

総合診療・家庭医療に役立つ

7

2020
Vol.34-No.7

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

認知症フレンドリー社会 実現に向けた地域医療の役割

[企画] **村中峯子** 地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター 参事
中村正和 地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター センター長

●インタビュー

「目の前のニーズに、覚悟をもって取り組む
—かつて、今も、そして、これからも—」

杉田義博 日光市民病院 管理者

目次

インタビュー

- 目の前のニーズに、覚悟をもって取り組む—かつて、今も、そして、これからも／杉田義博 2

特集 認知症フレンドリー社会実現に向けた地域医療の役割

- エディトリアル／村中峯子・中村正和 14
- 総論 認知症フレンドリー社会実現のために地域医療に求められる役割／尾島俊之 15
- 多職種が連携して進める地域ぐるみの認知症ケアと医療機関としての役割／大原昌樹 19
- 地域特性に合わせた認知症支援に向けた地域医療への期待／國松明美 24
- 地域の人々が主体となって取り組む認知症予防と安心なまちづくり／田中明美 30
- 認知機能低下と金融資産管理の課題／野村亜紀子 35

Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み”

- 第81回“血液検査の結果の確認不足”に関わるアクシデント事例の未然防止！
—事例の発生要因から考える未然防止対策—／石川雅彦 40

ちょっと画像でCoffee Break

- 胸部X線画像診断⑬／牧田幸三 47

世界の医療情報

- 新型コロナウイルスに関する新たな情報／高久史磨 53

離島交換日記

- 島内で新型コロナウイルス感染症患者が発生しました／中田健人 54

JADECOP-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 福井県初の特定ケア看護師の活動／木下誠一 56

研修医日記

- 台東区立台東病院の魅力を紹介／小山元気 58

お知らせ 62

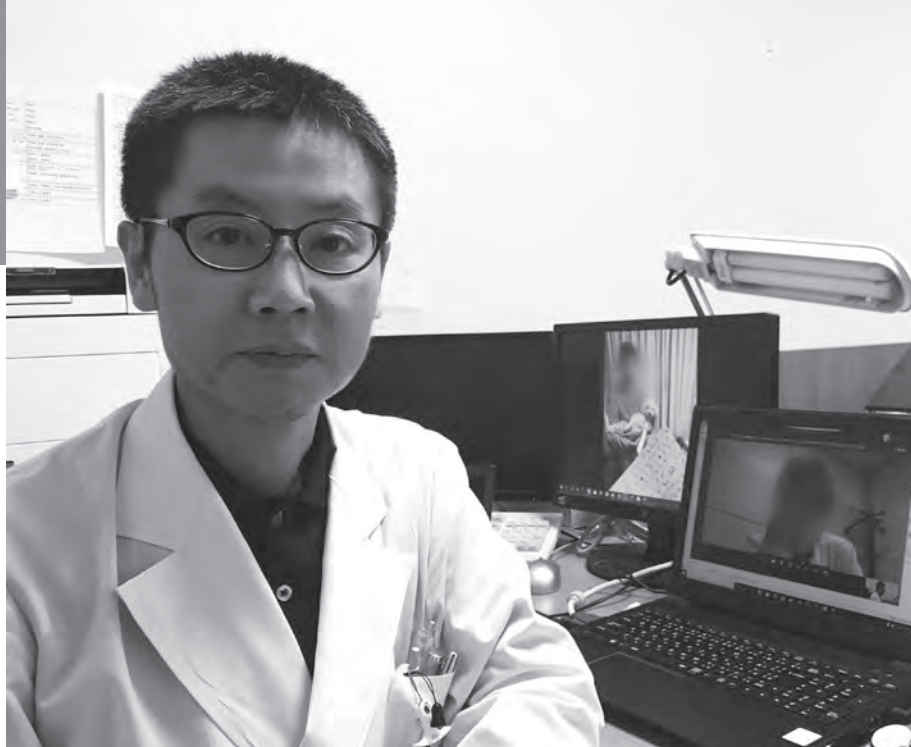
求人病院紹介 66

投稿要領 68

編集後記 巻末

INTERVIEW

日光市民病院 管理者
杉田義博 先生



目の前のニーズに、 覚悟をもって取り組む —かつても、今も、そして、これからも

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

へき地医療にはまった医学生～研修医時代

山田隆司(聞き手) 今日日光市民病院の管理者、杉田義博先生のお話を伺います。本来なら日光まで何うべきところですが、今日の時点ではまだ東京の緊急事態宣言が解除されていないので、テレビ会議でのインタビューとなりました。日光市民病院の管理者に着任して取り組んできたこと、また日光市民病院が感染症病床を持っているため、早期から新型コロナウイルス感染症の患者さんを受け入れていらっしゃったということで、そういったお話を伺えればと思います。

まずは、これまでの先生の経歴を紹介していただけますか。

杉田義博 私は熊本市生まれの田舎育ちで、本当は高校を卒業して現役で長崎大学の医学部に入っ

て、「長崎県医学修学資金貸与制度」を使って医師になろうと思っていたのですが、落ちまして(笑)、1浪して、昭和60年に自治医科大学に入りました。当時、自治医大では、医学生が卒業生を訪問するという地域医療派遣団が行われていて、私も1年生のゴールデンウィークに参加しました。その時、三重県神島の奥野正孝先生が大学に戻っていらっしゃった時だったので、奥野先生や先輩、当時の看護学生と一緒に神島を訪問し、それからは毎年のように神島を訪れるようになりました。そういう縁もあって、大学5年生のときに地域医療学教室に関わり、そのときは玉田太郎先生の時代で、飯島克巳先生、佐々木将人先生、鶴田貴志夫先生、萱場一則先

生たちがいらっしゃり、学生ながら総合医学術集会の開催や診療所総覧の作成を手伝うようになりました。

決め手だったのが、6年生になる直前の地域医療実習です。山田先生がまだ久瀬診療所の所長の時に、先生のところにBed Side Learning (BSL)の一環として派遣されました。

山田 そうでしたね。

杉田 先生のところで1週間くらい過ごしたのですが、診療所での山田先生の姿に総合医の理想像を見たとともに、近くの病院に内視鏡をしに行かれた際にも同行させてもらって、その帰りにすごくおいしいお寿司をごちそうになったのを覚えています(笑)。それから開院間もない大宮医療センター(現 さいたま医療センター)にBSL 1期生としていきました。

なんとか国試に合格しまして、卒業後は、熊本赤十字病院の救急で2年間の初期研修を受けました。ほんとに死ぬほど忙しい365日救急体制の病院で、研修医1年目は連日当直のような感じで、2年目も家でゆっくりした記憶はありません。大きな台風が来て被害も出ていたようですが、一晩中病院にいて全く知らなかったくらいです。腎臓内科を中心に救急では全科を担当し大変でしたが、その間も学生時代から続けていた診療所総覧の作成は継続していました。初期研修が終わると熊本県では3年目の医者が一人診療所に行くことになっており、私は人口500人の離島である、大矢野町立湯島へき地診療所の所長として赴任しました。日赤で救急を鍛えられたおかげで診療はなんとかこなしていたのですが、一番怖かったのは自分自身のフグ中毒でしたね(笑)。ヘリ搬送もない時代に島で一人の医者として、あのときは死ぬかと思いましたが、何とか死なずにくぐり抜けました。

4～5年目に県人会の幹事をやることになり、

県庁に何回も交渉しに行って、県庁の担当者さんの努力と当時の衛生部長であった星子先生のおかげで、当時熊本の自治医大卒医師には認められていなかった後期研修制度ができました。

山田 熊本県は卒後研修という点で、全国の中でも最も、苦勞している県の一つですよ。

杉田 現在は県と卒業生の関係はずいぶんよくなっていますが、一期生からずっと苦勞されていたと聞いています。県立病院がなかったのも、唯一自治医大卒の居場所が熊本赤十字病院という感じでしたね。

山田 後期研修は県外でも認められていますよね。

杉田 はい。1年間に限られますが、全国どこでも研修できて基本給が支給され、いわゆる義務年限に含まれます。

山田 そうなると9年間のうち、初期研修2年、後期研修1年で、残り6年がへき地勤務だったのですか。

杉田 当時はへき地診療所が4カ所、地域の病院が4カ所ありました。2カ所の中核病院もへき地に近く、他県に比べるとへき地勤務の割合が多かったと思います。今はへき地診療所が中核病院からの出張診療になったりして、卒業生の勤務環境はかなり良くなったと思います。

山田 離島診療所へはどのくらい行っていたのですか。

杉田 2年間です。次に県南の公立多良木病院へ行きました。卒業生が大勢いらっしゃる病院で、ものすごい山奥の出張診療などもあり楽しかったですね。その後、自分でつくった後期研修制度の第1期生として、1年間自治医大の地域医療学教室へ後期研修にいきました。この時は五十正紘先生が教授で、奥野先生が助教授、スタッフとして名郷直樹先生、後藤忠雄先生、浅井泰博先生が、レジデントとして井上陽介先生、大西康史先生、今井康友先生、村上智彦先生らがいらっしゃる時期でした。総合医学術集会の

開催，テレビ会議システムでのへき地医療支援の研究，あちこちへの玉突き代診に行ったりしました。

山田 地域医療学教室の一番すごい時代に行ったんですね。

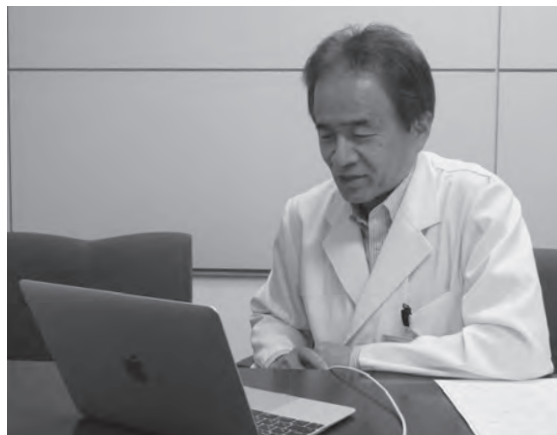
杉田 全国に先駆けてEBMを臨床に取り入れる試みが進められており、「エビ(Evi)固め」という言葉が飛び交っていました。

山田 当時，地域医療の最先端をいっていましたよね。

杉田 自治医大での後期研修後は，上天草総合病院へ内科で派遣されましたが，循環器科医が足りないということで現在東京北医療センターの辻武志先生と二人で心臓カテーテル検査もやることになりました。慣れない循環器に加えて救急もあり忙しい毎日でしたが充実していました。

上天草総合病院には2年いて，義務最後の1年は松島町立教良木診療所でした。その時に岐阜で国保学会があって，山田先生に遭遇したのです。

山田 長良川国際会議場でしたね。



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

杉田 「もう義務後は決まったのか？」と聞かれて「はっきりしてないです」と言ったら、「じゃあ協会に來い」と言われました(笑)。

山田 そうでしたか。学会に毎年顔を出してウロウロしてみるというのは大事ですね(笑)。

杉田 その前振りとして，学生のときにお寿司を奢ってもらった恩がありましたので断れませんでした(笑)。それで熊本県を出て，社団法人地域医療振興協会に入りました。

地域医療振興協会に入職！

杉田 2000年に協会に入ってもう20年になるわけですが，協会での最初の2年間は東通村診療所，伊東市民病院，横須賀市立うわまち病院，公設宮代福祉医療センター六花など，いろいろなところの立ち上げ時期だったので，代診で飛び回っていました。

山田 なるほど。その時期だったんですね。いろいろなところへ行けたのは良かった。今の支援センターの役割ですね。

杉田 そうです。あちこち行ったり来たり，楽しかっ

たですね。

そうこうしているうちに，第9次へき地保健医療計画の検討会に吉新通康理事長が委員として参加し，「へき地医療情報システム」の構築・運営を協会が担うことになりました。それをやるようにと言われ，厚労省医政局の担当者やNTTデータさんとシステム作りを進めていたところ，伊豆大島に医者がいなくなったから手伝うことになり，交代で代診に行きはじめるうちになんとなく私が2年間，大島町北部診療所にいることになりました。

山田 2年もいたのですか。

杉田 そうなんです。住民1万人の島で内科医が2人しかいなかったんで、1日救急当番で、忙しかったです。

2004年4月に東京北社会保険病院が吉新理事長が管理者、山田先生が老健さくらの杜の施設長で始まるときに、伊豆大島の診療所が統合され新体制になりましたので私は島を離れ、東京北社会保険病院の総合診療科立ち上げに関わり

ました。その後山田先生が公立黒川病院に赴任された後を引き継いでさくらの杜の施設長を務めました。2009年に山田先生が管理者である台東区立台東病院が開院するタイミングでそちらに異動しました。台東病院では9年間、いろいろとやらせていただけて面白かったです。

山田 9年間でしたか。ありがとうございます。杉田先生にはいつも助けていただけてきましたね。

新型コロナウイルス感染者を受け入れることに……

山田 先生には協会の中では離島の診療所、新規施設の立ち上げ、老健の施設長、病院長など、協会ならではのいろいろな経験をしてもらっていますね。最近は都市部の施設が多かったようですが、一昨年、日光市民病院の管理者として着任していただきました。

杉田 ここに来て、久しぶりに田舎に帰ってこれた感じがしますね。

山田 今回は管理者ということで、経営も含めて全体の責任がかかってくる立場ですが、病院の管理者としての仕事について抵抗はありませんでしたか。

杉田 台東病院では山田先生のもとナンバー2の立場にいました。これまで決して経営を意識せずにやってきたつもりはないのですが、やはり管理者という立場になった時に、その重みが全く違うということがよく分かったといえますか、先生方の苦労はこういうことなんだと、ズシッと感じるものがありました。責任は重いながらも面白いポジションだと思いました。

実は、東京北も台東もゼロスタートした病院だったのですが、日光市民病院は20年近くの歴

史があって、地域での病院の役割、病院なりのやり方も決まっています。そこに年度の途中から突然新しい管理者として赴任し、私も戸惑いながら徐々に慣れていったのですが、職員や患者さん、周辺の医療・介護施設側も困ったのではないかと思います。半年ぐらい経つと慣れてきて、前任者の宮崎勝先生がつくってきた院内のシステムや、やっと入会することができた地区医師会との関係を大事にしながら新年度になって、病院同士の連携もよくなり、紹介も増えて病棟稼働率がよくなりました。経営的にも順調で、忙しくても疲弊しないようなシステムづくりに取り組んで、職員みんなでも明るく2019年度を終えられると思っていました。

ところが、その矢先、1月ころから新型コロナウイルス感染症が話題に上り始め、第二種感染症指定医療機関である当院も受け入れ施設になりそうだと、ということになりました。

山田 栃木県では、感染症病床を持っている病院というのはどのくらいあるのですか。

杉田 6病院で30床です。大体二次医療圏に1つで、当院のほかは200床から300床クラスの急性期病

院です。

山田 そうですよ。基本的には感染症対策ができるのは中規模病院以上の地域の中核病院、あるいはそれに準ずるところだと思います。どうして日光市民病院に4床あったのでしょうか。

杉田 19年前に古河電工の病院である古河記念病院が閉院され、地域医療振興協会が病院を引き継ぐ際に、二次医療圏の中に大きな病院が2カ所あったのですが、どちらも建物が古く、感染症病床を作れるのがこしかなかったようです。年間1床あたり100万円の補助金目当てであったのかもしれませんが、SARS、新型インフルエンザも大流行に至らず、ほとんど使うことがなかった感染症病床がここにきて突然脚光を浴びることになってしまいました。

山田 なるほど。それまで開院以来20年近く使っていなかった感染症病床を、わずか1年半前に着任したばかりの管理者が、突然稼働させることになったわけですね。

杉田 当院は感染症病床を入れても100床で、急性期、療養病床に加えて老健50床も併設されているケアミックス施設ですが、この規模の病院が感染症指定医療機関となり、新型コロナの患者を受け入れているというのは、全国的にも珍しいと思います。感染症の専門医どころか呼吸器科医もいないので私に対応し、看護スタッフも専従者がいないため病棟師長が交代で対応することにして、とにかく受け入れる体制づくりを急ぎました。感染症病床は療養病棟の中にありますし、私含めて対応スタッフは院内を行ったり来たりしている。院内感染が起きたらすぐに施設内全てに広がってしまうだろうと考えると正直恐怖でした。

山田 クルーズ船が横浜に停泊していたから、首都圏および周辺の感染症病床を持つところにまずはお願いするというので、引き受けてくれた

ところに分散したということでしょうね。

杉田 そうなのです。2月10日午後に神奈川県DMATから連絡がありお願いしたい、と。ところがその後全く連絡なく、明けて11日建国記念の日、私が日直だったのですが、14時ころ連絡があり今から行くのでよろしく、と言われました。

山田 感染症病床がある以上、対応せざるを得なかったわけですが、よく引き受けたと思います。

杉田 この地域でうちしかないというプレッシャー、新たな役割を果たさざるを得ないという使命感は、やはりありました。数日後にその方のご家族も当院に入院され、2月いっぱいはお二人への対応で精一杯でした。幸い悪化することなく退院されたのですが、2週間たったところで私自身が微熱と倦怠感を感じるようになり、これは感染したな、と思い自分でPCR検査をやったという(笑)、そんな時期もありました。あまりに私が疲れているように見えたので、前院長の岡本忠先生が病院に2週間泊まり込んで代わりに対応していただき、おかげで私も心身ともに回復し、また継続的に患者さんを受け入れる中でみんなが疲弊しないで、かつ安全を保てるような院内のシステムがだんだんとできてきました。

山田 でも、世界的にも経験がない新型ウイルスの感染症で、クルーズ船で対応した人たちにも感染者が出たりといった混乱した状態で、不安を煽るような報道も多く、「どうなるんだろうか」と心配もあったと思うのですが、他の先生方やスタッフは大丈夫だったのですか。

杉田 私が使命感に燃えて無理してコロナ患者を受けた結果、職員に感染したらどうしようかと悩みました。今も悩んでいます……。正直なところ、あの病院にはコロナがいるといううわさは早いうちに広がっており、職員がいわれのない誹謗中傷を受けたこともあったようです。本

当に大変な思いをさせていると思います。ただ小さな病院のよさで意思決定が早く、こうすると決めたらすぐに対策が打てたこと、職員が従ってくれたこと、情報統制もできたことは大きかったと思います。

