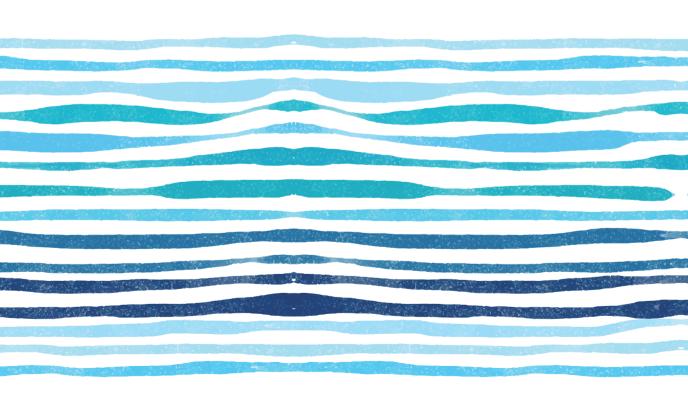


Vol.1 No.2

Journal of Japanese Association for Home Care Medicine





Journal of Japanese Association for Home Care Medicine

論 文

●原著
特養の看護責任者が認識している施設病院間連携の困難と課題:
終末期と診断された入所者の終末期医療・ケア決定プロセスに焦点を当てて
柿田尚子・會田信子・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
●原著
在宅復帰を目指す高齢患者の摂食・嚥下機能の回復への看護援助に関する研究
- 地域包括ケア病棟に勤務する看護師を対象とした調査から -
前川一恵・他 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
●原著
「臓器・領域内科専門医」の「総合診療医」に対する理解度と
「総合診療医」へのキャリア転向時における「在宅医療研修の必要性」の認識との関連性
木村琢磨・他 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18
●原著
小児在宅医療患者の入院実態調査
島﨑亮司 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
●症例報告
ケタミン使用中の終末期がん患者が病院から在宅へ移行できた 2 症例
渡邉淳子・他 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 35

特養の看護責任者が認識している施設病院間連携の 困難と課題:終末期と診断された入所者の 終末期医療・ケア決定プロセスに焦点を当てて

柿田尚子1). 會田信子2)

要旨

指定介護老人福祉施設/特別養護老人ホーム(以下、特養)の入所者が医療機関に入院し終末期と診断された場合の終末期医療・ケア方針決定のプロセスにおいて、特養の看護責任者が認識している施設病院間連携に伴う困難と課題を明らかにした。全国特養の看護責任者 354 名を分析対象とし、2014 年に郵送質問紙法で実施した。提携病院よりも非提携病院に対して困難・課題と感じる割合が有意に多く、困難では医療処置困難(45.5%)や担当医連携(43.8%)などの順だった。課題では特養理解の差(79.7%)と医療依存度の弊害(71.8%)が8割近くを占め、医療機関に特養の実状を理解してもらう取り組みの必要性が示唆された。

キーワード:指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム),終末期ケア(人生の最終段階におけるケア),入院,看護, 医療介護連携

Difficulties and Challenges for Collaboration Between Long-Term Care Facilities and Hospitals as Perceived by Nursing Managers at special elderly nursing home:

Focus on the End-of-Life Medical Treatment and Care Decision-Making Process for Residents Given a Terminal Diagnosis

Naoko Kakita¹⁾, Nobuko Aida²⁾

Abstract:

In the process of determining policies for end-of-life medical treatment and care for cases in which residents of designated facilities covered by public aid providing long-term care to the elderly / special elderly nursing homes (hereinafter, "nursing homes") are given a terminal diagnosis after hospitalization at a medical institution, this study clarified the difficulties and challenges associated with collaborations between long-term care facilities and hospitals, as perceived by nursing managers at nursing homes. In 2014, a questionnaire was mailed to 354 nursing managers at nursing homes across Japan. The percentage of respondents perceiving difficulties and challenges towards non-affiliated hospitals was

著者連絡先:学校法人 研伸学園 一宮研伸大学

〒491-0063 愛知県一宮市常願通5丁目4番1

電話: (0586) 28-8110 FAX: (0586) 25-2800 e-mail: n.kakita.t@ikc.ac.jp

¹⁾ 学校法人 研伸学園 一宮研伸大学, 2) 国立大学法人信州大学学術研究院医学保健学域保健学系 大学院医学系研究科保健学 専攻 生涯保健学分野 老年保健学領域 医学部保健学科看護学専攻 成人·老年看護学領域(老年看護学)

¹⁾ Ichinomiya Kenshin College of Nursing, ²⁾ Institute of Health Science, School of Medicine and Health Sciences, Shinshu University Department of Geriatric Health Sciences, Lifespan Health Sciences Division, Shinshu University Graduate School of Medicine Division of Nursing, School of Health Sciences

significantly larger than those towards affiliated hospitals. In terms of difficulties, concerns about medical treatment (45.5%) were most common, followed closely by cooperation with attending physicians (43.8%). In terms of challenges, differences in understanding of nursing homes (79.7%) and the adverse effects of medical dependency (71.8%) each accounted for almost 80% of responses, suggesting the need for initiatives at medical institutions to encourage an understanding of the realities of nursing homes.

Key Words: Designated facility covered by public aid providing long-term care to the elderly (special elderly nursing homes), end-of-life care (care at the final stages of life), hospitalization, nursing, collaboration between medical and long-term care services

はじめに

家族構成の変化や介護力の低下などから、指定介護老人福祉施設/特別養護老人ホーム(以下、特養)で最期を迎える人の社会的需要はますます高まり、死亡の場所別にみた構成割合では、1995年の1.5%から2010年には3.5%10に微増している。こうした社会的需要を受けて、2006年の介護報酬改定で、特養の医療体制の質向上と尊厳ある終末期ケアの具現化を目指して「看取り介護加算」が開始され、2018年度までに2回の加算要求を含めた見直しが行われてきた^{2)、3)}、施設内での看取りが評価されてきた背景から、特養の看取り介護加算算定日数は2006年からの約10年間で10倍に増加した⁴⁾、

また、『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン~人工的水分・栄養補給の導入を中心として~』 5) や『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』 6) などのガイドラインも整備される中、臨死期の看取りケアから死亡確認まで、特養が実質的な死亡場所となる「特養内死亡」の割合は 47.4% との報告がされている 7). その一方で、特養の死亡退所内訳のうち特養入所者が医療機関に入院し「終末期」と診断された状況下の入院中死亡は 29.0% と特養内死亡の次に多い. このことから、医療・ケア方針の決定を含めた特養と医療機関との連携は非常に重要であると考えられた.

特養の看護職として従事する研究者自身も、 年々増加する看取り件数とそれに伴う医療機関と の連携において、種々の困難を経験してきた.ま た看取り介護加算算定の有無によって施設の方針 が異なる経験から、看取り介護加算算定別で対峙 する困難が異なるのではないかと考えられた.し かし先行調査では、特養での実践を振り返り、病院との協働体制の必要性を指摘しているにとどまった論文が散見されるのみで^{9)、10)、11)}、特養が医療機関と連携をとっていく時に、そこで働く看護職が認識する具体的な困難や課題については明らかにされていない。

そこで今回は、「特養入所者が医療機関に入院 し終末期と診断された状況下」に焦点をしぼり、 特養でのケアに直接・全面的に関与している看護 責任者が認識している施設病院間連携に伴う困難 と課題を看取り介護加算算定別に明らかにしたの で報告する.

