション／医療法人社団まごころ

- P-2-16 **介護DBオープンデータを用いた直近4か年の介護認定新規申請者数の動向**
高橋 宏和 東戸塚みどり在宅クリニック
- P-2-17 **自宅看取りを行った終末期がん患者における在宅酸素の使用状況**
武藤 英貴 医療法人双樹会 よしき往診クリニック
- P-2-18 **グループホーム入所者の救急入院状況**
山田 智 中野共立病院
- P-2-19 **在宅がん患者のPerformance Status-Based Palliative Prognostic Indexによる予後予測の有用性に関する検討**
林 靖大 大阪鶴見ひなた内科・在宅クリニック
- P-2-20 **往診せずに救急要請指示をした症例の特徴**
板舩 笑果 医療法人双樹会 よしき往診クリニック
- P-2-21 **高カロリー輸液中における医薬品の安定性 ★優秀演題**
櫛部 周平 在宅ケア薬局

一般演題(ポスター)

医療・ケアの質・評価1

7月21日(日) 13:50~14:25 ポスター会場1「コンベンションホールA」

座長 荒井 康之 生きいき診療所・ゆうき

- P-2-22 **在宅医療におけるQOL、社会的な繋がりと介護者における介護負担感との関連性：横断研究**
飯田 英和 医療法人社団 鉄祐会 祐ホームクリニック
- P-2-23 **機能強化型在宅療養支援診療所が実施した診療満足度調査の結果と考察**
小林 真理 医療法人社団永研会 地域連携室／医療法人社団永研会 ちとせクリニック
- P-2-24 **救急搬送・入院となった症例から得られた要因と改善点の考察 担当患者7名9例の調査から**
川村 早紀 みどり訪問クリニック
- P-2-25 **在宅療養支援診療所における皮膚科診療報告**
鬼塚 君江 医療法人優幸会 中村クリニック
- P-2-26 **入院時摂食嚥下指導の遵守困難性と退院後訪問リハビリテーションによる遵守率向上について**
二階堂 曜 医療法人寛正会 水海道さくら病院
- P-2-27 **時間外往診における「担当患者を持つ医師」と「担当患者を持たない医師」との診療内容の差異**
藤谷 好紀 医療法人双樹会 よしき往診クリニック

一般演題(ポスター)

医療・ケアの質・評価2

7月21日(日) 14:35~15:10 ポスター会場1「コンベンションホールA」

座長 江口幸士郎 今立内科クリニック

- P-2-29 **訪問診療患者における多剤薬剤処方の検討ー主成分分析を用いた解析ー**
中島 尚登 伊勢原駅前クリニック
- P-2-30 **多職種からみたサービス担当者会議**
小林 優子 尼崎市医療・介護連携支援センター あまつなぎ
- P-2-31 **地域高齢者フォーミュラの作成**
三谷 徳昭 ミライ☆在宅委員会
- P-2-33 **アルツハイマー型認知症を発症した高齢者Dubin-Johnson syndromeの1症例**
野村 修三 静岡ホームクリニック
- P-2-34 **医薬品の適正使用へ向けた在宅訪問専任薬剤師による初回訪問時の取り組みに関する研究**
吉留 拓哉 ヤックスドラッグパティオス薬局

P-2-35 人口動態統計死亡小票の分析による在宅看取りの実態調査

大類 麻美 株式会社メディヴァ

一般演題(ポスター)

職種別

7月21日(日) 15:20～16:00 ポスター会場1「コンベンションホールA」

座長 富沢 道俊 とみざわ薬局グループ

P-2-36 社会的孤立の危機にある者への伴走型支援における福祉と医療の連携

長谷 有紗 株式会社町コム

P-2-37 在宅療養支援診療所看護師の役割とは何か。

～在宅医療を紡ぐマネジメント能力～

木橋 香苗 波乗りクリニック

P-2-38 在宅療養支援診療所を支える医療事務・クラークの取り組み

～顔の見える縁の下の力持ちを目指して～

米原 由紀 波乗りクリニック

P-2-40 診療同行看護師の働きで必要なものは？

アンケート結果から見えてきたもの ★優秀演題

湊 由美香 医療法人社団まごころ 四街道まごころクリニック

P-2-41 ソーシャルワーカーが行う経済問題の解決のアプローチ

～段階的アプローチの仕組みと経済問題の予防的な介入について～

大友 路子 医療法人MoLead つながるクリニック

P-2-42 在宅医療ソーシャルワーカーの育成と実践ツール

～在宅訪問診療導入時クリティカルパスの試み～

村山 令 東京さんりつ会 さんりつ在宅クリニック町田

P-2-43 在宅療養支援診療所における事務の関わり

豊田 理恵 医療法人 おひさま会

一般演題(ポスター)

病診・病病連携1・その他

7月21日(日) 9:25～10:00 ポスター会場2「コンベンションホールA」

座長 谷亀 光則 望星大根クリニック

P-2-44 訪問診療と訪問歯科の連携強化

河野 桃子 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック

P-2-45 コロナ禍における地域医療連携の課題と対応

橋本 一晃 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

P-2-46 人工呼吸器導入における地域連携～「日常」を維持する連携を考える～

堤 和美 医療法人社団やまびき訪問クリニック

P-2-47 地域と繋がり合う在宅医療

～在宅療養支援病院・総合在宅医療ネットワークの活動～

星野 拓磨 東苗穂病院

P-2-48 医師の在宅医療・入院診療への従事とMultimorbidity高齢者に対する診療アプローチの関係

木村 琢磨 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／東京医科歯科大学 総合診療科

P-2-49 ホスピス在住がん末期患者に対する在宅支援診療所における社会福祉士の課題

石原百合香 医療法人社団ユニメディコ

P-2-50 世田谷区における訪問歯科診療に関わる実態調査

山田 翔太 株式会社メディヴァ

一般演題(ポスター)

病診・病病連携2

7月21日(日) 10:10~10:45 ポスター会場2「コンベンションホールA」

座長 上林 孝豊 京都民医連あすかい病院

- P-2-51 地域から病院へ発信する、がん患者への在宅医療早期導入のススメ
齋木 啓子 医療法人社団悠翔会在宅クリニック新橋
- P-2-52 脳神経内科専門医が少ない地域で、パーキンソン病の診療の質を保つために必要なことは？
星野 将隆 船橋総合病院
- P-2-53 逆搬送から退院当日に在宅見取りをした症例を通じ病診共同で看取りカンファレンスを行った一例
守上 祐樹 医療法人双樹会 守上クリニック 在宅診療部
- P-2-54 短期入院でアシスト腹膜透析を導入した1例
山本 宇恭 帝京大学医学部附属溝口病院
- P-2-55 転倒リスクの高い患者への在宅退院支援事例の考察
～病院ソーシャルワーカーの立場から
守屋 美咲 藤沢湘南台病院
- P-2-56 在宅医療における精神科領域の病診連携について
徳増 孝明 医療法人社団碧水会 長谷川病院／おおぜき医院
- P-2-57 難治性ざ瘡として加療され続けるも、皮膚科医の診断加療により劇的に改善した化膿性汗腺炎
細田 亮 はもれびクリニック

一般演題(ポスター)

多職種連携4

7月21日(日) 13:00~13:40 ポスター会場2「コンベンションホールA」

座長 山田 剛司 株式会社ツクイ

- P-2-58 看護小規模多機能型居宅介護の関わりにより要介護5で経鼻経管栄養から経口摂取が可能となり生きる意欲へ繋げることができた事例
吉田 美佳 一般社団法人 居笑 在宅看護センター びりーぶ
- P-2-59 終末期患者の外出支援における訪問診療同行看護師の役割
菊地美希子 公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合クリニック 在宅医療室
- P-2-60 うつ病と誤嚥性肺炎により食思とADLが低下した患者にKTBCと完全非公開型SNSを活用して多職種連携による包括的食支援を行った一例
山下ゆかり 医療法人社団永研会 ちとせデンタルクリニック
- P-2-61 在宅医療において多職種連携により改善を認めた特別養護老人ホーム入居高齢女性のドライアイの一例
西村 裕樹 医療法人慶眼会横浜けいあい眼科和田町院／株式会社OUI／慶應義塾大学医学部眼科学教室
- P-2-62 携帯型心電計を訪問看護師が使用して、在宅医との連携で患者の安心に繋がった一例
北川まゆみ みんなのかかりつけ訪問看護ステーション有松
- P-2-64 重度身体障がい者が介護保険と障害福祉サービス併用により在宅生活実現できた事例
加藤 真敏 ケアプラン夢
- P-2-65 あなたの想いを紡いでいく～多職種連携を通して～
後藤佳代子 医療法人社団夢前会 訪問看護ステーション歩歩

7月21日(日) 13:50~14:30 ポスター会場2「コンベンションホールA」

座長 小倉 和也 医療法人はちのへファミリークリニック

P-2-66 胃ろう造設者への在宅での肺炎予防取り組み
～多職種連携による取り組み～

源 啓介 ガイア訪問看護ステーション池袋 赤羽サテライト

P-2-67 基幹病院含めた多職種チームが機能したがん末期の在宅腹膜透析のケース

鈴木 直美 株式会社GCI 訪問看護ステーション芍薬瀬谷

P-2-68 施設から在宅復帰できた一例～家族支援をインテグレーターとしての役割をもった関り～

杉山 洋貴 NPO法人サポートオブサポーターズ・光/訪問看護ステーションとも

P-2-69 若年非がん患者が安心して在宅療養するための多職種連携

杉村 円 医療法人忠恕 春日部在宅診療所ウエルネス 地域連携部

P-2-70 社会的孤立に対し医療ソーシャルワーカーがエコロジカルアプローチを実践した一症例

松井亜由美 医療法人社団ゆみの のぞみハートクリニック

P-2-71 ～家族 それぞれの思いをかなえるために～
「9060問題に立ち向かう 多職種連携」

森川 裕美 シャローム若葉第2居宅介護支援事業所

P-2-72 9060問題の課題と限界～prologue～

細矢 康子 株式会社わかば在宅支援センター

P-2-73 脳波による意思伝達装置を拒みつつも最期まで意思を表現することを希求する在宅ALS療養者への支援の一例
～異色専門家が織りなした伴走型支援～

諏訪亜季子 香川県立保健医療大学 保健医療学部 看護学科

7月21日(日) 14:40~15:15 ポスター会場2「コンベンションホールA」

座長 桜井 隆 さくらいクリニック

P-2-74 SNS (Social Networking Sorvi) を利用した医療介護連携の実例

細越 巨禎 岩槻南病院

P-2-75 在宅血液透析に対する配送問題の実態調査

竹石 康広 腎内科クリニック世田谷 臨床工学部

P-2-76 超高齢社会課題解決のためのセミナー活動
～介護医療連携から課題解決の糸口までの道のり～

笹岡 大史 春日部在宅診療所ウエルネス 診療部

P-2-77 居宅介護支援に従事するケアマネジャーの心不全に対する知識、介護現場での取り組みや意識に関する実態調査

佐野 容子 トーアエイヨー株式会社臨床開発部メディカルアフェアーズ課

P-2-78 居宅介護支援に従事するケアマネジャーを対象とした心不全新規発症予防に関する啓発活動の取り組み

横井 利明 トーアエイヨー株式会社臨床開発部メディカルアフェアーズ課

P-2-79 居宅介護支援事業所と病院・診療所・在宅療養支援診療所其々との連携手法とその取りやすさについて

豊田 基 医療法人社団永研会 ケアプランとせ

P-2-80 地方医療圏の現況に対して地方公立病院が展開する在宅医療を中心とした医療介護連携の試み

野尻 俊介 見附市立病院

一般演題(ポスター)

排尿・排便ケア・褥瘡ケア

7月21日(日) 15:25～16:05 ポスター会場2「コンベンションホールA」

座長 杉浦 敏之 医療法人社団弘恵会杉浦医院

- P-2-81 **オーソモレキュラー治療により改善を得た超高齢者の難治性重度褥瘡の一例**
新井 正晃 汐入ぱくクリニック
- P-2-82 **下剤を使用しない脊髄損傷者の排便ケア
～脊髄損傷特化型の訪問看護・介護事業所による取り組み～**
川村 享平 訪問看護ステーションRe:Lfe／ヘルパーステーションRe:Lfe
- P-2-83 **在宅診療における肉眼的血尿に対する対応の検討**
カ石 辰也 医療法人社団ときわ練馬在宅クリニック
- P-2-84 **胃ろう漏れによるスキントラブルの治療～在宅でもできるケア方法**
水原 章浩 医療法人三和会東鷲宮病院
- P-2-85 **「在宅褥瘡ケア」～在宅褥瘡チームで関わった一例～**
花岡 千鶴 医療法人博愛会 額田病院
- P-2-86 **抗菌性創傷被覆・保護剤による治療が功を奏した褥瘡の3例**
村上 英邦 光輪会 さくらクリニック
- P-2-87 **POOマスターの「気持ちいい排便ケア」への取り組み**
尾崎美由紀 幹在宅看護センター
- P-2-88 **直腸エコー習得に向けた安価・簡便な便性状評価用ファントム作製の試み**
松原香織里 豊田地域訪問看護ステーション

一般演題(ポスター)

小児

7月21日(日) 16:15～16:50 ポスター会場2「コンベンションホールA」

座長 島崎 亮司 シティタワー診療所

- P-2-89 **「普通の高校生活を送りたい」を叶えた側頭葉膠芽腫の症例
～自転車通学の再開を通して“自分らしさ”を取り戻した高校生～**
秋澤 勇輝 在宅看護センターひまわり
- P-2-90 **小児看護の経験に乏しい訪問看護ステーションが、訪問診療と連携を取りながら自宅でお看取りができた症例**
鍋木ゆう子 在宅看護センター ひまわり
- P-2-91 **小児期発症の慢性疾患を持つ成人患者に対する地域医療ネットワークの構築に向けての話し合いで見えてきたもの**
中村 知夫 国立成育医療研究センター 総合診療部／国立成育医療研究センター 医療連携・患者支援センター
- P-2-92 **小児期に発症した医療的ケアを必要とする重度重複障がい者や小児がん経験者であるAYA世代の生涯学習
ー「生きる体験」を目指してー**
阪上 由美 大阪信愛学院大学
- P-2-93 **在日外国人家族の小児在宅医療から在宅医療の地域性・多様性を考える**
羽賀 正晴 龍生堂薬局 大久保店
- P-2-94 **小児科専門開業医と在宅医療支援診療所の連携における地域での新しい小児在宅展開の一例**
藤原 大輔 医療法人双樹会よきき往診クリニック／医療法人ふじわらクリニック
- P-2-95 **畳の上で育つこと～児童発達支援での活動を振り返る～**
白藤 美紀 一般社団法人幹らんど

一般演題(ポスター)

がん1

7月21日(日) 9:25~10:00 ポスター会場3「コンベンションホールA」

座長 小森 栄作 ももたろう往診クリニック

- P-2-96 **進行癌患者の予後予測とコロナ禍における在宅緩和ケアについて**
金丸 理人 公益財団法人 会田病院／自治医科大学 消化器一般移植外科
- P-2-97 **末期癌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 山根クリニック
- P-2-98 **在宅において実施した終末期がん患者に対する輸液療法についての検討**
岡田 豊 つばさクリニック
- P-2-99 **訪問活動を通して見える在宅がん緩和ケア～医薬品提供から薬局機能を考察する～**
佐々木 健 メディブレイス365訪問薬局
- P-2-100 **肺癌胸壁浸潤による難治性疼痛に対して、くも膜下ポートを造設し約3か月の自宅療養ができた症例**
佐野 広美 埼玉協同病院 緩和ケア内科
- P-2-101 **在宅でのがん終末期の緩和ケアにおける鎮静の現状と問題点 ★優秀演題**
松本 学也 医療法人萌生会 サンビレッジクリニック／旭川医療センター
- P-2-102 **24時間体制の医薬品供給と薬局間連携について
～在宅がん緩和ケアと薬局機能～**
藤田 珠理 薬局ホームケアファーマシー田無店

一般演題(ポスター)

がん2・難病1

7月21日(日) 10:10~10:50 ポスター会場3「コンベンションホールA」

座長 融 衆太 新渡戸記念中野総合病院 脳神経内科

- P-2-103 **同一医療機関による連携において円滑な入退院支援を実現したニューモシスチス肺炎の一症例**
中安 一夫 医療法人博愛会 額田病院
- P-2-104 **難病疾患患者の障害受容を援助するリハスタッフとしての関わり方について**
山本 峻平 医療法人博愛会額田病院
- P-2-105 **ALS患者・家族の在宅療養を支える～病病連携、複数科及び多職種の連携の中で～**
北原 孝夫 香川医療生活協同組合 高松協同病院
- P-2-106 **専門医不在のへき地で筋萎縮性側索硬化症(ALS)の在宅療養の実践**
中桶 了太 国民健康保険 平戸市民病院／長崎大学病院 国境を越えた地域医療人支援機構
- P-2-107 **当院で経験した腸閉塞を伴う末期膵臓癌に発症した帯状疱疹に対して1日1回のアシクロビル点滴静注が有効だった一例**
細谷 真司 一般社団法人ポローニア おおぜき医院
- P-2-108 **進行速度の異なる若年型筋萎縮性側索硬化症2例への生活期での取り組み**
寺倉 隆朗 医療法人利仁会 訪問看護ステーションTenderly
- P-2-109 **癌自壊創に対して、当院でのアセスメントおよび緩和ケア対応**
清水 秀浩 医療法人光輪会 さくらクリニック
- P-2-131 **経鼻胃管先端位置確認システム「タムガイド®」の有用性 ★優秀演題**
越川 雅宏 医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン診療所

一般演題(ポスター)

難病2 ほか

7月21日(日) 13:00~13:30 ポスター会場3「コンベンションホールA」

座長 矢崎 一雄 医療法人財団老蘇会静明館診療所

- P-2-111 在宅における関節リウマチ診療
内田 貞輔 医療法人社団貞栄会
- P-2-112 10年越しに気管カニューレからの離脱に成功した1例
國友 史雄 ドクターランド幕張 在宅医療部
- P-2-113 当院における神経難病患者のレスパイト入院の実際と意義
～機能強化型在宅支援診療所(単独型)がなせる多職種連携を通して～
永島 由規 医療法人葡萄の木ぶどうの木クリニック
- P-2-114 軟骨無形成症治療薬ボソリチド皮下注用、在宅投与における薬局薬剤師の継続的フォローについて
長谷川 寛 日本調剤株式会社 在宅医療部
- P-2-115 カンナビノイド製剤の治験を巡る在宅難治性てんかん患者と家族の体験と課題
久保 恭子 東京医療保健大学 立川看護学部
- P-2-116 ～難病の方を支えるために～
「介護保険と障害福祉サービスの利用を考える」
内海美智代 シャローム若葉第2居宅介護支援事業所

一般演題(ポスター)

緩和ケア1

7月21日(日) 13:40~14:15 ポスター会場3「コンベンションホールA」

座長 斉藤 康洋 GPクリニック自由が丘

- P-2-117 当院でオピオイド持続皮下注・静注を用いて疼痛コントロールを行った症例のまとめ
矢野 利章 医療法人信愛会 しんあいクリニック
- P-2-118 在宅における脊髄損傷患者の神経障害性疼痛に対する薬物療法の検討 ★優秀演題
熊井 惟志 みどり訪問クリニック
- P-2-119 専攻医教育を行う在宅療養支援病院における婦人科系悪性腫瘍の腹部症状の在宅管理
丸山 淳也 額田病院
- P-2-120 当院において終末期の苦痛症状に対し、ハロペリドール注射液、ジアゼパム注射液の舌下投与を行った症例群の検討
北口馨菜英 つばさ在宅クリニック西船橋
- P-2-121 終末期患者のせん妄に対してプロナンセリン貼付剤の在宅での使用経験
福田 員茂 医療法人社団双寿 ちぐさ会クリニック
- P-2-122 当院の末期がん患者における持続皮下注射実施率の変化について
柳澤 克哉 よしき往診クリニック
- P-2-123 かかりつけ薬局が在宅緩和ケアに関わるために ～オピオイド内服薬から持続皮下注まで～
今城 宏文 株式会社アイエムファルマ ツマシナ薬局

一般演題(ポスター)

緩和ケア2

7月21日(日) 14:25~14:55 ポスター会場3「コンベンションホールA」

座長 岡山 容子 医療法人みのり会 おかやま在宅クリニック

- P-2-124 緩和的放射線照射療法でQOLの向上がみられた癌末期患者の2例
森口 英男 医療法人社団いばらき会いばらき診療所みと

- P-2-125 吐き気の強いメサドンをフェンタニル貼付剤へ在宅でスイッチを試みた1例
岡本 静子 医療法人社団そよかぜ
- P-2-126 AYA世代進行再発がん患者で意思決定支援に苦慮したが、最終的に患者家族の希望通り在宅看取りを行えた事例
児玉麻衣子 オレンジホームケアクリニック／福井大学医学部附属病院緩和ケアチーム
- P-2-127 脊髄くも膜下鎮痛法を導入され自宅退院可能となった2例
篠 美和 医療法人社団守成会 広瀬病院 在宅診療部
- P-2-128 末期腎不全に対して保存的腎臓療法（conservative kidney management:CKM）を選択し最期まで在宅療養を行った患者を振り返る
長田 直美 桜新町アーバンクリニック
- P-2-129 低分化型喉頭癌の在宅緩和ケアで露出腫瘍からの出血コントロールに苦慮した症例
伊賀 勝康 勤医協苫小牧病院 在宅診療部

一般演題(ポスター)

食支援・口腔嚥下1 ほか

7月21日(日) 15:05～15:45 ポスター会場3「コンベンションホールA」

座長 田中 弥生 関東学院大学栄養学部臨床栄養学科

- P-2-132 経腸栄養剤による経管栄養患者の亜鉛、セレン、カルニチンの評価
大府 正治 和花クリニック
- P-2-133 ～栄養ケア・ステーション開設の振り返り～ 開設5年間の取り組みと実績の推移
井上 朗 東大和ホームケアクリニック
- P-2-134 高齢者に対する経鼻経管栄養の経験
柳楽 知義 さくらクリニック
- P-2-135 在宅医療センターにおける管理栄養士配置の取り組み
谷川あすさ 医療法人博愛会 額田病院
- P-2-136 在宅経腸栄養患者のセレン血中濃度の検討
杉本 由佳 すずもと在宅医療クリニック
- P-2-137 在宅PEG患者での新型低侵襲交換カテーテルの使用経験と課題—安定した在宅生活を守るために
吉野 浩之 群馬大学共同教育学部

一般演題(ポスター)

食支援・口腔嚥下2

7月21日(日) 15:55～16:35 ポスター会場3「コンベンションホールA」

座長 高田 靖 高田歯科医院／東京都豊島区歯科医師会

- P-2-139 原因不明の拒食を呈するCHARGE症候群児への歯科訪問診療
田村 文誉 日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーション科／日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック
- P-2-140 地域のお店と協働した訪問栄養指導で生活継続が出来た糖尿病合併症の一例
有園佐智子 きいれ浜田クリニック 管理栄養士（認定 在宅訪問管理栄養士）
- P-2-141 在宅での経腸栄養用カテーテル（胃瘻、経皮経食道胃管、経鼻胃管）交換
入江 真大 ももたろう往診クリニック／倉敷北病院 外科
- P-2-142 在宅医療における重症心身障害児（者）の栄養管理の工夫：オンラインスプレッドシートを活用した年齢別食事摂取基準や必要エネルギー量の確認
福庭 千尋 ひのでクリニック
- P-2-143 在宅医療における多職種連携での摂食嚥下対策チームの立ち上げ
小野 浩生 医療法人社団ユニメディコ サンライズファミリークリニック 摂食・嚥下チーム

P-2-144 口腔洗口液の「不味さ」は何とかならないか？
船山 高明 医療法人顕樹会 本田歯科クリニック

P-2-145 コロナ禍を通して見る地域食支援活動の展開～地域をつなぐための課題～
石山 寿子 国際医療福祉大学成田保健医療学部言語聴覚学科

P-2-146 遷延性意識障害患者への摂食嚥下リハビリテーションを在宅にて長期的に行っている症例
～インテグレーションの視点から考察する～
坂井 謙介 医療法人隼和会 坂井歯科医院

レイトブレイキングセッション

レイトブレイキングセッション

7月20日（土）8:30～9:00 第7会場「会議室304」

座長 荻野美恵子 国際医療福祉大学医学部 医学教育統括センター 国際医療者教育学
国際医療福祉大学医学部 脳神経内科学

在宅人工呼吸療法30年の経験よりALSガイドラインを考察する
山本 真 大分協和病院 院長

閉会式

閉会式

7月21日（日）17:30～17:40 第1会場「コンベンションホールB」

抄 録

大会長講演

PS

座長：石垣 泰則 イシガキ ヤスノリ

医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック／日本在宅医療連合学会代表理事

【座長略歴】

1982年 順天堂大学医学部脳神経内科

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

2019年 一般社団法人日本在宅医療連合学会代表理事副会長

PS-1

開拓者たれ

荻野 美恵子^{1,2} オギノ ミエコ

¹ 国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター国際医療者教育学

² 国際医療福祉大学医学部脳神経内科学

第6回日本在宅医療連合学会大会長を務める機会をいただき、深く感謝申し上げます。大学病院所属でしたが、在宅専門医として長年在宅医療も継続してきました。特に神経難病において、診断・告知から在宅看取りまでを継続して診ることができた経験は何よりも得難いものでした。

在宅人工呼吸療法黎明期、私が医師2年目であった1986年から在宅人工呼吸療法を大学病院として行っており、在宅診療をすることが通常業務であったという、当時としては医師として恵まれた環境でキャリアをスタートしました。病棟の責任者になった時にはいかに在宅医療を継続できるものにするかに尽力し、病院のレスパイトステイシステムを立ち上げ、それがのちに県のレスパイトシステムになり全国に広まっていきました。在宅分野だけでも人工呼吸器加算の増点、排痰補助装置の保険収載、2か所からの同時往診の点数化など各種診療報酬上の改善なども行ってきました。また、2003年には日本における非がん疾患の緩和ケアが非常に立ち遅れていることを認識し、医療政策学修士の取得、緩和ケア領域への働きかけ、ALSにオピオイドを保険で使えるようにする、ガイドラインを含め膨大な執筆や講演など、20年間にわたり改善すべく努力してきました。今後の日本の人口動向を考えたときに非がんの緩和ケアはますます重要になることが自明であり、それを担うのは在宅医となります。まだまだ改善の余地があり、さらなる努力が必要です。

400名以上のALS患者さんやさらに多くの難病患者さんの様々な苦悩に直面したことから東大大学院にて医療倫理も学び、考え続けてきました。日本の医学教育に医療倫理、医療プロフェッショナリズム教育が決定的に欠けていると感じ、現在は医学教育の場で在宅医療から学んだことを次世代につなげるべく努力しているところです。

急性期医療を担う医師を含め、すべての医療者が在宅医療を経験し、理解を深めるべきだと考えます。在宅診療をすることにより、患者さんには人生、生活があり、医療はその中の一部に過ぎないということを自然と体得できるはずだからです。

生活も含めてみていく在宅医療だからこそ、単に医学だけ、介護だけ、ではたりず、福祉施策や社会制度に通じた統合した医療が必要です。しかし、分野横断的に知識を習得し、俯瞰して状況を分析し、協働意思決定にコミットできる人材はそう多くはありません。そのようなエキスパートな人材を育成するために在宅医療インテグレーター養成講座を立ち上げ、すでに7年継続しています。現在は学会資格とすべく議論を進めております。

今回の大会では大会長企画として医療政策、医療倫理、当事者講演や他分野からの講演などを取り上げ、スキルアップのための体験型プログラムを多数用意しました。

一人でも多くの方が、亡くなるときによい人生だったと思えるような医療を提供し、皆さんとともに、滋味あふれる日本を次世代につなげたいと思います。

【演者略歴】

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

1985年 北里大学医学部卒業

1992年～5年 米国コロンビア大学留学

1994年 北里大学医学部大学院修了（医学博士学位取得）

2000年 北里大学医学部神経内科学講師

2005年 東京大学大学院医療倫理人材養成講座（CBEL）修了

2006年～08年3月 東京医科歯科大学大学院医療政策学修士課程卒業（医療政策学修士取得）

2014年12月 北里大学医学部附属新世紀医療開発センター横断的医療領域開発部門包括ケア全人医療学講師

2017年 3月 同准教授

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

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

2024年 4月 国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター国際医療者教育学教授

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

厚労科研「難治性疾患の医療費構造に関する研究」班 主任研究者（平成20年度～平成22年度）

学会等理事：日本神経治療学会、日本在宅医療連合学会、内科系学会社会保険連合、日本エンドオブライフケア学会、日本難病医療ネットワーク学会

学会等評議員：日本神経学会、日本神経免疫学会、日本臨床死生学会 他、

難病情報センター運営委員

利益相反：無

代表理事講演

CL

座長：蘆野 吉和 アシノ ヨシカズ

山形県庄内保健所

【座長略歴】

- ・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～現職）

CL-1

在宅医療の学問分野を確立し発展させるためにできること

石垣 泰則 イシガキ ヤスノリ

医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック／日本在宅医療連合学会代表理事

日本在宅医学会と日本在宅医療学会が2019年5月に合併し、日本在宅医療連合学会として歩んで5年が経過した。両学会の会員が協力し、多職種の新たな会員も加わり、6回目の大会が千葉県幕張市で開催される。今大会は、学会が5年の節目を過ぎて、次の節目に向かう大切な時期に開催される学術大会である。日本在宅医療連合学会が目指すビジョンは（1）在宅で療養するすべての人の尊厳を守り、本人と家族のQOL（人生および生活の質）の向上をはかる、（2）療養者自らの生き方を尊重し、それを実現するための支援を行う、（3）質の高い在宅医療の実践を通じて、人生の最終段階も含め、安心して暮らし続けられる地域づくりに貢献する、（4）生活やいのちを支えるための叡智を集約し、新しい在宅医学を創造する、ことである。コロナ禍においても、私たちはこれまでこのビジョンに基づいて活動が続けてきた。そして、これからもその決意に揺らぎはない。2025年を目前として、いよいよ日本は時代の大きな変革期を迎える。少子高齢化の進展をはじめ多発する自然災害、国家財政や政策の変化等が予測される。一方、医学をはじめ科学技術の発展、諸外国との関係性の推進、国民意識の変化等も必至である。また、在宅医療資源においても、地域格差が解消していない。そのような時代の中、人は地域で暮らし、そして死んでいく。この人の命の営みの傍らにあるのが医療であり、地域で暮らす人々の最も近くに存在する医療が在宅医療である。日本在宅医療連合学会は、未だ日本医学会への加盟が認められていない。領域横断的に医療を適切に提供するためには、在宅医療は学際的医療として確立していく必要がある。当学会は更なる叡智を集約し、在宅医療を学問として高めるよう活動が続けていく。我が国の国民がこの国に生まれてきてよかったと思えるために、当学会が注力していくことが求められる。

【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

2019年 一般社団法人日本在宅医療連合学会代表理事副会長

利益相反：無

特別企画1 今後の日本と在宅医療

SP1

【セッション概要】

少子高齢化が進み、2040問題、2050問題も目前に迫り、難題が山積している今後の日本の医療の中で、在宅医療はどうなっていくのか、どうあるべきなのか。日本の国難でもある問題に対して在宅医療が利潤追求の手段になってはいけませんが、同時に良いことは持続可能でなければならない。働き方改革にもあるように自己犠牲に頼った医療に持続性はない。圧倒的に増える需要に24時間体制をどのように対応していけるのか、様々な立場のステークホルダーが知恵を出し、譲り合わなければいけないのではないか。この時期だからこそ考えなければならない、そのような意図で企画をたてた。

理事長講演に引き続き、国際医療福祉大学学長、WHO執行理事、元 厚生労働省医務技監鈴木康裕先生より大所高所からの概観を、アカデミアとして長く医療政策に関わっていらした産業医科大学教授松田先生から今後を見据えての提言を、今後キーになるコミュニティの再生をいち早く手掛けた山崎章郎先生から意図したことを、それぞれ基調講演としてお話いただき、それを受けて、看護の分野からと、副代表理事から今後に向けての抱負をご報告いただく予定である。

多くの方にご参加いただき、皆で考えていきたい。

特別企画1 今後の日本と在宅医療

基調講演1：今後の日本と在宅医療

SP1-1

座長：石垣 泰則 イシガキ ヤスノリ

医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック／日本在宅医療連合学会代表理事

【座長略歴】

1982年 順天堂大学医学部脳神経内科

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

2019年 一般社団法人日本在宅医療連合学会代表理事副会長

SP1-1

今後の日本と在宅医療

鈴木 康裕 スズキ ヤスヒロ
国際医療福祉大学学長

人口の高齢化に伴い、通院が難しい患者も増加し、在宅医療のニーズは高まっているが、どの程度の治療や検査を在宅で行うことができるか等については地域ごとにより事情は異なっており、数々の課題も山積している。

在宅医療のメリットとしては、まず文字通り自宅で療養ができるため、通院が難しい患者でも、住み慣れた環境・安心できる場所で自分らしい日常生活を維持しながら、治療や健康管理ができる。また、入院の制約やストレスから解放され、自宅で過ごすことで精神的な安定が期待できる。そのため、睡眠の質が向上したり、食欲が増したりすることも知られている。さらに、入院に比べて、一般的には在宅療養の方が費用が安く済む場合もあり、医療費高騰に対する解決策のひとつと見る向きもある（これについては、同水準の医療を提供するためには、入院よりもむしろ在宅医療の方が高額であるとする主張もある）。

一方で、在宅医療では家族が患者をサポートする大きな役割を果たすため、入院治療よりも家族の負担が大きくなることもある。また、当然ではあるが、画像検査や積極的な治療は行いにくい。さらに、緊急時には迅速に対応することが難しい場合も多い。

したがって、在宅医療は、患者の希望や状態に合わせて選択されるべきであり、家族との意思統一や充実した医療スタッフの連携下のサポート、ICTなどの通信機器の活用が求められている。

在宅医療は、病院医療を補完する役割から、患者中心の医療を実現するための重要な選択肢へと進化して行くと思われる。

【演者略歴】

昭和59年慶應義塾大学医学部卒。同年厚生省入省。

平成10年世界保健機関派遣（ADG（事務局長補：局長級）として4年間勤務）、平成14年栃木県に出向（保健医療監、保健医療部長）、平成17年厚生労働省研究開発振興課長、平成18年同老人保健課長、平成21年同新型インフルエンザ対策推進本部事務局次長、平成22年同医療課長、平成24年防衛省衛生監、平成26年厚生労働省技術総括審議官、平成27年（併）グローバルヘルス戦略官、平成28年6月同保険局長、平成29年7月同医務技監、令和2年8月退職。

令和3年3月より国際医療福祉大学副学長、同4年4月より学長。

利益相反：無

特別企画1 今後の日本と在宅医療

基調講演2：高齢社会における在宅医療の考え方

SP1-2

座長：谷水 正人 タニミズ マサヒト

南松山病院

【座長略歴】

愛媛県松山市出身。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月まで同病院院長。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として現在に至る。現在、日本在宅医療連合学会副代表。

SP1-2

高齢社会における在宅医療の考え方

松田 晋哉 マツダ シンヤ
産業医科大学公衆衛生学教室 教授

2018年に出された地域医療構想では、在宅医療の提供量を増加させることを目的としている。例えば、慢性期について療養病床に入院する状態である者のうち、医療区分1の患者の内70%を療養病床以外で診ることを前提として患者数及び病床数の推計が行われている。ただし、どの程度の病床数になるかについては、各地域の状況による。療養病床以外の介護資源や在宅を支援する資源が不足していれば、当然のこととして、そうした地域で療養病床を減らすことはできない。例えば、在宅医療を行う診療所がない中山間地域の場合、仮に推計上は一定程度の在宅ニーズがあるという結果ができて、そのような地域で診療所の開業を望む医師がいない限り、在宅医療の推進は難しい。他方で、今後後期高齢者の急速かつ大規模な増大が生じる東京のような大都市の場合、既存の療養病床が少ないため、代替としての在宅医療を増やさざるを得ない。すなわち、慢性期が療養病床、施設介護、在宅医療の3つを合わせたものと理解した上で、その実現可能な配分を各地域で考えることが必要である。在宅医療を実現するために必要な環境が整っていない地域で、無理に在宅医療を増やすことは適切ではない。この点を抑えて地域医療構想調整会議における議論も行われるべきだろう。本講演では演者のこれまでの研究結果をもとに、高齢社会における在宅医療の考え方について説明する。

【演者略歴】

1985年 産業医科大学医学部卒業
1992年 フランス国立公衆衛生学校卒業
1993年 京都大学博士号（医学）取得
1999年3月 産業医科大学医学部公衆衛生学教授
専門領域：保健医療システム論

利益相反：無

特別企画1 今後の日本と在宅医療

基調講演3：住み慣れた街で、最期まで生きて逝く ―ケアタウン小平チームの取り組み

SP1-3

座長：川越 正平 カワゴエ ショウヘイ

あおぞら診療所

【座長略歴】

1991年東京医科歯科大学卒。虎の門病院での内科研修修了後、同院血液内科医員。1999年医師3名のグループ診療の形態で千葉県松戸市にあおぞら診療所を開設。

臨床実践と並行して、緩和ケア普及のための地域PJ（OPTIM）、柏PJ（東京大学）、在宅医療連携拠点事業、地域包括ケア研究会（厚生労働省老健局）などの国の事業に関与してきた。

一方、松戸市医師会理事として、介護保険運営協議会や地域ケア会議の会長を担当するとともに、2018年度に設置された松戸市在宅医療・介護連携支援センターの管理責任者を務めている。2022年度より松戸市から一部委託を受けて、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業に取り組んでいる。2022年に松戸市医師会長に就任。

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

主な著書に、「医師アウトリーチから学ぶ地域包括ケア支援困難事例集」（2023、長寿社会開発センター）、「今日の治療指針（2018年版～、医学書院）」、「在宅医療バイブル第2版」（2018、日本医事新報）、「介護職のための医療とのつきあいかた」（2016、メディカ出版）。

SP1-3

住み慣れた街で、最期まで生きて逝く —ケアタウン小平チームの取り組み

山崎 章郎 ヤマザキ フミオ
医療法人社団悠翔会ケアタウン小平クリニック

(はじめに)

1983年、エリザベス。キューブラー・ロスの「死ぬ瞬間」に触発されて、人間の尊厳を見据えた終末期医療の大切さに目覚めた私は、あるべき終末期医療を探し求めた。そして、ホスピスケアこそが、その答えであることに気が付いた。1991年より、東京都小金井市の聖ヨハネ会桜町病院でホスピス医として働き始めたが、やがて、終末期がん患者の本質的なニーズに応え切れないホスピス（緩和ケア病棟）の限界に直面する。そのニーズに応えるために、2005年、同志とともに、東京都小平市にケアタウン小平チームを立上げ、在宅緩和ケア（ホスピスケア）に取り組むことになった。

(ケアタウン小平チームの取り組み)

まず、在宅でもWHOの「緩和ケアの定義」に基づいた緩和ケアが出来るように、医療・看護・介護のチームが、いつでも速やかに、問題の共有と、解決を図り、患者・家族に適切なケアを提供するための拠点を確保した。その上で、在宅緩和ケアに取り組んだ。死はその人にとってはもちろん、家族や友人・知人、そして地域の隣人にとっても人生の最重要課題だろう。その死を、専門家だけで対処するのではなく、地域の人々とも共有することが大切であると考え、様々な取り組みを行ってきた。最終的に我々が目指していることは「住み慣れた街で最期まで生きて逝く」ことの出来る地域社会づくりに参加することである。今回は、その経緯について報告したい。

【演者略歴】

1975年 千葉大学医学部卒業、千葉大学医学部附属病院第一外科勤務
1984年 千葉県八日市場市（現匝瑳（そうさ）市）市民病院消化器科医長
1991年 聖ヨハネ会桜町病院ホスピス科部長
2005年 在宅診療専門診療所ケアタウン小平クリニック開設、院長
2022年6月 医療法人社団悠翔会ケアタウン小平クリニック名誉院長
2023年1月 聖ヨハネ会桜町病院「がん共存療法」臨床試験担当医

その他：

日本ホスピス緩和ケア協会前監事
日本死の臨床研究会名誉会員
認定NPO法人コミュニティケアリンク東京・理事長
著書：

『病院で死ぬということ』主婦の友社 1990 のち文春文庫 『「在宅ホスピス」という仕組み』新潮社 2018 『ステージ4の緩和ケア医が実践する がんを悪化させない試み』新潮社 2022

利益相反：無

特別企画1 今後の日本と在宅医療

指定発言1：訪問看護の展望

SP1-4

座長：木下 朋雄 キノシタ トモオ

和光ホームケアクリニック

【座長略歴】

1986年 筑波大学 医学専門学群 卒業

1996年 筑波大学附属病院 外科・呼吸器外科

1996年 福島県立医科大学 整形外科学教室

1998年 高山整形外科病院

2004年 曙光会 コンフォガーデンクリニック 翌年 院長に就任

2021年 和光ホームケアクリニックを開設し 院長就任

日本在宅医療連合学会 副代表理事 学会認定専門医・指導医

日本整形外科学会 専門医

日本プライマリケア連合学会 評議員・認定医・指導医

日本緩和医療学会 認定医・指導医

SP1-4-1

生涯、訪問看護に従事できる人材育成

平原 優美 ヒラハラ ユミ

日本訪問看護財団

訪問看護ステーションにおける看護職は2016年から約4年で2.1万人増加しているものの、2040年に向け、訪問看護の量的拡大、機能拡大、質の向上、そして、地域包括ケアへの対応（「訪問看護アクションプラン2025」を継続しつつ、深刻な人材不足問題は急務な課題である。実際に都道府県ナースセンターにおける領域別の看護職員の求人倍率は、病院（20～199床）が1.8倍、訪問看護ステーションは3.22倍と訪問看護における人材確保は、大変困難な状況にあることがわかる。また、訪問看護ステーションに就業する看護職員のうち、40～59歳の者が全体の64.8%を占めており（令和2年度衛生行政報告例を元に財団調べ）、安定した事業継続のためには、今後、学生を含めた訪問看護師の新人育成を教育現場と協力して取り組む必要がある。同時に、中堅、管理者、プラチナナースを含め訪問看護師が生涯、訪問看護に従事できるよう、日本看護協会の「看護職の生涯学習ガイドライン」を参考に訪問看護師の生涯学習ガイドラインを作成し、地域で看護をじっくりしたいと希望する看護師がキャリアを積み成長していけるよう支援したい。また、共生社会に向けた地域包括ケアシステム構築において、ますます訪問看護ステーションは多機能で柔軟な役割が求められており、実際に暮らしの保健室やまちの保健室といった住民を対象にした健康相談、看護多機能型居宅介護や療養通所介護など障がい児者高齢重症者の通所や泊り、ホームホスピスなど質の高い看取りを実施している。2040年にむけ、訪問看護師が多職種連携し、住民に寄りそった看護活動を生涯の仕事とできるよう支援していきたい。

【演者略歴】

1987～1990島根県立中央病院、1990年～2005年東京ふれあい医療生協・梶原診療所訪問看護室所属後、ふれあい訪問看護ステーション開設所長、2006年から日本訪問看護振興財団立 あすか山訪問看護ステーション所長、統括所長に就任し、事務局次長の兼務を経て2022年7月より常務理事2011年首都大学東京大学院博士前期課程修了後、在宅看護CNS取得、2018年首都大学東京大学院後期課程修了し博士学位（看護学）取得日本在宅ケアアライアンス副理事長

利益相反：無

SP1-4-2

在宅における質の高いケア提供に向けて—訪問看護師の確保と活躍推進—

田母神 裕美 タモガミ ユミ
公益社団法人日本看護協会

わが国は2040年頃に高齢者人口のピークを迎えることが推計されており、さらに、今後80歳以上人口が増加していく中で、在宅医療のニーズの増大への対応が急務となっている。

訪問看護は、こうしたわが国の社会環境の中で極めて重要な役割を担い、高齢者とともに、全世代の人々の地域での療養支援を行っている。

訪問看護ステーションで就業する看護職員数については、2019年の「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会 中間とりまとめ」（厚生労働省）において、2025年に最大約12万人が必要であると推計されたが、訪問看護ステーションで就業する看護職員数は2022年時点で7.6万人余であり、関係者の連携のもとに訪問看護師確保対策に取り組む必要がある。

本会は在宅療養に対する国民のニーズに応えるため、訪問看護師の確保と活躍推進に向け、2019年度に「訪問看護従事者の増加に向けた方策」、「人材確保のための基盤整備に向けた方策」、「総合的な推進・支援」を柱とする、「日本看護協会が提案する訪問看護師倍増策」を公表した。

今回、訪問看護師確保に関する課題と方策について述べる。

【演者略歴】

1991年3月	日本赤十字看護大学卒業
1991年4月～2003年3月	日本赤十字社医療センター
2003年4月～2014年3月	厚生労働省（医政局看護課、保険局医療課、大臣官房厚生科学課等）
2014年4月～2021年5月	日本赤十字社本社
2021年6月～	日本看護協会

利益相反：無

SP1-4-3

訪問看護事業の発展

高砂 裕子 タカスナ ヒロコ
(一社) 全国訪問看護事業協会

訪問看護制度が1992年に創設され30年が経過した。人口の高齢化と減少、医療技術の進展などにより、在宅医療が推進され、在宅療養者の増加とともに、訪問看護利用者は、小児から高齢者までの約94.5万人に増加している。また、2023年に訪問看護ステーション数は、15,697箇所である。

訪問看護を取り巻く社会環境の変化に迅速に対応できる訪問看護ステーションを支援するため、2025年に向けた訪問看護が目指す姿とその達成に向けた「訪問看護アクションプラン2025」を日本看護協会・日本訪問看護財団・全国訪問看護事業協会で2014年に策定した。

2025年を目前に、「訪問看護アクションプラン2025」を振り返り、訪問看護の現状を『訪問看護アクションプラン2025の評価と課題』としてまとめ、2040年に訪問看護ステーションが地域包括ケアシステムの深化とともに、それぞれの地域で役割を担い、訪問看護を継続的に提供することを目指し『2040年を見据えた訪問看護のあり方に関する提案』を策定した。その内容は、Ⅰサステイナブル（持続可能）な訪問看護提供の実現、Ⅱ訪問看護の機能拡大、Ⅲ訪問看護の質の向上、Ⅳ地域包括ケアシステムの深化・共生社会の実現である。

今回は、2040年を見据えた訪問看護の展望について、訪問看護を共に推進してきた訪問看護関連団体としての取り組みと訪問看護師として約30年間在宅療養者やご家族などを大切に思い、質の高い訪問看護を提供してきた者として、次世代の訪問看護師への期待を伝えたい。

【演者略歴】

1982年京都第一赤十字看護専門学校卒業、2006年愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻地域・老人看護修士課程修了。1982年京都第一赤十字病院、1995年南区医師会南区メディカルセンター訪問看護ステーションの開設と共に管理者、2000年居宅介護支援センター管理者、2015年横浜市在宅医療拠点事業 南区在宅医療相談室相談員。2009年全国訪問看護事業協会理事、2014年常務理事、2020年副会長。

利益相反：無

特別企画1 今後の日本と在宅医療

指定発言2：在宅医療の歴史と地域医療の課題から展望する在宅医療の未来

SP1-5

座長：鶴岡 優子 ツルオカ ユウコ

つるかめ診療所

【座長略歴】

1993年 順天堂大学卒業後、旭中央病院内科初期研修

1995年 自治医科大学地域医療学教室に入局

2001年 米国ケース・ウェスタン・リザーブ大に留学

2007年 つるかめ診療所副所長

2015年 つるかめ診療所所長

SP1-5

在宅医療の歴史と地域医療の課題から展望する在宅医療の未来

平原 佐斗司 ヒラハラ サトシ

東京ふれあい医療生協 梶原診療所／日本在宅医療連合学会副代表理事

在宅医療の基本的価値の中で最も本質的なものは「様々な理由で医療にアクセスできない人にも良質な医療を届ける」ことであろう。1970年代現在の在宅医療の黎明期に医療の光があたらなかったのは、寝たきり高齢者や末期がん患者であった。病院医療全盛期の時代、医療機関以外での医療が法的に認められていなかった時代に、医療の光があたらない地域の寝たきり高齢者や末期がんの人に適切な医療とケア、緩和ケアを届けようとしたパイオニアたちの活動から現在の在宅医療は生まれた。そしてその活動を土台として1992年に在宅が正式に医療の場と認められ、在宅医療を支える医療やケアの専門家集団が徐々に形成され、今日の在宅医療システムと学問体系が形成されてきた。今世紀に入り、医療的ケア児を含めた小児・トラジション、緩和ケアを必要とする非がん疾患患者など新たな在宅医療のニーズが生まれ、在宅医療の対象は多様化してきたが、これらの分野はいまだ課題が多く、特に今後緩和ケアニーズの中核となるGeriatric palliative careに応える準備は圧倒的に不足している。「最先端の医療は常に現場にある」。未来の在宅医療の在り方を構想する種は現在の地域医療の課題の中にある。近年、重い障害を持つ人に定期的、計画的に訪問するという現在の在宅医療の枠を超えた医療活動として、医療にアクセスできない人に医療を届けるアウトリーチが一注目されている。コロナ渦で病院にかかれぬ状況は、当たり前であった病院医療が遠ざかる未来の日本の医療を予見させ、在宅での急性期医療のニーズ（HaH）を浮かび上がらせた。震災の多発する今日、災害のフェイズで刻一刻と変化する医療のニーズに迅速に対応する災害医療の在り方を学んできた。そして、認知症の初期支援や困難事例などの主体的な要因で医療にアクセスできない人が地域にあふれてきている。まだ、全体像さえ見えていないこれらアウトリーチの実践から未来の在宅医療を考えてみたい。

【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、梶原診療所で地域医療、在宅医療に従事。現在、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、日本エンドオブライフケア学会副理事長、日本認知症の人の緩和ケア学会理事長、総合内科専門医、在宅医療専門医・指導医、プライマリケア認定医・指導医 気管支鏡専門医、アレルギー専門医、東京医科歯科大学、聖路加国際大学臨床教授編著として在宅医療テキスト（勇美記念財団）、チャレンジ在宅がん緩和ケア、チャレンジ 非がん疾患の緩和ケア、心不全の緩和ケア、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（南山堂）、明日の在宅医療、認知症ステージアプローチ入門、緩和ケアと看取りの訪問看護、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（中央法規）、認知症の人に寄り添う在宅医療（クリエイツかもがわ）、在宅医療のすべて（中山書店）、認知症plus 緩和ケア（看護協会出版会）等多数

利益相反：無

特別企画2 患者が“命を終えたい”と言ったとき

SP2

【セッション概要】

「先生、もういいです。もう終わりにしたい」そんな言葉を患者さんからぶつけられたことがある医療ケア従事者は少なくないと思います。在宅という患者さんの人生の場所での医療で患者さんの命に関わるということはすなわち、患者さんの人生のあり方に関わるということであり、そこで患者さんが自らの人生を閉じたいと感じた時にその重い課題を共に悩み、共に答えを出すために何が必要なのか。直接的に医療に関わる医療職だけでなく、福祉職、介護職、多くの人がある人の人生のあり方を支えられるよう何をしたらいいのか。本特別シンポジウムでは四部構成で、医療・福祉、倫理、法律、当事者、識者それぞれの立場から演者をお招きし、考えてみたいと思います。

第一部 医療・福祉の専門職として体験したことを元に、抱いた悩みや問題提起を共有していきたいと思います。中村明澄先生（医師：向日葵クリニック）、植竹日奈さん（ソーシャルワーカー：NPOケ・セラ）、花井亜紀子さん（看護師：国立精神・神経医療研究センター病院）、沖田将人先生（医師：みらい在宅クリニック）からご発表をいただく。

第二部 海外の動向として、Wendy Johnston（University of Alberta）先生からカナダの実態について紹介いただく。引き続き、法的議論を武市尚子先生に、倫理議論を清水哲郎先生に議論していただく。

第三部 当事者からの悩みや思いについて、井関徹氏、竹田主子先生からご発表をいただく。

第四部 識者の立場で長年この問題に取り組まれてきた柳田邦男氏の特別講演をいただきます。

特別企画2 患者が“命を終えたい”と言ったとき

第一部

SP2-1

【セッション概要】

医療・福祉の専門職として実際に患者から“命を終えたい”と言われた経験を共有いただきます。

中村明澄氏（医師：向日葵クリニック）からは緩和ケア医&在宅医として経験した主にがんの症例をもとにお話しいただきます。

植竹日奈氏（ソーシャルワーカー：NPOケ・セラ）からはソーシャルワーカーの立場でALSの人工呼吸器の選択をはじめ、多くの難病患者さんに対峙してきた経験をお話頂きます。

花井亜希子氏（看護師：国立精神・神経医療研究センター病院）からは退院支援看護師として病院と在宅の橋渡しをするだけでなく、退院後も生死を左右する本人の意思決定に関わる中での経験からお話頂きます。

沖田将人氏（医師：みらい在宅クリニック）からは在宅医として「もう透析は終わりにしたい」という訴えに直面した時のご経験をお話頂きます。

座長：中村 明澄 ナカムラ アスミ

向日葵クリニック

【座長略歴】

経歴

2000年 東京女子医科大学医学部卒業。

2000年 独立行政法人国立病院機構東京医療センター初期研修医・総合診療科レジデント・筑波大学付属病院 総合医コースレジデント

2007年 筑波大学大学院人間総合科学研究科 講師

2009年 千葉大学大学院医学研究院循環型地域医療連携システム学特任助教

2010年 向日葵ホームクリニック（2012年より院長、2013年法人化。2017年移転のため、向日葵クリニックへ改称）

資格

日本在宅医療連合学会 在宅医療専門医・指導医

日本緩和医療学会 緩和医療専門医・指導医

日本プライマリ・ケア連合学会 家庭医療専門医・指導医

座長：日下部 明彦 クサカベ アキヒコ

横浜市立大学 総合診療医学

【座長略歴】

略歴

1996年 横浜市立大学医学部医学科卒業

1996～1998年 横浜市立大学付属病院 初期研修医

2007年 横浜甦生病院 ホスピス病棟長

2012年 みらい在宅クリニック 副院長

2014年10月より現職 横浜市立大学 総合診療医学准教授

緩和ケアチーム、臨床倫理コンサルテーションチームに所属

患者サポートセンター 副センター長、臨床研修センター 副センター長

2017年より横浜市人生の最終段階の医療等の検討会座長

2024年6月より横浜市医師会 常任理事

SP2-1-1

「生きている意味がない」 suffering (苦悩) にどう向き合うか？

中村 明澄 ナカムラ アスミ
向日葵クリニック

「死なせてほしい」と言われたとき、どのように対応するでしょうか？

ご存知の通り、日本での安楽死は認められていません。持続的深い鎮静も、死が差し迫っていて（日単位から長くても1～2週間）、他に緩和する方法がない耐え難い身体的苦痛を緩和するための最終手段です。

「生きる意味がない」などのスピリチュアルペインに苦しむ患者さんを目の前にしたとき、私達に何ができるのか。ケースをもとに皆さんと考えていきたいと思います。

ケース①30代女性。右上顎洞・鼻腔肉腫終末期。4年前に診断され6度の腫瘍摘出術施行。腫瘍浸潤で右眼が失明。左眼は網膜芽細胞腫で摘出しており全盲となる。疼痛はオピオイド持続皮下注でコントロールされ室内ADLはほぼ自立、食事摂取可能で予後数ヶ月は見込まれる状態であるが、息子達が顔貌の変化に怖がって近づかなくなったことで「生きてる意味が見つからない。死ぬのは怖くないから、死なせてくれない？」

ケース②70代男性。食道癌終末期。30代で食道アカラシアと診断も症状改善乏しく、市販の漢方薬を自己調整してきた歴史がある。医療への期待が薄く、1年前から通過障害を自覚したがアカラシアの悪化と考え受診せず。2ヶ月前に右下腹部に触れた腫瘍の精査で食道癌終末期、肝転移と診断。病状進行でベット上のADLとなった初回訪問時、そろそろ終わりにしたいからと安楽死を希望。安楽死は認められていない説明に「緩和ケアって希望を叶えてくれるものじゃないの？」

ケース③60代女性。S状結腸癌終末期。2週間前に疼痛増悪で緊急入院。予後週単位の説明を受け、家族で過ごしたいと自宅退院を選択。退院を心待ちにし退院日は笑顔もみられたが、その1週間後「自宅に戻ったらもう少し動けると思ったのに」と何もできないつらさ、自分らしさの喪失、家族にかかる迷惑に関する発言に続いて「なんでこんなに生きていなきゃいけないの？もう死なせて」

【演者略歴】

経歴

2000年 東京女子医科大学医学部卒業。

2000年 独立行政法人国立病院機構東京医療センター初期研修医・総合診療科レジデント・筑波大学附属病院 総合医コースレジデント

2007年 筑波大学大学院人間総合科学研究科 講師

2009年 千葉大学大学院医学研究院循環型地域医療連携システム学特任助教

2010年 向日葵ホームクリニック（2012年より院長、2013年法人化。2017年移転のため、向日葵クリニックへ改称）

資格

日本在宅医療連合学会 在宅医療専門医・指導医

日本緩和医療学会 緩和医療専門医・指導医

日本プライマリ・ケア連合学会 家庭医療専門医・指導医

利益相反：無

SP2-1-2

「あなたとは死んだ方がましか話してるんだよね」～死を思う人との対話から～

植竹 日奈 ウエタケ ヒナ
NPO法人ケ・セラ

ソーシャルワーカーとして150人を超えるALSの患者さんの告知に立ち会い、「人工呼吸器を選ぶかどうか」ということを話し合ってきました。呼吸器をつけて生き続けることを選んだ方もありました。自力での呼吸の限界までで生を終えることを選んだ方もありました。ある方は「あなたとは死んだほうがましか話してきたね」とおっしゃいました。ある方は「戦争から帰ってからは自分にとって余生。器械に頼って生きながらえることは考えません」とおっしゃって微笑まれました。ある方には「あなたたちは僕をALS患者としてしか扱わないだろう？そうでないということこそが僕の望みなのに」と怒りをぶつけられました。ALSだけではありません。この数年は、胃ろうを造るかどうかを話し合うことが増えました。経口摂取が難しくなった人が胃ろうを造るかどうということ、胃ろうという手段で栄養を確保して生き続けるか、栄養摂取が難しいという生命に関わる状況でその限界までで生を終るかという選択であり、人工呼吸を選ぶかどうかということに比べれば出来事としては緩やかではありますが、命をかけた選択であることには変わりなく、多くの場合患者さんご本人ではなくご家族と話し合うことが多いという状況での話し合いはさまざまな思いが錯綜し混沌とすることもしばしばでした。ソーシャルワーカーとしての社会的要素についての知識は患者さんやご家族にとっての医療のあり方だけでなく生活や人生を共に考えるときに大きな助けになりました。臨床倫理や面接（カウンセリング）技術もまた私を助けてくれました。でも今一番思い起こすのは真剣なまなざしで私との対話を続けてくれた患者さんたちの姿です。協働、ともに力を合わせて答えを出すことの大切さこそが患者さんたちが私に教えてくれた一番のことでした。私を支えてくれた患者さんたちとの対話をご紹介しますことで少しでもディスカッションが深まればと思っています。

【演者略歴】

1986年 上智大学大学院文学（社会学）修士
1986年 信州大学医学部附属病院ソーシャルワーカー
1997年 国立療養所中信松本病院（現・国立病院機構まつもと医療センター）ソーシャルワーカー
2022年 多機能型児童通所施設ケセラキッズ 管理者／児童発達支援管理責任者

利益相反：無

SP2-1-3

家族からの相談 ～母が安楽死を希望している～

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

神経難病のほとんどが原因不明の疾患であり、根治は難しく、患者家族は病気や障害とともにその一生を過ごすこととなる。当院は神経・筋疾患の専門病院であり、確定診断から、症状の進行期、維持・安定期、そして時として終末期と、様々な病期に関わっている。患者家族にとって、病院の入院期間はほんの一握りであり、長い人生の中では一瞬である。そんな入院中にも、しばしば患者から「どうしてこんな病気になってしまったのか」「これからどうしたらよいかわからない」「死んでしまいたい」など、答えようがない言葉を聴く。筋萎縮性側索硬化症においては、症状の進行とともに、人工呼吸器や胃瘻など生命に直結するような意思決定を強いられ、「生きていく」選択を迫られる。時に、症状悪化による救急搬送と同時に、決断のリミットとして迫られることもある。今回はこのような事態から気管切開と人工呼吸器の装着を決断し、その後在宅療養に移行した患者が、安楽死を希望していると家族から相談を受けた経験をお話する。なお発表においては倫理的配慮として、所属機関の責任者および対象者家族に学会発表の承諾を得ている。

【演者略歴】

略歴

2000年 国立精神・神経センター国府台病院附属看護学校 卒業

2000年 国立精神・神経センター国府台病院

2009年 辻仲病院柏の葉

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 入退院支援室 配属

2023年 同 入退院支援係長（看護師長）現在に至る

資格

3部学会合同呼吸療法認定士

介護支援専門員

日本看護協会認定 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 評議員 教育推進委員

日本難病医療ネットワーク学会 編集委員

日本神経治療学会

日本在宅連合学会 評議員

利益相反：無

SP2-1-4

「もう透析は終わりにしたい」の患者の声に医療者はどう向き合うべきか？

沖田 将人 オキタ マサト
開田 脩平 カイダ シュウヘイ
金井 亮憲 カナイ リョウスケ
みらい在宅クリニック

75歳独居男性。糖尿病性腎障害により維持透析中。半年前の透析導入前も拒否をしていたが、説得を重ねるうちに、「先生がそこまでいうならやってもいいかな？」という発言がみられるようになった。腹痛をきっかけに緊急入院し、その入院中に透析導入となった経緯がある。ケアマネージャーから「患者が透析をやめたい。と言っているので在宅医療を再開してほしい」と依頼があった。本人は意識清明であり、認知機能の低下なく、抑うつ状態も無かったため意思決定能力は保たれていると判断した。本人に確認すると、「やらないと言っていた俺に透析を勧めたのは先生だからね！俺は本当に透析をやめたいの。」と明確な透析中止の意思表示があった。透析病院の医師とも連絡をとると、「本人が辞めたいというから仕方がない」という返答だった。その後、複数の医師と本人を交えた多職種カンファレンスを複数回行い、本人の意向の理由を尋ね、生きていくことへの様々な支援の提案、透析再開の説得を行い続けたが、本人の意思は固く、透析を再開することはなかった。約2か月後に尿毒症症状によるせん妄となったため、鎮静を行い、自宅での看取りとなった。末期癌、認知症などで透析を中止することはしばしばあるが、医学的には順調に進んでいる維持透析の中止を希望されたときに、どのようなプロセスが必要であろうか？今回は当院は複数医師が所属する医療機関であり、地域の大学病院で臨床倫理に携わる非常勤の医師にも相談することができたが、それでも様々な立場でそれぞれの葛藤があった。我々の葛藤を共有し、在宅医療現場での透析中止の申し出に対して行うべき基本的な対応について検討できれば幸いである。

【演者略歴】

1997年 横浜市立大学医学部卒業
2001年 国立循環器病センター心臓血管外科勤務
2004年 済生会横浜市南部病院心臓血管外科勤務
2005年 さつき台診療所内科勤務
2007年 みらい在宅クリニックを開業し現在に至る

利益相反：無

特別企画2 患者が“命を終えたい”と言ったとき

第二部

SP2-2

【セッション概要】

第二部ではそれぞれ専門家の方からのご講演をお願いしました。

Wendy Johnston氏（神経内科医：アルバータ大学）はカナダのALSのエキスパートで、緩和ケアの専門でもあります。カナダでは2018年から自殺ほう助が合法化されました。施行前の丁度その年にALSの国際学会でEnd of Life Decisionsをテーマにしたシンポジウムで一緒に話しました。今回は合法化された後カナダではどのように変化しているのかについてご報告いただきます。

武市尚子氏（弁護士：札幌フロンティア法律事務所）からは弁護士の立場として、法的な問題について、裁判になった事例（大会長である私に関わった事例です）を通してお話頂きます。

清水哲郎氏（倫理学者：東北大学名誉教授）は長年にわたり生命を左右する人工呼吸器の選択及び離脱の問題について考え続けている真摯な倫理学者です。このような願いを突き付けられたときに、医療・介護従事者をはじめとした関わっている医療・ケアチームはどうするべきかについてお話頂けるものと思います。

座長：加部 一彦 カベ カズヒコ

埼玉医科大学総合医療センター

【座長略歴】

1984年 日本大学医学卒業

東京都済生会中央病院小児科

母子愛育会附属愛育病院新生児科

東京医科歯科大学医療管理学修士課程修了

埼玉医科大学総合医療センター小児科総合周産期母子医療センター新生児科特任教授

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）

SP2-2-1

Medical Assistance in Dying in Canada

Wendy Johnston

University of Alberta

Since 2018, when Medical Assistance in Dying (MAiD) was decriminalized in Canada, people with amyotrophic lateral sclerosis (ALS) have access to medical aid in dying in addition to palliative care. The discussions leading up to and subsequent to the legislation frequently referenced ALS and featured ALS patients so that it is widely known that those affected by ALS may access MAiD.

Discussions about medically assisted death have often been framed as a response to a desire to hasten death. However, in practice, for patients with ALS and other neurodegenerative disorders, discussing MAiD as part of end-of-life planning provides comfort and a sense of control over a disease that is relentlessly progressive and disabling. Engaging with the process to access MAiD is usually undertaken well before end-of-life, and is not always followed to completion. While access to MAiD is available, response to requests to relieve immediate suffering are still managed with symptom management and psychosocial supports. With access to a planned death, those affected by ALS still pursue life-prolonging therapies including non-invasive ventilation and gastrostomy placement. Prior to the availability of MAiD, end-of-life planning could be delayed or only addressed when symptom burden and patient distress were advanced. Broaching the topic of MAiD allows for a full discussion of end-of-life options, advance disease management and choices to accept or forgo life prolonging therapies. Generally, studies that compare those who complete MAiD, to those who do not, have not reported worse quality of life, poor access to supportive or palliative services, nor shorter life-spans. Thus, it would seem that the availability of MAiD opens discussion about disease progression and promoted end-of-life planning.

【演者略歴】

Dr. Johnston BSc (Hon), MD, FRCPC is a Professor of Medicine (Neurology) at the University of Alberta where she founded the multidisciplinary ALS clinic in Edmonton, AB, and was Medical Director (2000-2024). She previously established a multidisciplinary ALS clinic and research programme in Portland Oregon (1993-2000). She has served as Co-Chair, Chair and Past Chair of the Canadian ALS Clinical Research Network (2017-2021) and has served as a member of the Board (2002-2003), the Scientific and Medical Advisory Panel (2005-2010, 2017-present), and Board of Directors (2019-present) for the ALS Society of Canada. She currently has active investigator-initiated research grants and more than 10 industry-sponsored clinical trials active at the Edmonton ALS Clinic. Dr. Johnston has spoken locally, nationally and internationally on communication and quality of life in patients with ALS, with a special interest in end-of-life issues and physician aid in dying. She has published more than 70 articles in the fields of neurology, palliative care and end-of-life care, focusing on ALS and neurological disease.

利益相反：無

SP2-2-2

“命を終えたい” 患者への対応と法的問題

武市 尚子 タケイチ ヒサコ

札幌フロンティア法律事務所／千葉大学客員准教授

患者が“命を終えたい”と言ったとき、このような患者の訴えや苦痛・苦悩に対し、医療・保健専門職が向き合うことになる“法的な問題”について考察するのが、本企画において、法律家として演者に与えられた役割である。

まず、患者の“命を終えたい”という意味が、終末期医療の局面で延命のための積極的治療を中止し、緩和ケアを優先することであった場合には、その患者の意思表示が患者自身によって明示的に行われ、その真意を疑うべき事情もないような場合、当該患者の意向に沿った治療方針をとることは法律上許容されるというのが、関連する裁判例から導かれる通説であると解される。

しかし、患者を支える医療・保健専門職に、より深刻な葛藤をもたらすのは、これまでの裁判例で示されたような①耐え難い肉体的苦痛、②死が不可避で死期が迫っている、③肉体的苦痛の除去・緩和のため方法を尽くしたが他に代替手段がないといった状況下にはない、あるいは終末期医療という局面ではないが、“命を終えたい”という患者の明確な意思表示はあるという場合であろう。

40代のALS患者が、複数の訪問医師や訪問看護師に対し、少なくとも数か月にわたり“人工呼吸器を外してほしい”、“死にたい”などと訴え、医師から“警察に捕まることを覚悟でないとできないからそれはしてあげられない”と断られ、家族Xからも同様に諭されていたという事実関係の下、ついにXが患者の懇願を受け入れて人工呼吸器を停止させたという事案において、Xには嘱託殺人罪（刑法202条）が成立し、懲役3年執行猶予5年が言い渡された（横浜地裁平成17年2月14日判決、医事法判例百選第3版196～197頁）。

上記は医療・保健専門職ではなく、家族が患者の意向に応じたケースであるが、安楽死や尊厳死に関する法が存在しない我が国における現実を端的にあらわしているように思う。

【演者略歴】

東京大学大学院医学系研究科博士課程修了

千葉大学法医学教室特任助教

首都大学東京法科大学院修了、弁護士登録

東京女子医科大学医療安全・危機管理部、法務部次長

厚生労働省医政局医事課 医事・死因究明等対策専門官

利益相反：無

SP2-2-3

「終わりにしたい」という発話の理解と対応の倫理

清水 哲郎^{1,2} シミズ テツロウ

¹ 東北大学 名誉教授

² 岩手保健医療大学 客員教授

人が「死にたい」と訴える時、何かを訴えているには違いないが、文字通り死を求めているとは限らない。その訴えはしばしば「こんな状態になってしまったので、死にたい」といった条件文で表現される。「こんな状態になってしまった（∴もはや生きていても仕方がない）」という条件文の前件が示す状況把握が変れば、「死にたい」という後件も変わる余地がある。発言が端的に「死にたい」「終わりにしたい」であっても、前件が隠れている。「死にたい」理由が何かあるはずであり、それが前件に当たるからだ。

前件の変化は本人の理解・評価の変化によって起きる。例えば、死が近くなり、できることが少なくなっているという事態は変えられなくても、それを否定的に見ることから、「生きている限りはその現在を肯定しつつ前向きに生きよう」と肯定的に見ることへと、評価が変わることがある。

エンドオブライフケアの営みとして英国NHSが「尊厳をもって死に至るようにサポートする」と謳う時、「尊厳を持って死に至る（to die with dignity）」とは、自らの現在の生を肯定的に評価し、前向きに生きる姿勢で最期まで生きることを意味している。これはスピリチュアルな領域のテーマである。

ケアにあたる人は、本人が最期まで前向きに生きて欲しいと願う。しかし、私たちにできることには限りがある。本人には本人の人生把握があり、価値観がある。ケアする側はその変化を期待するとしても、押し付けるわけにはいかない。そこで、「もう終わりにしたい」として本人が求めている選択肢について、ぎりぎりまで話し合っても合意に達しなかった場合、「お互いに自分の価値観を相手に押し付けない」という考え方で収めることを提案したい。

シンポジウムでは、ALSの患者が人工呼吸器を着けるかどうかの選択、および着けた呼吸器を外すかどうかの選択に関しても、これらの事柄を適用して考えたい。

【演者略歴】

- ・ 東京大学理学部天文学科卒業（1969）後、東京都立大学学部および大学院にて哲学を専攻（1970-77）。
- ・ 北海道大学文学部講師（1980）、助教授（1982～93）
- ・ 東北大学文学部助教授（1993）、同大学および大学院教授（哲学 1996～2007）
- ・ 東京大学大学院人文社会系研究科特任教授（死生学・応用倫理 2007～17）
- ・ 岩手保健医療大学・学長（2017～21）、同大学臨床倫理研究センター長（2021-24年3月）

利益相反：無

特別企画2 患者が“命を終えたい”と言ったとき

第三部

SP2-3

【セッション概要】

第三部では当事者の立場から2名のALSの方にお話しいただきます。

井関徹氏（ALS当事者）はALSが進行し、四肢麻痺全介助、24時間NPPV（マスクを用いた非侵襲的人工呼吸療法）を行っている状況で気管切開人工呼吸器を拒否されていました。その後さまざまなことがあって最終的には気管切開人工呼吸器を選択されたのですが、その様子を番組にしたNHKスペシャルのダイジェスト版を見ていただいた後に、そこから3年半たった現在までの気持ちの変遷を語っていただきます。

竹田主子氏（医師：ALS当事者）は内科医でもあり、医師の立場と患者の立場の両者を理解しながら、現在京都大学大学院生として研究もされています。当日はそのような研究から本テーマについてどのように考えられるのかについてお話しします。

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国際医療者教育学／国際医療福祉大学医学部脳神経内科学

【座長略歴】

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

1985年 北里大学医学部卒業

1992年～5年 米国コロンビア大学留学

1994年 北里大学医学部大学院修了（医学博士学位取得）

2000年 北里大学医学部神経内科学講師

2005年 東京大学大学院医療倫理人材養成講座（CBEL）修了

2006年～08年3月 東京医科歯科大学大学院医療政策学修士課程卒業（医療政策学修士取得）

2014年12月 北里大学医学部附属新世紀医療開発センター横断的医療領域開発部門包括ケア全人医療学講師

2017年 3月 同准教授

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

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

2024年 4月 国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター国際医療者教育学教授

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

厚労科研「難治性疾患の医療費構造に関する研究」班 主任研究者（平成20年度～平成22年度）

学会等理事：日本神経治療学会、日本在宅医療連合学会、内科系学会社会保険連合、日本エンドオブライフケア学会、日本難病医療ネットワーク学会

学会等評議員：日本神経学会、日本神経免疫学会、日本臨床死生学会 他、

難病情報センター運営委員

SP2-3-1

井関さんの発表について 抄録にかえてご紹介

井関 徹 イセキ トオル

2020年12月26日に放映されたNHKスペシャル「患者が“命を終えたい”と言ったとき」に出演された井関さんにご登壇いただきます。番組については当日ダイジェスト版を流しますので、そちらを見ていただくのがよいかと思いますが、今でもインターネット上で見ることができます。(https://www.youtube.com/watch?v=FtUJeyvE9JQ)

すでに四肢麻痺で24時間NPPVを装着しており、気管切開人工呼吸器になることを拒否されていました。様々な葛藤の末に気管切開人工呼吸器を装着されたのですが、放送の期限が迫っていたため、番組では実際に人工呼吸器をつけてからどのような思いになったのかをお知らせできませんでした。その後の心境についてをご本人の言葉で講演いただきます。

利益相反：無

SP2-3-2

ALSのトータルペインと死ぬ権利について

- 当事者として医師として -

竹田 主子 タケダ キミコ
東京メディカルラボ

トータルペイン（身体的苦痛、精神苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛）は、がんの緩和ケア領域で知られている。

ALS患者にもトータルペインが存在するが、特殊な点は、

① 全ての随意筋が動かなくなり、“現在使用可能なコミュニケーション手段”ではコミュニケーションが取れない、『完全閉じ込め症候群（Totally Locked-in Syndrome = TLS）』になる不安があること

② トータルペインを抱えながら、身体的終末期の数十年前に、魂の終末期が訪れることがあること
であり、他の疾患と別のアプローチが必要と考えられる。

『死ぬ権利』をどう考えればいいのか。

カナダのMedical Aid in Dying（MAID）について検証した上で、日本版MAIDについて、可能性を考えたい。

【演者略歴】

1996年 信州大学医学部医学科卒業

内科医師

卒業後東京の大学病院などで約20年弱、臨床/研究に従事。

1999～2003年 アメリカテキサス州ヒューストン Baylor医科大学留学 循環器臨床研究員

2012年 ALS発症

2016年 呼吸器装着

2018年 東京メディカルラボ代表

利益相反：無

特別企画2 患者が“命を終えたい”と言ったとき

第四部

SP2-4

【セッション概要】

柳田先生とは14年程前に本企画のテーマである「患者が“命を終えたい”と言ったとき」について深く話をいたしました。その前から、そしてその後も人の生き死にについて考え続けておられます。今回の企画をするにあたり、無理を言ってお話をお願いいたしました。様々な思索を経て、今のお考えをお聴きできればと願っております。

座長：小野沢 滋 オノザワ シゲル

みその生活支援クリニック

【座長略歴】

生年月日：昭和38年10月12日生まれ

最終学歴 平成2年 東京慈恵会 医科大学卒

1990年 5月 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院初期研修医
1997年 4月 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 在宅医療事業部長
2012年 4月 現在北里大学病院 患者支援センター部
2013年11月 北里大学病院 トータルサポートセンター長
2013年12月 相模原町田地区介護医療圏インフラ整備コンソーシアム代表
2016年 9月 みその生活支援クリニック開業

学生時代より在宅医療を目指し、全科で研修可能な病院であった亀田総合病院で研修。その後、亀田総合病院に在宅医療事業部ができるのを機会に、同部所属となりその立ち上げから、総合相談室、職域を超えた栄養サポートチーム、地域医療支援部などの部門の立ち上げを行う。

2012年に北里大学病院患者支援センター部に移り、退院支援の仕組み作りを行う。2016年9月より、実家のある相模原市南区御園地区で、みその生活支援クリニックを開業、在宅医療に取り組んでいる。

著書：在宅栄養管理 南山堂

SP2-4

迫る死、究極の「生き方」の発見 ～深い対話への期待～

柳田 邦男 ヤナギダ クニオ
ノンフィクション作家・評論家

演者抄録にかえて 柳田先生へのご講演依頼

柳田先生とは14年程前に本企画のテーマである「患者が“命を終えたい”といったとき」について深く話をいたしました。2011年厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業「特定疾患患者の自立支援体制の確立に関する研究」班（今井尚志班長）にて「筋萎縮性側索硬化症患者の意向の尊重とケア（事前指示）に関する検討」を行うなかで、当時「TLS（完全閉じ込め症候群：完全にコミュニケーションが取れなくなる状態）になったら人工呼吸器を外して死なせてほしい」と訴えたALS患者照川さんの訴えにどう対峙したらよいかについて話し合ったことがきっかけでした。

本企画第二部で触れられる私自身のつらい経験も踏まえて、病気のご説明や介護の問題ではなく、病状（特にTLSへの恐怖）から真摯に死を望む方がおられるということをお伝えし、実際に照川さんと何度もお会いになる中で、様々なことをお考えになったこととお話くださいました。その一部は2011年に放映されたNHKスペシャルでも述べておられます。

その後も神経難病患者がスイスにわたり薬物の投与によって安楽死を遂げる様子が報道されたり、京都のALS患者さんがSNSで知り合った医師に自殺ほう助を依頼した事件が起こるなど、在宅診療をするなかでも、死を望む方に直面する場面は決して少なくないものと思います。

患者さんにそのように言われたときに、私たちは何を考え、何をすべきで、何をすべきではないのか、これは私たちプロフェッショナルにとってはとても大きな課題です。安易に同意することなく、しかし、その苦悩を受け止めなければならないのですが、そのような教育の機会もないのが現実です。安易な共感や決めつけた解釈は間違った方向に進むことになりかねません。個々のケースで状況が異なり、検討すべき課題が異なるのですから、この問題は現場の問題でもあります。

近年、「自己決定」尊重の名のもと、周囲の介入なしに、安易な意思決定がなされていると感じることが多くなっています。ご本人が本当に理解した上でお決めになっている事なのか、情報提供が片寄り/不足しているときの意思表示は意思決定とはならないことを踏まえて関わっているか、さらに、たとえ理解した上で意思表示しているとしても、他の価値観や考え方もあるかもしれないことを示唆することで、ご自身でも自覚していないかもしれないご本人の真意を探求したか、などのとても難しい、そして時間のかかる関わりを、私たち臨床家はきちんとしているのかに疑問を感じています。これらの関わりを実行するには教育や研修が必要ですが、その機会も多いとは言えません。

このような状況を踏まえて、ご講演いただくことをお願いいたしました。

当日のお話を楽しみにしております。

特別講演1

人を幸せにする為のAIとの相互作用

SL1

【セッション概要】

AIが私たちの日常生活に徐々に実装されつつあり、積極的な活用をしようとしなくても、既に一度は何からかのAIが活用されたサービスを利用された方は多いのではないのでしょうか。

本講演では、AIの研究者としてAI技術の開発に携わり、人を見据えた社会実装に取り組まれている窪田望先生にご登壇頂きます。また、アーティストとして、生成AIを活用したAIアートにも取り組まれており、講演では取得した脳波の周波数をもとに生成AIが絵を作り出す様子を参加されたかには「体感」して頂きます。

後半部では、医療従事者自らが医療現場の課題をテクノロジーで課題解決する力を育成している、ものづくり医療センター代表の北城雅照先生と対談を通じて、実際の医療現場への実装に向けたヒントを頂きます。

また、本プログラムはシンポジウムとワークショップとの連動企画となっております。ぜひシンポジウムとワークショップにもご参加下さい。

座長：村口 正樹 ムラグチ マサキ

日本医療デザインセンター／有限会社ブレインパートナー

【座長略歴】

1979年関西学院社会学部卒業後、大手証券会社・生命保険会社を経て2001年有限会社ブレインパートナー代表取締役役に就任後、主として医科ドクターの新規開業支援に従事。2011年から医療法人社団守成会広瀬病院 非常勤では訪問診療中心とした地域医療連携構築に専念し、2023年より(株)グランシェール経営顧問として現在に至る。

座長：水上 直人 ミズカミ ナオト

さつきホームクリニック

【座長略歴】

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 医療法人社団焔 事務長
2018年 4月～	医療法人賛永会 統括マネージャー 現職

SL1-1

人を幸せにする為のAIとの相互作用

窪田 望¹ クボタ ノゾム
北城 雅照² キタシロ マサテル

¹ 株式会社Creator's NEXT 代表取締役

² ものづくり医療センター 医院長

本講演では、AIの研究者としてAI技術の開発に携わり、人を見据えた社会実装に取り組まれている窪田望先生にご登壇頂き、社会に実装するには、AIをどのように捉えていくのか、そしてどのように人を捉え、人間とAIが協働し、より良い社会を創っていくのかを共に考える「きっかけ」となれば幸いです。

また、本プログラムはシンポジウムとワークショップとの連動企画となっております。ぜひシンポジウムとワークショップにもご参加下さい。

窪田 望先生

米ニューヨーク州生まれ。経営者、AI開発者、発明家、YouTuber、アーティストとジャンルを横断しながら表現を行う。株式会社Creator's NEXT代表取締役。デジタル田園都市国家構想応援団理事。大正大学招聘教授。デジタルハリウッド大学大学院客員准教授。AIの特許を日本・アメリカ・中国・香港で20個発明。自動運転の分野では、Googleの精度、頑健性を上回る数値を出力するAIを作る。2022年から現代美術分野での作品制作を開始。生成AIを用いた動画作品や半透明タペストリー作品を発表する他、AIとフィジカルな装置を組み合わせたインタラクティブな作品を制作。山形県西川町では、消えつつある方言をAIに学習させるなど、メディアテクノロジーとコンセプトチュアルな手法歩を駆使し、人間とAIというありふれた二項対立からの脱構築の実践を試みる。有志のチーム「シャキメン」が活動を支える。

北城 雅照先生

医療法人社団 円徳 理事長

医学博士

ものづくり医療センター代表

医療者向けプロトタイピングスクール「ものづくり医療センター」（略：もいせん）。医療従事者自らが医療現場の課題を認識し、テクノロジーで解決できるかを「判断する力」と課題解決するための「実装する力」を育成。

<https://moicen-forest.studio.site/>

【演者略歴】

2003年 Creator's NEXT 創業

2006年 慶應義塾大学総合政策学部 卒業

2020年 東京大学大学院工学系研究科技術経営戦略学専攻グローバル消費インテリジェンス寄附講座／松尾豊研究室（GCI 2019 Winter）を修了

2021年 MIT Sloan School of ManagementにてBlockchain Technologies: Business Innovation and Application修了

2024年 東京藝術大学先端芸術表現修士課程 入学

利益相反：無

特別講演2

皆で力を合わせれば道は拓ける！障害児を授かってから世界・宇宙に展開するまで
～革新的口腔ケア製品で健康寿命伸延と介護負担低減、障害者支援に挑むプロジェクトの軌跡
SL2

【セッション概要】

手島さんとは10年以上前に日本在宅医学会の展示で初めてお会いしました。その製品のユニークさもさておき、最初から流通に障害者雇用を取り入れているとおききし、まだお若いのにしっかりした考えの方だなと思ったのを覚えております。その後も患者さんの口腔環境の向上は難病医療にとってもとても重要であったため、製品を利用させていただいているなかで、手島さんの幅広い活躍を知ることになりました。それも、どんどん広がっていく状況で目を見はるばかりでした。しかし、手島さんの思いや感覚は当初と全く変わっておらず、信念をもって継続しておられるのがよくわかります。

手島さんのなさっていることは、今大会のコンセプトどおりです。障害者も包含した事業 “含” Inclusion of diverse values、様々なひとを巻き込んで成長してきた “繋” interdisciplinary team collaboration、それが経営的にもなりたつ “繋” sustainability、不快や苦痛をとり “幸” Well being、そして安心できる社会を目指す “楽” enjoy your life、いろいろな分野や思いが集まって “紡” integration、今の発展があるのだと思います。当日はそのような元気の出るお話をいただけたと思います。

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国際医療者教育学／国際医療福祉大学医学部脳神経内科学

【座長略歴】

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

1985年 北里大学医学部卒業

1992年～5年 米国コロンビア大学留学

1994年 北里大学医学部大学院修了（医学博士学位取得）

2000年 北里大学医学部神経内科学講師

2005年 東京大学大学院医療倫理人材養成講座（CBEL）修了

2006年～08年3月 東京医科歯科大学大学院医療政策学修士課程卒業（医療政策学修士取得）

2014年12月 北里大学医学部附属新世紀医療開発センター横断的医療領域開発部門包括ケア全人医療学講師

2017年 3月 同准教授

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

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

2024年 4月 国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター国際医療者教育学教授

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

厚労科研「難治性疾患の医療費構造に関する研究」班 主任研究者（平成20年度～平成22年度）

学会等理事：日本神経治療学会、日本在宅医療連合学会、内科系学会社会保険連合、日本エンドオブライフケア学会、日本難病医療ネットワーク学会

学会等評議員：日本神経学会、日本神経免疫学会、日本臨床死生学会 他、
難病情報センター運営委員

SL2-1

皆で力を合わせれば道は拓ける！障害児を授かってから世界・宇宙に展開するまで ～革新的口腔ケア製品で健康寿命伸延と介護負担低減、障害者支援に挑むプロジェクトの軌跡

手島 大輔 テシマ ダイスケ
株式会社トライフ代表取締役

夢と希望を持った若き経営コンサルタントは障害児を授かり、父と叔父を癌闘病と誤嚥性肺炎で亡くし、リーマンショックからの貧困、東日本大震災の打撃という苦難に屈し失意の中に居た。

しかし家族の未来は自ら拓くしかない。障害児の親が安心して死ねる未来を自らの手でつくる。生きる事への挑戦を重ねている時、九州大学園元謙二名誉教授が福岡県産のおからから発見した乳酸菌抗菌ペプチド（バクテリオシン／ナイシン）実用化の相談を受ける。そして鹿児島大学や国立長寿医療研究センターとの産学官連携により口腔内細菌への効果と人体への安全性、低環境負荷を実現する革新的な口腔ケア製品を発明。生産や流通に障害者が携わり自立生活できる収入を生み出し、成年後見団体と連携し人類普遍の親亡き後問題を解決するプロジェクトを、障害児の親や共感と共に集まった仲間達の協力で立ち上げ、自らも社会起業家となった。

翌年、プロジェクトメンバーの医師の誘いで出展参加した第16回日本在宅医学会大会で、障害で子を亡くした母である歯科医師はじめ同じ悩みや志を持つ多くの医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、介護士、言語聴覚士等と運命的に出会う事でプロジェクトは急加速、涙の中から皆が立ち上がった。

普段は交流することの少ない大学の研究者から医療従事者、障害者支援の社会福祉士、行政や企業など多職種のプロフェッショナルが、家族を想う心で繋がり、楽しく交流し知恵を出し合う。子供達や自分達、同じ様な人達の未来のために、税金や寄付に依存しない「経済性と社会性を両立」する持続可能性ある自立した社会事業を、200名を超える協働プロジェクトで推進。そして今、愛する人を想う気持ちは国を超え日本から世界15カ国に広がり、人類の宇宙進出も支えている。この日本の在宅医療・介護現場の一人一人が世界と繋がり、社会をそして人類の未来を変える。あなたが未来を変える。

プロジェクト10年の軌跡とこれから、そして元気と勇気が出る、熱いメッセージを皆様にお届けします。

Try my life! Try your life! Try our life!

【演者略歴】

社会起業家

経済産業省登録 中小企業診断士

関東学院大学 経営学部 客員教授

商社やコンサル会社を経て、2005年障害児を授かった事からベンチャー企業で障害者の仕事創出を目的にイタリア製オーガニックコスメブランドを立ち上げ、一年で10億円事業とし株式上場に導き独立。ボランティア団体を設立し障害者支援活動を行うも、リーマンショックで一文無しに。2012年二人目の障害児を授かり、近所の親と障害者の孤独死事件から親亡き後問題を知り、父の癌闘病から、産学官連携による革新的な口腔ケア製品で社会課題解決を目指す持続可能な社会事業プロジェクトを立ち上げる。2014年横浜ビジネスグランプリ最優秀賞、2015年ジャパンベンチャーアワード最優秀賞、2016年日本財団ソーシャルイノベーター、2017年グッドデザイン賞、初の黒字に、2019年日本農芸化学技術賞受賞。2020年NHK国際放送で世界に紹介、2021年国際宇宙ステーション搭載品に選定、世界15カ国に展開。2022年米国に居を移し世界規模での支援活動を開始。現在に至る。

1970年東京都出身。明治大学法学部法律学科卒。共著書「マーケティング戦略ハンドブック」PHP

利益相反：有

特別講演3

在宅医療の黎明期を辿る -難病訪問看護の立場から- SL3

【セッション概要】

川村先生は1970年代の在宅医療のまさに黎明期に難病を中心に在宅支援を始められました。当時は様々な医療処置が必要な難病の方が在宅で生活することは考えられなかったことでした。難病という概念ができたのが、このころのことで、当初奇病といわれていたスモンの研究から始まりましたが、川村先生は1969年に全国スモンの会をたちあげ、1970年には全国難病患者団体連絡会を組織され、それが医療費助成制度につながったそうです。そして、そのご活躍が、1972年の難病対策要綱、今の難病法につながり、現在も多くの難病患者さんの助けになっています。在宅人工呼吸療法もいち早く対応されており、まさに在宅看護、在宅医療の草分けの先生です。

苦難に直面している人をみて、社会を変えなければならないと思われ、実行されてきたのだと思います。そのスピリットや実行力は今の日本にも必要なことです。現在当たり前になった在宅医療を開拓してきた先生のお話をぜひお聴きしたいと思い企画いたしました。尊敬してやまない先生のお話を一人でも多くの方に届けたいと思います。

*recipient06_kawamurasawako.pdf (sanjo-no-hikari-sho.com) 2024年4月25日閲覧を参考としました。

座長：中島 孝 ナカジマ タカシ

独立行政法人国立病院機構新潟病院

【座長略歴】

1983年新潟大学医学部卒、1991年新潟大学大学院医学博士課程（医学博士）、1987年～1989年Fogarty Fellow, Biological Psychiatry Branch, NIMH, National Institutes of Health (USA)、1991年～新潟大学脳研究所内非常勤講師、1991年～2003年国立療養所犀潟病院 神経内科医長・放射線科医長・臨床研究部病態生理研究室長、2001年～薬事・食品衛生審議会専門委員その後PMDA専門委員、2004年～2017年国立病院機構新潟病院副院長、2017年～同院長、2023年～臨床研究部神経リハビリテーション研究室長併任

【所属学会等】

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

SL3-1

在宅医療の黎明期を辿る -難病訪問看護の立場から-

川村 佐和子 カワムラ サワコ

東京都医学総合研究所

演者が神経系難病療養者の訪問看護を始めたのは、1965（昭和42）年頃からで、井形明弘医師（当時東大医学部神経内科助手、鹿児島大学医学部長等歴任）とともに、SMON療養者を訪問していた。全国スモンの会が呼びかけた全国難病団体連絡協議会の運動で1970年に都立病院に神経内科が設置され、演者は都立病院の職員となり、1974年から在宅診療の訪問看護を担当することになった。1975（昭和50）年にはALS療養者が在宅で人工呼吸器を装着するなどがあったが、地域の医院医師の在宅医療や訪問看護、介護の制度もなく、療養者の困難は大きかった。そこに、公衆衛生院（現国立保健医療科学院）の西三郎行政部長が地域医師会との連携などに支援され、公衆衛生学的な考えが取り入れられた。住民とともに地域全体で取り組む行事「難病検診」活動を通して、地区医師会会館で難病の地域ケア会議を行い、これらの実践を厚生省委託研究「難病の調査研究事業」の報告会で16mm映像（当時はDVD等なかった）として公開し、各方面からの評価を得、洗練された。

1970年代では、在宅医療や介護の制度が全くなかったが、現在では在宅医療や訪問看護、訪問介護が医療保険や介護保険の報酬対象となり、制度化されている。今後の医療の在り方を「ポスト2025年の医療・介護提供の姿（素案）」（2022年12月第18回医療介護総合確保促進会議）にみると、『『治し、支える』医療と医療・介護連携であり、住民から見ると『ときどき入院、ほぼ在宅』で、最後は看取りを要することになっても、生活の質（QOL）を重視しながら、必要な医療・介護を受けることができる』とされている。医療の受け手が医療を受ける期間は、医療施設内より在宅における期間が長いことになる。これからこそ、在宅医療や地域での生活上の支えが重要となる。これからの医療提供の方向性を軸に、当初の活動について、考察する。

【演者略歴】

1961年 東京大学医学部衛生看護学科卒業。横浜市保健所、三鷹市役所、中島病院に保健師として勤務し、東京大学医学部保健学科疫学教室に勤務する。この間にスモン療養者に出会い、スモン療養者の会の組織化に協力し、副会長を務め、難病対策に尽力する。東京都立府中病院に神経内科が設置されることになり、看護師として都立府中病院に勤務し、在宅診療班の訪問看護を担当する。都立神経病院の新設に伴い、都立神経病院に異動し、さらに東京都神経科学総合研究所に異動する。

1991年 東京医科歯科大学に看護学専攻が設置されるに際し、教授として移動し、以降、都立保健科学大学、青森県立保健大学を経て、聖隷クリストファー大学大学院に勤務し、2022年3月に退職し、現在は東京都医学総合研究所客員研究員である。

利益相反：無

特別講演4

医療的ケアの必要な子供たちに宿る意思をつないで
～他機関・多職種連携で就学・就労をかなえた事例～

SL4

【セッション概要】

近年医療的ケア児についての法律（医療的ケア児支援法）もでき、注目されていますが、小児の在宅ケアはなかなか対応できる医療機関が少なく、成年以降のキャリアオーバーもふくめ、どの地域でも問題を抱えていると思います。また、成人と異なり、小児は成長に即した教育や社会生活も必要ですが、障害や疾病を持ったお子さんはその権利が十分に保障されているとはいいいがたく、多くの場合主たる介護者である母親の権利も守られていないと思います。野崎看護師は問題をそのままにせず、そのような状況を粘り強く変えていきました。一人の訪問看護師さんの熱意が大きく物事を動かすことになる。そこには熱意だけでなく戦略と努力、後押ししてくれる人を味方につける人間力、コミュニケーション能力などがあったのだと思います。お話を伺い、「やればできるのかも」と思わせていただきました。小児のことに限ったことではないですが、特に、地域で小児在宅を何とかしたいと思っている方々にも、とても参考になると思います。

座長：小野 宏志 オノ ヒロシ

坂の上ファミリークリニック

【座長略歴】

1994年3月 産業医科大学 医学部医学科 卒業
1994年7月 浜松労災病院 心臓血管外科 勤務
2005年9月～ 坂の上ファミリークリニック 開業
2014年3月 日本在宅医学会大会浜松大会 大会長
2015年4月～ 浜松市医師会理事
2019年6月～ 静岡県医師会理事
2019年7月～ 日本在宅医療連合学会理事

所属学会・認定医など

日本在宅医学会
日本緩和医療学会
日本循環器学会
日本外科学会
日本外科学会認定医
プライマリケア学会認定医
日本胸部外科学会
日本心臓血管外科学会
日本血管外科学会
日本医師会認定産業医
浜松市認知症対応力向上研修修了医
身体障害者福祉法第15条に基づく指定医

SL4-1

医療的ケアの必要な子供たちに宿る意思をつないで ～他機関・多職種連携で就学・就労をかなえた事例～

野崎 加世子 ノザキ カヨコ
日本訪問看護認定・在宅看護師協議会 監事

日本は、少子高齢化社会を迎え、住み慣れた地域で最期まで暮らし続けることのできる社会を目指している。土台となる考え方は、治らない疾病や障害を抱えても、「本人の選択と本人、家族の心がまえ」、いわゆる本人の意思決定をどう支えるかが重要であるとうたっている。それを支えるためには、小児から高齢者までの在宅療養者にしっかりと向き合い、支えることのできる訪問看護の果たす役割は大きい。筆者は、長く障がい児・者ならびに医療的ケア児の訪問看護に携わってきたが、その時々で本人が希望しても家族の意向が優先され、自宅での療養生活が叶わず入院したままで人生の最期を迎えたり、母親の不安が強く、自宅で家族と共に生活することが困難になり施設入所になった子供など、もっと訪問看護師や医師を始め在宅のチームで検討し支援することができたのではないかと振り返り、反省することが多くある。特に、超重症児や準超重症児、医療的ケアを必要とする子供自身やご家族も、住み慣れた地域で安心して療育生活を継続していきたいと願っている。しかし、現実には、子供やその家族に危機が出現した時や、生活スタイルの変換期等、その時々での不安や負担に対して、個々の職種や機関が単独で機能しては十分な支援や環境が整わず、希望どおりの療養生活が難しくなりやすい。それを実現するためには、医療・介護はもちろん、行政福祉課や保健師・教育委員会、特別支援学校などの教育機関・障がい児支援センター・近隣住民やボランティア等、高齢者とは異なる方々達とチームで支えていく必要がある。今回、筆者は、「お兄ちゃんと一緒に普通学校に行きたい」「私も普通の人と同じように働きたい」との思いを持った子供達について紹介する。2人の意思決定支援の実践を通して、医療的ケアの必要な子供に寄り添い支え、多職種とのきめ細やかな連携を行ったことにより、本人の望む希望が実現へと結びついた取り組みである。症例については倫理的配慮を行った。

【演者略歴】

野崎 加世子（のざき かよこ） 岐阜県郡上市八幡町生まれ

略歴

1979年 4月 岐阜市民病院入職（小児科・未熟児センター・内科・精神科）
1994年 4月 岐阜県看護協会 高山訪問看護ステーション入職・（管理者）
2023年 3月 岐阜県看護協会立訪問看護ステーション高山、サテライト事業所ケアプランセンター高山、ナーシングデイ高山
定年退職
2023年 4月 これからの在宅医療・看護・介護を考える会（ボランティア団体立ち上げ 代表）
2023年 6月 医療法人 岩砂マタニティ・岩砂病院 顧問看護師（現在勤務中）
2023年 9月 飛騨市健康福祉部地域生活安全支援センター 顧問看護師（兼務）
資格
1979年 4月 看護師
1994年10月 救命救急士
1999年 8月 介護支援専門員
2006年 7月 日本看護協会認定・訪問看護認定看護師
2021年10月 防災士
2022年 6月 特定行為研修終了（栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連）

利益相反：無

特別講演5

「アクセシビリティ」という考え方が、より良い人生の可能性と自由を広げる

SL5

【セッション概要】

高橋さんはICTの専門家であらして、障害がある方々のために様々な入力機器やコミュニケーション機器などを開発してこられた方です。しかし、単に技術屋さんということではなく、そこに哲学があります。お話を伺ったときに強くそれを感じました。「アクセサビリティ」と表現されていますが、それは単に「アクセスをよくする」ということにとどまりません。人間の尊厳を支えるための活動です。わたくしたち在宅医療に携わる者は、専門性が異なっても、在宅医療にならざるを得ない方々を診療しています。そのような環境の中で、見慣れた風景、見慣れた状況、と当たり前と思ってはいないでしょうか。高橋さんも最初はビジネスツールを開発されたそうですが、それが多くの患者さんにも役立つことを見出し、おそらく、そこからご自身も影響を受けて、その後の活動につながっていったのではないかと思います。まだできることがあるかもしれない、と思わせてくれるお話になると思います。

座長：草場 鉄周 クサバ テッシュウ

医療法人北海道家庭医療学センター

【座長略歴】

◆学 歴

平成11年3月 京都大学医学部 卒業

◆職 歴

平成11年5月 日鋼記念病院 研修医

平成13年5月 北海道家庭医療学センター 後期研修医

平成15年5月 北海道家庭医療学センター本輪西サテライトクリニック

平成18年4月 北海道家庭医療学センター本輪西サテライトクリニック 院長

平成20年4月 医療法人北海道家庭医療学センター 理事長

医療法人北海道家庭医療学センター本輪西ファミリークリニック 院長

資 格：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、日本医師会認定産業医

公 職：日本プライマリ・ケア連合学会 理事長、北海道医療対策協議会委員

著 書：「家庭医療のエッセンス」（カイ書林，2012年）

共著書：「家庭医療マニュアル」（永井書店，2005年）

「流れがわかる研究トレーニング」（メディカルレビュー社，2010年）

翻 訳：「家庭医療学」（パーソン書房，2013年）

「内なる診療 Inner Consultation」（カイ書林，2014年）

「家庭医療の質 診療所で使うツールブック

Quality in family practice Book of Tools Cheryl Levitt, Linda Hilts」（カイ書林，2015年）

SL5-1

「アクセシビリティ」という考え方が、より良い人生の可能性と自由を広げる

高橋 宜盟^{1,2,3} タカハシ ヨシアキ

¹ 一般社団法人結ライフコミュニケーション研究所

² 有限会社オフィス結アジア

³ 東京慈恵会医科大学

「アクセシビリティ」についてお話をする機会をいただき、ありがとうございます。

在宅医療の現場においては、身体の状態を良好に保つための医療とともに、心の状態をより良くするためにアクセシビリティの活用も大切だと言われるようになりました。

アクセシビリティをひとことで示すなら「自由」です。「複数の選択肢から自分の意思で選ぶことができる自由、そして、選ばなくても良いという選択肢があることを知っている自由」と私は定義しています。「目的に達する道筋はいろいろあるから、諦めなくて良いし決めつけなくて良いですよ」と考えると気持ちは自由になります。心も身体も拘束されずに解放された自由な状態でなければ、人生を笑顔で過ごすことができません。

難病や障害によって、声が出せない・身体が自由に動かせない人たちも、ICT機器の活用によってわずかな身体の動きで、周囲が理解できる言葉で意思を伝えたり、家電や電動ベッドの操作やメッセージ送信をしたりするのは、特別なことではなくなりました。以前はできないと本人も周りも諦めていましたが、いまは自分でできることが増やせます。そのことを知っているかどうかでQOLは大きく変わり、生きる意欲も目標も変わってしまいます。

アクセシビリティは医療行為ではありませんし、ICT機器の導入が目的ではありません。しかし、その人の笑顔をより多く引き出すことができ、社会との関わり方も変化することを知っていれば、診断を確定したり余命判断したりするだけではなく、その人の人生を後ろ支えする一言を伝えられます。そしてその一言は、生きる希望の光となります。最期まで笑顔でいるためにはさまざまな方法があり、可能性があることを共有し一緒に考えること、それがアクセシビリティという考え方です。

講演では、大会の7つのサブテーマに沿って、アクセシビリティを活用している事例をご紹介します。

【演者略歴】

1965年2月24日 愛媛県新居浜市生まれ。

1988年3月 北海道教育大学教育学部旭川校（教育心理学）卒。

1997年2月 有限会社オフィス結アジア設立・代表取締役（現任）。

2015年3月 一般社団法人結ライフコミュニケーション研究所・設立時理事、2021年5月代表理事（現任）。

2021年9月 東京慈恵会医科大学先端医療情報技術研究部・訪問研究員（現任）。

利益相反：無

映像&講演1

映画「うちげでいきたい」から考える在宅看取り

VL1

【セッション概要】

すでにご覧になった方もおられるかもしれませんが、医師で教育者でコミュニティ活動家でYouTuberで東大から鳥取大に突然転勤移住した映画監督の孫先生が制作した映画「うちげでいきたい」の上映と、孫先生のトークをいただく時間です。同じ作品を見ても、何度見ても、いろいろな解釈ができるような映画だと思います。特に在宅診療に携わるわたくしたちにはとても親しみのある内容ですし、実際の現場でも様々な人間模様に接するわけですが、そのあたりも感じさせてくれます。

一人一人の人生を生きている、ということを改めて感じる作品ではないかと思います。つくづく、孫先生のふかいふかいお考えからできる作品なんだなと思います。

あまり書くとネタバレになるので、このへんで。

是非、作品の世界に引き込まれてください。

座長：横山 和正 ヨコヤマ カズマサ

東静脳神経センター

【座長略歴】

1988年 順天堂大学医学部卒業
1998年 順天堂大学医学部脳神経内科入局
1994年 国立精神・神経センター武蔵病院研究所 疾病研究第6部
1996年 日本MS協会医学助成金、吉田育英会奨学金を得て米国Stanford University Microbiology and Immunology部門 研究員
1999年 Stanford University Microbiology and Immunology部門 客員研究員
2000年 順天堂大学脳神経内科助手
2006年 順天堂大学脳神経内科講師
2014年 多発性硬化症および神経難病治療・研究講座講師併任
2022年 東静脳神経センター院長
順天堂大学医学部脳神経内科非常勤講師

専 門

神経免疫学 特に多発性硬化症病態解明及び治療

Present

認定特定非営利活動法人MSキャビン 理事
NPO法人日本多発性硬化症ネットワーク 理事
日本多発性硬化症協会 医学顧問
医学会連合による領域横断的連携活動事業
多学会連携による慢性疾患患者の挙児希望を叶えるための横断的指針作成ワーキンググループ委員

所属学会

日本神経学会専門医・指導医 代議員
日本神経免疫学会 理事
日本内科学会認定内科認定医、専門医・指導医
日本在宅医療連合学会 理事 総務委員長
日本プライマリケア学会認定医
日本パーキンソン病・運動障害疾患学会（MDSJ）
日本サルコイドーシス肉芽腫性疾患学会評議員 診療のてびき作成委員
日本認知症学会

VL1-1

映画「うちげでいきたい」から考える在宅看取り

孫 大輔 ソン ダイスケ

鳥取大学医学部地域医療学講座

2017年度の厚労省調査によると全国成人の69.2%が自宅での最期を望んでいるが、実際に在宅死を迎えている人は20%に満たない。在宅看取りがなかなか増えない背景には、日本人の死生観や家族のあり方が関係しているかもしれない。未だに死を語ることがタブー視されていることや、家族に「迷惑」をかけたくないという日本人的な美意識も影響しているだろう。演者は地域医療を専門とする医師という立場で、2022年に在宅看取りをテーマとした短編映画「うちげでいきたい」を制作した。山陰地方に暮らすある高齢女性が終末期と宣告され、それを支える家族との交流を描いた物語である。演者はこれまでも短編映画の制作経験があり、映画をつくるプロセスに地域の人々を巻き込み、映画上映後に地域の人々と対話をするすることで、地域のウェルビーイングを高めることができるのではないかと考えている。本講演では、映画「うちげでいきたい」を視聴した後、在宅看取りと家族のあり方や映画づくりを通じた地域の健康づくりの可能性などについて考えてみたい。

【演者略歴】

2000年東京大学医学部卒。腎臓内科、総合診療／家庭医療を専門として勤務した後、2012年より東京大学医学教育国際研究センター講師。2021年より鳥取大学医学部地域医療学講座講師。2024年1月より現職。現在、地域医療に従事しながら医学生・専攻医の教育にも携わる。2022年に在宅看取りをテーマとした短編映画「うちげでいきたい」を制作、2024年現在、全国140ヶ所以上で上映会を開催し、5000人以上が視聴した。著書に『対話する医療：人間全体を診て癒すために』（さくら舎）、『ダイアログ〈対話〉のはじめかた：医療・福祉にかかわる人のための対話哲学レッスン』（医歯薬出版）など。

利益相反：無

映像&講演2

進行肺がんの息子に伴走した2年半を振り返って

VL2

【セッション概要】

関本先生はいろいろな方に惜しまれながら2022年4月に旅立たれました。在宅関係の会でご一緒していましたが、控えめでイケメンのまじめな好青年という印象でした。その彼がステージ4の肺がんと聞いて非常にショックを受けました。今後の医療を良くしていく、緩和医療を多くの方に届ける、ということをお酒も入って熱く語り合っていたからです。でも、そこからの彼の生き方はあっぱれでした。多くの方の最後を見てきたからだ、ご自身でも著書に書いておられますが、それでもなかなかできることではありません。実は2022年1月末にあるzoom会議でご一緒したときに、内緒のチャットで会話していたのですが、大学で講演をしていただく話になりました。様々な日程調整で結局3月24日を予定したのですが、その前日に頭痛がひどくて入院することになったので延期させてほしいとご連絡をいただき、その時にも自分の思いをできるだけ伝えたかったとお聞きしました。結局その講演は実現しませんでした。わたくしにできることは彼が生きた証、彼が伝えたかったことを一人でも多くの方に聞いていただく機会を作ることと思い本大会でも企画させていただきました。母で緩和ケア医の師でもある関本雅子先生から、剛先生との診療の申し送りの映像記録を見せていただきましたが、母として医師として、本当に尊敬いたしました。大会最後のプログラムとなりますが、多くの方に見ていただきたいと思います。

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国際医療者教育学／国際医療福祉大学医学部脳神経内科学

【座長略歴】

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

1985年 北里大学医学部卒業

1992年～5年 米国コロンビア大学留学

1994年 北里大学医学部大学院修了（医学博士学位取得）

2000年 北里大学医学部神経内科学講師

2005年 東京大学大学院医療倫理人材養成講座（CBEL）修了

2006年～08年3月 東京医科歯科大学大学院医療政策学修士課程卒業（医療政策学修士取得）

2014年12月 北里大学医学部附属新世紀医療開発センター横断的医療領域開発部門包括ケア全人医療学講師

2017年 3月 同准教授

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

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

2024年 4月 国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター国際医療者教育学教授

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

厚労科研「難治性疾患の医療費構造に関する研究」班 主任研究者（平成20年度～平成22年度）

学会等理事：日本神経治療学会、日本在宅医療連合学会、内科系学会社会保険連合、日本エンドオブライフケア学会、日本難病医療ネットワーク学会

学会等評議員：日本神経学会、日本神経免疫学会、日本臨床死生学会 他、
難病情報センター運営委員

映像&講演2

進行肺がんの息子に伴走した2年半を振り返って

VL2

座長：田上 恵太 タガミ ケイタ

医療法人社団 悠翔会 くらしケアクリニック練馬

【座長略歴】

2008年3月 関西医科大学医学部医学科卒業

2008年4月 東北労災病院初期研修

2010年4月 東北労災病院消化器内科・腫瘍内科後期研修医

2011年4月 東北労災病院腫瘍内科医師、緩和ケアチーム兼任

2012年4月 国立がん研究センター中央病院緩和医療科レジデント

2014年4月 国立がん研究センター東病院緩和医療科レジデント

2015年4月 国立がん研究センター東病院緩和医療科がん専門修練医

2016年5月 国立がん研究センター東病院緩和医療科医員

2017年4月 東北大学大学院医学系研究科緩和医療学分野 助教

2019年10月-12月

Grampian Region Palliative Care Team (Ballarat, Victoria, Australia), Te Omanga Hospice (Wellington, New Zealand) 等で、緩和ケア、終末期ケア、地域医療、在宅医療の研修留学

2020年4月 東北大学大学院医学系研究科緩和医療学分野 講師

2023年8月 やまと在宅診療所登米 院長

2024年4月 悠翔会くらしケアクリニック練馬 医師

・上記以外の現在の勤務先

徳之島徳洲会病院 緩和ケアアウトリーチプロジェクト

KISA2隊K2プロジェクト専門的緩和ケア担当／よしき往診クリニック

・研究内容

がん疼痛やその治療方法（オピオイド、鎮痛補助薬）に関する実態調査

緩和ケアに関するアウトリーチ活動に関する効果

がん患者の施設療養に関する調査

専門的緩和ケアとがん治療の統合に関するタイミングや方法に関する調査

他

・学位・資格・免許・受賞歴

2011年 日本内科学会認定医

2016年 日本緩和医療学会専門医

2016年 医学博士（順天堂大学大学院、国立がんセンター研究所がん患者病態生理研究分野）「非定型抗精神病薬オランザピンは、グレリンによるシグナルを増強する：ヒトグレリン受容体を用いた検討」

2018年 長陵医学振興会 医学研究助成受賞「がん疼痛の因子解析のための、オンラインレジストリシステムの構築

2024年 日本緩和医療学会指導医

2016年、2017年、2021年、2022年 日本緩和医療学会学術大会優秀演題

・論文実績、執筆実績

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Keita+Tagami&sort=fauth>

https://researchmap.jp/keita_tagami

【がん領域における主な活動】

日本緩和医療学会 輸液ガイドライン改訂WPG

日本緩和医療学会 がん疼痛薬物療法ガイドライン改訂WPG

など

【所属学会】

日本内科学会

日本緩和医療学会

日本プライマリケア連合学会

VL2-1

進行肺がんの息子に伴走した2年半を振り返って

関本 雅子 セキモト マサコ
かえでホームケアクリニック

私は、父と上司の「がん死」を契機に、29年前に全国で16番目の緩和ケア病棟を立ち上げ、その後22年前に、在宅緩和ケアを主とするクリニックを開院いたしました。

2018年、同じく「緩和ケア」に従事していた長男にクリニックの院長を譲りましたが、残念なことに彼は2019年10月、肺がんⅣ期と診断され、2022年4月に45歳の若さで天国に召されました。

息子は「緩和ケアの普及啓発が生きるためのモチベーションになっている」また、「良き死」を迎えたいと言いつけておりました。私は母として、時には緩和ケアの医師として、2年半の間息子に伴走してまいりました。

この間の息子の生き様、家族の心の動きを、息子の講演ビデオとともにご報告させていただきます。

【演者略歴】

1974年 3月 神戸大学医学部卒業 麻酔科入局後約20年、手術麻酔とペインクリニックに従事
1994年10月 神戸市の六甲病院に緩和ケア病棟開設 医長に就任 おおよそ2000名の看取りにかかわった
2001年10月 神戸市に「在宅緩和ケア」を主とした「関本クリニック」開院 おおよそ2000名の看取り経験
2023年 5月 息子の永眠後1年でクリニックを「かえでホームケアクリニック」に継承し、顧問に就任 現在に至る

利益相反：無

当事者講演

PC1&2

【セッション概要】

本大会の7つのコンセプトの一つとして“含”（Inclusion of diverse values）を挙げており、様々な立場の方からご発言いただく企画をたてています。本企画は疾病を持ち在宅療養をされている当事者の方からのご発表です。

当事者は疾病によるいろいろな制限を甘受しつつも、自らの療養環境を改善し、人生を豊かにする営みを行ってられます。私たちが在宅医療に関わるものもご本人を主体にその思いをエンパワーする役割であることを改めて気づかせてくれるお話をしていただけたと思います。

当事者講演1

運動ニューロン病に挑む - 逆境を乗り越え、可能性を追求する人生の旅

PC1

【セッション概要】

白岩氏は国際的に活躍されておられる中で疾病が進行し、仕事への参画形態を徐々に変更せざるを得なくなりました。そのうえ、最近ではご両親の介護もされておられます。それでもご自身の強みを生かして、様々な活動をされています。私たちも対峙する在宅医療の場にいる患者さんの主体的な可能性を少しでも広げるような関わりを持ちたいものです。

座長：一戸 由美子 イチノヘ ユミコ

むさしの丘ファミリークリニック

【座長略歴】

秋田大学医学部卒業後に内科、小児科の臨床研修を経て渡英。英国医師免許を取得後、英国家庭医後期研修プログラムに参加。2006年 河北家庭医療学センターを開設、河北サテライトクリニック、2018年 河北ファミリークリニック南阿佐谷院長。2020年 むさしの丘ファミリークリニック開設。診療所にて外来診療と訪問診療に従事。

PC1

運動ニューロン病に挑む - 逆境を乗り越え、可能性を追求する人生の旅

白岩 利一 シロイワ トシカズ

本講演では、運動ニューロン病と診断された後も、決して諦めることなく挑戦し続ける私の人生について語ります。学生時代にはNCAA1部リーグの陸上部で活躍し、限界を超える努力の価値とチームワークの重要性を学びました。その後、未開の地での国際貿易業務や政府開発援助プロジェクトに携わり、新たな視点と広い視野を得ました。さらに、インターネット業界へ転身し、人々に喜びと感動をもたらすことに情熱を注ぎました。

2012年に運動ニューロン病と診断されてからも、私は困難に立ち向かい、自分自身の可能性を信じ続けています。現在は、体が動ける限り、これまでに培ってきた国際的感覚、マネジメント能力、対外折衝力、そして挑戦に対する忍耐力と学習能力を活かし、国際社会の発展等に貢献したいと考えています。逆境に直面しても、前を向いて進み続ける私の人生哲学をお伝えします。

【演者略歴】

1. 南カリフォルニア大学数学科卒業
2. メーカー系商社の海外事業部にてODAの教育案件のプロジェクトマネジメントに従事
3. 大学の友人と共に会社を設立、女性向けメディアを立ち上げる
4. 運動ニューロン病発覚後、ネット系コンサル、カラコンメーカーのCTOなどの職務に就く
5. 2020年より自らの知見と経験を活かし、「レンタルブレイン」として活動開始

利益相反：無

当事者講演2

ALSの私が人工呼吸器を装着したわけと在宅で安全に暮らしていくための工夫 PC2

【セッション概要】

松元氏は悩みに悩んだ末、全介助の状態で気管切開人工呼吸療法を選択されました。在宅人工呼吸療法に移行するにあたり、安全を確保することの一環として災害対策も必要であることをお話したところ、視線入力でPCを操り、自らインターネット検索を駆使して早々に災害対策をされました。急速に変化していく病状の中で、それを受け入れるだけでも大変なことですが、生きると決めたからには自身の療養環境の改善に努力する、という姿は尊敬すべきものでした。ご家族はもちろんのこと、訪問看護師さん、ケアマネジャーさん、重度訪問介護事業所の皆さんもご本人から学びを得て、その一生懸命さを何とか手助けしたいと関わっていただいています。

当日はそのような経験をお話いただけるものと思います。

座長：一戸 由美子 イチノヘ ユミコ
むさしの丘ファミリークリニック

【座長略歴】

秋田大学医学部卒業後に内科、小児科の臨床研修を経て渡英。英国医師免許を取得後、英国家庭医後期研修プログラムに参加。2006年 河北家庭医療学センターを開設、河北サテライトクリニック、2018年 河北ファミリークリニック南阿佐谷院長。2020年 むさしの丘ファミリークリニック開設。診療所にて外来診療と訪問診療に従事。

PC2

松元さんの発表について 抄録にかえてご紹介

ALSの私が人工呼吸器を装着したわけと在宅で安全に暮らしていくための工夫

松元 修一 マツモト シュウイチ

本講演では長い葛藤と迷いの末に気管切開人工呼吸器とともに暮らすALSの松元さんから、

1. プロフィール
2. 人生で最高の楽しみ
3. ALS発症と苦悶の日々
4. 人工呼吸器とともに生きて逝くことにしたわけ
5. 在宅でより安全に暮らしていくための工夫（していること）
6. まとめ

をお話頂く予定です。

在宅での電源確保など、多くの医療従事者に参考になることも多くあると思います。ぜひ聞きにいらしてください。

利益相反：無

教育講演1

自律とは

EL1

【セッション概要】

医療現場において、患者本人の意思を確認し尊重すること、彼らの自律を尊重することは医療ケア従事者の重要概念として発展してきた。しかし、患者本人の意思は様々な状況下において変化するため、如何に患者本人の意思を確認し、それを実現させていくのかは、医療ケア従事者が取り組むべき課題の一つであり、臨床現場では難しさもある。特に地域在宅で療養する人たちは、生活が周囲の状況に依存していることもあり、自らの意思も周囲の影響を受けて揺れがちである。在宅医療の現場で医療ケアに従事者は、不安定で不確定な患者の意思に向き合いながら、自らが果たすべき患者の自律尊重に取り組んでいる。自律とは何であって何でないのか。医療ケアの現場で自律を尊重するとは何であって、何でないのか。教育講演では、改めて自律、本人の自律を尊重するとは何かを考える機会にしたい。そこで、中澤栄輔氏より哲学・倫理的観点から自律とは何かを教示いただき、瀧本禎之氏より医学的、臨床的観点から自律とは何かについて教示いただく。

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）

EL1-1

自律性の概念の医療倫理学と哲学倫理学

中澤 栄輔 ナカザワ エイスケ
東京大学

医療倫理において、自律性という概念は患者の権利保護のための中心的概念だと考えられてきました。しかし、自律性という概念が哲学的・倫理的に必ずしも完成した概念であるとは言い難い状況にあります。本講演では、自律性という概念の歴史的変遷をたどりながら、自律性概念の個人主義的解釈と関係主義的解釈を比較することで、自律性という概念の本質的な部分を検討していきます。自律性概念に関する理解を通して、在宅医療を受ける患者さんおよび患者さんご家族、ならびにそれに携わる医療従事者のコミュニケーションが促進されればと考えており、哲学・倫理学による検討成果をすこしでも活かしていただければ幸いです。

【演者略歴】

1993年 長野県野沢北高校卒業
2000年 日本大学文理学部独文学科卒業
2009年 東京大学大学院総合文化研究科広域科学専攻基礎科学系（科学史・科学哲学）博士課程修了
2009年4月 東京大学大学院総合文化研究科グローバルCOE「共生のための国際哲学教育研究センター」特任研究員・特任助教
2012年 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻医療倫理学分野特任助教・助教・講師

利益相反：無

EL1-2

在宅医療における自律性

瀧本 禎之 タキモト ヨシユキ
東京大学

昨今の患者中心の医療において、様々な医療場面の意思決定において自律尊重の原則は重要な位置を占めており、在宅医療においても同様である。一方で、患者の自律尊重を、患者に十分な判断能力があれば患者の意向を尊重し、患者に判断能力がなければ患者の意向よりも医学的判断や家族の意向を重視するといった、100か0のように取り扱っている例も散見される。本来の自律性の意味に立ち戻り、拡張された自律性に基づいて、在宅医療において自律尊重をどのように果たしていくべきかについて検討する。

【演者略歴】

2004年 東京大学大学院医学系研究科博士課程修了

2004年 東京大学大学院医学系研究科生命医療倫理人材養成ユニット特任研究員

2006年 東京大学医学部附属病院心療内科助教

2009年 東京大学医学部附属病院心療内科特任講師（病院）／同患者相談・臨床倫理センター副センター長

2013年 東京大学大学院医学系研究科医療倫理学准教授/東京大学医学部附属病院患者相談・臨床倫理センターセンター長

利益相反：無

教育講演2

在宅現場における暴力・ハラスメントのリスクマネジメント

EL2

【セッション概要】

昨今、在宅ケア従事者が被害者となる重大な事件が起き、ペイシェント・ハラスメントの他、在宅ケアハラスメントという言葉も使われ、社会的な関心が高まっている。複数の調査で暴力・ハラスメントの被害実態も明らかになっており、行政や警察関係者が協力を行うよう通達もされている。しかし在宅現場における暴力・ハラスメントのリスクマネジメントは容易でなく、全ての在宅ケア従事者が危機感を持って対応できているとは言い難い現状がある。リスクマネジメントが行われていない中では、在宅ケア従事者が安心して働くことはできない。在宅ケア提供を安定的、継続的に行うためには、喫緊の課題として在宅現場の現状に沿った暴力・ハラスメントのリスクマネジメントが必要である。

本教育講演では暴力・ハラスメントのリスクマネジメントの意義を踏まえ、在宅ケア従事者に対する組織的な対策、地域の体制づくりについて考え、今後の課題について言及する。

座長：三木 明子 ミキ アキコ

関西医科大学

【座長略歴】

【学歴】

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）

【委員・研究班など】

平成29年度・平成30年度全国訪問看護事業協会研究事業「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、令和元年度滋賀県委託事業「在宅医療・看護・介護の現場における暴力・ハラスメント対策検討委員会」委員長、令和2年度厚生労働省「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、令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「患者・家族による在宅医療提供者に対する暴力・ハラスメントの事例や対策について」研究協力者。

現在、日本在宅医療連合学会評議員および在宅医療・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、兵庫県委託事業「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、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。

EL2-1

在宅現場における暴力・ハラスメントのリスクマネジメント

武 ユカリ タケ ユカリ
森ノ宮医療大学

在宅現場における患者・利用者や家族のほとんどは、暴力・ハラスメント（身体的暴力、精神的暴力、セクシュアル・ハラスメントの総称）とは無縁である。しかし在宅ケア従事者が被害者となった深刻な事件が起きている。また複数の調査で、在宅ケア従事者が利用者から被害を受けている現状があることが示されており、厚労省や警察庁は関係機関に在宅医療関係者への協力するよう通達を出している。在宅ケア従事者にとって、利用者は援助の対象であり守るべき人たちで、その人たちから暴力・ハラスメントを受けることを想定した対策に、抵抗を感じることは想像に難くない。また実際に暴力・ハラスメントの被害を受けていても、被害に遭っていると認識できない、認識できても自身に非があったから仕方がない、あるいは専門職としての仕事の一部だと考える場合もある。さらに在宅ケアには複数の事業所の多職種がチームで関わることから、暴力・ハラスメントの対策について同じ認識をもつことが難しく、利用者宅で単独でケアを行うために、その場での判断力や対応力が必要となるが、在宅ケア従事者が話し合ったり、学んだりする機会はほとんどない。在宅ケアにおける暴力・ハラスメントのリスクマネジメントは重視されているとはいえない現状がある。

本講演では、暴力・ハラスメントとは何か？発生予防のための対策は？暴力・ハラスメントが発生した際の適切な対応とは？など、在宅ケアの現状に沿った暴力・ハラスメントのリスクマネジメントについて、先行調査や対策に関する現状、各事業所での組織的対策や対応方法の基礎知識などを説明する。本講演が在宅ケア従事者の安全を守る体制づくり、人権や尊厳を守ることの重要性、そしてリスクマネジメントの今後の課題について考える機会となることを期待する。

【演者略歴】

【学歴】

2003年京都大学大学院医学研究科社会健康医学系（医療倫理）修士課程 修士（社会健康医学）、2018年大阪市立大学大学院看護学研究科（在宅看護学）博士課程 博士（看護学）

【臨床経験】

医療法人邦明会榎原クリニック、大正区医師会訪問看護ステーションなどで訪問看護師として従事。

【委員・研究班など】

平成29・30年度全国訪問看護事業協会研究事業「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、令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「患者・家族による在宅医療提供者に対する暴力・ハラスメントの事例や対策について」研究協力者。現在、日本在宅医療連合学会「在宅医療・介護現場における暴力・ハラスメントに関するワーキンググループ」メンバー。

利益相反：無

指定発言

三浦 靖彦 ミウラ ヤスヒコ
岩手医療保健大学

【略歴】

1982年 東京慈恵会医科大学 卒業 同大学第2内科学教室入局
1988年 国立佐倉病院内科医長
1998年 (財) 航空医学研究センター 研究指導部長
2014年 東京慈恵会医科大学附属柏病院 総合診療部 講師、診療部長、臨床倫理委員会委員長、
臨床倫理コンサルテーションチーム、緩和ケアチーム
2020年 同大学 教授
2023年 岩手保健医療大学 看護学部 成人看護学領域 教授、東京慈恵会医科大学 客員教授

教育講演3

災害時における通信連絡手段・電源確保と医療機器管理・搬送手段

EL3

【セッション概要】

自然災害ではしばしば電気・通信・交通などのインフラが破綻するため、在宅医療・介護における業務継続計画（BCP）あるいは地域BCPの策定では、「安否確認時の通信連絡手段」「電源確保と医療機器管理」、そして「救急車の使用できない場合の搬送手段」がしばしば問題となる。しかし、これらの手段について網羅的に解説している教材はまだ少ない。

本教育講演ではこれらの3つのパートに分け、特に電源確保・医療機器管理の問題に関しては在宅医療に従事している臨床工学技士（医療機器のスペシャリスト）より解説いただく。

主な対象者：自施設・事業所でBCP策定は行ったが上記の具体的な対策に不安がある方

座長：宮本 雄気 ミヤモト ユウキ

京都府立医科大学 救急医療学教室・医療法人双樹会 よしき往診クリニック

【座長略歴】

略歴

2012年京都府立医科大学卒業。湘南鎌倉総合病院で初期研修の後、京都府立医科大学 救急医療学教室などで救急・集中治療に携わる。2016年より医療法人双樹会 よしき往診クリニックにて在宅医療にも従事。その後、東京大学 医学系研究科 公共健康医学専攻を経て2021年より現所属。2021年2月より京都府新型コロナウイルス感染症 在宅フォローアップチーム（KISA2隊）を立ち上げ、全国に先駆けて新型コロナウイルス感染症患者に対する在宅医療の提供を行った。

現在も「在宅医療」と「救急医療」の協働で医療はもっとよくなる！をモットーに活動している。

資格等：

日本救急医学会 救急科専門医

日本集中治療学会 集中治療専門医

日本在宅医療連合学会 評議員

公衆衛生学修士

NPO法人 EM Alliance 理事

日本DMAT隊員

EL3-1

災害時における通信連絡手段・搬送手段

宮本 雄気^{1,2} ミヤモト ユウキ

¹ 医療法人双樹会 よしき往診クリニック

² 京都府立医科大学 救急医療学教室

教育講演の前半部分では、総論部分と通信手段・搬送手段の各論について概説する。まず総論部分では通信手段・移動手段・電源確保の重要性について、実例や想定されるケースを交えて解説する。次に災害時の通信手段については選択肢がいくつか挙げられる。例えば医療用SNSを使用することも手段の1つであるし、大規模自然災害により携帯電話回線・固定電話回線が不通となった場合、衛星電話・衛星通信サービスを利用することも手段の1つとなる。これらのツールについて、そのメリット・デメリットについて、合わせて紹介する。最後に搬送手段であるが、救急車が使用できない場合に、どのような代替手段があるか、またやむなく乗用車で搬送する際の注意点についても解説する。

【演者略歴】

2012年京都府立医科大学卒業。湘南鎌倉総合病院で初期研修の後、京都府立医科大学 救急医療学教室などで救急・集中治療に携わる。2016年より医療法人双樹会 よしき往診クリニックにて在宅医療にも従事。その後、東京大学 医学系研究科 公共健康医学専攻を経て2021年より現所属。2021年2月より京都府新型コロナウイルス感染症 在宅フォローアップチーム（KISA2隊）を立ち上げ、全国に先駆けて新型コロナウイルス感染症患者に対する在宅医療の提供を行った。

現在も「在宅医療」と「救急医療」の協働で医療はもっとよくなる！をモットーに活動している。

資格等：

日本救急医学会 救急科専門医

日本集中治療学会 集中治療専門医

日本在宅医療連合学会 評議員

公衆衛生学修士

NPO法人 EM Alliance 理事

日本DMAT隊員

利益相反：無

EL3-2

自然災害時における電源確保・医療機器などの取り扱い

浜本 英昌 ハマモト ヒデアキ
医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン鎌倉診療所 臨床工学技士

毎年、日本各地で頻発する自然災害は規模と被害が増大し続けています。在宅医療において、電力を必要とする医療機器や福祉用具、例えば人工呼吸器などは長時間の停電によって機能不全に陥るリスクがあります。現在、ライフラインの復旧は約72時間が目安とされていますが、救助支援の状況次第では、自ら給電対策をする必要があります（自助）。そのため、長時間の電源確保が最重要課題となります。しかしながら、医療機器への給電対策については、現時点では本学会のガイドラインとして示されておらず、個別での対応が現状です。在宅人工呼吸器の場合、各メーカーから提供可能な推奨バッテリー（自社製品）では、最長作動時間が合計で24時間以下です。他のポータブル電源など（商用電源以外）を使用することは、法的にも制限があります。しかし、長時間の給電を続けるためには、何らかの対策を講じる必要があります。今回は商用電源以外の電源を用いて、「72時間の壁」を乗り切るために安全性への配慮をしながら、様々な組み合わせによる給電方法の検証実験を行ったので紹介したいと思います。さらに、実際の災害の種類とその状況に応じた給電装置の使用環境（屋内または屋外）、電気の種類（交流または直流）の違いについても解説し、在宅医療で使用されている具体的な医療機器や福祉用具の例を挙げ、停電時の各装置の使い方も解説します。また、今後の取り組みにおいては、在宅に係わる医療従事者や患者やその家族、関連する関係者が団結し、災害時の停電に耐えるための対策を急ぐ必要があります。同時に、本学会から法的な制約について、関連の所管機関に対して、未だ許可されていない安全に使用できる電力を有効活用できるよう、積極的に取り組むことを提案したいと思います。

【演者略歴】

臨床工学技士
1989年 東京女子医科大学付属病院 救命救急センター
1994年 JA北海道厚生連 札幌厚生病院
2001年 宮古島徳洲会病院
2003年 沖縄南部徳洲会病院
2006年 東京西徳洲会病院
2009年 徳洲会本部に在籍、榛原総合病院（静岡県）へ出向
2011年 ドクターゴン鎌倉診療所
2024年 同 上

利益相反：無

教育講演4

地域での多職種連携教育

EL4

【セッション概要】

在宅医療の核となる多職種連携は、ただ感じよく情報をやりとりすればいいわけではない。特に医師は、病院で他職種に指示を出す立場として振る舞ってきた経験が長いため、しらずしらずのうちに自分が強い立場になっていることに気が付かず、無自覚なままで医学モデルを強化し、連携を難しくしてしまうことがある。

相手の職種をリスペクトし、フラットな関係を作るためには、卒前教育からの包括的地域連携教育の取り組みが必要である。宮崎大学医学部総合診療医学講座は「ごちゃまぜ実習」に代表される多くの取り組みが行われており、今回はその実際を紹介いただくとともに、卒前実習受け入れの際に重視すべき点などについてお話いただく。参加者それぞれが現場での受け入れの際にどのように研修を組み立てるのかについて考える材料を提供することを目的とする。

座長：井口 真紀子 イグチ マキコ

祐ホームクリニック大崎

【座長略歴】

卒後、公益社団法人地域医療振興協会にて地域医療の実践を行い、新潟県を中心に離島やへき地でのプライマリケアに携わり、家庭医療専門医、指導医取得。その後、都市部の在宅医療を東京ふれあい医療生協 梶原診療所で在宅医療を学んだのち、現在は医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニックでキャリアチェンジ研修者に在宅医療の教育に関わっている。在宅医療専門医、指導医。看取りの経験などをきっかけに死生学に興味を持ち、上智大学グリーフケア研究所を経て上智大学大学院実践宗教学研究科にて在宅医療に関する医師の死生観について研究を行っている。博士（文学）。

EL4-1

多職種連携をどうやって学んでもらうか、その取り組みから見えてきたこと

吉村 学 ヨシムラ マナブ
宮崎大学地域包括ケア・総合診療医学講座

多職種連携は地域での在宅医療の実践の核となるが、ただ単に感じよく情報をやりとりすればいいというものではない。単純化するならば、病院勤務中は指揮系統を明確化するために、ある程度医学モデルに基づいて医師の指示のもとで多職種が動くことが求められるが、在宅医療での連携は、関係する職種が自律的に相補的にケアに関わる必要がある。病院勤務時に知らず知らずのうちに身につけた職種間の権威勾配に無自覚のままでは、相手の職種をリスペクトした上で創造的な関係を作ることは難しいだろう。自覚がないことで、お互いに「よかれと思って」かえって医学モデルを強化し、連携を難しくしてしまうこともある。こうした無自覚に形成されてしまう医学モデル的な他職種との関わり方を「予防」するのが卒前教育での包括的地域連携教育の取り組みである。医学生の間に他職種とのフラットな関わり方を身をもって経験しておくことがもつ意味は大きい。演者が所属する宮崎大学医学部ではロールプレイを用いた「ごちゃまぜ実習」や高学年での「地域包括ケア実習」や不定期で開催される「むちゃぶり道場」「お泊まり実習」に代表される多くの医学教育の取り組みが行われており、その実際を紹介する。また卒前実習受け入れの際に重視すべき点などについても紹介する。また現職に向けた連携を学ぶ研修会も提供している。本学会の会員それぞれが現場での受け入れの際にどのように研修を組み立てるかについて考える材料を提供することを目的とする。

【演者略歴】

1991 宮崎医科大学卒
同年 自治医科大学附属病院研修医、地域医療学講座で学ぶ
1993 六合温泉医療センター（群馬県）勤務
1995 自治医科大学地域医療学講座チーフレジデント
1998 揖斐郡北西部地域医療センター（岐阜県）勤務
2015 宮崎大学医学部地域医療・総合診療医学講座教授
2024 宮崎大学医学部地域包括ケア・総合診療医学講座教授（併任）

利益相反：無

教育講演5

患者の日常生活から学ぶ珠玉のサイエンス：在宅医療スキルアップのための研究のすすめ

EL5

【セッション概要】

「在宅医療に研究はなじまない」そのような言葉を聞いたことがあるのではないのでしょうか。在宅医療は究極の個別対応が求められる分野であり、客観的な根拠を示すことが難しい側面があります。研究にすることで、究極の個別性を排除することになり、在宅医療の魅力を伝えられない懸念があります。そのため、在宅医療における研究が進みにくい現状があるのかもしれません。

しかし、その在宅医療の魅力を残しつつ、スキルアップのための研究、というものがあるのではないのでしょうか。本教育講演では、大学で長年、臨床、研究、教育を精力的に行われ、現在は在宅医療の第一線で活躍しておられる、黒岩義之先生から、「患者の日常生活から学ぶ珠玉のサイエンス：在宅医療スキルアップのための研究のすすめ」というテーマで講演頂きます。在宅医療における研究の重要性、研究の可能性についてぜひ一緒に考えてみませんか？

座長：洪 英在 ホン ヨンヂェ

医療法人康誠会東員病院

【座長略歴】

学歴・職歴

2003年 名古屋大学医学部医学科 卒業

2003年 JA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10月 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／名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学・公衆衛生学

EL5-1

患者の日常生活から学ぶ珠玉のサイエンス：在宅医療スキルアップのための研究のすすめ

黒岩 義之 クロイワ ヨシユキ

医療法人社団和啓会メディクスクリニック溝の口、横浜市大名誉教授、財務省健康管理医、帝京大学溝口病院脳卒中センター長

医道とは病める人への無限の愛情であり、それを実践する一つの形が在宅医療である。私は医療の普遍的原点を学ぶため、4年前にこの世界に飛び込んだ。私自身が診た訪問患者数は325名（在宅75、施設250）。キャリアとは単に知識や技術の獲得でなく、自身の生き方を磨いていくプロセスである（厚労省）。EBM（根拠に基づく医療）には患者の価値観・期待も含まれる（厚労省）。患者の訴えの真実を知り、科学的な理解の基に接すれば、患者は最も良い先生となる（沖中重雄）。虚心坦懐に接する以外に道はなく、未知に挑む姿勢が公正かつ自分に厳しい医療人に成長させる。医療人のキャリアは患者から学び続け、何が本当かを見つめるトレーニングだ（スキルアップのための研究の薦め）。人には発見欲がある。診療現場に科学のアンテナを張って、感覚を研ぎ覚ますことは診療の質を向上させ、医療ミスを防ぐ。思いつく閃き、新しい発見はサプライズ。発見を夢見る情熱は若い活力に受け継ごう。新しい発見には真理に対する謙虚さが肝要である。私が最も大切にしている誇りは、自分が無知であるということだ（クロードベルナル）。この言葉はソクラテスの「無知の知」、老子の「無は中身のいっぱい詰まった無」と通じる。4年間に私が患者から学んだ新たな発見、フレイル（サルコペニア）のサイエンス、低気圧の自律神経系への影響（急性心不全）、認知症患者の内受容感覚（疲労感）の低下と避難行動の欠如、パーキンソン病の不安は右大脳半球（情動の優位半球）に由来する、最近多い仙髄領域の帯状疱疹などについて語りたい。一生勉強、一生燃焼、一生不悟である。私が新しい発見に成功する秘訣は私の師匠（豊倉康夫）の教えである（びっくりすることを一度見たら、頭の隅に置け。二度見たら、しっかり頭の中に記憶せよ。三度見たら、只事ではない）。本発表では日本医学会連合倫理委員会の方針に沿う対応をとった。

【演者略歴】

1973年9月 東京大学医学部医学科卒
1992年8月 横浜市立大学神経内科学講座主任教授
2012年4月 帝京大学医学部附属溝口病院客員教授・脳卒中センター長
2014年4月 財務省診療所長
2020年4月 医療法人社団和啓会メディクスクリニック溝の口

利益相反：無

教育講演6

多職種連携で活用できるコーチング手法とその応用 ～解決志向とポジティブアプローチをベースとして～ EL6

【セッション概要】

コーチングは相手の話を傾聴し質問や提案を通して相手の内面にある答えを引き出し、自己発見や自己啓発を促進する手法である。この手法はビジネスやスポーツなどいろいろな分野で活用されているが、近年は医療分野でもメディカルコーチングとして注目を集めている。メディカルコーチングの目的は患者・家族との意思疎通の改善や行動変容、意思決定のサポートだけでなく、多職種間の良好なコミュニケーションや医療者自身のメンタルヘルスにも焦点をあてておりこれらは医療の質向上や職場環境の改善に直結し、あらゆる職種の人にとって重要な課題である。国際EAPコンサルタント、公認心理士としてご活躍の宮川浩一氏を講師に迎え多職種連携で活用できるコーチング手法とその応用についての教育講演を企画した。

座長：田中 誠 タナカ マコト

医療法人理智会たなか往診クリニック

【座長略歴】

1985年 京都大学医学部卒業
1994年 京都大学大学院医学研究科加齢医学講座修了、医学博士取得
1995年 米国ミシガン大学、ハーバード大学留学
2003年 京都大学医学部附属病院地域ネットワーク医療部助教授
2009年 たなか往診クリニック開設 現在、院長・医療法人理智会理事長

EL6-1

多職種連携で活用できるコーチング手法とその応用 ～解決志向とポジティブアプローチをベースとして～

宮川 浩一^{1,2} ミヤガワ コウイチ

¹ 株式会社NextEAP

² 一般社団法人中小企業EAP普及推進協議会

【背景】在宅医療は、特に高齢者を含む患者が病気と共存しながら平穏な生活を送ることを目指す。これには、個別性を重視しながら、医療スタッフや介護スタッフが連携してケアを行うことが重要であり、チーム内の専門性へのリスペクト、柔軟な思考、効果的なコミュニケーションが求められる。【目的】本講演では、在宅医療の多職種連携において、解決志向（ソリューションフォーカス・アプローチ）を核とするコーチング手法の重要性と応用について紹介する。特に、解決志向のポジティブなアプローチを通じて、多職種チーム内での柔軟な思考と効果的なコミュニケーションの醸成を目指す。

内容：

- ・在宅医療の現場での多職種連携の重要性：病気と共存する患者の支援には、多職種間の緊密な協働が不可欠である。それぞれの専門性を尊重し、患者一人ひとりのニーズに合わせたケアを提供するための連携の重要性を確認する。
- ・解決志向の基本原則：問題ではなく解決策に焦点を当てる解決志向の概要と、そのポジティブな影響について解説する。
- ・多職種チーム内でのコミュニケーションと柔軟な思考：効果的なコミュニケーションと柔軟な思考が、チーム内の協力と患者ケアの質の向上にどのように寄与するかを論じる。
- ・解決志向コーチングの実践：在宅医療の現場での具体的な応用方法や事例を紹介し、チームメンバーがいかにしてこのアプローチを活用し、患者中心のケアを提供できるかを検討する。【結論】解決志向コーチングを多職種連携に取り入れることで、在宅医療における患者の生活の質の向上とチームワークの強化が期待できる。このアプローチにより、多職種チームは解決策に焦点を当てたポジティブな変化を促進し、患者一人ひとりに合わせた個別性の高いケアを実現することを目指す。

キーワード：多職種連携、解決志向コーチング、専門性へのリスペクト、柔軟な思考、効果的なコミュニケーション

【演者略歴】

現職：株式会社NextEAP 代表取締役、一般社団法人中小企業EAP普及推進協議会 代表理事

学歴：中央大学大学院 戦略経営研究科 修士課程修了、筑波大学大学院 人間総合科学研究科 修士課程修了

職歴：外資系生命保険会社、就労支援会社を経て現職

専門分野：組織開発、人材開発、メンタルヘルス

主な業績：医事新報社「診療所職員のメンタルヘルス対策」特別寄稿「中小企業におけるメンタルヘルス問題の実情とその対策」、メディカ出版「業保健と看護 ストレスチェック特集」他

利益相反：無

教育講演7

勘・経験・度胸 (KKD) だけに頼る運営から脱却するための、データに基づく事業所経営 EL7

【セッション概要】

医療・介護の仕事は、個人ではサービス提供が不可能であり、組織化されたチームが必要である。しかし多くの医療・介護従事者は経営者としての教育を受けておらず、「勘・経験・度胸」だけで事業運営を行っているが、これにより経営難に陥る事業所も少なくない。例えば、令和3年度に新設された訪問看護ステーションの約4割が廃止または休止状態にあるという厳しい現実がある。患者・利用者に応じた柔軟な対応が求められる在宅医療・介護分野では、どうしても経営規模が小さくなってしまいう傾向があり、目の前の課題に忙殺されてしいがちであるが、経営安定化のためには、データに基づいたPDCAサイクルの回し方など、経営の基本を押さえることが重要となる。本教育講演では、居酒屋のアルバイトから介護業界に入り、介護福祉士、ケアマネを経てMBAを取得し、現在は50人を雇用する事業所を運営する演者が、データに基づく経営について講演を行う。

座長：次橋 幸男 ツギハシ ユキオ
天理よろづ相談所病院

【座長略歴】

現職 公益財団法人天理よろづ相談所 企画情報室／天理よろづ相談所病院白川分院 在宅世話どりセンター／奈良県医療政策局
地域医療連携課 地域医療政策アドバイザー
2004年 佐賀医科大学医学部医学科 卒業
2010年 京都大学大学院社会健康医学系専攻 卒業（社会健康医学修士，MPH）
2016年 南カリフォルニア大学大学院 卒業（医療マネジメント修士，MMM）
2021年 奈良県立医科大学大学院 卒業（博士（医学），PhD）

座長：猪原 健 イノハラ ケン
敬崇会 猪原「食べる」総合歯科医療クリニック

【座長略歴】

現職 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 理事長
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（博士（歯学））
2010年 カナダ・アルバータ大学リハビリテーション学部 Visiting Professorとして留学
2021年 グロービス経営大学院 修了（経営学修士（専門職））

EL7-1

勘・経験・度胸（KKD）だけに頼る運営から脱却するための、データ・経営理論に基づく事業所経営

大平 怜也 オオヒラ リョウヤ
株式会社ケアクラフトマン

令和4年度介護サービス施設・事業所調査の概況によると、国内には約30万の介護施設・介護サービス事業所がある。1社あたり5事業所運営していると仮定しても6万社が介護事業を運営しており、6万人の社長が介護事業を経営していることになる。2000年に介護保険制度が始まった当初は地域を問わずすべての市場が成長市場であり、事業所も介護従事者も介護事業に参入する企業も雨後の筍のごとく増えていった。介護現場で働いていた人が起業するケースも多くかくいう私もその一人だ。しかし制度開始から24年経ち、介護報酬は下がり、競合他社は増え続け、人材不足は深刻化し、地方においては市場の衰退期にさしかかっている地域もある。成長市場では経営の難易度は低く“誰がやってもうまくいく”状態だったが、いま介護事業者は苦境に立たされている。今回、KKD（勘・経験・度胸）だけの経営からの脱却というテーマをいただいた。KKDは大事だが直感をはできるだけ論理で説明し、経験はn=1だけではなく歴史からも学び、度胸はそれを裏付ける根拠に支えられていなければハリボテのKKDになってしまう。介護保険サービス事業は国の制度でもあることから様々なデータが公開されている。例えば市町村ごとの市場規模や競合数、今後の展望などは検索すれば簡単に入手できる。そういった客観的なデータの活用に加え、経営理論を活用することで当てずっぽうではない（少しでも成功確率の高い）経営が可能ではないかと思う。演者は専門学校卒後に居酒屋のアルバイトを経て特別養護老人ホームの介護職となり、介護現場を13年経験後に起業、起業から5年後に大学院に進学し経営学を修めた経験をもつ。経営の“け”の字も知らずに起業してしまった演者の失敗談、MBA取得後の経営の取り組みなどを紹介しながらこれからの介護経営について考えてみたい。

【演者略歴】

1999年 九州ビジュアルアーツマルチメディア学科卒業
2000年 社会福祉法人成心会入職（介護職員）
2008年 同法人の施設ケアマネジャーへ異動
2012年 同法人退職、株式会社ケアクラフトマン設立
2021年 グロービス経営大学院大学経営学経営専攻修了

利益相反：無

教育講演8

多職種連携においてICTをどう活用するか ～導入期から看取り期まで～

EL8

【セッション概要】

ICTは療養者が自宅で安心・安全にケアを受けられるよう支援するための手段の一つで、多職種連携が円滑になり在宅看取りの質や効率が向上する可能性がある。

1. 導入期：急な退院から在宅移行となる場合、ICT利用により関係者間で迅速な情報共有が可能となり、在宅看取りの推進力ともなる。
2. 維持期：健康情報や治療記録をリアルタイムに共有でき、褥瘡やリハビリの様子は画像や動画で添付できる。
3. コロナ禍での活用：急激に状態が変化する中で、患者・家族の療養方針の意向を聴取し、ACPの内容をICT上で即座に共有できる。
4. 看取り期と看取り後：状態とともに苦痛や思いを共有して、治療介入やケアに生かすとともに、在宅医にとっては看取り時期推測の有力な情報源ともなる。看取り後の振り返りにより専門職のストレスリリースやスキルアップが期待できる。

在宅看取りにおけるICTの活用は医療スタッフや家族の負担を軽減し、効率的なケアの提供を可能にする。

座長：吉川 正宏 ヨシカワ マサヒロ

公益財団法人 ときわ会 竹林貞吉記念クリニック

【座長略歴】

2008年 公益財団法人ときわ会 いわき泌尿器科（医療ソーシャルワーカー）
2010年 同 常磐病院（医療ソーシャルワーカー）
2014年 株式会社シグマ 福祉用具貸与事業所 Needs（所長/福祉用具専門相談員）
2017年 公益財団法人ときわ会 竹林貞吉記念クリニック（医療ソーシャルワーカー）
2023年 同 竹林貞吉記念クリニック（事務長/医療ソーシャルワーカー）

EL8-1

多職種連携においてICTをどう活用するか～導入期から看取り期まで～

岡本 雅彦 オカモト マサヒコ
アイエムクリニック・安城

趣旨・目的) Information and Communication Technology (ICT) は、高齢者や病気の方々が自宅で安心・安全にケアを受けられるよう支援するための重要な手段の一つであり、多職種連携が円滑になり、在宅看取りの質や効率が向上する可能性がある。具体的な活用方法としては、以下のようなものがある。

1. 導入期：近年は看取り目的に、急な退院から在宅移行となる事例が増加している。このような場合ICTの利用により関係者間で迅速な情報共有が可能となり、早期退院から在宅看取りの推進力ともなる。ただ顔の見える関係も並行して進めていくことがスムーズな連携のためには重要であり、病院の参加があればさらに有効である。
2. 維持期：健康情報や治療記録をリアルタイムに共有でき、褥瘡やリハビリの様子は画像や動画で添付できる。またバイタルサインなどをモバイルデバイスで計測し共有することも可能である。
3. コロナ禍での活用：コロナ蔓延時には感染拡大防止のため、ICTやリモート会議の有効性が高まった。また急激に状態が変化する中で、患者・家族の療養方針の意向を聴取し、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の内容をICT上で即座に共有できる。今後も新興感染症が発生した場合にはICTがさらに威力を発揮するものと考えられる。
4. 看取り期と看取り後：患者状態とともに本人、家族の苦痛や思いを共有して、治療介入や訪問時のケアに生かすとともに、在宅医にとっては看取り時期推測の有力な情報源ともなる。看取り後の振り返り（自然発生的なデスカンファ）により関わるメンバーのストレスリリースやスキルアップが期待できる。

在宅看取りにおけるICTの活用は、患者の生活の質を向上させるだけでなく、医療スタッフや家族の負担を軽減し、効率的なケアの提供を可能にする。さらに、ICTの進化により、高度な医療技術や診断手法も在宅で利用できるようになる可能性もある。

【演者略歴】

昭和61年3月 京都府立医科大学 医学部卒業
平成 7年3月 米国テキサス大学医学部 移植・免疫学講座 Postdoctoral fellow
平成17年1月 京都府立医科大学 臓器応答探索医学（移植一般外科）准教授
平成24年4月 アイエムクリニック・安城 院長
令和 4年6月 安城市医師会長

利益相反：無

教育講演9

ケアマネジャーやかかりつけ医が病院とつながる現実と将来への提案

EL9

【セッション概要】

地域包括ケアシステムの中で病院が担う役割は多岐にわたり、急性期病院では救急医療、外来診療、入院医療で、患者が流れるように通り過ぎるのが現状である。特にCOVID-19の状況下で、病院と地域で顔の見える関係が断絶した影響は否めず、地域の医療介護福祉が“真につながる能力”があらわになったといえる。では地域と病院が支え合い、協力し合う手立ては何だろうか。

病院の機能分化と役割分担が進み、地域の専門職からは病院に対する壁や溝を感じる声を散見する。病院と“真の連携”を深め継続するためには、病院も地域も関係なく知恵を出し合い、一つのチームになれることが理想だろう。

今回、介護福祉分野の窓口となるケアマネジャーと、医療面で患者に近い立場にいるかかりつけ医に、地域の現場から見た病院との連携について、現実と将来像を講演いただく。視聴者の地域において、各専門職のアイデア創出や実動につながることを期待したい。

座長：米本 千春 ヨネモト チハル

堺市立総合医療センター 患者支援センター

【座長略歴】

2004年 市立堺病院（現：堺市立総合医療センター） 初期研修

呼吸器内科、総合診療科、緩和ケア病棟勤務を経て

2014年 医療法人 出水クリニック

2017年 医療法人 三谷ファミリークリニック

2017年 堺市立総合医療センター 地域連携センター（現：患者支援センター） 非常勤

2023年以降 医療法人 岩崎医院／医療法人方佑会 植木病院 共に非常勤

EL9-1

ケアマネから見た病院との連携～なぜケアマネは苦手意識を持つのか～

岸 純子 キシ ジュンコ

いきいき小平わくわく介護相談室

地域包括ケアシステムの中、在宅医療・介護連携推進事業の一環として、市区町村が中心となり地域の医師会等と地域の関係機関連携の元、医療系・介護系の職種がともに参加する研修・意見交換会・講演会等々様々な所で医療介護の横の繋がりが出来始め地域で顔見知りが増える一方で、介護保険サービス導入にあたり病院・医院・訪問診療など医療との連携が必須のものが多く多くのケアマネが（苦手）と感じていることがこの医療との連携である。在宅側からは（医療との連携はハードルが高い）との意見があり医療側からは（医療的知識が少ないので話しにくい）等聞かれる。ケアマネの苦手意識は何が原因なのか、いい関係を持ちながら連携ができる方法はあるのか考えたい。

【演者略歴】

1981年 東京慈恵医科大学付属病院入職（1984年まで）
1986年 医療法人北九州老人病院入職（1988年まで）
2006年 訪問看護ステーションくれよん入職（2014年まで）
2014年 小平市医師会ケアマネジメントセンター入職（2020年まで）
2020年 いきいき小平わくわく介護相談室入職

利益相反：無

EL9-2

在宅医からみた最近の病診連携のリアル

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

最近の病診連携や在宅医療地域連携において、病院連携室もケアマネジャーさんも、もはや誰もが「待てなくなっている」ように感じています。コロナ禍のせいなのか、なんなのか、その理由は分かりません。今のこの電話で「今すぐ」在宅で引き受けられるか答えて欲しい、細かいことは聞かずに「今すぐ」訪問診療に入って欲しい。病院やケアマネジャーからのそんな依頼が増えている印象です。いま外来中なのでFAX見てからお返事します、では遅すぎて、電話を折り返す頃には「もう引き受けてくれるところが見つかりました」となります。10年以上前に「ご連絡いただければ2営業日以内に必ず対応します」と講演などで話をする、とおお！となっていたのは今や昔です。今では「2時間以内に対応」でも遅すぎるのでしょうか。ここまで数ヶ月入院していたのに、数ヶ月前からADLが低下していたのに、今日連絡してきて今すぐ決めて欲しい、というのはなかなか御無体と思うのですが、これも時代なんのでしょうか。私が在宅医療の諸先輩から受け継いだ「在宅医療導入前の事前面談」も、そんなのが必要ならもういいです、そこまで待てません、と言われます。

もちろん、在院日数のさらなる短縮等が求められ退院調整に割く時間がない、退院後に入所する施設の意向に左右される、といったさまざまな病院側の事情もあるでしょう。患者を一人のヒトとして丁寧に扱えるような病診連携のために、在宅医療を提供している立場としてどのようなアプローチが求められているのか考えてみたい。

【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 医療法人社団 清水メディカルクリニック

【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。日本在宅ホスピス協会理事。

2020年より現職。地域で外来診療及び在宅医療に取り組んでいる。

利益相反：無

教育講演10

異分野・異業種の視座から喪失を分かち合い多様性を包摂するコミュニティを考える

EL10

【セッション概要】

異分野・異業種連携カテゴリーの企画は“喪失”を軸に異分野・異業種からの視座を得る場とする。喪失を分かち合い多様性を包摂することでそれぞれのコミュニティが優しくなれば、過度な医療化を手放した未来に接続できる可能性がある。これらのコンセプトを講演・シンポジウム・ワークショップの3つの企画セットに通底させた。企画セットに参加すれば喪失の分かち合いと多様性の包摂を足ものとコミュニティにどのように実装していったらいいのかをインスパイアされる体験ができるような構造になっている。

教育講演にご登壇いただくのは遺品整理のパイオニアでメモリーズ株式会社代表取締役・横尾将臣さんである。「葬儀は肉体的な別れ、遺品整理は精神的な別れ」と位置付け、モノから辿って“喪失”に向き合う。「遺品と心を整理する遺品整理士」としてのプロフェッショナリズムについてご講演いただく。

座長：荒金 英樹 アラガネ ヒデキ

一般社団法人愛生会山科病院

【座長略歴】

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

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】

平成2年から看護師として就職するが、在宅ケアに興味を持ち、クリニックの外来や訪問看護ステーションに勤務
平成11年に市の総合相談窓口勤務したことをきっかけに、平成12年に介護支援専門員資格を取得後、平成15年からケアマネジャーとして民間事業所に勤務
平成20年 主任介護支援専門員取得
平成26年3月 合同会社オフィスK起業 経営、ケアマネ、訪問看護師の3足わらじの日々

EL10-1

遺品整理人から異業種・医療介護に期待すること

横尾 将臣 ヨコオ マサトミ
メモリーズ株式会社

遺品整理業務は、故人の生涯を物語る品々と向き合うことで、残された家族の心のケアにも繋がるなど、寄り添う心と深い洞察力が必要で、医療介護サービスと深く共感できる部分だと思います。故人が最期を迎える前後の介護や医療サービスと遺品整理は密接に関連しており、遺品整理のプロセスで見える生前の生活や健康状態は、医療介護業界のサービス提供に貴重なフィードバックを提供できるなど、情報共有や連携の強化が必要だと感じています。

そのためにも遺品整理業界のガイドライン化や国家資格制度など、業界全体のサービス品質を向上させ、医療介護業界とのより効果的な連携が実現されることを期待します。

本講演では、遺品整理人の視点から、社会問題である孤独死や地域からの孤立、ゴミ屋敷などの実態や背景についても造詣を深め、遺品整理業界と医療介護業界の間の橋渡しを目指し、より包括的で連携の取れたサポートシステムの構築を提案します。

【演者略歴】

1969年生まれのメモリーズ株式会社代表取締役（2008年11月設立）で、遺品整理業務で扱った案件は累計で16,000件を超え、作業代や貴重品に関するトラブルも多く、業者選びの重要性を強調しています。遺品整理を「精神的な別れ」と位置づけ、故人や遺族の心情を第一に考えたサービス提供を目指しています。少子高齢化や核家族化が進む中で孤独死や自死が社会問題となる現代において、遺品整理は必要不可欠なサービスとしての位置づけを強調し、故人の思い出を大切に扱うことを理念として掲げています。また、孤独死やセルフネグレクトの問題に対する深い関心から、「孤立させない」ための地域包括システムの構築と福祉整理の重要性についても訴えています。横尾はメディア出演も多く、各種報道番組の他、2010年MBSドラマ「遺品整理 谷崎藍子」の監修、2015年テレビ東京日曜ビッグバラエティ、2018年NHK「プロフェッショナル～仕事の流儀～」に出演するなど、遺品整理業界の発展と社会的認知の向上に努めています。

利益相反：無

教育講演11

在宅医が知らない地域包括ケア：遺体管理人が伝える死後に必要な処置について

EL11

【セッション概要】

在宅医療および介護に関連する専門職は、患者や利用者本人が生存している間の支援が主である。そして、死亡時の診断やケアについては業務範囲であるが、その後の亡くなられた本人や家族の経過について、知らないことが多いのではないだろうか。

死亡診断後、本人は死亡前にそうであったように、穏やかでいられるのだろうか？本人を見守る家族等は、本人の容貌や体の変化、体外に排出されるさまざまな体液によって、更衣等の負担や過剰な悲嘆を感じることはないだろうか。私たち専門職は、死亡後の本人や家族等の本人を大事に思う方々に、もうすこしできることがあるのではないだろうか。

沖縄を舞台に死亡後の本人と本人を取り巻く家族等をささえる遺体管理人より、死亡後に必要な処置等について説明を受け、医療・介護専門職が行える死亡後のケアについて考えていきたい。

座長：新屋 洋平 シンヤ ヨウヘイ

一般社団法人OHS沖縄往診サポート

【座長略歴】

略歴：

2005年自治医科大学医学部医学科卒業、沖縄県立中部病院で初期研修及びプライマリ・ケア後期研修を受け、2008年から2012年まで小規模離島のひとり医師として沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属阿嘉診療所に勤務。その後は県立中部病院および急性期病院にて在宅医療及び緩和ケアに従事した。2016年より沖縄県医師会在宅医療介護連携に関する市町村支援事業のアドバイザーに就任。2020年より新型コロナウイルス感染症対策・診療、地区医師会事業にも携わる。2021年12月より医療法人以和貴会西崎病院 総合診療科。

2022年3月 一般社団法人OHS沖縄往診サポート設立し、代表理事就任。

2024年2月～3月 認定NPO法人ロシナンテス 医療アドバイザーとしてザンビア共和国に滞在。

資格等：

日本在宅医療連合学会認定専門医・指導医

日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医・指導医

沖縄県医師会在宅医療・介護連携統括アドバイザー

沖縄県医師会医療機能の分化検討会議作業部会長

EL11-1

最期の地域包括ケア：エンゼルケアとグリーフケア

嘉陽 果林 カヨウ カリン
株式会社おもかげ 代表取締役

【目的】グリーフケアとは、大切な人と死別した人に対して、喪失感や悲嘆、その回復過程で不安定となった心や体を癒す寄り添うケアである。そのなかにエンゼルケアや葬送の儀礼における配慮が含まれていると考えられるが、実際は表面上のメイクや葬儀における演出に重きを置いただけのただの作業となっているケースが散見される。本発表では、7年間の遺体管理人として得た経験から、エンゼルケアとグリーフケアについて考えを述べる。【本文】遺体は、生体とは全く異なり恒常性が消失している事ため、外部環境や外力に対して非常に脆弱で影響を受けやすく不可逆的な変化を生じる。その方を取り巻く環境や死亡前の健康状態、医療内容等により遺体変化の内容や進行形態が全く異なる。例えば、在宅看取りとなったご遺体は一般的に痩せている。また、遺体の状態に限らず、社会環境や家族関係、死生観により遺族の死の受容は同じではない。在宅看取りという経過に満足していても、目が落ち窪み、頬がこけたまま葬儀に入った場合、家族はどう受け止めているのか？また、エンゼルケアに代表される「死後処置」は、遺体の個性に合わせた処置ではなく、画一的な処置が行われていることがある。処置内容は先輩から後輩へ伝承されている場合が多く、科学的な根拠がない場合に医療機関の管理から離れた後に想像しないような変化を示す場合がある。【結論】遺体従事者の立場から考えるエンゼルケアとグリーフケアとは、「遺体管理、細やかなお世話を通して死者の尊厳を保ち、遺族の悲嘆と喪失感に対応するケア」である。この認識のもとで、遺体となった患者や家族に対して、その個性や場面に応じた適切な対応が行なわれるべきである。患者が遺体となったとき、死を境に関わる職種が異なる。生前と死後の関係者が意見交換することで、それぞれが互いの役割を理解し、尊重しあい連携できるようになるものと思われる。遺体（患者）のため、遺族のためでもあり、ひいては社会のためにもなると考えている。（写真等に関しては遺族に使用の許可を得たうえで、個人を特定できないように加工している。）
(COI：なし 発表者名：◎嘉陽 果林)

【演者略歴】

2011年、納棺会社に就職。納棺師として遺体に向き合う。その後、沖縄県民の死生観を軸に遺体管理について知識を深めたいと退職。2017年12月に遺体管理専門会社・株式会社おもかげを設立、代表取締役。経営方針は「故人を火葬日まで適切に管理すること。遺族への体験・経験させるグリーフケアを行う」、「死後の家族のケアはターミナルケアの延長である」。沖縄県警察署交通課からの事故遺体紹介あり。遺体の顔面による遺族のトラウマ防止。資格：遺体保全終了認定／京都グリーフケア協会認定上級グリーフサポーター／上級終活カウンセラー／海洋散骨アドバイザー業績：遺体処置数4700体、死因・状態に応じて処置内容を決定し、火葬日当日まで遺体を管理する。主な処置内容：腹水胸水抜き／るい瘦対応／顔がん皮膚移植／医療機関での死・事故死・自死・社会死・自宅死亡・警察搬送・解剖遺体／
メディア：沖縄タイムス、琉球新報
セミナー：琉球大学病院・豊見城中央病院・友愛病院・アドベンチストメディカルセンター・オリブ山病院・中部徳洲会・南部徳洲会・中部協同病院・他介護施設・訪問看護事業所にてエンゼルケア、グリーフケアセミナー実施中

利益相反：無

教育講演12

市町村が行う在宅医療・介護連携推進事業と都道府県の連携について

EL12

【セッション概要】

在宅医療・介護連携推進事業は、制度の開始から9年目となる。市町村担当者は事業の立ち上げや委託先となる団体の選定および調整に苦勞し、また委託を受けた郡市医師会等においても、行政の介護保険担当部局との連携や調整に携わるコーディネーター等職員の雇用および教育に課題があると指摘されてきた。

沖縄県では、平成28年より『沖縄県在宅医療・介護連携市町村支援事業』として沖縄県医師会に委託し、アドバイザーを配置して市町村および委託を受けている地区医師会の支援を実施してきた。また、令和2年からの新型コロナウイルス感染症流行期においては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止を目的とした研修会等を頻回に開催してきた。

今回は、沖縄県中部地区における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況および県の支援事業について報告し、市町村、郡市医師会、都道府県医師会および都道府県の果たすべき役割と今後の課題について考えてみたい。

座長：新屋 洋平 シンヤ ヨウヘイ

一般社団法人OHS沖縄往診サポート

【座長略歴】

略歴：

2005年自治医科大学医学部医学科卒業、沖縄県立中部病院で初期研修及びプライマリ・ケア後期研修を受け、2008年から2012年まで小規模離島のひとり医師として沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属阿嘉診療所に勤務。その後は県立中部病院および急性期病院にて在宅医療及び緩和ケアに従事した。2016年より沖縄県医師会在宅医療介護連携に関する市町村支援事業のアドバイザーに就任。2020年より新型コロナウイルス感染症対策・診療、地区医師会事業にも携わる。2021年12月より医療法人以和貴会西崎病院 総合診療科。

2022年3月 一般社団法人OHS沖縄往診サポート設立し、代表理事就任。

2024年2月～3月 認定NPO法人ロシナンテス 医療アドバイザーとしてザンビア共和国に滞在。

資格等：

日本在宅医療連合学会認定専門医・指導医

日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医・指導医

沖縄県医師会在宅医療・介護連携統括アドバイザー

沖縄県医師会医療機能の分化検討会議作業部会長

EL12-1

沖縄県中部地区12市町村 在宅医療・介護連携推進事業について

荒川 裕紀子 アラカワ ユキコ

一般社団法人中部地区医師会在宅医療・介護連携推進事業 在宅ゆい丸センター

平成29年より沖縄県中部圏域3市、広域連合構成9町村より委託を受け在宅医療・介護連携推進事業を実施。当センターは事業推進を図るため8つの事業へ取り組んでいる。地域の目指す姿を共有しPDCAサイクルに沿った事業展開を行う上で幅広い知識を有したコーディネーター業務が求められている。委託先である行政との連携、事業実施等コーディネーター業務の難しさから人材教育、定着への課題がある。その中で実情や先を見据えた事業展開が求められ、これまで新型コロナウイルス感染症対策研修、ACP地域住民向け研修会等を地域各団体と協働し開催。今回は、在宅医療・介護連携推進事業実施状況について報告し今後の連携推進、期待される事業展開について考えていきたい。

【演者略歴】

平成 9年 沖縄県立沖縄看護学校 看護学科卒業。

平成 9年 急性期病棟勤務

平成13年 山口県内 訪問看護ステーション従事

平成17年 中部地区医師会訪問看護ステーション従事

平成29年 中部地区医師会訪問看護ステーション所長

令和 2年 看護小規模多機能型居宅介護支援事業所

ナーシングケアハウスやえしま 所長

令和 4年 在宅医療・介護連携推進事業 コーディネーター

兼 課長（現職）

利益相反：無

教育講演13

地域包括ケアシステムにおける自費サービスの実践と拡大

EL13

【セッション概要】

医療や介護が必要になったとき、すべての国民が必要な治療やケアについては社会保障として公的サービスが利用できるべきである。しかし、住民ひとりひとりのニーズ全てを公的サービスで満たすことには限界があることも、医療や介護の現場ではよく実感される。

沖縄では、介護保険外の自費サービス〔病院付き添い&送迎サービス ケア・シェアリング・ポノ〕が2018年から運営を開始され、現在では沖縄本島北部や南部に拡大している。また、新聞（県内2紙、日経ヘルスケア）やテレビ（地方局）、Web媒体（日経メディカルオンライン）などさまざまなメディアで取り上げられ、県民からの期待を集めている。また沖縄県の補助事業として自費サービスに関するヒアリングやアンケート調査を実施している。自費サービスを取り巻く現状と課題、期待について共に考えていきたい。

座長：新屋 洋平 シンヤ ヨウヘイ

一般社団法人OHS沖縄往診サポート

【座長略歴】

略歴：

2005年自治医科大学医学部医学科卒業、沖縄県立中部病院で初期研修及びプライマリ・ケア後期研修を受け、2008年から2012年まで小規模離島のひとり医師として沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属阿嘉診療所に勤務。その後は県立中部病院および急性期病院にて在宅医療及び緩和ケアに従事した。2016年より沖縄県医師会在宅医療介護連携に関する市町村支援事業のアドバイザーに就任。2020年より新型コロナウイルス感染症対策・診療、地区医師会事業にも携わる。2021年12月より医療法人以和貴会西崎病院 総合診療科。

2022年3月 一般社団法人OHS沖縄往診サポート設立し、代表理事就任。

2024年2月～3月 認定NPO法人ロシナンテス 医療アドバイザーとしてザンビア共和国に滞在。

資格等：

日本在宅医療連合学会認定専門医・指導医

日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医・指導医

沖縄県医師会在宅医療・介護連携統括アドバイザー

沖縄県医師会医療機能の分化検討会議作業部会長

EL13-1

地域包括ケアシステムにおける保険外サービスの実践と拡大

大城 五月^{1,2,3,4,5,6,7,8} オオシロ サツキ

¹ 株式会社hareruya 代表取締役

² おきなわ仕事と介護両立サポート協同組合 代表理事

³ (一社) ソーシャルリース沖縄 理事

⁴ Rich Heartプロジェクト沖縄 代表

⁵ 寝起きでプライベートケア会議 代表

⁶ (一社) 日本介護支援専門員協会

⁷ (一社) 日本単独居宅介護支援事業所協会 ケアマネジャーを紡ぐ会

⁸ 沖縄こどもホスピスのようなものプロジェクト NPO法人設立準備室

病気や障がいなどを理由に、これまでの生活が難しくなった高齢者のニーズは様々である。それは高齢者の介護を社会全体で支え合う「介護の社会化」を目的に創設された介護保険制度でも全てのニーズを満たすことは難しい。制度と制度の狭間にあるニーズに対応する保険外サービス（自費サービス）を選択肢の一つとして提案したい。

これまで、要介護者のニーズに対し介護保険サービスが優先的に活用されてきたが、少子高齢化が進展する日本では、社会保障制度と財政の持続可能性が懸念されている。また、介護しながら働くビジネスケアラーの介護離職は年間10万人前後で、経済産業省によると、2030年にはビジネスケアラーの数は約318万人（労働力人口の21人に1人相当）に上り、経済損失額は約9兆円と試算されている。

介護保険サービスと同様に保険外サービスがより多く選択肢として並ぶことで、高齢者や家族の多様なニーズに柔軟に対応ができ、それぞれの望む自立した生活が実現できるほか、社会保障制度持続の一助になると考える。このような地域包括ケアシステムの構築において重要な社会資源となる保険外サービスを国も後押ししている。

高齢者やその家族のニーズを満たす選択肢の一つとなる保険外サービスをより理解できるよう、介護保険サービスとの違い、利用者像、利用に至る背景、利用方法、在宅医療と掛け合わせることのメリットについて知ると同時に、在宅で生活する高齢者やその家族、保険外サービスの持つ課題について共有し、地域包括ケアシステムにおける専門職、民間企業、地域住民の連携やそれぞれの役割割りについて考えていきたい。

【演者略歴】

1980年沖縄県生まれ。24歳から介護業界に携わり19年、地域における高齢者その家族を取り巻く環境や実情を知る。

2016年「人生晴れるや～関わる人の明日を晴れやかにする～」を理念に合同会社hareruya設立（後に株式会社へ組織変更）。主事業の居宅介護支援事業を通じ、地域の困りごとの一つに、一人で病院にいけずに困っている高齢者、遠方や仕事等の理由から付添できない家族のニーズを受け「病院付添サービス」を開始。

制度外の自費サービス事業展開に際し、沖縄県中小企業基盤強化プロジェクト推進事業「課題解決プロジェクト」に採択され、介護タクシーとの実証実験（2020年）や、県内企業・従業員向けに「仕事と介護の両立に関する意識調査」アンケートを沖縄県で初めて実施（2021年）。

2023年4月、誰もが家族介護と自分の人生（キャリア）の両立ができること、望まない介護離職の防止を目的に、全国初 産業ケアマネらによる「おきなわ仕事と介護両立サポート協同組合」を設立。企業や行政に関わる人々へ「仕事と介護の両立」の啓発、実際のサポートをおこなっている。

利益相反：無

教育講演14

外国籍の患者、支援者とのコミュニケーションの方法

EL14

【セッション概要】

ベトナム人で東京医科歯科大学医学部医学科を卒業し、日本の医師免許を持ち、ファム・グエン・フィー医師は京都民医連中央病院で腫瘍内科医長として診療活動をしているだけでなく、新型コロナウイルス感染症が広がり始めたころから日本で暮らすベトナムコミュニティが増加するなか、京都だけでなく全国のベトナム人コミュニティに対して、SNSなどを通じてベトナム人の医療相談や日本の医療情報をベトナム語で流しています。今回はファム・グエン・フィー医師がどのようにベトナム人と接してきたか、経験を話してもらい、ベトナム人と日本人との違いについて知識を深めていただくことを期待しています。

座長：大北 葉子 オオキタ ヨウコ

順天堂大学

【座長略歴】

2015 順天堂大学国際交流センター 特任教授
2002 東京医科歯科大学留学生センター 准教授
1998 シンガポール国立大学日本研究学科 准教授
1996 テキサス大学オースティン校アジア学部 講師
1996 ハワイ大学東アジア言語文学部日本語 博士
1990 ハワイ大学東アジア言語文学部日本語 修士
1980 徳島大学薬学部薬学科卒 薬剤師免許取得

EL14-1

外国籍の患者とのコミュニケーションの方法

Pham Nguyen Quy ファム グエンクイー
京都民医連中央病院

2023年6月末の時点の集計では在留外国人数は過去最高の322万3858人に達した。そのうち、在留ベトナム人数は52万人以上に増加し、中国に次ぎ国籍別2位となった。この10年間で約10倍も急増してきたが、言語サポート体制が十分に整備・普及されていないため、医療従事者と会話できないことから様々な診療トラブルが発生している。

外国籍の患者と医療従事者との円滑なコミュニケーションを図るためには、言語の壁を克服し、異文化を理解し、信頼関係を築くことが重要である。日本語、特に医学用語が理解できない外国人が多いため、やさしい日本語の使用、医療通訳の活用、簡単な言葉や絵を使ったコミュニケーション、患者の母国語で書かれた説明資料の提供が言語の問題を解決する鍵となる。さらに、患者の出身国の文化的背景を理解し、宗教、医療制度と健康追求行動の違いを考慮し、意思決定プロセスを支援することも重要である。患者と支援者の不安や要望を傾聴する姿勢と共感的な態度が信頼関係の構築に繋がるが、日本の医療制度について理解が不十分な方も多いため、再受診の機会を提案することも大切である。

本講演では、実際に遭遇したベトナム人患者の困難事例を挙げながら、外国人患者の診療における注意点について紹介する。

【演者略歴】

2003年～ 東京医科歯科大学医学部入学
2009年～ 医学部卒業 同大学大学院入学
2013年～ 京都民医連中央病院入職
2020年～ 京都大学腫瘍薬物治療学講座（客員研究員）
2022年～ 京都民医連中央病院腫瘍内科（医長）

利益相反：無

教育講演15

難病が「治療可能」な時代に向けて、在宅医療関係者に知ってほしいこと
～ここまで進んだ、遺伝子診断・ケアの最前線～

EL15

【セッション概要】

原因不明・治療法未確立であることがその定義である難病の世界において、近年、ヒトゲノム研究の発展や未知なタンパクの解明によって、治療法が続々と開発されつつある。いずれ、がんに限らず、難病においても、在宅療養をしながら、こうした最先端治療を受けることが珍しくない時代がすぐそこまで来ているといえる。一方でこうした恩恵は、遺伝性疾患をもつ患者・家族のケアという側面において新たな課題をもたらすともいえる。

在宅支援者が遺伝の問題にどう向き合えばよいのか、明日からの支援に役立つことに寄与するために、遺伝に関して、知っておいて欲しいことについて概説する。

座長：柊中 智恵子 クキナカ チエコ

熊本大学大学院生命科学研究部

【座長略歴】

昭和59年 3月	熊本大学医療技術短期大学部看護学科卒業後、熊本大学医学部附属病院（現熊本大学病院）看護師として就職
平成11年 3月	熊本大学法学部法学研究科法律学専攻修士課程修了（法学修士）
平成21年12月	認定遺伝カウンセラー（登録第71号）取得
平成28年 3月	広島大学大学院保健学研究科博士後期課程修了（博士（看護学））
令和6年4月現在	熊本大学大学院生命科学研究部環境社会医学部門看護学分野臨床看護学講座 准教授

EL15-1

「遺伝」・遺伝医療のケアは、在宅医療の中にこそある ～住み慣れた家で暮らし続けるために必要なこと～

須坂 洋子 スサカ ヒロコ

獨協医科大学看護学部／獨協医科大学病院がんゲノム診療部門

一般診療の場に遺伝医療が広く浸透しつつある。その結果、在宅医療の場でも、遺伝医療の話は避けて通れない時代になっている。遺伝性疾患の患者を受け持っていないくても、「遺伝医療を受けたことがある患者」を受け持つ機会があるからだ。がんゲノム医療を利用するがん患者、遺伝医療に関連する薬剤を使っている難病患者、そして遺伝性疾患患者が、在宅医療を利用している。これからは、在宅医療の場でも「遺伝」や遺伝医療の話、そしてそれらに対するケアが欠かせない。

もちろん、「家の中に『遺伝』の話は持ち込まないでほしい」という患者・家族もいる。どこで、誰から、遺伝医療やそのケアを受けるかは、患者や家族が決めることである。しかし在宅医療に携わる専門職は、どのような遺伝的な課題があるのか、どのような遺伝のケアニーズがあるのかを査定できることが望まれる。そして必要な場合には、適切な医療やケアを提供し、あるいは紹介できることが必要である。

本教育講演では、在宅医療の場で必要とされる遺伝医療やケアについて、初学者でもわかるように平易な言葉で述べた。遺伝医療は多職種連携が必須であり、また多様なケアが求められていることから、職種を問わず必要な内容を挙げている。ぜひ多くの専門職に聴講していただき、在宅医療における「遺伝」・遺伝医療のケアについて意識していただけることを希望する。

【演者略歴】

平成10年 東京都立大学人文学部心理・教育学科卒業

平成16年 看護師免許 取得

平成26年 聖路加国際大学大学院看護学研究科修了

平成29年 遺伝看護専門看護師

令和 4年 獨協医科大学看護学部准教授

利益相反：無

教育講演16

明日から使える!在宅で診る心不全のポイント

EL16

【セッション概要】

心疾患、なかでも心不全の診療を在宅で行うのは必ずしも容易ではない。多くの薬剤や種々の専門治療への理解が必要となるだけでなく、日常生活においてどこまで何を許容しうるのか、そのためには何を評価すればよいのかも分かりにくいためである。また急性増悪で救急搬送を要することもある一方で、がんと異なり明確な終末期が見えないこと、それ故患者自身の疾患理解も進まないことがあることなどもその一因であろう。

特に状況判断の手段に制限のある在宅環境で、心不全の何を知り、何を評価すればよいのか-そのための基礎知識を学ぶ場として本教育講演を企画した。なお本内容は在宅心不全セミナー基本編（旧在宅心不全看護セミナー）として2016年より千葉医師研修ネットワーク主催のもと継続開催中であり、これまで延べ300名以上、100施設以上に参加いただいているものである（<https://www.chibahfnetwork.com/cont12/main.html>）。

座長：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

【座長略歴】

平成15年 3月 防衛医科大学校卒業

平成15年 6月～平成17年5月 初任実務研修（研修医）

平成17年 6月 北部方面衛生隊勤務

平成18年 4月 島田総合病院（銚子市）勤務

平成24年11月 四街道まごころクリニック開業 院長に就任

EL16-1

明日から使える!在宅で診る心不全のポイント

岡田 将 オカダ ショウ
千葉大学医学部附属病院 循環器内科

心不全患者の爆発的な増加への警鐘が鳴らされて久しいが、実際に心不全で人生を終える者は増加の一途を辿っている。非ガンの慢性疾患である心不全は生活の中で悪化するため、病期が進行するほど病院診療のみでは完結が難しく、日常生活への見守りや介入が必要となる。しかし、その一方で、在宅において心不全患者を正確に評価し病院診療へつなげることも容易ではない。特に在宅環境では迅速な検査が困難であり、症状や身体所見などから心不全の状態を判断する必要がある。このような心不全の病院-在宅連携の弱点を見据え、本セミナーでは在宅の場面で明日から役立つような心不全診療の要点を復習する。まずは心不全に特徴的な症状や徴候を再整理するが、その際には動画による頸静脈怒張の確認、聴診音源による心不全特有の心雑音の聴取などにより疑似経験を積むことを目指す。そのうえで、心不全の病態や重症度を言語化し病院サイドに適切に伝達するための心不全分類法を習得いただく予定である。

【演者略歴】

2000年千葉大学医学部卒業。麻生飯塚病院（福岡県）での3年間の研修後に千葉大学大学院循環器内科学へ入局。千葉県循環器病センターや法務省矯正局医務課長を経て千葉大学大学院（医学博士）、東京大学大学院（公衆衛生修士）で学位取得。2017年より千葉大学大学院循環器内科学助教。2022年より同診療講師。現在に至る。

利益相反：無

教育講演17

慢性呼吸不全、在宅は看取りではなく、一発逆転の場なんです!?
～在宅チームの力をいかに引き上げるか～

EL17

【セッション概要】

慢性呼吸器疾患の患者様は、急性増悪期は病院で入院加療し、その後の多くは在宅で療養されます。つまり、患者様が慢性の期間を安定して長く過ごしQOLを維持するためには、在宅における包括的呼吸ケアが大きな鍵であると言っても過言ではありません。しかし、「呼吸ケアが難しい」と苦手意識を抱いている在宅医療者は多く、酸素療法やCOPDにおける吸入療法、呼吸リハビリテーションや栄養療法、非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)などの適切な医療・ケアが提供されていないことも少なくありません。

そこで、本教育講演では、患者様の回復、QOLの向上を心から願い、個々の患者様に対するベストな医療・呼吸ケアを常に追求し、チームで取り組みながら、多くの患者様のV字回復を経験されている、武知由佳子先生から在宅での呼吸器疾患患者様への適切な医療・呼吸ケアについて実践を交えながらご講演いただきます。明日からの呼吸ケアへの意識と実践に変化をもたらしていただけたと思います。

座長：谷口 博之 タニグチ ヒロユキ

医療法人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の後、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し、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ー運動療法ー第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。

EL17-1

慢性呼吸不全、在宅は看取りではなく一発逆転の場なんです!?

～在宅チームの力をいかに引き上げるか～

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

いまだに在宅医療の評価を看取りの数と思っている古いタイプの医師がいる。地域医療やプライマリケア、総合診療に関心のある学生や若い医師が、看取り、あるいは安心して死ぬる地域にすることが地域の最大の課題だと思っている。場合によってはそれが地域の魅力になるのではないかと考えている方もおられる。私はそこにいつも違和感と危機感を感じてきた。“在宅医療は看取りではない！在宅医療は生き抜くための伴走である。”呼吸不全患者様に限らず、慢性疾患患者様にとって、在宅こそが勝負の場であり、在宅チームがどう伴走するかにより、V字回復さえできる。また、急性増悪を起こさず、入院回避できるように、慢性安定期を確立していくことが、在宅医の腕の見せどころと思うのだ。多職種連携による包括的呼吸リハビリテーション（以下、包括的呼吸リハ）は、入院して行うものではなく、在宅療養の場でこそ行うものである。とくにCOPDでは、まだ歩いて外来通院できるうちから、療養環境の中で訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）を開始できれば、運動耐容能、身体活動性が維持でき、呼吸器悪液質を予防できる。しかし通院不能時点で在宅医が介入すると、“快”を求め、呼吸リハなど苦しいことは強いらず、ACPを行い、モルヒネを用いて看取ってしまうと耳にする。包括的呼吸リハを行えば、例え最重症でも、呼吸困難感を軽減でき、身体活動性高く、QOL高く過ごせることを経験していない。本人も在宅チームも、今まで想像しなかったV字回復ができ、身体活動性、QOL高い生活＝Another storyをとともに描き、歩んでほしいと願い、お話しする。

【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

【受賞】

2020年 神奈川県医学学術功労賞受賞

【執筆】

1, 在宅医療のすべて 6章在宅人工呼吸療法 2014. 2, 在宅医療テキスト 第3版3章3,在宅人工呼吸療法（HBMV）2015.11. 3, 非がん性呼吸器疾患の緩和ケア 4-B在宅酸素療法 8-B在宅中心モデル 2016. 4, 在宅医療バイブル第2版 IV④在宅人工呼吸療法 2018.5/15. 5, NPPVまるごと事典 4章2 在宅用機種グラフィックモニタリング 4 Respica2019.8/5. 6, 非がん性呼吸器疾患の緩和ケア指針2021 4章-3在宅における緩和ケア 2021.4/20. 7, 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. 日本同盟基督教団招待キリスト教会聖歌隊指揮者 ガールスカウト長野17団員

利益相反：無

教育講演18

在宅におけるせん妄マネジメントを深化する

EL18

【セッション概要】

終末期せん妄は、患者の身体的、心理社会的に大きな負担となる苦痛の一つで、終末期患者において90％に発生する。緩和ケア病棟など、入院での終末期せん妄に対しては薬物治療や看護ケアなどを行うことが確立され、過活動せん妄では、注射を使用したアルゴリズムが開発され、実施可能性・有効性も示唆されている。入院中の終末期過活動せん妄患者の安楽を確保する手段が普及している一方で、在宅医療における終末期の過活動せん妄の薬物治療や看護ケアについては、具体的なアルゴリズムは定まっていない。本教育講演は、在宅におけるせん妄マネジメントの実態や望ましい治療・ケアについて学ぶことを目的とする。

座長：濱野 淳 ハマノ ジュン

筑波大学 医学医療系

【座長略歴】

経歴

2002年 筑波大学医学専門学群（現 医学群 医学類）卒業

2002年～2004年 筑波メディカルセンター病院（研修医）

2004年～2007年 筑波大学附属病院 総合医コース レジデント

2007年～2013年 医療法人 恒貴会 大和クリニック 院長

2013年～ 筑波大学 医学医療系 講師

学会

日本緩和医療学会 理事

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

資格

博士（医学）

日本プライマリ・ケア連合学会 家庭医療専門医・指導医

日本在宅医療連合学会 認定登録医

日本内科学会 総合内科専門医

日本スポーツ協会 スポーツドクター

EL18-1

在宅におけるせん妄マネジメントを深化する

阿部 晃子^{1,2} アベ アキコ

¹ 横浜市立大学附属病院緩和医療科

² 国立がん研究センター中央病院緩和医療科

がん患者においてせん妄の有病率が高いことはよく知られており、特に終末期せん妄は、患者の身体的、心理社会的に大きな負担となるだけでなく、患者とその介護者の双方に重大な影響を及ぼす可能性がある。入院患者のせん妄の実態や治療戦略については多くの研究があり、体系的治療（アルゴリズム）も開発されているが、在宅療養環境でのせん妄に関する研究は少なく、薬剤選択や対応については個々の訪問診療医に任されている現状がある。

しかし、在宅療養環境においては主な介護者が非医療者である家族であることや、薬剤投与方法にも制限があることを配慮し、入院環境とは異なる治療戦略・支援・教育が重要と考えられる。病院から地域への移行においては、この点を病院医師と訪問診療医の双方が理解して調整を進める姿勢が求められる。

今回、日本在宅医療連合学会認定専門医を対象として、在宅における終末期過活動せん妄に対する薬物治療の実態と、せん妄治療に関する困難感についてアンケート調査を行った。本研究は国立がん研究センターの研究倫理委員会より、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の適用範囲に該当しないため倫理審査不要と判断された。本調査により明らかになった、せん妄治療で頻用されている薬剤や、効果不良の際に用いられている薬剤などの結果を参考に、在宅医療におけるせん妄治療アルゴリズム原案を作成し、専門家パネルとの検討と修正を重ねた。今後、作成したアルゴリズムについて実施可能性を調査し、在宅医療での実装を目指す予定である。

本講演では、病院から在宅への療養の場の変更に伴うせん妄治療の変化や留意点、在宅におけるせん妄マネジメントに関わる文献的考察や開発中のアルゴリズムについて考察する。

【演者略歴】

2006年 北里大学医学部卒業

2008年～ 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室入局。研修を重ね、精神保健指定医、日本精神神経学会精神科専門医・指導医を取得。

2018年～ 慶應義塾大学大学院医学研究科博士課程。学位取得。

2021年 国立がん研究センター中央病院緩和医療科 短期レジデント

2023年 横浜市立大学附属病院緩和医療科助教。日本緩和医療学会専門医取得。

利益相反：無

教育講演19

デジタル技術を活用したパーキンソン病患者の在宅リハビリテーションの可能性

EL19

【セッション概要】

近年、パーキンソン病患者への運動療法をはじめとしたリハビリテーション支援が生活の質を改善することが徐々に実証され、薬物治療やデバイス補助療法などと並んで認識されている。一方、在宅場面におけるリハビリテーション提供体制はまだ十分ではなく、患者の抱える多様なニーズに対する支援も限定的である。

国際的な潮流として、従来の支援に加えてウェアラブルデバイスやオンラインプラットフォームなどのデジタル技術を用いた支援の可能性や、在宅ケアにおけるチームアプローチの方法が検討されている。

本講演では、ウェアラブルデバイスが日常のリハビリテーションにどのように統合されるか、またオンラインプラットフォームが患者の自己管理や専門家とのコミュニケーションをどのように促進するかを含め、日本におけるパーキンソン病患者の在宅リハビリテーションの新たな可能性について、参加者の皆様と共に実生活における具体的な改善策を模索したい。

座長：大寺 亜由美 オオテラ アユミ

国際医療福祉大学市川病院

【座長略歴】

2003年	北里大学医療衛生学部リハビリテーション学科作業療法学専攻卒業
2011年	北里大学大学院医療系研究科修士課程修了
2003年～2015年	北里大学東病院リハビリテーション室
2020年～2021年	千葉県千葉リハビリテーションセンター
2021年～現在	国際医療福祉大学市川病院リハビリテーション室

EL19-1

デジタル技術を活用したパーキンソン病患者の在宅リハビリテーションの可能性

長城 晃一^{1,2} ナガキ コウイチ

¹ 株式会社サンウェルズ サービス開発部

² 順天堂大学医学部 神経学講座

近年、パーキンソン病患者への運動療法をはじめとしたリハビリテーション支援が生活の質を改善することが徐々に実証され、薬物治療やデバイス補助療法などと並んで認識されている。一方、在宅場面におけるリハビリテーション提供体制はまだ十分ではなく、患者の抱える多様なニーズに対する支援も限定的である。国際的な潮流として、従来の支援に加えてウェアラブルデバイスやオンラインプラットフォームなどのデジタル技術を用いた支援の可能性や、在宅ケアにおけるチームアプローチの方法が検討されている。本講演では、ウェアラブルデバイスが日常のリハビリテーションにどのように統合されるか、またオンラインプラットフォームが患者の自己管理や専門家とのコミュニケーションをどのように促進するかを含め、日本におけるパーキンソン病患者の在宅リハビリテーションの新たな可能性について、参加者の皆様と共に実生活における具体的な改善策を模索したい。

【演者略歴】

【略歴】

平成18年、北九州リハビリテーション学院作業療法学科卒業。東福岡和仁会病院リハビリテーション科 作業療法士。北九州リハビリテーション学院作業療法学科 専任教員。北九州市小倉北区役所保健福祉課 行政職。福岡大学医学部脳神経内科 助教を経て、令和6年4月より株式会社サンウェルズサービス開発部 部長。順天堂大学医学部神経学講座 非常勤助教、国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター医療経済研究部 外来研究員を兼任。広島大学大学院 医歯薬保健学研究科 博士課程前期修了、福岡大学大学院 医学研究科博士課程 修了。

【所属学会・協会】

- ・日本パーキンソン病・運動障害疾患学会（MDSJ）「パーキンソン病遠隔リハビリテーション研究会」委員、「多職種の集い」委員
- ・日本作業療法士協会 学術誌査読委員

利益相反：無

教育講演20

「2025年問題」在宅医療が直面する現状

EL20

【セッション概要】

2025年は戦後生まれの人が75歳の後期高齢者になる年です。1945年（昭和20年）8月に戦争が終わり、第一次ベビーブームが1947~1949年きました。1949年に生まれた人は270万人、特殊合計出生率は4でした。ちなみに2023年の出生数は75万人です。

日本の人口が一貫して減り始めたのは2011年（平成23年）です。原因は少子高齢化社会、子供（15歳未満）の子供の数を75歳以上が上回ったの2015年です。人口が減り、高齢者が増え、子供の数が減ると「働き手」が減り、人手不足が深刻化します。医療面では高齢になり血圧や糖尿病、心臓や呼吸器など疾患を持つ人が増えてきます。多くの高齢者は病気と付き合いながら在宅で生活をしています。入院から在宅に戻る退院支援、在宅の急変への対応、日常的な在宅の訪問診療や在宅での看取り等が課題です。高齢者の急増に在宅医療が対応できるか？これが課題です。

座長：服部 万里子 ハットリ マリコ

服部メディカル研究所

【座長略歴】

一般社団法人日本ケアマネジメント学会理事。NPO渋谷介護サポートセンター主任介護支援専門員、服部メディカル研究所所長、NPO東京山の手まごころサービス理事長。

大学で社会学を学び、一般企業で勤務後、病院に勤務しながら看護師資格取得。病院に10年間勤務した後1989年に高齢者医療看護福祉のコンサルティング事業（服部メディカル研究所）を看護師3名で設立。2000年よりNPO渋谷介護サポートセンターを設立し居宅介護支援単独事業開始、現在もケアマネジャーとして仕事している。城西国際大学、立教大学教授歴任、現在は、和歌山県立医科大学の大学院非常勤講師、品川区社会福祉協議会社会福祉士養成コース講師。

看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員。

座長：白木 裕子 シラキ ユウコ

株式会社フジケア

【座長略歴】

株式会社フジケア取締役社長 一般社団法人日本ケアマネジメント学会副理事長

介護保険導入を機に北九州福祉サービス株式会社入社

平成17年退社後に株式会社フジケアに入社

居宅介護支援事業・認知症グループホーム・小規模多機能ケア・訪問看護・通所介護・住宅型有料老人ホーム等の事業を展開

主任介護支援専門員・認定ケアマネジャー・看護師

EL20-1

在宅介護現場が抱える「2025年問題」

小島 美里 コジマ ミサト
NPO法人暮らしネット・えん

これから数十年にわたって続く超高齢社会だが、在宅介護サービスの現場で見る限り、備えは脆弱に過ぎる。それどころか、地域包括ケアを謳いながら在宅要介護者をどうするつもりなのか、と詰問したくなる状況が続く。

まず、知られているように、介護サービス従事者不足は深刻を極めている。これから増やしていかなければならない側面にもかかわらず、離職超過となっている有様である。とりわけ在宅介護のかなめである訪問介護は有効求人倍率15.5倍、従事者の平均年齢54.7才、60代が全体の27%を占め、80代のヘルパーが紙オムツつけて訪問にでかけるというエピソードが語るように従事者の超高齢化は突出している状況だ。

にもかかわらず、今年度の報酬改定で訪問介護のみ基本報酬を引き下げるという信じがたい挙に出た。これで若い従事者が増えるとは到底考えられない。

多くの高齢者が在宅での最期を望む。ターミナル期には排せつ介助、水分補給、保清などの介護の頻回に求められる。まして、世帯構成が独居や老老世帯が多くを占める今、自宅での療養を望むなら、訪問診療や訪問看護など医療系と同じく訪問介護従事者を増やすことが必須である。特に医療との連携が必要な現場では、経験を積んだ訪問ヘルパーがいなければ成り立たない。身体介護の技術はもちろん、連携する医療者への適切な情報伝達力、本人と家族への心理的な配慮等々求められることは様々ある。複数の職員でケアにあたる介護施設以上にスキルを要する。当然のことながら、そのようなスキルは一朝一夕では身につかない。60代70代が多い訪問介護にベテランが活躍する間に若手の育成を行わなければ間に合わないのだ。人手不足が加速する今、それさえままならない現状ではあるが、一刻も早く取りかからねばならない。

介護保険から24年、在宅看取りの経験を積んだヘルパーたちは確実に増えてきた。これを繋いでいくのは超高齢社会の大きな課題である。

【演者略歴】

1996年 医療法人社団堀ノ内病院在宅福祉部門代表

2003年～ 特定非営利活動法人暮らしネット・えん代表理事。

2002年 介護支援専門員

2004年 認知症介護指導者

著書に『あなたはどこで死にたいですか？認知症でも自分らしく生きられる社会へ』岩波書店、『おひとりさまの逆襲』上野千鶴子氏との共著ビジネス社他

利益相反：無

教育講演21

地域包括「排尿ケア」の勘どころ

EL21

【セッション概要】

排尿トラブルは、日常診療で必ず遭遇する。尿失禁は40歳以上の女性の4割以上にあり、尿閉は70歳代男性の10%、80歳代男性の30%が発症し、組織学的な前立腺肥大は、30歳代から始まり、50歳で30%、60歳で60%、70歳で80%、80歳では90%と言われる。また前立腺癌は近年、もっとも増加しており、男性の癌罹患数1位で、年平均の死亡数は2000年の約1.8倍と言われる。尿路感染症による入院発生率は、人口1万人当たり男性は6.8回、女性は12.4回、高齢になるほど高く、70代では約20回、80代では約60回、90歳以上では約100回、死亡率は4.5%と報告された。COVID-19のChaosの際、多くの在宅待機者に往診をし、コロナサポート鎌倉では大きな貢献をされ、DMATで能登にも3回出動された長谷川太郎先生、泌尿器科専門医が行う排尿ケアの匠の技を是非とも伝授して頂ければ幸甚である。

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

【受賞】

2020年 神奈川県医学学術功労賞受賞

【執筆】

- 1、在宅医療のすべて 6章在宅人工呼吸療法 2014
 - 2、在宅医療テキスト 第3版3章3、在宅人工呼吸療法（HNV）2015.11
 - 3、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア 4-B在宅酸素療法 8-B在宅中心モデル 2016
 - 4、在宅医療バイブル第2版 IV④在宅人工呼吸療法 2018.5/15
 - 5、NPPVまるごと事典 4章2 在宅用機種のグラフィックモニタリング 4 Respica 2019.8/5
 - 6、非がん性呼吸器疾患の緩和ケア指針2021 4章-3在宅における緩和ケア 2021.4/20
 - 7、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
- 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

EL21-1

地域包括「排尿ケア」の勘どころ

長谷川 太郎¹ ハセガワ タロウ

岩本 沙織² イワモト サオリ

¹医療法人社団 All for Kamakura 湘南おおふなクリニック

²医療法人徳洲会 湘南鎌倉総合病院 看護部 排尿ケアチーム専任看護師

2040年にむけ今後ますます在宅医療・介護の需要が高まることが予測されます。加齢とともに訪問診療の必要度は増しており、特に85歳以上で顕著となっています。

お年を召された方は何らかの排尿トラブルをお持ちです。泌尿器科疾患が直接ADL低下の原因となることは少ないと思います。しかし、排泄に関わるトラブル・それに付随する介助については介護者の負担を重くしてしまいます。患者さんが穏やかに在宅での生活を継続するために、我々在宅医療に関わる従事者には、長い経過の前立腺癌、夜間頻尿、尿道留置カテーテル、有熱性尿路感染症などについて、少し知識があるとよいと思います。

今回の教育講演では泌尿器科在宅医ならびに急性期病院勤務の排尿ケアナースがお話しします。地域で包括的な排尿ケアを実施するにあたり、日ごろ大切にしていることや「勘どころ」について、失敗談も交えてお話しします。

【講義内容】

- ①急性期病院での尿道カテーテル抜去の取り組み（排尿ケアチームの取り組み）
- ②尿道カテーテル留置者に関わるトラブル予防方法・抜去の試み方
- ③在宅での自己導尿の考え方
- ④在宅でよく見る泌尿器科疾患について

【演者略歴】

1995年東京慈恵会医科大学卒業

日本泌尿器科学会専門医

鎌倉市介護認定審査会委員

鎌倉市高齢者保健福祉計画推進委員会委員

鎌倉市医師会理事

利益相反：無

教育講演22

慢性疾患患者さんのWell-beingを可能とするナーシング
～看護師さんって一体何をしてくれるんですか？～

EL22

【セッション概要】

近年、高齢化や急激な社会変化を背景に、多様な価値感や複雑な問題を抱えながらも、自らが望む生活を実現するために、訪問看護の需要が高まっている。

慢性疾患は治癒が難しく、患者さんは最期まで病と向き合いながら日々を過ごす。病気の進行に伴い、食事や排泄等の行為が困難になるため、生活上の様々なニーズへの支援が求められるが、これらの支援だけでは患者さんが望む生活を実現するのは難しい。なぜならば、慢性疾患患者さんは療養中に経験する喪失体験、諦めや無力感、自己価値の低下等により、想いの表出を控え、潜在的に必要なニーズを抑制してしまうからである。

訪問看護師は患者さんの生活の場に入り、生活史や価値観などを理解しながら、気持ちに寄り添い、見守り、悩み、ともに歩む伴走者としての役割を果たしながら、患者さんの想いや考えを引き出し、必要なニーズへの気づきを促す支援が、自らが望む生活を実現するための第一歩と言える。

本講演では、慢性疾患看護のスペシャリストである竹川幸恵先生をお迎えし、「看護の力」を再認識するとともに、その力を高める機会としたい。

座長：小林 千穂 コバヤシ チホ

下越病院看護部

【座長略歴】

1997年 戸田中央看護専門学校卒業

1997年 戸田中央総合病院グループ入職（熱海所記念病院、戸塚共立第2病院）

2003年 独立行政法人国立病院機構入職（横浜医療センター、西新潟中央病院）

2008年 新潟勤労者医療協会下越病院入職

2021年 新潟大学大学院保健学研究科博士前期課程 看護学分野 修了

EL22-1

慢性疾患患者さんのwell-beingを可能とするナーシング ～看護師さんって一体何をしてくれるんですか?～

竹川 幸恵 タケカワ ユキエ
大阪はびきの医療センター

超高齢社会を迎えた現在、多くの人が慢性疾患をもちながら生活を営んでいる。慢性疾患は、治癒することは困難で緩徐に進行しながら長期にわたって続くため、慢性疾患患者の目標は、身体的安定を得て人生に意味を見出し、精神的に充実した生活を送るwell-beingの到達と言われている。

そのために看護師は、慢性疾患をもつ人を生活者として捉え、患者さんのもてる力を信じ発揮できるように、パートナーシップの関係性を構築し寄り添いながら、セルフマネジメント能力を高めるよう専門的な知識と技能を活用した支援を提供していく。さらに、看護師は、対象者やその家族への教育のみならず、多職種間の調整、対象者が望む生活や価値観の把握と代弁、アドバンス・ケア・プランニングのような意思決定の支援など、様々なセルフマネジメント支援を行っている。しかし、支援が多岐にわたるがゆえにその専門性が見えづらく、看護師自身、看護の意義・価値の認識が薄れ、また他の専門職から明確に何かを期待されるという状況になりにくい。

そこで本講演では、慢性看護の特性、慢性呼吸器疾患患者に対するセルフマネジメント支援における看護師の役割や支援の技、実践の思考過程等を言語化・可視化し、慢性疾患患者さんのwell-beingを可能とするナーシングとはどのようなものかを共有する機会にしたいと考える。

【演者略歴】

1982年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

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

2016年呼吸ケアセンター副センター長

院内活動：組織横断的に活動・呼吸器看護専門外来の設立と実践

- ・ACPワーキング、臨床倫理委員会立ち上げ運営
- ・困難事例のダイレクトケアやコンサルテーション
- ・呼吸器看護、ACP、看護理論研修や看護研究支援など

院外活動：

- ・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会理事
- ・日本慢性看護学会評議員、日本在宅医療連合学会評議員
- ・福井大学慢性呼吸器疾患看護認定看護師教育課程教員会委員及び非常勤講師
- ・四条啖学院大学非常勤講師
- ・大阪呼吸ケア・リハビリテーション研究会会長
- ・川崎呼吸ケア・リハビリテーション研究会世話人
- ・急性期NPPV・呼吸ケア研究会世話人など
- ・呼吸ケアに関する研究会講師および執筆・編集委員

利益相反：無

教育講演23

在宅でできる嚥下機能の評価と口腔ケアの実際

EL23

【セッション概要】

在宅現場では常に歯科衛生士やSTがいる環境ではない。口腔はブラックボックスになりがちで、患者・家族、そしてヘルパーや看護師、医師など、すべての職種が、ある一定水準で口腔ケアや口腔リハビリを行えることが理想である。経済的、社会的、精神面などに問題がある場合には、多職種を導入できずにケア不足になり易く、口腔衛生用品、義歯、適切な形態の食べ物などが無かったりする。神経難病で長期療養中の患者では多数のヘルパースタッフが関わっていることが多く、口腔ケアのレベルに差が見られる。癌終末期の患者も薬剤や脱水、倦怠感などにより口腔内が不衛生になりがちである。様々な病気、病態、環境に対応しないといけない在宅スタッフが、どんな環境でも、誰でも行うことのできる口腔ケアを学べることが目標である。口腔ケアの基本を本人・家族そしてスタッフへ習慣づけることで、患者が気持ちよく、衛生的に口から食事ができるように願っている。

座長：杉本 由佳 スギモト ユカ

すぎもと在宅医療クリニック

【座長略歴】

1995年3月 愛知医科大学医学部卒業

1995年4月 土岐市立総合病院、岐阜大学脳神経外科入局

1999年3月 名古屋大学大幸医療センター在宅管理医療部 医員

2002年4月 大幸砂田橋クリニック 在宅専任医師

2004年4月 すぎもと在宅医療クリニック開業

所属学会

日本在宅医療連合学会（専門医・指導医・評議）

日本緩和医療学会（認定研修施設 認定医）

日本臨床栄養代謝学会（認定医）

平成看護医療専門学校（看護学科、柔道整復科、理学療法学科） 非常勤講師

EL23-1

在宅療養者への口腔ケアの基本

高田 靖 タカダ ヤスシ
高田歯科医院

在宅現場では口腔はブラックボックスになりがちで、患者・家族、そしてヘルパーや看護師、医師など、すべての職種が、ある一定水準で口腔ケアや口腔リハビリを行えることが理想である。在宅医療が中心であっても通院が可能である時期では病態の変化を予測して、保存不可能あるいは急性憎悪が見込まれる歯牙については積極的に抜歯を行い、義歯も新規作製を行う、歯周病治療・う蝕処置を行うなど口腔環境を積極的に改善することが望まれる。また、口腔機能維持向上のために口腔周囲筋トレーニングや舌体操といった間接訓練を導入すべきである。しかし、経済的、社会的、精神面などに問題がある場合には、多職種を導入できずにケア不足になり易く、口腔衛生用品、義歯、適切な形態の食べ物などが無かったりする。通院が不可能で在宅医療のみの時期では積極的な歯科治療は避け、現状維持を目指す方針となる。神経難病で長期療養中の患者では多数のヘルパースタッフが関わっていることが多く、口腔ケアのレベルに差が見られるため、口腔環境を清潔に保つために頻回の歯科衛生士による専門的口腔ケアを導入する、義歯は新規作製ではなく修理や床裏装などに止める、食事を軟菜食やトロミをつけるなど口腔機能に見合った食事形態を提供する、などの対応が挙げられる。癌終末期の患者のような看取りも見据えた時期では口腔乾燥やカンジタ感染症などに対応するために保湿やブラッシング等の口腔ケアが必須となる。口腔内乾燥が顕著な場合は義歯を装着することを控えるように指導する。経口摂取が困難な場合でも誤嚥に十分注意しながら楽しみ程度の経口摂取ができるように支援する。様々な病気、病態、環境に対応しないといけない在宅スタッフが、どんな環境でも、誰でも行うことのできる口腔ケアを学べることが目標である。口腔の不快症状が軽減し、衛生的に口から食事ができることは在宅療養者のQOL向上に貢献する。(COI：) 申告すべきCOIはない

【演者略歴】

平成 2年3月 東京医科歯科大学歯学部卒業
平成 5年4月 高田歯科医院開設
平成22年7月～平成30年6月 公社)東京都豊島区歯科医師会・専務理事
平成30年6月～令和 4年6月 公社)東京都豊島区歯科医師会・副会長
令和 4年6月～ 公社)東京都豊島区歯科医師会・会長

利益相反：無

教育講演24

「最期のワンスプーン」に寄り添う終末期の食支援

EL24

【セッション概要】

人生の最終段階において、延命治療を望まない患者が、自然な老衰の過程の中で可能な範囲で経口摂取し、枯れるように最期を迎えるには、刻々と変化する心身の状態や嚥下機能に合わせた食支援が求められている。その担い手として期待されているのは、食支援に関わる専門職である。中村育子氏らが中心となって行われた、終末期の食支援に関与した管理栄養士らを対象にした調査では、終末期の在宅患者が思い出の料理や食べたい食品を味わうことができた事例が数多く報告されている。限りある時間の中で、本人が最期のワンスプーンを食べられた記憶は、本人の食べる喜びだけでなく、家族のグリーフケアにつながることも少なくない。終末期患者の「栄養強化」からのギアチェンジを促し、多職種との協働によって「食の緩和ケア」を実践し、最期まで本人が食べる楽しみを得るために必要なことは何か、在宅栄養ケアのパイオニアである中村育子氏よりご教示賜りたい。

座長：塩野崎 淳子 シオノザキ ジュンコ

医療法人豊生会 機能強化型認定栄養ケア・ステーション 訪問栄養サポートセンター仙台

【座長略歴】

2001年 女子栄養大学栄養学部実践栄養学専攻 卒業

2004年 医療法人翠心会 敬愛病院

2006年 医療法人仙台医療福祉会 仙台富沢病院

2013年 仙台往診クリニック

2014年 医療法人豊生会 むらた日帰り外科手術クリニック内

機能強化型認定栄養ケア・ステーション 訪問栄養サポートセンター仙台

EL24-1

「最期のワンスプーン」に寄り添う終末期の食支援

中村 育子 ナカムラ イクコ
名寄市立大学

日本は世界に類を見ないスピードで超高齢社会に突入し、2022年の高齢化率は28.9%であり、2036年には33.3%と推計され、国民の3人に1人が65歳以上となる。一方、年間死亡者数は2019年に138万人となり、2040年には168万人に達すると推計され、今後約20年間は多死社会が継続すると予測されている。2019年（令和元年）版高齢社会白書では、治る見込みのない病気になった場合、最期を迎えたい場所として過半数の高齢者が自宅を希望していることから、誰もが安心して在宅で最期を迎えられるように、地域で支え合う社会システムの構築が必要である。その中でも特に最期まで自分の食べたい物が食べられるための食支援は、エンド・オブ・ライフケアの中で、最も重要な課題と考えられる。

2024年の介護報酬の改定では、終末期等におけるきめ細かな栄養管理等のニーズに応じる観点から、計画的な医学的管理を行っている医師が、利用者の急性増悪等により、一時的に頻回の栄養管理を行う必要がある旨の特別の指示を行えば、管理栄養士による居宅療養管理指導は、その指示の日から30日間に限り、従来の居宅療養管理指導の限度回数の1月に2回から、追加で2回を限度に行うことができるようになった。これにより、我々管理栄養士は終末期の食支援を行う環境が改善された。

在宅訪問栄養食事指導における終末期の食支援は、本人・介護者の食の満足感に寄り添い、長年住み慣れた家で、家族が作ってくれるいつもの料理を、食べやすい形態にして、美味しく安全に食べてもらうことができるものである。本人の食の楽しみを保ちながら、介護者の介護軽減や食に関する様々な相談に応じて、最期のワンスプーンに寄り添う姿勢が重要である。本講演では、実際のケースを用いて終末期の食支援を紹介したいと考える。

【演者略歴】

（学歴）

平成6年 女子栄養大学栄養学部卒業

平成21～23年 女子栄養大学大学院栄養学研究科 栄養学専攻 修士課程修了

平成24～30年 静岡県立大学大学院薬食生命科学総合学府博士後期課程食品栄養科学専攻修了 博士（食品栄養科学）取得
（職歴）

平成6年 4月 板橋区立西台在宅サービスセンター

平成9年12月 医療法人社団福寿会福岡クリニック在宅部栄養課入職

令和1年10月 同法人慈英会病院在宅部栄養課に異動

令和2年11月 北海道名寄市立大学 保健福祉学部 栄養学科 准教授

利益相反：無

教育講演25

成人在宅医が小児がんを担当する時のヒントになること

EL25

【セッション概要】

近年、小児がんの治癒率は著しく向上しているが、未だに治癒が難しいケースも存在する。また終末期の小児がん患者の在宅での看取り率は増加しているが、地域によっては小児がん症例に対応できる在宅医療資源が乏しいために、患者家族が希望しても在宅移行が困難な状況も見られる。小児在宅医が小児がん症例に対応することが望ましいが、希少な小児がん症例全てに対応できるための小児在宅医療機関を普及させることは現実的ではない。そのため、全国的に終末期の小児がん患者家族に療養場所の選択肢を提供するためには、主に成人を対象としている在宅医療機関が小児がんにも対応できるような体制整備が求められる。本教育講演では、小児がん在宅医療を専門とする小児科医であり、厚生労働科学研究費研究班「小児がん患者在宅移行の円滑化促進と在宅療養における課題とニーズ把握のための研究」の研究代表者である立場から、成人在宅医、訪問看護、そして多職種チームが終末期の小児がん患者に対応する際に留意すべき点について議論したい。なお、同テーマでワークショップも開催されるため、実際の事例を通じてより具体的に検討することを企画している。

座長：市橋 亮一 イチハシ リョウイチ

総合在宅医療クリニック 名駅

【座長略歴】

内科医、病理医、在宅専門医

名古屋大学医学部卒業後、名古屋第二赤十字病院（血液内科）などを経て、2009年に岐阜県内で初の在宅医療専門クリニック「総合在宅医療クリニック」を開設。

現在は、在宅医療専門の医科歯科クリニックとして、スタッフ68名（医師21名、歯科医師4名など）で、累積約3500名の患者、1700名の自宅看取りを支えてきた。

2021年には医療的ケア児のための医療型短期入所「かがやきキャンプ」、2022年2拠点目として名古屋駅、2024年に美濃市に3拠点目を開設。

委員：未来イノベーションワーキンググループ構成員（2019年 厚生労働省・経済産業省）

受賞歴：2019年「グッドデザイン賞（地域づくり部門）金賞」「ホワイト企業大賞」「医療福祉建築賞」

著書：「在宅医ココキン帖」（2019年へるす出版）（2023年台湾語翻訳）、「がん患者のケアマネジメントー在宅ターミナルをささえる7つのフェーズと21の実践」（中央法規2015年）

EL25-1

成人在宅医が小児がんを担当する時のヒントになること

大隅 朋生^{1,2} オオスミ トモオ

¹ 子ども在宅クリニックあおぞら診療所せたがや 副院長

² 国立成育医療研究センター小児がんセンター

成人在宅医には小児がん診療は難しい、小児在宅医にまかせるべきだという意見を耳にすることがある。本当にそうだろうか。近年、小児がん診療は集約化され、小児病院や一部の大学病院で専門的に行われているため多くの小児科医が診療に関わることはない。また、小児がんは希少かつ治癒率が非常に高く、年間死亡者数自体が500人に満たない。そのため在宅医が主に求められる小児がん緩和ケアについては小児がん治療医であっても経験を積むことは容易ではない。そのことから、全国の小児がん終末期ケースのすべてに小児在宅医が対応することが現実的でないことは明らかである。一方で、成人在宅医の先生方は多くのがん緩和ケアケースに対応し、在宅看取りの経験も豊富である。もちろん小児患者特有の難しさ（薬剤選択、症状緩和の困難さ、保護者との関わりなど）はあるが、緩和ケアを提供し、看取りにつなげてきた経験は小児科医とは異なるアプローチでの患者家族ケアの提供につながると考える。私は、本教育講演およびワークショップ、そして厚労科研研究班の活動を通して、小児がん終末期症例と関わる際に知っておくといポイントを整理してお伝えしていきたいと思っている。それにより、全国の成人在宅医の先生方のうち、一人でも多くの先生に、小児がん患者の在宅医療の仲間に加わっていただきたいと願っている。

【演者略歴】

2002年3月 横浜市立大学医学部卒業

2007年4月～ 慶應義塾大学医学部小児科助教

2012年4月～ 国立成育医療研究センター小児がんセンター血液腫瘍科医員・医長

2020年4月～ 子ども在宅クリニック あおぞら診療所墨田

2022年5月～ 子ども在宅クリニック あおぞら診療所せたがや副院長

利益相反：無

教育講演26

ビジネスケアラーが在宅医療に求めること ～人類史上かつてない高齢社会の出現に際して～

EL26

座長：酒井 穰 サカイ ジョウ

株式会社チェンジウェーブグループ

【座長略歴】

慶應義塾大学理工学部卒。TIAS School for Business and Society 経営学修士号（MBA）首席（The Best Student Award）取得。商社にて新事業開発に従事後、オランダの精密機械メーカーに光学系エンジニアとして転職し、オランダに約9年在住する。帰国後はフリービット株式会社（東証一部）の取締役（人事・長期戦略担当）を経て、独立。過去に事業構想大学院大学・特任教授、新潟薬科大学・客員教授などを歴任。介護業界の経営者コミュニティCare Designers Labにて講師を担当する。2016年佐々木と共に株式会社リクスを創業。NPOカタリバ理事、プロ野球選手会顧問なども兼任する。30年以上に及ぶ介護経験がある。

EL26-1

ビジネスケアラーが在宅医療に求めること ～人類史上かつてない高齢社会の出現に際して～

酒井 穰 サカイ ジョウ
株式会社チェンジウェーブグループ

日本は「人類史上かつてない高齢社会」に突入しており、今後も状況はより厳しくなっていく。その影響が顕在化するとされる2025年には、2,000万人以上（約3割）のビジネスパーソンが仕事と介護の両立に苦しむ時代に突入すると予想される。

仕事と介護の両立に苦しむビジネスパーソン、いわゆるビジネスケアラーと呼ばれる人々は、平均で27.5%も生産性を低下させるという（n=2,100）。これにより、2030年時点では約9.2兆円の経済損失が予想されている。

在宅医療サービスの受益者は、患者だけではない。その患者を介護するビジネスケアラーもまた、在宅医療の拡充なしには、生産性の低下を避けることはできない。その意味で、これからの時代の在宅医療は、社会福祉としての側面のみならず、日本の経済活動を間接的に支える「社会的な投資」としての意味合いを強めていくことだろう。

【演者略歴】

慶應義塾大学理工学部卒。TIAS School for Business and Society 経営学修士号（MBA）首席（The Best Student Award）取得。商社にて新事業開発に従事後、オランダの精密機械メーカーに光学系エンジニアとして転職し、オランダに約9年在住する。帰国後はフリービット株式会社（東証一部）の取締役（人事・長期戦略担当）を経て、独立。過去に事業構想大学院大学・特任教授、新潟薬科大学・客員教授などを歴任。介護業界の経営者コミュニティCare Designers Labにて講師を担当する。2016年佐々木と共に株式会社リクシスを創業。NPOカタリバ理事、プロ野球選手会顧問なども兼任する。30年以上に及ぶ介護経験がある。

利益相反：無

教育講演27

地域での看取り ～看取りは日々のケアの延長線上にある～

EL27

【セッション概要】

「看取り」は、人生の自然な流れの中にある、ひとときです。

看取りが近い方の体の変化やその対応について正しい知識を身に着け、その人らしい生き抜き方は人それぞれであることを知り、その価値観を大切にする姿勢で向き合うことができれば、看取りは、日々のケアの一部となると思います。また、在宅医療では、自宅で最期を迎えることは大切な選択肢ですが、万人にとって自宅で最期を迎えることがベストとは限りません。私達の使命は、本人とご家族の意向を大切にし、どの場においてもその療養生活が穏やかで安心して過ごせるよう最大限サポートし続けることだと思います。そのために、すべての職種に共通して大切だと思うことをまとめてみました。

座長：地曳 典恵 ジビキ ノリエ

東京女子医科大学附属八千代医療センター 乳腺・内分泌外科

【座長略歴】

2001年3月 東京女子医科大学 医学部卒業

2001年4月 東京女子医科大学 第2外科入局

2007年4月～ 東京女子医科大学附属八千代医療センター 乳腺・内分泌外科

2017年4月～ 同 がんセンター副センター長 緩和ケア室長

2017年6月～ 八千代市医師会 理事

EL27-1

地域での看取り ～看取りは日々のケアの延長線上にある～

中村 明澄 ナカムラ アスミ
向日葵クリニック

「看取り」は、人生の自然な流れの中にある、ひとときです。

看取りが近い方の体の変化やその対応について正しい知識を身に着け、その人らしい生き抜き方は人それぞれであることを知り、その価値観を大切にする姿勢で向き合うことができれば、看取りは、日々のケアの一部となると思います。また、在宅医療では、自宅で最期を迎えることは大切な選択肢ですが、万人にとって自宅で最期を迎えることがベストとは限りません。私達の使命は、本人とご家族の意向を大切にし、どの場においてもその療養生活が穏やかで安心して過ごせるよう最大限サポートし続けることだと思います。そのために、すべての職種に共通して大切だと思うことをまとめてみました。

①病状の理解：現在がどのような状態で、今後どうなっていくのか、また、主治医がどう判断し見通しをたてているかの理解はとても大切です。特に、がん終末期の方では、病気の特性上、元気そうに見えても残された時間が長くないため、予測されている病状変化が、急変のように見えることがあります。また、とてもつらそうに見える状況が、亡くなる時の自然な体の変化のこともあり、正しい知識をもとに関わっていくことが大切です。

②価値観とペースを大切に：人の思いや考えは本当に人それぞれです。医療・介護者側の価値観を押し付けないよう細心の注意を払います。また、状況が変われば思いも変わるのは当然ですから、思いは揺れ動くものと心構えし、本人・家族のペースを大切にすることがポイントです。

③スピード感とチーム力：予後が限られている中、医療者側が律速段階になってはいけません。日々のケアは丁寧に行いますが、何らかアクションが必要なときはスピーディな多職種連携とチーム力が問われます。コミュニケーションが円滑にいくべく日頃から顔の見える関係づくり、リアルタイムな連絡体制の整備が大切です。

