



抄録・概要

特別講演 1

(実行委員会企画)



Tom Campbell

University of Rochester, Family Medicine

家族志向のプライマリ・ケア：米国の視点から

Family-oriented Primary Care : An American Perspective

Families are an essential resource in the management of health and illness in primary care, but are often neglected. This presentation will address why families are so important in primary care and how to implement a family-oriented approach in daily practice. Creating genograms, family interviewing and dealing with conflict and secrets in families will be discussed.

家族は、プライマリ・ケアにおける健康と疾患の管理に不可欠な役割を果たしているが、顧みられない場合が多い。この講演では、プライマリ・ケアにおいて家族が極めて重要である理由と、家族志向のアプローチを日々の実践の中で遂行する方法を取り上げる。ジェノグラム（家族図）の作成、家族面談（家族カンファレンス）、家庭内の葛藤と秘密への対応が検討される。

特別講演 2

(国際関係委員会企画)



John J. Frey III

Department of Family Medicine University of Wisconsin School of Medicine and Public Health

Invited lecture 'The story of family medicine in the US and what we can learn from each other'

The evolution of the role of GP's/Family Doctors in any society is based on the culture and history of that society. The past 50 years of family medicine in the United States has put family medicine a central role of educational and clinical reform. However, we have fallen short of our goals of fully reforming the health system in the US. As a participant-observer of that history in the US, I want to review what we have learned from our successes and mistakes. The current movement for family medicine in Japan has the opportunity to build on past successes while redefining the political, educational and societal role for family doctors in the future. Teachers and clinicians in Family Medicine in Japan and the US have a great deal to learn from each other as we both go forward. This presentation will raise questions about that future that I hope members of the audience will help answer.

社会における総合診療医 / 家庭医の役割の進化は、その社会の文化と歴史に基づいている。米国では過去50年の間に、家庭医学が教育・臨床上の改革の中心的役割を担うようになってきた。しかし、米国の医療制度の全面的な改革という目標は、まだ達成されていない。米国におけるその歴史の参加観察者として、我々が成功と失敗から何を学んできたのかを振り返りたい。家庭医学に関する日本での現在の動きには、過去の成功に基づき、今後の家庭医の政治的、教育的、社会的役割を再定義しながら進んでいく機会がある。日本と米国で家庭医学に携わる教師や臨床医には、双方が前進していく中で互いに学ぶべきことが多くある。この講演ではそうした将来に関する問題を提起し、その答えを導くために聴衆が手を貸してくれることを期待する。



松下 明

社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 奈義ファミリークリニック

医学生の頃から「山奥の医者」になりたかった自分にとって、23年前、その道を目指すコースがない日本の現状に愕然とした。

家庭医療が自分が目指す専門領域と知り、山形から岡山へ移り、そしてアメリカのミシガン州での研修を経て、現在の岡山県奈義町で家庭医として働くこととなった。

気が付くと自分の目標はよい医師になることから、同じようなキャリアを目指す若い医師を育てることとなった。奈義町という人口6000人の町に若い医師が集まり、家庭医を目指す道を提供することはとても楽しく、今後の地域医療再生のモデルになると実感している。

一方で核家族化が進み、地域における家族の力や地域全体の力は徐々に落ちてきているように感じている。家族志向のケアを軸に医療や介護の現場で家族を支え、さらには地域住民を含めた地域のリソースを強化することでこれからの超高齢化社会に立ち向かっていかななくてはならない現状がある。

今回の学術集会では日本国内での優れた地域の取り組みや海外でのプライマリ・ケアの姿を参考に、家族の力と地域の力を取り戻す方法を模索したい。また、これからの日本の発展のために、プライマリ・ケア領域の優れた研究を伸ばすこともこの学術大会で行いたいと思っている。

企画責任者：草場 鉄周（医療法人北海道家庭医療学センター）

開催の目的

2017年度からの育成が決まった総合診療専門医制度に対する国民の期待とは何か、そして、それに応えるために我々医療職が取り組むべき課題とは何か、多彩なパネリストの講演、そしてディスカッションの中で議論を深めたい。

概要

2013年に厚労省・専門医の在り方検討会で創設が決定した総合診療専門医制度。これまで、関係団体や政策の視点、つまり専門家の視点で議論されることが多かったが、実際に総合診療専門医を利用する国民の視点からの期待や課題については十分に議論を尽くせたとはいえないのではないかと。そうした問題意識から以下のような論点を中心に、5名のシンポジストに議論を深めて頂く。

- ・総合診療専門医が社会的に必要とされる日本の医療・保健・福祉の現状とは？
行政の視点、および、総合病院や他領域の専門医の視点から
- ・総合診療専門医が国民に受け入れられる為には何が必要か？
特にフリーアクセスと都市部の大病院志向やマスコミの医療情報を踏まえて
患者の視点から
- ・国民に対する総合診療医のアピールの在り方は？
マスコミの視点から
- ・学会が国民に求められる総合診療専門医を世に送り出すためにできることは？
学会の視点から

また、シンポジストによる講演から浮かび上がった課題について、総合討論にて様々な角度から議論を深めていく。待たなしの制度設計の中で、このシンポジウムから得られた国民の期待を取り込み、医療・介護・福祉の現場の中で生き生きと活躍できる総合診療専門医の在り方を推進していきたい。

シンポジウム1

新たな専門医に関する仕組みと総合診療専門医について

北澤 潤

厚生労働省医政局医事課

我が国では、これまで各学会が独自に専門医制度を設け運営してきたが、認定基準が統一されていない等の指摘を受け、厚生労働省では、専門医の在り方について幅広く検討を行うため「専門医の在り方に関する検討委員会」を開催し、平成25年4月に報告書を取りまとめた。

この報告書においては、新たな専門医に関する仕組みは、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的に、プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計することとされ、新たに学会から独立した「中立的な第三者機関」を設立し、専門医と養成プログラムの評価・認定を統一的に行うこと等が盛り込まれた。

また、急速な高齢化の中、複数疾患等を有する高齢者に適切に対応する必要等を踏まえ、総合的な診療能力を有する医師（「日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供」）を「総合診療医」とし、その専門医としての名称を「総合診療専門医」とした上で、基本領域の専門医の一つとして加えることとするとともに、具体的な認定基準等については、関連する学会や医師会等が協力して、第三者機関において作成すべきであるとされた。

さらに、臨床研修修了直後の医師が進むコースに加えて、他の領域から総合診療専門医への移行や、総合診療専門医から他の領域の専門医への移行を可能とするプログラムについても別に用意する必要があるとされた。

新たな専門医の養成は平成29年度を目安に開始されることとされ、このようなプロフェッショナルオートノミーを基盤とした新たな専門医の仕組みの構築により、専門医の質の一層の向上及び医療提供体制の改善に資することが期待される。

厚生労働省としても、新たな専門医の仕組みの構築に向け、平成26年度予算案において研修病院に対する支援等を盛り込んでいるところであり、適切に支援して参りたい。

神野 正博

社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院

周知通り日本は世界一の高齢社会をひた走る。そこでの医療は、「救う」「治す」医療ばかりではなく、「支える」「癒す」「ともに生きる」「看取る」医療まで、従来の現場医師や看護師の意識を超えた『医療従事者の価値観の変革』が求められているとっていいかもしれない。

現実には、病院の外来には軽症の複数疾患を合併する高齢者があふれ、臓器別専門医達は疲弊する。救急現場でも軽症高齢者の救急搬送により救急医たちは疲弊する。消防庁の資料によれば、平成18年度の救急自動車による搬送人数の高齢者比率は50.7%であったものが、平成23年度は56.6%であったという。これは、高齢化と過疎化が進む地方にあっては、さらに上昇しているという実感がある。

この高齢社会において、社会と国民から医療に期待されていることは

- 予防と健康教育
- 健康診査による早期からの生活習慣への介入と早期治療
- 複数疾患にまたがる全人的な治療
- 医療・介護ばかりではなく地域を包括するコーディネート
- 患者の価値観に基づく治療・処置の選択

などがあげられる。そして、その担い手としてプライマリケアを標榜する総合診療専門医がクローズアップされ、また多くの病院管理者もその招聘を模索する。そこでは、人口構成が明らかに若いアメリカ型家庭医にその範を求めていたのでは、前に進まない。また、病院へのフリーアクセスが制限されたイギリス型 GP に範を求めるわけにもいかない。それらの EBM を重視する臨床推論の考え方は踏襲しつつ、われわれは日本の社会構造に即した日本型病院総合診療専門医の育成を議論する必要があると思われる。

この時代は、総合診療専門医のアイデンティシーの確立のチャンスであると同時に「覚悟」の確立も必要としているに違いない。

山口 育子

NPO 法人ささえあい医療人権センター COML

2013年4月に厚生労働省でとりまとめられた「専門医の在り方に関する検討会」で、新たに総合診療専門医が設置されることになりました。

これまで患者の目に映る総合診療医とは、「かかりつけ医」「家庭医」「総合医」「ジェネラリスト」とさまざまな名称で呼ばれてきました。なぜ多くの名称が存在するのか、何がどう違うのかなどを理解している患者・国民は決して多くないと思います。共通点を挙げれば、①特定の臓器や疾患に限定せずに全人的に診る、②複数の疾患を抱える患者を総合的に診る、③地域で継続的に診る、④高齢化に伴う多様な問題を抱える患者を診る、ということだと思います。

医療が高度・専門化するなかで、患者は特定の臓器しか診ない専門医（スペシャリスト）への批判をする一方で、未だ高い専門医志向があります。また、現在の医師の圧倒的多数はスペシャリストで、総合診療医の人数との差は歴然としています。そうすると、総合診療医に診てもらった経験のある患者のほうが少なく、どんなときに総合診療医に診てもらい、どうなればスペシャリストに診てもらおうのかイメージが描けていないのが現状ではないでしょうか。その理由の一つとして、身近にいる“かかりつけ医”はかつてスペシャリストだった開業医で、総合診療を専門とする医師ではないということも挙げられると思います。

今後、総合診療医に患者が期待を抱くためには、まず患者側の安心の獲得のために、多くの病気が総合診療医で対応できることを如何に知ってもらうかではないかだと思います。そして、患者が総合診療専門医を選ぶことができるほどに総合診療専門医の人数が増えることも不可欠ではないでしょうか。そのうえで、総合診療専門医はどんな病気をどこまで診ることができるのか、どういう状態になればスペシャリストが必要なのかを理解するための説明、総合診療専門医に診てもらった利点を一般的な知識として周知することが必要になってくると思います。

シンポジウム 1

求められる総合診療専門医とは
～メディアの立場から

岩本 裕

NHK 放送文化研究所世論調査部

20世紀末から21世紀初頭に向け、戦後日本を支えてきた“権威”が次々と失墜した。政治家、官僚、検察、警察…。医療界も例外ではなかった。1999年に起きた横浜市立大学の患者取り違えをきっかけに医療事故が相次いで明るみに出たことなどから、社会の信頼を大きく損なったのである。信頼を回復する方策のひとつとして、専門医の質の担保が急務だといえよう。

筆者が理事を務める日本専門医制評価・認定機構は2009年12月、インターネットを通じ全国20～69歳の男女あわせて15,000人に「専門医に関する意識調査」を実施した。

この中で13の項目を挙げて、専門医と一般の医師のどちらが優れていると思うか聞いた。その結果、▼疾患に対する知識や▼診断の正確さ、それに▼治療法への精通については70%以上が「専門医の方が優れている（「どちらかといえば」も含む）」と答えるなど、多くの項目で専門医への期待が高かった。

しかし、▼患者への親切かつ丁寧な対応、▼患者の立場に立てる、については20%以上が「一般医の方が優れている（「どちらかといえば」も含む）」と回答し、15%前後だった専門医を上回ったのである。

さらに専門医と一般医のどちらを受診したいか尋ねたところ、「その時々で使い分けたい」が83.5%に達した。

20年にわたる医療ジャーナリストとしての取材の中で、多くの患者が「自分たちの側に立ってくれて、いつでも相談にのってくれる医師が身近にいてほしい」と訴えていた。

これらの経験やデータから、新たな専門医制度では外科や内科など各診療科だけでなく、“ジェネラル”な専門医資格をつくることが重要だと考える。総合診療専門医が患者の立場で判断し、病状によってそれぞれの分野の専門医と密接に情報交換しながら診療に当たることで、患者に大きな安心を提供することができるのではないだろうか。

シンポジウム 1

総合診療専門医の文脈性のある役割について

丸山 泉

日本プライマリ・ケア連合学会 理事長

「国民の期待に応えられる」という言葉には、日本の医療制度が内在した多くの問題、そして、これまでの医療に関わる意思決定のあり方の問題が含まれている。しかし、逆説的に現在の日本の医療を安直に否定することではない。日本の医療制度は諸外国からはきわめて高い評価をされている。日本国民の長寿は、自然環境に加え、先人が作り上げてきた環境や保健インフラ、確保された栄養所要量、江戸時代から続く教育制度に緻密な医療（介護）制度が加わったものであることは間違いのないであろう。そこで、多くの医師や医療職が懸命に支えてきたことも事実である。しかしながら、ただ一点、その持続可能性についてははなはだ難しいと言わなければならない。我々の前に立ちはだかる喫緊の課題には、人口構成の問題、政府財政の問題、保険制度の維持の困難性、格差社会の進行など多くあるが、すべてが医療とは不可分なのである。このような中で、なぜ総合診療医が必要とされているのか、なぜこれまで、日本において総合診療医が定着しなかったのか、そして国民の期待に応えるとはどういうことなのか、皆さんと共に考えたい。

日本のこれからの医療には明確な文脈性が必要とされている。また、その方向性の選択肢はきわめて限られている。つまり、今現在のことへの対応と次世代のための対応の間の脈絡性、医療は国民が安寧に生きる最重要課題ではあるが独占的課題ではないこと、2025年問題に象徴される高齢社会の高いハードルのための対応と、その後に来る社会像を見据えたものでなくてはならないこと、その中で国民の期待に応えられる総合診療医とその役割の本質について述べる。

企画責任者：葛西 龍樹（福島県立医科大学 医学部 地域・家庭医療学講座）

開催の目的

平成25年（2013年）度から始まった、日本プライマリ・ケア連合学会（Japan Primary Care Association: JPCA）と英国家庭医学会（Royal College of General Practitioners: RCGP）との「日英プライマリ・ケア交換留学プログラム」パイロット事業の成果を共有します。

概要

JPCAの国際キャリア支援委員会とRCGPの若手国際委員会（Junior International Committee: JIC）が窓口になって、日英両学会の若手家庭医の交流を振興しています。平成25年（2013年）度にパイロット事業が開始され、昨年5月に仙台で開催された第4回学術大会に合わせて5名の英国家庭医を招待してポスター発表を行い、会期の前後で学会認定の家庭医療後期研修プログラム（北海道、福島、岐阜、三重、福岡）を訪問してもらいました。そして昨年10月に英国 Harrogate で開催された RCGP の年次学術大会に合わせて日本の若手家庭医3名を選考して派遣しました。

このシンポジウムでは、昨年英国へ派遣された吉田伸先生、増山由紀子先生、高柳宏史先生に、昨年来日した RCGP JIC の Robin Ramsay 先生と Vikesh Sharma 先生を加えて、この交換留学プログラムの成果について報告し、今後の交換留学のさらなる深まりへ向けてディスカッションします。なお、この交換留学プログラムにより、第5回学術大会にも RCGP から若手英国家庭医5名が参加予定です。

発表スライドをバイリンガルにしたり、座長が適宜双方向の通訳を行うなど、日英双方の参加者へ出来るだけ配慮した進行に心がけます。多くの皆さんの積極的なご参加を期待します。

シンポジウム2

日英若手家庭医による国際交流の魅力

吉田 伸

飯塚病院総合診療科 飯塚・穎田家庭医療後期研修プログラム

演者は日英プライマリ・ケア交換留学プログラムのパイロット事業である平成25年度英国短期訪問プロジェクトの派遣団員として、以下の活動を行った。

2013年9月30日から10月1日まで、London 中心部の Lambeth 地区にある Grantham 家庭医療診療所で英国若手家庭医 Dr. Vikesh Sharma の診療を見学した。彼のシャドーイングを通して、最初に患者の希望を自然に聞き出す仕草や、患者の理解できる言葉で病状説明や治療方針の交渉を行う技法を学んだ。また、彼の説明により、英国若手家庭医が所属する各種組織、つまり家庭医療研修の質改善を目的とした後期研修医委員会（Associate in Training: AIT）、ピアサポートやキャリア支援などを目的とした専門医取得後5年以内の医師連盟（First5）、国際活動に関心のある若手医師を対象とした若手国際委員会（Junior Internal Committee: JIC）、そして英国では JIC が窓口となって推進している欧州各国の若手医師交流組織であるバスコ・ダ・ガマ運動（Vasco da Gama Movement: VdGM）の概要を学ぶことができた。

引き続き10月2日から5日まで開催された英国家庭医学会（Royal College of General Practitioners: RCGP）の年次学術大会に参加し、若手家庭医向けのプレカンファレンスで本学会若手医師部会の活動について英語で10分間のポスター発表を行った。言語の壁を補完すべく、英国や欧州各国の若手家庭医に対して日本の医療システムや現状の教育課題、若手医師の活動内容を努めて明確に伝えるよう試みた。そして、この発表を通して各国の医療制度と家庭医の役割の相違を認識しつつ、メディカル・ジェネラリズムの普遍性を共有することの大切さを学んだ。

また、ソーシャルイベントでは同世代の英国家庭医達とお互いの生活や家族、文化の違いについて会話を楽しみ、個人としての友情も深めることができた。当日はこれらの日英若手家庭医による国際交流の魅力について発表したい。

シンポジウム2

日本と異なる英国の医療のシステムにおける家庭医の役割

増山 由紀子

医療生協さいたま 大井協同診療所

英国のイングランド東部 Suffolk 地方にある診療所を見学した。英国では家庭医が複数名で診療所を運営していることが多く、見学した診療所は家庭医6人でグループ診療を行い、看護師が6名、看護助手が3名勤務していた。看護師はそれぞれに診察室を持ち診療や看護処置を行っていた。慢性疾患であれば看護師が定期的なチェックや生活指導を行い、半年に1度医師が診察を行うというように協力して診療を行っていた。また、見学した地域には17床の地域病院があり、地域の家庭医が交代で入院患者の診療と救急外来の診療を担当しており、この様子も見学した。遠方の急性期病院で治療が終了した後の患者の療養、退院までのリハビリテーションやケアの調整を担っていた。この病院の2階は地域の看護師、理学療法士、作業療法士の事務所となっていた。コミュニティ・メイトラン (community matron) と呼ばれるプライマリ・ケア専門の看護師の訪問に同行、見学した。患者の自宅やケア付き住宅を訪れ、包括的なケアの提供に深く関わっていた。彼らはまた、社会福祉士と共同して自宅訪問を行い、地域の診療所の医師との情報共有を行うなど、医療、介護、福祉の連携を強化する役割を果たしていた。

地域での見学だけでなく、英国家庭医学会の年次学術大会に参加した。ここで同年代の同年代の家庭医・後期研修医たちに出会い、多くの女性医師が結婚や子育てといったライフイベントを経験しながら診療や研究、教育に関わっていることを知った。多様な勤務やキャリア選択があることは女性医師がキャリアを継続していくためのサポートになっていると感じた。

英国短期訪問を通じて英国のプライマリ・ケアや地域包括ケアシステム、女性医師のキャリアについて学ぶことが出来た。日本と異なるシステムや働き方を学ぶことで日本のケアシステムや働き方について意識的に考えることが出来、今後の発展に必要な課題を考える良い機会となった。

シンポジウム2

e-Portfolio を活用した英国における家庭医療専門医育成システム

高柳 宏史

福島県立医科大学医学部 地域・家庭医療学講座

2013年9月29日から10月1日までスコットランドの北東部に位置する Moray 地区に3日間滞在し、その地区内の Buckie という町にある Adach Health Centre を訪問・見学した。Adach Health Centre は、英国の家庭医療後期研修医が数名在籍している研修機関であり、今回の訪問中に家庭医療後期研修1年目の研修医から家庭医療専門研修について、話を聞くことができた。英国における家庭医療後期研修は、病院での研修が18か月、診療所での研修が18か月の合計36か月の研修期間を設けていることが一般的である。研修期間中は、1人の認定指導医が指導にあたる。今回の訪問では実際に使用している e-Portfolio を見ることができ、e-Portfolio への記載を通して研修医は自身の経験を省察する機会となる事や、指導医が形成的評価を行っている事を見学することができた。

さらに専門医認定制度においても e-Portfolio は重要な役割を持っている。専門医認定のために研修医は3種類の評価を受ける。臨床応用試験 (Applied Knowledge Test: AKT)、臨床技能評価 (Clinical Skills Assessment: CSA)、職場基盤評価 (Workplace-Based Assessment: WPBA) の3つである。この WPBA には多岐にわたる評価項目が含まれており、指導医とのケースディスカッション (Case-based Discussion: CbD)、ビデオ録画した診療のディスカッションと評価 (Consultation Observation Tool: COT)、臨床技能評価 (Clinical Evaluation Exercises: miniCEX)、指導医の直接観察による手技評価 (Direct Observation of Procedural Skills: DOPS)、そして Audit が含まれている。Audit は1問題の同定、2標準の設定、3データ収集、4標準とデータの比較分析、5改善という Audit サイクルと呼ばれる5つの手順に沿って実施されており、監査・自己監査によって診療の質管理を行う取り組みである。

このように e-Portfolio は研修医の学んだ膨大な情報が蓄積されていく研修記録であり、研修医は自分の経験を容易に把握することができ、指導医も形成的評価を効率よく行うことができる。また専門医認定の WPBA といった総括的評価としても用いられている。今回の短期留学で、英国の家庭医療後期研修と認定制度を e-Portfolio の活用が支えていることを新たに知ることができた。

シンポジウム2

The Power of International Partnerships through Exchange

Robin Ramsay

 Royal College of General Practitioners Junior International Committee, UK

The development of international partnerships in healthcare is actively encouraged by the UK Government. Such partnerships are known to benefit the UK National Health Service considerably. They are also recognised by the Royal College of General Practitioners (RCGP) as contributing towards improving the quality of education and delivery of general practice; a priority in the RCGP international strategy.

Exchanges in family medicine are an effective means of developing international partnerships. Since 2000 the Hippokrates exchange programme has been run by the Vasco da Gama Movement (the Wonca Europe working group for new and future family doctors). This provides a model for the exchange process offering 2 week observational placements with well-defined educational content. There are plans to expand the Hippokrates programme to include groups of new and future family doctors across all Wonca regions of the world.

In 2013 the first exchange between the United Kingdom (UK) and Japan took place. This was created jointly to fulfil the specific needs of participants and included observation of practice, involvement in training and attendance at national conferences in family medicine.

Feedback from participants and personal experience has displayed the wide-reaching benefits of the exchange process. These include improved knowledge in family medicine, enhanced language skills and greater appreciation of the social and cultural determinants of health. Finally it is the creation of long term friendships through exchange that will sustain international partnerships and ultimately contribute to the development of family medicine worldwide.

シンポジウム2

How Useful is an International Primary Care Exchange? A European Perspective and the Potential for Japan.

Vikesh Sharma

 Royal College of General Practitioners Junior International Committee, UK

The UK-Japan exchange is a fantastic opportunity. But what is the evidence that exchanges provide real development in skills and competencies of a primary care doctor? What are the key aspects of an exchange process to ensure it provides valid educational development?

In Europe in the last 10 years there has been a formal 2-week exchange available for all primary care doctors who are training and 5 years post qualification. This has been run by the Young Doctors committee of WONCA Europe.

As a result of this experience, there is now an established database of learning outcomes, reflections and publications from young doctors across Europe which provides much more objective evidence of their learning and development.

In recent years the project has grown significantly. In 2010 we secured European Union funding to support the process (Leonardo Project) and in 2013 the exchange template was adapted to create a new project that allowed any young GP in WONCA World to take part (Family Medicine 360 Project)

At the same time key policy documents have been published in the UK (RCGP, NHS) that acknowledge the benefits to a healthcare system of international collaboration.

This talk summarises the above developments and provides ideas on what makes an exchange valid educationally. It discusses the common themes of learning that have emerged from the evidence we have so far. Ultimately it hopes to highlight how well structured international exchanges can be a powerful tool for the JPCA in the development of primary care.

企画責任者：山城 清二 (富山大学附属病院 総合診療部)

開催の目的

病院総合医関連の認定医/専門医養成プログラムを検討する

概要

専門医制度に関して、各領域の専門医はその学会が自律的に独自の方針で専門医制度を設けて運用していた。しかし近年、専門医制度を運用する学会が乱立し、認定基準が統一されず、専門医として有すべき能力について医師と患者との間に捉え方のギャップ等から患者にとって分かりやすい仕組みになっていないという批判がでてきた。さらに、医師の地域偏在や診療科偏在の課題解決も含めて、専門医制度を見直す必要に迫られた。そこで、厚生労働省は平成23年度に「専門医の在り方に関する検討会」を立ち上げて、専門医制度全体の見直しを始めた。そして、最終的に新専門医制度は平成27年3月の卒業生から適用され、平成29年度(2017年度)から開始されることになった。当学会の家庭医療専門医は新制度で、新たに基本領域の第19番目に加わる「総合診療専門医」への移行を目指すことになった。そこで、学会は新制度に移行しやすいように今年度バージョン2のプログラムを作成した。また、日本内科学会の新たな専門医制度は今年度中に最終案が作成される予定である。一方、当学会の病院総合医プロジェクトチームは基本領域を研修した後のフェローシップとしての病院総合医の研修プログラムの認定基準を作成し、試行事業としての認定を開始した。さらに、日本病院総合診療医学会は認定医制度を開始している。

そこで今回は、新専門医制度に向けて、これら病院勤務の総合医に関連する専門医あるいは認定医プログラムを紹介する。さらに研修で連携できる点、また互換性のある点などを検討し、プログラムの内容を議論する。

シンポジウム3

日本プライマリ・ケア連合学会認定 家庭医療専門医研修プログラム ver.2について

前野 哲博

筑波大学附属病院 総合臨床教育センター

現在、専門医制度改革が急ピッチで進められており、その柱の一つとして総合診療専門医が19番目の基本領域の専門医として位置づけられることになった。その制度設計の詳細は、2017年度の制度導入に向けて第三者機関で議論されることになるが、日本プライマリ・ケア連合学会では、それに先駆けて、これまでの専門医制度を見直した学会独自の新しい制度(ver 2)を2014年度からスタートさせることになった。これは、総合診療専門医を巡るさまざまな議論を踏まえ、現在予想しうる新制度下の総合診療専門医の養成プログラムに可能な限り近づけることを目標としている。

具体的には、研修期間は3年以上で、研修科目は総合診療専門研修と、領域別研修の2種類に大別される。これまでの研修プログラム(ver 1)においては、家庭医療専門研修は診療所・小病院での6か月研修のみであったが、ver 2ではこれを全研修期間の1/2にあたる18か月以上に延長するとともに、診療所・小病院で行う研修(研修Ⅰ)に加えて、病院総合診療部門で行う研修(研修Ⅱ)を新規に導入して、どちらも6か月以上研修することを義務づけた。領域別研修は、これまでの内科(6か月)、小児科(3か月)に加え、新たに救急(3か月)を必修として位置づけた。さらに選択研修として、整形外科や産婦人科等のプライマリ・ケアと関連の深い領域を研修する。後期研修医は、認定された研修プログラムで所定の研修を修了した後、ポートフォリオ評価+筆記試験+実技試験を受けて合格すれば、家庭医療専門医として認定される。

現在、約90のプログラムがver 2のプログラム認定を受けている。指導体制については、総合診療専門研修の指導医は、日本プライマリ・ケア連合学会の専門医または認定医を取得し、所定の指導医養成講習会を受けることが条件になっているが、2014年度だけでも3000人を超える認定医が誕生するなど、指導体制の充実が進んでいる。

渡辺 毅

福島県立医科大学 腎臓高血圧・糖尿病内分泌代謝内科

日本では、診療科の自由標榜制が戦後の医療制度の根幹であり、専門医制度は学会が設立・運営してきた経緯から、欧米と比較して歴史は浅く、制度的標準化が不十分、国民の医療ニーズに対応するマクロ的視点が欠如したという制度的な欠陥がある。内科系に関しては、1968年の日本内科学会に始まり、内科系 subspecialty 学会の認定医・専門医制度が1975年から1995年に設立された。すべての内科系医師においては、generality と subspecialty は分離の関係にあると考え、内科学会と13関連 subspecialty 学会は協議を重ね、3年の内科研修による認定内科医を基礎とし、さらに3年以上の認定施設での研修による subspecialty 領域専門医（総合内科専門医を含む）の受験資格を得る二段階制度に合意した。しかし、それ以前からの大学病院などの臓器別再編、2004年に必修化された初期臨床研修（2年）を認定内科医研修期間への編入による認定内科医の研修期間半減などによって、内科系研修が subspecialty 研修に偏り、内科系専門医の領域的、地域的偏在なども問題も顕在化した。

近年、地域医療における様々な問題点が明らかとなり、医療制度における問題として、専門医制度に対する世間の関心も徐々に高まってきた。そのような背景から2011年秋発足した厚生労働省の「専門医の在り方検討委員会」では、日本専門医制度評価認定機構とも協調した議論の結果、「中立的な第三者機関による専門医と養成プログラム認定の統一化」「基本的診療領域と subspecialty 領域からなる二段階制」「総合診療医を基本領域に追加」などの今後の日本の専門医制度の方向性が提示された。これに並行して、2011年から日本内科学会は認定制度審議会での17回の会議での論議の結果、国民の医療ニーズに応えるべく、内科系医師に必須な条件である generality と subspecialty の調和を持った新しい世代の内科系医師の養成を目的として、2015年以降卒業の医師に対して、「卒後5年の研修を経た内科専門医を基本領域とし、subspecialty 領域を二段階部分とする内科系二段階制専門医制度と現状の総合内科専門医にキャリア的に相当する（新）内科指導医による指導体制とすることを決定した。現在、①研修カリキュラムや施設認定基準の見直し、モデル研修プログラムの策定等研修の質の向上策、②症例記録評価、試験制度の見直し、③研修プログラム管理・施設認定・指導医認定委員会などの制度整備、④現状の制度からの新制度への移行の工程表、⑤総合診療専門医構想と内科専門医制度との制度的乗り入れ制度の提案、⑥（新）内科専門医を基本とする内科系全体の二段階制度の構築、などの具体的な制度設計を、内科系 subspecialty 領域13関連学会とも協議しながら行っている。

講演では、新・内科専門医制度について、これまでの経緯と既に決定している具体案について概説したい。

内藤 俊夫

順天堂大学医学部総合診療科

日本病院総合診療医学会は、総合診療医の臨床を深める場になると共に、総合診療に関する領域の研究推進を通して国民の健康増進に貢献することを目的として2010年4月に設立された。当学会ではテーマを持った研究を行いながら臨床を実践することが最重要だと考えている。登録医療機関221施設、登録医師501名であり（2014年2月14日現在）、増加の一途をたどっている。2014年2月には大阪大学において第8回学術集会が開催された。

当学会では「病院における診療に必要な総合的知識あるいは専門的技量を有する優れた医師を認定し、社会への啓発や情報提供をもって横断的な総合診療の向上を図り国民の福祉に貢献すること」を目的として2011年1月から認定医制度が設立された。認定医の条件としては、①医師免許取得後5年以上、②病院総合診療に関する3年以上の経験を有すること、③申請時において他学会の認定医あるいは専門医の資格を有すること、などがある。特徴として認定医更新の規定に学会誌への症例報告が義務付けられている。また、内科系・外科系・ER系 General Hospitalist にカテゴリー分けされており、医師個人のキャリアが生かせるシステムである。2013年4月からは施設の認定も開始されている（認定医211名、認定施設47）。

日本専門医制評価・認定機構が主催する「総合医（仮称）に関する検討会」が2012年の4月から始まり、医師会、内科学会、救急学会、プライマリ・ケア連合学会などからの代表者ととも、病院総合診療医学会からは林純理事長が代表参加している。厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」で、総合的な診断能力を持つ医師を19番目の基本領域の専門医として「総合診療医」と呼ぶ方針が決定した。今後、プライマリ・ケア連合学会と協力して各団体、学会が納得できる教育プログラムの在り方を検討することが重要である。本シンポジウムでは当学会の認定制度や今後の展望について述べる。

大滝 純司

北海道大学 医学教育推進センター

旧総合診療医学会による「病院総合医後期研修プログラム(案)」が三学会合同会議の認定制度検討委員会に引き継がれ、それをもとに、家庭医療専門医を取得した後のフェローシップとして「病院総合医認定制度細則(案)」が作成された。三学会の合同後、この細則案をたたき台として更に検討を重ねた結果、関連学会と協力して学会や領域を超えて、学会とは異なる機関により認定する制度を目指す方針が理事会で承認された。その後、内科学会との協議に時間を要することが明らかとなったため、プログラム認定を先行させて試行事業として実施することになり、「病院総合医養成プログラム認定試行細則」が作られた。

当試行事業の目的は、病院において総合的な医療を提供する医師に求められる基本的な能力を修得した医師を病院総合医とし、病院医療の改善と発展を推進すると共に、その領域を志す医師のキャリア・パスを明示することにある。プログラムの認定を試行的に行うものであり、個々の医師の認定は目的に含まれていない。病院総合医を養成するための研修プログラムの認定を試験的に行うことにより、研修プログラムの具体例や課題に関する情報を共有し、病院総合医の養成について関心を高め、その拡充に寄与することを目指すものである。

事業は、(1) 細則案をもとに研修プログラムの要件を整理、(2) その要件を公開し研修病院等に参加と意見などを募集、(3) 応募する病院等は要件について自己評価した結果を添えて認定を申請、(4) 申請内容を審査し理事会の承認を経て認定し学会ホームページで公開、(5) 寄せられた意見等を整理し学会ホームページで公開、という過程で計画された。2012年に第1回の募集が行われ、約60のプログラムが申請され、予備審査を含む審査が行われ、最終的には大半のプログラムを認定し、認定証の発行や学会ホームページでの情報公開等の作業を進めている。

企画責任者：箕輪 良行 (聖マリアンナ医科大学病院
救急救命センター)

開催の目的

プライマリケア・ケア領域において、医学研究にとどまらず、ヘルスケア提供に携わるものが配慮すべき利益相反に関連した問題と、その対処について議論を深める。

概要

初めに本学会の「臨床研究に関する利益相反管理指針」についてご出席の皆さんに確認していただきたいと思えます。具体的には総会の発表時、論文の執筆時に細則に定める申告基準に則り開示すべき利益相反状態の有無を明らかにしていただきたくことになっております。この点を今回の学術大会以降に関して是非ともご理解いただきたいことです。

医療における利益相反 (Conflict of Interest, 以下 COI) は、研究者や臨床家が臨床研究等を実施する際に、営利を目的とした企業等とのかかわりの中で不適切な関係にある場合などにしばしば問題となることが多いです。象徴的な事例として、最近相次いだ大規模臨床試験において、特定製薬企業が研究の解析に関与していた件などが想起されます。

一方、ヘルスケア提供においては、その提供者が利益相反状態にあつたり、特定の行為に利益相反的な要素が含まれていたりすることは、実は日常的にあるのです。本セッションでは、プライマリ・ケアの日常において、具体的には広島市での医師会内科会での経験や地域医師会レベルでの生涯学習会といった事例を通して、そのサービス提供者やサービス管理者が日ごろ遭遇する利益相反を取り上げた上で、どのような心構えを自分たちが持ち、実際にどのような対応をするのが妥当なのかということについて議論したいと考えます。

また、プライマリ・ケア領域での臨床研究における利益相反についてや、当学会が利益相反に対してどのようなポリシーを共通認識として持つべきかなどについても検討したいと思えます。

シンポジウム4

臨床研究と COI そもそも何のための臨床研究？ だれのための臨床研究

植田 真一郎

琉球大学医学部 臨床薬理学講座

バルサルタン問題は製薬会社からの研究資金や社員の研究への関与で議論されることが多いが、本質はそこにはない。製薬会社が100% 研究費を出す治験がその観点から批判されたことはない。バルサルタン問題の本質は研究者がまったくのスキルを持たず、従って研究者とはとても呼べない輩であり、そうでありながら能力の欠如を見抜けず製薬会社が薬剤のセールスをする上での Key opinion leader なるものに祭り上げ、そこに誤った研究資金投入がなされたことである。KYOTO、JIKIあるいはSMARTの研究者たちはリサーチリテラシーが欠如し研究目的を明確にして適切な研究仮説をつくるというごく基本的なことすらできなかった。研究の質の担保の議論がはじまり GCP 適用を推進しようとする意見もあるが資金源がなんであれ、研究費は研究のリテラシーとスキルを持ち、自ら基本的な品質管理が可能な研究者にのみ供与されるべきである。そうであればその資金源に関しては研究の目的に応じて議論できるはずである。最近形を変えて蔓延っている seeding trial の問題も含めてよりよい臨床研究を実現するための議論したい。

シンポジウム4

本来、問うべき利益相反の“本丸”は何か？

川村 和美

シッパヘルスケアファーマシー東日本 教育研修部

1996年の科学技術基本計画で国家戦略としての産学連携が推進されて以後、我が国でも徐々に利益相反の問題が注目を集めるようになった。利益相反とは、「ある者が自分以外の者の権利を擁護する地位にあるにも拘らず、その責務と対立ないし抵触しうるような利害関係を有する状況にある」という意味である。

ここでいう利害関係とは、専ら金銭的インセンティブの問題であり、近年、医療界では、企業から医療者への金銭授受を透明化し、詳細に把握管理しようという風潮にある。利益相反に関する報告の請求は、一種の手続きとして形骸化している点が否めず、本来の目的に則して成熟・定着されているとは言い難い。

例えば、一般的に学会活動前に求められる利益相反事項の報告書では、所属機関の名称と役職が尋ねられ、まず報告対象企業に勤務しているかどうかが問われる。報告対象企業とは、ある学会では「医薬品・医療機器メーカー等医療関係、介護福祉関係企業一般並びに医療関係研究期間等の企業・組織・団体とし、医学研究棟に研究資金を提供若しくは医学・医療並びにこれらの評価等に関わる活動をしている法人・団体等とする」と規程しており、この文書の及ぶ対象はかなり広いと考えられる。

企業は諸活動を行って社会の需要を充足し、収益を獲得する経済単位であり、個人企業、官庁、協同組合、事業団、特殊法人、独立行政法人等々、多くの大学や病院も含まれるのだが、一般に“企業”というと営利目的の組織をイメージする人が多く、資金提供の発想や事実がない会社に属する人も、いわゆる“会社員”であるがゆえにネガティブなフレーミングがなされることは少なくない。

本来、利益相反は所属先ではなく“行為”を問うものである。置かれた立場の義務や責任よりも、自己または第三者の利益を優先される利益相反行為が発生する事態は、“会社員”でなくともいくらでも考えられる。

皆が利益相反行為を適切に取り扱うには、“個人の能力に求めるもの”と“企業人としてその立場に求めるもの”をきちんと区別して、制度や手続きの目的を丁寧に周知させることが必要であろうと思われる。

シンポジウム4

開業医と利益相反 ー過去、現在、未来ー

中西 重清

中西内科

開業医にとっての利益相反（COI）を、過去・現在・未来について考えてみたい。COI＝臨床研究という立場から見ると、過去において開業医が薬剤効果に関する研究をするという事実が少なかった。私は開業後20年以上を経過したが薬剤の臨床研究での学会発表は経験がないし、周りにそういう人もいない。将来は開業医で臨床研究する日も近いと考える。

製薬会社からの文房具授受、製品説明パンフレット授受、製品説明会・懇親会への出席、弁当飲食、タクシーチケットの授受は、開業医においても過去～現在まで日常的に継続されている。これらの全てが否定的な行為とは断言は出来ない。私は診療所での新薬説明会を行ってこなかったが、新薬の知識が抜け落ちていることも多い。

私が所属している医師会（安佐医師会）では安佐医師会内科会というプライマリケアを学ぶ会合を、毎月おこなっており250回を迎えた（20年継続）。この内科会は製薬会社からの寄付を受けないで、個人が年間に1万円ずつ支払い、一部に医師会からの援助で運営している。この会は元医師会長が、「薬剤と関係なく医療技術を習得したい。」と考え企画され、このような会合は他の医師会では類をみない。製薬会社に遠慮しないで、自由な討論が出来る自慢の勉強会である。

当地区医師会では製薬会社協賛の勉強会も月に一度おこない、そこでは新薬の新しい知識を学び、我々がお呼びできないような有名講師の話も聞ける。この会もなくてはならない会合である。

私は、たまたま医学生の実習や初期研修医の研修指導に携わっている。彼らと共に学ぶには必然的に襟を正し、透明性を意識して製薬会社と付き合いざるを得ない。若者と共に医療を学ぶ姿勢は、利益相反を考える良い機会と考える。

現状では医療を行ううえで利益相反状態がゼロというのは困難がある。透明性を意識し、COIを開示する義務を、プライマリケア連合学会員は負っていると考え

シンポジウム4

日常診療の中で、「利益相反」を考える

和座 一弘

わざクリニック

利益相反などと言うと、我々は、日々の日常診療とややかけ離れた世界であると、捉えがちである。しかし、最近大きく社会問題化したバルサルタン不正論文問題については、当該薬剤を日頃の診療の中で使用していた実地医家も多かったために、この問題を身近に捉えるようになったとも言えるのではないだろうか。しかし、この場合でも、我々は、この利益相反という課題は、製薬会社と研究者の問題であって、自分は、その薬を使用しただけで、自らは被害者的な立場であると考えないであろうか？薬剤情報を、十分に吟味することの重要性を再認識したい。様々な論文も、一流誌に掲載されたから鵜呑みにすることは厳に慎まなければいけない。批判的に吟味しながら読んでいく努力も一般開業医にも求められているのではないかと考える。

さて、一方、地区医師会などの主催などで、学術講演会などが開かれる機会も多い。その際、製薬会社がバックに入って、会場や講師費用（交通費等）等などを援助して貰う場合もある。この際、医療情報に偏りが生まれないように、しかも、このような学術講演会が、効率的に管理運営される仕組みはどのようなものが考えられるのかもこのセクションで考えてみたい。地区医師会の立場で、上記のような話題も含めて、様々な利益相反の問題を吟味する場合が想定される。その際の課題・問題を議論して深めればと思う。

自らの行動に不適切な影響（バイアス）を及ぼしているのではないかと問われる外部との経済的・個人的利害関係を有する状態を利益相反（COI）とすれば、日常診療には、上記のような医療情報についての客観性を保つための話題の他にも、身近には、患者さんからの「お礼」等も利益相反の項目になるかもしれない。利益相反の問題は、我々の身近に実は広がっているのではないかと考える。これらの身近なトピックなども取り上げてみたい。

企画責任者：石橋 幸滋（(医) 実幸会 石橋クリニック）

開催の目的

診療所の看護師はプライマリ・ケアを支える重要な存在でありながら、その教育には十分な焦点があたってこなかった。在宅医療やプライマリ・ケアへの政策のシフトにあわせ、ますます重要となる診療所看護師の、必要とされる役割と能力、そして、それを育成するために構築すべき教育システムについて考えてみたい。

概要

診療所の役割（機能）には、(1) 個人及び家族の健康を守る役割（外来機能）、(2) 人々が住み慣れた場所で生活が送れるように支援する役割（在宅支援機能）、(3) 地域の健康問題を解決する役割（地域支援機能）、そして、(1)～(3) を実施するために、(4) 診療所をマネジメントする役割がある。診療所で働く看護師にも当然これらの役割と機能を担うことが要求されるが、そのための能力も十分に明らかにされていないし、診療所看護師を育成するシステムも未だ不十分と言わざるを得ない。

本シンポジウムでは、看護行政、看護協会、看護教育の場で重要な役割を担っている3人のシンポジストに。それぞれの立場から診療所看護師の教育の必要性についてお話をいただき、それをもとに、今後どのような教育制度が必要かを考える。

日本プライマリ・ケア連合学会としても、プライマリ・ケアの充実のために診療所看護師の育成は必要不可欠であり、学会としてどのようなことができるかについても総合討論を通して検討する。

シンポジウム5

診療所で活躍する看護師に関連した制度の動向

島田 陽子

厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行うため、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」が平成26年通常国会に提出されました。

この法律案に、特定行為に係る看護師の研修制度の創設が盛り込まれています。

2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又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（例えば、脱水時の点滴（脱水の程度の判断と輸液による補正）など）を行う看護師を養成し、確保していく必要があります。このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の目的です。

シンポジウムでは、上記の研修制度を含め、診療所で活躍する看護師に関連すると考えられる制度の動向等をご紹介したいと考えております。

石本 傳江

公益社団法人 岡山県看護協会

2025年の超高齢化社会を目前にして、病院の医療体制のみでは支えきれない社会の現象が明らかとなり、地域包括ケアシステムの構築が求められている。その中で60%以上の国民が住み慣れた自宅で療養し、看取りの場所も在宅を希望している。そのニーズに応えて訪問看護制度が発足して20年が過ぎた。

公益社団法人日本看護協会は、平成23年度から看護師職能委員会活動について、病院領域を対象とするⅠ領域と、在宅・介護領域を対象とするⅡ領域に区分し、それぞれの課題抽出や対策を検討する取り組みを始めた。長期的な在宅療養を支える訪問看護看護のサービス提供体制の整備や推進、機能強化についての提言を続けている。

公益社団法人岡山県看護協会は、岡山県の方針を受けて、訪問看護師養成講習会を昭和61年から開始し、約1400名の修了者を出している。また、平成18年から岡山県在宅ケア推進事業の取り組みを開始し、推進協議会を設けるとともに、研修、普及事業を行ってきた。平成23年度からは訪問看護推進室を設置し、系統的な研修を企画し、訪問看護師のみならず、医療機関の看護師が訪問看護を学び体験することによって、退院支援ができるように在宅看護への普及をめざしてきた。このような取り組みから、現在県内の指定訪問看護ステーションは115か所となり、平成8年に発足した岡山県訪問看護ステーション連絡協議会に101か所が所属し、それぞれの連携と訪問看護の質の向上にむけて活動し、昨年からは一般法人化も果たした。

今回は、岡山県における訪問看護師育成の経過と実績をまとめ、今後の課題について述べるとともに、地域ケアの中心となる訪問看護が他職種や病院・診療所との協力関係をどのように構築していくのかについても話し合いたい。

森山 美知子

広島大学大学院医歯薬保健学研究院 応用生命科学部門
成人看護開発学

診療所の看護師はプライマリ・ケアを支える重要な存在でありながら、その教育には十分な焦点があたってこなかった。在宅医療やプライマリケアへの政策のシフトにあわせ、ますます重要となる診療所看護師の、必要とされる役割と能力、そして、それを育成するために構築すべき教育システムについて考えてみたい。

1. 診療所で働く看護師の役割と機能

診療所の役割（機能）には、(1) 個人及び家族の健康を守る役割（外来機能）、(2) 人々が住み慣れた場所で生活が送れるように／尊厳死を支援する役割（在宅支援機能）、(3) 地域の健康問題を解決する役割（地域支援機能）、そして、(1)～(3)を実施するために、(4) 診療所をマネジメントする役割とがあると考えられる。看護師にもこれらの役割と機能を担うことが要求される。

2. 診療所で働く看護師に必要とされる能力

上記の役割を果たすために、コアとして、「家族志向を実践する能力」「地域・コミュニティの健康問題に包括的に対処する能力」「地域の健康問題を解決するために多職種で協働・連携する能力」「個人の健康問題を解決するために多職種と協働・連携する能力」「患者と家族のライフステージに合わせたヘルスプロモーションを実践する能力」「個人・家族の健康問題を解決する能力 / 診療の補助能力」「在宅療養を支援する能力」「診療所をマネジメントする能力」等が必要と考える。

3. 学会としての教育制度の構築

基礎教育（学部や専門学校）にプライマリケアに関する教育を追加することに加え、卒後教育として、学会が主催する養成研修会、テキストの作成、e-learningの導入等が必要であると考えられる。

ジェネラリストとしてのPractice nurseと専門的な教育を受けたスペシャリストとしてのAdvanced Nurse Practitionerとの役割・機能の違いも踏まえ、国内外の調査結果を基に、ディスカッションしてみたい。

企画責任者：田妻 進 (広島大学病院総合内科・総合診療科)

開催の目的

急性腹症の診療ガイドライン案の作成が進んでおり、作成案について学会員から意見を求め、ガイドラインの改変に役立てたい。

概要

日本腹部救急医学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本医学放射線学会、日本産婦人科学会、日本血管外科学会の協力により、急性腹症診療ガイドラインを作成することとなり、現在、ガイドライン案を作成検討している。このコンセンサスマーティングでは、ガイドライン作成の経緯、作成方法、ガイドライン案を提示し、参加頂いた方から忌憚のないご意見を拝聴したい。また、真弓 (mtoshi@med.uoeh-u.ac.jp) までご意見を頂ければ幸甚である。

佐藤 格夫 京都大学初期診療救急科
 高山 祐一 大垣市民病院 外科
 辻川 知之 滋賀医科大学総合内科学講座
 西舘 敏彦 札幌医科大学外科学第一講座
 前田 重信 福井県立病院 救命救急センター
 真弓 俊彦 産業医科大学医学部 救急医学講座
 三原 弘 富山大学 内科学第三講座(消化器、腫瘍、血液)

1. GL作成の意図と組織： 真弓 俊彦
2. GL作成手法： 吉田 雅博
3. 診療案
 - (1) 定義、疫学： 田妻 進
 - (2) 診断病歴： 辻川 知之
 - (3) 診断(診察、検査)： 溝岡 雅文
 - (4) 鑑別診断、アルゴリズム： 小豆畑丈夫
 - (5) 初期治療： 前田 重信
 - (6) 教育プログラム： 三原 弘
4. 今後の予定： 真弓 俊彦
(質疑)

【協力学会と委員、所属】

- ・日本プライマリ・ケア連合学会
 田妻 進 広島大学総合内科・総合診療科
 溝岡 雅文 広島大学病院総合内科・総合診療科
- ・日本医学放射線学会
 亀井 誠二 愛知医科大学 放射線科
 近藤 浩史 岐阜大学 放射線科
 古川 顕 首都大学東京 放射線学科
- ・日本産婦人科学会
 板倉 敦夫 埼玉医科大学産婦人科
 西井 修 帝京大学溝口病院産婦人科
- ・日本血管外科学会
 尾原 秀明 慶應義塾大学外科
 重松 邦広 東京大学血管外科
- ・日本腹部救急医学会
 小豆畑丈夫 日本大学医学部救急医学系 救急集中治療医学分野

企画責任者：松下 明（社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 奈義ファミリークリニック）

開催の目的

現場の多職種の経験から医療・介護の世界における家族志向のケアの在り方を探る

概要

現代の日本では地域の力と家族の力が衰退傾向にあるといわれています。核家族化が進み、多世代での交流や地域との交流が薄くなる中、高齢化社会は進み、今後の日本における医療・介護の流れはより厳しい状況にあります。そういった中で、家族志向のケアを鍵に家族の力と地域の力を取り戻す必要性があると考えています。

このシンポジウムでは、医療・介護の現場で働かれています。家族についての関わりの濃い方3名の方に演者としてお話をしていただき、そのあとの議論をとおして、これからの日本での家族志向のケアのあり方を模索できればと思います。

演者は以下の日本人3名の方をお願いして、コメンテーターとしてTom Campbell先生にも活躍していただく予定です。

- ・鈴木美佐子さま（米国夫婦・家族療法セラピスト取得 臨床心理士）
- ・森山美知子さま（家族看護学会評議員 広島大学大学院成人看護開発学教授）
- ・池原忍さま（奈義町ケアマネ NPO 法人風まくら代表）

日本語と英語のやり取りをスムーズにするため、座長は松下と若林英樹先生（米国で家族療法研修後に家庭医）で行う予定です。

明日からの地域での取り組みに役立てる知恵をこのシンポジウムを通して構築できればと思います。

シンポジウム7

家族支援のスキルをもつ

森山 美知子

広島大学大学院医歯薬保健学研究院 応用生命科学部門 成人看護開発学

家族は病気を予防し、また病気に対処する個人の社会資源における第一次資源であり、予防的な役割を担い、治療や療養に対して重要な意思決定者となり、そして、支援者として家族がもつ共感や問題対処能力が強く患者のコンプライアンスレベルに影響する。

家族看護の目的（ゴール）は、家族の健康的な成長・発達を促す（家族のヘルスプロモーションと疾病予防）と疾病や障がいに関連して起こる問題に対処できるよう家族の意思決定能力やセルフケア能力（問題解決能力）を高め、家族の成長・発達を支援することである。臨床で家族をケアする段階には、「第1段階：家族を視野に入れる」「第2段階：家族への教育支援・情報提供を行う」「第3段階：家族関係の調整を行う」の3段階がある。第1段階は、患者のみならず家族にも配慮し、関心を示すことである。患者の病気や状況に家族の影響/ダイナミクスをみて、理解することである。また、プライマリ・ケアにおいては、特に家族を1つのケアユニットとしてとらえ、家族を丸ごと視野に入れ、ケアすることが基本となる。第2段階では、疾病予防や病気回復、介護・療養支援等に向けた知識の提供、社会資源の配分調整（ケースマネジメント）が必要となる。そして、第3段階では、問題や調整事項が発生した家族に対して、問題解決スキルを用いて解決の支援を行うことである。

プライマリ・ケアにおける家族志向は、家族を丸ごとケアする視点に加え、問題解決のための方法論—アセスメントと介入モデルの活用—も必要となる。プロとしてどのように家族をとらえ、理論やモデルを活用し、家族を支えるかについて述べる。

シンポジウム7

総合病院における臨床心理士の関わり
～家族志向のケアの観点から～

鈴木 美砂子

岐阜県総合医療センター 母と子ども医療センター

岐阜県総合医療センターは、地域がん診療拠点病院、救命救急センターなどの認定を受けた病床数590床の地域中核病院である。当院での臨床心理士の関わりは、1) 心理面接 2) 心理検査（主として発達・知能検査、認知症検査）3) 児童虐待対応 4) 地域との連携 に大別される。所属は小児科（常勤職への移行に伴い、現在は母と子ども医療センター）ではあったが、勤務初年度である平成14年度から、臨床心理的援助の対象を従来の小児系診療科から全診療科の外来・入院患者ならびにそのご家族に拡大した。平成24年度では依頼件数の約4割が循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、乳腺外科、産婦人科、女性外来など小児系以外の18診療科からとなっている。身体症状を主訴として来院される患者とそのご家族への支援にあたっては、その疾患が患者・ご家族に与える影響だけでなく、患者・ご家族の置かれた状況がどのように疾患のあり方・向き合い方に影響を及ぼしているかについても理解する必要性を感じている。患者・家族の置かれた状況には、患者/家族間の関係性に加え、職場や学校など患者・家族を取り巻く環境との関係性、医療現場における主治医や看護・リハビリ・福祉スタッフなどとの関係性も含まれてくる。また、我々心理職と依頼元診療科スタッフとの関係性や、外来/入院の差異なども患者・ご家族への介入度合いに影響を及ぼす要因となっている。身体—心理—社会モデルに加え、患者・家族を取り巻く様々なレベルのシステムとの相互作用、すなわち関係性の視点から、当院における臨床心理士の関わりのある方を報告させて頂く。今後の臨床心理的援助に役立てる上で、医療者の観点から、どのような関わりを臨床心理士に期待するのかについてもご意見を頂けると大変ありがたい。

シンポジウム7

家族の支援を考える
～在宅生活を支える家族のよりよいパートナーを目指して～

池原 忍

特定非営利活動法人 風まくら 相談センター風まくら

これまで看護師、介護支援専門員（ケアマネージャー）として、病気や障害、介護の問題を抱えている多くの方々とその家族に出会いました。家族が協力し合い病気や障害、介護の問題を解決しているケース、遠方に住む家族と近くに住む親戚、近隣の人たちが独居高齢者を支えているケース、長年の家族関係が問題を大きく複雑にしているケース等々、さまざまです。ケアマネージャーは対象者の自立や生活の質の向上を目指すのですが、それには家族全体の安定も重要です。家族がバランスを崩すと全てが崩れることをいくつか経験してきました。様々な家族と関わる中で家族関係が良好なケースは比較的関わりやすく、家族間のコミュニケーションが不十分で、お互いのことを理解し合う気持ち等が少ないケースは支援に難しさを感じてきました。家族との関わりでは達成感ややり甲斐を感じることも多く、支援者である私のほうが癒されたり学んだりする場面もありました。人はその家族と密着に影響し合い、切り離すことはできません。どのようなケースでも支援の難易に関係なく、家族も支援する対象としなければならないと感じています。これまでの家族との関わりを振り返り、家族への支援には何が必要かを考えてみたいと思います。

企画責任者：佐藤 涼介（医療法人 佐藤医院）

開催の目的

超高齢化社会の進展と新たな在宅医療普及の流れの中で、病院から在宅に帰れるかどうかと、在宅復帰後、在宅看取りまで行けるかどうかという2つの大きなハードルがあります。この度は岡山市内でご活躍の病院、在宅医療関係者に、いかにすれば病院から在宅に帰れ、いかにすれば在宅看取りまでの障害を低くすることが可能かを中心に討論させて頂く場を作らせて頂きました。

概要

現在、我が国における死亡場所は、約80%が病院で、自宅はわずか13%に過ぎません。多くの国民は、終末期をできるだけ在宅で過ごしたいと考えています。特に進行がんの方を例にとった場合、在宅緩和ケアに慣れた医師、訪問看護師、訪問薬剤師、ケアマネジャーなどのプライマリ・ケアチームと一般の病院専門医との間には、在宅復帰可能かどうかの適応基準に大きな乖離が認められます。

延命ではなく、QOLを重視する立場からは、病院専門医とプライマリ・ケアチームとの在宅に帰れるイメージのギャップを埋め、在宅生活の継続を希望される方が、特にがん末期の方たちが自然な流れで在宅看取りまで行くことが可能になりやすい医療体制の構築が望まれています。

この度は、在宅に向けて病院緩和医療学専門医の立場から、また在宅復帰後、自然な在宅看取りに向けて、診療所看護師・訪問看護師の立場から、ケアマネジャーの立場から、訪問薬剤師の立場から、在宅主治医の立場から忌憚のないご発表を頂き、後半では総合討論において思う存分、ご意見を述べて頂き、フロアも交えて建設的な議論ができればと考えています。

シンポジウム8

岡山大学病院における在宅看取りの支援

松岡 順治

岡山大学病院 緩和支援医療科

超高齢化の進む我が国において幸せな終末期を送ることは国民の願いである。しかしながら我が国のクオリティ・オブ・デス（QOD）は先進国の中で極めて低いとされており、その原因のひとつが病院医療と在宅医療のアンバランスによるものと考えられる。

岡山大学病院においても、患者さんが在宅での看取りをすることは近年まで極めてまれであった。医師も患者も最後まで戦い大学病院で死亡することが当たり前であると考えられてきた。

現在岡山大学病院においては在宅看取りを支援することで多様な患者・家族の人生を支援している。

- ① ネットワークの整備 総合患者支援センターを中心に在宅看取りを行うかかりつけ医を紹介している。かかりつけ医を増やすために岡山市と協働で「スタートアップ支援事業」を行い新規参加医師に対して経験豊かな指導医が指導を行っている。
- ② 公的支援の活用 MSWを通じて早めに公的支援を紹介し準備する。
- ③ 岡山在宅医療を考える会 2ヶ月ごとに開催し、症例検討、講演会を行っている。
- ④ 医師の意識改革 大学病院医師に対して講習会・勉強会で在宅看取りの実際を知ってもらう活動を行っている。在宅で良質の医療が提供できることを在宅医から紹介し、在宅看取りの成功体験を共有してもらう。
- ⑤ 患者・家族の意識改革 一般県民に緩和医療、在宅医療について啓発活動をおこなっている。入院患者・家族に対しても緩和チームが主体となり希望をかなえ、支える活動を行っている。特に今後の治療と見込みの疑問に対して主治医を交えて相談を行っている。
- ⑥ 在宅看取りのパンフレットの作成と配布

岡山大学病院には緩和病棟はなく看取りは入院、転院後一般病棟、転院後緩和病棟、在宅という転機をとる。緩和ケアチームの介入により、緩和病棟への転院が増えてきたが、今後はさらに支援を充実し在宅医療を推進すべく活動を行っていききたい。

シンポジウム8

病院から在宅看取りまでをサポートするプライマリ・ケア・チームの看護の役割

赤瀬 佳代

かとう内科並木通り診療所 在宅医療連携支援チーム結

【抄録】

プライマリケアの中心を担う診療所は、かかりつけ医療機関として、予防から終末期までの長期間、患者と関わりを持ち、患者との密着性が強い。家庭医として、病気だけでなく、家族や仕事に関わることなど、社会的なことまで理解し、総合的に対応できる強みがある。在宅医療の推進が行われる中で、当診療所から治療病院に治療を依頼した患者や、治療病院から紹介された患者が、在宅療養を行っていくために、当診療所の看護師は、医師と共に患者のサポートを行っている。多くの人は、プライマリ・ケア・チームの看護は、訪問看護を想像すると思われるが、診療所の看護師、通所サービスに所属する看護師、高齢者介護施設で働く看護師など、様々な現場の看護師が在宅療養を支えている。比較的ADLが保たれ病状が安定している時期は、患者は外来通院をし、ADLが低下し病状が進行していく中で、訪問診療に移行して、訪問看護が導入されることが多い。治療病院では様々な治療が外来で行われるようになっており、治療の影響が生活場面の中で発生してくる状況からは、このような現場の看護師たちは、治療に関することも学びを深めて、病院の外来看護とも連携をとっていく必要がある。一方で、生活に関わる情報を得やすい立場にあることから、病院側に情報提供を行っていくことも求められる。そのような連携をとっていく中で、在宅看取りをより具体的に考える時期になれば、訪問看護が中心となってくる。その人が望む人生を最期まで送ることができるように、医療と生活・人生に関する希望など様々な情報を統合し、チーム内に発信をしていく役割も重要と考える。病院から在宅看取りまでを、患者と家族が望むものにしていくためには、医療と生活を結びつけた判断のできる各現場の看護師たちが連携をして、多職種を結びつけていくことが求められる。

【略歴】

1999年国立がん研究センターに勤務。
2003年からかとう内科並木通り診療所に勤務。
通所リハビリテーション、病棟、外来、訪問看護の経験を経て、2012年に在宅医療連携支援チーム結を立ち上げた。
がん性疼痛看護認定看護師、介護支援専門員、メッセンジャーナースの資格を有し、医療・福祉・介護に関わる専門職と協働し、行政や地域と連携を取りながら、患者・家族の立場にたった在宅医療の実現に取り組んでいる。

シンポジウム8

在宅での看取りにおけるこれからの課題

内藤 さやか

ひかり薬局介護相談事務所

当事務所は現在、要支援者・要介護者合わせて186名の方を担当させて頂いている。平成25年、死去された方は29名。全体の約16%にあたる。亡くなられた場所の内訳は『在宅』16名、『病院』（緩和病棟も含む）13名。在宅で最後を迎えた方の方を疾患別に見ると『癌末期』7名、『老衰』5名、『他の内科的疾患』2名、『事故』1名である。

介護保険制度が始まって丸14年。「終活」「エンディングノート」が話題になる世相を背景に特に癌終末期の方においては『最後の時間をどこで過ごすか。』という意識は高まっている。またそれを支援する体制も随分整ってきているように思う。退院にあたり病院側との連携、在宅での多職種連携も進んでいる。しかし一方、「高齢者の死」を在宅で受け入れていくことの難しさを感じている。癌終末期の方と大きく違うことは①本人の強い意志が確認しにくい。②「介護」がいつまで続くのか…その先が見えない。③家族が「死」や「老い」を受け入れることが難しい。などが理由に挙げられる。昨年「老衰」にて自宅で亡くなった5人の方は、亡くなる数年前から折に触れて、ご本人やご家族と『これから先、どこでどんなふうに生活をしていきたいか。』を繰り返し話題にしてきた。そして最終的な局面では主治医も在宅見取りを支援して下った方達である。金銭的に施設に入ることが難しく自宅で最期を迎えざるを得なかったという事情がある方もいた。最近の自宅での看取りを振り返り、癌終末期の方だけでなく「高齢者」の在宅看取りについても実情を踏まえて考えた。また家族関係の希薄化、高齢者の貧困が進む今、「在宅」を本当に安心して亡くなれる場所にしていくには『医療面』の連携・サポートだけではなく、家族や地域（近所）の理解と協力、また生活全般を支える体制も必須であると感じている。

中山 弥生

いずみ薬局

在宅患者さんに対する薬剤師の仕事は、薬局を訪れる患者さんに対するものと基本的には同じで、処方せんを監査し、医師の指示どおり服薬は出来ているか、期待する薬効は顕れているか、副作用発現はないか、併用薬との相互作用はないか等を確認し、調剤後服薬指導を行うというものである。薬局においてほとんどの場合、カルテに書かれた情報は知る由もなく処方せんを基に、患者さんから聞き取りを行い、服薬指導を行うわけであるが、タイミングが良ければ医療機関での検査票などを見せてもらえることもあるといった状況である。

訪問薬剤管理指導を行う場合には医師からの情報提供のおかげで外来処方せんよりもかなり多くの情報を基に服薬指導を行うことができるが、処方せんどおりに調剤し患家を訪れた後で疑義が見つければその時点で医師に照会することになる。処方変更となった際には、一旦薬局に戻って調剤し直し再訪問しなければならない。ところが医師に同行することで、このような面倒なことは起きなくなる。訪問診療に同行すれば、医師がどのように患者さんに説明しているかを傍で伺え、処方意図をその場で詳しく知ることができ、服薬指導において医師の思いをしっかりと伝えることができる。また、緩和ケアを受けている患者さんの場合、麻薬の使用頻度が高く、処方変更も頻繁であるが、麻薬は流通規則が厳しく時間外や休日の入手が困難な状況もしばしばある。このような場合にも、医師に同行していれば即座に薬品の手配をすることが可能となり、患者さんを待たせることもずいぶん減らせる。

医師のみならず他職種の方々との意思の疎通も非常に重要で、訪問看護師、介護士、ケアマネージャーの皆さんの訪問時間に合わせて訪問し、度々助けて頂いている。薬剤師がより一層患者さんのお役にたてるようこれからも努力していきたい。

小森 栄作

医療法人サイタック ももたろう往診クリニック

在宅医療の目的は決して在宅看取りではなく、在宅療養における医療面からのサポートによってより良い状態で療養生活を送るという点にあると考える。自宅で満足して過ごした延長上で、たとえ治らない病で病状が悪化したとしてもそのままそこに居たい、そこで見てあげたい、という患者本人・家族の気持ちに沿った結果が在宅看取りである。

終末期になって病状が悪化したときに早めに退所して家族の感じる不安をうまくマネージメントすることで、在宅看取りという結果につながる確率は上がると感じる。

退院から在宅療養への連携上の課題となることは沢山あるが今回は以下の2点について提起したい。

1) 末期の悪性腫瘍患者での予後告知について。
入院中に病名は告知され(たことになっ)ていても、予後について家族に説明されていない、あるいは理解されていないことが多い。特に治療の可能性を探り希望を最後まで持ち続けたいという願いの強い患者では、在宅療養の説明や手続きがいきなり始まると見放された感につながる。家族にはある程度の目安を理解できる形で伝えておいてもらいたい。化学療法など積極的治療をいつまで行うべきか、いつその手を緩めるべきかの判断も難しい。

2) 退院時の連携
退院前カンファレンスを行うケースも増えてきてはいるが、病棟の都合で退院日が急に決まり早々に退院となって在宅療養に必要な準備が間に合わなかったり、退院後に必要となる処置等について介護者への説明や指導が不十分であったりと、課題は多い。

一方では、一旦退院日が決まっていたところ退院後の生活を見通しての家族指導やリハビリ充実のため退院日を延期したり、カンファレンスの後に在宅療養開始を見込んでの処方や物品準備・支給したりする等の変化がみられたこともある。在宅側の事情を伝えることで送り出す病院側にも少しずつ理解が広がるよう働きかけたい。

企画責任者：石橋 幸滋（(医) 実幸会 石橋クリニック）

開催の目的

認知症患者のケアにおいて、早期発見，早期治療，地域ケアを含めた地域包括ケアが極めて重要である。本シンポジウムでは、多職種が協働して認知症患者の早期発見，早期治療に取り組んでいたり、包括的なケアを通して認知症患者を支えている地域の例を各シンポジストから発表してもらい、参加者と共に認知症の地域包括ケアを考える。

概要

認知症患者は300万人とも言われ、超高齢化社会の進展とともに今後ますます増加していくことは間違いない。また認知症への対応も薬物療法を含め進歩している。例えば、早期発見、早期治療することで改善もしくはその進展を遅らせることができることが分かっているし、適切な働きかけやリハビリテーションにより進展を送らせたり、認知症と上手に付き合っていくことができる。

このシンポジウムでは、この認知症患者のケアを家族だけに任せるのではなく、地域で支えていくために何が必要かを、各シンポジストの立場から述べていただき、それをもとに会場と認知症の地域ケアのあり方についてディスカッションをする。

内容は、まず東京都医師会の認知症対策担当理事の平川博之先生から、東京都医師会としての認知症対策についてお話いただき、次につながりノート（連携ノート）を用いた川西市・猪名川町での認知症対策について藤末洋先生よりお話いただく。その後調布市医師会の認知症への取り組みと自院の活動について西田真一先生にお話いただく。そして最後にケアマネジャーとして自分が担当した患者を例に、認知症ケアの実際について八幡茂子様にお話をいただく。

4人のシンポジストからのお話の後、会場と共に地域における認知症ケアについて総合討論を行い、認知症の地域ケアについて共通の理解を深めていきたい。

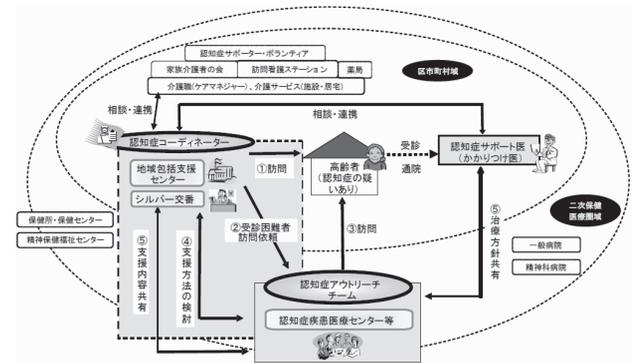
シンポジウム9

東京都における「認知症の地域包括ケア」
— 東京都の認知症施策から —

平川 博之

東京都医師会・ひらかわクリニック

今後認知症高齢者の急増が予測される東京都では、1. 認知症の理解と受診促進事業、2. 認知症疾患医療センター運営事業、3. 認知症早期発見・早期診断推進事業、4. 認知症の人の家族を支える医療機関連携型介護者支援事業、5. 医療事業者等の認知症対応力向上支援事業など様々な認知症施策に取り組んでいる。東京都医師会、地区医師会等はこれらの施策に積極的に関与すると共にその一翼を担っている。本シンポジウムでは、「認知症早期発見・早期診断推進事業」の中から区市町村ないし地域包括支援センターに専門職を配置する「認知症コーディネーター配置事業」、認知症疾患医療センター等の医療機関に多職種によるアウトリーチチームを配置し、認知症の疑いのある者を把握・訪問し、状態に応じて適切な医療・介護サービスに結びつける等の取り組みを推進する「認知症アウトリーチチーム事業（下図）」を中心に報告する。



シンポジウム9

川西市・猪名川町での認知症対策
—つながりノート（連携ノート）を中心に—

藤末 洋

一般社団法人 川西市医師会

昨年、厚生労働省の研究班の推計では、2012年で認知症高齢者が462万人を超え、この10年間で2倍以上になり今後もさらに増加すると報告されています。当市の高齢化率は、年々増加の一途をたどり既に27%に達し、これに比例して認知症高齢者も増加しその対策が急務とされています。

そこで、我々は、平成15年度から毎年実施している市民医療フォーラム（第9回 平成23年11月12日開催）において、「だいじょうぶ？その物忘れ—認知症の早期ケア」のテーマを取り上げました。基調講演は、大阪大学精神医学講座教室講師 数井裕光先生に依頼し、その後のパネルディスカッションでは、認知症の現状報告、地域での取り組み、認知症サポーター医からの報告があり、活発な討議がなされました。またフォーラムでは、定員450名を上回る市民、医療職、介護職ならびに行政職の方々が参加され、認知症に対する関心の高さが伺えました。その後、我々は、大阪大学精神医学講座教室で開発された認知症連携クリニカルパス（連携ノート）を、当地域の住民に導入することの必要性、重要性を感じ、行政及び関係団体に積極的に働きかけ、全国に先駆けて平成25年2月1日にようやく実施することができました。

つながりノートの導入に関しては、地域包括ケアの理念に基づいて開催している地域ケア協議会の存在が重要でした。我々は、地域包括ケアを先進的に実践されている尾道市での取り組みを参考にし、多職種協同によるシステムが必要と考え、平成20年4月から地域ケア協議会を設立し月1度開催しています。参加団体は、健康福祉事務所、警察署、消防署、行政、地域包括センター、歯科医師会、薬剤師会、介護支援専門員協会、訪問看護ステーション、病院地域連携室、介護施設、顧問弁護士、および本会の13団体の代表で構成されています。

本講演では、つながりノートの有用性、問題点とともに地域ケア協議会の有用性についても言及させていただきます。

シンポジウム9

東京都調布市における認知症疾患への取り組みについて

西田 伸一

医療法人社団臈社会 西田医院

調布市は北多摩南部二次医療圏に属する人口22万4000人、高齢化率20.3%の市であり、本圏域の認知症疾患医療センターは杏林大学付属病院である。調布市では昨年度より同病院の指導下、認知症に関する医師会等との連絡会を設立し、厚生労働省が掲げる「オレンジプラン」を規範として、認知症疾患対策を地域に合った形で具現化すべく毎月協議を重ねている。具体的な取り組みとして、三鷹市と武蔵野市ですでに運用されている認知症連携パスのシステムを本年3月より導入した。今後、ケアパス、認知症早期支援チーム、市民への啓発活動等の事業導入についても順次検討していく予定である。また、以前より認知症疾患に対応可能な医療機関を「物忘れ相談医リスト」として市民に公開している。現在23医療機関が登録されており、医療の質を担保するために登録医を対象とした認知症関連の勉強会も年二回開催している。さらに調布市では平成22年より東京都在宅医療連携推進事業として「ちょうふ在宅医療相談室」を医師会に設置し、病院医療から在宅医療への円滑な移行を目的とした在宅医の紹介業務、市民からの在宅医療に関する相談対応等の事業を行っている。今後在宅医療に関する連携拠点と地域包括支援センターとの協働がますます重要になると考えており、認知症サポート医と地域包括支援センターとの連携事業について検討中である。

シンポジウム9

介護の立場から見た地域ケアネットワーク
ーある夫婦が紡いだケアチームのきずなー

八幡 茂子

NPO 法人地域ケアネットワークゆいまある

1995年、阪神大震災や地下鉄サリン事件などの衝撃は、多様な市民活動誕生につながった。

地域社会の課題にどう向き合うか、「自分に何ができるか」、ひとり一人が自分に問い、動き始めた。中でも少子高齢化に対応する在宅支援活動は身近なテーマであり、各地に住民参加型の支援グループが生まれ、「地域ケアネットワークゆいまある」もその一つである。

「多世代・多様な人と支え合って、老いても安心して暮らせるまちづくりを市民参加で」という理念のもと、ひとりの人を支える為に必要な、ケアマネ、ヘルプ、デイ、小規模多機能、配食、移送等のサービスを開発、現在500人以上の方に利用いただいている。

法人各事業部だけでなく、地域の医療・介護関係者との連携、チームワークの質がケアの質に直結する。特に認知症ケアでは本人が自身の状況を訴え難いだけに、かかりつけ医に速やかに繋ぐ連携が必須である。関係者間の信頼関係を構築し好循環をつくるには？

本シンポジウムでは、若年で認知症発症のAさんとその夫との関わりを通して地域のネットワークがどう形成されたか、夫妻の存在が別々の事業所のチームをつなぎ、メンバーを鼓舞して下さったことに感謝をこめ、紹介したい。

企画責任者：板東 浩 (きたじま田岡病院／徳島大学)

開催の目的

本シンポジウムは、広報委員会およびメタボ・ロコモ対策ワーキンググループによる共同企画である。医学・医療の歴史を振り返ると、各領域における常識は時代とともに大きく変遷してきたことがわかる。今回、日常診療で高頻度かつ重要な問題として、食事療法（糖質制限 vs カロリー制限）、褥瘡の治療法、脂質管理の評価と治療について論じることを目的とする。

概要

本学会における広報委員会の役割には、1) 医師やコメディカルに対して、守備範囲が広いプライマリ・ケア (PC) 医学 (総合診療) の研修を行い最新情報を伝えること、2) 一般健常者や患者に対して、適切な医療の指導、健康教育を行うこと、3) 本学会に含まれる多くの委員会や企画の調整などが含まれる。また、本学会のメタボ・ロコモ対策ワーキンググループは、現在日本人における健康の維持増進を進めていく上で、非常に重要な位置を占める。つまり、上記の1)、2) に対して、実際ので妥当なマネジメントについて理解し修得することができれば、その後全国各地で住民各自が主体となる健康ムーブメントが広がっていくことが期待される。

近年、日本の医療が進んできた方向性を考慮し、3個の柱 (A、B、C) を設定した。

- A) 食事療法：lowcarbohydrate diet (LCD) vs calorie restriction (CR) については、LCDの基盤となる理論やエビデンス、実際の臨床経験や効果などを解説し、CRの基盤となる「食品交換表」の経緯などについても触れる。この数年来、LCD vs CRの議論がみられており、今後は一般人の理解が深まり広がっていく段階になったといえよう。
- B) 褥瘡の治療法：医療現場における頻度が高い問題 (common problem) の一つとして、褥瘡 (decubitus, bedsore, pressure ulcer) が挙げられる。鳥谷部や夏井らは新しく湿潤療法 (wet therapy) を提唱した。これはdrastic change (evolution, revolution) といえるものであり、本シンポジウムでその詳細に触れる。
- C) 脂質管理の評価と治療：血中脂質の管理について、本邦では長年にわたりさまざまな議論があった。最近、米国の各医学会で解釈が異なるガイドラインも発表され、臨床現場での判断についても共に議論し考えていく。

シンポジウム10

脂質異常症は医原病

大櫛 陽一

大櫛医学情報研究所／東海大学

日本では、1987年に「高脂血症」なる概念が提案され、2007年に「脂質異常症」と改名された。ご存じのように、日本動脈硬化学会での脂質異常症の定義は、高LDLコレステロール (140mg/dl以上)、高トリグリセライド (150mg/dl以上)、低HDLコレステロール (40mg/dl未満) とされている。しかし、2004年5月にEUで罰則を含む治験の厳格化が実施され、同年8月1日The Washington Post誌にNEJM名誉編集委員長Kassirer JPにより医師と製薬企業との利益相反に対する批判が掲載されてから、コレステロール低下薬の治験結果はすべてネガティブの結果が報告されている。家族性高コレステロール血症 (FH) を対象とした無作為化試験 (ENHANCE) でも、コレステロール値を下げたが心血管系リスクは下がらなかった。これらの影響により、米国政府のコレステロール治療ガイドライン策定委員会 (NCEP ATP) は10年間休止を続けている。2013年11月に米国心臓病学会／協会 (ACC/AHA) が新しいガイドラインを公表したが、LDL-Cの診断基準は190mg/dlとされ、FHの検出のみを目的としている。また、コレステロール低下治療の目標は廃止された。脂質異常症の遺伝子解析の結果で、95種類の関係遺伝子が発見されたが、心血管系疾患リスクに関与したのは14種類のみであった。つまり、FHでコレステロール値が高くても、多くは心血管系リスクにならない。FH遺伝子の近辺に血液凝固系の遺伝子もあることから、FHで心血管系疾患の発症率が高まる原因は、高コレステロールではなく、血液凝固異常も同時に起こしている場合のみと推測されるようになった。

そもそもコレステロールは細胞膜、脳と神経、副腎ホルモン、男性ホルモン、女性ホルモン、ビタミンD、胆汁などの必須材料である。2004年以降、スタチンの副作用が多く報告されるようになった。よく知られている末梢への副作用である筋肉痛、横紋筋融解、肝機能障害に加えて、中枢への副作用として、睡眠障害、うつ、記憶消失、性機能障害なども報告されるようになった。スタチンがミトコンドリア毒となるために、糖尿病の発症率が1.7倍に高まる副作用も報告されている。トリグリセライドとHDL-Cに対しても、考え方が180度転換してきている。医師が製薬企業の影響を排除して、患者ベースの医療へ回帰する時がきた。

一枚のラップが床ずれの常識を変えた

鳥谷部 俊一

大崎市民病院 鹿島台分院

「1996年のこと、自治体病院に勤務する筆者は、褥創（最大径14～17cm）が3ヶ所もある患者を前に、途方に暮れていました。…いろいろ考えた末、…3ヶ所ある褥創のうち1ヶ所に思い切って食品用ラップを貼ってみました。するとどうでしょう、創がどんどんきれいになっていくではありませんか。患者さんも創の痛みを訴えなくなりました。創がだんだん小さくなってきたので残りの褥創もおなじように治療してみました。結果は満足のいくものでした…（ラップ療法事始：褥創治療の常識非常識. 1p, 三輪書店, 2005）」

ラップ療法はプライマリ・ケアの現場で誕生しました。専門的知識がなければ手の出せない難しい領域と思われていた褥瘡治療を、誰にでもできるケアに変えたのがラップ療法です。ラップ療法は慢性期医療施設や在宅医療の現場を中心に広まる一方、“専門家”からは強い反発を受けました。ラップ療法がある種の熱狂をもって“非専門家”に受け入れられたのは、その革新性にあります。そして、ラップ療法は『新常識』となったのです。

ラップ療法の『新常識』

- ① ラップ療法は細胞培養。
- ② ラップ療法はズレカ分散ケア。
- ③ ラップ療法は開放性湿潤療法。ラップ/穴あきフィルムは、湿潤環境を維持し同時に浸出液をドレナージする。
- ④ 清潔操作は無用。水道水で洗浄。
- ⑤ 銀、ヨードなどの抗菌外用薬は有害。
- ⑥ 積極的なデブリドマンは不要。壊死組織は早期ドレナージ。抗生物質で感染制御。
- ⑦ ポケットを切らない。ガーゼなどを詰めない。死腔は感染源ではない。

外傷の湿潤治療

夏井 睦

練馬光が丘病院 傷の治療センター

病気の治療の原則は、病気を悪化させる要因を除き、病状を改善させる方策をとることであり、これは皮膚外傷の治療でも同様である。では皮膚損傷での悪化要因は何かといえば、創面の乾燥と創面の消毒の二つであり、一方、改善要因は創面を湿潤に保つことである。つまり、「傷は乾かさない、消毒しない」という二つを守れば、薬剤を使わなくてもどんな皮膚損傷も非常に早くきれいに治癒するのである。

創面の乾燥を防ぎ、湿潤を保つことがなぜ重要かという、あらゆる人体細胞は乾燥させると死滅するからだ。創面では欠損した組織の修復が起こっているが、これは創面で細胞培養をしているのと同じである。培養液がなくなれば培養細胞が死滅するように、創面を乾かせば創修復のために遊走してきた細胞も死滅することになる。細胞が生きるためには湿潤環境が絶対に必要である。さらに、創面からは細胞の増殖に最適のサイトカインを豊富に含んだ浸出液が分泌されている。このため、創面を何かで覆えば創傷治癒物質に富んだ液で湿潤に保たれることになり、創は急速に上皮化する。この「創の閉鎖による湿潤環境の維持」のために開発された治療材料が創傷被覆材である。

一方、消毒薬は蛋白質変性作用によって細菌を殺すが、その作用は種特異的でなく、消毒薬にはその淡白が人体のものか細菌のものかの区別がつかず、細菌と人体細胞を比べると消毒薬は人体細胞をより強力に傷害する。このため、原液の消毒薬中でも増殖できる細菌がいるのに、希釈した消毒薬であっても人体細胞を殺すことができ、消毒薬は創面を傷害するものである。従って、人体にとっては毒物として作用し、消毒すればするほど創は治らなくなるのである。

さらに付け加えると、創面に細菌が存在するだけでは創が化膿したり創治療が遅れることはなく、感染を起こしていない創面の細菌は除去する必要がない。

江部 康二

高雄病院／社団法人日本糖質制限医療推進協会

本シンポにおいて、糖質制限食の有効性と安全性に関して論じ、世界における糖質制限食の現状についても考察する。米国糖尿病学会によれば、食べ物が消化・吸収されたあと、糖質は速やかに吸収され120分以内に100%血糖に変わるが、タンパク質・脂質は血糖に変わらない。これらは含有エネルギーとは無関係の生理学的事実である。グルコーススパイクと一日平均血糖変動幅増大が酸化ストレスの最大のリスクとなるが、これらを生じるのは糖質摂取時だけである。糖質制限食なら食後高血糖は生じず、平均血糖変動幅は速やかに改善する。一方カロリー制限をしても糖質を摂取すれば必ず食後高血糖を生じ、平均血糖変動幅増大を招き、酸化ストレスが亢進する。酸化ストレス亢進は、動脈硬化、ガン、老化、アルツハイマー病、パーキンソン病などの元凶とされている。米国糖尿病学会は、2013年10月、5年ぶりに「栄養療法に関する声明」を発表し、全ての糖尿病患者に適した唯一無二の食事パターンはないと明言し、糖質制限食、地中海食、ベジタリアン食、低脂質食などを受容した。これはそのまま、日本糖尿病学会が1969年以来推奨し続けている唯一無二のエネルギー制限食に対する痛烈な批判となっている。有効性としてまず、糖尿病患者の血糖日内変動データを紹介する。同一摂取カロリーで揃えた「従来の糖尿病食 VS スーパー糖質制限食」の血糖値の日内変動データ比較で、食後高血糖と平均血糖変動幅に関しては、糖質制限食の圧勝で、その差は極めて大きい。糖尿病合併症を防ぐには、「食後高血糖」と「平均血糖変動幅増大」を生じないことが必要不可欠である。しかし糖質を摂取すれば、必ず「食後高血糖」と「平均血糖変動幅増大」を生じる。従来の糖尿病食（高糖質食）では、糖尿病合併症を防ぐことは理論的に不可能なのである。「食後高血糖」と「平均血糖変動幅増大」を生じない、唯一の食事療法が糖質制限食である。RCT 研究論文やコホート研究による有効性と安全性も論じる。

板東 浩

きたじま田岡病院／徳島大学

我々は本学会のメタボ・ロコモワーキンググループの活動として、従来我が国で適用され指導されてきたカロリー制限 (calorie restriction, CR) と、最近次第に広がりつつある糖質制限 (low carbohydrate diet, LCD) について検討を継続してきた。その成果の一つが、書籍「これからの食事療法はプライマリ・ケアの哲学で - 糖質制限+カロリー制限をうまく適用」である。本書の構成は、1) 重要ポイント、2) 糖質制限でメタボを撃退、3) 糖質制限の理論と効果、4) 運動も併せてロコモを予防、5) 従来のカロリー制限の利点、6) プライマリ・ケアの現場での健康教育の問題点となっている。

カロリー制限の基盤は、1965年（昭和40年）に発表された『食品交換表』である。栄養指導法の基礎であり、1単位 = 80kcal と設定した。日本固有の文化でもあり、世界の中でも優れた実際的な方法で、栄養学のバイブルといえよう。2013年版の改訂版では表1、2、4、調味料については1単位あたりの炭水化物・糖質・繊維量を記載した。

日本糖尿病学会（2012.5）は Debate to Consensus 5の中で緩やかな糖質制限を認め、コンセンサスの概要は、1) 糖尿病食事療法は一律ではなく、患者に応じたオプションがとるべき、2) 糖質制限食はその一つの選択肢となりうる、3) 糖質制限食における糖質量は130g/day程度を目安とする、であった。その後、日本病態栄養学会（2013.1）で、日本糖尿病学会による「糖質制限を含めた食事量をめぐる声明案」の概要が明らかになり、「糖質制限を勧めず、炭水化物の比率は50%-60%、1日100g以上の摂取」となった。日本糖尿病学会が発表した提言（2013.3）の中には、さまざまな角度からのコメントが要約されている。2014年、本邦において糖尿病患者に対するCRとLCDの効果を比較した論文が出され (Intern Med 53: 13-19, 2014)、今後さらに議論が深まっていくことが期待される。

企画責任者：宮本 雄一（浜田市国民健康保険診療所連
合体 / 地域医療対策課）

開催の目的

地域医療に従事することに対して、医師や医学生が前向きにとらえることができるようになる

概要

自らの医師生活において、地域医療に従事することを当初からの目標や予定としていなかったり、当初は考えていたが次第に目標や予定が変わっていったというキャリアはよくあることでしょう。偶然（？）地域医療に関係し、地域に関わり、様々な地域のニーズに応じていく中で、いつのまにか地域医療にやりがいや楽しさを見つけ出した医師たちもいます。今回は、そのような若手医師4名を登壇者にお迎えします。

彼らには、医師としての生い立ちや現在に至るまでの経緯、何が決定的な進路の分かれ目になったのか、どうやって仲間を作ってきたかを含め、日々の活動を通じての思いを語っていただきます。

そして、その後はフロア全体で討論をし、地域医療のやりがい、楽しさや夢などを前向きに話し合える場に行きたいと思っております。

その中で、気負わず、楽しく、充実した地域での医療活動が続けるにはどうしたらよいかについてみんなで意見を出し合います。例えば、地域（へき地）医療の制約や困難さとの折り合いについて、地域（へき地）で臨床能力を維持するための工夫について、医師の仕事以外での地域との係わり合いについて、地域で教育することについて、自らのライフサイクルとの折り合いについて、地域医療の継続や発展のために新しいメンバーの参入や引継ぎについて、など論点はいくつも考えられます。一旦、地域医療機関に勤務すると、過酷そうなその場所に一生閉じ込められるような恐怖感もないわけではありません。多くの医師が地域医療活動に関わり持続可能なしくみが必要であるとも思われます。

診療所勤務の夢を持ちながら踏み切れない勤務医の方、漠然と田舎の医者にあこがれている若い研修医・学生の方、診療所で一度は働いてみたいという医療従事者の方、医師招聘に難渋している関係者の方にぜひご参加いただき、ご意見を伺いたいと思います。

シンポジウム11

私が考える地域医療の魅力 — コミュニティー全体をケアする —

廣瀬 英生

郡上市地域医療センター国保和良診療所

郡上市和良町は現在約1900人の地区である。1950年代より和良病院（現和良診療所）を中心に積極的な地域医療 / 健康づくりが展開されてきた。こういった活動の成果も影響してか2000年度（合併前の和良村時代）に男性長寿日本一にもなった。今後も地域に従事する後輩医師として健康づくりを継続性していくことが必要だと考える。

しかし、「医師のカリスマ性」「医師のがんばり」に期待される地域医療は、赴任した医師にとっては体力的、心理的に負担になるばかりか、赴任した医師によって質にムラができる可能性がある。これからは誰が赴任しても一定の質が保つことができる「普遍的で」「体系化された」地域医療のモデルを確立することが肝要である。

私が和良で出会った Preceed-proceed モデルをベースにした「まめなかな和良21プラン」は体系的な住民へのアプローチ方法である。このモデルでは死亡、疾病罹患率など「疫学的な」指標を調べ、それに引き続く地域の「リスクファクターの状況」を調査し、地域の「行動・環境」をアセスメントし、実際の住民活動につなげていく流れである。「誰でもできる」とまでは言えないが、健康づくりの継続性を支えるには優れた方法だと考える。

2013年度は計画を策定してから10年が経過する年であり、現在活動の評価のためのアンケート調査、グループインタビューを行っている。調査する分野としては、食育、事故予防、喫煙、飲酒、運動、ADL があり、対象者は、妊婦、乳幼児保護者、小中学校、成人（青壮年から後期高齢者）に至る。

訪問診療、総合診療、福祉医療、研修医教育など地域医療の魅力はたくさんあるが、「コミュニティー全体をケア」するというのも地域医療の醍醐味だと考える。さらなる研鑽を深め普遍的なものとなるよう努力していきたい。

シンポジウム11

僻地ではない田舎ではたらく家庭医のやりがい

佐古 篤謙

社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 湯郷ファミリークリニック

縁もゆかりもない岡山県北部の田舎に住居と職場を移して8年が経過した。30代後半まで関西から出たことがなかった私がその選択をした理由はいくつかあったが、一言でいえば「田舎で何でもみれる医師になりたかった」ということであった。

3年間の診療所研修を経て、隣町の診療所長として赴任して5年、その間に内科・皮膚科中心の医師1人体制の診療所を、家庭医療（標榜は内科・小児科）のグループ診療の診療所に転換し、日々の診療業務の様相は一変した。

赴任したのは、いわゆる僻地ではなく、日本のどこにでもある典型的な中山間地の、人口約1万人の町にある民間医療法人の運営する診療所で、近隣には中小の病院や診療所が数カ所あるものの、いわゆる地域医療の拠点となるような行政一体型の地域医療センターのようなものは存在しない。専門医療機関や総合病院へのアクセスも決して良くない地域である。

この5年間での最大の変化は乳幼児の受診の急増であり、いわゆるメンタルヘルス関連のケースの増加であった。また、地域の他職種からは、複雑な健康問題を抱えたケースへの対応を求められることが多くなった。このように地域で求められるさまざまなニーズに、あたかもアメーバのように対応できるのは、家庭医・ジェネラリストのやりがいの1つであると思う。

訪問診療についても、地域で対応する医療機関は少なく、積極的に推進する意気込みで対応している。当初から行政や地域の他職種との連携は決して容易ではなかったが、次第にネットワークが形成できつつあることを実感しており、チームで連携して問題解決に至れた際の喜びは大きい。

この地に来てわずか5年ではあるが、「人」「連携」「継続」を大切にすることで、この仕事は「噛めば噛むほどに味が出る」ような予感がしている。

シンポジウム11

地域医療のやりがい

～早い時期の診療所勤務で感じたこと～

鈴木 忠広

哲西町診療所

卒後6年目から診療所に勤務し医師としての診療の幅が広がった。

外来で小児から高齢者まで診察し内科だけでなく外科的疾患も診なければならぬため幅広い知識が必要である。多疾患重複多愁訴の患者も多く一つ一つ対応していく根気強さも必要である。病気を見逃しても最後は自分が診なければならぬため、ほんの少しの症状・データ等の変化を見逃さず対応し早期発見を心掛けている。

詳細な紹介状を記載する事で患者の状態を更に知るようになった。一般的に病院からは診療所は診療レベルが低いと思われるが、診療内容及び診断した根拠等を詳細に記載する事で先方の病院からの当院に対する評価と同時に患者から当院に対する評価も上がっている。

在宅医療に関しては訪問診療・往診等24時間対応し患者や家族の要望に出来る限り対応しているが、患者や家族とのコミュニケーションは勿論の事、多職種と連携し支える事が大切であると痛感している。

訪問診療で直接自宅に伺う事、主治医意見書で患者と家族にADLを中心に詳細に問診・診察する事で患者の生活がみえるようになり各種会議等で多職種と情報交換する事で診療だけでは分からない患者の普段の様子を知る事ができ診療に生かしている。

高齢者だけではなく子供も対象にした住民向けの健康相談・講演を行い、そして地域の行事に参加する事で住民に溶け込み住民と一緒にまちづくりを行っていると感じている。

診療所に勤務し病院勤務時だけでは経験できない事を経験しやりがいを強く感じている。後期研修後等の早い時期に診療所に勤務する事でより多くの事を吸収でき、診療の幅を広げる事ができ、有意義なものになるのではないかと思う。

多くの学生や若い医療従事者を受け入れ上記の事を医師だけでなく診療所スタッフや多職種と伴に住民を巻き込んで若い世代に地域医療のやりがいを伝えている。今後も皆で同じ方向を向いて地域で協働する皆の思いを広く伝えていきたい。

地域（へき地）で医師生活を続けるためのコツ
～ある診療所医師のケースレポートより～

宮本 雄一

浜田市国民健康保険診療所連合体 / 地域医療対策課

これから地域医療をしたい、あるいはすでに地域医療を実践しているという若い人たちに、今後も前向きな気持ちでこの領域に携わってもらえるようにとの思いから、話をさせていただきます。

私は高校在学中に医師になることを選択し、なんとか医師になりました。その後も様々な紆余曲折がありました。

卒後3年目の時に「家庭医になりたい、診療所の医師として働きたい」という明確な夢（目標）をもつようになりました。

しかし、実際にその夢が叶うにはその後9年の月日が必要でした。

その間にうれしいことも悲しいこともありました。100才の患者さんの大往生を在宅で見届けたこと、主治医として内科から外科まで継続して関わられたこと、自分の境遇を悲観していたときにいただいた専門医からの励まし、自分の未熟な言動のために地域住民やスタッフからクレームをいただいたこと…。

「その全てが今の自分にとって必要だったのだろう」とようやく振り返られる、充実した今があります。

そんな私のケースレポートが、皆さんのこれからにとって何かヒントになればうれしいです。

企画責任者：石橋 幸滋（(医) 実幸会 石橋クリニック）

開催の目的

「多職種協働のあり方プロジェクトチーム」事業の一環として、脳卒中のリハビリテーションをテーマに病院から在宅へ各職種の立場からの発表および全体討議を通じ、リハビリテーションにおける多職種連携のあり方について、提言していく。

概要

脳卒中のリハビリテーションは、急性期および回復期、生活期とそれぞれのステージにおける役割分担が整理されてきており、それは、病院から在宅まで流れとして切れ目なく、提供されなければならない。そして、そのリハビリテーションサービスは、継続的、包括的な多職種協働におけるアプローチが必要不可欠である。本シンポジウムでは、脳卒中のリハビリテーションについて急性期から回復期、退院後の在宅生活へとそれぞれのステージにおけるリハビリテーションの現状と課題、そして多職種協働の実践を発表いただき、議論を進めます。

シンポジストは、病院におけるリハビリテーションおよび訪問診療の医師の立場、訪問リハビリテーションの理学療法士の立場の三者にご登壇いただきます。

座長：西村 真紀先生（家庭医療学開発センター（CFMD）・川崎医療生活共同組合あさお診療所）

齋藤 正美先生（北海道文教大学人間科学部理学療法学科）

シンポジスト：新藤 直子先生（独立行政法人国立病院機構東京病院リハビリテーション科）

松田 諭先生（北海道家庭医療学センター栄町ファミリークリニック）

宮田 昌司先生（医療法人社団輝生会在宅部門総括責任者）

シンポジウム12

回復期リハビリテーションの実際と在宅復帰支援

新藤 直子

独立行政法人国立病院機構東京病院リハビリテーション科

「回復期リハビリテーション（以下リハ）病棟」に携わる立場から、入院から退院までの実際を紹介し、特に多職種連携における情報共有の重要性について述べる。

1. 急性期病院からの早期受け入れ

直接退院は困難だが、集中的リハで在宅を目指せる患者が回復期リハ病棟の対象となる。地域連携パスは、比較的軽症の患者において早期の回復期リハ転院に貢献していると思われるが、重症者は基準期間内の説明が困難で適応外となり易く、合併症で転院が遅れると回復期リハ病棟での十分なリハ期間が得られないなどの問題もある。回復期側からは、早期に患者を受け入れると再発・合併症の頻度が増し、医療管理能力と急性期病院との有機的連携が求められる。

2. 回復期リハビリテーション

基礎疾患管理と機能的予後予測下に、カンファレンスで情報共有を行いつつ共通のゴールを目指す多職種協業を特徴とする。脳卒中の最終自立度に関しては、年齢・発症後経過期間・ADLの自立状況・合併症などから高い確率での予測が可能である。

演者の施設では、情報提供書と入院当日の評価から当座の目標を設定し、1週間後の初期カンファレンス、1ヶ月後のリハ・カンファレンスで修正しつつ、各部門が共通の目標のためにいつまでに何をするかを決めている。単なる分業に留まらず、有機的に情報が共有されるシステムと率直に意見交換できる関係が重要である。

3. 在宅復帰支援

介護サービスを必要とする患者については、本人・家族・ケアマネジャーを交え「退院前カンファレンス」を行っている。入院中の経過と今後の見通しを説明し、本人の動作を実際に見てどのようなケアプランが適切かを検討し、退院日までに準備を進める。退院後、外来で状況を確認し問題があれば修正する。合併症や転倒などで在宅継続が困難になった場合も、関連機関が情報共有し最善の策を講じている。普段から、地域での多職種交流会などで顔の見える関係を築いておくことが大切である。

シンポジウム12

診療所家庭医が携わるリハビリテーションアプローチの取り組み

松田 諭

北海道家庭医療学センター（栄町ファミリークリニック）

急性期および回復期、生活期におけるリハビリテーションは、それぞれ目標が異なり、実際に行われるアプローチも異なってくる。

その中でも、生活期のアプローチは文字通り「生活」を意識した目標、そしてアプローチが重要になってくるため、特に本人の意識や家族背景、社会背景などを考慮した「個別性」が重要となってくる。

今回は実際の事例を紹介しながら、診療所家庭医が携わるリハビリテーションについて考察したい。

シンポジウム12

訪問リハビリテーションのできること・できないこと～在宅ケアにおける役割を考える

宮田 昌司

医療法人輝生会 法人本部 教育研修局

訪問リハビリテーションは、その普及が十分とはいえ、全国的にみてもその地域間格差が大きく、その姿も不鮮明であって、指示する医師やマネジメントを行う介護支援専門員でさえ、役割を十分掴んでいるとは云えないようである。

ところで地域ケアはあらためて取り上げるまでもなく、多職種チームの連携や成熟度によりその結果が左右される。訪問リハビリテーションを行う療法士がそのようなチームの一員であるためには、何ができて何ができないのか、すなわち得意とする分野はなにか、苦手であり、他の職種におぎなっていたく分野は何かを明確にすることでよりよいチーム構築に参加できるものとする。

また、本テーマである脳卒中は多くの方が後遺症で苦しみ、病院退院後在宅における生活への移行や展開が課題となっていて、機能回復という言葉だけではなく、いかに障害を抱えながらも地域生活に適応して暮らしていくかに焦点がある。このように、機能訓練だけではなく、具体的生活場面において環境に適応するための動作・活動する方法を助言・指導していく事に訪問リハビリテーションの役割がある。

当日は、訪問リハビリテーションの概要そして在宅ケアにおける脳卒中者の具体的事例を通じて在宅ケアにおける役割のあり方を参加される皆様と考える時間にした。

企画責任者：鈴木 央 (鈴木内科医院)

開催の目的

在宅医療推進及び地域包括ケア構築は本格的な超高齢社会が訪れる2025年までには構築しなければならないといわれている地域の課題である。しかし、実際には、各地域においてその方向性すら見いだせない地域は少なくない。鍵は市区町村の行政、および地区医師会との協働であると考えられている。先進地域といわれている地域における取り組みを紹介し、会員の地域での活動に役立てていただきたい。

概要

地域医療に携わる医療者は、目の前の患者のみならず、診療所や病院のあり方、さらに地域全体を診る必要がある。それぞれの地域の中にはそれぞれの医療的な地域課題があり、その改善のために地域の医療者が関わることで地域全体が変わる。

地域全体を変えるために、まず必要なことは地域の医師会の立場で、行政と関わり、課題を共有することである。医師会という立場で行政と話し合い、さまざまな改革を行ってきた山形県医師会理事である中目千之先生に話を聞く。

また、地域包括ケアはどの地域でも乗り越えなければならない高い壁となっている。特に在宅医療の推進については医師会のはたす役割は大きい。千葉県柏市では、東京大学高齢社会研究機構、柏市と協働しながら、在宅医療推進が進みつつある。在宅医療を推進させた要因は何なのか、それは他の地域においても普遍性があるのか。柏市医師会会長金江清先生に話を聞く。

2013年に行われた在宅医療連携拠点事業の中でも、もっとも成功したといわれる地域の一つは横須賀市である。医師会、在宅医療連携拠点、そして横須賀市が協働し、さまざまな在宅医療推進策をとってきた。この評価は全国でも高く評価されている。何がうまくいく要因だったのか、この成功が現在の在宅医療推進につながっているのか。横須賀市医師会の担当理事である千葉純先生に話を聞く。

医師会の担当者からのみ話を聞くことは片手落ちであろう。行政としても、さまざまな問題点をいかに克服していくか様々な試みを行っている。東京都武蔵野市で地域包括ケア推進を勧める笹井肇さんにどのような施策を行っているのか、医療と介護の連携、地域における高齢者の生活の場のあり方、多様な生活を支える支援の在り方等について話を聞く。

シンポジウム13

地区医師会と行政との顔の見える連携の構築

中目 千之

医療法人千仁会 中目内科胃腸科医院 山形県医師会

連携拠点事業は、今後、在宅医療・介護の連携推進に係る事業として、市町村が実施主体となり、各地区医師会に委託される。したがって、医師会と行政との協調・連携は非常に重要となる。私が所属する鶴岡地区医師会と鶴岡市役所との協力関係は30年の歴史がある。医師会館は市の所有する土地にあり、医師会立訪問看護ステーションも開設当初は、市の施設の一部を借用してスタートした。一方、国から委託された市開設・管理のリハビリテーション病院は市から依頼され医師会が運営している。鶴岡市は43名の保健師を有し(県内最大)、健康福祉部長、健康課長ともに保健師である。これは政策提言のできる保健師の育成を目的としている。2、3年毎の人事異動もない。行政はトップダウンで動くので、首長、部長、課長等との相互理解が重要で、特に首長の理解が全てである。行政マンは調整能力にたける一方、前例主義で自由度がないので、医師会からの提言、発信を待っている。医師会がそう言ってくれば動きやすいということである。良好な関係の構築のためには、厚顔で人なつっこい行政マンと、一方医師会には腰の低い、多職種はフラットな関係にあると自認する役員が必要である。当医師会では医師会に事務局をおいての医師会主導の連携拠点事業を平成23年度から行ってきたが、その経験からは言えることは、これから新規に行政と連携をとり医療・介護の連携事業を行う地区においては、事務局をどこに置くかが重要で、また、歯科医師会、薬剤師会を当初から同じテーブルに乗せて同時に行動していくことが成功につながる方策と思われる。また、行政側に、医師会に委託したからというまる投げの思考を持ってもらわないために、当初から、医師会で行うこと、行政が行うべきことをお互いに提示しながら、相互理解のための会議を重ねていく必要がある。

シンポジウム13

多職種連携による地域包括ケアシステム
～在宅医療の推進「柏モデル」～

金江 清

一般社団法人 柏市医師会

千葉県柏市では、高齢社会の安心で豊かな暮らし方・まちのあり方を議論し実践してということで、2009年に柏市、東京大学、都市再生機構の3者で“柏市豊四季台高齢社会総合研究会”を発足させた。この中で在宅医療の重要性が取り上げられた。

2010年より柏市医師会は柏市と市内全域において均一かつ持続的な在宅医療の推進に取り組んできた。初めに医師会および柏市で在宅医療が進まない原因の検討や、推進方策について議論する“医療WG”を立ち上げた。その後、市と医師会を始めとする多職種団体とで在宅医療・介護の大まかな方向性について議論を行う“連携WG”を立ち上げた。さらに多職種における具体的連携ルールについて検討した。これらの議論のなかで在宅医療システムの構築を推進するために、具体的ケースに基づく試行と検証を行う“試行WG”や柏市内の病院による在宅医療のバックアップや退院調整について議論する“10病院会議、”さらに柏市における在宅サービス関係者が一堂に会し、連携を強化するための“顔の見える関係会議”を立ち上げた。平行して在宅医療を行う医師を増やし、多職種連携を推進するため多職種連携研修会を開催した。

在宅医療は医師が中心となつて行う必要があるが、患者にとってより良い医療や介護を提供するには多職種の連携が必要不可欠である。このためには、多職種団体を巻き込んだ関係やルールづくりが必要である。多職種団体への関与は医師会より行政が強く関与している。さらに多職種に対する呼びかけや会議の資料作成・運営には行政の管理能力や事務能力が必要である。もうひとつ在宅医療を推進するには受ける側つまり市民への啓発が必要であり、このためには行政の関与は必須である。

さらに、在宅医療を含めた包括ケアシステムを進めるため、柏市医師会は柏市と親密に協力を行っている。

シンポジウム13

地域包括ケアを見据えた地域医療；医師会・行政
連携の在宅医療の展開

千場 純

横須賀市医師会 / 三輪医院

公的介護保険導入以来の在宅医療推進は、多職種連携と在宅看取りをキーワードに全国各地で様々な取り組みが展開されており、平成27年度以降には「地域ケアシステム」の具体的構想が呈示されてきている。平成10年度以来の当医師会主導の地域医療連携推進事業に加えて、平成23年度からは行政主宰の「在宅療養連携会議」との連動、さらには平成24年度には「在宅医療連携拠点事業」を受託し、当医師会の拠点「かもめ広場」、市内もう一つの拠点「チーム衣笠」、および行政との三位一体の事業展開が実現した。今年度は『地域医療再生医療基金』からの助成事業の一環として、①地域ブロック会議[市内を4つのブロックに分けてそれぞれのエリア内に設置したブロック拠点病院で開催される多職種と在宅診療医間の連携推進を図るための会議]の発足。②病院医師の在宅診療同行指導事業(病院から退院した在宅患者の病院主治医を在宅診療医の座訪問診療に同行してもらう。)③東京大学高齢社会総合研究機構の「在宅医療推進のための地域における多職種連携プログラム」を用いた多職種研修会開催③病院内在宅医療研修講義開催などの一連の事業に着手している。今回はそれらの経過紹介を中心に「2025年問題」～近未来型地域医療 / 在宅医療実践への課題と展望を提示したい。

地域包括ケアの推進へ向けた武蔵野市の取り組み

笹井 肇

武蔵野市健康福祉部

地域包括ケアの推進のためには、医療と介護の連携が重要な要素となります。東京都武蔵野市では、医療と介護の連携を進めるための様々な仕組みづくりを進めています。武蔵野赤十字病院や武蔵野市医師会、武蔵野市などを中心とした脳卒中ネットワークでは、急性期から在宅まで4種類の地域連携診療計画書（脳卒中地域連携パス）を協働して作成し、連携の強化を図っています。急性期から回復期の医療機関同士のパスだけでなく、回復期医療機関から在宅へ復帰する際は、在宅診療医、ケアマネジャー、介護サービス事業者などへの情報提供ツールとしてパスを活用し、急性期から回復期・維持期まで一貫して安心して療養生活をおくることができる連携の仕組みを構築しています。また、認知症高齢者向けの仕組みとしては、「認知症連携シート」を活用し、地域包括支援センターなどの在宅相談機関、物忘れ相談医、専門病院、かかりつけ医、介護サービス事業者の連携を図っています。その他、医師会・歯科医師会とケアマネジャーとの懇談会や個別・エリア別・全市的の三層構造による地域ケア会議の開催などの取り組みを紹介しながら、武蔵野市としての地域包括ケアへ向けた基本的考え方や行政と医師会などの関係機関との協働による“2025年へ向けたまちづくり”の課題について問題提起させていただきます。

企画責任者：松下 明（社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 奈義ファミリークリニック）

開催の目的

オランダ・イギリスのプライマリ・ケアシステムから学び、地域の力として多職種の底上げや地域住民を巻き込んだ形を模索する

概要

岡山で開かれるこの学術集会のテーマとして【家族の力と地域の力—これからのプライマリ・ケアの姿を求めて—】というものをあげています。

地域の力として、多職種の底上げと、プライマリ・ケアの次のステージとして地域住民を巻き込んだ新しい形を模索できればと考えています。

オランダ（堀田聡子さま：独立行政法人 労働政策研究・研修機構 オランダ研究者）とイギリス（澤憲明先生：英国家庭医療専門医）の現状を紹介していただいた上で、中村秀一さま（内閣官房社会保障改革担当・医療介護福祉政策研究フォーラム）に日本の今後につながるような指定発言をしていただく予定です。

その上で3名の皆様に壇上に上がっていただき、活発な議論を壇上および、フロアとすることで、これまでの日本には足りない視点を得ることができると思います。

海外の仕組みについて学ぶ機会はこれまでも多くあったと思いますが、今回のテーマから、多職種の教育・研修や全体的な底上げ、地域住民の互助・共助などの側面も浮き彫りに出来ればと思っています。

シンポジウム14

英国の保健医療制度における家庭医の役割 一人に寄り添い、地域で支えるプライマリ・ケアとは

澤 憲明

Stuart Road Surgery

英国のプライマリ・ケアを紹介する。まず始めに、日本と英国の医療制度の類似点、相違点を把握し、近年における大胆な医療改革により英国国民保健サービスがどのように変わったのかについて簡潔に言及する。次に、プライマリ・ケアとは何なのかといった問いに回答し、患者の受療行動から見えてくるプライマリ・ケアの普遍性や、1) 地域住民にとって身近な存在であること、2) 患者、家族のあらゆる相談に乗ること、3) チームで対応すること、4) 患者を人として尊重し、患者と二人三脚で意思決定を行なうこと、5) 継続的に診ること、6) 患者の生活を支えること、7) 予防や健康増進を促進し、健康と幸福を地域全体に広めること、8) 資源の無駄を抑えることなど、英国におけるその役割についても具体的に紹介したい。在宅医療を含む英国のプライマリ・ケアは、多職種協働地域包括ケアによって支えられ、継続的に全人的かつ患者中心のケアを提供するプライマリ・ケアの専門医がその中心的役割を担っている。病院、プライマリ・ケア基盤型の医療システムといった2つの異なるモデルの本質的な違いを明確にし、科学的根拠を引用しながら、プライマリ・ケア基盤のシステムがケアに与える影響についても紹介したい。健康、社会格差が悪化の一途を辿り、社会情勢が不安定になりつつある中、日常に欠かせないケアを患者の近くで公平かつ安価に提供するプライマリ・ケアは、社会の結束を高め、国の安定化を図る医療以上の役割を担うものである。社会の高齢化といった人口統計学的なニーズ、より厳しさを増す財政状況だけではなく、治すから支える、医師から患者主体、及び病院から地域のヘルスケアへと変わりゆく社会の価値観など、今では世界が抱えている共通の課題も意識しつつ、これからの日本の保健医療制度の在り方と、その中でプライマリ・ケアが果たすべき役割について、本シンポジウム参加者と共に考えていきたい。

シンポジウム14

地域包括ケア先進国オランダにおける多職種協働
プライマリ・ケア—支えあい育みあう地域づくり
を目指して

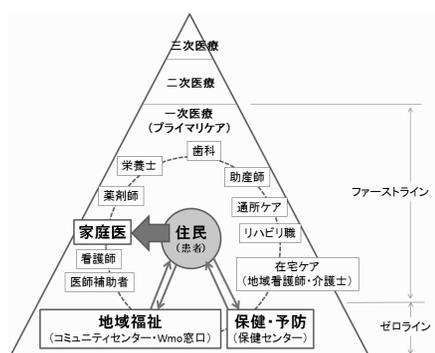
堀田 聡子

労働政策研究・研修機構

Aging in Place の実現に向け、各国で community-based care と integrated care という2つの独立したコンセプトを組み合わせたシステムの模索が続けられるなか、オランダは両者を含むシステム構築を試みた数少ない国といわれる。また、ある国際シンクタンクのレポートによれば、医療制度の総合ランキングは1位と評価されている。

質・アクセス・効率・公平性等の面から高く評されるオランダの医療制度を支えるケア提供体制の大きな特徴は、プライマリ・ケアとセカンダリ・ケアの機能分業をはかり、1970年代から一貫してプライマリ・ケアを充実させてきたことにある。

ヘルスケア・ソーシャルケアを通じた多職種協働、とりわけ近年は福祉と保健・予防（ゼロライン）の役割を強調しており、オランダにおけるプライマリ・ケアの意味づけは、専門分化かつ／もしくは入院・入所によるセカンダリ・ケアを除く地域におけるすべてのケア機能領域を包含する幅広いものである（下図）。



出所：堀田聡子「オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策」JILPT DP12-07

<http://www.jil.go.jp/institute/discussion/2012/12-07.htm>

オランダのケア提供体制の変遷とその特徴、プライマリ・ケアの中核と位置づけられる家庭医療・地域看護機能について、地域包括ケアシステムを巡る議論等と結びつけながら概観する。地域看護師らによる地域に根ざすトータルケアを実現し、世界的に注目を集める在宅ケア組織 Buurtzorg についても紹介する (http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02986_04)。そのうえで、我が国のそれぞれの地域の文脈に即した支えあい、育みあう地域づくり、多主体多職種協働地域ケアの長期的な展望に向けたいくつかのチャレンジを考えてみたい。

企画責任者：鈴木 央（鈴木内科医院）

開催の目的

地域包括ケア構築にはさまざまな地域の専門職の力を結集する必要がある。その結果市民とも協働し、コミュニティを再構築することが重要であるといわれている。さまざまな医師以外の職業と「つながる」ことは、地域を育て作り上げることの第一歩となる。ここでは地域におけるさまざまな試みについて紹介する。これらの活動を通して、会員が自らの地域でいかに貢献できるかを問うシンポジウムとしたい。

概要

本シンポジウムでは地域における様々な「つながる」活動について紹介をしていく。女性の視点から多職種と話し合うイベントを始めたのが始まりとなり、開業から数年で、この「つるカフェ」を地域全体の大きな「つながる」イベントまで押し上げた鶴岡優子先生の話聞く。また、地域で様々な多職種と「つながり」シームレスケアを提唱する大原昌樹先生、その思想と実績について語っていただく。地域包括支援センターは通常は高齢者問題を取り上げる。がんの総合相談はがん拠点病院の中でしか受けつけていなかった。長崎市では国のがん対策のモデル事業としてスタートした「長崎がん総合支援センター」を母体にがんや難病の相談を介護・福祉の視点も組み入れ相談に乗る施設が「地域包括ケアまちなかラウンジ」である。このような相談施設が病院の外にあることがどのような効果をもたらしているのか、責任者である看護師の平井美香先生に話を聞く。さらに相談窓口が病院にあったのでは真のニーズが拾い上げられないとして、英国における「マギーセンター」をモデルに団地の一画で「暮らしの保健室」を始めた秋山正子先生にも話を聞く。これらの話の中から、地域包括ケアにとってどのような「つながり」が必要なのか、これらの様々な人々を「つなげる」ことは、行政だけの役割なのか議論していきたい。

シンポジウム15

つるカフェ物語～楽しくつながる空間づくり

鶴岡 優子

つるかめ診療所

在宅ケアの地域連携は、他事業所の多職種となることが多く、医療機関はもちろん、複数の訪問看護ステーション、居宅介護事業所、調剤薬局、介護施設と顔の見える関係づくりが重要だ。2011年3月の震災を契機に、さらなるつながりを求めて、公民館の和室を借りて「つるカフェ」勉強会を開催した。その後も「顔が見える以上に、お茶する関係」を合言葉に、定期的に無理なく楽しく活動している。テーマはさまざまであるが、各職種の仕事内容を説明する「〇〇のオンゴト」はシリーズ化している。場所は公民館、道の駅、生涯学習情報センターなどの公共施設を借りる仮設移動型カフェである。

参加者はケアマネジャー、訪問看護師、ヘルパー、薬剤師、地域包括支援センター職員、行政職員、病院職員、学生など専門職が多く、30～60名集まる。講演もあればグループワークもあり、参加人数、会場、テーマによって勉強会形式を変えている。こだわりはお茶とスイーツを用意すること。つるカフェ店主の仕事は、①テーマを決めること②開催日時を決め場所をとること③演者と実行委員を決めること、これだけである。実行委員はその都度、テーマによって多事業所からメンバーを募り運営している。

地域包括ケアには市民の参加と意識改革が欠かせない。つるカフェでは年に1回は市民講座を開催している。日頃のネットワークで集まった多職種のボランティアが緑色のTシャツを着て運営のすべてを行なった。会場は自治医大の大講堂、介護中の家族も、近所に暮らす市民も、大学病院関係者も在宅ケア関係者も一堂に会した。講座の後の100人の立食お茶会は実にエキサイティングで、専門職も職業人である前に地域に住む市民であることを自覚し、自分たちの地域について考えるよい機会となった。テーマと時間を共有することで、空間は広がっていく。つながっていく。そしてそれはとても楽しいことである。

シンポジウム15

医療機関と在宅・施設をつなげる
～香川シームレスケア研究会の活動を通して～

大原 昌樹

香川県・綾川町国民健康保険陶病院

当院（63床）は、以前から在宅医療を行っている（機能強化型在宅療養支援病院、訪問件数年1,600～2,200件、在宅看取り10～15人）が、周囲の関係機関との連携が不十分と感じられた。そのような中、平成17年、「情報の共有化と連携」「患者・家族が安心できる連携体制の確立」を目的に、香川シームレスケア研究会を始めた。脳卒中、大腿骨骨折、嚥下・NSTの3疾患での地域連携パスの作成・運用を開始したが、これを在宅や施設に広げることを目的として、平成19年に研究会内に介護支援専門員、医師、歯科医師、看護職、リハビリ職、MSW、施設相談員等多職種が参加する在宅グループを立ち上げた。試行錯誤の末、平成23年に「医療・介護地域連携パス」を完成させた。シートは、①「医療・介護連携シート（医療機関→在宅・施設）」、②「介護・医療連携シート（居宅介護支援事業所→医療機関・施設）」、③「介護・医療連携シート（施設→病院・施設・在宅）」などである。「マニュアル・事例集」も作成、これを医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、施設等に配布、運用している。

また、「医療・介護地域連携パス整備事業」（地域医療再生基金）の委託があり、地域包括ケアの単位での取組みを開始した。IT化事業として、セキュリティが高い汎用ソフトを用いたネットワークを構築した。基本情報シートと訪問毎に書き込む連絡シートを作成し情報共有している。また、3カ月に1回、在宅、施設関係者が集まる勉強会を開催し、各事業所の紹介、多施設多職種で関わった事例の検討、IT化事業報告、グループワークなどを行っている。現在、県内4地域（4市3町）で行われている。

今までの取組みから、定期的集まることと参加者で課題解決のために取組むことが重要であり、それが地域のネットワークづくりの推進、ひいては患者の利益になるものと考えている。問題点・課題を含めて紹介したい。

シンポジウム15

まちななか라운ジの活動
～多職種をつなぐ視点から～

平山 美香

一般社団法人長崎市医師会 長崎市包括ケアまちななか라운ジ

「長崎市包括ケアまちななか라운ジ」は、長崎市が設置者となり、医療と介護・福祉に関する相談ができる総合相談窓口として、平成23年6月に開設いたしました。

開設のきっかけは、平成20年度から平成22年度にかけて、厚生労働省の「緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）」の全国4か所のモデル地域のひとつに選定されたことです。この3年間の活動で、多職種で患者・家族を支援する地域連携の礎ができましたが、さらに、地域医療提供体制の充実を図る事業として、長崎市が発展的に継承することを決定し、長崎市医師会がその運営を受託したことによるものです。라운ジの目的は、医療・介護・福祉の総合相談を行い、病院や在宅医療提供機関等との連携を図ることにより、病気や障害で療養を余儀なくされた場合でも安心して療養の場を選択し、充実した生活が過ごせるよう支援することにあります。

業務内容は①がんや難病等に関する医療相談と介護・福祉に関する相談をワンストップで受ける総合相談窓口②緩和ケアや在宅医療などに関する啓発③在宅医療を行う機関、職能団体等との連携の3つの柱となっています。

総合相談窓口としては、開設から平成25年12月までに延べ3000人程の相談を受けてきました。啓発業務では、市民や患者・家族を対象とした「まちななかサロン」行政と連携して実施している「難病ふれあい教室」いのちにやさしいまちづくりをテーマにした「市民健康講座」などを開催しています。連携業務では、在宅医療に関わる医療・介護・福祉の職能団体等の実務者でつくる「地域連絡調整会議」を開催し、病院と地域をつなぐ連携について検討をしています。

今回のシンポジウムでは、総合相談でお受けした事例について地域の多職種と連携し、相談者の不安を和らげ、疑問を解消し、安心して住み慣れた地域で療養できる支援、取り組みについてご紹介したいと思います。

秋山 正子

(株)ケアーズ 白十字訪問看護ステーション

まだまだ加速のスピードが鈍らない高齢化が進む団地の中に、2011年7月「暮らしの保健室」を開設して3年が過ぎようとしている。

この試みは、在宅医療連携拠点事業の一環として機能しながら、地域の中で人生の物語の交差点として「場」の提供にもなってきた。

相談支援に訪れる人は、少しの支援で、自分で問題解決ができる状態に自立していく。けっして、すべてを依存したお任せ医療のパターナリズムの世界には逆戻りしない。

病院医療の中で「自己決定を支える」という事が良く言われるが、実は自己決定をしているように見えながら、限られた情報提供の下、自己決定を強要されて、治療が始まることが多い。

暮らし続ける人々の生活様式や、生活信条をつぶさに見聞きして、関わる中で、地域で暮らすために、必要最低限必要な医療はなんなのかを考えながら「つなげる」「つながる」意味を深く考えさせられるようになった。

地域包括ケアの根幹には「生活支援・介護予防の充実」が市町村による地域づくりの推進として進められなければならないとされ、地域資源の開発としてのボランティアの発掘・養成・組織化が重要だとされる。

人々が、暮らし続けられる地域の中で、穏やかに暮らし、安らかに逝くために、日頃から、緩やかにつながって、見守り体制が整っていくには、市民レベルでの、ボランティアな活動を支援し続ける緩やかな協働があると痛感した。

「暮らしの保健室」の活動を紹介しながら、地域包括ケアにおける新しい地域づくりへの提言をしてみたい。

シンポジウム16 地域におけるプライマリ・ケア機能の充実強化のための開業形態を探る—複数医師によるグループ診療の普及に向けて— (グループ診療の実践に関するワーキンググループ企画)

企画責任者：石橋 幸滋 ((医) 実幸会 石橋クリニック)

開催の目的

わが国の地域におけるプライマリ・ケアの提供体制は、医師一人による単独開業、いわゆるソロ・プラクティスが主体であるため、在宅療養支援機能などを強化することが困難である。そこで、医師の開業形態として欧米では一般的な複数医師によるグループ・プラクティスについて、英国や米国などでの取り組みなどを紹介しながら、わが国での普及に向けた課題を探る。

概要

「グループ診療の実践に関するワーキンググループ」は、地域におけるプライマリ・ケアの提供基盤の強化のための方策を検討することを目的に、日本プライマリ・ケア連合学会の地域ケア委員会（当時）に所属する形で平成22年に設置され、第2回学術大会（札幌開催）からシンポジウムを毎回開催してきた。ワーキンググループでは、医師一人による単独開業、いわゆるソロ・プラクティス主体の診療所医療では、プライマリ・ケアの提供基盤としては極めて脆弱であり、欧米で主流となっているグループ・プラクティスを日本にも導入できないか検討している。今回のシンポジウムでは、医療政策面から英国とフランス、また米国などにおける医師の開業事情に焦点を当て、わが国の今後の地域医療を支える基盤となるプライマリ・ケア機能の充実強化のため、どのような方策がとられるべきなのかを導き出すことを目標にしたい。

シンポジウム当日は、英国から現役の開業医である Dr. Patrick Hutt 氏を招き、医療政策としてグループ・プラクティスの普及促進が図られた背景について解説していただく予定である。また、産業医大の松田晋哉教授にはフランスの医療事情、特にプライマリ・ケアの現状についての報告、そして米国の家庭医資格を持つ榛原総合病院 地域家庭医療総合センター長の佐野潔氏には、米国の家庭医の開業について紹介していただく。最後に、指定発言として中野一司氏によるコメントを踏まえて、時間の許す範囲でフロアとのディスカッションも行えるように進めてみたい。

シンポジウム16

UK Group Practice — An Essential Evolution?

