

日本

JJSHEM

在宅救急

医学会誌

Journal of Japan Society for Homecare and Emergency Medicine

vol.8 suppl. 2024.11

第8回日本在宅救急医学会学術集会

プログラム・抄録集

【テーマ】

「いのちと暮らしと尊厳をまもる在宅救急」

会期：2024年11月9日（土）、10日（日）

会場：AOSSA 県民ホール等（福井市手寄1-4-1）

会長：池端 幸彦（医療法人池慶会 池端病院 理事長・院長）

第8回 日本在宅救急医学会学術集会

テーマ 「いのちと暮らしと尊厳をまもる在宅救急」

日時 2024年11月9日(土)、10日(日)

会場 AOSSA (アオッサ)
福井市手寄1-4-1 (JR福井駅より徒歩1分)

会長 池端 幸彦
医療法人池慶会 池端病院 理事長・院長

日本在宅救急医学会

代表理事 横田 裕行
日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授

〒164-0001
東京都中野区中野2-2-3
株式会社 へるす出版事業部内
TEL : 03-3384-8177
e-mail : zaitakukyukyu@herusu-shuppan.co.jp
HP : <https://zaitakukyukyu.com/>

一般社団法人 日本在宅救急医学会役員（五十音順）

代表理事	横田 裕行	日本体育大学大学院保健医療学研究科長 教授
理事	会田 薫子	東京大学大学院人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター上廣講座 特任教授
	小豆畑 丈夫	医療法人社団青燈会小豆畑病院 理事長・院長
	井川 誠一郎	平成医療福祉グループ 診療本部長
	池端 幸彦	医療法人池慶会池端病院 理事長・院長
	太田 祥一	医療法人社団親樹会恵泉クリニック 院長
	小山 秀夫	公立大学法人兵庫県立大学大学院経営研究科 特任教授
	阪本 雄一郎	佐賀大学医学部救急医学講座 教授
	佐々木 淳	医療法人社団悠翔会 理事長
	島田 潔	医療法人社団平成医会板橋区役所前診療所 院長
	下田 重人	医療法人社団下田緑真会世田谷北部病院 理事長
	平 泰彦	聖マリアンナ医科大学救急医学 特任教授 聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 副院長
	丹正 勝久	医療法人社団遼山会 関町病院
	津本 順史	医療法人社団いばらき会いばらき診療所とうかい 院長
	照沼 秀也	医療法人社団いばらき会 理事長
	仲井 培雄	医療法人社団 和楽仁 芳珠記念病院 理事長 一般社団法人地域包括ケア推進病棟協会 会長
	中村 謙介	横浜市立大学附属病院 集中治療部 准教授
	新田 國夫	医療法人社団つくし会新田クリニック 理事長
	真弓 俊彦	独立行政法人 地域医療機能推進機構 中京病院 副院長
	山岸 暁美	慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室 講師 一般社団法人 コミュニティヘルス研究機構 機構長・理事長
	吉田 雅博	国際医療福祉大学消化器外科学 教室教授
監事	木下 浩作	日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野 主任教授、 日本大学医学部附属板橋病院救命救急センター 部長
	櫻井 淳	日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野 診療教授、
	守谷 俊	自治医科大学附属さいたま医療センター 教授

一般社団法人 日本在宅救急医学会 学術集会歴代会長

開催日	会長（敬称略）	所属	開催期間	開催地
第1回	照沼 秀也	医療法人社団いばらき会	2017年7月22日	東京
第2回	小豆畑 丈夫	医療法人社団青燈会小豆畑病院	2018年11月17日	東京
第3回	吉田 雅博	国際医療福祉大学市川病院消化器外科学	2019年9月7日	東京
第4回	照沼 秀也	医療法人社団いばらき会	2020年9月5日	東京
第5回	横田 裕行	日本体育大学大学院保健医療学研究科	2021年9月11日	東京
第6回	小豆畑 丈夫	医療法人社団青燈会小豆畑病院	2022年9月10日～11日	東京
第7回	阪本 雄一郎	佐賀大学医学部救急医学講座	2023年8月5日～6日	佐賀
第8回	池端 幸彦	医療法人池慶会池端病院	2024年11月9日～10日	福井

会長挨拶

池端 幸彦

第8回日本在宅救急医学会学術集会会長
医療法人 池慶会 池端病院 理事長・院長
福井県医師会 会長



このたび、2024年11月9日（土）、10日（日）の2日間、北陸路・福井市内AOSSA（アオッサ）「福井県県民ホール」（福井駅直結）に於いて、第8回日本在宅救急医学会学術集会を開催させていただきます。

約3年余にわたり世界中を苦しめてきた新型コロナウイルス感染症も、ようやく落ち着きを見せ始めた最中、本年元日に発災した「令和6年能登半島地震」により、隣県でもある石川県能登地方は予想を遙かに越す甚大な被害を被り、さらに皆が復興に向けて前向きに動き始めた矢先に同地方を再び襲った集中豪雨、あらためて被害に遭われた全ての皆様に心からお見舞い申し上げますと共に、1日も早い復興をご祈念申し上げます。

さてご承知の通り、2024年度は診療・介護報酬同時改定が施行され、超少子高齢化の中で全ての産業で人材不足が叫ばれる中、働き方改革の施行、地域医療構想の見直し、第8次医療計画、医療DXの推進等々により、医療提供体制が大きく「変化」を遂げざるを得ない時期が到来したと言えるでしょう。そして、在宅患者の急性増悪の際の「在宅医療」と「救急医療」の連携と協働の重要性を提言しつつ進化を遂げてきた当学会としても、誰一人切り捨てることなく、しかも効果的医療をより効率的に提供出来るかを意識し、「いのちと暮らしと尊厳をまもる在宅救急」を本学術集会のメインテーマに掲げました。

プログラムとしては、日本医師会の松本吉郎会長、厚生労働省からは迫井正深医務技監、そして地域包括ケアシステムの生みの親とも言える埼玉県立大学理事長田中滋先生をはじめ著名なゲストによる基調講演や記念講演、さらに令和6年度診療報酬・介護報酬同時改定、地域包括ケア、意志決定支援、能登半島地震への対応から学ぶ災害医療、リハビリテーション、医療従事者の安全確保等々、在宅と救急のコラボレーションという趣旨に沿ったユニークなシンポジウムやパネルディスカッションを企画しました。また幅広いテーマで大変魅力的な23題の一般演題もご登録頂いておりますので、医師を始め多くの多職種の医療従事者や関連職種の皆様方にご参加頂き、大いに議論できればと考えております。

「地味にすごい、福井」をキャッチコピーにしている位ですから、まさに地味なイメージの福井県かもしれませんが、本年3月16日に待望の北陸新幹線が福井県敦賀まで延伸し、100年に一度のチャンスとばかりに、官民一体となって「おもてなし」の心で県外からの皆様を歓迎しております。本県には、東尋坊や永平寺等古くからの観光地の他、最近売り出し中の「日本のポンペイ」とも言われる朝倉義景時代の「一乗谷朝倉氏遺跡」や、世界三大恐竜博物館の1つで昨年全面リニューアルして大人気の「福井県立恐竜博物館」等、魅力的な観光地も目白押しです。またグルメに関しても、全国的な人気の越前蟹は勿論、焼き鯖寿司、甘エビ、若狭カレイ、へしこ等の海産物の他、コシヒカリ発祥の地としてお米や蕎麦も美味しく、また水も良いため全国的にその名を馳せている銘酒も多く、大いに福井を満喫して頂ける事をご祈念し、ご挨拶に代えさせていただきます。

第8回日本在宅救急医学会学術集会タイムテーブル

第1日目 11月9日(土)			
AOSSA (アオッサ)			
	第1会場 県民ホール (8階)	第2会場 601 研修室 (6階)	展望ロビー (8階)
8:30	学会受付開始		協 賛 企 業 展 示
9:00			
9:30	9:30～9:55 開会式		
10:00	10:00～10:50 基調講演 演者：迫井 正深		
10:30	座長：横田 裕行		
11:00	10:50～12:30 シンポジウム1 座長：池端 幸彦		
11:30	演者：林 修一郎、横田 裕行、島田 潔、 右田 隆之、仲井 培雄		
12:00			
12:30		12:40～13:30 ランチョンセミナー1 座長：大嶋 勇成	
13:00		演者：藤川 葵	
13:30	13:40～15:40 シンポジウム2 座長：田中 滋、田中 志子	13:40～14:30 一般演題1 座長：櫻井 淳	
14:00	演者：田中 滋、木村 哲也、中村 伸一、 津田 英夫、志田 知之	照沼 秀也	
14:30		14:30～15:30 一般演題2 座長：守谷 俊	
15:00		西村 嘉裕	
15:30	15:50～17:30 シンポジウム3 座長：新田 國夫、会田 薫子	15:50～17:30 パネルディスカッション	
16:00	演者：会田 薫子、新田 國夫、田中 志子、 木澤 晃代、酒井 俊直	「リハビリテーションに関する在宅救急」 座長：室谷ゆかり	
16:30		紅野 勉	
17:00			
17:30			

第8回日本在宅救急医学会学術集会タイムテーブル

第2日目 11月10日(日)			
AOSSA (アオッサ)			
	第1会場 県民ホール (8階)	第2会場 601 研修室 (6階)	展望ロビー (8階)
8:30	学会受付開始		協 賛 企 業 展 示
9:00	9:00～10:00 記念講演 演者：松本 吉郎		
9:30	座長：池端 幸彦		
10:00	10:10～12:10 シンポジウム4 座長：池端 幸彦、守谷 俊		
10:30	演者：秋富 慎司、安田 健二、神野 正博、 山岸 暁美		
11:00		11:00～12:00 一般演題3 座長：吉田 雅博	
11:30		中村 謙介	
12:00			
12:30		12:20～13:10 ランチョンセミナー2 座長：中村 謙介	
13:00		演者：松田 陽介、野村 祐介	
13:30	13:20～15:10 シンポジウム5 座長：横田 裕行、新田 國夫	13:20～14:20 一般演題4 座長：平 泰彦	
14:00	演者：島田 潔、大石 明宣、趙 達来、 小豆畑丈夫、櫻井 淳、高添明日香	下田 重人	
14:30			
15:00	「在宅医療・ケア提供者の安全を確保する宣言」 (福井宣言)		
15:30	15:20～15:30 次期開催挨拶 及び閉会 挨拶		

会場アクセス

【AOSSA (アオッサ)】

福井市手寄1-4-1



■JR福井駅を利用の場合 徒歩1分

■小松空港を利用の場合 小松空港の“4番のりば”より連絡バスにて福井駅東口 約1時間

■自動車でお越しの場合 北陸自動車道 福井ICから10分

※駐車場について※

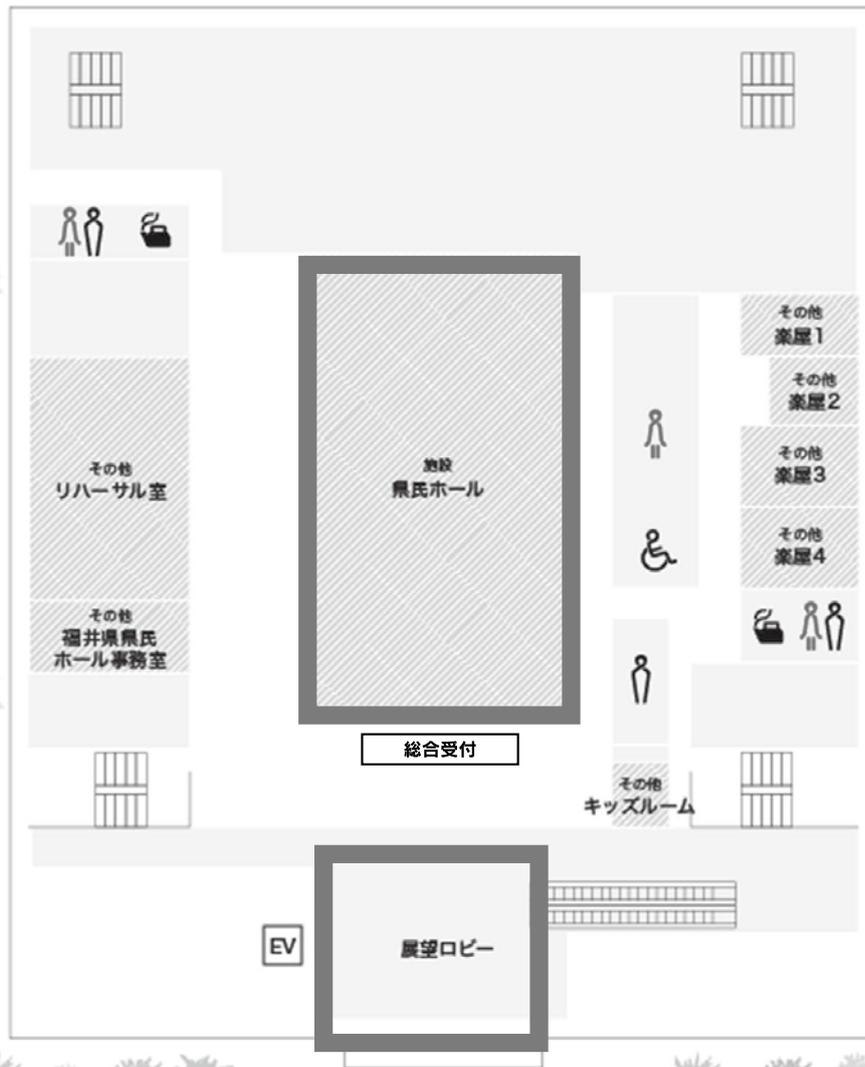
- | | |
|------------------------------------|----------|
| ①AOSSA地下駐車場 (福井市手寄1-4-1) | 収容台数169台 |
| ②福井駅東パーキング (福井市手寄1-5) | 収容台数212台 |
| ③サカエパーキング (福井市中央1丁目17-12) | 収容台数430台 |
| ④福井駅西口地下駐車場 (県営地下駐車場) (福井市大手3-4-4) | 収容台数200台 |

※駐車場は混雑している場合もあります。なお、上記周辺にも駐車場はあります

【AOSSA フロア図】

第1会場 県民ホール

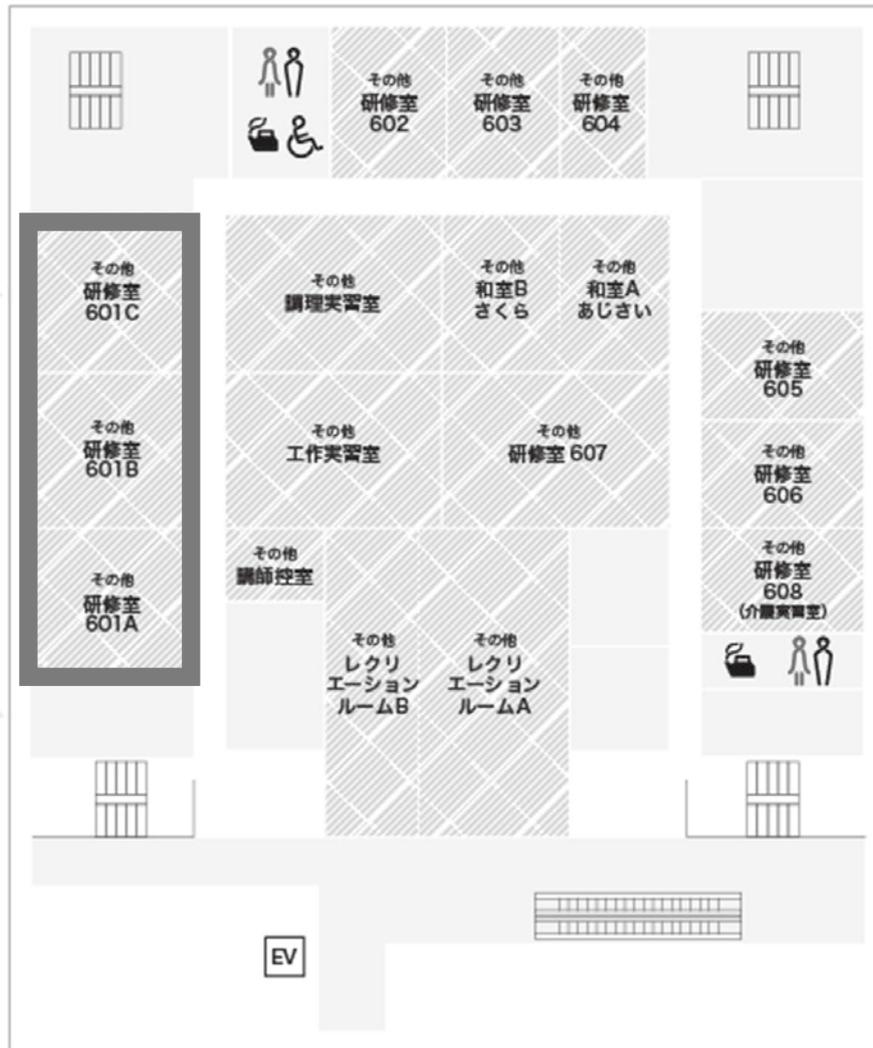
8F



- ・ 総合受付
- ・ 記念講演
- ・ 発表データ受付
- ・ 基調講演
- ・ 各シンポジウム
- ・ 企業展示ブース

第2会場 601研修室

6F



- ・ ランチョンセミナー (601研修室)
- ・ 一般演題発表会場 (601研修室)
- ・ 講師等控室 (ランチョンセミナー) (604研修室)
- ・ シンポジウム打合せ等 (602・603研修室)

記載内容が、変更になる場合がございます。

最新の情報は、第8回日本在宅救急医学会学術集会ホームページでご確認ください。

ご参加、ご発表に関するご案内とお願い

【参加者の皆様へ】

● 学会総合受付 AOSSA 県民ホール（8階）

総合受付 参加受付時間（予定）

11月 9日（土） 8:30～15:00

11月10日（日） 8:30～13:30

● 参加登録【参加費】

医師・歯科医師（会員、非会員） 事前登録10,000円、当日は11,000円

その他のコ・メディカル 事前登録5,000円、当日6,000円

医学生、看護学生 無料

※事前登録をご活用ください。

※支払いは現金のみです。

● プログラム冊子・抄録集

・プログラム冊子を総合受付にて配布致します。

・プログラム、抄録集はホームページでも掲載予定です。

※会場内の撮影は原則禁止です。

【PCセンターについて】

● シンポジウム等のPC受付時間、場所

時間：11月9日（土）8:30～ 11月10日（日）8:30～

場所：AOSSA（県民ホール・発表データ受付 8階）

※発表セッション開始1時間前（早朝の方のみ30分前）までにPC受付にお越しください。

※ Macintoshをご使用される場合はPC本体をお持ちください。

● 一般演題のPC受付時間、場所

一般演題の発表受付につきましては事前提出制とさせていただきます。

① メディアをお持ち込みの場合

- ・お持ちいただけるメディアはCD-RまたはUSBメモリです。
- ※CD-Rにコピーする場合は、ファイナライズ（セッションのクローズ 使用したCDのセッションを閉じる）作業を必ず行ってください。
- ・事前に、データ作成に使用したパソコン以外で動作確認を行い、正常に動作することをご確認ください。
 - ・不測の事態に備えて、必ずバックアップデータをご持参ください。
 - ・フォントは文字化けを防ぐためにWindowsの標準装備フォントをご使用ください。
 - ・メディアを介したウイルス感染も考えられますので、事前に最新のウイルスチェックをお願いいたします。
 - ・発表セッション開始時刻の15分前までに次演者席近くにて待機してください。
 - ・コピーした発表データは学会終了後、事務局側で責任をもって消去いたします。