【演者略歴】

2000年 東京女子医科大学医学部卒業

2000年 独立行政法人国立病院機構東京医療センター初期研修医・総合診療科レジデント・筑波大学附属病院 総合医コースレジデント

2007年 筑波大学大学院人間総合科学研究科 講師

2009年 千葉大学大学院医学研究院循環型地域医療連携システム学特任助教

2010年 向日葵ホームクリニック（2012年より院長、2013年法人化。2017年移転のため、向日葵クリニックへ改称）

資格

日本在宅医療連合学会 在宅医療専門医・指導医

日本緩和医療学会 緩和医療専門医・指導医

日本プライマリ・ケア連合学会 家庭医療専門医・指導医

利益相反：無

シンポジウム1

働き方改革を進めるための在宅におけるタスクシェア
(職種の壁を打ち破るためのワーキンググループ活動報告)

S1

【セッション概要】

職種の壁を打ち破るためのワーキンググループ（WG）は多職種連携委員会に属するWGです。多職種間の壁の解消や連携協働・タスクシフト・タスクシェアに関わる課題を検討しています。本年度は「医師の働き方改革」の運用開始に合わせてタスクシェアの課題を取り上げています。医療職人材の高齢化と地域による偏在・不足を補い、急増する在宅医療需要に応えるためにタスクシェアの推進は必須です。また在宅医療の質を向上させるためには医療と介護に関わる全ての専門職の協働が必要です。本シンポジウムではこれまで主に各職種の内で議論されてきたタスクシェアの拡大を多職種間で互いに知り学び、タスクシェアのために克服すべき課題と制度的な障壁を議論します。在宅に関わる全ての職種の働き方改革と在宅医療の質の向上を目指します。

座長：谷水 正人 タニミズ マサヒト
南松山病院

【座長略歴】

愛媛県松山市出身。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月まで同病院院長。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として現在に至る。現在、日本在宅医療連合学会副代表。

座長：平原 優美 ヒラハラ ユミ
日本訪問看護財団

【座長略歴】

1990年 東京ふれあい医療生協 梶原診療所 ふれあい訪問看護ステーション
2006年 財団法人 日本訪問看護振興財団立 あすか山訪問看護ステーション 所長
2011年 首都大学東京大学院（現・東京都立大学大学院）在宅看護CNS 統括所長
2018年 首都大学東京大学院 博士学（看護学）取得
公益財団法人 日本訪問看護財団 事務局次長 兼務
2022年 公益財団法人 日本訪問看護財団 常務理事
日本在宅ケアアライアンス 副理事長

S1-1

特定行為研修修了看護師が関わるタスクシェア

井田 奈央 イダ ナオ

有限会社ビハーラ 訪問看護ステーション ワークスタッフ鶴の木

看護師が行う特定行為は、診療の補助であり、手順書（医師が診療の補助の指示として作成する文書または電磁的記録のこと）に基づき実践的な理解力、思考力および判断力、高度かつ専門的な知識・技能をもとに実施する38の行為を指す。この38の特定行為には、「在宅・慢性期領域」として在宅医療に有効な行為もパッケージされている。特定行為研修を修了した看護師が療養者の状態を見極めることで、タイムリーな対応が可能となる。

一方、特定行為研修修了看護師は少なく、特に訪問看護は小規模事業所が多く、欠員補充や金銭的な問題から受講が困難な状況にある。また、特定行為研修制度の認知度は十分でないことから、医師と看護師の効果的な連携体制が確立しにくい。この制度を十分に活用できていないという問題がある。

特定行為研修制度を活用することで、療養者の身体的・金銭的負担の軽減、医師の負担軽減、看護師の質向上と役割拡大が叶うであろうことから、医療界にとって重要な制度であると考え。今後、地域でのタスクシェアを進め利用者へタイムリーな医療提供を行うために、特定行為研修制度の認知を広め、活躍の機会を増やしていきたい。

【演者略歴】

2006年4月～2009年8月 急性期 総合病院 勤務

2009年9月 訪問看護ステーション ワークスタッフ鶴の木 入社

2016年6月 訪問看護認定看護師 資格取得

2017年3月 特定行為研修（基本モデル） 修了

2023年4月 BBT大学大学院 経営学研究科 経営管理専攻 入学

利益相反：無

S1-2

在宅医療における管理栄養士の役割

渡部 弥生¹ ワタナベ ヤヨイ
立野 慶¹ タテノ ケイ
望月 弘彦² モチヅキ ヒロヒコ

¹ 医療法人社団 ユニメディコ

² 相模女子大学

訪問栄養食事指導の実績件数は、他専門職種の訪問サービス実施件数と比べ少ないが、増加傾向にある。令和6年診療報酬・介護報酬制度の改定では、リハビリテーション、口腔、栄養の連携が評価されることとなり、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として、訪問栄養食事指導体制の整備が行われた。訪問栄養食事指導を実施している診療所や病院は少ないが、認定栄養ケア・ステーション等は増えつつある。当法人では、2014年から在宅訪問栄養食事指導を開始、2020年に認定ケア・ステーションを設置、管理栄養士は、在宅医療に大きく関わるようになった。医師、看護師、歯科医師等との同行訪問を実施、医療事務員、看護補助事務員、および歯科助手としての役割も担っている。同行訪問によって、疾患やその治療方針への理解が深まり、訪問食事栄養指導の質向上につながった。また、訪問診療時に患者の医療的課題および栄養課題を同時に把握することで、直接医師から指示を受け、訪問食事栄養指導につながるケースも増えた。同行訪問は在宅医療の経験の少ない管理栄養士の臨床経験、臨床教育にも有用であった。在宅療養患者の食支援は多職種で関わる事が多く、患者個々の生活環境やニーズに合わせ、各専門職が支援するサービスの幅を変える必要がある。多職種同士がお互いの専門性を理解し、相互相談できる関係性が必要である。多職種連携の問題点としては、訪問回数が精神的負担になるケースや事業所、他職種間との連携方法等が上げられる。令和6年介護報酬の改定により、医師と管理栄養士の居宅療養管理指導における同一日算定が可能となり、同日に訪問することで多職種連携がしやすくなった。管理栄養士が多職種連携の架け橋として食支援を行う事で、管理栄養士自身の指導技術や地域の在宅医療の質の向上にもつながっていく。

【演者略歴】

2004年 鎌倉女子大学短期大学部卒業

2004年 給食委託会社、介護老人保健施設

2014年 医療法人社団ユニメディコ 栄養部部長スポーツ医科学研究所 副所長在宅訪問栄養指導、通所介護、リハビリ、小児福祉食育、スポーツ栄養等

【資格】

管理栄養士、介護支援専門員、在宅栄養専門管理栄養士、在宅訪問管理栄養士

【所属】

日本在宅栄養管理学会会員 横須賀地区栄養士連絡協議会在宅チームリーダー 神奈川県栄養士会第4ブロック役員

利益相反：無

S1-3

在宅療養支援診療所のタスクシェアへの取り組み

鬼澤 信之	オニザワ ノブユキ
武藤 公一郎	ムトウ コウイチロウ
宮寺 克行	ミヤデラ カツユキ
岡部 麻美	オカベ アサミ
橋本 彰子	ハシモト アキコ
杉原 明美	スギハラ アケミ
宮下 勉	ミヤシタ ツトム

医療法人あんず会 杏クリニック

医師の業務の一部を移管・共同実施するタスクシフト・タスクシェアは医師の働き方改革の一環として推進されている。これは、医師以外の職種の医療従事者がそれぞれの専門性を活かせるよう業務分担を見直すことで、医師の負担軽減と同時にチーム医療の水準を上げることを目指して行われるものである。

在宅医療においては地域包括ケアシステムの中で多職種連携の重要性が強調されてきた。同一法人の中で完結する医療では業務責任の所在が明らかであるためタスクシフト・シェアが実現しやすいが、独立した法人が協働する地域包括ケアでは「連携」に留まることが多かった。しかし今後、限られた資源・財源の中で質を維持した在宅医療を提供するためには法人内外でタスクシフト・タスクシェアが求められるだろう。実際に特定行為研修修了看護師が所属する訪問看護ステーションや管理栄養士が主体性を発揮する栄養ケア・ステーションの取り組みも注目されている。

当院は埼玉県狭山市の在宅療養支援診療所で、所在地から半径5km圏内の約600名余りの在宅療養患者に対して訪問診療を行っている。在宅医療に特化した当院は医療依存度が高く、かつ自宅で療養する患者を積極的に受け入れている。その多様な疾患に対応するために、医師、看護師だけでなく管理栄養士、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、診療アシスタント、ソーシャルワーカー、理学療法士などが所属し協働している。

院内外が多職種が主体的に患者に向き合うことで、医師主導で診療にあたるよりも充実した医療を届けることができた事例を紹介し、タスクシフト・シェアは医療の効率化だけでなく満足度の高い在宅医療に寄与する可能性を伝えた。

【演者略歴】

平成20年 埼玉医科大学卒業
平成28年4月 あんず訪問診療クリニック開設
平成30年4月 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

利益相反：無

S1-4

タスクシェアに関わる今後の職種の壁を打ち破るためのWGとしての取り組み

谷水 正人 タニミズ マサヒト
社会医療法人仁友会南松山病院

【はじめに】在宅医療におけるタスクシェアの推進は「職種の壁を打ち破るためのWG」の中心的課題のひとつである。
【活動】本WG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する。【進捗状況および考察】タスクシェアに関わる多職種の取り組みの実例を学ぶ中で、タスクシェアを進めるために克服すべき課題が山積していることを改めて確認し、多職種間で他の職種の能力と可能性を正しく相互理解する場が必要であることも認識した。このWG内の議論では、1) 業務独占と名称独占が生む業務の狭間（はざま）と障壁、2) 技術習得への課題、3) リスク回避と責任範囲の規定、4) シェアされたタスクへの対価・診療報酬、職場における雇用条件としての評価、等の課題が挙げられた。他方、基準を明確化することは重要であるがそれ以上に在宅医療の質の向上という目標のために職種間相互の信頼関係の構築、相互をカバーできるチーム力の強化、コミュニケーション能力、管理者の包括的責任能力の大きさがタスクシェアの成否を決するのではないかという指摘もあった。

【演者略歴】

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。

利益相反：無

シンポジウム2

看取りに慣れない、在宅緩和ケアの質をたかめる努力をする

S2

【セッション概要】

在宅緩和ケアの質は、医療的管理や緊急時の対応が適切であることはもちろん、限られた時間の中で患者・家族との関係性を築き、個別の思いや価値観を尊重しながら最期まで生きる支援を行うことが重要である。在宅医師や訪問看護師はnarrative based medicineを活用して患者や家族の思いや価値観を理解しQOL向上に努める取り組みを、管理栄養士は食事を通じて患者や家族との絆を深め最期まで食べることを支える活動を、薬剤師は鎮痛や鎮静などの薬剤選択に専門知識を活かし患者の最期の希望を共有する役割について報告する。

そして在宅緩和ケアでの多職種共同のあり方や課題、在宅緩和ケアの質とは何かについても議論する。

多くの看取りを経験するうちにともすれば看取りが機械的になっていないか、ひとりひとりにしっかり向き合っているか問い直す機会になるとともに、在宅緩和ケアの質についてもう一度参加者と一緒に考えてみたい。

座長：田中 誠 タナカ マコト

たなか往診クリニック

【座長略歴】

1985年 京都大学医学部卒業
1994年 京都大学大学院医学研究科加齢医学講座修了、医学博士取得
1995年 米国ミシガン大学、ハーバード大学留学
2003年 京都大学医学部附属病院地域ネットワーク医療部助教授
2009年 たなか往診クリニック開設 現在、院長・医療法人理智会理事長

座長：川口 美喜子 カワグチ ミキコ

札幌保健医療大学

【座長略歴】

1981年 大妻女子大学家政学部食物学科管理栄養士専攻卒業
1996年 島根大学医学部附属病院第一内科文部教官
2004年 島根大学医学部附属病院 栄養管理室 室長、2007年 特殊診療施設 臨床栄養部 副部長に配置転換、2012年 栄養治療室 室長に配置転換
2013年 大妻女子大学（東京都）家政学部食物学科 教授、島根大学医学部 臨床教授、島根大学医学部 特別協力研究員、お茶の水女子講師（非常勤）、東京農工大学農学部講師（非常勤）、東京歯科大学講師（非常勤）
2024年 札幌保健医療大学大学院 教授

S2-1

多職種連携で在宅緩和ケアの質は高まるのか？

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

近年、地域差はあるものの、国の公表するデータにおいて在宅看取り率は右肩上がりが増加しています。もちろんデータには検視・検案も含まれてはいますが、穏やかで安らかな在宅での看取りが増えているのであれば大変喜ばしいことであり、地域で実際に在宅看取りに取り組む医療機関が増えていることも実感しています。

当院では年間70-80名の方々を在宅でお看取りさせていただいていますが、看取りが事務的になっていないか、機械的になっていないか、には常に注意を払うようにしています。看取りに慣れきってしまい惰性で看取りをするようになってしまわないためには、事例ごとに個別性のある「患者・家族の物語（narrative）」を中心にして、院内外の多職種でそのnarrativeを共有することが効果的と感じています。くしくも、今年度の診療報酬改定においても、ICT等を用いて人生の最終段階における意思決定支援の内容を多職種で共有することが評価されています。

また、在宅看取りの質の評価については、亡くなった患者ご本人にさせていただくのが一番良いとは思いますが、それは叶わぬ夢です。ですので当院では、定期的に遺族会を開催して家族（遺族）からの当院の在宅緩和ケアに関する評価をフィードバックしていただいたり、遺族会の後に院内スタッフ全体でお看取りした患者さんのお名前を一人ずつ読み上げながら思い出話を共有したりしています。

本シンポジウムでは、上記のような当院での取り組みを踏まえて、在宅看取りや在宅緩和ケアの質を高める方策について検討していきたいと思います。

【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 医療法人社団 清水メディカルクリニック

【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。日本在宅ホスピス協会理事。

2020年より現職。地域で外来診療及び在宅医療に取り組んでいる。

利益相反：無

S2-2

何をすること／しないことが質の高い看護になるのか 個々の文脈で考える

宮田 乃有 ミヤタ ノア
恵仁会なごみ訪問看護ステーション

近代看護の祖と言われるフローレンス・ナイチンゲールは、「看護とは新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静かさを適切に保ち、食事を適切に選択し管理すること—こういったことのすべてを、患者の生命力の消耗を最小にするように整えることを意味すべきである」と述べている。また、「看護がなすべきこと、それは自然がはたらきかけるに最も良い状態に患者をおくことである」としている。

看護というと、体温や血圧などバイタルサインの測定をはじめとした状態観察、注射や点滴といった診療の補助、清拭や排便の援助といった療養上の世話、といった仕事浮かぶのではないかと思う。看護の質を考えるうえで複雑なのは、医療行為やケアを行いさえすれば「看護」になるとは限らないという点である。

例えば終末期を迎え経口摂取が難しくなった療養者に対して、もし医師から多量の点滴指示が出た場合、指示どおりに点滴を行った結果痰が増えて療養者を苦しませ、生命力を消耗させてしまったら、法的には問題がなくてもそれを「看護」と言えるだろうか。逆に、医師が終末期の療養者には点滴はしないと説明した場合、看護師が同じ立場で補足することも看護師の役割だが、療養者や家族に「少しの点滴してもらえないのか」といった不安や絶望感が残ってしまっは、質の高い「看護」を提供できたとは言い難い。

医療職として緩和ケアの経験を積むほど、麻薬を使うことも衰弱の過程を見守ることも「当然のこと」になっていくが、療養者や家族にとっては1分の1の経験であり、それぞれが唯一無二の文脈をもっている。個々の療養者や家族にとって、どのような医療・ケアが生命力の消耗を最少にし、自然がはたらきかけるに最も良い状態におく「看護」になるのかを吟味していくこと、そして他職種と共有していくことが質の高い在宅緩和ケアにつながると考える。

【演者略歴】

1997年 琉球大学医学部保健学科卒業
1999年 健和会さくら訪問看護ステーション勤務
2005年 聖路加国際大学修士課程（CNSコース）修了
2007年 地域看護専門看護師認定取得
2014年より現職

利益相反：無

S2-3

在宅緩和ケアの質を高めるために、薬剤師として必要なこと

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

日本の死亡場所別にみた患者数の変化は、1950年代は自宅で看取る割合が82.5%であったが、その25年後には医療機関で看取る割合と並び、現在でも医療機関のほうが自宅よりも高い。しかし、今後の超高齢化社会において病床数の削減等により、自宅や施設での看取りも多くなると考えられる。薬局は、地域包括ケアシステムの一端を担っており、人生の最期まで住み慣れた地域で過ごし、最期まで自分らしく生きるために、多くの役割を担っている。特にターミナル期においては、医療用麻薬の使用や、注射などのデバイスを使うことも多く、それには高度な薬局の機能と薬剤師の専門的な知識を要する。これまで薬局薬剤師は看取りの場面に遭遇することは少なかったが、その場面が在宅であればそこに至るまでの関わりは必要である。鎮痛や鎮静に使用する薬剤について薬局で制度上認められていないものがあるのが現状である。今後、在宅緩和ケアの質を高める上で、薬局で使用できる薬剤を増やすことや、薬剤師の薬学的知識だけでなく、多職種との連携、アドバンス・ケア・プランニングにも関わる必要があると考える。

【演者略歴】

1991年武庫川女子大学薬学部卒業後、医療法人協和会協立温泉病院 薬剤部入職。1993年一般社団法人大阪ファルマプランに就職、あおぞら薬局、あおば薬局の管理薬剤師を経て、2023年に同法人理事長に就任。現在、全国薬剤師・在宅療養支援連絡会（J-HOP）副会長。日本在宅医療連合学会保険委員会、同学会多職種連携委員会所属。日本緩和医療薬学会地域連携委員会所属。HIP研究会理事。日本在宅ホスピス協会役員及びトータルヘルスプランナー（THP）。

利益相反：無

S2-4

クリニックにおける多職種連携の早期栄養ケア介入による緩和ケアの取り組み

彦坂 陽子 ヒコサカ ヨウコ
長濱 久美 ナガハマ クミ
遠藤 光史 エンドウ ミツフミ
医療法人社団莉生会 メディケアクリニック石神井

緩和ケアは、人生の最終段階での関わりと認識されている。この時期、多くの患者は食欲が低下し、食事を摂取できなくなる。この段階の患者に対する管理栄養士の役割は、医師、看護師、薬剤師など他職種に比べてはつきりせず、それゆえ緩和ケアは管理栄養士にとって難しいと感じられることがある。

当院では、2022年より医師の初回訪問診療後、早期に管理栄養士が食事栄養のアセスメントを行っている。これまでに約310例に介入し、希望しない入院や重症化を栄養の視点からも予防する取り組みを行っている。

今回の発表では、この取り組みの中での気づきを、緩和ケアに焦点を当てて報告する。

緩和ケアの対象は、実際はがん患者や終末期の患者に限定されるものでない。がん以外の疾患や罹患もない時期の患者も含め、生命を脅かす疾患を抱えるすべての患者とその家族が緩和ケアの対象となる。また、こうした緩和ケアは身体的な苦痛や精神的な苦痛だけを考慮するのではなく、患者全体の苦痛を「全人的苦痛」として捉え、その緩和に取り組み、患者と家族のQOLを改善するためのケアである。

初回診療後すぐに、管理栄養士も訪問し、食事環境に問題がないか、食べることに苦しんでいないか、困っていることはないかなどのアセスメントを行うことで、早期から関わる緩和ケアの一助となると考える。

また、月1度院内栄養カンファレンスを行い、多職種チームで、患者や家族の思いや価値観を共有している。そうすることで最期まで食べることを支え、患者ごとに個別的な対応をしてくことは「食」のQOLを維持していくのに有効であるという思いを抱くことが多い。

患者やその家族が、最後まで安全に食事を楽しむことが、管理栄養士が発信する緩和ケアのあり方と考えている。そのためにも多職種連携による「食支援」を続けるとともに、食支援を通じた緩和ケアの効果について評価方法を検討し、患者と家族のQOL維持に繋げていきたい。

【演者略歴】

1992年～ 急性期病院にて栄養管理
1997年～ 調理師専門学校食品学講師
2002年～ 料理教室講師
2009年～ 個人事業主としてデイサービスの栄養管理・自治体の介護予防教室、小中学校食育授業、特定保健指導、クリニック外来栄養指導等の請け負い
2027年～ 横山歯科医院 訪問栄養士業務
2020年より現職 メディケアクリニック石神井公園

利益相反：無

シンポジウム3

在宅医療インテグレーター 活動報告

S3

【セッション概要】

2017年に人材育成事業の一環として在宅医療インテグレーター養成講座は開講し、今年で8年目を迎えます。高齢化が進むなか、さまざまな課題を抱える療養者は増えています。このような社会の状況において単なるつなぎ役、調整役ではなく問題を俯瞰的にみてインテグレート（統合）し、患者や家族が望む生活や生き方を一緒に考える（協働意思決定）役割はますます重要になります。「インテグレーター」は職種や資格名ではなく機能名と考えています。在宅医療に限らず、病院医療や地域包括支援センターなどの行政の場面でもインテグレーターのスキルは応用できます。今回の演者は在宅医療インテグレーター養成講座を受講後にファシリテーターとしても活躍されています。本講座から学んだスキルがそれぞれの職種、職場でどのように生かされているかを発表して頂きます。

座長：杉浦 真 スギウラ マコト

安城更生病院

【座長略歴】

1995年 浜松医科大学卒業

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 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おみ 施設長 兼任

2024年 愛知厚生連安城更生病院 高齢福祉事業部長（院長補佐）

座長：石原 由花 イシハラ ユカ

野崎クリニック

【座長略歴】

2005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

東京大学医学部付属病院にて勤務

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 野崎クリニックに所属

訪問看護ステーション勤務や看護大学での実習指導等を経て、現在は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。

S3-1

急性期病院の医師の立場から

杉浦 真 スギウラ マコト
安城更生病院

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。近年の高齢化の影響で在宅の現場だけでなく急性期病院においてもさまざまな問題を抱えた患者が入院している。今回は急性期病院の現状と問題点、入院医療や倫理的問題の解決においても在宅医療インテグレーター的な視点が重要であることを発表する。社会の高齢化に伴い入院患者における高齢者の占める割合は増加している。高齢の入院患者は多疾患を抱え、元々フレイルや障害などの健康課題を有していることが多い。また医学的な問題だけでなく独居や身寄りがいないなどの社会的な問題を有する患者も増えている。しかし病院の医療はどんどん専門化・細分化している。一人の患者にさまざまな診療科や専門医療チーム、認定看護師などが関り症状や状態に応じた専門的で高度な医療を提供できる点においては良いことであるが、それぞれの専門家が個別に関わることで情報が整理されず、かえって混乱を来している場面をよく見かける。本来は主治医や現場の医療ケアチームが情報を整理して統合し何を優先すべきかを判断する必要がある。まさにこの点がインテグレーターとしての機能が活かせる場面であると感じる。また臨床における倫理的問題の解決においてもインテグレーターのスキルは活かされている。研修では「インテグレーションワークシート」を用いて情報を整理することで問題が可視化された。同様に倫理的問題においても「Jonsenの4分割表」を用いて情報を整理することが解決へ向けた重要なプロセスである。

【演者略歴】

1995年 浜松医科大学卒業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 愛知厚生連安城更生病院 在宅医療連携推進センター長
2022年 介護老人保健施設あおみ 施設長 兼任
2024年 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：無

S3-2

在宅医療インテグレーターの機能を意識した相談援助

田巻 憲史 タマキ ノリフミ
帯広協会病院

総合病院の医療ソーシャルワーカーとして相談援助業務を行っている。

第2回在宅医療インテグレーター養成講座を修了し、名刺や電子メールの署名に表記し、つねに在宅医療インテグレーターの機能を意識しながら実践をしている。

行政の保健師から、支援困難事例の相談を受けた。在宅医療インテグレーターへと言う相談ではなかったが、在宅医療インテグレーターの機能を意識しながら、保健師などへ医療機関や介護支援専門員への関わり方、支援の仕方の助言を行った。利用者本人の氏名は分からず、疾患の状態など詳細は不明なまま、「いわゆる黒子」として関わった事例を中心に、日々どのように意識しながら実践を行っているかを発表する。

医療機関に所属する医療ソーシャルワーカーが、在宅医療インテグレーターとして機能し、どのように地域の困難事例をインテグレートすると良いのかを考えたい。

【演者略歴】

1997年 日本福祉大学社会福祉学部卒

1997年～ 社会福祉法人北海道社会事業協会帯広病院（通称：帯広協会病院）
医療ソーシャルワーカー

【公職】

日本医療ソーシャルワーカー協会理事

北海道医療ソーシャルワーカー協会副会長

【資格】

認定社会福祉士（医療分野）、認定医療ソーシャルワーカー、
精神保健福祉士

利益相反：無

S3-3

診療同行看護師としてインテグレーターの役割を考える

湊 由美香 ミナト ユミカ
四街道まごころクリニック

【はじめに】

当院は四街道市に11年前に開業。人口約9万6千人に対し、高齢者率は28.9%。介護保険取得率15.5%と高齢者ニーズもあり、近隣に大学病院や各基幹病院があり、医療アクセスの高い環境にある在宅療養支援病院として、疾患・年代を問わず医療支援が必要な患者様のニーズに柔軟に対応している。「まごころ」をもって「安心」をお届けすることを念頭に、関わるすべての立場の方にとって負担の偏らないサービス提供を行う為、診療同行看護師として情報共有のハブとなりうることは非常に重要であると考えている。

【活動】

時に診療同行看護師としての視点で知りえた問題点に、多職種を巻き込んで解決に向かうことがある。業務上集積した情報を紐解いて、見えてきた糸口をどのように使って解決に向かうか。各職種の専門性を活かした解決策を練ることがある。

一人の方の問題点を地域で解決しようとするとき、直接対応されることの多い方の感情の矛先が、理想とすべき解決策よりも大分ずれたところにあることがある。また、その周辺の専門職も目先の問題にとらわれてしまい、俯瞰的にその方を見ることができなくなった場合に、インテグレーターとして介入することで、凝り固まった視点をほぐして、大きな視野で問題の優先順位をつけてあげるような支援を行う。

ある大腸がんと認知症のご夫婦の診療開始から、地域ケア会議を経て、入院からご逝去までの一連の関わりを振り返る。

【考察】

地域ケア会議と担当者会議を繰り返し行い、問題点をすり合わせ、その中で解決策を模索する。当たり前のことだが、他職種で集まるとなかなか一度では解決まで導くことができない。

それぞれの対象者に抱える思いを、同じ方向に向けるためのキーワードは何か？その方にとって一番いいと思っていた方法が全てではないのでは？インテグレートして見えた結論をまとめる。

【演者略歴】

飯能医師会立飯能看護学校卒
日本在宅医療連合学会 在宅医療インテグレーター研修
日本難病看護学会認定難病看護師
日本褥瘡学会 在宅褥瘡予防・管理師
千葉県看護協会 災害支援ナース研修

利益相反：無

S3-4

在宅医療インテグレーター 活動報告 ～介護支援専門員の立場より～

相田 里香 アイダ リカ
青い鳥

【はじめに】 介護支援専門員としてコロナ禍を前に在宅医療インテグレーター養成講座を受講した意味は自身の中で大変大きなものであったことを振り返る。暮らしから見える利用者・家族の描く望む姿や叶えたい希望、個々のケースから学ぶ地域が抱える課題について、様々なことをいかに統合し実現に向かうのか、実践をもって挑戦するきっかけとなった。

【方法】 個の生活における課題と介護現場、社会資源が抱える課題について、同職種に向けた定期的なアンケート・ヒアリングを重ねケアマネジメントの必要性を客観的に捉えた。認知症独居高齢者、高齢者のみの世帯への継続支援の実現、サービス事業者全体の給付を担う介護支援専門員への支援に着目し、施策に現状を踏まえた提言を目標として活動を続けた。

【結果】 複雑な支援が求められる中でひとり（1つの職種）で抱え込まず、インテグレーターとして行うアセスメント、アクションプランの立案、周囲への働きかけを続けた結果、行政・医師会との三位一体による取り組みが実現した。その結果、利用者・家族の暮らしを支え続ける地域の社会資源を守る取り組み、コロナ禍に生きる地域課題の解決へとつながる次の3つの地域資源の開発に参画した。①緊急時における休業・療養期間中の特別連携②新型コロナ自宅療養者支援事業③地域独自の多職種連携ICTシステムの構築。

【考察】 参画を通して、地域における課題の明確化、具体的な対処方法、解決策・方針の決定とその一連を体感することができた。個の支援に留まらず、個を支える多職種で構成されるチームが機能するためにはそれぞれのもつ思いの共有、その特性と力を十分に発揮できる環境調整が重要であった。情報の整理・視点や現状の分析、アプローチの方向性への検討、アクションプランの立案等、インテグレートする役割は重要であり、その過程でインテグレーターにより創りだされる多職種連携の形と重要性を考えさせられた。

【演者略歴】

- ・介護福祉士
- ・看護師
- ・（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

利益相反：無

シンポジウム4 日本在宅医療事務連絡会合同企画

うまくいっている在支診・在支病で活躍する事務たち ～縁の下の力持ち～

S4

【セッション概要】

訪問診療は医師を中心に、訪問看護は看護師、訪問リハビリはPT・OT・ST、訪問栄養食事指導は管理栄養士を中心に訪問サービスを提供しているが、各職種がその職種としての職務を全うするために、「縁の下の力持ち」となるべく活躍している事務職が機能している組織こそ、うまくいっている組織と言えるのではないだろうか。

令和6年4月から「医師の時間外労働の上限規制」がはじまった。医師の労働時間の短縮を進めるためには、医師から他の職種へのタスク・シフト/シェアを早急に進める必要があるとされているが、そのうちの一職種として事務職に期待したい。

本セッションでは、事務職にスポットを当て、在支診・在支病の事務職・事務長・医師に医療機関における事務職の活用、事務職との協働、医業と経営の分離といった取り組みの発表から、今後の組織運営についてディスカッションする。

座長：岡崎 理絵 オカザキ リエ

祐ホームクリニック千石

【座長略歴】

【学歴】

平成10年3月 共立薬科大学薬学部卒業

平成31年3月 北海道大学「病院経営アドミニストレーター育成プログラム」修了

令和4年 3月 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 医歯理工保健学専攻 医療管理学コース修士課程修了

【職歴】

平成10年 日本医科大学老人病研究所 研究技術員

平成12年～25年 調剤薬局勤務

平成26年9月 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック 薬剤師

平成27年7月 事務長兼務

【資格】

- ・ 薬剤師
- ・ プライマリケア認定薬剤師
- ・ 日本老年薬学認定薬剤師
- ・ 医療経営士3級

【所属】

- ・ 在宅療養支援診療所薬剤師連絡会 理事
- ・ 一般社団法人 日本在宅医療事務連絡会 理事
- ・ 日本プライマリケア連合学会
- ・ 日本在宅医療連合学会

座長：大西 肇 オオニシ ハジメ

一般社団法人日本在宅医療事務連絡会 理事（医療法人社団まごころ 事務長）

【座長略歴】

2012年10月より医療法人社団まごころ 四街道まごころクリニック 事務長

2016年4月より医療法人社団神幸会 訪問看護ステーション凜 事務長

2020年6月より医療法人社団まごころ まごころ訪問看護ステーション 事務長

2023年1月より医療法人社団まごころ まごころ在宅ケアマネジメント 事務長

現在2法人4事業所の事務長を兼務

S4-1

事務から事務長へ。事務職のキャリアパスを考える。

浅沼 裕子 アサスマ ユウコ

一般社団法人日本在宅医療事務連絡会 理事（医療法人社団実幸会 いらはら診療所 事務長）

現在、医療事務職は単に受付、保険請求ができれば良いというだけでなく、他業種との連携等、病院や診療所の医療が円滑に行われるためのサポートなど、役割は大きくなってきています。その中で医療事務職のキャリアパスをどのように考えると良いでしょうか。業務が多岐にわたる分キャリアパスの方向性は様々となります。ステップ1として受付業務や患者情報の管理などの基本的な業務からスタートし、次のステップとして請求業務、その後経験を積んでスペシャリストへのキャリアアップ、広範囲の職種の業務に係ることでのキャリアアップなど。

キャリアパスを意識することで、自身のスキルを向上させるための目標を設定でき、それに向けて努力することで、仕事へのモチベーションが高まると考えます。

私自身も月数日勤務のパートから現在事務長職を担っておりますが、自身の経験とを合わせお伝えいたします。

【演者略歴】

医療法人社団実幸会 いらはら診療所 事務長

民間企業を経て医療業界へ。総合病院の医事課を経験、その後、いはら診療所非常勤職員として入職、2009年事務長となる。請求業務の他、訪問看護ステーション、介護事業（デイケア、通所介護他）の立上げ。新規診療所の立上げ等も行ってきた。

利益相反：無

S4-2

レセプトだけではない!事務職のできること。医師・看護師ら専門職にその職務を全うしてもらうために。

若塚 彩 ワカツカ アヤ
医療法人社団まごころ 事務主任

医療事務といえば、一般的には外来窓口や電話対応、そして何より毎月のレセプト業務を主な業務とイメージされているだろう。一方、在宅医療事務においては、それらの業務は一部分に過ぎず、新患契約時の契約書等の作成とその説明、診療同行、指示書・診断書等の各種書類作成補助、医療物品の管理、訪問車の管理等、医師・看護師ら専門職がその職務を全うできるよう、多岐にわたって業務を行なっている。

当法人は、在宅療養支援診療所（訪問診療・訪問リハビリテーション・訪問栄養食事指導）・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所を一体的に運営している。レセプト業務だけでも診療報酬・介護報酬における幅広い知識を必要とし、報酬算定上、現場において、あるいはカルテ記載において必要な事項を把握し専門職と共有する。また日々、訪問看護ステーションをはじめ、調剤薬局、居宅介護支援事業所等の連携事業所から、電話・FAX・メール・ICTツール等を通じて届く患者・利用者についての膨大な量の情報を、抜け漏れのないよう法人内で共有している。

専門職にその職務を全うしてもらうために、事務職は周辺業務を正確に、かつ効率的に行なう必要があり、それには人材育成が急務である。在宅医療事務経験者は少なく、医療事務未経験者のほか在宅医療以外の医療事務経験者の採用をしてきた。医療事務経験者であっても前述の在宅ならではの業務をひとつとり習得するには一定の時間を要し、習得する間にも新たな役割が増えたり、報酬改定があったりと、習得途中でも得たものをアップデートする必要もあり、達成感を得ること、モチベーションを維持することが喫緊の課題だ。

私たち事務職は、専門職ではない分、与えられる役割に幅を持たせることができる。何を期待されているのか、何をすべきなのか、タスクシフト／シェアの一端を担うことで、より質の高い医療・介護サービスを提供していきたい。

【演者略歴】

大学卒業後、一般企業に就職。2016年、医療事務未経験で医療法人社団まごころに入職。2022年に育休を取得し翌年に復帰。現在、事務主任として請求業務や事務部門のマネジメントの他、一部労務や法人主催のセミナー運営等を行っている。

利益相反：無

S4-3

在宅療養支援診療所における事務長の役割と経営について ～これからの診療所経営『医経分離』という考え方～

小玉 直人 コダマ ナオト

医療法人社団CMC コールメディカルクリニック広島 事務長

当院は2005年に広島市西区に開設した機能強化型在宅療養支援診療所（単独型）である。現在、常勤医7名をはじめ、総勢52名のスタッフにより背景人口32万人の広島市西部を対象エリアとし、法人の基本理念である医療と介護の密接な連携を重視した『患者本位』の包括的なサポートを行ってきた。

自身は2007年に事務長として入職し、地域から必要とされる在宅医療の『ブランド構築』を活動目標に掲げ、さらには住み慣れた地域で安心して過ごすことができるための社会資源の活用を念頭に活動してきた。あわせて、あらゆるカタチで在宅医療に携わるもの同士をつなげる活動も行っている。

さて、事務長が診療所において果たすべき役割は、それぞれの環境によって大きく異なるが、当院では開設当初から『医経分離』が基本的な運営方針であったため、経営全般を事務長が担ってきた。

トップである理事長、つまり医師は、その専門性を最大限発揮すべく臨床の最前線で指揮を執り、在宅医療の質の確保や患者や家族と向き合うことに注力することで、法人の基本理念を体現することに専念してきた。

一方で、経営を任される事務長は、人事・経理・労務・財務・庶務・経営企画・営業など医療以外のあらゆる業務を事務スタッフと協働して担うことで支えてきた。

理事長にとっては診療所経営をひとりで抱え込むという心理的な負担は軽減し、事務長にとっては理事長の右腕としての責任感が醸成され、『法人の発展』という明確な目標に向けたモチベーションの向上に繋がってきた。

こうした相互のフラットな関係性の構築は、法人全体の心理的安全性を高めるとともに、診療所経営の方向性について、最適な意思決定へと導く手法のひとつであると考えている。

これまでの多くの出会いがもたらしてくれたもの、数多くの成功や失敗の経験から学んだことを踏まえて、今後の診療所経営のビジョンと課題について考察する。

【演者略歴】

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・理事

現在に至る

利益相反：無

S4-4

事務職があつての病院在宅。 事務職の力で、医師は診療に専念できる

岩淵 康雄 イワブチ ヤスオ
医療法人社団愛信会理事長・院長

当院は千葉県佐倉市にある96床（内18床が地域包括ケア病床）の小さな2次救急病院です。佐倉市は千葉県北部に位置し、住宅密集地に少し農村が混じった市です。入院患者さんは、ご高齢の方が多く大学病院での治療が終わった方や、もともとその必要がないような方が中心です。

当院の地域医療で特徴的な点があるとすれば、近隣の多くの特別養護老人ホームの嘱託医や協力医療機関をしていることだと思います。担当する特養の入居者さんは、嘱託医をしている施設だけで約700人おります。一方訪問診療は、個人宅が10人ほどと少ないのですが、サ高住やグループホームなどの施設入居者さんは比較的多く合計170人ほどになります。このため特養での回診や訪問診療の際にかなり多くの事務量が発生しています。また当院では慢性的な看護師不足のため、回診や訪問診療は医師と事務職員の二人で行くのが基本となっています。事務職員は事前の準備だけでなく、訪問診療や回診に同行し、診療後の処理もしてくれます。また彼らは、医師事務作業補助者の講習を受けたものが担当しており、医療行為はできないものの、医師の代わりに事前のカルテ準備や、事後に医師の指示のもとで処方箋の修正やカルテ記載も行ってくれます。さらに、施設や個人ごとに担当する事務職員を固定して、診察する医師が代わってもこの事務職員が担当する患者さんの大体の状態を把握してくれており、施設の看護師さんなどと連携して大変有用な助言もしてくれます。

これらの事務職員たちのおかげで、医師は診療に専念ができていること、言い換えるとこの人たちがいなければとても施設や個人宅での診療ができないことを現状の報告をするなかで、できるだけリアルにお伝えしたいと思います。

【演者略歴】

1980、早稲田大学大学院理工研博士課程前期修了（物理及び応用物理学専攻）

1986、鹿児島大学医学部医学科卒業後、

同大耳鼻咽喉科・頭頸部外科

（耳鼻咽喉科頭頸部外科専門医・医学博士）

1996、東京女子医科大学第2病院内科（消化器科）

2007、佐倉中央病院院長

2020、同法人理事長

利益相反：無

シンポジウム5

安心して嚥下障害呼吸不全の方が過ごせる地域づくりの取り組み ～医療、介護、非営利組織を活用して～ S5

【セッション概要】

嚥下障害は、慢性疾患や高齢者にとって食の楽しみが奪われるだけでなくフレイルにも移行し、安定期を長く過ごすことに対して大きな問題となります。

病院では、安易に誤嚥するから、飲食禁止と指示が出されることが少なくありません。それでよいのでしょうか。食べるために医療者としてすべきことはないのでしょうか。

みえ呼吸嚥下リハビリクリニックは、呼吸と嚥下を得意とする急性期入院から施設管理、在宅まで、NPO、在宅介護事業を含む多職種チームでかわり続けてきています。

嚥下障害の基礎知識と各職種の果たす役割と連携のあり方を学び、少しでも多くの方に、人の生理的欲求である「食べること」が可能となりWell-beingの向上が図れることを願って企画しました。

座長：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

【座長略歴】

1995年3月 自治医科大学医学部卒

2008年6月 NPOグリーンタウン呼吸嚥下研究グループ設立 理事長（現職）

2009年2月 （株）グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング 代表取締役社長（現職）

2010年9月 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック開設 院長

2014年7月 在宅支援目的病棟許可を受け有床診療所化 院長（現職）

座長：前田 玲 マエダ レイ

帯広中央病院栄養科

【座長略歴】

【略歴】

1996年 女子栄養大学栄養学部栄養学科実践栄養学専攻 卒業

1997年 医療法人社団ルーク会ルカ病院

2005年 医療法人杏和会おびひろ呼吸器科内科病院

2018年 藤女子大学大学院人間生活学部食物栄養学科 卒業

2019年 社会医療法人恵和会帯広中央病院（旧おびひろ呼吸器科内科病院） 在職中

【所属学会】

日本在宅医療連合学会、日本在宅栄養管理学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本病態栄養学会、日本栄養改善学会、日本糖尿病・妊娠学会、日本臨床栄養学会、日本リハビリテーション栄養学会

S5-1

呼吸不全、嚥下障害に対する私たちの関わり

井上 登太^{1,2,3,4,5} イノウエ トウタ

¹ みえ呼吸嚥下リハビリクリニック

² (株) グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング

³ NPOグリーンタウン呼吸嚥下研究グループ

⁴ 畿内会 岡波病院呼吸器科

⁵ 岡谷会 おかたに病院呼吸器科

へき地医療の経過において呼吸不全、嚥下障害の方への対応に悩み、多職種、立場の方と手探りで対応してきました。1998年より順次、三重、奈良両県にて5つの呼吸嚥下チーム、2000年より三重呼吸リハビリテーション研究会、2004より伊賀一志嚥下研究会（現EATEC）を立ち上、2003年には様々な職種の方が共通言語で意見交換ができるように4つの級に区分けした認定を設け、現場非専門職が簡単に評価可能な誤嚥性肺炎リスク評価表を稼働し改定を続けています。地域を含んだ継続した関わり合いのために2009年にNPOグリーンタウン呼吸嚥下研究グループとして活動を開始し、営利事業として、介護事業所、在宅支援診療所、施設運営、病棟、リハビリセンターを順次立ち上げました。当初より、呼吸と嚥下を一体のもので障害関わりつづけるものと考え、1、包括的呼吸嚥下リハビリテーションに基づいてどのような状態の方にもかかわり続けることがあることに気づくこと。2、予防から終末までのライフプランで考えること。3、誤嚥性肺炎リスク評価表（i-EALD）などの提案を行いつづけ、呼吸も嚥下も、機能回復だけではなくリスクと防ぎきれない機能低下まで予測対応すること。4、人生の自然経過の認識、喜びも大切、しかし、リスクから目をそらさないこと。5、良い最期を迎えるため必要な、知識と評価、技術、ノウハウを学び続ける。6、呼吸苦を取り、安定させ、食事も生活も楽にする事。7、かかわり続けることで、知らずうちに蓄積するストレスを受けとめ消化してゆくためのテクニックを知ること。8、育て、ささえ、ともに歩む集団になり頑張り続けているスタッフやかかわりあう仲間たちとともに応援しあい続けること。を目標に活動をしています。楽しいことばかりではなく、悔しいこと後悔をすることも多々ありますが皆でいい人生を一緒に過ごしてきたと思い返しつづすごしています。

【演者略歴】

1995年3月 自治医科大学医学部卒

2008年6月 NPOグリーンタウン呼吸嚥下研究グループ設立 理事長（現職）

2009年2月 (株) グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング 代表取締役社長（現職）

2010年9月 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック開設 院長

2014年7月 在宅支援目的病棟許可を受け有床診療所化 院長（現職）

利益相反：無

S5-2

リハビリテーション部・総務部・ボランティアの立場から

鈴木 典子^{1,3} スズキ ノリコ
井上 登太^{1,2,3} イノウエ トウタ

¹ みえ呼吸嚥下リハビリクリニック

² (株) グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング

³ NPOグリーンタウン呼吸嚥下研究グループ

リハビリテーションにおいて、機能変化の予想に気づき情報を共有する、必要時に十分なかかわりを持つ、安定時に適切な間隔での評価を行い包括的呼吸嚥下リハビリテーションを行います。リハビリ助手、クリニック事務を含む総務も同じ言葉で情報を共有し、外来や受付での患者さんや家族さんへ情報を抽出し共有すること、みんなで見守っていることを伝え安心していただくために、基本認定試験を受け、症例検討会、急変シミュレーション等に参加することに努めています。障害等の進行においても楽しみ、対応し、支え合い生活できることを自覚していただく一助として、我々を含む地域の方々へ、地域の現場で障害のある方々が楽しんでいる姿が当たり前になるためのアピールとして、年2回の患者会遠足、入院患者・外来患者・付属サ高住入居者に対し15年来、毎月1回外出ボランティアを開催しています。NPPVなどの機器を使用していても気管切開していても出かけられる、楽しめると知った方々はその治療に対する抵抗も少なく速やかな導入が可能となり、苦痛を感じる機会が減ります。食事を食べることが困難になっても、楽しめる、経管栄養を行っても食べられると自覚することでモチベーションの継続につながります。私たちも様々な刺激があふれる中、安静時の限られた環境で診ているのと異なる本来のその方の機能と希望に気づかされることが多々あります。もちろん、地域の受け入れの反応により悔しい思いをすることもあります。スタッフの家族子供たちも参加して、より深く気持ちとしても治療としてもかかわりあうことにつながる大切な機会となっています。排除される存在ではなく、特別扱いを受けない、当たり前の風景となるよう期待して継続し地域に出て行く活動をつづけています。

【演者略歴】

理学療法士 呼吸療法認定士 呼吸ケア指導士 日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士

平成 9年 中部リハビリテーション専門学校 理学療法学科 卒

平成23年 鈴鹿医療科学大学大学院 保健衛生学研究科 修士課程 卒

平成21年 株式会社グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング

平成22年 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック リハビリテーション部

利益相反：無

S5-3

看護部・栄養課の立場から

藤澤 ゆみ^{1,3} フジサワ ユミ
井上 登太^{1,2,3} イノウエ トウタ

¹ みえ呼吸嚥下リハビリクリニック

² (株) グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング

³ NPOグリーンタウン呼吸嚥下研究グループ

患者さんの体に、心に、人生に寄り添うことを心掛け看護部として、看護助手さんとともにかかわっています。呼吸状態、嚥下機能は、機能的な変化のみならず、心理的な変化により、苦痛の助長、摂食量、誤嚥率の変化、窒息や肺炎のリスクの変化が起きてきます。患者さんのこれまで生活してきた経過を知り、好みを知り、本人家族さんの気持ちを知りみんなで共有し、治療療養を楽しんでいただき寄り添ってゆきます。誤嚥性肺炎、窒息のリスクを認識しつつ、苦痛を緩和し、リスクと楽しみ希望とのバランスをとることを考え、みんなで共通認識を持ちながら人生を共に過ごしかかり続けていきます。そのためには誤嚥窒息時の対応の職種にかかわらず周知、食事をとる可能性がある場所に、窒息、招待変化時救急ボックス、の配置、入院時を含め機会毎の誤嚥性肺炎リスク評価と情報共有を行っています。MCTオイル、パコジェット、デリソフター等を活用し、見た目にも、栄養的にも、安全にも気を配った食事やおやつを提供を進めています。災害時にも障害のある方々に安心して栄養を提供し続けるためのバックヤードとしても活用しながら、食事のことは栄養課に丸投げではなく、患者さんや各部署の思いを聞きながら提供を行っています。毎月、栄養検討会として他部署や施設外の方々の参加を得ながらかかわりを深めていくことに努めています。

【演者略歴】

看護師

平成21年 株式会社グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング

平成26年 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック

利益相反：無

S5-4

介護職として嚥下障害呼吸不全に対しできること

松田 幸二郎 マツダ コウジロウ
井上 登太 イノウエ トウタ
(株) グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング

【はじめに】 介護職はやはり多職種に比べ、嚥下障害、呼吸不全という分野において知識不足であると認識しています。また一番福祉施設の利用者さん等に接する時間が長いというのも介護職であると認識しています。わからない、しらないと言うものが不安になり、自分では対応ができず触らず他職種に任せてしまうという現状も多いかと思います。【上記を踏まえ】 知識不足や経験不足からくる不安というものを払拭するというものが課題となると考えます。自身としても知識を得る機会があった為、自ら判断でき誤嚥、窒息の現場に居合わせ対応できたということもあるので、学び、知識を得る機会を持ち、現場ですぐ使える知識を持つということが不安の解消につながると考えます。私が当NPO法人内での一端を担っている勉強会では呼吸と嚥下に焦点を当て、介護職である自分自身がわかる内容で多職種または嚥下障害や呼吸器疾患をお持ちの方やそのご家族にも幅広く伝え、介護現場においても自身で伝えれる事は同僚にも伝え職場内、地域全体の底上げができればと考えます。

【演者略歴】

平成17年 介護福祉士取得
NPOグリーンタウン呼吸嚥下研究グループ所属
株式会社グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング入職

利益相反：無

S5-5

医療、介護非営利組織を活用して

酒井 直樹^{1,2} サカイ ナオキ
鈴木 典子^{2,3,4} スズキ ノリコ
井上 登太^{3,2,4,5,1} イノウエ トウタ

¹ 岡谷会 おかたに病院

² NPO法人 グリーンタウン呼吸嚥下研究グループ

³ みえ呼吸嚥下リハビリクリニック

⁴ (株) グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング

⁵ 幾内会 岡波総合病院

当法人は、広く社会・一般市民に対して呼吸ケアおよび誤嚥性肺炎に対するケアについての情報を積極的に発信・啓発するとともに、医療従事者に対して呼吸ケアおよび誤嚥性肺炎に対するケアの専門知識の情報提供と診断・治療技術の向上を図ることを主目的とする。活動内容としては地域の勉強会・学術集会・患者会・認定士制度などである。地域の勉強会としては、三重県（亀山市、伊賀市、北勢、中勢）・奈良県（奈良市）の地域を拠点として、定期的に開催している。地域の研修会以外に毎年宿泊講習（呼吸ケア宿泊研修・誤嚥ケア宿泊研修）を実施している。呼吸と摂食・嚥下領域を中心とした研修や症例検討会など、知識・技術の向上だけでなく、その地域へ寄り添うような医療・ケアについて継続した学びを実現している。学術集会は毎年「呼吸ケアと誤嚥ケア学会」を開催し、「呼吸不全、誤嚥性肺炎の方々の一生を安心して受け入れることができる地域を作ろう」をコンセプトに様々な講師や演者を招き、地域での取り組みや呼吸不全、嚥下障害のある方へのケア・関わり方についてご講演や発表をいただいている。もう一つの特徴は栄養士や調理師、その他様々な職種も対象にした嚥下食についての発表もある。その他、亀山市にあるみえ呼吸嚥下リハビリクリニックと共催して患者会を実施している。社会との関わりを継続して持つこと、地域社会もまた患者会を通して、障害を有している方も受け入れられるような、当たり前の世の中を目指して活動している。さらに、ケア・技術の向上だけでなく、継続して学び続けられる認定士制度を導入した。これらの活動を通して、質の高い呼吸ケアおよび誤嚥性肺炎に対するケアを受けられる地域環境を形成することにより国民の健康と幸福に寄与することを目的として活動をしている。

【演者略歴】

2003年 埼玉医科大学短期大学 理学療法学科 卒業

2003年 康生会 武田病院 リハビリテーション科 入職

2006年 訪問看護ステーション スターライフ入職

2009年 医療法人岡谷会 おかたに病院 リハビリテーション科入職

2019年 畿央大学大学院 健康科学研究科 健康科学専攻（修士課程）卒業

現在 医療法人岡谷会 おかたに病院 リハビリテーション科 科長

利益相反：無

S5-6

安心して嚥下障害呼吸不全の方が過ごせる地域づくりの取り組み ～医療、介護非営利組織を活用して～ 機能強化型栄養ケアステーションからふるの役割

房 晴美^{1,2,3} ボウ ハルミ
時岡 菜穂子^{2,3} トキオカ ナオコ

¹ 羽衣国際大学人間生活学部食物栄養学科非常勤講師

² 特定非営利活動法人はみんぐ南河内

³ 機能強化型認定栄養ケアステーションからふる

機能強化型栄養ケアステーションとは、傷病者の療養上並びに介護又は支援を要する者の低栄養状態等の改善上必要な複雑困難な栄養及び食事に関する指導及び管理その他の栄養状態の改善に係る管理を、適切かつ確実に担うことが保証された認定栄養ケアステーションである。私の所属する「機能強化型栄養ケアステーションからふる」は、大阪府の南河内地区7市町村を拠点に現在9名の管理栄養士で活動を行っている。その栄養支援の体制は、医療ニーズが高く自立度の低い方には、予防居宅療養管理指導・在宅患者訪問栄養指導・居宅療養管理指導を、医療ニーズが高く自立度の高い方には、クリニックでの外来栄養指導を、医療ニーズが低く自立度の高い方には、地域リハ事業・予防講座・栄養アセスメント訪問・訪問サービスC事業を行い、食育講座・オナカマ食堂を開催している。また施設や事業所での栄養アセスメント事業、そして各市町村で開催されている地域ケア会議にも出席して精力的に活動の場を広げている。さて、私自身この5年間の活動を通して管理栄養士が介入することによって確実に良い成果がでていると実感している。これは、個別訪問をすることで在宅特有の環境（生活面・金銭面・理解度・意識度・能力度）に応じた柔軟な介入を行えることや地域の特性を生かしそのニーズに応じた介入を行えるからである。本日は、困難事例も含めた事例から、非営利組織の地域における役割について報告したい。

【演者略歴】

房晴美（ぼう はるみ） 管理栄養士
日本摂食・嚥下リハビリテーション学会認定士
日本摂食・嚥下リハビリテーション学会評議員
南河内嚥下研究会代表

【学歴】

1980年 大阪府立公衆衛生学院栄養学科卒業

【職歴】

1980年 日立家電販売株式会社回転機課入社
1982年 医療法人頌徳会日野病院 栄養科入職
1991年 医療法人ラポール会 青山第二病院栄養科入職
2013年 医療法人温心会 堺温心会病院栄養部入職
2019年 医療法人恵泉会 堺平成病院栄養部
(平成31年4月名称変更) 退職

【現職】

羽衣国際大学人間生活学部食物栄養学科 非常勤講師
にしひら内科クリニック、石倉医院 非常勤勤務
NPO法人はみんぐ南河内 管理栄養士

【所属学会】

日本摂食・嚥下リハビリテーション学会
日本在宅栄養管理学会
日本臨床嚥下研究会

【賞罰】

2007年 5月 大阪府栄養士会 太田いそ研究奨励賞受賞
2013年11月 大阪府栄養関係功労者知事表彰
2019年 7月 厚生労働大臣表彰受賞

利益相反：無

シンポジウム6

在宅現場における医療安全・リスクマネジメント

S6

【セッション概要】

「医療安全・リスクマネジメント」について、大病院では、委員会が設置され、専任スタッフが常駐し、そのスタッフは各種研修会等で知識をアップデートしながら院内での活動を展開しています。また、一般職員は、年数回の講習が義務付けられているなど、組織的な活動が展開されています。一方、在宅現場においては、個人クリニックや訪問看護ステーションなど、小規模施設な施設が大多数であることから、専任スタッフの常駐はおろか、研修会への参加も難しいのが実情です。

そこで、本シンポジウムでは、「医療安全・リスクマネジメントの基本」、「在宅現場のBCP」、「在宅現場における暴力・ハラスメントと予防策」、「臨床倫理」について、「医療安全・リスクマネジメント」のコンセプトのもとに解説をいただき、参加者の皆様との討論を通して、「在宅現場における医療安全とリスクマネジメント」についてのノウハウを共有したいと企画しております。

座長：三浦 靖彦 ミウラ ヤスヒコ

岩手保健医療大学 看護学部

【座長略歴】

1982年 東京慈恵会医科大学 卒業 同大学第2内科学教室入局

1988年 国立佐倉病院内科医長

1998年 (財)航空医学研究センター 研究指導部長

2014年 東京慈恵会医科大学附属柏病院 総合診療部 講師、診療部長、臨床倫理委員会委員長、臨床倫理コンサルテーションチーム、緩和ケアチーム

2020年 同大学 教授

2023年 岩手保健医療大学 看護学部 成人看護学領域 教授、東京慈恵会医科大学 客員教授

座長：武 ユカリ タケ ユカリ

森ノ宮医療大学 看護学部 看護学科 在宅看護学

【座長略歴】

【学歴】

2003年 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻（医療倫理学）修士課程修了 修士（社会健康医学）

2019年 大阪市立大学大学院看護学研究科（在宅看護学）博士課程修了 博士（看護学）

【委員・研究班など】

平成29・30年度全国訪問看護事業協会研究事業「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

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「患者・家族による在宅医療提供者に対する暴力・ハラスメントの事例や対策について」研究協力者。

現在、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。

【著書】

分担執筆：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、2023年、医歯薬出版株式会社

S6-1

医療安全・リスクマネジメントの基本

渡邊 幸子 ワタナベ サチコ

白岡中央総合病院 医療安全管理課

日本における医療安全の取り組みの歴史は1999年の某大学病院で発生した患者取り違い事故から始まった。もちろん1999年以前も医療事故は発生していたが、この事故が連日報道され社会現象となり医療安全に対する国民の関心が高まったのである。この患者取違い事故以外にも立て続けに医療事故が発生し、連日報道された。消毒薬を誤って静脈に投与した事故、人工呼吸器の加湿器に誤ってエタノールを混入した事故、経管投与するはずの内服薬を誤って静脈ラインに接続した事故などが立て続けに発生した。以前は「医療事故はあってはならないもの」、「起こるはずがないもの」と考えられていたが、1999年以降は「医療事故は起こりえること」、「医療事故は無くせないこと」という考え方に変わってきた。そういった視点から人の意識や注意力に頼るのではなく、仕組みやシステムなどの改善により実効性のある対策を構築することが求められるようになった。

病院における医療安全管理体制は医療法によって義務付けられている。また入院基本料や医療安全対策加算1又は2の施設基準によっても「やるべきこと」が明確に示されている。専従、又は専任の医療安全管理者の配置、医療安全管理委員会の設置、インシデント報告制度、事例分析や方策立案、医療安全研修等はどこの病院においても当たり前のよう実施されている。

在宅の現状は医療機関とは大きく異なっている。しかしながら、医薬品（注射・点滴、内服薬等）、ドレーン・チューブ、転倒、ベッドからの転落や車椅子からの滑落等といったインシデント発生場面は医療機関と同様に多いと考える。「医療事故は起こりえる」、「医療事故は無くせない」という前提で、我々はどういう視点を持つべきか、実効性のある対策を考えるためには何が必要か、20年以上に亘る医療安全の取り組みから在宅現場にも役立つヒントを提供できればと考える。

【演者略歴】

1992年 3月 医療法人橘会 東住吉森本病院薬局入職

2006年 4月 医療安全管理室 専従医療安全管理者に就任

2015年 8月 医療法人社団愛友会 上尾中央総合病院 情報管理部 医療安全管理課 課長に就任

2019年10月 医療法人社団哺育会 白岡中央総合病院（上尾中央医科グループ）に異動、現職

社会的活動としては

厚生労働省 薬事・食品衛生審議会 医療機器・再生医療等製品安全対策部会委員

独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）医薬品安全使用対策検討会座長

一般社団法人 埼玉県病院薬剤師会生涯研修センター 専門研修部会 医療の質・安全部会委員

医療の質・安全学会 広報委員会委員など

利益相反：無

S6-2

リスクマネジメントの観点からの在宅医療・ケア提供機関のBCP

山岸 暁美^{1,2,3} ヤマガシ アケミ

¹ 慶応大学医学部 衛生学公衆衛生学教室

² コミュニティヘルス研究機構

³ Disaster Community-Care Assistance Team (DC-CAT)

リスクマネジメントは、社会環境や法規制、経済変化を含むすべてのリスクを管理し、組織を存続させることを目的にしている。一方、Business Continuity Plan（以下、BCP）は組織に潜在するリスクの中でも、災害や緊急事態から組織の中核事業を守る対策が中心となる。つまり、BCPは事業の予期せぬ中断による損失リスクを管理する対策であり、紛れもなくリスクマネジメントの対策の一つである。

これまで日本の災害対策は、リスク低減のプロセスにばかり着目し、災害や緊急事態発生後の損失や影響に対し、対策が不十分であったことが指摘されている。もちろん、防災・減災のための対策は必要であるし、発災後にどう動くか初期・緊急対応マニュアルも非常に重要である。しかし、災害など、リスク発生時に自機関からの医療・ケア提供が中断しないために、また万が一、中断した場合でも、できるだけ早期に医療・ケア提供を再開させるための仕組み・体制づくりの計画であるBCPが注目されている。BCPを備えておくことにより、被害軽減に、ひいては、組織のレジリエンスを高めること、またPreventable Disaster Death PDD：防ぎ得た災害関連死）の約半数を阻止できる可能性があることなどが報告されている。

もちろん、まずは自機関のBCP策定に着手することが重要だ。しかし、実際の災害において、地域全体の連携なしには医療・ケア提供を継続することはできない。有事でも我が地域の医療・ケア提供を継続するために、どのような役割分担で動くのか、また平時からどんな準備を地域全体で取り組んでおくのか検討し、備えておくこと、これを我々は“地域BCP”と呼んでいる。

当日は、在宅医療・ケア提供機関のBCP策定の具体や、厚労省のモデル事業および能登半島地震において実際に機能した地域BCPについて紹介し、自機関および地域のリスクマネジメントの観点からのBCPを会場の皆さんと共に考えたい。

【演者略歴】

95年～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。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

20年度～厚労省医政局事業E-Field HOME研修タスクフォース長、21年度厚労省特別研究「在宅医療機関のBCP策定に係る研究」研究代表者、22年度～在宅医療提供機関のBCP策定専門委員会委員長、22年度内閣府デジタル田園健康特区（長野県茅野市）PMO、22年度厚労省「保健所の在り方検討委員会」委員等、政策と研究と現場を繋ぐタスクを多数務める。

保健福祉学博士、在宅看護専門看護師、社会福祉士、認定心理士

利益相反：無

S6-3

在宅現場における暴力・ハラスメントと予防策

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

医療安全というと、「患者安全」に重点が置かれ、「在宅医療提供者の安全」は軽視されている現状がある。本来、患者の安全と同等に、そこで働く人の安全も保障されるべきではないか。超高齢社会を迎え、誰もが病気になっても、介護が必要になっても、サービスを受けられるためには、在宅医療提供者の安全を確保し、暴力・ハラスメント発生防止のための取組みが必要不可欠である。そこで今回、暴力・ハラスメントのリスクマネジメントを取り上げる。

在宅現場では、様々な暴力・ハラスメントのリスク要因がある。具体的には、暴力歴やアルコール乱用歴のある人、利用者宅での単独業務、治安の悪い地区での業務、緊急通信手段の欠如などの「利用者・家族・環境に関連するリスク要因」や、組織の方針や従業員のトレーニングの欠如などの「組織的なリスク要因」がある。

在宅現場で利用者・家族からの暴力・ハラスメントに対応するには、個人対応ではなく組織的対応が重要である。事業所の暴力・ハラスメント予防策として、暴力・ハラスメントの定義や具体的行為を明確にすること、暴力・ハラスメントの対応マニュアルを作成し、定期的に更新すること、契約書や重要事項説明書に暴力・ハラスメントに関する項目を載せていることなどが挙げられる。また、高リスク時は2人訪問あるいはセキュリティサービスの利用を検討する。そして個人を守るためのなんらかの保護具を持ち運び、事業所と連動しているシステムがあると、より安全性が高まる。暴力・ハラスメントの発生後には、緊急報告ルート、警察への通報、証拠の収集と記録化、被害者への支援と相談など、スムーズに対応できるよう、あらかじめ発生後の対応を決めておくことも大切である。

本シンポジウムでは、在宅現場における暴力・ハラスメントのリスク要因や、従業員の安全を確保するための暴力・ハラスメントの予防策を提示したい。

【演者略歴】

【学歴】

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）

【委員・研究班など】

平成29年度・平成30年度全国訪問看護事業協会研究事業「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、令和元年度滋賀県委託事業「在宅医療・看護・介護の現場における暴力・ハラスメント対策検討委員会」委員長、令和2年度厚生労働省「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、令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「患者・家族による在宅医療提供者に対する暴力・ハラスメントの事例や対策について」研究協力者。現在、日本在宅医療連合学会評議員および在宅医療・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、兵庫県委託事業「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、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。

利益相反：無

S6-4

医療安全・リスクマネジメントとしての臨床倫理

三浦 靖彦 ミウラ ヤスヒコ
岩手保健医療大学 看護学部

臨床倫理の4原則は「自律尊重、無危害、善行、正義（ビーチャム・チルドレス）」と言われているが、これが、医療安全・リスクマネジメントと、どのような繋がりがあるのだろうかという疑問に思う方もいるかもしれません。この4原則がダイレクトにつながるというよりは、この原則から派生した「インフォームド・コンセント、Shared Decision Making (Collaborative Decision Making)」の概念、また、近年注目されているアドバンス・ケア・プランニングなどが丁寧に実践されることが医療安全・リスクマネジメントに繋がるという点について解説させていただきます。

【演者略歴】

1982年 東京慈恵会医科大学 卒業 同大学第2内科学教室入局
1988年 国立佐倉病院内科医長（透析センター医長）
1998年 （財）航空医学研究センター 研究指導部長
2014年 東京慈恵会医科大学附属柏病院 総合診療部 講師、診療部長、臨床倫理委員会委員長、臨床倫理コンサルテーションチーム、緩和ケアチーム
2020年 同大学 教授
2023年 岩手保健医療大学 看護学部 成人看護学領域 教授、東京慈恵会医科大学 客員教授

利益相反：無

シンポジウム7

24時間対応の工夫 ～在宅ならではの空気感をどのようにシェアし、教育に組み入れているか～

S7

【セッション概要】

働き方改革など、働き方に関する議論は医療・ケアの分野にも影響を及ぼしています。これにより、24時間365日、自己犠牲を強いられることが見直され、様々な取り組みが行われています。しかし、在宅ケアの現場では、“在宅特有”の時間の流れや考え方が存在します。この“在宅特有”は、言葉にすることが難しく、“察する”ことが求められます。自己犠牲を見直しつつ24時間対応を行う際には、この“在宅特有”を共有することが質の向上に重要ですが、その共有が非常に難しいという課題があります。

このシンポジウムでは、24時間対応の工夫を様々な医師（大規模クリニック、小規模クリニック）、訪問看護ステーション、ケアマネの立場から紹介して頂きますが、特に“在宅特有”の共有方法や人材育成への組み込みについて議論を深めます。在宅医療の現場における“在宅特有”に焦点を当て、より良いサービス提供のための具体的なアプローチを模索します。

座長：洪 英在 ホン ヨンデェ

東員病院

【座長略歴】

学歴・職歴

2003年 名古屋大学医学部医学科 卒業

2003年 JA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10月 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／名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学・公衆衛生学

S7-1

中～小規模のクリニック同士の往診業務連携の一例

矢部 千鶴 ヤベ チヅル
津ファミリークリニック

当院（A）は、無床診療所であり、外来診療と訪問診療を行っている。市内の別法人の診療所Bと休日夜間の往診を連携して実施した。各法人のステイクホルダーと事前に協議し、ルールの調整を行った。また、患者に事前（多くは契約時）に診療連携の前提を伝えていた。毎夕患者情報のダイジェストを情報ツールで共有した。往診は普段患者の診療をしている診療所の医師が必要性を判断した。往診が決定すると往診当番医師に連絡し、病歴・病状、患者や家族に関する情報、注意点などを伝えた。当番医師は、相手の診療所のカルテを確認し、往診、終了後に経過や結果を報告した。一旦往診は不必要と判断したケースでも、その後の往診発生の可能性が高い場合は適宜連絡を取り合っていた。この方法において大きな問題は生じなかった。

いくつかのプラスの要因が考えられる。

1) 訪問診療に対する価値観の統一性

もともと、A/B診療所の医師は、家庭医療専門医の指導医・専攻医という関係を経ており、普段から診療支援などが行われていたことや訪問診療に対するスタンスや価値観が似通っていた。患家からの連絡後、途中経過を共有することで、患者側の変化のペースに往診医師が寄り添いやすくなっていた可能性や、患者・家族と主治医との間の空気感が共有されていた可能性がある。

2) 往診連携体制について本人や家族への事前告知

患者・家族側にも、医師が安定・持続的に往診体制を供給できるというメリットを伝え、共同往診体制に対してポジティブな認識を持ってもらえるとよい。

3) 互いの診療所の診療に対するスタンス、ポリシーなどの尊重 4) 生涯学習の機会

互いへの尊重や相違点の確認を怠らないことが大切だと考える。定期的に合同ミーティングを行い、経験を重ねた医師にとっても継続的に他者からの診療評価を受け、生涯学習ができるというメリットがある。

5) 明確な報酬

相手の診療所の患者への往診には1回ごとに、往診した医師へ給与が支払われた。これにより往診に対する心理的な負担は軽減され、ポジティブな気持ちで往診できた。

【演者略歴】

2003年 信州大学医学部医学科卒業
2007年 三重県立一志病院
2009年 三重大学家庭医療プログラム卒業
2017年 津ファミリークリニック
家庭医療専門医・家庭医療指導医

利益相反：無

S7-2

24時間対応の工夫

～在宅ならではの空気感をどのようにシェアし、教育に組み込んでいるか～

豊田 理恵 トヨダ リエ
荒 隆紀 アラ タカノリ
山口 高秀 ヤマガチ タカヒデ
医療法人おひさま会

超高齢化社会に対する認識が広まり、安心した医療へのアクセスを構築するためにこれまで以上に在宅医療の重要性が指摘されている。安定した在宅医療を24時間提供することを考える上で、日中と夜間の医療提供体制のいずれにおいても維持すべき医療品質と、昨今の働き方改革の流れを汲む適正な労務をふまえた「継続性の担保」がより求められてきている。特に、夜間に関しては、問い合わせ対応から端を発し、往診での診察や手技対応・死亡診断、さらには高齢者や障害者施設あるいは薬局、急性期病院など様々な連携先との臨機応変な対応が求められる。本セッションでは、在宅医療に参入して18年目となる医療法人おひさま会で今まで取り組んできた具体的な夜間対応者の育成方法や対応の仕組み等について共有し、その課題点や今後の発展について皆さんと議論したい。

【演者略歴】

1996年 6月 博愛産科婦人科 入職 医事部門主任
2002年 8月 博愛産科婦人科 退職
2002年 8月 医) 恵賀会 小山クリニック 入職 リーダー
2006年 7月 医) 恵賀会 小山クリニック 退職
2006年 8月 (株) ソラスト (旧 日本医療事務センター) 入社 各配属先にて統括責任者
2016年 7月 (株) ソラスト 退職
2016年 7月 兵庫県立加古川医療センター 入職
2018年12月 兵庫県立加古川医療センター 退職
2019年 1月 医) おひさま会 おひさまクリニック 入職
HIO統括リーダー

利益相反：無

S7-3

24時間対応の工夫：訪問看護の立場から

吉江 悟^{1,2,3,4,5} ヨシエ サトル

¹ 訪問看護ステーションビュートゾルフ柏

² 一般社団法人Neighborhood Care

³ 東京大学高齢社会総合研究機構

⁴ 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター

⁵ 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室

訪問看護ステーションにおける24時間対応については、令和6年診療報酬／介護報酬同時改定において、業務負担軽減の取り組みを行っている場合にそれを評価する形の改定が行われた。医療従事者の働き方改革の文脈において、業務負担の軽減と対応の質の担保の両立が求められている。

しかしその一方で、全国の訪問看護ステーションにおいて、主に24時間対応を支える看護職は常勤換算平均5.5名であり（厚生労働省令和4年度介護サービス施設・事業所調査より）、このうち全員が夜間等の電話当番を担えるわけではないと考えると、依然多くの事業所では少数の人員により24時間対応が支えられている実態も垣間見える。

演者の属する事業所は、利用者数100名強、月訪問回数1,000回強、グループホーム・デイサービスとの連携契約数ヶ所、疾患分布については要介護高齢者中心と、大きな特徴のない事業所かと思われる。看護師は実人数15人、常勤換算数8人程度で、子育て中の看護師が過半数を占めるため、夜間休日に出勤が難しい職員も少なくない。

当事業所における24時間対応の工夫としては、(1) クラウド型記録システムの導入、(2) クラウド型ビジネスフォン(PBX)の導入、(3) 在籍型出向契約による事業所・法人を超えた電話当番の一元化、(4) 手当の増額による担当者への具体的還元（将来的には待機時間も勤務扱いとできることが理想）、(5) 電話当番する人／しない人を二分せず常にチーム全員に関わる問題として扱うこと、などの試行錯誤を続けている。

今後、業務負担の軽減と対応の質の担保の両立をいっそう推進するためには、(a) 在宅で治療し得る病態に対する対応フローの標準化（例：夜間に確認された肺炎・尿路感染への対応など）、(b) 法人・事業所・サービス種別を超えた地域単位の応需体制の検討、などが重要と考える。

【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、同医学部在宅医療学拠点、同高齢社会総合研究機構などを経て2015年に一般社団法人Neighborhood Careを設立、日本で初めてのビュートゾルフチームであるビュートゾルフ柏を開始。柏市地域支えあい推進員（生活支援コーディネーター）、千葉県看護協会理事、東京都介護支援専門員研究協議会理事、一般社団法人Vehicle for Nurses共同代表理事ほか。

利益相反：無

S7-4

利用者の生活を切れ目なく支えるケアマネジャーとしての現状と課題

三浦 祐子^{1,2} ミウラ ユウコ

¹ 松戸市在宅医療・介護連携支援センター

² ケアプラン佑

在宅ケアの現場は、利用者のホームである。本人の望む暮らしを実現できるよう、ケアマネジャー（以後CM）は毎月訪問し本人家族と面談、体調や生活状況、リスクの変化など、五感をフル活用して情報を収集している。モニタリング以外にも介護サービス事業所からのたくさんの情報提供、主治医や看護師からの医療面の情報提供も生かし、新たな生活の課題に対してサービスの見直しや調整を行っている。利用者の生活を切れ目なく支える医療・介護のスタッフが、互いに連動しながら利用者にとって適切なサービスを提供できるよう、橋渡しの機能を果たす役割がある。医療・介護の専門職同士の効率的に効果的な連携を図るため、地域ICTを活用した情報共有ツールを使用している。ある職種からの情報提供をCMだけでなく、利用者の支援に関わる医療・介護の支援者が同じ内容を同時に把握することが可能となる。医療的視点への理解も深まり、転倒や誤嚥性肺炎、急性増悪などのリスクを減らすことができる。利用者の意思決定支援においても、本人の意向、価値観や目標、治療やケアに関する意向や選択した内容などの情報を支援者間で共有・蓄積することが可能であり、CMの業務負担軽減も期待できる。周囲のCMや介護事業所にも地域ICTの利用を推奨している。

CMの高齢化、人手不足が進んでいる。CMがなかなか見つからず、介護保険サービス利用開始に支障をきたしたという状況もでてきている。松戸市では、介護支援専門員協議会のほか、事業所を対象とした、居宅介護支援事業所連絡協議会をH30年に立ち上げた。CMの横のつながりを大切に、事業所運営に関する研修や交流会を実施している。また主任CMとして在宅医療・介護連携支援センターに出向し、①困難事例の支援経験、②医師や保健師等との連携経験、③CM向け勉強会の企画等を行っている。人材育成や離職を防ぐ取り組みを模索しているところである。

【演者略歴】

介護福祉士・主任介護支援専門員

淑徳短期大学社会福祉学部卒

知的障害者支援施設職員、訪問介護事業所サービス提供責任者、居宅介護支援事業所管理者を経て、2018年ケアプラン佑を開設、現在に至る

松戸市在宅医療・介護連携支援センター出向

松戸市居宅介護支援事業所連絡協議会副会長

千葉県介護支援専門員協議会会員

日本認知症ケア学会会員認知症ケア専門士

利益相反：無

シンポジウム8

在宅医療コーディネーターセッション

S8

【セッション概要】

「在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3」によると、地域に則した望ましい地域包括ケア構築のための「在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の設置運営」には、「郡市区等医師会や看護・介護等の職能団体（事業者団体）等との連携体制を確保すると共に、地域の在宅医療・介護連携を支援する人材（コーディネーター）を配置し、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの在宅医療・介護連携に関する相談の受付、連携調整、情報提供等の機能を確保し、在宅医療・介護連携の取組を支援することが必要」とされている。このコーディネーターの設置は、自治体により取り組み方が違い、自治体との連携、コーディネーター機能の継続性、それを支える組織のあり方等の課題が存在する。こうした現状、医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の在り方を踏まえ、様々な立場のコーディネーターが集い、熱く未来に向けたディスカッションを行う。

座長：斎川 克之 サイカワ カツユキ

新潟市医師会

【座長略歴】

平成 7年／東北福祉大学・社会福祉学部・社会福祉学科卒業
平成 7年／新潟県厚生連・在宅介護支援センター栃尾郷病院 ソーシャルワーカー
平成 9年／済生会新潟第二病院に医療社会事業課 医療ソーシャルワーカー
平成22年／同病院地域医療連携室 室長
平成27年／同病院地域連携福祉センター 副センター長
令和 2年／新潟市医師会地域医療推進室 室長
令和 3年／新潟市医師会業務 課長・地域医療推進 室長

座長：服部 美加 ハットリ ミカ

新潟県医師会

【座長略歴】

1991年 新潟大学医療技術短期大学部看護学科卒業
 一般病院、社会福祉法人にて勤務
2015年 燕・弥彦医療介護センター 副センター長
 燕市・弥彦村の在宅医療・介護連携推進事業ならびに燕市医師会在宅医療推進センター事業を担う
2019年4月 新潟県医師会入職、在宅医療推進センターコーディネーターとして勤務
2024年3月 新潟大学大学院保健学研究科 保健学修士

2022、2023年 厚生労働省老健局在宅医療・介護連携推進支援事業に係る検討委員会委員

2023年度 老健事業 「在宅医療・介護連携推進事業」におけるコーディネート業務と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」での業務連携に関する調査研究事業 検討委員

2023年より 厚生労働省医政局かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会委員

S8-1

東京都豊島区における在宅医療相談窓口・多職種連携拠点の取り組み

中辻 康博 ナカツジ ヤスヒロ

豊島区在宅医療相談窓口・多職種連携拠点

東京都豊島区では、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、2012年10月、区から医師会に委託され在宅医療相談窓口が開設された。病院や診療所での勤務経験のある医療ソーシャルワーカーを配置して、住み慣れた地域・自宅で最期まで安心して暮らしたいという区民・ご家族の想いに寄り添い、在宅療養に関する個別相談対応や、地域の医療機関・介護事業所の情報収集・提供など行い、区民・ご家族だけでなく、在宅療養を支える地域の医療・介護専門職からの相談も受け付け対応してきた。

また在宅療養生活を支える上で多職種連携は重要であり、ICTの活用と合わせて多職種ネットワーク構築活動を実践してきた。区内に8つある地域包括支援センターごとの小さな圏域単位で、「相互理解」「知識習得」「事例検討」などの機会を通して、多職種が顔の見える関係を構築し、医療介護連携を推進してきた。多職種連携の強化によって個別支援の質を向上させ、個別支援を通して地域の課題を見つけ、多職種協働で解決に向けた社会資源の開拓や地域活動など幅広く取り組んできた。平時から多職種連携を丁寧に取り組んできたことが、コロナ禍でも円滑な連携・活動につながり、行政の支援にもつながった。ここで構築された医療支援体制は、今後の地域医療を支える仕組みとして活用できるものと考え、現在も新たな取り組みを進めている。

今後も個別支援の事例を通して、課題を見だし、メゾ・マクロの視点で地域の課題として捉え、多職種協働で、課題解決に向けて住民や行政とともに、社会資源の開拓や地域活動を実施していきたいと考える。今回、医師会に設置された在宅医療窓口・多職種連携拠点の立場から、在宅療養に関する個別支援から多職種連携構築活動まで取り組みを発表させていただき、全国の様々な立場の在宅医療コーディネーターとの情報交換の場としていきたい。

【演者略歴】

大学福祉学部卒業後、

2004年 3月 京都南病院 医療ソーシャルワーカーとして入職

2012年 5月 日本医療ソーシャルワーカー協会 災害支援現地担当者として活動・勤務

2012年10月 公益社団法人 豊島区医師会 入職

医療ソーシャルワーカーとして豊島区在宅医療相談窓口 勤務

2022年 4月～ 豊島区在宅医療相談窓口・多職種連携拠点 室長

【学会・所属団体等】

日本在宅医療連合学会、日本医療ソーシャルワーカー協会

東京都医療ソーシャルワーカー協会（理事）

利益相反：無

S8-2

在宅医療コーディネーターの実践、病院の立場から

菊池 涼子 キクチ リョウコ

北上市在宅医療介護連携支援センター

平成27年度に市内の基幹病院である当院が北上市から在宅医療・介護連携拠点業務を受託し、病院内に「北上市在宅医療介護連携支援センター“在宅きたかみ”」を開設した。事業着手当初より現在に至るまで、市と在宅きたかみは常に話し合いを重ね「強いパートナーシップ」を築き上げてきた。そして、市より示されたロードマップ、体制図、互いの担うべき役割など、双方が共通認識を持ち、「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への転換を図るべく、医療と介護の多職種チームによる在宅療養を推進してきた。また、病院の医師や看護師、医療ソーシャルワーカーが拠点事業を担うことで、医療従事者としての強みを活かした、以下3つの相乗効果を得ることができている。

- ・ 後方支援病院としての患者受入れや支援のノウハウを生かすことができている
- ・ センター長に医師が着任したことで“医師会”との連携がしやすくなっている
- ・ 行政が不得手な医療分野の知識や医療従事者との関係づくりを補完できている

3年スパンで示されたロードマップ第Ⅰ期「県補助事業（準備段階期）」、第Ⅱ期「資源把握・課題抽出期」、第Ⅲ期「多職種連携向上、市民意識醸成期」、第Ⅳ期「在宅チームケア体制確立・充実期」を経て、令和6年度から令和8年度の3年間で第Ⅴ期「地域包括ケア推進期」と位置づけている。これを受けて在宅きたかみでは、以下の運営方針を打ち出し取組みを進めていくこととした。

- ・ 市民に向けて北上市のポスト2025年の医療・介護体制をわかりやすく発信
- ・ 医療・介護・福祉・司法・行政が連携した市民の権利擁護と意思決定支援体制構築
- ・ 多職種が重なり合う支援、つながる支援体制を市や関係機関と共同で構築
- ・ 国が示す「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の取組目標を着実に実行

このセッションでは、北上市との連携、コーディネーター機能の継続性、それを支える組織のあり方等の課題と展望について述べる。

【演者略歴】

平成8年東北福祉大学社会福祉学部社会教育学科卒業。

平成8年北上済生会病院に医療ソーシャルワーカーとして入職。

平成27年度より現職と地域医療福祉連携室医療ソーシャルワーカーを兼務。

社会福祉士、介護支援専門員の資格を持つ。

利益相反：無

S8-3

地域包括支援センターの立場から

坂村 美枝 サカムラ ミエ

日南町地域包括支援センター

日南町は鳥取県西部の山間に位置する、人口3,965人・高齢化率54.5%（令和6年2月時点）のいわゆる過疎地域である。行政直営の地域包括支援センターに在宅医療・介護連携相談窓口が設置されている。町内の医療・介護資源は、入院病床を有する町立病院、歯科医院、調剤薬局、介護事業を展開する社会福祉法人、有料老人ホームを運営するNPO法人が各1機関と限られており、町外の医療機関や介護施設等を利用する高齢者も多い地域である。

地域包括支援センターでは、個々の高齢者の支援をきめ細かく効果的に行うために、毎週1回「在宅支援会議」を開催している。会議には、町内の病院・調剤薬局・介護事業所・地域包括支援センターの多職種の実務者が参加して情報共有や支援の検討を行い、その後の経過の確認も行ないながらきめ細やかな連携を図っている。個々の高齢者の医療・介護・福祉・生活の課題検討の積み重ねから、地域課題の発見、社会資源創出の検討へと繋がっていくこともある。また参加する機関の取り組み報告を月に1回行い、在宅支援会議を通じて互いの役割の理解促進や、専門職同士の顔の見える関係づくりに取り組むことで、会議以外の場面でも連携がとりやすくなっている。

地域包括支援センターが在宅医療・介護連携推進事業のほか、地域支援事業の各種事業を限られた職員数で共有しながら一体的に進め、病院・介護事業所・町社会福祉協議会とも協働しながら地域課題の把握・資源開発・政策形成に繋がるよう取り組んでいるのが特徴である。

町内の医療・介護連携体制は構築されている一方で、同一の二次医療圏内（鳥取県西部9市町村）での広域連携には弱いのが課題である。圏域の市町村・保健所・医師会等との意見交換会に参加し、広域での課題解決に向けた取り組みを行なっているところである。

【演者略歴】

2008年～2015年	社会福祉法人地域でくらす会 訪問介護員・相談支援専門員
2016年～2017年	日南町役場福祉保健課健康対策室
2018年～2021年	日南町役場福祉保健課健康対策室・日南町地域包括支援センター
2021年～2022年	日南町役場福祉保健課福祉推進室・日南町福祉事務所
2023年～現在	日南町役場福祉保健課健康長寿推進室・日南町地域包括支援センター

利益相反：無

指定発言

在宅医療コーディネーターに期待される役割と求められる機能

川越 雅弘^{1,2} カワゴエ マサヒロ

¹ 株式会社日本医療総合研究所

² 社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター

2040年にかけて、医療と介護の両方のニーズを有する85歳以上高齢者が大幅に増加する。これら高齢者が、住み慣れた自宅や地域で安心して暮らし続けられる地域づくりを目指し、2015年4月からスタートしたのが「在宅医療・介護連携推進事業」である。同事業は、実施主体である市町村と医療・介護関係団体や専門職との連携が必須となるが、枠組みを作ったからといって機能するとは限らない。そこで、関係者の間に入って、コーディネート機能を果たす人材、いわゆるコーディネーターが必要となる。

さて、市町村と生活支援コーディネーター（SC）が協働しながら地域づくりを進める類似した事業として「生活支援体制整備事業」がある。同事業では、SCの役割を「協議体と協力しながら、高齢者の生活支援等の体制整備を推進していく調整役」とした上で、コーディネート機能として、①資源開発、②ネットワーク機能、③ニーズと取組のマッチングの3点を、さらに、活動範囲を第1層（市町村区域）、第2層（日常生活圏域）に分けた上で、第2層SCに求められる機能として、①地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起、②地縁組織等多様な主体への協力依頼等の働きかけ、③関係者のネットワーク化、④目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一、⑤生活支援の担い手の養成やサービスの開発、⑥ニーズとサービスのマッチングの6点を挙げている。

本シンポジウムでは、在宅医療コーディネーターの機能面からみた課題を明らかにする必要があるが、そのためには、「何の役割や機能が求められているのか（理想像）」と「現在果たしている機能（現状）」のギャップをおさえる必要がある。後者に関しては、全国実態調査をもとにした報告があるため、本発表では、在宅医療・介護連携推進事業に係るコーディネーターに期待される役割や機能について、生活支援体制整備での議論も参考に、私見を述べたい。

【演者略歴】

1987年 3月 大阪大学大学院工学研究科前期課程応用物理学専攻修了

1998年 4月 日本医師会総合政策研究機構 主任研究員（最終：主席研究員）

2005年11月 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部 室長（最終：社会保障基礎理論研究部長）

2017年 4月 公立大学法人埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科 兼 研究開発センター 教授

2024年 4月 株式会社日本医療総合研究所 地域づくり推進部 部長 兼 社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 研究員

利益相反：無

「在宅血液透析」が気になるすべての人へ-在宅医療とのクロストーク-

S9-1

よくわかる在宅血液透析

原 正樹 ハラ マサキ
中釜 祥吾 ナカガマ ショウゴ
川畑 勝 カワバタ マサル
医療法人社団 東京透析フロンティア

在宅血液透析（home hemodialysis: HHD）は、2022年12月末時点の本邦における患者数として827人と報告されており、透析患者割合としては全体の約0.2%の患者数を占めるに過ぎず、米国の約2.0%と比較しても少ない。在宅透析療法は、大きく腹膜透析（peritoneal dialysis: PD）とHHDに大別される。PDとHHDは各々良い点、悪い点や、その良い適応となる患者に違いがある。HHDは、その名の通り、患者居宅において血液透析を施行する治療法であり、その施行回数及び透析施行時間に対して制限がないという特徴を有している。そのため、患者自身の生活スタイルに合わせて透析施行を行うことが出来るため、日常生活における自由度が高い。また、循環動態やCKD-MBDに対する好影響、QOL改善効果、生命予後への改善効果などが報告されており、HHDの有用性を示すデータも多い。しかし、どのような透析患者へHHDを選択することが最適であるかなど、いまだ明確な答えの出ていない問題も多く、今後の検討課題である。本セッションでは、HHDの基礎として、用いる透析装置や施行環境について、医療施設及び患者の費用負担について、HHDを希望された透析患者への初回診察からHHD導入、定期診察までの流れについて、HHD施行に伴う安全策について、HHD開始後のメンテナンスの実態についてなどを網羅的に解説し、当法人におけるHHD実臨床に関するデータの紹介と、最適なケースとしてHHDを導入できたと考えられる患者の症例提示を行いながら検討する。

【演者略歴】

平成18年3月 獨協医科大学医学部 卒業
平成20年4月 東京都立駒込病院 腎臓内科 入職
平成23年4月 東京女子医科大学 第四内科学教室 入局
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

利益相反：無

S9-2

在宅血液透析における看護師の役割

種田 美和 オイダ ミワ
医療法人社団 大誠会

看護とは、患者のもてる力を活用して生命力が高まるように最良の条件を創り、その人らしい生活の実現を図ることである。

末期腎不全とは、腎機能が30%未満となり腎臓が担っている役割を果たせなくなった状態である。腎代替療法として透析療法（血液透析・腹膜透析・在宅血液透析（HHD））と腎臓移植がある。最近では透析を導入しないという保存的腎臓療法という選択肢もある。治療法選択時には患者の人生観などを考慮する共同意思決定（SDM）が求められており、看護師も積極的に関わっていく。

HHDは居宅に透析装置を設置して介助者と共に行う血液透析治療である。長時間・連日透析も可能であり、合併症予防や生活の質の向上が期待できる治療法のひとつである。

HHDにおける看護師の関わりは、治療法選択時から導入・維持・中止まで多岐にわたる。すべての時期を通して大切なことは、患者の生活環境や家族関係といった社会生活を把握して理解することである。

HHD導入期は、透析機器の操作や自己穿刺といった知識や技術を習得する時期であり、共に学び、この期間に信頼関係を構築していく必要がある。

維持期に入ると治療にも慣れ、快適な生活を送ることができる。その反面、手技が自己流になったり、介助者との関係性の悪化がみられることがある。正しい方法で安全に治療ができるよう、家庭訪問等を行うことも看護師の大切な役割である。

何らかの理由で中止を迫られる時期が訪れた時には、その先の生活の具体的な再構築を患者目線で共に考えることが必要である。

腎不全患者には生涯にわたって「支える医療」が必要である。HHDは、「透析を理由に人生を諦めたくない」という患者の思いに寄り添う医療である。

本講演では実際のHHDの症例を提示し、看護師の役割について概説する。

【演者略歴】

1985年 松岡内科クリニック入職（医療法人社団大誠会）
1996年 透析室看護師主任
1999年 透析技術認定士取得
2003年 統括部人事課長
2018年 認知症ケア専門士取得

利益相反：無

S9-3

多職種連携の視点から考える在宅血液透析

高橋 初 ¹	タカハシ ハジメ
青山 夏実 ¹	アオヤマ ナツミ
高根 勇作 ¹	タカネ ユウサク
太田 悠希 ¹	オオタ ユウキ
桜井 海斗 ¹	サクライ カイト
渋谷 工裕 ¹	シブサワ コウスケ
河西 亮佑 ¹	カサイ リョウスケ
松本 修平 ¹	マツモト シュウヘイ
刈込 秀樹 ¹	カリコミ ヒデキ
三浦 國男 ¹	ミウラ クニオ
大崎 慎一 ²	オオサキ シンイチ

¹ 医療法人 新都市医療研究会「君津」会 総合腎臓病センター 玄々堂君津病院 臨床工学科

² 医療法人 新都市医療研究会「君津」会 総合腎臓病センター 玄々堂君津病院 腎臓外科

【背景】

在宅血液透析（Home Hemodialysis: HHD）は、患者が自宅で血液透析を行う方法であり、施設透析と同様の装置を使用する。この方法は生命予後の向上や合併症の減少などのメリットの反面、様々な課題があり普及してない。

【目的】

当院は2012年よりHHDを開始して、運営あたり様々な課題があった。課題に対し多職種連携により解決に繋げ軌道に乗せた。具体的な事案を提示しHHDにおける多職種連携を述べる。

【方法】

特に課題として挙げられた部分は、自己穿刺・装置管理・物品運搬についてである。課題に対する活動を例示して、多職種連携に与える影響を考察する。

【結果】

①自己穿刺

医師により穿刺位置の提案、穿刺困難があればアクセス種類の検討を行う。看護師はアクセスの管理方法や穿刺位置消毒方法の教育を行う。臨床工学技士は血管モデルへの自己穿刺実習から実技に移行し手技を確立していく。

②装置管理

設置にあたりメーカー・臨床工学技士とともに、水道電気業者と打ち合わせし工事を進めていく。装置トラブルに対しては電話連絡による一次対応、訪問修理による二次対応、メーカー修理による三次対応で対応している。一次対応は看護師・臨床工学技士、二次対応は臨床工学技士で行っている。

③物品管理

看護師・看護助手・臨床工学技士・薬剤師で手分けして管理をしている。透析液・生理食塩液は個別配送、それ以外は患者が持ち帰りしている。個別配送は患者の居住地域に応じた方法を取り、透析液メーカー・調剤薬局・院内薬剤師で手分けしている。

【考察】

HHDはハードルが高いなかで、患者は意思を固めるまで覚悟をもって臨んでいる。それに応えるべく多職種で支えている。患者の意思を通じて、各職種が足並みをそろえる背景的意味から発生する協働といえる。

【結語】

HHDは患者の強い意志と多職種連携が達成され治療が成立する。そのためにスタッフは、身体的・心理的・社会的側面も支援し、安心して自宅で治療を継続できるように気遣う必要がある。今後患者やスタッフ間の情報共有をより強化し、適切な支援につなげる。

【演者略歴】

1999/04/01～2002/03/18	日本工学院専門学校 臨床工学科 卒業 専門士（工業）
2002/04/01～	玄々堂君津病院 臨床工学科 臨床工学技士
2016/04/01～2017/03/30	大手前大学 通信教育課程 現代社会学部 卒業 学士（学術）
2019/04/01～2021/03/30	武蔵野大学 通信教育部 人間社会研究科 人間学専攻 修士課程 修了 修士（人間学）
2021/04/01～	立命館大学大学院 先端総合学術研究科 在学

利益相反：無

S9-4

在宅血液透析が気になるすべての人へのメッセージ

中原 美穂 ナカハラ ミホ
東京透析フロンティア 池袋駅北口クリニック

本邦では、在宅血液透析（HHD）患者割合は少ないものの、HHDはより良い生命予後や透析に関連した合併症を軽減できる可能性があることから、魅力的な透析療法として認知され、HHDについて気になっている患者や希望される患者は少なくない。しかし、HHDを選択することは2つの点において困難さが伴う。一つは、HHDの情報がとても少なく、こういった透析療法であるのか、費用を含めた患者負担がどの程度になるのかが分かりにくい点であり、二つには、こうした懸念がクリアされ、いざHHDを選択するぞという気持ちになっても、HHDを適切に導入し管理維持ができる施設が少ない点である。私は、より良い透析療法を求め、長時間血液透析施行を経て、2年前よりHHDを行っている。HHDに至るまでの経緯とともに、HHDを実際に行ってみて、良かった点、困難さを感じたこと、透析医療スタッフや家族との関わりなどについての全般的な内容をお話し致します。また、HHDが気になっていて、今後希望されるすべての透析患者さんとHHDに携わる全ての人々に対して、HHDをより良い形で選択できる一助となれるようなメッセージを発信致します。

【演者略歴】

2021年 東京透析フロンティア 池袋駅北口クリニック 透析施行

利益相反：無

シンポジウム10

異業種の視座から“喪失”を分かちあい多様性を包摂するコミュニティを考える

S10

【セッション概要】

“喪失”を分かちあい多様性を包摂するコミュニティが広がれば、過度な医療化を手放し今よりも個々を尊重できる未来に接続できる可能性がある。シンポジウムでは、様々な“喪失”に関わる異分野・異業種のトップランナーたちの取組みとその視座を共有する。認知症と社会参加、神経難病の疾患軌道における発声、家族としてのペットのエンド・オブ・ライフ、無縁社会における遺骨の行き場などの喪失に対する先進的な活動について、および、喪失の分かちあいが医療からこぼれ落ちてしまわないための視点についての示唆に富む演題が用意されている。演題終了後の活発な議論を通じて、それぞれの足ものとコミュニティにどのように実装していったらいいのかインスパイアされる機会にしたい。

座長：大川 薫 オオカワ カオル

亀田総合病院

【座長略歴】

1998年 福井医科大学卒業。1998年 横浜市立大学医学部附属病院 初期研修医。2000年 城南福祉医療協会大田病院 総合内科 後期研修医、2003年 医療法人鉄蕉会亀田総合病院 家庭医診療科レジデント、2006年 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 在宅診療科、現在に至る。2015年 一般社団法人iACP（もしバナゲームTM）理事

座長：上村 久美子 カミムラ クミコ

居宅介護支援事業所万年青

【座長略歴】

1994年 社会福祉法人枚方療育園 看護師
1998年 一般社団法人岸和田市医師会訪問看護ステーション 訪問看護師
2002年 医療法人橘会 横山病院居宅介護支援事業所 介護支援専門員
2006年 同法人 万年青在宅事業部 統括責任者 現職
2018年 一般社団法人和泉市医師会 和泉市在宅医療介護相談支援センター
在宅医療介護連携コーディネーター

S10-1

認知症になったとしても活躍できる社会をつくる

平井 万紀子 ヒライ マキコ

まあいいかlaboきょうと

【背景】 認知症と診断された母との同居がきっかけで、その母が「働きたい！まだまだ私は働ける」と言い続けたことから、認知症になったとしても「できなくなったことはあるけれど、できることもある」ということに気付き、「認知症になれば100%介護される人、何もできなくなる人」という思い込みが一変したことがはじまり。

また、人は年齢を重ねていっても、やりたいことをやることが一番の特効薬だと思い、母のやりたいこと＝「働くこと」を通して社会とつながることで生きがいをもって生きてほしいと思ったことが背景にある。

【目的】 人は、「人の役に立つこと・人から必要とされること・互いに貢献しあうこと」で力を発揮する。

認知症であることが人生の終わりではない。

「認知症の人」ではなく、「病気として、一つ、認知症を持っている人」という認識を広げていくことが目的。

【方法】 「注文をまちがえる料理店」という認知症を抱えた人がホールスタッフを勤めるイベントをモデルとし、「働きたい、まだまだ働ける、人の役に立ちたい」と言い続けた母と「まあいいかcafé」「注文をまちがえるレストラン」を各地域に住まう認知症を抱えた人とその家族、施設、行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会、商店街、お店、学校、病院等とつながり、地域のさまざまなコミュニティと共に開催する。

【結果】 多くの応援と共感をいただき、現在、7年目でこの活動を続けている。ご家族や施設からは、一人歩行できなかった働く当事者が、人と関わることで生き生きと歩行される姿を見て、涙し、大きな喜びを感じられている。また、それが来店者の心までも勇気づける結果となっている。

【結論】 「できなくなったこともあるけれど、できることもたくさんある」ということを証明している。

私たち社会の側が「まあいいか」と受容することで、問題ではなくなることも実はたくさんある。そういった想いを都度、届けることができ、それぞれの社会生活に生かされてる。

【演者略歴】

- ・ 関西外国語短期大学卒
- ・ 松下電器産業株式会社（現Panasonic）入社。約6年間勤務したのち、結婚を機に退職。
- ・ フリーとして、営業・取材・企画・編集・講演会主催等、さまざまな業種・仕事を経験。
- ・ 34歳、39歳で出産、2児の母となる。
- ・ 2014年 認知症と診断された母と同居スタート。

認知症の人がホールスタッフをつとめる「注文をまちがえる料理店」の存在を知り、インスパイアされ、2018年3月～地元京都を中心に、希望された地域において「注文をまちがえるレストラン」「まあいいかcafé」を主宰。

当初認知症を抱えた母ひとり娘ひとりからスタートした活動が共感と応援を呼び、これまでの6年間で計31回開催。

開催実店舗22店舗。開催地域14地域。認知症を抱えたホールスタッフ160名以上。ボランティア500名以上。来店者2,500名以上を超える活動を行っている。（延べ人数）

利益相反：無

S10-2

「失わないで続ける」ことの支援 ～自分の声（マイボイス）と楽器の音色（マイマリンバ）を例に～

本間 武蔵 ホンマ ムサシ

2003年都立神経病院リハビリテーション科作業療法

私は神経難病専門病院で働く作業療法士として進行性神経難病のリハビリテーションに従事してきました。時間の経過による変化に対して、患者さんと共に工夫を繰り返しています。特に、声が出るうちに録音しておいて、のちに意思伝達装置から自分の声で伝えられることが可能になる取り組みを「マイボイス」と称して行ってきました。ソフトは長崎在住のパソボラプログラマー吉村隆樹氏が開発してくださっています。「がん患者の声の保存と再生」と、「ALS患者（演奏家）のマリンバの音色の保存と再生」についてご紹介させていただきます。日本語の「あ、い、う…」を録音して使うのがマイボイス、楽器の「ド、レ、ミ…」を録音して使うのがマイマリンバ（ハーティーオルゴール）で、どちらも吉村隆樹氏が無料で公開している意思伝達支援ソフトハーティーラダーのなかの機能です。本シンポジウムで「失わないで続けること」の可能性が広がることを願っています。

なお発表にあたっては倫理的配慮として紹介事例の方への内容説明とそれへの同意、および積極的な協力の意向を得ております。

【演者略歴】

都立府中リハビリテーション専門学校卒

1986年東京都立松沢病院

合併症病棟の身体障害作業療法および精神科作業療法に従事

1994年都立多摩総合精神保健福祉センター

2001年都立中部総合精神保健福祉センター

精神保健福祉センターではデイケアスタッフとして就労支援に従事

2003年より都立神経病院リハビリテーション科

神経難病領域ではリハビリテーション科作業療法士として療養生活やコミュニケーション支援に従事

利益相反：無

S10-3

ペットロス現場から獣医療におけるACP普及に向けて

下司 睦子^{1,2,3} ゲシ ムツコ

¹ 専門学校ルネサンス・ペット・アカデミー（獣医師）

² 獣医保険ソーシャルワーク協会

³ ヒトと動物の関係学会

家族同様共に暮らすコンパニオンアニマル（伴侶動物）が亡くなった時の喪失感「ペットロス」に関して、獣医療におけるACPの必要性をふまえながら、今回は獣医師の立場よりお話させていただく。

法律上犬猫は物として扱われるが、家庭で飼育される動物は家族の一員であるとする飼育者は多い。獣医療の発展、ペットフードの質向上、飼育環境の変化等により、近年犬猫も長寿化したことで心不全、腎不全、悪性腫瘍等の罹患率は上昇し、飼育者が動物病院を訪れその治療方針を決める機会も多くなった。ヒトでは患者本人の意思により終末期医療を決定していくと思うが、そもそも獣医療では動物自らの意思を確認することができない。最終的には飼育者の意思や死生観による決定がなされる。しかし飼育者が治療方針を選択・決定する際に必要な病気や治療に対する知識は決して十分とは言えず、また飼育者がいざという状況に陥った時じっくりと方針を考えている時間的余裕もないことが多い。さらに動物では最終的に安楽死という選択肢もある。動物との絆が強ければ強いほどその絆が失われるときの悲しみやストレスは大きく、近年このことを十分理解した獣医療が必要となっている。獣医療においても、やはり健常時には飼育動物の終末期の治療に関する話は敬遠されがちである。動物が健康なうちから死生観・終末期医療方針について、飼育者自身が自分の考えと対峙する、また家族内で考えを共有しておく、さらには獣医療スタッフとも共有し万が一の時にはすぐに治療方針の話し合いができる土台を作っていく、ACPの考えを普及していくことが求められる。

動物に対する価値観が各個人で異なることは十分承知である。が、今回の話からペットロスということを一考し、獣医療におけるACP普及の重要性、ペットロスで苦しむ方への理解を少しでも深めていただければと思う。

【演者略歴】

2004年 北里大学 獣医畜産学部 獣医学科 卒業

神奈川、千葉、静岡、愛知の動物病院にて小動物臨床（主に犬猫の診察）に従事

同時に動物看護師を育成する専門学校にて非常勤講師

2022年より専門学校ルネサンス・ペット・アカデミー（動物看護科）の常勤として動物看護師の育成に従事（現在に至る）

利益相反：無

S10-4

遺骨が鳴らす警鐘

今、なぜ自治体の終活支援が必要なのか

北見 万幸 キタミ カズユキ

横須賀市 民生局

引き取り手のないご遺体は、死亡地の自治体が火葬しなければならない。

1990年ごろまでは、その数は極めて少なく、ほとんどが身元不明者であった。

しかし、その後、身元が判明しているにもかかわらず引き取り手がいないというご遺体が増え始め、2000年ごろからは、一気に急増してきた。

今や大都市圏においては死者の3%以上、地方都市においても1%以上のご遺体が、引き取り手がなく、自治体が火葬せざるをえないという事態に陥っている。

そしてその95%以上が、身元判明の一般市民の遺体なのである。最近亡くなった某有名女優もそのうちの一人である。

果たして日本人は、そんなに冷たくなったのか？

医療の世界におけるインフォームドコンセントの考え方をヒントに、我が国の福祉の欠陥と、引き取り手のない遺骨急増の背景となった驚くべき真実を暴き、横須賀市が採った新たな福祉の一つの姿「死の社会化」を解説する。

【演者略歴】

早大（第一文学部社会学専修）卒業後、1982年横須賀市役所入庁。9年間の税務部勤務後、ケースワーカー、精神保健福祉相談員、年金相談員などを経て、2014年から自立支援担当課長。2015年に自治体初の終活支援事業を、2018年に同じく自治体初の終活情報登録事業を開始。2019年、部次長を退職後、福祉専門官として再任用。2024年、特別福祉専門官に任命され、現在も終活支援センターで、終活支援のほかフードバンク事業による困窮支援を展開中。

利益相反：無

S10-5

医療からの視点だけでは喪失を分かちあうことが難しい

岡山 容子 オカヤマ ヨウコ
医療法人みのり会 おかやま在宅クリニック

在宅医療の対象者は通院のできない、弱りを抱えた方である。「弱り」とは「今まで出来たことができなくなること」でありこれは喪失の一種である。「歩くこと」「食べること」など「当たり前」と思っている能力を喪失するとき、人はそれを「受け入れる」ということはできない。これまで通りの生活を維持しようとし、弱りに適応することを拒否する。

この喪失を医療者としての視点から見ると「医療的にはすることがないので指示を出す（あるいは受ける）ことはない」となる。「もうすることはありません」と伝えるしかなく、患者サイドからは「さじを投げられた」と感じられる。弱りは医療では解決ができない。そして、人生の最後の時間が近づいてくると、弱りが大きくなり、医療はできることが「無」にきわめて近くなる。医療が「無」であるからと言って「なにもできない」わけではない。医療が「無」である一方で「ケア」は豊かに提供することができる。私は五感を満足させるケアをしよう、と呼びかけている。「主人はもう飲めないけど毎朝コーヒーを淹れているんです。香りがたのしめるでしょう。」そんなケアである。ほかにも「ただそばにいる」ということも大切なケアである。そうしてケアの中で見守り、最後の時間を迎える。ケアこそが最後の時間を豊かにする。介護の視点をもたない医療者は、最後の時間を豊かににはできない。

私は僧侶の資格は持っているが、僧侶として法要を営むわけではなく、ペーパーお坊さんで宗教者としては極めて初心者であるが、死後の世界を確信しているという意味で職業僧侶よりも深く信仰の世界に生きている。死後の世界があると確信していると患者の死を「忌むべきもの」「避けるべきもの」と考えずに「自然なもの」「またあちらで会いましょうね」と考えることができる。そのため、看取ることが「患者を忌むべきところに追いやる仕事」ではなく「自然なことをする仕事」になる。

【演者略歴】

1996年 京都府立医科大学卒、麻酔科学教室、集中治療室出身。

2004年 京都府立医科大学博士号取得

2015年 おかやま在宅クリニック開設

2020年2月 介護初任者研修終了（旧ヘルパー2級資格取得）

2020年6月 真宗大谷派にて得度を受け僧侶資格取得

麻酔科医として手術麻酔、集中治療業務に従事し、その後ホスピスでの研修を経て在宅医療に転向。人生の最終段階の時期をみる医師として、地域密着医療を実践。

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 認定医 指導医 日本ホスピス在宅ケア研究会 評議員 「心が軽くなるコミュニケーション講座 ココカル！」を主宰

利益相反：無

シンポジウム11

意思決定支援にも役立つ！地域で活用する現状確認ツールIMADOKO

S11

【セッション概要】

人生の最終段階にある患者や家族と今後の過ごし方について話し合うにあたり、患者、家族、関わる職種でその現状の認識が異なっているためにACPの難しさを感じている職種は少なくない。

小金井在宅チームでは、刻々と変化するがん患者の現状を患者、家族と各職種が共有するために現状確認ツールIMADOKOを用いており、今後のことを話し合う際にも使用して、必要な支援がタイムリーに提供される様工夫している。これまで在宅がんの患者の診療をする機会が少なかった歯科との連携においても、患者の状態に応じた歯科診療の介入が可能となっている。

今回、現状確認ツールIMADOKOの患者や家族への紹介のタイミングや留意している点などを紹介したのちに、このツールの活用を開始した在宅専門クリニックや訪問看護ステーション、歯科の立場からその実践について紹介する。各地で使用されているこのツールを意思決定支援にどう活用していけるのか、会場みなさんとディスカッションの場としたい。

座長：大井 裕子 オオイ ユウコ

小金井ファミリークリニック

【座長略歴】

1992年広島大学医学部卒業後、同大学放射線医科学研究所腫瘍外科に入局。外科医としての研修を終え緩和ケアを学ぶため2004年より聖ヨハネ会桜町病院内科、2006年より聖ヨハネ会桜町病院ホスピス勤務。2018年在宅診療部を立ち上げホスピスでの診療をしながら、がん治療をしながらも緩和ケアを必要とする患者の訪問診療を開始。2020年より同院在宅診療部長を務め、2023年より小金井ファミリークリニックで主にごがん患者の訪問診療を担当している。

緩和ケアの経験を活かして、2014年より看取りを自分ごととして考える市民講座〈暮らしの中の看取り〉準備講座を広島県廿日市（はつかいち）市、東京都小金井市で継続中。

著書〈暮らしの中の看取り〉準備講座を発刊後は、各地で看取りに関する講演や研修を担当し、医学部や歯学部でも看取りや死をテーマに学生講義を担当している。

座長：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

【座長略歴】

1988年 日本歯科大学歯学部卒業

2001年 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 助教授

2010年 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

S11-1

どう活用する? 現状確認ツールIMADOKO

大井 裕子 オオイ ユウコ
小金井ファミリークリニック

ホスピスや在宅緩和ケアの現場で患者や家族とはじめて出会うとき、自身の病状や今後の見通しを理解し、今後の希望を家族と話し合っている患者は少ない。治療の限界が近いことや予後を伝えられ、将来に備えてホスピスに相談に行く様にといわれて相談外来を受診する患者や家族の多くは、漠然とした不安を抱えている。その時に、どう話し合えば患者や家族が安心できるのか、その反応を見ながら今後の見通しを話すために説明していたメモを、誰もが使える様に見える化したものが現状確認ツールIMADOKOである。Lynn J.らが報告した疾患軌道に示されているがんとフレイル／認知症の軌道を抜粋したものに、食べることの変化を重ねて示し、この先身機能が低下して今まで通り食べることが難しくなるという大きな流れを示した。身体機能の低下は、通院、外出、入浴、トイレ歩行などの具体的な生活の指標から判断できるよう示している。本ツールは、今できていることから現状を把握するもので決して予後伝えるものではなく、患者、家族を含む誰もが使用できる様に工夫されている。人生の最終段階にある患者や家族と今後の過ごし方について話し合うにあたり、患者、家族と医師、看護師、ケアマネジャーなどの職種間でその現状の認識が異なっていることはしばしばで、そのためにACPの難しさを感じている職種は少なくない。まずはがん治療医またはその先を引き継いだ在宅医が現状をどう捉え患者や家族に説明しているのか、そしてそれを受けて患者や家族はどう考えているのかを話し合うにあたり一緒に眺める地図の様な役割を担っている。今回の発表では、本ツールを手にした医療従事者が、どのように患者や家族に情報提供するのか、演者が臨床経験の中から得た大切にしたい留意点とIMADOKOが活用できないいくつかのケースを紹介し、各地でIMADOKOを活用してくださっている本セッションでの発表者と、会場の参加者とのディスカッションにつなげたい。

【演者略歴】

1992年広島大学医学部卒業後、同大学放射線医学研究所腫瘍外科に入局。外科医としての研修を終え緩和ケアを学ぶため2004年より聖ヨハネ会桜町病院内科、2006年より聖ヨハネ会桜町病院ホスピス勤務。2018年在宅診療部を立ち上げホスピスでの診療をしながら、がん治療をしながらも緩和ケアを必要とする患者の訪問診療を開始。2020年より同院在宅診療部長を務め、2023年より小金井ファミリークリニックで主にがん患者の訪問診療を担当している。

緩和ケアの経験を活かして、2014年より看取りを自分ごととして考える市民講座〈暮らしの中の看取り〉準備講座を広島県廿日市（はつかいち）市、東京都小金井市で継続中。

著書〈暮らしの中の看取り〉準備講座を発刊後は、各地で看取りに関する講演や研修を担当し、医学部や歯学部でも看取りや死をテーマに学生講義を担当している。

利益相反：無

S11-2

訪問看護ステーションで現状確認ツールIMADOKOを取り入れた理由

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、主に、治療の終了が見込まれる時期や終末期である。患者への介入が始まった時点で「病院であとは緩和ケアといわれたが、普通に元気に暮らしています、なんででしょう」と述べるケースや、あきらかに予後1週間以内と思われる患者の家族が、予後を月あるいは年の単位でとらえているケースもある。通院が終診となり、これからどのようにすごしたらいいのかわからずに、漠然とした不安を抱えたままの患者、家族は多い。訪問看護ステーションは、多様な臨床経験をもつ看護師のチームであり、臨床経験の長くない看護師でも、そのような患者家族にひとりで向き合い、コミュニケーションに困難を感じることも多い。患者、家族、訪問看護師および多職種が、IMADOKOという同じツールで共に現状確認することは、率直なコミュニケーションにつながり患者家族へ利益をもたらすと思われ、当ステーションで導入した。

【演者略歴】

国立国際医療研究センター病院
国立がん研究センター東病院
取手市医師会附属訪問看護ステーションひまわり

利益相反：無

S11-3

在宅専門クリニックで活用するIMADOKOについて

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。「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に基づいてACPを実施し、2017年から管理栄養士、言語聴覚士を雇用して終末期の食支援にも力を入れている。この度、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、患者家族と共に「どう生きるか」を考えるためのツールとしてIMADOKOを導入したので報告する。

【活動】

当法人の医療職（医師、看護師、MSW、言語聴覚士、管理栄養士、一部事務職）53名がNPO法人くみさぼのIMADOKO研修を受けた。診療開始前の事前説明時に看護師、MSWが患者・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時期にIMADOKOのツールを使用して現状確認し、その後の療養について話し合い、看取りを見ずえて患者をサポートする体制をとっている。

【症例】

80代女性 膵癌 術後ADL低下に伴い訪問診療導入。初診時IMADOKO1。味覚異常あり経口摂取量低下認め管理栄養士介入。亜鉛欠乏に対する治療で食事量増加ありADL改善。いったん外来通院の方針となり紹介元に逆紹介し診療は休止となる。多発転移見につきADLが急激に低下したことから再介入時にはIMADOKO2。オピオイド、安定剤等使用し苦痛緩和の治療を行う中でトイレ歩行が難しくなってきた際、ご家族とIMADOKOの資料を供覧しながらIMADOKO3に差し掛かっていることを確認。もともと最後はホスピス入院の意向であったが、このまま家で過ごしたいというご本人の思いを聞き自宅看取りの方針となる。大好きだったみかんを食べたいという希望あり、管理栄養士同行し最後の一口をサポートした。

【考察】

状態の変化や見通しについて可視化することで、以前に比べて患者・家族と終末期の意向確認が行いやすくなったという手ごたえを感じている。研修後まだ症例数が少ないため、これからの継続した活動を通してスキルアップを目指したい。

【演者略歴】

2002年鳥取大学医学部医学科を卒業。同年倉敷中央病院に入職し初期研修終了後、循環器内科医として勤務しました。急性期の医療に携わり、外来通院は難しいが積極的な入院の適応ではない患者さんや、自宅に帰りたいが帰った後の体制が整わずに入院継続を余儀なくされている患者さんを何人も見るなかで、そのような患者さんが自宅で療養できる医療環境を提供したいと思うようになりました。2007年に東京の新宿ヒロクリニックに転職し、在宅医療の研修を通して訪問診療の基礎を学び2009年に倉敷市で在宅医療に特化したつばさクリニックを開院しました。現在は、岡山市と倉敷市の2拠点で、小児から高齢者まで多くの在宅患者さんに訪問診療を行っています。在宅医療に携わる中で食に関する悩み事が多いことに気づき、2017年からNSTチームを立ち上げ、スタッフに管理栄養士や言語聴覚士を加えて食支援にも積極的に取り組んでいます。

利益相反：無

S11-4

終末期患者に対する歯科治療、摂食指導、口腔衛生管理におけるIMADOKOの活用

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

歯科は、在宅療養中の患者に対して一定の役割を担うことができる。歯科治療、摂食指導、口腔衛生管理という3つの手段でかかわることになるが、それぞれ、効果的な時期とかかわる量や頻度は異なる。在宅診療においては一人の患者に多くの職種、多くの事業所がかかわるために、医療者、介護者間での情報の共有が困難であることが挙げられる。そして、終末期に対する私たちの知識不足もあり、特に終末期においては、十分にかかわれていたとはいいがたい。終末期の在宅患者への支援のなかで、この患者が「いま、どこ居るのか」「どこに向かっているのか」を知ることが、上記の手段を効果的にタイミングよく繰り返すことにつながり、結果として患者のQOLを支えることになる。歯科としてIMADOKOを活用した事例を紹介するとともに、終末期がん患者への歯科の役割について述べたい。

【演者略歴】

1988年 日本歯科大学歯学部卒業

2001年 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 助教授

2010年 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

利益相反：無

シンポジウム12

在宅障害者のよりよい生活のための「主体性の支え方」

S12

【セッション概要】

このシンポジウムでは、中途障害者が自分らしい在宅生活を再構築するための「主体性」の重要性に焦点を当て、支援の考え方や実践方法について医療・介護・福祉の多職種が発表する。

一般に、障害が残存した患者は、当初は受け身で依存的な立場になることが多い。しかし、発症から長期の維持期（生活期）でも、楽しみや役割などの体験で少しずつ主体的な姿勢へ転換したことにより、自分らしい生活を展開できるケースを経験することがある。「主体性を支える」支援方法は個人により異なるが、共通点が無いわけではなく、質的研究で主体性回復プロセスが提案され、その重要性が明らかにされつつある。

発表から総合討論を通じて、発症から長期の「中途障害者本人の主体性を支える」観点で、リハビリテーションアプローチや支援の考え方が一般化できるようになれば、生活期の在宅の中途障害者支援に大きな変革をもたらすことが期待できる。

座長：川手 信行 カワテ ノブユキ

昭和大学医学部リハビリテーション医学講座

【座長略歴】

平成元年 3月 昭和大学医学部卒業

平成10年 7月 昭和大学医学部リハビリテーション医学専任講師

平成14年 4月 昭和大学保健医療学部理学療法学科・助教授

平成16年10月 昭和大学病院リハビリテーション医学診療科・准教授

平成30年 7月 昭和大学医学部リハビリテーション医学講座 主任教授（現在に至る）

座長：齋藤 薫 サイトウ カオル

川崎市社会福祉事業団 れいんぼう川崎

【座長略歴】

平成4年横浜市立大学医学部卒業、横浜市立大学医学部附属病院、横浜市総合リハビリテーションセンター、横浜市立脳血管医療センター（現横浜市立脳卒中・神経脊椎センター）リハビリテーション科を経て平成16年より川崎市社会福祉事業団れいんぼう川崎にて地域リハビリテーションに従事。

川崎市社会福祉事業団地域リハビリテーション担当参事、川崎市北部リハビリテーションセンターおよび中部リハビリテーションセンター嘱託医を兼務。リハビリテーション科専門医。

S12-1

障害のある人の長期的な改善につながる主体性

和田 真一^{1,2} ワダ シンイチ

¹ 医療法人社団あおい會 森山リハビリテーションクリニック

² 昭和大学医学部 リハビリテーション医学講座

一般に脳損傷などで障害が残存した場合、発症当初は医療者主体で治療やリハビリテーションが進み、患者は受け身で依存的な立場になることが多い。しかし、発症から半年以上経った維持期（生活期）と言われる中途障害者でも、できないと思っていた楽しみや役割を果たすことができた体験などで少しずつ主体的な姿勢へ転換したことにより、自分らしい生活を展開できるケースを経験することがある。主体性を持って新しい生活を構築すると、能力の改善が見られることもあり、発症前よりも活動的に生活する障害者もいる。機能回復は重要であるが、病気の特性や限界も考慮され、障害がある状態でも「主体的に自分の生活を自分らしく構築する」ことが長期的には重要視されている。また、障害のある人の長期的な支援を考える際に参考にされている「障害受容」という考え方よりも「主体性を支える」考え方の方が支援しやすい印象がある。主体性が自分らしい生活構築に重要な役割を果たすとされる一方で、その支援方法は未だ一般化されておらず、経験則に依存している。主体性回復の過程や適切な支援方法は個人により異なると思われるが、一定の傾向が無いわけではないと考えられ、中途障害者の自分らしい生活の再構築をもたらす主体性の回復プロセスや主体性を促すかわり方が質的研究により提案されてきた。主体性回復段階の評価方法、介入試験を通じて、「主体性」の重要性を明らかにし、その役割を実証する研究も進行中である。将来的には、「主体性を支える」という支援方法の一定の標準化を目指し、一般的な支援の考え方の根本になると、地域を問わず在宅での支援がうまくいくのではないかと考えている。

【演者略歴】

1997年 東邦大学大森病院 心臓血管外科

2004年 川崎幸病院 大動脈センター

2007年 昭和大学病院 リハビリテーション科

2008年 昭和大学藤が丘リハビリテーション病院

2014年 森山リハビリテーションクリニック

利益相反：無

S12-2

「今の自分」を受け入れ、納得して前に進んでいくための主体性回復支援

武田 陽香 タケダ ハルカ
川上 悠子 カワカミ ユウコ
品川区立心身障害者福祉会館 自立訓練事業

【はじめに】品川区の機能訓練事業では、脳損傷により高次脳機能障害を呈した利用者の復職や再就職支援、日常生活活動の拡大など様々な個々の目標に合わせた支援を多職種で行っている。利用開始時期は発症から1～3年後と人それぞれであるが、多くの場合在宅に戻った後も「こんなはずじゃない」と発症後の自分自身の現状を受け入れるまでにとても長い時間を要す。自分の障害や課題に気がつくところから中途障害者の回復プロセスは始まっていくと考えているが「以前と同じようにできる」または「機能回復をして以前の姿に戻る」と願い続ける方に対してどのように寄り添い、現実とのギャップを埋めながら「今の自分」を受け入れ納得してもらうのか。主体性の回復プロセスに向かうまでの道のりの中で「自分の課題に気が付いてもらう事」は支援者にとって大きくそり立つ壁だと感じている。

【事例】50代女性。外傷性クモ膜下出血により高次脳機能障害を呈し注意障害と記憶障害著明であるも障害認識は無し。自分は受傷前と変わっていないと復職を目指し利用開始となる。【経過と結果】屋外歩行は注意障害により赤信号を見落として渡る、家事は火をつけっぱなしにして鍋を焦がすなど全ての行動は家族と家事援助の助けを要するも当初は「病前からの性格」と受け入れなかった。実際の生活場面で訓練と行動の振り返りを行うことにより徐々に「してはいけないこと」と受け入れるようになる。通所が自立し家事も一人で行えるようになった先に見えた復職支援であったが、業務のすり合わせに難航した。再就職への道を歩き出すまでの2年間を支援した。この事例の経過を一例として、品川区の機能訓練事業がどのように本人に寄り添い、本人が諦めではなく、今の自分に納得し主体性をもって自己決定をしていけるよう働きかけを行っているかについて報告する。

【演者略歴】

2009年、社会福祉法人品川総合福祉センター入職。品川区立心身障害者福祉会館、生活介護事業にて5年間勤務。
2014年から同施設、機能訓練事業の立ち上げスタッフとして勤務開始。主に中途障害の方の支援に携わっている。主体性研究会に参加をし、中途障害の方の回復プロセスに関する知見を深め、支援に活かせるよう日々奮闘中。2020年より同事業所のリーダー職として勤務をしており、現在はサービス管理責任者を勤めている。

利益相反：無

S12-3

主体性を支える訪問リハビリテーション

糸井 孝文 イトイ タカフミ

長沢 雅子 ナガサワ マサコ

社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院

当院は回復期病棟を中心としたリハビリテーション病院で、退院後のフォローアップの為に訪問・通所リハビリテーションの介護サービス事業を行っている。当院ではICFにおける活動・参加に目を向けた訪問リハビリテーションを提供する為の取り組みの一つとして、2021年の介護報酬改定後より、リハビリテーション専門医によるリハビリテーション会議を始めた。会議ではリハビリテーション計画書を通して、ご本人・ご家族の希望や目標を明確にし、他事業所と協働しやすい環境をつくるよう心掛けています。例えば、聞き取りにおいて希望・目標である“歩けるようになりたい”だけではなく、“～に行きたいから、～をしたいから歩けるようになりたい”一段と深めた希望・目標を共有する。動作レベルのみにとどまらず生活レベルの目標を知ることが、ご本人らしい主体的な活動を引き出すことができると考える。在宅生活において、リハビリテーション以外の時間をご本人がどのように生活をするかが重要であり、日常の生活自体がリハビリテーションになるよう取り組んで頂くことが望まれる。当院の訪問リハビリテーション事業所でも主体性を支えることを意識して関わっているが、スタッフ間でもまだ関わり方に違いがある為、学習の場や標準化を進めることが必要となっている。回復期病棟でも同様に、退院が近くなった患者様に今までの関わり方ではなく、退院に向けたリハビリテーションへ転換し、ご本人らしい生活を考えたリハビリテーションがおこなえるように考えていきたい。

【演者略歴】

平成21年4月 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 入職

利益相反：無

S12-4

自分らしい社会参加スタイルの再構築に伴走する ～中途障害者への主体性を尊重した生活期リハビリテーション～

浦 雄司 ウラ ユウジ
川崎市社会福祉事業団 れいんぼう川崎

【はじめに】 れいんぼう川崎は多機能型障害者支援施設である。生活訓練事業では、高次脳機能障害者を多職種で支援している。支援者は、まず、高次脳機能障害に合わせた環境の構造化などにより当事者が安心できる環境をつくり、話をじっくり聞き、信頼関係の構築に努める。そのうえで、当事者がやりたいこと、やれるようになりたいことの選択を促し、活動の試行錯誤に伴走する。主体性を引き出すことを重視し、支援者があらかじめすべてのプログラムを決めることはしていない。現場での体験を重視し、実際の生活の中に生かせるよう支援する。【事例】 60歳男性。脳出血による右片麻痺、失語、高次脳機能障害。発症後に休職。もともと妻と家事役割を分担していた。入院入所での集中的なリハビリテーションを行い、日常生活動作が自立、内服管理や家事の一部を獲得した。しかし病前よりも妻の家事分担が増えており、妻に迷惑をかけているという思いや全般的な不安が非常に強かった。そのためか、入所中から歩行速度は徐々に低下していた。発症1年後に復職を希望して生活訓練事業の利用を開始。【経過と結果】 非常にまじめに運動や通所を継続し、徐々に体力・筋力が向上、家庭内役割が増え、通所も自立した。しかし歩行速度の低下は続き、歩行での通勤やフルタイムでの復職、病前と同じ生活を目指すことが過負荷となっていると思われた。ご本人の葛藤に伴走し、実際に歩行で職場まで行ってみる、途中からは車椅子を用いる、という体験を共有した結果、通勤は電動車いすで行うことを選択された。その後電動車いすでの買い物や趣味活動の場への外出を体験し、家事役割を無理なくこなし、麻雀での交流活動を楽しみ、自分らしく生活することができるようになった。生活訓練終了後は復職を目指して就労移行事業に通うことを選択したが、復職以外の選択肢も視野に入れている。尚、本発表に関しご本人に書面にて同意を得た。

【演者略歴】

社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士。平成23年川崎市社会福祉事業団に入職。北部リハビリテーションセンター在宅支援室、中部リハビリテーションセンター在宅支援室を経て令和5年よりれいんぼう川崎在宅支援室にて地域リハビリテーションに従事。

利益相反：無

シンポジウム13

令和6年能登半島地震 災害関連死をブロックする!!!

S13

【セッション概要】

これまでも災害時の誤嚥性肺炎や血栓症に対する広報や啓蒙はなされてきて、実際の災害でも多職種で取り組まれた活動であったが、東日本大震災にも匹敵する厳しい状況であった今回の令和6年能登半島地震において、輪島市内で口腔ケアや食栄養関係においてどのように具体的に外部支援がなされ、また被災当事者である輪島市の在宅ケア関係者はどのように受援できたか、具体的に報告をしてもらい、現在の被災地での取り組みに生かすと同時に、今後の災害への備えとしたい。

座長：古屋 聡 フルヤ サトシ

山梨市立牧丘病院

【座長略歴】

1987年 自治医科大学卒 山梨県立中央病院初期研修を経て

1989年 牧丘町立（当時）牧丘病院 整形外科

1992年 塩山市立（当時）塩山診療所

2006年 山梨市立牧丘病院 整形外科

外来・入院・在宅診療を行っている。

傾倒する活動：プライマリケア整形外科（整形内科）、プライマリケアエコー、口腔ケア・摂食嚥下・コミュニケーション、災害支援、地域包括ケア

座長：山岸 暁美 ヤマギシ アケミ

慶応義塾大学 医学部 衛生学公衆衛生学教室／コミュニティヘルス研究機構

【座長略歴】

95年～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。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

20年度～厚労省医政局事業E-Field HOME研修タスクフォース長、21年度厚労省特別研究「在宅医療機関のBCP策定に係る研究」研究代表者、22年度～在宅医療提供機関のBCP策定専門委員会委員長、22年度内閣府デジタル田園健康特区（長野県茅野市）PMO、22年度厚労省「保健所の在り方検討委員会」委員等、政策と研究と現場を繋ぐタスクを多数務める。

保健福祉学博士、在宅看護専門看護師、社会福祉士、認定心理士

S13-1

災害医療、災害関連死を防ぐために、一開業医ができることと思うこと

井上 登太^{1,2,3,4,5} イノウエ トウタ

¹ みえ呼吸嚥下リハビリクリニック

² (株) グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング

³ NPOグリーンタウン呼吸嚥下研究グループ

⁴ 畿内会 岡波総合病院呼吸器科

⁵ 岡谷会 おかたに病院呼吸器科

避けられた災害死の原因は医療物資不足、医療介入の遅れ、ライフライン途絶、避難所環境・居住環境悪化が最多とされています。災害関連死として呼吸器系の疾患33.1%循環器系の疾患が29.1%とされ、8割前後は3か月以内におきます。東日本大震災22,212人死去（14,000人は津波）。震災関連死3,794人 熊本地震55人死去。震災関連死218人。私たちは、今回の能登半島地震を含め5、6日目より震災時現地支援活動をさせていただいています。災害対応が改善してきているのを実感する一方、こうしていればという思いは尽きません。コロナ渦を経、感染対応がさらに必要と予想し支援物資の調節も行い、避難所で、要介護の方が多いユニットを担当させていただきました。発電、通信環境は保持され、災害医療はシステマチックに進化していました。しかしながら、要介護の方々において数日の栄養障害、整容不足、廃用は命にかかわることも多く、感染性腸炎、コロナほかの感染拡大が広がり全員移動や隔離となるユニットもあり、環境整備、栄養提供も遅らせざるを得ない状態。排泄援助や、移動の手間を考慮して食料を自己調節し、譲り合い脱水傾向の方が非常に多く、状態悪化につながり感染が広がる原因となっていました。避難所でもラジオ体操等の対応もいただいておりますが健常者中心となり、慣れない環境と姿勢での不全窒息への対応を行った方もみえました。今回は、医者1名看護師1名理学療法士2名のチームでかわり、口腔ケア、栄養調節、廃用予防に努め、呼吸循環を中心とする予防対応に努めました。東日本大震災においては一月以降の死者数が68%を占め、要介護認定率の震災前後変化が大きく、要介護度認定が平均0.61ポイント上昇し、その傾向は身体的・社会経済的に脆弱な層でより顕著で、地域人口の中心都市への流出も確認され、地域の経過に応じた継続した援助も必要とされます

【演者略歴】

1995年 3月 自治医科大学医学部卒

2008年 6月 NPOグリーンタウン呼吸嚥下研究グループ設立 理事長（現職）

2009年 2月 (株) グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング 代表取締役社長（現職）

2010年 9月 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック開設 院長

2014年 7月 在宅支援目的病棟許可を受け有床診療所化 院長（現職）

利益相反：無

S13-2

歯科の立場から考える～東日本大震災の経験を生かして～

一瀬 浩隆 イッセ ヒロタカ
医療法人ENGAGE あい訪問歯科クリニック

この度の令和6年能登半島地震において、お亡くなりになられた方々、関連死をされた方々、いまだ安否のわからない行方不明の方々、また、被災された方々に対し心よりお悔やみとお見舞いを申し上げます。日本は世界でも地震の多い国のひとつである。気象庁震度データベースによると、日本における震度5以上の地震は過去30年（1994年3月～2024年2月）で403回、そのうち震度7は7回発生している。震度5以上の地震ではライフラインが停止し、建物にも被害を及ぼす可能性がある。特に震度7を記録する大地震では、その被害は甚大で長期間の避難生活を余儀無くされる。ライフラインが十分でない避難生活は、不衛生な環境やストレスによる心身の状態悪化が災害関連死を招く可能性がある。災害関連死のほとんどは60歳以上、その死因で最も多いのが呼吸器疾患で、その多くは肺炎である。近年、口腔内細菌と肺炎の関係が注目されており、歯科としては、災害時の口腔衛生状態の悪化からくる肺炎の予防に努めるのはもちろん、口腔環境の安定を平時からもっと意識していく必要があると考える。私は東日本大震災でも支援に関わり、その経験を踏まえて能登半島地震での活動や今後の災害において歯科として何ができるのかを再考する。

【演者略歴】

2006年	日本大学松戸歯学部卒業
2007～2016年	一般歯科医院勤務
2011年	気仙沼巡回療養支援隊（JRS）所属／気仙沼・口腔ケア・摂食嚥下・コミュニケーションサポート所属
2013年	気仙沼市立本吉病院／一関市国民健康保険藤沢病院 非常勤歯科医師
2016年	あい訪問歯科クリニック 院長

利益相反：無

S13-3

災害関連死をブロックする!!!～たべるを支援する～

小川 豊美 オガワ トヨミ
株式会社とよみ

令和6年1月1日に発災した能登半島地震において現地では単発であるが月1回から2回ペースで主に食支援活動を行っている。同時に後方支援として物資の提供を行った。3月中旬になっても上下水道の復旧がなされず避難生活が続いている。一方では、家屋が傾きながら自宅で不安な生活をしている方もいる。今回、当地区の山形県鶴岡市職能団体とNPO鶴岡災害ボランティアネットワークと共に活動を振り返る。・1月11日。NPO鶴岡災害ボランティアネットワークと共に珠洲市一般避難所にて温かい汁もの。寒鰯と野菜がいっぱい入った「寒鰯汁」500食の炊き出しの実施。「ご飯が食べられていない。ご飯が食べたい。電子レンジはあるものの。寒い。」等口々にしていた。・1月29日30日。単独輪島へ物資搬入。福祉避難所へ栄養パトロール（NPO法人日本栄養パトネット・地域ケアステーションはらぺこスパイス奥村代表）の依頼を受け初発隊として活動。健康チェックとしてフレイル・体格・栄養バランス・食欲のチェックを実施し次のメンバーへ繋げる。口腔ケアはしっかりされており日頃からの意識の高さとケアの充実を感じた。食事に関しては、色々な支援の入っており3食食べられていた。尚、蛋白質が十分に摂取されておらず後方支援隊へ物資の応援を要請する。・2月21日NPO鶴岡災害ボランティアネットワーク輪島避難所近くの広場にて炊き出し250食の炊き出し。野菜と蛋白質を多いメニュー焼肉風焼きそば・玉こんにゃく煮・煮卵。小雨が降る寒い中、集まって下さった地域の住民の表情が少しでも温かい食べ物と会話で和んでいく様子があった。・3月14日輪島福祉避難所。春を告げるお弁当と具沢山芋煮汁をお届けした。蛋白質と野菜が多いメニュー。だだちゃ豆ごはん・ぜんまい煮物・スモークサーモンのサラダ・果物・卵焼き・芋煮汁。3月20日富山県氷見市。100食先方からの依頼でメニューは玉こんにゃく煮・芋煮汁。各フェーズで内容もマッチさせた支援が重要且つ日頃のネットワークが更に重要である。

【演者略歴】

＜主な役職等＞

2009年～2013年3月 （社）山形県栄養士会理事

2014年3月

2010年～2016年3月 庄内プロジェクト 栄養連携チーム チームリーダー

2012年～2013年 （公社）日本栄養士会 全国地域活動協議会役員

2015年～2016年 （公社）日本栄養士会認定栄養ケア・ステーション事業推進委員

2018年～ （公社）日本栄養士会認定栄養ケア・ステーション認定委員

2021年5月～ 日本褥瘡学会・在宅ケア推進協議会 評議員

2023年6月～ （一般社団）日本在宅栄養管理学会 評議員

＜主な資格等＞

管理栄養士・生活改良普及員 主任介護支援専門員 食育インストラクター国際薬膳食育師3級在宅訪問管理栄養士

＜学会所属＞

（公社）日本栄養士会（一般社団）日本在宅栄養管理学会 日本介護支援専門員協会 日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会 日本在宅医療連合学会

＜賞罰＞

平成29年8月7日 公法益社団法人日本栄養士会：国民栄養改善功労賞

平成30年11月 山形県知事賞：健康づくり・栄養改善関係功労者

令和2年8月 厚生労働大臣賞：栄養改善関係功労者

利益相反：無

S13-4

今を生き抜くために今までがあった ～被災者として、支援者として～

中村 悦子 ナカムラ エツコ
訪問看護ステーションみなぎ

令和6年1月1日に発生した能登半島地震では、被災直後から訪問看護師として利用者の安否確認をしながら、法人内の施設利用者の避難活動に入った。1月3日には「キャンナス」「ぐるんとぴー」「医療法人社団オレンジ」で災害支援チームが結成され、その後「ふるふる隊」もチームに加わった。自主避難所でもあった「地域生活支援ウミュードソラ」は福祉避難所として医療的ケアが必要な住民や一般避難所では受け入れが困難な住民の避難所となったが、「安全より安心」をキーワードにして「食べる！出す！動く！」を推奨し、その他の避難所へも足を運びながら支援を続けた。2007年に発生した能登半島地震や東日本大震災での教訓も活かしながら、訪問看護師としての視点やNST（栄養サポートチーム）活動の学びを還元する活動ができた。被災地ではまだまだ課題が多いが「それでも能登に生まれてよかった」と思える日を目指して尽力していきたい。

【演者略歴】

昭和56年 金沢医科大学病院 透析センター勤務
昭和59年 市立輪島病院透析室、訪問看護、地域医療連携室、栄養サポート室勤務
平成27年 市立輪島病院を退職し
一般社団法人みんなの健康サロン海風設立しキャンナス わじまの代表、みんなの保健室わじま開室
平成31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

利益相反：無

シンポジウム14

ICTを用いた多職種連携の現状と課題 ～診療報酬改定でICTの利用は広まるか？～

S14

【セッション概要】

在宅医療で行われる連携にはいわゆる横の連携といわれる多職種連携と縦の連携といわれる地域医療連携があり、ICTを利用した連携が広まってきている。しかしその一方でICTの利用がなかなか進まない現状もある。これらの現状を踏まえたうえで、ICTを利用した連携を広めていくための課題や対応案、欠点・利点について、さまざまな職種の立場で意見を述べるとともに、2024年度の診療報酬改定で算定が可能になった「在宅医療情報連携加算」をはじめとする診療報酬との関連についても合わせて検討していきたい。

座長：土屋 淳郎 ツチヤ アツロウ

土屋医院

【座長略歴】

1999年 昭和大学医学部大学院卒業

2007年 太田熱海病院内科部長

2012年 医療法人社団創成会土屋医院院長*

2018年 医療介護連携ネットワーク研究会会長*

2023年 豊島区医師会会長*（*現職）

座長：宮下 勉 ミヤシタ ツトム

杏クリニック

【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 在宅業務推進WG 委員長

日本臨床検査振興協議会 在宅医療における臨床検査小委員会 委員

S14-1

多職種連携におけるICTの利用と診療報酬算定可能な利用法

土屋 淳郎 ツチヤ アツロウ
医療法人社団創成会土屋医院

多職種連携においてICTの利用は大きく広まってきた。「日医IT化宣言2016」が公表された際には「医療介護連携にSNS（Social Network Service）を利用する場合には、LINEなどの公開型/パブリックSNSではなく、非公開型かつ医介連携専用のプライベートSNSを利用すること」と言われ、主に後者の医療介護専用SNSが広く利用されるようになってきている。一方でまだまだ課題も多く、「どのようなシステムを利用すればよいかわからない」「利用を開始したが広まらない」「利用するにあたりシステムや端末の利用料、入力時間等の人件費がかかる」「利用にあたっての二度書きの手間がある」などの声も聞かれる。さらに在宅医療の現場では地域における多職種連携だけではなく、地域医療連携も必要になる。「多職種連携」は横の連携として地域における専門職が連携をするが、「地域医療連携」は縦の連携として急性期病院-慢性期病院-かかりつけ医/在宅医などの医療における連携であり、これらを組み合わせることも重要だと言われている。今回の講演ではICTを用いた多職種連携と地域医療連携の実際、そして多職種連携を広めていくための課題への対応案について述べるとともに、2024年度の診療報酬改定で算定が可能になった「在宅医療情報連携加算」における医療介護専用SNSの利用法なども踏まえて報告する。

【演者略歴】

1999年 昭和大学医学部大学院卒業
2007年 太田熱海病院内科部長
2012年 医療法人社団創成会土屋医院院長*
2018年 医療介護連携ネットワーク研究会会長*
2023年 豊島区医師会会長*（*現職）

利益相反：無

S14-2

訪問看護師からみた多職種連携におけるICT連携の現状と課題

鶴飼 亜由美 ウカイ アユミ
株式会社淳風 訪問看護ステーション仁

訪問看護において多職種連携は情報共有のためには必要不可欠である。連携には、入退院を中心に医療機関とのタテの連携と在宅サービスに係る事業所間とのヨコの連携がある。

近年、ICTを利用した多職種連携が広がってきている。しかし、その一方、現場で多くの課題があるのが現状である。その一例として、

「それぞれ利用しているシステム（MCS、メール、Chatwork、LINE WORKS、LINEなど）が異なる」「複数のシステムを使い分けなければならない」「訪問看護師の高齢化によりシステムを使いこなせない」「地域によるが医院やクリニック、急性期・慢性期病院、デイサービスやショートステイ、行政などでは利用が広がらない」などの声が聞かれる。

特に医療機関やケアマネジャーとの連絡方法は、主電話やFAXが中心で訪問看護指示書やサービス提供表などの書類に関しては郵送が主となっているのが現状である。

2024年度の診療報酬改定で「在宅医療情報連携加算」が算定可能になったことを踏まえ、より効果的にICTを利用し多職種がタテとヨコの連携をより効果的に進めていけるかを報告する。

【演者略歴】

- ・令和4年～ 京都府訪問看護師人材養成看護師
- ・令和4年度～5年度 京都府訪問看護ステーション協議会 理事 副会長
- ・令和4年1月4日～ 株式会社淳風 訪問看護ステーション仁 所長

利益相反：無

S14-3

診療所事務からみた多職種連携におけるICT連携の現状と課題

水上 直人 ミズカミ ナオト
さつきホームクリニック

診療所事務職の立場から、ICTの活用を運営費用の観点から検討する。

ICTを導入した場合：

1. 初期投資と導入コスト

ハードウェア、ソフトウェア、ネットワーク環境などの初期投資が必要となるが、これらの初期投資は、長期的には業務効率化により運営費用の削減につながると期待される。

2. ランニングコストと保守費用

保守、アップデート、トラブルシューティングなどの継続的なコストが発生する。

3. 教育・研修コスト

多職種のスタッフに対する教育・研修コストが発生する。ただし、これらの教育・研修は、スタッフのICTスキルの向上や、業務効率化につながると期待される。

4. セキュリティ対策コスト

高度なセキュリティ対策が求められるため、セキュリティ対策コストが発生。

ICTを導入しない場合：

1. 業務効率の低下

多職種間の情報共有や連絡調整が非効率的になる。電話やFAXでのやり取りに時間がかかり、業務効率の低下が予想され。人件費の増大などが懸念される。

2. 医療・介護サービスの質の低下

多職種間の情報共有に時間がかかるなどの観点から不十分になりやすい。このため、診療・ケアの継続性が損なわれ、医療・介護サービスの質の低下が懸念される。

3. 機会損失

多職種連携の効率化や、医療・介護サービスの質の向上による収益増加の機会を逸することになる。また、競争力の低下にもつながりかねない。

以上の検討から、多職種連携へのICT活用には一定の運営費用がかかるものの、長期的には業務効率化や医療・介護サービスの質の向上につながり、費用対効果が高いと考えられる。一方、ICTを導入しない場合は、人件費の増大や業務効率の低下、機会損失など、長期的には運営費用の増大につながるリスクがある。したがってICT活用の初期投資と運営費用を適切にマネジメントしつつ、多職種連携の効率化と医療・介護サービスの質の向上を図ることが重要である。

【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 医療法人社団焔 事務長
2018年 4月～	医療法人賛永会 統括マネージャー

利益相反：無

S14-4

介護支援専門員からみた多職種連携におけるICT連携の現状と課題

上村 久美子 カミムラ クミコ

医療法人橘会 居宅介護支援事業所万年青

医師、看護師と同様に介護支援専門員にも所謂タテ・ヨコ連携が存在する。しかし居宅介護支援業務の特性から連携は単なるタテ・ヨコの連携ではなく、介護支援専門員を中心に連携は放射線状に描かれる。

タテ連携は介護保険スタート当初から自治体レベルで、或いは急性期病院を中心に様々なシステムの提案、導入があり、やってみるが定着しきれていない地域が多いと耳にする。

ヨコ連携は事業所単位、利用者単位で運用できるため、地域差もあれば同じ地域の中でも個々の差が大きい。

電話やファックス、郵便等の連絡手段と比較してICTが便利であると多職種が実感しない限り当然のことながらICT連携は進まない。しかし年々高年齢化している介護支援専門員業界ではICTの活用状況に個人差が大きく、未来は決して明るいと言えない。そこで医療者が触れる機会がない介護支援専門員の連携のリアルを知ってもらい、利用者・家族が安心できる連携を進める糸口をつかみたい。

【演者略歴】

1994年 社会福祉法人枚方療育園 看護師

1998年 一般社団法人岸和田市医師会訪問看護ステーション 訪問看護師

2002年 医療法人橘会 横山病院居宅介護支援事業所 介護支援専門員

2006年 同法人 万年青在宅事業部 統括責任者 現職

2018年 一般社団法人和泉市医師会 和泉市在宅医療介護相談支援センター在宅医療介護連携コーディネーター

利益相反：無

シンポジウム15

在宅医療の研究を推進するために

S15

【セッション概要】

在宅医療に関するエビデンスの構築が期待されている。本シンポジウムでは、これまで構築されてきた研究ネットワークの取り組みと課題を共有して、これから在宅医療の研究ネットワークを構築しようと考えている人、特に若手研究者と一緒に、今後の展開について検討する。

なお、これまで在宅医療に関する研究の多くは、それぞれの職種や専門領域ごとに実施されている。多職種協働を基本とする在宅医療・ケアでは、多職種が共同して在宅医療の研究に取り組む意義があると考えられる。そのため、職種を超えた研究の推進についても検討する。

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地域在宅医療学・老年科学

【座長略歴】

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
2012年10月 同 講師
2017年 1月 同 准教授
2023年 1月 名古屋大学老年内科教授

座長：山中 崇 ヤマナカ タカシ

東京大学大学院医学系研究科在宅医療学講座

【座長略歴】

1997年4月 東京女子医科大学附属第二病院 在宅医療部助手
2007年5月 東京女子医科大学東医療センター 在宅医療部准教授
2014年6月 東京大学医学部在宅医療学拠点 特任准教授
2018年4月 東京大学大学院医学系研究科 在宅医療学講座 特任准教授
2023年4月 東京大学大学院医学系研究科 在宅医療学講座 特任教授

S15-1

「皆で力を合わせて」研究の宝島へ：在宅医療の研究を推進するために

服部 ゆかり ハットリ ユカリ
東京大学大学院医学系研究科在宅医療学講座

在宅医療は、治療やケアの環境も病院とは異なるうえに、社会的状況や医療制度も複雑に入り組んでいるため、診療ガイドラインに準じて医療を提供することが難しい。特にエンドオブライフ（EOL）時期においては、在宅医療での研究やエビデンスが少なく、現場の医療従事者の経験則によって医療やケアが行われている。在宅医療は患者をEOL時期までサポートする重要な役割を担っており、超高齢社会の我が国が率先して在宅医療でのEOL研究を行い、エビデンスを発信していくことが重要である。現在、在宅医療のエビデンスを構築するために、複数の学会が集まり多職種が意見交換を行ったり、臨床家と研究者が連携して研究に取り組む等、様々な動きが出てきている。本シンポジウムでは、筆者が関わっている研究や活動紹介を通じて、より良い在宅医療の実現に向けて「皆で力を合わせて何ができるか」を一緒に考えていきたい。

【演者略歴】

米国クレアモント大学ピッツァーカレッジ心理学・神経科学卒業、北里大学医学部医学科卒業。東京大学大学院医学系研究科博士課程修了。東京都健康長寿医療センター、米国ジョージワシントン大学、溪仁会札幌西円山病院を経て、東京大学医学部附属病院老年病科、医療法人社団互酬会水道橋東口クリニック（在宅医療）。

利益相反：無

S15-2

在宅医療の研究を推進するために～いちクリニック在宅医の経験～

宮武 寛知 ミヤタケ ヒロトモ
オレンジホームケアクリニック

在宅医療を推進するために、在宅医療におけるエビデンスの構築は非常に重要なことである。しかし、忙しい臨床の中で研究を行うのは骨が折れ、特に地方のクリニックに所属しているとなおさらだと思われる。筆者は大学卒業後の研究の経験はなく、医師になってからの時間のほとんどを臨床に費やしてきた。研究活動を行うとは全く想定していなかったが、あるきっかけから少しずつ論文を書くようになった。書き始めると、自身の中にあった研究へのハードルは下がり、研究活動の面白さや重要性について知ようになった。また、研究は複数で協働しながら行い、ネットワークを拡げていくことによって、その質が上がることも実感した。とはいえ、忙しい臨床の中での研究活動は苦勞することも多かった。それもネットワークによって助けられ、前進することができると感じている。研究に全く縁がなかったクリニック在宅医の経験を報告し、研究の裾野を広げていく一助になれば嬉しく思う。

【演者略歴】

2011年3月	福井大学医学部医学科卒業
2011年4月～2013年3月	福井大学医学部附属病院初期研修修了
2013年4月	オレンジホームケアクリニック入職
2018年5月	オレンジホームケアクリニック院長就任

利益相反：無

S15-3

在宅医療研究で求められるエビデンスとコホート研究の課題 ～ONEHOME研究での取り組み

渡邊 一久 ワタナベ カズヒサ

名古屋大学医学部附属病院 老年内科、名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学

在宅医療は、通院・入院にならぶ第3の医療の提供の方法として、今後その重要性を増していくものと考えられる。在宅医療を受ける高齢者の多くは、多臓器疾患・身体機能低下・認知機能低下などの問題を抱えており、フレイルであることが多い。フレイルな高齢患者は転倒しやすく、日常生活動作（ADL）が低下しやすく、入院のリスクが高いため生命予後が限定的であるもまれではない。疾病の治癒を目指すだけでなく、生活の質（QOL）を維持することも重要となる。しかし、既存の高齢患者に関する研究はそれらの特長を有する高齢患者が除外されていることが多く、エビデンスが乏しいのが現実である。患者の特性が多様な在宅医療のコホート研究は数が少なく、在宅医療のための臨床的なエビデンスの集積が求められている。名古屋大学医学系研究科地域在宅医療学・老年科学教室では、2012年～17年にかけて訪問診療医とともに、在宅診療のコホート研究（Observational study of Nagoya Elderly with HOme MEDical care, ONEHOME）を展開した。低栄養、貧血、嚥下機能などが緊急入院に関連していることが明らかとなり、国内外で学会発表、論文発表を行ってきた。また2020年以降に展開した新たなコホートでは、コロナ禍での研究の課題が浮き彫りになった。登録患者十分に集まらない、欠損の多いデータ項目があるなど、コロナ禍で研究が当初の計画通りに進まない事態となった。限られたデータの中で学会発表や論文発表は継続し、2023年は第12回IAGGアジア/オセアニア国際老年学会議（IAGG-AOR2023）において、国内外の在宅医療研究者に声をかけて、シンポジウムを開催した。本講演ではこれまでの研究成果、国際学会での経験を通じて形成された在宅医療研究のネットワークについて、またポストコロナでの課題、多職種協働研究への展望を概説したい（本研究は名古屋大学生命倫理委員会の承認に基づき施行されたものである）。

【演者略歴】

2008年 中央大学法学部政治学科卒業

2013年 山口大学医学部医学科卒業（学士編入学）

2016年 名古屋大学医学部附属病院老年内科医員

2020年 名古屋大学大学院医学系研究科総合医学専攻博士課程卒業/名古屋大学医学部附属病院老年内科助教

2023年 名古屋大学医学部附属病院老年内科病院講師

利益相反：無

S15-4

在宅医療の研究を推進するために：看護の立場から

野口 麻衣子 ノグチ マイコ

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 在宅・緩和ケア看護学

人口減少多死社会において、在宅医療が改めて見直され、病院の医療従事者においても、在宅医療を視野に入れていく必要性に迫られている。在宅医療は複数の職種がそれぞれ異なる組織に属し、物理的な距離が離れた場所で就業し、別々に療養者宅に訪問することが一般的である。そのため、個々の職種の専門性を高めてくと共に、複数の異なる職種間での連携も重要なテーマである。

円滑な療養を行うために、在宅では医療だけでなく生活上の問題も、考慮に入れる必要があり、介護の状況にも目を配る必要がある。訪問看護は、医療保険・介護保険共に利用可能であり、在宅医療・介護の両方に軸足を置くという特徴を有している。そのため、看護の立場で在宅医療・介護両方の視座から様々な研究課題が見えてくる。

そこで、本シンポジウムでは看護の立場でこれまで演者が行ってきた研究や、訪問看護領域での研究トレンドを紹介した上で、今後の在宅医療における研究を推進するための課題と解決策についてもディスカッションしたい。

【演者略歴】

東京医科歯科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

東京大学大学院医学系研究科 修士・博士課程修了

東京大学医学部在宅医療学拠点 特任助教

東京大学大学院高齢者在宅緩和ケア看護学 助教

東京医科歯科大学大学院 在宅・緩和ケア看護学分野 准教授

利益相反：無

シンポジウム16

一歩先の家族支援 ～家族療法の視点から在宅医療を考える～

S16

【セッション概要】

在宅療養では家族は患者にとって重要な資源であり、在宅医療では家族支援の視点は欠かせない。また、患者と家族は相互に強く影響を与え合う。老年期から終末期を迎える患者とその家族は、明確な喪失体験にさらされ、介護する側/される側の役割交代が起こり、自立していた世代が再度凝集するため過去の未解決の家族問題が顕在化することもしばしば経験する。また、意思決定の際に患者や家族内に葛藤や対立があることも多く、ファシリテーション技術も求められる。

このような在宅医療の現場において、家族を一つの単位として扱う家族療法の視点や技法は有用と考えられる。家族療法のシステム理論を基本としながら、家族の関係性の評価、ライフステージの移行による家族役割・関係性の変化の変化等を家族アセスメントに活用する。また、家族面接といった複数人を対象とした面接技術にも特化している。家族療法的視点を医療現場に適応したものを「家族志向のケア」と呼び、「家族情報も含む包括的な理解を得ることができる」、「治療・支援の選択肢に幅広さを得ることができる」、「患者・家族の複雑な関係への巻き込まれることが少なくなる」といったメリットが挙げられている。本シンポジウムでは、家族療法の紹介から在宅医療の現場の家族支援にどのように活用できるかまでを深めていく。

座長：吉川 正宏 ヨシカワ マサヒロ

竹林貞吉記念クリニック

【座長略歴】

2008年 公益財団法人ときわ会 いわき泌尿器科（医療ソーシャルワーカー）
2010年 同 常磐病院（医療ソーシャルワーカー）
2014年 株式会社シグマ 福祉用具貸与事業所 Needs（所長／福祉用具専門相談員）
2017年 公益財団法人ときわ会 竹林貞吉記念クリニック（医療ソーシャルワーカー）
2023年 同 竹林貞吉記念クリニック（事務長／医療ソーシャルワーカー）

座長：久島 和洋 ヒサジマ カズヒロ

ドクターゴン鎌倉診療所

【座長略歴】

2000年 佐賀医科大学（現佐賀大学医学部）卒
2005～2010年 ドクターゴン診療所（宮古島）院長
2017年～現在 ドクターゴン鎌倉診療所 在宅医療部長
横浜市立大学医学部 臨床准教授
東海大学看護学部 非常勤講師

S16-1

在宅医療の現場で役立つ家族療法/家族志向のケアの理論

宮本 侑達^{1,2} ミヤモト ユウダ

¹ ひまわりクリニック

² 名古屋大学大学院医学系研究科総合診療医学

在宅医療を続ける上で、患者の家族の存在は重要である。同時に、患者と家族の関係性が支援の難易度にも大きく影響する。そのため、在宅医療では家族の支援が不可欠である。

実際、患者と家族は互いに強い影響を与え合う。老年期から終末期を迎える患者とその家族は、明確な喪失体験にさらされ、介護する側とされる側の役割交代が起こる。そして、自立していた世代が再び凝集するため、過去の未解決の家族問題が時折顕在化する。また、意思決定の際には、患者や家族内で葛藤や対立が生じることが多く、ファシリテーション技術が必要である。

このような在宅医療の現場では、家族を一つの単位として扱う家族療法の視点や技法が有用と考えられる。家族療法はシステム理論を基本としており、家族の関係性の評価や、ライフステージの移行に伴う家族の役割や関係性の変化を家族アセスメントに活用する。また、複数人を対象とした面接技術である家族面接にも特化している。

医療現場において家族療法的視点を適用したものを「家族志向のケア」と呼び、本学会認定専門医試験のポートフォリオにも加えられている。本発表では、医療現場での家族支援に役立つ家族療法や家族志向のケア、およびその背景にあるシステム理論について、明日からの在宅医療の現場における家族支援に役立つ内容を中心に解説したい。現場の家族支援について一度立ち止まって考える機会となれば幸いである。

【演者略歴】

2014年昭和大学医学部卒業後、亀田総合病院にて初期研修、亀田ファミリークリニック館山にて家庭医療専門医取得。

2020年亀田総合病院在宅診療科フェローシッププログラムにて研修し、在宅医療専門医取得。

2021年に聖路加国際病院心療内科にてメンタルヘルス診療に従事。

2022年より医療法人社団祐希会ひまわりクリニックにて訪問診療・心療内科外来を行う。

日本プライマリ・ケア連合学会メンタルヘルス委員、プライマリ・ケア医のための家族支援研究所（ファミラボ）代表。

利益相反：無

S16-2

在宅医療で役立つ家族療法の視点・技法

山田 宇以 ヤマダ ウイ
聖路加国際病院

在宅医療の分野では患者、家族、医療・介護職など多くの人が密接にかかわり、お互いに影響されやすい。臨床を円滑に進めるにはコミュニケーションが不可欠と言えるが、価値観・意見の相違、関係性などにより、しばしば対話は困難となる。医療・介護職がコミュニケーション理論を体系的に学ぶ機会はほぼなく、経験から学んだ方法でこの困難に対応しているのが実情だろう。家族療法はコミュニケーション理論から発展した心理療法で、多数の人とその相互作用を扱うことを前提としている。そのため在宅医療で起こりがちな困りごとの理解や介入に家族療法は応用しやすい。時間が限られるが、現場で役立つものを意識して家族療法の視点・技法を提供したい。

【演者略歴】

【略歴】

2000年 徳島大学医学部医学科卒業後、東邦大学医学部附属大森病院および関連病院にて内科、心療内科を研修
2007年～ 聖路加国際病院 心療内科
2010～11年 米国サンディエゴ大学大学院夫婦家族療法プログラム研究員、サンディエゴホスピス国際研究員
帰国後聖路加国際病院 心療内科に戻り2021年から現職。明治学院大学院心理学部大学院、東京女子大学現代教養学部 心理・コミュニケーション学科非常勤講師兼任

【資格等】

心療内科専門医・指導医、日本内科学会認定医、認知症サポート医。医療現場での家族療法を専門としている。

利益相反：無

S16-3

在宅で行う家族療法/家族志向のケアの実践

富田 詩織 トミタ シオリ
多摩ファミリークリニック

在宅診療において、家族介護者は重要な医療チームの一員である。在宅診療では、治療方針の決定、在宅診療継続の判断、療養環境の相談など、各方面において家族介護者との対話が発生する。実際の現場ではそれぞれの方法で本人や家族と試行錯誤しながらケアを実施されておられると思うが、各家庭で行われる実践をどう言語化したら良いだろうか。ここに家族志向ケアの理論を取り入れながら実践するとどう説明されるだろうか。在宅医療の現場は未だ言語化できない取り組みも多いが、今回は在学で行う家族志向のケアの実践を言語化していきたいと思う。

【演者略歴】

2015年 横浜市立大学医学部卒業
2015年 聖路加国際病院 研修医
2017年 聖路加国際病院 総合診療家庭医療コース専攻医
2019年 聖路加国際大学 公衆衛生大学院 卒業（社会人大学院）
2020年 聖路加国際病院 一般内科フェロー
2022年 多摩ファミリークリニック 入職
2024年 東京慈恵会医科大学 博士課程 卒業（社会人大学院）

利益相反：無

S16-4

多職種連携で行う家族志向のケア

久保田 希 クボタ ノゾミ

河北ファミリークリニック南阿佐谷

在宅医療の現場では日々多職種の支援者が患者・家族の情報収集を行い、治療・ケア・サービスの提供とその調整を行っている。その中で患者・家族がそれぞれの職種に異なる一面を見せたり、同じ介入でも違う職種の支援者が行うと効果的であったりということはよく経験されることではないだろうか。これは患者・家族・複数の支援者がシステムとして互いに影響を与え合っているからこそであり、システム全体を俯瞰する視点を持ち、効果的なコミュニケーションや介入を実践する必要がある。多職種が持つ情報や専門性の違いは時に連携の障壁にもなり得るが、家族システム論・コミュニケーション理論を基盤とする家族療法の視点を生かした『家族志向のケア』を意識することでその障壁を越え、違いを有効活用することが可能になる。今回はより良い連携の実現と患者・家族への還元を目指して、在宅医療の現場での多職種による家族志向のケアの実践について考えたい。

【演者略歴】

2013年広島大学医学部医学科卒、亀田ファミリークリニック館山で研修し2018年家庭医療専門医取得、2022年家族カウンセリング協会認定家族相談士取得、2023年より河北ファミリークリニック南阿佐谷にて外来・訪問診療に従事。

利益相反：無

シンポジウム17

在宅医療・介護関連施策におけるデータ分析：国・都道府県・市町村の各階層から考える

S17

【セッション概要】

在宅医療・介護連携推進事業をはじめとした在宅医療・介護関連施策では、データの利活用が求められている。また、都道府県もデータ分析等で市町村を支援することが求められている。しかし、市町村では医療や介護にかかるデータを保持する部署と在宅医療・介護連携推進事業の担当部署が異なることがあり、保持するデータを十分に活用できていないところが多いのではないだろうか。そして、都道府県においても市町村が行う在宅医療や介護に関するデータ分析の支援について、悩んでいるところがあるのではないだろうか。

本シンポジウムでは、厚生労働省・都道府県・市町村・学術の各レベルで取り組まれているデータ分析の現状や課題を報告いただき、他地域でも活用できるように共有し議論していきたい。

座長：新屋 洋平 シンヤ ヨウヘイ

OHS沖縄往診サポート

【座長略歴】

2005年自治医科大学医学部医学科卒業、沖縄県立中部病院で初期研修及びプライマリ・ケア後期研修を受け、2008年から2012年まで小規模離島のひとり医師として沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属阿嘉診療所に勤務。その後は県立中部病院および急性期病院にて在宅医療及び緩和ケアに従事した。2016年より沖縄県医師会在宅医療介護連携に関する市町村支援事業のアドバイザーに就任。2020年より新型コロナウイルス感染症対策・診療、地区医師会事業にも携わる。2021年12月より医療法人以和貴会西崎病院 総合診療科。

2022年3月 一般社団法人OHS沖縄往診サポート設立し、代表理事就任。

2024年2月～3月 認定NPO法人ロシナンテス 医療アドバイザーとしてザンビア共和国に滞在。

資格等：

日本在宅医療連合学会認定専門医・指導医

日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医・指導医

沖縄県医師会在宅医療・介護連携統括アドバイザー

沖縄県医師会医療機能の分化検討会議作業部会長

座長：長嶺 由衣子 ナガミネ ユイコ

厚生労働省老健局老人保健課

【座長略歴】

家庭医療専門医、医学博士（公衆衛生学）、修士（社会疫学）。

2005年一橋大学社会学部卒。2009年長崎大学医学部卒。沖縄県立中部病院での初期・後期臨床研修修了後、沖縄県の離島にて在宅医療や地域包括ケアの構築を含むソロプラクティスに従事。

2014年から千葉大学、ロンドン大学にて公衆衛生、社会疫学の研究、自治体でのデータ利活用支援を行う。

2019年から東京医科歯科大学総合診療科、介護・在宅医療連携システム開発学講座にて助教として在宅医療と研究を行う。

2021年から東京都地域医療構想アドバイザー。

2022年より厚生労働省老健局老人保健課に出向し、介護DB、科学的介護、介護DX等を担当。

S17-1

データ分析において求められること～数値を読む前に、考え方と方針を確認しよう～

埴岡 健一 ハニオカ ケンイチ
国際医療福祉大学大学院

【背景】政策評価のPDCAサイクル確立が求められている。ツールとして「ロジックモデル（政策の目的と施策の因果関係図）の活用」が厚生労働省通知で推奨され、2024年4月から始まる自治体の医療福祉関連計画の多くで掲載された。

【課題】掲載されたロジックモデルと指標を観察すると、不整合が多くみられる。また、データを利用した評価改善の仕方が明記されていない。

【目的】政策の評価と改善に寄与するデータ分析の仕方を明らかにする。

【意義】政策の効果が高まり、ひいては住民アウトカムの維持向上に寄与する。

【方法】(1) データの読み解き方のガイドとして①NPOがん政策サミット「誰にでもできる！がん計画中間評価ガイドブック」②地域医療計画評価ネットワーク（RH-PLANET）「地域医療計画評価・改定マニュアル」③医療経済研究機構「介護保険制度の実施状況に係る全体像把握のためのツールを活用した保険者の地域マネジメント強化に資する調査研究事業報告書」——を使用する。(2) 介護事業計画、医療計画（在宅医療分野）、がん対策推進計画、循環器病対策推進計画（脳卒中分野）にあるロジックモデルと指標を観察する。(3) ロジックモデルと指標のかたちでデータを整備したデータ集のデータを分析する (4) データ分析において求められることをまとめる。

【結果と考察】求められていることとして10点が見出された。①評価・改善とは何かを理解する②ロジックモデルを作成し政策目的を理解する③ロジックモデル上の目的と指標の関係を理解する④アウトカム指標、プロセス指標、ストラクチャー指標をセットで観察する⑤アウトカムに効果を生んだかという観点で評価する⑥マルチステークホルダーで熟議して価値判断する⑦国、都道府県、医療圏、市区町村の地域粒度に留意する。これらから、ロジックモデルと指標データの活用に関する研修等により評価リテラシーを高めることが重要であることが示唆された。

【演者略歴】

2004年8月 東京大学先端科学技術研究センター 特任助教授
2007年4月 厚生労働省がん対策推進協議会 委員
2009年1月 日本医療政策機構 市民医療協議会 がん政策情報センター長
2010年1月 東京大学公共政策大学院 医療政策教育・研究ユニット 特任教授
2016年4月 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科 教授

利益相反：無

S17-2

自治体における匿名医療保険等関連情報（NDB）利活用の現状と展望

鈴木 里彩 スズキ リサ

厚生労働省保険局医療介護連携政策課保険データ企画室

厚生労働省では、各根拠法令に基づき多様な経路で医療等関連データを収集している。最大規模のデータベースが医療保険等関連情報であり、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に基づいて保険診療の全レセプトと特定健診等が収集され、施策立案や公益性のある研究等への利活用のために、匿名化したうえで第三者提供されている。

2020年に第三者提供が法制化して以降、匿名医療保険等関連情報（以下、NDBという。）は年間約50件申請されており、都道府県や市町村等からの申出は1割強である。自治体で把握できる医療レセプトは国民健康保険等に限られるため、生産世代を含めた自治体全体の人口に係る分析を希望して申請される場合が多い。

NDBを利用するにあたっては、まずはデータの性質を知ることが重要である。レセプトはあくまで診療報酬請求のために作成されたものであり、臨床検査値や身体の状態等の情報は含まれない。このため、NDBの単独利用では重症度の調整やアウトカムの測定が難しいほか、医療を受けていない者の情報は特定健診等に限られている。

こうした限界はあるものの、国民皆保険制度の下で、悉皆性の高い情報が得られることがNDBの最大の魅力であり、利活用の可能性は大きい。また、アウトカム指標に乏しいという弱みを補うため、2020年からは介護DBと、2022年からはDPCDBと、2024年からは感染症DB、次世代DBとの連結解析が可能となる等、他DBとの連結に関する整備が進められている。さらに、今後新たに死亡情報・事業者健診・医療扶助健診等の収載が予定されており、NDB自体の拡充も図られている。

NDBデータの提供については、医療DX全体の動きを受け、クラウドでのデータ提供が開始される等、制度の変遷がめまぐるしい。今後の地域におけるデータ分析の参考となるよう、それらの流れを踏まえて具体的な利活用例を示す。

【演者略歴】

2013年 東京医科歯科大学医学部医学科卒業。

2015年 初期研修終了後、同老年病内科（現：総合診療科）へ入局し大学病院から在宅診療まで幅広い診療や地域活動に従事。

2021年 同医歯学総合研究科 医療政策情報学分野 博士課程を修了。

2023年より厚生労働省保険局医療介護連携政策課へ出向しNDBを担当。

利益相反：無

S17-3

在宅医療介護連携推進事業における介護保険総合データベース（介護DB）の利活用と展望

長嶺 由衣子 ナガミネ ユイコ

厚生労働省老健局老人保健課

介護保険総合データベース（以下、介護DB）は、2013年から介護保険の保険者である各自治体の介護保険事業計画等の作成・実施等を目的として、厚生労働省が格納を開始した。2018年からは介護保険法の規定に基づき国民の健康の保持増進およびその有する能力の維持向上等に資する調査・分析を行う用途で、研究者等からのデータの利用申請があった場合に提供が可能となった。2020年の第三者提供法制化後からは、医療のレセプト情報である匿名医療保険等関連情報（NDB）との連結解析が可能となり、2022年からは匿名診療等関連情報（DPC）とも連結解析が可能となった。介護DBには、各自治体から収集される匿名要介護情報（要介護度や認定調査票、主治医意見書の一部の情報等）、各事業所から収集される匿名介護レセプト情報、匿名LIFE情報が収載されている。介護DBからは連結解析を含めて年間10件程度の提供が行われているが、令和6年度当初時点で、在宅医療介護連携に関わる研究は非常に少なく、途上にある。介護DBやNDBの活用方法として、収載情報を集計することで、各地域におけるサービス受給者の状態像や、サービス利用状況等、サービスを受ける側の状況を把握することができる。これに加えて、各都道府県や自治体で行われている病床機能報告や在宅医療実態調査、介護サービス施設・事業所調査等の情報を組み合わせることで各地域における需供状況を示すことが可能となる。他方、サービスの質や、今後の人口動態を踏まえてどのようなサービス形態が必要とされているのかについてはデータのみからは抽出できない情報であるため、事業を推進する際には、議論のきっかけとしてデータを活用しながら、各地域の状況を踏まえてコーディネートする力も必要となることが想定される。

【演者略歴】

家庭医療専門医、医学博士（公衆衛生学）、修士（社会疫学）。

2005年一橋大学社会学部卒。2009年長崎大学医学部卒。沖縄県立中部病院での初期・後期臨床研修修了後、沖縄県の離島にて在宅医療や地域包括ケアの構築を含むソロプラクティスに従事。

2014年から千葉大学、ロンドン大学にて公衆衛生、社会疫学の研究、自治体でのデータ利活用支援を行う。

2019年から東京医科歯科大学総合診療科、介護・在宅医療連携システム開発学講座にて助教として在宅医療と研究を行う。

2021年から東京都地域医療構想アドバイザー。

2022年より厚生労働省老健局老人保健課に出向し、介護DB、科学的介護、介護DX等を担当。

利益相反：無

S17-4

沖縄県における在宅医療・介護連携支援事業でのデータ分析について（市町村支援も含めて）

國吉 徹也 クニヨシ テツヤ
TKインサイト

在宅医療・介護連携推進事業をはじめとした在宅医療・介護関連施策では、データの利活用が求められている。さらに都道府県もデータ分析等で市町村を支援することが求められている。

一方、沖縄県では、救急医療を担う急性期病院の病床稼働率が慢性的に高く、今後高齢者人口が急増する見込みを考慮すると、将来的に急性期病院では高齢者の急変時対応が厳しくなる懸念がある。

そこで同県では、在宅医療の現状把握、課題の抽出の可視化を行うため、県内保有の医療・介護データの分析を行い、在宅医療・介護連携に携わる関係者と共有し、課題解決に向けた施策を検討する目的のもと、沖縄県医師会が在宅医療関連事業の一環として沖縄県から受託し、データ分析事業が開始された。

まず同県サイトの場所別死亡者数及び国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口のオープンデータを利活用した市町村別将来推計死亡者数を作成し、医療機関以外で看取る必要のある方が急増する見込みであることを示した。また厚生労働省から提供されている医療計画データブック（NDB）及び国保データベース（KDB）を活用した集計データを利活用し市町村別での在宅医療の状況を可視化した資料を作成し、圏域別説明会により、地区医師会や市町村ヘフィードバックを行っている。

さらに県内全41市町村の同意のもと沖縄県国民健康保険団体連合会（国保連合会）が保有する医科レセプトデータ及び介護レセプトデータを集計したデータを国保連合会から3年分提供いただき、ビッグデータを高速集計できるBI（Business Intelligence）ツールのソフトウェアにて分析を行った。在宅医療関連の集計値は、第8次沖縄県医療計画での数値目標としても活用されている。

今回は、沖縄県の在宅医療・介護連携支援事業でのデータ分析と県内市町村へのフィードバックの事例を報告する。

【演者略歴】

- ・平成11年3月 琉球大学大学院理工学研究科情報工学専攻 修了。
- ・平成11年4月～平成13年6月 沖縄地区税関 職員。
- ・平成15年10月～令和元年9月琉球大学 事務職員。主に附属病院の事務に従事。特に附属病院の経営改善などに貢献。
- ・令和元年10月～令和3年1月神戸大学病院 情報分析推進室 特命助教。兵庫県の地域医療構想の分析に従事。
- ・令和4年4月～現在TKインサイト（個人事業主）医療データアナリスト、認定登録 医療経営コンサルタント。医療機関の医療ビッグデータ分析のBIエンジニア。医療系オープンデータを利活用し沖縄県の医療の分析も行っている。沖縄県医師会からデータ分析事業でのデータ分析業務を受託。

利益相反：無

シンポジウム18 千葉県医師会合同企画

「ときどき入院ほぼ在宅」を医師会の視点で考える

S18

【セッション概要】

令和6年度から、新たな保健医療計画が示された。千葉県の総人口は、令和7年には625万8千人に減少する一方、65歳以上の人口は177万人に達すると見込まれている。増える高齢者に対して、高齢者救急の必要性が上がること、また医療機関の働き方改革により、地域の救急体制への影響が懸念されている。また、急性期をすぎた高齢者の在宅の受け皿強化の必要性が指摘され、「ときどき入院ほぼ在宅」の実装が求められている。

保健医療計画には、従来より、在宅医療の提供体制に求められる医療機能として、①退院支援 ②日常療養支援 ③急変時の対応 ④看取りの体制整備が挙げられているが、今回、災害時対応としてのBCP作成が盛り込まれた。また、新たに積極的役割を担う医療機関（千葉県案では機能強化型在宅療養支援病院が対象）・在宅医療に必要な連携を担う拠点（千葉県案では各市町村に委ねる方針）が位置づけられている。

今回のシンポジウムでは、上記を踏まえた地域の現状と課題を場面ごとに整理し、今後の地域活動につなげる一歩としたい。

座長：和田 浩明 ワダ ヒロアキ

千葉県医師会 理事

【座長略歴】

和田医院院長 千葉県医師会理事

昭和63年 3月 帝京大学医学部卒業

平成 8年 3月 帝京大学大学院卒業 医学博士号取得

平成 3年12月 和田病院勤務

平成19年 2月 和田医院院長

平成22年 6月 千葉市医師会理事

令和 2年 6月 千葉県医師会理事

座長：松岡 かおり マツオカ カオリ

千葉県医師会 理事

【座長略歴】

いけだ病院院長 医療法人社団陸会理事長 千葉県医師会理事

平成 2年3月 杏林大学医学部卒業

平成 2年5月 杏林大学医学部付属病院第三内科

平成 9年9月 いけだ病院勤務

平成29年4月～ いけだ病院院長 介護老人保健施設前原苑苑長

平成18年4月 船橋市医師会理事

平成24年6月～ 千葉県医師会理事

S18-1

星野 大和 ホシノ ヤマト
松戸市医師会・ほしの在宅ケアクリニック

【演者略歴】

【略歴】

2011年 東京医科歯科大学医学部卒業
2013年 あおぞら診療所新松戸
2018年 同院院長
2021年 ほしの在宅ケアクリニック開設

【医師会関連】

2020年 松戸市医師会理事

【行政関連】

2023年 松戸市地域ケア会議会長

【学会関連】

日本在宅医療連合学会専門医・指導医
2021年 日本在宅医療連合学会評議員・専門医委員会副委員長

利益相反：無

S18-2

兒玉 泰治 コダマ ヤスハル
児玉メディカルクリニック／銚子市医師会

【演者略歴】

埼玉医科大学卒業

1990年 埼玉医科大学付属病院第二内科

1992年 埼玉医科大学付属病院循環器内科

1996年 児玉病院 副院長

2008年 児玉メディカルクリニック 院長

利益相反：無

S18-3

錫田 純一 トキタ ジュンイチ
香取郡市医師会／錫田医院

【演者略歴】

1980年東京慈恵会医科大学卒業、
長野県厚生連佐久総合病院で研修、
その後千葉県内の民間病院に勤務。
平成4年錫田医院開業現在に至る。
現在、香取郡市医師会副会長兼務。

利益相反：無

S18-4

土居 良康 ドイ ヨシヤス
医療法人社団ディーオーアイ 土居内科医院／船橋市医師会

【演者略歴】

一般社団法人船橋市医師会 副会長、医療法人社団ディーオーアイ 理事長、土居内科医院 院長。呼吸器内科医。郊外型診療所の外来診療を軸に近隣への訪問診療も行っている。船橋市医師会副会長としては広報、認知症領域の医療連携などを担当。そのほか（公社）船橋地域福祉・介護・医療推進機構の理事として、福祉・介護・医療に関する講演会や相談支援事業に従事するなど地域に根差した公益活動を行っている。

〈略歴〉

平成11年3月 東海大学医学部医学科卒業
平成11年4月 国立病院東京医療センター 入職
平成16年3月 同院 退職
平成16年4月 財団法人ライフエクステンション研究所付属 永寿総合病院 呼吸器内科 入職
平成19年3月 同院 退職
平成19年4月 土居内科医院 入職 副院長就任
平成23年5月 医療法人社団ディーオーアイ 理事長就任
令和 4年5月 医療法人社団ディーオーアイ 土居内科医院 院長就任
令和 4年5月 医療法人社団ディーオーアイ 土居内科医院 管理者就任

現在に至る

〈所属学会〉

日本内科学会、日本呼吸器学会、日本呼吸器内視鏡学会、日本肺癌学会、日本アレルギー学会、日本化学療法学会、日本プライマリーケア連合学会、日本褥瘡学会

〈役職〉

一般社団法人船橋市医師会 副会長
公益社団法人船橋地域福祉・介護・医療推進機構 理事

利益相反：無

S18-5

古賀 友之 コガ トモユキ
柏市医師会

【演者略歴】

学歴・職歴

1993年3月 筑波大学医学専門学群 卒業
1993年4月 東京女子医科大学附属消化器病センター外科
2003年4月 医療法人きのだ会東花園クリニック管理医師
2009年4月 あおぞら診療所新松戸
2012年3月 のぞみの花クリニック開業
2023年1月 医療法人社団いぶきの森 のぞみの花クリニック（法人化）
現在に至る

免許・資格

1993年 5月 医師免許取得
1997年12月 日本外科学会認定医
2009年 2月 日本在宅医学会認定専門医

利益相反：無

シンポジウム19

在宅医療での口腔機能リハビリテーションにおける多職種協業

S19

【セッション概要】

食は基本的欲求のひとつである。その意味で食を支える身体機能として摂食・嚥下の問題は臨床課題として大きい。食の前提条件となる口腔ケアは在宅医療・ケアにおいても重要である。在宅の現場では口腔ケアに対する要望が多く聞かれるが、少なからぬ部分にデンチャーに関連した口腔機能障害が含まれるので、それにも対応しなければならない。

他方、摂食・嚥下に対応する口腔機能リハビリテーションに関係のある専門職種は案外、多岐にわたる。歯科医・歯科衛生士の他、言語聴覚士、作業療法士、管理栄養士、看護師、医師などがあり、各々は国家資格を持つ点で共通の立場に立つが、その教育課程・実習や研修などの場面が異なるので、そのアプローチや持ち味にも相違点がある。

本学会では、リハビリテーションを広く社会に開かれた臨床活動として捉え「みんなでリハビリ」を主唱しているが、これまでに口腔機能リハビリテーションには取り上げる機会がなかったので、今回の企画を立案した。

座長：安部 能成 アベ カズナリ

医療法人心の郷グループ 穂波の郷クリニック

【座長略歴】

<職歴>

1995年：千葉県がんセンター整形外科（機能回復訓練室）

2009年：千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科准教授

2022年：医療法人心の郷リハビリ研究ディレクター

<学歴・学位>

1984年：作業療法士国家資格取得

1996年：淑徳大学大学院／修士（社会福祉学）

2003年：英国短期留学（St Christopher's Hospice; M.P.W.）

2015年：千葉大学医学部附属病院在宅医療インテンシブコース修了

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>

日本癌学会、日本癌治療学会（前理事）、日本がんサポーターズケア学会（評議員）、日本在宅医療連合学会（評議員）、日本死の臨床研究会（世話人）、日本在宅ホスピス協会（世話人）、大学病院の緩和ケアを考える会（世話人）

<主要論文>

1) Abe K & Okamura H, Development of a method for transferring paraplegic patients with advanced cancer from the bed to the wheelchair, J Palliat Med, 19(6):656-660, 2016.

2) Kazunari Abe Notes on Palliative Rehabilitation; what it is, and what it is not, Folia Palliatica, 4:6-10, 2018.

3) Kazunari Abe, Some Secrets of social security in modern Japan, General Practice Challenges, pp.36-40, LaxBook, Bulgaria, 2019.

（2024年3月16日現在）

座長：染谷 明子 ソメヤ アキコ

富山医療生活協同組合 本部

【座長略歴】

理学療法士

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

S19-1

地域での在宅口腔機能リハビリテーションにおける在宅医の役割

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

当院の在宅医療では、医療的ケア児からがん・非がんの高齢者まで幅広く対応しています。気管切開状態で24時間人工呼吸器装着状態の医療的ケア児であっても、経管栄養となっている高齢者であっても、口腔ケアや口腔機能リハビリテーションは非常に重要です。特に終末期患者において、がん・非がんを問わず、口腔ケアはその尊厳と密接に関連しており、人生の最終段階におけるQOLに大きく影響します。口腔ケアは主に他院の歯科医師及び歯科衛生士に依頼をすることが多いですが、その過程で歯やデンチャーの問題が発覚し治療に繋がることもよく経験します。口腔機能リハビリテーションについては訪問看護ステーションの言語聴覚士（ST）に依頼していますが、リハビリテーション栄養の観点からも口腔機能リハビリテーションと栄養管理は車の両輪であると考えています。今回の診療報酬改定において、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の要件として「訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備」が追加されており、今後の地域ではリハビリテーションだけではなく栄養管理も重点化されることが期待されます。

訪問歯科診療・訪問リハビリテーション・訪問栄養食事指導を組み合わせた在宅での口腔機能リハビリテーションは、まさに在宅栄養サポートチーム（NST）活動であり、そのチームを立ち上げてコーディネートすることが在宅医に求められる役割ではないかと感じています。在宅医自身にリハビリテーションの知識がそれほどなくても、地域のリソースを統合して適切なリハビリテーション支援に繋げることは重要であり、それは実際に実現可能であると考えています。

【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 医療法人社団 清水メディカルクリニック

【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。日本在宅ホスピス協会理事。

2020年より現職。地域で外来診療及び在宅医療に取り組んでいる。

利益相反：無

S19-2

在宅における口腔機能リハビリテーションの現在～管理栄養士の立場から～

武原 佳恵子 タケハラ ケエコ
医療法人栄知会 小野歯科医院

医療法人栄知会 小野歯科医院では2022年より、摂食嚥下専門歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士が1つのチームとなり訪問歯科診療を実施している。また、大阪府では初めてとなる歯科医院併設の認定栄養ケアステーションの認定を2022年9月に受けた。

リハビリ、栄養、口腔の取り組みは一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防に繋がることが期待されている。在宅療養患者に対してもリハビリ、栄養、口腔の一体的提供が極めて重要とされているが、訪問栄養指導はなかなか広まらない現状がある。管理栄養士による居宅療養管理指導の算定件数は増加傾向ではあるものの、他職種と比べると少ない状況である。制度面の問題もあるが、他職種に管理栄養士の必要性や管理栄養士との連携方法がわからないという問題も抱えている。また、管理栄養士自身も在宅の現場で他職種との連携方法、栄養指導の必要性を伝えるのに苦戦している事も多い。

当院でも認定栄養ケアステーションを立ち上げ、訪問栄養指導を実施しているが、他職種との連携が良好に取れたケースも、取れなかったケースもある。管理栄養士は医師の指示が無いと訪問での栄養指導を実施することが出来ず、連携が良好なケースでは、やはり医師との連携がスムーズに取れたケースが多い。

歯科に勤務する管理栄養士であれば、歯科医師や歯科衛生士と口腔状態や義歯の状態について、いつでも把握することは容易だが、連携先の職種である医師や訪問看護師の治療方針、セラピストによるリハビリの状況を把握するのは困難な事が多い。今後、リハビリ、栄養、口腔の一体的提供をしていく上では他職種に栄養の必要性を伝えていくこと、管理栄養士から積極的に他職種と連携をとり情報をとりにいくことが必要であると考えている。

【演者略歴】

2009年 大阪青山大学健康科学部健康栄養学科 卒業
2009年 ウエルシア薬局(株)
2021年 医療法人栄知会 小野歯科医院

利益相反：無

S19-3

在宅における口腔機能リハビリテーションを多職種協働で上手に進めるコツ

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

在宅療養者における生活機能の中でも、特に「食べる」ことにまつわる困りごとはQOLを大きく損なってしまうだけでなく、栄養摂取にも関わるため生命予後にも大きな影響を与える。時には、口から食べることが窒息・誤嚥の危険性を高めてしまいかねないケースもあるが、食事は療養者の生きざまそのものでもあるため、アドバンス・ケア・プランニング、いわゆる人生会議により、本人の意思決定を支援し続けることが、何よりも重要となる。また食べることは、認知・上肢・口腔・咽頭・食道など様々な機能が関わるだけでなく、調理を含めた食事の準備、嗜好や栄養を考慮した献立など、様々なことが関わってくることとなるため、それぞれの専門家が、お互いにオーバーラップしながら、時には足りない部分をカバーし合いながら、支援を進めていく必要がある。そのため「食支援」は、究極の多職種協働とも言われており、その重要性・困難性は共に非常に高い。

このような中、当院は昨年よりクリニック名称を変更し、「食べる」という言葉を冠することとした。名前に違わぬよう、食べる機能にフォーカスを当てた診療を行うことができるよう、体制を整えている。具体的には、歯科医師・歯科衛生士による、歯科診療・口腔健康管理の提供に加え、言語聴覚士による摂食嚥下リハビリテーション、管理栄養士による栄養指導を、外来と訪問診療の双方で提供している。またこれらをバックアップするために、非常勤の内科医が勤務している。また院外の関係者としては、ほぼすべての療養者には主治医がおり、さらに訪問看護が関わっていることが多い。ホームヘルパーやデイサービスなど介護従事者、そして家族が、毎日の食生活を支える大きな力である。このように多くの関係者を、いかに巻き込むことができるかが、食支援、特に口腔機能リハビリテーションをうまく進める重要なポイントとなる。本演題では、当院の取り組みを紹介したい。

【演者略歴】

現職 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 理事長

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（博士（歯学））

2010年 カナダ・アルバータ大学リハビリテーション学部 Visiting Professorとして留学

2021年 グロービス経営大学院 修了（経営学修士（専門職））

利益相反：無

S19-4

在宅ケアにおける口腔機能リハビリテーション

小島 香^{1,2} コジマ カオリ

¹ 浜松医科大学 健康社会医学講座

² こじまデンタルクリニック

在宅における口腔機能に関わるリハビリテーションには大きく分けて2通りの関わり方があると考えている。歯科診療所では、外来と訪問診療の2つの診療形態を持っている。

歯科で働く専門職には、歯科医師・歯科衛生士のみでなく、近年は言語聴覚士や管理栄養士が勤務する歯科診療所も増えている。

歯科において、口腔保健・口腔機能・摂食嚥下までの包括的な視点をもち、地域の方の食支援につなげていくことが、今後望まれると考える。口腔機能のリハビリテーションは、訪問診療における摂食嚥下リハビリテーションのみでなく、口腔機能の低下を予防するために、機能が低下してきたときから専門職の指導のもとで訓練を行い、適切な形態の食事を摂取することで、将来的なフレイル予防にもつながると考える。

【演者略歴】

2008年 言語聴覚士免許取得後、協立総合病院、国立長寿医療研究センター、医療法人八事の森杉浦医院等で言語聴覚士として勤務

2017年 日本福祉大学 医療・福祉マネジメント研究科 修了

2018年～ こじまデンタルクリニック

2023年 浜松医科大学 博士課程 修了

利益相反：無

シンポジウム20

AIを活用した組織運営と在宅医療領域での活用事例

S20

【セッション概要】

AI技術の発展にともない、事業所運営や在宅医療領域においてもAI技術の活用は、効率化や質の向上をといった恩恵をもたらすだけでなく、ノーコードツールが多くリリースされるなど、私たち自身が日常的な改題解決に活用するツールとして期待されており、使う側と作る側の垣根も低くなってきています。先駆的に診療現場に従事する医師自らが、日々の業務において活用している事例をご登壇頂く先生方にご発表頂き、具体的な活用事例を通じて、AI技術の活用を身近に感じて頂けることを目的とする。

連動企画である、特別講演、直接ツールを使ってみるワークショップにもご参加いただく事で、日常の組織運営、診療につながっていくきっかけになる事を期待しています。

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】

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
2010年 3月 福岡大学医学部大学院 卒業
2010年 4月 福岡大学医学部精神医学教室 助教
2010年10月 福岡大学医学部精神医学教室 講師
2015年 4月 医療法人すずらん会たろうクリニック 院長
2023年10月 医療法人すずらん会たろうクリニック 理事長 現職

座長：門田 耕一郎 カドタ コウイチロウ

重工記念長崎病院 内科

【座長略歴】

2002年 鳥取大学医学部医学科卒業
2003年 長崎大学総合診療科へ入局
2010年 長崎大学大学院卒業
2014年 トロント大学INTAPT参加

長崎大学総合診療科、長崎県中対馬病院内科、長崎大学大学院地域医療学分野を経て、重工記念長崎病院総合診療科で在宅医療部門を立ち上げ現在に至る。

医療DXの第一歩：在宅医療と大学病院でのAI・デジタルツール活用

木村 翔一^{1,2,3} キムラ ショウイチ

¹ 福岡歯科大学総合医学講座耳鼻咽喉科学分野

² 福岡大学医学部耳鼻咽喉科学教室

³ すずらん会たろうクリニック

本稿では、筆者である大学病院勤務の耳鼻咽喉科医が、AI・デジタルツールを日常業務や研究、教育に活用している事例を紹介する。特に、プロジェクト管理ツールであるNotionの活用法に焦点を当てる。筆者は、Notionを論文管理、研究タスク管理、アイデア管理に試験的に活用している。論文管理では、論文検索ツールと連携し、AIを用いて論文要約を行うことで、効率化を図っている。研究タスク管理では、Notion上でタスクの進捗状況を可視化し、指導医との情報共有に役立てている。アイデア管理では、GPTとの対話ログをNotion上で一元管理し、新たな発想の探索に活用している。また、筆者は学生指導にもNotionを試験的に導入しており、ゼミ室の学生とのプロジェクト管理をNotionで行っている。授業資料の管理にはCanvaとNotionを併用し、学生の利便性向上を目指している。さらに、筆者は複数の病院で勤務しているが、Notionを用いて勤務表を管理することで、リアルタイムでの変更に対応する試みを行っている。手術知識の共有にもNotionを活用し、学生の手術実習の質向上に寄与できないか模索している。本稿で紹介したAI・デジタルツールの活用事例は、筆者の限られた経験に基づくものであるが、医師だけでなく多職種での応用の可能性を示唆している。在宅医療や大学病院勤務の現場において、これらのツールを効果的に活用することで、業務の効率化、情報共有の促進、教育の質向上が期待できるかもしれない。医療者の皆様におかれましては、本稿で紹介したツールを参考に、自身の業務や研究、教育の場面でAI・デジタルツールの活用を検討してみてはいかがでしょうか。まずは気軽に触れてみることから始め、徐々に活用の幅を広げていくことで、新たな発見や効率化につながる可能性がある。AI・デジタルツールの導入には一定の学習コストが伴うが、その恩恵は大きいと筆者は感じている。ぜひ、一歩踏み出してみることをおすすめしたい。

【演者略歴】

2016年 3月 福岡大学医学部 卒業

2018年 4月 福岡大学医学部耳鼻咽喉科学教室 入局

2019年 4月 福岡大学医学研究科博士課程 入学

2023年 3月 同 修了

2023年10月 福岡歯科大学総合医学講座耳鼻咽喉科学分野 助教

利益相反：無

S20-2

AIとともに何をしよう?～小児科医の多角的AI活用例～

植田 由依 ウエダ ユイ
国際医療福祉大学 成田病院 小児科

大規模言語モデルの進歩により、AIの活用範囲はますます広がっている。本演題では、育休中の小児科医がAI技術を活用して病院外でいかに小児科医として貢献できるかを模索した過程を主に二つの活用事例を用いて紹介する。

1つ目は、育児サポートLINE Botの開発である。このBotはAIチャット機能を搭載し、24時間体制で育児に関する相談を受け付ける。育児中の親が陥る孤立を解消するために設計された。相談内容に基づいて自動的に適切なアドバイスを提供するとともに、必要に応じて家族間のコミュニケーションを促進する機能も備えている。

2つ目は、AIのプログラミングサポートを利用して、小児科医が直接アプリケーションを開発することを可能にしたことである。例えば、家庭で熱性けいれんに対処するための「熱性けいれん対応LINE Bot」、外来の待ち時間を教育的に活用する図鑑アプリ、頓服薬の使用を記録・管理する「薬使用記録Bot」、そして教育現場では授業中にスマートフォンを用いたクイズ大会の開催などである。これらの事例は、医療者が直面する具体的な課題に対して、既存のアプリケーションや外部委託に依存せずに対応することを可能にした。

このように、個々の医療者が自身の知識や経験を基に独自に解決策を導き出す上で、AIの利用は大きく可能性を広げると言える。

上記に加え、AIを日常生活に取り入れることでどのように生活が豊かになるか、の実用例についてもいくつか紹介する。

【演者略歴】

2011年 京都大学医学部医学科卒業
2013年 北野病院 小児科
2018年 静岡県立こども病院 循環器科
2020年 国際医療福祉大学成田病院 小児科入職
2023年 千葉大学大学院（AI医学）入学

利益相反：無

S20-3

褥瘡診療サポートBot～とこさぼ～の開発

伊藤 天大 イトウ タカヒロ
医療法人賛永会 さつきホームクリニック

私は、獨協医科大学病院総合診療科の後期研修プログラムを卒業後、栃木県内の在宅療養支援診療所で訪問診療医として勤務している。昨今のAIの著しい進歩に伴い医療分野での応用が盛んになっていることを知り、医師としてのキャリアを歩む中でAIの基礎を身につけることが重要であると感じるようになった。そこで、日常の仕事で直面する課題をデジタルツールで解決するための知識を学ぶため、医療者向けのプログラミングスクールに入学した。在学中は在宅医療に関わるようになってから半年程しか経っておらず、褥瘡の診療に苦手意識を感じていた。自身の経験から同様の課題を感じている医療者がいるのではないかと考え、褥瘡の診療サポートツールの開発に取り組み始めた。特に、慢性期の深い褥瘡を対象として、創面の色調や湿潤度に基づいて軟膏やドレッシング材の選択を支援するツールを考案。褥瘡の写真を撮影し、それをLINE Botを通じて画像認識AIに解析させる仕組みを試作した。しかし、実際に取り組んでみると、いくつかの問題が浮かび上がってきた。第一に、褥瘡の写真が医療情報に該当するため、外部に情報が漏れるリスクを検討する必要がある。また、実際の臨床で使用できるレベルまでAIの精度を高めるためには、多くの褥瘡の写真が必要になるため相当な時間と労力を要すると考えられた。そのため、今後この取り組みを進めていく場合は、機械学習以外の方法を検討し、独自のアプリケーションに進化させる必要がある。今回は褥瘡の診療サポートツール開発に焦点を当てたが、地域医療の現場には様々な課題が存在している。これらの課題に対処するために、デジタル技術を活用した新たな解決策が必要とされている。私は、これからも実際の地域医療現場で気付いた課題に対して、解決策を提案していきたいと考えている。

【演者略歴】

2018年3月 日本大学医学部医学科 卒業
2018年4月 日本大学医学部附属板橋病院 臨床研修医
2020年4月 獨協医科大学病院総合診療科 内科専攻医
2022年4月 足利赤十字病院 内科
2023年4月 医療法人賛永会 さつきホームクリニック

利益相反：無

シンポジウム21

在宅医療のケアとアウトカムを評価するZEVIIOUS研究の追加調査：結果と意義

S21

【セッション概要】

ZEVIIOUS研究（Zaitaku Evaluative Initiatives and Outcome Study）とは、在宅医療のケアとアウトカムを評価する多施設共同研究である。2020年に東京、長崎、奈良の29施設の在宅医療機関の協力を得て計202名の患者に対して調査を実施し、以下の成果を報告した。：①患者中心的なケアがACPの参加につながることを世界に先がけて示した（Family Practice 2023）；②要介護度が高くなるほど、自己報告に基づく生活機能や身体機能が低下することを示した（Geriatr Gerontol Int 2021）；③期待余命が半年以内だと在宅医療のQOLが高い反面、生きがいに関するホープは低いことを示した（PLOS ONE 2023）。しかし2020年の調査で収集された期待余命は実際の余命とは異なり、死亡場所を把握できていなかった。また、在宅看取りの関連因子である同居者の存在や介護体制、在宅医療を受けている期間も調査できなかった。そこで、我々は研究に参加した患者を対象に、これらの情報の収集を新たに開始した。そこで本シンポジウムでは、この追跡調査で得られた知見を報告する。

座長：栗田 宜明 クリタ ノリアキ

福島県立医科大学

【座長略歴】

2004年東京大学卒。京都大学博士。2019年福島県立医科大学大学院医学研究科臨床疫学分野の特任教授に着任。2024年昭和大学客員教授を拝命。総合内科専門医・腎臓専門医。査読つき英文論文の数は106編。サルコペニアのスクリーニング法の開発（SARC-F+EBM診断法 JNHA 2019; U-TEST診断法 BJN 2021）、健康関連ホープ尺度の開発などの臨床研究も取り組んでいる。在宅医療ではZEVIIOUS研究に参画し、要介護度のバリデーション研究（GGI 2021）、患者中心性医療とACPの準備の関係性（Family Pract 2023）、期待余命とホープやQOLの関係性（PLOS ONE 2023）などを共同発信。自筆による競争的研究資金の獲得額は7748万円。

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。

S21-1

余命わずかな在宅患者は果たして幸せだったのか？

在宅患者のQOLと希望に関する前向きコホート研究（ZEVIIOUS追跡調査）

安中 正和 ヤスナ マサカズ

安中外科・脳神経外科医院

【背景】2020年に実施された自記式質問票を用いた多施設横断研究（Zaitaku Evaluative Initiatives and Outcome Study；ZEVIIOUS）において、我々は在宅医が予測した患者の期待余命が短くても医療への満足度は保たれており、「役割とつながり」という希望が保たれていたことを報告した。しかしながら、実際の生命予後とQOLや希望との関係性については不明であった。【方法】研究デザイン：前向きコホート研究（ZEVIIOUS研究に参加した在宅医の協力を得て2023年12月に追跡調査を実施して生命予後を評価した）対象：ZEVIIOUS研究に参加した在宅患者191名評価項目：2023年度の追跡調査において在宅患者の生命予後を評価した。2020年のZEVIIOUS研究において在宅患者から回答を得た次の3つの評価項目を分析に用いた。1) 健康、役割とつながり、生きがいの3つのドメインから構成される健康関連ホープ尺度（HR-Hope）2) 在宅診療をうける高齢患者のためのQOL評価票（QOL-HC）3) 世界保健機関・障害評価面接基準12項目版（WHODAS 2.0）調整因子：施設、年齢、性別、家族の有無、教育歴、基礎疾患解析：生命予後を説明変数として、各主要評価項目に従属変数に定め、施設をクラスターと定めた3つの線形混合モデルを当てはめた。【結果】実際の生命予後が短いほどWHODAS2.0で測定される「生活機能の障害」が重く、希望を構成する「健康」、「役割とつながり」、「生きがい」の全てのドメインで有意に低下していた。在宅医療のQOLは生命予後に関わらず保たれていた。【考察】生命予後が限られた状況においても、患者の多くは在宅医療に対するQOLを高く感じていた。一方で、在宅医が予測した期待余命を用いた先行研究とは異なり、実際の生命予後が短い患者では「役割とつながり」を含めた希望が全体として低下していることが明らかになった。本発表では研究結果を報告するとともに在宅医が臨床において留意すべき内容について議論したい。

【演者略歴】

1995年 久留米大学医学部卒業

1995年 聖路加国際病院初期研修医

1997年 聖路加国際脳神経外科医員

2003年 脳神経外科専門医取得

2006年 安中外科・脳神経外科医院継承

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：無

S21-2

在宅主治医の質と在宅死の関連性についての検討（ZEVIIOUS研究追跡調査）

林 伸宇^{1,5} ハヤシ シンウ
安中 正和² ヤスナカ マサカズ
飯田 英和³ イイダ ヒデカズ
次橋 幸男⁴ ツギハシ ユキオ
栗田 宜明⁵ クリタ ノリアキ
白髭 豊⁶ シラヒゲ ユタカ

¹ 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック平和台

² 医療法人安中外科・脳神経外科医院

³ 千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター

⁴ 天理よろづ相談所病院白川分院

⁵ 福島県立医科大学

⁶ 白髭内科医院

【目的】訪問診療の質が患者の死亡場所に及ぼす影響を明らかにする。また、死期が近いと判断された場合の診療の質の変化について明らかにする。【方法】本研究は、2020年に行われた多施設共同研究（Zaitaku Evaluative Initiatives and Outcome Study: ZEVIIOUS）に参加した207名の在宅患者を対象する追跡調査であった。患者が受けた医療の質は、患者中心のケアの質を測定するJPCAT-SFを用いた。スコアは0-100点で評価され、高いほど質が高い。JPCAT-SFのスコアと、死亡場所および期待余命との関連について分析した。【結果】追跡調査時、生存者95名、死亡者81名、生死不明は22名だった。自宅死36名、居住系施設死6名、病院死34名、その他死亡は4名だった。JPCAT-SFの平均スコアは、自宅死75.6、居住系施設死79.4、病院死69.9だった。在宅死（自宅および居住系施設での死亡と定義）と非在宅死とを区別したとき、JPCAT-SFのスコアと在宅死の増加に有意な関連があった。（OR 1.03; 95%CI 1.00-1.06）。主治医が評価した期待余命が6か月未満の場合、6-12か月の場合、12か月以上と比べて、JPCAT-SFが有意に高値だった（それぞれ9.3（95%CI 2.7-15.9）、7.5（95%CI 1.2-13.8））。【考察】患者中心のケアの質が高いほど、自宅での最期が増える可能性が示された。また、予後が短いと予測された患者ほど、ケアの質が高かった。これは、予後が短い患者であるほど、在宅医が丁寧なケアを提供した可能性を示唆している。当日は、他の要因でも調整した統計解析結果や過去の文献を交えて考察し、報告する。

【演者略歴】

2007年 千葉大学医学部卒業

2007年 東京大学医学部附属病院

2009年 日本赤十字社医療センター 糖尿病内分泌科

2013年 東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻 修了

2015年 祐ホームクリニック 平和台 院長

利益相反：無

S21-3

在宅患者の同居家族構成、介護体制と在宅死との関連：ZEVIIOUS研究

飯田 英和 ^{1,2,7}	イイダ ヒデカズ
林 伸宇 ^{1,2}	ハヤシ シンウ
安中 正和 ³	ヤスナカ マサカズ
次橋 幸男 ^{5,8}	ツギハシ ユキオ
廣瀬 弥幸 ⁶	ヒロセ ミサキ
白髭 豊 ⁴	シラヒゲ ユタカ
栗田 宜明 ²	クリタ ノリアキ

¹ 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック

² 福島県立医科大学 大学院医学研究科 臨床疫学分野

³ 医療法人安中外科・脳神経外科医院

⁴ 白髭内科医院

⁵ 天理よろづ相談所病院白川分院

⁶ 廣瀬クリニック

⁷ 千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター

⁸ 奈良県立医科大学 公衆衛生学講座

【背景・目的】24時間体制での介護者の存在で、在宅での看取りが増えることは既存研究で明らかとなっていた。しかし、家族関係まで言及した研究はなかった。そこで本研究では、多施設共同研究ZEVIIOUS（Zaitaku Evaluative Initiatives and Outcome Study）に参加した患者の同居している家族構成、介護体制と在宅死との関連を報告する。

【方法】2020年に実施されたZEVIIOUS研究に参加した患者を対象に、2024年2月に追跡調査を行った。本研究実施時点の同居者と、配偶者（内縁を含む）、子供・嫁（息子の妻）・婿（娘の夫）、それ以外に分類した。また、24時間介護体制の有無、または看取りや状態悪化時に24時間体制になったかを主治医から聴取し、在宅死との関連を分析した。

【結果】ZEVIIOUSに参加した追跡可能であったのは198名、平均年齢は80歳、追跡調査時点の生存者は95名、死亡者は81名、生死不明（施設入所による診察終了、入院を含む転医による診療終了、またはその他）の方は22名であった。死亡が確認された方のなかで在宅死（自宅、グループホーム、有料老人ホーム、小規模多機能型居宅介護、サービス付き高齢者住宅）の方は43名、それ以外の死亡場所（非在宅死）が38名であった。独居の割合は在宅死の中で20.9%（9/43名）、非在宅死で26.3%（10/38名）だった。配偶者と同居していた割合は、在宅死で59.4%（22/37名）、非在宅死で53.3%（16/30名）だった。子供、嫁（息子の妻）、婿（娘の夫）の誰かと同居していた割合は、在宅死で50%（18/36名）、非在宅死で56.6%（17/30名）だった。当日は在宅死との関連性の統計的な解析結果や過去の文献を交えて考察し報告する。

【演者略歴】

2009年 千葉大学医学部卒業

2011年 日本赤十字社医療センター腎臓内科

2014年 福島県立医科大学臨床研究イノベーションセンター

2017年 祐ホームクリニック

2022年 千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター

利益相反：無

S21-4

在宅主治医は患者の生命予後を精確に予測できていたか？（ZEVIIOUS研究追跡調査）

次橋 幸男 ツギハシ ユキオ

天理よろづ相談所病院白川分院

【目的】 ACPや緩和医療のタイミングを見極めるために、医師が「この患者が1年以内に亡くなったら驚くか」を自問自答するサプライズ・クエスチョンが提唱されている。在宅医が推定する患者の余命（期待余命）が実際の生命予後の中できているかを検証した研究はない。そこで、在宅医が予測した期待余命と実際の生命予後との関係性、そして期待余命を含めた在宅患者の生命予後に影響を与える要因を明らかにする。

【方法】 研究デザイン：前向きコホート研究対象：2020年に実施された在宅医療のケアとアウトカムを評価する多施設共同研究（Zaitaku Evaluative Initiatives and Outcome Study: ZEVIIOUS研究）に参加した在宅患者（207名）方法：在宅患者の主治医（在宅医）に対して2023年12月に追跡調査を実施し、在宅患者の生命予後と2020年時点で在宅医が予測した期待余命とを比較した。次に生存日数を従属変数、期待余命（1年以上／6か月～1年／6か月未満）、年齢（1歳毎）、性別、主な疾患、生活機能（WHODAS 2.0スコア：100点換算）を独立変数としたCox比例ハザードモデル解析を実施した。

【結果】 追跡できた患者は197名、平均年齢は80歳、女性は117名（59%）であった。死亡患者81名において、生存期間の中央値（範囲）は674日（31日～1422日）であった。生命予後に対して在宅医による期待余命が一致していた患者数（%）は、生命予後1年以上が165名中145名（88%）、6か月～1年以内が12名中1名（8%）、6か月以内が20名中8名（40%）であった。6か月以内の期待余命（調整HR 15.3）、悪性腫瘍（調整HR 3.3）、年齢（調整HR 1.1）、生活機能（調整HR 1.0）が短い生命予後と有意に関係した。

【考察】 本研究の結果、1年以上の期待余命は実際の生命予後と88%の患者で一致していた。6か月以内の生命予後をより精緻に予測する際には、医師による直感に加えて、年齢、悪性腫瘍、生活機能を考慮する必要がある。

【演者略歴】

次橋 幸男 つぎはし ゆきお

現職 公益財団法人天理よろづ相談所 企画情報室／天理よろづ相談所病院白川分院 在宅世話どりセンター／
 奈良県医療政策局地域医療連携課 地域医療政策アドバイザー

2004年 佐賀医科大学医学部医学科 卒業

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

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

2021年 奈良県立医科大学大学院 卒業（博士（医学），PhD）

利益相反：無

シンポジウム22

身寄りのない人を取り巻く倫理的課題

S22

【セッション概要】

一人暮らし、身寄り（親族）のない人が増加する状況で、在宅医療においても医療の方針に関する同意について、医療のあり方、ひいては患者さんのいのちのあり方についての方針決定について（ACPやAD、DNARなど）、病院や施設との連携における手続きについてなど多くの課題が指摘されています。自宅（在宅）は在宅医療の場である以前に患者さんの生活の場であり、医療の仕組みの及ばないさまざまな状況が医療のあり方にも影響してくるのは当然のことと言えます。そんな中で複数の状況がからみあい、時には患者さんや患者さんを取り巻く人の生きる権利が侵害されてしまうこともあります。社会福祉士の視点から現実の状況を提出し、医療や施設の現場での課題を確認したうえで、法律やガイドラインに何ができるのか、医療だけでなく福祉、法律、行政などさまざまな関係者がどう協働し、どう取り組んでいくべきなのかを考えるセッションにしたいと思います。

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（社会学）修士

1986年 信州大学医学部付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／児童発達支援管理責任者

座長：佐藤 もも子 サトウ モモコ

長野県社会福祉士会

【座長略歴】

2007年から、東御市社会福祉協議会にて、日常生活自立支援事業・地域福祉事業に携わり、現場の視点から権利擁護の支援や地域づくりを考える発端になりました。2018年から、所属する長野県社会福祉士会の理事の傍ら「医療・福祉現場の身元保証人問題を考えるプロジェクト」のリーダーとして「身寄り問題」の研究と発信を続け、2024年発行のガイドブックでは、全体監修を行いました。2019年、東御市社会福祉協議会で生活困窮者自立支援事業の主任相談支援員を拝命し、身寄りのない人や単身者の相談から、2021年に互助グループを立ち上げました。2023年6月には、生活困窮者自立支援事業の取組みについて「日本地域福祉学会」の「地域福祉優秀実践賞」を組織が受賞し、報告者として登壇しました。2024年、長野大学総合福祉学研究科社会福祉学専攻博士前期課程を修了。研究テーマは「生活困窮者自立支援機関におけるソーシャルワークの役割－長野県の外国人相談支援を事例に－」とし、ミクロ・メゾ・マクロレベルの生活に困窮する外国人支援のソーシャルワークの役割を整理しました。関わる調査では、身寄りのない外国人の課題もあがっています。

S22-1

「身寄り問題にアプローチするガイドブック」から考える 地域社会で「医療の方針の決定に関すること」の課題を共有する意味

佐藤 もも子 サトウ モモコ
長野県社会福祉士会

長野県社会福祉士会（以下、「当会」）では、会員から「身寄りがない人」にとっては「連帯保証人」や「身元引受人」が確保できないことで、住まいの確保や福祉・医療サービスが受けられず、誰しも平等に持つべき権利が保障されない状況に強い課題意識が提起ありました。そこで、当会は2018年から「身寄り問題検討プロジェクト」を立上げ、実態の調査や課題を研究し、研修やセミナーを通じて発信を行ってきました。集大成として、2024年1月に「身寄り問題にアプローチするガイドブック」（以下、ガイドブック）を作成しました。「連帯保証と住宅確保」、「施設入所」、「医療の方針の決定に関すること」、「死後対応に関すること」、「地域におけるガイドライン作り」について、支援の考え方や方法を示しています。この「ガイドブック」の「医療の方針の決定に関すること」では、医療・福祉現場の意見として「病院から、医療同意は誰がするのか、家族がいないと困る」「受診するかどうかの判断は誰が行うのか」「成年後見制度の活用や役割分担で解決できる問題もあるが、同意に関わる問題は残る」、「ACPが重要になると考えられる」等が紹介されています。そこで、「医療同意に関する法的な見解」、「臨床倫理としての医療に関する同意の必要性」、「ガイドラインについて」、「医療に関する同意～意思決定支援にどう関わるか～」を説明しています。身寄りのない人の医療の方針の決定に関する課題は、医療の同意の問題だけではなく、病院など関係機関の課題も多岐にわたり、明確な解決策を提示できないのが現状です。社会的な課題として医療・福祉の連携はもとより、分野を超えて地域で取組みを検討するときです。

【演者略歴】

2007年から、東御市社会福祉協議会にて、日常生活自立支援事業・地域福祉事業に携わり、現場の視点から権利擁護の支援や地域づくりを考える発端になりました。2018年から、所属する長野県社会福祉士会の理事の傍ら「医療・福祉現場の身元保証人問題を考えるプロジェクト」のリーダーとして「身寄り問題」の研究と発信を続け、2024年発行のガイドブックでは、全体監修を行いました。2019年、東御市社会福祉協議会で生活困窮者自立支援事業の主任相談支援員を拝命し、身寄りのない人や単身者の相談から、2021年に互助グループを立ち上げました。2023年6月には、生活困窮者自立支援事業の取組みについて「日本地域福祉学会」の「地域福祉優秀実践賞」を組織が受賞し、報告者として登壇しました。2024年、長野大学総合福祉学研究科社会福祉学専攻博士前期課程を修了。研究テーマは「生活困窮者自立支援機関におけるソーシャルワークの役割－長野県の外国人相談支援を事例に－」とし、ミクロ・メゾ・マクロレベルの生活に困窮する外国人支援のソーシャルワークの役割を整理しました。関わる調査では、身寄りのない外国人の課題もあがっています。

利益相反：無

S22-2

急性期病院における身寄りのない人の医療同意

杉浦 真 スギウラ マコト
安城更生病院

日本の高齢化に伴い独り暮らし世帯が増加している（38.0%：2020年国勢調査）。このような状況は地域社会において「身寄りがいない人」の増加につながっている。地域の中で生活している時にはそれほど問題とならないが、いったん医療に関わることで問題が顕在化する。近年、当院の臨床倫理コンサルテーションで増えている相談内容が、身寄りがなくかつ認知症や意識障害などで本人の意思が確認できない場合の医療・ケアの意思決定についてである。時に侵襲的な治療に対して医療同意が得られないことを理由に必要な医療やケアが差し控えられる場面に遭遇する。また必要な治療を行うために疎遠な、時に利害関係が疑われる親族に医療同意を求めることもある。このように臨床の現場では、身寄りがいない人の意思決定のプロセスは必ずしも適切とは言えない対応が行われている。たとえ身寄りがなく判断能力が不十分な人であっても必要な医療・ケアは提供されなければならない。認知症の人であっても意思があり判断能力を有するというを前提にして、本人の意思・意向を確認し尊重することが原則である。保たれている能力を向上させる働きかけを行うなど支援者の支援する力も求められている。また身元保証人・団体などに医療同意を求めることがあるが、医療同意は本人にしかできない権利（一身専属権）であるため、たとえ成年後見人であっても同意権はない。本人に関する情報を関係者などから収集し、医学的適応と照らし合わせ本人にとって最善と思われる医療を現場の医療ケアチームで話し合うことが重要である。また身寄りがいない人の問題は医療同意だけではない。入院中の必要物品の準備や退院支援、施設入所に伴う契約や費用の支払い、通院の付き添い、遺体・遺品の引き取りなど問題は多岐にわたる。ひとつの病院や施設だけの取り組みでは解決できず、行政を含めた地域全体で取り組む課題であると考ええる。

【演者略歴】

1995年 浜松医科大学卒業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 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おみ 施設長 兼任
2024年 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：無

S22-3

身寄りのない人の権利を守るために法律でできること、できないこと

高岡 香 タカオカ カオリ
横浜エルム法律事務所

医療を受ける権利は、憲法第13条、第25条に基づく、重要な人権である。患者が医療を受ける場合には、医療機関と患者は医療契約を締結することになる。患者に医療契約を締結する能力がない場合には、患者の親族が患者のために契約をしており、患者に医療行為の同意をする能力がない場合には、親族が患者に代わり同意をしている。しかし、この10年を振り返ると人口は約295万人減少し、65歳以上の割合が25.1%から29.0%に増加し、単身者世帯は25.6%から32.9%に増加している。このことは高齢の単身者世帯が増加していることを表しており、患者のために医療契約を締結し、医療行為に同意をする親族がいない場合が増えていることを示しており、この傾向はこの先も進むことが予想されている。本人に契約等を行う能力がない場合に本人の権利を保護するために、成年後見制度が設けられており、一定の者の申立てにより成年後見人が選任され、あるいは、本人に判断能力があるときに本人が任意後見人を指定しておくことができる。そのため、成年後見人が本人に代わり医療契約を締結することができる。しかし、法定後見人、任意後見人いずれであっても、医療行為の同意権は付与されておらず、医療行為の同意権について法律は何ら規定していない。そのため、本人に医療行為の同意能力がない場合、医療従事者は、侵襲的な医療行為を行う際に誰から同意を得るべきか悩むことになる。医療機関によっては、本人と交流のない親族に同意を求めたり、成年後見人に同意を求めたりしているが、それは法的には有効な同意とは認められない。そこで、「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」や「意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン」などをもとに本人の権利を守るために必要な手続きを考える。

【演者略歴】

1985年 4月 弁護士登録
2013年 4月 北里大学医学部・病院医の倫理委員会委員
2017年 8月 横浜市学校保健審議会委員
2017年10月 茨城県立医療大学客員教授
2020年 6月 学校法人明治大学監事

利益相反：無

S22-4

ひとり暮らし、身寄りのない人を取り巻く倫理的課題の解決のための協働について

植竹 日奈 ウエタケ ヒナ
NPO法人ケ・セラ

ソーシャルワーカーとして多くの一人暮らし、身寄りのない人に関わってきました。例えば救急搬送されたが本人の意識がなく、または認知機能低下があり身元さえわからない。救命の段階は本人が誰かわからずとも粛々と命を救う手順は踏まれますが、いったん落ち着くと改めて「同意」が取りざたされるようになります。侵襲的な医療措置を誰がどういう判断でおこなうのか。また、手術目的で紹介されたが「手術に同意できる家族がいなければ手術はできない」と言われるという例もあります。本人に同意能力があるにも関わらず、そう言われる例に複数遭遇しています。そして、療養型病院や施設に入院、入所しようとする身元引受人と経済的な保証人が求められ、頼れる身寄りがないと入所できない。昨今は「ACPしてきてください」と言われます。この言葉の裏には万が一の時にも救急搬送は望まないと決めてきてほしい、という意図がある場合も少なくありません。今回の学会では倫理的な場面として意思決定支援やACPについても多く取り上げていますが、本来その人の人生のあり方、命のあり方をその人らしく守るためであったはずのそれらがなぜかゆがんだ形になってしまっているのではないかと不安になります。身寄りがないということで医療を享受する権利、安定した生活の場を得る権利が侵害される例が少ないことは多くの人が実感されている現実だと思います。これらの状況は医療の仕組みでは解決できません。福祉や介護の仕組みでもまた解決できない。それぞれの制度や仕組みのはざまに何が起きているのかをすべての関係者が知り、腹藏なく話し合い、協働することで初めて、身寄りのない人の基本的人権、尊厳を守ることができるのではないかと考えています。複数職種が真の連携をすることによってこの壁を超える道筋を考えてみたいと思います。

【演者略歴】

1986年 上智大学大学院文学（社会学）修士
1986年 信州大学医学部附属病院ソーシャルワーカー
1997年 国立療養所中信松本病院（現・国立病院機構まつもと医療センター）ソーシャルワーカー
2022年 多機能型児童通所施設ケセラキッズ 管理者／児童発達支援管理責任者

利益相反：無

シンポジウム23 日本睡眠学会共同企画

在宅高齢者の睡眠を考える

S23

【セッション概要】

高齢者では睡眠が浅くなり中途覚醒や早朝覚醒の頻度が高くなり不眠を訴える頻度が高くなる。また在宅高齢者では様々な基礎疾患を有しており身体疾患に基づく睡眠障害を併発することも多く、その対応に苦慮するケースも多い。厚生労働省は「健康日本21（第3次）」の取り組みにおいて「適正な睡眠時間の確保」と「睡眠休養感の向上」が全ての国民が取り組むべく重要課題であるとして「健康づくりのための睡眠ガイド2023」を策定した。適正な睡眠時間には個人差があるが、成人では6時間以上を目安として推奨し、高齢者では長い床上時間が健康リスクとなるため床上時間が8時間以上にならないことを目安に必要な睡眠時間を確保することが推奨されている。

本シンポジウムでは在宅高齢者の睡眠について各診療分野の睡眠専門医から口演頂き、在宅高齢者が抱える睡眠障害とその対応について考えたい。

座長：内村 直尚 ウチムラ ナオヒサ
久留米大学

座長：吉澤 孝之 ヨシザワ タカユキ
要町病院

【座長略歴】

1983年 日本大学医学部医学科卒業
2004年 日本大学医学部呼吸器内科学分野兼任講師
2008年 医療法人社団愛語会要町病院院長
2010年 日本大学医学部呼吸器内科学分野臨床准教授
2018年 日本大学医学部呼吸器内科学分野臨床教授

S23-1

高齢者の睡眠と睡眠衛生

岩下 正幸^{1,2} イワシタ マサユキ
山寺 亘^{1,3} ヤマデラ ワタル

¹ 東京慈恵会医科大学精神医学講座

² 東京慈恵会医科大学附属柏病院 精神神経科

³ 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 精神神経科

ヒトの睡眠は年齢とともに変化するもので、中途覚醒の増加や徐波睡眠（深睡眠）の減少などが生じる。結果、睡眠時間は減少し、床上時間との乖離が大きくなっていくことが自然な加齢性変化といえる。しかし、高齢者の睡眠は、そのような生理的変化をきたすだけではなく、身体疾患・症状、身体治療（薬剤）、身体機能の変化、ライフステージの変化による活動性の低下、高齢者特有のストレスや不安といった心理的要因、など様々な要因に修飾されやすいため、睡眠の質、ひいては生活の質の低下につながってしまう。また、老年期に生じやすい睡眠障害が隠れていることもあり、適切な治療による改善の機会を見落とさないことが重要である。