Patrick Hutt

GP Principal Queensbridge Group Practice, Clinical Associate UCL Department of Primary Care and Population Health, London, United Kingdom.

Summary:

UK General Practice has evolved significantly over the last 100 years. Previously the majority of family practitioners (80%) worked as single-handed doctors.¹ Today that figure is less than 6%.² A combination of economic pressures, greater clinical collaboration, and the complexity of conditions being managed in primary care have made group practice a strong model for the UK. However, group practices often have lower patient satisfaction, as continuity of care is sometimes harder to provide, and larger practices have a less 'personal' feel.³ This talk will explore the arguments for and against group working in general practice with relation to the challenges facing healthcare systems around the world. It shall be argued that coordinated, collaborative and multidisciplinary care, with a strong primary care component, is essential for healthcare systems to meet the demands of an ageing population in a cost efficient manner.

¹ Digby A, *The Evolution of British General Practice 1850-1948*, 1999, Oxford, p131

² Health and Social Care Information Centre. *General and personal medical services. England 2002-2012*. 21 Mar 2013. [Available from www.hscic.gov.uk/searchcatalogue?productid=10382. Last accessed 22.2.2014]

³ Baker R, Streatfield J, *What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction*. *BJGP* December 1, 1995 vol. 45 no. 401 654-659 [Available from <http://bjgp.org/content/45/401/654.abstract> Last accessed 22.2.2014]

シンポジウム16

フランスにおけるプライマリ・ケアとグループ診療の動向

松田 晋哉

産業医科大学医学部公衆衛生学教室

一般にフランスの自由開業医の診療所はビルの1室を借りただけのシンプルなものが多く、例えば一般医の診療所では、そこで血液検査や超音波エコーや放射線機器による画像検査をすることはない。それらはそれぞれの専門医の独占業務であり（前者は臨床検査医、後者は放射線科医）、一般医はそれらの検査が必要な場合はそうした専門医への紹介状を書き、患者は改めて予約をして紹介された専門医の検査や診察を受けなければならない。医療提供体制としてはフリーアクセスが保障されているが、我が国に比較すると利便性において問題がある。また、グループ診療 (pratique en groupe) 自体は従来からフランスにおいても存在していたが、それは多くの場合、診療所や医療機器の共有であり、患者を共同でみるという形態ではなかった。また、医師患者関係は個別性が要求されており、原則として一人の患者を共同で診察することはない。

フランスの医療費増加の根本的な原因はフリーアクセスと医療者間で情報が共有されていないことによる連携の不足にあると考えられており、この問題の解決がフランス政府の長年の課題であった。そして、イギリスのGPのような Gate Keeper としての「かかりつけ医」の導入と IT を活用してソロプラクティスの自由開業医をつなぎ、あたかも全体としてグループ診療を行っているような仕組み (DMP) が段階的に導入されてきている。

また、近年ではより直接的に新しい形のグループ診療を促進するための環境整備も行われている。例えば、開業医と開業コメディカルが共同でプライマリ・ケアを提供することを目的とした多職種によるグループ診療 (Maison multifonctionnelle; 多機能診療所) が増加している。

こうしたフランスの動向、特に情報共有の仕組みと多職種グループ診療は我が国におけるグループ診療の在り方を考える上でも参考になると考えられる。

シンポジウム16

米国グループ診療の変遷

佐野 潔

牧之原市榛原総合病院 徳洲会地域家庭医療総合センター

米国のグループ診療は、メーヨー兄弟によって始められて以来開業医が助け合う事で医療・経営の効率化を計ってきた。その中で国の医療・保険制度が影響している事は明らかである。歴史的に病院勤務医の圧倒的に少ない、自由診療を基盤にしたアメリカの医療では医師の自由度が高い反面、保険会社との関係に置いて医師は絶えず医療費交渉を続けて来た。その際の交渉力を高めるためにはグループ化が有利であり、経営効率も上がり、医師の QOL 保持も可能となる。

米国の欧州諸国との違いとして、往診・在宅診療がナーシングホームの発達や地理的理由もあり圧倒的に少ない一方、入院医療に関わる開業医が多い (オープンシステム) のが特徴である。従い、グループを組み助けあう必要性が、外来診療に特化した欧州の医師以上に必要となる。そのため近年は役割分担として入院のみを担当するホスピタリストグループが発展している。

Solo 経営→Group 経営→Incorporated group→Mega corporation、このような米国に置ける変遷は80年代に HMO が医療をビジネス化して考えるようになってから急速に発展した。そのマネージドケアの中で家庭医療もグループ診療として発展し、そして取り込まれることでさらなる経済効率を達成する事が試みられた。

現在では、多くの医師はグループ運営を経営の専門家に譲ることで医療に専念し、雇われ医として給与+インセンティブで仕事をする医師が増加している (Salaried physician)。

医師全員が国家公務員で国費医療を行う英国、国費医療を補填する私的医療保険の発達した仏国、そして私的医療保険の強い米国。保険制度は英国に近い日本の医療に置いて、グループ診療はどのような形態で、どのような方向性で行って行くのがベストなのか、今考える時が来ている。

企画責任者：鈴木 央（鈴木内科医院）

開催の目的

褥瘡という病態は、高齢者を管理する場合に、必ずプライマリ・ケア医が遭遇するものである。しかし、その基本的な対策はおなざりになってはいないだろうか。本セミナーでは、日本褥瘡学会在宅医療委員会の全面協力のもと、予防、治療、看護、栄養について学んでいただき、プライマリ・ケア連合学会会員が明日からの臨床に応用できるヒントを与えるセミナーとしたい。

概要

褥瘡が発症すると、看護、介護により手間がかかり、患者の病態もより悪化することになる。まず、褥瘡の予防についての基礎知識と、予防をするためのスケールとその活用について、OHスケールの開発者である堀田由浩先生に話を聞く。また、褥瘡治療、特に在宅での治療では、2時間おきの体位交換が家族介護だけでは困難であることや、1日複数回の褥瘡処置が困難、デブリードマンの経験が少ない在宅医が対応しなければならない等、さまざまな問題点がある。在宅での褥瘡治療に精通する塚田邦夫先生に話を聞く。さらに褥瘡ケアにおける栄養アプローチは極めて重要な問題である。管理栄養士として在宅での経験が豊富な田村佳奈美先生にもお話をさせていただく。そして褥瘡ケアにおける中心的な役割は看護の目であろう。それぞれのケースを分析し、ケースごとに対応を考え、その患者の人生におけるこの褥瘡の意味すらまでに考えをめぐらす。このような看護師の果たす役割について岡部美保先生に話を聞く。

本セミナーで伝えたいことは、基本的知識の習得だけではなく、褥瘡ケアとは予防、全身管理、介護状況、その患者の人生全体を総合的に考慮しながら多職種で協働しながら進めていくこと、すなわちプライマリ・ケアそのものであるということなのである。

シンポジウム17

日本人の褥瘡危険要因OHスケールによる褥瘡予防対策—病院から施設・在宅まで多職種間での共有—

堀田 由浩

堀田予防医学研究所 / 統合医療希望クリニック

褥瘡予防対策は、確かな根拠に基づく褥瘡リスクの判定と同時に、リスクに応じた体圧分散寝具の適応が、病院から在宅まで地域の多職種間で一貫していることが理想である。OHスケールは、日本の高齢者660名を対象に褥瘡発生に関連がある81項目を3年間調査し統計的な解析を行って検出された信頼度の高い褥瘡リスク評価法である。褥瘡が発生した109名と褥瘡が発生しなかった患者の性、年齢、日常生活自立度をマッチさせた109例を対照として解析し、体圧分散寝具の適切な使用が褥瘡発生に強く関連していることと、個体の危険要因として最重要な4項目が抽出された。これを、点数化して患者個人のリスクを3段階で判定する。OHスケールの結果リスクに合わせたマットレスを適応したところ、病院では、有病率が、5週間で35名から7名まで低下し、在宅でも成果を確認している。多職種による褥瘡対策の基本ツールとして、OHスケールを利用すれば、簡便で理解しやすく多職種間での、共有に有用である。マットレスの適応がOHスケールに基づいていても褥瘡が発生した場合は、その原因がベッド上ではずれ力が中心になっていたり、ベッド上以外での外力に原因があることが予測され多職種チーム内で原因解明の問題提起を、だれでも発信できる。今回は、褥瘡発生に最新のメカニズムからOHスケールのエビデンスと判定法、その成果と在宅における実践を報告する。

シンポジウム17

在宅褥瘡局所療法を選択

塚田 邦夫

高岡駅南クリニック

在宅でも褥瘡局所療法の考え方は病院と同じであるが、創の状態や医療者の知識、選択できる道具が異なるため、結果として病院と違う方法を選択することが多い。この点をふまえ具体的な方法を解説する。

まず褥瘡の特徴の、体表から観察する組織障害よりも、より深い所に強い組織障害があると認識することが重要である。適切な局所療法をおこなっても、潜在した組織障害が後に明らかになり一見悪化したようになるが、これも想定内に入れておく。

褥瘡局所療法の基本は、「1. 感染のコントロール、2. 壊死組織の除去、3. 湿潤環境の維持」である。

1. **感染のコントロール**：典型的な黒色壊死を伴い蜂窩織炎を起こした褥瘡では、まず緊急に無麻酔で壊死組織を切開切除する。その後消毒はせず、洗浄を十分に行う。ここにカテックス軟膏などの殺菌剤軟膏を用い、ガーゼは極力使わずに、18G 注射針で穴を開けたフィルム材を貼付する（穴開きフィルム法）。適宜壊死組織を切除していくと、2～3週間で感染はコントロールされる。

2. **壊死組織の除去**：感染が消退した後も壊死組織は残るが、在宅ではゲーベンクリームを塗布し穴開きフィルム法を行う。柔らかくなった壊死組織は適宜切除していく。

3. **湿潤環境の維持**：正常の皮膚と違い、創傷面には生きた細胞が露出しており、湿潤状態が維持されていないと、死んで壊死組織となり創治癒が遅れる。滲出液が多い時はストーマケアに使うハイドロコロイドパウダーで穴開きフィルム法を行う。滲出液が少なくなったら、ハイドロコロイドドレッシング材を使用して表皮化をはかる。あるいはリフラップシートも有用である。

まずこのような少数の選択から始め、ズレが強い時や、便や尿汚染のある時など、少しずつ選択肢を増やしていく。

在宅褥瘡ケアの参考書としては、「新床ずれケアナビ」「閉鎖性ドレッシング法による褥創ケア」「在宅褥瘡予防・治療ガイドブック」を推奨する。

シンポジウム17

栄養ケアのためのフィジカルアセスメントと栄養アセスメントツール MNA

田村 佳奈美

かとう内科クリニック

栄養状態を良好に保つことは、健康を維持する上で非常に重要です。また疾患の予防、治療においても、全身状態を少しでも良好に保つためには、「栄養ケア」は必要不可欠です。医療の分野でも多くのフィジカルアセスメントが存在し、活用されています。今回は特に全身状態と「栄養」を繋ぐフィジカルアセスメントについて、管理栄養士の立場からお話したいと思います。また超高齢社会の本邦においては、高齢者の栄養の問題を考える上で、先ず高齢者に適した、栄養アセスメントを実施することは重要です。今回は地域や在宅、施設等々で広く活用できる、高齢者用栄養アセスメントツール「MNA」も合わせてご紹介したいと思います。栄養フィジカルアセスメントと高齢者用栄養アセスメントツール「MNA」が日々の業務に役立てば幸いです。

岡部 美保

群馬県看護協会訪問看護ステーション

日本褥瘡学会の実態調査委員会の報告によると療養場所別の褥瘡有病率、褥瘡推定発生率は、訪問看護ステーションが、5.45%、4.40%（参考：一般病院2.94%、1.40%）と最も高い現状がある。医療提供体制の改革のもと、今後、さらなる在院日数の短縮化、療養型病床の削減、高齢化により、在宅で褥瘡管理を要する療養者の増加が想定される。2012年度の診療報酬改定では、病院や訪問看護ステーションの皮膚・排泄ケア認定看護師が訪問看護師と同一日に訪問した場合診療報酬に反映され、地域における褥瘡ケアへの質保障の仕組みが開始された。このような状況において在宅褥瘡ケアは、さらなる医療・介護の連携が必要であり訪問看護は、在宅褥瘡における予防とケアの中心的役割として看護を発揮することが期待されている。

褥瘡ケアにおいて訪問看護師は、褥瘡（局所）だけを見るのではなく療養者・家族を生活全体の中で捉え、身体・社会・精神・スピリチュアルな視点で全人的に関わっている。褥瘡ケアをとおして、療養者・家族の持つ可能性を信じそれを引き出し、自分らしい生き方と心残さず生ききることを支える看護を提供している。在宅褥瘡ケアは、療養者・家族が褥瘡とどう向き合いどう生きたいのか、価値観や人生観を理解するように努め、その生き方やライフスタイルに添い、その家で継続できる一番良い支援対策を考える。その支援対策は、療養者・家族と一緒に話し合い決定する。多職種連携は、これらを共有し具現化していく仲間作りが大切である。また連携には、褥瘡ケア情報共有システムの構築や、多職種が専門性を生かした役割分担、時には部分的にお互いを補完し合えることが重要である。その中で訪問看護は、健康を中心とした視点で療養者の生活に関わり、医療と介護の両機能を併せ持った看護を提供していることから、医療と介護の連携を図る橋渡しの役割を担う要であると考えられる。

教育講演1 (学会のあり方・知的活性化プロジェクトチーム企画)

プライマリ・ケアってエビデンスはあるの? 第2弾
～連携(ケアの調整)・文脈に沿ったケア(contextual care)・その他～

企画責任者: 岡田 唯男(亀田ファミリークリニック 岡山 家庭医診療科)

演者: 家 研也(三重大学医学部附属病院 総合診療科) 他

開催の目的・概要

ジェネラリストって必要と信じているし、間違っていないと思うけれど、反対派や懐疑的な人たちに「証拠はあるの?」と言われるとうまく反論できない。そんなみなさんに、国内外の古典や landmark study と呼ばれる文献を中心に、出来るだけいつまで日本語で文献の紹介を行います。昨年仙台での学術集会では第1弾として、包括性、継続性、アクセス、を取り扱い「これまでに何がわかっていて、何がわかっていないか」、ある程度お伝えできたのではないかと思います。第2弾の今回は、連携(ケアの調整)、文脈に沿ったケア(contextual care)、責任性の3つについて、文献レビューを行います。現在既にプライマリ・ケアのエビデンス/論文は大量にあり、全てを網羅する事は不可能ですが、文献的裏付け、もしくは押さえておくべき必須文献にしぼって、その紹介をし、みなさんの現場での理論武装のお手伝いをしたいと考えています。糖尿病や高血圧、といった疾患各論の診断や治療に関するアップデートではありません、また教育講演という形式で、双方向性のワークショップやシンポジウムではありませんので、ご注意ください。なお今後の予定として、第3弾は、いよいよ「全体を全体として捉える」ことについて、プライマリ・ケアというシステムそのものや、medical home のエビデンスに取り組む予定です。ご期待下さい。

教育講演2

(実行委員会企画)

家庭医療とコラボする地域でのリハビリのありか
たとその教育について

企画責任者: 松下 明(社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 奈義ファミリークリニック)

演者: 石井 雅之(社会医療法人清風会 日本原病院)

開催の目的

家庭医・病院総合医が患者の活動とADLの向上目的に、リハビリ指示・教育をどのようにすればよいかを考える。

概要

家庭医・病院総合医が患者の活動とADLの向上にはリハビリが重要だと理解しているが、どのように取り組み、専門職と関わり、患者と家族に教育していくのかが分かりにくいと思います。この教育講演では、普段理解しにくいリハビリ治療が、特に在宅場面での患者、家族の生活向上を目的として、いかに先生方が指示・教育すれば可能となるかを実際の症例提示をしながら学んで頂きます。

教育講演3 (研究支援委員会企画)

必ず知っておきたい、あなたの論文が英文学術誌にアクセプトされる必殺技！—ネイティブのエキスパートがそのすべてを明かす！—

企画責任者：竹村 洋典（三重大学大学院医学系研究科 家庭医療学）

演者：Melanie de Souza（エダンス グループ ジャパン株式会社）

開催の目的

ズバリ！この講演の聴講者が作成する英文学術誌の採択率を向上すること。

これによってプライマリ・ケアの研究分野における日本の寄与度向上を促し、世界のプライマリ・ケア研究における日本のプレゼンスを増すこと。

概要

研究は自分のフィールドのエビデンスを蓄積して将来その分野の医療を発展させる重要な役割がある。そのために研究する方法をマスターすることは重要である。が、もう一つ、それを論文化し、学術誌にアクセプトさせることも同等に非常に重要である。そうしないと、時間と労力、時に少なからぬ資金をかけた研究もただただ自己満足に終わってしまう。英文であればその恩恵にあずかる読者も世界規模になる。

自分の行った研究を論文化し、それを効果的に英語誌にアクセプトするには、知る人ぞ知る必殺技がある！この技の中には、書物にかけないこともある。今回は日本人研究者が書いた国際ジャーナルの英文校正に非常に詳しいネイティブのエキスパート、Dr. Melanie de Souza（エダンス グループ ジャパン株式会社）による技の伝授をお願いした。これをじっくりと聞いて優れた英文学術誌の書き方をマスターし、あなたも明日から世界を相手にできる研究者になろう！

教育講演4 (地域包括ケア委員会企画)

診療所で行う小児在宅医療とレスパイトケア

企画責任者：鈴木 央（鈴木内科医院）

演者：高橋 昭彦（特定非営利活動法人 ひばりクリニック/うりずん）

開催の目的

在宅医療推進の中で、小児在宅医療の推進も重要なテーマとして浮上している。しかし、高齢者在宅医療と異なりそこには大きな問題が存在している。小児在宅医療という分野に、本学会会員がいかに関わることができるのか、いかにそれぞれの地域で支援を行うのか、活動のヒントとなる機会としたい。

概要

小児在宅医療における問題点のひとつは、社会的な支援体制が整備されていないことである。例えば介護保険が関わる在宅医療にはサービスをマネジメントするケアマネジャーが存在し、サービスの連絡調整を行うが、小児の場合は明確ではなく、相談支援の役割を誰が担うのかが、大きな問題の一つである。

また、地域の小児病床不足の原因の一つとなっていることもある。人工呼吸器装着や気管切開、経管栄養などの医療的ケアが必要な重度心身障害児が退院することができず、小児病棟、時にはNICUへ長期入院することにより、これら小児病床の不足がおきているのである。

さらに、退院した重症心身障害児を診るための体制が未整備である。訪問診療を行う医療機関、バックアップを行う小児入院医療機関がきちんとした連携を取る必要がある。また、介護負担軽減を目的としたレスパイトケアの体制が整っていないことも挙げられる。両親は十分な社会的支援を受けることなく、子供の介護に埋没していることも少なくない。このことが健全なきょうだいにも深い影響を与えることもある。

演者である高橋昭彦先生はこれらの問題に早期から関わり、自ら障害児の日中レスパイトケア施設「うりずん」を開設した。この活動が評価され、第10回ヘルシー・ソサエティ賞を受賞している。

「私たちの世代の地域医療とは」
～医学生が考えるいまのこと・これからのこと～

企画責任者：佐藤 勝（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 地域医療人材育成講座）

演者：河田 祥吾（鹿児島大学 医学部医学科）
他

開催の目的

「2025年問題」を始めとして日本の地域医療・社会環境に関する問題が多く語られています。将来、先頭に立ち医療を担っていく今の学生世代が、どのようにそれら問題を捉え、来るべき将来に向けて今学ぼうとしているのか。それぞれの「想い」を胸に活動する学生が語ります。医学教育に携わる方や医療に従事されている方にも参加していただき、皆で討論することで、地域医療の将来に繋がる一歩を生み出す場になればと思います。

概要

日本は今、医療を巡る様々な問題に直面しています。社会の少子・高齢化が進み、2025年には高齢化率は30%を超えて世界でいち早く超高齢社会を経験します。2060年には高齢化率が約40%まで上昇すること、また、2010年減少に転じた総人口は2060年には9000万人を割り込むことが予想されています。それら社会環境の変化に伴って、医療制度を含めた現在の社会制度では対応しきれなくなってきており、今後もより一層困難な状況が続くと予想されます。

そのような中で、地域医療という言葉がよく聞かれるようになりました。「地域の医療問題を地域の中で対処していこう」というこの動きは、今後予想される医療の課題に積極的に関わっていこうとするものです。具体的な課題としては、高齢化による医療機関受診者や認知症患者の増加、在宅医療の需要の増大などが予想されており、医療機関の機能分担化、医療従事者の人員増強計画などがそういった課題の解決策として挙げられています。

こうした医療をとりまく社会の変化の中で、医学部新設や定員数増加、地域枠創設など、医療の課題への対策が医学教育の中でも始められています。また、臨床実習の一環として地域へ入りその土地の医療に参加するプログラムも数多く立ち上げられています。さらに、大学内での教育に留まらず、学生自らが主体的に地域医療を学び、地域へと入っていこうとする動きも活発になってきています。

現在と将来の医療について、地域医療をキーワードに各地方から参加する学生の視点から、医学生たちが何を感じ、どう動いているのかを語ります。当日は、学生はもちろん、医学教育に関わられていらっしゃる方、医療に従事されている方にもご参加いただき、学生と共に考え、新しい動きへ向け一歩に繋がればと思います。

特別企画 1

(実行委員会企画)

大リーガー医に挑戦：米国型アテンディングカンファレンス

企画責任者：森本 剛（兵庫医科大学 内科学総合内科）
講師：George W Meyer（兵庫医科大学 医学教育センター・総合内科）

開催の目的

プライマリ・ケア、総合診療の面白さの一つに、様々な症状の患者について、病歴と身体所見を元にして疾患（群）に迫る臨床推論があります。本企画では、大リーガー医を交えたアテンディングカンファレンスを通じて、基本的な臨床推論を英語で学びます。

概要

予め御願している研修医・医学生がパワーポイントを用いて英語で症例を提示します。アテンディング医としてGeorge W Meyer兵庫医科大学特別招聘教授が教育的にセッションを進めます。参加者は、米国教育病院のアテンディングカンファレンスに同席している研修医・医学生として一緒にカンファレンスに参加し、臨床推論の考え方を共有します。

できるだけ、米国での臨床研修の雰囲気を感じられるようなカンファレンスにしますが、英語が苦手な人も受け入れるように日本人講師がサポートします。

症例数は2-3例を想定し、事前に依頼していますが、自分の症例プレゼンテーションを試してみたい、という研修医・医学生がいましたら、若干名なら時間を調整して、プレゼンテーションできるように構成しますので、申込の際に希望を伝えて下さい。

診断や治療の難しい患者、希な疾患の発表会ではなく、基本的な疾患を標準的なアプローチで診断し、治療することを教育する米国型アテンディングカンファレンスを目指しています。主に臨床実習中の医学生や初期臨床研修医をターゲットにしていますが、後期研修医も歓迎します。

カンファレンスの最後には自由討論の時間も設けますので、将来の留学を考える医学生／初期臨床研修医は積極的に、質問してみてください。

特別企画 2

(実行委員会企画)

包括的に見えてしまう、多職種が連携してしまう、今、話題の『見える事例検討会』

企画責任者：松坂 英樹（医療法人真人会 松坂内科医院）
演者・ファシリテーター：八森 淳（公益社団法人 地域医療振興協会 伊東市民病院）他

開催の目的

厚生労働省の認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）に代表されるように、認知症に対する取り組みが国をあげて推進されている。しかし、現場で認知症高齢者に関わるスタッフ同士の連携についてはいまだそれぞれの現場で試行錯誤されている段階である。この企画は、それに対する一つの答えとして、最近話題になっている『見える事例検討会』を紹介するために開催する。

概要

認知症の困難事例を、マインドマップ®をもとに事例検討用に開発した「見え検®マップ」テンプレートを使用し、多職種で多面的に検討することが、『見える事例検討会®』である。今回は最初に『見える事例検討会®』とマインドマップ®についての説明を行った後、今動いている事例についての検討会を、6つのブースで同時に開催する。事例は開催者側で用意し、検討会の参加者は事前に募集をする。通常は医療者・介護関係者のみならず、地域のボランティア、民生委員、家族の会の方なども参加している検討会のため、認知症に関する詳しい知識がなくても参加することができる。全国の活動の様子はこちらをご覧ください。

<https://www.facebook.com/mierujirei>

岡山発のオリジナルな取り組み

企画責任者：佐藤 涼介（医療法人 佐藤医院）
 演者：宮原 伸二（岡山プライマリ・ケア学会）
 他

開催の目的

この度岡山における学術大会において、近年岡山を中心に取り組まれてきた注目すべきオリジナルな活動を発表して頂き、多くのご参加される皆様の今後の活動の参考にして頂きたいと考え、企画致しました。

概要

“連携シート「むすびの和」”は在宅での医療・介護連携をより利用者の立場で行えるために岡山プライマリ・ケア学会が中心的活動として作り上げてきました。在宅生活の様子がリアルに読み取れる医療、介護連携を重視した介護支援専門員が使いやすい岡山発のオリジナルな連携シートです。今後広く利用されることが期待されます。

在宅医療の推進のために行政・保健と医療・介護との連携を進める取組が平成24年から“岡山市役所内のプロジェクトチーム”が創られ岡山市医師会などと協力して様々なオリジナルな活動を展開し、目を見張るような活躍をされています。

“医薬懇話会”は平成8年から岡山市の地域診療所と開局薬局が中心に18年にわたって月1回様々なテーマで勉強会を行ってきました。地域医療連携・多職種連携に加えて薬学生・医学生・看護学生などの教育活動にも取り組んでいます。

“オシア(OCSIA)”は岡山大学の医学生を中心にした医療系学生による医療面接技術向上を目的としたサークルで平成14年から毎月SP(模擬患者)とのロールプレイを通して患者家族の心に配慮した医療者を目指しています。独自のWSも年に数回行っています。

“岡山SP研究会”は日本で最初のSPのグループです。岡山県以外に全国的に活動を行って医学生看護学生薬学生歯学部学生など種々の医療介護学生のOSCEでSPとして教育活動しています。また現役の医療職介護職にもOSCEを通して患者さん目線のフィードバックを行っています。

“薬剤師を中心にしたEBM勉強会”は平成19年から倉敷中央病院総合診療科・救命救急センター福岡敏雄医師の指導のもと活動を開始している。現在毎月1回の勉強会とオープンにした年2回の論文の読み方勉強会を開催している。参加者は地域で多職種連携を行っている薬剤師を中心に医師、学生などが参加している。

“家庭医療専門看護師の養成”は家庭医療専門医のような地域をベースにした養成システムはまだ少ない。現在奈義ファミリークリニック(岡山家庭医療センター)をベースにした家庭医療看護師養成コースが平成23年から始まっている。このシステムがさらに拡大することが望ましい。

これら岡山における時代のニーズに沿った様々な新しい取り組みについて発表して頂きます。

支部活動の活性化と地域・社会への貢献

企画責任者：外山 学（益田診療所／支部活性化・会員増強委員会 委員長）
 演者：金丸 吉昌（美郷町地域包括医療局）他

開催の目的

我が国で、プライマリ・ケア医学の発展や本学会の活動への期待がさらに高まっている現在、本学会の支部及びグループ活動の意義を再確認し、学会の裾野を広げ、医師会と積極的に連携を深め、地域や社会に貢献するための方法を参加者とともに考える。

概要

一般参加者に加えて、各ブロック支部及び都府県支部からの出席者で構成する。地域支部活動で課題となるいくつかのテーマについての実践発表後、8つのブロック支部単位でグループワークを行い、地域支部活性化のための、各地域の現状に根ざした具体的取り組みのアイデアを創出する。全都府県での支部結成に向けての準備や、学会会期中にブロック単位で集まる場の提供も併せて行う。

報告予定のテーマは、以下の通りである。1) 基調報告とブロック支部運営の一例、2) ブロック支部内の全県での支部結成への取り組み、3) 都府県支部のあり方～研究会との二重構造～、4) 県支部における医師会との関係と多職種協働活動、5) 若手の立場からの期待と種から育てる地域支部活動、6) ニュースレター、支部抄録集発行のノウハウ。

また、グループワークにおいては、1) 各都府県での支部立ち上げに向けて解決すべき課題と必要な支援、活性化するためのアイデア、及び医師会との連携推進のための具体的方法 2) 多職種協働チームの発足に向けて一を主たるテーマに、ディスカッションを行う計画である。

「対話」から始まる新しい医療のかたち
～ワールドカフェでコミュニティの医療を考えよう～

企画責任者：宮本 雄一（浜田市国民健康保険診療所連
合体 / 地域医療対策課）
座長：孫 大輔（東京大学大学院医学系研究科医
学教育国際研究センター）他

開催の目的

地域住民との連携を目指して、コミュニティデザイン
という視点から地域の健康づくりを行うために必要な
ことをともに考える

概要

地域住民と連携して、地域の健康づくりを進めるには
どうすればいいのでしょうか？

コミュニティデザインという視点からみんなで考えて
みませんか？

今回は、住民と実際に連携しながら健康づくりや地域
づくりを実践しているゲストスピーカーを3名同じく
お迎えし、地域ごとの健康増進における医療者の役割
や住民の役割などについて実例を交えながら語って
いただきます。ゲストスピーカーは岡山県哲西町元町長
で現在 NPO 法人「きらめき広場」を主宰する深井正
氏、家庭医・大学教員でありカフェ型ヘルスコミュニ
ケーション「みんくるカフェ」を全国に広げている孫
大輔氏、島根県出雲市でまちづくりと健康の視点で対
話を行う「みんくる Cafe イズモ～イロドリ～」を主
宰する看護学生矢田明子氏の3名です。

ゲストスピーカーによる講演とパネルディスカッション
の後には、ワールドカフェという手法を用いて、「コ
ミュニティデザインから地域の健康づくりを考えよう」
という大きなテーマの下、会場の参加者全員で対話を
楽しみましょう。

気楽な雰囲気の中でいろんな意見を出し合い、様々な
背景を持つ人たちとの出会いを楽しめる場にしたいと
思います。

参考：ワールド・カフェとは、カフェにいるようなリ
ラックスした雰囲気の中で、参加者が少人数に分かれた
テーブルでテーマに集中しながら自由に対話を行い、
ときどき他のテーブルとメンバーをシャッフルしなが
ら相互理解を深め、対話を発展させていく手法の一つ
です。

若手医師部会総会2014～同世代の仲間と顔の見える
関係づくりをしよう

企画責任者：吉本 尚（三重大学家庭医療学）
司会・講師：高柳 宏史（福島県立医科大学医学部 地
域・家庭医療学講座）他

開催の目的

・若手医師部会の活動報告や会則および活動方針につ
いての質疑応答

・世代ごとのピアサポートグループの形成

概要

・参加対象として、初期研修医、後期研修医、家庭医
療専門医取得後5年以内または卒後10年以内の当学会
医師を対象としておりますが、上記以外の先生方、学
生の皆様もどうぞご参加下さい。

・前半は、若手医師部会執行部員により1年3ヶ月間の
活動報告を行い、会則および今後の活動方針について
質疑応答を行います。

・後半は、若手医師部会が行っている「世代ごと SNS
プロジェクト」推進のために、初期研修医、後期研修
医、家庭医療専門医取得後5年以内または卒後10年以
内の医師世代に分かれてワールド・カフェを行います。

・ワールド・カフェのテーマは、“ジェネラリストのメ
ンターをどう見つけるか”、“日々の診療をどのように
省察しているか”、“専門医取得後のキャリアで相談し
たいこと”などを予定しており、世代ごとの顔の見え
る関係をつくります。

・最後にグループごとの発表内容を Facebook の各
SNS グループに投稿して議論を継続できるようにしま
す。

(女性会員支援委員会企画)

ランチタイム女☆医☆会 in OKAYAMA
～医学生・イクメン医師 大歓迎～

企画責任者：村田 亜紀子（社会医療法人清風会 岡山
家庭医療センター 津山ファミリークリニック）

開催の目的

一生のうちに5～6割が離職を経験する女性医師は、医療職の中でもキャリア形成の過程で複数の問題が指摘されています。特に離職理由の上位に挙げられる出産・育児期の女性医師支援が不十分です。対策として、ロールモデルとの出会いや同じような課題を抱える者同士のピアサポートがキャリアを重ねる上で支えになると言われています。今回、様々な地域・多様なフィールドで普段活動している方々が集まる学術大会で、女性医師の親睦・情報交換に特化した場を設けることとしました。

プライマリ・ケア領域で女性医師が働き続け、活動するための何らかの助けとなれば幸いです。

概要

2013年5月の学術大会にて開催されたシンポジウム「女性医師の離職を防ぐために ～労働環境整備とキャリア形成の視点から～」に続く、当学会女性会員支援委員会による企画の第2弾として女性医師対象のランチタイムミーティングを行います。

活躍している先輩や若手を囲み、軽食をとってリフレッシュしながら、世代を超えた知恵と勇気を分かち合いませんか。

お子さま連れの方、サポーターとしてのイクメン医師も大歓迎いたします。

【テーマ】

女性のキャリア、働き方、ワークライフバランスなどを予定しております。

話したいことがあれば、ぜひお持ちよりください。

【対象者】

学会参加中の女性医師・医学生、イクメン医師

【形式】

飲食物持ち込み可（軽食をご用意します）

途中参加・退出可（事前登録は不要です）

ぜひ皆様ご参加ください。女性会員支援委員会委員一同、お待ちしております。

**Improving family medicine residency training.
-Comparison and exchange the experience
between Singapore and Japan-**

企画責任者：佐藤 健一 (Healthway Japanese Medical Centre)

講師：Lee Kheng Hock (Department of Family Medicine and Continuing Care Singapore General Hospital) 他

開催の目的

シンガポールと日本が協力して、地域のニーズに合った家庭医の研修プログラムをより良いものにするために意見を交換していく。

概要

College of Family Physicians Singapore(CFPS) の President である Assoc. Professor Lee Kheng Hock 氏と、日本プライマリ・ケア連合学会(JPCA) プログラム認定委員会 委員長である竹村洋典教授 (三重大学) からのプレゼンにて実施される WS です。

シンガポールと日本の家庭医研修プログラムを紹介したのち、その共通点や相違点を知ること、より地域のニーズに合った研修プログラムにするにはどうすると良いか、をお互いの取り組みを元に議論していきます。

【対象】

海外での家庭医研修プログラムに興味のある方
他の研修プログラムについて情報を交換したい方

**糖尿病診断アクセス革命
—より早い発見のために—**

企画責任者：坂口 眞弓 (みどり薬局 千葉大学大学院 医学薬学府)

ファシリテーター：矢澤 一博 (明治薬科大学 薬剤師 生涯学習講座) 他

開催の目的

糖尿病のより早い発見のために実施している糖尿病診断アクセス革命の紹介と、「指先採血による HbA 1c 測定」「自己血糖測定」の手技を学習する。

概要

生活者が自らの健康に関心を持ち自己管理するには、生活習慣の適正化に加え、定期健診が重要です。しかし、健診の機会を持たない若年者や専業主婦の割合は高いとされ、健診の結果、未治療で放置する患者も多いと言われています。

平成19年国民健康・栄養調査の結果では、「糖尿病が強く疑われる人」は約890万人、「糖尿病の可能性を否定できない人」は約1,320万人で、両者の合計は約2,210万人にのぼり、その対策は急務となっています。初期の段階では自覚症状に乏しい糖尿病の早期発見のためには血液検査が特に重要です。「糖尿病診断アクセス革命」とは、このような現状を受け、「血液検査へのハードル」を下げるべく、最新の医療技術である「指先採血による HbA 1c 測定」という方法での糖尿病スクリーニングを街の薬局店頭で行えるようにすることにより、未治療・未発見の糖尿病や糖尿病予備群の方々をすくい上げ、医療機関への受診を勧め、最終的には日本の糖尿病を減らすことを目指すプロジェクトです。

このプロジェクトを成功させるためには、生活者がセルフチェックにて正常域になかった場合の解釈やその後の行動を支援する体制が不可欠であり、医師、薬剤師、保健師、栄養士等医療関係者の連携が重要です。本WSでは、このプロジェクトの紹介と、実際に「指先採血による HbA 1c 測定」「自己血糖測定」を行い、手技を学習します。

薬剤師をハブにして多職種協働を考えるワークショップ

企画責任者：中山 弥生 (いずみ薬局)
 企画担当者：藤谷 直明 (社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター奈義ファミリークリニック)
 講師：南郷 栄秀 (東京北社会保険病院) 他

開催の目的

薬剤師の業務を他職種の皆様を知って頂き、さまざまな医療の場面で多職種がより効果的に協働できる方法を検討する。

概要

医療現場では医療者と患者の食い違いはまま見られることである。さまざまな職種の人々がそれぞれの立場で患者に接した時、異なる職種の人には見えていないものが見えることがあるだろう。それを伝えるべき職種の人に、的確に伝えることで、解決する事象は意外に多いのではないだろうか。また、それぞれの職種が常識と知っていることが、他職種の人にとっては思いもよらないこともあるかもしれない。今回は薬剤師の業務を皆様を知って頂き、多職種がより効果的に協働できるようにするにはどうしたらよいかを多くの職種の方々と検討したい。

How to get your paper published in English

企画責任者：伴 信太郎 (名古屋大学大学院医学系研究科総合医学専攻総合診療医学分野)
 講師：John J. Frey III (Department of Family Medicine University of Wisconsin School of Medicine and Public Health) 他

開催の目的

英文論文作成の為の基本的能力の修得。

概要

国際関係委員会による企画です。
 2013年秋季生涯教育セミナーで「海外へ出て視野を広げようー海外留学(短期、長期、研究、レジデンスー、他)、国際学会への参加、国際誌への投稿等」を企画しましたが、そのアドバンスト・コースです。

【対象】

国際学術誌への論文の投稿に関心のある人。

【概要】

STFMの元会長で長年Family Medicine誌の編集長を務められたJohn Frey先生をお迎えしてのWSです。

【準備していただくもの】

作成中または投稿準備中の英語論文または、これまでにrejectされて改善のアドバイスを必要とする論文(症例報告でも結構ですし、構造化抄録だけでも結構です)。

How to Publish Scientific Papers in English

John J. Frey III

This workshop will review the basic information that is crucial for manuscripts submitted to biomedical journals published in English. We will review the different categories of peer reviewed journals such as print and online/open access journals, review basic information about different indexes in the biomedical literature and how to find appropriate journals that match the subject. We will review such important issues as a structured abstract, conflict of interest, human subjects approval, and other ethical issues in publishing. We will use examples of review articles, case reports, original research and consider how to find an appropriate journal for submission. We will also talk about the peer review process and how to respond to editors and reviewers if they ask for a revision. The workshop will be interactive with much time for questions. Participants are asked to bring an example of work they are considering submitting or have submitted – an abstract will be sufficient rather than the entire manuscript.

エキスパートから学ぶ家族志向のケア教育の方法

企画責任者：松下 明 (社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 奈義ファミリークリニック)
講師：Tom Campbell (University of Rochester, Family Medicine) 他

開催の目的

家族志向のケア教育にフォーカスしたセッションを行い、実践的な知識・技術・態度を学ぶ

概要

家族志向のプライマリ・ケアの著者で今回の学術大会で講演をしていただく、Tom Campbell, M.D. に Rochester 大学 (NY) での家族志向のケア教育の現状を紹介していただき、日本の家庭医療後期研修プログラムの指導医が自信を持って家族志向のケア教育を提供できる知識・技術・態度を身に付けることを目標としています。(日本語でやり取りができるよう工夫します。) 奥様で著名な臨床心理士でもある Kathy Cole-Kelly, MS, MSSW にも具体的な教育技法について教えていただきます。

日本での取り組みとしてこの本の翻訳者でもある松下が日本で適応していくうえでバリアや難しさと同時にやりがいや、効果についてもお伝えします。

グループワークを通して実際にどのように自分のプログラムで提供できるかを考えたり、議論する時間も持てればと思います。

家庭医療後期研修プログラムの責任者、指導医、後期研修医自身などを主な対象と考えています。もちろん、それ以外の方も歓迎します。

『Medical Generalism』を学ぶ

企画責任者：葛西 龍樹 (福島県立医科大学 医学部 地域・家庭医療学講座)
講師：Patrick Hutt (英国GP：ロンドン在住開業医) 他

開催の目的

英国家庭医学会 (Royal College of General Practitioners: RCGP) が2012年に出版した『*Medical Generalism*』の日本語版が日本プライマリ・ケア連合学会のホームページに公開されるのを記念して、この文献に盛り込まれた内容のエッセンスについて、ディスカッションしながら理解を深めます。

概要

このワークショップはワールド・カフェ方式で行います。参加者をグループに分けて、各グループで症例を用いて medical generalism の本質を議論します。1ラウンドを開始して20分経つと、参加者はまた違うグループヘランダムに移動しますが、移動しない人も設定して議論に継続性を持たせます。これを3ラウンド繰り返しますが、その合間に議論のヒントになる短い指定発言があります。シンポジウム2にも登場するRCGPの澤憲明先生、Robin Ramsay先生、Vikesh Sharma先生、そして日英プライマリ・ケア交換留学プログラムにより第5回学術大会に参加予定であるRCGPの若手英国家庭医5名も参加予定です。最後に各テーブルで議論された内容を参加者全員で共有します。

参加者には『*Medical Generalism*』の日本語版または英語版を事前に読んでおくことをお願いします。各テーブルには適宜通訳をしてもらえるファシリテーターを配置しますので、積極的なディスカッションを期待します。

ワークショップ7 (合同委員会企画: 編集出版委員会、研究支援委員会)

「抄録ブラッシュアップ」 ～わかりやすく採用されやすい抄録を作ろう～

企画責任者: 野口 善令 (名古屋第二赤十字病院 総合内科)
ファシリテータ: 山本 和利 (札幌医科大学 地域医療総合医学講座) 他

開催の目的

臨床研究の基本を抄録のブラッシュアップを通して学ぶ
概要

これまで編集委員会企画ワークショップでは、Case Reportの抄録ブラッシュアップWSを行ってきました。

今回は、研究支援委員会と合同で臨床研究の抄録ブラッシュアップWSを開催します。

【学習目標】

本ワークショップでは、臨床研究の基本を抄録のブラッシュアップを通して学びます。

【方略】

実際の抄録原稿を題材にして、査読者の視点も交えてわかりやすく採用されやすい抄録にするにはどうブラッシュアップしたらよいかをテーマにグループレッスンを行います。

【概要】

以下の着目点について検討します。

- ①タイトルと研究内容
- ②PECO (PICO)
- ③研究デザイン (対象患者・要因/介入・比較・アウトカムの測定方法)
- ④研究結果と結論の乖離
- ⑤研究目的と研究方法の乖離

【対象】

臨床研究に興味のあるプライマリ・ケアに関わる全ての医療者

ワークショップ8 (翻訳プロジェクトチーム企画)

Inner Consultation から学ぶ“自己管理”を重視した医療面接技法

企画責任者: 草場 鉄周 (医療法人北海道家庭医療学センター)
講師: 葛西 龍樹 (福島県立医科大学 医学部 地域・家庭医療学講座) 他

開催の目的

かつて外来診療は「見て盗め」と言われていたが、近年は外来診療の医療面接技法を学ぶ機会は増えつつある。しかし、自己を俯瞰することで自らを外来診療に最適な状態に維持するというInnerConsultation (前英国家庭医療学会会長 Roger Neighbour 氏の著作で2014.5月邦訳出版予定) で述べられる“自己管理 (Housekeeping)”という概念の教育は乏しい。不確実性や多様な健康問題への対応が求められる総合診療医に有益なこの“自己管理”を重視した医療面接を以下の4つの角度から学んでいく。

1. 外来診療における“自己管理”とは何かを知る。
2. 自己を俯瞰する感覚の入り口を体感する。
3. “自己管理”の外来診療における重要性を実感する。
4. “自己管理”の能力を継続的に開発できる。

概要

- 1) Inner Consultation で紹介される「5つのチェックポイント」について概観し、その後“自己管理”についてレクチャーを実施する。
- 2) Inner Consultation には“自己管理”を行うためのワークが用意されているので、参加者はこのワークを自らの診療セッティングにおいて事前実践し、当日はその内容に基づきスモールグループディスカッションを行い、自らの体験に意味付けしていく。
- 3) 北海道家庭医療学センターと福島県立医科大学地域家庭医療学講座において“自己管理”の能力を育成するために行っている取り組みを紹介する。
- 4) “自己管理”の能力を高めるためにどのような実践を参加者の現場で行っていくべきかスモールグループディスカッションと全体討議で検討する。

“第9回臨床研究デザイン道場
～ クリニカルクエスチョンを研究に導く！リサーチ
ミーティングを一緒にやってみよう！～

企画責任者：一瀬 直日 (赤穂市民病院)
講師：福原 俊一 (京都大学大学院医学研究科
社会健康医学系専攻 医療疫学分野/福島県
立医科大学) 他

開催の目的

臨床研究道場は臨床研究を自分もしてみたいな、でき
そうかもしれない、という気づき (awareness) を育
む場です。今回は「臨床研究をやってみたいけど、ど
うやって始めたらよいかわからない。いや、そもそも
どうやってクリニカルクエスチョンが出来るのかわ
からない。」と悩んでいる方々を対象とし、漠然とした
臨床現場の疑問を持ち込んでいただき、研究のエキス
パート達が、臨床研究の形に方向づけていく双方向型
学習を行います。

概要

【対象レベル】 初学者

【方法】 臨床上の疑問を4名の参加者から発表。(事前
に参加希望者に e-mail で募集をかけ、当スタッフにて
吟味し採用を決定。当方で指定したフォーマットにて
3枚程度のスライドで発表していただきます。) 研究の
エキスパートと共にリサーチミーティングを開き、1
例あたり5分のプレゼンテーションと20分のディス
カッションを行う。研究エキスパートからはディスカ
ッションの中で、全体向けにミニレクチャーを行います。
なお、漠然としたままの疑問は、疑問をリサーチクエ
スチョンにまとめられるようにします。クリニカルク
エスチョンが明確だが量的研究にも質的研究にもなり
うる形であれば、リサーチクエスチョンに導き、構造
化抄録に持ち込むことを目標とします。

【ワークショップの時間】 2時間40分

ICPC (プライマリ・ケア国際分類) 研究のすすめ

企画責任者：山田 隆司 (台東区立台東病院)
講師：Kees van Boven (オランダ) 他

開催の目的

今回当学会では上記の電子カルテ TransHis 日本語版
をオランダの家庭医グループとの協力のもと開発する
方向で検討を進めている。正式に開発が決定次第、プ
ロジェクトチームはカルテ開発を進めながら共同研究
者を募り、複数の地域、施設にてデータ収集を進める
予定である。今回の WS はそのキックオフミーティ
ングという意味合いも兼ねている。

概要

講演1 「ICPC とは」 台東区立台東病院 山田隆司

ICPC は初診時の愁訴や受診理由に焦点を当てた病名
分類であり、患者中心の記録が可能なプライマリ・ケ
アにとっては必須の診療記録用ツールである。また健
康問題を継続的に記録できることから、地域で包括
的に取り組むことによって臨床疫学上極めて重要なデ
ータ収集が可能となる。今回 ICPC の実際の診療での活
用方法や ICPC の意義、有用性、今後の可能性等につ
いて解説する。

講演2 「オランダでの ICPC 電子カルテ TransHis の活
用事例」 オランダ Kees van Boven

演者らは ICPC を利用した電子カルテ TransHis を開発
し、実際の多くの診療現場で活用し、長年地域登録患
者の健康問題に関するデータ収集をしてきた。今回実
際の電子カルテを供覧し、具体的な使用方法や集積さ
れた患者データの活用法を解説する。

ワークショップ「ICPC 研究のすすめ」 ファシリテ
ーター ICPC プロジェクトチーム

ワークショップ11 (合同委員会企画：子育て支援プロジェクトチーム、ワクチンプロジェクトチーム)

予防接種を考える

— 予防接種の実際と地域啓発活動 —

企画責任者：和座 一弘 (わざクリニック)

講師：田原 卓浩 (たはらクリニック) 他

開催の目的

- 1) 医療従事者としての予防接種に対する知識技能を高める
- 2) 地域のワクチン啓発をいかに実施していくかの具体的な行動計画を作成する

概要

2008年12月にヒブワクチンが発売された以降、国内には多くのワクチンが導入され、我々医療従事者の予防接種に対する知識技能については、日々UPTODATEな情報が求められています。具体的な動きとして、予防接種の種類・接種時期・接種方法に改定・変更が続いており、同時接種も普及しつつあります。予防接種の観点から「これからの子育て」をより安全に支援するために予防接種マネジメントを再考する必要があります。

このような背景のなかで、本WSでは、単独接種と同時接種、副反応(有害事象)への対応、誤接種予防、ワクチンの管理等様々な側面から参加者から御意見を頂き、マネジメント・レベルを高めます。

次に、お母さん達をはじめとする地域の「啓発」にフォーカスを当て、本来地域に深く関わるべき家庭医として地域のワクチン啓発を如何に行って接種率を向上させるか等を一緒に考えます。ひとつの地域における予防接種推進の試みは、決して大きくはないかもしれませんが、この積み重ねが日本全体の予防接種の推進につながり、世界の標準から外れた我が国の「ワクチン・ギャップ」を少しでも解消させることが出来るのではないかと信じています。

以上、医療従事者の知識・技能と、保護者などを含む地域の啓発活動の2点に関するご意見をアイランド毎にまとめて頂き、発表、そしてon demandで質疑応答する企画です。尚、本企画は、ワクチンPTと子育て支援PTの合同企画です。

司会進行：わざクリニック院長 和座一弘

マイファミリークリニック蒲郡 守屋章成

講師：たはらクリニック院長 田原卓浩

ワークショップ12

(実行委員会企画)

多職種で考えよう！診療所看護師への期待と役割

企画責任者：児玉 あずさ (北海道家庭医療学センター 栄町ファミリークリニック)

企画担当者：藤谷 直明 (社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター奈義ファミリークリニック) 他

開催の目的

- ・多職種から見た看護師がみえてくる。
- ・働く中でのもやもや感を少しでも払拭できる。
- ・診療所看護師の新たな期待を見つける。
- ・看護師と多職種とのよりよい連携に結びつける。

概要

近年の急速な高齢化に伴い地域力が求められている現在、医療においては診療所の役割が大きく変化しています。診療所における看護師の対象は子供から高齢者まで世代を超え、地域での包括的支援が役割として求められています。しかし、実際診療所で働く看護師はどのような思いを持ちどのような役割をもって働いているのでしょうか。そして、一緒に働く多職種の方はどのような期待を持ち、どのような役割を求めているのでしょうか。今回のワークショップでは診療所にお勤めの医療従事者の方(※1)と、普段診療所看護師に関わっている医療従事者・介護従事者の方(※2)を対象に、診療所で働く看護師への期待と役割を一緒に考えていただきたいと思います。WSの内容としては、家庭医と共に働く診療所看護師が自分たちの普段の仕事内容と現場で抱えるもやもやをお話した後、ワールドカフェ形式で参加者の皆さんに診療所看護について語って頂きます。医師はもちろんのこと、多職種の方々の多くのご参加をお待ちしております。希望者にはWS終了後に全体で共有した内容やまとめをデータとして後日お送りいたします。普段の診療で疑問やもやもやを抱えている診療所看護師の方、そして診療所看護師との間でもやもやを抱えている方におすすめのWS内容となっています。一緒に働く中で普段持っているもやもやを少しでも払拭し、診療所看護師の新たな役割や期待を見つけ、一緒にプライマリケアを行う方法を模索しませんか。

※1 診療所勤務医、診療所看護師、診療所事務員、診療所薬剤師、診療所リハビリ技師の方(家庭医療を実践している、していないは問いません)など

※2 病院勤務医、病棟看護師、薬剤師、リハビリ技師、ソーシャルワーカー、事務員、ケアマネージャー、訪問看護師、ケアワーカー、ヘルパーの方など

ワークショップ13 (合同委員会企画：多職種協働のあり方プロジェクトチーム、地域包括ケア委員会、生涯教育委員会、プライマリ・ケア薬剤師認定制度委員会)

地域におけるごちゃまぜ IPE を進めるために

企画責任者：吉村 学 (地域医療振興協会 揖斐郡北西部地域医療センター)

講師：藤橋 雄一郎 (平成医療短期大学) 他

開催の目的

教育機関ではなく、地域のプライマリ・ケアの現場で多職種間連携教育 (interprofessional education) をいかにして導入・実施・評価・継続していくかについて、是非とも全国の皆さまと一緒に議論したい。実際に体験していただいた後に、グループワークを通じて最終的に一つの成果として具体的な実施案を作りたい。

概要

2009年から揖斐ではごちゃまぜ IPE を開催してきた。様々な学生や研修生が滞在する可能性のある地域医療機関で教育の縦割りを超えて IPE を提供して、多職種連携の楽しさや力を若い時から身につけておくことはとても重要である。

その実際を参加者とともにも前半で体験していただく。グループで行い、アイスブレイク、事例検討 / ロールプレイ、振り返り、ミニ講義を体験する。その後、こうしたごちゃまぜ IPE を企画立案して実施・評価・継続する上での様々なノウハウや障壁について揖斐のメンバーから紹介する。

その際に様々な立場から意見をいただく。具体的なエビデンスについても紹介する。

各種シナリオや評価表、進行ガイドなどの教育パッケージももれなく参加者の皆さまには提供します (要持参 USB またはメールにて送付)。

ワークショップ14

(実行委員会企画)

初心者向け・在宅医療のコツ

企画責任者：佐藤 涼介 (医療法人 佐藤医院)

講師：中山 明子 (大阪家庭医療センター 西淀病院) 他

開催の目的

超高齢化社会の多死時代に看取りまで責任を持てるかかりつけ在宅医の普及が求められています。しかし、経験を積むまで在宅医療のハードルが高いため、在宅医療に入っていくやすくするための研修会を計画致しました。

概要

訪問診療を始めたいけれど始めづらい、始めたけれど何か上手くいかない、そのようなご経験はありますでしょうか？

患者・家族が訪問診療を希望されるときにどのようなことが必要なのか、ケースを通じて参加者の皆様にディスカッションして頂きます。ワークショップ形式となっており、訪問診療のご経験は問いません。

お気軽にご参加ください。

専門医制度改革を見据えたプライマリ・ケア医の
キャリアプラン

企画責任者：井口 清太郎（新潟大学大学院 医歯学総合研究科 総合地域医療学講座）

演者：佐々木 昌弘（厚生労働省医政局指導課医師確保等地域医療対策室）他

開催の目的

平成29年度から総合診療医を基本領域の専門医として位置付ける新専門医制度が始まろうとしている。はたして新専門医制度はプライマリ・ケアに興味を抱く医学生や若手医師、そして住民にとって魅力的な制度となるであろうか。来るべき専門医制度改革を見据えながら、プライマリ・ケアや地域医療を志向する医師のキャリアプランについて考える機会としたい。

概要

まず厚生労働省医政局の立場から求められるべき総合診療医の在り方について考えを述べてもらう。次いで、医育機関の立場から広島大学より地域卒卒業医のキャリアプランを提示しながら、果たして新専門医制度は地域卒卒業医や地域医療志向医にとって優しい制度となるのか、総合診療のみならず他の基本領域専門医プログラムに地域医療への配慮がどこまで組み込めるのか、といった課題に関して概説してもらう。最後に、実際に医学教育を受けていく医学生の立場として名古屋大学医学部の医学生から希望や、将来への期待などを話してもらう。

殊に地域医療を指向する医学生として現在、地域卒が全国の医育機関において設定され、今や新医学生の8人に一人は何らかの地域卒であるといわれている。もちろん地域卒に課せられる義務も県によって、あるいは大学によって千差万別である。そのような違いを認識しながら、専門医制度改革をしっかりと見極めていくことが求められる。

議論を通じて、専門医制度を構築する側の立場、教育をする立場、教育を受ける立場、三者の意見を踏まえて、来たるべき時代の総合診療専門医の在り方について課題を抽出し、ディスカッションしたい。

Community-based medicine を考えよう

企画責任者：廣瀬 英生（郡上市地域医療センター国保和良診療所）

講師：後藤 忠雄（郡上市地域医療センター国保和良診療所）

開催の目的

地域医療を展開する実践方法の一つとして PRECEDE-PROCEED model を用いた地域健康福祉計画の立案、適用、評価について議論し、参加者の方々の今後の地域医療実践活動の一助とする。

対象

地域医療を実践しているもしくは興味のある医師、薬剤師、保健師、医学生

概要

家庭医療あるいは地域医療の重要性は強調されるものの医療従事者はなかなか医学モデルから抜け出すことが難しい。Community-based medicine は目の前の患者さんをその地域に生活する一人としてとらえ、目の前の患者さんを通してその方の生活する地域を診たり、担当する地域を通して目の前の患者を診たりすることによって、医学モデルから生活モデルへの発展、つまり診察室から飛び出した取り組みを行うものであり、そこに地域医療の魅力が存在していると私たちは考えている。しかしながら、その方法論に関する学習機会や実践例に触れる機会は少ない。

今回のインタレストグループでは、PRECEDE-PROCEED model をベースにした郡上市和良町で作成し実践されている健康福祉計画「まめなかな和良21プラン」を通じて地域を診る方法を議論したい。この計画は、死亡、疾病罹患率など「疫学的指標」とアンケート、グループインタビューから抽出した「住民の思い」をもとに地域診断を行い、外部の妥当性のある情報と統合し作成されている。参加される皆さんの地域においてどう地域医療を展開していくかの一助となるよう、まず始めに「まめなかな和良21プラン」の実例を紹介し、こうしたプロセスを地域で実践するための課題やその解決策を議論する予定である。(699字)

地域で行なう禁煙・喫煙防止教育の実際

企画責任者：加藤 正隆 (かとうクリニック)
講師：村山 勝志 (むらやま薬局) 他

開催の目的

当学会の「総合診療専門医が備えるべき臨床能力の例示」にも示されている「地域で、地域住民を対象として、禁煙教室を開催できる」を実践できるよう情報を共有するため

概要

プライマリ・ケア医やメディカルスタッフは、診療時間のかなりの部分をいまだにタバコ関連疾患の患者に費やしている。

予防できる疾病原因の中で最大のものが喫煙であるが、日本人の喫煙率は約20%と先進国としてはいまだに高い。厚生労働省は第二次健康日本21の中で、禁煙希望者が禁煙することを目標にして「2022年までに成人喫煙率を12%に下げる」数値目標を初めて掲げた。この目標達成のためにプライマリ・ケア医療者の果たすべき役割は大きい。

また、若年者がニコチン依存に陥らないように「最初の1本を吸わない」ために、タバコの販売戦略なども含めた十分な喫煙防止の情報提供も必要である。

当学会の「総合診療専門医が備えるべき臨床能力の例示」にも「地域で、地域住民を対象として、禁煙教室を開催できる」が示された。学校・職場などから禁煙・喫煙防止教育の要請を受ける機会も増えている。しかし、まだ必ずしもプライマリ・ケア医療者にそのノウハウが十分に浸透しているとは言い難い状況である。今回は当学会タバコフリー・ワーキンググループより「禁煙・喫煙防止教育の実際」を情報提供し、参加される皆様に各地域に持ち帰って実践していただきたいと考えている。

地域における禁煙・喫煙防止教育の場ですぐに役立つ資料配布も予定している。

集まれ！病棟総合医後期研修医
～病棟総合医研修の比較～

企画責任者：橋本 忠幸 (飯塚病院 総合診療科)
演者：竹内 元規 (藤田保健衛生大学 救急総合内科) 他

開催の目的

病棟総合医後期研修のプログラムについて、それを受けている後期研修医目線で議論し、より良いプログラムのあり方についてディスカッションをする。

概要

病棟総合医としてのプログラムは統一されたカリキュラムや到達目標はまだない。総合診療・総合内科の後期研修を行っている病院の中から様々な特徴的な病院を選び、所属する後期研修医またはスタッフからカリキュラム、特色、改善点を発表する。その発表内容を元に参加者でグループディスカッションを行い、どういったカリキュラムが今後病棟総合医として必要かをディスカッションしたい。

インタレストグループ5 (公募企画)

「コンピテンシーに基づいた家庭医療の後期研修目標を考える」～コンピテンシーの視点から、家庭医療後期研修プログラムの到達目標について語り合おう！～

企画責任者：成島 仁人（三重大学 総合診療科・家庭医療学 特定医療法人暁純会 津ファミリークリニック）

講師・ファシリテーター：玉井 杏奈（台東区立台東病院総合診療科）他

開催の目的

現在、経験数ベースで論じられていることの多い日本の医学教育について、アウトカムベースで議論する文化へと変えていくためのセッションを行う。その一例として、ACGME マイルストーンを紹介しつつ、日本の家庭医療後期研修におけるコンピテンシーのあり方を議論する。

対象

中間管理職である若手の家庭医療専門医レベル（50代以上の組織トップというよりは New faculty 向け）

目標

- ・マイルストーンを用いた評価表について理解する
- ・参加者の各施設で研修到達目標を設定する際、当セッションを参考にすることが出来る

内容

1. マイルストーンやコンピテンシーの考え方を共有する。（一般的な learner evaluation の方法論にも触れる）
2. メンバーの所属組織で既に使用している、あるいは現在使用を検討している研修目標を共有する。（大学と非大学のプログラムとで各1つずつくらいを予定）
3. 2との比較をしながら、マイルストーンを実際に採用するか？どのような場面で使えるか？どうやって評価するか？などを小グループで議論する。
4. 自施設で採用すると仮定し、実際に具体的な研修目標を作ってみる。

*注：セッションの時間が60分間であるため、上記2, 3, 4については参加者の構成をみて取舍選択する予定。

インタレストグループ6 (公募企画)

地域で「気になる子」を支援するために

企画責任者：佐古 篤謙（社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 湯郷ファミリークリニック）

ファシリテーター：大門 友博（社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 湯郷ファミリークリニック）他

開催の目的

家庭医外来や乳幼児健診・学校医・園医活動などの現場で、診察を過度に怖がる、落ち着きなく動き回る、コミュニケーションが難しい、といった「気になる子」に出会うことが少なくない。このように学校・園や社会で不適応を起こしている子どもを、家庭医はどのように支援すればよいのだろうか。このIGでは、「気になる子」との関わりについての参加者の体験を共有し、地域での連携や支援における課題を抽出し、今後にむけての可能性をさぐってみたい。

「地域・コミュニティをケアする」ための Tips を紡ぎだそう！

企画責任者：中川 貴史（北海道家庭医療学センター（寿都町立寿都診療所））他
 講師：阿部 泰之（旭川医科大学病院 緩和ケア診療部）

開催の目的

地域・コミュニティケアを行う際に、我々プライマリケア従事者にとっての Tips（秘訣、コツ）を持ち帰り、ホームで試してみることができること。

～以下の方々におすすめ～

- すでに実践されている方…さらなるブラッシュアップ
- 初学者の方…地域・コミュニティケアの導入としての学び

概要

プライマリ・ケアを実践する我々にとって「地域・コミュニティケア」は重要な要素です。医療機関での診療のみならず、患者や家族の背後に広がる地域やコミュニティに対するケアを考え、住民と共に多職種で取り組む必要性が増してきています。

本セッションは毎年学術大会でインタレストグループとして企画させていただいています。今回も例年通りゲストスピーカーをお招きし、セッションの前半で地域・コミュニティの人々とのつながりの作り方についてご発言いただきます。後半にはフロアを交えてディスカッションをしながら、それぞれのホームで役に立つ Tips を紡ぎ出していきたいと思えます。これまでの地域での活動や経験に関わらず、どなたでもお気軽にご参加ください。

ゲストスピーカー

阿部泰之先生（旭川医科大学病院 緩和ケア診療部）
 緩和ケア診療を行う中、地域の医療者・介護者・福祉者のためのケア・カフェ代表を務められ、多職種がつながる場づくりのトップランナーとして活躍中の医師です。阿部先生は仲間とともにカフェのような雰囲気、ケアに携わる人が集まり、ケアについて語り合う「ケア・カフェ」を北海道旭川市で始められました。そのコンセプトを引き継いだ集まりは全国各地に広がっています。具体的な活動内容はケア・カフェのウェブサイトや facebook のファンページもご参照ください。

ジェネラリスト80大学行脚プロジェクト

企画責任者：杉谷 真季（独立行政法人 国立病院機構 東京医療センター 総合内科）
 ファシリテーター：堀 哲也（北海道家庭医療学センター）他

開催の目的

多職種協働の卒前教育について地域医療スタッフの皆さまと共に考え、次世代を担う医学生・医療系学生に対するアプローチについて検討・議論します。

概要

日本プライマリ・ケア連合学会は多職種が同じ席に着き、一緒に考え、活動する学会です。現在の地域医療は多職種との連携・協働なしには成り立ちません。そこで今回は、医学生・医療系学生に対する多職種協働のための卒前教育について、楽しく検討・議論したいと思います。これまで「ジェネラリスト 80 大学行脚プロジェクト」(<http://80angya.blogspot.jp>)に関わった方はもちろん、現場と未来のジェネラリスト・地域医療スタッフが会おう場づくりに関心がある方に集まっていただき、各地域でのジェネラリストや地域医療スタッフの育成に関するご意見や想い、これからへの提言やアイデアを広く集め、プロジェクトの運営姿勢や教育セッションの内容をより成長させる場をつくりたい。

◇「地域医療の実際を学生に伝えることにご賛同いただける」薬剤師・看護師・保健師・リハビリ職・介護職・臨床検査技師・MSW・ケアマネージャーなど地域医療スタッフの皆さま

◇「各地のジェネラリストと自分の大学で勉強会を作り上げてみたい！」医学生・医療系学生の皆さん

◇「プライマリ・ケアの実地医療を学生に伝える教育をご支援いただける」大学、各地域の基幹病院・小病院・クリニックで活躍されている先生方
 様々な立場の方にご参加いただき、ご意見をいただけることを願っております。朝早い時間で大変恐縮ですが、ぜひお越し下さい。

地域基盤型教育と当学会における今後の PCFM ネットの役割を考える

企画責任者：北西 史直（トータルファミリーケア北西
医院）

司会：松村 真司（松村医院）他

開催の目的

PCFM ネット1年間の活動を振り返り、今後の地域基盤型教育における PCFM ネットの役割、日本プライマリ・ケア連合学会での役割、そして自分にとっての役割をオフ会を兼ねて語り合い、今後の活動方針を考えたいと思います。

概要

PCFM ネット（プライマリケア・家庭医療の見学実習・研修を受け入れる診療所医師のネットワーク）は医学生実習を積極的に受け入れる診療所の横のつながりとして2000年にスタートしました。その後診療所での研修・実習は、初期研修、後期研修、コメディカル、高校生体験実習など広がっています。最近では若手家庭医の先生の次のキャリアとしても注目されてきました。世界の医学教育の中心は確実に地域の診療所・小病院の流れになってきています。次世代に向けた、今後の地域基盤型教育における PCFM ネットの役割、日本プライマリ・ケア連合学会での役割、そして自分にとっての役割をオフ会を兼ねて語り合いたいと思います。現在メンバーでなくても今後診療所で教育を始めたい方、診療所に送り出している立場の先生方、コメディカルの方も歓迎いたします。

ポスターセッション（国際キャリア支援委員会企画）

英国若手家庭医による発表

企画責任者：葛西 龍樹（福島県立医科大学 医学部
地域・家庭医療学講座）

開催の目的

日本プライマリ・ケア連合学会との「日英プライマリ・ケア交換留学プログラム」の一環として来日する英国家庭医学会（Royal College of General Practitioners: RCGP）の若手英国家庭医の発表によって英国の家庭医療事情を知り、グローバル・スタンダードで家庭医療を理解します。

概要

平成25年（2013年）度から始まった、日本プライマリ・ケア連合学会（Japan Primary Care Association: JPCA）とRCGPとの「日英プライマリ・ケア交換留学プログラム」の助成を受けて、今年もRCGPの若手英国家庭医5名が来日します。この機会に、それぞれの英国家庭医に英国家庭医療の最新の情報を発表してもらいます。英国の卒前・卒後教育、専門医資格（MRCGP）認定試験、そしてアカデミック家庭医についても知ることが出来ます。

発表ポスター自体は英文ですが、座長が適宜双方向の通訳を行うなど、日英双方の参加者へ出来るだけ配慮した進行に心がけます。多くの皆さんの積極的なご参加を期待します。

【セッション日時・会場】

5月11日（日）9：30～10：30

岡山コンベンションセンター 1F イベントホール

Severe hypercalcemia presenting in a young male with malignant lymphoma

Dai Shimizu, MD, Sho Nishiguchi, MD, Joel Branch, MD, Yu Suganami, MD, Izumi Kitagawa, MD, Eri Tanaka, MD

Department of Internal Medicine, Shonan Kamakura General Hospital, Kamakura, Japan

Abstract

We report a case of a 28-year-old male who presented with 10-days history of nausea and vomiting. On admission to the hospital, his vital signs were normal except for a temperature of 37.6° centigrade. Physical examination revealed episcleritis, a truncal blanching erythematous rash, and hepatosplenomegaly. Laboratory results revealed a leukocyte count of $12,800 \times 10^9/L$, total protein of 6.7g/dL, albumin of 3.7g/dL, blood urea nitrogen of 55.7mg/dL, creatinine of 5.94mg/dL, corrected serum calcium of 16.3mg/dL, intact parathyroid hormone (PTH) of 9pg/mL, and parathyroid related peptide of $<1.1 \text{ pmol/L}$.

Ultrasound sonography showed no thyroid or parathyroid gland abnormality. Computed tomography confirmed hepatosplenomegaly, in addition to multiple bone lytic lesions in the sternum, ribs, pelvis and vertebrae, respectively. Radioisotope accumulation via scintigraphy was seen in the cranium, ribs and pelvis. Hepatic and bone marrow biopsies were performed, and they revealed infiltration of CD20 positive atypical cells in the liver, and hypercellular marrow with CD20/79a positive atypical lymphocytes, respectively. This confirmed the diagnosis of diffuse large B cell lymphoma (DLBCL).

Osteolysis and hypercalcemia can be observed during the clinical course of DLBCL, but they are rare at the onset of the disease. We have found only two cases of DLBCL in which hypercalcemia was observed in such an early stage of the natural history. Over ninety percent of cases of hypercalcemia are caused by either primary hyperparathyroidism or malignancy. Therefore, hypercalcemia is a highly diagnostic clue in the primary care setting. Furthermore, if PTH is normal or low, tissue biopsy is still required to confirm the diagnosis, even if the patient is young.

FAMILY MEDICINE TRAINING IN SINGAPORE

MY Chia¹, K Sato², M Ng³

¹Resident Physician, Family Medicine Continuing Care, Singapore General Hospital

²Medical Doctor, Healthway Japanese Medical Centre, Singapore

³Consultant, Family Medicine Continuing Care, Singapore General Hospital, AdjAsst. Professor DUKE_NUS

BACK GROUND AND AIM

To chart the development of Family Medicine Training programme in Singapore.

Family Medicine was introduced into the undergraduate curriculum in 1987. It started as a 1 week programme at year two and later evolved into the current four-week programme with attachment to the primary care clinics.

Postgraduate Family Medicine training started in Singapore in 1971. With the help of the Australian College of General Practice, the first postgraduate examination leading to the award of Members of College of General Practitioner (MCGP) was held in 5th November 1972. The 15th and final MCGP exam was conducted in 1992.

The Ministry of Health (MOH), National University of Singapore (NUS), and College of Family Physicians Singapore (CFPS) started family medicine vocational training in 1988 as a tripartite effort. In 1991, the Graduate Medical School, NUS adopted family medicine training leading to the Master of Medicine in Family Medicine. The first examination was held in 1993. 9 out of 17 candidates were successful. In 2009, the Ministry of Health decided to embrace the United States (US) residency family physician three-year training programme.

Family Medicine training and learning is a life long journey. To facilitate this journey, the following programmes were developed: 1998: Fellowship of the College by assessment (FCFPS), 2000: Graduate Diploma in Family Medicine (GDFM), and 2004: Members of College by assessment (MCFPS).

CONCLUSION

There are currently 2 different tracks for the training of Family Physician to the consultant level (FCFPS) in Singapore. One route is through the college vocational training route (GDFM) and the other is through the Ministry Residency Training Programme.

Improvement in self-assessed ambulatory care skills among post-graduate young physicians

Nobutaka Hirooka MD, PhD, Yoritsuna Yamamoto MD, PhD, Yasuhiro Obuchi MD, PhD

Department of General Medicine, National Defense Medical College

[Background] Lack of ambulatory care training has been reported in the literatures despite that many of health issues are handled in the ambulatory settings. Appropriate curriculum for ambulatory training is also yet to be established. **[Objective]** We have assessed competence in perceived ambulatory care skills and satisfaction toward the ambulatory care training to fill the knowledge gap between ideal training and current training in the ambulatory settings. **[Method]** All of the first year postgraduate trainees rotating for the ambulatory care training provided by our department in National Defense Medical College Hospital in 2012 and 2013 (n=30 as of Dec. 25, 2013) were recruited. Participants were asked to evaluate 6 skills in ambulatory care (1; interview, 2; physical exam, 3; diagnostic reasoning, 4; therapeutic reasoning, 5; counseling, and 6; over all skill) and satisfaction toward the training. **[Results]** All of the six skills statistically significantly improved (all $P_s < .01$) after 3 months of training (skill1; 4.4→6.2, 2; 3.9→5.9, 3; 3.1→5.1, 4; 3.3→5.2, 5; 3.4→5.2, 6; 3.3→5.3, respectively). Although not statistically significant, there was a difference in satisfaction between high and low number of cases experienced during the training (7.2 VS 6.4, $p=.06$). **[Conclusions]** Ambulatory care training in a university hospital increases the perceived ambulatory care skills. Higher number of cases supervised by faculty seems correlated with higher satisfaction to the training.

MAYO MODEL OF COMMUNITY CARE

MARC TUMERMAN MD

Mayo Clinic Health System, U.S.A.

Mayo Clinic, perhaps best known as a premier multi-specialty health system that set the standard for the diagnosis and treatment of patients with complex medical conditions, is now focusing its attention and resources on understanding and delivering improved community population health. Mayo Clinic Health System (MCHS), the regional primary care division of the Mayo Clinic, is charged with creating a standardized system of community care that will meet the needs of the many communities it serves regionally and nationally. This new model, Mayo Model of Community Care (MMOCC), will need to be designed to meet the population health needs of its communities (the definition of which is still evolving in medical literature) while dealing with the shifting medical economic forces at work in our country. The focus at the business level will have to move from volume to value based, and at the medical level from individual health to community health. This model will move us from a physician-centric care delivery system to one that is team-based. These shifting forces and our incomplete understanding of the determinants of community health along with the uncertainties of healthcare finance will make this task difficult. The following will briefly outline the key elements of MMOCC and our plans to spread it throughout Mayo Clinic Health Systems.

Primary Care Behavioral Health

Kenneth Kushner, Ph.D.

Department of Family Medicine University of Wisconsin,
U.S.A.

Abstract

From its inception, the discipline of family medicine in the United States has placed great emphasis on the patient's psychological and social contexts in the delivery of clinical services. There are two reasons for this: First, in the U.S., primary care physicians provide more treatment of patients with psychiatric diagnoses than do psychiatrists or other mental health professionals. As a consequence, psychiatric conditions rank among the most frequent reasons for visits to family physicians in the U.S. Second, behavioral issues, such as diet, alcohol and tobacco consumption, are contributory to the etiologies of many chronic illnesses and successful treatment of these conditions may hinge on helping patients change their unhealthy behaviors.

In this presentation, I will describe a relatively new model of psychological service delivery developed specifically to assist primary care physicians address the psychosocial needs of their patients. This model is referred to as the "primary care behavioral health" model. It is characterized by the following components: 1) Mental health professionals work in the family medicine clinic as integral members of the health care team. 2) These professionals typically see patients on referral from physicians, ideally on a point-of-care basis (eg immediately after being seen by a physician). 3) They provide both consultations to physicians and brief interventions for patients. 4) Their records are entered in the electronic health record on par with those of family physicians. I conclude by discussing how this model was implemented in a family medicine residency clinic.

ランチョンセミナー1

プライマリ・ケアで診る前立腺がん ～専門医との連携を含めて～

赤倉 功一郎

独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）東京新宿メ
ディカルセンター泌尿器科

我が国の前立腺がん罹患数・死亡数は増加を続けている。2020年には前立腺がん罹患数は年間10万人に達し、胃がんをぬいて男性のがんで1番目になると予測されている。前立腺がんに対するPSA（前立腺特異抗原）スクリーニングの是非をめぐる意見が対立してきた。しかし、最近の研究を総合すると、PSAスクリーニングによって前立腺がん死亡が減少することは間違いないと考えられる。今後の課題は、治療を要しないがんを発見治療してしまう過剰診断・過剰治療の克服と経済性の問題である。

人口の高齢化、生活習慣の欧米化、PSA検査の普及などにより、前立腺がんが疑われて泌尿器科専門施設を受診する症例は増加している。しかし、PSA軽度上昇例のうち前立腺生検でがんが検出されるのは約30%にすぎない。そこで、PSA高値でがん陰性の症例を地域で適切かつ効率的に経過観察していくために、当院では2006年11月より地域連携クリティカルパスを作成し導入した。初期使用経験によれば、地域連携パスはPSA高値がん陰性患者を円滑に逆紹介するために有用であった。一方、がん対策推進基本計画により5大がん（肺、胃、肝、大腸、乳）の地域連携パスの整備が義務付けられた。東京都では、前立腺がんについても都内共通の地域連携パス（2種）を作成した。がん疑い患者用パス（前方連携）では、専門医が患者ごとにPSAの測定間隔と再紹介の基準を提示し、かかりつけ医はPSAの定期的測定と必要時の再紹介を担当することとした。がん患者用パス（後方連携）では、3ヵ月毎のPSA測定と排尿障害・副作用の診断とホルモン療法継続をかかりつけ医が行い、専門施設には12ヵ月毎に受診することとした。

急速に高齢化がすすむ我が国において、前立腺がんへの対応は急務である。今後は、適切な検診システムを構築し、地域のネットワークで前立腺がん患者および疑い例を支えていくことが求められる。

ランチョンセミナー2

HPV ワクチンの安全性と正しい予防接種の打ち方 について

中野 貴司

川崎医科大学小児科学

ヒトパピローマウイルス（Human papillomavirus, HPV）ワクチンは、2006年米国で4価ワクチンが登場し、2013年末現在120カ国以上で使用されている。国内では2009年12月に2価ワクチンが発売された。2010年11月「子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業」が閣議決定され、公費助成は全国に普及し、2011年8月には4価ワクチンも発売された。2013年4月の予防接種法改正により、HPV感染症はA類疾病に追加され定期接種となったが、その頃から接種部位以外における持続する疼痛が副反応として問題になり、2013年6月厚生労働省は「積極的な接種勧奨の差し控え」を決定した。2014年1月現在、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会及び薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）において継続審議されている。HPVワクチン以外にも、安全性に関する議論はしばしば行われてきた。マウス脳日本脳炎ワクチンと急性散在性脳脊髄炎（ADEM）（2005年5月～2010年4月、積極的勧奨差し控え）、Hibワクチンや小児用肺炎球菌ワクチンの同時接種と突然死（2011年3月、約1ヵ月間の接種見合わせ）は記憶に鮮明だが、接種は再開となり、副反応のモニタリングが継続されている。すべてのワクチンは、ヒューマンエラーによる健康被害が発生しないように、十分な知識と実践力で接種されるべきである。接種不適合者や接種要注意者を確認する予診から始まり、接種可否の判断と十分な説明を行い、同意を得たうえで接種する。誤接種を防止するために、予診票やワクチンのバイアルキャップ・ラベルの色にも注意を配る。皮下注射と筋肉注射では、用いる針の長さ、刺入の角度、接種部位にも差異がある。接種直後の迷走神経反射、頻度は低いながらも起こり得るアナフィラキシーへの対応も必要である。ワクチンの品質を確保するために、保管温度や遮光に配慮し、使用後のワクチン残液や注射針は医療廃棄物として適切に処分する。

上島 国利

国際医療福祉大学医療福祉学部

働く人々を取り巻く環境は年々厳しくなり、労働者が感じるストレスや疲労が増加し、メンタルヘルス不全に陥る就労者が増えています。なかでも、うつ病は主に抑うつ気分や意欲の減退を呈し、作業能率の低下、長期欠勤を引き起こし、職場復帰が困難となる状況の原因となっています。その社会復帰を支援することは、本人のみならず社会にとっても重要な課題であります。しかしながら、職場環境の急速な変化や新型うつ病のような多様化もみられ、従来の理解と対応でこれらの人々と接しても十分な治療効果が得られていないのが現状といえます。

今回は、職場環境の問題、職場におけるメンタルヘルスの実際、うつ病からの回復プロセス、並びに、復職の判断に際しての評価尺度の有用性、特に、最近使用され始めた自記式社会適応能力評価尺度 SASS (Social Adaptation Self-evaluation Scale)、自記式機能障害評価尺度 SDISS (Sheehan Disability Scale) による見分け方についてもわかりやすく説明します。

真弓 俊彦

産業医科大学医学部救急医学講座

プロカルシトニン (PCT) は、アミノ酸114~116個よりなるペプチドで、カルシトニンの前駆蛋白として、平時には甲状腺のC細胞で生成される。しかし、感染時には炎症性サイトカインにより誘導され、肺・腎臓・肝臓・脂肪細胞・筋肉といった全身の臓器で産生され、血中に分泌される。

海外では、多数の観察研究とその meta-analysis が行われ、PCTの細菌感染検出の有用性が報告された。その後、PCT値を用いた感染症治療(抗菌薬を開始/中止する判断にPCTを用いる)の観察研究、RCT、RCTの meta-analysis も報告され、PCT値を指標に抗菌薬を開始/中止することにより、PCTを用いない群と比し、死亡率は同等であったものの、抗菌薬投与期間や、総抗菌薬投与期間も短くなることが報告された。

日本でもPCTの有用性を評価する多施設研究が行われ、細菌感染と非細菌感染との鑑別をPCT、endotoxin、IL-6、CRPで比較したところ、ROC曲線でのAUCはPCT 0.84と、PCTが最良であったことや、PCTがCRPよりも、重症度とより相関することが報告されている。

このように、PCTは、1)感染後3時間程から上昇し、半減期が22時間程と長いこと、感染検出感度が高い。2)通常の血液検体でよく、検体処理が容易。3)20~30分程で迅速に結果が得られる。4)細菌の全身感染診断の非常に良いマーカーで、真菌やウイルス感染と鑑別できる。5)重症度とある程度相関する。6)治療の効果判定や抗菌薬の継続/中止の判断も可能。7)PCTを指標に抗菌薬の使用期間を短縮できる可能性があり、将来、耐性菌が減少することも期待できる。欠点としては、1)手術や熱傷などの感染以外の侵襲でも上昇し、偽陽性がある。2)逆に、局所の炎症では上昇しないことがあり偽陰性もある。

PCTは、感染症迅速診断に有用な画期的な診断法であり、臨床では必須の測定法となっている。講演ではこれらの概要について解説する。

頭痛診療におけるプライマリ・ケア医の役割
～片頭痛の見分け方と患者満足度の高い治療のコツ～

五十嵐 久佳

富士通クリニック 頭痛外来

頭痛は日常診療で遭遇する患者の訴えの中で最も多いものの一つである。頭痛の原因は多岐にわたるが、片頭痛は「30代女性の5人に1人は片頭痛」というほど有病率の高い疾患であり、頭痛発作中には動くと痛みが増強し、悪心・嘔吐、光・音過敏などの随伴症状を伴うため、仕事や家事の能率が著しく低下し、日常生活へ及ぼす影響は多大なものがある。「繰り返す頭痛」があり、市販薬の効果が少なく、困って受診する患者の多くは片頭痛と言っても過言ではない。

しかし、片頭痛は高率に頸や肩の凝り・痛みを伴うため、緊張型頭痛、肩こりによる頭痛と診断されたり、更年期障害、ただの頭痛、風邪と言われることも多い。さらに頭部CT/MRI検査を受け、「どこも悪くありません」と言われ、治療介入がなされないため、市販薬を飲み続け、服用過多により逆に頭痛が悪化する「薬物乱用頭痛」に陥ることも問題となっている。

片頭痛の治療の目的は、頭痛を改善し患者の日常生活の質を高めることであり、このためにはトリプタン等の片頭痛の特異的治療薬を上手に使うことが重要である。頭痛診療は患者教育、また医師と患者のコミュニケーションが重要な領域でもある。痛みは主観的なものであり、それを的確に聞き取り、患者の理解できる言葉で指導することも医師の役割である。例えば、服薬のタイミングは患者が症状を判断し決めるため、患者自身が疾患を理解し適切な対処を知る必要があり、それが治療効果にも大きく影響する。片頭痛を的確に診断し、治療していくために、片頭痛を見逃さないコツと診断・治療のポイント、また昨年改訂された「慢性頭痛の診療ガイドライン2013」、現在翻訳が進められている新診断基準「ICHD-3β版」についても紹介したい。

頭痛診療において、患者が最初に受診するプライマリ・ケア医の担う役割は大きい。本講演が明日からの診療の一助となれば幸いである。

AAAの第一発見者になるために

渡辺 弘之

東京ベイ・浦安市川医療センター

腹部第動脈瘤 Abdominal aortic aneurysm AAAは腹部第血管の局所が拡大する疾患である。リスクファクターは年齢、男性、喫煙、高血圧で、持続する高齢化社会のなかで、この疾患は増加する。血管の拡大は経時的に進行するが、この過程で自覚症状を認識することは稀である。症状が出るのは拡大した血管が破裂や解離につながった時だが、その死亡率は極めて高く全体の3/4に上る。すなわち1/2の症例は病院に到着する前に死亡し、全体の1/4は到着後に死亡する。AAAは予防が最大の治療である。しかし、同様に早期発見も重要な課題である。異常がわずかなうちに発見し、適切に管理し、破裂前に治療することでリスクを10分の1に減らすことができるからである。

このセッションでは、AAAの早期発見に必須で、簡単に明日からできるアクションを学ぶ。皆様の今後の診療に活かしていただければ幸いである。

加藤 雅明

森之宮病院心臓血管外科

腹部大動脈瘤は早期発見が重要な疾患である。これは破裂後の救命率と待機治療の救命率の間に圧倒的な差があるためである。破裂前に診断された動脈瘤は、そのサイズと形態により外科手術治療（人工血管置換術）、あるいは血管内治療（ステントグラフト内挿術）が考慮される。この領域において血管内治療が登場して以降、従来は手術不能とされた症例でも、血管内治療の低侵襲さゆえ、治療が可能となっている。今回の発表では、積極的治療の適応（タイミング）と成績、それに至るまでのfollow upについて概説する。

プライマリ・ケア医よ！ベンゾジアゼピン系抗不安薬を捨て心療の旅に出よう！

木村 勝智

みよし市民病院 第二内科・健診科

うつ病患者の90%以上は初診の際にプライマリ・ケア医を含む身体科医を受診するとされる。その一方で、プライマリ・ケア医の外来を受診する患者の約30~40%に何らかの精神障害が併存している。そうした患者の多くは、不眠やMUS (Medically Unexplained Symptoms: いわゆる身体不定愁訴) を訴え、プライマリ・ケア医を受診していると考えられ、抑うつ状態や不安障害である可能性が推察される。

うつ病や不安障害に対する薬物療法として、他の先進諸外国においては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI) といった抗うつ薬が第一選択とされている。しかしながら、わが国においては、プライマリ・ケア医による抗うつ薬の処方とは普及しているとは言えず、それに代わってベンゾジアゼピン系抗不安薬 (BZDs) が好んで選択されているのが実情である。BZDsは他の先進諸国においては、その効力が限定的であること、依存性が高く、認知症悪化や筋弛緩作用を介した転倒・骨折のリスクを有することから、その処方は強く制限されると同時に、限定的なものになっているにもかかわらず、わが国においてはそうした情報が広く共有されているとは言い難い。未だに他の先進諸国の10倍以上のBZDsが処方されていることは、もはやスキャンダルと云って良いレベルではないか。

本ランチョンセミナーでは安易なベンゾジアゼピン系抗不安薬の処方に警鐘を鳴らすと同時に、プライマリ・ケア医が抗うつ薬をはじめとする向精神薬を処方する際のコツや注意点について実践的に話したい。

逃げない医療 ~漢方の力~

渡辺 賢治

慶應義塾大学環境情報学部 / 医学部兼任

わが国の高齢化は急速に進行し、4人に1人が65歳以上となった。限界集落を迎えた地方は国土の保全さえままならなくなっている。近い将来に高齢化の波は首都圏に及び、日本全体が未曾有の超高齢社会を迎える。医療費の高騰は止まらず、やがて国家予算の半分以上が社会保障に費やされる時代が来ると予想されている。今までの延長上には持続する日本の将来像を描くことは困難である。今こそ医療そのものの大転換が必要である。

その中で漢方に何ができるであろうか？まずは漢方の特長について説明したい。漢方の特長はなんと言っても「病気ではなく人を診る医療」である。すなわち生体を一つの有機的システムと捉え、それに対応する漢方薬をマッチングさせる。漢方薬も複合生薬から成るシステムなので、病んだ生体に対して一つの漢方薬が対応するのが原則である。

その結果、漢方外来にはありとあらゆる疾病の患者さんが性別・年齢を問わず受診される。そして決して「自分の専門でないから診ない」と断ることはない。その意味において「逃げない医療」である。また、どんな難治性疾患でもあきらめずに治療を継続する。煎じ薬で処方する場合には、200の生薬の中からいくつかの生薬を組み合わせる治療を行うが、その組み合わせは無数にある。経過が思わしくない場合、もっとよい組み合わせの治療があるのではないかと自問自答を続けながら、調整を続けていく。決して「あきらめない医療」なのである。癌はじめ難治性疾患においては治すことが困難な場合が多いが、それでも癒すことができるのも漢方の特長である。最後まで「寄り添う医療」である。

このように見えてくると家庭医療と漢方には共通点が多いことがわかりいただけるであろう。今後持続可能な日本社会を構築していくためには、家庭医療と漢方との協力体制の強化が不可欠だと信じている。本講演が次世代を担う若手医師育成のための教育の相互乗り入れを行う第一歩となることを願っている。

薬剤耐性菌を考慮した小児急性中耳炎治療—プラ
イマリケアに今求められるペニシリンの高用量短
期療法

工藤 典代

千葉県立保健医療大学 健康科学部 栄養学科

38度以上の発熱が3日間持続し、熱を主訴として小児科を受診した0歳児の69%、1歳児の41%、2歳児の58%に急性中耳炎が生じていた、という報告（末武ら1993年）にみられるように、下がらない熱と急性中耳炎の関係は以前から指摘されていた。筆者も「鼓膜切開をして膿を出すと熱が下がるよ」と教育を受けていた。

それまでの経験的な治療から、エビデンスに基づいた治療が求められるようになり、我が国では2006年に日本耳鼻咽喉科学会関連の3学会により、「小児急性中耳炎診療ガイドライン2006年版」が作成され、2009年版、次いで2013年版が公表されている。そこには推奨される抗菌薬治療が呈示され、鼓膜切開など抗菌薬治療以外の治療についても位置づけがなされている。抗菌薬治療を行う際には、まず起炎菌を知ることが重要である。急性中耳炎の多くは鼻腔のウイルス感染が先行し、次いで耳管経路で中耳に細菌感染が生じ発症する。2大起炎菌は肺炎球菌とインフルエンザ菌であるが、肺炎球菌ではPISP、PRSPといわれるペニシリン耐性菌が増加し、75%程度を占めている。一方、インフルエンザ菌はβラクタマーゼ非産生アンピシリン耐性菌（BLNAR）が増加し、約50%を耐性菌が占めている。

急性中耳炎の治療には抗菌薬治療が重要となるが、「抗菌薬使用のガイドライン」によると、抗菌薬治療の適正使用の基本的な考え方は、「不必要な抗菌薬使用をしないこと、有効な抗菌薬を高用量短期間投与すること」である。上記2菌種を起炎菌とする感染症に対する抗菌薬治療の第一選択薬はアモキシシリンである。我が国の急性中耳炎診療ガイドラインでは、中等症の場合、第一段階治療はAMPC高用量3日間投与としており、米国の急性中耳炎診療ガイドラインでもAMPC 80~90mg/日の分2投与が推奨されている。

新規経口抗菌薬が期待できない現在、AMPC高用量投与による抗菌薬治療を感染症治療の基本としていきたい。

市中病院の小児科医が考える現代のインフルエ
ンザ診療

田中 敏博

J A 静岡厚生連静岡厚生病院小児科

インフルエンザウイルス感染症（以下、インフルエンザ）の診療はもうずっと前から、迅速検査キットで診断し、抗インフルエンザ薬を処方するという段取りが当たり前だったような気になってしまいがちであるが、実際にはたかだかここ15年ほどの話である。約100年前の大流行の際は「カゼ」であったし、昭和の時代は「流行性感冒」、略して「流感」と呼ばれていたものが、この15年を経て、「インフルエンザ」という、今や子どもから大人まで皆が知っている称号でその地位を確立した。

迅速検査キットの性能の向上には目を見張るものがあり、我が国ではその種類も豊富である。抗インフルエンザ薬については實際上、ノイラミニダーゼ阻害薬と同義と考えてよいが、内服、吸入、点滴静注薬と、計4種類も使用可能な国は世界において我が国だけである。

では、我が国のインフルエンザ診療は、真に世界最高水準にあるのだろうか。確かに、2009年のいわゆる「新型インフルエンザ」の流行時には、世界的に見て圧倒的に低い死亡率であったとされる。しかしその一方で、周囲の状況や本人の症状や所見から明らかにそれとわかっていても希望にしがたって検査する、結果が陰性でも念のためと称して/希望にしがたって抗インフルエンザ薬を処方する、こんな、およそ他の疾患の診療においてはあり得ないやりとりが、インフルエンザ診療の現場ではまかり通っているのが現実である。100%の精度ではない迅速検査の結果に一喜一憂し、そもそも自然治癒するウイルス感染症であるインフルエンザに、静ウイルス的作用しかないノイラミニダーゼ阻害剤がないとどうかなってしまうのではないかと患者も医療従事者も振り回されている現状は、混乱以外の何物でもない。

インフルエンザの診断と治療の領域における進歩が顕著であったこの15年間に、インフルエンザに関連した医療費が増大し、診療に関わる混乱が深化した。この事実を、市中病院の小児科医の視点で振り返り、反省し、どうしたらよいか、考えてみたい。

誤嚥性肺炎における週末からの経口摂取再開が診療へ及ぼす影響

見坂 恒明¹ 岡山 雅信² 隈部 綾子¹ 南 建輔^{1,3}
 武田 孝一¹ 二宮 大輔¹ 上田 祐樹¹ 高橋 毅⁴
 竹島 太郎² 松村 正巳¹ 梶井 英治²

¹自治医科大学地域医療学センター総合診療部門

²自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門

³公立豊岡病院総合診療科 ⁴湯沢町保健医療センター

【背景】誤嚥性肺炎では人手が手薄な週末の経口摂取再開は躊躇されやすい。しかし、このことが診療へ及ぼす影響は不明である。

【目的】誤嚥性肺炎患者の経口摂取開始曜日と入院期間、入院中の再誤嚥による経口摂取中止及び死亡との関連を検討した。

【方法】研究デザインは過去起点コホート研究である。自治医科大学附属病院総合診療部（2007-2012年）、公立豊岡病院総合診療科（2011-2012年）、湯沢町保健医療センター（2010-2012年）に誤嚥性肺炎で入院し、経口摂取を再開できた患者392名（男性260名、平均年齢79.3±13.1歳）を対象とした。経口摂取を土-月曜日に再開した群（WE群）と火-金曜日に再開した群（MW群）において、年齢、肺炎の重症度に関するパラメーター（入院時の意識障害、CURB-65 score 及び A-DROP score、胸部X線写真上の陰影の広がり、performance status、菌血症の有無、人工呼吸器管理の有無）、入院から解熱までの期間、入院から食事摂取までの期間、全入院期間、再誤嚥による経口摂取中止及び死亡の比較を行った。（有意水準： $p<0.05$ ）

【結果】WE群は全入院期間（WE群 17.7±15.4日、MW群 25.5±23.6日）、入院から食事摂取までの期間（3.2±3.4日、5.0±6.2日）は有意に短く、再誤嚥による経口摂取中止は有意に少なかった。全入院期間、再誤嚥による経口摂取中止を目的変数とした多変量解析（モデルに入院から食事摂取までの期間を含む）でも、土-月曜日の経口摂取再開は有意な説明変数であった。

【結語】誤嚥性肺炎患において経口摂取が可能であると判断すれば、週末でも躊躇せずに経口摂取を再開する方が、診療上有益であることが示唆された。

外来診療における、患者満足度・患者中心性と医師満足度の関係

北村 大¹ 岡 知加² 竹村 洋典³

¹三重大学医学部附属病院・総合診療科

²三重大学医学部

³三重大学医学部大学院医学系研究科・家庭医療学

目的：

患者中心性の高い診療を受けると患者は診療に対しての満足度が高いことが先行研究より明らかにされている。しかし、患者自身が患者中心性の高い診療を受けて、その診療に満足しているかを、診察医が分かっているかどうかは明らかになっていない。医師自身の診療への満足度と、患者の診療満足度のあいだに、医師満足度と患者中心性のあいだの関係性を調べた。

方法：

横断研究。病院・診療所の総合診療科・家庭医療科の外来で、診察を受けた医師・患者に対して、質問紙を実施した。医師・患者の双方が、当該の診察後に診察内容を振り返って質問紙に回答した。

患者からは、患者中心性・患者満足度を含んだ質問紙で患者満足度と患者中心性を測った。医師からは、医師の診療満足度を測定する質問紙を用いた。これらの質問紙は、信頼性・妥当性の担保されたものであった。患者側・医師側の質問紙の回答結果を統計的に解析した。

結果：

研究対象者。医師21名（卒業年数：平均12.14年）、患者93名（平均年齢60.25±19.4歳、男性38名、女性55名）。

医師の回答を、医師の満足度の高い群（A）と低い群（B）に分けた。A、Bの2群では患者満足度の総点において統計学的な有意差がみられた（（A）91.3±9.47点、（B）85.3±18.6点、 $p=0.0001<0.05$ ）。しかし、これらの2群では、患者中心性についての統計学的な有意差は得られなかった。

結論：

医師満足度が高い群では、低い群に比べ、患者満足度が有意に高値であった。医師の実感する診療満足度が、患者の実際の満足度を推察するのに有効である可能性が示唆される。

家庭医療後期研修医を対象とした ITE (In training examination) の開発；妥当性・信頼性の評価と受験者・作成者への影響の検証 第3報

春田 淳志^{1,2} 渡邊 隆正³ 錦織 宏⁴

¹東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター

²王子生協病院 ³北足立生協診療所

⁴京都大学医学教育センター

＜背景/目的＞これまで診療の構造を問うような ITE は開発されておらず、過去2年間 ITE を作成し評価プロセス等を明らかにしてきた。2013年はこの結果を踏まえさらに ITE の開発・検証を行ったため報告する。
 ＜方法＞受験者は9つの家庭医療プログラムの後期研修医計49名であった。試験の妥当性は内容・プロセス・信頼性・結果が与える影響 (Dowling, 2003) に分け、プロセス管理をする ITE 委員4名と事務1名、試験を作成する家庭医療専門医資格を持つ臨床経験15年目以下の指導医7名、9つの協力施設の ITE 責任者に評価を依頼した。試験は MEQ (Modified essay question) の形式をとり、作成者向けの WS と作成ガイドを準備し、採点に関しては採点日を1日設けるようにし、全プロセス終了後に ITE 委員によるリフレクティブミーティングを行った。内容・プロセス・影響に関しては受験者・ITE 委員・作成者・協力施設責任者にインタビューとアンケートを実施。信頼性に関しては全・各領域の Cronbach alpha を算出した。
 ＜結果＞内容は概ね妥当と評価され、事前の WS と作成ガイドにより委員の負担は減少したが、「他の作成者の領域の採点が大変だった」など採点の負担が認められた。また全 MEQ の Cronbach alpha は 0.743 であったが、各領域の Cronbach alpha は 0.40～0.83 とばらつきが認められた。受験者からは、「前年度の結果と比較して自身の成長が確認できる」などの意見を認め、作成者からは時間と手間がかかる反面、「診療の内省とそれを整理する場」として機能したことが分かった。
 ＜考察＞3年間の実践にて比較的妥当性が高い ITE を開発することができた。一方で MEQ の限界である信頼性のばらつきに関しては改善が必要であり、今後は他の評価を組み合わせた検証等を行う必要があると思われた。

一般内科病棟患者における、入院時栄養評価 (MNA-SF) と臨床的転帰に関する前向きコホート研究

佐藤 健太

北海道勤医協札幌病院

【背景】高齢化が進み退院調整に難渋するケースが増えてきている。回復期リハビリテーション・在宅ケア領域では栄養評価と臨床的転帰との関連が示されているが、内科急性期領域における両者の関係は不明確である。そこで本研究では、一般内科病棟入院患者における、簡便な栄養評価指標「Mini Nutritional Assessment Short Form (以下 MNA-SF)」による栄養評価と転帰との関係を検討した。

【方法】2013年7月1日から10月31日までに勤医協札幌病院一般内科病棟に入院した連続全症例を対象に、前向きコホート研究を計画した。入院時栄養評価は MNA-SF (総得点を元に栄養良好・At risk・低栄養の3群に分類) で行い、交絡因子として患者背景 (年齢・性別・BMI)、入院目的 (感染症・臓器不全・代謝内分泌疾患・廃用症候群リハビリ等)、入院時血液データ (Alb・CRP・総リンパ球数)、NST 介入の有無を測定した。主要アウトカムは入院後新規に発生した合併症発生率 (感染症、臓器不全、せん妄、転倒、癌診断、死亡の複合エンドポイント)、副次アウトカムとして在院日数、自宅退院率も評価した。

【結果】198名 (男性42.2%、平均年齢75.5歳、平均 BMI 21.4) を解析した。MNA-SF 評価で栄養良好群・At risk 群・低栄養群に該当したのはそれぞれ 84・49・64名 (42.9・24.7・32.3%) だった。MNA-SF 各群での合併症発生はそれぞれ 2・13・64件 (0.06・0.34・0.52件/1000人・日)、平均在院日数は 9.1・16.1・24.8日、自宅退院率は 98.8・81.6・57.8% だった。

【結論】内科急性期領域においても、入院時の栄養評価結果が悪い患者群では入院後急変発生率が高いことや、早期退院や自宅退院が困難であることとの関連を示せた。

Polypharmacy と低栄養状態は在宅医療早期終了のリスク

阿部 計大^{1,2} 小嶋 一¹ 星 哲也^{1,2}¹手稲家庭医療クリニック ²手稲溪仁会病院

【背景】

在宅医療の導入後、早期に再入院を余儀なくされる症例が散見される。その度に患者や家族、主治医に多大なストレスを生じている。そこで、在宅医療の継続を妨げ得る要因を調べる必要がある。

【目的】

1. 在宅医療導入後、想定外の入院や施設入所（以下、ドロップアウトと記載）までの期間に影響を及ぼすリスク因子を特定すること。
2. 在宅医療導入後、3ヶ月未満でドロップアウトするリスク因子を特定すること。

【デザイン】

症例対照研究

【対象】

手稲家庭医療クリニックにて2009年11月1日から2012年11月30日に定期訪問診療を導入した症例の中で、グループホーム入所中の症例を除いた105症例。

【方法】

カルテレビューにて患者の基本情報（年齢、性別）、既往（褥瘡、心血管疾患、脳血管疾患、呼吸器疾患、誤嚥性肺炎）、疾患の有無（悪性腫瘍、認知症、骨粗鬆症）、訪問看護の導入有無、医療機器の使用、主な介護者の人数と性別、栄養状態（血清総蛋白値・アルブミン値）、クリニックからの移動距離、内服薬数、訪問診療の継続期間を調査し、多変量解析を行った。

【結果】

105例の中で62例（59%）は何れかのタイミングでドロップアウトしていた。

1. 悪性腫瘍に罹患していること (hazard ratio: 2.57, 95% CI: 1.47-4.48) は早期ドロップアウトの原因だった。また、非悪性腫瘍患者に限った場合、アルブミン値<2.9 g/dl (hazard ratio: 0.32, 95% CI: 0.12-0.87)、10種類以上の内服薬を飲んでいる場合 (hazard ratio: 3.24, 95% CI: 1.43-7.31)、胃瘻等の医療機器を使用していない場合 (hazard ratio: 0.33, 95% CI: 0.11-0.95) は早期にドロップアウトした。

2. 血清総蛋白値<5.8 g/dl の場合 (odds ratio: 6.82, 95% CI: 1.90-24.5) と10種類以上の内服薬を飲んでいる場合 (odds ratio 9.45, 95% CI: 1.00-89.3) が3ヶ月未満のドロップアウトリスクだった。

【結論】

低栄養状態や10種類以上の内服薬を飲んでいることが在宅医療から早期にドロップアウトするリスクである可能性が示唆された。

中年男性における睡眠時間と脂質異常症の新規発症リスク

衣畑 成紀^{1,2} 林 朝茂² 佐藤 恭子²
上原 新一郎² 大上 圭子³ 圓藤 吟史²
神戸 泰³ 福田 莞爾³¹大阪市立大学医学部附属病院総合診療センター²大阪市立大学大学院医学研究科産業医学分野³西日本電信電話株式会社関西健康管理センター

【背景】 短時間睡眠が死亡、心血管イベント、肥満、高血圧症、糖尿病の危険因子であるという報告はあるが、脂質異常症の各脂質との関係を示した前向きコホート研究はない。

【目的】 睡眠時間と低 HDL コレステロール (HDL-C) 血症、高トリグリセライド (TG) 血症、高 LDL コレステロール (LDL-C) 血症、高 non-HDL コレステロール血症、高総コレステロール (TC) 血症との関係を6年間の前向きコホート研究で検討した。

【方法】 対象は健康診断をうけた40～55歳の男性で、糖尿病がなく、脂質降下剤を服用していなかった8766人。脂質異常症の定義は、Adult Treatment Panel III guideline に従い、低 HDL-C 血症は HDL-C<40mg/dL、高 TG 血症は TG ≥ 200mg/dL、高 LDL-C 血症は LDL-C ≥ 160mg/dL、高 non-HDL-C 血症は non-HDL-C ≥ 190mg/dL、高 TC 血症は TC ≥ 240mg/dL とした。睡眠時間は5時間未満、5～7時間、7時間以上の3群で検討した。解析はCox 比例ハザードモデルを用い、登録時の年齢・BMI・喫煙状況・飲酒量・運動習慣の有無・高血圧症の有無で補正した。

【結果】 低 HDL-C 血症に関しては、37294人年の観察期間で1022人が発症し、1000人年あたりの発症率は5時間未満、5～7時間、7時間以上で各々37.8、27.7、19.4であった。また多変量補正後のハザード比は、5時間未満を対照とすると5～7時間では0.79 (95% 信頼区間0.64-0.97)、7時間以上では0.62 (0.46-0.83) であった。同様に高 TG 血症に関しては、32363人年の観察期間で1473人が発症し、1000人年あたりの発症率は5時間未満、5～7時間、7時間以上で各々59.6、44.1、47.3であった。多変量補正後のハザード比は、5時間未満を対照とすると5～7時間ではハザード比が0.81 (0.68-0.98)、7時間以上では0.90 (0.71-1.13) であった。高 LDL-C 血症、高 non-HDL-C 血症、高 TC 血症の発症に関しては有意な関係は認めなかった。

【結論】 中程度～長時間睡眠は短時間睡眠と比べ、低 HDL-C 血症と高 TG 血症の発症リスクを低下させた。

プライマリ・ケア診療で有用な菌血症予測ルールの開発と検証

～誰に血液培養を施行すべきか？～

竹島 太郎^{1,2} 野口 善令³ 山本 洋介^{2,4}
 牧 信行⁵ 宜保 光一郎⁶ 次橋 幸男⁷ 土井 朝子⁸
 山崎 新² 梶井 英治¹ 福原 俊一^{2,9}

¹自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門

²京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医療疫学分野

³名古屋第二赤十字病院総合内科

⁴京都大学医学部附属病院臨床研究総合センター

⁵静岡県立総合病院総合診療科

⁶沖縄県立中部病院救命救急科

⁷天理よろづ相談所病院総合診療教育部

⁸神戸市立医療センター中央市民病院総合診療科、感染症科

⁹福島県立医科大学臨床研究イノベーションセンター

【背景】菌血症の予後は不良であり、初期診療において菌血症の見逃しは最小限にすべきである。本研究では、簡易に測定できる臨床上の指標を用いて、感度を優先した菌血症の予測ルールを作成することを目的とした。

【方法】研究デザインは多施設共同観察的診断研究である。対象は2011年4月から2012年3月に4市中病院の救急外来を受診し血液培養を施行した16歳以上の症例である。3病院の症例 (derivation set) で予測モデルを作成し、1病院の症例 (validation set) で external validation を評価した。まず、予測変数の候補を病歴、バイタル、身体所見、血液検査所見から選定し、血液培養で判定した菌血症の有無を従属変数とするロジスティック回帰モデルに投入した。 $p < 0.05$ の変数を予測ルールに用い、スコアはモデルの β 係数を整数化した値を合計して算出した。続いて、得られたスコアで4群に分け、各群での実際の菌血症の割合を求めた。また、予測モデルの識別力を area under the receiver operating characteristic curve (AUC)、検査特性を感度、特異度、尤度比で示した。

【結果】解析対象は derivation set 1515例、validation set 467例で、菌血症はそれぞれ242例 (16.0%)、87例 (18.7%) であった。予測ルールは11の予測変数を含み、取りうる最大値は17点、中央値4点であった。予測変数とそのスコアは、悪寒・戦慄が3点、体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 、収縮期血圧 $< 90\text{mmHg}$ 、腹部圧痛、CRP $\geq 10\text{mg/dL}$ が各2点、年齢 ≥ 65 歳、嘔吐、意識障害、白血球数 $\geq 15000/\mu\text{L}$ 、血小板数 < 15 万/ μL 、BUN $\geq 20\text{mg/dL}$ が各1点であった。スコアで4群に分類すると、実際の菌血症の割合は low (スコア合計0-2点) 1.2%、intermediate (3-5点) 9.7%、high (6-8点) 31.3%、very high (≥ 9 点) 63.6% であった。また、AUCは derivation set で0.81 (95%CI, 0.78-0.84)、validation set で0.73 (0.67-0.79) であった。検査特性は、スコアの合計3点以上で感度0.98 (95%CI, 0.95-0.99)、特異度 0.29 (0.26-0.31)、陽性尤度比 1.38 (1.32-1.43)、陰性尤度比 0.06 (0.02-0.17) であった。

【結論】11の臨床指標で構成された識別力が良好で感度が高い菌血症の予測ルールを作成した。この予測ルールは菌血症の確定診断には適さないが、初期診療において菌血症の除外に役立つであろう。

暮らし仕事と40歳以下2型糖尿病についての研究 (民医連 T2DMU40スタディ第5報)：糖尿病コン トロールに影響する社会経済的要因分析

松本 久¹ 伊古田 明美² 伊藤 浩一³ 大澤 亮⁴
 沖本 久志⁵ 清水 信明⁶ 辻村 文宏⁷
 富永 さやか⁴ 福田 洋⁸ 舟越 光彦⁹
 三浦 次郎¹⁰ 宮城 調司³ 筋 也寸志⁴

¹社会医療法人芳和会くわみず病院内科

²勤医協中央病院内科 ³中野協立病院内科

⁴石川勤労者医療協会城北病院内科

⁵坂総合病院糖尿代謝科 ⁶上伊那生協病院内科

⁷名南病院内科 ⁸順天堂大学医学部総合診療科

⁹千鳥橋病院内科 ¹⁰京都保健会吉祥院病院内科

【目的】20歳以上40歳以下の2型糖尿病患者の血糖コントロールの良否に影響する社会経済的要因を分析した。
 【方法】全日本民主医療機関連合会加盟の医療機関に受診中の20歳以上40歳以下の2型糖尿病患者の2012年6月から7月にカルテの調査とアンケートを実施。調査時点のHbA1C < 7をコントロール良好群、HbA1C ≥ 7をコントロール不良群とした。両群間での社会経済的要因、ヘルスリテラシー関連項目について比較・検討を行った。【結果】登録医療機関96。登録者数782 (男525/女257) 人。年齢34.7 (男34.8/女34.5) 歳。診断から調査までの期間：男5.9年/女7.1年。調査時BMI：29.39 (737人中)、男29.34 (496人中) /女29.48 (241人中)。良好群と不良群の有意差を認めたのは、年齢 (良好群/不良群：34.3/35.0歳、 $P=0.03$)、初診時HbA1c (9.3/9.9, $P=0.003$)、夕食外食回数 (1.3/1.7, $P=0.018$)、1日の睡眠時間 (6.4/6.2, $P=0.035$)、仕事日の睡眠時間 (6.3/6.0, $P=0.004$)、喫煙年数 (15.6/17.0, $P=0.043$)、1月の医療費 (6584/8785円, $P<0.001$)。糖尿病の家族歴 (Odd=1.578, $P=0.01$)、2か月以上未受診 (Odd=1.608, $P=0.021$)、定期的受診 (Odd=2.800, $P<0.001$)、22時以降の食事 (Odd=2.138, $P=0.001$)、朝食抜き (Odd=1.696, $P=0.01$)、0時以降の就眠 (Odd=1.605, $P=0.015$)、運動習慣 (Odd=0.585, $P=0.002$)、自覚的健康度 (2.79/2.41, $P<0.001$)、健康改善の計画行動 (3.35/3.01, $P<0.001$)。多項ロジスティック回帰分析では、診断年齢、年齢、家族歴、定期的な受診、22時以降の食事、1日の睡眠時間、1月の医療費、医療費の負担感、自覚的健康度、健康改善の計画行動が有意な要因として残った。【考察】1) 診断年齢が早く年齢が高いほどコントロール不良の傾向にある。2) 中断せず定期的受診が重要。3) 遅い夕食、短い睡眠時間が悪影響。4) 医療費およびその負担感が影響。5) 健康改善に向かう計画行動の強さが重要であった

糖尿病合併脳血管障害発症の前後のパラメータの 検討 一日々の外来診療でその発症を予測するこ とは可能かー

丹村 敏則

愛知厚生連知多厚生病院

【緒言】演者は糖尿病患者が脳血管障害発症の1週間前から血圧が急上昇し、デイサービス施設からの情報を参考にして、身体的変化を前日の定期受診時に確認し、降圧剤開始し、翌日の脳出血を軽症にできたと推測された症例を既に報告した (第45回日本糖尿病学会中部地方会)。そこで、今回、糖尿病合併脳血管障害の発症の予測とその対策が可能かということを検討した。【方法】平成24年1月1日～平成25年9月30日までに (21か月間)、糖尿病合併脳血管障害で当院の脳神経外科に入院し、過去の経緯が確認できた例18人を対象とした。内科定期受診は4～6週ごとに行われ、発症日から遡り1回前の内科定期受診日を「前回」、同じく2回前を「前々回」とした。入院後、翌日のデータを「翌日」、2～3日後の採血を「後日」とした。これらについて血圧、電解質、HbA1C等について検討を行った。【結果】18人のうち男性13人、女性5人。年齢74.9 ± 12.4歳 (60～94)。脳血管障害内訳は、TIA：1人 (男1、女0)、心原性塞栓：1人 (男0、女1)、ラクナ梗塞：2人 (男1、女1)、脳梗塞：8人 (男7、女1)、脳出血：6人 (男4、女2)であった。血圧 (mmHg) は全体では収縮期血圧が発症日は前々回、前回に比較して有意に ($p<0.01$) 高値であった。脳梗塞と脳出血を比較すると発症日は脳出血が脳梗塞よりも有意に ($p<0.05$) 高値であった。拡張期血圧は発症日は前々回、前回に比較して有意に ($p<0.01$) 高値であった。血清Na (mmol/L) は発症日は前々回、前回に比較して有意に ($p<0.05$, $p<0.01$) 低値であった。血清K (mmol/L) は発症日は前回に比較して有意に ($p<0.05$) 低値であった。HbA1cは前後で有意な差は認めなかった。【結語】糖尿病合併脳血管障害発症の前兆について予測検討したところ、発症直前に血圧、電解質異常が生じる可能性が示唆され、その対策を講じる上で手がかりになると考えられた。これらから、デイサービス等のケア施設と医療施設の連携が脳血管障害の予防、軽症化につながる可能性が考えられた。

糖尿病患者の歯が危ない －残存歯数調査から見たこと－

布施 克也 石黒 創 佐藤 幸示 高野 久美子
若木 深雪 大橋 麻紀 滝沢 貞子 上原 喜美子

新潟県立小出病院

【はじめに】糖尿病患者は歯周病の合併が多く、残存歯数が少ないと言われている。糖尿病患者の歯科保健実態を知るために、当院通院患者の残存歯数調査を行ったので報告する。

【方法】当院内科外来通院患者を対象に、残存歯数・抜け始め年齢・喫煙歴・肺炎の既往歴を聴き取りした。

【結果】糖尿病患者（NGSP 値で HbA1c>6.5 および薬物治療をしているもの）341名（以下 DM 群）および非糖尿病患者306名（以下非 DM 群）から有効回答を得た。DM 群は男性186例（平均65.6歳）、女性155例（平均70.5歳）で、平均罹病期間は15.68年であった。DM 群の直近の HbA1c は $6.8\% \pm 1.5\%$ （NGSP）であった。非 DM 群は男性137例（平均72.5歳）、女性169例（平均72.3歳）で、基礎疾患の内訳は、高血圧症189例、脂質異常症48例、COPD および気管支喘息73例（重複あり）などであった。両群の平均残存歯数は（非 DM 群 vs DM 群）、40代（27.1 vs 24.7）、50代（26.0 vs 16.6）、60代（19.4 vs 13.3）、70代（15.9 vs 10.8）、80代（9.7 vs 7.3）であった。喫煙の影響を50-74歳の男性の平均残存歯数でみると（非喫煙者 vs 喫煙・過去喫煙者）、非 DM 群（23.5 vs 15.1）、DM 群（14 vs 10.3）で、両群ともに喫煙者・過去喫煙者は残存歯数が少なかった。残存歯数に両群とも明らかな性差は認めなかった。また肺炎の既往について両群間で明らかな差は認めなかった。

【まとめと考察】DM 群は非 DM 群に比して明らかに残存歯数が少なく、より低年齢から歯牙を失っていた。両群ともに喫煙は大きな危険因子であった。これらの結果は糖尿病療養指導における歯科保健指導の重要性を示唆するものであり、口腔ケアチームと連携した指導と、いっそうの医科歯科連携の推進が必要であると考へた。

暮らし・仕事と40歳以下2型糖尿病についての研究－社会的要因と糖尿病の関係（民医連 T2DM 研究 エントリー時概要）

筋 也寸志¹ 宮城 調司² 伊古田 明美³
伊藤 浩一⁴ 沖本 久志⁵ 辻村 文宏⁶ 舟越 光彦⁷
三浦 次郎⁸ 松本 久⁹ 福田 洋¹⁰

¹石川勤労者医療協会城北病院内科

²立川相互病院内分泌代謝科 ³勤医協中央病院内科

⁴中野共立病院内科 ⁵坂総合病院糖尿病代謝科

⁶名南病院内科 ⁷千鳥橋病院内科 ⁸吉祥院病院内科

⁹くわみず病院 ¹⁰順天堂大学医学部総合診療科

1. 目的

若年の2型糖尿病患者の進展と合併症に対して、社会・経済的状況の違いが影響しているかどうかを調査した。

2. 調査方法

対象：2012年3月31日時点で全日本民主医療機関連合会加盟の96の医療機関に受診している20歳以上40歳以下の2型糖尿病患者782（男525/女257）人。年齢34.7（男34.8/女34.5）歳。診断から調査までの期間：男5.9年/女7.1年。

方法：2012年6月～7月の時点での検査結果と社会・経済的状態を調査した。

3. 結果

家族歴（二親等以内）：男63.8%/女72.5%。調査時 BMI：29.4、男29.3/女29.5。20歳時 BMI：28.0、男28.3/女27.3。過去最大 BMI：33.4、男33.4/女33.3。初診 HbA1C（JDS）：9.2、男9.5/女8.8。調査時 HbA1C（NGSP）：7.7、男7.6/女7.7。網膜症なし－男330人/女147人、SDR－男48人/女36人、PPDRまたはPDR－男15人/女7人、PC後－男23人/女7人、硝子体手術後－男9人/女5人。顕性蛋白尿なし－男401人/女209人、顕性蛋白尿あり－男78人/女27人、Cr 値2以上－男12人/女2人。足病変：7人。脳梗塞：4人。虚血性心疾患：7人。治療方法：食事療法・運動療法のみ（投薬なし）－96人、経口血糖降下剤－418人、インスリン単独－71人、インスリンと内服併用－113人、GLP-1アナログ（+内服含む）－31人。学歴：中卒－男14.7%/女16.3%、高卒－男44.3%/女55.9%、それ以上－男40.5%/女27.3%。本人収入（月額）：10万未満－男21.5%/女54.5%、20万未満－男32.0%/女32.1%、30万未満－男30.7%/女7.0%、30万以上－男13.3%/女0.8%、不明－男2.5%/女5.6%。労働の状況：無職－男16.0%/女37.4%、正規－男56.5%/女18.5%、非正規－男10.3%/女30.9%、契約・派遣－男7.0%/女6.6%、その他－男10.2%/女6.6%。初診時：発症に気づいていない－71.9%、中断・無治療者－7.6%、転院－16.0%、その他－4.5%。

4. 考察

①高度な肥満と遺伝素因を背景に2型糖尿病が発症し、また、重症の合併症を認め、従来とは異なる大きな病像の変化が起きている。

②低学歴・低所得・非正規労働者（不安定雇用）が多い。
③貧困が発症・病像の進行、診断の遅れに影響している可能性がある。

5. 結語

若年者2型糖尿病の予防、早期診断、治療継続に関して、社会・経済的要因を考慮した対策が必要である。

ipad・Filemaker 連携システムを利用した糖尿病 CQI の報告

宮井 由里子 寺岡 英美 岡本 美貴子
川上 かね子 大原 紗矢香 森 洋平 岡崎 郁恵
雨森 正記

医療法人社団弓削メディカルクリニック 滋賀家庭医療学センター

CQI (Continuous quality improvement) 活動の報告は昨今増加傾向にあるが、診療所の例は少ない。弓削メディカルクリニックでは、平成17年より糖尿病診療において CQI 活動を行っている。

この活動は、看護師2名と非常勤管理栄養士を主体とする自主的活動として開始された。当初は、定期通院患者全例(約250名)のHbA1c月別集計と、定期的患者アンケートによる合併症の管理状況チェックの2点を中心に実施。HbA1c7.0%未満達成率は、測定開始当初よりほぼ45%以上を維持している。また、活動継続とともに測定 QI (quality indicator) は拡大、現在11項目の QI を評価している。

さらに当クリニックでは常勤医師4名、後期研修医2名によるグループ診療を行っており、QI 向上とともに集計効率も課題である。

活動開始当初は、常勤看護師2名の手作業により実施していたが、2011年よりipad・Filemaker連携システムを導入。システム改良・普及につれて、記録・集計にかかる時間的コストが劇的に軽減。情報共有面でも効率が改善することで QI 向上にもつながり、安価・簡便に導入可能であるにもかかわらず、大きな効果を発揮している。

当クリニックでは以上のように、スタッフに対する動機付けと記録システムの改良を車の両輪としてPDCAサイクルを循環させている。過去8年間の取り組みと最近の成果について発表する。

催眠による体験的気づきを用いた慢性めまい治療の試み

蓮尾 英明¹ 神原 憲治²

¹ 国立がん研究センター東病院緩和医療科

² 関西医科大学心療内科学講座

背景：プライマリ領域では、原因不明の慢性めまいを主訴とする症例を多く経験する。この場合、2次的に頸部筋過緊張といった身体異常を認めていることが多いが、患者の多くは失体感症(心身症患者の特徴として挙げられる身体感覚の気づきが乏しい状態)傾向が高く無自覚である。また、認知の変容として、身体的なフィードバックの有効性は証明されている。目的：慢性めまいを訴える患者に対して、初診時に催眠による体験的気づきを用いた治療の有用性を検討した。催眠は、催眠現象利用法として筋弛緩体験を目的に使用した。対象：罹病期間が3か月以上のめまいを主訴とした頸部筋過緊張を認める56例。方法：初診時に、対象を、催眠群28例、非催眠群28例にエントリー順に交互に振り分けた。その後、全例に、「頸部筋過緊張が原因の一つ」という説明の上に肩の漸進的筋弛緩法を指導した。各々の群に対して、経時的に、めまい感の程度を数値的評価スケール(以下、NRSと略す)にて比較検討した。結果：催眠群のNRSは、初診前7.1±2.3、1ヶ月後2.5±2.4、3ヶ月後2.1±2.4であった。対照群のNRSは、初診前6.9±1.9、1ヶ月後4.3±2.8、3ヶ月後4.2±2.5であった。催眠群、対照群ともに、1か月後、3ヶ月後と経時的にめまい感の軽減が有意に図れた(P=0.001)。特に初診前-1ヵ月後において有意な改善が得られた。対照群との2群間の比較では、催眠群において、経時的にめまい感の軽減が有意に図れた(初診前-1ヵ月後:p=0.029、初診前-3ヶ月後:p=0.005)。考察：短期間での有意な改善を考慮すると、初診時に体験的気づきが得られたことが大きい。この体験は、無自覚の頸部筋過緊張に対する催眠による筋弛緩体験のことである。この体験を通して、患者は自覚した身体的異常と慢性めまいとの関連への気づきが促された。この治療法の意義は、失体感症に直接的にアプローチしており、複雑化した問題を再構築して解決に焦点を当てたことである。

プライマリ・ケア医に参考となるてんかん患者治療時の留意点

浅野 修一郎

帝京大学医学部脳神経外科

【目的】プライマリ・ケア医よりてんかん専門医にコンサルトのあった、てんかん患者に関して、ある傾向を認めたので、ここに報告する。【方法】2012年において、てんかん専門医である筆者にコンサルトのあった、てんかん患者に関して、後方視的にカルテ検索を行い、結果の抽出を行った。【結果】プライマリ・ケア医より20例のコンサルトがあった。男性11例、女性9例、平均年齢50歳（SD 21歳）であり、部分発作18例、全般発作1例、反射性てんかん1例であった。抗てんかん剤の平均剤数は1.7（SD 0.9）であった。14例は投薬を変更する必要性がなかった（部分発作13例、全般発作1例）。6例は追加の抗てんかん剤が必要であった（部分発作5例、反射性てんかん1例）。この薬剤の追加の有無で2群に分けたところ、群間で、年齢・性別・当初の抗てんかん剤投薬数に統計的有意差はなかった。抗てんかん剤の追加を要した6例は、4例がミオクロニー様の発作の残存により投薬の追加が必要であった。1例は複雑部分発作の患者で、運動系の発作症状が欠落しているパターンであった。これら5例に関しては、レベチラセタムの追加投与で発作の消失を認めた。1例は、プライマリ・ケア医より、ヒステリーが疑われていた患者であったが、脳波検査を行ったところ、6 Hz の光刺激によりびまん性棘波を認めた。症状経過より、反射性てんかんと診断し、すでにバルプロ酸が投与されていたので、ラモトリギンを追加して発作の消失に至った。【結論】プライマリ・ケア医に、ミオクロニー様の発作・運動症状の欠落した複雑部分発作およびヒステリー様症状を伴う患者の光過敏性に関して、理解を深めていただくと、さらなる有効なてんかん治療が行えると思われた。