② PC本体をお持ち込みの場合（指定演題のみ）

- ・PC付属のACアダプターを必ずお持ちください。
- ・発表時間中にスリープモードにならないよう、設定の確認をお願いいたします。
- ・発表者ツールのご使用はご遠慮ください。
- ・バックアップ用として、メディアでもデータを持参することをおすすめいたします。
- ・モニターとの接続は、HDMIとなります。
- ・一部のノートパソコンでは、変換アダプターが必要な場合がありますのでご確認の上、異なる場合は必ず専用の接続端子をご用意ください。
- ・発表セッション開始時刻の20分前までに、発表会場内付近のPCオペレータ席まで、ご自身のPCをお持ちください。

◆画像枚数に制限はございませんが、発表時間内に終了するようにご配慮ください。

◆発表時間について

※発表終了1分前にブザーにてお知らせいたします。必ず発表時間を厳守するようにお願い致します。

【座長、特別発言の皆様へ】

開始5分前までに次座長席にお着きください。

進行方法は一任いたします。セッション持ち時間の厳守をお願いいたします。

【ランチョンセミナー】

ランチョンセミナーには、お弁当が用意されています。数に限りがございますので不足の場合はご容赦ください。

最新情報は、第8回日本在宅救急医学会学術集会ホームページをご確認ください。

<https://www.gakkai.co.jp/zaitakuqq8/>

問い合わせ先：大会事務局

TEL:03-3496-6950

e-mail:zaitakuqq8@gakkai.co.jp

プログラム

開会挨拶・来賓挨拶

11/9 9:30~9:55

杉本 達治（福井県知事）

西行 茂（福井市長）

迫井 正深（厚生労働省医務技監）

松本 吉郎（日本医師会会長）：ビデオメッセージ

基調講演

11/9 10:00~10:50

座長：横田 裕行（日本在宅救急医学会代表理事、日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授）

「2040年にむけた医療提供体制の将来像と在宅救急」

演者：迫井 正深（厚生労働省医務技監）

ランチョンセミナー1

（共催：中外製薬株式会社）

11/9 12:40~13:30

座長：大嶋 勇成（福井大学医学部附属病院 病院長）

「持続可能な在宅医療の実現

～患者中心のケアを充実させるための医療従事者の新しい働き方～

演者：藤川 葵（聖路加国際病院 一般内科）

記念講演

11/10 9:00~10:00

座長：池端 幸彦（第8回学術集會会長・福井県医師会会長）

「2040年にむけた在宅救急への期待」

演者：松本 吉郎（日本医師会会長）

ランチョンセミナー2

（共催：株式会社大塚製薬工場）

11/10 12:20~13:10

座長：中村 謙介（横浜市立大学附属病院 集中治療部 准教授）

「尿路感染症と排尿ケアの実際」

演者：松田 陽介（福井勝山総合病院 泌尿器科 部長）

「二刀流医師は見た！先入観は可能を不可能にする

～脂肪乳剤入りアミノ酸末梢輸液を用いて急性期から“50-50”で在宅を目指す方法とは？～

演者：野村 祐介（野村病院 理事長）

プログラム 【シンポジウム】

シンポジウム1

11/9 10:50~12:30

「2024年度診療報酬改定を踏まえた在宅救急の近未来」

座長：池端 幸彦（第8回学術集会会長・中央社会保険医療協議会委員）

シンポジスト

- S1-1. 在宅医療の診療報酬のこれまでと今後
林 修一郎（厚生労働省保険局医療課長）
- S1-2. 救急医療の立場から
横田 裕行（日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授）
- S1-3. 在宅医療の立場から
島田 潔（板橋区役所前診療所院長）
- S1-4. 地域包括医療病棟の立場から
右田 隆之（医療法人財団興和会右田病院院長）
- S1-5. 地域包括ケア病棟の立場から
仲井 培雄（地域包括ケア推進病棟協会会長）

シンポジウム2

11/9 13:40~15:40

「進化・深化する地域包括ケアを支える在宅救急」

座長・基調講演：田中 滋（埼玉県立大学理事長・慶應義塾大学名誉教授）

座長：田中 志子（日本慢性期医療協会常任理事）

シンポジスト

- S2-1. 基調講演
田中 滋（埼玉県立大学理事長・慶應義塾大学名誉教授）
- S2-2. 地方大学病院の役割
木村 哲也（福井大学医学部附属病院救急部長、医学部救急医学講座准教授）
- S2-3. 在宅医療の立場から
中村 伸一（おおい町国民健康保険名田庄診療所所長）
- S2-4. 小児在宅医療の立場から
津田 英夫（医療法人育ちのクリニック津田院長）
- S2-5. 地域密着型多機能病院の立場から
志田 知之（医療法人 天心堂 志田病院理事長）

シンポジウム3

11/9 15:50~17:30

「ACPと在宅救急の今後」

座長：新田 國夫（一般社団法人全国在宅療養支援医協会会長）

座長・基調講演：会田 薫子（東京大学大学院人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター上廣講座 特任教授）

シンポジスト

S3-1. 基調講演「日本のACP 一次の段階へ」

会田 薫子（東京大学大学院人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター上廣講座特任教授）

S3-2. 認知症患者における意思決定支援

新田 國夫（一般社団法人全国在宅療養支援医協会会長）

S3-3. 慢性期病院の立場から

田中 志子（日本慢性期医療協会常任理事）

S3-4. 患者、利用者の意思決定支援と医療従事者の連携 救急・在宅看護の立場から

木澤 晃代（日本看護協会常任理事）

S3-5. 救急活動におけるACPの現状

酒井 俊直（福井市消防局）

シンポジウム4

11/10 10:10~12:10

「災害時の在宅救急 ～令和6年能登半島地震を振り返って～」

座長：池端 幸彦（第8回学術集会会長・福井県医師会会長）

守谷 俊（自治医科大学附属さいたま医療センター救命救急センター長・教授）

シンポジスト

S4-1. 実災害と危機管理 ～急性期から慢性期まで被災者を守るための医療活動について～

秋富 慎司（令和6年能登半島地震JMAT調整本部員 石川県医師会参与）

S4-2. 令和6年能登半島地震の特徴と医師会・J-MAT活動

安田 健二（石川県医師会会長）

S4-3. 在宅医療を支援する病院として

神野 正博（社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長）

S4-4. DC-CAT（Disaster Community-Care Assistance Team）に活動と意義

～助かったいのちの、その先の「生きる」を支え、災害関連死を阻止する～

山岸 曉美（慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室、一社）コミュニティヘルス研究機構）

シンポジウム5

11/10 13:20~15:10

日本医師会認定産業医1.5単位 認定

「いかにして在宅医療・ケア提供者の安全を守れるか」

座長：横田 裕行（日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授）

新田 國夫（全国在宅療養支援医協会会長）

シンポジスト

S5-1. 現状とワーキンググループについて

島田 潔（板橋区役所前診療所院長）

S5-2. 在宅医療現従事者の安全を脅かす、患者（家族等）による暴力・ハラスメントの定義

大石 明宣（医療法人信愛会 理事長）

S5-3. 応召義務をはじめとした診療治療の求めに対する適切な対応の在り方等について

趙 達来（医療法人創生会 真岡西部クリニック院長）

S5-4. 在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための提言：現在までの研究・報告について

小豆畑丈夫（医療法人青燈会小豆畑病院 理事長・院長）

S5-5. 在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための4つの目標

櫻井 淳（日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野診療教授）

S5-6. 総括

高添明日香（医療法人桜花会あすか在宅クリニック院長）

※シンポジウム5は日本医師会認定産業医1.5単位（基礎後期or生涯専門）が取得できます。

※産業医単位をご希望の方は、ランチョンセミナー2のあとに総合受付にて所定の申請書を配布いたします。

必要事項をご記入のうえシンポジウム5の講演後に総合受付までご提出のほどお願いいたします。後日、氏名を印字した産業医単位シールをご記入の住所へお送りいたします。

※本申請は、医師のみが対象となります。

プログラム 【パネルディスカッション】

パネルディスカッション

11/9 15:50~17:30

「リハビリテーションに関する在宅救急」

座長：室谷 ゆかり（アルペンリハビリテーション病院院長）
紅野 勉（福井県作業療法士協会副会長、医療法人池慶会 池端病院事務部長）

-
- P-1. 在宅復帰を見据えた集中治療領域のリハビリテーションにおける現状と課題
野々山忠芳（福井大学医学部附属病院リハビリテーション部理学療法士）
- P-2. 在宅復帰を見据えた回復期での作業療法士としての課題と役割
高橋 雄大（医療法人博俊会 春江病院リハビリテーション課作業療法士）
- P-3. 生活期の摂食嚥下リハビリテーション
中澤 久夫（言語聴覚士）
- P-4. 対象者の支援に必要な組織間連携・多職種連携について
竹本 万里（福井県立病院入退院支援センター看護師）
-

プログラム 【一般演題】

一般演題 1

11/9 13:40~14:30

「多職種連携」

座 長：櫻井 淳（日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野診療教授）
照沼 秀也（医療法人社団いばらき会理事長）

-
- O1-1. 看看連携による在宅環境調整で救急搬送を予防できる
小澤 美津子（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院）
- O1-2. 救急集中治療医の在宅医療介入により寝たきり状態から独歩外来通院まで改善した吸収不良症候群の1例
宮村 保吉（JA長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター 救命救急センター）
- O1-3. 特定看護師が高浸透圧高血糖症候群に対して在宅で高度な実践を行ったことにより回復した一例
井手 幸太（医療法人社団 思葉会 MEIN HAUS）
- O1-4. 医療=介護連携に対しICT・AIを用いた「協力医療機関連携加算」の取り組み
前田 俊輔（(医)芙蓉会・(社)日本遠隔医療介護協会）
- O1-5. 院内倫理コンサルテーションを地域包括ケアシステムへ
丸藤 哲（札幌東徳洲会病院 倫理コンサルテーションチーム）
-

一般演題 2

11/9 14:30~15:30

「緩和ケア・意志決定支援等」

座 長：守谷 俊（自治医科大学附属さいたま医療センター救命救急センター長・教授）
西村 嘉裕（医療法人社団いばらき会副理事長）

-
- O2-1. 進行性腫瘍疾患に対する手術から在宅診療までの一貫したケアの経験
安栄 良悟（元生会森山病院 脳神経外科）
- O2-2. 悪性腹水に対してカテーテル留置を施行した症例
儀間 義勝（ゆずりは訪問診療所）
- O2-3. 慢性過敏性肺炎の終末期に気胸を発症した1例
渡邊 弘樹（ゆずりは訪問診療所）
- O2-4. 当院におけるミダゾラム類粘膜炎投与例の検討
二ノ坂 建史（にのさかクリニック）
- O2-5. 救急・集中治療における終末期患者を在宅で受け入れる
池田 光憲（あお在宅・往診クリニック）
- O2-6. 独居高齢者の救急搬送の背景についての検討
瓜生 悠平（公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 救急科）
-

一般演題3

11/10 11:00~12:00

「BCP関連・災害・新興感染症等」

座長：吉田 雅博（国際医療福祉大学消化器外科学教室教授）
中村 譲介（横浜市立大学附属病院集中治療部准教授）

-
- O3-1. 事業継続計画図上訓練用キットの開発と効果・課題の検討
諫山 憲司（明治国際医療大学 防災救急救助研究所）
- O3-2. 西日本豪雨とコロナ禍で鍛えられるBCP
浅野 直（医療法人サンス あさのクリニック）
- O3-3. 訪問看護事業所のBCP作成における課題
堀 友紀子（京都橘大学看護学部、訪問看護リハビリステーションたもつ）
- O3-4. 当院職員の災害に対する意識調査 HuMAとしての能登派遣報告を通して
篠 美和（医療法人社団守成会 広瀬病院 在宅診療部）
- O3-5. 志賀町健康相談ダイヤルプロジェクト
- DC-CAT令和6年能登半島地震後の被災者支援に関する活動の一報告 -
扶蒔 由起（（一社）コミュニティヘルス研究機構）
- O3-6. COVID-19陽性者への外来点滴対応の有用性と必要性について
趙 達来（真岡西部クリニック）
-

一般演題4

11/10 13:20~14:20

「在宅・施設と救急搬送」

座長：平 泰彦（聖マリアンナ医科大学名誉教授・呼吸器外科研究員）
下田 重人（医療法人社団下田緑真会理事長）

-
- O4-1. 当院に救急入院となった在宅医療を受けている110症例の検討
吉川 徹二（蘇生会総合病院）
- O4-2. 介護施設職員への救急対応教育を行い不安の軽減を図る取り組み
～初動対応から救急隊への引継ぎまで～
権藤 純子（医療法人 三井会 神代病院 認知症対応型共同生活介護事業所）
- O4-3. 当院における救急搬送された在宅医療患者の検討
松本 孝嗣（松本外科内科医院）
- O4-4. 在宅医療連携強化のための病院救急車を利用した効率的な患者搬送システムの構築
門田 勝彦（順天堂大学医学部 救急災害医学研究室）
- O4-5. 蘇生を希望しない終末期患者の心停止に対する救急要請における問題点
金畑 圭太（前橋赤十字病院 集中治療科・救急科）
- O4-6. 病院救急救命士が繋ぐ在宅医療と救急医療
竹内 理久（札幌東徳洲会病院 救急センター）
-

第8回

日本在宅救急医学会

学術集会 抄録集

「いのちと暮らしと尊厳をまもる在宅救急」

基調講演

記念講演

2040年にむけた医療提供体制の将来像と在宅救急



迫井 正深

厚生労働省 医務技監

将来を見据えた医療提供体制の構築に向けて必要な取り組みは何か。

先のコロナ・パンデミックを経た医療提供体制が直面している喫緊の課題は、短期的な人件費・物件費の高騰に対する経営維持とともに、中長期的な医療の供給と需要のバランス調整、すなわち、それらに大きく影響する人口構成の変遷に呼応しながら“あるべき提供体制”を構築することである。

近年の社会保障制度改革の骨格を示した2013年の社会保障制度改革国民会議に源流を発する「地域医療構想」は、団塊の世代が75歳以上となる2025年をターゲットとして全ての都道府県において策定され、この実現に向けた取り組みが2017年度以降、順次実施されてきた。その一方で、2020年初からの新型コロナウイルス・パンデミックへの現場対応など「地域医療構想」を巡る取り組みは、その制度化以降も様々な変遷を伴いながら今日を迎えた。そして、いよいよそのターゲットである2025年が来年となり、今後の政策展開を見据えた「新たな地域医療構想」策定にむけた検討が今、急ピッチで進められている。

この新たな地域医療構想では、今後の人口構成の“未来予想図”に基づき2040年を新たなターゲットと見定め、更に増大が見込まれる高齢者救急や在宅医療をはじめとする介護ニーズを伴う医療需要に焦点を当てながら、国民会議報告書の原題“地域医療ビジョン”を彷彿とさせるが如く、より広い“地域医療”の視点で検討が進められている。そして、制度上の論点では、従前からの病床機能区分のあり方に加えて、地域における個々の医療機関が担う「病院機能」の捉え方に注目が集まっている。

これら一連の医療システムにおける需給バランス向上の取り組みは、経済情勢も含めたわが国社会の情勢を踏まえながら、いつの時代においてもたゆまぬ努力が求められるNever Ending Storyでもある。このような“新たな地域医療構想”にむけた「これから」について、皆さんと共有できれば幸甚である。

略 歴

1989年～東京大学医学部卒業、東大病院、虎の門病院等で外科臨床
1992年 厚生省入省、1995年 ハーバード大学公衆衛生大学院
2006年～広島県健康福祉局長
2009年～厚生省復帰後、介護報酬改定、地域医療計画、診療報酬改定の担当課長を歴任
2018年～医政局審議官を経て医政局長
2021年～内閣官官房内閣審議官・新型コロナウイルス等対策推進室長
2023年7月～厚生労働省医務技監・内閣感染症危機管理統括庁対策官

2040年に向けた在宅救急への期待

松本 吉郎

公益社団法人日本医師会 会長



全国各地で人口変動が加速しつつある。いわゆる大都市型では高齢人口が概ね増加、地方都市型では高齢人口が増えないし減少と幅広く、また過疎地域型では高齢人口が減少する地域が多い。さらに少子化の進展により、医療や介護の担い手だけでなく、救急搬送や行政職員の確保も困難になると危惧される。

2040年に向けた在宅救急は、こうした人口変動も踏まえて体制構築を図る必要がある。第8次医療計画において、在宅患者の急変対応として24時間対応が可能な体制（近隣の病院・診療所との連携を含む）や、症状や状況に応じた搬送先の確保等が謳われている。また、二次救急医療機関は、高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担うとされた。

次の地域医療構想では、2040年頃を目途とし、かかりつけ医機能や在宅医療等も検討対象となる。在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした、患者に身近な地域での連携を推進し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築することも掲げられている。

他方、今般の診療報酬改定では、地域において救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価として、地域包括医療病棟入院料が新設された。さらに、介護保険施設等との連携促進を通じた救急医療提供体制や初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価も行われた。

救急搬送については、総務省消防庁検討会において、増加する救急需要への対策として、「救急業務」と「緊急性」の関係性について議論を深め、病院前救護のトリアージ体制強化に向けた検討が行われる。

いずれにせよ、地域を面で支えていくという視点に立つことが重要である。本学術集会は、医療計画・介護保険事業計画等の同時開始やトリプル改定といった節目の年に開催されるが、よりよい在宅救急の体制構築の端緒となることを大いに期待している。

略 歴

学歴等

- ・1980年3月 浜松医科大学医学部卒業
- ・1985年7月 日本皮膚科学会皮膚科専門医
- ・1986年4月 日本形成外科学会形成外科専門医
- ・2000年9月 日本医師会産業医
- ・2011年4月 日本形成外科学会皮膚腫瘍外科分野指導医
- ・2017年4月 社会医学系専門医・指導医

主な経歴

- ・1988年4月（医）松本皮膚科形成外科医院理事長・院長
至 現 在

- ・1996年4月 大宮医師会理事
- ・2006年4月 大宮医師会副会長
- ・2010年4月 埼玉県医師会理事
- ・2011年4月 埼玉県医師会常任理事
- ・2014年6月 大宮医師会会長
- ・2016年6月 日本医師会常任理事
- ・2022年6月 日本医師会会長
至 現 在

- ・2017年7月 厚生労働省「中央社会保険医療協議会」委員

賞 罰

- ・2015年4月 藍綬褒章

シンポジウム 1

シンポジウム 2

シンポジウム 3

「2024年度診療報酬改定を踏まえた在宅救急の近未来」 ～在宅医療の診療報酬のこれまでと今後～

林 修一郎

厚生労働省保険局医療課長

今後、更に80代以上の高齢者は増加することが見込まれるが、80代以上の高齢者では特に在宅医療を必要とする者の割合が高い。このため、多くの地域において、今後さらに在宅医療の体制整備を図ることが求められる。

在宅医療といっても患者の状態には幅があり、医療のニーズも多様である。診療報酬在宅で重症患者の生活を支えることのできる在宅医療の体制構築を図るためには、提供体制や患者の状態に応じた適切な評価の体系が必要である。逆に、医療機関側の対応体制や、患者の状態に関わらず一律の診療報酬上の評価を行うと、軽症の患者が在宅医療の対象者として選別されやすくなる弊害が生じうる。

こうした点に留意しながら、これまで累次の診療報酬改定が行われてきた。医療機関の体制に関しては、夜間の体制や看取りの件数に着目して評価に差が設けられてきた。患者の状態に関しては、重症患者への評価、月の訪問回数による評価、緊急訪問への評価や、看取りへの特別の評価が設けられてきた。また、単一の建物に居住する患者数によって訪問のコストが大きく異なるため、居住患者数に応じた適切な評価体系の構築が図られてきた。

2024年度診療報酬改定においても、こうした方向性が踏襲されるとともに、情報の連携等に関する評価が拡充された。

医療提供体制において、命を守ることと、生活を支えることが、最も重要な要素である。この2つの要素は在宅医療においても最重要であり、増悪時の救急対応や、福祉との連携等の機能は欠かすことができない。

在宅医療は今後も充実を図っていくべき分野であることから、適切な対象患者に対し質の高い在宅医療を提供する医療機関がますます求められる。診療報酬体系は、このような医療機関を今後も支えることができるよう、ブラッシュアップしていく必要がある。