目的

特養入所者が医療機関に入院し終末期と診断された場合の終末期医療・ケア方針決定のプロセスにおいて、特養の看護責任者が認識している施設病院間連携に伴う困難と課題を看取り介護加算算定別に明らかにした。

用語の操作的定義

終末期:症状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止ができなくなり、近い将来の死が不可避となった状態。

看護責任者:国内の特養で常勤職員として働く 看護職で,以下のいずれかに該当する者とする.1) 看護部門の責任者もしくは副責任者の役職にある 者,2)施設長の役割に就き実質的に看護部門を 把握している者,3)看護部門の内情を把握し責 任者的な役割を担っている者.

方法

表1 対象者 354 名の個人特性と組織特性の概要

引人特性				組織特性			
役職				所在地			
看護部門の責任者	271	76.6	%	北海道	11	3.1	(
看護部門の副責任者	22	6.2	%	東北地方	37	10.5	
看護職で施設長	25	7.1	%	関東地方	94	26.5	
看護部門の責任者に準ずる者 [†]	36	10.1	%	中部地方	80	22.6	
性別(女性)				近畿地方	47	13.3	
	327	92.4	%	中国地方	28	7.9	
年齢				四国地方	12	3.4	
39歳未満	37	10.5	%	九州•沖縄地方	45	12.7	
40-49歳未満	92	26.0	%	設置主体			
50-59歳未満	175	49.4	%	社会福祉法人	340	96.0	
60歳以上	50	14.1	%	組合	7	2.0	
現在の特養での勤続年数				市町村	6	1.7	
3年未満	58	16.4	%	広域連合	0	0.0	
3-7年未満	105	29.7	%	その他	1	0.3	
7年以上	190	53.6	%	定床数			
無回答	1	0.3	%	49床未満	10	2.8	
看護職としての経験年数				50-99床未満	247	69.8	
5年未満	18	5.1	%	100床以上	97	27.4	
5-10年未満	29	8.2	%	開設年			
10-20年未満	100	28.2	%	1990年代まで	186	52.5	
20年以上	207	58.5	%	2000-2005年	86	24.3	
医療機関・施設の就労経験【複数回	答】			2006年以降	74	20.9	
病院・診療所(入院機能あり)	326	92.1	%	無回答	8	2.3	
特養	200	56.5	%	配置医体制【複数回答】			
医院・クリニック(外来のみ)	99	28.0	%	嘱託医	337	95.2	
老健	53	15.0	%	主治医	46	13.0	
デイサービス	52	14.7	%	常勤医	8	2.3	
医療療養病床	37	10.5	%	その他	4	1.1	
訪問看護	36	10.2	%	看護職員の夜間体制			
デイケア	23	6.5	%	オンコール	323	91.2	
グループホーム	15	4.2	%	夜間体制なし	19	5.4	
介護療養病床	10	2.8	%	夜間勤務	11	3.1	
その他	37	10.5	%	オンコールと夜間勤務	1	0.3	
看取り(経験有)	311	87.9	%	常勤・非常勤の有資格者がいない	施設割合【複	数回答】	1
看取り経験数(回)[n=285] [‡]				精神保健福祉士	267	75.4	
平均值土標準偏差		30.5 ± 4	1.2	社会福祉士	44	12.4	
中央値		20	0.0	准看護師	23	6.5	
最頻値		10	0.0	看護師	14	4.0	
最小値-最大値		1-3	300	医師	8	2.3	
				介護福祉士	1	0.3	
				栄養士または管理栄養士	0	0.0	
				介護支援専門員	0	0.0	

特養(指定介護老人福祉施設 / 特別養護老人ホーム), 老健(介護老人保健施設), デイサービス(通所介護), デイケア(通所リハビリテーション), グループホーム(認知症対応型共同生活介護)

医療機関・施設の就労経験【複数回答】

[†]施設内では正式な役職ではないが、看護部門の内情を把握し、責任者的な役割を担っている者. 詳細は、本文の「特養看護責任者」の操作的定義を参照のこと.

^{*}特養で看取りの「経験有り」と回答した 311 名中,看取り経験数(回)の記載がなかった無回答者 26 名を除外した 285 名(91.6%)の結果を示した.

1) 対象

対象は、独立行政法人福祉医療機構 WAM-NET (2012年9月公開) の全国の特養 6,627 施設から、比例標本抽出した 2,000 施設の看護責任者であった。分析対象は、表1に示すごとく、調査に協力の得られた 354 名とした (回収率 20.0%、有効回答率 88.5%)、<表1>

2)調查方法

郵送による無記名自記式質問紙法で2014年1 月から3月に実施した. 質問内容は, 個人特性7項目, 組織特性7項目, 施設方針3項目, 特養の看護責任者が認識している特養と病院の連携に伴う困難と課題18項目,自由記載の計68項目であった.

連携上の困難・課題は、特養の看護責任者7名 を対象とした事前調査(2013年実施)による半 構造化面接の内容から独自に作成した. 逐語録に したインタビューの困難と課題の内容を文章単位 で色分けし、個々の文章単位について40字程度 に要約した後 (コード化), それらの類似・相違 性からカテゴリを作成した。困難・課題ともに、 コード内容を反映するカテゴリの名称は『施設内 体制』『病院・施設間連携』『病院スタッフの認識』 として、9項目ずつの質問を作成した(質問の詳 細は図1と図2を参照). 選択肢は4件法のリッ カード尺度(全く困難/課題と感じない.あまり 困難/課題と感じない、やや困難/課題と感じる. とても困難/課題と感じる)とし、質問項目の困 難・課題を経験したことがない場合は「経験なし」 にチェックするよう依頼した.

3) 分析方法

全変数に対して記述統計を実施した.看取り介護加算算定別の組織特性と施設方針の比較,および特養の提携・非提携病院別の割合比較は, χ 2 検定 (Fisher の正確確率検定)を行い Cramer の連関係数 (クラメール V)を算出した.また看取り介護加算算定別の困難と課題の平均値の3群比較は,「経験なし」以外の4件法の合計点を算出して,一元配置分散分析とボンフェロー二による多重比較で行った.これらは統計ソフトIBM SPSS Statistics 19.0vで行い,有意水準は5%とした.

4) 倫理的配慮

対象への調査依頼は説明文書で行い、参加・拒否に対する自由意思を尊重する手続きを取った. 事前調査および本調査ともに、名古屋大学大学院 医学系研究科生命倫理委員会にて承認を得た(承認番号 12-157, 13-155).