大阪府医師会における府民調査事業の取り組みについて

加納 康至 中村 正廣 遠山 祐司 鈴木 隆一郎
松原 謙二 伯井 俊明

大阪府医師会調査委員会

【はじめに】大阪府医師会調査委員会では、平成7年より府民を対象に調査を実施して意見を集約し、政策の立案や遂行に反映させてきたので紹介したい。

【方法】調査は、エリアサンプリングで選ばれた府民を対象に留置記入依頼法で1,320名と、郡市区等医師会が選んだ府民1,320名（性・年齢階級分布は同じ）に依頼したものの2通りの方法で実施した。調査結果は、母集団構成比を復元するよう、地域・性・年齢階級別に乗数で補正し、推計値を求めた。

【調査結果の概要と考察】

1、「かかりつけ医」の普及に関して
開始時からその有無などを調査してきた。推移をみると、かかりつけ医をもつ府民の割合が増加しており、医師会が進める普及・啓発活動の効果と考えられた。今後の医療提供体制においても「かかりつけ医」はキーパーソンであり、調査・分析を継続していくことが必要と考えている。

2、医療制度の認識度と制度改善に関して
我が国は諸外国と比較して医療費の水準が低いが、高度なパフォーマンスを示していることを示し、医療費や介護費用の負担に対する意識を調査してきた。府民は、超高齢化・少子化社会を目前にして応分の負担はやむをえないと考えている一方で、国民皆保険の維持には積極的であり、医療の平等性を阻害する混合診療の解禁には否定的であることが示された。

3、在宅医療、終末期医療の認識とそのあり方に関して
調査によると府民は家族に迷惑をかけないなど一定の条件が整えば在宅医療を希望している。その在宅療養を可能とする地域包括ケアシステムについては、多職種協同の必要性を認識すると共に、これらをコーディネートする組織の必要性を感じている。その期待は地域医師会に求められている。このような府民の意見をもとに大阪では地域の医師会に地域医療連携窓口が設置され、実際に稼働するところが増加している。府民調査は、府民の意見や実態を知る一方、医療政策にいかされ成果を上げてきたと考えている。

中山間地の基幹病院の内科外来における「主訴 -最終診断」についての前向き調査

福井 裕子¹ 渡邊 ありさ¹ 松澤 和彦¹
 浜田 紀宏¹ 谷口 晋一¹ 櫃田 豊² 北谷 新²
 松波 馨士² 熊野 健太郎²

¹鳥取大学医学部地域医療学講座

²日野病院組合 日野病院

【目的】鳥取県の中山間地の基幹病院内科外来を受診した患者の主訴と最終診断の関係を検討し、地域の傷病状況の実態を明らかにし、臨床研修機関としての位置づけを検討する。【方法】2013年5月、8月、11月、2014年2月のそれぞれ1カ月間に内科外来を何らかの症状で受診した全患者の主訴、最終診断をカルテより調査し、さらに他医療機関に紹介された症例について症例数、疑い病名、紹介医療機関をカルテより調査した。【結果】2013年5月の時点で、受診者は述べ163人（女性100人、男性63人）で、70歳以上が53%を占めた。主訴の総数は49であった。頻度の多い主訴として、発熱、咳そう、めまい、下痢、健診異常、嘔吐、腹痛、意識障害、鼻汁、皮疹で、上位4つで41%を占めた。疾患の総数は69であった。頻度の多い疾患は、急性上気道炎、急性胃腸炎、急性気管支炎、インフルエンザ、末梢性めまい症、急性咽頭炎4人、心不全増悪で、感染症が多い。主訴と診断の関係について、頻度の多い主訴について検討したところ、発熱の原因疾患として、急性上気道炎、インフルエンザ、急性咽頭炎、急性肺炎、急性気管支炎、咳そうの原因疾患として、急性上気道炎、急性気管支炎、めまいの原因疾患として、末梢性めまい症、高血圧症を多く認めた。確定診断に至らなかったのは、7.3%であった。診断、治療のために他院紹介となったのは、3.0%であった。【まとめ】感染症、めまい症などのCommon diseaseが多く、多くが外来診療にて対応可能であり、予想どおり大学病院や市中病院とは異なる疾患特性を持つことが明らかとなった。臨床研修の場としての意義と課題について、Common diseaseに対応できるスキルを身につけることができる一方で、専門性の高い疾患については、症例が限られているため、大学病院や市中病院での研修も併せて経験するのが望ましいと考えられた。8月以降の結果も踏まえて報告する。

なぜ呼吸数測定を省略してしまうのか？ ～質問紙法による当院での検討結果～

高山 厚¹ 築地 純子¹ 中嶋 裕² 原田 昌範²
 吉兼 隆大¹ 吉富 崇浩¹ 大原 正己¹

¹下関市立豊田中央病院 ²山口県立総合医療センター

背景：昨今、バイタル測定の中でもとりわけ呼吸数測定の重要性が強調されているが、実臨床では省略されている現状が多い。呼吸数測定が、その有用性に反して軽視されてしまう要因を質問紙法によって検討した。方法：各種バイタル測定を行うか否かの影響因子として、自己決定感、測定利益、環境要因、対象因子、測定者心理の5つの因子に分類し、質問紙を作成した。各因子の影響を比較検討することで当院における呼吸数測定の実態の要因を考察した。対象：看護師（下関市立豊田中央病院勤務（男性3名女性28名）准看護師（女性6名））結果：回答率75%男3名 女33名 年齢（平均40.3歳 標準偏差10.03） 経験年数（平均19年 標準偏差9） 測定率との相関性：自己決定感（相関係数0.40 無相関検定 $p=0.019$ ） 測定利益（相関係数0.50 無相関検定 $p=0.0024$ ） 環境要因（相関係数0.14） 対象因子（相関係数 -0.047） 測定者心理（相関係数 -0.015） 考察：当院において呼吸数測定はルーチンで測定されてはいないため看護師による判断で測定を行うか否かが決定される傾向にある。そのため、他のバイタル項目と比較して忙しさやストレスによって省略されやすく、測定が困難で、心理的に面倒なものである、その一方であまり測定する事で役に立っているという実感が乏しい。これらの要因からルーチンで行われる体温、血圧、脈拍の3項目と比較して極端に測定頻度が低いという結果につながるようである。各種影響因子のなかで利益因子と、自己決定感に関しては弱い統計学的に有意な相関性が認められた。呼吸数測定がルーチン項目となっていない現状からは測定者に呼吸数測定を行う事の有用性、どのような状況で必要となるかなどの教育が測定率の向上に寄与する可能性が示唆された。

地域医療教育におけるへき地特別プログラム参加 学生に対する屋根瓦方式及び学習契約の効果の検討

若林 崇雄¹ 武田 真一² 松浦 武志² 河本 一彦³
山本 和利²

¹札幌医科大学臨床研修センター

²札幌医科大学地域医療総合医学講座 ³河本内科小児科

【目的】へき地特別プログラム学生の卒前のへき地医療実習にはどのような教育方法が地域医療への動機を向上させるか検討する。【方法】札幌医科大学の地域医療を志向する団体に所属する学生を対象に①屋根瓦方式を取り入れた事前学習フェーズ②学習契約を取り入れた実地体験フェーズに分け、それぞれ実施後、アンケートを行った。アンケートは地域医療への動機やそれぞれの学習方法を5段階で評価し量的に検討し、地域医療について半構造的自由記載を行い質的に検討した。【結果】17名参加。①事前学習フェーズ：講義前の地域医療への意欲を示す平均点は4.18、講義後は4.41と有意に上昇した ($p < 0.05$)。②実地体験フェーズ：キャンプ後の地域医療への意欲を示すスケールの平均点は4.27であり、講義前、講義後と比較して有意差を認めなかった (前後とも $p > 0.05$)。また屋根瓦方式、学習契約それぞれに対する満足度は共に平均4.07と高かった。①②を通じた質的検討 講義前、地域医療のイメージが先行しており実態が不明確と感じていた。また地域医療に対する陰性感情が見られた。講義後、学生の地域医療への陰性感情は患者や地域とかわかりが深い、家族と一緒に過ごせる時間が多いなどの陽性感情に転換した。地域では幅広い知識が求められるという気づきもあった。イメージの転換は地域の一員となる能動的な意思へ昇華し、地域医療を特別視しなくなった。また地域について学びたい、地域で働きたいという新たな動機へつながった。キャンプ後、従来もっていた自己犠牲的なイメージが、悲惨ではない、自分らしい生活も可能である、余裕がある所や多忙な所もあるとイメージが多様化した。この結果、コミュニケーションや信頼関係構築など個人的な課題と行政との協力、労働環境、予防医学など社会的な課題を発見した。【考察】学生は屋根瓦方式と学習契約を用いた実習を通じ地域医療への理解を深めその結果、地域医療への動機が向上・維持された。

医学科2年次を対象にした被災地体験実習における将来の進路決定の影響について

田中 淳一¹ 金村 政輝¹ 高山 真¹ 阿部 倫明²
奈良 正之³ 齊藤 稔哲⁴ 長 純一⁵ 横山 成邦⁶
齋藤 充⁷ 藤原 靖士⁸ 小林 道生⁹ 石井 正¹

¹東北大学病院 総合地域医療教育支援部

²東北メディカル・メガバンク機構

³東北大学病院臨床研究推進センター

⁴気仙沼市立本吉病院 ⁵石巻市立病院 開成仮診療所

⁶気仙沼市立病院 ⁷女川町立地域医療センター

⁸南三陸診療所 ⁹石巻赤十字病院

【目的】前回の本学術集会で、被災地である東北大学医学科5年生へのアンケートの結果、初期研修先を選択する際に、被災地での医療に興味が少ないことを報告した。そのため、学生に被災地を含む地域医療に関心を持たせる教育プログラムが必要と判断し、本学医学科2年次を対象に被災地体験実習を行い、その効果について検証した。

【方法】バス車窓からの被災地見学、被災地の医療機関での講話から成る日帰り被災地体験実習を6施設の協力を得て、必修として本学医学科2年次学生130人全員に実施し、実習終了後にアンケート調査を施行した。主な調査項目は、これまでの被災地との関わり、実習に対する評価、将来勤務したい場所である。評価・勤務したい場所に関してはそれぞれ5段階評価（1が最低基準、5が最高基準）として、回答を得た。

【結果】121名（93%）から有効回答を得られた。講話を受けた実習先は、100床未満の医療機関が83人（68%）、100床以上の病院が37人（31%）であった。実習前に被災地に行った事がない学生が50人（41%）、被災地でのボランティア経験のある学生は14人（12%）であった。5段階評価として実習全体の評価（実習に意義がある）は 4.08 ± 0.97 、進路を考える上での役に立ったかという質問では 3.85 ± 0.96 であった。また、将来勤務したい場所に関して、実習前後で比較すると、町村部（前： 2.90 ± 0.78 、後： 3.27 ± 0.85 ）、東北地方（前： 3.33 ± 1.04 、後： 3.68 ± 1.03 ）、診療所（前： 2.74 ± 0.87 、後： 3.03 ± 0.90 ）、中小病院（前： 3.25 ± 0.77 、後： 3.48 ± 0.74 ）が有意に上昇した。

【結語】今回の被災地体験実習により、受講した学生は町村部、東北地方、小規模医療施設に対する関心が深まり、被災地を含む地域医療を考える上で有意義な実習であったと考える。しかし、実習の中でどのような経験が効果的であったかについての検討は不十分である。また、実際に研修先を決める時期は5年後であるため、その時点まで地域医療への関心が持続するのかが今後の検討課題である。

行政との共同の初期研修医地域医療教育

高村 昭輝¹ 柴垣 維乃¹ 獅子原 名都子¹
竹村 洋典³

¹三重大学大学院医学系研究科伊賀地域医療学講座

²名張市役所健康支援室

³三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座家庭医療学講座

【はじめに】

最近の医学教育では世界的にも地域医療教育が注目されてきている。日本でも数多くの大学に地域医療学講座が設置され、卒前教育から地域医療教育が積極的にされている。しかし、現実には地域医療実習や地域医療研修と言っても医療機関を飛び出して実際の地域で見て、聞いて、感じる教育がなされているところはまだまだ少ない。さらには地方自治体が積極的に地域医療を学ぶことに関わっているところは非常に少ない。

【方法】

名張市立病院は三重大学附属病院の協力型として2年間の初期研修のうち16か月間、初期研修を行っている。その研修の中で名張市の健康支援室の保健師と協力し、名張市の中で研修医の担当地域を決め、市の健康増進活動に市立病院の初期研修医が保健師とともに関わるサブカリキュラムを平成25年度から開始している。平成25年度初期研修医からインタビューを行い、その質的分析から何を実際に獲得しているのかを分析した。

【結果】

実際に臨床研修病院の中だけで研修していたのでは経験できない様々なことを経験することができ、予想していなかった研修医のコンピテンシーを高める結果が研修医からのインタビューで明らかになった。

【考察】

どうしても医学的知識や技術の習得に偏りがちな初期研修において地域に直接出かけていき、健康教室を行うことなどを通して医療機関内だけでは経験できないさまざまなことを研修医は吸収している。大都市部の大規模研修病院にはない地域の中小病院で初期研修を行う利点としてこのような地域と一体となった研修作りが今後は重要な鍵になるかもしれないし、地域医療教育が地域の活性化の一助となる可能性があるかもしれない。

重症心身障害児（者）医療の学生教育

三浦 清邦¹ 吉田 太² 長谷川 桜子³
麻生 幸三郎⁴ 夏目 淳⁵ 石原 尚子⁵ 水野 誠司⁶
丸山 幸一⁷ 梅村 紋子⁷ 小島 勢二⁵

¹名古屋大学大学院医学系研究科 障害児（者）医療学寄附講座

²愛知県心身障害者コロニー中央病院 内科

³愛知県心身障害者コロニー 発達障害研究所

⁴愛知県心身障害者コロニー こぼと学園

⁵名古屋大学大学院医学系研究科 小児科学

⁶愛知県心身障害者コロニー中央病院 小児内科

⁷愛知県心身障害者コロニー中央病院 小児神経科

【目的】重症心身障害児（者）（以後重症児（者）と略す）とは、小児期発症の「重度の知的障害と肢体不自由が重複している」児（者）を指す。人口1万人当たり約3.4人（全国で4.3万人程度）、全体の2/3は成人年齢に達し、2/3は在宅で生活している。誤嚥性肺炎を含む呼吸器感染症、てんかん発作、骨折など、重症児（者）の医療ニーズは多分野にわたり、プライマリ・ケアの対象となりうる。平成23年11月に開設された名古屋大学障害児（者）医療学寄附講座では、全学生に重症児（者）医療の講義と実習を実施している。この教育の有用性について検討した。【方法】学生は、4年生の小児科講義の1単位として障害児（者）医療学講義を受け、重症児（者）についての基本的な知識を学ぶ。翌年、全学生が1日間、障害児（者）専門医療機関と隣接重症児施設で臨床実習を行う。講義には、後半30分間、4組の医療的ケアが必要な重症児と家族が参加し、学生は、家族から子どもについて話を聞く。臨床実習では、病棟見学やミニレクチャーとは別に、学生3人ずつが1時間、1組の医療的ケアが必要な重症児と家族と面談し、子どもを診察する。講義前後と実習後に学生に対してアンケートを実施し、自分と重症児（者）医療との関係について、意識の変化を調査した。【結果】「将来重症児（者）に関わることは想像できない」との回答は、講義前26%、講義後7%、臨床実習後2%へ減少した。「重症児（者）には何科にいても関わる可能性があると思う」との回答は、講義前52%、講義後67%、臨床実習後87%へ増加した。「将来重症児（者）に専門として関わる可能性もあると思う」との回答は、講義前21%、講義後25%、臨床実習後10%と変化した。【結論】家族が参加する講義と1日の実習で、学生は将来医師として重症児（者）への医療に関わることへの意識付けは十分できたと考えられた。

診療所における地域医療研修で初期研修医は何に関心を示し、何を学ぶのか？

朝倉 健太郎

厚生会 大福診療所

【背景】診療所における地域医療研修の方略はいまだ十分に確立されていない。限られた研修期間、研修リソースを最大限に活用するためには学習者の関心事項を踏まえた研修上の工夫が求められる。

【目的】初期研修医（以下、研修医）が診療所における地域医療研修の中でどのようなことに関心をもち、何を学ぼうとするのか、研修期間中に取り上げられたコンテンツと併せて明らかにする。

【方法】2012年8月から2013年12月まで厚生会大福診療所で1ヶ月以上の地域医療研修（以下、研修）を行った研修医7名の研修記録をもとに、学びとして取り上げられた項目、関心事項について質的な分析を行った。それぞれの研修医は研修開始前に課題、将来の医師像、研修の目標をプレアセスメントとして記載する。研修期間中は、外来診療、往診・訪問診療において可能な範囲で診療及び保健予防活動にあたり、指導医の指導のもと診察、検査、処置、処方及びマネジメントを行った。また隙間には看護師、事務からミニレクチャ（地域の特徴、看護業務、患者会、介護保険など）を受講した。研修医は連日「振り返りシート」に印象的な事例、その日学んだこと、明日への課題を記入し、指導医とディスカッションを行う。研修終了時には研修医及び指導医が研修総括を作成し、スタッフを交えたフィードバックを実施した。

【結果】研修医の志向、将来の医師像によって若干の差がみられるものの、診断困難な事例、マネジメント困難事例、紹介・搬送事例、退院後の連携、在宅医療（症状コントロール、高齢者の生活、介護者への関わり）、手技などは共通する関心事項として挙げられた。また、研修指導の中で解釈モデル、疾患と病い、生涯学習についての気づきや学びの深まりも伺えた。

【考察】研修医の関心による学びを踏まえた上で、診療所における研修の目標、方略、評価について引き続き議論と実践を積み重ねていくことが求められる。

カンファレンスの時間割を見直します！ —カンファレンス運営の改善に関するアンケート調査とWGの活動報告—

葛西 孝健¹ 富田 理哉¹ 岩田 啓芳¹
二川原 真治¹ 米澤 窓可¹ 濱田 修平²
原田 紘子² 日下 勝博² 大平 浩司² 濱口 杉大²
阿部 昌彦²

¹江別市立病院総合内科 Faculty Development Working Group

²江別市立病院総合内科

【はじめに】当科は、主に市内と近隣町村の高齢者からなる入院患者90名程度を上級医15人と初期・後期研修医が教育班3チーム（屋根瓦式、研修医が所属）と地域医療班1チームに分かれて診療する。研修医教育のために月～木曜7時から臨床推論を兼ねる新患カンファレンス（1例30分ずつ。以下、新患カンファ）、金曜7時から抄読会（1回45分程度、英文音読＋和訳）を行っており、その他のものも含めると2013年度のカンファレンスの合計時間は通例出勤時間の29%であった。

【経過】症例提示型のカンファレンスにおいて、年度前半は初期研修医のプレゼンテーションのトレーニングが主目的であったが後半は症例からの学びや臨床推論へニーズが移り変わり、カンファレンスの内容やスケジュールの見直しの必要性が生まれたため、カンファレンスの在り方を検討することを第一目標として11月、科内にFDのWGを立ち上げた。多種のカンファレンスの中で新患カンファと抄読会の改善の声が挙がっていたことからアンケートによる意見集約を行った。

【結果】新患カンファについて、概ね内容は良いと感じられていたが、開始時刻、雰囲気・態度、ファシリテート方法の改善点が挙げられた。抄読会については、時間の長さ、テーマ選択・文献検索の妥当性の改善点が挙がり、カンファレンスの総量について大半が多いと感じていることがわかった。これを受けて新患カンファについてはグランドルールを設け、目的を明確化する、研修医のプレゼンの際にはPNPによるfeedbackを返すなどとし、座席やホワイトボードの配置にも介入し、一方の抄読会は症例や文献をベースとした勉強会にシフトさせた。開始時刻を含めてカンファレンスのスケジュールを見直した結果、前述の時間比率は21%程度となった。

【結語】研修指定病院において通年でFDに取り組むWGを立ち上げた。年度の途中であっても、参加者のニーズに合わせてカンファレンスを見直すことはそのモチベーションや出席率の維持の点で重要である。

院内 LAN を用いたペーパーレスなアウトカム基盤型評価システム構築の試み

本村 和久

沖縄県立中部病院

目的：当院では、全研修医、指導医を対象として、看護師からの評価を含めたアウトカム基盤型かつ360度評価を行っているが、研修医が初期後期合わせて82名と多く、その運用には多くの人的、時間的資源の投入を必要としている。今回、業務整理目的とした院内 LAN を用いたペーパーレスなシステム構築を行ったことに関して報告する。

方法：医師、看護師を交えた評価表作成に関するワークショップを行い、アウトカム基盤型の評価表を作成した。さらにファイルメーカープロを用いて、紙運用であった評価表を業務用パソコンから入力できるようなシステムを構築した。ファイルメーカーへのアクセスは、オーダリングシステムと連動している診療支援システムの ID、パスワードが必要であるとした。評価者は自分が記入すべき評価表のみ見ることが出来る。システム管理者は、評価表記入の進捗状況を把握、提出期限に関して、状況を見て提出を促すメールを送ることとした。

結果：紙運用と比べ、入力作業が無くなり、紙の保管の問題が解決し、集計に要する時間が約90%短縮された。しかし、紙運用では多かったチェック項目以外の自由記載のコメントが約50%まで減少した。

結語：ペーパーレス化によって、データ管理上では人的、時間的資源の節約に成功したが、評価表自体の質向上には繋がらなかった。評価表以外で直接面接による振り返りを行うなど、多様な評価方法を模索中である。

外来診療教育により初期研修医が修得する外来診療技能の伸長度調査

廣岡 伸隆 大淵 康弘 田中 祐司

防衛医科大学校総合臨床部

【背景・目的】プライマリ・ケアにおける診療能力を修得すべきとされる医師の卒前・卒後研修では外来診療教育の必要性が叫ばれている。一方で、多くの卒前・卒後研修が大学付属病院を含む高次医療機関での入院診療を中心とした臨床教育に時間を割き、プライマリ・ケアにおける外来診療能力を修得するのが困難であるとも指摘されている。しかし、外来診療技能の修得を評価する報告はほとんど見当たらない。本研究は、このギャップの一部を埋めるべく、当院での初診外来診療教育により、初期研修医が修得する外来診療技能の客観評価を調査する事を目的とし、学会日までの中間報告を実施する。【方法】25年度外来診療研修を行った1年目初期研修医23名が対象（抄録登録時点でのn=14）。総合臨床部外来における専属指導医による症例毎の外来診療教育及び外来症例検討会（週1から2回）を教育介入とし、3か月間の外来診療教育直後及び終了時に外来診療技能の客観評価（9段階評価のLikert scale 法による）を実施。【結果】各技能は9段階で評価し、教育前後で、医療面接技能3.1→3.3、身体診察技能3.0→3.0、診療判断3.0→3.1、カウンセリング3.3→3.4、外来診療の全般の出来栄え3.2→3.3とほとんど変化を認めなかった。また、これらは全て統計学的な有意差は認められなかった。唯一、カウンセリング技能のみ2.8→3.3（P=0.02）と有意に技能の向上が見られた。【考察・結論】卒後研修において3か月に及ぶ全症例監督指導下の週1から2回の外来診療教育では十分に外来診療技能が向上していない可能性がある。症例数の増加や期間延長またより効果的な指導法が望まれることが示唆される。発表では、更なる考察を加えるとともに将来的な外来診療の成果基盤型教育における研究課題にも言及する予定である。

佐賀大学病院付属の地域公立病院内サテライト診療センターでの総合内科医育成と地域医療連携：2年間の実績

山口 りか¹ 徳島 緑¹ 徳島 圭宜² 藤原 元嗣³
徳富 潤³ 坂西 雄太^{1,4} 福森 則男^{1,4}
百武 正樹^{1,3} 吉岡 経明^{1,3} 京楽 格^{1,3}
春田 善男^{1,5} 向井 伸介⁵ 木須 達郎⁵
杉岡 隆^{1,4} 山下 秀一^{1,3}

¹佐賀大学医学部附属病院地域総合診療センター

²祐愛会 織田病院 ³佐賀大学医学部附属病院総合診療部

⁴佐賀大学医学部地域医療支援学講座

⁵佐賀市立富士大和温泉病院

【背景・目的】

地域医療を支援するための方略として、総合内科医の育成と医療連携の促進が重要である。しかし大学などの総合病院だけでは地域を支える総合内科医の育成は難しい。また医療連携においても、総合病院に患者が集中する一方で地域の公立病院では空床が目立つという現状がある。これらの問題を解消するため、佐賀大学病院は佐賀県と佐賀市の協力のもと平成24年4月に佐賀市立富士大和温泉病院（市内北部の山間地、98床）内に地域総合診療センター（以下、地総センター）を開設した。開設後2年間の実績を報告する。

【方法】

総合内科医育成：地総センターには佐賀大学病院総合診療部の若手医師および同大学地域医療支援学講座「総合内科医育成プログラム」で研修中の後期研修医が常勤として2名勤務する。勤務する医師は、総合内科医として外来・入院診療を行いながら、総合診療部および地域医療支援学講座の指導医が週3回定期的に訪問し、ともに回診やカンファレンスを行う Visit teaching による指導を受け、介護・福祉分野との連携も経験した。

地域医療連携：大学病院の電子カルテが閲覧できるITシステム、および大学病院と地総センター間の患者移送システムの導入によって、入院は必要だが大学病院でなくとも治療可能と判断された患者は直接地総センターに入院が可能となった。また地総センター内で対応が難しい重症疾患や診断困難例もスムーズに紹介可能になった。開設後2年間における研修医の経験症例、外来・入院患者数、ベッド稼働率、医業収益について集計した。

【結果】

地域公立病院において大学病院では経験できない多彩な症例を経験し、総合内科研修を行うことができた。また地域公立病院の患者数・ベッド稼働率・医業収益が増加した。データの詳細は当日に発表する。

【結論】

地域公立病院の大学病院サテライト診療センターにおける総合内科医育成および地域医療連携は有効である。

浜松医科大学産婦人科家庭医療学講座による女性医療教育と地域の産婦人科診療への貢献

鳴本 敬一郎¹ 杉村 基¹ Fetters Michael D²
Ivey Lauren³ 本原理子² 藤井 肇⁴ 城向 賢⁴
飯田 智子⁴ 津田 司⁴

¹浜松医科大学産婦人科家庭医療学講座

²ミシガン大学家庭医療学科 ³ミシガン大学医学部

⁴静岡家庭医養成プログラム

背景：患者の半数以上は女性であり、プライマリケアでは女性医療の知識・診察技術を必要とする状況に多く直面するが、家庭医療後期研修カリキュラムにおいて女性医療は必須となっていない。2012年より、家庭医療後期専修医がプライマリケアにおいて最低限必要な女性医療の知識と診察技術を修得し、女性医療を取り入れた統合的ケアを実践できることを目標として、浜松医科大学に産婦人科家庭医療学講座が開設された。指導内容：静岡家庭医養成プログラム（以下、SFM）に所属する後期専修医1人に講座の指導医1人が付き、産婦人科外来にて病歴聴取、内診所見、経膈超音波検査の実践と解釈について、段階的に修得させる。その中で、産婦人科医の視点からみたピットフォールを念頭に置きつつ、女性のライフサイクルに沿った統合的ケアを実践できるよう指導する。また、家庭医療継続外来でも、女性医療を意識したヘルスマンテナンスを検討し、必要に応じて、経膈超音波検査を含む内診を指導する。研修到達目標は段階的に明記されており、それを基に具体的なフィードバックが行われる。結果：講座開設後、約18ヶ月が経過した。ミシガン大学家庭医療科が行った SFM 後期専修医の自己評価では、講座開設前と比較して、産婦人科領域の知識・技術のほぼ全ての項目で改善がみられている。また、女性医療マニュアルを後期専修医が中心となって作成し、文献に基づくと同時に、産婦人科診療におけるピットフォールを網羅している。また、後期研修卒業後のキャリアとして、女性医療のサブスペシャリティ取得を支援しており、卒業生3人が2014年度から家庭医療を継続しながら、産婦人科後期研修を開始する。結論：当講座は、家庭医による女性医療のスキルアップを支援すると同時に、地域での産婦人科診療に貢献している。今後、家庭医がより主体となった周産期ケアを含む女性医療を実践していけるよう支持していく。

ESBL 産生大腸菌による尿路感染症の治療についての考察

山本章 山崎 紘一

尼崎介護老人保健施設ブルーベリー

【目的】高齢者介護施設や療養型病床における感染症の起炎菌として ESBL 産生大腸菌（以下 ESBL）の増加が著しい。貴重な抗菌薬であるペネムの使用を慎むべきとの意見が強い中で、効率のよい治療法について臨床的考察を行う。

【方法】尿路感染症患者の尿、並びに糞便中 ESBL の検出頻度についての観察の流れ（日老医誌2011; 48: 530-538）の中で、各種抗菌薬の効果の確認を行ってきた。今回は、2013年1月から12月まで1年間の治療実績を通覧し、内服薬としての FOM、MINO、ST 合剤の組み合わせとレボフロキサシン（LVFX）、注射薬としてのメロペネムとβラクタマーゼ阻害薬配合βラクタム（BL/BLIs）の一種 CPZ/SBT の初期治療薬としての功罪について検討した。

【結果】これまで尿路感染症に対しては上記の内服薬を多く使用してきたが、最近、FOM、MINO、ST 合剤にも耐性を持つ菌が増加している。単純性膀胱炎（推定）に対して LVFX を投与した症例では、11 例中3例に ESBL、1 例にはこれに近い LVFX 耐性菌を検出し、培養結果判明後直ちにペネムに切り替えた。病歴・病態から ESBL 検出の可能性が高いと推測される症例を含む31例にはメロペネム、8例には CPZ/SBT の注射を行った。抗菌薬使用前の尿からは、前者で6例に ESBL 産生大腸菌、2例に LVFX 耐性菌が、後者ではそれぞれ、1 例ずつの耐性菌が検出されたが、治療後いずれも尿中から消え、発熱、尿路症状・所見も消失した。

【考察】病院から受け入れた高齢者の尿路感染症に対して、キノロンは尿路感染症初期治療の第一選択薬とはなりがたい。文献考察からもペネムの有効性には異論はない。ESBL 治療薬として幾つかの BL/BLIs が試され、有効性が報告されている。しかし、BL/BLIs は ESBL 拡散の重要な危険因子でもあり、今後耐性の増加が懸念されるので、注意深い観察の下での使用が必要である。急性期病院、その後の受け入れ施設/病院ともに、糖尿病を持つ高齢者の感染症治療に際しては、ESBL を含む複数の腸内細菌による尿路感染症の存在を常に念頭におかねばならない。

東京都港区における Haemophilus influenzae の薬剤耐性化率の変化

小池 宙¹ 坂巻 文雄² 山田 邦子³ 藤井 幸太郎³
三村 将^{1,4}

¹慶應義塾大学医学部漢方医学センター

²東京都済生会中央病院呼吸器内科

³東京都済生会中央病院臨床検査科

⁴慶應義塾大学医学部精神神経科学教室

【目的】インフルエンザ桿菌 (*Haemophilus influenzae*) は、ヒトの上気道に常在し、呼吸器感染症や中耳炎、髄膜炎の起炎菌として頻度の高いグラム陰性桿菌である。治療にはペニシリンを中心とした抗生剤が使用されるが、1970年代からβ-lactamase-producing amoxicillin (AMPC) resistant (BLPAR) が分離され始め、その後β-lactamase阻害薬が無効なβ-lactamase-nonproducing AMPC resistant (BLNAR)、β-lactamase-producing AMPC/clavulanate resistant (BLPACR) が分離されるようになった。日本では特に、セフェム系抗生剤への耐性をもちうる BLNAR の増加が問題となっている。地域によって薬剤耐性株の割合は異なることが知られている。東京都港区に位置する当院での薬剤耐性化率とその年次変化を調査する。[方法] 東京都済生会中央病院で、2008年から2011年に提出された呼吸器関連検体から分離された *H. influenzae* の ampicillin/sulbactam 耐性株の割合を調べた。[結果] 2008年、2009年、2010年、2011年のそれぞれの薬剤耐性化率は、12.4%（総検体数177）、21.8%（188）、34.7%（202）、37.5%（152）と上昇傾向を認めた。成人からの検体のみではそれぞれ3.4%（89）、15.0%（100）、30.9%（97）、34.4%（93）で、小児では21.6%（88）、29.5%（88）、38.1%（105）、42.4%（59）だった。[考察] 日本では BLNAR が急増しており、原因として、特に小児を中心とした、ウイルス性上気道炎を含めた呼吸器感染症へのセフェム系抗生剤の使用頻度の高さや、乳児期からの集団保育による耐性菌の伝播などが考えられている。東京都港区に位置する当院では2008年までは薬剤耐性化率は比較的低値に保たれていたが、その後急速に耐性化が進行した。耐性化は小児において先行していた。薬剤耐性の進行を防ぐために、プライマリ・ケアにおける抗生剤の適正使用と、地域の基幹病院から薬剤耐性の変化をプライマリ・ケア医にフィードバックする仕組みが今後必要と考えられる。

尿路感染症患者における ESBL 産生菌の背景因子に関する検討

生方 綾史 和田 幹生 川島 篤志

市立福知山市民病院

【背景】

近年、基質拡張型ベータラクタマーゼ (ESBL) 産生菌の検出が増加している。尿路感染症における ESBL 産生菌検出患者の背景因子として過去の抗菌薬投与、高齢者、施設入所者、糖尿病、尿道カテーテル留置などが指摘されている。ESBL 産生菌をはじめとする耐性菌の検出頻度は地域や施設により異なるとされるが、地方都市基幹病院である当院での ESBL 産生菌検出患者の背景因子は明らかではない。

【目的】

尿路感染症の治療を行った入院患者において、ESBL 産生菌が起炎菌となった患者の背景因子を明らかにする事。

【方法】カルテレビューによる、症例対象研究として実施した。対象は16歳以上で2009年1月1日～2013年12月31日に尿路感染症の加療を行った入院患者である。起炎菌として ESBL 産生菌が検出された患者群と非 ESBL 産生菌群の患者背景を比較した。

【結果】

対象期間に ESBL 産生菌による尿路感染症で入院加療を行ったのは29例で、平均年齢は81歳であった。非 ESBL 産生菌による患者と比較して、これらの患者では、施設入所の者、過去3か月以内の抗菌薬投与歴のある者の割合が多く、それぞれ ESBL 産生菌群の44.8%と48.3%を占めた。ADL が寝たきり、過去3か月以内の尿路感染症の罹患歴、膀胱バルーン留置の者の割合も高い傾向を認めた。

【結語】

尿路感染症患者において ADL が寝たきり、あるいは施設入所者の場合、ESBL 産生菌が起炎菌となっているリスクが高い事が示唆された。今回の結果から、尿路感染症の初期治療において、患者背景に応じて ESBL 産生菌に対応できる抗菌薬を考慮する必要があると思われるが、具体的にどのように選択していけばよいかについては今後の検討課題である。

総合診療科外来受診者における血液培養陽性例の検討

畑中 志郎^{1,3} 赤石 雄¹ 中村 造² 原田 芳巳¹
松本 哲哉³ 平山 陽示¹

¹東京医科大学病院総合診療科

²東京医科大学病院感染症科 ³東京医科大学微生物学講座

【目的】2010年の調査では当科に受診した症例の7.6%が発熱を主訴としている。原因の明らかでない発熱患者の診療において血液培養は必須の検査であり外来診療における血液培養の有用性を評価する必要がある。当科外来で血液培養を採取され培養陽性となった症例の特徴を検討する。【方法】2008年4月から2013年3月まで当科外来にて採取された血液培養検体のうち、2セット率、培養陽性率、コンタミネーション率、培養陽性例における入院率、死亡率、検出菌の内訳、診断名について検討した。【結果】血液培養採取415例中、2セット338例(81.4%)、培養陽性28例(6.7%)、その内コンタミネーション6例(1.4%)、培養陽性のうち採取当日の入院13例(46.4%)、陽性判明後の入院は9例(32.1%)、死亡1例(3.6%)であった。死亡例は肝細胞癌の悪化によるものであった。検出菌の内訳は腸内細菌9例(32.1%)、*Streptococcus* spp. 5例(17.9%)、*S.aureus* 3例(10.7%)、*Salmonella paratyphi* 3例(10.7%)であった。診断名は膿瘍7例(25%)、感染性心内膜炎5例(17.9%)、腎盂腎炎3例(10.7%)、パラチフス3例(10.7%)であった。【考察】厚生労働省院内感染対策サーベイランス(JANIS)の情報や東京医療センターでの集計と比較すると、グラム陰性桿菌の検出例が多く、不明熱の原因として多いとされる膿瘍形成や感染性心内膜炎と診断された例が多かった。また陽性判明後の入院でも生命予後の悪化はみられなかった。外来における血液培養採取が診断や治療方針の決定に重要であることが再確認できた。

急性期総合病院における結核患者の特徴

富山 周作 西口 翔 谷川 徹也 中川 佳子
田口 雄一郎 菅波 由有 北川 泉

湘南鎌倉総合病院 総合内科

目的

我が国では結核の罹患率が高い。急性期総合病院では、受診者やスタッフへの感染対策につながるスクリーニング基準の確立が重要な課題となっている。今回我々は、結核患者の特徴と診断に苦渋した症例の特徴について検討を行った。

方法

2008年1月1日から2012年12月31日までの過去5年間に抗酸菌検査において結核 PCR 陽性あるいは培養で結核菌が陽性となった結核患者94名について後ろ向き解析を行った。また、入院後に結核菌検査を提出するまで2日以上要した症例を診断難渋例として追加検討を行った。

結果

入院患者が62名であり、外来患者は32名であった。性別は、男性66名、女性32名であった。塗抹試験の結果では、喀痰塗抹陽性が46名、胃液塗抹陽性が1名、塗抹陰性が47名であった。結核の診断に難渋例では、症状として発熱、食欲不振、羸瘦などの症状が多く、結核の既往例も多かった。画像診断では胸部レントゲンでは上肺野の異常陰影や空洞性病変などの典型例が多かった。

考察

急性期総合病院で致命的な疾患に紛れた結核患者の早期診断は困難を極めるが、症状、既往歴、画像所見は典型例が多く、スクリーニング基準の確立と共に常に結核を疑う事が重要である。

プライマリ・ケアの現場における抗酸菌感染症の診療——地域の一般病院での実症例に基づく検討

加藤 冠^{1,2} 黒崎 真理子¹ 岡部 敏彦¹ 王 徳権¹
齋藤 文洋¹ 林 ルミ子² 岩下 直樹² 松本 剛²
小金丸 千景² 森嶋 慶子² 相原 力²

¹大泉生協病院 ²東京健生病院

【目的】日本の結核罹患率は減少傾向だが依然欧米諸国より高く、非結核性抗酸菌症の罹患率は増加傾向にある。高齢患者の多い地域の一般病院ではこれらの疾患に遭遇する機会は少なくない。当院での診療を振り返り、プライマリ・ケアの現場で留意すべき点を考察した。

【方法】平成25年に大泉生協病院で抗酸菌塗抹もしくは培養陽性を確認した21例（肺結核（以下Tb）5例（男1例、女4例）、非結核性抗酸菌症（以下NTM）16例（男2例、女14例）、うち女性の1例は両疾患合併）を対象に、その背景や診療実績をカルテで調査し分析した。

【結果】年齢はTbで83.2±12.2歳、NTMで77.4±13.2歳とTbがやや高かった。過去に診断されているNTMが3例あったが、その他は全て今回初めての診断であった。Tbでは血痰を呈した1例の外来通院患者と大量胸水を呈した1例の入院患者の喀痰塗抹は陰性だが培養陽性にて診断が確定。残り3例は食欲不振などの非特異的症状での入院後に喀痰塗抹陽性が判明。うち2例は専門病院への転院となった。胸部X線所見は呼吸器専門医でも異常の指摘が困難な場合がある一方で、多発粒状陰影など比較的典型的な所見でも一般内科医での指摘が困難な例があった。NTMではMACが13例で最多、chelone、xenopi、不明が各1例であった。外来でMACへの標準治療をされている2例を含む6例は外来フォロー中だが、入院10例中6例の入院時診断は肺炎であり、胸部X線所見のみでNTMと診断するのは困難であった。そして多くは一般細菌感染の治療に反応したが、残存する喀痰にEMの少量長期投与を開始して改善を認めた例が3例あった。また入院例の半数は特養ホーム、有料ホーム、老健などの施設入所者で、在宅往診管理の患者も1例あった。

【結論】Tb、NTMとも高齢女性に多く、非特異的症状でも可能ならば検痰を施行し、早期に専門医の画像診断を仰ぐことが重要である。施設入居者の誤嚥性肺炎の治療に際してはNTM保菌者が多いことも念頭に入れる必要がある。

プライマリケア診療における高齢者 NHCAP の重症度リスク因子の検討

久我 貴之 田中 裕也 尼崎 陽太郎 平田 健
藤井 康宏 上田 幸子 宮本 由美子 花島 まり
上田 充哉子 久保江 律子 下田 智美
長野 恵子 高場 満也

長門総合病院

[はじめに] 現在高齢者社会が進行し、当地域でも65歳以上が36.2%、75歳以上が20.2%を占めている。肺炎は死亡原因の第3位で、特に高齢者では重要な疾患であり、介護関連施設での症例も増加している。今後のプライマリケア診療に役立たせる為、当院で入院加療した医療介護関連肺炎（以下 NHCAP）症例において病態とリスク因子を検討したので報告する。[対象と方法] 2011年1月から2013年8月までに当院で入院加療を行った特別養護老人ホーム発症の NHCAP 症例25例を対象とした。年齢は78-104歳。平均90歳。男性12例、女性13例。対象例で臨床医学的因子を検討し、軽快例と死亡例について受診時 A-DROP 分類、バイタルサイン、血液データなどの因子に有意差がないか検討した。統計解析手法は t 検定、単変量解析を行い、 $p < 0.05$ を有意差ありと判定した。[結果] 併存合併症は心疾患20例、脳疾患10例、認知症10例、骨折後9例、DM 5例、胃潰瘍および褥瘡4例、腎疾患および白内障3例、肺疾患および関節リウマチ1例（重複例あり）。年齢より A-DROP 分類では全例中等症以上であった。BUN 値：9-64mg/dl。SpO₂ 値：78-99%。意識障害（JCS）：1-200。血圧低下症例4例。体温：36.5-39.4℃（平均38.0℃）。CRP 値0.2-21.9mg/dl（平均6.1mg/dl）。白血球数：2700-16000/ μ l（平均9420/ μ l）。食事摂取状況は経口例18例、胃瘻例6例、経管栄養例1例。軽快退院例20例、死亡例5例。入院期間は7-855日。起因菌はグラム陽性菌8例、グラム陰性菌12例、混在5例、耐性菌8例であった。軽快例と死亡例とを比較したが意識障害のみ有意に死亡例で重症であった（ $p=0.0015$ ）。A-DROP 分類スコアは有意差が無かった。[まとめ] 高齢者 NHCAP 症例において A-DROP 分類では予後予測判定基準としては有効性に乏しかった。受診時意識状態が予後と関連していた。プライマリケアとしては各種データも必要であるが、特に意識状態が予後に影響を与える可能性が高く、診療の際には留意すべきであると考えられる。

当院の高齢者救急患者に対する経口摂取への取り組みについて

山下 巖¹ 小山 珠美² 芳村 直美² 黄金井 裕²
西川 利恵² 野村 直樹³ 安齋 明雅¹

¹東名厚木病院 救急部 ²摂食嚥下部 ³総合診療部

介護度の高い高齢者救急患者の急激な増加に伴い、入院治療終了後、認知、ADL の低下で家族の支援が得られず、長期入院となる例も増加している。長期入院患者が増加すれば、空きベッドは減少し、結果として、地域の救急医療に大きな支障をきたす。当院では、高齢者救急医療の重要な結果は、早期より口から食べて幸せな生活を取り戻すことと考えている。口から食べることで、患者は満足し、病状、QOL を改善し、結果として早期退院、転院が可能となる。今回、当院の取り組みについて報告する。高齢者救急患者に対して、摂食嚥下チームは、医師の指示下、原則入院当日リハビリと協働介入する。口腔ケアより開始、誤嚥性肺炎や窒息のリスクを念頭に置き、個々に応じて食上げを行っている。過去、4年間に摂食嚥下チーム介入1707例（死亡例は除く）中、経口摂取退院例は1518例（88.9%）で、一週間以内に経口摂取のみとなったのは63%と高率であった。その内、脳卒中693例中91.8%、肺炎434例中82.5%に経口退院が可能であった。85歳以上超高齢者においても、各々80.2%（ $n=106$ ）、83.6%（ $n=159$ ）と高率であった。一方で胃瘻造設例は年々著明に減少した。高齢者救急患者でも、入院時より高い能力をもつ摂食嚥下チームが介入すれば、早期経口摂取は可能で、病状の改善、患者の満足、QOL の向上、在院日数の短縮につながると考えられた。

高齢者では定期的な食事形態の評価が必要かもしれない ～肺炎入院患者の入院前と退院時の食事形態の比較より～

西村 加奈子 和田 幹生 川島 篤志

市立福知山市民病院 総合内科

【背景】

高齢者のADLは入院を機に低下することが稀ではない。肺炎で入院した高齢者では、食事形態についても退院時の食事形態が入院以前に摂取していたはずのレベルに達しないことも認められるが、その頻度はあまり明らかではない。

【目的】

肺炎で入院した高齢者において、入院前と退院時の食事形態の状況を検討することである。

【方法】

カルテレレビューによる、retrospective cohort studyとして実施した。対象は、65歳以上で2012年4月1日～2013年3月31日までに入院加療した患者である。入院中に死亡した症例及び入院時から経管栄養であった症例は対象から除外した。肺炎で入院加療した患者と、比較対象として同時期に尿路感染症で入院加療した患者も評価し比較した。食事形態は、嚥下食ピラミッドを使用して分類した。

【結果】

当該期間に肺炎で入院加療し退院した患者は154例であった。このうち、退院時の食事形態が入院時の食事形態のレベルに達していなかったものは39%で、尿路感染症の患者に比べて有意に多かった($p=0.01$)。また、89例では入院時に何らかのADLの低下を認めており、この群では56%で退院時の食事形態が入院時と比較して低下していた。

【考察】

高齢者では入院そのものによってADLが低下し、これが嚥下機能にも影響している可能性もあろう。しかし、本研究では、同じ高齢者の入院患者でも、肺炎患者の方が、尿路感染の患者に比較して退院時の食事形態のレベルが有意に低下していた。これは、入院そのものによる嚥下機能への影響以外にも、肺炎の入院患者では、入院前に摂取していた食事形態が、その段階で既に患者の嚥下機能に十分に合ったものではなかった可能性も示唆しうるであろう。高齢者、特にADLが低下してきている患者においては、定期的な嚥下機能の評価や食事内容の検討を行うことが好ましいと判断される。

プライマリケアでCRPは感染症治療に役立つか？あるいは他の modality 評価はあるか？～誤嚥性肺炎における検討～

脇田 嘉登 前川 正人 伊吹 恵里 泉 順子
宇佐美 潤 北川 渡 濱野 浩一 伊藤 千弘
山本 さゆり

愛知医科大学病院 総合診療科

【背景・目的】：CRPは感染症治療において、頻繁に使われる検査であるが、CRPは本当にプライマリケアで「使える」生化学検査であろうか？

感染症診療（誤嚥性肺炎）で、CRPを以下の異なる視点で評価し、その有用性を検討する。

- ・プライマリケアにおける感染症の screening としての病状の重症度評価となり得るか？
- ・治療効果の指標となり得るか？
- ・他の有用な modality があるだろうか？

【方法】：2011年6月～2013年12月に外来受診したCT上誤嚥性肺炎を疑われた患者(N=34)(ADL自立)を対象に各種検査を施行し、自宅退院群(軽快群:RG)、死亡あるいは転院群(非軽快群:NRG)にグループ分けし、比較検討した。(転院群はねたきりなど自宅退院が不可能になった症例を含む)。重症度分類としてA-DROPを使用。

【結果】：年齢は、RG(N=13)85±9.1歳、NRG(N=21)79±8.0歳($p=ns$)であった。A-DROP(RG:2.0±0.9、NRG:2.3±0.8; $p=ns$)、入院時CRP mg/dl(RG:8.0±6.0、NRG:10±7.9; $p=ns$)、入院経過中最大CRP(RG:10.1±5.7、NRG:14.4±6.6; $p=ns$)、CRP正常化までの期間(日)(RG:14.9±7.3、NRG:12.2±8.5; $p=ns$)、いずれも有意差は認めなかった。また、入院時の血圧、心拍数、体温とも有意差は認めなかった。入院期間(日)(RG:18±14、NRG:43±28; $p<0.01$)、解熱までの期間(日)(RG:3.6±5.8、NRG:11±10; $p=0.05$)、ABG:lactic acid(RG:15±8.3、NRG:23±16; $p<0.05$)と2群間で有意差を認めた。

【結論】：超高齢化社会に突入している日本であるが、ねたきり患者を増やさないことは急務である。高齢者の感染症は、臨床症状が乏しい重症例が隠れていることがあり、プライマリケアの対応の如何で、その後のADLを左右することになる。今回の検討では、CRP値は感染症治療の重症度判定とならず、CRP陰性化までの日数の差もなく、治療効果判定の指標として持ち得なかった。血液ガスの一部が有用性を示したが、multiple problemを有する高齢者医療の困難さを示した。CRPの呪縛から脱し、きめ細やかな総合的な医療の必要性が考えられる。

産休・育休中等の女性皮膚科医による在宅・僻地診療支援システムの開発と在宅・僻地皮膚診療実態調査

横林 賢一¹ 横林 ひとみ² 静川 寛子² 秀 道広²
原田 亘³ 東條 環樹⁴ 小西 太⁵ 松本 正俊⁶
田妻 進¹

¹広島大学病院 総合内科・総合診療科

²広島大学大学院医歯薬保健学研究院 統合健康科学部門皮膚科学

³神石高原町立病院 ⁴雄鹿原診療所 ⁵広島在宅クリニック

⁶広島大学医学部地域医療システム学講座

【目的】僻地あるいは在宅療養中の患者が皮膚科医の診療を受けることは難しい。また産休・育休に伴う女性医師の長期離職は医師不足の原因となっている。よって本研究では、僻地・在宅医療の医師と産休・育休等で休職中の女性皮膚科医をつなぐITコンサルトシステムを構築して有用性を実証するとともに、僻地・在宅における皮膚診療の実態を明らかにすることを目的とする。

【方法】アクションリサーチに準じて遠隔皮膚診療ITシステムの開発と評価（女性皮膚科医および僻地・在宅診療医へのフォーカスグループインタビューおよび自記式質問紙法、患者への自記式質問紙法）を行った。僻地・在宅皮膚診療の実態調査は記述研究の手法を用いた。

【結果】都市部の在宅専門診療所と周囲に皮膚科の無い僻地の診療所・病院の3医療機関の医師が皮膚診療に難渋した際、病歴と写真を用いた情報隔離性の高いITシステムで女性皮膚科医にコンサルトできるシステムを開発した。1年間で計29件のコンサルトがあり、その内訳は湿疹・皮膚炎群11件、腫瘍10件、感染症3件、炎症性角化症2件、水疱症1件、紫斑1件、外傷・潰瘍1件であった。自記式質問紙表による調査では患者、在宅・僻地診療医、女性皮膚科医のいずれの満足度も高かった（5点法で平均4.1±0.6）。在宅・僻地診療医へのインタビューから本システム運用による僻地・在宅環境における皮膚診療の向上に有用である可能性が示唆された。女性皮膚科医へのインタビューから、フルタイム勤務が困難な女性皮膚科医の診療能力の維持・向上や復職支援時の教育ツールとしての有用性が示唆された。運用中、利用者からシステムの使い勝手の指摘を受け、システム改善を行った。

【結論】僻地・在宅診療で問題となる皮膚疾患像が明らかになった。機密性が保持されたITを用いた皮膚診療支援システムは、患者、僻地・在宅診療医、休職中の女性皮膚科医にとって有用なツールとなる可能性が示唆された。

（本研究は平成24年文部科研費挑戦的萌芽を受給し行った）

在宅医療に対する府民と医療者との意識乖離～「かかりつけ医」の意義～

中村 正廣 遠山 裕司 鈴木 隆一郎 加納 康至
松原 謙二 伯井 俊明

大阪府医師会調査委員会

【目的】超高齢社会の在宅医療は、地域医療における重要な課題である。在宅医療を受ける府民と提供する医療者の認識に差があり、在宅医療環境を早急に整える必要がある。それぞれの意識と意見について、大阪府医師会の調査結果を用いて検討したので報告する。

【対象と方法】大阪府医師会は、平成7年より府民調査、昭和46年より医師会員調査を隔年実施している。府民調査は、エリアサンプリングで選ばれた府民を対象として留置記入依頼法で1,320名分の記入完了票を得た。医師会員調査は、大阪府医師会会員約2万人を診療所長、病院長、勤務医に区分し、平成25年は3,056人に調査票を配付した。有効回収率は70.0%であった。

【結果】

(1) 府民調査 「かかりつけ医」を6割が「決めている」。「かかりつけ医」の選択理由は、「自宅、職場が近い」が全年代層に多く、70歳以上の高齢者では「夜間や必要に応じて往診」は1割にも満たない。

(2) 医師会員調査 訪問診療は6割が「行っていない」が、往診は、「24時間体制で行っている」「在院時間内で行っている」を合わせると過半数の会員が行っている。患者からの在宅医療の依頼には、「継続的に診療している患者」や「可能な限りすべて対応する」が過半数近くあり、在宅医療の推進に必要なものとしては、「多職種と連携」48.9%より「患者や家族の理解・協力」61.9%、次いで「患者がかかりつけ医を持つ」の50.7%と医師、患者、家族との信頼関係を重視していた。そして、地域の医師会に、患者の「かかりつけ医」を紹介目的とした『地域医療連携室』を設置するには、勤務医、病院長、診療所長の順で「必要である」としている。

【考察】継続して診る「かかりつけ医」を持つことが、地域居住を可能とすることが示唆された。将来の在宅機能を考慮しない高齢府民が増える中、地域医師会は「地域医療連携室」を設置し、退院後や通院患者に「かかりつけ医」を紹介する取り組みを始めている。「かかりつけ医」が府民に定着し、在宅死への意識変革を促すことが、今後の在宅医療を推進する要と考えられた。

研究中間報告：EMPOWER-Japan Study (Elderly Mortality Patients Observed Within the Existing Residence)

渡邊 隆将^{1,2,3} 松島 雅人³ 藤沼 康樹¹
阿部 佳子¹ 稲田 美紀¹ 菅野 哲也¹ 喜瀬 守人¹
今藤 誠俊¹ 高橋 慶¹ 富永 智一¹ 西村 真紀¹
平山 陽子¹ 増山 由紀子¹ 村山 慎一¹
安来 志保¹ 青木 拓也^{1,2}

¹医療福祉生協連 家庭医療学開発センター (CFMD)

²北足立生協診療所

³東京慈恵会医科大学 総合医科学研究センター 臨床疫学研究室

【背景】定期訪問診療を受けている在宅高齢者を、その導入時から前向きに追跡した疫学的データは存在しない。また、今後訪れる高齢多死社会で、必然的に増加せざるを得ない在宅死の予測因子に関する情報は不十分である。

【目的】多施設共同による在宅高齢者コホートを構築し、記述疫学的データを明らかにする。主要エンドポイントに在宅死を設定し、その発生率と予測因子を明らかにする。

【方法】デザインは前向きコホート研究である。医療福祉生協連の研究ネットワークである Practice Based Research Network (CFMD-PBRN) に参加している東京・神奈川・埼玉の13施設で平成25年2月1日～平成28年1月31日に新規で訪問診療を開始された65歳以上の患者を対象とする。構築されたコホートは平成29年1月31日まで前向きに追跡する（最長追跡期間4年間）。研究データはElectronic Data Capture System によって登録し、慈恵医大臨床疫学研究室がデータ管理センターとしてこれを管理する。主要エンドポイントは在宅死、副次エンドポイントは死亡、臨時往診、在宅療養期間、入院である。必要対象者数は在宅死の発生率、統計解析を考慮した計算上1068名であるが、本研究では約1400名の登録を見込んでおり、十分な対象者数と言える。

【中間結果】平成25年11月25日時点で197名の対象者が各施設で研究登録されている。そのうち既にデータが登録されている139名に関しては女性53.2% (74名)、年齢82.8±9.1歳、担癌状態24.5% (34名)、専従する主介護者がいる家庭64.5% (90名)、生活保護世帯18.0% (25名) である。学会当日には最新の登録状況、中間結果を提示する。

施設での看取りの取り組みが急性期病院の負担を 軽減できる可能性がある

野々上 智¹ 島倉 とよみ² 佐藤 由紀¹
岡本 広太郎¹ 吉田 英人¹ 木島 真¹ 吉田 正¹
仲田 和正¹

¹医療法人社団健育会西伊豆病院

²社会福祉法人松崎十字の園

【背景】当地域の高齢化率は約40%であり、近い将来の日本を先取りしている。当院はこのような地域の特別養護老人ホーム（入所者50名、看護師常勤3名、非常勤2名）の嘱託業務を担当してきた。2006年の介護保険法の改正から施設での看取りを開始した。2009年度までは補液が必要な患者は原則入院とし退院の際の面談で方針を決定してきたが、2010年度以降は補液が必要であれば皮下輸液を使用しただけ施設で治療を行い、老衰終末期を平穏に過ごせるように非癌患者の緩和ケアを積極的に行うようにした。また内服薬を減らす、原則全例予防接種を行うなどの介入を開始した。転じて急性期医療に目を向けると、急性期病院の患者数は年々増加傾向にあり、勤務医の疲弊も取り沙汰されている。今回我々は、介入前後での当施設での急性期病院入院総日数などを検討した。

【方法】2009年4月1日～2013年3月31日の4年間、年度毎に、当施設からの病院入院総日数、入院患者総数、施設での看取り患者数を後方視的に調査した。

【結果】入院総日数・入院患者数・看取り患者総数は、それぞれ、介入前の2009年度475日・22名・16名であったが、介入後の2010年度60日・7名・9名、2011年度173日・9名・13名、2012年度10日・2名・13名であった。

【考察】介入の前後で病院入院総日数・入院患者数は減少した。看取り患者数に大きな変化はなかった。特に終末期に対する医師の考え方、施設看護師の役割、非癌患者への緩和ケアが重要と考えられた。また最近では当施設の患者の家族の看取り体験を職員・地域住民と共有する取り組みを行っており、施設での看取りの話がスムーズに行く事例が増えてきている。

【結語】老衰終末期をできるだけ施設で過ごせるようにすることで、急性期病院の負担が軽減される可能性がある。

岡山家庭医療センターにおける在宅患者の時間外オンコールの実態

中山 元 賀來 敦 松下 明

社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター

【諸言】3つの在宅療養支援診療所をもつ岡山家庭医療センターでは、在宅患者の時間外のファーストコールを医師が担当している。家庭医療後期研修を在宅療養支援診療所で開始する研修医にとっては、経験がないためオンコールへの不安が大きい。コール内容や出勤頻度などを予め知ることが不安の解消に繋がると思われるが、オンコールの実態を調査した研究は少なく不明な点が多い。今回、実態把握を目的として自施設での調査を行った。

【方法】当センターで2013年5月7日から10月30日までの178日間に、時間外のオンコールがあった在宅患者について、情報共有メールの記載をもとに診療録の内容を調査し、横断研究を行った。調査項目：患者年齢、電話発信元、愁訴・症状、診断名、検査・治療・指示行為、救急搬送件数、フォローの有無・内容、転帰

【結果】全コール数115件のうち、診療録記載不備等の14件を除いた101件を解析対象とした。平均年齢88.6±6.6歳、男性43件・女性58件。電話発信元は自宅52件、グループホーム24件、特別養護老人ホーム18件、有料老人ホーム5件、小規模多機能型居宅介護2件であった。電話対応のみが53件で、出勤が48件（うち死亡診断17件）あった。主な愁訴・症状の上位は、発熱28件、呼吸器系の異常18件で、救急搬送は10件（肺炎・誤嚥8件、他2件）だった。電話対応のみのうち、4件が後に入院していた。

【考察】愁訴・症状の上位は、発熱、呼吸器系の異常で、救急搬送の大半が肺炎・誤嚥であることが明らかになった。電話対応後に入院となった4件はいずれも早期に他院へ紹介されており、適切なフォローができていた。時間外の在宅診療は資源が限られトリアージの要素が大きい、患者の不利益が生じないような対応が必要になる。

学術大会では検査・治療・指示行為などの結果も併せて発表する。

事前指示書の完成率等へのグループセッション導入の効果

津田 修治¹ 鹿野 耕太² 尾島 俊之³¹筑波大学附属病院総合診療科²静岡家庭医養成プログラム ³浜松医科大学健康社会医学

【背景】

プライマリ・ケア医がそのかかりつけ患者の事前指示書作成を支援する方法は、日本の診療スタイルにあった形が確立されていない。米国の知見では、グループディスカッションを含む支援方法が指示書の完成率及び家族との相談率の上昇に寄与することが分かっている。この知見をもとに、菊川市家庭医療センターでグループディスカッションを含む支援プログラムを開発して実施したことを、昨年の当学術大会で報告した。本報告はその続報である。

【目的】

診療所における事前指示書作成支援の方法として、グループディスカッションを含む支援が指示書の完成率及び家族との相談率を高めるかどうかを明らかにすること。

【方法】

菊川市家庭医療センターに定期通院している65歳以上で意思表示可能な外来患者を対象に、グループセッション群と個別群を日付で割り付ける準ランダム化比較試験を行った。研究への参加に際し、対象者から書面で同意を得た。グループ群は6-10人のグループセッションでビデオ視聴（25分）とディスカッション（30分）を行い、個別群は、同一のビデオ視聴の後の外来で、主治医と相談をする形で介入とした。その後の主治医の外来で指示書作成状況について尋ね、介入後2回の外来で追跡終了とした。研究期間は2013年4月1日から2014年3月31日までの1年間とした。追跡終了時の事前指示書完成率と作成中の家族との相談率を測定した。

【結果と考察】

2013年12月31日までの途中経過で、104名（グループ群60名、個別群44名）に対し介入を行った。事前指示書の完成はグループ群37名（61.6%）、個別群19名（43.1%）だった。当日は2014年3月31日まで追跡した結果をもとに統計学的分析を行い、考察を加えて発表する。

医療従事者は事前指示に対してどのように考えているか（質的研究）

佐藤 優子¹ 佐藤 誠² 浅井 泰博³ 名郷 直樹⁴

¹元 湯沢町保健医療センター地域家庭診療部

²浜田市国民健康保険診療所連合体あさひ診療科

³湯沢町保健医療センター地域家庭診療部

⁴医療法人社団実幸会武蔵国分寺公園クリニック

【背景】

我が国では経口摂取不可能になった時の栄養補給に関する事前指示は依然として普及していない。実際に事前指示を作成する際にはその状況に対しての知識、想像力が不足しており、より具体的な状況を構成する要件を集める必要があると考えた。それに注目した研究は見当たらない。

【目的】

医療従事者が考える、事前指示作成の際に考慮すると良い要件を抽出する。

【方法】

山間へき地小病院の医療従事者18名を対象に半構造化面接を行い、面接中のキーワードをデータとし Steps for Coding and Theorization (SCAT) を一部改変した方法にて質的分析を行った。

【結果】

対象者は【事前指示作成の際に考慮すると良い要件】として、その時までにく十分生きたか、その時のく身体精神機能の衰えがどの程度か、その後のく生きる意味があるか、栄養補給を行うく真の目的があるか、く栄養補給のメリット、デメリットはどうか、栄養補給を行うく条件が揃っているか、を挙げた。一方でく食べられなかったらもういい、という【経口摂取不能は人生の終焉】であるという考えも挙げられた。またく栄養補給を選択した場合の社会体制の不備もありく本人の意思だけでは決められない、そもそもく周囲が選択すること、であるという【事前指示よりも他のことの方が重要】という考えも存在した。さらに臨床の場面ではく本人の事前指示を家族が理解することの難しさ、が存在し、事前指示があってもそれを【活かすことは難しい】と考えるものもいた。

それだけでなくくその時になってみなくちゃわからない、つまり根本的に【事前指示を作成することは難しい】という考えも存在した。

【結論】

医療従事者が考える、経口摂取不可能になった時の栄養補給に関する事前指示作成の際に考慮すると良い要件が抽出された。また経口摂取不能は人生の終焉、事前指示よりも他のことの方が重要、事前指示があっても活かすことは難しい、事前指示を作成することは難しいという考えも存在した。

患者満足度や不安経験等に対する事前指示書作成グループセッション導入の評価

鹿野 耕太¹ 津田 修治² 尾島 俊之³

¹静岡家庭医養成プログラム

²筑波大学附属病院総合診療科

³浜松医科大学健康社会医学

背景：米国において、事前指示書の作成は患者・家族の満足度の向上、不安・ストレスの減少に寄与することが示されている。また、グループディスカッションを含む支援方法が、指示書の完成率の上昇に寄与することがわかっている。満足度向上・不安軽減について個別での支援方法のものと比較した研究は行われていない。

目的：事前指示書作成支援として、グループディスカッションを含む説明会が患者満足度の向上と、終末期に対する不安の軽減に寄与するか検証すること

研究方法：菊川市家庭医療センターに定期通院している65歳以上の外来患者を対象に、グループ群と個別群を日付で割り付ける準ランダム化比較試験を行った。研究への参加に際し、対象者から書面で同意を得た。グループ群は6-10人のグループセッションでビデオ視聴（25分）とディスカッション（30分）を行い、個別群は、同一のビデオ視聴の後、主治医と相談をした。その後の主治医の外来で指示書作成状況について尋ね、介入後2回の外来で追跡終了とした。介入前と介入後に自記式アンケート調査を行い、説明会への満足度、終末期に関連した不安の強さについて5段階で評価した。

結果と考察：2013年12月31日までの途中経過で、104名（グループ群60名、個別群44名）に対し介入を行った。事前、事後でそれぞれ103名（グループ群60名、個別群43名）、63名（グループ群49名、個別群14名）の有効回答を得た。説明会に対する満足度はグループ群で高い傾向があった（グループ群 1.73 ± 0.67、個別群 2.36 ± 1.13）。「死に際して意に反した医療行為を受けることへの不安」はグループ群 2.88 ± 1.29、個別群 2.91 ± 1.52と両群で差を認めなかった。当日は2014年3月31日まで追跡した結果をもとに統計学的分析を行い、考察を加えて発表する。

終末期前に終末期医療について、家族内または医療者と話し合うこと、書面に残すことについての探索的研究

向原 千夏¹ 田口 智博²

¹三重大学医学部医学科

²三重大学医学部附属病院 総合診療科

【目的】 終末期以前に家族や医療者と終末期について話し合う意義や話し合いの内容を質的に調査した研究はこれまでほとんどない。そこで本研究は家族や医療者との話し合いや書面に残すことが行われる、または行われない理由とその体験を調査することを目的とした。

【方法】 津市内の39名に対しアンケート調査を行い、その結果から家族・医療者との話し合いの有無、また終末期に対する自分の思いの書面化の有無より、4名ピックアップして、個人インタビューを行った。インタビューデータから modified grounded theory approach を用いて分析し、非終末期における住民の終末期についての話し合いと書面に残すことに対する思い、考え、体験の理論図を構築した。

【結果】 理論図のストーリーラインは次の通り。まずは家族や知人の死の体験をきっかけに自分の希望やそれを伝えたいという思いが自分の中に生まれるが、伝える内容や気持ちの準備が不十分だった場合、また家族と心理的距離が遠かった場合などや、病院や医療者との距離感が遠い場合などは、思いは伝えられなかった。しかし家族や医療者との心理的距離が近く、かつ直接の何かきっかけがあった場合は、思いが伝えられた。そして自分の希望を伝えた後の思いとして、伝えなければという重荷からの解放感などがあげられ、話した後も家族・医療者との関係性が変わっていなかった。また伝える・伝えないの決定に関わる三要素として、本人の伝える準備、相手との心理的距離、きっかけの3つが挙げられた。

【結論】

非終末期において自分の最期の希望を伝える・伝えないの決定に関する三要素は、話す相手との心理的距離、直接のきっかけ、話す本人の内容や気持ちの準備であり、その伝える内容は valued history である。

入院患者における DNAR 指示に関する医師・看護師の意識

藤井 麻耶 由井 和也 鄭 真徳 古谷 力也

JA 長野厚生連佐久総合病院総合診療科

【背景】 当分院は地域高齢者医療を多く担っているが、現在は DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) 指示の明確なルールを設けておらず、対応は各医師の考えを基に患者の状況に合わせている。この手続きや適用の要否に関してスタッフ間で意見の相違をみることがある。

【目的】 入院患者の診療に関わる医師・看護師の DNAR 指示に関する意識を明らかにし、職種間の意識の差異を探索的に検討した。

【対象と方法】 同意の得られた当院の医師と看護師を対象とし、無記名の半構造化自記式質問紙を用いた全数調査とした。DNAR 指示の的確さ、医療スタッフ間／医師－患者家族間の話し合いの十分さ、SOL と QOL のウエイト、事前指示の話し合いの必要性、DNAR 指示不足の原因、DNAR 指示の有無による問題点、DNAR 指示を考慮すべき患者の特徴等について、10または6段階の数値評価スケール (NSR) で評価した。

【結果】 73人中58人 (医師13人、看護師45人) から回答が得られた。DNAR 指示に関しては、医師は十分と回答した人が多いが、看護師は意見が分かれた。DNAR 指示が出されることでの問題点として、「救命の可能性を無くしてしまう」に対し医師は中央値5点 (範囲5－1)、看護師は中央値3点 (範囲5－1)、「必要とされる治療やケアが提供されなくなる可能性がある」に対し医師は中央値4点 (範囲5－1)、看護師は中央値2点 (範囲4－1) と差があった。DNAR 指示が出されないことでの問題点は両群に大きな差はなかった。

【結論】 全体的に医師は十分に DNAR 指示を出していると考えているものの、看護師には指示の不足を感じている者がいるという傾向が認められた。さらに、医師は DNAR 指示出すことで治療の質が下がることを懸念していたが、看護師は指示が出されないことによる不要な蘇生の可能性や急変時の対応の不明確さをあげており、今後の課題と考える。

当院総合診療科におけるビタミンB1欠乏症入院症例の検討

北尾 章人¹ 立花 祐毅¹ 高津 宏樹¹ 日野 拓耶¹
 中治 仁志¹ 家城 隆次¹ 浦瀬 靖代² 高部 倫敬²
 石田 長次²

¹公立豊岡病院組合立 豊岡病院 総合診療科

²公立村岡病院 総合診療科

【背景】ビタミンB1欠乏症は脚気の原因としてかつて本邦で多く見られた病態であったが現在は減少し、厚生労働省の平成23年度患者調査報告において平成8年は推計患者数400名である。しかし平成17年からは再び増加に転じ、平成23年には1300名が発症している。増加の要因としてアルコールや偏食によるものが考えられている。【目的】兵庫県北部は過疎が進行しており高齢化率も高い地域である。その地域の中核病院である当院総合診療科においてビタミンB1欠乏症患者の検討を行った。【方法】診療録を用いて2011年4月～2013年12月までの入院患者2758名のうちビタミンB1欠乏症と診断された8症例についてその背景を後方視的に検討した。【結果】年齢中央値は76歳（範囲60～81歳）で男性が7例であった。入院時の主病態がビタミンB1欠乏症に起因すると考えられたのは6例であり、中枢神経障害が4例で心障害が2例であった。ビタミンB1の治療前中央値は15ng/ml（正常値24～66ng/ml）であり、最低値は8ng/mlであった。背景として入院時に定職についていた患者はなく、全員無職であった。常習飲酒家の定義を満たしていたのは4例で、残り4名は飲酒歴がなく偏った食生活が原因と考えられた。食事内容は菓子類、白米・野菜・生卵といった食事を中心とした極端な偏食であった。8名中4名は独居であり、残り4名は家族と同居されていたが日常生活はそれぞれで独立しており家族関係は希薄であった。【考察】入院症例に限った検討であるが、アルコール多飲と偏食によるものが同数見られた。偏食例は全例高齢男性であり、自分で調理をする習慣がない事も一因と考えられた。兵庫県豊岡市は高齢化率が28.2%と高く、総人口の減少に比して世帯数は年々増加しており単身世帯数が全体の20%を占めている。このような地域でプライマリケア診療にあたる際には生活環境や普段の食事についての問診も重要であり必要に応じて栄養指導も行っていく必要があると考えられた。

下部消化管内視鏡検査前処置により高 Mg 血症をきたし心停止に至った1例

細井 崇弘¹ 端山 幹大² 横谷 省治¹
 金子 光太郎² 鈴木 祥司³ 前野 哲博¹

¹筑波大学附属病院総合診療科

²独立行政法人 国立病院機構 霞ヶ浦医療センター内科

³独立行政法人 国立病院機構 霞ヶ浦医療センター 循環器内科

【背景】下部消化管内視鏡検査は大腸癌検診や排便障害の精査などプライマリケア領域でも重要な位置を占めている。検査前処置に伴う偶発症は0.0037%と極めて稀だが、このうち腸管洗浄液関連が4分の1を占める。今回腸管洗浄液による高 Mg 血症から心停止し血液透析で救命し得た1例を経験したので報告する。【症例】85歳女性。便秘の増悪と体重減少の精査のため当科に紹介入院となった。入院時 eGFR 35ml/min/1.73m²の慢性腎臓病があり、単純CTでは直腸に軽度の壁肥厚を認めるのみだった。悪性腫瘍の鑑別のため下部消化管内視鏡検査の方針とした。検査前処置として前日就寝前にピコスルファートナトリウム10ml、当日朝よりクエン酸マグネシウム製剤100gを全量1.8Lとした等張液を内服した。全量内服したが昼まで排便が無く気分不良となり検査は中止した。15時に看護師が巡回した際、意識レベルが低下し間もなく心肺停止となった。ただちに心肺蘇生を行い5分後に自己心拍が再開し、気管挿管、人工呼吸器管理とした。カテコラミンを使用しても収縮期血圧60mmHg前後で、低酸素血症および低換気状態が持続した。全身CTでは腸管穿孔は認めず、大動脈瘤破裂など心血管性病変も否定的だった。しかし血液生化学検査でMg15.0mg/dlと異常高値であり高 Mg 血症によるカテコラミン不応性ショックと診断した。転院先のA病院でグルコン酸カルシウムの投与および血液透析を行い、翌日に意識レベルが改善、透析3日後にはMg2.3mg/dlと基準値内になった。その後呼吸状態も改善し、再度当院へ転院した。【考察】本例は慢性腎臓病に加え、高度な便秘により Mg 製剤が長時間腸管内に貯留したため吸収が亢進し、重篤な高 Mg 血症に至ったと考えられる。本薬剤はこれまで国内で数千万例に使用されているが、高 Mg 血症で心停止に至ったのは本例が3例目で、救命し得たのは初めてである。慢性腎臓病のある患者、高度の排便障害のある患者では Mg 製剤の使用に慎重になるべきである。

総合診療科緊急入院患者の入院時血清 Na 値と院内死亡率の関係

遠藤 明子¹ 森本 剛² 官澤 洋平¹ 園 諭美¹
西岡 弘晶¹

¹神戸市立医療センター中央市民病院 総合診療科

²兵庫医科大学 内科学総合診療科

【目的】血清 Na 値異常は心不全や肝硬変患者の長期予後と相関すると言われている。また海外では、救急入院患者の入院時高 Na 血症、低 Na 血症が院内死亡率の上昇と関係するという報告があるが、本邦では明らかかなものはない。救急入院患者が大多数を占める当科において、入院時血清 Na 値の異常が院内死亡率と関係するかどうか検討した。

【対象・方法】平成25年4月から9月までに当科に緊急入院した患者が対象。入院時に血清 Na 値を測定していない症例、転科入出症例、入院7日以内に転院した症例は除外した。入院時の血清 Na 値で低 Na 血症（135mEq/l 未満）、正 Na 血症（135 - 145mEq/l）、高 Na 血症（146mEq/l 以上）の3群に分類し、各群における転帰を後ろ向きコホート研究した。群間の比較には Student's t test、Kruskal Wallis test、カイ2乗検定を用いた。有意水準は $p < 0.05$ を採用した。

【結果】対象者は男性117名、女性94名、年齢中央値75歳。入院時診断は感染症が56.9%。血清 Na 値の平均は135.1mEq/l（102 - 168mEq/l）。低 Na 群81名（38.4%）、正 Na 群121名（57.3%）、高 Na 群9名（4.3%）。各群の年齢に有意差を認めず。院内死亡例は12例で、低 Na 群3名（死亡発生率3.7%）、正 Na 群6名（5.0%）、高 Na 群3名（33.3%）。死亡発生率で高 Na 血症群と他の2群に有意差を認めた（ $p = 0.001$ ）。高 Na 群死亡オッズ比（対正 Na）9.6 [95% 信頼区間1.7~47]、低 Na 群死亡オッズ比（対正 Na）0.73 [95% 信頼区間0.2~2.9] であった。

【まとめ】入院時高 Na 血症の緊急患者は院内死亡のオッズ比が高かった。

【考察】入院時高 Na 血症は院内死亡率上昇を予想する因子として有用かもしれないが、交絡因子については更なる検討が必要である。

当院における後期高齢者の低ナトリウム血症症例の臨床的検討

緒方 俊介 稲本 真也 瀧口 純司 乙井 一典
小澤 徹 岡村 佳代子 岩田 幸代 堂本 康治
井上 信孝 大西 一男

神戸労災病院 内科

【背景】日常診療において高齢化に伴い程度の差はあるが入院・外来患者を問わず低ナトリウム血症を認めることは少なくない。低ナトリウム血症の原因は多岐にわたるが適切な治療により患者の状態を改善できるため原因検索や病態把握が重要となる。【方法】2011年4月から2013年3月の2年間に当院内科に入院した低ナトリウム血症症例29例のうち、補正を要した130mEq/L 以下の75歳以上の症例についてカルテ情報から後方視的に検討した。【結果】症例は男性8例、女性21例であった。原疾患は Na の摂取不足が13例と最も多く、次いで薬剤性が6例と続いた。全例において血清 Na 値は治療による改善が見られた。また患者背景として服薬歴が確認された症例では、利尿剤内服が41.3%、RAS 阻害薬内服が37.9%、両者とも内服していた症例が34.4%であった。【考察】高齢者では腎でのナトリウム、水の調節や内分泌ホルモンの調節機能はしばしば損なわれており低ナトリウム血症を高確率で生じやすくなっている。更に利尿剤やRAS 阻害薬によりそれが助長される可能性があると思われる。高齢者の日常診療にあたっては利尿剤やRAS 阻害薬の投与量を状況に応じ調節する必要があると考えられた。

粉瘤くりぬき法 ～エコー下局所麻酔注射併用～

白石 吉彦 遠藤 健史 福田 聡司 白石 裕子

隠岐広域連合立隠岐島前病院

粉瘤は感染、非感染を問わず、プライマリケアの外來で日常的に出会う疾患である。感染性のものは切開排膿処置、抗菌薬が必要となる。非感染性の場合にも、徐々に大きくなる場合や患者の希望によっては摘出対象となる。また処置は粉瘤被膜を残すと再発するため被膜の完全な摘出が必要である。

隠岐島前病院では粉瘤の診断、切開前の局所麻酔に精度を上げるために超音波装置を用いている。また可能な限り biopsy punch を使用し、くりぬき法を行っている。

診断については肉眼的に比較的容易であるが、一部困難な例もある。また粉瘤の診断にて摘出し、病理に提出された正診率は86%、悪性疾患が0.6%含まれていたという報告もある。超音波所見は低エコー腫瘤、後方エコー増強、内部不均一、血流なし、皮膚との連続性、充実性、側方陰影などが典型的である。典型的でない場合は粉瘤以外の診断も頭に置く必要がある。炎症を繰り返しており、エコー上、被膜がいびつ、被膜上に局所的に高エコーがあったり、内部に隔壁があるものはくりぬき法による完治が困難である。

局所麻酔は超音波下に平行法を用いて25G針にてエピネフリン入り0.5%リドカインで施行。biopsy punch で切開する部位の局所麻酔と共に、被膜と正常組織の間に麻酔液を入れていく。この操作で被膜摘出を容易にし、除痛に有効と考えている。

粉瘤のサイズによって内径3-6mmのbiopsy punch を使用し、内容物圧出後、モスキート鉗子で被膜を摘出。一塊として取れなかった場合は鋭匙なども使用する。通常は縫合せず、その後は湿潤療法で治療。非感染性粉瘤の場合は数日で創は閉鎖し、治療終了となる。

粉瘤くりぬき法は縫合不要、初心者にも比較的簡単に短時間で実施可能である。感染性であっても被膜を完全に摘出できれば完治するため、ここに紹介する。

外來の待合室トリアージでアンダートリアージをする要素についての探索的研究

宮道 亮輔¹ 石松 伸一¹ 綾部 晶子² 藤原 薫²
佐野 成美² 加藤 佐知子² 前嶋 亜希子²
奥山 智子²¹聖路加国際病院 救急部²聖路加国際病院 救命救急センター

【背景】外來の待合室で緊急度の高い患者をピックアップするため、看護師による待合室トリアージが行われている。聖路加国際病院では主に16時30分から23時の時間帯に日本版の緊急度判定支援システムであるJTAS (Japan Triage and Acuity Scale) を用いて、5段階（蘇生、緊急、準緊急、低緊急、非緊急）の緊急度判定を行っている。

【目的】看護師がアンダートリアージ（看護師の緊急度評価が医師より低い）をする要素を明らかにする。

【研究デザイン】記述研究

【研究セッティング】聖路加国際病院救急外來

【対象者】2013年7月から11月にwalk-in受診し待合室トリアージを行われた患者のうち、緊急度が低い（低緊急、非緊急）が入院した患者、準緊急で集中治療室に入院した成人患者。

【アウトカム評価】アンダートリアージ症例について、緊急度が低く評価された原因を調査・検討する。

【結果】調査期間中、14,010人が救急外來をwalk-in受診した。成人患者は8,830人（63.0%）であり、そのうち389人（4.4%）が入院し、そのうちの75人（受診患者全体の0.8%、入院患者の19.3%）が集中治療室に入院した。成人患者の3,554人（38.8%）にトリアージを行い、解析の対象となったのは、71人（2.0%）だった。71人中アンダートリアージは27人（38.0%）だった。内容を検討したところ、痛みの軽視10件（37.0%）、呼吸数の軽視5件（18.5%）、脈拍の軽視5件（18.5%）が上位3つだった。また、医師は既往歴や症状、内服薬から今後症状が増悪する可能性が高いものは緊急度を高くする傾向があった。

【結論】看護師による外來待合室トリアージで、重症患者に対して医師との意見の相違がある要素は、バイタルサイン、特に痛み、呼吸数、脈拍の結果の軽視だった。

熊本県のへき地医療機関における初期救急の実況 －第2報

吉村 裕子 青井 淳 古賀 義規 黒田 豊

熊本大学医学部附属病院地域医療システム学寄附講座

【背景】へき地医療を担う人材の不足は叫ばれて久しいが、へき地医療、特に初期救急の現場では幅広い疾患に対する対応が求められるとされるため、総合医の育成は不可欠である。前回我々はへき地医療拠点病院を含む熊本県内6施設において平成22年11月から平成23年1月の3ヶ月間、救急外来受診者について調査した。今回は季節性にとらわれない救急外来受診患者の状況を知るため、1年を通しての調査研究を行った。

【目的】より良い総合医の育成研修プログラム作成のため、へき地医療の現場における救急医療の実情を把握し、どの様な健康問題が多く、どの様な知識・技術が必要とされているかを検討した。

【方法】へき地医療を担う熊本県内2施設において平成23年1月1日から平成23年12月31日までの1年間、救急外来を受診した患者のべ11380人について、受診時間、年齢、傷病名、救急車搬送の有無などを調査し、その受診原因となった健康問題を抽出し、ICPC（プライマリ・ケア国際分類）-2を用いて分類・検討した。

【結果】1年間の調査にて救急外来で遭遇する健康問題には、2施設とも共通にグループR：呼吸器21.9%、グループD：消化器15.4%、グループA：全身および部位が特定出来ないもの13.6%、グループS：皮膚13.3%の頻度が高かった。上記4グループは、以前我々が報告した3ヶ月間の調査でも同様の結果を得ており、他のグループに比べると年間を通じて初期救急の現場で知識・技術をより必要とされる分野と考えられる。

【考察】前回調査を行った3ヶ月間が冬場であったため呼吸器疾患や消化器疾患に偏りが生じた可能性を考慮し1年間の調査を行ったが、結果に大きな差は見られなかった。総合医育成研修プログラム策定に際しては上記疾患群を念頭に作成する必要があると考える。

地域中核病院における遠隔画像診断に基づく診療 支援の有用性

林 宏樹¹ 三橋 乃梨子² 小幡 史明² 田畑 良^{2,3}
森 敬子² 岡 博文⁴ 谷 憲治³ 坂東 弘康²
影治 照喜⁴

¹自治医科大学医学部医学科

²徳島県立海部病院 総合診療科

³徳島大学大学院 ヘルスバイオサイエンス研究部 総合診療医学分野

⁴徳島大学病院 地域脳神経外科診療部

【背景】

徳島県では過疎地域での医師不足が深刻な問題になっており、限られた医師に多くの負担を強いている。また、脳卒中や虚血性心疾患などの専門領域以外の疾患に対して診療支援を直接受けることができず、早期診断・早期治療が遅れるという事態をしばしば招いている。これらを解消する目的で、当院では2013年2月よりスマートフォンとインターネットにより専門医からの診療支援を24時間受けることが可能な海部病院遠隔診療支援システム（k-support）を導入した。

【方法】

本システム導入6ヶ月後にk-support 端末を所有している医師15名（常勤医：9名、支援医師：6名）に対してk-supportの有用性及び今後の問題点・改善点についてアンケート調査を実施し、rating scaleの数字で回答してもらった。すなわちrating scaleを1-2は否定的、3は中立的、4-5は肯定的な評価とした。回収率は100%で、回答者の属性は男性が12名（80.0%）、女性3名（20.0%）であった。集計方法は単純集計を行った。

【結果】

利用者におけるk-supportの有用性の有無については全体では「大変、少し助けになる」13名（86.7%）と回答があり、全体の約9割が有用性を認識されていた。他の医療過疎地域への新たな展開については「とても、少し思う」10名（66.7%）とやや評価が厳しい傾向であった。支援医師の増員を望む診療科については脳神経外科、循環器内科といった緊急性の高い診療科に対する要望が多かった。

【結論】

地域格差、病院格差の解消を目指すために二次医療圏の枠組みに囚われることなく、都道府県・地域の実情に応じた医療機関との連携体制の早急な構築が望まれる。

隠岐広域連合立隠岐病院内科における入院患者の検討 ―この島に必要な医療をこの島で提供できるために―

小田川 誠治 門脇 あゆみ 黒木 大介
田邊 翔太 加藤 一郎

隠岐広域連合立隠岐病院

【背景】 隠岐諸島は、島根半島の北東50～80kmの日本海上に位置し、島後は隠岐諸島の中で最大の島である。隠岐広域連合立隠岐病院（当院）は、その島後にある唯一の入院機能を有する病院であり、2012年5月1日に新病院としてスタートした（病床数115床）。当院では主に自治医科大学卒業医師で内科入院患者を担当しており、可能な限り島内で医療を完結できるよう努めている。【目的】 当院内科における入院患者を検討し、この島に必要な医療をこの島で提供するための臨床能力を考察する。【方法】 2012年5月1日から2013年4月30日までの1年間、当院内科の入院患者の電子カルテデータをもとに、診断名、当院での治療完結状況、転院および緊急搬送症例の検討を行った。【結果】 新入院患者数は893人であり、内視鏡的大腸ポリープ切除術後の経過観察と内視鏡目的の入院を除く788人で検討した。当院での治療完結患者数は737人（93.5%）、本土への転院を要した患者数は51人（6.5%）であった。転院患者のうち緊急搬送患者数は31人であり、主な疾患は急性冠症候群、クモ膜下出血、脳出血、総胆管結石などであった。入院患者の内訳は、消化器疾患の197人（25.0%）、呼吸器疾患の184人（23.4%）、神経疾患の97人（12.3%）で半数以上を占めたが、他にも多様な疾患の治療を当院で完結していた。人工呼吸器管理、透析治療、消化器内視鏡治療、化学療法などの侵襲的な治療の多くも当院で行っていた。【考察】 当院では医師の臨床能力の範囲を広くすることで、多様な疾患に対応することができ、島内での医療完結性向上を達成していると考えられた。また、多様な疾患に対応し、その多くの治療を完結している当院は、研修医や総合医が幅広い臨床能力を習得するための絶好の場でもあったと考えられた。

当院の小児頭部外傷におけるCTのまとめ

小早川 雄介 諏訪 和志 岩井 宏悦 長田 芳幸
長谷川 千穂 橋本 佑樹 土屋 宏人

総合病院南生協病院

【背景と目的】

小児の頭部外傷は救急外来ではよく見られる疾患であり、そのほとんどは経過観察のみで対応可能である。そのため軽度の頭部外傷では、頭蓋内損傷のリスクを評価し、それが高い場合に限ってCTを行うべきであり、それ以外のケースでは被爆や医療コストの面からCT検査を行うべきではない。そのため、どのような症例に対してCTを行うべきかという研究が近年行われ、エビデンスレベルの高い基準がいくつか発表されている。

本報告では当院の救急外来で1年間に行われた小児頭部CT検査について評価を行う事とした。

【対象】

2012年10月17日から2013年10月16日までに、頭部外傷にて当院を受診し、頭部CT検査を行った0～14歳の小児273名を対象とした。平均年齢は6±4.3歳で、内訳は2歳未満が50人、2歳～14歳が223人であった。

【方法】

対象期間に撮影された273名の小児の頭部CT画像を読影し、異常所見の有無を調べ、異常があった場合には、その症状や身体所見がどのようなものであったかを調査した。

【結果】

273名中、異常が認められたのは2名であり、269名には異常が認められなかった。2名はpoor imageのため評価ができなかった。異常のあった2名のうち、1名は急性硬膜下血腫、1名は急性硬膜外血腫であった。硬膜外血腫の症例は乗用車との接触事故で、軽度の意識障害があり、GCS14点、頻回の嘔吐があった。硬膜下血腫の症例は1.2m高所からの転落であった。今回の調査により、明らかに頭部CT施行が必要でない症例が多々あった。この結果を院内で報告し、以後の検査が適切に行われていくかを追跡調査している。

15歳、こんな性教育が受けたかった ～20代看護学生の聞き取り調査から考える中学生に対する性教育講演会～（中間報告）

池田 裕美枝¹ 来住 知美^{2,3} 森下 真理子^{3,4}

¹洛和会音羽病院 総合女性医学健康センター

²洛和会音羽病院 総合診療科

³大津ファミリークリニック

⁴洛和会音羽病院 家庭医療科

【背景】性教育の有効性（性教育が有効であること）は、国内外の研究で示されているが、性教育の内容について、日本では具体的な指導方法に関するコンセンサスは確立されていない。また、日本において性教育を施行している個々人の「私はこうしている」という記述は多数あるが、教育の有効性の検証を必ずしも行われてはならず、内容の妥当性に関する検証については教育施行者個人に一任されている。

【目的】現代において中学3年生にとって妥当かつ害がない性教育内容について検討する

【研究デザイン】

本研究は下記2つの研究から成り立っている。

①：20代前半の看護学生を対象に「中学生の時に受けたかった性教育の授業の内容」について個別に半構造化インタビューを施行し、内容を明らかにする。インタビュー分析方法として、各質問項目毎に、個々のインタビューより当該箇所を抜き出し、概念化を行い類似した概念同士を探し分類する、という手法をとることで、各質問毎にどういった回答をする傾向があるのか、を明らかにする。

②：①によって明らかになった内容を元に作成した性教育講演を、中学3年生に対して施行し、理解可能で害がないものなのか（性行動を促進したり、Negativeなイメージを持たない）について検証する。

今回は①についての中間報告である。

【対象】看護科学生・助産科学生 20代前半 10名（看護学科教職員を通じて募集）

【結果】本抄録提出時に6名のインタビューを終了し分析中である。

【結論】「成人が振り返って思春期時に必要だったと考える性教育」に関する調査報告はなく、本研究は限られた対象群に対するインタビュー結果ではあるものの、性教育講演会内容を作成する際に参考になる可能性がある、と考える。

平福診療所における胃がんハイリスク検診（ABC検診）の成績およびA判定者に関する問題についての検討

佐藤 航

平福診療所

【目的】胃内視鏡検査と胃透視検査を併用し胃がん検診に取り組んできたが、当院のリニューアルに伴い胃透視検査を廃止してABC検診を導入した。胃がんリスクを評価したうえで胃内視鏡検査を勧めようと考えたが、A判定者の中に胃がんを発症した者がいた。このことを契機にABC検診を再評価し、特にA判定者に関する問題点を検討してみた。

【方法】平成24年4月1日から平成25年6月30日の間に427名に対して実施したABC検診について診療録をもとに評価した。

【結果】ABC検診を実施した427名のうち、A判定者209名、B判定者78名、C判定者110名、D判定者30名であった。A判定者のうちピロリ菌除菌を実施したことがある者が8名含まれていた。胃内視鏡検査もしくは胃透視検査を実施したことがある者は90名おり、萎縮性胃炎もしくは慢性胃炎と診断されたことがある者は54名であった。また、D判定者のうちピロリ抗体価10未満でピロリ菌陰性と判定されたが、他の検査でピロリ菌陽性と判定された者が1名いた。

【結論】ABC検診は血液検査のみで胃がんリスクを判定できるが、A判定者の中にピロリ菌除菌者や自然消退例が含まれる可能性があるため判定に注意が必要である。A判定であっても最低1回は内視鏡検査を勧め、胃がんリスクについて慎重に評価する必要がある。また、ABC検診はあくまでピロリ菌関連の胃がんリスクを評価するものであり、がんを早期に発見するものではないことを理解した上で推進する必要がある。

健診受診者における睡眠障害の調査

田中 寛人 山根木 美香 中西 一郎 小河 健一
上谷 光作 佐藤 博明 佐々木 秀行 有田 幹雄

和歌山県立医科大学付属病院 紀北分院 内科

【はじめに】近年本邦では、一般勤労者の20-40%は不眠や睡眠の質の悪さといった症状を認めているとされている。今回、我々は集団健診受診者における睡眠障害について評価を行ったので報告する。【対象と方法】対象は、かつらぎ町健診に参加した住民466名(平均年齢 64.4 ± 7.6)である。対象者の年代別内訳では、40代が28名、50代が56名、60代が261名、70代が127名であった。方法は、全員にピッツバーク睡眠質問票(6点以上を異常ありと判定した)を用いて睡眠障害を評価した。【結果】全体で睡眠障害は、33.9%(158/466)であった。40代から70代までの各年代別での睡眠障害の頻度は、それぞれ39.3%、39.3%、32.2%、32.3%といずれも30%台であった。それに対して眠剤内服率は、全体で6.7%(31/466)であり、各年代での眠剤内服率は、それぞれ3.6%、1.8%、6.9%、8.7%で睡眠障害の頻度に比べいずれの年代も低率であった。全体での入眠までの平均時間(分)は、 19.6 ± 26.6 で各年代別では、それぞれ 20.1 ± 18.7 、 26.4 ± 62.9 、 17.4 ± 16.2 、 18.9 ± 15.2 であり、40代、50代での入眠までの時間が長かった。全体での平均睡眠時間(時)は、 6.6 ± 1.1 、で各年代別では、それぞれ 6.6 ± 1.2 、 6.2 ± 1.1 、 6.7 ± 1.0 、 6.7 ± 1.1 で50代での睡眠時間が短かった。【結語】健診患者において睡眠障害は、40代から70代の各年齢で平均30%認められた。特に入眠障害は、40代、50代の若い年齢層で多く、睡眠時間についても50代で短かった。また、これらの睡眠障害が認められるにもかかわらず、投薬治療を受けている者は、10%以下であり、睡眠障害を認める者の30%も治療を受けていなかった。

喫煙習慣・生活習慣は禁煙の妨げとなるか：禁煙達成成否要因の検討

小林 正宜 竹本 恭彦 幕内 安弥子 並川 浩己
福本 一夫 衣畑 成紀 十河 光栄 森村 美奈
首藤 太一 廣橋 一裕

大阪市立大学大学院医学研究科 総合医学教育学/総合診療センター

【背景】喫煙は多くの疾患リスクとなるため、禁煙は世界的に推進されている。日本の喫煙率は先進国の中では比較的高く、日本の予防医学において禁煙は重要な課題である。禁煙外来に通院する患者のうち、禁煙を達成できないことや禁煙外来通院を中断することは少なくない。禁煙達成の成否を分ける要因の検討は、禁煙治療を推進するうえで重要である。

【目的】禁煙外来受診者における禁煙達成の成否を分ける要因を検討すること。

【方法】2010年4月から2013年9月までに、大阪市立大学医学部附属病院禁煙外来を受診した連続174例のうち、45例(精神疾患罹患患者、入院による中断、死亡、外国人等)を除く129例(平均年齢 58 ± 12 歳、男性87例)の日本人を対象とした。12週間の通院期間中に少なくとも5回の禁煙外来を通じ、禁煙補助薬、認知行動療法による禁煙治療を実施した。禁煙開始前に喫煙習慣や生活習慣、ニコチン含有量、禁煙治療の動機、喫煙開始年齢をアンケートおよび問診によって調査し、身長、体重、呼気中一酸化炭素濃度を測定し、12週間後の禁煙達成の成否における要因を検討した。なお、正当な理由なく外来を中断した患者(脱落者)は禁煙非達成とした。

【結果】12週間の通院を完遂した患者(通院完遂者)は129例中111例であった。通院完遂者のうち104例が禁煙達成したが、7例は禁煙非達成であった。したがって、対象129名のうち、脱落者18例と通院完遂したが禁煙非達成7例の合計25例が禁煙非達成であり、禁煙達成率は81%(129例中104例)であった。禁煙達成群と非達成群間の2群間比較では、いずれの因子も有意差を認めなかった。また、禁煙達成の成否に対し、年齢、性別、プリンクマン指数、ニコチン依存度テスト、禁煙補助薬の種類といった変数としたロジスティック回帰分析においても、禁煙達成に有意に関連する因子を認めなかった。

【結語】禁煙達成率は81%であり、禁煙達成の成否に関連する生活習慣、生活様式、喫煙習慣の有意な因子を認めなかった。これらの因子にとらわれず、禁煙治療を推奨することを考慮すべきである。

現代女性の骨盤形態：プライマリケア医の介入の意義は？

鳴本 敬一郎¹ 杉村 基¹ 嵯峨 こずえ² 藤井 肇³
城向 賢³ 飯田 智子³ 岡崎 友里³ 山田 智子³

¹浜松医科大学産婦人科家庭医療学講座

²菊川市立総合病院産婦人科

³静岡家庭医養成プログラム

背景：骨盤形態は分娩経過に影響を与える因子であり、狭骨盤は難産の原因となる。過去に、難産を引き起こし得る類人猿型骨盤の占める割合が7.6%から25%へ増加したことが示唆されている。これが現在においても真であれば、その変化の原因を究明すると同時に、正常経膈分娩の進行過程を再評価することはプライマリケア医にとって重要である。また、骨盤は主に思春期に形成されることから、プライマリケア医によるその時期の介入が、経膈分娩に好ましい骨盤形成を促す可能性がある。本研究では、第一段階として現代女性の骨盤形態の(1)疫学的実態と(2)経時的变化を究明する。方法：横断的研究と歴史的比較を用いた観察研究。対象は2010年5月から2012年8月の期間内に分娩し選択基準を満たす日本人初産婦。以前撮影されていた骨盤計測用レントゲンを基に、骨盤入口面の前後径と大横径を計測し、Brim Index（前後径と大横径の比）によって骨盤形態を3分類した。同時に、母体と新生児の属性、分娩様式を記録した。それぞれの骨盤形態の占める割合と、過去の疫学研究結果との歴史的比較による経時的变化を記述的に、また属性に対する骨盤形態別の相違をone-way ANOVA検定で分析した。結果：517の分娩記録から選択基準を満たす日本人初産婦210名を同定した。類人猿型は101/210(48.1%)、女性型は91/210(43.3%)、扁平型は18/210(8.6%)であった。類人猿型は1960年代から約40%増加し、女性型は約20%減少していた。母体の平均身長は増大しており、母体の身長が高いほど骨盤入口面積が大きい傾向にあった。新生児の平均出生体重は減少傾向がみられたが、骨盤形態別で母体や新生児の背景には相違は見られなかった。結論/将来の展望：日本人女性では類人猿型骨盤の割合が多くなっていることが判明した。次に思春期の骨盤形成の要因に関する疫学的研究を進めていくことで、プライマリケア医のどのような介入が意義あるものになり得るかを考察できる。

プライマリ・ケア医による脊椎圧迫骨折の診断：非専門医における脊椎X線評価の信頼性の検討

早川 史広¹ 丹羽 治男² 神谷 庸成² 松久 貴晴¹
夏目 忠²

¹新城市民病院 ²国民健康保険東栄病院

【背景】

脊椎圧迫骨折は運動器不安定症の原因となり、高齢者の運動器の健康に大きな影響を与える。進行する高齢化を背景に、運動器の健康が注目されており、プライマリ・ケア医としても関わりのある分野である。脊椎圧迫骨折の診断には単純X線が簡便で撮影可能な施設が多いが、正診率は51%程度と報告されている。また、画像評価に関する研究は整形外科医・放射線科医より報告されているが、プライマリ・ケア医による脊椎X線評価について検討した報告はない。本研究の目的は、プライマリ・ケア医が脊椎X線によって胸腰椎圧迫骨折の診断を行った場合の信頼性を検討することである。

【方法】

平成24年度に行われた東栄町運動器検診に参加した694名（平均年齢73歳）の脊椎X線を、4名のプライマリ・ケア医（ベテラン医師2名、後期研修医2名）が読影、胸腰椎圧迫骨折の有無をSemi-quantitative法により判定し、その一致率を検討した。また、整形外科医による判定結果を標準として、偽陰性率、偽陽性率を検討した。

【結果】

4名の検者間での胸腰椎圧迫骨折の一致率は中央値75.1%（71-85%）、Kappa値は中央値0.42（0.38-0.60）であった。胸腰椎圧迫骨折における、プライマリ・ケア医の判定の偽陰性率は23%、偽陽性率は20%であった。

【考察】

検者間での一致率は、整形外科医・放射線科医による報告と比較するとやや劣る結果であった。検診での撮影法が全脊椎撮影であったことの影響が考えられた。また、先行研究では、偽陰性率25.8~34%、偽陽性率5~6.3%と報告されている。本研究の結果では、偽陰性率は低く、偽陽性率は高くなっており、脊椎圧迫骨折を除外する目的であれば、プライマリ・ケア医の判定にも妥当性があると考えられる。

【結論】

脊椎X線は簡便で撮影可能な施設が多く、専門家による読影が不可能な状況で、プライマリ・ケア医が脊椎X線による脊椎圧迫骨折の判定を行うことには妥当性がある。

幼児の生活習慣と疾病罹患率の関連性の評価

山口 治隆¹ 多田 紗彩² 伊藤 潤¹ 中西 嘉憲¹
 田畑 良¹ 湯浅 志乃¹ 清水 伸彦¹ 河野 光宏¹
 谷 憲治¹

¹徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部総合診療
 医学分野

²徳島大学医学部医学科学生

はじめに ヒト以外の哺乳動物は基本的には鼻呼吸であり、口で容易に呼吸できることは人体の構造的欠陥である可能性がある。口呼吸 (mouth breathing) は鼻腔の加温加湿・フィルター機能をバイパスして下気道に達することから、慢性気道炎症に関与する可能性がある。口呼吸と疾病との関連を指摘する研究は少数みられるが、口呼吸があれば鼻呼吸に是正するよう指導がなされることは一般的にはない。本研究では、口呼吸者と鼻呼吸者の疾病罹患率 (喘息、副鼻腔炎、中耳炎、扁桃炎、アレルギー性鼻炎/花粉症、アトピー性皮膚炎など) を網羅的に比較検討する。

方法 徳島市内保育所に通う2歳以上6歳以下の幼児を対象として生活習慣と罹患疾病などをたずねるアンケート調査であり、徳島大学医学部倫理審査委員会の承認を得た臨床研究である。アンケートの趣旨を説明し施設長の書面による同意を得られた13施設において、保護者へのアンケート配布・回収を実施した。

アンケート項目において「ふだん口が開いていることが多い、いつも開いている」「起きているとき口で呼吸することが多い、口で呼吸している、鼻と口で呼吸している」「食事のとき口を開けて噛むことが多い、口を開けて噛むことも閉じて噛むこともある」に該当する児を口呼吸群と判定し、それ以外を鼻呼吸群とする。疾病の有無については、質問票において、アレルギー性鼻炎、ぜんそく、アトピー性皮膚炎などの疾病を列記し、複数選択可能な多肢選択式とした。IBM SPSS Statistics version 21を用いて、口呼吸と各疾病罹患の有無をカイ2乗検定により統計学的解析を行った。

結果 対象園児数1036人、アンケート回収率52.9%、このうち有効回答539人を対象として解析を行った。口呼吸群 (287人) と鼻呼吸群 (252人) の疾病罹患率はそれぞれアレルギー性鼻炎16.4 vs. 7.9% ($p=0.003$)、ぜんそく12.9 vs. 6.0% ($p=0.03$)、アトピー性皮膚炎16.4 vs. 7.1% ($p=0.001$) であり、口呼吸群において有意に疾病罹患率が高かった。

喫煙と喫煙場所や禁煙飲食店の利用の関係について

御前 秀和^{1,2} 竹村 洋典³

¹三重大学大学院医学系研究科伊賀地域医療学講座

²名張市立病院 地域医療教育研修センター

³三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座家庭医療学
 分野

【はじめに】近年、自宅での喫煙についてのマナーが話題になる。また、禁煙の飲食店も以前に比して増えてきた。この調査では、自宅内での喫煙場所によって、その喫煙の量の違いがあるか、また、禁煙の飲食店が禁煙の有無によってその利用に違いがあるか否かを明らかにすることにある。【方法】本調査は、2013年に三重県名張市および津市在住の住民6,037人を対象に行われた。喫煙者については、自宅での喫煙場所、1日の喫煙本数、喫煙期間 (年) を自記式アンケートによって調査した。そして喫煙の量をブリンクマン指数 (1日当たりの平均喫煙本数×喫煙年数、以下BI) で代表させた。また、住民に対して喫煙の有無や完全禁煙の飲食店の利用に対する態度も同アンケートにより調査した。BIの差の検定はt検定で行った。【結果】部屋で喫煙する人のBIが最も多く、次いで換気扇のそば、敷地内の屋外 (ベランダなど) と続き、もっともBIが低い人は自宅外で喫煙していることが分かった。これらの差は有意な差があった。また、完全禁煙飲食店については、非喫煙者、元喫煙者は喫煙者に比べて積極的に使用する傾向があることがわかった。【結論】喫煙量が多いものほど室内で喫煙し、少ないものほど自宅の外で喫煙することが分かった。また、完全禁煙飲食店は非喫煙者において積極的に使用されることが分かった。今後、禁煙者の増加に伴い、完全禁煙飲食店の重要性が増す可能性が示唆された。

外来診察中に肺炎球菌ワクチンを推奨することと高齢者の肺炎球菌ワクチンの接種行動は関連しているのか？

横田 万里子¹ 鳴本 敬一郎¹ 井上 真智子²
宮下 香実¹

¹静岡家庭医養成プログラム

²帝京大学医療共通教育センター

背景：ヘルスマンテナンスは家庭医の継続診療の中で重要な要素である。その中でも、肺炎球菌ワクチン（以下、PCV）は肺炎の発症率を減少させるにも関わらず、本邦では接種率が約17.5%と未だに低い。イギリスの調査では、General practitioner からのアドバイスがPCVの接種行動に最も強く影響を与えたと報告されているが、日本の医療システムにおいても同様かは明らかではない。本研究では、外来主治医による診療中のPCV推奨と高齢者のPCV接種行動の関連を検討する。

方法：自記式質問票を用いた横断的研究。対象者は2013年11月1日～12月27日に菊川市家庭医療センターへ定期通院した認知症の無い65歳以上の高齢者。来院時に質問票を配布し、PCV接種意思の有無、PCVに関する情報源とそのPCV接種行動への影響、PCV接種行動の決定要因、属性を尋ねた。PCV接種歴の有無は質問表で確認しカルテより抽出した。解析では、PCV接種群（接種歴あり、または、接種歴なしだが接種意思あり）と非PCV接種群（接種歴なし、かつ接種意思なし）に分け、(1) 医師による推奨の有無との関連を χ^2 検定にて、(2) PCVに関する情報源による接種行動への影響の違いをt検定にて分析した。また、(3) PCV接種に関連している要因を多変量ロジスティック回帰モデルで分析した。

結果：500名へ質問票を配布し449名から回収を得た（回収率89.8%）。PCV接種群は122/159（76.7%）、非PCV接種群は41/165（24.8%）であった。

結論：本学会にて、詳細のデータを含む結果を示し、外来主治医によるヘルスマンテナンスの介入の意義、またPCV接種に影響する因子について考察を深めていく。（732/800）

日本プライマリ・ケア連合学会認定後期研修全プログラムへの小児診療に関するアンケート調査

川井 巧 葛西 龍樹

公立大学法人福島県立医科大学医学部地域・家庭医療学講座

【目的】世界の家庭医療先進国では家庭医が小児のプライマリ・ケアを担うが、日本では開業小児科、または総合病院の小児科が担っているのが現状であり、日本でどれほどの家庭医が小児診療を担っているかについてのデータはない。本研究では、日本で家庭医が主体として診療・教育を行っている日本プライマリ・ケア連合学会認定後期研修プログラムを有する全国の医療機関での小児診療の実態を明らかにする。

【方法】2012年8月時点での日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療後期研修プログラム全160プログラムへ、家庭医による小児診療の現状について郵送にて調査票調査を行った。調査項目は、研修プログラムに所属する指導医数、研修施設での小児診療実施の有無、外来診療での小児の割合、入院での小児診療の有無、今後の小児の入院診療の予定の有無である。

【結果】91プログラムから回答があり、回収率は56.9%であった。指導医数は1人が39プログラム（42.9%）と最多であった。79施設（86.8%）で小児の外来診療を実施しており、外来診療での小児の割合は0～10%が44施設と最多であった。施設として小児診療を実施しているが、家庭医ではなく小児科医が小児診療をしている施設は13施設であった。入院診療に関しては72施設で小児の入院診療を行っていたが、そのうち家庭医が入院診療を担当しているのは25施設であった。

【考察】家庭医による小児診療の現状調査をした初の調査である。8割以上の施設で小児の診療を行っていたが、その中でも外来診療での小児の割合は10%以下の施設が72%であり、小児診療は家庭医ではなく小児科医が担っている施設もみられた。本調査では病院総合医の育成が主である施設も含まれており結果の一般化には注意が必要だが、現状では家庭医の小児診療の規模は小さく、地域でのニーズに合わせた小児診療を家庭医と小児科医が協同し組み立てる必要があると考える。

胃全摘術後ビタミン B12欠乏症に対する経口補充療法 治療効果と経済的負担の検討

間遠 一成

間遠医院

【背景】胃全摘術後は、内因子欠損のためビタミン B12 (VB12) の吸収障害が生じ、術後5年を経た頃から巨赤芽球性貧血 (MA) を合併することが知られている。VB12の補充はその成因から非経口投与が原則的とされるが、経口補充療法も一定の有用性が確認されている。経口法は注射に伴う疼痛が無く、施設を問わず施行可能であり頻回の通院を必要としないなど患者側にとって利便性に優れ、身体的負担が少ない。医療者側では在庫や労働力の軽減が期待できる。【目的】当院で治療した胃全摘術後 VB12欠乏症における経口補充療法の成績を検討する。また経口法と筋注法における患者側の経済的負担を試算する。【対象と方法】対象は胃癌に対する胃全摘術後の4例。再建は全例 Roux-en-Y 法、1例は胆脾合併切除術後であった。経口補充療法前の平均値；VB12 134pg/ml、Hb 12.5g/dl、MCV 100.2fl であり、1例に MA を認めた。2例は当院で他疾患へも投薬中であった。メコバラミン1~1.5mg /日の経口補充を行い、2ヶ月後の血中 VB12値を測定した。経済的負担は、診療報酬点数にて以下の如く試算。経口法：1日 1.5mg、30日分の薬剤料、再診料、医学管理料、処方せん料、調剤技術料、薬学管理料の合計。筋注法：1回量0.5mgの薬剤料、再診料、医学管理料、注射実施料を週3回、4週分の合計。なお当院は原則院外処方である。【結果】血中 VB12値は3例で正常化し、MA例は改善した。1例は不応であり非経口投与へ変更した。経済的負担は、経口法では262~656点、筋注法では1116~2262点と試算された。他疾患治療薬併用例では、処方せん発行に関わる費用が相殺された。【まとめ】胃全摘術後 VB12欠乏症に対する経口補充療法は、患者と医療者の双方に利点があり、積極的に考慮してよいと考えられる。服薬遵守困難例や経口法不応例では、非経口投与への変更を要する。

医師と薬剤師のワルファリン服用患者の共同薬物治療

中村 一仁¹ 今枝 直純² 福井 恵子³ 曾田 翠¹
長田 孝司¹ 浦野 公彦¹ 小倉 行雄⁴ 大川 洋史⁵
山村 恵子¹

¹愛知学院大学薬学部 ²コーヨー調剤薬局
³平成調剤薬局 ⁴トータルサポートクリニック
⁵大川外科胃腸科クリニック

【目的】

薬剤師がワルファリン (WF) 投与患者の INR と服薬状況を把握し、医師に連絡することで診察時における on-time 処方が可能となり、有効かつ安全な薬物治療が期待される。本研究は、医師と薬剤師の共同薬物治療体制において薬局で INR 測定を行う有用性について調査した。

[愛知学院大学薬学部臨床倫理委員会承認]

【方法】

薬剤師は、WF 服用患者の INR 測定、服薬状況の確認を行い、WF 投与量の変更提案を含めた施設間情報連絡書を作成し、医師へ提出した。医師は、薬剤師からの施設間情報連絡書をもとに診察を行い、処方せんを発行した。取り組みの評価方法として、① INR 測定開始前後の INR 至適範囲内時間 (TTR) を算出した。② 患者の WF に関する理解度 (9点満点) を調査した。

【結果】

共同薬物治療体制のもと、TTR (N=11) は、22.6% (0.4 - 43.8) (中央値 (四分位範囲)) から62.4% (45.0 - 86.9) に改善した (P<0.02)。WF に関する患者の理解度 (N=17) は、開始時5点 (4 - 6) から、8週には7点 (4 - 8) に、24週には7点 (5 - 8) に向上した (P<0.03)。特に重要である WF との併用注意の薬物や食品に関する項目の理解度が向上した (P<0.05)。1年間 INR を測定した患者 (至適 INR 値2.0~3.0) の INR は、グルコサミンの摂取により2.0から3.1に上昇、アセトアミノフェンの服用により2.9から3.2に上昇、のりの佃煮の摂取により2.6から1.7に下降した。本取り組みによって、WF 投与量の変更提案や薬物・食品の中止を指示することで、至適 INR 値へ回復させた。

【考察】

医師と薬剤師の共同薬物治療体制による INR 測定は、WF の on-time 処方を可能とし、在宅における WF 適正使用を推進すると考えられた。

保険薬局の薬剤師による継続的な服薬指導における喘息の治療効果

有海 秀人 猪狩 真央 吉山 友二

北里大学薬学部 臨床薬学研究・教育センター

【目的】喘息治療の第一選択薬であるステロイド薬を継続的かつ適切な吸入を行うために、保険薬局の薬剤師による適切な介入が求められている。そこで本研究では、保険薬局において薬剤師がどのような喘息指導を行っているのか現状を明らかにすると共に、保険薬局に来局した喘息患者を対象に喘息症状の実態を把握するため、喘息コントロールテスト（ACT）を用いて客観的評価を行った。

【方法】保険薬局に勤務する薬剤師を対象に「吸入指導方法」、「服薬指導内容」等に関するアンケート調査を実施した。また、来局した喘息患者を対象に、「日常生活の制限」、「息切れ」等の5項目からなるACTを用いて客観的評価を実施した。各項目の回答を1～5点で点数化した。症状が最も悪い状態を1点とし、5つの項目の合計点（25点満点）に応じて喘息コントロール状態を評価した。再来局時にも喘息状況を評価し、その後のフォローアップ効果を検証した。

【結果】薬剤師を対象にしたアンケート結果によると、多くの薬剤師が患者の吸入状況を良好と判断していると回答していたが、患者の喘息状況を客観的に把握している薬剤師と少なかった。客観的に喘息状況を把握するACTを用いて治療効果の評価を行ったところ、各項目のスコアが1～2点、5項目の合計点でも10点以下の患者が認められた。

【考察】保険薬局の多くの薬剤師は、初めて来局した喘息患者に対して吸入手技等の喘息指導を実施していたが、継続的な喘息指導を実施していることは少なかった。再来局時にも喘息状況を評価し、その後のフォローアップを積極的に実施することにより、徐々にACTスコアが改善されることが明らかとなった。すなわち、保険薬局においても薬剤師が服薬指導時にACTを活用することで、喘息症状を定量的に把握する喘息指導は継続的な喘息治療の貢献に繋がることを示唆された。

心臓・血管リハビリテーション室の工夫

土田 博光¹ 和田 敏裕² 青柳 幸江²

¹誠潤会水戸病院 心臓血管外科

²誠潤会水戸病院 心臓・血管リハビリテーションセンター

【背景・目的】当院では当初、脳血管・運動器リハビリテーションを行う部屋（当院では機能訓練室と呼ぶ）の一角にスペースをとり、心臓大血管リハビリテーション（心リハ）をはじめた。しかし2007年に、先行施設にならない独立した心リハ室を開設した。心リハ室には当然エルゴメーターやトレッドミルが置かれるが、特に重症血管疾患を多く扱う当院では、歩行訓練にトレッドミルを使用できず、平行棒での訓練や、ROM訓練などを必要とする患者も多く、これらの患者は心リハ室でなく機能訓練室でのリハが必要であった。そこで2013年の新病院開設にともない、あえて心リハ室と機能訓練室を内部で接合させてみた。このいわばハイブリッドリハ室開設後3か月を経過したので、その性能を評価した。

【方法】旧施設と新施設をともに経験した職員（理学療法士4名、看護師1名）、さらに患者14名に、新リハ室使用の感想を聞き取り調査した。

【結果】職員、患者全員が新リハ室のほうが使用感がよいと回答。利点として、職員は「ROM訓練や有酸素運動を同じ部屋でできる」「担当患者以外の患者にも目が届き、なにかあったとき複数の職員で対応できる安心感がある」「他のリハを見せて、今後のリハ計画の説明がしやすい」。患者は「全体が広く開放感がある」「自分よりADLの高い患者のリハを見て目標ができる」等の感想があった。欠点としては「有酸素運動ゾーンは患者が汗をかきやすく、同じ温度設定ではどちらかが不快に感じることもある」ということのみであった。

【考察】重症者を扱うことも多い心リハ施設では、有酸素運動機器のみを並べた心リハ室ではなく、並行棒やROM訓練をするスペースも必要であり、理学療法士数や患者数も少ない小規模病院では、あえて心リハ室を脳血管や運動器のリハ室と接合させることにより、むしろリハ室の性能を向上させることができる。

嚥下障害食道期の異常を呈する頻度について

村田 和弘 村上 多恵子 橋口 明生

飯塚市立病院

【はじめに】

肺炎が脳血管疾患と入れ替わり、日本人の死因の3位となったが、高齢者の多くは誤嚥性肺炎であり、老嚥や嚥下障害との関連が示唆されている。嚥下障害は先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期の5期に分類されるが、準備期から咽頭期までに関する報告が多く、食道期についてはあまり注目されていない。しかし、嚥下造影（VF）で、検査食摂取後の食道を確認すると食道期の問題も少なくないため、その頻度について調査した。

【対象と方法】

平成24年6月から平成25年12月までに当院でVFを行い、食道まで観察できた患者139名（平均年齢80.8±9.4歳、男性85名、女性54名）を対象とした。日本摂食・嚥下リハビリテーション学会のホームページ上にVFの検査法が公開されており、その評価用紙に従って検査を行った。食道期については、「食道変形・蛇行・狭窄」、「食道蠕動」、「下部食道括約筋（LES）の開大」の3項目が評価項目に挙げられており、「問題なし・良好」、「軽度の問題あり・不十分」、「重度の問題あり・不可」の3段階で評価されている。今回はそれぞれについて、「問題なし・良好」以外を食道期の異常ありとして、その割合を算出した。VFについては、当院の倫理委員会で承認を得て行っており、個々の検査においても、書面で同意を得てから実施している。

【結果】

食道変形・蛇行・狭窄は12.2%、食道蠕動は75.5%、LESの開大は3.7%で異常がみられた。

【考察】

VF上、何らかの食道期の異常を呈する症例は70%を超えている。嚥下障害患者は嚥下回数が減少しており、それに伴って、食道蠕動の低下も示唆される。食事については、腹圧が上昇しにくいポジションの設定、食後の抗重力肢位の継続など環境を整える必要があると思われる。

全人的苦痛（トータルペイン）の評価を行い診療に臨んだ非定型顔面痛の一例

酒井 清裕 阪本 亮 松岡 弘道 小山 敦子

近畿大学医学部内科学腫瘍内科部門心療内科分野

【目的】 様々な症状を訴えて医療機関を受診されるが、ドクターショッピングに陥りやすい代表的な病態の一つとして、慢性疼痛がある。今回、長期にわたり他院心療内科で外来通院加療を行っていたが、改善を認めなかった非定型顔面痛に対して、全人的苦痛（トータルペイン）としての評価を行い治療をすすめた結果、疼痛の改善を認めた症例を経験したため、ここに報告する。【症例】 35歳男性。左頬部の難治性疼痛に対して、他院心療内科でX-4年から加療を受けていたが症状は改善を認めていなかった。X年4月に職場異動、父親の死という二つのライフイベントがあった頃より疼痛が急激に増悪し、下肢の脱力感も出現してきた。他院からの紹介入院後に、身体的苦痛（顔面痛）・精神的苦痛（抑うつ状態）・社会的苦痛（昇進後の職場への不適応）・スピリチュアルな苦痛（コンプレックスのあった幼少期、父親との死別によって生じた感情の未整理）に分けて評価を行った。アサーショントレーニングと薬物療法を中心にした治療方針を立て、それを患者と共有し診療をすすめた。その結果、疼痛は入院時には疼痛の評価法であるNRS（Numerical Rating Scale）で7を示していたが、退院時には0と改善を認めた。【結語】 全人的医療が奏効した非定型顔面痛の一例を経験した。非定型顔面痛を含む慢性疼痛の病態では、複数の因子がその病態に関与していることも多いため、症状を全人的苦痛としてとらえ、診療にあたることが重要と考える。

大学病院心療内科に紹介となり、診断エラーが判明した3症例の検討

大武 陽一 村田 昌彦 矢野 貴詩 酒井 清裕
阪本 亮 牧村 ちひろ 松岡 弘道 奥見 裕邦
小山 敦子

近畿大学医学部内科学腫瘍内科部門心療内科分野

【緒言】諸症状を訴えて医療機関を受診するものの、明らかな器質的疾患が認められず、「心因性」もしくは何らかの「心身症」の病態として心療内科に紹介となる症例は少なくない。しかしながら、当科での精査にて新たな疾患が判明した症例について後方視的に調査し、その診断エラーの原因について検討を行った。その代表的3症例について挙げる。

【症例1】64歳男性。他院総合内科と消化器内科を受診し、うつ病を疑われ、当科紹介となった。入院後、発熱、血圧低下などを認め、精査の結果ACTH単独欠損症とそれに伴う急性副腎不全が判明した。ステロイド補充により症状軽快し、退院となった。【症例2】24歳男性。近医より当院消化器内科に摂食障害として紹介された。消化器内科より当科に摂食障害の治療目的で紹介入院となったが、入院での精査の結果、食道アカラシアと判明した。他院にて経口内視鏡的筋層切開術を行い、症状軽快した。【症例3】64歳男性。他院内分泌内科にて心因性多飲症と診断され、当科へ紹介された。各種検査にて、部分型中枢性尿崩症と診断した。【結論／考察】診断エラーの原因は、アンカリング効果、確認バイアス、各種ヒューリスティクス（代表性、検索容易性など）、サットンの誤りなどに大別される。症例1には代表性ヒューリスティクスが、症例2にはアンカリング効果および検索容易性ヒューリスティクスが、症例3には確認バイアスおよびサットンの誤りなどが関与していたと考えられる。大学病院心療内科に紹介される症例のほとんどは他院受診を経て受診することが多いが、その中に上記のような原因による診断エラーの症例が判明した。また全受診症例の検討では、臓器別・機能別に内分泌疾患・神経疾患が多数を占めた。学会当日は当科受診症例でのさらなる検討および文献的考察を含めて発表する。

心身症診療を学ぶワークショップへ参加したプライマリ・ケアに従事する医師・薬剤師のニーズ

小林 正尚¹ 片岡 裕貴² 阪本 亮³ 大武 陽一³
大矢 亮⁴ 河村 裕美⁴ 酒井 清裕³ 杉本 雪乃⁴
玉井 友里子⁵ 朴澤 憲和⁶ 宮里 悠介⁷
山根 朗⁸ 山本 修平⁹ 渡邊 力也¹⁰ 西山 順滋⁸

¹奈良県立医科大学附属病院 総合診療科

²京都大学医学研究科医療疫学分野

³近畿大学医学部内科学腫瘍内科部門心療内科分野

⁴耳原総合病院 ⁵岡山家庭医療センター

⁶瀬戸内徳州会病院内科 ⁷箕面市立病院初期研修医

⁸関西医科大学心療内科

⁹兵庫県立尼崎病院 ER 総合診療科

¹⁰市立福知山市民病院 総合内科

【背景】プライマリ・ケア外来を受診する心身症患者は多い一方で、医師・薬剤師は実臨床の現場で、心身症患者診療に対して、体系的な手法について教育を受ける機会は少ない。

【目的】プライマリ・ケアで必要な心身症に対する知識、診療方法の習得を目的としたワークショップ（WS）を継続開催していくに当たって、運営者の視点から実臨床で心身症診療に関わっている医師・薬剤師が持つ実際のニーズを評価する。

【方法】第7回プライマリ・ケア連合学会秋季生涯教育セミナーにてWSを実施した。一般参加者73名（医師59名、薬剤師12名、不明2名）が参加した。WSの前後に記名式自由記述回答方法の質問票調査を行い。自由記述に対してSteps for Coding and Theorizationを用いて分析を行い、カテゴリーを抽出した。研究者間のトライアングレーションにて妥当性を確保した。

