

日本

JJSHEM

在宅救急

医学
会誌

Journal of Japan Society for Homecare and Emergency Medicine

vol.7 suppl. 2023.8

第7回日本在宅救急医学会総会・学術集会

プログラム・抄録集

【テーマ】

「最前線は、ここだ。」

会 期：2023年8月5日（土）、6日（日）

会 場：SAGA アリーナ（佐賀市日の出2丁目1番10号）

会 長：阪本 雄一郎 佐賀大学医学部救急医学講座 教授

副会長：織田 良正 社会医療法人祐愛会 織田病院 副院長

一般社団法人日本在宅救急医学会
Japan Society for Homecare and Emergency Medicine



社会医療法人祐愛会高島病院



介護老人保健施設 清涼荘

社会医療法人 祐愛会 織田病院

〒849-1311 鹿島市大字高津原4306番地
TEL:0954-63-3275



社会医療法人 祐愛会 高島病院

介護老人保健施設 **清涼荘**

〒849-1203 杵島郡白石町戸ヶ里1831番地18
TEL:0954-65-3129



社会医療法人 祐愛会 ゆうあいビレッジ

介護老人保健施設 **ケアコート ゆうあい** 他

〒849-1311 鹿島市大字高津原2962番地1
TEL:0954-63-5533

URL <https://www.yuai-hc.jp>

祐愛会 検索



第7回 日本在宅救急医学会総会・学術集会

テーマ 「最前線は、ここだ。」

日 時 2023年8月5日（土）、6日（日）

会 場 SAGA アリーナ
佐賀市日の出2丁目1番10号

会 長 阪本 雄一郎
佐賀大学医学部救急医学講座 教授

副会長 織田 良正
社会医療法人祐愛会 織田病院 副院長

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：http://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附属死生学・応用倫理センター上廣死生学・応用倫理講座特任教授
	小豆畑 丈夫	医療法人社団青燈会小豆畑病院理事長・病院長
	池端 幸彦	医療法人池慶会池端病院理事長・院長
	井川 誠一郎	平成医療福祉グループ診療本部長
	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	兵庫県立大学大学院経営研究科特任教授
	阪本 雄一郎	佐賀大学医学部医学科救急医学講座教授
	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理事長
	平 泰彦	聖マリアンナ医科大学救急医学特任教授
	丹正 勝久	医療法人社団青燈会小豆畑病院名誉院長
	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	一般社団法人地域包括ケア病棟協会会長
	長尾 和宏	医療法人社団裕和会長尾クリニック院長
	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	国際医療福祉大学医学部消化器外科学教室教授	
監事	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
	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
	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

一般社団法人 日本在宅救急医学会 総会・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	茨城
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

会長挨拶

阪本 雄一郎

第7回日本在宅救急医学会総会・学術集会会長
佐賀大学医学部救急医学講座 教授



このたび九州佐賀の地において、第7回日本在宅救急医学会総会・学術集会を開催させていただくことになりました。本学会代表理事横田裕行先生をはじめ本学会の運営・発展に関わっていらっしゃる皆様への御礼とご参加いただける皆様へ歓迎のご挨拶を申し上げます。

今年は、新型コロナウイルス感染症に対する対応も変異株の状況に合わせて感染症法上の取り扱いも5月の大型連休明けには変更される予定です。この規制明けのタイミングに佐賀県の地に皆様をお迎えするにあたり5月13日に九州最大級のアリーナとしてSAGA サンライズパークにオープンするSAGA アリーナのメインアリーナを会場といたしました。本会場はバレーボールの久光スプリングス、バスケットボールの佐賀バルナーズのホーム会場であるとともにオープンから著名なアーティストのコンサート等も開催される場所です。

今回の学会のテーマである「最前線は、ここだ。」は、在宅現場や在宅を取り巻く救急医療の現場の最前線でご活躍の皆様のご想いや実際の活動内容に関して議論して頂ければと思います。皆様に今までの医学系の学会には無かったスタイルの舞台に立って頂き、学会でのひとときが思い出に残る時間になればと考えております。当日の運営に関わられる皆様へ感謝申し上げますとともに、ご参加の皆様にとっての実りあるひととき、ご発表の皆様の「檜舞台」となりますよう祈念して、私の挨拶とさせていただきます。

第7回日本在宅救急医学会総会・学術集会タイムテーブル

第1日目 8月5日(土)		
SAGA アリーナ		
第1会場 メインアリーナ 1階		エントランスホール 2階
13:00	13:00～学会受付開始	協 賛 企 業 展 示
13:30		
14:00	14:00～14:30 開会挨拶・佐賀県知事挨拶	
14:30	14:30～15:00 にわか劇	
15:00	15:00～16:30 シンポジウム「在宅救急 ACP」 総合司会：古川 祐太郎 座長：満岡 聡、佐々木 淳	
15:30	特別発言：新田 國夫 演者：阿部 智介、宮村 保吉、北原 奈緒美、井上 優慶	
16:00		
16:30	16:30～17:10 一般演題 I 座長：島田 潔、堺 正仁 特別発言：小豆畑 丈夫	
17:00	17:10～17:15 休憩	
17:30	17:15～18:15 イブニングセミナー 座長：阪本 雄一郎 演者：山本 巻一	
18:00		

第7回日本在宅救急医学会総会・学術集会タイムテーブル

第2日目 8月6日(日)		エントランスホール 2階
SAGA アリーナ		
第1会場 メインアリーナ 1階		
8:30	8:30～学会受付開始	協賛企業展示
9:00	9:00～9:45 一般演題Ⅱ 座長：櫻井 淳、上村 春良 特別発言：下田 重人	
9:30		
	9:45～9:55 休憩	
10:00	9:55～10:40 一般演題Ⅲ 座長：仲井 培雄、今村 一郎 特別発言：平 泰彦	
10:30		
	10:40～10:50 休憩	
11:00	10:50～11:45 一般演題Ⅳ 座長：守谷 俊、小網 博之 特別発言：吉田 雅博	
11:30		
	11:45～12:00 休憩	
12:00	12:00～13:00 ランチョンセミナー 座長：横田 裕行 演者：織田 良正	
12:30		
13:00	13:00～	
13:30	千葉 PUSH 講習会	
14:00	14:00～15:30 シンポジウム「在宅救急BCP」 座長：山岸 暁美、伊山 明宏 特別発言：横田 裕行 演者：諫山 憲司、小豆畑 丈夫、溝上 泰興、岩野 歩	
14:30		
15:00		
15:30	15:30 閉会挨拶 及び次回開催挨拶	
16:00		

会場アクセス

【SAGA アリーナ】

佐賀市日の出2丁目1番10号



徒歩でお越しの場合 JR 佐賀駅から徒歩約 15 分

バスでお越しの場合 佐賀駅バスセンター 2 番乗り場

○佐賀市営バス

[30] SAGA サンライズパーク・自動車試験場行き

[準急] SAGA サンライズパーク行き ※土・日・祝日のみ運行

○昭和バス

[73] 古湯温泉行き

[74] 中極・小城行き

[75] イオンモール佐賀大和・昭和バス佐賀営業所行き

SAGA サンライズパーク（市文化会館前）下車

SAGA アリーナの詳しく情報や
お問い合わせはこちら



車でお越しの場合

長崎自動車道、佐賀大和 IC を降りて、佐賀市街方面へ。国道 263 号線を南方向へ、約 10 分。

※駐車場についてのご注意※

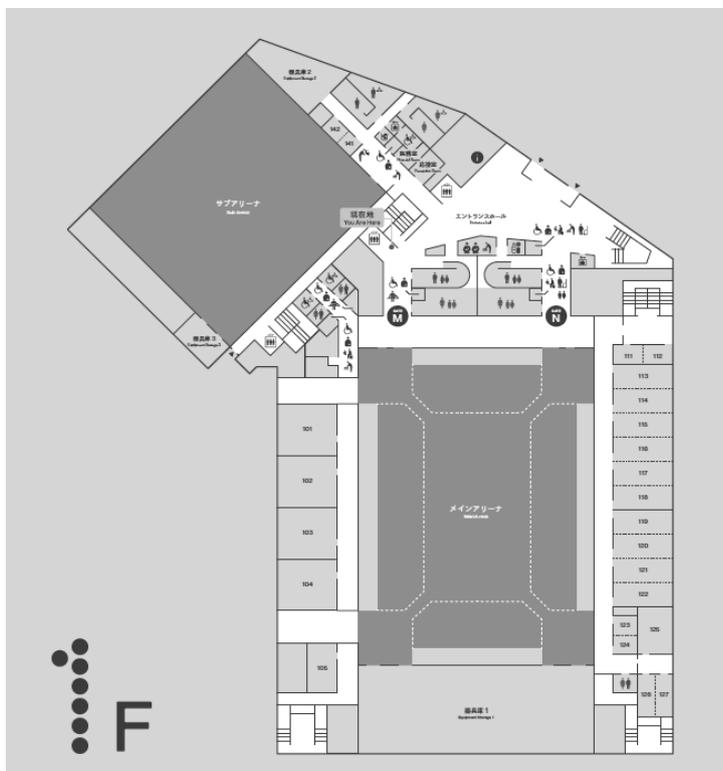
アリーナでのイベント参加者様用の駐車場はございません。

佐賀駅周辺（佐賀市中心市街地）の民間駐車場に駐車いただき、駅からの散策をお楽しみいただくか、公共交通機関のご利用をお勧めしています。

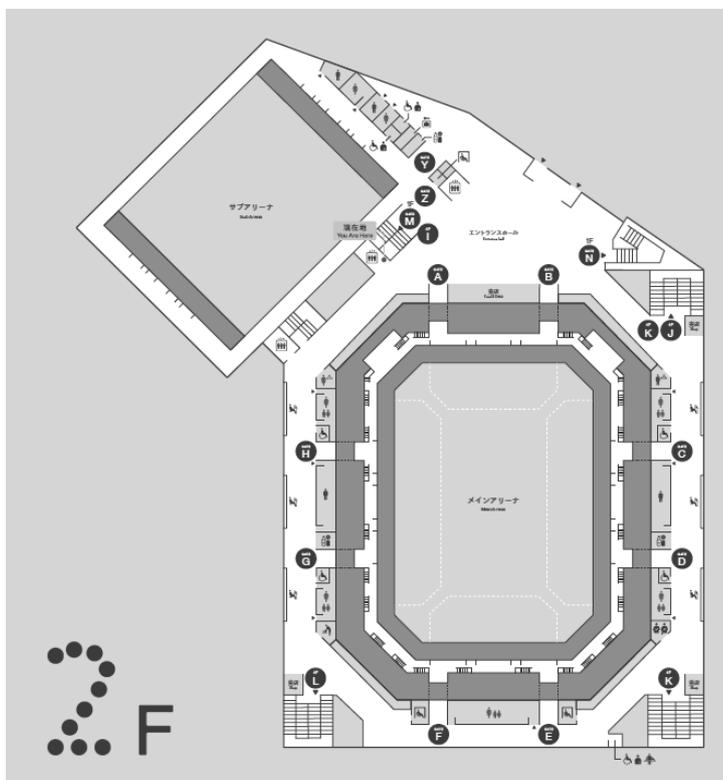
佐賀市中心市街地には、街なかの店舗と連携した「えびすマークの駐車券」が利用できる駐車場があります。

【SAGAアリーナ フロア図】

第一会場 メインアリーナ



- ・講演会場（1F）
- ・発表データ受付（1F）
- ・座長等控室（1F）
- ・講師控室（1F）



- ・総合受付（2F）
- ・機器展示ブース（2F）

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7回日本在宅救急医学会総会・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 SAGA アリーナ エントランスホール（2階）

総合受付 参加受付時間（予定）

8月5日（土） 13:00～15:00

8月6日（日） 8:30～14:00

● 参加登録【参加費】

医師（会員、非会員） 10,000 円

コメディカル・その他（会員、非会員）、研修医、学生 無料

※学会参加の事前登録はありません。

※支払いは現金のみです。

● プログラム冊子・抄録集

・会員の方へは、プログラム冊子を事前配布しております。

・非会員の方は、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

● PC 受付時間、場所

時間：8月5日（土）13:00～ 8月6日（日）8:30～

場所：SAGA アリーナ（1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。

① メディアをお持ちの場合

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 本体をお持込みの場合

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。

共催セミナー（ランチョンセミナー、イブニングセミナー）

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 7 回日本在宅救急医学会総会・学術集会ホームページをご確認ください。