結果

表 2 は、看取り介護加算算定別における組織特性と施設方針の概要を示した。看取り介護加算算定(3 群)の割合は、算定群 59.6%(211 名)、看取り非算定群 18.6%(66 名)、非算定群 21.8%(77 名)であった。看取り介護加算算定別の χ^2 検定では、「夜間体制なし」は非算定群 10.4%、「看護師がいない」は看取り非算定群 9.1%、非算定群 7.8% で、「看取り介護計画書を作成していない」は看取り非算定群 62.1%、非算定群 80.5% で、いずれも算定群よりも有意に多かった。また特養入所者の入院時に病院と中心的に情報交換する看護職員は、全体で 38.7% であった。<表 2 >

図1は、特養入所者が終末期と診断された場合の施設病院間連携における看護責任者の困難感の得点割合を示した。全項目において有意差が確認され、提携病院と非提携病院の連関係数で最も高い項目は「情報提供」0.412で、最も低い項目は「終末期カンファレンス」0.265で、提携病院よりも非提携病院に対して困難と感じる(とても困難~やや困難と感じる)割合が多かった。対象が非提携病院に対して困難と感じる項目は、多い順に、「医療処置困難」45.5%、「担当医連携」43.8%、「体制の理解」43.5%であった。また非提携病院との終末期カンファレンスで「経験なし」と回答したのは39.8%であった。<図1>

図2は、特養入所者が終末期と診断された場合の施設病院間連携において看護責任者が課題と感じる得点割合を示した、対象が課題と感じる(とても~やや課題と感じる)割合は、多い順に「特養理解の差」79.7%、「医療依存度の弊害」71.8%、「方針従順」68.4%、「再入院の可能性」67.5%、などであった。<図2>

表3は、特養入所者が終末期と診断された場合 の施設病院間連携における看護責任者の困難感と

表 2 看取り介護加算算定の有無別において有意差が確認された組織特性と施設方針の概要 (n=354)

	_	È体			ž.	 重取り介	護加算算	定				
	3	E144		算:	定群	看取り	非算定郡	詳ま	 算定群	p値	χ ² 値	クラメ
	(n=	354)		(n=	211)	(r	=66)		(n=77)			
組織特性												
看護職員の夜間体制												
オンコール	323	91.2	%	<u>199</u>	94.3	60	90.9	% <u>6</u>	<u>4</u> <u>83.1</u> % 7			
夜間勤務	11	3.1	%	7	3.3	% 0	0.0	%	4 5.2 %	0.012	16.390	0.152
オンコールと夜間勤務	1	0.3	%	0	0.0	6 0	0.0	%	1 1.3 %	0.012	10.390	0.132
夜間体制なし	19	5.4	%	<u>5</u>	2.4	6	9.1	%	<u>8</u> <u>10.4</u> %			
有資格者の施設割合												
看護師がいる	340	96.0	%	<u>209</u>	99.1	60	90.9	% 7	1 92.2 % 7	0.002	12.591	0.100
いない	14	4.0	%	2	0.9	% <u>6</u>	<u>9.1</u>	%	<u>6</u> <u>7.8</u> % J	0.002	12.331	0.103
施設方針												
看取り介護												
看取り介護計画書は作成	えしている	か										
作成している	247	69.8	%	<u>207</u>	98.1	% 2 5	37.9	% 1	7 % 19.5	< 0.0001	204.486	0.760
作成していない	107	30.2	%	4	1.9	% <u>41</u>	<u>62.1</u>	% <u>6</u> 2	<u>80.5</u> %	₹ 0.0001	204.400	0.760
特養入所者の入院時												
病院と情報交換をする中	心的職種	は誰か	١									
生活相談員	162	45.8	%	97	46.0	% 21	31.8	% <u>4</u>	<u>4</u> <u>57.1</u> % ገ			
看護職員	137	38.7	%	75	35.5	% <u>33</u>	50.0	% 2	9 37.7 %			
介護支援専門員	33	9.3	%	22	10.4	% 7	10.6	%	4 5.2 %	0.045	18.662	0.162
その他	4	1.1	%	4	1.9	% 0	0.0	%	0 0.0 %	0.043	10.002	0.102
中心的職種なし	2	0.6	%	2	0.9	6 0	0.0	%	0 0.0 %			
無回答	16	4.5	%	11	5.2	5	7.6	%	<u>o</u> <u>0.0</u> % []]			
特養入所者の退院時												
退院時の医療依存度によ	より受け入	、れ制限	をし	ているか								
制限している	341	96.3	%	203	96.2	64	97.0	% 7	4 96.1 % 7	0.953	0.096	
制限していない	13	3.7	%	8	3.8	% 2	3.0	%	3 3.9 %	0.503	0.090	_

 χ^2 検定(Fisher の正確確率検定)、クラメール V(Cramer の連関係数)、数値・二重下線(調整済み標準化残差が+2.0 以上のセル)、数値・下線(調整済み標準化残差が-2.0 以下のセル)

課題と感じるカテゴリ別の平均値比較を示した. 困難感では3群間で有意差はなかった.しかし課題と感じるカテゴリでは,『施設内体制』と『病院スタッフの認識』で有意差が確認され,いずれにおいても非算定群,看取り非算定群,算定群の順に高かった. <表3>

考察

調査結果から、看取りを実施していても加算算

定をしない看取り非算定群が約2割みられた.これは,「看取り介護計画書を作成していない」「夜間体制なし」「看護師が在職していない」と回答した割合が算定群より多かったことから,看取りの算定要件¹²⁾が充足していないことが要因と考えられた.この背景として深刻な人手不足¹³⁾が考えられるが,医療依存度の高い入所者の増加に伴う対応困難な状況においても,看取りを行わざるを得ない実態把握と看取り介護加算の要件を満

^{*}看取り介護加算を算定しているグループを<算定群> (全対象 354 名に対する割合 60.0%), 算定していないが看取りはしているグループを<看取り非算定群> (同 18.6%), 看取りも算定もしていないグループを<非算定群> (同 21.8%) とした.

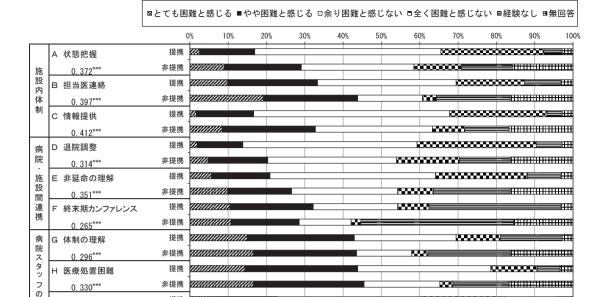


図 1 特養入所者が終末期と診断された場合の施設提携・非提携病院[†]間連携において、対象者が「看護職として 困難と感じる| [‡]程度のカテゴリ比較 (n=354)

χ2 検定 (Fisher の正確確率検定), クラメール V (Cramer の連関係数), ***p <.001

mm.