睡眠障害、特に不眠に対する従来の治療は薬物療法のみが主であったが、長期・多剤使用による副作用の影響が問題視されるようになり、非薬物療法にも注目されるようになった。認知行動療法が代表的であるが、その一部ともなっている睡眠衛生（教育）は、科学的根拠に基づく正しい睡眠知識の提供を行うことで、睡眠に関する問題を解消していくアプローチである。睡眠衛生は単なる知識の説明だけでなく、患者個別の睡眠についての誤った知識・習慣を修正していくものであり、本邦の睡眠薬適正使用ガイドラインでも薬物療法を行う前に施行することが望ましいとされている。

本セッションでは、高齢者の睡眠に影響しうる要因や病態を個々に捉えられるよう、睡眠の加齢性変化についての基礎知識や留意すべき睡眠障害など、上述した点を中心に概説していく。また睡眠衛生の概要については、厚労省が策定しており昨年改訂された睡眠指針「健康づくりのための睡眠ガイド2023」を示しながら、模擬的な症例提示を交えて説明していきたい。

【演者略歴】

2007年 3月 新潟大学医学部医学科卒業

2009年 4月 東京慈恵会医科大学 精神医学講座 助教

2023年10月 東京慈恵会医科大学 精神医学講座 講師

2023年10月 東京慈恵会医科大学附属病院 精神神経科診療医長

2024年 1月 東京慈恵会医科大学附属柏病院 精神神経科診療医長

利益相反：無

S23-2

高齢者の睡眠関連呼吸障害

青木 康弘 アオキ ヤスヒロ

医療法人康曜会プラーナクリニック

睡眠関連呼吸障害（SRBD）は、睡眠中に呼吸の停止と再開を繰り返す疾患である。加齢に伴い有病率と重症度は高くなることが報告されており、高齢者の睡眠障害を理解するためには重要な病態である。米国における有病率は男性で4%、女性で2%、無症状のSRBDは男性で24%、女性で9%、60歳以上でAHI15以上の有病率は20%以上に達すると報告されている。

SRBDには、閉塞性睡眠時無呼吸障害群（OSA）、中枢性睡眠時無呼吸症候群（CSAS）、睡眠関連低換気障害群などが挙げられる。OSAは睡眠中の上気道の虚脱によって無呼吸が繰り返される。睡眠中において筋緊張が失われ上気道の広範囲において虚脱するためである。代表的なCSASはチェーン・ストークス呼吸（CSR）がよく知られている。過呼吸と低呼吸を周期的に繰り返す中枢性の異常呼吸である。

高齢者におけるSRBDの診断方法に、携帯型睡眠検査（OCST）と終夜睡眠ポリグラフィー（PSG）がある。高齢者ではOCSTの取り扱いが困難な場合があり、入院によるPSGを行うことを考慮する。

治療にはCPAP、ASV、NPPVがあるが、全ての患者において自宅で夜間を中心に使用する在宅医療機器である。CPAPは閉塞性睡眠時無呼吸の上気道閉塞に対して用いられる。高齢者において医療機器やマスクの取扱いは困難なことが多く、特にマスクフィッティングが重要となる。脳血管障害などでは睡眠時の気道狭窄が起きやすくCPAP治療の適応になる患者にしばしば遭遇するが、家族の手助けが必要なケースが多い。65歳以上の患者においても眠気の改善し、複数の合併症を有する高齢者においてCPAP療法が死亡率を減少させることが報告されている。このため、高齢者においてもCPAP療法は選択肢に挙げるべきである。

本講演では、これらの総説に加えて症例を提示しながら高齢者における睡眠関連呼吸障害に対する治療の実情を紹介したい。

なお、講演に際し倫理的配慮を行った。

【演者略歴】

＜学歴、職歴＞

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 医療法人康曜会プラーナクリニック院長

＜専門医等＞

認定内科医/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

＜その他＞

深谷寄居医師会理事

群馬大学医学部臨床教授

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会代議員

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：無

S23-3

神経疾患と睡眠障害

鈴木 圭輔 スズキ ケイスケ
獨協医科大学脳神経内科

神経疾患に睡眠障害は高率に合併する。睡眠障害は疾患由来の認知や運動症状に影響を及ぼし、患者の生活の質を悪化させる。また不眠や夜間せん妄は介護者の負担も増加させるため夜間症状のマネジメントは肝要である。本講演ではアルツハイマー病を代表とする認知症やパーキンソン病関連疾患における睡眠障害に関して解説する。

【演者略歴】

2001年3月 獨協医科大学医学部医学科卒業

2008年4月－2010年3月 Department of Investigative Medicine, Section of Investigative Science, Imperial College London, UK

2012年5月－ 獨協医科大学内科学（神経） 講師

2017年4月－ 獨協医科大学内科学（神経） 准教授

2020年4月－ 獨協医科大学内科学（神経） 教授

利益相反：無

S23-4

不眠診療と睡眠薬の適正使用

内村 直尚 ウチムラ ナオヒサ
久留米大学

高齢者では全般的に睡眠が浅く短くなり、中途覚醒が多く、睡眠が分断され、早朝覚醒を認める。一方、生体リズムという面からみた場合には高齢者では睡眠と覚醒からなる一日のリズムが多相性になり、日中の覚醒レベルが低下するために居眠りや昼寝が増加し、夜間にまとまった睡眠をとることができにくくなり、昼夜逆転を生じやすい。

また、認知症では不眠に伴って夜間徘徊やせん妄などの異常行動を認めることも少なくない。一方、高齢者の不眠や睡眠・覚醒リズムを是正することが認知症の予防につながる可能性も示されている。

ところで、不眠自体が転倒・転落や夜間頻尿の誘因になるが、睡眠薬の服用にて翌朝への持ち越しや過鎮静のため、ふらつき、転倒、骨折や認知機能低下、健忘などの副作用の危険性が高まるため、注意が必要である。さらに、高齢者では睡眠時無呼吸症候群、レストレスレッグス症候群、レム睡眠行動障害などの睡眠障害や認知症、うつ病の併存も考えられる。

高齢者の不眠に対する治療としては非薬物的アプローチが推奨されており、床上時間を8時間以内として昼に十分な光を浴びる、長時間の午睡を控える（30分以内）、定時の食事をする、痛みに対処する、夜間頻尿の対策として就寝前の水分を控えるなど睡眠衛生を改善することで夜間睡眠を促し、日中の覚醒水準を保つことが重要である。薬物療法としては、ベンゾジアゼピン系睡眠薬、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬、メラトニン受容体作動薬ラメルテオン、オレキシン受容体拮抗薬スボレキサントやレンボレキサントなどの睡眠薬を副作用を考慮して慎重に使用する。睡眠薬に対する過度の不安は薬効を減弱させる要因となり、また、アドヒアランスの低下を招くため、副作用のリスクの低い薬剤を選択し、安全性に関する十分な説明が必要である。

当日は症状に合わせた副作用のリスクを最小にする薬剤選択を概説し、睡眠薬の適正使用について考察する。

【演者略歴】

1986年3月 久留米大学大学院医学研究科生理系専攻博士課程 修了
2007年4月 久留米大学医学部神経精神医学講座 教授（～2020.10.31）
2013年4月 久留米大学 医学部長（～2019.3.31）
2020年1月 久留米大学 学長
2021年7月 日本睡眠学会 理事長

利益相反：有

シンポジウム24

症例から学ぶ褥瘡ケアの基本：創傷治癒・圧迫とずれ・栄養

S24

【セッション概要】

褥瘡の治療には原因である「圧迫」「ずれ・摩擦」「低栄養」への対策が必須であり、局所療法も適切に行う必要がある。在宅では、医療・介護保険制度、人的資源、経済力や介護者の熱意など様々な制約がある。

傷はどのようにして治るのか、また傷のどこに注目するのかなどの基本的な事項について解説する。圧迫・ずれ・摩擦は褥瘡発症後も持続している。したがって局所療法だけでは褥瘡を治せない。圧迫・ずれ・摩擦の発生について説明し、在宅で推奨される対処法について解説する。

ほとんどの在宅褥瘡は低栄養状態にあるが、改善は容易ではない。在宅栄養の基本は経口摂取である。過去の生活を尊重したメニューの発想は大切だが、エネルギーとタンパク質のアップも必要である。管理栄養士から在宅での実例を紹介しポイントを提示する。

様々な問題を持つ在宅褥瘡症例を示し、対応結果を紹介しながら、参加者でディスカッションをおこなう。

座長：蘆野 吉和 アシノ ヨシカズ

山形県庄内保健所

【座長略歴】

- ・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～現職）

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4月～1998年3月 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4月～1999年4月 医療法人社団雅会 山本病院

1999年5月～2012年3月 社会福祉法人信愛報恩会 信愛訪問看護ステーション

2012年4月～ 一般社団法人 清風の会 けやき通り訪問看護ステーション開設（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、リンパ浮腫療法士、呼吸療法認定士、介護支援専門員

S24-1

在宅褥瘡ケアに必要な創傷治癒の知識

木下 幹雄 キノシタ ミキオ
TOWN訪問診療所

生体に損傷が加わると、その部位を修復するための過程である創傷治癒が進行する。通常では、出血凝固期、炎症期、増殖期、上皮形成期、成熟期と進行し、治癒してゆくはずであるが、慢性創傷では治癒を阻害する要因が複数存在していると言われている。中でも、創傷治癒を阻害する要素として、細菌とバイオフィルムに注目が集まっており、Wound Hygiene Conceptという概念が浸透しつつある。この概念では、4つのステップを繰り返すことにより創面を治癒しやすい状態に維持しようという考え方である。具体的には①Cleanse（洗浄）②Debride（壊死組織の除去）③Refashion（辺縁の新鮮化）④Dress（被覆）になる。しっかりと洗浄処置を行い、定期的に適切なデブリードマンを施す。創縁の状態が良くなければ整えて、抗菌性の外用剤を用いて被覆する、という処置を繰り返して創面の状態を良好に管理する。それぞれの具体的な処置について、在宅で取り組みやすい形で解説してゆきたい。

【演者略歴】

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

利益相反：無

S24-2

症例から学ぶ褥瘡ケアの基本：圧迫とずれ

清野 美砂 キヨノ ミサ

けやき通り訪問看護ステーション

在宅療養者の褥瘡予防や褥瘡発生後の創部の悪化防止と治癒を促進するために、褥瘡好発部位や褥瘡発生部に加わる圧迫・ずれを最小限にするケアを行うことが重要となる。褥瘡発生の直接の原因は圧迫・ずれである外力は、褥瘡を発生させる個体要因と環境・ケア要因の両方に共通する要因である。外力が皮膚表層に集中すると水疱を形成し、また、深部組織までに及ぶと重度虚血となり深い褥瘡が生じる。日常生活を送る上で繰り返し行われる「寝る」、「座る」は、身体に外力を受ける動作である。「寝る」場合には、ベッド上での体位変換、頭側挙上、下肢挙上により、背部、仙骨部、尾骨部、座骨部、踵部に外力を受ける。「座る」場合には、座位保持により背部、仙骨部、尾骨部、座骨部に外力を受ける。「寝る」、「座る」に対して外力を最小限にするケアを行うことが重要である。「寝る」、「座る」を自力で行えない場合には、外力を受ける局所に持続する圧迫が加わらないようにするために、体位変換や体圧分散用具を使用する。頭側挙上の際には、背部や踵等にずれを生じやすいため、ベッドと身体の可動軸を合わせ、ずれを最小限にし、頭側挙上後は背部や踵等に生じたずれ力の排除を行う。褥瘡発生の原因であり、褥瘡発生後も基本的に持続している圧迫・ずれがどのような状況で発生するかについて説明し、在宅で推薦される具体的な対処方法について解説する。

発表にあたり、個人情報の保護について文書と口頭で説明を行い、書面にて同意を得た。

【演者略歴】

1990年4月～1998年3月 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4月～1999年4月 医療法人社団雅会 山本病院

1999年5月～2012年3月 社会福祉法人信愛報恩会 信愛訪問看護ステーション

2012年4月～ 一般社団法人 清風の会 けやき通り訪問看護ステーション開設（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、リンパ浮腫療法士、呼吸療法認定士、介護支援専門員

利益相反：無

S24-3

「痩せて骨ばっている」「食事回数が減った」在宅患者に対する訪問栄養食事指導の効果

真井 睦子 サナイ ムツコ

栗山赤十字病院医療技術部栄養課

疾患別に管理栄養士が行う外来での栄養食事指導は、病院及び施設内において行われ、対象患者の主観的な日常食事内容の情報より、改善すべき問題点を導き出し、支援していくものである。一方で訪問栄養食事指導は、患者が住み慣れた自宅を訪問し、訪問者による客観的な観察を通して得られる情報より、食事摂取状況などの問題点を新たに発見する事が可能である。そして、訪問栄養食事指導は実践的であり、より食習慣を改善するだけではなく、在宅患者の意欲向上や食品摂取多様性に貢献し、毎日の食事を負担なく継続可能となる効果がある。また、再入院を予防し、自宅で幸せに生活できるという患者自身のQOLに繋がる。訪問栄養食事指導の強みは、外来ではわからない対象者の食事環境を直接、管理栄養士が確認することが出来ること、ニーズに応じた情報提供が行い、栄養ケアの幅が広がること。食習慣改善は勿論だが、患者の食を支え、そしてQOLの向上につながっていると考える。

【演者略歴】

2022年天使大学大学院看護研究科前期博士課程（修士）卒業後、現在同大学院後期博士課程在学中。1989年中村記念病院入職後、2002年栗山赤十字病院に入職し現在に至る。

資格：管理栄養士、在宅訪問管理指導士、在宅栄養専門管理栄養士、糖尿病療養指導士、人間ドックアドバイザー

学会所属：北海道胃腸研究会世話人、日本在宅栄養管理学会理事北海道ブロック長、日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会理事、栗山町地域包括運営協議会副委員長、栗山町高齢者保健福祉計画介護保険事業計画策定委員会副委員長

共同著書：『PEGケアの最新技術』昭林社、『在宅栄養管理のプロになる！』医学と看護社『在宅での栄養ケアのすすめかた』第一出版『MNAガイドブック』医歯薬出版『心にのこる経腸栄養の患者さんたち』『おうちで作る介護食クッキング入門』など。

研究：『栄養が褥瘡発生リスクに与える影響』2009. 大浦ら、『半固形化栄養剤の在宅患者に対する効果』2010. 岡田ら、『生活習慣病の地域高齢者に対する訪問栄養食事指導の効果・検証』2022. 鈴木ら

利益相反：無

S24-4

様々な問題を持つ症例の紹介

荒谷 亜希子 アラヤ アキコ
岩手県立一戸病院 在宅医療科

在宅療養者は、家族背景や介護力不足、認知機能の低下を有している老々介護など、さまざまな問題を抱えている場合が多い。加えて褥瘡や難治性創傷が発生すると、大きくケアプラン等の変更が必要となる。I地域は、高齢化率45%を超える過疎地域であり、在宅における医療・介護サービスの人材が極めて不足している現状がある。また、I地域を含む連携地域においても褥瘡及び慢性創傷に特化した専門的知識を有する皮膚科及び形成外科医、在宅医が不在である。そのため、褥瘡や創傷に特化した知識を有する皮膚・排泄ケア特定認定看護師に他診療所や個人病院等から創傷ケアに関する介入依頼があり、ケアマネジャーはじめ多職種と調整しながら進めている。今回は、褥瘡と慢性創傷が発症したが、様々な問題を抱えていても住み慣れた場所で生活が続けられた2事例を紹介する。

【症例1】90歳代女性 娘と二人暮らしの利用者。多発褥瘡のため訪問看護依頼があった。1か月前まで歩行していたが急に食事摂取量の低下と体動困難を認め、褥瘡が多発した。本人は娘に迷惑をかけられないという思いが強く、娘の介護を拒否していた状況であった。自宅での褥瘡処置及びデブリードマン、デイサービス日程を調整しながらケア介入を行った。その結果、褥瘡が悪化することなく自宅での生活を続けている。

【症例2】80歳代男性 難聴の妻と2人暮らしの利用者。事故によりひだり下肢の自覚麻痺があった。玄関で転倒し、踵を強打し、かかりつけ医で処置を行っていたが治癒しないため紹介となった。本人は治癒を希望していたため訪問看護で可能な限りケアをしながら、治療可能な病院へ紹介し、治癒に至った。

この2事例で一番配慮したのは、創を持ったまま療養生活を送るための最終目標をどこに置くか、である。病院内では創傷治癒が目標の基本であるが、在宅では利用者及び家族背景を十分に考慮しながら、関係者と共に目標設定を行い、継続可能な処置方法を柔軟に提案する必要がある。

【演者略歴】

1999年4月 岩手県医療局入局
2017年4月～ 現職
2008年 皮膚・排泄ケア認定看護師
2013年 岩手県立大学大学院看護学研究科博士前期課程修了（看護学修士）
2017年1月 岩手医科大学高度看護研修センター特定行為教育課程修了
2019年 皮膚・排泄ケア特定認定看護師

利益相反：無

シンポジウム25 日本在宅医療事務連絡会合同企画

2024年度トリプル改定と現場での対応について

S25

【セッション概要】

2024年度の診療報酬改定と介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定、いわゆるトリプル改定は、在宅医療の実践とその質の向上に重要な影響を与えます。本シンポジウムでは、このトリプル改定に焦点を当て、特に在宅医療における診療報酬の改定とその現場での対応について深く掘り下げます。主題は以下の三つです。

1. 在宅医療の診療報酬改定と現場の対応 - 病院篇：このセクションでは、在支病における在宅医療の報酬体系の変更と、それに伴う臨床実践への影響を検証します。新たな報酬体系の下での病院の戦略と、患者ケアの質を保ちつつ経済的な持続可能性を如何に確保するかに焦点を当てます。
2. 在宅医療の診療報酬改定と現場の対応 - 診療所編：在支診における在宅医療の報酬改定に関して、具体的な改定内容とそれに基づく診療所の対応策を探ります。地域社会に根ざした診療所が、改定後も質の高い在宅医療を提供するための戦略と課題について議論します。
3. 訪問看護の診療報酬改定と現場での対応：訪問看護における報酬改定の詳細と、それに伴う実務への影響を検討します。訪問看護スタッフの業務と患者ケアの質への影響を考察し、実効性のある対応策を模索します。

これらのテーマを通じて、2024年度のトリプル改定が在宅医療の現場にどのような変化をもたらし、それにどう対応するべきか、という点について深い洞察を目指します。参加者との活発な議論を通じて、在宅医療の未来を共に形成していきたいと考えています。

座長：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／IQVIAソリューションズ ジャパン合同会社

【座長略歴】

1992年伊藤忠商事（株）に入社、2001年外資系コンサルタント、2006年には（株）アクアストーンを設立し、代表として各社顧問やコンサルタント業務を務める

2011年訪問診療のM&A・人事業務に従事後、訪問歯科診療所事務長、2013年株式会社栖のき 事業部長として訪問看護、訪問リハビリ、小規模な介護施設運営に携わる

2015年医療法人生寿会・在宅事業本部副部長兼事務長、2018年同法人統括マネージャーとして、病院・診療所に加え、訪問看護、訪問リハビリ、訪問栄養指導、訪問介護、デイケア、サ高移住、老健などを含めた地域医療事業に携わる

2019年（一社）日本在宅医療事務連絡会を設立に携わり、2代目代表として2期務める

2019年アクセンチュア株式会社 シニア・プリンシパル 医療・介護現場での10年間の経験を活かし、中央官庁や地方自治体向けデータヘルス改革各種プロジェクトや民間法人向けヘルスケアプロジェクトのコンサルタント業務に携わる

2023年IQVIAソリューションズ ジャパン合同会社 プリンシパル（現職）引き続き公官庁・民間法人向けコンサルタント業務に携わる

座長：浅沼 裕子 アサヌマ ヒロコ

いらはら診療所

【座長略歴】

3年ほど民間の会社で勤務

平成 5年 千葉西総合病院医事課

平成 7年 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 いらはら診療所医事課長

平成21年4月 いらはら診療所事務長

S25-1

令和6年度トリプル改定で何が大きく変わったのか? 改めて検証する

石塚 秀俊^{1,2} イシヅカ ヒデトシ

¹ 一般社団法人日本在宅医療事務連絡会

² IQVIAソリューションズ ジャパン合同会社

2024年度の診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定、通称「トリプル改定」は、在宅医療の提供に重要な転換点をもたらしています。これらの改定は、限られた医療資源の中で、より多くの患者に対応し、在宅医療の質的および効率的な向上を目指す国の意志の表れでもあります。これにより、地方自治体や専門機関との連携を通じて、患者一人ひとりにカスタマイズされた質の高い在宅医療サービスの提供が期待されています。

本講演では、トリプル改定の背景にある国の在宅医療に対する期待や、トリプル改定によりもたらされた具体的な影響と課題として、サービス幅の強化、サービス資源の配分、ICT活用やさらなる多職種間の連携の強化、患者と家族への支援の具体化などを取り上げます。さらに、これらの課題に対する有効な対応策を示し、在宅医療が直面する困難に対処するための具体的なヒントを提示します。

この講演を通じて、参加者はトリプル改定の背後にある意義を理解し、在宅医療が直面する新たな課題を乗り越えるための戦略的な視点を持てるようになる他、より包括的で質の高いケアを提供するための今後の方向性についての理解を深め、在宅医療の未来に向けた具体的なステップの一步となることを願っています。

【演者略歴】

1992年伊藤忠商事（株）に入社、2001年外資系コンサルタント、2006年には（株）アクアストーンを設立し、代表として各社顧問やコンサルタント業務を務める

2011年訪問診療のM&A・人事業務に従事後、訪問歯科診療所事務長、2013年株式会社栖のき 事業部長として訪問看護、訪問リハビリ、小規模な介護施設運営に携わる

2015年医療法人寿会・在宅事業本部副部長兼事務長、2018年同法人統括マネージャーとして、病院・診療所に加え、訪問看護、訪問リハビリ、訪問栄養指導、訪問介護、デイケア、サ高移住、老健などを含めた地域医療事業に携わる

2019年（一社）日本在宅医療事務連絡会を設立に携わり、2代目代表として2期務める

2019年アクセント株式会社 シニア・プリンシパル 医療・介護現場での10年間の経験を活かし、中央官庁や地方自治体向けデータヘルス改革各種プロジェクトや民間法人向けヘルスケアプロジェクトのコンサルタント業務に携わる

2023年IQVIAソリューションズ ジャパン合同会社 プリンシパル（現職）引き続き公官庁・民間法人向けコンサルタント業務に携わる

利益相反：無

S25-2

2024年診療報酬改定： 在宅療養支援病院のあり方としての「コミュニティ&コミュニティホスピタル（CCH）」

大石 佳能子 オオイシ カノコ
株式会社メディヴァ

本年の診療報酬改定は、超高齢化の課題に対応する大きな一歩を踏み出したと言える。今回は要件化されていない項目も今後は更に厳しく求められることが想定され、先んじて対応すべきである。その中で、私たちは「コミュニティ&コミュニティホスピタル（CCH）」へ転換を進めている。総合診療的な機能を担い、地域包括ケアシステムの中核となり、街づくりに寄与する在宅療養支援病院を目指す

- ①病棟：一般急性期（7対1）で2次救急や外科を得意とする病院であれば、地域包括医療病棟を目指す。要件を満たさない場合は、地域包括ケア病棟でサブアキュートを受け、療養か回復期リハ病棟と組み合わせる。但し、紹介元が地域医療病棟に転換した場合、地ケアは先方の在宅復帰率のカウント外になるので、要注意
- ②在宅：居宅を中心に、より重症な患者へ対応し、看取りを強化する
- ③外来：生活習慣病に対し、生活指導が求められる。オンラインで管理栄養士が指導する体制を整備し、生活習慣病管理料I/IIを取得。併せて健診・予防にも注力④介護との連携：病院、施設双方に加算等メリットが増した。特に特養はがん以外の往診も可となり、往診需要増、病床稼働を狙う。ICTを活用した情報連携も進める
- ⑤リハビリ、栄養支援：リハビリ実施計画書による強化、栄養指導対象患者が転院、退院する場合の栄養情報連携を行う。多職種連携による包括的な医療提供が強みであると認識して病院の体制作りを行う
- ⑥コミュニティ活動、街づくり：地域のニーズを客観的、定量的に分析し、行政とも連携しながら、ACP、未受診者の掘り起こし等、地域に必要な活動を展開。活動のために院長直轄の「コミュニティ支援室」が有効⑦業務の見直し：アプリ「MIERU」を用い、院内の業務を見える化・整理し、タスクのシフト、シェア、チェンジを行い、働き方改革を行う。余裕を生み、コストを下げながら変化に対応できる組織を作る

【演者略歴】

株式会社メディヴァ代表取締役社長、医療法人社団プラタナス総事務長

- ・大阪大学法学部卒、ハーバードビジネススクールMBA
- ・戦略コンサルティング会社マッキンゼーのパートナーを経て2000年にメディヴァを起業。医療・介護のコンサルティング、病院・診療所の経営を担う。
在宅医療の分野では、医療法人社団プラタナス総事務長として桜新町、松原、青葉アーバンクリニック等を立ち上げ、運営。
- ・2023年に株式会社シーズワンと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を設立し、地域を支える中小病院の再生と在宅療養支援診療所への転換を手掛ける。
- ・規制改革推進会議 健康・医療・介護WG専門委員を初めとし、経済産業省、厚生労働省、内閣官房等、検討会・有識者会議の委員、資生堂、江崎グリコ、参天製薬等の社外取締役、Medical Excellence Japanの副理事長等を歴任。

利益相反：無

S25-3

在支診の報酬改定と現場での対応について

石塚 美絵 イシヅカ ミエ
めぐみ在宅クリニック

令和6年度診療報酬改定をうけて、在宅療養支援診療所の現場としてどのような工夫や対応しているか、簡単に説明したいと思います。今回の診療報酬改定では、ベースアップ評価料の導入、医療DX推進によるICTの利用拡大、ACPのさらなる推進、介護サービスとの連携強化、訪問診療時のオンライン資格確認の実施などゼロから対応せざるを得ない事柄も多数あり、果たして現場ではどのように解釈し、どのように対応したのか、より具体的に踏み込んで説明したいと考えています。特に事務長の立場として、令和6年度診療報酬改定について、どのようにスタッフに説明し、検討の上実施まで持っていったのか、残された課題はどのようなものがあるかについても、説明したいと思います。

【演者略歴】

めぐみ在宅クリニック 事務長

2003年3月に九州大学大学院法学府修士課程を修了後、大学講師、急性期病院のMSW、医療広報専門会社に勤務し、在宅療養支援診療所の事務長を経験。2018年9月には、在宅医療専門の組織運営支援および医療広報支援を行うMI-ZA（ミーザ）を設立。2021年4月からはめぐみ在宅クリニックの事務長を兼務し、現在に至る。

利益相反：無

S25-4

訪問看護の報酬改定と現場での対応について

大竹 尊典 オオタケ タカノリ
公益財団法人日本訪問看護財団

令和6年度診療報酬改定では、外来・入院・在宅医療、そして訪問看護も大きく見直された。改定にあたっての基本認識として、現下の物価高騰・賃金上昇、新型コロナウイルス感染症の流行期を経て、今現在の経営の状況、そして、2040年に向けた人手の確保、さらには、持続可能な社会保障制度の観点と、非常に幅広い視点で検討・議論がされ、改定が行われたことを押さえておきたい。そのような大きな方針のもと、訪問看護については、大きく3つのテーマがあったと考える。1つ目は、訪問看護を担う人材への夜間対応の負担に対する配慮、そして、利用者が安全・安心して在宅での療養生活が続けられるよう、持続可能な24時間対応体制の構築に向けた報酬による誘導である。これについては、従来の点数も引き上げられ、これまでの訪問看護師の活動の労苦に報いる評価だったと受け止めている。2つ目は、利用者ニーズに細やかに対応している訪問看護への評価である。当財団としても緊急の調査を行い、その実態を国に訴え、退院当日の複数回の訪問看護に対する見直しが実現した。一方で、データからは実態が伺い知れないこともあった。緊急訪問看護加算が毎日算定されている、又は1月の訪問看護の費用が60万を超え算定されているというものである。自宅での死因最上位が新生物に変遷している昨今、独居高齢者、核家族化の進展等から多様な住まい・生活の場への訪問看護も増加している。一部効率的な提供がされている実態も確認でき、その態様も変化する中、適正化と実績に応じた評価体系に見直されたと認識している。

最後は、DXの推進である。物理的な距離が特に課題となる在宅の領域で、一步踏み出したことは大きい。6月からは、オンライン資格確認・オンライン請求が導入される。それら取組を推進するため、事業者への負担に配慮した加算の新設は、現場に寄り添ったものであった。また、医師にも傷病名コードを指示書に記載してもらうことが原則必要となり、在宅医療領域が一体となってDXに取り組むことを期待する。当日は介護報酬の改定についても概説し、在宅医療・訪問看護についてディスカッションしていきたい。

【演者略歴】

2005年 宮城大学 看護学部看護学科卒業
2005年～2016年：東京医科歯科大学医学部附属病院勤務（看護師）
2016年～2017年：首都大学東京 健康福祉学部 看護学科 非常勤講師（基礎看護学）
2017年～2021年：厚生労働省 健康局健康課 保健指導室、老健局老人保健課、医政局看護課等（看護系技官）
2021年～営利法人にて訪問看護事業に従事、2023年7月より現職（事業部課長）

利益相反：無

シンポジウム26

在支診薬剤師の可能性

S26

【セッション概要】

われわれは在宅療養支援診療所（以下、在支診）に勤務する薬剤師として、2017年に在宅療養支援診療所薬剤師連絡会を組織し、在支診薬剤師同士の交流を深めてきた。これまでの相談事項や情報共有から、職域横断的な業務を、院内外問わず幅広いフィールドで行っていると実感しており、学会報告を重ねてきた。

本シンポジウムにおいては、在支診薬剤師の可能性にフォーカスしたい。はじめに在支診薬剤師から診療所に薬剤師を雇用する意義について提起し、在支診薬剤師の業務を院内外において連携や実務を通して経験した病院薬剤師、薬局薬剤師、診療所の医師より、在支診薬剤師の役割やその可能性について講演いただく。それぞれの講演を踏まえ、在支診薬剤師の業務やその雇用について関心のある方々と、在支診薬剤師の可能性について議論する機会としたい。

座長：大須賀 悠子 オオスガ ユウコ

関医院

【座長略歴】

東邦大学大学院薬学研究科修了

石心会狭山病院（現 社会医療法人財団石心会埼玉石心会病院）薬剤室勤務ののち、都内保険薬局に勤務

2013年から2023年まで医療法人社団プラタナス桜新町アーバンクリニックに参画

在宅医療部にて院内薬剤師として専任勤務

2023年11月から医療法人社団フィーカに参画

在宅療養支援診療所薬剤師連絡会 代表理事

座長：行田 泰明 ギョウダ ヤスアキ

わたクリニック船堀

【座長略歴】

1987年 日本大学医学部卒業

1991年 日本大学大学院医学研究科外科系麻酔科学卒業

1996年 財団法人癌研究会附属病院麻酔科

2003年 医療法人社団愛語会要町病院緩和ケア部、在宅医療部

2015年 医療法人社団淳友会わたクリニック船堀

S26-1

在支診薬剤師の存在意義を考える

餅原 弘樹 モチハラ ヒロキ

医療法人社団いぶきの森 のぞみの花クリニック

薬剤師は一般に、診療報酬や調剤報酬による業務評価を得る。しかしながら、在宅療養支援診療所（以下、在支診）における薬剤師業務を直接評価する診療報酬は無い。にもかかわらず、薬物療法支援や医療安全、地域連携と職域横断的に関わるのが在支診薬剤師である。われわれ在支診薬剤師は、2017年に在宅療養支援診療所薬剤師連絡会を組織し、業務上の相談をはじめとする在支診薬剤師同士の交流を図るコミュニティを運営してきた。また連絡会として、われわれの業務は、退院前カンファレンスや処方設計支援、保険薬局とのコーディネート業務を重視している点や、患者の療養環境を踏まえ処方内容を最適化する取り組みや、病院や薬局の薬剤師との積極的な連携を行なっていると学会報告した。本シンポジウムにおいては、演者の活動を例に在支診薬剤師の業務内容を紹介する。演者は在支診における薬剤師の存在を、在宅医療における“デザイン”として捉えている。これまで在支診には薬剤師不在が一般的であった。その中で、薬物療法や医療安全管理を通して薬剤師自身が機能し、院内外が多職種とのタスクシェアを通して薬剤師が仕組みの一部として機能するように、ヒトやモノをつなぐデザインになり得るのではないだろうか。本公演をきっかけに、さまざまな職種が在支診薬剤師の存在意義を考えるきっかけとなれば幸いである。

【演者略歴】

2007年3月 東京薬科大学薬学部 卒業

2007年4月～ 保険薬局勤務

2017年3月～ のぞみの花クリニック 入職

2023年1月～ 医療法人社団いぶきの森 のぞみの花クリニック（法人化による名称変更）現在に至る

利益相反：無

S26-2

これからの在支診薬剤師と病院薬剤師の連携について考える

城山 亮輔 シロヤマ リョウスケ
東京大学医学部附属病院 薬剤部

患者さんとその家族が地域でより良く過ごすため、在支診薬剤師と病院薬剤師はどのような連携をおこなえばよいのだろうか？

厚生労働省によると、我が国は少子高齢化・人口減少により、地域ごとに差はあるものの急性期医療の需要は徐々に低下し、介護・在宅医療のニーズが高まることが予測されている。令和6年度診療報酬改定においても医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働による地域医療連携の円滑化に関する内容が盛り込まれている。このような背景から、もはや病院薬剤師は「病院の中」だけでなく、患者さんとその家族が過ごす「地域」を考え、そこで活動している医療者と密に連携していくことが強く求められている。

これまで在支診薬剤師と病院薬剤師の連携に関してはほとんど議論されておらず、連携するにあたっての具体的な方法に関する情報は少ない。私は患者さんと関わる中で、幸運にも在支診薬剤師との連携機会に恵まれた。その経験を踏まえると、患者さんに対してシームレスな薬物療法を提供するためには、患者さんが退院する前に在支診薬剤師と病院薬剤師が顔を合わせ、薬物療法を含めた様々な面について情報共有することが重要と考える。また、患者さんが退院した後も在支診薬剤師から病院薬剤師に対して入院中の経過等について気軽に質問できる環境整備も重要と考える。

私からは急性期病院で働く薬剤師の立場から、実際に在支診薬剤師との連携体験を踏まえ、これからの在支診薬剤師と病院薬剤師の連携の在り方について講演予定である。私自身もシンポジウム全体を通じ、在支診薬剤師の考え方や実際に在支診薬剤師と関わった経験のある医師の意見を通じて学びを得たいと考えている。会場での活発な意見交換ができれば幸いである。

【演者略歴】

【略歴】

2012年3月 東京理科大学薬学部薬学科 卒業
2012年4月 東京大学医学部附属病院 薬剤部 研修生
2012年7月 東京大学医学部附属病院 薬剤部 入職

【主な専門分野】

緩和医療薬学

【主な学会等活動歴】

東京都病院薬剤師会 専門薬剤師養成部緩和医療領域薬剤師養成小委員会 委員
日本緩和医療薬学会 次世代緩和医療薬学提案（将来構想）タスクフォース 委員

【有資格】

日本緩和医療薬学会 緩和薬物療法認定薬剤師
日本緩和医療薬学会 麻薬教育認定薬剤師

【受賞歴】

第27回日本医療薬学会年会 優秀演題賞

利益相反：無

S26-3

診療所に薬剤師がいる面白さ ～在支診療薬剤師のいる小さなクリニックの日常

篠田 裕美 シノダ ヒロミ
医療法人社団フィーカ 関医院

当院は栃木県小山市にある機能強化型在宅支援診療所で、外来と在宅医療を行っている小規模診療所である。医師以外に看護師や医療事務で運営したが現在薬剤師にも参画してもらい活動している。在支診療薬剤師を我々のような小規模診療所で雇用する際にどのようなメリットがあり、診療にインパクトがあるのか検討してみた。

まず、第一に退院前カンファレンス時に病院からの情報を整理し薬剤を在宅仕様にして行く際に非常に有用である。当院でも医療依存度の高いケースは積極的にカンファレンスを行っているが、薬剤師がカンファレンスに参加してレポートを作成し地域の薬局に繋ぐ過程が診療所だけでなく薬局にとっても貴重な情報となっている。第二に訪問診療時に薬剤の量をダブルチェックでき、副作用による症状の発現がないかを別の視点からみることができる。訪問診療に同行してもらったり診療後のカンファレンスで意見をもらうことで危険を未然に防ぐ医療安全からのメリットもある。現在当院では訪問調剤ができる薬局同士を繋がる会を催しており、各薬局の強みを生かした訪問調剤の案内や勉強会などを通して地域づくりを始めている。薬局が在宅分野に強くなると訪問診療の質も上がるので現在の取組みを通して顔の見える関係作り、よりよい在宅医療の提供を心がけている。当院以外でも在支診療薬剤師が薬剤師業務だけやっている例は少ないと聞く。新しい職であり工夫し甲斐がある部分である。当院でも上記以外にも院内院外で活躍の幅を感じている。今回はそのような当院での取組みをお話したい。

【演者略歴】

北里大学医学部 2002年度卒

東京医療センターにて初期研修、同院呼吸器科レジデント

慶應義塾大学呼吸器内科学教室入局

2011年から医療法人社団プラタナス桜新町アーバンクリニック2018年栃木県小山市の関医院にて在宅医療部門を立ち上げ在宅医療に従事。

2018年から2021年スウェーデン カロリンスカ研究所・シルビアヘメット財団の認知症ケアマスターコースにオンライン留学、修士課程終了。

現在は医療法人社団フィーカ関医院で外来と在宅医療と地域に根ざした医療を実践中。

専門分野：呼吸器内科全般、在宅医療

日本呼吸器学会専門医

日本在宅医療連合学会指導医

シルビアドクター

利益相反：無

S26-4

薬局薬剤師の立場からみた在宅医療の重要性 ～自身が在宅医療薬剤師を経験したこと～

今城 宏文 イマジョウ ヒロフミ
ツマシナ薬局

「団塊の世代」が全員75歳以上となる2025年を間近に控え、当面の間、医療ニーズが極大化することが見込まれる。地域包括ケアシステムを機能させていくためには、薬局薬剤師は薬の専門家として、外来、在宅医療において他職種と連携を図りつつ薬物療法に対応するなど、地域医療を担う一員としての役割を果たすことが期待される。薬局薬剤師の業務については、「患者のための薬局ビジョン」で考え方が示されている。薬局ビジョンにおいては、今後の医薬分業のあり方として、地域包括ケアシステムの中で服薬情報の一元的・継続的な把握や在宅での対応を含む薬学的管理・指導等の機能を果たすことができる「かかりつけ薬剤師・薬局」を定義し、その普及を図ることにより対人業務の強化や医療機関等との地域連携等を実現することとしてきた。地域包括ケアシステムを機能させていく上では、「かかりつけ薬剤師・薬局」が在宅医療に取り組むことは必須である。在宅医療に関わるためには他職種との連携が必要とされ、薬学的管理を通して在宅患者に対する薬物治療への対応が求められる。しかし、終末期がん患者や医療依存度の高い患者を支えるには「かかりつけ薬剤師・薬局」の知識や経験だけでは困難となることがある。こうした状況に対して、在宅医療の知見が豊富な在宅医療薬剤師が支援することにより、より多くの「かかりつけ薬剤師・薬局」が在宅医療に関わるのが可能になる。わたしからは在宅療養支援診療所での薬剤師経験が、薬局薬剤師としての業務にどのように役立ったのか、また、在宅医療薬剤師の重要性について発表する。

【演者略歴】

2002年昭和薬科大学薬学部卒業後、沖縄県宮古島の薬局に勤務。2005年に沖縄県にて北部地区医師会病院に勤務、2011年長野県にて長野市民病院に勤務。2015年より、在宅療養支援診療所の薬剤師とし勤務。2016年に日本医療薬学会がん専門薬剤師を取得。2018年より保険薬局に勤務。2021年8月より株式会社アイエムファルマ ツマシナ薬局開局。

利益相反：無

シンポジウム27

最期の1週間を見逃さない ～多職種でどうつかむ・どう実践する・どうつなぐ～

S27

【セッション概要】

在宅療養を少しでも長く・可能であれば最期まで希望される本人・ご家族を支えるために多職種の連携が各地域で実践されている。医師は本人の意向を確認し治療できること・できないことを説明し、看護師はケアを通じて継続看護や家族ケアから普段との違いに気づき、ケアマネジャーは生活に重視し本人の出来ることは支え、家族の疲労感も把握する。介護士は食事や排せつ、生活環境の支援から変化をケアマネジャーに報告しながら支えるなど、各職種の役割がある。

連続する生活の中で、避けて通れない事象、看取りを念頭に生活している家族の不安を可能な限り少なくするために、亡くなる予兆を察知し、多職種につなぎ、カンファレスで確認し、展開する必要がある。

このシンポジウムでは、ケアを通して予兆をつかみ、多職種で連携・協働しながら最期の時までチームとなり看取りを実践できるようになることを目的と考えている。

座長：今永 光彦 イマナガ テルヒコ

奏診療所

【座長略歴】

2000年順天堂大学医学部卒業。国立病院機構東京医療センター総合内科、大和クリニック、国立病院機構東埼玉病院内科・総合診療科医長などを経て、2021年10月より奏診療所に勤務。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、日本在宅医療連合学会評議員、医学博士。

座長：安藤 仁子 アンドウ サトコ

向日葵ナースステーション／NPO法人やちけあ

【座長略歴】

1994年	都立板橋看護専門学校卒業
1994年～1997年	東京勤労者医療会
1998年～2015年	千葉県勤労者医療協会
2015年～	医療法人社団澄乃会

所属学会

日本在宅医療連合学会

日本緩和医療学会

日本在宅看護学会

資格

介護支援専門員

S27-1

終末期に搬送となった事例から終末期ケアを学ぶ

久島 和洋 ヒサジマ カズヒロ
ドクターゴン鎌倉診療所

自宅で穏やかに過ごして最期を迎えたいという患者（利用者）とその家族の希望を叶えることが、在宅医療に関わる医療・介護従事者の仕事の中で大きな部分を占める。患者の想い、家族の想い、関わる医療・介護従事者の想いが一致していれば、最期まで家で過ごす希望が叶うことが多いが、予想外の急変・苦痛症状の悪化、急性疾患の発症、介護状況の変化などで入院が余儀なくされることもある。中・長期にわたる入院が必要な状態であれば、結果的には入院を選択したことが妥当であったと納得することもできるかもしれない。しかし、入院して短期間の間に亡くなってしまった場合には、最期まで家で過ごしてもらい関わりをすることができたのではないかと後悔することも多い。今回、入院して1週間以内に亡くなった患者を振り返り、「避けられたかもしれない入院中の最期」を減らすために我々ができることを考えたい。

【演者略歴】

2000年 佐賀医科大学（現佐賀大学医学部）卒
2005～2010年 ドクターゴン診療所（宮古島）院長
2017年～現在 ドクターゴン鎌倉診療所 在宅医療部長
 横浜市立大学医学部 臨床准教授
 東海大学看護学部 非常勤講師

利益相反：無

S27-2

ターミナル期における訪問看護師の役割と連携

申間 一彦 クシマ カズヒコ
ひなた訪問看護ステーション

ひなた訪問看護ステーションでは自宅で最後まで在宅療養を継続したい、本人も残される家族も納得のうえ自宅で看取りたいという方の訪問看護依頼を受けている。依頼元は那須地区の病院や県中央部の病院、地域のケアマネジャーなどである。緩和医療専門医や在宅の緩和ケア認定看護師との連携をはじめ、訪問薬剤師、ケアマネジャー、介護ヘルパー、訪問入浴業者、福祉用具、在宅酸素業者など多職種と関わりをもつようにしている。

訪問診療や往診では、本人がどうしたいかを確認の上、低アルブミン性心不全の有無、癌性疼痛（体性痛・内臓痛）の有無や医療用麻薬について、今起こっていることやこれから出現するであろう変化を予測して伝えられる。

日々の訪問看護では、神経症状の有無や変化などを観察しながら日常生活の支援や家族支援を行っている。

オピオイドが処方されている場合はベースやレスキュードーズの使用状況と共に効果の判定をしている。作用持続時間が短縮し、ベースが不足していると判断した場合は主治医に報告し増量を検討してもらい、錠剤やカプセルの服用ができなくなった場合は持続注入器による皮下注射・静脈内注射で投与される。確実に投与されるよう注射部位や持続注入器の管理を行っている。

死亡前10日以内に出現した神経症状累積頻度の変化（渡辺邦彦・はじめてでもやさしい地域緩和ケア2020,学研, P30）によると、項部硬直、痙攣、嚥下障害、尿閉、昏睡、無呼吸発作、神経障害性疼痛、瞳孔散大、過高熱などの神経所見が出現することを確認されている。

ターミナル後期の死亡前数日間には、さまざまな神経症状が見られ、その徴候を念頭に入れて観察するといわゆる“急変”の多くが予測できる現象となることを経験した。症状変化に合わせて主治医や緩和ケア認定看護師と連携することにより最後の1週間を見逃さないことにつながると感じている。

【演者略歴】

昭和60年 宮崎県立田野病院（一般外来、救急、在宅看護、手術室、ICU、一般病棟）
平成 2年 柳橋病院＜順天堂大学関連病院＞（内科、外科、整形外科病棟）
平成29年 つやま訪問看護ステーション
平成30年 訪問看護ステーション那須
令和元年 ひなた訪問看護ステーション開設

利益相反：無

S27-3

ターミナルになっても床ずれを作らないために「床ずれ危険度チェック表」の活用

助川 未枝保 スケガワ ミシホ
ジャルダンカトレアいすみ

多くのケアマネジャーは、利用者がターミナルの時期になると「床ずれ」は仕方がないものとあきらめています。しかし、「床ずれ危険度チェック表」に基づき予防を行うと、「床ずれ」を作らないで過ごすことができます。この「床ずれ危険度チェック表」はケアマネジャーのために開発された床ずれリスクアセスメントです。これまでのブレーデンスケールなどのリスクアセスメントと相関性があることが実証されており、着衣を脱いで調べることなくチェックすることが出来ます。ケアの質を上げて、利用者が気持ちよく安全に療養生活が送れるように検討していきます。

【演者略歴】

昭和56年～昭和62年：千葉市療育センター「ふれあいの家」相談員
平成 7年～平成17年：船橋市東部在宅介護支援センターセンター長
平成17年～平成24年：船橋市前原地域包括支援センターセンター長
平成28年～令和 6年：船橋市三山・田喜野井地域包括支援センターセンター長
令和 6年～：ジャルダンカトレア施設長

利益相反：無

S27-4

SNSを活用した緩和ケア専門医、緩和ケア認定看護師との連携、離れていても大丈夫！ 介護士として安心なケアの提供ができる

知久 淳子 チク ジュンコ
株式会社ヴィーナス グランツこむぎ

知久淳子 上野なつみ 高橋由樹 福田皓宏 片見明美 栃村久美 藤田洋美 平石のぞみ 大川孔司 薬剤師
在宅ほすびす 渡辺邦彦医師

【はじめに】私が所属する在宅ケアグランツこむぎは栃木市にあります。SNSを活用し末期がん利用者の「好きに生きたい」を叶えるために50km離れた緩和ケア専門医、緩和ケア認定看護師とチームを組み看取りを実践したケースを発表する

【方法】88歳男性、末期がん。栃木県北から栃木県南の住宅型有料老人ホームに転居した。本人の強い希望で係っていた医師、看護師に加えて私達介護士が加わる事でチームが出来上がった。

私達訪問介護は利用者の生活を支える為、年中無休で稼働。人材不足に関してこむぎも例外ではない。そのなかで「栃木県医療介護ネットワーク」通称「どこ連」を活用し私達介護士が本人の変化をいち早く報告できること、また本人が楽しく過ごされている様子を写真や動画で共有。入浴がしたい。車椅子に乗りたい。ワインが飲みたいなど本人の目標である「好きに生きたい」を支えてきた。今日したい事やスタッフの悩み事も医師や看護師、薬剤師と共有することで、苦痛や不安が直ぐに取り除けた。残された時間の中で本人家族が安心して穏やかに笑顔で過ごせる。「好きに生きたい」を目指し本人の“生ききる”私達の“やりきる”が実現できた。

【まとめ】私は、地域緩和ケアチームの連携とチーム力で質の高い様々なアプローチを実践できると考えます。また、時代に合ったSNSを駆使しスタッフの不安を直ぐに解消することで、より質の高いケアの提供ができました。

【演者略歴】

栃木県栃木市生まれ。

介護福祉士取得後、デイサービス、訪問看護で勤務する

地域緩和ケアジェネラリスト取得

介護職員等略称吸引資格取得

現在、サービス提供責任者と介護統括マネージャーを兼務

利益相反：無

S27-5

臨終期の予後予測：最新エビデンスと在宅ケアの実践

細井 崇弘 ホソイ タカヒロ
ファミリークリニックさくらの森

在宅療養中の患者の臨終期において最善の医療・ケアを提供するためには、正確な予後予測が必要不可欠である。末期がん患者を対象とした日本の先行研究では、臨終期において遺族が患者に対し「死を前提とした行動を取れていたか」は遺族の精神的予後に影響することが報告されている。また、臨終期についての医師から家族への説明に関する日本のがん患者の遺族調査において、医師が臨終期に起こりうる徴候や症候について言及しながら、【先々の見通しがつく】【明確】な説明をすることが遺族に望まれていたとされる。臨終期の患者の症候・徴候に関する知識と、それを家族へ伝えるコミュニケーションスキルは、在宅医療・介護従事者にとって必須である。

末期がん患者に関しては、死亡直前の症候・徴候、バイタルサインの変化に関する研究が多数報告されている。今回は、これら症候・徴候の頻度、さらに様々な予後予測因子を組み合わせた日単位の予後予測ツールについて解説する。加えて、演者らが行った臨終期の非がん患者を対象とした死亡直前の症候・徴候に関する研究も報告する。

これら死亡までの経過のエビデンスを、在宅医療の現場でどのように活用していくかは重要な課題である。いかにして家族へ伝えていくかというコミュニケーションについて、現時点で報告されている研究結果を基に解説する。さらに、異なる職種が異なる時間帯に介入することの多い在宅医療の現場において、どのように情報共有していくかという職種間のコミュニケーションについても考察する。

【演者略歴】

2010年 秋田大学医学部卒業
2012～2024年 つくば家庭医・総合医プログラム修了後、筑波大学 総合診療科所属
2021年 筑波大学大学院 人間総合科学研究科疾患制御医学専攻 修了
2025年 ファミリークリニックさくらの森 開業予定

利益相反：無

シンポジウム28

ACPについての最近の議論と動向、実践を考える

S28

【セッション概要】

わが国では、近年ACP（Advance Care Planning）の重要性が認識され、本人の意思を尊重した意思決定支援が普及され、その実践が取り組まれてきている。その中でAD作成を目的化するのではなく、本人の価値観や目標について十分な対話を行うことが重要であることが共通理解されているが、ACPそのものについての考え方やその実践方法については様々な議論がなされ、臨床現場において模索が続いている現状があり、今まさにACPは踊り場に立っているとも言われている状況である。そこで、本シンポジウムでは、ACPに関する最近の議論・動向について最新の研究知見を踏まえて概説いただくとともに、多様な臨床実践の場（在宅医療、在宅看護、小児）でACPに取り組まれている方々にご登壇いただき、それぞれの場の実践状況や動向・課題などを発表いただき、ACPの本質、これまでの発展過程を振り返りながら、これからの実践を考える機会としたい。

座長：川口 篤也 カワグチ アツヤ

函館稜北病院

【座長略歴】

2003年 北海道大学医学部卒業
北海道内の一般内科、総合診療科に勤務
2012年 東京医療センター 総合内科
2013年 勤医協中央病院 総合診療センター 副センター長
2016年 函館稜北病院 総合診療科科長
2018年 函館稜北病院 副院長・総合診療科科長

座長：片山 陽子 カタヤマ ヨウコ

香川県立保健医療大学

【座長略歴】

2007年 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
2013年 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科准教授
2016年 同教授、2020年から看護学科長兼任
2022年 Affiliate Member of the Faculty of Graduate Studies within the School of Public Health and Social Policy, University of Victoria , Canada
2024年 香川県立保健医療大学教授兼副学長

S28-1

ACP～最近の議論も含めた概説

森 雅紀 モリ マサノリ

聖隷三方原病院緩和支援診療科

近年、医療・介護領域や地域においてAdvance Care Planning（ACP）が話題になってきた。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」の解説編でのACPの説明をはじめ、国内外でACPに関する様々な定義や推奨が提唱された。しかし、実臨床でのACPの実践には様々な困難が伴う。「ACP」が何を指すのかが語り手によって異なること、一見ACP関連の課題と書いていても実はその他の要素が大きな問題であることも少なくない。また、ACPの実践には多様な障壁があるだけでなく、目的が曖昧になることもしばしば経験する。地に足の着いたACPの実践には、歴史的な経緯やエビデンスを踏まえた上で、ACPの論点や目的を明確にすることが重要である。

本講演では、まずACPの歴史的経緯を概説する。特に事前指示書が注目された30余年前から、話し合いのプロセスが重視されるようになった流れを振り返る。次に、ACPに関するエビデンスを整理する。多様な研究や系統的レビューが報告され、総じてみるとACPは短期的なアウトカムは改善するものの、目標に一致したケアやQOL改善を実現することはほとんどないことが示された。これらを受けて、数年前には米国の複数のオピニオンリーダーたちからACPへのアンチテーゼが唱えられた。ACPの推進派と懐疑派の間で活発な議論が行われ、主な論点が整理された。

以上を念頭に私たちは日本の臨床現場で何を議論し、どのように実践に繋げていけばよいのかを検討する。ACPは手段であって目的ではない。「現場の課題は何か」から目をそらさず、困りごとに対応していくことが肝要である、その試みにACPが一つの要素になることもある。リアルワードでACPを実践するためにはどのようにすればよいのか、会場の皆様とご一緒に考えられれば幸いです。

【演者略歴】

2002年 京都大学医学部卒業

2002～2007年 沖縄県立中部病院、ベスイスラエルメディカルセンター初期研修（内科）

2008～2011年 MDアンダーソンがんセンター、パーモント大学医学部後期研修（緩和ケア、血液・腫瘍内科）

2011～2016年 聖隷浜松病院（緩和ケア）

2016年～現在 聖隷三方原病院（緩和ケア）

利益相反：有

S28-2

在宅医療におけるACPの実践と課題

原澤 慶太郎 ハラサワ ケイタロウ
医療法人社団はな

「自己決定」、「自分らしさ」、「価値観」という言葉で何かが括られるとき、わたしは違和感を覚える。人の意思は概ね「変わる」ものなので、「決められない」ことも当然ある。また自分らしさは、自分自身でもよくわからないことが多い。その前提に立てば、医療の論理に基づく「合理的」な意思決定支援によって、失われるものは多いように思う。わたしはあなたに影響することもあるし、影響されることもある。わたしは自らも変わりうる覚悟をもって、あなたの前にいるだろうか。意思決定の場面において、あなたの変りうる可能性に対して、わたしはその可能性を閉ざすものになってはいないだろうか。医療者であるわたし自身の加害性に目を向けると、その残酷さを回避するためにできることがあるように思う。他者からの訂正可能性も踏まえて、もしものための大切な対話に臨む「あなた」ではなく、「わたし」の準備性や立場性にも着目しながら深めてみたい。

【演者略歴】

2004年慶應義塾大学医学部卒、家庭医療専門医、在宅医療専門医。亀田総合病院にて初期、後期研修。2011年東日本大震災後、福島県南相馬市立総合病院出向、その後亀田総合病院 在宅診療科にて医長を経て部長代理。2015年一般社団法人iACP設立、「もしバナゲーム」を通じて多様性や思いのゆらぎについて考えることを世に問うている。2018年故郷の東京都港区で、はな医院開業。クリニック名は、大好きな妻の名前。

利益相反：無

S28-3

診療所でのACPの実践と課題～看護師の立場から考える～

中川 真紀 ナカガワ マキ
仲川 郁子 ナカガワ イクコ
堤 英子 ツツミ エイコ
佐藤 真紀子 サトウ マキコ

社会福祉法人知恵の光会フロムワン付属診療所

当診療所で行っているACPを看護師の立場から考えると、1、外来診療でのACP 2、地域への取組みとして街角出前講座 3、訪問診療での取組みとして診療所主導型在宅医療学習会実施があがった。

1では、診察室や処置室での何気ない会話の中に、ACPに関わると感じた事はカルテに残し情報共有している。

2では、在宅医療及びACPについての啓発活動として、地域住民向けの講演会をこれまでに5回行った。講演会では、横須賀市における在宅医療の取組みや、横須賀市医師会在宅医療推進連携拠点「かもめ広場」で作成された、かかりつけ医と病院医師・関係職種が、適切な医療・介護を行うための情報を共有するファイルである「よこすかりんくパスポート」を紹介し、その中に入っている意思決定支援に関する説明と、横須賀市医師会版ACPシートである「あなたの意思を伝える」の記載を実際に行い考える時間を作った。その後、講演会内容の理解の有無や感想を聴取するため、診療所に通院されている方に、アンケートを実施した。繰り返し行う事が大切と考え、1年後の今年もインタビュー形式でのアンケートを実施している。実施においては学会発表の参考にする旨を説明し承諾を得ており、発表では個人が特定されないように配慮する。

3では、月に1～2回の訪問診療時だけではACPを行う事は難しく、その方に関わる多職種間での情報共有が必要となる。多職種が集めた本人の想いを共有しつなぐためのツールとして、「よこすかりんくパスポート」の使用を考え学習会を2回行った。

まだリンクパスポートは活用されておらず、学習会を重ねる事で、ACPへの認識とリンクパスポートを活用した情報共有を深めていきたい。そして、当診療所看護師は、医師と多職種の窓口となっており、今後は、リンクパスポートに集めた想いをつなぐ役割も担いたいと考えている。

これらの取組みの実際と課題を発表する。

【演者略歴】

1993年4月 国立療養所宇多野病院（独立行政法人国立病院機構宇多野病院） 神経内科 外科勤務
2001年4月 舟木病院（広島県広島市）
2005年 緩和ケアナース育成研修（専門コース）修了
2010年4月 社会福祉法人知恵の光会 フロムワン付属診療所（神奈川県横須賀市）
2011年 （公）日本リウマチ財団 登録リウマチケア看護師取得

利益相反：無

S28-4

小児ACPが提示する課題

笹月 桃子 ササヅキ モモコ
早稲田大学人間科学学術院

現代医療は、社会から要請される役割が変容し、拡張している。疾患の治癒や救命のみならず、個人の尊厳感の保持や幸福の実現が求められる。生きること、死にゆくことへの意味づけが語られる。

医療における意思決定支援の一つの方法論的概念であるACPは、人の生き方に関わる、事前の、より個別的で価値的な対話を促し、「その人らしい人生を」と謳う。当然ながら、自己決定概念が基盤にある。このACPを、新生児・障害児も含めた小児領域に適用し、実践を試みるのであれば、いくつか克服すべき課題がある。

主体は誰か、対象は誰か、場面はいつか、目指すアウトカムは何か、代理意思決定としての倫理性はどのように担保されるのか。いまを生きる私たちは、予見できない未来を生きる子どもたちの代弁ができるのか。医療は社会からの要請にどこまで応えられるのか。謙虚に、丁寧に議論を尽くすことが求められている。

【演者略歴】

1994年～ 熊本大学医学部卒業、九州大学小児科入局、以後関連病院に勤務
2004～06年 米国Lucile Packard Children's Hospital at Stanford, Pain management and palliative care team留学
2006年～ 福岡東医療センター小児科（2009年～同小児科医長）
2013年～ 九州大学大学院入学、九州大学病院小児神経科・小児緩和ケアチーム勤務
2017年～ 西南女学院大学保健福祉学部 准教授、2021年～同教授
2024年～ 早稲田大学人間科学学術院 教授
福岡市立こども病院・重症児者医療療育センター久山療育園 非常勤医師
日本小児科学会 専門医・倫理委員会委員
日本生命倫理学会 理事・評議員
日本臨床倫理学会 評議員・上級倫理認定士・上級委員会委員
日本緩和医療学会 将来構想委員会小児緩和ケアWPG員

利益相反：無

シンポジウム29 日本プライマリケア連合学会・日本緩和医療学会・日本緩和医療薬学会・日本在宅医療連合学会 合同企画

プライマリ緩和ケア ～緩和ケアとプライマリ・ケアの統合

S29

【セッション概要】

癌による全死亡のうち、緩和ケア専門医による緩和ケア（Subspecialty Palliative Care）を受けた患者の割合は約24%で、緩和病棟で亡くなる患者は約10%にとどまることが報告されている。癌や非癌疾患に対する緩和ケアのニーズとSubspecialty Palliative Careのギャップを埋める手段として、近年、プライマリ緩和ケア（Primary Palliative Care）という概念が提唱され注目されている。そして、在宅医療 Home-Based Primary Careは通院困難な患者へプライマリ・ケアを提供する強力な手段である。今回は、これらの分野で活躍されている3人（下記）の先生方に、それぞれの立場からプライマリ・緩和ケアについてご講演いただく。その後会場参加者も交えて質疑応答・シンポジウムを行いたい。

- (1) 田上恵太医師・東北大学病院緩和医療科
- (2) 坂本岳志薬剤師・(有) サンメデイカル薬局
- (3) 藤沼康樹医師・生協浮間診療所

*このセッションは、4学会（日本在宅医療連合学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本緩和医療学会、日本緩和医療薬学会）合同企画である。

座長：伊藤 大樹 イトウ ヒロキ
あおばクリニック

【座長略歴】

医療法人あおばクリニック院長・福岡市在宅医療医会会長・福岡東在宅ケアネットワーク副代表・全国在宅療養支援医協会福岡県世話人・九州大学医学部臨床教授・福岡大学医学部臨床教授・非常勤講師・米国総合内科専門医・米国循環器科専門医
神戸大学医学部卒業、沖縄県立中部病院で初期・後期研修、県立宮古病院を経て、2003年に渡米し、ハワイ大学臨床内科レジデント、シカゴ・ロヨラ大学循環器科フェローとして研修を行った。2012年に帰国し、2014年より現職。

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・循環器内科臨床研修
2006年 カナダ・トロント大学 留学
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 理事、地域医療・かかりつけ医活動委員会 委員長
総務／将来構想委員会 委員
日本循環器学会 脳卒中と循環器病克服5カ年計画ワーキンググループメンバー
「循環器疾患における緩和ケアについての提言」協力員
日本心不全学会 緩和ケア推進委員会、健保対策委員会 委員
「高齢心不全患者の治療に関するステートメント」作成委員
「急性慢性心不全診療ガイドライン かかりつけ医向けガイダンス」策定委員
「重症心不全患者への在宅静注強心薬持続投与指針」作成委員長
日本在宅医療連合学会 評議員
東京都医師会 在宅医療委員会 委員

心臓病をふくめた障害をもつ人々が安心して住み慣れたところで過ごせる社会づくりに貢献するために、2012年東京にゆみのハートクリニックを開設。2024年現在、東京・大阪・福岡に外来と在宅診療を行う診療所を7拠点運営する。全国の循環器クリニックのネットワークJapan Cardiology Clinic Networkの事務局、地域の非循環器専門の医療・介護従事者のICTプラットフォームHeart Care Stationの事務局を務めるなど、地域での循環器医療発展のために活動を行っている。

S29-1

緩和ケアと卓越したジェネラリスト診療

藤沼 康樹 フジヌマ ヤスキ
生協浮間診療所

近年家庭医療学の領域で注目されているコンセプトに卓越したジェネラリスト診療Expert Generalist Practice（以下EGP）がある。これはプライマリ・ケア診療を単にアルゴリズムやガイドラインを適用することが強調される欧米の保険医療システムに対して、本来のプライマリ・ケアは患者ひとりひとりの個別性（価値観、生活の文脈、実存等）にプライオリティを置く、診断推論や臨床判断が必要であり、場合によっては医療化（Medicalization）を避けて、まず生活相談からはじめるべきでないかという運動である。このEGPのコンセプトを提示している代表的な英国のGPであるJoanne ReeveのPhD論文は、GPに通院する進行した悪性腫瘍の患者たちを対象とした質的研究に基づくものであった。Reeveはその中で、進行した疾患を持つ患者たちが何を大事に生活しているのかについて、予想しなかった結果を得た。それは患者たちは、普通の毎日の生活ルーチンを非常に大切にしていたということだった。この結果は現象学者・哲学者のHavi Carelの健康に関する一連の論考と結びついて、患者主体を対象とする解釈学的医療（Interpretive Medicine）に結実し、EGPの臨床的方法の基礎を形成することになった。EGPの起源は実は緩和ケア的な文脈にあることに注目し、プライマリ・ケアと緩和ケアの理論的ホモロジーについて検討したい。

【演者略歴】

1983年新潟大学医学部卒業
2006年より医療福祉生協連家庭医療開発センターセンター長
2011年度武見奨励賞受賞

利益相反：無

S29-2

専門的緩和ケアがプライマリケア/在宅医療に果たす役割について

田上 恵太^{1,2,3,4} タガミ ケイタ

¹ 医療法人社団 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 KISA2隊/K2プロジェクト

⁴ よしき往診クリニック

これまで「がん・AIDS・慢性心不全」については、まだまだ改善の余地は残すものの国策として緩和ケアの体制が整備されてきた。今後2050年にかけて65歳以上の高齢者人口が急増していくことを踏まえると、がん・慢性心不全のような有病率・全死亡数の中でも割合の高い疾患に罹患し人生の最終段階を迎える人口も急増する他、老衰を含めた、がんに限らない疾患の人生最終段階における緩和ケアのニーズは高まっていくことが容易に想像できる。

本邦に限らず世界中において、緩和ケアは「プライマリケア領域」の重要な要素の一つとして捉えられている。その中で我々がビジョンを持って計画してくべきなことは「Primary Palliative Care」どの医療者も地域の方々に提供できる一次緩和ケアの質の向上と、「Tertiary Palliative Care」専門的緩和ケアへのアクセス向上である。

発表者は2021年より「Integration of Primary care & Palliative care (IPP)」の概念を打ち出し、プライマリケアと専門的緩和ケアが協働した地域実装を行ってきている。IPPの考え方を会場と共有し、更なる新たな発想にたどり着いてみたい。

【演者略歴】

2008年 関西医科大学医学部医学科卒業

2012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 東北大学大学院医学系研究科緩和医療学分野

2023年 やまと在宅診療所登米

2024年 現職

利益相反：無

S29-3

保険薬局薬剤師はプライマリ緩和ケアの担い手となりえるのか

坂本 岳志 サカモト タケシ
(有) サンメディカル

薬局の役割は医薬品の供給であるが、未病からの対応や地域の健康相談室としての役割、健康サポート薬局の認証などもあり、また薬剤師は基本ジェネラリストの性質を持ち合わせていることから薬局薬剤師は普段からプライマリケアに従事していると言える。また日本における薬局の数は厚生労働省の衛生行政報告例によると、令和4年度末時点で6万2375施設ある。この中で麻薬を取り扱うために必要な麻薬小売業者の許可を取得している薬局は80-90%であると言われており、麻薬の供給能は十分にありと推測される。

さらに2021年8月より認証が開始された「地域連携薬局」、「専門医療機関薬局」は地域医療やがん専門医療に特化した認証であり、双方とも麻薬の調剤応需体制が必須となる。日本薬剤師会は地域連携薬局を日常生活圏域（中学校区）に1、2か所として1万5000軒、専門医療機関連携薬局は癌医療の想定区域である2次医療圏に2薬局以上として800軒を当面の目標としている。

これらのことから薬局はプライマリ緩和ケアの要件を十分に満たしていると想定されるが、現状はどうであろうか。Web研修のアンケート結果によると、麻薬の在庫数が0品目と回答した薬局が30%以上にも上り、10品目以上在庫している薬局は30%で以下であった。さらに麻薬を扱う薬局がわからない・見つからない、麻薬を手に入れるまでに時間がかかる等の声もよく聞こえ、プライマリ緩和ケアを支える麻薬の供給体制が十分であるとは言い難い現状がある。さらには薬剤師個々の知識の差や地域連携の構築等、まだまだプライマリ緩和ケアを支えるだけの体制が整っているとは言い難いのが現状と考える。

そこで今回、プライマリ緩和ケア領域での薬局の事情や問題点を提示し、真にプライマリ緩和ケアの担い手になるためどのような方策が必要なのかについて議論ができればと考える。

【演者略歴】

1997年3月 筑波大学附属病院薬剤部入局
2003年4月 株式会社アインファーマシーズ入社
2005年2月 あけぼの薬局入社
2013年5月 あけぼのファーマシーグループ 在宅支援室室長
2022年1月 有限会社サンメディカル 執行役員

利益相反：無

シンポジウム30 摂食嚥下リハビリテーション学会合同企画

摂食嚥下リハビリテーションを在宅に活かす

S30

【セッション概要】

摂食嚥下障害がある場合、単に評価と回復訓練を提供、希望に応じた提供を行うだけでは、食事に関する生活課題が解決しないことも多い。とくに、長期にわたり患者さんとの関わり合いを継続する在宅の現場においては、病態と、人生の中のステージに応じた援助と寄り添いが必要となります。多職種共同の対応において、近年、急速な進化を認める摂食嚥下リハビリテーションに関して、現状、在宅の場におきすすめられること、問題点として認識されていることの再認識、に加え、さらに生かしてゆくヒントを、在宅に関わり続けられている各職種の経験と知識をふまえてご講義いただきます。

座長：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

【座長略歴】

1995年3月 自治医科大学医学部卒

2008年6月 NPOグリーンタウン呼吸嚥下研究グループ設立 理事長（現職）

2009年2月 （株）グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング 代表取締役社長（現職）

2010年9月 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック開設 院長

2014年7月 在宅支援目的病棟許可を受け有床診療所化 院長（現職）

座長：前田 玲 マエダ レイ

帯広中央病院栄養科

【座長略歴】

1996年 女子栄養大学栄養学部栄養学科実践栄養学専攻 卒業

1997年 医療法人社団ルーク会ルカ病院

2005年 医療法人杏和会おびひろ呼吸器科内科病院

2018年 藤女子大学大学院人間生活学部食物栄養学科 卒業

2019年 社会医療法人恵和会帯広中央病院（旧おびひろ呼吸器科内科病院） 在職中

【所属学会】

日本在宅医療連合学会、日本在宅栄養管理学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本病態栄養学会、日本栄養改善学会、日本糖尿病・妊娠学会、日本臨床栄養学会、日本リハビリテーション栄養学会

S30-1

摂食嚥下障害と誤嚥性肺炎への対応

井上 登太^{1,2,3,4,5} イノウエ トウタ

¹ みえ呼吸嚥下リハビリクリニック

² (株) グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング

³ NPOグリーンタウン呼吸嚥下研究グループ

⁴ 畿内会 岡波総合病院 呼吸器科

⁵ 岡谷会 おかたに病院 呼吸器科

摂食嚥下障害による問題として大きく5項目が挙げられます。狭義の栄養状態にかかわる身体変化、誤嚥性肺炎、窒息、介助を含む食事環境調節の必要性、QOLであり。これらをふまえたうえで苦痛を緩和し、楽しみ、満足できる人生期間をいかに獲得維持するかが最終的な課題となります。現在の地域の現状毎に、対象数変化、医療介護福祉に関するインフラの状況が異なり、医療介護の必要時期、必要度に応じた効率的なかわりも必要となっています。誤嚥性肺炎は、口腔ケアが広まる以前と比較して、原因菌や病態も異なっており、また現在は高齢化の進行に伴う、医療介護関連性肺炎としての病態へと時代とともに変化してきています。摂食嚥下障害や誤嚥性肺炎が、多くの方の人生の一過程に含まれることは周知されつつありますが、苦痛を緩和し、後悔を少なく、低QOLを来たさないために、本人、家人やかかわる方々の経過の理解、受容が必要です。誤嚥性肺炎や、窒息に関して人生の正しい経過としてのもの、改善回復可能なものとの判別を行い、不測事態や事故ではなく受容を進めるためには、誤嚥性肺炎をきたす方々の人生経過を理解することが参考となります。摂食嚥下障害にて紹介される方のうち原因が明確にされず対処療法を施行されている方が多く、治療可能な疾患や悪性腫瘍などの異なった認識の上で対応が必要な方も多くみられます。口腔機能、姿勢を含む身体機能、嚥下機能、呼吸機能はお互いに関連補完しつつ、誤嚥性肺炎、窒息のリスクにも関与し、頸椎変形、消化管運動不全、免疫抑制はリスクを助長します。また、誤嚥性肺炎罹患後の治癒率に関連して耐性菌の発生リスクの考慮が必要とされます。今回、誤嚥性肺炎、窒息のリスクを踏まえたうえでの、摂食障害を持つ方とかかわる過程と対応を簡便に示させていただきます。

【演者略歴】

1995年3月 自治医科大学医学部卒

2008年6月 NPOグリーンタウン呼吸嚥下研究グループ設立 理事長（現職）

2009年2月 (株) グリーンタウン呼吸嚥下ケアプランニング 代表取締役社長（現職）

2010年9月 みえ呼吸嚥下リハビリクリニック開設 院長

2014年7月 在宅支援目的病棟許可を受け有床診療所化 院長（現職）

利益相反：無

S30-2

在宅療養患者の食べるを支える、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

在宅患者に対する摂食嚥下リハビリテーションにおいては、本人の機能や療養環境に合わせたリハビリテーションを適正に実施することによって、食べる楽しみを取り戻す者が多い。一方で、当クリニックにおいて、嚥下障害を主訴に訪問を開始した在宅療養患者のうち約半数は、2年の間に死亡や入院により療養生活が中断に至るという実態もある。食べる機能は、生命の根幹であることを考えると、食べる機能の低下を示すということは、終末期に近づいてきたと捉えることもできる。人生におけるこの負の傾きを受け入れ、時として、死が近いということも受け入れることができれば、無理しない範囲で「食べられるだけ食べる」という考えも正解となることもある。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り、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10月 口腔リハビリテーション多摩クリニック 院長

利益相反：無

S30-3

言語聴覚士の立場で摂食嚥下リハビリテーションを在宅に活かす

永来 努 エイライ ツトム
株式会社コンパス

リハビリテーションは、すべての国民が住み慣れた地域において、生涯を通じてできる限り自立した生活を送ることができるよう、予防から急性期・回復期・維持期・生活期の各段階において、切れ目なく適切に提供する必要がある。患者と家族が安心して在宅療養生活を送れるよう、医療機関、介護・福祉関係機関、行政機関、患者団体等が連携し、地域における包括的なリハビリテーション提供体制づくりの推進が求められている。安心のある在宅生活を送るためには、このような連携は必須であり、患者の状況の変化や症状に応じた迅速で柔軟な対応が必要になる。栄養摂取の方法や手段についても同様で、安全性と安定した摂取方法などが統一されていることが望ましいと考える。在宅生活における摂食嚥下障害患者に対してのかかわりは、誤嚥性肺炎や窒息といった生命維持にかかわる問題と背中合わせにあり、非常に慎重な対応が求められることが多い。さらに難病や終末期だけでなく、加齢に伴う変化においても、経口摂取の継続を推し進めるべきか否かについての評価は非常に重要である。このような場合、予防的な観点で経口摂取の継続を断念し、非経口での栄養摂取の手段を選択することもある。これらを判断する時期やタイミング・導入などは、データだけで判定することが難しく、日々の全身状態や状況の変化の情報を集約し、チーム内で共有しておくことが重要になる。もちろんQOLの観点では、患者の意思を尊重することも重要ではあるが、尊厳にかかわることでもあり、判断が難しい。本シンポジウムでは、摂食嚥下リハビリテーションを在宅生活に活かすため、評価のポイントや症例を示しながら言語聴覚士のかかわりを紹介する。

【演者略歴】

1995年 神戸総合医療専門学校言語聴覚士学科卒業
1995年 医療法人大道会ボバース記念病院リハビリテーション部
2001年 個人事業主開業
2008年 株式会社コンパス創業 現在に至る
一般社団法人訪問リハビリテーション協会 理事
一般社団法人訪問リハビリテーション振興財団 委員
一般社団法人日本言語聴覚士協会 介護保険部 委員
一般社団法人大阪府言語聴覚士会 理事

利益相反：無

S30-4

摂食嚥下リハビリテーションを在宅に活かす ～管理栄養士による食支援・栄養管理の必要性と今後の課題～

房 晴美^{1,2,3} ボウ ハルミ
時岡 菜穂子^{2,3} トキオカ ナオコ

¹ 羽衣国際大学人間生活部食物栄養学科非常勤講師

² 特定非営利活動法人はみんぐ南河内

³ 機能強化型認定栄養ケアステーションからふる

高齢化が急速に進む中、在宅における摂食嚥下障害の方への支援は急務となっている。管理栄養士は、個々の嚥下病態に応じた食形態の調整と栄養管理を、各家庭の食生活状況を尊重しての関りが求められるので、管理栄養士の高いスキルが望まれる。私は、現在在宅での活動を行っている中で摂食嚥下障害の方への管理栄養士の介入は、さほど行われていないことを実感している。在宅では、すべてはご本人、ご家族主体であり、生活状況、生活水準、意識度、理解度など個々に大きな違いがある。そして、もっと厄介なことは、在宅高齢者やご家族が摂食嚥下障害またはそのリスクがあることをあまり認識していないことである。私が介入した高齢者の自立支援を目的とした訪問サービスC事業では2020年から2023年の期間、摂食嚥下障害の介入は、わずか1.8%、居宅療養管理指導では14.2%であった。通所リハビリテーションの栄養アセスメント業務で2024年1月から3月まで調べた結果、口腔機能向上加算Ⅱ計画書・栄養アセスメント表の口腔関係の9項目でチェックがある利用者は、全体で17%、ある事業者では59%もあることがわかった。そして注目すべき点は、これらの症状があるにも関わらず日常食べているのは常食（普通食）であることだ。ところが、BMIが平均24.5で、食事摂取量に問題がなしのため低栄養状態のリスクレベルでは低リスクと判定されている。果たして、本当に低リスクで良いのか。このことも管理栄養士の介入に繋がらない一つの要因だとも考えられる。本日は、在宅における摂食嚥下障害の方やそのリスクがある方への、管理栄養士による食支援・栄養管理の必要性と今後の課題について、症例を通して一緒に考えていきたい。

【演者略歴】

房晴美（ぼう はるみ） 管理栄養士
日本摂食・嚥下リハビリテーション学会認定士
日本摂食・嚥下リハビリテーション学会評議員
南河内嚥下研究会代表

【学歴】

1980年 大阪府立公衆衛生学院栄養学科卒業

【職歴】

1980年 日立家電販売株式会社回転機課入社
1982年 医療法人頌徳会日野病院 栄養科入職
1991年 医療法人ラポール会 青山第二病院栄養科入職
2013年 医療法人温心会 堺温心会病院栄養部入職
2019年 医療法人恵泉会 堺平成病院栄養部
(平成31年4月名称変更) 退職

【現職】

羽衣国際大学人間生活部食物栄養学科 非常勤講師
にしひら内科クリニック、石倉医院 非常勤勤務
NPO法人はみんぐ南河内
機能強化型栄養ケアステーションからふる

【所属学会】

日本摂食・嚥下リハビリテーション学会
日本在宅栄養管理学会
日本臨床嚥下研究会

【賞罰】

2007年 5月 大阪府栄養士会 太田いそ研究奨励賞受賞
2013年11月 大阪府栄養関係功労者知事表彰
2019年 7月 厚生労働大臣表彰受賞

利益相反：無

シンポジウム31 日本緩和医療学会合同企画

～オピオイド持続注射を在宅医療で広めるために何ができるか～

S31

【セッション概要】

在宅緩和ケアの質を高めるための一つの分岐点となるのが、オピオイドの持続注射ができるかどうかです。決して注射だけが大切というわけではありませんが、在宅でこれが「できる」「できない」により患者の運命が分かれることもあるのも事実です。

本学会に参加される施設では「できる」ところがほとんどではないかと思われそうですが、まだまだ「できない」施設が少なからずある中、以下の観点に絞って議論を進めます。

①どのような在宅患者にオピオイド持続注射が必要か（つまり在宅でどれくらい必要か）

②どうすれば在宅でオピオイド持続注射がより地域で広まるか

在宅緩和ケアの専門家である各演者には、自施設の取り組みに加え、よりマクロな視点での発表をお願いしています。

座長：廣橋 猛 ヒロハシ タケシ

永寿総合病院 がん診療支援・緩和ケアセンター

座長：茅根 義和 チノネ ヨシカズ

大森赤十字病院 緩和ケア内科

【座長略歴】

1998年 淀川キリスト教病院 ホスピス科

2000年 日本赤十字社医療センター 緩和ケア科

2008年 株式会社東芝 東芝病院 緩和ケア科

2018年 国家公務員共済組合連合会 東京共済病院 緩和ケア内科

2020年 日本赤十字社東京都支部 大森赤十字病院 訪問診療科

S31-1

オピオイド持続注射を在宅で広めるための課題と必要な方策

首藤 真理子 シュトウ マリコ
みなとホームケアクリニック

がん患者においては、急激に疼痛が増強したり、間欠的な激痛が出現することがあるが、痛みは速やかにコントロールしないと自宅にいることが不安になり、在宅療養の継続が困難になることがあるため、安全に配慮しながら、迅速に疼痛コントロールを行う必要がある。終末期には、苦痛症状が増強し、消化器症状や嚥下力の低下、傾眠傾向などによって経口摂取が困難となり、鎮痛薬の内服が難しくなる。自宅で最期まで過ごしたい患者にとって、終末期（約1-2週間）に増強する苦痛症状をどのようにコントロールするかは非常に重要な問題である。そういった場合に、患者自己調節鎮痛法（patient controlled analgesia; PCA）が有用で、通常はPCAポンプを用いてオピオイド注射薬を皮下もしくは静脈から持続投与する。PCAポンプを用いたオピオイド持続注射は、在宅でも安全に行うことが可能である。また、患者や家族が痛みの出現に合わせてPCAボタンを押すことでオピオイド注射薬を追加投与できるので、速やかに苦痛症状をコントロールできる。このように在宅療養を継続するために有用な手段にもかかわらず、十分には普及していないのが現状である。演者の施設におけるPCAポンプを使用したオピオイド持続注射の実施状況を提示し、オピオイド持続注射を在宅で普及させるための課題と必要な方策について検討する。

【演者略歴】

2005年4月から 国立がん研究センター中央病院 緩和医療科で緩和ケアの研修を受ける。

2008年10月から わたクリニック（東京都葛飾区）に勤務し、在宅緩和ケアに携わる。

2012年4月から 大分市医師会立アルメイダ病院へ緩和ケア部長として赴任し、緩和ケア病棟の立ち上げを行う。

2014年5月から わたクリニックに復帰。

2018年7月に みなとホームケアクリニック（東京都中央区月島）を開業し、在宅緩和ケアの普及に努めている。

利益相反：無

S31-2

オピオイド持続注射を在宅医療で広めるために訪問看護師の立場からできること

平川 未来 ヒラカワ ミク

訪問看護ステーション タック

オピオイドの剤型は内服、坐剤、貼付剤、注射があるが、内服での投与が消化器症状や病状進行に伴う嚥下機能や意識水準の低下により困難となることは少なくない。しかし、患者が使用していたオピオイドを変更せず又は複数の薬剤を使用し投与経路を持続注射に変更することで、在宅でも症状を緩和しながら療養を続けることができる。2023年度厚生労働省訪問看護療養費調査による統計では、訪問看護ターミナルケア療養費1を算定した利用者数は2,787、末期の悪性腫瘍が1,997である。特別な管理を必要とする別表8状態にある者は2,100、内訳を上位から、留置カテーテル利用者は1,002、在宅患者訪問点滴注射管理指導料算定者は567、在宅悪性腫瘍等指導管理を受けている状態にある者は300である。在宅悪性腫瘍管理は、在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている末期の患者に対し指導管理を行った場合に算定できる診療報酬であるが、300は鎮痛療法が必要な患者に最適な治療が届いているのか疑問である。今年度の診療報酬改定で在宅悪性腫瘍指導管理は、在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与指導管理と疼痛に限らずオピオイドが必要な呼吸器症状や対象疾病も心不全患者に拡大となった。対象患者に必要な症状緩和治療を届けるために介護職を含む多職種連携が重要なのはもちろん、訪問看護師が持続注射管理を適切に行うためには、管理に伴う知識と技術の習得、患者の目標に近づいているか症状の評価ができることが必要だと考える。全てのステーションにおいて持続注射管理ができるよう訪問看護師への教育機会や、実践の場での支援が必要である。在宅において「専門の研修を受けた看護師の同行訪問」を評価する訪問看護療養費があるが活用されていない。会場の皆様のご意見を伺いながら、がん性疼痛や呼吸器症状、消化器症状で苦しむ方がなくなるよう、地域でできることを考えていきたい。

【演者略歴】

1992年 看護師取得免許取得後、都立病院、総合病院で勤務

2008年 緩和ケア認定看護師認定、ELNEC-J指導者

2018年 訪問看護業務に従事

2020年 訪問看護ステーション開設、現職

利益相反：無

S31-3

在宅医療におけるオピオイド持続注射投与の必要性を考える ～在宅診療薬剤師の立場から～

佐久間 詠理 サクマ エリ

医療法人社団淳友会 わたホームクリニック

がん性疼痛はがん患者の大きな苦痛症状であり、身体的な痛みによって在宅患者のActivities of Daily Living（以下ADL）が低下するばかりでなく、不安が生じ精神的な苦痛をももたらす。患者のQuality Of Life（以下QOL）を著しく低下させる要因となり、速やかな症状緩和が求められる。がん性疼痛にオピオイド鎮痛薬で疼痛コントロールが行われる中、急激な疼痛の増悪時にオピオイド持続注射の投与を自己調節鎮痛法:Patient Controlled Analgesia（以下PCA）によって導入することで速やかな症状緩和が図れ、在宅患者は希望とする在宅療養を継続することができる。当院においては2023年に訪問診療を行ったがん患者636名の内およそ40％にPCAが導入され、PCAを導入した患者の97％が在宅でのお看取りとなりPCAの有用性が示されている。しかし、薬剤の投与のためには患者はルートで繋がれた状態に置かれるため、その拘束の負担がある。また在宅で使用するポンプは小型に設計されているが、ADLが保たれている患者にとってポンプの接続は、移動や動作を妨げるものになり得る。在宅療養は生活の中で行われるため患者の生活スタイルに合わなければ、導入できない、導入後すぐに離脱するということが起こる。患者が希望とする生活スタイルに合わせた医療を提供することが、患者の精神的な痛みの緩和に繋がる。患者の希望とする医療と医療者側の考える最善の医療とは異なることがある。患者の精神的な痛みの緩和を行わずに身体的な痛みの緩和のみでは、最善の医療にはならない。本シンポジウムでは、症例を通してPCA導入の必要性をお示しし、この有用なPCAが在宅医療においてまだ十分に広まっていない現状の要因を探り、広まるために必要なことを考えたい。

【演者略歴】

1986年 東邦大学薬学部卒業

1986年 明治製菓株式会社

1987年 新橋調剤薬局

1999年 株式会社水戸薬局

2013年 医療法人社団淳友会わたクリニック 現在に至る

利益相反：無

S31-4

病院緩和ケア医が在宅オピオイド持続注射普及のためにできること

石川 彩夏 イシカワ アヤカ
国立がん研究センター中央病院 緩和医療科

入院中はがん疼痛の速やかな緩和が求められる場面が多く、オピオイドの静脈内または皮下投与によるタイトレーションは有効な手段である。PCA（patient-controlled analgesia：自己調節鎮痛法）は持続的なオピオイドの静脈または皮下注射でベースコントロールを行い、ドーズボタンを押すことでレスキュー薬を追加投与することができる。持続投与量を調整することで必要なオピオイド量までタイトレーションを行う。入院中のがん患者においてPCAポンプを使用することで、患者自身が自己コントロール感を得つつ、良好な疼痛コントロールを達成できると報告されている。また、内服が困難な場合や体動時痛などのレスキュー薬投与に即効性が必要な場合にも有用である。

入院中に注射製剤を用いて症状コントロールができていた場合、内服困難な状況が続いている場合などはPCAポンプを在宅でも継続して使用できるように退院準備を整えていく。PCAポンプには様々な種類と特徴があり、施設によってその採用も異なるため、在宅のみならず病院の医療従事者においても基礎知識を身に付けておく必要がある。また、PCAポンプの在宅導入時には患者、家族の理解を深めることが重要で、入院中からの患者教育や退院時指導を行っている。PCAポンプを継続して在宅で使いやすいように、入院中から投与方法、流量設定など在宅医に引き継ぐための工夫を凝らしている。当院で実践している在宅へPCAポンプを持ち帰り退院とする際の流れや工夫をご紹介します、病院緩和ケア医が抱く在宅退院を支えたいという思いをお伝えする。本シンポジウム内で在宅医療に携わる先生方、訪問看護師、薬剤師の方からのご意見を受け、退院に向けて病院緩和ケア医にできることを深め、模索したい。

【演者略歴】

2015年 東京女子医科大学医学部医学科卒業
2015年 横須賀市立うわまち病院 初期臨床研修
2017年 横須賀市立うわまち病院 総合内科
2021年 国立がん研究センター中央病院 緩和医療科レジデント
現職に至る

利益相反：無

シンポジウム32 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会共同企画

非がん性呼吸器疾患終末期への一歩進んだ緩和ケア ―呼吸困難感に、即モルヒネで良いですか?―

S32

【セッション概要】

在宅で終末期にある患者様の呼吸困難にどう対峙してゆけば良いのでしょうか？単にモルヒネで良いのでしょうか？呼吸困難は最も大きな苦痛であり、単に疾患の進行に伴う身体的側面だけでなく心理的・社会的・スピリチュアルな側面によって相互に影響され「Total Dyspnea」として捉えることが重要です。また、呼吸困難は、非効率的な換気や呼吸仕事量の増加を来す「呼吸」、疾患の進行に伴う身体活動性の低下により四肢や呼吸補助筋の機能低下を来す「機能」、死に対する恐怖や過去の経験から不安や失望などを生じさせる「思考・感情」の3つの悪循環により持続・増加するともいわれています。このような呼吸困難の複合的な機序を鑑みれば包括的なアプローチが重要といえます。本シンポジウムでは呼吸困難のわかりやすい病態生理、呼吸困難をどうマネジメントするか、呼吸困難に対する看護ケア、呼吸困難への呼吸リハビリテーションについてご講演いただきます。

座長：谷口 博之 タニグチ ヒロユキ

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の後、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し、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ー運動療法ー第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。

座長：竹川 幸恵 タケカワ ユキエ

大阪はびきの医療センター

【座長略歴】

1982年 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

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

2016年 呼吸ケアセンター副センター長

院内活動：組織横断的に活動

- ・呼吸器看護専門外来の設立と実践
- ・ACPワーキング、臨床倫理委員会立ち上げ運営
- ・困難事例のダイレクトケアやコンサルテーション
- ・呼吸器看護、ACP、看護理論研修や看護研究支援など

院外活動：

- ・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会理事
- ・日本慢性看護学会評議員、日本在宅医療連合学会評議員
- ・福井大学慢性呼吸器疾患看護認定看護師教育課程教員会委員及び非常勤講師
- ・四条啜学院大学非常勤講師
- ・大阪呼吸ケア・リハビリテーション研究会会長
- ・川崎呼吸ケア・リハビリテーション研究会世話人
- ・急性期NPPV・呼吸ケア研究会世話人など
- ・呼吸ケアに関する研究会講師および執筆・編集委員

S32-1

呼吸困難感の病態生理—わかりやすく、簡単な呼吸困難の説明—

越久 仁敬^{1,2} オク ヨシタカ

¹ おく医院

² 兵庫医科大学神経生理部門

呼吸困難（感）とは呼吸に伴う不快な感覚であり、酸素飽和度などの客観的指標と異なり、主観的なものである。呼吸困難感の大きさは、基本的に呼吸努力の大きさによって決まる。COVID-19肺炎患者の中には、酸素飽和度が非常に低いにも関わらず呼吸困難を全く訴えない患者が数多くいる。この呼吸困難を伴わない低酸素血症は、silent hypoxemiaと呼ばれ、治療にあたった医療従事者にとってミステリーのように捉えられた。しかし、低酸素症が呼吸困難を引き起こすのではなく、低酸素換気応答の結果生じる呼吸努力が呼吸困難を生じさせるということを理解すれば、換気応答の減弱した患者に呼吸困難が生じないのはミステリーではないことがわかる。呼吸困難感の大きさには、呼吸努力の大きさにくわえて、努力に見合う換気量が得られているか否かも関係し、さらには、高炭酸ガス血症も影響する。呼吸努力の大きさや高炭酸ガス血症といった情報は、上行覚醒系を通して大脳辺縁系や大脳皮質に伝えられ、それらの刺激の大きさをどのくらい大きいと感じるかという感度（息苦しさの感度）により、最終的な呼吸困難感の大きさが決まる。息苦しさの感度は、心の状態（不安やうつ）に大きく影響される。不安を取り除くことによって呼吸困難感が緩和することは、臨床現場でよく経験されることである。

【演者略歴】

昭和58年 3月 京都大学医学部卒業

平成 5年 1月 京都大学胸部疾患研究所臨床生理部門 助手

平成12年 1月 医療法人社団 越久医院 理事長

平成17年 4月 兵庫医科大学生理学講座 教授

令和 5年10月 おく医院 院長、兵庫医科大学生理学講座神経生理部門特別招聘教授、ユーセンスメディカル株式会社 代表取締役

利益相反：無

S32-2

呼吸困難感をどうマネジメントするか？

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

苦しくて、歩けず、るいそう著明。在宅チームが一番多く担当するのがこのようなCOPD患者様ではないでしょうか。COPDの呼吸困難へのマネジメントを癌疼痛と同様、①病態疾患管理、②症状緩和、③心理・社会的・スピリチュアルの3側面に分類してみると、癌と異なるのは、①病態疾患管理が②症状緩和に大きく重なるところである。呼吸困難の一番の原因は、肺過膨張と気流制限（吐き出せない）であり、気管支拡張薬、呼吸法、排便ケア、NPPVなどの病態疾患管理により症状緩和にもつながる。さらに精神的な介入であるパニックコントロールは、パニック→頻呼吸→肺過膨張の予防となり、同時に病態疾患管理や症状緩和にもなる。肺血管床が減少するCOPDは、食パンやうどんに含まれる塩分くらいの量の塩分摂取量が少し増し、循環血液量（体液量）が増えるだけで、肺うっ血を起こし、うっ血性心不全を起こす。胸部XpではCTRが5mm拡大し、肺動脈径が1-2mm拡大するだけで呼吸困難を起こすため、利尿剤の内服が呼吸困難感を緩和する。また頸脈も呼吸困難に大きく関与し、レートコントロールも呼吸困難感の軽減に重要である。目の前の患者様の呼吸困難感を良くアセスメントし、ふさわしい疾患管理ができれば、単なる症状緩和に止まることなく、患者をV字回復に向かわせる。呼吸困難感が軽減すれば、動けるようになり、動けば食欲も増す。筋肉も増え、さらに動けるようになる。筋肉が増えれば、炎症性サイトカインが減る。急性増悪が減り、疾患の進行をにぶらせることができる。またさらに動けるようになる。といった上向きのらせん階段をのぼるようになり、V字回復が見込めるのだ。介入できることはまだまだたくさんあり、是非諦めずに、目の前の慢性呼吸不全患者様の呼吸困難感に対峙して頂きたいと願いつつ、お話しさせていただきます。

【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

【受賞】

2020年神奈川県医学学術功労賞受賞

【執筆】

1, 在宅医療のすべて 6章在宅人工呼吸療法 2014. 2, 在宅医療テキスト 第3版3章3,在宅人工呼吸療法（HMV）2015.11. 3, 非がん性呼吸器疾患の緩和ケア 4-B在宅酸素療法 8-B在宅中心モデル 2016. 4, 在宅医療バイブル第2版 IV④在宅人工呼吸療法 2018.5/15. 5, NPPVまるごと事典 4章2 在宅用機種グラフィックモニタリング 4 Respica2019.8/5. 6, 非がん性呼吸器疾患の緩和ケア指針2021 4章-3在宅における緩和ケア 2021.4/20. 7, 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. 日本同盟基督教団招待キリスト教会聖歌隊指揮者 ガールスカウト長野17団員

利益相反：無

S32-3

呼吸困難に対する看護ケア

小林 千穂 コバヤシ チホ
社会医療法人新潟勤労者医療協会 下越病院

COPDを代表とする非がん性呼吸器疾患では呼吸困難が主症状であり、その症状の強さは末期の肺がんの苦痛をも凌ぐとされている。呼吸困難を緩和するための薬物療法としてモルヒネが用いられるが、その段階に至る前に酸素療法や非薬物療法として、包括的呼吸リハビリテーションを実践可能な範囲で行い評価することが重要である。

呼吸困難とは、呼吸の際に感じる不快な主観的経験であり、身体的、精神的、社会的、環境的、さまざまな要因が相互に影響しているといわれている。そして呼吸困難の機序は複雑であり、表出された呼吸困難をどう捉えるかが鍵となる。

非がん性呼吸器疾患患者の呼吸困難に対する看護ケアを検討するうえで、呼吸困難の感情的反応と行動的反応、およびその悪循環を概念化した“The Breathing（呼吸）、Thinking（思考）、Functioning（機能）Clinical model”（BTFモデル）があり、呼吸困難の原因をアセスメントし、呼吸困難の悪循環感を断ち切るための支援の方法を考え、看護ケアに繋げることが大切である。

本シンポジウムでは、非がん性呼吸器疾患患者の呼吸困難に対しBTFモデルを用い解釈し、看護の独自性をもったケアについて考えたい。

【演者略歴】

【略歴】

1997年 戸田中央看護専門学校卒業 同年熱海所記念病院

2008年 新潟勤労者医療協会下越病院

2021年 新潟大学大学院保健学研究科博士前期課程 看護学分野 修了

2022年 新潟医療福祉大学看護学看護学科

2023年 新潟勤労者医療協会下越病院 看護部 慢性疾患看護専門看護師 慢性呼吸器疾患看護認定看護師 看護活動推進担当師長

【所属学会】

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

利益相反：無

S32-4

呼吸困難感への呼吸リハビリテーション

前田 和成 マエダ カズシゲ

ぼると訪問看護ステーション

非がん性呼吸器疾患（NMRD）は急性増悪と回復を繰り返しながら、徐々に全身機能が低下し、最後は比較的急激な全身機能低下を引き起こし、最期を迎える経過を辿ると非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針で示されている。COPDや間質性肺疾患をはじめとするNMRDは、終末期に至ると呼吸困難が最も多く出現する症状で、終末期の最大の苦痛であることが指摘されている。そのため呼吸困難の緩和は非常に重要であるが、対応に苦慮することが多い。1997年にACCPとAACVPRからエビデンスに基づくガイドラインが提示され、その後も国内外のガイドラインで呼吸リハビリテーション（呼吸リハ）は、呼吸困難、運動耐容能、不安や抑うつ、健康関連QOLを改善することが報告されている。また、間質性肺疾患も2023年米国胸部疾患学会より発表されたガイドラインでCOPDと同様の強さの勧告で呼吸リハが推奨された。呼吸リハは、軽症から終末期までいずれの病期の患者においても有効である。NMRD終末期では重症度の高い患者が多く、リラクゼーション、胸郭可動域練習、ストレッチング、呼吸練習などのコンディショニングに時間をかけて実施することが望ましい。また、患者の病態に合わせて継続しやすい運動負荷を検討し運動療法やADL練習なども実施することが推奨されている。呼吸リハのエビデンスは構築され、呼吸器専門病院では普及しているが、在宅呼吸ケア白書によると、呼吸リハが必要な患者に対して十分普及していない実態について報告されている。特に在宅領域では、呼吸リハの認知度も低く、NMRD終末期でも呼吸リハの介入がないまま最終末期を迎える患者が多い。病院で導入された呼吸リハが、在宅でも継続して行えるシームレスな介入の構築が必要である。本シンポジウムでは、NMRD終末期の現状と課題、呼吸リハについて症例を交えながら我々の経験を踏まえて講演したい。

【演者略歴】

学歴

平成18年 大阪医療福祉専門学校 理学療法士学科卒業

平成23年 神戸学院大学大学院総合リハビリテーション学研究科修士課程修了

職歴

平成18年 近畿大学病院 リハビリテーション部入職

平成29年 近畿大学病院 リハビリテーション部退職

平成29年 ぼると訪問看護ステーション設立（現在に至る）

利益相反：無

シンポジウム33

家族という土台を耕すー予防教育としての「かぞくのがっこう[®]」

S33

【セッション概要】

我々は、家族というチームのパフォーマンスが最大化するよう、家族の力を高めるための予防教育を実施する必要性を実感し、誰でも、いつでも家族について学ぶことのできる「かぞくのがっこう」を2022年8月に開校した。現在、2期生の課程が終了したところである。

本シンポジウムでは、これまでの試みについて報告し、若い一般男性の立場から、ケアの必要な子供を育てる子育て中の女性の立場から、訪問看護ステーション管理者として支援者の立場から、研究者として全体を俯瞰する立場から意見や体験を述べることで、「かぞくのがっこう」の意義と今後の課題についてディスカッションを試みる。

座長：生本 万知子 イクモト マチコ

おひさまクリニック

【座長略歴】

1999年 香川県立高松南高等学校衛生看護科専攻科卒業

1999年～2002年 香川県立中央病院勤務

2019年 医療法人おひさま会おひさまクリニック勤務 現職

2023年 NPO法人日本家族関係・人間関係サポート協会会員 「かぞくのがっこう」受講

座長：茶谷 妙子 チャタニ タエコ

京都府訪問看護総合支援センター

【座長略歴】

1984年京都府立医科大学附属看護専修学校卒

2009年訪問看護認定看護師取得

2023年より京都府看護協会 訪問看護総合支援センター相談員

2023年渡辺式家族ケア認定インストラクターとして活動。「かぞくのがっこう」の運営に関わる。NPO法人日本家族関係・人間関係サポート協会副理事長

S33-1

男性の家事参加と結婚満足度

脇田 康二郎 ワキタ コウジロウ
沖縄県立中部病院

結婚後、沖縄への移住を決断した。その折に、「かぞくの学校」に入校。家族の発達段階理論を知り、移行期に危機がおとずれることを学ぶ。その危機を乗り越えるためにも家族のチーム力の重要性を理解した。私はその家族のチーム力を、結婚満足度で計測している。男性の家事参加が妻の結婚満足度に大きく影響している。特に、我が国においては諸外国に比して男性の家事参加率が低い現状がある。亭主関白を旨とし、男性は外で働き、女性は家庭を守るべきという伝統的な日本的価値観で育った私も、家事参加は大きなチャレンジであった。オンライン授業を通じて知識を獲得し、ディスカッションを通してさまざまな家族のかたちを目の当たりにした。そして、励まされた。コツコツと行動変容を繰り返し、家族の絆を深めてきた一夫の取り組みを紹介する。

【演者略歴】

生年月日：1986年2月23日

2008年 3月：麗澤大学を卒業

2008年 4月：テルモ株式会社に入社し、販売業務に従事

2021年10月：株式会社沖縄メディコに入社し、販売業務に従事

2023年 8月：沖縄県立中部病院に入職、地域連携業務に従事

利益相反：無

S33-2

医療的ケア児とその家族にとっての「かぞくのがっこう[®]」

峯尾 志穂 ミネオ シホ

医療的ケアのある重症心身障害児を育てる当事者家族

家族の看護・介護にあたる、というのは、唐突に始まることが多く、逆境そのものである。私は医療的ケアのある希少疾患児の母となって8年になる。医療の知識をハンズオンで学び、社会資源の確保に奔走してきた。パートナーや親族の不協力を嘆く家族も、チームとしての力を発揮している家族もいるが、家族レジリエンスを発揮できるかどうかは、ケアを受ける児・者の療養環境にダイレクトに影響すると考えている。継続的にケアをしていくにあたり、よいバランスを探っていた折、「かぞくのがっこう」に出会い、2期生として入学した。「かぞくのがっこう」では、人権、バウンダリー、社会が期待してきた男性の働き方に起因する母子密着と世代間連鎖、性的役割分担とパートナーシップなどについて、目から鱗の学びが毎講義繰り広げられた。かぞく、をキーワードにして扱う範囲は広く、あらゆるトピックスに関して、少しずつ解像度が上がる経験をしている。

【演者略歴】

2010年 5月 米国ペンシルベニア州テンブル大学
リスクマネジメント学部保険数理学科卒業
2010年10月 金融情報通信会社ブルームバーグ入社
2015年11月 第一子誕生（アイカルディ症候群）
2018年11月 第二子誕生（小耳症・片耳難聴）
2022年 7月 障害受容×英語ウェブメディア
医療的ケア児ママの子育てブログ
<https://shihoppi.com> をスタート

利益相反：無

S33-3

支援者にとっての「家族のがっこう」

國居 早苗 クニイ サナエ

桜新町アーバンクリニック・在宅医療部／桜新町ナースケア・ステーション

訪問看護においては、利用者のみならず、家族をふくめてひとつのユニットと考えた支援が不可欠である。しかし、昨今の家族は著しく多様化しており、介入に難渋することも少なくない。経験に頼るだけではなく、「家族」について基礎から学びたいと考え、今回「かぞくのがっこう」に入校した。学びを終え、自分自身の家族について、そして利用者の家族について、いくつかの気づきや理解の深まりを実感し現在は支援者としてあるいは管理者として、今回の学びを日常に活かし始めている。その一つの手法として「人間関係見える化シート[®]」を使用した取り組みについて報告する。

【演者略歴】

1990年 6月 JR岐阜厚生連 中濃病院入職 内科病棟勤務

1999年11月 小笠原内科／小笠原訪問看護ステーションに入職 訪問看護師として従事

2009年

2016年 5月 訪問看護認定看護師取得

2016年 6月 桜新町アーバンクリニック在宅医療部／桜新町ナースケア・ステーションに入職 訪問看護師として従事

2019年 4月 桜新町アーバンクリニック在宅医療部／桜新町ナースケア・ステーション 管理者として従事

利益相反：無

S33-4

予防教育「かぞくのがっこう[®]」を研究者の視点から考察する

川上 千春 カワカミ チハル

聖路加国際大学大学院

「家族」とは一体何か？この問いは一見すると簡単に答えられそうであるが、実はとても難しい厄介な問いである。人の生活にとって「家族」というのは、最も身近な存在であり、ともに暮らし、相互に影響を与え合いながら生活をしている存在である。それゆえに、互いに思い合う家族の関係性によってより良い暮らしが実現できることもあれば、逆により良い暮らしが妨げられてしまうこともある。つまり、「家族」は、人と人との関係性そのものであり、「社会においてケアが循環する最小単位」と言える。そのような家族システムが悪循環に陥り、家族において大きな苦悩、問題が起こってから対処、対応をしているのが日本での現状である。しかし諸外国においては、予防的に関わる、家族生活を教育するという取り組みがされている。この予防的、教育的、協働的なアプローチを実現したのが、「かぞくのがっこう[®]」である。今回、研究者としての立場からどのようなことが見えてきたのか、特に「かぞくのがっこう[®]」の意義、プログラムのあり方、社会へどのように貢献し得るのか、今後の課題と展望も含めて考察する。

【演者略歴】

1992年看護師免許取得後、昭和大学病院血液内科病棟にて3年間勤務。1995年より訪問看護師として在宅ケアに従事。2002年東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科博士前期課程修了、2012年同大学院博士後期課程修了し看護学博士号。2012年同大学院在宅ケア・がんエンドオブライフケア看護学特任助教を経て、2015年より現職。

利益相反：無

シンポジウム34

患者中心の在宅医療マネジメント人材をめざして

S34

【セッション概要】

人口のさらなる高齢化により、多くの地域で在宅医療ニーズは益々増加することが見込まれています。これらのニーズに応えていくためには、診療の効率化や在宅医療に携わる医療者を増やしていくこととあわせて、事務職としての専門性を持って、多職種の力を引き出し、共に患者中心の在宅医療を実践できるマネジメント人材の育成が不可欠です。しかし、現実には在宅医療マネジメント職のロールモデルは多く知られていません。私は2008年に在宅医療と出会い、日々の診療を通して多くの患者、家族、医師、看護師、地域の連携先の方々に育てられ、今も「患者中心の在宅医療」のために事務職として何ができるかを模索し続けています。本シンポジウムにおいて、4人の在宅医療マネジメント職のキャリアに光をあて、それぞれが実践してきたことや大切にしてきたこと、将来ありたい姿を紹介することで、人材育成や自律的キャリア形成の一助となれば幸いです。

座長：荒木 庸輔 アラキ ヨウスケ

特定医療法人新生病院

【座長略歴】

ミラノ工科大学都市計画学科卒業

2008年 株式会社メディヴァ

2009年 医療法人社団プラタナス 施設在宅医療部

2010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 特定医療法人新生病院 経営管理部長

2021年 特定医療法人新生病院 常務理事／法人事務局長

座長：岡崎 理絵 オカザキ リエ

祐ホームクリニック千石

【座長略歴】

【学歴】

平成10年3月 共立薬科大学薬学部卒業

平成31年3月 北海道大学「病院経営アドミニストレーター育成プログラム」修了

令和 4年3月 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 医歯理工保健学専攻 医療管理学コース修士課程修了

【職歴】

平成10年 日本医科大学老人病研究所 研究技術員

平成12年～25年 調剤薬局勤務

平成26年9月 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック 薬剤師

平成27年7月 事務長兼務

【資格】

- ・薬剤師
- ・プライマリケア認定薬剤師
- ・日本老年薬学認定薬剤師
- ・医療経営士3級

【所属】

- ・在宅療養支援診療所薬剤師連絡会 理事
- ・一般社団法人 日本在宅医療事務連絡会 理事
- ・日本プライマリケア連合学会
- ・日本在宅医療連合学会

S34-1

繋がりを大切に、感謝を忘れない

上畑 大 ウエハタ ダイ
医療法人つばさ つばさクリニック

当院は2009年から、高齢者から小児までの在宅医療、さらには食支援に取り組む在宅医療専門医療機関を岡山県倉敷市と岡山市の2か所で開設している。2024年3月時点で、法人全体で約100名のスタッフが在籍しており、約1000名の在宅患者の療養を支えている。

私自身は当法人が開業2年目に差し掛かる頃に、理事長の中村からの直接リクルートされ、医療機器メーカーの営業職から現職に転職した。その当時は、前職で得た分野以外の医療知識は皆無に等しく、在宅医療の知識も乏しかった。医療機関を地域という視点で見ること無ければ、チームマネジメントスキルも無く、専門的な医療資格も無いという状況だった。しかし、そのような背景の私自身に声をかけてくれた理事長への感謝を今でも忘れる事は無く、その思いに応える気持ちを常に大事にしている。

組織の成長の裏では、スタッフらの不満やチームの課題に直面する事が少なからず発生した。入職当初より、積極的なコミュニケーション作りや皆の思いを聴く姿勢を大事にしていた。多くの時間をスタッフと費やすことにも取り組んだ。結果的に、それぞれの思いを聴く機会に恵まれ、自身にとっての多くの気づきや学びを得る機会に繋がっていた。つまり、今の自分があるのは、当院スタッフのお陰と言っても過言ではない。

また、自身の成長に繋がっているのは、県内外の在宅療養支援診療所の事務長らの存在も大きい。外に出て、他の医療機関の取り組みを知ったり、事務長としてのマネジメントを聞いたりする事は、自身にとって大きな学びや刺激になっている。人との繋がりの大切さを痛感している。

事務長に就任して14年経ったが、組織の成長と共に自身の組織に対する思いは深くなっている。その気持ちを大事にしながら、組織の成長と事務長としてのスキルアップを今後も目指していきたい。

【演者略歴】

上畑 大（うえはた だい）
医療法人つばさ つばさクリニック 理事・事務長
医療機器メーカーを経て、現職に転職
その他活動
倉敷市介護保険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 他

利益相反：無

S34-2

在宅療養支援診療所薬剤師を兼務する事務長の働き方

岡崎 理絵 オカザキ リエ
医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック千石

現在、私は在支診にて薬剤師としての業務の他、事務長を兼務しています。

在宅医療との出会いは薬局勤務時代です。在宅医療に多職種と共に患者への生活の視点を持ちながら治療に関わる事の楽しさと、薬剤師としての職能の発揮の可能性を感じました。

その後、縁あって祐ホームクリニックに薬剤師として入職し、主に院外処方箋の疑義照会の対応や医薬品、検査薬そして医療材料全般の在庫管理、患者さんを介して係わる病院や薬局との連携を担当しました。そして院内の医師、看護師、事務と連携する業務を行う過程で事務長を兼務する事になりました。

事務長といっても、薬剤師としての教育を受けてきた私には医療経営やマネジメントを学問的に学んだ経験がなく、マネジメントの視点をもつ理事長の考えを少しでも理解して法人内のマネジメントに貢献したいと考え、北海道大学で医療経営アドミニストレーター育成プログラムや東京医科歯科大学大学院の医療管理学修士コースに参加しました。こうした知識の習得は業務遂行の為であると共に、日々の業務に悩んだときに助け合う仲間作りにもなりました。そして、日々の業務を通して情報の共有のための会にも参加しています。

- ・在宅療養支援診療所薬剤師連絡会
- ・日本在宅医療事務長連絡会

薬剤師として医薬品調剤は主な仕事ではなくなりましたが、薬剤師の新しい働き方の構築にもつながっていると考えています。また、薬剤師としても事務長としても、常に新しい情報を知り、広い視野を持って法人にとって最善の方策の提案ができるよう心がけています。

【演者略歴】

【学歴】

平成10年3月 共立薬科大学薬学部卒業

平成31年3月 北海道大学「病院経営アドミニストレーター育成プログラム」修了

令和 4年3月 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 医歯理工保健学専攻 医療管理学コース修士課程修了

【職歴】

平成10年 日本医科大学老人病研究所 生化学部門研究技術員

平成12年～25年 調剤薬局勤務

平成26年9月 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック 薬剤師

平成27年7月 事務長兼務

【資格】

- ・プライマリケア認定薬剤師
- ・日本老年薬学認定薬剤師
- ・医療経営士3級

【所属】

- ・在宅療養支援診療所薬剤師連絡会 理事
- ・一般社団法人 日本在宅医療事務連絡会 理事
- ・日本プライマリケア連合学会
- ・日本在宅医療連合学会

利益相反：無

S34-3

医療マネジメント人材に求められる「患者視点の戦略策定力」と「伴走型の組織マネジメント力」

村上 典由 ムラカミ ノリヨシ

医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック

現状、日本の医療は国際的な評価は高いものの、財政的には社会保障制度は厳しい状況に置かれているために、今後、診療報酬制度は厳しくなっていくであろう。また、人口や高齢者人口の増減、医療人材などのリソースの充足度は各地域で異なるために、万能な経営戦略が存在するわけではない。このような状況下で医療機関のマネジメントはさらに難しくなることが予想され、それを担う医療マネジメント人材の重要性は高まる。医療マネジメント人材に必要な要素とは、前提としてその医療機関が担っている医療サービスについて必要な知見と特性を正しく理解している必要があるが、その上で一般企業と同様に、戦略の策定と遂行が求められる。重要なのは、診療報酬制度やデータだけを見た机上の戦略ではなく、その医療機関や在籍する医療職の特性と患者や地域が求めるニーズの一致点を見出す視点である。つまり「患者視点の戦略策定力」が求められる。次に、医療機関という組織の特性から考えてみる。医療機関では人材こそ最大の資源であり、その人材を組織として機能させることが求められる。しかし、優れた専門職が優れたマネジメント能力を持っているわけではないし、事業と職種ごとに細分化されている医療機関の組織マネジメントはそもそも難しいことから、医療マネジメント人材にはこのような組織を補って機能させる「伴走型の組織マネジメント力」も求められる。そして、この2つの要素は誰か一人で担うのではなく、同じ目標を持った複数名のマネジメントチームで取組むことが有効であると考ええる。当院は100名以上の職員を抱え、東京都世田谷区で外来・在宅医療・訪問看護と居宅介護サービスを一体で展開する医療機関である。私は2009年から事務長を務めてきたが、試行錯誤を繰り返しながらこれらの要素の大切さを感じてきた。今回は私自身道半ばではあるが、医療マネジメント人材と育成についてお話ししたい。

【演者略歴】

大学卒業後、広告代理店に勤務。その後、不動産会社、商社、飲食店運営会社でマネジメントに従事。

2008年 医療法人社団プラタナスに参画

2009年 桜新町アーバンクリニック事務長に就任し、現在に至る。

利益相反：無

S34-4

在宅医療を支えるチームの一員として

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

地域での在宅医療ニーズは益々増加することが見込まれている中、一緒に在宅医療を支えていく仲間を作るためにはどのようなことに取り組めばよいのか日々模索しています。私自身が在籍しているのは、京都市西京区にある2017年4月開院の在宅療養支援診療所であり、現在、居宅患者数約500名を総勢約45名のスタッフで支えている。私は、開院の立ち上げメンバーであるが、前職は同エリアの企業立病院で医療事務として外来や入院業務に従事していた。在宅医療の分野に足を踏み入れたのは、現院長に病院勤務時に声をかけていただいたのがきっかけであり、当時は在宅医療というものに全く無知でありメディアでしかみない遠い存在であった。在宅医療の想像できる範囲も狭く、自身のスキルアップにつながるのか不安があったのを今でも覚えている。それでもこの分野に飛び込んだのは、知らない分野に興味があったのはもちろんであるが、医療事務として病院勤務の経験しかない自分が事務長、メディカルコーディネーターとしての役を与えてもらい、どこまでやれるのか挑戦するためでもあった。7年間事務長として様々なことをのりこえ、実践してこれたのは、当時私に声をかけてくださった院長のおかげであり、感謝するとともに、当時から今まで優秀なクリニックのメンバーが支えてくれているからである。いかにして事務長として私の今があるかを考え、今後もクリニックの一員であることを忘れずに在宅医療に取り組んできたい。また、在宅医療を支える地域のチームづくりに尽力してきたい。

【演者略歴】

医療法人双樹会 よしき往診クリニック
事務長、メディカルコーディネーター

専門学校を卒業後、企業立病院へ入職し総合病院での外来や入院の医事課業務などの経験を経て、2017年4月よしき往診クリニックの立ち上げを行い事務長となる。請求事務の他、メディカルコーディネーター（MC）としても従事し、2023年8月より外来診療所の承継におけるスタッフの採用、マネジメント、運営にも携わる。

利益相反：無

シンポジウム35 日本臨床工学技士会企画

シームレスな呼吸療法を目指して ～在宅人工呼吸患者の質を高める取り組み～

S35

【セッション概要】

臨床工学技士（以下CE）は、人工呼吸療法の質と安全性向上に努めており、在宅においても病院内と同様の人工呼吸療法が実施されていますが、その環境は大きく異なります。その為、安全で質の高い人工呼吸療法を提供するためにCEにも期待が寄せられていますが、CEが訪問を行う施設はまだ少ないのが現状です。

CEが訪問の際、病院内では想定できないトラブルやご家族の不安や負担を目の当たりしています。また、日常管理されているのはご家族であり、医療従事者目線が必ずしも当てはまりません。よって、患者さんやご家族のQOL向上のためには、CEも在宅医療チームの一員として、病院内と在宅のシームレスな呼吸療法提供を実現する必要があります。

在宅人工呼吸療法を行っている患者さんやご家族のQOL向上のための方策として、「治療」「生活」「安全」の観点で、CEがどのように多職種連携を進めていくべきかについてディスカッションを行いたいと考えます。

座長：山田 紀昭 ヤマダ ノリアキ

済生会横浜市東部病院 TQMセンター

【座長略歴】

04/2001-12/2006 昭和大学病院 ME室

01/2007- 済生会横浜市東部病院 臨床工学部

04/2016- 人材開発支援室 兼務

04/2022- 済生会横浜市東部病院 TQMセンター

座長：平野 恵子 ヒラノ ケイコ

JA広島総合病院 臨床工学科

【座長略歴】

日本臨床工学技士会 在宅医療業務小委員会 在宅呼吸ワーキンググループ

JA広島総合病院 臨床工学科 主任

S35-1

シームレスな呼吸療法を実現するために臨床工学技士に求めること

前田 あき マエダ アキ

社会福祉法人三篠会 重症児・者福祉医療施設ソレイユ川崎看護部

近年では、「医療の進歩に伴い重症心身障害児者の重度化が進み、障害が重く運動機能や呼吸機能の障害など、日常的に多くの医療・看護を必要とする超重症児や準超重症児が増加している。」と言われている。自施設でも利用者の重症化が進んでおり、気道の問題や換気不全をベースとして抱える利用者が多く、日常的に腹臥位などの体位ドレナージや、気道クリアランス手技を必要とするなど、呼吸管理の質が生命を左右すると考えられる。また在宅でも、人工呼吸療法を受けながら自宅で生活する重症児が増えているが、人工呼吸器を専門として診察する医師や看護師は少なく、成長に伴う人工呼吸器の至適設定がタイムリーになされていないことが少なくない。地域で生活する重症児が自施設のショートステイを利用する際、呼吸状態が不安定であることや、不適切なアラーム設定により、ご家族の介護負担を感じる現状があった。このような背景の中、自施設では人工呼吸療法を行なっている重症児者の利用需要が高まっており、積極的に人工呼吸療法を行う重症児を受け入れていた。しかし、自施設では臨床工学技士が在籍しておらず、安全な呼吸療法が行われていない現状があった。そこで2016年より臨床工学技士を人工呼吸療法のアドバイザーとして招き、多職種への人工呼吸療法の教育や、呼吸ケアのサポートを継続的に受けたことで、自施設の呼吸ケアの質向上につながった。また呼吸ケアチームを立ち上げ、定期的な活動を通して、多職種でディスカッションしたことで、人工呼吸療法についての知識が深まり、利用者の呼吸状態の変化に合わせ、タイムリーでシームレスな呼吸療法を提供することができるようになった。

【演者略歴】

2002年4月～ 聖マリアンナ医科大学病院 小児科

2005年4月～ 国立成育医療研究センター 小児科

2008年4月～ 社会福祉法人 三篠会 重症児・者福祉医療施設ソレイユ川崎

利益相反：無

S35-2

治療の質を高めるための取り組み～人工呼吸器のより良い設定をみ出すために～

塚田 さやか ツカダ サヤカ

公立陶生病院 臨床工学部

近年、在宅医療を受ける患者は大幅に増加し、人工呼吸器などの医療機器を使用しながら療養されている患者数も増加傾向である。院内における人工呼吸器の管理は生体情報モニターや血液ガス分析など様々なモニタリングの活用や、RST（呼吸療法サポートチーム）と呼ばれる多職種で構成された呼吸療法に特化したチームが介入することで安全な人工呼吸器管理を実施できるが、在宅における人工呼吸器管理は限られた情報・人材で実施しなければならない。中でも、人工呼吸器の設定変更に関しては人工呼吸器の換気データ・患者のバイタルサイン・血液ガス分析の結果などから設定変更の必要性を判断するが、在宅における設定変更は院内より限られた情報でなされる場合が多い。また、設定変更を必要とする場面では、換気状態の変化だけでなく、小児においては児の成長に合わせた設定の変更や、外出時など使用環境と言うようなあらゆる場面に合わせた設定変更が必要となる。当院では臨床工学技士（以下CE）が2008年より在宅人工呼吸管理に携わりはじめ、現在では人工呼吸器の導入から在宅移行後の訪問まで行っている。訪問時には、回路交換・換気データチェック・介護者との情報共有や、月に1回遠隔モニタリングシステム（以下RMS）などを用いた、中長期的な換気データの確認を行っている。訪問時に介護者から人工呼吸器のアラームの発生頻度の相談を受けたり、遠隔モニタリングシステムでのデータ解析にて換気データの変化を把握し、設定変更の必要性を判断したら医師と協議し在宅にて設定変更を行うことがある。設定変更後の評価は往診のタイミングで血液ガス分析を行う場合もあれば、RMSにて設定変更後の換気データを確認する場合もある。このように限られた情報・人材で設定変更の必要性を判断し、患者に見合った設定を提供するための取り組みを紹介したい。

【演者略歴】

2007年4月～ 公立陶生病院 入職

利益相反：無

S35-3

生活の質を高める取り組み～より良いデバイス選定やご家族の負担軽減のために～

及川 秋沙 オイカワ アイサ

独立行政法人国立病院機構 岩手病院 臨床工学室

当院は神経・筋疾患の専門医療施設として、療養生活を支える包括的な支援に取り組んでいます。在宅療養支援にも力をいれており、療養環境の整備、患者・介護者の教育・サポートなどを多職種が連携して行っています。臨床工学技士（以下、CE）は、医療機器の選定、使用方法の説明、定期的な訪問による機器の管理、トラブル対応などを行っています。在宅人工呼吸療法（以下、HMV）に移行する際、人工呼吸器や周辺機器、デバイスなど様々な選択が必要となります。患者・介護者にとって医療機器・デバイスは、療養生活の質に影響します。当院ではCEが中心となり、患者・介護者とコミュニケーションを図りながら、個々の状態や療養環境に適した医療機器・デバイスを選定しています。CEが患者・介護者に医療機器・デバイスのメリット・デメリットを説明し、実機に触れてもらいながら選択することで、安心感を持ってご使用いただいているように思います。さらに、個々に合わせた離床方法や、NIVマスクの脱着方法を検討し、患者様の「できる」を増やす手法の提案にも取り組んでいます。HMVにおいて医療機器・デバイス選択にCEが介入することは、患者・介護者の負担軽減につながるだけでなく、療養生活の質の向上にも寄与していると考えます。

【演者略歴】

2011年4月 独立行政法人国立病院機構岩手病院 入職

所属学会：日本臨床工学技士会、日本在宅医療連合学会

利益相反：無

S35-4

安全性の質を高める取り組み～想定外のトラブルにどう対応するか～

浜本 英昌 ハマモト ヒデアキ
医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン鎌倉診療所 臨床工学技士

近年、病院から在宅医療への移行において、さまざまな医療機器を使用して退院するケースが増加しており、その高度化が進んでいるように感じられます。その中でも代表的な例が人工呼吸器を装着した患者です。病院では、人工呼吸器を装着した患者に対する臨床工学技士（以下：CE）の係わりが一般的となりつつある一方で、在宅医療へ移行するとその役割を担うCEは少なく、代わりに人工呼吸器メーカーやその代理店へ委託するケースがほとんどです。今回、在宅支援診療所専属CEが、人工呼吸器を装着して帰宅する患者を受け入れる側の一員として、病院との情報共有や実際の搬送時、帰宅後に起こった事例について紹介し、より安全で安心できる病院と在宅医療のシームレスな連携を図るためには、我々、CEがどのように関与し、どのような支援を行えるかを考えていきたいと思います。

【演者略歴】

1989年 臨床工学技士免許取得
1989年 東京女子医科大学付属病院 救命救急センター
1994年 JA北海道厚生連 札幌厚生病院
2001年 宮古島徳洲会病院
2003年 沖縄南部徳洲会病院
2006年 東京西徳洲会病院
2009年 徳洲会本部に在籍、榛原総合病院（静岡県）へ出向
2011年 ドクターゴン鎌倉診療所
2024年 同 上

利益相反：無

シンポジウム36

在宅医療における医薬品供給の24時間体制の評価 ～医療用麻薬の供給について～

S36

【セッション概要】

在宅医療では、在宅療養者の急変時に医薬品が必要な状況が少なからず発生する。特に、がん緩和ケアの医薬品供給では、夜間・休日に麻薬が足らなくなるケースがある。その時に、訪問している薬局と連絡がつかないことがあるので、主治医（在宅医）や訪問看護師が自ら薬局を探さなければならないケースがある。また、訪問看護ステーションの団体から「訪問看護ステーションに薬を置きたい」という要望が規制改革会議に提出されたように、患者の急な「発熱」、「疼痛」、「脱水」等で医薬品が必要になった時に、訪問薬局と連絡が取れなかった事例が指摘されている。在宅療養者に24時間体制で医薬品の供給を担う責任は薬局にあるが、一つの薬局が24時間体制で応需するには限界がある。この課題に対して、24時間体制の医薬品提供体制の在り方の現状を多職種間で共有し、具体的な解決策として、薬局間連携による医薬品提供体制を構築する最初の一步とする。

座長：串田 一樹 クシダ カズキ

昭和薬科大学

【座長略歴】

1974年 昭和薬科大学 卒業 物理学研究室
2001年 昭和薬科大学 医療薬学教育研究施設
2015年 昭和薬科大学 地域連携薬局イノベーション講座
2021年 昭和薬科大学 退職
同年 昭和薬科大学 社会薬学研究室 研究員（現在に至る）

座長：白石 丈也 シライシ タケヤ

けや木薬局

【座長略歴】

1994年3月 東北医科薬科大学（旧東北薬科大学）・薬学部・衛生薬学科卒業
1994年4月 株式会社オオノ ひかり薬局入職。2000年より在宅医療業務に関わる。無菌調剤管理責任者、在宅・輸液担当課長を担当。
2006年4月 有限会社メディックス白石を設立。代表取締役役に就任。
2006年9月 福島県福島市に、けや木薬局を開業。管理薬剤師として勤務。
2022年6月 一般社団法人 福島薬剤師会（福島市）会長に就任。現在に至る。

S36-1

在宅医の立場で考える医薬品供給の24時間体制の現状と課題

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

当院は人口93万人を抱える東京都世田谷区にあり、都内の地域がん連携拠点病院や区内のがん治療病院からの在宅がん緩和ケアを目的とした訪問診療依頼が、新患の約50%に及んでいる。その多くはすでにオピオイドを含む疼痛緩和治療が開始されており、予後の平均は60日程度と差し迫った病状であるため、週や日の単位でオピオイドの増量や注射剤への変更が必要とされるほど、迅速性と昼夜を問わない対応力が求められる。

在宅緩和ケアにおける薬物治療に欠かせないオピオイドは、薬価が高くかつそれほど頻用される薬ではないため、常時在庫のある薬局はかなり限られており、加えて24時間体制が可能な薬局となると、数える程しかないのが現状で、在宅がん緩和ケアのケースにおいては、どうしても麻薬の取り扱いが豊富な薬局との連携に限定されてしまうことが少なくない。

無論、たとえ24時間365日体制を敷いているからといって、夜間や週末の臨時対応は極力避けたい。状態が不安定な患者に対しては、できるだけ日中のうちに病状を伺い、疼痛や嘔気、せん妄などの緩和に必要な薬剤を可能な限り事前に処方しておいたり、オピオイドの増量が見込まれる場合には、なるべく事前に薬局側にその状況を共有しておくなど、臨時対応を減らす努力も行うべきである。

当院では院内に薬剤師が常勤しており、そうしたケースにおいては地域薬局との連携や処方がスムーズにいくようなコーディネーター役を務めている。在宅診療所薬剤師がいることで、地域の薬局の在宅対応や麻薬取り扱いなどの機能がよくみえるようになった。さらには薬局側が在宅参入しやすいように往診時の同行調整や細かい情報提供を行うことで、地域の薬局の活動を支援する役割も担っている。

在宅がん緩和ケアを不安なく実施していくために、薬局側、診療所側ができることをともに考え、実践可能な連携体制を構築していくための取り組みについて解説する。

【演者略歴】

1992年 鹿児島大学医学部卒業
2000年 医療法人社団プラタナス 用賀アーバンクリニック副院長
2004年 同院在宅医療部設立
2009年 同法人 桜新町アーバンクリニック 院長に就任
東京世田谷を中心に、地域の家庭医として在宅医療を行っている。

利益相反：無

S36-2

訪問看護ステーションからみた医薬品供給への課題と現状

深田 悠花 フカタ ユウカ

ななーる訪問看護ステーション/大阪大学大学院医学系研究科/OMORO

訪問看護利用者数は年々増加傾向にあり、あわせて訪問看護ステーション数も増加している。また24時間対応体制加算を届出ている訪問看護ステーションは9割近くにのぼり、土日夜間含め24時間在宅で安心して過ごせるサポート体制の構築が急務である。ななーる訪問看護ステーションは大阪北摂地域を中心に京都・三重・大阪にも拠点展開している24時間対応型訪問看護ステーションである。特に【心不全】【癌】【認知症】【慢性腎臓病】等を得意の看護とし、カテコラミンの持続投与や腹膜透析、自宅での疼痛管理が求められるケースや高齢独居等の利用者を幅広く受け入れている。さらには、【急性期サテライト】を設立し、自宅での亜急性期の管理や病院からの早期退院を実現できるステーションを目指している。北摂地域の受け皿の役割を担い、在宅医療における高度な管理体制を実現している。このようなことから夜間や土日の対応も少なくないが、現状体制の中で、我々の看護師としての責務は「先を見越したアセスメント」であると認識している。病院管理とは異なる持続可能な在宅療養を目指すべく、予測的視点を持ち、多職種との情報共有を通して迅速な対応を行なっている。一方で、連携不足による業務過多になっている課題も事実である。地域での医師、薬剤師との連携は、それぞれの役割を互いに明確に把握し、どこにタスクシェアの線引きを行うか、どのように効率的な情報共有を行うか、本質的に話し合っていく必要がある。大阪北摂地域においてそれらを実現することで全国の先駆けとなる多職種連携のモデルケースを構築していくことを目指す。

【演者略歴】

2015年 神戸大学医学部保健学科看護学専攻 卒業

2015年 神戸大学医学部附属病院 看護師

2021年 大阪大学大学院医学系研究科 博士前期課程

2021年 ななーる訪問看護ステーション 看護師/経営企画室

2023年 大阪大学大学院医学系研究科 博士後期課程 在籍中

利益相反：無

S36-3

医療用麻薬の供給と薬局24時間体制

佐々木 健 ササキ タケシ
メディブレイス365薬局

薬局薬剤師が在宅医療に関わるようになったのは2000年の介護保険の導入がきっかけであった。当初は、薬剤師が調剤した医薬品を届けるとともに服薬指導や体調をモニターすることから始まり、主に慢性疾患の高齢者が対象であった。在宅医療が普及するとともに、患者像に基づいて調剤、服薬支援・指導、療養状況の確認などが多様化してきた。特に、慢性疾患の高齢者の在宅医療と違って医療依存度の高い患者の場合、注射薬調剤、医療材料の備蓄の他、薬剤師の臨床経験知も問われるので、すべての薬局薬剤師が均一に対応できない現実がある。

医療依存度の高い患者像の一つは、がん緩和ケアの患者である。入院から在宅医療へ移行するので、薬局が処方箋に基づいて医薬品を調剤して患者宅へ届ける。がん緩和ケアでは、注射薬が処方される機会も少なくないこと、そして疼痛管理に医療用麻薬が処方されることから備蓄も必要になる。薬局としては注射薬の調剤には無菌調剤設備の他、医療用麻薬の備蓄も必要になるので、すべての薬局が均一に対応できないので、対応できる薬局に処方箋が集中するようになっている。

一方、在宅医療では患者の急変によって医薬品が必要になることがあり、「発熱」、「脱水」、「疼痛」の対応に急な処方箋応需が発生する。特に、在宅がん緩和ケアでは注射薬の供給や急な退院対応などがあり全ての薬局が均一に対応できない現状がある。薬局にとって24時間体制の処方箋応需は、無菌調剤設備や医療用麻薬の備蓄があっても、対応できる薬剤師がいないと難しい。地域性があると思うが、24時間体制で薬局が医薬品供給を担うには、薬局の機能分化と薬局間連携の構築が急務である。

今回、薬局の機能分化と薬局間連携の構築に向けて当薬局の実績から考察したので報告する。

【演者略歴】

1998年 3月 昭和薬科大学薬学部卒業
1998年 4月 トライアドジャパン株式会社（保険薬局）入社
2003年 7月 株式会社グッピーズ入社
2013年11月 株式会社メネフィット（保険薬局）入社
2022年12月 メディブレイス365訪問薬局開局

利益相反：無

S36-4

あけぼの薬局における医療用麻薬の供給と疼痛管理

木村 雅彦 キムラ マサヒコ
あけぼの薬局

当薬局グループ（当グループ）は1996年4月に茨城県常総市に一店舗目を開局し、今年29年目を迎えた。現在は隣接する3市に9店舗の薬局を構えて業務にあたっている。

開局当初より薬剤師による在宅での服薬管理の必要性を感じ、在宅医療（在宅患者訪問薬剤管理指導業務）をいち早く開始した。現在はすべての店舗で、寝たきり高齢者はもとより、小児在宅、がん患者の緩和ケア、看取りの患者まで幅広くかかわっている。なかでも、がん患者の緩和や看取りまでの関わりの件数はかなり多い。

このような在宅医療で欠かせないのが薬剤師による医療用麻薬の供給と疼痛管理である。当グループではすべての店舗に医療用麻薬を常備しており、24時間365日開局の店舗では60種類を超えている。内服薬の供給だけでなく、シリンジポンプを医療機関に貸し出して、注射用麻薬持続皮下注の調製と供給、その管理も行っている。

医療用麻薬の供給は、すべての店舗に医療用麻薬は常備してはあるものの、常に在庫のある医療用麻薬が処方されるわけではない。特に夜間や休日など、急な処方や剤形の変更、内服薬から注射薬製剤にスイッチするなどイレギュラーな変更は少なくない。このようなケースに対応するため、当グループは麻薬小売業者譲渡許可制度の運用開始当初から、あけぼの薬局9店舗でグループを組み、遅滞のない供給に務めている。近年、近隣他薬局からの求めがありこのグループに加入されて、現在は10店舗で麻薬小売業者譲渡許可グループを組んで業務にあたっている。

また在宅医療での疼痛管理においては、医療用麻薬のスイッチングをする際など、患者にあった適切な量を設定するように、在宅担当薬剤師と在宅医師がともに医療用麻薬の処方設計をして、疼痛コントロールを図っている。

今回、当グループの医療用麻薬の供給と疼痛管理をどのように行っているかをお伝えする。

【演者略歴】

1984年 東京薬科大学卒業
筑波大学附属病院薬剤部入局
1985年 筑波メディカルセンター薬剤部入局
つくば中毒110番業務
1996年 あけぼの薬局1号店を開局
現在 茨城県南西部に薬局9店舗
薬膳料理店 生活の木イーアス店経営

利益相反：無

シンポジウム37

「きみのいのち ぼくの時間」ミュージカルを通していのちについて考える

S37

【セッション概要】

どう生き、どう逝くか。生き抜き方は本当に人それぞれです。

自分と似ていると感じる方もいれば、その方の価値観に共感できないこともあるかと思います。

本シンポジウムでは、約1時間のミュージカル「きみのいのち ぼくの時間」（NPO法人キャトル・リーフ上演）を鑑賞後、死生観についてディスカッションを行います。

M.アレキサンダーが提唱した映画を用いた医学教育の手法である「シネメデュケーション」は、批判的思考や主体性形成を促すことができると同時に、プロフェッショナリズムを涵養することができると言われています。

ミュージカルを通じて、登場人物の様々な死生観、それぞれの生き抜き方の選択に触れていただき、観賞後のディスカッションも合わせて、個々の死生観の振り返り、死にゆく方に対峙する者としての在り方などについて深められる時間となれば幸いです。

・NPO法人キャトル・リーフ <https://quatre.info/>

座長：中村 明澄 ナカムラ アスミ

向日葵クリニック

【座長略歴】

経歴

2000年 東京女子医科大学医学部卒業

2000年 独立行政法人国立病院機構東京医療センター初期研修医・総合診療科レジデント・筑波大学附属病院 総合医コースレジデント

2007年 筑波大学大学院人間総合科学研究科 講師

2009年 千葉大学大学院医学研究院循環型地域医療連携システム学特任助教

2010年 向日葵ホームクリニック（2012年より院長、2013年法人化。2017年移転のため、向日葵クリニックへ改称）

資格

日本在宅医療連合学会 在宅医療専門医・指導医

日本緩和医療学会 緩和医療専門医・指導医

日本プライマリ・ケア連合学会 家庭医療専門医・指導医

座長：堤 円香 ツツミ マドカ

メディカルホームKuKuRu／NPO法人キャトル・リーフ

【座長略歴】

2011年 筑波大学大学院フロンティア医科学修了

2012年 筑波大学医学医療系 地域医療教育学 特任助教

2013年 筑波大学医学医療系 地域医療教育学 助教

2015年 向日葵ホームクリニック（現向日葵クリニック：2017年移転のため改称）ソーシャルワーカー

資格

社会福祉士 介護支援専門員

公衆衛生学修士

シンポジウム38

令和6年度診療報酬と介護報酬同時改定から、どのような未来を描く
～多職種が考える、これからの未来と今～

S38

【セッション概要】

令和6年度は6年に一度の診療報酬、介護報酬及び障害福祉サービス等報酬の同時改訂であった。当学会保険委員会としても診療報酬改定に向けて2年前から準備をして、様々な職種の方と会議を重ねた。厚生労働省に提出した内容を踏まえて、総括をする。加えて、在宅医療においてもチーム医療、多職種連携は必須である。看護師、薬剤師、栄養士などの立場からも同様の総括をして、お互いに自分たち以外の職種を理解し、なおかつ多職種の重要性についてディスカッションをする。そして今後の診療報酬改定にどのようにつなげていけばよいか、会場にも来ていただいた方たちともディスカッションする。

座長：次橋 幸男 ツギハシ ユキオ

天理よろづ相談所病院 白川分院 在宅世話どりセンター

【座長略歴】

現職 公益財団法人天理よろづ相談所 企画情報室／天理よろづ相談所病院白川分院 在宅世話どりセンター／奈良県医療政策局
地域医療連携課 地域医療政策アドバイザー

2004年 佐賀医科大学医学部医学科 卒業

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

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

2021年 奈良県立医科大学大学院 卒業（博士（医学），PhD）

座長：太田 博見 オオタ ヒロミ

医療法人仁慈会 太田歯科医院

【座長略歴】

1989年3月 鹿児島大学歯学部卒業

1992年 曾山歯科医院勤務

1997年 太田歯科医院開院

現在に至る

S38-1

調剤報酬改定を受けて、薬局の未来はどう変わるのか ～質の高い在宅業務を担う薬局として～

宇都宮 励子 ウツノミヤ レイコ
大阪ファルマプラン

令和6年度の調剤報酬改定の3つのポイントは、地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮する体制への評価、かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・薬剤師業務の評価、そして一番大きく評価されたのは質の高い在宅業務への推進に対する評価の充実である。どのポイントも地域の患者や住民のニーズに対応した機能を有する薬局の役割を最大限に発揮することで評価される改定になっており、中でも小児在宅への評価は非常に大きい。質の高い在宅医療をおこなう薬局へは、ターミナルケアや小児在宅医療に対応した訪問業務の体制整備への評価が新設され、さらに医療用麻薬の注射投与の必要な患者への定期訪問回数（介護保険の評価も同様に改定）、さらにターミナル期の緊急訪問回数の上限回数を増やした。夜間や休日・深夜訪問に対する緊急訪問の加算も大幅に認められた。これらの在宅に関する調剤報酬の多くが評価された背景と、未来の在宅への薬局・薬剤師への役割について私見を述べるとともに、多職種と意見を交わしたいと考える。

【演者略歴】

1991年武庫川女子大学薬学部卒業後、医療法人協和会協立温泉病院 薬剤部入職。1993年一般社団法人大阪ファルマプランに就職、あおぞら薬局、あおば薬局の管理薬剤師を経て、2023年に同法人理事長に就任。現在、全国薬剤師・在宅療養支援連絡会（J-HOP）副会長。日本在宅医療連合学会保険委員会、同学会多職種連携委員会所属。日本緩和医療薬学会地域連携委員会所属。HIP（Home Infusion Pharmacy）研究会理事。吹田市薬剤師会（大阪府）理事。日本在宅ホスピス協会役員及びトータルヘルスプランナー（THP）。

利益相反：無

S38-2

診療報酬改定から管理栄養士が考える、これからの未来のために取り組むべきことは

熊谷 琴美 クマガイ コトミ
愛知学院大学健康科学部健康栄養学科

令和6年度診療報酬改定における管理栄養士の診療報酬の特徴は、質の高い在宅医療の確保に、訪問栄養食事指導が重要であると評価を受けた形となった。在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院については、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を整備すること、訪問栄養食事指導の推進を図ることを必要とした。さらに、管理栄養士による居宅療養管理指導の算定回数は月2回が上限であったが、終末期等における、きめ細かな栄養管理等のニーズに応じる観点から、一時的に頻回な介入が必要と医師が判断した利用者について期間を設定したうえで、追加訪問することを可能とする見直しが行われた。利用者、家族の必要に応じて一定の上限で食支援ができる体制が可能となった。一方、地域で管理栄養士を雇用する件数は病院や介護施設に比べ僅かである。そのため、訪問栄養食事指導を依頼しても訪問できる管理栄養士が見つからない問題が生じる。地域の調剤薬局に所属する管理栄養士は診療報酬の算定ができない、各都道府県栄養士会の栄養ケアステーションの管理栄養士の雇用は地域差があり、依頼に対応できる人材確保は難しいと推測される。食事は生活に欠かせないものである。摂食嚥下障害者の食事の対応、慢性腎臓病など栄養素摂取の制限が厳しい食事の管理、さらには食欲不振の者が少量でエネルギー、たんぱく質が摂れる工夫等、エビデンスに基づく栄養食事指導や専門の高い調理技術が必要とされているにも関わらず、指導内容の質の評価はできていない。食事を安全に食べることが痰吸引の回数軽減等、多職種の業務の軽減や介護者の介護負担軽減への貢献度に数値で反映されていない。今後、栄養管理の効果について検証を行い、病院NSTのような多職種が患家で話し合える環境を整え、栄養食事指導の質の評価をデータで示すことが重要と考える。

【演者略歴】

管理栄養士 熊谷 琴美（くまがい ことみ）

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

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

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

公立学校共済組合東海中央病院に11年勤務後、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：無

S38-3

訪問看護師からみた改定と、これからの未来

藤野 泰平 フジノ ヤスヒラ

株式会社デザインケア/みんなのかかりつけ訪問看護ステーション

令和6年の同時改定では、訪問看護においては、以下の3つのトピックスがあったと考えている、①特定の利用者様へのケア提供（ターミナル等の方、重症心身障碍児）、②専門的人材の活用、③口腔連携強化加算である。この改定は、より重症な方へのケアを提供し、国民のニーズである在宅看取りに力を入れる方針と読み取れる。また、地域にいる専門人材を地域全体で活用することや、口腔ケアという観点から、在宅系、施設系を超えた連携がより一層求められるようになっている。今まで以上に、地域全体の多職種の役割を理解し、利用者様にとって最高のケアを届けられるように、有機的な連携が期待されているように感じる。限られた資源の中で、市民全体の幸せを支えるために、より一層地域全体の視野を持ち、自組織で質向上と、連動での価値創出をすることで、各地域での包括ケアの形がより進化するのではないかと考える。

【演者略歴】

株式会社デザインケア／みんなのかかりつけ訪問看護ステーション 代表取締役 2014年11月

一般社団法人 日本男性看護師会 共同代表 2014年11月

一般社団法人 オマハシステムジャパン 発起人理事 2016年月-

聖路加国際病院 常勤看護師 2006年4月- 2011年3月

利益相反：無

S38-4

保険委員会活動の意義と令和6年度診療報酬改定の総括

安中 正和 ヤスナカ マサカズ
医療法人安中外科・脳神経外科医院

保険委員会活動を多職種で行っている。そこで出てくる様々な疑問、今後の在宅医療の流れなどを委員で共有しながら議論を進めてきた。今回の診療報酬改定についても学会として様々な提案をした。今回の改定の総括をして、今後の診療報酬改定について議論したい。

【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
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：無

シンポジウム39

勤務医の目指すべきキャリア形成 ～総合診療・在宅医が望まれている超高齢社会～

S39

【セッション概要】

超高齢社会において、生産年齢人口（15歳～65歳）の年齢を超えて、臨床に従事できる医師も多くなっている。マルチモビディティ（多疾患併存症）の高齢者が増えている社会において、これまで専門医や研究者として活躍してきた医師が、活躍の場を変える機会も多くなっている。本シンポジウムでは、大学病院循環器内科部長から在宅診療所の開業、民間病院副院長（循環器内科医）から大学総合診療科教授、基礎研究者から在宅医への転身を経験した医師から、総合診療・在宅医の魅力、超高齢社会の医師の活躍の場を見出す方法や、医師自身が生き甲斐を持って働き続ける必要性について検討していく。

救急搬送困難や孤独死の増加などが明白になっている超高齢社会を支えるために、病院総合医（ホスピタリスト、総合診療医）、在宅医が必要であり、魅力的な臨床現場であることを伝え、国家の目指す地域医療構想を支援可能なキャリア形成をする必要がある。

座長：笹岡 大史 ササオカ タイシ

春日部在宅診療所ウエルネス

【座長略歴】

2005年 北里大学メディカルセンター病院、病院長補佐・臨床准教授・循環器内科部長

2009年 慶應義塾大学大学院経営管理研究科、週末集中セミナー履修

2012年 社会福祉法人安誠福祉会、介護老人保健施設、施設長

2015年 医療法人昭友会埼玉森林病院（精神科、認知症病棟）、内科医

2018年 医療法人忠恕春日部在宅診療所ウエルネス、理事長・院長

座長：石田 岳史 イシダ タケシ

東京医科歯科大学総合診療科

【座長略歴】

1993年 自治医科大学医学部卒業

1993年 兵庫県立淡路病院研修医

1998年 自治医科大学附属大宮医療センター循環器科シニアレジデント、2002年から助手

2006年 神戸大学大学院医学研究科 内科学講座へき地医療学 准教授

2009年 社会医療法人さいたま市民医療センター内科診療部長、2016年から同院 副院長

2023年～現職

S39-1

社会的ニーズに沿った働き方改革の成功体験 ～大学病院循環器内科部長から、老健施設長、在宅診療所院長への転身～

笹岡 大史 ササオカ タイシ
医療法人忠恕 春日部在宅診療所ウエルネス

35年前に医学部を卒業したころには、生産年齢人口（15歳から65歳未満）がピークを迎えつつあり、メタボリック症候群が増え、喫煙率も高く、働き盛りの患者が急性心筋梗塞や心不全で救急搬送されることが多く、救命することの意義を実感し働き甲斐に満ちていた。

循環器専門医として心臓カテーテル等の手技をマスターし、スタッフを纏める立場になった頃に、多疾患併存の高齢患者が増え、専門医としてカテーテル件数を競い合う時代になり、病院の経営状態の悪化とともに、医療費が高騰する時代に本当に必要な医療とは何かを自問自答するようになる。

心臓カテーテル検査の必要性や治療適応は妥当であるか、患者さんの希望される退院日は病院都合になっていないか。次世代に胸を張って遺すことの出来る医療が出来ているかを、医師自身が考え望まれる医師像を明確にしていく必要がある。医療を制度や経済的側面から学ぶ必要性を感じ、慶應義塾大学ビジネススクールの講義を受け、制度の構築されてきた歴史的背景を学び、経済的な知識と医療を担う人材の育成の大切さを知ることになった。

医師不足と偏在化の中で疲弊する医師の立場を経験し、経営管理を学んで来たことが奏功し、介護老人保健施設施設長への転身を打診され、キャリアチェンジをすることになった。介護施設で勤務しながら、在宅医療の魅力を知ることになる。介護施設の立て直しに成功したのちに、認知症病棟のある精神科病院に転職する。そこでは介護施設とは異なる病院然とした環境の中で、無表情に過ごす患者の姿に愕然とする。高齢者医療、認知症治療の現場経験を積み重ね、在宅診療所開業への転機があり、2018年に開業することになる。

超高齢社会から必要とされる医師が求められている。唯一、生き残るのは環境に適合し変化できる医師ではないだろうか。参加者と共に考え、気付きが得られる機会としていただきたい。

【演者略歴】

2005年 北里大学メディカルセンター病院、病院長補佐・臨床准教授、循環器内科部長
2009年 慶應義塾大学大学院経営管理研究科、週末集中セミナー履修
2012年 社会福祉法人安誠福祉会、介護老人保健施設、施設長
2015年 医療法人昭友会埼玉森林病院（精神科、認知症病棟）、内科医
2018年 医療法人忠恕春日部在宅診療所ウエルネス、理事長・院長

利益相反：無

S39-2

超高齢社会における総合診療専門医の育成と多職種連携の構築

石田 岳史	イシダ タケシ
木村 琢磨	キムラ タクマ
福原 真理	フクハラ マリ
福原 慧	フクハラ サトシ
橋本 正良	ハシモト マサヨシ

東京医科歯科大学総合診療科

団塊の世代が後期高齢者となり医療需要が急増する2025年、本邦の社会保障システムが危機を迎える2040年、この時代を乗り越えるために様々な健康問題に対応できる総合診療医の育成が喫緊の課題であることに論を俟たない。一方で医学生や研修医は社会的ニーズがあるから総合診療専門医を目指そうとはなかなか決断してくれない。その証拠に総合診療専攻医の数は毎年300人足らずであり、全専門医プログラム登録者の3%にすぎない。今、この壁を打開するためのアクションが求められている。

私は自治医大を卒業し医局に属せず、県の命令に従って仕事をしてきた。その結果、キャリア形成といえるような卒業後教育を受けていない。義務年限が終了し、焦りと憧れの気持ちから循環器専門医を取得する目的で自治医大附属大宮医療センターに就職した。CCUやカテ室での仕事にも慣れ、この道で生きていこうと決めていたが、神戸大学で地域医療を教育してほしいと懇願され、プライマリ・ケア認定医を取得し地域医療教育を行った。その後、2009年に340床の新病院を開院するにあたり内科を統括してほしいというオファーがあった。当時2025年問題を克服するための方策を考えていたこともあり、ホスピタリストの育成に興味を持ち、社会実験のつもりで救急患者が急増する地域に飛び込んだ。その延長で、現在は大学病院総合診療科に所属している。私の医師人生を振り返ると、不思議なことに唯一自らの意志で選択した循環器内科からは遠ざかってしまい、先人達や行政からの頼まれごとが今のキャリアを形成してきたように思う。経験の一つ一つが線となり、私の物語になった。総合診療医のキャリア形成のヒントとして、総合診療医が得意とする「領域の差異を利用するArbitrage」や、「あり合わせのもので新たな価値を創造するBricolage」などの考え方について多職種協働の構築を交え紹介する。

【演者略歴】

1993年 自治医科大学医学部卒業
1993年 兵庫県立淡路病院研修医
1998年 自治医科大学附属大宮医療センター循環器科シニアレジデント、2002年から助手
2006年 神戸大学大学院医学研究科 内科学講座へき地医療学 准教授
2009年 社会医療法人さいたま市民医療センター内科診療部長、2016年から同院 副院長
2023年～現職

利益相反：有

S39-3

基礎研究者から在宅医へのキャリアチェンジ

木村 彰方^{1,2} キムラ アキノリ

¹ 東京医科歯科大学

² 医療法人忠恕 春日部在宅診療所ウエルネス

最初に私の経歴を紹介します。卒後1年目に、内科、外科各50床の市中病院に内科研修医として勤務しました。その病院で専門外来を受け持つ非常勤医師から専門的知識を学び、顧問である大学名誉教授から聴診・打診・触診の重要性を学んだことが、在宅医としての勤務で役立っています。研修医1年目が終わる頃に所属医局の教授に「将来は病気が遺伝子でわかる時代が来るから、大学院で遺伝子の勉強をしたまえ」と勧められ、大学院で分子生物学を学んだことが基礎研究のスタートでした。大学院修了後にパスツール研究所に留学し、帰国後に大学の研究所で助手・助教授を務めた後に、1995年から東京医科歯科大学難治疾患研究所で種々の難治性疾患の病因や病態形成に関わる遺伝要因の研究を行いました。また、2008年から評価担当副学長を務めており、教授職を定年退任した後には管理職として大学に所属していましたが、もともと臨床医を志していたこともあり、自分の知識や経験を臨床に活かす道はないかと考えていましたところ、縁あって在宅医として勤務することになりました。勤務開始の約2か月前に高齢者医療や在宅医療の仕組みについて、春日部在宅診療所ウエルネスの笹岡院長から講習を受けるとともに、2日間にわたる実地見学（老健、特養、介護施設の見学、訪問診療への同行）で理解を深めました。その後2022年10月から週2日で在宅医療に携わっています。在宅医療では、病院とは異なり医療機器や血液検査で結果がすぐに得られるわけではありませんので、臨床所見のみで病態を把握することや、病状経過や家庭環境等の把握も必要ですが、ウエルネスではIT化が進んでおり、リアルタイムでの病状把握に役立っています。また、基礎研究者として習慣となっている論文抄読等の情報収集を活かして、疾患病態や治療に係る新規知見を把握することが在宅医としてのキャリア形成に役立っています。

【演者略歴】

1983.9 - 1986.3 パスツール研究所 博士研究員
1986.4 - 1993.3 九州大学生体防御医学研究所 助手
1993.4 - 1995.2 九州大学生体防御医学研究所 助教授
1995.3 - 2019.3 東京医科歯科大学 難治疾患研究所 教授
2019.4 - 2024.3 東京医科歯科大学 副学長、特任教授・名誉教授

利益相反：無

S39-4

コミュニティ&コミュニティホスピタル（CCH）が提供する総合診療医のキャリア・オプション

大石 佳能子 オオイシ カノコ
株式会社メディヴァ

超高齢社会が急速に進展する中、多疾患並存症の高齢者を外来・入院・在宅で一気通貫に診ることが求められている。このニーズに最も適しているのは総合診療医であるに関わらず、総合診療科を専門に選ぶ専攻医は相変わらず少ない。その原因の一つはキャリア・オプションが少ないことではないかと考える。総合診療医の魅力的なキャリアとして、大病院のホスピタリストや開業医以外に、コミュニティ&コミュニティホスピタル（CCH）のマネジメント・ポジションやオーナーを提唱している。CCHは地域密着型の中小病院で、積極的に在宅医療を行い、コミュニティに出て医療にたどり着けない人にアウトリーチをし、病院を核とした住みやすい街づくりを担う。メディヴァでは長年中小病院の再生や地域包括ケア、在宅医療の整備に取り組んできた。現在、中小病院は診療報酬上の扱いも厳しく、その半数は赤字である。地域における役割を失い、経営不振となる病院も多い。しかしながら、メディヴァでは中小病院がCCHに転換することにより、地域における強力な医療（特に在宅医療）のインフラとなり、その結果、経営が抜本的に改善することを経験している。CCHでは、若い医師が総合診療や在宅医療の研鑽を積み、地域活動をリードし、マネジメントを経験し、将来的には中小病院のオーナーとして地域で活躍するキャリア・オプションを提案している。総合診療科の専攻医だけでなく、他科から転向する医師にも、リカレント教育プログラムを整備し、働きながら学べる場を提供する。CCHは大学病院だけでは提供できないフィールドを提供し、総合診療医に新たなキャリア・オプションを提供することができる。

【演者略歴】

株式会社メディヴァ代表取締役社長、医療法人社団プラタナス総事務長

- ・大阪大学法学部卒、ハーバードビジネススクールMBA
- ・戦略コンサルティング会社マッキンゼーのパートナーを経て2000年にメディヴァを起業。医療・介護のコンサルティング、病院・診療所の経営を担う。
在宅医療の分野では、医療法人社団プラタナス総事務長として桜新町、松原、青葉アーバンクリニック等を立ち上げ、運営。
- ・2023年に株式会社シーズワンと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を設立し、地域を支える中小病院の再生と総合診療医の育成を手掛ける。
- ・規制改革推進会議 健康・医療・介護WG専門委員を初めとし、経済産業省、厚生労働省、内閣官房等、検討会・有識者会議の委員、資生堂、江崎グリコ、参天製薬等の社外取締役、Medical Excellence Japanの副理事長等を歴任。

利益相反：無

シンポジウム40

小児在宅医療における成人移行について

S40

【セッション概要】

小児期発症の慢性疾患を持つ成人患者に対する医療の提供、いわゆる成人移行が全国で大きな問題となってきた。

小児病院が抱えているこうした成人期に達した患者を、

地域の成人病院や診療所、在宅医療へと移行し、安全で良質な医療を継続していくためには、地域の医療・福祉が連携した支援が必要となる。

小児・周産期の高度医療を行う国立成育医療研究センターのある世田谷区とその周辺では、小児期発症の慢性疾患を持つ成人患者が増加しており、しばしば適切な医療の提供に苦慮する事例も発生している。

今回、国立成育医療センターを中心に、地域の中核急性期病院や小児・成人それぞれの在宅医療診療所の関係者をパネリストに迎えて、成人移行支援に関するシンポジウムを企画した。それぞれの立場で成人移行への課題の共有と解決に向けての方策を議論していく。

座長：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

【座長略歴】

1992年 鹿児島大学医学部卒業

2000年 医療法人社団プラタナス 用賀アーバンクリニック 副院長

2004年 同院在宅医療部設立

2009年 同法人 桜新町アーバンクリニック 院長に就任

東京世田谷を中心に、地域の家庭医として在宅医療を行っている。

資格等：

2016年 スウェーデン カロリンスカ研究所 認知症ケア修士

日本内科学会 総合内科専門医

日本在宅医療学会 指導医

座長：中村 知夫 ナカムラ トモオ

国立成育医療センター 医療連携・患者支援センター 在宅医療支援室

【座長略歴】

学歴

昭和60年 3月11日 私立兵庫医科大学医学部卒

平成13年10月24日 博士号取得

職歴

昭和60年 6月 1日 兵庫医科大学小児科医局入局

昭和62年 7月 1日 大阪府立母子総合医療センターレジデント（新生児科、循環器科）

平成元年 7月 1日 兵庫医科大学小児科医員

平成 4年 2月 1日 国立小児病院麻酔集中治療科レジデント 国立小児研究センター病態生理部門研究員

平成 6年10月 1日 国立小児病院麻酔集中治療科医員

平成10年 7月 1日 The Lawson Research Institute (London, Canada) post-doctoral fellow

平成13年 7月 1日 国立小児病院新生児科医員

平成14年 3月 1日 国立成育医療研究センター周産期診療部新生児科医長

平成26年 7月16日～ 総合診療部 在宅診療科部長、医療連携・患者支援センター在宅医療支援室室長

S40-1

地域における小児期発症の慢性疾患を持つ成人患者に対する医療ネットワークの構築に向けての話し合い通じて見えてきたもの

中村 知夫 ナカムラ トモオ

国立成育医療センター 医療連携患者支援センター 在宅医療支援室室長

【はじめに】小児期発症の慢性疾患を持つ成人患者（成人移行患者）に対する適切な医療の提供が全国で大きな問題となってきた。【活動】世田谷区地域における成人移行支援の現状と問題点を共有し、問題解決に向けての方向性を検討することを目的として、当院と、訪問診療医、地域の中核病院の先生方との「地域における小児期発症の慢性疾患を持つ成人患者に対する医療ネットワークの構築に向けての話し合い」を当院の医療連携・患者支援センター主催で開催した。当院移行期委員会からの成人移行の取り組みと現状に関する講演と、在宅医と、地域の中核病院の小児科、総合内科の医師からの地域の成人移行の現状と問題点についての講演の後に、参加者と質疑応答を行なった。お互いが顔の見える関係性の構築と、意見交換を行えるよう少人数での対面形式とし、演者に加え、当センターからは、医療連携及びトランジション担当の医師、看護師、MSWが参加し、地域からは、訪問クリニックと中核病院の看護師と相談員、薬局薬剤師、障害福祉の担当者合わせて23名が参加した。参加者から、各関係者の抱えている生活支援を目的とした医療システムの問題点を初めて共有することができたとの感想が得られた。【考察】今回の話し合いから、下記の内容が必要と考えられた。① 医療機関完結型医療から地域完結型医療を構築する、② 成人移行の必要性をこどもが若年のうちから患者・保護者に伝えてゆく病院の体制、③ 小児医療と成人医療の考え方、枠組みの違いを小児医療の関係者も、患者・保護者も理解する、④ 成人移行の行程を患者・保護者と共有できるツール、⑤ 小児高度医療機関を含む医療従事者が、地域医療構想/地域包括ケアシステムの実践のため、地域の関係者に取り組むべき内容を粘り強く説明してゆく、⑥ DPCの構成及び診療報酬を患者の生活支援に配慮したものに変えてゆく、⑦ 一人一人の患者の成人移行を誠実に行う

【演者略歴】

昭和34年8月22日 64歳

学歴

昭和60年 3月11日 私立兵庫医科大学医学部卒

平成13年10月24日 博士号取得

職歴

昭和60年 6月1日 兵庫医科大学小児科医局入局

昭和62年 7月1日 大阪府立母子総合医療センターレジデント（新生児科、循環器科）

平成元年 7月1日 兵庫医科大学小児科医員

平成 4年 2月1日 国立小児病院麻酔集中治療科レジデント

国立小児研究センター病態生理部門研究員

平成 6年10月1日 国立小児病院麻酔集中治療科医員

平成10年 7月1日 The Lawson Research Institute
(London, Canada) post-doctoral fellow

平成13年 7月1日 国立小児病院新生児科医員

平成14年 3月1日 国立成育医療研究センター周産期診療部新生
児科医長平成

26年7月16日- 総合診療部 在宅診療科部長、医療連携・患者支援センター在宅医療支援室室長

利益相反：無

S40-2

重症心身障害児の成人移行支援における医療連携体制の構築

生田 陽二 イクタ ヨウジ
東小金井小児神経・脳神経内科クリニック

日本小児科学会より「小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言」が2014年に公表され、知的障害を有する患者の成人期医療への移行が難しいことについて触れられた。その後、成人期に良質な医療を継続するために、医療だけでなく健康・福祉という広い視点から提供される「支援」の必要性を強調した「小児期発症慢性疾患を有する患者の成人移行支援を推進するための提言」が2022年に公表された。この提言では支援を「成人移行支援」と呼んでおり、より包括的に小児慢性疾患患者の成人期を支援する姿勢が示された。しかし、この提案でも知的障害児や医療的ケア児の以降は困難で今後の課題とされている。このように小児慢性疾患患者の成人期への移行の重要性が注目される中、医療的ケア児や重症心身障害児は基礎疾患が多彩で稀少であること、合併症が多く関わる診療科が多岐にわたること、医学的管理が複雑で処置も難しいことなどにより適切な成人期医療への移行が困難な現状がある。本講演では、医療的ケア児や重症心身障害児の成人期医療への移行の難しさについて考察し、成人移行支援のために必要な医療連携体制の構築について提案する。

【演者略歴】

2007年 北海道大学医学部医学科卒業
2009年 公立昭和病院初期研修・小児科研修
2012年 東京都立小児総合医療センター神経内科
2015年 公立昭和病院小児科
2020年 東小金井小児神経・脳神経内科クリニック

利益相反：無

S40-3

成人在宅診療所における小児患者の成人移行の課題

水谷 亮 ミズタニ アキラ
五味 一英 ゴミ カズヒデ
遠矢 純一郎 トオヤ ジュンイチロウ
医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック

医療の進歩によって以前より重症な小児患者も長期生存し、成人年齢に達することも多くなった。しかし15歳以上（高校生）になると年齢制限により小児科を受診できなくなることがある。また在宅診療を要する小児期発症の慢性疾患や重症心身障害児・者は、希少疾患や複数の臓器障害を持ち、医療デバイスも多い。成人とは異なる知識や技術を要することが多いため、成人科への移行に難渋することが多い。

そこで成人在宅診療所である当院にて、2009年から2023年までに訪問診療を行った小児患者23例のうち、最終観察時年齢が15歳以上だった13例を後方視的に検討した。

まず、紹介元は小児専門病院が10例、総合病院・大学病院が3例だった。主な基礎疾患は全例が神経・筋疾患であり、複数の合併症を有しており、11例は新生児・乳児期発症だった。医療ケアは気管切開が5例、人工呼吸器管理が4例、経管栄養が10例だった。最終観察時の平均年齢は28.6歳、フォロー年数は平均5.6年だった。主な介護者は全例母で、最終観察時の母の平均年齢は55.5歳だった。

病院から当院への紹介理由として、8例が「成人移行のため」だった。しかし訪問診療開始時点で病院成人科への紹介が済んでいない症例は11/13例だった。最終観察時点で、そのうち6例では当院が主体となり病院成人科へ紹介を行い、5例は紹介先を検討中だった。訪問診療開始後に緊急入院したことがある症例は8/13例だった。そのうち4例は20歳以上だったため、年齢制限により紹介元病院の小児科の受診を拒否され、搬送先の選定に難渋した。

このように、複雑な疾患を抱える小児患者は専門性が高く、緊急時には病院での支援が必要であり、成人在宅医のみで診ることは困難だった。成人在宅医に紹介すれば必ず成人移行できるわけではないため、紹介元の小児科には移行期間の併診と、在宅診療だけではなく病院成人科への紹介も要請する必要がある。

【演者略歴】

2009年：順天堂大学医学部医学科 卒業
2011年：順天堂大学医学部小児科 入局
2018年：順天堂大学大学院 医学研究科 修了（医学博士）
2019年：さいわいこどもクリニック在宅診療部
2022年：桜新町アーバンクリニック在宅医療部（非常勤）

利益相反：無

S40-4

小児在宅医療における成人移行について

鄭 東孝 チョン トンヒョ
国立病院機構東京医療センター 総合内科科長

国立病院機構東京医療センターは、東京都の区西南部医療圏を中心とした地域の急性期医療を担っている。演者が所属する総合内科には年間約1600名の新入院があるが、90%以上が救急入院であり、約80%が65歳以上である。要介護状態の虚弱高齢者の緊急入院も相当数を占める。入院理由となった疾患の改善だけでは退院は成立せず、入院前より存在、あるいは入院中に一層進行した「日常生活能力の低下」をどのように支援するかが必須の業務となっている。急性期病院の高齢者医療では、病院から地域への移行に大きなギャップが存在し、ギャップの緩和には院内外の多職種との円滑なコミュニケーションと協働が鍵となっている。日常生活支援と多職種との協働を日々実践している当科の診療は、業務内容において成人移行支援と親和性が高いと考えられる。一方、高度急性期病院として求められている「診療密度と専門性が高い医療」を提供する機能と比べて、日常生活支援が現行の診療評価指標に十分に反映されているとは言い難く、支援が必要な患者の受け入れの間接的な障壁になる可能性もある。課題は様々存在するが、単独の医療機関で問題解決を図る枠組みから、医療機能の明確化・分担化を通じ地域全体で対処することが解決策の一つと考えられ、シンポジウムを通じ、地域で協働する可能性がある立場の方々と課題を共有し、より良い対処法を考察したい。

【演者略歴】

1989年 産業医科大学卒業
2003年 国立病院東京医療センター総合内科医長
2010年 国立病院機構東京医療センター在宅医療準備室長
2020年 国立病院機構東京医療センター総合内科科長
2021年 国立病院機構東京医療センター医療総合支援部長・地域医療連携室長

利益相反：無

シンポジウム41 日本臨床衛生検査技師会共催企画

在宅医療に関わる現場で活躍する臨床検査技師

S41

【セッション概要】

昨今、医療必要度が高い患者が早期に病院を離れ、在宅あるいは在宅に準ずる施設等において療養する機会が増えており、在宅での臨床検査の重要性は非常に高まることが予想される。その様な背景から在宅医療の現場において活躍する臨床検査技師も増えており、検査業務だけでなく診療の補助行為も行っている。また、コロナ禍の影響もあり、直接的な関わり以外でも在宅医療の現場へ臨床検査技師が参画している事例もあり、本セッションでは、医師のタスクシフト・シェアを念頭に在宅医療の現場での臨床検査と臨床検査技師の可能性を検証する。

奥山技師からは保健所に勤務する臨床検査技師としての活躍を、コロナ禍はもとより5類移行後も、サ高住を含めた高齢者施設における感染防止対策等についてご紹介いただく。また、睡眠障害の実際に関して、石丸技師からは在宅医療の現場で実施可能なPSG検査や、CPAP治療の導入、導入後のサポート等を含めて技師の視点でお話いただく。そして、佐野技師からはエコーを用いた便秘評価について、便の性状も判別可能となる臀部からアプローチする経臀裂法を含めて、排便サポートチーム回診への関わり等をご紹介いただく予定である。

座長：宮下 勉 ミヤシタ ツトム

杏クリニック

【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 陸町クリニック 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（陸町クリニック 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 在宅業務推進WG 委員長

日本臨床検査振興協議会 在宅医療における臨床検査小委員会 委員

座長：井越 尚子 イコシ ナオコ

女子栄養大学栄養学部保健栄養学科

【座長略歴】

1981年～1984年 東京大学医学部附属病院第三内科第15・第1研究室 実験助手

1984年～2002年 朝日生命成人病研究所附属丸の内病院（糖尿病研究所）臨床検査室長（主任）

2004年～2014年 東京医学技術専門学校 臨床検査技師科 教員

2012年 女子栄養大学大学院栄養学研究科栄養学専攻 博士号取得

2014年～現在 女子栄養大学栄養学部保健栄養学科 教授（臨床検査学研究室）

S41-1

在宅医療における睡眠医療の実際と臨床検査技師の役割

石丸 理絵 イシマル リエ

医療法人RESM RESM新横浜 睡眠・呼吸メディカルケアクリニック

睡眠医療分野で用いられる検査には医療施設内で行う終夜睡眠ポリグラフィー（polysomnography：PSG）以外に、携帯型装置による在宅検査が広く活用されている。酸素飽和度モニター、携帯型簡易呼吸モニターなどの簡易検査は予てより患者が検査機器を持ち帰り自宅で検査を行っているものであるが、近年では在宅で実施可能な小型のPSG装置が普及したことにより、精密検査も一部は在宅で実施が可能となっている。レム睡眠行動障害等の疾患で認める異常行動の検出やそれに関連した検査所見の確認を目的とする場合は在宅検査では検出できないため検査法の選択には注意を要するが、慣れた自宅環境で比較的簡便かつ迅速に検査を施行できることから有用性が高い。睡眠時無呼吸症候群の治療法の一つである持続気道陽圧呼吸（continuous positive airway pressure：CPAP）療法についても、これは患者自身が自宅で使用する装置であり、睡眠医療分野で行われる検査や治療の多くは在宅で行われていると言える。CPAP療法の治療管理の方法として、装置の稼働状況やマスクリーク、治療効果を示す無呼吸低呼吸指数（apnea hypopnea index：AHI）等のデータは、遠隔にてモニタリングできる仕組みが現在普及している。そのため外来診療時以外にも、当院では治療状況を随時モニタリングし、必要に応じて患者に連絡をとり体調変化の確認や機器対応を行っている。睡眠領域を専門とする臨床検査技師は、検査データの解析やCPAP治療の導入、導入後の機器管理やマスクトラブル対応等のサポート業務を担っており、その適切な運用のため果たす役割は大きい。本シンポジウムでは睡眠医療における臨床検査技師の業務と当院の取り組みについて紹介する。

【演者略歴】

2009年～2012年 総合臨床薬理研究所（現社名：株式会社EP総合）

2012年～2013年 医療法人社団グッドスリープ グッドスリープクリニック 検査科

2013年～現在 医療法人RESM RESM新横浜睡眠・呼吸メディカルケアクリニック 検査部

2015年より検査技師長として、2021年より検査部部長として勤務

2017年 日本睡眠学会専門検査技師 取得

利益相反：無

S41-2

コロナ禍の保健所での臨床検査技師の働き ～サービス付き高齢者住宅等への関わり～

奥山 啓子 オクヤマ ケイコ
栃木県南健康福祉センター

WHOが新型コロナウイルス感染症（以下「コロナ」という）のパンデミック宣言を行った2020年3月12日から、感染症法上の取扱いが5類に移行した2023年5月8日までの約3年にわたり、保健所では流行のたびに変化する様々な感染症対応を行ってきた。

保健所感染症担当の臨床検査技師は、PCR検査体制整備、ドライブスルー検査調整、医療機関からの検体回収に加えて、濃厚接触者等への検査案内、自宅訪問による検体採取、検査結果説明等、検査に係る業務のほか、相談対応、発生病受診、積極的疫学調査、健康観察、患者の入院調整、宿泊調整等にも携わった。第5波の自宅療養者増加時には、保健師らとともに電話でのバイタル確認、療養支援を行い、第6波以降の感染拡大時には、増加した高齢者施設クラスターの調査や施設訪問による早期収束に向けての支援等を行った。

その一方で、介護支援サービスの低下により自宅療養が困難となった事例や精神疾患・障害・認知症患者の入院調整困難事例等、医療提供体制や地域包括ケアシステムの医療・介護の連携に係る課題にも直面した。コロナ5類移行後には、サ高住を含め、特養、老健、有料老人ホーム、グループホーム等の高齢者施設に対して、感染症発生予防・拡大防止を目的として訪問支援する事業を再開した。また、感染症研修会を開催し、コロナやインフルエンザ、感染性胃腸炎等に係る感染対策講話、各種演習（PPE着脱、嘔吐物処理、手洗いチェック、クラスターカードゲーム等）、グループワーク等を行った。県内全体でも、感染症対応力を強化するため、高齢者施設に感染対策コーディネーターを配置する計画に係る研修会が予定されている。

今後は、コロナ対応に関与した経験をふまえ、市町・訪問看護・介護事業所、高齢者施設との連携を図り、誰もが住み慣れた地域で最後まで暮らせる地域共生社会を目指して地域包括ケアシステムの構築を進めていくことが重要であると考えます。

【演者略歴】

1981年 栃木県立衛生福祉大学校 卒業 栃木県庁入庁
1981～1987年 栃木県がん検診センター 栃木県立がんセンター 勤務
1988～2011年 栃木県小山保健所 佐野保健所 栃木県立衛生福祉大学校 他 勤務
2012～2015年 栃木県南健康福祉センター、県東健康福祉センター 部長補佐兼健康対策課長
2016～2019年 栃木県立衛生福祉大学校 臨床検査学部長
2020年～現在 栃木県南健康福祉センター 健康対策課感染症予防担当

利益相反：無

S41-3

臨床検査技師によるエコーを用いた便秘評価

佐野 由美 サノ ユミ

【はじめに】

高齢者医療における排泄の課題は多く、なかでも便秘に関しては、看護者や介護者の経験的な感覚により行われ、適切でない下剤の使用により下痢をおこし失禁関連皮膚炎を生じたりもする。そこで客観的手法として、超音波診断装置（以下エコー）を用いて大腸内の貯留便を可視化することで正しい便秘の分類をする試みが行われている。

【活動】

大腸内の観察は、お腹の上からアプローチする経腹法が一般的である。しかし、皮下脂肪厚や腸管ガス、膀胱尿量などの影響により便の可視化が困難な場合がある。それらを克服した臀部からアプローチする経臀裂法を考案した。加えて、エコー画像の特徴的な所見から便性状の予測が可能となった。このエコーによる便秘の評価により、適切なケアや薬剤の選択、食事関連の対策、排便姿勢の対策を他職種で検討する事が可能となり、自分らしいと思える排便をチームで取り組んでいる。また、最近では患者と密接に関わる看護師によるエコー評価の重要性は高く、「排泄エコーナース育成プログラム」を作成し、看護師にエコー教育も行っている。

【考察】

排便サポートチーム回診では、便秘の評価を効率的に情報共有するために、この技術が役立っている。看護師もエコー教育を行っているがまだまだ少なく、未熟である。したがって、臨床検査技師による教育と支援は必要である。それぞれの立場の強みを生かしながら、今後の排便課題を解決したい。

【演者略歴】

2001年 女子栄養大学栄養学部保健栄養学科卒業
2001年 医療法人財団松圓会 東葛クリニック病院入職
2020年 超音波検査技術 優秀賞受賞
超音波検査による便性状評価の検討
-経臀裂アプローチ走査法における下部直腸評価の有用性-

利益相反：無

シンポジウム42

地域での市民啓発活動、どうしてますか？ ～企画から広報、そして効果まで～

S42

【セッション概要】

市民との対話なくして在宅医療も在宅ケアも成り立たない。多職種連携の重要性は指摘されて久しいが、多施設多事業所といっても医療介護福祉業界に留まっていることが多く、本人（市民）不在で議論が進むことが少なくない。しかし最近になり在宅ケア関係者の間で地域での市民啓発活動が活発化してきている。全国の先駆者たちは、何を目的に地域活動を始めたのか？企画の練り方は？仲間の作り方・集い方は？ヒト、モノ、カネのマネージメントは？広報の仕方は？その地域活動の効果は？評価は？今回はより具体的なノウハウについて講演・ディスカッションを行う。行政と協力したACP普及啓発の取り組み、商業映画を用いた市民との交流や教育、具体的なKISA2隊流地域活動や劇団ザイタク（ピンコロシリーズ）の取り組みについて、ざっくばらんな話を予定している。

座長：鶴岡 優子 ツルオカ ユウコ

つるかめ診療所

【座長略歴】

1993年 順天堂大学卒業後、旭中央病院内科初期研修

1995年 自治医科大学地域医療学教室に入局

2001年 米国ケース・ウェスタン・リザーブ大に留学

2007年 つるかめ診療所副所長

2015年 つるかめ診療所所長

座長：小林 正宜 コバヤシ マサノリ

葛西医院

【座長略歴】

2009年3月 帝京大学医学部医学科 卒業

2011年4月 大阪公立大学医学部附属病院 総合診療科勤務

2015年3月 大阪公立大学大学院医学研究科 卒業

2018年7月～現在 葛西医院 院長

2021年9月～現在 医療介護福祉支援チームKISA2隊大阪 隊長

S42-1

世田谷区 在宅医療・介護連携推進事業における4年間のACP普及啓発の取り組み

神野 真実¹ ジンノ マミ
村上 典由¹ ムラカミ ノリヨシ
尾山 直子² オヤマ ナオコ
五味 一英² ゴミ カズヒデ
樋口 久仁子¹ ヒグチ クニコ

¹ 株式会社メディヴァ

² 医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック

世田谷区高齢者ニーズ・介護保険実態調査では、人生の最期について自宅で迎えることを希望する回答が60%以上ある一方、人生の最期についての話し合いは、49%が行っていないと回答し、区民のACPの認知・理解には課題があった。世田谷区と弊社は、在宅医療・介護連携推進事業の一環として、令和2年に在宅療養の知識と、ACPの重要性について紹介する本「LIFEこれからのこと」を制作し、3年に渡って普及啓発活動を行っている。

本の制作は、在宅医療を行う医師、看護師に加え、在宅療養患者と家族、デザイナー、ライター、イラストレーターと協働し、読み手に届きやすい表現を徹底した。区民5人の物語をベースに、ACP、在宅療養の制度、病の軌跡、延命治療の解説を盛り込み、ACP実践に向け、価値観を振り返り、記入できる「価値観のかけら」ページを設けた。完成後は、解説動画を作成し、地域包括支援センターや医療介護事業所へ配布した。

区民への講習会では「価値観のかけら」を話す体験と解説を中心に設計し、専門職へは事業所・職種を超えて、現状の取り組みや課題を力まずに語り合える「ガヤガヤ会議」を行い、地域の仲間づくりを行っている。

本は初版1万部配布後、好評を博し5千部を増刷。物語のページを自分と重ねて色塗りをされたり、価値観のかけらを受け取った家族が、葬儀でその思いを共有する展開も見られた。包括では、元アナウンサーの住民による朗読つき講習会や、職員が自らの価値観のかけらをポスター掲示する展開もあった。これらの使い方を許可を得てまとめ、区内事業所に共有している。

ACPの実践方法を形式化して広めるのではなく、本や講習会の作り込みを入念に行ったうえで、本人、家族、専門職、それぞれに応じた実践を楽しみながら検討してもらうことで、活動が広がり、世田谷にACPが根付きはじめている。今後もACPの文化としての定着を目指したい。

【演者略歴】

2016年 慶應大学環境情報学部卒業

2016年 株式会社ロフトワーク・クリエイティブディレクター、デザインリサーチャー

2019年 株式会社メディヴァ・シニアコンサルタント

利益相反：無

S42-2

映画を活用したACPの啓発活動

鶴岡 浩樹^{1,2} ツルオカ コウキ

¹ 日本社会事業大学専門職大学院福祉マネジメント研究科

² つるかめ診療所

演者は栃木県南部で在宅医療に従事しながら、福祉系専門職大学院の教員をしている。このような立場の医師は稀なこともあり、複数の自治体で、在宅医療・介護連携推進協会の委員を務めている。2021年に公開となった映画『いのちの停車場』は在宅医療を舞台とした物語だが、思いがけず同映画の医療指導として脚本の段階から関わらせていただいた。こうした経緯もあり2022年より全国各地で上映会を企画開催し、専門職大学院の授業やリカレント講座でも取り上げている。本講演では、同映画を活用したACP啓発について、住民対象の上映会と専門職大学院での取組みについて報告する。倫理的配慮として関係者より同意を得られたデータのみを発表する。住民対象の上映会は、これまで東京都東久留米市、東京都立川市、栃木県下野市、新潟県上越市、三重県鳥羽市などで行った。いずれも上映会後に座談会を開催し、地元の在宅医療関係者のほか、監督やプロデューサーなど映画関係者に登壇していただき、当地で作成された在宅医療や人生会議のパンフレットを紹介しながら、自分事として考えるきっかけを提供した。在宅医療・介護連携推進協議会、行政、医師会、学会、映画会社など様々な組織との協働が開催実現の鍵となった。専門職大学院においては、2021年度から2023年度に「事例研究（高齢・医療分野）」の授業で年1回、計3回の上映会を行った。学外対象のリカレント講座でも2023年に1回実施した。鑑賞後に日本学術会議の「終末期のあり方について」、厚生労働省の「人生の最終段階のガイドライン」等の文献をもとに尊厳死、安楽死、ACPなどの講義を行い、グループワークによって映画のキーワードである「命のしまい方」について話し合い、最後に全体討論会を行う。他者と意見を交わすことで、様々な気づきを促し、自分事として、また専門職としてACPを考察する授業となった。

【演者略歴】

1993年 順天堂大学医学部卒業、自治医科大学地域医療学教室入局。2004年 自治医大附属病院総合診療部外来医長。2007年 つるかめ診療所開設（現、副所長）。2012-4年 日本在宅医学会理事。2013年 日本社会事業大学大学院福祉マネジメント研究科教授（現職）

利益相反：無

S42-3

多職種で挑戦するKISA2隊流地域活動～誰もが柱になれるポジティブな仕掛け～

七澤 ゆきの ナナサワ ユキノ

KISA2隊大阪 おく・内科在宅クリニック

<背景>

同じ志を持つ他職種の仲間を探すことは容易ではない。

職種や業界によっては、活動領域が異なるため同じ志を持つ人々が出会う機会が少ない場合がある。

また、専門性や価値観の異なる人々が共通の目標に向かって協力するには、コミュニケーションの課題や意見の相違、役割の明確化の難しさが障害となることがある。

<目的>

KISA2隊流の同じ志を持つ仲間を見つけ、アプローチをどのように行ったかを評価し、効果に焦点を当てた。

具体的に、メディア戦略、ブランディング戦略、マーケティング戦略、および他職種を巻き込むための実践例を調査し、その結果を分析した。

<方法>

勉強会やオンライン説明会を積極的に開催し、他職種との交流の場を設け、メディアを巻き込んだ活動の露出や広報チームによる広報活動などを通じてKISA2隊の活動内容や理念への理解を広げた。

<結果>

これらの取り組みにより、現在では全国約30の地域に活動を広げ、多くの機関との協力関係ができた。また、KISA2隊の活動に興味を持ち、自ら志願して協力する参加者が増えた。

<考察>

KISA2隊流のコミュニケーション活動は、他職種との信頼関係を構築し、協力関係の形成に有効であると考ええる。今後もこのようなアプローチを継続することで、志を同じくした仲間が自らの意思で積極的に参加すると考えられる。

【演者略歴】

2011年に追手門学院大学経済学部経済学科卒業、

同年に社会福祉法人枚方療育園 関西看護専門学校専門学校に入学。看護師免許取得後、附属の枚方総合発達医療センター枚方療育園に3年間勤務。2019年に訪問看護ステーション メディカルレイズの管理者として入職し、その後は統括責任者に就任。コロナのパンデミックを訪問看護時代に経験し、コロナ患者の自宅療養者の対応を行う。そんな中、KISA2隊と出会い2022年11月からコーディネーターナースとしてチームに参加。

現在はおく内科在宅クリニックにて医療コーディネーターナースとして奮闘している。

利益相反：無

S42-4

劇団ザイタク “ピンコロ”

～延命治療の中止・非開始・そして、、 答えのない問いを市民と考えるために～

桜井 隆 サクライ タカシ
さくらいクリニック

劇団ザイタク「ピンコロ」シリーズは在宅ケアにかかわる医師、看護師、薬剤師、ケアマネ、ヘルパー達がなんでも知らんけど集まって、日常の在宅ケアの現場で繰り広げられる「いのち」にかかわるさまざまな困りごとを題材に、ほとんどアドリブで好き勝手に寸劇を繰り広げる集団です。「ピンコロ」すなわち「ピンピンころりなんか無理なんしとお？」が伝えたいのは、住み慣れた家で人生の最期をどうするのかということです。救急搬送・心臓マッサージ・人工呼吸器・胃ろう・経鼻チューブ・点滴、といった延命治療、はじめたらやめられないの？といった延命治療の非開始・中止、そして誰が決めるの？といったとても深刻な問題を“にもかかわらず”くすつと笑える、そんな風に伝えられれば。こういった「いのち」にかかわることは本来、我々サービス提供者ではなく、当事者である市民の皆様が考えることだと思います。ですので、これはそうなってほしい、「ねえ、みんなで一緒に考えようよ」という「ナッジ」のつもりです。この劇団ザイタクが「延命治療の非開始・中止」そしてさらには「尊厳死・安楽死」といった“答えのない問い”を考えるきっかけになれば、と願います。

劇団ザイタク DIRECTOR CHERY さくらい

【演者略歴】

さくらいクリニック 院長

利益相反：無

シンポジウム43

あなたのまちを最期に住みたいまちに変える「超・地域包括ケアシステム」 作戦

S43

【セッション概要】

地域包括ケアシステムの必要性が各地で叫ばれて20年。まだまだ全国各地で「地域との顔の見える関係づくりが課題」との意見が聞かれます。これは医療・介護だけの問題ではありません。住宅や相続、ペットや葬式といった範囲までサポートできなければ、「安心して最期まで暮らせるまち」とは言えないと考えます。

そこで、あらゆる職種の参加とつながりを実現しようとスタートしたのが「東大阪プロジェクト」です。発足から5年、全国各地に賛同してくれる仲間が増えました。東大阪という都市部での実践に加えて、大阪南部の泉南郡、東京のベッドタウン相模原における地域とつながる取り組み、まちづくりについて発表・討論します。

私たちの目標は「地域包括ケアシステム」が当たり前になり、もはや目指さなくてよい状態、これが「超・地域包括ケアシステム」です。自分たちも最期まで住んでいたいと思えるまちを目指す取り組みが皆様の参考になれば幸いです。

座長：川邊 正和 カワベ マサカズ

東大阪プロジェクト／かわベクリニック

【座長略歴】

2000年 福井医科大学医学部医学科卒業
2002年 大阪赤十字病院呼吸器外科
2011年 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医
2015年 かわベクリニック開院
2018年 布施医師会 理事
2018年 東大阪プロジェクトを発足

大阪赤十字病院に呼吸器外科医として勤務したのち、在宅医療支援クリニックを開設しました。「最期は自宅で」「自宅に帰りたいと思った時が退院する時」など入院患者さんの希望をかなえたいという思いがきっかけです。

私が地域包括ケアシステムの存在を知ったのは開業後でした。多くの人の肉親やパートナーに病气や介護が必要な状態は突然起こり、知識もないのに刻一刻と病状が変化するためさまざまな決断を求められます。しかも相続や住宅、ペットやお墓など問題は山積状態です。患者さんと接するうち「地域包括ケアシステムには医療や介護のほか、さまざまな専門家の知見が必要だ」と感じました。これが多職種のつながりにより自然な形で地域を支える東大阪プロジェクトの原点です。

座長：蒲原 雄介 カモハラ ユウスケ

日本医療デザインセンター／医療ライター

【座長略歴】

2001年 早稲田大学理工学部応用化学科卒業
2001年 日本放送協会（NHK）入局
2005年 RX Japan株式会社入社
2021年 医療ライターの活動を開始
2022年 日本医療デザインセンター 理事

デザインとは、今をもう少しよくしたいという創意工夫のことです。つまり医療デザインは、患者さんの困りごとの解決や、医療・介護従事者が働きやすくなる取り組みなどを指します。

私たち日本医療デザインセンターは、東大阪プロジェクトのように「今のままでは、最期まで安心して暮らせない。変えたい！」という思いから生まれた各地の取り組みを支援しています。

何かを変えようと試みるのは困難です。医療分野では安全のために「変えてはいけない」こともあるでしょう。しかし、変わらないことに慣れると、どんどん変化を起こしづらくなるのも事実です。数百件の医療機関や介護事業者への取材を通じ、変化した人から学ぶより、自身が変化する方法を体得することが重要と感じています。

S43-1

川邊 綾香 カワベ アヤカ
東大阪プロジェクト／医療法人 綾正会かわベクリニック 看護師

【演者略歴】

大阪赤十字病院勤務時代にがん終末期の医療・看護を行う一方、終末期患者様が救急搬送に至った経緯や望まない治療を受けざるを得ない状況を知る中で、『最期まで住み慣れた自宅で療養できる医療』を目的に、2015年にかわベクリニックを開院。この8年間で約600名の方をご自宅でお看取り。2018年医療・介護職に閉ざされない真の地域包括ケアシステム構築を目指し、「東大阪プロジェクト」を立ち上げ。ひとりで生きるのではなく、誰もが穏やかな心でいられる居場所を提供したいとの思いから、2023年「おだやか法人いばしょ」を設立。豊かな生活を送るための地域共生社会の構築に貢献している。2018年にはABC放送「キャスト」特集（わが家で最期を迎えたい人を支える在宅医療の現場に密着）にも取り上げられている。

利益相反：無

S43-2

伊藤 守¹ イトウ マモル

加藤 裕子² カトウ ユウコ

¹ 医療法人つながる いうまもる診療所 院長

² 株式会社MNNつながる訪問看護ステーション

【演者略歴】

伊藤 守：

岐阜大学医学部卒業

りんくう総合医療センター脳神経外科部長

りんくう総合医療センター副病院長

医療法人つながる理事長

いうまもる診療所院長

加藤 裕子：

国立大阪南病院附属看護専門学校卒業

市立岸和田市民病院入退院支援センター副センター長

皮膚排泄ケア認定看護師

特定行為認定看護師

利益相反：無

S43-3

廣瀬 憲一 ヒロセ ケンイチ
医療法人社団 守成会 理事長

【演者略歴】

H14年 浜松医科大学医学部卒業
H14年 東京医科大学循環器内科入局
H23年 広瀬病院理事長
H30年 相模原市病院協会理事
R05年 相模原市医師会理事

賞罰

R04年 第9回日本医師会赤ひげ大賞功労賞

プロフィール

神奈川県相模原市緑区にある病床数71床、ケアミックスタイプの小規模病院理事長。
エアコンを修理できないほど、経営破綻寸前まで追い込まれた状況で前院長の父親からバトンを引き継ぐ。地域の中小病院が持つ強みを、歴史に裏打ちされた信頼と病床と捉えて、在宅医療だけでなくより大きなかかりつけ医としての機能を磨くことで、地域内に足場を築く。これからの更なる高齢化社会を見据え、病院みずからが入院しない地域をコンセプトに掲げて活動している。

利益相反：無

S43-4

竹下 みちよ¹ タケシタ ミチヨ
田中 竜一² タナカ リュウイチ

¹ 訪問看護ステーション ここな 管理者・看護師

² 訪問看護ステーション ここな 開設者

【演者略歴】

・竹下みちよ

近畿大学医学部奈良病院救命救急センター、岸和田徳洲会病院心臓血管センターの急性期の臨床を経験。その後、葛城病院回復期リハビリテーション病棟で勤務しながら、在宅生活をサポートする訪問看護に興味を持ち、2013年、いとうまもる診療所・希望ヶ丘訪問看護ステーションに入職。在宅看護の世界を教わる。病院系列の訪問看護ステーションかつらぎの立ち上げをしたのち、もっと自由に色々な取り組みが出来るようにと訪問看護ステーションここなを開設。自分の住みたい街を作りたい！と、現在は2022年「HAPPYここcaféミーティング♪」を開設。医療介護福祉職にとどまらず、市民さんを巻き込んで、研修会や交流会、時には「大人本気の大運動会♪」などを開催。『ここに来たら何かと繋がる♪×ここに来たら何かが始まる♪×まずはここから！』をコンセプトに顔の見える関係作りに努めています。2024年「南大阪訪問看護連絡会」を発足し会長に就任。

・田中竜一

大阪学院大学商学部卒業後、東美屋歯科商店（現、株式会社トミヤ）入職、歯科材料の営業を行う。その後、南河内地域の私立病院に医療事務として入職、ケアミックス病院の中で医療事務全般及び届出、申請関係などを行う。在宅医療に興味を持ち、2000年介護保険法制定を期に自らを在宅医療にシフトし、泉州地域のクリニック（クリニック、住宅型有料老人ホーム併設）に事務長として入職、ここで「いとうまもる診療所」伊藤守先生と出会い、いとうまもる診療所へ転職、在宅医療のイロハから在宅医療の楽しさ、難しさ全てをご教示頂き、2016年4月「訪問看護ステーションここな」を開設。現在に至る。

利益相反：無

シンポジウム44 日本在宅医療事務連絡会合同企画

在宅医療DX最前線

S44

【セッション概要】

高齢化多死時代に向け、在宅医療の需要は増大している。年々、供給が足りなくなる状況が加速していく中で、質を保ちながら量を確保していくために、ICTの有効活用、DXの推進が求められている。

在宅医療におけるオンライン診療の活用、医療・介護・健診など様々な分断されているデータの連携、AIを用いた診断、ウェアラブルデバイスを用いた遠隔モニタリング、患者や利用者とのクラウドでのコミュニケーションなど多くのチャレンジが実践されている。これらの具体的な事例を学び、減っていく医療資源の中でより多くの在宅医療を行うために、いま何を実行していくべきか、ここで議論したい。

座長：石塚 美絵 イシヅカ ミエ

めぐみ在宅クリニック

【座長略歴】

めぐみ在宅クリニック 事務長

2003年3月に九州大学大学院法学府修士課程を修了後、大学講師、急性期病院のMSW、医療広報専門会社に勤務し、在宅療養支援診療所の事務長を経験。2018年9月には、在宅医療専門の組織運営支援および医療広報支援を行うMI-ZA（ミーザ）を設立。2021年4月からはめぐみ在宅クリニックの事務長を兼務し、現在に至る。

座長：堀部 秀夫 ホリベ ヒデオ

医療法人社団ゆみの

【座長略歴】

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 現職

S44-1

佐賀市介護予防DX ―データを活用した介護予防の推進―

菅 祐亮 スガ ユウスケ
佐賀市 政策推進部 DX推進課

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

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

本市ではこれまでも市民に対して、保健師などによる栄養・食生活や身体活動・運動などの指導や、佐賀市医師会と連携した糖尿病重症化予防対策などを10年以上にわたって実施してまいりました。また、地域で活躍されている民生委員の全面的な協力により、「高齢者実態調査」の中でフレイルチェックデータを収集し、約6万3千人に上る在宅高齢者の健康状態のデータ把握、データ蓄積することで、高齢者の見守り活動に活用しています。

このように医療・介護・健診等の各種データを活用し、医療従事者や地域、行政が連携して、生活習慣病や要介護のリスクが高い高齢者にプッシュ型で最適な支援を行うことで、重症化予防・重度化予防のPDCAサイクルを循環していくシステムの確立を目指してまいります。

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

【演者略歴】

2001年4月～2010年3月 佐賀市役所に入庁。市民税課、商業振興課に配属
2010年4月～2016年3月 保健福祉部保険年金課で国民健康保険の運営に携わる
2016年4月～2019年3月 国民健康保険の広域化（県単位での運営）担当として、佐賀県国民健康保険課へ出向
2019年4月～2022年3月 高齢福祉課で介護予防DXに携わる
2022年4月～ 現職

利益相反：無

S44-2

在宅と外来のミックスによるDX化の課題と解決の方向性

毛塚 牧人 ケヅカ マキト
株式会社レイヤード

今後の高齢化を見据えて在宅医療の拡大は急務であり、今後は外来を中心におこなっていたクリニックも在宅医療に取り組んで行くことが期待される。また、昨今の人件費の上昇や医療の複雑化に伴い、医療DXは待ったなしの状況であり、在宅領域は特に診療所を離れて診察を行うためのクラウドシステムの活用やITによる業務効率化が重要である。しかし医療システムの領域においては外来向けシステムと在宅向けシステムが分かれており、外来ではまだまだオンプレシステムも多いなど、外来・在宅の両方に取り組む医療機関においてはどちらのシステムを優先するか悩ましい問題である。今回の講演においては外来と在宅両方に取り組むクリニックがシステム化において抱える課題とその解決の方向性について議論したい。

【演者略歴】

- 大阪大学人間科学部卒業（2001年）
- PricewaterhouseCoopers株式会社入社（元日本IBM）（2001～2006年）
- アイチケット株式会社 取締役兼営業本部長（2006年～2007年）
- 株式会社メディアコンテンツファクトリー 代表取締役（2008年～現在）
- メディアコンテンツファクトリーから株式会社レイヤードに社名変更（2022年）

利益相反：有

S44-3

北海道名寄市の「地域における多職種連携のためのICT活用」

橋本 いづみ ハシモト イヅミ

名寄市健康福祉部こども・高齢者支援室地域包括支援センター

北海道道北の名寄市は、医師・看護師不足、そして最も深刻なのが在宅生活や施設での生活を支える介護職不足が慢性化している。その減少している専門職を地域に定着させ、業務の効率化を目指す一助として、また名寄市地域包括ケアシステム構築の重要ツールとして、患者利用者の情報共有を行う医療介護連携ICT事業を開始し、3年が経過した。市が地域包括ケアシステムの構築や、在宅医療介護連携推進事業の取組をどのように実施すればいいのかわからない中で、多職種のワーキンググループがくり返し行ったミーティングの中から、地域包括ケアシステム構築の一つのキーワード「医療と介護の連携」のためのツールとして本ICT事業を立ち上げることとなった。その結果、市の事業としているため、市行政、市内のほぼ全ての医療機関、介護事業所が市内唯一のネットワークである医療介護連携ICT（ポラリスネットワーク）に参加しており、ケアマネジャーを主軸とした地域の介護事業所と病院や歯科診療所、調剤薬局等が患者利用者を中心として日々多職種連携を展開している。また、ICT参加事業所自らが毎日の業務の立て方の変更や連絡調整の効率化等、DX化を図りつつある。また、在宅で過ごす慢性心不全の患者の病状増悪を防止する効果も報告されるようになってきた。今回はこれらの取組について紹介する。

【演者略歴】

1986年4月保健師として名寄市に入職

1999年4月より介護保険係、地域包括支援センター、保健センターを経て、2017年4月地域包括ケアシステム構築担当参事、2019年4月から地域包括支援センターへ異動、現在に至る。

利益相反：無

S44-4

地域診療所における入院ゼロを目指したテレナーシングDXの推進

田中 勇樹 タナカ ユウキ
医療法人社団ゆみの

ゆみのハートクリニックは、在宅患者を全国でおよそ3,000名診ているが、そのうち心疾患の患者さんが約40%を占めている。

心疾患は病状が進むにつれて、急に症状が悪くなることが繰り返し起こり、病院に再入院するケースが多いが、ゆみではICTを活用し、ちょっとした変化をとらえ、迅速に対応することにより、再入院率を抑えることを目標としている。

患者宅での訪問医療の頻度は、基本的に医師は月に1回、看護師は週に1回、と決して多くはないため、訪問と訪問の間の見えない時間帯にテレナーシングを導入することで、継続的に患者さんをサポートしつつ、かつ医療・介護にもつなげていく役割を担っている。

本シンポジウムでは、テレナーシングで利用しているICTやDX効果の事例を紹介する。

- ①ペースメーカー遠隔モニタリングで胸郭インピーダンス、不整脈等をチェック
- ②デジタル心不全手帳で日々のバイタル、体調を記録。チャットで会話
- ③他職種連携チャットで他職種＋患者家族と会話
- ④会話文字おこしツールで患者との会話をテキスト化
- ⑤テキスト化した会話をAIでSOAP要約

【演者略歴】

1999年～ GEヘルスケア・ジャパン（株）心電図・生体情報モニタエンジニア、プロダクトマネージャ
2011年～ セント・ジュード・メディカル（株）心臓ペースメーカープロダクトマネージャ
2013年～ PwCコンサルティング（株）医療経営コンサルタントマネージャ
2017年～ （株）フィリップス・ジャパン ソリューション事業開発マネージャ
2021年～ 医療法人社団ゆみの 医療経営企画室

利益相反：有

シンポジウム45

災害支援・受援力醸成において在宅医療連合学会にできることは？

S45

【セッション概要】

令和6年能登半島地震を通して在宅医療における災害に対する意識が高まっている。来たるべきパンデミックや自然災害に備えて、個々人や事業所単位、地域コミュニティ単位を通してできる事業継続計画（BCP）はもちろん重要である。そして、災害時において多くの外部支援を受け入れることができる「受援力」や災害時における「在宅医療/介護領域における外部支援」もまた等しく重要であると考えられる。

しかし、在宅医療連合学会では、現時点で実効性のある災害支援・受援力醸成が十分にできているとは言い難い。一方で「やりたいことを何でもやる」というスタンスは、既存の支援団体と支援内容が重なることも多く、リソースの観点からも好ましいとは言えない。そこで本セッションでは、有識者による発表およびディスカッションを通して、在宅医療・介護に関わる会員が災害時に「何を」「どこまで」「どうやって」やるかについて考えるきっかけを提供していきたい。

座長：泰川 恵吾 ヤスカワ ケイゴ

ドクターゴン診療所

【座長略歴】

平成元年 杏林大学医学部卒業

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 9年 沖縄宮古島で伊志嶺医院開設して離島在宅診療開始

現在、医療法人 鳥伝白川会 理事長

座長：宮本 雄気 ミヤモト ユウキ

よしき往診クリニック／京都府立医科大学 救急医療学教室

【座長略歴】

2012年 京都府立医科大学卒業。湘南鎌倉総合病院で初期研修の後、京都府立医科大学 救急医療学教室などで救急・集中治療に携わる。2016年より医療法人双樹会 よしき往診クリニックにて在宅医療にも従事。その後、東京大学 医学系研究科 公共健康医学専攻を経て2021年より現所属。2021年2月より京都府新型コロナウイルス感染症 在宅フォローアップチーム（KISA2隊）を立ち上げ、全国に先駆けて新型コロナウイルス感染症患者に対する在宅医療の提供を行った。

現在も「在宅医療」と「救急医療」の協働で医療はもっとよくなる！をモットーに活動している。

資格等：

日本救急医学会 救急科専門医

日本集中治療学会 集中治療専門医

日本在宅医療連合学会 評議員

公衆衛生学修士

NPO法人 EM Alliance 理事

日本DMAT隊員

在宅医療・介護領域における災害時の全体像と課題

宮本 雄気^{1,2} ミヤモト ユウキ

¹ 医療法人双樹会 よしき往診クリニック

² 京都府立医科大学 救急医療学教室

災害医療の特徴の一つに「医療・介護の需要が供給能力を大きく上回る」という点が挙げられる。そして、災害医療の目的は「1人でも多くの方の『防ぎ得た災害死・災害関連死』を防ぐこと」であると考えられている。

この前提を基に、本シンポジウムの命題である「在宅医療・介護に関わる会員が災害時に何をどこまでどうやって行うか」について考える最初のステップとして、以下の項目について概説する。

(1) 在宅医療・介護における災害・災害支援の全体像

災害医療の本質の一つに「医療資源の効率的な配分」が挙げられるが、そのためには全体像の理解と医療資源配分の流れについての理解が必要となる。

(2) 高齢者をはじめとする要配慮者への対応の重要性

令和6年能登半島地震においても要配慮者へのケアの課題がクローズアップされたが、改めてその重要性について概説する。

(3) 既存の災害支援団体の役割

災害の全体像を把握するための鍵の1つが既存の支援団体の役割・活動内容を知ることである。

(4) 指揮命令系統の理解と効率的な協働

災害医療では指揮命令系統の確立が重要視されている。指揮命令系統を無視して支援を行った場合、非効率的な支援や支援者自身への危険をもたらす可能性がある。

(5) 支援者の確保とクオリティコントロール

プライマリ・ケア領域の災害支援では継続性が重要となるが、そのためには多くの支援者の協力が必要である。また支援者のクオリティコントロールも重要な課題である。

(6) 事務局機能の問題など

医療・介護専門職だけでは災害支援は到底叶わない。被災者とは直接関わらない、いわゆる「バックオフィス業務」もまた等しく重要である。

【演者略歴】

2012年京都府立医科大学卒業。湘南鎌倉総合病院で初期研修の後、京都府立医科大学 救急医療学教室などで救急・集中治療に携わる。2016年より医療法人双樹会 よしき往診クリニックにて在宅医療にも従事。その後、東京大学 医学系研究科 公共健康医学専攻を経て2021年より現所属。2021年2月より京都府新型コロナウイルス感染症 在宅フォローアップチーム（KISA2隊）を立ち上げ、全国に先駆けて新型コロナウイルス感染症患者に対する在宅医療の提供を行った。令和6年能登半島地震においてはDMAT隊員として災害医療に従事、またKISA2隊としても被災地の医療・介護支援に従事した。「在宅医療と救急医療の協働で医療はもっとよくなる！」をモットーに活動している。

資格等：

日本救急医学会 救急科専門医

日本集中治療学会 集中治療専門医

日本在宅医療連合学会 評議員

公衆衛生学修士

NPO法人 EM Alliance 理事

日本DMAT隊員

利益相反：無

S45-2

サージキャパシティをどのように担保していくか？

～増大する医療・ケアニーズに対する外部支援の活用と地域BCPのススメ～

山岸 暁美^{1,2,3} ヤマギシ アケミ

¹ 慶應義塾大学医学部衛生学 公衆衛生学教室

² コミュニティヘルス研究機構

³ Disaster Community-Care Assistance Team (DC-CAT)

平時より高齢化率が4-5割の能登半島の市町では、発災後さらに増大したケアニーズにどう対応するかということが大きな課題となった。

この“ケアニーズ”に対応できる公的支援が圧倒的に不足している状況を背景に、Disaster Community-Care Assistance Team (DC-CAT) を立ち上げ、1月初旬より、避難所を中心に活動を開始した。2月に入ってから、スタッフ不足に苦悩される介護施設・福祉避難所に支援活動の拠点を移し、延べ2000人のケア専門職が現地支援に入っている。また4月以降は、地元行政や医療・ケア機関と共に、高齢・人口減少地域における新しい医療やケアのカタチを模索していくという支援もスタートした。「助かったいのちの先の“生きる”を支え、災害関連死を阻止する」という活動趣旨は変わらず、被災地のニーズや復興状況に応じて形を変えつつ、現地の医療ケア資源が再び機能回復し、自立した提供体制が確保できるまで支援を継続しているところである。

発災後の医療やケアのサージキャパシティをどう担保するかは、BCPの文脈でしっかり検討しておくべき事項の一つである。しかし、これは1機関で解決できることではない。我が地域の医療やケアを有事においてもどのように継続するのかという観点から、普段の医療介護連携の文脈で関係者が課題解決を目指す“地域BCP”の文脈で、外部支援の活用や受援も含め平時からしっかり検討していくことが肝要である。

能登半島の経験は、日本社会の未来を考える上でも大きな示唆を与えてくれる。我が国の高齢化は確実に進む。遠くない未来、首都直下地震や南海トラフ地震が起こる可能性も高い。我々は、被災により命を落とされた方々、ご苦労を強いられた方々からの学びを決して無駄にせず、次の世代に、次の被災地に経験と知見を引き継いでいかなければならない。こうした観点からも、知見や経験の集積、発信、発災後の支援体制整備、施策提言において、学会が担いようことは非常に大きいと考える。

【演者略歴】

95年～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。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

20年度～厚労省医政局事業E-Field HOME研修タスクフォース長、21年度厚労省特別研究「在宅医療機関のBCP策定に係る研究」研究代表者、22年度～在宅医療提供機関のBCP策定専門委員会委員長、22年度内閣府デジタル田園健康特区（長野県茅野市）PMO、22年度厚労省「保健所の在り方検討委員会」委員等、政策と研究と現場を繋ぐタスクを多数務める。

保健福祉学博士、在宅看護専門看護師、社会福祉士、認定心理士

利益相反：無

S45-3

災害時に在宅患者をどう守るか？

～地域連携BCPの必要性～

小井土 雄一	コイド ユウイチ
千島 佳也子	チシマ カヤコ
中野 めぐみ	ナカノ メグミ
大場 次郎	オオバ ジロウ
小早川 義貴	コハヤカワ ヨシタカ

国立病院機構本部 DMAT事務局

災害時要配慮者をどう守るかは、災害医療の大きなテーマである。特に要配慮者の中でも、入院患者、施設入所者への対応は整備されつつあるが、在宅患者への対応が遅れている。令和3年度介護報酬改定において介護サービス事業者を対象にBCPの策定、研修、訓練の実施等が義務付けられたが、あくまでも事業所のBCPであり、在宅患者の救出、救助、搬送までは踏み込んではいない。また、令和3年災害対策基本法の改正で、避難行動要支援者のリスト化と個別避難計画の作成も努力義務化されたが、実効性の確保に課題を残している。在宅患者を守るためには、情報共有と多職種連携が必須となる。地域は地域で守るというコンセプトの基、地域連携BCPが必要と考える。

【演者略歴】

昭和59年 3月 埼玉医科大学卒業
昭和59年 6月 日本医科大学救急医学教室入局
平成 9年10月 日本医科大学講師
平成20年 4月～令和2年3月 国立病院機構 災害医療センター 臨床研究部長
平成21年 4月～29年3月 災害医療センター 救命救急センター長 併任
平成22年 4月 厚生労働省DMAT事務局 事務局長 併任
平成27年 2月～31年2月 日本災害医学会 代表理事
平成28年 4月～31年3月 国際緊急援助隊支援委員長
令和 2年 4月 国立病院機構本部DMAT事務局 事務局長

利益相反：無

災害医療のすきまを埋めたい：在宅医療で描く災害支援の新しい地図

原田 奈穂子^{1,2} ハラダ ナホコ
香田 将英³ コウダ マサヒデ

¹ 岡山大学学術研究院ヘルスシステム統合科学域

² 岡山大学医学部保健学科基礎看護学領域

³ 岡山大学学術研究院医歯薬学域

日本の災害の影響を受けた人々への行政の支援は、長年避難所に逃げてきた人口を対象としており、避難所という生活の場ではない環境で暮らしを営むことが難しい人々にとっては、避難所に行くことだけでも非常にハードルが高い。一方で、行政としても、避難所にいない者は計上し難く、生命の維持に必要な飲料水や食料の手配にも差支えがでる現状が続いてきた。災害時の医療は、災害拠点病院など地域の医療の中核を担う医療機関の機能維持が最優先され、順次その他の病院や避難所等にも展開がなされる。しかしながら、急性期であればある程医療サービスへのデマンドは分配可能な医療資源を凌駕する。上記のような課題が内在した上に成立している災害対応の仕組みの中で、以下に在宅患者の生命と暮らしを守るのかという課題について、部分的ではあるが日本プライマリ・ケア連合学会は取り組んできた。当学会の会員の中には在宅医療および看護に携わる者も多い。また、東日本大震災では4年半、熊本地震でも5か月に及び支援を展開してきた。東日本大震災では、福祉避難所の設置と運営、茶話会に健康相談を組み入れた企画、入院型だった病院スタッフに在宅医療のキャパシティビルディングに取り組んだ。また、熊本地震では行政の中に入り込み、避難所の環境の改善、行政職員へのメンタルヘルス支援、在宅避難者の一斉調査に取り組んだ。このような過去の活動経験を踏まえ、当学会では病院による高度医療サービスまでは必要とはしないが、一般避難所または福祉避難所でも安全に生活を営むことが困難な人口への支援、およびプライマリ・ケアを提供することで被災後の二次的な健康被害を予防および軽減することを目的とした、継続的な災害派遣支援チームの組成に取り組み始めた。本発表では過去の活動及びチーム組成の仕組みを紹介し、災害時の医療のすきまを埋める戦略について議論したい。

【演者略歴】

聖路加看護大学（現聖路加国際大学）看護学部卒業

University of Pennsylvania看護大学院修士課程成人急性期ナースプラクティショナー過程修了

William F. Connell 看護大学院博士課程修了

東京大学・東北大学・宮崎大学を経て現任日本プライマリ・ケア連合学会災害システム医療委員会副委員長

利益相反：無

S45-5

あなたは被災者を傷つけていませんか？ (AMDA避難所支援からJMAT災害派遣で頂いた気づき)

長谷川 太郎 ハセガワ タロウ
湘南おおふなクリニック

国連経済社会理事会総合協議資格NGO 特定非営利法人AMDA（以下AMDA）に所属し熊本地震（2016年）で初めて避難所支援に参加。以後、平成30年7月豪雨（広島県呉市）、令和元年東日本台風（長野県長野市）時に避難所医療支援活動に携わり、今回初めてのJMATにて活動を行い計3回輪島市にお邪魔した。今回のシンポジウムでは、保健福祉医療調整本部における支援団体の立ち位置、AMDAからみた各団体との連携、JMAT内でのCommand & Controlの重要性、支援団体としての活動目標・情報共有ならびに共有後情報の引継ぎについて、思うところをお話したい。今後、被災されながら支援をしている方々を傷つけないために。

【令和6年能登半島地震での派遣活動実績】

①2024/1/16-1/25（市立輪島中学校避難所）所属団体：AMDA緊急救援ネットワーク派遣チーム

活動内容：市内最大の避難所（避難者500人）におけるAMDA医療チーム責任者。DMAT本部ならびに福祉避難所支援者（ジャパンハート・TMAT・キャンパス災害支援チーム・DC-CAT・ふるふる隊・災害支援ナースなど）との連携調整。避難者受け入れと福祉避難所への搬送調整。避難所内保健衛生指導。

②2024/2/25-2/29（輪島市輪島地区）

所属団体：神奈川（重装）JMAT

活動内容：派遣隊として各団体（能登北部医師会輪島支部・日赤救護班など）との調整業務。診療所状況調査と外来診療支援。

③2024/3/27-3/31（輪島市門前町）

所属団体：神奈川（重装）JMAT

活動内容：地域医療機関に引き継ぐための活動収束に向けた地ならしと準備。

【演者略歴】

医療法人社団All for Kamakura 湘南おおふなクリニック院長

鎌倉市医師会 能登半島JMAT支援担当理事

防災士

鎌倉市防災・災害医療アドバイザー

日本泌尿器科学会専門医

利益相反：無

シンポジウム46

病院地域連携室は在宅医療チームをどのように選定しているのか ～よりフェアな病診連携を目指して～ S46

【セッション概要】

在宅医療を提供している医療機関にとって、病診連携は重要なテーマである。病院の患者の在宅医療への移行調整や退院調整に関して、病院の地域連携室が大きなイニシアチブを握っているのが病診連携の現実であろう。では、現在の病院地域連携室は一体どういう基準で在宅医療チームを選定しているのだろうか。一方で、在宅医療チームは病院地域連携室に選んでもらえるような立ち位置を目指すべきなのだろうか。また、いまだに「かかりつけ医や元々のケアマネジャーをないがしろにしている」ような退院調整をしている病院もある。そのような病院に対して、在宅医療側としてどうアプローチすべきであろうか。

本シンポジウムでは、病院地域連携室が在宅医療チームをどのように選定すべきなのか、地域として病院地域連携室をどう支援し協働していくのか、について考えてみたい。患者を一人のヒトとして丁寧に扱えるような病診連携の構築に寄与できれば幸いである。

座長：米本 千春 ヨネモト チハル

堺市立総合医療センター患者支援センター

【座長略歴】

2004年 市立堺病院（現：堺市立総合医療センター） 初期研修

呼吸器内科、総合診療科、緩和ケア病棟勤務を経て

2014年 医療法人 出水クリニック

2017年 医療法人 三谷ファミリークリニック

2017年 堺市立総合医療センター 地域連携センター（現：患者支援センター） 非常勤

2023年以降 医療法人 岩崎医院／医療法人方佑会 植木病院 共に非常勤

座長：清水 政克 シミズ マサカツ

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 医療法人社団 清水メディカルクリニック

【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。日本在宅ホスピス協会理事。

2020年より現職。地域で外来診療及び在宅医療に取り組んでいる。

S46-1

神経難病におけるヒトをつなぐ支援の重要性

花井 亜紀子 ハナイ アキコ

国立精神・神経医療研究センター病院 医療連携福祉相談部

当方が所属する病院は、東京都の神経・筋疾患難病診療分野別拠点病院である。毎年1000件近い患者の入退院支援に介入しており、地域の関係機関と連携を図っている。対象としている患者のほとんどは、治癒困難な難病であり、症状は進行性に経過する。診断が確定する発症期から、疾患の進行とともに新たな症状や病状が憎悪する進行期、医療処置や療養の場の選択が求められる移行期、症状コントロールや自己実現が目標となる維持安定期、そして終末期と長期にわたる療養が必要となる。その長きにわたる療養生活を支えるヒト・モノ・制度は非常に重要であり、地域ケア体制の構築は入退院支援の肝である。中でも、患者家族とヒトをつなぐ支援はとても気を遣う作業であり、一番頭を悩ませている。難病患者は症状の進行により、その都度、生活の再編や様々な意思決定を強いられる。医療における意思決定は、患者家族の価値観と医療・ケアチームの医学的情報に基づいて価値判断していくプロセスを共有していく協働意思決定にあり、医療・ケアチームとの関係性は良いに越したことはない。続けざまに押し寄せる意思決定の場に備え、患者家族に合った関係者を早期からつなぎ、信頼関係が構築できるよう心がけている。一方で、難病は、利用できる制度やサービスが、介護保険、障害福祉サービスなど多様であり、専門職種も多岐にわたる。「介護保険のケアマネなので、障害福祉サービスや医療はわかりません」というスタンスではなかなか難しいが、我々も、退院後継続してともに支援させていただくという姿勢を示し、それぞれの役割を担っていければと日々関わっている。我々自身も地域の関係機関の方々と関係性を構築しながら、今後も患者家族の生活や人生に大きく影響するであろう、重要なヒトをつなぐという支援に、真摯に向き合っていきたいと思う。

【演者略歴】

2000年 国立精神・神経センター国府台病院附属看護学校卒業
2000年 国立精神・神経センター国府台病院
2009年 辻仲病院柏の葉2012年
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 入退院支援室 配属
2023年 同 入退院支援係長（看護師長）現在に至る

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認定

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 評議員 教育推進委員

日本難病医療ネットワーク学会 編集委員

日本神経治療学会

日本在宅連合学会 評議員

利益相反：無

S46-2

高度急性期病院における退院支援の工夫と視点

石川 泰延 イシカワ ヤスノブ

千葉大学医学部附属病院

千葉大学医学部附属病院は特定機能病院であり、高度な医療サービスを効率よく提供することが目的とされる。当患者支援部は入院・外来患者への転退院支援・在宅調整を業務の1つとして担っている。年々在院日数は減り、更に効率の良い転退院支援が求められている。病院間、協力機関との切れ目のない連携が患者さん・ご家族への質の高い支援に繋がることを部の基本方針とし行動してきた。結果、病院機能評価にて患者支援部などが良好な機能を発揮していると随所で評価を受けるまでとなった。そんな高度急性期病院としての支援の効率と質を両立する為の現状を伝えたい。

現在、一人の患者さんを地域全体で見守っていく体制が必要であり、提携医療機関制度として医療、介護、福祉等の各施設と提携を結び安心して紹介ができる先を増やし転帰支援に繋げている。実際にMSWが居宅介護支援事業所へ伺い、在宅復帰への相互の支援効率を踏まえた体制作りを実施。また地域連携の会では医療、介護、福祉、行政等が当院を含む他機関と必要な対策を議論し情報交換ができる場として企画・運営を実施している。実際の転退院支援の際に顔の見える関係であることへのメリットは大きく、他にも地域医療機関同士でMSWの交換留学や訪問診療へ1日体験等を実施。他機関、多職種を肌で感じた経験は情報として部内に蓄積され、結果MSWが訪問診療、訪問看護等を選定する際の判断基準として、本人や家族との相性がある程度考慮できる事に繋がった。

しかし、退院支援等の苦労話では院外他機関・他職種との課題ばかりがよく聞かれる。退院を促進する診療科や病院の体制に対して退院支援部門がどうアクションを起こしているのか聞きたい。自施設で出来ることは本当に無いのか、今一度考えてみたい視点である。

千葉大学医学部附属病院 患者支援部 MSW 石川泰延

【演者略歴】

杏林大学社会学部社会科学科卒。

日本福祉教育専門学校卒。

株式会社 三祐産業に勤務し、

通所介護事業所等施設管理業務に従事、一身上の都合で退職。

千葉大学医学部附属病院 地域医療連携部（現患者支援部）

入職し、現在に至る。

利益相反：無

S46-3

地域から見た病院の在宅チーム選定のリアル ～そこに連携はあるのか?介護支援専門員の立場から～

臼井 啓子 ウスイ ケイコ
合同会社オフィスK

医療と介護は連携できるのか、というテーマは、私の中では長年解決しない課題としてある。この学会でも以前に「真の連携はできないのでは?」という前提で、シンポジウムで発表したこともあった。今回は、大きな病院と在宅チームの連携についてお題を頂戴したが、どうやら根底にあるものは同じじゃないの?という気がしてならない。「患者」「利用者」を中心に考えるのは言うまでもないことだが、仕事をあげる、もらう関係性がある以上、どうしても上下関係が生じてくるように思うのは偏見だろうか。