<http://www.nksnet.co.jp/7zaitakukyukyu/>

プログラム 【講演】

開会挨拶・佐賀県知事挨拶

8/5 14:00～14:30

阪本 雄一郎（佐賀大学医学部救急医学講座 教授）

山口 祥義（佐賀県知事）

イブニングセミナー

8/5 17:15～18:15

座 長：阪本 雄一郎（佐賀大学医学部救急医学講座 教授）

「在宅医療における救急搬送症例の際、どこまでを準備しておくべきか？（骨折の場合を中心に）
～ポータブルX線撮影装置 X-air の使用経験及び考察～」

演 者：山本 巻一（医療法人葡萄の木 ぶどうの木クリニック 院長）

ランチョンセミナー

8/6 12:00～13:00

座 長：横田 裕行（日本体育大学大学院保健医療学研究科 研究科長・教授）

「これからの在宅医療・介護の世界 ～眠り SCAN[®] が変える在宅のあり方～」

演 者：織田 良正（社会医療法人祐愛会 織田病院 副院長）

プログラム 【シンポジウム】

シンポジウム I

8/5 15:00 ~ 16:30

「在宅救急 ACP」

総合司会：古川 祐太朗（佐賀大学医学部附属病院 高度救命救急センター）

座 長：満岡 聡（医療法人満岡内科クリニック 院長）

佐々木 淳（医療法人社団悠翔会 理事長・診療部長）

特別発言：新田 國夫（一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス 理事長）

シンポジスト

SP I-1. 「『いきた～生きかた・活きた・逝きた～』を支える ACP と過疎地での実践」

阿部 智介（医療法人慈孝会七山診療所）

SP I-2. 「ACP と在宅救急、佐久総合病院の訪問診療と救急医療～双方の立場から新しい救急医療のかたち～」

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）

SP I-3. 「ACP と訪問看護、佐久総合病院の訪問看護の過去、現在とこれから」

北原 奈緒美（JA 長野厚生連佐久総合病院 訪問看護ステーション統括所長）

SP I-4. 「唐津市・玄海町の ACP とケアマネジメント、医療介護連携による“いきた”支援～生きかた・活きた・逝きた～」

井上 優慶（社会福祉法人唐津福祉会 特別養護老人ホーム岬荘 居宅介護支援センター）

シンポジウム II

8/6 14:00 ~ 15:30

「在宅救急 BCP」

座 長：山岸 暁美（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 / 慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室 講師）

伊山 明宏（社会医療法人祐愛会 織田病院 院長）

特別発言：横田 裕行（日本体育大学大学院保健医療学研究科 研究科長・教授）

シンポジスト

SP II-1. 「介護施設・事業所での BCP（事業継続計画）策定過程における

地域レジリエンスの向上を通じた地域包括ケア実現に向けて」

諫山 憲司（明治国際医療大学 保健医療学部 救急救命学科 / 防災救急救助研究所 教授）

SP II-2. 「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設立の趣意について」

小豆畑 丈夫（日本在宅救急医学会）

SP II-3. 「『サイバーセキュリティ・コミュニティ活動』を通じた、地域医療 BCP」

溝上 泰興（株式会社ミス 代表取締役）

SP II-4. 「救急医による在宅診療所開業からの 10 年間の常勤医師数と経営状態の相関の検討」

岩野 歩（医療法人コールメディカルクリニック福岡 理事長）

プログラム 【一般演題】

一般演題 I

8/5 16:30 ~ 17:10

座 長：島田 潔（板橋区役所前診療所 院長、医療法人社団平成医会 理事長）

堺 正仁（一般社団法人 巨樹の会 新武雄病院 総合診療科部長）

特別発言：小豆畑 丈夫（医療法人社団青燈会小豆畑病院 理事長・病院長）

I-1. 無床診療所を有する離島において本土からの訪問看護を依頼し、在宅看取りを行った 1 例

小野原 貴之（国立病院機構 嬉野医療センター 救急科）

I-2. 在宅と救急医療におけるアドバンス・ケア・プランニングの重要性を再認識した 1 例

中山 紫季（高邦会高木病院 救急医療部）

I-3. 看取り介護加算から探る、積極的治療を望まない患者対応

藤野 丈貴（日本体育大学大学院 保健医療学研究科）

I-4. 当院における心停止患者に対する ACP の普及状況についての報告

吉川 徹二（蘇生会総合病院 救急科）

一般演題 II

8/6 9:00 ~ 9:45

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）

上村 春良（医療法人春陽会 上村病院 病院長・救急診療部長）

特別発言：下田 重人（医療法人社団下田緑真会 理事長）

II-1. 自宅療養・宿泊療養中に救急搬送となった COVID-19 入院症例の検討

松本 孝嗣（松本外科内科医院）

II-2. ICU 病棟から直接自宅へ搬送した褐色細胞腫末期患者の症例報告

伊藤 竜彦（多摩ファミリークリニック）

II-3. 在宅医療中に Performance Status(PS) の改善を認めた症例の検討

安栄 良悟（社会医療人元生会 森山病院）

II-4. 訪問診療での顕微鏡下内眼手術の 1 例 ～眼科訪問手術車両の作製と実際～

小出 健郎（小出眼科）

II-5. 当院の在宅医療患者における救急搬送時の疾患別分類と救急搬送し患者の 3 例の症例検討

照沼 秀也（いばらき診療所ひたち）

一般演題Ⅲ

8/6 9:55 ~ 10:40

座 長：仲井 培雄（一般社団法人 地域包括ケア病棟協会 会長）
今村 一郎（医療法人社団如水会 今村病院 理事長・院長）
特別発言：平 泰彦（聖マリアンナ医科大学 救急医学 特任教授）

Ⅲ-1. 佐賀県南部医療圏における在宅医療 ～当院と連携医療機関の連携の取り組み～
西岡 敦二郎（西岡内科クリニック）

Ⅲ-2. 在宅医療患者の救急搬送の実態近似値を求め非医療機関から2次救急如水会今村病院へ救急搬送された入院患者自験例の検討
春野 政虎（医療法人社団如水会 今村病院）

Ⅲ-3. 終末期在宅療養高齢者における事前死亡要因の妥当性
中山 大（社団医療法人養生会かしま病院）

Ⅲ-4. 地域連携 PA 介入による緊急往診時の業務分担の効率化
伊藤 竜彦（多摩ファミリークリニック）

Ⅲ-5. Oncologic Emergency：在宅医療と救急医療で対応すべき疾患群
小豆畑 丈夫（小豆畑病院 救急・総合診療科）

一般演題Ⅳ

8/6 10:50 ~ 11:45

座 長：守谷 俊（自治医科大学附属さいたま医療センター 救急科 教授）
小網 博之（佐賀大学医学部救急医学講座 准教授）
特別発言：吉田 雅博（国際医療福祉大学 消化器外科学教室 教授）

Ⅳ-1. 当診療所における研修医への英才教育～初期研修医が在宅医療を学ぶ意義～
二ノ坂 建史（にのさかクリニック）

Ⅳ-2. 若手救急専門医の在宅診療研修
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）

Ⅳ-3. リハビリテーション専門職が過度な安静度制限を防ぐための関わりの重要性和課題
古菌 弘隆（医療法人社団 YAYOI やよい在宅クリニック／やよい訪問看護ステーション）

Ⅳ-4. 在宅医療における救急救命士の役割に関する検討 —救急救命士に対する長期在宅医療研修報告—
郡 愛（日本体育大学大学院 保健医療学研究科 救急災害医療学専攻）

Ⅳ-5. 介護施設における MEWS（修正早期警戒スコア）を用いた医療介入について
太郎良 篤史（医療法人芙蓉会 メディカルケア南ヶ丘）

Ⅳ-6. トリアージとその背景理論の多様性
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）

第7回

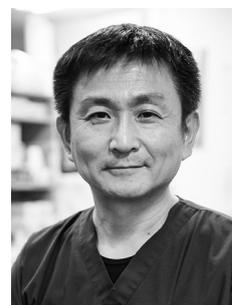
日本在宅救急医学会総会

学術集会 抄録集

「最前線は、ここだ。」

ランチオンセミナー
イブニングセミナー

在宅医療における救急搬送症例の際、どこまでを準備しておくべきか？（骨折の場合を中心に） ～ポータブル X 線撮影装置 X-air の使用経験及び考察～



山本 巻一

医療法人葡萄の木 在宅支援有床診療所 ぶどうの木クリニック

当院は佐賀県佐賀市に位置する在宅患者 680 名、外来一日平均 100 名、入院 19 床を持つ在宅支援診療所である。常勤医 7 名は総合診療科・救急科・循環器科が専門である。開院当初の 2019 年より富士フィルムポータブル X 線撮影装置 X-air を導入している。在宅での撮影件数は 月平均で 60 件、年間 700 枚を撮影している。当初より高齢者の骨折症例（主に大腿骨頸部骨折）の見極めに威力を発揮すると想定していた。4 年間の使用経験より個々の症例を顧み、主に骨折を中心に、どのフェイズで診断を確定することが救急搬送の際に有効なのか、またそこから更に、在宅での救急搬送症例をどこまで食い止められるかまで検討考察してみたい。

略 歴

平成 5 年 佐賀医科大学卒業
佐賀医科大学付属病院 総合診療部入局
平成 7 年 佐賀県立病院好生館 内科 救急科
平成 8 年 祐愛会織田病院
平成 9 年 北海道幌加内町立病院
平成 11 年 佐賀県立病院好生館 救急科
令和 2 年 ぶどうの木クリニック院長

これからの在宅医療・介護の世界 ～眠りSCAN[®]が変える在宅のあり方～

織田 良正

社会医療法人 祐愛会 織田病院



本邦では2007年に世界に先駆けて超高齢社会に突入した。2022年には高齢化率は29.0%と過去最高を更新したが、今後も上昇し続け、2040年には約35%に達すると見られている。高齢者の増加に伴い必要とされる医療は、今までの「病院完結型」の医療から、高齢期の患者が病気と共存しながら、自宅での生活を続けるために地域全体で治療・ケアを行う「地域完結型」の医療に大きく変化してきている。「地域完結型」の医療の実現のためには、地域連携や業務効率化が重要であり、病院や介護施設、在宅など場所を問わず、デジタル技術を活用することは必須である。

当院では、以前から様々な場面でデジタル技術の活用に取り組んできた。その一つが2019年に病院で導入したパラマウントベッド社の「眠りSCAN[®]」である。眠りSCAN[®]はベッドのマットレスの下に設置するだけで、生体情報（呼吸数、心拍数など）の測定や睡眠状態の把握をすることができるセンサで、2021年からは退院後の高齢患者の見守り、状態把握のために在宅でも積極的に利用し、在宅の現場の景色は大きく変化した。今後はさらにICT / AI健康管理システムである「安診ネット[®]」を活用し、科学的介護による在宅での重度化の予防にも取り組む予定である。

少子高齢化がさらに進行し、独居、老老介護の高齢者が増えていく状況において、よりよい在宅医療・介護を行うためには今こそ既存の方法を見直し、より効率化した方法を見出す必要がある。「眠りSCAN[®]」のようなデジタル技術は、これからの時代に必要不可欠である。

略 歴

2007年3月 佐賀大学医学部医学科 卒業
2007年4月 佐賀県立病院好生館 研修医
2009年4月 大隅鹿屋病院 心臓血管外科
2010年4月 佐賀大学医学部附属病院 心臓血管外科 医員
2011年4月 福岡徳洲会病院 心臓血管外科
2012年4月 佐賀県立病院好生館 心臓血管外科
2014年4月 祐愛会 織田病院 循環器外科
2017年4月 佐賀大学医学部附属病院 総合診療部 医員
2018年4月 佐賀大学医学部附属病院 総合診療部 助教
2019年4月 祐愛会 織田病院 総合診療科 部長
2022年2月 同 副院長 兼任