略 歴

1998年 東京大学医学部卒業

2000年 厚生省 入省

※2005年 ハーバード大学公衆衛生大学院修士

※この間、疾病/難病対策、感染症対策、がん対策など諸分野を担当

2014年 厚生労働省保険局医療課課長補佐（診療報酬改定を担当）

2016年 奈良県医療政策部長

2019年 厚生労働省健康局健康課予防接種室長

2021年 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長

2023年 厚生労働省医政局医事課長

2024年7月 厚生労働省保険局医療課長（診療報酬改定を担当）

「2024年度診療報酬改定を踏まえた在宅救急の近未来」 ～救急医療の立場から～

横田 裕行

日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授

救急医療は“医”の原点であり、かつ全ての国民が生命保持の最終的な拠り所としている根源的な医療と位置付けられる（平成9年12月、厚生省健康政策局：救急医療基本問題検討会報告書から）とされている。一方、在宅医療は、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスなどが相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。このような中、2024年に在宅医療の診療報酬改定がなされたが、たとえば通院困難な在宅療養患者の診療情報等を、ICTを用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築し、診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行うにつき十分な体制を整備している場合に在宅医療情報連携加算が新設されが、算定可能となったが十分ではない。また、在宅医療では、医療に関わる様々な職種、すなわち医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、介護担当者、リハビリ担当者など、多職種が連携することが必要である。様々な医療職が関与する在宅医療患者において、その容態が急変した際に、救急医療という医療アクセスを有効に活用することで引き続き有意義な日常生活に復帰することも可能である。救急医療と在宅医療の円滑なアクセスに対して、そのコストに見合った診療報酬が算定されるべきと考えている。

略 歴

・学歴、職歴

1980年3月 日本医科大学医学部卒業、同5月医籍登録（No.252262）、同6月同学脳神経外科入局

1985年3月 日本医科大学大学院（脳神経外科）修了

1994年1月 日本医科大学助教授、同千葉北総病院救命救急部部长

2000年11月 米国テキサス州ベイヤール医科大学（脳神経外科）

2008年4月 日本医科大学救急医学主任教授、同附属病院高度救命救急センター長

2020年4月 日本医科大学名誉教授、日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授 現在に至る

2023年5月 日本体育大学クリニック院長 現在に至る

・主な資格

日本医師会認定産業医、日本救急医学会指導医、専門医、日本脳神経外科学会専門医、

日本脳卒中学会指導医、専門医、日本脳神経外傷学会専門医、日本外傷学会専門医、

日本中毒学会Clinical toxicologist、日本神経救急学会フェローなど

・現在の公的役職

一般財団法人日本救急医療財団理事長、公益社団法人日本臓器移植ネットワーク理事長、

一般社団法人日本移植会議代表理事、総務省消防庁救急業務のあり方に

関する検討委員会座長、

厚生労働省循環器病対策推進協議会委員、東京都MC協議会会長、東京都救急医療対策協議会会長、

東京都循環器病対策推進協議会会長、日本医師会学術企画委員会委員、同死体検案研修会委員、

同救急災害医療対策委員会委員など

・所属学会

日本在宅救急医学会代表理事、日本救急医学会元代表理事、日本脳死・脳蘇生学会前代表理事、

日本神経救急学会前理事長、日本脳神経外傷学会前監事、日本病院前救急診療医学会監事、

日本外傷学会名誉会員、日本組織移植学会理事(2024年8月学術集會会長)、日本臨床救急医学会評議員、

日本脳卒中学会評議員、日本中毒学会評議員など

・賞罰

令和4年9月 厚生労働大臣表彰（救急医療功労者）

令和2年3月 消防行政特別功労章受賞

令和元年度 救急医療関係功労者等知事賞（東京都）

平成25年度 総務大臣表彰（救急医療功労者）

平成5年度 東京都医師会医学研究賞受賞

「2024年度診療報酬改定を踏まえた在宅救急の近未来」 ～在宅医療の立場から～

島田 潔

板橋区役所前診療所院長

わが国の診療報酬において「往診料」が設定されたのは1981年である。ちなみに、自宅療養者に対する定期的な訪問による診療を行う「訪問診療料」の収載は1986年、急性腹症などの「緊急往診加算」の収載は1984年である。1984年当時のわが国の高齢化率は9.9%であり、かなり早い時期から在宅医療と往診についての保険制度上の制度設計が整備されてきた。

その後、高齢化社会は急速に進展し、通院での医療を受ける「外来患者数」は都市部を除く多くの地域で2015年以降は減少傾向となっている。そのようなことから在宅医療における診療報酬は概ね手厚い改定がなされてきたが、2014年と2024年には高齢者施設の在宅医療に対する大幅な報酬引き下げが実施された。

特に2024年の改定では、定期的な訪問診療や2ヶ月以内に自院の外来に通院していない者に対する「緊急往診」「夜間/休日/深夜往診」に対する加算を最大で8割以上引き下げる改定が実施された。2019年から猛威を奮った新型コロナウイルスの流行期は、平時の在宅医療の患者だけでなく、一般市民が「往診」を利用できることで外来や病床の逼迫を一定程度緩和することに役立った。一方で、多くの地方自治体が小児医療の自己負担無料化を行っているため、小児は時間外でも高額な自己負担なく「往診」が受けられることから、病院受診をせずに、いわゆる「コンビニ受診」の往診版が急増したことから、これらを抑制するための改定であったと言われている。

今後は、平時から在宅医療を受けている患者や「地域包括診療加算」による外来通院をしている“在宅医療予備軍”に対して、患者の求めによる「往診」が実施される流れに回帰することになる。往診を提供する医療機関は、自宅で提供可能な検査や治療について積極的に取り組んでいくことになる。また、タイムリーに病院受診へつなぐ必要がある疾患の判断と、必要な検査や治療を想定して受診先の病院機能を選択して紹介すること等が求められる。

略 歴

1994年 帝京大学医学部 卒業 東京大学附属病院 内科研修医
1996年 東京大学医学部第四内科入局 板橋区役所前診療所 開設
2004年 板橋区医師会 理事
2013年 医療法人社団平成医会 設立 理事長
2017年 在宅医療政治連盟 設立 会長
2018年 一般社団法人 日本在宅救急医学会 理事
2019年 全国国民年金基金 理事 代議員
2022年 一般社団法人 全国在宅療養支援医協会 事務局長
2021年 厚生省「第8次医療計画検討会（在宅医療事業介護連携ワーキンググループ）構成員

現職
板橋区役所前診療所 院長
医療法人社団 平成医会 理事長
全国国民年金基金 理事・代議員
在宅医療政治連盟 会長
一般社団法人 日本在宅救急医学会 理事
一般社団法人 全国在宅療養支援医協会 事務局長
一般社団法人 健康職場推進機構 理事
一般社団法人 WHELP協議会 理事
一般社団法人 全国ヘルスケアサービス産業協会 監事

厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」専門委員

「2024年度診療報酬改定を踏まえた在宅救急の近未来」 ～地域包括医療病棟の立場から～

右田 隆之

医療法人財団興和会右田病院院長

総務省発行「救急・救助の現況」の救急搬送データによれば、平成19年から令和3年にかけて、救急出動人員は490万人から549万人に増加しています。特に高齢者の搬送人員の割合は、平成19年の46.5%から令和3年には65.6%に増加しています。

右田病院は創設100年を数え、戦前から救急医療に携わり、「地域のホームホスピタル」の理念を掲げて地域に求められる医療の提供を目指してまいりました。しかしながら、高齢者の救急搬送、入院件数の増加は、当院において職員のモチベーションの低下、救急受け入れの低下、経営の悪化と負の連鎖反応を起こしました。そこで状況を打開すべく、平成22年ごろから職員の意識改革を促し、高齢者救急の更なる増加を見据えて体制を整備した結果、現在では年間2,000件程度の救急患者の受け入れを行っています。

救急の受け入れから、検査、手術、治療、リハビリテーション等を一気通貫で提供し、元の居宅や介護施設への復帰を目指す観点から、平成28年に地域包括ケア病床へ、さらに今年度の診療報酬改定で全病棟を地域包括医療病床に転換して、高齢化した地域への医療的参画を目指しています。地域包括医療病棟は、施設基準要件の高さが話題になっており、当院においてもその点は共感するところですが、地域包括医療病床に転換できたのは、従前の取り組みの方向性が合致したものと実感しています。

高齢者救急は呼吸器疾患、心疾患、脳血管疾患など重症化しやすい複数の併存疾患に対応する必要があります。また、医療だけでなく介護の側面も少なからず有しており、ACPIにも配慮しなければなりません。病院だけで完結することは難しく、在宅医療との連携が重要となります。

地域包括ケアシステムの中で、どのような取り組みが可能かを考え、試行錯誤してきた経緯についてお話するとともに、在宅医療を含めた地域医療の近未来における課題に、今後どのように取り組んでいくべきかについて、皆様と共に考えていきたいと思っております。

略 歴

1989年3月	東北大学 医学部	卒業	主な資格
1989年5月	仙台オープン病院	研修	1996年3月 東北大学 医学博士 取得
1992年4月	東北大学 第一外科 (現 総合外科)	入局	
1996年4月	いわき市立常磐病院		所属学会
1998年4月	東北大学 第一外科 (現 総合外科)		日本外科学会 専門医
1999年4月	埼玉県立がんセンター	入職	日本消化器外科学会
2002年4月	医療法人財団興和会	入職	日本臨床外科学会
	右田病院	副院長	日本胃癌学会
2006年4月	医療法人財団興和会		日本大腸肛門病学会
	右田病院	院長	日本癌治療学会

「2024年度診療報酬改定を踏まえた在宅救急の近未来」 ～地域包括ケア病棟の立場から～

仲井 培雄

地域包括ケア推進病棟協会 会長

地域包括ケア時代の患者像は、multimorbidityかつ、高齢でADLと栄養状態、認知機能が低下し、ポリファーマシーになりやすい。治療はエビデンスに乏しく、患者のQOL向上をアウトカムとするため、生活支援や意思決定支援は必須となる。

地域包括ケア病棟（以下地ケア病棟）は2014年度の診療報酬改定で誕生し、10年目を迎える。役割は、ポストアキュート機能、いわゆるサブアキュート機能、在宅復帰支援機能を有し、地域包括ケアを支え、上記患者をみることになる。2018年度改定で、自宅等からの緊急患者の受け入れや看取り指針策定が入院料・管理料1, 3（200床未満）に要件化された。2022年度改定は、全ての入院料・管理料に何らかの形で救急の実施や自宅等からの緊急の受け入れ等を要件に盛り込まれ、加減算による評価も始まった。2024年度改定では、地ケア病棟を有する病院は介護保険施設等の協力医療機関になることが望ましいとされた。在宅患者支援病床初期加算に係る、介護施設等から、3次救急医療機関等に搬送された患者の下り搬送や、直接救急搬送された患者の受け入れが評価された。地ケア病棟は、在宅療養するかかりつけの高齢虚弱multimorbidity患者を、病棟や在宅でみる地域診療拠点として期待されている。

一方で、13対1看護配置が基本で、救急搬送の直入が少ない地ケア病棟では初見の高齢患者受け入れには不安があり、急性期一般病棟ではチーム医療の取組が不十分なことから、いいとこ取りの地域包括医療病棟が創設された。高齢者救急に特化した特定入院料であり、高齢救急搬送の多い急性期一般病棟や地ケア病棟からの移行が見込まれるが、ADL維持向上95%以上など、現状では要件が厳しく届出は少ない。

しかし、近未来に団塊世代が高齢虚弱multimorbidity患者の多くを占める様になれば、入院なら個室、在宅なら訪問診療を選択する方が増えるであろう。乏しいエビデンスよりも十分なQOLを求める患者を支えつつ、ご当地毎の地域包括ケアを推進する両病棟を、在宅救急とともに育てて頂きたい。

略 歴

1985年 自治医科大学医学部卒

1989年 金沢大学第2外科入局

2004年 医療法人社団 和楽仁 芳珠記念病院 理事長

2012年 社会福祉法人 陽翠水 理事長、ほうじゅグループ代表

2014年 地域包括ケア病棟協会（現 地域包括ケア推進病棟協会）会長

主な資格：日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器病学会指導医・専門医、いしかわ技術経営スクール修了

主な役職：日本慢性期医療協会 常任理事、日本リハビリテーション病院・施設協会 理事、日本在宅救急医学会 理事、日本地域医療学会 副理事長、日本リハビリテーション医学教育推進機構 学術理事、日本医療・病院管理学会 理事

「進化・深化する地域包括ケアを支える在宅救急」 ～基調講演～

田中 滋

埼玉県立大学理事長・慶應義塾大学名誉教授

ほんの30年前を思い出してください。7対1病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟と地域医療病棟、介護保険制度、介護支援専門員、地域包括支援センター、看護小規模多機能型居宅介護、介護医療院、そして地域包括ケアシステム……。今、私たちが当たり前のように口にするこれらの仕組み・資格・政策などのうち、30年前に既に存在していたものはどれでしょうか？ 答え：これらすべては30年前にはまだ存在していなかった！ つまり日本社会はたった30年の間に、急速にこの分野の社会システムと、その背景にある考え方を整備してきたと言えます。医療・介護従事者と経営者による努力、背景にある自然科学・社会科学の進展、制度設計と実践等々をめぐる前進に携わってきた関係者、何より本学会員は大いに誇ってよいのです。

では、こうした進化の趨勢を着実に続ければ、2040年を見据えた将来も安心できるのでしょうか。答えは残念ながら否です。理由は、85歳以上超高齢者急増と働き手の減少につきます。加えて、治療や日常介護とは異なる看取りニーズが急増し、身寄りの無い高齢者も増え続けていきます。

人々が安心して地域で暮らすための安全弁として、在宅救急を含む在宅医療体制の構築については、こうした時代環境の下、これからも様々な課題に直面していくでしょう。ただし、個別の課題に対応したパッチワーク的な“解決策”の積み重ねは、かえって事態を混乱させかねないことは歴史の教えるところです。制度は、長期的かつ大局的な視点を持ち、時代背景を踏まえて構築しなくてはなりません。

基調講演では、歴史的かつ広い視野の下に2040年に向けた展望を語る予定です。

略 歴

- 公立大学法人埼玉県立大学理事長（2018～）、慶應義塾大学名誉教授（2014～）
- 専門分野：地域包括ケアシステム論、医療・介護政策、医療・介護経営、医療経済学
- 略歴：慶應義塾大学助手（1977）・助教授（1981）を経て、同大学大学院経営管理研究科教授（1973-2014）
- 現在務める学会役員：日本地域包括ケア学会理事長、日本介護経営学会会長、アジア太平洋ヘルスサポート学会理事長、日本ケアマネジメント学会理事、日本老年学会理事
- 現在務める主な公職：協会けんぽ運営委員会委員長、厚生労働省「医療介護総合確保促進会議」座長、「ケアマネジメントに係る諸課題

- に関する検討会」座長、「第8次医療計画等に関する検討会」座長代理など
- 2023年1月まで社会保障審議会会長（兼：介護給付費分科会長・福祉部会長）

「進化・深化する地域包括ケアを支える在宅救急」 ～地方大学病院の役割～

木村 哲也

福井大学医学部附属病院救急医学講座准教授

地域包括ケアシステムが円滑に機能するためには、在宅医療と急性期医療の連携は不可欠となる。特に在宅における急変時対応は地域医療の質を左右する重要な要素であり、地域医師会を中心に、緊急時対応体制の構築が進められている。一方、地方における大学病院には、先端医療の研究や高度な医療技術の提供だけでなく、地域医療を支える中核病院として、また、地域医療を担う人材を育成する教育機関としての役割が期待されている。

福井大学病院では、救急部と総合診療部を一体運営し、救急に強い総合診療医の育成に力を入れている。救急部では軽症から重症まで幅広い救急患者の初期診療を行い、専攻医は多様な臨床経験を積む。総合診療外来では、慢性疾患や複合的な問題を抱える患者に向き合いながら専門性を深める。また、在宅や施設からの搬送患者に対しては、救急医と総合診療医が連携して入院診療を行い、地域のケア会議に参加することで地域ケアシステムの具体的な運用を学んでいる。

福井大学は、永平寺町と連携し、指定管理者として町立在宅訪問診療所の運営を担っている。大学病院から派遣された総合診療医、専攻医、救急経験のある看護師が、地域住民の在宅医療へのニーズに応えるとともに、医学生、初期研修医の指導にもあたっている。永平寺町立診療所での在宅看取り数は年々増加し、地域住民からも感謝の声が多数寄せられている。これらの経験は、将来、専攻医が総合診療医として在宅医療に従事する際に、適切な救急対応と、急性期病院との円滑な連携を可能とすることが期待される。

地域包括ケアシステムにおいて在宅医療と急性期病院の連携には依然として課題が残されている。総合診療医と救急医が連携した教育体制を構築し、救急医療に強い総合診療医を育成することは、在宅医療と急性期医療の双方への理解を深め、慢性期と急性期を繋ぐ役割を果たし、地域包括ケアシステムの充実を図るために重要と思われる。

略 歴

昭和61年	福井医科大学卒業、第二外科入局	令和5年	総務省SCOPE 成果展開推進賞
昭和63年～	大津赤十字病院心臓血管外科、東京医科大学第二外科等を経て、		
平成5年	福井医科大学第二外科（心臓血管外科）		
平成15年	福井医科大学附属病院救急部に移籍		
現在	福井大学附属病院救急部長、医学部救急医学講座准教授		
平成28年度	MCPCアワード総務大臣賞グランプリ		
平成29年度	ICT総務省地域活性化大賞優秀賞		
令和2年	総務省SCOPE研究開発奨励賞		
令和4年	救急医療功労者厚生労働大臣表彰		

「進化・深化する地域包括ケアを支える在宅救急」 ～在宅医療の立場から～

中村 伸一

名田庄診療所所長

1991年に赴任した山間へき地の名田庄村（現在のおおい町名田庄地区）では、病気や障害をもっても自宅で暮らしたいと願う住民が多く、それに応えようと、保健・医療・福祉の連携を進め、デイサービスの開始、訪問看護を中心とした多職種による訪問調整・事例検討会、在宅ケア講座、ボランティアグループ結成等、事業を展開した。活動中、職員も住民も共に活動する「場」が必要との考えに至り、平成8年、保健医療福祉の総合施設建設のため、「福祉の森検討委員会」を立ち上げた。村長の後押しもあり基本構想、基本設計の段階から、職員も住民も参加。平成11年に国保診療所と国保総合保健施設が一体化した「あっとほ～むいきいき館」が完成し、地域包括ケアを支える基盤ができた。私たちは在宅療養に必要なことを提供するだけでなく、大切なことに寄り添う姿勢でありたいと考えている。

在宅療養を最期までつづければ“家逝き”となるが、そのためにはご本人、ご家族の少なくともいずれかの“覚悟”が必要と考える。

終末期の在宅医療では、癌の場合、比較的予後が予測しやすい。疼痛コントロールと家族負担の軽減ができれば、家逝きが可能となる。老衰の場合、いつからか終末期かあいまいだが、回復の見込みはないので、家族負担の軽減ができれば、家逝きが可能となる。慢性心不全や慢性呼吸不全など臓器不全の場合、増悪と回復を繰り返しながら状況が悪化するが、急激に悪化した際に回復可能かどうか判断は難しく、回復を期待して救急医療のお世話になることが少なくない。

一度だけ、末期癌で家逝き予定の患者が救急搬送された経験がある。都市部ではよくあるそうだが、当地域では極めて珍しいケースである。末期の急変は救急ではない。このようなケースが増えるなら、在宅療養をつづける患者に関して、消防署との情報共有も必要になるのだろう。

略 歴

1989年 自治医科大学卒業
1989年 福井県立病院診療部 臨床研修医
1991年 名田庄村国民健康保険名田庄診療所 所長
1996年 福井県立病院外科 医長
1998年 名田庄村国民健康保険名田庄診療所 所長
2006年 おおい町国民健康保険名田庄診療所 所長（町村合併による名称変更）
2022年 全国国民健康保険診療施設協議会 副会長