最初のうちは無我夢中で、火事場の馬鹿力みたいな感じでしたが、2週間、1ヵ月経った頃にはそれが普通モードになる。災害医療と似ていると思いました。病院として気を付けたのは、

必要な物品、機材は先手を打って準備すること。「こういう物があってよかったね」と、ちょっと笑顔が出るような対策を少しでもたくさん打とうということで、看護部長、事務長と一緒に、毎日考えながらやっていました。アイソレーター付きの車椅子やクリーンパーテーションなどは2月中に購入を決めましたので流行期には準備できていました。

周囲の力強いサポートに支えられて

山田 新型コロナウイルス感染症は軽症であっても、急に重篤化して人工呼吸器管理や場合によってはそれ以上の対応を求められることがあると思うのですが、そういう問題はなかったのですか。

杉田 いつ重症化するかわからない上に、重症化したら当院では診られないと思っていたので、当初から自治医大感染制御部の森澤雄司先生に、逐一相談しながらやっていました。大学のほうも「いつでも受け入れますから」と言ってくれたので、私も、院内スタッフも落ち着きました。自治医大のバックアップがなかったら、医療的にはもちろんですが精神的にもたなかったと思います。

山田 本当ですね。ECMOの管理などが必要なのに、日光市民病院で対応できなかったために亡くなってしまった、と言われるリスクも、一方で背負っているということですからね。

大学からは「重篤化したら送ってくれていい」という感じだったのですね。

杉田 そうです。「そのかわり軽い人はそちらでお願いします」と役割分担を提案していただいたので、軽症者が自治医大に溜まらないようにとい

うことを最初から心がけて、そういう人がいたら送ってくださいという話をしていました。

山田 自治医大も、感染者を受け入れているのですね。

杉田 自治医大は第一種指定医療機関で、新型コロナウイルス感染者については重症者のみ受け入れています。県内では独協医大と済生会宇都宮病院も同じような役割です。

山田 地域の病院間での連携も重要だと思うのですが、それはどうでしたか。

杉田 日光地区では2019年4月に地域医療連携推進法人「日光ヘルスケアネット」がスタートしてまして、発足する過程から発足後まで、法人の会員である地域の医師会、病院、介護施設が何度も集まり顔の見える関係ができてきていました。今回1月の終わりに私が日光ヘルスケアネットの事務局にお願いして、各施設に保健所を加えて集まっていただき、日光地区での新型コロナウイルス感染に対する役割分担を話し合っていたのです。診療所、帰国者・接触者外来を担当する病院、そして入院治療を担当する当院が役割をうまく分担して乗り切っていくまじょう、という話がこの時点でできたことは大きかつ

たと思います。実際当院が最も大変だった3月は、地域の救急輪番を他の病院にお願いすることができて大変助かりました。

二次医療圏の中にも入院治療についての協力病院が増えましたし、県の対策会議にも出席し、現場としてはもどかしいスピードでしたが行政も精一杯やっていること、徐々にオール栃木で受け入れ態勢が構築されていく過程も見ることができました。新型コロナウイルスを含む感染症対策が日常の医療や介護の一分野として地域包括ケアシステムの中に定着していく日も遠くないのではないかと考えています。

山田 やらざるをえないと覚悟を決めて、さらに将来を見据えて取り組んでおられるというのは、本当に頭が下がります。

杉田 まだ県と相談している段階ですが、もしも第2波がきても受け入れられるような体制づくりが必要と考えて陰圧ベッドを増やしていこうと考えているところです。感染症専門医も呼吸器

科専門医もいない施設ですが、総合医が新型コロナウイルス感染症に対応することが重要ではないかと考えています。実際に患者さんに対応して分かったのは、これは全身疾患であり、ひとつの臓器だけ診ていては対応できないし、重症化の兆しを早く見つけて高次医療機関に搬送する必要もある、感染予防という教育も重要、施設内で感染が出てしまうと機能が停止し、地域の医療や介護に大きな影響が出る、やはり地域包括ケア的な視点が重要で、総合医ならではの地域における新型コロナウイルス対策を、今後やっていかなければいけないと考えています。私自身としてはへき地、特に最初の赴任地だった離島での体験が、今コロナ禍に役に立っているという感じです。

山田 本当ですね。このコロナ禍を経験して、われわれがさらに知を得て、力を得て、新しい総合医、地域医療というものを形作っていかなければいけない。これは時代の必然という気がします。

今後のビジョン

山田 先生は、ご自身として今後さらにどんなことをやっていきたいと考えていますか。

杉田 この病院の管理者としては、今の病院をさらに地域に適合させて、これから10年、20年後、この地域で必要とされかつ経営が成り立つ施設にしていくということを日夜考えています。コロナファクターが加わったので少し路線変更は必要かもしれませんが、高齢化と人口減少の進む中での病院のあり方をダウンサイジングも含めてモデルをつくっていかなければと思っています。介護を含めたケアミックス病院で必要に応じて救急にもきちんと対応できる、日光ヘル

スケアネットという枠組みの中で、他施設と役割分担しながら、地域全体を守っていく旗振り続けていきたいと考えています。これはおそらくどの地域でも必要とされることだと思うので、若い先生方にここに来てもらって、今やっていること、これからやろうとしていることをぜひ見てほしいと思います。

また協会の中では、地域包括ケアを提供する医療・介護施設を上手に経営しながら質を上げていくかということにも取り組んでいきたいと考えています。

そして、「へき地医療」は私のライフワークでも

あります。学生時代に奥野先生のご指導で、離島やへき地診療所を巡るようになって考えていた、自治医大卒業生としての本分であるへき地医療について、今までのへき地医療、今のへき地医療、これからのへき地医療というのを、学術的にも形として残せるようなものとして作り上げていきたい。まずは自治医大同窓会のご協力も得ましたので、令和版へき地診療所総覧というデータベースをつくりたいと思っています。150カ所ぐらいのデータが集まりましたので、今それを分析中です。今後JADECOMアカデミーや出版といった形で残しつつ、いろいろな人にへき地医療の魅力を伝えていきたいと思っています。またへき地医療をいかにシステム化できるかというのは、へき地ネットに関わっていたときからずっと考えていたところで、へき地ネットは途中で終了してしまいましたが、また改めて、今の時代に合わせたへき地医療のシステム化が進められればと、それをぜひ地域医療振興協会で行きたい。それが私の最大のテーマです。

山田 ありがとうございます。

われわれ地域医療振興協会のミッションも本丸はへき地医療だし、私自身も先生と同じようにへき地医療、地域医療がライフワークだと思っています。総合医としてへき地はもちろん核心的な部分ですが、一方でそういった地域を取り巻く全体の医療システムにも目を向ける必要があります。先生がへき地の経験を生かして今回のコロナ禍に対応したように、総合医は目の前のニーズに逃げずに向き合って先ずは対応する。そういう態度そのものが総合医の本質的なところだと思います。

杉田 そう思います。少々不安があってもまずやってみる姿勢が必要で、それを一部の人たちに任せられるのではなく、安心してみんなが取り組める

ような体制づくりを進めることで、へき地医療も感染症対応も、特殊なものではなくできるのではないかと思います。

今回、へき地診療所を調査したら、多くの診療所で電子カルテ化されているのですね。当然最新の医学知識にも問題なく触れることができている。過去のイメージとは全く違うへき地医療があるのではないかと推測しています。私自身はキャリアの最後はへき地医療に携わりたいと思いますが、いろんな人がいろんな形でへき地医療をやってみたいと思えるような仕組みをつくりあげる、そういう仲間を増やしたいと強く思っています。

山田 われわれは地域で苦勞しながら体験的にこういう姿になってきたと思います。ただ自分たちの背中を追ってこいと言うだけでは若い人たちが育たないので、やはり言語化して広く伝えていくといった努力をしなくてははいけない。今回、新型コロナウイルス感染症という、みんなが立ち止まらざるを得ないような国難に直面したわけですから、ここでまたしっかりと対応して学びに変えていければと思っています。

杉田 本当に大事なのは何なのかということ、こういう時代だからこそ考え直してみんなで共有できる時代かもしれません。自治医大イズム、協会イズムならではだと思えます。今日、先生とお話しして改めて自分の中で整理できました。

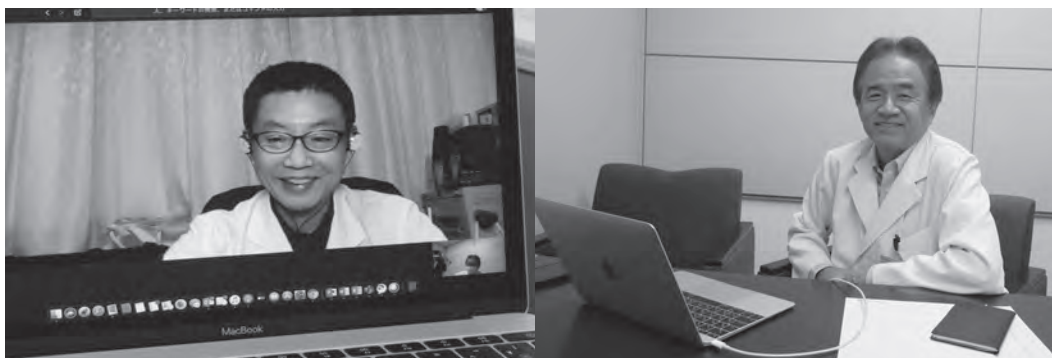
山田 最後に、今地域で頑張っている若い後輩の皆さんにエールをひと言お願いします。

杉田 目の前のことに興味をもって一生懸命取り組む、それを喜びとできる医者でいたいと思います。皆さんにもぜひそういう医者になってほしいなと思います。

山田 杉田先生、今日は大変な状況でお忙しい中、ありがとうございました。

杉田義博先生プロフィール

1991年自治医科大学卒業。熊本にてへき地医療に携わった後、総合病院での総合診療科の立ち上げなどに参加。2009年の台東区立台東病院開設時に同病院副管理者に就任。老人保健施設「千束」の施設長も歴任し、2013年より同病院長に就任。2018年日光市民病院管理者に着任し現在に至る。



認知症フレンドリー社会実現に向けた地域医療の役割

企画：地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター 参事 村中峯子
センター長 中村正和

特集

●エディトリアル

●総論 認知症フレンドリー社会実現のために地域医療に求められる役割

●多職種が連携して進める地域ぐるみの認知症ケアと医療機関としての役割

●地域特性に合わせた認知症支援に向けた地域医療への期待

●地域の人々が主体となって取り組む認知症予防と安心なまちづくり

●認知機能低下と金融資産管理の課題

エディトリアル

地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター 参事 村中峯子
センター長 中村正和

国は2019年6月に認知症施策推進大綱を閣議決定し、「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持ち日常生活を過ごせる社会」を目指すべき社会とした。

認知症者とその家族が、地域において安心して尊厳と希望を持った暮らしを継続するには、福祉・介護のみでは困難であり、地域医療・かかりつけ医の協力や支援が欠かせない。

本特集では、まず浜松医科大学の尾島俊之教授に、認知症は長生きすれば誰にでも生じうることや、認知症の予防の重要性とその限界を踏まえて、地域医療関係者が多職種で患者や家族に早期対応することの重要性と、認知症を含めて高齢者にやさしい地域の仕組みづくりの必要性について解説していただいた。

香川県綾川町の国民健康保険陶病院の大原昌樹院長には、長年にわたる綾川町での地域ぐるみの認知症ケア活動の紹介の中で、認知症本人が参加できる活動の大切さを具体的に述べていただいた。また、医療機関の役割として、日ごろの活動を通じて関係者や関係団体との連携力を高めながら、医療者として相談に迅速に対応できる機動力を磨くことで、町民の一人ひとりの気持ちに寄り添って暮らしを継続していくために支援できることを事例を通して示していただいた。

新潟県湯沢町の國松明美主任保健師には、湯沢町保健医療センター開院に併せて医療、介護、保健、福祉が一体となった体制の中で、町民と共に取り組んでいる認知症地域支援の取り組みを紹介していただいた。アクション農園をはじめ、認知症支援の活動に医師・研修医をはじめ医療スタッフが参加することは、町民の生活や生活への思いを知る貴重な機会となり、町民の生活に寄り添った医療対応につながるという指摘は、医療者として大切にしたいメッセージである。

奈良県生駒市の福祉健康部の元次長である田中明美保健師には、全国に先駆けて地域ケア会議や認知症ケアパスを導入し、医療とも連携しながら、市民が主体となった認知症の予防とケアのまちづくりを紹介していただいた。自治体のトップランナーでありつつも、その成果は日頃からのていねいな医療・福祉・介護との連携と、認知症高齢者の社会参加を促す創意工夫の賜物であることが読み取れる。

野村資本市場研究所の研究部長である野村亜紀子氏には、人生100年時代の中で、認知機能低下を踏まえた高齢期の金融資産管理の必要性とそのための「金融ジェロントロジー」による学際的なアプローチの重要性について解説していただいた。今後、地域において、これまでの医療・介護・福祉の連携モデルに金融関係者の参画や支援を促す必要性が示唆されている。

認知症の病因解明や治療法の確立が未だなされておらず、多くの人々は認知症になることに大きな不安を感じている。しかし、「長生きをすれば、誰もが認知症になりうる」。できる限り認知症の発症を遅らせ、発症しても重症化しない、自分らしく暮らし続けられる社会の構築が不可欠である。地域の仕組みと住民や関係者の認識を整えるにあたって、医療機関には重要な役割がある。本特集が、医療機関としての役割を果たす一つの契機となれば幸甚である。

総論

認知症フレンドリー社会実現のために 地域医療に求められる役割

浜松医科大学医学部健康社会医学講座 教授 尾島俊之

POINT

- ① 長生きをすると認知症になるのが普通である
- ② 生活習慣などを改善すると1割くらい認知症を減らすことができる
- ③ 多職種力で認知症の人や家族が上手に対応できるようにする
- ④ 認知症になっても幸せに暮らせるように、地域の仕組みや認識を整える

はじめに

人々の平均寿命が長くなり、また戦後のベビーブーム世代(団塊の世代)が75歳以上の後期高齢者になっていく中で、認知症の人の人数が急速に増加している。そこで、政府は、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる「共生」と、認知症になるのを遅らせる、認知症になっても進行を緩やかにする「予防」を2本柱とした認知症施策推進大綱¹⁾を令和元年6月に発表している。このように認知症施策が重要となる中、地域医療関係者は認知症にどのように向き合えばよいかを考えてみたい。

認知症・軽度認知障害(MCI)の有病率について、平成24年度厚生労働科学研究朝田班報告書²⁾に掲載されている調査対象地域の高齢者についての克明な調査から計算した結果について図1

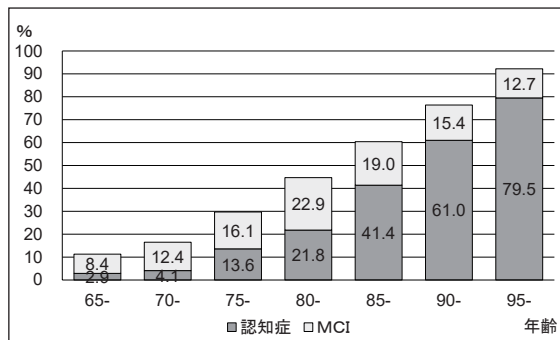


図1 認知症・軽度認知障害(MCI)の有病率(男女計)
(平成24年度朝田班報告書より計算)

に示す。65~69歳ではまだまだ少ないが、85歳以上では、認知症とMCIの合計は50%を超え、さらに95歳以上では90%を超える割合となっている。認知症は決して一部の人の問題ではなく、長生きをすると認知症になるのが普通であるという認識を持って、認知症について考えていく必要がある。

認知症を予防する生活習慣

認知症施策としてまず考えられるのは認知症にならないようにする1次予防である。図2は、認知症の変えられるリスク要因について、Lancet誌に掲載された数値³⁾から作成したものである。その論文では、35%は変えられる要因であるとしている。特に、人生の終盤における喫煙、うつ、運動不足、社会的孤立、糖尿病が認知症の発症リスクになっているとしている。認知症施策推進大綱では、通いの場における活動の推進などにより、70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指すとしているが、これは、各年齢階級での認知症の人の割合を1割減らすこととおおむね等しい内容である。変えられる要因35%のうち、10%分を改善させることは、努力すれば十分に実現可能であると考えられ、それを推進していくことが重要であろう。地域住民の健康づくり・介護予防活動の推進、生活習慣の改善や糖尿病のコントロールなど、これらの予防活動の推進における地域医療関係者の役割は大きい。

認知症の人と家族の上手な対応

一般的に疾病の予防において、早期発見早期対応という2次予防の役割も大きい。しかしながら、認知症については、脳細胞の変性を遅らせたり・回復させたりする薬剤はまだ開発されていない。また、図1の状況を見ると、仮に認知症の進行を緩徐にさせる薬剤が開発された場合には、一定年齢以上の高齢者の全員に服用していただく必要がありそうで、なかなか現実的ではない。では、認知症の早期発見早期対応のポイントは何であろうか。

認知症の定義は、世界保健機関(WHO)による国際疾病分類第10版(ICD-10)、米国精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアル第5版(DSM-5)、米国国立加齢研究所-アルツハイマー協会の合同作業グループ(NIA-AA)によるものなど各種出されているが、それらの内容をまとめて、介護保険法では、「脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態」と定義されている。認知機能が低下してく