そして在宅チームの中にも「医療」と「介護」があって、その連携にも悩む日々…。ケアマネジャーとは因果な商売である。

私のような者に、解決策なんて思いつくはずもないが、現場で起きているリアルをお伝えすることで、それぞれの立場で考えるきっかけになって欲しいと切に願う。

【演者略歴】

平成2年から看護師として就職するが、在宅ケアに興味を持ち、クリニックの外来や訪問看護ステーションに勤務

平成11年に市の総合相談窓口勤務したことをきっかけに、平成12年に介護支援専門員資格を取得後、平成15年からケアマネジャーとして民間事業所に勤務

平成20年 主任介護支援専門員取得

平成26年3月 合同会社オフィスK起業 経営、ケアマネ、訪問看護師の3足わらじの日々

利益相反：無

シンポジウム47

つながろう！心不全診療の病院-在宅連携

S47

【セッション概要】

医療の進展や超高齢化社会の到来を背景に、心不全の爆発的な増加が懸念されている。心不全の予後やQOLの改善には、確実な最適医療に加え、患者が予備力の乏しい心臓と折り合いをつけて過ごすための支援が不可欠である。心不全の多くは生活の場で悪化するからである。そのためには適切な生活強度の設定、セルフケア促進、生活の見守りと心不全悪化の早期発見・早期介入などが重要である。これらはいずれも病院診療のみでは実現困難であり、様々な立場の医療者が多方面で関わることで初めて可能になる。

このような「心不全と共に生きる」ための連携体制は地域包括ケアの理念や社会疫学的観点からも理にかなっており、来る心不全パンデミックを乗り越えるための医療インフラとなりうる。しかし本邦ではそのような体制は未だ試行錯誤の過程にある。本セッションでは特に看護師や理学療法士の役割に注目し、病院と在宅を繋ぐ医療連携の成果や課題を共有したい。

座長：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

【座長略歴】

平成15年 3月 防衛医科大学校卒業

平成15年 6月～平成17年5月 初任実務研修（研修医）

平成17年 6月 北部方面衛生隊勤務

平成18年 4月 島田総合病院（銚子市）勤務

平成24年11月 四街道まごころクリニック開業 院長に就任

座長：岡田 将 オカダ ショウ

千葉大学医学部附属病院 循環器内科

【座長略歴】

学歴／職歴

2000年 3月 千葉大学医学部卒業

2000年 4月～2003年 3月 麻生飯塚病院 初期・後期研修医（福岡県飯塚市）

2003年 4月～2004年 3月 千葉県循環器病センター 循環器科 医員

2004年 4月～2009年 3月 千葉大学大学院 医学薬学府 循環器内科学 博士課程

2008年10月～2012年 3月 法務省 東京矯正管区 市原学園 医務課長

2012年 4月～2021年12月 千葉大学医学部附属病院 循環器内科 助教

2015年 4月～2016年 3月 東京大学大学院 医学系研究科 公共健康医学 修士課程

2022年 1月～現在 千葉大学大学院医学研究院 循環器内科学 診療講師

S47-1

心不全患者への病院－在宅連携 看護師の立場から 患者のちょっとした変化に気づき、心不全悪化の早期発見と介入の重要性

湯浅 めぐみ ユアサ メグミ
千葉県循環器病センター

心不全患者の多くは、生活習慣要因により心不全悪化する事が多い。入院中に個々の心不全悪化要因となる生活習慣を明確にし、患者・家族とともに振り返り、心不全増悪しないための生活習慣の是正をどのように行っていくか支援している。心不全管理の実施は主に退院後であり、外来受診時に入院中の支援内容が実施できているか、また、継続した心不全管理ができているかどうか、看護として外来での関わりが重要となる。そういった中で外来受診時に患者や家族の身体的側面や精神的側面、社会的側面に対してちょっとした変化に気づき、医師や地域スタッフと連携を図り、心不全を抱えながら自宅で生活できるように支援している。心不全患者の多くは、高齢者である。セルフケアに不安のある患者や独居の高齢心不全患者を中心に入院病棟から外来へ継続看護を行っている。外来看護師が退院前訪問し、患者・家族へ面談を行い、心不全管理の理解や在宅での不安や思いなど事前に確認し、外来介入へつなげている。また、地域医療連携室と連携を図りながら、バイタルリンクを用いて地域スタッフと連携をはかり、心不全悪化の早期発見や早期介入へつなげている。そういった中で、病院で行っている心不全患者に対して、外来での取り組みや地域との連携、今後の課題などを報告する。

【演者略歴】

千葉県循環器病センター 慢性心不全看護認定看護師

利益相反：無

S47-2

高齢心不全利用者への訪問看護師の支援内容と課題

尾崎 直子 オザキ ナオコ

訪問看護ステーションかがやき

【はじめに】 心不全患者数は増加しており、2030年には患者数は130万に達すると予測されている。患者の多くは高齢者であり、複数の疾患を併存しかつサルコペニアなどの身体機能の課題も発生している。高齢者心不全患者のセルフケアの遂行は、外部の支援なしでは継続が難しい。在宅で療養する心不全患者の支援について訪問看護師の立場から現状と課題について述べる。【支援内容】 心不全の利用者（以下心不全患者）に訪問看護師が介入する時期は、ACCFとAHAの心不全ステージ分類ではC及びDの時期が多い。予後改善のために日常生活の様々な助言やサポートを実施し、心負荷の軽減や心機能低下予防を図る。内服の管理をはじめ、血圧や体重管理、主治医との連絡調整を行う。さらに併存する疾患との調整など、心不全患者の生活環境に合わせた支援を細やかに実施することを求められる。しかし介護保険制度では要支援の状態像であることが多く訪問回数に制限を生じやすい。ステージDの時期の心不全患者に対し、ACPのサポートなどを含め周囲の支援者との連携を強化する。最終段階では、看取りの調整を含め苦痛の緩和を支援する。また、多職種との協働が円滑に進むようケアマネジャーらと情報共有を図る。【事例】 80代男性。拡張型心筋症でステージCの時期から介入した。徐々に心機能の低下認め、入院頻度が多くなった。介入当初はセルフケア支援を中心にサポートし入院頻度の減少が可能であったが、徐々に緊急入院の頻度が増回した。ステージDの時期に移行し支援内容は看取り支援へ変化した。心不全患者の訪問看護支援は介護保険での介入となるため訪問回数を生じやすく、十分な支援ができないことがある。【まとめ】 高齢者の心不全患者のセルフケア支援は訪問看護師の果たす役割は大きい。訪問看護の介入の在り方や心不全看護の学習機会を増やし多くの看護師が不安なく介入できる環境づくりが必要である。

【演者略歴】

1995年 東葉クリニックで透析看護に従事

1997年 法人内異動で訪問看護ステーションかがやき管理者（現職）

2003年 介護支援専門員指導者

2006年 介護予防ケアマネジメント指導者

2016年 千葉大学大学院看護学研究科修了（システム管理学専攻）

現在の主な活動等

千葉県介護支援専門員協議会理事・日本在宅看護学会会員・日本心不全リハビリテーション学会会員・千葉県認知症対策推進委員会・千葉大学看護学部臨床講師・日本高齢者腎不全研究会世話人

利益相反：無

S47-3

病院-在宅連携による基幹病院としてのリハビリテーションの役割

小池 俊光¹ コイケ トシミツ

岡田 将² オカダ ショウ

¹ 千葉大学医学部附属病院 リハビリテーション科

² 千葉大学医学部附属病院 循環器内科

心臓リハビリテーションは心不全最適治療における第五の柱とも言われが、慢性期における外来リハビリテーションの継続施行は容易ではなく、本邦においてもその普及率は著しく低い。現在遠隔リハビリによる問題解決も図られているものの、費用や安全性等の課題もあり、特に重症で低心機能の心不全においては未だ発展途上の段階である。これに対し我々は、慢性心不全症例に対し専門病院と在宅医療の連携を介した心臓リハビリテーションを展開し、包括的心不全ケアの実現に努めている。具体的には以下の通りである。1) 病院における身体機能および心予備能評価、2) 在宅における許容活動強度及び運動メニューの提示、3) 定期受診の際リハビリにおける心負荷・身体負荷の再評価、4) 訪問スタッフへのフィードバック。このような病院-在宅での心不全のリハビリテーション連携の在り方を紹介すると共に、その成果および課題を基幹病院の立場から報告する。

【演者略歴】

2000年 理学療法士免許取得。

2000年 厚生会山梨厚生病院リハビリテーション部勤務。

2009年 千葉大学医学部附属病院リハビリテーション科勤務。

2012年 同病院で最初の心臓リハビリテーション指導士取得。

2021年 第1回心不全療養指導士取得。

利益相反：無

S47-4

“したい暮らし”の実現に向けた病院との連携による在宅心臓リハビリテーションの実際

岡田 智恵 オカダ トモエ
なごみの陽訪問看護ステーション

当事業所は2009年に開設し、訪問看護の対象者が暮らしたい場所で自分らしく最期まで暮らし続けられるよう、看護師とセラピストが協働してケアを提供している事業所である。当事業所では近年、30～60歳代、LVEF30%以下、NYHAⅢ～Ⅳの方への運動療法を含む生活の再構築に関わることが増えてきている。シンポジウムでは、病院との連携により“したい暮らし”の実現に向けたケア実践事例を示す。事例は個人が特定できないよう配慮する。連携することにより訪問看護師等は活動負荷に合わせて生活の再構築に向けたリハビリテーションが提供できる。また、病院側は病棟や外来だけでは見えない“したい暮らし”に注目した活動・精神面を知る事で、対象者を生活者として包括的に診ていくことができる。病院と在宅の連携により繰り返す入退院を減らし、対象者は“したい暮らし”の実現に向かうことができると考える。

【演者略歴】

1990年3月	国保旭中央病院看護専門学校卒業
1990年4月～1994年3月	国保旭中央病院勤務
1994年4月～2004年3月	千葉県千葉リハビリテーションセンター勤務
2009年～現在	特定非営利活動法人ウェルネスライフパートナーズ設立 なごみの陽訪問看護ステーション開設
2024年3月	千葉大学大学院看護学研究科卒業

利益相反：無

シンポジウム48

独居認知症患者の食支援

S48

【セッション概要】

独居認知症の患者が増加している。家族のサポートがない中、生活を支えるためにケアマネジャーが奮闘している。栄養管理の前に、まずは、鍵を開けていただけない患者宅に入室する手段を考え、徘徊してしまった患者を探しに行かないといけない場合もある。患者の安否を確認できたとしても、“おたくはどちら様でしたか？”と毎回尋ねられる。その上で食事を口にできる手段を考えないといけない。デイサービスが良いのか、配食サービスで対応可能なのか。次に衛生的な環境で、安全な食物を口に運ぶために、部屋や冷蔵庫の掃除、室温、換気、食品賞味期限などに対応していく。安全に食事を手元に届ける道のりは遠いが急がないといけない。場所・時間・人など経済面を考えながらパズルをはめるようにサービスを提供する。そのためには多職種の援助が必要不可欠である。このセッションでは、各職種の取り組みを通して、解決に導くための糸口となることを期待する。

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 新宿ヒロクリニック

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 管理栄養士や言語聴覚士を加えて食支援にも積極的に取り組んでいる

座長：熊谷 琴美 クマガイ コトミ

愛知学院大学健康科学部

【座長略歴】

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

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

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

公立学校共済組合東海中央病院に11年勤務後、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。

S48-1

独居認知症患者の食支援～在宅医の立場から～

杉本 由佳 スギモト ユカ

すぎもと在宅医療クリニック

生命維持、そして活動していくためには、エネルギーが必要である。エネルギーを生み出すために三大栄養素が必要であり、ATPを作り出すための化学反応には微量元素やビタミンなどが必要となる。また体の身体成分を合成するための材料も必要であり、エネルギー消費が多くなっている病態に対しては不足分を補わないといけない。栄養素を取り込むためには、経口摂取、経腸栄養投与、経静脈栄養投与がある。病気の種類や、病状変化の予測、患者や家族の希望とそれに対応できる環境を鑑み、投与経路を選択していく。これが一般的な栄養療法の考え方である。しかし近年、自己意思決定が困難な超高齢患者や認知症患者が増え、さらに、親族がいない、家族がいても協力できない、経済的問題などで、原疾患の治療から栄養療法の方針を決定するのが困難となっている。2050年には認知症有病者が約800万人（65歳以上の約21%）となると推測されており、増加の一途をたどる。他人ごとではなく、すべての人に差し迫った問題である。認知症になってしまった時に、誰に手を差し伸べてもらうのか、どうしたら必要な治療や栄養摂取ができるのかは判断ができないため、今回、多職種の発表を基に、私たちの将来の準備が少しでも出来たら幸いである。医師の立場から、当クリニックでの症例を提示し、独居認知症患者の自宅での栄養療法の問題点を抽出し、解決策やその限界について検討した。COVID19感染後に認知症が急速に進行し、その後長年にわたる栄養障害を伴った例では、レムデシビル投与後、一時的な末梢輸液を行い、デイサービスやヘルパー利用へ移行。認知症で癌を合併している例では全例、施設入所となっている。独居認知症患者では、低栄養状態の回復のために、中心静脈栄養や経腸栄養を行うことは困難であった。自宅療養独居認知症患者では、限りある社会資源を駆使し、経済状況に応じ、安全を第一に栄養管理を行っていくのが最初の一步であると考えた。

【演者略歴】

1995年3月 愛知医科大学医学部卒業

1995年4月 土岐市立総合病院、岐阜大学脳神経外科入局

1999年3月 名古屋大学大幸医療センター在宅管理医療部 医員

2002年4月 大幸砂田橋クリニック 在宅専任医師

2004年4月 すぎもと在宅医療クリニック開業

所属学会

日本在宅医療連合学会（専門医・指導医・評議）日本緩和医療学会（認定研修施設 認定医）日本臨床栄養代謝学会（認定医）平成看護医療専門学校（看護学科、柔道整復科、理学療法学科） 非常勤講師

利益相反：無

S48-2

独居認知症利用者の食支援 関係機関との連携 ～ケアマネジャーの立場から～

松井 由美子 マツイ ユミコ
なごやかハウス希望ヶ丘

日本は超高齢化社会を迎え、同時に認知症高齢者も急速に増加している。一方、少子化、核家族化が進み、家族の在り方も多様化してきている。自宅での介護環境も様変わりし、家族が介護することが当たり前ではなくなり、それに伴い独居高齢者世帯が増え、家族に連絡がつかないこともしばしば経験するようになってきた。天涯孤独と言われ、全く身寄りのいない高齢者も増加している。そういう背景から独居認知症高齢者の在宅生活を支えるのは介護保険サービスの利用が要となっており、ケアマネジャーも大きな役割を担っている。独居認知症利用者の食支援を提供する上で、まずは利用者宅に入室する手段を考える。しばしば約束の日時に訪問しても在室していない経験をする。提供する側、ヘルパーの入室や配食サービスの受け取りができるかどうかという点も含め、利用者自身に、必要な人間であるということを「認識してもらい」「覚えてもらい」「信頼してもらう」それに労力と時間を要する。鍵や金銭の管理をしていく上でも重要なプロローグである。また次に、徘徊や介護への抵抗のある利用者が自宅で安全に過ごせる環境を整えなければならない。BPSDとしての暴力や暴言、妄想、幻覚などで環境整備が困難な場合も多い。そういう状況でも食事は早急に、並行して対応しなければならない。しかし、どのような食習慣であったのか把握することは難しく、貯め置いてある食品や食材をもとに推測することしかできない場合も多い。食事摂取量の低下がないかはもとより、賞味期限切れの食物を食べていないか等のアセスメントが必要となってくる。生命を維持し、そして活動するためには栄養は必要である。必要な栄養を安全に提供し、在宅生活を継続するために、関係するスタッフと情報共有し、協力、連携をしていくことが重要と感じた。

【演者略歴】

1980年 関東通信病院（現NTT東日本関東病院）看護師

1989年 津市 竹内病院 看護師

1991年 船橋市老人福祉課 訪問看護師

1997年 名古屋市 老人保健施設星ヶ丘アメニティクラブ 看護師

2000年 介護支援専門員取得

以後現在に至るまで居宅介護支援事業所にて主任介護支援専門員、認定ケアマネジャーとして勤務

利益相反：無

S48-3

独居認知症高齢者の食支援 ～地域包括支援センター看護師の視点から～

榎本 淳子 エノモト ジュンコ
玉名市包括支援センター

【はじめに】

認知症の進行は、「前兆」「初期」「中期」「末期」の4段階に分ける事ができるといわれている。その段階に応じて、その人自身の生活の質や健康の保持の為に食のアセスメントは大変重要であると考えている。

【課題】

独り暮らしの高齢者という言葉の印象だけでも、見守りや、何かあった時の備え等、支援者は構えてしまうが、「認知症」が加わると、支援の難しさに対する印象が一気に上がってしまう。食支援においては、意欲低下から起因する食事への影響や、自身で栄養に対し気を配ることができなくなる事、消費期限が過ぎたものを摂取する恐れがある事等、異変に気付く人がいない事が大きな課題となると考える。

【展望】

在宅の食支援では、介護サービスのマネジメントの力量が求められる。医療と介護の日頃の在り方や、地域資源の存在が大変重要になってくる。独居認知症の方の食を支える事例を紹介しながら議論したい。

【演者略歴】

看護師として急性期・慢性期の病院で勤務。

平成24年 社会福祉士資格取得

平成24年 玉名郡市医師会立 玉名地域保健医療センター 医療連携室勤務

平成30年 玉名市社会福祉協議会 生活支援コーディネーターとして勤務

平成31年 有料老人ホーム 施設長として勤務

令和3年10月～現在 玉名市地域包括支援センター 勤務

利益相反：無

S48-4

訪問看護師による独居認知症患者の食支援の実際

高砂 裕子 タカスナ ヒロコ
(一社) 南区医師会訪問看護ステーション

訪問看護の利用者は、約94.5万人¹⁾であり、訪問看護の利用者の約7割が認知症を認める方である。また、独居の方や高齢者世帯の利用者も増加傾向を認める。訪問看護での食支援は、訪問看護師が訪問看護でケアとして提供する支援と管理栄養士やST、医師、歯科医師など多職種への情報提供や相談、調整などの連携や協働による支援である。利用者にとって食べることは、生きることであり、楽しみでもあり人間の尊厳を守ることに繋がる。認知症状を認めても、利用者が食べたい食事を食べられるよう支援することを目標としている。

認知症であり独居の生活をしている利用者の生き様を受け入れ時間をかけ、利用者の気持ちや考えに傾聴することにより、自身の生きづらさや、食事に関する考えなどを徐々に自ら話し出す伴奏型の訪問看護を実践している。

一方、訪問看護では、食べることに関する1. 医学的視点によるアセスメント①食べる意欲・②全身状態・③呼吸状態・④口腔状態、2. 摂食嚥下の機能的視点では、⑤認知機能・⑥咀嚼・送り込み・⑦嚥下、3. 姿勢・活動的視点では、⑧姿勢・耐久性・⑨食事動作・⑩活動、4. 摂食状況・食物形態・栄養的視点²⁾を実施している。評価等は、訪問看護師自身が行う場合と管理栄養士など多職種への相談による場合があるが、地域により管理栄養士などへの相談が困難な状況もあり、当事業所では、教育現場の管理栄養士に相談できる機会を設けている。

また、訪問介護のスタッフが利用者の嗜好を上手に聞き、食事形態などの意見交換を行い少しでも安全に食事ができる環境を連携により実践している。認知症や主疾患の状態により倫理的な配慮に悩む場合もあり、多職種との協働による食支援の実際を紹介する。

1) 厚生労働省統計情報部：令和3年介護サービス施設・事業所調査

2) 小山珠美編：口から食べる幸せをサポートする包括的スキル，医学書院

【演者略歴】

1982年京都第一赤十字看護専門学校卒業、2006年愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻地域・老人看護修士課程修了。1982年京都第一赤十字病院、1995年南区医師会南区メディカルセンター訪問看護ステーションの開設と共に管理者、2000年居宅介護支援センター管理者、2015年横浜市在宅医療拠点事業 南区在宅医療相談室相談員。2009年全国訪問看護事業協会理事、2014年常務理事、2020年副会長。日本在宅医療連合学会評議員。

利益相反：無

シンポジウム49

データに基づく在宅医療の臨床・経営・政策のススメ

S49

【セッション概要】

在宅医療の領域は、患者一人ひとりの状態や生活価値観が大きく異なるため、個別のかつ適切な診療が求められます。また、過去の診療経験から得られる知見・情報（エビデンス）を、個々の診療や集団の健康を支える政策やマネジメントに適用することで、診療の質を高め、効率的な資源配分を図ることが期待されます。そのため、在宅医療におけるデータ分析に基づく臨床、経営、政策の意思決定は、これからの在宅医療の発展のための重要な要素になることが予想されます。

そこで、本シンポジウムでは、医科及び歯科臨床、政策、経営の領域における在宅医療に関連する様々なデータ分析の実例を紹介します。さらに、小規模なデータから大規模データ分析に至るまで、これらが今後の在宅医療の発展にどのように影響するかについても議論します。

座長：次橋 幸男 ツギハシ ユキオ

天理よろづ相談所病院 白川分院 在宅世話どりセンター

【座長略歴】

現職 公益財団法人天理よろづ相談所 企画情報室／天理よろづ相談所病院白川分院 在宅世話どりセンター／奈良県医療政策局
地域医療連携課 地域医療政策アドバイザー

2004年 佐賀医科大学医学部医学科 卒業

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

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

2021年 奈良県立医科大学大学院 卒業（博士（医学），PhD）

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】

現職 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 理事長

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（博士（歯学））

2010年 カナダ・アルバータ大学リハビリテーション学部 Visiting Professorとして留学

2021年 グロービス経営大学院 修了（経営学修士（専門職））

S49-1

NDBからとらえた現在、これからのチーム在宅医療

孫 瑜

ソン ユ

筑波大学医学医療系 地域医療教育学/ヘルスサービスリサーチ分野

高齢化や地域包括ケアシステムの推進により我が国の在宅医療の需要が増加する一方、在宅医療関連の医療資源は限られており、より効果的・効率的な在宅医療の提供が求められている。これらを実現するためには広範なデータ収集分析により在宅医療における現状を明らかにし、これまでの施策の効果に対して検証することが必要である。NDB等全国規模のデータを用いて分析を行うことにより、在宅医療の地域別の課題の検討が可能となるだけでなく、在宅療養支援診療所・病院（在支診・在支病）など医療機関類型による在宅医療のアウトカム評価、制度変更時や特異的な状況における医療機関の診療行動や患者の受療行動の変化など、ヘルスサービスリサーチの観点から在宅医療の実情を広く深く分析することが可能となる。

本シンポジウムでは、NDBなどの全国データを用いたいくつかの研究について紹介する。例えば、医療機関類型による在宅医療のアウトカム評価として、一般診療所を利用する在宅患者と比べて在支診・在支病（特に機能強化型在支診・在支病）を利用する患者は往診が多く、入院や心不全患者の再入院が少なく、死亡時に医師の立ち合いを伴った在宅看取りが多いことが示された（Sun et al. J Am Geriatr Soc. 2023 Jun;71(6):1795-1805., Sun et al. J Gen Intern Med. 2023 Jul;38(9):2156-2163.）。また、コロナウイルス感染症流行中に、日本の全死亡における在宅死割合は増加し、特にコロナの患者数が多い地域、人口密度が高い地域、機能強化型在支診・在支病が多い地域で在宅死割合が増加していることが示された（Sun et al. JMA Journal. Vol. 7, No. 2, 2024）。シンポジウムではこれらの研究結果をもとに今後の在宅医療提供体制に向けた検討、在宅医療分野の研究をさらに発展させるために必要なデータベース等についての議論を行う。

【演者略歴】

2011年 筑波大学医学専門学群医学類卒業

2013年 独立行政法人国立病院機構京都医療センター総合内科

2016年 筑波大学附属病院総合診療科

2023年 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻ヘルスサービスリサーチ分野修了（医学博士）

2023年 筑波大学医学医療系地域医療教育学/ヘルスサービスリサーチ分野助教

利益相反：無

S49-2

NDBからみる歯科医療・口腔保健ニーズ

恒石 美登里 ツネイシ ミドリ

(公社) 日本歯科医師会 日本歯科総合研究機構

医科と同様に、歯科の分野においてもNDB分析が進んでいる。日本歯科総合研究機構は第三者提供開始初期よりNDB分析を行ってきた。すでに歯数と医科疾患の有病状況や医科医療費との関係を検討した。60歳以上の約467万人を対象として、性別と年齢を統計学的に調整しても、歯数が少ない者ほどアルツハイマー型認知症の有病率が高いことを報告した。歯数と誤嚥性肺炎についても同様の関係が明らかになった。また、歯数が少ない者ほど医科医療費が多くなることを確認した。これらNDB研究は一部在宅歯科医療のデータも含まれているが、外来診療のデータが主である。小規模の研究で得られた歯数と全身の健康状態との関係をNDBというリアルワールドの大規模データで確認したことは意義深いと考える。このように、歯科口腔保健と医科疾患との関係が明らかになり、医科と歯科の連携が期待されている。こうしたなかで、歯科分野における課題として、地域包括ケアシステムのなかで、地域の実情に応じた歯科医療提供を多職種とともにどのように提供していけるかが重要なポイントと考える。すでに在宅や施設等における歯科訪問診療や口腔衛生管理等の地域偏在などの課題が存在している。令和6年度診療報酬改定ではリハビリテーション・栄養・口腔の一体的提供も大きな課題となり、様々な施策が新設されており、多職種間における口腔の情報共有が特に注目されている。歯科や口腔の課題が歯科以外の職種とも共有され、早期からの連携がとれる仕組みの構築が求められている。本シンポジウムの目指す在宅医療を見据えたデータ分析の視点を考慮すると、今後はNDBだけでなく介護DBやその他の情報も組み合わせた検討も有用となってくると思われる。在宅現場の参加者と歯科の課題についてもどのような情報の共有が有用かなど議論できれば幸いである。

【演者略歴】

1996年 岡山大学歯学部卒業

1998年 岡山大学歯学部予防歯科学講座助手

2007年 日本歯科総合研究機構 常勤研究員
(2013年より主任研究員)

2012年 東京医科歯科大学 健康推進歯学 非常勤講師

2017年 公益財団法人8020推進財団 理事 (現在に至る)

利益相反：無

S49-3

高齢福祉計画等のオープンデータを活用した診療所経営戦略

水上 直人 ミズカミ ナオト
さつきホームクリニック

【背景・目的】

地域包括ケアシステムの推進に伴い、診療所には地域のニーズに即した機能の発揮が求められているだけでなく、持続可能な運営を続けていく為にも経営戦略が必要である。自治体の高齢福祉計画等にある、オープンデータを活用し、診療所経営に資する知見を得ることを目的とした。

【方法】

高齢福祉計画、介護保険事業計画、在宅利用に係る地域別データ集のオープンデータを収集し、分析を行った。人口統計、医療・介護資源の分布のデータを用いて、地域の医療ニーズを推計し、診療所の役割を検討した。また、地域内ニーズのシミュレーションを実施し、持続可能な経営モデルを探索した。

【結果】

地域内資源の把握をする事により、地域内での自院の役割が明確になった。またよりサービス供給量の多い他地域との比較により、ニーズのシミュレーションが出来た事で、今後の人員体制への投資を検討する事が出来た。

【考察】

オープンデータの分析により、地域の医療ニーズと資源分布の実態が可視化された。診療所は、これらの公開情報を活用し、地域特性に応じた機能分化と連携体制の構築を進めることが重要である。ただし、オープンデータの限界も踏まえ、現場視点から診療所に求められるニーズを継続的に把握する必要がある。

【結論】

高齢福祉計画等のオープンデータは、診療所経営の意思決定に有用である。地域ニーズの的確な把握と多職種連携の深化が、持続可能な診療所経営の鍵を握ると考えられた。今後は、オープンデータのさらなる活用と現場への還元を進めていきたい。

【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
	医療法人社団焔 事務長
2018年 4月～	医療法人賛永会 統括マネージャー

利益相反：無

シンポジウム50

福祉用具貸与・販売の選択制

S50

【セッション概要】

令和6年4月から次の4点の福祉用具が購入かレンタルかの選択制になりました。対象の用具は比較的に安価な固定用スロープ、歩行器（歩行車を除く）、単点杖（松葉づえを除く）多点杖の4点です。購入を選択すると以下の3点が課題です。

第一は介護保険の利用者の体調変化に伴い利用する福祉用具を変えることができず、使えない杖が溜まる等が起きます。

第二はレンタルでは6ヶ月ごとにモニタリングがおこなわれ、器具の不具合や利用者の適合性がチェックされますが、購入で国は「不具合時の連絡先を利用者に情報提供する」としてますが、対応に不安があります。

第三は福祉用具だけを購入した利用者はケアマネジャーとのつながりが継続しません。心身の状態変化を発見し対応することが遅れる危険があります。

座長：服部 万里子 ハットリ マリコ

服部メディカル研究所

【座長略歴】

一般社団法人日本ケアマネジメント学会理事。NPO渋谷介護サポートセンター主任介護支援専門員、服部メディカル研究所所長、NPO東京山の手まごころサービス理事長。

大学で社会学を学び、一般企業で勤務後、病院に勤務しながら看護師資格取得。病院に10年間勤務した後1989年に高齢者医療看護福祉のコンサルティング事業（服部メディカル研究所）を看護師3名で設立。2000年よりNPO渋谷介護サポートセンターを設立し居宅介護支援単独事業開始、現在もケアマネジャーとして仕事している。城西国際大学、立教大学教授歴任、現在は、和歌山県立医科大学の大学院非常勤講師、品川区社会福祉協議会社会福祉士養成コース講師。

看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員。

座長：白木 裕子 シラキ ユウコ

株式会社フジケア

【座長略歴】

株式会社フジケア取締役社長 一般社団法人日本ケアマネジメント学会副理事長

介護保険導入を機に北九州福祉サービス株式会社入社

平成17年退社後に株式会社フジケアに入社

居宅介護支援事業・認知症グループホーム・小規模多機能ケア・訪問看護・通所介護・住宅型有料老人ホーム等の事業を展開

主任介護支援専門員・認定ケアマネジャー・看護師

S50-1

問われる、福祉用具専門相談員の専門性

遠藤 勇樹 エンドウ ユウキ
(株) アイランドケア モモ・トータルケアサービス

福祉用具貸与事業の現状と今後の課題について述べる

2018年10月から福祉用具貸与は2807商品（開始当時）の全国平均価格の開示と合わせ、上限価格制度がスタートした。この取り組みについては『外れ値』（極端な価格設定をしている事業所を締め付ける）への対処だと感じていたがふたを開けてみると想像以上に設定された上限価格が低く、適正と思われる価格で貸与していた事業所も単価の見直しに迫られる事態となった。

そして2024年度介護報酬改定により福祉用具貸与・販売の選択制が追加された。今回の意図を厚生労働省に確認したところ①利用者の自己決定権の尊重。②サービスの質の向上。という二点が狙いという事である。

まず、我々の商売は大前提として決められた商品を運ぶ配送業ではない。

2018年上限価格制度が始まり、限られた価格帯の中で事業所を選ぶという、事業所に対するサービスの質の向上が求められた。だが、現実には安価な設定をして価格で勝負する業者が増えた。ではどうなるか、3年に一度の上限価格改定でほぼすべての商品の上限価格が下がるのである。物価の高騰により価格が上がり、都心部や繁華街エリアで商売をしている事業所はパーキング代も目を疑う経費となっている中、うちは安いですよという営業をする事業所が増えていることに懸念を感じている。

18年改正議論で財政策度等審議会から提起された福祉用具貸与の「原則自己負担化」という事実上制度外となる危機は、多くの反対意見や署名により見送りとなったが、今後も福祉用具貸与事業の在り方については論議されていくであろう。福祉用具貸与は延べ200万人の方が利用している。福祉用具により住環境が整い、介護保険の理念である自立支援・重度化防止に役立っているという認識を持って欲しい。

【演者略歴】

2006年東京YWCA専門学校 ケアワークコース介護福祉士専攻卒業、2008年田園調布学園大学 人間福祉学部社会福祉学科社会福祉専攻卒業、2009年パナソニックエイジフリー退職、2009年（株）アイランド・ケア モモ・トータルケアサービス設立

利益相反：無

S50-2

中山 和也 ナカヤマ カズヤ
東基 城南営業所

シンポジウム51

在宅腹膜透析で広がる可能性と希望

S51

【セッション概要】

腎代替療法には血液透析、腹膜透析、腎移植があり、腎不全となった際にはそのいずれかを選ぶ（またはいずれも選ばない）という選択肢がある。腎不全という疾病と腎代替療法という治療法による身体的・精神的負担を天秤にかけながら選択するが、大変悩ましい選択となることが多い。悩ましい原因の一つに腹膜透析が活用されていないことが挙げられる。本シンポジウムでは在宅腹膜透析を積極的に実践して豊富な経験を持った医師、看護師に登壇いただく。医師からは腹膜透析の導入と連携および継続加療の実診療について、看護師からは在宅看護の実践について話していただく。また患者・患者家族の腎臓疾患療法を支援するNPO法人腎サポート協会からは、患者・患者家族の腎不全や腎不全治療に対する思いを話していただく。腹膜透析が患者中心の腎不全治療になる可能性と患者や関係者の希望について講演と討議をする。

座長：正木 浩哉 マサキ ヒロヤ

正木医院

【座長略歴】

1986年3月 関西医科大学 卒業

1994年4月～1996年12月 米国シンシナティ大学 薬理・細胞物理学教室 Research assistant

1997年1月 関西医科大学 臨床検査医学講座 助手、2000.05より講師、2005.11より准教授
2007.04より病院教授

2015年4月 関西医科大学附属滝井病院 透析センター センター長

2015年7月 医療法人 正木医院 現在に至る

座長：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

【座長略歴】

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

2015年～2017年 千葉県内介護付き有料老人ホーム、訪問診療、訪問看護の統括部長

2017年 「日本財団在宅看護センター起業家育成事業研修（笹川保健財団実施）」受講

2017年10月 K&Y株式会社設立

2018年 4月 日本財団在宅看護センターひまわり開設、現在に至る

S51-1

やってみよう!腹膜透析 ～「その人らしく生きる」を支える訪問看護の役割～

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

わが国には、血液透析（HD）約35万人に対し、腹膜透析（PD）は約3%の1万人程度しかいない。（日本透析医学会統計調査より）

高齢HD患者は、「透析に通えない」「血管が脆弱でシャントが作れない」「4時間透析が耐えられない」「透析自体が理解できない」等の理由で、抑制と鎮静にてHDを施行されることが多々ある。また、ADL低下や認知症増悪等にて自宅生活が困難になると、本人の意に反し、施設入所しか選択肢が無くなり見知らぬ土地で生涯を閉じるケースも少なくない。私たち医療者は、これまでの「長期生存」「延命」から目の前の人の「残りの人生をどのようにその人らしく生きるか」を考えていく必要がある。PDは、病院に通う必要が無く、患者ごとの生活や食事量、介護状況等に合わせてPDメニューを組むことが出来る。

2022年12月末現在、HD患者35万人のうち19万人以上が70歳以上の高齢者である。通院困難や、非透析日にベッドで臥床し動けない等、患者自身が望む生活が出来ていないことがあると容易に想像が出来る。この先元気で生活するために透析療法を選んだはずが、その人らしく生活することが出来ていない人々を支えていくのが在宅チームの役割ではないか。

地域でPDを看ることが出来れば、多くの高齢末期腎不全患者が自宅でこれまで通り生活を維持し、仕事や趣味、庭仕事、畑仕事などを行い、彼らの残された人生を家族と穏やかに過ごすことが出来ると信じている。私たちはそうやってこれまでPD患者をサポートしてきた。

私たち訪問看護が動けば、HDしか選択肢の無かった高齢者が救われることは間違いない。当事業所のこれまでの経験から、数例の事例をご紹介しますPDの置かれている現状と課題、看護師の役割等をお伝えする。そして、日本中で「PDを選択しても、安心して生活できる」世の中になることを期待する。

【演者略歴】

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
2015年～2017年	千葉県内介護付き有料老人ホーム、訪問診療、訪問看護の統括部長
2017年	「日本財団在宅看護センター起業家育成事業研修（笹川保健財団実施）」受講。
2017年10月	K&Y株式会社設立
2018年 4月	日本財団在宅看護センターひまわり開設、現在に至る

利益相反：無

S51-2

腹膜透析導入病院の試み～様々な形の腹膜透析～

櫻田 勉	サクラダ ツトム
山田 将平	ヤマダ ショウヘイ
吉田 圭佑	ヨシダ ケイスケ
小波津 香織	コハツ カオリ
小島 茂樹	コジマ シゲキ

聖マリアンナ医科大学病院 腎臓・高血圧内科

腹膜透析（Peritoneal Dialysis：PD）は体外循環を必要とせず、自宅で治療を行うことが出来る透析療法の1つであり、ライフスタイルに合わせて処方を行うことが出来るためQOLが高いことが知られている。これまでは専門医だけがPD診療に携わっていたが、近年では在宅医療であるという観点から非専門医（かかりつけ医）が腎臓専門医・透析専門医と連携して診療にあたることが増えている。また、PDは腎移植までの橋渡し治療としても活用されており、残存腎機能が低下したPD患者において週1回の血液透析（Hemodialysis：HD）と週5-6回の腹膜透析を合わせて行う併用療法を行って居る患者も多い。本来は適応ではないが、無尿のHD患者に対してはQOLの改善を目的にPDを導入したとの報告も散見されるようになっている。これは生存率を重視する古典的な医療の考え方から、高齢者の尊厳を重視し、患者の意思を尊重し患者らしく生活することを重視する考え方にシフトしつつあるのではないかと考える。このセッションではPD導入施設として様々な形のPDを経験してきたため症例を中心に紹介する。

【演者略歴】

平成16年 4月 聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科 助教、同大学病院腎臓・高血圧内科医長
平成17年12月 川崎市立多摩病院腎臓・高血圧内科 医長
平成24年 4月 聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科 講師、同大学病院主任医長
平成26年 9月 聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科副部長、同大学病院腎臓病センター 副センター長
平成27年 4月 聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科 准教授
令和 4年 4月 聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科 教授（現在に至る）

利益相反：無

S51-3

在宅での腹膜透析管理と緩和ケアの実践

楠本 拓生 クスモト タクオ
楠本内科医院

当院は福岡県北九州市に隣接する町にあり、人口約28,000人、65歳以上の割合が30.2%と、高齢化が進んでいる地域に位置しています。無床の在宅療養支援診療所として、一般外来診療とともに、通院が困難な患者に対して積極的に訪問診療を行っています。2016年にPD（腹膜透析）の受け入れを開始し、2024年3月現在で平均年齢84.0歳、8名（通院2名・訪問診療6名）の高齢PD患者を管理しています。訪問診療でのPD管理として、緊急時の自宅在庫薬や各種必要物品を準備、配置し、全例に訪問看護ステーションを導入し、ICTツールを用いて細かな情報共有を行っています。また、地域資源の活用、受け皿の新規開拓を積極的に進めるために、定期的な勉強会（訪問看護ステーション、ケアマネジャー、看護学生向け）、同行訪問研修などを開催し、PDの普及に努めています。その結果、当地域ではデイサービス、有料老人ホーム、後方支援病院、入院対応可能なHD（血液透析）クリニックとも施設連携し、最期までPDを継続し、住み慣れた地域で穏やかな終末期を過ごすことが可能となっています。今後さらに進む高齢化社会において、地域包括ケアを実現し、すべてのPD患者が住み慣れた地域で適切な管理と治療を受けられるようにするためには、基幹病院のみに頼らないPD診療の体制強化が必要です。これには、Assisted PDが可能な体制の構築や、在宅医との連携が不可欠です。入院透析にならず、透析患者が自宅や施設で穏やかな終末期を過ごすためにはどのようにすれば良いか、本シンポジウムが考える一助となり、全国各地での取り組みへのきっかけになればと期待しています。

【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：無

S51-4

慢性腎臓病患者さんの希望と在宅透析の重要性 ～自分らしく治療と暮らすために～

雁瀬 美佐 ガンセ ミサ
NPO法人 腎臓サポート協会

NPO法人腎臓サポート協会の活動の中で、患者アンケート調査は、患者の声や希望を抽出し、NPOの活動や医療者側の取り組みに大きな示唆を与えてくれている。コロナ禍の緊急WEBアンケートでは、感染による重篤化や通院時・医療機関内での感染が不安要素であり、在宅環境における遠隔診療への期待が高かった。また、保存期の患者さんが腎代替療法選択をする時に重要なこととして、「今の日常生活が続けられること」「自宅で治療が受けられること」が上位にあげられた。さらに2023年3月の「透析患者に関する意識調査」では、透析治療を始める前に医師から受けた説明に偏りがあり、高齢者に対しても在宅透析の説明が約6割程度であった。事前説明の偏りは現在に至る治療にも大きく影響していることが示された。2023年2月に実施した米国のCMS（メディケア・メディケイドサービス）との勉強会では「米国では患者中心の医療を促進するため、臨床成績のみならず患者の意思に沿った治療成果を重要視している。42%の患者が在宅透析を希望しているが、現状は15%以下に留まっていることから、この現状を改善すべく新しい医療支給制度を試行している」「治療の選択肢は在宅透析、施設透析、腎移植、薬物療法であり、患者の意向を重視する」ことなどが紹介された。また、国際的なアカデミアからも在宅腹膜透析推奨の提言が多く出されている。患者さんが家で自分らしい生活と治療の両立を希望する場合、その選択肢があることを広く伝えていく必要性和社会全般への啓発が重要である。実際に在宅透析を行っている高齢患者のインタビュー内容、おうちde 透析キャンペーン、病院検索における訪問看護の連携、パンフレットの治療説明順の変更など、普及と啓発に関する取り組みについても紹介する。

【演者略歴】

薬剤師国家資格取得。

製薬会社勤務を経て、メディカルライター・メディカルジャーナリストとして活動。

1997年10月、臓器移植法施行と共にスタートした（公社）日本臓器移植ネットワークに勤務し、広報・啓発事業部長として広報および臓器移植医療の普及啓発、国民の臓器提供・臓器移植に関する意思選択・権利の周知に努める。

2021年4月、NPO法人腎臓サポート協会理事長就任。慢性腎臓病患者に対する重症化予防と適正な治療法選択への情報発信・社会啓発に取り組む。

利益相反：無

シンポジウム52

在宅医療の場で遭遇する「遺伝の問題」に気づき、逃げないために

S52

【セッション概要】

昨今遺伝子診断、治療が飛躍的にすすみ様々な取り組みがされています。

日進月歩の遺伝子診断、治療について我々在宅医療に関わる職種は情報不足であることは否めません。特に難病に関わる関係者は少なからず、遺伝するのか？今は発症していないが家族も発症するのか？などの質問をされた経験のある方はおられると思います。

そこで今回のシンポジウムでは、在宅の現場で実際あった経験を踏まえて、遺伝性疾患に対する診断と治療の現状、在宅療養者に対する遺伝カウンセリングについて造詣の深い2人の先生にご講演していただきます。遺伝子診断のことそれにつながる治療について最新の知見を学ぶとともに、遺伝子診断、治療の問題点などを解説いただき、明日から参考にできるシンポジウムとしたい。

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

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

座長：中山 優季 ナカヤマ ユキ

東京都医学総合研究所 社会健康医学研究センター

S52-1

遺伝子診断・治療と在宅医療の接点での課題と悩み

安中 正和 ヤスナカ マサカズ
医療法人安中外科・脳神経外科医院

昨今遺伝子診断、遺伝子治療が飛躍的に伸びてきているのは言うまでもない。しかし在宅医療現場では日々のケアなどで患者家族は遺伝子について考える余裕がないことが多い。

我々在宅医療側もなかなか遺伝子の話について積極的に言うこともないのが現状ではないだろうか。

今回実際に在宅現場で経験した症例を提示する（患者家族に同意を得ている）。症例を通して、どのような対応が適切であったのか、今後遺伝などの問題にどのように対応すればよいのか考えたい。

【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
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：無

S52-2

遺伝性疾患に対する診断と治療の現状 2024

竹内 千仙 タケウチ チセン
東京慈恵会医科大学附属病院遺伝診療部

遺伝性疾患とは、ゲノム（遺伝情報の全ての意味）の変化がその発症に起因する疾患の総称であり、希少疾患の約8割が遺伝性疾患であることが知られている。従来、遺伝医療は少数の稀な遺伝性疾患を対象とする小さな専門領域とされてきたが、近年の遺伝医学・ゲノム医学の目覚ましい進歩により、common diseaseとrare diseaseの双方を対象とし、多くの疾患の診断や治療において不可欠な領域であることが認識されるようになってきた。その対象はがんや周産期領域のみならず、難病領域においても遺伝医療が実装され、臨床現場に拡充されてきている。指定難病の遺伝学的検査は、2006（H18）年に進行性筋ジストロフィー症のDNA診断として初めて保険収載され、2022（R4）年3月現在、145疾患が対象となった。実に指定難病に含まれる遺伝性疾患のうちの約8割で遺伝学的検査が保険収載されたことになり、今後もさらに増える見込みである。また、治療の進歩に関しては、核酸医薬、遺伝子治療などが次々と実用化され、「発病の機構が明らかでなく、治療方法が確立していない」難病の概念が少しずつ変わろうとしている。さらには脊髄性筋萎縮症、ライソゾーム病などが拡大新生児スクリーニングの対象疾患となり、出生直後での診断が可能となってきたとともに、未発症の患者への治療が現実のものとなってきた。このような遺伝医療の進歩により、遺伝性疾患における家系内の正確なリスク評価と発症前診断の重要性が増し、十分な患者・家族支援や、長期フォローが求められ、さらには家族支援のあり方も変容が求められている。本講演では、遺伝性疾患に対する診断と治療の現状を確認し、すべての医療従事者が共通認識を持つべき課題について論じたい。

【演者略歴】

1996年 東京女子医科大学医学部卒業
1996年 東京女子医科大学神経内科入局
2003年 東京女子医科大学神経内科助教
2010年 東京都立北療育医療センター内科医長
2022年 東京慈恵会医科大学附属病院遺伝診療部 講師

利益相反：無

S52-3

遺伝カウンセリングについて

佐々木 元子 ササキ モトコ

お茶の水女子大学大学院遺伝カウンセリングコース/領域

近年、個人の遺伝情報を医療や健康管理に役立てようという「遺伝医療」への期待が高まっている。遺伝医療では、生まれつきもっている遺伝子の状態によっておきる疾患だけでなく、後天的に遺伝子に変化しておきた「がん」なども扱っている。この遺伝情報を扱う場合、本来知りたかったこと以外の情報を知ることになったり、家族においても影響することがわかったりすることがあり、正しい情報を伝え自己決定を支援する「遺伝カウンセリング」が大切と考えられている。

遺伝カウンセリングでは、病気のある本人だけでなく、その家族（血縁関係にある人／ない人）、漠然とした遺伝に関する不安を抱えている人もクライアント（来談者）となりえる。このような「遺伝医療」「遺伝カウンセリング」に関わる遺伝専門職として、臨床遺伝専門医、遺伝看護専門看護師、認定遺伝カウンセラー??などがある。

また、遺伝情報についての知見が深まるにつれ、一般診療においても遺伝に関わることも増えている。日本医学会「医療における遺伝学的検査・診療に関するガイドライン」（2022年3月改訂）には、「遺伝カウンセリングに関する基礎知識・技能については、すべての医師が習得しておくことが望ましい」との記載があり、演者はすべての医療者に遺伝カウンセリングを知って頂きたいと考えている。本シンポジウムをきっかけに、在宅医療に関わる皆さんが遺伝に関する不安を抱えている人に出会った際に、遺伝専門職や遺伝カウンセリングに繋いで頂くことを願っている。

【演者略歴】

1993年 日本女子大学化学科卒業
1998年 横浜市立大学大学院満期退学 博士（理学）
（財）神奈川科学技術アカデミー 研究員、横浜市立大学医学部 客員研究員
2001年 明治製菓（株） 研究員
2004年 お茶の水女子大学大学院遺伝カウンセリングコース入学
2007年 認定遺伝カウンセラーの資格取得
2008年 田園調布学園中学校・高等学校 非常勤講師（理科）
2010年 お茶の水女子大学大学院遺伝カウンセリングコース満期退学
お茶の水女子大学大学院 研究員
2012年 日本医科大学付属病院 認定遺伝カウンセラー
2016年 横浜市立大学附属病院 認定遺伝カウンセラー
2018年 お茶の水女子大学大学院遺伝カウンセリングコース 助教
2023年 同 講師

利益相反：無

シンポジウム53

アジアのACPの制度と実際の取り組み

S53

【セッション概要】

高齢社会において、ACPの実施は重要です。日本では人生会議の実施が推奨され、ガイドラインや研修等も整備され、普及し始めています。今後、他国の先進的な取り組みを参考にしながら、患者家族と医療ケア関係者にとってよりよい取り組みにしていける必要があります。

台湾では、ACPの話し合いは主に病院の外来、いわゆる「ACP外来」で行われています。2019年にアジア初の「患者自主権法」が制定されました。台湾政府はすべての終末期患者が尊厳あるケアを受けられるようにするため、終末期患者、重度認知症、筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者など11の希少疾患が事前指示の対象としました。

シンガポールでは、国民が希望するケア方法を選択できるようにすることを目的とした国家プログラムとしてACPを推進しています。2011年以来、統合ケア庁（Agency for integrated care, AIC）はパートナーと協力して、シンガポール人がACPを利用できるように取り組んできました。

本シンポジウムでは、日本、台湾とシンガポールのACPの制度から実務に関わる研究者を招聘してご講演いただきます。

座長：余 尚儒 ヨ ショウジュ

台湾在宅医療学会

【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、地域共生社会に向けて進んでいくことを期待しています。2024年台湾の皆か医療保険で在宅入院制度のモデル事業を担当しています。

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。

座長：森 雅紀 モリ マサノリ

聖隷三方原病院

【座長略歴】

2002年 京都大学医学部卒業

2002～2007年 沖縄県立中部病院、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年～ 聖隷福祉事業団 緩和ケア（2021年11月～ 聖隷三方原病院 緩和支援診療科部長）

【主な書籍】

森雅紀・森田達也『Advance Care Planningのエビデンス 何がどこまでわかっているのか』（医学書院、2020年）

Ng RHL, Martina D, Lin CP, Mori M. “Advance Care Planning in the Asia Pacific”（World Scientific, 2024）

S53-1

Navigating End-of-Life Decision Making: The Role of ACP in Taiwan's Home Healthcare Landscape.

葉 依琳

Associate Professor. Department of Social Work. Tunghai University, Taiwan

By the end of 2015, Taiwan became the first Asian country to legislate the Patient Right to Autonomy Act (PSDA). The Advance Care Planning (ACP) policy stipulated by the law provides guidelines for healthcare professionals to respect patient autonomy, and serves as a communication process to understand patient value preferences and facilitate consensus of Advance Decisions (AD) with family members.

After years of concerted efforts, Taiwan currently has 240 Advance Care Planning consultation institutions, and over 70,000 AD documents have been signed. In addition to the previously implemented Do-Not-Resuscitate (DNR) orders for terminally ill patients, the activation of Advance Decisions has also begun to be applied to non-terminal patients, such as those in a permanent vegetative state or with amyotrophic lateral sclerosis (ALS), allowing them to withdraw or withhold life-sustaining treatment at home. On the policy front, the long-term care policy provides incentives and subsidies for home healthcare physicians to engage in ACP discussions during home visits. Starting in 2024, ACP consultation will be covered under the National Health Insurance for four categories of patients: terminally ill, dementia, and other rare diseases. The goal is to reduce medically futile interventions and align care with patients' end-of-life wishes. This presentation will address the above issues to introduce practical insights regardless to the initiation of Advance Decisions (AD) and the current policy reforms.

The promotion of ACP under PSDA in Taiwan is based on enhancing death literacy grounded in the ideal of the compassionate community. The implementation approaches of ACP include individual/family outpatient clinics, inpatient consultations, group counseling, and long-term care facility consultations. The future focus is to successfully connect individuals who meet clinical criteria for severe illness to various home-based medical services, such as hospital at home, home hospice, and good death at home. Integrating with long-term care resources to support the patient's wish to stay at home is crucial. The recognition and training of physicians and long-term care personnel regarding ACP are urgent issues and ongoing goals in Taiwan.

【演者略歴】

- Associate Professor. Department of Social Work. Tunghai University, Taiwan
PhD in Social work. National Taiwan University.
- Section Chief of the advocate for Patient Autonomy.
Academy of Humanities and Innovation. Taipei City Hospital.
- Committee of Academic Development, Taiwan Society of Home Health Care.
- Vice Director. Dept of Social Work. Taipei City Hospital.
- Palliative Care Social Worker. Wan Fang Medical Center. Taipei.

利益相反：無

Advance Care Planning in Singapore; Conversations, Systems and Cultures

Raymond Ng Han Lip^{1,2,3}

¹ Palliative and Supportive Care Woodlands Health Campus

² The Graduate Diploma of Palliative Medicine (National University of Singapore)

³ The National Advance Care Planning Steering Committee

The 21st century is facing an unprecedented trend of population aging, including in many regions in the Asia Pacific region. Governments and healthcare systems recognise the importance of Advance Care Planning (ACP) in helping people to live well and to leave well. ACP is a complex intervention that is culture and context specific. Singapore's journey in advance care planning started in 1996 with the enactment of the Advance Medical Directive (AMD) Act. However, the uptake of AMD has been slow and a communication focused approach in ACP is clearly needed. In 2011, with training and support from Respecting Choices of the USA, the Ministry of Health of Singapore launched the Living Matters national programme in ACP. Since then, a national IT platform to capture ACP information is established, thousands of ACP facilitators have been trained, public engagement efforts have intensified, and tens of thousands of ACP documents completed. There remains a great need for culturally appropriate approaches to address the social taboo and cultural aversion surrounding such a sensitive topic, particularly in Asia. I will share about lessons learnt in Singapore's journey in ACP, the need to prioritise ongoing conversations, the importance of a systems approach, the deep influence of culture and how, in our universal endeavour to engender person centred care in healthcare; we are more similar than different.

【演者略歴】

Dr Raymond Ng graduated from the National University of Singapore and is dually trained in Family Medicine and in Palliative Medicine. He has previously worked as a Family Physician in a polyclinic and as a consultant in a palliative care unit in Tan Tock Seng Hospital. He is currently a senior consultant and head of the department of Palliative and Supportive Care, Woodlands Health. He is also the course director of the Graduate Diploma of Palliative Medicine (National University of Singapore) and the co-chair of the National Advance Care Planning Steering Committee. He is interested in the public health approach in palliative care and strongly believes that understanding the values and goals of care of a person is key to person centred care in healthcare.

利益相反：無

事前指示とACPに関するわが国の現状と課題 論点整理の必要性

小川 朝生^{1,2} オガワ アサオ
 櫻井 幸男³ サクライ ユキオ

¹ 国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科

² 国立がん研究センター 先端医療開発センター 精神腫瘍学開発分野

³ 横浜国立大学 地域連携推進機構

日本では年間約160万人が死亡し、その大半は高齢者である。今後2070年まで毎年150万人以上が死亡すると推計され、エンドオブライフ・ケアの質の向上が求められている。加えて、わが国では65歳以上の認知症の有症率も20%を越えていることから、意思決定支援の充実も求められている。わが国では、エンドオブライフ・ケア、意思決定支援への取組みは、ともにガイドライン策定により対応されており、法整備とその議論は進んでいない。海外では事前指示やACPの効果を疑問視する見解がある一方、法と施策の整備は並行して進められている。支援とケアの質の向上と、法制化の議論は、直接に関連するものではないものの、論点が整理されていない問題がある。実際に、ACPの目的が誤解されたり、意思決定支援の姿勢が変わっていることが臨床現場に周知されておらず、臨床が混乱する懸念もある。このような状況を踏まえ、医療従事者と法律関係者が集まり、わが国のエンドオブライフ・ケアの現状を踏まえ、海外の複数国とわが国との政策の状況について比較を行い、課題の整理を目指した情報収集と検討を行った。オーストラリアでは州法で事前指示を法制化した州があり、事前指示の中に本人の価値観を含めていた。米国では州法のばらつきを是正する目的で、統一医療決定法が2023年に公表され、精神医療の事前指示を含めた事前指示書のひな形が提示されていた。欧州法研究所はEUの財政支援の下で2026年に事前指示統一法を作成する予定であった。一方、わが国では、地方自治体の独自の取組み（例：半田市、横須賀市）があるものの、エンディングノートをはじめ内容はさまざまであった。わが国の事前指示は法的拘束力を持たない緩やかなものであるが、地域医療計画に盛り込むなどの工夫次第で事前指示の作成は実行可能と考えられる。ACPの取組みは行われているものの、その内容はさまざまであり、目的が不明確なまま活動が進んでいる恐れもある。改めて事前指示とACPの情報共有を進めるとともに、論点の整理、議論を深める必要がある。

【演者略歴】

1999年 大阪大学医学部医学科卒業
 2004年 大阪大学大学院医学系研究科修了（医学博士）
 2004年 国立病院機構大阪医療センター神経科医員
 2007年 国立がん研究センター東病院精神腫瘍科医員
 現在 国立がん研究センター東病院精神腫瘍科長

利益相反：無

シンポジウム54

Hospital at Homeの実現に向けた取り組み

S54

【セッション概要】

Hospital at Home “HaH”（在宅入院）とは、これまで病院へ入院し行ってきた急性期治療やケアを、患者の居宅で提供するものです。HaHは文字通り外来サービスではなく入院サービスです。よって、原則的にケアは診療所ではなく、病院により行われます。HaHの歴史は意外に古く、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年に最初のHaHプログラムが誕生し、その後全米に広がっていきました。

一方、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。日本では、法律的そして制度的に在宅医療は外来でもなく、入院でもなく、第3の医療として位置づけられています。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り、また特別訪問看護指示により月14日間は連日の訪問看護が可能であることを考慮すると、海外のHaHをそのまま導入する必要はないかもしれませんが、参考にできるポイントは多々あると思います。

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にお話しいただきます。その後、米国 Brigham and Women's HospitalでHaHに積極的に取り組み、エビデンスを発信されているDavid Levine先生と大内 啓先生に特別講演にご登壇いただきます。日本でのHaH、または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。

座長：伊藤 大樹 イトウ ヒロキ

あおばクリニック

【座長略歴】

神戸大学医学部を卒業後に、初期研修と内科研修を日本（沖縄県立中部病院）と米国（ハワイ大学）で行った。フェローシップ終了後は米国にて循環器科スタッフとして勤務し、2012年に帰国、2014年より現職。

赤ちゃんから高齢の方までを対象に24時間365日対応のプライマリ・ケア（外来診療・在宅医療）を継続して行っている。

医療法人あおばクリニック院長・福岡市在宅医療医会会長・全国在宅療養支援協会福岡県代表・福岡東在宅ケアネットワーク副代表

九州大学医学部臨床教授・福岡大学医学部臨床教授・非常勤講師

米国内科専門医・米国循環器科専門医

総合内科専門医・循環器科専門医・日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医

シンポジウム54

Hospital at Homeの実現に向けた取り組み

S54

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・循環器内科臨床研修

2006年 カナダ・トロント大学 留学

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 理事、地域医療・かかりつけ医活動委員会 委員長

総務／将来構想委員会 委員

日本循環器学会 脳卒中と循環器病克服5カ年計画ワーキンググループメンバー

「循環器疾患における緩和ケアについての提言」協力員

日本心不全学会 緩和ケア推進委員会、健保対策委員会 委員

「高齢心不全患者の治療に関するステートメント」作成委員

「急性慢性心不全診療ガイドライン かかりつけ医向けガイダンス」策定委員

「重症心不全患者への在宅静注強心薬持続投与指針」作成委員長

日本在宅医療連合学会 評議員

東京都医師会 在宅医療委員会 委員

心臓病をふくめた障害をもつ人々が安心して住み慣れたところで過ごせる社会づくりに貢献するために、2012年東京にゆみのハートクリニックを開設。2024年現在、東京・大阪・福岡に外来と在宅診療を行う診療所を7拠点運営する。全国の循環器クリニックのネットワークJapan Cardiology Clinic Networkの事務局、地域の非循環器専門の医療・介護従事者のICTプラットフォームHeart Care Stationの事務局を務めるなど、地域での循環器医療発展のために活動を行っている。

S54-1

伊藤 大樹 イトウ ヒロキ
あおばクリニック

S54-2

吉田 伸^{1,2} 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

S54-3

近藤 敬太 コンドウ ケイタ
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

S54-4

David Levine
Division of General Internal Medicine and Primary Care, Brigham and Women's Hospital

S54-5

大内 啓 オオウチ ケイ
ハーバード大学メディカルスクール 救急部

シンポジウム55

慢性呼吸器疾患に対するやさしい、基礎からの包括的在宅ケア
～苦手と思わないで!こうすれば効果が感じられますよ～

S55

【セッション概要】

本シンポジウムは、呼吸器ワーキンググループに寄せられた「呼吸って難しい」「取っ付きにくい」「重要だと思うけど何から始めていいのか判らない」との声を受け、薬物療法はもちろん、呼吸器特有の酸素、高流量鼻カニユレ酸素療法=ネーザルハイフロー、NPPVなど薬物療法に加えて上手く利用できれば患者をよりハッピーにできるアイテムの使い方と使い分け、そして、人間にとって大切な「喰う・寝る・遊ぶ」、中でも動くことと食べることに焦点を当て、呼吸リハビリと一般的なりハビリとの異同、苦しくなく効果的な動きのためのリハビリとその進め方、また、ダイエット全盛のこの世の中で、真逆のどうやってカロリーを摂るかなどの栄養ケアを紹介して頂く予定です。つまり、全部使って全人的に一番ハッピーを目指したいけど、ちょっと呼吸苦手、もう一歩先に進みたいと感じているあなたのために欲張りな企画としました。皆さんの積極的なご参加お待ちしております。

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】

昭和63年 岐阜大学医学部 卒業

平成 2年 公立陶生病院内科 呼吸器内科

平成 6年 小牧市民病院呼吸器内科

平成15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

平成22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開院

座長：田中 弥生 タナカ ヤヨイ

関東学院大学栄養学部管理栄養学科

【座長略歴】

管理栄養士

学歴

平成16年3月 関東学院大学 経済学部経営学科卒業

平成28年3月 筑波大学大学院 人間総合科学研究科博士課程 スポーツ医学専攻修了 博士（スポーツ医学）

職歴

平成 3年4月 医療法人新都市医療研究会「君津会」南大和病院栄養科 科長

平成21年4月 駒沢女子大学 人間健康学部健康栄養学科 准教授

平成26年4月 駒沢女子大学 人間健康学部健康栄養学科 教授

平成30年4月 関東学院大学 栄養学部管理栄養学科 教授 入職

令和 2年1月 Studio & Cafe BALENA取締役認定栄養ケア・ステーションBALENA 代表者

令和 6年4月 関東学院大学 栄養学部 学部長

社会活動

平成24年6月～令和4年5月 （公社）日本栄養士会 理事 栄養ケア・ステーション部

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

平成 8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

現在に至る

S55-1

薬物療法 ～薬は効いていますか?～

吉澤 孝之 ヨシザワ タカユキ
医療法人社団愛語会 要町病院

COPDの薬物療法の主体は長時間作用型気管支拡張薬の吸入で喘息合併例や増悪を繰り返す症例では吸入ステロイド（ICS）を併用する。気管支喘息の第一選択薬はICSであるが臨床の現場では長時間作用型 β 2刺激薬（LABA）との配合剤（ICS/LABA）で治療開始されることが多い。近年長時間作用型抗コリン薬（LAMA）を含めた3剤配合剤（ICS/LABA/LAMA）も登場しCOPDと気管支喘息における吸入治療薬の選択肢が拡大した。しかしながら吸入薬は内服薬に比べ全般にアドヒアランスが低く、特に高齢者では吸入薬の不適正使用が増加しアドヒアランスが低下しやすいため、個々に適した吸入デバイスを選択し適切な吸入指導を行うことが肝要となる。さらに近年コントロール困難な難治性（重症）喘息では生物学的製剤が使用可能となり臨床的寛解という概念も提唱されている。間質性肺炎の中でも高齢者に多く予後不良な特発性肺線維症（IPF）では疾患の進行を遅らせるため抗線維化薬が使用されるが、副作用に注意が必要で高齢者では長期間の服用が困難となるケースも多い。COPDやIPF終末期には呼吸困難への対応が必須となり最大限の標準的治療を行っても緩和できない難治性呼吸困難に対してはオピオイドの使用も考慮される。気管支拡張症ではマクロライドの長期投与や排痰促進のため喀痰調整薬が使用される。慢性呼吸器疾患は感染を機に増悪をきたし生命予後に影響するためワクチン接種による感染予防も重要である。また慢性呼吸器疾患患者の多くが高齢者のため複数の併存症を有することが多くポリファーマシーについての配慮も必要である。

本セッションでは慢性呼吸器疾患の薬物療法について終末期の対応やワクチン接種も含め考えたい。

【演者略歴】

1983年 日本大学医学部医学科卒業
2004年 日本大学医学部呼吸器内科学分野兼任講師
2008年 医療法人社団愛語会要町病院院長
2010年 日本大学医学部呼吸器内科学分野臨床准教授
2018年 日本大学医学部呼吸器内科学分野臨床教授

利益相反：無

2. 酸素 HFNC NPPV ～次の一手をどうしますか?～

新 智美 アタラシ トモミ
草加内科呼吸ケアクリニック 看護部

在宅酸素療法（以下HOT）は広く普及していますが、導入のタイミングが遅すぎではいませんか？在宅の現場で1回目のSpO₂が低かった場合に、再測定値を採用する場面を多々見受けます。患者さんは直前に排泄や部屋の片づけをしていたり、玄関や部屋の入口まで出迎えたりして、最初の測定値が労作直後のSpO₂低下を反映している可能性があります。それが感染の前兆を示していることもあります。慢性循環呼吸器系疾患が進行して生じたサインかもしれません。だから、ADLで最も低酸素を生じやすい入浴を含む日常生活をログ機能付き防水パルスオキシメーターで終日SpO₂モニターをする必要があります。これにより、慢性循環呼吸器系疾患の高齢者に多い睡眠時無呼吸や一過性の夜間低換気存在に気づくこともできます。また、HOT導入後も酸素処方が適切かどうか経年的に終日SpO₂モニターすることも大切です。HOT導入時の患者指導は今後の療養全般を左右する大切な指導です。患者本人の病気の理解と身体状況がリンクし、息切れの回避方法などの生活のコツを習得することでHOTの効果を高め障害受容が期待できます。そして老いや現病進行に伴う次の呼吸デバイスを加える際にプラスに作用します。

ネーザルハイフロー（以下HFNC）は従来HOTだけで人生の幕引きをしていた患者さんの「アナザーストーリー」です。HFNCは比較的新しい治療法ですが、COVID-19の治療を通して急速に普及しました。2022年よりCOPDに限って在宅でも保険適用になりました。離床時のカニューラの固定に課題が残りますが、我々は医療介護SNSで連携事業所の多職種と課題の対処を共有しています。

非侵襲的陽圧換気療法（以下NPPV）は1998年から在宅で保険適用になり、慢性的なCO₂蓄積を伴ったⅡ型呼吸不全に気管挿管せずマスクを介して換気補助を行う患者にやさしい人工呼吸です。NPPVの至適設定と同様に重要なのがマスクフィッティングですが、NPPVプロバイダースタッフのサポートで経験値を上げることができます。

それぞれの治療について、事例を紹介しながら考えてみます。

【演者略歴】

医療法人アンサンブルメディカ

草加内科呼吸ケアクリニック 副院長・看護師長

看護学修士、認定看護管理者、3学会合同呼吸療法認定士、呼吸ケア指導士

2007年 草加八潮地域連携呼吸器研究会（SYRC-R）創設・部門世話人、地域の医療介護福祉職の多職種協働・実践に関わる

2008年10月 第18回呼吸ケア・リハビリテーション学会優秀賞受賞

2010年 9月 呼吸器専門医の夫と共に独立開業

2011年 3月 国際医療福祉大学大学院看護学分野看護管理・開発学領域卒業（看護学修士）

2018年～ 日本看護協会認定看護管理者

利益相反：無

S55-3

呼吸リハビリテーション～どうしたら苦しくなく効果的に動けるか?～

平林 大輔 ヒラバヤシ ダイスケ
中田 隆文 ナカタ タカフミ
マリオス小林内科クリニックリハビリテーション科

慢性呼吸器疾患は、気管支喘息、間質性肺疾患、閉塞性肺疾患などが含まれ、呼吸状態の増悪による入院を繰り返し、徐々に進行していく。慢性呼吸器疾患患者の多くが呼吸困難を有し、呼吸困難は患者の活動や参加を制限し、日常生活に大きな影響を及ぼす。代表的な疾患であるCOPDに対する呼吸リハビリテーションは、日本呼吸器学会のCOPDガイドラインでも、全ての段階のCOPDにおいて実施が推奨されている。その効果には呼吸困難感の軽減、運動耐用性の改善、健康関連QOLの改善、入院回数や入院期間の減少などが示され、症状が軽減している患者においても、上乘せの改善効果を得ることができる。また、入院回数や入院期間の減少のほか、近年では生命予後に影響することが報告されている。呼吸リハビリテーションのプログラムは運動療法、ADL練習、コンディショニングで構成される。運動療法はその中核とされるが、運動療法の処方、指導については、Frequency（頻度）、Intensity（強度）、Time（時間）、Type（種類）：FITTを明らかにする必要がある。頻度は維持には週2日、改善には週3日以上、自覚的運動強度「やや強い」、時間は連続20分、種類は下肢の運動、が標準的であるが、重症例では継続が難しく、工夫が必要となる。コンディショニングは運動療法を支援する役割とされているが、症状を緩和する効果も期待される。ADL練習は症状を緩和し日常生活の継続を目的に実施されるが、在宅では症状の変化に応じて評価し調整をすることが重要となる。重症例や終末期では、福祉用具の調整とその環境のもとでの動作練習が必要となる。当院は慢性呼吸器疾患を有する患者への訪問リハビリテーションを積極的に実施している。本シンポジウムでは、当院で経験した事例をもとに、どうしたら患者が苦しくなく効果的に動けるかを提示し、皆様と共有できればと考えている。

【演者略歴】

1997年 岩手大学 人文社会科学部 卒業
2001年 岩手リハビリテーション学院 理学療法学科 卒業
同年 滝沢中央病院 リハビリテーション科 入職
2006年 須藤内科（現マリオス小林内科）クリニック リハビリテーション科 入職
2011年 同科 主任 現在に至る

利益相反：無

S55-4

栄養ケア ～どうやって栄養を摂りましょうか～

前田 玲 マエダ レイ
帯広中央病院栄養科

慢性呼吸器疾患の患者では栄養障害が認められることが多く、慢性閉塞性肺疾患（以下COPD）では病態の進行とともに栄養障害も高度になることが報告されている。慢性呼吸器疾患の代表的な疾患であるCOPD治療において、栄養療法は重要かつ不可欠な要素であると位置付けられており、脂質やたんぱく質の積極的な摂取が基本となる。しかし、在宅療養患者の多くは高齢で食欲不振を訴えており、食事摂取そのものが呼吸苦の原因となっているケースも散見され、積極的な栄養療法に繋がりにくい。さらに在宅で療養している慢性呼吸器疾患患者に対し栄養療法の指示が出るケースのほとんどが栄養障害が高度に進行してからである。管理栄養士が介入した時には、正しい情報を得ないまま工夫や苦勞を重ねて食事と向き合い、結果が得られず疲弊しているケースも多い。

そんな慢性呼吸器疾患患者が少しでも前向きに栄養療法に取り組み、食事の楽しさを取り戻し栄養改善に結びつけられるよう支援することが、患者を支えるチームの一員としての栄養士の役割である。

今回は、慢性呼吸器疾患の在宅療養患者によく見られるケースをいくつかに分けて考え、介入を異なるアプローチで展開する方法をご紹介します。

病院や施設では積極的に栄養摂取する方法を検討することが当たり前に行われているが、食事の際に苦痛を訴えることの多い在宅療養患者に対しては、患者の希望を最優先に考え積極的な介入を躊躇することも多いのではないだろうか。しかし、患者の価値観や嗜好に寄り添うことのできる在宅だからこそ積極的な介入が可能となることもある。本セッションでは、当たり前の方法を、在宅だからこそより柔軟に展開できるということについて述べたい。

【演者略歴】

【略歴】

1996年 女子栄養大学栄養学部栄養学科実践栄養学専攻 卒業
1997年 医療法人社団ルーク会ルカ病院
2005年 医療法人杏和会おびひろ呼吸器科内科病院
2018年 藤女子大学大学院人間生活学部食物栄養学科 卒業
2019年 社会医療法人恵和会帯広中央病院（旧おびひろ呼吸器科内科病院） 在職中

【所属学会】

日本在宅医療連合学会、日本在宅栄養管理学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本病態栄養学会、日本栄養改善学会、日本糖尿病・妊娠学会、日本臨床栄養学会、日本リハビリテーション栄養学会

利益相反：無

シンポジウム56

こうする!こうやる!精神科×在宅医療

S56

【セッション概要】

2025年問題を目前にし、本格的なパラダイムシフトの中、まさに「話し合い」「様子見」「肌感を探る」段階は終わり、各地でしっかりと医療計画を実行できているか、各地域、各領域が試される段階となってきている。今回のシンポジウムでは、特に精神科領域の在宅医療に焦点をあて、大学、地域の卓越した精神科往診を中心とした医療機関、またサポート部門のメンバーが集まり、既に現在行っている精神科×在宅医療の現場の動きについて知見を共有する。統合失調症や食思不振症をはじめ、本領域の疾患患者管理には精神科専門医師達の力が必須である。精神科病床については、今後大幅な減少や地域医療シフトの方向性が行政サイドからも見え隠れしている中、在宅医療領域は、精神科領域の未来の道の一つとして今後大きくクローズアップされる可能性が高い。いち早く実際に動き出しているメンバーによる闊達なシンポジウムを構築する。

座長：守上 佳樹 モリカミ ヨシキ

KISA2隊

【座長略歴】

昭和55年3月13日生まれ

平成 7年4月～平成10年3月 私立六甲高等学校

平成10年4月～平成14年3月 広島大学 学校教育学部中学校教員養成課程国語専攻

平成14年4月～平成20年3月 金沢医科大学 医学部医学科

平成20年4月～平成22年3月 京都大学医学部付属病院 研修医

平成22年4月～平成29年2月 三菱京都病院 総合内科医

平成29年3月～ 医療法人双樹会 よしき往診クリニック 管理者就任

令和 3年2月～ 一般社団法人KISA2隊設立 OYAKATA

座長：山田 寿美 ヤマダ トシミ

よしき往診クリニック

【座長略歴】

専門学校を卒業後、企業立病院へ入職し総合病院での外来や入院の医事課業務などの経験を経て、2017年4月よしき往診クリニックの立ち上げを行い事務長となる。請求事務の他、メディカルコーディネーター（MC）としても従事し、2023年8月より外来診療所の承継におけるスタッフの採用、マネジメント、運営にも携わる。

S56-1

在宅診療における精神科診療の実践

成 本 迅 ナルモト ジン

京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学

精神科以外の診療科に入院している患者を精神科医が診察する精神科コンサルテーション・リエゾンは多くの病院で普及しているが、在宅診療の患者を精神科医が診察することは、まだまだ少ないのが現状である。このため、大学病院の勤務医が在宅診療を実施しているクリニックに非常勤で勤務することで、在宅診療の質向上や対象範囲拡大にどのような貢献ができるかを試行的に実施した。

開始前は、認知症に伴う精神症状がある患者やせん妄など、精神科コンサルテーション・リエゾンで精神科医が対応している病態が多いと予想していたが、実際には精神症状により外出できなくなり外来通院からドロップアウトしている患者や、統合失調症患者の在宅看取りなど幅広い事例に遭遇することとなった。このような経験から、病院内の精神科コンサルテーション・リエゾンよりも、より幅広い精神科ニーズが在宅診療にはあることが明らかとなり、今後精神科医のトレーニングの中に組み入れていくことの必要性が示唆された。

【演者略歴】

平成 7年3月 京都府立医科大学医学部卒業

平成 7年4月 京都府立医科大学附属病院研修医、精神神経科勤務

平成13年3月 京都府立医科大学大学院医学研究科博士課程修了

平成17年4月 京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学助手

平成28年7月 京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学教授

利益相反：無

S56-2

在宅医が動く 精神科× 在宅医療

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

アウトリーチ（OR）は社会福祉の分野で支援機関が通常の枠を超えて手を差し伸べ、支援を届ける取り組みを指す。同様に医療的支援が必要であるにもかかわらず、医療にアクセスできない人に手を伸ばす医療活動もORと呼び、従来の訪問診療とは異なる在宅医療活動として近年注目されている。我々は2012年から困難事例を抱える地域包括支援センター（包括）の公的な連携医として、2015年から認知症疾患医療センターとして様々なアウトリーチ活動を行ってきた。本講演では、これら在宅医が行うORからみた精神科在宅の課題と展望について報告する。包括の公的な連携医として3年間にORを行った50例の困難事例のうち、認知症は62%、精神疾患は14%、身体疾患は24%であった。また、2023年度に東京都地域連携型認知症疾患医療センターとして51例の認知症疑い例にORを行なった。対応した医師は、内科3名、精神科1名、妄想、幻覚、不穏・興奮、せん妄、うつなどの精神症状のコントロール目的のORは23例（45.1%）、精神疾患の合併例（鬱、せん妄、パニック障害、妄想性障害、不安神経症、急性精神病、老年期精神病、アルコール依存症、発達障害）は10例（19.6%）であった。ORは、医療にアクセスできない困難事例に医療を届ける現在の在宅医療に欠かせない活動となってきたが、我々のORの経験から、地域の困難事例に対応するOR活動を行う医師は、包括的な認知症診療のコンピテンスに加え、プライマリな精神疾患の対応にも習熟していることが求められると考えられた。また、当該地域でも精神障害者数は過去5年で約1.49倍に増加している。日常の在宅医療の実践においても、精神疾患をもつ家族や介護者と対面することも今や在宅医の日常である。在宅医は適正な家族ケアの実践のためにも、困難な事例に対峙するスタッフのメンタルヘルスのためにも精神科医療に習熟する必要性が高まっている。

【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、梶原診療所で地域医療、在宅医療に従事。現在、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、日本エンドオブライフケア学会副理事長、日本認知症の人の緩和ケア学会理事長、総合内科専門医、在宅医療専門医・指導医、プライマリケア認定医・指導医 気管支鏡専門医、アレルギー専門医、東京医科歯科大学、聖路加国際大学臨床教授。編著として在宅医療テキスト（勇美記念財団）、チャレンジ在宅がん緩和ケア、チャレンジ 非がん疾患の緩和ケア、心不全の緩和ケア、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（南山堂）、明日の在宅医療、認知症ステージアプローチ入門、緩和ケアと看取りの訪問看護、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（中央法規）、認知症の人に寄り添う在宅医療（クリエイツかもがわ）、在宅医療のすべて（中山書店）、認知症plus 緩和ケア（看護協会出版会）等多数

利益相反：無

S56-3

精神科専門医が動く精神科×在宅医療

内田 直樹 ウチダ ナオキ
本多 飛将 ホンダ ヒシヨウ
家村 智和 イエムラ トモカズ
医療法人すずらん会たろうクリニック

在宅医療において患者の多くは後期高齢者であり複数の慢性疾患を抱えている。心不全患者の約20％にうつ病が併存し、うつ病の併存は予後を悪化させるという報告がある。糖尿病に関しては、うつ病の併存が多く、認知症発症の危険因子であることも報告されている。総合病院に入院している患者の30-40％程度になんからの精神疾患が認められるという報告もある。しかし、実際の在宅医療の現場においては、まだまだ精神科医が診療を行うという実践は少ない。身体科主治医からの依頼を受けて対応するコンサルテーションと、身体疾患のチーム医療の一員として精神科専門職が持続的に関与するリエゾンを組み合わせたコンサルテーション・リエゾン精神医学（CLP）という分野がある。総合病院におけるCLPは、はじめは他科からの依頼に精神科医が応じるコンサルテーションが中心で、その後診療報酬をはじめとした環境が整ったことで精神科多職種が雇用されて今では各総合病院においてリエゾンチームが診療を担っている。同じように、在宅医療においてもまずは身体科の在宅医や地域包括支援センターからの依頼で精神科医がコンサルテーションを行うことから始め流という選択肢が考えられる。次のステップとして一般の在宅療養支援診療所で非常勤として働く精神科医が増え、そこから在宅療養支援診療所を開業する精神科医も出てくるという流れを期待している。当法人は福岡市と東京都葛西で在宅医療を中心としたクリニックを運営しており、福岡のクリニックは常勤医9名のうち6人が精神科医という特徴がある。精神科医が中心となり在宅医療を行なっているクリニックとして、いかに「まちをリエゾンしているのか」について当日は実践をご報告したい。

【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

利益相反：無

S56-4

メディカルコーディネーターが動く精神科×在宅医療

柳澤 克哉 ヤナギサワ カツヤ
よしき往診クリニック

当院は京都市西京区に位置しており、末期癌緩和医療や高齢者の内科的管理を中心とし約500名の居宅患者を診療している強化型在宅療養支援診療所である。システムとしてメディカルコーディネーター（以下MC）制を導入している。MCは医師の診療サポートとして処置の介助の他、スケジュール管理、入退院調整などを行い、担当医と担当医以外の医師や外部スタッフを繋ぐ役割を果たしている。医療行為以外の業務をMCが担うことで、医師は診療に専念することができるシステムとなっている。様々な専門分野の医師とMCを組み合わせることで専門性のある患者対応を経験でき、課題解決のための選択肢を専門分野以外の医師に提案しやすくなっている。さらに、クラウド型電子カルテや院外との多職種と連携するための医療介護専用SNSなどICTを活用することで様々な疾患や状況に迅速に対応している。在宅療養者は複数の疾患を有していることが多く、精神疾患を有する患者も多く存在している。引きこもりやPTSDなど様々な理由で通院困難となり訪問診療の依頼が増えてきている。精神疾患患者の問題は訪問診療のみで解決できることは少なく訪問看護、訪問歯科、生活介護など地域の社会資源に支えられ多職種と連携することで自宅での療養生活が成り立っている。しかしながら、実際には医師以外の支援者の介入を拒否する事例も存在する。そのような状況下で、訪問診療を通して他のサービスにつなげることができた事例も増えてきている。今後さらに大幅な病院から地域医療へのシフトが考えられる精神科領域の診療においてMCの担う役割は重要だと考える。また、在宅医療に慣れていない精神科専門医の参入ハードルを下げ、全体としてチーム力上昇にかかせない動きを出すことができていると考える。そうしたMCとしての立場から、今回の在宅診療における課題解決の手段を共有していきたい。

【演者略歴】

2015～2020年 大阪医科薬科大学病院
 神経難病センター 血液内科 循環器内科
2021～ よしき往診クリニック

利益相反：無

シンポジウム57

褥瘡予防のための寝たきりから自立への支援

S57

【セッション概要】

寝たきりは、圧迫・低栄養・ずれにより組織を障害し褥瘡の発生につながる。褥瘡の予防・治療には、圧迫への対策として適切な体圧分散用具の選択が必要であり、ずれ対策としてポジショニングとシーティングが重要である。低栄養の改善として、エネルギーと蛋白質を十分に摂る必要がある。これらの対策はそれぞれが大変困難であり、専門職が連携する必要がある。

栄養改善によって、寝たきりを予防改善し、食事の工夫で見違えるように回復できる事を管理栄養士から紹介する。寝たきりになってから使用するイメージのリフトであるが、腰痛対策だけでなく、安全に安心して移動や移乗ができる。実は、対象者のプライバシーを守り、自らが行動を選べ主体的な生活へと変わることを紹介する。

最後にこれらの要素を合わせ、寝たきりの方が自分を取り戻し回復していった症例を示し、寝たきりは予防できるだけではなく、回復できることも考えながらディスカッションしたい。

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】

所属

医療法人社団研医学会高岡駅南クリニック 院長

京都橋大学教育研修センター 非常勤講師

富山リハビリテーション医療福祉大学校 非常勤講師

職歴

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 富山医科薬科大学（現富山大学）第2外科入局

1997年8月 高岡駅南クリニック院長 現在に至る

学会等

日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会理事長、地域医療薬学研究会理事、日本褥瘡学会特別会員、日本創傷・オストミー・失禁管理学会特別会員、日本創傷治療学会特別会員、高岡在宅NST研究会代表世話人、高岡在宅褥創研究会会長

日本外科学会専門医、日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会指導医・専門医、日本大腸肛門病学会専門医、日本褥瘡学会認定師

著書（主なもの）

床ずれケアナビ全面改訂版（中央法規）、在宅高齢者食事ケアガイド（第一出版）、閉鎖性ドレッシング法による褥創ケア（南江堂）、創傷・褥創ケアと栄養管理のポイント（株式会社カザン）

座長：内藤 亜由美 ナイトウ アユミ

湘南医療大学保健医療学部看護学科

【座長略歴】

2001年 皮膚排泄ケア認定看護師資格取得

2011年 東京大学大学院医学系研究科健康科学看護学専攻創傷看護学分野修士課程修了

2021年 東京医療保健大学立川看護学部看護学科准教授

2024年 金沢大学大学院医薬保健学総合研究科後期博士課程修了

2024年 湘南医療大学保健医療学部看護学科教授

S57-1

褥瘡発症は寝たきり対策が重要

塚田 邦夫 ツカダ クニオ
高岡駅南クリニック

褥瘡は寝たきりの方に発症しやすい疾患である。寝たきりになった方は筋肉を使わないために筋肉には廃用萎縮が進み筋組織はしだいに減っていく。すると相対的に骨が出てきて、骨が飛び出たところにより高い圧力がかかるようになる。褥瘡は圧迫によって血流が途絶えることで発症する傷であり、骨突出部は褥瘡の好発部位になる。

寝たきりになると腸の動きが悪くなり食事が減ることから低栄養になる。低栄養は、エネルギーとたんぱく質が不足した状態である。圧迫で傷ついた組織を修復するための材料であるたんぱく質と、修復に使われるエネルギーが必要であるが低栄養はこれらが不足するため、骨突出部の組織障害は進行して褥瘡発症につながる。

ベッド上での寝たきりは褥瘡発症に関係することから、体位変換をしたり、ベッドの背上げをしたりして、圧迫のかかる部位を変える対策が取られる。この良かれと思っておこなう行為が「ずれ」「摩擦」を起こす。例えば背中に大きな枕を入れる30度側臥位は、身体がねじれた状態になるため不快で辛い姿勢である。辛い姿勢になると身体全体に力が入り、拘縮の原因になる。同時に身体を斜めにするにより、皮膚には摩擦力、皮下にはずれ力が発生し、これも褥瘡発症の原因になる。

寝たきり対策として車いす乗車をする場合も、身体に合わせた車いすが用意されていないと、座位姿勢が崩れてくるが、姿勢の乱れによって思わぬ所に圧迫とずれが生じて、やはり褥瘡発生につながるだけでなく、不快な姿勢によって拘縮が進行する。

このように寝たきりになると、寝たきりそのものが褥瘡発症危険因子であるが、寝たきり対策もまた、皮肉なことに褥瘡発症因子になり得る。これらの知識を持って寝たきり対策をすることが重要である。さらに寝たきりを予防する、あるいは寝たきりを改善する試みもおこなわれている。

【演者略歴】

所属：医療法人社団研医会高岡駅南クリニック院長、京都橘大学教育研修センター非常勤講師、富山リハビリテーション医療福祉大学校非常勤講師

職歴：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

学会等：日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会理事長、地域医療薬学研究会理事、日本褥瘡学会特別会員、日本創傷・オストミー・失禁管理学会特別会員、日本創傷治癒学会特別会員日本外科学会専門医、日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会指導医・専門医、日本大腸肛門病学会専門医、日本褥瘡学会認定師

著書（主なもの）床ずれ予防プログラム（春恒社）、床ずれケアナビ全面改訂版（中央法規）、在宅高齢者食事ケアガイド（第一出版）、閉鎖性ドレッシング法による褥創ケア（南江堂）、創傷・褥創ケアと栄養管理のポイント（株式会社カザン）

利益相反：無

S57-2

褥瘡予防と栄養と自立支援～たべる幸せへ～

小川 豊美 オガワ トヨミ
株式会社とよみ

【はじめに】褥瘡は色々な原因から発症する。特に低栄養や嚥下障害、疾患・薬・環境等があげられる。加えて転倒。転倒時に骨折すると術後の栄養不良にも繋がり寝たきりになるリスクが高まる。転倒予防の為、栄養もしっかり摂っていく必要がある。低栄養の原因には「ソーシャル」な課題も上げられる。例えば老老介護・医療機関までの通院の手段、買い物難民、独居、閉じこもり、認知症・低栄養・肥満・在宅看とり・緩和ケア・様々な疾患のフォロー等々である。【在宅での褥瘡と低栄養予防について】在宅において栄養介入に対象者の栄養状態を適正に把握し状態に合わせて計画を立案して評価する。状態変化に伴い、的確なタイミングでギアチェンジが必要となる。低栄養状態で、転倒骨折から食事摂取量の減少し、脱水・寝たきり・褥瘡発症のリスクが高くなり負のスパイラルに陥らないようによく噛んでしっかりと食べて豊かな生活に繋がるよう早期対策が重要となってくる。最近食べる量が減少した、食事摂取に時間がかかるようになった、体重が減ってきた、咽る等見逃さないように注視する事が重要である。併せて注意をしなければならないのは、在宅でのマンパワー・介護者及び関係者の理解が大切なことである。【おわりに】医療・介護連携の中で、2024年には地域包括ケアシステムの深化推進が掲げられた。地域の医療・介護が抱えている問題は病院・介護事業者だけの問題ではなく、地域の異分野・異業種の方々にも関係する「ソーシャル」な課題である。地域社会全体で解決しなければならないと考えている。褥瘡のケアや予防も様々な個人因子を抱えている。その課題解決にむけ、各機関の保有する資源の共有・各専門職の知識とスキルを共有し連携していくには、そのキーパーソンとなりえるコーディネート力が大きく成果を発揮すると考える。それが地域NSTの活動であると考えている。地域・医療・機関（自治体・地域包括支援センター・各事業所）が共通認識を持ちベクトルを合わせる事が大切である。寝たきりにならない「たべる」幸せが自立へと繋がると考える。

【演者略歴】

2009年～2013年3月 （社）山形県栄養士会理事
2009年～2013年3月 鶴岡地区栄養士会 会長
2008年～2014年3月 鶴岡市介護保険ケアプラン検証会議委員
2008年～2012年 鶴岡市介護予防事業推進専門家会議委員
2010年～2016年3月 庄内プロジェクト 栄養連携チーム チームリーダー
2012年～2013年 （社）日本栄養士会 全国地域活動協議会役員
2015年～ （公）日本栄養士会認定栄養ケア・ステーション事業推進委員
2018年～ （公）日本栄養士会認定栄養ケア・ステーション認定委員
2021年5月～ 日本褥瘡学会・在宅ケア推進協議会 評議員
2023年6月～ （一般社団）日本在宅栄養管理学会 評議員

<主な資格等>

管理栄養士・生活改良普及員 主任介護支援専門員 食育インストラクター国際薬膳食育師3級在宅訪問管理栄養士

<学会所属>

（公益社団）日本栄養士会（一般社団）日本在宅栄養管理学会日本介護支援専門員協会日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会日本在宅医療連合学会

利益相反：無

S57-3

医療・介護の連携と病院・施設・在宅における移動・移乗・歩行に注目し、介護人材不足、要介護者増加、財政負担増大に対し新しい介護リフトの使い方を提案する。

森島 勝美 モリシマ カツミ
株式会社モリトー

我々は、介護リフトの持つ可能性と有効性を広く知らしめるべく様々な使い方の研究を重ねてきた。病院、施設、在宅での移動・移乗・歩行に対する指導の共通性、連続性を確保することで大きな効果をもたらすと考えている。

介護リフトは、介護者の腰痛対策に効果があり介護労力の軽減のための道具として使用されている。人力による移乗介助と比べはるかに安全性の高い福祉用具であり厚労省「腰痛対策指針」「腰痛を防ぐ職場の事例集」などでも積極的に使用することが明確に示されている。

また、重篤な患者さんの移動移乗介助では2～4名以上の介助者が必要で、介護リフトを使用すれば生産性、効率性の向上に大きく貢献することができる。

そして最近では、リフトを利用しベッド周りをアクティブ空間としてデザインすることで、ご利用者が主体的に自立を目指す自立支援機器としても利用されている。移動手段、運動手段、豊かな生活を送る手段として位置づけ、生活リハビリで廃用を改善し日常生活活動の質を上げる必須の道具と考えている。

ご利用者に適合した移動・移乗・歩行の環境を整えることで自立化への意欲を喚起し前向きで豊かなADL（日常生活活動）の実現を目指している。

【演者略歴】

学歴

1996年 滝高等学校卒業
1966年 法政大学経営学部入学
1970年 自主退学職歴

職歴

1970年 矢沢科学工業株式会社入社
1973年 いわしや森島器械店入社
1996年 株式会社モリトー代表取締役社長

現職

株式会社モリトー代表取締役会長
一般社団法人Fine介護研究会理事長
JASPA介護リフト普及協会会長
全国福祉用具相談・研修機関協議会代表理事
一般社団法人日本福祉用具・生活支援用具協会理事
高齢者住宅支援事業者協議会自立支援委員会代表幹事
一般社団法人日本脳損傷者ケアリング・コミュニティ学会理事
リフトのある生活委員会代表補佐

利益相反：無

S57-4

寝たきりから自立へ；人はなぜ生きているのか

島川 弘美 シマカワ ヒロミ

笑顔の暮らしサポートオフィスとうーり

残念なことに寝たきり高齢者の数がダントツで世界一と言われる我が国。褥瘡の予防や治療などの知識や技術が向上した現在でも、寝たきりになってしまうと続発する二次障害の影響も受けて重症化しやすく、医療や介護に従事する専門職の間でも寝たきりからの回復や予後は期待できないという考えが強いのではないだろうか。

病院での治療に区切りをつけ在宅に戻られた方に対し、ベッド上寝たきり生活から車椅子で過ごす時間を作っても、車いす上での座らせきり生活と言われても仕方ないような状況にある方は多い。不良姿勢で自発的な行動をすることもなく苦痛表情で過ごし、目も開けられず食事もしめずに拒むことも多くなり、支援者の思いや技術の届かぬまま新しい褥瘡を作り重症化していくケースをみることも少なくないであろう。また、必死で支える家族を休ませるためにと入院入所した先で状態が悪化してしまったという悲しい話も聞かれるというのが我が国の現状だと痛感している。

今回、高度な治療を受けても自力で動くことはできず食事も取れずにTPNとなり、寝たきりからの回復は期待できないため施設入所を検討すべきだと言われた高齢女性が、生活環境の整備と在宅支援チームの専門性を活かした連携、そして、インフォーマルな支援や友人知人らとの会食や交流などの生きがいを通して、車いすを使った生活ながらも公共交通機関を使って外出し、趣味活動を楽しむまで回復し、自分らしい生活を取り戻した症例をご紹介します。

「人はなぜ生きているのか」― 医療介護の力を最大限に活かすために環境（住まい）の力が基盤として重要であることを再確認しつつ、忘れてはいけない「食べること」と「心（住まい方・生き方）」の持つ力について気付かされたことをお伝えし、皆さまと現状を打開するための意見交換をしたいと考える。

【演者略歴】

【学歴，職歴】

1991年 北海道大学医療技術短期大学部理学療法学科 卒業

北海道社会事業協会 洞爺病院リハビリテーションセンター、同 帯広病院、北海道総合在宅ケア事業団苫小牧地域訪問看護ステーション勤務を経て、2007年からは夕張市立病院再建と介護老人保健施設夕張の開設に携わる。

2009年4月より独立し、整体とパーソナルトレーニングの店 均整きいとすを営みながら地域支援事業とヘルスケア事業を開始。

2024年 笑顔の暮らしサポートオフィスとうーり開設。現在に至る

【資格】

認定理学療法士（補装具）福祉用具プランナー ノーリフトケアコーディネーター 防災士 北海道地域防災マスター

【所属学会】

日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会、日本ノーリフト協会、日本支援工学理学療法学会、日本地域理学療法学会、日本予防理学療法学会、北海道理学療法士会、日本理学療法士協会

利益相反：無

シンポジウム58

在宅医療における特定行為研修の役割と今後について

S58

【セッション概要】

特定行為に係る看護師の研修制度は、2015年に制度化され、その趣旨は、2025年に向け、さらなる在宅医療の推進を図るため、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師または歯科医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行う看護師を養成・確保するものです。2015年から看護師の養成が開始され、2022年度において修了者数は、約6541名、その内訪問看護ステーションに就労するものは、375名です。第8次医療計画の看護職員の確保で都道府県ごとの特定行為研修修了者の就業者数の目標値を設定することになりました。

本シンポジウムでは、特定行為研修の現状や研修受講するための支援策、訪問看護ステーションにおける特定行為研修修了者の活動の実際や訪問看護ステーション管理者の訪問診療医との連携の実際、訪問診療医における特定行為研修修了者への期待などを伺い、在宅医療における特定行為研修の役割と今後について意見交換を行いたいと思います。

座長：尾崎 章子 オザキ アキコ

東北大学大学院医学系研究科老年・在宅看護学分野

S58-1

特定行為研修の概要と研修受講への支援策

初村 恵 ハツムラ ケイ
厚生労働省医政局看護課

【演者略歴】

平成18年4月厚生労働省入省。大臣官房厚生科学課科学技術調整官、保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室保健事業推進専門官、長崎県福祉保健部国保・健康増進課参事、厚生労働省老健局老人保健課介護予防対策専門官等を経て、令和4年4月より現職。

利益相反：無

S58-2

特定行為研修修了者が在籍する訪問看護ステーション管理者の役割

篠原 かおる シノハラ カオル

ピュア・ハート 訪問看護ステーション・青い空／看多機・マリーゴールド

【演者略歴】

昭和60年 大阪市立大学医学部付属看護専門学校卒業

平成20年 訪問看護認定看護師資格取得

4月 株式会社ピュア・ハート設立

6月 訪問看護ステーション・青い空開設

令和 5年 東京訪問看護ステーション協会 会長 就任

6月 看多機・重心放課後等デイ・マリーゴールド開設

利益相反：無

S58-3

訪問看護ステーションでの特定行為研修修了者の活動の実際

佐藤 文俊 サトウ フミトシ
ケアプロ在宅医療株式会社

【演者略歴】

2013年 新潟大学医学部保健学科看護学専攻 卒業、新潟大学医歯学総合病院 入職
2014年 ケアプロ訪問看護ステーション東京 中野ステーション 入職
2017年 ケアプロ訪問看護ステーション東京 中野ステーション 副所長就任
2019年 ケアプロ訪問看護ステーション東京クオリティマネジメント部門所属
2020年 国際医療福祉大学大学院卒業 診療看護師（NP）資格取得

利益相反：無

S58-4

訪問診療医の特定行為研修修了者への期待

新田 國夫 ニッタ クニオ
つくし会 新田クリニック

【演者略歴】

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

1967年早稲田大学第一商学部卒業。1979年帝京大学医学部卒業。帝京大学病院第一外科・救急救命センターなどを経て1990年に東京都国立市に新田クリニック開設。1992年より医療法人社団つくし会理事長。

資格・公職等

医学博士、日本外科学会外科専門医、日本消化器病学会専門医、日本医師会認定産業医

S58-5

全国訪問看護事業協会における特定行為研修受講への支援活動

阿部 智子 アベ トモコ
株式会社けせら

【演者略歴】

1992年 2月 小石川医師会訪問看護ステーション入職
2000年12月 株式会社けせら代表・訪問看護ステーションけせら設立所長
2019年 4月 日本大学大学院総合社会情報研究科修了
2022年 6月 全国事業協会常務理事就任
2024年現在 株式会社けせら 統括所長

利益相反：有

ワークショップ1

地域の実情に応じた在宅医療・介護連携とは ～成果と課題、今後の展望～

WS1

【セッション概要】

在宅医療・介護連携推進事業（医介事業）は、市町村事業として、市町村直営のほか、医師会や医療機関への委託など、地域の状況に応じて多様な形で実施されている。大規模自治体では専門組織が設置されることもあるが、小規模自治体では地域包括支援センターが他の地域支援事業と一体で実施することも多い。制度創設から概ね10年が経過し、保健医療計画にも在宅医療に必要な連携を担う拠点が位置づけられるなど、状況も変化している。本ワークショップでは、医療・介護・福祉政策に精通し、市町村の現場にも詳しいニッセイ基礎研究所の三原氏に加え、医介事業の現場から船橋市在宅医療支援拠点ふなぼーとの佐々木氏及び多古町保健福祉課の平野氏を迎え、地域の実情に応じた在宅医療・介護連携のあり方を明らかにする。また、参加者も交え、医介事業のこれまでの成果と課題を踏まえて、今後の展望について議論したい。

座長：久保田 健太郎 クボタ ケンタロウ

千葉市在宅医療・介護連携支援センター

【座長略歴】

2002年千葉市に入職。病院事業、地域包括ケア及び在宅医療・介護連携など、医療・介護・福祉分野を長く経験した。在職中に、政策研究大学院大学にて、病院事業における事務職員の機能について研究したほか、社会人勉強会である医療政策実践コミュニティ（HPAC）にも参加した。

2021年には、新型コロナウイルスワクチン接種担当となり、公務員のためのオンラインプラットフォームであるオンライン市役所で、全国各地の担当者とオンラインで情報交換し、困難な事業を乗り越えた。現在は、千葉市在宅医療・介護連携支援センターにて、在宅医療・介護連携を担当している。

座長：吉江 悟 ヨシエ サトル

Neighborhood Care

【座長略歴】

2002年東京大学医学部健康科学・看護学科卒。看護師、保健師。虎の門病院、東京大学生命・医療倫理教育研究センター、同医学部在宅医療学拠点、同高齢社会総合研究機構などを経て2015年に一般社団法人Neighborhood Careを設立、日本で初めてのビュートゾルフチームであるビュートゾルフ柏を開始。訪問看護ステーションビュートゾルフ柏看護師／保健師、柏市地域支えあい推進員（生活支援コーディネーター）、東京大学高齢社会総合研究機構客員研究員、同未来ビジョン研究センター客員研究員、慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室訪問研究員、筑波大学ヘルスサービス開発研究センター研究員、広島大学医学部客員准教授、千葉県看護協会理事、東京都介護支援専門員研究協議会理事、一般社団法人Vehicle for Nurses共同代表理事ほか。

WS1-1

「地域の実情」に応じた体制整備に何が必要か？

三原 岳 ミハラ タカシ
ニッセイ基礎研究所

在宅医療を含む医療・介護政策の領域では現在、「地域の実情」に応じた体制整備の必要性が盛んに強調されており、2024年度からの制度改正に向けた国の審議会資料でも、「地域の実情」という言葉が多用されていた。

実際、今後の人口動態や人員・資源の偏在などを考えると、全国一律の対応は困難になっており、「地域の実情」に応じた自治体独自の施策が求められる。

具体的には、在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村を中心に、自治体が看取りの状況などをデータで把握するだけでなく、個別事例の検証を通じて、「地域の実情」を把握しつつ、地域の課題を自ら設定した上で、解決する必要がある。

さらに、在宅生活の支援に際しては、1人の専門職や1つの専門機関では完結しないため、関係者が補完し合う連携も欠かせず、関係者や関係機関を繋ぐコーディネーターを含めた人材育成も各地域で求められる。

このほか、他の地域支援事業など関連する施策・事業を組み合わせるなど、俯瞰した視点と戦略的な対応も求められる。

しかし、自治体の「実情」を見ると、十分とは言えない。医療・介護連携の必要性が強く意識されて10年近い歳月が経過する中、現場では多職種連携が一般的になっているものの、自治体では事業・研修の実施や会議の開催が目的化している感は否めず、現場の疲弊を生み出す一因になっている面は否めない。

本説明では、国の政策動向や自治体の「実情」を紹介しつつ、「地域の実情」に沿った体制整備に必要な対応策や人材育成の方向性などを論じる。

【演者略歴】

1995年 3月：早大政経卒

1995年 4月：時事通信社に入社。社会保障や財政政策など国や自治体の政策動向を取材。

2011年 4月：東京財団（現東京財団政策研究所）に入職。医療・介護政策の研究に加えて、自治体職員の研修プログラムにも参画。

2017年10月：ニッセイ基礎研究所に入社。医療・介護政策の動向などを研究。高齢者介護に関する市町村支援の老健事業委員などを務める。千葉県浦安市の認知症条例制定に関する受託事業にも参画。

利益相反：無

WS1-2

船橋市における在宅医療・介護連携～これまでの取り組みと課題～

佐々木 ゆかり ササキ ユカリ

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

船橋市の人口は、65万人であり、中核市最多の人口である。

船橋市在宅医療支援拠点ふなぼーとは、平成27年10月に保健福祉センター内に開設された。市の委託を受けて、船橋市医師会が運営しており、現在は、月に60件ほどの相談を受けている。相談は、専門職だけでなく、市民からも受け付けるため、割合として、市民が約6割、専門職が約4割で、市民からの相談が多いのが特徴である。ケアマネや地域包括支援センターからは、長年困難事例として抱えてきたケースの相談が増えている。

状況に応じて共にアウトリーチをさせていただき、現状を共有し、課題整理することも徐々に出来てきた。訪問看護に長年携わってきた身としては、療養環境に直接伺えるようになった意味は大きい。その後、療養者にとっての成果、例えば、ADLが上がった、体調が安定した、などの変化が出てきたときに、本当の多職種連携に互いが気が付き、自信や地域力が上がったと感じている日々である。

船橋市の多職種連携としては、平成25年に設立され、10周年を迎えた、医療、介護の関係団体と行政の28団体で組織される船橋在宅医療ひまわりネットワークがある。6つの委員会を置き、顔の見える連携づくり、人材の育成、資源情報の管理、などの活動があり、ふなぼーとも参画し、密な連携を行っている。

在宅看取りも安心して選択できるような地域づくりを目指す中で、市内の特養や老健の看取りの現状を把握するための訪問活動を5年前に実施した。その結果、看取りを実施できない理由の一つに「介護職の人材不足」が明らかとなり、ふなぼーと内に「介護人材無料職業紹介所」を設立し2年が経過した。その中で、市内で就労する人材育成の一環と、介護職への興味を促し、就労への動機付けとなる研修会「介護に興味があるあなたのための研修会」を毎月開催している。ワークショップでは、成果と課題をふまえ、これからの事業の方向性などを考えたい。

【演者略歴】

- ・2000年～ 社会医療法人社団 千葉県勤労者医療協会 ふたわ訪問看護師ステーション他 所長・管理者
- ・2015年 同法人 船橋二和病院へ異動 副総看護師長・地域連携センター副所長 病院管理・入退院支援に携わる
- ・2019年より現在に至る
- ・2012年 訪問看護認定看護師 資格取得
- ・船橋市ひまわりネットワーク役員

利益相反：無

WS1-3

小規模自治体における在宅医療・介護連携の推進 ～地域包括支援センターの立場から～

平野 香 ヒラノ カオリ
多古町保健福祉課

千葉県多古町は、成田空港の東側に位置する人口約13,000人の町で、高齢化率はまもなく4割に近づこうとしている。多古町では、平成19年4月に町の保健福祉センター内に地域包括支援センターを直営で設置した。在宅医療・介護連携支援センターは、直営の地域包括支援センターに機能を追加する形で運営している。

平成27年度に在宅医療・介護連携推進事業を開始してから、住民や介護支援専門員、介護事業所、医療機関からの個別相談対応、医師会や国保病院との意見交換会の実施、関係者間の情報共有の仕組みづくり、研修会の開催、「たまこノート」という住民向けのツールの作成など様々な取組を行ってきた。

新型コロナウイルス感染症の流行下では、医療機関と介護事業所とのオンラインによる定期的なミーティングを行い、感染防止対策の情報交換や事業所の連携協力体制を構築した。令和5年度からは、高齢者分野だけでなく、障がい分野とも合同での取り組みを進めている。

多古町では、住民や地域の特性から直営実施が望ましいと判断し、在宅医療・介護連携推進事業に限らず、地域支援事業の他の事業も直営で実施している。地域包括支援センターの総合相談などのコア業務から地域支援事業を連動させて一体的に行うことで、限られた少ない人数で事業を展開し、地域での暮らしを支える仕組みづくりを行っている。小規模な自治体では地域の資源も限られているため、センターのワンストップ相談機能、「つなぐ」役割がとても重要である。こういった体制を維持し続けるためには、地域のネットワーク構築や人材確保、人材育成がカギを握る。地域の変化に合わせ、センターの対応力を維持、向上させることが改めていま、課題となっている。

ワークショップでは、小規模自治体の直営ならではの取組、課題についてお伝えしながら、「地域の実情に応じた」取組を行うためのポイントについて考えたい。

【演者略歴】

社会福祉士

1999年 3月 東北福祉大学社会福祉学部卒業

1999年 4月～ 多古町保健福祉課

2002年 4月～ 国保多古中央病院

2006年10月～ 多古町保健福祉課（地域包括支援センター・介護保険係）

利益相反：無

ワークショップ2

在宅医療介護関係者必見！明日から使える在宅医療データ分析入門：エクセルを用いた身近なデータ・公開データの分析を学びましょう

WS2

【セッション概要】

在宅医療に従事する皆様、データ分析の世界へようこそ！このワークショップは、医療、介護、福祉、事務、行政関係者を対象に、データ分析に馴染みのない方々を特に歓迎しています。ケース教材を用いた演習では、在宅医療と介護、そして経営に関連する身近なデータの分析方法を学び、実践的な知識を身につけることを目的にしています。さらに在宅医療に関連する様々な公開データについても紹介します。このワークショップを通じて得られた知識は、明日からの業務にも直ちに应用可能であることを意識しています。なお、本ワークショップでは初心者でも分かるようにMicrosoft Excel（ピボットテーブル）を用いた簡単なデータの分析方法を学びますので、Microsoft Excelを利用できるご自身のパソコンを持参することをお勧めします。（パソコンを持参できない方でも参加可能です）

座長：次橋 幸男 ツギハシ ユキオ

天理よろづ相談所病院 白川分院 在宅世話どりセンター

【座長略歴】

現職 公益財団法人天理よろづ相談所 企画情報室／天理よろづ相談所病院白川分院 在宅世話どりセンター／奈良県医療政策局
地域医療連携課 地域医療政策アドバイザー

2004年 佐賀医科大学医学部医学科 卒業

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

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

2021年 奈良県立医科大学大学院 卒業（博士（医学），PhD）

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】

現職 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 理事長

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（博士（歯学））

2010年 カナダ・アルバータ大学リハビリテーション学部 Visiting Professorとして留学

2021年 グロービス経営大学院 修了（経営学修士（専門職））

WS2-1

明日から使える在宅医療データ分析入門

次橋 幸男 ツギハシ ユキオ
天理よろづ相談所病院 白川分院 在宅世話どりセンター

・データ分析時に意識すべき重要ポイント

在宅医療・介護の現場でデータを分析する際には、以下の3つのポイントを意識するとよいでしょう。

1) 目的の明確化

分析にとりかかる前に、まずはその分析の目的をはっきりさせておくことが大切です。例えば、ある活動を評価するのであれば、「その活動の目的は何か」、「その目的に合ったデータは何か」を（分析者自身が）理解することが、データを適切に集めるための第一歩になります。

2) データ範囲の確認

収集したデータがどのように得られた情報であるかを意識してください。アンケートを例にすると、「誰が、誰に対して、どのように調査を行ったのか」を知ることが、そのデータを正しく解釈する手助けになります。信頼性の高い行政提供のオープンデータ（※）については分析の強い味方になります。

3) 結果を多角的に議論する

分析から得られた結果は、いろんな角度から議論を重ね、「この結果から何が分かるのか」、「今後どう活用すべきか」を一緒に考えてください。これが分析を今後の活動に活かすための重要なステップになります。

※在宅医療に役立つオープンデータの例

NDBオープンデータ（厚生労働省）

社会医療診療行為別統計（厚生労働省）

第8次保健医療計画（令和6年度～令和11年度）（各都道府県）介護保険事業状況報告（厚生労働省）

介護DBオープンデータ（厚生労働省）

地域医療情報システム（日本医師会）

・Excel（ピボットテーブル）の紹介

ピボットテーブルは、データを効率的に要約、整理、分析するための便利なExcel機能です。特定の条件に基づいてデータをグループ化し、平均値、合計値などの統計値をすぐに算出して表示することができます。このワークショップでは、ピボットテーブルの基本的な使い方を学ぶことで、皆さんのデータ分析スキルを高めます。

【演者略歴】

次橋 幸男 つぎはし ゆきお

現職

公益財団法人天理よろづ相談所 企画情報室

天理よろづ相談所病院白川分院 在宅世話どりセンター

奈良県医療政策局地域医療連携課 地域医療政策アドバイザー

2004年 佐賀医科大学医学部医学科 卒業

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

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

2021年 奈良県立医科大学大学院 卒業（博士（医学），PhD）

利益相反：無

ファシリテーター

次橋 幸男 公益財団法人天理よろづ相談所 企画情報室／白川分院在宅世話どりセンター

猪原 健 猪原「食べる」総合歯科 医療クリニック 院長（歯科医師）

前田 浩幸 猪原「食べる」総合歯科 医療クリニック 医療情報技師

水上 直人 医療法人賛永会さつきホームクリニック 統括マネジャー

村口 正樹 株式会社グランシェール 経営顧問

ワークショップ3

在宅における看取り時の立ち居振る舞いについて考えませんか？

WS3

【セッション概要】

在宅医療に関わる医療従事者は、必然的に在宅における死亡確認に携わることが多い。しかし、在宅における看取り時の立ち居振る舞いについて、体系的に学べる機会はあまり多くない。このワークショップでは、在宅における看取り時の立ち居振る舞いについて、参加者が新たな気づきを得る機会を提供することを目指す。

このワークショップは本学会参加者であれば、すべての人が参加可能である（医師・看護師等には限定しない）。参加者は3～5人程度の小グループに分かれ、在宅医療における看取りの場面を模したシミュレーションを行う。シミュレーション後は小グループ内で状況を振り返りながら、ファシリテーターとともに協働的な省察を行う。シミュレーションは設定を変えて2回行う。また、集団的省察の土台となるよう、現在知られている看取り時の立ち居振る舞いに関するエビデンスをレクチャー形式で紹介する。

座長：大屋 清文 オオヤ キヨフミ

ピースホームケアクリニック京都

【座長略歴】

2013年 慶應義塾大学医学部 卒業

2013年～2021年 飯塚病院にて初期研修、総合診療科・緩和ケア科の後期研修を経て、緩和ケア科（現：連携医療・緩和ケア科）で勤務。

2021年 Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Healthで公衆衛生学修士を取得。

2021年 ピースホームケアクリニック（滋賀県大津市）へ異動。

2024年 ピースホームケアクリニック京都（京都市山科区）院長となり現在に至る。

ファシリテーター：

上林 五月 市立大津市民病院 在宅診療センター

田畑 幸利 徳之島徳洲会病院 訪問看護事業所

采野 優 京都大学大学院 医学研究科 腫瘍内科学講座

田上 恵太 悠翔会くらしケアクリニック練馬

中西 貴大 ファミリーケアクリニック吉祥寺

大森 崇史 福岡ハートネット病院

松本 朋樹 松本内科・眼科

岡本宗一郎 うぐいす在宅診療所

ワークショップ4

多世代の価値観を理解し、世代間の架け橋となるには

WS4

【セッション概要】

在宅医療を担うスタッフ同士で、多様な価値観を包含出来ていますか？上の世代は、若い世代の多様な価値観に驚き、「今の若い世代は、、、」と拒絶し、理解を諦め、若い世代は、「老害」として上の世代とのコミュニケーションを放棄してしまっているのではないか。

多世代の価値観、その背景にある考えを知ることで、真の意味で包含しあうことができる。それを信じて、本音をぶつけ合う企画を考えました。

在宅医療の現場に関わる、様々な職種（医師、看護師、薬剤師などに限らず、在宅ケアに関わる全ての職種）、多世代で「オープンスペーステクノロジー」の手法を用いて、本音をぶつけあいましょう。

事前申し込み無し、仕込みなしで参加者が話す内容を持ち寄る、がっちり勝負です。昨年好評で会場に入りきれない参加者を巻き込んだ次世代委員会企画、今年もテーマを変えて行います。議論したいことをお持ちの方、様々な世代、職種の方、参加をお待ちしています。

座長・ファシリテーター：江口 幸士郎 エグチ コウシロウ

今立内科クリニック

【ファシリテーター略歴】

2003年 日鋼記念病院

2005年 北海道家庭医療学センター

2007年 唐津市民病院きたはた

2015年 今立内科クリニック

2022年 在宅医療学会認定在宅医療専門医・在宅医療学会指導医

座長・ファシリテーター：日下部 明彦 クサカベ アキヒコ

横浜市立大学 総合診療医学

【ファシリテーター略歴】

1996年 横浜市立大学医学部医学科卒業

1996～1998年 横浜市立大学付属病院 初期研修医

2007年 横浜甞生病院 ホスピス病棟長

2012年 みらい在宅クリニック 副院長

2014年10月より現職 横浜市立大学 総合診療医学准教授 緩和ケアチーム、臨床倫理コンサルテーションチームに所属
患者サポートセンター 副センター長、臨床研修センター 副センター長

2017年より横浜市人生の最終段階の医療等の検討会座長

2024年6月より横浜市医師会 常任理事

座長・ファシリテーター：洪 英在 ホン ヨンヂェ

東員病院

【ファシリテーター略歴】

学歴・職歴

2003年 名古屋大学医学部医学科 卒業

2003年 JA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10月 医療法人康誠会 東員病院・認知症患者医療センター 総合診療科／名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学・公衆衛生学

次世代委員会メンバーとその仲間

ワークショップ5

The “もしバナ” サーカス! ～もしバナゲーム™体験と対話のスペース～

WS5

【セッション概要】

もしバナゲーム™は「余命半年だとしたらあなたが大切にしたいことは何ですか」という前提の仮想現実で遊ぶゲームです。自分ごとと他人ごとの両面から“喪失”を想起し、価値観の多様性とゆらぎを味わう没入体験ができます。開発者である一般社団法人iACPからその設計思想を説明。続いて全国でゲーム体験を伝える「もしバナマイスター」がコミュニティで遊ぶコツを伝授します。その後、参加者にももしバナゲーム™を体験して頂きます。“喪失”についての対話のスペースは、ゲーム体験を共有した誰かとだけでなく、演者やシンポジストの方々にも広がるかもしれません。セッションの内容はグラフィックレコーディングを用いたアートとして可視化します。

※会場の都合上、内容・時間が一部変更される場合があります

座長：荒金 英樹 アラガネ ヒデキ

愛生会山科病院

【座長略歴】

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

座長：大森 泉 オオモリ イズミ

クローバースマイル訪問看護ステーション

【座長略歴】

2006年3月 山梨県立看護大学短期大学部卒業 同年、看護師免許取得
2006年4月 山梨勤労者医療協会甲府共立病院入職
2012年4月 山梨県立大学大学院看護学研究科看護学専攻慢性期看護学分野入学
2016年4月 修了 修士（看護学）
山梨勤労者医療協会甲府共立病院、医療法人徳洲会東京西徳洲会病院での勤務を経て、
2023年4月より現職であるクローバースマイル訪問看護師ステーションで訪問看護師として従事中
資格：慢性疾患看護専門看護師、iACP公認もしバナマイスター 等

WS5-1

もしバナゲーム体験 - 喪失への没入と対話が接続する未来 -

大川 薫 オオカワ カオル
亀田総合病院

もしバナゲームは『余命半年だとしたらあなたが大切にしたいことは何ですか』という前提で遊ぶカードゲームです。35枚のカードには死に直面したときに多くの人が大切にしたいと思うことが短い言葉で書かれています。残り1枚はワイルドカードで、合計36枚からなっています。

オススメの遊び方は4人1組のものです。ルールに従って自分が大切にしたいことが書かれているカードを選んでいきます。続いて、そのカードを選んだ理由やそのプロセスを他のプレイヤーと共に語り合います。研修会場だけでなくキャンプ場・居酒屋で家族・友人・ママ友などと、どこで誰とプレイしたとしても没入感とオープンネスが混在した振り返りの時が訪れます。自分ごとと他人ごとの両面から「喪失」を想起し、価値観・信念の多様性とそのゆらぎに気づくゲーム体験になります。

アドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）の地域啓発に一緒に取り組んでいた同僚とともに、2015年一般社団法人iACPを設立、もしバナゲームをリリースしました。以来、様々な場所で多様なレイヤーにこのゲーム体験を提供し続けています。

しかし、当初の目的だったACPのきっかけとしての役割は、現在では手放しつつあります。人生会議はムリ強いするものではありませんし、やりたくない人とは「ゲーム」そのものが成立しないからです。

ゲーム中に語られること、そして語られないことにさえも耳を澄まし想いをはせる。それが、他者を自己に投影することや自らとの出会い直しに繋がる。このような体験が、「喪失」を分かち合うための間接的アプローチになっているのかもしれませんが、それぞれのコミュニティに何らかのポジティブなスペースを生み出しているように感じています。

講演ではゲームの設計思想と遊び方のコツをお伝えします。

（カテゴリーV）

【演者略歴】

1998年 福井医科大学卒業

1998年 横浜市立大学医学部附属病院 初期研修医

2000年 城南福祉医療協会大田病院 総合内科 後期研修医

2003年 医療法人鉄蕉会亀田総合病院 家庭医診療科レジデント

2006年 同 在宅診療科、現在に至る

2015年 一般社団法人iACP（Initiatives of Altruism and Compassion for a better Place）理事

利益相反：有

WS5-2

MM（もしバナマイスター）として考えること

津野 采子 ツノ アヤコ

ハート介護サービス東住吉

もしバナマイスターであり、支援者であり、がん患者としての視座から私自身が経験した訪問介護士としての無力さ、そしてがん患者での経験から二刀流で物事を考えられるとの思いで活動をしている。

もしバナを地域のイベントで開催したが、行う前と後の考えの違いを報告したい。

①前

もしバナゲームでは何かを決められるのではないかと、仕事に活かせるのではないかと。実際ACPがこれでできるのではないかという気持ちがあった。

行ったのは地域の何年ぶりかの同級生。

同級生の中には急死したのもおり透析に通うものもいる。

しかし我が事としてはどうもしっくり来ず友人を憂う気持ちはあるがどこか自分の事とは思いにくい状態であった。

ゲームを始めるにあたり今の自分が余命宣告されたとしてだ。あと半年やったらどうする？と問いかけた

②後

自分の病気の事を知りたい、とか、どうなるかわからないので想像つかないが、今、何を大切にしているか再確認できたという意見があった。そしてこの大切なことを話した4人で大切なことを共有できたなかまの感情が芽生えた。疎遠だった同級生でもどうもこのゲームをした後はぐっと近くなった気がした。

ただ、その数年後自分自身ががんになり選ぶカードが変わってきてもいることを考えると、あくまでその時の気持ちやそのかわりの中です、出せることなのだと感じた

結論・・・マイスターとしてそこにいることが許されている事を大切にしていきたいし、何かを決める決定打ではなく、今そういう気持ちなのだという事を気軽に話せるツールであると考え。事実自分は選ぶカードが変わっている。

ユーモアのカードが絶対だったが、がんになり家族が自分の死を覚悟しているというカードが絶対となった。本来がんだけじゃない事故やその他急死した同級生たちと自分は何ら変わらない。そして、同級生と出来て暖かい気持ちになれるツールだとも感じているし、これを結果結論にしないほうがいいことを実感している。「人は、変わるのだ。」これらのことを踏まえマイスターとして活動したい。

【演者略歴】

2005年医療法人健友会のグループホームとデイサービスに入職。3年弱勤務し2008年から訪問介護事業所でサービス提供責任者として働く。2010年6月現株式会社ハート介護サービスに入職。

2012年3月1日にハート介護サービス東住吉支店を立ち上げ、2016年生野支店を立ち上げる。2017年に平野支店に所長を輩出し、2018年住吉支店を立ち上げ。現在に至る。

利益相反：無

ファシリテーター

蔵本 浩一 クラモト コウイチ
医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 疼痛緩和ケア科

堤 俊太 ツツミ シュンタ
医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 救命救急科

原澤 慶太郎 ハラサワ ケイタロウ
医療法人社団はな はな医院

ワークショップ6

倫理・利益相反委員会企画「自分の周りに臨床倫理コンサルテーションを開設しよう Vol.2」

WS6

【セッション概要】

在宅医療・介護の現場には、「必要と思われる医療を本人が希望しない、本人の希望と家族の希望が一致しない、患者・利用者にとってのベスト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。当委員会は、過去の年次大会で「臨床倫理の基礎を学ぶ」、「臨床倫理的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」を開催しましたが、今回は、昨年好評であった「地域で臨床倫理コンサルテーションを始める」を発展させ、うまく運営している方々の話を伺いながら、そのノウハウを共有し、自分の地域でどう展開できるかを考える時間を持ちたいと考えておりますので、奮ってご参加ください。

- 1 三浦靖彦 岩手保健医療大学
「もやもやカフェ」について
- 2 中村ゆかり 調布東山病院
「調布りんりんの会」について
- 3 長尾式子 北里大学
「神奈川臨床倫理カンファレンス（かなりん）」について
- 4 グループ討論

座長：三浦 靖彦 ミウラ ヤスヒコ

岩手保健医療大学 看護学部

【座長略歴】

1982年 東京慈恵会医科大学 卒業 同大学第2内科学教室入局
1988年 国立佐倉病院内科医長
1998年 (財) 航空医学研究センター 研究指導部長
2014年 東京慈恵会医科大学附属柏病院 総合診療部 講師、診療部長、臨床倫理委員会委員長、臨床倫理コンサルテーションチーム、緩和ケアチーム
2020年 同大学 教授
2023年 岩手保健医療大学 看護学部 成人看護学領域 教授、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（社会学）修士
1986年 信州大学医学部付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／児童発達支援管理責任者

三浦 靖彦 ミウラ ヤスヒコ
岩手保健医療大学

中村 ゆかり ナカムラ ユカリ
調布東山病院

長尾 式子 ナガオ ノリコ
北里大学看護学部

ファシリテーター

三浦 靖彦 岩手保健医療大学
植竹 日奈 NPO法人ケ・セラ
今村 昌幹 むちぐすい診療所
門田耕一郎 重工記念長崎病院 総合診療科
白髭 豊 白髭内科医院
大橋 英司 大橋内科胃腸科

ワークショップ7 千葉県介護支援専門員協議会 災害対策委員会企画

緊急企画：被災地らの生の声

BCPは活かされたのか？能登半島地震の実情を踏まえて、私たちが今できること、実務の点検

WS7

【セッション概要】

在宅医療において、医療-介護連携は必要不可欠である事は周知の通りです。本学会大会においては一人でも多くの介護職の参加を募るべく、今回は開催地である千葉県の介護支援専門員協議会と合同で企画を立案しました。

主任介護支援専門員の更新研修時に必要となる年4回の研修に該当するよう企画し、参加者には終了後受講証を発行する形で開催致します。

構成としては、本学会大会の災害をテーマとしたシンポジウムへの参加とグループワークの90分×2を予定しています。

本研修会の参加に合わせて、本大会の他の企画への参加、また介護職向けの教育講演（オンデマンド）にも奮ってご参加頂く予定です。

今回のコラボ企画をベースに、より一層医療 - 介護職の連携の深化に繋がれば幸いです。

講師：水上 直彦

特別養護老人ホームこすもす 施設長／石川県介護支援専門員協議会 副会長

千葉県介護支援専門員協議会 災害対策委員

ワークショップ8

症例から学ぶ小児がんと看取り

WS8

【セッション概要】

小児がんは治癒率の高い疾患が有るものの一部は未だに難治性で、看取りになるケースが存在する。小児での在宅でのがんへの対応は地域偏在が強く、地域によっては在宅医療の提供が困難な場所が未だに多いのが現実である。成人同様、在宅での生活を希望する小児がん患者、家族がいるという実情を踏まえどのように対応することが可能なのかを検討することが必要と考える。当セッションでは、成人在宅医が担当した小児ケースの実例の提示する。実際の診療でどのようなところに気をつけたらよいのかを小児在宅医療の専門家である子ども在宅クリニックあおぞら診療所せたがや 副院長 大隅朋生先生（厚生労働省 小児がん患者に対する在宅医療の実態とあり方に関する研究 研究代表者）にコメンテーターとして参加していただき、成人在宅医／訪問看護／多職種チームがどのように小児患者に対応していくのが良いのかを検討する。大隅朋生先生の同テーマでの教育講演も開催されるので、より興味の有る方はあわせて参加いただくとよいが、セッション単独での参加も可能なようになっています。

座長：市橋 亮一 イチハシ リョウイチ

総合在宅医療クリニック 名駅

【座長略歴】

内科医、病理医、在宅専門医

名古屋大学医学部卒業後、名古屋第二赤十字病院（血液内科）などを経て、2009年に岐阜県内で初の在宅医療専門クリニック「総合在宅医療クリニック」を開設。

現在は、在宅医療専門の医科歯科クリニックとして、スタッフ68名（医師21名、歯科医師4名など）で、累積約3500名の患者、1700名の自宅看取りを支えてきた。

2021年には医療的ケア児のための医療型短期入所「かがやきキャンプ」、2022年2拠点目として名古屋駅、2024年に美濃市に3拠点を開設。

委員：未来イノベーションワーキンググループ構成員（2019年 厚生労働省・経済産業省）

受賞歴：2019年「グッドデザイン賞（地域づくり部門）金賞」「ホワイト企業大賞」「医療福祉建築賞」

著書：「在宅医ココキン帖」（2019年へるす出版）（2023年台湾語翻訳）、「がん患者のケアマネジメントー在宅ターミナルをささえる7つのフェーズと21の実践」（中央法規2015年）

座長：大隅 朋生 オオスミ トモオ

子ども在宅クリニックあおぞら診療所せたがや

【座長略歴】

2002年3月 横浜市立大学医学部卒業

2007年4月～ 慶應義塾大学医学部小児科助教

2012年4月～ 国立成育医療研究センター小児がんセンター血液腫瘍科医員・医長

2020年4月～ 子ども在宅クリニック あおぞら診療所墨田

2022年5月～ 子ども在宅クリニック あおぞら診療所せたがや副院長

紅谷 浩之 ベニヤ ヒロユキ
医療法人社団オレンジ

【演者略歴】

2011年 オレンジホームケアクリニック開設
2012年 医療ケアが必要な子どもたちの活動拠点OrangeKids'CareLab.開設
2016年 外来をベースに地域包括ケア診療を行う「つながるクリニック」開設
2020年 軽井沢に医療と福祉と地域の子どもたちと創る“ケアの文化拠点・ほっちのロッヂ”を開設
2021年 縮小地域での地域医療の最適解を求めて、地域支援型診療所を開設（福井県勝山市：勝山オレンジクリニック）

こども家庭庁こども・若者参画及び意見反映専門委員会委員。モットーはBeHappy!。目標は誰もがハッピーに暮らせるまちづくり。ライフワークは、小児在宅医療（医療的ケア児）、人生会議、ポジティブヘルス。

宮本 雄気 ミヤモト ユウキ
医療法人双樹会 よしき往診クリニック

【演者略歴】

2012年 京都府立医科大学卒業。湘南鎌倉総合病院で初期研修の後、京都府立医科大学 救急医療学教室などで救急・集中治療に携わる。2016年より医療法人双樹会 よしき往診クリニックにて在宅医療にも従事。その後、東京大学 医学系研究科 公共健康医学専攻を経て2021年より現所属。2021年2月より京都府新型コロナウイルス感染症 在宅フォローアップチーム（KISA2隊）を立ち上げ、全国に先駆けて新型コロナウイルス感染症患者に対する在宅医療の提供を行った。令和6年能登半島地震においてはDMAT隊員として災害医療に従事、またKISA2隊としても被災地の医療・介護支援に従事した。「在宅医療と救急医療の協働で医療はもっとよくなる！」をモットーに活動している。

資格等：

日本救急医学会 救急科専門医
日本集中治療学会 集中治療専門医
日本在宅医療連合学会 評議員
公衆衛生学修士
NPO法人 EM Alliance 理事
日本DMAT隊員

ワークショップ9

看取りケア研修会 ～看取りは怖くない～

WS9

【セッション概要】

「看取りかぁ・・・どうしたらいいかな」

「夜勤であまりませんように・・・」と頭をよぎったことはありませんか？

本ワークショップでは、「看取り」は日々のケアの延長線上にあることを再認識することからスタートします。「看取り」というと何か特別なことをしなくてはいけない感じがあるかもしれませんが、ケアをするという視点では特別なことはありません。看取りが近い方の体の変化やその対応について正しい知識を身に着け、その人らしい生き抜き方は人それぞれであることを知り、その価値観を大切にす姿勢で向き合うことができれば、看取りは、日々のケアの一部となると思います。

看取り未経験の方、経験はあるけど不安があるという方、ぜひお越し下さい！

看取りの経験がある方でも、新たな気づきがあると思います。

縁あって関わったその方が最期までその方らしく生き抜くことができるよう、チームでサポートしていける第一歩になれば幸いです。

座長：安藤 仁子 アンドウ サトコ

向日葵ナースステーション／NPO法人やちけあ

【座長略歴】

1994年 都立板橋看護専門学校卒業
1994年～1997年 東京勤労者医療会
1998年～2015年 千葉県勤労者医療協会
2015年～ 医療法人社団澄乃会

所属学会

日本在宅医療連合学会

日本緩和医療学会

日本在宅看護学会

資格

介護支援専門員

座長：地曳 典恵 ジビキ ノリエ

東京医科大学八千代医療センター 乳腺外科・内分泌外科

【座長略歴】

2001年3月 東京女子医科大学 医学部卒業
2001年4月 東京女子医科大学 第2外科入局
2007年4月～ 東京女子医科大学附属八千代医療センター 乳腺・内分泌外科
2017年4月～ 同 がんセンター副センター長 緩和ケア室長
2017年6月～ 八千代市医師会 理事

ファシリテーター

富川 由美子 トミカワ ユミコ

東京女子医科大学八千代医療センター 患者支援センター（医療福祉相談）・NPO法人やちけあ

中村 明澄 ナカムラ アスミ

医療法人社団澄乃会 向日葵クリニック・NPO法人やちけあ

ワークショップ10

倫理的検討法の紹介と事例検討（神奈川臨床倫理カンファレンス）

WS10

【セッション概要】

医療・ケアの現場では、本人・家族を中心に多職種が連携し最善の医療・ケアを提供することが求められる。在宅医療では、医学的な情報収集が困難、日常生活の文脈が重視される、家族等の意向の比重が高まる、多職種が集まる事が困難などの特徴があり問題が生じると考えられる。同時に、医療・ケア従事者は、問題を抱える時に、臨床倫理専門家との連携が難しい場合がある。病院での医療・ケアにおける倫理問題への対応支援として倫理コンサルテーションが普及しつつあるが、在宅医療における倫理支援の構築は今後の課題である。そこで、私たちは、地域の医療・ケア提供者が共に臨床倫理を学び、事例検討を行うプラットフォームとして、2018年6月から神奈川臨床倫理カンファレンス（かなりん）を展開してきた。このワークショップでは、かなりんの取り組みを紹介するとともに、かなりんでの事例検討（倫理カンファレンス）を参加者に経験していただく。

座長：竹下 啓 タケシタ ケイ

東海大学医学部医療倫理学領域

【座長略歴】

1993年 慶應義塾大学医学部卒業
2010年 北里大学北里研究所病院総合内科部長
2015年 青山学院大学教育人間科学部教授
2018年 東海大学医学部基盤診療学系医療倫理学領域教授（現職）
2024年 東海大学医学部副学部長（現職）

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）

WS10-1

金城 謙太郎 キンジョウ ケンタロウ

金城医院／帝京大学大学院公衆衛生学研究科

【演者略歴】

1995年 慶應義塾大学医学部卒業
2014年 亀田森の里病院総合診療科部長、地域連携室長、副院長
2019年 帝京大学医学部救急医学講座総合診療科教授
2020年 帝京大学大学院公衆衛生学研究科教授（兼任）
2024年 金城医院院長（内科・小児科・在宅医療）（現職）

ワークショップ11

多職種で実践するACP

WS11

【セッション概要】

Advance Care Planning（以下、ACP）は本人の人生・生活を支える多職種での実践が大切である。医療職のみではなく、介護・福祉職など生活支援を担う実践者の役割は重要であると言える。本ワークショップでは、意思表示が困難な状態の場合もACP開始を考慮すべきであり、意思決定能力が低下した人へのACPの実践の必要性を示唆、本人の思いをくみ、人生や生活の中で表明された想いのかけらをキャッチしてつなぐ心構えを基本として日々のケアの中でACP実践することが重要であると説く西川満則先生をモデレーターとして、多職種での実践のあり方を考え、参加者が相互に学びあう機会としたい。日々のACPの実践において、もやもやを感じたり、疑問を抱えている方も少なくないと思う。老年医療の現場において日々、多職種でのACPIに取り組まれている西川氏のモデレートにより、参加者一人ひとりの明日につながる実践のヒントが詰まったワークショップになることを期待している。

座長：片山 陽子 カタヤマ ヨウコ

香川県立保健医療大学

【座長略歴】

2007年 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

2013年 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科准教授

2016年 同教授、2020年から看護学科長兼任

2022年 Affiliate Member of the Faculty of Graduate Studies within the School of Public Health and Social Policy, University of Victoria, Canada

2024年 香川県立保健医療大学教授兼副学長

モデレーター

西川 満則 ニシカワ ミツノリ

社会福祉法人愛光園老人保健施設相生施設長

【モデレーター略歴】

1989年岐阜薬科大卒、1995年島根医科大卒、愛知国際病院ホスピス、名古屋大学呼吸器内科を経て、2000年国立長寿医療研究センター着任。エンド・オブ・ライフ〔EOL〕ケアチーム医師、地域医療連携室長、緩和ケア診療部医長を経て、2023年4月より現職。平行して、EOLケアチーム医師、特養さわかかの郷配置医、いきいき在宅クリニック医師も務め地域で活動中。主な共著書は、『ACP入門 人生会議の始め方ガイド』（日経BP）、『ACPと切っても切れないお金の話』（日経BP）、『生活の場で行うアドバンス・ケア・プランニング：介護現場の事例で学ぶ意思決定支援』（南山堂）、『本人の意思を尊重する意思決定支援：事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング』（南山堂）

ワークショップ12

90分でスピード開発！医療×テクノロジーの扉を開く体験講座（要PC）

WS12

【セッション概要】

医療×テクノロジーを軸に据えた医療者向けプロトタイピングスクール、通称「もいせん」は、「医療現場の課題を医療者が自ら解決する」ことを目指しています。

デジタル化が加速する中、現場を経験した医療者こそが、適した課題解決策を見いだせる存在です。しかし、ITやプログラミングに馴染みがない医療者にとって、新しいテクノロジーを活用するハードルは高いものです。

そこで「もいせん」は、ローコードツールとLINEを使ってAIチャットボットを作成するハンズオン形式のワークショップを開催します。

プログラミングやAIの知識がなくても大丈夫です。PCとスマホ、アカウント作成などの準備が必要ですが、スタッフがサポートしますので、初心者でも安心してご参加いただける内容となっています。

講座を通じて、医療の視点から生まれたアイデアを、実際の医療現場で活躍するデジタルツールとしてカタチにすることを期待しています。

この機会に、医療×テクノロジーで拓かれる新しい可能性を体験し、未来への第一歩を踏み出しましょう。

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

2003年 長崎大学総合診療科へ入局

2010年 長崎大学大学院卒業

2014年 トロント大学INTAPT参加

長崎大学総合診療科、長崎県中対馬病院内科、長崎大学大学院地域医療学分野を経て、重工記念長崎病院総合診療科で在宅医療部門を立ち上げ現在に至る。

座長：水上 直人 ミズカミ ナオト

さつきホームクリニック

【座長略歴】

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

医療法人社団焔 事務長

2018年 4月～ 医療法人賛永会 統括マネージャー 現職

WS12-1

90分でスピード開発！医療×テクノロジーの扉を開く体験議講座（要PC）

林 千秋^{1,2} ハヤシ チアキ

¹ ものづくり医療センター

² 足立慶友整形外科

医療×テクノロジーを軸に据えた医療者向けプロトタイピングスクール、通称「もいせん」は、「医療現場の課題を医療者が自ら解決する」ことを目指しています。

現場で課題に直面している人たちは、課題を認識しテクノロジーで解決できるか『判断する力』と、課題を自身で解決するための『実装する力』が求められています。しかし、ITやプログラミングに馴染みがない医療者にとって、新しいテクノロジーを学ぶハードルは高いです。

「もいせん」では、様々な技術に幅広く触れることで『課題を認識し、解決する実装力』を育成しています。

そんな「もいせん」が、ローコードツールとLINEを使ったAIチャットボット作成のハンズオン講座を実施します。

本講座では、PCとスマートフォンを使用します。またアカウント作成などの事前準備が必要です。プログラミングやAIの知識はいりません。スタッフがサポートしますので、安心して参加してください。

デジタル技術に興味はあるものの、何から始めればよいのかわからないという方々にとって、このワークショップは最初の一步を踏み出す絶好の機会となります。医療現場での課題解決に向けた新たなアイデアやアプローチのヒントを発見し、実践的なスキルを身につけることができます。

ぜひものづくり医療センターのワークショップにご参加ください。

共に医療×テクノロジーの未来を切り拓きましょう。

【演者略歴】

慶應義塾大学看護医療学部 卒業

デジタルハリウッド大学大学院 修了

足立慶友整形外科 看護師

ものづくり医療センター 運営

protoout studio 講師

利益相反：無

ファシリテーター

北城 雅照 ものづくり医療センター 医院長

木村 翔一 福岡歯科大学総合医学講座耳鼻咽喉科学分野

植田 由依 国際医療福祉大学成田病院小児科

伊藤 天大 医療法人賛永会 さつきホームクリニック

内田 直樹 医療法人すずらん会 たろうクリニック

ワークショップ13

よりよい医療・介護連携を考える ～病院SW/退院支援看護師・ケアマネジャーあつまれ!!～

WS13

【セッション概要】

超高齢社会を迎えた今、医療の発展とともに、医療ニーズの高い要介護・要支援高齢者は増加している。そして、入退院を繰り返すケースも多い。病院と在宅生活の医療・介護のケアマネジメントを担っているケアマネジャーとの連携は重要といえる。しかしながら、いまだケアマネジャーからは病院との連携にしにくさや、敷居の高さなどを感じている声が多く聞こえてくる現状である。このワークショップでは、2名のケアマネジャーと、病院の連携窓口を担うSW・退院支援看護師より、それぞれの立場から日頃の連携における問題や課題などを提示していただく。その後ご参集いただいた皆様と、よりよい医療・介護連携の在り方やアプローチ方法など活発に討議し、明日からの患者・利用者支援につなげていきたいと考えている。

日頃の連携に悩んでいるケアマネジャーやSW、退院支援看護師の方々、そしてうまく連携されている方々もぜひ、ご参加ください！

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 医療連携福祉相談部

【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

2000年 国立精神・神経センター国府台病院

2009年 辻仲病院 柏の葉

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 入退院支援室 配属

2023年 同 入退院支援係長（看護師長）

現在に至る

資格

3部学会合同呼吸療法認定士

介護支援専門員

日本看護協会認定 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 評議員 教育推進委員

日本難病医療ネットワーク学会 編集委員

日本神経治療学会

日本在宅連合学会 評議員

WS13-1

医療と介護は別物か？

村上 佳代 ムラカミ カヨ

社会医療法人 生長会 ベルピアノ病院 地域連携・在宅療養支援センター

当院は療養型病院・特養・サ高住が同一敷地内に併設された複合型施設であり、当センターはその中枢を担い、病院の入退院支援、居宅介護支援事業並びに在宅サービス提供、住まいの調整が主な業務である。病院側・介護側の両方の立場において、「患者」「利用者」と、呼称は違えど同じ「生活者」であるはずだ。高齢者にとって自立した生活を送るには、何らかの介護は必要となる。特に病気がある場合は、'病気を抱えながらの暮らしの支援'という視点が求められる。しかし病院は病気を治療するところで、退院後の暮らしに必要な社会制度や介護保険を知らない医療従事者はまだまだ多いのが現実である。介護側においても、病気を治すのは病院の役割で、病気を理解していないことで病態に紐づいた在宅療養支援が不十分という事も少なくない。

医療は介護を、介護は医療を知らないということが相互理解の障壁であるなら、その壁を取り除くには何が必要かを検討したい。

【演者略歴】

1983年～1992年 国公立病院勤務

1992年より社会医療法人生長会 ベルランド総合病院

2015年 ベルアンサンプル訪問看護ステーション

2016年 阪南市・尾崎東鳥取地域包括支援センター

2019年 ベルピアノ病院 現在に至る

利益相反：無

WS13-2

何のために連携するのか ～急性期病院ソーシャルワーカーの立場から～

小笠原 太 オガサワラ フトシ

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 医療福祉相談室

当院は地域における高度・急性期医療、がん診療等の専門的医療を担っている。患者層は入院・外来問わず近隣在住の方が多く、小児から高齢者までと幅広い。

私達の業務は介護・診療報酬に影響を受ける。病院では入院早期からの介入や支援の開始が求められ、MSWや退院支援看護師以外の職種も連携に関わるなど変化が生じている。またコロナ禍の対面面会の禁止により、それまで当たり前に行っていた連携の方法を変えることになった。これらのような背景は、実際の連携の取り方にも影響を与える。在院日数短縮が求められる急性期病院では、支援や調整も短期間の中で行われる。一方で社会的課題を抱えたケースも増え、複数の職種や機関との連携を必要とすることも多い。

生活者である利用者や患者が地域でよりよく生活を送るために、制度やサービス、病院などの資源がある。私達が連携を図る目的、目指していることは共通しているはずであり、現状と課題からよりよい連携の形を考える機会としたい。

【演者略歴】

2003年 福島大学教育学部教員養成課程卒業

2004年 日本社会事業学校研究科（社会福祉士養成施設）卒業

ケアミックス病院（回復期リハビリテーション病棟、療養病棟等）、急性期病院勤務を経て、2011年より現職。

社会福祉士、精神保健福祉士。

利益相反：無

WS13-3

ケアマネジャーが苦手とする医療との連携を考える

岸 純子 キシ ジュンコ

いきいき小平わくわく介護相談室

当事業所は主任ケアマネ3人、まだまだめずらしい独立型の居宅介護支援事業所である。他事業所との利害関係がなく（公正中立）に動ける利点と、中々利益が上がりにくいという弱点を抱えながら日々奮闘中。業務の中でケアマネが苦手と多く答える部分が医療との連携である。なぜ苦手なのか？医療側からは（ケアマネは医療的な知識が少ない）在宅側からは（医療関係者は介護保険について認識が薄い人がまだ多くいる）と言ったことが聞かれている。医療・介護関係者のそれぞれ認識のずれがあり、ケアマネを感じる医療関係者に対する（苦手意識）の原因は何かを探り課題解決を行う事で、その先にある医療介護連携がどのように変わっていきけるかを考えたい。

【演者略歴】

1981年 東京慈恵医科大学付属病院入職（1984年まで）

1986年 医療法人北九州老人病院入職（1988年まで）

2006年 訪問看護ステーションくれよん入職（2014年まで）

2014年 小平市医師会ケアマネジメントセンター入職（2020年ま）

2020年 いきいき小平わくわく介護相談室入職

利益相反：無

WS13-4

よりよい医療・介護連携を考える

加藤 俊光^{1,2} カトウ トシミツ

¹ ケアプラン夢

² 吉野内科・神経内科医院

よりよい医療と介護の連携とは何か。実際の現場で行われている連携は「ただの連絡」になっていないか。患者、利用者のニーズに応えるためには多職種協働・連携で行うチームケアが必要であると記載されている。連携がうまくいかない場合にはケアマネジャー・病院双方の情報提供不足、利用できる制度の把握が不十分であると考えられる。必要なスキルを身に着けること、それを向上させることは必要である。その中でも、連携が機能するために重要なことは、互いに対等な立場を尊重すること、協力的な雰囲気が作れることであると考え。今一度、現状を見直す必要がある。今回のワークショップで日頃の悩みや障壁などを共有し「よりよい医療・介護連携」を目指し、日頃の連携に悩んでいるMSW、退院支援看護師、ケアマネジャーの方々が少しでも現場で活かすことができれば幸いです。

【演者略歴】

2010.4月～2022.6月

吉野内科・神経内科医院 理学療法士として勤務

2022.7月～

吉野内科・神経内科医院 理学療法士 非常勤

2022.7月～

ケアプラン夢 介護支援専門員

利益相反：無

ファシリテーター

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

米本 千春 ヨネモト チハル
堺市立総合医療センター 患者支援センター

ワークショップ14

在宅医療×医療人類学 症例検討会

WS14

【セッション概要】

在宅医療は医療と生活の接点で展開される医療である。その際には、老い、病、死などがその人の生活の中でもつ意味も考えながら、相手の生き方を尊重して行うことが求められる。医療専門職は医療については専門的な知識はあっても、生活の中の意味や価値についての考え方に詳しいわけではない。ときに本当にこれでよいのかともややしたり、困ったりすることも少なくないだろう。

こうした領域について、人文社会科学の諸学問は多くの知見をもたらしてきた。今回は、医療人類学者の飯田淳子と医学教育者の錦織宏によって考案された、医療人類学者と医療者が合同で行う症例検討会を開催する。人類学者と在宅医療に関係する多職種で対話を行いながら事例を検討することで、見え方が変わったり、自分たちがうっすら感じていたことに言葉を与えられたりするかもしれない。多様な視点からの議論を可能にするため、多くの職種の方の参加を歓迎する。

座長：井口 真紀子 イグチ マキコ

祐ホームクリニック大崎

【座長略歴】

卒後、公益社団法人地域医療振興協会にて地域医療の実践を行い、新潟県を中心に離島やへき地でのプライマリケアに携わり、家庭医療専門医、指導医取得。その後、都市部の在宅医療を東京ふれあい医療生協 梶原診療所で在宅医療を学んだのち、現在は医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニックでキャリアチェンジ研修者に在宅医療の教育に関わっている。在宅医療専門医、指導医。看取りの経験などをきっかけに死生学に興味を持ち、上智大学グリーンケア研究所を経て上智大学大学院実践宗教学研究科にて在宅医療に関する医師の死生観について研究を行っている。博士（文学）。

事例提供者

間所 俊介 マドコロ シュンスケ
祐ホームクリニック 吾妻橋

ファシリテーター

照山 絢子 テルヤマ ジュンコ
筑波大学

堀口 佐知子 ホリグチ サチコ
テンプル大学ジャパンキャンパス

倉田 誠 クラタ マコト
東京医科大学医学部医学科

濱 雄亮 ハマ ユウスケ
東京交通短期大学 運輸科

大戸 朋子 オオト トモコ
東京医科大学

奥 知久 オク トモヒサ
おく内科・在宅クリニック

密山 要用 ミツヤマ トシチカ
総合在宅医療クリニックみの

鈴木 佳奈子 スズキ カナコ
4UrSMILE

川口 篤也 カワグチ アツヤ
函館稜北病院

平田 節子 ヒラタ セツコ
総合在宅医療クリニック

ワークショップ15

職種別ミーティング ～顔見知りになって、日ごろの悩みを相談しよう～

WS15

【セッション概要】

在宅医療には多くの職種が関係し、多職種連携の必要性が注目されています。その一方、異なる事業所の同職種同士で情報交換をする機会は限られています。日本在宅医療連合学会大会では日本全国から参加者があり、それぞれの地域で特徴的な試みを行っています。今回、多職種連携委員会の委員の先生方にファシリテーターをお願いすることができました。各職種別に集まり、日ごろの疑問や悩み事などをおしゃべりできる場を作って、ワイワイやりたいと思っています。いろいろな地域での同職種の活動内容や悩みについて意見交換すると同時に、その場で顔見知りとなって、学会後にも相談できる仲間を増やしましょう。さらに、この交流会をきっかけに、多職種連携委員会の活動に参加していただける会員が増えることを願っています。

座長：望月 弘彦 モチヅキ ヒロヒコ

相模女子大学 栄養科学部 管理栄養学会

【座長略歴】

1985年 横浜市立大学医学部卒業
1987年～ 横浜市立大学第2外科教室に入局し、神奈川県内の病院で外科研修
2004年 横須賀北部共済病院外科、NSTチェアマン
2009年 クローバーホスピタル消化器科、NSTチェアマン
2016年 相模女子大学 栄養科学部 管理栄養学科 准教授

座長：鶴岡 優子 ツルオカ ユウコ

つるかめ診療所

【座長略歴】

1993年 順天堂大学卒業後、旭中央病院内科初期研修
1995年 自治医科大学地域医療学教室に入局
2001年 米国ケース・ウェスタン・リザーブ大に留学
2007年 つるかめ診療所副所長
2015年 つるかめ診療所所長

ファシリテーター

1. 医師・その他

望月 弘彦 相模女子大学 栄養科学部 管理栄養学会
鶴岡 優子 つるかめ診療所

2. 歯科関連

小島 香 こじまデンタルクリニック
篠原 弓月 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会理事、口腔栄養サポートチーム レインボー

3. 看護師

平原 優美 日本訪問看護財団
吉田 千文 前聖路加国際大学

4. 薬剤師

串田 一樹 昭和薬科大学
宇都宮励子 一般社団法人大阪ファルマプラン

5. 管理栄養士

塩野崎 淳子 むらた日帰り外科手術WOCクリニック
熊谷 琴美 愛知学院大学 心身科学部 健康栄養学科

6. リハビリ療法士

安部 能成 医療法人心の郷グループ 穂波の郷クリニック
染谷 明子 富山医療生活協同組合 本部

7. ケアマネ・MSW・介護職

上村久美子 医療法人橘会 居宅介護支援事業所万年青
臼井 啓子 オフィスK

8. 臨床検査技師・臨床工学技士・事務職

宮下 勉 杏クリニック
水上 直人 さつきホームクリニック

ワークショップ16

玄関からの気づき ～玄関診断学のすすめ～

WS16

【セッション概要】

在宅医療では庭先～玄関から、生活状況、介護状況、家族情報、趣味、ライフヒストリーなどを推察し診療に役立てる。（これを、“玄関診断学”と呼称する。）今回は玄関診断学を実践するためのワークショップを実施する。玄関診断学は診断/治療、介護サービス調整、患者家族との関係性構築、学生・研修医教育にも応用ができる。参加対象者は医師、看護師、医療事務など職種は問わない。当日の流れは以下の通りである。

玄関診断学についての説明（10分）→スケジュールの説明（5分）ワーク①（話し合い25分→発表10分）→ワーク②（話し合い25分→発表10分）→アンケート調査/クロージング（5分）※ワークは4～6人のグループにわかれ、1～2枚の庭先や玄関の写真からあげられる気づきをKJ法を用いて列挙し、各テーブルの代表者が発表する。※誘導は各テーブルにファシリテーターを配置して行う。（ワーク②は、残り時間によっては省略する可能性あり）

座長：角 允博 スミ ミツヒロ

ふれあいファミリークリニック

【座長略歴】

2013～2016年 総合病院国保旭中央病院 初期研修～内科後期研修
2016～2019年 むさし小金井診療所（CFMD家庭医療学レジデンス・東京）
2019～2020年 東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所（医療生協在宅医療フェローシップ東京）
2020～2022年 横浜市立大学データサイエンス学部ヘルスデータサイエンス専攻博士前期課程
2022年 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 院長

座長：宇藤 直人 ウトウ ナオト

健生クリニック

【座長略歴】

2010～2017年 津軽保健生活協同組合健生病院にて初期研修後、総合診療科所属
2017年 家庭医療専門医取得
2018年 東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所 医療生協在宅医療フェローシップ東京
2019年 在宅医療専門医・指導医 取得
2019年～ 津軽保健生活協同組合 健生クリニック所属 訪問診療を中心に活動

ワークショップ17

マンガとイラストで考えるACP

WS17

【セッション概要】

タイミングや予想の難しさなどから取り組みにくいとされているACPやADを、イラスト付きのカードやシートなどで気軽に考えてみよう、という取り組みを紹介させていただきます（アプリも開発中）。

座長：堀場 恵子 ホリバ ケイコ

元・まちの診療所つるがおか

【座長略歴】

1992年～ 白泉社より漫画家デビュー（現在はフリー／ペンネーム たちばないさぎ）

2008年～2023年 宝塚大学東京メディア芸術学部 マンガ分野非常勤講師

2016年～2022年 まちの診療所つるがおか（旧・三輪医院）非常勤職員（患者支援員）

WS17-1

小林 由美 コバヤシ ユミ

株式会社カムカム

【演者略歴】

多系統萎縮症で構音障害だった父の介護をきっかけに介護福祉系アプリ制作の世界に入る。

現在コミュニケーション支援に特化した9つのアプリと3つのソフトウェアをリリース。

当事者家族の気持ちを常に念頭にいれ精力的に開発を進めている。

株式会社カムカム 代表取締役社長

（メディア出演）日経新聞、毎日新聞、東京新聞、千葉テレビ、J-COMニュース、サンケイリビング 他

（受賞歴）千葉市トライアル発注事業者認定

ワークショップ18

病院から在宅・施設への栄養情報提供

WS18

【セッション概要】

退院時の栄養情報提供書を看護サマリーとセットで在宅医療に活用することがねらい。病院で行われた治療・看護の情報を退院先に提供することは一般的となっている。しかし、栄養情報提供書は、退院時にほとんど使用されていないのが現状である。

病状変化の度に見直された栄養処方計画、経腸栄養や静脈栄養の使用経過や経緯、嚥下機能評価や嚥下リハビリの経過、退院時の栄養処方や食事形態と嚥下機能評価・栄養評価などは、退院後の療養において重要な情報である。病院と在宅では環境も介護力も異なるため、まったく同様の治療やケアを行えるわけではない。在宅移行後も病状は変化していく。しかし在宅療養患者に適した栄養管理を進めるために、病院からの詳細な情報提供をもとに、多職種で取り組んでいく必要がある。栄養情報提供書や看護サマリーを通して、より強固でシームレスな病診連携を築き、より良い栄養サポートができるようになることを期待する。

座長：丸山 道生 マルヤマ ミチオ

田無病院

【座長略歴】

学歴

1980年 東京医科歯科大学医学部卒業

職歴

1980年 東京医科歯科大学第一外科入局

1990年 カリフォルニア大学サンディエゴ校外科研究員

2005年 東京都保健医療公社大久保病院外科部長

2014年 現職、医療法人財団緑秀会・田無病院院長

座長：塩野崎 淳子 シオノザキ ジュンコ

訪問栄養サポートセンター仙台

【座長略歴】

2001年 女子栄養大学栄養学部実践栄養学専攻 卒業

2004年 医療法人翠心会 敬愛病院

2006年 医療法人仙台医療福祉会 仙台富沢病院

2013年 仙台往診クリニック

2014年 医療法人豊生会 むらた日帰り外科手術クリニック内

機能強化型認定栄養ケア・ステーション 訪問栄養サポートセンター仙台

WS18-1

在宅栄養管理における情報連携の現状と課題

岡田 晋吾 オカダ シンゴ
北美原クリニック

当院は開業以来20年近く在宅医療を行ってきている。当初の在宅医療は医師もしくは訪問看護師のみが自宅に何う比較的シンプルなもので往診の延長的な感じであった。その後高齢化の進展、病院の機能分化などにより在宅医療の必要性が増し地域における医療介護の連携が必須なものになってきている。在宅医療の質の面でも退院前カンファレンスの実施、訪問看護師だけでなく調剤薬局の薬剤師、リハビリスタッフ、管理栄養士などの在宅医療への参加が進み、入院中の療養生活とそんな生活を送れるようになってきている。多法人、多職種の連携においては情報のリアルタイムの共有が重要となる。函館地区では医療介護連携支援センターを中心にどこでも確実な退院支援が行えることや共通の情報ツールを使うことでなるべく簡便に確実な情報伝達ができるような取り組みを始めており、医療介護の現場をつなぐICTの利用を始めている。在宅栄養管理ではいわゆる古典的な栄養ケア、糖尿病や摂食嚥下機能障害、低栄養患者に対する栄養管理を思い浮かべるが、心不全、CKD、認知症、がん患者などの終末期に対する栄養ケアについても関与することが今後求められてくると思う。そのためには今まで以上に病院スタッフなどとの連携が求められている。病院においては管理栄養士が病棟配置となり栄養管理を受ける症例が多くなってきていると思うが、実際に我々が受け取る情報は十分とは言えない。ACPにおいても栄養管理はとても重要であり、しっかりとした栄養情報の連携、共有が今求められる。我々が在宅医療の現場で感じている情報連携の現状と課題について述べたいと思う。

【演者略歴】

昭和61年 防衛医科大学校医学部卒業同年防衛医科大学第一外科入局
平成 4年 公立昭和病院（東京小平市）外科
平成 8年 同外科医長
平成10年 岩手医科大学第一外科入局同年函館五稜郭病院外科医長
平成15年1月 同外科科長
平成16年6月から函館五稜郭病院客員診療部長同7月北美原クリニック開業（函館五稜郭病院客員診療部長兼務）

利益相反：無

WS18-2

在宅療養を支える栄養・口腔の情報共有の重要性

菊谷 武 キクタニ タケシ

日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

高齢者、要介護高齢者の多くは在宅で暮らしている。最期まで住み慣れた自宅で過ごしたいという想いは、多くの高齢者で共通している。在宅療養中の予期せぬ入院と関連を示す因子として、併存疾患の重症さに加えて、低栄養や嚥下障害の存在が挙げられている。嚥下障害患者において低栄養者が多くみられることは知られているが、低栄養は嚥下障害の原因にも結果にもなる。地域において、嚥下障害や低栄養を診断し、適切なリハビリテーションや栄養指導が提供可能な資源は病院であるといっておく、その役割は強調されるべきである。しかし、それらが十分に行われていない、または、退院時に在宅サービス担当者に対して十分な情報提供が行われないことが散見される。地域において人的資源の豊富な病院と、生活モデルの実践を基にする在宅サービスが共に協働することができれば、在宅で最後まで暮らすという高齢者の希望を叶える大きな力になると考える。本セッションでは、在宅療養患者に対する栄養・口腔支援の実態と地域における連携の必要性について歯科の立場から報告する。

【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10月 口腔リハビリテーション多摩クリニック 院長

利益相反：無

WS18-3

栄養情報は病院と在宅を繋ぐ鍵

高橋 瑞保 タカハシ ミズホ
合同会社訪問栄養ステーションえん

【はじめに】 演者は病院勤務を経験した後、在宅領域で栄養ケアを実践している。病院では身長と体重は基本データとして患者情報に登録されるのが一般的だが、在宅では管理栄養士が訪問するまで誰も把握していないことがしばしばある。演者は診療所に所属して訪問栄養指導を行うだけでなく、管理栄養士の会社として特定の訪問看護ステーション（以下、訪看）と連携しており、在宅療養者の現状を報告する。【現状】 訪看から管理栄養士への相談としては低体重の改善が多く、摂食嚥下障害の一因がサルコペニアによる事例もあった。在宅療養者は採血する機会が少なく、栄養状態の評価は体重（BMIや体重変化率）を用いることが多い。病院から直接在宅へ移行した場合以外では、療養者情報に体重の記載が無いことがほとんどである。主な情報提供元である介護支援事業所では栄養への関心が低いのではないかと想像する。一方で、病院から在宅へ栄養情報を提供しているか、演者独自の調査によると栄養情報提供加算の対象になる場合は実施するが27%、依頼されたら実施するが29%、システムが構築されていないので実施していないが27%という状況が判明した。実施できない要因にはマンパワー不足があるようだった。実際、訪看にも診療所にも、こちらから依頼せずに栄養単独での情報が届いたことはなかった。【おわりに】 栄養は在宅療養の質を高める構成因子だと気づかれていないため、見逃されがちである。栄養情報提供は誰が行っても良いものであり、病院と在宅を繋ぐ鍵として当たり前存在させたい。

【演者略歴】

- ・平成10年 4月～平成30年3月 山形県の複数の県立病院に勤務
 - ・平成30年 4月～令和 2年9月 医療法人はちのへファミリークリニックで企画連携室副室長として勤務
 - ・令和 2年10月 合同会社訪問栄養ステーションえん 設立
 - ・令和 2年11月～ 医療法人健丈会おおやぶ内科・循環器内科 非常勤管理栄養士
- （保有資格：日本臨床栄養代謝学会認定栄養サポートチーム専門療法士、日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士、公益財団法人健康・体力づくり事業財団健康運動指導士、一般社団法人日本栄養経営実践協会認定栄養経営士）

利益相反：無

WS18-4

病院から在宅・施設への栄養情報連携の取組みと推進

田中 弥生 タナカ ヤヨイ
関東学院大学

はじめに

近年、高齢者のフレイルや低栄養、リハビリ難民の増加など様々な問題が生じている我が国において、社会が一体になって問題解決に取り組むことが必務である。とくに病院から在宅や施設に戻った後栄養状態を安定できず、低栄養となり入退院を繰り返す療養者が多い。しかし、栄養情報を在宅や施設と連携することにより療養者の栄養状態を安定させることができる。

栄養情報連携について

2024年度の診療報酬改定により、医療と介護における栄養情報連携の推進を目的に栄養情報提供加算の名称、要件及び評価が見直され、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、退院先の施設の管理栄養士と連携の上、情報共有した場合も算定可能となった。また、医療と介護における栄養情報連携の推進や基本的な考え方医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、入院栄養食事指導料の栄養情報提供加算について、名称、要件及び評価を見直し具体的な内容栄養情報提供加算を廃止するとともに、「栄養情報連携料」を新設された。入院栄養食事指導料を算定した患者に加えて他の保険医療機関又は介護保険施設等に転院又は入所する患者について、入院していた保険医療機関の管理栄養士と転院又は入所する先の保険医療機関又は介護保険施設等の管理栄養士が連携の上、入院中の栄養管理に関する情報を共有した場合に算定可能とできるようになった。

栄養情報連携の取組み

以上のことを踏まえ、急性期病院から在宅、老人保健施設への栄養情報連携の取組みの実際について報告したい。

最後に

病院から在宅・施設に移り変わっても、栄養情報連携が進むことで更なる療養者の栄養状態を維持・改善に繋げたい。

【演者略歴】

管理栄養士

学歴

平成16年3月 関東学院大学 経済学部経営学科卒業

平成28年3月 筑波大学大学院 人間総合科学研究科博士課程 スポーツ医学専攻修了 博士（スポーツ医学）

職歴

平成 3年4月 医療法人新都市医療研究会「君津会」南大和病院栄養科 科長

平成21年4月 駒沢女子大学 人間健康学部健康栄養学科 准教授

平成26年4月 駒沢女子大学人間健康学部健康栄養学科 教授

平成30年4月 関東学院大学 栄養学部管理栄養学科 教授 入職

令和 2年1月 Studio & Cafe BALENA取締役認定栄養ケア・ステーションBALENA 代表者

令和 6年4月 関東学院大学 栄養学部 学部長

社会活動

平成24年6月～令和4年5月 （公社）日本栄養士会 理事 栄養ケア・ステーション部

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

平成 8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

現在に至る

利益相反：無

ワークショップ19

ゼロからの在宅医療 ～みんなでつくるround-table conference～

WS19

【セッション概要】

在宅医療に興味がある学生・若手は一定数いるが、現在の医学教育では在宅医療に触れ、学ぶ機会はほとんどない。そのため、総合診療に興味がある学生や地域卒の学生など、将来自分が在宅医療に関わる可能性がある者でも、全く関わりがないまま現場に出ることもある。そのような学生・若手が在宅医療について多角的に知り、お互いの繋がりを作るきっかけになるようなワークショップを企画した。ワークショップでは、学生・若手に加えて、訪問看護師やケアマネージャーなど多職種の講師を交え、在宅医療に関する様々なことについてグループディスカッションや全体での意見共有などを行う。本企画の主役である学生・若手にとっては、多様なディスカッションテーマや講師陣を通じて多角的な視点から在宅医療について知り深めていく機会となる。さらに聴衆として参加した医療従事者にとっても、在宅医療に対する学生・若手のイメージや関心に触れる機会となる。

ファシリテーター代表：西郡 棕也 ニシゴオリ リョウヤ
大分県立病院

ファシリテーター代表：田中 宏昌 タナカ コウスケ
北里大学病院

ファシリテーター代表：松岡 沙耶 マツオカ サアヤ
国際医療福祉大学医学科4年

ファシリテーター代表：橋本 康史 ハシモト ヤスフミ
国立病院機構 長崎医療センター

ファシリテーター：

長澤 岳 北里大学医学部

長谷川みゆ 北里大学医学部

添田良々華 北里大学医学部

米谷 僚子 滋賀医科大学医学部附属病院 初期研修医

ワークショップ20

在宅医療・ケア提供機関のBCP ～シミュレーション訓練をやってみよう！～

WS20

【セッション概要】

在宅医療・ケア提供機関は、自らが被災しようとも、在宅療養を継続する患者・利用者への対応、また発災後増大する新たな医療・ケアニーズに応えるためにも業務継続が求められる。特に安否確認や迅速な提供が必要とされる医療・ケアを適切に行うために、時間的にも切迫する中、限られた資源をどのように配分し、何を優先して実施していくかを文書化したものが自機関のBCPとなる。しかし、BCPは一度作って終わりではない。策定したBCPをシミュレーション訓練で評価し、改良していく、そのプロセスをとってご実効性をもって機能するBCPとなる。

当日は、会場の皆さんと共に、シミュレーション訓練を行う。有事の際、家族等の状況も鑑み自分自身はどう動くのか？また組織として、どのような方針を取るのか？患者・利用者・家族にはどのように対応するのか？ぜひ、BCPシミュレーション方法をここで習得した上で、自機関で仲間たちと共に実施していただきたい。

座長：山岸 暁美 ヤマギシ アケミ

慶応義塾大学 医学部 衛生学公衆衛生学教室／コミュニティヘルス研究機構

【座長略歴】

95年～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。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

20年度～厚労省医政局事業E-Field HOME研修タスクフォース長、21年度厚労省特別研究「在宅医療機関のBCP策定に係る研究」研究代表者、22年度～在宅医療提供機関のBCP策定専門委員会委員長、22年度内閣府デジタル田園健康特区（長野県茅野市）PMO、22年度厚労省「保健所の在り方検討委員会」委員等、政策と研究と現場を繋ぐタスクを多数務める。

保健福祉学博士、在宅看護専門看護師、社会福祉士、認定心理士

座長：古屋 聡 フルヤ サトシ

山梨市立牧丘病院

【座長略歴】

1987年 自治医科大学卒 山梨県立中央病院初期研修を経て

1989年 牧丘町立（当時）牧丘病院 整形外科

1992年 塩山市立（当時）塩山診療所

2006年 山梨市立牧丘病院 整形外科

外来・入院・在宅診療を行っている。

傾倒する活動：プライマリケア整形外科（整形内科）、プライマリケアエコー、口腔ケア・摂食嚥下・コミュニケーション、災害支援、地域包括ケア

WS20-1

山岸 暁美^{1,2,3} ヤマガシ アケミ

¹ 慶應義塾大学医学部衛生学 公衆衛生学教室

² コミュニティヘルス研究機構

³ Disaster Community-Care Assistance Team (DC-CAT)

【演者略歴】

95年～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。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

20年度～厚労省医政局事業E-Field HOME研修タスクフォース長、21年度厚労省特別研究「在宅医療機関のBCP策定に係る研究」研究代表者、22年度～在宅医療提供機関のBCP策定専門委員会委員長、22年度内閣府デジタル田園健康特区（長野県茅野市）PMO、22年度厚労省「保健所の在り方検討委員会」委員等、政策と研究と現場を繋ぐタスクを多数務める。

保健福祉学博士、在宅看護専門看護師、社会福祉士、認定心理士

WS20-2

古屋 聡 フルヤ サトシ

牧丘病院

WS20-3

坪井 基浩^{1,2} ツボイ モトヒロ

¹ さいたま赤十字病院 高度救命救急センター

² 東北大学災害科学国際研究所 災害医療国際協力学分野

【演者略歴】

2011年 自治医科大学附属さいたま医療センター 卒後臨床研修

2013年 仙台市医療センター仙台オープン病院 消化器・一般外科

2016年 Sunrise Japan Hospital Phnom Penh

2017年 さいたま赤十字病院 高度救命救急センター 救急科

2022年 東北大学災害科学国際研究所 災害医療国際協力学分野

ワークショップ21

地域医療に貢献する栄養ケアの質の向上を目指して ～予防から始まる療養者と家族や多職種らと共にする笑い、泣きながらの実践～

WS21

【セッション概要】

地域医療の質を高めるためには、まず、医療ケアが身近なものであり、健康や生活習慣、食習慣に疑問や不安を感じた時、その問題を解消のために相談する場が必要です。予防、医療、介護が必要な時に必要な場所で当たり前相談、受け入れ、介入してもらえることができるのであれば地域医療の質は向上します。

今回は、地域医療の早期からの栄養ケアについて、薬剤師、看護師、管理栄養士の立場から、これからの地域にける質向上の取り組みについてまとめていただきます。

皆それぞれが健康感や栄養ケアに対する価値観や思いは違います。それでも、地域医療に根差した栄養ケアの質を、予防から在宅医療の場までシームレスにつなげる提案を続けることが必要です。これまでの仕組みを柔軟に転換し、多職種など周囲の人々の状況も踏まえながら地域の方々と共に笑い、泣きながら望む生き方を支えられる地域医療について、みなさんと共に考えてみたいと思います。

座長：山中 崇 ヤマナカ タカシ

東京大学大学院医学系研究科在宅医療学講座

【座長略歴】

1997年4月 東京女子医科大学附属第二病院 在宅医療部助手

2007年5月 東京女子医科大学東医療センター 在宅医療部准教授

2014年6月 東京大学医学部在宅医療学拠点 特任准教授

2018年4月 東京大学大学院医学系研究科 在宅医療学講座 特任准教授

2023年4月 東京大学大学院医学系研究科 在宅医療学講座 特任教授

座長：宇都宮 励子 ウツノミヤ レイコ

大阪ファルマプラン

WS21-1

頼りにされる地域活動の取り組みの紹介～薬局から～

根本 ひろ美 ネモト ヒロミ
ねもと薬局グループ

2015年3月から当グループ薬局内で毎月『ねもカフェ』を開催している。薬剤師だけでなく管理栄養士やケアマネジャーなど多職種とも連携しながら地域住民の方々の健康相談、栄養相談にあたっている。当グループ内の管理栄養士は、実際に患家に訪問して栄養指導もしている。地域の頼りにされる薬局として、予防にも力を入れてきた。

『ねもカフェ』は、グループ薬局内で毎月2回開催される。コロナ前までは、管理栄養士・栄養士が手作りする低糖質や低カロリーのスイーツ、ハーブティーなどを用意していた。参加される地域の方々の健康・栄養・お薬に対する不安を解消できるよう努めながら、心安らげる憩いの場を提供している。

1度きりの健康相談ではなく定期的に話を聞くことで、より参加者の生活スタイルが分かりより良いアドバイスへと繋がっている。糖尿病を持つ参加者は、カフェが息抜きの場合と言い、現に、8.0%から1年間で7.4%と、HbA1cの数値も低下している。これは処方箋なしでも気軽に寄れる、地域密着型の薬局ならではの取り組みである。

健康サポート薬局の制度が開始される前から地域貢献に取り組み、管理栄養士も在籍して地域の方々と共に歩んできた。ただお薬をもらうだけの薬局ではなく、開局当初から長年にわたり地域に寄り添った薬局として駆け込み寺のような存在であったことで、多職種が在籍する薬局として成長できている。また、カフェを通して見えてきた課題や地域とのかかわり方も学ぶところが多い。この活動がきっかけで、患家に訪問しての栄養指導もニーズが多いことが分かった。

健康に暮らして行くために食は薬より前に大変重要なファクターと思う。当局に管理栄養士が在籍していることで、医師や他事業所のケアマネジャー、地域包括支援センターとのかかわりも増えてきている。

多職種連携を図りながら地域に根づく取り組みを今後も続けていきたい。

【演者略歴】

- ・東邦大学薬学部卒業後、国立病院勤務を経て、1990年に東海村に「ねもと薬局」を開設。その後、東海村に2号店他、那珂市・大洗町・日立市と5店舗開設している。那珂市は在宅支援薬局として在宅を中心とした活動を展開している。
- ・薬局業務と並行して、2000年に介護支援専門員取得後、2011年には、「あい・ねもと薬局ケアプランセンター」を設立し、現在3名の介護支援専門員と共に120名強の支援をしている。尚、2014年に主任介護支援専門員を取得して、より地域の中での社会資源としての薬局の在り方にも注力している。
- ・薬局では2007年より管理栄養士を採用し、薬局利用者への栄養指導に力を入れてきた。病気と向き合う上での栄養の大切さを再認識し、管理栄養士の採用を増やした。現在4名の管理栄養士が常勤で在籍している。2015年より毎月2回「ねもカフェ」を開催するようになって、予防活動として食事から取り組もうと管理栄養士に活動してもらっている。2020年からは、日本栄養士会認定「認定栄養ケア・ステーションねもと薬局」を取得設立し、栄養士会とも連携して栄養指導を積極的に行っている。

利益相反：無

WS21-2

地域医療を支える訪問看護師の栄養ケア

清水 奈穂美 シミズ ナホミ

佛教大学保健医療技術学部看護学科

地域医療における訪問看護師の栄養ケアは、①低栄養に気づくこと、②買物や調理などの食生活、食べる意欲や環境を整えること、③摂食・嚥下機能、胃瘻や中心静脈栄養管理への支援、④食べることを支える家族を支えること、⑤食べることができなくなった時の栄養療法の選択を支えること、⑥食べることを終え安らかな最期を支えること、これらを暮らしの中で支援できるように⑦地域の多職種をつなぐこと、と多岐にわたる。これらの支援は、療養者の「食べること」への思いをきく、対話から始まる。療養者にとって身近な食事の話題は、これまでの生き方や何を大切にしているのかを知る手がかりとなり、食べることへの思いを通して、その人の望む生活やこれからの生き方を共に考えることができる。そして、その望みを叶えるために、療養者と家族や医療と介護の多職種による連携とチーム機能を発揮することが重要である。しかしながら、訪問看護師や地域の医療と介護の多職種すべてが栄養ケアに精通しているとは限らない。訪問看護では療養者から食事や栄養相談を受ける機会が多いが、多様化する病態を背景とした個別性の高い専門的な相談への返答に窮する場面もあるとの報告がある。また、訪問看護における食事・栄養ケアの実態調査では、低栄養にある療養者に対して「介入できない」や「効果的な介入方法が分からない」という事業所が一定数存在していることが報告されている。具体的な介入方法が見いだせない背景には、病態と低栄養を結びつけて判断するという認識や、緊急度や優先度を考えたケアの組み立てに課題があると考えられ、地域医療の質向上のためには訪問看護師の栄養ケアに対する思考を転換し、判断する力を高めることが必要であると考えられる。

【演者略歴】

病院勤務を経て、淀川キリスト教病院訪問看護ステーション（現在、よどまちステーション）に所属し、訪問看護認定看護師・NST専門療法士として地域医療や栄養ケアに携わる。2017年大阪府立大学（現在、大阪公立大学）大学院看護研究科博士前期課程卒業後、滋賀医科大学医学部看護学科・滋賀医科大学医学部附属病院看護臨床教育センターにて在宅看護専門看護師として活動。訪問看護師の判断力トレーニング研修や看取りの見える化シートを用いた医療と介護をつなぐ看取り研修などを開催している。2022年4月より現職。

利益相反：無

WS21-3

管理栄養士の地域医療に根差した予防から在宅医療の場までシームレスにつなげる活動について

川口 美喜子^{1,2} カワグチ ミキコ

¹ 札幌保健医療大学

² 大妻女子大学

地域の管理栄養士は人々の望む暮らし支えるために医療保健・介護保険そして保険外サービスを「栄養・食」の専門職として実践する。医療の場では、病院・診療所さらに歯科クリニックに所属し、在宅訪問栄養食事指導を実施する施設もある。介護の場では、介護施設での食事提供、栄養指導や健康管理に携わる。行政機関では、都道府県や市町村が管轄する保健所、保健センターの地域包括支援センター、高齢介護部門や健康福祉部門に所属する他、地域栄養ケアのニーズや問題解決を担う。地域健康拠点では、地域コミュニティの場、薬局、コンビニ等でも栄養食事相談や、利用者の縁食や生きがい、楽しみの場を提供する。地域健康拠点のコミュニティにおける「食べる支援」がフレイル予防に繋がる。薬局の管理栄養士の保険外サービスの地域貢献では、健康予防と薬に関連した全てのライフステージに関わる健康相談、自立支援、重度化防止や退院時の食支援の観点からも重要な位置づけにある。生活習慣病で薬物治療を受ける患者、に対し、食事・運動習慣に対しての気づきや行動につなげ、減薬を含む重症化予防につなげる事が期待できる。また、歯科の管理栄養士の口腔からの栄養ケアの貢献は、口腔疾患を予防し、咀嚼や・嚥下機能を維持し、全身の健康、QOLの向上に寄与する。医療保健・介護保険のサービスにおける在宅訪問管理栄養士は、患者と他職種に取り組みが十分に認識されていないこと、在宅訪問栄養食事指導ができる管理栄養士に繋がりにくいことが課題とされる。ICTツールを用いた遠隔栄養指導も試みられている。管理栄養士の実践する情報の発信、施設や在宅における健康予防、重症化予防の栄養支援は、同職種連携と多職種協働が重要である。そして、これまでになかった生活ニーズ、生きがいのニーズに対応した食支援の役割を担うポジションの専門職として専門性を高めるためにみなさんと考えたい。

【演者略歴】

1981年 大妻女子大学家政学部食物学科管理栄養士専攻卒業

1996年 島根大学医学部附属病院第一内科文部教官

2004年 島根大学医学部附属病院 栄養管理室 室長

2007年 特殊診療施設 臨床栄養部 副部長に配置転換

2012年 栄養治療室 室長に配置転換

2013年 大妻女子大学（東京都）家政学部食物学科 教授、島根大学医学部 臨床教授、島根大学医学部 特別協力研究員、お茶の水女子講師（非常勤）、東京農工大学農学部講師（非常勤）、東京歯科大学講師（非常勤）

2024年 札幌保健医療大学大学院 教授

利益相反：無

ワークショップ22

NANIMONになりたい? ～医師のキャリアカードゲーム・キャリアチャート体験を通じて16パターンのキャリアから在宅医の先のキャリアを考えよう～

WS22

【セッション概要】

この企画では、医師向けのキャリアカードゲームやキャリアチャートを体験してもらいます。ゲームを通じて、自己理解を深め、「自分がやりたいこと」や「人生で大切にしたいこと」を明らかにしていきます。そして、在宅診療に従事することを前提とした16パターンのキャリアモデルの中から、自分自身のビジョンを見つけ出します。

在宅診療医としてキャリアをスタートさせた後に、臨床だけでなく教育、研究、ビジネス、まちづくり、政策立案など、様々な分野に関心を持つ医師は多いでしょう。多くの選択肢の中から自分に合った道を見つけるのは、しばしば迷いが生じるものです。

私たちは、キャリアについて一人で悩むのではなく、自分を振り返り話し合うことができる仲間や先輩との出会いを重視しています。医学生や研修医、専攻医はもちろんのこと、指導医の方々にとっても、このセッションは自分の価値観を共有できる貴重な機会です。

座長：田上 佑輔 タノウエ ユウスケ

医療法人社団やまと

【座長略歴】

熊本県出身

東京大学医学部卒業

2005年 千葉県健国保旭中央病院研修医～外科医

2010年 東京大学医学部付属病院腫瘍外科入局

2013年 東日本大震災での災害医療ボランティア活動を機に宮城県登米市で在宅診療所開設
医療法人社団やまと理事長

2022年 一般財団法人やまとコミュニティホスピタル理事長

座長：林 祥史 ハヤシ ヨシフミ

北原国際病院

【座長略歴】

2005年東京大学医学部卒

亀田総合病院にて初期研修～脳神経外科の後期研修を受ける

2009年北原国際病院に異動。脳神経外科研修を受けつつ、海外事業部およびデジタルホスピタルプロジェクトのプロジェクトリーダーとして事業に関わる。2011年脳神経外科専門医、2012年脳血管内治療専門医取得。

2015年よりカンボジア移住、2016年～2020年までサンライズジャパン病院プノンペンの院長として現地にて日本式医療を提供する病院の運営に尽力する。

2020年より帰国、北原国際病院副院長。

2022年より北原国際病院院長。

座長：鹿角 契 カツノ ケイ

中外製薬株式会社

【座長略歴】

東京大学医学部医学科卒業

2007年 国立国際医療センター（現・国立国際医療研究センター）総合診療科・救急科勤務

2011年 ジョンズホプキンス大学公衆衛生修士号（MPH）取得。米国・East-West Center フェロー。

2012年 世界銀行 Health Specialist

2013年 グローバルヘルス技術振興基金（GHIT Fund）投資戦略・ビジネスディベロップメント・シニアディレクター

2024年 中外製薬株式会社トランスレーショナル・リサーチ本部 グローバルプロジェクトリーダー

ファシリテーター

川越 美咲 医療法人社団やまと
菊地 玲 医療法人社団やまと

ハンズオンセミナー1 日本ポイントオブケア超音波学会合同企画

在宅エコー「いろはにほへと」ハンズオンセミナー

HS1

【セッション概要】

近年、エコーの小型化・低価格化により、「エコーを聴診器のように！（the concept of an “ultrasound stethoscope”）」「1人に1台エコーを！」という時代を迎えつつあります。そして超音波検査の中でも「初学者が短時間で習得でき、プロトコール化できる」ものをpoint of care ultrasound（POCUS）と呼び、主に救急・集中治療の現場で活用されています。

本来、放射線検査の行いにくい在宅医療の現場において、POCUSは非常に有用な診断ツールとなります。しかし、本邦の在宅医療において、POCUSがまだ十分に普及しているとは言い難く、またPOCUSを実施しているといっても、独学で学んだり、系統立てて学べていなかったりする事が多いのではないのでしょうか？

そこで今回は超音波検査・POCUSを学んでみたい！在宅でも活かしてみたい！という皆様を対象に、なんと（！）日本ポイントオブケア超音波学会から講師をお招きしてハンズオンセミナーを開催します！

「超音波って最近流行っているみたいだけど、ほとんど使ったことがなくて、今回のWSをきっかけにはじめの一步を踏み出してみたい！」

「POCUSは我流でやっているけど、本当にこのやり方で合っているのか聞いてみたい！」

「在宅医療におけるPOCUSの普及に貢献したい！」

そんな方にこのハンズオンセミナーをおすすめします！奮ってご参加ください！

座長：井上 淑恵 イノウエ ヨシエ

悠翔会 在宅クリニック品川

【座長略歴】

2006年 香川大学卒業、藤沢市民病院初期臨床研修医

2008年 藤沢市民病院救命救急センター後期臨床研修医

2011年 日本医科大学付属病院 集中治療室研究生

2013年 医療法人社団悠翔会常勤、藤沢市民病院救命救急センター非常勤

2020年 日本医科大学総合診療科非常勤講師 現在に至る。

座長：古屋 聡 フルヤ サトシ

山梨市立牧丘病院

【座長略歴】

1987年 自治医科大学卒 山梨県立中央病院初期研修を経て

1989年 牧丘町立（当時）牧丘病院 整形外科

1992年 塩山市立（当時）塩山診療所

2006年 山梨市立牧丘病院 整形外科

外来・入院・在宅診療を行っている。

傾倒する活動：プライマリケア整形外科（整形内科）、プライマリケアエコー、口腔ケア・摂食嚥下・コミュニケーション、災害支援、地域包括ケア

HS1-1

在宅エコー「いろはにほへと」ハンズオンセミナー ～日本ポイントオブケア超音波学会合同企画～

植村 和平 ウエムラ ワヘイ
奥尻町国民健康保険病院 総合診療科

北の離島は奥尻島の植村和平が在宅エコーハンズオンセミナーをお届けします！病院医療と比べて、在宅医療は医療資源が限られます。しかしエコーの導入によって医師の診察手技が広がり、画像的な診断だけでなく、治療の可能性も広がります！そこで今回は、在宅診療における以下のシチュエーション別に合わせたエコーの実践方法に焦点を当てます。

- ・往診で呼ばれる理由No.1は発熱です。限られた情報で、在宅で診るか、搬送するかを判断する必要があります。しかしポケットエコーがあれば、熱源の精査がしやすく、そして菌血症への移行の高い病態を見極め、病院への搬送を判断する手助けが出来ちゃいます。発熱の往診のおともにポケットエコーをどうぞ！
- ・足がむくんでいるんです。体重が最近増えてきているけど、酸素化は悪くないし。なんて患者・家族、訪問看護からの訴えは良く出会いませんか？昨今の心不全パンデミックがありますが、在宅医療の現場は腎不全や静脈機能不全やリンパ浮腫など、必ずしも心不全によるものだけではありません。そんななか心臓の血行動態をポケットエコーでも推定できる所見が沢山あるんです。この機会に一緒に心エコーの使いどころを整理しませんか？

【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づき、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。現在は北海道の南の離島、奥尻島からエコーを発信している。

日本超音波学会 超音波専門医

日本ポイントオブケア超音波学会 総合ハンズオンインストラクター認定

日本ポイントオブケア超音波学会 広報委員

利益相反：無

HS1-2

宮本 雄気 ミヤモト ユウキ

医療法人双樹会 よしき往診クリニック・京都府立医科大学 救急医療学教室

【演者略歴】

2012年 京都府立医科大学卒業。湘南鎌倉総合病院で初期研修の後、京都府立医科大学 救急医療学教室などで救急・集中治療に携わる。2016年より医療法人双樹会 よしき往診クリニックにて在宅医療にも従事。その後、東京大学 医学系研究科 公共健康医学専攻を経て2021年より現所属。2021年2月より京都府新型コロナウイルス感染症 在宅フォローアップチーム（KISA2隊）を立ち上げ、全国に先駆けて新型コロナウイルス感染症患者に対する在宅医療の提供を行った。
現在も「在宅医療」と「救急医療」の協働で医療はもっとよくなる！をモットーに活動している。

資格等：

日本救急医学会 救急科専門医

日本集中治療学会 集中治療専門医

日本在宅医療連合学会 評議員

公衆衛生学修士

NPO法人 EM Alliance 理事

日本DMAT隊員

ハンズオンセミナー2 日本ポイントオブケア超音波学会合同企画

みんなと一歩差をつけるっ！多職種向けPOCUSハンズオンセミナー

HS2

【セッション概要】

皆様、POCUSという概念をご存知でしょうか？超音波検査の中でも「初学者が短時間で習得でき、プロトコール化できる」ものをpoint of care ultrasound (POCUS) と呼び、近年在宅医療でも活用されてきています。

しかしPOCUSは医師や臨床検査技師だけのものではありません。特に看護師がPOCUSの技術を習得すればケアの質は大きく向上することでしょう。

そこで本ハンズオンセミナーでは「医師以外の方にもっとPOCUSを！」をテーマに、在宅医療の現場で悩むであろう場面（尿閉・便秘・嚥下・呼吸苦など）を中心としたPOCUSについて、日本ポイントオブケア超音波学会から講師をお招きし開催したいと思います！

「日々の看護の質をもう一歩向上させたい！」

「超音波は初めてだけどぜひ学んでみたい！」

という方におすすめです！奮ってご参加ください！！

座長：井上 淑恵 イノウエ ヨシエ

悠翔会 在宅クリニック品川

【座長略歴】

2006年 香川大学卒業、藤沢市民病院初期臨床研修医

2008年 藤沢市民病院救命救急センター後期臨床研修医

2011年 日本医科大学付属病院 集中治療室研究生

2013年 医療法人社団悠翔会常勤、藤沢市民病院救命救急センター非常勤

2020年 日本医科大学総合診療科非常勤講師 現在に至る。

座長：古屋 聡 フルヤ サトシ

山梨市立牧丘病院

【座長略歴】

1987年 自治医科大学卒 山梨県立中央病院初期研修を経て

1989年 牧丘町立（当時）牧丘病院 整形外科

1992年 塩山市立（当時）塩山診療所

2006年 山梨市立牧丘病院 整形外科

外来・入院・在宅診療を行っている。

傾倒する活動：プライマリケア整形外科（整形外科）、プライマリケアエコー、口腔ケア・摂食嚥下・コミュニケーション、災害支援、地域包括ケア

HS2-1

みんなと一歩差をつけるっ！多職種向けPOCUSハンズオンセミナー ～日本ポイントオブケア超音波学会合同企画～

植村 和平 ウエムラ ワヘイ
奥尻町国民健康保険病院 総合診療科

看護師がエコーをしいいいんですか？その答えはシンプルです。いいんです！臨床検査技師や診療放射線技師だけではなく、看護師や准看護師も超音波検査を行っていいとされています。そしてPOCUSには様々な領域がありますが、その中でも看護師の目線からエコーを活用すると、看護のケアに活かせるんです。

例えば便秘では、数日便が出ていないからと言って排便・浣腸をしても空振りなことがありますよね？エコーで確かめるとどこまで便が降りてきているか推定することができます。すると適切なタイミングでの処置の介入、ひいては緩下剤か刺激性下剤が必要なのかを見極めることができますようになります。

もちろんフィジカルアセスメントの延長としての活用にPOCUSもあります。身体所見の代わりにエコーを使ってみることも有用です。例えば末期がんの患者さんで、頻呼吸になり苦しそうにしているときに、聴診をすると含気が悪い所見があった時に、癌性胸水の増悪なのか、肺炎による無気肺なのかをエコーを行うことで見分けることができます。そして脱水の程度も身体所見だけではなくエコーを併用したほうがより正確なアセスメントができます。

上記の領域だけではないのがPOCUSの魅力です！エコーが得意になると嚥下機能も評価できちゃうかもしれませんよ？ぜひ一緒にいろんなエコーの世界に飛び込んでみませんか？

【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。現在は北海道の南の離島、奥尻島からエコーを発信している。

日本超音波学会 超音波専門医

日本ポイントオブケア超音波学会 総合ハンズオンインストラクター認定

日本ポイントオブケア超音波学会 広報委員

利益相反：無

HS2-2

宮本 雄気 ミヤモト ユウキ

医療法人双樹会 よしき往診クリニック・京都府立医科大学 救急医療学教室

【演者略歴】

2012年 京都府立医科大学卒業。湘南鎌倉総合病院で初期研修の後、京都府立医科大学 救急医療学教室などで救急・集中治療に携わる。2016年より医療法人双樹会 よしき往診クリニックにて在宅医療にも従事。その後、東京大学 医学系研究科 公共健康医学専攻を経て2021年より現所属。2021年2月より京都府新型コロナウイルス感染症 在宅フォローアップチーム（KISA2隊）を立ち上げ、全国に先駆けて新型コロナウイルス感染症患者に対する在宅医療の提供を行った。
現在も「在宅医療」と「救急医療」の協働で医療はもっとよくなる！をモットーに活動している。

資格等：

日本救急医学会 救急科専門医

日本集中治療学会 集中治療専門医

日本在宅医療連合学会 評議員

公衆衛生学修士

NPO法人 EM Alliance 理事

日本DMAT隊員

ハンズオンセミナー3

在宅RESCUEコース ～在宅に関わる医療介護専門職のためのシミュレーションコース～

HS3

【セッション概要】

「訪問してみたらご利用の方が倒れていた！どうしよう！」

「ご利用の方が発熱！感染防護、きちんとできるかな…？」

「あれ…？この利用者さん、いつもと比べて様子がおかしい？」

「なんとなくおかしいのはわかるけど、いつもうまく報告できない…」

こんな在宅医療・介護現場での「あるある！」を実践形式のシミュレーションコースで学び、適切に対応できるようになりましょう！

在宅医療・介護を受けておられる療養者の状態悪化をいち早く認知・初期対応を行い、他の専門職へ適切に報告するためのシミュレーションコース、通称「在宅RESCUEコース」が第6回在宅医療連合学会大会にて開催されます！

参加者の皆様にはE-learning（1時間程度）およびプレテストを用いて事前学習をしていただき、当日は成人教育法を用いたシミュレーション教育で学びを深めます。

開催に際して、希望者には万全の感染対策を提供いたします。どうぞ安心してご参加ください！

座長：宮本 雄気 ミヤモト ユウキ

よしき往診クリニック／京都府立医科大学 救急医療学教室

【座長略歴】

2012年 京都府立医科大学卒業。湘南鎌倉総合病院で初期研修の後、京都府立医科大学 救急医療学教室などで救急・集中治療に携わる。2016年より医療法人双樹会 よしき往診クリニックにて在宅医療にも従事。その後、東京大学 医学系研究科 公共健康医学専攻を経て2021年より現所属。2021年2月より京都府新型コロナウイルス感染症 在宅フォローアップチーム（KISA2隊）を立ち上げ、全国に先駆けて新型コロナウイルス感染症患者に対する在宅医療の提供を行った。

現在も「在宅医療」と「救急医療」の協働で医療はもっとよくなる！をモットーに活動している。

資格等：

日本救急医学会 救急科専門医

日本集中治療学会 集中治療専門医

日本在宅医療連合学会 評議員

公衆衛生学修士

NPO法人 EM Alliance 理事

日本DMAT隊員

HS3-1

村上 成美 ムラカミ シゲミ
医療法人社団都会 渡辺西賀茂診療所

交流集会1

在宅MSW交流会

EM1

【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おりますが、1人職場であったり、近隣に在宅療養支援診療所のMSWが不在であることによって、身近に相談できるような体制や関係性が構築しにくい状況にあります。

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を行い、それぞれのネットワーク化に役立つような交流会を実施します。

座長：西出 真悟 ニシデ シンゴ

オレンジホームケアクリニック

【座長略歴】

社会福祉学修士、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員。介護施設にて7年間高齢者福祉を实践後、2011年よりオレンジホームケアクリニック（福井県）のMSWとして在宅医療分野におけるソーシャルワークを实践。2022年に在宅医療のMSW有志と共に「在宅MSW盛り上げ隊」を結成し、定期的な勉強会や交流会の企画運営を行っている。

EM1-1

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 副隊長・事務局

【演者略歴】

社会福祉士、修士（福祉社会科学）。2005年から病院や行政の現場で医療ソーシャルワーク実践をしている。実践の傍ら大学非常勤講師、スーパービジョン等の教育も行っている。2022年に在宅医療のソーシャルワーカーの有志と「在宅MSW盛り上げ隊」を結成し、事務局とグループスーパービジョンのスーパーバイザーとして役割を担っている。定期的な勉強会・交流会を通して在宅医療のソーシャルワーカーの知識・技術・ネットワークの構築を行っている。

交流集会2

在宅医療インテグレーター養成講座受講後の活動についてみんなで語ろう！！

EM2

【セッション概要】

コロナウイルス感染症拡大をきっかけにオンライン開催となっている本講座。遠方の方にも受講していただけるという大きなメリットはありますが、なかなか受講生同士のつながりを作ることが難しいという声をいただいています。

講座修了者がその後どのように考え、取り組んでいるか、直接会って語り合いませんか？

当日は、様々な職種や地域（あるいは同じ職種や同じ地域）のいろいろな修了者とお話いただく機会を作りたく、ワールドカフェスタイルを取り入れる予定です。皆様に直接お目にかかることを楽しみにしております！！

司会：上田 まゆら ウエダ マユラ

医療法人社団 青い鳥会

【司会略歴】

2000年 日本女子大学人間社会学部社会福祉学科卒業
2002年 日本女子大学人間社会研究科社会福祉学専攻博士課程前期修了（社会福祉学修士）
2002年 神奈川県警友会けいゆう病院勤務
2007年 University of Washington School of Social Work Master of Social Work 修了
2008年 日本女子大学人間社会学部社会福祉学科勤務
2013年～ 現職

司会：佐藤 杏 サトウ キョウ

成育医療研究センター

【司会略歴】

2003年 文京学院大学人間学部人間学科福祉心理専攻卒業
2003年 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院
2011年 公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会災害支援本文石巻現地担当
2012年～ 現職

交流集会3

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

EM3

【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、在宅療養支援診療所に勤務する看護師（以下、診療同行看護師）の活動の場が増えています。しかし、在宅においての訪問看護師、病院やクリニックにおいての外来看護師、病棟における病棟看護師とは違う、診療同行看護師に対する認知度は低く、また、診療同行看護師自身も手探りで役割を見出しているのではないのでしょうか。

本交流会では、診療同行看護師を対象とした研究結果の報告を基に、新しい看護の役割への気づきを共有すると共に、診療同行看護師同士で、日頃の実践を共有し合い交流を深め、明日からの活力になるような機会に繋げていければと思っています。

座長：手渡 和子 テド カズコ

独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター

【座長略歴】

1995年 独立行政法人国立病院機構千葉医療センター勤務（現在）

2012年 緩和ケア認定看護師資格習得

2022年 淑徳大学大学院看護学研究科 看護学専攻修士課程修了

2024年 緩和ケアチーム専従看護師

座長：湊 由美香 ミナト ユミカ

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

日本難病看護学会 難病看護師

交流集会4

看看連携を考えるケース検討会

～地域包括支援センターが中心となって 在宅療養を支えた事例を手掛かりに～

EM4

【セッション概要】

多様な場の看護職が連携しあうことで、看護専門職ならではの支援、すなわち医療と生活を統合した支援の継続ができ療養者の意向を尊重した地域ケアの推進につながる。しかし活発な看看連携の実践報告はあまりない。千葉市では2022年に看護職同志が顔を合わせそれぞれの活動やケアに関する思いや考えを知ることを目的に、有志が中心となって「千葉市の看看連携を考える会」を立ち上げた。ケース検討会やワールドカフェを年2回実施している。

この交流集会では、ケース検討会で取り上げ参加者が多くの学びを得たケースを紹介し、参加者とともに多様な視点から地域における看護職の活動や連携について話合う。

ケースは、在宅療養している終末期がん患者の家族から相談を受けた地域包括支援センターの看護師が中心となり、病院の地域連携室看護師、訪問看護師などの看護職、医師を含む多職種と効果的に連携し在宅療養を支援した事例である。

座長：中野 敦史 ナカノ アツシ

千葉市立青葉病院

【座長略歴】

1998年国立千葉病院（現 国立病院機構千葉医療センター）附属看護学校を卒業後、国立千葉病院に看護師として入職し、手術室配属となる。2002年からは千葉市立青葉病院手術室、混合病棟などで看護師として勤務する。2013年に看護師長となり、内科・小児科病棟などを経て、2017年より7年間地域連携室室長を務め、2024年4月から、整形外科病棟師長となる。

座長：吉田 千文 ヨシダ チフミ

前聖路加国際大学

【座長略歴】

千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程修了。博士（看護学）。

千葉大学医学部附属病院、自動車事故対策センター附属千葉亮穂センター、およびセコメディック病院で臨床看護、退院調整・訪問看護、看護管理を行う。

千葉大学看護学部COE、千葉県立保健医療大学健康科学部教授、聖路加国際大学教授を経て2024年3月まで常磐大学教授。

EM4-1

宮腰 彩乃 千葉市あんしんケアセンター幕張

EM4-2

佐藤 富子 元まくはり訪問看護ステーション

ファシリテーター

千葉市の看看連携を考える会 中心となっているメンバー

吉田 千文	前聖路加国際大学
中野 敦史	千葉市立青葉病院
山崎 潤子	緑が丘訪問看護ステーション
症司美佐子	宮野木訪問看護ステーション
奥村恵美子	最成病院
島村 敦子	東邦大学健康科学部
菅谷 綾子	東邦大学健康科学部
雑賀 真紀	さいが居宅介護支援事業所
南山千佳子	井上記念病院訪問看護ステーション
野崎 満巳	あいず訪問看護ステーション
吉田 愛子	Contrea株式会社
清水真之介	OA総研
臼井 智子	千葉大学

交流集会5

在支診薬剤師という働き方

EM5

【セッション概要】

われわれは、在宅療養支援診療所（以下、在支診）に勤務する薬剤師として、2017年に在宅療養支援診療所薬剤師連絡会を組織し、業務上の相談をはじめとする在支診薬剤師同士の交流を図るコミュニティを運営している。2021年には、「在支診薬剤師という働き方」という書籍を発刊した。その中には、在支診薬剤師に求められる役割は勤務先や地域における役割に応じてさまざまであると記載されている。さらに役割や業務内容のみならず、雇用の流れはどうなっているのか一般化されたモデルがないため、質問や相談を受ける機会が少なくない。

本企画においては、「在支診薬剤師という働き方」を実践する4名の薬剤師が業務内容や雇用をテーマにした意見交換を行う。テーマごとに、会場の参加者も交えて意見交換をし、在支診薬剤師という薬剤師のキャリアデザインについて議論する機会としたい。

座長：串田 一樹 クシダ カズキ

昭和薬科大学

【座長略歴】

1974年 昭和薬科大学 卒業 物理学研究室

2001年 昭和薬科大学 医療薬学教育研究施設

2015年 昭和薬科大学 地域連携薬局イノベーション講座

2021年 昭和薬科大学 退職

同年 昭和薬科大学 社会薬学研究室 研究員（現在に至る）

EM5-1

餅原 弘樹 モチハラ ヒロキ
医療法人社団いぶきの森 のぞみの花クリニック

【演者略歴】

2007年3月 東京薬科大学薬学部 卒業
2007年4月～ 保険薬局勤務
2017年3月～ のぞみの花クリニック 入職
2023年1月～ 医療法人社団いぶきの森 のぞみの花クリニック（法人化による名称変更）現在に至る

EM5-2

大須賀 悠子 オオスガ ユウコ
医療法人社団フィーカ

【演者略歴】

東邦大学大学院薬学研究科修了
石心会狭山病院（現 社会医療法人財団石心会埼玉石心会病院）薬剤室勤務ののち、都内保険薬局に勤務
2013年から2023年まで医療法人社団プラタナス桜新町アーバンクリニックに参画
在宅医療部にて院内薬剤師として専任勤務
2023年11月から医療法人社団フィーカに参画
在宅療養支援診療所薬剤師連絡会 代表理事

EM5-3

佐久間 詠理 サクマ エリ
医療法人社団淳友会 わたホームクリニック

【演者略歴】

1986年 東邦大学薬学部卒業
1986年 明治製菓株式会社
1987年 新橋調剤薬局
1999年 株式会社水戸薬局
2013年 医療法人社団淳友会 わたクリニック
現在に至る

EM5-4

天川 雅彦 アマガワ マサヒコ
緩和ケア診療所・いっぽ 連携室

【演者略歴】

平成13年 東京薬科大学薬学部薬学科 卒業
平成13年 株式会社 スギ薬局 入社
平成27年 すずらん診療所 地域連携室長
令和 2年 緩和ケア診療所・いっぽ 連携室長

指導医大会 AD

【セッション概要】

日本在宅医療連合学会認定専門医には「在宅医のプロフェッショナリズム」「継続的支援」「包括的支援」「家族の支援と療養環境の調整」「地域に根差した活動」「在宅医療の質向上への貢献」の6つの資質・能力を獲得することが求められています。在宅医療はセカンドキャリアとして認識されてきており、専門医取得を目指す医師は増加しています。専門医を目指すために、一定期間、当学会が認定した全国各地にある在宅研修機関で研修を行い、専門医を取得する研修プログラムは現在（2024年3月31日時点）163プログラム存在します。

今回のセッションでは多くの専門医を育成している豊田地域医療センターの指導医、研修医の先生方に教育の実際を紹介していただきます。このセッションが指導医の先生方のみならず、実践者コースで今後専門医取得を目指す先生や、プログラム立ち上げを検討している先生方の学びの一助になれば幸いです。

座長：開田 脩平 カイダ シュウヘイ
みらい在宅クリニック

【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 日本在宅医療連合学会専門医委員会(将来構想)委員、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、横浜薬科大学 非常勤講師
2023年 神奈川県立保健福祉大学 非常勤講師

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
2016年 河北総合病院家庭医療プログラムにて家庭医療専門医取得
2017年 戸塚区医師会在宅医療担当理事就任
2020年 東戸塚みどり在宅クリニック開設
2023年 日本在宅医療連合学会 指導医

AD-1

在宅医療研修プログラムに人を集めるコツとその運営について

近藤 敬太^{1,3} コンドウ ケイタ
千田 修平² センダ シュウヘイ

¹ 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

² 豊田地域医療センター 総合診療科 副在宅部門長

³ 藤田医科大学 連携地域医療学

私達は190床の在宅療養支援病院で在宅医療を提供している。以前は大きな特徴がない中小病院の一つであったが、総合診療を中心として病棟～外来～在宅～地域をシームレスに繋ぐコミュニティホスピタルという新たな病院像を掲げ、10年間で約3,000人に在宅医療を提供してきた。コミュニティホスピタルの運営の中で在宅医療は最も重要な要素の一つであり、今後の中小病院運営に欠かせないと考えている。また、当院に特徴的なのは、教育を何よりも重視することで総合診療専門研修プログラムや在宅医療研修プログラムに毎年多くの若手医師を獲得し続けていることである。

当日は、当院の教育内容のやなぜプログラムに人が集まるのか、その詳細についてプログラム責任者とプログラム研修生の立場からお話し、皆さんとディスカッションを行う。在宅医療研修プログラムの運営や研修生の獲得に悩んでいる方は是非参加して欲しい。

【演者略歴】

【著者1】

愛知県豊田市出身。2014年愛知医科大学卒業、トヨタ記念病院にて初期研修、藤田医科大学 総合診療プログラムにて後期研修修了。研修中に藤田医科大学病院、聖路加国際病院などで勤務し2019年に半田中央病院 総合診療科の立ち上げに携わり現職。現在は日本最大規模の総合診療プログラムに指導医として所属し、豊田地域医療センター 在宅医療支援センター長として勤務。豊田市を中心に600名以上の患者さんに対し在宅医療を提供している。

夢は愛知県豊田市を「世界一健康で幸せなまち」にすることであり、豊田市でコミュニティドクターとしても活動。中小病院の新たな概念として注目が集まるコミュニティホスピタルを豊田市から全国へと発信している。

・コミュニティドクターについて：<https://kangotamago.com/2021/01/23/community-doctor/>

・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について：<https://cch-a.jp/>

【著者2】

奈良県奈良市出身。2018年和歌山県立医科大学卒業、橋本市民病院にて初期研修。和歌山総合診療プログラム、一期生として後期研修を修了。研修中に和歌山県立医科大学紀北分院にて、在宅部門の立ち上げに参加。2023年より、現職。藤田医科大学 総合診療プログラムの基幹施設、豊田地域医療センターにて、在宅医療研修プログラムを開始。2024年より、総合診療科 副在宅部門長として、勤務。将来は、地元、奈良で在宅医療の展開が目標。

利益相反：無

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初回のOSCE講習会にあたる。

座長：木下 幹雄 キノシタ ミキオ
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

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

栗原 健 クリハラ タケシ
くりはら皮フ形成外科

内藤 亜由美 ナイトウ アユミ
湘南医療大学保健医療学部看護学科

間宮 直子 マミヤ ナオコ
大阪府済生会吹田病院

スポンサードシンポジウム

笹川保健財団の在宅看護支援 ～日本財団在宅看護センターネットワーク10年の経過から～

SS1

【セッション概要】

国民皆保険制度下で比較的安価な質のよい医療を享受してきたが、現在のわが国は少子超高齢化し、重装備大型医療施設依存では住民ニーズを満たせないうえ、医療福祉経費は増加の一途である。そのため、地域包括ケア制度や介護保険制度が導入されたが、地域保健の主要担い手であるべき看護師の活動や責務は十分認知確立されていない。

2014年来の笹川保健財団の「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は112人を数え、現在全国161事業所（含看多機8）で、看護師、助産師、理学療法士、事務職ら約1300人の職員が活動している。本シンポジウムでは、ネットワークの起業家看護師が、1. 看多機、2. 医療的ケア児、3. リプロダクティブケア、4. 離島支援、5. 地域福祉連携、6. 病院連携について、自らの経験と今後の展望を述べる。また指定発言では、病院連携に関する調査と、令和6年能登半島地震被災地での「ネットワーク」の救援についても取り上げる。

座長：喜多 悦子

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：沼崎 美津子

一般財団法人脳神経疾患研究所／看護小規模多機能型居宅介護事業所（共生型）在宅看護センター結の学校／南東北福島訪問看護センター結

【座長略歴】

福島県立総合衛生学院卒業。福島赤十字病院（整形外科病棟・外来・手術室）勤務後、1994年から福島県看護協会しゃくなげ訪問看護ステーション・しゃくなげ居宅介護支援事業所、2003年南東北福島病院就職、2005年看護部長。2014年日本財団在宅看護センター起業家育成研修1期生として修了し、2016年より現職。

SS1-1

馬場美代子 看護小規模多機能型居宅介護 びりーぶ

SS1-2

丸山美智子 幹はうす

SS1-3

磯野 祐子 地域まるごとケアステーション川崎

SS1-4

小六真千子 訪問看護・リハビリテーションセンター ななかまど中央

SS1-5

儀間真由美 在宅看護センターはなはな

SS1-6

赤瀬 佳代 訪問看護ステーション晴

指定発言

石原 美和 神奈川県立保健福祉大学

スポンサードシンポジウム

Nursing Skillで変わる!! 患者様の人生

—シームレスなより良いナーシングで患者様のwell-beingを支援しよう—

SS2

【セッション概要】

慢性疾患は、緩徐に進行するため、ケアの焦点は治癒にあるのではなく、「病いとともに生きること」にある。また、急性期は病院で治療を受けるが、ケアのほとんどが家庭において行われる。したがって、慢性疾患とともに生きる人々が、在宅で安定期を長く、そして病状の進行時も身体的安定を得て人生に意味を見出し、精神的に充実した生活、すなわちwell-beingに到達するためには、セルフマネジメントが重要である。

では、どのようにセルフマネジメント支援を行えばよいのだろうか。まず、看護師は、患者様が症状を有しながらセルフマネジメント能力を高めることは大きな課題であることを理解する。そして、患者様の病いの体験や大切にしていること、望む生活などを対話により把握する。これらが看護の中核となり、テーラーメイドなケアを導きだすことにつながる。

決して患者様の想い、希望を教えていただく前に、一般的なケアを押しつけてはいけない。

次に、患者様がwell-beingに到達することを強く願い、尊重する、信じる、熱意を示すなど患者教育専門家としての醸し出す雰囲気（河口てる子2018）を大切にしながら、テーラーメイドなケアを提供する。これにより患者様が、医療者に大切にされていることを実感し、医療者に「共にいてほしい」と望むことで、医療者は患者様に真に寄り添い、伴走することが可能となり、その結果、患者様のセルフマネジメント能力の向上に繋がると言える。

本シンポジウムでは、慢性疾患看護のエキスパートの4人のシンポジストから、well-beingをめざしたNursing Skillを可視化しご紹介していただく。より良いナーシングの実践、そして看護の醍醐味、看護の素晴らしさを再認識・共有していただければ幸いである。

座長：武知 由佳子

いきいきクリニック 理事長・院長

座長：竹川 幸恵

大阪はびきの医療センター 慢性疾患看護専門看護師

SS2-1

明日から生かせる！呼吸の観察とアセスメント～見方が分かれば、ケアが変わる！

鬼塚 真紀子

大阪はびきの医療センター 慢性呼吸器疾患看護認定看護師

呼吸は、人が生きていく上でなくてはならない機能の一つである。その呼吸を見る、すなわち呼吸のフィジカルアセスメントを行う際に、的確な観察・アセスメントを行い、患者様の状況変化・異常に気付くことができるのか、もしくは見逃して急変に繋がってしまうのか、まさに医療者の能力が問われるところとなる。さらに、患者様を生活者として捉えケアする看護師が実践するフィジカルアセスメントには、モニタリングから得た生体情報を患者様とともに評価する過程で患者様をエンパワメントし、かつ患者様の健康状態に即した必要なケア方法を決定するという効果がある（芳賀ら 2003）ことが明らかになっている。これらのことより、フィジカルアセスメントは在宅療養中の患者様の生活を支え、患者様がwell-beingへ到達するために欠かすことのできない技術と言える。

しかし、呼吸のフィジカルアセスメントは、「覚えることが多すぎて、何年たっても自信が持てない」という意見をよく耳にする。また、「息苦しいと言われるがSpO2は毎回98%以上と良好なため、特にすることがなくて困っている」「SpO2が低い日は酸素を増量してよいのか？」など、訪問場面での悩み事の相談を受ける機会があり、慢性呼吸不全患者様との関わりの中で、アセスメントとケアに困惑している訪問看護師が少なくないことが窺える。

そこで、本シンポジウムでは、訪問看護の場面で遭遇しやすい呼吸に関する症状とその観察・アセスメント（主に視診）、必要なケアについて、前述した相談内容も盛り込みながら解説したい。

利益相反：無

SS2-2

息切れとともに暮らすことにどう関わるか

今戸 美奈子

高槻赤十字病院 慢性疾患看護専門看護師

慢性的な息切れは、その程度が進行するにつれ、普段の暮らしを形成する様々な活動を制限し、身体機能の低下や心理社会的な影響を含む全人的な苦痛をもたらす。そのため、可能な限り息切れがあっても、望む暮らしを続けていくことができるようにと、看護師は様々なケアを行っている。息切れに関わる観察とともに呼吸法やゆっくり動くこと、動作方法の工夫といったセルフケアの教育、環境調整などである。だが、実際には看護師がケアに困難を感じる場面も多く、「呼吸法や動作法などを、現実の生活に取り入れて実践してもらうことが難しい」「息切れが進行して動けないような段階で関わり始めた場合に、どう支援したらよいかわからない」などの声を聞くことが多い。演者自身もその難しさを日々実感している。そこで、息切れに対するケアを考える一つの枠組みとして、Larson, PJ (1999) による症状マネジメントの統合的アプローチを紹介する。このアプローチは、症状はその人が体験する主観的なものであり、24時間その症状を体験している本人が最もその対応に熟練しているという考えに基づき、症状の体験や対処方略を吟味し、その人のセルフケア能力に応じて、提供するケアの内容を決定していくものである。息切れの体験は、その人がとる対処方略に影響し、その結果は次の体験に影響するため、ケアを考える上で核となることは「その人の息切れの体験を理解する」ことと考える。他者の体験を理解することは、容易なことではなく限界もあるが、ただ看護師として理解したいと思いながら関わり、それが対象者に伝わることでケアの結果は変わる可能性があると感じている。息切れとともに暮らす人々に、看護師としてどう関心を寄せるのかについて共に考える機会になれば幸いである。

利益相反：無

SS2-3

病棟・在宅とともに紡ぐ看護外来のあり方

渡部 妙子

大阪はびきの医療センター 慢性呼吸器疾患看護認定看護師

呼吸器疾患患者様が自分の望む安定した生活を送っていくためには、セルフマネジメントが必要である。在院日数の短縮化により早期のセルフマネジメント支援が必要になるが、高齢化社会となった日本では、原疾患の進行とあわせて身体機能・認知機能の低下により、支援が十分できずに退院するケースも少なくない。退院時カンファレンスや看護サマリーなどを通じた連絡・調整を行い、病棟・外来・在宅間のシームレスな看護を目指して取り組んでいるのが現状である。

当センターでは2006年より呼吸器看護専門外来を立ち上げ、現在では慢性疾患看護専門看護師、慢性呼吸器疾患看護認定看護師の4名にて平日運営している。患者様との対話を通して価値観や療養生活などを知り、個別的な知識・技術を提供しながら行動変容を見守っている。1-3か月ごとの外来通院時にその評価を行い、患者様とともに療養生活を再構築できるように支援するが、患者様の生活拠点である在宅と連携を図ればより細やかなケアが可能となる。患者様を取り巻くチーム連携により患者様は安心感を得ることができ、タイムリーなフィードバックにより自己効力感、アドヒアランス向上に繋がることから、在宅との連携は重要である。

本シンポジウムでは、病棟を退院した患者様が自身の望む安定した在宅生活を継続していくための中継地点としてどのような関わりを行っているか、在宅での日常を支える訪問看護とどのような連携を行っているかなど、well-beingを目指して紡ぐ一糸として当センター看護外来での取り組みをご紹介します。

利益相反：無

SS2-4

アドバンス・ケア・プランニングの道しるべ～シームレスな支援を目指して～

竹川 幸恵

大阪はびきの医療センター 慢性疾患看護専門看護師

アドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）とは、患者様・ご家族・医療者が対話を通じて患者様の価値観を明らかにし、これからの治療・ケアの目標を明確にするプロセスであり、人生に意味を見出し充実した生活すなわちwell-beingを送るための支援として重要である。

しかし、「ACPは開始のタイミングや具体的な介入方法がわからない」「終末期に関する話をする事で患者様が希望を失うのでないか不安がある」などの理由で、積極的に実践されているとはいいがたく、シームレスな支援も不十分な現状である。

では、私たちは、ACPを促進するためにはどのようにすればよいのだろうか。まず、ACPは、患者様の人生の最終段階に焦点をあて医療やケアの事前指示を得ることではなく、対話により患者様が価値観に気づき、病いとともにどのように生きていきたいのか言語化しwell-beingを支える貴重な営みであると認識することが重要である。

次に、ACPの介入方法を理解することである。医師は、今後病気がどのように進行し、どのような治療が必要か、患者様に的確に伝える。看護師は、患者様を生活者として捉え、患者様の大切にしていること、生きがいなど価値観や望む生き方を対話で導き出す。これは、看護師はすでに実践しているにもかかわらず、「ACP」という言葉で難しいと錯覚している。当センターでは、介入のプロセスと対話の方法をわかりやすく示している「患者との話し合いの手引き（Serious illness Conversation Guide：SICG）」を参考にしてACP支援を推奨しており、看護師のACPに対する困難感は軽減しACP介入は増加している。

本シンポジウムでは、当センターで活用しているSICGや、発展途上ではあるがシームレスな支援の工夫について症例を交えながらご紹介する。ACPへの理解が深まり、ACPのシームレスな実践へと繋がれたら幸いである。

利益相反：無

スポンサードシンポジウム

患者安全へ紡ぐ希望の光になるか？

～経鼻栄養チューブ誤挿入による医療事故ゼロを目指した「生体透過光」による位置確認～

SS3

【セッション概要】

○経鼻胃管挿入後の位置確認の現状と課題

医療事故調査・支援センター、一般社団法人日本医療安全調査機構から発刊されている「医療事故の再発防止に向けた提言第6号」には「臨床現場で頻用されている、いわゆる気泡音による位置確認が不確実であるということは、これまで繰り返し指摘されてきているものの、依然として気泡音による不確実な確認による死亡事例が報告されている。この背景には、これに代わる簡便な方法が確立されていないことと、気泡音による確認が不確実であるとの認識が十分周知されていないことがあるように思われる。」と記載されている。

また「静脈経腸栄養ガイドライン－第3版－」では「経鼻カテーテル留置後には、カテーテルの先端位置をX線撮影などの適切な方法で確認する。」と記載されているものの、在宅医療の場合だとX線撮影のための設備面での課題がある。

○タムガイド[®]について

タムガイド[®]は、経鼻胃管（栄養チューブ）内に挿入した光ファイバーの先端から発する生体透過光を体外から目視することにより、経鼻胃管挿入時の先端位置を確認できる医療機器である。従来の経鼻胃管挿入後の位置確認方法に加えタムガイド[®]を使用することにより、誤挿入リスクが低減されることが期待されている。

○本シンポジウムについて

本シンポジウムではタムガイド[®]を使用した場所（病院・在宅）や患者（高齢者・小児）が異なる内容で構成されている。

それぞれの立場からタムガイド[®]使用の背景、安全に使用するためのポイント、そして「患者安全に紡ぐ希望の光になるか？」について討議いただく。

座長：鈴木 裕

国際医療福祉大学

【座長略歴】

昭和56年(1981) 4月	東京慈恵会医科大学入学
昭和62年(1987) 3月	東京慈恵会医科大学卒業
昭和62年(1987) 5月	第81回医師国家試験合格
昭和62年(1987) 5月	東京慈恵会医科大学附属病院整形外科教室
平成元年(1989) 5月	東京慈恵会医科大学第2外科入局
平成 5年(1993)10月	富士市立中央病院外科勤務
平成 9年(1997) 1月	東京慈恵会医科大学附属病院第2外科勤務
平成12年(2000) 4月	東京慈恵会医科大学 外科学講座講師
平成17年(2005) 4月	東京慈恵会医科大学 外科医局長
平成20年(2008) 4月	国際医療福祉大学病院 外科上席部長 (国際医療福祉大学教授)
平成25年(2013) 4月	国際医療福祉大学病院 副院長
平成29年(2017) 4月	国際医療福祉大学 医学部 消化器外科 教授
令和 4年(2022) 4月	国際医療福祉大学病院 病院長 就任
現在に至る	

座長：中島 朋子

東久留米白十字訪問看護ステーション

【座長略歴】

1986年	看護師資格取得
1995年～	訪問看護に従事 医療法人の訪問看護ステーションで所長
2007年～	東久留米白十字訪問看護ステーション 所長
2021年～	全国訪問看護事業協会 常務理事
2003年	緩和ケア認定看護師
2016年	在宅看護専門看護師
2022年	主任介護支援専門員

SS3-1

タムガイド（生体透過光を用いた新規経鼻胃管留置確認デバイス）で在宅での胃管留置をより安全に～有用性と使用Point～

高橋 潤次

国際医療福祉大学

●タムガイドの必要性

経鼻胃管の誤挿入、誤注入による死亡例は相当数あり、世界的に解決策が望まれている。従来方法であるレントゲン透視検査は、コスト・放射線被曝の問題があり、そもそもレントゲン設備のない施設や在宅医療においては誤挿入を完全には把握できない。特に在宅医療への患者移行が望まれる日本において、この問題は深刻であり、在宅でも使用可能な、簡便かつ安価で確実性のある新しいモダリティが求められていた。タムガイドは生体透過光を用いた経鼻胃管の胃内留置デバイスとして2022年11月1日に保険承認を得、経鼻胃管に纏わる諸問題の解決が期待されている。

●タムガイドの有用性

成人に対して全身麻酔時にタムガイドを用いて胃管挿入した102症例の検討では感度89%、特異度100%であった。

●タムガイドの使用Point

【準備】 タムガイドのカテーテルへの挿入は、カテーテル先端から2cm程手前に留める。また観察の際には部屋を暗くした状態での観察が必要である。

【挿入】 従来通りに正中からまっすぐに挿入する。

【胃内挿入直後】 胃内に入っただけでは、光は確認できない。これはカテーテル先端と胃壁、腹壁が隣接した状態にならないと光は確認できないためである。

【胃内走行】 カテーテルの挿入を続けると先端は胃底部に向かう。胃底部は、体表では左肋間に相当し、同部で光を確認できることが多い。左肋間で光が確認できない場合には押し引きを数回繰り返すことで、カテーテル先端が胃体部へ向かい、腹壁で光を確認できる。