シンポジウム I

シンポジウム II

「いきかた～生きかた・活きかた・逝きかた～」を支える ACP と過疎地での実践

阿部 智介

医療法人慈孝会七山診療所

佐賀県北部医療圏を構成する唐津市の人口は 116,067 人（R5.5 月末現在）、玄海町の人口は 5,060 人（同）であり、私が診療所を運営している唐津市七山（旧七山村）は其中でも過疎化が著しく人口は 1,803 人（同）で高齢化率 45.6% となっている。市街地だけではなく、離島や沿岸部、山間部もある広大な圏域において、医療資源や介護資源も限られる中で救命救急に係る体制の維持も重要な課題である。在宅医療現場では ACP や看取りに関する教育が十分ではないこともあり、人生の最終段階において救急搬送が行われ、患者本人にとって最善とは言えない状況に陥り、救急医療現場への実質的負荷だけではなく心的負荷も増している。

在宅医療においては、普段から救急搬送が頻発しないように身体管理を行い、ACP を適宜繰り返し行っていきながら、患者本人にとって最善と考えられる方針を家族等や多職種との間で共有していき、それらの人たちの共通認識としておく必要がある。しかし、人生の最終段階にあっても予測できないことが起こることはあり、状況によっては高次医療機関への救急搬送を行うこともある。しかし、その際も普段から ACP を行っておくことで、その状況における患者本人にとっての最善を即座に検討していくことができ、それは救急搬送を受け入れた高次医療機関との関わりの中にも活かされていく。在宅医として重要なのは、救急搬送した後に起こることも予測しながら、病院医と情報共有していき、患者本人にとっての最善である環境を構築するために多職種とシームレスな連携を随時行っていくことだと考える。

また、唐津市・玄海町では ACP 推進を目的として多職種や行政のプロジェクトメンバーと共に活動を行っている。その要となる「いきかたノート®」は ACP のツールとして必要とする方に配布し、高齢者に限らず幅広い年代に受け入れられている。実際に医療現場や介護現場で活用され始め、救命救急医療の現場においても実用される機会も出てきた。

ACP と在宅救急、佐久総合病院の訪問診療と救急医療 ～双方の立場から新しい救急医療のかたち～

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

JA 長野厚生連 佐久総合病院 地域ケア科

地域包括ケアシステムの構築が進み、地域の医療連携は、急性期医療・慢性期医療・在宅医療が機能分化し、相互に協働している。これらの医療は、医師が専従であることが多く、兼任は少ない。佐久総合病院グループは、佐久医療センターが急性期医療を、佐久総合病院・小海分院・診療所が主に慢性期医療と在宅医療を、それぞれ多くの専従医が担っている。「地域に根差した医療」を提供するため、各施設での診療を兼任する医師がおり、当救命救急センター医師も外来診療や在宅医療を兼任している。

急性期医療に携わる医師が在宅医療に携わることは極めて重要と考える。特に現職の救急医が在宅医を兼任することで、変化する救急・集中治療を熟知することはもちろんの事、生活・社会背景に救急の段階から目を向け、年々変わりゆく社会保障制度やそれに伴い変化する地域の医療・介護資源を適宜熟知できる。そして「生活の場」へ戻るために必要な支援やより良い方針を早い段階から提案し、選択することが可能となる。救急医療と在宅医療との懸け橋に必要な要素である。

しかし橋がうまく掛からないことが多い。その原因として、①医療の現場に対する相互理解が乏しいこと、②救急医として在宅医として求める ACP にギャップが存在すること、が挙げられる。そのために緊急受診や救急搬送に至るケースでは、外来主治医の意向や急な症状変化における患者はじめ周囲の支援者の思いもあり、医療の提供や生活支援の調整などが難渋する場合が多い。兼任者は救急・在宅医療、双方の立場からのそれぞれの思いを現場に反映できる可能性を秘めている。事例毎ではあるが、それぞれの視点を持った上で振り返り続け、相互理解を深めることが救急医と在宅医を兼任する者の責務であり、兼任者の人材育成に当救命救急センターは務めている。

当地域での救急医療と在宅医療に関する事例を紹介し、今後の課題について議論する。

ACPと訪問看護、佐久総合病院の訪問看護の過去、現在とこれから

北原 奈緒美

JA 長野厚生連佐久総合病院 訪問看護ステーション統括所長

佐久病院の訪問看護の歴史は古く 1992 年に「畳の上で死にたい」患者のニーズに応えるため始まったのがそのスタートである。2019 年には基幹病院である佐久医療センター内へ 6 つ目の事業所「移行期支援サテライト」を開所。地域包括ケアが定着し、入院時連携や退院時カンファレンスは当たり前で開催されるようになったが「もう少し早いタイミングで訪問看護が関われないか」という考えは常に消えることはなく、もう一歩前からかかわっていくことがその目的である。地域を知る訪問看護師が院内に常駐し「これからの暮らし方」の調整に介入している。

急性期病院からの退院支援には、余命に限りがあり調整にスピードを要するケースも多い。バットニュースを受け止めることで精いっぱい退院時の状況において、さらに悪化した先のことを考える余裕はない。ベットサイドにゆっくりと腰をおろして患者の意向を聞き「望む暮らし」のイメージを家族も一緒に描いていく。そのうえで必要な医療の整理、処置の簡素化をはかり、介護保険申請前のサービスの組み立てに関係スタッフと取り組んでいる。

また、外来では通院困難になる状況に備えて「主治医と在宅医」の併診体制を提案している。

このように十分に調整を行って在宅療養を開始したとしても状況は常に変化する。地域では、多職種で集うサービス担当者会議で、その人の大切にしていることを定期的を確認し、これからどう過ごしていくのかに生かしている。訪問看護には緊急時のファーストコールを担う役割があり、不測の事態で本人が意思を伝えることのできない状況下でも、現場の人々に対して「本人にとっての最善」をアドボケートする役割が求められる。主介護者、代理意思決定人以外の周囲の方たちの思いにも寄り添いながら方向性をまとめなければならない。

当地域で行われている在宅ケアの現状について事例を挙げながら紹介し、これからの課題についても考察したい。

唐津市・玄海町の ACP とケアマネジメント、医療介護連携による “いきかた” 支援 ～生きかた・活きかた・逝きかた～

井上 優慶

唐津福祉会 特別養護老人ホーム岬荘

我々ケアマネジャーは本人・家族の望む生活を阻害している要因を、本人と環境の相互関係によるものと捉えて、その双方が良い状態となり、維持できるよう働きかけている。終末期においては本人が意思表示をできない状態も少なくない。その場合は本人の価値観・人生観、それらを形成するに至った歴史に触れることは困難である。本人の望む“生きかた・活きかた・逝きかた”（以下「いきかた」）に資することは不可能に近い。ACP の枠組みの中には AD（代理人意思決定者とりびんぐウィル）を含むことが望ましいとあるが“いきかた”の内容を決めるのはやはり本人である。

唐津市・玄海町では在宅医療介護連携推進事業の中で医療・介護の各職能代表と行政が月 1 回以上定期的に集まり、研修会の共同企画、ACP 普及・医療介護サービスに関する住民公開講座を行っている。また、住民と医療介護の専門職が“いきかた”を考え共有するためのツールとして「いきかたノート[®]」を作り上げた。求める時はいつでも受け取れるよう行政機関、社会福祉協議会、医療機関等の複数個所に配置をしている。「いきかたノート[®]」の構成は人生の振り返りから、今の生きがい、不安・悩み、これからの希望、AD の内容に加えて、どこで、誰と、どのように暮らしたいかも記載できるようにもなっている。いわゆるエンディングノートとは一線をなすと言っても過言ではない。各職能が理解活用することと、住民への普及を継続することは、“いきかた”を考える ACP の推進・きっかけになると同時に、意思表示ができなくなっても、本人の意向に従ってケアを行えることに繋がっていくと信じていたい。最近…「いきかたノート書かなくっちゃ！」との声も耳にするようになってきた。

介護施設・事業所での BCP（事業継続計画）策定過程における 地域レジリエンスの向上を通じた地域包括ケア実現に向けて

○諫山 憲司 高山 祐輔 和田 広大 坂口 英児 久保 敦士 成川 憲司 小平 達夫

○明治国際医療大学 保健医療学部
鈴鹿医療科学大学 保健衛生学部
富山短期大学 健康福祉学科

帝京大学 医療技術学部
明治国際医療大学 保健医療学部

兵庫県災害医療センター
日本体育大学 保健医療学部

2021 年度介護報酬改定により介護施設・事業所における事業継続計画（BCP：Business Continuity Plan）策定が義務化された。災害対策では発災（危機発生）後の応急対応以上に事前対策が重視され、自治体やサプライチェーン関連企業だけでなく、在宅医療や介護事業に関わる利用者・職員の身体生命財産を守るための計画や訓練が重要となる。事業所における BCP は、災害や感染症などを含めた様々な危機に遭遇した場合でも事業を継続し速やかに復旧する計画・対策を立て“防ぎ得た災害関連死”を抑制するためにも不可欠となる。BCP 整備推進のため、各種研修会が開催されており今後、BCP 策定は全国で進むと思われるが、地域の人口動態・文化・リソース、各施設のスタッフや財政規模を含めたパフォーマンスの違いがあるため、あくまでもその施設独自のものとなりオーダーメイドの BCP 策定が必要となる。さらに、規模も小さくこれまで災害対策や BCP に不慣れであった施設にとって、BCP 策定は非常に困難であることが予想される。

本研究では、施設・事業所（数カ所）での BCP 策定過程における地域レジリエンスの向上を通じた地域包括ケアを実現する。地域レジリエンスとは、自然災害や少子高齢化の急激な社会情勢の変化に対し、それを吸収しつつ、多様な集団間（全世代型）の相互作用により地域社会を存続させる力とする。この研究の過程において、危機管理や防災に関わる部署との連携のみならず、地域での包括ケア・共生社会など医療福祉介護関係機関（者）、さらに医療計画や地域防災計画も含めた有機的な連携システム上での実践的・効果的モデルが醸成される。さらに、地域防災システムの構築が進展し、地域活性化にもつながる。本研究で策定された BCP が他地域でも活用できる汎用モデルとなることを目指し、本研究における BCP 作成の現状と課題についての進捗報告を行う。

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設立の趣意について

小豆畑 丈夫⁽¹⁾ 島田 潔⁽¹⁾⁽²⁾ 櫻井 淳⁽¹⁾ 照沼 秀也⁽¹⁾ 横堀 将司⁽¹⁾ 横田 裕行⁽¹⁾
新田 國夫⁽¹⁾⁽²⁾

⁽¹⁾ 日本在宅救急医学会

⁽²⁾ 全国在宅療養支援医協会

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とと考えています。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。

「サイバーセキュリティ・コミュニティ活動」を通じた、 地域医療 BCP

溝上 泰興

株式会社ミス

1. はじめに

医療機関を狙ったサイバー被害が拡大している。被害対象は大病院だけでなく、地域の中小病院もサイバー攻撃により新規患者の受け入れを中止せざるをえない状況に追い込まれるなど、サイバーセキュリティは地域医療の存続に関わる重要課題である。

2. 目的

地域医療の存続を目指して、地域医療 BCP に沿ったのサイバーセキュリティ対策に取り組む。医療機関のパートナーとして、薬局が地域医療存続に貢献できる領域を研究する。

3. 手段

「啓発」サイバーセキュリティ攻撃の注意喚起セミナー

「診断」自組織のサイバーセキュリティ対策状況のスコア化、課題抽出

「訓練」実際のサイバー攻撃を想定したシミュレーションを行い、事案発生から対応完了までの流れを学ぶ。同時に、BCP が実際に運用可能かチェックを行う

4. 考察

サイバー攻撃は日進月歩で巧妙化しており、完全に防ぐことはできないため、被害を前提にした対策が必要不可欠である。また、BCP 策定は実際に動かさなければ、運用可能な実践マニュアルにならない。

5. 今後の展開

病院 - 薬局 - 企業・大学・公共機関・警察機関等が連携したサイバーセキュリティ・コミュニティを形成し、予防、治療、再発防止などの対応を相互に学び合う。地域全体のみならず、地域医療の存続に向けたネットワークをも構築する。