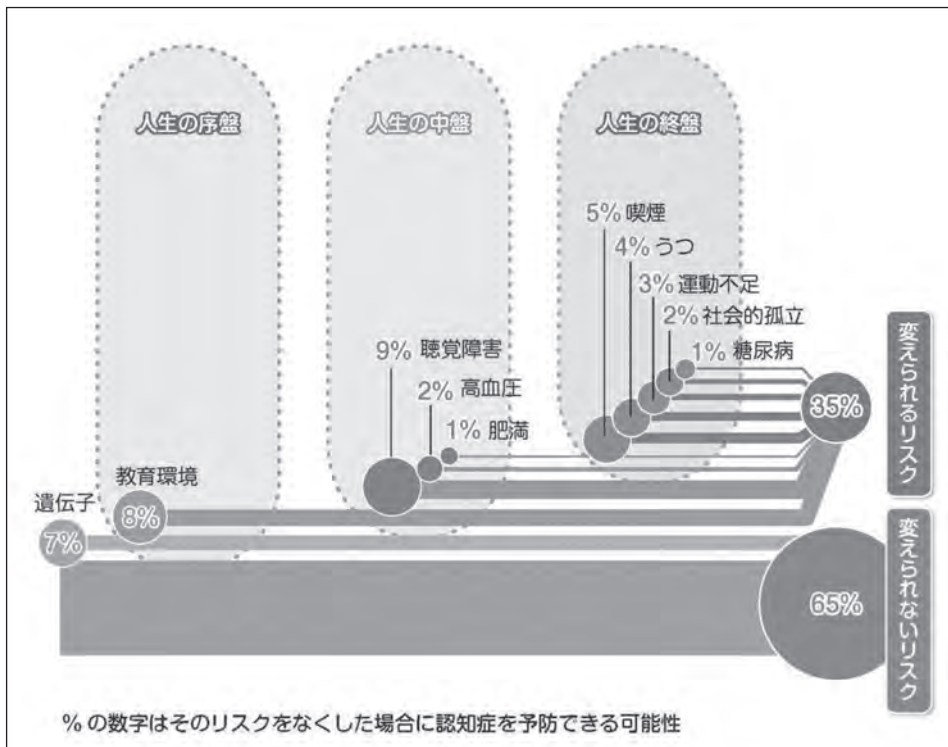


図2 認知症の変えられるリスクと変えられないリスク

〔文献5〕に掲載の数値から描画

ると本人や家族は不安を抱え、時に認知症の行動・心理症状(BPSD)が激しくなる。そこで、「日常生活に支障が生じている程度」を把握して、その支障が少なくなるような上手な対応について、認知症の人や家族などに対してアドバイスすることが、早期発見早期対応として重要であろう。そのような役割については、看護職・福祉職・介護職などの多職種に期待されるところが大きい。一方で、硬膜下血腫や内分泌・代謝性疾患などに伴う認知機能の低下などの可能性の検討などは医師の役割として重要であろう。

認知症にやさしい地域の仕組み

WHOは地球規模の高齢化の進展の中で、Age-Friendly City, すなわち高齢者にやさしい地域づくりを提唱して推進している。その拡張として、認知症フレンドリー社会の実現に向けた取り組みも国内外で推進されている。私たちは、厚生労働科学研究費補助金(認知症政策研究事業)「認知症発症リスクの減少および介護者の負担軽減を目指したAge-Friendly Citiesの創生に関する研究」の一環として、「認知症の人・高齢者等にやさしい地域づくりの手引き」^{4),5)}をまとめた。そのポイントを図3に示す。上部の8項目はWHOが提唱している高齢者にやさしい地域の要素であり、これらは認知症にやさしい地域としても重要であると考えられる。さらに、認知症に特化した重要な要素として、私たちの検討で、(認知症の)理解、(認知症の有無に関わ

表1 認知症の人・高齢者等にやさしい地域に関する質問項目(抜粋)

<p>【理解】 Q. 認知症の人は、記憶力が低下し判断することができないので、日々の生活をこちらで決めてあげることがあると思いますか。(「いいえ」の人が増えることが好ましい)</p>
<p>【共生】 Q. 認知症の人も地域活動に役割をもって参加した方が良いと思いますか。</p>
<p>【受援力】 Q. 悩みがあるときやストレスを感じたときに、誰かに相談したり助けを求めたりすることは恥ずかしいことだと思いますか。(「いいえ」の人が増えることが好ましい)</p>
<p>【社会的包摂(尊厳)】 Q. あなたは地域の人々から大切にされ、地域の一人となっていると感じますか。</p>
<p>【社会参加】 Q. あなたは自治会・町内会やその他の場で、地域のものごとの決定に参加していますか。 Q. あなたは下記のような会・グループにどのくらいの頻度で参加していますか。 ボランティア、スポーツ、趣味、学習・教養のグループ、収入のある仕事</p>

らない)共生、(必要な支援を積極的に受ける)受援力の3つを抽出した。また、これらに関して、地域の高齢者に無作為抽出調査を行うことで、実際に地域の現状や推進状況を把握することができるように、表1に示すような質問項目(指標)を開発した。日本老年学的評価研究(JAGES)による大規模調査を行った結果、地域による各指標の差異や、受援力が高い人は、認知機能が低下しても、抑うつ度の低下が少ないことなどの結果⁶⁾が得られた。

この受援力は、東日本大震災の対応、復興に当たって支援を積極的に受けることが重要であるとして注目された概念である。また、岡⁷⁾の研究によると、当時、日本で最も自殺死亡率が低かった徳島県海部町では、「病は市に出せ」という言葉があり、困ったことがあった場合に、人に知らせて助けをを求めることを良しとする風土があることが報告されている。自分や家族が認知症になった場合にも、積極的に支援を求め風土があることが認知症のやさしい地域として重要であろう。

認知症にやさしい地域づくりを推進するためには、保健医療福祉だけではなく、さまざまな分野の連携が必要である。地域の意思決定においては、政治や町内会・自治会のあり方が重要

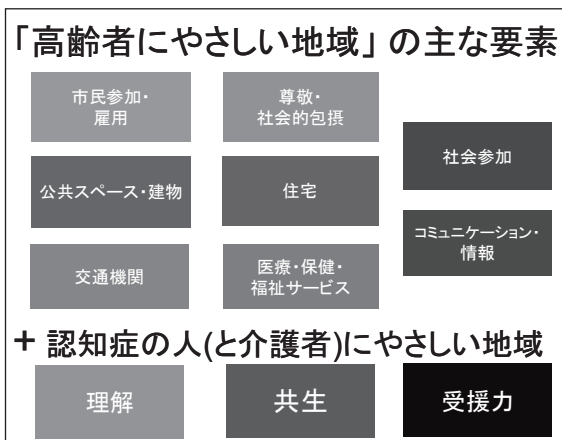


図3 高齢者と認知症の人にやさしい地域の要素

である。認知症の理解の推進のためには、教育関係者との連携で子ども達への認知症サポーター養成講座を行っている例⁸⁾もある。また、認知症の人が水路に転落する事故なども懸念されるため、建設部局などと連携して、転落防止の柵を整備するなど重要である。認知機能が低下した高齢者による交通事故なども発生しており、地域医療機関は運転免許更新に関する診断書作成を求められることも多い。運転免許証の返納は、公共交通機関の乏しい地域においては高齢者の買い物や社会生活の支障となり、事故防止との兼ね合いで難しい判断が求められる。自動ブレーキ付きの自動車の普及や、住民主体の移動サービスの仕組みづくり、通院・買い物バスの運行なども認知症にやさしい地域づくりの重要な要素である。

まとめ

認知症は医学的な概念であるが、それに対応するためには、保健医療福祉関係の多職種の連携や、さらに広範囲な連携が必要となる。地域

医療関係者には、認知症フレンドリー社会実現に向けて、いろいろな立場の人にその重要性を知ってもらうための、また地域での種々の活動の推進のための、重要な役割が期待される。

文献

- 1) 認知症施策推進関係閣僚会議: 認知症施策推進大綱. 2019. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00002.html
- 2) 朝田隆: 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 認知症対策総合研究「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」. 平成23~24年度総合研究報告書, 2013.
- 3) Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al: Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017; 390(10113): 2673-2734.
- 4) 堀井聡子, 尾島俊之, 他: 認知症の人・高齢者等にやさしい地域づくりの手引き - 指標の利活用とともに -. 2019. <https://www.jages.net/project/adfc/>
- 5) 尾島俊之, 堀井聡子, 横山由香里, 他: 認知症にもやさしいまちづくり. *老年内科* 2020;1(3):359-368.
- 6) 尾島俊之, 堀井聡子, 横山由香里, 他: 認知症の3次予防推進のための指標開発. *日本循環器病予防学会誌* 2018;53(2):191.
- 7) 岡檀: 生き心地の良い町 この自殺率の低さには理由がある. 講談社, 2013.
- 8) 福田久美子, 古閑裕子, 福本久美子, 他: 能動的学習による高校生への認知症サポーター養成講座. *日本健康教育学会誌* 2020; 28(2) (印刷中)

多職種が連携して進める地域ぐるみの 認知症ケアと医療機関としての役割

綾川町国民健康保険陶病院 院長 大原昌樹

POINT

- ① 認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるために、住民力・地域力が重要である
- ② 専門職，関係機関・団体，地域住民，そして本人・家族が連携し，地域ぐるみで認知症対策を進めていく必要がある
- ③ 医療機関は，地域づくりの一翼として重要な役割を担っていることを認識し，相談への迅速な対応と認知症施策に協力していくべきである

はじめに

高齢者の施策の中でも最大の課題は認知症対策であり，地域包括支援センターなどを中心にさまざまな専門職，さまざまな関係機関・団体，地域住民，そして本人・家族が関わり連携して，地域ぐるみで対策を進めていかなければならない。医療機関の役割は，その一翼を担うものであり，必ずしも前面に出るべきではないと考えているが，地域で取り組んでいる人たちと連携し，それを支援し，一緒により良い方向性を探っていくことが重要と考えている。

当院のある綾川町は農村地帯で，人口24,000人，高齢化率約35%である。当院の病床数は63床（地域包括ケア病床10床含む一般病床35床，医療型療養病床28床），常勤医師9名（老健医師含む）で，国保総合保健施設，介護老人保健施

設あやがわを併設し，当院の理念である地域包括ケアを推進するために連携して取り組んでいる。国保総合保健施設内の地域包括支援センターを中心に以前から取り組んできた認知症施策を紹介するとともに，当院の関わりについても述べたい。

綾川町の認知症への取り組み

綾川町での認知症施策は，平成18年（2006年）の地域包括支援センター開設とセンター最初の事業である介護予防サポーター養成「まなびあい講座」と言って過言ではない¹⁾。介護保険が平成12年（2000年）から施行され，介護サービスも充実してきていたが，反面，介護保険を利用すると地域とのつながりが切れる，サービスを利用していても本人が必ずしも良い姿ではない，

などが課題として挙がっていた。介護予防の意義や知識の普及、ひとり暮らしの高齢者や認知症高齢者とその家族への声かけ・見守りなどを目的に講座を始めることとし、私もそれ以来ずっとこの講座の初回を担当している。一般的な認知症サポーター研修との違いは、毎月1回8回コースで視察研修や受講者同士の話し合いの場を設けている点である。また、最終回には町長より直接、本人に委嘱状を渡している。養成数は毎年40名前後であるが、サポーター同士の関係が深く、その後も地域のために活動している割合が6割と極めて高い。サポーター運営委員会を毎月開き、資源マップ班、お話しボランティア班、いっぷく広場班、転倒予防班などに分かれて活動を行うようになった。サポーターの代表が会長となり、各班の代表者が活動内容を話し合い、地域包括支援センターなどの支援を受けながら活動している。いっぷく広場は、今広まっている認知症カフェであり、お話しボランティアは、施設のみならず自宅も訪問するなど先進的な取り組みをしてきた。現在、「ほっとか連とこ100歳体操」(ほっとかれんとこ＝放っておかれないように)という介護予防体操を町内54ヵ所(令和2年1月現在)で行い、65歳以上高齢者の1割(約800人)が参加している。これは単にサルコペニア、廃用症候群予防ということだけではなく、終わった後の談笑や茶話会などを通じて人間関係の深まり、認知症予防にも役立っていると思われる。半数以上は、介護予防サポーターが中心となって立ち上げており、住民力、地域力の大きな原点になっている。

地域包括支援センターでは、ボランティア活動をさらに広げるために、平成24年より「介護支援ボランティア制度」を導入、「ささえあい手帳」に活動1時間ごとに1スタンプを押してもらい、150スタンプ＝1万5千円まで支給する制度を始めた。また、社会福祉協議会との共同事業で、認知症を含めた高齢者の声かけ・見守りのための「まちかどほっと歓事業」(ほっとかん＝放っておかない、ほっと＝hot, 温かい)も行っている。また、地元医師会との連携で、認知症ケアパス作成・全戸配布、初期把握シ-

ト(セルフチェックシート)作成、認知症サポーター医による相談窓口開設、認知症初期集中支援チームの活動、多職種連携を図る認知症事例検討会(年4～6回)などが行われている。

本人ミーティング・育育広場

平成28年度、国の補助事業(実施主体:長寿社会開発センター)で「認知症の人の視点を重視した生活実態調査及び認知症施策の企画・立案や評価に反映させるための方法論等に関する調査研究事業」のパイロット地域(全国10地域)に選ばれた。綾川町在住の認知症(MCIを含む)本人9名と家族4名、パートナーや職員等合わせて32名が集まり、「本人ミーティング」を開催した。その後、住民向けや専門職向けに認知症の本人とそのパートナーを招待した講演会を開催し350名が集まった。これらは、住民にとっても専門職にとっても、認知症は何も分からなくなってしまうとか、自分とは違う人、という考え方を変え、意識改革を迫る大きなインパクトがある事業であった。新オレンジプラン²⁾の7本目の柱に挙げられたように認知症の本人の声を町の施策に生かしていくために、本人ミーティングには、町健康福祉課長も参加している。認知症施策推進大綱³⁾においても、具体的施策の最初に普及啓発・本人発信支援を挙げ、「認知症の人本人が自らの言葉で語り、認知症になっても希望を持って前を向いて暮らすことができている姿等を積極的に発信していく」としており、今後も推進していくこととしている。

「育育広場」は、本人ミーティングをきっかけに、認知症の人にもそうでない人にも誰にとってもやさしい地域づくりを推進するため、ある住宅団地での取り組みである。この団地には住民700名余が住んでいるが、介護予防サポーターが30名おり、100歳体操も3グループ52名が参加している活動の活発な地区である。育育広場は、認知症になっても住み慣れた地域で楽しく生きがいを持ちながら安心して暮らし続けるための場作りと世代間交流のあり方を模索することを目的としたもので、認知症の人も認知症で



写真1 育育広場 園庭を耕し芋を植える

ない人も老若男女を問わず参加できる。なお、65歳以上の方はこの活動に対しても介護支援ボランティア制度が適応される。育育広場の中心となって活躍する男性は、63歳の時に若年性アルツハイマー型認知症と診断された。内装業を営んでいたが、物忘れが進むにつれ段々と仕事を減らし、やがてリタイヤした。社会とのつながりが乏しくなり悩んでいる時、本人ミーティングに参加し、「認知症があってもそれぞれできることがあるのだから何かをしたい。何をできるかを考えたい」と思いを語った。その思いに賛同した団地の仲間が集まり、育育広場がスタートした。認知症であっても、昔やっていたことは得意である。子育て施設のドアのペンキ塗りをしてもらうと活気が戻った。保育所の衝立づくり、雑草だらけだった園庭の一部を菜園にするため耕したり、野菜を育てるということを住民と一緒にに行った(写真1)。作った衝立は町内の全保育所・幼稚園に配り、育てた芋は園児やその保護者などと焼き芋をして、子育て世代との交流を図った。認知症の人が生きがいを持ち元気になるのはもちろん、手伝っている介護予防サポーターや地域住民にもやりがいが出ている。認知症の本人と活動をする中で生じる悩みについて勉強会を開くこともあり、当院の物忘れ外来の医師を派遣するなど協力し、参加者から「認知症をより深く理解でき、認知症の本人がいきいきと続けられる活動が何よりも大切であることを再認識することができた」という感想が得られた(写真2)。今後、これを他の地域にも広げていくのが課題である。



写真2 育育広場 当院医師による講演

医療機関の役割

当院と町内での認知症施策と関わりであるが、介護予防サポーター養成講座では、毎回、初めに講師を務め、認知症の人に対する考え方を含めた話をしている。フォローアップ研修でも講師をすることがある。陶病院では、以前から「移動健康教室」として地域の公民館や集会所で行われているいきいきサロンなどに職員を派遣しているが、認知症がテーマのことも多い。また、100歳体操には、理学療法士が運動指導や初回・半年ごとの体力測定のため参加している(写真3)。

認知症ケアで重要なのは多職種・多機関連携であり、一人ひとり、その人の暮らしや家族構成などさまざまな要素を考慮してその人らしい人生が送れるように支援していくことである。基本は、介護支援専門員が中心となって開かれるサービス担当者会議である。介護支援専門員や関わる専門職からの質問や依頼には丁寧な対応を心がけている。町や地区医師会が中心に



写真3 ほっとか連とこ100歳体操 当院理学療法士が指導・体力測定

なっている認知症事例検討会や在宅医療介護連携推進事業は、多職種連携に役立つものであり、当院を含め多くの医療機関や介護事業所が参加している。事例検討も大切であるが、他の事業所がどのようなことをどのような考えで行っているのか、パンフレットには出てこない実際の状況が分かるようになることが役立つ。医療機関も専門医療機関につなぐことはもちろん、地域の実情を知り連携していくことが求められている。

地域包括支援センターが、隔週開催している「地域ケア会議」には、当院理学療法士がアドバイザーを兼ねて出席している。インフォーマルサービスを含めてサービスの選択の考え方に差のある要支援など軽度の人とともに、認知症の人がテーマになることもある。当院が関係した方がよい事例があれば、相談を受けて対応している。また、「物忘れ外来」は、香川大学精神神経講座の協力を得て数年前に開設され、専門医の診察を身近で受けることができるようになった。

通院できる人はよいのだが、通院ができない、拒否される場合、周囲が対応に困ることがある。食事や衛生面で課題が多く、本人が自宅で暮らしたいと望んでも生命の危険がある場合には対応に苦慮することも多い。その際に、サービスの入り口として医療が有用な場合がある。当院が相談を受け、そこからその人にあったサービスにつないでいくことができた最近の1例を紹介する。

事例紹介

事例:87歳女性、元中学校教師

経過:退職後、非常勤講師をしながら、自治会長など地域の世話役をしてきたが、数年前から物忘れが見られるようになった。調理ができなくなり、200m離れた喫茶店で食事をしてきた。また、顔なじみの公民館職員や民生委員に電話をかけ、食事などの買い物をしてもらうことがあった。地域包括支援センターに相談があったが、介護保険サービスは申請含めて拒否、近親者で関わってくれるのは名古屋の姪だけだったので、当初は、近隣のサポートで見守ること

とした。しかし、変形性膝関節症で歩くのがさらに困難となり、公民館や民生委員への電話も頻回となり対応が限界ということで、再度、地域包括支援センターに相談があった。何度か訪問するが受診やサービスにつながらず当院に相談があった。