【留置】 光を確認した後に、カテーテルからタムガイドを抜去する。この際に鼻腔に対してカテーテルが直線化させる。カテーテルの弯曲が多いと抜去に抵抗が出る場合があり、体外での弯曲がない状態を作ることが必要である。

利益相反：無

SS3-2

在宅領域における経鼻栄養チューブの位置確認方法について

泰川 恵吾

医療法人 鳥伝白川会 ドクターゴン診療所

はじめに：在宅医療で経鼻胃管を交換する際、かつては胃液逆流やエア注入音による確認が行われることが多かったが、これらの方法は確実性に欠けていた。エコーによる確認は症例によっては可能ではあるが、健康保険法で認められていない。ポータブルレントゲンによる確認は確実で健康保険法で認められているが、装置が大きく煩雑である。経鼻胃管先端位置確認システム（以下、タムガイド[®]）は、我が国の健康保険において、レントゲン以外で経鼻胃管先端位置確認法として認められた唯一の装置である。タムガイド[®]を使用した在宅経鼻胃管交換の経験を紹介する。方法：当医療法人で訪問診療している患者の経鼻胃管交換にタムガイド[®]を用い、挿入先端位置の確認を行った。その手技、問題点について検討した。

結果：2022年12月27日から2024年3月31日の期間に8例25回の経鼻胃管交換を実施した。6例では生体透過光が明確に目視された。2例では透過光が弱かったが目視できた。1例では最初に1.5mmのファイバーを用いたところ挿入困難のため、1.0mmを使用して挿入した。他1例では、逆に1.0mmのファイバーが挿入困難で、1.5mmで挿入できた。この症例は左上肢の拘縮で光が確認しにくいため、最初の交換時にレントゲンを併用した。タムガイドが点灯しないことが1回あった。

考察：手技には通常の経鼻胃管挿入と大きな違いが無い。2例で透過光が弱かった原因は、1: 横行結腸が胃の前面にある。2: 脊椎側弯と腕拘縮が強かった。スマートフォンで撮影すると、肉眼より光が明確に確認できた。1.5mmのファイバーは光量が強く確認しやすいが、コシが強く挿入しにくいケースがあった。1.0mmは柔らかいが、光量が弱く確認し難いケースがあった。1.5mmのほうが挿入しやすい症例が1例あった。症例ごとに適正なファイバーを選択する必要がある。点灯しなかったケースは、術者の操作手順が違ったと考えている。最初の交換にレントゲン併用で施行すると確実性が高い。

利益相反：無

SS3-3

小児在宅患者へのタムガイドの使用経験

松本 務

あおぞら診療所高知潮江

小児の経管栄養法管理においては、新生児期から経管栄養法を必要とするケースと、成長や病状の進行に伴い学童期や思春期頃から経管栄養法が導入されるケースがあり、いずれの場合も全身麻酔や手術が必要ではない経鼻胃管が第一選択となることが多い。在宅では経鼻胃管は主に家族や訪問看護師により定期的に交換され、留置の確認方法は気泡音の聴取および胃内容の吸引による場合が多い。

今回、小児在宅患者へのタムガイドの使用経験について報告をする。経鼻胃管にタムガイドファイバーを挿入する際には、ファイバーの抜去困難への対応として事前にタムガイドファイバーの先端に少量のオリーブオイルを塗布した。タムガイドファイバーは経鼻胃管先端からの突き抜け防止と、挿入時の抵抗の軽減を考えて経鼻胃管先端の3-5cm手前までの挿入とした。成人例では前頸部で赤色光が確認できることが気管への誤挿入を疑うサインとされるが、全例で頸部通過時に赤色光が確認された。食道と体表面までの距離が近い解剖学的な要因が考えられる。経鼻胃管の留置の確認は左側胸部での赤色光の確認と、従来からの気泡音の聴取、胃内容の吸引を併用した。留置時に赤色光が確認できないケースがあり、側弯の影響や解剖学的な位置関係により胃内の留置部位と体表面までの距離が遠いことが原因として考えられた。

使用経験からは、従来挿入が困難とされていたケースでもタムガイドファイバーがガイドワイヤーとして働き、留置そのものがしやすくなった。留置の確認も家族と一緒に目視でできるため安心感がある。また挿入が困難な場合でも口腔内、頸部で赤色光が確認でき、先端の位置が分かることから家族への説明がしやすく、納得が得られやすく理解度が上がる印象がある。

発表では挿入時の動画の供覧を行い、赤色光が確認できない症例についてCT画像を参考に若干の考察を加える。

利益相反：無

SS3-4

タムガイドを使用した経鼻経管栄養チューブ挿入の有効性に関する調査

井口 朋子

富家病院 看護部長

富家病院は、埼玉県ふじみ野市にあるベッド数261床の療養病床を中心とした慢性期の病院である。富家病院の大きな取り組みのひとつに身体拘束・抑制の撤廃があげられる。

経鼻経管栄養とは鼻の穴からチューブを通して体内に栄養を注入することをいい、短期間で嚥下障害が治りそうな患者に向いている。また挿入時、装着中は不快感や苦痛を伴うことがある。メリットは、穴を開けるための手術の必要がないこと、口からの栄養摂取が可能になれば、すぐにやめることができることがあげられる。デメリットは、不快感から、特に認知症の患者の場合は本人が引き抜いてしまうおそれがあること、チューブの交換時には苦痛を伴う可能性があること、装着しているときの見た目がよくないことがあげられる。特に誤挿入や注入中の自己抜去では誤嚥という生死にかかわるリスクがある。2024年5月現在の経鼻経管栄養の患者数は18名だった。長期療養患者は、嚥下の訓練も長期に渡ることが多く、経管栄養が2週間以上続く場合、嚥下訓練のためにも胃瘻を検討する。そのため胃瘻患者は126名と多い。経管栄養患者のうち、何らかの理由で胃瘻や腸瘻などに移行できず、経口摂取も困難な12.5%の患者が経鼻経管栄養を余儀なくされている。現在、安全に挿入する対策として、胃泡音の確認、胃内容物の吸引、呼気ガスディテクタの使用、レントゲンで確認などを行っているが、胃泡音は誤認が多く、胃内容物は引けないことも多い。呼気ガスディテクタは、1000円くらい費用がかかり、レントゲンは被ばくや時間帯の制限、移動の負担があった。タムガイドを使用すれば、2000円ほどの費用は掛かってしまうが、なにより安心と安全の確保、患者の苦痛の軽減ができるのではないかと考え導入を決めた。導入後に経鼻経管栄養チューブ挿入した医師・看護師に調査を行い、タムガイド使用と未使用での比較をしたため報告する。

利益相反：無

ランチョンセミナー

患者満足度の最大化を目指したボツリヌス療法

LS1

座長：石垣 泰則

医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック 院長

【座長略歴】

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

2019年 一般社団法人日本在宅医療連合学会 代表理事 副会長

LS1-1

在宅におけるボツリヌス療法について

石垣 泰則

医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック 院長

在宅療養者にとって、痙縮は歩行をはじめ日常生活を阻害する厄介な症状である。また、痛みや衛生管理上の阻害因子となり、QOLを大きく損なっているケースにも遭遇する。ボツリヌス療法は生活期のリハビリテーション医療に有効であるが、その適応には十分な配慮を必要とする。

急性期あるいは回復期の治療を終えた患者の多くが、在宅医療を受け、療養している。麻痺や痙縮を受容しているケースもある反面、日常生活に大きな困難を生じ、介護を受けている療養者も多い。このような患者の中には、痙縮を軽減することで日常生活活動が著しく改善する場合もある。

近年、重度の原発性腋窩多汗症や神経因性膀胱など痙縮以外の症状に対するボツリヌス療法の有効性が注目されている。本セッションではボツリヌス療法について解説し、生活期における在宅療養者のQOLを向上させるための有効な戦略について検討する。

【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

2019年 一般社団法人日本在宅医療連合学会 代表理事 副会長

利益相反：無

LS1-2

在宅におけるボツリヌス療法を用いた痙縮治療の実例

藤原 俊之

順天堂大学大学院医学研究科 リハビリテーション医学 主任教授

脳卒中をはじめとする、いわゆる上位運動ニューロンの障害では麻痺とともに痙縮が運動障害ならびに日常生活動作（Activities of daily living; ADL）に大きな影響を与える。

痙縮に対する治療には薬物療法、ボツリヌス療法、フェノールブロック、バクロフェン髄腔内投与、外科的手術として選択的後根切除術、末梢神経縮小術、腱延長術などがある。

リハビリテーション医療の現場において問題となる局所的な痙縮に対してはボツリヌス療法が選択されることが多い。痙縮治療の目的は痙縮をコントロールすることである。そこで痙縮治療の目的は1) Pain（疼痛）、2) Passive range of motion（ROM）、（他動的関節可動域）3) Active motor function（運動機能）の3つに分けて考えるとわかりやすい。またその効果を最大限にするためには、まずは標的筋を定めることにある。標的筋が定まったら、その筋に正確に施注する必要がある。また特に動作の改善を目指す場合には、どれくらい痙縮を減弱させるか、施注量の選定も重要である。

本講演では特に生活期における在宅患者における痙縮の問題点とその診断、ボツリヌス療法の実際について自験例を含めて概説する予定である。

【演者略歴】

現職

順天堂大学大学院医学研究科リハビリテーション医学 主任教授

順天堂大学医学部リハビリテーション医学 教授

順天堂大学大学院医学研究科機能修復治療学講座 教授

順天堂大学保健医療学部理学療法学科 学科長 教授

学歴・職歴

1993年 福井医科大学医学部医学科卒業

1993年 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室入局

1995年 5月 国立療養所東埼玉病院リハビリテーション科医員

1995年11月 宮崎市郡医師会病院医員

1996年 5月 国立療養所村山病院リハビリテーション科医員

1997年 9月 慶應義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター助手

2000年 1月 埼玉県総合リハビリテーションセンター医員

2002年 4月 Institute of Neurology (London, UK) Research Fellow (Prof. John Rothwell)

2003年 4月 国立東埼玉病院リハビリテーション科医長

2004年 7月 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室助手

2005年 9月 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室専任講師

2014年 4月 東海大学医学部専門診療学系リハビリテーション科学 准教授

2017年 1月 順天堂大学大学院医学研究科リハビリテーション医学 教授

順天堂大学医学部リハビリテーション医学 教授

2019年 4月 順天堂大学保健医療学部理学療法学科 学科長・教授（併任）

主な免許、資格

博士（医学）（平成14年 慶應義塾大学 3585号）

日本リハビリテーション医学会認定臨床医、日本リハビリテーション医学会専門医、日本リハビリテーション医学会指導医、義肢装具等適合判定医、身体障害者福祉法第15条指定医、日本臨床神経生理学会専門医（筋電図・神経電伝導検査）、日本臨床神経生理学会指導医（筋電図・神経電伝導検査）、障がい者スポーツ医、義肢装具専門医、日本ニューロリハビリテーション学会専門医

利益相反：無

ランチョンセミナー

変わり始めた神経免疫疾患の治療とケア

LS2

座長：荻野 美恵子

国際医療福祉大学医学部 医学教育統括センター 教授

国際医療福祉大学医学部 脳神経内科学 教授

【座長略歴】

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

1985年 北里大学医学部卒業

1992年～5年 米国コロンビア大学留学

1994年 北里大学医学部大学院修了（医学博士学位取得）

2000年 北里大学医学部神経内科学講師

2005年 東京大学大学院医療倫理人材養成講座（CBEL）修了

2006年～08年3月 東京医科歯科大学大学院医療政策学修士課程卒業（医療政策学修士取得）

2014年12月 北里大学医学部附属新世紀医療開発センター横断的医療領域開発部門包括ケア全人医療学講師

2017年 3月 同准教授

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

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

2024年 4月 国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター国際医療者教育学教授

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

厚労科研「難治性疾患の医療費構造に関する研究」班 主任研究者（平成20年度～平成22年度）

学会等理事：日本神経治療学会、日本在宅医療連合学会、内科系学会社会保険連合、日本エンドオブライフケア学会、日本難病医療ネットワーク学会

学会等評議員：日本神経学会、日本神経免疫学会、日本臨床死生学会 他、

難病情報センター運営委員

LS2-1

新薬登場で変わった神経難病の治療：MG/NMOSDを中心に

横山 和正

東静岡神経センター 院長

順天堂大学医学部 脳神経内科 非常勤講師

神経免疫疾患である重症筋無力症（MG; myasthenia gravis）、視神経脊髄炎スペクトラム障害（NMOSD; neuromyelitis optica spectrum disorder）は、新薬の開発が活発に行われ数年で治療環境が大きく変化した難病である。

MGは、全身型、眼筋型に分けられ、全身型は、抗アセチルコリン受容体抗体が検出される群、抗MuSK抗体が検出される群、前記病原性自己抗体が検出されない群の3群に分けられる。抗アセチルコリン受容体抗体陽性であれば、難治性MGのみに使用は限られるが上市されているすべての分子標的薬（補体阻害薬が3剤、胎児性FcRn阻害薬が2剤）が保険適用である。陰性例では胎児型FcRnの阻害薬のみ使用可能である。このように多くの治療薬が登場した現在MG臨床の場面では従来のステロイド剤、免疫抑制剤に加え、新規薬剤の使い分けが求められている。また、ガイドラインで推奨されている治療目標（MM；minimal manifestation 5mg）があるものの、病原性自己抗体が検出される患者群の解析では、約20%が目標に到達できずにいる。このあたりが現治療の限界なのかもしれない。

NMOSDは、無治療では再発を繰り返すことで障害が蓄積し、1回のアタックで失明や車いす状態、場合によっては、寝たきりになってしまうことが少なくなかった疾患である。多くの分子生物薬が相次いで上市されたことで治療環境が大きく改善した。現在、水チャンネルに対しての病原性抗体である抗AQP4抗体が検出される場合、補体阻害薬2剤、B細胞を除去する薬剤2剤、IL-6受容体阻害薬1剤が保険収載されており、それぞれの薬をどのように使い分けるかが課題として残っている。ラブリズマブの治験データでは治験中の再発ゼロとの報告もされており、実臨床でのデータ蓄積が期待される。効果の立ち上がりが早いという報告があるものの急性期の使用が承認されていない点などUNMET NEEDSに対応しきれない状況である。本セミナーでは、補体阻害薬であるエクリズマブ、ラブリズマブの臨床データを紹介し分子標的薬がどのように神経免疫疾患治療に貢献しているか、今後重篤な患者さんを在宅医療や在宅リハビリテーションへいかにシームレスに移行するかなどに関しても議論する。

利益相反：無

LS2-2

神経難病患者を対象とした看護外来の設置と有用性 ～MS/NMOSD患者との関わりから～

西山 和子

医療法人セレス さっぽろ神経内科病院 理事

多発性硬化症（以下MS）は慢性再発進行性を特徴とする代表的な神経難病である。私は1984年に神経難病患者を対象とした神経内科単科病院に入職し、現在まで直接・間接的にケア提供をしてきた。入職当時は、MS急性期治療としてのステロイドパルス療法があるのみで、再発により症状が増強し障害が残る患者も多く、社会生活の不便や不利益が増えていく患者を前に、看護師としてただ立ち尽くし、悲しく、悔しく、空しい思いばかりが強かった。

2000年、根治には至らないもののMSの再発の頻度や程度、進行を抑制できる疾患修飾薬が発売され、現在は8剤までに増え、疾患修飾療法の選択肢が広がった。そして、MSと診断されていた患者の一部から、視神経脊髄炎スペクトラム障害（以下NMOSD）が独立した疾患単位として確立し、治療法も飛躍的に進歩した。MS/NMOSD患者は、再発頻度が減少し、病気をもちながらも社会で活躍できる可能性が広がった。結果として再発入院の頻度は減少し、さらに、医療者の経験も蓄積され入院が必須であった急性期治療や再発予防薬の導入も外来が中心となった。このように、MS/NMOSD患者の診療や看護提供の場は入院から外来へと移行し、加えて定期検査や処方のため患者の通院頻度も増加した。外来にて担うべき看護職者の役割は大きくなったが、外来において看護師は診療の補助業務が優先されるため、生活者としての患者の支援に関しては限界があった。

そこで、2017年私は看護外来を設置することとした。日本看護協会による「看護外来」の定義は「疾病をもちながら地域で療養・社会生活を営む患者やその家族等に対し、生活が円滑に送れるように、個々の患者やその家族等に応じた特定の専門領域における診療の補助や療養上の世話を提供する場の外来をいう。看護外来では一定の時間と場を確保し、生活にともなう症状の改善や自己管理の支援等を医師や他職種と連携して看護職が主導して行う」とある。当院では、2017年～2021年の間にMS/NMOSD患者74名に対して延べ410回の看護外来を実施し、現在も取り組みを継続している。看護師育成や指導管理料としての評価などの課題や、患者が自身の症状を正確に理解し自分で対応を考えていくことができるようになる過程を支えることの重要性などが明らかになった。

利益相反：無

ランチョンセミナー

LS3

座長：吉澤 孝之

医療法人社団愛語会 要町病院 院長

【座長略歴】

1983年 日本大学医学部医学科卒業

2004年 日本大学医学部呼吸器内科学分野兼任講師

2008年 医療法人社団愛語会要町病院院長

2010年 日本大学医学部呼吸器内科学分野臨床准教授

2018年 日本大学医学部呼吸器内科学分野臨床教授

LS3-1

在宅ケアに役立つ呼吸リハビリテーション ―その心得と基本手技―

千住 秀明

びわこリハビリテーション専門職大学 リハビリテーション学部 学部長・教授

要旨：在宅医療を受ける患者数は2022年95万人2041年には174万人に達すると考えられている。在宅患者の対象疾患は、循環器疾患（高血圧症、心不全）50.1%、認知症32.8%、脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血など）26.2%、骨折・筋骨格系疾患21.6%、糖尿病12.6%が上位5疾患である。呼吸器系疾患は9.1%7位、COPDは、2.4%12位である。

COPDを中心とする呼吸器疾患のADL障害の主たる原因は「息切れ」である。COPD患者がこの息切れと「上手に付き合う」ことができれば、ADLが制限されることは少なくなる。その方法は患者さん自身が呼吸リハビリテーションのHow toを身につけることである。しかし、COPDなど呼吸器疾患を対象とした呼吸リハビリテーションは、入院中の患者には処方されているが、外来で維持目的とした呼吸リハビリテーションを受けられる医療機関は少ない。その原因は、整形クリニックにはリハビリテーション科を標榜している医療機関は多いが、呼吸器クリニックでリハビリテーション科を標榜している医療機関が少ないことにある。加えて、呼吸リハビリテーション料の診療報酬の低さも原因の一つになっている。運動器185点、廃用症候群180点、呼吸リハビリテーション料は175点である。クリニックで行われている呼吸リハビリテーションは、運動器に比べ、10点も低い。ため、廃用症候群で算定している医療機関もあると聞く。

従って、退院した患者が維持を目的とした呼吸リハビリテーションを受診するには、デイケアや訪問看護ステーションなどに所属する看護師、理学療法士、作業療法士が呼吸リハビリテーションの技術を習得し、個々の患者さんに呼吸リハビリテーションを実施する必要がある。

本ランチョンセミナーは、在宅呼吸リハビリテーションの心得と基本手技（呼吸介助、排痰法、呼吸訓練）と日常生活に必要な起居動作、入浴動作など生活の中での工夫、訪問時のチェックポイントなどを紹介する。

【演者略歴】

1974年 3月 九州リハビリテーション大学卒業
4月 星ヶ丘厚生年金病院勤務
1976年12月 国立療養所近畿中央病院
1982年 3月 大阪産業大学工学部機械工学科卒業
1986年 4月 長崎大学医療技術短期大学部 講師
1988年 4月 同 助教授
1999年 7月 医学博士（長崎大学医（医）乙1548号）
2000年12月 Curtin大学 理学療法学科留学（文部省在外研究員）
2001年10月 長崎大学 医学部 保健学科 理学療法学専攻教授
同 理学療法学専攻主任（2006年3月まで）
2006年 4月 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 保健学専攻教授
11月 NHKためしてガッテン出演
2008年 4月 同、理学療法学専攻主任（2012年3月まで）
5月 NHK日曜フォーラム出演
2009年 5月 社団法人日本理学療法協会 協会賞受賞
2010年 4月 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 医療科学専攻 教授
リハビリテーション科学講座 内部障害リハビリテーション学分野
2012年 1月 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会「学会賞」受賞
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会「優秀演題賞」受賞
2013年10月 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会「優秀演題賞」受賞
経産省「日本の医療機器・サービスの海外展開に関する調査事業～
国際呼吸リハビリテーションフォーラムを中国、韓国、日本で主催～
2014年 1月 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会「優秀演題賞」受賞
10月 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会「優秀演題賞」受賞
2015年 3月 長崎大学定年退職
4月 複十字病院 呼吸ケアハビリセンター 部長／長崎大学名誉教授
2016年 1月 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専攻抗酸菌感染症学講座 連携大学院教授
2019年11月 NHK あさイチ 出演
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会「優秀演題賞」受賞
2021年 5月 NHK ガッテン 出演
2022年 3月 公益財団法人結核予防会 複十字病院退職
4月 びわこリハビリテーション専門職大学 リハビリテーション学部 理学療法学科 教授
2024年 4月 びわこリハビリテーション専門職大学 リハビリテーション学部 学部長
[関心領域] 呼吸リハビリテーション・呼吸理学療法・理学療法士教育・在宅医療患者教育・慢性閉塞性肺疾患の疫学・中国韓国の呼吸リハ啓発活動
[著 書] 「呼吸リハビリテーション入門（神陵文庫 単著）」
「はじめての研究法第2版（神陵文庫 共著）」
「理学療法学テキストシリーズ監修・編集（神陵文庫 共著）」
「呼吸リハビリテーションマニュアルー運動療法ー第2版（照林社 共著）」
「呼吸リハビリテーションマニュアルー患者教育の考え方と実践（照林社 共著）」
「今日の治療指針（医学書院 共著）」その他
[社会活動] 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 名誉会員
特定非営利活動法人日本呼吸器障害者情報センター 理事

利益相反：無

ランチョンセミナー

在宅医療におけるCOVID-19ワクチンのこれから

LS4

座長：蘆野 吉和

山形県庄内保健所 所長

【座長略歴】

- ・東北大学医学部卒業（1978）
- ・福島労災病院外科部長（1985～2005）
- ・十和田市立中央病院院長・事業管理者（2005～2013）
- ・青森県立中央病院医療管理監（在宅医療担当）・緩和ケアセンター長（2013～2014）
- ・社会医療法人北斗地域包括ケア推進センター長等（2014～2019）
- ・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～現職）

LS4-1

COVID-19ワクチンの最新情報

池松 秀之^{1,2}

¹ 日本臨床内科医会インフルエンザ研究班 リサーチディレクター

² 株式会社リチェルカクリニカ 代表取締役

要旨：

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、世界的なパンデミックにより国内外で大きな影響を与え、医療機関や在宅医療に従事する医療従事者にも多大な負担を強いることになった。一方、新型コロナウイルスワクチン（COVID-19ワクチン）が驚異的な速度で開発され、接種が進められたことにより、感染の予防や死亡の減少に成果が示された。しかし、オミクロン期以降も、65歳以上の高齢者ではCOVID-19による入院、重症化や死亡の割合が依然として高いことが知られている。また、COVID-19は絶えず変異を続けており、2023年11月ごろからは、日本を含む世界各国で、BA.2系統のJN.1の割合が増加している。

COVID-19ワクチンの有効性に関して、ウイルスの遺伝子変異によりその有効性が低下していることや、二価ワクチン接種後の感染予防効果、COVID-19による入院や死亡に対する効果が数カ月で減弱することが報告されている。またCOVID-19ワクチンとして使用されたmRNAワクチンではその副反応に関して懸念が生じている。

日本では2024年4月以降、COVID-19はB類疾病と位置付けられ定期接種が開始されることとなった。65歳以上の方と60～64歳の一定の基礎疾患を有する方が定期接種対象者となる。

ワクチンとしては、流行株の抗原性の変化を考慮したupdatedワクチンが使用される予定である。今回、今後繰り返されるCOVID-19ワクチンの接種に関して、これまでのワクチンによる抗体の上昇、その効果、追加接種時の副反応の程度やその変化などについて、定期接種化に伴う制度上の変更点を含めて、最新の情報を紹介したい。

【演者略歴】

1982年 九州大学医学部卒業、第一内科入局

1989年 アメリカ国立衛生研究所

1990年 ニューヨーク大学医学部 病理・免疫部門 研究員

1992年 原土井病院 内科、臨床研究部 部長

1999年 コーネル大学医学部 分子免疫学部門 客員研究員（短期）

2011年 九州大学先端医療イノベーションセンター 特任教授

2014年 （株）リチェルカクリニカ 代表取締役

現在に至る。

2002年4月より 日本臨床内科医会インフルエンザ研究班に参加

2014年8月より 同リサーチディレクター

受賞：第65回 日本感染症学会 二木賞（令和2年）

利益相反：無

LS4-2

高齢者に求められるワクチン接種 感染症に強い地域社会をめざして

高山 義浩

沖縄県立中部病院 感染症内科・地域ケア科 副部長

高齢者に対する予防接種は、重要な領域であるにも関わらず、小児に比較してなおざりにされていることが少なくない。しかし、高齢者の主な死因が感染症であること、治療期間の長期化により身体機能の低下を来することが少なくないことなどから、事前に予防できるものは予防していくことが大切である。

従来、インフルエンザなど人間社会で流行する感染症は、とくに子どもたちが集まって過ごす学校で拡大しやすい傾向にあった。だからこそ、こうした集団生活が始まる前に、子どもたちへ必要なワクチンを定期接種しておくよう求めてきた。

一方、現代日本では、少子高齢化の進展とともに家庭における介護の担い手が不足するようになり、高齢者がデイケアに集まって過ごしたり、介護施設に集住したりするようになってきている。そして、インフルエンザなどの感染症が集団発生するようになってきた。これほど長寿になった時代はかつてなく、高齢者が集団生活をした時代もなかった。まさに現代ならではの課題と言えよう。

なお、高齢者の暮らしは介護サービスへの依存が強く、学校における学級閉鎖といった施策をとりにくい事情がある。それだけに、感染症の予防をしっかりとっていくことが求められている。

インフルエンザは、毎年のように国民的流行を繰り返しており、とくに高齢者の二次性肺炎の原因となるなど、直接もしくは間接に死因となることが多い。このため、2001年より高齢者を対象としたインフルエンザワクチンが定期接種となっている。とくに施設入所者など集団発生の生じやすい環境にある人は接種すべきである。ただし、ワクチン効果は感染予防については限定的であるため、流行時には、人混みでの換気やマスク着用など、ワクチンの効果を過信することなく、感染予防のための生活習慣を心がけることが肝要である。

2014年から肺炎球菌ワクチンも定期接種として規定されており、とくに高齢者や基礎疾患を有する患者において、侵襲性肺炎球菌感染症を予防する効果が期待できる。成人の定期接種に対して使用できるワクチンは23価莢膜多糖体ワクチンだが、13価または15価の結合型ワクチンと時間を空けて組み合わせて接種することにより、単独接種に比べて高い有効性が期待される。

2020年からの新型コロナウイルスの流行を経て、2024年より新型コロナワクチンが定期接種に位置づけられ、65歳以上の高齢者等の方が接種の対象となっている。当初は感染予防も期待されたが、ウイルスが変異を繰り返したこともあり、現在は重症化予防としての位置づけとなっている。インフルエンザ同様、とくに集団感染を生じやすい施設入所者や入院患者への接種が求められる。

予防接種の意義を否定する反ワクチン運動の拡がり問題となっており、毅然とした態度をとることが私たち医療者に求められている。ただし、技術への不安があるのは当然であり、一人ひとりの臨床医が、日常診療のなかで個別の患者へと丁寧に説明を重ねていきたい。

【演者略歴】

■ 学歴

1995年 東京大学医学部保健学科卒

2002年 山口大学医学部医学科卒

■ 職歴

2002年 国立病院九州医療センター初期研修

2004年 長野厚生連佐久総合病院総合診療科後期研修

2008年 厚生労働省健康局結核感染症課課長補佐

2010年 沖縄県立中部病院感染症内科医長

2012年 同地域ケア科併任

2014年 厚生労働省医政局地域医療計画課 課長補佐

2015年～ 沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科副部長

■ その他

2015年～ 日本医師会総合政策研究機構客員研究員

2020～24年 厚生労働省参与

2021～23年 沖縄県政策参与

2023年～ 内閣府規制改革推進会議専門委員

■ 著書

アジアスケッチ 目撃される文明・宗教・民族（白馬社、2001年）

ホワイトボックス 病院医療の現場から（産経新聞出版、2008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）

利益相反：無

ランチョンセミナー

高齢者の皮膚疾患

LS5

座長：秋下 雅弘

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター センター長

【座長略歴】

鳥取県出身

1985年 東京大学医学部卒業

1994年 東京大学医学部老年病学教室助手

1996年6月 スタンフォード大学研究員

1996年9月～1998年12月

ハーバード大学プリガム・アンド・ウイメンズ病院研究員。帰国後前職（東京大学助手）。

2000年 杏林大学医学部高齢医学講師

2002年 杏林大学医学部高齢医学助教授

2004年 東京大学大学院医学系研究科老年病学助教授（2007年職名変更により准教授）

2013年 同教授

2024年 現職

学会活動：

日本老年医学会前理事長、日本老年薬学会代表理事、日本性差医学・医療学会前理事長（以下、理事）日本サルコペニア・フレイル学会、日本動脈硬化学会、日本メンズヘルス医学会、日本女性医学学会など

LS5-1

高齢者の帯状疱疹～治療のポイントと注意点について

白濱 茂穂

聖隷三方原病院 社福 皮膚科

帯状疱疹は水痘・帯状疱疹ウイルス（Varicella-zoster virus）によって生じるウイルス性疾患であり、日常診療で遭遇する機会の多い皮膚疾患の1つである。臨床症状は帯状に分布する皮膚病変と疼痛が特徴である。

治療としては、抗ヘルペスウイルス薬の全身投与がまず考慮される。内服抗ヘルペスウイルス薬は大きく核酸類似体と非核酸類似体に分類される。前者はファムシクロビル（FCV）・バラシクロビル塩酸塩（VACV）・アシクロビル（ACV）などで後者はアメナメビルである。抗ヘルペスウイルス薬はウイルスの増殖抑制作用であるため、なるべく早期に投与開始する必要がある。

核酸類似体であるFCVはペンシクロビル（PCV）、VACVはACVのプロドラッグである。これらは感染細胞内でウイルス由来のチミジンキナーゼにより1リン酸化され、その後、細胞内酵素により3リン酸化体まで変換される。PCV-3リン酸およびACV-3リン酸はウイルスDNAポリメラーゼの基質の一つであるデオキシグアノシン3リン酸と競合拮抗することによりウイルスDNA鎖の伸長を阻害する。これらの薬剤はすべて腎排泄性の薬剤であるために、適切に使用しなければ薬剤性腎障害を起こす可能性がある。

アメナメビルは核酸類似体とは全く異なる作用機序を示す。ヘルペスウイルスDNAの複製に必須の酵素であるヘリカーゼ・プライマーゼ複合体の活性を阻害することで、二本鎖DNAの開裂及びRNAプライマーの合成を抑制する。主に糞中に排泄されるためクレアチニンクリアランスに基づく用量調節は不要である。注意すべき点としては、アメナメビルは空腹時に投与すると吸収されにくいいため、必ず食後に服用するよう指導する。

本講演では、抗ヘルペスウイルス薬を中心に改めて帯状疱疹治療に関する問題点について考える機会としたい。

【演者略歴】

1981年（昭和56年）	3月	浜松医科大学医学部医学科	卒業
1985年（昭和60年）	3月	浜松医科大学大学院博士課程	卒業
1985年（昭和60年）	4月	浜松医科大学付属病院助手	
1986年（昭和61年）	7月	島田市民病院皮膚科医員	
1988年（昭和63年）	8月	浜松医科大学文部教官助手	
1988年9月～1990年8月		アメリカ、サンジェゴ スクリップス研究所	留学
1990年（平成 2年）	10月	沼津市立病院皮膚科	医長
1992年（平成 4年）	4月	浜松医科大学皮膚科助手	
1992年（平成 4年）	7月	同	講師
1998年（平成10年）	7月	聖隷三方原病院皮膚科科長	
2002年（平成14年）	4月	同	部長
2011年（平成23年）	10月	同	副院長
2015年（平成27年）	7月	同	院長補佐
2020年（令和 2年）	6月	定年退職	
2020年（令和 2年）	7月	同病院	非常勤

所属学会

日本皮膚科学会、日本臨床皮膚科医会

役職

静岡県社会保険 審査委員
東海北陸厚生局保険指導医

利益相反：有

LS5-2

地域の中の医療のためにできること

根本 利恵子

日南市立中部病院 皮膚科 皮膚科医長

全国的に地域過疎とされる地域は、皮膚科・小児科・産婦人科などといった専門領域の専門医が極めて少ない傾向にある。必要なときに当たり前の医療を受けることが非常に容易でないというパラドックスが、行政が地域包括医療推進を掲げる一方で標準化している。そのような状況下においても特殊専門医が増えたとしても、医療過疎地域に勤務する各専門医師数が少しずつ増える算段があるかといわれるとそうではない。

現状の上に置かれた地域医療について論ずることは日本国内の医療格差の現状は机上の空論と大差ないといっても言い過ぎではないとさえ思う。しかし医療・行政それぞれが、それぞれに悩みいろんな取り組みを行っているのもまた事実である。宮崎県日南市では市役所が中心となり、市立病院・保健所・消防署などを連結したITシステムを活用し、地域包括ケアシステムに取り組んでいる。種々の専門職がその垣根を越え、高齢者や障害を持つ方をサポートしそれは年々着実に定着し、その取り組みは年々着実に実をつけしっかりとした結果を生み続けている。

そのような地域で皮膚科専門として疾患の予防・治療への取り組みや発信方法について明日からの診療の手助けになるような報告ができればと思う。

【演者略歴】

所属 日南市立中部病院 皮膚科

略歴

2003.5 宮崎大学医学部付属病院皮膚科 研修医

2005.4 宮崎大学医学部付属病院皮膚科 医員

2015.7 宮崎大学医学部感覚運動医学講座皮膚科学分野 助教

2022.11 宮崎大学医学部感覚運動医学講座皮膚科学分野 講師

2023.9～ 日南市立中部病院皮膚科医長

皮膚科専門医取得

利益相反：無

ランチョンセミナー

在宅医療における医療DXの取組

LS6

座長：高瀬 義昌

医療法人社団至高会 たかせクリニック 院長

【座長略歴】

昭和59年3月 信州大学医学部卒業
平成16年8月 たかせクリニック開設
平成19年3月 医療法人社団 至高会 設立
平成20年4月 東京医科大学社会人大学院入学
平成24年9月 東京医科大学社会人大学院修了

免許資格

昭和59年 医師免許取得
昭和62年 麻酔科標榜医取得
平成 4年 日本小児科学会認定医取得
平成13年 介護支援専門員取得
平成14年 日本プライマリケア学会認定医取得
平成20年 認知症サポート医取得
平成24年 日本慢性期医療協会
在宅医療認定医取得
平成24年 医学博士取得

役職

厚生労働省 高齢者医薬品適正使用ガイドライン作成ワーキンググループ 構成員
東京都医師会 地域包括ケア委員会 委員
東京都地域ケア会議推進部会 委員
一般社団法人 蒲田医師会 理事
公益財団法人 日米医学医療交流財団 理事
一般財団法人 ITヘルスケア学会 副代表
一般社団法人 みんなの認知症情報学会 理事
一般社団法人 日本老年薬学会 評議員
特定非営利活動法人 オレンジアクト 理事長
公益財団法人 杉浦記念財団 理事
日本薬科大学 客員教授
昭和大学客員教授

著書

『はじめての認知症介護』（佼成出版社刊）
『介護のための医学知識ハンドブック』（ナツメ社刊）
『認知症の治療とケア』（じほう刊）
『高齢者ケアのための“くすり”の知識』（日本看護協会出版会刊）
『医療を変えるのは誰か？－複雑系で解く21世紀の医療』（はる書房刊）
『ぜんそくなんかふきとばせ！』『おねしょまじんをやっつけろ！』（佼成出版社刊）
『ブレイブのぜんそくってなんだろう』（つくば総合研究所刊）
外来全科『痛み治療マニュアル 第2刷』（（株）三輪書店）
『OSCEトレガイドー医学生・研修医のための臨床技能ワークブック』（医学評論社）
第93回再現看護師国家試験問題解説書『レプリカ'05』（医学評論社）
『現代のエスプリ 在宅医療』（至文堂）
月刊「コミュニティケア」（日本看護協会出版）
『自宅で安らかな最期を迎える方法』WAVE出版
【動画】在宅医療専門医に聞く「攻めのポリファーマシー対策」（第一三共エスファ）

LS6-1

港北ニュータウン診療所で行っている医療DXへの取組

神山 一行

医療法人社団神星会 港北ニュータウン診療所 院長

DXとは「デジタルトランスフォーメーション」の略で、データとデジタル技術を活用し、顧客や社会のニーズを基に、製品やサービス、ビジネスモデルを変革するとともに、業務やプロセスなどを変革し、競争上の優位性の確立を指す。医療DXとは、疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬請求、医療介護連携などのデータを、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、より良質な医療やケアを受けられるよう社会や生活の形を変えることと定義されている。2022年厚生労働省「医療DX令和ビジョン2030」推進チームが発足し、マイナンバーカードと健康保険証の一体化や電子カルテ情報の標準化、診療報酬改定DXなどが進められている。2024年度診療報酬改定においても医療DX推進が主要改定項目の一つとして挙げられ、「医療情報取得加算」「医療DX推進体制整備加算」「在宅医療DX情報活用加算」などが新設された。

在宅医療における医療DXのうちクリニック内業務に関連するものとして、スタッフの勤怠管理やアルコール検知等のDX化、往診バックの補充忘れの防止、クリニック内在庫の把握と安全在庫の把握、医療材料の受発注処理、書類作成の外注サービス、レセプト作成の自動化及び請求処理の自動化、訪問ルートの作成などが挙げられる。診療行為に関連するものとして、紙カルテから電子カルテへの変更、ケアマネジャーなど介護スタッフとのICT連携ツールの活用、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、オンライン診療、電子処方箋や全国医療情報プラットフォームの活用、医療センシングの活用などが挙げられる。医療従事者や患者のITリテラシー不足やDX化にかかる予算制限などによりDX化がなかなか進まない。本講演が在宅医療におけるDX化に少しでも貢献できれば幸いである。

【演者略歴】

略歴

1999年 東海大学医学部医学科卒業

職歴

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 国家公務員共済組合連合会三宿病院神経内科

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 医療法人社団容生会あすかクリニック

2007年 港北ニュータウン診療所

学会活動・資格など

リハビリテーション科専門医、指導医

日本リハビリテーション医学会臨床認定医

在宅医療専門医

利益相反：無

ランチョンセミナー

在宅医療における腹膜透析でのリモートマネジメントの活用 LS7

座長：河原崎 宏雄

帝京大学医学部附属溝口病院 第4内科 准教授

【座長略歴】

H12年3月 長崎大学医学部 卒業
4月 沖縄県立中部病院 研修
H15年5月 沖縄県立宮古病院 勤務
H17年4月 東京大学腎臓内分泌内科 入局
H18年4月 東京大学大学院腎臓内科研究科（医学系内科学専攻） 入学
H22年3月 同 大学院博士課程修了
H23年8月 聖マリアンナ医科大学 腎臓高血圧内科 助教
H25年4月 稲城市立病院 腎臓内科部長
H28年4月 稲城市立病院 診療部長兼任
R 3年4月 帝京大学医学部附属溝口病院第4内科准教授

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

日本高血圧学会専門医・指導医

日本臨床腎移植学会腎移植認定医

日本腹膜透析認定医

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士

腎代替療法専門指導士

LS7-1

「最期まで在宅！」を叶える腹膜透析と連携のコツ

岡 英明¹

上村 太郎²

¹ 松山赤十字病院腎臓内科部長

² 松山赤十字病院腎臓内科

日本の透析患者数は約35万人で2022年に漸くピークを越えて減少に転じた。この要因として、集学的治療の進歩や保腎的腎臓療法の普及等による新規の透析導入患者数の減少と、患者の高齢化による死亡数増加が挙げられる。2022年に新規に透析導入された患者の平均年齢は71.4歳で、男性は70代前半、女性は80代前半が最も多かった。まさに透析医療は超高齢社会であり、多死社会に突入している。

日本の透析患者の死亡場所は82～85%が病院との報告があるがその殆どが血液透析に関してである。在宅透析である腹膜透析（以下PD）に関するデータは乏しく、当院での検討（2008年4月～2022年6月、n=56）では73%が病院死であった。一般人の病院死率に近い数値であったものの、在宅医との連携は殆ど進んでいなかった。この反省を踏まえてICTを活用した看看連携や在宅医との病診連携を強化し、PD関連感染症（腹膜炎や出口部感染）の診断と治療も在宅で行える体制構築を進めてきた。また在宅医療との連携の強化によりPD手技が自立出来ない患者、高齢者施設に入所する患者にも安心してAssisted PDの導入が可能となり、2022年以降に当院でPDを導入した患者39名の平均年齢は77.2歳（90代6人）にまで跳ね上がり、約2年間での病院死率は50%（n=14）にまで抑えられてきた。

本講演では高齢者におけるPDのメリット、Assisted PD成功のコツ、訪問看護・在宅医との連携のコツなどについて述べたい。

【演者略歴】

略歴

H17年 3月 九州大学医学部卒業
H17年 4月～ 新日鐵八幡記念病院（現：製鉄記念八幡病院）・研修医
H18年 4月～ 九州大学病院・研修医
H19年 4月 九州大学第二内科・腎臓研究室に入局
九州大学病院・腎高血圧脳血管内科・医員
H19年10月 北九州市立若松病院・内科
H20年 4月 松山赤十字病院・腎臓内科
H27年 4月 松山赤十字病院・腎臓内科・副部長
R 4年 1月 愛媛大学第二内科・腎高血圧グループに入局
R 6年 4月 松山赤十字病院・腎臓内科・部長

所属学会／資格

- ・日本内科学会：認定医・専門医・指導医
- ・日本腎臓学会：専門医・指導医
- ・日本透析医学会：専門医・指導医、VA血管内治療認定医
- ・日本集中治療医学会：推薦ICD
- ・日本腹膜透析医学会：認定医
- ・日本臨床腎移植学会
- ・腎臓リハビリテーション指導士

受賞歴

令和2（2020）年度 日本透析医学会・学会賞（木本賞）

利益相反：無

LS7-2

「最期まで自分らしく住み慣れた場所で生きたい」透析患者の思いに添う在宅療養を支える看護

片岡 美和¹

浦田 寧華²

藤方 史朗²

¹ 衣山クリニック在宅療養支援室主任

² 衣山クリニック在宅療養支援室

透析医療では、高齢化する患者の合併症対策、通院困難など様々な課題に直面している。血液透析では、通院困難な患者の送迎、それに掛かる患者の自己負担の増加、独居や老老介護世帯など課題はどれも切実である。腹膜透析は、自宅で患者が行うことができる在宅医療であり、社会資源を活用することで他者管理によるassisted PDも可能である。筆者は、基幹病院勤務時に腹膜透析患者のADLが低下し、血液透析への移行を余儀なくされた症例を経験した。その教訓を活かし、透析クリニックに移動した後の2023年9月に在宅療養支援室を立ち上げ、訪問診療を開始した。血液・腹膜透析を問わず通院困難となった患者、泌尿器科の患者を中心に受け入れを行っている。また、基幹病院と連携し腹膜透析患者の受け入れを希望する有料老人ホームや、サービス付き高齢者住宅へ、知識や技術指導を行っている。在宅関係者と訪問診療医、基幹病院が円滑につながることで緊急対応、腹膜炎や出口部感染も在宅での治療が可能となっている。ICTの活用は、基幹病院と訪問診療医、訪問看護などが円滑に繋がりリアルタイムでのやり取りを行うことで、迅速で患者の個性を重視した医療の提供が可能となる。また、透析患者が終末期を迎えたとき、透析の見合わせについて血液透析の場合には患者や家族と十分に話し合う必要があるが、腹膜透析は最期まで自宅や施設で透析を行うことが可能である。当院では、透析導入から終末期まで、患者が望めば自宅での看取りまで行える診療を目指しており、訪問診療を開始後半年間で4人の透析患者を、自宅で看取る経験をさせて頂いた。透析医療を受けている患者は、療養場所の選択肢が少ないと感じる、しかし治療法を選択を柔軟に捉え、腹膜透析も自由に選択できれば療養先の選択肢が広がり、より患者の思いに添える看護も出来るのではないかと考える。当院で経験した事例を共有し透析患者の在宅療養の幅が広がることに尽力したい。

参考文献

水口 潤 高齢化社会における腹膜透析普及への課題、透析医療におけるCurrent Topics2022

【演者略歴】

〈学歴〉

1997年 岡山総合福祉看護専門学校卒

2011年 透析技術認定士取得

2016年 腹膜透析指導看護師取得

2021年 透析看護認定看護師取得

〈職歴〉

1997年 愛媛県立南宇和病院入職（脳外科・内科・透析室勤務）

2006年 市立宇和島病院入職（消化器内科・救急外来・ICU勤務）

2015年 日本赤十字社 松山赤十字病院勤務（腎センター・腎臓内科病棟・救急外来）

2023年 衣山クリニック勤務、在宅療養支援室立ち上げ、訪問診療開始

現在assist-PDレスパイト入院受け入れ、在宅血液透析開始

〈執筆〉

透析ケア

〈所属学会〉

日本腎不全看護学会 日本腹膜透析医学会 日本臨床腎臓病看護研究会

利益相反：無

ランチョンセミナー

LS8

座長：原 正樹

医療法人社団東京透析フロンティア 理事長

【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

LS8-1

在宅血液透析の推進～どこで治療するかを選ぶ時代～

政金 生人

医療法人社団清永会 矢吹病院 院長

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することが長らく行われてきた。しかし、先進諸国においては、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、在宅血液透析の推進が強化されている。

米国腎臓データシステムの末期腎不全の治療方法の国際比較において、我が国の腎臓移植、在宅透析（腹膜透析、在宅血液透析）の比率は、世界で最低レベルである。末期腎不全にいたると、オートマチックに施設血液透析が選択される現状は、世界が向かうべきトレンドと大きく反れた独特のビジネスモデルである。さらに、我が国では保存的腎臓病治療（透析をしない選択）の整備も遅れており、患者の意思や多様性に対応した医療の展開という視点でも問題が生じている。

在宅血液透析は、施設血液透析による時間的空間的拘束から離れ、自らのライフスタイルに合わせた十分な透析量を確保できる治療法である。その生存率は腎臓移植に匹敵するとも報告され、また、生存率の改善効果は透析プログラムに依存せず、在宅治療を行うということ自体が関係しているとも報告されている。在宅血液透析においては、掻痒や不眠等の透析関連不定愁訴が改善する、連続治療によって心血管事故が減少する、学習機能等が改善する等の効果が報告されている。

我が国でも様々な医療の分野で在宅治療が推進されてきているが、透析医療を含む腎不全医療は上述のごとく取り残されている印象があった。しかしながら腎臓病医療においても、患者中心の医療の重要性が認識され、患者の多様性への対応が必要になってきた。末期腎不全治療の選択は、まずどこで治療するか、どうしたら自宅で過ごせるかを前提に考えるべき時代に入った。腎臓移植、在宅透析、保存的腎臓病治療プログラムをそれぞれの地域で推進していく必要がある。

【演者略歴】

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：無

ランチョンセミナー

LS9

座長：吉澤 明孝

医療法人社団愛語会 要町病院 副院長／要町ホームケアクリニック 院長

【座長略歴】

1985年 日本大学医学部卒

同大学麻酔科入局

癌研究会附属病院麻酔科勤務を経て現在に至る

東京慈恵会医科大学、東京医科歯科大学大学院、日本大学医学部の非常勤講師

東京都がん対策推進協議会委員、東京都医師会地域包括ケア委員会委員

日本在宅医療連合学会 理事

LS9-1

在宅医療における高齢者・認知症患者の不眠や精神症状にはまず漢方薬を

田上 真次^{1,2}

¹ 医療法人社団 澄鈴会 箕面神経サナトリウム 院長

² 大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室 招聘教授

総人口に占める高齢化率が25%を超える現在、在宅医療において高齢者や認知症患者の不眠、不安、うつ、食思不振などの精神症状に対応が必要な場面が増大しつつあります。それらの症状に対して睡眠薬をはじめとする向精神薬が使用されるケースが少なくありませんが、高齢者に対する向精神薬の導入は過鎮静や転倒、嚥下機能や認知機能低下のリスクを常に伴います。漢方薬には弱いながら鎮静作用や賦活作用を有する製剤が実は豊富に存在します。漢方薬の特性を理解し、これらをうまく活用することで、より副作用が少ない方法で高齢者や認知症患者の不眠および精神症状に対応し、処方されていた向精神薬を減薬できた症例を提示します。

また、本セミナーでは高齢者や認知症患者に特に多い不眠に関して詳しく述べたいと思います。一般的に不眠は入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒に分類されますが、東洋医学的な観点から過覚醒によるもの、体力低下によるもの、冷えによるものに分類することができます。各々どのように対処し、どんな漢方エキスを製剤を用いるのかを簡潔に説明します。新たに東洋医学的視点を加えることで、日々研鑽を積みながら行われている在宅医療に寄与することができれば大変幸いです。

【演者略歴】

1996年3月 大阪大学 医学部医学科卒

1996年4月 大阪大学医学部附属病院 神経科精神科 研修医

2001年3月 大阪大学大学院医学系研究科 医学博士

2001年4月 ベルランド総合病院 精神科 副院長

2003年7月 大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室 助教

2007年4月 大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室 医学部講師

2018年1月 大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室 診療局長

2019年8月 大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室 講師

2021年5月 大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室 准教授

2022年4月 大阪大学キャンパスライフ健康支援・相談センター 特任教授

医療法人社団 澄鈴会 箕面神経サナトリウム 院長

2024年4月 大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室 招聘教授

現在に至る

研究分野

アルツハイマー病基礎研究（アミロイドβ42産生機構の解析）

資格

漢方専門医 精神保健指定医 精神科専門医・指導医

日本認知症学会認定専門医・指導医 日本医師会認定産業医

利益相反：無

ランチョンセミナー

LS10

座長：戸谷 剛

医療法人財団はるたか会 あおぞら診療所うえの 院長

【座長略歴】

<学歴>

1997年3月 東京医科歯科大学医学部医学科卒業

<職歴>

1997年 5月 土浦協同病院研修医

1999年 4月 土浦協同病院地域がんセンター専修医

2000年 4月 東京医科歯科大学医学部小児科医員

2001年10月 武蔵野赤十字病院小児科

2003年10月 川口工業総合病院小児科

2005年10月 取手協同総合病院小児科

2007年 9月 あおぞら診療所新松戸

2011年 4月 子ども在宅クリニック あおぞら診療所墨田副院長

2013年10月 子ども在宅クリニック あおぞら診療所墨田院長

2023年 2月 あおぞら診療所うえの院長（※移転のため名称変更）

現在 あおぞら診療所うえの 院長

東京医科歯科大学医学部臨床教授

LS10-1

在宅筋ジストロフィー患者の非侵襲的人工呼吸療法

高橋 俊明

仙台西多賀病院 脳神経内科 内科系診療部長

筋ジストロフィーは遺伝性の進行性の筋疾患で多数の種類がある。そのなかで小児期発症で比較的患者数が多く重症であるDuchenne型筋ジストロフィーは呼吸筋力の低下で致命的となるものの、非侵襲的人工呼吸療法の普及で寿命が10年以上延長した。非侵襲的人工呼吸は、気管切開をせず発声ができる点が優れた方法である。そのため他の型の筋ジストロフィーでも非侵襲的人工呼吸療法が応用されている。とくに筋ジストロフィーでは筋萎縮性側索硬化症と異なり最後まで非侵襲的人工呼吸で呼吸管理ができる場合も多い。

当院は国立療養所西多賀病院時代の1964年（昭和39年）に日本最初の筋ジストロフィー病棟を開設した。現在では療養介護病床として180床で運営し全国最大規模である。

このような病院のため当科外来に在宅の筋ジストロフィー患者が大勢通院している。また当科は脳神経内科であるため成人期の患者がほとんどである。このため筋強直性ジストロフィー患者がかなりの割合をしめる。筋強直性ジストロフィーの呼吸障害は他の型の筋ジストロフィーと異なる独特のものが2020年に診療ガイドラインが本邦でも発刊されたものの、まだまだ実臨床では呼吸管理に苦勞している。

本セミナーで、当科の在宅筋ジストロフィー患者の非侵襲的人工呼吸療法の実際、とくに筋強直性ジストロフィー患者での苦勞をご紹介したい。

【演者略歴】

独立行政法人国立病院機構仙台西多賀病院 内科系診療部長、臨床研究部筋神経疾患研究室長

平成 5年 3月 弘前大学医学部医学科卒業

平成 5年 5月 東北大学医学部附属病院神経内科

平成 5年10月 財団法人広南会広南病院神経内科

平成 6年 4月 国立療養所宮城病院神経内科

平成 7年 4月 山形市立病院済生館神経内科

平成 7年10月 いわき市立総合磐城共立病院神経内科

平成13年 3月 東北大学大学院医学系研究科博士課程修了

平成13年 4月 国立療養所西多賀病院（現・独立行政法人国立病院機構仙台西多賀病院）神経内科（現・脳神経内科）

学会

日本神経学会

専門医、指導医

筋強直性ジストロフィー診療ガイドライン作成委員会 委員

筋疾患セクション セクションコアメンバー

筋ジストロフィー医療研究会 世話人、会誌編集委員

北海道東北筋強直性ジストロフィー臨床研究会 世話人

日本内科学会

認定医、指導医

日本人類遺伝学会

臨床遺伝専門医

日本筋学会

日本神経治療学会

利益相反：無

ランチョンセミナー

取り入れたい! 褥瘡治療への局所陰圧閉鎖療法 (NPWT) ～適応症例と認定教育制度のご案内～ LS11

【セッション概要】

在宅で療養する高齢者の増加に伴い増加が予想される、褥瘡などの慢性創傷の多くが治癒に数か月以上かかるという報告がある。近年在宅でも使用できるようになったNPWTは慢性創傷の治療に効果があることが認められているが、奏功させるには適用症例の見定めと、適切な管理、ドレッシング交換が欠かせない。また、医師、看護師の連携のみならず、患者・家族を含めた多職種で治療方針を共有して環境整備を行うことが結果を左右する。

本セミナーでは在宅NPWTでの期待、課題、注意点に加え、在宅で実践するにあたっての看護ケアについても学ぶことができるよう構成している。2024年より在宅の看護師が安全にドレッシング交換するための認定教育制度を本学会で立ち上げた。

NPWTを在宅で効果的に使用することで、医療の質、医療経済に貢献することはもちろん、慢性創傷を持つ患者のQOL向上の一助になればと考えている。

本学会で恐らくNPWTをメインに取り上げる初めての共催セミナーとなります。

是非奮ってご参加ください。

座長：木下 幹雄

TOWN訪問診療所 理事長

【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 入局

2006年 杏林大学医学部 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

(学会等)

日本フットケア・足病医学会 評議員

日本形成外科学会 認定医

日本創傷外科学会 認定医 評議員

日本褥瘡学会 評議員

日本在宅医療連合学会 評議員 他

LS11-1

在宅NPWTへの期待と課題

栗原 健

くりはら皮フ形成外科 院長

高齢社会を迎え、病院のベッドの不足も相まって、在宅NPWTの需要は今まで以上に高まるものと考えられます。今回の新たな資格認定制度によって、在宅NPWTに参画できる人材の拡充が期待されますが、NPWTが在宅のスタンダードな治療として、根付いていくためには、治療連携の取れる医師の必要性や、算定条件の緩和など、次なる課題も残されていると感じています。

【演者略歴】

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

利益相反：無

LS11-2

看護者・介護者に伝えたいNPWTケアのポイント

間宮 直子

大阪府済生会吹田病院 副看護部長 皮膚・排泄ケア特定認定看護師

NPWTを成功させるためには、創傷の状態を把握して実施することが重要ですが、生活を支える人たちの協力なくしては、良い結果を得ることができません。それは、その人の住み慣れた環境のなかで行われる治療だからです。ここでは、在宅や施設の看護者・介護者にも知っておいてほしい、NPWTのケアや観察のポイントをお伝えできればと思います。

【演者略歴】

2004年 日本看護協会 皮膚・排泄ケア認定看護師 取得

2016年 特定行為研修 修了（創傷管理関連など）

2017年 滋慶医療科学大学院大学 医療管理学研究科 医療安全管理学専攻 修士課程 修了
（学会等）

日本フットケア・足病医学会（理事・認定師）

日本創傷・オストミー・失禁管理学会（評議員）

日本褥瘡学会（評議員・認定師）

日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会（評議員）

日本認知症ケア学会（専門士） ほか

利益相反：無

ランチョンセミナー

LS12

座長：吉野 英

医療法人社団芳英会 吉野内科・神経内科医院 院長

【座長略歴】

1983年 秋田大学医学部卒
1983年 秋田赤十字病院研修医
1985年 新潟大学脳研究所神経内科入局
1990年 米国バージニア医科大学生化学教室ポストドクトラルフェロー、糖脂質の代謝、免疫反応について研究
1992年 東京医科歯科大学神経内科医員
1993年 国立精神・神経センター国府台病院神経内科医長
1999年 厚生省医薬品医療機器審査センター出向（1999年7月～2001年3月）
2001年 国府台病院治験管理室長を併任し、ALSを対象に医師主導の臨床試験を多数実施
2004年 徳洲会グループ治験センター長
山形徳洲会病院特定難病治療センター長
2007年 吉野内科・神経内科医院開設
2008年 ・つばさ訪問看護ステーション開設
・つばさヘルパーステーション開設
・居宅介護支援事業所設立：つばさプランセンター開設
2009年 難病患者様入居専用集合住宅 『つばさハウス』 オープン
2010年 『つばさハウス』 新館オープン（住宅型有料老人ホーム）
・百合台ヘルパーステーション開設
2012年 サービス付高齢者住宅 『つばさ式番館』 オープン

LS12-1

これだけは知っておきたい 在宅人工呼吸ケア

武知 由佳子

医療法人社団愛友会 いきいきクリニック 院長

訪問診療・訪問看護・訪問リハビリ・重度訪問介護に関わるみなさん！人工呼吸器を装着された患者様を担当すると、訪問時、緊張しませんか？人工呼吸器を勉強しなおそうと本を読んでも、なかなか理解できないと言う声をよく聞きます。とかく人工呼吸管理の本は、急性期人工呼吸管理について書かれているものが多く、執筆者はICUで仕事をする麻酔科の先生が多く、グラフィック波形も、従量式人工呼吸器のものが多く、慢性期の在宅人工呼吸管理の書籍は意外に少ないのが現状です。しかし急性期に人工呼吸管理を学んだ方が、同様な視点で慢性期人工呼吸管理を行ってしまうと、病態にそぐわないことが多いのです。ふさわしくない人工呼吸管理の設定ゆえに、患者様は呼吸不全がさらに進行してしまいます。まさに命、人生に関わる設定なのです。本講演では、病態に即した、患者様の5年後10年後を考えた今、どのような人工呼吸ケアを行うべきか？についてわかりやすくお話ししたいと思います。

人工呼吸器がふさわしく動いているのだろうか？アラームが鳴ったらどうしよう！在宅スタッフ達が訪問する際に、緊張されているとうかがいます。そこで、何をどう見て、何に気をつければ良いのか？絶対にしてはいけないこと、実は命の危機に瀕しているかもしれない、何に気付いて、どう対処すれば良いのか？どんなアラームが危険で、それをどう対処すれば良いのか？

病院での設定のままで、本当にご自宅でも安心安全に人工呼吸管理ができるのでしょうか？何でもアラームを鳴らせば良いわけではありません。毎晩アラームで介護者を起こしてしまえば、介護者は疲弊してしまいます。また何でもかんでもアラームを鳴らしていたら、狼少年になってしまいます。命に関わるアラームを見逃してしまいます。それではどう設定すべきでしょうか？など、具体的にご説明したいと思います。是非、いらして、一緒に学びましょう。

【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 同院呼吸器科勤務
2005年6月 国立八雲病院小児科勤務
2006年1月 大田病院呼吸器科勤務
2007年5月 川崎協同病院呼吸器科勤務
2007年9月 いきいきクリニック開設

【ご所属学会】

日本在宅医療連合学会 評議委員、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 プログラム委員、日本呼吸器学会 会員、日本呼吸療法医学会 会員、他5学会所属

【ご執筆】

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

利益相反：無

ランチョンセミナー

水あめの浸透圧を応用した新しい創傷被覆材 ～ATKパッド～

LS13

座長：小原 道子

帝京平成大学 薬学部 薬学科 教授

【座長略歴】

<学歴>

1989年3月：東北医科薬科大学薬学部卒業 薬剤師免許取得

2020年3月：岐阜薬科大学 博士「薬学」学位取得

<職歴>

1989年 5月：仙台赤十字病院薬剤部入局

1994年 4月：宮城県一迫町にて在宅訪問薬剤師開始

2009年11月：ウエルシア関東株式会社（現ウエルシアホールディングス株式会社）入社

2012年11月：ウエルシア薬局株式会社 在宅医療連携室 執行役員

2017年 9月：岐阜薬科大学地域医療薬学寄付講座 特任教授

2021年 4月：帝京平成大学薬大学院薬学研究科 薬学専攻 同大学薬学部教授

<所属学会>

日本老年薬学会、日本医療薬学会、日本災害医学会、日本臨床薬理学会、日本口腔ケア学会

日本臨床栄養協会、日本ヘルスケア協会他

LS13-1

新しい浸透圧吸水性創傷被覆材～ATKパッドの創傷への使用と有効性

水原 章浩

医療法人三和会 東鷺宮病院 院長

【はじめに】

ATKパッドは、浸透圧勾配によって滲出液を吸水するという、今までとはまったく異なる発想から生まれた創傷被覆材である。創から排出された過剰な滲出液はATKパッド内に吸収され、その結果、創にとって適度な湿潤環境が得られる。

当院では当初から本ドレッシング材を用いた臨床例の検討を重ねてきており、今回その有用性に関してご紹介する。

【ATKパッドの構造】

半透膜のポリビニールアルコールフィルムの中に、高濃度で高い浸透圧を持つ食用糖類と粘度を高め水分を保持する作用を持つ糖粘多糖類をはさんだシートである。創からの過剰な滲出液は浸透圧勾配にしたがってシート内に透過吸収され、その結果、創は適度な湿潤環境に保たれる。

【ATKパッドによるケア方法】

滲出液が中等量の褥瘡・創傷が対象で、ATKパッドを直接貼付し、1日1回同処置を行う。

【症例提示】

仙骨部や足部などの褥瘡・創傷への使用例を示す。さらに悪臭のある創、手指に使用して悪臭が改善した症例を示す。一方、創からの滲出液量を測定したい症例への使用についてもお示しする。

【ATKパッドの特徴】

ATKパッドの吸水作用は浸透圧勾配に基づくものであり、既存のドレッシング材とはまったく異なる機序である。吸水性に優れており足踵部で浸軟等のスキントラブルはほとんど生じなかった。また創の悪臭成分も吸収することから悪臭の抑制にも有効であった。

さらに吸収された滲出液がシート内に貯留保持されることから、滲出液量の測定といった創傷治療の研究にも応用できた。

透明な材質の吸水性ドレッシング材は今までに存在せず、きわめてユニークな特徴といえる。

【まとめ】

中等量程度の滲出液がある創へのATKパッドの使用は従来の創傷被覆材同様、きわめて有効と考えられた。

参考書：水原章浩著：新しい創傷被覆材ATKパッドはこう使う。医学と看護社2015年

【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 自治医大大宮医療センター 心臓血管外科

1996年 顕正会 蓮田病院 循環器科部長

2001年 三和会 東鷺宮病院 循環器・血管外科 副院長

2017年 同 院長

所属学会：

日本循環器学会

日本臨床外科学会

日本褥瘡学会 評議員

日本フットケア学会

日本熱傷学会

日本静脈経腸栄養学会

日本病態栄養学会

日本在宅医療学会

埼玉PDN埼玉県理事

活動：

本職は循環器・血管外科。2002年から褥瘡・創傷ケアセンターを主宰し、過去7000カ所以上の褥瘡、創傷、熱傷を治療する一方、ラップ療法の普及も行ってきた。またNST（Nutrition Support Team）を主宰し、栄養療法的重要性を啓蒙している。著書に「傷の正しい治し方」1～3巻（金原出版）、「心得シリーズ」1～9巻（医学と看護社）、「見てできる褥瘡のラップ療法」（医学書院）ほか多数。

利益相反：無

ランチョンセミナー

糖尿病患者の注射療法に関する感染マネジメントバンドル2024

LS14

【セッション概要】

臨床現場における針刺し・切創の発生件数は、医療経済的側面からも注目されるようになってきた。インスリン注射に用いられるペン型注入器用注射針に関しては、使用済みの針を取り外す際、専用の針ケースの使用などが必要であり、針刺し事故の発生や針刺し事故のリスクが存在している。インスリン注射は、病院の中だけでなく患者さんの自宅や外出先などでも多く行われているため、針刺し事故のリスクは医療現場に限ったことではない。

本セミナーでは、糖尿病患者の注射手技に関する針刺し損傷について、臨床現場におけるプラクティカルな予防策を、注射手技、教育、廃棄、針刺し・切創時の対応のフェーズごとにバンドル化された「糖尿病患者の注射療法に関する感染マネジメントバンドル」の2024年改訂版を紹介する。最終的には、医療関係者、患者、社会において、糖尿病における注射療法に関わる針刺し事故減少を目指していきたい。

座長：三鴨 廣繁

愛知医科大学医学部 臨床感染症学講座 教授

【座長略歴】

愛知医科大学医学部臨床感染症学講座 教授

愛知医科大学病院感染症科・部長

愛知医科大学病院感染制御部・部長

1989年 3月 岐阜大学医学部医学科 卒業

1989年 3月 岐阜大学医学部付属病院 医員

1994年 9月 岐阜大学医学部 助手

1997年10月 岐阜大学医学部 講師

2003年 4月～2004年3月 Channing Laboratory, Harvard Medical School, Research Scholar

2004年 4月 岐阜大学生命科学総合研究支援センター 嫌気性菌研究分野 助教授

2007年 4月 岐阜大学大学院 連合創薬医療情報研究科 感染症治療学 准教授

2007年 8月～ 愛知医科大学大学院医学研究科 臨床感染症学 主任教授

【主な所属学会】

日本感染症学会

日本臨床微生物学会

日本化学療法学会

【審議会等】

2019年 4月～ 厚生労働省院内感染対策中央審議会委員

2020年10月～ 日本学術会議連携会員

LS14-1

最新の糖尿病治療の動向

田中 永昭

国家公務員共済組合連合 枚方公済病院 内分泌代謝内科 部長

【演者略歴】

平成12年 3月 大阪市立大学医学部 卒業

平成12年 5月 大阪市立総合医療センター 研修医

平成14年 3月 同 修了

平成14年 4月 大阪市立総合医療センター 総合内科 研究医

平成19年 4月 大阪市立総合医療センター 代謝内分泌内科 医員

平成20年10月 大阪市立十三市民病院 内科 医員

平成21年 4月 同 内科・糖尿病内科 医長

平成26年 4月 同 内科・糖尿病内科 副部長

平成26年 7月 関西電力病院 糖尿病・内分泌代謝センター 医長

平成27年 6月 同 部長

関西電力医学研究所 特別研究員 兼務

令和 5年 1月 国家公務員共済組合連合枚方公済病院 内分泌代謝内科 部長

【所属学会】

日本内科学会 日本糖尿病学会

日本糖尿病合併症学会 日本内分泌学会

日本病態栄養学会 日本臨床スポーツ医学会

アジア糖尿病学会（AASD）

利益相反：有

LS14-2

糖尿病治療における針刺し・切創について

國島 広之

聖マリアンナ医科大学 感染症学講座 教授

【演者略歴】

平成 7年 3月 聖マリアンナ医科大学医学部医学科卒業
平成 7年 5月 聖マリアンナ医科大学附属病院第一内科
平成13年 3月 聖マリアンナ医科大学大学院（微生物学専攻）卒業
平成13年 4月 聖マリアンナ医科大学内科学（呼吸器・感染症内科）助手
平成14年 4月 東北大学医学部附属病院検査部、感染管理室医員
平成15年 4月 東北大学病院検査部、感染管理室助手
平成21年12月 東北大学病院検査部講師
平成22年 4月 東北大学大学院感染症診療地域連携講座講師
平成24年 4月 東北大学大学院感染症診療地域連携講座准教授
平成25年 4月 聖マリアンナ医科大学内科学総合診療内科准教授
平成26年 4月 兼 川崎市立多摩病院（指定管理者聖マリアンナ医科大学）総合診療内科部長
平成28年 9月 聖マリアンナ医科大学感染症学講座教授
平成29年 4月 兼 聖マリアンナ医科大学病院 感染症センター長

【所属学会】

日本内科学会
日本感染症学会（評議員）
日本化学療法学会（評議員）
CDI診療ガイドライン作成委員会（委員長）
日本環境感染学会（評議員、理事、職業感染制御委員会委員長、財務委員会委員長、CDI感染対策ガイドライン委員会委員長）
日本臨床微生物学会（評議員、理事、編集・ホームページ委員会委員長）
日本バイオセーフティ学会（理事）
日本嫌気性菌感染症学会（理事）
日本呼吸器学会・日本結核病学会・日本呼吸器内視鏡学会・日本医真菌学会・日本臨床腸内微生物学会・日本医学検査学会・
日本医学教育学会・日本プライマリ・ケア連合学会・日本病院総合診療医学会・職業感染制御研究会

利益相反：有

LS14-3

糖尿病患者の注射療法に関する感染マネジメントバンドル2024 病院・診療所版

松島 由実

社会医療法人畿内会 岡波総合病院 看護部 看護部長

【演者略歴】

1985年 4月～2012年3月 JA三重厚生連 鈴鹿中央総合病院（外科病棟、手術室、救急外来）
2002年～2012年 感染管理（専従）
2012年 4月～2014年3月 JA三重厚生連 菰野厚生病院 副看護部長
2014年 4月～2016年9月 JA三重厚生連 南島メディカルセンター 看護部長
2016年10月～2018年3月 社会医療法人畿内会 岡波総合病院 副看護部長
2018年 4月～現在 社会医療法人畿内会 岡波総合病院 看護部長

【所属学会など】

日本環境感染学会
日本看護管理学会
日本感染管理ネットワーク学会（2013年5月～2016年5月 代表理事）
日本感染症学会
日本医療機器学会

【その他】

三重県看護協会 認定看護管理者教育課程セカンドレベル研修 非常勤講師
厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務局参与（派遣）

利益相反：無

LS14-4

糖尿病患者の注射療法に関する感染マネジメントバンドル2024 高齢者・介護福祉施設、在宅版

佐川 京子

山口県厚生農業協同組合連合会 周東総合病院 地域医療福祉連携室 室長

【演者略歴】

平成 3年 マツダ株式会社 マツダ病院 入社
平成 6年 JA山口厚生連 周東総合病院 入会
平成12年 JA山口厚生連 周東総合病院 健康相談室勤務
平成16年 JA山口厚生連 周東総合病院 地域医療福祉連携室主任
平成17年 JA山口厚生連 周東総合病院 地域医療福祉連携室室長

【所属学会】

日本糖尿病学会
日本糖尿病教育・看護学会

【受賞歴】

平成21年3月 山口県看護協会 Nursing Nou看護エピソード 最優秀賞
平成27年5月 We are up for self-care Award優秀賞
平成28年9月 第21回日本糖尿病教育・看護学会学術集会 フロンティア賞
令和 5年9月 第28回日本糖尿病教育・看護学会学術集会 Award 最優秀賞

利益相反：無

ランチョンセミナー LS15

座長：吉澤 孝之
要町病院 院長

【座長略歴】

昭和58年 日本大学医学部医学科卒業
日本大学医学部第一内科学教室入局
平成16年 日本大学医学部呼吸器内科学分野兼任講師
平成20年 医療法人社団愛語会要町病院院長
平成22年 日本大学医学部呼吸器内科学分野臨床准教授
平成30年 日本大学医学部呼吸器内科学分野臨床教授

LS15-1

高齢者の不眠に対する治療戦略

—高齢者の安全な薬物療法ガイドラインの改訂を踏まえて—

水上 勝義

筑波大学人間総合科学学術院 教授

日本老年医学会の「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」が9年ぶりに改訂された。その間、新たにオレキシン受容体拮抗薬レンボレキサントが上市され、海外ではBeers criteria (2023) やSTOPP criteria (2023) などのガイドラインも発表された。また睡眠衛生指導についても「健康づくりのための睡眠ガイド2023」が発表されるなど、高齢者の睡眠に対する治療環境は大きく変わってきている。本セミナーでは、高齢者の不眠症治療に対する新たな治療戦略について概説したい。

高齢者は不眠の訴えが多くなるが、治療対象の不眠症の診断は診断基準を参考に日中の生活に支障が生じているか確認する。薬物療法の前に睡眠衛生指導を行う。運動不足や日光への暴露の減少、良質な睡眠のための環境づくりなど従来から指摘されていることに加えて、「睡眠ガイド2023」では、長い睡眠時間は健康リスクであり床上時間が8時間以上にならないようにすることや長い昼寝が夜間良眠の妨げになるため日中活動的に過ごすことなどが提唱されている。

高齢者に対する睡眠薬治療では安全性の配慮が最も重要である。ベンゾジアゼピン系やベンゾジアゼピン受容体作動薬 (Z-drug) は認知機能やふらつき、転倒のリスクなどから「とくに慎重に投与すべき薬物」とされる。また、長期間の使用と認知症発症リスクとの関連も指摘されている。一方、エキスパート・コンセンサスでは入眠困難に対してレンボレキサント、中途覚醒についてレンボレキサントとスボレキサントがファーストラインに挙げられている。レンボレキサントは急に中止しても反跳性不眠は見られないことや、閉塞性呼吸障害の呼吸状態に影響しないなど比較的安全なことが報告されている。

今後の不眠症治療においては、治療ゴールを意識し、安全性と有効性のバランスが良好で、中止も比較的安全な薬物を選択することが望まれる。

【演者略歴】

1984年3月 筑波大学医学専門学群卒業

1988年4月 東京都立松沢病院精神科医師

1990年6月 筑波大学臨床医学系精神医学講師

2002年6月 同助教授

2007年4月 筑波大学人間総合科学研究科准教授

2012年4月 同教授 現在に至る

日本老年薬学会副代表理事、日本認知症学会理事、日本老年医学会代議員、日本うつ病学会評議員

厚生労働省「高齢者医薬品適正使用検討会」委員

日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」委員

日本うつ病学会「高齢者のうつ病治療ガイドライン」委員

高齢者総合機能評価ガイドライン策定委員

利益相反：無

ランチョンセミナー

ライソゾーム病の酵素補充療法

LS16

座長：奥山 虎之

埼玉医科大学 ゲノム医療科 希少疾患ゲノム医療推進講座 特任教授

【座長略歴】

1983年 3月 慶應義塾大学医学部卒業
1983年 5月 慶應義塾大学病院小児科学教室入局
1990年10月 セントルイス大学ポストドクトラルフェロー
1994年 1月 ワシントン大学血液腫瘍科リサーチアソシエート
1995年 6月 国立小児病院小児科医長
2002年 3月 国立成育医療研究センター遺伝診療科医長
2007年 8月 国立成育医療研究センター臨床検査統括部長
2017年 4月 埼玉医科大学客員教授
2017年 4月 東京医科歯科大学医学部 臨床教授（現在に至る）
2022年 4月 埼玉医科大学ゲノム医療科 特任教授（現在に至る）

日本先天代謝異常学会 前理事長

厚生労働省難治性疾患政策研究事業ライソゾーム病研究班 研究代表者

LS16-1

ライソゾーム病における在宅酵素補充療法マニュアルの現状

山川 裕之

慶應義塾大学医学部 予防医療センター／循環器内科 専任講師

ライソゾーム病とは、ライソゾーム内の分解酵素の遺伝的欠損により、ライソゾーム内に大量の糖脂質やムコ多糖などが蓄積し、中枢神経、骨格筋、心臓、肝臓、腎臓、種々な症状を呈する疾患群である。現在日本ではライソゾーム病は約60種の疾患があるが、合計で約3000人程度しか存在しておらず、いずれも難病・希少疾患である。

ライソゾーム病の治療の中で酵素補充療法があるが、2024年現在、日本で認可されている酵素製剤はライソゾーム病10疾患に対し16製剤しか存在していない。ただし適切なタイミングで酵素補充療法を行えば、予後は10年以上改善している。この酵素補充療法は、大学病院や専門クリニックにて、1～2週間に1度ペースで、1～4時間の静脈点滴を一生涯にわたり必要となる。ライソゾーム病の末期でADLが極端に低下した状態では、患者自身での単独通院が困難であり、家族への負担も重くなる。

2021年3月にライソゾーム病の8疾患に対する11製剤が、医師の指示のもとで看護師が点滴可能な製剤として認可され、在宅における酵素補充療法の敷居が低くなった。これをもとに、4つのライソゾーム病患者団体、日本在宅医療連合学会、日本先天代謝異常学会、ライソゾーム病難病研究班が主体となり、2023年8月に、ライソゾーム病の在宅酵素補充療法マニュアルを完成させた。

このマニュアルの目的は、専門医、在宅医、訪問看護師、薬剤師が、ライソゾーム病患者の情報を共有しながら、ライソゾーム病患者を個別にフォローアップし、安全に在宅への酵素補充療法を行う事である。その結果、日本全国で一定のレベルで、ライソゾーム病患者に対応できることが可能となる。

実際に、ライソゾーム病患者の中で、本マニュアルを実践することで、在宅医で在宅酵素補充療法を実践することができた例を紹介する。また、我々が取り組んでいる在宅における酵素補充療法の利点と、克服すべき問題点などを示す。

【演者略歴】

1995年 慶應義塾大学理工学部 卒業

2003年 日本医科大学医学部 卒業

2003年 慶應義塾大学病院 研修医

2005年 東京都稲城市立病院 内科

2006年 日本鋼管病院 内科

2007年 慶應義塾大学病院 循環器内科

2015年 慶應義塾大学医学部大学院 卒業

2015年～2018年 横浜市立市民病院 循環器内科

2019年 慶應義塾大学病院 予防医療センター／循環器内科 助教

2020年 慶應義塾大学病院 予防医療センター／循環器内科 専任講師 現在に至る

【所属学会】

日本内科学会、日本循環器学会、日本先天代謝異常学会、日本再生医療学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓リハビリテーション学会

利益相反：無

LS16-2

在宅酵素補充療法診療の実例～ムコ多糖症Ⅱ型の1例～

澤田 浩武

宮崎大学医学部附属病院 小児科

ムコ多糖症Ⅱ型（以下MPSⅡ）は、先天代謝異常疾患で、難病・希少疾患に指定されている。本疾患は、細胞内のライソゾーム酵素活性低下が病因であり、酵素の基質であるムコ多糖が組織や臓器に蓄積していくことで全身に様々な症状をきたす。全身症状は徐々に悪化し、無治療の重症型は10歳前後で亡くなるとされている。現在、MPSⅡには酵素治療薬がある。本治療薬は、毎週の点滴が必要であり、4週間に1回の脳室内投与を併用することもある。毎週の点滴治療通院は患者・家族にとって負担が大きく、在宅医療が期待される。

一方で、MPSⅡの在宅酵素補充療法をする際に、2つの大きな課題がある。1つは在宅で投与する薬剤が高額（体重が50kgの場合、薬価が約160万円/回）な点である。小規模な医療施設や薬局にとって、薬剤購入の経済的負担が非常に大きい。もう1つは、治療を継続していても徐々に病状が進行することが多く、専門家の定期的な診療が必要な点である。今回、多職種連携による在宅酵素補充療法を行っている症例を報告する。

症例は、現在26歳のMPSⅡ重症型男性。寝たきりで、気管喉頭分離下に人工呼吸器装着、胃瘻造設下に注入栄養で管理しており、症状進行による治療適応の観点から2週間に1回の酵素補充点滴を実施している。酵素治療薬は専門医療施設で処方し、専門医療施設と在宅で交互に点滴を行っている。末梢ルート確保のコツや薬剤の取り扱いを指導した後に在宅点滴を開始し、現在は皮下埋め込み型CVポートを留置して投与している。在宅点滴時は専門医療施設近くのA訪問看護ステーションが専門医療施設で薬剤を受け取り、自宅で点滴を実施。A訪問看護ステーションと自宅近くのB訪問看護ステーションが訪問看護を行い、C診療所が訪問診療している。状態不安定時は、専門医療施設に全身状態、検査データを報告し、協議の上、専門医療施設受診か、抗生剤点滴投与などの在宅治療か判断し、対処している。

【演者略歴】

平成 7年 3月 宮崎医科大学医学部医学科卒業
平成 7年 5月 宮崎医科大学医学部附属病院小児科入局
平成 8年 4月 都城市郡医師会病院 小児科勤務
平成 9年10月 都農町立国民健康保険病院 小児科勤務
平成10年 8月 都城市郡医師会病院 小児科勤務
平成11年 4月 宮崎医科大学医学部附属病院 医員
平成12年10月 宮崎医科大学医学部附属病院 助手
平成19年 7月 宮崎大学医学部小児科 講師
平成29年 4月 宮崎大学医学部看護学科 教授 現在に至る

【所属学会】

日本小児科学会、日本先天代謝異常学会（評議員）、日本マスキリーニング学会（評議員）、日本小児内分泌学会

利益相反：無

ランチョンセミナー

MG治療におけるあたらしい選択肢、治療の多様性

LS17

座長：石垣 泰則

医療法人社団悠輝会 コーラルクリニック 院長

【座長略歴】

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

2019年 一般社団法人日本在宅医療連合学会 代表理事 副会長

LS17-1

神経疾患の在宅医療とクリニック診療

川口 直樹

脳神経内科千葉 同和会神経研究所 所長

近年、高齢化に伴って脳血管障害を含めて神経疾患の患者数が増加している。外来・入院治療から在宅医療への移動が検討されることも増加している。各医療機関・施設・在宅の現場では、それぞれの場で治療・心身の機能保持・全身状態管理などが検討されているが、これらが良く連携・共同して継続的な医療を行うことが求められる。しかし神経疾患には認知機能・情動・運動機能・感覚機能・自律神経機能など様々なシステムが障害されるものも多く、それらの対応は必ずしも容易ではない。在宅医療に移行する際には使用薬剤の選択についての検討が必要であり、その剤型についても口腔内崩壊錠や貼布剤への移行が検討される。また起立性低血圧・食事性性血圧や排尿障害、発汗障害などの自律神経障害が見られることは多いが、その対応は容易ではない。今後は免疫性神経疾患患者での検討も加えるものと考えられる。免疫性疾患治療では免疫抑制治療が広く行われており、最近では分子標的薬の使用も増えてきている。外来・入院診療から在宅医療への移行が検討される場合には課題が多いと予想される。今回、クリニック診療に携わる脳神経内科医の立場から発信したい。

【演者略歴】

1989年 3月 千葉大学医学部卒業
1989年 6月 千葉大学医学部附属病院神経内科
1990年10月 千葉県救急医療センター
1992年10月 甲府市立病院神経内科
1993年10月 成田赤十字病院神経内科
1995年 4月 千葉大学医学部附属病院神経内科
1997年 4月 JR東京総合病院神経内科
1999年 9月 千葉大学医学部附属病院神経内科 助手
2007年 4月 千葉大学医学部附属病院神経内科 講師
2013年 4月 医療法人同和会神経研究所・脳神経内科千葉 神経研究所所長（現職）

学会活動等

日本神経学会（専門医・指導医・代議員）
日本神経治療学会（評議員）
日本神経免疫学会（評議員）
日本内科学会（認定内科医・総合内科専門医）
重症筋無力症・LEMS診療ガイドライン作成委員
日本神経免疫学会MG委員会委員
千葉大学医学部非常勤講師
千葉県社会保険診療報酬請求書審査委員会審査委員
特定非営利活動法人筋無力症患者会顧問

利益相反：無

LS17-2

分子標的薬からみた神経難病における2025年問題 ～重症筋無力症の場合～

尾上 祐行

獨協医科大学埼玉医療センター 脳神経内科 准教授

「2025年問題」とは、いわゆる「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者となることによって起こる、社会保障費の増加や働き手不足などの社会問題の総称である。在宅医療の拡充は、2025年問題に対する一つの有効な対策とされている。在宅医療により通院を減らすことで医療負担の軽減とQOLの改善、医療リソースの効率的な活用、入院費用や通院の交通費を削減、入院に伴う合併症リスクを低減が期待できる。以上から高齢化社会医療への切り札として在宅医療への期待は大きい。そのため病院で行っていた治療が在宅で行えることが求められていた。

重症筋無力症（MG）患者は最近高齢者において増加傾向で2025年には全MG患者は4万人を超えるとの予測がある。かつてMGの治療はグルココルチコイドGCを漸増し高用量で一定期間維持し漸減する漸増漸減治療が用いられていた。そのため長期入院が多く、GCの副作用である容姿の変化、骨粗鬆症、糖尿病、気分障害はMG症状以上に問題であった。これらの改善のため、MG診療ガイドライン2022では、完全寛解かそれに近い最小症状（minimal manifestations）をGC5mg以下で管理するmm-5mgが示されている。分子標的薬の登場でmm-5mg、通院回数の削減、難治性患者の管理がしやすくなった。さらに薬剤の改良で投与期間の延長や、皮下注製剤など多様な剤形が選択可能である。皮下注製剤では注射手技の獲得が必要である。また分子標的薬は感染症のリスクがある。抗補体薬投与患者ではワクチン接種、合併症の啓蒙、経口抗菌剤の内服指示などで十分な管理が必要である。今回、後期発症MG患者に皮下注製剤を導入し在宅医療に移行し良好な結果を得た。

【演者略歴】

1997年 佐賀医科大学卒業

2003年 国立精神神経医療研究センター 免疫研究部

2008年 Brigham and Womens Hospital & Harvard大学

2010年 防衛医科大学校 内科3 神経抗加齢血管内科

2015年 獨協医科大学越谷病院

2018年 獨協医科大学埼玉医療センター

利益相反：無

ランチョンセミナー

LS18

座長：弓野 大

医療法人社団ゆみの ゆみのハートクリニック 理事長・統括院長

【座長略歴】

ゆみのハートクリニック 理事長・統括院長

内科／循環器内科

1998年 順天堂大学医学部卒

東京女子医科大学病院循環器内科入局／佼成病院、虎の門病院で従事

2006年 カナダ・トロント大学 客員研究員（心不全と睡眠時無呼吸症について）

2009年 東京女子医科大学病院 心臓病センター 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

2015年 大阪大学重症心不全移植専攻医育成プログラム招聘教員 東京医科大学循環器内科学兼任講師

【所属学会】

日本循環器学会／日本心臓病学会／日本心不全学会

日本睡眠学会／日本在宅医学会／日本内科学会

【役職・資格・社会活動】

医療法人社団ゆみの 理事長・統括院長

大阪公立大学大学院看護学研究科臨床教授

順天堂大学循環器内科非常勤講師

大阪大学重症心不全移植専攻医育成プログラム招聘教員

日本循環器学会認定循環器専門医

日本内科学会認定内科医

日本循環器協会理事

日本心臓病学会理事

日本在宅医療連合学会評議員

NPO法人日本心不全ネットワーク副代表

全国循環器クリニックネットワーク（JCCN）事務局長

LS18-1

離島から発信する在宅POCUSのいろはにほへと ～AI技術を活用して開発されたKOSMOSと、これからの心不全管理～

植村 和平

奥尻町国民健康保険病院 医長

専門家の揃うことの多い病院医療と比べて、在宅医療は医療資源に限られます。しかしエコーの導入によって医師の診察手技が広がり、画像的な診断だけでなく、治療の可能性も広がります！近年のエコーは小型で運ぶのが簡便でありながらも画質に優れ、さらにアプリケーションに至ってはAI技術を活用して開発されたものもあり、我々の診療のサポートをしてくれます。そこで今回は、在宅診療における新世代のエコーの実践方法に焦点を当て、在宅POCUSによる訪問診療の可能性を報告します。

【演者略歴】

2017年 自治医科大学卒業

2017～2018年 砂川市立病院

2019年 上川医療センター

2020年 道立羽幌病院

2021年 栄町ファミリークリニック

2022年 手稲溪仁会病院

2023年 市立稚内病院

2024年 奥尻町国民健康保険病院

【所属】

北海道家庭医療学センターの総合診療専門医プログラム

【資格】

超音波専門医

利益相反：無

ランチョンセミナー

LS19

座長：荻野 美恵子

国際医療福祉大学医学部 医学教育統括センター 副センター長

国際医療者教育学・脳神経内科・大学院医学研究科 教授

【座長略歴】

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

1985年 北里大学医学部卒業

1992年～5年 米国コロンビア大学留学

1994年 北里大学医学部大学院修了（医学博士学位取得）

2000年 北里大学医学部神経内科学講師

2005年 東京大学大学院医療倫理人材養成講座（CBEL）修了

2006年～08年3月 東京医科歯科大学大学院医療政策学修士課程卒業（医療政策学修士取得）

2014年12月 北里大学医学部附属新世紀医療開発センター横断的医療領域開発部門包括ケア全人医療学講師

2017年 3月 同准教授

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

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

2024年 4月 国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター国際医療者教育学教授

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

厚労科研「難治性疾患の医療費構造に関する研究」班 主任研究者（平成20年度～平成22年度）

学会等理事：日本神経治療学会、日本在宅医療連合学会、内科系学会社会保険連合、日本エンドオブライフケア学会、日本難病医療ネットワーク学会

学会等評議員：日本神経学会、日本神経免疫学会、日本臨床死生学会 他、
難病情報センター運営委員

LS19-1

パーキンソン病の在宅医療

織茂 智之

上用賀世田谷通りクリニック 院長

近年高齢発症のパーキンソン病（Parkinson disease: PD）の人が増加してきており、今後在宅医療が必要なPDの人が益々増加することが予想される。これまで在宅療養期のPDの人の診療は主に非脳神経内科医に委ねていたが、訪問診療医は抗PD薬をほとんど調整せず、そのために症状が悪化してしまうことをしばしば経験して来た。2011年から我々脳神経内科医がPDの人の訪問診療を行ったところ、レボドパ換算用量相当量（LEDD）が増加し、運動症状の悪化が抑制された（織茂智之他, Jpn J Rehabil Med, 2019）。このような流れを受け、我々は新たに2021年4月から上用賀世田谷通りクリニックでPDなどの神経疾患の人の訪問診療を開始した。2024年2月までに訪問診療を行った神経疾患の人は145人で、PDは87人（年齢80.5歳、罹病期間12.4年、Hoehn-Yahr4.0）であった。このうち38人が訪問診療を終了した（死亡18人、その他特養入所など）。基本的にLEDDは増加しており、Hoehn-Yahrの進行は抑制されている。PDの人へのアンケート調査によると、メリットでは通院の負担軽減など（80%）、デメリットでは検査や処置に限界がある（10%）であり満足度は高かった。最近家族と訪問看護師らの協力のもとに、2人のPDの人にホスレボドパ・ホスカルビドパ持続皮下注を施行した。いずれもオフ時間が非常に短縮しADLが改善した。在宅医療を経験して以下のことを学んだ。1) 外来診察時とは異なり普段の状態がわかる、2) 家庭内でどのように生活をしているかがわかる、3) 家庭内の住居環境がわかる、4) きめ細かな診察や薬物投与ができる、5) ゆっくり話を聞くことができる、6) 家庭内での介護のキーパーソン、介護の状態がわかる、7) 訪問看護師、訪問理学療法士などさまざまな医療スタッフの意見を聞くことが出来る、これはすなわち多職種連携である。在宅療養期のPDの人においても、脳神経内科医によるきめ細かな訪問診療と多職種連携を行えば、運動症状・非運動症状の悪化を抑制し、本人・家族の満足度が高くなる。

【演者略歴】

最終学歴

1980年3月 信州大学医学部卒業

現職

上用賀世田谷通りクリニック院長

勤務歴

1980年4月 東京医科歯科大学神経内科医員

1983年1月 関東通信病院神経内科医員

1994年1月 関東中央病院神経内科医長

2001年4月 関東中央病院神経内科部長

2017年4月 関東中央病院脳神経内科統括部長

4月 上用賀世田谷通りクリニック院長

専門

臨床神経学, レビー小体病の臨床・基礎的研究, アルツハイマー病の臨床研究, 筋疾患の基礎的研究

所属学会

日本内科学会, 日本神経学会（前代議員）, 日本神経治療学会（前理事）, MDSJ（前理事・16MDSJ大会長）, MDS

資格

医学博士, 日本内科学会認定内科医, 神経内科専門医

賞罰

平成11年度上田記念心臓財団賞, 平成19年度日本神経学会梅林賞, 平成20年度東京都医師会医学研究賞, 平成20年度松医会賞（信州大学同窓会）など

一般演題(口演) 1 優秀演題

O-1-1

訪問診察導入患者における終末期の療養希望場所に関する意思決定能力について

野々垣 禪¹ ノノガキ ゼン
櫛田 あおい² クシダ アオイ
上山 佳代子³ カミヤマ カヨコ
小鹿 省吾⁴ オジカ ショウゴ
山本 有巖⁵ ヤマト アリツヨ
荒川 直之⁶ アラカワ ナオユキ
原蘭 晋太郎⁷ ハラゾノ シンタロウ
三浦 久幸⁸ ミウラ ヒサユキ

¹ JA愛知厚生連 海南病院 老年内科

² JA愛知厚生連 海南病院 居宅介護支援事業所

³ JA愛知厚生連 海南病院 医療福祉相談課

⁴ JA愛知厚生連 海南病院 海南訪問看護ステーション

⁵ 医療法人フューチャー 山本医院

⁶ 医療法人良斉会 加藤胃腸科内科 とびしまこどもクリニック

⁷ のどか在宅クリニック

⁸ 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域医療連携推進部

【目的】アドバンスケアプランニング(ACP)の概念が提唱され、患者の意思決定能力が低下する前に将来の医療やケアについて話し合うことが推奨されている。訪問診察導入時は、生活環境が大きく変わり、多職種支援を行うため、ACP開始の重要な時期と考えられる。しかし、訪問診察導入時には意思決定能力が低下している患者も散見される。これまでに、訪問診察導入患者の意思決定能力を評価した研究は存在せず、どの程度の患者で意思決定能力が残っているかは明らかにされていない。本研究は訪問診察導入患者における終末期の療養希望場所に関する意思決定能力を明らかにするものである。【方法】訪問診察を導入する患者に対して終末期の療養場所に関しての意思決定能力評価を行なった。意思決定能力の評価は理解、認識、選択の表明、論理的思考の4つの能力毎に質問紙票を作成し、医師にて評価を行った。それぞれに一定の評価基準を設け、能力あり、何らかの能力あり、能力なしの3段階評価で評価した。質問紙票は医師にて2回評価を行い、検者内信頼性の評価を行なった。本研究は海南病院倫理委員会の承認を得て行われました。【結果】訪問診察導入患者91名に対して評価を行なった。質問紙票は4つ全ての項目でICC 0.7以上であり信頼性が確認できた。4つ全ての項目で能力がある患者の割合は32%、何らかの能力がある患者は60%、4つ全ての項目で能力がない患者は8%であった。各能力のうち、選択の表明能力は92%の患者で残っていた。また、理解能力を持つ患者は66%と少なかった。【考察】訪問診察の導入時に多くの患者において、終末期の療養希望場所についての意思決定能力が残っている可能性が示唆された。多くの患者で表明能力は残存しており、訪問診察導入時に意向の確認が可能であった。一方で、すでに意思決定能力が低下している患者もあり、より早い段階からの意向確認が必要である。

利益相反：無

一般演題（口演） 1 優秀演題

O-1-2

在宅患者の救急受診をより正確に予測する

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

【目的】

DIVERT scaleやCARS、EARLIなど在宅患者の救急受診を予測するスコアが海外では開発されている。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る可能性が示唆された。本研究の目的はこれらの精度を向上させる因子を探索し、どの程度予測スコアが向上するかを検討することである。

【方法】

本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日時点で当院を利用している全患者を対象とした。2022年1月1日から6月30日までの6ヶ月間を観察期間とし、期間中の救急受診の有無を主要アウトカムとし、患者から聞き取り調査及びカルテレビューにてデータ収集を行った。予測因子は、DIVERT scale、CARS、EARLIと臨床学的知見から引用し、年齢とACP実施の有無をそれぞれのスコアに加え精度を比較した。なお本研究は藤田医科大学倫理委員会の承認（承認番号 HM22-368）を得て行われた。

【結果】

本研究の対象患者は228人であり、参加拒否された方を除く224人を解析した。観察期間中に救急受診をした患者は40人（17.8%）であった。年齢とACP実施の有無をスコアに加えることで、救急受診予測のDIVERT scaleのAUC（Area Under the Curve）は0.62から0.69、CARSは0.59から0.66に、EARLIは0.60から0.68に向上した。

【考察】

海外の在宅患者救急受診の予測スコアの項目にない、年齢とACP実施の有無の2つの因子を組み込むことで、より正確に救急受診を予測できることが示唆された。本研究は単施設研究であり、今後はより大規模な多施設研究により、その有効性を評価する必要があると考える。

利益相反：無

一般演題（口演） 1 優秀演題

O-1-3

全国の在宅医療に関わる心不全療養指導士ネットワークの設立 ～地域から心不全パンデミックを抑えるための活動の一步～

白川 大樹 シラカワ ダイキ
訪問看護ステーション立花畑

【はじめに】

今後、心不全患者は約130万人に達すると言われており、住み慣れた地域で心不全をみていく必要がある。2021年に心不全療養指導士が設立され、地域での活躍が期待されている。心不全パンデミックを地域から抑え、あらゆる人が住み慣れた地域・在宅で暮らせる事を目的に、2023年3月に全国の在宅医療に関わる心不全療養指導士ネットワーク（CHFEホームケアネットワーク）を設立した。

【活動】

活動にあたり全国各地域の心不全支援のあり方を知っていくため、北海道、東京都、愛知県、大阪府、兵庫県、福岡県でコアメンバーを選定した。定期的にコアメンバーミーティングを実施。その後、全国の在宅医療に関わる心不全療養指導士の顔合わせの場として、2023年9月に第1回Web座談会を開催し、北は北海道～南は長崎県の地域で活躍する心不全療養指導士28名が集いあった。地域性の違いによる心不全支援をテーマにディスカッションを行い、交流を深め、地域で働く心不全療養指導士の顔の見える関係の構築に努めた。2023年12月には第2回Web座談会を開催し38名が参加。第2回座談会は病院で活躍する心不全療養指導士を中心に設立されている都道府県のネットワーク代表者も交えて座談会を開催し、在宅での心不全支援の実際を知ってもらった。

【考察】

在宅医療に関わる心不全療養指導士のネットワークを設立し、Web座談会を開催したことで地域や文化の違いによる心不全支援の在り方を、他の地域の心不全療養指導士が把握できた。また、各地域の心不全療養指導士が顔を合わせることで地域の垣根を越えた在宅での心不全支援ができるのではないかと考える。そして病院と在宅の心不全療養指導士が繋がる事で心不全在宅移行支援がよりシームレスなものになり、地域から心不全パンデミックを抑えていく一助になるのではないかと考える。

利益相反：無

一般演題(口演) 1 優秀演題

O-1-4

経鼻胃管先端位置確認システム(タムガイド)の特徴と適応、使用上の注意点

安藤 美晴^{1,2} アンドウ ミハル

入江 真大^{3,4} イリエ マサヒロ

¹ 倉敷北病院 看護部

² バード訪問看護ステーション

³ 倉敷北病院 外科

⁴ ももたろう往診クリニック

【はじめに】

タムガイドは経鼻胃管の先端位置確認を目的とした新しい装置で、赤色の生体透過光を発生するLED光源装置と経鼻胃管内に挿入するファイバーで構成される。今回、当院で使用して得られた経験や製品の特長、適応や使用上の注意点、課題について報告する。

【結果】

9症例に使用し、6例で経鼻胃管の胃内挿入が光の目視により確認できたが、3例は目的の位置に経鼻胃管を挿入したものの光は確認できなかった。太さの異なる2種類のファイバーがあるが、1.0mm径に比べ1.5mm径のファイバーでは光量がより多く、コシが強く、抜去時に抜けにくい傾向があった。ガイドワイヤは併用可能であった。1例は1.5mmのファイバーのみで光を確認できた。また、頸部や腹部で確認できる光量には個人差があった。体表から心窩部を指で押さえることで透過光が明瞭になる場合があった。X線透視下でも経鼻胃管先端を胃体部へ誘導できない症例があった。経鼻胃管の材質ではポリウレタンよりポリ塩化ビニルでより抜去時の抵抗が大きかった。潤滑剤は水溶性潤滑剤よりオリーブ油の方がより良く滑った。

【考察】

経鼻胃管の先端位置確認は胃管誤挿入による事故を防ぐために重要であり、X線撮影やpH測定、気泡音など複数の方法で行うことが推奨されているが、この度、新たな手段として生体透過光での確認が加わった。今回、光の確認が困難であった3症例はそれぞれ、内臓脂肪過多、胃ヘルニア、胃切除術後の為に光と体表までの距離が遠く、解剖学的要因が確認困難の原因と考えられる。また、頸部や腹部で確認できる光量も個人差があり、これも解剖学的要因が考えられる。同様の理由で気泡音が聴取困難な症例では透過光も確認困難と予想される。ファイバーのコシの強さに起因する穿孔リスクはタムガイドを使用する上で最も注意すべきで胃切除術後や食道への挿入困難例はやや使用適応外と考える。

利益相反：無

一般演題（口演） 1 優秀演題

O-1-5

小児の非がん疾患の在宅看取りの検討

水谷 亮 ミズタニ アキラ
雨宮 馨 アメミヤ カオル
古川 真弓 フルカワ マユミ
飯田 宏美 イイダ ヒロミ
平野 静香 ヒラノ シズカ
宮田 章子 ミヤタ アキコ
さいわいこどもクリニック 在宅診療部

【はじめに】小児在宅医療の発展によりがん疾患の小児の在宅看取りは増えているが、一方で経過の予測が難しい重症な非がん疾患の小児では、在宅看取りの報告は少ない。【方法】2008年1月～2023年12月に当院で訪問診療を行った小児152例のうち、期間中に死亡した非がん疾患34例を後方視的に検討した。【結果】34例のうち、病院看取り（以下、病院群）が22例、在宅看取り（以下、在宅群）が12例だった。各群を比較すると、原疾患は染色体異常・先天奇形が病院群11例（50%）・在宅群5例（45%）、神経筋疾患が病院群5例（23%）・在宅群4例（36%）だった。また超重症児スコア（平均値）は病院群24.2点・在宅群25.1点で、両群とも重症度は高かった。家族背景は「ひとり親」が病院群1例（5%）・在宅群0例（0%）、「同胞あり」が病院群14例（67%）・在宅群8例（73%）で、差はなかった。一方、死亡年齢（中央値）は病院群3.2歳・在宅群10.6歳、訪問診療開始から死亡までの期間は病院群1.2年・在宅群2.8年で、在宅看取りで有意に長期間だった（ $p<0.05$ ）。直接死因として急性疾患（呼吸器感染）が病院群12例（54%）・在宅群1例（8%）と、病院看取りで有意に多かった（ $p<0.05$ ）。また在宅群では全例に積極的な終末期ケアを行い、4例にオピオイドを投与した。終末期に点滴を行った症例は2例だった。【考察】両群で原疾患や重症度、家族背景に有意差はなかったが、死因として病院群では呼吸器感染症が多く、在宅群では原疾患の進行が多かった。呼吸症状を伴う急性疾患では入院を希望する傾向にあり、在宅看取りを困難とする要因と考えた。また在宅群では死亡年齢が高く、訪問診療でのフォロー期間も長かった。ACPがより行われ、今後の具体的な予後予測を家族と何度も共有できることが在宅看取りを可能にする大きな要因と考えた。

利益相反：無

一般演題（口演） 1 優秀演題

O-1-6

当薬局における特定保健医療材料の乖離率調査

二村 直行 フタムラ ナオユキ
クルミ薬局2号店

【目的】在宅医療において保険薬局は、医薬品だけではなく医療材料の提供も担っている。その中でも特定保健医療材料は、医療機関による院外処方が可能で、保険薬局が保険請求を行うことがある。特定保健医療材料を使用する中で、償還価格が仕入れ価格を下回る（以下「逆ざや」）ことがある薬局が約4割あった、という報告がある。当薬局でも逆ざやの商品が多数存在し、経営的な負担になっている。しかし、令和5年度特定保健医療材料価格調査の速報値では、平均乖離率が約2.5%（令和3年度は約3.8%）であり、体感しているものとは大きく異なっていた。そこで当薬局における特定保健医療材料の平均乖離率と材料毎の乖離率を調査することにした。

【方法】令和2年4月～令和5年12月の期間に当薬局で取引のあった特定保健医療材料について調査を行った。平均乖離率と材料毎の乖離率は令和4年度の報酬改定前後で2期間（令和2年4月～令和4年3月、令和4年4月～令和5年12月）に分けて算出した。

【結果】当薬局の平均乖離率は、0%を下回り、平均すると逆ざやであることが分かった。特に在宅中心静脈栄養用輸液セット（本体）（以下「輸液セット」）の乖離率が0%を大きく下回り、平均乖離率を引き下げている。

【考察】調剤、特に在宅医療の現場においては、簡便さや安全性を重視した高額な輸液セットを用いることが多い。一方で、院内で行われる簡単な輸液であれば安価な輸液セットが用いられる。これらが同一の材料価格であることが全体と調剤の平均乖離率に差を生んでいる要因の1つだと考える。大きな逆ざやを緩和することは、薬局による医療材料の提供を持続可能にすると考えため、他の特定保健医療材料と同様に、輸液セットの持つ特性によって材料価格を設定し、より公平に平均乖離率が算出されることを切望する。

利益相反：無

一般演題（口演） 2 準優秀演題

O-1-7

在宅医療クリニック病床運営における医療型短期入所導入の有用性

志田原 智広 シダハラ トモヒロ
永井 康徳 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】

在宅医療クリニックの病床は、①病院から在宅へのトランジット、②レスパイト、③在宅療養困難なケースの看取り、④食支援、⑤医療型短期入所等多くの役割がある。また診療報酬改定において有床診療所の入院基本料が引き上げられる等その役割が期待されているが、現状は経営が難しく有床クリニックは減少し続けている。一方、医療的ケア児の短期入所のニーズが高まっており、短期入所の導入が病床経営上有用である可能性がある。当院の事例を通して医療型短期入所のニーズ、役割、経営上の有用性を明らかにする。

【方法】

当院病床（全10床）の空き病床を2019年より医療型短期入所として運用開始した。短期入所導入前後それぞれ3年間における、のべ入院日数、のべ短期入所日数、病床稼働率、病床売上額の変化を検討した。

【結果】

短期入所導入前後で、病床利用平均のべ日数は1726日/年から2448日/年（1.42倍）、病床稼働率は年平均47.3%から67.1%（1.42倍）に増加し、病床売上額は病床利用のべ日数の増加率を上回り、年平均で1.60倍に増加した。

【考察】

医療型短期入所は重症患者の受け皿となるだけでなく介護者のレスパイトや社会活動の維持の役割も担う。また2021年には医療的ケア児支援法が成立し施設への期待が高まっているが現状は施設が不足している。在宅医療クリニックの空き病床を医療型短期入所として活用する事の貢献度は高く、福祉制度を活用した収益の増大により経営上の改善が期待できる。患者単価は1泊2日で比較した場合、入院で約30540円に対し短期入所で約55240円と1.81倍の差があり、病床利用者数の増加、単価の上昇により経営改善を認めた。空き病床の活用は病床存続に寄与し、地域の多様なニーズに持続的に応えていくことにつながる。

「発表にあたり患者の個人情報とプライバシーの保護に配慮した。」

利益相反：無

一般演題（口演）2 準優秀演題

〇-1-8

「身寄りのない人の権利擁護支援に関するガイドライン ～地域でくらすための入所・入院時等のそなえ～」～支援関係者へ活用のための研修について～

近藤 芳江 ^{1,2}	コンドウ ヨシエ
大津 裕昭 ³	オオツ ヒロアキ
林 浩 ³	ハヤシ ヒロシ
伊藤 綾乃 ^{4,2}	イトウ アヤノ
渡久地 千絵 ^{5,2}	トグチ チエ
奥村 朱美 ^{6,2}	オクムラ アケミ
長谷川 安伸 ^{7,2}	ハセガワ ヤスノブ

¹ APLE（株） 居宅介護支援ハートサービス近藤

² 名古屋市介護サービス事業者連絡研究会

³ 社福）名古屋市社会福祉協議会 名古屋市成年後見あんしんセンター

⁴ （株）名城ケアサービス 陽だまりの家ケアプランセンター

⁵ 南生協病院居宅介護支援事業所

⁶ 株式会社リーベン しあわせケアプラン

⁷ ケアマネジメントセンター夢屋

【はじめに】

近年、身寄りのない人が増加する一方、身元保証人と呼ばれる存在が不在なため、本人が希望する、または、本人にとって適切な入所・入院をはじめとした福祉サービスの利用や医療が受けられない現状がある。

そのため、名古屋市権利擁護支援協議会にて、入所・入院時等に、本人が希望する適切な支援を受けることができるよう、社会資源を整理し、「身寄りのない人の権利擁護支援に関するガイドライン ～地域でくらすための入所・入院時等のそなえ～」を作成、令和5年4月に公表した。今後の活用を目的に、普及啓発活動として様々な専門職へ複数回の研修を行っている。

【活動】

ガイドラインでは、身元保証人に求められる機能を「①福祉に関するサービス等の利用手続き、②料金の支払いやお金の管理、③施設や病院で必要な物品の準備、④病院受診や入院・手術等するときの手続き、⑤退所や退院の手続き、⑥亡くなった後の手続き」に整理、意思決定支援を基本として、本人の判断能力や後見人等の有無に応じた対応策を記載した。

そして、万一の際に必要なとされる支援について、本人を含めたチームによる対応を基本とし、あらかじめ対応方法を整理するツール「私の気持ち応援シート」も作成した。

普及啓発のため、名古屋市成年後見あんしんセンターでは、5月から、地域包括支援センター職員・介護支援専門員、福祉施設職員、介護保険事業者に向けて研修を行っている。

【考察】

身よりのない方の支援において、現場では様々な工夫をしており、上記シートに整理することができた。一方で、その内容を誰がどのように確認していくのかは今後の課題となった。身よりのない方の権利擁護支援はチーム支援が必須であり、また、在宅生活から施設への入所、入院まで公的組織によるサポートも重要である。そして、支援者のみならず、当事者である市民への普及も必要であることが示唆された。

利益相反：無

一般演題（口演） 2 準優秀演題

O-1-9

当院における神経難病患者のレスパイト入院の実態について

太田 泰介 オオタ タイスケ
藤井 慎也 フジイ シンヤ
琴岡 憲彦 コトオカ ノリヒコ
山本 巻一 ヤマモト ケンイチ
崔 承彦 チェ スンオン
医療法人葡萄の木ぶどうの木クリニック

【目的】

神経難病患者が在宅療養を継続できるよう支援する取り組みとして、レスパイト入院がある。レスパイト入院は、介護者の休息を本来の目的として実施されている。当院は19床の病床を備えた機能強化型在宅療養支援診療所である。自院に訪問看護ステーションを併設しており、常時約680名の患者に訪問診療を行っている。今回、当院で訪問診療中の神経難病患者におけるレスパイト入院の実態について調査を行った。

【方法】

対象：2020年1月の開院から2023年9月までに当院の在宅診療を受けている神経難病患者85名。電子カルテよりデータを抽出し、疾患名、療養場所、レスパイト入院利用の有無、往診状況、在宅時の訪問看護の有無を調査した。

【結果】

性別は、男性36名、女性49名。疾患の内訳は、パーキンソン病患者25名、筋萎縮性側索硬化症患者21名、多系統萎縮症患者11名、大脳基底核変性症患者6名、その他22名。療養場所は施設30名、自宅55名。調査対象患者85名のうち20名がレスパイト入院を利用していた。訪問看護は62名で実施されており、自院の訪問看護利用者は14名であった。43名が最終的に看取りとなり、看取り場所の内訳は自宅16名、施設13名、自院病棟13名であった。

【考察】

神経難病患者は在宅療養において多職種間の情報共有や、臨機応変なプラン変更が必要となる。レスパイト入院を定期的に行うことで、在宅療養だけでは知り得ない患者の夜間の睡眠・呼吸状態、食事摂取の状態変化を把握できる機会となることがわかった。さらに本人の心理的な不安や不満といった情緒的变化を観察することが可能である。それにより在宅生活における家族や介護施設への情報共有を行い、きめ細かなサポートが可能となり、在宅での看取りにつながる可能性がある。今後も自院でのレスパイト入院を通して患者、家族にとってより有意義な療養環境を構築していきたい。

利益相反：無

一般演題(口演) 3 医療安全・リスクマネジメント

O-1-10

在宅医療における注射製剤とPCAポンプに関するインシデント実態調査

石川 彩夏 ¹	イシカワ アヤカ
石木 寛人 ¹	イシキ ヒロト
松原 奈穂 ¹	マツバラ ナホ
池上 貴子 ¹	イケガミ タカコ
川崎 成章 ¹	カワサキ ナルアキ
荒川 さやか ¹	アラカワ サヤカ
池長 奈美 ²	イケナガ ナミ
近藤 麗子 ²	コンドウ レイコ
里見 絵理子 ^{1,3}	サトミ エリコ

¹ 国立がん研究センター中央病院 緩和医療科

² 国立がん研究センター中央病院 看護部

³ 順天堂大学大学院 緩和医療学研究室

【目的】在宅医療の注射製剤関連インシデントの実態調査を行い、安全に在宅で注射製剤を使用する。【方法】PCA (patient-controlled analgesia) 使用経験のある医療者に半構造化面接を行い、調査票を作成した。日本プライマリ・ケア連合学会及び日本在宅医療連合学会の医師会員を対象としてウェブ調査を実施し、結果を集計した。医療者対象の調査は当院指針の倫理審査対象でないため倫理審査不要証明を取得した。【結果】約8,000名から362件の回答を得た。回答者の経験年数は中央値22.0年、在宅医療従事年数は中央値10.0年だった。主な所属機関は診療所(訪問と外来)194名(53.6%)、診療所(訪問専門)81名(22.4%)、市中病院68名(18.8%)だった。338名(93.4%)が在宅で注射製剤の使用経験があり、うち300名(88.8%)が麻薬注射製剤、288名(79.6%)がPCA使用経験があった。124名(34.3%)が注射製剤全般の、112名(30.9%)が麻薬注射製剤のインシデントの経験があり、自己抜針が65件(18%)、ルート閉塞63件(17.4%)、PCAポンプの不具合60件(16.6%)、看護師との連携・情報伝達のミス46件(12.7%)だった。インシデントレベルは注射製剤全般で0~3b、麻薬注射製剤で0~3aが経験され、いずれもレベル1が最多だった。レベル2以上は注射製剤全般で39件(10.8%)、麻薬注射製剤で31件(8.6%)あった。医師経験及び在宅医療従事年数とインシデント経験に相関はなかった。【考察】在宅の注射製剤インシデントは経験年数によらず誰しも起こしうる。患者要因やPCAポンプ不具合が多く、使用時の患者家族への十分な説明、自己抜針やルート閉塞を起こさない工夫をチェックリスト化する、患者・医療者共にPCAポンプ使用方法の習熟が必要である。

利益相反：有

一般演題（口演）3 医療安全・リスクマネジメント

O-1-11

在宅血液透析を安全に運用するための取り組み

中釜 祥吾 ¹	ナカガマ ショウゴ
中嶋 藍 ¹	ナカジマ アイ
川畑 勝 ²	カワバタ マサル
桃木 久美子 ³	モモキ クミコ
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

【はじめに】当法人では29名の在宅血液透析（HHD）患者を管理している。HHDは施設透析と同じ医療機器を用い自宅で体外循環を行うため安全管理が非常に重要であるが、運用方法は在宅血液透析管理マニュアル（改訂版）を基に医療機関毎に委ねられている。今回当法人での安全管理体制構築に対する活動報告を行う。

【活動】臨床工学技士11名、看護師1名による24時間オンライン体制を擁し、メッセージアプリで患者とスタッフが連携し写真や動画を用いた迅速な対応を行っている。クラウド上でHHDのモニタリングを行うトマーレ社製透析支援システムcueing HHDの導入、医療機器の稼働状況が確認できるJWS社製Jモニターを導入し、円滑に状況確認が出来るシステムを構築している。安全対策として、プライミングミス予防のためのシンプルな血液回路の選択、治療中の血液濃縮率（BV）モニタリングから除水速度の自動調整を行い治療中の血圧低下の予防、治療中にシャント機能評価を行う再循環率の測定の活用、失血を速やかに発見できる針先の漏血センサーの設置を行っている。

【考察】2022年4月1日から2023年3月31日にかけてのHHD患者のオンライン対応報告は147件あり、電話対応62.1%、ビデオ通話10.3%、メッセージアプリ27.6%であった。問い合わせ内容は身体的トラブル16.3%、手技的トラブル59.9%、機械的トラブル23.8%であった。オンライン上の対応で解決した問い合わせは82.3%、オンライン上で解決せず継続し対応が必要な問い合わせは17.7%であった。これら対応報告をスタッフ間で定期的に共有し、経験したトラブルに対しシンプルな血液回路の選択、BV機能の活用といった予防策を講じている。安全管理の継続した改善を通じて、患者が安心できるHHDの運用に繋がると考える。

利益相反：無

一般演題（口演）3 医療安全・リスクマネジメント

O-1-12

在宅医療感染サーベイランス～悠翔会19クリニックにおける2022年調査報告～

池邊 太一^{1,2} イケベ タイチ
佐々木 淳² ササキ ジュン

¹ 悠翔会在宅クリニック春日部

² 医療法人社団悠翔会

【はじめに】感染サーベイランスは医療関連感染対策に広く実践されているが、在宅医療領域では疫学的データがない。今回2022年に提出された培養検体における主要な細菌の分離頻度と抗菌薬感受性から疫学的検討を行った。本検討は法人内の倫理委員会の承認を得た。【活動】当法人19拠点より提出された微生物学検査用の全814検体を解析した。2019年に実施した調査と厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）のデータを比較した。検体の内訳は血液36（4.4%）、呼吸器検体59（7.2%）、尿検体416（51.1%）、便検体22（2.7%）、その他281（34.5%）であった。拠点別の提出検体数中央値は31検体（0-185）と拠点ごとにばらつきがあった。感染対策上問題となる菌として大腸菌の31.9%、肺炎桿菌の10.6%、プロテウスの44.4%がESBL産生菌であった。MRSAはブドウ球菌の53.7%に検出された。多剤耐性緑膿菌やアシネトバクター、カルバペネム耐性腸内細菌は検出されなかった。また大腸菌のうち55.8%がレボフロキサシン（LVFX）耐性、22.4%がST合剤耐性、緑膿菌では多剤耐性緑膿菌は検出されなかったがイミペネム耐性が12.3%、キノロン耐性が10.8%に認められた。【考察】在宅医療を受ける患者は年齢、基礎疾患、社会背景などが一様ではなく、生活環境や関わる職種・利用するサービスも様々であり、病院で行われているような感染対策の実施は困難である。一方で、今回の検討では検出された菌種は病院内で検出される菌種と同様の感受性パターンを有しており、特に感染対策上問題となるESBL産生菌などの伝播を防止するためにも、少なくとも標準予防策の実施が必要と考える。在宅医療における感染対策の課題解決のためにも疫学、臨床に与える影響など一つずつ検討していくことが望まれる。

利益相反：無

一般演題(口演) 4 医療・ケアの質・評価

O-1-14

非がん高齢在宅患者に対する急性期病院におけるレスパイト入院利用と患者生存期間、在宅療養期間との関係：後ろ向き観察研究

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】在宅患者のレスパイト入院利用について、これまで介護者の負担軽減等の質的研究は報告されているが、患者の生存期間や在宅療養期間への影響に関する報告はない。当研究は、非がん高齢在宅患者に対するレスパイト入院利用と患者生存期間との関係を検討することを目的とした。

【方法】2011年3月-2018年9月に当院在宅患者受け入れ病棟に入院した、診療所から継続的に在宅医療を受けている393人の非がん高齢在宅患者（初回入院時年齢の中央値84.0歳、女性53.9%）を対象に後ろ向き観察研究を行った。観察期間中にレスパイト入院を1回以上利用した患者98人と非利用者295人の2群に分け、カプラン・マイヤー法を使用して累積生存曲線を作成した。全死因死亡率に関連する予後因子は、Cox比例ハザードモデルにより評価した。倫理委員会承認後に研究を実施した（No. 675）。

【結果】レスパイト入院利用患者の累積生存曲線は、非利用患者よりも長期の生存期間中央値を示した（1119.0日 vs. 267.0日、 $p<0.001$ ）。神経疾患患者のサブグループ分析でも同様に長期の生存期間中央値を示した（1448.0日 vs. 597.0日、 $p=0.020$ ）。年齢、性別などの交絡変数を調整した後の全死因死亡率に関連するレスパイト入院利用のハザード比は0.480（ $p<0.001$ ）であった。

考察:非がんの在宅患者の内、レスパイト入院利用患者は非利用患者よりも長期の生存期間を示した。神経疾患のサブグループ分析でも同様の結果が得られた。在宅患者の生存期間延長は結果として在宅療養期間の延長を示す。難病在宅患者には公的なレスパイト入院制度がある一方、難病以外の在宅患者には公的なレスパイト入院制度はない。当研究結果を踏まえ、全在宅患者に対する公的なレスパイト入院制度などの新たな在宅療養支援策の検討が望まれる。

利益相反：無

一般演題(口演) 4 医療・ケアの質・評価

O-1-15

患者経験価値(PX)を用いた在宅医療の質の地域間比較

岩谷 健志	イワタニ ケンシ
尾崎 由紀江	オザキ ユキエ
安達 奈津子	アダチ ナツコ
黒木 笑美	クロギ エミ
田村 美沙	タムラ ミサ
古澤 茜	フルサワ アカネ
森永 優香	モリナガ ユカ
新名 淳子	ニイナ ジュンコ
油布 きらら	ユフ キララ
竹井 紗織	タケイ サオリ
縁・在宅クリニック	

【目的】在宅医療の質を評価する指標は未だ確立されていない。患者経験価値（以下PX）は患者や家族がケアプロセスの中で経験する事象から医療の質を評価する指標であり、医療の質の評価法として世界的に使用されている。在宅医療はPXの重要性が特に高い分野であるため、PXに基づく在宅医療の客観的評価（PXA：Patient Experience Assessment of Home-care）を行い地域間で比較した。【方法】2022年7月1日～2023年6月30日までの1年間に宮城県延岡市で当院が提供する在宅医療を終了した患者のうち、自宅看取りをした68名の主介護者に対してアンケート調査を施行し、結果に示す9つの下位尺度毎にスコアを算出した。同様にA地域で算出されたスコア（対象期間：2018年1月1日～2019年12月31日）と比較し、在宅医療の質の地域差を評価した。尚、氏名、生年月日、連絡先、被保険者番号、顔写真、希少な疾患名などの個人情報を含まないよう配慮した。【結果】延岡市では34名の有効回答を得た。スコアは①医師とのコミュニケーション：96.0②看護師とのコミュニケーション：88.5③介護職員の対応：80.4④自宅の環境：55.4⑤薬剤に関するコミュニケーション：83.9⑥疼痛管理：86.0⑦死亡時の情報提供：87.9⑧総合的評価：100⑨在宅医療の推奨度：63.3の結果であり、A地域と比較して自宅の環境や薬剤に関するコミュニケーション、死亡時の情報提供は10ポイント未満の差だったが、疼痛管理で35.5ポイント、在宅医療の推奨度で47.1ポイントの地域差が認められた。【考察】PXによる9つの下位尺度で在宅医療を評価し地域間比較を行うことで、在宅医療の地域特性や課題が可視化できた。全国多数の地域調査、また同一地域での経年比較を継続的に行うことで、全国の在宅医療の質の向上、また地域差の是正が期待される。

利益相反：無

一般演題（口演） 4 医療・ケアの質・評価

O-1-16

柏市における在宅医療の質の評価

～本人と家族の意向に沿った多職種連携の推進の実現に向けて～

松倉 聡 ^{1,2}	マツクラ アキラ
古賀 友之 ^{1,3}	コガ トモユキ
織田 暁寿 ^{1,4}	オダ アツトシ
石橋 正樹 ^{1,5}	イシバシ マサキ
ワーファ 純子 ^{7,6}	ワーファ ジュンコ
梅澤 貴義 ⁸	ウメザワ タカヨシ
平井 直人 ⁸	ヒライ ナオト

¹ 柏市医師会

² おおたかの森病院

³ のぞみの花クリニック

⁴ ホームクリニック柏

⁵ 東洋眼科・胃腸内科・外科

⁶ コスモス訪問看護ステーション

⁷ 柏市訪問看護ステーション連絡会

⁸ 柏市健康医療部地域医療推進課

【目的】 柏市においては2009年より地域包括ケアシステムのモデル事業が発足し、在宅医療の推進に努めてきた。在宅医療が広がる中、実際にその取り組みが利用者や家族の意向に沿ったものとなっているかの評価の重要性が問われ、検証することとした。【方法】 柏市で在宅医療を受けている患者、家族、従事者に満足度調査を行い、①本人・家族のサービス満足度、②家族による本人意向の確認の有無と本人と家族の意向の一致状況、③本人の意向の伝達状況、従事者による意向の確認状況について分析した。入退院支援、日常の療養支援、急変時、看取りの4つの場面で、分析結果を整理し、ポイントをまとめた。【結果】 本人624名、家族876名にアンケートを行い、それぞれ555名、809名からの回答を得た。意向伝達が出来ている場合にサービス満足度が高く、満足度の高いグループでは自ら望む暮らしの実現ができていたことがわかった。【考察】 アンケート結果から、Ⅰ. 関わる全ての支援者が日頃から意向確認を心掛け、本人の出来ることを活かし、望む生活の実現に向けて支援する、Ⅱ. 本人、家族が主体的に考え、選択できるよう支援する、Ⅲ. その認識を支援者間で共有する、といったポイントが示された。また、それぞれの場面で、上記以外にも配慮すべきことが挙げられた。入退院支援では早期に意思確認と連携・調整をはかること、急変時には対応について支援者側のスキルアップやバックアップ体制の構築、本人の状態に合わせた速やかな対応を行うこと、看取り前に本人への理解や尊厳を大切にし、意向確認を繰り返し行うことや支援者間でもこまめに情報共有し、本人の望む最期の実現に向けて連携強化をすること、看取り後に家族の想いに配慮した支援を行い、支援者側の振り返りを通じて本人・家族の意向に沿った看取り体制の充実につなげること等であった。

利益相反：無

一般演題（口演） 4 医療・ケアの質・評価

O-1-17

在宅医療の質指標を経時的に示すことでの診療マネジメントへの影響

石井 洋介	イシイ ヨウスケ
甲 浩子	カブト ヒロコ
日浦 さえ	ヒウラ サエ
岩本 修一	イワモト シュウイチ
増谷 彩	マスタニ アヤ
伴 正海	バン マサウミ

医療法人社団おうちの診療所

【目的】在宅医療の「質の指標（QI）」はまだ一般的に確立していない。そこで実際にQIを設定し運用をしてみることでの課題や実現可能性について検証する。

【方法】当院が先行研究から抽出した38項目のQIに加えて、経営的な視点も加えた主要8項目を選定。このうちプロセス指標に関してはカルテの中へフォーマットとして組込んだ。アウトカム評価は、例えばレセプトデータを基に指標化する方法と、転倒や褥瘡などの発生事例をすべてリスト化して経時的に変化を追うなどを行った。継続的に利用しやすいQIを検討し、実際に実行することで院内にどのような変化が起きるかを計測した。

【結果】QIの中で測定しやすい項目として、管理患者数（定期訪問数）に応じて電話再診数・救急往診数・入院数などを割って指標化して、経時的に示す方法がレセプトデータのみで抽出出来て再現性の高い方法であった。このQIの測定を開始したことで、新たな診療の取組みによる介入前から、数値が改善していった。

一方で、褥瘡や骨折の発生数等のアウトカム指標に関しては測定した結果を同様に院内で議論をしたが、数値の改善は見られなかった。

【考察】QIに関して院内で議論し言語化・指標化して透明化する過程に重要な意義があると考えられた。まずは定義してモニタリングすることで、院内の意識が揃い、特に新たな介入をせずともそれだけで診療の質を上げることに資する可能性がある。

また、先行研究ではアウトカム評価はチェリーピッキングを起こす可能性があることを指摘されているが、複合指標化することで、これを防ぐことが出来ると考えられた。当日は具体的な当院のQI推移に加え、QIを測定することでの、診療所のマネジメント全体に与える影響について議論したい。

※本研究は日本在宅医療連合学会倫理・利益相反委員会で承認（番号2022-04）を得て行われました。

利益相反：無

一般演題（口演）5 ICT・事業所運営・経営

O-1-18

在宅医療におけるオンライン診療の当院実績と活用法の考察

真船 太一 マフネ タイチ
医療法人社団 平郁会 みんなの日立クリニック

【目的】在宅医療のニーズの高まりに合わせ国として推進していると同時に、ICTの活用に関しても環境整備が進んでいる。2023年8月以降コロナ禍の特例的措置であった電話診療による処方箋の交付は不可となり、交付の為には対面診療かオンライン診療が必要となった。今回我々は在宅診療におけるオンライン診療の活用法を当院での実績を通じて考察することとした。【方法】診療録より2023年9月からの3か月間で、オンライン診療を行った症例に対し、年齢、性別、療養場所、診療時間帯、実施理由、実施したときの主訴や状況、主訴に対する対応、受け手の情報機器の種別を抽出した。研究方法は横断研究とした。なおこの研究においては医療法人社団平郁会の倫理委員会の承認を得た（承認番号：2023-3）【結果】2023年9月からの3か月間で実施実績はのべ37例であった。療養場所は施設が22例であった。定期診療が22例、臨時診療が15例であり、使用機器はパソコンやタブレットが多かった。全例診療時のバイタルサインは正常範囲内であった。定期診療におけるオンライン診療の実施理由は台風での訪問困難、介護者や本人都合で訪問予定時間での対応が困難であった場合であった。臨時診療の場合の理由としては安定患者における追加処方や対面診療後日のフォロー、問診と視診で対応できる軽微な症状の確認といったものであった。【考察】在宅医療では訪問が診療の第一でありオンライン診療は性格上そぐわない点もある。一方今回の実績調査から災害時の診療や訪問予定診療時間内での診療が不可である場合の診療、また軽微な症状の患者に対する臨時対応に力を発揮することが考えられた。こうした結果を踏まえ、在宅医療におけるオンライン診療の適応基準を策定し症例集積の上、オンライン診療を導入した場合の診療に与える実質的な影響を調べるのが今後の課題と考えられた。

利益相反：無

一般演題(口演) 5 ICT・事業所運営・経営

O-1-19

検査画像サポートソリューションを在宅診療に利用した運用効果 ～在宅と画像診断が繋がるクラウド型連携システムへの工夫～

小野寺 敦 ¹	オノデラ アツシ
細田 亮 ²	ホソダ トオル
浅野 杏奈 ¹	アサノ アンナ
奈良 泰雅 ¹	ナラ タイガ
坂田 有紀 ¹	サカタ ユウキ
本山 夏姫 ¹	モトヤマ ナツキ
唐澤 秀治 ¹	カラサワ ヒデハル

¹ (医) 一心会 初富保健病院

² (医) 豊寿会 はもれびクリニック

【背景】我々は「在宅レントゲンの取巻く環境は、近年装置が小型軽量化、Wi-Fi無線整備環境されたので情報技術ICT構築が可能である」ことを2022年大会にて発表した。訪問クリニックと在宅レントゲンシステム連携開始して4年が経過し件数は10倍、クリニック数は5倍増加した。【目的】よりクリニックとの利便性向上を図る目的で、構築中枢のA社製画像サポートソリューションシステムと院内システムとの連携を経て在宅診療に導入した運用効果を検証する。【方法】①統括サポートソリューションシステム ②院外VPN回線 ③CSVファイル変換MWMシステム ④モバイルデジタル撮像コンソール ⑤携帯型検査支援端末MSS ⑥画像情報システムRIS ⑦画像管理システムPACS ⑧画像編集QA装置 以上の構築を対象に現場使用状況優劣を挙げ判定に用いた。【結果】クラウド型IT管理システムの利用は、院内ICTとの融合により予約／保存／送信／画像操作／読影連絡など複数行程を高効率に担い撮影日に先方が確認できる迅速化を実現し、在宅・クリニック・当院・読影専門医とのカルテット画像連携を可能にした。一方でソフト機能に乏しい「統計」処理工夫や電話予約に頼らない訪問先／車内等からタブレットやノートPCにて予約可能な通知応答機能が備わればなお便利と思われた。【考察】在宅レントゲン事業は未だ発展途上である。装置開発と高速無線により需要はさらに伸びると予想され、訪問分野への連携普及はICTサービス提供がカギであると思われた。システム全自動化は高コストなため、今後も医療安全担保を念頭に「手作り」「工夫」にアプローチし、良質な患者無移動画像診断を目指してゆきたい。

利益相反：無

一般演題（口演）5 ICT・事業所運営・経営

O-1-20

訪問看護認定看護師の視点から担った地域に根差した訪問診療クリニック運営・経営管理の活動報告 ～運営計画書を主軸とした組織運営～

須田 敏枝 スダ トシエ
野木森 知香 ノギモリ チカ
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】開業時、医師1名、看護師2名、事務1名で訪問診療を開始し、8年目の現在、医師1.4名、看護師6名、事務7名で患者約180名（45%増）を診ている。筆者が開業2年目に就業した際、患者増の一方で院長が待機や労務、運営、経営管理等を1人で担う状況であった。訪問看護認定看護師は地域包括ケアシステム構築、医療と介護の連携推進、事業所の経営管理など期待される能力として教育を受けており訪問診療クリニック運営にも親和性がある。院長決済の基、訪問看護認定看護師の視点でクリニックの運営・経営管理を担ってきた。その過程と成果について報告する。

【活動】就業時、院長・既存スタッフと共にKJ法を用い自院の課題や希望を洗い出し、損益計算書等を基に賃金体系、ライフステージに合わせた看護師の待機システムや休暇制度など体制整備から着手した。スタッフ全員が「個人目標」を掲げ「年間計画」へ落とし込み、共有ツールとして「運営計画書」を作成した。「定例会議」「運営計画発表会」を定期開催し理念や目標を共有してきた。このような仕組みからスタッフが各分野で自律的に能力発揮する組織となった。活動成果としてICT活用による多職種連携、早期から関わる意思決定支援、医療ニーズの高い患者宅での災害訓練、感染管理、遺族会の定期開催、不良在庫を抑えた在庫管理、啓発劇団や排せつ相談所の運営、RPAの導入、認知症初期集中支援チーム受託など多岐に渡り活動してきた。また、この6年間、退職者も出ず人的資源を活かした安定経営ができています。

【考察】訪問看護認定看護師の視点で運営計画書を主軸とした運営は、共通の目的意識をもって各々が自己実現しながら、少ない医師の配置でも地域に寄与できる活動を繰り返し、理念の具現化を実現してきている。今後の課題は、訪問診療のニーズに対し医師が不足しており、業務をタスクシフトできるよう体制整備を行う必要がある。

利益相反：無

一般演題（口演）5 ICT・事業所運営・経営

O-1-21

オンライン診療現場におけるPOCUS活用のための概念実証

千葉 裕 チバ ユタカ

桔梗ヶ原病院

【目的】在宅医療現場におけるオンライン診療の必要性が近年強く認識されてきている。当院の訪問診療も最遠方は病院から20kmの山間部で近くに殆ど医療機関が存在しない。その利用者からの往診依頼には必ずしも満足には対応できていないのが現状である。せめて看護師だけでも現地に訪問し、“D to P with N”のオンライン診療の導入が急務であり、さらに必要時には看護師がモバイルエコーを携帯し、POCUS（Point of Care Ultrasound）を施行し得られた超音波画像をリアルタイムに主治医に転送し、バイタル情報以外にも様々な情報を共有出来れば迅速で正確な判断と対応が可能となると考えている。今回その目的でオンライン診療時にPOCUSを導入するためのPoC（Proof of Concept：概念実証）を行ったので報告する。

【方法】最近訪問中に乳がんが確認された利用者宅で訪問看護師がPOCUSを施行し、主治医は別室でリアルタイムにエコー画像を確認し、同時に検査を施行している訪問看護師に教育を行うオンライン診療のPoCを行った。

【結果】乳がんに対するエコー検査はオンラインで検査指導を行うことにより検査初心者の訪問看護師でも良好な画像を得ることが出来た。問題点としては住まいが山間部のため今回使用した通常のWi-Fiではエコー画像が途中で途切れ、オンライン診療の通信セッションが途中で切断されるなどの事象が見られた。

【考察】今後オンライン診療にPOCUSを導入するためには通信環境の整備が重要と考えられそのための新しい通信手段の導入を検討している。またPOCUSを行う訪問看護師が一人で検査の手技の様子とエコー画像を主治医に送信するための簡便で明瞭な動画画像を得るためのいくつかのツールの導入も合わせて検討している。

利益相反：無

一般演題(口演) 6 多職種連携

O-1-22

「食べる」を支えるために医科と歯科、管理栄養士との連携

遠藤 光史^{1,2} エンドウ ミツフミ
彦坂 陽子¹ ヒコサカ ヨウコ
長濱 久美¹ ナガハマ クミ

¹ メディケアクリニック石神井公園

² 東京医科大学病院緩和医療部

【はじめに】在宅医療において「食べること」を支えるのは、患者、介護者にとって大切なことと考えている。当院では、栄養ケアステーションを併設して「食べる」ことへの関わりを行い、訪問歯科との連携も増やしている。今回、当院の医科、歯科、管理栄養士との連携について報告する。【活動】当院は機能強化型在宅療養支援診療所で、機能強化型認定栄養ケアステーションを併設し、管理栄養士は「食べる」ことへの支援を行っている。また「口」に関わる問題は訪問歯科との連携を図っている。訪問歯科とは2022年1月から2023年11月までに26例（非がん症例24例、がん終末期3例）で連携した。歯科への依頼は、歯周病などの口腔疾患、義歯の作成・調整、口腔ケア、嚥下評価などとなっている。特に歯科で嚥下評価をする際には当院管理栄養士が立ち会い、嚥下可能な食事をその場で検討し、患者や介護者そして多職種に情報共有を図っている。【考察】患者、介護者にとって口から食べることは大切なことの一つである。当院管理栄養士は栄養状態の確認や状態に応じた食事形態の検討、食事介助の工夫など「食」に関わる問題をサポートしている。また栄養ケアステーション併設のメリットは、診断や治療に直接関わらない管理栄養士に患者の状態を速やかに伝えられる。また、歯科との連携で「口」に関わる歯科疾患や口腔内疾患への対応を速やかに行っている。さらにICTやカンファレンスで医療情報や病態、患者、介護者への説明内容などの共有を図り、医科側と歯科側の病状認識の齟齬を是正している。現状関わっている患者の多くは慢性期疾患で、比較的中長期的な予後のため食べる喜びを関係者で実感しやすい。しかし今後は、がん終末期など予後が短くても最期まで口から食べるという患者、介護者の希望に寄り添える関係作りを目指す必要はあると考えている。

利益相反：無

一般演題（口演）6 多職種連携

O-1-23

支援者への拒否の強い認知症患者を支える多職種連携における看護の役割

大町 直子 オオマチ ナオコ

井上 久美子 イノウエ クミコ

片山 澄恵 カタヤマ スミエ

東神戸訪問看護ステーションあじさい

【はじめに】 認知症で妄想があり支援者への拒否が強い患者に、多職種と連携して介入した実践を振り返り、本症例の多職種連携における看護の役割を考察する。本研究は所属先の倫理委員会の承認（番号2023-04）を受けている。

【症例】 A氏は80歳代の男性で認知症があり、認知症の妻と2人暮らしだった。自宅は老朽化で、トイレが使用できず生活困難だった。A氏が妻を虐待しているケースとして地域包括支援センターが関わり、妻は保護され施設入所となった。A氏は妄想があり、支援者の訪問を拒否した。地域ケア会議では、施設入所という方針となったが、入所に向けたプロセスを巡り、区役所と地域包括支援センターで意見が対立していた。看護師は多職種と連携しながら、A氏の生活や現在の世界観を大切にしたケアを行い、A氏は妻を喪失した辛さや怒りを看護師に話すようになった。入所については、他の利用者とトラブルを起こす可能性があり、精神科受診をしたが拒薬し、食料も無く過ごすことがあった。看護師は精神科医と入院治療の必要性について話し合い、多職種と連携しながら介入を続けた結果、A氏は精神科病院へ任意入院となった。

【考察】 A氏の妄想の背景には、予期しない妻の喪失体験からの孤独感や怒り、妻への思慕の感情があった。その思いを言語化して本人に伝えたことで、A氏は安心感を得て、人と関わりたいという気持ちを維持できたと考えられる。看護には、妄想や易怒性が増強する背景を明らかにし、その方が安心して自分の思いや希望を表現できる適切な支援を見出す役割があると考えられる。そして、多職種と協働して生活の質を維持し、生命の安全を守る役割があると考えられる。さらに、多職種間で意見の対立がある場合は、多職種との対話を通し、互いの価値観を尊重して調整し、看護の専門家として、患者の安全と希望に添った方針を多職種と共に導き出す役割があると考えられる。

利益相反：無

一般演題(口演) 6 多職種連携

O-1-24

地域で腹膜透析患者を支えるための課題の検討～多職種へのアンケート調査より～

塚田 三佐緒¹ ツカダ ミサオ
日下生 玄一² クサカイ ゲンイチ
福岡 稔晃^{3,5} フクオカ トシアキ
迫村 泰成^{4,5} サコムラ ヤスナリ
菊地 勘¹ キクチ カン

¹ 医療法人社団 豊済会 下落合クリニック

² 医療法人財団新生会 百人町診療所

³ 医療法人社団幸清会 四谷クリニック

⁴ 医療法人社団若水会 牛込台さこむら内科

⁵ 新宿区医師会・在宅ケア介護保険委員会

【目的】本邦の透析患者は高齢化しており、在宅治療である腹膜透析（PD）の推進には地域で支える多職種連携体制の構築が必要である。東京都新宿区では区医師会が導入・管理運営しているクラウド型のICT情報共有システム「新宿きんと雲」がある。病院、在宅診療、訪問看護施設、介護事業所、薬局などの多職種が参加し、その登録数は260名を超え日常的に地域で患者を支えている。今回多職種に対するアンケートを行い、医療現場におけるPDの地域連携に関する課題について検討した。【方法】新宿きんと雲の参加施設にアンケート調査を行った。訪問看護施設8施設（回答率50%）、介護事業所8施設（同28.6%）、薬局12施設（同48%）から回答を得た。【結果】在宅で透析患者に関わった経験は「HDあり」67%、「PDあり」19%であった。PD患者の「受け入れは可能」28%、「整備が整えば受け入れる」48%、「検討中」12%、「予定なし」12%であった。訪問看護施設で対応可能な処置として「PD」は50%と低い割合であった。PDに関わる際に不安に思うこと（全職種）は「緊急時対応」が最も多く、「連携体制」「合併症対応」の順であった。薬局は「薬剤関連メーカーとの連携」「問屋との連携」「薬剤配送体制」を指摘した。実際にPDを受け入れるために必要なこと（全職種）は「病院・クリニックの連携体制」が最も多く「多職種の連携」「勉強会などでの知識の習得」の順であった。看護師では「実習などでの実際の手技の習得」「実際の訪問看護や外来見学」が上位であった。ICTの有用な点は「いつでも医師に問い合わせ可能」が最も多く、「多職種・訪問看護・薬局との連携に有用」「画像での情報共有に有用」の順であった。【考察】在宅医療の現場と同様にPDでもICTによる地域連携システムを活用し、定期的なPD教育体制構築により施設間での多職種連携が可能となる。

利益相反：無

一般演題（口演）6 多職種連携

O-1-25

訪問看護ステーションにおけるスマートフォンアタッチメント型医療機器「Smart Eye Camera」を使用した眼科との遠隔連携

三浦 翔^{1,4} ミウラ ショウ
杜 英俊⁴ モリ ヒデトシ
西村 裕樹^{1,2,3} ニシムラ ヒロキ
ロハン ケムラニ^{1,2} ロハン ケムラニ
伊藤 貴重^{1,2} イトウ タカシゲ
佐野 瑞穂^{1,2} サノ ミズホ
横岩 良太² ヨコイワ リョウタ
中山 慎太郎^{2,3} ナカヤマ シンタロウ
佐藤 真理^{1,3} サトウ シンリ
清水 映輔^{1,2,3} 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

³ 慶應義塾大学医学部眼科学教室

⁴ 森重訪問看護ステーション

【はじめに】在宅医療の現場では、眼科的症状を訴える患者が散見される。しかし、在宅医療の現場で眼科診療を行っている施設や症例は少ない。当ステーションでは、看護師でも使用可能な画像ファイリング機能付き手持ち細隙灯顕微鏡を使用し、眼科との遠隔診療を行っている。今回、グループホーム2施設において、眼科的症状があった患者に対し、画像ファイリング機能付き手持ち細隙灯顕微鏡を使用し、遠隔で眼科専門医が診断した活動を報告する。本報告は、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。【活動】当訪問看護ステーションでは、眼科医療機器として、画像ファイリング機能付き細隙灯顕微鏡を使用している。画像ファイリング機能付き手持ち細隙灯顕微鏡は撮影した前眼部の動画を遠隔で眼科専門医から診断を受けることができる。当ステーションでは、主治医から指示書をもらい、眼科検査を実施。クラウドを介して、遠隔で提携しているA眼科クリニックの眼科専門医に診断を依頼。診断された疾患の中には、白内障や浅前房、ドライアイなどあり、それぞれ手術適応や点眼処方の指示を受ける。患者本人が手術希望の場合、主治医から診療情報提供書をA眼科クリニックへ、点眼処方の場合は主治医が処方箋を書き、対応している。手術後は訪問看護師のフォローも可能なため、当ステーションで行っている。【考察】画像ファイリング機能付き手持ち細隙灯顕微鏡は経済産業省・厚生労働省のグレーゾーン解消制度を利用して、看護師などのコメディカルでも使用可能な医療機器であり、さらに眼科専門医による遠隔診療も受けられる。初心者でもすぐに使用できるほどのユーザビリティの高さのため、抵抗も非常に少ない。今後、在宅医療現場における眼科医療はさらに普及していくと推察される。また、眼科の在宅医療普及のために、看護師や他の医療従事者間の多職種連携も必要不可欠である。

利益相反：無

一般演題（口演）6 多職種連携

O-1-26

ポストコロナ時代に向けた地域包括ケアシステムの機能強化に関する検討 —新型コロナウイルス感染症の遷延下の多職種の連携・協働をもとに—

畑 吉節未¹ ハタ キヨミ

城戸 麻衣子² キド マイコ

¹ 関西国際大学

² ライフナビゲート 在宅看護センター佐賀 ほっこり

【目的】

病院完結型から地域完結型の保健医療システムへとパラダイムシフトが進むなか、長期に及んだ新型コロナウイルス感染症の遷延は療養者の生活と医療及び、それを支える在宅ケアシステムに大きな影響をもたらした。本研究はそうした状況下で、訪問看護事業所の管理者の視点からこの間の多職種間の連携・協働を振り返り、今後の地域包括ケアシステムの機能強化に生かす視点を抽出することを目的とする。

【方法】

（対象）A保健財団が実施した在宅看護センター起業家研修を修了し、訪問看護事業所に勤務する管理者109名。（研究期間）2021年4月～2022年3月。（データ収集の方法）第6波の感染拡大の波のなか2022年3月にWeb調査を実施した。Web調査では「新型コロナウイルス感染症の経験を省察し、地域包括ケアシステムの機能強化を図るために大切なこと」について自由回答を求めた。（分析方法）得られた回答を意味的な類似性をもとにカテゴリー化した。（倫理的配慮）研究に当たっては笹川保健財団倫理審査会の承認を得た。

【結果】

37事業所（33.9%）から自由記述を得た。記述をもとに《機能強化により目指すべき地域包括ケアシステム像》、《段階を経た連携・協働関係の構築に向けた取組》、《効果的・効率的な情報共有の仕組みづくり》、《訪問看護事業所の力を発揮できる環境の整備》、《地域包括ケアシステムのための人材育成・確保》の5つのカテゴリーを得た。

【考察】

得られたカテゴリーから地域包括ケアシステムの機能強化を図るための視点を得ることができた。具体的には実現すべき将来像の明確化と共有化、将来像への段階的な発展過程のデザイン、ICTなどの新しいツールの効果的な活用、訪問看護が活動する場と役割の拡大への適応、必要な人材の育成・確保など、まさにコロナ禍で課題となった点も含めた戦略的で統合的な展開を図る必要性が示唆された。

利益相反：無

一般演題（口演） 7 保険制度・医療制度

O-1-27

当院訪問診療における無料低額診療事業の取り組み

細尾 真奈美 ホソオ マナミ
上林 孝豊 カンバヤシ タカトヨ
那須 徹也 ナス テツヤ
中川 裕美子 ナカガワ ユミコ
京都民医連あすかい病院

【目的】 経済的に困窮した患者に対し医療費を減免する制度の一つに無料低額診療事業がある。当院訪問診療における当事業の実態を明らかにする。【方法】 当院訪問診療で2022年4月1日から2023年3月31日までの1年間に当事業を利用した症例を対象に、電子カルテ記載内容を後方視的に調査した。なお本研究は患者のプライバシーと個人情報の保護に十分配慮し実施した。【結果】 同期間に当事業を利用した症例は30例であった。平均年齢は83.9歳（68～96歳）、女性が60%、男性が40%であった。主病名は癌20%、認知症17%、心疾患13%、精神疾患13%、神経疾患10%、その他27%であった。介護認定区分は要支援Ⅰが0%、Ⅱが10%、要介護Ⅰが20%、Ⅱが30%、Ⅲが17%、Ⅳが13%、Ⅴが10%であった。世帯人数は独居が半数以上であった。利用開始時点で就労していた患者は殆どおらず、職業歴は自営業が36%と最多であった。当事業を申請した時期は、当院訪問診療利用中が47%、当院入院中が20%、当院内科外来通院中が13%、当院関連診療所通院中が10%であった。減免割合は10割が殆どであった。当事業の利用期間は6ヶ月以上が83%、6ヶ月未満が10%で、生活保護へ移行した患者は7%であった。【考察】 当事業を利用できる期間は医療機関ごとに定められ、健康保険加入または生活保護利用までの最大6ヶ月間としている施設が多い。当院では利用期間の上限を定めておらず、今回の対象例においては6ヶ月間を超えて継続した患者が大半を占めた。その理由としては高齢で要介護度が高く就労が難しいこと、生活保護の認定基準を満たせないこと、継続的な医療介入を要する症例が多かったことが考えられる。当事業を利用できる医療機関の増加、生活保護への円滑な移行や生活困窮者に対する国民健康保険料の引き下げ・自己負担額の減免などの対応が必要である。

利益相反：無

一般演題（口演） 7 保険制度・医療制度

〇-1-28

人工呼吸器を使用する18トリソミーの医療的ケア児が公立保育園に入園するための体験保育時に行った訪問看護師同行の成果と今後の課題

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】

人工呼吸器を使用する医療的ケア児（以下、医ケア児）が公立保育園入園を希望し、体験保育が実施され訪問看護師がこの体験保育に同行した。この体験保育を振り返り、訪問看護師が同行した成果と今後の課題を検討する。

【活動】

人工呼吸器を使用する5歳未満の18トリソミーの医ケア児（以下、Aちゃん）は公立保育園への入園を希望し、母親と共に体験保育を行い訪問看護師が同行した。

Aちゃんは母と共に車椅子やマットの上で臥床した状態で他の園児達と交流したり、遊戯にも参加した。

訪問看護師は保育園看護師と自宅でのケア内容やAちゃん特有のバイタルサインの特徴などを共有した。保育園看護師からは保育園で保育する場合の感染対策やケア、プライバシーや安全確保に必要なスペースの検討、自宅で起こった急変時等について質問があった。訪問看護師の訪問時も家族不在の場合が多く、その中でAちゃんを預かる不安や「看護師としての責任の重さ」といった精神面も共有する機会となった。

【考察】

医ケア児を保育園で受け入れるには保育園看護師の存在が重要である。しかし個別性の高い医ケア児を入園と同時に初めて受け入れるとなると、ケアの評価や正常・異常の判断を一緒にできるスタッフが近くにおらず保育園看護師の負担は大きい。体験保育で保育園看護師が家族だけでなく訪問看護師と交流することは、実際の受け入れ時をイメージしやすくなり、入園前の施設環境準備や保育園看護師の精神的負担の軽減に寄与できる。入園前の体験保育から入園後にかけて訪問看護師と保育園看護師の定期的な情報共有の場を持つことは重要で実施できることが望ましく今後の課題である。

今回の体験保育と訪問看護師の同行は人工呼吸器を使用する医療的ケア児の保育園入園希望に関して大きな取り組みである。今後も保育園入園に向けて訪問看護師がサポートできることを探っていきたい。

利益相反：無

一般演題（口演） 7 保険制度・医療制度

O-1-29

病院入院から在宅医療に移る患者に変わらぬ医療の質を提供するために

富岡 節子¹ トミオカ セツコ

古屋 秀和^{2,3} フルヤ ヒデカズ

上松 清子⁴ ウエマツ キヨコ

齋藤 充生^{4,5} サイトウ ミツオ

¹ 医療創生大学 看護学部 看護学科

² 昭和大学リウマチ・膠原病内科

³ 荏原ホームケアクリニック

⁴ (財) 日本医薬情報センター

⁵ NPO法人 ヘルスヴィジランス研究会

【目的】日本はかつてない少子超高齢社会となり、団塊世代が退職後に後期高齢者となる2025年問題、2040年問題等、迫る課題が多く取り沙汰されている。これに対し、政府は地域包括ケアシステムの導入など、在宅医療を推進している中で、今回、医療機関から在宅への移行を阻む要因の一つとして、注射剤に注目し調査した。【方法】在宅医療で使用可能な医薬品リスト等の関連通知については厚生労働省ホームページから、またWHOの必須医薬品リストはWHOのホームページから取得した。更に、在宅医療で実際に医薬品の変更・中止があった薬剤について薬物動態等から患者への影響を考察する。【結果】在宅医療で保険使用可能な注射剤は「厚生労働大臣の定める注射剤」として列挙された98薬剤（群）のみであった。詳細として、「注射用抗菌薬」「抗悪性腫瘍剤」のように薬効群として示される領域がある一方、ステロイド剤では、ベタメタゾン製剤・デキサメタゾン製剤・ヒドロコルチゾン製剤のみが記載されるなど、かなり限定されている。これらの医薬品は、療担規則・療担基準で外来処方可能な「厚生労働大臣が定める保険医が投与できる注射剤」の範囲内であった。【考察】在宅医療で保険使用できる医薬品は限られており、医療機関での入院治療から在宅へ移行すると、それまで良好に使用できていた医薬品が安定的・継続的に使用できなくなる。「厚生労働大臣が定める保険医が投与できる注射剤」は、新薬承認のタイミングで見直しがあるが、中医協での議論が尽くされているとしてパブリックコメントを経ずに決定されており、医療現場のニーズを汲み取る仕組みがない。在宅医療でも入院治療と同等の医療水準を保ち、安心して医療の受け皿として国民に受け入れられるよう、どうしても入院下でのみ使用すべき医薬品をネガティブリストとして掲示する等、新方式に切り替える必要があると考えられる。

利益相反：無

一般演題(口演) 7 保険制度・医療制度

O-1-30

保険請求業務に薬剤師が関与することの考察

能勢 悠介 ¹	ノセ ユウスケ
宮本 雄気 ^{1,2}	ミヤモト ユウキ
板舩 笑果 ¹	イタマス エミカ
山下 歩 ¹	ヤマシタ アルク
西井 賢俊 ¹	ニシイ カツトシ
林 佑哉 ¹	ハヤシ ユウヤ
武藤 英貴 ¹	ムトウ ヒデキ
藤谷 好紀 ¹	フジタニ ヨシミ
柳澤 克哉 ¹	ヤナギサワ カツヤ
菅原 信行 ¹	スガハラ ノブユキ
田中 裕子 ¹	タナカ ユウコ
山田 寿美 ¹	ヤマダ トシミ
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 京都府立医科大学 救急医療学教室

【目的】 病院・診療所経営において診療報酬業務は多大な医療リソースが割かれる。筆者は医療専門知識をもつ薬剤師がレセプト点検業務（以下点検）の一部を行うことで、効率的な業務分担や査定による減収の防止に寄与しているのではないかと考えた。よしき往診クリニック（以下当院）では薬剤師が点検の一部を担っており、レセプト査定（以下査定）による減収金額割合が薬剤師介入前後で異なっているか検討した。【方法】 事務員による点検を行っていた2019年1月～2020年12月までと、薬剤師による点検を開始した2021年1月～2022年12月までを比較し、査定による減収金額が薬剤師介入前後で異なっているか検討した。発表にあたり、患者の個人情報とプライバシーの保護に配慮し、家族から書面にて同意を得た。【結果】 2019年1月から2020年12月までの収益に対する減収の割合平均は0.06%、2021年1月から2022年12月までの収益に対する減収の割合は0.10%と薬剤師が介入することで減収割合が増加する結果となった。【考察】 今回薬剤師が点検を行うことで、査定の減収の削減に寄与しているというデータは得られなかった。これは2個病名が必要な高額な薬剤に関しての病名漏れ、1日量制限がある薬剤の過剰な処方の要因が関係していると考えられる。高額な医薬品の査定に関しては再審査請求において再度認められる例もあった。在宅支援診療所薬剤師はこれらの処方にあたり、保険審査上注意が必要な薬剤に関しての医師への啓蒙、各都道府県で異なる保険審査の基準の情報共有を在宅支援診療所薬剤師同士で行うなどにより減収の削減に寄与できるのではと考える。今後医療専門知識を持つ薬剤師による点検の可能性として事務員の負担軽減、ひと月のレセプトにおける業務時間の削減に寄与している可能性もあり、今後さらに事務員としての薬剤師の有用性を示す研究が待たれる。

利益相反：無

一般演題(口演) 8 ACP・意思決定 ほか

O-1-31

横浜市民の人生最終段階の医療ケア等への意識調査 ～「もしも手帳」は人生会議に繋がるか?～

日下部 明彦 ^{1,2}	クサカベ アキヒコ
池島 秀明 ²	イケジマ ヒデアキ
赤羽 重樹 ²	アカバネ シゲキ
黒田 理佐 ²	クロダ リサ
高砂 裕子 ³	タカスナ ユウコ
石渡 未来 ⁴	イシワタ ミキ
楠瀬 まゆみ ⁵	クスノセ マユミ
洪 正順 ⁶	コウ セイジュン
宗安 美知 ⁷	ムナヤス ミチ
橋村 佳澄 ⁷	ハシムラ カスミ
中山 拓 ⁷	ナカヤマ タク
鎌田 学 ⁷	カマタ マナブ

¹ 横浜市立大学 総合診療医学

² 横浜市医師会

³ 南区医師会訪問看護ステーション

⁴ 横浜市立市民病院 看護部

⁵ 理化学研究所

⁶ 旭区在宅医療相談室

⁷ 横浜市医療局地域医療課

【目的】昨今は国の求めでもあり、全国各自治体でアドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）の普及啓発事業が行われている。横浜市では2017年に多職種で構成された「横浜市人生の最終段階の医療等に関する検討会」を設置し、ACP普及啓発事業を継続的に行っている。2019年にACPのきっかけ作りツール「もしも手帳」を作成し、現在までに約37万部配布している。また2021年には「もしも手帳」を軸に物語が展開する「横浜市人生会議短編ドラマ」（以下「ドラマ」）を作成し、YouTubeで4万回強の再生がされている。今回、横浜市民の人生最終段階の医療ケアについての意識調査を行い、「もしも手帳」と「ドラマ」を活用した人生会議の実践について検討した。【方法】調査期間は令和5年6月。対象は18歳以上の横浜市民3,000人。郵送・インターネット回答併用方式。調査票は令和4年度厚生労働省調査を参考に作成した。倫理的配慮として、質問票に結果を公表することを明記した。【結果】有効回答数は1198（有効回答率39.9%）であった。人生会議の認知度は6.3%、もしものときに望む医療・ケアについて考えたことがある人は52.6%、人生会議を行っている人は23.6%であった。「もしも手帳」の認知度は6.3%であった。「もしも手帳」を知っている人（n=75）が、人生会議をしている割合は48.0%であり、「もしも手帳」を知らない人（n=1115）が人生会議をしている割合（22.0%）よりも高かった。「ドラマ」の認知度は2.5%であった。「ドラマ」を知っている人（n=30）が、人生会議をしている割合は56.8%であり、「ドラマ」を知らない人（n=1152）が人生会議をしている割合（39.5%）よりも高かった。【考察】「もしも手帳」「ドラマ」は人生会議のきっかけ作りに繋がる可能性があるため、更なる普及を目指したい。

利益相反：無

一般演題(口演) 8 ACP・意思決定 ほか

O-1-32

医療者によるベッドサイドでの楽器演奏の効果についての報告

長野 宏昭 ナガノ ヒロアキ

いきがい在宅クリニック

背景 緩和ケア領域における音楽療法はさまざまな研究がなされているが、その有効性は患者の趣向、周囲の状況によって個人差が大きく、定まった知見はない。今回は生演奏を聴きたくてもコンサートに行けない重症患者、在宅医療を受けている患者の元へ赴き、ベッドサイドで生演奏を行った時の反応にスポットを当ててみた。

方法 2012年4月から2024年1月の間、在宅医療を行なっている患者の家に訪問し、ベッドサイドで演奏を行った。対象患者は、患者、家族と医療者と関係性が良好で、事前に患者が生演奏を希望している者とした。演奏はヴァイオリン、ヴィオラ独奏、弦楽四重奏など、1～4人までの弦楽器による演奏であった。演奏時間は一回当たり5～10分程度、演奏の効果として、患者の発した言葉、表情の変化、患者・家族との関係性の変化に着目し、診療録を元に後方視的に内容を検討した。

結果 演奏を行った患者は14人、年齢は15歳～83歳であった。患者の発した言葉は、「生演奏で心が震えた」など生音そのものへの感動、「昔を思い出し涙があふれた」など音楽から昔の思い出への懐古などが特徴的だった。涙を流した者は7名、普段にはない笑顔を見せた者は10名、手拍子など音楽と一緒にリズムを取った者は3名であった。また、意識障害のため言葉が出ない患者は2名いたが、そのうち1名には開眼がみられた。

考察 今回の検証では、単に音楽を流すだけでなく、実際に楽器を持参して生演奏を行うことで、空間を振動させる音そのものの迫力、臨場感が加わることでより大きな効果がみられる可能性が示唆された。また、ベッドサイドで演奏を行うことは、患者の尊厳を守り、患者と医療者の関係を越えたもう一つの物語が誕生し、患者・家族との関係性も潤った。医療とアートの有機的な統合は、終末期を迎えた患者が穏やかさを取り戻す一助になるかもしれない。

利益相反：無

一般演題（口演）8 ACP・意思決定 ほか

O-1-33

死に対峙する患者に対して、死の先輩として寄り添うターミナルケア ～宗教家との同行訪問の体験を通して、死に向きあう患者へのアプローチを考える～

中田 賢一郎¹ ナカタ ケンイチロウ
近藤 健治¹ コンドウ ケンジ
松枝 啓¹ マツエダ ケイ
宝田 忠子² タカラダ タダコ
板倉 光夫³ イタクラ ミツオ
佐々井 秀嶺⁴ ササイ シュウレイ

¹ 医療法人社団さくらライフ さくらライフ錦糸クリニック

² 医療法人社団育陽会 練馬さくら病院

³ 医療法人社団彩優会 栗橋病院

⁴ インドラ プッダ ビハール

【はじめに】ガン末期患者など、意識が清明な状態で余命宣告を受け、そこから徐々に死に向かって歩んでいく患者は、「死に向き合う事への苦しさ」を感じ、服薬量が増加したり在宅医療自体が中止となる事もある。我々はその苦しさへの対応として宗教家との同行訪問を行い一定の成果を得た。また私自身も僧侶として活動するに至り、非宗教家でも可能な患者アプローチのヒントを得たためその内容について報告する。

【活動】病棟と比べ、在宅医療では患者と医師との心理的距離が近くなり、患者はより医師に対して心を開くことは多くの医師が経験している事である。死んだ経験のない私が、実際死に直面している年長者に「死に対しての助言」を求められることに困惑していたが、牧師の友人に相談し、共に訪問を開始したところ患者や家族から喜ばれる経験をした。これは…と思い、仏教を始めとして各宗派の専門職8人にターミナル患者62人のメンタルケア、カウンセリングを担当していただいた。患者の臨床所見やデータに加え、患者本人とご家族にアンケートを取り集計した。そうしたところ、抗不安薬、睡眠導入剤の減量が可能となった患者が61パーセント（対照群では12パーセント）、オピオイドに関しては12.5パーセント（対照群では0パーセント）という結果であった。また、家族に対してのグリーフケアでも大きな効果が得られた。

【考察】私自身が3年前に僧侶となり、昨年からは出家僧侶としてインドでも同様の活動を行っている。宗教的アプローチに対する受け取り方は国民性により様々である。今回、日本において一定の効果を認めた理由として、「日本人は無宗教者が多く、死はタブーであり、死について考える機会がなかったこと。他者から死についての明確な答えをもらう機会がなかった」事が考えられた。今後は各宗派での差異、国民性、元々の死生観なども視野に入れて、診療活動を続けていきたいと思っている。

なお、報告に当たっては個人情報保護に十分配慮し、各種倫理指針に則り行う。

利益相反：無

一般演題（口演）8 ACP・意思決定 ほか

O-1-34

病診連携と在宅でのACPが患者と家族が培った強い絆を尊重し在宅看取りに重要であった重症高血圧症・重度精神運動発達遅滞・難治性てんかんのオーバーエイジの一例

戸谷 剛 ^{1,2}	トヤ タケシ
赤塚 早紀 ^{1,2}	アカツカ サキ
石崎 英里奈 ^{1,2}	イシザキ エリナ
石渡 久子 ^{1,2,3}	イシワタ ヒサコ
大隅 朋生 ^{1,2,3}	オオスミ トモオ
小野澤 理貴 ^{1,2}	オノザワ リキ
澁谷 聖月 ^{1,2}	シブヤ ミヅキ
星野 論子 ^{1,2}	ホシノ ノリコ
前田 浩利 ^{1,2,4}	マエダ ヒロトシ
山岸 康幸 ^{1,5}	ヤマギシ ヤスユキ

¹ 医療法人財団はるたか会

² あおぞら診療所うえの

³ あおぞら診療所せたがや

⁴ あおぞら診療所しんまつど

⁵ 訪問看護ステーションそら

【はじめに】 重度の精神運動発達遅滞と難治性てんかんで長期の療育支援を受けてきたオーバーエイジの障害者が特発性肺動脈性高血圧症を発症を契機に在宅医療の介入を行い、家族の揺れ動く思いに寄り添いながら、病診連携による医療的介入と病状告知・在宅でのACPを経て、終末期ケア・在宅看取りを行った経験をしたので報告する。【症例】 小児期より重度の精神運動発達遅滞があり療育支援（医療・福祉・教育を含む成長と発育および社会化に重きを置いた統合的緩和ケア）が行われてきた31歳男性。難治性てんかんを発症し、複数の医療機関で精査加療を経て、重度の特発性肺動脈性高血圧症を発症し予後不良のため当院へ紹介。病院循環器内科および神経内科の専門医の併診のもと在宅医療介入を開始。在宅酸素療法また病状の進行に伴い経管栄養療法が必要となり抑制管理が必要となりつつも、本人の自己実現を支援。また福祉施設への通所をギリギリまで行いながら、病状の進行に対して複数回の入院と厳しい予後告知を経て、家族の諦められない気持ちに寄り添いながら在宅で傾聴とACPを行い、終末期の在宅ホスピスケアと在宅看取りを行った。【考察】 日本型施設緩和ケアともいえる「療育」は家族の疾病や障害に伴う強い予期悲嘆とそこからのリジリエンス支援を、ケアニーズである成長および発育の支援という観点から統合的に行う介入手法である。家族は、成人の終末期と比して病者への強い絆とストーリーを持ち特に非がん末期についてはACPにしばしば困難を伴うことが多い。療育環境との連携・病院専門医との連携・専門医療と在宅医療の主治医としてのバランスを柔軟にシフトしながら、本人と家族のライフストーリーを尊重した意思決定支援を行うことで穏やかな最期を迎えることができた。絆を重視し否定せず最期まで希望を支える在宅医療の「揺れるに寄り添う」かわり方の重要性について考察し報告したい。

利益相反：無

一般演題（口演）8 ACP・意思決定 ほか

O-1-35

キーパーソン不在で意思表示困難な患者の意思決定支援 —患者のライフストーリーを知り、多職種で関わった3症例—

早川 未来 ハヤカワ ミキ
東邦大学医療センター佐倉病院

【はじめに】我が国は少子高齢化・人口減少時代を迎え、単独世帯・高齢夫婦のみの世帯や、認知症を有する人が増加しており、意思決定支援に難渋することが多い。今回、患者は意思表示困難であり、かつキーパーソン不在のため意思決定支援に難渋した症例を報告する。

【症例】A氏80歳代男性。妻と2人暮らし。認知機能低下があり、妻が意思決定をしていた。肝細胞癌で外来通院中に肝細胞癌破裂で緊急入院。看取りが近い病状であり、A氏に病状や急変の可能性の説明をするも理解・認識は曖昧だった。妻は脳梗塞を発症して他院入院中で、意思疎通困難だった。A氏夫婦に関わっていた地域包括支援センター職員や妹夫婦・甥から、これまでの生活状況等を聞き、急変時対応や金銭管理・逝去後の対応の調整を行った。

B氏70歳代男性。会社の寮で生活し、家族は兄嫁がいたが疎遠。意識障害を主訴に救急搬送となり入院。意思表示困難のため兄嫁に連絡して医療対応の相談を持つも、病院へ一任するという意向だった。会社の上司にB氏の健康管理や医療に対する考えを確認し、その後院内臨床倫理委員会で検討を行った。

C氏80歳代女性。独居。妹がいたが疎遠。心不全の治療目的に緊急入院。入院後に脳梗塞発症による感覚性失語のため意思疎通困難となった。入院前に関わっていた民生委員へ入院前の生活状況や療養の意思を確認。施設入所の意向があったとのことであり、院内・院外関係職種と相談を持ち、成年後見人制度の調整や転院調整を行った。

【考察】本人が意思表示困難な場合、入院前に本人に関わっていた人から、ライフストーリーや普段の生活状況、本人が大切にしていたこと、健康・医療や今後の生活に対する思い等を聞き出していく。その上で院内関係職種、入院前に関わっていた地域の医療・介護職種や家族・職場の人たち等と一緒に、本人にとっての最善の生活や医療のあり方を導き出すことが重要である。

利益相反：無

一般演題(口演) 9 看取り

O-1-36

在宅医に老衰と死亡診断された患者への輸液施行に関する調査

今永 光彦 イマナガ テルヒコ
奏診療所

【目的】老衰患者を看取っていく際、輸液を行うかしばしば問題になる。しかし老衰患者への輸液施行の頻度、理由、有効性については明らかではない。本研究の目的は、老衰患者における死亡前1週間の輸液施行の頻度、理由、有効性、及び輸液施行に関連する患者側の要因を調査することである。【方法】全国在宅療養支援医協会に加盟する医師が所属する医療機関において、2022年1月1日～2022年12月31日に死亡診断書の「死亡の原因」のI欄のいずれかに老衰と記載した症例を対象として、郵送式質問紙調査を行った。各症例に対して、輸液施行の有無、輸液を行った理由、輸液により改善した症状・悪化した症状について質問した。また、患者特性として年齢、性別、死亡場所、診療期間、認知症合併の有無について質問した。統計解析としては、各質問に対する記述統計を行った。また、輸液施行の有無を従属変数として、患者の年齢、性別、死亡場所、診療期間、認知症合併との関連を調べるために単変量解析及び多変量解析（修正ポアソン回帰）を行った（有意水準 $P<0.05$ ）。本研究は、日本在宅医療連合学会の倫理・利益相反委員会の承認を得て行った。【結果】83施設（回収率12.5%）から計714例の有効回答があった。輸液は236例（33.1%）で施行されていた。輸液を行った理由は「家族の希望のため」が最多であった（46.6%）。改善した症状は「改善した症状なし」が最多で（57.2%）、悪化した症状は「悪化した症状なし」が最多であった（74.6%）。多変量解析では、年齢（RR：0.98, 95%CI：0.96–0.99）、女性（RR：0.73, 95%CI：0.59–0.92）が、輸液施行と有意な負の関連を示した。【考察】老衰患者における死亡前1週間の輸液は、医学的には効果も害も少ない可能性のなか、家族の希望によりしばしば施行されていることが示唆された。

利益相反：無

一般演題（口演） 9 看取り

O-1-37

『住み慣れた島で最期まで』を支える瀬戸内海島嶼部での在宅看取りの実例 －遠隔死亡診断補助を行った事例を通して

黒崎 亜耶 クロサキ アヤ

Nurse and Craft株式会社

【はじめに】

私たちの事業所のある安芸灘地域は瀬戸内海に面した島嶼部であり、高齢化と過疎化が深刻である。医療資源をはじめ人的・物的資源が限られているなかで他の地域資源との連携を図り、「住み慣れた島で最期まで」を支えられるよう活動を行っている。実際に看取りまでをサポートした事例のうち、遠隔死亡診断を活用した事例の報告を行う。

【症例】

島嶼部では、利用者によっては「主治医が夜間や週末は島に居ない」という状況のために心肺停止状態になっても自宅での死亡診断ができないことがある。本事例においては、利用者本人の「入院や施設に行くのは絶対に嫌。家に最期までおりたい」との主張を尊重し、家族や主治医、ケアマネージャー、ヘルパーなどと連携して自宅での生活を支え、主治医不在の状況でも遠隔死亡診断の制度を用いて看護師補助のもと自宅でのお看取りを行った。

【考察】

遠隔死亡診断の制度を利用することで、主治医不在の期間があっても本人・家族のQOLを下げずに自宅でのお看取りができた。そして、島嶼部の独居でも家族の協力やサービスを入れることで最期まで自宅で過ごすことができた。そのためには信頼関係を築いた上で事前に状況を想定した説明と準備を家族や他事業者と行って実施することが重要である。ただし、主治医の不在期間に合わせて研修を受けた看護師の待機が必要であり、人員の確保を行うことは看護師の負担が大きかった。また、遠隔死亡診断の手順は通常の死亡診断のように死の三兆候を確認するのみでなく、診断を受けている病名以外での死因はないか外表面をくまなく確認する作業が含まれる。よってエンゼルケアのように家族と一緒に本人の死を悼む過程として協働で行うことは憚られ、家族のグリーフを邪魔しない方法を検討する必要があると考える。

【倫理的配慮】

事例報告に当たり個人情報の取り扱いに配慮し、ご遺族に対して発表目的や内容について説明し承諾を得た。

利益相反：無

一般演題(口演) 9 看取り

O-1-38

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行前後における在宅医療診療所での在宅看取り率の変化について

林 伸宇 ハヤシ シンウ
飯田 英和 イイダ ヒデカズ
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】新型コロナウイルス感染症(COVID-19)流行前後(以下、流行前後)において在宅看取り率が変化したかどうかを検討する。

【方法】当法人は東京都内および宮城県で年間約1300人の患者に対して訪問診療を提供している。当法人で定期的に訪問診療をしている患者全員を対象とし、自宅および施設で亡くなり、当院が死亡診断書を発行したものを「在宅看取り」と定義した。2018～2021年において、看取り率(在宅看取り数÷総死亡数)を月別、年別に算出し、流行前後比較を行った。前後2年間での看取り率の差の検定、流行前後の効果を2値変数(0,1)とし、前後24か月を時点効果とした2つの説明変数を用い、月ごとの看取り率を結果変数としたロジスティック回帰モデルで、時点の効果と流行前後での効果について検討した。本研究は鉄祐会倫理審査委員会の承認(鉄倫21-1-1)を得て行われた。

【結果】在宅看取り率は流行前50.3%、流行後61.5%とその差は11.3ポイント($p<0.000$)と有意に増加していた。一方、ロジスティック回帰モデルにより時点と前後差の効果を検討したところ、感染後のほうが有意に高かった($p<0.0001$)。このときの時点の傾きは0.003と極めて小さく、経時的な増加傾向は有意ではなかった($p=0.704$)。

【考察】流行前後で在宅看取り率が上昇した理由として、入院中の面会制限により入院を避ける患者や家族が増えたことや、医療供給体制がひっ迫したため入院を望んでもできず、結果として在宅看取りになったことなどが考えられた。当法人において在宅看取り率はゆるやかに上昇する傾向があったが、それとは別にCOVID-19流行が在宅看取り率を大きく押し上げたと考えられた。今後のパンデミックに備えて社会的に在宅医療体制を整えていくことが必要である。

利益相反：無

一般演題(口演) 9 看取り

O-1-39

当クリニックにおける終末期在宅がん患者に対する口腔管理

坂詰 智仁 ¹	サカヅメ トモヒト
菊谷 武 ¹	キクタニ タケシ
田中 公美 ¹	タナカ クミ
古屋 裕康 ¹	フルヤ ヒロヤス
加藤 陽子 ¹	カトウ ヨウコ
富田 浩子 ¹	トミダ ヒロコ
尾関 麻衣子 ¹	オゼキ マイコ
田村 文誉 ¹	タムラ フミヨ
大井 裕子 ^{1,2}	オオイ ユウコ

¹ 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

² 小金井ファミリークリニック

【目的】終末期医療における在宅歯科医療は未整備である。終末期は、口腔の乾燥や疼痛など様々な不快事項が発症し、患者のQOLが低下する。口腔への介入がこれらの不快事項の改善に役立つと知られているが、口腔管理は優先事項とみなされない場合が多く、終末期がん在宅療養患者への対応は十分ではない。本研究では、当クリニックが実施している終末期がん患者への支援について分析し考察する。【方法】2020年6月から2022年5月までの間に当クリニックの在宅歯科診療において口腔健康管理を開始した終末期がん患者54名（男性32名、女性22名）を対象とし、診療録をもとに調査した。【結果】対象者の年齢は30歳～99歳であった。うち43名は自宅で死亡し、11名はホスピスを含む病院で死亡した。歯科初診時のPPS（Palliative Performance Scale）は60以上が27名、30以上50未満が14名、20以下が13名であった。歯科受診は、在宅医師が訪問を開始した日と同時に行われたものが14例、平均は15日後、最長は102日後であった。歯科受診期間は最短1日、最長で344日であった。受診回数は最大24日で、平均は5回であった。歯科最終受診日から死亡までの期間は、当日が8例、翌日が11例、平均8日、最長74日であった。【考察】がん終末期における歯科による口腔管理は必須だが、在宅においては未対応であることが多い。当地域においては、共同演者の開発した現状確認ツール“IMADOKO”を用いて、医療介護職種で逐次連携している。さらに、ICTを利用するなどして即時情報共有が可能となっており、必要な症例にタイミングよく介入できている。一方、歯科の受診に疑問を述べる患者・家族や中断に至った症例もあり、今後の課題である。本報告は、日本歯科大学生命歯学部倫理審査委員会の承認を得て行われた。（NDU-T2020-07）

利益相反：無

一般演題(口演) 10 看取り・家族ケア

O-1-40

在宅看取り患者での排尿管理の検討

太田 章三	オオタ ショウゾウ
島 礼	シマ ヒロシ
八重樫 綾	ヤエガシ アヤ
鈴木 信子	スズキ ノブコ
伊藤 さとみ	イトウ サトミ
佐藤 勝俊	サトウ カツトシ
佐々田 祥子	ササダ ショウコ
菊池 歩	キクチ アユム
安住 智幸	アズミ トモユキ
佐藤 信	サトウ マコト

M&T総合クリニック福室

【目的】終末期の在宅看取りの時期にどのような排尿管理がされているのか不明なことも多い。今回我々は、在宅看取り患者での排尿管理を「非がん患者」と「がん患者」に分け課題などを検討した。なお発表にあたり個人情報の取り扱いには十分配慮した。【方法】直近2年間に在宅看取りを行った100例について検討した。排尿管理は、自排尿、オムツ排尿等のカテーテルフリー症例と尿道留置カテーテル、腎瘻カテーテル等のカテーテル症例にわけ検討した。カテーテル挿入となった理由、カテーテル離脱できた症例の有無についても検討した。【結果】在宅看取り患者は非がん56例、がん44例計100例だった。年齢は非がん64歳～100歳、中央値87歳、がん55歳～96歳、中央値80歳だった。在宅診療期間は非がんで1日～499日、中央値107日、がんで3日～191日、中央値31日だった。カテーテル症例は、非がん患者で在宅開始時11例、途中3例増え死亡時14例だった。カテーテル離脱できたが、終末期に再挿入された例も1例あった。がん患者では在宅開始時8例で、離脱1例と挿入2例あり、死亡時9例だった。疾患別では、非がん患者で慢性腎不全（C A P D患者を含む）、老衰で在宅開始時から挿入されている例が多かった。がん患者で、婦人科疾患、腎泌尿器疾患で挿入されている例が多かった。在宅経過中カテーテル挿入となった理由は、尿閉、体動困難、オムツでの管理困難などであった。【考察】終末期におけるカテーテルの有無は生活の質に影響を及ぼす。婦人科、泌尿器科疾患でカテーテル管理が必要になる場合も多いが、他ではカテーテルフリーにできる場合もあると思われる。在宅診療導入前の排尿ケア等でカテーテルフリーが可能かの検討や、終末期にカテーテルを挿入せずに過ごせるような介護体制の形成が、カテーテルフリーでの看取りを増やすために必要と考えられた。

利益相反：無

一般演題（口演）10 看取り・家族ケア

O-1-41

コロナ禍でのグリーフケア実践 ～グリーフレターを送付してみて～

神田 久美	カンダ クミ
藤井 敬美	フジイ ヒロミ
布野 礼菜	フノ レイナ
光岡 和恵	ミツオカ カズエ
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】当院は看取り後の患者家族に対して、看護師によるグリーフケア訪問を行っている。しかしコロナ流行により訪問が難しくなったため、電話や手紙による支援を行うことになった。当初、グリーフケアとしては充分ではない思いがあったが、想定以上の反応があったため、考察を加えて報告する。

【活動】2020年COVID-19感染拡大により、感染予防対策のため、当院ではグリーフケア訪問を一時中止しせざるを得ず、電話やグリーフレターでの対応に変更した。2021年9月から2023年7月まで計54通のグリーフレターを送付し、結果12件の電話や手紙、面会による反応があった。「亡くなった人の話はなかなかできないので話ができてうれしい」「気にかけてくれてありがたい」といった声や、それまでクリニックからの電話に出ることができなかったが、手紙が届いたことで胸にしまっていた辛い思いを話してみようと電話を下さったケースもあった。

【考察】グリーフケア訪問では、傾聴だけでなく、遺族の表情、身なりや家の様子など、直接情報を得ることにより支援につなぐことができる。反面、実施に当たり、まとまった時間が必要であったり、看護師自身も家族の様子がわからない中で訪問しなくてはならないストレスがあることから、遺族のことが気になっても実施に至らないケースが生じる。その点グリーフレターは患者が亡くなった後も気にかけていることを伝えられるだけでなく、遺族自身が読むか読まないか、医療者とのコンタクトを望むか望まないかを決めることができる利点があると考えられる。また、思いを書面に綴ることにより、会話とは違った思いの表出方法として好まれるかもしれない。今回の経験を通じ、グリーフケア訪問が難しい場合、手紙というツールが支援に繋がる可能性があると思われた。なお本研究は当院で設置する倫理に関する諮問委員会の審査に基づく施設長の許可を得ている。

利益相反：無

一般演題（口演）10 看取り・家族ケア

O-1-42

“最期の時は自宅”を選んだ難病患者のQOD向上のための在宅レスパイト

竹川 康代 タケカワ ヤスヨ
伊藤 美穂 イトウ ミホ
スターク訪問看護ステーション板橋徳丸

【はじめに】NPPV装着のパーキンソン病患者の終末期において、難病患者在宅レスパイト事業（以下在宅レスパイト）を活用した在宅看取りの症例を経験した。

【倫理的配慮】家族に対して趣旨や倫理的配慮について口頭・書面にて説明し了承を得た。

【症例】80歳代女性、主介護者は要介護2の80歳代の夫。X-3か月パーキンソン病と診断、X月訪問看護導入。X+2～6か月、呼吸状態悪化で入退院を繰り返す。最終入院の際には吸引やNPPV装着など医療処置が増え、ADL全介助となった。夫は在宅看取りを希望し自宅退院。退院後、患者は経口摂取に伴う誤嚥・窒息により呼吸状態悪化、吸引等呼吸ケアの処置で状態改善を繰り返した。夫の疲労は強いが夫自身が介護したいという思いは強く、別居家族やサービスの支援を受けながら在宅生活を継続。X+8か月、介護量増加のため療養の場の再検討を医療者から提案したところ、本人は在宅を希望し家族も同意。X+16か月、夫の疲労は限界で体調悪化から介護困難となっていたため、在宅レスパイトの利用を開始。1回につき3～4時間の在宅レスパイトと1日2～3回の訪問看護を併用し日中約9時間、夫が自由に過ごせる時間を確保。夫は在宅レスパイトの時間を、睡眠や通院、各種手続き等に利用。X+18か月、更なる状態悪化あり、本人・家族ともに“このまま家で”と希望。その後自宅で夫に見守られながら逝去。在宅レスパイトは計5回実施。夫からは「一人ではできなかった。途中途中で休ませてもらったので何とか最期まで自宅で過ごせた」との言葉が聴かれた。

【考察】難病患者の終末期は医療処置を含めケアが多く・複雑であり、患者が在宅で安楽に最期の時を過ごすためには、介護者の負担は大きい。今回、在宅レスパイトを活用することで、自宅で最期の時までその人らしく過ごすことができ、患者・家族のQOD向上につなげる介入ができた。

利益相反：無

一般演題（口演）10 看取り・家族ケア

O-1-43

本当の想いはどこに ―家族を通して本人を支える―

内田 和子¹ ウチダ カズコ

上野 真由美² ウエノ マユミ

¹ 松井介護支援事務所

² 山口赤十字病院

【はじめに】在宅看取りの相談の場合、本人が自宅での療養を希望し支援開始となる事が多いが、退院に不安のあった本人が自宅療養を希望し移行したケースである。【症例】A氏70歳代女性 腭頭部がん末期 夫と二人暮らし 子は市内に居住 民生委員など地域活動に積極的に参加していた急性期病院にて根治術後化学療法を受けていたが体重減少著明、治療継続困難との診断。24時間の輸液施行中で慢性期病院への転院の予定であったがこれまでの病状を知らなかった娘が経過を知り残された時間を一緒に過ごしたいと強く希望。本人は腹痛が起こった時の不安と家族の負担になる事を気かけ自宅療養を希望しないまま一旦2泊3日の期限付きの退院となった。退院当日、嘔気があるが制吐剤注射し退院。この時点では入院先連携室は入院継続を希望するだろうと予測していた。訪問看護は退院の時間に合わせ訪問、症状の変化に対応し、本人の不安を最小限にできるように努めた。自宅療養中はベッド上にて希望していた洗髪を行うなど自宅療養のイメージが持てる様々な情報提供を行う。再入院後、本人自宅療養の希望あり。在宅医へ移行し最期までの自宅療養目的に退院。退院後、娘は同居し夫と共に献身的に介護するが、本人は進行する病状への不安な想いを娘にぶつける毎日となった。訪問看護は訪問の後やケアマネジャーと連携し娘の苦勞に耳を傾け、自宅療養継続を支援し4か月後自宅での看取りとなった。【考察】熱心に地域のために活動し他者の世話をしてきた本人にとって「世話をされる人」への立場の変化という受け入れ難い現実には家族は本人と共に向き合おうとしたが、家族に申し訳ないという想いとは裏腹な言葉や訴えに辛さを感じる日もあった。身体的な症状コントロールと共に本人の想いに添う支援を基本と相手、本人を支える家族の後方支援の大切さを感じる症例だった。■この度の症例報告について対象者へ説明、同意を得た。

利益相反：無

一般演題(口演) 11 臓器不全 ほか

O-2-1

当院の在宅血液透析における自己穿刺の訓練方法について

川畑 勝 ¹	カワバタ マサル
中嶋 藍 ²	ナカジマ アイ
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
西田 洋文 ³	ニシダ ヒロフミ
桃木 久美子 ³	モモキ クミコ
清水 比美子 ³	シミズ ヒミコ
野老山 武士 ³	トコロヤマ タケシ
原 正樹 ³	ハラ マサキ

¹ 医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】在宅血液透析（HHD）は患者居宅に医療施設で使用する透析装置を用いて治療する血液透析療法であり、穿刺は原則自己穿刺である。2021年度に日本透析医会が患者へ実施したアンケート結果によると、HHDを希望する患者は6.2%に上るが、「洗浄、針を刺す、器具の消毒などの自己管理が大変」と回答した患者が69.1%報告されており、自己穿刺がHHD実施の課題の1つとなっている。今回、当院の自己穿刺の訓練方法について報告する。倫理的配慮として、個人情報特定されないように配慮する事を説明し同意を得た。【活動】25例（86.2%）が自己穿刺を選択した。自己穿刺訓練は4段階に分けて実施。1段階目はスタッフの穿刺を見る事から開始する。2段階目ではスタッフと一緒に針を持ち、スタッフ主導で穿刺をする。スタッフは患者の自己穿刺への抵抗の有無を確認し、患者は穿刺の角度や、血管に入った際の感覚を体験する。3段階目はスタッフと一緒に針を持ち、患者主導で穿刺する。その際、スタッフは声掛けを行い、徐々に針を離す事で、患者は気が付いたら自分で刺していた状態へ導く。4段階目は患者が失敗した際にどの様に対応するかを確認する為、スタッフは見守り、患者が自身で判断し、自身で問題解決できる様に導く。こうした取り組みにより、平均3.4 ± 1.7カ月で全例HHDの導入に至った。穿刺訓練終了後のアンケート調査にて、穿刺に対する不安をあまり感じなかった、感じなかったと回答した患者は42.1%だった。【考察】HHD導入への課題点の1つである自己穿刺において、訓練開始初期に失敗体験を重ねてしまうことは、自己穿刺への更なる不安を強めるだけでなく、HHD導入を断念する事に繋がる可能性がある。当院では、段階に分けた自己穿刺の訓練方法を用いることで、患者の不安の軽減に繋がり、全例HHDの導入を得られたと考える。

利益相反：無

一般演題(口演) 11 臓器不全 ほか

O-2-2

訪問診療を受ける心不全患者の在宅入院に関する後ろ向き調査の検討

相川 幸生 アイカワ ユキオ

松本 拓也 マツモト タクヤ

内田 貞輔 ウチダ テイスケ

静岡ホームクリニック

【目的】 心不全パンデミックを迎えるにあたり心不全患者に対する在宅診療のニーズが近年高まっている。心不全診療は大きく慢性心不全治療（増悪予防のための管理）と急性心不全治療に分かれるが、最近では後者への対応も在宅診療に求められてきている。そこで今回我々は急性心不全に対する在宅診療の実態を明らかにすることを目的として調査した。【方法】 2021年1月から2022年12月に当院で訪問診療を行った慢性心不全患者（全816例）のうち、急性心不全で在宅入院した102例を対象として、後ろ向き観察研究を行った。急性心不全の診断はフラミンガムクライテリアを用いた。療養場所によって居宅入院群と施設入院群の2群で両者の治療内容及び予後を比較検討した。主要臨床アウトカムは急性心不全発症6か月間の主要心血管イベント（全死亡および心不全再増悪）とした。【結果】 年齢：90±7歳、男性：43%、要介護3以上：65%、居宅：51%（n=52）、施設：49%（n=50）であった。急性心不全治療はフロセミド注射を100%で行っており、在宅酸素療法を59%で導入していた。これらの治療は居宅入院群と施設入院群で明らかな差は認めなかった。観察期間の中央値は98日であった。急性心不全発症後6か月で、主要心血管イベントは65%、全死亡は54%で起こっていた。両群間で主要心血管イベントの有意な差は認めなかった（69% vs. 60%, p=0.33）。【考察】 在宅心不全患者は入院患者と比べて高齢で予後は不良であった。一方で療養場所（居宅か施設）によって治療内容や予後に明らかな差は認めず、居宅での療養が必ずしも予後を不良しない可能性が示唆された。本研究は小数例での検討であり今後さらなる検討が必要と考えられた。

利益相反：無

一般演題（口演） 11 臓器不全 ほか

O-2-3

訪問診療で腹膜透析を管理して経験した合併症対応の実例

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】

透析導入平均年齢が71歳を越えた今、各地域で通院困難となった腹膜透析患者が増えている。しかし、地域の在宅医にとって腹膜透析は馴染みがなく、病院から訪問診療への切り替えに難渋するケースが後を立たない。

腹膜透析患者の透析管理や合併症に在宅医療で対応できるかどうかを受け入れのハードルの高さに繋がっていると思われる。

当院では腹膜透析患者の訪問診療を積極的に受けて入れており、透析管理および合併症対応をしている。また、当院で対応困難な場合は基幹病院と連携して入院加療のバックアップを構築している。

今回、当院で経験した腹膜透析合併症及びその対応の実例について検討した。

【活動】

2021年7月から2023年11月までに当院で訪問診療を受けた腹膜透析患者26名を対象とした。

腹膜透析に関連する合併症の件数と内容、当院で対応可能だった件数、基幹病院への入院が必要だった件数を調べた。結果として、腹膜透析関連の合併症は69件経験した。このうち65件が当院で対応可能だった。4件は基幹病院への入院が必要だった。合併症の内容は腹膜炎5件、排液混濁41件、出口部位・トンネル感染10件、注排液不良1件、チューブ交換5件、臍ヘルニア2件、鼠径ヘルニア1件、腹膜透析液リーク3件、胸膜腹膜交通の疑い1件だった。入院した4件は、トンネル感染に対して出口部変更術が必要だった1件と急性心不全による急性期治療が必要だった3件だった。1患者1ヶ月あたりの合併症発生数は0.24件だった。

【考察】

腹膜透析関連の合併症には高度な知識が必要と考えられがちだが、実際に対応してみると、腹膜透析の知識は必要なものの、訪問診療でも十分対応できることがわかった。また、対応できない合併症に対しては基幹病院と連携をとることで治療可能となる。当院の経験を通して、腹膜透析患者の訪問診療受け入れは十分可能と思われる。

【倫理的配慮】

発表にあたり、患者の個人情報とプライバシーの保護に配慮し、家族から書面にて同意を得た。

利益相反：無

一般演題(口演) 11 臓器不全 ほか

O-2-4

在宅でもできる!フレイル予防とつながりづくりを目的とした公認町民体操「赤ふん坊や体操」のオンライン化

井階 友貴¹ イカイ トモキ
松本 悠作² マツモト ユウサク
伊東 浩希² イトウ ヒロキ
中島 大輔² ナカジマ ダイスケ

¹ 福井大学医学部地域プライマリケア講座

² 高浜町役場保健福祉課地域医療推進室

【はじめに】

超高齢社会において、介護予防体操が各地で取り組まれているが、福井県高浜町では2018年夏、交流や社会参加、地域の一体感といったソーシャル・キャピタルの醸成が期待できる町公認の町民体操「赤ふん坊や体操」を地域総出で開発、推定2,000人以上に拡散、実際に地域のイベント等の交流手段として採用された。コロナ禍以降、在宅でも取り組める手段の開発が望まれた。

【活動】

2021年9月、地元のオンラインイベントとの協働により、「赤ふん坊や体操・オンライン100人チャレンジ」と題し、体操を実施するオンラインコミュニティの結成を試みた。町内小学校、保育所、公民館、社会福祉協議会、高齢者住民活動グループに参加呼びかけの協力を依頼し、助言者として世界最高齢プログラマーと称されるICTエヴァンジェリストの若宮正子氏を迎え、赤ふん坊や体操のZoomでの生配信への参加を地域総出で呼びかけた。オンラインデバイスに不慣れな高齢者等の町民を対象に、公民館長や高齢者住民活動グループの支援者などがデジタル講習会・相談会を頻繁に実施した。町内から54名の老若男女が参加、高齢者がオンラインデバイスに触れる機会と、多世代がオンラインで交流する機会を得た。参加者には自宅で引き続き動画サイトを参照のうえ体操を継続することを推奨した。在宅療養中で集会に出向けない町民の参加も得られた。

【考察】あらゆる世代で実施できる公認町民体操「赤ふん坊や体操」に関するオンライン活動場所の提供とその支援は、在宅においても世代間交流、社会参加、地域の一体感の向上に寄与でき、ソーシャル・キャピタルの醸成が期待できると考えている。実際に「赤ふん坊や体操」オンラインの取り組みが社会医学的にソーシャル・キャピタルや健康への効果をもたらしたかどうかについては、今後の町内高齢者悉皆コホート調査の結果が待たれる。

利益相反：無

一般演題(口演) 12 研究

O-2-5

入退院を契機とした自宅または施設等における高齢者の医療介護導入時の特徴 ～大規模DPCデータを用いた全国調査～

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 東京医科歯科大学大学院 歯医学総合研究科 環境社会歯医学講座 医療政策情報学分野

【目的】本研究は、入退院を契機として在宅医療および介護を導入した高齢者の特徴を自宅、施設等への退院先の違いから明らかにする。【方法】診断群分類研究支援機構が有する2020～2021年度DPC全国データを活用した。入院前に在宅医療を受けておらず自宅より入院となった高齢者で、退院時に自宅で在宅医療を開始または施設等へ入所した者を対象とした。まず年代、性別、要介護度、入院中に最も医療資源を投入した傷病名（最資源病名）、認知症の有無、チャールソン併存疾患指数（CCI）、平均入院日数について退院先（自宅、施設等）別に比較した。さらにロジスティック回帰分析により退院先の違い（自宅0、施設等1）に与える影響要因を評価した。【結果】対象者は182,674人、うち自宅退院は89,705人、施設等退院は92,969人であった。自宅退院は男性、がんを有する割合、CCIが有意に高かった。施設等退院は年代、女性、要介護度、外傷や認知症等の疾患を有する割合が有意に高く、平均入院日数が有意に長かった（自宅退院31.0日 vs. 施設等退院48.0日）。これらの傾向はロジスティック回帰分析でも同様であり、年代、要介護度、認知症で高いオッズ比を示した（オッズ比：95歳以上が3.165、要介護度4が2.985、認知症が2.193）。【考察】自宅退院はがんを有する割合やCCIが高いことから医療依存度が高く、施設等退院は要介護度や認知症を有する割合が高いことから介護依存度が高いことが特徴としてあげられた。また、自宅退院は男性の割合が高く、施設等退院は高い年代や女性の割合が高いことより、年代や性別の基本属性にも違いがみられた。さらに施設等退院では、入所への調整のため自宅退院よりも長い入院日数を要すると考えられた。施設等退院となる要因として年代や要介護度が高いこと、認知症を有することが影響を与えることがわかった。

利益相反：無

一般演題(口演) 12 研究

O-2-6

管理栄養士による居宅療養管理指導の算定件数増加を目指した取り組み

廣瀬 明子 ヒロセ アキコ
平山 匡史 ヒラヤマ タダフミ
ヒカリノ診療所

【目的】本研究では、管理栄養士による居宅療養管理指導の算定件数増加を目的とした介入の前後で、算定件数を比較し、どのような取り組みが効果的な取り組みであったか推測することを目的とする。【方法】研究デザインは観察研究とした。調査期間は令和4年10月と令和5年11月の2か月とした。具体的な取り組みの内容は、近隣の居宅介護支援事業所への挨拶回り、当院新規訪問患者についての院内カンファレンスによる広報活動、在宅相談・連携室を設置し、依頼から報告までの一連の流れについて仕組み作りを行った。データ収集方法は、調査対象期間の介護保険請求と電子カルテを振り返り、管理栄養士が行った居宅療養管理指導料を算定した延べ人数、依頼元のデータを抽出した。これらのデータは、仮名加工情報の処理を行い、個人が特定できないよう配慮を行った。【結果】訪問を開始した令和4年10月の1か月あたりの算定件数は11件だったが、令和5年11月の1か月あたりの算定件数は47件であった。また、依頼元はケアマネジャーが28%と一番多く、次に当院の医師が20%であった。【考察】管理栄養士による居宅療養管理指導について、様々な取り組みを行い算定件数が増加した。また、依頼元はケアマネジャーと当院医師で半分を占めた。実感として、管理栄養士の居宅療養管理指導に対し、認知度向上による依頼件数の増加、依頼から報告までの仕組み作りを行ったことが算定件数増加に効果があったように思われた。今回、算定件数増加に対する関連要因の分析までは至らなかったが、今後、管理栄養士による居宅療養管理指導の算定増加に向けた取り組みを普及するためにも、さらなる追加研究が必要と考えられる。

利益相反：無

一般演題(口演) 12 研究

O-2-7

担がん患者の訪問診療導入後の予後の検討

壁谷 悠介¹ カベヤ ユウスケ
山下 智史¹ ヤマシタ トモフミ
青山 直善² 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 北里大学北里大学医学部総合診療医学

【目的】 がん患者が訪問診療を導入し在宅で最期まで療養することは増えている。しかし、在宅療養開始した後の残された時間について示した文献は少ない。我々は地域がん診療拠点病院から紹介を受けた担がん患者の予後について調査を行った。【方法】 2019年12月から2021年12月に自宅での診察を開始した169名（平均74歳、女性70人、末期癌144名）を対象とし、 Kaplan-Meier生存曲線を作成し予後推定を行った。死亡者は死亡時期、死亡場所の集計を行った。予後に係る要因として、鎮痛剤の使用に着目し、使用状況と死亡の関連をCox比例ハザードモデルを用い、年齢、性別で調整したハザード比を算出した。尚、当研究は研究倫理カテゴリー分類Ⅳ-Bに該当し、倫理委員会にて承認を受けて施行している。【結果】 169名を平均値68日（中央値27日）観察し154名が死亡した。初診後30日、90日の生存率は各々49%（95%信頼区間41-56%）、23%（95%信頼区間17-30%）であった。死亡者の1週間ごとの集計では、初診後1週間以内の死亡が28名（18%）と最も多かった。死亡者のうち110名（72%）が自宅で最期を迎えた。鎮痛薬の使用について、定期の鎮痛薬処方の有無により2群に分けたところ、2群間の生存曲線は有意差を認めた。鎮痛薬の使用がある群は、ない群と比較して死亡のハザード比が1.6倍（95%信頼区間1.1-2.3）上昇を認めた。【考察】 担がん患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残された時間の過ごし方を考える上で有用と考えられる。また、死亡時期、場所の集計は各医療機関や地域の状況により異なると思われる。継続的に集計し、連携先の病院や地域との情報交換に使用していく必要がある。鎮痛剤の使用と死亡の関連は、重症度を反映している可能性もあり、解釈は慎重に行う必要がある。

利益相反：無

一般演題(口演) 12 研究

O-2-8

ダブルケア経験者の負担感と必要な支援についての検討

堀 智子 ホリ トモコ
松本 七十子 マツモト ナソコ
藍野大学医療保健学部看護学科

【目的】 育児と介護のダブルケア経験者へのインタビューを通して、ダブルケアを行なっていくために必要な支援について検討する。

【方法】 1. 研究デザイン：インタビュー調査による探索的・記述的質的研究。2. 研究対象者：ダブルケア経験者5名。3. 研究期間：2023年5月～2022年12月

【結果】 インタビューから得られた意味のある文節を取り出し、286のコードを分析対象とした。その結果8個のカテゴリーと38個のサブカテゴリーを抽出した。抽出されたカテゴリーは【突然始まるダブルケア】【時間のかかるダブルケア】【ダブルケア経験者が陥る孤独なケアの始まり】【ダブルケアがもたらすダブルケア経験者への影響】【ダブルケアの負の側面からの脱却】【ダブルケア経験者が希望する支援】【ダブルケアカフェでのピアカウンセリング】【ダブルケアカフェの課題】である。

【考察】 ダブルケア経験者は実母や実父の病い発症と《介護に妊娠出産が重複》したり、さらに《子どもの病いの重複》もあったりして【突然始まるダブルケア】を経験していた。それは実父や実母の介護の使命感を背負い【ダブルケア実施者が陥る孤独なケアの始まり】ともなりえる。慣れない食事や《排泄の介護》は【時間のかかるダブルケア】と認識され、【ダブルケアがもたらすダブルケア実施者への影響】が大きいのしかかり、ダブルケア実施者への心身への負担、《重い経済的負担》となる。やがて、ダブルケア実施者はダブルケアカフェの存在を知り、【ダブルケアカフェでのピアカウンセリング】を得つつ、【ダブルケアの負の側面からの脱却】を図る。さらにダブルケア実施者はその経験から《介護と育児の包括的相談窓口の希望》など【ダブルケア実施者が希望する支援】も明確になった。さらにこの度の研究では《ダブルケアそのものの周知》など【ダブルケアカフェの課題】も明らかになった。

利益相反：無

一般演題(口演) 12 研究

O-2-9

COVID-19流行下における在宅医療を受けたがん患者の死亡場所の変化と関連要因 -神奈川県後期高齢者医療制度の大規模レセプトデータを用いたコホート研究

江頭 勇紀 エガシラ ユウキ

渡邊 亮 ワタナベ リョウ

神奈川県立保健福祉大学 ヘルスイノベーション研究科

【目的】 COVID-19流行下における在宅医療を受けた者の死亡場所の変化と、関連要因を、診療報酬に規定される医療サービスの受療状況から明らかにする。先行研究では、COVID-19の感染リスク等を避けるため在宅死の意向が強くなったことが報告されているが、個別の医療提供サービスの受療状況との関係は明らかになっていない。そこで本邦においても在宅死の割合が高くなったと仮定し、在宅死の割合向上と医療提供サービスの受療状況との関連性をCOVID-19前との違いを軸に探索的に研究した。

【方法】 神奈川県在住の75歳以上の者のうち、退院後、在宅医療を受け、がんで死亡した者のデータを用いた。期間は2017年4月～2021年3月とし、2020年4月以降をCOVID-19後群、当該年月より前をCOVID-19前群とした。アウトカムは死亡場所とし、施設死は除外した。 χ^2 二乗検定を実施後、死亡場所を被説明変数に、修正ポワソン回帰分析を行った(有意水準 $p<0.05$)。

【結果】 在宅死は、COVID-19前が67.7%、COVID-19後が73.2%で、COVID-19後の方が在宅死の割合が有意に高かった。修正ポワソン回帰分析の結果、両群で正の相関(訪問看護指示料または在宅訪問看護指導料の算定、療養月あたりの往診回数は両群)、両群で負の相関(緩和ケア病棟入院料)、COVID-19前群のみ有意(介護支援等連携指導料は負の、退院時共同指導料は正の相関)が確認できた。

【考察】 本邦においても、COVID-19後の方が在宅死の割合が高くなったことが示唆された。また、COVID-19後は退院時共同指導の有無に関わらず、在宅死の割合が向上したことがわかった。

研究カテゴリーⅣ-B、倫理委員会審査承諾済

利益相反：無

一般演題(口演) 13 病診・病病連携

O-2-10

地域の在宅医が非常勤医師として行う急性期病院での在宅支援外来の役割 ～コロナ禍を迎えて

福本 和彦^{1,2} フクモト カズヒコ
中澤 秀雄² ナカザワ ヒデオ
望月 孝裕² モチヅキ タカヒロ
太田 紘子² オオタ ヒロコ
鈴木 昌八² スズキ ショウハチ

¹ 磐田在宅医療クリニック

² 磐田市立総合病院

【目的】地域の在宅医が非常勤医師として在宅移行に必要な事項を相談できる場として在宅支援外来を開設している。本研究では在宅支援外来受診症例を後方視的に検討しその役割を明らかにすることを目的とする。尚、本稿は2019年7月に本学会で発表した開設から3年間での135症例の解析内容とその後3年間での80症例を追加集計した。【方法】院内データベースより開設より3年間（I期）135例とそれ以降の3年間（II期）に受診した80例を抽出し、電子カルテより臨床的因子や退院後転帰について調査した。本研究は倫理委員会の承認済である。【結果】外来開設時間は週1回午後のみ。II期：3年間で80例に対応した。コロナクラスターの影響で2回、病棟への立ち入りが禁止となった。II期：年齢5-100（平均77）歳、男性51例、女性29例。入院中75例、外来通院中5例。悪性比率68%。依頼内容は在宅移行の調整75例〔退院時必要物品の確認など〕、在宅医療に関する情報提供2例〔費用や予想される訪問頻度、状態悪化時の対応など〕、受け入れ先調整4例〔サ高住利用の提案など〕で在宅移行目的での紹介が増えた。受診後の転帰は入院中75例のうち自宅退院64例、転院3例、調整中の死亡退院は6例。転帰が確定している64例中57例（89%）は在宅看取り。自院看取り4例、他院看取り3例。在宅看取り率はI期75%に対しII期89%と増加。コロナの影響でII期の退院前カンファランス開催は減少しているものの、多機関共同指導加算を算定できる比率は17.6%から28.8%へ増加していた。【考察】在宅医が在宅支援外来を実施することで在宅医療の理解が院内で深まり、より複雑な事例でも在宅移行に繋げられる可能性が高まる可能性がある。今回の解析期間はコロナ禍の影響で、自宅療養のニーズが高まり在宅医療の質向上が期待されてきた時期と言える。

利益相反：無

一般演題（口演）13 病診・病病連携

O-2-11

重症心身障がい児・者の成人移行医療における病診・病病連携推進への取り組み ～「静岡市重症心身障がい児等移行医療連携カンファレンス」の経験より～

佐々木 玲聡 ^{1,2}	ササキ アキトシ
岩田 真喜子 ^{1,3}	イワタ マキコ
平野 周太 ^{1,4}	ヒラノ シュウタ
天野 功二 ^{1,5}	アマノ コウジ
河原 秀俊 ^{1,6}	カワハラ ヒデトシ
鈴木 研一郎 ^{1,7}	スズキ ケンチロウ
福地 康紀 ^{1,8}	フクチ ヤスノリ
松林 朋子 ⁹	マツバヤシ トモコ
山内 豊浩 ⁹	ヤマウチ トヨヒロ
北山 浩嗣 ⁹	キタヤマ ヒロツグ
坂本 喜三郎 ⁹	サカモト キサブロウ

¹ 静岡市静岡医師会

² 佐々木ハートクリニック

³ うえだ小児科

⁴ 平野医院

⁵ あおぞら診療所しずおか

⁶ かわはら医院 小児科・アレルギー科

⁷ 鈴木内科医院

⁸ 東新田福地診療院

⁹ 静岡県立こども病院

重症心身障がい児・者の移行医療には多くの課題があり、現在も各地で種々の検討や協議が行われている。

静岡市内には、小児科対応可能な在宅療養支援診療所や重症心身障がい児・者施設が存在するものの、他地域と同様に、障がい児・者を移行医療として受け入れるための医療資源としては不十分な状態となっている。

静岡県立こども病院は静岡県の重症心身障がい児・者医療の中心的医療機関である。同院で診療する障がい児・者数は増加の一途となり、外来や救急を含めた医療対応、医療連携に多くの問題を生じている。

静岡市静岡医師会は、疾患別2人主治医制＝「イーザーネット医療連携」により、静岡市内の急性期病院と市内会員診療所を病診連携で繋ぐ仕組みを構築し、17年来深化させてきた。そこで、この経験を基に、県立こども病院と医師会会員診療所、市内急性期病院とが連携する、障がい児・者の病診・病病連携システム構築を模索し、令和3年より「静岡市重症心身障がい児等移行医療連携カンファレンス」を毎年開催している。

このカンファレンスには、静岡市内の内科・小児科の会員診療所医師、在宅療養支援診療所医師、市内の急性期病院小児科・内科勤務医、看護師、地域連携室職員などが参加し、症例提示をもとに、成人移行の方法、問題点を多職種で協議している。

本カンファレンスの開催により、障がい児・者の成人移行医療で新たに見えてきた問題や、今後の展望等について口演する。

利益相反：無

一般演題(口演) 13 病診・病病連携

O-2-12

画像ファイリング機能付きポータブル細隙灯顕微鏡を利用した眼科遠隔診療連携

真川 昌大 ¹	サナガワ マサヒロ
関根 枝里子 ¹	セキネ エリコ
大矢 かおり ¹	オオヤ カオリ
井上 正浩 ¹	イノウエ マサヒロ
清山 知憲 ¹	キヨヤマ トモノリ
川島 拓 ²	カワシマ タク
中山 慎太郎 ^{4,5}	ナカヤマ シンタロウ
西村 裕樹 ^{3,4,5}	ニシムラ ヒロキ
清水 映輔 ^{3,4,5}	シミズ エイスケ

¹ 医療法人社団ひなた ひなた在宅クリニック

² 川島眼科

³ 医療法人慶眼会 横浜けいあい眼科和田町院

⁴ 株式会社OUI

⁵ 慶應義塾大学医学部眼科学教室

【はじめに】眼症状を訴える在宅患者は多いが、眼科受診は容易ではない。また、地方で訪問診療を行っている眼科医は少ない。そのため、当院では画像ファイリング機能付きポータブル細隙灯顕微鏡を導入し、眼科専門医による遠隔診療を利用している。多くの患者は遠隔診断の下で治療を行っているが、眼科専門医の直接診察や処置が必要な患者もいる。当院と眼科医院のポータブル細隙灯顕微鏡を利用した眼科遠隔診療連携について報告する。【活動】眼科医院には患者のIDを伝えることで、ポータブル細隙灯顕微鏡で撮影した前眼部の動画と遠隔診断の内容を共有できるようにしている。当院の眼科紹介の流れは以下である。ポータブル細隙灯顕微鏡で遠隔診断を受け、紹介が必要と判断すれば、患者IDを記載した紹介状をFAXする。クラウドで共有されているため、眼科医院で診察前に動画や遠隔診断の内容を確認できる。患者には事前に了承を得ている。訪問診療の場合は、事前情報をもとに必要な診察が想定でき、持参する物品の準備ができる。2023年9月から12月の間で4例紹介した。1例は102歳女性で左眼の眼脂が多く抗菌薬点眼薬で加療していたが改善せず、ポータブル細隙灯顕微鏡での遠隔診断後、眼科医院に訪問診療を依頼した。涙嚢炎の診断で、定期的な涙嚢洗浄で著明に改善した。【考察】ポータブル細隙灯顕微鏡は非眼科医や看護師などのコメディカルでも容易に操作できる医療機器であり、眼科専門医による遠隔診療も受けられる。さらに、クラウド上で動画等を共有することで、紹介先の眼科専門医と円滑な眼科診療連携が行える。通院困難な在宅患者に良質な眼科診療を届けるツールであり、特に眼科専門医が少ない医療過疎地域では有用だと考える。本報告は、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。

利益相反：無

一般演題（口演） 13 病診・病病連携

O-2-13

シームレスな連携のための在宅療養支援診療所に勤務する看護師の役割検討 —新規依頼相談から初回訪問に至るまでの実態調査から—

山中 香織 ヤマナカ カオリ
吉澤 明孝 ヨシザワ アキタカ
要町ホームケアクリニック

【目的】日本における超高齢化社会の進行が広く指摘されている。シームレスな連携を担う在宅療養支援診療所に勤務する看護師の役割を検討する。

【方法】2023年2月から9月までAクリニックに新規依頼相談があった42名を対象とし、病名、世帯形態、医療処置内容、相談者および起因、連携の方法、連携をとった職種、相談から初回訪問開始までの日数と連携回数、連携内容を調査した。

【結果】相談の起因は診療情報提供書持参をした外来受診か電話のいずれかで、電話による相談は看護職（退院調整、訪問看護等）医師やMSW等医療職が多く占め、家族からの直接相談は3名あった。連携の方法は電話が67.6%と最も多く対面22.1%メールとFAXは約4%であった。連携は相談者自身と最も多くとり、薬局、医療機器会社や地域包括、救急隊等多岐にわたり行っていた。相談から初回訪問までに平均12日を要しその間平均10.6回の連携を行った。31名のがん疾患の患者には初回訪問まで平均9.2日11回の連携を行った。独居者14名のうちがん患者は10名初回訪問まで平均11日15.3回の連携を行った。サービス利用調整、退院および初回訪問の日程調整、退院後も継続して医療処置できるよう調整、退院時の搬送付き添い、退院前に自宅訪問し環境調整等を実施していた。

また、9名は新規依頼相談があったが初回訪問に至らなかった。その理由は本人に訪問診療の意思がなかったケース6件、体調急変で中止2件、依頼先の主治医の中止希望1件であった。

【考察】在宅療養支援診療所の看護師は、迅速に訪問診療を開始するために電話と対面を中心に様々な職種と連携を図っていた。独居やがん患者には短い期間で多くの連携をとり、患者が安心して在宅療養をできるよう顔の見える関係にある多職種と協働していた。

利益相反：無

一般演題（口演）13 病診・病病連携

O-2-14

医学的情報に加えて、想いやナラティブに関する情報を病診間で繋ぐことで、短期間に踏み込んだ支援ができ、終末期患者と家族の生活と人生の質向上につながる

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】終末期患者の退院後は、訪問診療で関われる時間は短いことも多い。病院から本人の想いやナラティブに関係した情報やエピソードがあると、早く「最期にしたいこと」「気がかりなこと」に踏み込み、具体化して一緒に関われる。病院からの情報で余命2週間の患者に迅速に踏み込んで関わられたので考察する。発表にあたり、本学会倫理的手続きに関する指針に基づき対応した。【症例】50代男性、原発不明癌。全介助。余命2週間。退院支援室から「長女の結婚式の写真を退院日に撮りに行く予定が、体調悪く、本日キャンセルし帰宅します」という連絡があった。退院帰宅直後の診察時、傾眠、腹部膨満感、腹痛あり、超音波検査、採血を施行。尿閉にカテーテル留置、低血糖（血糖36mg/dl）を認め対応。肝不全のため血糖は不安定。処置後意識レベル、腹痛改善。3日後に再予約した撮影を当院でサポートすることとした。撮影に際し、黄疸に対するメイクアップ、カテーテル管理、血糖管理、水分補給、酸素カニューラのつけ外しと移動介助、ルート確保の準備等を対応。本人は「家族の傍で最期まで話したい」と希望し、オピオイド使用量について相談があった。医師は疼痛の程度から増量が必要と考えていたが、本人の「家族と最期まで話がしたい」という想いを最優先することとし伝えた。このことについて、逝去後家族から「本人の気持ちを分かってくれて本当に喜んでいて。ありがたかった」という話をわざわざいただいた。撮影6日後に亡くなる直前まで家族と話しながら過ごせた。【考察】病院からの情報は病状や治療が主だが、今回、家族写真を撮る予定があったという情報を繋いだことで、訪問診療で一步踏み込んで「本人や家族の最期にしたいこと」を支援でき、グリーフケアにも繋がった。在宅で本人や家族がより満足した生活を送るために、病院からの本人・家族の希望や想いについての情報の橋渡しが重要である。

利益相反：無

一般演題（口演）13 病診・病病連携

O-2-15

山梨県在宅医療アドバイザー事業を活用した在宅医療の連携の取組み

椎野 優樹 シイノ ユウキ
楠井 寛和 クスイ ヒロカズ
山戸 啓佑 ヤマト ケイスケ
高田 哲也 タカダ テツヤ
樋口 久仁子 ヒグチ クニコ
株式会社メディヴァ

【はじめに】

山梨県の在宅医療の担い手を増やす施策の一つとして、「山梨県在宅医療アドバイザー事業」があり、当社が委託を受けて実施した。在宅医療をこれから始めたい、機能をより高めていきたいと考える医療機関に個別支援を行い、在宅医療の充実を目指している。本事業を活用した、地域における在宅医療の連携を推進する取組みを紹介する。

【活動】

連携を進めたいと考える医療機関の間に当社スタッフが入り、課題やニーズを調査し、連携の目的を整理した上で、連携の実現に向けた調整を行った。支援を行った3事例を報告する。

①在宅医療に関する病診連携：地域の機能強化型在宅療養支援診療所から、往診や困難事例についてのサポートを得ている病院に対して、自病院で在宅医療に対応できる体制の構築を支援した。これにより、地域における在宅医療提供体制が増加及び強化された。

②在宅医療に関する入退院支援を円滑化するための病診・行政の連携：在宅療養支援診療所と地域の病院との間で、急性増悪等によって入院が必要になった際の依頼や、在宅への退院についての情報共有の円滑化を検討する機会を作った。加えて、地域の中で入退院支援や医療・介護連携の議論を継続するために、行政も交えた連携を図った。

③在宅医療を行う医療機関が少ない地域における診診連携：当支援を契機に在宅医療を本格的に開始した医療機関が、近隣の医療機関の在宅医療開始を後押しするとともに、時間外対応の連携も検討を進めている。

【考察】

在宅医療を地域で推進をする上では医療機関同士の連携が重要になる。しかし個別の医療機関にとっては、他院への連携の依頼の仕方や、連携関係構築の方法など、進めづらさや負担が感じられると考える。医療機関のニーズと地域医療の目指す姿を理解した第三者が介入することで、連携関係の構築を円滑に進めることができるようになると思う。

利益相反：有

一般演題(口演) 14 難病 ほか

O-2-16

自らの体験から学んだ在宅医療における脳神経内科医の役割：315名の自験例の検討から

黒岩 義之	クロイワ ヨシユキ
市村 篤	イチムラ アツシ
武山 明子	タケヤマ アキコ
邑山 美奈子	ムラヤマ ミナコ
望月 順子	モチヅキ ジュンコ
平田 恵未	ヒラタ メグミ
弓削 真由美	ユゲ マユミ
谷口 桂三	タニグチ ケイゾウ
加藤 晶子	カトウ アキコ
山本 健太	ヤマモト ケンタ
鶴岡 祐介	ツルオカ ユウスケ
野中 洋平	ノナカ ヨウヘイ
金森 隆成	カナモリ リュウセイ
田中 武則	タナカ タケノリ
南 陸彦	ミナミ リクヒコ

医療法人社団和啓会メデイクスクリニック溝の口

【目的】首都圏の公立大学脳神経内科主任教授として20年間、財務省診療所長として6年間奉職したが、医師としての普遍的な原点を学び直す目的で、2020年から地域と密着した訪問診療を開始した。【方法】対象は私が担当した訪問診療患者315名（男109、女206、44～107歳）で、内訳は在宅73名、施設（21か所）242名である。当クリニックの医療チームは医師13（脳神経内科、内科、精神科、外科、皮膚科）と看護師11からなる。【結果】脳疾患が282名（90%）、内訳は認知症181、パーキンソン病48、脳血管障害17、進行性核上性麻痺12、大脳皮質基底核変性症5、脊髄小脳変性症5、薬剤性脳症4、うつ病3、純粋無動症、発作性運動誘発性舞蹈アテトーシス、ジストニア、脳腫瘍、てんかん、低酸素脳症、脳性麻痺が各1である。脊髄疾患は6名（血管障害、脱髄疾患）、末梢神経・筋疾患（ギラン・バレー症候群、筋ジストロフィー症、重症筋無力症）は7名。【考察】4年に亘る職業体験から訪問診療を支える脳神経内科医の役割を考察する。全訪問診療患者の90%が何らかの脳疾患を有していたのは驚きの発見であった。辺縁系の情動活動は内側前頭前野から視床下部背内側部を介して、自律神経活動を誘導する。この心身相関のマスター信号伝達は視床下部の活性化と身体自律神経反応を惹起し、温熱系、循環系、運動系、免疫系にわたる多系統の生体反応を引き起こす。脳疾患はこの心身相関回路を介して、全身臓器を攪乱し、日常活動に著しい制限をきたすことを診療現場で実感した。脳神経内科医の役割は人を人たらしめるのに不可欠な脳を侵す疾患から、生命と生活を守ることにある。先人の言の「書かれた医学は過去の医学である。目前に悩む患者の中に明日の医学の教科書の中身がある」の通り、在宅訪問医療には基礎医学を含めた幅広いサイエンティストとしての力量が求められている。

利益相反：無

一般演題(口演) 14 難病 ほか

O-2-17

長期在宅人工呼吸器装着における重大インシデントの分析と対応

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

【目的】長期在宅人工呼吸器装着中に経験した生命に関わる重大インシデントを報告の報告を通じ、その対策方法を検討する。【方法】当院はこれまで6名のTPPVの筋萎縮性側索硬化症の患者を診てきた。経過中、カニューレ事故抜去、痰詰まりによる気道閉塞、停電を経験し、それに対して多職種で協働して対策をしてきたため報告する。なお、この報告は関係する患者もしくは家族に口頭で同意を得ている。【結果】人工呼吸器装着者の生命に関わるインシデントとして、気管カニューレ事故抜去を3例、痰詰まりによる気道閉塞を1例、人工呼吸器装着者の停電を1例経験した。気管カニューレの事故抜去はリハビリや車いすへの移乗時で医師・看護師のいないときに発生した。それに対しご家族への再挿管の訓練と、他の職種にはアンビューバッグをしながら救急搬送する訓練を行い、その後実際に事故抜去が起きた時に速やかに対応することができた。痰詰まりによる気道閉塞については、人工呼吸器の設定をSIMV-VCもしくはAVAPS modeでを使用することにより気道閉塞時に吸気圧を上昇させる設定にし、普段から喀痰が吸引できるようにダブルサクシオン式カニューレと低圧持続吸引器を使用し、喀痰吸引研修を受けた介護職と連携して安全に喀痰吸引ができる体制を整えた。また災害時に停電した事例については蓄電池を繋げ、数時間で回復したことで重大インシデントにはならなかったが、その後72時間人工呼吸器を維持できるように電源確保のシミュレーションをし、実際停電対策の災害訓練を関連職種で実施した。【考察】長期人工呼吸器装着におけるインシデントは、医療関係者のいないところで起こる場合が多く、対策として多職種の連携が重要と考えられるが、それに対する対策はあまり報告事例がない。長期人工呼吸器管理における適切な方法はまだ確立されておらず、エビデンスの積み重ねが必要と思われる。