「進化・深化する地域包括ケアを支える在宅救急」 ～小児在宅医療の立場から～

津田 英夫

医療法人育ちのクリニック津田 福井県医療的ケア児者支援センター

小児領域の在宅救急医療の現状や今後の在り方を考える上で重要なポイントは、成人領域ともある程度共通するが、その患者の状態は入院加療が必要かを見きわめることにつきると言っても過言ではない。NICUやICU入院後の在宅への移行に際し、人工呼吸器、気管切開、在宅酸素、胃瘻も含む経管栄養、頻回の気道吸引などを要する小児での事例は多く、在宅にしながら既に入院加療に近い状態の児や家族に、一層の負担を生じさせる入院加療を勧めざるを得ない病態や、判断の根拠、入院に至るまでの一連の過程などを紹介する。また在宅児の救急搬送を考慮する病態では入院での加療を選択する方がよいのか、看取りまたはそれに順ずるケアを選択するのか、その中間の道は？などとACPを行っても結局決定に苦慮する例は枚挙に暇はなく、児や家族に寄り添うほど選択に迷いを生ずる事も多い。そんな局面で頼りになるのは多職種連携と地域での支える力であり、在宅で児がどのような生活を送ったかが選択における助けになることも多く、この線を通って今後の在り方に関して考察する。

略 歴

昭和56年 京都大学医学部卒業 医師国家試験合格
平成2年 京都大学医学部博士課程修了
平成4年 スイスサンドファーマ リサーチフェロー
平成5年 福井県立病院小児科
平成31年 医療法人育ちのクリニック津田 開設
令和4年 福井県医療的ケア児者支援センター管理統括者
令和5年 福井県小児科医会会長

日本小児科学会指導専門医 (平成2年～)

「進化・深化する地域包括ケアを支える在宅救急」 ～地域密着型多機能病院の立場から～

志田 知之

医療法人 天心堂 志田病院 理事長

当院は、人口減少地域にある80床の小規模病院である。私が承継した1996年当時、当院は46床とさらに小規模であったが、すでに在宅医療（訪問診療）を役割としていた。少ない病床の一部を在宅患者の急性増悪時の入院対応に利用していた。当院がある佐賀県南部医療圏は以前から病床過剰地域であったため、増床は全くできず、少ない病床を可能な限り有効活用するよう工夫しながら運営してきた。2010年には在宅療養支援病院となり、医師の体制が整備できた2023年から機能強化型在宅療養支援病院となっている。当院のような小規模病院がこのような方向で運営できたのには、主に二つの要因を挙げることができる。一つは地域包括ケア病棟（床）の活用、もう一つが事業譲受によって成し得た増床である。

2014年の診療報酬改定において地域包括ケア病棟入院管理料（入院医療管理料）が新設された。2000年の回復期リハビリテーション病棟と同様、療養病床からの転換が可能であることと、在宅療養支援病院である当院にとって活用しやすい形態であったため、すぐに導入することを決め準備を進めた。人員配置とデータ提出加算への対処を速やかに実行し、2015年1月からまず8床で導入（入院管理料1算定）。2016年4月には12床に増床し、2019年6月の病院増床時から28床に増床している。

2017年8月、当院近隣の療養病床44床の民間病院から事業譲渡を受けることが決定し、2019年6月に悲願であった増床が叶った。事前に開催された地域医療構想調整会議の中で、当院の在宅医療の概要と在宅患者の急性増悪時の入院を受け入れてきた実績を示し、今後さらに地域で必要となるバックアップ機能の拡充を当院の増床により果たす方針を説明し、関係者の同意を得ることができた。

現在当院は地域密着型の小規模多機能病院として、回復期リハビリテーション機能とともに在宅療養支援機能を担っている。当院が歴史の中で育んできた在宅医療の実際をご紹介したい。

略 歴

1990年3月 佐賀医科大学医学部卒業
1990年6月 佐賀医科大学附属病院 外科
1992年7月 健康保険直方中央病院 外科
1993年6月 唐津赤十字病院 外科
1994年6月 佐賀医科大学附属病院 外科
1995年6月 医療法人天心堂志田病院
1996年9月 医療法人天心堂志田病院 理事長・院長

主な役職
日本慢性期医療協会 理事
日本リハビリテーション病院・施設協会 理事
佐賀県病院協会 理事
尊厳死協会佐賀支部 理事
鹿島市高齢者保健福祉計画策定委員会 委員
鹿島市地域ケアネットワーク会議 構成員

「ACPと在宅救急の今後」 ～日本のACP — 次の段階へ～

会田 薫子

東京大学 大学院人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター上廣講座特任教授

多様な価値観をもつひとりひとりの患者/介護サービス利用者（以下、「本人」）の意思を尊重し、最期まで医療・ケアを提供することが求められている。そのため多角的な視点をもつ医療・ケアチームによって、ACP（Advance Care Planning）に取り組むことが重要である。ACPはリビング・ウィルなどの事前指示の不足を補い、英語圏諸国において1990年代半ばから発展してきた。

日本でACPが本格導入されたのは2018年、厚生労働省が「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」へ改訂したときである。その際、英語圏で概念形成されたACPの翻訳版が紹介された。しかし、英語圏のACPの方法論を翻訳して日本で適用しようとする問題が生じる。例えば、英語圏諸国の法・制度のもとに使用されている” proxy” や” surrogate” などの用語を「代理決定者」や「意思決定代理人」と和訳しても、その法・制度のない日本で同様に使用することはできない。また、家族に「代理決定」を求めると、日本の家族は本人ではなく家族自身の希望を表明しがちであり、これも本人の権利の侵害となりうる。厚労省は上述のガイドラインで家族に対し、本人の意思を推定し医療・ケアチームに伝えることを求めている。つまり、家族の役目は「代弁」であり「代理決定」ではない。日本老年医学会は「ACP推進に関する提言」で、この場合の家族を「代弁者」と呼ぶことを推奨している。

ACPに適切に取り組むためには、翻訳学習の段階を越えて、自国の文化や法・制度を含めた社会環境に合った適用方法を検討する必要がある。日本はその段階に入っている。まず、本人・家族と情報共有し、意思決定の各分岐点において共同意思決定（shared decision-making:SDM）のプロセスをたどることが重要である。その積み重ねがACPになる。ACPは対話のプロセスであり、本人・家族と継続的に対話をする目的は、本人・家族を継続的に支援することにあると認識することが重要である。

略 歴

東京大学大学院医学系研究科 健康科学専攻博士課程修了 博士（保健学）、
ハーバード大学メディカル・スクール医療倫理プログラム フェロー（フルブライト留学）、
2012年、東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター特任准教授に着任、
2017年から同講座の特任教授。

<専門>

臨床倫理学、医療倫理学、臨床死生学

<研究領域>

エンドオブライフ・ケア、高齢者医療・ケア、脳死、臓器移植

<近著>

『ACPの考え方と実践 — エンドオブライフの臨床倫理』東京大学出版会、2024。

『臨床倫理の考え方と実践』東京大学出版会、2022。

『長寿時代の医療・ケア — エンドオブライフの論理と倫理』ちくま新書、2019。

など

<学会活動・社会活動>

日本在宅救急医学会 理事

日本老年医学会 監事

日本専門医機構 編集会議議員など

「ACPと在宅救急の今後」 ～認知症患者における意思決定支援～

新田 國夫

一般社団法人全国在宅療養支援医協会会長

略 歴

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

1967年早稲田大学第一商学部卒業。1979年帝京大学医学部卒業。帝京大学病院第一外科・救急救命センターなどを経て1990年に東京都国立市に新田クリニック開設。1992年より医療法人社団つくし会理事長。

資格・公職等

医学博士、日本外科学会外科専門医、日本消化器病学会専門医、日本医師会認定産業医

「ACPと在宅救急の今後」 ～慢性期病院の立場から～

田中 志子

日本慢性期医療協会常任理事

内田病院を含む大誠会グループは、群馬県沼田市にあり、認知症に対する医療とケアを得意とし、病院では認知症自立度Ⅲ以上の入院割合が70%以上と、全国平均よりも高い。しかも身体拘束は2002(平成14)年から一切行っていない。

また、介護施設等は老人保健施設、特別養護老人ホーム、認知症対応型グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホーム、小規模多機能ホーム、さらに、企業主導型保育園、学童クラブ、放課後等デイサービス、児童発達支援事業所、障害者および高齢者共生型デイサービスがある。在宅部門では、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所などがあるが、在宅、施設のエンドオブライフケアにも力を入れている。

当グループでは、老衰・慢性期疾患末期のエンドオブライフケアを「ハッピーエンド」にできないかということを考え、私たちは「HAPPY END OF LIFE CARE[®]」という言葉を作った。「最晩年をここで過ごしてよかった」そんな思いを患者や家族に持っていただけるよう、ケアを実践してきた。生前から一人一人の人生をよく知り、関わること、丁寧にケアをすることを徹底し続ける。病院でも施設でもケアに関する研修は共通に実施し、看護と介護、リハビリのトップは病院も施設も同様に管理する。さらに医師の常駐がない特別養護老人ホームには、特定行為のできる看護師を配置し、病状が悪くなくても医療的な対応が最期までできることを担保する。

また、最近では施設長期入所の際にご本人から「急に具合が悪くならどこで診療してほしいか、食べられなくなった時にどうして欲しいか」といった意思確認と相談をたとえ認知症が重度であっても話し合うこと、共有することに力を入れている。

医療法人大誠会理事長 社会福祉法人久仁会 理事長
群馬県認知症疾患医療センター内田病院 センター長
帝京大学医学部医学教育センター臨床教授
群馬大学医学部臨床教授
医学博士

【プロフィール】

群馬県沼田市出身。医学博士。1991年帝京大学医学部卒業、2009年群馬大学大学院修了。2011年医療法人大誠会理事長に就任。「地域といっしょに。あなたのために。」をグループ理念とし、地域包括ケアシステムを沼田市で展開し、病院だけでなく、認知症のある患者の「身体拘束ゼロ」をメッセージに掲げた介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホームなどの運営、移動型コンビニ事業の展開、障がい者施設と商業施設を組み合わせた総合施設の開設など、幅広く地域のために活動している。2020年「第72回保健文化賞」(第一生命保険株式会社)を受賞。

【略歴】

1991年 帝京大学卒業
2004年 介護老人保健施設大誠苑 施設長
2007年 社会福祉法人久仁会 理事長
2009年 群馬大学大学院修了
2010年 医療法人大誠会 副理事長
2011年 同 理事長
2023年 同 理事長・内田病院 院長

【主な資格】

日本内科学会総合内科専門医
日本老年医学会老年科専門医・指導医
日本認知症学会認知症専門医・指導医
認知症サポート医

「ACPと在宅救急の今後」 ～患者、利用者の意思決定支援と医療従事者の連携 救急・在宅看護の立場から～

木澤 晃代

日本看護協会常任理事

救急医療は、交通外傷の増加とともに、救命と早期回復に向け発展してきた背景がある。さらに、病院前からの医療的介入によって救命率の向上を目指し多職種連携が推進されてきた。しかしながら昨今の医療ニーズの多様化、高齢者救急の増加などから、必ずしも救命ありきではなく、本人の意思決定を尊重した対応が求められている。一方在宅医療は、治療が一段落し、療養しながら社会復帰するための支援として、救急医療とは真逆に位置するように捉えられる場合があるが、病状の悪化に伴い救急外来を受診することも多く、実は救急医療と在宅医療は表裏一体であることを実感することが多くある。特に超高齢社会においては、本人の信念に基づいた意思決定支援が重要であり、ACP (Advance care planning) が推進されている。医療・ケアの連続性のなかで看護師は、日常的に意思決定支援を行っているが、人生の最終段階の医療・ケアを考えるプロセスについては、改めて学ぶ必要があると考えている。その人がその人らしく自分の生き方についてどうありたいかを意思表示する機会は、何気ない日常会話の中であったり、治療方針を決める段階であったりと様々であるが、チーム医療が推進され、多くの医療従事者が関わる状況において、日頃から情報を共有することが大変重要である。病状の変化や療養の場など状況が変われば、本人の気持ちも変化することは当然であり、その都度確認が必要である。また本人の意向と、家族など周囲の方の意向の相違についても調整し、本人の思いを遂げるために医療従事者の連携は欠かせない。入院中の患者と、自宅等で療養している患者をみて、その表情や言動の変化に驚くことがある。命には限りがあることについて「生きる意欲」を護り、命の終わりが近くなってもそのひとらしく生ききることを支えることを滞りなく提供できることが求められている。

略 歴

富山大学大学院 医学薬学教育学部（博士課程）生命・臨床医学専攻
危機管理医学修了

河北総合病院、筑波メディカルセンター病院、日本看護協会 看護研修
学校 認定看護師教育課程、日本大学病院（看護部長）を経て現職。

「ACPと在宅救急の今後」 ～救急活動におけるACPの現状～

酒井 俊直

福井市消防局

近年、「終活」が社会的にクローズアップされ、ACPやDNARに対する国民の関心も増し、その影響は救急現場にも及んでいる。

DNARプロトコル（活動基準）は、全国的に定められてきているが、その内容は地域の実情で定められ、県によって様々である。

福井県においては、DNARプロトコルの策定はされておらず、現在、福井市消防局（以下「当局」という。）の対応としては、家族や福祉施設職員などからDNARの意思表示があった場合、かかりつけの医師と連絡を取り、心肺蘇生や救命処置、搬送の有無について協議している現状である。

心肺停止事案における救急要請の中には、家族内でACPがされており、家族や福祉施設職員が救命処置の範囲を指定するケース、または搬送のみを希望するといった意思表示をするケースが増えてきているものの、救急隊はできる限りの救命処置を行うことが任務であることから、傷病者や家族に寄り添った活動をすることができないという、救急隊と家族や施設職員の間における齟齬といった問題が増えてきている。

この問題に対処するため、当局の上記事案に関する統計を抽出し、さらに現場で活動する救急隊員に自由記述形式のアンケートを行う。

この結果を踏まえ、家族や福祉施設職員などから、救命処置の範囲について意思表示があった際に生じた問題点や、苦慮した救急事案を検証すると共に課題を明確にし、対応方針や対応策の手がかりとする。さらに多職種が連携して対応していくことの重要性を強調し、これらの連携を円滑に進めるためには法整備や統一したプロトコルが必要であると考える。

略 歴

平成6年4月1日 消防士拝命

平成23年4月 救急救命士資格取得

令和元年6月 指導救命士資格取得

シンポジウム4

シンポジウム5

「災害時の在宅救急 ～令和6年能登半島地震を振り返って～」

実災害と危機管理

～急性期から慢性期まで被災者を守るための医療活動について～

秋富 慎司

令和6年能登半島地震JMAT調整本部員 石川県医師会参与

令和6年能登半島地震では、死者376人（うち災害関連死149人）、行方不明者3人、負傷者1,335人（2024年9月24日時点）という、観測史上7回目の震度7を記録した大地震であった。超急性期にはDMAT（災害医療支援チーム）が、患者や高齢者施設の入所者の搬送を行った。日本医師会は災害医療チーム（JMAT）の派遣を決定し、その後石川県全体へ1日延べ人数として12,000人以上を派遣した。特に金沢以南のホテルや旅館へ2次避難した約6,000人（最終12,000人以上）を超える被災者への医療支援を行った結果、災害関連死は0であった。しかし、個人情報保護法を理由にJMATの訪問を断ったホテルから死者を2名出すことになった。今回、医療としては特別なことをしたわけではなく、地域を支える、地域に寄り添う、地域医療を再生させるという、大切な支援を忘れずに、被災者への聞き取りや、状態が悪化する前に地域の医療につないだ成果であった。またその運用については、部隊運用および情報管理を基に設計したシステム（FASYS: Facility Assessments Integration System）をマイクロソフトと共同で構築、漏れのない、かつ現場負担が減らしつつ、最大効率を考えた現場への支援を目的とし運用を行った。今後、首都直下型地震、南海トラフ巨大地震では、通信や電力が途絶えた状況で最大効率を維持しながらの運用になることを前提とし、かつ活動するチームの命も守るためのシステムが必要である。

略 歴

2002年3月 兵庫医科大学医学部医学科卒業
2002年4月 兵庫医科大学 皮膚科（研修医）
10月 大阪府立 千里救命救急センター（レジデント：最終 チーフレジデント）
2003年10月 兵庫医科大学 皮膚科（研修医）
2004年4月 兵庫医科大学 救命救急センター（医員）
2005年4月 済生会滋賀県病院 外科・救命救急センター（医員；最終 医長）
2007年1月 東京大学医学部附属病院 救急部集中治療部（医員）
2008年1月 災害医療センター 救命救急センター（医員）
4月 岩手医科大学 高度救命救急センター（助教）
2015年4月 防衛医科大学校 救急部 兼 防衛医学研究センター外傷研究部門（講師）
2016年4月 同 （准教授 救命救急センター副部長）
同 （教育担当准教授、医療安全担当、防災委員会副委員長 等 兼任）
マレーシア工科大学（客員准教授）
立教大学（非常勤講師） 併任
2020年8月 医療法人医風会 医療危機管理部（部長）
2022年4月 医療法人伯鳳会 東京曳舟病院（副院長 救急部長 医療安全部長）
8月 医療安全推進機構 国際研究所（客員教授 兼 危機管理医学分野室長） 併任
11月 東北大学 災害科学国際研究所（客員教授） 併任
2024年1月 石川県医師会 参与 併任
2024年4月 日本医師会 総合政策研究機構 主任研究員
現在に至る

「災害時の在宅救急 ～令和6年能登半島地震を振り返って～」 ～令和6年能登半島地震の特徴と医師会・J-MAT活動～

安田 健二

石川県医師会 会長

令和6年1月1日に発災した「令和6年能登半島地震」は島嶼部で発生した地震であるが、南海トラフの地域は能登半島と共通した少子高齢化、人口減少、医療過疎といった条件を有している。また、首都直下地震でも今回行われたような広域搬送・広域避難というスキームが都道府県をまたいで行われる。今後の日本の自然災害への対応を考えていくうえで貴重な経験・情報を多く内含している。今回の講演はⅠ.能登半島の地理的特徴・人口動態・医療資源、Ⅱ.能登半島地震の特徴 Ⅲ.フェーズ別の医療支援の3つに分け、石川県医師会の災害対策はJ-MATを通して行われたものであり、J-MAT活動を中心として振り返りたい。

略 歴

1985年 富山医科薬科大学 医学部卒業
同年 富山医科薬科大学 耳鼻咽喉科学教室 入局
1992年 金沢市にて耳鼻咽喉科 安田医院 開業
2001年 金沢市医師会理事
2012年 金沢市医師会副会長
2015年 金沢市医師会会長
2018年 石川県医師会会長 石川県学校保健会会長 日本医師会理事
(2020年6月まで)
2022年 働き方改革評価センター 副センター長
2024年 現職(4期目)
専門はめまい・平衡

「災害時の在宅救急 ～令和6年能登半島地震を振り返って～」 ～在宅医療を支援する病院として～

神野 正博

社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長

恵寿総合病院は能登中部医療圏の七尾市にある426床の能登唯一の地域医療支援病院、在宅医療後方支援病院である。令和6年1月1日に発災した能登半島地震で、七尾市は震度6強の地震に被災した。半島内の周囲の医療機関が機能不全に陥る中、われわれはこれまで準備してきたBCM/BCP（事業継続マネジメント/プラン）、医療DXの仕組みと生き残った資源を最大限活用するという信念の下、『災害でも医療を止めない』を文字通り実践してきた。

被害が出た病院耐震棟患者を被害のなかった免震棟内に、仮設病棟を確保しながら、1月1日のうちに移動させた上に、増大する救急医療需要に対応した。分娩や手術も、発災当夜から上水が停止する中、井水に切り替え実施した。