訪問診療後の経過:相談翌日に訪問した。昔の教師生活や退職後の生活を話題にすると喜んでいろいろ話をしてくれた。血圧194/72mmHg、症状なし。次に訪問した際に、趣味の話から書道で県展に何度も出たことがあることを聞き出し、その作品を見せてもらった。その後もこれを話題にするたびに同じものを何度も見せて説明してくれるが、その顔はいきいきとしていた。また、教え子の話題は、名前は憶えていないがとにかく自慢そうに話される。

人間関係ができた上で、訪問介護、訪問看護など勧めるがやはり拒否された。地域包括支援センターや介護支援専門員の考えで通いも訪問もある小規模多機能型居宅介護が良いのではないかということになり、町内事業所が旧小学校の建物であったり、元教師ということもあり「学校に行きましょう」と言うのと納得して行ってくれるようになった。一度行き出すと職員と顔なじみとなり、そこからの訪問介護も受け入れるようになり食事も十分摂れるようになった。降圧剤も当初、家に置いて帰るとほとんど飲んでいなかったが、通所時や訪問時に見守りで飲むようになり、血圧140/80mmHg前後に低下した。その後、姪が帰ってくる機会があり当院物忘れ外来受診、改訂長谷川式簡易認知症スケール(HDS-R)18点(遅延再生0/6点)、CDT:文字盤可、針の位置混乱、手指模倣不可、立方体模写歪む、でアルツハイマー型認知症の診断であった。それから2週ごとに訪問診療を行っているが、元気に自宅で過ごされている。

認知症を治すことは現在の医学で難しく、医療機関で解決できることは限られているが、それを入り口にしていろいろな医療・介護サービスや地域につなぐことはできる。イギリスでは、社会的処方(social prescribing)と呼ばれ、最近、日本でも注目されている³⁾。この方の場合は、

逆に医療機関が相談を受けたわけであるが、素早く対応することにより、それに関わる専門職や民生委員がチームになって動くことにより良い方向を見出すことができた。医療機関には、地域との連携力を高めることと機動力のある対応が求められていると感じた1例である。

まとめ

認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるために、住民力・地域力が大切である。それには、介護保険、医療保険の公的サービスがベースにしっかりとあることが重要である。医療機関は、それらをつなぐ地域

包括支援センターや介護支援専門員としっかり連携していくことが求められる。医療機関は、地域づくりの一翼として重要な役割を担っていることを認識・自覚して、自院の役割を高めていく努力が必要である。

参考文献

- 1) 篠岡有雅:住民主体のまちづくりをめざして -介護予防サポーターとともに-。地域医療 2017;54(3):324-329.
- 2) 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) -認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて-。厚生労働省等,平成27年1月27日。
- 3) 認知症施策推進大綱, p4-6, 認知症施策推進関係閣僚会議,令和元年6月18日。
- 4) 澤憲明,堀田聡子:英国における社会的処方社会的処方。ジェネラリスト教育コンソーシアム 2018;10:138-144.



地域特性に合わせた 認知症支援に向けた地域医療への期待

湯沢町健康福祉部健康増進課 主任保健師 國松明美

POINT

- ① 「町民主体・町民と協働する取り組み」へのシフト「ファミリー健康プラン」が町民と職員の健康づくり意識を変えた
- ② 湯沢町保健福祉介護部門と湯沢町保健医療センターは「お願い！」で思いが通じる
- ③ 認知症の人と共にお互いが安心して元気に暮らせる町づくりのきっかけは認知症地域支援アクションミーティング
- ④ アクション農園は医療スタッフが町民の生活を知り、本人と家族の思いや力、地域資源を体験できる場、その体験は地域医療に活かされ地域資源が必要な人に届く
- ⑤ 医療スタッフが地域の認知症支援アクションに関わることは、町民や地域支援者の安心・健康につながる

特集

はじめに

平成14年8月、湯沢町保健医療センター（以下、湯沢病院）の開院に合わせ湯沢町の保健部門（湯沢町保健センター）と福祉介護部門（介護保険、障害・生活保護等福祉関係）が役場本庁から総合福祉センター内に移動し、「医療・保健・福祉」が一体となって町民の健康と生活を支援する体制ができた。湯沢病院開院17年を経過し、湯沢病院と総合福祉センター内の機関はさまざまな活動や個別支援の連携も多く、思いが通じ合う関係の中で町民の健康生活を支援する役割を担っている。

今回は、認知症になっても住み慣れた湯沢町で自分らしく生活し続けたいという町民の思いを実現するために、湯沢町が湯沢病院と共に行っている活動について行政の立場から報告する。

1. 「ファミリー健康プラン」は健康づくり意識を変えた

湯沢町は新潟県の最南端に位置し、2020年3月31日現在人口8,134人、年少人口710人、生産年齢人口4,395人、65歳以上3,029人（高齢化率37.24%）、少子高齢化が進んでいる。

湯沢町は2003年（平成15年）、従来の行政主導の保健活動では町民の主体的な健康づくりの行

動化につながらないことから、健康を町民一人ひとりが豊かな人生を送るための大切な資源ととらえ、個人・家族・地域・行政および関係機関が連携し共通の目標に向かって取り組む住民主体の「ファミリー健康プラン」(以下健康プラン)の取り組みへシフトした。

健康プランは町民が実態把握調査から関与し、実施、評価、プラン更新の全過程に関わっている。認知症の取り組みも健康プランに基づき実施している。湯沢病院医師は健康プラン検討委員、健康プラン策定後はプラン推進委員として健康プランに関与している。

町民の生の声・生活実態を根拠にしたプランとその推進体制ができたことで、町民が自身や家族、地域の健康を意識しプラン推進の活動を周囲の人に伝えるなど主体的な行動化が始まり継続している。また、健康に関わる職員にとっても活動の根拠と目的が明確になり、町民と同じ意識で取り組めることで達成感を感じ、より町民にとって有効な活動を議論し行動につなげるようになった。

2. 行政と医療の思いが伝わる関係

総合福祉センターの機関と湯沢病院は内線電話、湯沢病院スタッフとは直接PHSで連絡が取り合える。開院当初に湯沢病院が作成した情報連携用紙(病院連絡票)やその後赴任した医師が始めた町内の居宅介護事業所(ケアマネ)が参加する訪問診療カンファレンス(月2回)、介護保険主治医意見書作成のための質問票は地域で暮らす本人家族の生活実態が医師に届く情報連携の機会・ツールとして活用され支援に役立っている。また、湯沢病院をかかりつけ医としている町民も多く、主治医は定期的継続的に受診している人の変化に早期に気づき社会参加の機会を維持することで認知症や生活機能低下を防ぐために保健師につなぐ。保健師は地区担当制をとり、長年住んでいる高齢者はほぼ把握し家族親族のつながりなどの情報を持っている。医師は保健師の関与が必要と判断すると、事前に保健師に連絡してくれるため保健師はその人に合わせた資源の調整等準備ができる。逆に保健師

が勧めても資源につながらない時は主治医が勧めるにつながりやすいこともあり、保健師から医師に協力を求めることも多い。このような個別事例を通じた関係の中で保健師を含め地域支援者は医師と思いが伝わる経験を積み上げることができている。この関係が長年続いていることで入院治療が必要な人や自宅生活が困難な人、虐待・行方不明者保護等緊急の場合でも支援し合える関係ができてきた。また、医療スタッフが地域に向き、地域資源を経験することで実際の活動内容や成果を具体的に説明でき早期相談や支援につながりやすく、その後の状態変化時の連携もしやすい。

また、湯沢病院とはケース支援だけでなく地域ケア会議への参加や健康教育・認知症サポーター養成講座の講師、研修医の研修の受け入れなども互いに実施している。特に講座の講師を担当する医師は地域で自分の体験したことを講義内容に入れることで参加者の気持ちをつかみ、地域を知っている医師は身近な存在として参加者の信頼を得ている。

3. 認知症アクションミーティングが町づくりのきっかけ

2011年度秋、認知症の人と共にお互いが安心して元気に暮らせる町づくりを目指し、町民や認知症支援に関わる事業所、地域サロンのボランティア、湯沢病院は看護部長がメンバーになり認知症地域支援アクションミーティングを実施した。ミーティングは毎回楽しく看護部長の発案で毎回次回の日時が決まるほどだった。参加者は回を重ねるにつれ知人を誘い人数を増やし、湯沢町に暮らす(仕事している)一人の人として立場を超えて話し合う機会を活かした。このミーティングは言いっぱなしで終わらず必ずアクションにつなげ、2ヵ月間で4回集まり、具体的な行動計画を作成した。このプロセスを通し2012年度5月には行政が動かなくてもアクションが開始できるよう参加者自らが行動した(写真1)。看護部長は勤務のため実際の農園には参加できないが家族をつなげ家族を通じ活動に参加した。



写真1 アクションミーティング“アクション農園”を検討したチーム (2011年11月)



写真2 管理者 井上陽介医師・アメリカから視察の人とアクション農園丸山団長 (2015年6月30日)



写真3 湯沢病院研修医と農園参加者 (2019年7月16日)

4. 必要な人に資源が届く取り組み

アクション農園倶楽部(以下、アクション農園)は、町民の多くが土に触れた経験を持つ湯沢の地域特性と戸外での活動のため人の目に触れやすく地域の関心を得やすい。ドアを開けて入る活動とは違い躊躇せずその場にいられる。畑の活動はいろいろな世代がそれぞれの状態に応じて自分がしたい・できる作業がある。多世代と交流できる。陽に当たり汗をかき元気になり笑顔が増え心身の健康につながるという特徴がある。毎週火曜日9時から11時、町中心部から車で5分程度の場所にある畑(広さは約350㎡)で天候が悪くても休まず実施している。雪のある時期は月1回、福祉センターで参加者個々に合わせてルール変更できるやさしいゲートボールをしながら雪解け後の農園活動について話し合っている。

農園に参加する町民の多くは湯沢病院が主治医であり、医師は患者を通じ農園活動を知る。重度の認知症の人が外来で自ら主治医に農園について語る、農園で力を発揮している様子が医療関係者や地域支援者の気持ちを動かす。湯沢病院は医学生や研修医の研修機関でもあり、病院管理者は研修期間に農園活動がある時は研修プログラムに農園を入れる。湯沢病院に来る海外の視察者も農園に誘う(写真2)。農園に参加する医療関係者は農園参加者と一緒に活動する中で患者として病院で出会う人の生活を意識する(写真3)。農園には認知症や地域の人だけでなく湯沢町にある介護事業所(社会福祉協議会・

小規模多機能型・認知症対応型共同生活介護等)地域サロン、傾聴ボランティア、こども園入所前の親子等も参加しているため病院内では出会えない地域資源を理解する機会にもなる(図1~3)。

5. 医療スタッフの地域意識は町民や支援者の安心・健康につながる

湯沢病院の医師はアクション農園以外でも町の認知症支援施策に関わっている。

認知症の地域支援者として養成している認知症サポーター養成講座は湯沢町健康福祉部と町内の介護保険事業所と湯沢病院の医師がチームをつくり地域に向かう。マンション管理組合、金融機関、高速道路管理事業所、タクシー協会、商工会、児童クラブの子どもたち等さまざまな対象に合わせて実施する。

2013年度から年1回実施した認知症行方不明者探索SOS訓練(ミーティングを3回し、4回目は訓練対象地域の特性に合わせたシナリオで実

認知症の人と共にお互いが安心して元気に暮らせる町を目指して認知症地域支援アクションが始まっています

アクション名: アクション農園倶楽部

アクション名の意味: 苗を植え作物を大きくするところにかけて、小さなコミュニティから大きなコミュニティになってほしいと願ってつけました。

【アクションの内容】

- ・朝市や無人販売所で収穫の喜びを感じてもらう
- ・町内に回覧版を回し、部員・顧問・農地を貸してくれる人を募集する
- ・畑に目立つ看板をたてる
- ・自分たちが育てたい苗を持ち寄る
- ・曜日は決めるが誰が来てもいい
- ・畑に椅子やテーブルを置き、昼食をとったりお茶をしたりする

【アクションの目的(アクションを通じて目指したいこと・生み出したいこと)】

- ・閉じこもりや老若男女が外に出て陽に当たり汗をかき元気になり笑顔になる
- ・地域の人やマンションの人、誰もが区別なく話ができる

【アクションのつながり(こんな人・立場・分野の人)】

- ・農地を貸してくれる人・広い意味で(いろいろな面で)お世話をしてくれる人 ・町長

【アクションを話し合ってきたグループメンバーからメッセージ】

※外に出て、陽の光を浴びて汗をかきましょう!

毎週火曜日午前9時から収穫や草取りなどの畑作業をしながら交流しています。中学生が来てくれたり、様々な世代、背景の方が参加しています。毎回畑の作物を食べながら休憩しています。おいしいですよ～。一緒に活動して下さる方を随時募集しています。(年齢は問いません。子どもからお年寄りまでどなたでも・畑未経験者でもOK。ちょっとしたお手伝いだけでもOKです。立ち寄っておしゃべりしていただいてもOKです。場所は栄町のAコープ側です。看板があります。連絡先:湯沢町健康福祉課(地域包括支援センター) 電話784-3000 農園 団長 丸山080-5459-1009 <http://yuzawa.cc/now/> ブログもご覧ください。

図1 アクションミーティングで検討したアクション農園のプラン

認知症の人もそうでない人も、いろいろな世代・立場や職種を越えて、地域の中で出会い、話しあい、共に汗を流す楽しい体験を重ねながら...

畑で作物をつくるのが目的ではありません

認知症の人もそうでない人も本音と各自の底力を出し合いながら馴染みの関係をつくって...

アクション農園倶楽部

地域(近所・お友達等)から支援が届く

認知症の理解が地域に広がる

体験

つながりあい

笑顔

活躍できる場がある、喜んでもらえる、食べる喜びも、作物の成長も楽しめる、何してもいい、いろんな世代と話ができる...

図2 アクション農園の目指す姿

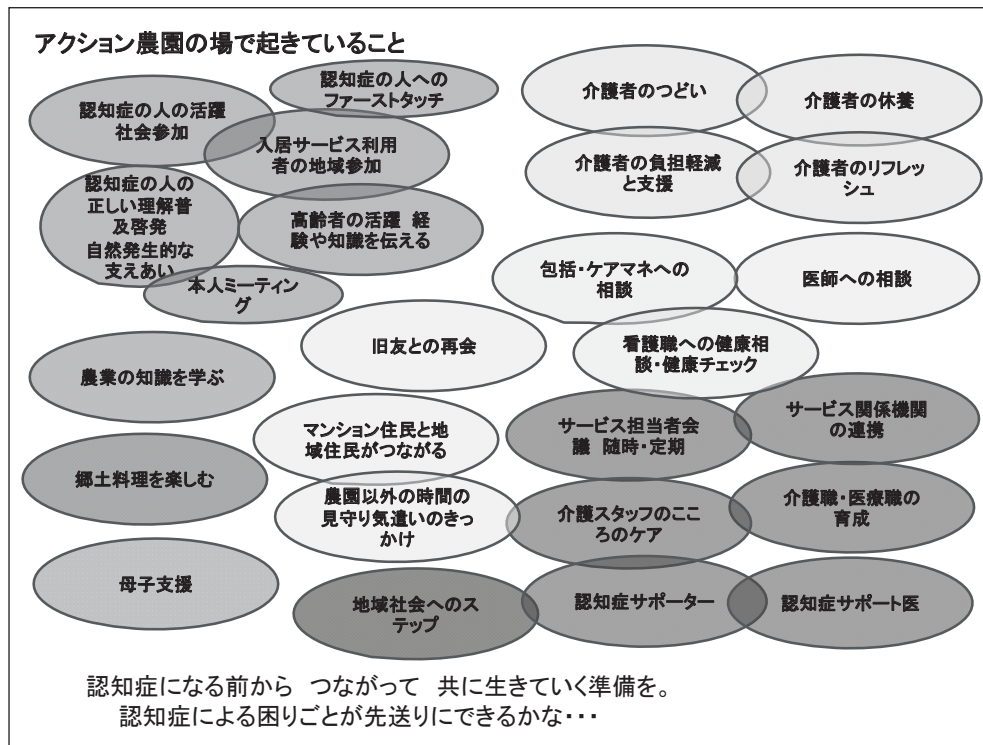


図3 アクション農園の場で起きていること

特集

際に行方不明者を探索する)にも研修医等が全回参加する。参加者全員で実施する評価のための話し合いでは医師としての意見を伝える。2017年度の訓練に参加した医師は「自分のような若い医師は認知症についても医療でできることを考えがちだが、認知症は診察室でできることは多くなく生活のことの方がすごく大事で、こういう取り組みがあることは医師として心強く、この体験は診察室でも患者さんの生活に触れる一言を追加しようと思うことにつながる」と言っていた。

医師が医療と生活を結び付け対応してくれることは町民だけでなく生活支援に関わっている介護職員等支援者の安心につながる。本人の生活に対する思いを共有してもらい話ができることで、地域支援スタッフは医師に相談しやすく認知症以外の事例についても状態が悪化する前の予防的な対応が可能となる。また、患者の病状悪化の要因の一つに家族の介護があり、主治医から保健師やケアマネに家族単位の健康を視野に情報共有の依頼が多くなっていることは町全体の健康づくりにつながっている。

国が全市町村に設置義務とした認知症初期集中支援チームについて湯沢町は湯沢病院管理者井上陽介医師にサポート医研修を受講してもらい設置した。湯沢町は初期集中支援チームを国が事業化する以前から初期集中支援チームの目的である初期段階でのファーストタッチ(早期発見・早期対応)が定着している。認知症の場合、周囲の人の不安で支援が開始されがちだが主治医を含め関係者が認知症の人自身の思いを大事に支援している。

今後の課題

湯沢病院の医師を含めスタッフの中で一緒に活動を体験した人たちとは相談しやすい関係になっているが、そうでない場合はなかなか思いが伝わらないこともある。研修の機会を共有するなど同じ場面で顔を合わせて話し合うことでより多くのスタッフとの関係づくりを試みるが、業務や職員体制上難しい面もある。