提携

- *図内のA~Iの「看護職として困難と感じる」内容は、独自に作成した3カテゴリ9項目で、下記の質問を省略して表記した。
 - A 病院に行って入所者の状態を把握すること
 - B 病院の担当医と連絡を取ること

I 特養の看取り

0 304***

認識

- C 病院から入所者の状態に関する情報を提供してもらうこと
- D 病院スタッフと入所者の退院日を調整すること
- E 入所者が延命医療を望んでいない場合、病院の担当者にそのことを理解してもらうこと
- F 本人・家族の意向を尊重した終末期カンファレンスを、病院スタッフと実施すること
- G 病院スタッフに、特養の人員配置について理解してもらうこと
- H 病院スタッフに、特養の医療処置の受け入れ制限について理解してもらうこと
- I 特養で看取り介護をしている実情を理解してもらうこと

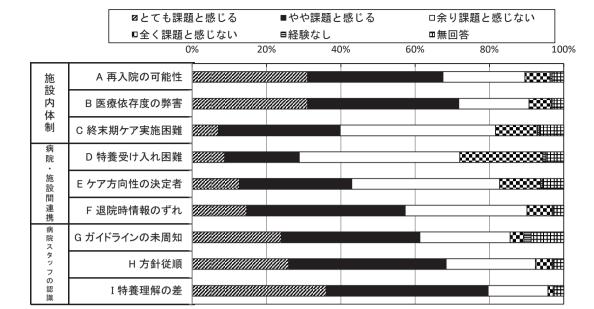
たす環境を整備していく必要性が考えられた.

カテゴリの『施設内体制』では、提携病院よりも非提携病院に対して「情報提供」の項目でより困難を感じており、さらに、特養入所者の入院時に病院と中心的に情報交換する看護職員が全体の4割未満で、約7割の対象が「再入院の可能性」を課題と感じていたことから、非提携病院に入院している高齢者の状態把握がより困難となることが示唆された。また看取り介護加算算定群が非算定群よりも課題と感じる平均値が低かったことか

ら、看取りケアに必要なケア環境を整えていくことの重要性が示唆された。特に非提携病院に入院した高齢者に対しては、特養の看護職員が中心となって、入院中の特養入所者の医療依存度の状態を把握しながら、看取りケアに必要な施設内体制を整備していく必要が考えられた。

カテゴリの『病院・施設間連携』では、特養入所者が医療機関に入院し、終末期と診断された場合の終末期カンファレンスの「経験がない」と回答した対象は約3~4割であった。これは病院と

^{*}ここでの「提携病院」とは、施設と病院との取り決めで提携している協力病院とし、それ以外の病院を「非提携病院」とした。



†図内のA~Iの「看護職として課題と感じる」内容は、独自に作成した3カテゴリ9項目で、下記の質問を省略して表記した。

- A 入院中の治療が特養で実施できないために、病状が悪化して再入院となることがある.
- B 医療依存度の程度により、退院後特養への受け入れが不可能となる場合がある.
- C 特養の施設方針として入所者の入院期間を制限しているため本人・家族の意向を尊重した〈終末期ケア〉の 実施が困難な場合がある.
- D 病院スタッフと家族のみの退院日決定により、特養への受け入れが困難になることがある.
- E 病院スタッフが家族・親族の意向のみで、入所者の〈終末期ケア〉の方向性を決めてしまうことがある.
- F 病院スタッフが提供した入所者の退院時情報が、事実と異なっていることがある.
- G 「高齢者ケアの意志決定プロセスに関するガイドライン:人工的水分・栄養補給の導入を中心として」(社団法人日本老年医学会 2012) が病院スタッフに周知されていない.
- H 特養の状況の如何に関わらず、入院した病院の考え方・方針に従わざるをえないことがある.
- I 個々の病院スタッフにより特養についての理解に差がある.

の終末期カンファレンスが行われていないか、あるいは行われていても特養の看護職員が関与していない、関与できない状況にある可能性が示唆された。また対象の約6割が「退院時情報のずれ」を課題に感じていたことからも、特養入所者の情報共有に関して、特養の看護責任者は病院に対して何らかのジレンマを抱いている状況が伺われた。先行調査でも、病院との連携強化を必要と感じている特養の看護職員は約7割と報告されている特人の連携の困難さの実態が示唆されたが、今後も終末期の状態で、特養から医療機関に高齢者が搬送される可能性を鑑

みると、医療機関の終末期カンファレンスに特養 スタッフが参加できるようにしていくことが、連 携強化の最初のステップとして必要ではないかと 考える.

カテゴリの『病院スタッフの認識』の困難感では、特養の医療処置の受け入れ制限について理解してもらうこと(医療処置困難)が、課題では、入院先の考え方・方針に従わざるを得ないこと(方針従順)が最も多かった。本結果より、特養の看護責任者は、病院スタッフに特養の方針やマンパワー不足等の実情を理解してもらうことを期待する一方で、病院に従わざるを得ないという

表3 特養入所者が終末期と診断された場合の施設病院間連携において、対象者「看護職として困難と感じる」もしくは「課題と感じる」カテゴリごとの看取り介護加算算定別†の比較(平均値±標準偏差)

			看護職として	「困難」もしく	は「課題」と感	^{残じるカテゴリ}			
		施設	内体制	病院•施	設間連携	病院スタ	ッフの認識	合	計
「困難」と感じる(n=115) [‡]									
提携病院に対して									
算定群	(n=71)	6.17 ±	1.90	6.31 ±	2.01	6.99 ±	2.37	19.46 ±	5.45
看取り非算定群	(n=21)	$5.67 \pm$	1.98	6.24 ±	1.79	7.14 ±	2.35	19.05 ±	5.46
非算定群	(n=23)	6.00 ±	2.65	7.04 ±	2.53	7.96 ±	2.70	21.00 ±	7.45
	p値	.6220		.3058		.2537		.4780	
非提携病院に対して									
算定群	(n=71)	7.45 ±	1.89	7.30 ±	2.10	8.01 ±	2.32	22.76 ±	5.62
看取り非算定群	(n=21)	8.05 ±	2.31	7.67 ±	1.91	8.38 ±	1.77	24.10 ±	5.04
非算定群	(n=23)	7.96 ±	2.70	7.91 ±	2.33	8.52 ±	2.39	24.39 ±	6.79
	p値	.4108		.4378		.5824		.4022	
「課題」と感じる(n=304) §									
算定群	(n=185)	8.05 ±	2.03	7.27 ±	1.96	8.81 ±	1.85	24.12 ±	4.81
看取り非算定群	(n=58)	8.24 ±	1.83 **	7.00 ±	1.86	9.31 ±	1.92 *	24.55 ±	4.88 **
非算定群	(n=61)	9.03 ±	2.02	7.79 ±	2.24	9.61 ±	1.90	26.43 ±	5.18
	p値	.0040		.0868		.0087		.0067	

一元配置分散分析とボンフェロー二による多重比較 (3 群比較) *p<0.05, **p<0.01

看護職として困難と感じる3つのカテゴリの質問は、【施設内体制】は《状態把握》《担当医連絡》《情報提供》、【病院・施設問連携】は《退院調整》《非延命の理解》《終末期カンファレンス》、【病院スタッフの認識】は《体制の理解》《医療処置困難》《特養の看取り》の3項目ずつ(計9項目)からなる.質問の選択肢は4件法のリッカート尺度(全く困難と感じない,あまり困難と感じない,やや困難と感じる、とした.質問項目の困難を経験したことがない場合は「経験なし」とし、「経験なし」以外の4件法の合計点を算出した.