【結果】71名（医師59名、薬剤師12名）から解答を得た。分析の結果、事前の薬剤師と医師に共通するニーズとしては「短時間での対処」や「患者に対する陰性感情への対処」などのスキルがあった。医師に特有のニーズとして「薬物療法不応例への対処」「除去困難なストレスへの対処」といった「高度な治療スキル」があり、薬剤師に特有のニーズとして、「薬局での医師へのコンサルテーション方法」、「薬局でのコミュニケーション・スキル」といった「場に応じたスキル」があった。事後の質問表では両者ともに「短時間での対処」、「薬物治療と非薬物治療の組み合わせ」といった「WSにて提供できなかったスキル」を認めた。

【考察・結語】心身症診療にまつわる様々なスキルを求めるニーズが明らかになった。今後は今回の解析結果を利用して、求められるものを提供出来る様にして行く。当日は最終分析の結果も含めて報告する。

プライマリ・ケアの診療に心身医学的アプローチ
を取り入れる意義
—総合診療科の患者調査より—

西山 順滋^{1,2} 秋山 泰士² 浦川 彩子²
革島 定信² 山根 朗² 今泉 澄人^{1,2}
水野 泰行^{1,2} 福永 幹彦²

¹関西医科大学附属枚方病院総合診療科 ²関西医科大学心療内科学講座

【はじめに】 関西医科大学附属枚方病院総合診療科（以下：当科）は同学心療内科学講座に属し、心療内科医が総合診療外来を担当していることが特色である。心療内科医が日常診療に取り入れている基本的な心身医学的アプローチ（basic psychosomatic approach：以下 BPA）として ①患者の話を聴く技術（傾聴、支持、共感など）、②丁寧な身体診察技術、③心理社会的背景に目を向ける思考技術が挙げられ、本来どの医療者も身につけているものである。

【目的】 当科初診患者を対象に、心身医学的な関わりが必要と考えられる患者の割合、関わる程度の割合を調査し、プライマリ・ケアの診療に心身医学的アプローチを取り入れる意義を示す。

【方法】 2012. 6月に受診した当科初診患者302名に対し、担当した医師が以下の分類を行った。

- A群：専門的な心身医学的アプローチが必要な群
- B群：心身医学的アプローチを必要としない群
- C群：基本的な心身医学的アプローチ（BPA）が必要な群

【結果・考察】

内訳はA群8.3%、B群71.2%、C群16.7%
当科を受診する患者の25%に心身医学的アプローチが必要と考えられ、そのうちの約2/3はBPAで対応可能と考えられた。多くのプライマリ・ケア医療者にBPAをもう一度見直し、日常診療に取り入れてもらえるように発信していくことは、心身医学の責務と考えられる。

診療科の垣根を超えて心身症診療を学ぶワークショップの開発と実施 — 第一報 —

片岡 裕貴¹ 小林 正尚² 阪本 亮³ 大武 陽一³
大矢 亮⁴ 河村 裕美⁴ 酒井 清裕³ 杉本 雪乃⁴
玉井 友里子⁵ 朴澤 憲和⁶ 宮里 悠介⁷
山根 朗⁸ 山本 修平⁹ 渡邊 力也¹⁰ 西山 順滋⁸

¹京都大学大学院医学研究科医療疫学分野

²奈良県立医科大学附属病院

³近畿大学医学部内科学腫瘍内科部門心療内科分野

⁴耳原総合病院 ⁵岡山家庭医療センター

⁶瀬戸内徳州会病院内科 ⁷箕面市立病院初期研修医

⁸関西医科大学心療内科

⁹兵庫県立尼崎病院 ER 総合診療科

¹⁰市立福知山市民病院総合内科

【背景】 プライマリ・ケア外来に多くの心身症患者が受診することは知られているが、体系立った教育を受けられる機会は乏しい。

【目的】 心身症診療に興味のある医療従事者に対して、プライマリ・ケアセッティングで必要な心身症に対する知識、診療方法を提供する教育プログラムを開発する。

【方法】 Kernの6 step approachを用いてワークショップ（WS）を開発した。受講効果については、質問票に対する分析にて評価した。

【結果】 大学病院勤務の心療内科医5名、家庭医療専門医2名、総合病院勤務の内科医5人のコアメンバーにて議論を行い、プライマリ・ケアに携わる医療従事者が心身症診療を行う際に必要と考えられるスキルを設定した。「心身症とは何かを説明できる」「簡単な心療内科的アプローチ（傾聴・信頼関係を構築・心身相関のfeedback）を説明できる」を行動目標とし、それらを学べるWSを開発した。

第7回プライマリ・ケア連合学会秋季生涯教育セミナーにて「WS10 明日から出来る心療内科的アプローチ～非薬物療法を中心に～」と題打ち、WSを実施した。一般参加者73名、運営者12名の他にコメンテーターとして心療内科医4名が参加した。

VASを用いた一般参加者によるWSの評価（良かった（100）、悪かった（0））は、有効解答34名、平均77、標準偏差20.9、最大値100、最小値0であった。

VASを用いた一般参加者による事前目標に対する達成度評価（十分にできた（100）、全くできなかった（0））は、有効解答68名、平均66.6、標準偏差19.2、最大値98、最小値17であった。

【考察・結語】

参加者によって、WSの評価、事前目標に対する達成度に大きな差があった。当日は原因考察のための、自由記入式質問票に対する質的分析の結果と共に報告する。

地域ケアネット旭川の取り組み ～地域包括ケア実施をめざして～

今本 千衣子¹ 鈴木 康之² 橋本 和季³

¹医療法人社団 今本内科医院

²医療法人社団みどりの里 リバータウンクリニック

³医療法人社団 旭川神経内科クリニック

我々は平成21年4月に旭川市医師会の地域ケア推進委員として地域ケアネットワーク作りのために『地域ケアネット旭川』を立ち上げた。地域ケアネット旭川では在宅ターミナルケアと認知症について、それを望む患者、家族が一定の流れでできる限り不安なくスムーズに望む形の医療を受けられるようにするため、がん拠点病院や連携強化病院、認知症センター病院、市中病院、在宅医等がネットワークを構築することを目的に以下の活動をしている。1)在宅ターミナルケアに関わる在宅医・在宅歯科医・訪問看護ステーション、訪問リハビリステーション・地域包括支援センターの情報(訪問範囲・可能な医療行為、患者数・年間看取り数など)を集め一覧にして情報マップ作成し旭川市医師会のホームページに公開し、各医療機関、行政機関には小冊子として配布している。2)がん拠点病院、市内の強化連携病院において、院内の医師・看護師を対象に症例検討会を開催し、紹介患者・逆紹介患者の事例検討を行い、病院勤務医に在宅医療の実際を知って頂くようにした。そして在宅医療の可能性を知った上で在宅復帰を希望する患者の希望を聞く耳を持ってもらうことにした。3)市民公開講座を開催し、共催し市民に在宅医療の啓蒙をしている。4)認知症患者が増えているにも拘わらずかかりつけ医で認知症を診る医師が少ないためかかりつけ医スキルアップのため認知症かかりつけ医研修会を平成25年12月現在までの2年間で8回開催した。5)認知症を市民によく知って頂くために、市民公開講座を定期的に開催している6)旭川医科大学総合診療部・札幌医科大学地域医療総合医学講座の医学部学生の実習受け入れを通して医学部学生に在宅医療に早期に触れる機会を付与している。活動5年目を迎え、現在までの成果と課題となっている地域包括ケア実施のための当地域での取り組みと今後の展望を紹介したい。

地域包括ケアシステムの基盤となる多職種ネットワークの形成 ～西区在宅ケア連絡会の活動について～

坂本 仁

医療法人社団 坂本医院

【目的】地域包括ケアシステム構築を目的として、その基盤となる、在宅療養支援にとり重要である多職種ネットワークを形成する。【対象・方法】札幌市西区において、医療、保健、介護、福祉関係者の多職種連携のネットワーク形成のための活動を行った。毎月一回、在宅療養支援のための事例検討、テーマを決めたミニ研修会、住民も参加したシンポジウムなどを開催した。【結果】平成9年以来平成25年12月までに、16年間計178回開催した。出席者は、多職種から毎回80名以上、年に一回のシンポジウムは200名以上が参加した。事例検討および研修テーマはがん終末期、認知症、神経難病事例あるいはハイリスク、独居高齢者への対応について、また、介護保険制度関連、さらに精神、知的、身体障害者への支援策までと多岐にわたり、地域全体に関わる医療と介護の多職種連携に役立つことができた。最近のシンポジウムは、脳卒中発症後の医療と介護の西区内の提供体制の具体例を住民とともに理解する機会、あるいは、地域ケア会議に望むことを議論する内容などとした。活動は全てボランティアである。また、同様の在宅ケア連絡会の活動が札幌市内10行政区に拡大し、年に一回全市的な懇親会を開催、750名が参加している。【考察】在宅医療、介護の連携推進事業が実施され、今後は医療、介護拠点機能の制度化が図られるが、各種事業の共通事項は、地域の多職種が一堂に会する合同会議の開催、多職種の顔の見える関係づくりなどということができる。しかし、これらは、これまでの西区在宅ケア連絡会の活動と同様の内容であり、まさに、地域包括ケアシステムの基盤となる多職種ネットワークの形成と思われる。【結論】札幌市西区在宅ケア連絡会の活動は、地域包括ケアシステムの基盤となる多職種ネットワークの形成を実践してきたものであり、今後のさらなる展開が望まれる。

市民の、市民による、市民のための健康づくり

須田 万勢¹ 安藤 公二²

¹諏訪中央病院 ²原村国民健康保険直営診療所

2012年7月から10月、私は医師4年目で、長野県S郡H村にあるH村診療所で家庭医療の研修を行った。研修期間中、村の保健師や行政、指導医と膝を交えつつ、H村に地域介入する方法を模索した。その成果が、「ずく出せカフェ」という名の住民参加型会議の開催である。その後も HALF DAY バックで週に一度診療所に通い、村への介入を続けた。試行錯誤の末、「ずく出せカフェ」と村の健康政策の決定プロセスを結びつけることに成功した。

「ずくを出す」とは「なにか面倒なことを取替える」というような意味の方言である。「ずく出せカフェ」は、「ワールドカフェ」という地域住民と医療者の対話型ブレインストーミングの手法を、H村で行う時に名づけたネーミングだ。現在、H村ではこのカフェの中で生まれたアイデアが、村にもともと存在した「健康づくり委員会」という官民公一体となった組織の中で議論され、村の健康政策決定に活かされている。本発表では、いかにしてこの仕組みが生まれ、どんな成果が出ているかをお伝えする。また、このように参加型民主主義の手法で健康政策を作ることが、地域のエンパワメントに直結するアクションであるという実感を得たので、考察を交えてご報告する。

医師が直接関わった「地域医療を守る住民活動」のサポート

神田 健史¹ 森田 喜紀² 古城 隆雄¹ 山本 祐²
小松 憲一¹ 梶井 英治¹

¹自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門

²自治医科大学地域医療学センター総合診療部門

【背景】全国で地域医療を守り・育てるための住民活動が注目されており、実際に様々な活動が報告されている。一方、地域医療に関わる医師がこれらの活動にも関わる必要があると考えられ、現場の総合診療医に期待されている役割の一つとも言える。しかし、医師と住民との関わりの多くは未だ知識伝達型の講演会や現状に関する説明会などにとどまっている。今回我々は当事者として関係のある地域の住民活動支援を行う機会を得、これまで自治医科大学地域医療学センターで培ったノウハウを実際に活用することができたので報告する。

【報告】対象地域は自治医科大学附属病院から約10kmの小山市で、自治医科大学附属病院は小山市からの三次救急患者の受け入れを担っている。平成25年、地域医療の充実策を模索するシンポジウムが開催されたが、小山市はそのシンポジウムに参加した市民のうち地域医療の問題に興味があったとした約30名による住民活動の支援を計画し、我々はそれに協力した。具体的には定期的に集会を開催し、必要に応じ病院見学や住民アンケートを行い、地域医療に関係する他のイベントにも参加してもらった。我々は会のコーディネーター等を担ったが、住民自身の主体性が最重要と考え、グループワーク等の手法を用いて、住民自らが知り、考え、方向性を決定するよう支援した。結果、住民自らの手で他の住民へ向けたシンポジウム開催を担うに至り、今後は草の根レベルでも活動の輪が広がっていくことになると思われた。

【結論】住民活動の支援には、住民自身の主体性を促す支援が重要であると考えられ、医師は患者教育、学生教育のノウハウを活用することができると考えられた。また、これらの役割は今後より一層現場の総合診療医に期待されることが予想された。

地域包括ケア・在宅ケアを支える IPW を推進するための IPE ～新潟県在宅ケアを考える会の歩み～

上村 伯人¹ 黒岩 卓夫² 斎藤 忠雄³ 吉嶺 文俊⁴
 小山 剛⁵ 福田 喜一⁶ 五十嵐 謙一⁷ 揚石 義夫⁸

¹医療法人社団 上村医院 ²医療法人社団 萌気会
³斎藤内科クリニック ⁴新潟県立津川病院
⁵高齢者総合ケアセンター こぶし園 ⁶潟東クリニック
⁷五十嵐医院 ⁸揚石医院

〈はじめに〉地域包括ケアシステムの確立には多職種協働（IPW）が必須であるが地域の現場では必ずしもスムーズな連携ができていなかった。我々は医療資源不足の新潟県においてこそ IPW の推進が喫緊の課題であると考え、2008 年より新潟県在宅ケアを考える会を設立し多職種連携教育（IPE）の場を作ってきたので報告する。〈現状と課題〉新潟県は総面積は全国5位の広さであるが人口密度は全国34位、高齢化率は全国平均を大きく上まわっている。一方で人口の1/3以上が政令指定都市である新潟市に住み、人口当たり医師数も新潟市のみが全国平均を越えているが他の地域は全国平均の5～7割程度で、人口、高齢化、医師数の格差が大きい。すなわち本県での課題抽出と解決への取り組みは全国のモデルとなると考え本県の在宅ケアの現状・課題分析と全県的な研究会を開催することとした。〈活動と成果〉2007年12月から実行委員会を開催し各職種、各地域の抱える課題を毎月話し合うと共に大会テーマ等の討議を重ね2008年7月に長岡市にて「第1回在宅ケアを考える集い in 越後」を開催した。以後毎年7月に県内の長岡、三条、新潟、新発田、上越の各市において250～400余名の参加を得て集いを開催した。そして2013年9月には全国から1900名もの参加による「第19回在宅ケアを支える診療所市民全国ネットワーク全国の集い」を開催した。全国の集いは20を越える職能団体の代表を含め60余名の実行委員が2年前から毎月集まり準備をすすめ、24ものシンポジウムのテーマにつきグループワークやワールドカフェを導入するなど、大会の準備・参加が IPE の場となり県内のネットワーク作りが大きく進んだ。〈結語〉今、全国で多職種連携推進協議会などが立ち上げられているが「ネットワーク」「顔の見える関係」作りは一方の講習や行政の企画に参加するのみではなく自らが企画に関わり、多職種が一緒に机を囲んでお互いの役割・課題を理解し共に学ぶ IPE があって始めて IPW ができると考える。

埼玉県学生による学部を超えた地域の医療福祉への取り組み

平田 まりの

自治医科大学 医学部

埼玉県内の4大学（埼玉県立大学、埼玉医科大学、城西大学、日本工業大学）の学部学生と自治医科大学埼玉県出身の医学部学生が集まり、地元である埼玉県の地域医療・地域福祉を自主的に学んでいく「SA・I・FU」活動を行っている。ここでは、医学・看護・薬学・作業療法・行動健康科学建築・社会福祉を学ぶそれぞれの分野の学部学生が集まって、将来私たちが専門職として、また生活者として過ごす埼玉県地域の医療・福祉の将来像を模索している。

活動初年度である2013年は埼玉県の人口分布や医療・福祉資源の分布を地図に描いて、これらを見える化し共有した。医療・福祉系学生はそれぞれの資源分布の偏在に驚き、過疎地域の現実を知った。さらに工学部の学生は道路や都市整備の課題に気づき、これらを全員で共有した。次に、埼玉県の山間過疎地域である秩父で長年地域医療に従事する医師から地域の医療・福祉の現状に関する講演を聞き、地域医療では多くの職種が力を合わせ連携することの重要性を認識した。さらに、実際にこれらの病院を見学して、地域の医療・福祉の実情を目の当たりにした。これらの気づきをもとに、日本工業大学で開催された「ケア環境の一要素としての空間とその役割」と題した講演会で、4大学の教員と学生との間で多職種連携について意見交換をした。

さまざまな分野の学部学生が集まることで、医学部学生どうしとは違って、利用者の日常生活や生活環境など幅広く議論される。自分が学んだ医学知識を他学部学生と共有するためには苦労も伴うが、これにより自分の知識の整理や、新たな気づきにつながる。「SA・I・FU」の活動を通して、個人の視野を広げ、多職種協働の素養を身につけ、地域の医療・福祉の情勢、患者や利用者のニーズを学んでいきたい。今後さらに活動を広げ、埼玉県で活躍する社会人や医療関係者、行政、企業との交流をしていきたいと考えている。

プライマリ・ケアの質評価尺度に関する文献検討

青木 拓也^{1,2,3} 井上 真智子⁴¹東京ほくと医療生活協同組合 北足立生協診療所²日本医療福祉生活協同組合連合会 家庭医療学開発センター³東京医科歯科大学 医療管理政策学⁴帝京大学 医療共通教育センター

【目的】近年医療の質の評価と向上は、先進諸国において求められるキーワードになっている。この傾向はプライマリ・ケアにおいても同様であり、海外では実証研究や診療報酬体系において、複数のプライマリ・ケアの質評価尺度が用いられている。しかし我が国にはプライマリ・ケアの質を包括的に評価する尺度は存在しない。そこで本研究では、日本におけるプライマリ・ケアの質評価尺度の開発に先立ち、海外の先行研究に関する文献検討を行った。【方法】プライマリ・ケアの質評価尺度に関する海外の先行研究について、MEDLINE を利用しキーワードとして“primary care”に“assessment”、“questionnaire”、“instrument”を加えて文献検索を行った。なお特定の疾患や小児を対象とした研究は除外した。その結果 Primary Care Assessment Tool Adult Edition (PCAT-AE)、Primary Care Assessment Survey (PCAS)、The EUROPEP questionnaire、Components of Primary Care Instrument (CPCI)、Interpersonal Processes of Care (IPC-I) の5つの尺度が抽出された。各尺度の項目や開発方法等について文献から得られた情報を整理した。また我が国で行われたプライマリ・ケア医に求められる機能に関する先行研究との比較を行った。【結果】これらの尺度はいずれも地域住民を対象とし、プライマリ・ケアのストラクチャーおよびプロセス評価を行うものであった。また5つの尺度の評価領域はaccessibility、comprehensiveness、coordination、continuity、communication、respectfulness、community oriented care、family oriented care、culturally competence、physical examination に分類された。各尺度の評価領域と、我が国の質的研究で抽出されたプライマリ・ケア医の機能を比較検討した結果、完全に一致が認められたのはPCAT-AEのみであった。【結語】文献検索により抽出された5つの既存の尺度のうち、PCAT-AEは、我が国においてプライマリ・ケアの質を評価する尺度として適切と考えられた。PCAT-AE日本語版の開発により、プライマリ・ケアのストラクチャーおよびプロセスを包括的に評価することが可能になれば、地域間でのプライマリ・ケア提供体制の比較や、アウトカム指標との関連についての実証研究等を行える可能性がある。

患者の複雑性を評価する Minnesota Complexity Assessment Method (MCAM) の日本版の作成

津島 寿幸

片桐民主診療所

【背景】医療だけではなく介護などプライマリケアの現場では、日常的にいろいろな病気を持つだけでなく、心理的・社会的・福祉制度的に複雑な問題を抱える人たちに対応する必要があるが、日本ではそれを表現する共通の尺度が開発されていない

【目的】日本で利用できる複雑性を表現するツールの作成
【方法】患者の複雑性を評価するために開発された Minnesota Complexity Assessment Method (MCAM) の日本語版を作成し、2012年1月から13年8月までで当院で関係する地域包括支援センターとケアプランセンターの初回の利用者(242名と80名)に関し試行し、評価者にアンケートを行い、複雑性を表現するツールを作成した。

【結果】MCAM日本語版での各10項目は以下の通りである。①+症状の重さ/機能障害②診断過程③症状に対する気分感情による生活への支障度④治療と今後の変化への受け入れ準備⑤住処の安全性と安定性⑥社会性への参加⑦ケアの組織⑧患者(利用者)ー治療者(専門の援助者)の関係⑨ことばや物事の伝わりやすさの有無⑩ケアの財政的裏付け。アンケートでの主な問題点は以下の通りであった。ツールの評価方法に関して①訳語②高齢者に対する「仕事」③キーパーソン④医療機関との距離⑤保険制度の違い⑥判断基準の明確化⑦マニュアルの作成。また評価にかかった時間はおおむね5分ぐらいであった。各10項目に関する判断基準0-3のレベルは0それ以上の行動の必要はない①生活に支障はないが、支障が出てこないか・支障がないように情報収集やプランを立てる必要がある②生活に支障が出つつあり介入を考える必要がある③直ちに介入が必要とし、介入の緊急度で明確にした。それにあわせて各10項目の内容を必要な項目をいれて4段階に詳記し、マニュアルの必要のない評価表とした。

【考察】MCAMは短時間での評価が可能であるが、日本では制度など相違があり、使用しづらさがあったため、改善し、現在試行中である。

地域医療のコンピテンシーとしての総合診療医とはなにか？ ～研究班の活動を振り返って～

森田 喜紀¹ 神田 健史² 梶井 英治²

¹自治医科大学地域医療学センター総合診療部門

²自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門

【目的】2017年より新専門医制度が開始され、その中に総合診療専門医（以下、総合診療医）が新たに位置づけられた。へき地も含めた地域医療を担う医師としても総合診療医は期待されるが、その育成に際しては、診断や治療技術といった医療者からの視点だけでなく、地域に立脚した多様な視点も求められている。そこで、都道府県が地域の実情に応じて作成した第11次へき地保健医療計画の策定・実施状況を分析し、総合診療医に期待される視点・能力等を検討した。【方法】厚生労働科学研究費補助金事業「都道府県へき地保健医療計画策定支援とその実施に関する研究（平成22～23年度）」、「第11次都道府県へき地保健医療計画の実行支援とその評価に関する研究（平成24～25年度）」で行った都道府県を対象としたアンケート調査、都道府県のへき地保健担当者や医療機関への個別訪問の結果より、総合診療医に期待される要素について抽出・分析を行った。【結果と考察】都道府県は各々の地域が抱える課題を分析したうえで第11次へき地保健医療計画を策定しており、また、都道府県は多様な関係者によるへき地保健医療対策に関する協議会の開催や、住民に対する地域医療に関する情報発信やフォーラム・シンポジウムの開催も行っていた。総合診療医も地域医療に取り組むにあたって、地域特有の健康問題や生活習慣等に対応することが効果的な診療につながるため、個人だけでなく地域を診断する能力が求められる。また、行政や介護など地域医療に関わる多様な関係者との協働や、医療の受益者である住民の視点を持つことも重要と思われた。【結論】地域医療を担う総合診療医には、診療技術のみならず地域の大きな方向性を理解し、多様な関係者と協調して診療に従事することが期待されていた。

広域少子地域における「子育ての困難感」に関わる因子の検討

矢部 千鶴¹ 松本 順子² 裏川 友紀³
植村 由佳子⁴ 四方 哲¹ 竹村 洋典⁵

¹三重家庭医療センター 一志 三重県立一志病院

²津市健康づくり課兼美杉保健センター

³津市健康づくり課兼白山保健センター

⁴津市社会福祉協議会白山支部

⁵三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座 家庭医療学分野

【目的】この研究は対象地域にて保健師、医師、社会福祉協議会の職員等で構成される子育て支援の取り組みをしているチームにより行われた。全国的な出生率の低下の背景に、「子育てのし難さ（困難感）」も理由として挙げられ、また、虐待や母親のうつを要因として「親子の孤立」も挙げられる。親子の孤立に関する報告はあるが、居住環境により因子の有無や、重要性は異なると考えられる。「孤立する親子」を防ぎ、子育て支援をより効果的に行うために、演者らの活動地域（少子かつ広域）での「子育てを困難にする因子」の検索を行った。【方法】平成25年10月から新しいカテゴリーが抽出されなくなるまで、対象地域に居住する乳幼児の母を対象とした。その後理論的サンプリング法を採用した。「対象地域における子育ての困難感」に関する想いや考えについて、理論的飽和に達するまで半構成的面接を実施した。面接記録より内容を解析した。【結果】同じ対象地域内であっても、広域で少子化の進む地域と人口の分布が密な地域では、困難の程度、その原因となる因子が異なっていた。0歳児一人あたりの面積が25km²の地域では、親子同士の出会いの場や日常的な居場所が不足していると感じていた。衣類の購入、食事など生活の基礎的な環境整備が不十分であると感じていた。また、親子自身が自分達の子育て環境に危機感を持ち、自ら主体的な活動を行いたいという潜在的な希望があった。【考察】調査により、過疎の進む地域の親子自身から主体的な活動が提案され、チームはこの活動のサポートを開始した。この調査は限られた地域での結果であり一般化はできない。また、現時点では研究者側からアクセスの良い親子だけが対象となっており、子育て支援の対象として重要と考えられる、「行政等からは見えない親子」が対象となっておらず、今後親子の自主的活動の一つとしても、地域全体にこの調査を広げている最中である。

幸手団地における地域包括ケアシステム（幸手モデル）の構築に関するプロセス研究

中野 智紀 丑久保 広子 外園 千代子
原口 浩司

社会医療法人 JMA 東埼玉総合病院 在宅医療連携拠点事業推進室

【目的】現在、全国各地で様々な地域包括ケアシステム構築へ向けた取り組みがなされている。しかし、その多くは既に医療や介護を受けている患者を主な対象としている。一方で、現在、医療や介護を受けていない地域で暮らす住民の中には、適切なサービスを受ける事が出来ずに、健康や生活の質を悪化させている住民が相当数潜在している可能性がある。今回我々は、住民が主体となって地域コミュニティの中で健康や生活などの支援が必要な住民を、公的、非公的に関わらず必要な支援へと繋ぐ為の地域包括ケアシステムの構築を行ったので報告する。また、本研究は平成24年度在宅医療連携拠点事業において実施した。【方法】埼玉県幸手市にある幸手団地（UR 都市機構、総戸数3021）をモデル地区とした。在宅医療連携拠点により、フィールド調査や意見交換会を繰り返した。団地自治会が主体となって、地域包括支援センター、基幹病院、行政、民生委員、団地管理事務所を招聘し、協議会を組織した。協議会では民生委員や地域包括支援センターとの連携の他、コミュニティサロン兼総合相談窓口である「暮らしの保健室」を設置した。さらに、サロン活動へ参加できない住民に対して「健康生活アセスメント調査」と称した調査を全戸で実施した。

【結果】これらの活動より得られた情報はデータベース化され、支援が必要な住民リストを作成した。このリストを元に、協議会で「住民主催の地域ケア会議」を行った。会議では、専門的な支援や、公的・非公的な支援が必要な住民を抽出し、具体的な支援策の提案とチーム編成をコーディネートし、具体的な担当機関へと繋いだ。【結論】地域で暮らす住民が、住み慣れた地域で最期まで自分らしい暮らしを続ける為には、住民が主体となり、全住民を対象として、地域に散在する様々な資源とシームレスに連携する為の、新しい地域包括ケアの仕組みづくりが必要と考えられた。

訪問診療中の超高齢者において、在宅死に影響を及ぼす因子の検討

今永 光彦 外山 哲也 近藤 秀一 新森 加奈子

国立病院機構東埼玉病院

【背景・目的】高齢者の6割は在宅で最期まで暮らしたいと考えていると報告されている。また、近年85歳以上の超高齢者の死亡者数は増加傾向にあり、その傾向は今後さらに著増すると予測されており、超高齢者を在宅で看取ることの重要性は今後さらに増すものと思われる。今回、訪問診療中の超高齢者において、在宅死に影響を及ぼす因子を検討することを目的とする。

【方法】対象は、当院で訪問診療を行っており、2008年1月～2013年12月に死亡した患者のうち、死亡時の年齢が85歳以上の患者84例とした。これらに対して、「年齢」、「性別」、「訪問開始時の基礎疾患」、「死亡前1週間のADLが寝たきり」、「経管栄養」、「オピオイドの使用」、「在宅療養中の呼吸苦症状」、「在宅での痰吸引」、「死亡前1ヶ月以内の感染症の発生」、「基礎疾患増悪以外の急性イベントが契機で死亡」、「主介護者が配偶者」、「子世代との同居」、「副介護者の存在」、「訪問看護の利用」の項目と在宅死との関連について、カルテレビューによる後ろ向き調査を行った。単変量解析を行い、 $P < 0.05$ を基準として変数選択を行い、多変量解析（ロジスティック回帰分析）を行った。

【結果】在宅死は56例（67%）であった。単変量解析で、在宅死と有意な正の関連を認められたのは、「訪問開始時の基礎疾患が老衰」で、有意な負の関連を認められたのは「経管栄養」、「死亡前1ヶ月以内の感染症の発生」、「基礎疾患の悪化以外の急性イベントが契機で死亡」、「主介護者が配偶者」であった。多変量解析で有意差を認められたのは、「訪問開始時の基礎疾患が老衰」（OR：15.50、95% CI：1.97－121.86）、「基礎疾患増悪以外の急性イベントが契機で死亡」（OR：0.07、95% CI：0.02－0.30）、「主介護者が配偶者」（OR：0.18、95% CI：0.04－0.78）であった。

【結語】超高齢者を在宅で看取するためには、老々介護の配偶者へのサポート、基礎疾患増悪以外の急性イベントをどのようにマネジメントするかが課題と考えられた。また、「老衰」が、超高齢者の在宅死と関連する可能性が示唆された。

独居の看取りを支えるには？ ～在宅ケースの振り返りより～

若林 英樹 市橋 亮一 増井 法子 赤池 芳恵
中島 千恵子 小比賀 恵美子 仲野 真由美
今枝 智恵美

医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック

【背景と目的】我が国では急速に高齢化が進み、核家族化など家族形態の変化に伴い、人生の最後を独居で過ごす人も少なくない。当院では2009年4月の開設以来2013年12月まで（4年9か月）に、のべ在宅患者数は614名、うち独居が42名；独居のうちすでに死亡されたのは21名（病院死6名、在宅死15名）であった。本研究は独居患者の終末期における支援体制、課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】2009年4月より2013年12月の期間における、死亡患者21名のカルテレビューを行い、疾患、死亡場所、終末期の介護体制、死因、保険、誰が看取ったか等について検討した。

【結果】独居死亡患者21名は初診時平均年齢71.9才（51才～91才）、うち15名（71%）が在宅で亡くなった。がんが死因となった16名のうち13名（81%）が在宅死であり、当院におけるがんの総在宅死率86%と比較して同程度であった。在宅死のうち、9名は家族が最期に泊まりこみ介護し看取った。他のケースで看取った人は医師、ケアマネジャー、家政婦、デイサービス職員であった。いずれのケースでも訪問看護師、ヘルパー等のサービスが利用され、ケアチームにはケアマネ、配食サービス、民生委員、近所の人、友人なども協力していた。ケアチームメンバーには看取りの準備についての説明をパンフレットを用いて十分に行った。医学的に症状が安定していた場合に在宅で最期を迎えることができたが、入院死となったのは、身体状態の悪化、サービス拒否や家族問題などの心理社会的問題のため入院となったケースであった。

【考察】独居の人が最期まで自宅で療養したいと希望されたとき、医療介護の社会資源、地域のつながりの有効な活用ができ、医学的に症状コントロールができれば、十分可能であると考えられる。疎遠になっていた家族が再会できるケースも少なくなかった。独居終末期の患者のQOL、残された家族のグリーフプロセスについて、今後のさらなる検討が必要である。

病前から療養先を在宅か施設か既決している患者と家族が存在する 一脳卒中患者の在宅療養の選択要因に関する質的研究一

佐藤 弘太郎¹ 宮川 清誇² 草場 鉄周³

¹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

²釧路総合振興局保健環境部保健行政室

³北海道家庭医療学センター

【背景／目的】平成22年度国民生活基礎調査で脳卒中は要介護の直接原因の第1位であり、在宅療養推進の上で重要な疾患である。しかし退院するための予後要因の研究は多いが、患者、家族が療養先をどのように選択しているかの研究は乏しい。そこで、在宅療養の促進要因と阻害要因を質的に明らかにし、そこから支援方法について検討するため本研究を実施した。

【方法】脳卒中患者とその家族で在宅療養中3名、施設療養中3名に、在宅を選択した理由、施設を選択した理由について半構造化インタビューを行った。インタビュー内容はICレコーダーにて録音し逐語録を作成した。それを元にSCAT (Step for Coding and Theorization) を用いて2名の研究者が独立して解析し、促進要因と阻害要因を討議の上、抽出した。

【結果】両要因は病前、急性期、回復期、慢性期という疾患経過により分類できた。しかしその中でも促進要因が全くない「施設選択家族」が存在した。またどんな阻害要因があっても在宅療養を目指す「在宅選択家族」も存在した。両家族は固定した家族内役割という点では共通していたが、患者ニーズに対する家族の関心、介護の潜在能力（患者が選択できるあり方や行動の幅）という点では異なっていた。両家族の間に存在する「検討中家族」は疾患経過で異なる像が示唆され本研究では十分解析できなかつた。

【考察】病前から患者ニーズを確認できるのは患者が通院中の診療所である。そこでは患者がまだ当事者となっていないため介護の潜在能力の影響を排し、且つ医師との信頼関係も手伝い、本来のニーズを表現できるかもしれない。また日常診療における家族志向型ケアは、柔軟で交代可能な家族内役割の醸成へ寄与しうる。脳卒中発症後に診療所スタッフが病棟訪問し、病前からの患者ニーズを家族と共に再確認することで、患者の代弁者として療養先決定の支援へ繋がる可能性がある。

生命予後が2週間以下であった在宅がん患者の予後関連因子に関する検討（第1報）

弘田 義人¹ 荒井 康之¹ 太田 秀樹² 長島 晃司²
大関 美穂² 福地 将彦³ 小坂 由道³

¹医療法人アスムス 生きいき診療所

²医療法人アスムス およま城北クリニック

³医療法人アスムス 蔵の街診療所

【背景と目的】

在宅医療の依頼を受けた場合、生命予後を予測し、予後に配慮した支援を行っていくことが重要である。予後の推測において、Palliative prognostic Index（以下PPIと略す）に代表される従来の報告では、緩和ケア病棟への入院患者を対象とした報告であるように、在宅療養患者における予後関連因子に関する報告は少ない。そこで本研究では、生命予後が在宅移行後2週間以下だった症例に関しての予後関連因子について検討することを目的とした。

【方法】

1年間に当法人3診療所において、在宅看取りを行った全患者159人を対象とした。14日以内の死亡例は、ほとんどが癌患者だった。そのため、本研究では癌の末期状態で医師がターミナルと判断した在宅療養患者のみを対象とした。在宅移行後14日以内の死亡例を短期予後群として、2週間以上の中長期群と、次の項目において比較検討した。

1. 初回往診時年齢、2. 性別、3. 初回往診時のPerformance Status（以下PSと略す）、脈拍、SpO₂などの因子が関連するかについて統計学的に検証した。連続変数についてはt検定を、カテゴリ変数については χ^2 検定を行った。有意水準は0.05とした。

【結果と考察】

14日以内の死亡と関連があったものとして、PSが悪いことに関連が認められた。癌による病状が進行してくるとPSが悪化するため、PSが短期予後と関連したものと考察される。

在宅療養患者では血液検査や画像検査などの検査閾値が高く、かつ検査を施行しても結果の判明までの時間が長い。そのため、初回往診時には検査データから予後を予測することが困難である。従ってPSで在宅療養患者の予後を予測できることは大きな意義を持つ。PSが悪いと在宅移行後の生命予後が悪いため、癌の終末期患者で在宅療養を希望する場合、PSが良いうちに在宅療養に移行した方が良いことが示唆された。今後、在宅がん患者の生命予後予測ルールの開発が望まれる。

訪問診療で家族を除いた患者と医師のみのコミュニケーションがなされる背景因子に関する検討

木村 琢磨^{1,2,3,4} 今永 光彦³ 松崎 淳人⁴
外山 哲也³ 算 孝太郎¹ 石川 純也²
新森 加奈子² 近藤 秀一³ 五味 一英⁵
森川 日出男⁵ 竹本 毅¹ 鄭 東孝⁵ 並木 温⁴
赤星 透^{1,2}

¹北里大学医学部 総合診療医学

²北里大学医学部地域総合医療学

³国立病院機構東埼玉病院総合診療科

⁴東邦大学医学部卒後臨床研修・生涯教育センター

⁵国立病院機構東京医療センター総合内科

背景・目的

医師—患者—家族でコミュニケーションをとることが多い訪問診療において、「家族を除いた患者と医師のみのコミュニケーション」は、患者が家族へ気遣いせずに医師とコミュニケーションをとる上で重要である。しかし、訪問診療で「家族を除いた患者と医師のみのコミュニケーション」がなされる臨床的背景は不明である。今回、これを明らかにするための調査を行う。

方法

国立病院機構東埼玉病院総合診療科の訪問診療受診歴がある患者の家族271名を対象に、2011年6-7月に質問紙票による横断調査を行った。質問紙票で、「家族を除いた患者と医師のみのコミュニケーション」の有無、患者背景、家族背景について尋ねた。回収された227名（回収率83.8%）のうち、重度の難聴・認知機能障害・言語機能障害の患者を除外した143名を解析した。先行研究などを基にモデル（悪性腫瘍か否か、ADL、訪問診療の持続期間、訪問の頻度、訪問の滞在時間、プライバシーが保たれる部屋の有無、主介護者が配偶者であるか否か）を作成し多変量解析を行った。

結果

「家族を除いた患者と医師のみのコミュニケーション」の経験があると回答した家族は38名（26.6%）であった。「家族を除いた患者と医師のみのコミュニケーション」は、患者の基礎疾患が悪性腫瘍であることと有意に関連していた（調整オッズ比3.165、95信頼区間1.180-8.486；P=0.022）。

結論

訪問診療で「家族を除いた患者と医師のみのコミュニケーション」がなされる臨床的背景として、基礎疾患が悪性腫瘍であることが明らかになった。

日本の患者と医師は医師・医療に対しどのような想いを抱いているか？
～質問紙を用いた記述的横断研究～

若林 崇雄¹ 宮田 靖志² 山上 実紀³ 日下 勝博⁴
阿部 昌彦⁴

¹現・札幌医科大学臨床研修センター、江別市立病院総合内科医教育センター、元・江別市立病院総合内科
²北海道大学病院・卒後臨床研修センター
³月寒ファミリークリニック ⁴江別市立病院総合内科

【目的】適切な医療提供、良好な医師患者関係のため患者、医師それぞれが医師という職業、医療をどのように考えているかを明らかにする。【方法】質問紙を用い医師と患者の考えを把握する記述的横断研究である。一時内科医が不在だった地域基幹病院を利用する患者・住民2グループに対しフォーカス・グループインタビューを行い、その結果を質的に検討したデータを基に「医師患者関係」「医師という職業」「医師に対する想い」に関する9つの質問を作成した。まず2010年に同院患者を対象にアンケートを実施（結果は2011年に当学会に報告）、2013年に本学会北海道支部に所属するすべての医師に郵送でアンケートを行い比較した。【結果】質問紙は患者より399通、医師からは408通中301通（回収率73.8%）得た。医師、患者ともに医師という職業について、患者に尽くしている（患者75.9%、医師89.4%）、激務である（患者83.7%、医師81.7%）、勤務条件により病院を移ることは仕方がない（患者77.2%、医師93.0%）と高い割合で考えていた。医師患者関係に関する無回答を除く分析では患者、医師共に医師を信頼し（患者85.1%、医師79.5%）、患者に尽くすべきである（患者96.0%、医師82.3%）と考えており、いずれもそう答えた患者の割合は医師より有意に高かった（ $p<0.01$ 、 t 検定、以下同じ）。医師に対する想いでは医師をサービス業と考える傾向（患者32.8%、医師68.4% $p<0.01$ ）が、患者は医師を聖職と考える傾向（患者59.4%、医師44.2% $p<0.01$ ）が示唆された。【考察】患者、医師ともに医師患者関係や医師の業務に関し、根本的な認識は同じであることが示唆された。医師は倫理観を持ちつつも医師をサービス業とする割合が高く、時代によるプロフェッショナリズムの変化を認識している事が考えられた。患者もこれを認識しつつ、医師に聖職であってほしいという複雑な心境が伺えた。良好な医師患者関係を保つため両者に思いの違いがある事を互いに理解することが重要と考えた。

医療者と市民・患者のカフェ型ヘルスコミュニケーションは相互理解を進めるか？—変容学習の共分散構造分析

孫 大輔¹ 中山 和弘²

¹東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター
²聖路加看護大学看護情報学

【目的】医療系専門職と市民・患者間のヘルスコミュニケーションにおける現代的課題を克服する手法としてワールドカフェなどを応用した「カフェ型ヘルスコミュニケーション」が注目されている。先行研究では、カフェでの自由な対話を通して自らの体験の省察が行われ、意識変容（パースペクティブ変容）を起こすことが示唆されている。本研究では、カフェ型ヘルスコミュニケーションにおいて参加者に変容的学習（transformative learning）が起きているかを測定し、学習の帰結との関連を検討する。

【方法】変容的学習や帰結概念に関する計72項目からなる質問紙を作成した。2010年8月より2013年9月まで東京都市部にて開催した計33回のカフェ型ヘルスコミュニケーションの参加者357名を対象とし、ウェブによる質問紙調査を実施した。共分散構造分析によって概念間の関連を検討した。

【結果】医療系専門職と市民・患者を含む141名より回答を得（有効回答率39.5%）、変容的学習に関連する概念を共分散構造分析によって分析した。5%水準で有意なパスのみ検討すると、対話における「多様な価値観との遭遇」および「当事者のナラティブ」から、「自己省察」や「パースペクティブ変容」に有意なパスが出ていた（モデル適合度指標：GFI=.796、AGFI=.754、CFI=.926、RMSEA=.058）。変容的学習プロセスは、直接「パースペクティブ変容」に至るパスと、「自己省察」から「混乱的ジレンマ」を経て「パースペクティブ変容」に至るパスが認められた。変容的学習の帰結として、専門職と市民・患者の双方で「パースペクティブ変容」から「他者への理解」へのパスが有意であった。また専門職において「患者・利用者に対する意識変容」へのパスも有意であった。

【結論】市民・患者と医療系専門職が参加するカフェ型ヘルスコミュニケーションにおいて、対話によって変容的学習のプロセスが起これ、異なる立場の他者への理解が促進されることが量的モデルにより検証された。

患者と医師の関係の深さとその患者の受療行動の関係について

飛松 正樹¹ 竹村 洋典²

¹宮崎大学医学部地域医療学講座

²三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座家庭医療学分野

【はじめに】

住民の医療を求める行動は、医療の特性、患者の心理社会的な要因が関与していることがわかってきた。この研究の目的は、患者と医師の関係の深さが患者の受療行動にどのように影響しているか、明らかにすることである。

【方法】

対象は三重県各地の住民4,058人。調査は2013年に自記式質問紙法によって行われた。患者と医師の関係の深さは Ridd の質問紙によった。患者の受療行動としては、医師への受診、救急健康相談ダイヤルの使用、時間外受診、救急車使用、入院、そして健診・検診の受診の各々の頻度を見た。相関は回帰分析で、補正は SAS の GLM プロシージャにておこなった。また三重大学研究倫理委員会の審査を受けた。

【結果】

患者と医師の関係が深いと、その医師への受診頻度、救急健康相談ダイヤルの使用頻度、時間外受診頻度は有意に減少した。一方、救急車の使用と入院の頻度は有意に増加した。入院については年齢で補正しても関係は変わらなかった。健診・検診の頻度は患者と医師の関係性が深いと、有意に減少していた。

【考察】

医師と患者の関係は深いほうがいいと思われるが、実際の患者の受療行動は様々な状況を呈していた。他の大きな交絡因子の影響も考えられ、今後の更なる研究が必要かもしれない。

受診かセルフメディケーションか —生活者の意思決定の現状とその要因についての調査研究—

景山 晶子

立教大学大学院21世紀社会デザイン研究科 修士生

【目的】 身体の不調を感じたとき、生活者はどのように対処行動を決定しているのか。医療従事者からは、軽度な症状での安易な受診、あるいは誤ったセルフメディケーションとみられる行動もある中、生活者の意思決定とその要因について調査した。

【方法】 過去1年間の身体不調（風邪、頭痛、胃腸の不調、肩腰背中痛み、皮膚トラブル）について、治るまでの一連の行動とその選択理由を調査した。調査は二つ実施し、一般生活者である都内一般企業の従業員とその家族202名への質問紙調査と、疾患や治療方法に関する客観的知識を有する人12名（看護師、保健師、薬剤師各2名および消費生活アドバイザー*6名）へのインタビューを行なった。

*消費者と企業や行政のかけ橋となるための専門家。資格取得には、法律や生活情報など、広範囲な情報リテラシーが必要で、医療についても客観的知識をある程度有する。

【結果・考察】 一般生活者への調査の結果、約6割が、風邪の症状を感じた際、すぐに何らかの行動をとっていた。その理由は、症状の重さからの判断ではなく、「使い慣れた薬が手元にあったから」薬を飲んだ、「時間をかけずに治したかった」から受診したという答えが多かった。客観的知識保有者へのインタビューでも、症状に応じて行動を決めるというよりは、仕事や家事などに影響を与えないことを優先する傾向があり、中には医療上、課題のある行動もみられた。従来から、病気対処行動は、罹患経験や生活課題に影響を受けるといわれてきた。だが、本結果は、風邪のように日常経験することの多い症状の場合、病気への対処の意味が薄く、習慣的な消費行動に近いことを示唆しており、医療的視点とのギャップも考えられていた以上に大きいと推察される。また、行動選択には家族からの助言や生活サポートの有無も影響していたが、家族の変化とともにそれらの内容も変化していることがうかがえた。

担当医の診療範囲が広いことは良好な患者アウトカムと関係するか（第一報）

家 研也¹ 中尾 文香² 竹村 洋典³

¹三重大学医学部附属病院 ²三重大学医学部
³三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座家庭医療学
分野

【背景】担当医が幅広い診療範囲を有することは、患者の利便性向上や医療コスト削減などに寄与すると推測されるが、患者アウトカムへの影響を直接検証した研究はあまり見られない。我々は本邦の医師に適応可能な診療範囲の幅広さ指標 Japanese Scope of Practice Score (JSPS) を作成し信頼性・妥当性検証をこれまでに完了している。

【目的】医師の診療範囲の広さと患者アウトカムの関係を明らかにする。

【方法】研究デザインは自記式質問票を用いた横断研究である。三重県内の大学病院、市中病院、診療所に勤務するプライマリケア医 8名を対象に平成25年2月～5月にかけて JSPS に対する回答を得た。平成25年5月～12月にかけて同医師の外来受診患者のうち、書面による研究同意が得られた者を対象に年齢、性別、住居地の人口規模、健康関連 QOL (SF-8)、満足度、患者から見た担当医の患者中心度、受療行動（かかりつけ医の人数、受診頻度、予定外受診頻度）に関する自記式質問票調査を行った。JSPS 得点を説明変数に、従属変数として健康関連 QOL (SF-8)、満足度、患者中心度に対して Pearson の積率相関を、受療行動に対して Spearman の順位相関を用いて解析を行った。

【結果】106名の患者より有効回答を得た。JSPS 得点と過去1年間のかかりつけ医の数 ($r=-0.26$, $p=0.0157$)、予定外受診数 ($r=-0.26$, $p=0.0134$) といずれも有意な負の相関が認められた。患者中心度、患者満足度、身体的 QOL、精神的 QOL、受診頻度との間には有意な相関は認められなかった。

【結論】医師の診療範囲の広さは、担当患者の複数施設受診や予定外受診の少なさと有意に関連していた。ゲートキーパーとしてのプライマリケア医が幅広い診療能力を有することは、医療経済的な視点からも重要となる可能性がある。

日本版「病院総合医」の現状に関する質的評価

北村 大¹ 佐田 竜一² 羽田野 義郎³ 石丸 裕康⁴
竹村 洋典⁵

¹三重大学医学部附属病院・総合診療科 ²亀田総合病院
³大阪市立総合医療センター ⁴天理よろづ相談所病院
⁵三重大学医学部大学院医学系研究科家庭医療学

目的

2012年に日本プライマリ・ケア連合学会よりでた日本版「病院総合医」の制度細則には「病院総合医」はどうあるべきか、「病院総合医」となるために求められる要件などが明らかになっていなかった。本研究では、①日本の病院総合医の勤務の状況を把握する、②日本で求められる「病院総合医」の像を明らかにすることを目的とした。

方法

病院の総合診療科医・総合内科医として勤務する医師を対象にフォーカスグループインタビューを行った。テープ起こしを行い、個人情報を除かれたものを、主題分析によって分析した。

結果

グループインタビューを3回行った。これらの分析結果から挙げられた研修への問題点として、①総合医としての専門性（アイデンティティ）、②診療内容、③自己研鑽／研修の方法・キャリアパス、④他の職種との連携の取りかた、⑤その他、の大きく5つのカテゴリーで分類された。2013年に新しくプライマリ・ケア連合学会からでた改訂版の研修プログラムにより、問題点の多くは解決されていた。一方で、改訂版の研修プログラムでも解決されない問題点として、①家庭医的な視点・実践も踏まえた病院総合医となるには単独施設での研修では修得が不可能、②病院総合医の仕事が施設ごとでバラバラなため内容がみえづらく進路先・短期間研修等の国内留学の選定が困難、③後期研修終了後のキャリアパスがみえず家庭医・専門医に流れ、慢性的なスタッフ不足、などが挙げられた。

結論

実際に病院総合医として勤務する医師から直接的な声を聞くことができた。日本プライマリ・ケア連合学会の提示する「病院総合医」の新プログラムが導入されて以降、プログラムで研修する医師、院総合医として勤務する医師がその後の状況をどう捉えるか、引き続き評価が必要であると思われる。

要介護認定者への在宅医療の現状に対するアンケート調査

大杉 泰弘¹ 浅井 幹一²

¹飯塚・穎田家庭医療プログラム

²藤田保健衛生大学連携地域医療

1. 背景・目的

高齢者が住み慣れた地域や自宅で安心して在宅療養生活をするためには、医療と介護の関係機関の連携を支援・強化していく必要がある。豊田市における今後の在宅医療の需要に対応すべく、在宅医療体制の整備やネットワーク作りの推進を目指し、高齢者等の在宅医療・介護の現状について、要介護認定者、及び在宅医療・介護に関わる多職種の意識・認識を調査・分析した。

2. 方法

要介護認定者本人に対し、豊田市が行う第6期介護保険策定のためのアンケート調査において要介護認定者のうちから抽出し、郵送によるアンケート調査を実施した。要介護者自身が回答できない場合は、代りに家族が回答した。また、在宅医療・介護に関わる関係専門職にそれぞれ郵送によるアンケート調査を行った。調査は平成25年7月～9月に行った。

調査対象	配布数	有効回収数	有効回収率
要介護認定者 本人（又は家族）	3569	2252	63.1%
地域包括支援センター（23箇所）職員	88	78	88.6%
訪問看護ステーション看護師	11	8	72.7%
介護支援専門員	171	156	91.2%
歯科診療所歯科医師	171	61	35.7%
調剤薬局薬剤師	135	111	82.2%

3. 結果・考察

今まで在宅医療・介護に関わる多職種へのアンケート調査は比較的多いが、「在宅医療体制の充実のために必要なこと」について、要介護認定者へ行った大規模アンケートは少ない。アンケート結果より、要介護認定者のうち実に70.2%が引き続き現在生活しているところでの生活を希望されていた。ただ、そのためには、定期的な訪問診療・看護や24時間体制だけでなく、見守りや話し相手・安否確認など、地域住民からの支援を期待していることがわかった。

また、要介護認定者と在宅医療・介護に関わる関係専門職との間には共通した課題意識と乖離したものがありそのギャップを埋めていくことがより良い在宅医療・介護体制を構築していくことに繋がると考える。

マインドマップから見た看護師のモチベーション作り

中澤 信恵 佐々木 隆史

医療生協 こうせい駅前診療所

当診療所は、2013年4月に開院した在宅支援診療所機能を持つ無床診療所である。開院にあたり、診療所の目指すところをスタッフ全員で共有することに重点をおいた。スタッフが意欲的に働きたいと思える診療所作りが大切なのではないかと考え、スタッフの意識に働きかける工夫をしてみた。

看護師も、今までの経験に差がある集団となるため、それぞれが考える看護とは何なのかを出し合った。看護部でマインドマップを作成し、その中から業務の中でできることを考えた。

・「対応力」「安心の提供」など、患者とより近い場所に立つことができるかということに対し、外来診察前の看護問診を行うこととした。

・「知識」「技術」「相談力」など看護スキルや経験によるものに対し、院所全体でのカンファレンスや看護部会での学習会の設定、個別的な振り返りなどで補強した。

・自分たちのやっていることが、本当に患者が必要としていることなのかを評価するために患者満足度調査を行った。

看護問診は、病状の経過を聞き取り、患者の意向を掴むことが主な目的となるが、患者の不安や問題を引き出すことにもつながった。しっかりとした看護問診を行うのが初めての看護師もいたが、6か月後の看護師への聞き取りでは、患者の変化に気づくようになった、聞いてほしいと思っていることを聞き出せるようになったなどの良い変化がでてきた。意図的な会話をするようになった、様々な学習意欲にもつながっているという向上心にもつながっている。

患者満足度を向上させるためには、スタッフ満足度を向上させる取り組みが必要である。定期的な評価とフィードバック、やりがい作りこれからも努力していきたい。

コミュニティ・ヘルスケアを推進するリーダー養成プログラムの課題と可能性の検討

坂本 文武^{1,2} 岡田 唯男³ 喜瀬 守人^{4,5}
齊藤 裕之⁶ 土晶 智幸^{7,8}

¹立教大学大学院21世紀社会デザイン研究科

²一般社団法人 Medical Studio

³鉄蕉会 亀田ファミリークリニック館山

⁴医療福祉生協連家庭医療学開発センター

⁵川崎医療生協久地診療所 ⁶萩市民病院

⁷医療法人稲生会

⁸在宅療養支援診療所 生涯医療クリニックさつば

【背景】地域包括ケア概念が要請する医療者によるリーダーシップの変質は、新たなリーダーシップ研修プログラムを需要している。これまでも大学や医療機関等において医療者向けリーダー教育が多数行われているものの、地域包括ケアを念頭に入れたプログラムはまだ開発途上である。

【目的】ヘルスケアを「生きることへの知恵とその実践のためのシステム」と考え、医学的支援による健康管理だけではなく、社会システムとしての健康の保障や、住民どうしの助け合い支え合いによる健康の保全を含む「コミュニティ・ヘルスケア」におけるリーダーシップ研修プログラムを企画運営した。地域の関係機関や住民が、自治の一貫として自ら構築・構築する協調的コンダクター役としてのリーダー像を目標とした。

【対象】医療・保健・福祉関係組織における原則5年以上の職務経験を有している、もしくは、職場においてリーダーシップを発揮する立場にある受講者14名。

【方法】次の3点を考慮したプログラム・教材を開発利用した。(1) グループ活動を通して学習を助け合い、各自の学習に対する責任を果たすことで、グループ目標を達成する協同学習、(2) 多様なアイデアを生み、課題の解決に導くリーダーシップを体験するケース・メソッド、(3) 複雑な事象を分析し、判断するための批判的思考法。

【結果】場のマネジメント、チーム・マネジメント、ビジョン構築/デザイン思考、戦略構築、地域マネジメント、組織論、組織変革などを、3回の1泊2日の合宿研修で学んだうえ、研修期間中に受講者が立案・実施してきた「マイ・プロジェクト」を対外的に発表した。

【考察】当プログラムの成果は、開催前後に実施したアンケート調査を定量・定性的に分析し、課題と今後の可能性を指摘する。併せて、受講者が立案・実施してきた「マイ・プロジェクト」への多職種による評価を取り入れ、新たなリーダーシップ像への期待を検討する。

患者が風邪で医療機関を受診する理由～医療機関でのアンケート調査より～

堤 円香¹ 釋 文雄² 宮澤 麻子^{1,2} 高木 博^{1,3}
高屋敷 明由美^{1,2} 前野 哲博^{1,2}

¹筑波大学 地域医療教育学 ²筑波大学附属病院

³筑波メディカルセンター病院

【背景・目的】common diseaseであり、かつself-limitedである風邪はセルフメディケーションの適応となるものの、実際には多くの患者が医療機関を受診している。今回、実際に風邪で受診した患者を対象として、住民の風邪に対する受療行動を明らかにし、セルフメディケーション推進への足掛かりをつかむために調査を行った。

【方法】2012年10月～12月、全国10箇所の医療機関において、風邪で外来を受診した患者を対象に自記式質問紙による調査を行った。質問項目は、年齢、性別など属性情報のほか、自覚症状について0-4のリッカートスケール、また、受診前の市販の風邪薬の使用の有無を尋ねた。さらに非使用群の中で市販薬を使うことを考えたが実際には使用しなかった患者に対し、受療行動の理由として安心感や希望についての15項目を「非常にあてはまる」から「あてはまらない」の4段階で評価し「非常にあてはまる」「あてはまる」を肯定群とした。

【結果】479名に配布し、同意を得られた450名（有効回答率93.9%）を解析対象とした。平均年齢は46.9±17.7歳で、男性189名（42.0%）であった。非使用群は219名（49.5%）であった。年齢が若い方が市販薬を使用する傾向はあったものの（使用群44.7±15.7歳、非使用群49.2±19.4歳、 $p=0.008$ ）、風邪の自覚症状に差は無かった（ $p=0.329$ ）。非使用群の中で、市販薬の使用を考えたが実際には服用しなかった群（ $n=38$ ）の受療行動の理由としては、「医師に診てもらおうと安心」の肯定群が92%、「受診すると早く治る」が90%と多かった。一方「市販薬が体に合わない」「市販薬の飲み方が分からない」の肯定群はともに16%とわずかであった。

【考察】多くの住民が風邪罹患時に安心感、早期改善を求めて医療機関を受診している現状が明らかになった。医療資源の有効活用を図り、セルフメディケーションを促進させるためには、地域住民の風邪に対する正確な知識と受診行動に対する啓発活動を充実させることが重要であることが示唆された。

大規模災害後における自治体の活動について (保健・医療・福祉面について)

古本 尚樹

公益財団法人ひょうご震災記念21世紀研究機構 阪神・淡路大震災記念 人と防災未来センター

【目的】東日本大震災発災から千日が過ぎたが、その復興への道のりはいまだ途上の地域が多い。震災直後から現在までの自治体における保健・医療・福祉分野での活動について検証する。(方法)東日本大震災被災地における自治体職員への聞き取り調査をもとに、課題や今後の対策について把握する。主な質問事項は①震災後現在まで、中長期的視野を含めて、住民支援における課題と今後の対応に向けて②まちづくりとしての保健・医療・福祉サービスをどのようにしていくか。等。(結果)震災以前からの住民との関わりが重要である。予想を上回る大規模災害における自治体職員の疲労は非常に大きく、自治体職員向けの独自の支援、あるいは行政対応の代行に向けた対応が確立されるべきではないか。各職員においては範疇を超えた対応が実際の災害では多く要求される。(結論)災害直後における情報の共有と関係機関、組織間の連携について改善する必要がある。自治体職員への支援のあり方を確立する必要がある。自治体職員や医療関係者等において災害時対応に向けた、より実践的な訓練が必要である。

介護保険施設からの救急搬送における地域連携 -病院間の役割分担について-

山本 俊輔¹ 坂本 宏司² 浅井 幹一¹

¹豊田地域医療センター 豊田市・藤田保健衛生大学連携 地域医療学寄附講座

²豊田地域医療センター 消化器内科

【目的】地域医療を担う病院の役割の1つとして介護保険施設からの患者の受け入れが挙げられる。豊田地域医療センターは慢性期治療が主であり、近隣には急性期治療を担う総合病院がある。介護保険施設からの救急搬送を主に急性期病院が担当していたが、地域の高齢化に伴い入院の受け入れが困難となる事態が生じるようになった。役割分担によりその負担軽減を図るため平成25年4月1日より施設からの救急搬送を当院で受けることとなった。この取り組み後の当院での施設からの救急搬送状況について調査した。

【方法】平成25年4月1日以降に対象とする介護保険施設18施設から当院へ救急搬送された症例について性別、年齢、原因疾患、認知症の有無、転帰、施設内でのDNARの意思確認の有無、診療情報提供書の有無などを検討した。

【結果】平成25年12月24日時点で介護保険施設からの救急搬送者総数は232例であり、うち男性53例、女性179例で平均年齢は85.5歳であった。119例が入院され、原因疾患としては誤嚥性肺炎を含む急性肺炎が65例で最も多かった。また入院症例のうち認知症を有する症例は8割以上であった。外来での死亡確認は32例あり、そのうち施設内でDNARの意思確認のなされていた症例は3例であった。診療情報提供書を持参された症例は82例であり、うち56例が入院または他院転送となっている。診察後に急性期病院へ転送された症例は22例あり、そのうち大腿骨頸部骨折が6例と最も多かった。

【結語】発症から受診までの流れが円滑になり、適切な治療の後に元の施設へ戻ることのできるよう今後さらに地域連携を深めていく必要がある。

人口過疎地域における救急対応能力向上の取組みについて

杉本 和彦¹ 北村 聡子² 青木 啓祐³ 高橋 拓也⁴
山口 廣明⁵ 山崎 聡子² 根岸 正敏⁶ 瀬尾 宏美²

¹社会医療法人近森会近森病院救命救急センター総合診療科
²高知大学医学部付属病院総合診療部
³津野町国民健康保険杉ノ川診療所 ⁴つものやまクリニック
⁵津野町国民健康保険姫野々診療所
⁶社会医療法人近森会近森病院救命救急センター救急科

心肺停止患者の予後は、救急隊の現場到着までの時間に強く依存するという報告がされている。これはバイスタンダーの心肺蘇生実施率が低いこと、質の高い心肺蘇生法が行われていないこと等が原因と考えられている。

高知県津野町は、直近の2次救急医療機関までの搬送には平均20分、3次救急医療機関までは平均70分を要し、効果的な2次救命処置開始に時間を要する地域である。

また救急隊の現場到着までに平均10.5分と時間を要しており、救急隊のみの活動では救命できる可能性は極めて低い。同町では、平成24年度に総務省の事業を受け、「住民全員が応急手当のできる町」を目指し、積極的な応急手当普及活動が実施されているが、バイスタンダーの心肺蘇生実施率は未だ低く、その質の向上には時間を要すると思われる。

そこで、高知大学医学部附属病院総合診療部、近森病院救命救急センターの協力により、同町内の診療所スタッフのICLSコース受講による心肺停止患者対応能力の向上と共に、患者に対して消防本部からの指令のもとに救急現場に駆け付け、救急隊が到着する前に確実な応急手当や救急活動補助等を行える人材（AHAハートセイバーコース受講済みのファーストレスポonder）を育成し、事案が発生した際には出動させるシステムの導入を準備する事となった。

このような地域診療所とファーストレスポnderの連携システムは、中山間地域において、質の高い1次・2次救命処置を迅速に提供することが可能となることが期待され、その取り組みについて報告する。

内科小児科複合医による小児科病棟立ち上げの試み

木村 武司¹ 相田 雅司¹ 市河 茂樹² 西野 洋³

¹安房地域医療センター 総合診療科・小児科
²亀田メディカルセンター 小児科
³安房地域医療センター 総合診療科

【背景】2013年現在、千葉県館山市（人口5万人）その隣接する南房総市（人口約4万人）には小児を対象とした病床はなく、入院が必要な患児は鴨川市（人口3万6千人）にある亀田総合病院（以下、KMC）小児科をはじめ他地域へ紹介・搬送をしていた。最も近い関連施設であるKMCは距離約30km、車で40分と児が入院した際の通院など家族負担が問題であった。なお同市内には小児科専門医が常勤する病院はなく、小児科専門医の開業するクリニックもない小児医療過疎地域である。

【コンセプト】2013度より、KMCから内科小児科複合プログラムという4年間の後期研修を終了した2名が当院に着任した。同プログラムでは総合診療科と小児科のローテーションを基本とし、一般・救急外来と病棟研修においてそれぞれの後期研修医と同等の働きが出来るよう研修を受けている。軽症の小児病棟診療を行うため2012年度より「安房地域医療センター小児科病棟プロジェクト」を立ち上げ、通常の内科病棟・外来診療に加え以下の条件で小児入院症例の受け入れを開始した。

- ・館山市か南房総市在住で原則5歳以上
- ・対象疾患は気管支喘息、市中肺炎、急性胃腸炎などの軽症例

- ・当院外来か関連施設である亀田ファミリークリニック館山や亀田総合病院からの紹介に入院経路を限定

【結果と今後の展望】2013年8月5日から試験症例の受け入れを開始。12月現在まで12例。8例は気管支喘息であった。他に依頼をお断りした症例が3例あった。2014年度には試験症例について検証し地域医療機関からも紹介を受ける予定。

米国では内科小児科複合プログラムは1960年代から設立され、2008年には全米で約80存在する後期研修プログラムだが日本では普及していない。今回は内科小児科複合医による小児病棟立ち上げの経緯を同プログラムの紹介・地域医療貢献の可能性と併せて報告する。

ToMMo クリニカルフェローによる循環型地域支援 (第一期、第二期) の報告

阿部 倫明¹ 石井 正² 清元 秀泰¹ 八重樫 伸生¹

¹東北大学 東北メディカルメガバンク機構

²東北大学病院、総合地域医療教育支援部

東北メディカル・メガバンク機構 (ToMMo) は未来型テーラーメイド形式の疾病予防を目的とする研究機構であるが、必要性の高い被災地医療復興 支援も重要な活動項目の1つである。H24年10月より、東日本大災害の被災地における慢性期長期間医療支援対策としてToMMo クリニカルフェローによる循環型医療支援を開始した。三陸沿岸部は、震災前より交通距離が非常に遠く(仙台より車で2~3時間)、ほとんど全ての地域で医療過疎に悩まされていた。そのため、地域医療支援と医学研究を同時に可能とする循環型医療支援システムを構築した。これまで、東北大学病院地域医療復興センターの調整の下、気仙沼・本吉・志津川・南三陸・女川・南郷・瀬峰の病院に対し診療支援を行っている。昨年に引き続き、今年も活動進展について報告したい。

第一期(H24年10月~H25年1月、またはH24年12月~H25年3月; 6フェロー)と第二期(H25年2月~5月、またはH25年4月~7月; 8フェロー)の支援活動内容(外来患者数、平均入院患者数、週間平均当直日数など)についてアンケート調査を行った。支援先は、診療所から地域基幹病院まで様々であった。有床・無床診療所においては、約50人/日の外来診療および訪問診療、約20人/月の入院診療、約15名/月の在宅診療、8回/月の当直・日直の診療支援が行われた。中規模の地方病院においては、約80人/日の外来診療および訪問診療、約20人/月の入院診療、約40名/月の在宅診療、6回/月の当直・日直の診療支援が行われた。基幹病院においては、約20人/日の外来診療および訪問診療、約15人/月の入院診療の診療支援、月1回程度の当直支援では一晩で15人弱の救急患者診療の診療支援が行われた。

各病院のニーズに合わせ、専門分野を活かしつつ総合医としての支援が行われた。このような大学病院による診療支援システムは、医師過疎地域における地域医師支援のモデルプランになる可能性が考えられた。

福島県の地域医療を立て直すために ~高校生への啓蒙活動~

吉田 孝司^{1,2}

¹医療法人むつき会 大槻内科小児科クリニック

²福島県民の健康長寿を本気で考える会

平成20年から今年まで、演者は母校である福島県立安積高等学校に出向き、将来は医学・医療を志そうとして頑張っている第1学年の後輩生徒諸君に対する講演会を積極的に何度か開催してきた。

これは、まず Early Exposure 的な意味を持っているが、さらに我が国の医療事情についての現状を高校生にも正しくわかりやすく伝え、そして医学・医療に関する基本的知識を深めてもらい、特に「地域医療」に対する興味・関心を高めてもらうために行っている。また、近年見られつつある偏差値中心主義によって自身の進路を安易に決めるのではなく、「医師になりたい」という強い本人の意志があるのであれば、是非とも医学部進学を第一希望として考えてもらい、受験に関するアドバイスや医療現場での見学実習などを通して、演者は後輩諸君に対して今後も出来る限りのサポートをしていきたいと伝えている。さらに、彼らが福島県に残って、あるいは将来は福島県に戻ってきて、医師として活動していけるようにするためにはどのようにしたらよいか、一緒になって考えてもらうことを目的としている。

ちなみに、講演会の実施手順としては、演者はまず講演1週間前にアンケート用紙を学校側に送付する。担当教員が受講希望生徒にアンケート用紙を配布し、生徒はアンケートに回答(記入)した後に担当教員に提出する。担当教員は記入済のアンケート用紙を回収し、演者に返送する。演者はアンケートの結果を集計し、講演の内容や構成に反映させるようなスライド校正をする。講演当日はアンケートの集計結果を交えながら、演者自身の体験を主体とした「地域医療」の実態について講演する、というような流れである。

なお、演者がこれまでに行ってきた講演を受講した後輩諸君の中から、全国各地の医学部への合格者、特に福島県立医科大学への入学者がこれまでに多数輩出されていることを申し添えておきたい。

地域住民の受療行動について

小嶋 秀治¹ 竹村 洋典²¹三重大学大学院医学系研究科津地域医療学講座²三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座家庭医療学分野

【はじめに】

住民の病気や怪我の有病率とそれに対する住民の受療行動等の調査は、アメリカにおいて White、Green、日本において Fukui などが行っている。この調査の目的は、三重県においてその有病率や受療行動を明らかにすることである。

【方法】

この調査は、2013年に、三重県津市において行われた。アンケートに回答したのは成人住民3,320人であった。過去1カ月の病気や怪我の有無、医療機関の受診、入院の有無、健診・検診の有無などは自記式のアンケートによった。

【結果】

病気や怪我をした住民は1,774人 (53.4%)、うち病気で医療機関を受診したものは1,617人 (48.7%) であった。そのうち、入院したのは251人 (7.6%) であった。一方、健診・検診を受けたのは792人 (23.9%) であった。

【考察】

当該地域においては、病気と認識している住民の多くが医療機関を受診していることが分かった。実際の有病率はこれ以上と考えられる。受診率については他の調査よりかなり多い値であったが、これは対象の年齢が高いことが原因かもしれない。

救急受診者数にみあう ER 専従医は何人か：当救命救急センターの実質的な背景人口に基づく概算

園 真廉 有吉 孝一

神戸市立医療センター 中央市民病院

【背景】神戸市は人口約154万人の2次保健医療圏である。同市保健医療計画は、救急医療体制の推進方策として、患者の大半を占める軽中等症患者が相対的に高次の医療機関に集中する傾向を緩和することや、単独で救急医療体制の維持が困難な隣接市と連携することを挙げている。また、兵庫県保健医療計画は、2次救急医療体制整備のため勤務医師の確保を図っている。しかし、これらは需給バランスにみあう医師の数や資質への言及が十分でない。一方、当救命救急センター（以下、「当センター」）は、神戸市の2つの救命救急センターの1つで、ER型として365日24時間稼働し、ER専従医（診療を主業務とするスタッフ医師と後期研修医）数は、非番を含め約10人（当直医は他に約20人）である。救急初療をER専従医が担当した場合、人口あたり何人のER専従医を要するかを概算し、救命救急型とER型の特徴を活かした救急医療体制立案の一助とする。【目的】救急受診者数にみあうER専従医数を概算する。【方法】神戸市の人口および同市で発生する救急患者に対して、当センターの実質的な背景人口および当センターへの受診患者が、母集団に対する抽出標本の関係にあることを前提とする。平成20-24年度の神戸市および当院の資料（救急受診者数、救急搬送件数）をもとに比例計算する。【結果】神戸市の年間救急受診件数と救急搬送件数は、それぞれ、27.4万件（5年間の平均、以下同様）と5.96万件である。当センターへの救急受診件数と救急搬送件数は、それぞれ、3.63万件と0.75万件である。当センターの実質的な背景人口は、年間救急受診件数と救急搬送件数をもとに、それぞれ、20.4万人と19.4万人である。人口10万対のER専従医は4.9人と5.2人である。【結論】当センターの現状をもとにすると、救急受診者数にみあうER専従医は人口10万人あたり5人である。

医師偏在問題に対する、医師の集約・派遣モデルの検討

内藤 祥

慶應義塾大学大学院 経営管理研究科

【目的】医師が潤沢に確保できる地域や病院がある一方で、常に医師不足に悩まされているところもあり、地域による医師の偏在は拡大傾向にあると言える。本研究では、医師が医師不足地域で働くことに対してどのように考え、どのような条件が揃えば医師をその地域へ集めることができるのかを、先行研究の分析とアンケート調査を実施することで考察する。

【方法】医師100名に対してアンケートを実施。設問項目は先行研究を基に仮説を立てて設定し、大きく分類すると「①勤務地域と出身地や出身大学との関係」「②医師不足地域での勤務に適した卒後年次」「③巡回型、滞在型勤務の期間」「④勤務地域・病院に求める条件」について医師の考え方を探った。

【結果】回答者分布は、男性68% / 女性32%、内科系60% / 外科系30% / その他10%、現在勤務する医療機関は大学病院50% / 市中病院36% / 診療所7% / その他7%である。①勤務する地域に関しては、将来的には自分の出身地またはその近隣での勤務を希望する医師が45%と最多であったが、一時的であれば縁のない土地での勤務も構わないと考える医師が42%であった。②医師のキャリアパスの中で医師不足地域での勤務に適している時期は、卒後年次5-10年目であるとする医師が62%に上った。③医師不足地域への派遣期間に関しては、短期間巡回型または短期間滞在型の勤務を希望する医師が90%前後と大半を占めた。④医師が勤務地域や病院に求めるものとしては、それぞれ「診療技術（特に優秀な指導医がいること）」「自由な時間（特にオンオフがはっきりしていること）」「社会貢献（特に地域住民に感謝されること）」を重要視していることが、今回実施したアンケート結果からはそれぞれ読みとれた。

【考察】多くの先行研究でなされているような医療政策への提言も重要であるが、医師不足地域で病院が実際にどのような対策を講じられるのかを調べ上げ、実践可能でより具体的な対応策を提案することが医師の集約・派遣モデルのヒントとなると思われる。

診療所医師の医籍登録年を用いた将来のプライマリケア提供体制に関するシミュレーション

大西 丈二

三重大学地域包括ケア・老年医学

【目的】診療所医師の医籍登録年を用いて、将来のプライマリケア提供体制に関するシミュレーションを行う方法を検討する。

【方法】奈良県が運用する「なら医療情報ネット」から、2012年現在における奈良県内市町村別に診療所の管理者、および診療科目をリストアップした。次に厚生労働省医師等資格確認検索システムによって、各管理者の医籍登録年の情報を集めた。24歳に医籍登録したと仮定し75歳以下となる1963年以降の医籍登録医師、65歳以下となる1973年以降の登録医師、55歳以下となる1983年以降の登録医師のグループに分け、それぞれのグループにて市町村および診療科別に、標榜されている数をまとめた。この診療科数と2010年および2020年、2030年の市町村別人口構成との関連について分析した。さらにGIS（地理情報システム）を用いて、それらの結果を可視化した。

【結果】情報が公開されていた774の診療所から、重複を除き596名の管理者医師がリストアップされた。そのうち医籍登録年が得られたのは491名（67%）であった。そのうち、24歳に医籍登録したと仮定し75歳以下となる1961年以降の医籍登録医師は446名、1973年以降の登録医師は371名、1983年以降の登録医師は247名であった。医籍登録年代別から求めた市町村別診療科数は都市と地方という2つの差は目立たなかったが、地域によってその変化の大小は明瞭であった。

【考察】厚生労働省および都道府県で行われてきた必要医師数実態調査をはじめ、地域に必要な医師数は現状から算出・議論される場合が多い。ところが診療所医師は50代以降の者が多く、10年後、20年後の診療提供状況は現在と大きく変わる可能性がある。本研究で用いた分析手法は、プライマリケアを担う将来の診療所医師資源を検討するのに有用と思われたが、管理者以外の医師の情報が得られなかったこと、医師等資格確認検索システムで医籍登録年が確認できなかった医師が多いこと、現存するデータでは医師とその勤務地を連結するデータが十分整っていないことなど、本法の限界も知られた。

地域医療情報データベース「せごどん」の開発と運用

大脇 哲洋^{1,2} 古田 真美² 川邊 智子²
根路 銘 安仁¹ 網谷 真理恵¹ 東 桂子²
高松 英夫³ 嶽崎 俊郎¹

¹鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 地域医療学分野

²鹿児島大学病院 地域医療支援センター

³鹿児島大学 理事

【背景】

鹿児島県の高齢化率は26.5%（全国12位）、後期高齢者比率14.8%（全国5位）、高齢者単身世帯割合は14.1%（全国1位）、県民一人あたりの医療費は355千円で全国5位である。また、南北約600kmと広大な県土や多くの離島を有し、広い県土での高齢者増加に対して、質を維持した上での医療費削減には、医療の連携が重要であるが、どこでどの様な医療サービスが提供されているかの正確な情報収集は困難である。我々は、2013年6月から鹿児島県の保健・医療・福祉の連携を支える全ての人の為のデータベースサイト、「鹿児島県地域医療・福祉情報サイト地域医療データベース～せごどん～」を開発し運用を開始した。その内容と利用状況、運用の問題点などを提示する。

【システム】

対象機関：鹿児島県内の全ての医療機関、介護施設、市町村。

提示情報：医療機関の医療内容（対応可能な診療科、胃瘻造設、CVポート造設、気管切開、夜間透析、腹膜透析、小児透析、高圧酸素療法、胸腔・腹腔穿刺、可能な癌治療、可能な手術内容、高次脳機能障害訓練、障害児リハビリテーション（リハ）、難病患者リハ、在宅医療、緊急往診、緩和医療への対応、歯科加療内容など）、可能な検査内容、各市町村の福祉サービス、ソーシャルワーカー（SW）の知識・経験事例、医療・福祉ガイドブック。

情報利用者：医師、薬剤師、看護師、事務、介護職員、患者、患者家族、医療ソーシャルワーカー。内容の更新は各々の医療機関の事務職員が担当。

情報提供方法：ホームページ上で、必要な医療サービスをチェックし、地域ごとに利用可能な施設を検索。

【利用状況】

特に看護師やSWの利用が多く利用。利便性・操作性も好評であった。

【問題点】

公開情報と、現実の可能な医療行為と異なる面も認められる。更新作業は医療機関に委ねているが、利用状況を提供することで更新の重要性を認識してもらうことが必要。

患者はどのくらい離れた医療機関を受診しているか～茨城県レセプトを用いた記述統計

中村 剛史 岡山 雅信 藍原 雅一 梶井 英治

自治医科大学 地域医療学センター

【目的】日本では医療機関へのフリーアクセスが認められている。しかし、実際には、患者の居住地から受診できる医療機関の地理的な分布は限定されることが予想される。受診できる医療機関の地理的分布の詳細は明らかになっていない。本研究では、医療計画で記載が求められている5疾病（悪性新生物、糖尿病、精神疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患）受療の地理的分布を明らかにする。

【方法】レセプト（診療報酬請求書）を用いた記述研究である。自治医科大学地域医療データバンクが保有する茨城県国民健康保険および後期高齢者医療制度のレセプト（2008-2010年各5月請求分）のうち、主病名が5疾病（悪性新生物、糖尿病、精神疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患）のものを解析対象とした。解析項目は主病名、保険者名、および医療機関名である。受診距離は保険者の自治体役場住所地从ら受診先医療機関住所地として計測した。各5疾病別に、受診距離の中央値、四分位範囲を算出し、各指標を比較した。

【結果】対象レセプトは168,244件で、そのうち、悪性新生物は29,659件、糖尿病は51,615件、精神疾患は37,403件、虚血性心疾患は17,385件、および脳血管疾患は32,182件であった。受診距離（中央値〔四分位範囲〕）は7.7 [3.5 - 15.2] km。疾病別では、悪性新生物は10.8 [3.8 - 21.8] km、糖尿病は6.0 [2.6 - 11.2] km、精神疾患は10.6 [5.1 - 20.0] km、虚血性心疾患は6.1 [2.8 - 11.8] km、および脳血管疾患は6.7 [3.0 - 12.9] kmであった。市町村役場から20km圏内で糖尿病、脳血管疾患、虚血性心疾患の患者の9割が、また悪性新生物、精神疾患の3/4が受診できていることが明らかになった。

【結語】5疾病受療の地理的分布を明らかにした。糖尿病と虚血性心疾患と脳血管疾患の患者は身近な医療機関を受診し、悪性新生物と精神疾患の患者はより遠方の医療機関まで受診している実態が明らかになった。居住地から約20km圏内の医療機関で、ほとんどの患者が受診していた。受診距離が患者の健康や健康行動に与える影響は今後の課題である。

診療所から他の医療機関への紹介に関する分析 - ICPC (プライマリ・ケア国際分類) を利用して -

和座 一弘¹ 山田 隆司² 藤田 伸輔³ 大野 每子⁴
高柳 宏史⁵ 山岡 雅顕⁶ 佐藤 健一⁷ 大西 弘高⁸
三瀬 順一⁹ 佐藤 幹也¹⁰

¹わざクリニック

²公益社団法人 地域医療振興協会地域医療研究所

³千葉大学予防医学センター臨床疫学

⁴唐津市民病院きたはた

⁵福島県立医科大学医学部 地域・家庭医療学講座 助手

⁶洲本市健康福祉部参事・洲本市応急診療所所長

⁷Healthway Japanese Medical Centre

⁸東京大学医学系研究科医学教育国際研究センター

⁹自治医科大学地域医療学部門・地域医療人材養成部門

¹⁰河北総合病院 家庭医療科

背景

紹介患者分析は、医師の生涯教育の面からも有効であり、紹介率は、聖路加国際病院の試み等、医療の質評価の項目としても活用できる可能性がある。しかし、診療所からの紹介患者分析調査は、本邦では殆ど行われていない。そこで、今回は、自院（都会型診療所）の紹介患者についてのパイロット調査を実施した。

方法

2011年9月1日から、2012年8月31日までの1年間、本院から他医療機関に紹介した患者を対象とし、紹介した症状・疾患名や入院した患者の疾患名を、ICPCで分類し、更に紹介率、入院率、紹介先等も分析した。

結果

1ヶ月の平均受診実患者数1402名に対して、1ヶ月の平均紹介患者数は21人、入院患者数は6.75人、各々紹介率は1.5%、紹介患者の入院率は32%であった。また、紹介先は、診療所18%、病院群82%（2次機能病院29%、高次機能病院54%）である。紹介患者の症状・疾患分布は、ICPCの章として、AからZまで分布している。上位は、R（呼吸器）22%、A（全身等）20%、D（消化器）12%等であった。入院した症例は、上位から肺炎（R81）24%、尿路感染（U70、U71）9%、急性胃腸炎・脱水（T11、D73）9%、腫瘍（R85、D75、D74、D77、B73等）9%等で、更に、紹介先から当院への返戻率は88%であった。

考察

文献的には、紹介率は、1%から13.7%まで幅がある。当院の場合は、紹介率は比較的低率であった。また、入院率は、32%と文献的にも、ほぼ妥当な水準と考えられた。返戻率は、病院等への働きかけにより、上昇させる必要が考えられた。紹介した症状・疾患については、ICPCの全分野に広がっていた。更なる診断能力の向上が求められる。今後は、ICPC特性としてのエピソード分析で、紹介分析の精度を向上させると同時に、多施設の本邦プライマリ・ケア診療所からの情報集積が課題として挙げられた。

結論

紹介率は、1.5%であり、紹介患者の疾患分布は、全分野に幅広く、入院患者では、肺炎、尿路感染等の感染症が中心であった。

救急隊への海部病院遠隔診療支援システム (k-support) の導入 ～救命率向上を目指して～

小幡 史明¹ 田畑 良^{1,2} 森 敬子¹ 河野 光宏^{1,2}
影治 照喜³ 岡 博文³ 谷 憲治² 坂東 弘康¹

¹徳島県立海部病院 総合診療科

²徳島大学大学院 ヘルスバイオサイエンス研究部総合診療医学分野

³徳島大学病院 地域脳神経外科診療部

【背景】徳島県南部地域では常勤医師が絶対的に不足しており、限られた医師に多くの負担を強いている。また、専門領域以外の疾患に対して常にリスクを背負いながらの診療を行ってきた。このような徳島県内での地域間医療格差の是正及び海部病院常勤医の負担軽減目的に、当院では2013年2月よりスマートデバイスを用いた海部病院遠隔診療支援システム（k-support）を導入している。

【目的】救急隊による搬送の際、現場から患者到着までの間に担当医が得られる情報は限られており、到着後に診断を始めるため発症直後や搬送中の貴重な時間を有効に利用できていなかった。今回、我々はさらなる救命率向上にむけて「k-support」を救急隊にまで拡充した。

【方法】本システムはスマートデバイスを用いて、病院内で撮影したCTやMRIなどの画像情報や患者情報を、登録デバイスにリアルタイムに転送することができる。2013年9月よりこのシステムを海南消防署牟岐出張所・日和佐出張所、海部消防組合海南消防署、室戸市消防本部東洋出張所に新たに展開し、導入4ヵ月での有用性について検討した。

【結果】救急隊参加の使用症例は76例、脳神経外科疾患は15例（19.7%）で頭部外傷7例、脳梗塞5例、脳出血2例、その他1例であった。救急隊が心電図やバイタルサインを添付したり、患者情報をツイートして情報共有を行った。また、心原性脳塞栓症に対してrt-PAを投与しdrip and ship法を試みた症例を経験した。転帰としては、35例（46.1%）が当院入院、16例（21.1%）が高次機能病院に転院搬送となった。

【考察】本システムの導入は、本邦では初めての試みである。脳卒中や虚血性心疾患などの救急疾患に対して、初期対応の情報をシステム参加者に提供し共有することで、今まで以上に早期の的確・迅速な対応を行うことが可能となった。

総合診療医に求められる呼吸器・循環器疾患（症状）に対する診療能力の検討 — 年間約5000例の初診患者の検討から —

村上 晃司 玉木 みずね 本間 義人 清水 元気
明坂 和幸 杉山 圭三 山岡 傳一郎 岡田 将誉
兵頭 和樹

愛媛県立中央病院

【目的】 外来診療において、総合診療医に求められる呼吸器・循環器疾患（症状）診療能力について検討する。

【方法】 平成23年（診療日数243日）に当院総合診療科を受診した初診患者4893例（1診療日当たり20.1人）のうち、胸部症状を主訴に受診した患者937例（19.1%）を解析した。

【結果】 患者の内訳は、胸痛（不快感、違和感を含む）194例、呼吸困難94例、動悸40例、胸焼け33例、感冒症状を含む咳・痰等の呼吸器症状576例であった。胸痛患者194例の解析では、器質的疾患を確認できたものは、急性冠症候群4例、冠攣縮性狭心症4例を含む循環器疾患（疑いを含む）17例（8.8%）、気胸、肺炎・胸膜炎等の呼吸器疾患12例、逆流性食道炎等の消化器疾患8例、帯状疱疹関連痛8例等であった。その他胸郭由来の痛みが42例、心理的要因と判断されたもの35例、原因不明58例であった。他科への紹介は40例（20.1%）で、うち循環器科へのコンサルトは27例（13.9%）。約8割は総合診療科だけで対応した。

【総括】 総合診療医として、胸部症状で受診する未診断患者に対応するには、循環器・呼吸器疾患だけでなく、全身をみる幅広い視野と心理的社会的対応も含めた全人的対応が求められる。さらに検討を加えて報告する。

EBMで患者中心性を評価する

古谷 伸之 東條 克能

東京慈恵会医科大学内科

【目的】 EBMにおける患者中心性の評価ポイントを明らかにする。

【対象】 前年度に EBM の導入授業を受けた医学部5年次学生。

【方法】 東京慈恵会医科大学5年次柏内科臨床実習において、担当患者の問題点をもとに行った EBM で作成した EBM-log をもとに、EBM カンファレンス内で患者中心性に関する論点を抽出し集計分類した。さらに、それを元に作成した「EBM の患者中心性評価表」をもとに、EBM-log の再評価を行った。

【結果】 評価ポイントとして、「患者に貢献できる疑問の抽出」「情報検索における患者貢献からの離脱」「論議抽出の際の患者貢献からの離脱」「critical appraisal の課程での患者中心性からの離脱」「計画作成時点での患者貢献からの離脱」があげられた。また、評価表を使用した再評価結果を呈示する。

【結論】 EBM のにおける患者中心性の評価法について新たな提案を行った。

総合診療外来における中医学アプローチの取り組み

奥野 智織¹ 西原 辰一^{1,2} 徳田 一紗¹
久保田 翼¹ 三好 直美¹ 齋藤 洋¹ 齋藤 登¹¹東京女子医科大学総合診療科²明星武蔵野漢方内科クリニック

当科を訪れる患者は症状の要因鑑別として器質的疾患の診断、加療を期待されるが、各種の生体検査や画像診断的には有意な異常は認めないケースも多く存在する。しかしながら、非常に多彩な愁訴から日常生活がままならないまでに困窮されている方々の悩みは深く、各人をその人のあるべき状態＝中庸に導く中医学の診療枠を持つ当科では「手当て」という医療の本質に立ち帰るべく日々研鑽を重ねている。

特に中医学を学んだ日本人医師の外来診療に陪席できることは伝統医学の経験の浅い医師にとって意義深く、丁寧な問診から始まり舌診や脈診といった中医学独特の診療スタイルを目のあたりにできることで、単に診断を探り当てることに終始することのない弁証の実践を学ぶ良い機会となっている。とりわけ全身倦怠感を中心とした愁訴は、器質的な要因が否定されると精神的な要因として処理される傾向がある。

このような状態を抱える多くの患者は、症状はあるものの内科系診療の門戸を閉ざされがちであり、なんとも言えない思いのままドクターショッピングを繰り返している事例も散見する。こうした症状を持つ方々を判然とした疾患ではないということで治療対象外とするのではなく、つらいという訴えに耳を傾け、症状や体調の改善を模索する対応も医療の在り方のひとつではないかと考える。症状は年齢を問わず発生するが、中医学的アプローチは超高齢社会を迎えた現代社会の抱える老化という生物の必然不可避な生体変化にも柔軟に対応できるのではないかとと思われる。実際にさまざまな医療機関や専門外来を転々とした後に中医学による適切な弁証に合致した方剤に出会い、症状が改善していく患者の経過を共に追えることは総合診療医にとってのエビデンスにつながるものとも思える。具体例を呈示しながら、中医学のアプローチを併診として運用している当科の現状を報告したい。

ナラティブ・アプローチにより原因が確定された歩行障害の1例

荒木 利卓¹ 藤並 慎之介² 佐藤 小百合³
坂本 透¹ 桑野 路也¹

¹独立行政法人国立病院機構長崎医療センター総合診療科
²同 看護部 ³同 医療相談支援センター

【はじめに】患者と家族の相互間で強い影響がみられることがある。この影響を考慮した医療を実践することが、プライマリ・ケア領域では重要である。【症例】15歳、女性。【背景】生来健康な高校1年生。3人兄妹の3番目。近隣に親族が暮らしている。【現病歴・経過】約2か月前から嘔気、嘔吐を認めたため、複数の医療機関を受診するも明らかな異常所見を認めなかった。両下肢脱力、歩行障害を主訴に当院救急外来を受診。原因の精査・加療目的にて、そのまま緊急入院となった。徒手筋力テストで、両下肢筋力の低下を認めるものの、立位保持は可能で、訴えと診察所見に解離を認めた。また、両親が訪室している際、表情が硬く、歩行障害が悪化することから、家族関係の病歴を明らかにする必要があると判断した。本人のみ3回、両親と3回、多職種による面談を行った。父親との面談から、「本人に対して、優等生であって欲しい」、「親戚の間に金銭のトラブルがある」、「父親自身が過去に達成できなかったことを、代わりに実行して欲しい」などの情報が得られた。父親は、本人に前述の内容を語ったことはなかったが、本人から「父親と親類のトラブル、過度の期待をしていることについては、小学生時代には既に知っていた」という情報が得られた。これらの情報をもとに、本人、両親と多職種で問題の整理を行った。そのことにより、経済的トラブルのと学業面の問題について解決の目途が立った。環境の調整ができ、問題が解決するにしたがって、歩行障害も改善を認め、退院となった。【考察・結論】G. Engelによりバイオ・サイコ・ソーシャルモデルが提唱され、家庭医における家族志向ケアの必要性が求められるようになって、約30年が経過している。今回、看護師、社会福祉士と情報の共有を行いながら、家族志向のケアを行うことにより、症状改善に至った症例を経験した。

介護問題での家族アプローチ

市山 康暢

町立太良病院

【背景】家庭医、プライマリ・ケア医に限らず、高齢患者を診療する上で、介護問題は避けておれない。介護問題は、介護される患者本人だけではなく、家族をはじめ周囲の関係者の関わりを考慮する、いわゆる家族アプローチが必須となる。ここでは事例を通して、システム論を用いた家族アプローチの実際を検討する。

【事例1】閉じこもりの高齢者

90歳女性。弟夫婦と同居であるが、閉じこもりの傾向がある。家族が外に連れ出そうとしても全く外出しようせず、病院にも長年かかっている。ある日の夕方、患者は気分不良を訴えた。家族が病院に連れて行こうとしたが、やはりこのときも、本人は病院に連れて行かれるのを拒んだ。しかし、家族は半ば無理矢理、時間外の病院へ連れて来た。今回、家族が患者を受診させたことは、これまでの「家族は患者を外へ連れ出せない。」というパターンを破る事ができたチャンスととらえ、家族アプローチを行った。

【事例2】介護者拒否

82歳女性。元、個人病院の看護師長。脳梗塞を起こしたが、後遺症もほぼなく、日常生活は自立レベルとなった。リハビリ期間を経て、弟夫婦と同居することとなり、主治医と懇意にしているケアマネージャーが担当となった。同居をはじめ一ヶ月ほどたった頃、ケアマネージャーから「患者を認知症専門外来に受診させたい。」と相談があった。詳しく聞いてみると、患者は記憶力低下により薬の飲み間違いがあり、それを介護者である弟嫁が指摘すると、患者が怒り出す。また、薬を介護者が管理しようとしても拒否する。介護者から相談を受けたケアマネも患者を説得したが応じず、周囲の者は手を焼いているとのことであった。そこで介護者とケアマネが出した結論が、認知症専門外来を受診させ、患者が認知症の診断を受けることで、介護が必要との認識を持ってもらうことであった。そこで、来院したケアマネージャーを通して、家族アプローチを行うこととした。

家族－多職種カンファレンスにより家族の思いを傾聴し多職種で共感することに成功した1例

向坊 賢二¹ 臺野 巧¹ 川口 篤也^{1,2}

¹北海道勤医協総合診療・家庭医療・医学教育センター (GPMEC)

²勤医協中央病院総合診療センター

【目的】高齢者の施設入所に関して家族は様々な感情を持っている。それは自宅で介護できないことに対する罪悪感、怒りの感情であるともいわれる。しかし、多忙な入院診療において家族の思いを十分に傾聴することが困難であることもしばしばである。そこで、今回、家族－多職種カンファレンスによって家族の思いを傾聴し、多職種で共感することに成功した症例を経験したので報告する。

【症例】関節リウマチで近医クリニックかかりつけの91歳女性。長男夫婦と3人暮らし。過去3年間で肺炎による入退院を7回繰り返していた。今回、再度肺炎で当院入院となった。経過良好で抗生剤治療は終了となったが、喀痰量が減量せず、頻回の吸痰を必要とした。ご家族による自宅での吸痰導入を検討し在宅復帰を目指していたところ、入院中に自覚症状のない喀痰による低酸素を起こした。本人、家族ともに在宅復帰への不安が募ったことから、長男夫婦、主治医、担当医、看護主任、担当ケアマネージャー、当院ソーシャルワーカー、訪問看護師、ショートステイ職員、デイケア職員でカンファレンスを行った。

【結果】カンファレンスにより、家族は自宅で介護できないということに対して大きな罪悪感を持っているが、自宅での介護は限界に達しつつあるという状況がわかった。また、ショートステイでも現状では受け入れに対し不安があり、今後はさらに家族による介護負担が増加する可能性があることがわかった。これまでの家族の苦勞や介護への思いを傾聴し、その努力に多職種で共感することで家族が施設入所という選択肢を選ぶ心理的負担の軽減につながった。

【結論】高齢者の施設入所に関して家族－多職種でカンファレンスを行うことは有用と考える。

東京都足立区北部地域における地域診断の試み

田中 公孝^{1,4} 芦野 朱³ 孫 大輔² 渡邊 隆将^{1,4}
藤沼 康樹¹

¹医療福祉生協連家庭医療学開発センター

²東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター

³東京はくと医療生活協同組合王子生協病院

⁴東京はくと医療生活協同組合北足立生協診療所

【背景・目的】Barbaraらによれば、地域看護診断とは住民の生活や地域の特徴から地域の健康課題を診断し、評価の視点まで含めた地域看護活動計画を立案することを指す。今回この地域看護診断を参考に家庭医の目線で地域診断を行い、診療所で取り組む地域アプローチの発案を目標とした。

【対象・方法】2013年4月～12月診療所周辺地域（東京都足立区入谷・舎人～古千谷周辺）を対象に診療所スタッフ・地元住民・保健師・地域包括といったキーインフォーマント（主要な情報提供者）からのインタビュー、町歩き・福祉施設見学といった地区踏査、足立区公共機関発行の既存資料からコミュニティアズパートナーモデルを用いて共同演者と検討した。

【結果】地域の健康問題として深刻な生活習慣病の問題（心疾患の年齢調整死亡率が都内23区中トップ、糖尿病による年齢調整死亡率が全国と比べてトップレベルの高さ、国民健康保険加入者の生活習慣病に対する治療者の割合が全国平均より高い等）、情報リテラシーの低さ、地域のつながりの希薄化、単身高齢者と孤独死の問題等を抽出した。ここから介入点を検討した結果、今後診療所と保健所の連携を強化し、これらの健康問題に共同して取り組むことが改善につながると思われた。更に2008年にモノレールが開業して以降公共交通機関の発達が進み都市化してきた歴史的背景を把握することや多くの方々とのインタビューを通して地域への愛着・理解、使命感の向上、障害者医療への問題意識といった自己の内的変化を経験したことも成果となった。

【考察】抽出した健康問題の多くは日本各地で起きているが介入が難しいことも少なくない。今回も同様に難渋したが、これまでの診療所活動の流れを汲むことや地域の資源と診療所の関係について追及することが介入点を考える重要な要素になった。また自己の内的変化を経験したことも収穫であり、家庭医療の研修中に地域診断を行う有用性を感じた。

首都圏の大規模集合住宅地域における地域診断の 取組み：高齢者をとりまく健康課題の分析

孫 大輔¹ 松井 晴菜² 山口 千明³ 濱田 紗佑里⁴
横山 喜子⁵ 岩崎 由佳⁶ 山口 歩² 河野 智考⁷
西脇 彩⁸ 谷口 健太郎⁹ 可児 圭丞⁷
五十嵐 歩¹⁰ 成瀬 昂¹⁰

¹東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター
²聖路加看護大学看護学部 ³横浜市病院協会看護専門学校
⁴東京女子医科大学看護学部 ⁵横浜市立大学看護学部
⁶お茶の水女子大学大学院 ⁷順天堂大学医学部
⁸東京大学医学部 ⁹東京歯科大学歯学部
¹⁰東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻

【目的】高度経済成長期に建設された大規模集合住宅において住民の高齢化および単身者の増加を背景に、認知症や孤独死の増加などが懸念されている。これらの実態を把握し今後の対策につなげるため、首都圏の大規模集合住宅地域において地域診断を実施し、高齢者をとりまく健康課題を多角的に検討することを目的とした。

【方法】2013年8月～12月、練馬区A地区（人口約3万人、公営団地を中心とする）において、医学・看護学研究者と医療系学生によりコミュニティ・アズ・パートナーモデルに基づく地域診断を行った。各種統計など基礎データを収集した後、地域の専門職（保健師、医師、介護施設職員、民生委員、NPO職員など）および住民に対しヒアリング調査を実施した。また、民生委員のスーパーバイズのもと地区踏査・地区視診を行った。収集したデータは、コミュニティ・アズ・パートナーモデルのワークシートに沿って整理・分析し、当該地域における健康課題を抽出した。

【結果】練馬区A地区における高齢者の健康課題として「高齢化の急激な進行」（平成5年4.7%→平成25年24.0%）、「独居高齢者の多さ」（高齢者の約25%）、「少ない地域交流」（挨拶する程度が7～8割）、「地域活動参加の低さ」（65%が活動参加なし）、「団地ごとのコミュニティの分断」などが抽出された。ヒアリング調査からは「高齢者同士の交流が少ない」「認知症の家族を隠したがる傾向がある」「見守られたくないという高齢者も多い」などの声が聞かれた。以上の調査結果から、今後予想される健康課題として「認知症患者の増加」「障害をもつ高齢者の増加」「孤独死の増加」などが考えられ、これらへの対策の必要性が示唆された。

【結論】急激に高齢化が進行する首都圏の一大規模集合住宅地域における高齢者をとりまく健康課題が明らかになった。今回の地域診断において、住民の声から重要な健康課題を導き出すことができ、今後の対策を検討するプロセスにおいても住民参加型での実施が有効と考えられる。

豪雪中山間地域における高齢者の生活環境と健康 に関する聞き取り調査（1） —位置情報によるアクセス解析—

山田 明日実¹ 鈴木 里可子¹ 鈴木 翼²
黒川 亮² 朝川 勝明² 菖蒲川 由郷³ 藤澤 純一⁴
上原 喜美子⁵ 長谷川 隆志⁶ 鈴木 榮一⁶
堀 好寿⁷ 小川 洋平⁷ 吉嶺 文俊⁷ 井口 清太郎⁷

¹新潟大学医学部医学科
²新潟大学医歯学総合病院次世代医療人育成センター
³新潟大学大学院医歯学総合研究科国際保健学分野
⁴新潟大学医歯学総合病院医師キャリア支援センター
⁵新潟県立小出病院
⁶新潟大学医歯学総合病院医科総合診療部
⁷新潟大学大学院医歯学総合研究科総合地域医療学講座

【背景・目的】新潟県の高齢化率は全国平均を上回っており、山間部ではさらに高い地域も存在する。このような地域では人々の健康を維持増進するために必要な調査や基礎データがない状況である。今後高齢化がさらに進む地域への対策が求められており、生活環境と健康の実態を知るために、我々は新潟県魚沼市の豪雪中山間地域で高齢者を対象に聞き取り調査を行った。

【方法】新潟県魚沼市中心地のA地区と、山奥に位置するB地区の2地区の65歳以上全員を対象として2013年10月に聞き取り調査を施行した。アンケートは面接調査と、一部は留置調査で行い、外出、通院の状況を聴取した。調査時にGPSカメラを用いて住宅の位置情報（緯度・経度）を取得した。両地区の医療機関・商店へのアクセスを比較するために、位置情報を用いた道路ネットワーク解析を行った。

【結果】A地区は1km圏内に生鮮食料品を売るスーパーが複数存在した。一方B地区では、ほとんどは地区内の農協に行くが、約20kmの距離を移動してスーパーへ買い物に行く者もいた。A地区は1km圏内に病院や医院が複数あり、多くはそれらを受診していた。一方B地区には2週に1度開く出張診療所しか存在しない。出張診療所以外の医療機関にかかっている者は多く、これも約20kmの距離を移動して通院している。

【考察】A地区と比べてB地区には十分な買い物先や通院先がないため、必要があればかなりの距離を移動しなければならない。また、B地区で常に電動三輪車やバイクを利用している者は、冬になると豪雪によりそれらが使えないために、買い物や病院に一切行かなくなる、もしくは近くの農協で済ますことも有り得る。

【結論】道路ネットワーク解析で2地区のアクセスを比較したところ、買い物や通院といった日常生活にかかる負担が大きく異なることが明らかとなった。この負担を軽減するために交通手段などの整備が必要である。

豪雪中山間地域における高齢者の生活環境と健康に関する聞き取り調査 (2) —うつ・閉じこもりの観点から—

鈴木 里可子¹ 山田 明日実¹ 鈴木 翼²
黒川 亮² 朝川 勝明² 菖蒲川 由郷³ 藤澤 純一⁴
上原 喜美子⁵ 長谷川 隆志⁶ 鈴木 榮一⁶
堀 好寿⁷ 小川 洋平⁷ 吉嶺 文俊⁷ 井口 清太郎⁷

¹新潟大学医学部医学科

²新潟大学医歯学総合病院次世代医療人育成センター

³新潟大学大学院医歯学総合研究科国際保健学分野

⁴新潟大学医歯学総合病院医師キャリア支援センター

⁵新潟県立小出病院

⁶新潟大学医歯学総合病院医科総合診療部

⁷新潟大学大学院医歯学総合研究科総合地域医療学講座

【背景・目的】新潟県の高齢化率は全国平均を上回っており、山間部ではさらに高い地域も存在する。このような地域では人々の健康を維持増進するために必要な調査や基礎データがない状況である。今後高齢化がさらに進む地域への対策が求められており、生活環境と健康の実態を知るために、我々は新潟県魚沼市の豪雪中山間地域で高齢者を対象に聞き取り調査を行った。【方法】新潟県魚沼市中心地のA地区と、山奥に位置するB地区の2地区の65歳以上全員を対象として2013年10月に聞き取り調査を施行した。アンケートは面接調査と、一部は留置調査で行い、健康状態、生活習慣、運動、栄養、口腔、ソーシャルキャピタル（地域力・地域の絆）などの項目を聴取した。

【結果】アンケート結果の集計と統計解析の結果、いくつかの項目でA地区とB地区の間で回答に有意差がみられた。A地区ではB地区に比べて、老年期うつ病評価尺度（GDS）の平均値や閉じこもりの頻度は低く、主観的幸福度は高かった。世帯人数はA地区では4人以上の家庭も多くみられたのに対し、B地区ではほとんどが2人暮らしで、平均人数もA地区のほうが多かった。地域への愛着は両地区とも高かったが、A地区のほうがより高かった。

【考察】一般的に、高齢者は喪失に関連した様々なストレスを感じる事が多いことから、うつ状態になりやすいといわれている。それに加えて、地理的な孤立、雪深く寒い冬が長く続くこと、家族および家族以外に関わりを持つ人が少なく家庭や集落に活気が低下していることなどが、うつや引きこもりを加速させ、ひいては主観的幸福度が低くなると考えられる。

【結論】高齢化や人口減少の進んだ集落は今後ますます増えていくと考えられる。そのような集落では、うつや閉じこもりの頻度をいかに低くし、住民の健康状態を維持していくかが重要である。

医療機関・薬局・栄養ケアステーションの連携のあり方

星 利佳¹ 坂口 眞弓^{2,3} 小見川 香代子⁴

¹ほし薬局 ²みどり薬局 ³千葉大学医学薬学府

⁴アップル薬局小岩店

【目的】高齢化の急速な進展に伴い医療を取り巻く環境は大きく変わろうとしており、地域の医療機関は地域包括ケアを推進する拠点として活動していくことが求められている。特に、健康支援の場として新たな役割を担うべき薬局と、日本栄養士会が推進する栄養ケアステーションのコラボレーションに、地域の診療所がどう関わっていくか、その連携を進めるために何をすべきか検討する。【方法】2013年12月8日に行われた日本プライマリ・ケア連合学会関東甲信越ブロック地方会で「医療機関・薬局・栄養ケアステーションの連携のためのワークショップ」を開催し、薬局が健康ステーションとして活動していくための、医療機関や栄養ケアステーションとの連携について検討した。参加者は医師6名、薬剤師25名、管理栄養士9名。7グループに分け、1回目のSGDでは相互理解を深めるため、顔の見える関係を構築するための具体案を共有し、2回目のSGDでは協働するための方法を具体的にどうするか、そしてそれを実現するために5W1Hの形式でプロダクト作成した。【結果】栄養ケアステーションを広く知ってもらうための研修会の開催や、多職種参加型研修会の開催を企画したグループが多かった。また、学校教育への管理栄養士の関わりや、サービス担当者会議のあり方を考えるグループもあり、管理栄養士の職域の広がりへの期待が大きいことが窺われた。一方、地域住民の栄養と健康に対する興味はあるが、相談場所がわからないなど市民に開かれた存在になれておらず認知度の低さが問題として挙げられた。【考察】多職種が協働するための第一歩として、相互の職能や職種について具体的に知り、理解を深める必要がある。今回実施した多職種のWS形式の研修は顔の見える関係を作り、多くの知識を情報として地域に発信していくために不可欠なものと考えられる。今後は具体案について、再度検討していきたい。

患者状態連絡票を用いた地域連携における情報共有

杉田 義博 山田 隆司 太田 雅弘 片見 厚夫
竹内 暢 三澤 仁 住田 俊和 玉井 杏奈
風間 敏子 中野 博美 丸山 純平

台東区立台東病院

台東区立台東病院は東京都台東区に位置する、一般病床40床、回復期リハビリテーション病棟40床、療養病床40床を持つケアミックス型の高齢者医療を中心とした病院である。平成21年に開設後、周辺の病院と協議し、診療情報提供書を補完する看護・介護情報や患者のADLを簡単に記載できる患者状態連絡票を作成した。これを地域の介護施設利用者や在宅療養患者が入院する場合に、診療情報提供書と合わせて紹介元に作成していただき、スムーズな入院診療が始められるようにした。現在はほとんどの介護施設、在宅療養患者および急性期病院からの紹介時にこの様式で情報提供をいただくようになり、入院当初から患者の状態を多職種が把握した上で診療を行うことができるようになった。また退院時はいただいた患者情報提供書に変化のあった項目を追記することにより、双方向の情報交換ができるようになった。汎用型地域連携パス、ともいえるこの患者状態連絡票の運用と問題点について報告する。

効果的な多職種連携についての模索 ～保健師のストレス要因と、研修医の感じる保健師の役割認識より～

坂内 由紀

沖縄県竹富町役場

【目的】本町は多島1町という特殊な環境下であり、保健師が役割を十分に発揮していく必要がある。A：保健師のストレス要因の整理や、B：研修医の感じる保健師の役割認識から、今後の効果的な多職種連携の方向性を探る。【方法】A：既存文献と保健活動を通しての質的研究からの検証。B：1日保健師実習を経験した研修医のアンケート結果からの検証。【結果】A：既存文献より「バーンアウト尺度 (MBI)」について、「情緒的消耗感」において保健師は看護師よりも高い。バーンアウトの原因には、(1) 保健活動には顕著な効果を上げることが困難 (2) 保健師の仕事が理解されにくい (3) 現場教育の不足 (4) 保健師間および他職種との人間関係 (5) 虐待ケース等、支援の方向性を見出せない無力感などが抽出された。B：研修医のアンケートより、実習前の「保健師の役割」には『統計・疫学調査・事務』等の机上の業務が多く上がり、実習後には『家庭訪問や保健指導など地道な活動・地域に密着したコミュニティー作り』などアウトリーチな内容へと変化した。【考察】A：本町においても既存文献と同様の傾向が考えられる。保健師駐在地区では、住民との距離感の保持への困難さや、医療・保健・福祉の基盤整備の脆弱さが故、住民ニーズに答えられないことから生じるジレンマが、保健師の精神的負担となっている可能性がある。B：研修医のアンケートからは、医療職からの保健師の役割認識や知名度の低さが懸念された。【結語】今後、効果的な多職種連携には、(1) 保健師の役割が十分に発揮できるよう、ストレスマネジメントも含めた現場教育の構築や職場改善 (2) 他機関の多職種や、行政事務職を交えたケースカンファレンスにより、法律・制度・相互の役割の理解を深め、解決法やサービスの創造 (3) 保健師自身も活動や役割を発信できる場を活用すると同時に、保健医療福祉に関する実習生の受け入れを積極的に推進していく必要性が示唆された。

東京慈恵会医科大学疫学研究会による茨城県常陸太田市に於ける健康調査と生活習慣改善の取り組み (第7報)

中河西 絵¹ 広川 恵里沙¹ 高橋 悠介¹
太田 眞^{1,3} 佐藤 芳孝⁴ 藤枝 隆⁵ 清水 英佑^{1,6}
柳澤 裕之^{1,2}

¹東京慈恵会医科大学疫学研究会

²東京慈恵会医科大学環境保健医学講座

³大東文化大学スポーツ・健康科学部健康科学科

⁴茨城県常陸太田市保健福祉部健康づくり推進課

⁵茨城県常陸大宮保健所

⁶中央労働災害防止協会労働衛生調査分析センター

【背景・目的】疫学研究会は、東京慈恵会医科大学の学生によるクラブ活動団体であり、医学生・看護学生が所属している。当研究会では活動目標の一つに、「医療過疎地域の特性を考え、住民自らが健康意識を持ち、健康管理が出来るように働きかけると共に健康寿命が延長するようお手伝いする」ことを掲げている。2007年夏季より茨城県常陸太田市下宮河内町で活動しており、今回は2013年度（昨年度）の活動内容について紹介する。

【対象・活動方法】下宮河内町は、総世帯数約150世帯、人口450名余である。昨秋この町の住民の中で訪問を受入れた36世帯59人（うち20世帯24人が健康診断受診）を対象に健康相談を行った。常陸太田市の協力を得て健康診査結果を開示してもらい学生3～4名と同窓（医師・看護師）1～2名が家庭訪問をし、学生が主導的立場で健康診査結果の説明と健康相談活動を行った。【対象の疾患と結果】主な健康診査データを集計（平均±SD）すると、A) 高血圧は約23%（SBP 130.3±17.2 mmHg）、B) BMI値25以上が約12%（22.9±3.2）、C) HbA1c値5.6%以上が約44%（5.70±0.41%）存在した。またD) 脂質代謝異常は随時中性脂肪200mg/dl以上が8%（随時TG 92.5±53.4 mg/dl）、HDL-C 40mg/dl以下は8%（55.0±12.0 mg/dl）存在した。

【考察】2012年度（一昨年度）の検診結果と2013年度（昨年度）のそれを比較すると脂質代謝については随時中性脂肪200mg/dl以上は0%から8%、HDL-C 40mg/dl以下は13%から8%になり、HbA1c値5.6%以上は60%から44%と減少が見られた。高血圧は25%から23%に、BMI 25以上は31%から12%へと減少した。これらの結果から、HDL-C値およびHbA1c値、BMIについては健康相談活動の効果が得られたと考えられる。また、健診を受けている方の数が一昨年の18人から26人へと増加した。この一因には検診を受けるように勧めてきたことが挙げられる。この結果を踏まえ、今後も検診を受けるよう勧めていきたい。

豊田市における在宅医療を推進する上での多職種連携の視点と課題

松井 道裕 加納 美代子 田辺 貴子 鈴木 重良

公益財団法人豊田地域医療センター

多職種協働による在宅医療を豊田市にて推進するとともに、医療と介護の連携を緊密にして当地域の地域包括ケアを発展させるために、在宅医療及び医療と介護連携に関するアンケート調査を行った。このアンケートの特色は、要介護の方やそのご家族の方、居宅介護支援事業所のケアマネージャーや地域包括支援センターのスタッフ、訪問看護ステーションの看護師、医師、歯科医師、薬剤師など、利用者と担当する多職種についての横断的調査である。また、在宅医療、介護を含めた供給側と、それを受ける利用者の側、およびその間をコーディネートする側の3つの異なる立場からの調査であり、豊田市を中心とするこの地域の実態が明らかになってきた。医療側は地域包括支援センターに在宅医療連携の要として期待をしている。しかし、果たして地域包括支援センターにその力量はあるのだろうか。アンケートを通して訪問看護ステーション、地域包括支援センター及び居宅介護支援センターにおける多職種の視点の違い、在宅医療に対する力量、医療との連携の負担度を比較検討し、在宅医療連携の在り方を考察した。

プライマリ・ケア医として関わった足壊疽患者の経験

本田 明生¹ 畑 伸弘¹ 坂口 学¹ 木津 俊一²
森下 由理佳¹

¹和歌山生協病院 ²河西診療所

はじめに

今回、2年以上継続してチームとして関われ、プライマリ・ケアの理念を十分に発揮できた症例を経験したので報告する。

症例 84歳女性

既往歴 糖尿病、閉塞性動脈硬化症

病歴 上記既往症のため、定期通院されていた。

左母趾の付け根の内側に1 cmほどの損傷(靴ずれ)のため受診。抗菌薬投与で外来管理するも感染増悪したため、入院加療開始となった。

感染は大きくなり、血流不全も存在していたため、切断も含め、専門医(整形外科、皮膚科)や家族と繰り返しカンファレンスを重ねた結果、切断は断念。抗菌薬、血流改善薬での治療となった。このころ患者自身の精神的なバランスも崩れていった。

当初より、感染コントロールを図り、創閉鎖を目指した。繰り返し不良肉芽を切除し、徐々に改善をみた。この間、カデックス®、メロリン®などで治療。精神的な問題に対しては、抗うつ薬などを処方した。

関節拘縮目的にリハビリテーションを行い退院となった。退院後は在宅往診となった。

在宅でも足部の洗浄、被覆材、感染対策の必要性が高く、皮膚科専門医、皮膚・排泄ケア認定看護師、訪問看護師などと協力しながら治療にあたった。

創は少しずつ閉鎖した。第1趾は壊死組織の切除などの為、半分程度になった。

現在は、訪問リハビリ、デイケア利用まで改善している。

考察

褥創や壊死などは、内科や皮膚科の問題であるが、どちらが主科として関わるか難しい分野である。また、複数のスタッフによるチームとして治療に当たるべき病態でもある。そのチームの中心としてプライマリ・ケア医が関わることで、よりよい医療を提供でき、結果として患者の利益が大きくなると考えられる。

当院では、病棟、外来のほか、往診も行っているため、すべての場面で一貫して主治医でいる事が出来る。近接性、継続性、包括性、協調性、責任性といったプライマリ・ケアの5つの理念を具体的に実践できた症例であった。

認知症疾患医療センター3年目の課題

高玉 真光¹ 山口 晴保² 勝山 彰³ 野中 和英¹
中島 智子¹ 山田 圭子⁴

¹公益財団法人老年病研究所附属病院認知症疾患医療センター

²群馬大学大学院保健学研究科

³公益財団法人老年病研究所附属病院

⁴前橋市地域包括支援センター西部

私たちの認知症疾患医療センターは平成25年の9月で3年を経過し、平成25年の面接および電話相談は1,133件を数え、1ヶ月平均で約100件の相談を受けている。相談の結果、専門医による鑑別診断を受けた人数は667人であった。この中で、アルツハイマー病と診断された人は320名で最も多い、ついでレビー小体型認知症の30名、正常圧水頭症22名となっている。脳血管性認知症は13名であったがアルツハイマー型認知症を合併したものは15名(合計28名)であり、アルツハイマー型認知症とレビー小体型の合併は4名であった。前頭側頭型認知症は16名であり、「物の名前が言えない」、「顔を見ても誰だかわからない」など意味性認知症を持ったものは約半数であった。病識の有無については、アルツハイマー型認知症の患者は病識の無いものが70%を占めているが、レビー小体型認知症は幻視の自覚から不完全ながら病識の有るものが多かった。前頭側頭型認知症では意味性認知症を持つものは約半数あり、自分の病識について不完全ながら認識していることが多いが、全く病識が無く常同行動や自己抑制の出来ない人では、ほとんど自分から病気だとは認識していなかった。こうした病識の無い認知症の人に対する診療や介護は極めて困難であり、出来るだけ早く主治医や介護支援専門員等につなげるために、平成25年度からオレンジプランの着実な推進を行うため、前橋市では認知症初期集中支援チーム設置モデル事業を開始している。この認知症初期集中支援チームは前橋市介護高齢課から2名、医師2名、主任ケアマネ1名、社会福祉士1名、介護福祉士1名、作業療法士2名の9名で2チームが活動している。地域包括ケアシステムの構築に向けた多職種協働支援を実現するため、保健・医療・福祉の専門職が協働して統合的ケースマネジメントをしようとしている。

高松協同病院における地域ケア部（外来）NST 活動 j の 2 年間のまとめ

北原 孝夫^{1,2}

¹香川医療生活協同組合高松協同病院

²香川医療生活協同組合高松平和病院

【はじめに】脳卒中やその他の神経疾患、大腿骨近位部骨折、廃用症候群等でリハビリテーションを必要としている患者はいずれも高齢者が多く低栄養を認めることが少なくない。低栄養の患者では積極的にリハビリテーションを行うことで機能訓練の効果を期待できないどころか、かえって栄養状態が悪化して体力や筋力の低下につながる可能性がある。訓練効果を高めるためには栄養改善を目指した栄養管理と機能改善を目指したリハビリテーションの併用が欠かせない。【趣旨】高松協同病院の医療・介護部門は主に、回復期リハ病棟の運営を行うリハケア部と、外来診療（訪問診療も含む）や外来リハ、訪問リハ、デイケア、デイサービス等を運営する地域ケア部に分かれている。このうちリハケア部としての回復期リハビリ病棟での入院リハビリ中の患者に対し、これまでもNSTによる定期的な介入が行われ適切な栄養状態の改善及びそれによるリハビリの効果を向上させる努力を進めてきた。2011年より地域ケア部でNSTを立ち上げ、当院の外来や訪問診療、デイケア、デイサービス、訪問リハビリ等を利用されている患者に対しても評価及び介入を開始した。今回その2年間の活動をまとめたので報告する。【結果および考察】実際に介入の対象となったのは男性21人、女性26人の計47人。80代以上が55%と半数以上を占めた。改善が得られたのが10名、維持が20名、悪化が17名であった。悪化には入院や施設入所となった例の他に4名の死亡例も含まれる。改善の理由としては栄養補助食品の追加や形態の調整などの介入によるものが多く、悪化の理由としては原疾患の病状の進行や認知機能の低下などが考えられた。問題点としては家族や医療・介護従事者の中でも栄養に対する関心や知識がまだまだ不足しており、病院と他施設との連携をはじめ地域社会全体への啓蒙がさらに必要である。

MKGH Wedding Project ～人工呼吸器患者の結婚式参列をサポートした経験～

北原 多佳子¹ 木下 賢輔¹ 大脇 倫子¹
三好 ゆかり¹ 押谷 洋平¹ 甘利 悠¹ 辻 浩史²
金井 貴夫¹ 小林 裕幸¹ 徳田 安春¹

¹筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター総合病院水戸協同病院総合診療科

²筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター総合病院水戸協同病院神経内科

62歳女性。30年来の慢性炎症性脱髄性多発神経炎(CIDP)で当院受診前よりADLは車椅子であったが自発呼吸は保たれていた。一人息子の結婚式3か月前にII型呼吸不全及びCO2ナルコーシスによる意識障害を来し当院に搬送され、人工呼吸器管理となり入院中であった。結婚式1か月前に、担当医へ患者本人と家族より式への参列希望があった。

もともと在宅の方針ではなく、本人、家族の手技・知識の不足や携帯用の人工呼吸器を始めとする物品不足により自力での参加は困難であった。

当院緩和ケア委員会に相談し、病院主体の支援プロジェクトが始動した。参考となる前例の検索を試みるもほとんど無く、ゼロからの企画となった。全科合同グラウンドカンファレンスでも出発から帰院までをシミュレーションし、考えられうるリスクから必要物品や環境調整を話し合った。

最終的に、家族、院内スタッフ（医師、看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士、臨床工学技士）、在宅用人工呼吸器メーカー、民間介護サービス、結婚式場ホテルを巻き込んでのプロジェクトとなった。

在宅用人工呼吸器は院内の備品を用いた。毎日リハビリの時間に当日使用する人工呼吸器に寄せ換え、リハビリで呼吸筋トレーニングや車椅子移乗、座位保持のトレーニングの時間を増やしていった。担当医、担当看護師は工学技士とともに呼吸器の回路や携帯用の吸引器の学習、必要物品の調達を進めた。呼吸器メーカーも携帯用吸引器のレンタルや、当日の機械トラブルに備えて式場に同行してのバックアップを申し出て頂いた。介護サービス業者に介護タクシーと携帯用酸素の手配を依頼し、ホテル側には式場協の待機場所や電源の確保を依頼し、入口から会場までの誘導も考慮頂いた。

結果、滞りなく式への参列を果たし、笑顔溢れる感動的な結婚式となった。こういった病院主体の試みは少なく、今回の貴重な経験を報告する。

グループホーム職員が日常的に感じる不安や困難に関する調査 ～よりよい医療連携のために～

中村 奈保子 村田 亜紀子 大倉 佳宏

社会医療法人清風会津山ファミリークリニック

【背景】当院は、岡山県津山市（人口約11万人）の市街地で、外来診療および機能強化型在宅療養支援診療所として訪問診療を行っている。訪問診療患者約60名のうち30名強はグループホーム入居者であり、診療時間内や夜間休日にグループホーム職員より電話相談を受けることが多くある。ある時期、臨時往診を要するような相談に加え、比較的重症度が低く相談の真意を捉えにくいものや、緊急度が低く後日でもよいような相談も度々認め、電話相談そのものが診療業務を圧迫することがあった。一方、電話相談の背景には、グループホーム職員が日常的に感じている不安や悩み、立場の問題などがあると考えられる。よって、よりよい医療連携のためには、それらを医療者が理解して対応することが重要と考える。

【目的】グループホーム職員が、日常的に医療面で不安や困難に感じていることを知り、医療者として診療や電話相談の他にできる協力の形を模索する。

【方法】2013年4月から9月までの6ヶ月間にあったグループホーム職員からの電話相談をカルテから抽出し、相談内容についてパターン分類を行った。また、日常的に感じている不安や困難について、2014年1月にグループホーム職員全員に自由回答法によるアンケート調査を行った。さらに、2010年10月から2011年3月に行われた同施設へのヒアリング結果を用い、当院に求める診療以外の医療連携（レクチャー、勉強会への参加、マニュアル作成、カンファレンスへの参加、情報交換会など）について順位回答法によるアンケート調査を行った。

【結果・考察】現在集計中である。結果からグループホーム職員の不安や困難の傾向やそれを軽減するための重要な要因を考察し、医療連携の一つの形を提言したい。

地域在住者における中心血圧に対する体重減量の効果

川本 龍一^{1,2} 二宮 大輔^{1,2} 熊木 天児¹
阿部 雅則¹ 長谷川 陽一² 大塚 伸之²

¹愛媛大学大学院医学系研究科地域医療学

²西予市立野村病院内科

³愛媛大学大学院医学系研究科老年・神経・総合内科学

【目的】中心血圧（CBP）は大動脈起始部の血圧を指し、従来の上腕血圧に比べて臓器障害および予後と密接に関連することが指摘されている。本研究の目標は、CBPと脈波増大係数 {augmentation index (AI)} に対する身体のサイズ変化の影響を分析することである。