さらに、救急需要を確保しながら、1月2日には病院に近隣する法人関連施設内に、福祉避難所を設営し、医療依存度が低い救急受診患者をケアすることで、病院の救急需要を確保した。

略 歴

社会医療法人財団董仙会（とうせんかい）恵寿総合病院理事長
CEO of Keiju Healthcare System

1980年 日本医科大学卒、1986年 金沢大学大学院医学専攻科卒（医学博士）。金沢大学第2外科助手を経て、1992年 恵寿総合病院外科科長、1993年 同病院長（2008年退任）、1995年 特定医療法人財団董仙会（2008年11月より社会医療法人財団に改称、2014年創立80周年）理事長、2011年 社会福祉法人徳充会理事長併任

専門は消化器外科。全日本病院協会副会長、日本社会医療法人協議会副会長、日本病院会常任理事、サービス産業生産性協議会（SPRING）幹事、

石川県病院協会副会長、七尾商工会議所副会頭ほか。
厚生労働省において、社会保障審議会医療部会委員、医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会委員を務める。

「災害時の在宅救急 ～令和6年能登半島地震を振り返って～」 DC-CAT (Disaster Community-Care Assistance Team) に活動と意義 ～助かったいのちの、その先の「生きる」を支え、 災害関連死を阻止する～

山岸 暁美

慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室 一社) コミュニティヘルス研究機構

【目的】

高齢化率5割前後の能登半島の市町では、発災後さらにケアニーズが増大した。この増大するケアニーズに対応できる公的支援が圧倒的に不足している状況を背景に、また、助かったいのちの、その先の「生きる」を支え、災害関連死を阻止し、中長期的に地域の医療やケア機関の復旧プロセスを支援することを目的とする、Disaster Community-Care Assistance Team (DC-CAT) を立ち上げた。

【方法】

生活を支えるケア専門職による支援団体DC-CATの設立説明会を開催し、趣旨や活動内容を説明、登録者を募った。

【結果】

約700名のケア専門職がDC-CATに登録した。1月初旬より輪島市内の避難所を中心に活動を開始、2月に入ってから、スタッフ不足に苦悩される介護施設・福祉避難所に支援活動の拠点を移し、延べ2000人のケア専門職が能登半島被災6市町の支援に入った。また4月以降は、避難所・仮設住宅の住民に対する夜間・休日の遠隔相談ダイヤル（シャープ7119機能も付帯）、また7月からは、高齢者にも優しい診療体制構築の糸口として、診療車に乗った看護師が介在し補助するオンライン診療をヘルスケアMaaS事業として、能登半島の複数の市町で展開している。「助かったいのちの先の“生きる”を支え、災害関連死を阻止する」という活動趣旨は変わらず、被災地のニーズや復興状況に応じて形を変えつつ、現地の医療ケア資源が再び機能回復し、自立した提供体制が確保できるまで支援を継続しているところである。

【結論】

災害関連死のリスクも生活の中に存在することから、生活を支えるケア職の専門職団体が、国や被災自治体としっかり連携を取り公的支援を補完しつつ、増大するケアニーズに対応、更には中長期に渡り、地域の医療やケア機関の復旧プロセスを支援するという、DC-CATの支援形態は、今後の被災地支援の在り方としても一定の意義があることが示唆される。

【キーワード】

災害支援、サージキャパシティ、災害関連死

略 歴

日赤医療センター勤務後、渡豪し小児病院/総合病院に勤務。帰国後、2000年～訪問看護に従事。07年～厚労省戦略研究緩和ケア普及のための地域介入研究OPTIM-Studyプロジェクトマネージャー/東京大学医学部客員研究員09年～厚労省入省、在宅医療専門官として、診療報酬・介護報酬同時改定、東日本大震災対応、医療計画指針策定、在宅医療連携拠点事業などに携わる。16年8月～現職+訪問看護：週1～2回/週

「いかにして在宅医療・ケア提供者の安全を守れるか」 ～現状とワーキンググループについて～

島田 潔

板橋区役所前診療所 院長

2022年1月に埼玉県ふじみ野市で訪問診療医が患者遺族に猟銃で殺害される事件が発生し、直ちに（一社）全国在宅療養支援医協会と在宅医療政治連盟が共同して訪問診療医の「在宅医療の関する緊急調査」を実施した。この調査の回答者150名のうち、「身の危険を感じるような経験」を数年に1回以上経験している者が17%を占めた。

2022年3月には日本医師会が「医療従事者の安全を確保するための対策検討委員会」を発足し、同年7月に意見の取りまとめを公表した。また、同年6月には「在宅医療推進議員連盟」の総会において、（一社）全国在宅療養支援医協会らが実施した「在宅医療の安全確保に関する緊急調査」の発表が行われた。

これらの流れを受けて、警察庁は2022年6月20日に「各都道府県医師会及び医療機関との連携の推進等についての通知」を发出し、翌2023年1月31日には厚生労働省も「各都道府県医師会及び医療機関並びに各都道府県警察との連携の推進等について」の事務連絡を行なった。主な内容として、医師会と警察との間で医療従事者の安全確保のための意見交換の場を設けること、及び相談や通報が上がった場合にはその内容に応じて指導・助言・検挙などの必要な措置を確実に講じることが明示された。

地方自治体による取り組みとしては、殺害事件が発生した埼玉県ふじみ野市において、2023年4月に「ふじみ野市地域の医療と介護を守る条例」が制定された。その骨子には、医療機関と介護事業に従事する者の安全を確保するための市と市民と医療・介護事業者の責務と市の基本的施策が定められている。

しかしながら、以降も2022年に東京都と福岡県の医療機関で刃物を使用した傷害事件が発生、翌2023年3月には埼玉県で訪問診療中の医師看護師を監禁する事件、また同年11月には埼玉県の医療機関にて短銃を使用した立てこもり事件が発生している。

救急外来や病院内でも医療従事者が危険に曝される事件が発生しているが、在宅医療ではその頻度やリスクなどがさらに高いと推測されることから、（一社）日本在宅救急医学会の呼び掛けで（一社）全国在宅療養支援医協会も参画した「在宅医療・ケア提供者の医療安全のためのワーキング委員会」が2022年12月に発足し、活動している。

略 歴

1994年 帝京大学医学部 卒業 東京大学附属病院 内科研修医
1996年 東京大学医学部第四内科入局 板橋区役所前診療所 開設
2004年 板橋区医師会 理事
2013年 医療法人社団平成医会 設立 理事長
2017年 在宅医療政治連盟 設立 会長
2018年 一般社団法人 日本在宅救急医学会 理事
2019年 全国国民年金基金 理事 代議員
2022年 一般社団法人 全国在宅療養支援医協会 事務局長
2021年 厚労省「第8次医療計画検討会(在宅医療事業介護連携ワーキンググループ)構成員

現職
板橋区役所前診療所 院長
医療法人社団 平成医会 理事長
全国国民年金基金 理事・代議員
在宅医療政治連盟 会長
一般社団法人 日本在宅救急医学会 理事
一般社団法人 全国在宅療養支援医協会 事務局長
一般社団法人 健康職場推進機構 理事
一般社団法人 WHELP協議会 理事
一般社団法人 全国ヘルスケアサービス産業協会 監事

厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」専門委員

「いかにして在宅医療・ケア提供者の安全を守れるか」 ～「在宅医療現従事者の安全を脅かす、 患者（家族等）による暴力・ハラスメント」の定義～

大石 明宣

医療法人信愛会 理事長

1) 在宅医療現場は患者宅での「密室」状態であるため、1対1または家族等を含めた複数対1のことも多い特殊な環境下での患者・利用者及びその家族によるカスタマーハラスメントがほとんどであるという現実がある。BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) や精神障害を持っている方の行為は、刑事事件として罰することが困難な除外項目とされているが、被害を受ける医療者側としては対策を講じる必要がある。

共有意思決定 (Shared Decision Making) やACP (Advance Care Planning) の下での在宅医療現場といえども、強い立場にある医療者が弱い立場にある患者等に対して介入・干渉・支援するPaternalism (父権主義) や患者・家族の強い意向Consumerism (消費者主義) に陥り、特に医師は、治療方針に直接かかわる責任があるので、ハラスメントの範疇を超えるような殺意を持った暴力等を受けることがある。

2) 本提言書における暴力・ハラスメントは患者・利用者及びその家族による在宅でのカスタマーハラスメントに限定する。その手段として、以下の種類がある。

- ① 身体的パワーハラスメント
 - ・身体的な攻撃 (暴行・傷害・障害致死・殺人未遂・殺人など)
- ② 精神的パワーハラスメント
 - ・精神的な攻撃 (脅迫・名誉毀損・侮辱・ひどい暴言など)
 - ・人間関係からの切り離し (無視・監禁・誘拐など)
 - ・合理的配慮を超える過大な要求 (業務上明らかに不要なことや遂行不可能なことの強制・仕事の妨害など)
 - ・過小な要求 (仕事を与えないこと・介護拒否など)
 - ・個の侵害 (私的なことに過度に立ち入ることなど)
- ③ セクシャルハラスメント
 - ・性的な事実関係を尋ねること
 - ・性的な内容の情報を意図的に流布すること
 - ・性的な関係を強要すること
 - ・必要なく身体に触ること
 - ・わいせつな図画を配布・掲示すること
 など
- ④ SNS等を通じた医療機関・職員に対する誹謗・中傷
 - ・SNSでの根拠のない誹謗・中傷
 - ・監督官庁等への根拠のない誹謗・中傷

略 歴

昭和57年 日本大学医学部卒業 日本大学医学部第1外科入局
 昭和61年 佐藤医院副院長就任
 平成03年 医療法人信愛会設立 大石医院院長就任 (～平成28年12月)
 平成08年 医療法人信愛会理事長就任 (～現在に至る)
 平成17年 社会福祉法人明世会設立 理事長就任 (～現在に至る)
 平成29年 信愛医療療育センターセンター長就任 (～平成30年3月)

公職等
 公益社団法人日本医師会代議員
 公益社団法人愛知県医師会副会長
 一般社団法人豊川市医師会会長 (平成24年7月～平成30年6月3期6年)
 愛知県障害者自立支援協議会委員
 愛知県障害者自立支援協議会医療的ケア児支援部会部会長
 全国在宅療養支援医協合理事
 愛知県在宅療養支援医協会副代表
 豊川商工会議所監事

「いかにして在宅医療・ケア提供者の安全を守れるか」 ～応招義務をはじめとした診療治療の求めに対する 適切な対応の在り方等について～

○趙 達来*¹ 大友 宣*²

*¹ 医療法人創生会真岡西部クリニック

*² 医療法人財団老蘇会 静明館診療所

【背景】 応招義務は、昭和23年に制定された医師法第19条第1項において「診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」と定められた。終戦直後の当時は、地域医療の主体は個人開業医で、医療機関相互の機能分担や連係による医療供給体制のシステム化が図られていない時代であり、以降、「医業を独占する医師が患者の生命・身体を最大限救護する」という職業倫理・規範として機能を果たして来た。

しかし、時代とともに医療機関の機能分化や専門化が進み、本法が逆に医師個人の過重労働・精神的負担に繋がってしまうようになり、見直しの時期を迎えていたが、正当な理由なく診療を拒否した場合には、賠償責任を問われる危険性をはらんでいた。

【経緯】 平成30年度の厚生労働研究「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応招義務の解釈に関する研究」において、①緊急対応を要さない、②診療時間外、③患者との信頼関係が構築できていない場合は、医師が応招義務を負わない正当な理由に該当すると報告された¹⁾。さらに、この報告に基づき、令和元年12月25日に厚生労働省医政局長より応招義務の基本的考え方と患者を診療しないことが正当化される事例の整理が通達された²⁾。

【考察】 合同ワーキンググループの提言では、「診療・療養等において生じた又は生じている迷惑行為の態様に照らし、診療の基礎となる信頼関係が喪失している場合には、新たな診療を行わないことが正当化される。」としており、医学的に妥当ではない過度な要求、暴力を受けた、あるいは暴力を受ける可能性が高い場合には、応招義務を負わないことが正当化されると示された。

【結語】 在宅医療においても、患者・家族の迷惑行為、信頼関係の喪失している場合は、訪問診療の契約を中断することが正当化される。また、在宅医療における24時間対応については、応招義務ではなく診療報酬算定上の義務であり、在宅療養支援診療所は24時間連絡がとれる体制を構築する必要があるものの、全ての往診の求めに応じなければならない訳ではないこと、往診は患家の求めがあり、かつ医師が医学的に往診の必要性を認めた場合に行うべきものであることを忘れてはならない。

(参考資料)

- 1) 「医療を取り巻く状況の変化等を踏まえた医師法の応招義務の解釈に関する研究（平成30年度厚生労働省行政推進調査事業費補助事業）」（研究代表者:岩田太上智大学法学部教授）
- 2) 厚生労働省 令和元年12月「応招義務をはじめとした診療治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」（医師の働き方改革の推進に関する検討会 報告）

略 歴

- 1976年3月福島県立白河高校理数科卒業
- 1976年4月福島県立医科大学入学
- 1982年3月同卒業後附属病院麻酔科入局
- 1990年4～1992年6月白河厚生病院麻酔科科長
- 1992年7月～12月栃木県立がんセンター画像診断部
- 1993年1月4日真岡西部クリニック開業、現在に至る

役職

芳賀郡市医師会理事（在宅医療・医療保険・コロナワクチン担当）、獨協医科大学臨床教授（地域医療学）、真岡市介護保険審査会運営委員長、栃木県内科医会幹事、栃木県社会保険支払基金審査委員
資格
医学博士号（実験的開腹術における輸液量の検討、福島医大）、日本ペインクリニック専門医、産業医

「いかにして在宅医療・ケア提供者の安全を守れるか」 ～在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための提言： 現在までの研究・報告について～

小豆畑 丈夫

医療法人青燈会小豆畑病院 理事長・院長

2022年1月埼玉県ふじみ野市において、訪問診療を行っている医師が患者家族に射殺されるという痛ましい事件が occurred。在宅医療に関わる私たちはこの事件を重く受け止め、決して許容してはいけなないと考えています。この事件を乗り越えて、これからも質の高い在宅医療を提供してゆくためには、在宅医療・ケア提供者の安全を確保することが大切です。そのために、現在の安全確保に関する課題を抽出し、それぞれの対応策を検討して、広く社会に公表することが必要と考えています。

2022年8月から、在宅医療に関わる医師や医療・介護スタッフが会員となっている一般社団法人全国在宅療養支援医師協会と一般社団法人日本在宅救急医学会が、合同で「在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための合同ワーキンググループ」を立ち上げ、活動を開始しました。本ワーキンググループの趣意書の発表と活動報告を行いたいと思います。

この発表では、2024年9月までに発表された「在宅医療・ケア提供者の安全確保」に関する研究・報告について紹介したいと思います。

略 歴

1995年 日本大学医学部 卒業
1995年 日本大学医学部板橋病院 救命救急センター 研修医
1997年 日本大学医学部 第一外科 助手
1999年-2001年
アイオワ大学医学部小児外科 research fellow
2002年 日本大学大学院医学研究科（腫瘍科学）卒業 医学博士
2013年 日本大学医学部 救急医学 診療准教授
2016年 日本大学医学部 救急医学 臨床教授
医療法人社団青燈会小豆畑病院 救急・総合診療科部長 兼 病院長
2018年 医療法人社団青燈会 理事長 現在に至る

「いかにして在宅医療・ケア提供者の安全を守れるか」 ～在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための4つの目標～

○櫻井 淳^{*1} 照沼 秀也^{*2} 趙 達来^{*3} 横堀 将司^{*4} 中村 和裕^{*5} 上野 恵子^{*6}
大戸 朋子^{*7} 高添 明日香^{*8}

^{*1} 日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野 ^{*2} 医療法人社団いばらき会 ^{*3} 医療法人創生会真岡西部クリニック
^{*4} 日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野 ^{*5} 医療法人社団青燈会小豆畑病院 救急・総合診療科 ^{*6} 京都大学大学院医学研究科社会疫学分野 ^{*7} 東京医科大学医療の質・安全管理学分野 ^{*8} 医療法人桜花会あすか在宅クリニック

【はじめに】在宅医療従事者の安全を確保するための合同ワーキンググループ（安全確保WG）では、在宅医療・ケア提供者の安全を確保するための4つの目標を定めた。【①安全が脅かされることの無い仕組みを作る】在宅医療に関わる医療従事者の特性に対応したハラスメント対策マニュアルを作成する。在宅医療者への暴力・暴言は犯罪となりえること、在宅医療は地域のかげがえのない財産であるという視点を共有できる仕組みを作る。応召の義務やカスタマーハラスメント等の社会の仕組みを、在宅医療の安全という観点から検討する。患者やその家族の地域の孤立といった問題点を在宅医療の安全確保のために地域として解決する仕組みを創る。【②関係悪化が生じた際に相談できる仕組みを作る】地域包括支援センターや都道府県に設置されている医療安全委員会が、在宅医療での安全確保を行う仕組みを強化する。また、道府県医師会が警察との連携し、情報共有を行い安全体制の確立を検討する。【③安全が脅かされる事件が発生した際に救助する仕組みを作る】安全が脅かされる事件が発生した際に救助する仕組みを作る。具体的には、複数人で訪問を行う、SNS等を用いた情報共有、GPSを用いた居場所の確認、緊急事態時の警備会社への緊急通報システムの確立、警察届け時の起きた事態の記録方法の検討、身の危険を感じた際の脱出方法の確保の検討などである。【④安全に関する問題の情報を集めて調査、分析する】、実際に危害に遭った事例を収集し、問題点を抽出・一般化し、今後の予防策や解決方法を検討し、その結果を全国の在宅医療者に共有する仕組みを創る。具体的にはアンケート調査などを各在宅医療機関に対して実施し、当WG内の検討委員会にて検討を行う。【おわりに】在宅医療従事者の安全を確保するためには医療従事者のみではなく自治体、警察、企業といった関連団体を交えた総合的な対応が必要である。

略 歴

1993年 東北大学医学部卒業	日本集中治療医学会 専門医 評議委員 (2016年～)
1997年 日本大学医学部救急医学教室 助手	日本救急医学会 専門医・指導医 評議委員 (2017年～)
2007年 日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野 助教	日本麻酔科学会 専門医・指導医
2010～2011年 マイアミ大学マイアミプロジェクトに留学	
2015年 日本大学医学部准教授、日本大学病院救急科科長（救命救急センター長）	
2017年 日本大学医学部診療教授	
現在に至る	

「いかにして在宅医療・ケア提供者の安全を守れるか」 ～総括～

高添 明日香

医療法人桜花会あすか在宅クリニック

【はじめに】 合同ワーキンググループで活動する傍らで、在宅医療（訪問診療）を提供する一医療機関として、自院の職員や地域の中で連携する在宅ケア提供者を、いかにして守るかを検討し実践してきた。その概要と課題を示す。

【方法】 ①自院に特化した安全管理、暴言・暴力対応マニュアルを作成する。②訪問診療契約時から、医療機関全体として暴言・暴力を許さない姿勢と、互いの信頼関係構築や安全確保が難しい場合は新たな診療を行わない方針であることを明示する。③訪問診療・往診共に、2人以上で行動し、緊急時通報システムを携行する。④就業前に振り返りカンファレンスを行い、診療方針と患者の意向に差異がある例、医療・ケア提供者に強い言動やクレームを入れた例について対応方法を検討する。⑤医療・ケア提供者に対する暴言・暴力歴があるケースでは、担当者会議を公的な場所で、大人数で開催し、内容・決定事項を記録に残すと共に、サービス中止条件についても協議し記録に残す。安全確保のための撤退は非難されない事を周知する⑥クレーム対応保険に加入する。シナリオベースで避難訓練を実施する。⑦事件発生時は避難・安全確保を最大限に優先し、危険な時には警察に通報する。