*対象から「経験なし」もしくは「無回答」が1項目以上の者を除外した304名(85.9%)を分析対象とした. 看護職として課題と感じる3つのカテゴリの質問は、【施設内体制】は《再入院の可能性》《医療依存度の弊害》《終末期ケア 実施困難》、【病院・施設問連携】は《特養受け入れ困難》《ケア方向性の決定者》《退院時情報のずれ》、【病院スタッフの認識】は《ガイドラインの未周知》《方針従順》《特養理解の差》の3項目ずつ(計9項目)からなる. 質問の選択肢は4件法のリッカート尺度(全く課題と感じない、あまり課題と感じない、やや課題と感じる、とした. 質問項目の課題を経験したことがない場合は「経験なし」とし、「経験なし」以外の4件法の合計点を算出した.

諦観的認識を有していると考えられた. その意味 で、特養入所者が安心して終末期ケアを受けるた めには、医療機関と介護保険施設で行われる医療 処置実施の相違や、特養の法的人員配置(利用者 100名に対して看護職3名, 医師は1名以上で常勤・非常勤でも可など) に伴う医療機関とのマンパワーの相違など, 特養に対する医療機関スタッフの理解に基づく連携・協働の必要性が示唆され

[†]看取り介護加算を算定しているグループを<算定群>, 算定していないが看取りはしているグループを<看取り非算定群>, 看取りも算定もしていないグループを<非算定群>とした.

^{*}対象から「経験なし」もしくは「無回答」が1項目以上の者を除外した115名(32.5%)を分析対象とした. 困難感に対しては提携病院(施設と病院との取り決めで提携している協力病院)と非提携病院(提携病院以外)について質問した.

たといえる.

本研究の限界

本研究は、特養の看護責任者が認識している困難と課題を明らかにしているのみで、実際に派生している看取り介護の課題を明らかにしたものではない、従って、今後は、特養の施設方針・体制や病院との関係性を踏まえた実態調査が必要と考える。

铭檍

本調査にご協力いただいた特養の施設長,看 護責任者の皆さまに心より感謝申し上げます.な お本論文は,2014年度名古屋大学大学院医学系 研究科の修士論文の第二調査の結果の一部を抜粋 して.加筆修正したものである.

文献

- 厚生労働省:人口動態統計.死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移. 検索日 2018/11/17.
 - https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/dl/s03.pdf
- 厚生労働省:平成21年度介護報酬改定の概要. 検索日2020/4/8,
 - www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/fukusijinzai.../04.pdf
- 厚生労働省: 平成30年度介護報酬改定の概要. 検索日2020/4/8,
 - https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000196991.pdf
- 4) 厚生労働省: 社保審一介護給付費分科会 第 143回(H29. 7.19) 参考資料2.

検索日 2020/4/8.

- https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000171814.pdf
- 5) 社団法人 日本老年医学会:高齢者ケアの意思 決定プロセスに関するガイドライン人工的水分・ 栄養補給の導入を中心として.

検索日 2013/3/15.

- https://jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf
- 6) 厚生労働省:人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. 検索日 2020/4/8.

https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappy-

- ou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf
- 7) 池崎澄江, 池上直己:特別養護老人ホームにおける特養内死亡の推移と関連要因の分析, 厚生の指標, 59 (1):14-20, 2012.
- 8) 厚生労働省:介護老人福祉施設(参考資料)平成27年度介護報酬改定の効果検証および調査研究に係る調査(平成28年度調査)介護老人福祉施設における医療的ケアの現状についての調査研究事業,検索日2020/4/8,
 - https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000171814.pdf
- 9) 島田千穂, 高橋龍太郎: 高齢者介護施設における看取りの実態と課題: 医療体制の強化に焦点を 当 て て, Geriatric Medicine,50 (12), 1419-1422,2012.
- 10) 島田千穂, 堀内ふき, 鶴若麻里:特別養護老人 ホームにおける看取りケア実施状況と関連要因, 老年社会科学, 34(4), 500 - 509, 2013.
- 11) 山田亮二,中川潤一,池澤智明:特別養護老人ホームにおけるターミナルケア地域病院と特養ホームとの連携,日赤医学,59(1),178,2007.
- 12) 厚生労働省:中重度の在宅要介護者や居宅系サービス利用者,特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応.

検索日 2020/4/8.

https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000- Roukenkyoku/0000196991. pdf

13) 公益財団法人介護労働安定センター: 平成 29 年度 介護労働実態調査結果について, 介護労働者の就業実態と就業意識調査.

検索日 2018/11/17.

- http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/h29_chousa_kekka.pdf
- 14) 日本看護協会:平成24年度高齢者ケア施設で働く看護職員の実態調査.

検索日 2013/3/15,

http://www.nurse.or.jp/

在宅復帰を目指す高齢患者の摂食・嚥下機能の 回復への看護援助に関する研究 - 地域包括ケア病棟に勤務する看護師を 対象とした調査から -

前川一恵1). 桑田惠子2). 星山佳治1)

要旨

- [目的] 在宅復帰を目指す高齢患者の摂食・嚥下機能の回復への看護援助の内容を明らかにする.
- [方法] 地域包括ケア病棟に勤務する看護師 130 名を対象に, 摂食・嚥下機能の回復への援助 4 因子 43 項目に加えて, 在宅 復帰に向ける食事への援助 3 因子 20 項目で構成した自記式質問紙調査を実施した.
- [結果] 摂食・嚥下機能の回復への援助項目で実施割合が最も高かったものは、「患者の覚醒状況の観察」(95.0%) であった。在宅復帰に向ける食事への援助項目では、「入院前の認知機能の情報収集」(90.0%) であったが、【 患者・家族への食事指導 】は50%以下が4項目あった、実施割合が低い項目は、食具に関する援助項目と、作業療法士への相談、食前の唾液腺マッサージや口腔内のアイスマッサージであった。
- [考察] 患者の摂食・嚥下機能の回復を目指しては、食具への知識や、作業療法士との連携を増やす必要が示唆された、また、 高齢者が退院後も摂食・嚥下機能を維持していくためには、患者・家族指導の実施割合を高める必要が考えられた。

キーワード: 在宅復帰支援, 摂食・嚥下機能, 援助内容, 高齢者

Implementation Status of Home Care Nursing for Recovery of Eating and Swallowing Functions in Elderly Patients: Survey of Nurses on Integrated Community Care Wards

Kazue Maekawa¹⁾, Keiko Kuwata²⁾, Yoshiharu Hoshiyama¹⁾

Abstract:

Purpose: This study was performed to clarify the implementation status of home care nursing for recovery of eating and swallowing function in elderly patients.