救急医による在宅診療所開業からの10年間の常勤医師数と経営状態の相関の検討

岩野 歩

医) コールメディカルクリニック福岡

時期や程度の差はあれ日本の多くの地域で更なる超高齢化社会・多死社会を経て、やがては人口減少社会を迎える事になる。この難題に対峙すべく在宅医療は必要度を増していき発展してきた。在宅医療のかたちも実践する医療機関により様々であるが、地域のニーズに真摯に応えるならば長年に渡り維持できる「24時間365日体制」の構築が必須であると考えている。それには診療所であっても複数医師勤務が大前提である。当院は2012年6月に救急医による在宅診療所をコンセプトのひとつに開業した。当初は開設者をはじめ救急医中心の構成であったが、徐々に他科出身の常勤医も増えていった。開業から現在に至るまで計15人の常勤医師が勤務した。内訳は救急医8人、内科医4人、脳外科医1人、小児科医1人、放射線科医1人であった。開設者を除く常勤医の平均在籍期間は1年6か月であった。開業前の研修を目的とする医師が多く、当方としても長期勤務を求めない背景があり短期間になったものと思われる。

この約10年間の医師数（常勤医のみ）の推移と新患者・診療報酬等の相関を検証し、多数の医師を雇用する在宅診療所が経営的に安定し、○百年という長期であっても「24時間365日体制」を維持し得るのかを考察する。

一般演題 I ~IV
第7回學術集会
一般演題抄録

無床診療所を有する離島において本土からの訪問看護を依頼し、在宅看取りを行った 1 例

○小野原 貴之^{*1,2} 牛島 宏貴^{*2} 大浦 幸^{*2} 中里 五月^{*2} 秋庭 美幸^{*3}

^{*1} 国立病院機構 嬉野医療センター 救急科

^{*2} 唐津市加唐島診療所

^{*3} 済生会訪問看護ステーションなでしこ唐津

【背景】

本邦の高齢化率は 28.4%であり、今後 2065 年には 38.4%と予想されている。少子高齢化が進むなか、国は在宅医療への舵取りを行っている。

今回、無床診療所を有する一離島において、本土からの訪問看護を依頼し、在宅看取りを行った 1 例を経験したため報告する。

【症例】

94 歳女性。全盲があり、同居息子や別居の娘が介護を行っていた。月に 1 度の訪問診療を行っていたが、数年間入浴ができていないような状態であり、医療のみならず介護の必要性があったものの、経済的な問題があり、本人も元気であったことから介入を見送っていた。しかしながら徐々に衰弱が進み、右仙骨、左大転子部に壊死を伴う褥瘡を認め、褥瘡処置や体交指導などを連日行っていたが、除圧が困難であり、エアマット導入の必要性があった。家族は当初経済的な面で難色を示されていたものの、度重なる説得の後、ご理解いただき介入を開始した。唐津市地域包括支援鎮西サブセンター、訪問看護ステーションなでしこ唐津に介入を依頼し、離島における本土からの訪問看護を実施した。エアマット導入のみならず、褥瘡管理や清拭、更衣などを献身的に行っていただき、清潔ケアについての本人、家族の満足度は非常に高かった。介入依頼から 12 日後に自宅で永眠された。

【考察・結語】

訪問看護・介護はある程度人口や有床の病院がある離島であれば、島内で機能を担う施設があり、完結できる場合が多い。しかし人口が少なく、無床診療所しか存在しない離島ではノウハウもなければ、訪問看護・介護の介入は難しい。しかし、規模の小さい離島であっても、地域包括支援センターへの依頼、本土訪問看護ステーションの方々の協力、離島診療所スタッフの説得により介入が可能となり、満足度の高い在宅看取りを実践し得た。

佐賀県内一離島における訪問看護の実践を報告する。

在宅と救急医療におけるアドバンス・ケア・プランニングの重要性を再認識した 1 例

○中山 紫季¹⁾ 後藤 卓¹⁾ 川嶋 裕資²⁾ 阪本 雄一郎³⁾

¹⁾ 高邦会高木病院救急医療部

²⁾ 高邦会高木病院肝胆膵外科

³⁾ 佐賀大学高度救命救急センター

【はじめに】

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者を主体に、その家族や医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者の意思決定を支援するプロセスのことである。今般、人生会議ともいわれるものがうまくできておらず、本人や家族が望まない対応となってしまうこともある。

【症例】

91 歳女性で特別養護老人ホーム入所中に新型コロナウイルス感染症に罹患し隔離され、隔離解除後に発熱と意識障害があり当院へ救急搬送になった。腎盂腎炎の診断で入院加療となったが加療中に食事摂取量が低下し、環境の変化を期待し施設退院となるも食事摂取ができない状態であった。胃瘻も検討され当院受診となるも造設が困難と判断され施設で看取り方針となった。その後、意識障害が出現し看取ることも検討されたが家族より救急搬送希望され当院へ救急搬送になり高 Na 血症による意識障害、低栄養で入院になった。

全身状態不良で呼吸循環動態も不安定であったがハイフローセラピーや慎重な輸液調整などを含めた全身管理により次第に意識障害も改善し、経皮経食道胃管挿入術により栄養状態も改善した。リクライニング式の車椅子で短時間の外出も可能となり療養型病院へ転院になった。

【考察】

救急医療の現場では患者やその家族が望まない救急搬送や処置に出合うことがある一方で、選択肢の提示が少なく希望した診療が受けられない現状がある。ACP のプロセスを踏むことは在宅と救急医療の適切な連携や循環に不可欠であると考えられる。これからも救急医療の視点からアプローチしていきたい。

看取り介護加算から探る、積極的治療を望まない患者対応

○藤野 丈貴¹⁾ 横田 裕行¹⁾ 小川 理郎¹⁾ 鈴木 健介¹⁾

¹⁾ 日本体育大学大学院 保健医療学研究科

【背景と目的】

急変時に積極的治療を望まない (Do not attempt resuscitation: 以下、DNAR) においては、患者自身やその家族が主体となったアドバンス・ケア・プランニング (Advance care planning: ACP) のプロセスを経ることの必要性が強調されている。一方、介護保険・老人福祉施設 (以下、施設) においては、患者が DNAR を選択した場合には、患者やその家族が主体となった ACP に基づいて看取り体制を整備することが求められている。実際、医師や看護師、介護職員と連携を保ちながら看取りを行う場合、看取り介護加算 (以下、加算) が介護報酬として算定可能となっている。そこで DNAR の意思を表明している場合の急変時対応に、加算の有無によって相違があるかを検討した。

【方法と結果】

神奈川県相模原市の 241 施設を対象とし、DNAR 時の看取り体制に関してアンケートを行った。「加算群」と「未加算群」に分類し、DNAR 時の看取り体制の相違を検討した。84 施設から回答があり (回答率 34.9%)、加算群 45 施設 (53.6%)、未加算群 39 施設 (46.4%) であった。

- ①「心肺蘇生が必要となった時の事前意思確認をしている」について、
加算群 43 件 (95.6%)・未加算群 30 件 (76.9%)、
- ②「意思確認指針を作成している」について、
加算群 31 件 (72.1%)・未加算群 15 件 (50.0%) と加算群に高い傾向がみられた。
- 一方で、③「DNAR 患者の心肺停止対応マニュアルを作成している」について、
加算群 23 件 (51.1%)・未加算群 14 件 (35.9%) とともに低い傾向がみられ、
- ④「DNAR 時に救急搬送方針としている」について、
加算群 18 件 (40.0%)・未加算群 16 件 (41.0%) と DNAR 時に救急搬送となることが明らかとなった。

【考察】

加算施設の殆どは、事前意思の確認がされているが、実際は加算の有無にかかわらず、DNAR が示されている場合であっても対象者への対応マニュアルが整備されているのは少数で、救急搬送される割合も一定以上存在し、高齢者施設における看取り介護加算の意味を再検討する必要性が明らかとなった。

当院における心停止患者に対する ACP の普及状況についての報告

○吉川 徹二 草野 淳

蘇生会総合病院 救急科

【はじめに】

人生の最終段階における医療・ケアの意思決定のプロセスとして ACP が提唱されてきた。今回我々は、当院における心停止患者に対する ACP の普及状況について調査したので報告する。

【対象および方法】

2018 年 1 月から 2022 年 3 月までに当院に救急搬送となった心停止患者 109 例のうち、検死になった 40 例を除外した 69 例を対象とした。これらに対し、ACP の実施状況を調査した。また、上記 69 例を ACP 実施群と ACP 未実施群との 2 群に分類し、年齢や住環境 (自宅 / 高齢者施設)、基礎疾患などを比較検討した。

【結果】

69 例中 24 例に何らかの形で ACP が実施されていた。年齢の中央値は ACP 実施群が 90 歳と ACP 未実施群の 86 歳に対して優位に高かった ($p=0.007$)。また、ACP 実施群は ACP 未実施群に比して高齢者施設の入所が多く認められた ($p=0.001$)。ACP 実施群のうち自宅生活者は 8 例認められ、全例が癌終末期や超高齢など、人生の最終段階の状態であった。一方、独居生活者は 3 例見られたが ACP は全例実施されていなかった。

【考察および結語】

過去の意識調査によれば人生の最終段階における医療・療養について話し合ったことがある割合は 39.5% であり、話し合うきっかけは本人の病気、家族の病気や死、医療や介護関係者からの説明によるものが多かった。癌終末期患者や超高齢患者などにとって、ACP の実施は現実的なものとして捉えやすいものと考えられた。また、高齢者施設への入所も ACP を話し合う上でのきっかけとなりうると考えられた。一方で、人生の最終段階にないと認識している人や、独居生活者に対する ACP の普及が今後の課題と考えられた。

自宅療養・宿泊療養中に救急搬送となった COVID-19 入院症例の検討

松本 孝嗣

松本外科内科医院

【背景】

熊本市中心市街地に位置する当院は、コロナ禍において約 1,850 例の COVID-19 症例に対して直接的に診断や治療を行った。

【結果】

入院となった症例は約 3.5% で、そのうち救急搬送された症例は 5 例であった。

【症例①】 50 代・男性（リスクファクター：肥満）。他院で診断され宿泊療養となり電話診察（初診）を行い保健所に受診調整を依頼した。医療機関（他院）を受診し宿泊療養継続の判断となったが、その後 SpO₂ が 90% 未満に低下し救急搬送された。

【症例②】 40 代・女性（リスクファクター無し）。当院で診断し自宅療養していたが、保健所に受診調整を依頼した。受診調整されないまま宿泊療養となり、SpO₂ が 90% 未満に低下し救急搬送された。

【症例③】 20 代・男性（リスクファクター無し）。当院で診断した時点で保健所に受診調整を依頼し、宿泊療養となった。受診調整を再度依頼し医療機関（他院）を受診し肺炎の診断で入院予定となったが、SpO₂ が 90% 未満に低下し救急搬送された。

【症例④】 80 代・女性（リスクファクター：高血圧）。当院で診断した時点で保健所に入院調整を依頼したが、自宅療養の判断となった。同日夜間に SpO₂ が 90% 未満に低下し救急搬送された。

【症例⑤】 80 代・女性（リスクファクター：担癌状態）。当院で診断した時点では軽症で自宅療養と判断したが、翌日に SpO₂ が 90% 未満に低下し救急搬送された。

【考察】

症例②③④は救急搬送を回避できたはずであるが、医療逼迫やその他の要因で適切な対応に繋ぐことが出来なかった事は反省点である。

【結語】

今後も新興感染症によるパンデミックが発生する可能性はあり、将来の課題と考える。

ICU 病棟から直接自宅へ搬送した褐色細胞腫末期患者の症例報告

○伊藤 竜彦^{1,2)} 北野 夕佳²⁾ 森澤 健一郎³⁾ 榊井 良裕²⁾ 藤谷 茂樹³⁾

¹⁾ 多摩ファミリークリニック

²⁾ 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 救命救急センター

³⁾ 聖マリアンナ医科大学病院 救命救急センター

【背景】

当センターは神奈川県横浜西部地区に位置する ICU10 床、HCU30 床を有する 1 次から 3 次救急に対応する救命救急センターである。今回、ICU 病棟から直接自宅へ退院するために搬送した症例を経験したので報告する。