国は認知症大綱の中で「医療・ケア・介護サービス・介護者支援」として医療従事者の認

知症対応力向上の促進を上げている。湯沢病院スタッフも毎年1～2名研修に参加している。

認知症の人が必要な治療を諦めることがなく、関わるスタッフも認知症を負担に感じない対応力を身につけること、認知症の人の治療は病院内だけで判断せず、地域支援スタッフ共に本人のために、本人の生活の中でできることを話し合おうと声をかけ合える関係づくりをさらに進めていく必要がある。

最後に

平成14年8月、湯沢町に初めて町民の念願の湯沢病院が開院した。湯沢病院の理念は「地域のかかりつけ病院として病気の人だけでなく健康な人にも関わり、地域の健康と安心を守ります」[医療・保健・福祉の連携を推進し地域の資

源をいかしていきます]となっている。この理念は湯沢町(行政)自体も同じ思いで取り組むべきものである。町民だけでなく地域資源のスタッフにとっても地域医療を担う湯沢病院の存在は大きい。

今後も互いの役割を尊重し、信頼関係を維持し、湯沢病院とともに町民主体の地域の健康づくりに取り組んでいきたい。

参考文献

- 1) 國松明美:地域ならではの“集い”の場所をめざして -新潟県湯沢町-。NHKテキスト社会福祉セミナー, 2017年10月1日発行, p98-101.
- 2) 國松明美:アクション農園を通じた住民主体の取組。地域保健 2020;3:38-41.
- 3) 湯沢町保健医療センターホームページ <https://yuzawajadecom.or.jp/>

地域の人々が主体となって取り組む 認知症予防と安心なまちづくり

元 生駒市福祉健康部 次長 田中明美

POINT

- ① 普通の日常を支援する「認知症支え隊」の存在
- ② 「共生」と「予防」をつないで考える活動づくり
- ③ 「このまちで暮らし続けたい」を支える地域づくり

特集

はじめに

令和元年6月に認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策推進していくことが、認知症施策推進大綱により示された。具体的な施策には5つの柱が立てられ、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年認知症の人への支援・社会参加、⑤研究開発・産業促進・国際展開であり、全体を通して認知症の人や家族の視点を重視すること、とある。

今回は、認知症施策推進大綱も踏まえ、地域住民が主体となって取り組む認知症予防と安心なまちづくりについて生駒市におけるその取り組みの一部を報告する。

普及啓発・本人発信支援・介護者への支援

認知症の普及啓発に関しては、平成21年から本格的に「認知症サポーター養成講座」の展開をはじめ、令和元年8月末時点でのサポーター数は延9,646人となっている。小・中学生を含む住民から民間企業、警察、消防、市職員の受講を通して、認知症の理解に向け、啓発を重ねている。

また、定期的に「認知症に関する市民フォーラム」の開催や広報誌において、本人や家族が実名で「認知症とともに生きる」という特集を組むなど、認知症が身近なものになっていることを広く周知している(図1)。

平成28年度からは、「認知症支え隊養成講座」を新たに開催し、物忘れが進み日時の感覚が薄れていく認知症高齢者に対し、通いなれた地域の集いの場と同行できるボランティアを養成し、令和元年度の登録者は40人となっている。



図1 認知症に関する共生の取り組み

また、本人発信に向けては、平成元年度より、試行的ではあるが、本人ミーティングも開催し、家族も同伴の上、グルーピングを分け、さまざまな思いを発信してもらう機会を設けている。家族同士をつなぎ、互いの家を訪問するなどを地域包括支援センターも試行的な取り組みを進めているほか、認知症カフェについては、市内に5ヵ所あり、本人および家族の他、地域の方々や民生委員・老人クラブ、ボランティア、中には専門職も加わり、運営しているところもある。

認知症に関する相談機能の強化については、市内6ヵ所ある各委託先地域包括支援センターに1名常勤で認知症地域支援推進員を加配するとともに、市では物忘れ相談事業や認知症初期集中支援チーム、若年認知症に関する相談窓口の設置などを行っている。

啓発冊子については、生駒市医療介護連携ネットワーク協議会等の協力を得ながら、認知症対策部会で作成した市民・医療介護従事者向けの「認知症ケアパス」や医療介護従事者向けの「認知症初期対応事例集」等の作成を行い、情報提供やつながる先、症状による対応方法など掲載している。

介護予防の取り組みを充実

介護保険制度が導入される以前より「介護予防」と「地域のネットワークづくり」を進めてきた生駒市においては、さまざまな国のモデル事業にも参画し、自立支援や重度化防止への取り組みを積極的に展開してきた。

特に平成27年に介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」という)を早期移行したことにより、認知症の方々への支援の強化につながった。総合事業は市町村の実情に応じた事業が展開できるメリットがあるため、全国一律の給付制度とは異なり、市区町村の特性に応じた設計ができるのである。

そこで、生駒市においては経年的に非認定者の実態把握調査を行ってきた定量的データや地域包括支援センターのケアマネジメントの結果を反映し、医療介護連携の場を活用しながら独自の総合事業の体系図の考案とともに、介護予防ケアマネジメントの質を高めるアセスメントツールの開発などを行ってきた(図2)。

特に要介護1の状態に近い、要支援2の方々を対象とする集中介入期の事業については、3ヵ月間という利用期間内に、理学療法士・



図2 介護予防の取組を充実

作業療法士・看護師・運動実践指導者・介護福祉士等の専門職の密なる関与を行う「通所型サービスC+訪問型サービスC」をセットした事業である。この事業に介護サービスの利用を拒む認知症高齢者が事業対象者として参加することもあり、認知症の方の生活を改めて「できること」「支援が必要なこと」「声掛けで対応できること」など整理していった。すると認知症を有する人の中には、「教室の担い手」として活躍できる面が見えてきたのである。

それ以降は、要支援者等が参加する通所型サービスCや訪問型サービスCが位置付けられている介護予防・生活支援サービス事業では、3ヵ月から6ヵ月という利用期間の制限があるため、一般介護予防事業(高齢者全般)とを抱き合わせた事業に組み替えを行い、要介護認定を申請していない認知症高齢者の方も、教室に継続参加できる仕組みに変えた。認知症を有しながらも活躍できる場があることで、重度化を防止しながら、輝き過ぎず人たちが生まれた。私たちは、認知症の方々の無限の可能性を総合事業から学んだのである。

それからは認知症高齢者が特別な場所でしか過ごせないのではなく、地域の中に自然と通える身近な通いの場を増やすこと、価値観の多様性や年齢構成も加味して、介護予防事業の種類

を多く用意することを心がけた。認知症というキーワードからは、「コグニサイズ教室」や「脳の若返り教室」「認知症料理教室」「認知症カフェ」が代表的である。

ほかにも「機能訓練教室(わくわく教室)」や「いきいき100歳体操」「送迎付き介護予防教室」などの運動系の教室や「高齢者サロン」など、多様な通いの場を住民と共に作りあげてきている。

また、できる限り地域とのつながりを意識し、社会参加を行うことで、たとえ将来、認知症を患っても、平時の頃を知っておいてもらえたことで、周囲の方々が、声掛けや見守りなども負担なく行えることも増え、結果的に本人・家族、地域の混乱も少なくなることを伝えてきた。

そのためには、地域のサロン運営者等にも「参加時間にムラがでてくる」「欠席が増える」「曜日を間違えて来所される」「何度も同じ話を繰り返すようになっていく」など、気づけるヒントを伝え、「知らない間に参加しなくなった人」ということがないように留意してきた。認知症に関する地域間のトラブルの多くが、地域とのつながりがいつしか途絶えてしまい、もしくはもともとつながりがない中で、認知症症状が重度化していく過程の中で起きていることが多い。地域とつながる自身の努力と地域もつながりを切らない支え合いの気持ちが必要なのである。

ほかには、自立支援や重度化防止、地域のネットワークの構築や認知症施策の展開等を手掛けるためのツールとなる「地域ケア個別会議」等の展開においても、個別課題にあがってくる中に認知症に関することが多いことも踏まえ、これらの会議から積みあがる個別の課題を丁寧に吸い上げ、安心して暮らせるまちづくりに向け、地域ケア推進会議（コミュニティ推進会議）等へと展開していく仕組みづくりも重要であることから地域ケア会議の体系化を行い整理している。

医療・ケア・介護サービス

地域の人々が主体となって認知症予防に取り組むには、医療・ケア・介護サービスや介護者への支援や理解の促進も合わせて行うことが重要である。

特に認知症の方では、入院等をきっかけにADLやIADLの低下のみならず、認知機能の低下やBPSDの発症などが起こることはまれではない。入院前の様子や自宅に戻ることによって回復できる機能、地域の馴染みの環境の有無など、さまざまな角度から見渡してみると、実際は地域の支えあいの中で過ごせることもある。いきなり施設入所に至らずとも、地域密着型のサービスの導入等により、状況・状態の変化に応じた対応が可能であったりもする。

昨年、生駒市においては「入退院支援マニュアルの活用」を啓発するため、市内の医療機関に協力してもらい、行政が病院に出向いていく「出前講座」を展開し、総合事業を始め、地域のインフォーマルサポート支援について伝える機会をいただいた。

ほかには、医療介護従事者向けの多職種連携研修において、認知症の方への意思決定支援などをテーマとして研修会や事例検討会なども実施し、ケアにあたる方々の情報共有・連携強化に努めている。

また、昨年度においては、認知症症状別対応マニュアルの作成等を通して、認知症の進行度合いによって、どのような家族支援が求められるかなどをまとめ、地域包括支援セン

ター職員でとりまとめるなども行った。

地域の見守りネットワークの構築

認知症サポーター養成講座を継続して展開していく中で、やはり、「学んだことを活かしたい」という参加者の思いや行方不明高齢者の相談や保護件数の伸びもあり、地域内でのネットワーク構築を進めたいという思いもあり、先行市の取り組みを参考にしようと考えた。

そこで、大牟田市が認知症にやさしいまちとして有名であったことから、視察に向かい、徘徊高齢者の模擬訓練に参加し、生駒に持ち帰り、自治会単位で「認知症サポーター養成講座」の開催とともに訓練を実施するようにした。

実際の流れは、生駒市版に一部改編し、I部では開会式があり、自治会長より開催趣旨説明を行ってもらったのち、認知症サポーター養成講座を行い、どのような声掛けが望ましいか、なども含めて学んでもらう。講師は、そのエリアを担当する地域包括支援センター職員と認知症地域支援推進員が担い、地域包括支援センターのエリアの介護事業所やケアマネジャーも自治会員にまざり参加する。

認知症サポーター養成講座の終了後に、模擬訓練開催にあたり、生駒警察署からも行方不明高齢者事案の経年的変化や消費者被害のトラブル等についても説明してもらっている。次にII部では福祉健康部部長の挨拶を行い、市全体で認知症施策に取り組んでいる姿勢を伝えている。その後、実際の訓練の説明を市担当者から行った後、地域包括支援センター職員と認知症地域支援推進員、地域の方々4名から5名で1チームを結成し、行方不明高齢者が発生したという設定の下、訓練を行う。あらかじめ認知症当事者を演じる本物役1名、偽物役8名ほどを自治会エリアに配置し、Aさんという設定で、同じ服装をし、認知症当事者になりきって演じてもらう。Aさんらしき人をみかけると1チームになった人たちが順に声掛けを行う。本物役以外との対応では途中で「お声かけありがとうございます」カードが渡され「本物役は他にいます」と告げ

る。本物役の方を発見し、上手に声をかけて集会所までお連れする流れであるが、なかなかこれが難しく、戻ってからの振り返り反省会ではさまざまな意見が飛び交う。実際、この訓練のおかげで無事保護された方もあり、続けていくことの重要性を実感している。

こうした取り組みをきっかけにして、地域の中で自発的に認知症スキルアップ講座の展開や認知症カフェが立ち上がるなどもあり、生駒市で最も高齢化率の高い鹿ノ台小学校区で住民主体の認知症カフェとして「校区バンビカフェ」が誕生した。「あたたかな人のつながりがある地域にしたい」という思いをもった住民が立ち上がり、図書館職員なども交え、認知症にやさしい図書館づくりにも発展している。見事、令和元年度の奈良県介護大賞において、「奈良県あたたか介護賞」を受賞され、生駒市内のグループホームさくらが奈良県介護大賞を受賞し、生駒市内の認知症への取り組みは確実に未来へとつながっている。

ほかには、見守りキーホルダーや反射シール、認知症の人にやさしいお店ステッカー等も用意しており、このお店では安心して買い物ができることを知らせている。見守りキーホルダーについては、警察・地域包括支援センター・行政で登録者情報を共有しており、不安そうにしている人でキーホルダー保持の人を見かけたら、住民から市や警察に連絡してもらうことで、早期の発見・事故の防止につなげている。

特に地域のネットワーク構築に関しては、認知症に限らず、高齢者が歩いて通える距離に通いの場を多く設けることで、顔の見える関係性を地域で再構築していくことが重要だと感じて

いる。地域の中では「挨拶運動」を重要視しながら、互いを気に掛ける風土を盛り上げてくれている地域もある。

また、通いの場に通えなくなった人たちの支援としては、先の述べた認知症支援隊の活動がある。何よりも認知症の普及啓発を大々的に行う「RUN TOMO」イベントにおいては、手作りのうちの作成をはじめ、当日は市役所ロビーを開放し、有志のボランティアが認知症カフェを運営してくれる。奈良県のゴールイベントやスタートイベントを生駒市で開催できることが経年的に続いており、生駒市長も福祉健康部の部次長・課長・担当課職員、地域包括支援センター、認知症知症地域支援推進員、生活支援コーディネーターや介護事業所、ボランティアなど、多くの人が参加し、思いをつないでいる。

最後に

地域の人々が主体となって取り組む認知症予防と安心なまちづくりを推進していくには、行政の内部においてもその意識を高め、「共生」「予防」の考え方を浸透させていくことが重要である。介護予防や地域づくり、認知症施策や医療介護連携、どれもが連動して初めて地域包括ケア・地域共生社会へとつながると考えている。そういう意味合いにおいては、副市長をトップとした「地域包括ケア推進会議」など、関係部局の意思決定ができる部課長が集う庁内連携会議の場を有効に活用し、市民との協働の中、さらに地域づくりを進めていき、認知症予防と安心して暮らせるまちづくりのために発展し続けていただきたいと心より願っている。

認知機能低下と金融資産管理の課題

野村資本市場研究所 研究部長 野村亜紀子

POINT

- ① 長寿化が進む日本では、より多くの個人・家計が、認知機能低下の可能性を踏まえつつ老齢期の金融資産管理を行う必要性が増す
- ② 終身給付の公的年金に加えて、現役期に蓄積してきた金融資産をいかに長期間持続させるか、すなわち、「資産寿命」の延伸が課題となる
- ③ 金融業界においては、顧客の資産寿命延伸を支援するべく、金融商品・サービスの提供が始まっている
- ④ これらの取り組みは、金融と非金融、とりわけ医療・介護関係者との協働が成否を分けるといっても過言ではない。「金融ジェロントロジー」のアプローチを活かした取り組みが期待される

長寿化と家計金融資産

日本の平均寿命は2018年に男性81.25歳、女性87.32歳に達し、2000年に比して男性は3.53年、女性は2.72歳延伸した。長寿化の進展は歓迎すべきことだが、一般に、加齢と共に心身機能は低下する。

自分自身で日々の生活や基本的な資金の管理が難しくなってくる中では、社会保障給付に依拠したいところだが、少子高齢化が進む日本では、社会保障制度の財政は全般的に厳しい。公的年金については、2004年の改革で「マクロ経済スライド」と呼ばれる給付抑制措置が導入された。これは、制度の中長期的な持続可能性を高めるために、公的年金給付の実質的な購買力

を徐々に目減りさせていくという措置である。

図1は、厚生労働省が2019年に、公的年金財政検証(公的年金が長期的に持続可能かを5年に1回確認する作業)に際して作成した資料の抜粋である。これによると、2019年度に65歳になり、「モデル年金」である月額22.0万円を受給した家計の予想給付額は、いずれも2019年価格で、2024年度に21.4万円、2029年度に20.8万円という具合に低下し、25年後の2044年度には19.1万円になるとされた。財政検証では前提条件の異なる6つのシナリオが用意されたが、経済成長率が高い方から3番目のケースで、この結果だった。仮に「モデル年金」家計が、2019年度の公的年金給付と同じような生活水準を維持したいなら、この実質的な目減り分を、自身が保有する金融

2029年度以降の長期の経済前提						マクロ経済スライドの終了 (2047年度)				
経済前提	物価上昇率	賃金上昇率(実質)	運用利回り		経済成長率(実質)	(単位:万円)				
			実質	対賃金						
経済前提	1.2%	1.1%	2.8%	1.7%	0.4%					
生年度(2019年度の年齢)	2019	2024	2029	2034	2039	2044	2049	2054	2059	
1954年度生(65歳)	22.0(65歳)	21.4(70歳)	20.8(75歳)	20.1(80歳)	19.5(85歳)	19.1(90歳)				
1959年度生(60歳)		22.1(65歳)	21.4(70歳)	20.7(75歳)	20.0(80歳)	19.4(85歳)	19.6(90歳)			
1964年度生(55歳)			22.8(65歳)	22.1(70歳)	21.3(75歳)	20.7(80歳)	20.4(85歳)	20.8(90歳)		
1969年度生(50歳)				23.2(65歳)	22.4(70歳)	21.7(75歳)	21.4(80歳)	21.4(85歳)	21.9(90歳)	

(注)財政検証で用意された6つの前提条件のうち、経済成長率が高い方から3番目のケース
(出所)「2019(令和元)年財政検証関連資料」(第9回社会保障審議会年金部会 資料4, 2019年8月27日)

図1 公的年金給付の推移(2019年度価格に換算した金額)

資産で埋める必要があることを意味した。

日本銀行「資金循環統計」によると、日本の家計が保有する金融資産は、2019年12月末時点で1,903兆円だった。一般に、年齢が高くなるほど資産保有額は大きくなる。総務省「家計調査報告」(2018年平均結果概要)によれば、世帯主が40歳未満の家計の平均貯蓄額が600万円だったのに対し、70歳以上の家計は2,249万円だった。高齢期の保有金融資産を可能な限り長持ちさせる、換言すると「資産寿命」を延伸することができれば、充実した老後生活のために有意義と言える。