【対象】メタボ検診で異常を指摘された地域在住者であり、同意の得られた男性11人（68±6歳）および女性84人の（68±7年）である。12週間の歩行訓練プログラムの前後で、代謝変数の測定および中心血圧として橈骨動脈波から測定される収縮後期圧（SBP2）を代用し、さらにAIは {SBP2 - diastolic blood pressure (DBP)} / 収縮前期圧（SBP1） - DBP } x100 (%) より計算し脈拍75/分で補正したものの (AI@75) を検討には用いた。

【結果】12週間の訓練後、SBP1 (r=0.308、P=0.002)、SBP2 (r=0.373、P<0.001) およびAI@75 (r=0.359、P<0.001) の低下は体重減量と強く関係していた。運動療法前の白血球（WBC）数もまた、SBP1 (r= -0.224、P=0.035)、SBP2 (r= -0.270、P=0.011) およびAI@75 (r= -0.290、P=0.006) の低下と有意に関連していた。関連ある因子で補正後も、体重減量および運動療法前白血球数は、SBP1、SBP2およびAI@75の低下と有意に関係していた。

【結語】高齢者における運動トレーニングによる臓器保護効果は、体重減量に伴う中心血圧の低下が関係している。

当科禁煙外来における、バレニクリンによる禁煙補助治療の12週治療成績の推移

伊藤 恒¹ 山田 仁美² 倉石 由希絵² 原 千春²
福山 八櫻子² 大高 紗苗¹ 亀井 徹正¹

¹湘南藤沢徳洲会病院神経内科

²湘南藤沢徳洲会病院看護部

【背景と目的】

我々は第2回本会総会（2011年、札幌）において、2011年3月31日までに当科禁煙外来でバレニクリンによる禁煙補助治療を終了した90例の12週治療成績を検討し、脱落した22例中11例（50.0%）が2回目の受診時に脱落していたことと、2回目の受診時に禁煙を維持していた79例中68例（86.1%）が12週後も禁煙を維持していたことから、2回目の受診時に禁煙を維持していることが禁煙補助治療の成功を示唆していると報告した（12週後の禁煙成功率は75.6%）。我々はこの結果を、その後に禁煙補助治療を行った症例に対して治療開始時に説明していたが、今回の検討の目的は、この説明がバレニクリンによる禁煙補助治療の12週治療成績に及ぼした影響を明らかにすることである。

【対象と方法】

2011年4月1日から当科禁煙外来にてバレニクリンを用い、禁煙治療のための標準手引書に従って禁煙補助治療を行った90例を対象として、前方視的に12週治療成績を検討した。治療開始時に主治医が、禁煙が健康に及ぼす影響のみならず、当科における前述の12週治療成績を説明し、2回目の受診時に禁煙していることの重要性を強調するようにした。

【結果】

90例中18例が脱落し、10例（55.6%）が2回目の受診時に脱落していた。しかし、2回目の受診時に禁煙を維持していた80例中72例（90.0%）が12週後も禁煙を維持しており、12週後の禁煙成功率も80.0%に改善した。

【考察】

当科における禁煙補助治療の成績を説明することによって、脱落例の約半数が2回目の受診時に脱落する傾向に変化はなかったが、3回目の受診時以降に脱落する症例が減少し、最終的な禁煙成功率が改善した。「2回目の受診時に禁煙していること」が近接目標となり、より強い動機づけにつながった可能性がある。

取り組み報告 当院職員に対しての抗体価測定・ワクチン接種について

高橋 賢史¹ 濱村 寛²

¹出雲家庭医療学センター出雲市民病院家庭医療科

²出雲市民病院

今回、当院において麻疹、風疹、水痘、ムンプスの抗体検査とワクチン接種を自己負担無しで行った取り組みを報告する。

これまでも入職時健診にB型肝炎の抗体価測定・ワクチン接種、QFT ベースライン測定を組み込んできたが、その他のワクチン接種は病院の取り組みとしてはなされていなかった。職員自身の感染対策、患者や周囲職員への感染伝播防止のためにもワクチン接種は必要であり、ICTを中心として院内感染防止対策委員会内で導入に向けて議論を重ね、2012年12月に労働衛生安全委員会と共同で当法人理事会へ麻疹、風疹、水痘、ムンプスの抗体検査とワクチン接種の実施について要望し、今回実施となった。

当院に勤務する全職員を対象とし、2013年1月より職員健診に併せて対象感染症の抗体価検査を行った。日本環境感染学会「院内感染対策としてのワクチンガイドライン」の基準値を参考にワクチン接種対象者を選別した。院内労働安全衛生委員会より接種対象者へワクチン接種推奨を行い、ワクチン接種は2013年6月から開始し7月に修了した。抗体価検査、ワクチン接種はいずれも全額病院負担とし、職員個人負担無しとした。

2012年1月時点での在籍職員290名に抗体価検査を実施し、190名が何らかのワクチン接種対象となった。対象のうち、ワクチン接種を受けた者は153名で85%であった（退職者10名を除く）。27名がワクチン接種を行っていないが、内19名は折しも風疹流行に伴うMRワクチン流通減少時期に重なったためワクチン調達が困難となったためであった。

また、2013年度新入職員から、入職時健診に4疾患の抗体価検査を付加し、ワクチン接種の必要がある場合には接種を推奨している。

器質的心疾患のない睡眠時無呼吸患者の不整脈に関する CPAP の効果

高橋 優二 中山 史生 吉嶺 裕之 山近 史郎
井上 健一郎 瀬戸 信二

井上病院

背景：睡眠時無呼吸は不整脈の誘因となり、難治性不整脈の重要な原因の一つとなっている。しかしながら、器質的心疾患のない睡眠時無呼吸患者の不整脈に対する CPAP の効果については、いまだ明らかでなく、今回検討を行った。方法：器質的心疾患のない睡眠時無呼吸患者35名（男性 31名 女性 4名 年齢 53.7 (SD 17.1) BMI 27.7 (SD 6.0)) で CPAP を使用しているものを対象とした。全ての患者は CPAP の使用前後でポリソムノグラフィーを施行し、それぞれ不整脈の頻度を測定した。尚、1時間に1回以下の期外収縮は分析から除外した。CPAP は AHI（無呼吸低呼吸指数）20以上の患者に使用した。CPAP の平均使用期間は50.7 (SD 78) 日であった。また、中枢性 SAS は1.1% にのみ認められた。結果：APC (14 / 35例) が VPC (5 / 35例) より多く認められた (40.0% vs 14.3%, $P < 0.05$)。頻回（1時間に3回以上）の APC と VPC はそれぞれ6例と4例認められた。心房細動や心室頻拍は1例も認めなかった。CPAP は APC の頻度を有意に減少させた (1026.7 (SD 2401.7) / 回 to 573.5 (SD 1257.3) 回, $n=14$, $p < 0.05$)。結論：器質的心疾患のない睡眠時無呼吸患者では APC が VPC より多く認められ、CPAP を使用する事によって APC は有意に減少した。APC は一般にそれ自体では命をおびやかすような不整脈ではないとされている。しかしながら、APC は上室性不整脈（特に心房細動）を引き起こすとも考えられており、CPAP を使用して APC を減らす意義はあると考える。今回は VPC の n が少なく検討ができなかったが、今後は VPC についても検討を行いたいと考えている。

任意接種ワクチンの公費全額助成実現後の接種数調査

賀來 敦 原口 尚紀 三浦 佳苗 水島 弥生

社会医療法人清風会岡山家庭医療センター

《目的》

当院の働きかけにより定期接種でない任意接種ワクチン（ロタワクチン・B型肝炎ワクチン・水痘ワクチン・おたふくワクチン）の公費全額助成を実現（岡山県内他市町村では一部公費助成のみで全額助成は行われていない。【平成25年12月1日現在】）させた結果、岡山県N町内のワクチン接種数がどのように推移したかを検証するため。

《対象・方法》

平成24年度、平成25年度に当院（N町内にある医療機関は2施設であり、小児科を標榜しているのは当院のみ）に来院したワクチン接種対象年齢の受診者を対象とし、院内に保存されている予診票の控え及び該当年齢の受診者を抽出した名簿を使用しカルテの記載事項を確認した。

また、ワクチン接種数が増加した要因が助成によるものかを検証するため、同一法人内の湯郷ファミリークリニック（M市）、津山ファミリークリニック（T市）の平成24年度から平成25年度間のワクチン接種数との比較を行うと共に、アンケートによる接種事由調査も実施した。

《結果》

岡山県N町においては公費全額助成の成立後（平成25年度）大幅な増加が確認されており、前年度比（ロタワクチン 3.1倍（17件→52件）、B型肝炎ワクチン 6.1倍（34件→209件）、水痘ワクチン 3.8倍（22件→84件）、おたふくワクチン 2.6倍（24件→62件））となっている。なお、集計数は平成25年11月30日現在のものであり、平成25年度末の最終集計時（平成26年3月31日）には一層の増加が見込まれる。

ワクチン接種数が増加した要因の検証についても途中集計ではあるが、湯郷ファミリークリニック、津山ファミリークリニックの両施設共に年度毎のワクチン接種数の顕著な増減は見られなかった。

また、公費全額助成を実現したことにより、積極的にワクチン接種を勧める事が出来るようになった。

《考察》

N町でのワクチン接種数が増加したのは、ワクチン公費全額助成によるものと推測され、全国的にも数少ないワクチン公費全額助成に対するN町の取り組みにより、これまで経済的負担から接種をためらわれていたケースが減少したと考えられる。今後も行政との連携を深め、地域住民が住み慣れた町でいつまでも安心して生活していくための働きかけを続けていく必要がある。

中山間地の大腸がん診療における地域中核病院が果たす役割

渡邊 ありさ¹ 松澤 和彦¹ 福井 裕子¹
 浜田 紀宏¹ 松本 朋子² 梅林 千恵² 尾坂 妙子³
 川本 文弥³ 高見 徹³ 谷口 晋一¹

¹鳥取大学医学部地域医療学講座

²鳥取県日南町福祉保健課 ³国民健康保険日南病院

【背景と目的】町立日南病院は、鳥取県山間部の日南町で唯一の病院である。日南町の大腸がん検診と町立病院の大腸内視鏡検査を分析して、町民の大腸がん診断において町立病院が果たす役割を調べる。

【対象と方法】平成20～24年度の5年間の、鳥取県と日南町の大腸がん検診および町民の二次検診データから、二次検診の受診医療機関と、大腸がんの診断を受けた機関を追跡した。また町立病院で平成24～25年に行った大腸内視鏡検査の受診動機、診断結果を抽出した。

【結果】日南町における5年間の大腸がん検診受診率は平均21.6%、要精検率が9.8%、二次検診受診率は63.0%であり、鳥取県の大腸がん検診受診率(26.3%)、二次検診受診率(75.6%)と比較するといずれも低かった。町民の二次検診受診先は、町立病院が37.6%で、町外の施設が62.4%である。検診による大腸がん発見数は合計7名で、全て町外の施設で診断された。

町立病院で2年間に行った大腸内視鏡検査は211件。その検査動機は便潜血陽性が54%で最多、次いで有症状24%であった。大腸がんと診断された7名の検査動機はフォローアップ1名、有症状3名、定期受診でのスクリーニング便潜血陽性3名であった。

【考察】調査した5年間では、がん検診から町立病院を受診して大腸がん診断に至るケースはみられなかった。一方で、町立病院で診断された大腸がん患者7名のうち3名は、定期受診の中で行った便潜血陽性者であった。病院で内視鏡を受けた便潜血陽性者114名のうち、63名(55%)は大腸がん検診受診者で、51名(45%)は日常診療の中で便潜血検査を受けている。町立病院ではがん検診非受診者にも積極的に定期的な便潜血検査を施行している様子がうかがえる。がん検診受診率が低い状況でも、病院で定期的に便潜血検査を実施して大腸がんの発見・治療に貢献することで補っているが、町立病院に定期受診していない町民も多数いるため、検診受診率の向上にむけて今後の住民教育・啓蒙が必要と考える。

地域住民における主観的健康感はやはり死亡を予測するか？

後藤 忠雄¹ 袁島 綾子² 中嶋 敦子² 加藤 洋子¹
 廣瀬 英生¹

¹郡上市地域医療センター ²郡上市健康福祉部健康課

【背景】一昨年本学会において、健診受診者において主観的健康感が低い方が、特に男性において総死亡リスクを高めることを報告し、また昨年の学会では同じく住民健診受診者において主観的健康感悪化予測因子としていくつかの項目が抽出されることを報告した。しかしこれらの検討においては健診受診者を対象としているため選択バイアスに注意が必要となる。【目的】地域住民のより代表性の高い集団における主観的健康観と総死亡との関連について検討する。【方法】デザインは平均追跡期間10年の後ろ向きコホート研究。対象は2002年1月1日現在旧和良村(現郡上市和良町)に住居票がある20～79歳男性861人女性902人に対し健康計画策定に当たり行った自記式質問票(回収率94.2%)回答者のうち検討項目に欠落データのない男性758人(対象住民の88.0%)、女性806人(対象住民の89.4%)。検討項目は主観的健康観(「非常に健康」「健康なほう」「あまり健康ではない」「健康ではない」の4つから選択)、年齢、BMI(自己申告の身長体重による)、喫煙、睡眠時間、朝食摂取状況、間食摂取状況、運動習慣の有無、休養状況、治療中疾患の有無。エンドポイントは総死亡。【結果】男性7498.6人年、女性8151.0人年観察。転出打切は男性65人、女性75人。総死亡者数は男性112人(死亡率14.9人/1000人年)、女性85人(死亡率10.4人/1000人年)。主観的健康観のうち「非常に健康」をreferenceとすると、「健康なほう」「あまり健康ではない」「健康ではない」の順でハザード比(95%信頼区間)は男性で1.36(0.54-3.38)、2.48(0.96-6.42)、7.33(2.77-19.3)、女性で0.60(0.24-1.52)、1.59(0.61-4.15)、2.57(0.89-7.39)、他の因子で調整すると、男性で1.83(0.56-6.03)、3.81(1.07-13.5)、6.61(1.71-25.6)、女性で0.41(0.09-1.94)、0.58(0.11-3.03)、1.00(0.17-5.99)。【結論】より悉皆性の高い集団においても、男性において主観的健康観が低い方が総死亡のリスクを高める一方女性においてはその傾向は明らかではなかった。

診療所で小児へのワクチン接種を開始した取り組み

藤原 悠子^{1,2} 藤原 和成^{1,2} 高橋 賢史^{1,3}
 渡部 満^{1,2} 坪内 知子^{1,3} 西野 礼子²
 小松 泰介^{1,3}

¹出雲家庭医療学センター ²大曲診療所 ³出雲市民病院

以前の大曲診療所は小児受診はほとんどなく、ワクチン接種はインフルエンザワクチンと高齢者へのPPSV23程度であった。高橋医師が所長であった2010年、家庭医療科の診療所として小児へのワクチン接種をしたいと考え、取り組みを開始した。開始にあたっては、事務職や看護師の業務が増えること、あまり診ることがなかった小児の来院を受け入れることなど、いくつかのハードルがあった。2010年、市に届け出を行いMRワクチン、日本脳炎ワクチンの定期接種を開始。任意接種のムンプスワクチンも開始した。以後、徐々に接種ワクチンの種類を増やしてきている。今日ではDPT-IPVワクチン、DTワクチン、IPV、MRワクチン、日本脳炎ワクチン、Hibワクチン、PCV13、ムンプスワクチン、水痘ワクチン、B型肝炎ワクチン、HPVワクチンなどの接種を実施している。こうした過程で、少しずつではあるが小児受診者数の増加も得られた。園医を担う保育所も1園から3園に増えた。待合室には子ども向けの絵本が増え、小児受診に対するスタッフの抵抗感も低下した。小児の受診時には診察前にルーティンで体重をチェックするなどの流れもできてきた。保育士や保護者のインフルエンザワクチン接種も増えつつあると感じる。2012年からは、診療科に新しく小児科を標榜するなど家庭医療科にふさわしい診療所への変革が進んできたのではないかと考える。さらに今後の課題として、BCGワクチン、ロタウイルスワクチンの導入があげられる。今回の発表で、ワクチン接種開始に至る議論や始め方、開始からのステップアップなど、これまでの当院の活動と、スタッフの意識やスキルの変化を振り返って報告したい。これからワクチン接種を開始したいと考えている診療所などへの参考になればと考えている。

地域で介護予防推進に取り組む介護予防サポーターの「学びなおし研修」に対するニーズ調査

亀ヶ谷 忠彦 山口 晴保 山崎 恒夫 浅川 康吉
 勝山 しおり

群馬大学大学院保健学研究科リハビリテーション学講座

群馬県では平成18年に発足した介護予防サポーター制度のもと、主として地域高齢者を対象に、介護予防に関する知識や技術を学ぶための研修が県内各所で開催されている。研修を修了した地域高齢者は介護予防サポーターとして認定され、県内各所で介護予防ボランティア活動に取り組んでいる。本研究では、介護予防サポーターが介護予防に関する知識や技術を再び学ぶための追加的な研修（学びなおし研修）で用いる教材開発を目的として、特に積極的に介護予防ボランティア活動に取り組んでいる上級介護予防サポーター（以下サポーター）を対象に、学びなおし研修に関する意見、希望を調査した。本研究は群馬大学疫学倫理委員会の承認を得て実施した。県内全域のサポーター1404名に調査票を配布し、調査票を返送した473名（回収率33.7%）の調査票を分析対象とした。「学びなおし研修に希望する内容」として自由記述式による回答が247名から得られた。テキストマイニング用ソフトウェアを用いて247名の自由記述を解析し、出現頻度の高い15の語句を抽出した。それら15の語句に、学びなおし研修のキーワードとして適切と考えられた5つの語句を加えた合計20の語句をキーワードとして選び出した。学びなおし研修のキーワードとして選び出した20の語句が出現する回答の記述を精読し、キーワードごとに内容を集約したところ、サポーターが研修のプログラムに望む内容は、①地域の介護予防活動に役立つ知識や技術（様々な体操、筋力トレーニング、レクリエーション技術など）、②介護予防に関する最新の情報、③以前に介護予防サポーター研修で学んだ内容の復習、④サポーター同士の交流や情報交換、であった。今後はサポーターの知識・技術を効果的に高めるための研修用教材を開発・運用し、その効果を検証することによって、地域の保健人材の育成とさらなる活動の広がりを支援していく計画である。

家庭医診療所におけるかかりつけ患者への渡航に伴う診療内容の検討

中山 久仁子

医療法人メファ仁愛会マイファミリークリニック蒲郡

背景：日本人の海外渡航者数は年間1500万人、海外赴任も増加傾向にある。かかりつけ患者が、海外に旅行、出張する機会は多くの家庭医が経験している。当院は家庭医療の診療所であり、かつ渡航の専門外来を行っており、他院にかかりつけの患者も渡航前後に受診している。

目的：家庭医が、かかりつけ患者に対して、渡航に関するアドバイス、疾病予防ができるようになることを目標に、渡航外来に来院した患者のうち、かかりつけ医が対応可能と思われる内容を抽出し、今後の取り組みを検討する。

方法：2013年に当院渡航外来受診者の、渡航目的や地域、そして受診時に行った診療内容から、日常診療で行える診療を分類検討した。

結果：家庭医によって実施できる内容は、頻度が高く、渡航全般に共通の内容。渡航におけるリスクのアドバイス、慢性疾患管理、予防接種の計画実施、英文診断書の発行と考えられた。

考察：渡航に関する情報は現地の状況で変化する。家庭医が、上記内容を up to date に実施できる情報の整備が今後の課題である。

感染対策の一貫としての肺炎球菌ワクチン接種の取り組み

田上 智子 田斎 祥平 藤村 加代美 嶋田 朋恵
長崎 雅春 本田 宜久

穎田病院

【はじめに】当院は、認可病床数96床のケアミックス病院であり、入院患者のほとんどは65才以上の高齢者が占めている。2008年頃より外来患者への肺炎球菌ワクチンの接種を推進しているが、2012年5月の新病院完成とともに、入院時に看護師が患者の肺炎球菌ワクチン接種歴を確認し、未接種患者への接種を勧める取り組みを始めたので報告する。

【対象及び方法】対象は2012年6月～2013年10月までに、当院へ入院した65才以上の患者776名。入院時に、外来カルテのチェック、患者または家族への聞き取りを行い、未接種患者へワクチン接種について説明を実施し、症例によっては医師の介入も含め接種を勧めた。

【結果】期間中の入院患者は、男性322名（65才～101才、平均77.9才）、女性454名（65才～97才、平均79.7才）。入院時の既接種率は14.0%であった。入院時の勧めによる接種者は全体で131名、既接種者を除くと19.6%となった。病棟別では一般病棟66名（11.4%）、回復期リハ病棟は65名（33.2%）であった。

【考察】高齢者の肺炎球菌ワクチン接種率は上昇傾向にあるものの、近年の報告でも20%以下にとどまっている。今回、入院時に接種を勧めることにより、全体での入院中の接種率は14.0%から30.9%と上昇したことは、今後の肺炎球菌ワクチン接種率を上昇させるのに有効な取り組みと考えられた。ただし、一般病棟の入院中の接種率は11.4%、回復期リハ病棟では33.2%と大きな差が見られた。これは、一般病棟では治療が優先となり、本人、家族へ対してワクチン接種の必要性、効果を十分に伝えきれなかったと考えられる。入院時のみならず、病状安定後に再度勧めていくことが必要と思われた。回復期病棟では、入院患者の病状は比較的安定しており、予防医療に対する関心が高く、接種率の向上につながったと思われた。接種を希望されなかった理由として、金銭的な面と肺炎球菌ワクチンの予防効果が懐疑的であったことがあげられる。

【まとめ】予防医療としての肺炎球菌ワクチン接種率を高めていくためには外来時だけでなく、入院中にも肺炎球菌ワクチンの接種を勧めていく手法が有効である。

小児期の任意接種に関する保護者の意識調査

高田 晋¹ 宇敷 萌² 石井 大輔¹ 比嘉 研³
 関根 有沙⁴ 飯島 研史² 鈴木 諭⁵ 平 洋⁶
 高柳 亮⁴ 鈴木 隆¹

¹高崎中央病院 ²北毛病院 ³前橋協立病院
⁴前橋協立診療所 ⁵水戸協同病院 ⁶通町診療所

水痘および流行性耳下腺炎はワクチンで防げる疾病であり、欧米ではこれらのワクチンが高い接種率で用いられていることで疾患の発症予防に大きな効果を得ている。一方、国内では任意接種ワクチンに指定されている水痘ワクチンおよびムンプスワクチンの接種率はともに30%程度と推定されている。定期接種ワクチンに指定されている三種混合ワクチンや麻しん、風しん混合ワクチンの接種率に比較してきわめて低く、毎年多くの罹患者を出しているのが現状である。さらにワクチンを接種していれば防ぎ得た重篤な合併症に罹患する患者もいる。そこで本研究では、任意ワクチンの接種率向上の一助とするために、小児期に接種する任意ワクチンとして水痘ワクチン、ムンプスワクチンを対象とし、これらのワクチンを接種する決定要因を探るため未就学児をもつ保護者に対するアンケート調査を行った。

「総合診療医」と「かかりつけ医」をめぐる諸問題について

岩本 伸一 中村 正廣 遠山 祐司 鈴木 隆一郎
 加納 康至 松原 謙二 伯井 俊明

大阪府医師会調査委員会

はじめに
 厚生労働省の検討会において「総合診療専門医」の創設が提案された。専門医の認定は、日本専門医機構（仮称）が行い、2017年度から導入するという内容である。地方の医師不足から専門医養成よりも総合医の必要性の方がより喫緊の課題であることは十分に認識するが、総合診療医の概念は、すでに普及、定着している「かかりつけ医」機能と重複するものであり、専門医として機能を分離すべきものであろうか。さらに活発な議論が進められることを期待し、大阪府医師会調査から、「かかりつけ医」と「総合診療医」の今後の在り方について考察したい。

方法

大阪府医師会にて行った会員調査から、無記名、自記式で、平成25年は3,056名に調査票を配布し、有効回収率は70.0%であった。

結果と考察（診療所長対象）

- 1、かかりつけ医が行うべき重要な業務
 いずれの年においても、健康相談、医療機関紹介、疾患管理、健康診断、健康教育、予防接種が上位であり、総合診療医の概念とほぼ一致する。
- 2、かかりつけ医の研修・認定制度について
 「現在の生涯教育システム制度でよい」もしくは「拡充する」が6～7割あり、「新しい研修・認定制度を設ける必要がある」は1割程度であった。
- 3、かかりつけ医に対する報酬
 「現在の医療保険制度（出来高払い）で対応」6割、「包括払いで対応する」3%と、包括払いの導入には否定的な意見が多かった。
- 4、「総合科」の創設について
 反対派が約半数を占めた。
- 5、「総合診療医」「総合診療専門医」の創設について
 「総合診療専門医」創設について7割以上が認知していた。その機能に対するイメージとしては、「外来でのゲートキーパーや振り分け機能」6割、「かかりつけ医機能」4割であり、「厚労省が策定中の内科・小児科・救急を必須要件とした「総合診療専門医」機能」は1割であった。
 「総合診療専門医」の新設について「支持しない」、地域医療体制への影響について「支障をきたすと思う」が、いずれも4割あった。
 総合診療医制度に対する反対意見は根強く、導入に際してはさらなる説明とかかりつけ医機能との整合性が問われてくるものと考えられた。

Difficult patient の対応を通して学んだこと

田中 雅之¹ 矢吹 拓² 本田 美和子¹ 尾藤 誠司¹
鄭 東孝¹

¹東京医療センター ²栃木医療センター

【背景】

Difficult Patients は、臨床医にとって frustrated な患者と定義され、家庭医の外来患者の15-30%であるとの報告もある。difficult patients というラベル自体は、患者因子のみならず環境因子・医療者因子などの複合的要因によって生じる問題であり、ラベル付けしている医療者の問題も浮き彫りにするものでもある。

【症例】76歳男性【主訴】便がすっきりしない

【現病歴】数日前から排便が不定期で、気分がすぐれなかった。受診前日夜から排便がなく、腹部膨満感を自覚していた。受診当日に、排便はあったものの腹部違和感が持続するために来院した。下血なし、便の狭小化なし、嘔吐なし。

【内服薬】近医2カ所からの酸化マグネシウム・センノシドを処方され自己調節中。

【既往歴・手術歴】虫垂炎 手術歴あり（幼少期）

【初診時バイタル所見】意識清明 体温 36.5℃ 脈拍 60回/分 血圧 143/72 mmHg 呼吸数 17回/分

【身体所見】腹部：膨隆なし・圧痛なし・腫瘍なし

【画像】レントゲン・CTで明らかな異常なし【便潜血】2回陰性

【初診時アセスメント・プラン】腸閉塞などの緊急疾患の可能性は否定的であり、自己調節による下剤の不規則な使用を中止して、経過をみることとなった

【外来経過】

内服を漸減していくことで便の回数は減り、規則的となってきた。本人もその症状に対しては満足していたが、再診毎に少なくとも一つは新しい症状を訴え、しばしば特異的な検査や治療を望むようになった。当初再診日のみの受診も徐々に時間外受診するようになった。毎回の診察と指導にもアドヒアランス不良であった。

【考察】

Difficult patients は Grove らによって4種類に分類されている。本症例は The Dependent Clinger という群に分類されると考えた。今回の発表では、この群の患者の特徴・外来でのマネジメントの方法・注意すべき点などについて考察していく。

患者はどの科にかかりたいか？一症状別希望受診科アンケートからみえる住民と医療者の意識の共通点と相違点

井階 友貴^{1,2} 黒田 有紀子¹ 林 寛之³
寺澤 秀一⁴

¹福井大学医学部地域プライマリケア講座

²高浜町国民健康保険和田診療所

³福井大学医学部附属病院救急・総合診療部

⁴福井大学医学部地域医療推進講座

【目的】

日本では患者は基本的にフリーアクセスが可能であり、どの症状でどの診療科に受診するかは、患者本人に任されている。しかし一方で、そのことが時に非効率的な医療の誘因となっていることが予想される。本研究では、住民がどのような症状のときにどの診療科を受診したいと思っているかを明らかにし、さらに医療関係者の予想との相違を明らかにすることで、住民-医療関係者間の意識を共通のものに近づけ、適切な受療行動のための取り組み参考となることを目的とする。

【方法】

インターネットリサーチ会社に委託し、全国の住民より1,000名と、全国の医療関係者より1,000名を、モニター登録者から可及的無作為に抽出し、プライマリ・ケアの現場でよく遭遇する症状別に、どの診療科に受診するか/すると思うかを尋ねる。同時に、同様の症状で時間外・救急受診する際、救急科以外のどの診療科の医師になら診てもらってもよいか/よいと思うかも尋ねる。症状は、「頻度から見たプライマリ・ケア領域の健康問題」総合臨床, 2006, 55: 638-43を参考に作成し、診療科は厚生労働省の平成24年医師調査(内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科(胃腸内科)、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科、皮膚科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、小児科、精神科、心療内科、外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科(胃腸外科)、泌尿器科、肛門外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、美容外科、眼科、耳鼻いんこう科、小児外科、産婦人科、産科、婦人科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、病理診断科、臨床検査科、救急科、全科(総合診療科))をもとに決定する。以上の調査を平成26年3月に実施する。

【結果と考察】

当日は住民と医療関係者の受診科に関する共通点および相違点に関して、症状別に結果を示すとともに考察を加える予定である。

多職種連携における SP（模擬患者）参加型コミュニケーション研修

晴田 佑介¹ 猪田 宏美¹ 小笠原 加代²
 金原 正宜³ 富田 啓一郎⁴ 中山 弥生⁵
 渡辺 大輔⁶ 前田 純子⁷ 三宅 悟⁸

¹岡山大学病院 ²ケイ・アイ堂薬局

³ザグザグ薬局妹尾店 ⁴万成病院 ⁵いずみ薬局

⁶渡辺薬局

⁷NPO 法人響き合いネットワーク・岡山 SP 研究会

⁸岡山県薬剤師会会営薬局

【背景・目的】OPC（岡山薬剤師医療コミュニケーションの集い）では、医療職のコミュニケーション能力向上を目的として、SP（Stimulated Patient：模擬患者、以下 SP）を岡山 SP 研究会から招いて SP 研修を行っている。岡山市医師会プライマリ・ケア研究会にて、医師と薬剤師の医薬連携を目指した SP 参加型のコミュニケーション研修を2009年から年に1回継続している。本年度は、在宅医療に関わる多職種連携を念頭に退院時共同指導の場面を想定してロールプレイを実施した。今回、研修後のアンケートから、研修会の意義と問題点について検討を行った。

【対象・方法】第139回岡山市医師会プライマリ・ケア研究会「多職種連携における SP 研修」への参加者は、医師4名、薬剤師12名、ケアマネージャー2名、学生5名、他5名の計28名であった。オピオイドによる疼痛管理が必要ながん患者を含めて、退院に向けて退院前カンファレンスを実施する場面にて計8名が参加するロールプレイを実施した。研修会終了後にアンケート調査を行った。

【結果】全体を通して大変良かったという参加者は16名おり、患者中心という基本的なことを改めて考えさせられた、多職種が一同に会して行うカンファレンスは模擬であっても参考になったという感想を得ることができた。一方で、参加者のうち15名は SP 研修への参加は初めてであったが、SP 参加型のコミュニケーション研修についての説明が不足しており、ロールプレイの意図が十分伝わっていなかったことも分かった。

【考察】多職種連携を考える上で、SP 参加型の研修は有用な手法と考えられる。今回、医師と薬剤師の連携が中心となる場面であったが、訪問看護が必要な患者や在宅チームによるカンファレンスといった場面でのロールプレイも検討していきたい。

チーム医療スタッフの患者－医療者間の信頼関係の構築についての意識調査－その現状と今後の展望－

豊田 英嗣 加藤 しおり 坂元 美和

岡山家庭医療センター日本原病院身心医療課

背景と目的：

患者－医療者間の信頼関係、治療関係性の構築には医療者の基本的態度だけでなく心理療法的なアプローチが影響する。これを高める事は医師だけでなくチーム医療に関わる医療スタッフ全員にとっての共通課題であるが、その達成度は個人間でかなり差があると推測されるが、その現状は不明である。本報告では医療スタッフ全体を対象として治療関係性についての意識調査を行い、その現状を把握し今後の展望を検討した。

方法：

日本原病院の医療スタッフ（医師、看護師、介護士、PT、OT、ST、CP、薬剤師、検査技師、栄養士、MSW、事務員など計147名）を対象に治療関係性についてのアンケート調査を行った。質問は category 1：信頼関係が医療行為を行う上でどれほど重要と考えるか、category 2：信頼関係向上のための実際的な心理療法的アプローチに関する質問（7問）、そして category 3：個別業務において心理療法的アプローチは有用か（3問）とし、回答は visual analog scale で定量的に得て解析した。

結果：

回収率は84%。category 1の mean 78.5、変動係数：CV 0.18に対して category 2 (mean 52.4～62.2) は全ての項目が category 1よりも低値 ($P < 0.01$ ANOVA) で、より大きなばらつき (CV 0.27～0.33) を示した。category 3は mean 72.4～72.8、CV 0.19～0.20で category 1と差がなかった。これらの結果は職種間で有意差はなかった。

考察：

チーム医療を担うスタッフは職種を問わず、多くの者が患者－医療者間の信頼関係が各々の医療行為を行う上で重要であると考え、同等に心理療法的なアプローチを身につけたいと考えていた。しかし、その高い意識づけの一方で、そのための基本的態度や具体的なアプローチについての意識づけは有意に低かった。これらは個人間で相当なばらつきがあった。

今後の展望として、全職種が均一に高い意識づけを要求されなくてもよいものの、リエゾンや心身医療の組織的啓蒙活動を継続していく事で、スタッフ全体のこれらの意識づけの底上げを図り、チーム医療の質を向上させていきたい。

医学生が臨床実習・臨床知識を学ぶ前段階での面接技法教育の意義

浜田 紀宏¹ 渡邊 ありさ¹ 井上 和興²
 福井 裕子¹ 高塚 人志³ 高橋 洋一³ 白石 義光³
 中野 俊也³ 入澤 淑人³ 黒沢 洋一³ 河合 康明⁴
 谷口 晋一^{1,4}

¹鳥取大学医学部地域医療学講座 ²藤井政雄記念病院

³鳥取大学医学部総合医学教育センター

⁴鳥取大学医学部医学科適応生理学分野

日本の医学生の殆どは成人前に進路選択を要するため、在学中を通じて他者とその家族との対話能力と思考能力の向上に難渋する可能性がある。当学では入学後にヒューマンコミュニケーション、早期体験実習を行い、3年次以降、模擬患者との実習と並行して臨床能力の習得を重ねながら医療面接技法を学び、実地研修を重ねていく。そこで、小生担当の講義（外来担当医の役割と責務）を履修した2年次後半の医学科生31名に模擬的な面接を体験してもらい、履修者からのフィードバックを感想ならびにレポート記載から匿名にて抽出した。具体的には、多忙な外来医師役の小生がぞんざいな対応を行う場面をみてもらい、学生間で話し合いを行った。また、学生同志でも、一方は失敗談、不快なことなどを話し、もう一方は相槌、承認、ペーシングなどで用いる台詞を挟みながら対話してもらい、後で気付いた点などを話しあってもらった。

学生同志での面接では、「非常に話しやすかった」、「会話が成立して感激した」、「話したことのない人との話と相談するのに悩んでいたのととても貴重な機会となった」、などの一方、「なるほどという言葉で話が打ち切られた感じがする」、「知っている相手に技法を用いるとわざとらしいと思った」などの感想がみられた。また、全体を通じて、「本当のコミュニケーション力や感性というものは実生活の中で時間をかけて培われ、付け焼刃的な技法取得では育まれない」、「患者から信頼されるのは自分次第」、「技法は思っていることを正しく伝えるためにあるのでは」、「患者さんが不快に思うのは相手に良い人と思われたいと無理しているため、相手を安心させたいと思うことが必要」などの意見が寄せられた。

他の履修者からの興味深い反響も含め本会にて紹介する予定である。今後学内で議論を行いながら、隠れている教育ニーズを探し出し、通年的な医療面接教育方略立案に活かしていきたい。

岡山臨床スキルアップ研究会の取り組み ～定例会における SP 参加型ロールプレイ～

山下 大輔 戸川 雄 萱野 由佳 内藤 修子
 清水 由梨香 宮田 将徳 中原 清美 川尻 智香

岡山臨床スキルアップ研究会

【背景】OCSIA (Okayama Clinical Skill Improving Association : 岡山臨床スキルアップ研究会) は、岡山大学の学生が中心となりプライマリ・ケアに必要な能力を学ぶことを目的とした研究会である。OCSIA の活動の中心は月に一度開催される定例会であり、その中で参加学生の医療面接技術の向上を目的とした、SP (Simulated Patient : 模擬患者) 参加型の医療面接ロールプレイを継続的に実施している。医療面接技術に関しては OSCE (Objective Structured Clinical Examination : 客観的臨床能力試験) を通じて学習されており、現病歴などの医学的情報の聴取が重視される。一方、定例会におけるロールプレイでは、患者の感情・社会的背景などを積極的に引き出すことを目指した医療面接を行っており、OSCE とは異なる領域をカバーしている。本演題ではその取り組みを報告する。

【方法】定例会の参加者の中から有志で医療者役を選出し、SP との医療面接ロールプレイを参加者全員に公開で行った。ロールプレイ時間は、内容により適宜変更したが概ね3-7分とした。ロールプレイ後には患者役の SP からのフィードバックに加えて見学した他の参加者からの意見を募り、ロールプレイ内容に関する議論を行うことで参加者全員で学びの共有を行った。参加者による議論は、患者役の感情・解釈モデルなどを引き出し、且つそれらを踏まえた医療面接を展開できていたかを中心に行った。なお、ロールプレイにおける到達目標設定は基本的に医療者役へ一任したが、特に医療者役が低学年である場合には具体的な診断・治療法の説明などの到達度は問わないこととした。

【結果・考察】ロールプレイに対する患者役の SP および見学者からのフィードバックを行うことで、学生の医療面接における課題が明確化された。また、患者の感情・社会的背景などの情報に主眼を置いた医療面接は、医療者役が高学年の場合は OSCE で学んだ面接技術を補完すること、低学年の場合では専門的知識が少なくとも取り組みやすいことから、多くの学生にとって有用なものであると推察された。

岡山臨床スキルアップ研究会の取り組み ～学生主催の参加型ワークショップ～

川野 香 佐野 智子 難波 満理奈 大村 大輔
福安 悠介 廣瀬 梓 石田 智治 川尻 智香
山下 大輔

岡山臨床スキルアップ研究会

【背景】OCSIA (Okayama Clinical Skill Improving Association : 岡山臨床スキルアップ研究会) は岡山大学の学生が中心となりプライマリケアに必要な能力を学ぶことを目的とした研究会である。その活動の中心は月に一度開催される定例会と不定期に実施されるワークショップに大別される。このうち、ワークショップではOCSIAに所属する学生が学習したいテーマを設定し、その学習テーマに適切な講師を招き参加型の勉強会を行っている。今回、2013年10月に岡山家庭医療センター奈義ファミリークリニックの松下明先生を講師に招いてのワークショップを実施したので報告する。

【方法】ワークショップ実施計画作成は、学生・講師間での協議により行った。具体的な内容としては、先ず予め設定したテーマに関して講師からの講義形式のプレゼンテーションが行われ、次にその講義内容に関連した設定でのSP (Simulated Patient : 模擬患者) との医療面接ロールプレイを行った。ロールプレイは合計3セッション行い、参加者全員が一度は医療者役としてロールプレイを行うこととした。ワークショップ実施後、参加者に電子メールにてアンケートを行った。

【結果・考察】ワークショップの参加者は医学部医学科を中心に16名であった。本ワークショップのテーマは「想像力」とし、その能力を学ぶ目的のロールプレイを行ったが、アンケートの結果から参加者は患者の家族構成・職業などからその背景を想像する能力を学ぶことが出来、且つその重要性を認知していることが示唆された。また、OCSIA 定例会では医療面接技術向上を目的に本ワークショップと同様のSP研修を実施しているが、ワークショップ参加者は定例会でのロールプレイにおいても継続的に同様の能力を意識し、医療面接に活かしていることが併せて示唆された。こうしたことから、本ワークショップによりテーマである「想像力」の学習が達成され、且つその成果が参加者の行動変容につながり得るものであることが推察された。

家庭医の診察時間は何分？ ～家庭医研修における習熟度と診察時間、患者満足度の関係～

岩間 秀幸 塩田 正喜 濱井 彩乃 吉澤 瑛子
郭 友輝 菅長 麗依 本山 哲也 伊藤 彰洋
岡田 唯男

亀田ファミリークリニック館山

＜背景＞

家庭医は包括的に患者を診るが、一人の患者にかかる時間が長くなると、他の患者の待ち時間が長くなるというジレンマが生じる。家庭医レジデンスを開始するとケアをする範囲の広さに苦慮し時間を要するが、地域医療では速く、多くの患者を診察することも求められる。修練した家庭医が患者を診るにはどの程度の診察時間が必要なのかという疑問について、患者の満足度と合わせて評価を試みた。

＜方法＞

当院に受診した患者の待ち時間と診察時間を計測、その内協力が得られた患者300人に対してアンケートで満足度を調査した。アンケートの評価項目は総合的な満足度、診察時間の長さ、待ち時間の長さ医師の知識や技術、言葉遣い・態度について5段階評価した。実際の待ち時間と診察時間については電子カルテを使用して、予約時間からの待ち時間と診察開始から終了までの時間を計測した。得られた結果をレジデントの学年毎にまとめ家庭医専門医をもつスタッフと比べた。

＜結果＞

実際の診察時間は家庭医経験年数があがるにつれて短縮し、レジデント1年目では平均が22.6分であったものが家庭医専門医 (スタッフ) では平均で10.3分となった。一方で患者アンケートにおいて体感した診察時間の長さや患者満足度はレジデントとスタッフで変わりなかった。待ち時間には5分～20分程度とばらつきがあったが、総合的な満足度には影響しなかった。

＜考察＞

家庭医研修を積むことで短い時間で満足度の高い診療ができるようになる。診察の平均時間は10分程度であった。

家庭医による糖尿病教室は、患者のHbA1cを低下させるか？

近藤 諭 四方 哲

三重県立一志病院家庭医療科

【目的】HbA1cの変化を用い、家庭医による糖尿病教室の介入効果を検討する。

【対象】

対象：2007年度以降に当院の糖尿病教室に参加した糖尿病患者

対象の採用基準：出席率が50%以上の者、複数年受講の場合は初年度を採用

対象の除外規定：介入前後のデータが確認できない者

【方法】研究デザイン：後ろ向きカルテレビュー

介入の方法：糖尿病教室は、1コース5-10回、1回あたり約2時間で、当院家庭医療科に通院中の患者を対象とした。外来主治医（家庭医）や看護師からの勧奨や、院内ポスターなどが受講の契機である。①家庭医による病態の講義、②理学療法士・検査技師・薬剤師などによるテーマ別講義、③栄養士による栄養講義、④患者ごとの糖尿病食の試食の4つのプログラムで構成される。

評価項目と測定方法：評価項目はHbA1c (JDS) 値の変化とした。

集計の方法：介入1年前 (A)、介入開始時 (B)、介入1年後 (C) のHbA1c値をカルテから抽出した。介入前後で追加された薬剤や生活習慣の改善などの影響による効果を排除するため、B-AとC-Bを比較した。データ解析の方法：データの対応がある2群間ではPaired T検定 (両側) を行い、対応がない2群間では、F検定の上、等分散ならばStudent T検定 (両側)、不等分散ならばWelch T検定 (両側) を行うこととした。全ての検定には表計算ソフトExcel (Microsoft 2010) を用い、 $p=0.05$ を有意水準とした。

【結果】介入前1年間の変動と介入後1年間の変動は、完全なデータが得られた16症例ではHbA1c値の低下傾向を認めたが (+0.325 vs. -0.306, $p=0.084$)、有意差は認めなかった。しかし欠落データを含めた全24症例では、HbA1c (JDS) 値の低下に有意差を認めた (+0.325 vs. -0.50, $p=0.024$)。

【考察】今回の調査で、家庭医を中心とした糖尿病教室によるHbA1cの変化を知ることが出来た。先行研究によると集団糖尿病教育プログラムには、0.27-約0.5%のHbA1c低下効果がある。我々の調査結果もそれらの研究と合致したものであった。

【結論】家庭医らによる糖尿病教室を通じた患者教育は、HbA1cを低下させる。

住民の意識を変えよう、地域を変えよう—住民・行政・医療者の協働による地域ケアワークショップの効果

井階 友貴^{1,2} 黒田 有紀子¹ 林 寛之³
寺澤 秀一⁴

¹福井大学医学部地域プライマリケア講座

²高浜町国民健康保険和田診療所

³福井大学医学部附属病院救急・総合診療部

⁴福井大学医学部地域医療推進講座

【目的】

地域医療の主役は住民であり、住民が主体的に地域の医療を考え行動していかない限り、理想的な医療は実現しない。我々は、住民の意識の醸成を図るための地域ケアワークショップを平成24年度より開催している。本研究では、地域ケアワークショップによって参加者の意識がどのように変化したかについて報告する。

【方法】

平成25年10月~12月、地域住民らを対象とした地域ケアワークショップを、全国3か所で3回開催した。ファシリテータには医師だけでなく、福井県高浜町の行政担当者や、住民有志団体「たかほま地域医療サポーターの会」の会員も加わり、参加者に住民—行政—医療者のコラボレーションの重要性を感じていただくべく配慮した。ワークショップは、対象地域の医療問題に関してロジックツリー解析をもとにワールドカフェの手法を取り入れて議論する方法を採用し、参加者の主体的な議論への参加と問題解決の具体的手段の提言の両立を目指した。3回のワークショップの参加者計121名に対し、医療への意識を0~10の11段階で問うアンケート調査を、ワークショップの前後に実施した。前後での比較をWilcoxonの符号付順位検定にて解析した。

【結果】

アンケート回収率は91.7%、有効回答率は98.2%だった。住民の意識は、医療の理解 (6.12→6.93 : $p<0.001$)、地域の主役意識 (7.97→8.94 : $p<0.001$)、住民活動意欲 (8.09→8.42 : $p=0.021$) など、ワークショップの前後でほとんどの項目で有意に向上していた。

【考察】

住民—行政—医療者の協働による地域ケアワークショップは、参加者の医療への関心や理解を向上させるだけでなく、地域医療に関する主体的な活動意欲を高めると考えられた。

食事の摂り方が食後の血糖値に与える影響

家辺 愛子¹ 川船 庸子¹ 城戸 真由美¹
清川 晶子¹ 宮本 あゆみ¹ 木下 智佐代²

¹株式会社阪神調剤薬局 ²テルモ株式会社

【目的】身近な健康管理の方法の1つが食事である。本件では、生活習慣病の指標の1つである血糖値を取り上げた。弊社の栄養士が患者に指導している内容に沿って食事の摂り方が食後の血糖値に与える影響の検証を行い、根拠ある栄養指導に繋げることを目的とした。【方法】自己血糖値測定実習に参加した弊社の新人薬剤師40名を4つの班に分け、全員に同じ弁当を配った。各班に弁当を食べる速さ・順番・食後の運動の有無の条件をつけ、同時に食事を開始した。Control群は、野菜を最初に食べる事と30分かけて食べる事を指示した。1班は、食べる順番はControl群と同じだが、15分で弁当を食べ切るよう指示した。2班は、米飯から食べるよう指示し、食べる速さはControl群と同様にした。Control群・1班・2班は食後に30分間の歩行運動を行った。3班は、食べる速さや順番はControl群と同じだが、食後30分間は座位で安静にするよう指示した。各班、食前に空腹時血糖値を測定した。その後、食事開始から10分毎に3度血糖値を測定し、Control群・1班・2班が歩行運動から戻った食後60分にも血糖値を測定した。【結果】1班・2班は、食後10分より血糖値が急激に上昇し、食後30分の血糖値が最も高かった。歩行運動後（食後60分）の血糖値は減少傾向だった。3班は食後20分以降に血糖値が急上昇し始め、食後60分が経過しても血糖値は上昇傾向だった。Control群は4つの班のなかで最も血糖値の上昇が緩やかだった。【考察】これまでの指導内容で実際に効果があることが実証され、今後は実践データを基にした栄養指導が可能となった。効果を継続するために、患者が正しい食習慣を続けていけるようサポートすることが重要だと考える。また、糖尿病未罹患者にも広めていくことで、糖尿病の発症を抑えることができるのではないかと考えた。

地方急患診療所におけるプライマリケア医の役割

福本 一郎

長岡技術科学大学生物系医用生体工学教室

地方都市の急患診療所は、かかりつけ医が休診する夜間や土曜日、日曜日、祝日そして年末・年始に限り応急処置をする診療施設であり、総合病院とは違って専門医・入院設備・高度の検査設備などは備わっていないため、救急患者を診察して応急処置を行い、必要な場合は専門病院などに転送するシステムとなっている。この急患診療所において中心的役割を果たす内科当番医は、自身がプライマリケア医として初期医療を実施するのみならず、救急車来院受入れや二次病院転送手配を担当するとともに、院内専門医への患者振り分け機能をも担っている。特に市内医療機関休診の日祭日には、あらゆる疾患の患者が予約なしに断続して来院されるため、各科の診察負荷と実動時間に偏りが発生することが多い。また様々の不定愁訴も多いため漢方治療が有効なことも多いが、急患診療所としての制約のため使用薬剤が限られている。本研究では急患診療所職員配置・薬剤常備システムを最適化するため、内科受診患者の来院動態・疾患パノラマ・漢方方剤使用状況を実地調査した。疾患パノラマとしては、呼吸器疾患が38%で最多、次いで消化器（23%）、泌尿器（15%）が続き、夏期の熱中症（4%）、蕁麻疹（5%）も年間を通じて多かった。調査結果から①急患診療所・各種二次病院・救急隊・開業医とのプライマリケア連携改善の提案②日祭日昼間外来は朝のみならず夕方にも受診ピークがあるため職員配置対応が必要③漢方薬は熱中症などの急性疾患にも有効と思われるため基本方剤常備が必要④タクシー代わりに救急車出動要請するケースもあるので適切な市民医療教育が必要⑤致命的緊急疾患以外は急患診療所がプライマリケアを担当すべきであり救急隊員からの受入れ要請は時間ロスとなるため不要⑥当番二次病院との連携については、急患診療所は無床であることを考えると原則全員受入れるべきと考え提案したい。

へき地診療所における急性腸炎の検討

寒川 浩道^{1,2}¹橋本市市民病院 ²高野山総合診療所

目的：患者背景から見た抗菌薬適応としては高齢、小児、糖尿病、肝疾患、悪性腫瘍などが挙げられているが、軽快遅延に関する検討がなされた報告は少ない。急性腸炎における軽快遅延の頻度およびそれに対する簡敏な予測因子を検出することである。方法：高野山総合診療所を受診し急性腸炎と診断された415例について後ろ向きに検討した。旅行者などで転帰不明例41例を除く、374例を解析した。軽快遅延例は軽快までの日数10日以上と定義した。また採血施行例161例と軽快期間の関連についても解析を施行した。結果：軽快遅延群は有意に高齢であり、女性、糖尿病、担癌、心不全、腎疾患、消化管胆膵疾患、血液疾患が多かった。軽快遅延群で有意に採血、レントゲン、CT施行率が高かった。軽快遅延群で有意にlevofloxacin内服、輸液が高かった。軽快遅延群でBUN, Cr, eGFR値が有意に高く、Hb, AST, ALTは有意に低かった。多変量解析では、心不全、糖尿病、年齢および性別が軽快遅延の独立した予測因子であった。Hb値が軽快遅延の独立した予測因子であった。結語：急性腸炎では心不全、糖尿病、高齢および女性、低Hb値は軽快遅延する傾向があり注意を払う必要がある。

腹膜炎による大量腹水貯留を契機に診断に至った遅発性VPシャント感染の一例

高木 星宇¹ 林 幹雄¹ 高木 博¹ 野田 章子¹
五十嵐 淳¹ 廣瀬 知人¹ 廣瀬 由美¹ 鈴木 将玄¹
大原 佑介² 永井 健太郎² 山本 雅由²
伊藤 嘉朗³ 中村 和弘³ 上村 和也³¹筑波メディカルセンター病院総合診療科²筑波メディカルセンター病院消化器外科³筑波メディカルセンター病院脳神経外科

【背景】VPシャント感染は一般的に5-15%程度とされ、術後1ヶ月以内に75%が発症し、1年以内に90%が発症する。本症例はVPシャント挿入から7年の経過後にVPシャント感染を発症した一例である。

【症例】71歳男性。2006年、くも膜下出血に対しクリッピング術を施行し、術後の水頭症に対しVPシャント挿入術を施行した。2013年5月、発熱、腹水貯留の精査目的で当科入院とした。腹水培養よりMRSEを数回検出したことから、VPシャント感染によるMRSE腹膜炎が疑われた。そのため、消化器外科にて開腹手術を施行したところ、VPシャント先端に大量の白苔付着を認め、VPシャント感染と診断し、同日VPシャントを抜去した。術後はMRSE腹膜炎に対し抗菌薬（VCM）の点滴治療を計4週間継続したところ、術前に認められた発熱、腹水貯留は改善した。術後の治療経過中に髄膜炎を発症したことから、一時的に集中治療管理も施行したが、その後の経過は順調であり、VPシャント抜去後の水頭症の再発は認めず経過し、治療終了とした。

【考察】発熱、腹水貯留を契機にVPシャント感染によるMRSE腹膜炎と診断し、シャント抜去術、抗菌薬治療にて良好な経過を認めた一例を経験した。VPシャント術後の長期な経過で腹膜炎を発症することはまれであり、診断および治療に関しての文献的考察を加え、その詳細を紹介する。

順天堂医院救急科で診療を行った背部痛の検討

柳川 洋一¹ 相原 恒一郎² 渡邊 心² 永山 正隆²
 竹本 正明² 橋本 崇² 中里 朋子² 高山 敏夫²
 射場 敏明² 高澤 祐治² 金子 和夫²

¹順天堂大学医学部附属静岡病院

²順天堂大学医学部附属順天堂医院

【方法】2011年1月より2013年3月まで、背部痛を主訴で来院し、順天堂医院救急診療科で診療を行った症例を対象とした。除外項目としては明らかな外傷機転が生じて背部痛を生じた症例と背部皮膚感染症とした。対象の性別、年齢、来院時生命徴候、画像所見、採血・尿検査結果、最終診断名、転帰、最終診断に重要だった所見に関して、診療録情報を基にデータとして収集した。入院となった症例を入院群、外来症例を外来群に2分し、両群間で臨床的な背景の差の有無を検討した。

【結果】対象期間中、背部痛で診療を行った症例は183例であり、明らかな外傷機転により背部痛が生じた症例85例と背部粉瘤3例を除外した。残りの95例が分析対象となった。診断結果は、尿管結石 53、腎盂腎炎 10、筋筋膜性腰痛症 10、腰椎椎間板ヘルニア 6、化膿性脊椎炎 6、腰椎圧迫骨折 2、腰椎症 2、腰部脊柱管狭窄症 2、大動脈解離 2、腹部大動脈瘤破裂 1、膵炎 1、腎腫瘍出血 1、副腎出血 1、腸腰筋膿瘍 1、卵巣腫瘍捻転 1 例であった。入院群 (n=19) は外来群と比較し、年齢が高く、女性が多く、意識水準が悪く、血圧が低く、脈拍は多く、体温は高く、白血球数は高く、死亡率は高い結果となった。これらの有意となった項目のうち、死亡率除く項目を説明変数、外来もしくは入院を目的変数としてロジスティック回帰分析結果を行った結果、年齢、体温、血圧が入院・外来判断に関わる独立因子であった。画像診断では入院群ではレントゲン診断は3例のみに有用であったが、CTは13例 (86%) に有用だった。

【結語】高齢者や生命徴候に異常のある背部痛には致命的疾患を原因とする可能性があり、留意が必要である。

ブルガダ症候群の剖検症例の経験から、遺伝が関与する疾患への診療対応について

古川 智之 森田 沙斗武 西 克治

滋賀医科大学社会医学部門法医学講座

症例は33歳の男性。午前8時半頃1階のリビングの床上でうつぶせになったままの状態に妻に発見された。最終生存確認は前日の午後10時半頃である。母親が30代で原因不明により死亡している。溢血点は左右ともに多数出現していた。内腔血液は流動、肺は水腫状、肝臓・脾臓・膵臓・腎臓・副腎はいずれも鬱血。組織所見では心臓の右心室部に線維化と脂肪織内の出血所見が見られた。5年間異常を指摘されていた心電図は、V1からV3誘導において coved and saddleback 型 ST 上昇のブルガダ型波形であった。今回剖検所見から急死の所見が目立ち、死因は心室細動によるものと思われた。また心筋に線維化がみとめられており、過去に同様の発作が起こっていたと考えられる。ブルガダ症候群は約20%の症例にナトリウムチャンネル遺伝子の変異と、さらにカルシウムチャンネルなど7種類の遺伝子の関与が報告されている。ご遺族の同意のもと現在当大学循環器内科にて遺伝子検索中であるが、長男と長女がおられることから今後結果を報告したいと考えている。遺伝性素因が関与するとすれば、現在生活されているご遺族の健康にも反映されるため解剖の恩恵を受けたことになる。母親が原因不明として急死しており、今後原因不明の急死として連鎖していく可能性もあった。検診異常の指摘から精査にまわらなかったことは残念であるが、診療にあたる側としては、遺伝が関与する疾患にあたられた場合、本人だけでなくご家族やご遺族への対応も必要である。検診の際、もし問診時すでに心電図検査が終了し手元に届いた場合は少しでも目を通し、検診の問診であっても精査が必要な心電図であることを伝えてもよいのではないかと。また総合診療の場では、意識消失やめまいの訴えがあれば心電図検査を行うことを再確認したい。家族歴の問診も重要である。

Walk-in 腹痛患者における腹部超音波検査の意義

河合 良介^{1,5} 畠 二郎¹ 眞部 紀明¹ 今村 祐志¹
 飯田 あい¹ 井上 和彦² 楠 裕明² 本多 啓介²
 山下 直人² 神崎 智子² 塚本 真知² 春間 賢³
 松下 明⁴

¹川崎医科大学検査診断学 (内視鏡・超音波)

²川崎医科大学総合臨床医学

³川崎機医科大学消化管内科学

⁴岡山家庭医療センター奈義ファミリークリニック

⁵社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 湯郷ファミリークリニック

【背景】急性腹痛症の戦略として、まずは腹部超音波検査 (以下 US) を施行することが推奨されている¹⁾ が、本邦では一般的ではない。【目的】外来 walk in 腹痛患者における US の意義を明らかにする。【対象】2013年4月～11月に当院総合診療部外来を受診し、腹痛の原因精査目的で US を施行した 76 件のうち検査後の経過を追跡し得た 56 例【方法】外来担当医 (消化器病専門医 5 名・研修医 3 名) が US を依頼した時点での検査前外来診断を記載。この記載内容を知らされない検査担当者 (超音波専門医 3 名・非専門医 4 名・認定検査技師 4 名) が検査後 US 診断を記載した。最終診断は、その後の診療録を追跡し、他 modality を含めた経過から判断した。外来診断・US 診断能を算出し、かつ外来医の専門資格有無 2 群間で US 意義について比較した。US の役割としては①診断変更②診断の絞り込み③外来診断の確認のみ④US 診断に至らずの 4 つに分類し考察した。【結果】最終診断においては 21 例 (37.5%) で器質的疾患 (腸炎 8・憩室炎 3・胃潰瘍 1・虫垂炎 1・小腸 GIST 穿孔 1・尿管結石 4・膀胱炎 1・精巣上体垂炎 1・卵巣出血 1) が検出され、消化管疾患が 66.7% を占めた。外来診断的中率は 58.9% (陰性的中率 95.5%・偽陽性 12 例)、US の正診率は 94.6% (陰性的中率 92.1%・偽陽性 0 例)。US の役割については① 26.8% ② 8.9% ③ 58.9% ④ 3 例 5.4% (胃潰瘍・膀胱炎・精巣上体垂炎の各 1 例) であった。外来医が消化器病専門医の場合は① 15.6% ② 9.4% ③ 68.8%、研修医の場合は① 41.7% ② 8.3% ③ 45.8% であり、研修医では US 有用性 (①+②) が高くなる傾向 (P=0.0533) があつた。【考察】臨床セッティング・外来経験によって US の意義は変化しうる。基幹病院紹介を考えた場合、(距離的問題など) なるべく偽陽性を避けたいセッティングにおいて特に US が有用であると考えられた。ただし消化管の観察が望ましい。【参考文献】1) Laméris W et al. Imaging strategies for detection of urgent conditions in patients with acute abdominal pain: diagnostic accuracy study. BMJ 2009; 338:b2431.

災害支援医療の慢性期において全科診療を行う総合診療医が重要である

羽田 俊彦¹ 高屋 としき² 上田 研¹ 丸山 洋¹
 富田 博樹³

¹武蔵野赤十字病院 ²さいたま赤十字病院 ³日本赤十字社

目的) 東日本大震災において超急性期に災害派遣医療チーム (DMAT) が活動した。一方、巨大津波による医療施設の甚大な破壊のため、被災地は慢性期の医療支援を必要とした。震災後 1 カ月後より 5 ヶ月間、日本赤十字社は慢性期の災害医療に対して救急外来支援医師を、被災を免れた石巻赤十字病院に派遣し、この活動を第 3・4 回日本プライマリケア連合学会にて報告した。東日本大震災後の救急外来支援医師派遣業務を解析する。方法) 本人からの聞き取り及び赤十字社病院 HP から専門診療科を特定した。結果) 計 81 名の医師の内訳は内科医 38 名、研修医 15 名、救急医 12 名、外科医 6 名、小児科医 3 名、整形外科医 3 名、麻酔科医 2 名、産婦人科医 2 名。6 人の構成で 6 日間石巻赤十字病院内に常駐して全科 1 次救急診療を行い、相補的に活動し交代制を敷いた。瓦礫による肺炎や気管支喘息が多く、骨折や外傷などの外科初期処置、小児疾患、震災地震津波被害及び放射線事故による精神疾患 (PTSD) にも対応した。総括) 災害医療支援の慢性期において全科一次救急診療可能な総合診療医の役割が重要である。

咬傷部痂皮の PCR にて *Streptobacillus moniliformis* を検出した鼠咬症の 1 例

橋本 由徳^{1,2} 志賀 純子^{1,2} 岡本 勝¹
小村 裕美² 田中 孝幸² 吉田 泰之¹ 杉本 勇二³
日野 理彦²

¹鳥取県立中央病院総合診療科

²鳥取県立中央病院血液内科

³鳥取県立中央病院呼吸器内科

【緒言】鼠咬症とは、鼠咬傷により感染する *Streptobacillus moniliformis* (以下 *S. moniliformis*) および *Spirillum minus* による人獣共通感染症である。*S. moniliformis* はドブネズミ (*Rattus norvegicus*) の多くが保菌しており、咬傷、汚染物の経口等により感染する。2～10 日の潜伏期を経て、ウイルス感染様の初期症状 (発熱、悪寒、筋肉痛、関節痛等) を呈し、2～4 日後に斑状丘疹状発疹が出現する。今回我々は、2008 年に Nakagomi らが報告して以来国内外で 2 例目となる咬傷部痂皮の PCR にて *S. moniliformis* を検出した鼠咬症を経験したので警鐘を兼ね報告する。

【症例】症例は 59 歳、男性。入院 1 週間前より発熱、悪寒、筋肉痛が持続し近医より紹介入院となった。既往として入院 2 週間前に左示指を鼠に咬まれていた。入院時の血液検査において肝機能障害、高度の炎症反応を呈していたが播種性血管内凝固症候群を疑う所見は認めなかった。人獣共通感染症を疑い抗菌薬を開始するとともに、鼠咬症、レプトスピラ症等を鑑別に挙げ国立感染症研究所に血液、尿および咬傷部痂皮を送付し精査を依頼 (行政検査) した。その結果、血液では検出されなかったものの、咬傷部痂皮の PCR より *S. moniliformis* 特異的遺伝子を検出し鼠咬症と診断した (レプトスピラは抗体、DNA とともに陰性)。抗菌薬にて症状は徐々に改善したが、既存報告と異なり発熱から 3 週間後に両手掌に膿疱様発疹を認めたことは興味深い。

【考察】衛生環境の改善等にて近年本邦での報告が稀な鼠咬症を経験した。鼠咬傷歴があれば鑑別に挙げることは比較的容易であるが、咬傷歴が不明または聴取困難、経口感染の場合は診断に難渋する。無治療での致死率は約 10% 前後とされており、鑑別診断の想起、初期診療が重要であると考えられる。咬傷歴がある場合、リケッチア感染症同様、確定診断には咬傷部痂皮の PCR が有用であり、初診時に検体採取を心がけるべきである。

救命救急センターに搬送になった異物による窒息が原因の心肺停止症例の検討

方波見 謙一 平安山 直美 佐藤 朝之
立花 義浩

市立札幌病院

高齢化に伴い、異物による窒息が原因での死亡が年々増加傾向である。今後もこの傾向は続くと考えられ、高齢化社会においては嚥下力低下、誤嚥、異物による窒息という問題はますます大きな問題になっていくと思われる。異物による窒息が原因で心肺停止状態になってしまうと神経学的予後が悪いことが報告されている。札幌市では平成 19 年から平成 23 年で窒息による心肺停止症例が 350 例あり、70 歳以上がその 78% 程度と高齢者に多いことがわかる。そのうち 84 症例が当院に搬入になっているが、窒息の原因となった物質を検討してみると、流動食・軟食が 15 例、もちが 14 例、米が 12 例、吐物が 7 例、パンが 6 例と続いた。報道などで注意喚起されているゼリーによる窒息は 1 例であった。流動食・軟食や、米やパンなどももちなど一般的に危険とされているものと同等に窒息を起こしえる可能性があり注意が必要である。若干の考察を加え、これを報告する。

診断に苦慮した肺梗塞を来した若年女性の一例

中村 友之 上原 尚子 関 香織 埴岡 祐介
 山上 啓子 今西 政仁

大阪市立総合医療センター総合診療科

【症例】24歳女性【主訴】左胸背部痛【現病歴】生来健康で、X-7日に水様性下痢が出現し、感染性腸炎として抗生剤治療（LVFX：500mg/日）をうけた。X-1日、起床時に左胸背部痛を自覚し、吸気、体動で増悪するため、X日に当科受診となった。発熱、左胸背痛、WBC：8330/mm³、CRP：2.35mg/dlとCTで左下葉胸膜下に軽度の浸潤影、少量の胸水がみられたため、入院となった。肺炎、胸膜炎の診断でCTRX：1g/日を開始したが、血痰を伴い、胸痛の改善はなく、炎症反応の上昇、浸潤影悪化、胸水の増加がみられた。第7病日に膿胸を疑い造影CTを施行したところ、膿胸はなかったが、左肺動脈血栓がみられた。下肢静脈に血栓はなかったが、右総腸骨静脈に径2cm×3.6cmの血栓、左総腸骨静脈から内腸骨静脈に血栓にかけて2.7cm×4.8cmの血栓がみられた。心エコー図検査では、右室収縮期圧の上昇はなく、Dダイマーは、2.5μg/mlであった。左胸膜面に接する楔形の浸潤影と無気肺から肺梗塞を考え、抗凝固療法を開始した。血液凝固異常を来す疾患はなく、月経困難症で7ヶ月前から内服中の低用量ピルによる血栓形成が原因と考えられた。治療により症状も軽快し、炎症反応も低下、血栓、浸潤影も縮小、胸水は消失した。【考察】肺梗塞は、発熱も伴い臨床症状、画像所見からも胸膜炎、肺炎に類似し診断が困難なことがある。胸膜付近の肺炎像では、下腿浮腫はない場合でも肺血栓塞栓症のリスク評価を行い、肺梗塞を鑑別に挙げる事が重要である。今回、胸膜痛を初発とし、診断に難渋し、症状、画像を経時的に追うことができた肺梗塞の一例を経験したため報告する。

MSSA 敗血症により化膿性筋膜炎と多発性関節炎を呈した1例

陸田 典和 北 啓一郎 川淵 奈三栄 渡辺 史子
 三浦 太郎 小浦 友行 黒岩 麻衣子
 吉田 樹一郎 山城 清二

富山大学附属病院総合診療部

【症例】80歳、女性
 【主訴】左前胸部痛、発熱
 【現病歴】4日前の夜、左前胸部に「今まで経験したことのない、刺すような痛み」を自覚。3日前に近医内科、2日前に他院整形外科を受診したがいずれも明らか異常なく、対症的に加療されていた。症状が改善しないため当科受診。受診時は意識清明、血圧127/69mmHg、脈拍93/分、整、体温38.0℃、呼吸数18/分、白血球13570/μlとSIRSの状態であった。左胸鎖関節、第2-5肋軟骨付着部に沿って叩打痛あり、頸部～前胸部に境界不明瞭な淡い発赤を認めた。胸部レントゲン、腹部超音波、検尿では明らかな異常を認めず。血液培養を施行したところ、翌日2セットからグラム陽性球菌を検出したため入院となった。
 【既往歴】特記事項なし
 【入院後経過考察】胸部CT、MRIより、左大胸筋と左胸鎖関節の腫脹を認めた。また診察上左膝関節の腫脹も認め、関節穿刺を施行したところ膿性の関節液がみられ、グラム陽性球菌が検出された。緊急関節鏡視下洗浄・持続灌流とMEPM+LZDを開始した。血液・関節液培養からともにMSSAが同定され、MSSA敗血症による化膿性筋炎・敗血症性関節炎と診断、SBT/ABPCに変更したが、左胸部筋層下の膿瘍が次第に増大し第13病日に同部の切開排膿を行った。第21日病日に整形外科転科、リハビリを経て第80病日に退院した。
 【考察】化膿性筋炎 pyomyositis は敗血症に伴う筋肉内感染症であり、従来熱帯地方に好発するとされていたが (tropic pyomyositis)、近年では温帯地方からの報告が増加している (temperate pyomyositis)。起病菌としては黄色ブドウ球菌が最多であり、多くは体幹や下肢に発症することが多い。背景疾患がなく、大胸筋が感染巣となり、多発性関節炎を呈した例は少ない。本例の場合、手指爪床部の慢性的なびらんが侵入門戸と考えられた。

上行腰静脈に迷入した中心静脈カテーテルが原因と考えられた腸腰筋膿瘍に小脳膿瘍を合併した1例

川本 亜弥¹ 小田原 一哉² 麓 憲行³ 森實 岳史²
田中 英夫³ 伊木 勇輔¹

¹愛媛県立中央病院臨床研修センター

²愛媛県立中央病院救急診療科

³愛媛県立中央病院脳神経外科

症例は64歳、女性。2013年1月頃からうつ病による食欲低下を認め、1月下旬に前医に入院し内服薬を調整されたが症状の改善なく経管栄養をされていた。11月13日に発熱が出現、肺炎の診断で抗生剤投与を開始し、右鼠径部から中心静脈カテーテル（以下、CVC）が挿入され高カロリー輸液が施されていた。12月1日に意識障害、右共同偏視が出現し、頭部CTで右小脳梗塞と診断された。また炎症反応の上昇あり、CT検査で右腸腰筋膿瘍を認めたため、12月2日に当院救急搬送され入院となった。来院時 GCS E4V1M1、意志疎通は不能、瞳孔径の左右差あり、自発呼吸はあるものの舌根沈下を認めており、前医から経鼻エアウェイが挿入されていた。発熱なく、その他のバイタルサインも異常は認めなかった。造影CTで右腸腰筋の膿瘍形成とそれに隣接する上行腰静脈内に右鼠径部から挿入したCVCが留置されているのを認めたため、CVCを抜去した。また来院時の血液培養とカテーテル先端の培養は陰性であったが、尿培養から Enterococcus avium、腸腰筋膿瘍の穿刺ドレナージ液から MRSE が検出された。入院後から抗生剤投与を開始したが、炎症反応の改善を認めなかった。また、小脳梗塞に対しては当初より水頭症を認めたため、抗浮腫剤の投与を行っていたが、改善を認めず、12月6日に脳室ドレナージを施行した。しかしながら水頭症の改善は軽微で12月12日に頭部造影CT検査を施行したところ小脳膿瘍を認め、小脳膿瘍ドレナージ術を施行した。12月16日には炎症反応の改善を認めた。12月25日のCT検査で小脳膿瘍の縮小に伴う水頭症の改善及び腸腰筋膿瘍の縮小を認めた。

中心静脈カテーテルが上行腰静脈に迷入したことによる腸腰筋膿瘍に小脳膿瘍を合併した稀と考えられる1例を経験したので報告する。

早期診断・治療により良好な転帰をたどった成人発症のインフルエンザ脳症の一例

大塚 貴博¹ 入山 大希¹ 金井 貴夫¹
五十野 博基¹ 木下 賢輔¹ 小林 裕幸¹
阿部 智一² 徳田 安春¹

¹筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院総合診療科

²筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院救急科

虫垂炎の手術歴がある39歳女性。X年1月21日に娘がインフルエンザと診断され、翌22日朝から38度の発熱を認めた。同日近医を受診し、インフルエンザ迅速キットにてA型インフルエンザと診断されオセルタミビルを含む感冒薬を処方された（実際は内服せず）。帰宅後から翌23日朝まで臥床したままとなり、呼名に反応がなく失禁もみられたため23日に当院へ救急搬送となった。来院時、意識レベルはJCSⅢ-300、GCS5（E1V1M3）、体温40.4度であり、身体所見上有意なものはなく、項部硬直は認めなかった。髄液検査では無色透明で、単核球優位の軽度細胞数増加を認め、脳CTにて浮腫様変化を認めた。以上より髄膜炎や脳症を最も考え、入院にてセフトリアキソン・アシクロビル・ペラミビルを投与し、さらに、グリセリン投与とステロイド・パルス療法を行った。その後、意識レベルは24日（第2病日）にはJCSⅠ-3、GCS13（E4V4M5）、26日（第3病日）には完全に清明になった（JCS0、GCS15）。以降も全身状態の悪化はなく2月1日（第10病日）退院となった。その後、高IL-6血症と脳波上全般性高振幅徐波が判明し、経過と合わせてインフルエンザ脳症と診断した（PCR検査では当時周辺地域で流行していたAH3香港型と判明した）。インフルエンザ脳症は症状の進行が早く、死亡率が高い。また、重篤な後遺症を残す予後不良な疾患である。多くは小児で発症するが、成人でも少数の報告がある。高サイトカイン血症に伴う全身の血管透過性亢進やアポトーシスが主病態であり、これらに対してステロイド・パルス療法やγグロブリン大量療法などの有効性が報告されている。本症例でも、当初よりインフルエンザ脳症を疑い、速やかにステロイド・パルス療法を開始したことで重篤な後遺症を起こすことなく良好な転帰を得た。インフルエンザはcommon diseaseであり、プライマリ・ケアの現場でもよく遭遇するが、その中から本症が疑われる症例を見出し、速やかに集学的治療につなげることが大切である。

強盗からの絞首による顔面の著明なうっ血、浮腫、皮下出血所見等に漢方薬治療が著効した80代女性の1例

藤田 浩二

亀田総合病院総合診療・感染症科

症例は高血圧以外に大きな問題のない健康な80代の独居女性である。ある日の昼頃自宅のリビングで食事中に、侵入してきた何者かに突然後ろから襲われ首を絞められ意識を失い、その間に物品を奪われた。その後幸いにも意識を取り戻し自ら救急車を要請し当院救急外来へ搬送となった。来院時意識はクリアでバイタルも安定していたが〔血圧160/88mmHg、心拍数98/min、呼吸数18/min、体温36.3℃、SpO₂:96% (room air)〕顔面の腫脹、皮下出血、粘膜の浮腫や縊血点などの所見は著明であった。その他には目立った身体的所見は無かった。血液検査、胸部レントゲン、頭部・頸椎 CT においても異常所見は認められず、脳浮腫も来院時の段階では確認出来なかったが、強盗による絞首で意識を一過性に失っていたこともあり経過観察入院の方針とした。しかしながら上述の様な頭頸部の外観的な所見が著明であり、患者が鏡で患者自身の顔を見た際に受けていた精神的苦痛は非常に大きいものであった。救急受診時に、念のための脳浮腫予防でデキサメタゾンを1度投与しているが、その後はアクアポリン4を介した利尿作用で頭頸部領域の浮腫治療に汎用される五苓散内服を開始した。入院2日目からは、同部位の著明なうっ血や皮下出血所見の改善目的に駆瘀血剤の一種である治打撲一方の内服も開始した。入院後3日が経過した際には頭頸部の所見はほぼ消失した。また、本人も自分の顔を鏡で見る事が可能となり、精神的苦痛も軽減でき無事に入院後4日目には退院の運びとなった。患者の命に別状は無い状況であっても西洋医学的対応と同時に東洋医学的治療を併用することで、急性期救急医療においてもプライマリ・ケア医として患者のQOL向上を最大限に追求することが出来た本症例をここに報告する。

病病連携により家族にも予防として破傷風トキソイドを施行した破傷風患者の経験例

荒木 利卓¹ 松田 真和¹ 鎌田 理嗣¹ 窪田 佳史²
香村 安健² 金子 光和³ 南野 淳⁴

¹独立行政法人国立病院機構長崎医療センター総合診療科
²同 救命救急センター ³医療法人慧明会貞松病院内科
⁴医療法人仁寿会南野病院

【はじめに】破傷風は、決定的な治療がなく、予防が重要な疾患である。1968年より3種混合ワクチン接種が開始されてから、本邦では年間約100例の報告がされている。【症例】58歳、女性。【現病歴・経過】当科外来受診の2週間前に樹木の剪定、及び、農作業を行った。外傷については不明である。1週間前から肩こりを自覚。症状は徐々に増悪経口にあり、開口障害、項部硬直、嚥下障害を認めるようになったため、A病院を受診した。原因精査のため、同日当科外来を紹介され受診。臨床症状から破傷風と診断し、ICUに緊急入院となった。個室管理、遮光、遮音、破傷風トキソイド（以下、ワクチンと略）、PCG 1200万単位/日の投与にて加療を開始した。また、症状緩和目的で硫酸マグネシウムの投与も行った。呼吸器管理の必要なく経過し、約2週間で一般病棟に転棟した。夫も同様に農作業を行っていることから、ワクチンの必要性を本人、家族に説明を行った。当院近隣でワクチンを施行可能なB病院を紹介し、軽快退院となった。その後、ワクチン接種を行う医療機関から連絡があり、病病連携で、ワクチンを施行する医療機関の医師と予防医学について検討を行った。その結果、本人にも計3回のワクチン接種を行っている途中である。夫に対しても、計3回のワクチン接種を予定している。【考察・結論】破傷風は、今日では稀な疾患である。そのため、病歴聴取、身体診察で、土壌汚染、筋硬直、筋痙攣、開口障害、痙攣、自律神経症状を認めた場合、破傷風の可能性を念頭に置く必要がある。本人とその家族が同様の環境で仕事を行っている場合は、家族にも破傷風菌が感染する可能性がある。そこで、本人の治療が終了し、軽快退院ではなく、家族も含めた、予防医学の重要性を説明する必要があると考えられた。このとき、病病連携でワクチン接種について検討を行う機会があり、周辺地域への予防医学的知識の共有も行うことができた。

特徴的な皮膚所見に対して皮膚生検を繰り返し、最終的に血管内リンパ腫と診断された一例

中山 翔太¹ 藤原 元嗣¹ 永江 航² 井上 卓也³
江入 明子¹ 内藤 優香¹ 徳富 潤¹ 多胡 雅毅¹
朝長 元輔¹ 吉岡 経明¹ 百武 正樹¹ 坂西 雄太²
京樂 格¹ 杉岡 隆² 山下 秀一¹

¹佐賀大学医学附属病院総合診療部

²佐賀大学医学部地域医療支援学講座

³佐賀大学医学部附属病院皮膚科

【症例】75歳女性、特記すべき既往歴なし。【現病歴】2013年某月、腹部皮膚の毛細血管拡張と肥厚を主訴に地域基幹病院を受診。皮膚生検、CTなどの精査を受けリンパ浮腫と診断された。その後も症状が進行したため、2か月後に佐賀大学皮膚科へ紹介受診、その際に低酸素血症、低Na血症などを認め総合診療部で入院となった。【入院後経過】入院後、皮膚生検を2回繰り返すも原因は判明せず、蜂窩織炎を疑い抗生剤投与を行うも皮膚所見は改善を認めなかった。低酸素血症について、心機能は問題なく、画像所見では片側胸水と軽度の肺気腫以外に異常を認めなかった。低Na血症はSIADHを疑い水分制限・塩分負荷を行ったが改善を認めなかった。入院後20病日で低血糖を発症し、ステロイド少量投与を行ったところ全身状態の改善を認めた。下垂体前葉機能不全に伴う続発性副腎不全が疑われたが、診断確定のための負荷試験は実施困難であった。入院後40病日、胸水の著しい増加とともに呼吸状態が悪化、46病日で挿管。その一方で皮膚所見は腹部から胸部へと進展傾向を認め、挿管後にランダム皮膚生検を施行したところ血管内腔に中～大型の異型リンパ球の浸潤を認め、免疫染色でCD20陽性であり血管内リンパ腫と診断された。その後も全身状態の悪化は進行し、第56病日で死亡、病理解剖が行われた。剖検所見では皮膚の肥厚以外に腸間膜などの脂肪織硬化を認めた。【考察】血管内リンパ腫は腫瘍細胞が小血管・毛細血管内腔に浸潤し全身症状を引き起こす。非特異的な全身症状や中枢神経症状のほか、炎症性皮膚疾患様の皮膚所見を伴うことがあるが、特に診断が困難な疾患として有名である。本症例はその他にも特徴的な経過を来たし病理解剖まで行われたことから、教育的意義が高いと考え、考察を加えて報告する。

慢性腎不全の急性増悪によりピルシカイニド中毒となり緊急透析により改善した症例

池谷 直樹 中島 太 荻野 修平 永田 総一郎
内田 真一 板谷 三紀子 粕田 葵 篠崎 真吾
大浦 正晴 菱田 明

焼津市立総合病院

症例は72歳男性。紫斑病性腎炎による慢性腎不全のため外来通院中で、心房細動の既往があり塩酸ピルシカイニド100mg/日にて加療中であった。某夜21時頃、突然の意識レベル低下と体動困難を生じ当院受診。血圧低下を認め、心電図では2.5秒ほどの休止を伴う、心室リズムのwide QRSであった。2週間前には1.82mg/dlであった血清Cr値が3.75mg/dlまで上昇していた。腎機能低下による塩酸ピルシカイニドの血中濃度上昇が不整脈発作を誘発したと考えられ、A院腎臓内科に搬送され翌日午前1時頃より緊急血液透析を開始したところ、透析開始後30分ほどでnarrow QRSとなり、1時間ほどで洞調律を回復、午前8時頃には心電図波形正常となっていた。3時間の透析前後において血中濃度は4.30μg/mlから2.10μg/mlへと低下していた。(まとめ)慢性腎不全の急性増悪により塩酸ピルシカイニドの排泄低下が生じて急性中毒が発症し、透析により除去され改善した1例を経験した。

神経性食思不振症に類似した症状を呈したスキルス胃癌の一例

立花 祐毅¹ 日野 拓耶¹ 高津 宏樹¹ 北尾 章人¹
中治 仁志¹ 家城 隆次¹ 玉山 大志²

¹公立豊岡病院総合診療科 ²公立豊岡病院精神科

【症例】30歳 女性

【主訴】嘔吐 体重減少

【既往歴】25歳 anorexia nervosa

【現病歴】200X年4月末より食欲はあるが食事が喉を通らず、2ヶ月で約20kgの体重減少があり近医受診。既往より anorexia nervosa (以下 AN) の再燃疑いと栄養障害の改善依頼にて200X年6月に当院総合診療科外来紹介。

採血上 Low T3 を認め、無月経が見られ、また5年前に AN の既往があったため精神科に紹介。

器質的疾患の除外のため 体重減少の精査 栄養改善の為入院とした。

【入院時現症】BP83/66mmHg HR75/min KT36.7℃ SpO₂98% (ra) 身長157cm 体重29kg BMI11.4 意識清明 眼瞼結膜貧血なし 眼球結膜黄染なし 甲状腺腫大なし 心音 整 雑音なし 呼吸音 清 腹部平坦軟 圧痛なし 下腿浮腫認めず 産毛の密集なし 恥毛の脱落なし

【主要な検査所見】WBC5900/ul Hb15.5g/dl Ht48.2% BUN36.7mg/dl Cre0.97mg/dl T-Chol342mg/dl TSH4.36 μU/ml f-T4 0.73ng/dl f-T3 0.9ng/dl 尿比重 1.032 尿たんぱく2+ 尿ケトン1+

【入院後経過、考察】

入院第2病日の胃カメラ検査にて噴門部狭窄と噴門部から体部にかけて拡張不良、趨壁肥大 粘膜不整を認め4型胃癌の様相を呈していた。造影CTにて脾門部・肝外側区域に直接浸潤を認めた。スキルス胃癌 Stage III C期と診断し、第5病日より化学療法開始となった。本症例においては当初は既往歴に AN があることから AN による体重減少と考えていたが、今回受診時には bodyimage の障害がなく AN とするには非典型的であった。神経性食思不振症のプライマリケアのためのガイドラインでは診断基準をみたく事になるが、一方で器質的疾患の除外がされていなかったため AN の確定診断には至らず 慎重に対応した結果、早期に診断治療開始することができた。

経過中に咽頭痛の増悪と開口障害を認めた伝染性単核症

水上 潤哉 佐藤 茉由 畑中 志郎 児嶋 君児
鈴木 慶彦 小宮 英明 原田 芳巳 平山 陽示

東京医科大学病院総合診療科

【症例】19歳、女性。

【主訴】発熱、頸部リンパ節腫脹。

【現病歴】近医にて急性咽頭炎と診断され CAM 400mg /日の内服加療を受けていた。1週間経過したが症状の改善がないため当科を紹介受診した。39℃の発熱、両側口蓋扁桃に発赤、腫脹、白苔を認めた。両側頸部に3cm大までのリンパ節、右肋骨弓下に肝臓を3cm触知した。白血球増多(10,100 /ml)、異型リンパ球の出現(13.5%)、肝酵素異常(AST/ALT 364/529 U/l)を認め、精査加療目的に入院となった。【入院後経過】VCA-IgG抗体(+)、抗EBNA抗体(-)から伝染性単核症と診断した。抗菌薬は中止した。入院後に肝酵素異常は改善傾向であったが発熱は持続していた。第7病日より咽頭痛の増悪、第10病日には開口障害を認めた。左口蓋扁桃が腫大し、頸部造影CTでは左扁桃周囲膿瘍を認めたため、切開排膿および抗菌薬(CTR 2g/日、CLDM 1,800mg/日)の投与を行った。膿瘍からは *Streptococcus-a-hemolytic*, *Haemophilus parainfluenzae* が検出された。翌日より解熱、咽頭痛の改善を認め、第19病日に退院となった。

【考察】開口障害は炎症、外傷、腫瘍、関節症などの原因により生じる。自験例では、伝染性単核症の経過中に咽頭痛の増悪、開口障害を認め、扁桃周囲膿瘍を合併した。扁桃周囲膿瘍を認めた場合、数%は伝染性単核症が合併しているとの報告があるが、自験例のように、先行して伝染性単核症と診断された症例で、経過中に開口障害を認め、扁桃周囲膿瘍を合併した報告はほとんどなかった。扁桃周囲膿瘍は早期治療が必要であり、伝染性単核症の治療経過中に咽頭痛が増悪または開口障害を認めた場合には扁桃周囲膿瘍の合併に留意する必要があると考えられた。

熱中症、暑気あたりに対して漢方治療が有効であった4症例

吉永 亮 前田 ひろみ 田原 英一

飯塚病院東洋医学センター漢方診療科

【緒言】プライマリ・ケア外来では、夏に屋外での労働による熱中症にしばしば遭遇する。今回、熱中症、暑気あたりに対して漢方治療が有効であった症例を経験したので報告する。【症例1】40歳男性（トラック運転手）。X年8月、数日前から朝から荷台積みの仕事。18時より両下肢に加え、背部、腹部が攣り痛むため救急外来受診。〔現症〕体温37.1℃、血圧160/124mmHg、脈拍91/分。四肢と腹部の筋痙攣あり。〔経過〕補液に加え筋痙攣の緩和目的に芍薬甘草湯5.0gを内服し15分後に改善。【症例2】44歳男性（工事作業）。X年8月、屋外の作業場で朝から仕事。18時より上下肢の攣りが出現。症状が強く救急要請し救命センター受診。〔現症〕体温36.3℃、血圧112/78mmHg、脈拍86/分、上下肢の筋痙攣あり。〔経過〕補液に加え芍薬甘草湯5.0gを内服。15分後に筋痙攣が改善。【症例3】64歳男性（土木作業）。X年8月朝から屋外で作業。入浴後全身が攣って体動困難となり、救急要請し救命センター受診。〔現症〕体温36.9℃、血圧113/80mmHg、脈拍80/分。両上下肢に筋痙攣あり。〔経過〕補液に加え芍薬甘草湯5.0gを内服。15分で筋痙攣は消失。【症例4】43歳男性（庭師）。X年8月、屋外での仕事から帰宅後、口渴が強く発汗が持続、体がほてって眠れない。例年夏に同様の症状、7kgの体重減少がある。〔現症〕身長180cm、体重70kg 体温36.5℃〔経過〕熱がこもった状態であり、白虎加人参湯7.5g分3を処方。口渴、不眠、体重減少が改善。【考察】症例1-3は同日に救命センターを受診し腎機能障害を合併し入院加療を必要とした急性の病態（熱中症重症度分類：3°）で、症例4は診療所を受診した慢性の病態（暑気あたり）である。暑熱環境によって生じる生体障害に対して漢方治療が有効な場合がある。

徳島県南の僻地医療拠点病院による救急医療用ヘリコプター（以下ドクターヘリ）の利用状況

田畑 良^{1,2} 森 敬子² 三橋 乃梨子² 小幡 史明²
 浦岡 秀行² 岡 博文^{2,3} 影治 照喜^{2,3}
 西田 結香⁴ 中西 嘉憲¹ 清水 伸彦^{1,2}
 山口 治隆¹ 河野 光宏^{1,2} 谷 憲治¹ 坂東 弘康²

¹徳島大学大学院総合診療医学分野 ²徳島県立海部病院

³徳島大学病院地域神経外科学診療部

⁴徳島大学医学部医学科

【はじめに】徳島県立海部病院は徳島県南部における地域の核病院であり、救急指定病院でもある。施設間搬送が必要となる場合、従来は救急車での施設間搬送が中心であった。しかしドクターヘリ運用以降、施設間搬送にドクターヘリの要請も可能となり、徳島県南の救急医療にとって非常に有益であると考えている。

【方法】平成24年11月から平成25年11月までのドクターヘリ要請した全49例を院内データベースおよび患者カルテからレトロスペクティブに検討した。患者の重症度を2つの基準で分類した。A. 緊急度：1. JCS>100orGCS<8、2. BP<90mmHg、3. SpO₂<90%or人工呼吸器or気道緊急の3つ、B. 疾患分類：1. CPA、2. ACS、3. 大血管疾患、4. 脳血管障害、5. 外傷、6. 敗血症、7. 内因性疾患の7つに分類した。

【結果】緊急度基準を満たすのはA1：7例、A2：12例、A3：5例であり、49例中23例（47%）であった。緊急度基準を満たす群の疾患分類はB1：1例、B2：5例、B3：1例、B4：5例、B5：0例、B6：3例、B7：8例であった。緊急度基準を満たさない群の疾患分類はB1：0例、B2：7例、B3：1例、B4：10例、B5：3例、B6：0例、B7：6例であった

【まとめ】本研究ではドクターヘリの現行の要請基準を満たさない症例が半数みられた。高次機能病院への施設間搬送ではドクターヘリの要請に関して緊急度以外に、疾患別、陸路による患者への負担、また急変のリスク、県南の救急体制などを鑑みた新たな基準を検討すべきと思われる。

不明熱で来院した急性リウマチ熱の一例

桑野 公輔 柳 秀高 鴨野 真弘 小澤 秀樹
高木 敦司

東海大学医学部附属病院

症例は16歳、男性。既往歴は気管支喘息、Hirschsprung病。来院10日前より全身倦怠感が出現した。その後、動悸、息切れ、腰痛、38℃台の発熱を認めため近医受診し採血上、炎症反応上昇認めるものの特記すべき所見認めずレボフロキサシン、アセトアミノフェン処方され経過観察となっていた。しかしその後も症状改善認めず当院紹介受診、精査加療目的に入院となった。入院時施行したストレプト迅速検査は陰性であったが入院経過中、咽頭内に白苔付着認めため咽頭培養提出したところ Streptococcus pyogenes (Group A) 陽性であった。また ASO、ASK の上昇、移動する多関節炎など認めた。心臓超音波検査では全弁領域に I 度の逆流があり心電図にて I 度房室ブロック、PR 短縮の所見であった。症状出現3週間前に性交渉歴があり移動する多関節炎を認めたことから HIV や淋菌などの各種検査施行したが、すべて陰性であった。Jones Criteria にて Group A 溶連菌陽性であり遊走性関節炎の大基準2個、関節痛、発熱、赤沈上昇、PR 延長の小基準4個をすべて満たしていることから急性リウマチ熱の診断となった。溶連菌感染症に対しアモキシシリン内服、関節炎に対してはアスピリン内服にて加療開始となった。投与翌日より掻痒感のない皮疹が出現。ペニシリンアレルギーの可能性を考えクリンダマイシンへ変更したが翌日、輪状紅斑出現しリウマチ熱に伴う皮疹と考え再度アモキシシリンへ変更となった。その後、症状改善認めため入院第27病日に退院となった。急性リウマチ熱は A 群 β 溶連菌感染症による上気道感染症後に発症する発熱、多関節炎を主症状とする疾患であるが、今回のように明らかに先行する咽頭炎症状がないこともまれではない。また先進国では比較的稀な疾患である。今回我々は急性リウマチ熱の一例を経験したので若干の考察を交えて報告する。

左上肢不随意運動から診断に至った壊死性筋膜炎の1例

角谷 拓哉 西口 翔 谷川 徹也 田口 雄一郎
中川 佳子 菅波 由有 北川 泉

湘南鎌倉総合病院

病院受診歴のない66歳女性。受診前日より左上肢の震えを自覚した。意識すれば停止可能であったため様子を見ていたが、次第に増悪して制御不能になったため当院受診した。身体所見では、左上肢の捻るようなあるいは投げ出すような比較的急峻な運動が間欠的不随意運動を認め、右足趾悪臭を伴う壊疽と下腿まで熱感を伴う発赤が広がっていた。来院時血液検査では WBC 20900/μg、CRP 24.6mg/dl、血糖値1020 mg/dl、HbA1c 12.8%、血漿浸透圧329mOSM/kg、血清ケトン体(−)であった。以上より、未指摘の糖尿病とそれに伴う舞蹈病が疑われ、右足趾壊疽から増悪した壊死性筋膜炎と診断した。壊死性筋膜炎に対しては減張切開を行い抗菌薬 MEPM1.5g/日、VCM1g/日、CLDM1200mg/日にて加療開始した。同時にインスリンを使用し血糖コントロールを行った。血糖値の改善とともに翌日に不随意運動は消失した。入院時に撮影した頭部 CT、MRI 検査でも明らかな器質的異常を認めなかった。

不随意運動に関しては、症状出現以前に高血糖状態が続いていた事、経過で症状が改善した事、さらにその他の疾患が否定的であった事から糖尿病性舞蹈病と最終診断した。

下肢壊死性筋膜炎に対しては入院翌日に下肢切断術を施行し、抗菌薬加療を継続、全身状態の改善を認め軽快退院となった。

<結語>

今回、左上肢の不随意運動から糖尿病性舞蹈病と診断し、原因として右下肢壊疽から増悪した壊死性筋膜炎が疑われ、外科的加療にて救命し得た貴重な一例を経験したため報告する。

壊死性筋膜炎は致死率の高い疾患で、予後の改善には早期診断が大切である。

高血糖を契機とした不随意運動が疑われた場合、高血糖による感染合併についての早期診断と治療が重要である事を再認識させられた。

山口県東部の救急病院における院外心停止例

白木 照夫

国立病院機構岩国医療センター

【背景と目的】近年、日本蘇生学会やアメリカ心臓病協会から心肺蘇生法のマニュアルが多数発行され、心肺蘇生法の基礎知識は普及してきていると考えられる。また、自動体外式除細動器の設置台数も増加し、実技においても消防署が主催する救命講習会や、アメリカ心臓病協会の委託を受けた日本 ACLS 協会の講習会により、質的向上がはかられてきたと考えられる。しかし、地方の三次救急病院の診療において、院外心停止症例は多いものの、救命率は飛躍的に向上したとの実感が乏しいのも実情である。そこで、地方病院での院外心停止症例の実態と予後改善の支障となる問題点を検討する。【方法】西暦 X 年 1 月から X + 1 年 3 月までに A 病院に救急搬送された院外心停止例、計 96 例について、背景因子、搬送までの心肺蘇生について検討した。【結果】平均年齢は 72 歳、男性 70 名、女性 26 名、発症場所は 69% が自宅であり、公共施設、職場などが 31% であった。基礎疾患は 30% が心原性で、次いで食物の誤嚥による窒息が 20% と多かった。1 ヶ月後生存は 96 例中 4 例 (4.2%) であった。心原性の場合、目撃ありが 50%、by-stander CPR は 22% に施行されており、AED 使用例の生存率は 50% と高率であったが、使用症例数自体が 3% と低く、心原性で目撃例ありの生存率も 9% であった。【考察】本邦では救急通報から約 8 分弱で救急車が到着し、その後は質の高い心肺蘇生法が行われつつ、病院搬送がなされるものと考えられる。当地区では特に心原性については、目撃例も多く、心肺蘇生の施行率も比較的高いと考えられた。一方、予後改善には 119 番通報までの時間や、心肺蘇生の質や、AED の使用率などにも問題点があると考えられた。

ドクターヘリ活動におけるポータブル超音波診断装置の活用

三村 誠二¹ 奥村 澄枝¹ 筑後 文雄¹
神村 盛一郎² 川下 陽一郎³ 大村 健史³
住友 正幸³¹徳島県立中央病院救急科 ²同 耳鼻咽喉科 ³同 外科

当院は平成 24 年 10 月より新病院移転とともにドクターヘリ事業を開始した。当院を基地病院として、徳島県全域、淡路島全域、和歌山県北部を活動範囲として活動している。開始後平成 25 年 12 月末で約 400 人の傷病者に対応している。ドクターヘリには資器材として、緊急薬剤、輸液、気道確保や心肺蘇生に必要な資器材、外傷用資器材、小児診療用資器材などを搭載している。これらの中にポータブル超音波診断装置（以下ポータブルエコー）があり、現場での診療に使用している。

フライトドクターの診療は、現場やヘリ内でも行われるが、多くの診察、安定化処置は主に救急車内で行われる。狭い車内で限られた時間での診療は様々な制限があるが、ポータブルエコーは起動の速さ、手軽さ等から診断の補助として有効である。

運航開始から平成 25 年 12 月 31 日までの間に 123 名の傷病者にポータブルエコーを使用している。内訳は外傷症例に対する FAST (Focused assessment with sonography for Trauma) が 111 例と最も多く、続いて心エコー 8 例、腹部エコー 3 例、産婦人科エコー 1 例であった。超音波検査の結果により搬送先が変更になる事例もあり、また受入先での準備の迅速化にもつながる。

ステロイド投与せずに軽快した好酸球性血管浮腫

児嶋 君児 原田 芳巳 赤石 雄 平山 陽示

東京医科大学病院総合診療科

【症例】31歳、女性【主訴】発熱、頭痛、倦怠感
 【既往歴】幼少期～：アトピー性皮膚炎、20歳：伝染性単核球症、23歳：花粉症
 【現病歴】主訴にて5日前に近医を受診した。マクロライドとNSAIDs処方された。症状の改善なく、2日前に39.7℃の発熱を認め翌日に再診した。精査目的にて当科に紹介受診した。
 【経過】WBC 9,300/ μ l、好酸球31.8% (2,957/ μ l)と好酸球増加を認めた。胸部X線と心電図は正常であった。薬剤性、アレルギー疾患、寄生虫感染、血液疾患、膠原病疾患、悪性腫瘍などの鑑別にあげ抗生剤とNSAIDs中止し、抗ヒスタミン薬を開始した。第3病日まで38.0℃～39.0℃の発熱が続いたが、その後解熱した。同時期より足の甲から足首にかけての浮腫と両膝・両肘痛を認めた。各種自己抗体は陰性であった。第7病日にはWBC 12,800/ μ l、38.4% (4,838/ μ l)と好酸球の上昇がみられ、身体所見と合わせて好酸球性血管浮腫と診断した。腹部と心臓超音波検査では臓器障害は認めなかった。ステロイドの使用も検討したが患者とも相談したうえで、抗アレルギー薬のみで経過観察を行うことで同意した。第21病日より浮腫は軽快し、好酸球は減少した。
 【考察】好酸球性血管浮腫は若年女性に好発する四肢末梢の血管浮腫で著明な末梢血好酸球増加を特徴とする予後良好な疾患である。好酸球増多症候群 (HES) や自己免疫性疾患などとの鑑別が重要で、心電図、X線撮影、超音波検査などで臓器障害の評価が必要である。末梢血好酸球数が2,000/ μ l以上あると臓器障害を呈しやすく重症になりうるHESなどとの鑑別が必須となる。本症例では末梢血好酸球数が4,000/ μ l台となったが臓器障害は認めず好酸球性血管浮腫と診断した。好酸球性血管浮腫ではステロイドによる加療が行われることが多いが、本症例のように本邦では自然軽快例の報告がみられる。副作用の観点からもインフォームドコンセントのうえ、十分な経過観察を行いステロイドの使用を慎重に検討することが推奨される。

総合診療科における入院患者の動向

市原 新一郎¹ 田岡 真理子¹ 三村 誠二²¹徳島県立中央病院総合診療科²徳島県立中央病院救急科

当院では、平成25年4月から総合診療科が新設され、外来診療および入院診療を開始した。救急外来の診察室で紹介患者を中心とした診療を行い、救急外来や各科からのコンサルテーションを受け入院診療を行ってきた。診療開始から平成25年12月末で9ヶ月を経て、入院診療を行った入院患者の動向を調査・検討した。入院患者の総数は100名であり、在院日数は最長102日、平均14.2日 (当院平均在院日数10.7日)、死亡退院は15名15%であった。傷病の内訳は感染症・敗血症が最も多く31名、続いて急性薬物中毒15名、熱源不明の発熱12名となっている。その他には意識障害8名、熱中症8名、低体温症2名、横紋筋融解・腎障害8名であった。入院患者のうち97名は救急外来からの入院で、内科系各科に属さない、あるいは診断のつかない症例が多くなっている。当院では総合内科、感染症内科、腎臓内科としての役割を担っていると言える。このような診療体制の中、当科では初期診療研修医を定期的に受け入れ、総合内科・プライマリケアとしての診察手技を外来診療で、全身管理を入院診療で学ぶプログラムを作成している。

持続する発熱・倦怠感を主訴に受診し、伝染性単核球症と血球貪食症候群の鑑別を要した一症例

鈴木 智晴¹ 金井 貴夫¹ 高木 理央¹ 古川 祥子²
木下 賢輔¹ 萩原 将太郎³ 小林 裕幸¹
徳田 安春¹

¹筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター水戸協同病院総合診療科

²筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター水戸協同病院代謝内分泌内科

³国立国際医療研究センター血液内科

【はじめに】

持続する発熱を来した若年女性に対して、伝染性単核球症と血球貪食症候群を鑑別し治療し得た一症例を経験したので報告する。

【症例】

20歳台女性。入院3週間前に全身に発疹が出現したが、1日で消退した。翌日咽頭痛と発熱を認めた。その後関節痛・筋肉痛が出現、最高40℃となる弛張熱を認めた。受診当日、全身倦怠感が強く歩行不能となり救急外来を受診した。受診時悪寒戦慄を認め、SIRSの診断基準で4/4項目合致した。圧痛を伴う両側後頸部リンパ節腫脹認められたほか、右季肋部の圧痛を認めた。血液検査上 WBC 3,800/ μ L、Hb 8.7 g/dL、Plt 13.2万/ μ Lと汎血球減少認め、血球分画では異型リンパ球を1%認めた。AST 196 IU/L、ALT 63 IU/L、LDH 955 IU/L、フェリチン5,682 ng/mLを認め、PT比1.36、FDP 78.3 μ g/mLであり早期DICと診断した。腹部エコーで肝脾腫を認め、血球貪食症候群(HPS)を疑い血液内科のあるA病院へ転送した。転送直後フェリチン17,834 ng/mLと著増し、骨髄像では明らかな血球貪食像認められなかったが、各種HPS診断基準からHPSと診断された。時間単位での病状の進行を認めたため、直ちにステロイドによる治療が行われHPS、DICは軽快した。転院前に提出した抗体検査ではB型肝炎、C型肝炎は未感染、EBV・CMVは既感染パターン、抗核抗体は40倍未満であった。HIVも陰性であった。

【考察】

本症例では肝胆道系逸脱酵素上昇、後頸部リンパ節腫脹、異型リンパ球認め伝染性単核球症が鑑別となったが、診断に際しては病歴は勿論、フェリチンやLDH等検査データを鑑み、急激な経過で致死的になり得るHPSも念頭に鑑別を行う必要があると考えた。

口対鼻人工呼吸の精神的抵抗と簡便さ —口対口人工呼吸との比較—

中嶋 裕¹ 原田 昌範¹ 吉田 奈緒美¹ 伊藤 誠²

¹山口県立総合医療センターへき地医療支援センター

²山口県立総合医療センター麻酔科

背景

心肺蘇生ガイドラインは、国際心肺蘇生連絡委員会の作成した国際コンセンサスをもとに各国や地域の専門家が、その地域の実情に合わせて作成している。我が国のJRC(日本蘇生協議会)蘇生ガイドラインは、熟練救助者や訓練を受けた一般救助者は胸骨圧迫+人工呼吸の実施を推奨している。Jiangらは、救助者が傷病者の鼻経由で人工呼吸を実施した方が、口経由よりも気道の開存が確実で、換気量が十分に確保されることを報告した。今後、心肺蘇生における口対鼻人工呼吸は注目されている。しかし、若松らは口対鼻人工呼吸の臨床現場における課題として①感染率の低下に繋がるのか?②精神的抵抗が少ないのか?③手技は簡便であるのか?を挙げている。

そこで病院職員対象の基礎心肺蘇生(BLS)講習会の参加者に、②精神的抵抗③手技の簡便さについて調査した。

方法

病院職員対象のBLS講習会参加者に、口対鼻人工呼吸(以下、口対鼻)と口対口人工呼吸(以下、口対口)の“精神的抵抗”と“簡便さ”について自己記入式質問紙調査を行った。カイ2乗検定を用い、両側検定p値0.05未満を有意差ありと設定した。

結果

参加者は473名、調査回収464名である(回収率98.1%)。年齢39.4 \pm 11.3歳、男性20%(93名)、職種は看護師50.4%、事務職員12.9%、技師12.5%、助産師7.5%、医師6.7%、病棟補助員3.2%、その他6.8%となる。

精神的抵抗は、口対鼻が有意に少なかった(口対鼻41.9% vs. 口対口21.3%)($p < 0.001$)。簡便と思うのは、口対口が多かった(口対鼻18.4% vs. 口対口41.9%)($P < 0.001$)。

結語

口対鼻人工呼吸は口対口人工呼吸と比較して、精神的抵抗は少ないが、簡便とは感じない。

原因不明の浮腫により総合診療内科に入院となった患者の原因疾患

小林 威仁 有馬 博 芦谷 啓吾 草野 武
菅野 龍 野口 哲 山岡 稔 米野 和明
飯田 慎一郎 木下 俊介 井上 清彰 大庫 秀樹
宮川 義隆 今枝 博之 山本 啓二 中元 秀友

埼玉医科大学総合診療内科

【背景】プライマリケア診療において浮腫を主訴に受診する患者は多い。総合診療内科では初診時に医師によるトリアージを行い、心疾患、肝硬変、ネフローゼ症候群、腎不全等原因が明らかな疾患は専門家へ振り分ける。しかしながら、原因の鑑別が困難な浮腫性疾患もしばしば見られる。

【目的】今回我々は浮腫を主訴に当科を受診した患者のうち、外来での診断が困難であり入院精査となった患者の原因疾患の検討を行った。

【対象】2009年1月～2013年12月の5年間に当診療科を浮腫が原因で受診した患者。

【結果】上記期間中に原因不明の浮腫を主訴に入院となった患者数は26名であった。浮腫の原因として低アルブミン血症によるものが最も多く25例であった。その原疾患の内訳は肝疾患3名、高度の栄養障害5名、蛋白漏出性胃腸症2名、ネフローゼ症候群3名、その他12名であった。中でもPOEMS症候群、治療を要する好酸球性血管浮腫、急速に進行を認めたアレルギー性肉芽腫性血管炎の3症例は診断に苦慮した。今回の報告ではこの3症例を中心に報告し、総合診療における浮腫の鑑別方法を検討したい。

【結論】浮腫を来たす疾患の多くは心疾患、肝硬変、ネフローゼ症候群、腎不全など診断が比較的容易な疾患であるが、原因不明で入院精査を必要とする患者も一定の割合で遭遇する。今回の検討では、その原因として最も多いのは低アルブミン血症に起因する浮腫であったが、その原因疾患は多岐にわたるものであった。

【結語】浮腫の鑑別ではプライマリケア診療と専門診療の連携を密にし、ペイシエントオリエンテッドな診療環境を構築し医療レベルの維持に努める事が重要である。

当院（一般無床診療所）における市中肺炎の特徴

樋口 哲郎 林 俊之 稲本 暁子 早川 真希子
横山 浩之

医療法人社団健康会谷根千クリニック

（目的）当院は文京区に平成24年1月に開業した内科・胃腸内科・外科・整形外科を標榜している無床診療所である。無床診療所における外来患者の市中肺炎の特徴を調べることを目的とした。

（方法）開院の平成24年1月から平成25年12月まで、受診患者のうち、市中肺炎と診断された症例に対して、臨床的特徴（性別・年齢・既往歴・症状）、身体所見、胸部レントゲン所見、炎症反応、病原微生物診断（尿中肺炎球菌抗原・尿中レジオネラ抗原・マイコプラズマ抗体 PA 法・クラミジア抗体 IgA・喀痰培養）、治療法に関して検討した。また、入院を要した症例に関して、臨床的特徴像を検討した。

（結果）当院の受診患者数4820名（男性2260名、女性2560名）のうち、市中肺炎と診断した症例は38例（男性22名、女性16名）認めた。患者年齢の中央値は48.5歳、平均49.4歳で、初診27例、再診11例であり、基礎疾患を有している患者は21/38例であった。発症から受診までの日数は中央値5.5日で、風邪症状を先行している症例を多く認めた。臨床症状では、発熱、咳嗽、喀痰の症状がほとんどの症例で認められた。受診時の体温は平均37.05（35.8－39.2）℃、脈拍は平均89.5（58－130）回/分、SpO₂は、94－98%であった。胸部レントゲン検査を施行した37例中、明らかに所見を認めなかった症例は3例であった。CRP 検査は、26例に施行中、25例に異常値を認め、11例が5.0mg/dL以上であった。各種尿中抗原検査やマイコプラズマ抗体価・クラミジア抗体価では明確な病原微生物の同定は困難であった。喀痰培養は15例に施行し、7例に病原細菌の同定が可能であった。初回に紹介入院した症例は4例、外来にて抗菌注射薬による加療を行った症例は16例、経口抗菌薬のみで加療を行った症例は18例であった。1例が外来治療によっても悪化傾向を認めたため、紹介入院となっていた。

薬剤長期内服による高マグネシウム血症と高カルシウム血症の発症リスクの現状把握に向けての取り組み

清田 実穂¹ 喜瀬 守人¹ 西村 真紀¹

¹医療福祉生協連家庭医療学開発センター (CFMD) あさお診療所

²医療福祉生協連家庭医療学開発センター (CFMD) 久地診療所

【はじめに】便秘症に対する酸化マグネシウムの処方、あるいは骨粗鬆症に対する活性型ビタミン D3 製剤の処方、しばしば行われるものであり、いずれも長期にわたる処方となりやすい。酸化マグネシウム内服と因果関係が否定できない高マグネシウム血症は稀ながらも、重篤な転帰をとることもあり、注意が必要である。法人内の他院所で、酸化マグネシウム長期内服が関与していると思われる高マグネシウム血症の事例が発生した。これを受けて、当診療所内でも酸化マグネシウムを定期的に内服している患者において、定期的に血液検査によるマグネシウム値が評価されているかどうか、また、実際に高マグネシウム血症が発生しているかどうかを調査した。同様の方法で、活性型ビタミン D3 製剤を定期的に内服している患者に対し、カルシウム値が評価されているのかも調査した。

【方法】診療所内で、高カルシウム血症および高マグネシウム血症の経過や原因などについての学習会を行った。その後、酸化マグネシウムあるいは活性型ビタミン D3 製剤が定期処方されている患者に対し、血清 Ca 値あるいは血清 Mg 値の測定が行われているかを確認し、行われていない場合は担当医師に検査を促すようなキャンペーンを行った。その後、該当患者の一部をランダムに抽出し、検査施行率の変化を調査した。

【結果】検査施行率はキャンペーン前後で上昇し、診療所スタッフの意識も上がった。しかし、キャンペーンを行っていたにも関わらず、検査漏れも生じ、高カルシウム血症をきたした患者もいた。

【考察】診療所スタッフ全体で学習会を行い、問題意識を持つことで検査施行率を上げることはできるが、それでも検査から漏れてしまう患者もいる。紙カルテを使用する診療所において、薬剤長期内服時の副作用チェックの漏れを減らすためには、さらなるシステム上の工夫が必要である。

大学病院における総合診療科入院患者の検討

伊藤 千弘¹ 北川 渡¹ 濱野 浩一¹ 脇田 嘉登¹
泉 順子¹ 宇佐美 潤¹ 伊吹 恵里¹ 信太 博²
山本 さゆり³ 今村 明⁴ 前川 正人¹

¹愛知医科大学病院総合診療科 ²国民健康保険坂下病院

³ゆりクリニック

⁴愛知医科大学病院卒後臨床研修センター

【はじめに】愛知医科大学病院は、愛知県名古屋市に隣接する長久手市（人口約5万人）に位置する許可病床数995床の大学病院であり、高度救急救命センターを擁する特定機能病院として、かつ地域の2次・3次医療機関としての役割を担っている。当院におけるプライマリケアセンター・総合診療科入院患者の傾向について検討した。

【対象】2013年5月1日から10月31日までに総合診療科に入院した患者191名（男性44.9%、女性55.1%）について検討した。

【結果】全患者の平均年齢は66.3歳であったが、59.3%が70歳以上であり、30歳代と70～80歳代と二峰性の分布を示した。当直時間帯受付患者が25.4%を占め、全体の86.4%が緊急入院患者であった。主病名の内訳は、15.6%が呼吸器領域（肺炎など）、15.0%が電解質異常・脱水症、10.9%が消化器領域（胃腸炎・大腸憩室炎・急性胆嚢炎など）、腎盂腎炎は4.1%であった。不明熱症例は10.9%、各種原因精査（胸水、腹水や失神など）が8.2%、上気道感染症患者は5.4%であった。循環器領域は3.4%、神経内科領域は2.7%と少数であった。平均入院日数は17.4日であるが、最頻値は8日であった。

【考察】当院の診療体制は専門各科への分化が進んでおり、その一方で初診時や入院初日に、担当すべき適切な専門診療科が判然としない患者も少なくない。当院のプライマリケアセンター・総合診療科は①初診時に罹患臓器を特定できない患者② multi problem の患者③ common diseases の患者などを積極的に受け入れており、専門各科と連携して診療を行っている。当科の入院患者は高齢者が多く、かつ緊急入院が多いこと、呼吸器領域や消化器領域は common diseases であり担当する頻度が多い傾向を示した。

拍動性頭痛を主訴に来院した Vogt - 小柳 - 原田病の一例

松島 和樹^{1,2} 大杉 泰弘^{1,2} 吉野 俊平¹

¹飯塚病院 ²穎田病院

Vogt - 小柳 - 原田病はメラノサイトを含む組織（目、中枢神経、耳、皮膚）に対する特異的自己免疫疾患で眼症状を中心とした全身症状を呈すると報告される。今回我々は拍動性頭痛を主訴に来院し、髄膜炎、低髄液圧症候群、静脈洞血栓症を含む頭痛疾患との鑑別を要し、最終的に Vogt - 小柳 - 原田病と診断した一例を経験したので報告する。症例は生来健康な37歳女性で、受診2ヶ月前から週5回パソコン教室に通っていた。入院6日前から霧視を自覚し近医眼科でドライアイの診断を受けていた。入院2日前、教室に行ったが両側の拍動性頭痛と嘔気があり、1時間ほどで帰宅した。頭痛は目の上、前頭部、後頭部と痛みが移動し、長い時で2 - 3時間持続した。この日以降、食事摂取不能となり、X年12月18日当院を受診した。受診時、家族より顔面浮腫の指摘があった。当初はパソコン作業に伴う眼精疲労と緊張性頭痛の可能性を考え、鎮痛薬内服と安静で痛みの程度を観察したが改善せず。髄液検査を行い、初圧8.5cmH₂O、細胞数22/3mm³で低髄液圧症候群、髄膜炎の可能性は低かった。顔面浮腫から静脈洞血栓症を考えたが造影CTで否定的であった。最終的には霧視に注目し眼科に診察を依頼、網脈絡膜炎（網膜皺襞、漿液性網膜剥離、脈絡膜腫脹、浅前房）を認め、蛍光眼底検査で原田病と診断した。同疾患の全身症状は多彩であり、直ちに同疾患を疑うのは困難である場合も多い。また前駆症状は50%の症例で見られ、数日～数週間続く。ウイルス感染症に類似した微熱、頭痛などから、髄膜脳炎の症状を呈することもある。そのため、初診としてプライマリケア医を受診する可能性は高いだろう。予後は治療がどれだけ早期に始まるかで変わり、重要な予後因子は、治療1ヵ月後の視力、早期の高用量ステロイド治療、発症年齢の3つである。Vogt - 小柳 - 原田病の症状に注目しプライマリケア医が早期に診断することは非常に重要である。

食道アカラシアによる繰り返す嘔吐から高度の代謝性アルカローシスを呈した1例

滝 直也 隈部 綾子 西村 芳興 牛尾 純
見坂 恒明 松村 正巳

自治医科大学総合診療内科

【症例】46歳、男性。【主訴】頭痛、嘔吐、意識障害。【既往歴】10年来のうつ病で10回の入院歴があり、抗精神薬を内服中である。6年前から低カリウム血症、5年前から腎機能障害を認めている。【現病歴】3年前から誘因なく、頻回に嘔吐を繰り返していた。入院前日に母親が亡くなった。入院当日、自宅で動けなくなっているところを妻が発見し救急搬送された。来院時、軽度の意識障害（E4V4M6）と強い頭痛を認めた。血液検査にて腎機能障害、低ナトリウム血症、低カリウム血症、低リン血症、呼吸性及び代謝性アルカローシス（Cr 2.52 mg/dl, Na 126 mEq/l, K 1.8 mEq/l, P 0.3 mg/dl, pH 7.80, PaCO₂ 28 mmHg, PaO₂ 78 mmHg, HCO₃- 43 mEq/l）を認めた。【経過】意識障害の原因として、長期の繰り返す嘔吐による代謝性アルカローシス及び低リン血症が疑われた。輸液にて電解質異常は徐々に改善したが、繰り返す嘔吐、それによる代謝性アルカローシスは残存した。抗精神薬の休薬に加え、母親の死によって精神的に不安定な状態であったことから、心因性の嘔吐を疑った。しかし、胸・腹部CTにて食道全長にわたる拡張が認められた。食道造影、食道内圧測定にて食道アカラシアと確定診断した。バルーン拡張術施行後、悪心・嘔吐は劇的に改善し、代謝性アルカローシスも正常化した。【考察】本例では心因性の嘔吐を疑ったが、器質的疾患を除外するための評価によって食道アカラシアの診断に至った。腎機能障害の機序は、繰り返す嘔吐に由来する長期の低カリウム血症から慢性間質性腎炎を来したためと考察した。心因性の疾患と診断するには、器質的疾患の確実な除外が必要であると再認識された。

海外渡航歴が存在したために診断に苦慮した大腸憩室炎の1例

宮崎 賢治 南 建輔 牛尾 純 見坂 恒明
松村 正巳

自治医科大学総合診療内科

【症例】19歳、女性。【既往歴】5歳、横紋筋融解症。【現病歴】入院7週前から東ティモールに滞在し、何度か蚊に刺されていた。入院4週前に帰国し、その11日後から悪寒戦慄を伴う40℃の発熱を認めた。頭痛、筋肉痛もあったが、市販の解熱薬で自然軽快したため医療機関は受診しなかった。入院1週前から発熱が再燃した。1日に数回の間歇的な軽度の下腹部痛を自覚し、来院4日前に近医を受診した。白血球数 15,000/ μ L、CRP 13 mg/dlと炎症反応高値を認め、アンピシリン・スルバクタム1.5g 12時間毎を2日間、セファゾリン1g 12時間毎を2日間投与された改善せず、海外渡航帰国者の発熱として輸入感染症を疑われ当院紹介となった。【入院後経過】入院時、体温37.4℃、脈拍96/分・整、血圧104/67 mmHg、呼吸数12/分。渡航歴と蚊刺症からマラリアを鑑別に挙げ、血液塗抹標本を3回確認し、マラリア抗体も提出したが、いずれも陰性であった。スクリーニングとして施行した胸・腹部造影CTにて回盲部の壁肥厚と周囲脂肪織濃度上昇、多数の周囲リンパ節腫大及び一部膿瘍形成を認めた。以上から大腸憩室炎と診断し、セフトリアキソン2g 24時間毎とメトロニダゾール500mg 3錠 分3を開始した。抗菌薬投与開始4日目には解熱し、炎症所見の改善が得られた。14日目に発熱がみられたが、薬剤熱を疑い抗菌薬中止として経過観察した。その後は速やかに解熱し、炎症の再燃もみられなかった。抗菌薬開始後30日目の腹部造影CTにて改善を確認した。【考察】特徴的な海外渡航歴と蚊刺症から輸入感染症の可能性が考慮され、鑑別を行ったが、下腹部痛のエピソードを軽視しなければ、容易に診断が可能であった症例と考えられた。

アルカリ性剤の誤飲に対する初期対応：超急性期の牛乳摂取と予後評価の内視鏡検査の有用性

金 弘子^{1,2} 嶋 勇一郎¹ 一ノ瀬 英史^{1,2}
金城 謙太郎^{1,2} 吉田 伸^{1,2} 大杉 泰弘²
本田 宜久² 中塚 昭男¹ 井村 洋¹

¹飯塚病院 ²穎田病院

【症例】うつ病・不眠症の既往をもつADL自立した66歳女性

【主訴】意識障害

【現病歴】受診1ヶ月前より「死にたい」などの発言があった。受診当日の午前9～10時頃、自殺目的にカビ取り剤（NaClO、NaOH）・除草剤（界面活性剤）を飲んだ。さらに、石で自ら前頭部を殴打、風呂場で左前腕をカッターナイフで切ったが死にきれなかった。助けを求められた妹が、全身を濡らし身体を震わせて反応が乏しい患者を発見し救急要請。午前11:40、当院救急外来へ搬送となった。

【内服】BZD、SSRI、5HT遮断薬 など

【受診～入院後経過】来院時、JCS 1-R、体温 35.0℃の他に異常を認めず、瞳孔3.0/3.0mm、対光反射+/+、胸郭運動良好、呼吸音 左右差・雑音なし、心音異常なし、四肢冷感なし、橈骨/足背動脈 触知良好であり、明確なToxidromeは認めなかった。浅呼吸あり、呼吸性・乳酸アシドーシスを認めており、誤嚥予防する目的も含め、気管挿管施行。腹部造影CTで腸管穿孔がないことを確認後に、牛乳と活性炭を経管投与。受診当日の内視鏡検査では、口腔内・咽頭部びらんあり、腐食性胃炎を疑う所見を認めた。入院3日目には、上記所見の増悪に加え、食道びらんの出現を認めしたが、入院中に腹痛の訴えを認めることなく、食事摂取も問題なく可能であった。

うつ病に関しては、精神科と併診の上で評価を行い、内服調整後に精神科病院へ転院でフォローすることとなった。

【考察】

アルカリ性剤を服毒した症例を通して、腐食性物質の摂取時の初期治療とその後の経過観察について経験した。

アルカリ性剤の服毒・誤飲時の初期対応として、超急性期の牛乳摂取が必要である。融解壊死を生じることから、予後予測として内視鏡検査が有用といわれており、早期の検査施行を考慮に入れねばならない。

典型的な MRI 所見を呈し遺伝性プリオン病と早期診断した48歳女性

高木 博¹ 東端 孝博¹ 林 幹雄¹ 野田 章子¹
五十嵐 淳¹ 廣瀬 由美¹ 鈴木 将玄¹ 廣木 昌彦²

¹筑波メディカルセンター病院総合診療科

²筑波メディカルセンター病院脳神経内科

症例：48歳女性。家族歴として母も同様な症状であったが詳細不明であった。入院2年前まではわかりなかったが、1年半前から左足の力が入らない様子で引きずって歩くようになった。その数ヶ月後から徐々に右下肢にも力が入りにくくなり、起立歩行に介助を要するようになった。入院2ヶ月前から歩けなくなり、1ヶ月前から寝たきり、食欲低下、排泄はおむつ対応の状態になっていた。この間、金銭的な問題もあり医療機関への受診はほとんどなかった。2013年10月、来院前日までは呼びかけに手をふることができていたが、入院日には呼びかけへの反応が鈍くなったため、家族が救急要請した。来院時、意識レベルはE4V1M5であるが、従命への反応が乏しくまた著明な脱水所見をみとめた。精査目的に同日当科入院となった。身体所見では、BMI16.4と著明なるいそ、大腿骨転子部、仙骨部などに多発褥瘡をみとめた。入院時血液検査所見では、BUN 45.3mg/dl、Cr 0.61mg/dlと軽度脱水所見をみとめるのみであった。また髄液検査では蛋白細胞解離をみとめた。入院翌日の脳MRIにて大脳皮質および視床枕に拡散強調画像にて高信号を認め、プリオン病に典型的な所見であったため、脳神経内科に転科となった。後日髄液検査にて、T-tau >2400 (>1300) pg/ml、14-3-3蛋白 2688.8 (>500) μg/ml、また遺伝子検査にて遺伝性プリオン病 (Gerstmann-Strausser-Scheinker 症候群) と診断した。

考察：プリオン病はわが国では100万に1人の有病率でありまれな疾患である。しかし、年齢にかかわらず急速に進行する認知機能障害の鑑別として挙げなければいけない疾患の一つである。プリオン病の初期診断としてMRIは感度特異度ともに90%以上と有用である。今回典型的な画像所見からプリオン病を早期に診断できたため報告する。