著者連絡先:神奈川歯科大学短期大学部 看護学科

〒238-8580 神奈川県横須賀市稲岡町82番地

電話番号:046-822-8774 FAX:046-822-8787 メールアドレス:k.maekawa@kdu.ac.jp

¹⁾ 神奈川歯科大学短期大学部 看護学科, 2) 姫路大学大学院 看護学研究科 博士後期課程 (論文採択時(2019年10月) は上記の所属であったが, 現在(2020年4月) は前川一恵:神奈川歯科大学短期大学部 看護学科, 姫路大学大学院 看護学研究科 博士後期課程, 星山佳治:元 昭和大学医学部, と所属が変更となっている.)

¹⁾ Department of Nursing, Kanagawa Dental University Junior College

²⁾ Graduate School of Nursing Science Himeji University, Doctor of Nursing program

Methods: A questionnaire survey comprised of seven factors broken down into 63 items was distributed to 130 nurses on integrated community care wards. Of these seven factors, four were broken down into 43 items regarding assistance with eating, and three factors were broken down into 20 items regarding home care nursing.

Results: The items with the highest scores for assistance with eating were "observing the patients' waking status" (95.0%). The item with the highest score for home care nursing was "gathering information regarding cognitive function before hospitalization" (90.0%). However, there were four items less than 50% among "dietary guidance for patients and their families". The items with the lowest scores were "assistance items for food tools," "consultation with an occupational therapist", "salivary gland massage before meals", and "ice massage in the oral cavity before meals".

Discussion: Collecting information regarding food tools and increasing collaboration with occupational therapists were considered necessary to restore patients' eating and swallowing functions. There is a need for more opportunities for nurses to give discharge guidance to elderly patients and their families.

Key Words: home care nursing, eating and swallowing function, implementation status, elderly

はじめに

日本の老年人口は、2018年6月に28.0%まで増加し高齢化が加速している¹⁾.また、2018年8月の65歳以上の要介護(要支援)認定者数は6,398,131人となり²⁾,地域には支援を必要とする高齢者が増えている。Buurmanらは、高齢者の退院後の生活を追跡調査し、有病率と1年生存率には生活機能低下(IADL・ADL 障害)が影響要因であることを明らかにした³⁾.そこで、前川らは2014年に地域に密着した病床として創設された地域包括ケア病棟の看護師を対象に、在宅療養支援に関する看護実践の調査を行った。その結果、看護師らは生活機能に対する援助を高い割合で実施し、その中でも「食事動作の自立への援助」を最も高い割合で実施していた⁴⁾.

食事に対する看護援助の先行研究において,食事の援助方法や⁵⁾,食事時のポジショニングに対する認識や行動について報告されているが⁶⁾,在宅復帰を目指す具体的な看護援助の内容については示されていないため,本研究で調査を行った.

目的

在宅復帰を目指す高齢患者の摂食・嚥下機能の 回復への看護援助の内容を明らかにする.

方法

1. 研究対象者

本研究に先立ち,統計データ(2017年8月に厚生労働省と総務省統計局および医療経済研究機構

が、インターネット上で公開しているアクセス可能な統計データ)から、在宅医療資源の充足度を地区ごとに調査したが、在宅療養者(居宅サービス利用者とする)を、各在宅医療資源(診療所・訪問看護ステーション・地域包括ケア病棟とする)で除した AHR: Average number of Home care Recipients(以下、AHR とする)を指標とし、AHR が小さい値ほど受け入れる在宅療養者数が少なく、指標の良さを示している。在宅医療資源が3つ共に全国平均よりも指標の良かったのは9地区であった(表1)、指標の良い地区の中から中部地方にあり、40 床以上の地域包括ケア病棟(以下、包括病棟とする)に勤務する看護師130 名を対象とした。

2. 調查内容

- 研究対象者の属性は,年齢,職位,臨床経験 年数を尋ねた.
- 2) 摂食・嚥下機能が回復した患者の概要:質問 内容は、「食事動作に介助が必要な高齢の患 者の中で、あなたが行った(行っている)援 助によって摂食・嚥下機能が回復した(して いる)患者1名を想定して回答下さい」と成 功事例に限定し尋ねた. 尋ねた患者の概要は、 患者年齢、主たる疾患名、介護度、麻痺の有 無、認知機能の有無(有り=認知症高齢者の 日常生活自立度 II 以上)、水分摂取時の嚥下 機能、食物摂取時の嚥下機能、BMI(18.5以 上もしくは未満であるか)、義歯の有無、介

表1 在宅療養者を各在宅医療資源で除した(AHR)の指標の良い9地区

		A	В	С	D		AHR	
AHRの‡	指標の良い地区	在宅療養者数(人)	診療所数	訪問看護ス テーション数	地域包括ケア 病棟のある 病院数	A÷B	A÷C	A÷D
	全国	3 885 446	86 804	10 290	1 960	44.8	377.6	1 982
岩手	盛岡	9 989	224	34	7	44.6	293.8	1 427
石川	金沢	$14\ 697$	330	46	16	44.5	319.5	919
和歌山	和歌山	17 160	411	60	10	41.8	286.0	1 716
岐阜	岐阜	12829	359	58	9	35.7	221.2	1425
奈良	奈良	$13\ 805$	354	40	7	39.0	345.1	1972
兵庫	神戸・姫路 西宮・尼崎	109 157	2 705	296	73	40.4	368.8	1 495
福岡	福岡·北九州 久留米	89 687	2 483	265	75	36.1	338.4	1 196
宮崎	宮崎	$12\ 378$	335	45	7	36.9	275.1	1 768
鹿児島	鹿児島	19 529	524	74	15	37.3	263.9	$1\ 302$

表 2 質問紙作成の手順(因子牛成渦程)

Katz Index:Feeding(食事)	ADL 機能を表す用語の抽出
Katz による概念定義	(大項目)
Index of Independence in Activities of Daily Living 8) (I: Independence, D: dependent) I: gets food from plate or its equivalent into mouth; (precutting of meat and preparation of food, as buttering bread, are excluded from evaluation) D: assistance in act of feeding (see above); does not eat at all or parenteral feeding	自分でお皿から口に食物を運ぶ

護する家族の有無,入院目的,在院日数の12項目について尋ねた.

3) 在宅復帰を目指す摂食・嚥下機能の回復への 看護援助 63 項目

Katz の提唱した ADL Index の中の食事 (feeding) の概念定義 ⁸⁾ を基に,「自分でお皿から口に食物を運ぶ」を抽出し大項目とした (**表 2**). 大項目に対して,既存尺度 ^{9). 10). 11)} と食事援助に関する先行研究の知見 ^{5). 6). 12)} と SNAQ ¹³⁾,看護成果分類 (Nursing Outcomes Classification: NOC) ¹⁴⁾ を参考に,各因子とその下位項目を生成した.