伝統的に、高齢期の資産運用は、現役時代に比べ安全に行うのが適当と考えられている。代表的なのが、銀行預金である。しかし、容易に解消されそうにない超低金利の環境下では、預金金利がほとんど付かないのはもとより、何らかの手数料を伴う取引を行っただけで資産が目減りするのが実態だ。この現実を直視するならば、より多くの家計において資産寿命を伸ばすためには、預金に加えて投資信託のような価格変動を伴う金融商品の活用も検討の余地があると言える。

重要性を増す包括的な金融資産管理

一般に、個人はいわゆる現役時代に勤労所得

の一部を蓄積して資産形成を行い、引退して勤労所得がなくなってからは、保有資産を適宜取り崩して消費する。資産形成の目的はさまざまだが、代表的なのが老後の備えである。金融広報中央委員会の2019年調査によると、金融資産の保有目的は「老後の生活資金」が65.8%で最も高かった(複数回答可)。

高齢期の資産の取り崩しは、計画的に行うのが望ましく、その際、意図せざる資産枯渇という事態を回避することが重要となる。そのためには資産を何年間維持したいか、という目標を設定する必要があるが、誰も自分の寿命は予測できない。また、加齢に伴い医療や介護に関する資金ニーズが高まっていく可能性もある。住宅を保有している場合、その管理や処分等も考えなければならない。子供世代との関わり方や相続の考え方も定めておく必要がある。要するに、包括的なライフプランに基づく資産管理が求められるが、現役時代に比べて考慮すべき事項が多岐にわたり、相当程度複雑となり得る。

さらに、加齢に伴い、認知機能が低下すること、認知症の有病率が上昇することも踏まえる必要がある。認知症などにより個人の財産管理能力が失われた場合、成年後見制度を利用することができる。同制度では、裁判所により選任された後見人が本人に代わり財産管理を行うこととなるが、制度の主な目的は被後見人の保護

であり、上述のような高齢期の金融課題に包括的に対応することは難しい。したがって、高齢者やその家族においては、高齢者自身が直接指図できなくなった際の財産管理について、事前に取り決めをしておくことが重要になる。また、これを一般の個人が独力で行うのは必ずしも容易ではなく、専門家のサポートが有用となる。

活発化する金融機関の取り組み

金融機関は、上記のような高齢の個人や家計のニーズの高まりを踏まえ、さまざまな金融商品・サービスの開発、提供に取り組んでいる。まさに金融業界総力戦の様相を呈している(表1)。

例えば、保険業界では、近年、認知症にフォーカスした保険商品が提供されるようになっていく。認知症保険と呼ばれ、加入者が認知症となり保険会社が定める条件を満たした場合、給付金が支払われる。

長寿に注目した個人年金保険も登場している。長寿年金、あるいはトンチン年金とも呼ばれる。長寿年金は、解約時や死亡時の返戻金が低く抑えられているので、結果的に、加入者が早くに亡くなれば払込保険料の合計額を下回る給付しか受けられず、長生きするほど多額の給付を受け取れることになる。個人の寿命の不確実性に備えることにフォーカスした保険と言える。

認知症になった場合の資産管理を、信託という機能を使って支援する取り組みも進められている。信託とは、自身の財産を他者に託し、あらかじめ定めた方針等に沿って管理してもら

ための仕組みである。信託銀行では、例えば、高齢者がある程度まとまった資金を信託に入れて解約等は家族の同意が必要な形にしておき、そこから生活費や医療費等が本人や家族に支払われるようあらかじめ設定しておくサービスを提供している。また、住宅を含む不動産や金融資産を民事信託に入れて、家族が管理する仕組みも登場している。

超低金利下での資産寿命の延伸のためには、前述の通り、資産運用を検討することも重要になる。運用は価格変動というリスクを伴うが、値動きの小さな投資対象を選んだり、投資対象を幅広く分散したりすることで、リスクの抑制が期待できる。投資信託は、個人が分散投資を行う際に便利な金融商品の代表例である。資産運用にはさまざまな方法があるが、証券会社や信託銀行が提供する投資一任サービスを利用すれば、個人の目的等に基づく運用計画をあらかじめ策定し、それに沿った運用を専門家に一任することができる。定期的な資金の払い出しを組み合わせたサービスも登場しており、「運用しながら資産を取り崩す」という作業を一括で行うことができる。

これらはいずれも、高齢期の資産管理に対応するための部品であり、どれか一つで事足りるというものではない。換言すると、特定の金融業態だけで対応することは不可能であり、金融業界全体での連携が求められている。また、高齢期の金融問題全体についての相談相手、多様な金融サービスの取りまとめ役のような役割も、今後一層ニーズが高まると思われる。これ

表1 資産寿命の延伸に向けた金融業界の取り組み事例 (出所)各種資料より野村資本市場研究所

目的	具体例	概要	提供者
認知症関連の支出に保険で備える	認知症保険	• 認知症と診断され、保険会社が規定する条件が満たされると、給付金が支払われる医療保険	保険会社
超高齢期の資産枯渇を回避する	長寿年金保険	• 高齢に達した段階で、終身給付を提供。払戻金は低めに設定にされる	保険会社
日々の資金と分けて、まとまった資金を管理する	解約制限のある信託	• 払い出しにはあらかじめ指定した親族等の同意が必要とされるサービス	信託銀行
「運用しながら取り崩す」を実践する	ファンドラップの定期払い戻しサービス	• ファンドラップ※資産を定期的に換金し払い出すサービス ※顧客の投資目的・投資方針に基づき投資信託を用いて運用する投資一任契約	証券会社、信託銀行

を誰が担っていくのかは現時点で何とも言えないが、個人との長年の信頼関係が鍵を握るのは確かだろう。地域金融機関や地域密着のアドバイザーが強みを発揮する余地は大いにあると考えられる。

金融以外の専門家との連携:金融ジェロントロジーのアプローチ

上記のような事前の備えは、あくまでも高齢者本人の判断力が健全なうちに講じておく必要があるが、難しいのは軽度認知症(MCI)のような状態である。認知機能、判断力の水準に合わせて、提供可能な金融サービスを一律に設定するのは難しい。例えば、若い頃から複雑な金融取引を行ってきた個人と、初めての個人とでは、老齢期にストレスなく手掛けられる金融取引の内容が相違する可能性が高い。加齢に伴う財産管理能力の評価は、金融関連の知見や経験だけでは太刀打ちできない問題であり、金融以外の専門家との連携が必須と言える。

このような問題意識の下で、金融業界ではここ数年、金融ジェロントロジーという学術分野への注目度が高まっている。ジェロントロジー(老年学)は、老齢期・老齢化のプロセスについて、医学、心理学、社会学などにまたがり学際的に研究する。加齢に伴う心身機能の低下が、個人・家計の生活全般、ひいては社会・経済に

どのような影響を及ぼすのかを解明し、課題の解消を目指す。金融ジェロントロジーは、ジェロントロジーの成果に立脚しつつ、老齢期の金融問題を研究する。金融の実務への応用力が高い学問であると言える。

金融ジェロントロジーでは、資産寿命を延伸することが重要な目標となる。老齢期の金融面での安定は、健康と同様に、生活の質に大きな影響を及ぼし得ることから、健康寿命、資産寿命ともに自身の生命寿命と合致させることを目指すのが重要となる(図2)。金融ジェロントロジーは、米国で1980年代末から90年代にかけて立ち上がった学術分野だが、高齢化が着実に進む日本でこそ、実践が求められると言える。

前述の通り、金融業界においては、顧客の資産寿命延伸を支援するべく、さまざまな金融商品・サービスの提供が始まっている。2019年4月には高齢社会の課題に関する業界全体の知識底上げを目指して、日本金融ジェロントロジー協会が設立された。各業態から16社が法人特別会員として参加しており、2019年10月には会員向けに動画研修「エッセンシャル金融ジェロントロジー」の提供を開始した。同研修は慶應義塾大学経済学部、医学部、理工学部の研究者、弁護士、金融機関専門家などが講師を務め、高齢者の認知機能や心理の変化など、通常の金融関連の研修にはない科目が用意されている。2020年4月には当該研修の受講者を個人会員と

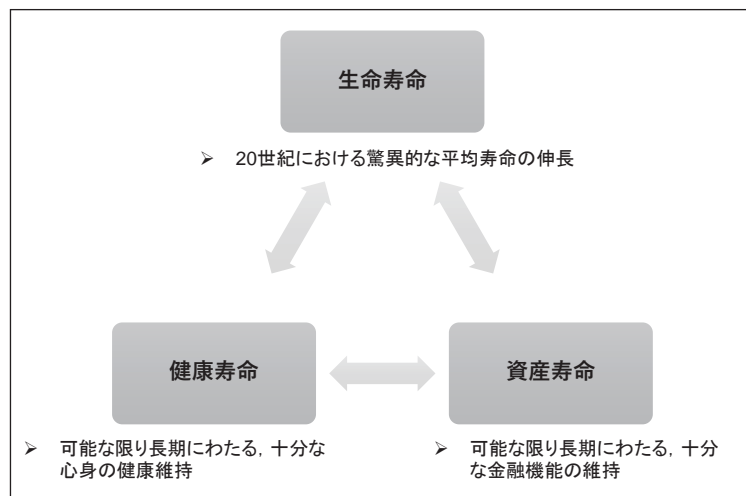


図2 金融ジェロントロジーと3つの寿命
(出所) American Institute of Financial Gerontology他より野村資本市場研究所作成

して認定する活動も始まった。このような取り組みを通じて、高齢者の金融面の相談に乗ることが出来る人材育成が志向されている。

おわりに

個人が必要とする金融サービスへのアクセスを得られるようにすることを、「金融包摂」と呼ぶ。逆に貧困や差別により金融サービスへのアクセスがない状態を「金融排除」と呼ぶが、その解消を目指す取り組みである。心身機能の低下に直面する高齢者に対し、適切な金融サービスへのアクセスを提供し続けることは、まさに金融包摂である。金融包摂は、世界的な課題として認識されているが、高齢化の進む日本では、高齢者の金融包摂の重要性が今後増してくるであろう。日本金融ジェロントロジー協会のような取り組みに対する期待が高まるが、金融と非金融、とりわけ医療・介護関係者との協働が、その成否を分けるといっても過言ではない。

足元の状況を見れば、新型コロナウイルス感染症対応でソーシャル・ディスタンスが求められており、本来、対面が所与、あるいは望

ましいとされてきたさまざまなサービスの提供方法が見直されていくこととなろう。この危機を乗り越えた後に、必ずしも以前の状態には戻らないのではないか、という認識も高まりつつある。デジタル技術のさらなる活用が確実視されるが、一般に、高齢者は新しいインターフェースへの適用が難しいと言われる。しかしながら、ここでも慣れや個人差の問題が大きく、高齢者にとって利用しやすいデジタル・ツールを開発するには何に留意すればよいかなど、よりきめ細かな検討が必要ではないだろうか。医療・介護、テクノロジー、金融の知見を総合する、金融ジェロントロジーの学際的なアプローチはここでも生きてくる可能性がある。金融業界においては、医療・介護関係者との連携強化と、さらなる創意工夫が求められよう。

参考文献

- 1) 清家篤編著:金融ジェロントロジー「健康寿命」と「資産寿命」をいかに伸ばすか。東洋経済新報社, 2017.
- 2) 「特集:金融ジェロントロジー」の各論文。証券アナリストジャーナル。2018年8月号.
- 3) 駒村康平編:エッセンシャル金融ジェロントロジー 高齢者の暮らし・健康・資産を考える。慶應義塾大学出版会, 2019.

第81回

“血液検査の結果の確認不足”に関わる
アクシデント事例の未然防止！

—事例の発生要因から考える未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

はじめに

医療機関におけるインシデント・アクシデント事例の発生要因の一つとして“確認不足”が挙げられることは少なくない。日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業(以下、本事業)で公開されている「医療安全情報」¹⁾では、「No.63:画像診断報告書の確認不足(2012年2月)」「No.117:他施設からの食種情報の確認不足(2016年8月)」「No.138:画像診断報告書の確認不足(第2報)(2018年5月)」「No.146:酸素残量の確認不足(第2報)(2019年1月)」など、2020年4月下旬の時点で、“確認不足”については計4回の注意喚起がなされている。

また、確認に関わる「医療安全情報」¹⁾としては、「No.13:輸液ポンプ等の流量の確認忘れ(2007年12月)」「No.36:抜歯時の不十分な情報確認(2009年11月)」「No.39:持参薬の不十分な確認(2010年2月)」「No.48:酸素残量の未確認(2010年11月)」「No.62:患者の体内に植込まれた医療機器の不十分な確認(2012年1月)」「No.71:病理診断報告書の確認忘れ(2012年10月)」「No.84:誤った処方の不十分な確認(2013年11月)」「No.150:病理診断報告書の確認忘れ—上部消化管内視鏡検査—(2019年5月)」などが挙げられている。

これらの情報から、確認に関わる発生要因としては、“確認不足”のみならず、「確認忘れ」「不

十分な確認」「未確認」なども発生していることが分かる。本連載でも、これまでに、「画像診断報告書の確認不足に関わるアクシデント(第32回)」「“他施設からの食種情報の確認不足”に関わるアクシデント(第37回)」「『病理診断報告書の確認忘れ』に関連したアクシデント(第51回)」「“確認不足”に関わるアクシデント事例を未然に防止する(第58回)」「“確認後のリスク”に関わるアクシデント(第59回)」「“酸素残量の確認不足”に関わるアクシデントの未然防止(第66回)」「“病理診断報告書の確認忘れ”に関わるアクシデントの未然防止(第70回)」など、さまざまな状況における“確認不足”に関わる事例を複数回取り上げて検討している。

医療の現場ではさまざまなプロフェッショナルが個々の専門性を発揮し、連携してアクシデント事例発生の未然防止に努めているにもかかわらず、“確認不足”に関わるインシデント・アクシデント事例が報告されている。患者・家族の視点で考えると、「なぜ、プロフェッショナルの医療者が“確認不足”などをするのか?」と疑問をもつ可能性がある。

自施設では、“確認不足”に関わるインシデント・アクシデント事例が発生していないだろうか。これらの事例が発生していない場合でも、防止対策や現状評価は十分だろうか。“確認不足”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生を未然防止するためには、「なぜ、“確認不足”に

事故の程度	件数	治療の程度	件数
死亡	5	濃厚な治療	15
障害残存の可能性が高い	3	軽微な治療	2
障害残存の可能性が低い	2	なし	0
障害残存の可能性なし	5	不明	1
障害なし	3	※「医療の実施あり」の18件の内訳を示す。	
不明	2		
合計	20		

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業, 第59回報告書より)

関わる事例を未然防止できないのか?」という“なぜ”を深めることが必須である。その上で、関与する医師、看護師はもとより、非医療職も含めた多職種がチームとして個々の専門性を発揮できるシステム整備が望まれる。

そこで、本稿では、発生要因としての“確認不足”をテーマとして、“血液検査の結果の確認不足”に関するアクシデント事例に焦点を当てて、インシデント・アクシデント事例発生の未然防止対策について検討する。

本稿では、アクシデントを「患者に何らかの影響が及んだ事例」、インシデントを「患者に影響が及ばなかった事例、もしくはタイムリーな介入により事故に至らなかった事例や状況」とする。また、日本医療機能評価機構の資料を使用する際には、アクシデントを「医療事故」、インシデントを「ヒヤリ・ハット」という言葉を用いる。

“血液検査の結果の確認不足”に関するアクシデント

本事業の事例検索²⁾では、2020年4月下旬現在、キーワード“確認不足”では5,099件、“確認不足”“検査結果”では43件、“確認不足”“採血結果”では19件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

本事業の第59回報告書³⁾(以下、本報告書)では、「血液検査の結果の確認不足に関連した事例」を分析テーマとして取り上げており、本報告書分

析対象期間(2019年7月～9月)に“血液検査の結果の確認不足”に関する事例が5件あったことが挙げられ、さらに、2015年1月から2019年9月までに報告された医療事故情報の中から、キーワードに「採血結果」または「検査結果」のいずれかを含む事例を検索し、電子カルテに表示された血液検査の結果の確認が不足した20件を対象として分析を実施している。

本報告書によると、“血液検査の結果の確認不足”に関する「事故の程度」では、「死亡:5」「障害残存の可能性が高い:3」「障害残存の可能性が低い:2」などであり、「治療の程度」では、「医療の実施あり」の18件中、「濃厚な治療:15」「軽微な治療:2」などが挙げられており、患者に重大な影響が発生した事例があることが想定される(表)。

“血液検査の結果の確認不足”に関する事例として、事例検索²⁾で検索され、本報告書にも掲載されている事例としては、「患者(70歳代、女性)は、脳梗塞、認知症、失語症などで脳神経内科に通院中で、認知症と失語症でコミュニケーションをとることが困難であった。外来受診が終了して帰宅後、夜になって、いつもと様子が違い、一点を見つめて反応がないため、家族が救急要請し、救急外来を受診。医師は乳酸値が上がっていないことに固執し、血糖値が測定不可という結果を見逃した。その後、データを確認した際に低血糖が判明し、入院となり、治療を開始してバイタルサインは安定したものの意

識レベルは改善されず、数日間治療を続けるも肺炎を併発し死亡。院内の血糖値のパニック値は、『<40mg/dL』『>600mg/dL』であるが、外来の迅速検査であったため、電話連絡の対象になっていなかった」患者(70歳代、女性)は肺癌の脳転移などで入院中であり、深部静脈血栓症にて抗凝固剤も内服し、入院当日の血液検査の結果はコントロール内であった。入院から2週間後に抗凝固剤の効果過多になっていたが、以後も同量の抗凝固剤を内服し、効果過多の結果から6日後の夜から神経症状が出現し、翌日のCT検査で転移性脳腫瘍からの出血を認めた。出血傾向がなくても転移性脳腫瘍からの出血は起こることはあるが、抗凝固剤の効果過多が一因となった可能性がある。PT-INRの結果が再検となり、結果判明の時期が、他の検査の結果判明の時期とずれており、他の検査結果の確認時にはPT-INRの欄は空欄となっていたが、医師はその空欄を見落とし、再確認しなかった。正月休暇中で、担当医の交代が効果過多の結果が出た日であった。以前の担当医Aが血液検査を入力し、検査の4日後からの抗凝固剤を処方していた(担当医AはPT-INRの結果を確認せずに抗凝固剤を処方した)。当該血液検査や処方を入力したことを、担当医Aは交代した医師に申し送っていない」などがある。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“血液検査の結果の確認不足”に関わるインシデント・アクシデント事例発生の未然防止対策として、マニュアル・ルール整備や周知、ダブルチェックの徹底、職員への教育など、さまざまな取り組みが実施されていると思われる。しかし、現状では、“血液検査の結果の確認不足”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生が報告されており、自施設における現状評価をふまえた取り組みが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索²⁾で検索された事例(以下、本事例)で本報告書にも掲載されている事例を基に、“血液検査の結果の確認不足”に関