腎盂腎炎の診断における MRI の妥当性の検討

松原 英俊

武田総合病院

【目的】市中病院では高齢感染症の入院加療が少なくない。しかし高齢者はその複雑な背景因子により持続性の無症候性膿尿を高頻度に認める。腎盂腎炎は単純CTでは診断困難であり除外診断として診断されることも多い。近医で抗生剤が尿検査前に投薬され、尿所見が偽陰性となっている症例もある。造影CTでは診断可能であるが、腎機能障害のため施行困難例も少なくない。また肺炎と腎盂腎炎の合併症例も少なからず存在すると考えられるが、肺炎と腎盂腎炎では投薬期間が異なり腎盂腎炎の合併を確定診断する必要がある。そこで単純腎MRI検査が腎盂腎炎の診断に有用であるかについて検討した。【方法】対象：平成25年1月1日～12月31日の期間に発熱や倦怠感を伴う高CRP血症のため総合診療科に入院し、腎盂腎炎を否定しがたい症例で入院5日以内に単純腎MRI検査を施行された18例中最終診断がつかなかった2例を除く16例(22歳～95歳)。①片側性腰痛、②尿中WBC10/HPF以上、③片側優位のCVA叩打痛、④認知機能保持、⑤他の感染フォーカスが示唆されない、を指標として腎盂腎炎の診断を行った。①～⑤に合致した確診例(3例)、⑤を認めず抗生剤投薬前の膿尿がない否定例(3例)、その他を疑診例(10例)に分類し検討した。【結果】確診例全例にDWIでくさび状または斑状の高信号域を認めた。否定例では1例にのみ片側腎周囲の液体貯留を認めるも残り2例には異常所見は指摘できなかった。疑診例では2例にDWIで斑状または楔状の高信号域を認め、認知症がありCVAの叩打痛もMRI所見と合致しなかったが、他の感染疾患を認めず臨床的には腎盂腎炎と診断するのが妥当であった。残りの所見のない疑診例では下気道感染5例、肝硬変を有した菌血症症例1例、蜂窩織炎を伴う褥瘡が1例、前立腺炎の疑いが1例であった。【考察】腎盂腎炎の診断にMRI検査は有用である。

急性発症 1 型糖尿病に Basedow 病を合併した多腺性自己免疫性疾患 3 型 Variant の一例

中西 優市郎¹ 和田 幹生¹ 川島 篤志¹
小牧 稔之² 香川 恵造²

¹市立福知山市民病院総合内科

²市立福知山市民病院消化器内科

【症例】62歳女性【主訴】体重減少、口渇【現病歴】X年10月、食事摂取良好にもかかわらず体重減少（1ヶ月半で5kg）を認めた。11月上旬から口渇・多飲あり。また頸部腫脹および頸部痛を自覚したが数日で自然軽快した。11月中旬、近医を受診し糖尿病、甲状腺中毒症の診断で11月末、当院を紹介受診した。【現症】身長154cm、体重40kg、BMI 16.8。脈拍整で動悸・振戦なし。甲状腺腫大および圧痛なし。血液検査でHbA1c 13.5% (NGSP)、抗 GAD 抗体 8.0 U/ml、TSH 0.010 μ IU/ml 未満、FT3 6.49 pg/ml、FT4 2.44 ng/dl、TRAb 6.1 IU/l、TgAb 22.8 IU/ml、TPOAb 254.9 IU/ml。尿ケトン(-)、甲状腺および腹部超音波で腫瘍性病変認めず。急性発症 1 型糖尿病に Basedow 病を合併した多腺性自己免疫性疾患 3 型 Variant と診断しチアマゾール (MMI) 30mg および強化インスリン療法で治療を開始した。MMI、インスリンともに投薬調整を行い経過良好である。

【考察】1 型糖尿病 (T1DM) にはしばしば他の自己免疫疾患が合併する。日本人では T1DM に合併する自己免疫疾患の90%以上が自己免疫性甲状腺疾患 (AITD) で T1DM の約 10% に AITD が合併する。本症例では体重減少が主訴であり糖尿病と甲状腺機能両方の評価をすることで診断に至った。しかし、必ずしも T1DM で体重減少をきたすとは限らず、本症例のように AITD で甲状腺中毒症状を認めていないこともある。したがって、少なくとも T1DM を診断時には甲状腺機能を評価し、その後も甲状腺中毒症状の有無を経時的に評価することが望ましいと示唆された。

市中病院総合内科における他科依頼の役割と現状

矢吹 拓 木村 真悠子 千嶋 巖 駒ヶ嶺 巖
足立 太一 上原 慶太 加藤 徹 影山 洋
中山 成一

国立病院機構栃木医療センター

【背景】急性期総合病院に勤務する内科医は、内科診療科以外の診療科からコンサルテーション（いわゆる他科依頼）を受けることが多い。多くの急性期総合病院には、循環器科、消化器科などの専門医療機関が存在するが、当院は300床規模の急性期病院かつ他科診療科も充実している状況ながら、内科は単科で診療しているため他科依頼を集計しやすい状況である。また、内科全般に対する他診療科の依頼状況を把握しやすい。【対象】2012年4月から2014年3月（抄録時点では12月）の1年間に、当院内科に他科依頼のあった症例を対象とした。

【方法】上記症例の、年齢、性別、依頼科、依頼内容、転帰、求められている診療内容などについて検討した。【結果・考察】抄録記載時点では集計中ではあり、結果は当日発表する。病院内科医に求められている診療範囲や手技を明らかにする。

コインの誤飲、小児の誤飲に対し内視鏡下摘出しえた1例

白石 裕子 白石 吉彦

隠岐広域連合立隠岐島前病院

症例 1歳10か月女児 身長90cm、体重11.7kg

成育歴に特記事項なし

2月3日朝から固形物を何回か嘔吐した。問いただしたところ、前日、4歳上の姉と遊んでいてコインを口に入れたため、姉が取り出そうとしたところ、もみ合いになり、飲み込んでしまったという。

2月4日近医受診、レントゲンにて中部食道に円形の異物あり、画像上で計測し、10円玉のサイズであることを確認した。

同日当院に転院し、全身静脈麻酔下に内視鏡的摘出術を施行。

麻酔薬はケタラール200mg/20mg 静脈注射(1.7mg/kg)を使用した。

処置の開始前、小児のため細径カメラの使用を想定し、2mm鉗子口用の生検鉗子で10円玉が把持できることを確認した。

GIF-XP260N(外径5.5mm、鉗子口2mm)を挿入、胸部上部食道に10円玉を確認した。生検鉗子で10円玉を把持できるものの、10円玉が食道に固定され、取り出すことができなかった。いったん抜去し、GIF-H260Z(外径10.8mm)を再挿入し、鉗子口2.8mm用のワニ口異物鉗子で摘出し得た。

経過中、酸素投与5分間行い、食道の浅いびらんのほか合併症なく終了、翌日退院した。乳幼児の誤飲について、たばこのほか化粧品、玩具なども多いとされる。救急外来で遭遇し、小児外科などを含む総合病院への転院を余儀なくされることもあるが、へき地の小病院にて比較的簡便かつ安全に治療し得た。地元で医療が完結することは家族にとって安心につながり、経済的な負担も軽減する。今回経験した具体的な方法と文献的考察を含め報告する。

非特異的症候から診断に至り救命しえた80歳全身性エリテマトーデスの1例

佐藤 利栄¹ 稲津 和歌子² 木下 賢輔¹
鈴木 智晴¹ 佐々木 昭典³ 森山 憲明⁴
錦 健太⁵ 黒田 裕久⁶ 千野 裕介⁷ 徳田 安春¹

¹水戸協同病院筑波大学附属水戸地域医療教育センター総合診療科

²筑波大学附属病院総合診療科

³東京ベイ・浦安市川医療センター

⁴筑波大学附属病院腎臓内科

⁵水戸協同病院筑波大学附属地域医療教育センター腎臓内科

⁶水戸協同病院筑波大学附属地域医療教育センター循環器内科

⁷水戸協同病院筑波大学附属地域医療教育センターリウマチ膠原病内科

今回我々は、80歳で全身性エリテマトーデス(以下SLE)の診断に至り救命しえた1例を経験したので報告する。【症例】80歳女性【主訴】全身倦怠感、食欲不振【病歴】うつ血性心不全(詳細不明)で当院循環器内科に通院中であつたが、全身倦怠感、食欲不振を訴えて来院し、精査目的で総合診療科へ入院となつた。胸部レントゲンで心拡大を認めたが心不全症状は認めず、食欲不振以外の消化器症状もなかつた。血液検査では汎血球減少を認め、尿検査で尿蛋白3+、潜血反応3+、その他多数の円柱を認めた。膠原病、消化器悪性腫瘍、血液疾患、薬剤性など幅広い鑑別を考えたが、各種精査で抗核抗体(ANA)≥1280倍[正常範囲:40未満]、抗DNA抗体(RIA)≥300IU/ml[正常範囲:6.0以下]、抗カルジオリピン・β2GP I抗体7.8U/ml[正常範囲:3.5未満]と異常高値、血清補体価≤12.0CH50/ml[正常範囲:25.0~48.0]と低値であつた。心エコーではEF73%と収縮力は保たれていたが、右室虚脱像と心嚢水貯留を認めた。SLE分類基準で5項目(漿膜炎、腎病変、血清学的異常、免疫学的異常、抗核抗体陽性)を満たし、SLEの診断に至つた。また、下肢静脈血栓症を認め、抗リン脂質抗体症候群(APS)を合併していた。ステロイドパルス(メチルプレドニゾロン500mg/day)を3日間施行後、プレドニゾロンにて後療法を行った。疾患活動性を表すSLE disease activity index(SLEDAI)では治療前後で23点から8点まで改善を認めた。【考察】SLEは若年女性に好発する自己免疫疾患であり、80歳という高齢で診断に至る症例は珍しい。全身倦怠感、食欲不振という非特異的な主訴であり総合診療科で入院精査を行ったが、幅広い鑑別診断の中から膠原病の可能性を考えて精査を行い、各科の専門医との緊密な連携により救命し得た貴重な症例であると考え、症例報告する。

プライマリ・ケアの外科処置・小外科に役立つ安全・簡単な末梢神経ブロック ～ポケットエコーからブラインドまで～

小林 只^{1,2,5} 矢野 亮佑^{1,4} 塩谷 竜之介¹
船越 樹^{1,5} 松岡 史彦^{1,5} 加藤 博之⁴

¹六ヶ所村国民健康保険尾駮診療所

²金沢大学機能解剖学分野 ³青森県立中央病院総合診療部

⁴弘前大学総合診療部 ⁵公益社団法人地域医療振興協会

適切な局所麻酔は処置・小外科時の患者の苦痛や合併症（疼痛による迷走神経反射など）を減らし、スムーズな治療行為を可能にする。近年、周術期に実施される末梢神経ブロック（腹横筋膜面ブロック、アンクルブロック、大腿神経ブロックなど）や疼痛緩和のための末梢神経ブロック（腕神経叢ブロック、正中神経ブロック、肋間神経ブロックなど）が広く実施されている。また、注射の精度を上げるためエコーガイド下で実施されることも多い。しかし、外来の処置・小外科のための伝達麻酔として末梢神経ブロックが応用されていることは少ない。

今回は、外来処置・小外科時に役立つ末梢神経ブロック（肩脱臼整復時の斜角筋間腕神経叢ブロック、手処置時の正中神経・尺骨神経・橈骨神経ブロック、足処置時の膝窩神経・脛骨神経ブロック、顔面外傷時の三叉神経ブロックなど）を27Gage 13mmの注射針（一般的な予防接種に使用されている注射針）で、ポケットエコーを利用した末梢神経ブロックを紹介する。末梢神経自体を直接描出するのがやや困難である現在のポケットエコー（GE社Vscan、コニカミノルタ社Sonimage P3、メディコス・ヒラタ社SeeMore）でも、神経が走行する組織間隙（筋膜間・腱周囲など）に注射する方法（コンパートメントブロック）を用いることでエコーガイド下注射が可能である。また、どの部位への注射がより安全・簡便かを検証するために、注射液の組織間隙の広がりや血管・神経などの構造物をエコーで確認した。結果、エコーを使わずとも27Gage 13mm注射針でより安全・簡単に実施できる末梢神経ブロックの方法を提案する。

総胆管結石による胆管炎に門脈血栓症を合併した1例

南 建輔 宮崎 賢治 牛尾 純 見坂 恒明
松村 正巳

自治医科大学総合診療内科

【症例】64歳、男性。【既往歴】高血圧を加療中である。【現病歴】3日前より食後に増悪する上腹部痛を自覚した。2日前から1日にジュース1本しか摂取できなくなり近医を受診したが、著明な黄疸を認め他院に救急搬送された。血液検査にて炎症反応高値、肝機能障害、腎機能障害が認められた（白血球数 16,700/ μ L, CRP 45.3 mg/dl, Cr 3.0 mg/dl, T-bil 11.1 mg/dl, AST 127 IU/l, ALT 291 IU/l, γ -GT 508 IU/l）。腹部エコーでは門脈血栓症が疑われ、精査・加療のため当院に搬送された。【入院後経過】入院時のバイタルサインは、体温37.5℃、脈拍90/分・整、血圧144/70 mmHg、呼吸数20/分であった。腹部単純CTでは胆管拡張を認めず、発熱の原因は特定できなかった。門脈血栓症及びDICを合併していたことから腹腔内感染症を想定し、ピペラシリン・タゾバクタムを開始した。その後、血液培養から*K. pneumoniae*が検出され、感受性結果よりセフメタゾールにde-escalationした。抗菌薬治療後は徐々に肝・腎機能、DICは改善した。入院8日目の腹部造影CTにて門脈血栓症、総胆管結石の存在を確認し、総胆管結石による胆管炎に門脈血栓症を合併したと診断した。翌日、内視鏡的結石除去術を行った。血栓性門脈炎の可能性も想定し、抗菌薬は経静脈投与4週間とその後内服投与2週間の計6週間投与した。門脈血栓症に対しては入院時より抗凝固療法を開始しており、入院24日目の腹部造影CTで改善を確認した。【考察】門脈血栓症の原因として、肝硬変、腹部悪性腫瘍、腹腔内感染症、骨髄増殖性疾患が挙げられる。腹腔内感染症では、憩室炎、虫垂炎が多く、胆管炎に起因する門脈血栓症は稀である。黄疸を伴う肝機能障害に門脈血栓症を認めるときには、胆管炎も鑑別に挙げる必要がある。

当院での総合診療部と救急部の連携

小浦 友行¹ 吉田 樹一郎² 渡辺 史子¹
 三浦 太郎¹ 中垣内 浩子² 黒岩 麻衣子²
 川淵 奈三栄² 北 啓一朗² 山城 清二²

¹富山大学富山プライマリ・ケア講座

²富山大学附属病院総合診療部

【背景】医療の複雑化・多様化を背景として、昨今総合診療部と救急部の連携が議論されている。富山大学附属病院では、2010年12月より救急部と総合診療部(当科)が連携して救急外来を担当している。2012年8月にEmergency Care Unit (ECU) が開設されてからは救急部の入院患者を、2013年8月からは一般病棟における当科の入院患者も連携して管理するようになった。

【目的】新しい診療連携の中で、当科が関与した入院患者の管理状況がどのように変化してきたかを明らかにする。

【対象】2012年8月から2013年11月までの16か月間に、当科と救急部が連携して入院管理を行った症例の内訳および管理状況(どちらの科が主科として入院管理を行っていたか)をレトロスペクティブに検討した。

【結果】計20名(男性11名、女性9名、平均年齢63歳)の入院患者を連携して管理した。うち17名は肺炎、腎盂腎炎などの急性感染症であった。2012年8月から2013年7月までは、当科外来からECUに入院した11名を救急部が主科として管理していた。8月以降の9例は当科が主科となって管理しており、うち5名は救急部がECUで管理後、一般病棟へ転棟した症例であった。

【考察】連携開始当初は専ら当科から救急部へ入院管理を依頼していたが、当科の病棟体制が整ってからは、救急部から急性期以降の管理を依頼される例が徐々に増えていった。背景には慢性疾患を多く抱えた後期高齢者の搬送が急増しており、急性期以降も入院が長期化すること、介護療養型医療施設の多くが満床で転院調節に時間がかかること、またECUでは安定期の患者で救急管理加算が請求できないこと、などの問題があった。総合診療部と救急部の連携は、このような救急診療をめぐる今日的な問題に対する有効な対策の一つと考えられた。これまで連携管理してきた疾患は感染症が主であったが、今後は保存的加療で対応可能な整形外科疾患などでの連携も必要になると思われた。

蜂刺症の疫学とベタメタゾン局所注射の効果について

遠藤 健史¹ 白石 吉彦¹ 白石 裕子¹ 酒井 和久¹
 福田 聡司¹ 高垣 謙二²

¹隠岐広域連合立隠岐島前病院 ²島根県立中央病院

【目的】蜂刺症に対し、当院では経験的にベタメタゾン1-2mgの局所注射を刺し口周囲に行っている。その効果の検証と蜂刺症全体の経過について明らかにする。【方法】西ノ島は人口3,150人の島で、当院はその中で唯一の入院施設である。その当院を受診した2013年1月1日から12月31日までの蜂刺虫症患者を病名から拾い上げ、すべての患者の臨床経過を分析した。症例は45名で、87%が蜂刺虫症の好発時期とされる7-10月に受診している。67%が受傷後2時間以内に受診している。島外在住の患者は3名のみであった。刺傷部位は上肢が最も多く、次に下肢、後頸部とほぼすべてが露出部で1名のみ背部刺傷患者がいた。治療はステロイド外用が最も多く、16%の患者にステロイドの全身投与を行った。27%の患者にベタメタゾン局所注射を行った。針除去治療を受けたのは1名だった。蜂窩織炎様所見となった4名の患者には抗生剤投与を行った。アナフィラキシーを起こしたのは8.8%で、これは同時期に当院で全身じん麻疹、気分不良などでアナフィラキシーを疑われた12名の42%を占める人数である。蜂刺虫症によるアナフィラキシー患者のうち2名はアドレナリン筋注を必要とした。発疹悪化により再受診したのは、2名で、いずれもステロイド外用治療のみを行っていた。ベタメタゾン局所注射群では1名のみ10日後に掻痒感持続の訴えがみられた。【結論】蜂刺症の臨床経過の分析を行った。露出部以外の刺傷は非常に少なく、服などで被覆することで多くが予防できると思われる。ベタメタゾン局所注射により、二次感染などの合併症はみられず、皮疹増悪を予防ができるという印象があるが、症例が少なく明確に示されなかった。2014年も症例分析を続け、追加検討を行う予定である。

十二指腸 angiodysplasia を契機に診断した悪性黒色腫の一例

高橋 聡子¹ 鈴木 愛美¹ 甘利 悠¹ 小林 裕幸¹
田口 詩路麻² 藤澤 康弘² 只野 惣介³
高屋敷 典生⁴

¹筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター／水戸協同病院総合診療科

²筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター／水戸協同病院皮膚科

³筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター／水戸協同病院消化器外科

⁴筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター／水戸協同病院病理

【症例】73歳 女性

【現病歴】来院1週間前から労作時呼吸困難感を出現した。その後はふらつき、全身倦怠感が増悪したために来院された。黒色便、Hb 7mg/dlであったため上部消化管出血が疑われ同日入院となった。

【既往歴】脊椎すべり症、子宮内膜症、高血圧

【来院時所見】眼瞼結膜蒼白、胸腹部に明らかな異常所見なし。軽度下肢浮腫あり。血液検査：Hb 7.0 g/dl、BUN 22 mg/dl、Cr 0.62mg/dl、便潜血陰性、ヘリコバクターピロリ IgG 抗体 12 U/ml。

【入院後経過】上部消化管内視鏡検査で十二指腸球部に angiodysplasia からの静脈性出血を認めクリッピング術を施行し約10日間で退院となった。しかし退院後より心窩部痛が増悪し、食事摂取困難となったため再度外来受診、退院から約3週間で再入院となった。上部消化管内視鏡検査を再検し、前回クリッピング施行部位と同部位に3cm大の新規腫瘍性病変を認めていた。生検の結果、悪性黒色腫との診断となった。また肺野に結節影、縦隔リンパ節腫脹を認め転移性腫瘍が疑われた。経過中に腹痛が出現し腫瘍による小腸閉塞が疑われた。重積解除のための開腹術中所見にて小腸に多発する腫瘍と腹膜播種を認めた。姑息的な腸瘻増設の上、ダカルバジン単剤で化学療法を導入した。

【考察】悪性黒色腫は10万人に1.5人と比較的稀な疾患である。皮膚病変が8割をしめ、消化管原発の頻度は低い。消化管原発の中では、直腸や食道原発が主であるが十二指腸や小腸腫瘍からの発生は稀である。本症例はわずか3週間の経過で消化管の腫瘍が多臓器への転移が顕在化し急速に進行する腫瘍と考えられたが、他科との連携によって迅速に診断に至った貴重な症例であり、上記に文献的考察を加えて報告する。

児童期より腹痛を繰り返し、30代になってオツディ括約筋機能障害と診断された1例

赤石 雄 原田 芳巳 鈴木 琢也 宮島 豪
平山 陽示

東京医科大学病院総合診療科

【背景】腹痛を繰り返すが血液検査、画像検査にて原因を同定できない場合、心因性や functional dyspepsia と診断されることが多い。そのような患者群の一部は、オツディ括約筋機能障害である場合がある。

【症例】34歳女性 【主訴】心窩部痛 背部痛 【既往歴】うつ病

【現病歴】13歳の頃より心窩部痛と背部痛がみられるようになり、症状が強いときには病院へ緊急搬送されることがあった。その後、強い症状の出現はなかったが、32歳頃から腹痛を再度認めるようになった。それ以降は月に1回、数時間の症状を認めた。疼痛は心窩部から背部にかけて徐々に出現し、しめつけられるような激痛で間欠的であった。疼痛を寛解させる因子なし。脂分の多い食事の後に症状出現することが多く、悪心、嘔吐、下痢を伴うこともある。当科初診15か月前に心窩部、背部に激痛あり、近医を受診し逆流性食道炎疑われ加療するも改善しなかった。脾炎と症状が似ていると患者自身が判断し、他院を受診した。腹部造影CT、上部消化管内視鏡、腹部エコーを施行したが、異常所見は認められなかった。症状の改善を認めず、増悪傾向であるために精査目的に当科に紹介受診となった。受診日の早朝にも、同様の疼痛を認めていた。

【入院後経過】入院時血液検査では、AST 379U/l、ALT 209U/l、T-Bil 0.80mg/dl、LDH 387U/l、ALP 440U/l、 γ -GTP 156U/l と中等度の肝胆道系酵素上昇を認めた。腹部エコー、造影CTでは器質的異常はなかった。オツディ括約筋機能障害(SOD)を疑い、肝胆道シンチグラフィーを施行した。胆嚢収縮能9.7% (通常40%以上)と胆嚢収縮不全があり、内視鏡的乳頭括約筋内圧測定でも100mmHg (通常40mmHg未満)と高値を認め、SODと診断した。内視鏡的乳頭切開術を施行し、その後の症状は減弱し改善した。

【考察】腹痛を繰り返す患者で、器質的異常を認めない場合にオツディ括約筋機能障害と診断される症例がある。

脱毛・味覚障害・下痢の多彩な症状を呈した1例

並川 浩己 竹本 恭彦 幕内 安弥子 福本 一夫
 小林 正宜 衣畑 成紀 十河 光栄 森村 美奈
 首藤 太一 廣橋 一裕

大阪市立大学大学院医学研究科総合医学教育学／総合診療センター

【症例】66歳男性

【主訴】脱毛、味覚障害、下痢

【現病歴】来院4週間前より全身の脱毛と味覚障害、2週間前より下痢が出現した。近医での血液検査では軽度の正球性貧血と低アルブミン血症を指摘されたのみで、腹部超音波検査では特に異常は見られなかった。精査・加療目的で、当科に紹介され、受診された。

【経過】身体診察では、頭髪、眉毛、髭、腋毛、恥毛を含めた全身の脱毛を認め、全手指・足趾の爪甲萎縮や両手背に褐色の色素沈着も見られた。66歳の男性であり、また味覚障害や下痢症状も伴うことから、Cronkhite-Canada syndrome (CCS) の可能性を考えた。上下部消化管内視鏡検査を施行したところ、びまん性に多数のポリープを認め、病理組織検査では間質に漏出性出血があり、軽度のリンパ球・形質細胞・好中球浸潤を認め、CCSに矛盾しない所見であり、CCSと診断した。経口ステロイド薬による治療を開始したところ、症状や徴候の著明な改善を認めた。

【考察】CCSはまれな非遺伝性の疾患で、50-60代に好発する。本症でもみられたように、消化管ポリポーシス、脱毛症、味覚障害、下痢、皮膚色素沈着、爪部萎縮を特徴とする。現在のところ確立した治療法はないが、中心静脈栄養や経口または経静脈投与によるステロイド療法が有効と報告されている。本症例では、経口ステロイド治療により著明な改善を認めた。

【結語】味覚障害、下痢といった症状を医療面接で獲得し、脱毛、爪部萎縮、皮膚色素沈着といった徴候を身体所見診察で獲得し、これらの多彩な症状や徴候を一元的に説明しうる疾患を想起することが、CCSの診断につながるものと考えられる。

胸部外傷後心嚢液貯留を繰り返した1例

田井 義彬 吉本 清巳 小林 正尚 巽 恵美子
 舛田 純子 宮本 真紀子 大野 史郎 廣崎 光則
 赤井 靖宏 西尾 健治

奈良県立医科大学総合医療学

【症例】41歳男性【主訴】胸痛【既往歴】B型肝炎キャリア【現病歴】2013年8月4日バイク転倒による多発骨折（頸椎～腰椎棘突起、左第2～9肋骨、左鎖骨）・左肺挫傷・両側血気胸のため当院救急科で入院加療を受け、8月30日にA病院に転院した。A病院入院中、10月初旬から心窩部痛、胸部不快感が出現し、CTで心嚢液貯留が認められたため、10月16日に当院救急科に再入院した。急性心膜炎と診断されて10月24日に退院したが、11月25日から胸痛が再び出現し、その後38℃の発熱が認められたため、12月3日に入院した。【所見】BT 36.2℃、BP 104/60mmHg、PR 92bpm、RR 16/min、SpO₂ 97%、心音は純、呼吸音は両側下肺で減弱。下腿浮腫軽度あり。心電図：異常無し、胸部X線：両側肋骨横隔膜角鈍。心臓超音波 壁運動低下なし。心嚢液少量貯留あり。血液検査 WBC7800/μl、CRP10.5 mg/dl、BNP 18.5pg/ml【入院後経過】繰り返す発熱、胸痛、心嚢液貯留から心臓傷害後症候群と診断し、イブプロフェン600mg/day、コルヒチン1 mg/dayで治療を開始した。入院2日目には胸痛は改善し、CRPは4.8に低下した。6日目には胸痛は消失し、CRPも0.3まで低下し、胸水も減少したので退院した。【考察】本例は、胸部外傷後に胸痛、心嚢液貯留、炎症反応上昇を繰り返した症例で、心臓傷害後症候群と考えられた。心臓傷害後症候群は、心筋梗塞後、心臓手術後、心膜損傷を起す外傷後におこるとされている。外傷によるものでは、交通外傷が代表的である。交通外傷後に心膜炎症状が遷延する例では本症を鑑別し、適切な治療を開始することが重要と考えられた。

Isolated dizziness 症例における末梢性めまいと中枢性めまいの鑑別に有用な因子の検討

松本 松いく 岸川 政信 吉野 慎一郎
奥山 稔朗 平川 勝之

福岡市民病院救急科

要旨：【目的】急性めまい患者において蝸牛症状、頭頸部痛および眼振以外の神経症候を伴わない isolated dizziness 症例は原因診断に苦慮することが多い。Isolated dizziness 症例における末梢性めまい（末梢群）と中枢性めまい（中枢群）の鑑別に有用な臨床指標の研究報告。【研究デザイン】症例対照研究【対象と方法】2010年5月から2013年4月に福岡市民病院救急外来を受診した急性めまい患者352人に対し、めまいロードマップを用いて isolated dizziness 症例を後方視的に抽出した。末梢群と中枢群の鑑別は、脳画像検査と入院および外来での臨床経過をゴールドスタンダードとした。両群間の患者背景、初診時収縮期血圧および拡張期血圧を比較した。中枢群と関連する因子を単変量解析（t検定、Mann-Whitney U検定、Fisherの正確検定）、多変量解析（多変量ロジスティック回帰分析）で抽出した。【結果】多変量解析では初診時収縮期血圧160mmHg以上のみ有意に中枢群に関連していた。更にROC曲線を用いた検討、初診時収縮期血圧のAUCは0.747、カットオフ値を163mmHg以上とすると感度86%、特異度70%で中枢群に関連していた。【結論】Isolated dizziness 症例では初診時収縮期血圧に注目することで、効率的に中枢群の診断を行える可能性がある。

カゼ症候群の追跡調査（第1報）

高木 博^{1,4} 釋 文雄² 堤 円香³ 鈴木 将玄⁴
前野 哲博^{1,2,3}

¹筑波大学大学院人間総合科学研究科

²筑波大学附属病院総合診療科

³筑波大学医学医療系臨床医学地域医療教育学

⁴筑波メディカルセンター病院

（目的）

カゼ症候群はプライマリ・ケアでよく遭遇する疾患のひとつであるが、self-limitedな症候群であるため再受診することが少なく、どのような経過で改善するかについては詳しい調査が少ない。初診外来にてカゼ症候群と診断した患者をフォローアップすることにより、カゼ症候群の自然経過を明らかにすることを目的とする。

（対象および方法）

対象は茨城県内の2つの市中病院を受診した初診患者で、外来担当医がカゼ症候群と診断した成人とした。方法は、診察終了後に症状および日常生活への影響を自記式調査票で調査し、以後4日目に調査票を患者自宅に送付し追跡した。回答は郵送またはFAXあるいはWeb上のアンケートフォームにて回収した。調査項目は1) 全体的な症状の程度について「全く問題なし」から「とてもひどい」までの5段階評価、および2) 医療機関への再受診の有無とした。統計学的解析は受診日と4日目の症状の程度については対応のあるt検定でおこなった。

（結果）

全42例のうち、4日目まで追跡できた31例を調査対象としたところ、平均年齢41.1±16.0歳で男性20人、女性11人であった。全体的な症状の程度は、受診日2.29±0.16、4日目1.39±0.13で有意に改善を認めた（ $p<0.001$ ）。4日目で症状の程度が「まったく問題なし」に近い0から1と回答したのは31人中19人（61.3%）であった。医療機関への再受診については、全追跡期間中に医療機関へ再受診したものは2例で、このうちの1例は「扁桃腺炎」と診断された。

（結論）

初診外来にてカゼ症候群とした患者では、ほとんどが自然経過にて症状改善を認めていた。カゼ症候群の症状の経過が判明することにより、病状説明や療養指導のマネジメントが行いやすくなると思われる。現在調査継続中であり、今回は現在までのサンプルについて第1報として報告する。

診断に難渋した右鎖骨上リンパ節腫大の一例

幕内 安弥子 首藤 太一 福島 茂樹 並川 浩己
 福本 一夫 小林 正宜 衣畑 成紀 十河 光栄
 森村 美奈 竹本 恭彦 廣橋 一裕

大阪市立大学医学部附属病院総合診療センター

【症例】43歳、男性。X年5月末頃右頸部の硬結と両下腿の有痛性皮疹が出現した。6月中旬には右鎖骨上窩にも硬結を認めた。精査加療目的に7月1日に当院を受診した。右頸部と鎖骨上窩に、最大20mm大の硬結を6～7個触知した。硬く、可動性は不良で、圧痛は認めなかった。多発リンパ腫大と診断して原因検索にすすんだ。悪性腫瘍のリンパ節転移、悪性リンパ腫ならびに感染症の鑑別診断へすすんだ。発熱等をはじめとする炎症所見や体重減少他の消耗所見はみられなかった。上部消化管内視鏡検査で食道癌は指摘できなかった。体幹部造影CT検査で明らかな肺癌は指摘できなかったが、脾頭部が腫大しており、脾臓癌を強く疑った。しかし、脾管拡張はなく、左鎖骨上窩リンパ節腫大はみられないため診断に難渋した。最終的には頸部リンパ節生検で「結核性リンパ節炎」の診断に至り治療を開始しえた。

【考察とまとめ】結核性リンパ節炎の診断は画一化されていないため、いくつかの検査を組み合わせることが重要である。また、右鎖骨上リンパ節腫大の鑑別として今回挙げた疾患は、治癒の可能性があるものから緩和ケアを考慮すべきものまで幅が広がった。従って、正確な診断に至る過程だけでなく患者への説明内容についても非常に苦慮した症例であった。

尿閉を主訴に受診した無菌性髄膜炎の1例

鈴木 琢也 赤石 雄 宮島 豪 原田 芳巳
 平山 陽示

東京医科大学病院

【背景】髄膜炎により尿閉をきたすことは、仙髄神経根障害による排尿障害である Elsberg 症候群として理解されている。非常に稀な疾患であるが、適切な診断・処置により病態の進行を遅らせ治癒が可能であるため、念頭においておくべき病態であると思われる。【症例】24歳、男性。【主訴】尿閉【現病歴】2日前から38℃の発熱と頭痛が出現した。4時間前より排尿困難と腹部膨満感、腹痛がみられ、当院泌尿器科を受診した。尿閉がみられ導尿を施行されたが、発熱や頭痛に加えて項部硬直も認めため精査目的に当科に紹介された。当科で診察上も項部硬直、jolt accentuation test、neck flexion test いずれも陽性であり髄膜炎を疑い髄液検査施行した。髄液細胞数は562/μlと増加し髄膜炎と診断され緊急入院した。【入院後経過】髄液中の細胞が多核球が56.2%と優位であることから、抗菌薬としてセフトリアキソンナトリウムとメロペネム、抗ウイルス薬としてアシクロビルによる治療を開始した。尿、血液、髄液培養が陰性であったため、第2病日よりメロペネム、第5病日よりセフトリアキソンナトリウムを中止した。第4病日には頭痛、項部硬直は消失し、全身状態は改善した。第8病日には髄液所見も改善を認め、第9病日アシクロビル投与中止とした。排尿障害に対しては、バルーンカテーテルを留置し2400～3500ml/日の尿量を得た。その他に神経学的異常はなく、頭部CT、MRIにて脳炎を疑う所見は認められなかった。Elsberg 症候群の可能性を考慮して、第2病日よりステロイドパルス療法を施行した。また第5病日に腰椎MRIを評価したが明らかな炎症所見は認めなかった。第11病日に排尿機能測定を行い、自排尿可能と判断しバルーンカテーテルを抜去した。第14病日に退院とした。【考察】尿閉を主訴に受診した無菌性髄膜炎を経験した。尿閉に発熱・頭痛・嘔吐などの症状を伴った場合、無菌性髄膜炎も念頭に置き対処する必要がある。

高血圧の有無による塩分摂取行動に対する遺伝子検査通知効果の違い

岡山 雅信¹ 竹島 太郎¹ 原田 昌範² 阿江 竜介³
梶井 英治¹

¹自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門

²山口県立総合医療センターへき地医療支援部

³自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学部門

背景：研究手法の進歩に伴い、疾患感受性遺伝子の同定は生活習慣病などありふれた疾患にも広がっている。いま、遺伝子検査結果の活用が大きな課題となっている。プライマリ・ケアにおいてもその準備を進める必要がある。既に、我々は外来患者を対象として仮想シナリオを用いた塩分感受性遺伝子検査に対する患者の認識とその結果の通知による減塩行動への影響を明らかにした。行動変容に患者背景：疾病の有無が影響することは十分考えられる。しかし、先行研究において、この点は明らかとなっていない。そこで、塩分感受性遺伝子結果の通知による塩分摂取行動変容の変化に対する、患者背景：高血圧の有無の影響を明らかにした。

方法：任意6医療機関の外来患者を対象に自己記入式質問紙調査による観察研究を行った。主な測定項目は現病歴（高血圧等）、塩分の好み、生活習慣（減塩等）、減塩の行動変容ステージである。塩分感受性遺伝子は「塩分を摂り過ぎると血圧が上がりやすい体質（遺伝子）」として伝え、通知前に加え、後も行動変容ステージは回答を得た。

結果：外来受診した2,237名のうち、1,644名（73.5%）から回答を得た。そのうち、高血圧患者は33.9%であった。「塩分感受性遺伝子を持っている」の通知後では、高血圧患者に比べて、非高血圧患者は減塩の行動変容ステージが減塩に向けて進展した者が多かった（Adjusted RR：1.76, 95% CI：1.12－2.76）。また、「塩分感受性遺伝子を持っていない」の通知後では、高血圧患者と非高血圧患者とで減塩に係る行動変容の後退に差がなかった（Adjusted RR：1.05, 0.70－1.57）。

結論：遺伝子検査結果通知の影響は患者背景よって異なることが分かった。非高血圧患者においては、塩分感受性遺伝子結果の通知は好ましい行動変容：減塩行動につながる可能性が示唆された。疾患感受性遺伝子結果の通知は疾病予防に役立つかもしれない。しかし、今後、十分な検証が必要と考える。

ミノサイクリン内服が著効した額部・両眼瞼・両眼窩腫瘍の一例

一瀬 直日

赤穂市民病院

〔症例〕77歳女性。〔現病歴〕生来健康。既往歴は右上腕骨骨折のみ。半年前より右額部湿疹があり近医皮膚科でステロイド外用剤を処方されていたが改善なし。1ヶ月前より両上下眼瞼の皮下にしこりを触れ目を開けづらく、皮膚科で原因不明と言われ当院受診。〔身体所見〕右前額部に5mmの暗赤色隆起腫瘍が数個集簇。両上下眼瞼に2－4mmの硬く可動性良好の圧痛伴わない皮下腫瘍を多数触れた。眼球運動制限なく、複視なし。頸部リンパ節腫脹なし。その他、異常所見なし。〔検査結果〕血液検査では炎症反応や自己抗体検出なく、IgG4値も異常なし。ACE値も正常。胸腹部CTに異常なし。造影MRIでは右眼窩から眼瞼に4mmの軽度濃染される腫瘍を描出。ガリウム炎症シンチグラフィでは両眼窩に著明な集積を認めた。生検では類上皮肉芽腫が多数集簇した白色の組織が得られた。組織の抗酸菌染色や結核PCRは陰性で、悪性リンパ腫も否定された。全身検索からサルコイドーシスも否定的だった。1か月後、右前額部の皮膚生検を行ったが同様の組織所見で、細菌培養・抗酸菌培養も陰性だった。毛包脂腺成分への浸潤なし。〔診断〕眼瞼から眼窩の皮下腫瘍と前額部の皮膚病変とで肉眼所見は異なるが、病理組織としては肉芽腫性炎症で一致しており、顔面播種状粟粒性狼瘡が最も近い診断と考えた。ミノサイクリン100mg/日の内服を開始したところ2週間で眼瞼腫瘍は退縮しはじめ、4ヶ月ですべての腫瘍病変は消失した。〔考察〕通常は丘疹・膿疱を呈する顔面播種状粟粒性狼瘡の亜型と考えられる額部および眼瞼・眼窩の肉芽腫を経験した。眼窩の皮下腫瘍として発症した例は国内外の文献検索上見られない。悪性リンパ腫や結核、サルコイドーシスの鑑別を行いながら治療を要したが、抗生物質で劇的に改善を得られる本疾患をプライマリ・ケア医として知っておく重要性を示唆する症例だった。

看護師による患者のためのリウマチ看護外来

高橋 瑠理¹ 吉田 和子¹ 日高 みえ子¹ 望月 猛²¹千葉西総合病院看護部 ²鎌ヶ谷総合病院リウマチ科

[はじめに] 関節リウマチ (RA) は近年、生物学的製剤の登場などにより疾患活動性の低下や関節の変形・破壊を抑制し患者の日常生活の向上・維持ができるようになった。看護師の役割のひとつに患者に対し生活上で足りない部分を担い補う役割がある。リウマチ患者へ看護師だからこそできる援助及び介入方法があると考え、今回報告する。[方法] 平成25年6月から日本リウマチ財団登録リウマチケア看護師によるリウマチ看護外来を当院で開設。患者に対し病気や治療、検査結果のみかた、生物学的製剤を含めた抗リウマチ薬の特徴、自己注射指導、日常生活上の注意点を1回20～30分かけて指導している。[考察] リウマチ患者にとって知識が不足していることは内服薬の自己中断や定期未受診の原因となる。生物学的製剤の自己注射に関しては自身の体に針を刺す行為だけでも恐怖心が強くあり、その上合併症への配慮や、高額な治療を行うことへの経済的不安もある。指導の中で患者から医師に言いづらい・聞きにくいことを看護師に打ち明けることがある。看護師は患者の訴えに寄り添うことで信頼感を得て患者に対し教育的立場から精神的援助まで幅広く介入することができる。リウマチケア看護師は専門的立場から患者と医師の橋渡しをするだけでなく、患者が日常生活で不安なく過ごせるように患者の生活に沿った方法で指導していく必要がある。看護外来は教育の場であり、病気に対する知識を得ることでリウマチという病気と向き合い、現在の自分の状態を知ることによって積極的に治療へ臨むことができる。これにより治療が円滑に進むことで最終的に患者の日常生活の向上・維持ができるといえる。[結語] リウマチ看護外来は教育とともに患者自身が考える健康や病気からの回復を専門的な知識をもって援助する場であり、患者自身の治療に対する積極性と疾患や薬剤による合併症を抑制できると考えられる。

糖尿病患者の心臓 CT における冠動脈病変の危険因子

橋本 真悟¹ 原田 貴文² 寺田 菜穂² 原田 顕治²
藤永 裕之²¹医療法人橋本医院 ²徳島県立中央病院

糖尿病 (DM) は、虚血性心疾患や脳梗塞などの動脈硬化性疾患の危険因子であり、胸部症状の無い2型糖尿病患者の22%で負荷検査時に心筋虚血を認めたとされており、糖尿病と心血管疾患の関係は深い。CT はここ数年で多列化が進み、それとともに冠動脈病変を診断する感度・特異度が向上している。今回、我々は2010年1月から2013年12月の4年間、虚血性心疾患を心電図等で疑われ心臓 CT を施行された糖尿病患者70例を対象に検索したところ、L/H 比 (冠動脈有意狭窄有り 2.6 ± 0.7 vs 冠動脈有意狭窄無し 2.0 ± 0.6 , $p=0.03$) が冠動脈病変予測因子に有用であった。胸部症状の無い糖尿病患者は、早期に動脈硬化が進行していることがあり、特に L/H 比に乖離がある症例では、心臓 CT 等で冠動脈病変の精査が必要であると考えられた。

在宅高齢者腎不全における透析導入の是非

小串 哲生 椿原 宏典 菱山 豊平 橋本 潔

忠和クリニック

【目的】腎不全高齢者においては、身体機能や認知能力に差があり社会的活動や生活レベルに差が見られる。医学的な導入基準を満たしていても合併症や認知症などの医学的要因および家庭環境、家族の希望、通院困難などにより、在宅にて持続携帯式腹膜透析（CAPD）を行うケースもあるが、透析非導入となるケースもあり、状況は様々である。今回我々は在宅療養中の腎不全高齢者について検討を行った。【方法】2011年4月より当診療所において訪問診療を行った末期慢性腎不全患者7例のうち、透析非導入3例、透析導入4例について検討を行った。【結果】患者の平均年齢は77.9±4.3歳、男性4例、女性3例、平均訪問診療期間は25ヶ月であった。透析導入例は、APD 2例、施設HD 1例、HHD 1例であった。非導入症例の平均年齢は83.7±3.5歳、全例要介護であった。非導入となった背景は、超高齢でADL低下などから本人、家族が非導入を希望したためであった。経過観察中に非導入症例全例、導入例2例死亡した。1例はPDラストで死亡前日までPDを継続した。在宅療養中の主な合併症は、両群ともに心不全悪化、褥瘡、誤嚥性肺炎などであった。訪問開始から死亡までの期間は、非導入例 4.7ヶ月、導入例13.5ヶ月であった。【考察】在宅療養中の高齢者腎不全患者においては、単に医学的な導入基準のみならず患者個々の病態、価値観、宗教、家庭環境、介護状況など医学的社会的因子を含めて導入・非導入を決定する必要があると思われた。透析導入する場合においても、高齢者では食事量や運動量が低下していることから尿毒素貯留が軽度なため、週1-2回の血液透析や週2-3回のAPDなど透析時の負担を軽減させQOLを向上させることが可能と思われた。また、腹膜透析は終末期においても在宅にて安全に継続可能であり、有用な方法と考えられた。

脳内石灰化症の2例

得丸 幸夫

得丸医院

【目的】脳内石灰化症の2症例を経験し、その臨床所見・長期経過と画像所見を比較検討した。【症例】症例1は特発性副甲状腺機能低下症（IHP）の44歳女性。幼稚園の頃から発作性の手足の硬直があり、28歳時に当院受診し、大学病院神経内科にて診断された。テタニーの他、Kinesigenic Dystonia（KD）を認めたが、アルファロール内服、牛乳摂取にて16年間コントロール良好である（脳内石灰化は軽度進行）。症例2はFahr病（FD）の64歳女性。35歳時に倦怠感、希死願望にて、大学病院精神科受診し、うつ病とともに脳CT所見よりFDと診断されている。57歳頃より構音障害、歩行障害が進行し車いす生活となり、64歳時に精神科より当院紹介され受診した。脳CT所見では、2例とも両側性に大脳基底核、小脳歯状核を中心に著明な石灰化を認めており、その程度に大きな差はなかった。【考察・結論】IHPにKDを伴うことは知られているが、KDに脳内石灰化は必ずしも伴わない。また、IHPにパーキンソニズムの合併も報告されているが、本例では今の所認められない。FDは、パーキンソニズムの他、不随意運動、認知機能障害、小脳失調など多彩な症状があり、精神症状としては統合失調症様の症状が知られているが、本例ではうつ病を合併していた。長期的にみて、症例1は血中Ca濃度の補正により、寛解状態が続いており、根本的治療のない症例2はパーキンソニズムが緩徐進行性である点は注目される。脳内石灰化を見た場合、その程度だけで、症状・病態・予後を特定することは困難であるが、なるべく早く原因を究明し治療を試みる事が重要と思われる。

離島における Clinical indicator (CI) として HbA1c を用いた糖尿病患者の意識変容への取り組み

太田 龍一¹ 金子 惇² 島袋 彰⁴ 本村 和久³

¹沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属南大東診療所

²沖縄県立北部病院附属伊平屋診療所 ³沖縄県立中部病院

⁴沖縄県立八重山病院

背景：慢性疾患の患者をケアする上で Chronic care model を適用することによって患者の自己管理が向上し、それによってその疾患コントロールも改善するとされている。慢性疾患の一つである糖尿病に関しては HbA1c の値を患者に伝え、正常値と比較する機会を与えることによって疾患のコントロールが改善する可能性も示唆されている。また離島という環境下では島民間でのライバル意識が強い傾向にあるとされている。目的：島内の糖尿病患者間で、島内の糖尿病に関するデータを患者に提示する事によって、患者の治療に対する気持ちなどがどのように変化するかを検討した。

研究デザイン：介入研究

研究施設：沖縄県の離島診療所（人口1283人、島で唯一の医療機関、基幹病院へは飛行機で2時間の距離）
標的集団：診療所通院中の全糖尿病患者82名のうち、HbA1c 8以上の方30名

アウトカム変数：患者の疾患に対する考え方や感じ方の変化

介入：当診療所通院中の糖尿病患者82名の2013年4月から9月までの期間で測定した最新の HbA1c の値を集計し匿名化した上で、CI として集計した。全糖尿病患者の分布をヒストグラムとして視覚化し、標的集団に対し外来受診時にヒストグラムを示し、各自がどの部分に位置しているのかを示した。

データ取得方法：外来直後のアンケート調査

結果：アンケート回収率は80%。比較する事による意欲向上を感じた患者は100%であった。自分の疾患に対し悪いと自覚した患者が73%、さらなる加療の必要性和感じた患者が93%、自己管理の必要性を感じた患者が100%、疾患コントロールの自信の高まりを感じた患者が100%であった。継続的な情報提供を希望した患者が100%であった。

考察：離島という地理的に独立性の高い環境で、同一疾患を有する患者同士の検査結果の比較によって患者意識が変化し、それが患者の健康へ繋がる可能性がある。データを定期的に更新することで、患者の疾患への意識をさらに強くすることが考えられる。

Patient-oriented Helicobacter pylori eradication therapy の提唱

吉田 孝司

医療法人むつき会大槻内科小児科クリニック

平成25年2月、慢性胃炎に対する Helicobacter pylori (HP) 除菌療法が保険適用になった。旧来は、胃・十二指腸潰瘍や胃 MALT リンパ腫、特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) などに限定されていたが、内視鏡的に慢性胃炎と診断された場合にもようやく保険適用となった。数々の研究から HP 感染が胃がんの発症に関与していることが判明しており、その前がん病変である慢性胃炎、特に萎縮性胃炎の段階で除菌を行えば、結果的に胃がんを予防できるという見地に立ち、国も本腰を入れて近未来的な胃がんの撲滅を狙っている。

このような状況の中、HP 除菌療法が今後ますます盛んに行われ、消化器内科医でなくとも一般臨床においても広く普及することが予想されるが、演者はそこに大きな期待を抱くのと同時にいくらかの不安を覚えるため、あえて警鐘を鳴らしたい。

というのは、内視鏡をやって慢性胃炎であれば除菌を行うという医療者側から見れば何の変哲もない1本のレーンが敷かれているわけであるが、患者サイドから見たときには、果たしてそれはどうであろうか。そこで、演者は Patient-oriented HP eradication therapy を提唱している。つまり、患者の基礎疾患やアレルギー歴、あるいは服薬コンプライアンスなどだけではなく、環境因子や遺伝的素因、経済状況なども広く含めて患者をよく理解し、十分なインフォームドコンセントを経て HP 除菌療法を行うというものである。特に、保険適用のある一次・二次除菌はともかく、三次除菌以降については副作用の面だけではなく、自費診療ということでの経済的負担を十分に考慮しなければならない。

当科における除菌率の検討

川上 浩平¹ 平山 陽示¹ 原田 芳巳¹ 大滝 純司¹
河合 隆²

¹東京医科大学病院総合診療科

²東京医科大学病院内視鏡センター

目的 2000年11月に胃潰瘍、十二指腸潰瘍などに保険認可されてからの H.pylori に対する除菌療法は多くの施設で行われている。また、2013年2月よりヘリコバクター・ピロリ感染胃炎に対する除菌療法も保険適応となり、増々除菌療法が増加傾向である。今回我々は2012年4月から2013年3月まで当科で行われた除菌療法の結果を検討する。また、2001年から2012年まで東京都内15施設（東京 HP 研究会）で行われた経年的な一次除菌率と今回の我々の除菌率と比較検討する。方法 当科にて2012年4月から2013年3月までにピロリ感染症と診断した症例に対し、ランサップにて除菌療法を行った。除菌判定は尿素呼気試験にて判定し、カットオフ値は $\Delta 13$ CO₂が2.5%未満とした。グレーゾーンは2.5-5.0%とした。また東京 HP 研究会の各施設において、各年の4-6月に PPI + AMPC + CAM の三剤療法にて一次除菌療法を行い、判定方法は当院と同様に行った。結果 対象37例で、男女比は26:11、平均年齢56.2歳、対象疾患は胃炎10例、胃潰瘍14例、十二指腸潰瘍8例、胃十二指腸潰瘍3例、ITP 1例、不明1例であった。一次除菌率は ITT 59.5% (22/37)、PP 75.2% (22/29) であった。東京 HP 研究会での一次除菌率は ITT/PP 解析で2001年78.5/79.5% (n=242)、2002年71.2/72.9% (208)、2003年67.8/70.5% (183)、2004年75.6/84.6% (131)、2005年56.4/70.5% (110)、2006年70.5/75.8% (271)、2007年67.4/82.0% (135)、2008年64.0/76.3% (261)、2009年60.5/74.3% (329)、2010年66.5/78.8% (370)、2011年71.1/79.5% (498)、2012年69.0/75.9% (493) であった。結論当院で施行された2012年度の PP での除菌率は今までの当院で施行された除菌率と変化がなかった。当科の除菌療法では PP に比し、ITT での除菌率が低値なことより、除菌判定に来院されない脱落例が多く、患者に対する除菌判定の必要性を、事前に十分インフォームドコンセントをすることが重要と考えられた。

当院における糖尿病合併脂質異常症の治療内容及び管理についての検討

伊藤 俊¹ 黒鳥 偉作¹ 高佐 顕之¹ 渡久山 哲男¹
中川 潤一¹ 八十川 要平²

¹津久井赤十字病院内科 ²津久井赤十字病院

【はじめに】糖尿病患者では脂質異常症合併により心血管疾患リスクがさらに高まることから、積極的な管理が必要になる。一方目標到達率は半分不到達していない報告が多い。今回当院通院中の患者を対象に検討したので報告する。【方法】対象は当科外来通院中の糖尿病合併脂質異常症患者961例（男性502例女性459例、平均年齢67.1±15.9歳、虚血性心疾患合併30例）。検査項目別の実施頻度、治療内容、治療内容別の動脈硬化性疾患予防ガイドラインにおける検査項目達成率について虚血性心疾患合併例（上記ガイドラインにおける二次予防）と非合併例（カテゴリーⅢ）に分けて検討した。【結果】LDL（直接法）は901例（93.8%）、HDLは915例（95.2%）、トリグリセライドは938例（97.6%）、non HDL-Cは366例（38.1%）で施行されていた。治療内容はカテゴリーⅢ（931例）でスタチン655例（70.4%、特にストロングスタチン475例51.0%）、フィブラート82例（8.8%）、EPA52例（5.6%）、エゼチミブ28例（4.3%）、食事療法のみ159例（17.1%）であった。二次予防（30例）ではスタチン25例（83.3%、特にストロングスタチン21例70.0%）、フィブラート1例（3.3%）、EPA 1例（3.3%）、食事療法のみ4例（13.3%）であった。カテゴリーⅢの検査項目達成率は LDL67.8%、HDL92.1%、non HDL-C78.2%、二次予防では LDL55.6%、HDL88.9%、non HDL-C69.2%であった。LDLではストロングスタチン、スタチン+フィブラート、スタチン+エゼチミブで高い目標達成率が得られた。【結語】当院での糖尿病合併症例の脂質管理について従来の報告に比べて高い達成率を得ることができた。特に LDL についてはストロングスタチンあるいはフィブラート・エゼチミブとの併用が高い目標到達率を得る可能性が示唆された。

当院での治療経験例から高度肥満合併糖尿病の治療戦略を考える

進宅 礼章

能美市立病院内科

【背景】糖尿病の治療の基本は、食事療法と運動療法である。高度の肥満を合併した糖尿病患者も多く、整形外科疾患を合併するため運動療法が行えず、過食の食習慣を改善できないため、糖尿病の治療に難渋することが多い。【症例】41歳女性。食後2時間血糖 386mg/dl、HbA1c (JDS) 9.5% を呈し、血糖コントロール目的に入院となった。インスリン強化療法を実施後、経口糖尿病薬にて血糖コントロールを行った。メトフォルミン2250mg/日、シタグリプチン50mg/日、ピオグリタゾン15mg/日投与しているにもかかわらず、血糖コントロールは不十分だった。肥満が血糖コントロールの大きな障害となっていると考えられたため、体重の減量を主体とした糖尿病治療として、GLP 作動薬を導入した。結果、体重の減少とともに良好な血糖コントロールが得られた。【方法】当院で高度肥満 (BMI>34) 合併糖尿病患者4名 (男性2名、女性2名) に対して、GLP 作動薬を投与して加療した。【結果】症例1 (50歳 男性) は体重が130.0Kg → 121.5Kg (6か月後)、血糖は HbA1c 11.0% → 7.3% (6か月後) となった。症例2 (50歳 女性) は体重が100.2Kg → 87.3Kg (6か月後)、血糖は HbA1c 7.8% → 6.32% (6か月後) となった。症例3 (46歳 男性) は体重が126.5Kg → 95.9Kg (6か月後)、血糖は HbA1c 9.7% → 5.6% (6か月後) となった。症例4 (66歳 女性) は体重が77.1Kg → 69.5Kg (6か月後)、血糖は HbA1c 7.0% → 6.0% (6か月後) となった。【結論】高度肥満を合併する糖尿病患者の血糖コントロールは困難である。体重の減少は高度肥満を合併した糖尿病の治療では、体重の減量が肝要であり、減量効果の有する GLP-1 受容体作動薬の投与は有効であると考えられる。

今一度糖尿病の食事指導について考える ～糖質含有量に着目した食事指導の有用性～

野々上 智 佐藤 由紀 岡本 広太郎 吉田 英人
木島 真 吉田 正 仲田 和正

医療法人健育会西伊豆病院

【はじめに】糖質制限食は、糖質摂取量を制限し脂質・蛋白質摂取量を増やす食事療法である。従来のカロリー制限による食事指導は煩雑であり、食事療法を継続するのが難しいことが多い。当院では2010年4月から糖質含有量に着目した食事指導を行っている。コントロール不良な糖尿病例と経過中にコントロール悪化した例に対して、糖質量に着目した食事指導でコントロールが改善した2例を報告する。

【症例1】54歳男性。口渇・多飲・多尿を主訴として受診。来院時血糖 866mg/dl、HbA1c 10.9%。同日入院。2か月前からスポーツ飲料1L程度飲むようになり、甘いもの多く、主食摂取量も多かった。リラグルチド0.3mg/日自己注開始。間食を糖質の少ないものにかえること、主食を減らして副食を増やすことを指導した。食事の前後での自己血糖測定をしたところ、何を食べると血糖値を上げるのか自身で理解されるようになった。1か月後8.5%、3か月後6.2%と改善。以後6.3～6.6%と安定した。

【症例2】52歳男性。健診で高血糖を指摘され受診。随時血糖値 259mg/dl、HbA1c 8.7%。ソフトドリンクを控えること、間食を糖質量の少ないものに変えること、夕食の主食を抜いて副食を増やすことを指導。シタグリプチン100mg/日も開始。4か月後には HbA1c 6.9% に改善したが、5か月後に7.3%と上昇傾向にあった。糖質摂取量に注目した食事内容の調査を行ったところ、お菓子が増えていた。薬物の増量を行わず、間食を糖質含有量の少ないものに切り替えることを指導したところ、翌月には6.5%となり、最終的に6.2～6.3%で安定した。

【考察】糖質含有量の着目した食事内容の聴取と指導、食事の前後で血糖値を見える化し、何を食べると血糖上昇するか身をもって体験してもらうことで、血糖コントロールが改善する可能性がある。

がん患者に対する薬局薬剤師の役割とプライマリ・ケアの課題

川口 諭 久田 健登 滝澤 健司 飯塚 敏美
堀口 雅巳 石塚 英夫

望星薬局

【目的】がん化学療法は従来、入院治療が一般的であったが、ここ数年で大きく外来へシフトしており、薬局でもがん患者に対して服薬指導する機会が増えてきている。かつてはがん告知も不明な場合が多かったが、現在ではがん種、再発や転移、レジメン内容などの情報を患者より入手できるケースが徐々に増え、薬局薬剤師が果たすべき役割が大きくなっている。そこで、当薬局での実態調査をもとにがん患者に対する薬局薬剤師の役割と課題を検討した。【方法】平成25年12月1日から12月31日までに望星薬局に来局し、薬歴に胃がん登録のある患者を対象にした。過去6ヶ月間の薬歴から、副作用、食事、服薬支援、アドヒアランス、がん症状の5項目について薬剤師が行ったセルフケア・副作用マネジメント（以下、マネジメント）の提案について、マネジメントの提案なし、具体的な提案ありに分類して調査を行った。【結果】胃がん登録があった患者は42名であり、薬剤師が具体的なマネジメントを提案した患者は21名であった。その内容は食事が8件と最も多く、副作用7件、服薬支援6件、がん症状1件であった。アドヒアランスについて確認できている事例はなく、支持療法薬に関して知識が不足している事例があったが、栄養士と連携し食事に関してサポートできた事例が2件あった。【考察】マネジメントを提案できた患者は21名と半数であったが、薬剤師は食事に関するマネジメントを意識して行っていることが窺えた。また、栄養士と連携してサポートできた事例がみられたことから、副作用の確認と併せて積極的に関与できる課題であると思われる。薬局薬剤師の役割として、マネジメントは薬剤に関することのみならず、食事ケア、症状ケアなどの支持療法を担う役割が求められていると思われる。薬剤師はがん治療についての知識を身につけ、適切なマネジメントを展開することが課題である。

肺がん術後連携クリティカルパスが術後再発の早期発見および治療に有用であった1例

湯浅 志乃¹ 坂東 弘康² 広瀬 敏幸³ 中西 嘉憲⁴
田畑 良⁴ 清水 伸彦⁴ 山口 治隆⁴ 河野 光宏⁴
谷 憲治⁴

¹徳島県鳴門病院 ²徳島県立海部病院内科

³徳島県立中央病院外科

⁴徳島大学大学院総合診療医学分野

【背景】徳島県においては、同形式の肺がん術後連携クリティカルパス（以下、連携パス）を県下主要施設で使用している。今回がん地域連携拠点病院（A病院）と地域の病院（B病院）との連携により、術後再発の早期発見および治療に有用であった1例を報告する。

【症例】67歳女性、重喫煙者。X年11月よりが咳嗽認め、かかりつけ医でXp施行。異常は認めず、その後も症状が持続するため5か月後にB病院でCT施行したところ、左下葉に腫瘤影を認めた。気管支鏡検査で扁平上皮癌と診断され、A病院へ紹介。A病院とB病院の連携にて治療を開始した。B病院で術前化学療法を施行後に、A病院でXX年8月に左下葉切除、気管支形成術を施行された。その後B病院で術後化学療法を追加し、連携パスに沿ってB病院で定期検査を継続した。術後6か月後の定期気管支鏡検査にて、気管支断端の再発を認めた。再度A病院へ紹介し、放射線療法施行。その後もB病院で検診を継続しており、現在術後2年を経過したが、再再発は認めず、生存中である。

【考察】徳島県南部では、地域拠点病院までの定期検査受診に際しても、遠方であるため患者負担が大きい。県下で同形式の連携パスを用いることにより、県南部の地域においても拠点病院と同様の術後定期検査を居住地の近くで受けることができ、検査などの受診に際しての患者負担が軽減されると思われる。

【結語】今回、連携パスを用いたことにより術後再発を早期に発見でき、治療にもつながった。連携パスは有用であると思われた。

赤血球容積粒度分布幅 (RDW) による担癌患者スクリーニングの有効性

若栗 大朗 須崎 誠 桐木 園子 小野寺 直子
荒木 尚 兵働 英也 小原 俊彦 川井 真
安武 正弘

日本医科大学付属病院 ER・総合診療センター

【背景と目的】 赤血球容積粒度分布幅 (red cell distribution width: 以下 RDW) は貧血の鑑別指標の1つであるが、近年、心不全、特発性肺線維症、各種の癌、グラム陰性桿菌血症、腎機能障害など多くの疾患の予後規定因子として注目されている。本研究の目的は、総合診療外来におけるRDWの担癌患者スクリーニングに対する有用性を評価することである。【方法】 対象は、2012年9月から2013年9月の間に当科外来を受診した初診患者のうち、悪性疾患と診断された連続51症例。対照群として、同じ期間中に受診した患者で、特に異常所見を認めなかった症例、もしくは軽症の高血圧や脂質異常症で経過観察中の患者から、年齢・性別を一致させた51症例を選択した。高度貧血 (Hb<9.0)、RDWに影響する薬剤使用例、心不全、炎症疾患などの合併例は除外した。RDWは自動血球計算装置 (シスメックス社製XE-5000) で算出されるCV値を用いた。また、ROC解析により得られた最適カットオフ値による感度・特異度も算出した。【結果】 悪性疾患群 (年齢67.8歳 [24-88]、男性27、女性24) の内訳は、消化管系 26、血液系 10、肺癌 6、婦人科系 3、泌尿器科系 3、乳癌 2、脂肪肉腫 1であった。対照群は男性27人、女性24人、年齢67.4歳 [28-86]、であり、悪性疾患群に比して、ヘモグロビン値 (Hb)、血清アルブミン値 (Alb) が高く、CRPは低値であった (Hb: 13.6対12.0, Alb: 4.21対3.64, CRP 0.37対3.33, $P < 0.05$)。一方RDWは、悪性疾患群で14.6 (12.6-25)、対照群で13.3 (12.2-15.6) と悪性疾患群で有意に高値であった ($P < 0.05$)。また13.9%をカットオフ値とすると、悪性疾患検出の感度は58.9%、特異度78.5%であった。【考察】 今回の研究で、担癌患者群のRDWは非担癌対照群より有意に高値であることが示唆された。RDWのみで担癌患者のスクリーニングを行うのは不可能であるが、RDWが13.9%以上の場合は、癌を含めた疾患の鑑別を念頭におくことが必要である。

我々は慢性疾患に関してどのような患者をケアしているのか。診療録分析による自己内省のススメ。

岡田 唯男¹ 福士 元春² 名郷 直樹²

¹鉄蕉会亀田ファミリークリニック館山

²武蔵国分寺公園クリニック

【背景】 地域でプライマリ・ケアを実践する上で地域のニーズを把握することは重要である。武蔵国分寺公園クリニック (以下当院) では解説当時よりDr. ベイズという随時データ蓄積型の診療統計システムを導入しており、ICPCコードでの分類がなされているため患者病名の解析が容易である。一方で、ケアの包括性を把握する上で、何をどのように数えるか、ということについては統一された見解は得られていない。

【方法】 後ろ向き横断的研究 (mixed method)。開院以降2013年12月中旬までの当院のDr. ベイズのデータを慢性疾患病名にて抽出、外部者である筆頭発表者がICPCコードのカテゴリーごと、また、特定のICPCコードごとの頻度分類を行なった。またその結果を元に、当院の医師と対話を持つことで、診療やコーディングの癖や傾向についての質的な分析を行なった。

【結果】 全部で述べ1419診断であった。カテゴリーごとでは呼吸器が20.4%で最多、循環器 (20.1%)、内分泌代謝栄養が14.2%とこの3つで54.7%と半数を占めた。特定のコードでは、気管支喘息が11.91%で最多、合併症のない高血圧症が10.01%、アレルギー性鼻炎/花粉症6.48%と続いた。上位33疾患でも全体の69.1%を占めるにとどまった。当院医師との対話の中では、よくあるコードの分類間違いが同定された。在宅患者と外来患者を区別せずにコーディングし、無意識に継続性が実施されていた。具体的な治療や処方を行なわずともその患者をみる上で無視できない疾患がコードされる傾向が明らかになった。一部の問題の大幅なコーディングの漏れが判明した。また、先行文献や他施設との比較によって、地域には存在するが拾い上げられていない可能性のある問題の存在が示唆された。

【結論】 すぐにデータが利用できる形での継続的なデータ蓄積と分析により、様々なことが明らかになる。

サリドマイド胎芽病者の現状の一考察 —心身状態と受診状況から—

小林 毅¹ 吉澤 篤人² 梁瀬 鐵太郎³ 高森 裕子³

¹千葉県立保健医療大学

²独立行政法人国立国際医療研究センター病院

³株式会社三菱総合研究所

【はじめに】日本国内で妊婦に使われた「サリドマイド剤」は、多くの重篤な四肢の欠損などの「上肢の障害」や聴覚障害などの「耳の障害」という胎芽病を発生させた。この時の胎芽病者も年齢が50歳を超え、先天性の障害に加えてさまざまな心身症状を抱えて、どのようにこれらの疾病や症状に対応しているかについて考察と課題を報告する。【方法】連絡が可能な284名の胎芽病者に実施したアンケート結果と平成22年度国民生活基礎調査（以下、調査）と比較し、胎芽病者の疾病や症状の特徴を検討した。さらに、同じ比較結果から検討を加えた受療の傾向を、同意が得られた胎芽病者の個別の聞き取り調査（以下、聞き取り）から考察した。【結果】胎芽病者自身は、健康状態を良好とは思っておらず、「肩こり」「腰痛」といった症状を訴え、「糖尿病」「高脂血症」の診断を受けていた。しかし、病院や診療所などへの受診は調査結果と差はないが、「あんま・はり・きゅう」などを受療している比率が多かった。一方、聞き取りからは、この理由となるような「受診をしても、『歳だから』と言われて治療してくれない」などの不満が多かった。【考察】胎芽病者の「肩こり」などは、本研究の別の結果から腰椎なども指摘があり、精査と必要に応じた治療方法の選択が必要である。また、上肢の障害の胎芽病者は血圧測定をしていないことも多く、生活習慣病の予防の観点からも生活指導などが重要である。しかし、胎芽病者自身もその重要性を認識していないことも多く、教育的な指導も必要と考える。【倫理的配慮・その他】本研究は、「独立行政法人国立国際医療研究センター倫理委員会」の承認を受けた。また、厚生労働省科学研究費補助金「平成23年度医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究（研究課題名：全国サリドマイド胎芽病患者の健康、生活実態に関する研究）」の一部として実施した。

診療所における Post PCI 患者のフォローアップに対する運動負荷心電図の意義

藤枝 賢晴^{1,2} 安川 生太¹

¹藤枝医院 ²福井医療短期大学

【背景・目的】冠動脈 CT、MRI の解像度の進歩は、PCI 後の再狭窄・新規病変の評価に有効な CAG に代わる侵襲性が低い手法となったが、慢性期の経過評価を担う診療所においては、運動負荷心電図の有用性と現実性は依然として存在する。一方で運動負荷心電図に由来する心事故発生のリスクは無視し得ず、また検査に要する時間や手間の対する保険診療得点は高くなく、必ずしも普及実施されているとは言えない状況と思われる。本報告では、プライマリ・ケア医が診療所において特に PCI 後の経過評価に対する運動負荷心電図を実施する意義について考えることを目的とした。

【方法】2001年～2013年までに2001/4/21～2013/12/21の期間に都下H市にて内科・循環器科・リハビリテーション科標榜の無床診療所である当院にて運動負荷心電図を適用した延べ363例のうち、35例の CAG and/or PCI 施行例について詳細を検討整理した。運動負荷試験は、電磁式自転車エルゴメーターを使用し、原則として症候限界性最高負荷法であった。

【結果】35例の内訳は PCI 後に高次医療機関からの逆紹介が13例、VSA 4例を含む冠動脈病変の当院で新規発見は19例（男性11例、女性8例）、偽陽性（男性1例、女性2例；CAG にて有意狭窄なし）は3例であった。PCI 後の再狭窄、新規病変の早期発見を主な目的とした負荷 ECG の実施は延べ79例で全件の2割に相当した。この内9例について心電図所見、胸部症状、運動耐容能低下等より再狭窄、もしくは新病変を疑い、高次医療機関での精査を依頼し結果、6例で再狭窄と新病変を CAG で確認され、早期発見・早期治療を可能にし得た。一方、3例はシンチグラム、または CAG にて再狭窄と新病変は否定された。

【結論】冠動脈の新病変、PCI 後再狭窄の早期発見においてプライマリ・ケア医の運動負荷心電図の積極的な活用は有用と考え得る。

患者の認知によりそった病態仮説と自律訓練法を用いた脱感作によってICS/LABAの導入が可能になった気管支喘息の一例

松田 能宣 所 昭宏

国立病院機構近畿中央胸部疾患センター心療内科

[症例] 70歳代女性 [病歴] 気管支喘息と診断後、治療薬に次々と副作用出現するため、医療者と良好な関係が築けず、継続治療受けずに喘息発作を繰り返していた。[経過] X年Y月当院に紹介となった。薬剤使用後の副作用については、過去に副作用を主治医に訴えたにも関わらず薬剤を継続された経験があり、薬剤使用後の体の変化が薬剤による副作用として認知され、条件付けが起こっていると考えた。また、大腸癌で予後3ヶ月と告知された夫に対して食事療法を行い、10数年命を延ばしたという自負があり、このような背景が薬剤に対する抵抗感を強化していると考えられた。そこで「薬剤によって体が反応しやすい」と患者の認知にそった病態仮説を提示し、体の反応を抑える方法として自律訓練法を提案した。自律訓練法を用いた脱感作を行うことでICS/LABA導入が可能になり、症状改善を得た。[考察] 一般的な病態仮説に関して患者との間に合意が得られない場合には、患者の認知に寄り添った、かつ行動変容につながる病態仮説を新たに提示することが有用であると考えられた。

在宅療養中に突然死をきたしたパーキンソン病例の臨床的検討

貴田 秀樹¹ 柴田 理也子² 松尾 清隆²
 中本 守人³ 山西 幹夫⁴ 小川 大輔⁵ 小幡 史郎⁶
 高尾 雅巳⁷ 曾野 弘士⁸ 哲翁 直子⁹
 長郷 国彦¹⁰

¹貴田神経内科・呼吸器科・内科病院

²柴田長庚堂病院内科 ³長崎県島原病院脳外科

⁴長崎県島原病院消化器内科 ⁵長崎県島原病院血液内科

⁶長崎県島原病院放射線科 ⁷たかお循環器科・内科

⁸愛野記念病院内科 ⁹哲翁病院内科

¹⁰健康保険諫早総合病院神経内科

対象：2007年3月～2013年12月に当院で経験したパーキンソン病の死亡例19例について臨床的に検討した。

結果：死亡例19例中8例(42.1%)が突然死例で、老人ホーム入所中2例、在宅療養中6例で死亡した月は1月～4月多かった。

突然死例の発症年齢は45歳～85歳で罹病期間は2年～22年、突然死例の発見時の状況は心肺停止状態3例、下顎呼吸1例、意識障害1例、起立困難1例、嘔吐1例、便失禁1例であった。

7例で認知症を伴い、ECGではCV変動変数低下が7例で認められたが、QT延長例はなかった。MIBG心筋シンチは5例で施行し、いずれも取り込み低下を認めた。大動脈弁置換術をうけていた例が2例のうち1例はペースメーカー装着の適応を指摘されていた、他の1例は併診例であったが相互の医療機関の連絡ミスで抗血小板剤、抗凝固剤の投与が中断されていた。その他、意識消失発作を繰り返していた1例、ドネペジル内服中であった1例、高血圧症併発加療中の1例、高血圧併発鎮痛剤内服中の1例、腸閉塞併発し、緊急手術直後循環不全併発し死亡した1例、シャワーを浴びている時、大便失禁しその直後急死した1例であった。死亡時診断は心筋梗塞1例、心筋梗塞疑い3例、大動脈瘤解離による心タンポナーデ1例、急性心不全疑い1例、急性循環不全1例、消化管出血、輸血後多臓器不全をきたした1例、であったが、心電図異常、トロポニン上昇など生化学的検査異常を認めた心筋梗塞例、画像診断で心タンポナーデを確認できた例以外は永眠直後の画像診断、血液生化学検査等でも確診に至るものではなく疑問も残る例であった。

考案：在宅療養中のパーキンソン病例は常に突然死の危険に留意しておくべきで、複数医療機関で併診例では相互連絡は緊密に行うべきである。意識消失発作を繰り返す例、認知症を併発例は要注意で、他臓器の徴候にも注意が大切である。

調剤薬局におけるイナビル吸入時の年齢と吸入操作の成功率

岡田 政彦¹ 原 将充¹ 丸岡 達也² 加藤 彰³
 山下 陽子⁴ 中村 常之⁴ 犀川 太⁴

¹穴水あおば薬局 ²医療法人社団まるおかクリニック
³すみれ薬局緑町店 ⁴金沢医科大学小児科

【背景・目的】ラニナニビルオクタン酸エステル吸入粉末剤の発売により、調剤薬局においても1回で投薬が完結するタイプの製剤が使用できるようになった。今回は2012年冬から2013年春にかけてのインフルエンザ流行期に、当薬局でイナビルが処方された患者の吸入操作を観察し、成功率を集計したので報告する。

【対象と方法】2013年1月～5月（5か月）に来局してラニナニビルオクタン酸エステルが処方された249人（3～73歳）を対象とした。吸入する前に（小児は保護者にも）に全例指導せんと器具を用いて説明した後、吸入操作を薬剤師が観察して100%吸入が成功したか否かで2段階評価した。

【結果】本研究におけるラニナニビルオクタン酸エステルの吸入成功率は全体の96.8%で、10歳以上の群は100%成功した。一方、9歳以下の群では92.7%が成功し、10歳以上の群と比較して有意に成功する率が低かった。吸入経験が2回以上の患者は全例吸入に成功していた。この結果は我々が昨年報告した2011年冬から2012年春にかけて調査した結果とほぼ一致した。

【考察】粉末吸入剤の適応は一般的に5歳以上が対象になるといわれている。ラニナニビルオクタン酸エステルは投薬が一回で済む反面、失敗したときのリスクも大きく、場合によっては吸入可否を事前にチェックし、他剤形の使用も考慮する必要がある。本研究では9歳以下でもラニナニビルオクタン酸エステルの吸入を経験したことがあれば成功率は高いことが示された。一方で、我々の調査では吸入失敗は初めて吸入する場合に限られているため、ワクチン接種時に吸入の練習を行うなどの新しい試みが吸入成功率の向上には必要かもしれない。

【結論】本研究では10歳以上はほぼ全例吸入成功したが、9歳以下は約1割で吸入がうまくいかないケースがあることが示された。また吸入経験があれば成功しやすいことが示された。

徳島県における小児救急に対する保護者の意識とかかりつけ医の重要性

西田 結香¹ 田畑 良² 藤本 稜¹ 多田 紗彩¹
 加藤 修平¹ 近藤 早紀¹ 原田 貴文² 梅谷 一公¹
 伊藤 潤¹ 中西 嘉憲² 河南 真吾² 湯浅 志乃²
 清水 伸彦² 山口 治隆² 河野 光宏² 谷 憲治²

¹徳島大学医学部医学科
²徳島大学大学院総合診療医学分野

小児救急医療が崩壊の危機にあるとされている。この問題の背景として、患者側の質の高い医療の要求とそれに伴う専門医志向性、少子化や核家族化による保護者の育児不安の増大と緊急性を有しない患者の時間外受診の増加、医師の診療科偏在による小児科医の不足、地域のプライマリケアを行う医師の高齢化、時間外診療における小児科医や当直医の過重労働等があげられる。

徳島県では小児救急医療体制として、東部・南部・西部の3地区に分け、それぞれ夜間休日の診療を行う拠点病院（東部：徳島県立中央病院、南部：徳島赤十字病院、西部：徳島県立三好病院、つるぎ町立半田病院）を設けている。しかしながらこの体制では、地域により拠点病院までの距離が大きく異なることや、一部の病院への救急患者の集中により診察までの待ち時間の長さが問題となりうる。したがって、県内で実際に子供を育てている保護者が、現在の小児救急に対してどのような意識を持っているかを調査することは、これからの小児救急医療体制の改善策を考える上で重要であると考えられる。

今回我々は、県内の保育園や幼稚園に子供を預けている保護者を対象とし、VAS（Visual Analogue Scale）や多肢選択式を用いたアンケートを行うこととした。医療資源に恵まれた東部の結果では、夜間に子供の具合が悪い時、小児科医とかかりつけ医のどちらに診てもらいたいかという質問では、近くに小児科医がいてもかかりつけ医に診てもらいたいという群が多かった。またかかりつけ医の子供を診察する能力が高まれば近くのかかりつけ医に診てもらいたいと答えた群は62%であった。大人だけ診てもらっているかかりつけ医がいて、子供は別の小児科医に診てもらっているという群は56%であった。子供を診察する能力の高いかかりつけ医が地域の小児医療にとって重要な役割を果たすことが示唆された。医療資源の乏しい西部、南部地域と比較検討し発表する。

非典型的 MRI 所見を呈し、ステロイドパルス療法が著効した急性散在性脳脊髄炎の一例

長末 隆寛 岩本 二郎 大杉 泰弘 金城 謙太郎
多々良 一彰 吉本 裕良 原田 英明

飯塚病院

急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) は5～8歳の小児に多く、一過性自己免疫機序による大脳白質の脱髄疾患である。上気道炎などの先行感染や、予防接種 (MR、日本脳炎…) 後、多くは7～14日で発症し、特徴的な MRI 所見を呈する。症例は14歳女児。X年5月18日、発熱 (38.0℃) と頭痛を主訴に近医を受診。先行感染なく、身体所見・採血結果に特記異常所見を認めず、アセトアミノフェン・ホスホマイシン内服にて経過観察となっていた。しかし、その後も症状が持続し、第7病日当院へ精査加療目的に紹介受診となった。経過中、徐々に小脳症状・膀胱直腸障害を疑う症状が出現し、第13病日に髄膜刺激症状が出現した。それまで原因の特定ができていなかったため腰椎穿刺を施行した【髄液圧 (初圧): 250mmH₂O、細胞数: 310/mm³、多核球: 単核球 (%) = 1 : 99、蛋白=108、糖=56 (血糖103mg/dl)】。画像検査では入院時より MRI にて頭部・脊髄のフォローを行っていたが確定診断に至っておらず、対症療法にて入院経過観察を行っていた。第19病日 T2強調画像にて両側視床外側および脊髄にわずかに点状高信号域を認め、非典型例ではあるが急性散在性脳脊髄炎の診断としてステロイドパルス療法 [10～30mg/kg/day : 5日間] を施行。その後、著明な症状の改善を認めた。髄膜刺激症状や特徴的画像所見が明らかでなくても、急性散在性脳脊髄炎 (ADEM) や多発性硬化症 (MS) のような脱髄疾患では、倦怠感から臥床時間も長く、症状の変化に気付きにくい。MRI 経過観察することによって非典型例画像ではあるが診断に至り、ステロイドパルスが著効した貴重な症例と考え、若干の文献的考察を加え報告する。

妊娠初期～中期における妊婦の薬剤使用に関する実態調査

永川 明香^{1,3} 村島 温子^{1,2} 荒田 尚子¹
鄭 東孝³ 本田 美和子³ 渡辺 央美² 中島 研²
堀川 玲子⁴

¹国立成育医療研究センター母性医療診療部

²国立成育医療研究センター妊娠と薬情報センター

³国立病院機構東京医療センター総合内科

⁴国立成育医療研究センター内分泌代謝科

<背景> 妊娠を理由に薬の使用を控える妊婦は多いが、その実態は明らかではない。

<目的> 一般女性の妊娠初期から中期における妊婦の薬剤使用に関する傾向を示す。

<方法> 2010年8月～2013年3月にかけて実施された成育母子コホート研究の一部のデータ2084名分の妊娠中期の質問調査票のうち年齢、基礎疾患、薬剤使用情報についての集計を行った。更に鉄剤・ビタミン剤を除く使用頻度の高かった薬剤についてはサブ集計を実施した。

<結果> 対象者の平均年齢35.1 (±4.2) 歳、妊娠初期～中期において何らかの薬剤を使用していた人は834人 (40.0%) であった。これらのうち基礎疾患のある者と産科的理由で処方された薬を除外した上で内服薬を服用していた人は549名、外用薬を使用していた人は95名であった。使用者の多かった薬剤は多い順に下剤、鉄剤・ビタミン剤 (サプリメント類)、漢方薬、解熱鎮痛薬、胃腸薬、抗菌薬・抗ウイルス薬、抗アレルギー薬、鎮咳去痰薬、精神疾患関連薬の順となった。疾患によっては内服薬より外用薬が使われる傾向があった。

<考察> 妊娠の初期は胎児が薬剤の影響を受けやすい時期であるため薬の使用を控えたいと考える女性は多いが、基礎疾患のない一般女性においても妊娠期間中に相当数の妊娠中の薬剤使用歴が確認された。よって、プライマリ・ケアの現場においても妊娠女性に対する薬剤使用についての知識は必要である。

産婦人科と家庭医療科の連携による神経内分泌癌終末期、在宅緩和医療への移行を円滑に行なえた1症例

綱分 信二¹ 鳴本 敬一郎² 杉村 基²

¹静岡家庭医養成プログラム老年医学フェロー

²浜松医科大学産婦人科家庭医療学講座

高齢がん死社会を迎え、がん患者に対する在宅緩和ケアを適切な時期に導入する必要性が認識されてきている。在宅緩和ケアの導入にあたっては、患者側と医療者側の信頼関係を構築することは重要であり、そのために初回治療から在宅緩和ケアへの一貫した診療が不可欠である。今回、総合病院産婦人科での子宮体がん患者の再発治療後の病院診療から地域家庭医療の一部としての在宅緩和医療に円滑に移行することができた1例を報告する。

症例は60歳、2経妊0経産、59歳時子宮頸部腺癌IB2期の術前診断に対し、初回治療として広汎子宮全摘、両側付属器摘出、子宮・卵巣付属・基幹部リンパ節廓清術を他院にて施行。病理検査において、子宮体下部に見られた粘膜下筋腫の局所に高度な神経内分泌癌を伴う高度類内膜腺癌G3と診断され、術後進行期分類はⅢA期であった。神経内分泌癌に対してイリノテカン・シスプラチン療法、次いでドキソルピシン・シスプラチン療法を受けたが、いずれも口頭浮腫と喘息発作が出現したため、希望により化学療法を中止。その後、再発が確認され、利尿剤と胸水・腹水穿刺にて管理していたが、自宅に近い場所での診療を希望され、当院当科へ紹介受診。さらに在宅での終末緩和医療を希望されたため、産婦人科医師並びに家庭医療科医師の連携のもと同医療が行われ、2か月後永眠された。本院では家庭医療科医師は産婦人科診療を共有しているため、患者や家族からの信頼関係を維持し希望に沿った終末期医療を提供することができたので報告する。

高齢者におけるアルツハイマー型認知症のスクリーニング法：ものわすれスクリーニング検査とVSRADplusの併用

中嶋 浩二

医療法人財団明理会行徳総合病院救急総合診療部

【目的】認知症患者が増加傾向の本邦において、認知症に対する早期診断と適切な介入はその重要性を増している。しかし、臨床では生理的加齢現象による記憶障害と早期アルツハイマー型認知症の鑑別に難渋することが多い。また、多忙な日常診療において、診断のための検査に時間的な制約もある。われわれは、アルツハイマー型認知症に対する簡易的なスクリーニング法の組み合わせについて、その有用性を検討したので報告する。【方法】スクリーニング法として、問診によるものわすれスクリーニング検査とアルツハイマー型認知症早期診断支援システム（VSRADplus）を使用した。対象は、もの忘れスクリーニング検査とVSRADplusを行うことができた65例（年齢：72.5±8.6歳、女性31例）とした。方法としては、もの忘れスクリーニング検査結果とVSRAD解析結果（Zスコア）の相関を検討し、さらに、もの忘れスクリーニング検査結果の健常群とアルツハイマー型認知症疑い群（以下AD群）におけるZスコアともの忘れスクリーニング検査における各質問項目の点数を比較検討した。【結果】もの忘れスクリーニング検査では、質問項目別に比較した結果、3つの単語の即時再生を評価する項目を除いて、いずれもAD群で有意に低い点数であった。また、VSRADplusのZスコアともの忘れスクリーニング検査結果は強い相関を示した。健常群とAD群でZスコアを比較したところ、健常群では0.9±0.7、AD群では2.2±1.9とAD群で有意に大きかった（ $p<0.001$ ）。【考察】MRI検査は簡易的な検査ではないとの考えもあるが、認知症検査において、頭部画像検査で慢性硬膜下血腫や正常圧水頭症といった治療可能な疾患を除外することは必須である。その画像検査の延長として、VSRADplusを実施することは患者負担や実施者の労力の面からも大きな問題にはならないといえる。【結論】アルツハイマー型認知症の簡易的なスクリーニング法として、もの忘れスクリーニング検査とVSRADplusの組み合わせは有用であることが示唆された。

プライマリ・ケア支援型メモリークリニックの運用

唐澤 秀治

船橋市立医療センター

【目的】 認知症患者の増大により、地域医療ネットワークにおいて物忘れ外来が果たす役割の重要性が増している。当メモリークリニックは、2009年に開設され、認知症の画像診断を主な業務としてきた。かかりつけ医からの紹介患者の検査・診断を行い、治療はかかりつけ医に依頼してきた。本発表の目的は、プライマリ・ケア支援型メモリークリニックの診療実績について報告することである。本発表は当院の倫理委員会の承認を得た。【方法】 対象は2012年1月から2013年12月までの2年間に受診した患者898（428；470）人である。紹介状の有無、画像診断検査の有無、診断後の照会先などについて後ろ向きに検討した。【結果】 898人中503人（56.0%）が紹介状を持参した。紹介元は他院の精神科121人、神経内科12人、認知症サポート医149人、その他（かかりつけ医）213人であった。898人中、CTは170人（18.9%）、MRIは602人（67.0%）（このうちVSRAD advanceも検査したのは519人、57.8%）、SPECTおよびeZISは442人（49.2%）に施行した。ADなどの認知症と診断されたのは525人（58.5%）。診断後に紹介元または認知症治療が行える医療機関に紹介した患者数は、683人（76.1%）：精神科223人（32.7%）、神経内科30人（4.4%）、サポート医222人（32.5%）、その他208人（30.5%）。また、独自に開発したスピードスクリーニングツール（スピード問診票、FAST問診票、CDR問診票）をかかりつけ医にも使ってもらい、患者の早期発見の成果をあげてきた。【考察】 かかりつけ医を支援するメモリークリニックの役割は今後ますます重要になると考えられる。

プライマリ・ケアで役に立つ「物忘れスピード問診票」

唐澤 秀治

船橋市立医療センター

【目的】 一般的には、認知症診療は非常に時間がかかるものである。認知症患者の増大により、精神科・神経内科などの専門医に任せるのではなく、かかりつけ医が診療の主体になる時代になった。当メモリークリニックは、2009年に開設され、認知症の画像診断を主な業務としてきた。原則として、かかりつけ医からの紹介患者の検査・診断を行い、治療はかかりつけ医に依頼することになっている。診療の迅速化を図るべく、「物忘れスピード問診票」を独自に開発し、かかりつけ医にも使ってもらっている。本発表の目的は、この問診票の開発および活用実績について報告することである。尚、本研究は当院の倫理委員会の承認を得ている。【方法および結果】 スピード問診票は、症状チェック欄および進行パターンチェック欄により構成されている。これにより、次の8種類の代表的原因の鑑別スクリーニングができるように工夫されている：加齢による物忘れ、軽度認知障害、アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、偽性認知症、急性疾患。問診票の記載は、患者本人でも付添者でも可能である（記載に要する時間は約5分）。担当医は、問診票のパターン判定をするだけで、認知症かどうか、そしてその原因疾患のスクリーニングができる。問診票のパターン判定と最終診断の一致率は約70%であった。【考察】 スピード問診票はプライマリ・ケアにおけるスピードスクリーニングに貢献すると考えられる。

サービス付き高齢者住宅の世帯別調査からみた医療連携と服薬管理の問題点

黒田 有紀子¹ 山村 修² 榎本 崇一³ 白藤 法道³
中村 敏明⁴ 濱野 忠則³ 林 寛之⁵ 寺澤 秀一²

¹福井大学医学部地域プライマリケア講座

²福井大学医学部地域医療推進講座

³福井大学医学部附属病院神経内科

⁴福井大学医学部附属病院薬剤部

⁵福井大学医学部附属病院総合診療部

＜緒言＞サービス付き高齢者住宅（以下、サ高住）は看取りを含めた高齢者の新たな療養場所として急速に整備されているが、医療面での支援体制は追いついていない。今回サ高住の世帯別調査によって得られた情報から、服薬管理が問題となった1例について報告する。

＜症例＞80歳代女性＜既往歴＞アルツハイマー型認知症（AD）、自律神経失調症

＜現病歴＞2年前にサ高住に入居したが徐々にADに伴う周辺症状（BPSD）が進行していた。このため、訪問看護師より2か所の医療機関から塩酸ドネペジルとリスペリドン、アリピプラゾール、スルピリドが別々に処方され相互連絡が不十分な状態のまま1カ月服薬が続いた。患者は過鎮静と薬剤性パーキンソニズムの併発により転倒して下顎切創受傷、食事量と活動量が急速に低下し、数日間無道状態が続いた。最終的にすべての処方を3日間で中止することで無道状態は改善し、1週間ほどで元の状態に戻った。

＜考察＞サ高住の職員には本来服薬管理の義務はなく、老人保健施設や特別養護老人ホームと同等の医療機関との連携もない。しかし入居者やその家族からは服薬管理を含めた介護に至るまでサービスを希望されることも少なくない。このようなトラブルは他のサ高住でも起こりうることである。現状改善にはサ高住職員の相談窓口となり、医療・介護期間とスムーズに連絡できる新たなサービスの創出が必要であると考えられる。

市中病院における急性期病棟内の【高齢者・地域支援病棟】設立の試み：第一報

築島 直紀 山田 由美子 大脇 為常 山口 征敬

健和会大手町病院

当院は、年間約6000台の救急車搬入もあり、高齢者の入院も多い。病態の多様化する急性期の各病棟に、障害を持つ高齢者患者が散在することは、効率的に加療することに、困難を生じることがある。我々は、【高齢者・地域支援病棟：30床】を平成25年4月に開設した。この9カ月間の報告を行う。この間の退院数は、309人（女性227人：73%）。80才以上が255人（83%）。入院元は、施設入所者が148人（48%）。精神科病院からが15（5%）人。死亡退院が57人（18%）であった。疾患は、肺炎が108人（35%）。尿路感染症が38人（12%）。認知症関連が20人（6%）であった。入院時にDNAR管理方針となった患者は、139人（45%）であった。大半の患者は、高度の介助（PS4）を必要とした。感染症・脱水・廃用状態への治療・リハビリテーション後に、食事摂取可能となるかが、大きな問題となった。医師が診断・治療に専念できるために、病歴・薬歴・前医の情報収集・医療面接の記録を行う、専任の看護集団（サポートナース）を設定した。入院時は、家族と十分な医療面接を行い、治療・今後管理方針・重度認知症患者でのDNARの方向性まで、検討して。多職種での患者家族への介入で、満足度を高めることに努めた。(1). 障害を持つ高齢者を同一病棟管理することで、医療の質を保ち、入院日数軽減に努めている。(2). 地域の医療機関・介護施設・精神病院等と密な情報交換を維持し、需要に応じている。(3). 侵襲性の高い検査・治療行為が少なく、看護が患者と接する時間が増えている。(4). 反面、高度医療への看護対応力が育みにくい。(5). 院内の高度医療担当病棟への負担を軽減している。高齢者の急変・悪化に、柔軟に対応する病棟を今回設立した。看取りを含めた地域の高齢者医療のハブ病棟として機能することが、今後の課題である。

独自開発 iPhone アプリによる心原性脳塞栓症一次予防のための無症候性心房細動検出と受診支援を目指した臨床研究

五十嵐 健祐¹ 小保方 優² 天野 晶夫¹
甘利 雅邦¹ 勝山 彰¹ 高玉 真光¹

¹公益財団法人老年病研究所附属病院

²群馬大学大学院臓器病態内科学

【背景】心原性脳塞栓症は、脳卒中の最重症型の一つで致死率が高く、生存しても後遺症で社会復帰が難しいことが多い。心原性脳塞栓症の75～90%は心房細動が原因であり、これを発症前に発見出来れば既に確立された治療法や予防法がある。しかし、心房細動の多くは自覚症状に乏しく医療機関受診率が低く、適切な予防を受けているのは一部である。また不整脈が原因で起こる脳卒中があるという疾病啓発も十分とは言えない。

【目的】心原性脳塞栓症の一次予防を目的に、最大の発症リスクである心房細動を、独自開発した iPhone アプリの脈拍検出機能にて早期発見を支援する。

【方法】脈拍検出機能を備えた iPhone アプリを独自開発した。原理は、iPhone のフラッシュ部から可視光線を発信、手指の細動脈を含む組織からの反射光をカメラ部にて受信、オキシヘモグロビンとデオキシヘモグロビンの吸収波長の違いを利用し、赤色分画の強度変化等の解析から脈を検出する。また解析プログラムの改良によりシグナルノイズ比を実用水準まで向上させた。(iPhone 実機にてデモンストレーション予定)

【結果】当院通院中の24歳～84歳の〇〇名に本アプリによる脈拍検出を試みた。結果、正常洞調律では100%の症例で脈拍を検出可能であった。心房細動患者さんでは〇〇%の症例で絶対性不整脈を検出可能であった。後者においては前後に心電図を施行し、絶対性不整脈の確定診断が全症例とも心房細動であることを確認している。

【考察】心房細動検出機能の更なる精度向上が望まれるが、現状において感度〇〇、特異度〇〇であり、一次スクリーニングとしてはある程度満足のいくものと考えられる。心房細動の確定診断はあくまで心電図であり、適切な医療機関への受診支援が本アプリの短期目標である。今後は疾病啓発等を通じ、予防効果判定といった臨床研究を続けていきたい。体温計で体温を測る、血圧計で血圧を測るのと同様に、家庭で脈を測ることが近い将来一般的になるだろう。

地域における集団的認知症予防プログラム「脳いきいき班会」の評価検討

中野 正範 宮田 智仁 谷村 佳子

津生協病院

はじめに

わが国における高齢者人口の増加が、今後ますます顕著となるよう社会的状況において、認知症の激増が国民的課題となっている。そのような状況の中で、認知症予防に関して、様々な見地から予防に有効な因子が明らかにされている。鳥取で始まった集団的認知症予防プログラム「脳いきいき班会」は、その有効な因子を複数取り入れたプログラムであり、全国各地で行われるようになってきている。当県下においても複数のグループが取り組みを始めている。今回そのプログラムの評価検討を行ったので報告する。

プログラムの概要

プログラムは、リラックス体操、音読、ゲーム、ミーティングを行う月1回の班会と、毎日の「脳いきいき5か条」の実践からなり、7か月にわたって実施された。

評価方法

評価には CFT と EASD の2つの尺度を用いた。

CFT (category fluency task; カテゴリー流暢性課題) は、1分間にできるだけ多く動物名を書きだすテストであり、集団により1分程度で実施できる。認知機能の中でも、アルツハイマー病で低下するといわれている言語機能を評価するものである。

EASD (Emotion and Activity Scale for Dementia: 認知症情緒活動性評価尺度) は、認知症の初期症状でみられる「情緒不安定」、「意欲低下」について捉えることができ、症状の程度や治療効果を測定する目的で作成されたテストである。

この2つのテストを、初回と7回目に測定してこのプログラムの効果を判定した。

結果

現時点での参加グループは7グループ、参加者は合計67人で、1グループあたりの人数は5人～13人、年齢は51歳～83歳、平均67.3歳であり、67人中60人が女性であった。

7か月後の効果は出そろっていないので当日報告する。

結論

データが出そろってから報告する。

外来診療における基本チェックリストを用いた高齢者総合機能評価の取り組み

綱分 信二¹ 大塚 亮平² 津田 司³

¹静岡家庭医養成プログラム老年医学フェロー

²WindRose Health Network, Hope Family Health Center

³静岡家庭医養成プログラム統括指導医

前虚弱状態の高齢者において生物学的、心理的、社会的、生活機能の全体像を把握して、問題に対して早期に適切な予防的介入を行なうことで虚弱状態や要介護状態に移行することを防ぐことができ得る。障害や依存状態になることを防ぎ健康寿命を延ばすことが高齢者医療、老年医学の醍醐味である。

しかし、プライマリケアの現場では外来診療の限られた時間の中では欧米型の高齢者総合機能評価をそのまま行なうことは困難な側面があり実際の診療に活かされることが少ないのが現状である。

そこで、当院では前虚弱状態が疑われる高齢者に対して日本の介護予防事業のスクリーニングとして広く使われている基本チェックリスト(25の質問項目から構成される「はい、いいえ」で答える質問表)を用いて高齢者特有の問題点の早期発見と高齢者の全体像を捉える手がかりとして使用することとした。基本チェックリストを外来の待ち時間等に記入してもらうことで、IADL、運動転倒リスク、栄養障害、口腔嚥下障害、閉じこもり、認知症、うつ病などについて簡単に評価することができる。いずれかの問題があった場合には個々の問題に対して、MMSE、転倒リスク評価表、簡易栄養状態評価表、反復嚥下テスト、PHQ9、GDS15、DBD、IADL 尺度、Barthel Index などを用いて詳細に評価して問題点の早期介入を行なうようにした。実際に医師の診察時間中に行なう必要があるのはMMSEと反復嚥下テストのみであり、他は患者本人か家族に記入を依頼することで評価が可能である。

前虚弱状態が疑われる高齢者へ何に重点を置いて介入すべきかを明確にする手がかりとして基本チェックリストは有用であり、外来診療の限られた時間でも高齢者の全体像を把握するのに役に立っている。

当院で経験した実際の症例を基に高齢社会予防医療に対する当院での取り組みと工夫しているポイントについて紹介する。

当院救命救急センターにおける患者高齢化対応

山下 進 樽本 浩司 宮本 拓 清水 弘毅

徳山中央病院

本邦において高齢化が進んでいることは周知の事実だが、高齢者は病院の受診率も高く、医療の現場では高齢化はすでに実感できる状態となっている。特に歩行困難となっている高齢者は軽い症状でも救急車を要請することが多く、救急外来では高齢化がさらにいっそう顕著である。

当院は地域の基幹救急病院であり、救命救急センターとして1次から3次までの救急患者の受け入れを行っている。507床の病床に対して、年間11,756例(平成23年度)の入院があり、病院全体では65~74歳が21.1%、75歳以上が27.5%であったが、救急科入院患者では65~74歳が19.2%、75歳以上が49.4%と、病院全体に比べて明らかに高齢者の割合が高かった。

また、院外心肺停止で搬送された108例(平成23年度)のうち、75歳以上は54.6%と半数を超える。85歳以上が23.1%で最高齢は101歳であった。救急隊はどんなに高齢であっても心肺停止患者の搬送にあつては蘇生を実施する必要があり、今後高齢者の看取りを考えた場合には救急車以外での搬送や、施設内での看取りも進めていかななくてはならない。

救命救急センター、救急科はこれから高齢者の受け皿としての機能も求められることと考えられるが、地域の基幹救急病院としての機能を考えれば入院期間を短縮し、空床を確保することも大切である。近隣の診療所、介護施設との連携をさらに進めて、地域全体での対策が求められる。当院では積極的に介護施設の連絡会議に出席し、勉強会を企画することで、その対応を進めている。

市中病院内科における高齢者の Polypharmacy の実態調査

矢吹 拓 木村 真悠子 千嶋 巖 駒ヶ嶺 順平
足立 太一 上原 慶太 加藤 徹 影山 洋
中山 成一

国立病院機構栃木医療センター

【背景】高齢者における Polypharmacy は世界的には多くの話題を呼んでいるが、本邦ではなかなか注目されていないのが現状である。また、基礎疾患や通院医療機関、診療科が増加し、医療の細分化が進むにつれ、服用薬剤数が増加しているのを実感している。

【対象】2013年4月から2014年3月（抄録時点では12月）の1年間に、当院内科に入院した65歳以上の患者を対象。

【方法】診療録を参照し、年齢、性別、入院病名、基礎疾患、通院医療機関数、入院時服用薬剤数、不適切薬剤数、不要薬剤数などについて検討した。

【結果・考察】抄録記載時点では集計中ではあり、結果は当日発表する。急性期病院における polypharmacy の実態を明らかにし、今後の介入における材料の一つとしたい。

大腿骨近位部骨折の保存療法についての臨床的検討

西村 りえ 伊藤 浩一 山本 英司 谷川 智行
木村 良子 関川 三四郎 中川 美和 辻 恵美子

中野共立病院

【背景】大腿骨頸部・転子部骨折は、合併症のリスクや受傷前ADLなど鑑み手術を選択しない例や、患者または家族が手術を希望しない例も認めている。そうした患者のケアは疼痛管理、栄養サポート、リハビリテーション、BPSD対応など総合医の役割が重要と思われる。そこで今回、大腿骨転子部、頸部骨折を保存的に治療した事例の臨床経過を検討した【方法】2007年2月から2013年10月の間に、当院を受診あるいは入院した患者の病歴から大腿骨および骨折の記述のある患者のなかで、外科的治療を行わなかった患者を抽出し診療録を後方視的に検索した。【結果】大腿骨頸部・転子部・転子下骨折の手術例は419人、保存的治療は28人うち診療録で確認できたのは27人だった。女19男8、平均年齢84.0±11.2歳、転倒時ADLはJ、A、BとCはそれぞれ5、12、10人だった。認知障害はⅢ、Ⅳが14人（51.8%）、転倒前要介護認定は、自立2人、要支援4人、要介護1、2、3、4、5はそれぞれ3、5、7、1、5人だった。家族形態は13人（48.1%）が独居だった。転倒場所は自宅18人、玄関先1人、病院6人、他2人、骨折部位は、頸部12人（7人がGarden4）、転子部21人、その他3人だった。保存療法の意思決定は、医療者9人、本人の手術拒否4人、その他14人で、医療者の医学的適応の判断が29.6%だった。保存療法の理由は、多くは手術のリスクが高い、床上全介助、腫瘍内骨折など消極的な保存療法選択だったが、転位がないなど手術の必要性がないと判断されたのは5人だった。合併症等でリハビリテーション介入できなかったのは4人、疼痛等にて関節可動域訓練のみにとどまったものは3人だった。予後は、受傷前独立歩行可能だった15名中7名は独立歩行可能だったが、2名死亡、介助歩行あるいは歩行できなかった12名中5名死亡した。【結語】保存療法の27名中7名が死亡し、予後は不良と考えられる。疼痛管理と積極的なリハビリテーションの介入が重要と思われる。

園医としてのかかわりを深めた1年間の取り組み

藤原 和成^{1,2} 藤原 悠子^{1,2} 高橋 賢史^{1,3}
渡部 満^{1,2} 坪内 知子^{1,3} 小松 泰介^{1,3}

¹出雲家庭医療学センター ²大曲診療所 ³出雲市民病院

これまで、大曲診療所が園医を務める保育所は1つであったが、2012年度よりさらに2つの保育所の園医を担うこととなった。対象となる園児数は以前の45名から230名へと大幅に増加した。しかし、従来の園医としての関わりは年2回の保育所での健康診断程度であり、積極的な介入や健康増進などに結びついていない実態があった。そこで、園医として保育所での健康増進へのかかわりを深めたいと考え、2013年度より積極的な活動を開始することとした。取り組みの始めとして、保育所における健康の取り組みや、園医がどのような役割を期待されているのかについて、保育所スタッフの意識を調査した。意識調査にあたっては各保育所の園長や看護師と相談して質問紙を作成し、7月に実施した。9月にその調査結果の報告を行い、同時に対象の3つの保育所の所長と看護師に参加して頂いて、今後のかかわり内容を考えるワークショップを行った。そのワークショップで決まった内容として、「年長さんを対象に体や健康についてお話をする」「園医通信を書く」「保育所スタッフへのインフルエンザ注射を実施する」「研修医の保育士体験実習を実施する」などがあがった。以後、その方針を実現すべく活動を行ってきた。まず、年長組への健康のお話では、保育所での健康診断の後に、医師の作った紙芝居の読み聞かせを行った。園医通信は2014年1月に、インフルエンザ発症時の登園制限について解説したものを発行した。保育所スタッフへのインフルエンザ予防接種では、保育所の看護師にスタッフへの声掛けをして頂いた。研修医の保育士体験は先行して5月に実施の実績があった。これらの取り組みが評価され、当院の藤原和成医師が保育園の一つから理事を務めてほしいとの依頼を受けることとなった。今回は保育所へのかかわりを増やした2013年度の1年間の取り組みについて紹介したい。

かかりつけ薬剤師を目指して
～診療所における居宅療養管理指導業務について～

濱野 貴通 澤井 敏朗

勤医協月寒ファミリークリニック

勤医協月寒ファミリークリニックは、北海道札幌市にある薬剤師が従事する都会型診療所である。2011年現在、全国に診療所は99547施設あり、そこに従事する薬剤師数は6359人程と報告されており、月寒ファミリークリニックは薬剤師が従事する全国的に見ても数少ない診療所の内の1つである。

2011年4月、北海道勤医協家庭医療センターが発足し、家庭医療を実践するクリニックとして月寒ファミリークリニックがその拠点となった。「患者中心の医療から家族ケア、そして地域づくりへ」を理念にし、様々な医療活動に取り組んできた。外来診療患者数は1日平均で50人、全訪問診療患者数は70人であり、患者層は高齢者が非常に多く、全体の73%を占めている。その中で訪問診療患者における薬剤の服用状況や残薬の有無、副作用の把握などを行い、より良い在宅医療を提供するため、北海道勤医協家庭医療センター発足と同時に本格的に居宅療養管理指導業務を始めることになった。

診療所に薬剤師が従事し居宅療養管理指導業務を行うことで、医師・看護師・検査技師・放射線技師・事務など多職種と連携できること、カンファレンス等を通しその患者の生活背景・社会背景を全体で共有できること、そしてカルテの閲覧ができ薬剤師が積極的に患者の処方設計に携わることが可能という点で、薬剤師がチームの一員として積極的に医療に関わることができるといった利点があげられた。一方で、薬剤師が一人体制であり外来診療もあるため、訪問する時間の確保と調整が難しいなどといった課題も発見できた。

診療所に薬剤師が従事し居宅療養管理指導業務を行っている意義、そして地域に果たす役割について報告する。

総合病院における鍼灸治療の取り組み —鍼灸を希望する患者背景—

山形 由紀

市立砺波総合病院東洋医学科

【はじめに】 本院の東洋医学科は、医師1名、鍼灸師4名が常在し、漢方薬と鍼灸により様々な疾患・症状に対し治療を行っている。今回、当科を受診し鍼灸治療を希望した患者背景を調査したので報告する。

【方法】 対象は当科の初診患者（2013年4月1日から11月30日）。患者背景として、性別・年齢・主訴・受診のきっかけ・主訴に対する他科での治療歴の有無・漢方薬併用の有無を診療記録から調査した。また、院内他科からの鍼灸依頼件数を集計した。

【結果】 初診患者は141名（女性109名）、年齢の中央値（範囲）は41歳（1-90歳）。主訴の主な内訳は、肩こり・腰痛・関節痛など筋骨格系の症状41.1%、骨盤位・不妊症など産婦人科系疾患35.5%、パーキンソン病・帯状疱疹後神経痛など神経内科系疾患5.0%、顔面神経麻痺・耳鳴・めまいなど耳鼻科系疾患5.7%、うつ病・不眠など精神科系疾患2.8%であった。受診のきっかけは、医師からの紹介48.2%、友人・知人からの紹介23.4%、インターネットで調べて2.8%、その他25.5%であった。86.5%の患者に他科での治療歴があった。漢方薬を併用した患者は28.4%であった。院内他科からの鍼灸依頼件数は65件（46.1%）と全体の約半数であった。依頼元の診療科は骨盤位の治療で連携している産婦人科が41件と最も多く、次いで歯科・緩和ケア科・脳神経外科がそれぞれ4件、耳鼻科・整形外科がそれぞれ3件、精神科2件、その他4件であった。

【考察・結語】 鍼灸治療を希望する患者の主訴は様々で、大半の患者が他科受診歴を有していた。受診のきっかけとして、医師からの紹介が最も多く、院内他科からの鍼灸依頼件数も全体の約半数に達していた。現代医学では十分対処できない症状や現状の治療に対して患者満足度が低い場合に、東洋医学科を受診し鍼灸を希望していると考えられる。また、緩和ケア科や産婦人科など疾患によっては入院中に鍼灸の依頼があるケースもあり、総合病院で鍼灸治療を行う特色のひとつと考えられた。

コミュニティファーマシーモデルの検証

藤掛 直樹 戸村 仁 布留川 浩之

株式会社千葉薬品

【背景】

我が国の医療制度は、「フリーアクセス」ゆえ患者動向に偏りが多く見られる。蔓延する医療情報と複雑化する患者要望のマッチングを早い段階で行うことが出来なくては患者の受ける医療はより一層複雑化する。また、我が国の「国民皆保険制度」は医療提供者側からの積極的アプローチがなければセルフメディケーションの真の定着化が達成されない環境を作っている。われわれ千葉薬品は、コミュニティファーマシーとしてドラッグストアを展開しており予防分野・セルフメディケーション・受診勧奨・処方せん応需・在宅医療などの患者が身を置く可能性のある全てのステージにおけるシームレスな医療提供を行っている。

【目的】

予防分野・セルフメディケーション・受診勧奨といった薬物治療トリアージを含めたプライマリケアをドラッグストアで薬剤師が行う事で、患者の抱える医療ニーズを単純化する機能を果たし、医療提供施設としての効果を検証する。

【方法】

コミュニティファーマシーとして実績のある「ヤックステアタウン大網増穂薬局」を事例としてあげ、コミュニティファーマシーの役割をデータ収集・分析することにより検討。コミュニティファーマシーとしての役割を明確化する。また、その標準化に必要なツールを検討する。

【結果 & 考察】

セルフメディケーションと受診勧奨の適正化に薬剤師が関わることで早期治療・医療費抑制へ寄与する点が大きく、患者の受ける医療をより単純化・明確化することができると考えられる。また、医療情報の整理、適正な情報提供をすることでセルフメディケーションの質を上げることができると考える。薬剤師単体としてのプライマリケアで満足せず、地域医療全体として薬物治療トリアージを推し進め、コミュニティファーマシーモデルのあり方を考察したい

当地域における保健福祉推進計画「まめなかな和良21プラン」10年目調査の報告

廣瀬 英生¹ 後藤 忠雄¹ 加藤 洋子¹ 箕島 綾子²
中嶋 敦子²

¹郡上市地域医療センター国保和良診療所

²郡上市健康福祉部健康課

【背景】

岐阜県郡上市和良地域は2000人前後の地域である。2004年にPRECEED-PROCEEDモデルをベースにして地域保健福祉推進計画「まめなかな和良21プラン」を策定した。2009年には中間調査を行い、目標設定を行った項目に対してアンケートを行った。本年度(2013)に10年目を迎えその最終調査を行ったのでここに報告する。

【方法】

全年代層(乳幼児保護者、小中学生、小中学生保護者、16-19歳、20-39歳、40-64歳、65歳-79歳、80歳以上)にアンケートを行った。各世代で、重要と思われること(食育、口腔、事故予防、閉じこもり予防、飲酒、運動、禁煙など)をアンケート項目とした。特に重点的に取り組むと思われる項目については、目標値を設定し、合わせて達成状況に関して評価を行った。また、世代ごとの団体(乳幼児学級、若手の集まり、シニアクラブ)、活動ごとの団体(消防団、文化協会、自治会など)に対して半構造的なグループインタビューを行った。

【結果】

アンケートの対象者は、2099人で1857人(88.5%)の回収であった(乳幼児保護者 88.2%、小中学生 99.4%、小中学生保護者 96.4%、16-19歳 73.5%、20-64歳 84.1%、65-79歳 93.5%、80歳以上 87.5%)。16-19歳及び20-39歳の朝食の摂取割合、海藻類摂取割合、牛乳乳製品の摂取割合、栄養のバランスを考えた食事摂取割合は低下傾向にあった。どの年代層においても喫煙率の低下、公民館活動、クラブ活動などの地域活動は上昇傾向にあった。グループインタビューの結果は、当日報告する。

【結語】

地域活動の増加、喫煙率低下が認められ、住民活動がある程度結実したと考えられる。今後食育に対しては、関連団体の運営、住民の意識の変化など包括的な対応が必要だと考えられた。この調査結果を踏まえ、来年度からの地域の活動の計画及び推進を支えていきたい。

英国と日本の在宅ケア

市原 利晃 佐藤 浩平 後藤 和也

秋田往診クリニック

[はじめに] 2013年4月に厚生労働省が総合診療医をさだめ、2020年ごろの総合診療専門医認定をめざしていると発表した。プライマリケア医として期待されているが、generalistとしては英国の家庭医(GP: general practitioner)が知られている。そこで、英国の医療福祉体制を視察し、検討した。[医療制度] 英国は本州に四国を加えた面積で、人口は6200万人と日本一億二千万人の約半分であり、人口密度は246人/km²(日本337人/km²)である。医療福祉は国民医療サービス(NHS: national health service)により国の税金で運営されている。市民はほぼ全員が家庭医に登録しており、新生児から高齢者までの健康問題すべてを相談している。GPは一次医療において適切に対応するプライマリケア専門医として信頼を得ており、病院はGPの紹介がなければ受診できない。[福祉制度] 英国の福祉施設は日本の特養に当たるナーシングホームのほか、介護士がいる老人ホーム、グループホーム、管理人のみのシェルタードハウジング、シェアードハウスなど様々な形態があるが、日本のように厳密な分類はなく、ナースが在駐するナーシングホーム以外は大差が無く、そこでの医療もGPが受け持っている。介護は「できないことをできるように支援する」という考えで、「できないことをやってあげる」という日本の価値観とは違いがあり、「自力で食事をとれなくなったら寿命」という考え方が一般的である。医療と介護、老衰に対する認識、老後の生活に対する英国と日本の価値観の違いは、在宅療養で個人の自立を目指している医療福祉体制に現れていると思われる。[まとめ] 個人の自立した生活を基本にした在宅ケアには、日本と英国の価値観の違いが反映されていると思われた。成熟した社会での価値観は多様化するため、それを支えるには在宅ケアが効率的だとも考えられる。

都市部在宅支援診療所の時間外電話相談内容の内訳

森下 真理子^{1,2} 来住 知美^{1,2} 斎藤 彩^{1,2}
谷口 洋貴¹

¹大津ファミリークリニック ²洛和会音羽病院

背景／目的：従来、都市部在宅支援診療所における時間外電話相談件数について記載した文献はあるが、その内容を記述した文献は少ない。今回、都市部在宅支援診療所の時間外電話相談内容について詳細に記述し頻度の高い問題について明らかにした。

方法：2010年4月～2013年3月の3年間、都市部無床在宅支援診療所にて当番医が時間外電話対応を行った際、電話相談対応記載フォーム（項目：日付・時間・相談内容・対応結果）に記載しデータベース化し、相談内容について分類し頻度の高い順に列挙した。

セッティング：2010年新規開設した都市部（大津市）・無床在宅支援診療所、内科・小児科を標榜、外来・在宅診療を行っている。常勤医師3名、家庭医療後期研修医1名が在籍。

時間外電話相談対象患者数：在宅患者42名（2010年度平均）45名（2011年度平均）、47名（2012年度平均）グループホーム（以下GH）患者37名（2010年度平均）、48名（2011年度平均）、60名（2012年度平均）

結果：時間外電話相談総件数117（2010年度）134（2011年度）、217（2012年度）うち訪問診療（GH含む）に関する電話相談件数99（2010年度）、134（2011年度）、162（2012年後）、相談内容は頻度の多い順に1）発熱56（14.2%）、2）死亡確認の要請35（8.8%）、3）訪問看護からの状態報告25（6.3%）、4）点滴療法に関する相談19（4.8%）、5）薬剤疑義照会17（4.3%）、以下続く。

結語：都市部在宅支援診療所の時間外電話相談内容の頻度を明らかにした。本データは研修医・新規スタッフが時間外電話当番をする際の教育に利用できる可能性があるとともに、在宅に関与する医療・介護スタッフと在宅医療を受ける患者・家族が在宅医療環境で起こり得る問題について話し合う際の資料として有用ではないか、と考えている。

当院での訪問診療立ち上げの成果と課題～新規に訪問診療を始める施設への提案～

小佐見 光樹¹ 伊賀 聖香¹ 阿江 竜介²
廣谷 茜¹ 松岡 学¹ 南 建輔²

¹公立浜坂病院 ²自治医科大学地域医療学センター

背景：

当院は兵庫県北西端の山間部に位置する人口16000人、高齢化率30%の自治体にある50床規模の病院である。地理的、身体的な理由により通院に困難を伴う患者が少なくない。当地域では近隣の開業医によって訪問診療が行われていたが、病院としての訪問診療は行っていなかった。近年、政策でも在宅医療が推進されており、高齢化が進む社会において訪問診療の重要度はますます増してくると考えられる。入院設備を持つ病院が診療所・福祉と連携して訪問診療を行うことにより、より充実した医療を提供することが出来る。このような背景に基づき2013年度より当院も訪問診療を開始した。

目的：

今後新規に訪問診療を開始する施設の一助になればと考へ、当院で訪問診療を開始するに当たって生じた課題を成果と共に報告する。

結果：

通院に困難を伴っていた患者、神経難病患者、ターミナル患者が主な対象者であった。中でもターミナル患者は訪問看護との連携を密にすることで以前は退院が困難であった状態でも在宅に戻ることが可能になり、訪問診療が特に有用であったと考えられた。また病院にとっては訪問診療があることで退院調整を円滑に進めることができるという利点があった。課題としては、人員の関係で時間外の往診に十分な対応をすることが出来ず、患者に来院を指示しなければならないことがあった点が挙げられた。これについては事前に患者・家族やケアマネージャーに当院での訪問診療の限界を説明し事前策を講じておくことで対応したが、大きな問題は起こらなかった。また訪問看護師による観察、電話対応によって不要な来院を減らすことが可能であった。

考察：

少ない人員では24時間対応の訪問診療は提供困難であったが、病院の医師・看護師だけではなく多職種間で連携することにより不備を補完することができた。また対応困難な点は事前に協議し、理解を得ることが重要であった。

ステロイド軟膏による胃瘻孔周囲の不良肉芽の治癒過程 — 毎日の詳細な状態観察および治療の止めどきの考察 —

阿江 竜介 古城 隆雄 小佐見 光樹 南 建輔
坪井 聡 桑原 政成 中村 好一

自治医科大学地域医療学センター

背景

胃瘻孔周囲の不良肉芽は、経管栄養中の患者において頻りに遭遇する合併症である。不良肉芽に対する処置として一般にステロイド軟膏の外用が知られているが、その治癒過程を詳細に報告したものは意外にも少ない。今回我々は、ステロイド軟膏の短期使用による不良肉芽の治療について、ケア方法と治癒過程を可能な限り具体的に提示し、考察を交えて報告する。

症例

脊髄小脳変性症のため経口摂取困難となり在宅経管栄養中の67歳の男性。1週間前に介護者が胃瘻孔周囲の不良肉芽に気づき、易出血で浸出液も多いため受診した。

【具体的な治療方法と評価方法】

ステロイド軟膏は（テルモベート軟膏0.05%：clobetasol propionate）を使用した。まず胃瘻孔周囲に付着した汚染物を水道水とガーゼで洗浄除去した。次に、指先に軟膏を2cm程度絞り出し、肉芽に直接塗布しガーゼで覆った。このケアを毎日10時と16時に（1日2回）行った。写真評価は毎日16時に、胃瘻孔周囲を洗浄した直後（軟膏を塗る直前）に行った。

【治癒過程】

治療初日、易出血で浸出液が多い約1cmの赤くみずみずしい不良肉芽を認めた。治療2日目、肉芽は急激に縮小し、みずみずしさが少なくなった。治療3日目、出血が全くなかった。治療4、5日目、肉芽はほぼ白色化し、ケアに困らなくなったので治療終了とした。その後の肉芽再発はなかった。

考察

不良肉芽の根本的な原因は「炎症の遷延」である。したがって、ステロイドによる局所的治療は妥当な治療と言える。しかし、副作用の観点から長期使用は控えるべきである。本報告から我々は、外用を中止する3つの目安 1) 肉芽の白色化 2) 易出血性の改善 3) 浸出液の減少 を提案する。また本報告より、ステロイド軟膏は炎症抑制のトリガーとしてのみ使用するだけで十分であることが示唆された。本報告は、在宅経管栄養中の患者やその介護者だけでなく経管栄養に従事する者全般に対して、教育的な資料として役立つだろう。

在宅患者に対して気管内・口腔内吸引を行う家族の視点についての探索

新森 加奈子^{1,2} 今永 光彦¹ 浅香 佳代子³
竹内 宏美³ 近藤 秀一¹ 外山 哲也¹
木村 琢磨^{1,2,4}

¹国立病院機構東埼玉病院総合診療科

²北里大学医学部地域総合医療学

³国立病院機構東埼玉病院

⁴北里大学医学部総合診療医学

【背景】気管内・口腔内吸引を要する患者の自宅療養を推進するためには、実際に気管内・口腔内吸引を行う家族の視点を知ることが重要である。しかし、家族の視点に関する調査・研究は十分になされていない。

【目的】在宅患者に対して気管内・口腔内吸引を行う家族の視点を探索する。

【方法】国立病院機構東埼玉病院総合診療科の訪問診療を平成25年12月現在で利用中の患者で、吸引カテーテルによる口腔内・気管内吸引を日常的に行っている家族を対象に、電話によるインタビュー調査を行った。調査は、研究者間で協議し、吸引の段階を①準備、②実際の吸引、③廃棄・処理、④衛生管理の4段階に分け、それぞれの段階において、まず「困っていることを教えてください」と質問した。十分な回答が得られなかった場合には、「負担になっていること、心配なこと、疑問に思っていることでも結構です」と、追加で尋ねた。インタビューは、患者・家族の同意のもと、同院に勤務する非医療者が行い、筆記記録を行った。結果は、記録に基づき、KJ法を用いて、2名の研究者により、4つの段階ごとに質的に分類した。

【結果】対象は9例で、患者の主病名は神経難病5例、脳血管障害後遺症2例、頸部悪性腫瘍術後1例、脳挫傷後遺症1例であった。うち、気管切開がなされている患者は4例、人工呼吸器管理中の患者は3例であった。家族の視点については、現在解析中であり、当日、報告する。

在宅医療における緊急疾患とその中での初期診断と最終診断の相違についての分析

木島 庸貴¹ 松下 明² 谷口 栄作³ 石橋 豊¹

¹島根大学医学部総合医療学講座

²社会医療法人清風会岡山家庭医療センター奈義ファミリークリニック

³島根大学医学部地域医療支援学講座

【背景】高齢者においては、何らかの病状発症時の症状は非典型的であることが多く、原因疾患の診断が難しくなりやすい。また在宅医療において高齢者の状態変化に応じての臨時往診では、限られた医療資源で診断することが求められ、治療方針の決定はより難しくなる。このような現状において、在宅医療現場で急変をきたす病状についての報告は少ない。臨時往診において緊急を要する疾患について調べ、またその中で初期診断が難しくなりやすい疾患群があるのではないかと考えた。

【方法】人口6000人前後の町（高齢化率 29.9%）とその周辺地域で在宅医療を提供する無床診療所においてX年1月1日～X+1年12月31日の2年間で、定期訪問患者のうち臨時往診の際に緊急入院（往診後1週間以内に入院）となった疾患とその頻度をカルテから調査し、疾患群における初期診断と最終診断の相違について分析した。

【結果・考察】緊急入院症例は90例あり、そのうち最も多かったのは呼吸器疾患（肺炎、肺気腫の急性増悪など）35例（39%）であり、次いで消化器疾患（胆のう炎、総胆管結石・胆管炎、虫垂炎など）12例（13%）、整形疾患8例（9%）、中枢神経疾患6例（7%）と続いた。

緊急入院の原因としては、呼吸器感染症を主体とした呼吸器疾患が最も多かったのだが、次に消化器疾患が続いた。消化器疾患は侵襲的な治療を要する疾患が多く含まれており、また初期診断も難しい傾向があるのではと考え、初期診断と最終診断の相違についても分析した。分析結果は当日、提示する予定である。