利益相反：無

一般演題(口演) 14 難病 ほか

O-2-18

視線入力装置の適応困難だった上肢型筋萎縮性側索硬化症患者が、装着型マウスを導入しiPadを使用できた事例

古谷 由佳¹ フルヤ ユカ
馬上 泰次郎¹ バジョウ タイジロウ
廣田 洋一¹ ヒロタ ヨウイチ
山田 亜紀子¹ ヤマダ アキコ
小田 泰崇¹ オダ ヤスタカ
山根 伸吾² ヤマネ シンゴ

¹ コールメディカルクリニック広島

² 令和健康科学大学

【はじめに】今回、視線入力装置が不適応だった上肢型筋萎縮性側索硬化症（以下、ALS）患者に対して、残存していた頸部筋力を活用し装着型マウスを導入した。装着型マウスの使用状況と3年間使用継続できた要因を報告する。

【症例】80代男性で、重度訪問介護を利用し、妻と二人暮らしである。X年Y月ALSの診断を受け、要支援1となり、訪問リハを開始した。X+1年Y+2月肺炎後、人工呼吸器装着、要介護5となり、頸部・体幹・下肢筋力は維持していたが、上肢筋力は低下していった。上肢でのパソコン操作が困難となり、視線入力装置への移行を試みたが不適応であった。X+2年Y+3月装着型マウスを導入し、3年間iPadを使用できた（日常生活用具で装着型マウスの給付申請）。

【使用状況と経過】座位で、装着型マウス（眼鏡用クリップで固定）と手指スイッチを併用した。iPadは、①Assistive Touch②ホームボタンに音量調整を追加③画面読み上げを設定した。使用用途は、メモ（日常会話）、LINE、メール、文書作成、インターネット閲覧であった。初期設定後、療法士は動作状況の確認、機能に合わせたスイッチやポジショニングの選定、機器の不具合・修理に対応した。

【考察】症例はiPadの使用により、別宅に住む家族との情報交換、記事投稿、通所施設での長文会話が可能となった。3年間使用継続できた要因は、座位でのiPad使用の習慣化により廃用症候群を予防し頸部筋力を維持できたこと、環境因子を把握している療法士が身体機能の予後予測を踏まえて症例に合った調整を行えたことと考える。ALSの臨床像は多様であり、残存機能を生かすことができる装着型マウスをコミュニケーション機器導入時に選択肢の一つとして検討することも有効ではないかと考える。【倫理的配慮、説明と同意】対象者の情報とプライバシーの保護に配慮し、本人・家族から同意を得た。

利益相反：無

一般演題(口演) 14 難病 ほか

O-2-19

ムコ多糖症Ⅱ型患者の在宅医療における酵素補充療法についての現状と課題

澁谷 泰介 シブヤ タイスケ
山崎 龍人 ヤマザキ タツト
松木 佑介 マツキ ユウスケ
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が根治的治療の一つとされており、2021年3月厚生労働省より酵素製剤の在宅使用が認められた。今回、ムコ多糖症Ⅱ型に対する酵素補充療法を在宅で開始したため、その現状および課題を報告する。また、酵素補充療法の特徴として治療薬が高価であり在宅での使用に際して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ライソゾーム病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した。【症例】 症例は19歳男性。生後11ヶ月でムコ多糖症Ⅱ型と診断され、4歳から酵素補充療法を開始した。以降週に1回の酵素補充療法を小児科外来で通院または1泊入院で継続していた。17歳時に酵素製剤の在宅使用が認可され、当院紹介となり在宅での酵素補充療法開始となった。病院の主治医・看護師・地域連携室と退院前カンファレンスを複数回行い準備した。当院介入開始後、週1回の酵素補充療法を通院・在宅で交互に行い、これまで計80回在宅で酵素補充療法を行った。経過中、関連する副作用やトラブルは認めなかった。治療薬の個宅配送はトライアルを開始しこれまで計34回行い、こちらもトラブルは認めなかった。【考察】 希少疾患の在宅での治療は、医師も含めてスタッフが専門的知識を持ち合わせていないケースが多く受け入れに際してのハードルは非常に高い。知識面・技術的・コスト面の問題など課題は多岐に渡るが、主治医とクリニックで連携を組み事前に入念な準備をすることで、酵素補充療法を在宅で安全に行うことが出来た。通院頻度を減らすことで家族の負担軽減となるが、管理料や持ち出し物品の問題など今後の課題も残る。また、ライソゾーム病治療薬の個宅配送は在宅医療を担う医療機関のコスト面でのリスク回避となるため、在宅での酵素補充療法の普及に強く寄与すると考えられる。

利益相反：無

一般演題（口演）15 地域包括システム・地域づくり

O-2-20

在宅ホスピス活動による遺族及びスタッフの変容の探求

二ノ坂 保喜¹ ニノサカ ヤスヨシ
青木 芳恵² アオキ ヨシエ
西村 崇¹ ニシムラ ソウ
寺町 聡子¹ テラマチ サトコ
尾曲 奈美子¹ オマガリ ナミコ

¹にのさかクリニック

²帝京大学

【はじめに】

「死にゆく人をケアすることは、変革の体験である。死にゆく人にとっても、ケアする人にとっても。」スレッシュ・クマール医師（インド・ケララ）

1996年福岡で開設した当院からコミュニティに広がる、変革の体験を振り返り共有したい。

【活動】

当院は、外来と在宅医療から看取りまで一貫したケアを提供してきた。その取り組みは地域・コミュニティ活動へと展開が広がり、広報紙「ひまわり」（毎月）、健康教室（毎週）、チャリティバザーなど、地域の多職種、ボランティア、住民との交流につながった。柱となる在宅ホスピス活動では、試行錯誤を繰り返しながら、いのちの最期を家族と共に見守っていく“戦友”として多くを学び、その過程で「在宅ホスピスを語る会」「遺族の会あゆみねっと」「在宅ホスピスボランティア」という3つのコミュニティ活動が生まれた。

さらに、現在では、遺族へのインタビュー（質的研究）を行い、在宅ホスピスの経験を経ることによって遺族の死生観、生き方がどのように変容していったか、また同時に、共にケアに関わったクリニックなどの仲間がどのように自己変革を遂げたか（遂げようとしているか）を探求したいと考えている。

【考察】

私は、30年近くの在宅ホスピス運動を通し、悔いのない最期の条件を以下のように考える。

- 1) 本人が悔いのない人生を過ごすことができたか
- 2) 家族関係が良好だったか
- 3) 最期の時期に悔いのない介護ができたか
- 4) 亡くなる時に穏やかだったか
- 5) 思い出を残すことができたか

1) 2) は、我々が出会う前の状況が大きく関与する。また、この最期の条件が遺族の変革の体験に影響を及ぼすことが推察された。本報告では前述の3つのコミュニティ活動の意義について報告する。そして、“変革の体験”を探求する質的研究の考え方や進め方、結果を一部紹介し、コンパッション・コミュニティへの発展の契機としたい。

利益相反：無

一般演題（口演） 15 地域包括システム・地域づくり

O-2-21

在宅医不在の地方中核都市での訪問診療

－在宅療養支援診療所立ち上げ後1年7ヵ月間の報告－

永野 修 ナガノ オサム

茂原すみれ訪問クリニック

【はじめに】在宅医不在の地方中核都市（千葉県茂原市、人口9万人）で医師1名の在宅療養支援診療所（在支診）を開院、その後の活動について報告する。【活動】対象期間は2022年5月1日の開院から2023年11月30日の1年7ヵ月間。その間に当院で診療した355例を対象に性別、年齢、居住場所、原疾患、転帰（生存、死亡、施設入所）、当院初診からの生存期間、死亡場所（自宅、病院、施設）について解析をした。男性183例、女性172例。年齢は中央値で男性76才、女性81才、居宅333例、施設22例であった。原疾患は癌168例、非癌187例。転帰は生存121例、死亡195例、施設入所39名であった。生存期間中央値は癌症例で28日（0.9ヵ月）、非癌症例で253日（8.4ヵ月）であった。死亡場所は自宅105例、病院37例、施設3例で在宅看取り率は73%であった。【考察】開院時、茂原市と周辺6町村には24時間対応可能な在支診がなかった。そのため開院当初から月20件以上の依頼があったもののマンパワー不足で全てを引き受けることは困難であった。今後は在宅医療を担う医師を増やし訪問診療の依頼に全て応えられる体制作りが自院および地域の課題と思われた。また今回の検討結果から癌症例の訪問診療期間は1ヵ月弱であり、この短期間に患者や家族との信頼関係を構築しながら、診療、意思決定支援、環境調整を行う必要があった。加えて癌患者の病状は日々進行し、出血やせん妄など予期せぬ悪化も生じるため、緊急で入院を要することもあった。このような短期決戦の様相を呈する癌症例の在宅医療では、病院、診療所、訪問看護ステーションなど各医療機関が速やかに連携できる体制を構築することも地域で取り組む課題と言える。なお、本研究はヘルシンキ宣言に基づき対象者の保護には十分留意し、説明と同意などの倫理的な配慮を行ったうえで実施した。

利益相反：無

一般演題（口演） 15 地域包括システム・地域づくり

O-2-22

大学と自治体が協働で運営する地域ケア会議の実践報告 ～視察対応を振り返り、運営の工夫を言語化する～

池田 寛^{1,2,3,4} イケダ ヒロシ
金田 嘉清^{1,5} カナダ ヨシキヨ
都築 晃^{1,2,5} ツヅキ アキラ

¹ 藤田医科大学 地域包括ケア中核センター

² 豊明東郷医療介護サポートセンター かけはし

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】 豊明市では、多職種合同ケアカンファレンスと呼ばれる地域ケア会議を2016年から開催しており、まちづくりのための最も重要な会議と位置付けている。毎回、他地域の自治体や専門職等の視察を受け入れ、会議終了後に質疑応答の時間を設けている。その問答を振り返ることで、地域ケア会議の運営に必要な工夫を言語化して紹介したい。

【活動】 視察動機は、「立ち上げの参考にしたい。」もあるが、多くは「既に実施しているが上手くいかない。」であり、具体的な課題を持って視察に来ている。開催マニュアルや実践事例集を読み解いても解決しない状況があり、苦慮している様子が伺える。視察自治体に共通する質問は次のとおりである。

- ・地域ケア会議当日までの事前準備は、どのようなことをしているか。
- ・居宅介護支援事業所の介護支援専門員や地域包括支援センターの職員に事例提出を依頼しても、快く承諾が得られないがどのようにしているか。
- ・事例検討の結果を踏まえ、その後の支援にどのように反映させたのかを後追いしているか。
- ・事例検討で抽出された地域課題をどのように取り扱い、具現化しているのか。
- ・多様な専門職に参加して欲しいが集まらない。どのように参加者を集めたのか。

非常に的を射た質問であり、この質問の回答に地域ケア会議を成功させるカギがあると考えられる。地域によって背景や条件は異なることから、同じ対応方法ですべての課題が解決するとは限らない。何が課題となっているのかを正確に把握して、解決するためには何をどのようにすれば良いのか、試行錯誤を繰り返す過程こそ、重要である。

【考察】 多忙な中でも、視察対応を実施するのは、質疑応答の中で自らの実践を言語化することで、活動の本質を改めて認識することができるからである。また、新たな運営スタッフの教育の場にもなっており、視察の依頼がある限り、この活動は継続していきたい。

利益相反：無

一般演題（口演）15 地域包括システム・地域づくり

O-2-23

地域密着型通所介護と放課後等デイサービスの共生型施設での取り組み

小林 真理子^{1,2} コバヤシ マリコ

¹ 株式会社アール・エス・シー

² 訪問看護ステーションRNC

【はじめに】筆者の所属する株式会社では、2013年に訪問看護ステーションを開設し、在宅療養を行う高齢者、障害者（児）、医療的ケア児（者）への支援を行ってきた。2022年より、地域密着型通所介護と放課後等デイサービスから成る共生型施設も新設し、主に認知症の高齢者と医療的ケア児への支援を行っている。障害の有無を問わず、子どもも大人も世代を超えて一緒に遊べる、働ける、地域とつながれる場所を作ることで、新たな社会資源の創造を行うことができたのではないかと考え、ここに活動報告をする。【活動】この施設は、介護保険法の地域密着型通所介護と児童福祉法の放課後等デイサービスから成る東京都内唯一の共生型施設である。午前中は地域密着型通所介護の利用者と一緒に料理を行い、お弁当販売を行っている。午後からは、地域密着型通所介護の利用者が講師となり、放課後等デイサービスに通う医療的ケア児やスタッフに対し書道教室や手話教室、水彩画教室などのワークショップを開講している。また、季節イベントに向けた制作活動や企画、全員参加のゲームなどの活動を大人と子供が一緒に行っている。お弁当販売で得た収入は、医療的ケア児のために雇用する看護師の加配費用に充てるなど好循環を産みだし、加えて有償ボランティアスタッフが、館内の清掃やお弁当のポスターやチラシ作りに参加するなど、地域に開かれた、多世代・多属性の交流の場となっている。【考察】今回の取り組みは、地域密着型通所介護を単に利用しサービスを受けるだけではなく、社会参加や社会貢献の役割提供を、さらに共生型により多世代交流の機会を持つことができたのではないかと考える。今後の課題として、医療的ケア・認知症対応など専門性の高いケアを提供するスタッフへの教育体制、現制度対象外となる19歳から40歳までの受け入れ体制の整備が必要である。

利益相反：無

一般演題（口演） 15 地域包括システム・地域づくり

〇-2-24

地域医療の中で在宅医療を担う有床診療所の存在意義

平野 美幸 ヒラノ ミユキ
青木 美恵 アオキ ミエ
横畠 教子 ヨコハタ キョウコ
辻 晋吾 ツジ シンゴ
医療法人社団奏 上井草在宅支援診療所

【はじめに】当院は東京都杉並区・練馬区を中心に、外来・訪問診療・入院診療（14床）を担う強化型在宅療養支援診療所である。居宅・施設からの治療目的・看取り・長期療養入院に加え、地域の協力医療機関からの療養先選定待ちや療養入院、同地域の訪問診療医からのレスパイト入院など幅広く受け入れている。医療・介護難民を救うことを目標に、地域に根差した診療所を目指している。『病気だけでなく人を診る』理念のもと、患者本人らしい最期を迎えられるよう、療養環境・看護・介護体制を整えている。超高齢社会における地域包括ケアシステムを支えるために必要な病診・診診・診介連携と、その中で有床診療所が果たし得る可能性について考察する。

【活動】当院の常勤看護師は、外来・訪問診療・入院診療の全てに従事している。入退院支援は患者背景を熟知した常勤看護師及び医師が行うため、入院対応から治療方針決定まで、スムーズに進めることができる。訪問診療介入中の患者が入院をする際、普段から関わりを持った看護師が入退院の対応に当たるため、本人や家族に大きな安心感を与えることができ、信頼関係の構築も容易である。さらに、退院後の診療には、退院指導にも関わった看護師が同行するため、入院時の様子を踏まえて自宅環境・介護環境・社会的背景等を把握でき密に相談に乗ることができる。日頃から医師会や地域の勉強会などに積極的に参加し、地域包括ケアシステムに携わる協力医療機関・介護事業所との連携を密にすることで、突発的な入院事例などにもシームレスに対応できるよう努めている。

【考察】超高齢社会における在宅療養の後方支援として、有床診療所の存在意義は大きい。有床診療所の在り方やメリットについて、基幹病院を含む地域全体に更に周知していくべきである。また、事業継続に向けた人材確保や労働環境の管理などにも注視していく必要がある。

利益相反：無

一般演題（口演）16 がん・精神疾患・呼吸ケア

O-2-25

訪問看護における呼吸器疾患看護認定看護師の役割と今後の課題 －在宅ハイフローセラピーの導入から関わった1症例－

前川 典子¹ マエカワ ノリコ
丸山 里香¹ マルヤマ リカ
大久保 香奈恵¹ オオクボ カナエ
澤田 慎太郎² サワダ シンタロウ
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

【はじめに】今回、肺腺癌と慢性閉塞性肺疾患を持つ利用者が在宅酸素療法（以下、HOT）をしていたが、痰の咯出困難と呼吸困難感があり在宅ハイフローセラピー（以下、在宅HFT）に変更した。在宅HFT導入はスムーズにできたが、経過中、インシデントが発生した。本症例を振り返り、在宅HFTを導入・継続するために呼吸器疾患看護認定看護師（以下、RNCN）の役割と今後の課題を明確にする。本研究は、法人倫理委員会の承認を得た。（承認番号：2023-04）

【症例】A氏70代女性。ステージ4左肺腺癌と診断も積極的な治療は望まず1年経過。家族が在宅療養を希望し、訪問診療開始と同時にHOT導入となり、訪問看護も開始となった。低酸素血症、呼吸困難感に対しHOTとフェンタニル貼付薬で症状緩和を図るも、徐々に痰の咯出困難、呼吸困難感の増強を認め、担当訪問看護師よりRNCNに相談があった。訪問診療医師とRNCN、訪問看護師でカンファレンスを開催、フェンタニル貼付薬をヒドロモルフォン持続皮下注へスイッチング。A氏と家族にパンフレットを用い在宅HFTを説明、導入希望あり。チャンバ水の管理やHOT切り替えの指導、ハイフローカニューレの医療機器関連圧迫創傷予防対策を行い、在宅HFTを開始した。HFT使用で痰の粘性が軽減し一旦症状緩和も、A氏の訴えで家族と相談しHOTのみにすることもあった。9日目再び痰の咯出困難認め在宅HFT再開も、12日目自宅でご逝去された。

【考察】RNCNは、リーダーシップをとり家族や医療者間の連携と情報共有、在宅HFTに必要な指導や教育を利用者・家族と訪問看護師に行う役割がある。RNCNが役割を果たし、気軽に相談できる環境があれば在宅でもスムーズに在宅HFTが導入できる。経過中、HOTとの接続外れがあった。家族の不安は在宅HFT継続困難の要因になる。今後はインシデント対策が必要である。

利益相反：無

一般演題（口演）16 がん・精神疾患・呼吸ケア

O-2-26

オープンダイアログ等の「対話の力」を重視した訪問診療における実践経過報告（続報） ～実践前後のGAF尺度を活用した心身機能の推移比較について～

松岡 邦彦 マツオカ クニヒコ

亀山 有香 カメヤマ ユカ

茶屋町在宅診療所

【はじめに】

当院は岡山県倉敷市にある機能強化型在宅療養支援診療所である。2017年4月開業以来、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）と医療ソーシャルワーカー（精神保健福祉士・公認心理師）が中心となり、オープンダイアログ等の「対話の力」を重視した支援を実践しており、当事者（患者本人）も参加する「対話の場」を設ける実践の効果を経験上実感している。2022年の第4回日本在宅医療連合学会大会にて「Global Assessment of Functioning」（機能全体評価指標／以下「GAF尺度」とする）を活用し、実践前後で比較した症例発表を行った。今回はこの症例発表の続報を報告する。

【症例】

前回症例発表における対象期間（2019.1-2022.1）の当院症例のうち、対話的な援助手法を展開し訪問診療を継続していた7症例を追跡。その後の経過をふまえ、①初診時GAF尺度と直近でのGAF尺度、②前回調査時（2022年）GAF尺度と直近でのGAF尺度を比較検討した。

【考察】

初診時評価と直近の評価を比較したところGAF尺度の上昇が全症例（7症例）でみられた。また、2022年評価時とも比較したところ、GAF尺度の上昇が28.6%（2症例）、GAF尺度の横這・微増が71.4%（5症例）であった。特筆すべきなのはGAF尺度が2022年症例発表時には顕著に減少した症例があったが、生活環境の再整備と対話実践の継続によりGAF尺度は著しく上昇。当初は欲求不満がたまると行動が抑制できなくなるなどの精神症状があったが、評価時にはグループホームでの平穏な共同生活を送ることができるまでの良好な機能改善がみられた。これらは「対話の力」を重視した支援はニーズ即応やチームアプローチを得意とする在宅医療において有効な手段であると考えられる。

利益相反：無

一般演題(口演) 16 がん・精神疾患・呼吸ケア

O-2-27

在宅進行がん患者におけるポリファーマシーと潜在的不適切処方の実態

舩本 祥一^{1,2} マスモト ショウイチ
中村 徹³ ナカムラ トオル
浜野 淳² ハマノ ジュン

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

³つくばセントラル病院薬剤部

【目的】在宅医療において、ポリファーマシーと潜在的不適切処方（PIMs）は、慢性疾患を持つ高齢者のみならず、進行がん患者でも重要な課題である。本研究は、訪問診療を開始された進行がん患者におけるポリファーマシーとPIMsの実態を記述することを目的とした。【方法】茨城県南地域で訪問診療を提供する医療機関で、カルテレビューによる観察研究を行った。2018年4月から2023年12月に在宅で死亡した18歳以上の進行がん患者を抽出し、訪問診療開始時点の患者属性、がん腫、転移の有無、合併症、Performance Status、死亡までの日数、処方薬剤を収集した。ポリファーマシーは5種類以上の定期処方と定義し、PIMsはOncPal deprescribing guideline（OncPal）、STOPPFrail ver2を用いて評価した。ポリファーマシー、PIMsの割合とその内訳を記述統計で分析した。本研究はつくばセントラル病院倫理委員会の承認を得て行った。【結果】対象患者は98人で、男性52人、女性46人、平均年齢は75.5歳であった。平均薬剤数は5.8、ポリファーマシーの割合は64.3%であった。PIMsに該当する薬剤はOncPalでは44.9%、STOPPFrail ver2では26.5%の患者に処方されていた。頻度の高いPIMsは降圧薬、潰瘍予防薬、脂質降下薬、血糖降下薬、骨粗鬆症薬であったが、STOPPFrail ver2では、投与期間の情報の欠如により適用困難な項目が5つあった。【考察】OncPalとSTOPPFrail ver2は予後の限られた進行がん患者のPIMsの評価ツールとして有用と考えられた。降圧薬、潰瘍予防薬、脂質降下薬、血糖降下薬、骨粗鬆症薬は、両指標に共通してみられるPIMsであり、進行がん患者の在宅医療開始時には、特にこれらの薬剤の処方の必要性を評価するべきである。

利益相反：無

一般演題(口演) 16 がん・精神疾患・呼吸ケア

O-2-28

在宅療養中の終末期がん患者の食欲不振への対応と経口摂取量の変化の調査

大井 裕子^{1,2} オオイ ユウコ
菊谷 武² キクタニ タケシ

¹ 小金井ファミリークリニック

² 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック

【目的】 終末期がん患者の食欲不振の原因とその対応後の経口摂取量の変化を明らかにするために訪問診療を開始して看取りまで診療した患者のカルテを後方視的に調査した。【方法】 2020年4月から2022年6月までに緩和医療専門医が訪問診療を開始し看取りまで診療したがん患者112名を対象とした。カルテを用いて基本情報と診療期間、食欲不振に伴う苦痛症状、背景にある病態を調査し、苦痛緩和のための薬物療法と、食事形態の選択や、食べ方の指導などの介入後の経口摂取量の変化を調査した。食欲不振の有無や食事摂取量の変化は、患者または家族からの聞き取りで判断した。【結果】 男性59例、女性53例、年齢は中央値77(30~99)歳、診療期間は中央値47日(7~475)日であった。食欲不振に伴う苦痛症状は、疼痛、悪心嘔吐、腹部膨満感などで、その原因は、がんによる疼痛、消化管通過障害、癌性腹水などであった。そこで苦痛緩和のための薬物療法、病態に応じた食事形態の変更、食べ方の指導なども行った結果、食事量は54名で増加(増加群)、少量ながら25名が食事を継続でき(維持群)、33名は食事量が減少した(減少群)。経口摂取量の増加・維持群と減少群を比較すると、増加・維持群では有意に生存期間の延長が認められた($p=0.02$)。【考察】 今回の調査では、特に疼痛の緩和と消化管通過障害への食形態と食べ方の工夫により経口摂取量が増加した患者が多かった。栄養摂取量は十分ではないものの予後延長が期待できるなら、終末期の食欲不振に対する人工的水分栄養投与方法以外の選択肢として、患者の病態と希望に応じた口から食べる支援、経口摂取を増やす工夫を知る事には意味がある。本研究は、日本歯科大学生命歯学部倫理審査委員会の承認を得て行われた(NDU-T2020-07)。

利益相反：無

一般演題(口演) 17 食支援・口腔嚥下

O-2-29

在宅療養を行う高度肥満の血友病A患者に対して訪問栄養食事指導による減量指導が有効だった一例

三輪 花蓮¹ ミワ カレン
前川 美雪² マエカワ ミユキ
荻原 建一³ オギハラ ケンイチ
山中 美緒¹ ヤマナカ ミオ

¹ 社会福祉法人恩賜財団済生会支部 大阪府済生会吹田病院 栄養科

² 社会福祉法人恩賜財団済生会支部 大阪府済生会千里病院訪問看護ステーション

³ 公立大学法人奈良県立医科大学 小児科

【はじめに】血友病性関節症では関節への負荷軽減のため体重管理が推奨されているが、減量に関する症例報告は少ない。今回、在宅療養を行う高度肥満の血友病患者に対して介入の機会を得た。減量の効果を得られたため報告する。
【症例】38歳男性 身長161.9cm高度肥満、血友病性関節症により歩行が不安定で車いす利用を中心とし、精神発達遅滞(頭蓋内出血後)により意思疎通は困難だった。X-2年に113kg(BMI43.1)、腹囲125cm、HbA1c8.1%にて高度肥満と糖尿病を指摘された。父母が減量に取り組んだが減量が進まず、母より依頼を受け同年に訪問栄養食事指導を開始した。介入時は1日2970kcalとエネルギー摂取過剰が過体重の要因と思われた。6か月後の目標体重を80kgとし、設定栄養量は30kcal/kg・IBW(1750kcal)/日とした。①糖質制限を行っていたがエネルギー管理を行っていない、②食品のエネルギー量に関する知識がない、という問題点に対し、栄養バランスに配慮しエネルギー管理が可能な糖尿病の食品交換表の配分例を提示し、摂取エネルギーは1800kcalへ改善した。その後、通所サービスの昼食内容の調整を施設へ依頼し、低エネルギーの野菜類は目安量や制限を設けないなど、食事管理が継続できるよう父母へ支援を行った。体重は介入4か月後に79kg、12か月後に67.9kg(BMI26.7)、腹囲90cmとなった。心肥大が消失し、高血圧が改善した。エミシズマブは減量され、補装具の装着が可能となり歩行が安定した。【考察】本事例を通して高度肥満の血友病患者でも管理栄養士が介護状況に合わせた家族への支援を行うことで、栄養状態やADL改善につながることができたと考えられ、訪問栄養食事指導の有益性が示された。※事例の使用は患者家族の承諾を得ており、個人情報とプライバシーの保護に配慮した形で記載した。

利益相反：無

一般演題(口演) 17 食支援・口腔嚥下

O-2-30

歯科訪問診療で摂食嚥下リハビリテーションを実施した要介護高齢者の1年間の経口摂取度の推移

小森 彩加 ¹	コモリ サヤカ
山口 浩平 ¹	ヤマグチ コウヘイ
柳田 陵介 ¹	ヤナギダ リョウスケ
吉見 佳那子 ¹	ヨシミ カナコ
中川 量晴 ¹	ナカガワ カズハル
松尾 英男 ²	マツオ ヒデオ
戸原 玄 ¹	トハラ ハルカ

¹ 東京医科歯科大学

² えびす英クリニック

○目的

日本は超高齢化社会であり訪問診療の需要が増加している。歯科訪問診療においては口腔ケアだけでなく摂食嚥下リハビリテーションを提供する機会も増えている。本研究は歯科訪問診療での摂食嚥下リハビリテーションの実態を調査し、継続介入による患者の食事摂取状況の変化を明らかにすることを目的とする。

○方法

対象者は2018年～2023年の間に初回歯科訪問診療を受診し嚥下内視鏡検査を実施した90名（男性43名，女性47名，平均年齢81.6±8.0）。診療録を用いて初診時から1年後までを後方視的に調査した。年齢，性別，基礎疾患等の基本情報と口腔内情報，Functional Oral Intake Scale（FOIS）等を調査した。歯科介入前と初診評価時，介入1年後のFOISを比較し，FOISの変化との関連因子を重回帰分析を用いて検討した。

○結果，考察

介入前と1年後のFOIS評価の間で顕著な変化を認めたのはFOIS1で介入前28.9%から1年後は3.3%へ減少した。対照的にFOIS2が介入前17.8%から1年後は32.2%へ増加した。代替栄養を使用している対象者は介入前48.9%から1年後は41.1%へ減少した。また初診時から経口摂取を継続している対象者では1年後の評価でFOIS6の増加率が高かった。重回帰分析により介入前から1年後までのFOIS値の変化は初診時のFOIS変化との関連が示された（ $P=0.002$ ）。対象者の経口摂取度と実際の嚥下機能には乖離があると分かった。介入前の対象者は適切な嚥下機能評価を受ける機会がなく，実際の機能と乖離した食形態を摂取していたと考えられる。歯科訪問診療での摂食嚥下リハビリテーションの実施や継続して介入する事が嚥下機能の乖離を解消し，対象者の食事摂取や生活にも寄与できると考える。

COI開示なし

（倫理：東京医科歯科大学歯学部倫理審査委員会D2023-004）

利益相反：無

一般演題（口演）17 食支援・口腔嚥下

O-2-31

グルコーストランスポーター1欠損症に対する胃瘻からのケトン食投与における在宅療養支援診療所の管理栄養士の関わり

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

【はじめに】グルコーストランスポーター1欠損症（以下、GLUT欠損症）は、遺伝子異常により脳にグルコースを必要量取り込めず、てんかん、発達遅延等を生じる難病であり、ケトン体をエネルギー源として使用するケトン食療法を行う。今回、GLUT欠損症に対しケトン食療法を実施していた症例が頸髄損傷、重度嚥下障害により胃瘻からの投与を余儀なくされた。在宅で栄養評価、食事支援をする為管理栄養士介入。類似症例無く手探りの中、家族の思いや身体状況の変化に対し、多職種と検討し体重増加、在宅療養継続している症例である。【症例】てんかん発作、発達障害のある20代男性。X年精査、GLUT欠損症と診断、ケトン食療法開始。X+3年、頸髄損傷にて呼吸筋麻痺、四肢麻痺を呈し、ケトン食（エネルギー1500kcal、蛋白質40g、糖質15g未満、ケトン比3：1）を胃瘻より投与。X+5年、退院。退院時指導通りの食事投与を行う中で、家族より脂質量減少や内容変更希望があった。診断時の病院を始め専門医への通院が困難であり、訪問診療医に相談し、在宅での調整となった。母の食事記録による摂取量評価、ケトン体評価、車いすでの体重測定からエネルギー量及び蛋白質量の増加、ケトン比減少で調整。体重は半年で+7kg、BMI15から17へ増加した。【考察】入院中見られていた下痢が落ち着いた為、エネルギー量増加を検討した。又、母より受傷前の食事と内容が大きく異なる、楽しみがないとの不安感が聞かれ、その思いに寄り添い、食事内容を検討した。院内では経口摂取も視野に入れ、ケトン食についての勉強会を実施し、糖質を含むとろみ調整食品の代替品を多職種と検討、他職種にもケトン食療法の周知に繋がった。両親も協力的で変更への理解が円滑だった事も一助となった。なお、本発表以外で使用はせず、それにより不利益を被る事はない旨を本人家族へ説明、口頭にて同意を得た。

利益相反：無

一般演題（口演） 17 食支援・口腔嚥下

O-2-32

医師の初診開始後、早期に居宅療養管理指導で管理栄養士が訪問した取り組みの報告

彦坂 陽子 ヒコサカ ヨウコ
齋藤 千晶 サイトウ チアキ
長濱 久美 ナガハマ クミ
瀧 真奈美 タキ マナミ
メディケアクリニック石神井公園

【はじめに】活動報告にあたり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に従って実施した。在宅訪問患者は入院関連機能障害発症または虚弱高齢者で低栄養リスクの割合が高い。当院では2020年から医師の初診後早期に管理栄養士の居宅療養管理指導を行っている。栄養アセスメントはICTツールを導入し栄養リスク要因を明らかにし、共有して多職種連携を行っている。今回は、新規患者全員の早期に訪問した取り組みについて報告する。【活動】対象者は2023年4月～9月に新規訪問した患者70名（男性29名、女性41名）平均年齢84.1歳。①訪問の経過は、70名中初回のみ訪問30名、継続訪問40名であった。病態、栄養状態と療養状況を比較した。初回で終了した患者は終末期患者が多かった。初回で栄養リスクが低い場合も経過観察を実施している。②医師の初回診療から1ヶ月以内に管理栄養士が訪問した早期介入群と1ヶ月以降に介入した群の患者と介護者の食行動の変化を比較した。早期介入群では食意識と食事に対する行動変容と取り組みが早期に良好となった。体重増加・維持できている患者は、食事回数が3食を食べ間食も取り入れているものが多く食意識を高めることが重要であった。③継続訪問した40名中体重測定ができた患者29名について体重の経過を比較した。体重増加は9名、維持17名、減少3名で低栄養リスクとして最もリスクの高い体重減少に対して9割の患者は体重を維持することができている。【考察】初回のみが4割程度と高く、終末期患者では家族から食事量の減少の相談が多く、医師に現状の全身状態を確認し「食べたいものを食べたいときに」の具体的な食事内容と不安への傾聴を行った。継続患者については早期に介入することで病態に応じた栄養・食事の意識を高め低栄養リスクを軽減できた。今後は、初回介入で終了する事例が多いため最期まで経口摂取を支援するための管理栄養士の食支援を考えていきたい。

利益相反：無

一般演題(口演) 18 災害対策・褥瘡ケア

O-2-34

個別避難計画の立案が可能なスマートフォンアプリの開発

中井 寿雄¹ ナカイ ヒサオ
中井 有里¹ ナカイ ユリ
板谷 智也² イタタニ トモヤ
堀池 諒³ ホリイ ケ リョウ

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

【はじめに】2021の災害対策基本法の改正により、個別避難計画の策定が自治体の努力義務となった（内閣府、2021）。内閣府が示したフローに従って自治体ごとに取り組まれているが、調査員やケアマネジャーらによる訪問、聞き取り、エクセルへの入力、プリントアウトし同意を得てコピーを配布する方法等、作業の非効率性や情報更新に手間と時間を要する等、実行性、持続可能性の課題がある。【活動】1.自己情報管理アプリの開発我々はスマートフォンに自分の基本情報やヘルスケアデータを入力しておき、避難時に自己判断で開示することで迅速な治療や看護、搬送に寄与する自己情報管理アプリ：K-DiPS（ケーディップス）Soloを開発している。入力項目は、本人、支援者情報、ADL、医療情報等で、項目ごとにPDFへの出力機能を実装しており、個別避難計画としての活用が可能である。本アプリは各アプリストアから無料で使用が可能である。2.安否確認が可能なウェブアプリとの連携さらに、K-DiPS Soloの情報の一部をクラウドを介して支援者と共有できるウェブアプリ（K-DiPS BCP）を開発中である。本アプリに接続することで、安否確認リストの作成、ウェブからスマホへの安否確認、K-DiPS SoloからのSOS受信等が可能である。K-DiPS Soloとの連携により実行性の高い事業継続計画の立案・運用に寄与できる。【考察】K-DiPS Soloはいわゆる簡易のパーソナルヘルスレコードとしての活用が期待でき、災害だけでなく、平時の自己情報の管理に寄与する可能性がある。災害からの避難時に多くの人が携帯電話は所持している傾向を考慮しても、アプリによる情報の備えは有効な可能性がある。さらに、PDF化は停電時のバックアップに寄与する。今後、汎用化に向けて、個別避難計画及び、K-DiPS BCPとの連携による効果検証が必要である。

利益相反：無

一般演題（口演）18 災害対策・褥瘡ケア

O-2-35

在宅での創傷デブリードマンに対する皮膚・排泄ケア特定認定看護師の取り組み

藤平 舞 フジヒラ マイ

医療法人社団威風会栗山中央病院

【はじめに】褥瘡などにみられる「治りにくい創傷」の数は増加傾向であり、2020年に提唱された新しい創傷管理の概念「創傷衛生」は、1. 洗浄、2. デブリードマン、3. 創縁の新鮮化、4. 創傷の被覆で構成されている。今回、皮膚・排泄ケア特定認定看護師（以下、WOCN）が、在宅においてデブリードマンを含む創傷ケアを実施、治癒に至った症例を経験した。症例を振り返り、地域における特定行為実践について考察する。【症例】報告にあたり、対象者への説明と同意のもと、個人情報保護に配慮した。以下の経過を一貫し、デブリードマンを含む創傷ケアを行った。特定行為を行うにあたり、主治医による手順書を発行、以下の2症例とも、経過中の病院受診は内科治療を目的とするものにとどまり、創傷治療は内科医師と協働した。WOCNによる病院から患家への訪問は、診療報酬として在宅患者訪問看護・指導料3、退院後訪問指導料を算定した。症例1：76歳男性、妻と2人暮らし、病院への持ち込み外果褥瘡（深達度DU）、自宅退院後より訪問看護ステーションの看護師と協働し在宅訪問、デブリードマンを継続した。その後、介護施設へ入所し褥瘡は治癒、再発なし。症例2：85歳女性、介護施設入所中、足潰瘍（深達度DU）、足部の血流障害と考えられる症状に対して病院受診を提案、重症下肢虚血の診断のため他院入院により血行再建術を施行、介護施設への退院後よりデブリードマンを開始、治癒後再発なし。【考察】今回実践した特定行為による効果について、1. 療養場所での外科的デブリードマン、専門性の高いケア提供により創傷治癒促進が可能である、2. 創傷治療を目的とした外来受診の負担軽減、3. 創傷治療における医師のタスクシフト・シェア、が考えられる。また、病院・患家・介護施設をシームレスに介入したことで、多職種での情報共有、統一したケアを調整しやすい環境であった。

利益相反：無

一般演題（口演） 18 災害対策・褥瘡ケア

O-2-36

医師会と災害拠点病院が協同して行う地域BCPの取り組み ～平成30年豪雨災害を経験して～

中村 幸伸 ^{1,2}	ナカムラ ユキノブ
今井 博之 ²	イマイ ヒロユキ
伊木 勝道 ²	イキ カツミチ
池上 徹則 ³	イケガミ テツノリ
椎野 泰和 ⁴	シイノ ヤスカズ
小山 晃子 ⁵	コヤマ アキコ
竹岡 修 ³	タケオカ オサム
浅野 直 ⁶	アサノ タダシ
菊本 健一 ⁷	キクモト ケンイチ
上畑 大 ¹	ウエハタ ダイ
難波 一弘 ²	ナンバ クニヒロ

¹ つばさクリニック

² 倉敷市連合医師会

³ 倉敷中央病院

⁴ 川崎医科大学

⁵ 倉敷市立市民病院

⁶ あさのクリニック

⁷ 高杉こどもクリニック

【はじめに】

倉敷市は平成30年西日本豪雨災害で被災し、複数の医療機関、介護事業所が機能停止に陥った。災害時には地域全体の連携なしには医療提供を継続することは困難であり、介護機関においても発災後のサービスの継続は大きな課題で、平時より更なる医療介護連携を行う事が必要と考えられた。

これを機に当医師会を中心に災害拠点病院と協同して市内各機関のBCP策定を開始するプロジェクトを立ち上げた。地域の在宅療養支援診療所として参画した地域BCP普及活動を報告する。

【活動】

今回の被災経験や知見をもとに、医療機関、介護福祉施設を含めた地域包括ケアの枠組みの中の地域連携型のBCP策定を目指す地域BCPプロジェクトである。各医療機関がBCPを策定し、医療圏内で連携する事で災害時にも切れ目のない医療を提供できる事を目標とした。

令和4年に医師会BCP運営委員会を設定し、同年よりBCP策定研修会を行った。研修会は全3回で「在宅医療提供機関におけるBCP策定支援研修」を基に開催した。令和4年度は13医療機関21名、令和5年度は12医療機関19名が参加し、各医療機関のBCP策定の為のグループワークを行った。また、地域の入院医療機関、訪問看護事業所を対象としたBCP策定研修会も開催し、平時から職域や専門性を超えた連携を構築し、備える事ができる地域BCPを目指している。

【考察】

倉敷では在宅特化の医療機関は少なく、有事には入院、外来、在宅の枠組みを超えた連携が大切であり、まず各医療機関がBCPを策定する事が第一歩となる。今回の手挙げ式の研修に参加した医療機関はモチベーションも高く、災害対策の中心的な役割を担ってもらえると考えた。課題は医師会内でBCP策定に対して温度差がある事で、策定のハードルを下げる施策も検討する必要がある。今後は地域BCPと地域防災計画の連携を図る為に行政もさらに巻き込んで活動を進めたい。

利益相反：無

一般演題（口演）18 災害対策・褥瘡ケア

O-2-37

在宅訪問栄養指導における管理栄養士からみた多職種褥瘡ラウンドでの課題と対策

青木 栄理香 アオキ エリカ
渡部 弥生 ワタナベ ヤヨイ
澁谷 佐季 シブヤ サキ
黒澤 愛実 クロサワ マナミ
立野 慶 タテノ ケイ
医療法人社団ユニメディコ

【はじめに】令和4年度に改定された在宅患者訪問褥瘡管理指導料に基づき、当法人訪問診療において、医師、褥瘡認定看護師、管理栄養士、医療クラーク、4名による多職種褥瘡ラウンドを実地、その際における管理栄養士からみた訪問栄養食事指導の課題と対策について検討した。【活動】多職種褥瘡ラウンドは2023年3月より開始、医師1名、看護師1名、管理栄養士1名、医療クラーク1名で構成、月1回実地。期間：2023年3月から2023年11月（9カ月間）、訪問件数：計28件、管理期間中の死亡7件、平均要介護度4（3～5）。うち経口摂取患者21件、胃瘻3件、経鼻胃管1件、中心静脈栄養法（PICC）2件、末梢静脈栄養法1件。訪問栄養食事指導介入患者は25件、うちエネルギー不足の患者は19件、エネルギー充足率は平均83.6%となった。管理栄養士は多職種褥瘡ラウンド以外の月2回の訪問栄養食事指導において、必要栄養量の算出や食形態などを随時検討した。施設職員、家族を含めたカンファレンスを多職種褥瘡ラウンド中に実施、情報共有し得た。【考察】多職種褥瘡ラウンドによって、介護者である家族や施設職員にも、栄養状態、栄養摂取方法、被覆材、薬物、除圧方法等の情報を対面にて共有できた。また、褥瘡患者における嚥下調整食によるエネルギー量の低下、静脈栄養による限界なども認められた。また、管理栄養士の静脈栄養管理に対する経験、知識不足は認められたが、看護師、医師との多職種褥瘡ラウンドによって補われた。重症患者では、保険算定上回数制限のある多職種褥瘡ラウンドだけでは、長期フォローが困難であったが、管理栄養士による訪問看護同行、医療クラークとしての医師訪問同行によって、管理栄養士の訪問栄養食事指導以外でも介入することができた。症例報告にあたり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に従って実施した。

利益相反：無

一般演題(口演) 19 人材育成・教育・職種別

O-2-38

在宅療養支援診療所におけるソーシャルワーカーの配置実態：2021年度勇美財団助成研究(1)

西岡 大輔^{1,2,9} ニシオカ ダイスケ
上田 まゆら^{3,9} ウエダ マユラ
西出 真悟^{4,9} ニシデ シンゴ
梅木 秀俊^{5,9} ウメキ ヒデトシ
岡村 紀宏^{6,9} オカムラ ノリヒロ
坂本 はと恵^{7,9} サカモト ハトエ
早坂 由美子^{8,9} ハヤサカ ユミコ

¹ 大阪医科薬科大学医学研究支援センター医療統計室

² 南丹市国民健康保険美山林健センター診療所

³ 医療法人社団青い鳥会 上田クリニック

⁴ オレンジホームケアクリニック

⁵ 苫小牧市立病院

⁶ 社会医療法人恵和会 西岡病院

⁷ 国立研究開発法人国立がん研究センター東病院

⁸ 北里大学病院

⁹ 日本医療ソーシャルワーカー協会

【目的】近年、患者のニーズの多様化に加え、制度や地域の社会資源の多様化と複雑さが指摘されている。在宅ケアの質の担保には医療と非医療サービスの一体化が重要であり、在宅療養に関わる組織の連携推進が提唱されている。そのような背景から、利用者や家族に対する心理社会的な支援を提供するために相談連携担当者として主に社会福祉専門職（ソーシャルワーカー：SW）がその業務を担うようになっている。しかし、どれだけの在宅療養支援診療所（在支診）にSWが配置されているかに関する報告は乏しい。そこで本研究では、在支診におけるSWの配置実態を計量的に明らかにすることを目的とした。【方法】研究デザインは横断研究である。全国の3942の在支診（機能強化型）を対象に相談連携担当者の配置の有無および担当者の資格に関して調査を実施した。得られた回答から、現在のSWの配置割合を統計的に推定した。本研究は公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の2021年度研究助成を受け、日本医療ソーシャルワーカー協会の倫理審査委員会の承認を受けて実施したものである。【結果】合計1,498の回答を得た（回収率 38.0%）。そのうち社会福祉士か精神保健福祉士の資格をもつSWを採用している施設は323（21.6%）でその95%信頼区間は19.5%-23.6%であった。SWを採用している在支診の割合には、都道府県ごとにばらつきがあり（0%-66.7%）、有床診療所の方がSWを多く採用していた（病床あり31.8% vs 病床なし20.4%）。【考察】地域の保健医療機関、介護・福祉サービス事業所などと連携を強め、利用者の生活の質の向上を支える在支診のうちおよそ2割でSWが採用されていたが、その配置状況には地域差があった。このような地域差が生じる要因や、SWの存在が住民の生活の質にどのように貢献するのかに関するさらなる研究が必要である。

利益相反：無

一般演題（口演）19 人材育成・教育・職種別

O-2-39

在宅療養支援診療所における連携実務者のキャリア・ラダー活用の取り組み

高橋 由利子¹ タカハシ ユリコ

安藤 麻実² アンドウ アサミ

上田 仁美¹ ウエダ ヒトミ

阿部 朋美² アベ トモミ

¹ 医療法人社団鉄祐会 直轄部企画室

² 医療法人社団鉄祐会 在宅療養サポート部看護課

【はじめに】移行期支援・在宅療養継続の調整に関わる実務者のキャリア・ラダーを開発し、3回認定を実施した。このラダーが能力開発に繋がっているか評価を行った。【活動】3回（①2022/9・②2023/3・③2023/9）のラダー認定を受けた被評価者について、評価表・提出事例の視点や行動変化について検討した。■ラダー認定レベルの概要：認定者の割合は、①回目ラダーⅠ75％・ラダーⅡ21％、②回目Ⅰ67％・Ⅱ26％、③回目Ⅰ52％・Ⅱ40％と推移した。■提出事例による検討例（被評価者AのラダーⅡの事例より抜粋）（1）大項目『予測力と患者家族の意向』・112a「患者の今後起こりえる変化を科学的に予測し、関係者へ適切に伝える」・112b「予測される療養環境の変化によるケアバランスの見積もりを周囲の人に伝えられる」の2項目では、①回目から達成できていると評価した。徐々に複雑な課題を持つ事例があげられ、医療面の科学的な予測とケアバランスを捉え、複数の関係者に適切な調整を行っていた。（2）大項目『支援』・212a「患者・家族の根底にあるニーズに応えるために、ルーティン以上の対応をする」の項目では、①②回目は、根底のニーズを適切に把握することができていなかった。③回目は、自ら根底のニーズを把握するため及びニーズをかなえるための行動を積極的に行っていた。・212b「患者や周囲の人々に意思決定に必要な情報提供を行い、話し合いの場を設定し、本人の選択を尊重できる」の項目では、①②回目の事例は達成できていなかった。③回目では、事前に本人・家族と関係者の意向を直接聞き、思いを語る場を設け本人の意思を尊重する行動を実践していた。【考察】被評価者より、実践できていることが明確となり目指す方向性が見えたとの感想があった。意図的に介入する行動が現れ、能力開発に影響していると考えられた。

利益相反：無

一般演題(口演) 19 人材育成・教育・職種別

O-2-40

メディカルコーディネーター(MC)の「できる感」はどうなっているのか?

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】メディカルコーディネーター(以下MC)の役割は、医師を患者まで移送や医師の診療の補助等多岐にわたる。その為、MCが専門職としての能力を十分に発揮するには、「自分ならできる」と思える認知状態である自己効力感、一言でいうと「できる感」を高めていく必要がある。そこで、本研究は、MCの「できる感」の特性を明らかにする事を目的とした

【方法】当法人に勤務するMC18名を対象に、2023年12月18日から22日に質問紙法で行った。対象者には、研究内容と匿名性を書面と口頭にて説明し同意を得た。属性では、性別、年齢、看護師か看護師以外か、前職が医療者か非医療者か、経験年数を尋ねた。「できる感」の測定には、坂野らが開発した「一般性セルフ・エフィカシー尺度(GSES)」を用いた。この尺度は計16項目あり、はい、いいえで測定し、合計点が高いほど「できる感」の程度が高いと評価する。属性の平均値における差の検定には、EZRを用いて2群間比較にはt検定、3群間比較には一元配置分散分析を行い、5%未満を有意とした

【結果】回収率は100%で、本研究でのGSES得点の平均値は、9.8(SD2.9)だった。これは、坂野が一般成人を対象に行った調査結果9.6(SD3.9)や、小谷野が看護師を対象に行った調整結果7.5(SD3.9)と照らし合わせても、高い数値を示していた。また、性別や看護師と看護師以外、前職が医療者と非医療者、経験年数でGSES得点に有意差はみられなかった。年齢においては、30歳代と40歳代以上との間で得点に有意差がみられ($p<0.02$)、30歳代が最もGSES得点が高く、次に20歳代、40歳以上の順だった

【考察】MCの「できる感」は、性別や看護師と看護師以外、前職が医療者と非医療者、経験年数で差がなかった。年齢において差がみられた点は今後検討が必要である

利益相反：無

一般演題(口演) 19 人材育成・教育・職種別

O-2-41

在宅療養支援診療所におけるソーシャルワーカーの業務実態：2021年度勇美財団助成研究(2)

上田 まゆら ^{1,9}	ウエダ マユラ
西岡 大輔 ^{2,3,9}	ニシオカ ダイスケ
梅木 英俊 ^{5,9}	ウメキ ヒデトシ
岡村 紀宏 ^{6,9}	オカムラ ノリヒロ
坂本 はと恵 ^{7,9}	サカモト ハトエ
早坂 由美子 ^{8,9}	ハヤサカ ユミコ
西出 真悟 ^{4,9}	ニシデ シンゴ

¹ (医社) 青い鳥会 上田クリニック 在宅総合相談室

² 大阪医科薬科大学医学研究支援センター医療統計室

³ 南丹市国民健康保険美山林健センター診療所

⁴ オレンジホームケアクリニック

⁵ 苫小牧市立病院

⁶ 社会医療法人恵和会 西岡病院

⁷ 国立研究開発法人国立がん研究センター東病院

⁸ 北里大学病院

⁹ 日本医療ソーシャルワーカー協会

【目的】近年、在宅療養に関わる組織の連携推進が提唱され、利用者や家族に対する心理社会的な支援を医療機関において提供する社会福祉専門職（ソーシャルワーカー：SW）が配置されるようになっている。しかし、在宅療養支援診療所（在支診）のSWに求められる業務や資質は十分に一般化されていない。本研究では、在支診の相談連携担当者の業務について妥当性が評価された尺度を用いて、SWの業務実態を計量的に明らかにすることを目的とした。

【方法】研究デザインは横断研究である。全国の3942の在支診（機能強化型）を対象にSWの業務の実態について調査した。得られた回答から、SWの業務状況を集計し、地域性や診療所の規模で内容が異なるかを検証した。なお、本研究は公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の2021年度研究助成を受け、日本医療ソーシャルワーカー協会の倫理審査委員会の承認を受けて実施したものであり、別途演題登録している「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実態：2021年度勇美財団助成研究(1)」に続くものである。

【結果】合計の464の回答を得た（回収率11.8%）。SWを採用している在支診では、地域活動や院内外の連携、障害を有する利用者や小児を対象にした支援業務が多く取り組まれていた。無床診療所ほど地域活動が多く、高齢化率が低い都市部と高齢化率の高い地方で業務内容に違いがあった。たとえば、都市部ほど地域活動への参加が多かったが、地方ほど支援者育成のための研修が多かった（それぞれ38% vs 21%、13% vs 21%）。

【考察】SWが配置されている在支診では地域活動や連携業務などの取り組みが豊かであった。業務には都会度や診療所の入院病床の有無により異なっていることが示唆されたため、SWに求められる業務や資質を明らかにするためには、セッティングごとのさらなる調査が求められる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定1

P-1-1

横浜市の「もしも手帳」を用いたACPの試み

木川 李穂 キガワ リホ
中井 俊一 ナカイ シュンイチ
宮下 勉 ミヤシタ ツトム
医療法人社団鴻鵠会 睦町クリニック

【はじめに】

ACP（Advance Care Planning）とは、将来の医療及び看護・介護等について、本人を主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取り組みのことである。ACPは「人生会議」の名称で普及・啓発が行われており、当院が診療を行う横浜市においては、短編ドラマや「もしも手帳」を作成し、ACPの普及に積極的に取り組んでいる。

「もしも手帳」は、3つの簡単な質問に答えることで、もしもの時にどのような医療やケアを望むかを話し合い、記録することが可能な書面である。

当院では訪問診療開始時、患者に「もしも手帳」を配布し、ACPの一旦として利用している。得られた回答のうち主に終の棲家の選択について報告する。

【方法】

令和4年8月～令和5年12月まで、「もしも手帳」を手交して記載を本人または家族に依頼。次回訪問時に回収し、記載率と記載内容を評価した。

【結果】

上記期間中のすべての在宅患者のうち、478件にもしも手帳を配布。配布率は84%。

終の棲家の選択について、今はわからない、その他の回答を含め計254件の記載を確認した。

介護者のいる患者は、自宅看取り希望が92件、病院・施設看取り希望が48件であった。独居患者は自宅看取り希望が49件、病院・施設看取り希望が43件であった。

【考察】

もしも手帳を用いたACPを施行したが、半数の回答は聞き取り困難や意見がまとまらないなどの理由で意思確認出来なかった。加えて、独居の場合は本人の思いから病院・施設看取り希望が多くなる傾向があることが分かった。

患者や家族の希望を確認するには医療者だけでなく、介護者や第三者が関わり意見聴取できる環境が必要であると考ええる。

また、患者や家族の思いや希望はその時々によって変化していくため、可能な限り希望に沿えるよう、何度もACPを実施出来る工夫も必要だと考えた。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定1

P-1-2

考え話し合う機会づくり「人生ガチャ」によるACPの取り組み

森山 沙希 モリヤマ サキ
佐川 京子 サガワ キョウコ
周東総合病院

【はじめに】人生は運で決まるものではなく自分で決めるものだが、「人生はガチャで決まる」「親ガチャ」等と生まれた環境で人生が左右されるように言う人もいる。自身で人生を決められる人はどれだけいるのだろうか。昨今、アドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）が必要視されているが、未だ告知を受けるのは家族だけ、家族主体で治療方針や療養場所等が決められることがある。そのため、医療者だけではなく地域住民に自身や家族と今後のことを考えてもらう機会づくりとして2018年から行ったACPの取り組みを報告する。

【活動】① Y医療圏の行政保健師・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・訪問看護ステーションの当院での会合や院内緩和ケアチーム、がん患者会でACPカードゲームを体験。その後、体験者が様々な会や地域の集まり、学校のPTA活動等でACPカードゲームを使用して啓発活動拡大。② O町在宅医療介護推進事業にて家族で話し合うきっかけづくりを提案。O町が家族で話し合うためのフローシートをクリアファイルに印字し、年末にO町全戸配布。③ 地域関係機関対象にACPに関する講演会及び演習を実施。④ 院内緩和ケアチーム等にて院内広報誌にACP啓発記事を年1回掲載。⑤ 人生会議日に合わせて1ヶ月間院内電子カルテトップ画面にACP普及案内を掲載。⑥ 地域住民に向けて自分らしく生きるための質問が入ったガチャマシーン「人生ガチャ」を発案。ガチャで出てきた質問の答えを無記名で紙に記載してもらい、記載者以外にも啓発できるように記載内容を院内に掲示。

【考察】ACPについて知らない人や自身の思いを家族と話し合う機会がない人もいる。その中で「人生ガチャ」等を使って考え話し合うことは、気軽にできる啓発だと考える。そのため、今後は地域の行事等にも積極的に参加し、地域で「人生ガチャ」を通して考え話し合う機会づくりを進めていきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定1

P-1-3

病院と在宅医療介護がONE TEAMで振り返るデスカンファレンスの取り組み

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】 当院は千葉市の機能強化型在宅療養支援診療所として、地域住民が安心して暮らしを続けられるよう、単に医学的評価のみの診療を行うのではなく、ヒトをみる、地域をまるごとみるコーディネーター役としての診療所運営を意識している。コーディネートするためには地域のヒト・モノをインテグレートする必要があり、地域の医療介護資源を総動員することで重層的な生活支援が可能となる。支援の質を向上させるためにはヒトのスキルアップが不可欠である。当院は国が掲げる「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の役割に注目しており、そこには「在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと」が求められている。その取り組みの一環として、当院ではデスカンファレンスの開催を位置付けている。

【活動】 2023年に計3回のデスカンファレンスをオンラインで開催した。主な参加者は、病院主治医、病院連携室の看護師と医療ソーシャルワーカー、在宅主治医、訪問看護、ケアマネージャー、調剤薬局であった。対象症例は3症例とも病院から在宅へ紹介となり、経過中ほとんどの期間を在宅で療養し、最終的に在宅で看取りを行った症例である。進行は、雑誌『看護技術』に連載された「明日の看護に生かすデスカンファレンス」を参考に作成した進行表を用いて行った。

【考察】 参加者に事後アンケートを実施したところ、それぞれの職種や属性を踏まえた意見を数多くいただいた。デスカンファレンスは、専門職としての関わりをチームで振り返ることで、さまざまな学び・気づきが得られ、今後の支援活動の質向上に寄与する場となるであろう。デスカンファレンスを有効に機能させるために、今後は開催の意義・目的をはじめ、患者選考、進行上のルール、役割分担、事後フォローなど実践のポイントをまとめていきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定1

P-1-4

★優秀演題

世田谷区における専門職向けACP普及啓発活動「ガヤガヤ会議」

神野 真実¹ ジンノ マミ
樋口 久仁子¹ ヒグチ クニコ
村上 典由¹ ムラカミ ノリヨシ
五味 一英² ゴミ カズヒデ
尾山 直子³ オヤマ ナオコ

¹ 株式会社メディヴァ

² 医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック

³ 医療法人社団プラタナス 桜新町ナースケア・ステーション

【はじめに】

人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査（厚生労働省・令和4年度）によれば、医師、看護師で、人生会議について「よく知っている」割合は、6年前に比べ2割以上上昇している。一方、人生の最終段階における医療・ケアの充実のために「医療・介護従事者への教育・研修」を求める声は過半数を占めている。

【活動】

弊社は令和2年より在宅医療・介護連携推進事業の一環で世田谷区のACP普及啓発に継続的に従事する中で、講習会は数多くあっても、事業所・職種を超えた地域での実践に至らないとの声も聞かれていた。そこで、一方向的な講義や、事例共有のようなこまごまとした形ではなく、地域の多職種とACPについて力まず語り合える場として「ガヤガヤ会議」を企画した。

当日は、在宅医によるACPの基礎講座を行った後チームに分かれ、ワーク①「あなたはどこを見る？」として、ある患者宅の写真を見て、多職種の視点から気になること、本人の価値観を紐解くために聞きたいことをシェアした。続いてワーク②「最近あったACP」では、自身や同僚が実践する大小問わない取り組みについて語り合った。チームはいずれも近隣事業所、多職種混合で6名程度とし、医師・看護師を含む進行役がついた。普段、何気なくやっていることが他者から称賛されたり、それぞれ直面する難しさに共感する様子から、ACPの仲間づくりに寄与する時間となった。

【考察】

参加者は計43名、うち約3割が看護師、約3割がケアマネジャー、ほか社会福祉士、医師、保健師と続いた。会の評価について、10割が非常に良かった/良かったと答え、7.5割が全てのワークが学びになったと答えた。「家の中にはヒントがいっぱいある。多職種の視点が学びになった。」「色々なACPの形があることを知った。今後の関わりの中で使いたい。」などの感想を得た。今後も活動を通じ、ACPの文化としての定着を目指したい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定1

P-1-5

介護職が意思決定支援に取り組むために ～意思決定支援ガイドラインeラーニングを用いた研修～

ワーファ 純子^{1,2} ワーファ ジュンコ

織田 暁寿^{3,4} オダ アキヒサ

石橋 正樹^{3,5} イシバシ マサキ

古賀 友之^{3,6} コガ トモユキ

松倉 聡^{3,7} マツクラ サトシ

¹ こすもす訪問看護ステーション

² 柏市訪問看護ステーション連絡会

³ 柏市医師会

⁴ ホームクリニック柏

⁵ 東洋眼科胃腸内科外科

⁶ のぞみの花クリニック

⁷ おおたかの森病院

【はじめに】 柏市では本人の意向を尊重した医療・介護を目指して、医療者・介護者や在宅看取りの経験を持つ家族、市民、行政が協力し2019年9月に「支援者のための意思決定支援のガイドライン」を作成した。このガイドラインを効果的に活用していくため当初は集合型研修を予定していたが、コロナ禍を経験して、パンデミックなどの社会情勢の影響を受けず、取り組みを中断させない仕組みとしてeラーニングでの研修教材を作成した。【活動】 対象を柏市で働く医療・介護の専門職、特に意思決定支援の経験が少ない者とし「意思決定支援とは何か、専門職が支援することの必要性・大切さを理解することができる」「日々の支援の中で各職種ができることを知り、実践につなげることができる」ことを目的とした。内容は上記の意思決定支援ガイドラインに沿ったものとしたが、意思決定支援に関する経験の少ない支援者等に興味を持ってもらうため、実際の事例に関わった専門職の生の声や遺族インタビューの動画を中心に構成した。また、多職種で振り返り・共有することの効果伝えるため、デスカンファレンスの紹介とデスカンファレンス後の座談会動画も作成した。完成した教材は、多職種で構成されている柏市在宅医療・介護多職種連携協議会の作業部会となる研修部会で内容の確認を経て柏市ホームページで公開予定となっている。研修部会員からは、興味を持って学習することができる、日々の関わりも意思決定支援に繋がることが分かった等の声が聞かれている。【考察】 医療職以外の職種では、意思決定支援は医療者の役割と考えられがちだが、本人の価値観や生き方を理解した支援とするためには多職種が協力して取り組むことが不可欠となる。意思決定支援の経験が少ない支援者を対象とした教材を作成したことは、多職種で取り組む意思決定支援の第一歩であると考ええる。更に教材を有効活用できる手段の構築を目指していきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定1

P-1-6

当院における認知症患者への意思決定支援の現状

稲野 聖子 イナノ セイコ
市立池田病院

【目的】 後期高齢者や認知症高齢者は、入院治療により、結果的に本人が希望する生活にならず、倫理的問題が生じることがある。そこで、認知症で老いや病が進行して回復が難しい場合における意思決定支援について当院の現状を調査した。【方法】 2021年12月～2023年11月の間で、高齢者サポートチーム（以下OST）の老人看護専門看護師が介入した認知症ケア加算1の患者の中で、意思決定支援をサポートした事例を調査した。データ収集は個人が特定されないようにナンバリングをした。当院の倫理委員会で承認を得た。【結果】 OSTが介入した認知症ケア加算1の患者は1154人であった。その中で意思決定支援で介入した事例数は21件（2%）であった。平均年齢は87歳、女性が13人（62%）、入院経路は自宅が16件（76%）、施設が5件（24%）であった。入院理由は、誤嚥性肺炎が12件（57%）、食事量低下が4件（19%）、その他5件（24%）であった。21件すべてで、ケアマネジャーや施設職員等のケアチームと市立病院やかかりつけ医等の医療チームがともに話し合い意思決定支援を行っていた。また、4件は本人と意思疎通がまったくできない状況であり、意思を推定できる家族等を含めて話し合いを行っていた。また、老人看護専門看護師は、倫理的な視点で医師や看護師が主体的に意思決定支援を行うように働きかけ、話し合いの調整やカンファレンスに参加していた。その結果、胃瘻や人工呼吸器等の本人にとって侵襲的な医療を行った事例は0件であり、13件（62%）は元の生活場所に戻ることができた。【考察】 倫理的な視点で現状を見ることで、入院期間が短い中でも、医療・ケアチームで意思決定支援を行うことができると考える。ただ、主治医や看護師が倫理的問題に気付かないこともあり、老人看護専門看護師のように第3者的な存在は意思決定支援の促進要因になると考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定1

P-1-7

代理意思決定者への意思決定支援

入江 貴子 イリエ タカコ
山本 美和 ヤマモト ミワ
林 洋平 ハヤシ ヨウヘイ
作田 友乃 サクダ トモノ
富山医療生活協同組合 富山協立病院

【目的】代理意思決定者とのACPは患者の意思と最善を検討し家族と専門職チームが合意を目指す。訪問診療の患者は高齢者が多く患者本人の意思を確認できない場合、代理意思決定者に意思決定支援を行う。A病院では2018年頃より人生会議に専用の用紙を使用してきた。しかし用紙の記入を求めることで不信感を与えてしまうことがあった。2020年ごろより訪問診療導入時のACPに用紙を使用しないことが増えているため、専用の用紙の有無による違いがあるかを明らかにする。【方法】専用の用紙にて人生会議を行ったのちに死亡された方46名（平均87.3歳）と、用紙を使用しないで人生会議を行ったのちに死亡された方36名（平均90歳）の「療養場所、延命治療とAHN」の希望と「死亡した場所と亡くなった際の医療行為」を比較する。データの使用には用紙と口頭にて説明し同意を得た。情報は個人が特定できないようにデータ化し、研究者所属の倫理審査委員会の承認を受けた。【結果】専用の用紙の有無による「療養場所、延命治療とAHN」の希望と「死亡時の医療行為」は大きな差はなかった。希望の療養場所と実際の死亡場所の一致率は専用の用紙ありでは75%なしでは93%であった。【考察】専用の用紙の有無による療養内容の希望と結果には大きな差はなく、希望は本人の意思や周りの環境によってある程度決まる。療養場所の希望と実際に死亡した場所の一致率は用紙を使用していない場合のほうが高い。代理意思決定者は主介護者であることが多く、用紙を使用しないことで対話が増え、用紙に記入するより現状に即した聞き取りが行えた。また、対話を重視することで早期に療養環境や介護者の気持ちの揺れや困りごとを察知することもできる。その結果、希望通りの看取りをサポートができたと考える。用紙の使用は対話のきっかけになり、用紙の有無に関わらず、繰り返し対話し信頼関係の構築が重要である。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定1

P-1-8

緩和ケア病棟と在宅診療所にて「事前指示書」を共有し病診連携をおこなった取り組み

辻川 昭仁 ツジカワ アキヒト
山本 健 ヤマモト ケン
医療法人社団仁真会 辻川ホームクリニック

【はじめに】 本院は埼玉県南部地域において居宅を中心に訪問診療を行っている。近年在宅緩和ケアへ移行される方が増えている。地域の緩和ケア病棟を利用し、入退院を繰り返しながら在宅ケアを継続する例が増えている。その際、患者がどのようなケアを希望しているか療養場所が変わるたびにアドバンス・ケア・プランニング（ACP）にて意思の確認をしていた。今回我々は地域の訪問診療医、看護師、在宅支援室看護師、緩和ケア病棟医師、看護師、社会福祉士が連携して会合を重ね、患者紹介時に共有できる事前指示書を作成したので報告する。

【活動】 緩和カフェの一環として会合を開き、緩和ケア病棟を利用する患者の病診連携の改善を話し合った。その中で入院後、退院後において、それぞれ患者の意思が変化していることが分かった。そのため患者の意思決定の変化を共有するシステムの構築をすることになった。訪問診療において使用されていた事前指示書を基本に、患者背景などを追加した。在宅時は、訪問医、看護師が診察時に患者の意思を確認し作成した。入院時は専門・認定看護師、ACP研修を修了した看護師が面談を行い作成した。この書類を入退院時のカンファレンスや診療情報提供書に加えて利用した。

【考察】 頻回に会合を重ねることにより、顔の見える関係となり、情報の風通しが改善した。療養環境が変わるたびに事前指示の確認をすることは必要であると考えるが、指示書を共有することにより前の療養場所における患者の生活背景や意思の変化などを容易に確認することが可能になった。今後はICTなどを使用し、更に利用しやすく改善し、システムを利用する医療機関の拡大に努めると同時に、患者満足度の改善につながるか調査する必要があると考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定2

P-1-9

長期生存する転移・再発乳がん患者の意思決定支援 ～ずっと生きていたいA氏の気持ちに添って支える～

萩原 修代 オギワラ ミチヨ
小澤 愛 オザワ マナ
宇田 ゆかり ウダ ユカリ
大出 寛子 オオデ ヒロコ
株式会社GCI 訪問看護ステーション芍薬

【はじめに】B病院で治療を受けて長期生存する転移・再発乳がんのA氏は、人見知りで、在宅療養では、202X-3年から訪問看護のみ利用。A氏は、病状進行や死を受け入れることはできないが、今後の生き方や療養を、揺れ動きながら意思決定しようとしている。その支援を明らかにしたので報告する。施設の倫理審査を受け匿名性に配慮。【症例】A氏、60歳代、女性、右乳がん。202X-20年診断。周手術期化学療法（以下化療）、全摘術実施。202X-6年胸椎転移で放射線療法実施。202X年3rdライン化療、発熱性好中球減少症で減量し実施。A氏は診断期から健康でいられるよう、血圧値や自覚症状を書き留め、健康食品の活用等の取り組み等努力している。訪問看護師は、化療有害事象等の管理、フットケアやマッサージ、骨転移等の症状緩和等を通じて、A氏や家族が大事にする考えや価値観を大切に支援。化療が継続できなくなった時は、どこで過ごしたいか？その際は訪問診療医を頼んでみたい気持ちはあるかを尋ねた。A氏の意向は、化療が継続できなくなった時は自宅で過ごしたいが、新しい人間関係を築くのが苦手で、体調が悪い時は入院して、最期を迎えたい。治癒は望んでいない、できるだけ長く治療をして生きていたい。家族もA氏の意向に添いたい。訪問看護師は、A氏や家族の意向を病院主治医チーム（以下主治医チーム）と共有。主治医チームはA氏の意向を理解し、3rdライン化療を体調診ながら継続できるように取り組んでいる。【考察】A氏と家族の意向は一貫し変わらず、症状緩和と並行し、主治医チームと訪問看護師は、その意向や価値観を大切に支援している。そして近い将来に化療継続が困難になった場合に、再度、訪問看護師は、今後の療養場所やどう過ごしたいか等、A氏と家族と話し合い、主治医チームと連携し、A氏と家族が納得した意思決定ができるよう支援することが大切と考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定2

P-1-10

在宅医療の普及を目指して ～THPの役割とアプローチ～

中村 健吾	ナカムラ ケンゴ
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
東 桂史	ヒガシ ケイシ
楠本 拓生	クスモト タクオ

医療法人 楠本内科医院 在宅支援部

【はじめに】

超高齢化社会を迎え、当地域でも高齢世帯率は約50%近くに達しており、2020年4月に在宅医療を支援する目的で在宅支援部を新たに設立。多職種と連携し、患者とその家族に対して医療だけでなく心のケアを含めた包括的なサポートを提供するために、2023年8月に日本在宅ホスピス協会認定のTHP（トータルヘルスプランナー）を取得した。

【活動】

THPの主たる役割は、患者及びその家族が人生の終末期を希望する場所で過ごせるよう支援すること、並びに適切な療養生活の選択肢を提示し、意思決定（ACP）をサポートすることにある。まずは介入前の面談を設定し、在宅医療の全般的な仕組みや役割について説明することで、医療と介護の適切なバランスを見極め、患者と家族が望むような人生の最終段階をより良い形で過ごせるように支援する事を目指している。専門職との連携や情報共有を基盤として、関係職種の協働を促進し、身体管理・苦痛の緩和・心のケア・家族支援など、あらゆる側面でのケアを追求している。さらに、訪問看護ステーションの育成、地域の介護事業所との連携強化、研修会や講演活動など在宅医療の質の向上と啓蒙活動にも力を入れている。これらの活動を通じて、患者やその家族が安心して在宅でのケアを受けられる環境を整備することを目指している。

【考察】

THPとして、患者とその家族へのケアに留まらず、在宅医療支援全体を俯瞰し調整役としての役割を担い、ケアの質の均衡を保つことが大切だと思われる。必要に応じて積極的に行動し、職種間の壁を超えた協働を推進し、新たな協力関係を構築することもその職務に含まれる。在宅医療がより身近なものとなり、患者と家族が医療選択において適切なサポートを受けることで、尊厳を持った生活を維持できるよう、地域社会への発信や啓蒙活動にも尽力することがTHPの重要な使命と考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定2

P-1-11

薬剤師が関わるACPとはどのようなものか？

～ナラティブとエビデンスの間で薬物治療の方向性を考える～

高野 純一¹ タカノ ジュンイチ

長谷川 寛² ハセガワ ヒロシ

¹ 日本調剤西新橋薬局

² 日本調剤株式会社 在宅医療部

【はじめに】

在宅医療におけるACPの重要性は周知の事実だが、薬剤師がこのACPに積極的に関わる場面は少ないと思われ、「どのように関わったら良いか分からない」と感じている薬剤師も多いのではないかと。そこで、今回私が考える「薬剤師が関わるACP」を症例と共に紹介する。

【症例】

70歳代前半、男性。前立腺癌、膀胱癌、腹膜播種、肺塞栓症にて加療中。オキシコドン徐放錠、モルヒネ内用液、アピキサバン錠、ボノプラザン錠、ナルデメジン錠、ミルタザピン錠、デュロキセチンカプセル、アムロジピンOD錠、デキサメタゾン錠、フェブキソスタット錠、酸化マグネシウム錠内服中。X年9月A病院退院時より訪問診療、在宅患者訪問薬剤管理指導開始。X年10月薬剤師訪問時奥様より、日中含め不穏、せん妄増強し、内服薬を内服させることが困難となってきたと相談あり。薬剤師から疼痛コントロール目的のオキシコドン徐放錠、モルヒネ内用液と肺塞栓症治療目的のアピキサバン錠は内服継続した方が良いことを説明。しかし、奥様より「アピキサバンも中止で良い。癌でなく血栓で亡くなっても構わない。」との発言が聞かれた（ご本人は意思疎通困難）。その後医師からもアピキサバン中止に伴うリスクについて説明したが、アピキサバンも内服中止することとなった。

【考察】

近年薬剤師に減薬アプローチを行うことが求められている。減薬するということは、何かの疾患・症状に対する治療を中止するということになる。ここでどの薬剤を継続するか、どの薬剤を中止するかを話し合うことは、「今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス」というACPの定義に合致した営みと言えるのではないかと。

本抄録は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」（2023年3月30日）に則って記載。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定2

P-1-12

意思表示できない子どものACP

～議論を重ねて在宅看取りを行った先天性代謝異常症の一例～

石渡 久子 ^{1,2}	イシワタ ヒサコ
星野 諭子 ¹	ホシノ ノリコ
小野澤 理貴 ¹	オノザワ リキ
石崎 英里奈 ¹	イシザキ エリナ
澁谷 聖月 ¹	シブヤ ミヅキ
赤塚 早紀 ¹	アカツカ サキ
大隅 朋生 ^{1,2}	オオスミ トモオ
戸谷 剛 ¹	トヤ タケシ
前田 浩利 ^{1,3}	マエダ ヒロトシ

¹ 医療法人財団はるたか会 あおぞら診療所うえの

² 医療法人財団はるたか会 子ども在宅クリニックあおぞら診療所せたがや

³ 医療法人財団はるたか会 あおぞら診療所新松戸

【はじめに】 予後不良で小児期に終末期を迎える疾患では、最期の時間をどう過ごしたいのか本人に確認することは困難で、家族が意思決定を行うことになる。子どもの死という不条理に向き合う家族に、関係者が寄り添って意思決定に関わる必要がある。意思表示できない子どものAdvance Care Planning（ACP）を経て、在宅看取りを行った症例を経験した。

【症例】 乳児期から発達遅滞を認め1歳1か月時にけいれんが出現、急速に退行し寝たきりになり、GM1ガングリオシドーシスと確定診断された。誤嚥性肺炎を反復し、2歳0か月時に胃瘻造設術、2歳11か月時に気管切開・喉頭気管分離術を受けた。3歳1か月時に訪問診療を開始した。両親は人工呼吸器の装着を希望せず、排痰に特化した呼吸器であるIntrapulmonary Percussive Ventilator（IPV）を導入した。4歳半から徐脈、無呼吸が出現した。5歳0か月時に両親と病院主治医を含む多職種でカンファレンスを行った。生命予後が限られることを確認し、急変時は、感染など回復可能な病態が想定される場合は病院に搬送する、救命困難が想定される場合は自宅で過ごし、状況次第で在宅看取りを行う方針になった。最後まで育つと信じて関わり続けること、2歳年上の兄も支えていくことを決めた。その後も、どう過ごしていくか両親との対話を繰り返した。7歳6か月時、家族旅行から帰宅途中に呼吸状態が悪化し、翌日自宅で永眠した。

【考察】 意思表示できない子どものACPは、本人と家族と信頼関係で結ばれた関係者が一緒に議論することが重要である。子どもは成長し続ける存在であるという視点が不可欠である。この家族が大切にしている日常生活を最後まで続けられたことは、かけがえのないことであった。

「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 5.1症例報告」に則って報告する。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定2

P-1-13

地域の中でともに生きる 緩和デイケアの果たす役割とつなぐ縁

武田 寿彦¹ タケダ トシヒコ
三浦 正悦¹ ミウラ マサエツ
田中 美恵子¹ タナカ ミエコ
大石 春美² オオイシ ハルミ
吉田 香織³ ヨシダ カオリ

¹ 医療法人心の郷 穂波の郷クリニック

² 緩和ケア支援センターはるか

³ 居宅介護支援事業所 ここに幸あり

【はじめに】

我が法人では2016年、訪問・通所リハビリ事業開始時より自分達らしい在り方を利用者の皆さんそして地域の皆さんと模索している。通所リハビリの利用者と聞くと身体的、心理的ケアなどあらゆる面でサービス受ける側というイメージが先行する。しかし年齢や疾病、障がいなど個別の因子を持ちながら一方向のケア（誰かが誰かの為にする事）だけではなく双方向に影響し合うケアが大切とアラン・ケレハー氏は言っている。

【症例】

通所リハビリの場ではPTだけではなくつなぎ役のTHPが入ることにより、お互い様の支え愛・コンパッションができています。通所リハビリに通う51歳乳癌末期Aさんは、他利用者の家族の話を聞いて励まし、食事の席が分からないボランティアスタッフへは席を教えてくれたりとケアされるだけではない姿を見せてくれていた。X年11月に入り、体調が優れずデイケアを休む日も増えて来ていた。X年12月中旬その日もAさんはデイケアを休まれていた。様子を伺いに行った緩和ケアチームはAさんから「スイカが食べたい」との言葉を拾った。利用者さんに伝えると二人から「届けに行きたい」という意向が聞かれた。最高齢の94歳のBさんと自分自身も癌で闘病中・アルコール依存症でもあるCさんだった。Aさんに励ましてもらった事のあるBさんが「春になったら絶対に良くなるから、それまでの辛抱だ」と枕元で「春が来た」を唄った。励まされていた側が今度は励ます側に回ったのだ。その日の夜遅く、Aさんは兄弟に見守られ亡くなられた。

【考察】

- ① スタッフと共にコンパッション（誰かが誰かと一緒にやる事）し合える事が出来た。
- ② 利用者、スタッフという括りではなく、これまでの人生経験を基に関わりを持つ事で誰とでも影響し合える。
- ③ 緩和デイケアが社会とつながるきっかけとなり、お互いに支え合い、命を愛おしむ。ピア（仲間）とつながる場となっている。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定2

P-1-14

高齢非がん患者における在宅看取りに影響を及ぼす要因

山田 寿美 ¹	ヤマダ トシミ
宮本 雄気 ^{1,2}	ミヤモト ユウキ
板舩 笑果 ¹	イタマス エミカ
山下 歩 ¹	ヤマシタ アルク
西井 賢俊 ¹	ニシイ カツトシ
林 佑哉 ¹	ハヤシ ユウヤ
武藤 英貴 ¹	ムトウ ヒデキ
藤谷 好紀 ¹	フジタニ ヨシノリ
能勢 悠介 ¹	ノセ ユウスケ
柳澤 克哉 ¹	ヤナギサワ カツヤ
菅原 信行 ¹	スガハラ ノブユキ
田中 裕子 ¹	タナカ ユウコ
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 京都府立医科大学 救急医療学教室

【目的】 高齢の終末期がん患者における在宅看取りに影響を及ぼす要因は種々の研究で明らかにされている一方で、終末期「非」がん患者における在宅看取りに影響を及ぼす要因はまだ十分に明らかにされていない。そこで本研究では当院が介入した高齢の終末期非がん患者のケースを分析し、在宅看取りに関する要因を明らかにすることを目的とした。【方法】 当院で診療を行った65歳以上の終末期非がん患者で2017年4月～2021年6月までに死亡したケースを対象とした。終末期非がん患者の定義はがん以外の疾患により余命6ヶ月～1年以内であると医師が予測した患者とした。ただし介入前から施設に入所している患者、介入後に施設に入所し当院が介入を継続していた患者は除外した。対象患者を後方視的にカルテレビューし、以下の項目について情報を抽出した。(1) 年齢 (65～74歳・75～84歳・85歳以上) (2) 性別 (3) 同居者の有無 (4) 医療保険の自己負担割合 (5) 介護度 (6) 主たる疾患 (7) 本人・家族の療養の希望場所 (8) 死亡場所。(1)～(7)を独立変数、(8)を従属変数とした多変量ロジスティック解析を行い在宅看取りの関連要因を分析した。介入患者すべてから包括的同意書を取得。対象となる患者には、個人情報利用目的を書面で説明し同意を得た。【結果】 期間内の死亡者数は483名であり、対象者は191名であった。在宅看取りを行ったのは136名(71.2%)であった。多変量解析の結果、(1)～(7)のうち年齢(高齢)のみが在宅看取りに関連した因子であった。【考察】 本研究において非がん疾患を有する高齢者では、年齢がより若い患者において自宅以外での看取りが多くなる可能性が示唆された。本研究では疾患群が多岐に渡るため、今後特定の非がん疾患において在宅看取りが可能となる要因に関するさらなる研究を行う必要がある。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定3

P-1-15

気持ちの変化を尊重し、終末期の意思決定支援を行った一例

志村 通子 シムラ ミチコ

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 海老名メディカルプラザ

【はじめに】コントロール不良の呼吸苦に対する持続鎮静の開始にあたり複数回の話し合いを行った事例を経験したので報告する。【症例】高齢の男性。X-20日にstageⅣ消化器癌の診断・告知を受けX-6日当科紹介、X日初回訪問。妻と息子さんの3人暮らし、別世帯の息子さんは医療従事者で頻回来訪あり、家族関係および疼痛コントロール良好で6週間穏やかに経過。X+43日心窩部痛増強しオキシコドン内服開始、X+45日呼吸不全を呈しHOT導入、急速に病状悪化。癌性リンパ管症・肺水腫の病態と推定、ステロイドパルス療法および利尿剤投与、酸素濃縮器2台設置を開始、一時改善。X+60日、再度酸素化不良、飲水不可および尿量低下認め、同日夜間からの持続鎮静を本人が希望。同日夜間往診時、医療従事者の息子さんから、再度の利尿剤・補液治療を試みて9日後の誕生日を迎えさせたいと強い希望あり。本人は家族の意思を尊重すると翻意、利尿剤投与のみを実施。X+61日午前、訪問看護より尿量増加せず酸素化不良持続し、再度本人から夜間開始の持続鎮静希望あり家族も同意されたと連絡、同日夜間往診時、本人より、家族と会話できなくなるのが怖いので鎮静やめるとの訴えあり未実施とした。X+65日にも夜間鎮静開始を希望されたが、主治医が夜間担当ではないと伝えると希望されず。モルヒネ坐剤屯用を使用しながら無事に誕生日を迎えられたX+69日、本人希望で持続鎮静を開始。X+70日に自宅で永眠。経過中は訪問看護師と医師で密にやりとりを重ねた。【考察】ご本人と医療従事者家族の意見変化が多かった事例を体験した。終末期の意思決定に関する種々のガイドライン・手引きにおいては、考えの変化を容認すると明示されているが、現実では、苦しそうな本人を前にして医療者の意見を押し付けすぎずに意思決定していくプロセスに苦慮した。事例共有することで今後のケアに生かしたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定3

P-1-16

要請に基づかない往診で早期発見し、心筋梗塞から救命し得た独居症例

福原 慧 ^{1,2,3}	フクハラ サトシ
福原 真理 ^{4,3}	フクハラ マリ
米澤 元樹 ^{3,5}	ヨネザワ モトキ
岩瀬 亜希乃 ³	イワセ アキノ
太田 晶子 ³	オオタ アキコ
長島 夏海 ³	ナガシマ ナツミ
大田 和枝 ³	オオタ カズエ
馬淵 卓 ¹	マブチ スグル
木村 琢磨 ⁴	キムラ タクマ
橋本 正良 ¹	ハシモト マサヨシ

¹ 東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 医歯学専攻 全人的医療開発学講座 総合診療医学分野

² 東京大学 大学院理学系研究科 生物科学専攻

³ 医療法人社団 平郁会府中みどりクリニック

⁴ 東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 介護・在宅医療連携システム開発学講座

⁵ 公益財団法人がん研究会 有明病院 脳腫瘍外科

はじめに

近年増加している独居患者においては、訪問診療を行なっているにもかかわらず、急な状態変化時の早期発見が困難となることがある。その理由のひとつとして、患者の「援助要請行動」に限界があることが挙げられる。今回、訪問診療中の患者から体調確認の電話連絡の不通を契機に、医師判断の往診により心筋梗塞から救命に至った症例を経験したので報告する。本症例は発表にあたり倫理委員会の承諾を得た。

症例

63歳男性。既往歴：双極性障害、糖尿病、高血圧症。独居で身寄りもなく、キーパーソン不在のため内服管理困難となり病状増悪があり、X-2年1月に訪問診療を開始した。X年Y月Z-2日から37.5度の発熱があり、Z-1日、本人から往診要請。軽度の咽頭痛を自覚するが、全身状態良好で、SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原検査は陰性（血液検査施行し炎症所見あり）、経口摂取も良好で、発熱時アセトアミノフェン頓服を指示した。Z日、診療所から本人へ体調確認の架電を複数回するも不通で、医師判断で訪問を行った。アパートの外から大声で当院スタッフが声かけしたところ、居室内から本人の声は聞こえるものの、本人自ら施錠解除は困難であった。本人よりアパートの管理人が隣の建物に居住しているとの情報を得て、管理人から鍵を受け取り本人の了承のもと患家へ入室したところ、伏臥位で失禁し体動困難となった本人を発見した。バイタルサインは安定していたものの、本人と相談し救急要請。搬送先で急性心筋梗塞（後壁）と診断され、経皮的冠動脈形成術施行され、Z+17日、自宅退院となった。

考察

本症例においては、一度往診要請があり、一定の「援助要請行動」を有するにもかかわらず、急性心筋梗塞のため往診要請ができなかったと考えられた。独居患者の急な状態変化の早期発見には、本人、知人、多職種との連携のほか、時に医師判断の往診も考慮する必要がある。

利益相反：有

一般演題（ポスター） ACP・意思決定3

P-1-17

特別養護老人ホームからの退去・夫と共に地域の中で生きる道

吉田 香織¹ ヨシダ カオリ
三浦 正悦² ミウラ マサエツ
大石 春美³ オオイシ ハルミ
武田 寿彦⁴ タケダ トシヒコ
鈴木 智子² スズキ トモコ

¹医療法人 心の郷 居宅介護支援事業所 ここに幸あり

²医療法人 心の郷 穂波の郷クリニック

³医療法人 心の郷 緩和ケア支援センターはるか

⁴医療法人 心の郷 穂波の郷クリニック訪問リハビリテーション

【はじめに】 ACPとは、将来の意思決定能力の低下に備え、今後の治療・ケア、療養などに関する本人の意向や選好を、本人を主体として、家族など本人が大切に思う人物や医療者と共に事前に考え、継続的に話し合うプロセス」と訳されるが、本人の意思があるにも関わらず、暮らしの場を専門職が決めてしまい、本人と家族が混乱している場合がある。今回の症例も、本人・家族が混乱している中いつのまにか特養への入所となり、不信を感じたキーパーソンである夫が相談に来たところから始まった症例である。ACPとは何か？その時専門職はどうあるべきかを考えたい。倫理的配慮は当法人理事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】 Tさん60代女性要介護5夫との二人暮らし。20XX年2月脳腫瘍で大学病院で手術、放射線治療。20XX年1月には、正常圧水頭症で同病院入院。高次脳機能障害で家事もできず、歩行不安定となる。20XX年2月中旬自宅で転倒、市内の整形外科へ緊急入院。退院後、リハビリ希望あり、当時のCMの紹介にて、隣町の特養へ長期入所。しかし、夫面会に行くとりハビリしている様子はなく、入所時に説明された内容とサービスの内容が違うため不信感が募り、当クリニックに相談。夫の強い希望で8月中旬に退所し在宅生活スタート。施設退所にあたり、市役所よりTELあり、「キーパーソンである旦那さんは問題がある。家に帰しても介護はできないと思うと特養の相談員よりTELありましたが在宅で大丈夫ですか？」との内容であった。20XX年8月に在宅生活をスタートし、現在も自宅での生活を継続している。【考察】「患者さん・家族にとっての大切な時間の過ごし方・暮らしの場所を決める」その意味を専門職がどのように理解しているか？出逢いによって、人生の在り方までもが変わってしまうことがあることを専門職がしっかりと肝に銘じておかねばならないと思った。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定3

P-1-18

実父の看取りを通じて協働の意思決定を考える

青木 達人 アオキ ミチヒト
社会医療法人文殊会亀田病院

はじめに 実父が令和5年10月にサービス付き高齢者住宅で永眠。入院から1か月であったが協働の意思決定支援を考える。

経過 夏頃より、両足痛、体重減少あり。訪問診療主治医から入院精査を進められた。母も同じ施設に入所で入院希望はなかったが精査ということで本人納得して入院となる。入院時、本人、ケアマネ、施設職員、主治医で面談。本人の希望である「最期は施設」を確認。主治医より「土日も退院可能か」との問いに、ケアマネの「いつでも帰れます」に本人に安堵があった。点滴など医療行為を確認。本人も点滴で経鼻なしと確認。1週後、ケアマネ、自分、主治医で検査結果面談。両足痛みは股関節の腫瘍で生検が必要。結果が2週間ほどかかるがおこなう。結果「前立腺癌の再発か悪性リンパ腫」ただ、病気より「本人の食欲がない。食べられていず点滴をしている状態。病院での入院継続か帰るか、どうするか」関係者で本人の意思を推定。「最期は施設で」は変更なし。その後容態が急変。即退院を決めその日のうちに退院。退院の夜に要介護5の母に看取られ施設で息を引き取った。

まとめ ソーシャルワーカーでもある自分が、協働の意思決定場面に家族として遭遇。本人も交えること、本人が参加出来ない時は、関わるすべての人が知りうる本人の情報、ものがたりを共有し意思推定する場面が必要であることを再認識した。そこに会議がなくても日常の関係性も重要だと考えた。医師の医学的な側面のフォローや情報発信の時期が大切だと改めて感じた。医師がここを逃すと帰れないと提案で関係者が動いてくれた事が今回は鍵だった。毎日のケアの継続、その中で父がいままでの生活歴を語り「母とここで最期までお世話になる」と多くの関係職員に話していたその言葉が、緊急時でも容易に多くの職種の協働ですすめる事が出来た。協働の意思決定支援の根底に本人の人生のものがたりを抜きにはできないことを学んだ。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定3

P-1-19

療養者の選択を尊重し見守る看護の実践を通して

栃村 久美¹ トチムラ クミ
片見 明美¹ ヘンミ アケミ
藤田 洋美¹ フジタ ヒロミ
渡辺 邦彦² ワタナベ クニヒコ

¹ 株式会社ヴィーナス 訪問看護ヴィーナス高根沢

² 在宅ほすびす

【はしめに】

社会的損失から精神疾患を発症し社会的不適応状態から通院できるまで回復した療養者に末期がんが判明。積極的治療を望まない療養者のACPを多職種で実践し住み慣れた在宅で最期を迎えることができた一例を報告する。症例報告にあたり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に従って実施した。

【症例】

60代、女性、双極性障害。療養者の知人から相談あり介入。療養者が治療を選択、在宅チームが編成され療養者のQOL回復を目標に治療開始。初回訪問から1ヶ月後地域ボランティアと共に外出通院介助を利用し精神科受診できるようになり訪問診療終了。訪問回数減らし経過をみた。しかし6ヶ月後、無気力、倦怠感、疲労感、QOL、ADL低下し通院困難にて訪問診療再開、訪問回数増。清潔支援中全身皮膚黄染確認、採血結果アンモニア高値にてアミノレバン輸液実施。多職種と連携し療養者へ病院受診の意向を確認、入院治療は拒否、検査のみ了承。療養者が負担なく受診できるよう支援体制を整え検査受診。画像診断、腫瘍マーカー検査結果すい臓がんと判明。在宅医より療養者へ検査結果と治療に関する説明をするが入院治療は選択されず。検査結果判明後も訪問診療、訪問看護を継続し療養者の意思決定、自己決定支援を繰り返したが療養者の選択は変わらず。がんと診断後2カ月目、内臓痛、神経障害性疼痛出現、嚥下困難、意識障害あり、オピオイド使用し持続皮下注射開始。家族や親族へこれまでの経過と病状、療養者の意思決定内容を説明。家族も療養者の意思を尊重していく方針であった。2×××年自宅で永眠。

【考察】

医療者が望ましいと思われる治療や人生の最終段階の選択を療養者や家族が選択するとは限らない。療養者の選択を尊重し、見守る看護も大切である。療養者の意向と経過を見守り必要な支援を、必要なタイミングで実践できた症例であった。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定3

P-1-20

生きる希望を支える旅行支援 ～奇跡を見せたいという患者の希望に寄り添って～

大野 栄司 オオノ エイジ
大口 智穂 オオグチ チホ
増井 法子 マスイ ノリコ
北村 志帆 キタムラ シホ
仲野 真由美 ナカノ マユミ
坂東 直樹 バンドウ ナオキ
安里 龍一 アサト リュウイチ
総合在宅医療クリニック

はじめに

病気を抱えていても、大切な人と旅行を楽しみたいという願いを持つ人は多い。今回、余命告知を受け友人と旅行に行きたいと希望した患者に、看護師が同行し実現した。終末期がん患者の希望に寄り添い、患者と家族の心を紡ぐ看護介入ができたので報告する。

症例

40代女性 右乳癌多発転移（肺、胸膜、骨、肝、リンパ節転移） HOT使用 幼少期は親の虐待に遭い施設で生活。退後は友人と同居。病気が発覚し要介護5となり、家族（乳がん治療中の姉、甥）と生活を始め今に至る。患者は診察時に「辛いときに支えてくれた友人に感謝を伝えたい。旅行までの過程を大切に生きて奇跡を起こしたい。」と語った。看護師は希望を叶えるために、本人や家族、友人と協同し計画を立てた。旅先で万全の体制を整えるため多職種と準備を進め、無事に2日間の行程を終えることができた。患者は旅先で70通の手紙とプレゼントを受け取り、「この旅行は満点、幸せ。」という感想と笑顔がみられた。

考察

死に向かう患者の心理過程において、どの段階にも希望が存在し、どんなに希望のない状態でも死の最期まで何らかの希望は捨てないと言われている。患者は余命告知を受け、死を意識しながらも「100日しっかりと考えて戦って頑張っていきたい」と言った。看護師は患者の希望や自律性、らしさを尊重しながら信頼関係を築けた。患者は複雑な生育環境、家族構成にあり、トラブルが絶えなかったが旅行を目標とし、家族と友人、多職種との計画を進めるなかで家族関係にも良い変化が生まれ、精神的にも安定した。今回の旅行は、看護師の過干渉、同行の善し悪し等検討すべき点はあるが患者が今まで生きてきた生活や他者との繋がりの中で自己の価値を見いだし、生きていく力になった。今後も終末期がん患者の希望をキャッチし育み実現できるような看護介入をしていきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ACP・意思決定3

P-1-21

本人と家族ともに意思決定が困難と思われるケースの療養場所の選択への支援

安藤 仁子¹ アンドウ サトコ

佐々木 ひとみ¹ ササキ ヒトミ

中村 明澄² ナカムラ アスミ

¹医療法人社団澄乃会 向日葵ナースステーション

²医療法人社団澄乃会 向日葵クリニック

【はじめに】 認知機能や判断力の低下によって意思決定支援が困難となるケースに時折遭遇する。今回、子宮癌終末期、脳転移で高次脳機能障害を認める本人と、認知症の母の療養場所についての意思決定支援の関わりを振り返り、報告する。なお症例については個人が特定できないよう十分な倫理的配慮を行った。【症例】 50歳代女性。子宮癌脳転移に対し頭蓋内腫瘍摘出術施行後、本人の強い希望で自宅退院となった。認知症の母と2人暮らし。高次機能障害はあったが、療養場所について「入院はいや」という本人の明確な意思表示があり、母も尊重していた。病状進行による転倒を繰り返し、訪問の度に皮下出血や外傷を新たに認めるようになるも、自宅療養継続希望は変わらずであった。その後、ほぼ布団上の生活となると「布団で食事はさせない」という母の主張により食事摂取量が極端に減少した。本人の療養場所に対する意思表示も病状進行とともに曖昧となり、認知症の母の意思も日々揺れる状況となった。当事者・専門職間で話し合いを重ね、本人・母が消極的であった介護保険サービスを順次整えることができ、自宅療養を継続し自宅で永眠。【考察】 意思決定能力は、あるかないかではなく、段階的に漸減するため、残存する認知機能、判断力に合わせた形での選択肢の提示の工夫が意思決定支援において大切である。本人・家族の意思の背景にある価値観を理解し選択肢を提示することが鍵となる。本ケースでは、布団上での食事を決して許せなかった母が、ベット上での食事に抵抗はなく、これまでベットを入れる選択肢に同意が得られなかったが同意を得ることができた。病状進行で本人の意思表示は曖昧となったが、繰り返し表示されてきた本人の意思を大切に、本人にとっての最善を考えた介護体制や療養環境を一つ一つ整えていくことで、最期まで自宅療養継続が可能となった。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り1

P-1-22

当院における在宅看取りを行った活動の報告

清水 聡子 シミズ サトコ
矢野 利章 ヤノ トシアキ
大石 明宣 オオイシ アキノブ
医療法人信愛会 しんあいクリニック

演題：当院における在宅看取りを行った活動報告

【はじめに】2022年11月から2023年10月まで訪問診療での看取り全73例の振り返りを行った。

【活動】死因が悪性腫瘍の患者は48例で全体の66%を占め訪問期間中央値18日と短期間であった。その多くは病院でBest Supportive care（以下BSC）の方針となった、または治療困難治療拒否をした患者である。一方在宅看取りの方針で診療を開始したが最後は救急搬送となるケースが20例あった。非悪性腫瘍の患者では骨折後や内臓疾患に伴い、いわゆる廃用症候群となり訪問診療を開始している。平均年齢は90歳と高く訪問期間中央値は83日であった。その中で誤嚥性肺炎で急激に病態が悪化したケース、徐々に衰弱が進行し死に至るケースが13例で18%、老衰が12例で16%を占めた。

【考察】悪性腫瘍患者の中にはBSCとなった後も病院に通院し通院困難となり訪問診療を開始することが多い。その中で在宅看取りを断念し最期（平均予後10日）が近くなってからの救急搬送や緩和ケアへの入院は全体の23%であった。急激な病状変化を受け止めきれず精神的・身体的に追い詰められ、このような結果をもたらすと考える。悪性腫瘍の終末期では急速に状態が悪化し平均年齢も非悪性腫瘍患者に比べ74歳と若いため本人と家族の動揺も強い。家族は在宅看取りを決断する際、本当に最期まで自宅で看られるだろうか？急変した時はどうしたらよいか？という不安を抱えている。訪問診療が身近な存在であり緊急時の対応が可能であり、穏やかに過ごせる支援をすることを説明している。

【結語】在宅診療への移行時に、患者と家族が納得し適切なサービスを受けられるよう医師、訪問看護師、ケアマネージャーなども含めた包括的なケアの提供ができるように繰り返しAdvance Care Planning（ACP）を行う必要があると考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り1

P-1-23

終末期がん患者における訪問リハビリテーション開始時Barthel Indexと生命予後の関係性

生川 乃右 ナルカワ ダイスケ
加藤 大 カトウ ヒロシ
磯貝 恭兵 イソガイ キョウヘイ
樋尾 佑介 ヒオ ユウスケ
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】 終末期がん患者の訪問リハビリテーション（訪問リハビリ）において開始時の生命予後はその後の目標設定や介入内容に影響を与える。先行研究（岡田2019）より入院時Barthel Index（BI）40点未満の終末期がん患者は入院1ヶ月（30日）時点での死亡率が有意に高いと報告している。今回、当院終末期がん患者の訪問リハビリ開始時BIと生命予後との関係について、先行研究を元に調査検証した。

【活動】 対象は2022年10月1日から2023年10月末日に訪問リハビリを開始した終末期がん患者22名とした。疾患：肺がん4名、消化器系がん8名、泌尿器系がん5名、神経内分泌腫瘍2名、肝臓がん1名、皮膚がん1名、脳腫瘍1名。訪問リハビリ開始時BI：平均52点（最大100点、最低0点）。訪問リハビリ介入開始日から30日以内に亡くなった患者は5名（全体の22%、BI平均47点）、生存患者は17名（BI平均54点）であった。以下、上記先行研究の基準を本調査症例に適用する。基準対象はBI40点未満の患者11名とした。訪問リハビリ介入開始日から30日以内に亡くなった患者は3名（27%）、生存患者は8名であった。本調査症例においてはBIが40点未満であっても、訪問リハビリ介入開始日から30日以上生存している患者が半数以上を占める結果となった。

【考察】 本調査では終末期がん患者のBIと生命予後において、在宅医療を受ける患者と入院患者では乖離があった。在宅医療における包括的な介入が、入院患者と比較し生命予後の延長につながった可能性があるとし唆された。今回は訪問リハビリ介入中の患者のみを対象としたため、今後は訪問リハビリ未施行の訪問診療中の終末期がん患者を調査対象に含める等、幅広く検討していく。

【倫理的配慮、説明と同意】 人を対象とする生命医学、医学系研究の倫理指針に基づき説明と同意を得た。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り1

P-1-24

Watanabe indexを用いた在宅療養中の終末期患者の生命予後期間予測

片見 明美^{1,2} ヘンミ アケミ
渡辺 修一郎³ ワタナベ シュウイチロウ
渡辺 邦彦⁴ ワタナベ クニヒコ

¹ 訪問看護ヴィーナス高根沢

² 桜美林大学老年学総合研究所連携研究員

³ 桜美林大学大学院 国際学術研究科 老年学学位プログラム

⁴ 在宅はすびす

【目的】がん末期患者予後予測観察項目（Watanabe index）から在宅療養中の終末期患者の生命予後期間を予測することを目的とした。【方法】2022年4月1日から2023年3月31日の間にA県の地域緩和ケア推進協会加盟の事業所の看護師が看取りを行うこととなった119名の内、患者および家族に本研究の説明を行い同意を得られた、在宅死108名、期間内生存者9名の計117名である。対象の、年齢、性別、死因の分布をみた後、Watanabe indexの各項目が出現してから死亡までの期間の50%tile値および90%tile値を算出し、生命予後期間の予測指標とした。本研究は桜美林大学研究倫理委員会の審査を受け承認を得たうえで実施した（承認番号21050）。【結果】対象は、男性54名（平均年齢73.9±標準偏差11.3歳）、女性63名（72.2±16.3歳）である。主要死因の多くは悪性新生物（113名、96.6%）であった。初回訪問から死亡までの日数は、平均67.7日（1～540日）であった。Watanabe indexの項目の内、症状出現から死亡までの日数の90%tile値が短い項目（50%tile-90%tile値）は、瞳孔散大（0-0日）、開口（1-4.7日）、意識障害（2-7.3日）、頭部回旋・項部硬直（2-7.9日）、過高熱（2-8日）、嚥下障害（3-10日）、無表情（2-13.6日）、尿閉（3-14.1日）、無呼吸発作（2-16.2日）、痙攣（3-18日）であった。歩行時呼吸困難（7-39.1日）、神経障害性疼痛（5-39.8日）は、出現から死亡までのばらつきが大きかった。【考察】在宅療養中の終末期患者において症状出現から9割の方が亡くなる期間が明確になることにより、終末期ケアに関わる職員や家族が、看取りを実践するうえでの大変さを緩和することに寄与すると思われる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り1

P-1-26

終末期がん患者の在宅看取り達成率について 院内訪問看護と院外訪問看護ステーションの比較

林 佑哉	ハヤシ ユウヤ
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
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 サトミ
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】高齢者における在宅死において、訪問看護の利用が在宅看取りの実現に寄与していることが示唆されているが、当院では院内のみなし指定訪問看護（以下「院内」）が介入する場合と、院外の訪問看護ステーション（以下「院外」）が介入する場合がある。本研究では、訪問看護を利用している終末期がん患者の在宅看取り数を比較し検討した。

【方法】当院の患者で、2018年1月～2023年12月に在宅がん医療総合診療料を算定した患者の内、在宅看取りを希望した患者を対象とし、院内と院外の訪問看護を利用していた各患者の死亡場所を後方視的に調査し、在宅看取り達成率として比較した。また各患者群の特徴として年齢、性別、居住形態、遠隔転移の有無、医療処置の有無（点滴、TPN、経管栄養、輸血、HOT、胸腹水穿刺、喀痰吸引、褥瘡）、麻薬と鎮静使用の有無を集計し比較した。対象となる患者には、個人情報の利用目的を書面で説明し同意を得た。

【結果】対象者の総数は院内118件、院外63件で、在宅看取りができた患者の割合は院内91.5%、院外88.9%であった。年齢の中央値は院内76.5歳、院外79歳、男性の割合は院内58.5%、院外50.8%で、独居者の割合は院内7.6%、院外12.7%であった。遠隔転移のある患者の割合は院内66.1%、院外58.7%で、医療処置が必要な患者の割合は院内69.5%、院外55.6%であった。麻薬使用患者の割合は院内53.4%、院外55.6%で、鎮静使用患者は院内11.9%、院外12.7%であった。

【考察】本研究より、院内と院外の訪問看護を利用した各患者の特徴に大きな差はみられなかったが、院内の患者の方が、在宅看取りの達成率はわずかに高かったことが分かった。本研究の限界として、因果関係の解釈が困難であるため、二群の患者の性質をより明らかにし、統計分析を用いた更なる研究が必要であると考えらる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り1

P-1-27

介護施設で働く介護職の看取りケアに対する意識とそれに影響を及ぼす要因についての文献検討

土屋 彩夏^{1,2} ツチヤ アヤナ

¹ 東洋英和女学院大学大学院

² 和洋女子大学

【目的】2006年の介護保険制度改正により、看取り介護加算と重度化対応加算が導入された。それに伴い、介護施設でも看取りケアが求められてきた。そのため、介護職が看取りを経験する中で、生じる意識とそれらに影響を及ぼす要因について、先行文献のレビューを行い、分析することを目的とする。

【方法】2006年～2022年まで医中誌、Goole Scholar、CiNiiで発表されている論文（会議録、会議録含む）を対象に、「介護施設」「介護職」「看取り」「意識」のキーワードで検索し、論文を選定を行った。

【結果】看取りを行う上で介護職が抱えているものとして、否定的な感情と肯定的な感情があり、そこにはジレンマが生じていた。否定的な感情では、不安や恐怖、抵抗感といった感情が含まれていた。肯定的な感情には、やりがいや学びといった内容が含まれていた。否定的な感情では、業務に関する心理的負担感が多かった。他には、経験年数が5年未満介護職や、資格を有していない介護職も不安が強い傾向にあった。一方で肯定的な感情では、看取りケアを通してやりがいを見出しており、利用者の尊厳について考え、自己の成長の場や学びに繋がる機会と感じていた。また、看取りに影響を及ぼす要因としては、家族の看取り経験や個人属性や死生観が影響を及ぼしていた。

【考察】介護報酬に看取り加算が追加されることにより、看取りケアを行う施設が増えることが予測される。それに伴い、介護職への負担が増強し看取りが単なる業務の一部として作業的になることが危惧される。その中で、看取りケアの質の向上が求められている。しかし、介護職は不安が大きく、それらを表出し、共有する場所が少ないように考える。今後さらに介護職には医療的技術が求められることが推測される。そのため、今後多職種のサポートや情報共有といった多職種連携が求められている。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り2

P-1-28

糖尿病合併大腸がん終末期独居患者の在宅看取りの1例

鶴田 淳	ツルタ アツシ
渡辺 伸一郎	ワタナベ シンイチロウ
那須 昌子	ナス マサコ
伊澤 あゆみ	イザワ アユミ
多賀 恭子	タガ キョウコ
小西 幸枝	コニシ ユキエ
船橋 瑠美	フナハシ ルミ
加藤 雅子	カトウ マサコ
藤井 智美	フジイ トモミ
畑 宏美	ハタ ヒロミ
松浦 千佳子	マツウラ チカコ
石井 見奈	イシイ ミナ
浅野 悦子	アサノ エツコ
渡辺 佑介	ワタナベ ユウスケ
富岡 憲明	トミオカ ノリアキ

渡辺胃腸科外科病院

【はじめに】今回、我々は糖尿病合併大腸がん終末期独居患者に対して、オピオイド持続皮下注、グルコースモニタシステムを導入し、定期巡回介護、訪問看護との連携の上、安全に経過観察し得た在宅看取りの1例を経験したので報告する。【症例】65歳男性。独居。病名は虫垂腫瘍、多発肺転移。家族とは疎遠だが、実弟、姪（訪問看護師）は理解良好。基礎疾患に糖尿病、高血圧、高脂血症、肥満、狭心症、閉塞性動脈硬化症。2023/X月近医より虫垂炎疑いで紹介。CT検査にて多発肺転移、虫垂粘液腫瘍を指摘されたが、本人は治療拒否。その後本人希望で他院受診、PET等精査後、X+3月、審査腹腔鏡施行。虫垂先端部はS状結腸に強固に癒着、腹腔内に多発播種結節、大網播種を認めた。播種巣を生検し、goblet cell adenocarcinomaと診断された。疼痛緩和目的に当院へ転院後オピオイド内服による疼痛管理施行。X+2月、本人希望により自宅退院、在宅診療を開始した。退院後2週間、定期内服困難となり、高血糖状態、疼痛コントロール不良にて再入院。オピオイド持続皮下注導入にて疼痛コントロールは改善された。X+5月、腫瘍性腸閉塞のため横行結腸ストマ造設術。X+6月、グルコースモニタシステム導入のうえ、再度在宅診療再開。定期巡回サービス、訪問看護との連携により安全に経過観察をし得た。その後、徐々にADL、意識レベル低下し、X+7月、在宅看取りを行った。ご家族は自宅で最期まで過ごせたことに感謝された。【考察】独居の悪性腫瘍高齢者患者が自宅での最期を希望した場合、それを実現するには様々な障壁があり、自宅で最期まで療養することが困難な現実がある。しかし、本人の希望、家族の理解、多職種の緊密な連携があれば実現可能であると考えられた。本報告は日本医学会連合研究倫理委員会の倫理的手続きに関する指針に記載された対応をとっている。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り2

P-1-29

自室に閉じこもることを望んだがん患者の看取り支援 ～最期まで自分らしさを貫いた患者からの学び～

松田 智子¹ マツダ サトコ
荒 隆紀² アラ タカノリ
山口 高秀² ヤマグチ タカヒデ

¹ 医療法人おひさま会 おひさまクリニック ファミリーナース室

² 医療法人おひさま会 おひさまクリニック 診療部

【はじめに】死期が迫っているとわかったときに人生の最期を迎えたい場所として、約6割の人が自宅を希望している。その理由としては、「自分らしくいられる」「住み慣れているから」が挙げられており、在宅医療の重要性が示唆されている。今回、自宅看取り希望で自宅療養していたがサービス導入を希望せず、最期の時まで一人で自室に閉じこもることを望んだ患者とのかかわりの中で、考える機会を得たので報告する。尚、倫理的配慮は日本医学会の倫理指針に則り個人情報に配慮した。

【症例】70代男性：X年2月に食思不振と衰弱で救急搬送。その際著明な汎血球減少を認め骨髓異形成症候群と診断された。化学療法を開始したが治療途中に発熱等により受診できなくなり、BSC方針となった。X年5月には予後3か月程度と言われた。X年6月の初診時に患者は、「どうせ3か月で死ぬなら嫌なことはしたくない。最期は家で過ごしたいがほっといてほしい。家族は悔いが残るかもしれないけど僕のことを優先してほしい。」と話され、家族は、「頑固な人だからしょうがないと思っている。本人がしたいように。」と話された。サービス導入は拒否されたが月に1回の訪問診療はしぶしぶ了承された。その後体調の変化に伴い訪問看護導入となったが直接的なケアは行えず、安否確認と家族のフォローを継続していた。初診から1か月後の日の朝、家族が自室で息をしていないことを発見した。

【考察】当初はサービス導入し、自宅看取りに向けた体制作りができるように働きかけていた。しかし患者との対話を重ねる中で、自室に閉じこもることを選択しそれを実行している姿こそ患者の自分らしさなのではないかと考え、主治医や訪問看護師、家族とも共有した。理想的な看取り方とは異なっていたかもしれないが、患者は最期まで「自分らしさ」を貫くことができ、それは在宅医療だからこそできた支援方法であったのではないかと考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り2

P-1-30

在宅医療における有床診療所の役割

—終末期入院患者様が抱く不安解消のための多職種連携—

野中 洋平	ノナカ ヨウヘイ
田中 武則	タナカ タケノリ
金森 隆成	カナモリ タカナリ
黒岩 義之	クロイワ ヨシユキ
市村 篤	イチムラ アツシ
邑山 美奈子	ムラヤマ ミナコ
望月 順子	モチヅキ ジュンコ
鶴岡 祐介	ツルオカ ユウスケ
加藤 晶子	カトウ ショウコ
鈴木 美樹	スズキ ミキ
医療法人社団和啓会	メディクスクリニック溝の口

【はじめに】

本発表は日本医学会連合「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」に従い発表する。

当院は神奈川県川崎市高津区に位置し、16床の病床を有する有床診療所として、訪問診療・外来診療とともに入院の受け入れを行っている。本件では、訪問診療を行っている患者様が当院に入院をした経緯等について報告するとともに、一例として、身寄りがなく経済的に不安を抱えていた終末期の在宅患者様に対する、当院および関係各所の対応について、事務職の立場から報告するもの。

【症例】

80代、男性、大腸がん末期、地域の基幹病院からの紹介を受け、2023年10月より訪問診療を開始し、2023年12月に当院へ入院、同月にご逝去となった。患者特性としては身寄りがなく、生活保護受給要件に満たない境界域の経済状況であったことが挙げられる。訪問診療を開始する際にもその経済状況から、出来る限り介入を遅らせてほしいとの本人からの意向もあった。その後、状態の急激な低下により入院となったが、その際、訪問看護ステーション、ケアマネージャー、地域包括支援センター、患者様の死後事務委任契約を請け負っている行政書士、患者様居住地の行政機関、当院所在地である川崎市高津区など、様々な関係者の協力のもと、患者様の入院からお看取り、ご葬儀の手配、埋葬までを行うことができた。

【考察】

今後、在宅医療を行う上で、身寄りのない患者様や経済状況に不安を持つ患者様への対応に直面する機会も訪れるものと考えられる。その際、患者様を取り巻く環境に起因する問題を、患者様ご自身だけで解決することや、クリニック単独で解決することは困難であり、行政を含めた多職種の連携が必要不可欠となる。

各担当者の立場の違いを理解し、権限や協力可能な範囲等を共有することで、一致した目的である「患者様に不安を感じさせない終末期の環境づくり」が可能になるものと思料する。今後とも、事務職の立場だからこそできる多職種連携に取り組んでいきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り2

P-1-31

終末期患者の望みを叶えるために私たちができること

衣川 涼子 キヌガワ リョウコ
医療法人社団そよかぜ

はじめに

当法人は内科、外科の外来診療をしつつ、機能強化型在宅支援診療所として80名超の在宅診療に携わっている。他院からの紹介で在宅へ新規導入となった患者を看取することも少なくない。今回、新規導入となった末期がん患者3症例に着目し、当法人の在宅看取りの体制がどのように機能したのかを考察する。倫理的配慮として、日本医学会の倫理的指針に則り個人情報に配慮した。

症例

73歳 男性 遠位胆管癌 多発肺転移：在宅約1週間

66歳 男性 腭頭部癌術後 偽膜性大腸炎：在宅約3週間

67歳 男性 湿潤性膀胱癌 リンパ節、肝、骨転移：在宅約3週間

考察

考察の結果3つのポイントで抽出した。

1点目に在宅療養相談室（以下在宅室）が前医と連携・調整役として重要な役割を果たしている。在宅室からの情報をもとに院内カンファレンスにてスタッフ全員で患者に合ったケアを共有し検討する。在宅でも前医と同様のケアを受けられる安心感が信頼関係構築につながる第一歩となったと考える。

2点目は医師と看護師が同法人内に在籍しており、最適な医療をリアルタイムで協議できる。支援体制が整っているため、前医からの治療を継続しつつ現状に合わせた柔軟な治療ができ、患者が諦めていた苦痛症状を早期に緩和できたと考える。

3点目に3人の医師が在籍し24時間365日対応できる診療体制である。夜間休日の急変時には看護師がすぐに当直医と連絡を取り迅速に適切な対応ができたことが患者家族に安心感を与え、信頼関係が築かれた。

柔軟かつ迅速に行われた治療により苦痛が緩和されたことで、その後患者が入浴や食事など自分の希望や挑戦したいことを口にできるようになり、望みが叶えられた。

最終的に3症例とも緩和ケア入院に頼らず、患者が望む在宅看取りが実現できた。強みを活かした質の高い医療体制を提供することで、満足度の高い結果が生まれることが再認識できた。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り2

P-1-32

訪問介護員でも、独居高齢者を穏やかにご自宅で看取ることができる

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】訪問介護の人間でも自宅で穏やかにを支えることが出来るのかを事例を通して伝えたい。看取りに苦手意識を持つ介護士は少なくない。そのために教育が欠かせないと実感している。

【症例】慢性関節リウマチ、腰椎圧迫骨折、胃癌、独居の90歳代のAさん（女性）

予防から介護度も徐々に上がっていったある時腰椎圧迫骨折が判り、主治医が独居は家で一人は無理だと判断し入院を勧めるも拒否。ベッド上の生活となった。遠方にいる家族は本人の意思に従い、自宅で延命を望まない本人の意思を通してほしいと支えてくれていた。看取りに不安の強い介護士たちの声に応え、エンドオブライフケア協会の援助的コミュニケーションの技術を伝え研修を行ってきた。苦しんでいる人は自分の苦しみをわかってくれる人がいると嬉しいこと、尊厳を取り戻すと自己肯定感自尊感情が芽生えるという事、たとえ「早く死にたい」という負のメッセージであっても、関わる我々が、解決できない事を否定せず受け入れ思いを聴いていくことが大切という内容を伝えた。反復と沈黙を訓練したこともあった。他職種との連携は困難を極めた。本人家族とヘルパーVS医療者のような形となったことが悔やまれる。異業種との連携と訪問介護にかかわるサービス提供責任者の仕事を世間に知っていただけでも何か変わるのではないかと考える。

【考察】丁寧に話を聞くと、自身の人生を振り返り、穏やかに過ごすことができたのではないかと考える。また、遠方の最愛の家族が帰省している間を選んで永眠された。介護士たちもそれを支えることができたと誇らしげであった。亡くなっていたらどうしよう怖いと言っていた介護士が、「家に居られて良かった」と言えるようになった。教育は大切であると実感している。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り2

P-1-33

人生会議で明らかになったそれぞれの思い

大場 恵利香	オオバ エリカ
林 洋平	ハヤシ ヨウヘイ
山本 美和	ヤマモト ミワ
作田 友乃	サクダ トモノ
入江 貴子	イリエ タカコ
川口 正美	カワグチ マサミ
大塚 和実	オオツカ カズミ

富山医療生活協同組合 富山協立病院

【はじめに】転倒、尿路感染を機に経口摂取ができなくなった症例。AHNを導入しなければ短期間で看取りとなる状態だった。人生会議を行ったが、施設の介護者、家族、医療者で意見が異なった。それぞれ本人を第1に考え尊重すべきものだった。今回それぞれの思いや気持ちを振り返ることで今後の人生会議の一助としたい。【症例】A氏、78歳女性。B施設入居中Y-7月に左大腿骨転子部骨折にてC病院入院。入院中に肺炎を発症。Z-1日家族と面談。肺炎の再発を心配し再発時は入院治療を希望。X年Y月Z日C病院を退院しB施設再入居。Z+1日初回訪問診療、歩行し食欲あり。Z+15日転倒後食思不振となる。尿路感染にて、抗生剤内服と施設での点滴治療を開始。Z+22日施設介護者と家族と話し合い、経口摂取できない場合は自然な看取りを希望されたため点滴を中止。その後2回ほど家族よりAHNの可能性を相談されたが、話し合いにてAHNは行わない方針となった。Z+34日施設にて看取りを行った。倫理的配慮として、施設、家族に了承を得て、日本医学会の倫理指針に則り個人情報の配慮を行った。また、研究者所属の倫理審査委員会の承諾を得た。【考察】家族は予期せぬ体調の悪化から代理意思決定を行い、自然な看取りを希望した。しかし死期が目前となり迷いが生じた。施設介護者は数年に及ぶ介護面での関りにより、徐々に衰弱していく本人と向き合っていた。経口摂取できなくなった時が本人にとっての最終段階でありAHNを行わないことが自然な看取りであると感じていた。医療者は経口摂取できなくなった場合はAHNの導入を行い、医学的な観点から継続や中止を提案する傾向にある。立場が違ふと意見も異なった。医療者は、家族の迷いを受け止め、一緒に考える機会と期間が必要だった。施設の環境や安全面への配慮も必要だった。その都度コミュニケーションを重ね、理解し合うことが重要。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り2

P-1-34

独居高齢者の看取りの経験

安田 冬彦 ヤスダ フユヒコ
安田花園クリニック

【はじめに】当クリニックは京都市右京区にて24時間在宅訪問診療を行っている強化型在宅療養支援所である。我々は居宅の癌末期、難病の患者を中心として看取りを行っており、開設後1年半で94件の看取りを経験した。我々は、自宅で最期まで看取る条件として、家族の存在が欠かせないと感じている。死期が近づくと、食事や排泄の介助、精神的な不安、夜間帯に一人になる時間帯があることが、独居の看取りを困難としている。今回、我々が経験した独居高齢者の看取りの経験を報告する。【症例】患者は81歳女性、S状結腸進行期に肺癌重複し、もともと肺気腫の既往もあったため、入院中からHOTが開始されていた。本人の強い希望で自宅へ帰宅となり、我々が訪問診療を開始し、自宅での生活の不安を軽減するために、24時間対応で訪問診療を行った。我々が訪問した翌日に、酸素を外して一人でトイレに行こうとして途中で動けなくなり、低酸素血症で危険な状態になっているところを訪問した看護師に発見された。そのため、家族に事情を説明し、訪問診療日に合わせて直接面談を行った。本患者は自宅へ帰ってきた方が気楽でいいと我々にはお話しがあり、しばらくは自宅で過ごしたいとお話しされていた。訪問の際にはACPの説明を行い、ご本人からは苦しくなったら病院へ入りたいと希望もあった。しかしながら、初回訪問から8日後、ヘルパーが朝に訪問すると呼吸停止していた。ご本人の強い希望で帰宅となったこと、自宅で姉妹と久しぶりにゆっくりお話しできたこと、我々から独居であるための夜間の急変などがあり得るとお話ししていたため、それほど動揺なく、独居での死を家族が受け入れいただいたように思われた。【考察】独居高齢者の訪問診療では、夜間の不安を軽減し、自宅のメリットとリスクのことを、患者本人とともに家族に時期を逸することなくお伝えすることが重要であると考え

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り3・家族ケア

P-1-35

【数値に依らない判断】 そこにある価値 制度では手の届かないところをサポートするために「自費サービス」と「有償ボランティア」を組合わせて「全人的ケア」を実現

高橋 佳代子 タカハシ カヨコ

一般社団法人看取りケアはごろも はごろもケアステーション

【はじめに】制度の枠でできないところに特化して、制度の隙間を埋める活動をしている。看護師・介護福祉士・社会福祉士・臨床スピリチュアルケア師などで構成される。命がわずかギリギリの現場で、訪問診療医の判断に救われたことを発表して、今後の在宅看取りケアに普及されたいと願って報告する。【症例】コロナ禍で3年間会えなかった余命わずかの妻を家で看取りたい夫からの相談。90代の夫が独り待つ家に、病院は退院を許可できなかった。私共が「全面的サポートします」と約束して最後の退院を許され、当法人の看護師が夫に付き添って提携する介護タクシーで退院することを決めた。

訪問診療医 「家に帰って、どれくらい生きられるか、わかりませんよ」

夫 「それでもいいです。家に連れて帰れたら充分です」

訪問診療医 「奥様がお家に帰ったら、何をしたいですか？」

夫 「お風呂に入れてあげたいです （即答…深い想い）」

退院後、訪問診療医が「いつ呼吸が止まっても不思議はない状態」であることを夫に伝え、夫は覚悟を示した。退院当日の夕方に訪問入浴の用意ができた。ケアマネジャーに「バイタル次第で入浴ができないことがあります」と言われたが、医師より「ご家族がしてあげたいなら何をしてあげても良い、それが正解です」と言われたと伝え、無事に入浴して頂けた。夫は目を細めて眺めていた。入浴後、親族が駆けつけて一晩ゆっくり過ごされ、翌朝お看取りをさせて頂いた。エンゼルケアを皆でさせて頂き、放出される命の熱を受け取って、全員が汗だくだった。ここまで自費サービス。1週間後、「毎日ひとりで寂しい」と訴える御主人の依頼で、有償ボランティアとして、落ち着かれるまで2週間、訪問させて頂いた。【考察】入浴時バイタルの結果で入浴させられなかったら、夫には悔いが残っただろう。訪問診療医の【数値に依らない判断】のお陰で、夫のスピリチュアルペインが癒され、皆が救われた。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り3・家族ケア

P-1-36

手紙を活用したグリーフケア

鈴木 忠広 スズキ タダヒロ
伊藤 陽子 イトウ ヨウコ
大森 香 オオモリ カオリ
澤 年子 サワ トシコ
生協ふたば診療所

【はじめに】 今回の演題は施設長の許可を得て個人情報に配慮した。当院ではグリーフケアとしてお悔やみ訪問を行っているが、コロナ禍では感染を考慮したり、日常業務に追われ十分に出来ていなかった。より良いグリーフケアを目指し現在取り組んでいるグリーフケア活動を報告する。【活動】 在宅死後半年後に、訪問診療に関わった職員が、患者と家族との思い出も記載した直筆の手紙と、訪問診療で撮影した写真と一緒に、介護していた家族の思いを知る目的に訪問診療に関するアンケートも送っている。2020年8月～2023年12月までに45件に送付し25件返信があった。アンケートでは約8割が医師・看護師が家族の精神的支えになり、訪問診療に満足と答えている。訪問診療の思い出や現在の心境等の他に、職員への感謝の言葉が書かれた手紙も送ってくれる家族もいる。直筆の手紙を送る事で残された家族のグリーフケアに繋がっている手応えを得られたが、一方で死後半年経過してもまだ悲嘆の中にある家族もあり、少しでもケアに繋がるように手紙を送る活動の他に、2か月に1回グリーフケアカフェ、訪問グリーフケアを行っている。自主的に希望される家族だけでなく、職員がケアが必要と思う家族には電話し利用を提案している。【考察】 訪問診療の期間だけでなく、患者死後も何かしらの形で職員が家族に在宅介護の頑張りを讃える事で、家族が「大変だったけど自宅で私達が最期まで看取る事が出来、これで良かったんだ」というやり遂げた充実感を得て患者の死を受け入れるきっかけになるのではないかな。また医療者から家族自身の存在が忘れられていない事が伝わる事で、家族への慰めとなり心のケアに繋がっているのではないかな。アンケートや手紙の返信には職員への感謝の言葉が多く、その言葉が患者、家族に関わる事が出来て良かったという医療者の自信や喜びに繋がり、職員のグリーフケアにも繋がっていると考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り3・家族ケア

P-1-37

わずかな時間しか関われなかった患者家族に対するグリーフケアの経験 ～継続した支援の必要性～

奥田 瑠里	オクダ ルリ
藤井 敬美	フジイ ヒロミ
川井田 佳美	カワイダ ヨシミ
内田 園弥	ウチダ ソノミ
津田 朋子	ツダ トモコ
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】当院は看護師によるグリーフケアを行っているが、関わりが短い患者家族へのケアにはハードルが高いと感じていた。今回、生前に53分しか関わることができなかった事例に対し、継続支援をすることによって悲嘆の回復を助けることに繋がったので報告する。【症例】患者は61歳男性、肺癌末期で入院。本人、妻より自宅療養を希望されたため、退院前カンファレンスを行い、退院後、当院訪問診療を行うことになった。しかしカンファレンスを行った日の夜、状態が急変、急遽翌日退院となった。当院の医師、看護師とともに介護タクシーにて帰宅したが、53分後に死亡確認した。予期せぬ突然の死による妻の悲しみは深いと予測し、死後77日目にグリーフケアを実施した。最初は表情が固く、「亡くなった時の状況を知っている人たちに会々と、思い出して辛い」と涙が止まらない場面もあったが、泣いてもいいこと、ご家族の思いで奇跡的に家に帰ることが叶ったことを伝えたところ、「胸のつかえが楽になったような気がする」との言葉があった。死後155日目に電話訪問を実施。「まだ辛い気持ちが戻ったりしています」と言われたが、「主人の事を憶えていてくれてありがとう」との言葉もあった。さらに死後約1年で電話訪問を行ったところ、「家で看取ることができたから今私も生きていくことができる」「1年も経って憶えてくれていたことが嬉しい」との言葉が返ってきた。この時点で前向きな発言や、看取りに対する満足感がみられていたが、死後約2年で手紙を送った。その後妻より、「皆様には生きていく力を引き出してもらえた」「夫のことを思い留めてくれてうれしい」「これからは素のままで生きていけたらと願っている」との返事があった。【考察】生前の関わりの長さや深さに関係なく、遺族の語りに傾聴し継続支援をすることで、悲嘆の回復を助け、前向きに歩んでいく事に繋げることが可能であると考えた。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り3・家族ケア

P-1-38

看取られた在宅死と看取られなかった在宅死-在宅医と警察医の経験-

山際 健太郎 ヤマギワ ケンタロウ
津在宅ケア診療所

【はじめに】訪問医療、居宅介護サービスを受けて在宅療養し、自宅で家族にお看取りされて死亡した場合（在宅お看取り例）と通院及び入院治療を続けて在宅療養しているが（もしくは全く医療サービスを受けずに）、予期せずして自宅で死亡した場合（在宅検死例）という二種類の在宅死がある。前者は在宅医が死亡診断書を書き、後者は警察医が死体検案書を書く。警察医も兼務している当院の上記二種類の在宅死の経験を報告する。本研究は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」に従い個人情報に配慮して行った。

【活動】救急隊は死後硬直がある場合、搬送せず、所轄の警察に連絡し、検視官と刑事課が犯罪性の有無を「検視」する。その結果、犯罪性がなく、病死が疑われる場合、当院がある地域では警察に協力する警察医が「検死」する。2014年5月から2024年4月までの10年間に経験した在宅お看取り411例に比べて、同期間に在宅検死例は842例と約2倍と多い。死因については在宅お看取りでは末期癌が多く、検死例では虚血性心不全の疑いが多かった。当院の在宅お看取り例の内、当院のかかりつけ患者をお看取りしたのは10例にも満たず、在宅お看取り例のほとんどが地域連携により病院、診療所、居宅サービス事業所、訪問看護ステーションより紹介してもらった事例であった。

【考察】在宅検死例の内、適切な多職種間の連携があれば、在宅医療に繋がった事例もあり、在宅医療に繋がられない現実を鑑みて、当院のある地域で在宅医療への周知啓蒙が大切だと実感した。一方、在宅検死例で全くの医療サービスを受けずに自宅で死亡したが、遺族も納得している場合もあり、人生の最期の迎え方として尊重すべきと考えられた。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り3・家族ケア

P-1-39

ビジネスケアラーを支えるケア （予測される自責の念を最小限にとどめる取り組み）

大島 文子 オオシマ アヤコ
野中 洋平 ノナカ ヨウヘイ
金森 隆成 カナモリ タカナリ
田中 武則 タナカ タケノリ
医療法人 和啓会 メデイクスクリニック溝口 病棟看護師

はじめに

近年ビジネスケアラー、いわゆる働きながらケアする人が増加し誰もが介護とかかわらなければならない大介護時代が2025年に到来するといわれている。

近年ビジネスケアラーを雇用する経営者は起業経営と介護両立支援に関する検討会を行う企業も増えている。その中で患者の家族、特にビジネスケアラーの関わりで心の負担を減らし支える重要性を症例を通してここに報告したい。日本医学会連合倫理委員会の方針に沿う対応をとった。

症例 80代女性（A氏） 当院訪問診療在宅患者 キーパーソン 次女 遠方居住（電車2時間圏）今まで同居、キーパーソンの長女が半年前に自宅で病死 次女がキーパーソンになる

往診時 発熱症状ありインフルエンザA陽性判明

感染中次女が在宅で介護していたが2日後、状態悪化し当院入院となった。

症例とケア

次女は母の状態悪化を目の当たりにし死を意識し始めていた。仕事をしなければならない心配。

と姉の死後まもなく母も死んでしまうかもしれない不安があった。

医師 休日以外電話で状態報告

看護師 工作中的連絡先、所在確認

次女居住地から当院までの交通機関 時間の共に確認した。面会時、次女の思いを傾聴 長女（姉）の死について喪失悲嘆の程度の確認把握

考察

仕事を持つ次女が母の介護にすべての時間を費やすこと事が出来ていなかった。そして実姉の死からまもなく悲しみの淵にもいた。母に思うように関わっていない事や母の死への喪失不安を抱いていた。安心して仕事へ行く事や終末期の関わりができるように看護師が紡ぐことで今後予測される自責の念の軽減に務められたと考える。結果、次女は母の死後、当院スタッフに自分の気持ちを素直に表出し強い不安言動は聞かれなかった。今後増えつつあるビジネスケアラーを支える医療者の関わりの重要性を感じここに報告したい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 看取り3・家族ケア

P-1-40

在宅看取りの質向上に向けた葬儀学習会の取り組み

西山 めぐみ ニシヤマ メグミ
SOUシニアケア株式会社

【はじめに】当法人グループは葬儀社を有している。当訪問看護ステーションでは年間15件以上の在宅看取りを実施している。グループ内に葬儀社がある事は利用者や家族が良い印象を持たないのではという職員の懸念があった。しかしターミナルケアでは、死後の手続きや葬儀などの死後に関する不安や疑問を尋ねられることも多く、看護師が葬儀の知識を持つ事は利用者や家族の不安の軽減に繋がるのではないかと考えた。そこで葬儀に関する研修会を実施した。受講後は利用者や家族の疑問に答えることができただけでなく訪問看護師自身が、死後の利用者と家族の状況に思いを寄せることができるようになり、ターミナルケアにおける職員の不安や戸惑いを軽減できた。

【活動】当法人グループ内葬儀社に訪問看護師の在宅看取りの取り組みを説明し、葬祭コーディネーターによる葬儀の勉強会を開催した。訪問エリア内の葬儀場を会場に、葬儀場の見学、遺体の安置方法や死亡届の手続きの流れ、主な宗教の葬儀方法や死に対する考え方等の講義を訪問看護師が受講した。受講後のアンケートではターミナルケアに生かしたいという意見が得られた。

【考察】死後の家族への支援は訪問看護師の大切な役割である。終末期がん患者の在宅療養で家族介護者は「看取り後の葬儀について予期的に不安を抱く」という困難を体験する。死が間近に迫る中、家族は悲しみ的一方で死後の準備も考えなくてはならない。訪問看護師は最期の時に向かい家族の精神的支援を実施しており、家族にとって死に関する相談をしやすい立場にある。しかし、訪問看護師が死後の具体的な手続きや葬儀の知識を得る機会は少ない。訪問看護師が葬儀や死にまつわる事柄を学び、死後の利用者・家族の状況に思いを寄せ、死後の準備に関する助言ができることは利用者や家族の不安軽減につながり、ターミナルケアの質向上に効果があると考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 保険制度・医療制度・事業所経営・経営

P-1-41

在宅移行後からでも間に合う労災障害補償年金・障害年金の申請について

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

【はじめに】 労災障害補償年金や障害年金などの公的制度は、受給資格があっても申請が無ければ受給できない。通常これらの申請には長期の時間を要する。末期癌の方が緩和ケア方針となり在宅診療が開始された場合には、予後が短く、これらの年金制度が利用できる可能性があったとしても申請ができないケースが多い。そもそも制度自体の認知度が低く、医療者から本人家族に情報提供されることもないことも多い。当院では、「お金」に関することも患者家族の療養生活を支える大きな問題と捉え、積極的に相談に乗り、場合によっては代理人として申請手続きまで行っている。2022年から僅か2年足らずで経験した症例を報告する。

【症例】

(1) 悪性胸膜中皮腫 60代男性 退院当日より訪問診療開始 17日目に死亡

約40年前の業務中アスベスト使用歴あり。労災支給請求を行い、支給決定受ける。

(2) 悪性腹膜中皮腫 60代女性 訪問診療開始32日目に死亡

約40年前に建設会社現場事務所勤務歴あり。労災申請を行う。(審査待ち)

(3) S状結腸癌 40代男性 退院当日より訪問診療開始 25日目に死亡

障害年金代理申請（審査待ち）

(4) 子宮頸がん 30代女性 訪問診療開始11日目に死亡

障害年金不支給決定に対する不服申立（審査請求）を行う。

【考察】 当院のように小規模なクリニックでも、悪性中皮腫の労災申請、末期癌の障害年金申請を僅か2年の間に数件行った。全国的に見れば相当数が該当するのではと考える。本来、診断した病院で適切な情報提供が行われ、社会保険労務士などの専門家に繋ぐことでより円滑に申請手続きが行われるのが理想ではある。しかし現状はそうになっておらず、看取り段階で在宅診療が開始されるケースも多い。医療者としてまず制度を知り、適切に情報提供することが必要と考える。

症例報告にあたり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に従って実施した。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 保険制度・医療制度・事業所経営・経営

P-1-42

豊田加茂医師会会員の意識調査（2023年度調査）と医師会活動

柴原 弘明 ¹	シバハラ ヒロアキ
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
野場 万司 ¹	ノバ マンジ
渡邊 真 ¹	ワタナベ マコト
大野 政彦 ¹	オオノ マサヒコ
近藤 貴史 ¹	コンドウ タカフミ
平山 眞彦 ¹	ヒラヤマ マサヒコ
加藤 千博 ¹	カトウ チヒロ
亀井 秀弥 ¹	カメイ シュウヤ
山本 勝 ²	ヤマモト マサル
永井 昌寛 ³	ナガイ マサヒロ
横山 淳一 ⁴	ヨコヤマ ジュンイチ

¹ 一般社団法人 豊田加茂医師会

² 名古屋工業大学名誉教授

³ 愛知県立大学

⁴ 名古屋工業大学

【目的】 豊田加茂医師会会員の意識調査の検討。【方法】 2023年11-12月豊田加茂医師会全A会員220名（前年度215名）へ紙面とGoogleフォームで調査。【結果】 有効回収数141件（136件）、有効回収率64%（63%）。紙面92件（105件）、Google 49件（31件）。①在宅医療：在宅看取りあり72%（65%）。訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所への評価：助かっている44%・35%。②認知症：患者割合79%（77%）。③老衰の死亡診断書：記述経験あり23%（19%）。④アドバンス・ケア・プランニング（ACP）：行っている59%（49%）。⑤当医師会の地域包括ケア研究会「豊田加茂ウェルビーイングネットワーク」の各テーマへの自由記載。緩和ケア：医師の認識に差。嚥下栄養：在宅での嚥下評価と訓練の指導。リハビリ：リハビリ職種との連携。地域作り：行政との協力。⑥コロナ診療から得た考え：正しい情報の理解と活用46%・患者ニーズ多様化へ柔軟な対応39%。⑦医療デジタル・トランスフォーメーション：積極的推進15%（13%）、徐々に推進45%（43%）。⑧虐待：外来在宅で患者・家族から虐待に関し聞いたことがある11%・ない89%。⑨ハラスメント：患者・家族からハラスメントを受けたことがある17%・ない82%。⑩Business Continuity Plan（BCP）：取り組んでいる12%・取り組んでみようと思う36%。【考察】 会員は多職種連携を意識し、医療のデジタル化、患者対応の多様化・柔軟化に前向きに対応していた。本調査の限界性として、回答率6割を超えるも回答を得られていない会員の意識までは把握できていない点がある。回答を得られていない会員の意識実態をも見据えつつ、きめ細やかな医師会運営に努めていきたい。なお、本発表では当医師会活動に関しても報告する。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 保険制度・医療制度・事業所経営・経営

P-1-43

独居生活者に対する在宅での看取りの現状と取り組み

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】 全国世帯を対象とした国民生活基礎調査（令和4年）では、単独世帯が全世帯の32.9%と最も多く、65歳以上の者の家族形態においても単独世帯が873万人（65歳以上の者の21.7%）と年々増加していた。一方、治る見込みのない病気になった場合、多くの国民が最期の療養場所として自宅を希望している。自宅看取りを希望する独居の方に対して、その希望を叶えるために取り組むことは大きな社会的課題の一つである。今回、当クリニックでの独居生活者に対する在宅での看取りの現状を後ろ向きに検討した。【方法】 2023年11月までの過去3年間で、当クリニックで訪問診療を行った独居の方で、訪問診療継続中および入院加療となり今後の療養場所が未定の患者を除いた38名を対象に、最期の看取り場所について検討した。【結果】 自宅での看取りとなった方が9名（23.7%）、当クリニック併設の在宅療養支援病床で看取りとなった方が7名（18.4%）であった。自宅での看取りとなった9名のうち、癌末期状態の方が5名、要介護4/5の方が5名であった。【考察】 比較的重度の独居生活者でも自宅での看取りは可能であった。在宅診療の場でも病床を併設することで、独居の方も安心して自宅で療養できる可能性がある。当クリニックでは独居の方の自宅での看取りの条件として4つを提案し取り組んでいる。①本人が自宅看取りを望んでいること。②周囲も本人の思いを尊重すること。③点滴などせず自然な看取りを行うこと。④「亡くなる瞬間を誰かが看ていなくてもいい」ということを理解していること。今後さらに在宅診療を必要とする独居生活者は増加することが予想される。多死社会に直面している現在において、独居でも自宅で最期まで暮らしたいと希望される方に社会全体で支援体制を構築することには大変重要であり喫緊の課題である。発表にあたり個人情報の取り扱いには十分配慮した。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 保険制度・医療制度・事業所経営・経営

P-1-44

在宅療養支援診療所における女性医師の採用とキャリア支援の事例

堀田 豊 ホッタ ユタカ
医療法人みどり訪問クリニック

【はじめに】

女性医師が出産や育児などを契機として、復職へのハードルが高くなったために、家庭で育児に専念せざるを得ないケースが一定数存在する。ライフワークバランスを保ちながらキャリア形成を進めるのが理想であるが、それに適う職場環境や支援策が遅れているのが実状である。当院としても安定的な医師採用を課題としていたこともあって、女性医師が働きやすい職場環境の構築とキャリア支援体制を充実させることで女性医師の採用を促進し、課題解決に結びつけることとした。

【活動内容】

女性医師の復職を困難にする要因として、就学前の乳幼児の子育てや配偶者の転勤、休業期間に日々変化していく医療現場への適応不安などがあげられる。また、厚生労働省のアンケート結果によると、子育てと勤務を両立するために必要なものとしては、「職場の雰囲気・理解」「勤務先もしくは周辺に託児施設がある」「子供の急病等の際に休暇がとりやすい」「短時間勤務制度の有無」があげられている。これらの点を重要課題として取り組むことにした。具体的には、当直免除や時短勤務、時間単位有給取得制度の構築、テレワークの導入、社会保険適応条件の拡大なを実施し、院内外に対してその取組状況を発信した。

【考察】

女性医師の主な入職理由であるライフワークバランスを保つ働き方が実現できるための環境整備を行った結果、当院全体の医師数11名のうち7名が女性となり、女性医師の比率が高まった。また、2023年の医師入職者は4名中3名が女性であったことから、女性医師に向けた取り組みと発信が奏功したといえる。今後は、少子高齢化による労働人口の減少も視野に入れて、人材確保と育成に、より注力していく必要があると感じている。将来的には、女性のみならず男性の育児休業も推進するなど、柔軟な組織づくりをしていきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 保険制度・医療制度・事業所経営・経営

P-1-45

訪問看護事業所管理者対象の「経営安定のヒントを得る交流会」の成果と課題

小松 妙子 ¹	コマツ タエコ
齊藤 美恵 ¹	サイトウ ミエ
山岡 栄里 ²	ヤマオカ エリ
高瀬 浩 ³	タカセ ヒロシ
菅原 育子 ³	スガワラ イクコ
浅石 梨沙 ³	アサイシ リサ
木内 亜紀 ⁴	キウチ アキ

¹ 西武文理大学看護学部

² 人間総合科学大学保健医療学部

³ 西武文理大学サービス経営学部

⁴ 地域ケアステーション ゆずり葉

【はじめに】訪問看護事業所は医療的ケア児やがん終末期高齢療養者等、すべての年齢・疾患・状態にある療養者及び介護者に看護を提供している。そのため事業所の経営安定と事業継続は、在宅療養者や介護者の生活や健康の維持に不可欠である。しかし、経営収支は黒字が3割から4割、新規開業事業所数の半数程度が休止・廃止の状況にあり、この傾向は二次医療圏の地方都市型と過疎地域型の事業所に多い。そこで、A県地方都市型及び過疎地域型の事業所管理者287名を対象に、「経営安定の鍵をともに考えませんか！」をテーマに、交流会を企画・実施した。本活動は、所属大学研究倫理委員会の承認（承認番号04N-N10）を得て実施した。【活動】開催日時は2023年3月3日（金）19:00開始、方法はZoomによるオンラインとした。前半は訪問看護事業所の安定的経営に卓越している管理者3名による話題提供、後半は質疑応答・意見交換とした。話題提供内容は、1. 変動する利用者の安定的確保に向けた工夫、2. 人財の確保・定着に向けた取り組みや工夫、多様な人財の活かし方、3. 自事業所の強みやPR法、訪問看護への理解を得るコツである。事前参加申込は22事業所25名、当日参加者は16名（研究協力同意は14名）であった。管理者経験年数は1年未満が3名、1年以上5年未満が5名等であった。「全体的な満足度」は、非常に満足が9名、ほぼ満足が4名等であった。「自身の仕事との関連性や日々の管理業務への役立ち度」は、大変参考になったが12名、ほぼ参考になったが1名等であった。特に役立った内容（自由記述）は人財の確保・育成が多かった。【考察】「全体的な満足度」や「仕事との関連性や日々の管理業務への役立ち度」は概ね高く、経営安定のヒントを得る機会として役立ったと考える。一方、参加者数は少なかったため、開催時期等再検討の必要性が示唆された。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 保険制度・医療制度・事業所経営・経営

P-1-46

在宅クリニックにおけるアフターコロナの臨床的検討

薄 亮太 ウスキ リョウタ
竹田 亮平 タケダ リョウヘイ
高橋 宏和 タカハシ ヒロカズ
中西 博紀 ナカニシ ヒロキ
東戸塚みどり在宅クリニック

【はじめに】

コロナウイルスのパンデミックにより、患者の医療における受療活動は大きく変化した。感染を避けるためや、医療機関のキャパシティの減少により、在宅医療の役割は大きくなった可能性がある。

【活動】

当院において、2020年3月から2023年3月に初診となった748症例を対象とした。症例は初診時期により年度ごとに4グループに分け、群間比較を行った。検討項目は、年齢、性別、主病名、訪問先施設、寝たきり度、PS、日常生活自立度、介護認定、患者紹介元、患者生存日数、死因、死亡場所とした。検討項目のうち平均年齢は高齢化する傾向にある一方、要介護度は減少する傾向にあった。

【考察】

コロナ禍を経て患者の訪問診療へのアクセスが向上したことにより、高齢者や比較的介護度の低い患者の割合が増加していることが示唆された。調査期間中訪問診療以外の医療環境も変化しており、本検討で結論付けることは困難だが、引き続きモニタリングおよび検討することが望まれる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 保険制度・医療制度・事業所経営・経営

P-1-47

『在宅医療の二階建てシステム』導入について

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

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】

地域における在宅医療の需要増加が見込まれているが、医師の都市偏在化や高齢化等で、夜間往診を含む24時間対応が課題になる。都会には夜間休日の当直代行サービスが存在するが、田舎の場合は独自のシステムを導入して課題解決する必要がある。

特に、癌末期や神経難病など医療依存度が高い場合、いくつかの医療機関が協力して24時間体制を構築することも考えられるが、電子カルテの問題や医療法の問題もあってなかなか実現できていないのが現実である。

そこで、大牟田市医師会で「在宅医療の二階建てシステム」を導入し、一定の効果を得られたので報告する。

【方法】

「在宅医療の二階建てシステム」とは、一階部分は、慢性期疾患など老人医療が中心の安定している患者を患者宅に近い診療所が主治医となるように割り振りを行い、重症化や夜間往診回数が増えた場合、二階部分である当院に紹介されるというシステムである。

なお当院は、大牟田市にある在宅医療メインのクリニックで、常勤・非常勤合わせて4名の医師が所属し、年間お見取り件数100件を超える地域最大の在宅クリニックである。

【結果】

休日に任せられるクリニックが存在するという安心感から、地域医療機関はスキマ時間に訪問診療を開始したクリニックが散見された。

【考察】

大牟田市は広大な土地で成り立っている。この範囲を一つ一つのクリニックが少しずつカバーし合う事で、市内全域を網羅する事が可能となり、そのためには医師会というまとめ役が重要となる。

今後、地域医療の課題解決モデルケースとなれるように、医師会、市役所、県と協働して活動を継続していく。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 精神疾患・認知症

P-1-48

精神科訪問看護ステーション職員が感じるストレス要因の検討と対応

山下 洋二 ヤマシタ ヨウジ
こころのホームクリニック世田谷

【はじめに】

精神科訪問看護はニーズがある一方で、看護師等支援者に特有のストレスや困難感がある。人材確保が課題となっており、当院でもスタッフの働きやすい環境作りを目指しどのような事例や状況がスタッフにとってストレスになるのか、対処方法としてどのようなものがあるのか検討した。

【活動】

当院スタッフ7名を対象とし、日々の患者とのかかわりの中でストレスになるものをストレスの大きさに関わらず付箋に記載し1人あたり最大10個までとして発表してもらい、9つにカテゴライズした（カッコ内は各カテゴリーでストレスとして挙げたトピック数）「訪問環境」（13）「ケアに対するもやもや」（10）「通常以上の配慮を要する人」（6）「家族対応」（6）「自傷他害」（6）「話の長い人短い人」（4）「関わりを求めない人」（3）「身体処置」（3）「関係機関との連携」（1）「その他」（1）各カテゴリーに対して月に1度ミーティングの場を作り、対処方法、過去の事例での成功例、失敗例などをスタッフ間で検討、共有を行った。一番トピックが多かった「訪問環境」は、大量のゴミがある、ペットのいる、暑い寒いなど空調設備が適していない等のトピックであった。対応策として訪問時の物品の工夫、訪問後のストレス発散方法として、運動をする、コンサートに行く等の意見が出た。

【考察】

これらをカテゴライズして一般的な対応を検討、共有を繰り返したことにより、検討の場以外でも自身のストレスを表現するスタッフが増えた。精神科訪問看護では明確なゴールが見えにくいことが多く、このあいまいさや不確実性のなかで辛抱強く心の変化に働きかけることが必要となる。その過程では、訪問者自身がストレスの存在を認識し、そのことを表現することが出来る環境になることが大切と思われる。その結果ストレスそのものは変わらないが、その影響を軽減できるようになる可能性があると考ええる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 精神疾患・認知症

P-1-49

精神障害者同士の夫婦の育児支援への精神科訪問看護の活用

小六 真千子¹ コロク マチコ

林 裕子² ハヤシ ユウコ

¹ 訪問看護・リハビリテーションセンター ななかまど中央

² 天使大学

【はじめに】我が国では、精神障害者が地域で生活するために福祉や医療などの支援が整備されている。そこで今回、精神障害者同士の夫婦への訪問看護の実際を紹介する。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。【症例】夫50代と妻40代の結婚1年目である。夫は20歳の時に妄想型統合失調症を発症した。その後、就労支援等を利用しながら社会生活を維持していた。妻は前夫の第1子出産後にDVを受け不安障害を発症した。二人は就労支援の場での出会い結婚し、妻の自閉症の長男と三人の生活を開始した。妻は第2子出産後に育児の多重課題へ対応ができず精神症状が再燃した。そのため、育児困難となり出産後20日目頃に自身で精神科主治医を受診し、訪問看護を導入した。妻の訪問看護は、助産師と精神科経験の看護師が複数名訪問を実施して、育児指導と症状の管理をした。また、夫も第2子を抱けない、オムツ交換ができないなどで症状が再燃した。そのため、出産後50日目に夫も育児に参加するために、精神科主治医に希望し訪問看護を導入した。夫への訪問看護は妻と同様の内容であったが、同時に頻回の電話相談を受けた。夫婦は、家庭生活を維持していたが、精神症状の安定に時間を要した。訪問3ヶ月目に妻の電話相談が頻回となり、訪問時に自殺企図行動や家族を殺したという妄想が出現し、看護師の判断で主治医に緊急要請し入院となった。訪問看護の介入は、夫婦の育児支援と、症状の悪化による育児放棄を未然に防ぐことができた。【考察】精神障害者自身が、自己の状況を認識しながら新たな家族との生活を構築するためには外部の支援を得ることが必要である。しかし、本事例のように夫も育児のために訪問看護を活用した事例の報告は見当たらない。今後、精神障害者における育児支援のために夫婦個々人の精神科訪問看護に新たな看護支援の構築が必要と思われる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 精神疾患・認知症

P-1-50

軽度認知症（MCI）患者への適切な対応に関する理解度調査 ～属性の違いにおける検討～

中俣 恵美¹ ナカマタ エミ
有末 伊織¹ アリスエ イオリ
岡本 加奈子² オカモト カナコ
西井 正樹³ ニシイ マサキ
出田 めぐみ⁴ イヅタ メグミ

¹ 関西福祉科学大学

² 宝塚医療大学和歌山

³ 人間科学大学

⁴ 大和大学白鳳短期大学部

【目的】超高齢社会を迎えているわが国では、認知症予防は重要な施策である。MCIから認知症への移行を予防するには、早期の段階で適切な対応が重要である。先行研究では、認知症全般に対する知識や認識の調査、研究は散見されるが、具体的な対応方法の理解度について調査、研究はほとんど行われていない。そこで、我々は2023年本学会で、MCI患者に有意に出現する症状に着目し、MCI患者への対応方法の知識に関する平均正答率が59.7%であり、認知症に関して正しい理解が十分でないことを報告した。今回、回答した対象者の属性による違いを検討したので報告する。

【方法】先行研究より得たMCI患者の症状であるICFにおける記憶、情動、対人関係、会話、日課の遂行の5項目に対する介入・対応方法について、文献（論文27・書籍6）より得られた適切とされる方法をもとに、介入・対応方法の知識に関する問い10問のアンケートを作成。回答は○×、自己記入形式とした。対象者の属性として性別、年齢を収集した。対応方法の知識の正答率を算出した。性別や年代別における正答数の違いの検討と属性による違いの検討をするため、マンホイットニーのU検定と χ^2 検定を用い、有意水準を5%とした。本研究は、研究倫理審査委員会の承認（承認番号18-33）を得た。（研究カテゴリーⅣ－A）

【結果】対象は、回答を得た180名のうち回答不備を除き174名。全体の正答数について性別、年代別による差はなかった。しかし、会話や情動に対する正答率は男性の方が女性より有意に高く（ $p=0.03$ ）、記憶に対する正答率は50～60歳代が有意に高かった（ $p=0.02$ ）。

【考察】性別や年齢による知識の差はなかったものの、性別や年齢で正答する項目に違いがある為、MCIの対応方法を指導、啓蒙する際には、対象者の属性を踏まえて行う必要性が示唆された。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 精神疾患・認知症

P-1-51

訪問診療における精神科医の役割：3症例の検討

市村 篤	イチムラ アツシ
黒岩 義之	クロイワ ヨシユキ
加藤 晶子	カトウ アキコ
鶴岡 祐介	ツルオカ ユウスケ
野中 洋平	ノナカ ヨウヘイ
金森 隆成	カナモリ タカナリ
田中 武則	タナカ タケノリ
南 陸彦	ミナミ ムツヒコ
医療法人和啓会 メディクスクリニック溝の口	

【はじめに】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・症例報告」に記載された対応をとった報告である。当クリニックは、常勤医6名（精神科1名）が在籍する。訪問件数は、年間1000例（施設850、在宅150）である。施設での訪問診療において、精神科医の助言が効を奏した3症例について報告する。【症例】症例1（80歳代、女性）。60歳頃から幻覚妄想のため、ウィンタミン等で治療を受け、78歳頃から歩行が不安定となり、転倒を繰り返すようになった。薬剤性パーキンソニズムと診断、徐々に抗精神病薬を減量した。筋固縮、振戦、疲労、疼痛が改善、歩行も改善した。症例2（90歳代、男性）。踊りだすような手踊り動作が止まらない、物の収集行動（ティッシュペーパーなど）、夜間にカーテンや窓を開けたりする。廊下で立って、両手を振りながら「10億円、〇〇でございます」という演説を繰り返す。このような認知症に伴う異常行動に対して、クエチアピン75mgとオランザピン2.5mgの内服が奏効、異常行動はほとんど見られなくなった。症例3（80歳代、女性）。うつ病の為、A施設内で自殺未遂（縊頸）、精神科病棟のあるB総合病院に2か月間入院。退院後、C施設に入居。自殺企図歴のある者は、ない者の数百倍の自殺企図の危険性があり、精神科救急は制度上精神症状悪化時の入院先が見つかりにくい等の助言を行い、当クリニックでは内科のみの訪問診療を行い、入院先確保のため、精神科の通院は引き続き精神科病棟のあるB総合病院で行った。入居してから1年10か月を経過しているが、再自殺企図は起きていない。【考察】精神科医不在のクリニックでは、身体科的治療よりも精神科的治療が主体の場合、独居等で家族の支援が得られにくい症例や65歳未満の症例は、クリニックで抱え込まず、入院のできる精神科病院との連携が重要である。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 精神疾患・認知症

P-1-52

精神科訪問看護における、多職種による認知行動療法（CBT）の実践

高野 かさね タカノ カサネ
こころのホームクリニック世田谷

（はじめに）

不安症やうつ病に対し、認知行動療法（CBT）の効果は実証され、治療ガイドラインにおいて第一選択に推奨されている。在宅療養者は基礎疾患の二次障害としても、不安や抑うつを合併することも多い。また、不安のため外出できない患者に対して、訪問でのCBTのニーズが高い。また、訪問看護は面接時間が取れることや医療保険で行えるため、CBTの実践の場として適していると考えられる。

今回は、精神科訪問看護において、看護師やPSW（精神保健福祉士）が心理師と協働し、CBTを行った活動を報告する。

（活動）

対象：うつ病、パニック症、恐怖症、統合失調症各1名

方法：

- ①CBTの院内勉強会（セッション動画等）
- ②マニュアル作成（実施内容は「不安とうつの統一プロトコル（UP）」を使用）
- ③心理師による、訪問前の打ち合わせと訪問後の振り返りを実施
- ④外部講師によるスーパービジョン

結果：パニック症および恐怖症の患者は、数年来のひきこもり状態から外出ができるようになった。統合失調症の患者は、適切なコーピング行動が増えた。うつ病の患者は自身の考えを俯瞰的に考えられるようになったと語っていた。看護師・PSWの感想：目的や内容が明確でやり易い、患者の変化がありやりがいがある、心理師のフォローで軌道修正して学びながらできた、多職種の多様な視点が良かった、生活の場で行動実験を一緒に取り組めるメリットは大きいという感想の一方で、CBT実施への不安や自信のなさの発言もみられた。

（考察）

精神科訪問看護の現場で、チームを組んでCBTを実践することの実現可能性と有効性が示唆された。その一方で、看護師・PSWの通常業務は多種多忙であるため、CBTを習得しづらいことが現状である。実施者の負担を軽減するために、実践的なマニュアルの作成や教育システムをさらに整備していく必要があると考えられた。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 精神疾患・認知症

P-1-53

在宅医療の導入により、向精神薬を無投薬もしくは低用量投与で症状の改善を得た、高齢患者の症例報告

平 貴之 タイラ タカユキ

高野 洋輔 タカノ ヨウスケ

医療法人社団リカバリー こころのホームクリニック世田谷

【はじめに】

在宅医療の現場で薬剤の投与が果たす役割が重要なのは精神科領域でも変わらないが、認知症や妄想性障害といった疾病の罹患により、判断能力が低下している患者では内服の必要性が理解できず、投薬開始に難渋するケースは存在する。

今回我々は、多職種連携による在宅医療の導入により、無投薬もしくは低用量の抗精神病薬の投与のみで症状が一定の改善を得たケースを2例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】

症例1

80代女性、アルツハイマー型認知症。高齢姉弟で生活していたが姉弟ともに認知機能低下を指摘されていた。弟の身体疾患が重篤化したため入院治療と施設入所を余儀なくされたため、高齢独居世帯となった。訪問診療開始当初は診察に拒否的な様子が強く、バイタル測定もままならない様子だったが、本人の生活歴を丁寧に聴取し、定期訪問を継続する中で治療関係が構築でき、易怒性や拒否・拒絶が改善した。現在に至るまで無投薬である。

症例2

70代女性、妄想性障害。50代中頃から「隣人が嫌がらせをしてくる」という特定の妄想に悩まされていた。通院が困難となったため当院訪問診療導入となった。開始当初は診察時にも頻回の妄想の訴えが目立ったが、訪問看護の導入も行い、妄想を完全には否定せずに日々の生活の困りごとを聞き出していく関わりを続けた。投薬は介入当初から現在に至るまで低用量の抗精神病薬のみであるが、「先生や看護師さんがいらっしゃっている時は嫌がらせが減るように思う」と妄想の軽減を認めた。

【考察】

通常精神科外来では向精神薬の調整がケース対応の主軸となりがちだが、必ずしも投薬のみが患者の症状改善に寄与するものではないことを改めて学ぶとともに、多職種の適切な関わりが重要であることを示唆する事例であった。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 精神疾患・認知症

P-1-54

持続性注射薬で治療されている2型糖尿病合併統合失調症患者への精神科訪問看護の経験—30分で、何ができるか？

近藤 健治	コンドウ ケンジ
佐藤 実花子	サトウ ミカコ
柳澤 美穂	ヤナギサワ ミホ
氏居 みのり	ウジイ ミノリ
新見 まゆ子	シンミ マユコ
宮崎 真由美	ミヤザキ マユミ
石田 博子	イシダ ヒロコ
小林 誠子	コバヤシ セイコ
木村 尚美	キムラ ナオミ
加藤 正徳	カトウ マサノリ
水島 健	ミズシマ ケン
茂呂 勝美	モロ カツミ
松枝 啓	マツエダ ケイ
中田 賢一郎	ナカタ ケンイチロウ

医療法人社団さくらライフ さくらライフ錦糸クリニック

【はじめに】抗精神病薬を使用している統合失調症患者は一般集団に比して2型糖尿病の有病率が有意に高いことが知られ、その悪化防止は必須である。他方、抗精神病薬の内服アドヒアランス維持は再発・再燃を防ぐための主要な因子であり、この両者をどのようにして両立させるかが課題である。今回われわれは抗精神病薬、糖尿病薬ともに持続性注射薬によりコントロールしつつ、多彩な工夫を行うことによって精神症状、全身状態双方の悪化を防いでいる統合失調症患者への訪問看護を経験したので、これを報告する。なお、報告にあたっては個人情報保護に十分配慮し、各種倫理指針に則り行う。

【症例】10歳代で発症した女性統合失調症患者。主介護者の事情にて通院困難となり、X年当院介入開始された。当初より隔週の訪問診療、毎週の精神科訪問看護を実施しており、身体状況や内服薬の整理等を行っていた。X+5年、2型糖尿病覚知。経口糖尿病薬が開始されたが、病識なく内服アドヒアランスが保てず、偏食であり、かつ、看護の時間にて運動なども行えなかったため、X+15年にはHbA1cが10台となった。同年、持続性注射薬であるパリペリドン（当初は1ヶ月製剤、のちに3ヶ月製剤）と週1回のデュラグルチド注射を開始。これにより内服薬の確認に割いていた時間が大幅に削減され、訪問看護では日々食べたものを記載してもらう食日記のフィードバックと、動画を用いた運動に時間を割けるようになった。徐々にA1cは低下していき、6台となった。

【考察】持続性注射薬に主剤を切り替えたことにより、内服アドヒアランスに向けていた時間と労力を、栄養指導や運動の実施などに充てることができ、糖尿病の悪化防止に寄与した。短い訪問看護の時間で何ができるかを模索し、医師との連携により様々な検討を行うことが重要であると考え。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 精神疾患・認知症

P-1-55

在宅で行ったリチウム中毒管理の一例

大関 理宏 ¹	オオゼキ マサヒロ
小澤 泰典 ¹	オザワ ヤスノリ
小野 泰平 ¹	オノ タイヘイ
細谷 真司 ¹	ホソタニ シンジ
茅野 美由里 ²	チノ ミユリ
長谷川 優子 ²	ハセガワ ユウコ
吉田 佳子 ²	ヨシダ ケイコ
大竹 恵 ²	オオタケ メグミ
庵跡 麻衣 ²	アンセキ マイ
徳増 孝明 ¹	トクマス タカアキ

¹ 一般社団法人ポローニア おおぜき医院

² ゆうあ訪問看護ステーション

【はじめに】在宅医療ではキーパーソン不在等の環境的な要因によって、精神科入院のハードルが高い場合がある。本症例は精神科領域に長けた訪問看護師との密な連携でリチウム中毒の管理を在宅で行った症例である。【症例】X-10年に双極性障害の診断となり、併存疾患として高血圧症と糖尿病も含めて精神科病院で通院加療されていた。X年8月頃から急激にADLが低下し、複数回救急搬送されるも原因となる器質的な疾患は指摘されず、自宅内療養されていた。完全独居でキーパーソン不在の為、生活困難事案で地域包括担当者より訪問診療の依頼となり8月Y日より訪問診療の介入となった。初診時より自宅内で臥床されており振戦、固縮、運動失調が中心であった。血中リチウム濃度は2.94 mEq/Lと高値を示していた。夏季の脱水が契機となり、長期間のリチウム製剤の使用とACE阻害薬の併用によるリチウム中毒と診断した。循環動態、腎機能は保たれており、原因薬剤としてリチウム製剤、ACE阻害薬を中止し、連日の末梢静脈路より生理食塩水投与を行う事で管理した。Y+8日目のリチウム濃度は0.38mEq/Lであり、神経学的異常所見は消失していた。現在はADLも拡大し、自立した生活を送っている。【考察】リチウム中毒は精神科領域では比較的遭遇する事の多い症例ではあるが、在宅診療で安全な管理を行う為には看護師の協力が必須である。本症例が在宅で管理出来た理由として、訪問看護師のリチウム中毒に対する疾患理解が深かった事、循環動態が維持されていた事と考える。本症例は迅速な対応によって不可逆的な神経学的後遺症を残すことなく経過した。しかしながら、全身状態を把握し、入院管理が妥当であると判断した場合は速やかな入院調整が必要な事も忘れてはならない。本症例は倫理的配慮として、日本医学会の倫理指針に則り個人情報に配慮した。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携1

P-1-57

転職2年目の在宅診療PAが行った活動報告とその考察

～異業種（中高一貫校国語教師2年／大企業向け研修営業5年）出身による多職種連携の軌跡～

白川 大晃 シラカワ ヒロアキ

守上 祐樹 モリカミ ユウキ

医療法人双樹会守上クリニック 在宅診療部

【はじめに】

◆当院での在宅診療PAへの期待役割

「医師のアシスタント」に加えて、「医療と各方面（多職種/患者さん/キーパーソン）との架け橋」となること。

◆「顔が見える関係」の定義

「顔と名前と期待を互いに知っている関係」と定義し、その関係を目指した。

◆基本スタンス

免許がないとできない仕事はお任せする代わりに、無免許でもできることはこちらで引き取るスタンス。

【活動】

◆「期待の把握」「在宅診療PAのスタンスの発信」を重要項目とした。

①ケアマネジャー/訪看に向けたアンケート（3月頃～5月頃）

（患者さん/キーパーソン/院内職員向けのアンケートも同時期に実施）

②各勉強会への参加（6月～）

③ケアマネジャー/訪看対象の交流会主催（7月）

④近隣の高度急性期病院のソーシャルワーカーとの面談（7月）

⑤在宅診療部通信の発行（9月～）

※CM/訪看以外にも連携先はあるが、活動の走り出しということもあり、連絡頻度が高い職種を選択した。

【考察】

この活動の中で一番重要だと感じたことは、「自らの役割を全うしようとする姿勢」である。活動報告の中で「顔が見える関係」を目指したと記載したが、極論顔は見えなくても、それぞれが役割を全うすれば問題はないし、その姿勢が信頼の源泉になる。

ただし、「役割を全うする」というニュアンスには各人のギャップがあり、そのギャップを埋める段階で、「顔の見える関係」であることは重要であろう。そして、その段階では「他人への関心」と「自己開示」が非常に大切であると感じている。

現場では、「どうしても理解し合えない他人同士」が連携をして、患者さんをケアしていく。その中で、自分とは違う他人を理解するのは苦しいが、スタンスや価値観を知ることにはできる。それらを互いに知っているという状態が、よりより多職種連携において生きてくると考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携1

P-1-58

居宅療養管理指導による処方の一元管理で院内処方の禁忌薬を回避、通院先調整に介入した事例～かかりつけ薬局の意義～

武田 浪弘¹ タケダ ナミヒロ
岡 豊香¹ オカ トヨカ
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 株式会社フレディ タカノ薬局

² 昭和薬科大学

【はじめに】在宅療養患者の中には、介護者の助けを借りて病院へ通院し、薬の管理に不安がある為、医師の指示のもと居宅療養管理指導を実施する事がある。今回、院内処方の病院を含む複数の医療機関を受診している患者で、処方を一元管理する事で禁忌薬を発見し、中止する事が出来た。また、院内処方の病院から通院歴のある院外処方発行の病院へ通院先を統合する事で、介護者の負担軽減を図れた症例について報告する。【症例】後期高齢者で、疾患名：重症筋無力症、糖尿病、気管支喘息、心不全、多発性脳梗塞、骨粗鬆症など。生活状況：高齢の後見人が食生活や通院先への送迎などを介助。通院先は、A病院（3診療科）、B病院、内科医院、皮膚科医院、眼科医院と5医療機関7診療科を受診。自宅での服薬管理が難しくなり、居宅療養管理指導を開始した。ある時、B病院の院内処方に変更となり、服薬に関して後見人より相談があった。A病院の採血結果から腎機能が低下していた為、変更薬が禁忌薬に該当する事を、病院薬剤科を通して処方医へ報告、変更薬は中止となる。また、通院先が多く介護者の疲れが出ていた現状、処方を一元管理する安全性から、病院薬剤科を通して「通院歴のあるA病院への紹介を後見人が望んでいる事」を処方医へ連絡して、処方医の指示を受けA病院へと受診先を統合する事が出来た。その後、月2回の訪問看護が開始され、内科医院へ往診切り替え希望の連絡を行い、更なる介護負担軽減を図る事が出来た。【考察】本症例は、居宅療養管理指導を通して処方を一元管理していた為、禁忌薬を回避する事が出来た。また介護状況を把握する事で、通院先の統合、内科医の往診切り替えと介護者の負担軽減を図った。かかりつけ薬局は、地域の医療機関や介護事業所と連携する事で、患者の在宅療養生活をより安全で質の高いものへと変えられる機能を有すると考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携1

P-1-59

在宅療養者の処方適正化について～在宅医と薬局薬剤師の連携～

森元 将郎¹ モリモト マサオ
内山 敬亮¹ ウチヤマ ケイスケ
廣原 正宜² ヒロハラ マサノリ
串田 一樹² クシダ カズキ

¹ みんなの訪問薬局

² 昭和薬科大学

【目的】在宅医療は患者が住み慣れた環境で最期を迎える上で重要な選択肢である。薬剤師の役割は患者の薬物療法をサポートして自宅で安心して療養できるように支援することにあるので、薬局薬剤師と在宅医との連携は大変重要である。在宅療養者は多様な状態にあるので、服薬についても、薬剤師は患者の介護度、嚥下機能、家族状況、生活自立度等の評価によって処方を在宅医と共有する必要がある。今回、処方の適正化に向けた在宅医と薬局薬剤師の連携について報告する。

【事例】当薬局の在宅対応の中から、在宅医との連携による処方の適正化事例は、1) 経口で服薬できない患者には簡易懸濁による経管投与を選択するケースがあるが、すべての医薬品を粉碎する必要がないので、錠剤のまま簡易懸濁できる医薬品に処方変更。2) グラマリール細粒10%は水面に浮遊し投与が不可能であったとの家族からの相談を受けた訪問看護師からの相談が薬局にあり、薬局が介入してチアプリド錠「JG」の粉碎へ変更した。3) 在宅医から嚥下機能低下患者の錠剤（ナルサス錠）の粉碎確認があった。経済的理由から薬剤師の訪問はなかったので、患者は自己判断で簡易懸濁をした。4) 退院時処方を確認したところ、在宅医の記入漏れにより処方追加。5) 祝日に在宅クリニックから老夫婦で病院受診できないので薬を届けてもらえないかという相談。契約患者ではないが、緊急性があったので薬を届けた。以上のケースは、患者が特定されることなく配慮して、医薬品や調剤方法に関するケースを記述した。

【考察】在宅医療は、入院中の薬物治療から退院時処方、在宅の初回処方はすべて連続しているとは限らないので、記入漏れの確認だけでなく薬物治療の適正化の視点から薬局薬剤師の処方支援は意義のある業務である。このように、在宅医療は患者像、処方内容、調剤方法も多様で画一的な対応はないので、在宅医との連携は不可欠である。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携1

P-1-60

訪問リハビリテーションにおける失語症の利用者に対し多職種での介入によりQOL向上に繋がった1例-症例の意向を踏まえた援助-

樋尾 佑介 ヒオ ユウスケ
磯貝 恭兵 イソガイ キョウヘイ
加藤 大 カトウ ヒロシ
生川 乃右 ナルカワ ダイスケ
若林 りつ子 ワカバヤシ リツコ
藤田 みどり フジタ ミドリ
渡邊 麻里 ワタナベ マリ
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】失語症とは脳損傷の結果、言語に支障をきたしたものである。口頭言語だけでなく内言語にも影響が及ぶため、支援者は本人の意向を把握できず、主体的な援助が行えないことがある。今回、左前大脳動脈梗塞により、失語症や片麻痺を呈した症例を訪問リハビリで担当する機会を得た。初期では症例の意向を把握できなかったが、共通目標に基づき多職種で介入することで症例の意向に沿って援助できた。それにより、症例の生活意欲が向上したため、経過について報告する。なお、発表にあたり症例や家族に同意を得た。【症例】症例は80代女性である。X年、左前大脳動脈梗塞により右片麻痺、失語を発症し、A病院に救急搬送された。X+1月、回復期病棟に転院となった。X+3月、自宅退院し訪問リハビリ開始となった。初期では質問に対し短文での返答は可能だが、意向までは聴取できなかった。そのため、介護負担軽減を目標に多職種で介入した。在宅医は全身状態確認や服薬管理、管理栄養士は栄養状態や体重の確認及び指導、作業療法士や理学療法士は機能訓練や日常生活動作訓練の実施、介護支援専門員はサービス調整を中心に援助した。その結果、介入1日～25日：座位は安定した。介入29日～57日：車いすに移乗し、屋外まで移動できた。散歩中、症例は草花に興味を示した。介入59日～87日：症例より「外出したい」と要望があった。介入88日～136日：症例より「外に出たら近所の人と話がしたい」と発言が聞かれた。【考察】共通目標に基づき多職種で介入することで日常生活動作は向上し、車いすでの散歩が可能になった。外出することで過去の興味や嗜好との出会いに繋がり、生活意欲が向上したと考える。また、支援者との長期的な関わりにより、安心してコミュニケーションを図ることができ、自らの思いを伝えることができたと思われる。今後も本人の意向に沿って多職種で支援していきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター）多職種連携1

P-1-61

在宅リハビリ活動を踏まえた多職種連携勉強会の試み

安部 能成 ¹	アベ カズナリ
大石 春美 ¹	オオイシ ハルミ
鈴木 智子 ¹	スズキ トモコ
武田 寿彦 ¹	タケダ トシヒコ
三浦 正悦 ¹	ミウラ マサエツ
吉田 香織 ¹	ヨシダ カオリ
阿部 太哉 ²	アベ ヒロヤ
藤吉 健史 ³	フジヨシ ケンジ
大岩 孝司 ⁴	オオイワ タカシ
金田 諦應 ⁵	カネダ タイオウ

¹ 穂波の郷クリニック

² ピース訪問看護ステーション

³ 静岡済生会総合病院

⁴ さくさべ坂通り診療所

⁵ 曹洞宗通大寺

【はじめに】リハビリ部門に多職種を抱え、自前の勉強会を開催し易い病院などと比較すると、在宅リハビリ活動に従事する専門職の場合、所属職員の少数のため多職種連携勉強会の開催には困難な面がある。そこで在宅診療所をネットで繋ぎ、多職種が集合可能な定期的勉強会の開催を検討した。【活動】特定の在宅診療所をキーステーションとし、複数の在宅診療所をネットで繋ぐハイブリッド型多職種連携勉強会の開催を考案した。この方式では、時間設定さえ揃えれば距離的には無関係に施設間・職種間の連携を促進できる。そこで子育て中の女性が半分を占めることから、最大多数の集合が可能な時間帯を割り出した。頻度は隔月、保険請求業務に追われる月初めより月の後半に時間的余裕があり、週末より平日が良く、朝・昼・夕では夕の時間帯が良いこと等が判明したので、偶数月の第4金曜日の18:00-20:00に設定し、多職種連携勉強会を5回、開催できた。平均参加人数は12名（最低6名、最大25名）。事前にテキストを読んでおく方式が最大多数を集めたが、イレギュラーの第3金曜日開催の会の参加人数が最小人数となった。【考察】在宅リハビリの専門職は30代前半の既婚女性が半数を超え、家庭を持ちながら業務に従事している。これは、知識・技術の向上への意欲は高い反面、時間的制約が大きいことを意味する。その点、今回の時間設定は比較的参加し易い条件であったようだ。勉強会の時間設定がイレギュラーとなった会に参加人数が少なくなった点を反省し、定例会としてスケジュールを固定する必要性を再認識した。さらに、前半は講義形式、後半は質疑応答の形式、という要望が寄せられたので、今後の計画・立案に活用していきたい。多職種連携を主眼とする勉強会のテーマ設定も検討の必要がある。【謝辞】今回の多職種連携勉強会は公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成を得て行われた。

利益相反：無

一般演題（ポスター）多職種連携1

P-1-62

「チーム医療連携」における事務の役割

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】 当院は、医師2名・社会福祉士1名・事務7名の支援診療所である。看護師はおらず、重傷者を含む180名の患者の診療にあたっている。当院では、事務を適正に応じPA・医療事務・連携室事務に教育し診療をサポートしている。患者・家族に寄り添い、いかにして院内・多職種と連携しているかの活動を以下に記す。

【活動】 PAは、院内外と連携・情報収集をしながら翌日の訪問準備・運転・診療サポートや緊急訪問への対応にあたり、院内の事務への申し送りや物品管理や発注を行う。同行時に訪問看護やCMとの調整、文書処理や保険証確認、診療費の説明まで出来るのは事務ならではの強みである。当院では、医師は診察時に電子カルテ入力せず、移動中に電話で院内事務にディクテーションし帰院してから承認作業を行う。それにより、医師は診察に専念でき、処方箋の発行・薬局への指示が迅速になる。制度やコスト知識のある事務同士の申し送りにより算定漏れが少ないというメリットもある。連携事務は、新規受入、カンファレンスへの参加、契約等を担い、ITツールを利用しタイムリーな情報を発信・管理をしている。また、担当者会議に現地参加できない医師に代わり患者宅へ出向き、移動中の医師とオンラインで繋ぎ、多職種との連携に積極的に参加している。当院では、密に情報共有をし、皆でバトンを繋いでいくことにより患者一人一人の状態を把握することを目標にしている。在宅医療において事務の役割は多岐に渡るが、「チーム医療」の一員となれるよう疑問や不安も共有し日々の診療に携わっている。（当日は、写真を交えて発表）

【考察】 医療行為が行えない部分を、医師や看護ステーション等との密なコミュニケーションにより、いかに補っていけるかが課題であるが、事務ならではのスキルを活かし、院内外を巻き込み情報共有をしながら、在宅医療の質向上において大きな役割を果たせると感じている。

利益相反：無

一般演題（ポスター）多職種連携1

P-1-63

看護師とリハビリ職による複数名訪問看護でハイリスクな状況でもリハビリテーションを継続して行えた活動～複数名訪問看護制度の可能性を広げるチャレンジングな取り組み～

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】リハビリ職単独で訪問が困難な事例に対して医療保険の複数名訪問看護加算を利用することで、ハイリスクな状況下でも安全を担保しつつリハビリを継続できたため報告する。本発表は、学会の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】自施設では、がん末期の利用者や神経難病の利用者に看護師とリハビリ職が複数名訪問看護を利用し、互いの弱点を補い、高い専門性を発揮するように取り組んでいる。一例として人工呼吸器管理のALSの利用者を紹介する。経過とともに呼吸器設定を上げていったところ気胸を併発したが、最後は在宅で過ごしたいという希望に寄り添って在宅での治療が継続された。しかし、呼吸困難感の訴えが生じて、家族の疲弊や精神的負担も増大していった。そのため、効果的な呼吸リハビリテーションが必須であり看護師とリハビリ職の複数名で訪問した。気切管理や薬剤投与を要する場面もあったが、看護師のアセスメントにより安全性が担保された状況でリハビリ職がリハビリテーションを継続することができた。その後、医師からいつ亡くなってもおかしくないと告げられてから、車椅子で外出したいという切なる願いがあったため、看護師とセラピストで現場での実践とディスカッションを繰り返し、外出を実現した。【考察】在宅の利用者の状況によって、リハビリ職単独ではケアの職域を超えるハイリスクな状況や、看護師同士では専門職が行うような質の高いリハビリテーションが実現できない場合もある。一般的には医療保険の複数名訪問看護では安全面が重視されることが多いが、看護師とリハ職が連携することで、安全面に加え、互いの専門性を発揮し、利用者に対してメリットとなるようなケアを提供することができる。それは治療という側面だけではなく、ハイリスクな状態でも利用者の生活者としてのニーズに応えていけるということも含まれている。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携1

P-1-64

メディカルカンファレンス参加による保険薬剤師と多職種、保険薬剤師と保険薬剤師の繋がりについて

齋藤 進太郎 サイトウ シンタロウ
有限会社健康堂薬局

初めに

保険薬局の薬剤師が関わる居宅療養管理指導は、概ね薬剤師が単独で患家を訪問することが多く、多職種との連携不足があると患者情報を得る手段に限られる。また、保険薬局で勤務する上で、多職種が関わる在宅医療の情報連携の場に参加する手段も乏しいと感じている。そんな中、宮城県大崎地区において、定期的な多職種情報共有のためのカンファレンスが開催されており、そこへ長年定期参加した活動内容を報告する。

活動

宮城県大崎地区では在宅診療を受ける患者様の情報共有等を図るため、毎週金曜日に在宅医を中心としたメディカルカンファレンスが開かれている。参加する職種は医師、看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネージャー、理学療法士、保険薬局薬剤師と多岐にわたる。毎週、優先度、話題性の高い患者様を中心に情報共有が行われる。また、医師、看護師らによる薬物療法の疑問点の解消、保険薬局薬剤師側からは処方提案などが行われる。カンファレンス後半は在宅医らが抜け、保険薬局薬剤師同士の情報交換の場となる。

考察

これまで、保険薬局薬剤師を取り巻く居宅療養管理指導の状況は、薬剤師個人だけの活動では情報収集に限界があった。このメディカルカンファレンスに参加し情報共有を行うことで、患者様・及びその御家族様に対してより適切な対応が実施できるようになった。また、保険薬局の薬剤師の専門性を発揮し、医師ら多職種のメンバーにスムーズな情報提供と処方提案を行うルートができた。さらに、他の薬局薬剤師と情報交換を行い一体的な活動を行うことができるようになった。

利益相反：無

一般演題（ポスター）多職種連携2

P-1-65

在宅輸血における訪問診療と訪問看護間の連携

加藤 直美 ¹	カトウ ナオミ
野村 陸至 ¹	ノムラ リクイ
前川 典子 ¹	マエカワ ノリコ
岩下 美佳 ²	イワシタ ミカ
稲田 みえ ²	イナダ エミ
若松 詩織 ²	ワカマツ シオリ
正谷 知巳 ²	マサタニ トモミ
山田 毅 ²	ヤマダ 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】在宅輸血のガイドラインが整備される中、在宅輸血においては賛否の意見がある。佐藤らは医学的に輸血の必要性があり、円滑に輸血が行えるシステムが確立されれば、患者家族の負担軽減や緩和医療にもなると述べている。今回、X訪問看護ステーションで同法人の訪問診療と連携し、初めて在宅輸血を実施した。そこで本症例を通して、訪問診療と訪問看護の役割と課題について報告する。尚、本研究は研究施設の倫理委員会の承認（2023-3）を得ている。【症例】Y氏60歳代男性、胃がん末期、妻と二人暮らし。抗がん剤治療を継続していたが、著しいADLの低下と抑うつ状態で入院。その後在宅療養を希望、訪問診療と訪問看護を開始した。腫瘍からの出血で下血が持続、入院し輸血を2回施行したが、その後も貧血が進みY氏は症状緩和のため輸血を希望した。しかし自宅で過ごしたいY氏は、入院での輸血を拒否、Y氏の強い希望とY氏を支える家族の思いを尊重し、法人下で初めて在宅輸血を施行した。まず、同法人の訪問診療部が中心となり在宅輸血マニュアルを作成、訪問診療と訪問看護でシミュレーションを実施。輸血前準備および輸血開始から約30分以上は訪問診療部の医師と看護師が担当、輸血開始後60分から輸血終了後の状態確認までを訪問看護師が担当した。医療者の不在時、妻にY氏の観察および急変時の連絡を依頼、妻の不安軽減を図るために、時間的制限がある中、可能な限り医療者がY氏と妻を見守った。同様に在宅輸血を3回施行、在宅輸血開始後1ヶ月後に肺炎と心不全と診断され、Y氏と家族の希望で緊急搬送、5日後に病院で永眠となる。【考察】今回、在宅輸血において各々役割を遂行したことで、可能な限り自宅で過ごしたいY氏思いを尊重できた症例であった。安全で円滑に在宅輸血を施行するには、訪問診療と訪問看護間の連携に加え、家族の協力が不可欠であったと考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携2

P-1-66

A在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションの相互体験研修の試み

榛葉 汐里 シンバ シオリ

田代 真理 タシロ マリ

齋木 啓子 サイキ ケイコ

悠翔会在宅クリニック新橋

【はじめに】在宅医療では、訪問診療と訪問看護など多事業所間でチームを組むことが多い。在宅チームで目的を共有して利用者のQOL向上を目指した治療・ケアを展開していくためには、日頃からの密な連携、タイムリーな情報共有や意見交換できる関係構築が重要になると言える。今回、Aクリニックから訪問看護指示書を発行している訪問看護ステーションに対して、Aクリニックと訪問看護ステーション間でお互いの職場に赴き、1日見学研修を行うことで、相互の業務や役割の理解がはかれたので報告する。

【活動】Aクリニックにて、日ごろ連携している訪問看護ステーションに相互研修の趣旨を説明し、賛同の得られたステーションと1日見学研修を行うための調整を行った。2022年10月からAクリニック看護師と訪問看護ステーションの看護師で日程調整し、適宜研修を実施している。研修では、事業所のオリエンテーション、物品管理やスケジュール調整、電話対応、内部・外部の連携方法、緊急対応など業務内容の説明、連携の実際の見学、利用者の同意を得たうえでの同行訪問、医事課や診療アシスタントなどとのコミュニケーション、意見交換を1日で実施した。勤務調整が難しくまだ数名の試みではあるが、研修後は以前より他事業所の状況を想定して情報共有できる関係が構築できている。

【考察】相互1日研修の結果、各事業所の動きを知ることで、電話連絡のタイミングや方法、衛生材料や薬剤管理に対する早めの連絡・相談、ICT活用などの情報共有の方法やポイントなどを検討しやすくなったと考えられる。森田らは地域連携において【連絡しやすくなる】【誰に言えば解決するのかや役割が分かる】など顔の見える関係の重要性を述べている。今回、それぞれの業務内容や工夫、困りごとを相互に体験しながら知ることができたことで、他事業所との関係性が深まり、今後のスムーズな連携につながるのではないだろうか。

利益相反：無

一般演題（ポスター）多職種連携2

P-1-67

困難事例への対応

梅木 倫子 ウメキ トモコ
原田 典之 ハラダ ノリユキ
嶋田病院

【目的】救急外来において受診患者に占める高齢者の比率が高い。当院での2019年～2023年11月までの救急搬送患者11,872人のうち68%が高齢者（65歳以上）であった。地域包括システムの構築が進む中、頻回に救急搬送された患者の生活支援、セルフネグレクト（いわゆるごみ屋敷、孤立）等の患者の相談に対応する中で、介護保険未申請者、家族がいない若しくは遠方にいる、認知症の進行で相談先が分からない等の理由から困難事例が発生しているのではないかと考えられた。事例の振り返り、救急外来担当看護師が困難と感じている内容を分析することで、現状と課題を明らかにする。

【方法】訪問診療、定期的な外来受診に繋げた5事例のカルテより後ろ向き調査 救急外来担当看護師へ困難事例へのアンケート調査

倫理的配慮 所属病院の倫理委員会の承認を得た。承認番号 2023-02

【結果】5事例の平均年齢は77.4歳。相談先は、包括支援センター、行政、救急外来からであった。特徴として、認知症、心不全、肺疾患、がん等の疾患を抱えていた。サービスの拒否、自宅が不衛生な環境で清掃業者の介入や独居であり、疎遠な家族との対応等必要であった。多職種との連携を重ねていくことで、後見人の選択、介護保険でのサービス調整、訪問看護、訪問診療を導入することで意思決定支援、医療ケアが受けられる等在宅での生活を支援していた。救急外来担当看護師からは、特に夜間帯の対応、意思決定支援への困難さ等があげられた。

【考察】困難事例と判断された家族背景が複雑であった。事例の発見では民生員、介護支援専門員からの相談が突破口となり対応する割合が大きい、また、救急外来からの相談は緊急での対応の必要性が高い。ケースに応じた支援の方法のあり方を検討していく必要がある。誰もが相談できる整備体制、地域の中で多職種との連携を強めていく必要がある。

利益相反：無

一般演題（ポスター）多職種連携2

P-1-68

不登校児童に対する在宅訪問加療における多職種連携について

岩崎 千聖	イワサキ チサト
後藤 詩織	ゴトウ シオリ
小池 友香	コイケ ユカ
光井 万扇	ミツイ マミ
永井 司	ナガイ ツカサ
宮田 慎吾	ミヤタ シンゴ
駿河 望由紀	スルガ ミユキ
澁谷 佐季	シブヤ サキ
笹渕 真理子	ササブチ マリコ
沖田 美雪	オキタ ミユキ
植松 恵子	ウエマツ ケイコ
渡部 弥生	ワタナベ ヤヨイ
立野 慶	タテノ ケイ

医療法人社団ユニメディコ 藤が丘こころのクリニック

【はじめに、目的】

令和4年度の全国小・中学校不登校児童生徒数は約29万9千件（過去最多）、当院のある横浜市青葉区は444人と増加傾向である。当院も不登校外来開設以来、毎月不登校児童に対する診療や相談が増加している。今回、不登校児童に対する在宅訪問加療における多職種連携を行い、再登校または活動性や活動頻度の増加がみられたので報告する。

【方法】

対象児童は当クリニックにて訪問診療をしている不登校児童28人（自閉症スペクトラム障害（以下、ASD）19人、注意欠如・多動症3人、その他6人）。診療情報は、カルテ記録より全て後方視的に収集した。平均年齢は11.4歳。内服加療児23人（82%）。医師、看護師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療事務らによって、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリを実施し、精神療法、投薬、家庭環境調整、親子への精神的支援、栄養指導、SST中心としたリハビリテーションを実地。

【結果】

再登校できた児童は6人（21%）。日常生活において活動性や外出頻度が増加した児童は11人（39%）であった。

【考察】

多職種連携によって、心身状態や家庭環境の把握、服薬管理、ASD特有のこだわりの軽減や社会性向上がみられ、再登校または日常生活において活動性や活動頻度の増加が認められたと考える。また第三者の介入により「早寝早起き朝ごはん」の生活習慣を整え、学習意欲、体力、気力の低下を防ぐことも再登校の大きな要因になったと考えられる。しかし、デメリットとして、当院からの訪問距離の問題、自宅に他者が来ることに對して本人および家族へのストレス、近隣の目を意識してしまうなどの課題が認められた。今後は、当院のみの連携だけでなく各行政機関や児童相談所、学校関連とも歩調を合わせる必要性もあり、当院におけるスタッフの知識向上や経験、他機関との連携力向上が必要と考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携2

P-1-69

三位一体（訪問診療・訪問看護・ケアマネジャー）のチーム力を高めるデスカンファレンス と医師の役割

栗林 泰子 クリバヤシ ヤスコ
濱谷 弘康 ハマヤ ヒロヤス
社会医療法人河北医療財団あいクリニック

〔はじめに〕 当院施設内には診療部門の他に、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、デイケアが隣在し、顔の見える連携を強みとする。合同で開催しているデスカンファレンスについて活動報告する。同時に「医師が連携を阻む壁では」との自身の問いから「医師はどのように振る舞うべきか」について考察したい。

〔活動〕 訪問診療部からは医師・看護師・訪問同行員、訪問看護師、ケアマネジャー、連携調剤薬局より薬剤師等、毎回20名以上が参加した。対象の選定や司会は医師が行い、各々が振り返り感じた課題や思いについて自由に発言した。多くが同世代のがん患者や若年介護者への複雑な感情を抱えていたこと、家族関係や病状の理解度を精査し共有することの重要性と、同時に難しさを共有した。治療の面ではせん妄や鎮静について事前説明が不十分だったことが話題となり、家族向けのパンフレット作成やミニレクチャー開催に繋がった。終了後に内容や「緩和ケアに関する医療者の困難感尺度（PCDS）」についてのアンケートを実施した。多様な視点でケアを評価し質を高める機会となっただけでなく、自宅看取りや末期がんという特殊な状況において感じた困難や感情を言葉に表出することでスタッフ自身のグリーフケアの機会となった。

〔考察〕 患者の語った体験や思いをチーム内で共有することが重要であると同時に、「どのような想いでケアに当たっているか」ケア提供者のナラティブも共有することが連携を深めると学び、他のチームでも再現性を持てる部分だと考えた。また、会を主催するに当たって「変容型ファシリテーション（アダム・カヘン著）」の理論を学び実践した。医師がしゃべりすぎて場を支配してしまったり、主張を証明しようと議論したりするのではなく、“対話の場”にするために特に医師が身に着けるべき技術だと確信した。さらに誰でもファシリテーターを務められるチームにしていきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携2

P-1-70

訪問看護事業所との情報共有に関する取り組み ～アンケート調査結果を受けて取り組んだこと～

小泉 知子 コイズミ トモコ
加曾利 良子 カソリ リョウコ
則保 亜希子 ノリヤス アキコ
長畑 雄大 ナガハタ ユウタ
中村 幸信 ナカムラ ユキノブ
つばさクリニック岡山

【はじめに】当院は約500名の在宅患者へ訪問診療を行っている。患者の在宅療養を支える為に訪問看護事業所との連携は不可欠であり、質の高い情報共有と密な連携体制の構築により、結果として在宅療養の質を高めることに繋がると考えている。令和3年に連携先の訪問看護事業所を対象に行った情報共有に関する調査結果を受けて、当院から提供すべき情報を整理し、そのタイミングや方法も含めたシステム作りに取り組んだ。【活動】提供する情報は、①点滴又は連日の抗生剤の注射を開始した②点滴による鎮静を開始した③褥瘡や創部の処置を開始又は変更した④ご本人やご家族に対して看取りの段階である旨の説明を行った⑤その他、情報共有した方が良いと判断した場合の5つの項目とした。これらの対応が診療時に発生した際に、当日中に連携先訪問看護事業所へ電話にて情報提供する事とした。令和5年12月に連携先訪問看護事業所52箇所を対象に、この取り組みがサービスを提供する上で有益な情報共有となっているかを評価すべくアンケート調査を実施した。その結果、これらの連絡を受けたことのある事業所16事業所から、「役立っている」という回答を得た。また、当院が提供する情報以外で、共有したい情報として、「家族の介護力や病状に対する理解」などの情報が必要との回答を得た。【考察】今回取り組んだ①から⑤の情報提供は訪問看護事業所にとってサービス提供に有効であると考えられた。また、訪問看護事業所にとっては、患者や家族の特性や精神状況などが伺える情報等も共有したいという新たな気づきに繋がった。これらの情報は当院と訪問看護事業所のみならず、関わる全ての職種や事業所間で共有すべき内容でもあるため、複数の事業所と同時に双方向の情報共有が望ましいと考えられる。今後も、この取り組みを継続させながら、情報提供の内容や電話連絡以外の情報共有ツールの活用も検討していきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター）多職種連携2

P-1-71

山間地域における療養支援のためのがん相談支援センターの取り組み

石原 奈津希¹ イシハラ ナツキ
山本 淳一¹ ヤマモト ジュンイチ
内藤 祐子¹ ナイトウ ユウコ
林 里奈¹ ハヤシ リナ
小林 うた¹ コバヤシ ウタ
三村 卓司² ミムラ タクシ

¹ 社会医療法人緑社会 金田病院 地域医療連携室

² 社会医療法人緑社会 金田病院 外科

【はじめに】当院は地域がん診療病院である。岡山県北地域、特に当院のある真庭市は山間部に位置し、医療機関・介護福祉事業所の偏在・人材不足、人口減少、高齢化に伴う医療的ニーズ増加で、在宅療養移行への困難さが生じている。地域でがん医療を受け、療養生活の継続支援のための取り組みについて報告する。【活動】当院では在宅療養移行支援、退院調整をMSW（がん相談員）が担っている。患者・家族の思いや生活状況、制度活用等の視点で早期介入し、部署横断的に業務を行う一方、看護師等メディカルスタッフから積極的関わりが得られにくい状況もある。日々の業務の多忙もあり、在宅の場で実際どのような支援やサービス提供が行われているか、在宅療養に向けてどのような指導が必要かという知識不足もあると考える。病院と地域の専門職を繋ぐ場として、院内外のカンファレンスや広報活動を行っている。職員に向けて身近な人の支援に繋がるようにがん相談の実績、制度紹介などニュースレターの発行や、研修医や看護実習生には退院前カンファレンスの参加で多職種の関わりに触れる機会をつくっている。当該地域ではここ数年で複数の病院・診療所が閉院となり、訪問診療、訪問看護対応可能な事業所が更に偏在化した。開業医への訪問で紹介や連携に対してのフィードバックを受け、病院として提供できる医療体制（レスパイト入院等）の紹介を行っている。【考察】在宅療養移行、地域緩和ケアにおいて地域の課題を多職種・部署と共有する場をつくり、職員各自が地域で生活する市民の視点を持つことが必要である。医療・介護等の社会資源が充足していない地域であるが、症例を丁寧に振り返り、連携体制を強化したい。当院は地域においてがん治療を提供し、地域での療養を支援するという役割がある。患者・家族が切れ目ない医療・ケアの継続ができるよう繋げることを意識しながら役割を果たしていきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター）多職種連携2

P-1-72

「今週の〇〇さん15分」訪問診療同行看護師主体で症例カンファレンス

大塚 美智子 オオツカ ミチコ
あさのクリニック

【はじめに】当院は、訪問診療と外来診療のあるクリニックである。訪問診療同行看護師（以下同行看護師）は、診療補助に加え、薬剤変更・治療方針などをサービス事業所に連絡を実施している。また24時間緊急対応電話では、対応時のアセスメントと医師へ伝えるコミュニケーションが必要である。しかし、訪問診療訪問診療同行時や緊急電話対応時など、同行看護師によっては同行時に医師とのコミュニケーションの困難感があった。医師とのコミュニケーションを具体的に取り、疑問が解消されることが出来たらと考えた。看護師主体のカンファレンスを行い、患者・家族の状態や状況を理解する上で知識として、薬剤・ガイドライン・症状緩和などをピックアップすることで、看護師の質の向上と考えた。【活動】時間設定は、毎週金曜日の外来終了後と訪問診療前の15分。同行看護師皆が疑問や重症度高い患者について決め、朝礼時に共有する。ファシリテートは看護管理者が行い、今何が疑問に考えているか、今後の方針など具体的に質問を行っている。加えて、看護師視点から家族背景や今までの本人の言葉を看護師一人一人が医師に伝える事が出来ている。開始からこれまで、がん末期の薬剤調整中と家族対応、病院定期受診と併用診療のACPなどカンファレンスを行った。【考察】医療者が一斉に集まる時間の設定が、困難と思っていたが、同行看護師が主体的にカンファレンスを行う事と、短時間で言う事を伝え開始に至った。同行看護師は、医師と1対1では対話困難感であったが、カンファレンスを重ねていくことで、一人一人の看護の視点を伝えることが出来、反対に医師の診療の情報共有だけでなく、主治医としての考えも聞くことが出来た。24時間緊急電話時やサービス事業所への対応時に医師のアセスメントなども理解した上でのコミュニケーションに変化している。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携3

P-1-73

在宅総合ケアセンター設立とその活用

荒井 佐由美 アライ サユミ
大石 明宜 オオイシ アキノブ
矢野 利章 ヤノ トシアキ
医療法人信愛会 しんあいクリニック

【はじめに】2016年1月当院の開設と同時に、医療と介護の連携をより密に取れるように訪問看護、居宅介護支援事業所、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、看護小規模多機能の5事業所を同一建物内に擁する在宅総合ケアセンターを開設した。在宅医療を行う中で各施設との連携のメリットについて検討した。

【活動】

- ① 緊急で訪問看護を導入することや、ケアプランの作成・実施を依頼することができる。又訪問看護やケアマネジャーが患者の状態変化に気づいた場合、相談や往診依頼などを迅速に行うことができる。
- ② 患者の急変や介護者の体調不良等により在宅療養継続が困難となった時に緊急で短期入所や、ケアマネジャーを看護小規模多機能に移行し療養計画に変更し対応することができる。
- ③ 他院主治医の介護サービス利用者の状態が急変した時、主治医に連絡がつかない場合などに、当院が臨時で対応することができ、職員が安心して業務にあたることができる。

【考察】当院では在宅総合ケアセンターにおいて同一法人、同一建物内で複数の事業所があることの利点を活用し、短期入所生活介護や看護小規模多機能で癌末期患者や医療依存度の高い患者の受け入れが可能であり看取りを積極的に行っている。緊急の事態にも迅速に対応できる環境を整備しており、患者や家族の状態変化に伴い、看護小規模多機能の利用が適当となった場合、同一法人であるためケアマネジャーの変更を迅速に行える利点がある。また、独居や介護力の少ない家庭の患者における終末期の生活で、在宅死を望んでいても、最期に孤独感、不安を感じた時、短期入所生活介護で受け入れられるなど、在宅医療の限界値を超え、入院する事なく看取ることができるようになった。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携3

P-1-74

チームで在宅緩和医療に取り組むための「顔の見える小さな会」

中村 千賀	ナカムラ チカ
池田 遥奈	イケダ ハルナ
増元 洋美	マスモト ヒロミ
正名 富士子	マサナ フジコ
中村 幸生	ナカムラ ユキオ

医療法人優幸会

【はじめに】 コロナ禍では顔の見える関係づくりが困難であったため、2021年10月8日から1回数名程度の多職種の「顔の見える小さな会」を月1回開催してきた。感染症対策としてオンラインで始まった会であったが対面になっても小さな会だからこそ全員から発言があり、現状や課題の共有だけではなく改善案等も提案されていた。2023年度はチームで在宅緩和医療に取り組むため同一のテーマで「顔の見える小さな会」を数回実施したので報告する。なお、倫理的配慮として匿名のアンケート結果を公表することに対して口頭で説明し同意を得た。【活動】 在宅緩和医療として使用することがあるPCAポンプをテーマに「顔の見える小さな会」を2023年9月～10月に4回実施した。対象は、大阪市福島区及び周辺の事業所に勤務する訪問看護ステーションの看護師とし、1回あたりを6-9名と少人数で実施した。PCAポンプを取り扱うクリニックの医師・看護師、麻薬を取り扱う薬剤師を講師とし2種類の機器を用いて流量の設定や変更等体験してもらい、オリジナルマニュアルを配付した。コミュニケーションのとりやすい環境で、医師・看護師・薬剤師の連携の在り方等具体的に話し合うことができた。全参加者28名中27名が「非常によかった」「非常に役立つ」という評価であった。また、本会后、訪問看護師のPCAポンプ導入時やアラームの対応がスムーズになり患者やその家族の安心感につながっている。加えて訪問看護師からの当院への報告がよりの確になった。【考察】 少人数で実施することで質問や意見が出やすく、PCAポンプの取り扱い等が身についたと考えられる。その結果、患者やその家族の安心感だけでなく疼痛コントロール向上にもつながっていると考ええる。アンケートを毎回とり次の関心あるテーマで開催しており持続的な活動となっている。小さな会を積み重ね、質の高い医療の提供につなげていきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携3

P-1-75

在宅医療専門クリニック内外の多職種協働による患者およびその家族への包括的サルコペニア・フレイル対策の活動報告

田鎖 志瑞 ¹	タグサリ シズ
佐々木 淳 ²	ササキ ジュン
椎名 美貴 ¹	シイナ ミキ
鈴木 美奈 ¹	スズキ ミナ
伊藤 匠 ¹	イトウ タクミ
羽山 史織 ¹	ハヤマ シオリ
今福 恵利 ¹	イマフク エリ
若杉 葉子 ¹	ワカスギ ヨウコ
林 裕子 ¹	ハヤシ ユウコ
名塚 愛 ¹	ナヅカ メグミ

¹ 医療法人社団悠翔会 悠翔会在宅クリニック新宿

² 医療法人社団悠翔会 理事長

【はじめに】近年、サルコペニア・フレイルの概念が普及し、学術的にも究明されてきた一方で、高齢世帯だけの家庭が増え、在宅医療を受ける患者と支える家族の両者がサルコペニア・フレイルを発症し共倒れになってしまう事例が後を絶たない。家族も共に幸せな療養生活を歩めることが重要である。今回、院内外の多職種（看護師・理学療法士・作業療法士・歯科医師・管理栄養士・ケアマネジャー・福祉用具・薬剤師）協働で、包括的サルコペニア・フレイル対策の活動を行ったので報告する。【活動】同居家族もサルコペニア・フレイルの発症が疑われる事例を抽出し、在宅で簡便にできる評価ツール（基本チェックリスト、指輪つかテスト、日本版CHS基準※におけるスクリーニングの問診）を使って事例のアセスメントを多職種協働で実施した。オーラルフレイル、サルコペニアの摂食嚥下障害へのアプローチは歯科・栄養科の介入により実施した。クリニック内外の多職種参加型ICTツールを活用し、運動と栄養の複合介入の実践、および、多職種介入が負担感につながっていないかなどの情報共有を行い、迅速な課題の抽出と対策に結び付けた。フレイル対策の一環として、家族心理に配慮した労いの声かけや傾聴対話の仕方など、多職種でできる取り組みについて話し合い実践した。【考察】在宅医療の現場で、同居家族も含めて丸ごとサルコペニア・フレイルの介入の対象とすることで、在宅療養の持続可能性を高められることを実感した。フレイル予防の観点から患者や家族の生き様に寄り添い価値観を尊重する関わりを実践し、患者家族のレジリエンスを引き出すことがサルコペニアの進行予防にもつながる可能性を感じた。また、多職種協働で介入する際に、ICTツールの活用が、迅速かつ正確な情報共有につながり、それぞれの職種の診療・施術の質に寄与し合えることがわかった。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携3

P-1-76

在宅診療における他事業所との連携効率化アプリの開発参加

山東 健一 サントウ ケンイチ
メディクス東灘クリニック

在宅診療において効率化を求める際にIT技術の活用は必須であるが、連携先事業所の様々な事情により導入および活用が進まないケースが多分に存在する。これらを解消し効率的に在宅診療を行うことで収益の安定および職員の負荷軽減による持続可能性の確保を目指す為、神戸市のスタートアップ支援を受ける介護・医療連携アプリのテスト運用に参加する。

該当アプリの仕様では患者を中心として様々な関係者のグループを形成し、その中でコミュニケーションを取る形態をとる。例を挙げると患者Aの親族・ケアマネージャーグループ、患者Bの介護施設・訪問看護・医療機関グループなどとなる。実際の活動としては実務の中で開発中アプリを使用し、その使用感や改善点などをフィードバックする形をとる。まずは一つの訪問看護ステーションとグループを作成し、連携体制を構築する。訪問診療・訪問看護終了後の患者情報の共有や訪問看護指示書の依頼・発行、問題点の共有及び検討などのオンライン完結を目指す。

実際に運用してみた結果として自治体が支援しているという点からセキュリティ面での心理的な導入ハードルを下げる事ができる印象を持った。ただし導入にあたっては参加者が意識的に若しくは強制的にオンライン上でのコミュニケーションを図るようにしなければ、日々の実務に流されて使用頻度が収縮していく点が大きな問題点として残る。医療・介護の現場は常に繁忙でありイレギュラーケースの差し込み対応が発生する。このため徐々にオンラインへ移行するのではなく日々の業務が集約できるパッケージでの導入が必要となる。追加機能としてワークフローや各種様式作成が可能であれば多職種連携のオンライン集約は可能であると考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携3

P-1-77

居宅療養管理指導に関する問題点を回避するための取り組み

江藤 萌 エトウ メグミ
藤原 由香 フジワラ ユカ
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】 当院は5市7町村が隣接する機能強化型在宅療養支援病院である。2023年11月現在の訪問人数は347名で内269名が医師居宅療養管理指導を契約している。当院は、終末期や医療的ケアの必要な患者が多くケアマネジャーとの連携は不可欠である。そのため医師の負担軽減のため帳票の見直しを行い、送信漏れを防ぎ敏速に送信している。また、2023年度より食支援のニーズに応え管理栄養士による居宅療養管理指導を開始した。居宅療養管理指導を算定するにあたり様々な問題点を回避するために取り組んだ活動を報告する。

【活動】 前回の改定時に医師居宅療養管理指導書の記載内容が増え作成する医師の作成負担が多くなったため、帳票の簡素化を行った。自由記載を減らし定型文例から選択出来るようにして、前回分を元に当月分を自動作成できる原文を作成した。状態状況が随時変化する患者に対してはケアマネジャーとの密な連携を行う必要があるため、作成後の帳票を病名や必要事項の記載漏れ、次月の情報を事務員が精査し翌日まではFAX送信した。管理栄養士による居宅療養管理指導を開始するにあたり、栄養アセスメントシートの帳票化をすることでケアマネジャーへの情報提供がスムーズに行えた。また、医療介護で請求システムが異なるため双方の入力作業に必要な情報を一覧化した管理簿を作成した。

【結果/考察】 事務員が関わることにより、次月ケアプラン作成に必要な情報提供を行うことができ、問い合わせが減少している。これらの情報を一覧化した管理簿を作成することにより、入力作業の効率化に繋がり、また医者や管理栄養士等の多職種間の情報共有に繋がった。今後も終末期や医療的ケアの必要な患者に対して、いち早く環境を整えることが重要であるため、迅速にケアマネジャーへの情報提供を行い、他事業所との連携、共有に繋げることが必要であると考えている。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携3

P-1-78

モルヒネ持続皮下注射の導入の経験が乏しい診療所でのトラブルとその後の改善についての報告

久保田 紗英 ¹	クボタ サエ
山田 歩美 ¹	ヤマダ アユミ
岩隈 望 ¹	イワクマ ノゾミ
碓井 絵美 ¹	ウスイ エミ
佐藤 栄司 ¹	サトウ エイジ
関口 由希公 ²	セキグチ ユキヒロ
高橋 慶 ³	タカハシ ケイ

¹ さいわい診療所

² 埼玉西協同病院

³ 川口診療所

【はじめに】在宅で鎮静を希望した症例に対しモルヒネ持続皮下注射を開始した。導入に不慣れな施設で経験したトラブルを報告する。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】40代女性。2019年3月他院でS状結腸癌全身転移と診断され、2023年8月BSCの方針となり当院の訪問診療が開始された。在宅療養下での鎮静を希望した。ヒドロキシジンなどによる間欠的鎮静を試みたが効果が乏しかったため、モルヒネ持続皮下注射を開始することにした。しかしこれまで近医の緩和ケア病棟に導入を依頼することが多く、当院では過去に数例程度の経験しかなく準備に苦慮した。容量が大きい携帯型精密輸液ポンプを用意してしまった、院外薬局で十分なモルヒネ製剤が確保できず準備に時間がかかった、投与開始時に医師の立ち合いが必要なのか確認しなければならなかった、などのトラブルが相次いだ。自宅看取り後にデスカンファレンスの開催を呼びかけ、各部門で起こったトラブルを共有した。その後診療所薬剤師と在宅チームの働きかけにより、ポンプの選択・導入とモルヒネなどのオピオイドの調剤の両方を依頼できる薬局と連携することとなった。これまでなら緩和ケア病棟に依頼するような症例に、モルヒネ持続皮下注射をスムーズに導入できるようになった。【考察】近医に緩和ケア病棟がある環境であったため、当院は自院でのモルヒネ持続皮下注射導入に消極的であった。しかし予後が数日と見込まれる状態の患者を導入のために入院させることは、在宅での看取りを希望されている患者の願いを叶えられない可能性があった。デスカンファレンスは年数回不定期開催であった。今回多職種でトラブルとその対策について検討したことで、在宅でのモルヒネ持続皮下注射導入に診療所全体が自信を持てるようになり業務改善に繋がった。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携3

P-1-79

オンラインでの「顔の見える関係会議」実施経験

石橋 正樹 ^{1,5}	イシバシ マサキ
松倉 聡 ^{2,5}	マツクラ アキラ
古賀 友之 ^{3,5}	コガ トモユキ
織田 暁寿 ^{4,5}	オダ アキトシ
ワーファ 純子 ⁶	ワーファ ジュンコ
梅澤 貴義 ⁷	ウメザワ タカヨシ

¹ 東洋眼科・胃腸内科外科

² おおたかの森病院

³ のぞみの花クリニック

⁴ ホームクリニック 柏

⁵ 柏市医師会

⁶ こすもす訪問看護ステーション

⁷ 柏市地域医療推進課

【はじめに】 柏市で平成23年より実施されている在宅医療多職種連携柏プロジェクトにおいて、その中核を担う「顔の見える関係会議（以下、顔会議）」はIPW推進を目的に認知症、がん、神経難病などをテーマに柏市全体、圏域ごとに分けて毎年3～4回実施継続してきた。しかし令和2年からはコロナ禍のために参集での会議実施が困難となり、中断を余儀なくされてきた。その後オンライン環境の普及もあり、令和3年からグループワーク（GW）も含めたオンライン顔会議を再開し、その効果を検証したので報告する。【活動】 各職能団体に依頼してネット環境接続可能な参加者を募った。会議にはZoomアプリを使用し、ホスト（座長、事務局）はサーバーのある柏市在宅医療連携センターに参集し、ほかの参加者は全員オンライン参加とした。事前に参加者の所属グループは1Gあたり6～8名に割り振っておき、全体説明後のGWはブレイクアウトルームを用いて、それぞれのグループごとに討論した。書記は地域包括のスタッフがを行い、参加者の意見を共有画面でパワーポイントに記載したり、ホワイトボード機能を用いてKJ法にてまとめた。参加人数は令和3年10月46名、令和4年8月101名、12月の圏域会議は計196名、令和5年2月131名と徐々に参加人数も拡大できた。【考察】 上記の方法で8人以下のGWは参集時と比較しても遜色なくすすめられ、参加者もまんべんなく発言することが可能であった。実施後アンケートはおおむね85%以上がオンライン開催でも連携可能、と高評価が得られた。問題点として、書記の記録に負担が集中すること、名刺交換ができないため会議後に新規参加者同士連絡が取れないことなどが挙げられたが、これらは今後対応可能と思われる。現在コロナ禍から脱却し従来に戻りつつあるが、今後さらなるパンデミック発生時においても実施可能であることが確認された。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携3

P-1-80

在宅医療へ移行する慢性呼吸器疾患患者に対する情報提供方法の改善活動（第1報）

赤星 しいな	アカホシ シイナ
角田 健	カクタ タケシ
大山 優喜	オオヤマ ユウキ
福村 佳子	フクムラ ヨシコ
杉浦 瑞希	スギウラ ミズキ

要町病院

【はじめに】

外来、入院のリハビリテーション（以下リハ）から訪問リハへ移行する呼吸器疾患患者が少なくない当院において、訪問リハへ、より良い情報提供を実践して在宅医療の質の改善につなげることを目的に、既存のリハサマリーの内容を見直し、新たに慢性呼吸器疾患患者用のリハサマリーを作成したことを報告する。

【活動】

我々の情報提供は、これまで既存のサマリーを使用し、訪問リハへ書面だけによる一方通行の情報提供に留まっていた。しかし、訪問リハが必要とする情報が提供されているのか疑わしかった。さらに、記載内容に個人差が出ること、既存サマリーが使いづらい等の理由も重なり、今回、情報提供方法を見直すこととした。近年、呼吸器疾患患者のセルフマネジメント支援マニュアルが刊行された。マニュアル内の訪問リハに関する項目を参考に訪問リハへ提供することが望ましいと思われる必要な情報を抽出し、リハ科内で内容を検討、「慢性呼吸器疾患患者用リハサマリー」のテンプレートを新たに作成した。

【考察】

今後は実臨床での使用結果や情報提供先の訪問リハからの意見等も参考に、必要があれば更に改訂作業を進めていきたい。また情報提供の手段は書面を通じた一方通行の方法に留まっているため、双方向の情報提供が可能となる手段も検討し、病院から在宅医療の質の改善につながることを模索していきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター）患者と医療者のコミュニケーション

P-1-81

在宅でのスティグマに配慮したコミュニケーション

武田 幸大 タケダ ヨシヒロ
松島 和樹 マツシマ カズキ
医療法人 川崎病院

【はじめに】

スティグマとは社会的に不名誉や恥とみなされる特徴、行動、又は状況に対して個人や集団が抱く否定的な見解や態度を示す。在宅での困難事例の背景には、医療者側からの無意識なスティグマが影響していることがある。医療者自身のスティグマに配慮した関わり方で良好な関係性を構築できた一例を報告する。

【症例】

73歳女性。X-1年12月、両下肢脱力と、歩行困難が出現。A病院に救急搬送され、精査予定であったが、患者と夫の強い希望により自主退院となった。X年8月、患者の妹が自宅を訪問した際、ベッド上で動けなくなっている患者を発見し、当院へ訪問診療の依頼があった。夫と患者は前医に対する強い不信感があり、治療や他者によるケアには拒否的であった。我々医療者側が治療拒否の患者、家族に対して過去の経験から先入観を抱き、レッテル貼りをすることがないよう6つのポイント（①尊厳、②傾聴、③禁止の禁止、④提案、⑤深慮、⑥人生の目標）に注意してコミュニケーションを実施した。また同時に医療者側の心理的柔軟性を得ることと、患者との関わりで抱える困難を緩和する目的でAcceptance and Commitment Therapy（以下ACT）も活用した。ACTとは認知行動療法の枠組み内で、より柔軟で効果的なアプローチを提供するための心理療法である。上記コミュニケーション方法を他在宅スタッフと共有することで治療介入を行うことが可能となった。

【考察】

患者にとって医療者から受けたスティグマが強い場合、治療自体が不快な感情になり、医療へ不信感を抱いてしまう可能性が高い。医療者側が無意識にスティグマを与えている可能性を十分に考慮し、それに留意したコミュニケーション方法とACTを併用することで、より円滑なコミュニケーションへと繋がった。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。

利益相反：無

一般演題（ポスター）患者と医療者のコミュニケーション

P-1-82

訪問診療導入時に知りたいこと、伝えたいこと：アンケート調査により今後の契約にいかすには

長田 美智 ¹	オサダ ミチ
篠 美和 ¹	シノ ミワ
河野 悟 ²	コウノ サトル
広瀬 憲一 ²	ヒロセ ケンイチ

¹ 広瀬病院在宅診療部

² 広瀬病院内科

【はじめに】当院は、神奈川県人口72万人の政令都市である相模原市においての、地域医療支援病院である。当院が位置し、また大半の訪問診療患者の居住地である、相模原市緑区の高齢者率はほぼ全国平均と同じく29%であり、14%の患者の居住地である町田市相原町の高齢者率は31.5%である。当院で訪問診療を開始する患者は年間280人程度であるが、基幹病院やケアマネジャーからの紹介が多く、訪問診療契約時、当院と患者・家族は初対面であり、また訪問診療の経験はないことが大半である。従って訪問診療導入時に当院が行っている説明が、患者・家族の求めている情報と合致しているか、情報不足からの不安を契約での説明で解消することができているかを評価する必要があると考え、今回、患者、家族120名にアンケート調査したので報告する。

【活動報告】当院は訪問診療に関して、契約書だけではわかりにくいため、別途作成したパンフレットを用いて説明している。導入時の説明のうち①訪問診療の内容②訪問診療の頻度③訪問診療の料金④医師は誰が訪問するか⑤緊急時の対応という点をどの程度必要と感じたか、また⑥契約時間は適当だったか⑦契約後安心感が得られたかをアンケート調査した。

【結果と考察】多くの人が必要と感じたのは①訪問診療の内容（96%）②訪問診療の頻度（96%）③緊急時の対応（95%）であった。契約時の質問が多く、関心があると思われた訪問診療の料金については77%と少なく、これは未回答の7.7%が影響した可能性があると考えられる。契約時間をととても長いと感じたのは5%のみで、契約後はほぼ全員（99%）が安心したと答えており、平均1時間程度の契約時間が安心につながったと考えられる。今回のアンケート結果を踏まえて、今後もわかりやすい契約を心がけていく必要があると考えた。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 患者と医療者のコミュニケーション

P-1-83

訪問診療前の導入面談における訪問診療看護師の役割

阿部 奈緒 アベ ナオ
医療法人社団やまぶき訪問クリニック

【はじめに】在宅医療は病気・障害を抱えながらも「その人らしい生活・生き方」を支援する役割を担う。患者の思いを最大限尊重できることをチームの共通目標に掲げ、患者家族と医療介護専門職が協働意思決定を繰り返す。今回当院の新患受付から初診までのプロセスを構築するにあたり、入院・外来から訪問診療へ移行する際に患者の思いをつなぐための訪問診療看護師の活動を報告する。【活動】当院では訪問診療初診に先行し訪問診療の同行看護師による導入面談を行っている。他院でよく見かける事務員・相談員による面談ではなく、医療・生活双方の視点を持つ看護師が面談を行うことで、患者家族の病識、生活で困っていること、今後どのように過ごしていきたいか、急変時・看取りの対応希望などを掘り下げて聴取する他、残薬確認や医療処置に必要な物品材料の確認も行う。がん末期だが病名も予後も知らされていない人、神経難病で次々と医療処置の意思決定を迫られる人、独居で身寄りのない人、認知介護、8050問題、虐待事例…。病状はもちろん、患者家族の価値観や生活様式にも多様性が大きく、限られた時間内に効果的な面談を行うには、面談前の多職種との情報共有が不可欠である。特にACPについては、診療情報提供書や看護サマリーに記載されていない事実も多く、訪問看護・ケアマネジャー・地域包括支援センターら普段の生活を支える専門職から得る情報は今後の療養方針を話し合う上で重要度が高く、ICTなどを用いて情報収集に努めている。【考察】訪問診療を開始するにあたり、医療・生活双方の視点を持つ訪問診療看護師が導入面談を行うことで、患者の思いに沿った安全性の高い医療・ケアの計画につながると考える。導入面談の質を高めるためには事前の情報収集が不可欠であり、病院からの情報だけにとどまらず、普段の生活を支えている専門職の声を聞くことは生活を支える在宅医療の性質上重要である。