連したアクシデント事例の発生要因と事例発生を未然に防止するためのシステム整備について検討する。

事例 「血液検査を実施していたのに？ 確認不足で対応の遅れ」

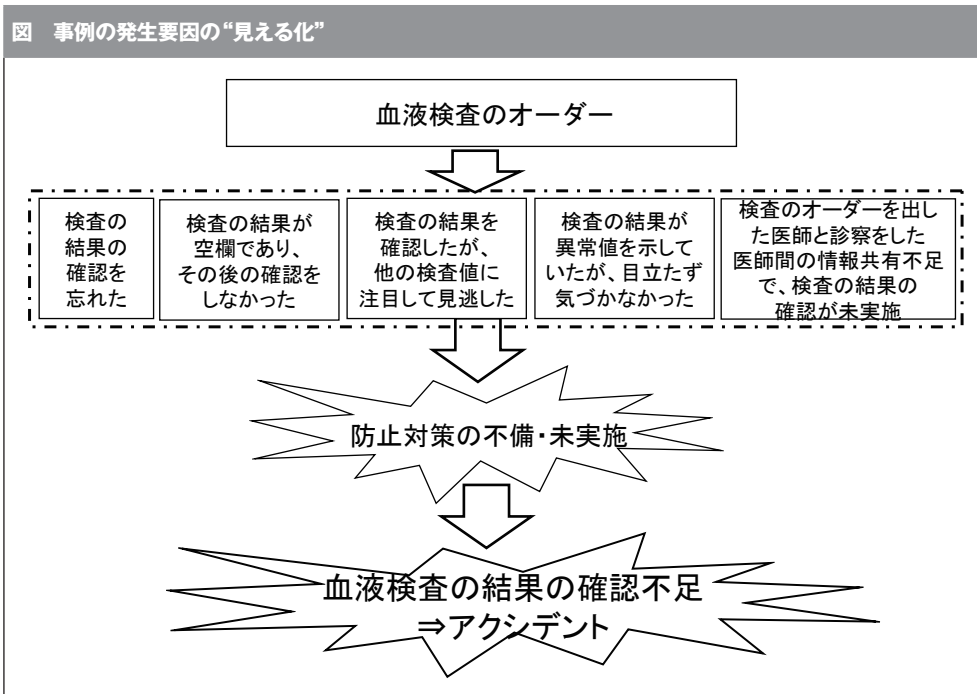
【事故の内容】

- ・患者(10歳代、男性)は、潰瘍性大腸炎の治療目的で消化器科に入院。
- ・14日前より絶食(高カロリー輸液管理)、薬剤治療中だが効果が乏しく、手術予定となった。
- ・口腔内不快感や唾液が上がってくるという訴えがあり、歯科受診し、口腔ケアを実施していた。
- ・倦怠感もあったが程度にムラがあり、下血に伴う貧血で、適時、輸血を実施していた。
- ・当日の看護師の日勤の時間帯で、口渴・倦怠感の訴えがあり、準夜勤の時間帯で手指振戦や意識レベルの低下をきたしたため、看護師が主治医に報告し血液検査を実施した。
- ・血糖測定で、「HI」を示すため当直医に連絡し、診察となった。
- ・検査室での血液検査の結果では、血糖値1,800mg/dL、アシドーシスが確認された。
- ・当直医が糖尿病内科医に連絡し、インスリン療法が開始された。
- ・4日前の外科受診時にオーダーされた血液検査の結果(血糖値387mg/dL、尿糖4+)については、普段より他科の検査結果を確認する習慣に乏しいため、主治医は確認せず、血糖値の再検はしていなかった。

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索より抽出、一部改変)

本事例の背景要因としては、「患者には糖尿病の既往はなく、ソフトドリンクを多飲することや、高カロリー輸液の負荷などが原因と考えられたが、治療薬の影響もあると思われる」「高カロリー輸液を行っていたが、定期的に血糖値の測定を行っていなかった」「以前にも高血糖に気づく機会があったが、外科(他科)の血液検査・尿検査結果の確認ができていなかった」「本人の症状として、口渴・多尿・多飲となったのは当日からであり、これまでに明らかな高血糖症状を認めなかった」などが挙げられている。

本事例を、インシデント・アクシデント事例分析法の一つであり、事例発生の原因を当事者のみの問題として終始せず、システムやプロセスに焦点を当てて根本原因を明らかにするという特徴がある根本原因分析法(Root Cause Analysis, 以下RCA)の考え方で振り返り、未然防止対策を検討する。



(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第59回報告書, および事例検索で検索された事例の記載内容を参考に作成)

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てて検討すると、「なぜ、医師は、患者から口渴・倦怠感の訴えがあり、その後、手指振戦や意識レベルの低下をきたし、高血糖（血糖値 1,800mg/dL）でアシドーシスと確認されるまで、患者の状態に気づくことができなかったのか？」「なぜ、4日前の外科受診時にオーダーされた血液検査の結果（血糖値387mg/dL，尿糖4+）に、主治医が気づかなかったのか？」「なぜ、4日前の外科受診時に血液検査をオーダーした医師は、結果（血糖値387mg/dL，尿糖4+）に気づかなかったのか？」「なぜ、4日前の外科受診時にオーダーされた血液検査の結果（血糖値387mg/dL，尿糖4+）を、医師や看護師の誰も確認しないまま経過したのか？」「なぜ、高カロリー輸液を行っていたにもかかわらず、定期的に血糖値の測定を行っていなかったのか？」などの疑問が浮かぶ。

これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、事例の発生要因の“見える化”をすると、本事例では、「検査の結果の確認を忘れた」「検査のオーダーを出した医師と診察をした医師間の情報共有不足で、検査の結果の確認が未実施」などが挙げられる。前記の事例を含めて事例検

索²⁾で検索された事例では、「検査の結果が空欄であり、その後の確認をしなかった」「検査の結果を確認したが、他の検査値に注目して見逃した」「検査の結果が異常値を示していたが、目立たず気づかなかった」などが挙げられていたが、これらの発生要因だけで必ずしもインシデント・アクシデント事例に至るとは限らない。こうした発生要因に加えて、インシデント・アクシデント事例発生の防止対策の不備もしくは未実施により、“血液検査の結果の確認不足”に関わるインシデント・アクシデント事例発生に至る可能性が想定される(図)。

本事例、および前記の事例などを考慮して、“なぜ”を深めて“血液検査の結果の確認不足”に関わるアクシデント事例の発生要因を明らかにするには、「確認忘れ」「確認不足」「見逃し」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因・環境要因の関連性も含めて検討することが望まれる。

“血液検査の結果の確認不足”に関わるアクシデント事例の発生要因としては、1)血液検査の結果の確認におけるリスクの予測と共有が未実施（内容が不十分）、2)診療科間および多職種間の血液検査の結果の確認のシステム未整備、3)血

液検査の結果の確認およびチェック体制の現状評価未実施, 4)異常値やパニック値の注意喚起と緊急連絡のマニュアル未整備(内容が不十分, 見直し・修正未実施), 5)発生するリスクの共有を含む多職種での職員教育が未実施, などが考えられる。

“血液検査の結果の確認不足”に関わるアクシデントの未然防止対策

本事例の改善策には,「全科の検査結果の確認をするようにする」「高カロリー輸液を行っている場合は,小児であっても血糖値に注意を払う」などが挙げられていた。

“血液検査の結果の確認不足”に関わるアクシデント事例の発生を未然に防止するためには,明らかになった発生要因に対応して,1)血液検査の結果の確認におけるリスクの予測と共有を実施,2)診療科間および多職種間の血液検査の結果の確認のシステム整備,3)血液検査の結果の確認およびチェック体制の現状評価実施,4)異常値やパニック値の注意喚起と緊急連絡のマニュアル整備(内容の充実,見直し・修正実施),5)発生するリスクの共有を含む多職種での職員教育実施,などの未然防止対策が考えられる。

これらの防止対策を実施することで,ヒューマンファクターとしての「確認忘れ」「確認不足」「見逃し」などを防止すること,あるいは診療科間・多職種間のチーム力を発揮し,アクシデントに至る前に「確認忘れ」や「確認不足」「見逃し」に気づくことで,事例発生を未然に防止することが期待される。

1)の「血液検査の結果の確認におけるリスクの予測と共有を実施」では,関与する診療科間・多職種間で,発生する可能性のあるリスクを予測すること,その内容を共有することが重要となる。これは,2)の「診療科間および多職種間の血液検査の結果の確認のシステム整備」の取り組みの第一歩としても欠かせない。“血液検査の結果の確認不足”発生を予測する際,自施設のインシデントレポートに加えて,本報告書の掲載事例や事例検索²⁾で検索された事例など

も参考にしたい。

2)の「診療科間および多職種間の血液検査の結果の確認のシステム整備」と併せて,4)の「異常値やパニック値の注意喚起と緊急連絡のマニュアル整備(内容の充実,見直し・修正実施)」についても検討する必要がある。パニック値については,本連載でも,「パニック値発生時の緊急連絡に関わるアクシデント(第30回)」「『パニック値の“緊急連絡の遅れ”』に関わるアクシデント(第71回)」などで取り上げ,さまざまな対応を実施しているにもかかわらず事例が発生していることについて注意喚起している。ここでは,自施設の現状と課題も見据えて,再評価を実施することが求められる。

3)の「血液検査の結果の確認およびチェック体制の現状評価実施」では,自施設のインシデントレポートを分析し,“血液検査の結果の確認不足”に関わる事例発生の有無とその発生要因を明らかにする必要がある。「誰が」「いつ」「どのように」血液検査の結果を確認し,確認の実施状況をチェックするのかが明示されているか否か,実施状況の現状評価が急がれる。それらの対応を実施しても発生しているのか,実施していないことにより発生しているのか,その現状を共有することが望まれる。

5)の「発生するリスクの共有を含む多職種での職員教育実施」として,自施設の現状と他施設も含めて発生するリスクの可能性についての情報提供が考えられる。多職種の職員が,“血液検査の結果の確認不足”が発生した場合のリスクを認識すること,未然防止のためにできることは何かと考え,行動化を引き出す職員教育の工夫が望まれる。併せて,具体的事例を用いて“血液検査の結果の確認不足”により発生するリスクの予測を実施する,多職種による参加型の職員研修も検討したい。

本報告書では,医療機関から報告された“血液検査の結果の確認不足”に関わる事例の改善策として,「確認の徹底」「検査値の報告・表示」「医師の体制」「その他」などが挙げられている。

この「その他」の内容としては,「血液検査や画像検査を行った日の退院は原則やめる」「当日に

結果が出ない検査を行う際は、検査日と診察日を同日に設定せず、検査結果が揃った後に診察日を設定するよう検討する「救急外来に意識障害の患者が来院したら、まずは低血糖を鑑別するという基本教育を徹底する」などが挙げられている。今後、自施設における“血液検査の結果の確認不足”に関わる事例の未然防止対策を検討する際には、こられの内容も参考にし、自施設の現状と課題に対応したい。

“血液検査の結果の確認不足”に関わる事例の未然防止と今後の展望

本稿では、“血液検査の結果の確認不足”に関わるアクシデントに焦点をあて、具体的事例を活用して、事例の発生要因と事例発生時の未然防止対策について検討した。自施設では、これまで類似事例は発生していないかもしれないが、適切な確認ができないことで、リスクを回避できずに患者への重大な影響が発生することを防止するためにも、関与した職員への影響も考慮して、エラー発生時の要因になる可能性を未然に防止することは、喫緊の課題である。

患者・家族の視点で振り返ってみると、「なぜ、血液検査を実施し、結果として何らかの異常があったにもかかわらず、何の対応もされなかったのか?」「なぜ、対応が遅れて影響が発生したのか?」という疑問が浮かぶことが想定される。こうしたことは、患者・家族から指摘される前に、医療者が自ら問いかけ、未然防止の取り組みを実施することが求められる。

そこで、自施設のインシデントレポートを「事例の内容」ではなく、発生要因に焦点を当て、“確認不足”など確認に関わるインシデント・アクシ

デント事例を分析することを提案したい。自施設の事例に加えて、本事業の事例検索²⁾など、他施設で発生している事例などと比較検討することで、自施設における課題を明確にすることが期待できる。その結果、「マニュアル・ルールに診療科間・多職種間の確認に関わる内容の不備がある」「『誰が』『いつ』『何を』『どのように』という確認方法があいまいである」「確認不足や確認忘れなどが誰からもチェックされない」など、診療科間・多職種間のチームとしての連携・協働が十分機能していないという課題が見えてくる可能性がある。

“血液検査の結果の確認不足”に関わる事例の未然防止における今後の展望としては、プロフェッショナルに期待されている“確認”が適切に実施できないことで事例が発生した場合の、患者への不可逆的な影響、事例の当事者となった職員へのさまざまな影響、および専門職である医療機関の職員に対する信頼喪失などの影響も大きいことを考慮すると、自施設の現状と課題を克服する多職種の連携を発揮したシステム整備などの未然防止対策の検討が期待される。

参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報. <http://www.med-safe.jp/index.html> (accessed 2020 Apr 27)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索. <http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2020 Apr 27)
- 3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 第59回報告書. http://www.med-safe.jp/pdf/report_59.pdf (accessed 2020 Apr 27)



ちょっと画像でCoffee Break

胸部X線画像診断⑬

地域医療振興協会 へき地・離島画像支援センター センター長 牧田幸三

50歳代男性. 上腹部不快感を主訴としてクリニック受診. 上気道炎症状なし. 発熱なし.



胸部X線:立位A→P

レジデントX:先生, これだけで分かるのでしょうか? 引っかけ問題ですか?

筆者:世の中に, 引っかけ問題以外の問題などない. もしこれが検診のX線だったらどうかな?

レジデントX:症状がなかったら, ということでしょうか? この患者さんは, 胸部X線が撮影されていますけど, 呼吸器症状も発熱もないわけだから, 検診のX線の読影と違いはないということでしょうか?

筆者:症状が何もないのに, クリニックに来て, 上腹部不快感, とかいう不定愁訴的な主訴をでっち上げて, 保険病名付けて, 検診みたいな検査をしたと思うのかね?

レジデントX:そんなこと言ってませんし, それでは診療報酬の不正請求になります. そ

うか, 一旦症状は忘れろ, ということですね?

筆者:お, さすがだね. X線を読むときは, まずは無心に読む. 次に症状から想起される疾患の像を思い浮かべながら読む. さらに, 見落としている症状や隠されている情報があるかもしれないことを想定して読む. で, 最後に, もう一度無心に眺める. サウイフモノニワタシハナリタイ.

レジデントX:師匠, 大丈夫ですか?

筆者:弟子をとった覚えはないヨ. ところで, 所見はどこにある?

レジデントX:やっぱり所見はあるのですね?

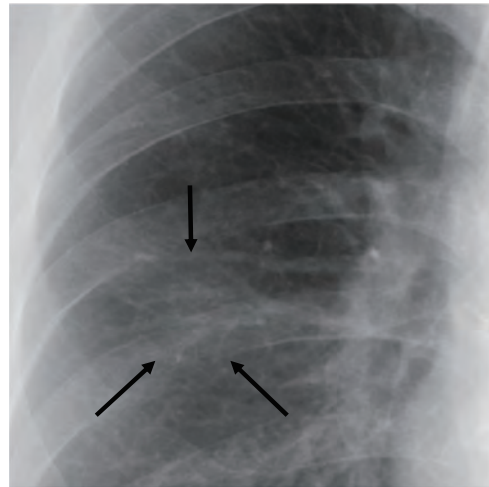
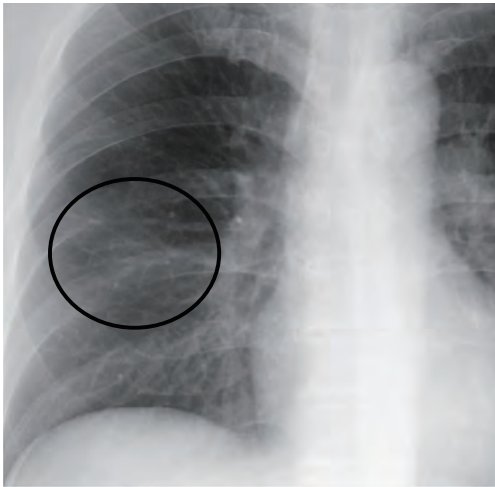
筆者:あたりまえだのクラシックカー. ヒントに, 3年半前, 2016年秋の検診X線をみせよう.



2016年10月撮影 胸部X線:立位A→P(検診時)

レジデントX:ひょっとして, 所見はここですか?

今回のX線の病変部の拡大



筆者:お, 来たね, 来たね. では診断は?

レジデントX:ちょっと待って下さいよ, この
薄い影だけで診断が分かるのですか?

筆者:だから, もっと重要なヒントを出した
らう?

レジデントX:???え~っと. 3年半まえの
検診のX線……. 3年半前, 3年半前
……. 3年半前が2016年10月……. という
ことは, ひょっとして今回のX線は2020年
3月, 4月!!!

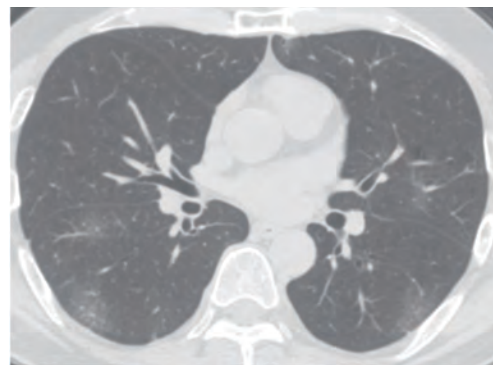
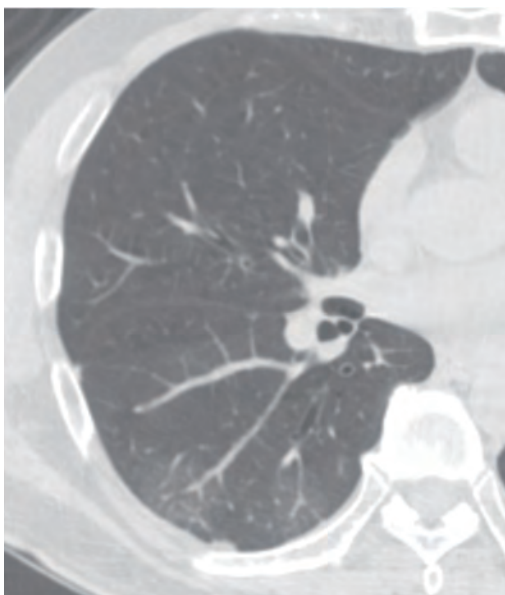
筆者:そう, この3月. やっと辿り着いたね.