民医連第2回訪問診療患者の医療・介護現状調査

山田 智 西村 りえ 谷川 智行 米田 直子
伊藤 洪志

中野共立病院

【はじめに】2011年2月、民医連は第1回訪問診療患者の医療・介護現状調査を行った、今回は2年後の再調査の結果報告である。【対象と方法】調査は訪問診療を行っている施設の概要と訪問を受けている患者の概要に分けて行い、2013年2月実績で調査した。施設調査の対象は、143病院、17有床診療所、499無床診療所、計659施設を対象とした。調査項目は、在宅療養支援病院・診療所届出状況、訪問診療を行っている医師数、訪問患者件数・延べ件数、在宅看取り数（1年間）などである。訪問を受けている患者の対象は、17,424名で年齢、介護度、世帯類型、訪問診療先、主たる介護者、医療介護サービス利用状況、行っている医療処置などについて調査を行った。調査は電子メールを使用、回答は在宅診療科に依頼した。【結果及び考察】回収率は、339施設51.4%で、在宅療養支援病院・診療所は届出のみ78施設27%。強化型在宅療養支援病院・診療所で単独型14施設5%、連携型138施設47%であった。訪問診療医師総数917名、1施設平均3.1名、最大22名、2月単月の訪問患者件数は全体で18,998件、病院月平均71.2件、有床診療所85.3件、無床診療所62.8件であった1年間の在宅看取り数は全体1,819名、最も多い施設65名、1施設平均6.2名であった。訪問診療を受けている側の結果では80～89歳が最も多く42%、90歳以上26%であり70以上の高齢者で約8割を占めていた。要介護5が22.1%で最も多く、次いで要介護4が17.2%、要介護3が16.1%であり重度者で半数を占めていた。世帯類型では独居21.5%、夫婦のみ16.6%、未婚の子と同居15.8%であった。訪問診療先では自宅74.5%、主たる介護者は子供が37.1%で、次いで配偶者21.6%、介護者なし12.7%の順であった。医療介護サービスの利用状況では、訪問看護44.1%、が最も多く、次いで訪問介護38%、通所介護32.1%の順であった。医療処置は、モニター測定42%、血液・尿検査29%、胃瘻8%、などの順で、前回よりやや増加していた。

在宅医療における、時間外対応の定式化に関するニーズ調査

笹沼 宏年 佐藤 幹也 長谷 亘 中澤 幸史
竹田 亮平 吉津 みさき 矢尾 千恵子
一戸 由美

河北総合病院家庭医療科

【目的】

在宅患者の急変対応ができる体制の整備や在宅での看取りの促進のために、訪問看護師と医師との情報共有や事前・包括指示の充実が有効であるとされる。本研究では、在宅医療に携わる医師・看護師・薬剤師に対して、症状や看取りに関する包括指示・事前指示の定式化のニーズとそのマニュアルの整備状況について調査したので報告する。

【方法】

研究者らの所属する河北財団東京・杉並家庭医療学センターが2013年12月に実施した「医師・看護師・薬剤師のための在宅医療研究会」に参加した医師、看護師、薬剤師の58名を対象として質問紙調査を行い、27名から回答を得た。発熱・便異常・尿異常・意識障害・疼痛・嘔吐・不穩の症状対応や、褥創処置、転倒・看取り・救急搬送時の対応に関して、それぞれについて相談対応を標準化する必要性（あり／なし／どちらでもない）、および実際の対応マニュアルの有無（あり／なし）を聴取し集計した。

【結果】

対象者は医師5名、看護師17名、薬剤師5名であった。対応を標準化する必要があると回答した者が多かった項目は、順に褥創（67%）、転倒（56%）、看取り（52%）、救急搬送（48%）、嘔吐（48%）であった。対応マニュアルが整備されていると回答した者の多かった項目は、看取り（18%）、便異常（15%）、尿異常（15%）、転倒（15%）、救急搬送（15%）などであった。褥創、転倒、疼痛、救急搬送、嘔吐、不穩などの項目で、対応方法の標準化の必要性と実際のマニュアルの整備状況が解離する傾向があった。

【考察】

包括指示や事前指示をもちいて在宅患者の症状・急変や看取りへの対応を標準化するニーズは高いと考えられた。在宅医療の促進のため、今後は定式化のニーズの高い項目について包括指示や事前指示の標準化を進めていく必要がある。

本研究は、2013年度勇美記念財団在宅医療研究助成『在宅医療における診看連携プロトコルの標準化に関する研究』の一部として実施された。

在宅退院となった高齢患者に対して退院後カンファレンスを行った1例

懸樋 英一 足立 誠司 庄司 啓介 松岡 孝至
重政 千秋

鳥取市立病院総合診療科

【はじめに】当院は急性期病院であり、訪問診療は行っておらず、実際に在宅退院患者の療養状況について把握が出来ていない。また、退院前カンファレンスは行っているが、退院後の評価は行えていない。退院後カンファレンスを行った1例を経験したので報告する。【症例】90歳代、女性。脳梗塞後遺症のため、日常生活において常に介護を必要とする状況であった。主介護者は同居の次女。在宅療養中に誤嚥性肺炎を発症、近医より紹介となった。肺炎自体は抗生剤治療で軽快したが、急性期病態が安定した時点での機能的自立度評価は18点、認知機能は指示に従えず、長谷川式認知症スケールは評価不能であった。経口摂取も不安定で、末梢点滴と可能な範囲でのゼリー等の摂取が限界であった上に、人工栄養による積極的な延命措置は希望されなかった。そのため、退院後の療養が困難と予想された。家族は転院や施設入所は希望されず、看取りも視野に入れた在宅退院を希望された。退院前カンファレンスでは、医療行為は入院中から500ml／日の維持液を継続することとした。急変時対応、口腔ケア、清潔ケア、褥瘡予防について主に検討した。介護者の口腔ケアの経験が無く、入院を契機に吸引器を含めた口腔ケアについて家族指導を必要とした。退院後カンファレンスは退院後17日目に在宅先で行った。吸引も問題なく施行出来ており、介護者の負担の軽減は図れていたと判断した。退院後50日目に急変あり、かかりつけ医の往診依頼の対応で在宅看取りとなった。カンファレンスで検討した内容は継続出来ていると判断した。【考察】退院前に検討した内容が、退院後も継続されているかどうか、また在宅医療がどのように展開されているか、病院スタッフは把握できていないのが現状である。退院後カンファレンスを通じて、当地域での切れ目の無いケアの提供と、在宅医療連携の推進が望まれると考えられた。

家族介護者の介護負担感に関するアンケート調査

伊藤 洪志¹ 神谷 寿美子¹ 守屋 章成^{1,3}
伊藤 浩一²

¹やまと診療所 ²中野共立診療所
³マイファミリークリニック蒲郡

家族介護者の感じる負担は彼らの身体的疲労や精神的疲労と関連することが報告されている。Care the caregiverと言われるように高齢者の診療では家族介護者への支援が重要である。家族介護者の負担軽減のための介入方法を検討するにあたって、まず当院管理の在宅患者を介護する家族介護者の介護負担感の特徴を把握することが本研究の目的である。

主介護者に対し、Zarit 介護負担尺度日本語版 (J-ZBI) による自記式調査を実施した。同時に、主介護者の年齢、性別、被介護者との続柄、介護期間、介護を手伝ってくれる人の有無、介護相談ができる人の有無について自記式調査を行った。被介護者については、年齢、性別、要介護状態の起因となった疾患名およびその疾患発症からの経過期間、障害者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、要介護度を介護保険主治医意見書から得た。それぞれの項目と J-ZBI との関連性を検討した。

これまでの研究によると、被介護者の身体障害は介護者の負担感を増加させ、認知障害は負担感を増加させないとの報告や、認知的障害も介護者の負担感を増加させるという報告、どちらの障害も負担感とは無関係であるという報告がある。要介護度と負担感との関連については統一された知見は得られていない。

また、一般的には援助者がいれば負担感の軽減につながると考えられるが、この仮説は支持されないという報告がある。一方で、援助者からのサポートが負担感を軽減させるという報告や、家族会の支援の効果を示した報告がある。

以上のような過去の研究結果と本研究の結果を比較し、当院における家族介護者の介護負担感の特徴、被介護者の要介護度、身体機能、認知機能と家族介護者の介護負担感の関係、家族介護者へのソーシャルサポートと介護負担感の関係について考察する。

在宅医療に関わる薬剤師のバイタルサイン測定に対する認識について

菊地 真実^{1,2} 辻内 琢也³

¹早稲田大学大学院人間科学研究科
²ふくろう薬局 ³早稲田大学人間科学学術院

【目的】平成17年患者宅や施設における介護職員の行為の範囲を規定する目的で出された厚生労働省医政局長通知において、これまで医行為とされてきた行為の一部が原則医行為ではないとされ、体温測定、血圧測定、SpO₂測定も含まれている。在宅医療における多職種連携において、訪問時に薬剤師が患者のバイタルサインを測定することで、薬物の副作用の早期発見など薬物治療が適切に行われる可能性から、バイタルサイン測定に対する薬剤師の関心が現在高まっている。そこで在宅医療に関わる薬剤師のバイタルサイン測定に対する認識調査を行った。

【方法】各都道府県薬剤師会のHP上に公開されている在宅訪問薬剤管理実施可能薬局リスト、および一般社団法人全国薬剤師・在宅療養支援連絡会の訪問薬局ナビを参考に、在宅医療に参画していると考えられる薬局を全国より選定し、2013年1月在宅担当薬剤師宛てに400通のアンケートを送付した。

【結果】145通の回答が得られた(回収率36.3%)。男女比は、男性86名(59.3%)、女性59名(40.7%)、平均年齢42.7±11.2歳であった。薬剤師が行う体温測定、血圧測定については約95%が、SpO₂測定については約80%が法的に問題ないと回答した。測定の頻度は体温測定・血圧測定については約20%弱が頻繁に行っていたが、約半数は行っていなかった。SpO₂測定については約15%が頻繁に行っていたが、約70%は行っていなかった。測定の必要性については、体温測定・血圧測定・SpO₂測定ともに約80%が必要と回答した。また、自由記述では約20%がバイタルサイン測定に関する講習会の必要性を記した。

【考察】多くの薬剤師がバイタルサイン測定について法的に問題はないととらえ、必要性を高く認識していた。しかし、頻繁に測定をしている薬剤師は約2割にとどまり、その理由として、薬剤師自身が手技に不安があることや、薬剤師が行うバイタルサイン測定に対する他職種からの認知が低いことが推測された。

薬局薬剤師の褥瘡への係わり

門下 鉄也¹ 坂口 眞弓²¹マルエ薬局東店 ²千葉大学医学薬剤府

【目的】在宅の現場で、薬局薬剤師が実際の褥瘡を薬学的な視点で考察し、医師をはじめとする他の医療従事者と協働することで褥瘡治療の一役を担い、患者の負担を軽減する。【方法】92歳女性、左第一中足骨内側部の褥瘡に対し薬剤等の適正な使用について薬局薬剤師が訪問看護師に同行した。【結果】実際の褥瘡とそれに対する薬剤等の特性を考え、薬学的観点から処方提案をしたが医師の理解は得られなかった。また、今回の症例では創部の湿潤状況が整うまでに至らなかった。【考察】超齢化社会を迎え在宅での医療と介護が進んでいく今、薬局薬剤師が薬局から在宅へ出ていく理由は、医療や介護への国の施策の推移を見れば明らかであろう。在宅の場合は患者の慣れ親しんだ患家もしくは施設である。このことは時を選ばずして様々な事象が発生するため個別の対応が必要となり、それに応じて柔軟かつ適切な行動を求められる。これは単一の職種のみで対応できるものではない。つまり他職種協働が、各々の職種の特性を理解し、協働することが重要である。褥瘡に関しては、まだ薬局薬剤師が関与していないことが多い。また、一般的に褥瘡に対する薬局薬剤師の関与の理解が薄いことも周知の事実である。薬剤師は薬学的な視点で褥瘡を継続して観察することで創の状況を把握し、他の医療従事者へフィードバックし、適切な薬剤等の提案をすることで褥瘡の治療に寄与するものと考え。しかし実際には医師の治療方針に変化を与えることができなかつた理由としては、薬局薬剤師の今までの意識不足により積極的な関与が無かつたための信頼感の欠如と言えよう。今後もより積極的かつ地道に褥瘡へ関与していき、多職種協働の中で薬剤師の職能を最大限努めていくべきと考える。

認知症と共に歩む在宅薬剤師

佐藤 一生 中村 創 和泉 芳明

ひまわり薬局

【目的】我が国は急速に高齢化が進み、他の先進諸国と比較し稀にみる超高齢化社会が到来している。社会の変貌に伴い、高齢者医療において、認知症患者の増大は注目すべき問題点のひとつと言える。当薬局は、地域の中核薬局として在宅医療に積極的に取り組み、多くの認知症患者の在宅訪問を行っている。今回は、薬剤服用認識が乏しい認知症患者と、薬剤師の積極的な服薬支援について事例報告いたします。【事例】75歳女性、要介護2・認知症の患者である。同居者は77歳、要介護1・認知症の夫のみである。外来受診中の夫の言動より、本人の服薬コンプライアンスが悪く、薬剤廃棄行動が見られることが発覚。自宅訪問にて状況を確認し、医師・看護師と協議した結果、訪問薬剤管理を行う運びとなった。従来の一包化調剤による服薬支援では改善せず、『お薬週かん』というケース型お薬カレンダーを使用し、1週間ごとのきめの細かい訪問支援を行った。当初、一包化調剤というなじみの環境から、新たな試みに対し抵抗を示していたが、支援一か月で服薬状況が改善された。このまま適正な服薬が継続するかと思われたが、市販薬の購入により、またも薬剤の服用が中断された。そこで、処方薬より市販薬を優先する患者の意思を受容し、処方薬と市販薬を一緒にパッケージする方法を試み、現在に至っている。【考察】認知症患者の在宅での薬物治療は、症状進行の抑制、ADL改善の目的においても非常に重要である。今回、薬剤師のきめの細かい服薬支援により、認知症患者の服薬状況改善に効果を示した。しかしながら、薬剤の適正な服薬状況下にあっても、わずかな環境の変化により、服薬状況も一変し破綻する恐れがあると知った。今回の事例に触れ、薬剤師は、認知症患者の暮らしに寄り添い、病状の進行や環境の変化に合わせて、個別の状況に応じて親身に、積極的かつ一緒に歩む姿勢が重要だと認識させられる事例であった。

認知症診療また在宅医療の推進について ～医師会員の意識調査結果からみた課題と対策～

落合 賢一¹ 近田 研¹ 野場 万司¹ 近藤 貴史¹
大野 政彦¹ 桜井 充¹ 加藤 真二¹ 宇田 哲也¹
中村 英治¹ 山本 勝²

¹一般社団法人豊田加茂医師会 ²愛知工業大学

目的：高齢化に伴い地域医療を維持するには在宅医療の推進が急務となっているが、開業医の意欲だけでなく、医療機関同士や多職種との連携や認知症対策など課題も多い。当地区では毎年、在宅医療、認知症診療、地域連携に対する医師会員の意識を調査して課題を抽出し、その対策も講じているので報告する。

対象・方法：当医師会員に対し、平成26年1月現在、在宅医療、認知症診療、地域連携などに対する医療施設の実態調査と会員の意識調査を実施し、過去との比較検討も行った。

結果：在宅医療に関しては在宅医療に対応できない施設も多いが、後方支援病院や訪問看護の整備などの条件次第では可能と多くの医療機関が回答した。在宅療養支援診療所数、在宅看取りの施設も、時間的制約や負担感が原因で増えていない。認知症に関しては、積極的に対応する施設も多いものの増えていない。多職種連携では、期待度必要度は高いが、実際には十分な連携がとれている状況ではなかった。

結論：在宅医療や地域連携に対する必要性は理解しているものの、実際にはできていない。一方、環境や体制の整備次第で、在宅医療がより推進できる可能性もみられた。すでに開始した対策として①多職種連携のブロック会議の開催②認知症連携ノートの導入③後方支援などバックアップの整備の検討があげられる。①は生活圏域で開催する会議であり、かかりつけ医・介護・福祉の交流、「顔の見える連携」の推進が主目的である。②は認知症診療に必要な多職種との情報交換を円滑にするための「ひまわりノート」を作成したが、効果検証はこれからである。③は基幹病院における訪問看護の充実や後方病床の整備や連携を調整する部門の設置など支援体制の検討である。また、ICTを駆使した情報交換ツールの導入など今後の検討課題もある。いずれにしても、行政の協力のもと、かかりつけ医の代表である医師会主導で行う必要があり、その責任は重大である。

倫理的考察と技術的工夫を行った減圧 PEG により QOL 改善を認めた終末期膵がんの 1 例

小西 徹夫^{1,2,3} 児玉 佳之^{2,3} 長岡 康裕²
吉田 晴恒²

¹時計台記念病院総合診療センター

²同消化器センター ³同緩和ケア内科

【はじめに】

減圧を目的とした経皮内視鏡的胃瘻造設術 (PEG) は、嘔吐など消化器症状の改善や経鼻胃管による咽頭不快感からの解放、さらに形態は限られるが経口摂取が可能となることで QOL 向上につながる。今回、膵がんにより十二指腸狭窄を来した症例に対して患者・家族の意向を確認し倫理的考察を行った上で減圧 PEG を施行し、経口摂取再開と外出可能な状況から QOL が改善した。そこで減圧 PEG に関する問題や、摂取可能な食物についても検討を加え症例報告する。

【症例】

症例は80代女性。近医で糖尿病を治療中、急な血糖コントロール不良を認め精査目的で当院紹介となり、膵頭部に腫瘍性病変を認め、膵がん stage3 の診断となった。9ヶ月間、化学療法を施行するも PD の評価となり BSC にて自宅療養としたが、2カ月後に食後の膨満感と嘔吐を認め再入院となった。

【経過】

腫瘍の増大と十二指腸浸潤による機械的狭窄を認めた。十二指腸ステントはガイドワイヤー通過困難で適応外となった。治療方針について、患者・家族の思いを踏まえ臨床倫理の4分割表を用いて検討した。結果、医学的適応があり患者・家族の思いを叶え QOL 向上を達成するために減圧 PEG が適切であると共通の理解基盤を築いた。術中・術後の合併症はなく特殊食を開始し減圧も問題はなかった。患者の QOL を「からだ・気持ち・暮らしの状態 (0~10)」で評価したところ、経口摂取と外出が可能となったことで1点から6点まで改善した。第56病日に閉塞性黄疸にて死亡となったが2日前まで食事を楽しんでいた。

【考察】

一般的に、減圧 PEG 適応となる症例の予後は短いため適切なタイミングでの造設と、倫理的考察が重要となる。さらに当院では、減圧 PEG の諸問題に対し①胃内容物による腹膜炎予防として胃壁固定の抜糸は可能な限り行わない②持続した減圧のためドレーンバックを接続③人工胃液を用いて PEG チューブ閉塞の可能性が低い食品を確認し提供する、という工夫をしている。今後、さらなる QOL 向上のため摂取可能な食品など検証し報告したい。

初期研修医が担当した急性期病棟でのターミナルケアの一例

松瀬 房子¹ 長 哲太郎² 坂本 英代¹ 黒川 昌子¹
矢野 章代¹ 大矢 亮¹

¹耳原総合病院 ²大阪家庭医療センター

【背景】近年、在宅ケアが重視されており、看取りについても自宅や病院以外の施設で迎える流れになっている。しかし、現在でも病院で死亡する患者は少なくなく、急性の経過で入院しそのまま看取りになるケースは高齢者でよくみられる。今回、入院から1か月半で看取ることになった経験から、急性期病棟における終末期ケアの在り方や、初期研修医が主治医として果たした意義について考察する。

【症例】75歳 男性

【主訴】発熱、呼吸苦

【既往歴】高血圧、レビー小体型認知症

【経過】当院に救急搬送され、検査の結果、肺炎として入院加療が開始された。入院2日目に血液培養から大腸菌が発育したため精査を進めた結果、S状結腸低分化型腺癌による癌性リンパ管症と診断した。すでにstage IVでPS3であったことから手術も抗癌剤による治療も困難であった。本人・家族の希望で入院37日目に自宅退院するも、翌日状態悪化のため再入院、入院46日目に死亡した。

【考察】当初は肺炎と診断されたため、初期研修医が最初の症例として担当した。患者は認知症であったが意思疎通は十分可能で、告知を希望しなかったことから最後まで病名は告知しなかった。病状が不安定で急性期病棟での入院期間が長くなったため、緩和ケア病棟へは転棟せず、患者にとって慣れた環境である急性期病棟で看取る方針となった。初期研修医が主治医であったこともあり、患者や家族とのコミュニケーションに時間をかけ、看護師とともにマッサージをしたり、病室に写真を貼るなど、急性期病棟でありながら時間をかけてケアに取り組んだ。患者は穏やかで苦痛を訴えることなく最期を迎え、その後、病理解剖のお願いをしたが、「よくしていただいたので」と家族から承諾を頂くことができた。この経験を通じて、急性期病棟でも工夫次第で終末期ケアは満足いくものになると考えられた。また、多職種との関わりを通じて研修医の成長が促された一方、研修医の姿勢が多職種を動かす力の一つになったと考えられる。

医者が逝く ～急性期・亜急性期病棟での看取り～

高藤 早苗

社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院

能登地区は過疎化が急速に進み、地域医療の崩壊が叫ばれてきた。当院で元開業医の看取りを行った際、意向に沿えた看取りであっただろうか等、疑問や反省する点が浮き上がってきた。そこで、当院の医師対象に無記名で医師の看取りに関するアンケート調査を行い検討し、本症例と合わせて報告したい【症例】80歳代男性：肺癌、認知症：X-1年9月腹痛を主訴にA総合病院受診。X年2月、汎発性腹膜炎の為にB大学病院に入院となり小腸部分切除施行。肺癌の小腸転移穿孔と診断された。BSCの方針となり、在宅療養していたがタール便を主訴にX年4月、当院救急搬送となる。NSAIDs潰瘍と診断され、緩和ケア目的で当科に転科となる。妻と二人暮らしであり、子供3名(全員医師)は関東在住であるが、在宅復帰を強く希望。自宅退院調整中に病状悪化し転科9日後に死亡。【アンケート】10の質問：選択・穴埋め式(質問10のみ自由記載)ー60名中39名の回答を得た。【考察】けいじゅヘルスケアシステムは、能登半島で先端医療から福祉まで担うグループとして創立80周年を迎えた。総合病院を核として、切れ目のない医療・ケアを提供できるよう、地域に密着した病院を目指している。39名中11名は医師を看取ったことがあり、その内2名は複数の看取りに関わった。今症例のように患者・家族の終末期の治療・ケアに関する意向が明確な場合、意向をどれだけ組み込めるかが大きな問題となる。また、救急搬送され当日に死亡したケースでは、十分な意向の確認ができないが、その中でも満足のいく医療・ケアを提供する必要があり、医師の苦悩が窺えた。【今後の展望】同時期に、日頃緩和ケアに携わってる医師(開業医・緩和ケア病棟勤務医等)にもアンケート調査を行った。これらの結果を検討し、当院における医療・ケアの質を見つめなおし、当地で最期を迎えたいと思っている医師本人・家族の満足のいくような治療・ケア体制を構築していきたい。

高齢非癌患者の終末期ケアを多職種連携にて診療した一例

東端 孝博 高木 博 林 幹雄 野田 章子
五十嵐 淳 廣瀬 由美 鈴木 将玄

筑波メディカルセンター病院

症例は94歳女性。もともとADLは自立していたが、1ヶ月前に転倒し、以後寝たきりとなっていた。発熱および全身衰弱により当院救急外来受診し、褥瘡感染にて即日入院となった。褥瘡感染から波及した骨髄炎、および誤嚥性肺炎、子宮留膿腫に対して入院時よりABPC/SBTを6週間投与した。治療経過は順調で食事摂取も良好であったが、抗生剤投与終了後も微熱と軽度の炎症反応高値の持続を認め、また四肢に嚢胞様皮膚障害が多発した。抗菌剤治療を再開したが状態改善乏しく、血液培養から酵母様真菌の検出も認めたことから抗真菌薬を併用したが感染のコントロールは不良のままであった。栄養不良が続いたが、患者本人および家族の希望にて経腸栄養や中心静脈栄養は行わず、徐々に全身状態が低下し入院後99日目に死亡した。入院経過の中で、治療方針および褥瘡や皮膚障害の管理、疼痛管理については、医師だけでなく看護師、介護士、リハビリテーションスタッフなど多職種での検討を重ねることで情報共有およびより最適な療養選択を模索し、ケアの質の向上と速やかな統一化を図ることができた。特に皮膚障害に対する疼痛管理については、多職種からの情報をもとに疼痛についての状況を多面的に把握することができ、段階的に鎮痛薬を選択していくことができた。最終的に症状緩和中心の治療方針へと切り替えた際には、非癌患者へのオピオイドの皮下持続静注を開始し、本人の苦痛緩和を図ることができた。また患者の死後、テスカンファレンスを開催し、ケアの良かった点や難しかった点について多職種で振り返りを行った。

今回急性期病院における多職種連携によって、高齢非癌患者の終末期ケアにオピオイドを導入することで症状緩和を実践できた一例について報告する。

複数の多職種カンファレンスを実施した癌終末期の高齢男性例 —患者、家族、スタッフに及ぼす効果と課題—

市村 綾乃 由井 鈴香 岩岡 友美 井出 康恵
古谷 力也 鄭 真徳

JA長野厚生連佐久総合病院

【症例】84歳 男性【経過】食欲不振を主訴に当院に入院した。衰弱のため寝たきり状態であり、本人は「もう何もなくていい。死を覚悟している」と投げやりに話していた。食道癌（Stage IV a）と診断され、第7病日に治療方針について1回目の多職種カンファレンスを開催した。本人が病名を知りたいと思っているかや家族の意向など情報が不足している事に気が付き、まずは本人、家族とコミュニケーションを取るよう努めた。認知機能は保たれており、通過障害に対してステント留置や胃瘻造設の適応であると本人、家族に説明したが、本人は希望されなかった。徐々に唾液の嚥下も困難となり、口渇を強く訴えたが、肺炎のリスクが高く経口摂取を制限した。思い通りにならない苛立ちをスタッフにぶつける一方、徐々に自身について語るが増えた。その中で、本人は「もう俺の思う通りにさせてください」と話し、家族からも「好きなようにやらせてあげたい」という希望があった。第43病日、2回目の多職種カンファレンスを開催した。各スタッフが得た情報を互いに共有し、本人の意志を最大限尊重する方針となった。口渇に対しては飲水を許可した。希望があれば最期の時間を在宅で過ごす事も可能と家族に伝えた。後日、家族から在宅での看取りの希望があり、第47病日自宅へ退院となった。退院3日後呼吸停止し、在宅で看取りとなった。【考察】2回の多職種カンファレンスを開催した事で、不足している情報が明確となり、スタッフが一丸となって、本人のケアに関わる事ができた。本人は当初悲観的な発言が多かったが、徐々に自らの希望を表出できる機会が増えた。本人、家族と関わる中でスタッフ同士の信頼関係も築く事ができ、効果的な多職種カンファレンスに繋がった。多職種カンファレンスは1回だけでなく、必要であれば複数行う事でより良いケアに繋がると考える。

グリーフケアでの経験

藤井 雅広 臺野 巧 川口 篤也

勤医協中央病院

はじめに

身近な人と死別して悲観に暮れる人に、寄り添い、援助することを「グリーフケア」と言う。

今回、訪問診療で深く関わった患者さんが病棟で亡くなられ、その遺族に対し、病棟看護師とともに遺族訪問を行った。グリーフケアは今回が初めての経験であった。今回、この経験を振り返ることで良かったことや改善すべきことを考察する。

症例

89歳 女性の患者さん

前頭側頭葉萎縮症が疑われており、誤嚥性肺炎を繰り返していた。夫の献身的な介護により訪問診療を受けながら御自宅で療養されていたが、今回も高熱と酸素化悪化、誤嚥性肺炎にて当科入院となった。入院後、嚥下はさらに悪化していき、誤嚥を繰り返した。御家族と面談を行い、食事摂取は本人が望む限り継続し、自然な形で死を望むとのことだった。御本人もそれに同意され、亡くなる直前まで食事を摂取されていた。患者さんの死後2ヶ月経過し、旦那さんから病棟へ御礼の電話が入ったことをきっかけに病棟看護師とともに遺族訪問を行ない、近況報告をしていただいた。

考察

遺族訪問を行うことで、遺族の想いや悲嘆の経過はどのようなものだったのか、どう立ち直っていったのか、現在の健康状態など多くのことを学び、知り、自分自身への振り返りにつながった。しかし、急性期病棟では継続的支援が難しいことも多い。あらかじめ在宅診療チームとつながるなど、改善すべき点はあるだろう。文献的な考察を含め、グリーフケアについて考察していく。

経口摂取をし続けた筋萎縮性側索硬化症 (ALS) の一例と医療倫理・哲学の課題

黒鳥 偉作 黒鳥 美智子 田中 聡 柳橋 崇史
高佐 顕之 渡久山 哲男 伊藤 俊 中川 潤一

津久井赤十字病院内科

約2年半、初診から緩和ケアまで意思決定プロセスを共有し、誤嚥性肺炎を繰り返しながらも気管切開を行わず最期まで経口摂取を続けた ALS の70代女性の経験を報告する。

X-1年まで自立した生活を行っていたが、X年Y-5月転倒を繰り返すようになり、Y-1月腰椎圧迫骨折と診断され、その後もADLが低下していた。Y月発熱と呼吸苦のため搬送、非定形肺炎と診断し入院した。入院時より軽度の嚥下障害や嘔声、右片麻痺、右側腱反射亢進があったが頭部CT、MRI検査にて明らかな異常はなかった。入院中、突然呼吸不全やCO₂ナルコーシスに陥るエピソードを繰り返し、さらにこれまでの経過からALSを疑い神経内科専門病院にて確定診断を得た。その後、医師や看護師、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカーが協働して患者や家族と面談を行い、意思決定プロセスを共有した。退院後、気管切開は行わない、胃瘻による経管栄養を行いながら嚥下機能が保たれている限り経口摂取をする、という意思のもと、在宅にて制限のない食事を続け、窒息および誤嚥性肺炎による入退院を繰り返しながら最期まで経口摂取に挑戦し、X+2年Y+6月永眠された。ALSは進行的に悪化する疾患であり、診断がすなわち死の宣告を意味する。しかし、本症例では倫理的課題がありながらも食べるという尊厳を肯定することが治療の最大の目的であり、患者にとってよりよく生きる方法につながった。このような意思決定プロセスの合意形成のためには、選択を行う患者や家族の揺らぎへの配慮と主治医との信頼関係が不可欠であったが、さらに、最終的な転帰に関わる家族と医療者の葛藤や罪責感にも注目しなければならないであろう。高齢社会における医の倫理や哲学の問題を含め、一筋縄ではいかない意思決定プロセスについて文献を加え多角的に考察する。

当院における入院患者の急変時コード確認率、DNAR 指示率の調査

安藤 崇之 木村 武司 西野 洋

安房地域医療センター

【背景】

急変時コードが確認されていないために、望まれない蘇生行為が行われることがある。事前に DNAR 指示があれば、心配停止時に胸骨圧迫や挿管などを希望しないという意思表示になる。そのため、望まれない蘇生行為を避けるためには、入院時のコード確認が重要である。また、入院時にコードを確認することは、患者とその家族がどのような人生の最期を迎えたいか考えるきっかけにもなる。そこで、高齢化地域の2次救急病院である当院の入院患者における急変時コードの確認率を調査した。

【方法】

2013年12月24日時点で当院に入院中の患者を対象にした横断的研究を行った。電子カルテ上の医師指示簿における急変時コード記載を確認し、当院における入院患者の急変時コード確認率及び DNAR 指示率調査した。さらに、診療科、患者の年齢、入院の契機となった疾患ごとに層別化して解析を行った。

【結果】

対象患者は139名で、平均年齢は76.9歳であった。コードを確認されていたのは85名(61.2%)で、DNAR 指示となっていたのは、48名(全患者の34.5%)であった。診療科別コード確認率では、整形外科が94.7%と最も高く、次いで循環器内科の66.7%、総合診療科の53.6%という結果となった。DNAR 指示率も高かったのは総合診療科の50%で、コード確認率の高い整形外科では21.1%に留まった。患者の年齢別では90代がコード確認率76.2%、DNAR 率61.9%と最も高かった。

【考察】

当院では診療科によってコード確認率や DNAR 指示率が異なることが明らかになった。その背景として診療科ごとに患者の年齢層や、対象疾患の急変リスクが異なることが考えられる。また、診療科ごとに DNAR 指示の意味する内容も異なり、入院時のコード確認について今後病院として統一の見解を作成する必要もあるのではないかと考えられる。

プライマリケアの真髄として最後まで口から食べるを支える

原 純一

きらり健康生活協同組合上松川診療所

在宅または施設での看取りを政府は奨めているが、依然として病院死を望む人が多い。その理由の一つに在宅／施設での対応が困難でかつ家族が延命を望むからだ。しかし、肺炎や窒息、低栄養により生じた呼吸器疾患や転倒による下肢の骨折を機に入院し安静期間と食欲低下によるサルコペニアから退院が伸びることで認める入院前から比較して認められる顕著な体重減少、嚥下障害への対応困難と転倒予防から歩行困難またはベット上生活といった活動レベルの低下から介護負担の著しい増加が生じている。

ターミナルケア対象者が病院で経口摂取不可との評価のまま生活の場である在宅や施設に生活していることが多い。しかし、ケアをする家族や施設職員はその人らしくを重視して介護にあたっているため、ふとした変化に気付きやすい。多いきっかけに口腔ケア時の吸い付きがあり、飲み込めるんじゃないかと思うことである。このまま何も口から食べられないのはかわいそう、食べさせてやりたいとの思いに対し専門的な嚥下機能評価の上でその人らしい食べ方の医療提供している場所はほとんどない。そのため、私のところにターミナルケア対象だが、お楽しみでも経口摂取可能かどうかの適切な嚥下機能評価と治療を依頼してもらうことが多くなっている。

数名のターミナルケア対象者で最後に食べられる方法について主治医より相談を受け適切な摂食嚥下治療を提案することで誤嚥性肺炎、窒息とならず、最後まで経口摂取を続け老衰で最後を迎えられた方に関わって肺炎にならないことが本人、家族、施設職員にとって自然な看取りを可能にするポイントであることと、誤嚥性肺炎で最後を迎える必要がないことが分かったので紹介したい。

遠方の家族の感情に共感することで、本人の希望通り自宅で看取ることができた独居の末期肺癌患者の一例

中村 奈保子 村田 亜紀子 大倉 佳宏

社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 津山ファミリークリニック

【背景】本邦における末期癌患者の在宅看取りでは、「家族の在宅死容認」が最も大きな因子であり、次いで「本人の在宅死希望」、「家族介護者の有無」の影響が大きいとされる。今回、独居の本人の在宅死希望はあるものの、遠方の家族は入院を希望するという困難な状況の中、在宅で看取ることができた末期肺癌患者の症例を経験したので報告する。

【症例】79歳女性。遠方に住む妹と絶縁状態の息子2人がおり、生活保護を受けてアパートで独居生活を送っていた方。半年前にT病院で肺癌、癌性胸水、左副腎転移の診断で全身化学療法を行うも副作用のため治療を中断、本人が自宅療養を強く希望したため当院へ在宅診療の依頼があった。

【経過】退院カンファレンスへ参加した5日後、患者は伝い歩きの状態で退院し、同日より訪問診療、訪問介護、訪問看護、ケアマネージャー等の在宅チームで生活を支えた。退院10日後に肺炎を発症、退院17日後には寝たきりとなり、安静時呼吸苦も顕在化した。最期まで自宅にいたいという患者の意志は終始変わらず、在宅チームも意向に沿いたいと考えたが、妹は付き添えないことを理由に入院を希望した。最期の方針を統一するため、退院22日後に妹を呼んで多職種カンファレンスを行った。妹は患者に両価性の感情を抱いており、独りで死ぬことについて「好き勝手に生きてきたから仕方がない」と思う反面、「たった一人の家族をそうさせたくない」と語った。妹の苦悩をチームで共有しつつ、最期の迎え方につき妹を含めチームの関わりの限界を認め合った結果、妹は在宅看取りを受け入れ、その日一泊だけ患者宅に泊まることになった。その夜患者は永眠された。

【考察】本症例において、患者を在宅で看取するための最大の要因は、文献と同様、家族の容認を得ることであった。チームとして家族の痛みを理解し、看取りまでの過程に寄り添うことの難しさを共有することが重要だったと考える。

入院麻薬処方中止理由の分析 —処方の適正化を目的として—

角山 政之 友田 江美 新藤 清美 木村 優美
木村 康浩 木平 健治

広島大学病院薬剤部

【目的】疼痛緩和の目的で多くの医療用麻薬が患者に使用されている。これに伴い、患者の入院後処方された麻薬で、使用中止になる件数も増加している。そこで、処方の適正化を行う目的で、処方中止理由について調査、分析を行った。【方法】広島大学病院において、平成24年12月～平成25年5月までの半年間に、入院患者に処方された麻薬（注射剤を除く）およびこのうち使用中止になった麻薬について、麻薬帳簿などを使用し処方件数、品目などを調べた。また、中止麻薬返却時の聞き取りおよびカルテを使用し、処方中止理由について調査した。【結果・考察】期間中の入院患者の総麻薬処方件数は2742件であり、そのうち477件が中止になっていた（中止率は17.4%）。中止理由は、死亡退院22.6%、疼痛軽減15.1%、患者の病態（副作用など）19.3%、疼痛コントロール不良17.0%、全身症状悪化14.7%、その他8.4%、患者の意向2.9%だった。患者の病態による中止は、92件中嘔吐が38件、呼吸困難10件、傾眠8件、口腔内腫瘍による内服困難8件、せん妄6件などが含まれていた。次に、薬剤別中止理由の比率を比較したところ、フェンタニルパッチ（フェントス®、デュロテップ®MT）系、モルヒネレスキュー（オプソ®、アンベック®）系とも死亡退院による中止の占める割合が4割と高値を示したが、オキシコドン・コデイン内服（オキシコンチン®、オキノーム®、コデイン散）系は1割と低く、逆に患者の病態による中止が3割と高値を示した。この中で、嘔吐による中止はオキシコドンが6割を占めており、中止後フェンタニルパッチに変更されていた。また、呼吸困難による中止もオキシコドンが9割と高値を示したが、その内7割がモルヒネ製剤へ変更されていた。オピオイドローテーションの場合、効果が認められている麻薬へ適切に変更されていると考えられた。

在宅訪問薬剤管理指導の現状と課題：プライマリ・ケアにおいて薬剤師に求められていること

定村 美紀子¹ 小島 尚¹ 西澤 啓子² 浅見 恭史²
少路 芳子² 霜越 千裕² 山川 百合子³

¹帝京科学大学 ²足立区薬剤師会 ³茨城県立医療大学

【はじめに】医療の場が病院から在宅へと広がり、高齢者や複数科を受診する患者等に対し、残薬の確認や整理、処方内容の説明など個々の能力に応じた薬剤指導や管理が求められている。地域の薬局が在宅医療に積極的に関わり、効果的な薬剤管理を実施することはプライマリ・ケアにおいて重要な取り組みである。本研究の目的は、在宅訪問薬剤管理指導（以下、訪問薬剤指導）の現状と課題を明らかにすることである。【方法】足立区薬剤師会会員（171名）に対し、薬局の背景、訪問薬剤指導実施の有無、対象者の特性、訪問薬剤指導を実施するきっかけ、連携をとる職種や機関、実施内容や回数等について質問紙を作成し送付した。訪問薬剤指導の取り組みについて自由記載から課題を抽出した。個人情報保護に努め、事前に帝京科学大学の倫理審査委員会の承認を得た。【結果】回答者111名（65%）中、男性（54.1%）、女性（45.9%）、40～50歳代（46.8%）が最も多かった。訪問薬剤指導を実施している薬局は、25件（22%）あった。訪問薬剤指導に取り組む時の主な課題は、①薬剤師による訪問薬剤指導について、医療福祉関係者の理解や認識の不足、②訪問業務に対応できる薬局・薬剤師の不足（経験不足、経営上の効率）、③医療保険や介護保険制度の不備等であった。【結語】薬剤師が在宅医療の中でチームの一員として能力を発揮するためには、在宅で医療が活用しやすい医療制度を整備し、地域の薬局の薬剤師が在宅患者を対象とした活動が実施できる経済的基盤を作ること。薬剤師自身の在宅医療に関する知識や技術を向上することが必要である。また、薬剤師が患者の情報を他職種と共有し、訪問薬剤指導の利点や具体的な内容について医療福祉関係者が理解できるように働きかける必要がある。在宅医療を実践するための薬剤師の資質の向上やチーム医療の中で担う役割や機能を明らかにし、他職種へ発信するシステムを整えることが必要である。

小児への調剤における散剤分包品導入と疑義照会率変化

小川 壮寛^{1,2} 松下 明³ 福嶋 寛子¹ 中尾 直¹
安野 和浩¹ 木島 庸貴^{3,4} 藤谷 直明³
守安 洋子¹ 島田 憲一² 江川 孝² 高見 陽一郎²
高橋 正志¹

¹株式会社マスカット薬局

²就実大学大学院医療薬学研究所

³社会医療法人清風会岡山家庭医療センター奈義ファミリークリニック

⁴島根大学医学部総合医療学講座

【はじめに】マスカット薬局奈義店では、処方せん集中率約92%である奈義ファミリークリニック（以下、NFC）からの長期処方日数に対応するため、平成23年より小児処方の散剤に分包品を利用する試みを始めた。平成24年には分包品が使用できる薬用量となるよう積極的に疑義照会を行い、平成25年7月からはNFC処方医との合意による分包品薬用量での処方を開始した。今回、散剤分包品の利用による有用性と疑義照会率がどの程度低下したのか調査したので報告する。

【方法】処方医と協議し、小児患者に対し分包品での調剤を前提とした薬用量設定での処方を行う合意を行った。対象患児は、平成23年～平成25年のそれぞれ7月～9月の期間に対象医薬品が処方された15歳未満の小児である。対象医薬品は、アイピーティ[®]DS、アレジオン[®]DS、オノン[®]DS、クラバモックス[®]細粒、ザジテン[®]DS、ジスロマック[®]細粒およびジルテック[®]DSとした。用量は添付文書記載の体重あるいは年齢により決定した。

【結果】対象とした患者数は平成23年59名、平成24年60名、平成25年67名であり、平均年齢はそれぞれ6.4歳、5.4歳、4.1歳で分散に差はなかった。対象とした延べ処方は、平成23年126剤、平成24年123剤、平成25年123剤であり、疑義照会率はそれぞれ7.14%、10.57%、0.81%であった。分包品の使用率は、それぞれ43.8%、76.7%、81.5%であった。分包品への切り替え後の薬用量変更あるいは薬用量調節は全例で行われなかった。

【考察】小児薬用量は体重により計算した薬用量が基準となるが、一部の医薬品の薬用量は年齢あるいは体重を基準とした分包品の利用が可能である。今回、我々は長期処方において分包機稼働時間短縮による待ち時間短縮と防湿の観点から、処方医との合意により分包品利用を前提とした薬用量処方を試みた。その結果、待ち時間短縮、疑義照会の削減において分包品の利用は有用であることを明らかにした。

発熱、後頸部リンパ節腫脹、肝機能障害にて紹介となり急性汎発性発疹性膿疱症 (AGEP) と診断した一例

西山 大地 渡邊 力也 川島 篤志 小牧 稔之
香川 恵造

市立福知山市民病院

症例：高血圧と糖尿病の既往がある53歳男性。入院13日前より体調不良あり9日前より40℃近い発熱と後頸部リンパ節腫脹を自覚。近医にて採血施行され肝機能異常指摘あり。解熱鎮痛薬と総合感冒薬にて経過観察となるが発熱持続するため当院救急外来受診され、総合内科に入院とした。入院時 vital sign は BT40.5℃ BP 94/58mmHg HR 106回/分 SpO2 98% (室内気)、身体所見では後頸部リンパ節腫脹と上下肢体幹部に掻痒伴う白色点状小膿疱を認めた。採血では好中球優位の白血球上昇と CRP 高値、肝機能障害認めため血液培養他各種培養提出の後セフトリアキソン2g/日にて治療開始するも改善認めず。入院翌日も皮疹増悪し水疱形成も認めため皮膚科対診、AGEP (acute generalized exanthematous pustulosis) 疑いにて皮膚生検を施行した。その後速やかに mPSL 1g/日を3日間開始し PSL30mg の後療法継続にて熱型と皮膚所見は徐々に改善認めた。皮膚生検では好中球優位の白血球浸潤を認め AGEP に矛盾しない所見を得る。また DLST 施行しアセトアミノフェンと耐性乳酸菌が陽性だった。更に入院時血液検査では各種ウイルス抗体のうち CMV-IgM 微増認め CMV による伝染性単核球症が疑われた。

考察：AGEP は薬疹の一種であり高熱と共に小膿疱が急速に出現する。多くの被偽薬が報告されているがウイルス感染を契機とした発症も報告されている。今回 CMV による伝染性単核球症発症後アセトアミノフェン使用にて AGEP を併発したと思われる一例を経験した。臨床的に不確実な点も残るが、高熱と白色粒状小膿疱を認めた時には AGEP も鑑別に入れ、速やかな皮膚科対診と被偽薬の中止、場合によってはステロイド治療開始が望まれると考えられる。珍しい症例であり特徴的画像と多少の文献を踏まえて症例報告させて頂く。

高齢者を対象とした急性期総合病院におけるジゴキシン血中濃度の実態調査と至適投与量の検討

藤村 一軌¹ 仲鉢 英夫¹ 久保田 聡¹ 西口 翔²

¹湘南鎌倉総合病院薬剤部

²湘南鎌倉総合病院総合内科

【目的】ジゴキシンは主に慢性心不全や心房細動のレートコントロールに用いられる薬剤である。しかし、有効治療域が非常に狭いためコントロールが難しく、特に生理機能の低下した高齢者においては過量投与によるジギタリス中毒がしばしば問題となる。また、1.2ng/mL 以上の濃度で死亡率が上昇するとの報告もある。今回、ジゴキシンを使用している高齢者の薬物血中濃度を調査し、そこから至適投与量を検討した。

【方法】調査期間は2012年1月～2013年12月の2年間とした。対象は当院においてジゴキシンを内服し、定常状態で血中濃度を測定した患者とし、レトロスペクティブにカルテレビューした。A群 (65～74歳)、B群 (75～84歳)、C群 (85歳以上) の3群の年齢層に分け、血中濃度の分布を調査した。また、実測濃度から TDM によって推奨投与量を算出した。【結果】A群23名、B群33名、C群49名の計105名の患者が抽出された。3群間の平均投与量に差はなく (A: 0.15mg/日、B: 0.13mg/日、C: 0.13mg/日)、体重は年齢層が上がる毎に減少した (A: 59.2kg、B: 50.1kg、C: 42.2kg)。年齢層が上がると血中濃度分布はジゴキシンの有効治療域 (0.5～0.8ng/mL) に入る割合は低下し (A: 43.5%、B: 33.3%、C: 26.5%)、1.2ng/mL 以上になる割合は上昇した (A: 21.7%、B: 42.4%、C: 55.1%)。実測濃度から TDM により算出された推奨投与量は A 群で 0.091～0.145mg/日、B 群で 0.064～0.102mg/日、C 群で 0.057～0.091mg/日となった。【考察】本研究から高齢者におけるジゴキシン血中濃度は 1.2ng/mL 以上のコントロール不良例が多いという実態が明らかになった。当然、腎機能や併用薬による変動に留意しなければならないが、65～74歳で 0.125mg/日、75歳以上では 0.0625mg/日 が至適投与量となることが推察される。本来ジゴキシンの投与量は TDM によって決定されるが、高齢になるほど TDM による予測が困難であったため (予測値的中率は年齢層が上がるにつれ低下した)、実際に血中濃度を測定し投与量を調整することが望ましいと考えられる。

維持期脳卒中リハビリのチーム医療における臨床心理士の役割

坂元 美和 加藤 しおり 豊田 英嗣

社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター日本原病院
身心医療課

脳卒中の維持期リハビリとその全人的医療をプライマリケアが担うことは多い。維持期は患者が本格的に自宅生活に復帰して家族と過ごす生活を再開する段階であるが、ここで生じてくる諸問題の中には器質的障害にのみ起因する問題にとどまらず、脳卒中発症以前から延々と続いてきた心理社会的要因の延長として改めて生じてくる問題が少なくない。患者が自らの人生脚本によって生き延びてきた（自己の存在価値を勝ち得てきた）その元の生活の場に復する時、これまでの対処法が（脳卒中による全人的障がい契機に）もはや立ち行かなくなるために生じている問題でもある、という視点をもたなければ、患者の次なる疾患、たとえば脳卒中の再発などが回避困難となる恐れさえある。プライマリケアのチーム医療として、患者の物語を十分に取り扱える患者中心の医療を提供するには、臨床心理士が構造化された枠組みの中でその役割分担を担い、その問題克服を支援し、他の医療スタッフに専門的な情報を提供し共有することが大いに期待される。本報告ではこのような一症例を提示し、脳卒中の維持期リハビリのチーム医療における臨床心理士の役割を報告する。

症例は50歳代の女性。脳卒中後の左片麻痺と半側空間無視があり、ADLは自立していた。当初は動揺性高血圧、慢性疼痛、空気嚥下による non-cardiac chest pain などが未解決であった。通所リハビリの継続と、一般外来の限られた枠の中で主治医が全人的に関わり、一旦は polypharmacy が解消され、身体的心理的に全体像が改善していった。しかし2年目が経過する頃から再び症状（極度の疼痛、めまい感など）と激しい動揺性高血圧が再燃してきて状態は後退し、脳卒中の再発リスクも増した。ここには家族との葛藤、人生脚本の呪縛、失体感症、失感情症などが関わっていた。そこで医師が主に身体面を、臨床心理士が主に心理社会的側面に介入する役割分担に切り替え、その後は次第に治療が順調に進み始めた。

ベットサイドにおける簡易徒手筋力評価の有用性 簡易検査法としての考案

本永 英治 杉田 周一

沖縄県立宮古病院

【背景】高齢化社会を迎え入院患者の高齢化も進み、ADL 基本動作の介助を必要とする多臓器疾患を合併した高齢者入院も多い。その病態評価は通常の診察に加え、医療機器（腹部超音波、レントゲン、CT、MR）による画像検査結果、そして検体検査結果などを情報として利用しながら行っている。それにはかなりの時間もかかり、さらに病棟業務は入院患者の入院指示出し、処置指示、指示変更、インフォームドコンセントによる丁寧な説明、詳細な日々の診療録記載など、極めて多忙化している病院勤務医も多い。そのような状況の中で臓器診察と記載に関しては良好のように思えるが、体幹筋、四肢筋の筋力評価の記載は雑で怠りがちである。その理由のひとつに高齢者の多くが仰臥位の肢位であることが多く、筋力評価を施行するのに適していない。また多くはADL 介助が必要な高齢者であり、診察そのものが面倒である。今回、ベットサイドにおける体位を考慮した簡易徒手筋力評価法を考案したので紹介し、その臨床的価値と有用性と意義を紹介する。【方法】症例を紹介しながらその有用性と簡易徒手筋力評価の方法を紹介する【結果】1. 簡易徒手筋力評価法実技の取得は臨床研修医の到達目標として位置づける。2. 理論に基づく家庭におけるホームエクササイズに発展応用できる。3. 廃用症候群の正確な評価、そしてプライマリ・ケアを標榜する家庭医の診療技術として位置づける。4. 臨床的に誤用症候群の予防として活用できる。5. サルコペニアなど他の筋力低下を来す疾患の鑑別にも有用である。6. 活動性関節炎と筋力低下との関係、筋付着部炎、筋起始部炎などの病態理解の必要性をまとめる。

完全側臥位法により経口摂取が可能となり良好な転帰を得た嚥下障害患者3例

田中 啓太 小川 貢央 深谷 公美 山崎 彰
井出 宏 宮崎 智徳

津生協病院摂食・嚥下サポートチーム

【背景】

完全側臥位法とは福村らが考案した、フラットなベッド上で完全側臥位を保ち摂食嚥下してもらう方法である。この方法により重力の作用で中～下咽頭の側壁に十分な貯留スペースが生まれ、誤嚥リスクが減少し嚥下障害を有する患者でも安全な経口摂取が可能となる。今回、完全側臥位法により経口摂取が可能となり良好な転帰を得た嚥下障害患者を経験したので報告する。

【症例①】

89歳男性。多発脳梗塞による嚥下障害のため誤嚥性肺炎を繰り返している。嚥下造影検査にて嚥下反射惹起遅延、咽頭収縮不全を認め、嚥下中の喉頭侵入を認めたため完全側臥位法を実施。その後は肺炎を起こさず安定して経口摂取出来ており、家人の希望により完全側臥位のまま自宅へ退院となった。

【症例②】

68歳男性。アルコール依存症で他院入院中であったが、誤嚥性肺炎を発症し転院となる。長期治療に伴う廃用により嚥下機能が低下。嚥下造影検査にて嚥下反射は比較的保たれているものの、咽頭収縮不全が著明で食道入口部も開かず嚥下しても多くが咽頭内に残留し、嚥下後誤嚥の危険があった。完全側臥位法で経口摂取を進め、筋力訓練を並行して行うことで機能向上し、最終的に座位での経口摂取が可能となり自宅へ退院となった。

【症例③】

91歳女性。脳出血後遺症による嚥下障害のため誤嚥性肺炎を発症し入院。嚥下造影検査にて嚥下反射惹起遅延を認めた。さらに座位をとると起立性低血圧のため安定せず完全側臥位での経口摂取の方針となる。完全側臥位法では安定して経口摂取が可能となり、そのまま施設入所となる。

【まとめ】

上記の患者はいずれも嚥下障害のため誤嚥のリスクが高く、胃瘻などの経管栄養を勧められている。しかし完全側臥位法により、嚥下障害があっても安全な経口摂取が可能であり、その後の転帰に良好な結果を残している。

高齢患者が入院時抱えるプロブレムに関する調査－病院総合医の役割と患者満足度に関する調査の予備調査－

鈴木 諭¹ 郡 隆之² 吉見 誠至² 原田 孝²
深澤 尚伊² 大塚 隆幸²

¹筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター／茨城県厚生連総合病院水戸協同病院

²利根保健生活協同組合利根中央病院

【緒言】団塊の世代が後期高齢者に達する2025年には、65歳以上の高齢者人口は約3500万人に達すると推計されている。高齢者の疾病は慢性化しやすく一人で複数の疾病を持っていると共に、医学的問題のみならず精神的／社会的問題を抱える患者も多い。医療需要は高齢化とともに増大化し、医療従事者は複数の問題に対して総合的に対応する力量が求められる。このような状況において、疾患管理だけでなく急性期加療後のリハビリや在宅及び社会的調整に関わることができる病院総合医が、入院診療に関わることは、患者のアウトカムに寄与するものと考えられる。

【目的】今回、病院総合医の診療関与に関する有用性の推定を目的とした本研究を、高齢者に比較的多い脳梗塞、肺炎、心不全という疾患群を対象を絞り、患者満足度との関連性に注目し行うこととした。患者満足度は入院中に適切に対応されたプロブレム数との関連性があるのではないかという推論のもと、本調査の予備調査として、高齢入院患者が入院時に抱えるプロブレムについて、その数、内容について明らかにすることを目的とした調査を行うこととした。

【方法】①対象は平成26年2月から3月までの間、当該医療機関内科系急性期病棟に救急外来より新規入院した患者100名とした。②調査方法は自己記入式質問紙法にて行い、対象者の回答後回収とした。回答者は原則患者本人とし、病状により患者本人が記入できない場合は家族に回答を依頼した。③自己記入式質問紙は、bio-psycho-social model (Engel) のシステムの階層に準じ、疾患、個人、二者関係、家族、地域社会の各項目について質問項目を作成した。更に疾患は全例カルテレビューを行い、病歴及び理学所見、検査結果から総合プロブレム方式でプロブレムの抽出を行った。

【結果・考察】抄録提出時に本調査は事前準備段階であり、結果と考察については当日の報告とする。

感染予防における医療従事者の手指衛生向上のための多面的介入研究：

Before-and-after interventional study

崎浜 智子¹ 小林 裕幸^{1,2} 秋月 浩光¹
鴨志田 聡¹ 関 由紀子¹ 徳田 安春²

¹筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター水戸協同病院インфекションコントロールチーム

²筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター水戸協同病院総合診療科

【背景】医療関連感染（HAI）予防のため、世界保健機構（WHO）や米国疾病予防管理センター（CDC）では、医療従事者の手指衛生の改善を推奨している。【目的】大学附属の急性期中病院 M 病院の4病棟（内科、ICU、救急室、外科）において、手指衛生向上を目的とした「WHO 多面的手指衛生推進戦略」の before-and-after interventional study を実施し、有効性を検証する。【方法】フェーズ1－基礎調査：2011年7月～9月の3か月間感染管理認定看護師（CNIC）資格を有する観察者の直接観察法により、医療従事者の（医師、看護師）の患者に触れる前の手指衛生遵守率（ベースライン）を把握した。フェーズ2－介入：2012年4月～2013年3月の1年間 WHO 多面的手指衛生推進戦略に準じて介入を実施した。具体的介入内容は以下の5つの要素である。1）システムの変更として携帯用手指消毒剤の導入、2）インフェクションコントロールチーム（ICT）とホスピタリストの協働による医師・看護師を対象とした手指衛生方法のトレーニング及び教育、3）手指衛生遵守率評価とフィードバック、4）ポスターによるリマインダー、5）病院管理職を含む患者安全文化及び手指衛生風土づくり。フェーズ3－介入後の遵守率調査：2013年5月～7月の3か月間基礎調査と同様に手指衛生遵守率調査を実施。【結果】M 病院の患者に触れる前の手指衛生遵守率は、ベースライン時11% から介入後42%と有意に改善した（ $p<0.001$ ）。職種別では医師（11から37%）看護師（10から42%）ともに有意に改善（ $p<0.001$ ）。病棟別では内科（11から50%）、ICU（10から35%）、外科（11から43%）で有意に改善（ $p<0.001$ ）したが、救急室（12から18%）での介入効果は確認できなかった（ $p=0.177$ ）。【考察】WHO 多面的手指衛生推進戦略に準じた介入により、患者に触れる前の手指衛生が改善された。ICT とホスピタリストの協働は、手指衛生のロールモデル、教育者として職場全体の手指衛生の向上に貢献した。

当教室における地域外科医療を支えるための取り組み

渡邊 浄司 齋藤 博昭 大谷 眞二 池口 正英

鳥取大学医学部付属病院病態制御外科

【はじめに】当教室の位置する鳥取県は高齢化や人口減少が問題となっており、外科医もまた減少の一途をたどっている。鳥取県は人口あたりの外科医師数は全国で上位（2005年厚労省統計で全国9位）となるが、絶対数は全国最下位であり、外科医減少の影響が大きく出やすい特徴を持っている。地域病院では既存の病院機能を維持することが困難となり、やむを得ず地域病院からの外科医撤退も余儀なくされる状況にある。交通網の整備に伴い、外科医療も都市部への集約化の流れがあるが、地域で外科医療の完結を求められる場面も多く存在しており、いかにして地域へ外科医療を提供し、質を担保するかは重要な課題である。当教室では地域外科医療を支えるための方法として地域病院への手術応援を積極的に行っており、その状況を紹介する。

【方法】当教室では出張先病院全てに全教室員が兼業願を提出し、いつでも誰でも手術応援に行ける体制としている。各病院が定期および緊急で手術応援を必要とする際には当教室へ依頼し、その日対応可能な者が該当病院へ出向き手術応援を行っている。主に手術応援依頼のある当院近隣の4病院を対象に、2008年1月～2012年12月の過去5年間に手術応援依頼のあった症例の年齢、性別、疾患、術式についてアンケート調査を行った。

【結果】調査を行った4病院（常勤外科医1～3名）へ過去5年間に当教室から518件の手術応援を行った。男女比は1：1で、平均年齢は71歳であった。手術応援依頼のあった症例の疾患分類は、悪性疾患が43.8%を占め、良性疾患が56.2%であった。4病院の全手術件数に対する当教室からの手術応援割合は34.1%であった。

【結語】手術応援の対象が大学近隣病院に限られることや山間地域が多く外科医の移動手段が自家用車に限られることなどの課題も多いが、既存の病院機能を維持しながら質を担保した外科医療を提供するために、外科医自身が移動診療を行うことは、地域外科医療維持の大きな手段となっている。

家庭医と産科開業医による連携の成功例

杉本 雅樹¹ 久住 一郎¹ 石崎 聡之² 松村 伸³¹ファミリー産院 ²ファミリー産院君津³亀田ファミリークリニック館山

家庭医診療においては産婦人科研修が必須と考えられるものの、実際に産婦人科研修をきちんと行われている施設は、全国的にも少ないのが現状である。そのような環境下、家庭医診療科と産婦人科有床診療所が良好な連携がとれている事例を報告する。

当院は平成16年に、12床の有床産婦人科施設として開業し、現在年間350分娩を取り扱っている。現在では10名の助産師が所属し、助産師専門学校の研修施設となり、家庭医後期研修プログラムの研修施設として認定を受け、亀田ファミリークリニック館山の家庭医診療科の後期研修医を毎年受け入れている。

具体的には5年間でのべ17名の後期研修医を受け入れ、そのうち1名の家庭医専門医が現在産婦人科専門医の取得に励んでいる。

研修医を受け入れることにより、当院で今まで行っていなかった出生後の新生児の健診や、予防接種の同時接種を行うようになり、B型、C型肝炎の母体からの出生児の管理、産後の母体管理を家庭医診療科に紹介し、患者からも好評を得ている。また、研修した家庭医後期研修医にとっても、分娩介助だけでなく、妊婦健診、不正出血、月経不順などの一般産婦人科外来の経験を積むことができ、双方にとって有用な連携となっている。

このように、家庭医と産婦人科開業医との連携は双方の診療の質を上げることになり、地方における有益な医療資源活用になると思われるため、ここに報告する。

特発性副甲状腺機能低下症が認知機能低下の一因と考えられた1例

片岡 祐 和田 幹生 小原 潤也 森本 健司
川島 篤志 香川 恵造

市立福知山市民病院

【背景】認知症患者は本邦では約260万人いるといわれ、今後高齢者社会においてその数はさらに増えると予測され、どの医療機関においても直面する大きな問題である。治療可能な認知症 (treatable dementia) は物忘れ外来受診者の19%を占めるとの報告もある。

【症例】82歳男性

【主訴】動けない、食べられない

【現病歴】3年前より自宅に閉じこもるようになった。2年前に施行された長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) で7/30と低値であり、ドネペジル内服開始された。1年前より昼夜逆転などありグループホームに入所したが、性的異常行動を認め、1か月前に当院精神科受診し、認知症の行動・心理症状 (BPSD) と判断されメマンチン追加となった。しかしBPSDは著変なく、入院3日前に転倒し頭部打撲、入院日より経口摂取不可で動けないことを主訴に救急受診となった。

【現症】血圧122/64mmHg、脈拍90/分、整、体温36.8℃、GCS: E4V2M5、左上肢に固縮あり。Trousseau 徴候陰性、Chvostek 徴候陰性であった。血液検査でCa 4.2 mg/dL、IP 4.9 mg/dL、Alb 3.5 g/dL、PTH intact 1 pg/mL (基準値10-65 pg/mL) であり、腎機能障害はなく、Mg や vitD にも異常なし。心電図でQTc: 527msec と延長を認めた。頭部CTで外傷性変化や水頭症を認めず。

【入院後経過】上記より特発性副甲状腺機能低下症と診断し、カルシウムおよびビタミンD製剤を投与した。Ca濃度の上昇に伴い経口摂取可能となり睡眠リズムも安定し、性的異常行動も消失し、HDS-Rは14/30まで改善した。

【考察】本症例では低Ca血症が認知機能障害の一部に寄与していたと考えられた。treatable dementiaは頻度も多く、関わった医師が意識しないと診断されず見過ごされることもあるだろう。本症例のように認知機能が完全に可逆性でない場合もあるが、認知機能の一定の改善は、本人やケアに関わる家族等の負担の軽減につながる。多くの認知症患者を診るプライマリケア医にとっては、認知症の治療とともに適切な診断を行うことの影響は大きい。

介護職員との勉強会開催で、適正受診が増加するか。

青木 信也 曳田 彩子 保脇 雄介

松前町立松前病院

医療圏人口12000人、3次急性期治療が可能な病院まで、陸続きではあるものの96kmあり、救急車での搬送に2時間弱かかる地域にて、少ない医師数で24時間365日継続的医療を続けるには課題が多数ある。そのひとつとして、夜間や休日の非適正受診があげられる。特に高齢化が進む地域の現場において介護施設からの病院への受診が多く、その多くは発熱や転倒など、common diseasesである。適正受診率を向上させ、当直医師の疲弊を軽減し、また患者にとっても治療介入が手遅れにならないためには、介護職員を主とした地域医療従事者の判断が非常に有用となる。しかし、地域の問題として、介護職員も人的不足があげられ、市内で開催される勉強会にも遠方のためなかなか参加が難しく、有資格ではあるもののupdateされた知識や、標準化された知識を有する介護職員が少ないことも散見される。そのため、病院勤務の看護師とコミュニケーションがとりにくいなどの問題もある。そのため、今回、医師主導で医療従事者との勉強会を開催することで、適した受診を増やすことができるか検討した。また、介護職員がどのような学びを望んでいるのかアンケートを取り、地域を支える医師としてどのように応え、改善できるのかを検討したため発表する。

有咳嗽患者における「のどからの咳」の存在についての観察研究

高橋 賢史¹ 藤原 和成² 藤原 悠子²

¹出雲家庭医療学センター出雲市民病院家庭医療科

²出雲家庭医療学センター大曲診療所

【背景】

「咳」は非常によくある症状で、実にプライマリ・ケアを受診する患者の症状の上位に入ると言われている。日常診療中で、咽頭部がイガイガして出る「のどからの咳」と、気管支や肺が原因で出る「下気道からの咳」の2つの出方があると実感するが、教科書的にはそれを記載されたものはあまり見当たらない。

【目的】

今回の研究は、有咳嗽患者において「のどからの咳」がどの程度存在するのかを明らかにする試みである。今後、同様の研究を広げ「のどからの咳」の存在を一般化することにより「のどからの咳」へのアプローチ方法を明らかにする一端としたい。

【対象・方法】

二施設横断研究で、2013年12月1日～2014年2月28日の3ヶ月間に出雲市民病院家庭医療科、大曲診療所を受診された方のうち、発症後3週間以内の咳症状を有する方を対象とした。同意を得られた方に対し診察時に、咳が「のどからの咳」かどうかを訪ねた。先行研究に準じ、胸骨切痕より上から出ると感じる咳を「のどからの咳」とし、胸骨切痕より下から出ると感じる咳を「下気道からの咳」とし、対象者の咳咳嗽が「のどからの咳」、「下気道からの咳」「その他（両方分らない など）」の3つに分類した。

併せて、可能であれば症状消失まで1週間毎の再診を続け、治療を継続し最終診断まで追った。

【結果】

先行研究では、52%が「のどからの咳」であった。本研究に先立って行ったパイロットスタディでは70%が「のどからの咳」であった。これらを踏まえ、本研究の結果と考察は当日に発表する。

経鼻内視鏡検査の有用性について ～500例のアンケート結果より～

山崎 政城

山崎医院

<はじめに>

日本人は欧米人に比べ、胃癌による死亡率が依然として高く、上部消化管内視鏡検査は重要であるが、苦しいという認識から胃内視鏡検査を受けたくないと考えられる被検者も多く、出来れば避けて通りたい検査である。今回、超細径胃内視鏡装置（直径5.9mm、4.9mm）を使用し、経鼻内視鏡検査を施行した。経鼻内視鏡検査（経鼻法）後に経口内視鏡検査（経口法）とどのような違いを持ったかのアンケート結果と、5.9mmと4.9mmの違いの結果も報告する。

<対象と装置>

平成18年6月から平成25年12月までに当院で経鼻法を施行した500例を対象とした。

診断装置はフジノン東芝400システム上部消化管スコープEG-470N（直径5.9mm）、フジノン東芝4400システム上部消化管スコープEG-530NP（直径4.9mm）を使用した。

<結論>

経鼻法は被検者の苦痛が少なく、87.2%が楽な検査だったと回答し、87.2%が次回の検査として選択すると回答している。また70歳未満が70歳以上より経鼻法の方が楽であると多く回答している。そして直径4.9mmが直径5.9mmより、被験者は楽な検査だったと多く回答している。

この結果より、70歳未満の被検者には経鼻法を積極的に勧めるべきだと思われた。内視鏡スコープも細径の方がより楽な検査と思われた。

割り振りの難しい救急入院患者を総合診療科が担当することにより病院が変わったこと

園 諭美 遠藤 明子 亀井 博紀 官澤 洋平
志水 隼人 土井 朝子 水野 泰志 西岡 弘晶

神戸市立医療センター中央市民病院総合診療科

【背景】当院は病床数700床、診療科数33科、医師数約300名の神戸市の基幹病院である。2011年4月、横断的診療の充実を目的の一つとして総合診療科（総診）が設立された。それまでは各科への割り振りが難しい救急外来からの内科入院患者を「一般内科」として内科各科が輪番制で担当していたが、診療科決定までに時間がかかる、不慣れな領域の患者を担当するストレスなどの問題があった。2011年以後その一部を総診が担当するようになった。【目的】総診の設立が一般内科入院について救急部、内科各科、病棟看護師にどのような影響を与えたかを検証する。【方法】①救急外来からの一般内科患者数、内科系入院患者に占める割合の推移（2007～2012年度）、②2012年度の一般内科患者を、輪番担当群（輪番群）と総診担当群（総診群）に分け、平均入院日数、7日以内の退院数、入院時ICU入室数、死亡数を後方視的に調べた。③救急部医師、病棟看護師にアンケートを行い、一般内科入院について総診設立前後での変化を聞いた。【結果】①2007～2010年の一般内科患者数は平均181人、2011、2012年度は387、516人と増加。内科系入院患者に占める割合は、2007～2010年は8%以下から、2011、2012年度は13.8、16.7%と増加。②輪番群151人、総診群365人。入院日数10.2対13.4日、7日以内の退院78（62%）対155人（46%）、ICU入室12対23人、死亡数7対22人。③救急部医師からは「社会的背景を考慮した入院適応を相談できるようになった」、「余分な検査が減った」、看護師からは「各科の押しつけあいや患者対応の遅れがなくなった」などの意見が多かった。【考察】総診設立後、各科への無理な割り振りが減り、救急部医師のストレスは減少したと思われ、一般内科入院数が増加した。総診が長期入院患者を担当しており、各内科は専門の診療により専念できるようになったと思われる。一般内科入院患者の診療責任が明確になり、病棟看護師の不安も軽減したと思われる。【結論】総診が中心になって臓器別割り振りの難しい救急入院患者を担当するようになり、各部署の負担軽減につながっている。

RRカンファレンスアーカイブセレクション「診療情報提供書の記載事項について」

亀井 悠一郎 林 哲朗 山田 康博 本田 美和子
尾藤 誠司 鄭 東孝

国立病院機構東京医療センター

背景：診療情報提供書は、医療機関が継続的な医療の確保のため医療機関間での患者情報を共有する目的で作成されるが、診療情報提供書の送り手と受け手で必要とする内容に解離があると感じた。事例：肺炎で入院した80歳男性。肺炎は軽快したが通院が困難なため訪問診療の依頼となった。診療情報提供書には肺炎の治療経過、通院が困難である事について記載されていた。初回訪問を行った際、ベットからほとんど動けない本人を高齢の妻が一人で介護を行っている状況であった。担当医の感情：診療情報提供書に肺炎の原因菌、症状経過について詳細な記載があり入院中の治療内容は把握できた。しかし具体的なADLの変化、介護の必要度について記載はなく訪問にいくまで自宅生活の想像は出来なかった。カンファレンスの内容：診療情報提供書を書く際に必要と思われる内容を関連のある内容ごとにグループ化し診療情報提供書について検討した。結果：診療情報提供書に記載する内容について約40項目の意見がでた。関連ある内容をグループ化し①治療経過、②患者背景、③社会福祉関連の枠組みを作った。治療経過について、主訴、現病歴、治療、検査など一般的な診療内容に加え、変更した薬剤、予想される経過、家族への説明内容についての意見がでた。患者背景は、既往歴、アレルギー歴、入院歴について、社会福祉関連は、介護サービスの利用状況、主介護者、入院前後のADL変化について意見がでた。担当医へのフィードバック：診療情報提供書に記載する内容について、入院中に行った検査、治療内容について詳細に記載する一方、退院後の方針、予想される経過、家族への説明内容の情報記載が少ない事が分かった。また社会福祉関連の情報に関して、看護サマリーを用いる事で入院中のADL、食事など日常生活動作の情報を得られる事から、医師、看護師、コメディカル含め患者情報を共有した診療情報提供書が重要であると感じた。

当科から診療所への逆紹介の実際

林 聖也¹ 降旗 兼行¹ 宮崎 信行¹ 清水 郁夫²
金児 泰明¹ 和田 秀一¹

¹長野赤十字病院総合診療科

²信州大学医学部医学教育センター

【緒言】当科では、紹介状のない患者の初診と、複数疾患合併患者の入院診療を、指導医3名、後期研修医1名、初期研修医で行っている。また、急性期病院での総合診療科であり、入院診療後は診療所等への紹介が必要である。当科での入院症例を調査し、その転帰から、継続診療患者の実態を検討した。【方法】2013年1月1日から12月31日までに当科より退院となった342名についての転帰を調査し、逆紹介できず当科外来で継続診療となった症例を検討した。退院後の外来受診が1回以内の患者を診察終了とし、2回以上受診した場合は継続診療と分類した。【結果】342例中、継続診療は33例で10.2%であった。診察終了は33.0%、かかりつけ医へ逆紹介は26.5%、転科は7.7%、転院、転施設は5.9%、死亡退院は1.9%であった。全体の平均在院日数は13.4日であった。継続診療となった理由は、ステロイド調節のためが9例、研修教育上必要な外来診療のためが9例であった。入院中に診断に至らず当科外来通院が必要となった例は、不明熱3例、原因不明の低カリウム血症などの計6例であった。また、精神疾患合併が2例、その他が7例であった。これら診察継続例の平均在院日数は10.3日であった。【考察】研修医教育に力を入れる当科の事情を反映した継続診療例もみられ、また、治癒退院となる患者も多かった。逆紹介が難しい症例は、治療反応性、副作用などの総合的判断と、長期管理が必要なステロイド使用例によることが多かった。【結語】急性期病院の総合診療科として、ステロイドを含めた長期的投薬管理が必要な疾患治療について、地域全体で管理ができるようにしていくための働きかけを行っていくことが重要と考えた。

日本の診療ガイドラインの質は低く、改善の余地が大きい

南郷 栄秀¹ 岡田 悟¹ 豊島 義博² 湯浅 秀道³
南郷 里奈⁴

¹東京北医療センター総合診療科 ²JCOHR
³国立病院機構豊橋医療センター歯科口腔外科
⁴東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野

【背景】診療ガイドラインは、科学的根拠に基づいて体系的な手法により作成された推奨を含む文書である。診療現場における意思決定の判断材料の1つとして用いられることによって、医療者および患者を支援することを目的に作成されている。根拠に基づく医療（EBM）の方法論によれば、エビデンスは臨床判断を行う際の参考資料の1つであって、これに患者の病状と周囲を取り巻く環境、患者の好みと行動、医療者の臨床経験を踏まえた上で判断がなされるべきとされる。しかし、昨今では医療裁判の証拠としても採用され、本来とは異なる使われ方がなされる場合も少なくない。そのため、少なくとも診療ガイドラインの記述には、妥当性が高いことが求められる。それにも関わらず、国内の診療ガイドラインの質の評価についての研究はほとんど存在しない。

【目的】国内で発行されている主な診療ガイドラインの質を評価し、海外のものと比較する。

【方法】横断研究。日本医療機能評価機構が運営するMindsガイドラインセンター（<http://minds.jcqh.or.jp/>）に収載されている92本の診療ガイドラインのうち、入手可能なものについて、診療ガイドラインの質評価の国際標準ツールであるAGREE II（<http://www.agreetrust.org/>）を用いて評価した。また、それに対応する米英の診療ガイドラインについても評価し、比較検討した。

【結果】現在解析中であり、その結果については当日発表する。

研修医の薬剤適正使用に向けた ER カンファレンスにおける薬剤師の取り組み

星 吉行¹ 小澤 康久¹ 小松 哲哉¹ 仲鉢 英夫¹
堂本 佳典² 大淵 尚²

¹湘南鎌倉総合病院薬剤部
²湘南鎌倉総合病院救急総合診療科

【目的】

湘南鎌倉総合病院（以下、当院）では救急外来の処方には主に研修医が行うため、以前より薬剤に関する処方ミスが多い。その問題を解決するために2013年1月より薬剤師が1カ月に1回開かれているERカンファレンスに参加し薬剤の提供を開始した。今回は研修医に対して、小児領域の薬剤適正使用について電子カルテシステムを含めた教育を行ったのでその成果を報告する。

【方法】

2013年5月のERカンファにて、研修医に対して小児薬用量の一覧の参照方法や添付文書による情報の参照方法を指導した。教育前（2013年1月～5月）と教育後（2013年6月～10月）の疑義照会件数を比較した。

【結果】

全期間2013年1月～10月まで3452枚の処方箋が発行されており、91件の疑義照会による処方変更が発生していた。教育前の処方箋枚数1920枚、処方変更件数67件に対して、教育後は処方枚数1532枚、処方変更件数24件であり、処方変更件数は減少していた。

【考察】

小児薬用量の一覧や電子カルテの情報を提供するシステムは、提供するだけでは本当の効果が発揮されず、そのシステムの概要を直接教育することが重要であることが示唆された。今後も継続的に他の情報提供もを行い、医療の質向上に貢献していきたい。

患者アンケート調査から当診療所の医療提供のあり方について考える

安陪 こそ恵¹ 高瀬 佳子¹ 桑原 ひとみ¹
 太田 雅恵¹ 高尾 順圭¹ 河村 智子¹ 村瀬 奈美¹
 鈴木 忠広¹ 佐藤 勝²

¹哲西町診療所 ²岡山大学

【背景】哲西町地域では住民の最も切望した診療所を全国的にも新タイプの複合施設内に開所し無医町を解消し地域包括ケアを推進中。【目的】住民の期待に答えるべく懸命に医療提供してきたつもりであったが、開所より10年以上経過し患者は実際どの様に感じているのかを知るためアンケート調査を実施。【方法】外来患者と付添い・在宅患者と家族を対象に無記名の質問用紙による【結果】当診療所の開所を「良い」と感じ「今後も必要」との回答が殆どであった。複合施設内にあることや院内薬局であることも便利だという回答を得た。スタッフの対応も殆どが良いと答え、何でも気軽に相談できると感じており、急患の時間外対応も殆どが良いと答えた。多職種連携による包括ケアや研修医・医学生・看護学生の受入も殆どが良いと感じていた。また中には少数ながら意見・要望もあった。【結論】開所当時から「いつでも何でも断らずに診る」をモットーに診療していることや地域包括ケアを実践していることが評価され、また今後の地域医療を担う次世代育成のために、診療所が研修の場として必要であることの理解も得ていた。意見・要望に対してできる限り工夫し、改善への取り組みも始めた。今回のアンケートは地域住民の一部の思いであることを念頭に当診療所の役割を再認識し医療提供サービスの更なる向上を目指したい。

当院の医療の質向上の取り組み

青木 達人 佐々木 悟

函館稜北病院

はじめに 当院では、2010年に医療の質委員会を立ち上げ、2011年1月より「全日本民医連の医療の質推進公開事業」に「私達の病院は」と言えるものを見える化し、アウトカムを明確化しようとする事業に参加し、同時に質指標の蓄積をこの間おこなってきた。今回は2011年1月から2013年12月までの指標のまとめと指標からみた当院の特徴を分析し報告をしたい。指標の内容質指標の内容は、転倒転落、抑制、リハビリテーション実施率、カンファレンスの実施率、患者紹介率、逆紹介率など26項目と当院で独自におこなっている医師別のヘモグロビンA1Cの結果である。2年間のまとめと分析2010年に医療の質委員会を院内に立ち上げ、この事業に参加した一番の目的は、古い経験から来るものだけでなく、職員が「なぜ」と考えるきっかけや「自分たちの位置」を見える化し確認できることを目標としてきた。2年間の指標の蓄積の中で、改善が見られた項目として、転倒率が下がったということがあった。また、カンファレンス（3職種以上の参加）実施率やリハビリテーションの実施率が高かった。こうした結果を年に1度は全職員対象に集会を開催し公開している。その中で、以前なら「忙しいとか」「重症が多い」という理由で済ませていたことが、職員の中で去年より改善しているのは「なぜか」ということを考え、日常の医療内容に生かしていく事が出来るきっかけになった。リハビリテーションの実施率やカンファレンスの実施率が高いことは、自院の立ち位置や強みを職員自身がわかる結果となった。まとめ年に1度全職員を対象に、委員会の報告での職員からの感想としては、「見える化」することで自分の病院の立ち位置がわかった」「普段やっていることが医療の質向上につながっている事を理解できた」などの感想があった。引き続き院内の質の向上を目指していきたいと考える。

そもそも地域枠学生に卒業義務はあるのか？ ～全国国公立大学募集要項調査

賀来 敦 松下 明

社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 奈義ファミリークリニック

【目的】医師不足が深刻な地域医療を担う医師の養成を目的に、地域を指定した入学者選抜（地域枠）等の導入は66大学1349人（2012年度）まで拡充した。一方で地域枠の制度設計には一貫性がなく、各大学の地域枠の特徴・限界について調査した研究は見当たらない。今回、国公立大学の地域枠の特徴についてインターネット調査での横断研究を行った。

【方法】2013年度中に行われる国公立大学入学試験（編入・推薦・AO・一般）の中で、設置される地域枠について、Web上での各大学入学受験要項等の横断的調査をおこない、確約書提出義務の有無に関連する因子について、 χ^2 検定により検討した。調査項目：選抜方式・募集人数・卒業進路指定・確約書・特殊カリキュラム・自治体奨学金との連動・奨学金受給義務。

【結果】国公立43大学107地域枠が解析の対象となった。出身地制限が69枠にあり、特別な地域医療カリキュラムをもつ地域枠は8枠だった。自治体医師確保奨学金等との連携は86枠に見られ、そのうち64枠に奨学金受給義務が存在した。募集要項に記載されている卒業進路指定が「大学の指定病院」の場合、有意（ $p<0.01$ ）に確約書提出が義務づけられていた。

【考察】地域枠の8割が奨学金と連携し、返済免除規定に沿ったべき地勤務を要する。大学独自で募集要項で定めた卒業進路指定は卒業の要件ではないため、拘束力はなく確約書に効力はない。しかし卒業進路指定が「大学の指定病院」の場合、確約書の提出が有意に高く求められていた。これは法令遵守軽視を推進するヒドゥン・カリキュラムになりえるため、プロフェッショナル教育上好ましくないとされる。

本研究は、日本プライマリ・ケア連合学会倫理審査委員会の承認をうけた研究「医学部医科学大学受験における地域医療に従事する意欲のある学生を対象とした入学者選抜枠（地域枠等）の出願要項パターン分析」の一部です。

奨学金付き地域枠は専門医を取れない？ ～国公立大学関連自治体奨学金制度全国調査

賀来 敦 松下 明

社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 奈義ファミリークリニック

【目的】地域医療を担う医師の養成を目的に、都道府県が卒業後一定期間地域医療に従事すること等を返還免除の条件とする奨学金を設定し、大学が入学定員枠を設ける「地域枠」の仕組みが現在拡大している。一方返還免除条件は様々で、医師のキャリアへの影響について横断的に調査した研究は見当たらない。今回、地域枠関連奨学金の特徴について調査を行った。

【方法】2013年度中に行われる国公立大学入学試験（編入・推薦・AO・一般）の中で、設置される地域枠等の入学試験枠と関連した自治体奨学金についてWeb上での奨学生募集要項等の横断的調査を行った。調査項目：貸与制度名・関連する大学選抜枠・奨学金金額・義務年限・初期研修病院指定・勤務病院指定・自由選択期間

【結果】41大学86地域枠と関連する39都道府県45奨学金制度が存在した。Web上に記載がある44制度を解析対象とした。給付総額平均1052±78万円（6年間）で平均義務年限は8.6±0.4年だった。35制度が初期研修病院を指定していたが、15制度に研修修了後の勤務先リストがなかった。自由な後期研修期間は22制度で認めず、1年が22制度、3年以上は16制度のみだった。

【考察】専門医制度研修プログラム整備指針（日本専門医制評価・認定機構）では基本診療領域で最低3年の後期研修を要する。しかし奨学金制度の半数では3年間の期間が確保できず、また3割は勤務先リストがなく取得可能な専門医の検討も困難だった。本学会の研修プログラムは、基幹病院での領域別研修（内科・小児科・救急）1年間以外は、へき地病院・診療所での実施・修了が可能であり制度との親和性が高い。当研究は、本学会倫理審査委員会の承認をうけた研究「医学部医科学大学受験における地域医療に従事する意欲のある学生を対象とした入学者選抜枠（地域枠等）と関連した地方公共団体奨学金の特徴とキャリア構築への影響」の一部です。

医学生および研修医の薬局見学実習の満足度調査 (第2報) 医学生・研修医別に見た薬局見学実習の満足度調査

小川 壮寛^{1,2} 松下 明³ 福嶋 寛子¹ 遠藤 功¹
守安 洋子¹ 島田 憲一² 江川 孝² 高見 陽一郎²
高橋 正志¹

¹株式会社マスカット薬局

²就実大学大学院医療薬学研究科

³社会医療法人清風会岡山家庭医療センター奈義ファミリークリニック

【はじめに】マスカット薬局奈義店では、社会医療法人清風会・岡山家庭医療センター・奈義ファミリークリニック（以下、NFC）で行われている医学生（以下、学生）を対象とした地域医療実習のアドバンスト項目、並びに NFC の研修医・医師（以下、医師）を対象に行われる家庭医研修の一環として、薬局見学を受け入れている。昨年度大会で我々は、薬局見学の内容を評価する目的でアンケート調査を行い、薬局業務の理解度および見学実習の満足度について報告した。今回、更にデータを追加し、2012年度の年間調査結果をまとめたので報告する。

【方法】平成24年4月～平成25年3月の間に、NFCでの研修にて薬局見学を希望した学生および医師28名を対象にアンケート調査を行った。11項目の見学内容の理解度（4段階評価）と10項目の満足度で構成されるアンケートを作成し、CS分析により学生と医師の薬局見学に対する評価を比較した。

【結果】アンケートの回収率は、53.6%（15/28）であった。見学内容の理解度は学生での頓服薬・外用薬および衛生用品・介護用品以外すべて3以上の自己評価であり、満足度は学生での衛生用品・介護用品以外すべて3以上の自己評価であった。CS分析の結果、学生と医師では見学時の視点が違い、医師では見学に満足している項目がなく、特に鑑査業務の説明への満足度が総合的な満足度に大きく影響していた。

【考察】医師では、衛生用品・介護用品への理解度・満足度がともに学生に比べ高く、また、薬局に対する関心が鑑査業務などの薬剤師業務にシフトしていることから、医師の診療に直接関わる業務に視点が置かれていると考えられた。今回の結果から、学生と医師それぞれの視点に合わせた見学および説明を行う必要があることが明らかとなった。今後は特に、医師には診療と直結する薬剤師との連携を意識した内容としたいと考えている。

診療所における外来受診中断患者への予防的アプローチ

田原 正夫^{1,2} 山下 美幸² 大門 友博²
清水 みゆき³ 小坂田 厚子² 佐古 篤謙²

¹尼崎医療生活協同組合 ナニワ診療所

²社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 湯郷ファミリークリニック

³社会医療法人清風会 訪問看護ステーション あゆみ

家庭医療診療所において受診中断患者への対策と予防の取り組みを行ったので報告をする。岡山家庭医療センター湯郷ファミリークリニックでは外来受診の中断事例が把握されず、後日複雑困難事例として対応に難渋することを経験していた。受診中断患者数の調査を複数回行ったが転医や死亡といった理由のない中断患者数は極めて少ない（0.1%未滿）ことが判明した。このため受診中断に至るハイリスク患者群を前向きに予測できないか検討した。2012年7月に受診外来患者で看護師、医師が中断リスクありと考える患者をチェックし、そのプロフィール調査をおこなった。その結果、想定されるリスク因子として後期高齢者、認知症、単独受診などの項目が抽出された。これらの因子をチェックするシートを作成し2013年4月から中断リスクのある患者を前向きに把握する中断予防システムの運用を試みた。チェックシートに該当した患者には電子カルテ上「要フォロー」のタグ付けを行い、次回予約日に受診がない場合には連絡を行うこととした。「要フォロー」高齢患者には高齢者総合機能評価（CGA）に準ずるフェースシート作成を実施した。すでに受診中断していた患者の対策として2013年2月から「来院確認票」を作成し中断患者をリストアップし繰り返し受診の促しと確認を行った。これにより12名中9名（75%）が外来定期通院に復帰した。外来復帰した患者は「要フォロー」患者として中断予防システムに組み込んだ。その後も中断予防システムの運用は適宜改善を加えた。受診中断数は取り組み前から少数で2013年12月の再調査でも変化はみられなかったが、取り組みにより問題事例の早期発見や中断リスクのある患者の情報収集など現場レベルで利点は報告されている。「要フォロー」患者のプロフィールなども分析し報告する。

その身だしなみ大丈夫？ 患者と医学生の比較調査

栗原 宏 前野 哲博 前野 貴美

筑波大学附属病院総合診療科

背景・目的 医師の服装・身だしなみは信頼感を構築する上で重要な要素である。患者からみた医師にとし
て不適切な身だしなみ、およびそれに対する医学生と
の認識の相違を明らかにする。

方法 本調査は質問票を用いた横断調査である。医学
生は都市部、郊外の2大学における低学年・高学年を
対象とし、患者は同大学病院周辺の薬局を受診した20
歳以上の患者を対象とした。

医師の身だしなみ12項目（男性医師・女性医師共通
「汚れた白衣」、「名札未着用」、「革靴」、「スニーカー」、
「サンダル」、男性医師「無精髭」、「ピアス」、女性医師
「ピアス（小）」、「ピアス（長）」、「長髪を束ねていな
い」、「短いスカート」、「ハイヒール」）に対する適切さ
を「とてもそう思う」から「まったく思わない」まで
の5段階リッカートスケールで調査した。スコア1-
2を「不適切」、3-5を「適切」として2群に分け、
患者と医学生をカイ2乗検定を用いて比較した。

結果 患者からみて不適切の割合が高かったのは、汚
れた白衣（87.8%）、名札（87.4%）であった。履物
に関しては、不適切とする割合が革靴（14.0%）、ス
ニーカー（17.6%）と低かったのに対し、サンダル
（42.8%）、女性医師のハイヒール（74.3%）が高かつ
た。男性医師のは77.0%が不適切とされた。一方、女
性医師は、ピアス（小）が18.0%であったのに対し
て、ピアス（長）では66.2%と大きな違いがあった。
患者と医学生との比較では、それぞれサンダル
（42.8% vs 60.2%）では医学生の方が不適切とする
割合が高く、無精髭（77.9% vs 44.8%）、髪を束ね
ない（69.4% vs 56.3%）では患者の方が不適切とす
る割合が高かった。

結果 名札の未着用は汚れた白衣と同様の低評価で
あった。男性医師のピアスは不適切である一方、女性
医師では形状によっては比較的許容されていた。医学
生の身だしなみに対する認識は概ね、患者よりも厳し
い結果であった。

ウルトラマラソン大会にあわせた地域医療実習は
医学生のハートをつかむことができるか？加藤 一朗 門脇 あゆみ 黒木 大介 田邊 翔太
小田川 誠治 澤 敏治

隠岐広域連立立隠岐病院

【目的】日本海に浮かぶ隠岐諸島の人口約15,000人最
大の島において、毎年隠岐の島ウルトラマラソン
（100km、50km）大会（以下大会）が開催されてい
る。この大会に参加する医学生らに地域医療を体験し
てもらい実習プログラムを提供してきたが、これまで
の取り組みを振り返り、問題点と今後の展望を検討し
た。【方法】2007年に開催された第2回大会から2013
年に開催された第8回大会までの計7大会に合わせた
地域医療実習プログラムの内容・参加人数・参加者へ
のアンケート結果をまとめた。【結果】2007年第2回
大会には、医学生2名（1名ランナー、1名応援）が
大会のために来島し、大会翌日には当院において地域
医療実習を行った。翌年（第3回大会）はこの2名を
中心とした同大学医学部学生らが19名参加（ランナー
12名、ボランティア7名）し、大会前日には地元住
民・大会参加ランナー対象にBLS（Basic Life
Support）講習会を開催し、大会翌日には当院や他の
医療機関等で地域医療実習を行った。以後同様な日程
で、2013年第8回大会まで毎年40名前後、7大会合
計でのべ229名の医学生ら（研修医・医師含む）が参
加し、そのうちランナーは178名、ボランティアは50
名、地域医療実習参加者は99名であった。第2回大会
に参加した医学生へのアンケートでは、「将来隠岐で働
きたいと思いますか？」の問いで5名の学生が「思う」
と回答し、その5名全員が「今回のイベントを通して
その思いが強くなりましたか？」の問いに「はい」と
回答していた。【考察】大会に参加した医学生の中で卒
業後に研修医として地域医療研修を当院で行った者は
いたが、今後当院にて勤務する医師が現れることを期
待しつつ、町・大会事務局等関係機関と協働して今後
も実習プログラムを提供する必要があると考える。

学生サークル活動における医療コミュニケーション学習

三澤 宣彦¹ 森村 美奈² 西本 幸弘¹
野々村 綾実¹ 堀内 大右² 與儀 野花南²
井坂 武史³ 幕内 安弥子² 津村 圭⁴ 廣橋 一裕²

¹大阪市立大学医学部

²大阪市立大学大学院医学研究科総合医学教育 ³SP 工房

⁴生長会府中病院

【目的】2002年度より、大阪市立大学医療面接サークル（SP 工房）は、医学生と SP ボランティアによる学習を通して、医療者と患者間のコミュニケーションのあり方を考えてきた。SP 工房の参加回数により、医療面接におけるカタチとキモチとのバランスに変化が現れるのかを参加者のアンケートから考えた。【方法】SP 工房3回の参加者のべ19名にアンケート調査を行った。カタチとキモチのバランスは、「現在、カタチとキモチはどの程度のバランスで重要だと思いますか」という質問項目で、VAS (Visual Analogue Scale) で示してもらった。VAS は0-10cmで計測し、0cmがカタチ、10cmがキモチで示した。参加回数が5回以下と、参加回数6回以上と数えきれないと回答した群の2群に分け傾向を検討した。【結果】参加回数が5回以下の群は、平均5.6cm、参加回数6回以上又は数えきれない群は、平均5.8であり、2者の間で有意に差は無かった。しかし、参加回数が多い方がキモチ寄りの回答である傾向が見られた。15人中11人は5±1cmの回答であった。カタチよりキモチの方に偏った回答をしたのは、参加回数が5回以下の群では8人中5人、もう一方の群では11人中8人であった。【考察】両群に有意な差が出なかった理由として母集団が非常に少なかったことが挙げられる。両軍ともにキモチ寄りの結果になったことから SP 工房参加者はカタチよりキモチを重視する傾向あると考えられる。参加回数が多い群では、よりキモチ寄りの結果になったことから SP 工房でコミュニケーション学習を繰り返すうちに、キモチを重要だと考えるようになったと推測でき、同時に極端にキモチに偏っていないことからキモチを大事にしつつカタチとのバランスを大事に考えていると想像される。今後もカタチとキモチのバランスを念頭におき、医療者のコミュニケーションを考えていきたいと思う。

医学生の学外地域医療臨床実習の短期効果 -無記名アンケート及びVASを用いて-

堀 好寿¹ 小川 洋平¹ 吉嶺 文俊¹ 井口 清太郎¹
藤澤 純一² 布施 克也⁴ 馬場 晃弘³
長谷川 隆志³ 鈴木 栄一³

¹新潟大学大学院医歯学総合研究科総合地域医療学講座

²新潟大学医歯学総合病院医師キャリア支援センター

³新潟大学医歯学総合病院医科総合診療部

⁴新潟県立小出病院

【背景・目的】地域医療のニーズが高まり卒前教育が必要とされる中、新潟大学では平成22年度から医学部医学科5年生全員を対象に地域医療臨床実習を開始した。新潟県内の豪雪中山間地域（魚沼地域）での3泊4日の実習で、訪問診療、訪問リハビリ等の在宅実習、介護・福祉施設等における実習、地域医療拠点病院での外来・病棟・救急を含めた多職種連携の現場実習等で構成される。また、指導医は毎日ポートフォリオを用いたフィードバックを行っている。我々は当初より地域医療に関する記名式アンケートを本実習前後で実施し、これまでに第2、3回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会で報告した。今回、アンケートを匿名化し、Visual analogue scale (VAS) を用いた質問を新たに加えて評価し、地域医療臨床実習による医学生の地域医療に関する意識への短期効果を検討した。

【方法】平成25年度に地域医療臨床実習を受けた新潟大学医学部全学生に対し、地域医療に関するアンケートを行い、実習前後で比較検討した。

【結果】地域医療臨床実習の目的である「地域医療の現場・連携をイメージできる」、「地域包括ケアの概念を説明できる」、「医療・福祉・保健資源の列挙、説明できる」は、全て有意に増加した（ $p<0.01$ ）。地域医療のイメージとして、地域で働く医師は「楽しそう」が有意に増加、「孤独である」が有意に減少、地域医療は「夢がある」、「やりがいがある」が有意に増加した（全て $p<0.01$ ）。また、「地域医療について魅力的に感じる点」で、選択肢から「病診連携、コメディカル、保健、福祉、行政と顔の見える連携」を選ぶ学生が増加する傾向にあった。

【結論】本実習で実際に地域の様々な施設に行き、多職種と関わることで地域医療がイメージされ肯定的な理解が深まり、魅力を感じる学生が増加した。短期の学外実習においても、多職種と緊密に連携しながら学生と深く関わり情熱を示すことで、地域医療に関する意識変容が可能と考えられる。

Jazz bar in the hospital

江角 悠太¹ 田中 康二郎² 江角 亮²¹三重大学医学部家庭医療学講座 ²三重大学医学部医学科

緒言) 超高齢化社会を迎えるにあたり患者が必要とする医療の形が変わりつつある。疾患だけを治療する医療だけでなく、患者の心理面、生活面をケアしていく医療も必要となってきた。つまり必ずしも医学を身につけることのみが医療に直結するとは限らなくなってきた。そこで2012年8月より、大学病院の入院患者に対し、自分たちの特技を活かして患者をケアしたいという学生が集まり、ホテルの最上階のラウンジをイメージした空間を大学病院の食堂に再現し、患者やその家族のためにJazz演奏とノンアルコールドリンクを提供している。3年目を迎えようとする今回は2年目を振り返り、1年目と2年目で参加した学生にどのような影響を与えたかを調べた。

方法) Jazzを演奏する学生とBarという空間を提供する学生それぞれにアンケートを実施し、その結果を検討した。

結果、考察) 普段の臨床実習とは異なり、患者さんと話す内容が疾患のことではなく、趣味や仕事、昔話などの生活面、心理面が主であり、そういった内容の会話が患者にとっても、医療者にとっても、とても重要であることを気づくことができた。また、患者に対して人として興味を持ち、患者が癒えるためにより努力するという行動変容が起きた学生多かった。さらに長く携わった学生の中には患者に喜んでもらうためには今、ある自分の特技を磨くのみでは不十分と感じ、新たなスキルを身につけようとする者もあらわれた。

MUSH (Mie University Student Helpers) の軌跡

江角 悠太¹ 永橋 裕子²¹三重大学医学部家庭医療学講座 ²三重大学医学部医学科

緒言) 「56歳女性、たんすの上にある荷物を取ろうとして上った踏み台から足を滑らし後方へ転倒。意識レベル清明、バイタル安定、後頭部2cmの裂創あります。受け入れていただけますか？」この救急隊からの要請に答えることができず、9病院以上をたらい回しにされた患者を目の当たりにした。調べてみると三重県津市では日常茶飯事の出来事だった。なにか自分たちにできることはないか、と集まった学生が組織したMUSH。看護助手という、学生でも医療現場に参加できる立場から、たらい回しを0にするという団体である。今年で3年目を迎えるにあたり、その活動を通して学生が得たものを考察する。

方法) MUSHに携わっている医学生にアンケートを実施し、量的評価、質的評価を行った。

結果) 多くの学生が普段の臨床医学実習では学ぶことが困難である医療に対する責任感を実感し、医学を学ぶ意欲の向上につながった。また救急医療への思慮、患者への配慮、看護師業務の理解など、将来医師として働く上で不可欠なものを学びえることができた。

考察) この団体が続いている意義は、学生が自分たちで感じた医療の問題点に対して、自分たちで問題解決方法を考え、自分たちで実際に行動する、という学生主体のPBL教育が、カリキュラムののりこたえ教育方法では伝えることが困難な領域を補うことができる可能性を示唆している。

学生主体の連続ドラマ型家庭医療勉強会の取り組み

山本 実波¹ 渡辺 史子² 高瀬 愛¹ 三浦 太郎²
小浦 友行²

¹富山大学医学部 ²富山大学富山プライマリ・ケア講座

【背景】

昨今いくつかの大学医学部に地域医療系サークルが発足し、医学生がカリキュラム以外で地域医療を学ぶ機会が増えている。富山大学では2004年に「プライマリ・ケアを学ぶ会」という有志医学生による地域医療の勉強会が発足した。今年11年目となる活動の中で、特に家庭医療学に関する勉強が課題の一つとなっていた。

【目的】

家庭医療学の大きな特徴の一つである「継続性」を中心に、家庭医療学の代表的な clinical method について多くの医学生に知ってもらうことを目的とした。

【方法】

富山県内に住む山野家という架空の家族を取り上げ、あたかも連続ドラマのように一家と診療所との物語を追っていくという手法をとった。第1回目は25歳次女の長引く咳に関して、咳嗽の鑑別診断、喫煙に対する行動変容を学んだ。以後その父の健診異常、祖母の脳梗塞後ケアなど、寸劇やロールプレイを中心にした参加型のワークショップを行い、これまでに家族志向性アプローチ、生物心理社会的アプローチ、地域包括ケアなどの clinical method について勉強会を行った。

【結果】

2012年6月から2013年11月までに計5回の連続ドラマ型家庭医療勉強会を開催し、のべ87名の医学生・研修医が勉強会に参加した。5回目の勉強会では、看護学生や地域住民の参加も得ることができた。参加者の感想としては「家庭医の魅力がよく分かった」「理想の医師像が少し見えてきたような気がする」「普段の実習にない体験ができた」といった肯定的な意見が多かった。

【考察】

勉強会を開催し、当初目的としていた家庭医療学への理解が深まる感想が得られた。それに加え、家庭医療に対してロールモデルを実感するような感想も得られた。今後も勉強会を継続し、県内外の先生方の協力を得ながら現場でも学べるようにしたい。また、医学部以外の専門職学生や地域住民の参加を募り、今後の専門職連携教育 (Inter-professional Education : IPE) の足がかりとしたい。

地域医療合宿を経た学生の意識の変化 ～コミュニケーションと地域医療への関心～

宇野 拳太^{1,2} 山下 華奈^{1,3} 今西 涼夏^{1,3}
此下 尚寛⁴ 萩野 正樹⁴ 井階 友貴⁵ 林 寛之⁶
寺澤 秀一⁷

¹ぶちぶら～福井の地域医療サークル～

²福井大学医学部医学科 ³福井大学医学部看護学科

⁴南越前町国民健康保険今庄診療所

⁵福井大学医学部地域プライマリケア講座

⁶福井大学医学部附属病院救急・総合診療部

⁷福井大学医学部地域医療推進講座

【目的】

福井の地域医療サークル「ぶちぶら」は、地域医療に興味をもつ学生が集まった団体である。我々がぶちぶらには、地域医療の現状を知ること、フィールドワークにより診療所と地域の関係性を知ること、地域住民との交流を深めることを目標とした部員対象の地域医療体験合宿を行った。発表では、合宿により学生の地域医療に対する理解が深まったか、フィールドワークにより学生の地域への認識にどのような変化が生じたかを明らかにし、今後の活動に役立てることを目的とする。

【方法】

ぶちぶらに所属し、地域医療体験合宿に参加した福井大学医学部医学科12名と、同看護学科2名の計14名の学生を対象に、医療体験フィールドワークに対する、選択・記入を含むアンケート調査を、手渡しにより合宿の前後に行った。その中で、(1) 地域医療に興味があるか、(2) 継続的に地域に関わりたいか、(3) もっと住民の方とコミュニケーションがとってみたいか、(4) 共感するコミュニケーションができるか、(5) 将来、総合医、家庭医、プライマリケア医を目指しているかの5項目で比較する。(1) (2) (3) (4) は5段階評価、(5) は10cmのVAS

【結果】

アンケート回収率は78.5%。学生のコミュニケーション技術への自信の項目には上昇がみられたものの、地域医療への興味についてはやや減少がみられた。統計を用いた詳しい結果は当日発表する。

【考察】

まず地域医療へ興味の項目に関して減少が見られたのは、診療所実習などの医療体験が少なかったためである可能性がある。また、地域におけるフィールドワークが中心となり、地域住民との対話を重視したためコミュニケーションの項目で上昇がみられた可能性がある。こうした結果から、地域住民とのコミュニケーションを重視した上で、地域医療に興味を湧かせるような医療体験が行える機会を増やしていくことが今後の課題であると考えられる。

演題：福井県の取り組み「福井県学生地域夏期研修 3年間の実績」

西沢 拓也¹ 前田 重信¹ 林 寛之² 寺沢 秀一²

¹福井県立病院 ²福井大学医学部附属病院

【背景】近年、自治医科大学生も含め学生の地域医療に関するモチベーションの低下が指摘されている。また、福井大学地域枠学生等にとっては新しい事業であるために、卒業してからのキャリアパスが存在しておらず、学生の不安は計り知れない。

【目的】将来、福井県内の医療機関に勤務する事が既に確定している学生が一堂に会し、早期の段階から県内の地域医療・へき地医療を体験し、相互の交流を深めることにより、地域医療に対する理解、モチベーションの向上を図ることを目的に、2011年より夏期休暇を利用し2日間のへき地診療所を含めた地域実習を開催してきた。3年連続の開催となり、ある程度の実績と改善点が見えてきたためここに報告する。

【実習対象者】福井県自治医科大学生、福井大学医学部福井健康推進枠、嶺南医療振興財団奨学生との3年生から5年生

(2011年：23名、2012年：26名、2013年：26名)

【実習協力施設】2011年：5施設 2012年：9施設 2013年目：7施設

【実習内容】1日目、自己紹介、全員で昼食後、各グループに分かれ実習施設で施設担当医師の下で実習。その後、同一宿泊施設で地元医療機関関係者を交えて意見交換会ならびに実習に関する報告会。

2日目、地域医療に関する講演会と1日目の実習をもとにグループ討論・サーキットトレーニング等。

【実習効果】実習を通して大学間の垣根を超えて顔の見える関係ができ、また将来自分が働く可能性のある施設で実習することにより、地域医療に対するモチベーションが上がったなどの意見が寄せられた。また初年度に、地域で働く女医の講演、診療所実習時間の拡大を望む意見も出たために、2012・13年にはそれらの点を改善し、より有意義な時間になったと、学生の満足度も上昇した。

その他のアンケート内容も踏まえ実習の効果等を報告する。

臨床実習の場における職種間連携教育に関する一考察 第2報
～精神科でのOT学生とNS学生の学びの分析～

川村 道子¹ 赤星 誠¹ 中武 智美²

¹宮城県立看護大学 ²清芳会井上病院

【目的】臨床実習の場における学生の職種間連携に関する体験から学生の学びを明らかにし、職種間連携に関する教育の在り方の示唆を得る。

【対象・方法】

1. 病棟の中で同じケースを担当したOT学生とNS学生がディスカッションする場を設定し、その様子をフィールドノートに記述する。
2. 記述されたOT学生とNS学生の発言について、ディスカッションの流れを汲み取りつつ、性質が変化したところで局面として区切る。
3. 区切られた局面ごとに、OT学生とNS学生の発言の性質を捉える。
4. 3より、OT学生とNS学生の発言の性質の共通性と相異性を把握する。
5. 4より、互いの学生はディスカッションによって何を学んだと言えるかを捉え、職種間連携に関する教育の在り方という観点で考察を行う。

【結果】分析の結果、以下のことが明らかになった。どのような枠組みで患者を捉えるのかと関心を注ぎ合い、枠組みが違っても患者のストレングスを見出しつつ、同時に健康的ではない部分を捉えるという共通性がある事を見出していた。さらに、患者に作業を行う為の身体能力が備わっているかと捉えるOT学生と、自律神経の切り替えや働きが弱いと判断しているNS学生が、お互いに身体面の捉え方に相異があると自覚していた。目指す患者像は、地域での生活が可能になるように、と一致しているが、OT学生は集団プログラムに上手に参加できるように促す、NS学生は生活全般の場面で細々と心と体を整えるように支援していく、とアプローチの仕方や目標に向かう為の手段の相異を確かめ合っていた。患者は24時間を病棟内で過ごし、その間切れ目なく関わるNS学生と携わる時間帯が限られているOT学生という特徴があり、情報を伝え合う重要性が確認されていた。

【結論】ディスカッションを通して互いの専門性を尊重しつつ、どう連携する必要があるかをイメージするに至っていた。臨床実習の場で、多職種との交流が図れるような設定を積極的に行うことは有用であることが示唆された。

臨床実習の場における職種間連携教育に関する一考察 第3報 ～精神科でのPSWとNSの連携が意識できるように～

川村 道子¹ 赤星 誠¹ 黒木 基博² 吉野 由利子²

¹宮崎県立看護大学 ²清芳会井上病院

【目的】臨床実習の場における学生の職種間連携に関する体験から学生の学びを明らかにし、職種間連携に関する教育の在り方の示唆を得る。

【対象・方法】

1. 精神看護実習のNS学生に対するオリエンテーションの中で、PSWスタッフからのオリエンテーション内容が入るように企画する。
2. その後の看護実習で①が影響したと思われる場面を選択する。
3. 2から学生の学びの特徴を明らかにする。
4. 3より臨床実習の場における職種間連携に関する教育の在り方という観点で考察を行う。

【結果】

1. オリエンテーションの中で、PSWの専門性や支援の方法等の説明に加えて、実際にどのようなケースにどのように支援していったか、と具体的な状況が複数紹介された。
2. その後の看護実習で①が影響したと思われる場面が、5場面あった。NS学生が受け持った患者の情報提供を求める場面であった。具体的には、入院に至るまでの状況、家族背景、経済状況、かつて患者が過ごしていた地域特性、地域での生活を想定した時の生活技能の獲得状況、社会資源をどのように活用できそうか、等であった。
3. NS学生は、看護計画を立案・実践・評価を行っていく実習においてPSWが把握している情報を共有することが、受け持ち患者の看護計画を立案する段階で有用であることが自覚されており、NSとPSWでは、精神の病を患う患者を捉える視点に共通性が高いと考え、情報提供を求める行動に至っていた。さらに、NSサイドでは把握しきれない情報は何かということも自覚出来、その情報も共有することによって看護計画立案・実践に大いに役に立つことも自覚されていた。

【考察】

PSWスタッフが具体的な実践を伝えることによって、Ns学生はPSWとどのような連携が必要かをイメージでき、実際の実習の場面で行動として現れていた。従って、一般性の高い教科書レベルで教授する学内講義に加えて、実際の患者に支援を行いながら他職種の実際の実践例を臨床の場で伝えて頂くことは、職種間連携に関する教育に有用であることが示唆された。

大学内で家庭医や地域医療人による講義の実施とその効果について ～へき地・離島医学ゼミが医学生の進路及ぼした影響は？～

中桶 了太 調 漸

長崎大学病院へき地病院再生支援・教育機構

地域医療で活躍する人材には早期からの関与が必要とされているが、どのような方法が効果的であるか試行錯誤がされている。また大学内においては家庭医や地域医療のロールモデルは数少なく触れる機会が限られている。長崎大学病院地病院再生支援・教育機構は平成17年に文部科学省医療人GPにて開設され長崎県本土北西部の平戸市民病院で域医療研修を担当している。卒後教育として初期臨床研修の地域医療研修として平成25年度までの9年間にのべ114名を担当している。卒前教育では長崎大学の医学生のうち希望者を対象とした「へき地・離島医学ゼミ」を担当している。ゼミの内容は地域医療で活躍している方々を講師にお招きして講義と現地での実習を行っている。また、受講後も地域医療体験の合宿への参加を促すなどの関与を行っている。これまでの8年間に約50名の医学生が受講し1期生は現在6年目の医師である。

方法

平戸で地域医療研修を行った医師と在学中に医学ゼミを受講した学生の追跡調査とインタビューを行った。

結果

平戸で卒後地域研修を受けたグループで平戸市民病院に勤務している医師は0である。またへき地で勤務している医師も0であった。卒前に地域医療の講義を受けたグループのうち6名は長崎県の奨学生のうち4名が離島で勤務している。そのうち1名は受講後に貸与を開始し離島で勤務をしている。2名は初期臨床研修を講師が勤務する離島の医療機関のプログラムを選択している。2名は初期臨床研修の地域医療研修として、さらに1名は家庭医療専門後期研修で平戸市民病院を選択している。

考察

長崎大学医学部では5年次に全員が県内の離島での地域医療実習を経験するため、当ゼミ単独の効果測定は困難であった。インタビューでは当ゼミが進路選択に影響を及ぼしている。ゼミを選択したグループは地域医療に対する関心が高いグループであり、学生時代からの関与により活躍の場として地域を選択する人材が増える効果があると考えられた。

全国の大学医学部・医科大学付属病院（本院）での初期研修医の外来研修に関する調査

原田 芳巳^{1,2} 平山 陽示^{1,2} 和久田 佳奈¹
大滝 純司^{1,2,3}

¹東京医科大学病院総合診療科

²東京医科大学医学教育学講座

³北海道大学大学院医学研究科医学教育推進センター

【緒言】プライマリ・ケア（PC）の基本的な診療能力を修得することを目標に2004年度から臨床研修制度が必修化された。研修医は大病院の入院症例だけを担当してはこの目的を達成しえず、外来研修を行うことが必要と考えられる。しかし、全国の病院の外来研修の実態は明らかにされていない。一方、医学生を教育するのは大学医学部のみだが医学生の診療参加型臨床実習が求められていることを考えると、大学病院（本院）での卒後研修との連携も大切と考えられる。そこで、全国大学病院の初期研修医の外来研修に関する調査を行った。

【対象と方法】全国の大学医学部・医科大学付属病院（本院）80施設での初期研修医の外来研修について、質問紙調査を行った。第13回全国大学病院総合診療部連絡協議会参加施設を中心に郵便にて発送して回答を得た。回答することでこの調査への協力と結果の利用についての同意を得たとした。

【結果】調査は2013年8～9月に行い、39施設から回答を得た。総合診療科（総合診療部、総合内科など）の外来初診患者数は1～70名/日と幅広かった。患者数の多い大学病院は内科初診患者や救急患者も対応しているようである。総合診療科での初期研修が必修の施設は8施設であった。初期研修医の外来研修を行っている病院は34施設で、そのうち、時間内の外来研修を行っているのは26施設であった。

【考察】外来研修が行われていない大学病院本院もある。時間外外来や救急でのみ外来研修が行われているところも多い。また、総合診療科で研修が必修になっている病院は少ない。卒後初期臨床研修は多くの市中病院でも行われているため、大学病院を対象とした今回の調査は全国の研修の一部しか反映していないが、研修医教育における外来研修の一端を明らかにした。PCの教育のため医学生の外来教育も必要であり、初期研修医の外来研修も今後重要となってくる。

初期研修医外来教育における東京医科大学病院総合診療科の役割 —研修医レポートからの解析—

原田 芳巳^{1,2} 小宮 英明¹ 和久田 佳奈¹
平山 陽示^{1,2,3} 大滝 純司^{1,2,4}

¹東京医科大学病院総合診療科

²東京医科大学医学教育学講座

³東京医科大学病院卒後臨床研修センター

⁴北海道大学大学院医学研究科医学教育推進センター

【緒言】プライマリ・ケア（PC）の基本的な診療能力を修得することを目標に2004年度から臨床研修制度が必修化された。頻度の高い症状20項目、経験が求められる疾患・病態10項目を含む計32項目のレポート提出が必須である（医政発第0612004号）。当科は06年1月から外来診療を開始した。活動目標は、「東京都心にPC教育の拠点を作る」であり、初期研修医に診療の基本を教育することも大切な役割のひとつである。06年度から当科の研修が必修となり、主に診断のついていない患者を対象とした外来研修を行っている。今後の研修指導に反映するために当科で指導したレポート項目を調査した。

【対象と方法】07～12年度に当院で2年間の初期研修を修了した研修医から提出されたレポートを対象とした。当科の医師がコメント、署名した項目を抽出した。【結果】対象とした初期研修医は234名、レポートは7,483通で、うち当科で指導したのは1,129通（15.1%）であった。テーマ別では“症状”のうち21.4%（998/4,674通）、“疾患・病態”のうち5.0%（118/2,345通）を当科で指導していた。“症状”の全て項目について、少なくとも16通以上のレポートを当科で指導していた。

【考察】当科の外来受診患者の解析（第2回本学会）では、特徴として全身/部位不特定の症状が多く、青壮年期の受診が多い傾向があることを報告した。今回の解析からは、研修医が当科で診療する患者の主訴が多様であることが明らかになった。当科の研修は幅広い身体症状の患者を経験することが可能であり、PCの研修として有意義であると考えられた。各研修医が経験した症例のうちレポートとして提出するのは一部であるが、ある程度研修の全体像を反映していると考えられる。当科での研修は24カ月の研修期間のうち1（～2）ヶ月間であるので、PCに関する研修のうち特に症状について当科で比較的多く経験しているといえる。総合診療科で研修が必修になっている大学病院は少ないが、当科での外来研修の重要性が示唆された。

BPPVの診断、治療のための三半規管モデル学習の実践

土田 知也¹ 横川 雅敏¹ 松田 隆秀²

¹川崎市立多摩病院総合診療内科

²聖マリアンナ医科大学総合診療内科

〔はじめに〕 外来を受診するめまい患者の約半数はBPPVであるが、初学者では末梢性めまいとして点滴、安静処置のみで様子を見ることが多いと思われる。これは、三半規管内の耳石の動きをイメージしにくいことが原因で、頭位変換眼振検査によるBPPVの病型診断、治療を行うことが困難なことに起因していると考えられる。今回、学習効果をあげることを目的に三半規管モデルを作成し、BPPVの基本を実技も交えて学習者に提供することにした。

〔対象〕 川崎市立多摩病院 研修医1年目3名、2年目5名の計8名

〔方法〕 ゴムホース、紙粘土などを用いて三半規管モデルをあらかじめ作成した。対象者に対してプレテストを行い理解度を確認。その後BPPVを中心に、めまいに関して15分の座学を行った。講師が三半規管モデルを用いて、supine roll 試験、Lempert法を実演することで水平半規管への対応を、Dix-Hallpike手技、Epley法を実演することで後半規管型への対応を示した。学習者にも三半規管モデルを用いて同様の手技を実践してもらった。ポストテストとアンケート調査をおこない終了とした。

〔結果〕 頭位変換眼振検査を中心としたBPPVの診断、治療を問うプレテストとポストテストで学習効果を判定した。6点満点のテストでプレテストでは平均2点（最低1点、最高4点）、ポストテストでは平均4.8点（最低4点、最高6点）と上昇がみられた。無記名アンケート調査では8名全員が回答、モデルを使用したWSで学習効果はかなり上がったという回答がほとんどであった。めまい診療をすぐにでも実践したいという回答もみられた。

〔考察〕 三半規管モデルを使用してBPPVの学習を行うことで、頭位変換でどこの三半規管が刺激されているか視覚的に確認することができるため理解しやすく、手技を実践することでめまい診療への自信につながると考えられた。

〔結論〕 めまい診療において、三半規管モデルを用いた学習は学習効果をあげることに効果的であった。

初期研修医の地域医療研修において、診療所スタッフが受けている影響

濱井 彩乃 吉澤 瑛子 岡田 唯男

鉄蕉会亀田ファミリークリニック館山家庭医診療科

〔背景〕 本邦において、2004年より初期研修医の医師臨床研修必修化に伴い、24ヶ月の臨床研修のうち1ヶ月の地域医療研修が必修化となり、毎年8000人前後の研修医が地域医療研修を行っている。当院も開設当初より関連施設等から1-2ヶ月の初期研修医受け入れを行ってきた。外来診療（継続外来・新患外来）・予防接種などの業務を行い、また訪問診療や訪問看護への同行、事務・看護・リハビリなどの多職種の業務見学等を行い、メンターとの日々の振り返り・研修のまとめを行っている。これまで、診療所での地域医療研修に関して、研修医の満足度や達成内容についての調査は多く行われており、多職種連携や診療の場の違いの経験などが重要な要素として挙げられているが、その一方で、診療所スタッフへの影響という観点での調査は限られている。実際の研修受け入れにおいて、研修医と関わる診療所スタッフの存在が研修内容にも大きな影響を与えると考えられ、研修制度の維持や相互の成長にとって、診療所スタッフの受けている影響を明らかにすることが重要であると考えられた。

〔方法〕 当院の医師・看護師・検査技師・事務・リハビリテーション・訪問看護・訪問リハビリテーションの各部門の全スタッフに対し、初期研修医の地域医療研修受け入れに関するアンケート調査と、一部メンバーによる半構造化したグループインタビューを行った。その内容について、解析を行った。

〔結果〕 診療所スタッフにとっては、外から人が来ることで刺激になるなどのプラスの側面がある一方で、業務負担が増えるなどのマイナスの側面もみられていた。詳細な結果については、当日供覧する。

〔結論〕 医師臨床研修における地域医療研修で、受け入れ側の診療所スタッフが受けている影響について分析した。

入院担当医が在宅診療も行った終末期大腸がん患者の一例

篠塚 愛未¹ 金井 貴夫¹ 御子柴 卓弥¹
城川 泰司郎¹ 小林 裕幸¹ 徳田 安春¹
小林 肇²

¹筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院

²医療法人愛仁会小林医院

【はじめに】終末期の大腸がん患者に対し、入院時に担当していた演者（初期研修医）が訪問診療も継続して担当し得た貴重な症例を経験したため報告する。

【症例】70代男性。当科受診5ヶ月前より右大腿痛が出現し、右下肢拳上困難から歩行困難となり当科受診2ヶ月前に当院整形外科を受診した。転移性骨腫瘍が疑われ、原発巣及び全身精査目的で当院総合診療科紹介となった。横行結腸癌（StageⅣ）と診断し、横行結腸に高度狭窄を認め、栄養は流動食と点滴を併用した。当初は化学療法と疼痛コントロール目的の放射線療法を計画していたが、発熱や肝機能の増悪を認め予後は複数のスコアリングから30日程度と推定された。本人の強い在宅希望、放射線療法・化学療法の risk/benefit、QOL、周囲の状況を勘案し、退院前に Dignity Therapy を行うことで患者とラポールを形成していた演者が訪問診療で緩和ケアを継続し、訪問看護も導入する方針として退院となった。退院後2週間は症状のコントロールも良好で、QOL が向上し、本人が心残りだった仕事もできる状態であった。好きなものを経口摂取することもでき、本人も家族も穏やかに過ごす時期を持つことができた。退院後25日目から徐々に全身状態が悪化していき、退院後40日目に逝去した。

【考察】当院では基幹病院での研修を継続しながら、週1回診療所に通う形態の地域医療研修を採用している。病院と診療所での研修を同時期に行っていたからこそ、同じ症例の入院と在宅の双方を担当し、患者や家族の表情やADLの違いや医療者としての関わり方の違い、在宅移行のプロセスなどを経験することができた。また、本症例を通して、臨床的予後予測や臨床倫理の4分割法の重要性を再認識することができた。この経験は、演者の今後の医師としての根幹に関わる何らかの価値観の醸成をもたらすかけがえのないものであると思われた。

多職種連携教育を用いた家庭医療教育診療所における研修ワークショップの取り組み

濱野 貴通¹ 泉 京子¹ 寺田 豊² 西田 英未¹
原 恵理香¹ 児玉 志織²

¹勤医協月寒ファミリークリニック

²北海道勤医協家庭医療センター

背景：勤医協月寒ファミリークリニックは北海道札幌市にある家庭医療教育診療所であり、研修医のみならず若手看護師、事務に対する多職種連携教育を行なっている。その一環として今回、診療所に新たに配属された医師、看護師、医療事務（Doctor、Nurse、Jimu）の3名による多職種連携教育、実践のためのプロジェクト“DNJ ☆プロジェクト”を立ち上げた。多職種の新規職員による研修プロジェクトは稀であり、その取り組みの内容およびそこから生み出されるものについて報告する。

概要：“DNJ ☆プロジェクト”は当院で働く職員による研修ワークショップである。内容としては、地域に役立つプロジェクトを実践し、それを定期的に振り返り、分析を行うものである。

方法：プロジェクトを実践し、その後の振り返りから、Team Management Wheel を用いて分析を行なった。結果：多職種が身近に話ができる雰囲気があり（Atmosphere）、患者に対する姿勢が生まれ、（Belief）、自分とは異なる視点を持つ多職種からの学びが多く（Cross reflection）、事務が直接医師に意見を言える、直接意見を言ってくれる（Direct voice）、職員全体が同じ立場、目線である（Equal eye）という5つの概念を抽出することができた。

考察：このプロジェクトを通じて、多職種連携に必要な実践力としての対人援助の基本となる力、多職種と協働する力、チームを動かす力が培われると考えられた。さらに職員全体に学び合う気風が生まれ、ディスカッションを行う中で新たな気づきや個々の成長が促された。さらに、プロジェクトの実践は地域への啓蒙活動につながったと考えられた。

結語：初期段階から多職種連携教育を用いた研修を行うことは、医療チームの機能向上につながり、それがプライマリケアにおける医療の質向上をもたらす可能性がある。

『一期一会』

～研修医との学び合いで地域医療が成長する～

吉田 英人 佐藤 由紀 岡本 広太郎 野々上 智
木島 真 吉田 正 朝賀 瑞乃 仲田 和正

医療法人社団健育会西伊豆病院

当院は静岡県伊豆半島西部に位置する病床数78床の民間病院であり、医療圏は西伊豆町・松崎町を中心とする住民約1万5000人（高齢化率は約40%）と西伊豆を訪れる観光客である。県内でもへき地に指定されており過疎化が進んでいる。このような地域において病院開設より「決して救急は断らない」の理念の下、地域医療を実践している。当院では整形外科研修として後期研修医の受け入れを行ってきたが2010年度より初期臨床研修の地域医療研修として研修医を受け入れることを開始した。受け入れ初年度は、プログラムや研修目標も不十分なままのスタートであり、また研修内容も整形外科を中心とする内容に偏っていた。研修期間も2週間と短く、十分な研修ができないという意見も多かった。病院スタッフからは初期研修医の受け入れに対しての戸惑いや不満が続出した。そこで研修医サポート委員会を立ち上げ、病院一丸となって初期研修医の受入れに取り組んだ。現在研修期間は4～5週間となり、お客さん扱いではない本当の地域医療を経験してもらえるよう努力している。研修中は、限られた医療資源の中で『もし自分一人しかいない状況ならば、どのように判断し行動するか』を意識してもらい、3年目以降のそれぞれの後期研修にその経験を活かしてもらえればと考えている。また日々の診療の振り返りを常勤医がチューターとなり適宜行うことで、適切なフィードバックがかかるように努めている。受け入れ開始からの4年間で113名の初期研修医の受け入れを実施した。未だ改善点は多々あるが、研修医の先生方のお陰で病院内が活性化され、医療の質の向上にもなっていると感じている。今後も研修医の先生方との出会いを大切に、西伊豆で今出来る最高のおもてなしをしようと考えている。