【症例】

50 歳代男性、褐色細胞腫、7 年前に診断され、腹腔鏡下腫瘍摘出、化学療法などで加療を行うも、病勢進行し、末期状態と主治医から判断された。悪性腫瘍および低アルブミン血症に伴う大量の胸腹水貯留・volume overload に起因する呼吸不全で院内急変し気管挿管・人工呼吸器管理を要し救命センターの ICU 管理となった。家族は抜管して、もう一度本人の意向を確認したいという意思も強く、利尿薬・アルブミン製剤などを併用して呼吸状態を改善させ 5 日後に抜管、NIPPV を 3 日間使用しその後はテーパリングし酸素 1 リットルまで減量できた。

これらの経過で、ICU 入院 7 日目に主治医と病状説明中に家族から、余命が短いのであれば、自宅へ帰らせて、自宅内で看取りたいとの希望があった。その後、多職種カンファレンスを行い、自宅到着までの急変リスクを家族も了承の上で、本人・家族のご意向を尊重し自宅退院の方向とした。

在宅クリニック医師に直接引き継げるように調整をしたのち、17 時 45 分当院を出発した。道中混んでおり、急変リスクは高い状態ではあったが、1 時間 40 分後に自宅へ到着した。在宅クリニック医師・看護師が自宅内に待機しており、直接引き継ぎを行なって搬送終了とした。

【結果】

退院後 2 日目に自宅内で看取られたという報告を受けた。家族から急な希望を叶えてくれたことで悔やまない結果になったと感謝のお言葉をいただいた。

【考察】

通常は当院から転院先病院又は施設への搬送を占めているが、今回、自宅内のベッドまでの搬送といった病院間搬送とは異なるものであり貴重な経験となった。また、プライマリケアと救急医療の連携を行なった一例であった。

在宅医療中に Performance Status(PS) の改善を認めた症例の検討

安栄 良悟 小野寺 基子

社会医療法人元生会 森山病院

脳転移をきたした癌は既に stage4 であり、原発巣への積極的治療選択から除外されることが多い。化学療法においても ECOG Performance Status (以下 PS) 2 以内が導入の基準となる。症例は余命 2 か月と診断された脳転移を伴う膵臓癌患者である。激しい嘔吐と意識障害で救急搬入、小脳腫瘍を認め抗浮腫療法の後、開頭腫瘍摘出術を行った。病理は神経内分泌腫瘍、全身検索で膵臓腫瘍と縦隔転移を認め膵臓癌転移として矛盾しなかった。意識清明となったが小脳失調を認め ECOG PS3 の状態であった。総合的に BSC の方針とし、在宅診療を導入したところ、一定期間 PS が著しく改善し買い物、料理、家事も可能となった。再度化学療法、放射線療法を念頭に入れたが、家族より現状生活を希望されたため導入を行わなかった。再び原発巣、転移巣とも再燃し PS は低下し入院治療を併用しながら在宅治療を継続している。脳腫瘍領域においては Karnofsky Performance Status (KPS) を用いることが多く、積極的治療導入の基準には ECOG PS と若干異なるところがある。在宅導入は PS 改善を認めることがあり、治療方針検討の際に一考する可能性があると考えられる。

訪問診療での顕微鏡下内眼手術の1例 ～眼科訪問手術車両の作製と実際～

○小出 健郎^{※1} 福本 和彦^{※2} 永田 豊文^{※3}

※1 小出眼科

※2 磐田在宅医療クリニック

※3 永田眼科

【背景と目的】

現在、眼科医による往診や訪問診療が行われているが、主な対象は眼瞼や結膜等の前眼部疾患、白内障や緑内障等の点眼治療と眼底の経過観察である。手術はレーザー手術や前眼部観血的小手術にとどまる。白内障手術をはじめ、緑内障や硝子体手術等の観血的「内眼手術」が必要な際には、医療施設への移動を余儀無くされる。

今般、演者は在宅患者への内眼手術をすべく、眼科手術車両を作製、関係各所の許可を得て1例の手術を施行したので報告する。

【方法】

普通免許で運転可能で、患者は車椅子用電動リフトで乗車可。手術顕微鏡および白内障/硝子体手術装置を設置。入室後5分でISO class7の清浄度。陸運局は「医療防疫車」として許可。保健所が1) 当院が保険医療機関で、2) 衛生的に問題なく、3) 診療所内と同等の行為なら問題無しと判断。厚生局には在宅患者に訪問しての観血的手術が保険診療可能である事を確認。

【症例】

65歳男性。指定難病の球脊椎性筋萎縮症で要介護5。糖尿病でインスリン治療中。歩行器でかろうじて歩行可。既往：両眼白内障手術、両眼糖尿病性網膜症に対し網膜光凝固術。前回訪問時の右眼矯正視力(0.8)。夜間排尿目的で離床時に自己歩行を試み転倒。直後より右眼急激な視力低下を自覚。転倒9日後に眼科訪問診療。右眼手動弁(矯正不能)。前眼部正常。硝子体出血で眼底透見不能。右眼視力低下による更なる転倒リスクを回避する目的で早期手術を計画。転倒15日後に患家駐車場にて手術車両内で右眼硝子体手術施行。全身管理は訪問診療主治医と連携し、車内へは理学療法士の介助のもと車椅子で移動。出血源は転倒を契機とした糖尿病性網膜症の新生血管の破綻であった。

【結果および考察】

術後、硝子体出血は消退。術後矯正視力(1.0)。今後問題点が浮上する可能性はあるが、患家駐車場にて手術顕微鏡を用いた内眼手術を可能とした意義は大きいと考える。

当院の在宅医療患者における救急搬送時の疾患別分類と救急搬送し患者の3例の症例検討

○照沼 秀也 ○川口 敏典

いばらき診療所ひたち

在宅医は在宅患者が急性増悪した際、救命しその後の在宅生活の復帰が見込める場合は、急性期病院へ救急搬送をおこなう。今回、在宅患者の救急搬送をおこなう際の疾患別分類を文献的に検索をおこなったが、今まで明らかにされた統計は見当たらなかった。このため2022年1月から12月までの当院における救急搬送患者の疾患別分類を後ろ向きに検索したので報告をおこなう。また救急搬送した患者の中で治療適応がないとされた3例の患者を搬送した際の、在宅医の患者の治療方針に対する考え方をケーススタディする。

佐賀県南部医療圏における在宅医療 ～当院と連携医療機関の連携の取り組み～

○西岡 敦二郎¹ 吉井 朋代² 北川 美子³ 行元 崇浩⁴ 織田 良正⁵

¹ 西岡内科クリニック

² 訪問看護ステーションゆうあい

³ さくら訪問看護ステーション

⁴ 佐賀大学医学部内科学講座消化器内科

⁵ 祐愛会織田病院

在宅医療の必要性が注目されるようになって久しい。

在宅医療は、1986年に診療報酬に盛り込まれるようになり、その後、長い時を経て、2006年に在宅療養支援診療所という概念ができ、在宅での看取り件数などを厚生局へ届け出るよう義務化された。

2020年から始まるCOVID19の流行により、日本の医療事情はめまぐるしく変化し、時代のニーズに合うよう変化することが求められている。在宅医療、救急医療の現場においても、従来の対応とは異なる対応を医療現場は求められるようになった。

2023年5月8日、COVID19が5類感染症に移行したことを受け、医療現場は、さらにニーズに応じた対応を求められている。

当院では、2022年から訪問診療を開始するようになり、2023年4月から本格的に取り組むこととなった。

佐賀県における在宅医療の普及率は、全国平均と比べても決して高いとは言えない。しかし、その需要は確実に増えている。一方、需要増加に比べて、供給力としては、マンパワー、医師の偏在化、医療従事者の高齢化など多岐にわたる問題を抱えている。

演者自身の、これまで高次医療機関で血液内科医、腫瘍内科医としての勤務経験を踏まえた上で、今後、同地域における在宅医療の在り方について、連携医療機関と経験した事例を交えて考察する。

在宅医療患者の救急搬送の実態近似値を求め非医療機関から 2次救急如水会今村病院へ救急搬送された入院患者自験例の検討

○春野 政虎¹⁾ 四ヶ所 宏幸²⁾ 古賀 淳子²⁾ 野元 康行³⁾ 福田 顕三⁴⁾
井上 陽一⁵⁾ 今村 一郎⁶⁾ 中山 紫季⁷⁾

¹⁾ 如水会今村病院総合診療部

²⁾ 同診療情報管理室

³⁾ 同脳神経外科

⁴⁾ 同集中治療室

⁵⁾ 同救急医療室

⁶⁾ 同病院長・理事長

⁷⁾ 高邦会高木病院救急医療部

【はじめに】

在宅医療患者急変時、医療対応選択肢の1つに医療機関へ救急搬送がある。これら症例を、受け入れ救急医療機関でまとめて解析検討すれば、何かしら臨床上有益な結果を得るかもしれない。しかし、現時点ではその術を持ち合わせない。

【目的と方法】

今回、在宅救急の医療機関搬送症例の実態近似値を求め、1年間に非医療機関から2次救急当院へ救急車搬送その後入院となり、かつ、1名の内科医師が担当した患者症例を検討したので報告する。検討項目は下記結果の5項目である。

【結果】

- 1) 2022年の1年間、当院へ救急車搬送は2,704件、その内入院となった症例は1,380例(51.3%)、入院患者中90例(6.5%)を内科医師一名が主治医を務めた。
- 2) 病棟主治医90例中89例(98.9%)が在宅等からで、その内訳は家庭からの救急車搬送が66例(74.2%)、介護施設・福祉施設に入居中からが23例(25.8%)であった。
- 3) 在宅等から救急搬送された89例は男性39人(43.8%)・女性50人(56.2%)で、89人の平均年齢は80.4歳[最年少43歳 - 最年長99歳]であった。
- 4) 救急搬送89例の原因疾患は、誤嚥性肺炎19例(21.3%)、COVID-19が9例(10.1%)、急性肺炎6例(6.7%)、その他の疾患が55例(61.9%)であった。
- 5) 89例の急性期病棟と、症例によっては引き続き包括病床を含む当院平均入院期間は27.5日[最短1日 - 最長128日]であった。

【考察】

2次救急医療組織内1名の内科医師が受けもった非医療機関から救急搬送入院89例につき検討した。当初目的とした急変時在宅医療患者の救急受け入れの実相への近似値としては、整形外科疾患が含まれないなど極めて不十分な結果となった。しかし、この解析方法を1医師でなく組織内全医師に適応すれば、より在宅患者急変の有り様に近似する可能性：術があることに気付かされた研究結果でもあった。

終末期在宅療養高齢者における事前死亡要因の妥当性

○中山 大 荒井 怜 石川 拓磨 藤原 学 渡邊 聡子 中山 文枝 石井 敦

社団医療法人養生会かしま病院 総合診療科

超高齢社会を迎え、広義の在宅療養超高齢者は増加している。これらの症例の多くは認知症を含む複合疾病の進行期であり、今後居宅での看取りは増加するものと推定される。しかし全ての症例において生前に死亡原因を予測することは困難であり、急変による救急搬送や死亡病名確定のための救急搬送も実際に行われている。

今回事前 DNAR 指示のある在宅療養超高齢者において、事前予測死因と、実際の最終死亡診断名およびその妥当性を診療録ベースに検証した。2017年4月から2019年11月までに220例が死亡し、プロトコルに準拠しなかった33例を除外した187例を対象とした。平均年齢は89歳で、女性比率は53%であった。認知症は82%と高率に合併し、ステージ7に相当する進行期であった。41例（22%）が予測不能な原因で死亡したが、うち急性心血管イベント関連による死亡は20例（11%）あり、内訳は大動脈瘤破裂3例、急性大動脈解離2例、急性心臓死15例であった。死因としての急性心血管イベントの妥当性については、大動脈瘤破裂例と急性大動脈解離例は死亡時または死亡後にCTや超音波検査で同定され、急性心臓死のうち1例は死後のCT検査により急性冠症候群による心臓破裂と診断されたが、残りの14例は死後の身体診察などによる診断であった。死亡時に救急医療システムを利用した症例は19例（11%）のみで、搬送率は非癌症例で高かったが、不明の急性心臓死症例はすべて非搬送であった。