【結語】 各医療機関で独自のマニュアルを作成し周知すること、その上で、患者/利用者の暴言・暴力の背景に存在する「受容されていないと感じる強い欲求」に着目し、多職種・行政と協働して丁寧に対話を重ね、安全確保の上で信頼関係の再構築を目指すことが各医療機関で実践できる最大の安全管理である。しかし、努めても信頼や安全の再構築が得られない場合の撤退は正当であると広報する事、暴力ではなく対話で課題を解決していく社会を築いていく事は、一医療機関の枠では対応しきれない。合同ワーキンググループより発信し、社会全体で考え、政治/教育/商品開発などの広い視点から整えていくべき事項である。

学歴	平成12年	3月	駿台甲府高等学校	卒業	資格	日本内科学会	内科認定医、総合内科専門医
	平成13年	4月	日本大学医学部医学科	入学		日本在宅医療連合学会	専門医・指導医
	平成19年	3月	日本大学医学部医学科	卒業		日本プライマリケア連合学会	認定医
職歴	平成19年	4月	JA長野厚生連佐久総合病院	勤務			
	平成24年	3月	JA長野厚生連佐久総合病院	退職			
	平成24年	4月	山梨厚生会	山梨市立牧丘病院	勤務		
	平成28年	8月	山梨厚生会	山梨市立牧丘病院	退職		
	平成28年	9月	社会福祉法人緑樹会医療施設ほくと診療所	勤務			
	平成30年	3月	社会福祉法人緑樹会医療施設ほくと診療所	退職			
	平成30年	4月	あすか在宅クリニック	開設			
	令和4年	9月	医療法人桜花会あすか在宅クリニックへ法人化				
			現在に至る				

「在宅医療・ケア提供者の安全を確保する宣言」(福井宣言)

パネルディスカッション

「リハビリテーションに関する在宅救急」 ～在宅復帰を見据えた集中治療領域の リハビリテーションにおける現状と課題～

野々山 忠芳

福井大学医学部附属病院リハビリテーション部

「在宅復帰を見据え、集中治療室（Intensive care unit; ICU）でリハビリテーションを実施する」と聞くと、突拍子もないように思われるかもしれない。しかし、集中治療の分野では重症患者の救命率向上に伴い、生存退室した患者の“その後”に焦点が当てられるようになってきている。重症患者では、ICU退室後も身体機能、認知機能、精神機能障害が残存することが問題となっており、これらは集中治療後症候群（Post intensive care syndrome; PICS）と総称される。PICSを予防・改善させるための手段の一つとして、早期からのリハビリテーションが重要であることが示唆されている。

当院のICUでは、理学療法士2名が専任配置され、早期離床、神経筋電気刺激療法や床上エルゴメーターを用いたベッド上での運動、車椅子での屋外散歩など、多職種による早期リハビリテーションを実施している。ICU退室後も、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士がリハビリテーションを継続し、ICUに長期入室した患者については、ICU専任の理学療法士が引き続き支援を行うこともある。また最近では、PICSラウンドやPICS外来など、ICUの医療者がICU退室後も患者をフォローアップできる体制を整備する動きもある。しかしながら、診療報酬や人員配置の問題があり、まだまだ浸透していない。重症患者の長期的な予後を改善させるためにどのようなケアやリハビリテーションを行うべきかということが、最も重要な課題の一つとして活発に議論されている。

さらに、回復期や生活期との連携を考慮する上での問題は山積している。まず、集中治療領域以外でのPICSの認知度は不十分であり、回復期や生活期への啓蒙が必要である。さらにPICSを改善させるためのエビデンス、具体的方策は明らかになっておらず、手探りで実施せざるを得ない現状にある。

このセッションでは集中治療領域に関わる療法士として、本領域の現状と取り組み、在宅復帰を見据えた今後の課題等について共有したい。

略 歴

学歴

平成19年3月 中部リハビリテーション専門学校 卒業
令和4年9月 福井大学大学院医学系研究科 博士課程終了 博士（医学）

職歴

平成19年4月～現在 福井大学医学部附属病院リハビリテーション部
令和5年4月～現在 福井大学医学部 臨床講師（兼任）

「リハビリテーションに関する在宅救急」 ～在宅復帰を見据えた回復期での 作業療法士としての課題と役割～

○高橋 雄大^{*1} 田嶋 神智^{*2}

^{*1} 医療法人 博俊会 春江病院 リハビリテーション課 作業療法士

^{*2} 医療法人 博俊会 春江病院 介護事業部

令和6年度の診療報酬改定で退院時共同指導加算を算定することが可能になった。これは医療機関と地域の介護サービスの連携が重要であることを意味している。よって回復期病棟や地域ケア病棟でのリハビリテーションは退院を目的とするだけでなく、より在宅を意識した生活リハビリテーションである。そのため、リハビリテーション実施計画書等で在宅を見据えた目標を設定することが重要となる。しかし、リハビリテーション実施計画書等では、生活期への情報交換の内容としては不足している。より在宅を意識した情報交換には、生活行為向上マネジメントが重要であると考え。

ところが、急性期及び回復期と生活期との連携に対する課題として、回復期病棟でのFIM利得や地域包括ケア病棟でのリハビリテーション平均単位数など、施設基準を満たすことに捉われがちになること、更には病院でできていたADLやIADLと在宅復帰後の生活行為にギャップを生じることがある。そのため、閉じこもりや役割の喪失、認知機能の低下、フレイルなど負のスパイラルをもたらすことがある。

我々作業療法士は回復期病棟や地域包括ケア病棟において、在宅復帰した後を見据えた目標を設定しチーム内で共有を図るといった役割がある。入院時から生活行為向上マネジメントのツールを活用し役割活動を再開・賦活するような目標を立てることが、退院直後から更なる生活行為の波及効果をもたらすことにつながる。その目標を基に地域包括ケアシステム概念で多職種連携を図る必要がある。作業療法士は、回復期と生活期をつなぎお互いにフィードバックする関係性を調整する役割も担っている。患者の望む生活を支えるためには医療と介護をつなぐ地域で開催される「多職種連携カンファレンス」などに積極的に参加し、日頃から関係性の構築を図ることで患者の望む在宅生活につなげていけるものと確信する。

略 歴

平成29年3月 福井医療短期大学 卒業

平成29年4月 医療法人 博俊会 春江病院 リハビリテーション課 入職

令和4年1月 医療法人 博俊会 春江病院 介護事業部 短時間通所リハビリテーション 異動

令和6年4月 医療法人 博俊会 春江病院 リハビリテーション課 再異動

「リハビリテーションに関する在宅救急」 ～生活期の摂食嚥下リハビリテーション～

中澤 久夫

言語聴覚士

生活期の摂食嚥下リハビリテーション（以下、摂食嚥下リハ）といっても、施設入所と在宅（特に訪問）では状況はかなり異なる。施設入所の場合、急変時における診断・治療の即応が難しい場合があること、嚥下造影などできないことを除けば、入院での摂食嚥下リハと大差はないと思われる。訪問での摂食嚥下リハは、入院での摂食嚥下リハと比べると、上記の2点に加え以下の特徴がある。

対象者の自宅で行うため、住環境や介護者など対象者のおかれた環境を把握しやすい。また、介護者と直接関われるので、個別的な説明・指導ができる。しかし、介護者の摂食嚥下についての理解度・対応力は個別性が高い。対象者の主体性が優先され、自己決定も優先されるため、食物形態や摂食方法の提案を受け入れてもらえないことが多い。

専門職の介入は多事業所の多職種であり、即時の連携が難しい。

持参できる物品は限定されるため、試したい食物形態をその場ですぐに試行することが難しい。また、介入頻度が低い（1～2回/週）ため、状態変化に即応することが難しいことが多い。

介助方法などを正確に伝えるためには書面が必要であるが、書面作成には時間がかかり、図や写真をいれるとその場では作れない。

医療職の同伴はないので、経験の浅い言語聴覚士はかなり不安を感じている。

以上、困難さばかりをあげているが、病院でも摂食嚥下リハは効率が悪く、訪問ではなおさらであることをご理解いただきたい。

病院からの引継ぎに関して、摂食嚥下リハの経過は勿論であるが、退院前に以下のことを留意していただきたい。

食事について、だれが準備した、何を、いつ、どこで、どのように、どれくらい（量・時間）食べるのかを明確にする。機能に応じた食事をどうやって作るのか。必要量が食べられない場合はどうするのか。どこで嚥下職や補助食品を買えるのか、例えば、近隣のドラッグストアの品揃え、通信販売の方法、配食サービスがどの程度対応しているかなどの情報提供も必要に応じて行って欲しい。

略 歴

1987年3月 福井医療技術専門学校言語聴覚学科 卒業
1987年3月 新田塚医療福祉センター福井総合病院リハビリテーション科言語聴覚療法室 就職
2013年3月 新田塚医療福祉センター新田塚アイサービスセンターへ異動 管理者・機能訓練指導員
2019年4月 新田塚医療福祉センター介護老人保健施設 新田塚ハイツへ異動 事務室室長
2020年2月 株式会社はっとりリハビリシステムズ 入社（1年間の有期雇用契約）
2021年3月 市立敦賀病院 就職（会計年度任用職員）

「リハビリテーションに関する在宅救急」 ～対象者の支援に必要な組織間連携・多職種連携について～

竹本 万里

福井県立病院入退院支援センター看護師

地域医療連携とは、地域の中で個々に役割・機能をもった医療機関が連携することで、患者さんが急性期から回復期を経て自宅に戻るまで、切れ目のない医療を受けることができるネットワークのことです。さらに介護施設や福祉施設との連携においても退院支援看護師やソーシャルワーカーなどの他職種も含めた地域全体での包括的なケアが必要になります。患者さんがその人らしく在宅で過ごすには、急性期医療と並行して、栄養や口腔、そしてリハビリテーションといった生活の質を維持するケアの提供は欠かせません。そしてこのケアは切れ目なく、在宅支援へと速やかに繋がれることで、安全にその人らしく在宅で過ごすことができると考えます。

当院は高度急性期医療の役割を担っており、救急患者、高い専門性を求められる高度な診察・処置・手術等が必要な患者の治療を行っています。DPCで定められている限られた入院期間の中で、高度医療・専門医療を行いリハビリテーション主体の病院や療養型の病院等、それぞれの状態にふさわしい病院への転院調整を行い、自宅療養が可能な方には、医療や介護等の調整を行い地域へ繋いでいます。

院内では様々な専門職種がチームを組みそれぞれの専門分野での経験や知識を集約し、対象者に最も適した治療にあっています。例えば二次性骨折予防チームには、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、ソーシャルワーカーが在籍し、患者さん一人一人の診断や治療方針を理解し今後の目標について意識の統一を図り、各自が自己の役割を明確にしたうえで協働しています。

当院では、きめ細やかな支援を目指して各職種が医療・介護保険等の様々な施策について学び、対象者が希望する在宅療養が選択肢としてなり得るように在宅を支える医療機関や多職種の方と緊密に連携を行っています。

今回、院内の組織体制、院内外との連携に焦点を置き、入退院支援センターの立場からパネルディスカッションに臨みたいと思います。

略 歴

平成4年4月1日 福井県立病院就職

令和5年4月1日 地域医療連携室 看護師長

令和6年4月1日 入退院支援センター（組織編制）看護師長

一般演題 1 ~ 4
第 8 回學術集會
一般演題抄錄

看看連携による在宅環境調整で救急搬送を予防できる

○小澤 美津子 細川 聖子

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

【背景】

退院後の不要な救急搬送を減らすために、健康の社会的決定要因（SDH）をアセスメントし在宅環境調整することが望ましい。今回「血液透析中の患者が透析を中止したいと言っているから倫理カンファレンスを開きたい」という医師の声からその患者との関りがはじまった。しかし、患者、家族、取り巻く人たちとダイアログし治療とSDHの視点からアセスメントしていくと、透析を中止したいのではなく、「クリニックの透析に通えない」という問題が明らかになった。そこで、多職種カンファレンスを行い、訪問看護、介護、訪問診療を導入した。療養しながらの日常在宅生活を整えたことで、退院後は、クリニックでの透析を適切に受けられ、救急搬送されることなく経過している

【倫理的配慮】

書面による本人への同意・承諾とA施設における倫理規定に従い、個人情報に努める

【症例】

48歳男性 癌治療による薬物副作用で腎機能低下しクリニックで人工透析をしている。○月○日、体調が悪いとA施設に救急受診、クリニックで透析を行うよう言われ帰宅する。しかし、透析を受けていなく、体動困難となり救急車にて再来し入院となった。透析に行かないことから拒否していると思われ、倫理カンファレンスという方向性になった。しかし、患者、家族との対話、SDHの視点からアセスメントしていくと問題は日内変動する患者の体調、薬剤効果、介護の希薄などから「クリニックに通うことが出来なかった」ということが判明した。そこで、社会資源サービスを導入することで解決できると考え、地域への訪問看護連携、介護、訪問診療を導入した。調整後は、有事の際には在宅での対応が可能となり、透析にも通うことが出来ている

【結果・考察】

社会的支援が健康に与える影響は大きい。適切に社会支援を調整することで、対象者の望む在宅療養に繋げることが出来、不要な救急搬送も減ると考える

救急集中治療医の在宅医療介入により寝たきり状態から独歩外来通院まで改善した吸収不良症候群の1例

宮村 保吉

JA長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター救命救急センター

【背景】

吸収不良症候群は、消化吸収機能の低下により種々の栄養障害を引き起こす疾患の総称である。その原因は小腸疾患と小腸以外の臓器疾患とに大別され、個々の病態に応じた適切な栄養管理を求められるが、難渋してADL低下に繋がる場合が多い。今回、約10年間にわたって吸収不良症候群の管理に難渋し、寝たきり状態となったため在宅医療を導入されたが、複雑な病態生理を紐解くことを生業とする救急集中治療医が訪問診療に介入することで、独歩生活を送るまで状態が改善した1例を経験した。

【症例】

60歳代男性。胃全摘術後（約25年前）・アルコール性慢性膵炎・アルコール性肝硬変・吸収不良症候群・慢性腎臓病・2型糖尿病などの既往症を有する。近医かかりつけであったが、経時的に体力・食思不振が低下し、細菌性肺炎・特発性細菌性腹膜炎・Clostridium difficile腸炎・敗血症性ショックのため他院で二度入退院した。薬物治療・栄養療法・リハビリテーションを行うも寝たきり状態となり、最期の時間を過ごすために自宅退院し、訪問診療導入のため紹介された。初回訪問診療時、救急集中治療医の視点からは、お看取りの段階ではないと考えられた。BMI 15.2 kg/m²であり、他にも膵外分泌不全・消化管通過時間の短縮・消化液分泌障害・小腸脂質吸収障害はじめ様々な栄養面での課題が浮き彫りとなり、本人・ご家族と相談し、薬剤介入を行方針となった。消化酵素製剤をパンクレリパーゼ1,800mgへ変更、レボカルニチン・脂溶性ビタミン含有複合ビタミン剤の補充開始、トルバプタンの導入などを行ったところ、食事摂取量も増え、腹水は激減し、下腿浮腫は消退した。訪問診療導入から約3ヶ月で屋外歩行可能となり、約10ヶ月でBMI 19.6 kg/m²まで改善、血清アルブミン値は1.4 g/dLから3.3 g/dLまで上昇し、現在外来に独歩通院している。

【結語】

在宅医療の場においても吸収不良症候群の適切な病態把握と介入が必要である。

【キーワード】

吸収不良症候群、薬剤調整、栄養管理

特定看護師が高浸透圧高血糖症候群に対して 在宅で高度な実践を行ったことにより回復した一例

○井手 幸太 井手 佳菜 宮武 佳菜枝

医療法人社団 思葉会 MEIN HAUS

【目的】

慢性糖尿病を患うパーキンソン症候群の患者が血糖コントロール不良により、高血糖、高度脱水、高Na血症を併発。特定行為研修修了者（以下特定看護師）と在宅医が協働し、輸液量の調整、栄養・インスリン単位数の調整を行い、在宅で正常化することができたので報告する。

【方法】

202X年1月16日意識レベルJCS II-10、口渇とツルゴール低下、多尿あり。血糖測定にて「Hi」の測定結果あり。在宅医に連絡し、かかりつけ病院へ入院打診を行うも、満床で受け入れ不可の連絡あり。自宅療養を継続し、連日複数回訪問に切り替え、全身状態管理を行うこととした。

【結果】

16日採血結果より、Na:164mEq/L、K: 5.0mEq/L、Cl:123mEq/L、BUN/Cr:55.3であった。症状と合わせ高血糖による高度脱水症、高Na血症と推測。特定行為である、脱水症状に対する輸液による補正を実施。経管栄養を一時中止とし、水分投与600mlに加え、細胞外液を1日1500ml/日で持続投与開始。高血糖に対しては医師の指示によりランタス注ソロスター（以下ランタス注）を単独で12単位投与し、血糖測定は1日3検で実施することとした。3日間水分投与は同メニューで実施し、18日Na:163mEq/Lと変化はないが、腎機能の改善と血糖値は300-400mg/dlまで改善あり（目標は250mg/dl以上）。19日より経管栄養を200mlから、ランタス注を12単位で再開。輸液は、栄養付加と電解質改善に向けPPN製剤とブドウ糖注5%へ変更。21日Na:147mEq/L、腎機能もさらに改善し、当日には「おはよう」と発言もあり、意識レベルI-1まで回復することができた。

25日にはほぼ全ての数値が正常化することができ、在宅療養で経過を見ることができた。

【結論】

特定看護師が訪問し、高度かつ専門的な知識及び技能を駆使することで、タイムリーな介入により重症化を防ぐことができた。医療機関受診に関する負担軽減に繋がったと共に、本人、家族が出来るだけ自宅で療養したいとの希望を叶えたことが大きなメリットであった。

【キーワード】

特定看護師 在宅療養 高浸透圧高血糖症候群

医療＝介護連携に対しICT・AIを用いた 「協力医療機関連携加算」の取り組み

○前田 俊輔^{*1*2} 堀田 成美^{*1*2} 太郎良 篤史^{*1*2} 梅野 桐子^{*1*2} 嘉川 裕康^{*1}

^{*1} (医) 芙蓉会

^{*2} (社) 日本遠隔医療介護協会

【目的】

「医療＝介護連携」の推進を目的に「協力医療機関連携加算」が新設され、定期的なカンファレンスが指定施設で義務化される。実施には、人手不足に悩む介護施設の負担を軽減しつつ、適切な医療情報を共有することが望ましく、今回、ICT要件を満たすシステムを用いて、カンファレンスを実施したので報告する。

【方法】

2024年6月に福岡県の病院（地域包括ケア60床＋療養190床）と特定施設（100室）の間で、ICT/AI健康管理システム『安診ネット』を用いてカンファレンスを行った。同システムはバイタルをAI（統計学×Early Warning Score）が分析し、トリアージを赤・黄・緑と判定する健康管理システムと、LIFEデータ等の情報を、医療＝介護双方で確認できるシステムで構成される。利用者を「特別変化なし」「変化有り」の2群に分け、「変化なし」は一斉チェック機能を用いて、カンファレンス対象から外した。病院側が医師、施設側は看護師が参加し、双方で、LIFE情報を中心とした「利用者情報」とバイタル・症状・既往歴が集約された「多機能熱型表」を情報共有して実施した。

【結果】

カンファレンスは特変有りの利用者（4名）を中心に行った。カンファレンス対象者の選別に対し、トリアージ等を参考に、医療リスクの高い利用者を客観的に絞ることで、質の高いカンファレンスに努め、また情報フォーマットにLIFEデータを活用することで施設側に新たな負担を強いることが無く、効率的に行えた。

【結論】

本取り組みは織田病院（佐賀）とヨコクラ病院（福岡）でも実施予定で、標準的なフォーマットとICT活用手法を確立すると共に、地域差による運用面の違いを検証していく。また急変時において、医師相談への基準が欲しいとの要望を出す施設もあり、今後トリアージが判断基準となり、適切なタイミングで医師に相談するモデルを検討していく。