ということは?

レジデントX:COVID-19肺炎?

筆者:正解. PCR陽性. 同日のCTをみせよう.

CTでは左肺にも怪しくも奇妙な分布のす
りガラス影が散在していて, それを知った
うえで胸部X線をみるとごくわずかな所見
があるのがわかる(見える)のだが, 印刷紙
面上では認識困難であると思う. 見えなく
ても気にせずともよい. 薄い所見は臨床現
場で体感してもらうしかない. 座学は役に
立たんよ.



CT

この患者さん、数歳年上の兄と80歳代の母親と同居している。ご本人は上腹部不快感を主訴としてクリニックを受診し、胸腹部のCT撮影で肺野に所見があったため、兄と母親をクリニックに呼んで、胸部X線とCTを撮影した。兄には咳症状があり、CTではわずかに右肺に異常所見があった(PCR陽性)。母親は無症状であった(PCR陰性、CT上も所見なし)。

ちなみに、一般的に、肺炎であるにもかかわらず、呼吸器症状なく、腹痛が主訴となることもある。胸部X線を撮影してみてびっくりとか、腹痛精査の腹部CTで、一部写っている下肺野に肺炎所見が、なんてこともまれではない。マイコプラズマ肺炎では腹痛や下痢症状を含め、全身症状が出やすいことはよく知られている。



イベルメクチンでぶっ飛ばす

高久史磨

公益社団法人地域医療振興協会 会長



新型コロナウイルスに関する 新たな情報

新型コロナウイルスに関する情報がテレビ、新聞などに溢れているが、それでも私にとって新しいと思われる外国のニュースがいくつか目についたので紹介したい。

最初のニュースは喫煙者が新型コロナウイルスに感染するとより重症になるということが、2020年5月15日のHealth Dayに「COVID-19 Is More Severe in Smokers」と題し報道されているので紹介したい。

この研究を行ったのはUniversity of California, San Francisco (UCSF)の研究者で、アメリカ、中国、韓国の研究者が報告した19の論文をまとめたもので、対象患者は11,600人に達し、喫煙者は6%であった。その中で経過中COVID-19の症状が悪化したのは喫煙者で29.8%、非喫煙者は17.6%であり、また病状が進行した場合、喫煙者の方が急速に重症化し、死亡率も高いことが認められている。なお、この結果はNicotine & Tobacco Researchの5月13日号で報告されている。喫煙が上気道系を障害し、かつ免疫反応を抑えることが知られているので、喫煙者のCOVID-19の予後が悪いのは当然であろう。

わが国ではCOVID-19に対して3密を避けることが強調されているが、喫煙もその中に入れば今回のコロナ禍を禁煙の促進に利用することができ、まさしく「禍を転じて福と為す」と言えるであろう。

次に「匂い」について、2020年5月14日のHealth Dayに「Smell Diminishes by Day 3 of COVID-19, Study Says」の題で報道されているので紹介する。

この研究を行ったのはUniversity of Cincinnati College of MedicineのDr. Ahmad Sedaghatである。Dr. Sedaghatらは103名のスイス人患者を対象に検索し、その中の61%が「匂い」の感覚の減少あるいは消失を認め、この症状は発病3～4日目に認められること、この「匂い」の異常は若年者、女性により高頻度で起こること、さらに「匂い」の喪失の重症度とCOVID-19の重症度とが相関することを見出し、Otolaryngology-Head and Neck Surgery誌に報告している。

従来抗ウイルス剤は疾患の初期に投与するとより有効なことが知られているが、同じようなことがCOVID-19患者に対するremdesivirの投与に際しても言えるならば、「匂い」の欠乏がremdesivir投与の良い指標となるであろうと上記の研究者たちは述べている。

3つ目に新生児の新型コロナウイルス感染に関する報道が2020年5月15日のHealth Dayに「Newborn May Have Contracted Coronavirus in the Womb: Report」と題し報告されているので紹介したい。この研究を行ったのはToronto's Mount Sinai HospitalのDr. Prakesh Shahで、その結果は2020年5月14日にCanadian Medical Association Journalに掲載されている。

COVID-19に罹患した母親が、妊娠36週目に帝王切開で男児を出産。この新生児は新型コロナウイルスに感染していたが、COVID-19の症状はなく健康であった。しかしこの症例は新型コロナウイルスの母親-胎児感染が起こることを示す有力な証拠であるとDr. Shahらは述べている。

このことをさらに裏付けする事実として、母親の胎盤にウイルス感染に該当する炎症を認めたことを挙げ、このような症例は稀ではあるが、新型コロナウイルス感染の母親の出産に関係する医療者はこの可能性を常に考慮しておくべきであるとDr. Shahは述べている。

最後に小児のCOVID-19では消化器症状が最初の症状である場合があることが2020年5月12日のHealth Dayに「Stomach Ills May Signal COVID-19 in Kids, Study Says」として報道されているので紹介したい。報告したのは中国のTongji Hospital in WuhanのDr. Wenbin Liで、その結果は2020年5月12日のJournal Frontiers in Pediatricsに報告されている。

5人の小児のCOVID-19症例中4人が消化器症状を主訴として入院した。肺細胞の新型コロナウイルスに対するレセプターが腸管の細胞にも存在しているためではないかとDr. Liは推定している。したがって消化器症状とともに発熱があり、かつCOVID-19の患者に接触した既往のある小児の場合、COVID-19を疑い隔離病棟に入院させるべきだと勧告している。

参考WEBサイト

- 1) <https://www.usnews.com/news/health-news/articles/2020-05-15/covid-19-is-more-severe-in-smokers>
- 2) <https://www.practiceupdate.com/content/meta-analysis-links-smoking-to-covid-19-disease-progression/100672>
- 3) <https://www.webmd.com/lung/news/20200514/smell-diminishes-by-day-3-of-covid-19-study-says#1>
- 4) <https://www.usnews.com/news/health-news/articles/2020-05-15/newborn-may-have-contracted-coronavirus-in-the-womb-report>
- 5) <https://consumer.healthday.com/infectious-disease-information-21/coronavirus-1008/stomach-ills-may-signal-covid-19-in-kids-study-says-757515.html>



島内で新型コロナウイルス 感染症患者が発生しました



利尻島国保中央病院
中田健人

賣豆紀先生ご無沙汰しております。利尻島国保中央病院に異動してから2ヵ月が経ちました。異動後初の交換日記となりますので、まずは利尻島に関して簡単にご紹介させていただきます。

島民は約4,500人、利尻町と利尻富士町の2つからなり島周囲は50km程度、車であれば約1時間で島内1周できます。やはり漁業が盛んで、昆布やホタテ、またこれから夏にかけてはウニがよく採れます。島の中心は山になっており、標高は約1,700mと高く、登山客でも賑わいます。小さい島ですが、海と山の両方を楽しめる場所となっています。

さて、島での医療に関しては急患の島外への搬送などで時には苦慮することもあります。他職員のサポートなどもあり、次第に慣れつつある状況です。また、島医療では特に患者さんとの親密なコミュニケーションの必要性についてもひしひしと感じる今日この頃です。1年という短い期間ではありますが、島民の心に寄り添い、信頼されることで提供できる医療の質も向上することと思います。医者がコロコロと入れ替わる状況で、私にとって当面の目標となるかと日々考えております。

全国的に新型コロナウイルス感染症が流行し、賣豆紀先生におかれましても日々ご対応に追われているかと存じますが、利尻島におきましても4月下旬に立て続けに3人の患者が発生いたしました。一時期



高台から見える夕映え



高台から見える海



病院から見える利尻山

病院としても全面電話診療の対応となりましたが、幸いその後はそれ以上の感染拡大には至っておらず、現在は徐々に元通りになりつつあります。当初、医療物資の不足や、疑わしい患者への対応などに関して病院全体として共通認識を得ることの難しさなど、実際に対応することで再認識させられる場面も多く、一医療従事者として非常に貴重な経験をしたと感じております。

私生活ではこの2ヵ月は自粛気味ではありましたが、島内のドライブはよく行っています。高台からはほぼ360度海が広がり、都会では経験することができない絶景を見ることができ、心洗われる思いがします。また、私はまだ行けていませんが、港では釣りをすることもできます。もう少し暖かくなったら挑戦してみたいと思います。

これから本格的な観光シーズンとなり、島全体に活気が溢れる時期となりますが、今年に関しては新型コロナウイルスの流行に左右される1年になるかと思えます。また、こちらはまだ夜は冷え込み暖房が手放せませんが、そちらは厳しい暑さに見舞われていることかと思えます。賣豆紀先生におかれましても、どうかお身体には気をつけてください。





福井県初の特定ケア看護師の活動

公立丹南病院 特定ケア看護師 木下誠一

丹南病院の医療

私が勤務する公立丹南病院は、福井県嶺北に位置する鯖江市にあります。人口18万人を有する丹南地域の公的中核病院であり、病院の機能と使命は、2次救急の拠点病院、災害時の拠点病院、さらに、へき地医療支援の拠点病院として重要な役割を担っています。また、地域に密着し、医療の継続性が重要との観点から、通所リハビリテーション、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所などの在宅サービス部門の充実にも取り組んでいます。さらに、生活習慣病健診を中心とした予防医学にも力を入れ、病院の基本理念である、保健、医療、福祉の包括的医療を実践しています。

特定ケア看護師になるまでの経緯

私は、もともと大学病院の透析室で、看護師として勤務しておりました。4年前に丹南病院に就職し、配属された透析室で医師不足の現状を目の当たりにしました。常勤の腎臓内科の医師は居らず、内科と泌尿器科の医師が外来診療や救急外来と兼務しながら、透析室を担当するという状況です。常に医師が居る環境で勤務していた自分にとっては、とても不安な環境でした。



ある日、透析患者さんが体調不良を訴え、血圧が保てず透析が継続困難な状態になってしまいました。担当医師に連絡しましたが、救急車対応中で行けない。泌尿器科医師や他の内科医師も診察中に行けない。その状況下で、患者さんの側でケアをしながら医師を待つことしかできない自分の無力さに、悔しい思いをしました。

そういった現状を何とかできないかと悶々とした日々を過ごしている時に、JADECOM-NDC研修を知り、迷わずNDC3期生として参加しました。

福井県で初の特定ケア看護師であり、特定行為研修修了者も診療看護師も居ない環境であったため、筑井菜々子診療看護師さんに来ていただき、当院で2ヵ月間ご指導いただきました。同時に各病棟、外来、コメディカルスタッフに対し、特定ケア看護師についてのプレゼンテーションを行い、周知活動にも取り組みました。

JADECOM-NDC研修を修了後は、自施設で卒後研修として各科をローテートし、医師指導のもと患者さんを一緒に担当しながら、臨床推論や入院から退院までの管理などを学ばせていただきました。各科ローテートごとに、学んだことについて勉強会を開き、看護師とシェアすることで、看護師全体のスキルアップに、僅かながらも貢献できたかなと思っています。また、訪問看護にも同行させていただき、在宅医療における特定ケア看護師の必要性を学びました。

特定ケア看護師としての活動

卒後研修を終え、今年4月から特定ケア看護



師として活動を始めました。COVID-19の感染拡大に伴い、4月はCOVID-19対策チームに所属し、発熱外来や病棟勤務を行っておりました。

5月からは、総合診療科の医師と共に内科病棟と救急外来で活動させていただいております。朝の回診に間に合うように、情報収集や血液データの確認を行い、患者さんのもとに足を運んで状態を確認します。回診時、医師に状態をプレゼンし、アドバイスを受けながら補液の調整や検査オーダー、カルテ記入などを行います。また、他科の医師からのPICC挿入や気管カニューレの交換などの依頼にも、対応させていただいております。救急外来では、医師と共にファーストタッチに関わらせてもらい、エコーの実施や動脈血採血を行うこともあります。

しかし、特定ケア看護師の1番の役割は、医師と看護師の隙間を埋めることだと考えております。患者さんに対する懸念へ早期に介入し、身体所見などから病態を把握し医師につなげる。タイムリーに介入し、悪化を防ぐことで患者さんにとってのメリットにもつながります。そのためには、看護師から相談しやすい環境を整えることも活動の一つと考えています。日々コミュニケーションをとり、採血ができない・ルートがとれないなどの依頼にもフットワーク軽く対応して、相談の敷居を低く保つように心

掛けております。

今後の課題

初の特定ケア看護師であり、まだ周囲の認知度にバラツキがあるのが現状です。そのため、活動を通して多くの患者さんやスタッフに正しく知っていただくことが課題の一つと考えております。研修期間を含め1年が経過した今でも、「看護師の業務ではない」「特定行為は看護なのか」「ミニドクター」などという声を耳にすることがあります。看護師の業務は、療養上のお世話と診療の補助であり、特定ケア看護師の業務もその範囲内です。つまり、全て「看護」です。理解していただくには、活動を継続することが必要で、地道に実績を積んでいこうと思っています。

もう一つの課題は、特定ケア看護師の人員を増やすことです。今後間違いなく、ニーズは高まっていきます。集中治療領域、一般病棟、在宅医療など活躍の場が広がれば、1人ではまず対応できないので、1人/年ずつ育成していくことを目標にしています。今以上に、地域に密着した医療の継続が図れるよう頑張っていきたいと思います。そしていつか、特定ケア看護師の存在が全ての人の安心材料になればと思っています。

地域医療型後期研修

2020.5.18

台東区立台東病院の魅力を紹介

2020年5月現在(執筆当時),新型コロナウイルス感染症の流行に伴い緊急事態宣言が出てから早1ヵ月が経ち,日本国内での新規感染者の報告は次第に少なくなってきています.こちらをお読みになっている頃には緊急事態宣言が解除され,もしかすると感染拡大の第2波が来ている地域もあるかもしれません.全国の最前線で戦う皆様に敬意を抱きつつ,どうか一刻も早くこの惨禍が過ぎ去ってくれるようお願いしています.

私はというと,今春4,5月に控えていたオレゴン健康科学大学での家庭医療研修を,コロナ騒ぎの一方で今か今かと待ち望んでいたにもかかわらず,案の定渡航先の米国でも新型コロナウイルス感染症が流行したため延期となってしまいました.そのため,元々スズメとしての私のホームではあるものの,後期研修2年目の後半にして漸く初めて足を踏み入れ半年間を過ごした台東区立台東病院に2ヵ月残留させていただくこととなりました(いろいろな意味で新型コロナウイルスが憎い).残留の間に,新型コロナウイルスのPCR検査のお手伝いできたのは貴重な経験です.



プロフィール

- 2016年3月 弘前大学卒業
- 2016年4月 黒部市民病院(初期研修)
- 2018年4月 地域医療のスズメ
台東プログラム(総合診療専門医研修)
- 2020年4月 地域医療のスズメ
家庭医フェローコース(プライマリ・ケア学会 新家庭医療専門医研修)

さて,今私が働いている台東区立台東病院は,下町・浅草の近くに位置しており,急性期から回復期・看取りまで対応できるケアミックス型病院として機能しています.訪れる患者さんは人情に厚く親しみやすい下町出身の方々が多いため,患者としてではなく1人の人間としての交流がとても楽しめる病院です.「ずっとこのまちで暮らし続けたい」を応援するため,高齢者医療を中心としてこの下町で地域医療を展開しています.

白状すると私こそが田舎者ゆえ,はじめは台東区も「どうせどこに行っても大都会」というイメージだったのですが,いざ訪れてみるとその印象はガラリと変わり,病院周辺は歴史溢れる“都会の田舎”という認識になってしまいました.…病院から南東の浅草は言うまでもありません,雷門,芸者,ハラキリ(?),むしろそれどころで

はないのです！病院のすぐ裏で歴史ある「酉の市」なんて行事が三日三晩催され、人でごった返してしまい病院に救急車が入れず、一方この行事の象徴である「おとりさま」の付近では名物の熊手がたくさん買われていき、その度に鳴る三三七拍子が一晩中止まらない…(一体この地域には何が起きているんだ)。そのおとりさまから北東のエリアは、古くは江戸の頃の吉原遊郭を起源とした風俗街が並んでおり、昼間だと言うのにキャッチの人が待ち構えています(正直昼間からは怖い)。さらにもう少し進むと、昭和の時代に東京のインフラ整備や建設ラッシュを支えたとされる日雇い労働の人々が暮らしている特徴的な「ドヤ街」：山谷地区もあり、特に結核が多く見られるスポットになっています(結核健診専門の先生をして「これだから飽きないんだよ」と言わしめた実情)。…なんて個性的な“田舎”なんではないでしょうか！

この“都会の田舎”に暮らす人々の来歴には、それぞれの地域柄が各人にしっかり特徴的に現れていて、それゆえ定期外来でも病棟でも、いつも日々新鮮な刺激がたくさん得られてとても面白い環境です。時折

チャレンジングな複雑困難摩訶不思議症例とも出会いますが、それはそれで地域の実情として受け止めながらも、それこそ家庭医としての力の見せどころにもなり、やりがいが大きく感じ

られる現場です。既に方々に声をかけていますが、とても帰って来たいと思ういい環境だと思います。

私は今後、東京都と岐阜県の研修施設を中心に総合診療専門医・家庭医療専門医となるべくトレーニングを積んでいくこととなりますが、戻って来られるのは約2年後以降…。戻のならさらに力をつけてから帰って来よう、と決意新たに、6月から向かう次の新天地へ飛び立とうと思います。



酉の市の日に、リハの一環として患者さんも連れて行きます。



PF勉強会の様子。気兼ねなく話し合える雰囲気の良い医局です。



山谷地区の結核健診で、ピンピンした人が実は活動性結核、なんてことは日常茶飯事。