進行期認知症などを含む Multimorbidity 患者の予後予測は困難とされているが、本検証では8割で事前推定が可能であった。いわゆる急変により死亡に至る場合も2割程度認められたが、このような症例の約半数が心血管イベント関連死として登録されているものの、要因の検証がされることは稀で、不詳の内因死が内在している可能性も示唆された。

地域連携 PA 介入による緊急往診時の業務分担の効率化

○伊藤 竜彦 黒須 絵莉 高木 暢 椎野 優樹 八田 重雄 大橋 博樹

多摩ファミリークリニック

【背景】

当院は神奈川県川崎市多摩区の外来診療と在宅診療を行っているクリニックである。在宅患者は、300人前後を診療しており緊急往診が求められる事も多い。そのため、医師1人で対応するには業務量が過大なため、令和5年2月からPA（医療調整員兼診療アシスタント）を導入した。医療機関によってPAの業務内容は様々であるが、当院では地域連携機能を重視する狙いのもと、地域連携室業務、ベッドコントロールの経験と救命救急センターで医療調整業務（転院調整、受け入れ調整）の双方を行なってきた人材を採用し地域連携PAとした。

【症例】

90歳代男性、40℃の発熱、背部痛から大腿部の疼痛による体動困難にて家族から相談があり緊急往診の対応とした。医師、PA、ドライバーで患者宅へ向かい、医師とPAで入室しその場で医師が診療に集中できるよう業務分担し、診察・補助、バイタルサインの測定、本人・家族からの情報収集を行ったのち、病院にて精査が必要と判断された。医師は病院選定、紹介状の作成、本人・家族への病状説明を行い、PAは病院選定先へ医学的な患者情報と緊急受診相談の電話連絡、家族への声掛けを行なった。選定先は10分以内に決まり、搬送は救急車とした。医師は、患者観察、家族への声掛け、救急隊への医学的な申し送りを行い、PAは救急車の手配、家族と持参物の確認、救急隊到着後の誘導と病院選定先と受け入れ医師名の申し送りを行なった。

【結果】

医師1人で対応していたことに介入並びに業務分担することで、医師は診療に集中でき患者接触から救急搬送までを30分以内での緊急受診に繋げられ、速やかな対応ができた。

【考察】

当院PAの動きとして医師業務に横断することによって、速やかな診療対応と業務分担ができることを示唆された。今後は、地域連携PAの育成や増員を踏まえた取り組みを行なっていく。

Oncologic Emergency : 在宅医療と救急医療で対応すべき疾患群

小豆畑 丈夫⁽¹⁾⁽²⁾ 中村 和裕⁽¹⁾⁽²⁾ 河野 大輔⁽¹⁾⁽²⁾ 櫻井 淳⁽¹⁾⁽²⁾ 柴田 昌彦⁽¹⁾
丹正 勝久⁽¹⁾⁽²⁾ 木下 浩作⁽²⁾

⁽¹⁾ 小豆畑病院 救急・総合診療科

⁽²⁾ 日本大学医学部 救急医学系救急集中治療医学分野

【はじめに】

日本の社会の高齢化により、担がん患者が増えていることが知られている。それに伴い Oncologic Emergency (OE) で救急搬送されている症例の増加が予測されるが、実情は明らかでない。

【検討】

当院では 2015 年から OE の対応を積極的に行っている。2015-2017 年と 2018-2021 年を比較して、地域医療における OE 診療の変化を検討した。

【結果】

OE の患者は 42 から 79 名に増加していた。症状としては、疼痛コントロールの患者は減少し、消化管閉塞・消化管出血・黄疸の患者が増加していた。患者の紹介元として、在宅医療が 10 倍に増加していることが特徴的であった。治療は、2013-2015 年に多かった疼痛コントロールが減り、開腹手術・内視鏡的止血術が増加した。

【考察】

総務省消防庁から発表される「救急・救助の現況」を 2003 年から 2022 年度版までを検索すると、新生物の病名で救急搬送される件数が 1.5 倍に増加していることが明らかになった。

【結語】

OE の診療は、病院一病院連携の診療から、在宅医療一病院連携の診療に変化している可能性がある。

当診療所における研修医への英才教育 ～初期研修医が在宅医療を学ぶ意義～

二ノ坂 建史

にのさかクリニック

当院は、福岡市南西部のいわゆるベッドタウンに位置する無床診療所である。1996年の開業以来、一般外来診療から訪問診療・往診および在宅での看取りまで一貫した診療を行っている。近年では、近隣の複数の市中病院から初期研修医を受け入れており、その教育にも注力している。いずれも1ヶ月の研修期間で、日々のカンファレンス参加から始まり、外来・在宅診療の見学・同行、慣れた時期には単独での診療も行う。また、毎週のレポートと、最終週にはスライドプレゼンテーション（担当2症例＋総合まとめ）を課している。彼らの働きぶりや、レポート・プレゼンテーションに現れる豊かな感性には驚かされることも多く、我々スタッフにとっても大きな学びになっている。何より、病院と在宅医療の連携が重要視される昨今において、初期研修の間に在宅医療を正しく知る機会を持つことは、非常に有意義であると考え。新時代の地域・在宅医療の担い手を育成することも我々の責務だと認識している。

当院の研修医受入れの概要を示した上で、レポートやプレゼンテーションから彼らの肉声と感性を紹介し、初期研修医が在宅医療を学ぶ意義を示したい。

若手救急専門医の在宅診療研修

- 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
池上 徹則 同上
太田 友 同上
浅野 直 医療法人サンズ あさのクリニック

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

【はじめに】

救急医療と在宅医療は密接に関わりがあるが、それぞれのスタッフがお互いの現場を知る機会は少ない。特に卒後10年未満の医師は自己鍛錬の期間でもあり、専門分野以外の医療に携わる機会を得ることはさらに少ない。当院は岡山県南西部に位置するER型救命救急センターで、2020年度より卒後10年未満の救急専門医2名が、地域のクリニックで在宅診療研修を開始し今年度で3年目を迎える。

【研修の目的】

生活環境を含めた患者背景をよりよく知ること、また地域の医療・介護・福祉の理解を深めること。

【研修内容】

地域のクリニックで月2回訪問診療を行う。約15-20名の患者を担当し、定期的な訪問診療のほかに、往診、ACP、ワクチン接種、退院前カンファレンス、グリーンケアなどに主体的に参加する。

【結果】

在宅医療を経験することで、普段の救急診療に新しい視点を取り入れることができた。

生活の場に足を踏み入れることで、者が自宅や施設で生活する際にどのようなサポートが必要になるかを具体的に考える姿勢が身についた。救急外来で対応困難な場合は、必要に応じて在宅医やソーシャルワーカーに連絡を取り、地域の医療資源・介護資源の活用を検討している。

また救急外来へ紹介・搬送される患者はごく一部であり、在宅という限られたリソースの中で診断・治療まで行うことは難しさを経験した。救急患者を診療しているのは救急医（あるいは急性期病院の医師）だけではないという当たり前のことに気づくことができた。

【結語】

超高齢化社会において、疾患だけでなく社会背景、生活背景を踏まえての診療が必要であり、在宅診療を通して新しい視点を身につけることができる。

リハビリテーション専門職が過度な安静度制限を防ぐための関わりの重要性と課題

古菌 弘隆

医療法人社団 YAYOI

やよい在宅クリニック／やよい訪問看護ステーション

在宅医療において、リハビリテーション専門職は自宅や施設で身体機能が低下した患者を支援する役割を果たしている。従来、リハビリテーション専門職は主に患者の身体的・機能面や生活環境面を評価し、理学療法・作業療法・言語療法などのリハビリテーションプログラムを計画・実施し、患者の身体機能や生活能力を改善することを目指してきた。しかし、最近では急性増悪な状態、在院日数が短縮した急性期状態、終末期へ変化していく状態に対して直接的に関わる機会が増えている。こうした状態が不安定な患者に対しては、病状と安静臥位／安静座位といった動きがない状態、いわゆる静的な状況でのバイタル・フィジカルアセスメントをもとに安静度が判断されることがある。そして経験の少ない事業所や他職種からは「リハビリテーション＝運動・マッサージ」という理解から、関節可動域練習、マッサージ、ポジショニングといった内容を期待されることが多い。しかしこのようなアプローチは、安静臥位の長期化や活動量の低下を引き起こし、合併症や廃用症候群を防ぐことができないこともある。

当ステーションが取り組んでいる在宅療養中の患者におけるリハビリテーション専門職が過度な安静度制限を防ぐための関わりについて紹介し、その重要性と課題を提示する。

【取り組み】

1. 個別評価と計画立案
2. 継続的なモニタリング
3. 活動量の増加と有害事象の防止の支援
4. 患者教育と自己管理の支援

【課題】

- a. プロフェッショナル間の連携の強化
- b. システムと環境の整備
- c. 持続的な教育と研修の提供
- d. 安静度の設定に関する文化的改革

本発表では、以上の点で在宅医療におけるリハビリテーション専門職の役割を考察し、安静度設定の観点から重要性と課題を提示する。これにより、安全な範囲のなかで最後まで最大限の活動を支援できる効果的なリハビリテーションの実践と体制整備に貢献することを目指したい。

在宅医療における救急救命士の役割に関する検討 — 救急救命士に対する長期在宅医療研修報告 —

郡 愛¹⁾ 鈴木 健介¹⁾ 中村 和裕²⁾ 小豆畑 丈夫²⁾ 小川 理郎¹⁾ 横田 裕行¹⁾

¹⁾ 日本体育大学大学院 保健医療学研究科 救急災害医療学専攻

²⁾ 医療法人社団 青燈会 小豆畑病院

【背景・目的】

在宅医療を継続する上で24時間365日体制の実現には、医療従事者の確保が必要である。2021年に改正救急救命士法が施行され、救急救命士の業務の場が拡大されたことにより、医療機関に所属する救急救命士の在宅医療における活躍が期待されているが、具体的な役割については、不明確である。そこで、本大学院で実施した救急救命士を対象とした1週間の短期研修を基に、1か月の長期研修を行い、医療者としての役割と課題を検討した。

【方法】

2023年3月6日から31日まで、青燈会小豆畑病院の訪問診療と往診に同行し、診療記録から、救急救命士が実施可能な33項目（救急救命処置）と救急救命処置以外の項目を抽出した。

【結果】

救急救命処置に該当する項目は、訪問診療で6項目、往診で「静脈路確保」「圧迫止血」が追加され、8項目であった。救急救命処置以外は、訪問診療で11項目、往診では「採血」「薬剤投与（アドレナリン・ブドウ糖以外）」「死亡確認」の3項目であった。

【考察】

救急救命士は、搬送を前提とした病院前の急性期医療のニーズを満たすことを目的に訓練を受けている。救急救命士が在宅医療に参入することの意義は、緊急時の迅速な対応、安全な患者移送など、患者の予期せぬ容態変化への対応が有効であると報告されており、本研修の結果とも一致した。一方、在宅医療患者に対する評価は、慢性的な健康管理のなかで、一貫性と連携が重視されるため、追加の知識やスキル、法律や規制の理解、多職種への周知は必要不可欠である。

【結語】

在宅医療における救急救命士の役割は、往診時に有効であるが、医療者の安全や患者の意思に沿った活動には、往診等の緊急時以外の医療やケアへの参加や追加の教育が必要である。

介護施設における MEWS（修正早期警戒スコア）を用いた医療介入について

○太郎良 篤史⁽¹⁾ 堀田 成美⁽¹⁾ 梅野 桐子⁽¹⁾ 俣江 緑⁽¹⁾ 川邊 美由喜⁽¹⁾
仁保 宏二郎⁽²⁾ 前田 俊輔⁽²⁾

⁽¹⁾ 医療法人芙蓉会 メディカルケア南ヶ丘

⁽²⁾ 医療法人芙蓉会 筑紫南ヶ丘病院

【背景】

科学的介護の導入により、介護施設における重度化防止は喫緊の課題である。我々は介護施設において、自覚症状が乏しい高齢入居者に対し、ICT / AI を用いて、バイタルから医療リスクを求める健康管理法を実施してきた。