地域医療研修が充実するために

神山 佳之¹ 田仲 齊² 新屋 洋平²

¹沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

²沖縄県立中部病院地域医療科

沖縄県は多数の有人離島からなり、県立南部医療センター・こども医療センター附属の離島診療所は8箇所ある。そのうち6診療所は3名のスタッフ（医師1名、看護師1名、事務員1名）で構成され、運営されている。島民の健康維持や増進の役割を担っている診療所の医療を知り、体験することが地域医療研修の醍醐味である。

当院の2年次初期研修医は、離島診療所とクリニックをそれぞれ2週間研修している。これまでの地域医療研修における研修医の評価としては、研修後に離島医師が所定の評価表に記入しそれを提出する形を取っていたが、親病院の地域医療研修の担当者は、具体的な研修の内容に関してリアルタイムに知る事ができなかった。

今年度からの試みとして、研修記録をその日のうちに研修担当者（当方）にメールで送ってもらい、できるだけ同日中にフィードバックをかけるシステムに取り組んだ。研修記録がメールの添付文書として送られてくるが、メールの本文にはその日の振り返りや感じたことなどが記載されており、時には診療所医師に相談できない内容などもメールに記載されており、そのような相談にも乗っていく必要を感じた。また、研修風景が添付されているメールもあった。

そのような研修医とのやり取りや、研修終了後に記入してもらったポストアンケートから、地域医療に対する研修医や離島医師の要望、感想などから双方のモチベーションを維持し、地域医療研修を充実させるためにはどのような取り組みが必要なのかが見えて来た。

それを今回の学会でお伝えしたい。

タイムマネジメント支援事務用品を用いたタイムマネジメント支援の有効性の検討

大谷 寛¹ 南條 嘉宏¹ 飯山 きえ¹ 小泉 豪¹
井上 哲也¹ 中西 里永子¹ 藤井 幹雄¹
山田 秀樹¹ 河内 拓己²

¹立川相互病院総合診療科 ²立川相互病院研修センター

【緒言】一般企業では新人研修の中でタイムマネジメント（以下 TM）教育が設けられていることが多いが、医師研修においてはあまり注目されていない。今回我々は研修医の業務負担軽減を目的に、簡便に導入できる TM 支援事務用品（以下 TM 手帳）を使用してみたので、その有効性について報告する。

【目的】TM 手帳の使用は研修医の業務負担感を軽減できるかどうか検討する。また実際の残業時間の短縮効果についても検討する。

【対象】2013年4月に当院で研修を開始した初期研修医10名（男：女=9：1）

【方法】2チーム各5名（A,B）に分け、病棟業務開始1か月後（A）、2ヶ月後（B）に TM 手帳を各チームに配布し、後期研修医と毎朝10分間程度その日のToDo リストを作成。9月に自記式アンケートを実施（設問：時間管理が楽になった、朝手帳をチェックするのが負担だった、指示忘れが減った、書類など期限が曖昧なものを忘れなくなった、早く帰れるようになった、退院サマリーを早くとりかかえるようになった、全般的に役に立った）。設問に5段階のスケールで回答した。また残業時間は1日平均時間を病棟業務開始後1ヵ月、2ヶ月、3ヵ月において集計し、チーム内での変化を Paired t-test（有意水準5%）を用いて比較検討した。

【結果】アンケートは10名全て回収。「全般的に役に立った」「時間管理が楽になった」「期限が曖昧なものを忘れなくなった」の項目では半数以上の研修医が良い評価であった。一方で、「朝の10分間という時間の負担感」は、「役に立った」かどうかとは無関係に強かった。残業時間については、A群では有意な増加は認めず、B群では介入前の2ヶ月間では有意に増加したが、介入後は増加しなかった。

【結論】TM 手帳の導入は簡便であり、業務負担感軽減にある程度の効果があり、また実際の残業時間の増加を軽減している可能性がある。

肺癌終末期患者の在宅看取りを後期研修医と経験して

山田 歩美^{1,2} 久志本 舞衣子^{1,2} 関口 由希公²

¹埼玉協同病院 ²さいわい診療所

【はじめに】3年目の後期研修医と約2か月間にわたり、肺癌終末期患者の在宅診療を一緒に行った。後期研修医である彼女は、在宅診療も初めての経験であり、肺癌終末期の患者を看取することも初めての経験であった。診療を通して彼女がどのように感じ、成長することができたのかインタビューを通して振り返りたい。

【症例】79歳女性。もともと自立して生活していたが、77歳のときにうつ病を発症してから外出が困難になり訪問診療を開始した。1年経過してうつ病が改善してきて、外出が可能になったため、診療所で検査を行ったところ進行肺癌が見つかった。本人、家族と相談し、化学療法は行わずにできるだけ自宅での療養を続ける方針となった。3か月後に腰痛を契機に骨転移が見つかり放射線治療を行った。月単位でADLは低下し、伝い歩きで屋内の生活がなんとか可能な状態のときに、後期研修医と二人での訪問診療が始まった。

後期研修医である彼女は、これまでの研修で、悪性腫瘍で積極的な治療をしない症例を経験したことがなかった。そのため、病状がどのように進行していくのか、疼痛コントロールの仕方、本人や家族にどのように対応したらよいのか、など不安なことがたくさんあったようだ。

2か月間の訪問診療で、指導医の背中を見ながら看取りまで行ったことは、彼女にとって大きな経験になった。当初は在宅看取りは、家族の負担がとても大きいと考えていたが、負担を減らせるように医療者が疼痛コントロールを行い、死にゆく過程をきちんと説明していくことで、家族をサポートしていくことができるということを学んだ。主介護者である長女が、状態の急激な変化に涙を流す場面があったが、2週間後には病状を受容し、動揺せず対応していた様子が一番印象に残っていると振り返っている。

後期研修におけるチーフレジデント制度の意義と今後の課題

杉谷 真季 山田 康博 本田 美和子 尾藤 誠司
鄭 東孝

独立行政法人国立病院機構東京医療センター総合内科

【背景】日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療後期研修プログラムに所属する後期研修医は、それぞれがプログラムに則り、短期研修を組み合わせながら研修を行っていることが多い。後期研修医同士が互いにより良い研修を行いながら診療を行っていくため、チーフレジデント制度を利用している施設もある。しかし、チーフレジデントの目的や選出方法、業務内容などは施設により違いがあり、また、実際にチーフレジデントが後期研修プログラムや診療科に対してどのような貢献をしているのかは検討する必要があると思われる。

【目的】それぞれの病院におけるチーフレジデントの役割や権限、その後のキャリアとの関わりについて、施設間の共通点や相違点を探る。また、チーフレジデント自身が持っていた目標や実際の業務内容と、指導医がチーフレジデントに求める業務内容について、共通点や相違点を調査する。これにより、今後のチーフレジデントが、どのような形でその役割を果たしながら自らのキャリアアップを行っていくことが良いかを考察する。

【対象】チーフレジデント経験者、チーフレジデント制度のある施設の指導医

【方法】アンケート調査（選択式および自由記載）を行う。

【結果】第5回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会にて発表する。

教育的レクチャー発表者に対して行ったフィードバックアンケートの有効性の検討

渡邊 力也 和田 幹生 川島 篤志 香川 恵造

市立福知山市民病院

症例発表のみならず、勉強会やレクチャーなどでプレゼンテーションを行う機会は特に教育施設では増えている。受け手である研修医・後期研修医も学年が上がるとともに教育する側に回り、そのためにはプレゼンテーション技術を習得する必要がある。その一方で、忙しい日常業務の中ではそういった教育のためのプレゼンテーション技術を学ぶための時間を割く事が困難である場合が多い。

そこで我々は時間のない中でもプレゼンテーション技術を効率よく教育し続けることを目的に、簡略化したアンケートによるフィードバックを行っている。発表者からは、フィードバックを受ける事で今後のレクチャー作成に向けての修正点が明確になり技術向上につながるという意見もあり、効果的であるという印象を受ける。

そして、発表者からは概ね好評を得ており、有効な手法であると実感している。

教育分野も含めて調査したところでは、Peer Review（同僚評価）によるフィードバックを行う事で効果的にプレゼンテーション技術を向上させる事に役立つという報告もあるが、アンケート項目も項目は多く、継続的にかつ高い回収率でフィードバックを行えない可能性がある。そこで、我々は「内容」「話し方」「スライド」「配布資料」の4項目に絞ったアンケートを作成し配布する事とした。

このフィードバックは教育手法の一つとして提案可能ではないかと考え、今回我々が行った取り組みをまとめて報告する。

健康教育の方法を研修医に教育する取り組み

関口 由希公¹ 伊藤 友紀² 久志本 舞衣子²
山田 歩美² 山田 美佐夫¹

¹医療生協さいたまさいわい診療所

²医療生協さいたま埼玉協同病院

【はじめに】 健康教育は、予防的な知識を高めたり、生活習慣を改善させたりすることで、患者・健常人のセルフケア能力を高めることができるので非常に重要である。しかしながら、健康教育をどう行えば良いのかについて、卒前、卒後教育では系統的に教育を受ける機会は少ない。そこで、当診療所では健康教育の方法を研修医に教育する取り組みを試みたので報告する。

【目的】 研修医が健康教育を行う際にどのようなことを教育すればよいかを検討する。

【方法】 2012年4月から2014年3月まで地域医療研修のために来た5名の初期研修医に、OJT (On the Job Training) として実際に健康教育を行ってもらった。健康教育の準備は以下のように行った。①まず事務職員とともに医療生協の組合員さんのニーズを聴取し、健康教育のテーマを決める。②次に指導医が講義内容のデザインについて研修医へレクチャーをして、研修医が実際に講義スライドを作成する。③続いて研修医が職員の前で予行演習をして、振り返りを受ける。④実際に、研修医が生協の組合員さんを対象として健康教育の講義を行い、終了後にアンケートを集める。⑤最後に、講義について研修医と振り返り、今後の課題を検討する。

【結果】 5名の研修医はそれぞれ「生活習慣病とがん」「高齢者の肺炎」「糖尿病について」「健康寿命について」「骨粗鬆症について」と、全員が異なるテーマを設定して講義を行った。健康教育に対する組合員さんの満足度は非常に高かった。一方で研修医は長い時間の講義で聴衆をどのように飽きさせないようにすればよいかなど、教授方法についての課題を挙げる人が多かった。

【考察】 健康教育をより有用なものにするには、インスタラクショナルデザイン（教授設計）の教育だけではなく、講義形式の表現方法についての教育も必要であると考えた。

医学部卒業生へのアンケート調査から分析したキャリアとしての総合医志向

飛松 正樹 松田 俊太郎 早川 学 長田 直人

宮崎大学医学部地域医療学講座

背景

山間部が多い宮崎県は、県央部を除いた地域において医師不足が問題となっている。医師の偏在と高齢化のため特に総合医の需要が高まり、全国的にもその専門医制度が議論されている。今回、医学部卒業生を対象に、キャリアとして総合医志向の現状について分析したので、報告する。

方法

卒後10年未満の宮崎大学医学部卒業生556人を対象にアンケート調査を行った。アンケートの項目は、性別、卒後年数、初期研修病院、研修病院を選択した理由、初期研修終了後の進路、卒業後・現在・10年後の診療形態と医療機関の規模、取得希望資格などであった。また、初期研修終了後の進路を選択した理由、県内でのキャリア支援に必要な制度について質問した。

結果：

225名から回答が得られた。県外で初期研修を行った96名のうち80名が、研修選択の理由として幅広い症例や診療を経験できると回答した。診療形態の希望を現在と10年後で比べると、診療所が2名から24名、開業が0名から15名に増加した。医療機関の規模については、100床以下が7名から13名、診療所が4名から38名に増加した。比較的小規模の医療機関での勤務を希望する者が多かった。

また、県内でのキャリア形成制度についての自由に記述した回答では、研修体制の改善を求める意見が多く、脱専門化、総合医、家庭医のプログラム、家庭医療講座などを求める意見があった。

考察と総括

現状において、総合医志向あるいは総合医としての機能を求められる勤務を希望する者が一定数存在すると思われた。県内医師の増加や地域医療を維持するために、総合医の専門医制度と連携したキャリア支援制度が必要であると考えられた。

看護師による学習者の中心静脈カテーテル挿入手技の評価法の開発

堀端 謙¹ 山本 政和² 竹村 洋典²

¹亀山市立医療センター ²三重大学医学部家庭医療学講座

【背景】学習者の中心静脈カテーテル（以下 CVC）挿入手技を客観的に評価する指標はない。従来指導者が学習者を直接観察評価する方法が用いられているが、多くの研修施設で手技のすべてを指導者が観察する時間的余裕がない。患者への付き添い、物品の調達などのため手技を行う際に看護師が現場補助をすることがほとんどだが、看護師による CVC 挿入手技の評価はこれまで行われていない。

【目的】学習者の CVC 挿入手技を看護師が評価するためのツール（Assessment Tool to Evaluate the Lerner's procedural Skill of Central Venous Catheterization、以下 ATELS-CVC）を開発する。

【研究デザイン】質的研究、量的探索的研究

【セッティング】亀山市立医療センター

【対象】亀山市立医療センター病棟勤務看護師29名

【方法】評価法の開発に先駆けて、経験年数の異なる病棟看護スタッフ4名に対して「医師の CVC 挿入手技の観察ポイント」をテーマに Focus Group Interview を行った。形式は半構造化面接法を用い、後に逐語記録を集約してカテゴリーを作成した。生成された下位カテゴリーから項目数16の質問票を作成し、病棟看護スタッフ29名に対して質問調査を行った。すべての統計解析は、R version 3.0.2を使用した。

【結果】項目分析には項目尺度得点相関（I-T 相関）の分析を行った。相関係数が0.50以上の質問のみを抽出し、最終的な質問数は合計11となった。内容的妥当性を評価し、2項目を削除し9項目とした。構成概念妥当性として因子構造を確認するため、9項目について主成分分析を行った。固有値1以上の主成分として3主成分を抽出し、質問票は3因子9項目という構造を確認した。主成分1は「医師の技術」、主成分2は「医師の態度」、主成分3は「患者への配慮」であった。質問票全体のクロンバックの α 係数を算出したところ、0.832と高く内的整合性が確認できた。

【結論】看護師による学習者の CVC 手技を評価するためのツール（ATELS-CVC）を作成した。学習者の評価を行っていないため、今後外的妥当性の評価が必要である。

清風会岡山家庭医療センターの家庭医療看護師養成コース—運営委員会の取り組み

居安 綾子¹ 松下 明¹ 篠井 恵理子²

¹社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 奈義ファミリークリニック

²清風会医療法人清風会訪問看護ステーションあゆみ

清風会岡山家庭医療センターは岡山県北部に位置し地域に根差した医療をめざして日々診療にあたっています。当法人では、地域の医療に精通し、家庭医療看護を提供できる看護師の育成・研修を行うために、2011年度から家庭医療看護師養成コースを展開しています。法人内の在宅支援診療所・訪問看護ステーション・病棟・老人保健施設のローテーション研修を2年間かけて行うもので、現在第2期生が1年を経過し、3期生が4月からの研修をスタートさせました。2期生からは、1期生の研修において見つかった課題を元に、研修カリキュラムを改変しています。指導のしにくさに関しては、看護教育の中には入っていない家庭医療を体系的にとらえ、各部署での研修で得られる学びをカテゴリーに分けました。こうすることで指導の方向性が明確になり、評価もしやすくなりました。座学の不足に関しては、研修期間通じて週に1度は診療所の家庭医とともに家庭医療を中心とするレクチャーに参加することを組み込みました。また、家庭医療の概要をとらえたり、志を同じくする仲間をつくる場にもなる「学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナー」と「訪問看護新人研修」への参加を研修1年目に必須としました。研修生の総合評価は、研修生が得た学びをポートフォリオを使用していますが、研修修了時に振り返るのではなく、各部署研修期間中にポートフォリオの作成に取り組み、実践の中で試行錯誤し完成させていきました。各部署終了後は、指導側が適切なサポートを提供できたのかを研修生にも評価をもらい、今後の研修の質を上げる材料としています。この4月から2期生と3期生が同時進行で研修をすすめていくにあたってのサポート体制や、研修指導の質の確保など課題もありますが、研修生同士が学びを深めあえるようになりさらなる研修の充実が期待されます。この家庭医療看護師養成コースの「今」をご報告したいと思います。

清風会岡山家庭医療センターの家庭医療看護師養成コース—研修生の取り組み

石井 絵里² 居安 綾子¹ 篠井 恵理子³ 松下 明¹

¹社会医療法人清風会岡山家庭医療センター奈義ファミリークリニック

²社会医療法人清風会岡山家庭医療センター

³社会医療法人清風会訪問看護ステーションあゆみ

家庭医療看護師養成コースで研修をはじめて1年が経った。訪問看護とファミリークリニックで半年ずつ研修を行い、この4月から老人保健施設での研修がはじまったところである。

訪問看護では、自宅に伺うことでその方の生活・背景や家族との関係性が見えてくる奥深さを感じ、その方の希望に沿ったケアを考え、生活に沿ってサポートしていくことの重要性を感じた。クリニックでは、幅広い対象と関わっていくことや継続して関わっていくことの難しさを学び、また予防医学の面白さを感じた。またこの1年を通し様々な事例と関わる事で、住み慣れた家で過ごしたいという利用者の希望に沿えるように他職種理解・多職種連携をしていくことが重要であることを学び、指導を受けながら実践をすることが出来た。

本コースでは、行動を振り返り学びを深めて行くために、ポートフォリオを使用している。訪問看護での研修は「慢性疾患患者の行動変容に向けた訪問看護での関わり」というテーマで、2型糖尿病の独居の高齢男性との関わりをまとめた。元気に過ごしたいが、なかなか行動に移すことが出来ない。行動変容ステージモデルにおける「関心期」にある人に、訪問看護師として、どう関わり指導して行けば良いのかを考えたいというのが、テーマの選定理由である。

関わりの中での反応や気持ちの変化を随時ポートフォリオとしてまとめ、指導を受けながら、次の関わりへと繋げて行った。継続的な関わりの中でAさんとの関係性は構築出来たが、関わりの最後までAさんは行動に移す事が出来ず、長年の生活習慣を変えて行くことの難しさを感じた。しかし成功体験を実感させることで、ポジティブな発言を引き出すことができ、自分の自信に繋がった事例であった。

今回は訪問看護の研修でまとめたこのポートフォリオを提示し、学んだ事の報告をする。

学習者の手技習得度合評価ツール作成のための探索的研究

堀端 謙¹ 山本 政和² 和田 健治⁴ 竹田 啓³
鳥谷部 真実¹ 橋本 修嗣¹ 堀端 智子¹
竹村 洋典²

¹亀山市立医療センター ²三重大学医学部家庭医療学講座

³三重県立一志病院 ⁴名張市立病院

【目的】学習者の手技習得度合を評価するためのツールを作成する。

【研究デザイン】仮説探索的研究

【セッティング】亀山市立医療センター

【対象】亀山市立医療センターで研修を行った三重大学家庭医療プログラムに所属する家庭医療学習者5名

【介入】STFM (Society of Teachers of Family Medicine) が2007年に発表した家庭医療研修で習得すべき手技を参考にして、三重大学家庭医療プログラムで習得すべき手技をリスト化した。手技は難易度別にA、B、Cの3つにカテゴリー化した。カテゴリーAの手技数は14項目、Bは26項目、Cは12項目であった。このリストを元にして作成した手技習得度合測定自己評価式質問紙を用いる。質問は学習者の主観により経験がない手技は0、手技の施行に自信がない場合は1、自信を持って行える場合を5とし、6段階の点数にて自己評価を行った。

【主要アウトカムおよび統計手法】

学習者5名に対して当施設に配属時、3～6か月後、12か月後と配属期間中数か月毎に質問紙に回答させた。手技習得数、カテゴリー毎の習得率を算出し、カテゴリー毎の手技施行に対する自信を「主観的手技習得度割合」として数値化した。統計手法は、2回評価された学習者のデータにはクラスカル・ウォリス検定を用いた。3回以上評価された学習者のデータにはフリードマン検定を用いた。いずれも有意水準5%で統計学的に有意であるとした。すべての統計解析は、R version 3.0.2を使用した。

【結果】配属期間6か月～13か月の4名のうち2名は、手技習得数、カテゴリー毎の習得率、主観的手技習得度割合に上昇したものと低下したものがあつた。同期間の2名と学習期間2年以上の1名は、各項目とも経時的に上昇した。

【結論】学習者の手技習得度合を評価することは、指導者・学習者双方にとって重要である。指導者の直接観察による評価以外に、学習者の主観的評価が可能であることが示唆された。

家庭医療の手技習得のための工夫

山本 政和¹ 堀端 謙² 竹村 洋典¹¹三重大学医学部家庭医療学講座 ²亀山市立医療センター

【背景】家庭医療研修で習得すべき手技は数多くあるが、我が国でその習得方法について包括的な議論が行われたことはない。

【目的】学習者が習得できる手技数を増やすための工夫について検討する。

【研究デザイン】仮説探索的研究

【セッティング】亀山市立医療センター

【対象】亀山市立医療センターで研修を行った三重大学家庭医療プログラムに所属する家庭医療学習者5名

【方法】STFM (Society of Teachers of Family Medicine) が2007年に発表した家庭医療研修で習得すべき手技を参考にして、三重大学家庭医療プログラムで習得すべき手技をリスト化した。手技は難易度別にA、B、Cの3つにカテゴリー化した。カテゴリーAの手技数は14項目、Bは26項目、Cは12項目であった。カテゴリーA、Bは家庭医療学習期間中に習得すべき必須手技とした。亀山市立医療センターに配属された家庭医療学習者5名に対して当院で開発した手技習得度合評価ツールを用いて、カテゴリーA、Bの手技習得度合を自己評価させた。配属期間中または終了時における習得度合の低い手技項目を抽出し、質的に検討した。

【結果】カテゴリーAの手技のうち、「眼底鏡検査」は配属終了時点で5名全員が習得できなかった。4名が習得できなかった手技は3個、3名が習得できなかった手技は1個、以下2名が2個、1名が2個であった。カテゴリーBでは5名が0個、4名が4個、3名が2個、2名が5個、1名が6個であった。カテゴリーAの14項目の手技のうち、Off The Job Training (以下Off-JT) で習得可能なものが7個あり、今回の調査で1名以上が習得できなかった手技の合計9個のうち6個に対応可能であることがわかった。カテゴリーBの26項目の手技のうち、Off-JT で習得可能なものが9つあり、今回の調査で1名以上が習得できなかった手技の合計17個のうち7個に対応可能であることがわかった。【結論】配属期間や配属先の診療範囲により、習得できる手技数は異なるがOff-JTの活用により習得できる手技数を増やすことが可能であることが示唆された。

岡山大学病院卒後臨床研修プログラムの地域医療研修における3年間の取り組みと評価

片岡 仁美^{1,2} 小比賀 美香子² 三好 智子²
渡辺 文恵² 野間 和広² 大塚 文男² 金森 達也¹
岩瀬 敏秀³ 伊野 英男¹ 佐藤 勝¹¹岡山大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療人材育成講座²岡山大学病院卒後臨床研修センター³岡山県地域医療支援センター

【目的】岡山大学病院卒後臨床研修センターでは「地域との協働で研修医を育てる」という考え方にに基づき、地域医療研修の運営に取り組み、平成22年度より離島・へき地、中小規模病院などの豊富なバリエーションの48か所から選択できるプログラムに変更した。新たなプログラムで研修医を受け入れた地域医療研修施設および研修医の意識を3年間経時的に調査した。【方法】地域医療研修受け入れ先施設と研修医に自記式アンケートを配布、解析した。【成績】研修施設からの回収率は平成22から24年度にかけて16 (100%)、22 (100%)、24 (89%)、研修医からの回答は平成22から23年度にかけて27 (100%)、27 (81%)であった。研修施設の回答として、研修を受け入れた満足度は「期待通り以上 (期待以上、期待通り)」が平成22年から24年にかけて15施設 (以下略、94%)、22 (100%)、24 (89%)、岡山大学病院研修医の良かった点として「やる気がある (大変ある、ある)」が14 (87%)、21 (95.4%)、21 (87.5%) と高評価であった。卒後臨床研修センターとの連携についても「良い (大変良い、良い)」が12 (75%)、21 (95%)、19 (79.1%) という結果だった。また、当該施設で学んでほしいポイントとしては「チーム医療」が連続して1位であり、平成22から24年度にかけて8 (12%)、12 (15.3%)、14 (15.7%) の施設が重要と考えていた。研修医の回答については、地域医療研修について「良い (大変良い、良い)」とする回答が平成22から23年度にかけて24 (96%)、24 (92.3%) という結果であった。【結論】新たな地域医療研修プログラムは地域医療研修施設と研修医の双方にとって満足できる制度として運用されていることが示唆された。地域医療の担い手の減少が問題視される中、初期臨床研修の必修科である地域医療研修をいかに魅力的な内容にするかは非常に重要な課題と考えられる。

研修医の医学書の購入・利用における実態調査とreference本講義によるサポートの報告

増井 伸高

札幌東徳洲会病院

目的

研修医の医学書の購入・利用について上級医や研修委員会がサポートについて報告したい。

実態調査

ベトナムサイトで研修医がどのタイミングで医学書を利用するかを調べた。利用のタイミングとしては1 疾病学（各疾病の疫学や臨床症状、検査、治療法）の確認や、2 症候・診断学（主訴から鑑別診断、確定診断について）3、投薬（処方や点滴の使用方法）での利用が多かった。

また購入した医学書の選出方法について実態調査したところ、インターネットの書評と同僚や上級医からの図書の推薦が利用された情報であった。

サポート方法

研修医が購入にあたり既存の情報では選出されていない医学書をreference本として推薦した。図書の内容として疾病学、症候診断学、治療の内容が網羅されているものを選んだ。選出者は幅広く診療に携わる救急・総合診療医が図書を選んだ。研修医向けの複数科の本を100冊選出しそれぞれの特徴を60分の講義で解説した。その直後に院内に移動図書館を設け、実際に図書を手に取り購入できるようにした。

結果

13名の初期研修医を対象とした。reference本の購入率は講義を受けた研修医は講義を受けなかった研修医に比べて多かった。全体としての図書の購入数については特に差がなかった。

考察

推薦図書講義が研修医の医学書購入のサポートしている可能性がある。今後はさらにreference本が実際に利用されているかをアウトカムにして評価してゆきたい。

総合診療・地域医療を目指す医師の再研修プログラムの現状分析について

井上 陽介¹ 野村 祝¹ 中島 弘隆¹ 山田 隆司¹
吉新 通康²

¹公益社団法人地域医療振興協会臨床研修センター

²公益社団法人地域医療振興協会

現在日本の専門医制度についての議論が進められており、19番目の基本領域として総合診療医が新たな専門医として設立される事となっている。

新しい専門医資格の設立となるが、新規に医学部を卒業する医師のみならず、既存の他の専門医資格を持つ医師が、再度研修をうけて総合診療の分野を目指す事も今後予想される。

地域医療振興協会は、「へき地を中心とした地域保健医療の調査研究及び地域医学知識の啓蒙と普及を行うとともに、地域保健医療の確保と質の向上等住民福祉の増進をはかり、もって、地域の進捗に寄与する事を目的とする」という目的のために1986年に設立され、2009年12月より公益社団法人となり活動を行っている。

現在施設運営事業、医師派遣・診療支援事業の他に、医師研修事業で地域のニーズに応え、求められる役割に応じて強調、変容でき、あらゆる問題に対応できる総合医の育成を行っている。

その中で数年前から総合診療以外の分野で働いていた医師が、総合診療や地域医療を目指す時に必要な知識や技術を提供する再研修プログラムを運営している。実際現在までに十数件の研修事例があり、数名の医師が地域医療の現場で勤務を行っている。

今回再研修プログラムに応募、研修を行った医師の以前の経歴、年齢等を集計、どのような医師に対し、どのような研修が行われたかの分析を行い、今後再研修プログラムがどのようにすれば適切に運営できるかを検討したので、発表する。

「薬剤師の臨床判断ワークショップ」の受講による頭痛を訴える来局者に対する薬剤師の意識変化

田沼 和紀¹ 亀井 大輔² 木内 祐二²

¹株式会社カメガヤ ²昭和大学薬学部

背景

ドラッグストアには、頭痛や腹痛等の一般的な症状を訴えて来局されることは珍しくない。このような症状を呈する疾患には、緊急度や重症度の高い疾患もあり、薬剤師はOTCの選択だけではなく、適切な臨床判断、すなわち来局者の状態に応じて病状を判断し、受診勧告などの様々な対応を行う必要がある。

しかし、このような一般的な症状であっても来局者の対応に苦慮する場合も少なくない。その理由として、現在のOTC薬では十分に対応しきれないこともあるが、何より薬剤師自身が責任をもって適切な判断を行うことに自信がないため、積極的な対応を行っていないケースもある。

目的

適切な臨床判断を行うためには、適切な情報収集、症状から疾患を推測する症候学の知識、適切な対応（トリアージ）が必要である。この度、頭痛症状を呈する来局者に対して、情報収集から対応までの一連の流れを学習するワークショップ（以下、WS）を開催した。WSでは、症候学の知識を活用して、鑑別と適切な対応を行うためのアルゴリズムの作成などを行ない、ロールプレイも取り入れた。WSの受講前後、及び受講後一定期間経過後のアンケートの結果に基づき、薬剤師の意識の変化について報告する。

方法

WS受講前後に質問紙にてアンケートを実施。対象人数17名、回収枚数16枚（回収率94.1%）。また受講後1.5月時点で再度質問紙にてアンケートを実施。

結果

1) 頭痛を呈する疾患として挙げられる疾患数は、WS後に有意に増加した ($p < 0.001$)。

2) 頭痛を呈する来局者に対して、適切な対応をとる自信がある人数が、WS後に有意に増加した ($p < 0.005$)。

考察

WSの受講により、頭痛を訴える来局者に対して、薬剤師としてより積極的にアプローチし、適切な情報収集及び疾患群の絞り込み、緊急度、重症度の高い疾患に、可及的速やかに対応する基本的能力と意識を持つようになった。また、受診勧告や緊急対応の際に、収集した情報を情報提供用紙等に記載して提供することは、医療機関と情報共有ができ、地域でのチーム医療の実践のためにも有用であるという意識を持つことができた。

薬剤師のジャーナルクラブ

～インターネット上でEBM学習の場を提供する取り組み～

青島 周一¹ 桑原 秀徳² 山本 雅洋³

¹医療法人徳仁会中野病院薬局

²医療法人社団せのかわ瀬野川病院薬剤課

³カメイ株式会社ファーマシーグループありす薬局一社店

【緒言】

医学情報をどう活用すべきかはプライマリ・ケア領域の薬学的ケアにおいても重要な命題である。これについてEBM (Evidence-based Medicine) は臨床における答えのない疑問に対するツールとして強力な武器となるが、薬剤師がEBMを体系的に学べる機会は少ない。そこで医学論文を読んだことがない、という薬剤師にも論文から深い考察や新鮮な驚きを感じてもらいながら、EBM学習の場を提供する取り組みとして「薬剤師のジャーナルクラブ」を発起した。

【方法】

ジャーナルクラブでは論文抄読会をインターネットで公開することで全国の薬剤師が気軽に参加できるように配慮した。症例シナリオとテーマ論文、予習ポイントをフェイスブック等のソーシャル・ネットワーキング・サービス上で告知し、抄読会はジャーナルクラブコアメンバーの薬剤師3名を中心にスカイプで行い、その内容をツイートキャストによりラジオ配信する。視聴者はリアルタイムでコメントを投稿でき、それを拾いながら抄読会を進めていく。抄読会終了後はポイントを整理し総括を行いフェイスブック等へ投稿し、疑問出しなどのフォローアップも行う。

【結果】

今までに開催したテーマと総視聴数は以下の通り。

- ・高齢者の血圧は下げるべきか？視聴数1186人
 - ・2型糖尿病の心血管イベントに低用量アスピリンは有用か？視聴数293人
 - ・喘息吸入薬の長期使用は安全か？視聴数346人
 - ・喘息吸入薬の長期使用は安全か？②視聴数194人
- なお発表時には寄せられたコメントも含めてさらなるデータを追加する予定である。

【考察】

現状ではオンライン配信という一方的な情報提供となりがちな部分もあり、今後視聴者とのコミュニケーション方法の改善が必要であるが、統計的知識、情報検索や批判的吟味に関する理解が進んだというコメントもあり、EBM学習の場を提供するという点においては一定の役割を果たせるものと考えている。

在宅訪問薬剤管理指導の拡充および薬剤師スキルの向上を目指して（第1報）

猪田 宏美¹ 赤澤 昌樹²

¹岡山県薬剤師会在宅介護特別委員会 ²岡山県薬剤師会

【背景】今後、在宅医療における薬剤師の役割はますます重要になる。一方で、在宅医療に関わるために必要な知識・技能が必要とされている。岡山県薬剤師会在宅介護特別委員会では、2012年度より在宅訪問薬剤管理指導の拡充および薬剤師スキルの向上を目指して在宅介護研修会を実施している。今回、研修会の有用性と参加者のニーズを検討した。

【対象・方法】在宅介護研修会への参加者に対して、研修会後に実施しているアンケートを用いて解析を行った。

【結果】研修会終了後のアンケートへの回答者は、2012年度（第1回187名、第2回165名）、2013年度（第1回191名、第4回212名）であった。参加者の約40%は、在宅訪問薬剤管理指導の経験がなかった。研修会の全体を通して、90%以上が、大変よかった・よかったと回答していた。自由記述からは、他の薬局での実際の事例を知りたいといった意見があった。

【考察】参加者は、のべ755名であり在宅訪問薬剤管理指導への関心の高さが伺える結果であった。また、参加者のうち約40%は在宅訪問薬剤管理指導の経験がない薬剤師であり、興味はあるが実施できていない現状があることが推測される。自由記述への記載から、小規模で開催し、実例を情報交換できる場が求められていると考えられる。

公益社団法人地域医療振興協会における医師1週間研修制度の取り組み

木下 順二

公益社団法人地域医療振興協会東京ベイ・浦安市川医療センター

地域の小病院や診療所の医師にとって、知識や技能を磨くための生涯研修の必要性については論は待たないが、日常診療を離れて研修に出る機会を得ることは容易では無い。公益社団法人地域医療振興協会後期研修運営委員会では、協会の運営する各教育病院に依頼をして、病院常勤医、診療所常勤医向けの生涯研修1週間コースを計画した。8病院から計81コースの研修プログラムが提案された。その内容は内視鏡、超音波検査、創傷治療の他、心臓カテーテル検査、末梢血管治療、気道管理などの専門向けプログラムなど多彩であった。2013年度後半より、研修の希望を募り計4名の医師が1週間研修を受けた。

研修制度の概要、研修を受け入れた医師、研修した医師双方からの評価を踏まえて、今研修制度の課題と今後についてまとめる。

U プロセスを用いた信念対立解明アプローチの試み

清水 広久

埼玉成恵会病院外科

【目的】プライマリケアにおいて多職種連携によるチーム医療は重要である。しかし、時として多職種の視点の違いが「信念対立」を引き起こすことがある。これは、同職種どうしても起こり、時には自己の中でも、いくつかの信念が対立を起こすことがある。この「信念対立解明」が多職種にいるチーム医療を行ううえで重要となる。その際に鍵となるのは個々が抱えるメンタルモデルの存在であり、メンタルモデルが対立を深める場合が多い。メンタルモデルは「無意識の前提」とも言え、形だけのコミュニケーションスキルでは解決しない。今回、我々は「U理論」を用いてメンタルモデルを掘り起こし、「信念対立」を解明するワークショップを試みた。【方法】MITのオットーシャーマーの提唱する「U理論」のUプロセスを軸に、メンタルモデルのアプローチを試みた。その際、自己の感情と向き合うためのワークとして、NVC (Non-Violent Communication) や、コルトハーヘンの提唱するリアリスティック・アプローチ、ロバート・ギーガンの提唱するITC Mapなど、いくつかのツールを組み合わせることで、実際に経験した信念対立場面の解明、メンタルモデルの発見を行った。【結果】ワークショップを通じて、多職種連携において「如何に自己と向き合う」事が重要かを各自認識することが出来た、今後、医療現場での「信念対立解明」に役立つことが期待される。【考察及び結論】多職種連携において「視点の違いを活かした（異質性を前提とした）チームビルディング」は非常に重要である。その際に「信念対立」の原因となるメンタルモデルを掘り下げる事で、表面的でない真のチームビルディングとなり、今回用いた「Uプロセスを用いた信念対立解明」のアプローチは有用であると思われた。

ウェブでのブッククラブの手法を用いた遠隔地での生涯学習の試み

三浦 太郎¹ 遠井 敬大² 菅家 智史³¹富山大学富山プライマリ・ケア講座²川崎セツルメント診療所³福島県立医科大学地域・家庭医療学講座

背景：ブッククラブは初等教育の現場で国語の授業として1990年代より普及しつつある手法である。ブッククラブは、課題図書と読む範囲を決めて、複数人で同時に読み進め、その後に読んだ範囲の「印象に残った部分」「疑問・質問」「繋がり」についてディスカッションを行うという方法である。同じ本を様々な人の視点で理解が深まる、価値観が違う他者への理解も深まるという効果が期待されている。当時読み進めたい本があり、ブッククラブの方法で読み進めていきたいと考えていたが、小病院で勤務をしていたため同じような領域に興味のある同僚を得ることが出来なかった。家庭医療専門医制度が出来てから若手医師が診療所・小病院で勤務することも増えてきていることから、同様の思いを抱く方々が全国にいるのではないかと考え、ソーシャルネットワークサービスで呼びかけ2011年から3人でウェブを用いたブッククラブを開始する運びとなった。

方法：読む本は参加者全員が興味を持った本とし、月2回平日2時間開催を継続した。30分で60ページ程度を同時に読み進め、その後内容とそれに派生するディスカッションをすることを継続した。

結果：現在まで8冊を読破している。読んだ本のジャンルは、「チームビルディング」「ソーシャルキャピタル」「教育」「地域看護」など仕事に直結はしていないが一部関係のあるものが多い傾向であった。

考察：ブッククラブに対する振り返りを行い、ブッククラブの効果とされている本の多面的な理解も深まったが、本での内容に絡めてそれぞれの仕事上の問題について議論を深めて行くことが出来ていることが話題になった。webでのブッククラブは本への深い理解を促すのみならず、診療所や小病院で普段診療の悩みを共有することが少ない医師達の生涯学習の一つの方法としてなりうる可能性があると考えられる。今後は、インタビューを進めていき質的に効果を検証していければと考えている。

診療所看護の楽しさと診療所看護師としての成長 ～診療所看護師としてのキャリア形成モデルの作成を目指して～

香取 輝美

東京はくと医療生活協同組合生協浮間診療所

【目的】看護師としての成長や仕事の楽しさは、これまでも様々なところで語られている。本報告では、病院での看護実践を経て診療所看護師となった看護師のキャリア形成モデルの作成を目的に、3年目となった診療所看護師の成長と診療所看護の楽しさの関係を明らかにする。【方法】看護師として病院で7年の経歴後、診療所の看護師として3年目の看護師1名の看護歴の振り返りを言語化し、この看護師が感じている「診療所看護の楽しさ」を分析した。次に、ベナー看護論で述べられている「看護実践の技能を習得するプロセス」を用いて、診療所看護師としての成長と楽しさの関係について整理を行った。【結果】3年目の時点で診療所看護の楽しさは2種類あることがわかった。1つ目は診療所看護実践が「できた」・「できるようになった」という嬉しさからくる楽しさ。2つ目は、診療所看護実践を積み重ねることで学んでいた診療所看護に対する「やりがい」・「充実感」からくる楽しさである。成長と楽しさの関係は、新たに診療所で働きはじめたことにより、新人からスタートした当初は、診療所という新しい環境に対する不安を持っていた。しかし、しばらくすると、病院看護師として蓄積されていた経験を活用して診療所での看護実践ができるようになっており、一人前にまで成長した。そして不安は診療所の看護実践が「できた」・「できるようになった」という嬉しさからくる楽しさに変化していた。更に看護実践を重ねることにより、3年目の時点では、技能を習得するプロセスの中堅レベルまで成長することができた。そして、楽しさは診療所看護に対する「やりがい」と「充実感」へと変化していた。【考察】病院から診療所に移動した看護師は、看護に対する「楽しさ」を支えにして、ベナーが示す新人から一足飛びに一人前・中堅へと成長したと考えられる。このことから、病院で培った看護を基盤にして、「診療所看護が楽しい」と感じられる看護実践の継続が、診療所看護師として成長していく過程において、重要なキーワードになると考えられた。

「チャレンジ！日本の家庭医検定」の試み

竹中 裕昭^{1,2} 巽 純子^{1,3} 竹内 由紀子^{1,4}
三澤 美和^{1,5} 朝倉 健太郎^{1,6} 作 功一^{1,7}
木戸 友幸^{1,8}

¹関西家庭医療研究会 ²竹中医院 ³巽クリニック
⁴竹内医院 ⁵長浜赤十字病院 ⁶大福診療所 ⁷作医院
⁸木戸医院

【背景と目的】日本で育ち、日本のプライマリ・ケアを担ってきた家庭医志向のベテラン、中堅医師は、現在の仕組みの中、多忙な日常業務のため、特定の研修プログラムに所属することは不可能で、生涯教育におけるBrush Upも中途半端な印象をぬぐえない。家庭の事情などで特定の研修プログラムに所属できない家庭医志向の若手医師もいる。その上、海外からの帰国組や新研修制度を受けた一部の医師から心無い発言や対応を受けることもある。そのような中、我々は特定の医局、プログラムに所属しない「研究会」という枠組みを用いて、自分たちのBrush Upを目的に、2010年から毎年1度、「チャレンジ！日本の家庭医検定」という試みを行っている。【方法】毎年、1～3月頃に家庭医療に関する問題を会員より公募し、4月に行われる総会時に時間枠を設け、会員を対象として、筆記形式で検定を実施している。自己研鑽が目的のため、厳格な規定や等級を設けず、全員が解答を終了したのを見計らって答え合わせに移るため、制限時間も設定していない。【結果】チャレンジ！日本の家庭医検定はこれまで、2010年4月、2012年4月、2013年4月に3回行った。3回とも問題数は実質11問、解答は20～30分で全員終了した。問題の中には、模範解答がなく、参加者全員でディスカッションを行い、正解を求める問題も含めた。なお、2011年度については東日本大震災直後であったため、同企画を中止し、ボランティア活動に臨む会員のための研修会を行った。【考察】今回の報告では、全3回の問題を公開し、フロアの皆様と共に、その妥当性などについてディスカッションしたい。また今後、参加者の家庭医療へのモチベーションに対する寄与、有用性などについて、評価することも検討したい。ゆるやかなピア・ラーニングでどこまでできるのか？我々の一つの挑戦を紹介する。

悲嘆援助（グリーフケア）に漢方薬の加味帰脾湯が有効であった1例

山川 淳一¹ 守屋 純二¹ 中橋 毅² 澤田 未央¹
上西 博章¹ 赤澤 純代¹ 小林 淳二¹

¹金沢医科大学総合内科学

²金沢医科大学総合治療学能登北部地域医療研究所

緒言：悲嘆とは、死による喪失から生じる深い心の苦しみであり、通常ただ一人で堪え忍ばなくてはならないものである。死別にかかわる悲嘆はとりわけ、心を強く痛める。患者が亡くなると、遺族は恐ろしいほどの情緒的苦痛を体験する。懸命な蘇生や治療を施しても、死を避けられない場合がある。今回死別による悲嘆に対して加味帰脾湯が有効であった症例を報告する。

症例 36歳 女性 主訴：倦怠感、食欲不振（体重減少）、不眠、抑うつ

既往歴：鉄欠乏性貧血・不妊症

現病歴：平成X年02月、不妊治療の末、授かった長男が脳腫瘍にて他界した。その後、倦怠感、食欲不振を認め多施設にて加療を受けるが改善しなかった。平成X+3年4月に漢方外来受診となった。以前は非常に活発だった。離婚し実家に帰ってきている。

西洋医学的所見 T165cm BW43kg（X年より13kg減）採血上 Hb9.8g/dl 以外は有意な所見なし。漢方医学的所見 質問に対して首を振るだけで話そうとせず、無表情・貧血様顔貌。舌診 淡白色湿潤・無苔 脈診 沈細 腹診 腹力軟弱・右胸脇苦満・心下痞硬・小腹不仁。ツムラ加味帰脾湯エキス7.5g/日を処方した。

臨床経過：治療開始12週後に入眠困難が改善し熟睡感が出てきた。倦怠感も薄れ、日中買い物に行けるようになってきた。人と会話ができるようになってきた。他の子供を見てもイライラ感が収まってきた。体重が増えた（3kg）。

考察：病的悲嘆は死別者の10～15%が陥る。病態として、遷延性の心痛、心理的・社会的機能の低下を招く。この病態に対して加味帰脾湯により病的悲嘆が改善できたものと推察する。加味帰脾湯の出典は「濟世全書」で、元来、胃腸の弱い虚弱な人が過労や心労の結果、健忘症や不眠、神経症状などの症状に加え、のぼせ、ほてりや胸苦しい、イライラする症状が加わったものに用いられる。

結語：グリーフケアにおいては、うつ状態が強い場合には抗うつ剤の使用が必要となるが、加味帰脾湯も一考できる処方として報告する。

妄想に根拠を与えることで治癒した症例ークライアント中心の医療とはー

須田 道雄^{1,2} 尾上 久和² 針谷 佳代子²

¹医療法人弘生堂須田医院

²Dr. 苫米地メディカルコミュニティー

妄想、幻覚、幻聴、幻視などの症状はうつ病、統合失調症や認知症の周辺症状などに伴って生じ、臨床現場でもよく遭遇する。他からみて了解不能な妄想を一次妄想、他からみても了解可能な妄想を二次妄想として区別される。ここでは一次妄想について取り上げる。ひとは多くの記憶の中からの情報を1つに統合したフレームを構成することで認知していることを米国の認知科学者 マービン・ミンスキーは提唱している（The Society of Mind, 1987）。本症例では、自己のフレームが他者のフレームからの情報を得た際に、クライアントが整合性のある包括的な新たなフレームを形成する準備なく、他者のフレームが侵入した状態（フレームの汚染）では、他者のフレームと自己のフレームとの統合がなされていないことから、妄想を生じる可能性を持つというモデルを提案する。クライアント自身の抽象度の高い目標を設定する事で、フレームの汚染を解消し、他者からも了解可能な症状としてとらえ直すことで、妄想が消失するとともにQOLが改善した症例を報告する。医療現場では、症状をもとに専門性の高い科にクライアントの振り分けがなされ治療されるが、クライアント中心の医療とは、クライアントが、より抽象度が高い目標に近づけるような方向性を医師が示し、援助する事にあると考える。症状の背景について目を向け、クライアントと他者との認知の差を解消できる視点に立った医療について考えたい。

高年齢症のレム睡眠行動障害の一例

竹内 暢 三澤 仁 住田 俊和 高橋 麻衣子
玉井 杏奈 杉田 義博 山田 隆司

台東区立台東病院

【症例】86歳女性。主訴：寝言 既往歴：60歳頃 アルドステロン症 現病歴：X-2年前頃に旅行中に寝言を指摘された。その後も家人から寝言を指摘されていたが放置していた。徐々に寝言がひどくなってきたことから、X年6月当院受診した。

身体学的所見：安静時振戦、固縮、姿勢制御反射異常などパーキンソン兆候は認めない、心理検査：HDR-S 30/30、MMSE 30/30、終夜睡眠ポリグラフ検査：rem sleep without atonia (+)、頭部MRI：白質の虚血性変化のみ、橋病変は認めない

経過：ICSD-2の診断基準から、レム睡眠行動障害（以下RBD）と診断した。心理検査としてMoCA、画像検査として、脳血流シンチ、MIBG心筋シンチを実施した後に、PPX0.125ミリから開始した。

【考察】レム睡眠行動障害（以下RBD）は、50-60歳代男性に好発する睡眠時随伴症の一つで、近年はレビー小体型認知症などの α -シヌクレオパシの前駆症状と考えられるようになってきている。一般外来では、高齢者は認知機能の問題は取りこぼしは少ないと思われるが、睡眠障害の問題については看過されることも多い。RBDについても、80歳以降で更に女性では報告例も少ないことから心理検査、終夜睡眠ポリグラフ検査、画像検査や経過の詳細も含め、学会当日には報告したい。

食事による尿中カテコラミン偽高値を伴った偽性褐色細胞腫の1例

五十野 桃子¹ 藤原 和哉² 片山 皓太¹
御子柴 卓弥¹ 野牛 宏晃² 徳田 安春¹

¹筑波大学付属病院水戸地域医療教育センター・茨城県厚生連総合病院水戸協同病院

²筑波大学付属病院水戸地域医療教育センター・茨城県厚生連総合病院水戸協同病院内分泌代謝糖尿病内科

症例は69歳女性。来院1カ月前から両下腿冷感を自覚し、来院3週間前に動悸を伴う収縮期血圧200mmHgの血圧上昇を認め、救急外来を受診した。2日後に内科初診外来を受診した際に、尿中アドレナリン57.0 μ g/l、尿中ノルアドレナリン1290.0 μ g/l、尿中ドパミン17856.0 μ g/lと高値であり、また腹部単純CTで傍下行大動脈腫瘍を認めたため、褐色細胞腫および傍神経節腫瘍が疑われ精査目的に入院した。入院後に繰り返し測定した血中および尿中カテコラミン分画、尿中メタネフリン分画に有意な上昇は認めなかった。また傍神経節細胞腫の精査目的で施行した123I-MIBGシンチグラムや造影MRI、F-18 FDG-PETでも異常集積や造影効果を認めず、傍神経節細胞腫の可能性は極めて低いと評価した。病歴の追加聴取により、夫から抑圧的な態度を受け多大な精神負担があることが分かり、また諸検査で褐色細胞腫を示す所見がなかったことから、偽性褐色細胞腫と診断した。さらに、バナナ、野菜ジュース、チーズを毎日摂取する習慣があり、初診時に認められた尿中カテコラミン上昇は精神的ストレスに加えて、食事の影響があったと評価した。確認のため施行した負荷試験では、野菜ジュース200ml、バナナ1本摂取後、尿中カテコラミンは一過性に上昇した。本症例は褐色細胞腫に類似した症状を有する高血圧発作と、食事による尿中カテコラミン上昇が重複したために褐色細胞腫との鑑別に難渋した症例であった。偽性褐色細胞腫は、比較的稀な疾患であるが、精神負担が背景にあることが多く、心理的介入や薬物療法の有効性が確立しているためプライマリケアの領域において重要であると考えられ、文献的考察を加えて報告する。

メンタルヘルス領域の困難事例2例の検討

藤谷 直明 松下 明

社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 奈義ファミリークリニック

プライマリ・ケアの外来を訪れる患者の30～40%はメンタルヘルス領域の問題をもっていると言われており、この領域への対応能力は不可欠である。この際には適切な距離をとることが大切であるが、この領域の患者の中には適切な距離を取ることが難しく、対応に苦慮する症例がみられることがある。しかし、このような問題への対応について記載された文献は少ない。今回、メンタルヘルス領域の症例において対応が難しいと感じた症例を2例経験したため報告する。

症例：中等度知的障害と統合失調症の合併例と双極性障害と知的障害の合併例の二例。精神科との連携：ともに併診。対応に困難さを感じた理由：コミュニケーションの困難さ、頻繁な受診、頻繁な電話連絡、脅し。適切な距離を取れなかった原因：一例は転移があったことが予測され、もう一例では前主治医が金銭トラブルを解決し、電話連絡への対応もしていたことから、担当した時点で近い距離を要求されていた。医師や診療所側の要因としてはグループ診療だったが患者の希望にそってほぼ毎回主治医が診察したことや電話対応も主治医が行っていたこと、問題となつてからもルールの設定が遅れたことが挙げられる。対応：管理者から話をする、看護師と診察を行う（普段、当院では患者と医師のみで診察を行っている）、電話連絡・受診に制限を設ける、ピアレビュー、スタッフと頻繁にやり取りを行う、家族・精神科・保健師と連携。

このような症例においてはこちらのできることを明示し診察のルールを作ること、転移・逆転移に注意すること、家族や多職種との連携、主治医や関わるスタッフの心理的・感情的サポートが大事であると考え。また、患者の問題への対応能力の強化よりも問題解決に焦点を当てた診療は困難事例となった原因の一つかもしれない。

なお前者については多職種での振り返りも実施予定であり、発表当日はこの内容も含め報告する。

10年がんばって在宅&特養死亡が5割を超えましたが、それは一つの指標にすぎません

東條 環樹

北広島町雄鹿原診療所

広島県の山間僻地に位置する診療所に赴任したのが2001年の春。対象地域に入院施設は無く、病状が進行するとたとえそれが終末期であっても住み慣れたふるさとを離れて病院に転出するしかない住民の姿に無力感。地域でプライマリケアを提供するとは？自らの存在意義は？自宅死までを視野に入れた在宅医療の構築が自分の使命と、若気の至りで血迷う。苦惱期：絶対的な知識と経験不足。熱意はあるがほとんど空回り。しかし徐々に理解者が現れる。実践・醸成期：西洋医学と自らの限界を悟り、多職種連携の必要性を痛感。チームで動けば多様なニーズにすなやかに対応でき、チームのスキルが上がることで個々の負担や疲労を軽減しつつ、良質なアウトカムが得られることを経験。発展期：住民への death education、他施設への働きかけ、協働。それにより地域が変わっていく過程を肌で感じ、モチベーションが上がる。外部への発信、より広域（県～国レベル）な事業への参画。医療現場に於いてひとつの取り組みが完成したと満足することは危険である。背景となる社会は常に変化し続けており、現状維持はしばしば退歩を意味する。プライマリケア医たる者、常に前進しつづけなければならない。

地域マラソン大会医務室における多学部／多病院 ／多職種連携の実践と研究

中村 浩士 安部 真彰 田口 昭彦 福田 吉治

山口大学医学部地域医療推進学講座

【背景】近年の市民マラソン大会の大規模化や、競技者の年齢や経験の幅の拡大に伴い、競技中の心事故発生のリスクが増大している。一方で、地域医療における医療崩壊や医師不足も影響して、マラソン大会の様な大規模催事における医療支援や危機管理は十分に機能していない。【目的】地域マラソン大会医務室において、多病院ならびに多学部大学生を含む多職種で救護ボランティアをすることで、地域貢献と医学教育を実践することを目的とした。【方法】山口県内における大規模市民マラソンとして、①下関海響マラソン（約1万名）、②萩城下町マラソン（約4000名）、③錦帯橋ロードレース（約4000名）を選定した。次にBLSの講習会を大学内および地域病院において予行し、ボランティアを選定した。マラソン大会における医療の確保と心事故防止を目的として、地元医師会・医師・教員・行政職などの多職種と、ボランティアの大学生が一緒にチーム連携した“医務室ボランティア”を組織することで、大規模マラソン大会における心事故防止のための安全策とあり方を検討した。【結果】第13回萩城下町マラソンにおける医務室利用者は13名であり、第14回では26名であった。第7回錦帯橋ロードレースは25名であった。特に13回萩城下町では、気温が低かったため3名の低体温症が搬送された。全大会における心停止事故は無かった。下関海響マラソンは解析中である。【考察】医務室ボランティアという、多学部学生を含む多病院・多職種連携の新しい組織を結成した。主体はあくまで各地域の医師会であるが、心事故防止につながる新たな取り組みを展開することができた。本取り組みを推進することで、多学部／多病院／多職種で大規模に救護実技を学び実践することで、地域マラソンの安全性に大きく寄与することが期待された。

東栄町運動器検診から見た高齢化した地域の人口減少の検討

丹羽 治男 神谷 庸成 夏目 忠

東栄町国民健康保険東栄病院

【目的】東栄町運動器検診の結果から、高齢過疎化した地域の運動器機能の現状、地域社会へのかかわり、人口減少との関連を検討する。【方法】東栄町運動器健診は平成24年6月から12月に東栄町住民健診と同時に実施した。対象者は要介護認定を受けていない東栄町に在住する50歳以上の住民で、文書による同意が得られたものとした。健診では、問診、診察、レントゲン撮影を実施し、今回の検討ではココモ診断ツール（ココモ25）、一般住民における地域社会への態度尺度（以下態度尺度）を用いた。2002年から2012年までの集落別人口の推移は住民基本台帳を用いた。【結果】期間中に697人が運動器検診を受診し、694人を検討の対象とした。ココモ25は年齢が上がるるとともに上昇傾向にあった。態度尺度では積極性については年齢とともに減少、協同志向性については年齢による変化は見られなかった。ココモ25と集落別の人口減少との関連が見られた。【結語】地域の中で活動性の高いと思われる地域住民が運動器機能維持することより地域社会への積極性が増し、人口減少の抑制、さらには最上位の目標である地域の存続に寄与する可能性が考えられた。

プライマリ認定薬剤師が考える10年後の薬局とは？

小見川 香代子¹ 川末 真理² 高橋 直子^{3,4}
坂口 真弓^{5,6}

¹(株) アップルケアネット ²アップル調剤薬局
³南薬剤師会センター薬局 ⁴奈良女子大学大学院
⁵みどり薬局 ⁶千葉大学医学薬学府

【緒言】医薬分業が始まって以来、調剤に重きを置く薬局が増えてきた時代を経て、近年再び地域へ根差した薬局へと変化しようと、薬剤師の活動は多様化している。しかしながら「薬局は薬を渡すだけの場所」「薬剤師は薬を袋詰めしているだけ」というイメージも未だあり、薬剤師が思うほど、社会的にはその仕事内容について理解されていない現状がある。

【目的】薬局及び薬剤師の業務を国民に理解してもらい、10年後にも、地域の中で信頼され、生き残れる薬局の姿を考える。

【方法】2013年11月4日に開催されたプライマリ・ケア認定薬剤師研修会において、「10年後に生き残れる薬局・薬剤師」の姿をワークショップを通して検討した。参加者は薬剤師80名、20グループに分けて行った。1回目のSGDでは、自由に想像できる限りの未来の薬局像をグループワークでアイデアを共有し、さらに具体化するため2回目のSGDでは、BMG (Business Model Generation) を使ったワークを行い、発想から実践に近づけた活動の構築を目指した。

【結果】患者のみならず、すべての人々を対象に考えているグループが多かった。また、活動については、「交流」「一生涯」「気軽さ」「楽しさ」といった価値に基づいた食事・栄養・運動・検査・保険など、より生活に密着したサポート態勢の構築を考えるグループが多かった。パートナーとして、医師・ケアマネージャーなど医療や福祉関係者のみならず、農家や調理師、デザイナー・広報担当者など多岐にわたった発想もあった。

【考察】「薬局は地域に欠かせない場所」であるために、自由なアイデアから、プロダクト作成までの結果をふまえて、未来の薬局のあり方を、具体的実践活動まで考えていくことは重要なことである。混沌とした考えの中から、グループダイナミクスの効果により一定の方向性を見いだすことができた。今後は、プロダクト実現に向けて進めていきたい。

薬剤師の居宅療養指導についてのアンケート報告

相馬 渉¹ 石川 隆之² 木村 匡宏³

¹ファルマ藤代薬局 ²ファルマ弘前調剤センター
³ファルマ黒石薬局

当社では居宅療養管理指導の拡大を方針に掲げ、2008年に在宅推進委員会を立ち上げて医療・介護活動を進めてきた。2013年9月には今後の方向性を確認する意味で、地域施設の現状と課題を抽出して分析することを目的とし、弘前市・平川市・五所川原地区等の施設へアンケート調査を実施した。方法：グループホームは自治体ホームページ、高齢者施設は青森県のホームページから抽出した。発送：162件（郵送144件、手渡し18件）回収件数は40件、回収率は約25%。回答した施設の半数以上は門前薬局等から薬が届けられていた。また、直接薬局から薬を持ち帰る方の薬局での待ち時間は46分以上が2件あった。薬の服薬管理・服薬介助ともに介護職の関わりが多く、薬に関する困り事としては、回答数の57.5%以上が「複数の医療機関の薬を服用毎に整理すること」を選択した。飲み合わせや副作用を考えると、医療機関に近い薬局が便利で効率的ではあるが、かかりつけ薬局を決めて薬の管理を一本化することの意義を薬学的な観点から伝えていくことが必要である。薬の整理もそれぞれの患者様に合った形で提案できるのが薬剤師であり、飲みにくいお薬は剤形変更を提案することもできる。もっと薬の専門家として活用して欲しいと考える。多くの施設で薬の管理や服薬介助に介護職が関わっているが、副作用など薬にはリスクがあることを薬剤師から伝えていくことが必要である。当社が行っている無料の出前講座を活用し、施設の職員や利用者様にお薬に関心をもっていただくこと、日頃からの疑問に答え、身近な存在としての薬剤師の職能をアピールしていく必要があることが明確となった。まずは、施設との信頼関係を築きあげることを重要視し、回答を得ることのできた施設へお礼を兼ねた訪問を実施し、その中から施設が抱えている悩みを知ることが出来た。

名古屋記念病院総合内科における紹介患者の現状

露木 涼子 立松 充好 草深 裕光

名古屋記念病院

【背景】当病院は名古屋東南部に位置し300床を有する中核病院であり、内科系専門科として、総合内科、循環器内科、呼吸器内科、消化器内科、内分泌内科、神経内科、腎臓内科が常設されている。他医療機関から総合内科への紹介患者を検討することで、地域から求められている役割を考察する。

【方法】対象は2012年1月1日から12月31日の1年間に当科を紹介受診した患者とし、年齢・性別・主訴・経過を後ろ向きに分析した。紹介状の宛先が内科や未記載であるものは含んでいない。主訴は紹介状から抽出し、プライマリケア国際分類第2版(ICPC-2)により分類した。

【結果】対象患者数は186名(男性83名、女性103名)であり、年齢は平均63.26歳(15-99歳)。紹介元は94%が診療所、6%が病院であった。主訴数は計362件、平均1.95件あり、ICPC-2の要素の内訳は「症状と愁訴」が272件、「診断と疾病」が78件、「診断行為」・「治療行為」が12件であった。臓器別上位は、全身・部位不特定31.5%、神経12%、呼吸器11%、内分泌・代謝・栄養10%であった。項目は95種あり、発熱14%、異常結果の精査7.7%、食欲低下6.4%、倦怠感3.6%が上位であった。受診後の経過は、入院59名、外来通院6名、他専門科へ紹介25名、96名は1~4回の診察後に終診となった。「診断と疾病」が主訴であったのは65名であり、主訴が単一であったのは15名のみ、50名は複数(平均2.42件)であった。

【考察】診療所などの受診後も症状・愁訴の原因が分からず各専門診療科に分類困難な患者、診断に至っても複数の病態を合わせ持つなどで精査がさらに必要な患者が当科に紹介されていると思われる。主訴は多岐にわたっており、入院や各専門科への紹介の必要性を判断し、診断・治療行為を適切に行っていくことが求められる。

自然資産豊かな医療過疎地における医療モデルの一例

山本 竜隆

朝霧高原診療所

医療過疎地対策がさまざまな形で取り組まれているが、朝霧高原診療所での活動に関しては2011年の当学会でも報告したとおりである。今回は、地域医療型の朝霧高原診療所に加えて、滞在型施設「富士山静静養園」を開設し、地域の活性化や雇用の創出などに向けて、より積極的に活動しているので報告したい。

地域で約50年ぶりの医療機関となる朝霧高原診療所では内科、皮膚科、小児科、漢方内科を標榜し、午前中は外来診療を、午後は往診や在宅医療、産業医活動などを行っている。このような受動的で治療型の従来医療から、より能動的で予防・養生的な医療への移行、さらに健康を、環境や社会情勢なども考慮した地域の有り方として発展するために、地域の自然資産を活かした、自然体感・滞在型施設「富士山静静養園」を開設した。これによって、治療を通しての地域貢献と、地域活性を通しての地域貢献という両輪を進めていくことができると考えている。このことは、オタワ憲章やヘルシーシティーの概念に合致し、社会問題となっている医療過疎問題の解消、さらに看護師の確保やモチベーションの維持など、多くの点で有益ではないかと考えている。

筆者が米国アリゾナ州のアリゾナ大学医学部統合医療プログラムを修了してから10年以上が経過したが、統合医療の範疇とは医療機関を超えた幅広い視点・人的資源を用いて行う医療である。そして朝霧高原診療所および関連施設での活動と、プライマリケアの概念・目的には多くの共通性があると同時に、医療過疎地と言われている多くの場所こそできる、“一つの形”があるのではないかと考えている。この活動が、統合医療やプライマリケアの発展のみならず、本邦で社会問題となっている地方の医療、医療過疎地の医療を解決する一つの切欠になればと希望している。

大学附属医療センター外来から在宅看取りまで担当する地域診療

石野 秀岳^{1,3} 時田 和彦^{1,3} 山脇 正永^{2,3}

¹京都府立医科大学附属北部医療センター地域医療学

²京都府立医科大学総合医療・医学教育学

³伊根町国民健康保険伊根診療所

京都府は比較的医師数が多い府県であるが、これは府内平均であって、京都市内とその他で医療格差が非常に大きい事が問題となっている。特に京都府北部地域では医師不足が叫ばれて久しい。伊根町は過去何回か無医町の時代もあった。2013年3月町内唯一の常勤医師が退職し後任常勤医の応募にも募集が無かったが、近隣の京都府立医科大学附属北部医療センターから医師派遣を受けることで診療を継続している。大学付属病院が僻地診療を支えるだけと捉えがちだが、派遣される医師側にも得るもの大きい。大学病院勤務では専門性に特化した医療となりがちだが、急性期病院診療と同時に僻地医療を行う事で、外来から入院そして在宅まで継続性がある幅広い医療を経験出来るというメリットもある。また僻地医療は、医師の離職問題や医師本人の健康問題等により無医村になるリスクが常にあるが、大学附属病院と提携することで将来にわたっても安定した地域診療を継続出来る見通しを立てることが出来る。

医師個人の診療体制からみると、京都府立医科大学附属北部医療センターで一日20名の新患外来、同じく20名の再診外来（週2日）、一日あたり10名前後の入院加療を行うと同時に、診療所所長としても外来診療、往診、特養施設嘱託医として従事できる。更に病院では感染対策委員として院内重症感染症への介入も幅広く実施している。これまでの医師キャリアでは同時には行い難い職務を並行して経験可能で、かつ大学病院の援助を受けながら実施することができ、魅力的な職務環境として提供出来ている。

患者からすれば、在宅で診ていた主治医がそのまま急性期病院の入院主治医となり、特養入所時にも嘱託医となることで一貫した治療が受けられるメリットがある。

2013年度より始まったばかりではあるが、地域、医師個人、患者ともに利点がありかつ継続性のある地域医療を支える一つのモデルとして提案する。

保険薬局における管理栄養士の取り組み—地域での1次予防に向けて—

石和田 光¹ 松下 明² 小川 壮寛¹ 守安 洋子¹
遠藤 功¹ 高橋 正志¹

¹株式会社マスカット薬局

²社会医療法人清風会岡山家庭医療センター奈義ファミリークリニック

【はじめに】平成27年には団塊世代が全員前期高齢者となり、10年後には団塊世代全員が後期高齢者となるいわゆる2025年問題が存在する。そのため、第2次健康日本21には予防の段階から生活習慣を見直し、健康寿命の延伸および健康格差の縮小の実現に向けた行動が盛り込まれている。保険薬局においても医療機関との積極的な連携のもと、地域への健康増進およびセルフメデュケーションの推進など様々な取り組みを行っているが、その報告はまだ少ない。そこで、保険薬局の管理栄養士による地域への1次予防を中心とした活動を始めたので報告する。

【方法】地域の現状、第2次健康日本21および地域健康増進計画などの情報や理解の不足、および知識不足のため、医療機関や岡山栄養士会、地域の行政と連携を行い情報共有を行った。さらに栄養ケアステーションによる「在宅における栄養・食生活支援システム構築事業」へ参加した。また、保険薬局から地域での健康づくりなどの情報共有を行った。

【結果】医療機関や岡山栄養士会と積極的な連携を行い、情報共有を不定期ではあるが継続することとなった。栄養ケアステーションでの事業では2度の研修に参加した。地域での健康づくりではサロンでの講演会を行い、今後も継続することとなった。また、行政より地域における健康づくりや疾病予防活動での利用可能資源として認められた。

【考察】これから団塊世代による急速な高齢化を迎えていく中で1次予防の重要性は注目されており、中でも地域住民の食生活を改善していくことは健康増進や疾病予防の効果が高いと考えられる。今回の管理栄養士による活動の中では、様々な課題が山積しており、今後、これらの課題を1つずつ解決しながらより具体的な活動につなげ、さらに取り組みを続けたい。また、医療機関や岡山県栄養士会との連携により、チームの一員として1次予防活動の中から早期の受診勧奨が行えるような活動にしていきたい。

災害時のプライマリ・ケア医の役割
 –東日本大震災における福島県での医療支援の経験から–

吉田 孝司^{1,2}

¹医療法人むつき会大槻内科小児科クリニック

²福島県民の健康長寿を本気で考える会

演者は福島県に在住し「東日本大震災」を経験したが、プライマリ・ケア医として福島県内における避難所巡回診療による医療支援を行った。東日本大震災により、地震、津波、原発事故、風評被害の四重苦が未だに福島県民を苦しめているが、震災が発生して間もなく原発事故が続発し、原発周辺住民はやむなく「とるものとりあえず」の状況で県内外あちこちの避難所に分散して避難し、苦痛に満ちた生活を強いられていた。そこで、演者は日本プライマリ・ケア連合学会の協力を得ながら、彼ら「避難民」に対する支援活動を行った。単に持参薬を提供しただけではなく、多職種従事者の連携による医療提供体制、さらに薬剤師の全面的な協力による薬剤処方・配達システムを構築した。さらに、心のケアや感染症対策などにも尽力した。演者はこれらの経験を通して平素から危機管理意識を持ち、地域医療における連携・ネットワーク体制を構築しておくことが重要であると提唱している。

一人暮らしの離島住民を島で看取る試み
 ～小規模多機能居宅施設との連携の重要性～

田原文¹ 松田 孝江¹ 根川 節子³ 本村 和久²

¹沖縄県立中部病院附属津堅診療所

²沖縄県立中部病院 ³地域支援ホーム津堅いこいの家

【目的】離島地域において最期まで島で暮らすことを希望する高齢者が多く、一人暮らしの離島住民の島での看取りは難しいのが現状である。人口約500人、外海近接型離島である津堅島で、島内の診療所と小規模多機能居宅施設（以下、小規模多機能）が協力して、一人暮らしの離島住民2名の看取りをおこなったので報告する。

【事例1】92歳男性、膵癌、子供らは沖縄本島に在住、独居であったが、膵癌の診断を契機に小規模多機能へ入所した。12ヶ月間小規模多機能で過ごし、最期まで看取る予定であったが、死亡する1週間前に、全身状態が悪化し、本人が強く帰宅を希望した。家族は初め帰宅を渋っていたが、死期を察し、本人宅へ連れて帰った。診療所と小規模多機能の訪問支援を受けながら、最期5日間は家族が主に介護をおこない、自宅で家族や隣人と過ごした。

【事例2】93歳女性、S状結腸癌、独居、家族は孫が4名沖縄本島にいますが、年に1回会う程度であり、生活は小規模多機能への通所や隣人に頼っていた。死亡する3ヶ月前、嘔吐と発熱で入院したところ、2年前に手術したS状結腸癌の腹腔内再発を認めた。治療困難であり、解熱とともに退院となったが、独居が難しいため、小規模多機能で過ごすこととなった。小規模多機能では、食事や介護を工夫し、職員と一緒に島で生活してきた入所者や通所者とのふれあいを大切にしながら、看取りから死後のケアまでおこなった。死後、家族が来島するまで遺体は居室に安置し、小規模多機能入所者も本人と最期のお別れをすることができた。

【考察】

一人暮らしの離島住民を初めて島で看取った。島内の医療福祉資源は限られており、島での看取りはまだ困難な状況にあるが、小規模多機能などにある資源と住民が協力しあうことで、一人暮らしでも最期まで島で暮らすことが可能であった。今後も地域の資源を有効に活用し、島民のニーズにあった終末期医療をさらに充実していきたい。

Evening Star project ~ Asset Mapping による 単身高齢者への文化的理解と地域連携の取り組み

寺田 豊¹ 梅前 ちひろ² 児玉 志織¹ 泉 京子^{1,2}

¹北海道勤医協家庭医療センター

²北海道勤医協月寒ファミリークリニック

【目的】 Evening Star project とは、北海道の地域での単身高齢者が幸せに暮らすためのプロジェクトである。Evening Star とは日本語で「一番星」、このプロジェクトでは「一人暮らしでも輝いて過ごせる高齢者」を意味する。2011年当クリニックの多職種で地域に住む単身高齢者に聞き取り調査を行った。その結果、3つのC (coping; 対処, connection; つながり capability; 能力) が抽出された。今回は『connection、家族や社会とのつながり』を起点とし、地域の高齢者が通うコミュニティに参加し聞き取り調査の取り組みを報告する。

【方法】 高齢者の文化的システムの取り組みに参加観察を行い、地域の高齢者資源 (Asset) を徹底的に調べる Asset Mapping を実施した。

【結果】 connection を支える要因として 1 .pride; 自主的に学ぶことで得る誇りや今を生きる力としての誇り、 2 .place; 集まる場所があることという2つのPが抽出された。

【考察】 今回の調査から地域に住む高齢者は病や障害を抱えつつも文化的な活動を独自に展開し、そのことが高齢者の3Cを支えていると考えた。さらに地域の高齢者を「何かを創りだすことができる集団」として見方を変えることで「手を差し伸べる」ではなく「手を貸してもらおう」立場となりうる。地域志向のプライマリケアの視点から、地域診断や、健康問題把握などの包括的アプローチを行う。その際に医療者がその意識変化に気づき、集団に対する見方を変えることが重要であり、そのことが capability approach (A.Sen, 1998) にもつながるものと考えられた。

【結論】 高齢者の地域とのパートナーシップ形成において高齢者の文化的理解はプライマリケアとして重要な視点であり、Asset Mapping はそのための有用な手法となりえる。

総合病院における総合診療体制の充実を目指して ~総合診療チーム『チームG』の活動~

東原 和哉 今井 健二郎 楢崎 容史 板谷 美穂
清水 秀文 森下 慎二 溝尾 朗 谷口 茂夫
関根 信夫

JCHO 東京新宿メディカルセンター

当院は東京都心に位置し27診療科、520床を有する急性期総合病院である。高齢化に伴い身体的・社会的に様々な問題を複合した入院患者が増加し、専門領域以外にも多くの知識が必要とされる機会が多くなった。当院では伝統的に各専門家が専門領域以外もカバーしていたが、総合診療体制をより充実させるために2013年4月に消化器・循環器・呼吸器・糖尿病内分泌内科及び救急科スタッフ、内科系後期研修医、初期研修医からなる総合内科チーム (通称『チームG』) を創設した。『チームG』で担当する症例は不明熱や意識障害、食思不振などの診断が未確定なものから髄膜炎・尿路感染症などの感染症、レスパイトも含めた社会的入院まで多岐にわたる。チーム全員で毎日ミーティング・回診を行い、ベッドサイドでの診察、治療方針のdiscussionを通して症例の共有を行っている。各科スタッフが主治医、後期・初期研修医が担当医となり、入院が長期化する例に関しては、診断がついた段階・状態が落ち着いた段階・社会的調整の目途が立った段階で主治医となったスタッフの診療科に転科し入院を継続することとしている。初期・後期研修医の診察・診断能力の向上に加え、社会的背景も含め総合的に患者を診るトレーニングになると同時に各科から参加しているスタッフも他科の知識をbrush upする良い機会となっている。まだまだ創設されて1年と未熟なチームで改善する点や反省点もあるが、チーム全員で充実した日々を過ごしている。新たな診療科を増設せず、既存の診療科でチームを編成するという総合診療の新たな形であり、総合診療を充実させようとする病院の参考になれば幸いである。

へき地の医療に灯をともし ～山口県立総合医療センターへき地医療支援センターの取り組み～

原田 昌範 林 賢正 宮野 馨 吉田 奈緒美
中嶋 裕 岡村 宏

山口県立総合医療センターへき地医療支援センター

山口県（人口約145万人）の高齢化率は、約30%であり全国より約10年進んでいる。法律で定められる「へき地」は、県土の約60%を占め、約215,000人（15%）が暮らす。21の有人離島や中山間地域の多くは、高齢化率が50%を越え、医師も不足し、未だに十分な医療や福祉が届いているとは言い難い。

当院のへき地医療支援センター（2013年設置）のミッションは、山口県のへき地に医療と安心を届け、地域社会を守ることである。当センターの取り組みを紹介する。当センターは、へき地医療の経験を有するまたはへき地医療勤務を希望する医師で構成される。（平成26年4月現在：プライマリ・ケア連合学会指導医5名含む8名が在籍）

① 医療支援：

常勤医が確保できない離島や山間部に巡回し診療する（巡回診療）。へき地診療所に勤務する医師の研修や休などに代わって診療する（代診）。2013年度からへき地（萩市・長門市）に新設された休日夜間診療センターの支援を始めた。2014年度から入院医療機関のないへき地住民の緊急入院に対応する「へき地医療支援ベッド機能」を開始する。

② 仕組みづくり：

山口県地域医療推進室（県行政）の一員として、へき地を抱える各市町村の担当者、へき地医療機関のスタッフそして住民の声を聞き、へき地医療をチームで支える仕組みを目指す。「へき地医療支援機構等連絡会議（厚生労働省）」に出席し、「へき地医療専門調査会（山口県）」を企画し、「へき地保健医療計画」を策定し、実践する。

③ 「へき地」をフィールドとした次世代の育成：

医学生対象の「地域医療セミナー」や当院初期臨床研修医対象の「地域医療研修」をへき地で実施する。また、2012年度からへき地医療機関と連携し、へき地勤務を義務とする自治医大や地域枠等のキャリア形成にも対応可能な「長州総合医・家庭医養成プログラム（学会認定）」を設置し、現在3名の専攻医が在籍する。また、当センターをプール場所として、へき地の義務勤務中や義務勤務を終えた医師を対象としてサブスペシャリティ等のキャリア形成支援を行っている。

葬儀 NPO と地域の文化センターと協同して行った 地域住民に対する「終活」講座

平山 陽子¹ 大賀 美弥子² 石塚 有宏³
石塚 信宏³ 半谷 睦美³

¹東京はくと医療生活協同組合王子生協病院

²（株）旺栄（東京都北区立文化センター指定管理者）

³NPO エンディングコミュニティ縁生舎

【背景】近年、高齢者を対象にさまざまな「終活」が行われているが、医療福祉関係者あるいは葬儀関係者が単独で行うことが多かった。一方で、高齢者の興味は終末期医療だけでなく死後の葬儀についても及んでいる。今回、葬送支援活動を行っている NPO「縁生舎」と区立の文化センターの指定管理者と協同して人生の回顧から終末期医療、死後の葬儀に至るまでの包括的な「終活」講座を行ったのでここに報告する。

【方法】

場所：東京都北区赤羽文化センター

日時：平成25年9月10日、24日、10月8日、22日の4回

それぞれ午前10時～12時までの2時間

対象者：東京都北区在住、在勤、在学の一般市民 参加者 約30名（50～80代の男女）

講座の形式：レクチャーとグループワークを組み合わせたワークショップ形式

それぞれの内容は以下の通り

第1回：オリジナルノート「わたしの歩んだ道」を用いて自分の人生を振り返る（家系図や自分の年表を作る作業）担当：葬儀 NPO 職員。

第2回：「もしものときに備えて（緊急対応ノート）」を用いて意思表示ができなくなったときに備えて、緊急連絡先や受けたい医療、葬儀の内容などを書いておく。担当：葬儀 NPO 職員。

第3回：「終末期医療について」人の亡くなり方の3パターン（がん、老衰、臓器障害）について実際の患者さんのケースをもとに学び、自分の理想の最後について話し合い、最終的に事前指示書に記入してみる。担当：医師

第4回：「変わっていくお葬式とお墓」昨今の葬儀やお墓のあり方について学び、自分らしい葬送について話し合う。担当 NPO 職員

【結果】演者は第3回を担当した。参加者に事後に行ったアンケートでは全ての者が事前指示書の必要性を感じていた。人生の振り返りや緊急時の対応について話し合ったあとに事前指示書を学ぶことで多くの参加者が自分の死について抵抗なく考えることができたものと考えられる。

地域連携・病診連携へのアプローチ 病棟訪問の報告

錦織 麻紀子 澤田 いづみ 大岡 淑美
小島 真由美 中井 稲穂 関口 恵美 早川 道代

ファミリークリニック仁和診療所

【背景】京都市にあるファミリークリニック仁和診療所は、紹介患者の入院先の病院に患者訪問を行っている。2011年から継続して行っている取り組みであり、診療所スタッフ・患者・関連病院のスタッフの声から今後の課題も見えてきた。当院では、患者訪問の事を「病棟訪問」と呼んでおり（以下 病棟訪問と記載）その紹介と関係者からの意見・反応をまとめたのでここに報告する。

【方法】病棟訪問の手順であるが、①日時は毎週火曜日の14時前後から16時前後まで②参加者は診療所医師・看護師で時に事務職員も同行する。③訪問する病院は、診療所の関連施設である京都民医連中央病院を中心に、患者の入院先の病院。④病院の地域医療連携室に患者の訪問が可能であるか問い合わせ、可能であれば訪問する。平均訪問患者数は10名前後/回である。診療所スタッフ・患者・病棟スタッフから病棟訪問への意見を調査した。

【結果】診療所スタッフからは、退院前の患者の病状把握をする事で在宅での投薬やサービス内容への変更が容易になったという意見が聞かれた。患者からは訪問を歓迎する・感謝するという好意的な声が聞かれた。病院スタッフからは、診療所の病棟訪問を知らなかったという意見や「患者にとってなじみの診療所の訪問は入院生活の張りになる」といった感想も聞かれた。また、入院前の患者のADLやデイサービスでの様子、家族関係を知りたいという意見も聞かれた。

【考察】病棟訪問は診療所の業務時間内に定例化しているので継続できている。診療所スタッフは、訪問診療・病棟訪問・退院後の訪問診療と継続的に患者を診る事でやりがいを感じている。病院スタッフからは、退院後の生活を考え、入院前の患者の日常生活状態を知りたがっている事が伺えた。病棟訪問は今後も続けたい活動であり、診療所全体で取り組んで行きたい。

保育所スタッフに対する健康維持の取り組みと園医への期待についての意識調査

藤原 和成^{1,2} 藤原 悠子^{1,2} 高橋 賢史^{1,3}
渡部 満^{1,2} 坪内 知子^{1,3} 小松 泰介^{1,3}

¹出雲家庭医療学センター ²大曲診療所 ³出雲市民病院

【背景】大曲診療所が園医を務める保育所は1つであったが、2012年度よりさらに2つの保育所の園医を担うこととなった。対象となる園児数は以前の45名から230名へと大幅に増加した。しかし、従来の園医としての関わりは年2回の保育所健診程度であり、積極的な介入や健康増進などに結びついていない実態があった。そこで、園医として健康増進へのかかわりを進める端緒として、保育所における健康の取り組みや、園医がどのような役割を期待されているのかについて、保育所スタッフの意識を調べてみることにした。【目的】大曲診療所が園医を務めている3つの保育所での健康管理の取り組みと、困難を感じている点、園医に対してどのような役割を期待しているかを調査し、今後の具体的な介入や役割づくりに役立てることを目的とした。【方法】大曲診療所が園医を務めている3つの保育所の全スタッフ74名を対象とする、無記名自記式質問用紙による横断研究を行った。質問は、園での健康への取り組みと園医の役割についての質問とし、回答は選択式回答と自由記載の両方とした。各回答の内容から、園での健康の取り組みや問題点、園医への期待を評価した。【結果】対象とする保育所スタッフ74名のうち60名からの回答を得た（回答率81.1%）。内訳は、保育士が41名、調理担当が8名、看護師3名、園長・主任4名、その他・無記名が4名であった。【結論】保育所における健康への取り組みは、現在の健康の維持・増進だけでなく、成長過程にある園児の食習慣や生活リズムの確立など、今後の園児の生活や発達を意識したものであることがわかった。困ったこと、取り組みたい内容からは、インフルエンザなどの感染症への対策・対応、発達障害児への対応などが重要な課題と考えられた。園医への期待や関わり方については、気軽に相談できること、保育所の方針や保育についての理解を求める意見などが求められた。

中・小病院の総合診療医が、大病院と地域をつなぐ役割における有用性についての考察

内堀 善有 木下 喜光

阪南市民病院救急総合診療科

阪南市民病院（以後、当院とする）は、大阪南部の対象人口約10万人である急性期病院（145床。リハビリテーション病棟（42床）含む）である。2013年12月現在で、医師数19名であり、その内、救急総合診療科は、入院を担当しない院長を含め、5名である。当科は、2013年10～12月の3か月で、他の急性期病院から17名の転院依頼に対応した。背景として、当院は、週5日の内科系中心の24時間救急を行っているため、当院で対応難しいケースがあること、また、より専門性の高い治療が必要な場合は、やや遠方の大病院が、対応している事情がある。そのため、地域に根差す病院としては、可能な限り、転院依頼に対応したいと考えている。転院依頼となるケースは、疾患は、様々であるが、内容としては、大きく分けて、①急性期治療後の自宅への退院調整や施設等への転院調整、②急性期疾患あるも当院希望されるケース、③緩和的医療を希望されるケースである。内訳としては、①が9例、②が4例、③が4例であった。具体的には、転院依頼を受け、入院中に、治療の調整、在宅サービスの調整や他施設への転院調整を行うこと、ADLの改善目的で、リハビリテーションを施行し、当院もしくは他院の外来通院へつなげることなどを行っている。これらの対応を行なっていくにつれて、総合診療医の存在が有用ではないかと考えるに至った。そのため、総合診療医が、中小病院において、他の急性期病院と地域をつなぐ役割を果たす意義とその有用性という視点で考察を行う。

へき地・萩医療圏の一次救急体制を維持するために新設された休日夜間診療センターの仕組みづくり

吉田 奈緒美¹ 佐久間 暢夫^{2,3} 齊藤 裕之^{3,4}
原田 昌範¹ 中嶋 裕¹

¹山口県立総合医療センター
²萩市国民健康保険川上診療所
³萩市休日急患診療センター ⁴萩市民病院

【背景】

山口県萩市は面積約700km²、人口約5万2千人であり、市全体が厚生労働省の定める「へき地」の定義に当てはまる。萩医療圏（萩市・阿武町）には休日夜間診療所がなく、萩市内の医療機関が輪番で24時間365日の一次救急を担ってきた。近年は地元医師の減少（平成24年までの10年間で15人減り89人）や医師自身の高齢化（32～81歳、平均50歳代）が進展している。これらにより市医師会だけの現行の一次救急体制の継続は負担が大きく、その体制維持が危機的となっていた。このため圏域外から医師を確保することで、圏域内の医師の負担軽減を図ることを主な目的とし、地域医療再生基金（平成21年度補正予算）により「萩市休日急患診療センター」が設置された。

【医師確保について】

地元開業医の負担軽減を最も期待できる日曜日、祝日、年末年始の24時間を診療日とし、医師1名で内科系・外科系・小児科に対応する体制で、平成25年10月に診療を開始した。医師の確保は、地元大学や県立総合医療センター（以下当院）に出務を要請された。当院では萩市からの負担金をもって、当院へき地医療支援センターにプライマリ・ケア連合学会の指導医を新たに1名確保し、既に在籍していた学会指導医複数と共にチームで支援することとした。負担金によって確保された医師は、当院にてサブスペシャリティの技術研修も行う。

【受診者の状況】

診療所が開設された平成25年10月から2ヶ月間の診療日数は11日で、受診者数は532人であった。受診者を年齢別にみると0～15歳197人、16～64歳198人、65歳以上137人、診療科別では小児科167人、内科266人、外科99人であった。

【課題】

継続的な医師・看護師確保、二次救急医療機関や地元医師会との連携等について今後も継続的な検討が必要である。

【まとめ】

当院では、当学会指導医がチームでへき地の一次救急体制を維持するために支援する仕組みを構築し、へき地の医師の負担軽減の一助となるよう努めた。

血液専門施設と地域の一般病院における血液疾患診療の連携

志村 直子¹ 白井 章太¹ 遠藤 武男² 小西 利幸¹
金子 さき子³ 桐戸 敬太⁴

¹甲府共立病院総合診療部 ²武川診療所 ³巨摩共立病院
⁴山梨大学医学部附属病院血液内科

【はじめに】高齢化に伴い血液疾患患者は増加しているが、山梨県の血液専門施設は3か所で、血液専門医は人口10万人あたり1.37人で全国31位と低い。甲府共立病院には血液内科はなく、山梨大学医学部血液内科医師に外来診療をお願いしている。今回、2病院間の患者の紹介内容を調査し、血液専門施設と地域の一般病院における連携について検討を行ったので報告する。

【対象と方法】平成22年12月から平成24年11月までに大学病院と当院の間で紹介のあった患者の年齢、疾患、紹介理由について調査した。

【結果】大学から当院への紹介は13名、当院から大学への紹介は24名であった。平均年齢は当院紹介が76.9才、大学紹介が54.7才で、有意差を認めた。疾患は当院紹介が多発性骨髄腫3名、骨髄異形成症候群2名、悪性リンパ腫、慢性骨髄性白血病などが1名ずつ、大学紹介が急性白血病5名、悪性リンパ腫4名、骨髄線維症2名、骨髄異形成症候群、赤芽球癆、多発性骨髄腫などが1名ずつであった。紹介理由は当院紹介が通院の利便性7名(54%)、対症療法・緩和ケア3名(23.1%)、経過観察2名(15.4%)、検査目的(CT)1名(7.7%)であった。大学紹介は検査(骨髄穿刺、骨髄生検)16名(66.7%)、治療6名(25%)、通院の利便性2名(8.3%)であった。

【考察】高齢で経過観察を行っている患者や通院困難になった患者は当院へ、若年で精査や積極的治療が必要な患者は大学へ紹介されている傾向が明らかになった。血液疾患は急速に進行したり重篤な合併症を生じるため一般内科医からは敬遠されやすいが、血液専門医に相談できる体制があれば、一般病院での診療は可能であると考えられる。

【結語】血液専門施設と地域の一般病院における血液疾患診療連携について検討を行った。連携を深めるためには、血液専門医と一般内科医が相談しあえる体制の構築が重要である。

介護者が不在となった虚弱高齢者に対し地域住民の協力で離島内でのケアを継続できた1例

朴 大昊¹ 本村 和久²

¹沖縄県立八重山病院附属波照間診療所
²沖縄県立中部病院総合内科

【背景】

波照間島は基幹離島である石垣島まで1日3～4便の高速船で1時間の距離にある人口約530名の小離島であり、島内には医師1名、看護師1名の診療所とほぼ島民で運営している小規模多機能型居宅介護事業所が1つずつある。

マンパワーの不足しがちな離島の医療介護分野において、地域住民の参加によって島内でのケアを継続することが出来た事例を経験したので報告する。

【事例】

長男と孫の3人暮らしをしている91歳女性

【経過】

患者は、総胆管結石に対して2年前に内視鏡的十二指腸乳頭切開術を施行され、約1年後から逆行性胆管炎を繰り返すようになった。本人は島から離れたくない、島で死にたいという強い希望があり家族とも相談の上で、島で経過を見ていく方針となった。徐々に衰弱し排泄や入浴のケアが必要になったが、女性からのケアを強く望まれたため、長女が島に帰ってきて主たる介護を行っていた。

座位を保つことも困難で、寝返りや頻回の発熱に対応する必要がある中で、ある日長女が転倒し、右橈尺骨骨折で手術が必要になったため、急遽島を離れなければならなくなった。

主たる介護者が突然島を離れることになったが、島内で有志を募り、近隣の親族でない人も含めた定期訪問を行う体制を整え、その結果長女が島を離れた治療に専念し、島内でのケアを継続することが出来た。

【考察】

今回、離島における高齢者のケアにおいてアンフォーマルなリソースとして近隣住民の協力を得ることができた。コミュニティーの協力が地域の医療介護負担軽減し、地域自体のエンパワーメントにつながった経験を発表する。

離島における地域医療のこれまで、今、これからを考える

～医療機関・救急隊の連携に関する活動報告～

朴澤 憲和¹ 伊東 直哉¹ 高野 良裕¹ 平島 修³
 中尾 裕樹⁴ 平瀬 雄規⁴ 杉原 雄治⁵
 五十嵐 至朗⁶ 桂 久和²

¹瀬戸内徳洲会病院 ²医療法人馨和会いづはら医院

³医療法人徳洲会加計呂麻徳洲会診療所

⁴瀬戸内町立へき地診療所

⁵奄美医療生活協同組合南大島診療所

⁶医療法人碩済会大島保養院

瀬戸内町は奄美大島南部に位置し、加計呂麻島、請島、与路島の有人三島を含む 広大な区域で、人口は約1万人であるが、2005年時点で65歳以上の高齢者が占める割合は32.9%と高い（2015年日本の予測平均は26.0%）過酷な自然環境と独居高齢者、社会的弱者も多い瀬戸内地区では運営母体・背景が異なる診療所、病院が診療を担ってきたが、近年患者数、救急要請件数は増加傾向となった。そのため、医療機関同士の情報共有・連携強化が重要視され、地区医師会長を中心とした交流活動のほか、平成16年に医療機関同士および医療機関と救急隊の密な連携のため、医事担当者、救急隊で構成される瀬戸内町医療連絡協議会が発足した。定期的な会合のほか、災害トリアージ訓練や地域住民を対象にした救急医療フォーラム開催なども行い、近年では各施設の医師やコメディカルもこれらの行事に参加している。【方法と結果】将来の日本に先駆け高齢化が進む当地区における医療機関・救急隊との連携の実際 および各診療機関の特長を調べ、現状と今後の課題を議論した。その結果、整形外科を中心に外来、手術、施設嘱託医として地域に貢献する診療所、一般診療および有人三島への訪問診療を行う診療所、訪問診療・在宅看取りも積極的に行う診療所、加計呂麻島唯一の診療所、急性期から慢性期、全時相・多分野を担う病院、精神疾患、認知症診療に力を入れる病院 など、各々の施設が特長を生かしつつ、連携している現状が明らかになった。（具体事例は当日発表予定）また、以下が今後の課題として考えられた。①医療機関と救急隊の連携強化：搬送事例検討会の開催など ②予防医学の普及（健康教育、ワクチン接種等）③在宅医療の普及と施設間連携 ④多職種連携の推進【考察・結語】当地区における医療機関・救急隊の連携と現状把握により可視化された今後の離島医療の課題も併せて発表する。

在宅生活を継続するための診療所看護師の関わり～家族ケアと多職種連携（IPW）の視点を用いて～

泉 京子¹ 青柳 真弓¹ 濱野 貴道¹ 寺田 豊²
 椎名 江利子¹ 梅前 ちひろ¹ 西田 英未¹
 村上 真寿美¹ 村山 芳美¹

¹北海道勤医協月寒ファミリークリニック

²勤医協北海道家庭医療センター

＜はじめに＞当院の訪問診療患者は、高齢者が多く、キーパーソンが不在等、家族関係や生活環境が厳しい患者も少なくない。今回高齢で知的障害をもつ息子との生活を営んでいるA氏への援助を、多職種連携（IPW）を強化し、また希薄だった家族との関わりを深めた事例から、診療所看護師の役割について考察したので報告する。

＜事例紹介＞A氏、95歳女性。要介護2 子供：4男2女。同居は次男（知的障害あり）。近所に四男（キーパーソン）が居住。

＜経過＞総合病院から訪問診療の依頼で当クリニックに2011年初診。生活環境は、古いアパートの2階に次男と居住し、崩れかけた階段と古い食べ物がそのままになり、ねずみの出没があるような衛生的には劣悪な環境であった。他の息子が来た時には日中から飲酒をするような状況で、A氏への日常生活支援には程遠い状態であった。患者はこの2年間で、肺炎や骨折による入退院を繰り返し病状的にも不安定な生活を送っていた。

＜考察＞A氏の生活背景は在宅生活を継続するには厳しい状況であり、またそれを支える家族関係は希薄で、当初対応に苦慮した。しかし関わる中でキーパーソンである四男の生活の厳しい現状や長年A氏と四男は良好な関係ではなかった生活史等の背景がわかり、それを踏まえたうえで、医療者中心の介入ではなく、四男を中心にA氏の在宅生活を援助する関係を構築するよう努めた。また看護師が窓口となり、在宅を支える家族を巻き込みながら介護サービスとの情報共有や連携を図り、チームをつなぐ役割となって多職種連携を強めた。徐々に四男が診療所に信頼を寄せるようになり、何が起きてもチームとして迅速に対応可能となり、不安定な生活には変わりないが、A氏は今でも生活を継続することが出来ている。

患者背景の理解を深めたうえで適切に患者家族に寄り添う事、そして多職種連携の発信者としてチームをつなぐ事が診療所看護師の役割であると示唆された。

鳥取市立病院地域ケア病棟の取り組み

足立 誠司¹ 懸樋 英一¹ 庄司 啓介¹ 松岡 孝至¹
重政 千秋¹ 久保 克行² 成石 浩司²

¹鳥取市立病院総合診療科

²鳥取市立病院歯科

急性期病院においても高齢化社会に伴い高齢者医療への対応が不可欠となりました。高齢者医療の特徴として、①完全治癒が目指せないことが多く、障害との共存が必要となること。②治癒した後に社会活動への参加を目指すことは難しく、住み慣れた生活環境への復帰が主な目標となること。③救命や延命治療の医学的な適応が複雑多岐にわたり、個人的な価値観において納得いく療養や生き方、場合によっては終末期に対応することが主に挙げられると思います。このように従来の医療スタイルでは解決する事ができない問題に医療現場として対応する必要性や地域からの要請があり、当院では2010年9月に地域支援・緩和病床をスタートし、地域ケアセンター（総合診療科、歯科）の開設や各専門チーム介入を開始しました。主に非がん疾患の高齢者入院患者への対応を行っていましたが、当院はがん診療連携拠点病院でもあり、がん、非がんを問わず全人的医療を提供するため2013年10月に6東（がん病棟）と6西病棟（非がん病棟）を一つのフロアと考え、「地域ケア病棟」の運用を開始しました。地域ケア病棟の基本方針 1. がん、非がんを問わない全人的医療の提供 2. 「疾患の治療」から「生活を支える医療」への転換 3. 多職種チーム介入によるケアの質の向上 4. 在宅（居宅）復帰の早期化 5. がん・非がん疾患の患者の意思決定支援、終末期ケアの実践 上述の方針に従い、「ひとと地域をケアで包む」を合い言葉に、患者、家族に対し住み慣れた環境での生活を支援できるよう地域医療総合支援センターが架け橋となり、地域ケア病棟が当該地域に必要とされる病棟となることを目指しています。今回は2013年1月から11月までの活動を含め、現状の取り組みと今後の課題について報告します。

へき地における医療満足度について

河野 光宏¹ 藤本 稜² 中西 嘉憲¹ 田畑 良¹
湯浅 志乃¹ 清水 伸彦¹ 山口 治隆¹ 谷 憲治¹

¹徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部総合診療医学分野

²徳島大学医学部医学科

【目的】へき地における医師不足が叫ばれているなか、へき地に医師を増やす策についての議論が多くされてきた。その一方で現場の医師が現在の環境の中で何を行うべきかを考えることも大変重要であり、へき地の住民の医療満足度、医師の信頼度の向上が医師不足解消へのカギとなるのではないかと考えた。そこで、へき地における医療満足度や、医師の信頼度を演者の出身地である徳島県那賀郡那賀町（旧相生町）を参考に調査し、現在の医療に満足しているかを推測した。また、それらをより向上させるにはどのような手段が有効かをアンケート調査等から推測した。

【調査】那賀町役場相生支所に届いたレセプト請求書と、旧相生町内の医療機関に勤める医師がまとめたレセプト請求書を調査対象とし、それらを経年比較した。また住民の通院施設に対する環境や診療内容などのアンケート調査を行った。今回は医療機関利用率を住民の満足度とした。それを医療施設における診療内容と照らし合わせ、住民の満足度の推移を調査した。

【結果】旧相生町内医療機関受診率は、平成元年には約15%程度だったものが、平成25年には約40%まで増加していた。しかし右肩上がりに増加してきたわけではない。町村合併による病棟の閉鎖等により、現在の40%という値に落ち着いている。また、アンケート調査から、医療機関利用率をそのまま満足度と考えた点にも訂正すべき点が見つかった。

【考察】町村合併による病棟閉鎖は医療機関利用率を低下させる大きな要因である。しかしマンパワーの確保、コストパフォーマンス等の問題からも、利用率は高めれば高いほど良いというものではないことがわかった。また、医師の信頼度においても、高いほど人手不足となり、再び医師不足が感じられるようになることから、今後さらに考察を加える必要があると考える。

公立病院からの近隣地域への医師派遣～地域医療圏再生と研修・研究環境創造の試み

濱田 修平¹ 山内 純¹ 日下 勝博¹ 阿部 昌彦¹
梶井 直文²

¹江別市立病院総合内科 ²江別市立病院小児科

江別市立病院は2006年の内科医総辞職後、内科医師不在のところに2007年より総合内科を創設、現在までの7年間で内科学会教育病院へ昇格し、常勤内科医18名・研修医7名まで増加した。急性期の教育病院として発展するにつれ、在宅療養が困難な高齢者の多い患者層が、長期療養する場である療養病床が地域周辺に少ない現状が明らかとなり、また、総合診療医を養成するために、より地域に浸透した医療を提供する環境を整備し、北海道の地域医療を支援するという総合内科創設の原点から周辺地域との医療支援・連携を行う事で更なる活路を見出そうと考えていた。2008年から江別市と南空知4町（南幌町、由仁町、栗山町、長沼町）の南空知医療連携協議会という自治体同士の連携があり、2012年度は栗山町へ週1回の総合内科医の外来応援派遣を行っていた。2013年になり、隣の南幌町より80床の療養病床を有する町立病院より医師不足のため、応援要請があった。5月より週1回、6月より週2回の外来支援のため、総合内科より医師派遣を開始、11月からは総合内科より医師1名を常勤医として派遣することとなった。常勤医派遣により、江別市立病院は町立南幌病院への転院依頼が増加、療養先の選択肢が拡大し、町立南幌病院は江別市立病院への紹介と療養目的・外来通院のための逆紹介が増加したことで経営状態が好転しつつある。2014年4月からは医師派遣体制を拡大していく予定である。両病院の連携を進めることで、総合診療医養成と臨床研究の場としての環境を整えていく構想を抱いている。自治体病院・総合診療医の地域医療支援による地域医療圏の再生と研修環境の創造の試みを報告する。

地域医療を守る住民啓発活動のあり方

湯浅 志乃¹ 加藤 修平² 中西 嘉憲¹ 田畑 良¹
清水 伸彦¹ 山口 治隆¹ 河野 光宏¹ 谷 憲治¹

¹徳島大学大学院総合診療医学分野

²徳島大学医学部医学科3年

【背景】徳島県は人口当たりの医師数が全国で三番目に多い県であるが（平成22年）、医師の地域偏在によって県南部や県西部では医師不足の問題が深刻である。県南部の中核病院である県立海部病院でも医師の減少による医療崩壊を認め、地域住民による「地域医療を守る会」が発足され、様々な活動が開始された。【目的・対象】県立海部病院に勤務する常勤および非常勤医師13人（大学病院からの派遣を含む）を対象に徳島県の地域医療の現状と対策についてアンケート調査を行った。また、地域医療を守る会の住民啓発活動とその実質的な効果、そして今後の活動の検討を行った。【結果】ほとんどの医師が医療人としてのやりがいを感じているが、診療面、生活面での問題点を感じていた。地域医療を守る会の認知度は勤務条件にも影響し、その活動に対する感じ方にも差を認めたが、勤務のストレス軽減につながっていた。今後求める活動としては、救急外来へのコンビニ受診に対する対策や、子供の保育制度の充実などがあげられた。【まとめ】地域医療を守る会の住民啓発活動によって地域医療の問題を緩和する可能性があると思われた。また、地域医療を守る会によって、現在海部で勤務する医師には地域の魅力などは伝わっていたが、今後のさらなる医師数の確保には行政の力が不可欠であると考えられる。

中小病院における「地域基盤型医学教育」の実践紹介 ～多職種連携実習から老いゼミまで～

芦野 朱¹ 佐藤 直史¹ 泉水 信一郎¹ 菅野 哲也²

¹東京ほくと医療生活協同組合王子生協病院

²東京ほくと医療生活協同組合荒川生協診療所

【背景】

当院では家庭医・地域医療に興味のある学生実習を多職種で実践している。地域医療の実践という点では学生の満足度は高いが、近年の高齢者医療、困難事例を受け持つ職員にとっては現場調整など学生の数が多くなり、業務とのバランスも難しくなっている。さらに、多職種連携教育（IPE）を学ぶ学生が増え、今後IPEを実践できる当院のような地域の教育医療機関のニーズは高くなると考えられる。当院では2013年から「患者さんの生活を肌で感じる」「実習の目的を多職種学生との対話の中から考える」をコンセプトに、より地域と近い学生実習を検討・実施してきた。当院での地域基盤型教育の実践を紹介する。

【取組紹介】

- ・2013年8月「したまち☆医療大学@東京下町（荒川区町屋・谷根千）」、エンパブリック協力
- ・2013年12月「ほくとカフェ～老いについて考える～」
- ・2014年01月「老いゼミナール」開講（1回/月）
現在継続中

【結果】

従来の医師同行実習から、「地域・患者・多職種を知る」という視点を持つことで、「この地域で医療者として何が出来るか」を考える実習になりつつある。現在では老いゼミを継続的に開催し学生、地域住民、職員がそれぞれの想いを共有することでの新たな発見や学びを得ることが出来ている。

【結論】

地域基盤型教育の実践は単に地域の医療機関で行うだけではなく、その地域に暮らす人々の生活や歴史、想いに触れることが必要であり、その教育施設には多職種の協力が不可欠である。医師－学生だけに留まらず、地域で学生実習を支える基盤づくりを当院でもさらに進めていきたいと考える。

総合診療医が行うスポーツ医学と多職種連携チームサポート

金井 貴夫 小林 裕幸

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター水戸協同病院
総合診療科

【背景】スポーツドクターは、スポーツ医・科学に関する知識を有し、スポーツマンの健康管理と競技力向上の援助、スポーツ障害・外傷の診断、治療、予防などにあたるも者であり、競技会等における医事運営やチームドクターとしてのサポート、栄養やトレーニング、障害予防、運動処方、メディカルチェックからメンタルサポートに至るまで幅広い領域を扱う。特に、チーム帯同においては、内科全般、整形外科、皮膚科、耳鼻科、婦人科、アンチドーピングなど幅の広い知識を要する。現場や各競技団体でもあらゆるニーズに対応するスポーツドクターが求められており、2020年の東京オリンピックに向けてそのニーズはますます高まると思われる。

【内容】2012年1月、当院では総合診療医2名によるスポーツコンディショニング外来を開設した。ここでは、小中高生からトップアスリートまで、チーム帯同、トレーニング、栄養、メディカルチェック、メンタルなど幅広くサポートしている。特に、チームサポートでは2つのプロチームに対して、整形外科医数名を中心に、総合診療医2名、看護師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、臨床検査技師らによる多職種連携による介入・サポートを行っている。チームサポートにおける総合診療医の役割は、メディカルチェックとあらゆる健康問題の相談・診療が主であり、それらはすなわち家庭医としての仕事である。地域での小中学生、高校生や高齢者に対する栄養指導や障害予防、健康増進活動のニーズも高く、これらのニーズに対しても総合診療医の参入が望まれる。当院では、このような多彩なニーズに応えるスポーツドクターの養成プログラムを作成中である。当日は、われわれの詳細な活動を報告する。

青森県ジェネラリストの会は全県をカバーする連携体制を目指して活動している

千葉 大^{1,5} 加藤 博之² 坂戸 慶一郎³
葛西 智徳⁴ 松岡 史彦^{4,5,6} 小倉 和也^{5,7}
米田 博輝^{4,5,8} 小笠原 幸裕⁹ 穂元 崇¹⁰

¹八戸市立市民病院

²弘前大学医学部附属病院家庭医療専門医養成コース

³青森県民主医療機関連合会家庭医療後期研修プログラム

⁴青森県立中央病院家庭医療プログラム

⁵青森県東部家庭医療研修プログラム

⁶六ヶ所村国民健康保険尾駱診療所

⁷はちのへファミリークリニック

⁸十和田市立十和田湖診療所 ⁹ファミリークリニック希望

¹⁰国民健康保険大間病院

本州最北端に位置する青森県は、豪雪地帯や人口密度の低い地域を多く抱え、平均寿命ランキングでは最下位の常連である。

本来こうした地域でこそ、家庭医を筆頭とするジェネラリストの存在意義や活躍の余地は大きい筈だが、実際には唯一の医学部をもつ弘前大学も県内各地の基幹病院も、目の前の業務に追われており、中長期的視点を求められるジェネラリスト育成事業には関心が薄かったと云わざるをえない。

そんな環境下でも、自治医大卒業生や地域の中小病院などをはじめ、現場でジェネラリストとしての活動を続ける有為な人材は点在していた。また、2012年度から青森県内にはプライマリ・ケア連合学会の家庭医療後期研修プログラムが4つ運営されている。これは当時の東北地方では最大であった。

そこで、総合診療専門医への関心が高まる昨今の追い風を受け、県内のリソースを活かすためにジェネラリストが連携する場が必要と考え、2013年2月に筆者が発起人となって「青森県ジェネラリストの会」を設立した。

発表では、本会の設立および以後の活動内容を報告するとともに、今後の計画や抱負について述べたい。

長崎県における医師不足・医師偏在問題に対する取り組み ～ながさき地域医療人材支援センターによる活動の概要報告～

今立 俊輔¹ 向原 圭¹ 山崎 一美² 高山 隼人³

¹国立病院機構長崎医療センター総合診療科

²国立病院機構長崎医療センター肝臓内科

³国立病院機構長崎医療センター救命救急センター

【背景】長崎県は全国一の有人離島を有し、美しい自然に囲まれている。しかし、医療環境にとっては、海による隔たり、リアス式海岸による長距離の移動など厳しい状況にあり、全国に先がけて高齢化も進んでいる。長崎県内の医師不足・医師偏在問題への対策、診療所や病院などの総合的な支援を行うため、平成24年に『ながさき地域医療人材支援センター』が設立された。当センターは①医師不足・医師偏在状況の把握と分析 ②医師不足病院の支援 ③医師のキャリア支援形成 ④求人情報の発信 を主な事業として活動を行っている。

【医師偏在・医師不足問題に対する取り組み】全国平均の医師数が224（10万人対）であるのに対して、長崎県の医師数は270（10万人対）と人口当たりの医師数は比較的多い。離島やへき地での医師不足は以前より知られているが、離島やへき地以外の医療の現場からも医師不足の声が聞かれる。医局からの医師派遣の減少、医師の高齢化など、人口当たりの医師数だけでは見えてこない問題も存在している。このような医師偏在・医師不足問題の現状を把握するために、当センターでは最初の取り組みとして長崎県内の医療機関を対象に様々な方法を用いて調査を開始した。具体的には①インタビューによる各地域の医療機関の実態調査および意識調査、②アンケート法による医師への医師不足・医師偏在に対する意識調査、③長崎県内の全病院における勤務医の実態調査を計画し、実行した。今後、これらの調査で得られた基本データをもとに、医師不足・医師偏在問題の解決へ向けての方策を検討する予定である。

トータルの食育を目指したドクターズレストランの試み

田村 太志¹ 小菅 牧子¹ 菅原 和枝¹
平舘 江里子¹ 高橋 留美¹ 小原 美里¹
藤根 重美²

¹坂の上野田村太志クリニック

²ドクターズレストランー花や

【背景】 外食は一般に高カロリー、高脂肪、高塩分のもものが多く高血圧、糖尿病、高脂血症等の慢性疾患を持つ患者が食事をするには不向きである。また、栄養指導で低カロリー、低脂肪、減塩食の指導をしても実際にそれを食べてみることを指導に加えることは困難である。【目的】 医師・管理栄養士の監修したヘルシーメニューを提供するドクターズレストランを利用し、ヘルシーメニューの啓発を図り、さらには調理指導も含めた総合的な食育を広めていくこと。【方法】 当院向かいの空き店舗を利用し和食系のレストランを開設。医師、管理栄養士が監修した低カロリー、低脂肪、低塩食をヘルシーメニューとして加え、さらには貧血食、低蛋白食、低プリン体食、食物アレルギー配慮食もメニューに加えた。また、適量アルコール（エタノール25g以下）のアルコールをセットにした「百薬の長セット」、低カロリースイーツメニューも設定した。さらには店舗の定休日を利用して店主からの減塩食の調理指導と食事会を開催した。【結果】 ヘルシーメニューは通常の食事に比べ薄味だとの感想が多く見られたが概して反応は良好であった。【結語】 医師・管理栄養士・調理師が協力してのドクターズレストランは調理指導や実食までも含めた総合的な食育に有用であり、日頃の栄養指導では十分指導できない部分をカバーすることができると考えられた。ただし、低蛋白食やアレルギー除去食は食材のコストがかかるため、低価格で提供するには店側の協力が不可欠である。

病院主催の地域看護介護ケアネットワークの経験ー在宅で活用できる医療技術の勉強会・交流会を開催してー

内原 啓次 西村 裕二 栗山 弘江 辻内 久代
青木 順子 丸山 良子 森 智子 南 典弘
乾 建人 西村 彰一 小森 久美子

特定医療法人社団御上会野洲病院

現在、超高齢化社会を迎えて地域のプライマリ・ケアをチームで支える必要性が強く言われている。ただし、病院という立場はどちらかと言うと患者さんを迎える立場で、出向くことは少ないと思える。そのような状況で地域の看護・介護との連携・ネットワークを構築していくには困難を感じた。しかし、社会のニーズは変わりつつあり、従来の治療優先の医療も必要だが看護・介護のケアの必要性も強く言われる。今年度、当院では県の事業である「在宅医療に協力する病院強化事業」に参加し、地域の看護者・介護者との在宅医療の勉強会と交流会を開催して、地域のケアネットワークを構築する足掛かりを得たので紹介する。当院が位置する滋賀県野洲市には、「在宅医療あり方検討会」や、学区圏域による「包括ケア会議」などの連絡会議があり、専門職能による協会活動が充実している。また、診療所の在宅医療に関する理解をはじめ、在宅を支える資源も存在している。しかし、代表者による協議や検討、研修・研究の場は充足しているが、現場レベルでケアを提供する実践者が集まる機会はほとんどなかった。それぞれが個々に、または部分的に協力してはいるが、全体がまとまっているとは言い難い状況と思えた。今年度、地域のケアの実践者がつながることを目的として、現場の医療・看護・介護職等が一同に会する「医療技術の勉強会」を企画運用した。職種を問わず、市内のケアの実践者が集まり、褥創・バルンカテーテル・嚥下・PEG管理といったニーズの高い医療技術を共に学び、その後に交流会を通じてディスカッションする機会を実施した。結果として、風土的な一体感を得ながら、職種を超えたボトムアップが図れることを実感した。顔の見える関係はもとより、地域全体の在宅医療の質向上、病院職員の活用、役割の可視化といった様々な可能性を感じるとともに、今後の課題・展望を導く機会となったため、若干の考察を加えて報告する。

「見える事例検討会」を診療所で行ってみて ～多職種ケアカンファレンスの報告～

土井 絵里子¹ 高山 美奈子² 佐々木 令子³
鈴木 佳奈子^{4,5} 折笠 幸子¹ 菅野 哲也¹

¹東京ほくと医療生活協同組合荒川生協診療所
²西尾久めぐみ薬局 ³アイエムケアセンター
⁴家庭支援協会世話人 ⁵4UrSMILE 代表

地域型診療所では、ケアマネージャー等介護福祉従事者や訪問看護など在宅ケアスタッフと情報交換や相談の機会が多い。地域の多職種連携を強める為、当診療所では2013年4月から月1回、近隣の医療福祉関係者を中心に事例検討を行い、状況改善を感じている。これまでの報告と今後の展望を発表する。

対象と方法

開催は月1回の午後2時間。対象は地域のケアに関わる方とし、手法には「見える事例検討会」を用い、特にファシリテーターを外部の非医療職に依頼した。進行中の困難症例を取り上げ事例提供は参加者にも依頼。前半はマインドマップを埋め症例を共有し、後半はその情報を元に質疑応答や各職種からの視点を聞き合い解決の方向性を探る。

考察

1) 「見え検」の手法

- ・ホワイトボードに情報を集中すると皆が同じ方を向き発言が活発に。「見える化」で各職種の担っている部分が明確になり、違う職種の意見にも尊重や気づきが生まれ易い。困難事例をどう整理して捉えるかという参考になる。

- ・事例提供をうけ担当者会議が開かれ、症例が進展した例もあった。

2) メンバー

- ・これまでの参加者は医師／看護師／訪問看護師／ケアマネージャー／地域包括／理学療法士／作業療法士／薬剤師／ヘルパー／非医療者

- ・非医療者の存在は、発言のしにくさを緩和し、それぞれの異文化を受け止めながらフラットな場作りを行い易い。

- ・自分以外の職種が何を考えているのか知りたいという潜在的ニーズの発見があった。

3) 顔の見える付き合い

- ・電話のやり取りが多かった多職種が直接会うことで、日常業務上のやりとりがスムーズになり患者利益に繋がっている。

- ・終了後交流会等も行い、同じ地域で生活する者としての繋がりも生まれた。

今後の展望

1) 協働を更に促進させ、「地域のつながりの拠点」のあり方を模索する。

2) 今後は、法律関係者、歯科医、地域ボランティアや当事者に近い人や、同じ職種でもセッティングの違う人等にも声掛けを試みる。

患者が医療機関と医師に求めること —大学病院と診療所の比較—

小川 結衣¹ 石川 鎮清² 後藤 忠雄³ 廣瀬 英生³

¹広島大学 ²自治医科大学
³郡上市地域医療センター和良診療所

【目的】今日日本では人口減少・少子高齢化が進行している。高齢人口に大きな変化はなく、1人あたりの受診回数や入院日数が多いため、受療需要は必ずしも減少しない。医療を取り巻く環境の変化の中で大学病院と診療所を受療する患者の医療機関と医師に求めることの違いを明らかにするため調査を行った。【方法】自治医科大学付属病院と郡上市国保和良診療所の外来患者に対してアンケート調査を行った。待合室で待っている患者に声をかけ、同意を得た患者に回答してもらった。調査項目は、かかりつけ医の有無と、医療機関を利用する理由、医療機関と医師に求めることは何かからなり、それぞれ選択形式で複数回答可とした。

【結果】大学病院30名、診療所23名の協力が得られた。かかりつけ医を持つ患者は、診療所では95.7%で、大学病院では70%であった。医療機関を利用する理由は、有意に多かったのは順番に、大学病院で「他の医療機関からの紹介」「専門的な検査・治療が受けられるから」、診療所では「医療機関の近くに住んでいるから」「いつもかかっているから」であった。医師に求めることは、大学病院で「最先端の医療技術を身につけていること」「専門医であること」、診療所で「福祉についても相談できること」「家族の健康について相談しやすいこと」であった。医療機関に求めることは、大学病院で「専門医が診察してくれること」「最先端医療が受けられること」「検査機器が何でも揃っていること」が有意に多かった。【結論】かかりつけ医を持つ患者は、大学病院と診療所ともに多かった。大学病院に来院した患者の理由は「他の医療機関で紹介されたから」が最も多く、医療連携はされているものの、十分に機能しているとはいえない。今後患者に医療連携の大切さの理解を求めると共に、患者の医療機関へのアクセスやどのような疾患が多いのかも視野に含めた医療連携の体制を考えて行く必要がある。

医療事務職員が感じるへき地診療所の魅力とやり甲斐

村瀬 奈美¹ 高尾 順圭¹ 河村 智子¹ 高瀬 佳子¹
 桑原 ひとみ¹ 安陪 こず恵¹ 太田 雅恵¹
 鈴木 忠広¹ 佐藤 勝²

¹ 哲西町診療所

² 岡山大学大学院医歯薬学部総合研究科地域医療人材育成講座

【目的方法】 都会とへき地の診療所勤務経験から感じたへき地診療所の魅力とやり甲斐を考える【結果】 哲西町診療所はヘリカルCTや電子内視鏡などの高度医療機器が備わり、2人の医師が24時間何でも断らず診るため、へき地でも都会と変わらぬ医療が受けられ、住民は生涯安心して生活できる。これは対応する事務職員にとっても受診を断るストレスや良心の呵責を感じる事なく、精神面でも働きやすい。医療に限らず福祉介護に至る相談もしばしば寄せられ、保険請求の他福祉制度申請等幅広い知識が求められる。自身のみの対応では難しい事も多職種と連携し対応する事で患者のニーズに応え、役に立てた時にはやり甲斐を感じ更に自身の成長にも繋がる。住民は顔見知りが多いため、待合室でも会話が弾み、和やかな雰囲気心が癒される。将来町を支える子供達と、患児としてだけでなく診療所探検隊等を通し接したり、住民が自分の診療所とみなし自宅の花や手作りの置物で院内を彩って下さる温かさに触れたりなど、患者を支えているつもりが反対に支えられている事を実感し、患者を非常に身近に感じる。住民一人一人を大切に患者から頼られ感謝され更に支えられている事を都会以上に実感し、へき地診療所の魅力とやり甲斐を日々感じている。

教育力で地域医療連携、点から面への展開～ながさき県北地域医療教育コンソーシアム～

中桶 了太^{1,2,3} 柿添 三郎⁴ 押淵 素子⁵
 植田 保子⁶ 山下 雅巳⁷ 池田 柗一³ 押淵 徹³
 調 漸^{1,2}

¹ 長崎大学病院へき地病院再生支援・教育機構

² ながさき県北地域医療教育コンソーシアム

³ 国民健康保険平戸市民病院

⁴ 医療法人医理会柿添病院

⁵ 医療法人社団壮志会押淵病院

⁶ 社会医療法人青洲会病院 ⁷ 平戸市立生月病院

長崎大学病院地病院再生支援・教育機構は平成17年に開設され長崎県本土北西部の平戸市民病院で地域医療の現場で役立つ人材育成を目的として活動を継続し9年目を迎えている。そこでは地域包括医療・ケア実践と地域医療研修を担当し、医師不足の地域にもかかわらず、医学教育の環境整備と充実したプログラムにより平成25年度は関東、関西、長崎県内から年間のべ39名の研修を担当した。現在も、全国各地から地域医療研修の受け入れ希望が相次いでいる。教育力を備えたへき地での研修プログラムの評価を受けているとともに、今後も研修の増加が見込まれている。

しかし、平戸市民病院単独では施設や教育リソースは限界で、これ以上の受け入れは困難となっている。そこで地域の医療機関が連携し機構のノウハウを共有することでさらに多くの地域医療研修を担当できる体制を構築した。長崎県の支援を受けて平戸市の柿添病院、青洲会病院、生月病院、平戸市民病院と、松浦市の押淵病院の5病院が参加し平成25年11月「ながさき県北地域医療教育コンソーシアム」がスタートした。コンソーシアムの役割は、1) 地域医療教育のリソースの整備と共有、2) FDによる教育指導体制の整備、3) 長崎県北部の地域医療の広報活動である。

平成17年の文部科学省の医療人GPからのスタートし、9年間の継続した活動により地域を巻き込んだ活動へと発展した。教育力を整備することで点から面へと新たな展開を迎え、医師減少地域の新しい可能性を示している。

徳島の生活習慣病対策として ～阿波踊り体操～

鎌村 好孝^{1,2}¹徳島県保健福祉部健康増進課²徳島県立中央病院地域医療科

徳島県では、糖尿病による死亡率全国ワースト1位が長年続いていることから、平成17年度に県医師会と県の共同で、「糖尿病緊急事態宣言」を行い、県民に対して注意喚起するとともに、県内の約50団体からなる「みんなでつくろう！健康とくしま県民会議」を設立し、「みんなでつくろう！」を合言葉に、バランスのとれた食生活や適度な運動習慣など、県民総ぐるみの健康づくり運動として推進してきた。同年度、具体的なサポートツールとして、県と関係機関等との共同で、「ヘルシー阿波レシピ」「阿波踊り体操」等が開発され、その後普及啓発に努めてきた。中でも「阿波踊り体操」は、徳島大学教授の考案により作成され、郷土芸能である阿波踊りをベースに、短時間で全身を動かせ、肩や腰をほぐし、良い姿勢と強い足腰を保つ効果があるとされる。その後、計8バージョンが作成され、これまでも県内のケーブルテレビで順次放映されたり、県内各地の多くの施設等でも地道に実施・取り組まれてきた。県民運動としてのさらなる活性化を図ることを目的の一つとして、今一度、まずは「県職員からはじめよう」と、今年度から、毎日昼休みに県庁内テレビで「阿波踊り体操」の放送を開始した。この取組みが、再びマスコミから注目されることとなり、今まで以上に県内のみならず、全国からの問い合わせがあり、一層の大きな広がりをみせている。糖尿病死亡率全国ワースト1位脱却を掲げ、県民一人一人が、生活習慣の改善や健康づくりに取り組む環境整備のためにも、手軽に楽しく取り組むことが出来る「阿波踊り体操」の普及啓発が、適度な運動習慣づくりのきっかけとなり、健康寿命の延伸につなげていきたいと考えている。

地域内での生活支援ボランティア立ち上げ・運用の報告

～「奈義生活支援サポーターみつばち」のとりくみ

大倉 佳宏¹ 遠藤 功² 池原 忍³ 岡部 久美子³
中田 智夏⁴ 小林 京平⁴ 久永 彰⁵ 岡 立⁵
石踊 尚子⁵¹社会医療法人清風会岡山家庭医療センター津山ファミリークリニック²マスカット薬局 ³NPO 法人風まくら⁴グループホームやまなみ⁵奈義生活支援サポーターみつばち

【はじめに】高齢者の日常生活を支えるサービスの一つとして介護保険があるが、介護保険だけではなんとかしたくてもカバーしきれない生活上の困りごともある。

このような問題を解決したいというケアマネージャーの想いをきっかけに、岡山県奈義町では、2010年4月から地域ケア会議の有志（医師・ケアマネージャー・薬局職員・グループホーム職員）が協働して、地域内で生活支援ボランティア（以下サポーター）を養成し、要支援者へのコーディネートを行うとりくみ「奈義生活支援サポーターみつばち」（以下みつばち）を立ち上げ・運用を行っている。

【概要】みつばちの活動はサポーター養成、要支援者からの依頼受け、サポーター派遣などのコーディネートである。発足当初は予算がなく全くのボランティアであったが、2年目となる2011年からは町から補助を受けて活動資金としている。

2010年10月、2011年1月、2012年4月にサポーター養成講座を行い、50名を超えるサポーターを養成した。

寄せられる依頼は「草抜きをしてほしい」「除草剤をまいてほしい」などの単発のものから、「話し相手」「散歩の付き添い」のような定期的に訪問をするものなど幅広い。

依頼は専用の携帯電話で受け、登録されているサポーターに連絡をして派遣する日時を決めるなどのコーディネートを行っている。

【結語】「みつばち」の立ち上げ・運用などこれまでの活動を報告し、地域の中で高齢者を支えるための仕組みづくりについて課題などの考察を行った。