利益相反：無

一般演題（ポスター）患者と医療者のコミュニケーション

P-1-85

本人とご家族の葛藤をかかわる職種がそれぞれがプロとしてつながり続けることで、入退院を繰り返しながら独居在宅生活を続ける一例

中島 徳志 ナカジマ トクシ
溪仁会定山溪病院 診療部

【はじめに】本邦においては高齢化に伴い認知症患者の比率も増えてきている。認知症を有する独居男性の訪問診療を通じて、ご本人・ご家族の意見の相違から最終看取りまでを経験したので報告する。【症例】80歳男性。企業に入社し定年まで勤めていた。39歳で統合失調症および妄想性障害を発症した。独居生活中、複数回呼吸苦訴えで救急搬送されるも「薬や食べ物に毒が入っている」との思いから病院での医療行為全般を拒否。近隣二次救急病院も受け入れ拒否となる。搬送先で上葉優位性肺線維症の診断でリハビリ目的に当院転院した。独居再開への不安が懸念され訪問診療を導入し自宅退院となった。退院1か月後に呼吸苦出現し再入院となる。在宅酸素療法＋訪問診療で自宅退院した。約2年経過し徐々に呼吸状態が悪化し、ご家族による援助も多くなった。急変・自宅看取り希望だった家族も訪問の負担や孤独死への不安が増え、在宅継続入院管理となった。家族からは「本人がいつもより早く電話を切ったので見に行ってほしい」などほぼ毎日のように訪問看護への依頼がみられた。家族同伴を含めたチーム話し合いは10回以上実施し、方針・想いの確認を行った。【考察】認知症進行で、本人より家族の意見を優先するケースもある。統合失調症・重症被害妄想・認知症を有していたが、一貫して「自宅で過ごしたい」「大好きな庭いじりが何より楽しい」「苦しいけど苦しくない」という想いを表出していた。ご家族から症例後半には高頻度で入院移行の相談があったが、ご本人の考えを確認し、家族の不安要素の軽減を図り、長期の在宅独居生活の後押しをすることができた。私たちは「ご本人のためにいる」という想いを再認識させ、関係職種も同様の想いを受け止めた貴重な症例であった。なお本症例の発表に先立ち、ご本人およびご家族による症例発表の同意をいただき、日本医学会の倫理指針に則り個人情報に配慮した。

利益相反：無

一般演題（ポスター）患者と医療者のコミュニケーション

P-1-86

高齢再生不良性貧血患者に対して在宅終末期ケアを行った一例

稲生 真夕 イノウ マユ
屋宜 亮兵 ヤギ リョウヘイ
渡邊 弘樹 ワタナベ ヒロキ
儀間 義勝 ギマ ヨシカツ
ゆずりは訪問診療所

〈はじめに〉認知症で要介護状態の再生不良性貧血患者に在宅輸血を含めた終末期ケアを行った一例を報告する。本人や家族の在宅療養の希望と倫理的配慮がなされた上で在宅看取りの方針となった症例である。なお症例報告にあたり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に従って実施した。〈症例〉84歳男性。前頭側頭葉型認知症の進行により発語や意思表示は少なくなっていた。2年前に特発性再生不良性貧血の診断を受け、週に1回の頻度で輸血を行うために外来通院をしていた。体力低下や、白血球減少による感染のリスク増加などがあり、通院が困難となったため、在宅での療養継続を希望され、訪問診療導入となった。在宅では隔週で赤血球、血小板輸血を行い安定して経過していたが、自宅内での転倒を契機に全身状態が徐々に低下した。貧血の進行もあり、臨時の輸血対応を行ったが、その後も誤嚥性肺炎に罹患し、さらに全身状態が低下した。家族と相談し、輸血は中止し、苦痛症状緩和のためモルヒネ投与を開始した。訪問診療開始から約2ヶ月で在宅看取りとなった。〈考察〉高齢者における再生不良性貧血の治療は免疫抑制療法と支持療法が主である。重症例では、貧血の進行が高度になり、輸血依存の状態となる。輸血適応に関して、高齢者においては、ADL低下や認知機能低下がある場合は、本人の自覚症状が分かりづらく、判断が難しい。どこまで輸血や抗菌薬投与などといった支持療法を継続していくかは、患者本人、家族、医療者で十分な話し合いを繰り返し行うことが重要である。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ICT

P-1-88

RPA（Robotic process automation）を用いた業務自動化の促進がもたらした医療スタッフの意識変化と業務効率化の実践報告

木村 卓二 キムラ タクジ
オリーブ在宅クリニック

[はじめに] 近年、AIと自動化技術の進展により、業務プロセスの変化が急速に進んでいます。これらの技術が業務の自動化と効率化、さらには職員の意識改革を促進する重要な役割を果たしていると感じました。当院では、ICTツールの導入を通じて、これらの変化を体験したため報告します。[活動] 当院は開業以来、ICTツールの積極的な活用により、業務の自動化を推進してきました。主に導入したツールは、チャットツール、グループウェア、クラウドPBX、Robotic Process Automation（RPA）などです。これらは、在宅医療をサポートし、医師のテレワークを可能にするために選ばれました。導入初期では、アナログ業務に慣れたスタッフを段階的にデジタル化へと移行させました。このプロセスを通じて、スタッフの意識が徐々に変化し、ICTツールの必要性和有効性が認識されるようになりました。結果として、年間約1000時間の業務時間削減を実現しました。さらに、診療所の運営体制を院長のトップダウンから、運営チーム主導への変更を図り、スタッフの主体性と創造性を引き出すことに成功しました。[考察] 当院におけるICTツールの導入と活用は、単に業務の効率化を図るだけでなく、スタッフの働き方と意識に大きな影響を与えました。特に、運営体制の変更により、スタッフはより主体的に業務に取り組み、RPAなどのツールを活用することで、新たな働き方やサービスの提供方法を模索し始めました。この経験は、ICTツールが単なる効率化ツールではなく、スタッフに時間的／精神的な余裕と主体性をもたせることと合わさることで創造性とイノベーションを促進する強力な手段であることを示しています。今後も、これらのツールを活用した医療業務の進化には、大きな可能性があると考えられます。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ICT

P-1-89

スマートグラスを用いた訪問診療医と訪問看護師のスマートな連携

前島 理 ¹	マエジマ タダシ
田上 大志 ²	タウエ ヒロユキ
田村 純子 ²	タムラ ジュンコ
井坂 みらい ¹	イサカ ミライ
滝井 道代 ¹	タキイ ミチヨ
伊藤 マユミ ¹	イトウ マユミ
石井 千歳美 ¹	イシイ チトミ
伊藤 利幸 ¹	イトウ トシユキ
山下 拓哉 ²	ヤマシタ タクヤ

¹ ひまわり往診クリニック

² セントケア・Replus株式

【はじめに】「Information and Communication Technology（略：ICT）」は人同士のコミュニケーションを重視する通信技術である。今回われわれはより近未来的な医療の提供を目指して、スマートグラスに注目した。スマートグラスを使用することで、現場の看護師からの患者情報を医師がまるで自分の目で見ているかのような映像としてリアルタイムに受け取ることができる。その際、看護師はカメラ等を持つ必要がないため両手が塞がらず、処置を一時的に止めずに済む。また、医師から現場の看護師に対して、拡張現実の体験（スマートグラスに投影されるポインター）を通してリアルタイムの映像＋音声による指示を出すことで、診断のために必要な情報を積極的に得ることができる。その結果、より実際の診察に近い形での医療が提供可能である。【活動】被験者に対して、スマートグラスを装着した看護師が通常の看護処置を行った場合を想定し、浮腫等の身体所見の報告や褥瘡の状態報告とそれに対する医師からの処置方法の指示の伝わりやすさ、情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断時に報告が必要な死の三徴候のうち瞳孔確認の可否について検討した。【考察】スマートグラスを使用することで、圧痕性浮腫の有無や程度の判断が容易になるだけでなく、体位変換が必要な場所に発生した褥瘡の診察においても両手が塞がらないことの利点は大きかった。死亡診断時における瞳孔所見の確認については、カメラを取り外して患者に近づけることで鮮明な瞳孔の診察が可能であった。今後の課題としては、機器がやや大きく目立つことによる患者側の心理的抵抗や、処置をリアルタイムで映像送信することで起こりうる個人情報保護等の法的課題、ICT機器を扱える訪問看護師のITリテラシーと教育問題、スマートグラス自体が高価であり一般的に普及するまでに時間がかかること、が考えられた。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ICT

P-1-90

「DX（デジタルトランスフォーメーション）で進化（深化）する在宅医療」 ～患者ニーズに応える在宅療養支援診療所を目指して～

小早川 節	コバヤカワ セツ
小早川 留衣	コバヤカワ ルイ
杉山 唯	スギヤマ ユイ
山縣 悠子	ヤマガタ ユウコ
徳本 雅代	トクモト マサヨ
伊藤 万桜	イトウ マオ
北野 昌江	キタノ マサエ
北野 由香梨	キタノ ユカリ
米原 由紀	ヨネハラ ユキ
瀧野 麻衣	タキノ マイ
久保 菜々美	クボ ナナミ
平塚 めぐみ	ヒラツカ メグミ
中越 久代	ナカコシ ヒサヨ
大崎 崇正	オオサキ タカマサ
原田 敬大	ハラダ タカヒロ
内藤 伸昭	ナイトウ ノブアキ
木橋 香苗	キバシ カナエ

波乗りクリニック

【はじめに】

波乗りクリニックは個人事業主の在宅療養支援診療所として2014年に開設し10年の節目を迎える。社会情勢の変化やIT技術の進歩、DXなど変化の大きい時代であったが、その時流に乗って当院自体も進化（深化）し、患者にとってよりよい医療を提供できるよう成長してきた。その報告をすることで更なる進化（深化）を目指すとともに、在宅医療に参画を検討している若い医師の参考となることを期待する。

【活動】

山口県宇部市は人口15.8万人の地方の町ではあるが、急性期病院も複数あり、県内では医療的サービスに恵まれている地域である。その一方で、山口県全体では医師の高齢化が進行し平均年齢54歳と全国一位になっている。在宅医療に対する市民のニーズが増える一方で、若い医療者は減っている。当院では在宅医療を事業の中核に据え、IT化を推進してきた。最初はオンプレミス型のカルテでスタートしたが、費用的にも端末増設が対応困難となったため、現在はクラウド型のカルテに変更し常時十数名が使用している。院内情報共有もスマホ経由のインカムで情報共有し、訪問診療中の医師ともリアルタイムに情報共有出来る。また、規制の製品にとどまらず、「うべ中小企業等DX研究会」の支援を受けて、リアルタイムの在宅患者バイタルを把握する目的で「バイタルステーション・ミニ」を開発した。現在はトライアル段階であるが、患者からは「見守られている事で安心する」とDXによる質的向上の評価も受けている。

【考察】

DXの概念はそれが単なるIT化にとどまらず、質的变化・向上することを含んでいる。少子高齢化社会への対策として、医療DXは有効であると感じているが、災害時の通信環境確保などの課題も抱えている。その内容も踏み込んで今後の展望についても話したい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ICT

P-1-91

認知症高齢者の在宅生活を支えるための取り組みとしてICT機器を活用した生活モニタリングを実施した例について

小川 健太¹ オガワ ケンタ
野澤 宗央^{1,2} ノザワ モトヒロ
鮑 柯含¹ ホウ カガン

¹ 医療法人社団プラタナス 松原アーバンクリニック

² 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】近年の政策・高齢者本人の希望の両面から「住み慣れた自宅で最期まで生活する」ための仕組みが必要となっている。その中で独居認知症高齢者の在宅生活の継続が困難であることが確認できており、背景には核家族化に伴い独居高齢者が増加していること、認知症要介護高齢者の家族介護者の負担感が高く、同居や介護の継続が困難であることなどが関与している。そこで今回、在宅の認知症高齢者のQOLおよび介護者の介護負担感に着目し、ICT機器を活用し、「在宅介護のDX」の実施を報告する。【活動】独居認知症患者3名を対象者とし、約3ヶ月間にわたりICT機器を活用し、睡眠を含めた生活リズムのモニタリングを実施した。事前に家族からヒアリングを行い、担当医と共にモニタリング項目を特定し、ICT機器を導入した。また機器の設置ならびに今回の発表にあたり、個人情報保護に配慮し書面にて同意を得た。期間中は認知症高齢者と離れて暮らす家族に専用アカウントを付与し、携帯アプリから生活状況を確認できるようにした。さらに、定期的に担当医が診療やケアプランの参考のため、生活の傾向や変化の観測も実施した。その結果、家族からは共通して「安心」「楽になった」との言葉が聞かれ、取り組み前後で実施したWHO-5精神的健康状態表の得点に改善がみられた。また、モニタリングで得られたデータを担当医の診療補助情報や投薬変更の効果観測として活用した結果、夜間睡眠および日中の覚醒時間に変化が見られた事例も存在した。【考察】ICT機器によるモニタリングは介護負担感を軽減させる可能性が示唆された。これは主に生活状況が遠隔から確認できることで、介護者の不安の軽減が関与していると考えられた。さらに、睡眠を含めた生活リズムをデータ化し共有することで、治療やケアに活用された事例がみられたことから、対象者のQOLの維持・改善に繋がる可能性も期待出来る。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ICT

P-1-92

DXの推進における事務業務自動化への取り組みと、その効果について

諸見里 透 モロミザト トオル
屋宜 亮兵 ヤギ リョウヘイ
ゆずりは訪問診療所

【はじめに】 少子高齢化の進行に伴い、医療需要の増大と職員採用難が医療業界の急務な課題となっている。特に在宅医療では、医事文章の作成や電子カルテの記載内容の整理、さらには多職種への情報連携など、複雑な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マクロを活用した業務の自動化を試みた。これまで事務員が日常的に手作業で行っていた、外部機関へのFAX業務、処方薬の適応病名チェック、カルテ記載の不備チェック等の繰り返し業務について、業務フローを可視化し、プログラムによる自動運用を行った。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た。【考察】 本取り組みは事務的業務の効率化を図ることに繋がった。また、業務の属人化解消に一定の効果があつた他、ヒューマンエラーが減少し高い質で業務が遂行できた。本発表では、こうした課題への取り組みとして行った業務自動化の手法とその効果、今後の展望について示す。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ICT

P-1-93

訪問診療における「医療介護専用コミュニケーションツール」の活用 ～スタッフ間連携と機動性をどう確保するか?～

梅谷 薫 ウメタニ カオル
堀之内 典子 ホリノウチ ノリコ
青木 梓 アオキ アズサ
綾部 あかり アヤベ アカリ
西野 利明 ニシノ トシアキ
市川 渚 イチカワ ナギサ
訪問診療ネットワーク・向小金クリニック

【はじめに】「医療介護専用コミュニケーションツール」は全国で幅広く導入されているSNS仕様の医療システムである。当クリニックにおける2023年1月の導入以来1年間にわたる活用経験を踏まえて、その有用点と課題についての考察を行った。【活動】当院は常勤医師1名、常勤看護師3名の小規模クリニックであり、現在400名の登録患者に対する訪問診療を行っている。従来の電話・ファクス主体のシステムからの脱却を図り、多施設・多職種間での情報共有を迅速に行うため「医療介護専用コミュニケーションツール」の導入を決めた。実施に際しては近隣の施設やスタッフに呼びかけ、1年をかけて「地域ネットワーク」を構築した。現在のメンバーは、居宅介護支援事業所5、訪問看護ステーション11、調剤薬局12、グループホーム、高齢者住宅などの入居施設17等である。運用の基本は、①何か起きたらすぐアップ、②気づいたらすぐ確認、③緊急時はただちにアクションを起こす。クリニックではその内容を電子カルテに転記し、必要な処方や処置を指示。臨時往診や救急搬送、紹介状の送付などが迅速に行われるよう徹底した。この結果、①問題解決がスピードアップ、②関係事業所の満足度がアップ。患者・家族への対応が向上して評判が広まり1年間で患者数100名（30%増）、売り上げ300万円（20%増）と増加した。③夜間・休日の緊急問い合わせや出動件数が減少した。ただし課題として、①毎日約100件の連絡への対応が必要、②見落としや伝達ミス根絶への努力、③プライバシー漏洩への配慮などがあらためて必要となった。【考察】医療DXが推進される中、訪問診療においても施設を超えた情報共有化と対応の迅速化はきわめて重要な課題である。上記ツールの活用による「地域ネットワーク」の構築は、地域における医療介護活動推進の大きな力となることが示唆された。

利益相反：無

一般演題（ポスター） ICT

P-1-94

在宅人工呼吸療法における臨床工学技士の介入評価

肥田 泰幸¹ ヒダ ヤスユキ
治田 宗徳¹ ハルタ ムネノリ
濱口 淳¹ ハماغチ ジュン
森田 正基² モリタ マサキ
戸谷 剛³ トヤ ツヨシ

¹ 東都大学

² 成田赤十字病院

³ 医療法人財団はるたか会 あおぞら診療所うえの

【目的】 生命維持管理装置の操作及び保守管理を業とする臨床工学技士が、小児在宅医療に介入することによって、より質の高い人工呼吸療法と医療スタッフの労務負担軽減が実現可能となるかどうかを評価する。

【方法】 在宅人工呼吸療法を継続的に実施している医療的ケア児を対象とし、施行状況について臨床工学技士の介入前後の状態を比較する。評価項目は、人工呼吸器装着時のログデータの解析（患者装着状況、装置稼働状況）、気道のアセスメント（気管カニューレ、マスク、加温加湿）、BCP対策（電源、酸素）。介入は原則として現地に赴く医療スタッフにウェアラブルカメラを装着し、臨床工学技士が遠隔からウェアラブルカメラによって得られる情報によって支援する。加えて、人工呼吸器の本体に保存されている情報を現地に訪問するスタッフに抽出してもらい、持ち帰った情報の解析を行う。評価項目について、家族など在宅医療の介助を行うスタッフと訪問する医療スタッフについて、それぞれアンケートを実施しクロス集計を行う。

【結果】 具体的なデータの収集方法やアンケートの回収方法について準備を進めている。

【考察】 以前より、スマートグラスなどウェアラブルデバイスを用いた在宅医療における臨床工学技士の遠隔支援について研究を行っているが、操作性や画質、通信環境など総合的に満足の得られる環境を得ることは困難であった。今回使用したウェアラブルカメラは、遠隔支援に特化した仕様となっており実用的な製品であることが実感できた。また、人工呼吸器に保存されているデータの解析やBCP対策においても、工学的視点で捉えたアセスメントが可能となるため、臨床工学技士の介入は患者QOLの向上や、不測の事態での安全対策において有効となる可能性が示唆され、システムとしての完成度が高まれば、アウトソースとしてサービスの提供も期待される

利益相反：無

一般演題（ポスター） ICT

P-1-95

訪問診療を行うクリニックで同行アシスタント事務と看護師がロボティックプロセスオートメーション（以下RPA）を取り入れた活動報告

野木森 知香 ノギモリ チカ
前田 ひろよ マエダ ヒロヨ
須田 敏枝 スダ トシエ
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】 当院では医師・看護師・同行アシスタント事務を3名1チームとして訪問診療を行っている。新型コロナウイルス感染の流行による人員不足を経験し、有事の際に業務継続できる環境づくりや業務改善が行われた。効率的に業務を行い災害に左右されないシステム作りを目的としRPAを導入したので報告する。【活動】 RPA担当にはシステムエンジニア（以下SE）を起用せず、事務職・看護職から各1名ずつ選任した。業務内容の洗い出しを行った結果、時間圧縮できる業務は僅かであった為、日常の反復業務を行う事に着目した。作成できるまでに3か月で25時間学習し、9か月間でカルテの準備・血液データ取り込み・書類作成・リスト作成など9体のロボットを作成した。リスト作成では電子カルテが使えない場合を想定し、医療ニーズの高い療養者や電源を必要とする医療機器の使用状況を定期的にカルテから抽出し、災害対策者リストを作成・印刷を行うロボットを作成した。毎週自動作成をしている為、リスト使用頻度は低いがある際、速やかに利用できるシステムとなった。ロボットによる業務はヒューマンエラーがなく反復業務遂行が可能となった。又、一部の業務フローを変更することで多様な業務に活用でき汎用性が高いことが分かった。同行アシスタント事務・看護師によるロボット作成は各業務を把握していることで業務変化に即座に対応し追加作成が可能となることに加え、訪問診療の視点でニーズに合った業務自動化に繋がっている。今回RPA導入で重要度は高いが緊急度は低い反復業務を自動化する事で確実性のある業務遂行ができたと考える。【考察】 今後の課題として長期維持させるには院内で他作成者の育成も課題である。同システムを導入している他クリニックとロボット共有を行う事で作成にかかる時間短縮ができより多くのロボットが稼働できると思われる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 事業所運営・経営

P-1-96

常勤医師負担軽減のため夜間休日往診代行サービスを導入した経験

中村 幸生 ナカムラ ユキオ

中村 千賀 ナカムラ チカ

鬼塚 君江 オニヅカ キミエ

優幸会 中村クリニック

【はじめに】当院は2013年に在宅療養支援診療所として申請を出して以来、24時間365日の往診対応を医師一人に対応してきた。担当患者数の増加に伴い、夜間休日の緊急コールが増え、医師の負担が増していた。持続可能な夜間休日の診療体制の構築が当院の課題となっていた。2022年4月より当院の訪問診療エリアにおいても、企業による夜間休日往診代行サービスが開始となった。医師負担軽減のため夜間休日往診代行サービスの導入を決定した。

【活動】2022年5月より夜間休日往診の代行を依頼した。緊急コールの対応から往診までをカバーするプランで契約した。導入当初、患者や家族から「電話対応のスタッフと話が通じない」、「往診に来た医師が病状を把握していない」等のクレームがあった。

クレームについて、院内のスタッフや企業のスタッフとのミーティングを持ち、夜間休日往診の対応について改善について繰り返し話し合った。主な改善点として、共有する病歴をわかりやすく簡潔に記載する、治療方針を明確に記載する、起こりうる病状変化を予測し事前に必要となる薬剤等を準備しておく、病状変化時の具体的な指示を記載しておく、などである。患者や家族に対しては、訪問診療導入時に、夜間休日の体制は当直体制になることを説明し、理解を得るように努めた。

【考察】夜間休日往診代行サービスの導入のメリットは以下のとおりである。医師の負担を軽減することができた。夜間休日往診を非常勤医師に依頼することになるため、当院の医師のカルテ記載が速やかになり、記載もわかりやすくなり、結果的に患者情報の共有がすすんだ。また、当院の多くのスタッフにとって、夜間休日往診は「他人事」であったが、夜間休日往診代行サービス導入を機に、日中の時間帯にできる限りの対応することで夜間休日往診を減らそうという意識を持つようになった。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 事業所運営・経営

P-1-97

非常勤医師の多い訪問診療所でコメディカルが担う役割について

浅野 慶彦^{1,2} アサノ ヨシヒコ

¹ 医療法人社団和啓会

² メディクス松戸クリニック

はじめに

在宅医療を専門に従事する医師は不足しており、当院でも週に1日などの勤務体系の非常勤の医師複数名が多くの患者の診療を担っている。当院では常勤医師2名に対し非常勤医師が10名在籍しており、看護師4名、医療事務が3名、医療クラーク2名、相談員1名、事務長1名で運営をしている。在宅患者61名のうち25名、施設入所の患者434名のうち238名は非常勤の医師が主治医として診療を行っている。

活動

患者の急な状態の変化も珍しくない在宅医療の現場において、主治医不在時の患者の対応は避けられない。当院では看護師の間で看護記録を共有し、患者の状態を詳細に把握することに努めている。患者のキーパーソンや、施設の職員、訪問看護師とのやりとりなど外部と連絡を取り合うことも多く、実際に医師と同行し患者と接する看護師からの情報は、週1日という限られた勤務時間の非常勤の医師にとっては診療の方向性を判断することに関わる重要なものである。

また、当院の相談員は新規の訪問診療の介入にあたって外部との最初の窓口の役割を担っている。初診時にキーパーソンとなる家族と今後の方向性の擦り合わせを行う当院では、初診前に相談員が取得する情報もその後の診療に深く関わることとなる。

また医療クラークについては患者の診療に同行し、代行して診療記録を残すことに加え、外部へ提出する指示書や報告書などの医師が作成する書類の作成を補助している。当院の使用する電子カルテに触れる機会の少ない非常勤の医師にとっては事務的な作業において相談することができる欠かせない存在となっている。

考察

在宅医療を専門として従事する医師は不足しており今後も非常勤の医師の力に頼らざるを得ない状況は続くことが予想される。クリニックの運営において医師を取り巻く職員のサポートは必要不可欠である。医師だけではなく、それらの人材の流出を防ぎ確保することが非常に重要である。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 事業所運営・経営

P-1-98

在宅診療所内の心理的安全性を高める取り組みについて。

佐々木 将人 ササキ マサト
松原 有咲 マツバラ アリサ
本多 小百合 ホンダ サユリ
石井 洋介 イシイ ヨウスケ
医療法人社団 おうちの診療所

【はじめに】 心理的安全性は組織のパフォーマンス向上や従業員のウェルビーイングなど様々な面に関係していると言われている。そこで、当院でも心理的安全性を7項目で測定し、それを高めるため、以下の活動を行った。

【活動】 開設当初。ビジョン・ミッションにつながる行動指針がなかった為、常勤職員全員で行動指針を作成するワークショップを実施。創業期メンバー以外の職員が急激に増加した時期には、組織が大切にする価値観や方針などを定期的に提示することや職員同士の交流を促進できる取り組みを実施しはじめた。組織の人事課題が発生する毎に心理的安全性を主軸に様々な取り組みを行ってきた。現在は、半年ごとに、組織方針提示と組織課題を自分ごと化していくためのワークショップ・月一度90分間、職員の関係性に注力したワークショップ・隔週で対話を通じて相手の力を引き出すピアコーチング・新入職員のオンボーディング、メンター制度など導入。

【考察】 上記の時期や職員の入職タイミングによって、心理的安全性を妨げている要因は異なると考えられたため、様々かつ多面的な取り組みが必要であったと考える。2023年3月、退職者が増加したタイミングで、心理的安全性指標は最も低値を示した。その後、取り組みを見直し、2023年10月、測定項目7つすべてが改善。特に、当院が大事にしている「チーム内のメンバーにはヘルプを出しやすいですか？」の項目は、1.26ポイント向上した。発表時は、約2年間の活動と心理的安全性指標の数値（測定回数5回）の推移を交えて発表する。今後は、測定してきた心理的安全性指標が、当院が独自に定める診療の質の指標や人材確保（職員の離職率）等への影響も精査していきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 事業所運営・経営

P-1-99

在宅医の夜間バックアップ体制に求められる役割 －在宅医療患者への救急往診と一般患者への救急往診の比較－

中尾 亮太 ナカオ リョウタ
株式会社当直連携基盤

【はじめに】

在宅医療を持続可能にするために24時間体制の仕組みづくり不可欠である。常勤医による輪番制／地域の在支診同士
の連携／当直医バックアップなど仕組みのあり方は複数考えられる。在宅医療24時間支援体制の分類は「当直連携モ
デルの整理と事例紹介（第3回在宅医療連合学会大会P11-14）」にて整理した通りであるが、今回はさらに当直医バッ
クアップモデルを構築した際における当直や注意点を考察した。

【活動内容】

当直医による在宅医バックアップ体制に求められる役割を明確にするために、近年都心を中心に広がってきている
「時間外救急往診サービス」との比較を行った。

在宅医療は通院困難な高齢者で普段から主治医の医学管理下に置かれている患者を主な対象とする一方で、時間外救
急往診サービスは、小児や成人といった、かかりつけ医を持たない患者が主な対象である。

患者の経過としては在宅医療患者は医療介護関係者が関わりながら状態が徐々に落ちていく経過をたどるのに対し、
時間外救急往診サービスを受ける患者は通常は健康であり通院もできる患者が一時的な感冒症状で受けることが多い。
そのため、前者は納得・患者の最期の伴走に主眼が置かれるが、後者は治療・回復が主な目的となる。

結果として、求められるスキルも異なってくる。前者は主治医の診療方針への理解、患者・家族の希望を踏まえた全
人的判断、関係各所へのわかりやすい説明力といったスキルが求められる一方で、後者は症状に応じた的確な医療判
断が主に求められる。

【考察】

在宅医の夜間バックアップに求められる役割は複雑であり、往診に対応できる当直位を手配しておけば良いというこ
とではなく、当直医を“在宅医療チームの一員”に引き込むマネジメントが重要となってくる。

利益相反：有

一般演題（ポスター） 事業所運営・経営

P-1-100

在宅医の働き方改革～オンコール代行サービス導入後の変化～

二ノ坂 建史 ニノサカ タケシ
にのさかクリニック

【はじめに】在宅医療における最重要要素のひとつは、夜間・休日のオンコール体制の整備であろう。とはいえ、複数医師でのオンコール体制を単一医療機関の採用だけで長期維持することは容易ではない。約200名の在宅診療を担う当院も例外ではなく、2023年度にオンコール可能な医師が実質2人以下となり、体制維持が困難となった。そこで、2023年9月1日からオンコール代行サービスを提供するA社との提携を開始した。その実際を報告する。【活動】患者または訪問看護ステーションからの1stコールは当院が受け、往診が必要な場合にはA社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。往診は基本的に医師1人となるが、時間帯により当院の看護師が同行することもある。【考察】まず、A社の非常勤医師が往診した例について、診療内容・質について検討する。満足度については、該当患者・家族（遺族）にアンケート調査を行った。依頼内容は、看取り、発熱への対応、トリアージが主であった。検討が必要と思われた点は、A社に伝達し、該当医師へのフィードバックを依頼した。一方、平日18～20時頃や休日日中など、時間外ながら（A社に依頼せず）当院が往診した例も少なくなかった。この点は、患者満足度および経営の面でも有益となる。また、夜間帯の永眠の場合、初対面の非常勤医師による看取りよりも、翌日早朝に当院医師が往診し看取することを希望される例も複数あり、患者満足度を大きく損なうことなく医師の負担軽減に寄与する結果となった。一方で、初対面の医師の診療補助を行う看護師の負担は懸念材料である。総じて、オンコール代行サービスは、課題はあるものの十分に活用できるリソースとなり得る。今後もA社との連携・フィードバックを強化し、質を高める努力を続けたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 事業所運営・経営

P-1-101

訪問診療に関するデータ管理システムの構築

平澤津 裕美 ヒラサワツ ユミ
医療法人社団 東山会 調布東山病院

【はじめに】

当院は東京都調布市にある一般病床83床、東京都指定の二次救急医療機関である。1987年から訪問診療に取り組んでおり、2023年12月時点の患者数は164名となっている。院内で使用している電子カルテが在宅に特化したものではないため、訪問診療患者の管理やデータの集計は独自に台帳や日誌を作成しデータ管理を行っていた。しかしデータ集計には台帳と日誌のデータを掛け合わせる必要があり、業務が煩雑になっていることから、データを集約し、必要なデータを自動で集計できるシステムを構築することとした。

【活動】

まず、定期的に集計したいデータを挙げ、どの情報からほしいデータが集計できるのかを確認した。次にフォーマットのイメージを考え、システム課に相談しプラットフォームを作成した。台帳と日誌をひとつのファイルに集約し、いままで日誌に入力していたデータの精査を行った。電子カルテで作成できる情報は日誌から削除し、手入力で作成していた日誌は、日付を入力すれば、診療科・診察情報で紐づけて、電子カルテから自動引用できるようにすることで、最低限の作業で作成できるようにした。台帳と日誌を掛け合わせて集計するデータはひとつのシートに集約されるように関数を組み、月、年度毎で集計されたデータが表示されるようにした。

【考察】

集計データがタイムリーに確認できるようになったため、月、年度ごとに提出するデータを都度作成する必要がなくなり、集計データはいつでも見られるようになった。日常で使用するツールを見直したことで煩雑だった業務が簡素化され、業務改善につながった。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 事業所運営・経営

P-1-102

在宅医療の普及と持続可能な提供のために 当院の開業支援の変遷と事業継続性のための広域大規模医療法人との提携

岩野 歩 イワノ アユム

医療法人) やまとコールメディカル福岡 コールメディカルクリニック福岡

【はじめに】在宅医療はこれまで高い志を持った諸先輩方の尽力により普及発展してきた。その担い手は主に個人の診療所であったが徐々に大規模医療法人、病院へと広がってきた。現在も自分の理想とする医療の実現のために在宅診療所が多数開業しているが、事業継続性という点で個人の運営だと限界があるのも事実である。これからの在宅医療を担う組織の在り方について当院の活動の変遷を踏まえて考察する。

【活動】当院は人口20万人前後の診療圏で主に在宅診療を行う個人立の診療所であった。在宅受け持ち患者は350人弱年間在宅看取り数は150人前後である。現在の常勤医は5人であるが、これまで開業支援を積極的に行いこの12年間で7人が常勤医を経て在宅診療所を開業している。いずれの診療所も滑り出しは順調であるが、二人目の常勤医確保が困難なまま数年経過し、併せて人員拡大による人事労務トラブルにより一人院長が疲弊していく現状があった。当院自体は複数の医師を擁し、負担の少ない24時間365日体制を実現出来てはいるが地域全体への貢献に至ってはならず、将来に渡ってこの体制を維持できるかも不透明である。事業継続性を真摯に考えた結果、広域大規模医療法人と提携した。

【考察】在宅医療普及のために、また自分の理想とする医療の実現を目指す後進のために、サテライト展開でなく個人開業支援をしてきた。しかしほとんどが事業継続性については不透明なままの運営である。そもそも医療はインフラであり、一個人一事業所の能力・体力によりその提供が左右されてはいけない。当院は県下では有数の規模の在宅診療所であると自負しているが、そのような我々が率先して広域大規模医療法人と提携することにより、事業継続性のみならず更なる規模拡大を目指し、在宅医療を持続可能な形で提供し続ける事を使命とする組織の在り方を提起する。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 事業所運営・経営

P-1-103

事務部門の時間外削減の取り組み報告

光永 充士 ミツナガ アツシ
医療法人社団東山会 調布東山病院

【はじめに】

当院は、東京都調布市で83床の一般病床を持ち、地域の一般急性期医療を担っている二次救急指定医療機関である。2017年に組織改編を行い、それまでそれぞれで行っていた訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、居宅介護支援の4つの事業を法人内の在宅センターとしてまとめ、患者さんの生活に関わってきた。この過程で、支援部門である事務部門も増強してきた。事業と業務の拡大に伴って事務の業務も増え、時間外業務が増加した。今後も安定して事業拡大を支えるためにも、事務の業務効率が必要となった。

【活動】

課題は大きく2つあった。1つは時間外そのものが多かったこと。もう一つは同じチーム内でも時間外の個人差が多かったこと。これらの課題解決に向け、まずは正確な実態の把握が必要だったため、全て認めるので正確な残業時間の申告をすることを伝えた。次に、時間外の実績値をチームメンバー内で共有して、課題があるということを共通の認識とした。次に、どんな理由で時間外をしているのかをメンバー内で話し合い、残業理由を8個に分類し、残業申請の際には、分類した理由から選ぶこととした。最後に、毎月の実績を個人別、理由別で集計し、その結果をチームメンバー内で共有した。

【考察】

実績を蓄積し分析した上で課題解決に向けて取り組んでいこうと始めた活動だったが、結果としてそこに至る前に課題としていた時間外そのものも、その個人差も解消されるという結果になった。これは主旨を説明してチーム内で意見交換をしながら仕組みを整えていくという過程を経たこと、また、毎月チームメンバーに対して活動の実績値を共有することを繰り返した結果、残業に対する意識が向上し、スタッフそれぞれの、残業しないで済むための工夫につながった結果である。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 地域づくり

P-1-104

行田市とリハビリ専門職で協働した介護予防の取り組みが始まった ～高齢者でもいつの日か支え手になるまちづくりに向けて第3報～

富田 昌延¹ トミタ マサノブ
山口 美和¹ ヤマガチ 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
岡野 博美³ オカノ ヒロミ
大濱 李紗³ オオハマ リサ

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 医療法人社団清幸会 行田中央総合病院 内科

³ 行田市役所 高齢者福祉課

【目的】 第2回日本在宅医療連合学会大会では2019年より行田市で開始した自主活動グループ構築へ向けた取り組みについて報告し、第4回大会では2021年10月より開始したご近所型介護予防事業（以下100歳体操）の立ち上げ支援事業について報告をした。今回は100歳体操の有効性について効果検証を行ったのでここに報告する。なお本研究は研究倫理カテゴリー分類Ⅳ-Bに該当し、当該既存試料を用いることにより個人情報取得されることはない。

【方法】 対象は2022年4月～2023年2月までに100歳体操（重錘を使用し、6種類の運動を週1回行う）を実施終了した9団体のうち12週間完遂したものとした。測定項目はTimedUpandGoTest（以下TUG）、左右片脚立位時間、CS-30とし、1週目と12週目で測定を行い、その結果を統計処理し有意差を確認した。

【結果】 対象者は89名（男性25名、女性64名）、年齢 77.51 ± 5.64 歳、TUG（1週目 6.26 ± 1.35 秒、12週目 6.03 ± 1.31 秒）、右片脚立位（1週目 38.97 ± 36.73 秒、12週目 42.87 ± 42.20 秒）、左片脚立位（1週目 36.47 ± 35.37 秒、12週目 40.98 ± 39.36 秒）、CS-30（1週目 29.94 ± 4.50 回、12週目 25.10 ± 5.90 回）であった。測定結果をウィルコクソン符号順位和検定にて統計処理を行い、危険率5%においてTUGとCS-30で有意差が認められた。

【考察】 TUGとCS-30では有意差が認められ、片脚立位でも平均値は上昇していることから100歳体操の有効性が示されたと考えられる。100歳体操を開催するには運営者の確保と参加者のモチベーションが必要不可欠な中で、今回の結果は開催意欲の向上、普及・啓発の一助として活用してゆきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 地域づくり

P-1-105

医師会主催「在宅医養成研修」について有用性の考察

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

【はじめに】

横浜市医師会では在宅医療を担う医師を養成するため、在宅医療に関心のある医師を対象に、在宅医療に関する基礎知識を学ぶ座学研修と座学研修終了後の同行訪問研修を行っている。本来はこれから在宅医療を始めたい医師に対して向けたプログラムであり、半日あるいは1日指導医と同行して在宅医療とは何かを学ぶものである。発表者は既に在宅医療を何年も経験しており指導医としても協力している。しかし、この度は研修者として参加した。

【活動】

1日の研修プログラムとし、午前中は指導医と診療同行を行った。午後はクリニック内の見学、医療事務や看護師との情報共有の方法、備品の確認をし、難症例のカンファレンスに参加した。

【考察】

訪問診療未経験の医師と経験した医師では同じ診療内容でも見方が異なる。経験上、訪問診療を始めた頃は普段の内科外来と同様に患者本人の診察のみに留まっていた。経験を重ねていくと、患者の心身のみならず家族環境や生活に合わせた診療スタイルや処方を考えていくこととなった。また介護サービスや、訪問診療以外で患者の利益になる診療形態は何なのかを深く考えていくようになった。さらに他事業所のオペレーションや効率のよい診察スタイルを実際の目で見ることができたので、それを自らの診療所でも応用できるように対応した。

このように、日常診察だけではなく他業種との関わり方やクリニック経営の面でも学ぶことは非常に多かったことで、温故知新の精神を持ち続けていきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 地域づくり

P-1-106

お互いを知ることからはじめる 田舎ではじめて医療介護連携

林 誠也 ハヤシ セイヤ
曾我井 大地 ソガイ ダイチ
熊谷 安代 クマガエ ヤスヨ
武田 慧里子 タケダ エリコ
さんむ医療センター 総合診療科

【はじめに】 当院の立地する千葉県山武市は人口5万人に対し医師数が63名しかおらず、国の指定する医師少数区域である。また当地域では在宅医療の浸透率が低く、医療介護双方の関わりが希薄であった。今回地域包括支援センター、中核地域支援センターと共同して医療介護連携に取り組んだため報告する。【活動】 当地域では以前まで在宅診療を担う病院・診療所が少なく、実態としては他市の在宅療養支援診療所に頼っている状況であった。2022年度に当院病床数が312床から199床へ減床し、病院としても在宅診療を含めたかかりつけ機能を強化する方針となった。2023年に機能強化型在宅療養支援病院となり現在は当地域の在宅診療の中心的役割を担っている状況である。在宅診療を発展させていく中で地域包括支援センター、中核地域支援センターと関わりができ、そこで介護職側から在宅診療を含めた医療の相談の場が欲しいとのニーズがあり『医療介護連携キックオフミーティング』と題して定期的な学習会を行なっていくこととなった。・第1回（2023年4月10日）は「在宅診療」をテーマに私が講師となり当院での在宅診療の取り組みを発表した。・第2回（2023年6月29日）は「訪問介護」をテーマに市内の訪問介護事業所から普段おこなっている介護の様子を演劇形式で発表してもらった。・第3回（2023年10月30日）は「入退院支援」をテーマに当院訪問看護、リハビリテーション科と地域のリハビリテーション診療所より取り組みを発表してもらった。【考察】 ミーティングを通して地域の医療介護職がお互いに顔の見える関係となり、その場で普段の疑問や相談などをできる場作りができた。今後の課題としてミーティング以外の場でも気軽に相談できるコミュニティを作っていきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 地域づくり

P-1-107

★優秀演題

地域小学校全学年に年1回、折れない心を育てるいのちの授業を実施している取り組み

一氏 慈人 ヒトウジ ヨシト
きいれ浜田クリニック

【はじめに】小中学生の不登校数は年々増加している。我々の地域の小学校では1000人当たり14.2名の児童が不登校であると報告されており、その理由として「無気力・不安」「親子の関わり方」等が挙げられている。このような現状を踏まえ我々は令和3年度より、エンドオブライフ・ケア協会が実施する、折れない心を育てるいのちの授業（以下：OKプロジェクト）が有効であると考え、この活動を開始した。OKプロジェクトは解決困難な苦しみを抱えた時に具体的な行動として何ができるか、それぞれの立場で感じ考える授業となっている。このOKプロジェクトを地域小学校全学年に年1回、実施している現状と課題について報告する。

【活動】3名の認定講師がチームとなり全学年に年1回の授業実施。各学年、担当を決めて授業を行うが、チームで内容を検討し授業を行っている。また事前に教諭と面談を行い配慮が必要な児童を確認している。OKプロジェクトの授業は「一緒にこのテーマを考えていきたい」という姿勢で対話により内容を伝えていくため、同じ目線で対話できるように努め、さらに学年により習得している漢字や言語が異なるためスライドや言葉選びを工夫している。授業後は感想文を確認し、今後の活動に繋げている。

【考察】我々が実施しているOKプロジェクトは全学年に毎年1回実施しており各学年に応じた内容の授業を実施している。進級するにつれ児童が抱える苦しみは複雑になるが全学年に年1回、継続して行うことにより児童の理解度も増し苦しみを抱えながらも穏やかになる可能性は6年間、さらに、それ以降も維持できると考える。また我々が継続的に活動することにより我々講師と児童の間に関係性が生まれ児童の苦しみに気付ける可能性も拡大すると考える。今後の課題としては、この活動により児童の生活が具体的に、どのように変わったか把握する必要があると考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 地域づくり

P-1-108

つなぎ人が繋ぐものは何か ～社会的処方におけるMSWの役割～

菊池 麻衣子¹ キクチ マイコ
村上 あかね² ムラカミ アカネ
坂東 ひとみ³ バンドウ ヒトミ
井上 和子¹ イノウエ カズコ
高橋 進² タカハシ ススム

¹ 一般財団法人 岩手済生医会 中津川病院 地域医療連携室

² 一般財団法人 岩手済生医会 中津川病院

³ 盛岡市社会福祉協議会 地域福祉コーディネーター

【目的】 現在、「社会的処方」の制度化に向けた議論が進んでいる。日本において社会的処方を進める流れとして示された各手順を実際の事例に照らし合わせ、社会的処方におけるMSWの役割について考察したい。

【方法】 実事例を用い「医療機関を起点とする社会的処方の手順」が機能するための課題整理を行い、文献検討を交えて考察する。

【事例】 A氏58歳男性。独居。40代からひきこもり状態。親族から電話相談があり、MSWが状況確認に自宅訪問。意識レベルの低下あり県立病院救急搬送、ウェルニッケ・コルサコフ症候群、その他の診断で入院。炎症反応は改善するも意識障害は持続、環境調整目的にて当院転院。転院後の調整にMSWが関わった。

【考察】 本事例は、MSWがアウトリーチし、入退院の調整を図った。MSWは院内での調整窓口を主として求められる事が多く、院外へのアウトリーチには職場の理解が得にくい現状がある。そのため地域の保健医療介護福祉サービス以外の地域資源について詳しい知見を有していない場合が多い。ICTを利用した地域基盤の情報共有ツールは、気づきの段階から医療従事者とサービス事業者を繋ぐことができる。

今後、MSWが社会的処方におけるNP的役割を担うことも、他の医療従事者に対してよりソーシャルワークに関心を持たせ、受動的に治療を受けている立場に過ぎない患者を、主体的に社会問題の解決に取り組む当事者に戻すことを可能にするのではないかな。

【結論】 医療従事者も、孤独や貧困など健康を脅かす社会的な要因が隠れている事例に日常的に出会うようになってきた。社会的処方が目指すものは地域共生社会の実現であり、MSWが地域の伴走者と顔の見える関係を結んでおくことは、医療機関と地域社会を結び地域のレジリエンス向上に繋がる。

【倫理的配慮】 発表にあたり、患者の個人情報とプライバシーの保護に配慮し、患者・家族に説明し承諾を得た。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 地域づくり

P-1-109

多職種連携・協働の醍醐味であった、杉並区医師会による「すぎなみフェスタ2023」出展報告

山口 優美^{1,2} ヤマグチ ユミ

¹ まごころクリニック

² 杉並区医師会

【はじめに】当医師会では杉並区医療介護連携システムである「杉介（すかい）ネット」を活用し、日々の多職種連携を深めており、月に1回開催する医師会主催のオンライン会議では、行政をはじめ地域の多職種の皆様と様々な地域課題を話し合っている。今回はオンラインからオフラインの繋がりへ、杉並区で2023年11月に開催された「すぎなみフェスタ2023」に当医師会として多職種および地域住民の皆様と共にブース出展した。その活動報告をする。【活動】2023年の夏頃より、当医師会として杉並区で開催される「すぎなみフェスタ2023」出展を企画し、①医師および多職種による「なんでも医療介護福祉相談室」と、②地域の活動団体によるフレイル・ロコモティブシンドローム予防啓発体験イベントを開催することにした。11月5日フェスタ当日は、多くの医師と多職種の協力者（総勢66名）とともに、区民に向けて相談室と体験イベントを実施し、大変好評を得た。当初、高齢者に向けてのフレイル・ロコモ予防体操イベントを想定していたが、区民来場者は多様な年齢層であり、子供から高齢者まで楽しく健康増進、介護予防に関して知識を得る機会となった。【考察】普段より当医師会として多職種とともに地域に働きかけていく取組が、地域のお祭りである「すぎなみフェスタ2023」に参加することで、さらに皆の結束力を高める効果があった。準備段階から多職種の皆さんと相談し、区民に健康促進・介護予防を啓発することを目的に、協力して一つのイベントを作り上げたことは、コロナ禍では成しえない事だった。今後有事の際や、高齢化が進み介護支援不足が懸念される社会を地域で何とかしていく際にも、このような情緒的な関わりのもとに築かれる多職種連携・協働が、大変役に立つのではないかと考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 地域づくり

P-1-110

しなやかで強い地域のために、学び場としてのクリニック待合室の可能性

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

【はじめに】私たちは今、先の見えない時代を生きている。疾患や障がいや老いのかかえた当事者も支援者も、漠然とした不安を感じているのではないだろうか。

変化に対して、しなやかに対応する強さが求められている。そのために常に自らをアップデートする必要がある、学びの環境や文化が地域を強くするのではないかと考えた。クリニックを、集い学ぶ場として機能させる試みを提案する。

【活動】2014年、高齢者にタクシーへの不満や遠慮があることを知る。外出を控えることは引きこもりによるフレイルや認知症の進行が懸念され、タクシー事業者側と高齢者側、双方の課題を知ることが必要であると考えた。地元事業所と協働で、高齢者体験、セラピストによる助言、AED講習などを行い、患者側に対してはドライバーの高齢化、移送業務制度の課題や上手な利用法などの講座を依頼し理解を深めた。

また、外来通院中から介護保険や訪問診療の具体的な知識を得ることが、先々への漠然とした不安緩和に繋がると考え、現場専門職による実地的な講座を定期的に開催した。時には参加者が講師となる、特技を披露するなどの交流も生まれた。

2016年の熊本地震後は自助力を高めるため、防災ゲームや持ち寄り炊き出し訓練などで楽しみながら学ぶ機会を作った。

コロナ禍で一時中断したが、IT利用のハードルが高いという課題が浮上したことから、最近の学校教育を学ぶというコンセプトで、退職した学校教諭などの協力のもとタブレット端末での授業を不定期に開催中。

【考察】通い慣れたクリニックは、高齢者にとって安心して参加出来る可能性を秘めた場である。知識やノウハウの提供ではなく、身近な課題の本質に取り組むことを意識している。老いや障がいがあっても新しいことへのチャレンジは心身の機能改善や、社会参加の可能性も増え、何より楽しい。更に自主的に場をシェアする動きになっていく事が理想である。

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療安全・リスクマネジメント・災害対策

P-1-111

患者家族からの診療等に関する要求への対応に難渋するハラスメントの1例

泉本 浩史 イズモト ヒロシ
日比 俊輔 ヒビ シュンスケ
メディクス草加クリニック

【はじめに】患者あるいは家族からの診療上の暴言のペイシャントハラスメントは訪問診療において問題の一つである。今回患者の家族による暴言への対応に苦慮している症例を紹介する。【症例】患者は超高齢者、女性。高脂血症、高血圧症、骨粗鬆症にてX-2年から当院が訪問診療を開始する。診療開始当初は家族が特に苦情を呈することはなかった。1か月経過した頃から、下腿の湿疹に対する軟膏を処方しても家族が特定する軟膏でなければだめだと大声で非難するようになった。患者と家族の関係は良好ではなく、家族はそのストレスを医師と看護師にぶつけてくる。医師が誤ってカルテを患者宅に忘れた際には、看護師を相手に1時間以上も、医師や医師の所属するクリニックの信頼性のなさを感情的に表し暴言として残した。残薬の確認をなぜ家族に問うのか、看護師が患者宅の犬にかまれたときに、なぜ狂犬病のワクチンについて聞かれなければならないのか、問い詰めた。家族との関係を改善しようと試みたが無駄であった。家族の行為は、医師と患者の関係を背景としたペイシャントハラスメントと考える。【考察】患者の家族からの診療上の要求への対応に難渋するペイシャントハラスメントの症例を提示した。家族が大声で医療チームを非難したり、医療チームの一人を長時間居室内で非難し続けるなどの行為は、ハラスメントと考える。医療チームとしてはこれに対する対応を検討したが、家族がチームの意見を尊重せず、良い対応方法は見いだせなかった。暴行にまでは至っていないので地域の在宅医療暴力・ハラスメント相談センターには相談を行っていない。暴言がエスカレートする、あるいは、暴行を受けるようであれば、相談を行う予定である。それまでは、忍耐強く家族の話を傾聴しお互いの理解と信頼を得たいと考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 医療安全・リスクマネジメント・災害対策

P-1-112

在宅における下肢末梢動脈疾患のDiagnostic Errorに関する症例報告

松島 和樹^{1,2} マツシマ カズキ

¹ 医療法人川崎病院

² 神戸総合診療・家庭医療専門医プログラム

【はじめに】1年3ヶ月に渡って継続診療を行っていた患者で、重症下肢虚血となり最終的に下肢切断に至った事例を経験した。そのプロセスを振り返り考察する。【症例】80代の女性。X-2年10月、水疱性角膜症のため視力が著しく低下しA病院で角膜移植を受けるも視力の回復が乏しく精神的に不安定となりB施設に入所。同年12月より施設職員の紹介で当院からの訪問診療開始となる。初診時より足背に軽度浮腫が見られていた。また、右の下腿から足の外側に感覚過敏があり、右臀部の圧迫でも痛みの誘発があり神経痛を疑っていた。X-1年8月、下肢の冷え・むくみ・頻尿に対して牛車腎気丸開始。X-1年12月から左半身のうずきを訴えた。X年1月にプレガバリン開始。外来で体幹CTなどを施行し気管支肺炎と第4腰椎に圧迫骨折を認めた。2月には飲食不良となり入院を勧めるが精神面の悪化を家族が懸念し施設での点滴を続けていた。3月に左足背に水疱形成があったが訪問看護師の話から低温熱傷を疑った。精神面のケアも含めてA病院に入院依頼をしていたがなかなか話が進まなかった。シロスタゾールを開始したが翌週には一旦改善していた左足が黒色化し、緊急入院となった。下肢造影CTで両側浅大腿動脈が閉塞しており下肢末梢動脈疾患の診断となった。【考察】本症例における診断エラーの原因について認知剖検を行った。主治医の認知要因として、早期閉鎖、アンカリング、確証バイアス、フレーミング、代表性バイアス、疾患知識の不足が挙げられた。環境要因として、患者要因、家族要因、多職種の要因、在宅という環境が挙げられた。在宅医療における診断エラーに関する文献は乏しいが、木島の提唱するアプローチをもとに取りうる対策を行うことが重要である。

※発表にあたってはガイドラインに則り個人情報保護を遵守する。

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療安全・リスクマネジメント・災害対策

P-1-113

看護小規模多機能型居宅介護事業所におけるインシデント・アクシデント事例の共有と検討システム改革の取り組み

河野 政子^{1,2} コウノ マサコ
菅野 あさひ¹ スガノ アサヒ
尾形 文子¹ オガタ フミコ
福田 光宏¹ フクダ ミツヒロ
福田 裕子¹ フクダ ユウコ

¹ まちのナースステーション八千代

² 地域包括ケアコンサルティングあるす

【はじめに】当事業所では、病院向けのインシデント・アクシデント（以下、IA）報告書を参考に独自の報告書を作り、ビジネスチャットツールを活用して多職種間で情報共有と検討を行っている。今回そのシステム改革に取り組み、効果と課題について検討したので報告する。

【活動】前年度の総括にて、書式と検討上の課題が挙がった。従来は全項目を7段階の分類と影響度で報告していたが、IA内容によってはレベル分けがしにくかった。そこで「利用者のケア」は従来のレベルで示し「連絡・調整」「設備・物品」「災害・事故」については新たに3段階の分類と影響度を設定し、項目別に関連内容を入力するフォームに変更したところ、入力しやすくなったと職員から好評を得た。検討上の課題では、職員間の検討が活発に出来ていないことが挙がった。従来は、週1回の全職員ミーティング（ラージミーティング：以下、LM）で前週に挙がった報告の振り返りを約8～10件行っていたが、疑問や意見が挙がりにくく検討が深まらなかった。そこで書面での情報共有で良いのか会議等での検討が必要かを明記し、検討が必要な場合はまずコアな関係者で協議し（スモールミーティング：以下、SM）、必要に応じて役職者会議（マネージャーミーティング：以下、MM）やLMで共有・検討するシステムに変更した。結果、SMで疑問や意見が出やすくなり、LMではSMでの検討内容を含め多角的な意見を共有し、本音も踏まえた現実的な検討ができるようになった。またMMで再発予防や対応強化に向けた学習の必要性を判断し、勉強会に発展する場合もあった。しかし、物品忘れや連絡調整ミスなどは書面報告のみで個人の反省に終わる傾向は変わらなかった。

【考察】今回のシステム改革でミーティング議題に挙がるIA報告の検討は深まりつつある。今後の課題は書面報告に終わることが多いIA事例の再発予防策の見直しであると考ええる。

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療安全・リスクマネジメント・災害対策

P-1-114

災害時における患者搬送時の車種の検討 ～院内災害訓練の経験を通して～

菅原 信行 ¹	スガハラ ノブユキ
宮本 雄気 ^{1,2}	ミヤモト ユウキ
板舩 笑果 ¹	イタマス エミカ
山下 歩 ¹	ヤマシタ アルク
西井 賢俊 ¹	ニシイ カツトシ
林 佑哉 ¹	ハヤシ ユウヤ
武藤 英貴 ¹	ムトウ ヒデキ
藤谷 好紀 ¹	フジタニ ヨシノリ
能勢 悠介 ¹	ノセ ユウスケ
柳澤 克哉 ¹	ヤナギサワ カツヤ
田中 裕子 ¹	タナカ ユウコ
山田 寿美 ¹	ヤマダ トシミ
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 京都府立医科大学 救急医療学教室

【目的】

大規模な自然災害時には、患者搬送が必要な場合であっても医療ニーズの急激な増大や道路交通事情により救急車が使用できなくなる可能性が想定されている。災害拠点病院では院内救急車などが予め配備されているが、在宅医療を提供する診療所等では予算の問題で高価な車両を配備することは事実上困難であり、通常の訪問診療に使用する車両で代用できることが望まれる。そこで今回、大規模災害発生時に医療依存度および緊急性の高い患者が搬送可能かについて、当院所有の複数の車両にて検証した。

【方法】

当院では主に5種類（1. ハッチバックタイプの乗用車 2. ミニバンタイプの乗用車 3. ミニバンタイプの軽自動車 4. オフロード4WD 5. 大型バン）の車両を有している。模擬患者（身長165cm）に人工呼吸器およびその付属品、酸素ボンベを付随させた状態でこれらの車両に収容可能か、また収容可能な場合は体位などの工夫が必要であるかについても合わせて検証した。

【結果】

側臥位および仰臥位で後部座席に乗車する場合は膝屈曲位であってもハッチバックタイプの乗用車（幅130cm）・軽自動車（幅110cm）に収容することは困難であった。ミニバンタイプの乗用車（幅140cm）は、膝屈曲位であれば収容は可能であった。また後部座席を外し、底面に露出した金具などを毛布や布団でカバーすれば膝伸展位かつ仰臥位での収容が可能となった。オフロード4WD及び大型バンは特別な工夫なく膝伸展位・仰臥位での収容は可能であった。

【考察】

大規模災害により、重症患者や外傷患者をやむなく往診車両で搬送する場合、ハッチバックタイプの乗用車や軽自動車への収容は困難であり、最も安価かつ仰臥位でも収容可能な車両はミニバンタイプの乗用車であった。車両選定時にはこのような患者が収容可能かどうかについても留意することが重要であると考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 医療安全・リスクマネジメント・災害対策

P-1-115

多職種連携ツールを活用した在宅療養患者の災害時個別避難計画の情報共有

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】当院は2016年6月より訪問診療を開始し、広島県広島市東区、安芸郡府中町が主な診療圏内の機能強化型在宅療養支援診療所である。診療圏内は土砂災害警戒区域、洪水浸水想定区域が多数あり、平成30年7月豪雨災害で被害を受けたことも記憶に新しい。

【活動】広島県広島市の危機管理課、保健所、福祉課、各事業所へ災害時個別避難計画作成について聞き取りを行った。①広島市では、独自で避難行動要支援者名簿を作成し、毎年該当患者あてに災害時個別避難計画の作成を促す郵便物を郵送している。作成されたデータは民生委員や地域包括センター等の一部の情報のみ限定的に共有されている。②人工呼吸器を常時使用する患者は、人工呼吸器非常用電源設備購入費補助を利用する場合、災害時個別避難計画が必要となるため行政が介入して作成の補助を行っている。作成されたデータの共有はされていない。③介護報酬改定において、2024年4月から介護施設・事業所のBCP策定が義務化されたが、患者の災害時個別避難計画まで網羅している事業所は少なかった。聞き取りの結果、患者一人に対して、災害時個別避難計画は様々な様式で存在し、民生委員や地域包括等、自施設のみなど共有されている範囲も限定的であるということが分かった。そこで、当院は、多職種連携ツールを活用して、患者の災害時個別避難計画を多職種で共有できる仕組みを構築した。

【考察】多職種連携ツールは日々の業務効率向上に役立つだけでなく、患者の災害時個別避難計画を共有することで、多職種で共通認識を持つことができ、有事の際には速やかに対応することができるのではないかと考える。また、事業所ごとに様式の異なる災害時個別避難計画を作成してしまうと、その数だけ患者や家族に聞き取りが必要となるため、共通の様式を使用し一度の聞き取りに留めることで、双方の負担を減らす効果もあるのではないだろうか。

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療安全・リスクマネジメント・災害対策

P-1-116

在宅療養支援診療所における事業継続計画（BCP）策定の取組み ー災害シミュレーションや局所災害の経験から有事対応力を強化するー

藤本 翠	フジモト ミドリ
清水 朋子	シミズ トモコ
北島 奈津	キタジマ ナツ
栗田 麻里	アワタ マリ
白藤 沙織	シラフジ サオリ
尾本 仁那	オモト ニナ
金子 昌裕	カネコ マサヒロ
鷹津 英	タカツ ハナ
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

【はじめに】

当院は令和4年2月から自院の事業継続計画（以下BCP）策定の取組みを開始した。有事対応に実効性のあるBCPを維持していくためには、職員一人一人が行動できる仕組みづくりと意識の浸透が必要である。当院ではBCPチームを組織し、災害シミュレーションや局所災害の振り返りを通して医院全体でBCP策定に取り組み、職員の有事対応力を強化できたためここに報告する。

【活動】

BCPチーム：医師・看護師・事務職で組織した。設備や非常備蓄の点検、個別避難計画の作成などの災害対策を全職員で実施した。これらを定期的に見直し・改良できるよう年度計画を立てて運用している。

災害シミュレーション：震災と火災を想定し、事前課題とブレインストーミング形式で実施した。

局所災害の振り返り：令和5年1月、積雪による交通遮断のため職員が安全に参集できない事態となり、BCPを発動して診療業務を縮小させて継続した。この経験から「職員の安全な参集」について院内で議論し、「災害時の出勤規定」「予備薬の処方」「災害マップ」などの対策をBCPに加えた。

【考察】

災害シミュレーションでは、災害時に想定されるリスクや平時の備えへの対策を職員から抽出することができた。また、災害時の組織体制や有事での初動と業務継続戦略について職員で共有する機会となった。局所災害の振り返りでは、職員は自身の安全を最優先に考えて出務を判断し、安全に業務継続ができる具体策ができた。また、これらの対策は令和5年8月の台風の場面でも活用され、予備薬を使用した診療スケジュールの調整と安全に配慮した診療継続が実行された。災害シミュレーションや局所災害の経験から有事対応力を強化しBCPをブラッシュアップする経験を得た。また、職員の安全を中心においたBCPの課題解決を日常的に議論することは、平時からの職員の安心や働きやすい職場づくりにつながったと考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療安全・リスクマネジメント・災害対策

P-1-117

在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための合同ワーキンググループの設立

高添 明日香¹ タカソエ アスカ
小豆畑 丈夫² アズハタ スナオ
大友 宣³ オオトモ セン
島田 潔⁴ シマダ キヨシ
新田 國夫⁵ ニッタ クニオ

¹ 医療法人桜花会 あすか在宅クリニック

² 医療法人社団青燈会 小豆畑病院

³ 医療法人財団老蘇会 静明館診療所

⁴ 板橋区役所前診療所

⁵ 医療法人社団つくし会 新田クリニック

【はじめに】2022年1月に発生した埼玉県ふじみ野市での訪問診療医の銃殺事件を受け、翌月に全国在宅療養支援医協会（在支協）で訪問診療医に対して緊急アンケート調査を実施したが、回答者の40%が患者・家族の暴力行為により身の危険を感じる経験をしたと答えた。高齢化、孤立化、複雑化する本邦において、医療・ケア従事者の安全確保は重要課題であり、即急に法的整備を進める必要があると痛感した。

【活動】全国在宅療養支援医協会と日本在宅救急医学会とは、合同で在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための合同ワーキンググループを設立した。医師のみならず、訪問看護や訪問介護従事者においても多く類似の暴力報告があること、同時に患者側にも医療・ケア者からのハラスメントや暴力行為の報告があることが分かった。医療・ケア者、患者双方の安全が確保されるための仕組みや、安全が脅かされた時の相談窓口、法的対処への手引きを作り、提言していく予定で活動中である。

【考察】在宅での医療・ケアは、信頼関係を構築しやすく、ACPの展開や孤立家庭の支援に有利な場面が多い。しかし、誤解や利己的解釈によって一旦信頼が崩壊すると、他者による修正の機会を得ないまま事件に発展しやすく、事件発生時には退路確保も証拠保全もし難いという難点を併せ持つ。当事者のみでの解決は困難であり、他者による修正機会を得られる仕組みを確立することが重要である。

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療安全・リスクマネジメント・災害対策

P-1-118

★優秀演題

柏市における地域BCPの取り組み

古賀 友之^{1,2} コガ トモユキ
ワーファ 純子^{7,3} ワーファ ジュンコ
織田 暁寿^{4,2} オダ アキトシ
石橋 正樹^{5,2} イシバシ マサキ
松倉 聡^{6,2} マツクラ アキラ

¹ のぞみの花クリニック

² 柏市医師会

³ 柏市訪問看護ステーション連絡会

⁴ ホームクリニック柏

⁵ 東洋眼科・胃腸内科・外科

⁶ おおたかの森病院

⁷ こすもす訪問看護ステーション

【はじめに】 柏市は千葉県北西部に位置する中核市で、人口は約43万人である。市内の避難行動要支援者（以下、要支援者）はおおよそ12,000人に上る。市内にはK-netと呼ばれる災害時の安否確認を行う互助システムがあり、要支援者は自己登録し、行政が名簿を町会に提供し、災害時に安否確認が行われる。また、個別避難計画も策定されている。医師会には発災から72時間以内の救護活動に関する災害医療対応マニュアルが存在し、一部要支援者の救護も対象となっている。しかし、これらの取り組みが要支援者の課題を十分に解決できていない実態がある。そこで、私たちは地域BCPの導入を通じて、これらの課題に対処する取り組みを開始した。【活動】 災害発生時、要支援者が抱える課題とその解決策について「顔の見える関係会議」で話し合うことにした。9月には事前準備の会議を開催し、67名が参加した。グループワークを通じて様々な課題を抽出し、「安否確認と情報共有」を優先的なテーマとして本会議にに取り組むことを決定した。11月には4回にわたり本会議を開催し、総勢209名がグループワークを実施。これらの会議で災害時の自助の重要性が強調され、具体的な解決策として、K-netや情報共有ツールの活用、緊急連絡先・避難先の確認、個別避難計画の促進、地域組織や行政との連携が提案された。これを受け、令和5年9月に発足した地域BCP策定コアメンバー会議は12月に2回目の会議を実施し、実際に活動するワーキンググループの構成団体を決定した。【考察】 日本では地震や水害などの自然災害が頻発しており、災害時に要支援者の安否確認を迅速かつ効果的に行い、必要な医療や介護を提供することは、災害関連死を減少させる鍵となる。今後、行政と医師会は、これまでの医療介護連携や行政との協力を活かし、地域BCPの策定を進めていく予定である。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 地域包括システム

P-1-121

第2回川口市地域包括ケア学会の開催報告

竹中 健智	タケナカ ケンチ
長江 厚	ナガエ アツシ
小俣 香	コマタ カオリ
目時 亮	メトキ リョウ
田辺 知宏	タナベ トモヒロ

川口市医師会

【はじめに】 地域包括ケアシステムの構築にあたっては、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要である。川口市は埼玉県南部に位置する人口60万人の中核市で、今後は75歳以上人口が急増することが見込まれている。在宅医療の需要増加に備え、医療と介護の切れ目ない連携、多職種の顔と顔が見える関係を築き上げるため、川口市医師会が主体となって川口市地域包括ケア学会を開催した。

【活動】 川口市内の在宅医療に携わる全職種に呼びかけ、日頃取り組んでいる活動報告や日々の業務での課題について発表を募り、合計16（内訳：医師1、歯科医師2、薬剤師1、看護師3、管理栄養士2、作業療法士1、社会福祉士1、介護事業者2、行政3）の演題発表が行われた。指名講演として川口市を管轄する川口市保健所所長より「川口市における在宅医療の現状と課題」について発表いただき、川口市内で在宅医療を受けている患者が入退院した際に活用される入退院支援ルール、多職種連携での活用を想定している多職種連携ツール（MCS）についての指定講演も行った。

【考察】 川口市内では毎月約4000人の市民が訪問診療を受けており、約30カ所の在宅療養支援診療所、約40カ所の訪問看護ステーションがその一翼を担っているが、一方で隣接する東京都のクリニックに訪問診療を依頼している市民が散見されるのも実情である。住民票が東京都のまま川口市内の老健施設等に居住している高齢者も少なくない。これらを鑑みると、川口市では今後は在宅医療の需要が大きく伸びる反面、その医療資源は十分とは言えない。外来診療と在宅診療を両立している診療所も少なく、外来医療と在宅医療の切れ目ない移行に支障が出ないような連携も求められる。60万人都市において全医療者が問題意識を共有することは容易ではないが、川口市地域包括ケア学会を繰り返し開催していくことで共通認識が広まっていくことを期待したい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 地域包括システム

P-1-122

千葉県看多機連絡協議会設立の活動報告

山崎 佳子¹ ヤマザキ ヨシコ
福田 裕子² フクダ ユウコ
篠崎 順一郎³ シノザキ ジュンイチロウ

¹ 株式会社やさしい手 看多機かえりえ南佐津間

² 株式会社まちナース まちのナースステーション八千代

³ フレアスグループ スカイハート株式会社

【はじめに】在宅ケアの要として平成24年度に制度化された看多機は、現在全国で看多機は1100事業所を超え、千葉県でも約40箇所の事業所が運営されている。ハード面を整備する困難等の課題があり、当初の予定より緩やかな増加となっている。看多機は地域密着型の事業であるが、自治体毎の整備状況にばらつきがあり、未整備の自治体も多い。中重度の地域住民を支えることを期待されているため、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それぞれの事業所が試行錯誤の中、様々な悩みを抱えながら運営している現状がある。今回、横の繋がりを強化することで千葉県下の事業所が安心して運営でき、更に看多機が在宅ケアでどのような役割を持っているのかを考えるために千葉県看多機連絡協議会（以降 協議会とする）を設立した。その活動について報告する。【活動】2023年1月中旬 有志にて活動開始。県内の全看多機に架電して協議会設立について説明。3月20日 設立に向けての説明会を開催（ZOOM）6月1日 協議会設立のメール配信・会員募集開始 7月29日 第1回総会、第1回定例会開催（集合開催）9月20日 役員で協議会設立のあいさつ回り（千葉県庁、千葉県看護協会等）10月26日 第2回定例会開催（集合開催）2024年2月10日「ちば看多機研究会」開催（関係機関にも周知し参加を幅広く募った）【今後の課題】協議会の活動を開始して間もないが、管轄する自治体も不慣れなことが多く、解釈の違いからのローカルルール等に左右され、戸惑う事があり、悩みがあっても相談する先がなく独自で問題解決していかなければならないという現状や地域毎の課題等についても定例会や研究会を通して分かってきた。今後も、看多機のあり方の他、問題点やその解決法を明確にして各事業所が安心して運営できるよう協議会として活動していきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 地域包括システム

P-1-123

在宅医療介護連携推進支援事業の入退院支援における豊田加茂医師会在宅相談ステーションの取り組み

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
柴原 弘明 ¹	シバハラ ヒロアキ
榎本 康宏 ¹	エノモト ヤスヒロ
野場 万司 ¹	ノバ マンジ
渡邊 真 ¹	ワタナベ マコト
大野 政彦 ¹	オオノ マサヒコ
近藤 貴史 ¹	コンドウ タカフミ
平山 眞彦 ¹	ヒラヤマ マサヒコ
加藤 千博 ¹	カトウ チヒロ
亀井 秀弥 ¹	カメイ ヒデヤ
那須 正和 ¹	ナス マサカズ
山本 勝 ²	ヤマモト マサル
永井 昌寛 ³	ナガイ マサヒロ
横山 淳一 ⁴	ヨコヤマ ジュンイチ

¹（一社）豊田加茂医師会

²名古屋工業大学名誉教授

³愛知県立大学

⁴名古屋工業大学

【はじめに】平成27年より、在宅医療・介護連携推進支援事業が開始され、行政から委託を受け在宅相談ステーション事業として実施している。在宅医療提供体制の「入退院支援」について、より現状に見合ったスムーズな医療・介護サービスの提供を目指すため実施した内容について報告する。【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:2023年11月全会員にアンケート実施（総配布数220件、回収数115件 回収率52.2%）。全回答者のうち診療所医師の68.5%が「入院受け入れの後方支援体制は整っている」また、84.7%が「入院依頼で困ったことはない」と回答。2.医療と介護の連携に関する調査:2022年6月1日からの1か月、入退院支援ガイドブックの運用状況について医療圏内の関係事業所にアンケート調査実施（総配布数212件、回収数107件 回収率50.5%）。担当利用者が入院した際、居宅介護支援事業所82.9%、訪問看護ステーション96.8%が、共通様式を利用し情報提供した。退院時、病院からの看護サマリでの情報提供は、居宅介護支援事業所29.3%、訪問看護ステーションへ44.6%であった。転院先の病院に在宅支援者からの共通様式が「だいたい添付」は29%。3.ワーキンググループを設置し、取り組むべき課題の選定、要因分析、対策の立案について検討し、「入退院支援ルールの再周知」、本人の価値観・意向など「入院時の支援や退院調整に有用な情報を共通様式に追加」、「共通様式の運用を高齢者施設に拡大」について実施した。【考察】アンケート調査を実施したことで、検討すべき課題を把握でき、入退院支援に関するルールや様式の改善につながった。今後も、事業内容を検討し、入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働・情報共有によるスムーズな入退院支援ができる地域を目指したい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 地域包括システム

P-1-124

都市部の病院との併診を望んだ独居高齢がん患者の終末期を多職種支援で行った1事例

松宮 泉 ¹	マツミヤ イズミ
大野 令子 ²	オオノ レイコ
石原 正一郎 ³	イシハラ ショウイチロウ
平岡 恵美 ³	ヒラオカ エミ
鈴ヶ嶺 薫 ⁴	スズガミネ カオル
大竹 都 ⁵	オオタケ ミヤコ
品田 賢大 ⁶	シナダ ケンタ
菅原 和枝 ⁷	スガワラ カズエ

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

³ 医療法人社団聖仁会 我孫子聖仁会病院

⁴ 社会福祉法人皇仁会けやきの里訪問看護ステーション

⁵ 悠翔会訪問看護ステーションもりや

⁶ ニコニコキッチン我孫子店

⁷ (株) ママMATE 本社

【はじめに】 当市は首都圏で公共交通機関のアクセスもよいため、大学病院等大病院の治療を希望し通院する住民も多い。だが、病状の進行により、通院困難となって初めて通院先大病院から地元の病院へ紹介・移行となるが、関係性を構築する間もなく、状態が切迫し緊急で意思決定をする中、希望が不明なまま経過する事例が増加している。身寄りのほほない独居高齢者の急激な病状進行の中、多職種連携で本人の意思決定の変遷を支えたが、地域課題を感じた事例を報告する。【症例】 80代 男性 親族は絶縁状態 独居 食道がん再発 X-2年2月上気道炎症状にて近医受診。紹介でA病院受診。上記診断。X年4月A病院外来看護師より当市地域包括支援センター（以下、包括）へ問い合わせ・支援依頼。包括介入開始。X年5月A病院で食道全摘空腸遊離術、永久気管孔造設実施。X年6月A病院より当市B病院訪問診療、C訪看へ依頼。退院カンファレンス翌日、自宅退院。ADL自立だが、調理困難で配食サービス導入。X年9月A病院にて再発告知。化学療法提示され、主治医変更。本人の動揺強く、うつ状態となり、ADL急低下。本人はA病院への受診にこだわる以外、ACPも話せない状態で経過。X年10月A病院の受診を目指したが、体動困難となりB病院へ緊急入院。X年11月B病院にて逝去。【考察】 本事例は「大病院と地方病院での連携の難しさ」「身寄りのない高齢がん患者の最期の意思決定支援」を課題とした。多職種（親友のご家族、弁護士さんや配食も含む）の支援で、どうにか間に合ったが、同様のケースは増えている。今回は配食サービスの生活支援が、心の揺らぎ期間を支えた事も鍵であった。医療・介護だけではなく地域との連携が必要と考えた。

本報告は、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」（2023年3月30日）の「5.1症例報告」に記載の対応とした。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 地域包括システム

P-1-125

地域住民が「在宅医療」に関心を持ち、選択肢のひとつとなるために ー柏モデルの取り組みー

織田 暁寿 ¹	オダ アキトシ
石橋 正樹 ²	イシバシ マサキ
古賀 友之 ³	コガ トモユキ
松倉 聡 ⁴	マツクラ アキラ
櫻庭 陽平 ⁵	サクラバ ヨウヘイ
梅澤 喜義 ⁶	ウメザワ タカヨシ

¹ 医療法人社団あかつき ホームクリニック 柏

² 医療法人社団雄元会 東洋眼科・胃腸内科・外科

³ 医療法人社団いぶきの森 のぞみの花クリニック

⁴ 医療法人社団誠高会 おおたかの森病院

⁵ ふるさとケアプランセンター 柏

⁶ 柏市役所地域医療推進課

【はじめに】 柏市では2009年より地域包括ケアシステムの構築を進めてきた。中でも在宅医療を含めた在宅ケアについては、柏市医師会と柏市が理念を共有、関係する多職種団体が参加し、在宅医療推進、多職種連携に取り組み、「柏モデル」と呼ばれている。多職種連携・情報共有、研修、啓発広報の3部会に分かれて活動する中で、今回は市民への啓発広報活動について報告する。市民に在宅医療に関心を持ってもらうことは容易ではなく、様々な角度からアプローチする手段や方法を考え、実行してきたことを共有したい。【活動】 啓発広報部会では、有効な普及啓発活動の検討、啓発ツールの作成と実践を行なっている。当初から現在まで継続している事業には、①在宅医療情報誌「わがや」の発行（年2回、合計23回発行）、②高齢者が集まるサロン等へ行政担当職と専門職がペアとなって出向き、事例紹介や相談を行う出前講座（10年間で281回開催、延べ10127人参加）がある。また、グッズや小冊子の作成、市広報誌へのマンガ連載、柏市をホームとするプロバスケットボールチームや柏出身の著名人とのコラボ、スープレシピコンテスト等を企画実行してきた。【考察】 各専門職に加え、市民が部会員として参加している点が特徴のひとつであり、非常に重要かつ有効であると感じている。一例を挙げると、在宅医療という単語を街で見かけないという市民部会員の言葉をきっかけにグッズ（ステッカー）を作成、街中に貼ってもらうことに成功した。また、高齢者をターゲットにしてきたが、より幅広い世代に知ってもらう必要があることを実感し、子育て世代や若い世代へ対象を広げた。その結果、「わがや」誌面クイズへの応募件数や行政への問い合わせ件数の増加が見られ、認知度が上がっている印象を受けている。今後の課題として、より正確な啓発活動の効果判定、市民への在宅医療の認知度の評価方法を検討していきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 地域包括システム

P-1-126

A島在宅利用者への本島訪問看護ステーションによる活動支援

大湾 朝成¹ オオワン トモナリ

大湾 知沙¹ オオワン チサ

大湾 知子² オオワン トモコ

石原 美和^{3,4} イシハラ ミワ

¹ あさひ訪問看護ステーション

² 琉球大学医学部保健学科

³ 神奈川県立保健福祉大学

⁴ 東京財団政策研究所

【はじめに】 離島では、身体状態が悪化すればドクターヘリを利用しての本島への救急搬送となったり、要介護状態が進めば本島の施設入所となる。本島の訪問看護ステーションが行ったA島における在宅利用者への支援活動を報告する。

【活動】 A島には訪問看護を行っている事業所がなく、担当ケアマネージャーより本島から飛行機でA島へ訪問ができないかの相談があった。8名の希望者がいたが滞在時間の都合上6人選定して、1年間は1回／週おこない、その後、1年間は1回／2週の訪問を行ったA島の在宅利用者へどのようにサービスを提供すべきか、副村長と地域包括支援センターの担当者、診療所と協議した。その結果、介護保険広域連合から旅費の離島支援補助金について情報を得たため、申請して利用することができた。問題点は、月2回～3回の訪問看護（リハビリ）ではできることが限られており、福祉用具などのアセスメントや調達も遅くなること、訪問看護のオンコール対応ができず、何かあれば診療所を受診している。

【考察】 A島を訪問して、患者を直接アセスメントして、訪問看護の必要性を明らかにし、現地の関係者との情報交換により、A島へのサービス提供にかかる交通費等の補助金等に関する情報も得ることができた。しかし、本島の訪問看護ステーションが継続して離島の患者宅を訪問することは、時間的に困難である。そのため、今後の課題としては、A島内の看護・リハビリ職員の確保であり、確保できれば、訪問看護ステーションのサテライトを設置してサービス提供できないかと考えている。その場合は、教育支援体制の構築等のバックアップが必要である。小さな異変を早期発見・早めの受診調整、継続的なリハビリのニーズに対応した訪問看護（リハビリ）サービスの提供体制をはじめ、この実践の課題を解決することは、離島における地域包括ケアシステムの構築の一助となると考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 地域包括システム

P-1-128

山梨県における在宅医療の普及・推進の取組み －山梨県在宅医療アドバイザー事業の活動と考察－

山戸 啓佑	ヤマト ケイスケ
椎野 優樹	シイノ ユウキ
楠井 寛和	クスイ ヒロカズ
長島 花奈	ナガシマ カナ
高田 哲也	タカダ テツヤ
山田 翔太	ヤマダ ショウタ
樋口 久仁子	ヒグチ クニコ
渡部 達也	ワタベ タツヤ
酒井 翔太郎	サカイ ショウタロウ
澤村 琢磨	サワムラ タクマ

株式会社メディヴァ

【はじめに】

山梨県の人口10万人当たりの在宅療養支援診療所（在支診）・在宅療養支援病院（在支病）は合わせて9.8か所で、全国平均13.2か所に比べると少ない。在宅医療の担い手を増やす施策の一つとして、「山梨県在宅医療アドバイザー事業」があり、株式会社メディヴァが委託を受けて実施している。在宅医療をこれから始めたい、機能をより高めていきたいと考える医療機関に個別支援を行い、在宅医療の供給増を目指している。

【活動】

本事業は2022年11月～2024年3月の期間で実施している。県内の医療機関向けにPRチラシや専用ウェブサイトによる周知を実施し、手上げ形式で参加医療機関を募り、7市の17医療機関（病院3か所、診療所14か所）に支援を実施した。参加医療機関の在宅医療に関する施設基準は、在支診・在支病の届出ありが10か所（うち強化型の届出ありは4か所）、届出なしが7か所であった。支援は、契約書面の準備、診療報酬の算定、運用の設計など基本的な内容の情報提供から、地域における連携関係の構築（診診連携、病診連携、時間外対応の連携）、ビジョンと中長期計画の策定といった機能強化に向けた内容の支援まで、幅広く対応した。

【考察】

本事業は抄録提出時点では継続中であり、詳細な結果の報告は講演時に行うが、参加医療機関の要望には概ね応えられている。より高位の施設基準を届け出る医療機関もあり、一定の成果があると考ええる。一方で、参加医療機関は県内27市町村のうち7市に限られた。この背景には、PRに関する課題の他に、まだ在宅医療の供給が少ない地域の医療機関では負担が集中するおそれがあることから一步を踏み出し切れずに応募に繋がらなかったことも想定される。手上げ方式のようなボトムアップ型の支援の他、地域で必要な在宅医療供給をデザインして導入を進めるようなトップダウン型の支援の必要性も考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター）臓器不全1・フレイル・その他

P-1-131

訪問診療を行っている患家の家族のCOVID-19後のADL低下に対し包括的ケアを行って良好な経過を得た2症例の検討

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

【はじめに】

定期訪問診療を行っていた患者の家族がCOVID-19罹患後にADLが低下した。家族より相談を受け、訪問診療を導入して包括的ケアを実践できた症例を2例経験したため報告する。

【症例】

症例1は85歳男性。定期訪問している高齢夫婦の兄。COVID-19で退院後より急激にADL低下した。家庭事情が複雑で在宅介護が難しく入院の相談を受け診察したところ偽痛風が疑われた、在宅でも改善が見込まれたが、「親族の介護負担を増やさずに在宅で療養する」ために緊急で定期訪問診療を導入し、介護体制を整えた。

症例2は94歳男性。当院で訪問診療している患者の夫、認知症あり。同居の長女が主介護者。COVID-19罹患後、食事が摂れなくなった。主介護者もCOVID-19罹患し病院に連れていけず、介護できず不安であると相談を受けた。患家の介護力ではこれ以上の介護負担に耐えられないことは妻の診療を通して把握しており、緊急で訪問診療を導入し、介護体制を整えた。発熱と脱力以外に症状の訴えはなく採血検査で炎症反応上昇していたが、COVID-19による炎症反応上昇の遷延と考えアセトアミノフェン内服で経過観察しADL改善を認めた。

【考察】

当時はCOVID-19後のADL低下で入院できる病院はなく、ケアへのアクセスが悪い状況だった。患者の家族に訪問診療を行っており信頼関係を築けていたため、ケアへのアクセスを担保し（Access to care）家族も含めて継続的にかかわり（Continuity of care）、医学的妥当性を担保しつつ家族の介護力を考慮した診療（Comprehensive care）を行うことができた。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」（2023年3月30日）の「5.1症例報告」に記載された対応をとっている。

利益相反：無

一般演題（ポスター）臓器不全1・フレイル・その他

P-1-132

長期間の在宅医療の後に自宅で看取った超高齢者の胆嚢炎の一例

有田 圭介 ^{1,3}	アリタ ケイスケ
緒方 尚子 ²	オガタ ナオコ
花岡 伸之介 ¹	ハナオカ シンノスケ
開原 英範 ¹	カイハラ ヒデノリ
守谷 能和 ¹	モリヤ ヨシカズ
稲村 充則 ¹	イナムラ ミツノリ
忍 哲也 ²	シノビ テツヤ

¹ 埼玉協同病院

² ふれあい生協病院

³ 小田内科クリニック

【はじめに】胆嚢炎を繰り返し、超高齢・基礎疾患で手術適応なく、約1年間在宅で治療を継続し、自宅で看取った症例を報告する。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】90歳代の男性。長女・次男夫婦と同居。脳出血、前立腺癌、心不全等基礎疾患多数あり。X-14年脳出血で他院入院中に総胆管結石症で内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）施行された。X-2年に総胆管結石症/胆管炎/胆石症/胆嚢炎で2回当院入院し、ERCPで総胆管結石を排石。X-1年胆嚢炎で3回当院入院、経皮経管胆嚢ドレナージ（PTGBD）及び内視鏡的逆行性胆嚢ドレナージの挿入と抜去を繰り返した。超高齢で基礎疾患多数の為に胆嚢摘出術の適応無く、PTGBD留置したまま同年11月当院訪問診療開始。1週間後に胆嚢炎再燃したが、患者は在宅療養継続を強く希望。胆汁は膿性泥状で排液困難とみられたため、PTGBDへの生理食塩水注入を継続して行ったところ、胆嚢炎は抑制され在宅療養を継続できた。X年9月にPTGBDが胆嚢より逸脱し抜去され、その際のCTで胆嚢と腸管の穿通が示唆された。その後も在宅療養継続したが、X年11月に嘔吐して当院入院、CTの所見等より胆嚢と十二指腸が穿通し、落石した胆石による空腸イレウスとみられた。衰弱の進行により看取りも含め在宅療養再開となり、補液中止しイレウス管抜去し経鼻胃管留置して退院。9日後のX年12月自宅にて死亡。【考察】高齢化の進展により手術できない胆嚢炎の増加が予測される。その際は内科的治療が行われるも、多くは入退院を頻繁に繰り返し、腹痛発熱等の症状と内視鏡・穿刺等の処置による苦痛に患者が耐え続けることとなる。胆道系の炎症とそれに伴う困難な事象に対し、本症例のように入院治療と在宅医療が協力することで在宅療養を継続し胆嚢炎を患う高齢者のQOLを改善できると考察する。

利益相反：無

一般演題（ポスター）臓器不全1・フレイル・その他

P-1-133

タブレット型心臓超音波検査を在宅患者へ実施した結果について

坂田 鋼治	サカタ コウジ
坂田 和織	サカタ カオリ
川野 智則	カワノ トモノリ
新地 友里絵	シンチ ユリエ
堤 真由美	ツツミ マユミ
永窪 恵	ナガクボ メグミ

彩り在宅クリニック

（目的）在宅で実施した連続波・パルスドプラ搭載のポータブル心超音波検査の意義について検討した。（方法）在宅患者に対して心臓超音波検査を実施した症例を、検査の目的で分類し、症例毎に振り返った。自らの研究機関の既存情報のみで、仮名加工情報のみを使用した。（結果）令和4年10月11日～令和5年12月10日の14か月において在宅で心臓超音波検査を算定したのは42件であった。検査の目的は急性期心不全の評価が7例、下腿浮腫の精査が4例、既知の心疾患のフォローが14例、心雑音の精査が12例、その他が5例であった。下腿浮腫の精査のうち3例は同地域内の在宅クリニックからの心機能評価依頼であった。急性期心不全の症例においてNT-proBNPは中央値2679pg/mlと高値で、採血のみで心不全診断がついたとは思われるが、数日かかる採血結果を待たずに心不全治療を開始できるメリットがあった。また、481pg/mlと比較的低値にも関わらず胸水を認め、肺性心に左心不全を合併（推定肺高血圧PAPs45 mmHg）していた症例や、初めて心嚢液貯留が明らかになった症例など、心臓超音波検査に助けられた症例があった。また、心雑音の精査として行った症例には、大動脈弁狭窄症（AV Vmax3.9m/s）や、僧帽弁逆流症、左室流出路狭窄が初めて明らかになった症例も認めた。心エコー以外の在宅エコー検査は20件であった。診療報酬としては心臓超音波検査880点×42件＝36960点、その他の在宅エコー検査400点×20件＝8000点で総点数44960点であった。エコーの購入金額を、約3.9年で払いきる計算となった（耐用年数6年、メーカー保証5年）。（考察）在宅患者における心臓超音波検査は有用であった。今後も診断のツールとして活用していきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター）臓器不全1・フレイル・その他

P-1-134

カテコラミンと人工呼吸器依存で自宅退院となったStage D心不全の一例： 在宅における心不全終末期ケアの要点と課題

世戸 博之 セト ヒロユキ
蔵重 真里 クラシゲ マリ
橋本 和憲 ハシモト カズノリ
ひのでクリニック

【はじめに】心不全は生命を脅かす疾患であり、患者数の増加に伴い心不全終末期患者の在宅ケア・看取りが期待されている。

【症例】65歳男性。左冠動脈主幹部閉塞の急性心筋梗塞による心停止から蘇生後で、神経学的後遺症はなかったが低心拍出状態による心不全が残存した。ドブタミンと人工呼吸器を継続した心不全管理が必要で、嚥下機能低下のため胃瘻からの栄養水分管理と、喀痰吸引も必要な状態であったが、家族と過ごしたいとの希望で自宅退院した。在宅ではCVポートからPCAポンプを利用してドブタミン持続投与を行い、体重や超音波検査を元に利尿薬や水分量の調整を行った。療養中、繰り返し治療の希望について対話し、状態悪化時も自宅での治療継続を希望された。訪問リハビリテーションにより、人工呼吸器を装着し自宅内外の歩行を行ったり、訪問歯科診療による嚥下訓練で希望の食事も摂取可能となったが退院後54日目に急変し在宅看取りとなった。

【考察】本症例を通じ、在宅における心不全終末期ケアの要点・課題として、①適切な内科的管理、②緩和ケアとアドバンス・ケア・プランニング（ACP）、③多職種連携、④デバイスや薬剤管理の保険請求上のミスマッチが考えられた。適切な内科的管理は心不全終末期患者においても症状緩和とQOLの向上に重要で、本症例ではカテコラミンを含めた薬剤や栄養・水分量の管理指導を適切に行うことで、在宅生活を支えることができた。また繰り返しACPを行うことで看取りまで患者と家族の希望に沿ったケアを実現することができた。医師、看護師、薬剤師、療法士、栄養士、歯科など地域の多職種協働も高度な医療と患者の生活ニーズの両方に応える上で重要であった。一方、カテコラミンなどの薬剤管理や、投与装置の算定上のギャップは、今後心不全終末期ケアを在宅医療で行っていく上で解決すべき重要な課題である。本報告は学会の倫理指針に準拠している。

利益相反：無

一般演題（ポスター）臓器不全1・フレイル・その他

P-1-135

在宅でドブタミン持続点滴を行った末期心不全患者2例

儀間 義勝 ギマ ヨシカツ
屋宜 亮兵 ヤギ リョウヘイ
渡邊 弘樹 ワタナベ ヒロキ
稲生 真夕 イノウ マユ
ゆずりは訪問診療所

【はじめに】本邦は超高齢化で心不全患者増加に伴う急性期医療の逼迫が懸念されており、急性期治療を終えてからの在宅医療へのスムーズな移行と受け皿確保が必須となる。当院では末期心不全患者も積極的に受け入れ、心不全増悪の予防から看取り期の対応まで急性期病院と密に連携をとっている。今回報告する2事例は病院ハートチームで終末期と判断され、本人の強い希望と倫理的配慮がなされた上で在宅看取りの方針となった症例である。【症例】①僧帽弁置換術後（機械弁）の70歳代女性。重症大動脈弁狭窄症と低心拍出症候群に対して利尿薬に加えドブタミン（DOB）2 μ 、ノルアドレナリン0.1 μ の持続点滴から離脱困難で末期状態となり、本人家族より在宅療養の希望があり訪問診療で引き継いだ。カテコラミンは順調に減量する中でも経口摂取量低下や貧血進行など終末期状態の改善はなく、塩酸モルヒネ持続皮下投与による症状緩和を行い、退院約3週間後に自宅看取りとなった。②拡張型心筋症による慢性心不全に対して心臓再同期療法を受けた60歳代女性。左室駆出率は15%で、重症僧帽弁閉鎖不全症と慢性心房細動を有し、1年以内に複数回の入院治療歴がある。末期心不全のためDOB点滴継続が必要と判断され訪問診療導入となった。退院1週間後に一度だけDOB点滴を3日間行ったが、その後は再開なく内服薬調整と症状緩和のためモルヒネ経口投与を継続し比較的安定して約5ヶ月が経過している。【考察】心不全患者の在宅療養で重要なのは確立された治療を継続しながらも患者個々の問題に応じた包括的な心不全緩和ケアを行うことである。心身状態に応じた薬剤調整やリハビリの実施、多職種チーム連携や予後予測と意思決定支援さらには家族のケアなども含めて単なる看取りの医療ではなく、生活の質を維持し心不全再入院を抑えるという役割は医療全体の質の向上につながることを強く意識すべきだと考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター）臓器不全1・フレイル・その他

P-1-136

在宅医療の場で急変予兆の察知方法について

齋藤 威 サイトウ ツヨシ
大須賀 悠子 オオスガ ユウコ
吉澤 瑛子 ヨシザワ エイコ
篠田 裕美 シノダ ヒロミ
医療社団法人フィーカ 関医院

【目的】私が病院での勤務医から在宅医療の現場にきて戸惑ったことは、患者の急変のサインをどのように察知するかといったことであった。患者宅にいつもと様子が違うとよばれたにも関わらず急変のサインを察知できずにその後救急搬送されたといった苦い経験がある。今回心停止前の6時間以内に現れる警告的サインが、在宅医療の場でも同じよう活用できるか検討する。【方法】Franklinらによれば心停止前の6時間以内に現れる警告的サインは①平均動脈圧<70mmHgあるいは>130mmHg、②脈拍数<45分あるいは>125分、呼吸数<10回/分あるいは>30回/分、④胸痛、⑤意識の変容の5項目とされている。2021年4月から2022年3月までの自験例を振り返る。【結果】今回経験した6症例では院内心停止6時間以内に現れる警告的サインは全ての症例で現れていた。意識変容は3症例全てで表れており平均動脈圧の低下は2症例で、呼吸数の増加は1症例で認めた。しかし胸痛、心拍数の異常は全ての症例で認めなかった。【考察】在宅医療の場では患者の急変を早期に察知できないと医療者及び本人、家族が望むような結果につながらないことがある。今回心停止前の6時間以内に現れる警告的サインは在宅医療の現場でも急変を察知するのに有用である可能性がある。なお発表にあたり研究対象者のプライバシー保護に配慮し本人および家族から口頭にて同意を得た。

利益相反：無

一般演題（ポスター）臓器不全1・フレイル・その他

P-1-137

「CCUから自宅へ直接退院し最期の15時間後を自宅で過ごされた心不全の事例」を経験したかかりつけ医（非循環器専門医）が感じた「モヤモヤ」

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】超高齢化社会を迎え、今迄以上に心不全の終末期に向き合う機会が増えると予想されるが、患者側の認識の問題、医療者側の予後推定の難しさ等多くの課題がある。また、循環器医と非循環器専門医では、診療の質に差があるというデータもある。地域のかかりつけ医である当院へ通院中の患者が心不全を来とし、在宅で看取りを行ったので報告する。【症例】O氏、80代男性。X-10年から高血圧、脂質異常症などで当院外来通院中。X-4年心筋梗塞発症。X-1年心不全でA病院入院。数カ月後に心不全で再入院、経過中に急変し心室細動認めICD埋込術施行。退院後よりA病院からB病院へ紹介され通院開始。ご家族からの相談で、当院にて介護保険申請し、要介護2にて訪問看護利用開始。X年心不全にてB病院入院。慢性腎不全、高度大動脈弁閉鎖不全症など指摘されるも「米寿の誕生日を自宅で迎えたい」と切望し退院され当院より在宅医療開始。この時点で自宅看取りの意思表示をされていたが、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のためICDショック三回作動。肺うっ血増強し、誤嚥性肺炎併発しNPPV治療開始となりCCU入室。「延命処置は希望しない、何があっても構わないから帰りたい」と筆談で意思表示。本人の希望を叶えたいご家族と病院主治医で話し合い、A病院よりモービルCCUにて自宅へ搬送され退院。在宅人工呼吸療法、酸素療法を継続し、ドブタミン等注射薬投与のため輸液ポンプ等をレンタルして対応した。次第に意識レベル低下し翌朝永眠。【考察】最終的な希望を叶えることはできたが、患者の意思決定支援、主治医や在宅チームの対応、在宅医療の受け入れ態勢の準備等はこれで良かったのか、モヤモヤが残っている。この経験を共有することが、誰かにとって何かの役にたち、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：無

一般演題（ポスター）臓器不全2

P-1-138

在宅医療における保存的腎臓療法（CKM：conservative kidney management）について

池田 葵尚 イケダ キショウ
小原 章央 オハラ アキオ
八木 悠佑 ヤギ ユウスケ
川島 和彦 カワシマ カズヒコ
渡辺 康介 ワタナベ コウスケ
渡辺西賀茂診療所

【はじめに】日本では高齢化に伴い、透析開始年齢の高齢化も年々進んできている。認知症患者や担癌患者においては末期腎不全に至ったとしても透析開始が有益とならない場合も存在し、透析非導入という保存的腎臓療法（CKM）という選択肢の重要性が注目されている。【症例1】81歳、男性。1年前に広範な小脳梗塞を発症され、開頭減圧術と脳室ドレナージを実施された。気管切開術と経鼻胃管による経管栄養をされた状態で施設入所となり、訪問診療開始となった。1か月前に発熱と浮腫のため往診したところ、全身浮腫と検査でネフローゼ症候群による急性腎障害を認め、入院加療となった。基礎疾患のため、腎生検による精査や免疫抑制治療は実施せず、利尿剤による体液管理中心の保存的加療の方針となった。本人は意思決定が難しいため、健康だった時の本人の意向を中心に家族と話し合いを行い、CKMを選択され施設に戻られた。退院して約1か月間、呼吸苦が出ないように注入量の減量などを行いながら療養を続けたが、腎不全の進行による全身状態悪化あり、永眠された。【考察】高齢化に伴い身体合併症を伴う慢性腎臓病患者は増えてきており、末期腎不全に対する選択肢としてCKMの重要性が高まってきている。透析導入の見合わせとその際に実施されるCKMについて、高齢者や重篤な身体合併症を伴う透析導入患者の生存期間はCKMを選択した場合のそれと有意差を認めないとの報告もある。しかし、非がん患者に対する緩和ケアの対象疾患としては、診療加算などの保険点数は重症の心不全にしかついておらず、高齢の末期腎不全患者が緩和ケア病棟に入院することは難しい状況となっている。在宅医療でCKMを実施していくことは、今後益々増えることが予想されるため、CKMに対する理解が必要となると考えられる。本発表は倫理的配慮として、日本医学会の倫理指針に則り個人情報に配慮した。

利益相反：無

一般演題（ポスター）臓器不全2

P-1-139

在宅の現場での腎臓病診療と連携～日本在宅医療連合学会腎不全WG活動報告～

河原崎 宏雄 ¹	カワラザキ ヒロオ
石垣 泰則 ²	ミヤザキ ヤスノリ
石高 拓也 ³	イシタカ タクヤ
片岡 今日子 ⁴	カタオカ キョウコ
雁瀬 美佐 ⁵	ガンセ ミサ
楠本 拓生 ⁶	クスモト タクオ
櫻田 勉 ⁷	サクラダ ツトム
中釜 祥吾 ⁸	ナカガマ ショウゴ
原 正樹 ⁸	ハラ マサキ
正木 浩哉 ⁹	マサキ ヒロヤ
宮崎 正信 ¹⁰	ミヤザキ マサノブ
森 清 ¹¹	モリ キヨシ

¹ 帝京大学医学部附属溝口病院 第4内科

² 悠輝会コーラルクリニック

³ 大和会東大和病院

⁴ 日本財団在宅看護センターひまわり

⁵ NPO法人腎臓サポート協会

⁶ 楠本内科医院

⁷ 聖マリアンナ医科大学病院腎臓高血圧内科

⁸ 東京透析フロンティア 池袋駅北口クリニック

⁹ 正木医院

¹⁰ 宮崎内科医院

¹¹ 大和会東大和ホームケアクリニック

【はじめに】

寿命の延長とともに腎臓病を発症する高齢者も増えている。腎機能の持続的低下と同時に長年通院していた外来に通院困難となり訪問診療に移行したり、または長年訪問診療を受けてきた方の高齢化によって腎臓病を発症する事がある。そのような高齢者の腎臓病進行予防、そして残念ながら末期腎不全に至った際の支援については多くの不明な点がある。2023年に立ち上がった日本在宅医療連合学会の腎不全WGでは在宅診療の現場での腎臓病診療に貢献するべく活動を開始した。

【目的】

在宅診療やケアの現場での腎臓病診療、腎臓病地域連携、保存期末期腎不全診療の現状を把握する。

【方法】

日本在宅医療連合学会の会員約4400名を対象にGoogleフォームを使用してメールにてアンケート協力を依頼した。会員は医師、看護師、薬剤師、介護士など多職種で構成されている。質問項目の中には、腎臓病患者の診療やケアの経験、腎臓病患者の診療やケアで困った事、腎臓病に関する地域連携などがある。

【結果】

196名から回答があり、151名が医師（77%）、16名が看護師（8%）であった。そのうち血液透析患者の診療やケアに携わったことがないと答えたのが38名（19%）で、腹膜透析患者、在宅血液透析患者ではそれぞれ104名（53%）、176名（90%）であった。また透析患者の診療において困っている理由として「透析医との役割分担が分からない」、「どの程度介入していいのかわからない」、「連携や情報共有の方法が分からない」という返答が多かった。保存期慢性腎臓病の診療で困っていることとして「予後が分からない」「腎代替療法を提示するタイミングが分からない」「専門医への紹介のタイミングが分からない」という返答が多かった。

【考察】

在宅診療における慢性腎臓病診療の課題を明確化し今後の対策を腎不全WGで検討していく。

利益相反：無

一般演題（ポスター）臓器不全2

P-1-140

腹膜透析における地域包括ケアと緩和ケアの実践 ～開業後7年間の軌跡～

楠本 拓生	クスモト タクオ
岩本 由貴	イワモト ユキ
齋藤 美幸	サイトウ ミユキ
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
東 桂史	ヒガシ ケイシ

医療法人楠本内科医院

【はじめに】

日本における80歳以上の高齢透析患者数は、2021年12月末時点で77,871人に上り、全透析患者の約23.1%を占めています。高齢者は血液透析（HD）において週3回の通院、血圧低下、倦怠感、シャント機能不全、穿刺痛など多くの苦痛を伴い、透析によるQOLの改善は難しい状況です。これに対し、腹膜透析（PD）は通院の負担を軽減し、在宅での管理を可能とすることで、社会的入院の回避や自然な死を迎えることができるメリットがあります。

【活動】

2016年より当院ではPDの導入を開始し、現在は平均年齢83.4歳の7名の高齢PD患者を管理しています。療法の選択時には、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）およびSDM（共同意思決定）を多職種チームで行い、患者の望むより良い最期をサポートしています。PDを選択された場合は状況に応じて通院から訪問診療へのタイムリーな移行を支援し、訪問看護師やケアマネジャーを中心に地域の多職種と連携を深めています。更にデイサービス、有料老人ホーム、後方支援病院、入院対応可能なHDクリニックとも施設連携することで最期までPDを継続し、住み慣れた地域で穏やかな終末期を過ごすことが可能となっています。

【考察】

高齢者におけるPDの利点は多いものの、自己管理が困難なケースでは、アシストPDの整備が不可欠です。しかし、全国的に見るとアシストPDの体制はまだ十分ではなく、多くの患者が医学的にはPDを続けることが可能であるにも関わらず、社会的背景からHDへの移行を余儀なくされています。今後は、PDの持続可能性を高めるためにも、地域ごとの体制強化が求められます。本研究では参加者のプライバシー保護とデータの匿名化を徹底しました。

利益相反：無

一般演題（ポスター）臓器不全2

P-1-141

腹膜透析患者を支える訪問看護の実際 ～「アシステッドPD」で高齢認知症患者の希望を叶える～

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】わが国には、透析患者が約35万人いる。その内1万人程度が腹膜透析（PD）患者である。絶対数が少ないため、全国でPDを看ることが出来る事業所は僅かである。しかし、何らかの理由で腹膜透析を選んだ患者は、地域でのサポートが必須であり、地域の支えがあれば、高齢PD患者は住み慣れた自宅で生活を継続する事が可能である。今回、アルツハイマー型認知症を持つ腹膜透析患者を「アシステッドPD」により、これまで同様自宅での生活を継続することが出来た事例を報告する。倫理的配慮については、「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」に従って実施した。【症例】A氏、80代女性、CKD、アルツハイマー型認知症。要介護4。高齢の夫と2人暮らし。A氏は、旅行中にうっ血性心不全増悪にて緊急搬送され、人工呼吸器管理、緊急血液透析（HD）が施行された。その後これらを離脱できたが、再度腎機能が悪化し再導入となった。短期留置カテーテルを頻回に自己抜去し、HD中も安静保持が出来ず、HDは困難と判断されPD導入となった。退院前カンファレンスが行われ、出口部ケア、シャワー浴介助、バック交換等ほぼ全ての手技は訪問看護師の対応となった。通院が困難な為、訪問診療も導入。退院同日より、連日複数回の訪問看護が開始となった。【考察】高齢化により、HD困難となる高齢者は多い。訪問診療、看護や介護がタックを組み、地域にPD患者を見る体制の構築が絶対的に必要と考える。在宅チームがPD患者を見られれば、現在辛い思いをしながらHDを受けている高齢者が救われることは間違いない。「長期生存」「延命」ではなく、「その人がその人らしく、どう生きて行くか」を尊重する為にPDが必要となる高齢者が増えると推察される。A氏のように、PD患者が訪問診療、訪問看護などを使い、穏やかに生活することが出来る地域作りが重要である。

利益相反：無

一般演題（ポスター）臓器不全2

P-1-142

多職種への迅速な感染管理指導やサービス調整で角化型疥癬を治療できた一例

梅沢 義貴¹ ウメザワ ヨシキ
松井 香代¹ マツイ カヨ
比嘉 友希¹ ヒガ ユキ
石高 優² イシタカ ユウ
小笠原 雅彦¹ オガサワラ マサヒコ

¹ 医療法人社団同善会 同善病院

² 訪問看護ステーションちるな

【背景】疥癬、特に角化型疥癬（ノルウェー疥癬）は感染力が非常に強く医療・介護従事者への感染も容易に生じてしまう。今回は多職種が関わる中、感染者を出さずに角化型疥癬を自宅で治療・ケアすることに成功したため報告する。

【症例】独居の89歳女性。X-14日に掻痒感を伴う紅斑が体幹に出現し、抗ヒスタミン薬外用で経過を見た。しかし改善するどころか皮疹や掻痒感は増悪し、X日の定期診察では蠣殻様に重積した角質増殖が両手掌に出現したため角化型疥癬を強く疑い、皮膚検体を採取してストロメクトール内服とクロタミトン外用による治療を開始した。患者はADLがほぼ全介助のためデイサービスに週6日通っていた。感染リスクを考えデイサービスは中止して訪問診療・看護・介護を活用して自宅で治療を行う方針とした。

X+14日の診察でも皮疹は改善せず、抗ヒスタミン薬でも改善しない全身の強烈的な掻痒感から一睡もできず、食欲も低下し全身状態は著明に低下した。

X+21日の診察時によりやうく手掌の皮疹は改善傾向となったためX+28日に皮膚検体を採取したところ、疥癬陰性であった。X+35日に2回目の陰性を確認したところで疥癬の投薬治療を終了した。

【考察】在宅医療は多事業所が関わるため情報共有が難しく、感染対策を強化しても他事業所スタッフがどのように対応しているかまでは不透明なことが多い。

当症例では角化型疥癬を診察で疑った1時間後に関係多職種を病院に集めて緊急カンファレンスを行った。疥癬治療経験の豊富なスタッフによる勉強会をその場で開催し、同日には訪問看護師が患者宅玄関をゾーニングして感染対策を強化した。また各職種の役割を明確化することで必要以上の滞在時間を減らし感染リスクを抑えた。このような迅速な対応や明確な役割分担が、医療・介護従事者から感染者を出すことない安全な治療・ケアに繋がったと考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター）臓器不全2

P-1-143

脳梗塞発症後、血液透析から腹膜透析へ移行し、在宅看取りを行った一例 ～退院後訪問を活用しての往診医・訪問看護との協働～

大脇 浩香¹ オオワキ ヒロカ
谷口 和美² タニグチ カズミ
原田 有利子² ハラダ ユリコ
小國 舜介² オグニ シュンスケ
丸山 啓輔² マルヤマ ケイスケ

¹ 岡山済生会外来センター病院

² 岡山済生会総合病院

【はじめに】脳梗塞発症後、血液透析から腹膜透析へ移行し自宅への退院調整を行った患者に対し、往診医・訪問看護・ケアマネらと連携を図りながら、在宅看取りまで行った一例を振り返る。【症例】80代女性、夫と2人暮らし。病名：腎硬化症 脳梗塞 キーパーソン：夫・姪の子X-20年、腎硬化症にて腹膜透析を導入。腹膜透析は全て自己にて実施。X-10年腹膜透析から血液透析へ移行。血液透析への通院時には夫が担当。X年5月脳梗塞を発症し入院。入院中、脳梗塞の再発あり、声を掛けても反応が乏しくなり、会話が難しくなり、経口摂取も困難となり、寝たきりの生活となった。様々な後遺症や合併症、そして透析治療の継続するために療養型病院等における療養が必要と見込まれるようになった。「どんなに短くても家に帰してあげたい」と家人からの申し出があり、人生の最期を迎えるときまで本人と家族がどのように生きて行きたいかを支えていく話し合いを繰り返した。結果、治療法を腹膜透析へ変更し、自宅退院ができるように往診医・訪問看護利用などの調整を行い退院した。退院後は、入院していた病院のスタッフも退院後訪問に行き、変化する身体・精神状況などの揺らぎも捉えながら、患者及び家族と話し合いを行い、最期まで共に考え、支援を行った。【考察】患者がどのように生きていきたいかを患者および家族の意思を基本に透析治療の方法や継続について意思決定できるように支援をすることが必要である。往診医など専門知識をもつ専門家になくことが重要となる。高齢者に適している腹膜透析は、高齢者が人生を自然に生きて、自然に人生を終えることを可能とする治療法のひとつであろう。緩和的腹膜透析は価値ある治療ともいえるのではないだろうか。

利益相反：無

一般演題（ポスター） リハビリテーション1

P-1-144

生活期において反張膝を認めた脳卒中片麻痺患者7例の特徴とその対応

川手 信行 カワテ ノブユキ

昭和大学リハビリテーション医学講座

はじめに) 今回我々は、在宅生活の中で反張膝をきたした7例の特徴やその対応について報告する。方法) 脳卒中片麻痺で在宅生活で反張膝になった患者7名(年齢43歳～72歳、男性5名、女性2名。脳出血5名、脳梗塞2名)について、背景や対応について後方視的に調査を行った。本研究は、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」(2023年3月30日)の「4.2.1自らの研究機関で保有している既存試料・情報を用いる研究」に該当し、かつ、当該研究に用いられる情報には個人情報ないし個人情報とみなされる可能性の高い情報は含んでいない。結果) 脳卒中発症年齢: 27歳～52歳(平均40歳)、麻痺程度Brunnstrom stageⅢ: 7名。足関節背屈-5度1名、-10度6名。足関節MAS3: 7名。社会的活動: 無職3名、会社通勤3名、在宅勤務1名。脳卒中発症から反張膝までの期間: 1年～21年(平均15年)。使用していた装具: 装具なし1名、制動力の弱いプラスチックAFO3例、通常のプラスチックAFO(継手なし)2名、両側支柱付きAFO1名。反張膝の対応として、支柱付きAFO1名。プラスチックAFO(継手付き)1名、支柱付きKAFO5名に装具を変更した。考察) 反張膝をきたした7症例の特徴として、①比較的若年で発症、②制動の弱い装具を着用、③反張膝発生までおよそ平均15年が経過、④無職でも活発に歩行し、活動性の高い症例が多かった。また、装具の対応として制動力の弱いAFOや装具を作成していたが不使用になった症例も多く、制動力の強い装具を考慮すべきと考えられた。装具や歩行の診察が定期的に可能であり、膝関節ロッキング歩行や足関節背屈制限、痙縮の変化などに対して適切な対応ができる在宅におけるリハビリテーション医療が必要である。

利益相反: 無

一般演題（ポスター） リハビリテーション1

P-1-145

生きた証を残すリハビリテーション

～「香典返しを作りたい」 本人と家族をつないだ最期の作業活動～

鈴木 紀子 スズキ ノリコ
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】 当院は2016年4月に開院した在宅療養支援診療所である。在宅における緩和ケアの1つとして作業療法士が趣味や娯楽活動を提供している。心身の苦痛の緩和、精神的な喜びや満足感、また家族と過ごす作業活動を提供できた症例を経験したので報告する。本報告は倫理委員会の承認済みである。【活動】 60代女性 肝細胞癌 両下肢不全麻痺。X年より肝細胞癌への治療開始。様々な治療を行うも5年8ヵ月経過後、脊椎転移による背部痛が出現。同年10月には両下肢不全麻痺となり入院。その後BSCの方針で納得され、翌年2月自宅退院となり当院介入となった。介入後褥瘡予防のための運動の他、生活の楽しみとして作業療法開始。趣味は手工芸やガーデニングである。生活時間の多くをベッド上で過ごし、ADLは食事と整容の一部を除き生活全般に介助を要する状態。いくつかの作業活動を提案すると「出来ないことが増えて諦めていたけれど、これから色々できると思うと楽しみ」と前向きな発言が聞かれた。作業活動として工作やマカロン作り、手作りスコーンとクッキーで夫とのティーパーティーも行った。ベッド上から窓の外を眺めている様子から、趣味であるガーデニングに関係した作業として庭の花を使用したドライフラワーを提案する。様々なブーケを作ったり小瓶に入れてリボンをかけたりと、作業療法の時間だけはベッドから身体を起こし痛みも忘れて作業に集中していた。家族と花の組み合わせ等を相談しながら多くの作品を作り上げた。これが本人と家族との最期の共同作業となった。【考察】 家族と共に今を生きたいという強い気持ちが原動力となり、作業活動を通して本人の残された時間に充実感を与え、家族にとってもかけがえのない時間や思い出を残せたことで家族へのグリーフケアにもつながった。

利益相反：無

一般演題（ポスター） リハビリテーション1

P-1-146

回復期リハビリテーションから生活期リハビリテーションへ移行後の訪問リハビリテーションの効果についての検証

西川 祐太郎 ニシカワ ユウタロウ

飯島 優貴 イイジマ ユウキ

特定医療法人新生病院

【目的】回復期リハビリテーションから生活期リハビリテーションへ移行した際、リハビリテーション（リハビリ）介入頻度が減少し、身体機能の低下が危惧される。退院時のFunctional Independence Measure（FIM）運動項目（全13項目：91点満点）合計点数の変化と、当院訪問リハビリ介入後のFIM、移動様式の変化に関連する因子を調査することで訪問リハビリの効果の検証を目的とした。

【方法】2020年3月1日～2022年5月31日に当院回復期病棟を退院し、当院訪問リハビリを1か月以上（頻度：週1～3回40～60分 他サービス利用あり）利用した108名（平均年齢±標準偏差74.9歳±14.5、性別は男性45名、女性63名）を対象とし、FIM運動項目合計点数を退院時、退院1か月後、3か月後、6か月後を対応のあるt検定にて比較した。また、退院時と退院3ヶ月後、6か月後の移動様式の変化と年齢、性別、退院時FIM運動項目合計点数、在院日数の関連性を回帰分析にて比較した。

【結果】FIM運動項目合計点数の平均値±標準偏差は退院時67.2±18.3点、退院1か月後67.7±18.0点、3ヶ月後67.9±17.7点、6か月後68.2±17.9点と増加。退院時と比較し退院3ヶ月後、6か月後では共に有意差が見られた（ $p<0.05$ ）。退院時移動様式が独歩の利用者を除いた90名のうち約6割が維持、約3割で改善が見られた。退院時と比較し退院3ヶ月後、6か月後の移動様式の改善群と年齢、性別、退院時FIM運動項目合計点数、在院日数の関連性に有意差はなかった（ $p>0.05$ ）。

【考察】回復期病棟退院後身体機能を維持、向上する為には3か月以上の継続的な訪問リハビリの介入をする事が有効であると示唆される。よって退院後の訪問リハビリ介入を推進し、身体機能の維持や向上に努めていきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） リハビリテーション1

P-1-147

在宅頸髄損傷患者に対する訪問リハビリテーションができる在宅介護者への支援とは？

山田 莉姿	ヤマダ リサ
横山 明	ヨコヤマ アキラ
飛田 昌寛	ヒダ マサヒロ
鈴木 雅	スズキ マサル
田村 宏輝	タムラ ヒロキ
古謝 一真	コジャ カズマ
小峰 知久	コミネ トモヒサ
立野 慶	タテノ ケイ

医療法人社団ユニメディコ

【目的】在宅頸髄損傷患者では麻痺の程度、高位損傷によらず、本人・介護者の様々な負担が大きい。独居・老々介護及び住環境の問題等が多く存在し、個々に合わせた環境調整がリハビリテーション（以下リハ）にも求められる。今回は在宅復帰後に介護者の視点に立った生活に着目、生活状況聞き取りアンケートを実施した。

【方法】期間:2022年11月1日より2023年11月30日（1年間）、対象:当法人の在宅頸髄損傷患者17例中、アンケート調査が可能だった5例に対して生活環境アンケート調査（7項目60問）を実施。

【結果】平均年齢62.8歳、男性5例、要介護平均:4.2,1日当りの介護時間平均:11.0時間、外部サービス利用回数:訪問看護:平均月7.6回、訪問介護:平均週3.6回、訪問リハビリ:平均週1.8回、介護者平均年齢70歳、住宅環境調整:全例、経済基盤:生活保護受給者:1例、年金+貯金:3例、貯金:1例、介護孤独を感じた:1例（2例聴取不可）、在宅から施設へ転居を考えた:1例（1例聴取不可）、将来への不安あり:3例（1例聴取不可）、訪問回数が多く精神的負担が大きい:2例（1例聴取不可）であった。

【考察】今回、在宅頸髄損傷者5例においては、1) 介護のしやすい住環境2) 安定した介護力3) 経済基盤に応じたサービス提供の3点について生活環境調整が行われていた事が分かった。しかし、課題として①介護力低下等の変化による環境調整②外部サービス割合増加③医療介護サービス利用頻度が多様でありスケジュール調整が困難なケースも認められた。また、多人数の住居出入りが精神的負担になったケースも認められた。介護者にとってゴールの見えない医療介護をどのように訪問リハが継続的に支援をしていくのか等課題が確認できた。今後は家族負担軽減のため、介護者の立場を十分考慮した生活環境調整ができるリハの実地が重要と考えられた。

利益相反：無

一般演題（ポスター）リハビリテーション1

P-1-148

白内障患者のリハビリテーション：遠隔医療の可能性と効果

新田 智裕¹ ニッタ トモヒロ
西村 裕樹^{2,3,4} ニシムラ ヒロキ
山下 侑哉¹ ヤマシタ ユウヤ
江口 卓弥¹ エグチ タクヤ
ロハン ケムラニ^{2,3} ロハン ケムラニ
横岩 良太³ ヨコイワ リョウタ
中山 慎太郎^{3,4} ナカヤマ シンタロウ
清水 映輔^{2,3,4} シミズ エイスケ

¹ 株式会社NITTA JAPAN

² 医療法人 慶眼会 横浜けいあい眼科 和田町院

³ 株式会社OUI

⁴ 慶應義塾大学医学部眼科学教室

【はじめに】

理学療法士は、身体に障害のある人や障害の発生が予測される人に対して、自立した日常生活が送れるように支援する専門職である。日常生活において、外界から得られる情報の約80%以上が、眼から入力されると言われている。我々が運営する介護事業所では、運動と栄養サポートに加え、遠隔眼科検査の提供を開始した。今回、その活動について報告する。

【活動】

我々は、食とリハビリでフレイルを予防するデイサービスを運営している。理学療法士と管理栄養士が協業し、人生100年時代を生き抜くための身体とコミュニティを作るための事業所である。その中で、利用者の健康施策の一環として「遠隔眼科検査」を開始。画像ファイリングつき手持ち細隙灯顕微鏡を使用して、事業内スタッフが動画を撮影。遠隔で眼科専門医に読影を依頼し、後日、読影結果をお伝えしている。読影結果の疾患として多かったものは、白内障やドライアイ、眼瞼下垂、眼瞼皮膚弛緩症である。手術適応が示唆された場合、近くの眼科受診へのお繋ぎまでをワンストップで提供し、高い満足の声を頂いた。

【考察】

本機器は、眼を検査することに慣れていない医療従事者でも、眼科専門医が読影可能な像を取得できる、高いユーザビリティをもった医療機器である。遠隔で眼科専門医に検査を依頼できるため、通院困難な高齢者から特に好評であった。デイサービスや地域包括支援センターなど、利用者の健康管理とも相性の良いツールであると考ええる。白内障と認知症リスクには相関関係があることも報告されている。早期発見早期治療が為されれば、認知機能低下の予防や改善、歩行速度の向上や転倒リスクの軽減につながる可能性がある。理学療法士の立場からみても、眼の検査は重要視すべき項目と考えている。

【倫理的配慮】

本研究・活動を実施するにたり、個人が特定できないように十分な倫理的配慮を行うとともに、ご本人・ご家族からの承諾を得た。

利益相反：無

一般演題（ポスター） リハビリテーション1

P-1-149

健康と要介護の間をつなぐ半歩先の支援「リハビリよろづ電話相談」

橋本 典之^{1,2} ハシモト ノリユキ
金井 貴之^{3,2} カナイ タカユキ
西田 恭子^{4,2} ニシダ キョウコ
稲舩 陽子^{4,2} イナマス ヨウコ
阿部 朋広^{5,2} アベ トモヒロ
佐々木 克典^{1,2} ササキ カツノリ

¹ 柏の葉訪問看護ステーション

² かしわトータルヘルスケア協議会

³ 柏訪問リハビリ看護ステーション

⁴ なないろ

⁵ 株式会社アクト・プラス

【はじめに】2020年から始まった新型コロナウイルスの感染拡大によって、多くの人がこれまでとは違った生活を営まざるを得ず、大きな影響を受けた。そのため市民は、感染対策の基に活動の機会を失い、緩和が進んだ現在も、身体機能低下、認知機能低下などの問題が顕在化している。しかし、多くは発病など問題が生じてから医療介護サービスとつながるのが現実である。予防的段階からの働きかけで健康で元気な状態を維持することが社会的に求められている。そこで、活動的な生活の継続や、障害に対する運動の助言、地域の資源とのマッチングなどを電話という手段で理学療法士と相談し、解決につなげる支援を開始した。【活動】事前予約制の無料電話相談。時間は約15分間。相談者と話しながら電話をする頻度を決めていく。運動指導などが必要な場合は、指導書を自宅へ郵送している。事例として、電話相談をきっかけに運動習慣が身につく、地域の体操教室へ通うケースもあった。また、Web電話を使用した相談、活動量計を用いた運動量の評価も実施できる体制を整えている。【考察】対面での予防的支援は、意識の高い市民が参加することが多く、運動も習慣的に行えていることが多い。一方で、講座や相談とつながらない方は、病気や怪我をきっかけに入院、介護申請、リハビリサービスの利用となっていることが多い。一方で、介護申請に至らないまでも、心配だと周囲から気にされる方が存在している。（例えば、夫を介護している配偶者など）そうした対象者へ、講座への参加、介護申請というハードルの前に、相談でき、未然に解決策を見出すための社会資源の1つとなることができる。また、活動が周知されることにより、既存の事業との連携（例えば、介護予防講座やフレイルチェックでハイリスクとなった方のフォローアップの支援など）が可能となると考えている。

利益相反：無

一般演題（ポスター） リハビリテーション2 ほか

P-1-151

寝たきり状態から自律的に外出が可能となった40歳代脳腫瘍末期療養者へのリハビリテーションの実践と効果

橋本 芙美代¹ ハシモト フミヨ
宇崎 節子¹ ウサキ セツコ
守屋 有紀子² モリヤ ユキコ
稲田 陽² イナダ アキラ

¹ しあわせ訪問看護ステーション

² いなだ訪問クリニック

【はじめに】 生命予後不良な脳腫瘍患者のADL回復を目的としたリハビリテーション（以下リハビリ）効果は明確に示されていない。今回、脳腫瘍末期療養者への訪問リハビリを退院早期に介入し大幅な活動レベル改善が図れたため報告する。【症例】 A氏40歳代女性。夫と子供2人の4人暮らし。脳幹部神経膠芽腫診断後、放射線化学療法が実施されたが4ヶ月後に左完全麻痺で寝たきりとなり予後1ヶ月と家族に告知された。家族と過ごす時間を優先し、通院での化学療法を継続しながら在宅療養開始となった。介入時、左上下肢BRS. I、MMT1、TCT0点、BI5点であり、QOLを重視した緩和的アプローチを開始したが、A氏はADL回復への意欲が強くみられた。化学療法後の左半身の僅かな筋収縮出現に着目し積極的な機能訓練に切り替えた結果、明らかな筋収縮と左下肢を中心に筋力向上を認めた。運動機能改善に伴いA氏のADL向上への希望の訴えも増え、回復段階に応じて動作練習を変容した。A氏のQOLを念頭におき訴えは常に傾聴した。現状や成果、A氏の希望はその都度、医師、看護師、ケアマネジャー等の多職種と密に情報共有し、環境調整や家族とヘルパーへの介助指導、A氏への自主訓練指導を実施した。介入1か月後、起居移乗が軽介助で可能となり離床時間が増えた。3か月後、起居移乗やポータブルトイレでの排泄が自立した。6か月後、4点杖歩行での屋内移動が可能となった。9か月後、介助で階段昇降や実家への帰省ができた。1年後、BI 85点となり、介助なしで子供との外出が可能となった。【考察】 本症例は脳腫瘍末期だが麻痺出現後の早期介入や治療効果を察知した回復的アプローチへの切り替えにより、活動レベルの大幅な改善が図れたと考える。加えてA氏のことを尊重した目標を多職種で共有しチームアプローチによる柔軟な介入が、効果的なリハビリの実践に繋がったと考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） リハビリテーション2 ほか

P-1-152

「宮古島市での訪問リハビリの特徴と今後の課題」 （症例を通して気づいた点）

若林 厚史 ¹	ワカバヤシ アツシ
泰川 恵吾 ²	ヤスカワ ケイゴ
越川 雅宏 ²	コシカワ マサヒロ
曾我 幸弘 ²	ソガ ユキヒロ
吉岡 裕太 ¹	ヨシオカ ユウタ
渡真利 美佳 ¹	トマリ ミカ
前原 綾 ²	マエハラ アヤ
泰川 早苗 ²	ヤスカワ サナエ

¹ 医療法人 鳥伝白川会 訪問看護ステーションドクターゴン

² 医療法人 鳥伝白川会 ドクターゴン診療所

【はじめに】

沖縄県宮古島市は、4人に1人が高齢者の島で、うち3人に1人が独居である。島内には回復期病院がなく、回復期病院がある沖縄本島まで約330km離れている。そのため急性期以降の回復期段階にある高齢者が在宅の環境調整が不十分な状況で在宅復帰することも多い。宮古島市での訪問リハの経験を通して、特徴や気づいた点を報告する。

【症例】

（対象）宮古島市出身。島外に在住の60代男性。脳出血による左片麻痺。

（実践・経過）島外の急性期病院・施設を経て、発症後6か月で地元の宮古島市の実家に戻る。

介入時の動作レベル：車椅子移動介助レベル

自宅内環境：玄関やトイレに段差あり、手すり未設置

介入初期の環境調整：トイレ内段差解消と手すりの設置・ポータブルトイレ使用

リハビリ内容：トイレ動作練習・立位・歩行・段差昇降練習

介入後、2ヶ月で自宅内トイレ動作自立・杖歩行見守りにて可能。デイサービスでの歩行練習を開始。介入後、4ヶ月で玄関の段差昇降がご家族の見守りにて可能。

【考察】

訪問リハでは実際の生活を把握しやすく、室内環境整備しながら転倒予防や機能の回復など、より効果的な動作練習を繰り返し行うことができた。本症例は、立位バランス不安定で在宅復帰直後にトイレ内での転倒もあった。在宅復帰する際に室内の応用動作練習や家屋評価、福祉用具の選定・導入検討があれば安全に在宅生活を開始できたのではないかと。

宮古島には、回復期病院がなく、島外から帰島する利用者もいるため環境調整は不十分であり、回復期段階で在宅生活を始めることが多い。訪問リハビリの介入後も身体機能・動作能力が向上傾向であり、機能回復の状況とその時の状態に合った環境調整やサービスを利用するために多職種と連携を取ることが重要である。離島の利点として地域の方と近い関係であり、協力し合うことでインフォーマルサービスを利用し在宅生活を安心して送ることができると思われる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） リハビリテーション2 ほか

P-1-153

在宅TPPV療養生活を楽しむ工夫 ～家族とみんなで見つけたアイデア集～

西尾 まり子^{1,2} ニシオ マリコ

¹ 地域ケアステーション八千代・訪問看護ステーション

² 近畿大学病院難病患者在宅医療支援センター

【はじめに】在宅でTPPV管理が必要な状態であっても、住み慣れた自宅で家族とともに日常生活を送っている方は多い。まずは安全で快適な生活確立し、次に無理なく継続できることが目標となる。あらゆるグッズを工夫して介護負担の軽減をはかっている。新しいグッズを発見したときの「ときめき」は、まるで宝探しのようで、在宅での介護生活に笑顔と新たな風を与えてくれる。今回、数々の工夫について、現場におけるポイントと実際を紹介する。発表にあたり各患者家族の承諾をえた上で、個人情報に配慮した。【活動】在宅TPPV管理のポイントと実際を紹介する。●大切にしている2点のポイント①「家族の一番集まる場所」を中心に ②家族と地域で支える支援を ◎実際のいろいろなアイデア：誰にでも分かる物品配置・手に入れやすく格安なグッズ探し・目からうるこの使い方（活用例1）ペットボトルを使って、呼気ポートの閉塞を予防できる（活用例2）お手製の気管カニューレの多彩な固定方法〔発表では数々の活用例と写真を掲載予定〕【考察】1. 安全面を考え、主介護者一人に任せるのではなくチームメンバーで在宅TPPV管理を支える 2. 介護負担軽減のためのアイデアや新しいグッズの発見を、ともに考え楽しむことを勧めたい 3. ご本人、家族の「やりたい！」の気持ちを大切に実現していく積み重ねで、ご本人の生きがいも支える 4. その方にあったケアのアイデア・工夫を追求する姿勢を持つことが大切である これらの工夫は、私たちだけではなく、ご本人、ご家族、他事業所など様々な関係者が持ち寄って生み出された結果である。今回紹介したこと以外に、皆様がお持ちのアイデアをご紹介いただき、楽しいディスカッションにしたいと考えている。

利益相反：無

一般演題（ポスター） リハビリテーション2 ほか

P-1-154

住宅型有料老人ホームに入所している方がその人らしく生活することを目指した症例

上野 佑太郎¹ ウエノ ユウタロウ

加藤 邦彦¹ カトウ クニヒコ

村田 敬明¹ ムラタ タカアキ

進藤 幸雄² シンドウ ユキオ

¹ 進藤医院訪問リハビリテーション

² 進藤医院

【はじめに】自宅以外の生活の場として住宅型有料老人ホームは近年増加している。しかし認知症状の程度や悪化によって入居継続が困難なことがある。今回認知機能が低下している方に対して介入した結果、施設の中で自立しその人らしい生活が可能になった症例を報告する。なお、ヘルシンキ宣言に基づき説明し同意を得た。

【症例】80歳代女性でアルツハイマー型認知症の診断あり。精神科病院入院中の転倒で左大腿骨頸部骨折を受傷し、人工骨頭置換術が施行された。3ヶ月の回復期病院入院後、独居困難なため住宅型有料老人ホームに入所された。本人は居室内を自身で整頓する等、自分のことは自分で行いたい性格である。リハビリテーション（以下リハ）開始時は下肢筋力低下による歩行不安定性があり、車椅子介助で移動していた。突然歩き始める等の転倒リスクがあったため、ベッドサイドではセンサーを使用していた。センサーの反応により見回り回数が増えることへの不満で落ち着かない様子であった。夜間は不穏で施設職員に対する態度が豹変し、関わる事のできない場面があった。リハ介入は下肢筋力トレーニング・歩行練習を中心に実施した。指示を簡単にする等の配慮をしたこともあり、介入中目立った精神症状は見られなかった。歩行器歩行が可能になったことで転倒リスクが減少し、施設職員からセンサーの撤去を提案された。日々の様子を情報共有して連携を図り日中オフから開始し、居室内伝い歩きで自立され完全撤去に至った。現在は落ち着き、穏やかに過ごされている。

【考察】リハ開始時は不穏な様子があったが、要因の1つであるセンサーの撤去によりストレスが軽減し落ち着いた。日々の様子を情報共有し迅速に進めたことでセンサーの撤去が早くに実現したと考える。また、専門職として歩行の介入と環境整備により本人の自立心を保ち、第2の住処としての施設で本人らしい生活を送ることに繋がったのだと考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） リハビリテーション2 ほか

P-1-155

COVID-19感染後の急激なフレイル進行に対し医療保険による訪問リハビリによりADL再獲得に至ったグループホーム利用者の一症例

藤原 将司 フジワラ マサシ
医療法人社団そよかぜ

【はじめに】

当院は外来診療及び訪問診療を行うハイブリッド型診療所であり、訪問リハビリは主に介護保険で行っている。グループホーム（以下、GH）への訪問リハビリは、介護保険では不可能だが①月に1回訪問診療を受けている②1ヶ月間にFIMの5点以上悪化③頻回なりハビリが必要と医師が判断、すべて当てはまる場合に医療保険での訪問リハビリが14日以内の期間可能となる。倫理的配慮として、日本医学会の倫理的指針に則り個人情報に配慮した。

【症例】

90歳代男性。GHへ入所中。令和4年9月5日37.6℃の熱発ありCOVID-19抗原陽性。感染1日目、低酸素血症のため経鼻酸素2ℓ開始。病前ADLは独歩自立。感染11日目、解熱するも発症より寝たきり、覚醒状態低く傾眠傾向、ADL低下。感染15日目、主治医より訪問リハビリの指示あり翌日より1日2回の計4単位訪問リハビリ介入。初期評価：覚醒状態は傾眠傾向。認知面軽度低下あり。基本動作は寝返りから端座位保持、移乗まで見守り、移動は車椅子介助、トイレ動作見守りで可能。訪問リハビリでは血圧、酸素管理を行いながら離床を進めADL再獲得を目指した。訓練内容は下肢筋力訓練、歩行練習を中心にに行い日中の離床時間を延長できるようにGHスタッフと連携を図った。30日酸素中止。10月4日最終評価：ADLは屋内歩行器見守り、トイレ動作修正自立となり日中の離床時間も拡大した。介入終了1年後、歩行器自立され病前のADL再獲得に至った。。

【考察】

今回、訪問リハビリ介入により最大能力を把握し、離床機会を徐々に拡大できたことがADL再獲得に至った大きな要因ではないかと考える。そこにはリハビリスタッフとGHスタッフとの連携が必要不可欠であった。また、法人内のカンファレンスで医師より本症例の情報共有を受けており医療保険の訪問リハビリがスムーズに導入できたのではないかと考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） リハビリテーション2 ほか

P-1-156

癌末期患者へ訪問セラピストが関わることの意義と有用性 ～患者家族からの意見をもとに～

吉岡 裕太 ¹	ヨシオカ ユウタ
若林 厚史 ¹	ワカバヤシ アツシ
渡真利 美佳 ¹	トマリ ミカ
前原 綾 ²	マエハラ アヤ
越川 雅宏 ²	コシカワ マサヒロ
曾我 幸弘 ²	ソガ ユキヒロ
泰川 恵吾 ²	ヤスカワ ケイゴ

¹ 医療法人 鳥伝白川会 訪問看護ステーション ドクターゴン

² 医療法人 鳥伝白川会 ドクターゴン診療所

【はじめに】

運営母体が在宅療養支援診療所である当事業所では、医師や看護師との連携が図り易い環境であり、緩和期の癌末期患者への訪問リハビリの依頼もこれまで比較的多く経験してきた。しかし、癌末期という不安定な病態で、介入を開始した時点で既に運動が困難な状態である場合や、進行にあわせ徐々にADLが低下し運動への不安やリハビリ継続の判断を迫られることもあり、癌末期患者に対するリハビリの在り方を考えさせられることも多いのが現状である。しかし、末期状態であっても訪問・在宅という現場では、運動に限らず、我々訪問セラピストにできることは多岐にわたると考える。

今回、癌末期のある1例を経験し、逝去後にご家族から終末期のリハビリに対する貴重なお話を聞く機会を得た。この貴重なご意見を基に、運動が困難な癌末期患者であってもリハ職が訪問する事の意義や有用性を考察する。

【倫理的配慮】

発表にあたり、患者の個人情報とプライバシーの保護に配慮し、家族より口頭にて同意を得た。

【対象】

腭癌末期（転移性肝肺腫瘍）の70代女性。独居だが同市在住の次女が泊まり込みで看病。

【経過】

20XX年6月症状出現。8月確定診断。11月訪問診療、看護、リハ開始。翌年1/4逝去。

【ご家族の話】

とても心強かった。母の事だけでなく私の事も気遣ってくれて安心した。座って笑顔を見せる母を見て希望が持てた。（一部）

【考察】

我々リハ専門職は医療の知識を基に基本・生活動作を評価できる専門家として、より患者や家族に寄り添った在宅医療を進めていくには必要不可欠な職種である。またリハビリの理念『全人間的復権』を基に考えると我々が行えることは、動作や生活面だけへの関りだけでなく、疼痛・内服管理、家族の心身ケアや介助方法指導、環境設定など多岐にわたり、対象者と医療者を繋ぐ『つなぎ人』としての役割が大いにあるのかもしれない。

利益相反：無

一般演題（ポスター） リハビリテーション2 ほか

P-1-157

在宅療養支援診療所における弾性ストッキング・圧迫療法コンダクターの役割

石井 佳子	イシイ ヨシコ
青木 裕章	アオキ ヒロアキ
青木 麻子	アオキ アサコ
平野 彩香	ヒラノ アヤカ
寺尾 章広	テラオ アキヒロ

ユール在宅診療所

【はじめに】当施設は弾性ストッキング・圧迫療法コンダクターが、医師の指示のもと下肢浮腫の患者に対し圧迫療法を実施している。また地域の多職種を対象としてむくみについての勉強会を実施した。これらの活動から圧迫療法が継続できない実態や在宅医療者の認識や疑問を知ることができ、自身の役割や課題について検討したので報告する。

【活動】Ⅰ在宅療養中で下肢浮腫のある患者9名中8名に継続して履くことを目的に弾性ストッキングの提案を行った。弱圧であるが自身で履くことができる弾性ストッキングを購入した。1名は足に潰瘍があったため創処置と弾性包帯を巻いていた。Ⅱ勉強会では「足のむくみの診かた～圧迫療法、履き方のコツ教えます～」というテーマで、むくみ、圧迫療法と弾性ストッキングについて説明を行い、器具を使用した履き方のデモンストレーションや参加者が履く演習を行った。参加者からは弾性ストッキングを勧めたが継続しなかった方が約半数いたという意見があり、足に手が届かず履けない場合の対応について質問があり器具の紹介をした。【考察】弾性ストッキングは履きにくいことから購入しても継続できない事が多いが、自身で履けることを確認し購入しても、圧迫療法を提案した患者の半数以上が継続していなかった。その理由として、自身で履くことができても認知力の低下により履くのを忘れてしまうなどがあり支援が必要と考えられた。また、勉強会参加者からは弾性ストッキングが履きにくいことを知らなかったという意見があり、在宅で関わる多職種が圧迫療法について理解し、支援できる事が望ましいと感じた。今後は弾性ストッキングを購入後も定期的に支援する。家族や在宅医療者が支援できるように公開講座を行う。メーカーに対して患者の声を伝えることで商品開発の促進につなげるようにすることが役割と考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 人材育成・教育

P-2-1

多職種をサポートする人材育成

助工 彰吾 スケク ショウゴ
悠翔会在宅クリニック新橋

【はじめに】当法人では、職種ごとの縦割り業務を行うだけではなく、在宅医療に関わる様々な業務を習得し、在宅医療に関わっている人を統合的に支える事を目的としたHome Care Assistant（HCA）という職種が存在している。当院は、常勤医師2名・看護師1名・医事課2名・ドライバー2名の在宅医療クリニックであり、以前は看護師3名体制であったが、産休や離職が重なり現在常勤看護師は1名体制である。今回の活動は、看護師の所属人数低下により予測される医師・看護師の負担や診療の質低下を防ぐ事を目的とし、ドライバーを職種の壁を越えてクリニックをサポートできるHCA化を目標とした活動報告である。

【活動】ドライバーのHCA化にあたって、医師・看護師による研修を実施。現在当院のドライバーが実施している主な業務内容としては、医療業務（医療物品の準備・診療同行・医療行為の補助・カルテ入力補助・検体提出・他事業所への情報共有）、運行业務（運転・車両管理・訪問スケジュール管理・新規患者や往診の日程調整）、事務業務（電話対応・議事録作成）である。育成期間約1年間で、ドライバーが運行业務以外にも取り組める業務範囲は以前よりも拡大し、多職種をサポートできる場面も増えたと思われる。今後の展開としては、上記業務だけではなく医師・看護師と相談し、更なる業務範囲拡大を検討中である。

【考察】今回の活動がスタートした当初は、医療系の国家資格や知識のないドライバーが医療業務に取り組む事に不安感や抵抗感があったが、医師・看護師の研修を受ける事により不安は解消され、業務範囲は確実に拡大し、医師・看護師の負担や診療の質低下を抑える事に貢献した。経験や知識のないドライバーが多職種を多岐に渡ってサポートする為の課題は多いが、ドライバーのHCA化は必ず業務においてプラスになり、またクリニックにとって欠かせない存在になると考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 人材育成・教育

P-2-2

当法人における初期研修医に対する地域医療研修効果

小林 あかり コバヤシ アカリ
医療法人社団そよかぜ

【はじめに】

当法人は慢性疾患の管理を中心とした外来診療と、24時間365日体制での在宅医療を両立するハイブリッド型の診療所を運営し、幅広い地域医療を行っている。学生教育にも力を入れ、神戸大学医学部附属病院の地域医療研修として令和2年からの開始4年間で計25名の初期研修医を受け入れた。これまでの研修医への教育効果を検討する。

【活動】

研修を終えた研修医から体験記が提出される。今回は全25名の体験記に出現した話題をカテゴライズし、当法人での研修が研修医にどのような印象や影響をもたらしたかを分析した。

最も多かったのは「疾病だけでなく人や生活を診ること」に関する話題や考えであり、76%に当たる19名が挙げた。次いで「手技の上達」(17名)「チーム医療」(8名)「患者との近さ」(8名)に関する話題が多かった。そのほか「在宅での看取り」(7名)「地域医療の在り方や役割」(7名)についての話題と続いた。

【考察】

大病院で診察を行う研修医にとって患家を訪問し生活環境、家族構成、人間関係などを鑑みた上での診察は新鮮で珍しく、新たな視点を発見する機会となっている。在宅医療の大切さや奥深さ、そしてその醍醐味を肌で感じることは、未来の在宅医療や地域医療を担う医師の学びや興味へと繋がると考える。また、エコー検査を経験し上達を実感できる環境は、多くの研修医に達成感と充実感を与えている。患者を自宅に帰した後のサービスやサポートの幅広さに初めて気付いたという声もあった。様々な職種が情報共有し連携して支え合う現場の姿は、チーム医療への期待と信頼を持たせることができている。

今日受け入れている研修医が全員、将来在宅医療や地域医療の臨床に直接携わるとは限らない。しかしこの研修で得た経験が、従来家には帰れないと判断されていた患者にも帰る選択肢を与える医師を増やすことに繋がるのではないかと考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 人材育成・教育

P-2-3

看護師によるエコーでの残尿評価、NwithD to Nのエコー研修の効果

前原 綾 ¹	マエハラ アヤ
泰川 恵吾 ¹	ヤスカワ ケイゴ
越川 雅宏 ¹	コシカワ マサヒロ
曾我 幸弘 ¹	ソガ ユキヒロ
久島 和洋 ²	ヒサジマ カズヒロ
泰川 早苗 ¹	ヤスカワ サナエ
吉岡 裕太 ³	ヨシオカ ユウタ
若林 厚史 ³	ワカバヤシ アツシ

¹ ドクターゴン診療所

² ドクターゴン鎌倉診療所

³ 訪問看護ステーションドクターゴン

【目的】訪問看護師がポケットエコーで残尿評価を行うための研修方法を考える。医師からの直接研修では、目的以外の所見も教えようとするため、評価報告のハードルを上げてしまう。エコーでの評価は難しいもの、医師だけが行えるものという先入観を持たれやすい。このため、医師が訪問看護師に対する講習を行っても、現場で実行されたことがなかった。【方法】事前に医師が作成したエコーによる残尿評価マニュアルと膀胱の位置や膨らみ方がイメージしやすいように骨盤模型を用意した。診療同行看護師（N）が医師（D）から現場で研修を受け、必要な技術を訪問看護師（N）に伝える研修方式NwithD to Nを実行した。1回の研修には約15分間を要した。訪問看護ステーションには、A社製ポケットエコーを2台を配置した。研修終了後も追加の確認研修を適宜行っている。所見を認めた場合は主治医に報告し、必要に応じてスマートフォンで撮影した画像を送信し、指示を仰いだ。【結果】当医療法人訪問看護ステーションの訪問看護師2名に対して、ポケットエコーによる残尿評価法をNwithD to Nで行った結果、2名は訪問時にVscanを携帯するようになった。これまでに、導尿の必要性の有無だけでなく、腹水や便秘などの所見、画像を主治医に報告し、指示を仰いだ。【考察】NwithD to Nのエコー研修によって、現場に単独で出向く訪問看護師が積極的にエコーを使用するようになり、医師の助言を得ながら、必要に応じた導尿、排泄評価が可能になる。また、患者にとっても、不必要な侵襲的処置を防ぐことができる。習熟すれば、腹水、胸水、肺炎、急性腹症などの可能性を評価することが可能になるかもしれない。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 人材育成・教育

P-2-4

特定看護師と協働し多様なニーズに応えられる訪問看護ステーションへ

佐久本 和香¹ サクモト カズカ

福地 洋子² フクチ ヨウコ

¹ 医療法人社団東山会 東山訪問看護ステーション

² 医療法人社団東山会 調布東山病院

【はじめに】当訪問看護ステーションは急性期病院が母体であり、モットーは“地域で生きるを支えきる”と定め、多様な地域ニーズに対応してきた。筆者は管理者兼・特定看護師であり、メンバー9人の中に特定看護師1人（以下A特定看護師）が在籍している。特定区分は両者とも「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」になる。A特定看護師と共に、筆者は特定行為実践への仕組み作りをし、在宅診療所医師1名、法人医師2名と連携し特定行為を実践した。実践内容は、フィジカルアセスメント、脱水の診断・種類の推察、手順書に沿った特定行為実践、ACPである。実践後の効果を含めここに報告する。

【活動】2022年、筆者とA特定看護師を特定看護師チームと名付け手順書整備、利用者説明用パンフレット、承諾書を作成した。特定行為実践は2022年3件、2023年2件（アセスメントのみは5件/年ペース）行った。2023年にはA特定看護師が特定行為実践と意思決定支援を重ね自宅看取りした事例があった。関りの評価とし、利用者家族へ満足度調査を行い、他メンバーにはアンケートを実施、主治医には感想を求めた。アンケート結果では「安心」「心強い」というキーワードが挙がった。また、教育的関りでアセスメント勉強会、地域学会への演題登録、同法人の特定看護師と協働を図った。

【考察】24時間365日を支える訪問看護では主治医の包括的な指示のもと、看護師判断に委ねられている事も多い。また多様なニーズに応えることも要求される。特定看護師が利用者を生活者として捉え、確実なアセスメントと意思決定支援に寄り添う姿が、メンバーの共感に繋がったと考察する。しかし、法人内・地域では特定行為に関する認知度はまだ低い。今後もチームマネジメントの柱として、“地域で生きるを支えきる”を目指し、A特定看護師の実践を支持しながら、地道に活動を継続し地域貢献に繋げたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 人材育成・教育

P-2-5

在宅医療を通して多職種連携を学ぶための、学生実習プログラムの工夫

郡山 晴喜¹ コオリヤマ ハルキ

吉村 学² ヨシムラ マナブ

¹ ホームクリニックみまた

² 宮崎大学医学部 地域医療・総合診療医学講座

【はじめに】 当院では宮崎大学医学部5～6年生の地域包括ケア実習の受け入れを行っている。もともとは都城市・三股町での4週間の実習のうち3日程度、在宅医療に同行し見学するだけの内容であったが、令和3年より実習内容を見直し、約2週間かけて在宅医療を通して多職種連携を学ぶ内容へ改良を重ねている。

【活動】 まずは、当院で訪問診療を行っている患者さんの自宅へ、地域の訪問看護師の訪問に同行し、本人や家族がどのような思いで在宅医療を受けているか、どのような多職種が関わっているかなどインタビューする課題を出した。また、当院が嘱託医や協力医となっている介護施設では、午後に訪問診療が入る日の朝から介護実習を行い、介護施設と協力医の連携について学べるようにした。他にも町の乳幼児健診や介護認定審査会、三股町社会福祉協議会と開くイベント「Dr. YAOYA」など、多職種と医師が関わる多くの場面に参加するプログラムを作成した。令和4年に当院を含む複数の診療所でオンコールの共有などを目的に結成したチーム「都城三太郎」では、各々が1～2日ずつ実習を受け持ち、同世代で楽しく協力している様子を学生にアピールしている。実習を行った学生からは、地域のさまざまな方々と関わっていることに驚きました、などといった感想が聞かれる。

【考察】 多くの医学生にとって多職種連携は「医師が多職種と連携する」の文脈でとらえられがちだが、訪問看護ステーションや介護施設での実習は「多職種が医師と連携する」を体感する場となっている。多職種の立場に立つ実習は大学病院の中ではほとんどなく、地域医療実習、とくに在宅医療はそれを学ぶ場として適していると考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 人材育成・教育

P-2-6

T市における訪問看護師育成センターの活動報告 ～5年間の活動と今後の展望～

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】T市では、急激な高齢化と在宅療養需要の加速を背景に「育て・つながり・安心して在宅療養を全うできるまち」の実現のため、市内の医療・福祉機関や訪問看護ステーション、教育機関等との協働により、2019年T訪問看護師育成センター（以下、育成センター）を設置した。①人材確保・育成 ②相談・交流・情報提供 ③普及啓発を3本柱とした事業を実施している。5年間の活動と今後の展望について報告する。【活動】①では、市内の訪問看護ステーションに勤務または就業予定者を対象に、新卒者2名を含めた計35名が、新卒・新任訪問看護師育成プログラムを修了した。2022年度からは、eラーニングと集合研修を組み合わせたカリキュラムに改正した。加え、修了生を対象に安心して訪問看護が継続できるようフォローアップ体制構築に取り組んだ。現任者のスキルアップ事業ではシリーズ化した研修を行った。②では、育成センター事業の検証・見直しを目的に有識者等と定期的な会議を行っている。2022年度から受講生の管理者と学習支援ネットワーク会議を実施している。受講生の育成状況に関する情報交換やリフレクションに関わるミニレクチャーなど実施し、OJTに役立つとの声が聞かれ育成プログラムへの理解が深まった。③では、潜在看護師と訪問看護師との交流相談会の開催、訪問診療医師や訪問看護師と共に教育機関への出前講座など実施した。【考察】育成センターの事業運営において、地域特性を活かした人材確保・育成の体制づくりが重要である。今後の展望として、よりいっそう市内の訪問看護ステーションとの情報共有を密にし市全体で課題を共有・解決できるバックアップ体制の充実を図りたい。修了生が多職種と連携できる機会や地域に貢献・活躍できる場の提供を行い、縦・横のつながりを大切にしたネットワークづくりを行っていく。当院の倫理審査委員会を受けている。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 人材育成・教育

P-2-7

訪問看護ステーションにおける特定行為研修受講後の看護実践と活用について

高関 左保 タカセキ サホ
訪問看護ステーション上西

<はじめに>

2015年に特定行為に係る看護師の研修制度が開始され8年が経過している。研修修了者は増えてきているものの、訪問看護ステーションにおいての研修修了者は全体の5.3%と少なく、更なる増加が望まれている。当ステーションにおいては修了者が2名活動しており、今年度も1名受講している。今回、当ステーションにおける活動の実際を報告しながら訪問看護ステーションにおける特定行為修了者の活用の場について検討していきたい。

<活動>

当ステーションは、2019年～2023年に2名の看護師が特定行為研修を修了し活動している。現在まで約31件の手順書の交付を受け、特定行為を行っている。特定行為を行う事で、医師の診療時間の短縮や利用者様の通院の負担軽減、ケアを行いながら特定行為をすることで利用者様の安心にも繋がっている。また、特定行為研修では臨床推論やフィジカルアセスメント等を学ぶことができる。在宅では看護師一人ひとりのアセスメント能力や判断が求められるため、学んだことは看護師にとって自信にもなっている。ステーションでは、特定行為看護師と他の看護師との同行訪問も行っている。同行訪問しながら、その視点を知ること、ステーション全体の看護の質の向上とアセスメント能力の向上にも繋がると考える。

<考察>

研修受講には約半年～1年半ほどの期間を要するため、研修に人員を出すステーションがまだまだ少ないのが現状である。ただ、当ステーションが活動してきた中で、利用者様の安心や、スタッフ個々のスキルアップだけではなく、ステーション全体の看護の質の向上も期待できるため、今以上に訪問看護ステーションの看護師が研修受講して活躍できるよう環境を整えていく必要がある。今後はステーション同士の連携や施設看護師との連携等、特定行為看護師の活躍の場を広げながら、よりよいケアの提供が行えるよう活動していきたいと考えている。

利益相反：無

一般演題（ポスター） キャリア・倫理的課題・その他

P-2-8

在宅医療実習は学びの拡張性を秘めている ～在宅医療実習の質的調査から～

崎山 隼人¹ サキヤマ ハヤト
大脇 哲洋^{2,1} オオワキ テツヒロ
網谷 真理恵^{2,3} アミタニ マリエ
指宿 りえ^{3,2} イブスキ リエ
水間 喜美子³ ミズマ キミコ

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

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

【目的】 卒前医学教育において、在宅医療の現場で学ぶこととして、総合的に患者をみる姿勢、多職種連携、社会における医療の役割など多岐にわたる。医学部生の在宅医療実習とその振り返りから、学びの多様性を明らかにし、在宅医療教育の可能性を追求することとした。【方法】 医学部6年生13名を対象に、在宅患者約600名、年間看取り数約80例の在宅支援診療所において、クリニカルクラークシップの中で在宅医療実習を行なった。2日間という限られた期間であり、学習者が能動的に気づきから振り返り学ぶよう、自由度を高く設定した。記述式のシートを実習開始前に渡し、実習での経験を通して、「今日学んだこと」「これから学びたいと思ったこと」について記載を促した。実習前後のアンケート内で、記述内容の研究利用について同意を得た。この記述データをもとに、主題分析法を用いて質的に分析した。【結果】 上位概念として、「全人的医療」「コミュニケーション」「多職種連携」「Advance Care Planning」などの重要性について学べており、今後学びたいこととして「医師としての多様な能力の獲得」や「在宅医療特有の知識・スキル・社会的現状」などが挙がっていた。実習を通して自身の経験を振り返り「見学からより主体的な関わり」へと変化がみられた。【考察】 上位概念として抽出された項目は、類似先行研究と同様の結果であったが、下位概念として40近い項目が抽出され、知識・技術的な学びに限定されず、医師としての態度を見つめ直すようなプロフェッショナルリズムの学びにもつながっていた。2日間と期間が限られ、各医学生が経験できた事例はばらつきが多かったものの、在宅医療実習が提供できる学びは拡張性が高いと言える。さらに拡張性の高い学びにつなげるために、より深い省察の促しや、患者・家族・多職種との交流機会を増やすことが必要である。

利益相反：無

一般演題（ポスター） キャリア・倫理的課題・その他

P-2-9

サービス付き高齢者向け住宅で発生した疥癬の集団発生の経験

酒井 秀都 サカイ シュウト
塔野 祥子 トウノ ショウコ
上田 裕介 ウエダ ユウスケ
柳楽 知義 ナギラ トモヨシ
光輪クリニック

〈はじめに〉今回我々は、サービス付き高齢者向け住宅において、疥癬の集団発生を経験したため、治療経過と共に考察を交えて報告する。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〉サービス付き高齢者向け住宅において、X年6月に入居者の複数名に皮疹が確認された。同時期に施設職員にも複数名の皮疹が確認され、他院で疥癬の診断を受けた。疥癬の集団感染を疑い他院より皮膚科専門医への往診を依頼したが、往診日までに1週間を要したため、感染拡大の可能性を危惧し施設内の状況及び入居者の皮疹の画像所見を往診日までに皮膚科医に供覧したところ、疥癬の集団発生が最も疑わしいと判断されたため、皮疹が出現していた入居者にイベルメクチンの内服を開始した。またその時点で無症状であった他の入居者にも同薬剤の予防投与を施行した。1週間後に皮膚科医同行のもとで往診を施行し、最も皮疹症状が酷い角化型疥癬が疑われた入居者2名より皮膚検体を採取し、検鏡にて疥癬の診断を得た。入居者全員にイベルメクチンの内服を2クール行い、皮疹出現者に対しては皮疹の状態によってフェノトリンローションを併用、3回目のイベルメクチンを投与した。治療開始後より新たに1名の皮疹の発生があり、全入居者43名のうち計16名に皮疹が確認された。皮疹残存者には最大4回目までイベルメクチンの内服を施行し、7月末には全入居者の皮疹の改善、消失を確認した。イベルメクチン投与後に血液検査を施行したが、肝障害など明らかな有害事象は認めなかった。発症より1年以上経過しているが、明らかな再燃なく経過している。〈考察〉疥癬が疑われた場合には、角化型と通常型の違いをよく理解した上で治療にあたり、集団発生した場合には可能な限り皮膚科医の協力を仰ぎ、迅速な投薬開始を検討する。

利益相反：無

一般演題（ポスター） キャリア・倫理的課題・その他

P-2-10

地域支援・在宅医療に携わる対人援助職の心理的問題をどう援助するのか ～ミイラ取りがミイラにならないために～

小早川 留衣	コバヤカワ ルイ
中越 久代	ナカコシ ヒサヨ
木橋 香苗	キバシ カナエ
杉山 唯	スギヤマ ユイ
徳本 雅代	トクモト マサヨ
伊藤 万桜	イトウ マオ
山縣 悠子	ヤマガタ ユウコ
北野 昌江	キタノ マサエ
北野 由香梨	キタノ ユカリ
米原 由紀	ヨネハラ ユキ
瀧野 麻衣	タキノ マイ
久保 菜々美	クボ ナナミ
平塚 めぐみ	ヒラツカ メグミ
大崎 崇正	オオサキ タカマサ
原田 敬大	ハラダ タカヒロ
内藤 伸昭	ナイトウ ノブアキ
小早川 節	コバヤカワ セツ

波乗りクリニック

【はじめに】わが国では高齢社会を見据えて1980年代に訪問診療の概念が導入され、在宅療養の推進に向けた動きが活発化、質の高い在宅医療の確保が求められるようになった。在宅医療の普及が推進される中、訪問診療料件数の推移は大幅に増加、訪問看護ステーションの利用者も介護保険・医療保険ともに増加傾向にある。このような状況下で、対人援助職は限られた資源の中で効率的に医療・介護を提供することが求められている。前年の本学会大会のワークショップ＜どうしていますか？心のケア＞では、多くの対人援助職が強い使命感と責任感から生まれる悩み、患者・家族とのトラブル経験や身の危険を感じる経験からストレスを抱え、常に高い緊張感の中、従事していることが分かった。その中で、こころの専門家の対応が求められているにも関わらず、実際は介入がなされていないことも分かった。【活動】在宅医療や地域支援に携わる対人援助職の心理的負担と心のケアについて、アンケート調査を実施、多職種対人援助職73名から回答を得た。仕事上でのトラブル体験や死別体験によりどのような心身の反応が出たのか、乗り越えた方法等を知ることができた。74%の対人援助職が現場でこころの専門家の介入・連携を必要としている一方で、自分自身のことで介入して欲しいと答えた割合は30%に留まった。同業種または多職種で相談・語り合える場があれば参加したいと思っている割合は67.1%にのぼったが、カウンセリングを受けたいかどうかについては15.1%が希望している中、49.3%が分からないと回答した。【考察】1988年に誕生した公的資格である臨床心理士、2017年に誕生した日本初の心理に関する国家資格である公認心理師が、来談を待つだけでなく、対人援助職のメンタルヘルスや医療・支援を必要としている人の心の担い手になるために、どのように活動していくかが今後の課題といえる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） キャリア・倫理的課題・その他

P-2-11

新型コロナウイルス感染症による住宅型有料老人ホーム居住者の生活への影響

王 迪¹ オウ テキ
島田 広美¹ シマダ ヒロミ
河西 恵美¹ カサイ メグミ
大北 葉子² オオキタ ヨウコ
石垣 泰則³ イシガキ ヤスノリ

¹ 順天堂大学医療看護学部

² 順天堂大学国際交流センター

³ 医療法人社団悠輝会コーラルクリニック

【目的】本研究の目的は、新型コロナウイルス感染症流行による住宅型有料老人ホーム入居者の生活への影響を明らかにすることである。【方法】研究協力が得られた住宅型有料老人ホーム2施設の居住者8名を対象に質問紙調査及び半構造化面接を実施した。質問紙調査で得られたデータは記述統計、インタビューデータは内容分析により質的に分析した。本研究は順天堂大学大学院看護学研究科研究等倫理委員会の承認を得て実施した。【結果・考察】調査期間は2023年2月～8月。対象は女性5名、男性3名、平均年齢は 80.38 ± 6.82 （68-90）であった。全員が個室で、「居住スペースの中での移動」は3名（37.5%）が介助や見守りが必要であった。何らかの病気で受診している者は7名であった。健康関連QOL（SF8）は新型コロナウイルス感染症で面会制限や活動制限があったことに影響されている項目があった。健康関連QOL（SF8）の測定平均値は、「身体機能」42.3、「日常役割機能（身体）」44.0、「心の健康」48.2などの8項目とも国民標準値より低い結果であった。新型コロナウイルス感染症を予防するために、対象施設では外出の制限、レクリエーションなどの集団活動の中止、面会制限、手洗いおよびマスクの遵守、ワクチン接種などが行われた。感染予防策による居住者の生活にもたらす影響として【外出制限による身体活動量の低下】、【単調な生活を送らざるを得ない】、【友人や家族との対面交流の減少】、【集団活動が制限されることにより施設内で新しい友達が作れない】などが挙げられた。以上のことから、新型コロナウイルス感染症は住宅型有料老人ホーム居住者の生活に大きな影響を与えていることが示唆される。感染症から居住者を守りつつ居住者の多様なニーズに応じたサービスの提供や居住者のQOLの維持・向上に向けた支援が必要と考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） キャリア・倫理的課題・その他

P-2-12

知的障がい者の移行医療と終末期医療

黒崎 史果 ¹	クロサキ フミカ
藤田 恭子 ¹	フジタ キョウコ
大嶋 茉莉子 ¹	オオシマ マリコ
加藤 浩光 ¹	カトウ ヒロミツ
山下 正子 ²	ヤマシタ マサコ

¹ 菅間在宅診療所

² ほほえみ訪問看護ステーション

【はじめに】地域包括ケアシステムを共に構築する多職種との関わりにより、引きこもりや虐待、貧困などの社会的問題を抱える患者家族への支援依頼が増えた。その中で、知的障がい者への支援には困難やもどかしさを感じたため、これを報告する。なお、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」を遵守している。

【症例】直近10年間に担当した知的障がい者は17名で、そのうち医療的ケアを必要としない10名についてまとめた。知的障害の原因は6名がダウン症候群、3名が原因不明、1名が脳性麻痺。障害の程度は最重度知的障害4名、重度4名、軽度2名。初診時の年齢は36歳から82歳（平均53歳）。居住地は自宅5名、障がい者グループホーム1名、認知症対応グループホーム1名、特別養護老人ホーム1名、障がい者短期入所施設1名、障がい者入居施設1名であった。往診を依頼した理由は、①親の加齢による通院困難、②本人の身体面・精神面の変化による通院困難、③施設入所に伴う主治医変更、の3つに集約出来た。①②の場合は、医師・相談支援専門員・行政職員の勧めで往診が開始となった。

【考察】10名のうち、かかりつけ医がいたのは3名で、他は体調不良時に近医を受診するか、全く医療機関を受診していなかった。既に親が他界したり認知症を患ったりしている患者が多く、医師・相談支援専門員が関わっていない患者では、成育歴や病歴を確認することが困難だった。また、初診時に経口摂取不良で早急なACP実施が必要だった2例では、代理意思決定者である兄弟姉妹が施設での看取りを希望したものの、施設側の体制が整わず入院にせざるをえなかった。以上から、当地域では知的障がい者の移行医療及び終末期医療には取り組むべき課題が多いと感じた。他地域を参考に、多職種と共に取り組んでいきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 研究

P-2-14

在宅患者におけるCONUT値と身体測定値の相関

甲賀 健史 コウガ タケシ

茅ヶ崎徳洲会病院

【目的】血液検査による多面的栄養指標のCONUT（controlling nutritional status）値と、寝たきり患者でも簡便に測定できる上腕周囲長（MUAC）、下腿周囲長（CC）、上腕筋囲（AMC）との相関を明らかにすることで、在宅患者の毎回の診療で可能な身体測定が低栄養を予測する指標になり得るかを検証する。【方法】訪問診療を受ける患者47名を対象に、定期訪問時にMUAC、CC、AMCを測定し、各値をJARD2001にある年齢別・性別中央値と比較し%計測値を算出した。同時に血液検査からCONUT値を算出し、CONUT正常（0-1点）または異常（2点以上）にグループ分けを行い、年齢、性別、BMI、歩行の可否、併存疾患、%MUAC、%CC、%AMCを比較した。またCONUT値と%CCならびにBMI、慢性腎臓病・冠動脈疾患の有無、歩行の可否の相関を検討する多変量ロジスティック回帰分析、CONUT正常または異常に対する各%計測値の感度・特異度を検出するROC（receiver operating characteristic）解析を行った。【結果】CONUT正常群と異常群の比較では、%CCがCONUT異常群で有意に低値だった。多変量ロジスティック回帰分析およびROC解析で、%CCはCONUT異常の予測に強い相関を示した。【考察】今回の研究では、%CCが%AC、%AMCと比較してCONUTを鋭敏に反映することが示された。%CCの低値は歩行困難や寝たきりの状態によってもたらされる筋萎縮を反映し、筋萎縮を契機として低栄養が進行する在宅患者に多くみられる病態を反映していることが考えられた。%CC測定は、在宅患者における低栄養の早期検出に有用と考えられた。本研究は日常診療で得られたデータを使用し、個人情報に配慮した解析を行った。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 研究

P-2-15

ALS患者の心理的支援となる会話についてリハビリテーション専門職へのインタビュー調査：質的事例研究

宮阪 美穂^{1,2} ミヤサカ ミホ

喜多 一馬³ キタ カズマ

¹ えるさば訪問看護ステーション

² 医療法人社団まごころ

³ 株式会社PLAST

【目的】

筋萎縮性側索硬化症（以下、ALS）患者は、身体的苦痛のみならず心理的苦痛や不安も大きいと、心理的側面への関わり的重要性が示唆されている。しかし、リハビリテーション専門職（以下、リハ職）は、ALS患者への心理的支援になす術を持たず、介入意義に疑問を抱くこと、自身の力不足や無力感を覚えることがある。本研究では訪問リハ職としてALS患者に対する心理的支援の経験のあるA氏を対象として、ALS患者の心理的支援となる会話についてインタビュー調査を行う。本研究は本学会倫理・利益相反委員会の承認（2022-07）を得ている。

【方法】

A氏（作業療法士 16年目）に対し、インタビュー調査を実施した。A氏はALS患者に対する臨床経験を14年有し、継続的に担当することがあったことから十分な経験があると判断して依頼した。インタビューは、ALS患者との会話に関して、1) 特定の話題を避けたり困ったりした経験、2) 会話によって介入や関係性に影響した経験、3) 自身が経験を積むことで話せるようになった話題や内容の三点をインタビューガイドとし、半構造化面接を行った。分析はオープンコーディング法とし、ALS患者の心理的支援となる会話について特徴的な語りを抽出したうえで概念化した。

【結果】

ALS患者の心理的支援となる会話について、1) 家族の障害受容の状況を見極めて支援を行う、2) 死の話題を正面から受け止める、3) 構音機能の維持期間での会話を通じて思考を理解する、4) 死を経験して死を肯定する、5) 関わりの中で好きになるの5つの概念が抽出された。

【考察】

ALS患者への心理的支援は、意思伝達装置等の具体的手段が検討されることが多い。本結果からは、セラピストの死生観や姿勢・態度、ALS患者や家族への理解や関係性の重要性が示唆された。ただし、本研究は一事例であるために、知見を積み重ねて構造化することが課題である。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 研究

P-2-16

介護DBオープンデータを用いた直近4か年の介護認定新規申請者数の動向

高橋 宏和 タカハシ ヒロカズ
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

【目的】 介護DBオープンデータは厚生労働省より公開されているオープンデータであり、悉皆性が高い匿名介護レセプト情報及び認定調査項目等の詳細なデータである匿名要介護認定情報等が含まれている。コロナ前後の本データを分析し、医療や介護の動向を検討することを目的とする。

【方法】 2018年度から2021年度の介護DBオープンデータから、各年度およそ140万人の性年齢階級別・要介護度別・都道府県別の介護認定新規申請者数を抽出し、性年齢別、要介護度別、地域別に比較検討した。

【結果】 性年齢階級別では、年次を経るごとに男性の割合が増加し、より高齢者において男女とも増加がみられた。要介護度別では要支援の割合が減少し、要介護は増加する傾向にあった。都道府県別のうち地域別では東日本において微増、西日本において微減する傾向にあったが、緊急事態宣言のあるなしでは変化は見られなかった。

【考察】 コロナ禍前後において、介護認定新規申請者数の動向に変化が見られた。介護DBオープンデータを用いることにより、日本における医療や介護の傾向を把握することは可能であり、適切な医療・介護提供体制構築などの基礎的資料として注視することが望まれる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 研究

P-2-17

自宅看取りを行った終末期がん患者における在宅酸素の使用状況

武藤 英貴	ムトウ ヒデキ
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 マサトシ
林 佑哉	ハヤシ ユウヤ
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	モリガミ ヨシキ

医療法人双樹会 よしき往診クリニック

【目的】

自宅看取りをした終末期がん患者における在宅酸素の使用状況を明らかにする

【方法】

2017年4月～2023年3月末までに当院で定期訪問診療を受け在宅酸素を導入し自宅看取りをした終末期がん患者に対して、患者数、導入の契機や使用期間、経口・非経口オピオイド系鎮痛薬との併用、導入後の受け入れ状況と合併症の件数についてカルテから抽出

【結果】

在宅酸素を導入して自宅で看取りを行った末期がん患者は174名であった。内訳は男性103名（59.1%）、年齢77歳（75-89）、がんの内訳は肺がん49名（28.1%）、膵がん18名（10.3%）、胃がん15名（8.6%）等だった。

導入の契機はSpO2低下119名（68.3%）、呼吸困難感83名（47.7%）等であった。使用日数は平均38.1日。31日以上52名（29.8%）、11～30日以内49名（28.1%）、4～10日以内43名（24.7%）、3日以内30名（17.2%）であった

経口オピオイド系鎮痛薬との併用は97名（55.7%）で、非経口オピオイド系鎮痛薬との併用は141名（81.0%）であった。経口オピオイド系鎮痛薬は癌性疼痛に対して95名（97.9%）、呼吸苦に対して30名（30.9%）使用され、途中で非経口オピオイド系鎮痛薬に切り替えたのは62名（63.9%）だった

在宅酸素を導入したが本人の拒否により吸入ができなかったのは8名（4.5%）。導入後に本人の拒否があったが許容した症例は18名（10.3%）で、内訳は必要性を説明し徐々に受け入れた12名（66.6%）、インターフェイスの交換5名（27.7%）等だった。合併症として鼻腔の乾燥と口喝が3名（1.7%）だった

【考察】

在宅酸素やオピオイド系鎮痛薬等を併用し緩和ケアを考えることが大切である。

対象となる患者には個人情報利用目的を書面で説明し同意を得た。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 研究

P-2-18

グループホーム入所者の救急入院状況

山田 智 ヤマダ サトシ
中野共立病院

【目的】厚労省は地域包括ケアシステムの実践の中で在宅医療の果たす役割は重要であるとして、求められる機能として、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取りに整理し、中でも急変時の入院のため病院との連携構築が最も重要としている。当院は1病院9診療所を有し、在宅患者700名の訪問診療を行い急変時の対応を行っている。今回は、グループホーム入所中の利用患者の急変入院時の病名調査を行ったので報告する。

【倫理的手続】本研究は個人情報の保護がなされ、院長、施設長の許可有

【利益相反】なし

【対象と方法】訪問診療を行っているグループホームのうち本研究に賛同を得た4グループホームの入所患者で、経過を追えた31名を対象に、性、年齢、入所時の主病名、急変入院となった患者数、入院時病名、施設内看取り患者数、わかる範囲での看取り時の病名などについて調査を行った。調査期間は2021年4月1日から2023年3月31日までとした。

【結果と考察】女性29名、男性2名、平均年齢89.70歳（73歳～100歳）で高齢女性がほとんどであった。入所時の主病名ではアルツハイマー型認知症23名、脳血管疾患4名、大脳基底核変性症2名、その他2名であり、グループホームで高齢女性が多いためアルツハイマー型認知症認知症が75%と多いのは当然の結果と思われた。急変入院となった患者数19名であり、肺炎（コロナ肺炎、誤嚥性肺炎を含む）7名、胆のう炎（疑いを含む）3名、虚血性腸炎（腹痛が主訴）3名、意識障害2名（原因不明）、尿路感染症2名、心不全1名、癌1名となっていた。また複数回入院患者は9名となっていた。施設内看取り患者は7名であり肺炎（疑いを含む）4名、その他2名、老衰1名であった。予想されたことではあるが看取り患者も含め肺炎患者が多くなっていた。また誤嚥性肺炎の増加も予想された。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 研究

P-2-19

在宅がん患者のPerformance Status-Based Palliative Prognostic Indexによる予後予測の有用性に関する検討

林 靖大 ハヤシ ヤスヒロ
川畑 仁貴 カワバタ ヨシタカ
大阪鶴見ひなた内科・在宅クリニック

研究カテゴリーⅣ-B

【目的】 Palliative Prognostic Index（PPI）は簡便な予後予測ツールであり、Performance Status-Based PPI（PS-PPI）も同等の精度が示されている。在宅がん患者を対象にしたPS-PPIによる予後予測の精度が検証された報告はないため、先行研究との比較を行い、有用性に関する検討を行う。

【方法】 当院で訪問診療を行っていた患者のうち、2020年11月から2023年10月に悪性腫瘍のため、在宅で死亡した患者を対象にカルテレビューを行った。初回訪問時のカルテ記載から、PPIとPS-PPIを算出し、初回訪問日から死亡日までの日数を調べ、PPIとPS-PPI6以上を予後3週未満、PPIとPS-PPI4以上を予後6週未満と予測したときの感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率を求めた。

【結果】 対象患者は69名、平均年齢76歳（34～99歳）、生存期間中央値30日（2～539日）であった。PPI/PS-PPI6以上の予後3週未満の感度62.5/87.5%、特異度77.8/53.3%、陽性的中率60/50%、陰性的中率79.5/88.9%であった。PPI/PS-PPI4以上の予後6週未満の感度84.6/100%、特異度56.7/23.3%、陽性的中率71.7/62.9%、陰性的中率73.9/100%であった。

【考察】 先行研究と比較して、PS-PPIによる予後予測の感度は高く、特異度は低かった。PS-PPIの感度と陰性的中率はPPIよりも高く、先行研究と同様の傾向がみられた。PPIの評価項目である Palliative Performance Scale（PPS）30～50（2.5点）は、PS3（4.0点）に相当していることが多く、PS-PPIの方が高得点となり、予後予測の感度が高くなる要因と考えられた。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 研究

P-2-20

往診せずに救急要請指示をした症例の特徴

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 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】 当院ではメディカルコーディネーター（以下MC）が電話対応のファーストコールを担っている。MC採用には医療経験は必須でない。一方、患者側からの電話対応では医療情報の正確な聴取や迅速な判断など緊急性や重症度を意識した対応が必要になる。今回、MCの電話対応力向上に繋げるために、当院における電話相談のみで往診せず救急要請を指示した症例についてその特徴を明らかにした。

【方法】 2017年4月～2023年12月の6年9ヵ月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、電話相談があったが往診せず救急要請を指示した症例とした。患者の年齢、性別、訪問診療の主病名、相談の主訴、搬送後診断、入院の有無、24時間後生存を調査した。

【結果】 調査期間中対象者は16名で、平均年齢81.4歳、男性13名、女性3名だった。主病名は2型糖尿病4名、悪性腫瘍、高血圧症、認知症が各2名、他は各1名だった。主訴は意識レベル低下と呼吸苦が各4名、発熱2名、他は各1名。意識レベル低下4名のうち2名入院し、1名は低体温・敗血症、もう1名は間質性肺炎増悪。呼吸苦4名は全員が入院し、心不全2名、気管支炎疑いと一酸化炭素中毒が各1名。発熱2名のうち1名入院し誤嚥性肺炎だった。搬送後診断は肺炎3名、心不全2名、他は多岐に渡った。搬送後入院は11名（69%）で、全例24時間後生存していた。

【考察】 電話対応のみで救急要請に至った症例では、主訴や搬送後診断にばらつきがあり、MCには幅広い症候への的確な情報収集と伝達スキルが求められる。特に意識や呼吸など生理学的異常に関連する相談の緊急性の高さも意識した活動が必要と考えられる。一方で往診せず救急要請を指示した理由には、本人・家族の強い不安や搬送希望なども多く、心理面へ配慮した電話対応スキルも重要と考えられる。

利益相反：無

高カロリー輸液中における医薬品の安定性

櫛部 周平 ¹	クシベ シュウヘイ
谷口 允文 ¹	タニグチ マサフミ
加藤 祐輔 ¹	カトウ ユウスケ
佐藤 恵亮 ²	サトウ ケイスケ
立浪 良介 ²	タツナミ リョウスケ
太田 夏樹 ²	オオタ ナツキ
岩山 訓典 ²	イワヤマ クニノリ
宮下 直洋 ³	ミヤシタ ナオヒロ

¹ 在宅ケア薬局

² 北海道科学大学

³ 医療法人社団wall402 HOME CARE CLINIC N-CONCEPT

【目的】厚生労働省の統計では、在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数は年々増加しており、薬剤師は注射薬の混合を含め、患者宅で薬物治療を行うための適切な薬剤管理を担う。しかし、注射薬混合後の安定性が明らかでない場合、看護師が患者宅に訪問し注射薬の用時混合および投与を行う必要がある。アミノ酸・糖・電解質・ビタミンキットに単一薬剤を混合した際の安定性評価は報告があるが、複数の薬剤を混合した際の安定性を評価した報告はない。本研究では、3種の医薬品（オクトレオチド、ファモチジン、リドカイン）をアミノ酸・糖・電解質・ビタミンキットに混合し7日後までの安定性を評価した。

【方法】アミノ酸・糖・電解質・ビタミンキット1000mLにオクトレオチド300μg、ファモチジン20mg、リドカイン100mgを混合し22±2℃で保管した。混合直後、3日後、5日後、7日後の医薬品含有量を高速液体クロマトグラフ法により評価した。また、色調、濁度、pHの変化、一般細菌の有無についても評価した。

【結果】混合直後、3日後、5日後まではオクトレオチド、ファモチジン、リドカイン含有量の低下は認めなかった。7日後には、オクトレオチドの含有量の低下は認められなかったが、ファモチジンおよびリドカインの含有量はそれぞれ4.8%、11.3%の低下が認められた。いずれの評価時点においても色調、濁度、pHおよび一般細菌数に変化は認められなかった。

【考察】本研究により、アミノ酸・糖・電解質・ビタミンキットにオクトレオチド、ファモチジン、リドカインを混合した場合、5日後までは3剤とも含有量が低下しないことが明らかとなった。このことより、これらの薬剤については5日分までは事前に薬剤師で調製を行うことで安全に投与可能であり、その間薬剤混合を目的とした訪問看護師の必要はなくなり、看護師の負担軽減、タスクシフトに貢献できる。

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療・ケアの質・評価1

P-2-22

在宅医療におけるQOL、社会的な繋がりと介護者における介護負担感との関連性： 横断研究

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 亜希子	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】在宅患者のQOL、社会的な繋がり、介護者の負担感を記述し関連性を関連要因も含めて横断的に分析する。
【方法】当法人で在宅医療を提供している居宅患者を対象に、生活の質（QOL尺度（EQ5D-3L:EuroQol 5 dimensions 3-level: 5問）、うつ尺度（PHQ-2: Patient Health Questionnaire for Depression Screening: 2問）、社会的なつながり（Lubben-social networkの家族、友人の項目: 2問）、介護負担感（家族を対象: 1問）の相関（Spearman）を評価した。施設患者、同意がえられない患者、認知症などで介護者の支援を受けても意思疎通、意思表示、研究同意が困難であると担当医が判断する患者は除外した。なお、患者背景はカルテから取得した。【結果】研究の同意が得られた患者は、274名、平均年齢81.5歳、性別男性39.6%であった。EQ-5D-3Lのスコアの平均（標準偏差）は0.346（0.397）、PHQ-2のスコアでは1.98点（1.83）、Lubben-social networkスコアでは3.22点（1.99）であった。PHQ-2の質問① 興味の喪失とEQ-5Dとの相関は0.44、② 気分・憂鬱とは0.49、社会的な繋がり質問① 話をする家族や親戚の人数とは-0.07、② 話をする友人の人数とは0.20、介護負担感とは0.42であった。【考察】本研究では在宅居宅患者を対象にEQ-5D-3Lを用いてQOLを評価し、うつ尺度、社会的なつながり、介護負担との関連を分析した。介護者の介護負担感が増加すると、患者のQOLも低下する傾向があった。

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療・ケアの質・評価1

P-2-23

機能強化型在宅療養支援診療所が実施した診療満足度調査の結果と考察

小林 真理 ^{1,2}	コバヤシ マリ
竹下 潤 ²	タケシタ ジュン
池田 夏希 ²	イケダ ナツキ
松本 史郎 ²	マツモト シロウ
渡邊 雅人 ²	ワタナベ マサト
寺門 香織 ²	テラカド カオリ
佐藤 優介 ²	サトウ ユウスケ
脊出 正紀 ²	セナデ マサノリ
松岡 亜希子 ²	マツオカ アキコ
藤田 麻理 ²	フジタ マリ
大平 奈央 ²	オオダイラ ナオ
関 路恵 ²	セキ ミチエ
松本 直也 ²	マツモト ナオヤ
金井 文彦 ²	カナイ フミヒコ

¹ 医療法人社団永研会 地域連携室

² 医療法人社団永研会 ちとせクリニック

【目的】世田谷区で訪問診療を行う当院では、地域の医療・介護従事者と、実際に訪問診療を受けている患者さんのニーズを把握し、それを業務改善に繋げること目的として、患家と連携先担当者に対して診療満足度調査を実施した。【方法】2022年に当院を継続的に利用した患者さん240名と、1回以上連携した連携先機関の担当者305名に対して、「医師の診察に満足しているか」、「困った時に相談しやすいか」等の設問を患者さん向けは17問、連携先向けは13問用意し、無記名、選択式（一部記述式）のアンケートを2か月に亘って実施した。「不満」から「とても満足」まで、満足度を計る選択肢は5段階とし、クリニックに対する総合評価を1～10の数字で尋ねた。アンケートの回答依頼、回収方法は郵送および診療チームが手渡しで行った。【結果】患者さんからは173名（回答率72%）、連携先からは127名（同42%）の回答を得たが、連携先回答者の最多職種はケアマネジャー（65%）であった。また、74%の患者さんがケアマネジャーの紹介により訪問診療を開始したと回答した。当院の診療について、60%の患者さんが「とても満足」と回答したのに比べ、連携先ではわずか28%に留まった。患者さんの回答は「とても満足」「満足」を合わせると94.2%に上るが、夜間対応に特化した同様の設問では66.3%に留まることも判明した。【考察】本調査への回答はケアマネジャーが最も多く、また、訪問診療導入に至るきっかけもケアマネジャーが最も多いことから、訪問診療において同職種が大きな影響力を有し、訪問診療所に対して、実際に診療を受けた患者さんよりも厳しい評価付けをしていることが判明した。また、日中よりもマンパワーが低下する夜間は、患者満足度が下がることも判明した。自院の弱点を明らかにし、業務改善計画に繋げていくためにも、ニーズ調査は継続して取り組む必要がある。

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療・ケアの質・評価1

P-2-24

救急搬送・入院となった症例から得られた要因と改善点の考察 担当患者7名9例の調査から

川村 早紀 カワムラ サキ
姜 琪鎬 カン キホ
成瀬 佳子 ナルセ ヨシコ
みどり訪問クリニック

【目的】在宅医療では転倒や感染症などの理由で思いがけない救急搬送や入院となることがある。在宅療養希望の担当患者が搬送・入院となった事例を何度か経験し、患者の意向に沿わない不必要な搬送・入院となる要因と回避するための課題を見出すため、過去の担当症例を調査した。

【方法】担当患者のうち2022年8月～2023年7月の1年間で救急搬送され入院となった7名9例について搬送理由・病名・治療内容・往診の有無・患者の意向を調査した。本研究はカテゴリーⅣ-Bに該当するが倫理委員会は受けていない。

【結果】1年間で救急搬送し入院となった患者は7名のうち2名は1年に2回搬送・入院となった。理由は転倒4例、発熱3例で骨折と感染症が大半を占めた。医師の指示がない搬送は4例、往診後の搬送4例のうち1例は主治医ではなく当直医が対応した。患者の意向を確認できていない症例は2例あり、判断力のない認知症や初診直後であることが原因であった。9例中3例が内視鏡治療、脳出血のモニタリング、高度低Na血症などから入院加療が不可欠であった。また9例中2例は搬送せず在宅医療を継続したほうが患者の意向に沿えたと考えられた。

【考察】今回の調査で、疾患や治療など医療的側面以外の要因が関連し救急搬送・入院となった症例が多くあることがわかった。①患者の背景や希望を理解した主治医が対応していない、②意向の確認が不十分で状態悪化時の方針が定まらない、③患者・家族の在宅医療への不安が強い、④状態悪化時に必要となるサポートが足りないことが要因となり、医療的には在宅療養継続が可能であっても救急搬送・入院となったと考えられた。これらの要因を解消していくことで患者の意向に沿わない不必要な救急搬送・入院を減らせる可能性があり、特に患者の背景・意思決定の経過の聴取と共有を徹底する取り組みを院内・院外多職種と行うことが重要な課題と思われた。

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療・ケアの質・評価1

P-2-25

在宅療養支援診療所における皮膚科診療報告

鬼塚 君江 オニツカ キミエ
片山 京子 カタヤマ キョウコ
中村 千賀 ナカムラ チカ
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

I. 目的

当院は約200名の在宅患者の訪問診療を行っている。診察をしているなかで皮膚疾患を抱える患者が多く、内科・外科医師が対応に難渋するケースがあった。また、訪問看護師やケアマネージャーから皮膚疾患の相談を受けることが多かった。対応に困った場合は隣接する区の皮膚科診療所の医師に往診を依頼するか、病院の皮膚科受診を勧めていた。このことから皮膚科医師による皮膚科の往診・訪問診療（以下往診等とする）の必要性を感じ、2023年5月に非常勤の皮膚科医師1名を雇用し往診等を開始した。この取り組みの結果について報告する。なお、発表にあたり倫理的配慮に考慮し、公表について口頭での同意を得ていることを申し添える。

II. 方法

皮膚科往診等の受入れ開始はパンフレットを作製し、周辺区を含めた訪問看護ステーション、ケアプランセンター、高齢者施設等に配布をした。また、他の医療機関で訪問診療を受けている患者も受け入れた（9件/日を目安に予約）。

III. 結果

2023年5月から11月までの実数87件（延べ193件）、内11件は院外からの依頼に対応し、当院の患者においては約8.5％に皮膚科往診等を行った。皮膚科往診等の導入の結果、当院の訪問診療に3件が繋がった。皮膚科往診等を行うことで6ヵ月間以上持続した症状がある患者（11例）がほぼ寛解した。また、往診等の回数、他院受診が減った。

III. 考察

1. 治療期間と有症期間の短縮、患者のQOLの向上につながる。
2. 往診等回数、他院受診が減ったことで医療、介護負担金の削減と介護者の負担を軽減できた。
3. 他科の医師が皮膚科医の処置方法、処方内容を知ることで、皮膚疾患への対応方法を学ぶ機会となった。
4. 皮膚科往診をきっかけとして訪問看護、ケアマネージャー、高齢者等施設との連絡が増え、関係性をより密にすることで褥瘡等の皮膚トラブルへの早期の介入や日頃のスキンケアの質の向上に貢献できた。

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療・ケアの質・評価1

P-2-26

入院時摂食嚥下指導の遵守困難性と退院後訪問リハビリテーションによる遵守率向上について

二階堂 曜 ニカイドウ ヒカリ
斎藤 美樹 サイトウ ミキ
石井 直矢 イシイ ナオヤ
木下 奈津希 キノシタ ナツキ
久富 護 ヒサトミ マモル
医療法人寛正会 水海道さくら病院

後期高齢者の誤嚥性肺炎の予防等の観点からも嚥下リハは非常に重要となる。一方、患者本人や介護者への摂食嚥下指導内容は、姿勢・食形態など多岐にわたり、その実践が困難となることがある。今回、各在宅療養患者が入院時の摂食嚥下指導内容について、退院後どの程度遵守出来ていたか、あわせて再指導によりどの程度遵守できるようになったかを報告する。

＜目的＞入院時に行われた摂食嚥下指導内容に関して、退院直後の遵守率および退院後の訪問リハによる再指導後の変化について、患者ごとに調査することを目的とする。

＜方法＞入院中の在宅療養患者であって、入院時に言語聴覚士による摂食嚥下指導を行った患者に対して、当院では退院後に訪問リハを実施し、指導項目の実施状況を確認している。また、その遵守率が低い場合、再指導を行っている。今回、これらの指導について、退院直後および訪問リハ実施後の遵守率を患者ごとに調査した。

＜結果＞入院中に実施された摂食嚥下指導に対して、退院直後の遵守率は、多くの場合、50％程度であったが、言語聴覚士による訪問リハの介入にて、おおよそ4分の3程度まで向上していた。また、喫食時間について4－5割短縮化され、介護者の負担が軽減された患者家族もいた。

＜考察＞入院時の摂食嚥下指導は、病院環境下や短時間での指導などの理由から、その遵守が困難となることがあるが、退院後の介入により遵守率は上昇しており、その有用性は高いと考えられた。また、患者本人だけでなく、その介護者も慣れ親しんだ場所かつ十分な時間による指導は本人・介護者のQOL向上に寄与すると思われた。ただし、嚥下機能の向上は指導内容の遵守のみが影響しているわけではなく、環境要因等も寄与するため、さらなる検証が必要である。一方で、入院時リハ計画などを、地域の訪問リハ事業者等に共有することにより、その遵守率向上が図れる可能性も示唆された。

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療・ケアの質・評価1

P-2-27

時間外往診における「担当患者を持つ医師」と「担当患者を持たない医師」との診療内容の差異

藤谷 好紀 ¹	フジタニ ヨシノリ
宮本 雄気 ^{2,1}	ミヤモト ユウキ
板舩 笑果 ¹	イタマス エミカ
山下 歩 ¹	ヤマシタ アルク
西井 賢俊 ¹	ニシイ タカトシ
林 佑哉 ¹	ハヤシ ユウヤ
武藤 英貴 ¹	ムトウ ヒデキ
能勢 悠介 ¹	ノセ ユウスケ
柳澤 克哉 ¹	ヤナギサワ カツヤ
菅原 信行 ¹	スガハラ ノブユキ
田中 裕子 ¹	タナカ ユウコ
山田 寿美 ¹	ヤマダ トシミ
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 京都府立医科大学 救急医療学教室

【目的】在宅医療における夜間や休日のオンコール業務は、通常の訪問診療業務も行っている（担当患者を持つ）者が行う場合と、夜間休日のオンコール業務のみを行う（担当患者を持たない）者が行う場合とに分けられる。本研究では、夜間休日の電話相談に対する往診割合や質は医師の担当患者を持っているか否かによって差異が生じるかについて、当院の相談内容として最も多い発熱患者を対象に検討し、診療同行スタッフが留意すべき点を抽出することを目的とした。【方法】当院で2018年4月から2023年3月までに発熱を主訴に時間外電話相談があった患者を対象とした。オンコール医師を担当患者を持つ医師（常勤医含む）と担当患者を持たない医師に分類し（1）電話相談に対する往診の割合（2）往診時の診察時間（3）電話相談後7日目までの予期せぬ再往診率（4）電話相談時および電話相談後7日目までの救急搬送率をアウトカムとして記述し、両群間の差を評価した。対象となる患者には個人情報の利用目的を書面で説明し同意を得た。【結果】発熱による電話相談件数314件中、往診を行ったのは306件（97.5%）。担当患者を持つ医師・持たない医師の電話相談に対する往診はそれぞれ197件中196件・117件中110件（99.5% vs 94.0%, $p=0.003$ ）、往診した場合の診療時間の平均値は56分・40分（ $p<0.001$ ）、電話相談後7日目までの再往診率は4.6%・11.1%（ $p=0.02$ ）。電話相談後7日目までの救急搬送例は両群とも存在しなかった。【考察】担当を持つ医師群は、電話相談に対する往診率が高く、診療時間も長い傾向があった。また相談後の再往診率に関しても担当を持つ医師のほうが有意に低かった。患者や常勤医師の負担軽減のため、担当を持たない医師に対しては診療同行スタッフからも往診・精査・病状説明を積極的に行ってもらおう働きかけが必要と考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療・ケアの質・評価2

P-2-29

訪問診療患者における多剤薬剤処方方の検討－主成分分析を用いた解析－

中島 尚登 ¹	ナカジマ ヒサト
影山 優作 ²	カゲヤマ ユウサク
柴田 ゆかり ¹	シバタ ユカリ
今井 裕子 ¹	イマイ ユウコ
野口 美有紀 ¹	ノグチ ミユキ
原 結花 ¹	ハラ ユカ
永瀬 歩美 ¹	ナガセ アユミ
堀江 修 ¹	ホリエ オサム

¹ 伊勢原駅前クリニック

² 株式会社シーユーシー

【目的】高齢者では、症状の重積により処方薬が増加し、多剤服用になりやすい。しかしながら、患者毎に処方が多すぎるかの評価は困難である。今回は、主成分分析により処方が多すぎる患者の選別が可能であったので報告する。

【方法】2023年8月時点で訪問診療の施設患者74名（平均年齢87.2歳、平均処方数6.6薬剤）及び居宅患者53名（平均年齢84.1歳、平均処方数6.5薬剤）を対象とした。疾患名は多岐に渡るため、年齢、性別、要介護度、処方数を用いて、スピアマン順位相関行列及び主成分分析を用い処方数について解析した。検討に用いたデータは、自らの機関で保有している、個人関連情報である。

【結果】①7種類以上処方の割合は、施設は70-79歳18.2%、80-89歳46.9%、90歳以上48.4%、居宅は70-79歳50.0%、80-89歳46.7%、90歳以上54.5%であった。

②処方数との相関は、施設の処方数と年齢（ $p=0.0513$ ）のみ相関を認めた。

③施設の主成分分析では、累積寄与率より主成分1は「高年齢-女性-多処方数」度、主成分2は「高要介護度-少処方数」度、居宅の主成分分析では、主成分1は「高要介護度-女性-多処方数」度、主成分2は「高年齢-多処方数」度を示した。患者毎の主成分得点の正・負により、施設患者をA-D群、居宅患者をE-H群に分けた。施設ではB群21名が処方数9.6と最多であるがA群と比べ年齢・性別は差を認めず要介護度はA群が有意に高く、B群は要介護度が低い割には処方数が多すぎた。居宅ではE群14名が処方数9.8と最多であるがG群と比べ年齢・性別・要介護度は差を認めず、E群は要介護度の割には処方数が多すぎた。

【考察】主成分分析により、年齢・性別・要介護度に差がないが、処方数が多すぎる患者が選別可能で、処方数を減らす対応が可能となる。

（COI：利益相反なし）

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療・ケアの質・評価2

P-2-30

多職種からみたサービス担当者会議

小林 優子 コバヤシ ユウコ
北村 浩子 キタムラ ヒロコ
尼崎市医療・介護連携支援センター あまつなぎ

【はじめに】

サービス担当者会議とは、介護保険制度におけるケアマネジメントの業務プロセスの一環として、厚生労働省令「指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準」で、ケアマネジャーが、医師はじめ関係者を招集し、開催しなければならないと定められた会議である。

当センターとしてのサービス担当者会議への取り組みは、ひとりの医師からの「何を目的にしているのかわからないし、時間がかかり過ぎている」という相談をきっかけにスタートした。

【活動】

「会議開催の目的が、支援者全員に共有され、短時間で目的を達成できる会議を開催するにはどうすればいいのだろう」ということで、令和3年5月に会議を主催するケアマネジャーの職能団体とプロジェクトチームを立ち上げ、活動を開始した。

プロジェクトチームとして、最初に多職種がどのようにサービス担当者会議をとらえているかについてアンケート（令和3年9月1日～9月30日）を行い、アンケート結果からケアマネジャーに向けての研修会（令和4年4月）を開催した。令和5年4月より1年間、多職種からサービス担当者会議の思いや、専門職としてのできること等の内容を寄稿していただき、それに対するケアマネジャーのコメントと共に、当センターのホームページに連載した。

【考察】

研修後のアンケートから、多職種連携を充実させていくためには、サービス担当者会議は重要な会議であることを再確認した。

多職種からサービス担当者会議の思いや、専門職としてのできること等の内容を連載することで、多職種がサービス担当者会議の意義の理解を深めるとともに、ケアマネジャーのサービス担当者会議の運営向上を期待する。

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療・ケアの質・評価2

P-2-31

地域高齢者フォーミュラリの作成

三谷 徳昭 ¹	ミツヤ ノリアキ
曾我 あすか ¹	ソガ アスカ
大口 顕 ¹	オオグチ アキラ
阿部 真也 ¹	アベ シンヤ
鈴木 邦彦 ¹	スズキ クニヒコ
山口 大輔 ¹	ヤマグチ ダイスケ
串田 一樹 ^{1,2}	クシダ カズキ

¹ミライ☆在宅委員会

²昭和薬科大学

【はじめに】超高齢化社会を迎えた日本において、「経済財政運営と改革の基本方針2021」でフォーミュラリの活用が盛り込まれたことを受け、フォーミュラリの導入が具体的に検討されている。フォーミュラリには院内フォーミュラリと地域フォーミュラリがあり、日本では院内フォーミュラリの作成が進んでいる。「地域フォーミュラリ」とは、ひと言で説明すれば「地域医療で使用が推奨される医薬品リスト」のことである。特に、外来医療と比べると、在宅医療では在宅医、訪問看護師、薬剤師の連携によって薬物治療が推進されており、在宅医療にフォーミュラリを導入する意義がある。現在あるフォーミュラリをそのまま在宅医療の高齢者に適応する事は難しいので、在宅療養者の特徴に合わせた治療分野をモデルとして検討しているので報告する。

【活動】在宅高齢者の薬物治療として気になる便秘薬・睡眠薬・抗アレルギー薬について、日本フォーミュラリ学会のモデル・フォーミュラリを参考にし、在宅医療に従事するミライ在宅委員会が作成した地域の高齢者向けフォーミュラリ「ミライ在宅委員会フォーミュラリ（仮称）」を在宅医・訪問看護師に提供し、その適切性を評価している。医薬品の選択は、特に安全性を重視し・有効性・経済性のバランスを考慮した。在宅療養者に対する薬剤選択では、服用回数、剤型などの服薬負担についても考慮する必要がある。

【考察】在宅高齢者の療養環境は、疾患、要介護状況、生活背景などが多様であり、標準治療が難しいケースも少なからずあるが、症状として便秘・睡眠・アレルギーは多くの患者の訴えが共通している。そのため、在宅医療の現場では、より安全で効果的な治療を迅速に決定しなければならず、フォーミュラリを活用できる場面は多い。今回、在宅医から、有用だと評価を頂いた。専門医だけでなく多くの医療者の一助となれればと考えている。

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療・ケアの質・評価2

P-2-33

アルツハイマー型認知症を発症した高齢者Dubin-Johnson syndromeの1症例

野村 修三 ノムラ シュウゾウ
松本 拓也 マツモト タクヤ
松村 剛 マツムラ ツヨシ
相川 幸生 アイカワ ユキオ
梅内 健史郎 ウメウチ ケンシロウ
増田 七恵 マスダ ナナエ
内田 貞輔 ウチダ テイスケ
静岡ホームクリニック

【はじめに】 Dubin-Johnson syndrome（以下DJS）はビリルビン代謝、輸送に異常をきたし、直接型（抱合型）高ビリルビン血症を主徴とする体質性黄疸、予後は良好である。今回22歳時、某大学病院でDJSと診断、72歳時に高齢者認知症を発症した症例を経験したので報告する。認知症発症要因に高ビリルビン血症の関与について文献的考察を行った。

【症例】 患者：80代 男性。介護施設入所。既往歴：高血圧症（52歳）

現病歴：22歳、大学4年次。易疲労性を覚え、近医に受診。某大学病院に紹介され入院精査。DJSと診断を受けた。その後定年退職まで支障なく過ごした。10年前頃から物忘れ。他院受診した際、MRI検査を受け、画像診断：アルツハイマー型認知症（AD）と診断をうけた。以後、近医にて抗認知薬服薬。見当識障害、記憶障害。暴言、火の不始末等をきたすようになる。6年前、介護施設入所。訪問診療にて診療開始。内服薬：1. ドネベジル塩酸塩錠10mg 1錠。2. メマンチン錠5mg 1錠。投薬治療にて、BPSDは軽減する。[検査成績] 血清総ビリルビン値 3.6～4.7mg/dL. 直接型：2.7～3.6. 間接型：0.9～1.1. 認知機能検査：MMSE:17/30. HDS-R:12/30.