【目的】

バイタルを絶対値基準ではなく、我々が開発した個人の基準域を用いた相対値基準の閾値でスコア配点した MEWS (Modified Early Warning Score) を用い、医療介入が必要な入居者のスクリーニングを行った。定時と臨時（状態変化発見時）のバイタル測定・分析をそれぞれ検証した。

【方法】

R5 年 2～4 月の 3 ヶ月間、介護付き有料老人ホーム（平均入居者 87 名、平均要介護度 3.4）にて、ICT / AI 健康管理システム『安診ネット』を用い、毎朝定時、及び状態変化の発見時にバイタルを測定し、データを MEWS にて分析し、スコア 3 点以上を陽性としてスクリーニングした。対象疾患は呼吸器・循環器疾患・尿路感染とし、陽性者は全て医師が診察し、入院・服薬になったものを「医療介入有」とした。

【結果】

期間中の検査陽性は 27 件、うち医療介入 27 件（入院 18 件、服薬 9 件、偽陽性：0%）、全入院 31 件のうち対象入院は 19 件（肺炎：15 件、心不全 3 件、尿路感染 1 件）、陰性は 2 人（共にスコア 2 点、偽陰性：10.5%）であった。対象入院の内、毎朝定時での検知が 5 件（26.3%）、それ以外の時間の検知は 14 件（73.7%）であった。

【考察】

MEWS は過去の検証通り、良好な結果を示した。入院に至った入居者のうち、朝の定時測定ではバイタル異常が見られず、日中（数時間経過後）に大きくバイタル変化し、急性増悪する事例が多いことが確認された。入居者の状態変化に対し、臨時のバイタル測定による MEWS 活用は有効である可能性がある。

トリアージとその背景理論の多様性

櫻井 淳¹ 川口 有美子² 小豆畑 丈夫^{1,3} 石川 伸晃⁴

¹ 日本大学医学部救急医学系救急集中治療医学分野

² 特定非営利活動法人 ALS/MND サポートセンターさくら会

³ 医療法人青燈会小豆畑病院

⁴ 東京医科大学人文科学領域人間学教室

【背景】

トリアージの意義や多様性と在宅医療での Advance Care Planning (ACP) に関して第6回の本学会のシンポジウムで議論を行った。ここでは transvertical triage (緊急度に従い多数傷病者の診療優先順位決定) と longitudinal triage (救命症例の選別)、日常的か災害時に行われるかで、それぞれ2分されるため4つのカテゴリーに分けられることが議論された。その後、障害者団体の方や哲学者とトリアージの多様性の中にどのような思想的背景があるか更に議論を深めた。

【トリアージの思想的背景の変遷と多様性】

診療の順番の決定は封建時代では身分の高い順に行われていたが、フランス革命後の民主主義制では軍医ラレーにより患者の重症度により診療優先順位を決めるトリアージが初めて採用された。その後、災害医療 (START 式) や日常診療 (電話救急医療相談) にトリアージは応用されてきたが、これは transvertical triage である。この理論的背景は功利主義であるが、緊急度の高い人から診療を行うことによりより多くの人を救命できる医学的合理性に基づいている。一方、一般的にもたれているトリアージのイメージは longitudinal triage であり、ここでの功利主義は多数者の幸福のために少数者を切り捨てると理解されており、救急医療での考え方と隔たりがあることが解った。また、災害時の longitudinal triage が容認されたことが日常診療にまで敷衍してしまうことは選別医療に繋がり優生思想となり得るためすべきではない (ルール違反である) ということも判明した。

【結語】

トリアージは4つのカテゴリーに分かれ、それを元に背景にある思想を把握して議論をすることが、トリアージに対する社会的コンセンサスを得ることに必要であると考えられた。

後援団体一覧

佐賀市

鹿島市

一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス

佐賀県医師会

公益社団法人 佐賀県看護協会

一般社団法人 佐賀県歯科医師会

佐賀県健康福祉部医務課

一般社団法人 佐賀市医師会

一般社団法人 佐賀市歯科医師会

(掲載順：順不同)

寄付・協賛一覧

寄付をいただいた企業・個人（五十音順）

旭化成ファーマ株式会社
医療法人 輝文会 恵比寿クリニック
医療法人源勇会 枝國医院
医療法人社団高邦会 高木病院
医療法人社団如水会 今村病院
医療法人春陽会 上村病院
医療法人颯愛会 井上さとし内科
医療法人 中央クリニック
医療法人透現 藤井整形外科
医療法人 中西内科
医療法人 ひらまつ病院
医療法人 葡萄の木
医療法人ロコメディカル
うれしのふくだクリニック
大串内科
鹿島印刷株式会社
株式会社キシヤ
株式会社グリーンメイク
株式会社ダック
株式会社長崎日調
株式会社ミス
上砥川戸塚クリニック
朽方 規喜（日産自動車健康保険組合）
社会医療法人青洲会 福岡青洲会病院
社会医療法人祐愛会 織田病院
社会医療法人祐愛会 高島病院
東亜工機株式会社
特定医療法人静便堂 白石共立病院
西日本エムシー株式会社
本村 あゆみ（国際医療福祉大学医学部）
山口クリニック
祐徳自動車株式会社

協賛をいただいた企業

アイ・エル・ジャパン株式会社
一般社団法人日本血液製剤機構
医療法人社団如水会 今村病院
株式会社マルコ
株式会社ムトウ
公益財団法人健和会 健和会大手町病院
社会医療法人祐愛会 織田病院
社会医療法人謙仁会 山元記念病院
フクダ電子西部北販売株式会社
松尾建設株式会社
有限会社メディクリーン
ワタキューセイモア株式会社九州支店

展示

カーディナルヘルス株式会社
KDDI 株式会社
ディピューラ メディカル ソリューションズ株式会社
東レ・メディカル株式会社
日本光電工業株式会社
フィンガルリンク株式会社
フクダ電子西部北販売株式会社
Ubie 株式会社

共催セミナー

パラマウントベッド株式会社
富士フィルムメディカル株式会社

日本在宅救急医学会誌 第7巻増刊号

Journal of Japan Society for Homecare and Emergency Medicine vol.7 suppl.

2023年7月24日発行

発行者 第7回日本在宅救急医学会総会・学術集会 大会事務局
〒849-8501 佐賀県佐賀市鍋島5丁目1番1号
佐賀大学医学部救急医学講座内
TEL：0952-34-3160
FAX：0952-34-1061
URL：<http://www.nksnet.co.jp/7zaitakukyukyu/>

制作 株式会社 サガプリンティング
印刷所 株式会社 サガプリンティング

©2023 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。



ROTEM sigma

全自動・完全閉鎖カートリッジ式
血液凝固分析装置

製造販売元：アイ・エル・ジャパン株式会社
販売名：ROTEMシグマ
医療機器届出番号：13B2X10481000029
一般的名称：血液凝固分析装置
一般医療機器（クラスI）・特定保守管理医療機器

不必要な輸血を減らすため
リアルタイムな意思決定を導きます。



GEMプレミア 5000

汎用血液ガス分析装置

製造販売元：アイ・エル・ジャパン株式会社
販売名：GEMプレミア5000
医療機器届出番号：13B2X10481000024
一般的名称：汎用血液ガス分析装置
一般医療機器（クラスI）・特定保守管理医療機器

消耗品は常温保管可能なオールインワンカートリッジのみ
毎検体測定の前後でQCを実施。

werfen

製造販売業者

アイ・エル・ジャパン株式会社
〒108-0073 東京都港区三田一丁目3番30号 三田神田ビル
<カスタマーサポートセンター>
☎ 0120-274-011
E-Mail: info-japan@werfen.com URL: werfen.com/jp



株式会社 マルコ

在宅酸素療法・在宅人工呼吸療法・CPAP療法



(営業所) 久留米・福岡・北九州・日田・長崎・佐賀



WISM 21 ウィズム21
ムトウの医療総合支援システム

WISM 21は、21世紀の医療をトータルでサポートし、お客様のニーズと共に成長するシステムです。

病院の近代化が進むなか、取り巻く環境が厳しさを増しつつある医療施設において、WISM21は医療の変化に対応すべく、お客様のためにご用意させていただいた医療総合支援システムです。必要な時に必要なシステムを選び、ご利用ください。

- 医療機器の販売
- 理化学機器の販売
- 在宅医療・福祉用具の販売
- 開業医向けインターネット販売
- 中古医療機器の買取・販売
- SPD 病院管理業務の受託 (SPD、購買代行、滅菌、ME機器管理)
- 医療機器の設置・メンテナンス・保守契約
- 最新医療情報の提供
- 病院新築・改築の総合プロデュース
- 医療廃棄物処理
- 学会イベントの企画・運営
- 情報システムの提案・開発
- コンサルティング (経営分析・診断・改善・人材育成)
- 貿易 (輸入代行含む)
- 旅行・広告代理業

総合医療機器商社

WISM 株式会社 ムトウ

取扱品目 医療機器・理化学機器・M.E機器・病院設備
放射線機器・メディカルコンピューター・貿易業務・歯科機器
福祉機器・介護用品

- | | |
|----------------------------|--|
| 札幌本社(北海道事業本部) / 〒001-0011 | 札幌市北区北11条西4丁目1番15号
TEL 011-746-5111 |
| 東京本社(東京事業本部) / 〒110-8681 | 東京都台東区入谷1丁目19番2号
TEL 03-3874-7141 |
| 名古屋支社(名古屋事業本部) / 〒465-0014 | 名古屋市名東区上菅2丁目1108番地
TEL 052-799-3011 |
| 大阪支社(大阪事業本部) / 〒537-0002 | 大阪市東成区深江南2丁目13番20号
TEL 06-6974-0550 |
| 福岡支社(福岡事業本部) / 〒812-0044 | 福岡市博多区千代4丁目29番27号
TEL 092-641-8161 |

支店 / 札幌中央・札幌西・札幌白豊・新札幌・旭川・函館・釧路・帯広・北見・遠紋・八雲・室蘭・苫小牧・日高・小樽・千歳・岩見沢・空知・名士・稚内
慈恵事業部・北里大学事業部・成田事業部・青森・秋田・仙台・いわき・群馬・栃木・日立・水戸・鹿島・茨城・熊谷・埼玉東・埼玉・埼玉中央・所沢・足立・越谷・本郷・城北
城西・城南・城東・多摩・多摩西・武蔵野・練馬・柏・千葉西・千葉・鴨川・神奈川・横浜・横須賀・川崎・川崎北・相模・熱海・岐阜・名古屋南・伊勢志摩・三重・北勢・滋賀
北大阪・南大阪・西大阪・奈良・広島・鳥取・島根・小倉・飯塚・筑豊・大川・久留米・佐賀・大牟田・唐津

<https://www.wism-mutoh.jp/>

いつでも、どこでも、だれでも

安心してよい医療がうけられる地域医療体制の確立をめざして



公益財団法人 **健和会**

理事長 西中 徳治

福岡県北九州市小倉北区大手町 15-1 ☎093-592-3311



ホームページ QR

【病院】

健和会大手町病院 ・ 戸畑けんわ病院 ・ 大手町リハビリテーション病院 ・ 健和会京町病院

【診療所】

健和会町上津役診療所 ・ 大手町診療所 ・ 大里おおかわ診療所 ・ 大手町歯科診療所

救急告示病院

⊕ 社会医療法人 謙仁会 山元記念病院

外科・整形外科・脳神経外科・消化器外科・麻酔科・心臓血管外科・呼吸器外科
内科・放射線科・リハビリテーション科・循環器内科・消化器内科・呼吸器内科

理事長 山元 博 院長 小川 健一

〒848-0031 佐賀県伊万里市二里町八谷搦 88 番地 4
TEL 0955-23-2166 FAX 0955-22-4702
[https:// kenjin-kai.com/yamamotohp/](https://kenjin-kai.com/yamamotohp/)



謙仁会関連施設

介護老人保健施設 ケアポート楽寿園 ☎ 0955-23-1680	在宅ケアサポートセンター ☎ 0955-24-9388
介護老人保健施設 グリーンヒル幸寿園 ☎ 0955-41-1070	ケンジン SPA クリニック ☎ 0955-22-7771
ｽﾌﾟﾙｶﾌﾞｲﾝｽﾄﾙ・賃貸住宅 クアハウス謙仁の杜 ☎ 0955-22-2221	社会福祉法人鶴丸会 ユートピア ☎ 0955-20-8008