摂食・嚥下機能の回復への看護援助4因子、【食

事動作と関連要因の観察】【食事動作を促す援助】 【誤嚥予防の食事援助】【食事に対する多職種連携】 は,43下位項目で構成した.在宅復帰に向ける食 事への援助3因子、【入院前の食事に関する情報 収集】【患者・家族の食事に対する意向の把握】【患 者・家族への食事指導】は,20下位項目で構成し た.質問項目の得点はリッカート法とし、「1:全 くしていない、2:ほとんどしていない、3:あま りしていない、4:時々している、5:たいていし ている、6:常にしている」の6段階評価とした.

4. データ収集および分析方法

2018年9~10月に、本研究への同意が得られ

表 3 研究協力者の概要

n = 80

		n	%
年齢	20歳代	27	33.8
	30歳代	27	33.8
	40歳以上	26	32.5
職位	スタッフ	68	85
	管理者	11	13.8
	無回答	1	1.3
臨床経驗	倹年数		
	1~2年	17	21.3
	3 ~ 5年	10	12.5
	6年以上	52	65.0
	無回答	1	1.3

た病院の看護部長に質問紙を渡し、看護部長から包括病棟の看護師に配布してもらった。回答後の質問紙は封筒に入れて、施錠のある専用のBOXに入れてもらい、研究依頼後3週間の間隔を置き研究者がBOXを回収した。分析方法は、記述統計による単純集計を行った。

5. 倫理的配慮

研究対象者に,研究の趣旨,協力の任意性,結果公表時の匿名性を保証することを研究内容説明書に記載した.回答をもって研究への同意とみなした.本研究は,横浜創英大学研究倫理審査会(承認番号 30-006, 承認日 2018 年 8 月 1 日)の承認を受けた.

結果

4病院にある6つの地域包括ケア病棟に勤務する130名に質問紙を配布し,そのうち,85名の質問紙を回収(回収率65.4%),有効回答80名(有効回答率94.1%)を分析対象とした.

1. 研究協力者の概要 (表3)

研究協力者の年齢は30歳以上が53名(66.3%),臨床経験年数も6年以上が52名(65.0%)とベテラン看護師が過半数を占めた.

2. 摂食・嚥下機能が回復した患者の概要 (**表 4**) 患者の年齢は,75歳以上が68名(85.1%),認 知機能は認知症高齢者の日常生活自立度 II 以上が 65名(81.3%).BMI=18.5未満が50名(62.5%). 水分の嚥下機能低下ありが49名(61.3%),食物の嚥下機能低下ありが50名(62.5%),在院日数は30日以上が61名(76.3%)であった.

3. 在宅復帰を目指す高齢患者の摂食・嚥下機能 の回復への看護援助の内容

質問項目に対する回答の5(たいていしている) と6(常にしている)の回答割合の和が,50%以上の項目を実施割合が高いとみなした.本研究の63項目中47項目において実施割合が50%以上の高い結果であった.

1) 摂食・嚥下機能の回復への看護援助 (表 5)

【食事動作と関連要因の観察】で90%を超えた項目は,「患者の覚醒状況を観察した」76名(95.0%),「患者の食欲を観察した」73名(91.4%)であった.

【患者の食事動作を促す援助】では,「患者が食べやすいように食事時の体位を工夫した」の72名(90.1%)であった.

【誤嚥予防の食事援助】では、「患者がむせた場合には食事を休む | 72 名 (90.0%) であった.

一方で、実施割合の低かった項目は、「食事前の 嚥下体操をした」22名 (27.6%)、「食前の唾液腺 マッサージ」12名 (15.1%)、【食事に関する多職 種連携】の、「食べやすい食具を作業療法士と相 談」27名 (33.8%) であった.

2) 在宅復帰に向ける食事の援助(表 6)

入院前の情報収集で90%を超えた項目は,「入院前の認知機能の情報収集」72名(90.0%)の1項目であった.【患者・家族への食事指導】は約50%の実施であった.

実施割合の低い項目は、「入院前の食具の情報 収集」37名(46.3%)、「患者が食べやすい食具の 説明|35名(43.8%)であった。

考察

本研究の対象である看護師は、患者の覚醒を最も高い割合で確認していた。この結果は、高齢者は入院に伴う環境の変化を1つの要因として昼夜逆転が起きやすく、日中傾眠傾向になる場合があるためであると考えられる。また、認知機能に低

n=80

表 4-2 患者の状態

n=80

		**	0/
年齢	65~74歳	8	10.0
十四	65~74歳 75~84歳	33	$10.0 \\ 41.3$
	85歳以上	35	43.8
	無回答	35 4	45.6 5.0
主たる疾		4	0.0
土にる疾	_	20	40.0
	脳血管 整形外科	32	40.0
		11	13.8
	心疾患	4	5.0
	呼吸器	17	21.3
	難病	1	1.3
	その他	13	16.3
A ====================================	無回答	2	2.5
介護度			
	要支援1.2	4	5.0
	要介護1	2	2.5
	要介護2	16	20.0
	要介護3	21	26.3
	要介護4	15	18.8
	要介護5	8	10.0
	無回答	14	17.5
麻痺の状	態		
	麻痺あり	24	30.0
	麻痺なし	52	65.0
	無回答	4	5.0
認知機能			
	低下なし	9	11.3
	Ⅱ*以上	65	81.3
	無回答	6	7.5
水分の嚥		-	
74.54	低下なし	29	36.3
	低下あり	49	61.3
	無回答	2	2.5
食物の嚥		_	
2017	低下なし	28	35
	低下あり	50	62.5
	無回答	2	2.5
BMI	WE 1	2	2.0
21111	18.5未満	50	62.5
	18.5以上	27	33.8
	無回答	3	3.8
義歯	WELLE.	J	0.0
秋四	あり	49	61.3
	なし	29	36.3
	無回答	29	2.5
. 37 (無凹合		۵.ن

^{*}認知症高齢者の日常生活自立度

下があり栄養不良状態の高齢患者に対して,看護師らは様々な援助を提供し,摂食・嚥下機能を回復することができた.【誤嚥予防の食事援助】では,嚥下時に咽頭挙上したかの確認や,頸部が前屈位になるように小枕で調整するなど専門的な援

8
8
5
5
3
3
3
8
3
3

助を 70% 以上で実施していた.しかし,食事前の 嚥下体操(発声,口腔の運動)や唾液腺マッサージ,口腔内のアイスマッサージは 30% 以下の低い実施状況であった.これらの実施割合が低い要因として,ST によって食事前にリハビリテーションが提供されていた可能性が考えられる.しかし,摂食・嚥下機能には舌機能の維持が重要であると報告されているため ¹⁵⁾.看護師も実施率を上げていく必要があると考える.