【考察】 今回、22歳時にDJS高の診断、50年の年月を経て、ADと診断され症例。高ビリルビン血症がADの発症に関する文献検索より、持続的なストレスによって血液脳関門（BBB）の機能が低下。ビリルビンはA β 形成と沈着を誘導する可能性。統合失調症の病因や病態に対する非抱合型ビリルビンの関与等の研究論文を得た。A β 形成は中年期より始まるといわれる。黄疸罹患症例は、早期に診断、加療により、AD発症の多々ある要因の1つを軽減する可能性も考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療・ケアの質・評価2

P-2-34

医薬品の適正使用へ向けた在宅訪問専任薬剤師による初回訪問時の取り組みに関する研究

吉留	拓哉 ¹	ヨシドメ	タクヤ
清宮	加奈子 ²	セイミヤ	カナコ
小口	圭介 ³	コグチ	ケイスケ
高岡	友子 ⁶	タカオカ	トモコ
榊原	啓円 ⁷	サカキバラ	ヒロノブ
作間	恒士 ⁹	サクマ	コウシ
岩崎	真樹 ⁴	イワサキ	マキ
三神	健司 ⁵	ミカミ	ケンジ
石橋	政人 ⁸	イシバシ	マサト
藤野	公成 ¹⁰	フジノ	キミナリ
吉成	由 ¹¹	ヨシナリ	ユウ
黒川	楓 ¹²	クロカワ	カエデ
鈴木	茜 ¹³	スズキ	アカネ
吉田	健太郎 ¹⁴	ヨシダ	ケンタロウ
小川	克寛 ¹⁵	オガワ	ヨシヒロ
里見	裕介 ¹⁸	サトミ	ユウスケ
二上	俊久 ¹⁶	フタカミ	トシヒサ
神子	貴哉 ¹⁷	カミコ	タカヤ
井上	修士 ¹⁹	イノウエ	シュウジ
市橋	民子 ²⁰	イチハシ	タミコ

¹ ヤックスドラッグパティオス薬局

² ヤックスドラッグ佐倉山王薬局

³ ヤックスドラッグ北柏薬局

⁴ ヤックスドラッグ辰巳台薬局

⁵ ヤックスドラッグ茂原谷本薬局

⁶ ヤックスドラッグ佐原薬局

⁷ ヤックスドラッグ船橋習志野薬局

⁸ ヤックスドラッグ八柱薬局

⁹ ヤックスドラッグ成田飯田町薬局

¹⁰ ヤックスドラッグ睦沢薬局

¹¹ ヤックスドラッグ酒々井インター薬局

¹² ヤックスドラッグ本千葉薬局

¹³ ヤックスドラッグ大和田薬局

¹⁴ ヤックスドラッグ八街東薬局

¹⁵ ヤックスドラッグ茂原早野薬局

¹⁶ ヤックスドラッグ四街道薬局

¹⁷ ヤックスドラッグ富里薬局

¹⁸ ヤックスドラッグ木更津桜井薬局

¹⁹ 株式会社千葉薬品在宅推進部

²⁰ 株式会社千葉薬品人事部

本研究は全国薬剤師在宅療養支援連絡会研究倫理審査委員会の承認を得て行われました。

【目的】在宅患者において、大量の残薬やポリファーマシーの状態になっていることがしばしば問題となる。当社には回診同行や施設に赴いて管理指導を行っている在宅訪問専任の薬剤師が18名いる。薬剤師が訪問により得られる残薬や患者情報を元に薬学的観点から処方提案することで、どの程度過剰な処方薬を抑制できるか調べることを目的とした。

【方法】高齢者施設の新規入居者および新規に訪問を開始する個人宅の患者を対象とし、2023年10月1日～2023年11月30日までの期間で薬剤師が医師に残薬調整や減薬提案を行った患者の記録をまとめた。

【結果】40名の新規患者にアプローチしたところ、19件の残薬調整と12件の減薬提案を実施することができた。在宅患者の初回訪問時における残薬を鑑別すると、約50%の患者で残薬が過剰であったり錠数がバラバラであることがわかった。

【考察】薬剤師による処方日数の調整は医療費削減に貢献できる活動だと考える。また、初回の往診では医師が患者の状態を把握するために様子を見ることもあり、減薬の提案が難しい場合もある。しかし、薬剤師が薬を減らしたいという患者の意向をくみ取り、薬学的観点から減薬提案をすることで実際に減薬につながった事例があることから、今後も取り組みを実施し、過剰な薬を抑制できるよう活動していくことが重要であると考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター）医療・ケアの質・評価2

P-2-35

人口動態統計死亡小票の分析による在宅看取りの実態調査

大類 麻美 オオルイ マミ
村上 典由 ムラカミ ノリヨシ
高田 哲也 タカダ テツヤ
山田 翔太 ヤマダ ショウタ
株式会社メディヴァ

【目的】

東京都世田谷区の調査では、高齢者の半数以上が最期を自宅や介護施設で迎えたいと回答している。しかし看取りの実態が区民の希望する水準に達しているかを把握し得るデータはこれまで得られていなかった。今般、地域の看取りの実態を明らかにし、今後の在宅医療・介護連携に関する施策立案に資する基礎情報を得ることを目的として、区民の全死亡者の死亡小票データの解析を実施した。

【方法】

2022年1月1日～2022年12月31日に死亡した世田谷区民7,801人を対象に、厚生労働省が実施する人口動態調査の死亡票を性・年齢階層、直接死因、死亡場所、看取りを行った機関（病院・診療所等の種別とその所在地）等から多面的に解析した。本調査は介護保険法に基づく世田谷区在宅医療・介護連携推進事業の一環で、厚生労働省より提供許可を得た公的統計データを二次利用するもので、倫理審査や本人同意取得の原則は適用されないが、全ての工程において個人が特定されないよう倫理的な配慮を行った。

【結果】

2022年に死亡した世田谷区民7,801人において看取り死は86%、死亡場所は医療機関が最多で49%、自宅16%、有料老人ホーム12%、特養5%であるが、85歳以上では在宅（自宅・施設）看取りが48%にのぼった。直接死因は老衰・悪性新生物が最多で25%、肺炎15%、心疾患10%であるが、老衰の78%、悪性新生物の47%は在宅（自宅・施設）看取りであった。

【考察】

本調査から看取り死の多くを占める85歳以上、老衰・悪性新生物における死亡では在宅（自宅・施設）看取りが約5～8割程度にのぼり、地域資源による区民ニーズへの対応が着実に進みつつあることが明らかになった。今後、看取り機関の機能等もふまえて地域実態を詳細に把握し、4つの場面に落とし込んだ改善課題を見出すことが重要であり、死亡票の分析がその有効な指標となることが示された。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 職種別

P-2-36

社会的孤立の危機にある者への伴走型支援における福祉と医療の連携

長谷 有紗¹ ハセ アリサ
林 裕子² ハヤシ ユウコ

¹ 株式会社町コム

² 天使大学

【はじめに】社会福祉専門職（以下、相談員）の活躍は病院施設内での報告が多い。そこで、伴走型支援を福祉と医療の連携で介入した事例を通し、地域生活におけるソーシャルワーク活動を報告する。倫理的配慮は施設長と対象者の許可を得た。【症例】A氏は50代男性。20代頃に精神疾患、30代頃に腰痛ヘルニアを診断され、未治療。さらに傷害罪や性犯罪などの累犯者で50代で出所し、生活保護受給等を受けて一人暮らしであった。しかし精神疾患の再燃と身体障害による生活等の調整が必要になり相談員が介入した。A氏は入所中に持病の治療を開始したが自己中断し、生活維持能力の欠如、歩行困難さを伴い出所した。家事や行動、対人面が困難のため、精神科治療の開始と、家事等の保障が必要と判断した。また感情抑制が困難傾向のため性的・攻撃的状況の危険性が予測された。そのため、支援の訪問者に不適切な行為が確認された場合は、即警察に通報することの承認を得た。そして、A氏自身が治療の必要性の理解ために対話から開始し、精神科医に相談し服薬継続の支援に訪問看護と居宅介護を導入した。訪問看護では同性看護師と作業療法士を希望した。しかし、ヘルパーは異性のため複数名あるいは、相談員が同行した。また、就労継続支援B型事業所と連携した。多職種と連携を図り、支援を休む、対人トラブルの発生時には相談員に都度連絡を依頼し、全多職種と情報共有と対応の統一を図った。この対策を続けて2年目、再犯なし。【考察】累犯者の再犯の要因は、出所後の困窮や欲求の感情抑制の不全があると指摘されている。そのため出所後に個人の背景や疾病の治療、障がい等によって社会的孤立を回避するためには、対象者の状況に応じて問題点を特定し、適切な医療がつながり続け、継続して福祉を利用出来る伴走型支援を講じることの重要性が示唆され、在宅医療においてもソーシャルワークの視点は必須と考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター）職種別

P-2-37

在宅療養支援診療所看護師の役割とは何か。 ～在宅医療を紡ぐマネジメント能力～

木橋 香苗	キバシ カナエ
原田 敬大	ハラダ マサヒロ
杉山 唯	スギヤマ ユイ
徳本 雅代	トクモト マサヨ
伊藤 万桜	イトウ マオ
山縣 悠子	ヤマガタ ユウコ
北野 昌江	キタノ マサエ
北野 由香梨	キタノ ユカリ
米原 由紀	ヨネハラ ユキ
瀧野 麻衣	タキノ マイ
久保 菜々美	クボ ナナミ
平塚 めぐみ	ヒラツカ メグミ
中越 久代	ナカコシ ヒサヨ
内藤 伸昭	ナイトウ ノブアキ
大崎 崇正	オオサキ タカマサ
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】在宅医療に関わる職種は様々あり共に連携して患者の在宅医療をチームで支えている。在宅医療の主治医である在宅療養支援診療所に勤務する看護師もチームの一員である。在宅支援看護師の業務内容を伝え、役割はなにか、在宅医療の質の向上に向けて今後の課題を考える。【活動】常勤医師2名で、午前は外来診療、午後は訪問診療を行っている。外来診療をしながら訪問診療の業務を同時進行で行っている。外勤業務は訪問診療に同行し、時間や環境を考慮し診察の補助を行う。医療処置や患者、家族と療養上の問題点について相談や指導を行う。訪問診療中も処方や処置など迅速に動けるように、クリニック内スタッフとオンラインツールを活用し診察の内容を共有している。診療以外にも退院カンファレンスやサービス担当者会議に参加し多職種と顔合わせの機会に参加する。内勤業務は看護師主導となり、スケジュール調整、患者、家族、多職種からの連絡や相談対応を行う。訪問診療時に必要な医療機器の準備や訪問看護に継続的な医療処置を依頼するときの物品準備を行う。情報共有システムのICTを活用し、バイタルサインや日々の状態、連絡事項をリアルタイムに情報共有をする事で業務の効率化、多種職との連携を図っている。新規訪問診療依頼時は、医療機関や介護サービスから必要な情報をとり、円滑な在宅医療移行に向けて患者、家族の面談を行う。発表では在宅支援看護師の活動を症例をもとに報告する。【考察】看護師業務に医師の診療の補助がある。在宅医療の診療の補助は看護師によるマネジメントであると考え。自律的な情報収集、観察、判断、分析、問題点の明確化、評価がすべての基盤となる。多種職とのつなぎ役もマネジメントである。今後の課題は在宅診療の経験を積むこと、地域ケアシステムの一員として、看護部としての独自の働きを強化しマネジメント能力のスキルアップに努めることである。

利益相反：無

一般演題（ポスター）職種別

P-2-38

在宅療養支援診療所を支える医療事務・クラークの取り組み ～顔の見える縁の下の力持ちを目指して～

米原 由紀	ヨネハラ ユキ
瀧野 麻衣	タキノ マイ
久保 菜々美	クボ ナナミ
平塚 めぐみ	ヒラツカ メグミ
木橋 香苗	キバシ カナエ
杉山 唯	スギヤマ ユイ
徳本 雅代	トクモト マサヨ
伊藤 万桜	イトウ マオ
山縣 悠子	ヤマガタ ユウコ
北野 昌江	キタノ マサエ
北野 由香梨	キタノ ユカリ
中越 久代	ナカコシ ヒサヨ
小早川 留衣	コバヤカワ ルイ
大崎 崇正	オオサキ タカマサ
原田 敬大	ハラダ タカヒロ
内藤 伸昭	ナイトウ ノブアキ
小早川 節	コバヤカワ セツ

波乗りクリニック

【はじめに】当クリニックでは午前は外来診療、午後は訪問診療を行っている。訪問診療の範囲はクリニックから半径16キロで、現在約80人の在宅患者を常勤医師2名と非常勤医師1名で診療している。通常、訪問診療時は各医師に看護師1名が同行している。事務のこれまでと今後の取り組みについて考える。

【活動】コロナ禍以前は事務も訪問に同行し、電子カルテの代行入力、訪問診療費の集金などをしていた。現在は感染リスクを減らすため事務は院内に残ることとなった。カルテ入力業務は患家とオンラインで繋いで行うようにし、集金業務は口座振替に移行した。訪問診療を導入する前に患者と契約を結ぶことにしており、当院独自の契約書を用意している。事前にセットを組んで急な契約にも対応できるようにしている。セット内容は契約時説明書、同意書兼申込書、多職種情報共有システム使用同意書、訪問患者専用連絡先、口座振替申込書である。本人もしくは家人へ説明し、同意を得て署名していただいている。同意書兼申込書は患者と当院、双方で保管している。

【考察】訪問診療開始前の説明は、通常、家人にクリニックに来院していただき行っている。家人が遠方在住の場合は当院ホームページで契約内容を確認していただいている。事前に契約をすることで、訪問診療について理解していただけると共に、現在まで支払いに関しても問題なく対応できている。事務はこれまで患者、家族と関係を築くことが難しい立場であったが、コミュニケーションアプリを用いることで、医師、看護師と同様に患者、家族とコミュニケーションを取れるようになった。今後は更にインターネットスキル向上を含め、能力を磨くよう努める。患者、家族と関わりを深め、医師、看護師に聞きにくいことでも気軽に聞いていただけるようにする。そして、縁の下で医師、看護師を支えられるよう努める。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 職種別

P-2-40

★優秀演題

診療同行看護師の働きで必要なものは？ アンケート結果から見えてきたもの

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

「はじめに」

診療同行看護師は横のつながりに乏しく、他院で行っている業務内容、指導教育内容に興味はあるがお互いを知り合う機会が少ない。同じように教育や業務に不安を感じている看護師同士、情報共有を行い協力体制を作っていきたいと思いこの活動を行った。

「活動」

四街道市を中心に県内の在宅療養支援診療所（以下在支診とする）等50施設へ向け、業務内容・報告・教育・育成・アフターケア等についてFAX・Webアンケートフォームを使用してアンケートを行った。

「考察」

在支診93.1% 在支診以外6.9%、24施設30名の看護師より回答があった。看護師の勤務形態は様々だが、勤務年数10年を超えるベテランが多く従事しており、待機業務は医師がすべて緊急コールの対応を行う施設が多い中、休日夜間に看護師がファーストコールを受け持つ施設もあった。単独勤務開始までの期間は1～3か月がそれぞれ30%。指導マニュアルを持つ施設が12施設、実務にかかわる指導が多い中、院内研修の開催や外部研修・退院調整会議への参加やグリーフケアなど、業務+@の部分は積極的に行えていない。多くの在支診では契約を事務やMSWが行い、退院調整会議は積極的に看護師が参加しているが、診療終了後の振り返りや意思決定支援への参加は難しい印象。情報管理は報告書などの運用が無い施設が半数を占めており、連携各所と家族への情報提供をどのように行っているか、今後の課題としたい。看護師間・連携先との交流へ意欲がある回答も見受けられ、今回の結果をシェアしていき、独自の連携を深めていく必要があると思われる。上記をふまえ、以後も診療同行看護師の育成・連携・存在意義を高め、タスクシフトシェアを検討する活動を継続していく必要があると認識した。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 職種別

P-2-41

ソーシャルワーカーが行う経済問題の解決のアプローチ ～段階的アプローチの仕組みと経済問題の予防的な介入について～

大友 路子 オオトモ ミチコ

八森 淳 ハチモリ アツシ

医療法人MoLead つながるクリニック

【目的】 ソーシャルワーカーの役割の一つに経済的問題の解決、調整援助が挙げられる。当院の1年間の未収金の実数とその理由について検証を行った。【方法】 2023年1月～12月までの1年間の未収金リストとカルテを基に後ろ向き調査を行った。【結果】 当院には約300名ほどの訪問診療を受ける患者さんがおり、支払い方法は、「自動引き落とし」「振込」「窓口払い」に分けられる。年間で40名ほどが延滞しており、1～3か月延滞が28名、4か月～6か月延滞が10名。延滞する方の生活状況やなぜ支払えないか、支払わないかを精査し、アプローチを検討。請求の仕方を変え、次の段階で弁護士が関与する段階的アプローチの仕組みを構築し行ったところ延滞解消になった。一方で予防的介入としては、経済状況を早期に把握し個別のアプローチを行っているが、その例を報告する。＜金銭的問題でサービスが十分に入れられなくなった事例への介入＞ケアマネジャーより「支払い困難でサービスが入れられない」と相談があった。年金月15万円で定期預金に30万円、普通預金は引き落としなどで年金前はほぼゼロになる。本人と一緒に家計の見直しをし、預貯金の整理を行い、生命保険の解約を行うことで、介護サービスに使える費用を増やすことができた。＜相続問題があり、自宅に居住できなくなる可能性のある事例への介入＞夫の逝去後、夫の多数の親族に相続権が発生した。相続問題を解決するため、弁護士を紹介し、現在対応中。今後自宅で安心して生活を送れるように支援している。【考察】 経済的問題は早急に関与する必要がある。滞納金に対して段階的アプローチの仕組みを活用することにより、未収金の解消につながった。また予防的に関与することにより、生活問題全般にアプローチすることができた。関わった本人たちの満足度は高かった。経済的な問題については弁護士との連携が重要である。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 職種別

P-2-42

在宅医療ソーシャルワーカーの育成と実践ツール ～在宅訪問診療導入時クリティカルパスの試み～

村山 令 ムラヤマ レイ
東京さんりつ会 さんりつ在宅クリニック町田

【はじめに】 当院在宅療養支援診療所にて活動する相談員の職歴は多様で、保有資格も社会福祉士に限らない。在宅医療チームの一員としての活動内容は、医療ソーシャルワーカー業務指針にある業務範囲：1療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助、2退院援助、3社会復帰援助、4受診・受療援助、5経済的問題の解決・調整援助、6地域活動と違わず、入職後短期間で地域や居宅へ単独で訪問し業務を担える専門職としてのスキル習得と人材育成が求められる。対象となる「患者家族の生活」には複合的課題があり、その課題に気づきアクションするためには、相談員の多種多様なバックグラウンドが活かされることに価値があると考え。多様な職歴を持つ在宅医療ソーシャルワーカーの育成とスキル向上の試みを報告。

【活動】 2021年4月からスタートした当院在宅診療部は、現在患者数600名を超え、新規相談は概ね月に50～60件ある。相談員は新規相談に始まり、関連機関連携による退院支援・在宅療養開始の環境調整、医療チームの訪問ルート調整、訪問開始後の外部受診・入院調整、在宅支援機関連携による在宅療養生活の継続支援、地域への広報活動など、求められる業務は多岐に渡る。その中で、訪問診療開始の窓口として、相談員一人にて5～8ケースの新規相談対応を同時期に行うこともあり、それぞれの業務の質と量の拡充が課題となっている。現在、新規相談支援業務に焦点をあて、クリティカルパスを独自に作成活用し、個々の相談員のスキル習得と向上の取り組みを行っている。

【考察】 業務の一部をパスにより均一化を図ることで、業務遂行の正確さと各相談員自身並びに管理者が業務の進捗状況を把握し、業務配分や相互のフォローアップを行うことで、ソーシャルワーク全体の業務の質向上の一助となると考察する。

利益相反：無

一般演題（ポスター）職種別

P-2-43

在宅療養支援診療所における事務の関わり

豊田 理恵 トヨダ リエ
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】超高齢化社会や癌・非癌患者の在宅療養の広がりが顕著に増えてきた現在、安心した診療体制を構築するためにこれまで以上に在宅医療の重要性が指摘されており、また、人口減少の中で、在宅医療における看取りの質を落とさないために、医療専門職と事務の連携がますます重要となる。

【活動】当院の場合、在宅医療における最終的な関わりである看取りに関して最初の連絡を受けるのが事務になる。連絡を受け医師・看護師に伝達・往診調整等を行い、ご逝去後も家族や連携先との対応を行う。患者が終末期に近づくとまず担当医・看護師より事務にACP等の情報を共有、そして最期に近づいている連絡を受けた時に本人・家族の意向に沿うように出来るかぎり平静に対応を行い医師が訪問に何う旨説明、最期の時間を過ごして頂く様お伝えし院内調整を行います。又、看取り期の家族・連携先からの連絡・問合せに主治医以外で対応をお願いする時も共有している情報（ACP等）を伝え当院全体での対応にブレのない対応が出来る様に当院医療職と患者・家族・連携先とがスムーズな連携が出来る様非医療職である事務が連携のHUBになるよう日々対応を心がけている。又、看取り後の事務的な手続きや機器等の回収にも家族に対し事務的対応でなく寄り添う対応を行い、その時のやり取りでの印象等を医師・看護師に共有（グリーンケアに繋げる）している。

【考察】このような活動から医療で取り除けない個々の不安を最小限にする事を念頭にしかし医療知識不足から起こる対応不備があるのも現状ある。非医療者だからこそわかり得る患者・家族の気持ちや医療者の考えをくみ取り両者のよき仲介者である為には医療知識・制度の習得が不可欠と考える。月1回行われる勉強会に積極的に参加し知識を習得。事務がチーム医療に関わる事で、最終的に誰もが安心して在宅で看取ることが出来る態勢を整えられる様検討していきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 病診・病病連携1・その他

P-2-44

訪問診療と訪問歯科の連携強化

河野 桃子 ¹	コウノ モモコ
萩野 礼子 ²	ハギノ アヤコ
日向 道子 ¹	ヒナタ ミチコ
武藤 真祐 ¹	ムトウ シンスケ
井口 真紀子 ¹	イグチ マキコ

¹医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック

²おはぎ在宅デンタルクリニック

【はじめに】これまで患者の歯科・口腔領域のトラブルの際は訪問歯科に相談はしていたが、自分自身も基礎的な知識が乏しいこともあって紹介状を書くだけにとどまっておリ、連携の難しさを感じていた。在宅医療専門医取得のための他施設交流研修での訪問歯科見学をきっかけに、歯科がいかに患者の健康維持にとって重要であるかを認識した。事例の相談にとどまらず、カンファレンス、勉強会を行い、連携を継続した。医科—歯科連携の好事例と考えるため報告する。【活動】訪問歯科を見学した際、医科/歯科連携について歯科側も手探り感があること、単なる情報共有にとどまらず、ざっくばらんに相談し合える関係になる必要があると考えていることがわかった。実際の症例においては①口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防、②歯科口腔領域の悪性腫瘍フォロー、③薬剤が原因で起きている医原性の歯科トラブル対応といった観点で連携の必要性を感じており、より密なやりとりを意識するようになった。個人的にメールを送り合うことで患者の情報共有を行っていたが、併診患者が増えるにつれ院内の看護師や事務とも共有しておいた方が良いと判断し、訪問歯科への理解を深めることも目的として、歯科と当院とでオンラインカンファレンスも行った。【考察】以前は誤嚥性肺炎や義歯トラブルなど、何か問題が起きてから歯科に相談することが大半だったが、訪問歯科同行を経て気軽にやりとりできるようになったことで相談のハードルが下がった。一見歯科的に問題がないように見える患者も、そもそも訪問診療の適応がある時点で口腔ケアも不十分になっている可能性が高く、トラブルを予防する意味でも早めの相談が重要である。一方で、歯科介入の効果は目に見えにくく、実際の診療現場で当の患者は歯科の必要性を感じず介入拒否されることも多い。医科としてどのように歯科の重要性を患者に情報提供するかも今後の課題と考えている。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 病診・病病連携1・その他

P-2-45

コロナ禍における地域医療連携の課題と対応

橋本 一晃¹ ハシモト カズアキ
藤崎 知美¹ フジサキ トモミ
永江 美香¹ ナガエ ミカ
浅野 光一² アサノ コウイチ
戸梶 泰伸³ トカジ ヤスノブ

¹ 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

² 医療法人光陽会 あさの胃腸内科クリニック

³ 医療法人社団 戸梶内科医院

【はじめに】在宅医療支援センターでは、H29年度より「地域医療連携室とセンターの実務者意見交換会」を行っており、医療機関（病院、診療所）の日常業務における課題を検討・抽出しグループワークで共有する事によって高度急性期から在宅医療までの地域医療連携構築に寄与している。【活動】COVID-19は対面のコミュニケーションを阻害し、地域医療連携に大きな影響を及ぼした。そこで松山構想区域の医療機関（50病院）へ「コロナ禍における地域医療連携の課題・対応」と題し、業務の変化、情報収集の方法、業務における課題・工夫した点についてアンケート調査を行った。回答率は90%、高度急性期、急性期をA群、回復期、慢性期、精神科をB群として分類し集計、合わせて自由記載欄のコメントもA群、B群別に「確認・調整」「連携困難」「制限内での対応」「在宅サービス導入」などのキーワードで分類し分析した。全体では83%の医療機関が「面会制限で患者情報が不足する中、確認事項が増加したことで調整に時間がかかり負担を感じた」と回答。A群では59%の機関が「確認・調整面」に、B群では36%が「連携面」「制限内での行動面」に変化を感じたとの結果になった。その後の実務者意見交換会では①コロナ禍での独自の取り組みや共有したい事・取り組むようになったこと・気付いたこと②病院単位ではなく地域で取り組める事を考えるというテーマでグループワークを行い、病院機能ごとの課題や業務上の工夫した点を出し合い、結果を全体で共有した。【考察】COVID-19は情報収集、情報伝達など地域医療連携に大きな影響を及ぼした半面、共通課題も明らかにした。今後も現場の意見、課題解決に向けて工夫した点などを共有し、協働することが出来れば高度急性期から在宅医療までの地域医療連携促進の一助になるのではないかと考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 病診・病病連携1・その他

P-2-46

人工呼吸器導入における地域連携～「日常」を維持する連携を考える～

堤 和美 ツツミ カズミ
医療法人社団やまぶき訪問クリニック

【はじめに】 当院では、難病患者に対して病院と連携し人工呼吸器導入指導を行っている。現状病棟は感染対策のため家族の面会や病棟への立入が制限されていることから、人工呼吸器導入指導は退院時のみというケースが多くみられる。また、入院を希望せず、在宅で人工呼吸器導入を行うケースもある。当院では「人工呼吸器管理チェックリスト」（以下、チェックリスト）を作成・使用し、退院後のフォローや在宅での人工呼吸器導入を行っている。病棟・外来・多職種と連携した人工呼吸器導入指導の実践例・課題を報告する。

【活動】 研究対象は、退院後もしくは病院受診を希望しない筋萎縮性側索硬化症患者3名に対し、チェックリストを用いて非侵襲的陽圧換気（NPPV）導入指導を行った。医療機関における指導方法は人工呼吸器取扱説明書を用いて在宅指導している施設、口頭で説明を行っている施設など様々である。当院では機械については立ち合いの人工呼吸器業者に説明してもらい、緊急時対応や連絡方法、NPPVマスクメンテナンス、褥瘡予防については、当院で独自に作成したチェックリストを用いて当院看護師から説明を行い、患者家族、訪問看護、業者ら在宅チームで共有した。業者と一緒に説明することでメンテナンス等を共有し、業者のアフターフォロー担当に指導をつなげてもらった。また、家族に人工呼吸器実測値の見方を指導したところ、肺炎兆候を察知して早期に相談が来るようになり、早期対応につなげることができた。

【考察】 1. 人工呼吸器導入の場所が多様化しており、訪問診療を中心に在宅チームの対応も多様化している。2. 緊急時に備えて多職種と協働し、チェックリストを用いた人工呼吸器導入指導を行い患者の日常を支える。3. 人工呼吸器の実測値の見方を指導することで、患者家族が「呼吸・体調を読む力」が自然と身につく。患者家族、在宅と病院が協働することで、患者の日常の維持につながる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 病診・病病連携1・その他

P-2-47

地域と繋がり合う在宅医療

～在宅療養支援病院・総合在宅医療ネットワークの活動～

星野 拓磨 ホシノ タクマ
東苗穂病院

在宅療養支援病院には様々な役割があるがそのうちのひとつに、在宅患者さんの緊急時の入院対応がある。在宅療養支援病院である当院では在宅患者さんの一般急性期入院や高度急性期病院からのポストアキュートの在宅患者さんを受け入れ、また紹介先の在宅医療先へ戻れるように連携しながら患者さん治療を行ってきた。具体的には急性期病床60床という限られた病床の中で月40人前後の在宅患者さんを加療し、月10回前後の退院時カンファレンスを行い退院後でもあんしんして在宅加療が繋がるようにしてきた。入院したことができる限りデメリットにならないよう「ADLをおとさないリハビリ」「食べることをあきらめない嚥下リハ」「多職種チームでかわり・支える」「患者さん・ご家族さんの気持ちに向き合う」ということを非常に重視し、病院全体で在宅患者さんに関わっている。受け入れの限界など課題はあるが高齢者救急が増加する中でも今後も入院しても繋がる在宅医療の実践を模索していきたい。

また在宅療養支援病院の重要なもうひとつの役割として、住み慣れた地域であんしんして療養生活を送れるよう必要に応じた医療・看護を提供することがある。当方では訪問診療・訪問看護・訪問リハビリ・訪問栄養・訪問歯科・訪問介護、様々な居宅サービスからなる在宅医療の総合サービスネットワークの仕組みがあり、当院と連携して活動することで地域と在宅医療を繋げられるように活動している。具体的には訪問歯科・訪問栄養による飲み込みサポートによる地域にむけた食支援の勉強会や、地域へむけた在宅医療についての講演会、施設へ向けたお看取りの勉強会などを開催し在宅医療が地域住民ふくめて様々な方に浸透し繋がる活動を行っている。地域と在宅医療を繋げあんしんな療養生活をおくっていただくために日々行っているそれぞれの活動を報告する。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 病診・病病連携1・その他

P-2-48

医師の在宅医療・入院診療への従事とMultimorbidity高齢者に対する診療アプローチの関係

木村 琢磨^{1,2} キムラ タクマ
松村 真司³ マツムラ シンジ
橋本 正良² ハシモト マサヨシ
新村 健⁴ シンムラ ケン

¹ 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

² 東京医科歯科大学 総合診療科

³ 松村医院/国立病院機構東京医療センター臨床疫学研究室

⁴ 兵庫医科大学 総合診療内科学

【背景・目的】

Multimorbidityの高齢者は在宅医療の利用率や入院率が高く、ケア移行時に密接な連携が急務であるが、我が国において、在宅医療を担う医師と、入院診療を担う医師のMultimorbidity高齢者に対する診療アプローチは不明である。そこで、今回、我々は、医師の在宅医療・入院診療への従事とMultimorbidity高齢者に対する診療アプローチの関係を明らかにすることを目的とした調査を行った。

【方法】

2022年6月、日本老年医学会、日本プライマリ・ケア連合学会の認定資格を有する3300名を対象に無記名の質問票調査を郵送法で行った。Multimorbidity高齢者の診療において困難な疾患（43項目）・困難な背景（14項目）、重視する臨床要素（32項目）・重視する対応（19項目）を4段階で尋ね、スコア化した。これらを「在宅医療を担う医師」（「在宅」群）、「入院診療を担う医師」（「入院」群）、「在宅医療と入院診療の双方を担う医師」（「在宅・入院」群）の全ての2群同士でTukey-Kramer検定を用いて比較した。

【結果】

587例を解析対象とした。困難な疾患の全体スコアは、「入院」群の平均スコアが、「在宅」群、「在宅・入院」群に比べて統計学的に有意に高かった。困難な背景の全体スコア、重視する臨床要素の全体スコアは、全ての2群同士で差を認めなかった。重視する対応の全体スコアは、「在宅・入院」群の平均スコアが、「入院」群に比べて統計学的に有意に高かった。

【考察】

「在宅」群、「入院」群、「在宅・入院」群という医師の診療形態によって、Multimorbidity高齢者における困難な疾患、重視する対応は異なる可能性がある。在宅医療に関連したケア移行の質を高める上で、医師の診療形態の違いをふまえたサポート体制や診療の手引きなどの整備が急務である。

利益相反：有

一般演題（ポスター） 病診・病病連携1・その他

P-2-49

ホスピス在住がん末期患者に対する在宅支援診療所における社会福祉士の課題

石原 百合香	イシハラ ユリカ
富田 志行	トミタ シコウ
雨宮 美月	アメミヤ ミヅキ
石川 愛実	イシカワ マナミ
坂本 成美	サカモト ナルミ
菅谷 春佳	スガヤ ハルカ
半澤 江津子	ハンザワ エツコ
立野 慶	タテノ ケイ

医療法人社団ユニメディコ

【はじめに】当法人ではホスピス機能を有した医療特化型住宅型有料老人ホームにおいて、医療依存度の高い患者も積極的に受け入れている。特にがん末期患者においては、大学病院、総合病院でのがん治療後、自宅や有料老人ホームでは受け入れが困難なケースが多い。麻薬の管理、医療的処置、経管栄養管理、中心静脈栄養管理の継続を希望する患者および家族は少なくない。今回我々は、大学病院等のメディカルソーシャルワーカー（以下MSW）および退院調整看護師と当法人在宅支援診療所の社会福祉士（以下SW）との連携によるホスピスへの受け入れ活動について報告する。【活動】2020年9月1日より2022年12月31日までに受けた相談案件333件、うち医療介護管理したがん末期患者85名（入居期間平均86.4日（2日-479日）、平均年齢77.5歳、平均要介護度3.2、Performance Status Scale：PS3.4）を対象。相談のあった病院総数20件より、入居した患者78名（近隣F大学病院28名（32.9%）、自宅5名（5.8%）、その他施設2名（2.3%））であった。入居後に状態悪化などによる再入院0名（0%）、施設内での看取り85名（100%）であった。【考察】昨今、ガン治療患者の在院期間が短縮され、ベスト・サポーター・ケア（BSC）を中心とした緩和ケアが通常になっている。当施設平均在設期間86.4日と短く、短期間で多くの新規入居患者対応が必要であった。在宅支援診療所SWと病院MSWとの連携、情報共有においてはアナログ対応がいまだに多く、デジタル化が今後の課題であった。円滑な病診連携を図るためには、在宅支援診療所にも医療知識や経験のあるSWが増えることが課題であると思われた。当法人では医師訪問診療への医療クラークとしての同行によって、多職種連携を多く経験する教育システムを実施している。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 病診・病病連携1・その他

P-2-50

世田谷区における訪問歯科診療に関わる実態調査

山田 翔太 ヤマダ ショウタ
高田 哲也 タカダ テツヤ
村上 典由 ムラカミ ノリヨシ

株式会社メディヴァ

【目的】

世田谷区の訪問歯科診療の実施件数は23区内では平均的な提供件数であるが、区内の歯科診療所による提供サービスの内容は明らかになっていない。また、他の自治体と同様に、施設居住者への診療件数に比べて、居宅居住者への診療件数は非常に少ない。今回の実態調査を通じて、区内の訪問歯科の現状を把握し、全国平均と比較することで今後の世田谷区における在宅医療介護連携推進の取り組みについて検討する。

【方法】

調査対象は、「歯科訪問診療料の注13に規定する基準」、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」、「在宅療養支援歯科診療所2」、「在宅療養支援歯科診療所1」のいずれかの届出をしている世田谷区内の医療機関とした。回答期間は2023年8月31日～9月22日とし、アンケート用紙を郵便にて送付し、ファックス又はオンラインにて回答を受け付け、21%の回答率を得られた。

【結果】

訪問歯科診療を実施していない医療機関は33%であり、その理由として人員や必要機器・機材の不足、時間の確保が要因として挙げられていた。また、訪問歯科診療の依頼は自院の外来患者（34%）について介護保険施設等が22%と最も多く、ケアマネジャーや医療機関からの依頼は少なかった。加えて、訪問歯科診療の実施場所として世田谷区においても施設が居宅より約2倍多く、施設基準類型で傾向に差異が生じていた。

【考察】

世田谷区では、訪問歯科診療を実施している歯科医療機関は少なく、1医療機関あたりの実施件数も少なかった。更に、全国と比較して施設の訪問歯科診療が多く、依頼元の傾向からも介護保険施設等や家族からの依頼が多い一方でケアマネジャーからの依頼が少ないことから、在宅医療における歯科診療のニーズに地域リソースが繋がりがきれていない可能性が示唆された。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 病診・病病連携2

P-2-51

地域から病院へ発信する、がん患者への在宅医療早期導入のススメ

齋木 啓子 サイキ ケイコ
医療法人社団悠翔会在宅クリニック新橋

【はじめに】 がん患者への在宅医療導入のタイミングに関しては、早期から緩和ケアを実施することで、QOLのみならず生命予後も改善する可能性を示唆する文献も後押しとなり、早期導入の重要性が叫ばれるようになったが、いまだに平均在宅療養期間は約60日に留まっている。また、がん患者を診る医師に適切な紹介時期を尋ねた文献によると、「積極的な治療ができなくなった時期」という回答が最も多く、地域側の理解との乖離を認める。今回、在宅療養期間1ヶ月未満で看取りとなった事例を通して、関係者それぞれの立場から早期導入の重要性について再考する機会を得ることが出来たため、それを基に、病院へ発信を行った。

【活動】 40代前半女性、直腸癌末期の方を在宅でお看取りした。在宅療養期間は1ヶ月未満という短い期間ではあったが、充実したものであった。しかし、デスカンファでは「もっと早く関われなかったのか？」という意見が挙がったため、事例に関わった方々に在宅医療導入のタイミングに関するアンケートを実施した。そして、その結果に加え、ご遺族からのメッセージや、文献的な示唆、二人主治医制の啓蒙動画を盛り込んだ講演を病院医療従事者に向けて実施した。

【考察】 講演後のアンケートでは、考えが変化した方が43%で、影響を与えた要因として、「ご遺族の意見」が圧倒的多数で、次いで「訪問診療、訪問看護等の地域側の意見」「二人主治医制の啓蒙動画」が続いた。この結果から、在宅医療早期導入を勧める際には、「ご遺族の意見」や「地域側の意見」を中心に伝え、同時に「二人主治医制」の啓蒙が有効な可能性がある。

なお、ご遺族には講演ならびに学会発表の趣旨・内容をご説明し、個人が特定されても構わないと同意頂いたが、故人には同意を得ることが困難であることを考慮し、症例提示の際に個人が特定されないよう配慮した。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 病診・病病連携2

P-2-52

脳神経内科専門医が少ない地域で、パーキンソン病の診療の質を保つために必要なことは？

星野 将隆 ホシノ マサタカ
船橋総合病院

【はじめに】人口約65万人の千葉県船橋市では、入院設備のある病院の常勤脳神経内科専門医はわずか一人という状況が長い間続いている。「ふなばし神経難病サポートネットワーク」（既報）は、地域全体で神経難病における医療体制の質を担保するために地道な活動を行ってきた。今後の発展につなげるべく、当院での問題事例を振り返り検討した。【症例】①Y.T. 86歳 女性パーキンソン病。右下肢急性動脈閉塞症で他院入院。整形外科で大腿切断。インスリンノーマで代謝内科、慢性腎不全・腎性貧血で腎臓内科、連合弁膜症による慢性心不全で心臓血管外科も併診となっていたが、パーキンソン病によるジスキネジアが高度でコントロールがつかず、脳神経内科医師がいないため当院に転院。既に多臓器不全の末期状態であり治療の甲斐なく死亡。②T.K. 78歳 男性パーキンソン病。施設で一般内科医による訪問診療を受けていた。パーキンソニズムの増悪で食事がとれないと相談あり当院に入院。尿路感染症、誤嚥性肺炎などを発症していた。加療開始したが、全身状態不良となり死亡。③S.K. 78歳 男性パーキンソン病。転倒し頭部打撲したことを契機に、ADL低下、食事がとれなくなり、他院脳神経外科に搬送入院。頭部外傷なく、脳神経内科医師がいないため当院に転院。すでに寝たきりの状態であり、反応も乏しい状態であった。加療開始したが、誤嚥性肺炎にて死亡。【考察】3症例とも施設に脳神経内科専門医がいれば問題ない。しかし、専門医のいる病院への入院や転院をするまでの間、タイムラグなく専門医と病状相談ができ、それを踏まえ治療介入が早期から可能なシステムの存在があれば一助にはなる。近年、オンラインでリアルタイムに対応できるシステムも開発されつつあり、地域でこのような取り組みを検討することが必要である。【倫理的配慮】 カテゴリーⅣ-B 本発表は、当院倫理委員会での承認を得た。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 病診・病病連携2

P-2-53

逆搬送から退院当日に在宅見取りをした症例を通じ病診共同で看取りカンファレンスを行った一例

守上 祐樹 モリカミ ユウキ
医療法人双樹会 守上クリニック 在宅診療部

【はじめに】超高齢化社会を迎えた我が国において、在宅看取りは大きな課題の一つである。今回、近隣の急性期病院から逆搬送となり退院当日に在宅看取りを行った症例を経験した。その上で病院主治医と共同で看取りカンファレンスを行ったため報告する。

【症例】87歳、男性。従来COPDがあった。3か月前に誤嚥性肺炎で入院されたが衰弱が進行し嚥下機能が廃絶した。最期を自宅で過ごしたいと当医院の訪問診療を希望された。主治医より帰宅途中にでも息を引き取る可能性の説明をされながら、病院医師同行の元自宅退院となった。自宅に帰られた際、申し送られていたKP以外の親族がおり、説明に時間を要した。また頓服薬などを緊急で手配する必要があった。退院後約8時間後に自宅で逝去され、当医院で看取りを行った。後日ご家族と連絡を取った際、感謝の言葉とともに支払いに関する若干のクレームを頂いた。

当医院より看取りカンファレンスの開催を提案し、後日病院にて開催された。病院医師・病院看護師・病院薬剤師・当医院医師・当医院PAが参加した。病院スタッフ内では遠方のご家族について不安視されていたこと、少量であっても頓服の退院処方があれば在宅生活に助かる旨を共有した。当医院としては支払いに関して不快な思いをさせてしまった旨を共有した。ただ、これらのトラブルがありながらも最期の時間に関して深く感謝していただいたこと、申し送りをする医師の背中に心強さを感じたというお話を頂いた内容を共有した。

【考察】適切なタイミングでの逆搬送と双方の医療機関の対応に対しご家族様から深く感謝をいただいた。今後逆搬送や急性期患者の看取りは在宅医療のキーワードになると思われる。難しい症例であったが、関わったすべての医療従事者で学びを共有でき、教訓を得られた。

今回の発表にあたり、患者の個人情報とプライバシーの保護に配慮し、家族から書面にて同意を得た。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 病診・病病連携2

P-2-54

短期入院でアシスト腹膜透析を導入した1例

山本 宇恭¹ ヤマモト ウキョウ
内田 大介¹ ウチダ ダイスケ
上杉 毅彦² ウエスギ タケヒコ
河原崎 宏雄¹ カワラザキ ヒロオ

¹ 帝京大学医学部附属溝口病院

² 上杉クリニック

【はじめに】腎不全が進行した在宅療養の患者にとって、透析療法の選択肢次第で在宅療養の継続を困難とすることがある。また極力入院期間を短くすることが療法選択のストレスを軽減することにもつながりうる。腹膜透析カテーテル挿入術のために3泊程度の入院を要したものの、その後在宅で介護者のアシストで腹膜透析導入ができた症例を紹介する。【症例】70代女性。脳梗塞後遺症で右片麻痺、構音障害、廃用要のため寝たきりであったがコミュニケーションは疎通良好であった。訪問看護やヘルパーの支援はあったが、胃瘻管理含めて夫が主介護者であった。訪問診療を受けていたが、もともと腎硬化症が原疾患と疑われる慢性腎臓病を有し、肺炎を契機に腎機能がさらに悪化し腎代替療法が必要であった。患者は在宅での療養を引き続き希望され、かつ入院を非常に拒んでいた。短期入院を説得して腹膜透析カテーテルの留置術目的で数日のみ入院した。その前後で主介護者の夫や訪問看護師に腹膜透析の手法を指導した。退院してから夫への腹膜透析指導を繰り返しながらアシスト腹膜透析を導入し継続することができた。【考察】わが国の透析導入はほとんど施設血液透析に偏っており、在宅透析の選択が提示されないことが多いのが現状である。計画的な在宅での腹膜透析の導入も実施可能であるが訪問診療・訪問看護と導入病院との密な連携が必要である。

症例報告対象者には症例報告の目的、個人が特定されないこと、いつでも同意を撤回できることを説明し、症例発表の協力への同意を得た。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 病診・病病連携2

P-2-55

転倒リスクの高い患者への在宅退院支援事例の考察 ～病院ソーシャルワーカーの立場から

守屋 美咲¹ モリヤ ミサキ
小原 由里¹ オハラ ユリ
堀越 由紀子² ホリコシ ユキコ

¹ 藤沢湘南台病院

² 星槎大学

【はじめに】転倒リスク回避優先の思考は、高齢者の在宅生活での葛藤となる。今回、回復期リハビリテーション病棟チーム（以下、回りハチチーム）と在宅療養支援チーム（以下、在宅チーム）の連携によって自宅退院した症例を通して、患者本位の退院支援とは何かを考察する。なお、症例報告にあたり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に従って実施した。【症例】A氏、75歳、女性。アルツハイマー型認知症と高血圧の既往あるも、在宅チーム支援下で独居生活。今回、左前頭葉被殻下出血にて急性期治療後当院へ転入院。本人は自宅退院を希望するも、回りハチチームは「転倒リスク」を理由に困難として即時の施設入所を勧めた。一方、在宅チームは転倒リスク回避目的の施設入所を選択肢としつつも自宅退院可能とし、本人の希望の実現とQOLを重視した。そこでソーシャルワーカー（以下、SW）が両チームのリエゾン役を担い、協議を重ねた結果、在宅チームの方針が選択され、患者は自宅に退院した。その後2年以上在宅生活を継続している。【考察】病院は、在宅の転倒リスクが高いと考えがちだが、在宅環境はそもそも病院環境ほど統制できない。本症例を振り返ると、在宅チームの回りハチチームへの働きかけが、患者の希望する在宅退院の実現に貢献した。その要因として考えられるのは「患者をよく理解していた」「回りハチチームを地域包括ケア体制の一員と捉えていた」「病院の思考特性を理解し、回りハチチームの方針を予測していた」「方針決定のキーパーソンが医師であることを分かっていた」「SWは回りハチチームを含む病院の窓口と認識していた」である。SWはこれらを当該在宅チームの力量と捉え、リエゾン役を担い、回りハチチームとの積極的な連携を促した。言い換えると、本人、担当チームと病院組織、地域に関するアセスメントと評価にかかわる実践を積極的に行ったと言える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 病診・病病連携2

P-2-56

在宅医療における精神科領域の病診連携について

徳増 孝明^{1,2} トクマス タカアキ
小澤 泰典² オザワ ヤスノリ
小野 泰平² オノ タイヘイ
細谷 真司² ホソタニ シンジ
大関 理宏² オオゼキ マサヒロ

¹ 医療法人社団碧水会 長谷川病院

² おおぜき医院

【はじめに】在宅医療における精神疾患への入退院調整は難渋し、時間を要することが多い。本症例は病院と密に連携を取り早期に入院対応をとった結果、短期間の入院でスムーズに在宅医療につなげた症例である。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】90代女性。50歳頃よりうつ状態を繰り返し精神科治療歴があるが、10年以上は安定していた。X年5月頃より易疲労感が出現し、一日中臥床した状態となりX年6月23日に当院紹介となった。初診時は重度のうつ状態であり過去の経過から反復性うつ病性障害と診断した。入院加療を併せて提案したが、本人及び家族より強く在宅希望があったため訪問診療での介入を開始した。その上で病院の精神保健福祉士と入院の可能性について予め連携を図った。抗うつ薬を開始としたが、焦燥感が強まり希死念慮が出現し、同月27日に手首を包丁で切ったため改めて入院加療の必要があると判断し、精神科病院に依頼をした。X年7月3日に医療保護入院となり、抗うつ薬にて治療を行い、X年9月9日に退院した。退院後も当院在宅診療にて治療を継続しており病状は安定している。

【考察】在宅での治療を希望されていたが、自殺企図があり入院に切り替え治療を行った。精神科疾患は人権の問題に配慮しつつ時に正常な判断が難しいと評価され、強制入院を行う必要があり、判断の妥当性を迷うことが多い。今回の症例では初診時より入院の提案をしつつも個人の希望に添えるよう治療を行ったが、希望通りに行うことが自殺など本人の不利益になる可能性を考え、早期に入院加療に切り替えた。初診時より入院の可能性に関して病院と連携したことで速やかな対応ができたと考える。また入院前に在宅状況を確認していたことで退院の受け入れ判断が早期にでき、約2か月の入院加療で在宅医療に戻せたことは本人の希望に寄り添える医療を提供できたと考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 病診・病病連携2

P-2-57

難治性ざ瘡として加療され続けるも、皮膚科医の診断加療により劇的に改善した化膿性汗腺炎

細田 亮¹ ホソダ トオル
豊田 雅彦² トヨダ マサヒコ

¹ はもれびクリニック

² うるおい皮膚科

【はじめに】在宅医療の現場では多くの皮膚疾患に遭遇するが、診断、治療に苦慮することがある。化膿性汗腺炎は、慢性・炎症性・再発性・消耗性の皮膚毛包性疾患であり、患者の生活の質を著しく障害するが、本邦では知名度の高い疾患ではない。今回、コントロール不良なざ瘡として加療されていた炎症性皮膚疾患が、往診皮膚科医によって化膿性汗腺炎と診断され、適切な加療により劇的に症状が改善した例を経験したので報告する。なお本発表を行うにあたり、本発表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を本人及び家族に口頭で説明し、回答をもって同意を得た。

【症例】34歳男性で、頭蓋底陥入症、脊髄空洞症により寝たきりであり、5年間ほど訪問診療で介入している。初回訪問時、尋常性ざ瘡の診断で、顔面を中心に背部や後頸部の炎症性丘疹に対して外用剤や抗菌薬内服で加療されていた。抗菌薬により一時的に軽快するも内服中止すると再燃し、コントロール不良であった。次第に陰部や腋窩にも膿疱や排膿を伴う結節が出現し抗菌薬も効果不良であったため、往診皮膚科医に診療を依頼したところ、ざ瘡ではなく化膿性汗腺炎と診断された。治療としてアダリムマブ皮下注射が提案され、投与を開始すると陰部、腋窩、顔面ともに炎症性の多発丘疹はすべて改善傾向となり、特に顔面は全く発赤のない状態となった。アダリムマブを開始して6か月が経過しているが寛解状態を維持している。

【考察】化膿性汗腺炎は2019年に生物学的製剤として唯一アダリムマブが治療薬として承認され、2020年、皮膚科医を中心に診療の手引きがまとめられた。近年報告件数は増えているが、まだ認知度の高い疾患とは言えない。本症例のようにアダリムマブにより劇的に改善する例があり、プライマリケアを担当する在宅医も化膿性汗腺炎に対する知見を深めるとともに、専門医紹介の判断力が必要であると考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター）多職種連携4

P-2-58

看護小規模多機能型居宅介護の関わりにより要介護5で経鼻経管栄養から経口摂取が可能となり生きる意欲へ繋げることができた事例

吉田 美佳 ヨシダ ミカ

一般社団法人 居笑 在宅看護センター びりーぶ

【はじめに】嚥下機能障害で経鼻経管栄養の状況から看護小規模多機能型居宅介護（以下、かんだき）の利用にて経口摂取ができ、生きる意欲が向上し自宅で夫と過ごせるようになった事例を紹介。【症例】A氏 80代 女性 第一腰椎圧迫骨折 摂食・嚥下機能障害 認知症 骨粗鬆症（食事偏食あり）家族構成：90代夫と二人暮らし かんだき利用前X-1年12月嚥下機能障害があり持続点滴から経鼻経管栄養へ移行された。X年3月から当事業所利用開始時期では、認知状況はスタッフに排泄の有無や経管栄養注入の状況の報告ができた。表情変化なく「死んでいい。」と発言があった。理学療法士（以下PT）らが介入しバーサルインデックス（以下BI）入所時5点、7月胃管チューブ抜去時は65点、普通食摂取時は70点となった。言語聴覚士（以下ST）の嚥下訓練開始。入所時水のみテスト（以下MWST）3点フードテスト（以下FT）2点、胃管チューブ抜去時MWST4点・FT5点と軽快しゼリー食から普通食となる。かんだき利用者の知人がA氏を励ましてくれたことや最期の時まで私たちが支援していくことを伝えると笑顔が見られ嚥下訓練が意欲的になる。かんだきスタッフから通所利用で自宅療養ができるのではないかという意見とA氏はまだ帰れないという思いの相違があり、多職種スタッフとA氏を含めて今後の療養生活について話し合い、経口摂取ができるようになりかんだき利用しながら自宅療養が始まる。【考察】かんだきは、人と人との関わりの中で励まし合う場になり、またA氏がこれから療養できるように支援していく事を伝えたことで生きる意欲につながった。指示動作ができていたので経口摂取が可能となるのではないかと判断し、医師・PT・STと連携を取り経口摂取につながった。かんだきスタッフと話し合いを設け療養生活に向けての目標を見直し、自宅療養へ繋げることができた。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携4

P-2-59

終末期患者の外出支援における訪問診療同行看護師の役割

菊地 美希子 キクチ ミキコ

鶴岡 友美 ツルオカ トモミ

公益財団法人 宮城厚生協会 坂総合クリニック 在宅医療室

【はじめに】 看取り期にある療養者の希望を叶える外出支援は、療養者のQOLや家族の満足度をあげる。その過程では問題となる事柄を見極め解決に向け、多職種協働していく必要がある。今回看取り期にある療養者の外出支援を、訪問診療同行看護師（以下、同行看護師）として関わった経験から、多職種協働における同行看護師の役割を考察する。【症例】 A氏、70歳代、女性、子宮体癌末期、多発骨転移。予後短め週単位、高齢の妹と同居、ADL室内歩行、24時間点滴を実施。A氏は病前の活動的だった頃と今を比較し「自分らしくない、もっと元気になりたい」と苦悩する中、「海を見に行きたい」と希望を表出した。医師と同行看護師は予後予測とマンパワー確保を考慮し、外出を1週間後の訪問診療日に設定した。しかしその間で訪問看護師からADLがベッド上に低下し、癌性症状増強の報告を受けた。加えて妹の身体的負担と医療機器の管理、階段のある住居環境から、同行・訪問看護師は当初計画していた支援では移動に苦痛が伴うと考え、支援方法を再計画した。同行看護師は訪問看護師にリクライニング車椅子の手配と状態観察を依頼した。また医師と出現しやすい症状を共有し、頓服薬を持参した。当日A氏は身体症状の出現から不安や負担感を強め外出に消極的になっていたが、妹の精神的な支えから外出に踏み切ることができた。【考察】 同行・訪問看護師は、癌性症状やADL、介護力、住宅環境をアセスメントし、A氏に適した支援方法を再計画している。その過程で同行看護師は、医師や訪問看護師各々専門職の強みを理解した上で連絡を取り合い、調整役を担っていた。しかし当日までA氏の不安に気づけなかったのは、身体・環境面の客観的判断に注視していたためと考える。同行看護師は外出の問題を総合的に捉え、専門職の強みを理解し繋いでいく役割があると考え。報告では対象者が特定されないよう配慮した。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携4

P-2-60

うつ病と誤嚥性肺炎により食思とADLが低下した患者にKTBCと完全非公開型SNSを活用して多職種連携による包括的食支援を行った一例

山下 ゆかり ¹	ヤマシタ ユカリ
吉岡 美和 ¹	ヨシオカ ミワ
小滝 絵梨 ¹	コタキ エリ
木原 雅代 ¹	キハラ マサヨ
田村 飛香 ¹	タムラ アスカ
菊地 真由美 ¹	キクチ マユミ
眞田 美貴子 ¹	サナダ ミキコ
川上 沙綾子 ¹	カワカミ サヤコ
棚橋 絵里子 ¹	タナハシ エリコ
小泉 亮人 ¹	コイズミ リョウト
金井 文彦 ²	カナイ フミヒコ

¹ 医療法人社団永研会 ちとせデンタルクリニック

² 医療法人社団永研会

【はじめに】

当院では摂食機能療法を算定する患者に対してKTBC（口から食べるバランスチャート）で評価し、食支援計画を作成している。また、医療介護従事者とのコミュニケーションツールとして完全非公開型SNSを利用している。今回、うつ病で入院中に誤嚥性肺炎を発症、寝たきりとなり看取る覚悟で在宅に退院してきた患者に対し、評価ツールとコミュニケーションツールを活用したことでADLが向上した症例を経験したので報告する。

【症例】

福島県在住の90歳女性。2022年9月、うつ病による食欲不振、心身衰弱のため加療目的で県内の医療機関に入院。入院中に誤嚥性肺炎を発症、酸素投与と末梢静脈栄養管理となる。経口摂取は全介助で1割程度、喀痰吸引と補液の継続が必要な状態であったが、家族が退院を希望。10月、在宅医療サービスが充実している都内の親類宅へ退院となった。11月、食支援のため当院が介入を開始。KTBCで患者の状態を多面的に評価し、患者の特徴を可視化することで各専門職の役割を明確化。評価結果を基に支援計画を作成、完全非公開型SNSで各サービスの実施状況や患者の状態を随時共有しながら支援の継続に努めた。介入開始後より徐々に食思が戻り、補液を終了。12月には咀嚼食を車椅子座位で自力摂取が可能となり、通所介護の利用を開始。管理栄養士による食事指導も行い、退院から約1年で体重は8kg増加、BMIは21に上昇。押し車で自力歩行が可能となった。ADLが回復したことで本人と家族から帰郷の希望があり、現在は他県の医療機関への引継ぎに向けた支援を続けている。

【考察】

今回の症例では、KTBCで包括的な評価に基づいた食支援計画を立て、完全非公開型SNSで情報共有をしたことで効果的な多職種連携を行うことができた。このようなツールが全国的に広まることで、在宅医療の質の向上が期待できると感じた。

利益相反：無

一般演題（ポスター）多職種連携4

P-2-61

在宅医療において多職種連携により改善を認めた特別養護老人ホーム入居中高齢女性のドライアイの一例

西村 裕樹^{1,2,3} ニシムラ ヒロキ
三浦 翔^{1,4} ミウラ ショウ
ロハン ケムラニ^{1,2}
伊藤 貴重^{1,2} イトウ タカシゲ
佐野 瑞穂^{1,2} サノ ミズホ
横岩 良太² ヨコイワ リョウタ
中山 慎太郎^{2,3} ナカヤマ シンタロウ
佐藤 真理^{1,3} サトウ シンリ
清水 映輔^{1,2,3} 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

³ 慶應義塾大学医学部眼科学教室

⁴ 森重訪問看護ステーション

【はじめに】在宅医療の現場において、眼科は診療科の中でも普及率が極めて低く、眼科が在宅医療を行っている施設も非常に少ない。そのため、眼科の在宅医療普及のためには、看護師や視能訓練士などの多職種連携に加え、手軽に検査が行え、かつ、遠隔で眼科専門医に診断依頼できるツールが必要不可欠である。今回、眼科専門医と視能訓練士、訪問看護師による多職種連携で眼科に受診せず、ドライアイをフォローした一例を報告する。本症例は、個人が特定できないように十分な倫理的配慮を行った。

【症例】特別養護老人ホーム入居中の、95歳日本人女性。ADLは要介護1。眼のかすみと涙の乾きを訴え、往診依頼。当院の眼科専門医と視能訓練士による往診を行った。検査は、屈折検査を手持ちレフ、眼圧検査をiCare、前眼部検査を画像ファイリング機能付きポータブル細隙灯顕微鏡で行った。明らかな屈折異常は認めず、眼圧は16.0/16.0mmHg、前眼部所見では、フルオレセイン染色後、涙液層破壊時間（BUT）5秒以下を認め、ドライアイと診断。ジクアホソルナトリウム点眼液を処方し、以後、訪問看護師によるフォローを実施。しかし、1ヶ月後、症状の寛解が見られなかったため、アジスロマイシン点眼を追加処方し、フォローを実施。さらに1か月後の訪問看護師の訪問では、症状の寛解を示した。

【考察】今回、眼科専門医と視能訓練士による往診を実施、ドライアイと診断した症例に対し、訪問看護師がフォロー可能であった症例を経験した。ドライアイは眼科疾患の中でもよく散見される疾患であり、生活の質（quality of life）が低下することが報告されている。訪問看護師が介入し、検査をすることで経過を的確にフォローでき、また、遠隔で眼科専門医の指示を得ることで、より良い治療方針も決めることが可能である。

利益相反：有

一般演題（ポスター）多職種連携4

P-2-62

携帯型心電計を訪問看護師が使用して、在宅医との連携で患者の安心に繋がった一例

北川 まゆみ¹ キタガワ マユミ
荒木 淳一¹ アラキ ジュンイチ
石井 貴大¹ イシイ タカヒロ
成瀬 佳子² ナルセ ヨシコ
姜 琪鎬² カン キホ
藤野 泰平¹ フジノ ヤスヒラ

¹ みんなのかかりつけ訪問看護ステーション有松

² Midori Homon Clinic（みどり訪問クリニック）

【背景と目的】携帯型心電計は小型で時間場所を問わず心電図を記録することができる。在宅療養を希望する患者の症状は様々で、動悸や胸痛が起きたときにすぐに計測できるところに大きな価値がある。しかし心電図波形の診断には専門的知識が必要となり、対応や判断においてスタッフ患者ともに不安が大きい。この不安に対し在宅医療専門医（以下在宅医）との円滑な連携はケアを提供する上で大きな安心材料となっている。今回、在宅療養中に携帯型心電計を使用して、在宅医と連携した一例を報告する。【症例】K氏 80代 男性 急性下壁心筋梗塞 心房細動 高血圧 急性下壁心筋梗塞にて経皮的冠動脈ステント留置術施行。住み慣れた自宅で過ごすことを希望され在宅サービス導入となった。訪問看護師は定期訪問でバイタルサイン測定、身体症状アセスメントをするが、過去の心疾患に対する不安や数字上ではわからない体調不良を示すことが度々みられた。そこで訪問看護師が携帯型心電計を携行し定期訪問や体調不良時に心電図測定を行った。そして心電計の波形と自動解析の結果を確認し、データを在宅医に送り判断や指示を仰ぐようにした。以前は患者の不安が強く救急要請を繰り返していたが、携帯型心電計を使用することで可視化されるデータを在宅医と一緒に確認することができ、対応方法や指示をリアルタイムで受けることができた。現在、患者は望まない入院を回避し自宅で過ごす安心を得ることができている。【考察】この事例から、携帯型心電計を訪問看護師が使用することで自動解析結果を元に在宅医と迅速な連携ができ、患者の望まない救急搬送を防ぐための根拠ある説明と安心感につながると考える。しかし訪問看護ステーションでは携帯型心電計の算定はないため、広く多くの人に使用していく課題は今後検討していきたい。本報告は、日本医学会連合研究倫理委員会における倫理的手続きに関する指針に則った報告である。

利益相反：無

一般演題（ポスター）多職種連携4

P-2-64

重度身体障がい者が介護保険と障害福祉サービス併用により在宅生活実現できた事例

加藤 真敏 ¹	カトウ マサトシ
加藤 俊光 ¹	カトウ トシミツ
加藤 百里 ¹	カトウ ユリ
加藤 敦子 ¹	カトウ アツコ
梅野 福太郎 ²	ウメノ フクタロウ

¹ ケアプラン夢

² 四街道まごころクリニック

【はじめに】

難病や脳血管疾患等で重度身体障害がある事例では、在宅生活で多くの社会資源を活用し、介護保険に加え障害福祉サービスの導入が有用である。今回、介護保険と障害福祉サービスを併用し在宅生活ができた6事例のうち1事例の退院支援を報告する。

【症例】

- ・ 50代男性（身長176cm、体重69kg）会社員
- ・ 家族構成：妻（50代自営業）三女（20代会社員）の3人暮らし、一戸建て二階建て

＜希望＞

- ・ 本人：自宅で家族と生活したいので、退院後もリハビリを続けて外出できるようになりたい
- ・ 家族：主人の気持ちを尊重して自宅でサービスを受けながら介護をしたい

＜ADL＞全介助

＜経過＞

X年12月発症、診断は脳幹梗塞で入院。重度四肢麻痺、嚥下障害、構音障害、気管切開、経鼻胃管で加療。翌年2月回復期病院転院。3月介護保険申請。病院は在宅困難と説明したが、本人、家族が自宅退院を強く希望。6月ケアマネジャー依頼、自宅退院の検討を目的に開始。退院に向け病院で計4回のカンファレンスを実施。行政に身体障害者手帳と障害福祉サービスの相談、申請。下記の支援で10月に自宅退院できた。

＜退院までに検討した内容等＞

- ・ 本人、家族は在宅生活で介護する覚悟があり、退院後の目標が明確であった
- ・ ケアマネジャーは、介護保険で居宅療養管理指導（訪問診療、訪問薬局）、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問入浴、福祉用具貸与および障害福祉サービスで重度訪問介護を立案、支援の調整
- ・ 病院が緊急時の入院先やレスパイトできる連携病院の調整
- ・ 介護保険要介護5、身体障害者手帳1級、障害福祉サービス255時間／月

【考察】

本事例は、入院中から病院、ケアマネジャー、行政と退院に向け十分に連携が図れ、介護保険と障害福祉サービスの併用が有用であった。今後も重度身体障害事例の在宅支援では、早期からの多職種連携が重要だと考えた。

利益相反：無

一般演題（ポスター）多職種連携4

P-2-65

あなたの想いを紡いでいく～多職種連携を通して～

後藤 佳代子 ゴトウ カヨコ

医療法人社団夢前会 訪問看護ステーション歩歩

はじめに

今日、癌末期患者の最期の過ごし方も多様化している。病院・在宅が一つの緩和チームとして連携し、家族・患者の想いを尊重し、家族と在宅で最期を過ごす事が出来たので、ここに報告する。

症例

45歳、女性A氏 虫垂炎・腹膜偽粘液腫

45歳、大腸・小腸切除・膵臓・子宮両側卵巣付属器切除、47歳、小腸ストマ造設、上腹部（肝門部腫瘍・胆嚢・左横隔膜腫瘍）腫瘍切除術、術後十二指腸瘻合併皮膚瘻残存、空腸ストマ造設、減圧目的の胃瘻造設、抜去後より次々に皮膚瘻形成。49歳、正中瘻孔＋正中上部瘻孔＋左上腹部瘻孔＋左腸骨部瘻孔出現にて化学療法終了。B病院は遠方でC病院に転院、入退院を繰り返す。痛みが強く歩行不可となったA氏の、在宅で最期を迎えたいという思いを叶える為、①疼痛の管理 ②浸出液の2時間毎の吸引 ③褥瘡認定看護師でも難渋するパウチ交換を在宅環境でどう実現するか、C病院、在宅医と何度も協議した。①について、レスキューが多く、エイミーポンプの導入が必須であった。アラーム中は、薬剤の投与ができず、入院中に内服レスキューで何分効果があるか検証を行い、緊急時は訪問看護師と薬剤師で対応できるようにした。②は、持続吸引ボトルを導入し、間欠的吸引は、本人、夫、娘、訪問看護師で協力して行った。③は事前に褥瘡認定看護師から指導を受け、手技を獲得した。また、多いときには深夜帯を含め、1日4回の訪問が必要であり、重症な他患者は、別の訪問看護師に担当を変更してもらった。C病院にいつでも入院ができる体制をとった。A氏は家族の見守る中、永眠される。

考察

A氏を支える訪問看護師を、多職種が関わり支えることで、A氏の想いを叶え、家族の見守る中、A氏が最期を迎えることができたと考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携5

P-2-66

胃ろう造設者への在宅での肺炎予防取り組み ～多職種連携による取り組み～

源 啓介¹ ミナモト ケイスケ

森山 博美² モリヤマ ヒロミ

大澤 翼¹ オオサワ ツバサ

¹ ガイア訪問看護ステーション池袋 赤羽サテライト

² 株式会社ガイアメディケア

【はじめに】胃ろうは簡便かつ安全性の高い栄養管理方法として広く汎用されている。しかし合併症として下痢や胃食道逆流が挙げられ、夜間時の微量誤嚥（不顕性誤嚥）により18%という高い発症率で肺炎を起こしている。また、家族の介護負担への影響も大きい。今回、看護師・療法士の協働により肺炎予防や介護負担軽減が図れた症例について報告する。

【症例】x-7年：脳梗塞発症。x年3月：肺炎により入院。入院中に誤嚥を認め、PEG造設。x年5月末：自宅退院され、訪問看護開始。在宅生活において以下の問題点が挙げられた。①常に開口状態となっており、唾液や痰が口腔・咽頭内に貯留し不顕性誤嚥の発症リスク。②経管栄養中の長時間拘束や、下痢によるオムツ・寝衣・シーツの交換頻度が増えることによる、家族の介護負担が増大する。これらに対して、看護師から半固形の栄養剤の導入を勧め、家族へ繰り返し説明や指導を行った。理学療法士から閉口作用のある舌骨上筋群と外側翼突筋に対しストレッチを施行。本人の趣味活動を取り入れ車いすでのTVや音楽鑑賞時間を設けた。その結果、経管栄養の時間が短縮され、便性状は泥状便となり寝衣やシーツ交換頻度が減少した。家族の睡眠時間が確保され、近所の方との交流機会が増加し、家族の介護負担感は軽減（Zarit介護負担尺度16→2点）した。意欲的に車椅子への離床が可能となり、開口状態から閉口状態に変化し、現在も不顕性誤嚥の発症なく在宅生活が送れている。

【考察】舌骨上筋群は喉頭を椎体に対して前方に移動させ、二次的に食道入口部の開大作用を持つことが論じられており、今回顎関節のアプローチや意欲を引き出しての離床の促しを行ったことで不顕性誤嚥の予防が図れたと考えられる。また、半固形栄養剤を用いた事で、栄養剤の投与時間の短縮、下痢の改善、手技の簡素化を図れた事が介護負担軽減につながったと考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携5

P-2-67

基幹病院含めた多職種チームが機能したがん末期の在宅腹膜透析のケース

鈴木 直美¹ スズキ ナオミ
河原崎 宏雄² カワラザキ ヒロオ
大澤 基³ オオサワ モトイ
小太刀 悟¹ コダチ サトル

¹ 株式会社GCI 訪問看護ステーション芍薬瀬谷

² 帝京大学医学部附属溝口病院

³ 横浜ホームクリニック

【はじめに】 質の高い在宅医療を実現する為には多職種連携が重要となるという点は周知の事実である。当ステーションは腎疾患の緩和ケアに重点を置いており、基幹病院に加え在宅診療の腎臓内科医とのネットワークを構築していた。我国の在宅領域で普及が進んでいない腹膜透析では基幹病院の専門医を含めた継続的な連携が重要と思われる。【症例】 多発性骨髄腫、廃用、仙骨部褥瘡を併発した70代男性で腎不全が進行し、ご家族含めて療法選択した末、腹膜透析を導入した。基幹病院の腎臓内科医から訪問看護依頼を受け、腎臓内科医である在宅医に繋げた。ご家族とケアマネも参加した退院前カンファでは基幹病院側主治医が予後予測を1年と定量的に示しアドバンスド・ケア・プランニングの重要性が強調され、透析導入病院から在宅医へのバトンタッチとチーム全体の方向性が示された。退院時から完全非公開型医療介護専用SNS（以下SNS）を採用し、基幹病院専門医、在宅医、当ステーション、ケアマネ、ヘルパー、訪問入浴が参加した。SNSにアップされた在宅主治医の診療録にはご家族への退院当日の説明として予後予測はさらに短い半年と告げていた。ご家族、ケアマネと他職種で病状、治療方針、予後予測について情報の混乱があったものの、その後のSNSによる情報共有で当混乱を解消することができた。予後予測は受け止め側のレディネスが鍵であり、基幹病院で家族に告げられた内容との整合性を確認することで初めて受け止めることができた。【考察】 在宅診療でのSNS利用に比べて、地域連携として基幹病院がSNSを活用することは多くない。一方で対面や電話での継続的連携は困難なことが多い。腹膜透析という初めての経験で不安な中、在宅医療側は基幹病院専門医を頼る部分が多分にあり、退院後も情報共有ツールを有効活用することで多職種間理解の共通化が実現した。

利益相反：無

一般演題（ポスター）多職種連携5

P-2-68

施設から在宅復帰できた一例～家族支援をインテグレーターとしての役割をもった関り～

杉山 洋貴^{1,2} スギヤマ ヒロタカ
小泉 洋子² コイズミ ヨウコ
奥先 宏一郎^{3,2} オクサキ コウイチロウ

¹ NPO法人サポートオブサポーターズ・光

² 訪問看護ステーションとも

³ みらい福祉

【はじめに】施設入居者が在宅復帰をするためには多くの課題があり難渋することが多い。本事例はコロナ禍で関係者が集まって情報共有することができず、より困難な状況であった。今回、インテグレーターとしての役割を持って関わることで情報や本人・家族の理解も含めて統合し、在宅復帰につなげることができたため報告する。【症例】本事例は住宅型有料老人ホーム入居中、2020年3月に在宅復帰前の外泊訓練を開始するタイミングで新型コロナウイルス感染拡大に伴い施設の外出制限がかかり、そのまま約2年半が経過した。2022年8月より作業療法士が在宅復帰に向けての家族支援をすることとなった。事例は脳梗塞の右半身麻痺、失語症にて複雑な会話は理解も難しい。加えて記憶障害や知的機能低下も認め、自己では自宅復帰後の生活について正しく理解して選択することは難しい状態であった。また、家族・ケアマネジャー（現在担当者・自宅先担当者）・入居中施設・在宅医・言語聴覚士・在宅復帰後利用予定の介護事業所とより多くの関係者が関わる状況であった。しかし、一同に集まることができずに家族が調整する必要がある、より困難さを増していた。家族に対し、先に本人の意向を障害像を踏まえて伝えることで理解が得られた。次に関係者の情報を統合して生活像を伝えることで在宅生活のイメージを具体的に持てるようになった。結果、11月に在宅復帰となった。倫理的配慮としては、本人家族へ本発表の趣旨を説明の上、同意を得た。【考察】作業療法士がインテグレーターとしての役割をもって関わることで、本人の意思を障害像や生活像を踏まえて情報共有することができた。このことが、関係者のより具体的な共通理解につながったと考える。より多くの多職種・多事業所が関わるなかで情報の統合ができ、家族支援をすることができた。その結果、共通認識をもって取り組むことができ、在宅復帰できたと考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携5

P-2-69

若年非がん患者が安心して在宅療養するための多職種連携

杉村 円¹ スギムラ マドカ
石川 智恵子¹ イシカワ チエコ
丸山 昌子¹ マルヤマ ショウコ
笹岡 大史² ササオカ タイシ
石井 健治³ イシイ ケンジ
松田 沙織³ マツダ サオリ
村田 美紀子³ ムラタ ミキコ

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 診療部

³ 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】

若年非がん患者が安心して在宅療養をするためには、介護保険適応外、そして医療保険自己負担も大きいことから、経済支援、医療的支援などの多くのサポートが必要である。本症例は生活保護受給者で、独居、介護保険適応外、医療依存度も高く、様々な連携機関による多職種連携が必要であるにも関わらず、調整役であるケアマネジャーが不在である課題を検討した。

【症例】

アルコール性肝硬変、末期腎不全、高度貧血、腹水貯留、膀胱留置バルーンカテーテルを留置されていた41歳女性。介護保険は申請対象外。本人の早期自宅退院という意向に沿い、訪問診療が介入となる。訪問診療介入後は、点滴の調整、膀胱留置バルーンカテーテルの交換、留置カテーテルによる腹水ドレナージを行いながら経過フォローをした。介護保険対象外であり担当ケアマネジャーが不在であったため、当院の相談員（社会福祉士）が連携窓口となり、スムーズな多職種連携を図るためチャットツール（Chatwork）とスケジュールソフト（CrossLog）にて、効率的に情報共有を行った。地域社会資源、行政、医療扶助での訪問看護、高度貧血のため一時的に輸血目的での入院調整、移送のための民間救急などの多職種連携を図り、約2ヶ月の在宅療養後にご自宅にてお看取りになった。

【考察】

特定疾病以外や40歳未満の若年非がん患者は、介護保険申請が出来ないためにケアマネジャー不在のために、特定の担当者が経済負担の配慮下に、様々な事業者との密接な連携が必要になる。調整担当者は、医療介護福祉全般の知識や地域事情に詳しいものが、連携の窓口として効率的かつ正確に主導していくことが望ましいが、どの職種が調整するかが定められておらず、介護保険や医療保険の評価がなく、善意による支援で成り立っていることに改善の余地が考えられた。

利益相反：無

一般演題（ポスター）多職種連携5

P-2-70

社会的孤立に対し医療ソーシャルワーカーがエコロジカルアプローチを実践した一症例

松井 亜由美¹ マツイ アユミ
堀 奈月² ホリ ナツキ
齋藤 慶子² サイトウ ケイコ
菊地 泰基² キクチ ヤスキ
岡田 健一郎² オカダ ケンイチロウ
弓野 大² ユミノ ダイ

¹医療法人社団ゆみの のぞみハートクリニック

²医療法人社団ゆみの

【はじめに】社会的孤立は、健康な高齢者であっても死亡リスクが2倍高まるとされ、在宅医療において重要な位置づけである。今回、医療ソーシャルワーカー（以下MSW）がインテーク面接時に、社会的孤立に陥っている患者の家族を発見し、エコロジカルアプローチに基づき、家族の機能不全に介入した症例を報告する。発表に際し、症例に対して本研究以外では使用をしないこと、それにより不利益を被ることはないことを説明し書面による回答をもって同意を得た。【症例】A氏、慢性心不全の90代女性、要支援1、屋内ADLは自立。親族より訪問診療の依頼あり、MSWが訪問。その際、数十年もの間、体調不良時に通院する医療機関以外は他者との関わりがない長女が存在を知った。A氏は自身の体が思うように動かなくなってきたことに加え、長女の将来に悲嘆しており、相談相手もおらず社会から孤立していた。MSWはA氏の不安を傾聴し、長女の自律した生活を目標に定期訪問を実施した。さらに障がい者基幹相談支援センターやケアマネジャー等と協働し、長女に対する生活支援サービスを導入した。その結果、住み慣れた自宅で暮らしたいという母娘の想いはじめ患者自身が生きる上での希望を口にするなど社会と繋がることができ、現在も在宅生活を継続している。【考察】本症例では、A氏と長女を単に課題を抱えた人と捉え別々に援助するのではなく、家族全体の課題と捉え介入することが重要であった。A氏の悲嘆からくる意欲喪失に対し、その要因である長女の生活支援を実施したことで、A氏と長女が家族でありながらも個人としての生活が成り立ち、またA氏と長女の閉鎖された環境から社会との繋がりが出来た。その結果意欲が向上し今後どう生きていきたいのか将来を見据えた意思決定が出来たと考えられる。【結語】在宅医療において、社会的孤立に対するエコロジカルアプローチの有用性が示唆された。

利益相反：無

一般演題（ポスター）多職種連携5

P-2-71

～家族 それぞれの思いをかなえるために～ 「9060問題に立ち向かう 多職種連携」

森川 裕美 モリカワ ヒロミ
シャローム若葉第2居宅介護支援事業所

【はじめに】住みなれた自宅で「最後まで家族と共に暮らしていきたい」と誰しものが願う中、「その思い」を叶えていくために、介護保険制度だけでは解決できない問題を各専門職と協働することが必須である。今回「9060問題」と名付け、症例を通して、今後の生活の見通しを含めサービス調整を行った症例を報告する。【症例】88歳 女性 要介護2 家族構成：長男と二人暮らし 夫は他界。上行結腸憩室炎 出血性貧血 アルツハイマー型認知症 長男：64歳 精神発達障害 てんかん 療育手帳（Aの2）依頼内容：地域包括支援センターより、障害を持つ子供を抱える高齢の母と、長男の生活支援相談。ケアマネジャー：協働の要として動く。長男の障害サービスや公的機関・インフォーマルサービスと連携し安否確認システムを構築し、本人たちが望む自宅療養を支援するケアプランを作成。支援内容：金銭管理困難社会福祉協議会（利用者）：月2回の通帳管理。生活自立・仕事相談センター同時介入後見人（長男）：出納管理。父親が生前に決定。健康管理在宅診療（利用者）：月2回訪問。訪問薬剤（利用者）：診察日に処方配薬。訪問看護（利用者・長男）：週2回訪問。③生活維持・安否確認障害者基幹相談支援センター（長男）：障害福祉サービス調整。障害者グループホーム（長男）：今後の入所等を視野に入れ定期利用中。訪問介護（利用者・長男）：365日使用中。介護・障害福祉の両方を使用。配食サービス（利用者・長男）：昼・夕の配食。牛乳配達・新聞配達：金銭管理困難を理解したうえで、緊急時の報告連携に協力。【考察】「9060問題」の解決には、多職種連携が重要であることを経験した。利用者、長男の生活を支えるために、適切な在宅支援のコーディネートを行うために、ケアマネジャーが多職種の要になり得る。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携5

P-2-72

9060問題の課題と限界～prologue～

細矢 康子 ホソヤ ヤスコ
株式会社わかば在宅支援センター

【はじめに】

昨今社会問題となっている8050問題は、医療、介護・福祉従事者であれば現実社会の問題として捉え、現在は9060問題に移行している。

私は以前、両親他界後に独居生活となった知的障害者の支援を通し、障害特性から健康と生活は破綻、低栄養で死に至った症例を経験した。これを繰り返さないと誓い、以下の症例から課題と限界を考察する。

【倫理的配慮】

本症例参加者には、目的、方法、参加は自由意志で拒否による不利益がないこと、及び、個人情報の保護に配慮し、文書と口頭で説明、書面にて同意を得た。

【症例】

1. ▲氏、60歳台、男性
2. 障害/知的障害（B1）、重複障害
3. 家族構成/父80歳台後半、母80歳台半ば
4. 相談内容/▲氏による両親と地域社会への暴言暴力により両親が疲弊、両親亡き後の▲氏の生活について
5. 支援内容と結果/
 - 1) ▲氏に関わる医療機関、介護・福祉事業所が複数あり連携や調整業務が困難であった。
 - 2) グループホーム入所は特に母親が子との分離に消極的であった。
 - 3) ▲氏の生活能力が皆無で、グループホーム入所が困難であった。
 - 4) ▲氏自身が終始、親なき後を想像できなかった。
 - 5) 9060問題への問題意識と、▲氏の介護保険移行を想定した支援に支援者間で乖離があった。

【考察】

障害福祉サービスでは、多職種間の課題の共有が乏しい印象がある。また、障害福祉と介護保険における自立の概念が異なり、障害福祉サービスだけでは親亡き後を念頭に置いた制度設計が不十分で支援者の負担が増大し疲弊につながる。また母子分離については、多様な価値観と時代背景などに配慮し誰一人取り残されないよう支援しなければならないが時間と労力を伴う。

医療、介護・福祉従事者が制度の限界という壁にぶつかることが9060問題支援の限界であり、多職種連携の具体策が課題であると考えた。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 多職種連携5

P-2-73

脳波による意思伝達装置を拒みつつも最期まで意思を表現することを希求する在宅ALS療養者への支援の一例 –異色専門家が織りなした伴走型支援–

諏訪 亜季子¹ スワ アキコ
原田 愛² ハラダ アイ
佐野 将大³ サノ ショウダイ
和田 知世¹ ワダ トモヨ

¹ 香川県立保健医療大学 保健医療学部 看護学科

² 訪問看護ステーション 福

³ 香川県立高松支援学校

【はじめに】

筋萎縮性側索硬化症（以下、ALS）は、体や目の動きの残存している機能を活用して意思伝達装置及び入力スイッチの選択や、脳波を使う方法で意思疎通を可能にする。しかし、進行に伴って新たな意思伝達装置への移行が必要となることがある。我々は、瞬きも難しい状況下になり、意思伝達不能の恐怖苛まれるAさんに、多職種での支援を実践したので報告する。

【倫理的配慮】

Aさんの本発表への参加は自由意志で拒否による不利益はないこと、及び個人情報の保護について口頭にて説明し、ご本人から口頭と書面（代筆）にて同意を得た。

【事例】

Aさんは、40歳代の女性で、2020年にALSと確定診断を受け、徐々に身体介助が必要な状況になったが、家族の負担になりたくない人工呼吸器装着を拒否していた方である。話し合いを重ね、2022年に気管切開術を施行、人工呼吸器装着して24時間介護と、訪問看護ステーション、訪問リハビリ、訪問診療による協働支援でご本人の望む単身独居生活を開始した。

2022年10月頃より、眼球運動機能の低下が進み、視線入力センサーでの誤操作が生じるようになった。この症状進行にAさんは、「もし意思疎通ができなくなったら」と強い不安を抱き、不安定な日々が続いた。脳波による意思伝達装置を試験レンタルしたが上手く使えず、よりAさんの不安が増強していた。これに危機感を覚えた訪問看護師が発起人となり、特別支援学校のICT支援を手掛ける教員や、医療的ケア児等コーディネーター、全身性障害の当事者支援専門家等が新たなネットワークを組み、異色な多職種で支援継続した。

【考察】

異色なノウハウを活かして協議を重ねた新たなネットワークは、各々の専門性を理解しようと歩み寄ることから始まり、常にAさんを真ん中にして試行錯誤を続け、Aさんと共にできないことを受け止め、できることに希望をつなぐ伴走型支援が有効であった。

利益相反：無

一般演題（ポスター）異分野・異業種連携

P-2-74

SNS (Social Networking Sorvi) を利用した医療介護連携の実際

細越 巨禎	ホソゴエ ナオヨシ
郷津 香織	ゴウヅ カオリ
関 加世子	セキ カヨコ
吉岡 恵子	ヨシオカ ケイコ
丸山 泰幸	マルヤマ ヤスユキ

岩槻南病院

【はじめに】当院は、高齢化率30%を超えるエリアで地域循環器を担っている病院である。日本では超高齢化社会を迎え「心不全パンデミック」と呼ぶべき事態が進行しており、退院後通院が困難な高齢心不全患者さんを対象に、2019年より在宅診療を開始した。医療・介護の連携強化には迅速な対応と情報共有が必要となる。そのためには、SNSの医療介護専用コミュニケーションツールを使用し、常に医療と介護は身近な存在でいなければならない。

【活動】当院と連携している訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護福祉施設、薬局61施設を対象に、SNS導入前後の医療介護連携の変化などをアンケート形式で調査し、SNSによって連携がスムーズになったのか確認することを目的とした。回答率は75%。8割が医療用SNSを既知しており6割が使用していた。しかし、当地区では同様の既知率にも関わらず、利用率は4割程度であった。2割が医療用SNSを不知で、その7割がSNS導入に至った。全体の1割は、施設の事情やシステムの問題のため導入されていない。SNS導入前は、3割が当院とうまく連携できていないと回答され、連絡しにくい、利用者の細かい情報まで連携できていなかったなどの声があった。導入後は、行われている医療の内容が明記されており、それに対して介護は何をしなければならないのか把握できるようになったと、回答いただいた全員がSNSを使用してよかったと回答した。

【考察】結果より様々な医療介護機関でSNSが広がってほしいとの声もあり、自治体や医師会に働きかけ、より広がっていくことを期待したい。

今後もこの連携強化を維持していきたいと考える内容であった。

利益相反：無

一般演題（ポスター）異分野・異業種連携

P-2-75

在宅血液透析に対する配送問題の実態調査

竹石 康広 ¹	タケイシ ヤスヒロ
西澤 喬光 ¹	ニシザワ タカミツ
斎藤 祐太 ¹	サイトウ ユウタ
山田 遥香 ¹	ヤマダ ハルカ
菅沼 信也 ²	スガヌマ シンヤ
吉川 友浩 ¹	ヨシカワ トモヒロ
阿部 達也 ¹	アベ タツヤ

¹ 腎内科クリニック世田谷 臨床工学部

² 腎内科クリニック世田谷 人工透析内科

【背景】在宅血液透析は自分の生活スタイルにあわせて仕事もプライベートも充実出来る。しかし自宅で透析をするには物品確保の為に配送は欠かせない。その中で透析液は10kg以上あり、毎日透析をするなら月に30個前後が必要になる。現在業者が担っている配送は破格であり、施設によっては無料で実施されている。しかしながら2024年の物流問題によるドライバー不足、運賃の増加、それらの協力が得られなくなる可能性がある。【目的】今後在宅血液透析の更なる発展を望むためにも、患者・医療者・業者すべてが無理なく配送を実施していくために、現状を整理し解決策を検討したい。【方法】日本在宅血液透析学会に登録している施設に現在の患者宅への配送方法、費用の負担等のアンケートを依頼し、集計した。【結果】全国90施設から55件の回答が得られた。どこが配送を行っているかでは代理店45.5%、透析液メーカー15.2%、薬局15.2%、自施設4.5%、患者自身12.1%、その他7.5%、配送費用の負担については施設が負担7.8%、患者が負担19.7%。業者が負担72.5%、施設と患者が負担している配送料については5000円以下が80%、10000円以下が20%という結果だった。【考察】多くの施設が業者負担で配送をおこなっているが、負担する側から限界の声が上がってきている。現状のままでは在宅血液透析を普及することは難しい。一方、薬局配送などでは指導料の算定を用いることで一方的な配送費の負担をしないようにしている。他にも患者が配送費について自身で薬局や配送業者と交渉するところもある。【結語】在宅血液透析は患者の社会復帰を助けることで社会に労働力を還元できるというメリットがあり、在宅医療は推進されている。しかし治療には費用が掛かり、解決していく為には現状を分析して在宅血液透析のメリットを行政に伝えて行くことが大切である。

利益相反：無

一般演題（ポスター）異分野・異業種連携

P-2-76

超高齢社会課題解決のためのセミナー活動 ～介護医療連携から課題解決の糸口までの道のり～

笹岡 大史 ¹	ササオカ タイシ
石井 健治 ²	イシイ ケンジ
松田 沙織 ²	マツダ サオリ
杉村 円 ³	スギムラ マドカ
石川 智恵子 ³	イシカワ チエコ
丸山 昌子 ³	マルヤマ ショウコ
木村 彰方 ⁴	キムラ アキノリ
茅野 俊幸 ⁵	チノ トシユキ

¹ 春日部在宅診療所ウエルネス 診療部

² 春日部在宅診療所ウエルネス 看護部

³ 春日部在宅診療所ウエルネス 地域連携部

⁴ 東京医科歯科大学 副学長（IR室長・監査室長）

⁵ 蓮田市消防本部 消防課 警防係

【はじめに】在宅医療では、介護福祉や消防署など、関連業界との連携が必要になる。大学病院循環器内科部長をしながら、超高齢社会のなかで急性期医療の限界を実感し、介護老人保健施設の施設長に転身する。その後、高齢者の慢性期、終末期医療には、在宅医療の実践と啓発の必要性を痛感し在宅診療所を開業する。さらに、超高齢社会課題解決のためには、関係者たちの共感共鳴が必要と考え、セミナーの企画運営をはじめた。

【活動】はじめに、メディケア・アカデミーというセミナーを開催（全22回、50～200名）し、県立大学の講堂で大規模な講演会も企画した。その後、地域ケア懇話会（全8回、30～50名）を開催、さらにはウエルネス地域医療懇話会（計3回開催済20～25名）を立ち上げた。また、消防署との繋がりを契機に、救急搬送要請件数が高齢者施設ごとに大きく異なることを検討し学会発表を行う。異業種連携では、救急救命士を招聘し、現在の高齢者施設現場待機時間が3年間で2.6倍（18分から49分）に爆発的に増加しているという危機的課題を見出すことが出来た。さらには、政治家の参加からパブリックコメントとしての政策提言をする機会にも繋がった。

【考察】在宅医療や高齢者施設に関わる方々に集まっていただき、セミナーの企画運営を行う。開催後の振り返りから、参加者を広域から地域に、さらには関連業界の経営管理者や病院、診療所等の裁量権のある方々に絞り、在宅医療に関連するテーマで講演と対話が必要と考えられた。これまでの経験から、介護在宅医療のような親和性の高い人たちの集まりから、対話の少なかったパブリックコメント（意見公募）を政治に伝えることや、急性期医療、消防署など周辺業界などの参加者との関わりから、革新的な気付きや変化が生まれ、超高齢社会課題解決のための地域医療構想に関連する、制度改定や地域包括ケアシステムの進化に通じると考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター）異分野・異業種連携

P-2-77

居宅介護支援に従事するケアマネジャーの心不全に対する知識、介護現場での取り組みや意識に関する実態調査

佐野 容子¹ サノ ヨウコ
横井 利明¹ ヨコイ トシアキ
仲野 正明¹ ナカノ マサアキ
佐藤 直樹² サトウ ナオキ

¹ トーアエイヨー株式会社臨床開発部メディカルアフケアーズ課

² 医療法人社団康幸会かわぐち心臓呼吸器病院

【目的】介護現場における心不全に対する知識や取り組みの実態を把握するためケアマネジャー（以下ケアマネ）を対象にアンケート調査を行った。【方法】2022年11月～翌年1月、ケアマネ向け情報サイトでwebアンケートを行った。設問は心不全による体調変化の確認方法や緊急度及び原因疾患や管理の知識（10問）、実際の対応状況（病状の把握や心不全の兆候があるときの対応等）（5問）とした。（倫理的配慮）本調査は無記名回答とし、参加は自由意志で、個人情報保護を保護して公表することに同意を得て実施した。【結果】829名のケアマネから回答を得た。知識に関する設問の正答率は $59.8 \pm 14.8\%$ （平均値 $\pm$ SD）であり、「息切れで最も重篤で急を要する状態」の設問に、動いたあと21.7%、寝ているとき44.1%、前かがみのとき10.5%、座っているとき*10.9%、分からない12.8%、「心不全の病的なむくみを判定する時間帯として最もよいもの」の設問に、朝*61.8%、昼3.3%、夕方14.4%、夜4.8%、分からない15.8%との回答を得た[*が正答]。「急な体重増加」や「倦怠感を伴う食欲不振」を「医療職に連携する」とした回答は各々83.0%、92.3%であった。利用者への対応について「心不全の原因疾患の病状、ステージの把握」、「心不全兆候がある際の介護事業所を通じた連携のお願い」は各々、いつも（よく）している（6.2%、27.3%）、なるべくしている（39.0%、47.4%）、どちらでもない（20.6%、12.3%）、あまりしていない（23.4%、9.5%）、全くしていない（10.9%、3.5%）であった。【考察】介護職は、高齢者の日常の健康状態の変化に気づくことができる立場にあり、ケアマネを通じた利用者の心不全症状への気づきを促す活動は、心不全発症の予防につながりうると考えられる。

利益相反：有

一般演題（ポスター） 異分野・異業種連携

P-2-78

居宅介護支援に従事するケアマネジャーを対象とした心不全新規発症予防に関する啓発活動の取組み

横井 利明¹ ヨコイ トシアキ
佐野 容子¹ サノ ヨウコ
仲野 正明¹ ナカノ マサアキ
佐藤 直樹² サトウ ナオキ

¹ トーアエイヨー株式会社臨床開発部メディカルアフェアーズ課

² 医療法人社団康幸会かわぐち心臓呼吸器病院

【目的】 ケアマネジャー（以下ケアマネ）を対象に居宅介護での心不全発症予防を目的とした啓発活動を行い、その影響を検討するためにアンケート調査した。【方法】 心不全について少数名のケアマネにインタビューしたうえで、啓発方法を心不全専門医と介護職員が対話形式で検討し「心臓チェックリスト」を作成した。次に心不全発症予防で注意すべき疾患知識や医療職に連絡すべき体調変化やタイミング（緊急性）等を述べた記事と併せてケアマネ向け情報サイトを通じて2022年12月から2か月間全4回配信した。配信前後で「心不全の知識」「症状の把握と対応」「チェックリスト」等に関してwebアンケートを行った。（倫理的配慮）参加は自由意志で無記名とし、個人情報保護を保護して公表することに同意を得て実施した。【結果】 配信の結果6,218名の閲覧があり、配信前後のアンケートで前後値のある490例を解析したところ、「心不全の知識」の正答率は61.4%から $3.8 \pm 16.4\%$ （平均値 $\pm$ SD、中央値10.0%）上昇した。「症状の把握と対応」では、「心不全の原因疾患やステージを把握しているか」「息切れなどの症状変化があれば介護事業所を通じて連携しているか」等について、「いつもしている」～「全くしていない」の5段階で尋ねたところ、配信前後で自己評価を変えたケアマネが多くみられたが、その変化の方向及び程度は一様ではなかった。「心臓チェックリスト」に対して、配信後の744例の回答中85.9%が「使ってみたい」と回答し、実際に使用した52名より「介護と医療の連携がしやすくなった（72.2%）」等の回答があった。【考察】 ケアマネへの心不全の疾患知識の啓発や「心臓チェックリスト」の活用はケアマネを通じ、介護現場の気づきと医療者への連携に有用である可能性があると思われる。今後、心不全発症の予防に貢献できるか更なる検討を進める必要がある。

利益相反：有

一般演題（ポスター） 異分野・異業種連携

P-2-79

居宅介護支援事業所と病院・診療所・在宅療養支援診療所其々との連携手法とその取りやすさについて

豊田 基 ²	トヨダ モトイ
田澤 由佳 ³	タザワ ユカ
原 武雅 ³	ハラ タケマサ
後藤 香央 ²	ゴトウ カオ
島澤 由美子 ²	シマザワ ユミコ
山崎 幸子 ³	ヤマザキ サチコ
蒲生 望 ³	ガモウ ノゾミ
金井 文彦 ¹	カナイ フミヒコ
太田 容子 ²	オオタ ヨウコ

¹ 医療法人社団永研会

² 医療法人社団永研会 ケアプランちとせ

³ 医療法人社団永研会 ケアプランちとせ調布

【はじめに】居宅介護支援事業所として、利用者（患者）の入退院や日々の受診、状態、対応についての報告など様々な場面で医療機関と連絡を取り合う機会がある。しかし、医療機関によって連携のシステムが異なるためそれぞれに対応しているが、問題がある場面が多々ある。連携を阻む問題についてその原因と改善策を述べる。【活動】法人内の2居宅介護支援事業所合わせて288名の利用者を担当、その全ての利用者に主治医がいる。内訳は在宅療養支援診療所：115名、20床以上の病院（以下病院）：94名、20床以下の診療所（以下診療所）：79名である。介護側が医療機関との連携をとる際、病院の場合は連携部署や退院支援看護師を経由する。専門職が窓口になるためスムーズに連携できることが多いが、担当が定まらない場合同じ説明の繰り返しになるなどの問題点がある。診療所の場合は多忙なため随時性の高い連絡手段が求められるが、十分な時間が取れず連携が不十分になることが問題としてあげられる。ケアマネジャーが連絡を取りやすい時間を設定している医療機関もあり、介護側はその時間を狙って連携を図る。在宅療養支援診療所の場合は相談員、看護師、コーディネーター等のスタッフを通じる他SNSも活用する。こちらも担当者が定まらないことがあると意向や情報が伝わりにくい為、介護側からも窓口を一本化するように働きかけている。他、自治体によっては医療と介護の連携シート等のツールを用意しているところもある。【考察】医療機関によって介護側との連携システムに違いがある。介護側はそのシステムに対応できるよう努めているが、それでも連携が不十分な場合がある。その原因について、多忙、相互に対する知識不足、個の問題、担当者が定まらない等があると考えられる。ICTの活用や窓口の一本化、接遇の改善などで利用者・患者が不利益を被らないように努める必要がある。

利益相反：無

一般演題（ポスター）異分野・異業種連携

P-2-80

地方医療圏の現況に対して地方公立病院が展開する在宅医療を中心とした医療介護連携の試み

野尻 俊介 ¹	ノジリ シュンスケ
山口 明子 ¹	ヤマグチ アキコ
山下 元幸 ²	ヤマシタ モトユキ
横尾 健 ³	ヨコオ タケシ
寺井 崇二 ³	テライ シュウジ

¹ 見附市立病院

² 広域白報会にいがた在宅診療所

³ 新潟大学医歯学総合研究科消化器内科学分野

【はじめに】

新潟県見附市は中越医療圏に含まれ当院は見附市唯一の入院機能を持った病院である。当医療圏では長岡市の基幹病院を中心とし機能分化が進められてきたが、他の地方医療圏と同様、基幹病院に救急症例が集中し、高齢者の退院支援が進まず病床が圧迫される問題が解消されていない。当院も地ケア病床を利用し医療圏の問題解消に努めているが、94床の枠組みでニーズに十分応えることは難しく、病病連携だけでは解決に繋がらないことが明らかになってきた。帰宅困難高齢者の療養環境を病院外に創り出すことは当医療圏では喫緊の課題で、当院は見附市と介護施設と連携を組みながら、当医療圏の高齢者医療センター地域となるべく医療介護連携強化に努めている。その中で当院が展開する在宅医療を軸に介護施設の活動度が上昇し施設での安定した療養環境を創出した例を報告したい。

【活動】

2022年8月から当院は訪問診療を開始した。市内有料老人ホームと協働し同ホーム内での医療行為を取り入れることを進めることで、施設内で「点滴できない」「酸素が使えない」「各種管の管理ができない」等の常識を打破し施設で受け入れ可能な患者像を拡大できた。同施設の成功例に倣い見附市在宅医療連携協議会を通じ、市内各介護施設の活動度が徐々に改善されており、地域全体の医療介護連携が進んでいる。

【考察】

総務省から「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」が策定され「介護保険事業との整合性を確保しつつ、緊急時における後方病床の確保や人材育成など在宅医療に関する公立病院の役割・機能を示すことが望ましい」とされており、当院も在宅医療を軸にした病院改革を進めている。地域に根差した公立病院が在宅医療を牽引することで、在宅医療介護環境を改善浸透させていることを実感しており、地域包括ケアシステムのモデルの一つとなる可能性を秘めていると考えている。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 排尿・排便ケア・褥瘡ケア

P-2-81

オーソモレキュラー治療により改善を得た超高齢者の難治性重度褥瘡の一例

新井 正晃 アライ マサアキ
汐入ばくクリニック

【はじめに】

超高齢患者の重度褥瘡の治療に難渋することは稀ではなく、悪化要因として多様な背景が考えられる。中でも微量栄養の欠乏は通常の検査では評価困難なものが多く、臨床現場で見過ごされがちである。オーソモレキュラー医療はビタミン・ミネラルなどの微量栄養を理想的なレベルに補うことで病状の改善や症状の緩和をはかるもので、昨今の統合医療の現場において非常に注目されている。今回、超高齢認知症の難治性重度褥瘡の治療において、オーソモレキュラー医療を援用して著明な改善を得たので、生化学的考察を交えて報告する。

【症例】

92歳、女性。認知症による失語、意思疎通困難、ADL車椅子。下腿を車椅子のステップに打ちつけて褥瘡発生。尿路感染と意識障害のため入院加療。入院中に褥瘡悪化し閉鎖式陰圧治療を実施も改善できず、尿路感染が落ち着いた時点で施設へ退院。右下腿に複数の3度褥瘡を形成。創部の処置は微温湯洗浄、トラフェルミン噴霧、白糖・ポビドンヨード外用、非固着性外科用パッドで保護とした。内服は酢酸亜鉛、総合ビタミン剤、ビタミンC・パントテン酸配合錠、アスパラギン酸カリウム、水酸化マグネシウム懸濁液、ミノサイクリン、フェンタニルバックカル錠を使用。食欲不振のためカルニチン配合経腸栄養剤を使用。基礎栄養状態が悪いながらも約8ヶ月の経過で褥瘡の著明な改善を得たが、その1週間後に老衰で死亡した。

【考察】

褥瘡の経過に影響を及ぼすものとして除圧やwound preparationなどの外的要因の他、血流や栄養状態などの内的要因があり、微量栄養の機能を生化学レベルで評価し適切に補充を行うことは創傷治癒に寄与する。本症例では老衰による死亡の直前まで褥瘡の改善傾向が見られ、オーソモレキュラー医療は難治性褥瘡の改善に大きく貢献できるものと考えられる。

本件は「研究倫理カテゴリーV」を遵守の下、発表する。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 排尿・排便ケア・褥瘡ケア

P-2-82

下剤を使用しない脊髄損傷者の排便ケア

～脊髄損傷特化型の訪問看護・介護事業所による取り組み～

川村 享平 ^{1,2}	カワムラ キョウヘイ
セヌ 未央 ¹	セヌ ミオ
浦野 治佳 ¹	ウラノ ハルカ
古庄 衣里 ¹	コショウ エリ
立山 沙耶花 ¹	タテヤマ サヤカ
南山 慶伍 ¹	ミナミヤマ ケイゴ
大須賀 悠吾 ¹	オオスカ ユウゴ
山田 知佳 ¹	ヤマダ チカ
熊井 惟志 ³	クマイ タダシ
小柳 礼恵 ⁴	コヤナギ ヒロエ
須釜 淳子 ⁴	スガマ ジュンコ

¹ 訪問看護ステーションRe:Life

² ヘルパーステーションRe:Life

³ みどり訪問クリニック

⁴ 藤田医科大学社会実装看護創成研究センター

【はじめに】脊髄損傷者にとって便失禁は最大の悩みのひとつである。今回、入院時から刺激性下剤を内服しているASIA機能障害尺度のA（完全麻痺）の3例が当事業所の利用後に下剤を中止して適切な排便ケアをした結果、便失禁の頻度が大幅に低下したので報告する。なお、本報告において個人情報保護に配慮し本人から同意を得た。【症例】1例目：20代C4（四肢麻痺）男性、座薬を使用、下剤（刺激、機械性）を内服。便失禁は毎月で、4度の時もあり。便失禁する場合は軟便であった。下剤を中止後、便失禁は減少し、直近半年は1度も便失禁がない状態で、便秘にもならなかった。2例目：50代C6男性、浣腸を使用。刺激性下剤を内服。便失禁はほぼ毎月あり多い月は5回以上であった。刺激性下剤を終了すると同時に毎日の訪問看護として直腸に便が下りている時に対処する方法へ変更した。月に1回程度の便失禁が1年ほど継続したが、徐々に便失禁は減少し、直近半年間での便失禁は1回だった。3例目：20代C6男性、浣腸を使用。刺激性下剤を内服。退院後の2週間で便失禁が2度あったため、刺激性下剤を徐々に減らし、中止とした後に機械性下剤を内服。その後も月に1回ほどの便失禁は継続し便性状の軟便化があるため機械性下剤も中止。便失禁の頻度は半年に2度へ減少。外食機会が増加したときに便失禁が増加するも直近3か月の便失禁はない。なお、看護師の介入は各利用者に合わせた排便の促進に効果的な排便マッサージ方法、浣腸の量・保持時間、排便終了の目安など各利用者に適したより良い排便ケアを検討しながら実施した。【考察】刺激性下剤や機械性下剤の使用により直腸やS上結腸の便が軟便化しているときがあり、その時にここで便を貯留できず便失禁することが要因と考えられる。今回、下剤を中止し、同時に各利用者に合わせた適切な看護ケアを行ったことで便失禁の頻度が減少したと考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 排尿・排便ケア・褥瘡ケア

P-2-83

在宅診療における肉眼的血尿に対する対応の検討

力石 辰也 ¹	チカライシ タツヤ
小畑 正孝 ²	オバタ マサタカ
浅野 友彦 ¹	アサノ トモヒコ
伊藤 浩光 ²	イトウ ヒロミツ
永野 牧郎 ³	ナガノ マキオ
野口 拓哉 ⁴	ノグチ タクヤ
阪地 楓 ²	サカジ カエデ

¹ 医療法人社団ときわ練馬在宅クリニック

² 医療法人社団ときわ赤羽在宅クリニック

³ 医療法人社団ときわ大宮在宅クリニック

⁴ ときわ在宅クリニック墨田

【目的】

肉眼的血尿を訴える在宅患者について、患者背景・診断・治療および転帰を検討することを目的とした。

【方法】

2018年7月から2023年11月を調査対象期間とした。電子カルテの検索機能を利用してカルテ内に「血尿」の記載がある診療記録を抽出し、その中から肉眼的血尿を訴えた患者67名を対象とした。これらの患者の年齢・性別・抗血栓薬内服の有無・行われた検査・血尿の原因診断・対応・転帰について調査した。調査にあたっては、患者の氏名・住所・電話番号は抽出せず、個人の識別には患者番号のみを用い、患者背景としては年齢・性別のみを用いて個人情報の保護に配慮した。

【結果】

患者の平均年齢は 84.1 ± 11.3 歳、性別は男性24例（35.8%）女性43例（64.2%）であった。抗血栓薬を内服している症例は29例（43.3%）あった。尿路超音波は20例（29.8%）、尿沈渣は5例（7.5%）で施行された。肉眼的血尿の原因は尿路感染症が16例（23.9%）で最も多く、ついで尿道留置カテーテル関連13例（19.4%）、抗血栓薬の副作用7例（10.4%）、尿路結石6例（9.0%）、既知の膀胱腫瘍6例（9.0%）、前立腺肥大症3例（4.5%）、直腸がんの膀胱浸潤2例（3.0%）、尿道カルンクラ2例（3.0%）で、診断なしも11例（16.4%）みられた。対応は抗生物質投与12例（17.9%）、抗血栓薬の中止が5例（7.5%）その他4例（6.0%）経過観察のみが44例（65.7%）であった。血尿をコントロールできなかった2例（3.0%）が入院となった。

【考察】

在宅診療の場面で肉眼的血尿を訴えた患者の40%以上が抗血栓薬を使用中であり、まずはこのことを念頭に置くべきと考えられた。次に在宅診療における肉眼的血尿では、一般泌尿器科診療とは異なり、悪性疾患よりは尿路感染症や尿路結石が原因であることが多いものと推察された。診断には超音波が有用であるが、現状では30%程度しか使用されていないので、より多くの活用が望ましいと思われた。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 排尿・排便ケア・褥瘡ケア

P-2-84

胃ろう漏れによるスキントラブルの治療～在宅でもできるケア方法

水原 章浩 ミズハラ アキヒロ
医療法人三和会東鷺宮病院

【はじめに】

胃ろう患者を診ることは、病院でも施設でも当然のことになっているが、ときに胃ろう漏れで生じたスキントラブルに悩まされる場合がある。当院では胃ろう漏れによるスキントラブルに対して種々の工夫をしてケアにあたっているので報告する。

症例提示にあたっては個人の情報が特定できるような記載を行わない。

【症例】

過去、胃ろう漏れの原因として、以下のような原因が考えられる。ひとつは、胃ろうチューブの傾ける向きがいつも同一方向になっている場合に脇から漏れるケース、さらには固定板を押しつけすぎることによって瘻孔が広がってしまうケースがある。また腹満があり腹圧が過剰になっているケースや、高齢の腰の曲がった痩せた患者の季肋部に胃ろうを作製した場合に漏れる場合がある。特殊なケースとしてBall valve症候群によるものがある。

【胃ろう漏れ症例への対処法】

胃ろう漏れへの対処としては、半固形栄養材に変更する、胃腸管の蠕動を促す薬剤を投与する、便秘を解除する、生理用ナプキンを使ってチューブを垂直に立てる工夫をする、胃ろうから空腸にチューブを進める（PEG-J）、チューブを抜去して瘻孔の縮小を待って再挿入するなど種々の試みを行い、ほぼ解決することができた。

一方、胃ろう漏れで生じたスキントラブルには、軟膏治療として亜鉛華軟膏混合軟膏を使用する、びらん～潰瘍に対しては粉末状創傷被覆材を使用する、ハイドロコロイドやポリウレタンフィルムなどの創傷被覆材で覆って湿潤療法を行なうなどの治療を行った。

【考察】

胃ろう漏れのスキントラブルは、今回示した方法でほぼ対処できると考える。参考書：水原章浩著：胃ろうスキントラブルはこう治す。医学と看護社2015年

利益相反：無

一般演題（ポスター） 排尿・排便ケア・褥瘡ケア

P-2-85

「在宅褥瘡ケア」～在宅褥瘡チームで関わった一例～

花岡 千鶴 ハナオカ チヅル
永津 有理 ナガツ ユリ
河端 加南子 カワバタ カナコ
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】在宅褥瘡ケアは介護者だけでなく医師、看護師、セラピスト、管理栄養士、ケアマネージャー等、多職種が専門性を活かし情報共有や継続したケアを行う必要がある。今回褥瘡形成した患者に対し、多職種で構成した褥瘡チームで介入し、施設介護士と連携してケアを行い治癒した一例を報告する。【症例】94歳の女性、グループホーム入所中。認知症、高血圧、左変形性膝関節症の既往がある。日常生活動作は全介助が必要な状態。月2回の訪問診療を行っており、施設介護士より仙骨部の表皮剥離が悪化していると報告があった。主治医の特別訪問看護指示で当院訪問看護師が介入し褥瘡ケアを行った。ケアマネージャーにエアーマットの導入を依頼、施設介護士には体位変換や除圧の方法、排泄後の処置やケアを継続する方法を説明した。また当院の褥瘡チームが介入、ミーティングや3か月毎のカンファレンスを居住場所で開催、多職種間で情報共有や方針の見直しを行った。管理栄養士からの栄養指導や栄養補助食品の提案、セラピストによるポジショニングの見直し、医師、看護師は褥瘡評価と適切なケアの提供を行い施設介護士への指導も多職種の様々な視点から行った。褥瘡部は一時悪化していたが、その都度再評価とケアを見直し、多職種からのアプローチを継続、徐々に創部縮小し治癒した。【考察】褥瘡形成や創部の悪化は、活動低下や生活の質を低下させる。長時間関わる施設介護士を含め、多職種間での情報共有や意見交換、ケアの見直し、指導を行い保清や体位変換、ポジショニング、栄養面やケアの継続に協力を得られた事が改善の要因と思われる。褥瘡ケアの質の向上は、多職種で連携し、状態把握や褥瘡ケアを行う事で、創部の改善に繋げる事もでき、患者や家族への満足度や、より良い生活の質の向上にも繋がる。今後は新たな褥瘡を形成しない様、施設介護士との連携したケアを行う事が必要と考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 排尿・排便ケア・褥瘡ケア

P-2-86

抗菌性創傷被覆・保護剤による治療が功を奏した褥瘡の3例

村上 英邦 ムラカミ ヒデクニ
光輪会 さくらクリニック

【はじめに】慢性創傷の90%にはバイオフィルムの形成が関与していると考えられている。したがって日々の褥瘡の処置では石鹼や弱酸性の洗浄剤などを用いて創部を強く洗浄することが重要である。しかし、処置をする側の恐れや患者の疼痛の訴えなどにより、軽く洗い流すだけとなっている症例も散見される。そこでそのような症例に対して従来の洗浄が不要である抗菌性創傷被覆・保護剤による治療を提案した。【症例】74歳男性、左下腿～足背および踵に褥瘡あり形成外科で下腿切断予定であったが本人が拒否し保存的加療となり当院で治療開始した。当初は精製白糖ポピドンヨードを外用および用手的にデブリードマンを行い、壊死組織が減少した段階で抗菌性創傷被覆・保護剤の使用を開始し上皮化に至った。72歳女性、難治性の尾骨部褥瘡あり。スルファジアン銀、ブラクデタシンナトリウムなどの外用を試したが効果なし。抗菌性創傷被覆・保護剤を導入し創部縮小した。77歳男性、臀部褥瘡2か所あり。疼痛のため本人が拒否し十分な洗浄が行えず、常時軽度の感染兆候を認めていた。抗菌性創傷被覆・保護剤を導入し創部縮小した。【考察】抗菌性創傷被覆・保護剤導入後3例とも褥瘡は導入後縮小し、抗菌性創傷被覆・保護剤による治療は有用であると考ええる。また3例ともトラフェルミンスプレーと併用した。この2剤を組み合わせることによりより治癒過程が早まっている可能性についても考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 排尿・排便ケア・褥瘡ケア

P-2-87

POOマスターの「気持ちいい排便ケア」への取り組み

尾崎 美由紀 オザキ ミユキ
丸山 美智子 マルヤマ ミチコ
幹在宅看護センター

【はじめに】訪問看護の利用者に排便の問題を抱えている人は多い。下剤の調整が上手くいかず、排便困難で緊急訪問をすることがある。便失禁に対する不安から外出を控えがちである。POOマスターによる「気持ちいい（苦痛のない）排便ケア」を実践し報告する。

【倫理的配慮】発表にあたり患者の個人情報とプライバシーの保護に配慮し同意を得た。利益相反はありません。

【症例】事例1) 86歳男性、独居。下剤を服用中、排便困難と腹痛で緊急受診や緊急訪問を繰り返す状況。下剤を見直し、排便姿勢を整え、苦痛なく排便できるようになった。リハビリに励みADLが改善した。

事例2) 3歳女児、滑脳症、點頭てんかん。2、3日間隔で浣腸しても便が出ないことがある。硬便の時に緩下剤を使うと緩くなり、体調が悪い時も便が緩くなる傾向。エコーで便の状態を確認し緩下剤使用の評価を行った。ホットパックで温罨法し、浣腸後にマッサージと姿勢を整え、便の排出がスムーズになった。排便習慣が整い、てんかん発作が減った。笑顔や喃語が増え、頸や四肢の動きが活発になった。

【考察】不適切な下剤使用は、下痢や腹痛などの副作用をもたらしADLが低下する。単に周期的に便を出す浣腸や摘便等の苦痛のあるケアはQOLを落とす。便を漏らすことは尊厳を傷つけ苦しめる。排便ケアは「全人的ケア」で、その根底は、人間としての尊厳と個性の尊重である。エコーで客観的に確認し根拠を見出せた。住み慣れた自宅で過ごすためには、快適な排便ケアを受けられる事が重要である。トイレ問題はセンシティブであり、できるだけ自分で気持ちよく排泄できることが望ましい。トイレ問題が好転するとQOLが向上する。

※POOマスターとは・・・榊原千秋氏が設立した民間認定資格。排便のメカニズムとアセスメント方法を学び、適切な排便ケア方法を実践できるメソッドである。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 排尿・排便ケア・褥瘡ケア

P-2-88

直腸エコー習得に向けた安価・簡便な便性状評価用ファントム作製の試み

裕原 香織里¹ マツバラ カオリ
上松 東宏² ウエマツ ハルヒロ
加納 美代子³ カノウ ミヨコ
渡部 恵¹ ワタナベ メグミ
大杉 泰弘⁴ オオスギ ヤスヒロ

¹ 豊田地域訪問看護ステーション

² 名古屋大学大学院医療の質・患者安全学講座博士課程/豊田地域医療センター総合診療科

³ 地域医療人材育成センター・豊田訪問看護師育成センター

⁴ 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

【はじめに】近年超音波装置の進歩やタスクシフトの観点などから、看護師によるポイント・オブ・ケアでのエコー（以下エコー）の活用が注目されている。特に訪問看護師の排泄エコーは、フィジカルアセスメントを補完するツールとして期待されている。一般的に、エコーの技術習得には画像を適切に描出し、解釈するための訓練が含まれるが、既製品のファントムは高価であり、施設によっては購入を逡巡してしまう。そのため、身近な材料を用いた自作ファントムは、高い教育的価値が見込まれる。

【活動】今回我々は、一般に市販されている生活用品を用いて、便性状評価用の自作ファントムを作製した。作製方法は、豆腐や豆乳をゼラチンや食物繊維とともに容器に流し込み行った。内部に硬便と普通便に見立てた2種類の食品（ミニトマト・団子）を配置した。また周辺臓器として、水風船を用いて膀胱などを再現した。完成した自作ファントムは、外観や走査性、描出された画像について評価を行った。

【考察】今回作製したファントムは、硬便（ミニトマト）および普通便（団子）とも、便性状評価に有用な知識を修得できることが示唆された。また膀胱と直腸の貯留便の位置関係の把握についても有用と考えられた。保存の耐用性においては、腐敗の進行も考慮し冷蔵保存で2週間程度であることや、教育として使用する際の問題点としては、膀胱以外の周辺臓器の再現が困難なため、これら2点が今後の課題となった。訪問看護師が提供する在宅ケアにおいて、排泄ケアは重要な観察項目の一つであり、エコーを併用した場合に浣腸や摘便などの侵襲的処置や便秘による緊急訪問回数の低減などにつながる可能性が示唆されている。高まるエコーの学習ニーズに対して、安価かつ簡便に準備できるファントムは、教育資源に対する予算の問題を解決するための手段として有用であると考ええる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 小児

P-2-89

「普通の高校生活を送りたい」を叶えた側頭葉膠芽腫の症例 ～自転車通学の再開を通して“自分らしさ”を取り戻した高校生～

秋澤 勇輝 アキサワ ユウキ
在宅看護センターひまわり

【はじめに】

思春期発症がん患者の社会生活復帰において、入院前の自分や同世代の友人と同じ「普通」でありたい願いが影響していることが報告されている。本症例も「普通の高校生を送りたい」希望があり、そこには自転車通学がしたいという強い願いが含まれていた。今回、側頭葉膠芽腫を呈し、訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）にて自転車通学の再開を通して自分らしさを取り戻した症例を経験したため、シングルケーススタディとして報告する。

【症例】

側頭葉膠芽腫を発症した17歳のA氏。発症1年後に訪問看護と訪問リハが開始。長期入院を繰り返し、自宅内歩行が限界であった。目標は約一ヵ月後の夏休み明けの学校復帰とした。通学手段は安全を考慮して、バス・自家用車を検討した。しかし、A氏の「自転車通学がしたい」強い希望を尊重し、事前に練習の中止基準を作成した上で、ご家族とA氏へ自転車走行を実施するリスクを説明し、同意を得た。訓練内容は①先行研究を参考に事前評価②運転技能面の9項目チェック③公道走行④学校までの往復の各手順でクリア基準を設定した。いずれも安全に実施可能であることを確認し、自転車通学を再開することができた。

【考察】

A氏は側頭葉膠芽腫になる前と同じような生活や周囲の友達と変わらない生活を目指し、普通の高校生活を送るという目標を持っていた。それによって、普通の自分である感覚を取り戻そうとしていたと考える。通学はバスや自家用車ではなく、病前と同じ自転車への強い希望があり、特別扱いを受けることは普通であることの否定と捉える傾向がみられた。今回、自分らしさをベースにした目標設定が、普通の高校生活を取り戻す結果に繋がったと考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 小児

P-2-90

小児看護の経験に乏しい訪問看護ステーションが、訪問診療と連携を取りながら自宅でお看取りができた症例

鎚木 ゆう子 カブラキ ユウコ
在宅看護センター ひまわり

【はじめに】

小児科は新生児から高校生まで様々な発達段階の子が対象となる。また、診療科が細かく分かれていない医療機関がほとんどで、子どもの病気は外科・内科を問わず、さらに急性期・慢性期・終末期まで「子供の病気全て」の看護をする。そのため幅広い知識と経験が必要となる専門性のある診療科である。診療科をいくつも有する医療機関でも小児科は1科のみであり、小児看護の経験がある看護師は、成人看護経験者に比べてはるかに少ないと言える。在宅に関して小児看護の経験者は、その専門性の高い経験を活かして小児に特化した訪問看護、または小児の在宅診療に勤務する事が多い。よって他の多くの訪問看護ステーションは小児看護の経験者が少ない。その中で小児の看取りができた症例である。倫理的配慮については利用者の同意を取得している。

【症例】

Aさん女性16歳は側頭葉膠芽腫の診断で開頭腫瘍摘出術を受けたが、残存していた腫瘍が増大し、放射線治療の後に退院。同時に訪問診療と訪問看護が開始となった。自宅での療養の中で、普通の高校生のように学校に行きたい。ディズニーランドに行きたい。花火大会に行きたい。と目標を一緒に持ち、叶える事もできた。往診の先生に日々の報告をし、細やかな指示を頂き、家族、兄弟の様子の共有をし、訪問診療のI. Cに同席して連携を取り合って自宅で最期まで過ごす事ができた。

【考察】

小児を看られるか否かの選択に悩むステーションは多いと予測ができる。しかし、日々研鑽しながら訪問診療と綿密な連携をとる事で、これまでに小児看護の経験が少ないステーションでも在宅で看る事ができると考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 小児

P-2-91

小児期発症の慢性疾患を持つ成人患者に対する地域医療ネットワークの構築に向けての話し合いで見えてきたもの

中村 知夫 ^{1,2}	ナカムラ トモオ
斉藤 康洋 ³	サイトウ ヤスヒロ
遠矢 純一郎 ⁴	トオヤ ジュンイチロウ
三春 晶嗣 ⁵	ミハル マサシ
鄭 東孝 ⁶	チョン ホンキョ
伊東 藍 ¹	イトウ アイ
中尾 寛 ¹	ナカオ ヒロ
窪田 満 ¹	クボタ ミツル
佐藤 杏 ²	サトウ キョウ
野坂 俊介 ²	ノサカ シュンスケ

¹ 国立成育医療研究センター 総合診療部

² 国立成育医療研究センター 医療連携・患者支援センター

³ GPクリニック自由が丘

⁴ 桜新町アーバンクリニック

⁵ 独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 小児科

⁶ 独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 総合内科

【はじめに】小児期発症の慢性疾患を持つ成人患者（成人移行患者）に対する適切な医療の提供が全国で大きな問題となってきた。【活動】世田谷区地域における成人移行支援の現状と問題点を共有し、問題解決に向けての方向性を検討することを目的として、当院と、訪問診療医、地域の中核病院の先生方との「地域における小児期発症の慢性疾患を持つ成人患者に対する医療ネットワークの構築に向けての話し合い」を当院の医療連携・患者支援センター主催で開催した。当院移行期委員会からの成人移行の取り組みと現状に関する講演と、在宅医と、地域の中核病院の小児科、総合内科の医師からの地域の成人移行の現状と問題点についての講演の後に、参加者と質疑応答を行なった。お互いが顔の見える関係性の構築と、意見交換を行えるよう少人数での対面形式とし、演者に加え、当センターからは、医療連携及びトランジション担当の医師、看護師、MSWが参加し、地域からは、訪問クリニックと中核病院の看護師と相談員、薬局薬剤師、障害福祉の担当者合わせて23名が参加した。参加者から、各関係者の抱えている生活支援を目的とした医療システムの問題点を初めて共有することができたとの感想が得られた。【考察】今回の話し合いから、下記の内容が必要と考えられた。① 医療機関完結型医療から地域完結型医療を構築する、② 成人移行の必要性をこどもが若年のうちから患者・保護者に伝えてゆく病院の体制、③ 小児医療と成人医療の考え方、枠組みの違いを小児医療の関係者も、患者・保護者も理解する、④ 成人移行の行程を患者・保護者と共有できるツール、⑤ 小児高度医療機関を含む医療従事者が、地域医療構想/地域包括ケアシステムの実践のため、地域の関係者に取り組むべき内容を粘り強く説明してゆく、⑥ DPCの構成及び診療報酬を患者の生活支援に配慮したものに変えてゆく、⑦ 一人一人の患者の成人移行を誠実に行う

利益相反：無

一般演題（ポスター） 小児

P-2-92

小児期に発症した医療的ケアを必要とする重度重複障がい者や小児がん経験者であるAYA世代の生涯学習－「生きる体験」を目指して－

阪上 由美 ¹	サカガミ ユミ
早野 眞美 ²	ハヤノ マミ
平賀 健太郎 ²	ヒラガ ケンタロウ
合田 友美 ³	ゴウダ トモミ
西田 千夏 ⁴	ニシダ チナツ
岡崎 伸 ⁵	オカザキ シン
副島 賢和 ⁶	ソエジマ マサカズ

¹ 大阪信愛学院大学

² 大阪教育大学

³ 千里金蘭大学

⁴ 藍野大学

⁵ 大阪市総合医療センター

⁶ 昭和大学

【目的】 重度重複障がい者や小児がん経験者のAYA世代は、学校生活の終了後「あそび」や「まなび」の場が少なくなる。学校卒業後の障がい者・小児がん経験者の社会参加を推進するため、大学による生涯学習プログラムを開発・実施し、その成果を明らかにした。【方法】 プログラムの開講時期は、9月・10月・11月・12月の計4回で、授業時間は1講義90分、午前・午後の2講座を開講した。講義内容は、アート&クラフト、サイエンス、アクティビティであった。計4回の講義後に受講生に対してアンケートを実施し、単純集計を行った。倫理的配慮については、調査目的やアンケート結果公表、個人情報保護について受講者・学生に文書と口頭で説明し、同意を得た。【結果】 受講生は、小児がん経験者1名、重度重複障がい者11名であり、平均年齢20.9歳であった。各回、22～24名の学生ボランティアが参加した。アンケートの平均回収率は65.3%であった。生涯学習プログラムへの期待は「仲間づくり、コミュニケーション活動」と回答した方が9割であった。受講後アンケートでは、プログラムに満足している方が約8割みられ、自由記述では「同じ年代の方と共に学ぶ時間が共有できた」等の意見があった。学生ボランティアの役割は、受講サポートや受講生との交流等であった。学生からは「受講生とその親御さんとのかわりが新しい学びにつながった」等の意見があった。【考察】 本活動は、参加者全員にとってのコミュニケーション（交流）の場であり、受講生と家族にとっての新しい居場所となっていた。また、学生ボランティアは、一緒に授業を受ける共同学習者としての意味合いが大きい。「受講生・保護者」「学生ボランティア」「大学」が「生きる体験」におけるinteractionとなっており、「学びの場」を共同で創り出していると考える。この活動は、文科省委託事業で実施した。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 小児

P-2-93

在日外国人家族の小児在宅医療から在宅医療の地域性・多様性を考える

羽賀 正晴¹ ハガ マサハル
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 龍生堂薬局 大久保店

² 昭和薬科大学

【はじめに】新宿区は、人口349,376人（R5.12.1）で、在日外国人は12.6%であり、131か国の出身者である。外国の方が薬局を外来・在宅医療として利用する機会が多くなり、言語の問題以外に薬の理解、生活習慣や宗教観など、国際色豊かな多様な一面を感じる。今回、在日外国人家族の医療的ケア児の支援を通して、地域性・多様性の視点から小児在宅医療における現状を報告する。【症例】今回提示する在日外国人の医療的ケア児は、当薬局が6年ほど在宅訪問をしている患児で、ダウン症、WEST症候群でてんかん発作を繰り返している。大学病院の主治医と在支診の医師の2人制となっており、医療的ケアとして経鼻管より栄養剤、薬剤の注入をしている。患児は会話ができない他、日常生活は全介助であり、特別支援学級に通っている。両親は、日常会話は難しい言葉を使わなければ通じる。介助は母、ヘルパー、訪問看護師がしており、生活保護を受けている。薬剤師は、患児の状態を把握した上で大学病院、在支診の医師との処方調整、服薬管理を行い、家族、訪問看護師が薬を管理する負担を軽減している。在支診医師の他に、大学病院主治医、訪問看護師との連携の他、特別支援学級看護師との連携も必要となる場合もある。最近、数秒で収まる軽度痙攣が2～3回／日の割合で起きているので、患児の状態把握、処方変更、家族支援対応を継続して行っている。今回の症例発表にあたっては、患児家族の同意を得た上で、個人情報に配慮した。【考察】小児在宅医療に取り組んでいる薬局は少ない現状ではあるが、今後も日本人、在日外国人共に必要とされるケースは増加すると想定される。処方変更時や臨時処方が出た際には、簡潔にわかりやすい言葉を選択しコミュニケーションをとり、理解を確認しながら、在日外国人患者家族の負担を軽減できるよう翻訳機などのツールの使用も含め対応していく。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 小児

P-2-94

小児科専門開業医と在宅医療支援診療所の連携における地域での新しい小児在宅展開の一例

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 医療法人ふじわらクリニック

（はじめに）

2007年12月より京都府京丹後市内で小児科クリニック開業し、現在も継続中である。僻地医療を兼ねながら、小児在宅特殊領域の展開を多職種連携の動きに超法人連携を追加するスキームに活路を見出し、2018年9月より京都市内で在宅往診を中心とする2017年開業のクリニックで非常勤医師となり新しい形で京都市内で小児在宅医療を開始した。4年間で訪問看護、薬局など多職種連携を深めのべ患者人数20人、延べ訪問回数200回以上の医療的ケア児に介入を実施した。エキスパートオピニオンとしてはあるが、問題点、将来への展望を検討提示する。

（活動）

毎週医療的ケア児に対し主治医が往診医療を実施し、追加往診は在宅クリニックのチーム連携で補完、基幹病院とも連携を行い呼吸器疾患、遺伝子疾患、神経疾患等の医療的ケア児を中心としてサポートを実施。

（考察）

定期薬処方、栄養管理、悪化時の診察、輸液、ワクチン接種等の「これまで大変な労力をかけて病院まで移動しなければできないと思われていた」日常的な医療を自宅で受ける機能を地域に落とし込むことができた。小児在宅の新しい展開の形として発表考察を行う。

問題点としてCOVID-19など流行期、数家族同時発症などを経験し対応が困難になる場合があった。さらなる新規の連携協力を具体的に進めていく必要がある。小児在宅医療の社会への浸透度の低さ、医療点数、連携など初期段階の問題解決はこれまで同様重要である。

医療介入と同様に生活介入を重要視する小児科では、得た信頼を基に旅行など“子供らしい思い出作り”が必要であると考え、2023年3月より丹後地方への1泊2日の旅行を合計3回、合計5家族で行った、社会的処方的一端としての報告も行う。子供達のWell-Beingをさらに実現する時代に向かう事の意義は大きい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 小児

P-2-95

畳の上で育つこと～児童発達支援での活動を振り返る～

白藤 美紀¹ シラフジ ミキ
丸山 美智子² マルヤマ ミチコ
和田 聖子² ワダ キヨコ
岩見 明音¹ イワミ アキネ

¹ 一般社団法人幹らんど

² 幹在宅看護センター

【はじめに】児童発達支援は、未就学の障害のある子どもを対象に、発達支援を提供する障害福祉サービスである。A施設ではベビーベッドを使わず、他児と同じ目線になる環境を整え、活動しているので報告する。【活動】A施設には生後4ヶ月から6歳の主に医療的ケア児や重症心身障害児が8～10名登園している。保育士等の多職種が連携しながら児の成長発達を促している。ベビーベッドではなく畳の上ですごし、自由に身体を動かせるようにしている。季節にあわせた遊びを実施し、絵の具遊び、水・砂・粘土遊び等感覚・感触遊びをおこなう。おもちゃや絵本の色彩を見せ、リズム体操や音楽・楽器遊び、抱っこして声をかけ、ふれあい遊びをおこない五感を刺激している。戸外活動では景色の変化を一緒に見て、言葉にして伝えることで、興味を促している。異年齢保育しており、保育者だけでなく他児とのふれあい・スキンシップを通して人と接する楽しさを感じられるよう関わっている。常に肯定的な声かけをして遊びへの興味が持てるよう促している。セラピストも同時に保育に参加し遊びの中でリハビリを実施し、その結果を看護師・保育士共に共有して日々の保育に取り入れている。そのことにより、運動発達の変化、言葉、情緒の発達がみられた。【考察】人の情報の80%は視覚から得られている。ベッドを使わず畳の上で過ごすことで、ほかの児の活動がよく見える。この環境が児の見たい、動きたいという意欲を刺激する。白石は視覚の制約された重症児に視覚的な刺激をあたえ、反応に対して肯定的な声かけをすることを提唱している。肯定的な大人の声かけに答えようとして、さらに意欲が高められる。それにより子どもの成長発達が促される。成田は「五感は言葉をもたない子どもにもダイレクトに脳に入る刺激」と述べている。今後も畳の上でまた自然のなかで五感を刺激した関わり、肯定的な声かけをして意欲をたかめていく。

利益相反：無

一般演題（ポスター） がん1

P-2-96

進行癌患者の予後予測とコロナ禍における在宅緩和ケアについて

金丸 理人 ^{1,2}	カナマル リヒト
太田 学 ^{1,2}	オオタ ガク
橋本 佳代子 ¹	ハシモト カヨコ
野崎 恵子 ¹	ノザキ ケイコ
藤田 亜由美 ¹	フジタ アユミ
鈴木 麻里 ¹	スズキ マリ
渡部 直也 ¹	ワタナベ ナオヤ
武田 大樹 ¹	タケダ ヒロキ
小池 荘介 ¹	コイケ ソウスケ
佐田 尚宏 ²	サタ ナオヒロ
会田 征彦 ¹	アイダ モトヒコ

¹ 公益財団法人 会田病院

² 自治医科大学 消化器一般移植外科

【はじめに】 進行癌患者の予後予測は難しい。癌種・進行度・栄養状態・年齢・体力などが関係する。これらを総合的に評価した上で、治療方針を提示する。今回、非切除の進行胃癌患者の緊急入院から、手術、在宅緩和ケアに至る過程で、予後予測を見直し、在宅看取りを行った貴重な症例を経験し、患者さん御家族の同意を得たので報告する。

【症例】 80代男性。主訴：経口摂取困難・貧血。現病歴：上記主訴で救急外来受診。貧血（Hb6.3g/dl）、幽門輪に全周性狭窄を伴う3型胃癌、多発リンパ節転移、腹水少量を認め、cT4aN2M0cStageⅢBの進行胃癌の診断。出血・狭窄症状あるため、入院1週間後、手術を行う方針とした。手術所見：腫瘍浸潤は高度で、摘出困難と判断し、姑息的手術：胃空腸バイパス（B-II再建・Braun吻合）・腸瘻造設術を施行した。しかし、術後胃管排液が減少せず、腸瘻使用すると、逆流症状が増悪するため、経腸栄養は困難であった。術後第10病日、末梢留置型中心静脈カテーテルからの高カロリー輸液を施行し、逆流症状は徐々に落ち着いたが、胃管を抜去するのに1ヶ月を要した。その間、胸水の増加・浮腫の増悪を認めた。Alb値の上昇はなく、がん悪液質の進行と判断した。予後予測を見直し、徒に入院期間を長引かせるのは良くないと判断した。患者の希望もあり、在宅緩和ケア・看取りの方針となり、術後第50病日に退院。御家族に見守られながら、在宅移行3日目に永眠した。【考察】 術前予後予測は3～6ヶ月と考えていた。患者の手術希望・耐術能もあり、手術に踏み切ったが、予後を短くした可能性は否めない。術後経過の中で、徐々に弱っていく患者をみて、残された時間を家族と一緒に過ごさせてあげることが重要と判断した。病院・在宅スタッフ全員で、在宅看取りに向けて迅速に対応することができた。

利益相反：無

一般演題（ポスター） がん1

P-2-97

末期癌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 ヤマネ ヒロアキ

吉満 亜紀 ヨシミツ アキ

山根 基 ヤマネ モトイ

山根クリニック

【目的】 当院は2021年より訪問診療を開始し、在宅での診療や看取りを積極的に行っている。末期がん患者は予後予測が困難であり、患者や家族、医療従事者との密接な連携が必須である。一般的な在宅予後予測にせん妄や浮腫などの有無によって評価するPPIが用いられる一方で、血液検査を用いた予後予測の報告は少ない。今回、末期がん患者の在宅予後についてすでに採取されていた血液検査データを用いて後方視的に解析を行った。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】 2021年1月から2023年11月の間で、当院にて診療を行った末期がん患者55名を対象とし、血液検査データを解析した。当院で介入を開始した日から死亡日までを予後と設定した。解析方法はノンパラメトリック検定で行った。【結果】 男性37名、女性18名、平均年齢は78歳であった。死亡が50名、生存が5名であった。当院での介入開始から死亡までの期間は中央値47日(3-1022日)であった。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ALT、AST、 γ -GTP、CRP、PNI、NLRの項目であった。ステップワイズ法にて、検討項目の絞り込みを行い、白血球数、好中球数、PNIの3つの項目で多変量解析を行った。その結果、白血球数($p=0.0007$, 推定値 0.070)、好中球数($p=0.0002$, 推定値 -0.077)、PNI($p=0.0246$, 推定値 6.1415)と3つの因子がいずれも在宅予後に対する独立した危険因子として抽出された。【考察】 日常臨床において簡単に得られる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。より多数のデータでの検討が望まれる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） がん1

P-2-98

在宅において実施した終末期がん患者に対する輸液療法についての検討

岡田 豊	オカダ ユタカ
濱井 健太	ハマイ ケンタ
滝内 宏樹	タキウチ ヒロキ
井戸 茂樹	イド シゲキ
中村 幸伸	ナカムラ ユキノブ

つばさクリニック

【目的】 終末期がん患者に対する輸液療法は医療従事者、患者・家族の価値観や心情的側面に左右される。日本緩和医療学会作成の「終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン」では推定余命1か月以内のがん患者に対して標準的な輸液療法が示されている。今回当院が在宅において実施した終末期がん患者に対する輸液療法について現状をまとめたので報告する。【方法】 令和5年の1年間に当院が在宅で看取った終末期がん患者を対象とした。【結果】 昨年1年間に在宅で看取った終末期がん患者は69例で、男性46例、女性23例、平均年齢は78.1歳であった。終末期がん患者69例中、輸液を実施した症例は25例（36.2%）で、原疾患は肺がん7例、大腸がん4例、胃がん3例、膵がん3例、前立腺がん2例、白血病2例、胆管がん1例、悪性リンパ腫1例、膀胱がん1例、食道がん1例で、実施前のPSは平均3.5だった。投与経路は末梢9例、皮下6例、CVポート6例、PICCカテーテル4例、輸液理由は脱水補正や栄養投与が主であった。輸液期間は平均12.4日（1～46日）で、輸液内容は乳酸リンゲル液2例、1号輸液6例、高カロリー輸液4例、3号輸液3例で、亡くなる直前の1日輸液量としては、平均394mlであった。輸液実施中に出現した合併症は5例で、浮腫の増悪が3例、痰の増加が2例であった。【考察】 在宅終末期がん患者に対する輸液症例を検討したが、当院では概ねガイドラインに沿って行われていた。長期間の輸液投与や高カロリー輸液を行った症例は、病院からの指示により継続したものが多く、また家族の希望で実施した事例もあった。今後より患者のQOL改善に繋がるよう、患者や家族との理解を深めながら実施していきたい。（なお本研究は当院で設置する倫理に関する諮問委員会の審査に基づき施設長の許可を得ている）

利益相反：無

一般演題（ポスター） がん1

P-2-99

訪問活動を通して見える在宅がん緩和ケア～医薬品提供から薬局機能を考察する～

佐々木 健¹ ササキ タケシ
廣原 正宜² ヒロハラ マサノリ
串田 一樹² クシダ カズキ
山本 健² ヤマモト ケン

¹ メディブレイス365訪問薬局

² 昭和薬科大学

【目的】在宅がん緩和ケアでは注射薬の供給、特に医療用麻薬の皮下持続注射の供給や急な退院対応などがあり全ての薬局が均一に対応できない。在宅がん緩和ケアでは一薬局で全ての対応ができる自己完結型の薬局は全国的に極めて少ないので薬局が医薬品供給を担う上で薬局の機能分化と薬局間連携の構築が急務である。今回薬局の機能分化と薬局間連携の構築に向けて当薬局の実績から考察したので報告する。

【方法】1) 当薬局の2023年12月の在宅がん患者数、麻薬の処方患者数、イレギュラーな麻薬処方応需数を集計する。患者が特定されないように患者数のみを集計した。2) 厚生労働省の在宅医療関連の審議会の資料より考察する。3) 厚生局へ無菌製剤処理加算（薬菌）を届け出ている薬局の実態調査。本調査は昭和薬科大学の研究倫理審査の承認を得ている。

【結果】個人在宅の処方箋受付枚数が376枚/月で患者数は45人であった。そのほとんどが末期がん患者の自宅での看取りであった。輸液を必要とする患者は5人、麻薬を必要とする患者2名であった。その他施設に訪問している薬局と連絡が取れないことから当薬局に医師より「モルヒネ塩酸塩錠2.5mg処方」の依頼があったケースが1件あり。2府5県1市の「薬菌」調査では11,805薬局の内、届出は561薬局でありそのうち自己完結型薬局は84薬局であった。

【考察】在宅医療の主たる患者像は高齢者の慢性疾患である。一方、医療依存度の高いがん緩和ケアの患者、医療的ケア児の調剤では無菌調剤や医療用麻薬の備蓄などの負担が大きいことから、全ての薬局が均一に関われない。2025年から始まる地域包括ケアは市町村が基盤になるので薬局機能は自己完結型から地域完結型へシフトする必要がある。それには薬局の機能分化、薬局間連携の推進が求められる。在宅がん緩和ケアに対して実績のある薬局の情報公開が急務である。

利益相反：有

一般演題（ポスター） がん1

P-2-100

肺癌胸壁浸潤による難治性疼痛に対して、くも膜下ポートを造設し約3か月の自宅療養ができた症例

佐野 広美¹ サノ ヒロミ
雪田 慎二¹ ユキタ シンジ
畔柳 綾² クロヤナギ アヤ
井坂 晋³ イサカ ススム
吉武 勇³ ヨシタケ イサム

¹ 埼玉協同病院 緩和ケア内科

² 埼玉協同病院 麻酔科ペインクリニック

³ ゆずな内科在宅クリニック

【はじめに】 くも膜下鎮痛法は難治性がん疼痛に効果的な治療法である一方、実施医が少ない、対応可能な在宅医療機関が少ないなどの問題がある。難治性疼痛に対しくも膜下鎮痛法を実施、在宅医との連携にて約3か月の自宅療養ができた症例を経験したので報告する。報告に当たり日本医学会連合研究倫理委員会指針「5.1症例報告」に記載された対応をとっている。【症例】 80歳台男性、202X年1月に肺癌術後の胸壁再発による右背部痛にて当院ペインクリニックを受診した。疼痛は経時的に増悪、肋間神経ブロック、オキシコドンからメサドンへの変更・増量でも十分な効果を得られない難治性疼痛であった。10月メサドン90mg/日まで増量してもレスキューを1日10回以上使用するようになり、くも膜下鎮痛を計画、PS1、月単位の予後が期待できたのでくも膜下ポートを造設した。実施後の鎮痛効果は良好、くも膜下へのモルヒネ投与量は2.4mg/日、全身投与はメサドン30mg/日まで減量でき、突出痛に対してはくも膜下ポートのレスキューで対応した。処置は一般病棟で、第4病日より緩和ケア病棟で退院調整を行った。訪問診療は5施設に打診し1施設で対応可能であった。看護・介護職がくも膜下ポート未経験であり、コロナ禍ではあったが対面で多職種による退院前カンファレンスを開催した。退院後はご自宅で穏やかに過ごされ、くも膜下ポート造設から91日目に自宅看取りとなった。発表に関してはご遺族より口頭で同意を得た。【考察】 当緩和ケア病棟では直近の2年間で難治性がん疼痛5症例にくも膜下鎮痛法を実施、うち4例が自宅退院、自宅看取りとなった。4症例のポート造設後看取りまでの期間は21日から91日で、本症例が最も長期に生存した症例である。連携在宅医療機関は3施設であった。在宅での対応困難な理由として処方箋を発行できない麻酔薬の対応、看護・介護職の経験不足が挙げた。

利益相反：無

在宅でのがん終末期の緩和ケアにおける鎮静の現状と問題点

松本 学也^{1,2} マツモト カクヤ

¹ 医療法人萌生会 サンビレッジクリニック

² 旭川医療センター

目的）在宅においての持続的な鎮静薬投与（以下鎮静）問題点と課題について考察する。方法）これまでに経験したがん終末期患者に対する鎮静の現状を、導入の要件に関わる因子、意思決定過程、お悔やみ訪問で聞き得た家族の感想を後ろ向きに評価する。結果）在宅で緩和治療を行ったがん患者129名のうち、鎮静を行ったのは10例、平均訪問期間は53.3日。鎮静の対象となった症状は、呼吸苦、身のおきどころのない苦しさ、疼痛、せん妄（重複あり）で、8例では間欠的鎮静から開始された。鎮静開始からお看取りまでの期間は平均2.5日であった。導入時の苦痛はSTAS-Jで3、4がそれぞれ1、9例であった。治療抵抗性の判断は全て訪問担当医1名で行われ、意思決定過程において2例では患者への説明と意思確認ができなかった。導入決定の際に多職種カンファレンスを行ったのは1例のみ、適切な専門家へのコンサルテーションは全例で行われなかった。お看取り後に遺族の話を聞いたのは5事例で、鎮静により苦痛が和らぎ楽そうに眠れるようになったことを良かったという感想が多かった一方で、導入までの苦痛の期間が長く、「苦しい思いをさせてしまった」という思いや、意思疎通ができず辛さを感じた家族もいた。考察）予後が限られてから開始される事が多い訪問診療において、限られた資源の中で適切な鎮静を行うには訪問開始の早い段階から鎮静についても患者・家族とチームで話し合っておくこと、相応性の判断や導入の決定の際には担当医の独断となりかねない事を常に意識し、できるだけ多くの職種や専門家と相談ができる環境を準備しておく必要がある。倫理的配慮）当研究は研究対象者の権利利益を不当に侵害しないことと個人情報取り扱いにも細心の注意を払ったが、全事例で逝去後のため同意は得られず、連絡がとれるご遺族には可能な限り本研究についての説明を行い発表の了解を得た。

利益相反：無

一般演題（ポスター） がん1

P-2-102

24時間体制の医薬品供給と薬局間連携について ～在宅がん緩和ケアと薬局機能～

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
小林 奈々 ¹	コバヤシ ナナ
林 美希 ¹	ハヤシ 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
杉浦 孝太郎 ¹	スギウラ コウタロウ
廣原 正宜 ²	ヒロハラ マサノブ
宮崎 生子 ²	ミヤザキ ショウコ
串田 一樹 ²	クシダ カズキ

¹ 薬局ホームケアファーマシー田無店

² 昭和薬科大学

【はじめに】在宅患者の中で、がん緩和ケア、小児在宅医療では注射薬の供給が必要である。注射薬の供給を担う薬局は、予見性をもって在宅チームと連携していても、24時間応需体制を必要とする瞬間があり得る。今回、地域を支えるために、自己完結型薬局から地域の薬局間連携による地域支援体制を共通認識する機会とする。【方法】1) 当薬局の在宅医療に関わる実態について直近の6か月間を対象とし、在宅患者数、在宅がん患者数、麻薬処方患者数、皮下持続注射の患者数などを集計した。(集計は、患者が特定されないように患者数のみ集計) 2) 厚生局に「無菌製剤処理加算を届け出ている薬局（以下、薬菌）」の実態調査をする。(実態調査は昭和薬科大学の研究倫理審査を受けた) 3) 厚生労働省の通知、審議会等の資料の収集・考察する。【結果】調査期間は直近6ヶ月間で、その集計結果は在宅患者数1051名、がん患者数103名、麻薬使用者数65名、皮下持続就社の患者数10名、在宅看取りの患者数41名であった。応需医療機関は、病院9在支診11（市内）在支診11（市外）診療所13合計44医療機関であった。「薬菌」の厚生局への届出調査では、近畿地方2府4県、政令指定都市の川崎市、茨城県の計11,805薬局中、無菌調剤の設備×注射薬の供給実績×医療用麻薬の備蓄20品目以上の自己完結型薬局は89薬局であった。【考察】在宅療養者の患者像は多様であり、すべての薬局が均一の対応をする必要はない。地域包括ケアにおいては自己完結型では限界があるので、地域完結型の薬局連携によってその地域に合った地域支援を構築する必要がある。それには、薬局の機能に合わせた薬局間連携が必要であり、薬局の機能分化を具体的に検討することが急務である。

利益相反：無

一般演題（ポスター） がん2・難病1

P-2-103

同一医療機関による連携において円滑な入退院支援を実現したニューモシスチス肺炎の一症例

中安 一夫¹ ナカヤス カズオ

福井 遼太^{1,2} フクイ リョウタ

¹ 医療法人博愛会 額田病院

² 独立行政法人国立病院機構 東京医療センター

[はじめに]

この度、臨床的にニューモシスチス肺炎（以下PCP）と診断した血液癌の在宅患者に対し、状態悪化時の入院までの連携が同一医療機関でスムーズに対応できた一例を経験したためここに報告する。また本発表は日本在宅医療連合学会の倫理規定を遵守している。

[症例]

80代男性。多発性骨髄腫の白血病化、前立腺癌で月単位の予後予測で当院訪問診療介入中の方である。ADL自宅内介助下で妻と2人暮らし生活であった。来院4日前より呼吸苦を自覚され、数日かけて血痰が出現し、労作性呼吸苦が増悪した。来院同日、SpO2 60%台（室内気）へ低下を認め、精査目的に当院救急受診となった。画像精査後、臨床的にPCPを疑い高次医療機関に診断目的の気管支肺胞洗浄の依頼を検討したが、本人家族より「入院で良くなるなら頑張りたいが、改善の見込みがないならすぐ自宅退院に繋げて欲しい」との希望があり、当院で治療学的診断を行った。幸いST合剤＋ステロイドで計21日間の治療を終え軽快退院できた。当院では総合診療科がワンストップで対応し、毎日在宅部門と病棟部門の主治医が常に本人家族の価値観を共有した上で、当院の限られた医療資源の中でも多職種と継続性をもった加療を行った事で、入退院における一貫した連携を築き、結果として救急受診から退院支援を含めた迅速な移行期ケアに繋げる事が出来た。

[考察]

PCPは本来診断のために高次医療機関に相談すること多いが、今回のように血液癌を背景とした重症呼吸器感染症の場合は各専門科に跨った疾患として認識され、結果として救急受診のタイミングから退院に至るまで迅速に対応することが難しい。本人家族の価値観を通じて、療養場所が変わっても予防と共に継続性を持った診療が提供できる総合診療科を中心としたサブアキュート機能のある在宅療養支援病院は今後の高齢化社会を支える重要な役割を担うと考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター）がん2・難病1

P-2-104

難病疾患患者の障害受容を援助するリハスタッフとしての関わり方について

山本 峻平 ヤマモト シュンペイ
淡田 綾 アワタ アヤ
高橋 友二郎 タカハシ ユウジロウ
足立 雅俊 アダチ マサトシ
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] 当院訪問リハビリテーション（以下リハと省略）部門では難病の利用者にも身体機能面の維持や環境調整の支援を行っている。今回訪問リハが関わった事で障害受容が進み、必要な環境調整を行えた筋萎縮性側索硬化症（以下ALSと省略）の症例を報告する。[症例] 50代男性、妻と娘2人の4人暮らし。X年Y月に右手指の動かしにくさを自覚。A病院で、ALSと診断された。X年Y+6月から当院外来リハを利用開始。徐々に外来通院が難しくなってきたため介護保険申請し、X+1年Y月より訪問リハへ移行した。自宅内の移動は独歩自立であったが、両上肢の筋力低下が顕著で食事動作や排泄時の下衣操作などが困難となっていた。しかし本人・家族の障害受容が進まず環境調整が実施出来ていない状況であった。その為本人・家族へ現状と今後起こりうる身体機能の変化について主治医主導にて説明を行った。訪問リハ開始から2週間で、呼吸苦が出現するようになり、予測される身体機能面の変化が早期に出現した事で、現状のサービスや環境を変更することに同意が得られるようになった。呼吸苦など緊急事態の対応、さらに頻回のリハが必要と判断し、X+1年Y+2月より身体機能については訪問看護ステーションからのリハ介入へ移行し、言語・嚥下については訪問リハを継続となった。[考察] 今回の症例は上肢型ALS患者の中でも、短い期間で身体機能が低下していると考えられた。このような場合、在宅生活を安全に継続するためにサービスの導入や環境調整が重要となるが、現環境を変更することは受け入れ難い場合がある。本症例の場合も障害受容が進まず環境調整が難航した。しかし訪問リハ介入により時間をかけて説明し、実際に身体状況の変化が生じたことから障害受容が進み、症状進行のステップに応じた調整が可能となった症例であった。

利益相反：無

一般演題（ポスター） がん2・難病1

P-2-105

ALS患者・家族の在宅療養を支える～病病連携、複数科及び多職種の連携の中で～

北原 孝夫 キタハラ タカオ

香川医療生活協同組合 高松協同病院

【背景】筋萎縮性側索硬化症（ALS）は神経・筋疾患の中でも治療法が確立されていない神経難病の象徴的疾患とされてきた。最近遺伝子治療や再生医療等の進歩は目覚ましいが、日常的な実用性のある臨床治療にはまだ一定時間がかかるだろう。特に進行すると人工呼吸器や経管栄養等のサポート的な医療処置が不可欠で、患者の在宅療養はまだまだ困難が多い現状だろうと思われる。そのような中、今回複数の病院のそれぞれの専門科、そしてリハビリテーション専門病院の連携で比較的長期に安定して在宅療養が継続できている症例を報告する。尚発表に関し本人・家族への説明・了承も得ている。【症例】60代女性。50代頃より脱力や歩きにくさなど感じていたがなかなか確定診断されなかった。最終的に他県でALSと確定診断され、進行抑制剤などの治療を受けながらも次第に病状が進行。その後嚥下機能の低下に対して県内病院の消化器科での胃瘻造設（定期交換も同院で実施）、また呼吸筋麻痺に対しては現在主治医の市中総合病院の呼吸器内科による人工呼吸器装着の導入など病状に合わせて対応されてきた。さらにリハビリテーション専門病院の当院からの訪問診療及び訪問リハビリテーションの他、訪問看護師等の支援で数年来安定して在宅療養が継続できている。本人も右足の趾の運動機能が残存しており、その機能を活かしてメールで会話したり症状を訴えたりすることが可能である。またテレビなどのチャンネル操作も自身で可能で、好きな番組をみることを楽しみにしている。【考察】多職種、多施設の協働及び病状に関する理解や情報共有、本人・家族との療養に関する要望に対しての調整などが良好に進められた。特に呼吸管理を主治医の呼吸器科医が担っている安心感と本人とのコミュニケーションが可能であること、リハ医の定期的な評価などが医療処置やリハ、ケアに関わる多職種の介入のし易さに影響していると考えた。

利益相反：無

一般演題（ポスター） がん2・難病1

P-2-106

専門医不在のへき地で筋萎縮性側索硬化症（ALS）の在宅療養の実践

中桶 了太 ^{1,2}	ナカオケ リョウタ
大石 典史 ¹	オオイシ ノリフミ
年徳 裕美 ¹	トシトク ヒロミ
白石 美由紀 ¹	シライシ ミユキ
榎田 美穂 ¹	エノキダ ミホ
前原 昌江 ¹	マエハラ マサエ
大西 友美 ¹	オオニシ トモミ
押淵 徹 ¹	オシプチ トオル
堤 竜二 ¹	ツツミ リュウジ

¹ 国民健康保険 平戸市民病院

² 長崎大学病院 国境を越えた地域医療人支援機構

【はじめに】筋萎縮性側索硬化症（ALS）は原因不明の進行性の神経変性疾患で随意筋が麻痺して呼吸筋麻痺が生じる。人工呼吸器を装着して在宅で療養される方が多いが、家族等による常時介護が必要となる。当院は長崎県北部の平戸島にある小病院である。デイケアと訪問看護ステーションを併設し、三次救急医療機関まで救急車で約1時間である。常勤は内科、外科で脳神経内科専門医は不在である。このようなへき地でALSの在宅療養を支えているので報告する。

倫理的配慮：発表にあたり、患者個人の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。

【症例】71歳女性。主介護者は専業農家のご主人。2014年（61歳）時に歩行障害で発症し、2016年（63歳）時に脳神経内科でALSの診断を受けた。2017年1月に当院で胃瘻造設、同年2月NPPV装着、同年8月難病医療支援病院に転院して喉頭気管分離術と人工呼吸器を導入された。2017年8月より当院から車で5分の自宅で療養を続けている訪問診療と訪問看護の他に、当院併設のデイケアを3回/週利用しリハビリテーションと入浴を利用し、利用中はご主人は仕事が可能である。コミュニケーションツールは文字盤と視線入力によるPCで文章入力が可能である。今後は新規のコミュニケーションツール導入予定である。2017年～2023年末までに20回入院しており、入院先は全て当院である。その内訳は、呼吸器交換2回、台風避難6回、感染症10回、高血圧2回である。

【考察】神経難病の診断は神経内科の診断が不可欠だが、在宅開始後は感染症による入院が主で、地域の医師が対応可能と考えられる。へき地は医療や介護の規模が小さく多職種連携の構築が容易であり、ALSの在宅療養の環境向上につながると考えられる。デイケアを利用することで家族の負担軽減につながると考えられる。今後はITを活用するなどよりきめ細かい対応を考えたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） がん2・難病1

P-2-107

当院で経験した腸閉塞を伴う末期膵臓癌に発症した带状疱疹に対して1日1回のアシクロビル点滴静注が有効だった一例

細谷 真司 ホソタニ シンジ
小野 泰平 オノ タイヘイ
小澤 泰典 オザワ ヤスノリ
大関 理宏 オオゼキ マサヒロ
一般社団法人ポローニア おおぜき医院

【はじめに】 悪性腫瘍など重篤な基礎疾患を有し、免疫力機能の低下が著しい患者に対して発症した带状疱疹に対しては抗ウイルス薬の内服もしくは入院の上、点滴静注療法が行われる。带状疱疹は疼痛や脳炎などの重篤な症状を起こすため、診断早期からの治療開始が肝要となる。しかし在宅療養では患者の状態、家族の負担および医療従事者の人材問題のため治療に苦渋することも少なくない。腸閉塞に合併した带状疱疹に対して1日1回のアシクロビル点滴静注を行い改善した症例を経験したため報告する。

【症例】 膵尾部癌、左結腸曲に直接浸潤を認めた74歳女性。診断後に化学療法を継続されていたが、ADLの低下を認め、BSCとなった。腸閉塞の診断で左結腸曲に大腸ステントを留置されたが、在宅療養希望があり訪問診療が開始になる。紹介時は経口摂取も可能な状況であったが、経過中に食後の嘔吐を認め、症状および身体所見から腸閉塞の再発と判断した。食事摂取は困難と判断し、紹介元の医療機関でCVポートを造設した。その後禁食対応で中心静脈栄養を継続したが、腸閉塞症状を認め経鼻胃管チューブを挿入し減圧した。経過中に左側胸部から背部に疼痛、水泡を伴う紅斑を認め、带状疱疹と診断した。抗ウイルス薬の投与を検討したが内服や頻回な点滴は困難のため、訪問看護師と相談し1日1回のアシクロビル250mg点滴静注を3日間行った。投与終了後、皮疹部は痂皮化し改善した。皮疹部の疼痛は残存したが対症療法を行い症状の悪化認めなかった。その後衰弱の進行があり、ポート造設後約3か月で自宅看取りとなる。

【考察】 带状疱疹は皮疹、神経合併症を認めQOLに関わる疾患である。在宅療養かつ内服困難な場合においては限られた介入の中で治療を検討せざるを得ない。通常の投与回数より少ない回数でのアシクロビル投与でも带状疱疹に対して有効な可能性がある。

利益相反：無

一般演題（ポスター） がん2・難病1

P-2-108

進行速度の異なる若年型筋萎縮性側索硬化症2例への生活期での取り組み

寺倉 隆朗¹ テラクラ タカアキ

岡田 賢哉¹ オカダ ケンヤ

澤村 結香¹ サワムラ ユカ

宗光 俊博² ムネミツ トシヒロ

¹ 医療法人利仁会 訪問看護ステーションTenderly

² 医療法人利仁会 むねみつホームメディカルクリニック

【はじめに】筋萎縮性側索硬化症（以下ALS）の若年症例に対する生活期の取り組み報告は数少ない。今回進行速度の異なる若年型ALS患者2名に訪問看護ステーションとして取り組んだことを報告する。【症例】49歳女性（以下、症例A）、ALS診断より1年経過後に介入開始。ALSFRS-Rスコアは16点、ADLは車椅子全介助、食事は経口と胃瘻併用、コミュニケーションは文字盤のみ。高齢KPへの介護指導、転居を含めた住環境調整と外出支援を実施。介入後半年経過、進行は緩徐であり、ALSFRS-Rスコアは15点、ADLは変化なし。介入成果として家族との意思疎通が円滑になり、家族との外出が行えている。49歳女性（以下、症例B）診断3か月後に介入開始。介入時ALSFRS-Rスコアは42点、ADLは杖歩行レベル。介入時よりBIPAPは導入済み。進行に伴う自宅内ADLの低下に対して、生活動作方法の解決策の提案、日常生活援助、BIPAP導入支援と管理、住環境調整を実施。半年後のALSFRS-Rスコアは18点、基本動作は全介助レベルまで低下したが、介入中の日常生活支援により、生活意欲が向上し、IADLである調理活動を可能とした。【考察】ALSの病態は症例ごとに異なり、進行速度や機能低下に合わせた対応が必要となる。症例Aでは、残存機能と家族の介護力を把握したことで、当初より想定していた以上の生活活動に繋がったと考える。症例Bでは、患者の不安や葛藤に寄り添うことで、その人らしさを失わずに在宅生活を送ることが出来た。今回、進行状態や疾病受容に見合ったアプローチをすることで進行速度や環境因子が異なっても、適切なサービスを提供する事が出来たと考える。今回の2症例での経験を活かし、今後の看護ケアの発展に繋げていきたい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） がん2・難病1

P-2-109

癌自壊創に対して、当院でのアセスメントおよび緩和ケア対応

清水 秀浩 シミズ ヒデヒロ
医療法人光輪会 さくらクリニック

【はじめに】 癌の自壊創とは、癌性創傷ともとばれ、皮下に生じた癌が増大することで皮膚を破り創傷を形成したものである。患者およびご家族は、皮膚に露出および自壊した腫瘍を目視することで、病状・予後への不安を抱えている。特に痛み、におい、出血、多量の浸出液など創傷ケアに対しては、患者や家族の希望をしっかりと尊重した上で緩和ケアを行っていく必要がある。この度、乳癌の皮膚転移により自壊創を併発した一例を経験したので、当院でのアプローチを踏まえ報告する。また、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」（2023年3月30日）の「5.1症例報告」に記載された対応をとっている。

【症例】 97歳の女性。近医で右進行性乳癌と診断され、手術加療の希望はなく、経口ホルモン療法による治療のみをご希望されて通院されていた。しかし、ADL低下に伴い通院困難となり、緩和医療を中心とした対応を当院で希望され、在宅訪問診療介入となった。初診時から、右乳房C領域に約10cmほどの腫瘍を認めていた。潰瘍も伴い、出血しやすく、軽度臭気も認める状態であった。

【考察】 癌自壊創は壊死を伴うことが多く、感染や浸出液および出血コントロールが非常に重要である。今回の症例では、メトロニタゾールゲルやキシロカインゼリーなどを局所療法として使用することにより、疼痛および感染コントロールが得られ、出血に対しては、アルギン酸塩ドレッシングを使用することで、止血対応を行った。病状の進行に応じて、局所的な処置方法が変化していくため、家族やサポートしていただける多職種に対して、局所処置の方法について、しっかりした説明が非常に重要であると実感した症例であった。

利益相反：無

経鼻胃管先端位置確認システム「タムガイド[®]」の有用性

越川 雅宏 ¹	コシカワ マサヒロ
曾我 幸弘 ¹	ソガ ユキヒロ
久島 和洋 ²	ヒサジマ カズヒロ
今井 一登 ²	イマイ カズタカ
天野 久仁彦 ²	アマノ クニヒコ
千葉 春子 ²	チバ ハルコ
浜本 英昌 ²	ハマモト ヒデアキ
前原 綾 ¹	マエハラ アヤ
泰川 早苗 ¹	ヤスカワ サナエ
泰川 恵吾 ¹	ヤスカワ ケイゴ

¹ 医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン診療所

² 医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン鎌倉診療所

目的：経鼻胃管先端位置確認システム（以下タムガイド[®]）は、我が国の健康保険において、レントゲン以外で経鼻胃管先端位置確認法として認められた唯一の装置である。タムガイド[®]を使用した在宅経鼻胃管交換の経験から、その有用性について検討した。装置：タムガイド[®]は、経鼻胃管の内腔に挿入した光ファイバーの先端から発する生体透過光を体外から目視することで、経鼻胃管挿入時の先端位置を確認する医療機器である。電源と光源である本体は繰り返し使用するが、本体に接続する光ファイバーはデイスポで、2回目の使用ができない構造になっている。方法：当医療法人で訪問診療している経鼻胃管患者8例について、経鼻胃管交換時にタムガイド[®]を用い、挿入先端位置の確認を行った。その成否、難易度、確実性等について検討した。結果：2022年12月27日から2023年12月14日の期間に8例12回の経鼻胃管交換を実施した。6例では生体透過光が明確に目視された。2例では透過光が弱かったが目視できた。1例では最初に1.5mmのファイバーを用いたところ挿入困難のため、1.0mmを使用して挿入した。他7例の挿入手技は特に困難無く、最終的に全例で胃管は正常位置に留置できた。考察：透過光を確認しながら先端位置を誘導する手技に多少の慣れが必要だが、通常の経鼻胃管挿入と大きな違いは無い。2例で透過光が弱かった原因は、1: 横行結腸が胃の前面にある。2: 脊椎側弯が強かった。等であった。スマートフォンで撮影すると、肉眼より光が明確に確認できた。1.5mmのファイバーは光量が強く確認しやすいが、コシが強く挿入しにくいケースがあった。1.0mmは柔らかいが、光量が弱く確認し難いケースがあった。症例ごとに適正なファイバーを選択する必要がある。タムガイド[®]を用いることで、レントゲンを使用することなく在宅での経鼻胃管挿入を安全かつ簡便に施行できた。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 難病2 ほか

P-2-111

在宅における関節リウマチ診療

内田 貞輔 ウチダ テイスケ
医療法人社団貞栄会

【はじめに】

本報告では、在宅領域における関節リウマチの診療に関して深く掘り下げ、その実践的なあり方を考察する。在宅診療の役割と重要性を強調し、特に患者個々のニーズに対応するための専門的アプローチに焦点を当てる。

【症例】

在宅専門医とリウマチ専門医でもある演者のこれまでの経験を基に、関節リウマチ患者の治療における在宅環境の特徴と課題を詳述する。特に、外来診断では見逃されがちな生活要素に基づくリスク評価、治療薬の適切な投与タイミング、患者のADL（日常生活動作）の向上を目指す治療戦略に注目する。例えば、自宅から外出可能になった患者の事例を紹介し、在宅医療の実効性を示す。また、感染症リスクの高い患者に対する特別なケアプランの開発と実施についても言及する。

【考察】

在宅医療の展開における地域コミュニティや基幹病院との連携の重要性について深く検討する。この連携を通じて、患者の生活の質をどのように向上させることができるか、また治療の効果や社会的な利益についても詳細に考察する。さらに、在宅医療が提供できるメンタルケアの重要性や、患者や家族の心理的なサポートに関するアプローチにも言及する。最終的には、関節リウマチの患者に対する在宅領域での診療の具体的な方法論と、それに基づく提言を展開する。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 難病2 ほか

P-2-112

10年越しに気管カニューレからの離脱に成功した1例

國友 史雄¹ クニトモ フミオ
島山 温子¹ ハタケヤマ アツコ
阿部 英二² アベ エイジ
河元 寛子³ カワモト ヒロコ
春山 篤子⁴ ハルヤマ アツコ

¹ ドクターランド幕張 在宅医療部

² ハート歯科クリニック

³ さかいりハ訪問介護ステーション・八千代

⁴ ニチイケアセンター西千葉

【はじめに】高齢者において誤嚥リスクは年々増加していくものと思われ、気管切開からの離脱は困難が予想される。今回、10年越しに離脱に成功した症例を提示し、成功の要因について検討したい。【症例】84歳、男性、要介護5。2013年11月、自宅で転落し頸部損傷受傷（C5）。市内の市立病院に入院。前後方除圧固定術施行、嚥下障害を認め気管切開、胃瘻造設、膀胱留置カテーテル施行され、翌年7月、自宅退院に伴い訪問診療、訪問看護・リハ、訪問歯科の介入開始となる。2015年8月、訪問歯科よりQOL改善のため発声可能なカフ付きスピーチカニューレへの変更を目標としたい旨の提案有。当時、喀痰多く吸引優先されたが、その後減少し、2018年4月変更可能との評価に至るも、近隣病院での対応困難想定されたため、40km離れた都内系列病院に入院し、同カニューレに変更、病院の判断で膀胱留置カテーテル抜去に成功した。2019年11月より、QOL向上に向けて気管カニューレ離脱に関して更なる目標をスモールステップで統一し、居宅の連絡ノート方式にチーム間メール、リハ経過記録表を加えて、リハ実施、嚥下評価を行い、カフオフの時間を増やしていき、2021年8月在宅にてカフなしスピーチカニューレに変更。更に内筒オフの時間、リハ時吸気弁の閉鎖の時間を増やして行き、2023年7月6km離れた隣市の総合病院に入院し気管カニューレ抜去。同年11月同院再入院し、気管切開孔閉鎖術施行した。処置に関して本人の満足度は高く、意欲的な生活に取り組んでいる。【考察】在宅での気管切開からの離脱に10年という長期間を要したが、そこに至るには本人の意欲、的確な嚥下の評価に基づく無理のないリハ計画。それを実践するチーム医療の密接な連携、病診連携の確立が重要と思われた。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 難病2 ほか

P-2-113

当院における神経難病患者のレスパイト入院の実際と意義 ～機能強化型在宅支援診療所（単独型）がなせる多職種連携を通して～

永島 由規 ナガシマ ユキ
山本 巻一 ヤマト ケンイチ
琴岡 憲彦 コトオカ ノリヒコ
崔 承彦 チェ スンオン
岩永 美貴子 イワナガ ミキコ
横田 千奈 ヨコタ チナ
医療法人葡萄の木ぶどうの木クリニック

【はじめに】

当院は2020年、佐賀県佐賀市に設立され訪問診療・外来・病棟・訪問看護ステーションが一体型となった単独型の機能強化型在宅療養支援診療所である。継続的な在宅介護を支援する為、当院ではレスパイト入院を取り入れている。現在までに71名が利用されており、神経難病患者の利用割合が28%と高かった。病状進行により状態が変化していくなかで、自院でのレスパイト入院により満足度の向上につながった症例を経験したので報告する。

【症例】

70歳代 男性 多系統萎縮症

現病歴：2020年6月下旬より自律神経の失調症状（起立性低血圧・排尿障害）が出現。神経疾患が疑われ大学病院紹介。精査及び経過観察されていたが、更なる病状の進行にて歩行障害が出現。2022年2月 上記診断

経過：同年2月5日から2月15日体動困難にて当院入院

2月21日から訪問診療開始

3月訪問看護開始（リハビリ）

5月当院へ初回レスパイト入院。独歩。ADL/排泄自立（自己導尿）

10月当院へ2回目のレスパイト入院。睡眠中の呼吸状態の悪化・食事中的ムセに気付く、膀胱留置カテーテル挿入、退院後訪問看護追加（看護師定期訪問）

以後月1回ペースでレスパイト入院利用

2023年8月4日SpO2低下あり緊急往診、救急搬送にて当院入院、意識レベル低下

8月5日 永眠

【考察】神経難病患者は身体運動機能やADL低下の変化速度が速いケースが多いことから、在宅療養において患者にかかわる多職種間の情報共有や、臨機応変なプラン変更が必要となる。自院でのレスパイト入院によって、家族も我々も気づいていなかった食事中的ムセの増加、睡眠中の呼吸状態悪化に気づくことができ、それによって食事形態の変更や評価をしながらきめ細やかなポジショニングの調整を行うことが出来た。また、患者本人や家族の意向を確認する十分な時間を取ることができ、スタッフ間で情報共有ができたことで家族の安心感に繋がった。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 難病2 ほか

P-2-114

軟骨無形成症治療薬ボソリチド皮下注用、在宅投与における薬局薬剤師の継続的フォローについて

長谷川 寛 ¹	ハセガワ ヒロシ
城堀 豊 ²	ジョウボリ ユタカ
佐藤 真優 ²	サトウ マユ
長谷川 匠 ³	ハセガワ タクミ
片渕 龍 ³	カタブチ リュウ

¹ 日本調剤株式会社 在宅医療部

² 日本調剤株式会社 砦薬局

³ 日本調剤株式会社 医療戦略企画部

【はじめに】軟骨無形成症（以下ACH）は、不均衡な低身長、腕及び下肢の近位部短縮を特徴とする疾患である。低身長はそれ自体が健康関連の生活の質低下の要因であると共に、四肢短縮は臀部に手が届かないなど日常生活では様々な制約を受ける。ACH治療薬ボソリチド皮下注用は、投与開始後骨端線が閉鎖するまで毎日皮下注射を行う製剤で、投与記録、副作用管理、患者コンサルティング等長期、継続的なフォローが必要となる。当社、薬剤師の取り組みを報告する。【活動】ボソリチド皮下注用は22年9月発売開始、当社の22薬局にて処方せんを応需している。23年9月より長期処方が可能となり院外処方箋での薬剤交付や3ヵ月投与も行われている。一日分の投与セットは薬剤、溶解用シリンジの入った薬剤ボックス、投与用シリンジ、注射針等の機器ボックスで構成され容積はそれぞれ300cm³程で薬剤ボックスは冷所保存となる。3ヵ月投与が行われた場合、薬剤ボックスで容積は約9000cm³×3と保冷状態での持ち帰りや自宅での保管に難渋する。また、患者宅での保管状況、投与記録、注射部位反応（副作用）の確認等在宅での薬剤師関与が必要な場合には、主治医の指示のもと訪問薬剤管理指導を実施している。服薬指導には、確認事項をチェックリスト化したシートを使用し医師へのフィードバックに役立っている。【考察】ボソリチド皮下注用が長期投与された場合、定期的に薬剤師が訪問薬剤やテレフォンフォローで患者の状況を確認、医師へフィードバックすることは治療成績や患者・家族のQOL向上に役立つのではないかと考える。また、十数年に渡る投与期間で患者や家族の生活状況を把握した上でのコンサルティング実施も有用である。今後は、病態や薬剤に対する知識を深め、患者・家族のフォローに努めたい。尚、本発表は、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「5.1症例報告」に基づき行う。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 難病2 ほか

P-2-115

カンナビノイド製剤の治験を巡る在宅難治性てんかん患者と家族の体験と課題

久保 恭子¹ クボ キョウコ
坂口 由紀子² サカグチ ユキコ
宍戸 路佳¹ シシド ミカ

¹ 東京医療保健大学 立川看護学部

² 大東文化大学 スポーツ・健康科学部

【目的】：諸外国では大麻由来のカンナビジオール（CBD）が難治性てんかんの治療薬として使用されており、一定の効果が報告されている。日本では、CBDは大麻取締法により規制されており、CBDの治験においてはCBD治験薬の厳重な管理が必要となる。本研究の目的はCBD製剤の治験の実施を巡る在宅難治性てんかん患者と家族の体験と課題を明らかにすることである。【方法】面接調査。データは質的記述的に分析し、カテゴリを【 】で示した。本研究は所属機関のヒトに関する倫理委員会にて承認を得た（教32-38D）。【結果】1 対象者の概要：10～20代の難治性てんかん患者と親40～50代の家族2組であった。2 CBD製剤の治験の導入から実施を巡る体験【治験でもよいのでCBD製剤を試したい】という気持ちが強く、治験が受けられるならば【CBD治験薬の厳重な管理もいとわない】と強い意志を持ち、治験に望んでいた。治験の実施中、【子どもの笑顔の再現や検査結果の改善に感動】するなど、治験による効果も感じる一方、副作用で【興奮・眠気がひどくQOLが低下】、治験であっても児に適した投与方法を望み【治験プロトコルの変更を希望】することがあった。治験中の児のけいれんの質の変化などが【CBD製剤の影響か、親も医師も判断ができないもどかしさ】を感じることもあった。CBD製剤を金庫で管理、旅行などの行動の制限など、【薬の厳重管理は苦にならない】と語った。【考察】治験の実施に強い希望をもって臨んでいるため、薬の厳重管理などに抵抗がないことがわかる。ケースによっては治験と治療を混同するほど、CBD製剤の効果に強い希望を持っている。在宅での治験参加であるため、親が児の状態をアセスメントする難しさを感じており、治験中の患者家族へのより親身な対応が必要である。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 難病2 ほか

P-2-116

～難病の方を支えるために～

「介護保険と障害福祉サービスの利用を考える」

内海 美智代¹ ウチウミ ミチヨ
森川 裕美¹ モリカワ ヒロミ
梅野 福太郎² ウメノ フクタロウ
湊 由美香² ミナト ユミカ

¹ シャローム若葉第2居宅介護支援事業所

² まごころクリニック

【はじめに】福祉サービスには詳細なルールが存在する。年齢や収入、個人が所持している証明書等によって異なる。介護支援専門員はフォーマルサービス、インフォーマルサービスを熟知し対応していくことが求められる。しかし、状況により、様々な壁にぶつかる。今回、2つの難病事例を通して、課題の整理を報告する。【症例】要介護5 63才女性 既往：筋萎縮側索硬化症 令和X年 確定診断 胃瘻造設 治験対応 令和X+3年 介護認定 福祉用具導入 同年 唾液排出が難しく吸引が必要 同年 9月 介護保険 障害福祉サービスの重度訪問介護必要と判断 介護認定区分変更と障害福祉サービス両サービス利用中 要介護5 65才 女性 既往：多発性硬化症 右目失明 重筋力無力症 鼠径ヘルニア 胸腺除去 脊椎骨折 等 現在：胸から下麻痺 両眼失明 体の保持は自立できず障害福祉サービスを受けていたが40歳時介護保険サービス優先にて変更。自身で救急要請可能で重度訪問介護受けられず【考察】コンプライアンスが重要であり、基本に基づきサービスの導入を図ることが前提である。特に神経難病は進行が早く、サービスの導入が遅延してしまうことがあることに大きな課題がある。本人の望む生活を安心して、継続させるために支援者はどの様にどのタイミングで動き相談にのり助言していくのが適切なのか。病気の受容とサービスの導入には、時間や条件等が折り重なり、課題が多く残る。事例とは別のALSの患者からは「皆さんは経験が豊富で先の見通しを危惧してくださるのはありがたいが本人にとっては、ものすごくつらいです。」先を読みすぎると、生きる意欲をも阻害してしまうことにも懸念がある。併せて、相談支援専門員がついていないことで、介護支援専門員の業務負担がとて大きく無料奉仕である。課題を整理し、提起し訴え続けていくことが難病を持ち在宅生活を継続させていく利用者にとってより良いサービス提供につながると考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター）緩和ケア1

P-2-117

当院でオピオイド持続皮下注・静注を用いて疼痛コントロールを行った症例のまとめ

矢野 利章 ヤノ トシアキ
大石 明宣 オオイシ アキノブ
岡部 学 オカベ マナブ
田中 哲文 タナカ サトフミ
医療法人信愛会 しんあいクリニック

【はじめに】2022年11月1日から2023年10月31日まで当院で実施したオピオイドの持続皮下注射、持続静脈注射を実施した18例の振り返りを行った。各症例の情報は仮名加工情報を用いた。【症例】18症例中、性別内訳は男性8名、女性10名であり、疾患内訳は悪性疾患17例、非悪性疾患1例であった。使用オピオイドは重複を含み、モルヒネ16例、オキシコドン3例、フェンタニル1例であった。投与期間は最短1日、最長549日で、平均値39.7日、中央値4日であった。【考察】オピオイド持続皮下注射、持続静脈注射投与期間の平均値と中央値には解離があり、長短は二極化する傾向にあった。投与期間の短い（1～6日）患者群では、①それまで経口、経皮投与で良好に疼痛コントロールされていたが急速に状態が悪化して死亡された、②患者もしくは家族がオピオイド注射剤の使用に抵抗を感じていた、③当院へ紹介時すでに全身状態が不良で、ただちにオピオイド注射剤開始したが短期間で死亡された、等の理由となっていた。一方、20日以上長期投与となった患者群では、①当院紹介時すでにオピオイド注射剤が開始されていた、②中心静脈栄養が行われており早期から経静脈投与に抵抗が少なかった、③専門病院で抗がん剤治療を併用しつつ在宅医療として長期間の疼痛コントロールを行うことができた、等の理由となっていた。今後、抗がん剤治療の最中でも在宅医として緩和領域に関与できるようがん治療専門病院と連携を密にし、また、抗がん剤治療が終了し緩和医療のみとなる患者についても、在宅医としてできるだけ早期に介入できるよう専門病院へ働きかけていく必要があると考えられた。また、オピオイドに関する誤解、恐れをもつ患者、家族に対し適切な時期に適切なオピオイドが使用できるよう、早期から患者・家族に情報提供を行っていく必要があると考えられた。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 緩和ケア1

P-2-118

★優秀演題

在宅における脊髄損傷患者の神経障害性疼痛に対する薬物療法の検討

熊井 惟志¹ クマイ タダシ
成瀬 佳子¹ ナルセ ヨシコ
川村 享平² カワムラ キョウヘイ
姜 琪鎬¹ カン キホ

¹ みどり訪問クリニック

² 訪問看護ステーションRe:Life

【目的】 脊髄損傷患者は通院困難な状態で在宅医療を利用する患者が多く、神経障害性疼痛のコントロールにはしばしば難渋する。現在使用している鎮痛薬が神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン第2版と照らし合わせて適切か、改善できる点がないか検討した。

【方法】 当院で担当する17名の脊髄損傷患者において、神経障害性疼痛の有無、使用している鎮痛薬およびその容量、疼痛コントロールが良好であるかをカルテ情報から調べた。当研究はカテゴリーⅣ-Bに該当するが倫理委員会による承認は受けていない。

【結果】 9名が神経障害性疼痛を有し薬物治療を行っていた。プレガバリンが第一選択薬として全ての患者で使用されていたが、8名ではプレガバリンのみではコントロールが難しく他の薬剤を追加されていた。第二選択薬としてはデュロキセチン2名、アミトリプチリン1名、トラマドール2名で、アミトリプチリンとトラマドール2剤の追加も1名で行っていた。NSAIDs、アセトアミノフェンは頓服で使用されていた。

【考察】 プレガバリンはガイドラインで第一選択薬だが至適容量は平均410mg/日とされており、至適容量に達していない例が多かった。デュロキセチン、アミトリプチリンはプレガバリンと並び第一選択薬とされているが、いずれの症例でもプレガバリンに追加する形で使用されていた。アミトリプチリンは特に脊髄損傷後の疼痛に有効だが、副作用があるため、デュロキセチンを選ぶことが多くなっていた。トラマドールは第二選択薬に位置付けられ、長期投与になる場合は慎重になるべきとされているが、副作用で他の薬剤が使えず使用する症例は多くなっていた。自験例を振り返り、まずはプレガバリンを410mg以上まで試し、次にデュロキセチンかアミトリプチリン、それでも疼痛がコントロールできない場合はトラマドールを検討するか、NSAIDsを試すのが適切であると思われる。

利益相反：無

一般演題（ポスター）緩和ケア1

P-2-119

専攻医教育を行う在宅療養支援病院における婦人科系悪性腫瘍の腹部症状の在宅管理

丸山 淳也 マルヤマ ジュンヤ
額田病院

【はじめに】

婦人科系悪性腫瘍の在宅診療では腹膜転移などを生じた状態で診療を開始することが多く、嘔気などの腹部症状の治療に難渋することが多い。当院は総合診療・家庭医療、在宅医療の専門医養成を行い、専攻医を含めた複数医師で診療している。診断や治療の実態把握のために現状を報告する。なお個人を特定できないよう個人情報に配慮した。

【症例】

過去3年の婦人科系悪性腫瘍の人数：子宮癌（頸癌5人，体癌6人），卵巣癌7人，子宮平滑筋肉腫1人，不明1人

腹部症状は11人：子宮癌（頸癌3人，体癌4人），卵巣癌4人，不明1人（1人を除き手術歴あり）

＜症状＞嘔気・嘔吐10人，腹部膨満感（腹水貯留感含む）8人（いずれも重複含む）

＜検査＞在宅ポータブル超音波5人（嘔気・嘔吐時に5回，腹部膨満感時に6回）

＜治療＞

嘔気時：ハロペリドール5回，メトクロプラミド3回，ヒドロキシジン塩酸塩2回，副腎皮質ステロイド増量2回，医療用麻薬増量・胃管留置各1回

腹部膨満感時：腹水貯留が原因と同定されたら4人が腹腔穿刺・留置カテーテル

＜在宅療養期間＞中央値29日（最短6日，最長155日（一時入院期間含む））

＜転帰＞自宅看取り8人，入院3人

【考察】

婦人科系悪性腫瘍の患者では腹部症状への対応が必要な事例は多く、腹部膨満感時は評価目的で超音波検査が実施されやすい一方、嘔気・嘔吐時は症状への対応が優先されやすいと考えられた。腹部膨満感の原因が同定され特異的な治療（腹腔穿刺や便秘薬）を行い、定期的に穿刺を行う事例もあったが、嘔気は薬剤投与を行うも改善に乏しく、病態を推測し複数回の薬剤調整を行う事例が多かった。在宅診療開始時から腹腔留置カテーテルやイレウス管が留置された事例はあったが、在宅診療開始後に留置した事例はなかった。診療した医師は在宅で可能な範囲の診療を行っていると考えられ、在宅で過ごす期間は様々だが、自宅で看取る事例は多かった。

利益相反：無

一般演題（ポスター）緩和ケア1

P-2-120

当院において終末期の苦痛症状に対し、ハロペリドール注射液、ジアゼパム注射液の舌下投与を行った症例群の検討

北口 馨葉英¹ キタグチ カナエ

神田 敏博¹ カンダ トシヒロ

永島 徳人² ナガシマ アツト

¹つばさ在宅クリニック西船橋

²つばさ在宅クリニック

【はじめに】 予後予測：日～週単位の終末期に認めるせん妄、呼吸苦、嘔気等の苦痛に対する緩和治療として、オランザピン錠、ハロペリドール内服液、ジアゼパムシロップ、リスベリドン内服液、アセナピン舌下錠、プロマゼパム坐剤、プロナンセリン貼付剤、ミダゾラム注射液の投与があげられる。しかし、①内服困難、②家族等非医療従事者による坐薬使用が困難、③早急な投与が必要、④せん妄による体動や浮腫等により注射薬投与経路の確保が困難等の状況では上記薬剤による苦痛緩和が困難な場合がある。当院では上記①～④の状況下での終末期苦痛緩和治療として、ハロペリドール注射液1.5mg、ジアゼパム注射液1.5mgの舌下投与を経験的に行い一定の効果が得られていた。国内外の先行研究、文献等は存在せず、その効果について後方視的に検討した。本発表には医師の裁量による適応外使用が含まれるが、事前の倫理審査は受けていない。

【症例】 2023年7月～11月にハロペリドール注射液またはジアゼパム注射液を舌下投与した患者は17名であった。癌患者：12名、非癌患者：5名で、非癌患者の原疾患は誤嚥性肺炎、認知症、慢性心不全等であった。対象の苦痛症状はせん妄、呼吸苦、嘔気等で、診療記録上、自覚、他覚所見において改善を認めたのは11/17名；64.7%で、中断例は2名であった。投与開始から死亡までの期間の中央値は10日で、15/17名；88.2%に対して在宅で看取りを行った。

【考察】 ハロペリドール注射液、ジアゼパム注射液の舌下投与により、在宅での終末期において苦痛緩和が困難なせん妄、呼吸苦、嘔気等の苦痛に対して迅速かつ簡便に緩和的鎮静の効果が得られ、在宅看取りを行い得た症例を多数経験した。用量用法について確立されておらず、適切な使用には更なる研究を要するが、在宅での終末期における苦痛緩和に対して一つの治療選択肢になり得ると考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 緩和ケア1

P-2-121

終末期患者のせん妄に対してプロナンセリン貼付剤の在宅での使用経験

福田 員茂 フクダ カズシゲ
白石 恵実 シライシ メグミ
菅 杏葉 スガ アンナ
安仁屋 玲緒南 アニヤ レオナ
高野 桃子 タカノ モモコ
医療法人社団双寿 ちぐさ会クリニック

【はじめに】 終末期せん妄は、終末期がん患者の30～40％に合併する誰もが経験する精神症状でありその中でも過活動型せん妄はしばしば在宅療養阻害因子となる。

【目的】 せん妄に対してこれまで向精神病薬やベンゾジアゼピン系薬剤の内服薬、注射剤、坐剤が使用されてきたが、内服不能になった場合、剤型の観点から使用できる薬剤は非常に限られる。当院では2019年に発売されたプロナンセリン貼付剤を2021年から採用しており本薬剤とせん妄制御について効果について考察した。

【方法】 2021年12月1日～2023年11月末までを期間とし、筆者担当患者186名の検討を行う。せん妄患者33症例のうち「末期がん」＋「せん妄」患者17例、うちプロナンセリン貼付剤使用15例。

【結果】 せん妄制御可能は7例（うち20mg:6例、40mg:1例）。制御困難:効果なし:5例（うち不眠の存在5例）、効果判定困難:3例（判定前の入院または死亡）であった。

【考察】 プロナンセリン貼付剤は在宅患者における終末期せん妄の制御について剤型として有用であった。貼付剤の利点として以下の点が挙げられる。1. 誤嚥の心配がない。2. 使用開始のタイミングを家族に委ねることができる。また利点とは別に以下の点を考察した。3. 薬効発現まで1.5時間を要する。4. 明らかな過鎮静、呼吸・循環抑制は見られなかった。5. 強い不眠の存在に対してはほぼ無効であった。在宅療養継続の阻害因子としては①疼痛、②嘔気、③呼吸苦、④倦怠感・食思不振、⑤せん妄が挙げられ、それぞれについて在宅で使用できる薬剤は拡充されているが、在宅環境では家族が症状に対応できるかが重要である。プロナンセリンはD2および5HT_{2A}受容体に対する遮断効果が強いのに対しH₁受容体への遮断作用が弱いことが不眠に無効であると考ええる。代表的な副作用であるアカシジアは見られなかった。

利益相反：無

一般演題（ポスター）緩和ケア1

P-2-122

当院の末期がん患者における持続皮下注射実施率の変化について

柳澤 克哉 ¹	ヤナギサワ カツヤ
宮本 雄気 ^{1,2}	ミヤモト ユウキ
板舩 笑果 ¹	イタマス エミカ
山下 歩 ¹	ヤマシタ アルク
西井 賢俊 ¹	ニシイ カツトシ
林 佑哉 ¹	ハヤシ ユウヤ
武藤 英貴 ¹	ムトウ ヒデキ
藤谷 好紀 ¹	フジタニ ヨシノリ
能勢 悠介 ¹	ノセ ユウスケ
菅原 信行 ¹	スガハラ ノブユキ
田中 裕子 ¹	タナカ ユウコ
山田 寿美 ¹	ヤマダ トシミ
守上 佳樹 ¹	モリカミ ヨシキ

¹ よしき往診クリニック

² 京都府立医科大学 救急医療学教室

【目的】持続皮下注射（以下CSI）は簡便で患者への侵襲が少なく末期がん患者の症状緩和のための有用な選択肢となっている。一方でCSIは一定の専門的知識を必要とし機材やルートによって患者の行動範囲が狭まってしまう可能性がある。当院では2022年に携帯型ディスプレイ注入ポンプを導入し複数名の緩和ケア認定医が入職したため、これらの問題点が克服された可能性がある。そこで2022年前後に注目し当院での末期がん患者におけるCSI実施率が異なるかを検証した。

【方法】2018年1月から2023年12月までに当院にて在宅がん医療総合診療料（以下管理料）を算定した患者を対象とした。対象患者において年齢・性別・訪問診療開始日・管理料算定開始日・CSI実施の有無・CSI開始日・CSIに用いたデバイス・CSIの組成・酸素投与の有無・介護度・同居者の有無・ADL・認知症の有無・周辺症状の有無を後方視的に記述した。また2021年以前/2022年以降をダミー変数として年齢・性別・酸素投与の有無・介護度・同居者の有無・ADL・認知症の有無・周辺症状の有無を共変量としたロジスティック回帰分析を用い、上述のダミー変数がCSIの実施率に影響を与える因子となるかを検証した。対象となる患者には個人情報の利用目的を書面で説明し同意を得た。

【結果】対象患者は221人であり42人（19%）にCSIを実施した。CSIの実施率は2021年以前で148件中14件（9%）2022年以降で73件中28件（38%）であった。多変量ロジスティック回帰分析では2022年以降であることはCSI実施率上昇の有意な因子であった。

【考察】本研究では緩和ケア認定医の入職や新規デバイスの導入がCSI実施率向上に寄与した可能性が示唆された。CSI実施率向上に伴い、患者アウトカムも合わせて改善したかについては今後さらなる検証が必要と考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 緩和ケア1

P-2-123

かかりつけ薬局が在宅緩和ケアに関わるために ～オピオイド内服薬から持続皮下注まで～

今城 宏文¹ イマジョウ ヒロフミ

廣原 正宜² ヒロハラ マサヨシ

串田 一樹² クシダ カズキ

¹ 株式会社アイエムファルマ ツマシナ薬局

² 昭和薬科大学

【はじめに】65歳以上の人口は、2042年にピークを迎えるが、その後も75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている。可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進されている。終末期がん患者も例外ではなく人生の最後を住み慣れた地域で迎えることができるよう地域の薬局がさまざまな機能をもつことが必要である。「患者のための薬局ビジョン」でもかかりつけ薬局は推奨されており、かかりつけ薬局がすべての患者に対して継続的にかかわることが重要である。今回、当薬局の取り組みをもとにすべての薬局が多くのがん患者に対応できる為にどのようなことが必要か検討したので報告する。

【活動】2022年12月1日～2023年11月30日に当薬局にてオピオイド使用患者を集計。集計は、患者が特定されないように患者数のみ集計した。オピオイド使用患者は56名であった。その内、オピオイド注射剤使用患者は9名であった。その内、7名は在宅療養中にオピオイド注射剤が導入された。オピオイド使用患者に対して薬剤師が行った業務内容は、服薬状況の確認、疼痛コントロールの確認、服薬指導、多職種との情報共有や提案等であった。

【考察】当局のデータでは終末期にオピオイド注射薬が必要となる患者は16％程度であり、それ以外の患者については経口や坐薬、貼付薬などの剤形で対応できた。その為、無菌調製室などの設備がなくとも多くの薬局で在宅がん緩和ケアへの対応が可能であると考え。地域包括ケアシステムでかかりつけ薬局が終末期がん患者に対応する為には、がんの知識、オピオイドの知識などが必要である。これらの知識を薬剤師が習得する為には、疼痛管理に関わる在宅医との講習や研修などが必要であり、今後薬局がかかりつけ機能を発揮する為にも積極的に取り組んでいくことが必要と考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター）緩和ケア2

P-2-124

緩和的放射線照射療法でQOLの向上がみられた癌末期患者の2例

森口 英男¹ モリグチ ヒデオ
三橋 紀夫² ミツハシ ノリオ
西村 嘉裕¹ ニシムラ ヨシヒロ
海老沢 しのぶ³ エビスワ シノブ
浅野 みい子⁴ アサノ ミイコ

¹医療法人社団いばらき会いばらき診療所みと

²(株)日立製作所ひたちなか総合病院放射線治療科

³医療法人社団いばらき会訪問看護ステーションみと

⁴医療法人社団いばらき会ケアプランセンターみと

【はじめに】緩和的放射線照射療法により症状の軽快とQOLの改善を得て在宅医療を継続できた末期癌患者の2例につき報告する。

【症例】①96歳 局所進行上行結腸癌（2023年5月18日診断）。高齢であるため手術や抗癌剤治療を希望せず、在宅緩和治療に移行。しかし下血とそれに伴う貧血のコントロールが難しく、週1から2週に1回くらいの頻度で輸血を行っていた。そのため放射線治療医に相談。止血と増大抑制目的での緩和的放射線照射療法の適応があるとのことであるため、原発巣に緩和的放射線照射実施。1回4Gy、週5回、総線量20Gy/5回。下血は照射終了後間もなく消失。輸血も全く必要無くなった。

②74歳 盲腸癌手術（2016年12月）、再発と腹膜播種（2019年）。その後化学療法を実施したが病状はPDであり、2022年12月には腹壁皮膚と皮下に転移。緩和治療に移行した。2023年2月になると腹壁の転移巣は10x8cmに増大し、痛みと出血がみられるようになった。そこで、皮膚と皮下への転移に対して緩和的放射線照射療法の適応の有無について放射線治療医に相談。適応ありという判断のため、実施に至った。1回6Gy、週2回、総線量36Gy/6回。その後、皮膚・皮下病変は縮小した。

【考察】在宅での癌末期緩和医療は、患者の身体的・精神的状態、生活環境にあわせた個別の選択が重要になる。緩和的放射線照射療法は、症状緩和・QOLの向上を目的としている。我々は過去10年間に23例の症例を経験しているが、今回提示したのは直近で効果判定が可能であった消化管出血と皮膚・皮下転移巣に対する2症例である。目的は達成したと考えられた。緩和的放射線照射療法の普及には、評価モジュールや適応判断の適正化、緩和的放射線照射療法への認知度を上げることが重要と考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター）緩和ケア2

P-2-125

吐き気の強いメサドンをフェンタニル貼付剤へ在宅でスイッチを試みた1例

岡本 静子 オカモト シズコ
医療法人社団そよかぜ

【はじめに】在宅にてメサドンに起因する嘔気で苦しむ患者に、逆方向となるオピオイドスイッチングであるが、やむを得ずフェンタニル貼付剤にスイッチしADLが改善された経験を得たので報告する。日本医学会の倫理的指針に則り個人情報に配慮した。

【症例】67歳男性、末期浸潤性膀胱がん術後再発。リンパ節転移、骨転移あり。入院中にオキシコンチン40mgをメサドン15mgに変更投与された。退院時は嘔気強く制吐剤も数種類投与されていたが、経口摂取できない状態であった。在宅導入時から嘔気の可能性のある薬を中止しステロイドも増量したが、嘔気は改善せず。やがて衰弱が進み内服もできない状態になった。左に腎瘻、右下腹部には尿管瘻があるため、さらに管が増えるモルヒネ持続皮下注はADLを阻害すると考え、メサドン投与前のオキシコンチンの投与量から推測し、フェンタニル貼付剤へのスイッチングは可能であると判断した。貼付剤への変更後、嘔気は消失し、鎮痛も良好で経口摂取も可能となり、テレビを見て冗談を言って笑うこともでき、良好な終末期を過ごすことができた。

【考察】メサドンは経口麻薬の最終手段である。いずれ内服不能となればモルヒネ持続皮下注や貼付剤への切り替えが必要である。意識が明瞭な状態で、嘔気さえコントロールできればADLの改善が見込める患者であるため、麻薬の変更としては逆方向となるスイッチングを行った。メサドンは血中半減期が22～48時間。メサドン内服困難になった時の鎮痛対応や他の鎮痛薬への変換比率については文献が乏しい。強度の疼痛が出てから他の麻薬を投与すると交差耐性が不完全であるため過量投与となる恐れもある。ミダゾラムを併用しつつフェンタニル貼付剤Tmax18-26時間を念頭におきスイッチし、穏やかに終末期を過ごせた。メサドンは早期の変更では副作用に苦しめられる可能性が示唆された症例と考えたため報告する。

利益相反：無

一般演題（ポスター）緩和ケア2

P-2-126

AYA世代進行再発がん患者で意思決定支援に苦慮したが、最終的に患者家族の希望通り在宅看取りを行えた事例

児玉 麻衣子 ^{1,2}	コダマ マイコ
椿 貴佳 ²	ツバキ タカヨシ
水野 智之 ²	ミズノ トモユキ
福元 進太郎 ²	フクモト シンタロウ
埴 瀬里奈 ²	ハニ セリナ
高野 智早 ²	タカノ チハヤ
藤岡 玲子 ²	フジオカ レイコ
広瀬 知美 ²	ヒロセ トモミ
濱田 知花 ²	ハマダ チカ
田畑 未央 ¹	タバタ ミオ
有田 諭 ¹	アリタ サトル
釧内 由香里 ²	タチウチ ユカリ
宮武 寛知 ¹	ミヤタケ ヒロトモ
紅谷 浩之 ¹	ベニヤ ヒロユキ
廣野 靖夫 ²	ヒロノ ヤスオ

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】 AYA世代の意思決定支援は困難感の高さが指摘されている。本症例報告は福井大学医学部附属病院倫理委員会で承認を得た。

【症例】 20代女性、悪性末梢神経鞘腫末期。幼少期から治療歴あり。20XX-1年3月A病院で原発巣切除。その後再発、多発転移を認め、緩和治療目的に同年11月B病院紹介受診。翌年9月胸椎転移増大に伴う疼痛増悪を認め、緩和的放射線照射施行。本人家族は訴えが多く、医療者を振り回す傾向や、医療者への不平不満が多く見られた。本人は自宅退院を強く希望したが両親は不安が強く、抗がん剤再開も希望した。不安軽減目的や今後急速に全身状態悪化する可能性もあり、訪問診療、訪問看護導入を提案。本人家族ともに病状進行に対する受容困難や医療者への不信感等あり在宅サービスは導入せず自宅退院。同年12月病状進行ありB病院緊急入院。腹部腫瘍急速増大に伴う嘔気・嘔吐や食事摂取不良あり。内服困難となりモルヒネ持続皮下注開始。本人家族に病勢悪化、本日中に看取りとなる可能性を伝えたところ、本人は自宅に帰ることを希望し家族もその意向に沿うことになった。急遽訪問診療、訪問看護、薬剤居宅導入し自宅退院。翌日家族見守る中、自宅で永眠。

【考察】 AYA世代で、本人家族共に意思決定支援に苦慮した症例である。本人の自宅療養の希望を叶えるため在宅サービスを提案したが当初本人家族共に拒否された。その時点ではADL保たれており現実味が感じられなかったこと、幼少期から闘病生活を送っており終末期という病状受容困難であったことが一因と考える。関わる医療者側も本人家族の言動の揺れに疲弊し陰性感情が広がっていた。最終的に本人の希望する自宅看取りを実現できたのは、積極的症状緩和だけでなく、困難な中でも本人家族への侵襲度を見ながらACPを継続したことが効果的であったと考えられた。

利益相反：無

一般演題（ポスター）緩和ケア2

P-2-127

脊髄くも膜下鎮痛法を導入され自宅退院可能となった2例

篠 美和 ¹	シノ ミワ
廣瀬 剛 ²	ヒロセ ゴウ
保刈 岳雄 ²	ホカリ タケオ
河野 悟 ²	コウノ サトル
廣瀬 憲一 ²	ヒロセ ケンイチ

¹医療法人社団守成会 広瀬病院 在宅診療部

²医療法人社団守成会 広瀬病院 内科

【はじめに】 癌性疼痛の症状緩和には、薬物療法、特にオピオイド鎮痛薬の全身投与が選択される。90%の癌性疼痛は緩和されるが、残り10%の癌性疼痛患者は通常の治療では痛みが軽減できない言われている。オピオイドの全身投与では十分な鎮痛が得られない癌性疼痛患者に対して、脊髄くも膜下鎮痛法が推奨される。

【症例1】 55歳男性、腭頭部癌多発肝転移も診断で化学療法中、上腹部痛が出現し、薬物療法を行っていたが、嘔気および不安感、希死念慮で増量が困難、コントロールに難渋した。持続硬膜外ブロックを行うと疼痛はほぼ消失したため、脊髄くも膜下ポートを挿入して自宅退院可能となった。経口摂取などを楽しむことができ、前医での再入院が可能となる連携体制も整えていたものの、病院へ戻ることなく退院22日後自宅で永眠された。

【症例2】 49歳女性、乳癌皮膚浸潤多発リンパ節転移で化学療法中、左胸壁・上肢及び臀部褥瘡の疼痛が強く、オピオイドの全身投与を行っていたが、効果不十分で持続くも膜下鎮痛法を頸部、腰部2箇所から導入し、臀部褥瘡の痛みは改善、自宅へ退院された。残念ながら全ての苦痛が緩和することはなく持続鎮静を余儀なくされたが、入院中に会えなかった友人らにも会え、退院8日後自宅で永眠された。

【考察】 くも膜下鎮痛法を導入し、自宅退院可能となった2例を経験した。自宅療養移行には家族だけではなく、訪問看護師、訪問薬剤師の協力が不可欠であるが、2例とも十分な連携をとることができ、在宅療養が可能であった。

【倫理的配慮】 本症例報告は広瀬病院倫理委員会で承認を得て行った（承認番号2024-3）。

利益相反：無

一般演題（ポスター）緩和ケア2

P-2-128

末期腎不全に対して保存的腎臓療法（conservative kidney management:CKM）を選択し最期まで在宅療養を行った患者を振り返る

長田 直美 オサダ ナオミ
桜新町アーバンクリニック

【はじめに】透析患者は年々増加している。それに伴い透析を行いながら人生を終える患者だけでなく、透析を選択しない患者や透析の中止を人生の最終段階で選択する患者も増えている。我が国において末期腎不全は緩和ケア病棟の適応疾患ではなく、最期の療養場所として多くの患者は病院を選択せざるを得ない。今回、CKMを選択した患者の在宅療養から在宅看取りまでを訪問看護を通して振り返り、最期まで在宅療養が継続できた要因を考察した。

【症例】75歳男性。2016年3月に慢性腎臓病の診断を受け、大学病院腎臓内科外来に通院していた。本人はその後に透析を導入しないことを希望し、病院医と繰り返し話し合いCKMを選択した。病院医は今後の療養生活を考え、訪問診療を提案し、2023年5月に導入となる。ただし8月末に痙攣発作で緊急入院。2週間で退院できたものの、日常生活のサポートを必要とし訪問看護が9月に導入となる。以降、腎機能の悪化に伴い悪心・嘔吐などの尿毒症症状、抗けいれん薬による薬疹、尿閉、誤嚥性肺炎など様々な症状を合併し、そして12月に永眠された。

【考察】CKMを選択した患者が、在宅療養を継続できた要因として、症状緩和を行った事、主治医と共に本人と家族へ繰り返しACPを行った事、日常生活のサポートを行った事、患者と家族の情緒的支援をしたことが挙げられる。末期腎不全では様々な苦痛症状が出現し身体機能の低下に繋がるが、これらの看護介入により、自宅で妻と過ごしたいという患者の希望を支援し、住み慣れた自宅で最期まで療養することができたと考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター）緩和ケア2

P-2-129

低分化型喉頭癌の在宅緩和ケアで露出腫瘍からの出血コントロールに苦慮した症例

伊賀 勝康 イガ カツヤス
松下 直彦 マツシタ ナオヒコ
宮崎 有弘 ミヤザキ ヤスヒロ
佐藤 幸 サトウ ユキ
松本 巧 マツモト タクミ
勤医協苫小牧病院 在宅診療部

【はじめに】低分化型喉頭癌の難治性出血症例を経験したので発表する【倫理配慮】発表に際し家族及び院内倫理委員会の承認を得た【症例】70歳男性。X-7年右声帯喉頭癌（T1bN0M0）部分切除＋放射線療法。数年間症状なく経過。X-1年3月嚥声出現。4/26気道腫瘍閉塞で緊急気管切開。低分化型扁平上皮癌。5/30A大病院にて喉頭全摘リンパ節郭清＋甲状腺全摘stage IVa。11月PET-CTで再発、肺転移。12/16化学療法開始もPD。X年1/11腫瘍内膿瘍形成し瘻孔から排膿遷延。2/9胃瘻造設。4/16咽頭出血B病院搬送後A大病院転院。4/26腫瘍露呈急速拡大し出血反復した。帰宅希望あり当院在宅診療部に紹介あり5/1ウェブカンファレンス実施。胃瘻栄養1800kcalでDM治療薬多数。抗血小板薬中止、ステロイド投与、気管瘻孔HMEカセット導入し露出部の処置方法なども共有した。5/10退院初回訪問開始。当初ADL維持も腫瘍増大著明で病勢進行した。5/26HMEカセットと接触部腫瘍出血多くB病院耳鼻科搬送。表在出血は止血も、口腔鼻腔側への出血は止血困難であったが本人希望で帰宅した。HMEカセット使用不能となり栄養や処方を整理した。その後せん妄症状・高血糖・高Ca血症・全身状態悪化。出血は内服点滴止血剤、カルトスタット圧迫止血などで難渋も1%エピネフリン含有軟膏で一時コントロール得られた。苦痛著しく6/8より深鎮静開始。腫瘍増大著明で緩徐体力消耗し8/1自宅で永眠された【考察】救急病院や紹介元の大学病院にコンサルトも打開策なく病勢進行。鎮静後苦痛緩和されたがエピネフリン含有軟膏の止血も一時的で、最期はDICで処置困難であった。訪問看護・ケアマネの家族支援で自宅ひとりできたが、耳鼻咽喉科や救急との連携不十分でありICT活用で適宜コンサルト体制が必要であった。

利益相反：無

一般演題（ポスター）食支援・口腔嚥下1 ほか

P-2-132

経腸栄養剤による経管栄養患者の亜鉛、セレン、カルニチンの評価

大府 正治	オオフ マサハル
伊志嶺 洋平	イシミネ ヨウヘイ
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
長峰 政智	ナガミネ マサトモ
和花クリニック	

【目的】経腸栄養剤は1988年に登場し以後改良が加えられ栄養素などの補充がなされている。訪問診療で経管栄養を受けている患者について栄養剤3剤の成分の差に注目して亜鉛、セレン、カルニチンを測定し臨床的検討を行なった。

【倫理】本研究は当院倫理委員会の承認を得て行われた。

【方法】対象は経腸的に栄養剤を1年以上行なっている33名（男性10名、女性23名、年齢24歳～101歳、平均79.1歳）。経鼻経管栄養5名以外は胃瘻造設。栄養剤の発売年により2020年のA剤、2011年のB剤、1988年のC剤の3群に分けた。A群11名、B群10名、C群12名。またC剤からA剤に切り替えたCA群8名も検討した。亜鉛はA、B、C剤全てに、セレンはA、B剤にカルニチンはA剤にのみ配合されている。

【結果】A、B、C、CA群の亜鉛（正常値80～130 $\mu\text{g}/\text{dl}$ ）平均値は58、56、49、62で全群で低値を示し差異は認めなかった。セレン（正常値107～171 $\mu\text{g}/\text{dl}$ ）平均値は109、79、51、117でA群、CA群は正常でありB、C群は低値を示した。遊離カルニチン（正常値36～74 $\mu\text{mol}/\text{L}$ ）平均値はA62、B31、C29、CA67でA群、CA群は正常でB、C群は低値であった。以上よりセレンと遊離カルニチンはA群、CA群で正常であった。

【考察】亜鉛を含むにもかかわらず全例で亜鉛欠乏症を呈していた。高齢者では亜鉛の吸収障害の存在の可能性がある。セレン欠乏症は爪の白色化や心筋症を引き起こす。セレン含有が少ないか含まないB、C群ではセレンは低値であった。遊離カルニチンは大球性貧血、嘔吐、呼吸異常や突然死を引き起こす。A群では全例カルニチン値は正常でC剤からA剤に切り替えたところ1年以内にセレン、遊離カルニチンは正常化している。

【結論】長期的な栄養補給には栄養素の追加された新しい栄養剤が望ましい。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 食支援・口腔嚥下1 ほか

P-2-133

～栄養ケア・ステーション開設の振り返り～ 開設5年間の取り組みと実績の推移

井上 朗 イノウエ アキラ
東大和ホームケアクリニック

【目的】在宅療養では栄養管理が重要であることは周知されているが、管理栄養士が訪問業務に専従的に取り組むことは訪問回数の制限や報酬の確保が難しく経営的な面からも難しいのが現状である。しかし、在宅療養では低栄養の課題への取組や管理栄養士が訪問を行うことによりQOLが改善できるなどの報告も出ており、管理栄養士が訪問を行うことの必要性は年々高まってきている。当院では2019年度に認定栄養ケア・ステーションを開設し2024年4月までに、訪問件数も毎月80件を超えるようになった。今回はその取り組みについて報告する。【方法】2019年4月～2023年12月までに行った訪問件数の実績の推移を累計し、合計の訪問人数と訪問件数及び増加率を算出した。また、売上金額の算出も行った。【結果】延べ患者数209名 訪問件数2,722件 訪問終了者157名。合計売上は14,675千円、収益としては2,021千円であった。患者一人当たりの訪問回数は平均12.5回となっている。死亡終診者は108名でその内在宅看取りは72名と約2/3の方は在宅看取りを行うことができていた結果であった。【考察】在宅診療で管理栄養士の訪問件数が少ないことは課題である。管理栄養士の訪問件数については現在では月2回の算定が基本だが、収益を確保する為には一定数の患者を受け持つ必要がある。患者数の確保には新規の受け入れを積極的に行うことも大切だが、まずは一度受け持った患者数を減らさないということが重要であるが、このことは在宅療養者が自宅で過ごす時間が増えることと同義であり、患者にとっても有益と言える。当院は終末期における看取りの患者も多いが管理栄養士の訪問では一人ひとりをしっかりと栄養アセスメントを行い、その結果を本人やご家族をはじめ多職種とも共有を行っている。その結果、病状を安定し在宅療養を継続することができていると考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター）食支援・口腔嚥下1 ほか

P-2-134

高齢者に対する経鼻経管栄養の経験

柳楽 知義 ナギラ トモヨシ
さくらクリニック

【目的・方法】 高齢者に対する経鼻経管栄養については賛否両論あるが、経鼻胃管を留置されて退院となり、否応なく対応しなければならないケースも多い。今回、介護施設において経鼻経管栄養を行っている10名の高齢者についてまとめ、今後の課題について検討した。【結果】 介護施設にて経鼻経管栄養を行っている10名（男性2名、女性8名）、平均年齢86.5歳で、経鼻経管栄養導入の原因疾患としては脳血管障害が最も多かった。全例が、病院で経鼻経管栄養を導入されて退院された方であった。退院前に、ご家族・施設スタッフとカンファレンスを行い、経鼻経管栄養についての説明を行った。退院後は、概ね4週毎に経鼻胃管の交換を行っている。介護施設内では、レントゲンで挿入位置の確認することができないため、胃泡音を聴取し、胃内容物を吸引して、先端が胃内に入ったことを確認している。経鼻胃管の自己抜去や介護中の不注意による脱落を未然に防ぐため、施設内で勉強会を行ったり、介護スタッフへの指導を行ったりしている。【考察】 経鼻胃管の誤挿入は、ときに命に係わる合併症を引き起こすため、注意が必要である。レントゲンでの確認ができない場合は、胃管が正しく挿入されているかどうかを複数の方法で確認する必要がある。経鼻胃管は、鼻腔や頬にテープで固定するため、2名においてテープによる皮膚トラブルが発生した。顔の清拭や口腔ケアの際に邪魔になることがあり、介護に時間がかかっている。高齢者に対する経鼻経管栄養にはさまざまな意見があり、今後も議論を深めていく必要がある。経鼻経管栄養のメリットは、手術不要、胃管の挿入が簡便、消化管機能が維持できる、であり、デメリットは、管の不快感、自己抜去のリスク、交換の際の誤挿入、である。いずれもご家族にしっかりと説明して理解してもらう必要がある。在宅での経鼻胃管管理においては、介護士・看護師との緊密な連携が必須である。

利益相反：無

一般演題（ポスター）食支援・口腔嚥下1 ほか

P-2-135

在宅医療センターにおける管理栄養士配置の取り組み

谷川 あずさ タニガワ アズサ
藤原 由香 フジワラ ユカ
花岡 千鶴 ハナオカ チヅル
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

【目的】当院は、機能強化型在宅療養支援病院である。福岡県筑豊地区5市7町村を対象に在宅医療を提供している。この地域では、今まで訪問栄養指導が行われていなかった。在宅褥瘡チームの取り組みとして、2017年11月より訪問栄養指導を開始し、更に多職種連携強化の為、2023年1月より在宅医療センターに管理栄養士を配置した。今回、訪問栄養指導、在宅褥瘡チームでの取り組みについての活動報告をする。なお本発表は、日本在宅医療連合学会の倫理規定に遵守する。

【方法】訪問栄養指導を広げる為、パンフレットの作成、当院スタッフへ食支援の勉強会を実施、院内からの紹介依頼を行った。また医師、看護師、セラピスト、事務、管理栄養士で構成された在宅褥瘡チームで月1回褥瘡カンファレンスを実施。患者把握と経過管理、訪問栄養指導の介入、褥瘡チームの介入を検討した。さらに訪問看護ステーション、ケアマネージャー向けに、在宅褥瘡チームの取り組みについての勉強会も開催した。

【結果及び考察】管理栄養士の配置により、多職種が1フロアにいる為、情報の共有もしやすくなり、相談しやすい環境が整った。訪問栄養指導は0～14件/年から147件/年と増加した。嚥下機能障害、低栄養だけでなく、難病や終末期などの患者に幅広く関わることであった。在宅患者訪問褥瘡管理指導料は0～4件/年から9件/年に増加した。褥瘡の困難事例に対して、多職種でアプローチをし、情報共有をすることで褥瘡ケアの質を向上させることができた。また勉強会のアンケートで、訪問栄養指導に対する期待と必要性を示唆するご意見をいただき、更にニーズは増えると考えられた。今後も多職種で連携し、患者、ご家族に寄り添った食支援を行っていきたいと考える。

利益相反：無

一般演題（ポスター）食支援・口腔嚥下1 ほか

P-2-136

在宅経腸栄養患者のセレン血中濃度の検討

杉本 由佳 スギモト ユカ
すぎもと在宅医療クリニック

【目的】セレン欠乏症は不整脈、心筋症症状、爪の変化、大球性貧血、下肢筋肉痛、脱毛などの症状を呈する。特に心筋症は不可逆性で生命を脅かす。中心静脈栄養（HPN）のワンバッグ製剤はセレンが含まれていない。また在宅経腸栄養（HEN）例では医薬品経腸栄養剤にセレン含有がないためセレン欠乏症が発生するリスクがある。以前、短腸症候群HPN例においてセレン欠乏症を来した経験があったため、長期HEN患者に対しセレン血中濃度を測定した。【方法】対象は、HEN患者4人。病院からのHEN導入例が1人。3人は当院訪問診療開始後にHENを導入。経口的栄養補助（ONS）やミキサー食追加症例が2人、医薬品経腸栄養剤のみによるHEN例が2人。初回訪問診療から約6か月後のセレン血中濃度を測定した。【結果】原疾患は多系統萎縮症、パーキンソン病、遺伝性白質脳症、下咽頭痛であった。HENにミキサー食を少しでも注入している例やONS併用例ではセレン血中濃度低下は見られなかった。セレン血中濃度低下症例はいずれも医薬品経腸栄養剤のみの使用であった。うち1例は施設入所患者でミキサー食の提供はできず、またVEにて嚥下機能障害があると診断されONSが行えなかった。結果、ブイクレス[®]購入で対応した。2例目は当院がかかわるまでに長期の栄養障害があったと考えられる症例。主介護者が夫で1時間以上かけて食事介助をしていた。速やかに胃瘻造設行いHEN開始した。夫の介護負担を考え、ミキサー食を併用せず、ブイクレス[®]購入で対応した。【考察】在宅ではセレン血中濃度は採血後、外注依頼するため、セレン欠乏症があるということを意識していないと検査すらしないで気づかず放置し心筋症に陥ってしまう。医薬品経腸栄養剤のみの長期経腸栄養患者などでは特に気を付けるべきである。

本研究は倫理カテゴリーⅣ-B-4.2.2に該当し、すべて要件を満たしている。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 食支援・口腔嚥下1 ほか

P-2-137

在宅PEG患者での新型低侵襲交換カテーテルの使用経験と課題 —安定した在宅生活を守るために

吉野 浩之 ヨシノ ヒロユキ
群馬大学共同教育学部

【目的】在宅での栄養管理では、摂食訓練、嚥下評価とともに必要な栄養の保持の観点からも引き続き胃瘻の管理も重要である。筆者は在宅PEG患者の定期的PEGカテーテル交換を12年間に1,709例行っている。在宅では患者・家族の使いやすさや事故抜去を考慮しバンパー・ボタン型が有用であるが、交換の際、医療資源の少ない在宅の場、家族や介護者の前での交換という特殊性から、安全性と非侵襲性を加味しながらPEGカテーテルの選定を行うことが重要である。近年、低侵襲で交換が行えるカテーテルが発売されたため、その有用性について検討した。

【方法】使用したカテーテルは2022年に発売されたバンパー・ボタン型24Fである。交換の同意を得た患者60名に対し変更した。2回目および3回目の交換を行った患者のべ42例、計102症例について検討した。なお患者情報は匿名化し統計的に処理を行った。期間は2022年12月から2023年12月、内容は、初回の交換および2回目以降の交換での問題点、使用上の問題点やトラブルについて検討を行った。

【結果】初回交換症例60例の全例で合併症無く挿入することが出来た。また、2-3回目交換の42例も問題なかった。しかし、初回の交換のうち20Fからのサイズアップ症例ではそのままの交換は困難であり、瘻孔拡張のため何らかの補助具の使用が必要であった。使用に当たり患者・家族からの問題点の指摘は無かった。また、事故抜去症例が3例みられた。

【考察】全ての症例で合併症無く挿入することが可能であった。2回目以降の交換で痛みの訴えは全例で認めなかった。患者および介護者から使用におけるクレームは無かった。交換時の抜去抵抗はほとんどなく、痛みも極めて軽度のため、在宅での胃瘻交換に適したデバイスであると考えられる。一方、使用経験が1年程度のため、長期使用における合併症についての観察が必要と考えられる。

利益相反：無

一般演題（ポスター）食支援・口腔嚥下2

P-2-139

原因不明の拒食を呈するCHARGE症候群児への歯科訪問診療

田村 文誉 ^{1,2}	タムラ フミヨ
水上 美樹 ²	ミズカミ ミキ
加藤 陽子 ^{2,1}	カトウ ヨウコ
尾関 麻衣子 ²	オゼキ マイコ
古屋 裕康 ^{2,1}	フルヤ ヒロヤス
菊谷 武 ^{2,1}	キクタニ タケシ

¹ 日本歯科大学附属病院口腔リハビリテーション科

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】原因不明の拒食を呈したCHARGE症候群の男児への歯科訪問診療を経験し、若干の知見を得たので報告する。なお発表に際し、口頭と書面での保護者の同意を得た。【症例】患者は初診時3歳8ヵ月の男児。原疾患はCHARGE症候群（心内修復術後、気管切開術後、口蓋裂術後）、慢性呼吸不全、先天性気管軟化症、である。粗大運動能は自力座位で、人工呼吸器を使用していた。「なめらかなペースト食の作り方がわからない。」という母親の主訴で、在宅主治医より紹介され、当院からの歯科訪問診療となった。出生後、経鼻胃管による栄養摂取が開始され、その後はおかゆやヨーグルトを経口摂取するようになり経鼻胃管を併用していた。口蓋裂閉鎖手術後より摂食量が増え、1日2回ペースト食を摂取していた。現症として、摂食時の口腔の処理は丸のみで、時々ムセや鼻腔逆流があるが、全量経口摂取となっていた。経過：初診時、経口摂取時に時々鼻腔逆流していたが、その後、徐々に逆流しなくなっていった。舌と口蓋での押しつぶし動作もみられ、摂食は順調に進んでいると考えられていた。しかし初診から約1年後、突然全く食べなくなり、経鼻胃管となった。訪問の度に母親は「どうして食べられないんでしょう」という言葉を繰り返していた。本人の全身状態としては、初診から2年経過した頃より、当初はみられなかった胃食道逆流や吞気による腹部膨満が表れていた。医科主治医からの情報では、それらが拒食の原因であるかははっきりしないとのことであった。【まとめ】本児は、全量経口摂取から明確な原因がわからないまま突然拒食となったことで、母親の心労、ストレスが強く認められた。歯科訪問診療において、本児の口腔健康管理だけでなく、母親を含めた家族サポートの重要性が示唆された。

（日本歯科大学生命歯学部倫理審査委員会承認番号NDU-T2023-41）

利益相反：無

一般演題（ポスター）食支援・口腔嚥下2

P-2-140

地域のお店と協働した訪問栄養指導で生活継続が出来た糖尿病合併症の一例

有園 佐智子 アリゾノ サチコ

きいれ浜田クリニック 管理栄養士（認定 在宅訪問管理栄養士）

【はじめに】在宅療養生活を送る認知症の方は年々増加している。更に糖尿病合併症では食事コントロールが極めて困難となることがある。本人の外出を制限することなく生活しながら安心して買い物ができるようになるためにはどうしたらよいか。一つの方法として地域のお店に協力を頂いて糖尿病の状態が改善した一例を提示する。【症例】70代後半アルツハイマー型認知症。2型糖尿病HbA1c7-8%で推移。食事は通常量だが子供の頃から「サイダー」に目がなくすぐ購入しあるだけ飲んでしまう。レシートはすぐ捨ててしまう為購入をしているのかも不明であった。その後主治医より糖尿病の悪化を指摘。入院が検討されたものの本人は拒否。できるだけ自宅で過ごしたいという希望であった。訪問栄養指導で本人の生活リズムを変えず糖尿病の管理をする方法を検討。そこで、サイダーの購入について本人に指導を行うが購買行動は変化がみられず糖尿病の状態は悪化した。そのため、いつも行くお店にゼロカロリーサイダーの採用を何度か依頼し承諾を頂いた。その後、自宅にゼロカロリーサイダーと普通のサイダーの写真を張り、ゼロカロリーサイダーの色形を覚えてもらうよう訪問の度に指導を行った。その後、サイダーを購入する事が少なくなり、糖尿病の状態も改善を認めた。主治医からも入院の必要はないと判断され在宅療養生活を継続する事が可能となった。【考察】糖尿病合併認知症を患ったとしても、地域のお店とも協働する事により普段から住み慣れた地域で暮らしていけることが出来た一例である。認知症になっても持続可能な生活を送ることが出来るよう多職種だけでなく地域と連携をしながら栄養指導を行っていきたい。なお、当倫理委員会の「5.1症例報告」に記載された対応にて当院の院長の許可を得ております。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 食支援・口腔嚥下2

P-2-141

在宅での経腸栄養用カテーテル（胃瘻、経皮経食道胃管、経鼻胃管）交換

入江 真大^{1,2} イリエ マサヒロ

小森 栄作¹ コモリ エイサク

¹ももたろう往診クリニック

²倉敷北病院 外科

【はじめに】

経腸栄養療法では定期的な栄養用カテーテル交換が必要となる。在宅患者にとってカテーテル交換目的の通院は大きな負担となる。一方で在宅医療では基本的にX線使用不可であり、カテーテル交換時の誤挿入の有無や、カテーテル先端位置の確認に工夫を要する。胃瘻、経皮経食道胃管（PTEG）、経鼻胃管の各カテーテル交換における誤挿入の予防や先端位置確認方法について紹介する。

【症例】

胃瘻：主にバンパー型の胃瘻ボタンを半年毎に交換している。胃瘻の向きに留意しつつガイドワイヤを用いて交換し、経カテーテル的にポータブル内視鏡で胃内への挿入と出血の程度を確認する。

PTEG：ガイドワイヤ挿入後にワイヤ位置を固定することで、ワイヤ先端での消化管損傷を起こさず、元々の先端位置に戻るよう交換する。経鼻的に内視鏡を胃内に挿入し画像の確認も実施する。

経鼻胃管：一般的な手技で挿入後、胃泡音、胃液の逆流等で先端位置を確認する。挿入困難例にはガイドワイヤを使用する。また、症例によりLED光を用いた経鼻胃管先端位置確認装置やポータブル内視鏡の使用も考慮する。

【考察】

X線使用不可の在宅医療現場では盲目的な経腸栄養カテーテル交換手技となるため、誤挿入やカテーテル先端位置が変わる危険性がある。ガイドワイヤを用いることで元の経路を再現可能と考えるが、バンパー型胃瘻カテーテルでは瘻孔に大きな負担がかかる為、誤挿入や出血のリスクが高く、より低侵襲な新型カテーテルも有用と考える。カテーテル先端位置確認には主に細径のポータブル内視鏡が有用だが、新たに発売された経鼻胃管先端位置確認装置も有用と思われる。また、頻回の自己抜去や経鼻胃管挿入困難などカテーテル交換リスクの高い症例では胃瘻など、よりリスクの低い経腸栄養法への変更も積極的に検討すべきと考える。

倫理的配慮：個人が特定できないように写真、文章等十分配慮した。

利益相反：無

一般演題（ポスター）食支援・口腔嚥下2

P-2-142

在宅医療における重症心身障害児（者）の栄養管理の工夫： オンラインスプレッドシートを活用した年齢別食事摂取基準や必要エネルギー量の確認

福庭 千尋 フクバ チヒロ
世戸 博之 セト ヒロユキ
蔵重 真里 クラシゲ マリ
橋本 和憲 ハシモト カズノリ
ひのでクリニック

【はじめに】

在宅医療の現場では栄養管理も年齢、病態に応じて個別的な介入が求められる。特に小児患者や重症心身障害児者では成長や病態ごとに異なる栄養素の必要量を考慮する必要がある。しかし、在宅医療現場でこうした情報に対応できる既存の栄養管理ソフトはなかった。本活動では、在宅医療における栄養指導・食支援の効率化と正確性を向上させるために、患者ごとに年齢別食事摂取基準の参照やエネルギー必要量の計算ができるオンラインスプレッドシートを導入した。

【活動】

本活動では、日本人の食事摂取基準（2020年版）に基づき年齢別に微量元素やビタミンを含む各栄養素の摂取基準を網羅したスプレッドシートを作成し、これをオンラインでアクセス可能にした。また、重症心身障害児者の病態や活動量に応じた推定エネルギー必要量（馬場式、口分田式）も同様にオンラインで簡単に計算できるようにした。これらを用いて患者ごとに年齢や病態に応じて必要な栄養素の量を容易に参照できるようにし、患者の1日の栄養剤の摂取量を入力することで、エネルギー量やビタミン、微量元素の摂取状況や過不足を即座に確認できる仕組みを実装した。このツールは患者宅や移動中でも容易に利用可能であり、在宅医療の現場で有用であった。

【考察】

オンラインスプレッドシートの導入により、栄養指導・食支援における効率性と正確性が大幅に向上した。栄養素の摂取状況が一目で分かるため、栄養剤の調整や補助食品の提案が容易になり、診療中に表出された患者家族からの栄養に関する疑問や不安にその場で迅速かつ適切に対応できるようになった。医師や看護師との情報共有もスムーズに行えるようになり、データに基づきつつ個別性に配慮した提案を即時的に行うことが可能となった。オンラインスプレッドシートの利用はコストがかからず、在宅医療現場で容易に導入、活用できる。

利益相反：無

一般演題（ポスター）食支援・口腔嚥下2

P-2-143

在宅医療における多職種連携での摂食嚥下対策チームの立ち上げ

小野 浩生	オノ ヒロキ
澁谷 泰介	シブヤ タイスケ
福野 雅人	フクノ マサト
渡部 弥生	ワタナベ ヤヨイ
黒澤 愛実	クロサワ マナミ
横山 明	ヨコヤマ アキラ
穂元 千明	アキモト チアキ
角屋 桜雪	カドヤ サユキ
原口 小葉恵	ハラグチ サナエ
中村 美名子	ナカムラ ミナコ
原 豪志	ハラ コウジ
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 サンライズファミリークリニック 摂食・嚥下チーム

【はじめに】脳血管障害、神経筋疾患、加齢など様々な病因で摂食機能障害が進行し経口摂取が困難になるケースが多い。特に在宅医療では摂食機能障害の末に誤嚥性肺炎に至る事例も多く、対処法や予防法は患者のQOL維持のために重要な問題である。当院では在宅医療に特化した摂食嚥下対策チームを立ち上げたため報告する。

【活動】2023年8月より当院では多職種参加での摂食嚥下対策チームを立ち上げた。参加職種は医師・歯科医師・看護師・管理栄養士・言語聴覚士・理学療法士・作業療法士・歯科衛生士・医療事務であり、事前にピックアップした患者についてのカンファレンスを定期的に行った。投薬調整や全身状態の共有、VEを用いた嚥下機能評価、リハビリ訓練の評価・提案、食形態や姿勢の調整などについて検討することで可能な限り経口摂取を継続して行えるように支援を行った。在宅医療という特徴上各職種が一同に集まっただけのカンファレンスは時間的ロスが大きいため、zoomを用いたりモットカンファレンスの形態を取ることで日常業務を圧迫することなく開催することができた。また、事前の情報共有・検討事項の選定を徹底し、カンファレンス中は検討事項の議論に絞ることで所要時間削減に努めた。

【考察】多職種で摂食嚥下対策に取り組むことで包括的に経口摂取支援を行うことができた。在宅診療という形態から、各職種で普段なかなか顔を合わせての職務をすることがなかったが、カンファレンスを通して方向性を確認するいい機会となっている。しかし、機能障害を持つ患者全てへ対応できているとは言えず、病院から退院後の慢性期患者やADL低下によりフレイル状態の患者など摂食嚥下機能障害への移行が懸念される予備軍へのフォローに課題がある。今後はよりカンファレンスの開催頻度を増やし、より多くの摂食機能障害の患者について対策を練る取り組みへ発展させていきたいと考えている。

利益相反：無

一般演題（ポスター）食支援・口腔嚥下2

P-2-144

口腔洗口液の「不味さ」は何とかならないか？

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

【目的】口腔ケアで洗口液の併用が有用と言われている。当法人では治療の一環で口腔用で市販もされている電解次亜水や亜塩素酸水を口腔洗口液として使用している。しかし、これら洗浄成分単体で使用した場合に「不味い」とよく言われる。治療とはいえ、患者は「楽」ではなく、口腔ケア「継続」が困難になる。昨今口腔ケアの重要性が他職種にも理解されているが、これでは他職種との「繋」がりに影響し、関係者を「紡」ぐ事も困難となる。そこで「不味くない」洗口液の調整・検討を行った。

【方法】予め同意を得た当法人職員20名に対し、洗口液（一般洗口液、電解次亜水）にて洗口してもらった。なお本実験に参加することは自由意志として選択できることを説明し、十分に拒否や撤回ができる状況で同意を得た。電解次亜水単体の場合と市販人口甘味料を添加した場合でも洗口してもらい、その後使用感想を集計した。また細菌カウンタや口腔細菌の電子顕微鏡像による洗口前後の変化を確認した。

【結果】電解次亜水単体、人工甘味料を加えた電化次亜水、一般洗口液の順で「不味い」という感想だった。細菌数、動態は一般洗口液と電解次亜水などとは大きな差はなかった。

【考察】電解次亜水などの洗口で「不味さ」の本質は洗口液そのものではなく、洗口時発生のクロラミンなどによるものであり、それらは口腔状態改善後に軽減するという考え方もある。しかし実際に一般人には感覚的に甘受できず、他職種協「働」にも影響が及び価値観の包「含」は困難となってしまう恐れもある。一方、多くの市販洗口液は、香料含有で洗口時の「不味さ」を回避している。しかし、その香料、保存料などの含有については、企業秘密ということが多く、詳細不明なことが市民を不安にさせている。今回の結果から、成分を明示した「不味くない」洗口液の可能性が示唆され、患者やその関係者が「幸」になることの一助になると思われる。

利益相反：無

一般演題（ポスター）食支援・口腔嚥下2

P-2-145

コロナ禍を通して見る地域食支援活動の展開～地域をつなぐための課題～

石山 寿子 ¹	イシヤマ ヒサコ
野村 祐二 ²	ノムラ ユウジ
嶋田 真理子 ³	シマダ マリコ
柴崎 美紀 ⁴	シバサキ ミキ
鈴木 康之 ⁵	スズキ ヤスユキ
森田 洋彰 ⁶	モリタ ヒロアキ
横山 雄士 ⁷	ヨコヤマ ユウシ
岡崎 佳子	オカザキ ヨシコ
加藤 和子	カトウ カズコ

¹ 国際医療福祉大学成田保健医療学部言語聴覚学科

² くにたち富士見台在宅支援クリニック

³ 武蔵野大学専攻科言語聴覚士養成課程

⁴ 杏林大学保健学部看護学科

⁵ 多摩歯科医院

⁶ にじいろ薬局

⁷ 横山歯科医院恋ヶ窪口腔・栄養ケアステーション

【はじめに】地域包括支援の拡大など、地域高齢者をはじめとする摂食嚥下障害者への援助の必要性が指摘されてきた中、我々は医療・介護従事者だけでなく、農業生産者、料理研究家、企業家、市民といった多職種による食支援団体「いただきますの会」を2015年に東京都北多摩地区に設立し、食支援活動を開始した。目的は、最期まで口から食べる楽しみを地域全体で支えることである。活動内容は、市民や介護者を対象とした公開セミナー、市民や多職種を対象とした食事援助や調理方法を伝えるクッキングセミナー、SNS等での情報発信、行政主催のイベント出店などである。2020年より新型コロナウイルス感染症が拡大し、対面での活動が困難な状況となった。セミナー開催の自粛に加え、会議も対面で行うことができなくなった。5類への移行に伴い、2023年度より現在活動を再開しているが、コロナ禍を振り返り、今後の活動への課題と展望を報告する。【活動】コロナ禍の活動は、月1回の定例会議をオンラインで継続した。セミナー等のイベント開催は政府の基準に準じたため自粛した。定例会議は、それまで活動計画が中心であったがコロナ禍はイベント開催予定がなかったため、各メンバーの所属施設、職種のコロナ禍の状況や対応等についての情報交換が主となった。また食支援の事例報告を実施した。23年の夏季より対面でのクッキングセミナーを再開した。【考察】本会は実行メンバーが少人数のため、オンラインであっても情報交換は充実して行うことができた。コロナ禍での嚥下障害に対するリハビリテーションはハイリスクとされ、支援が滞った対象者の存在も否めないため、今後同様の事態が起こった際の活動方法を成立させておく必要があることが共有課題として挙げられた。食支援という特性上、対面で伝える必要性は高く、ピアサポートの関係を形成する場としても発展させていくことの有用性が再認識された。

利益相反：無

一般演題（ポスター） 食支援・口腔嚥下2

P-2-146

遷延性意識障害患者への摂食嚥下リハビリテーションを在宅にて長期的に行っている症例 ～インテグレーションの視点から考察する～

坂井 謙介¹ サカイ ケンスケ

永井 堇² ナガイ カオル

姜 琪鎬² カン キホ

¹ 医療法人隼和会 坂井歯科医院

² みどり訪問クリニック

【はじめに】 重度遷延性意識障害患者の機能回復は発症後の時間が経つほど困難で、摂食嚥下機能の回復も手法のみならず環境整備や連携など様々な条件が整わなければ難しい。今回、摂食嚥下障害に対するリハビリテーションを多職種連携のもと行い、数年の経過を経て回復を認めた。一方、当学会ではインテグレーター養成講座が開催されており、上記条件を整える上でその考え方が有用である。そこで、今症例の過程をインテグレーションの視点から考察したいと思う。【症例】 患者は当院の訪問初診時49歳の男性（2019.6）。2013年12月にバイク事故が原因で頭部外傷後症候群および遷延性意識障害がある。気管切開術、胃瘻増設術後で摂食嚥下障害を認めた。主訴は摂食嚥下の評価とリハビリをしてほしいとのことで、前医から引き継いで訪問診療開始した。多職種での嚥下内視鏡検査から医師、看護師、ST、管理栄養士、作業療法士、ヘルパーなどと連携しながらリハビリテーションを進めた。退院時はDSS唾液誤嚥で経口摂取不可能な状況であったが、現在ではDSS機会誤嚥まで回復し、ミルフィーユを工夫して食べられるようになり、簡単な書字もできるようになった。【考察】 患者は退院当初「今後食べることはできない」と言われていた。しかし、家族の「食べるのが大好きだったので口から食べてもらいたい」との思いを実現するために環境整備を行なった。当院が担当となり口腔ケアのみではなく摂食嚥下リハビリテーションをSTと協働した。また管理栄養士を主治医に相談して導入、作業療法士も連携をとった。家族の体調なども情報共有をして、主治医との連携もより密なものとなった。今まで連携という観点で動いていた繋ぎをインテグレーションの視点を入れたことにより、一歩踏み込んだ支援につながっているのではないかと思われる。＜患者家族より発表に際して承諾を得て、倫理的配慮の元発表する＞

利益相反：無

レイトブレッキングセッション

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国際医療者教育学／国際医療福祉大学医学部脳神経内科学

【座長略歴】

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

1985年 北里大学医学部卒業

1992年～5年 米国コロンビア大学留学

1994年 北里大学医学部大学院修了（医学博士学位取得）

2000年 北里大学医学部神経内科学講師

2005年 東京大学大学院医療倫理人材養成講座（CBEL）修了

2006年～08年3月 東京医科歯科大学大学院医療政策学修士課程卒業（医療政策学修士取得）

2014年12月 北里大学医学部附属新世紀医療開発センター横断的医療領域開発部門包括ケア全人医療学講師

2017年 3月 同准教授

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

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

2024年 4月 国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター国際医療者教育学教授

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

厚労科研「難治性疾患の医療費構造に関する研究」班 主任研究者（平成20年度～平成22年度）

学会等理事：日本神経治療学会、日本在宅医療連合学会、内科系学会社会保険連合、日本エンドオブライフケア学会、日本難病医療ネットワーク学会

学会等評議員：日本神経学会、日本神経免疫学会、日本臨床死生学会 他、
難病情報センター運営委員

レイトブレイキングセッション

在宅人工呼吸療法30年の経験よりALSガイドラインを考察する

山本 真 ヤマモト マコト
大分協和病院 院長

演者は、1990年より、ALSの呼吸管理を担当してきた。当時の一回換気量400mlの従量換気では、患者は息苦しく、無気肺や肺炎を頻発させた。そこで換気量を1.5倍にしたところこれらの問題が解消し、ALS患者へのHigh Volume Ventilation と名づけ発表した。しかし、長期管理において、男性既喫煙者を中心に慢性肺障害を来す症例が現れた。そのためなるべく肺に負荷をかけず、かつ呼吸苦を来たさない管理が必要となった。ALSの肺は多くは正常肺であるためPEEPを外した。そして自発呼吸の一定残存する導入時にはRTを短めにし、呼気転換も早めにするPSVを用い、自発呼吸の拾えなくなった慢性期はRTを遅らせ、吸気時間を十分にとったPCVにすることを提唱した。このことによりIPAPは16程度で適度な過剰換気状態を得て、呼吸苦のない、従って沈静など必要のない呼吸管理を実現できた。昨年、日本神経学会よりALS診療ガイドライン2023が刊行され、ALSの気切人工呼吸の設定を、PEEP4、8ml/kgのVCVとした。そこで演者が在宅管理しているALS患者に、ガイドラインの設定を体験してもらった。現在の在宅ALS患者は16名いるが、終日気切人工呼吸は11名、うち意思の疎通可能なALS患者は8名であった。この8名において、現在の呼吸管理が苦しいとする者は0名であったことに対し、ガイドラインの設定は、7名が即座に「苦しい」と答え、1名のみ「我慢できる」であった、我々の設定での平均値を見ると平均値で9.2ml/kgであったが、IPAPは16.5とガイドラインの20.5よりかなり低い。この原因として、PEEP0と4の違いと、ガイドラインのVCVに対し、換気量が最適化されるPCVであることが考えられた。患者11名の人工呼吸期間は最長20年、平均9年であり、慢性肺障害は生じていない。PCV、PEEP0による適度な過剰換気が、安全、安楽な長期呼吸管理が可能になると演者は考える。

【演者略歴】

1979年 奈良県立医大卒業 呼吸器内科、救命救急、消化器外科、放射線科などで研修し
1987年 大分協和病院勤務
現職は、大分協和病院病院長および大分県勤労者医療生活協同組合理事長、大分県立看護科学大学大学院非常勤講師

研究歴は、1992年 医学博士（岡山大学） じん肺と肺がんの関連についての研究
2000年より徳永装器徳永と自動吸引装置の開発に従事 日本ALS協会研究補助金事業、訪問看護振興財団補助金事業、厚生労働省長寿総合科学研究（法化図班）、厚生労働省難病地域医療班（糸山班）などに属し、2010年臨床現場に提供開始。

賞罰は、2005年大分合同新聞社福祉賞 2011年第39回医療功労賞受賞

主な著書は、
新ALSケアブック・第二版 川島書店 2013年 共著
在宅人工呼吸器ケア実践ガイド 医歯薬出版 2016年 共著
運動ニューロン疾患 神経内科 Clinical Question & Pearls 中外医学社 2017年 共著