明日の在宅医療を支える

フクダライフテックは全国に展開するネットワークを通じて
療養生活をおくられる皆様にサポートいたします。



- HOT** 在宅酸素療法
- HFT** 在宅ハイフローセラピー
- HMV** 在宅人工呼吸療法
- PSG** 睡眠時無呼吸検査
- ASV** 二相式気道陽圧ユニット
- CPAP** 在宅持続陽圧呼吸療法

フクダライフテック九州株式会社 本社 〒812-0004 福岡県福岡市博多区榎田2-2-70 TEL.(092)473-4549 (代)

フクダ電子株式会社 お客様窓口 (03)5802-6600 受付時間:月~金曜日(祝祭日、休日を除く)9:00~18:00

🔍 フクダライフテック 検索

- 福岡営業所 〒812-0004 福岡市博多区榎田2-2-70 TEL.(092)473-7744(代)
- 北九州営業所 〒805-0034 北九州市八幡東区清田2-2-43 TEL.(093)654-8474(代)
- 久留米営業所 〒830-0003 久留米市東柳原町607-1 TEL.(0942)30-6110(代)
- 筑豊営業所 〒820-0070 飯塚市堀池字堤溝268-1 TEL.(0948)24-7824(代)
- 宗像出張所 〒811-3431 宗像市田熊6-3-27 TEL.(0940)62-5386(代)
- 佐賀営業所 〒849-0937 佐賀市鍋島1-19-35 TEL.(0952)30-0039(代)
- 長崎営業所 〒852-8145 長崎市昭和3-256-20 TEL.(095)843-1955(代)
- 佐世保営業所 〒859-3223 佐世保市広田2-210-1 TEL.(0956)26-5210(代)
- 島原出張所 〒855-0862 島原市新湊2-丙1989-7 102号 TEL.(0957)73-6257(代)
- 熊本営業所 〒862-0954 熊本市中央区神水1-15-35 TEL.(096)385-3800(代)
- 熊本北出張所 〒861-0132 熊本市北区植木町植木184-1 TEL.(096)215-3510(代)
- 八代出張所 〒866-0875 八代市横手新町1-3 TEL.(0965)45-9441(代)
- 天草出張所 〒863-0033 天草市東町40 輔仁会ビル1階 TEL.(0969)27-5039(代)
- 大分営業所 〒870-0850 大分市賀来西1-10-13 TEL.(097)540-7373(代)
- 宇佐出張所 〒879-0164 宇佐市富山100 TEL.(0978)25-6263(代)
- 宮崎営業所 〒880-0841 宮崎市吉村町大田ヶ島甲402-3 TEL.(0985)23-5781(代)
- 延岡営業所 〒882-0857 延岡市惣領町10-14 TEL.(0982)28-0077(代)
- 鹿児島営業所 〒891-0115 鹿児島市東開町5-12 TEL.(099)210-0085(代)
- 鹿屋営業所 〒893-0015 鹿屋市新川町680-3 TEL.(0994)41-7530(代)
- 沖縄営業所 〒901-1117 島尻郡南風原町字津嘉山1356-2 TEL.(098)995-9891(代)
- 名護出張所 〒905-0017 名護市大中1-19-27 103号室 TEL.(0980)43-5256(代)



常在 お客様貢献



松尾建設株式会社

代表取締役社長 松尾 哲吾
執行役員佐賀支店長 山崎 茂広

〒840-8666 佐賀市多布施一丁目4番27号
TEL (0952) 24-1181 FAX (0952) 23-4211
URL <http://www.matsuo.gr.jp>

Loss Zero 2030!

mediclean.jp/

ロスゼロ社会の実現を目指し廃棄食品・プラスチック・木質資源
バイオマス発電等 資源循環システムをご提案させて頂いております。

特別管理
感染性廃棄物



産業廃棄物



機密書類
(カルテ等)
PC・電子機器
レントゲンフィルム
廃薬品

有限会社メディクリーン

産業廃棄物収集運搬業
唐津市一般廃棄物認定業者

(一社) 佐賀県産業資源循環協会 医療部会員
(社) 全国産業資源循環協会 医療廃棄物ADPP推進業者
環境省 エコアクション21取得

〒847-0112 佐賀県唐津市佐志南3841
代表取締役 松原 嘉之
TEL 0955-75-5209 FAX 0955-74-5306

ワタキューグループは、「心」を社是に健康・医療・福祉関連の総合サービスを展開します。

ワタキューセイモア(株)

- リネンサプライをはじめ設備備品サプライ、各種請負・売店運営など、施設内の業務をトータルにサポート

日清医療食品(株)

- 医療・福祉・保育施設向け給食の受託業務
- 医療・福祉・保育施設向け食材等販売業務
- 食事宅配サービス事業

(株)フロンティア

- 保険薬局の経営
- 福祉用具のレンタル・販売
- 高齢者施設の運営
- 訪問看護・介護サービス

古久根建設(株)

- 総合建設業、不動産開発業
- 医療・福祉施設の設計・施工

(株)メディカル・プラネット

- 医療・福祉系人材紹介・派遣・請負業
- 教育・研修事業、コンサルティング事業

WATAKYU
GROUP

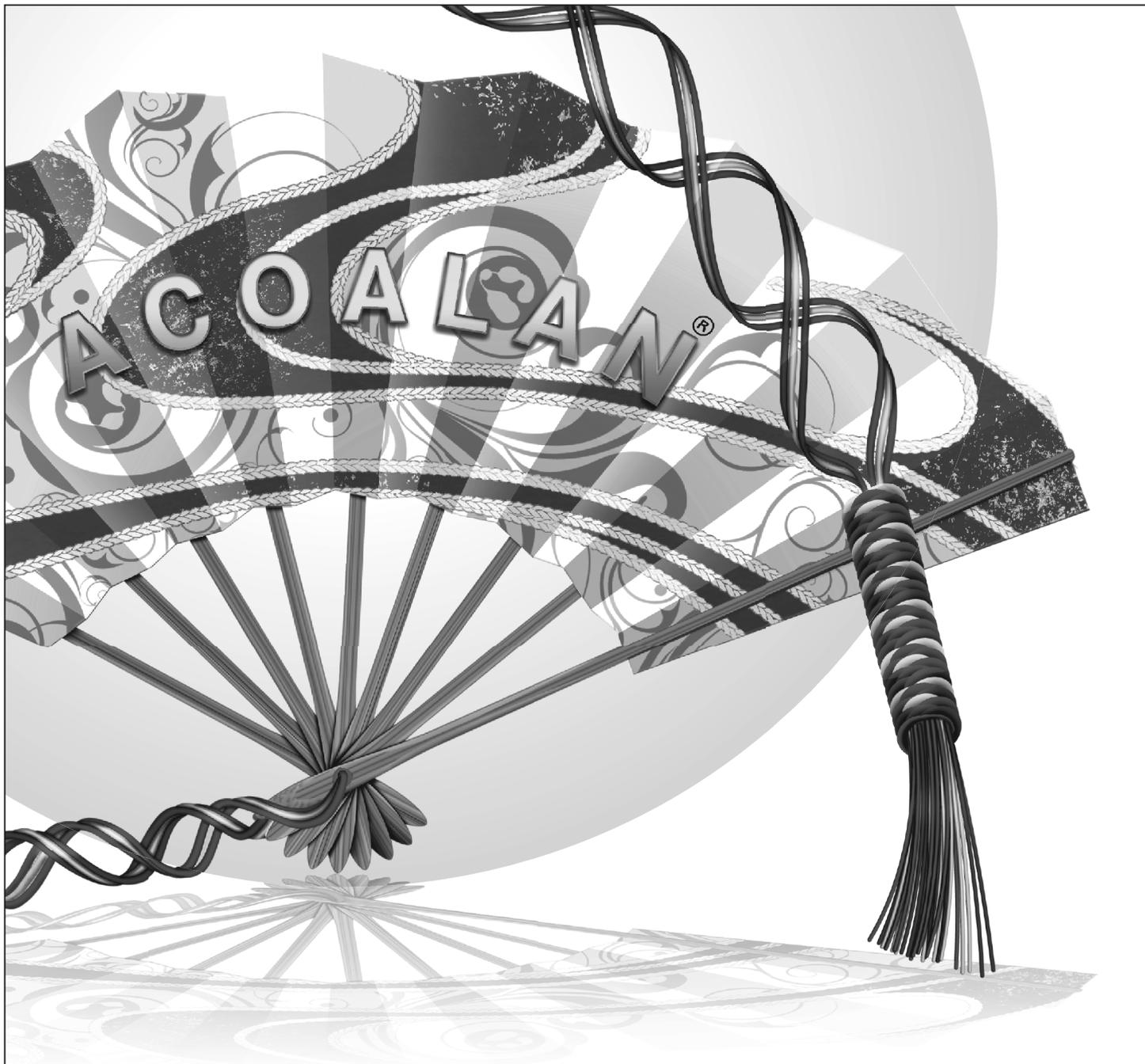


健康と快適の明日を考える

ワタキューセイモア株式会社

本社 / 〒610-0396 京都府綴喜郡井手町大字多賀小字茶臼塚12-2
本 部 / 〒600-8416 京都市下京区烏丸通高辻下ル薬師前町707 烏丸シティ・コアビル TEL.075-361-4130
九州支店 / 〒845-8506 佐賀県小城市小城町227-2 TEL.0952-72-5111

www.watakyu.co.jp



血液凝固阻止剤

アコアラン[®] 静注用 600・1800

ACOALAN[®] Injection

600国際単位、1800国際単位／バイアル
アンチトロンビン ガンマ(遺伝子組換え) 静注用

生物由来製品 処方箋医薬品^{※1} (注意-医師等の処方箋により使用すること)

薬価基準収載

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元
協和キリン株式会社
東京都千代田区大手町1-9-2

販売元
一般社団法人
JB 日本血液製剤機構
東京都港区芝浦3-1-1

ACO-202007

[文献請求先及び問い合わせ先]

日本血液製剤機構 くすり相談室 〒108-0023 東京都港区芝浦3-1-1 医療関係者向け製品情報サイト <https://www.jbpo.or.jp/med/di/>



医療法人社団如水会

今村病院

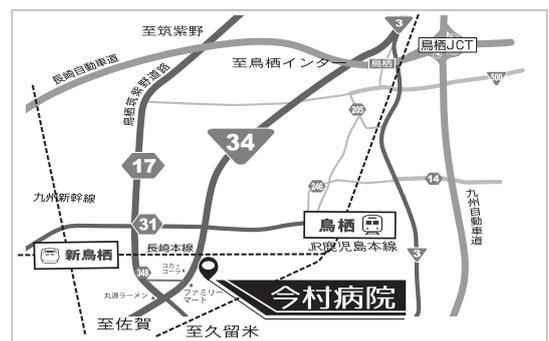
IMAMURA-HOSPITAL



如水会
今村病院

24時間365日急患はいつでも対応いたします

- 診療科目： 外科・内科・腎臓内科・神経内科・循環器内科・呼吸器内科・呼吸器外科・消化器内科・消化器外科・心血管外科・整形外科・脳神経外科・形成外科・泌尿器外科・婦人科・肛門科・アレルギー科・眼科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・放射線科・救急科・麻酔科・歯科・歯科口腔外科



交通アクセス

- 関連機関： 地域医療連携推進法人 佐賀東部メディカルアライアンス参加
今村病院健康管理センター 通所リハビリテーション「いまむら」
いまむらメディカルエステ グループホーム「かがやきの里」とどろぎ
今村病院デイサービスセンター エンジェル訪問看護ステーション
今村病院居宅介護支援事業所 ひよ子保育園 とどろぎ / GRANDIR
鳥栖地区地域包括支援センター



- 西鉄バス 轟木バス停 → 徒歩 3分
- JR鹿児島本線 鳥栖駅 → タクシー 5分
- 九州新幹線 新鳥栖駅 → タクシー 5分
- 九州自動車道 鳥栖IC → 車 15分

<http://www.josuikai.or.jp/>



医療法人社団 如水会 〒841-0061 佐賀県鳥栖市轟木町1523-6
今村病院 0942-82-5550