院内倫理コンサルテーションを地域包括ケアシステムへ

○丸藤 哲 棒田 浩基 佐藤 里美 奥田 正穂 中村 公彦 浦家 弥生 加藤 千香子
上島 智子 前澤 直人 松山 尚子 渡邊 綾

札幌東徳洲会病院 倫理コンサルテーションチーム

【目的】

地域中核急性期病院での臨床倫理コンサルテーションチーム（以下チーム）の立ち上げの経緯、現状と課題を報告し、チーム活動を地域包括ケアシステムへ拡大する試みを紹介する。

【方法】

チーム立ち上げを病院長に要望し、2019年に作業部会を設置して臨床倫理勉強会を開始した。2020年に作業部会委員が中心となりチームを発足させ、臨床倫理セミナーを開催してチーム構成員と病院職員の臨床倫理への理解を深めた。チームは医の倫理審査委員会の下部組織であるが、チーム発足と並行して同委員会は「主要な倫理的課題に対する当院の方針」を策定した。チームは医師、看護師、医療社会福祉士、臨床工学技士で構成され、日本臨床倫理学会臨床倫理認定士7名、上級臨床倫理認定士4名を擁する。チーム活動を、札幌市医師会東区支部と協力し、円滑な東区の地域包括ケアシステム（病院から、病院・診療所・在宅医療・介護へ）を構築に寄与することを目的として設立された東区医療介護ネットワーク協議会（以下協議会）構成施設へ拡大することにした。

【結果】

これまでに58症例の院内倫理コンサルテーションを扱った。当初は医の倫理審査委員会に諮る事案があったが、現在は全ての相談症例にチームが迅速に対応可能である。この結果を踏まえ、チーム構成員および病院長の承認を得て、また札幌市医師会東区支部長および協議会の賛同を頂き、院内倫理コンサルテーションを札幌市東区地域包括ケアシステム参加施設へ拡充することが出来た。しかし、院内倫理コンサルテーションでの解決すべき課題に加えて、院外倫理コンサルテーションの具体的方法構築への模索が続いている。

【結論】

院内倫理コンサルテーションを地域包括ケアシステムへ拡充する取り組みを紹介したが、院内・院外倫理コンサルテーションともに解決すべき幾つかの課題があることが判明した。

【キーワード】

臨床倫理、倫理コンサルテーション、地域包括ケアシステム

進行性腫瘍疾患に対する手術から在宅診療までの一貫したケアの経験

○安柴 良悟 小野寺 基子

元生会森山病院

【目的】

外科治療の介入時期において、既にStage4の進行癌やGrade4、再発例などの予後不良の腫瘍症例では、初期の専門外科治療、維持治療、そして終末緩和治療という各段階で、それぞれの専門機関が診療を引き継ぐのが一般的である。今回、当施設では専門領域に限定した症例について、初期から終末までの一貫した継続ケアを行った経験について考察し報告する。

【方法】

症例は生命が切迫もしくは準切迫状態にあり、外科治療介入時の予測予後が1年以内のgrade4原発性脳腫瘍再発2例とstage4転移性脳腫瘍1例である。手術後の維持やリハビリテーション、在宅治療を念頭におき、機能温存を最優先させた手術戦略を選択した。手術後は早期に在宅治療を念頭におき、訪問看護事業部が中心となり多職種が介入した。

【結果】

全例で予測予後を下回ることはなく、むしろ延長効果や医学的予測をはるかに凌駕した回復がみられた。また、在宅復帰時には明らかな活動性の向上が認められた。

【結論】

医学的には予後不良の悪性腫瘍では、無増悪生存期間（PFS）や全生存期間（OS）が数字上明確であり、主要評価項目として求められる。しかし、今後在宅医療の意義を示すためにも、クオリティ・オブ・ライフ（QOL）のような、より意味のあるアウトカムに対する量的評価の確立が必要になると考えられる。

【キーワード】

進行性腫瘍疾患 一貫継続ケア 量的評価

悪性腹水に対してカテーテル留置を施行した症例

○儀間 義勝 屋宜 亮兵 稲生 真夕 渡邊 弘樹 伊藤 ゆい

ゆずりは訪問診療所

【はじめに】

悪性腹水は様々な苦痛症状をもたらし、一般的に保存的治療に抵抗性であり、利尿剤が有効な場合もあるが速やかな苦痛軽減は期待できないことが多い。腹腔穿刺は速やかな症状緩和を得られる一方で、頻回穿刺が必要となる場合は手技に伴う苦痛や負担も考えられる。今回、頻回穿刺ドレナージを要した腹膜癌による悪性腹水に対してカテーテル留置を行うことで在宅療養を継続し得た症例を報告する。

【症例】

50歳代の女性。腹膜癌の診断にて抗癌化学療法を開始し、その後寛解状態となるも再発が確認され再度化学療法を施行されていた。治療開始から約4年が経過したころから腹水貯留がみられ、頻回の腹水穿刺を要するようになり、腹水濾過濃縮再静注法（CART）も開始されたが徐々にADL低下を認めた。そのころから積極的治療は行わず在宅での緩和治療を希望され、通院も困難となったため当院へ訪問診療の依頼となった。在宅初診時（day0）より著明な腹水貯留を認め、緊満しており本人より一刻も早く穿刺ドレナージの希望があった。在宅day0、day2、day4と毎回約5L排液を行った。1週間で3回もの穿刺ドレナージが必要な状況だと、本人の苦痛や手技に伴う負担も考えられたため、day16にアスピレーションキットを使用して腹腔内にカテーテルを留置した。その後は患者負担も少なく腹水コントロールができ、CARTの希望に対しても継続して対応できた。その後も徐々に状態は悪化した緩和治療を主体に行い最後まで在宅で療養を継続され、day24に在宅看取りとなった。

【考察】

悪性腹水は利尿剤によるコントロールが難しい場合が多く、症状緩和のため腹水穿刺を行う。しかし頻回の穿刺は患者の負担を伴うため、メリット・デメリットを考慮しなければならないが、本事例ではカテーテル留置を行うことで患者負担が軽減された。腹水コントロールは患者の苦痛を増悪させる因子であり、在宅療養継続の生命線とも考えられる事例であった。

慢性過敏性肺炎の終末期に気胸を発症した1例

○渡邊 弘樹 稲生 真夕 儀間 義勝 伊藤 ゆい 屋宜 亮兵

ゆずりは訪問診療所

【緒言】

肺疾患のターミナルケアにおいて、不可逆的な病態では酸素投与やオピオイド、鎮静薬を用いた緩和が一般的に行われるが、緊急処置を行うことで改善が見込める病態が発生する場合もある。今回慢性過敏性肺炎の終末期に左気胸を発症し、救急搬送を行った1例を経験したため、報告する。

【症例】

64歳女性、X-1年、鳥関連慢性過敏性肺炎と診断された。同年COVID-19肺炎に罹患し、長期酸素療法が開始された。翌年右気胸を発症し、保存的治療で改善乏しく手術で気胸は治癒した。気胸改善後であっても高度な二酸化炭素貯留を認めた。陽圧換気による気胸再発リスクが高く、認容性も考慮されハイフローネーザルカニューレ（HFNC）が導入された。根治的な治療が困難であり在宅での療養を希望されたため、当院紹介となった。介入時、緊急時の病院搬送希望はなく、在宅看取り希望であったため、塩酸モルヒネを導入し、在宅HFNCを継続した。介入後約2ヶ月した際、突然の呼吸状態の増悪あり、緊急往診。診察上左呼吸音の減弱と打診上鼓音あり、左気胸が疑われた。患者は入院を拒否していたが、救急外来で処置後に帰宅する方針に最終的に同意あり、搬送した。救急外来で左気胸が判明し、胸腔ドレナージ処置の途中に意識障害あり、死戦期呼吸となった。ドレーン留置後に用手換気を行なったが改善乏しく、ご家族と相談の上、医師、看護師同乗で帰宅、同日看取りとなった。

【考察】

在宅でのターミナルケアにおいて、患者本人の意思は優先されるべきものであり、不可逆的な病態に関しては、緩和的治療が適切な対応となる場合が多い。本症例では、気胸という緊急処置による改善が見込める病態が発症し、本人の意思を尊重しながらも、改善を見込み搬送し治療を行ったが、改善困難な症例であった。ターミナルケア症例において改善が見込める病態への対応は、患者、家族と在宅医療チーム、救急医療チームの密な連携と方針共有が重要と考える。

当院におけるミダゾラム頬粘膜投与例の検討

二ノ坂 建史

にのさかクリニック

当院は、一般外来に加えて在宅診療を行う無床診療所である。在宅医療において、他の手段で緩和し難い苦痛に対して鎮静を行うことは少なくない。ジアゼパム坐剤、ジアゼパム注（静注または筋注）、ミダゾラム持続投与などが選択肢となるが、近年当院ではミダゾラムの頬粘膜投与（保険適応外用法）を行うことがある。身の置き所のない苦痛、慢性呼吸不全の進行による呼吸困難感、心不全急性増悪時、痙攣重積など、活用の幅は終末期に留まらない。ルートが不要であること、注射に伴う痛みがないため繰り返し行えること、坐剤のように体位や排便の影響を受けないことなど、処置が簡便であり、即効性もあり、在宅医療における有用性は非常に高い。ただし、保険適応外用法であるため、コスト面は懸念事項である。

当院でミダゾラム頬粘膜投与を行った複数の例を検証し、今後の安全かつ有効な利用につなげたい。

救急・集中治療における終末期患者を在宅で受け入れる

池田 光憲

あお在宅・往診クリニック

心肺蘇生を望まない心肺停止患者の救急搬送に関して各地で議論が進められている。かかりつけ医との連携や心肺停止に至る前段階でのACPが重要であることは論を俟たないが、現状では、かかりつけ医が不在の場合はもちろん、かかりつけ医がいても連絡が繋がらない場合や家族が慌てて救急車を呼んでしまうケースなど、人生の最終段階にある高齢者が心肺停止あるいは重篤な状態で搬送され最期を病院で迎えるケースは後を断たない。一方で、救急医療の現場で蘇生的治療を提供する場合、治療の差し控えを行うかどうかなど常に医療倫理的なジレンマと向き合いながら診療に当たっている。治療により一命を取り留めたとしても、人生の最終段階にある高齢者の多くは生命的・神経学的予後は不良であり、救急・集中治療領域においても「Quality of Death」は大きなトピックとなっている。

当院では、心肺停止後の低酸素脳症や脳卒中などの急性疾患で重篤な終末期状態と判断され、かつ代理意思決定者となる家族が在宅ケアを希望している場合に積極的に在宅での受け入れを行なっている。

重症度や医療的処置に関わらず搬送に耐えうる状態であれば、在宅での看取りを前提として迅速かつ柔軟に退院支援を行い、皆が納得のいく最期を迎えるための選択肢を提供している。

当院の取り組みについて具体的な症例を交えて紹介し、救急・集中治療領域における終末期医療の在り方について考えたい。

独居高齢者の救急搬送の背景についての検討

○瓜生 悠平 池上 徹則 山本 篤史

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 救急科

【目的】

65歳以上の独居の割合は令和2年には男性15.0%、女性22.1%と増加傾向である。これら独居高齢者は家族支援などの社会的サポートを受けることができていないことや医療同意を求めることができずに診療が難渋することがある。独居高齢救急患者の社会的サポート状況と意思決定者を検討することで、独居高齢者救急搬送に関連する問題点について検討する。

【方法】

2022年4月から6月に当院へ救急搬送となった65歳以上の独居高齢者について、カルテより患者背景に関連する情報を収集し、意思決定者の有無と医療介護の介入状況を調査した。

【結果】

対象となったのは71症例であった。血縁関係にある意思決定者がいたのは59名（83%）、血縁者以外が7名（10%）、本人のみが5名（7%）であった。かかりつけ医を持っているのは55名（77%）、介護申請をしているものは36名（51%）、未申請は35名（49%）であった。また侵襲的処置が必要とされたのは21名（30%）あり、うち、3名は本人からのみ、1名は血縁者以外から同意を得ていた。入院となった独居高齢者の背景を検討することで、早期に社会的サポートを見直す症例を推定し、地域包括ケアシステムにつなぐことが必要である。

【キーワード】

独居高齢者、救急搬送

事業継続計画図上訓練用キットの開発と効果・課題の検討

○諫山 憲司^{*1} 和田 広大^{*2} 大野 雄康^{*3} 小谷 穰治^{*3}

^{*1} 明治国際医療大学 防災救急救助研究所

^{*2} 兵庫県災害医療センター

^{*3} 神戸大学大学院 医学研究科 外科系講座 災害・救急医学分野

【目的】

社会福祉施設等において2024年度からBCP（事業継続計画）策定が義務化推進されている。しかし、雛型提示や一般的な研修だけでは、各施設の実情に沿ってどのようにBCPを進めるのか分からない等の意見がある。そこで、専門知識が無くても楽しみながらBCPを学び、BCPへの興味や気付きのきっかけづくりに役立つため、図上訓練用キット〔発災（地震）前の準備、発災から10日以降まで想定したすごろくゲーム〕を開発した。BCP図上訓練用キットの活用効果と課題について検討する。

【方法】

研究協力施設スタッフ（福祉関係者）等を対象にした。趣旨説明後、BCP図上訓練用キットを行う前と後で、対象者が調査票の必要箇所に記入した。調査票は設問1. 2.と属性、自由記載からなる。設問1. 2.は同表で、「自然災害時におけるBCPに関する基本事項」として13項目を設定した。項目は、BCP研修や訓練等の必要性、従来の災害対策とBCPの違いの理解などについて、1から5の5段階評価とした。

【結果】

対象者40名、回答率100%、21名男性、40代16名と最多であった。平均値（）、最頻値〔〕、実施前後を右矢印で示す。平均値の前後差が大きかった項目は、「災害時のBCP活用をイメージできますか」（2.4→3.8）〔2→5〕、「従来の災害対策とBCPの違いを理解していますか」（2.4→3.3）〔1→3〕、「あなたは、災害時に貢献できるスタッフだと思いますか」（2.7→3.2）〔3→3〕であった。インフラ復旧の重要性、人員の確保、地域連携や協力の必要性を理解できたとの記載があった。

【結論】

BCP図上訓練用キットは、BCP策定や研修・訓練を進める際のイメージづくり、従来の災害対策とBCPの違いの理解、災害時に貢献できるスタッフとしての意識向上に役立つ可能性が示唆された。

【キーワード】

事業継続計画、BCP、図上訓練用キット

西日本豪雨とコロナ禍で鍛えられるBCP

浅野 直

医療法人サンズ あさのクリニック

近年、我が国において頻発する大規模災害は、地域医療における事業継続計画（BCP: Business Continuity Plan）の重要性を改めて浮き彫りにしています。BCPの策定と実行は一見すると複雑で困難に感じられますが、それは開業医が単に一医師としての役割だけでなく、医療チームのリーダーとして、また医院経営者としての役割も担っているためです。このような多重の責任を抱える中、災害時に適切に対応するための具体的な手順や準備は、多くの開業医にとって大きな不安要素となっています。

演者は、2018年の西日本豪雨災害において、被害を受けた岡山県倉敷市真備町と総社市の医療機関が所属する吉備医師会の一員として支援活動に従事しました。特に、在宅医療に従事する医療機関や介護施設の復旧と復興に対して支援を行った経験を通じて、BCPの必要性を強く感じるとともに、その具体的な策定と実行の重要性を実感しました。

2019年からは、BCPに関するワークショップに積極的に参加し、学んだ知識と経験を基に、自院のBCPを策定し、継続的に見直しと改善を行ってきました。これにより、災害時の対応力を高めるとともに、職員全体での意識共有と連携強化を図っています。

2020年に入ると、新型コロナウイルス感染症のパンデミックにより、自院も人員不足や診療体制の混乱といった厳しい状況に直面しました。しかし、事前に策定していたBCPを柔軟に見直し、ブラッシュアップしながら対応を進めることで、困難な状況を乗り越えることができました。

今回の発表では、これらの経験を基に、BCP策定の具体的なプロセスとその効果について共有するとともに、その策定プロセスで感じた困難や、まだ未達成の組織内浸透や、地域へのアプローチなど今後の災害対応における課題と展望についても考察したいと考えています。

訪問看護事業所のBCP作成における課題

○堀 友紀子^{*1*} 西谷 保^{*2}

^{*1} 京都橘大学看護学部

^{*2} 訪問看護リハビリステーションたもつ

【目的】

2024年3月末までに訪問看護事業所において災害時の事業継続計画（BCP）の策定が義務付けられた。今回、BCPを策定し自施設における災害対策の課題と今後の対策を検討した。

【方法】

当事業所は機能強化型2の認定を受け医療機関併設型ではない単独型の訪問看護事業所である。医療依存度が高い利用者及び災害時の職員の人員不足を想定したBCP策定した。BCP策定後に訓練を実施し課題が見いだされたため整理した。

【結果】

2024年3月現在、利用者数は367名である。訪問看護の指示書を受けている医療機関は158か所、医師数は278名に及ぶ。指示書内には緊急時に近隣の医療機関に救急搬送する指示も含まれている。指示書を発行している医療機関には、地域災害拠点病院2か所含まれており、災害時には訪問看護の利用者の受け入れに支障を来す可能性がある。当事業所は、時間外は緊急当番の看護職員1名体制あり、災害発生時には職員が参集できない可能性や通信状況により管理者からの指示が仰げず、個々の職員に災害体制への切り替えや連絡調整についても習得する必要がある。

また、主な訪問エリアである行政区3か所に利用者の担当である介護支援専門員の所属先である居宅介護支援事業所数は87か所に及び、双方の災害発生時の対応を共有することが望まれる。

【結論】

災害対策は個々の訪問看護事業所のBCP策定にとどまらず、医療機関や介護、福祉、行政と互いに共有した体制整備が必要であると考えられる。また、災害時には普段とは異なる条件下での医療や介護、福祉との連携となり職員への災害時対応に関わる教育を充実させていく必要がある。京都市では、今年度福祉避難所となる施設のサービスを利用している方を対象に直接福祉避難所へ避難する仕組みを導入した。訪問看護の対象には施設利用をしていない利用者もおり、今後も地域の資源と事業の変化に則したBCPの見直しと体制整備の取り組みを継続していく。

【キーワード】

地域BCP 人材育成

当院職員の災害に対する意識調査 HuMA(災害人道医療支援会)としての能登派遣報告を通して

○篠 美和^{*1} 上岡 佳代^{*2} 横山 敏幸^{*3} 廣瀬 剛^{*4} 高橋 聡介^{*4} 保刈 岳雄^{*4}
河野 悟^{*4} 廣瀬 憲一^{*4}

^{*1} 医療法人社団守成会 広瀬病院 在宅診療部・HuMA

^{*2} 医療法人社団守成会 広瀬病院 医療安全対策室

^{*3} 医療法人社団守成会 広瀬病院 総務課

^{*4} 医療法人社団守成会 広瀬病院 内科

【目的】

当院は神奈川県相模原市にある在宅療養支援病院であり、大多数の職員は災害派遣や研修の経験が少なく、BCP委員会では机上シミュレーション訓練等を行い、スタッフの教育を行なっている。今回自身のHuMAとしての能登半島地震の災害派遣報告を行い、その後職員の災害への意識調査を行うことで、病院業務を継続する上での課題や今後の災害教育の在り方を検討する。

【方法】

当院職員に対面及びオンラインで災害派遣の報告会を行い、その後webアンケート調査を実施した。

【結果】

回答者102名(回答率56.6%)中63名(61.8%)が派遣に興味があると回答した。派遣に興味があると答えた職員の中での懸念・心配事項としては、家族15名(23.8%)、知識・経験不足12名(19.0%)、業務シフト10名(15.8%)、自身の体力・精神力7名(11.1%)、2次災害4名(6.3%)、活動中の生活2名(3.1%)、移動手段1名(1.5%)があがった。また、当院の自家発電機のおおよその稼働時間を知っているかの問いには知っていると答えたのは16人(15.6%)に過ぎず、自部署の非常電源の場所を全て把握していると答えたのは29名(28%)のみであった。また自部署内で減災対策すべき箇所はあるかとの問いには42人(42%)がわからないと答えた。自宅周辺のハザードマップを見たことがあると答えたのは86名(84.3%)であったが、しっかり把握していると答えたのは27名(26.4%)であった。

【結論】

自院の災害対策認識の改善に関しては、各部署のスタッフへの情報共有を繰り返し行う体制づくりが必要である。また今後は対面での訓練からのデブリーフィングで、課題を抽出し、スタッフと共に解決していく姿勢が必要と考えられる。

志賀町健康相談ダイヤルプロジェクト - DC-CAT令和6年能登半島地震後の被災者支援に関する活動の一報告 -

○扶藤 由起^{*1} 貝原 敏江^{*1} 舞鶴 史絵^{*1} 荏原 優子^{*2} 手渡 和子^{*3} 中野 真理恵^{*2}
湊 由美香^{*4} 菊池 なほみ^{*5} 長谷川 亜希子^{*2} 益満 陽子^{*6} 山岸 暁美^{*7}

^{*1} 一社) コミュニティヘルス研究機構 ^{*2} なし ^{*3} 国立病院機構千葉医療センター

^{*4} 医療法人社団まごころ四街道まごころクリニック ^{*5} 秦野伊勢原医師会 ^{*6} 一社) 自警会 東京警察病院

^{*7} 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室・一社) コミュニティヘルス研究機構

【目的】

Disaster Community-Care Assistance Team (600名以上の現役の看護・ケア職により編成される専門職集団、以降DC-CAT) は、令和6年能登半島地震後、助かったいのちの、その先の「生きる」を支え、災害関連死を阻止する支援活動を能登半島全域で展開している。石川県羽咋郡志賀町においては、町からの委託を受け、避難所及び仮設住宅の住民に対する休日・夜間の遠隔健康相談ダイヤル事業を行っている。当該事業は、シャープ7119機能を付し、1) 保健師・医師の負担軽減、2) 住民の健康に関する安心の担保、3) 適正な救急医療活用の推進、を目的とした。

【方法】

総務省消防庁緊急度判定プロトコルを志賀町の状況に合わせ改変した。改変点は1) 重症度・緊急度の判定基準を高めに見積もった点、2) 感染兆候をスクリーニングできる仕様にした点、3) 災害関連死のリスクを評価する項目を追加した点、である。また、看護師が一定の質を保ち対応できるよう、手順書を作成した。

【結果】

発災直後から、休日・夜間の健康相談ダイヤルを担ってきた保健師・開業医から、全面移行する形で、4月よりDC-CATメンバーによる遠隔健康相談ダイヤルを開始した。有志看護師12名が輪番で、平日は17時から翌8時、土日祝日は12時から翌8時の間、対応している。志賀町は保健師を中心に、きめ細やかな避難所・仮設住宅の住民サポート・予防的手段を講じておられ、実際の相談件数は非常に少ない状況である。しかし、避難所や仮設住宅のほぼ全ての住民が、この遠隔相談ダイヤルの電話番号が記載された紙を持ち、「いつでも相談していい」という認識を持っている。

【結論】

当該事業は、被災地の保健・医療関係者との密接な連携を基盤とした、ICTを活用した遠隔看護による新たな被災地支援の形態を実装した。また、保健師・開業医の負担軽減及び住民への健康に関する安心につながる可能性が示唆される。

【キーワード】

災害支援 遠隔看護 ICT

COVID-19陽性者への外来点滴対応の有用性と必要性について

趙 達来

真岡西部クリニック

現在新型コロナウイルス感染症には、外来で使用できる経口抗ウイルス薬が3種類あるが、症状が重篤な場合や脱水、経口摂取量が維持できない場合などは、外来での点滴対応そして血液検査による重症度の評価を行っている。

2023年1月1日から8月31日までの8か月間に、当クリニックで診断または加療されたCOVID-19陽性者は765名で、そのうち症状が重篤であるか、基礎疾患や重症化リスクが高いなど、点滴対応が必要とされた患者さんは、55名（7.2%）であった。内訳は男性19名、女性36名、年齢分布は14歳から98歳、平均年齢は49.2歳であった。入院調整を行った患者さんは3名（4%）で、うち2名は診察時から全身状態が悪く入院調整を行った症例（うち1名は点滴も実施）、1名は点滴対応を行ったが改善せず、入院が必要となった症例であった。投与された輸液製剤は、1号液（開始液）とアセトアミノフェン製剤の組み合わせ（以下未使用例）が30名と最も多く、内訳は男性14名、女性16名、年齢分布は14歳から84歳、平均年齢は39.6歳であった。さらにレムデシビル注を投与した症例（以下使用例）が25名（うち2名は往診での対応）で、内訳は男性5名、女性20名、年齢分布は45歳から98歳、平均年齢は64.4歳であった。血液検査ではCRPが男性で高い傾向にあり、リンパ球数では未使用例の女性で $695\mu\text{l}$ 、男女合計でも $1,166\mu\text{l}$ と低かった。CRPは2.38以上、リンパ球数は $1200\mu\text{l}$ 以下の場合、重症化リスクがあるとする報告があり、「症状が強い」「食べられない」などの自覚症状を拾い上げて採血・点滴を行う事が必要である。

5類に分類が変更されたとはいえ、入院調整が容易でない状況は改善していない。症状の強い陽性者には、診療所レベルでの対応の工夫で入院に至らないようにする事が必要だと考える。

当院に救急入院となった在宅医療を受けている110症例の検討

吉川 徹二

蘇生会総合病院

【はじめに】

現在我が国では地域包括ケアシステムの構築が提唱されており、重度な要介護状態となっても地域での暮らしを最後まで続けることができるように在宅での医療が推進されている。今回我々は、自住宅在で在宅医療を受けており、救急入院となった症例を検討したので報告する。

【対象および方法】

2023年4月から2024年4月までに自宅から当院に救急搬送され入院となった1252例のうち、在宅医療を受けていた症例を在宅医療+群、在宅医療を受けていなかった症例を在宅医療-群として、2群間で患者背景や治療、転帰などを比較した。

【結果および結論】

1252例のうち、在宅医療+群が110例、在宅医療-群が1101例であった（不明41例）。2群間の比較では、在宅医療+群は在宅医療-群に比べ有意に年齢が高く、栄養状態も不良であった（いずれも $p < 0.05$ ）。また、意識状態や認知症、ADL低下、要介護認定なども在宅医療+群に有意に多く見られた（いずれも $p < 0.05$ ）。手術の施行率については両群間に差はなかったが（ $p = 0.91$ ）、在宅医療+群では整形外科疾患の手術が多くみられ、悪性新生物に対しては姑息的な手術を認めるのみであった。在院日数は在宅医療+群が長く、転院や施設への入所率や死亡率も在宅医療+群が有意に多かった（いずれも $p < 0.05$ ）。

【キーワード】

在宅医療 高齢者救急

介護施設職員への救急対応教育を行い不安の軽減を図る取り組み ～初動対応から救急隊への引継ぎまで～

○権藤 純子^{*1} 野田 順子^{*2}

^{*1} 医療法人 三井会 神代病院 認知症対応型共同生活介護事業所

^{*2} 医療法人 三井会 神代病院 看護部

【目的】

複数の介護施設を有する法人内にて、職員が利用者の急変時に慌てず適切に対応ができるように、異常の早期発見や気づきなどの緊急時の対応の教育を行い、職員が不安なく安心して働ける体制を構築する。

【方法】

看護師が介護施設9部門の職員105人に対して、普通救命講習内容の動画（20分）を基に講和を行い、施設における普通救命処置および119通報と救急隊への引継ぎ内容、その重要性を周知した。その後にアンケートを実施し、得られた結果から今後の緊急時対策に取り組む。

【結果】

看護師による初動対応から救急隊への引継ぎ等の講和後のアンケート自由記載では、「異常かどうかの判断基準がわからない」「119番通報の基準がわからない」「通報時、利用者の情報を正確に伝え引継ぎできるか不安」等があった。アンケート結果では、「119番通報への判断と不安感」は、不安がある、少し不安がある84%、「救急隊への通報と引継ぎの理解度」は、理解できた、まあまあ理解できたは、75%、「救急隊への引継ぎの不安度」は、不安がある、少し不安がある87%、「講習は役に立ったか」は、99%、「今後の講習会や訓練について」は、定期的にしてほしい67%であった。

【結論】

当法人では広域消防本部救命救急士同席の下、当法人職員である応急手当普及員による普通救命講習を入職者に実施している。職員は入職時の講習受講はできているが、介護施設では入居者の急変時の判断および対応は主に介護職員が担っている。今回、認知症対応型共同生活介護事業所やサービス付き高齢者住宅等の在宅に準じる場所で、24時間365日介護等を行う職員の緊急時の対応方法等の不安が明らかになった。この結果を受けて9つの介護施設で、管理者を中心に不安軽減のための緊急対応策に取り組み、職員が安心して働ける体制づくりを行う。

【キーワード】

介護施設 緊急時対応

当院における救急搬送された在宅医療患者の検討

松本 孝嗣

松本外科内科医院

【背景】

熊本市の中心市街地にある無床診療所である当院は、機能強化型在宅支援診療所（病床有り）として約40名弱の在宅医療患者を訪問診療しているが、重症度・緊急度が高い場合などは現場や当院から救急要請する事がある。

【方法】

令和3年4月から令和6年3月までの3年間で救急搬送された在宅医療患者に関して検討した。

【結果】

救急搬送された患者数：11名（延べ搬送回数：19回）、年齢：63～93歳、性差：男性5名、女性6名、であった。搬送時の病態：感染症6例、意識障害5例、骨折3例、低血糖2例、顔面神経麻痺1例、急性冠症候群1例、心停止1例、であった。搬送先：他院16例、当院3例で、そのうち入院となった症例は8例で、心停止の症例は搬送先救急外来で失った。入院後の転機：帰施設・自宅退院6例、転医2例（うち1例は2か月後に死亡退院）、であった。

【考察】

救急搬送の有無に関わらず、入院を要する場合、可能な限り確定診断や全身状態の評価を当院にて行った上で、相談する医療機関を選定するようにしている。また、福祉タクシー等で移動する事が可能な重症度・緊急度の低い症例は、出来る限り救急搬送を避ける事を基本方針としている。救急搬送となる場合でも、現場だけに任せることなく、遠隔だったとしても当院にて搬送先を選定する等、現場や救急隊の負担を軽減する努力をしている。低血糖症例の救急救命士による静脈路確保とブドウ糖溶液の投与への介入、コロナ禍での救急車両の不足や搬送先選定の難渋、などが検討事項として挙げられる。

【結論】

在宅医療患者の救急搬送に関しては、消防機関や救急医療機関のみならず、在宅医療や介護の現場も含めて、皆で議論すべきである。

在宅医療連携強化のための病院救急車を利用した 効率的な患者搬送システムの構築

○門田 勝彦^{*1} 近藤 研太^{*1} 我妻 雄平^{*2} 増田 望^{*2} 荒井 有希子^{*3} 白幡 峰子^{*4}
中野 真理子^{*5} 宮本 千恵美^{*4} 工藤 孝子^{*2} 比企 誠^{*2} 近藤 豊^{*1}

^{*1} 順天堂大学医学部 救急災害医学研究室 ^{*2} 順天堂大学医学部附属順天堂医院 救急プライマリケアセンター

^{*3} 順天堂大学医学部附属順天堂医院 医療相談室 ^{*4} 順天堂大学医学部附属順天堂医院 患者看護相談室

^{*5} 順天堂大学医学部附属順天堂医院 がん治療センター

【目的】

近年、病院救急車で在宅患者を自宅・施設から医療機関に搬送し、退院患者を在宅診療に繋げるために自宅・施設へ搬送する試みが始められている。本研究は病院救急車の運用が在宅医療との連携強化に寄与するかを明らかにすることを目的とした。

【対象・方法】

対象：①当院の病院救急車を利用し自宅・施設に搬送し在宅診療に繋げた患者

②当院の病院救急車を利用し自宅・施設から当院に搬送した患者

方法：対象のデータ集積および解析を行った。また当院の医療連携室担当者が病院救急車で搬送を決定した理由も調査した。さらに訪問看護師・在宅診療支援診療所・訪問看護ステーション・ケアマネージャーに対してもアンケート調査も行った。病院救急車を使用した患者搬送に関しては体系化された報告はなく、調査結果をもとに分析した。

【結果】

2019年9月から2023年12月末までで自宅・施設への搬送は103件、自宅・施設からの搬送は15件だった。患者は新生児から超高齢者まで年齢層は多岐にわたり、疾患別では、脳神経疾患、呼吸器疾患が上位を占め、約40%は終末期患者であった。受入事案については、脳神経疾患、整形疾患が上位であった。医療連携室担当者へのアンケート結果は、使用目的で優先度の高い条件は、『患者の症状・重症度』が1位で、次いで『医療デバイス・医療機器の有無・数』の優先度が高かった。訪問看護師・在宅診療支援診療所・訪問看護ステーション・ケアマネージャーへのアンケート結果は、病院救急車で搬送は、患者および家族の満足度も高く、安心感・満足度も高かった。

【結論】

病院救急車の運用は、在宅医療との連携強化寄与できることが明らかになった。とくに民間患者等搬送事業者で対応できない搬送事案に病院救急車の使用は有効であると考えられた。なお、本研究は令和5年度公益財団法人笹川保健財団の研究助成を受けて実施したものである。

【キーワード】

病院救急車、在宅医療連携強化、民間患者等搬送事業者

蘇生を希望しない終末期患者の心停止に対する救急要請における問題点

○金畑 圭太 中村 光伸

前橋赤十字病院 集中治療科・救急科

【背景】

近年、救急要請数が増加し現場到着が遅くなるなどの問題が発生している。救急要請の理由は多岐にわたるが、その中には自宅療養中の患者の予期しない状態悪化も含まれる。心肺停止の重症例もあるが、すべてのケースで救急車搬送が必要とはいえない。前橋赤十字病院はステーション方式のドクターカーを運用しており、対応した実症例を通じて問題点をあげ、考察する。

【症例①】

肺癌の50歳台男性が自宅内で倒れているのを家族が発見し、救急要請。救急隊到着時心肺停止状態であった。ドクターカーが到着後に、患者が緩和ケア内科に通院しており、急変時の蘇生行為を希望していなかったことが判明したため、かかりつけの緩和ケア内科へ救急車で搬送された。

【症例②】

COPDに対してHOT実施中の60歳台男性で、呼びかけに反応しないため家族がかかりつけ医に相談の上救急要請。心肺停止状態であったが、ドクターカー到着後、家族からの聴取により主治医より急変の可能性は説明されていて、本人は急変時の蘇生行為を希望していなかったことが確認された。心肺停止時に看取りを行う予定だった病院へ救急車で搬送された。

【考察】

訪問診療を受けている患者は増加傾向にあり、多様化する患者の意思に沿った治療として急変時に蘇生を希望しないケースが増えていくことが予想される。患者の家族は心肺停止かどうかの判断が難しいため救急要請を行うことが多いが、自宅療養の際には予後予測を伝え、緊急時の対応計画を事前に本人や家族に理解度に合わせ工夫して説明することが重要である。蘇生を希望しない患者に対して救急要請をすることは、蘇生行為が実施され患者の意思が尊重されないだけでなく、多用することで救急車が不足する一因にもなりうる。蘇生行為を希望しない場合、救急車ではなく民間救急車といった搬送方法の利用も検討すべきである。

病院救急救命士が繋ぐ在宅医療と救急医療

○竹内 理久 井沼 浩政 上田 あずさ 吉田 将馬 甲斐 雄太 山崎 藍 浅井 美輝
宮下 昂大 丸藤 哲

札幌東徳洲会病院 救急センター

[緒言]

札幌東徳洲会病院（以下当院）は札幌市の拠点救急医療機関の役割を担い、病院救急救命士（以下救急救命士）を擁し多くの転院搬送を行っている。救急救命士が在宅医療と救急医療を繋げられた症例を経験したため、考察を加えて報告する。

[症例]

S状結腸癌が多発転移しており緩和ケアに移行し在宅医療を導入している患者。搬入前日に左下肢の熱感、疼痛、腫脹があり、訪問診療で蜂窩織炎の診断で抗菌薬を投与されていたが、血圧低下を認め当院へ救急搬入となった。左下肢の壊死性筋膜炎疑いの診断となり、手術を含めた治療方針やその危険性を説明し、話し合いの結果、本人が抗菌薬投与までの治療を希望した。当院関連緩和ケア病院へ転院を試みたが早急に調整がつかず、搬送中や自宅で最期を迎える可能性を伝えた上で本人・家族が自宅での療養を希望した。担当訪問診療医と調整を行い、搬入同日に当院救急車で医師同乗の下、救急救命士が自宅まで搬送を行なった。

[考察]

本症例は在宅医療でアドバンスケアプランニングが導入され、人生の最終段階の話し合いが行われていたため、本人・家族の希望に沿った医療を提供することができ、在宅医療と救急医療を繋ぐことができた。また、病院から自宅への搬送は行政救急隊の搬送要件に該当するものではなく、介護タクシー等による搬送は本人の全身状態を考慮すると危険性が高く難しかったと判断した。これらの諸条件と起こりうる危険の可能性を考慮し、救急救命士が病院救急車で搬送業務を行なった事が、本症例の安全で確実な搬送に繋がったと考える。

[結語]

今後の超高齢多死社会を考慮すると同様の症例が増加することが予想され、在宅医療と救急医療がより緊密な連携が必要となる。救急救命士として在宅医療との連携、救急搬送含めた体制の構築を図り、地域包括ケアシステム整備・推進の一助となる存在を目指したい。

後援一覧

福井県

福井市

一般社団法人 福井県医師会
一般社団法人 福井県歯科医師会
一般社団法人 福井県薬剤師会
公益社団法人 福井県看護協会
公益社団法人 福井県栄養士会
公益社団法人 福井県理学療養士会
一般社団法人 福井県作業療法士会
一般社団法人 福井県言語聴覚士会
一般社団法人 福井県訪問看護ステーション連絡協議会
一般社団法人 福井県介護支援専門員協会
一般社団法人 福井県臨床工学技士会
一般社団法人 日本慢性期医療協会
福井県慢性期医療協会

(掲載順：順不同)

協賛一覧

広瀬病院

平野純薬株式会社

明祥株式会社

中外製薬株式会社

株式会社大塚製薬工場

ファストドクター株式会社

株式会社永和システムマネジメント

興和株式会社

総合メディカル株式会社

医療・介護を ICTでお手伝い

私たちは、医療機関・介護施設・調剤薬局等へ
最新のICT(情報通信技術)を活用し、
安心と信頼のサービス
ご提供いたします。



お客様に感謝。期待に応えることに全力。それが永和システムマネジメントです。



永和システムマネジメント

医療システム事業部

〒918-8231 福井県福井市問屋町3丁目111番地 TEL.0776-25-8493 FAX.0776-25-6499 www.medical.esm.co.jp



「喜び」や「幸せ」を サポートしたい

1人でも多くの方が
人生の喜びや幸せを感じるために
生活習慣病に起因する組織障害への
個別化医療に貢献したい



興和株式会社

東京都中央区日本橋本町三丁目4番14号

日本在宅救急医学会誌 第8巻増刊号

Journal of Japan Society for Homecare and Emergency Medicine vol.8 suppl.

2024年11月6日発行

発行者 第8回日本在宅救急医学会学術集会 大会事務局
〒150-0032 東京都渋谷区鶯谷町7-3-101
株式会社 学会サービス
TEL：03-3496-6950
FAX：03-3496-2150
URL：<https://www.gakkai.co.jp/zaitakuqq8/>

制作 大一印刷株式会社
印刷所 大一印刷株式会社

©2024 一般社団法人日本在宅救急医学会 Printed in Japan

※本誌内容の無断での複写・複製・転載、およびデータベースへの取り込みを行うと、著作権・出版権の侵害と
なることがありますのでご注意ください。

助成：公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