多職種連携においては、医師、言語聴覚士(以下、STとする)栄養士との連携割合は高い結果であったが、作業療法士(以下、OTとする)との連携は低い実施割合であった。また入院前の患者が使用していた食具に関する情報収集や、患者が食べやすい食具の説明に対する実施割合も低い結果であった。患者の食事動作を促すためには、食具への知識やOTとの連携を増やしていく必要が示唆された。

回復した患者の在院日数は30日以上が多く,長い日時をかけて専門的な援助を提供できたことも回復できた要因と考えられる.回復した機能の維持のためには,患者や家族に継続的な指導が必要であるが,本研究の調査項目の,【患者・家族への食事指導】は8項目中4項目が50%台,4項目は50%以下の実施状況であり他の項目よりも低い結果であった.高齢者が退院後も摂食・嚥

		していない	n (%)	1 7117		
質問項目	1	2	3	4	している	6	5•6合計
	1 全<	ほとんど	あまり	時々	たいてい	常に	% %
【食事動作と関連要因の観察】							
患者の覚醒状況の観察	0(0)	0(0)	1(1.3)	3(3.8)	18(22.5)	58(72.5)	95.0
患者の食欲の観察	0(0)	1(1.3)	0(0)	6(7.5)	34(42.5)	39(48.9)	91.4
患者の嚥下機能の観察	0(0)	0(0)	1(1.3)	4(5.0)	33(41.3)	39(48.8)	90.1
患者の認知機能の観察	0(0)	1(1.3)	0(0)	8(10.0)	32(40.0)	39(48.9)	88.9
患者が箸やスプーンを使えるかどうかの観察	0(0)	0(0)	1(1.3)	7(8.8)	30(37.5)	40(50.0)	87.5
患者の栄養状態の把握	0(0)	0(0)	7(8.8)	14(17.5)	38(47.5)	19(23.8)	71.3
口腔内が乾燥していないか観察	0(0)	6(7.5)	3(3.8)	14(17.5)	30(37.5)	27(33.8)	71.3
患者の視野や視力の観察	0(0)	3(3.8)	9(11.3)	8(10.0)	34(42.5)	23(28.7)	71.2
内服薬の副作用や睡眠薬の使用状況の把握	0(0)	2(2.5)	0(0)	23(28.7)	29(36.3)	26(32.5)	68.8
義歯が口腔に合っているかの観察	3(3.8)	1(1.3)	6(7.5)	16(20.0)	28(35.0)	22(27.5)	62.5
口唇や舌の動きの観察	1(1.3)	5(6.3)	10(12.5)	19(23.8)	24(30.0)	19(23.8)	53.8
患者は手づかみの方が口に入れやすいのか観察	10(12.5)	6(7.5)	19(23.8)	14(17.5)	14(17.5)	17(21.3)	38.8
食事動作を促す援助】							
患者が食べやすいように食事時の体位の工夫	0(0)	0(0)	1(1.3)	4(5.0)	35(43.8)	37(46.3)	90.1
患者が自力で食べやすいように食器のセッテング	1(1.3)	3(3.8)	2(2.5)	6(7.5)	31(38.8)	34(42.5)	81.3
患者が自力で水分や食事摂取できるような声かけ	0(0)	0(0)	3(3.8)	14(17.5)	33(41.3)	30(37.5)	78.8
患者の目線に合わせて食事の声掛け	0(0)	0(0)	3(3.8)	13(16.3)	34(42.5)	29(36.3)	78.8
患者の肘とテーブルの高さを併せた	1(1.3)	1(1.3)	2(2.5)	12(15.0)	37(46.3)	26(32.5)	78.8
食事時はベッドサイドの椅子や車椅子に移乗	3(3.8)	0(0)	2(2.5)	15(18.8)	34(42.5)	23(28.7)	71.2
義歯がきちんとフィットしているか確認	2(2.5)	1(1.3)	3(3.8)	15(18.8)	33(41.3)	22(27.5)	68.8
食事の時は患者をディルームや食堂へ誘導	8(10.0)	0(0)	6(7.5)	18(22.5)	26(32.5)	21(26.3)	58.8
患者が食物を理解するためにメニューを説明	1(1.3)	2(2.5)	4(5.0)	25(31.3)	29(36.3)	17(21.3)	57.6
患者が食事に集中できるようにテレビを消した	1(1.3)	4(5.0)	18(22.5)	24(30.0)	18(22.5)	12(15.0)	37.5
誤嚥予防の食事援助】							
患者がむせた場合に食事を休む	0(0)	0(0)	0(0)	6(7.5)	24(30.0)	48(60.0)	90.0
患者が誤嚥しないように食事時の体位の工夫	0(0)	0(0)	1(1.3)	4(5.0)	24(30.0)	47(58.8)	88.8
誤嚥予防に水分にとろみを付けた	5(6.3)	0(0)	2(2.5)	2(2.5)	22(27.5)	45(56.3)	83.8
患者の咀嚼時は話しかけない	0(0)	0(0)	5(6.3)	11(13.8)	35(43.8)	29(36.3)	80.1
食物を1口大に切り分けた	3(3.8)	1(1.3)	3(3.8)	10(12.5)	26(32.5)	36(45.0)	77.5
嚥下時に咽頭挙上したかの確認	2(2.5)	2(2.5)	2(2.5)	13(16.3)	34(42.5)	26(32.5)	75.0
頸部が前屈位になるように小枕で調整した	5(6.3)	1(1.3)	3(3.8)	10(12.5)	23(28.7)	35(43.8)	72.5
患者の足底が床に着くようにした	4(5.0)	2(2.5)	6(7.5)	12(15.0)	30(37.5)	25(31.3)	68.8
食事の途中に水分を勧めた	0(0)	3(3.8)	6(7.5)	22(27.5)	28(35.0)	19(23.8)	58.8
食事前に口腔ケアをし保湿した	10(12.5)	5(6.3)	9(11.3)	19(23.8)	17(21.3)	19(23.8)	45.1
患者の足底が床に着かない場合は足台を置いた	15(18.8)	2(2.5)	17(21.3)	7(8.8)	15(18.8)	21(26.3)	45.1
麺類はヌードルカッターで細かく切った	21(26.3)	2(2.5)	15(18.8)	6(7.5)	21(26.3)	11(13.8)	40.1
食事前に嚥下体操(発声、口腔の運動)をした	12(15.0)	6(7.5)	21(26.3)	18(22.5)	15(18.8)	7 (8.8)	27.6
食事前に唾液腺マッサージをした	16(20.0)	10(12.5)	23(28.7)	15(18.8)	9(11.3)	3(3.8)	15.1
食事前に口腔内にアイスマッサージをした	23(28.7)	11(13.8)	18(22.5)	17(21.3)	6(7.5)	4(5.0)	12.5
食事に関する多職種連携】			v.,400000.gog/0515-50		110 Section (1876)	100 -000 000	200000000000000000000000000000000000000
医師の治療方針の確認	0(0)	1(1.3)	4(5.0)	9(11.3)	32(40.0)	30(37.5)	77.5
嚥下機能についてSTの評価の確認	1(1.3)	1(1.3)	4(5.0)	9(11.3)	27(33.8)	34(42.5)	
食事が進む食品やメニューについて栄養士と相談		0(0)	4(5.0)	18(22.5)		20(25.0)	68.8
多職種カンファレンスにて食事介助方法を統一	3(3.8)	2(2.5)	11(13.8)	19(23.8)		17(21.3)	
嚥下に関する検査所見(VF等)を医師に確認	9(11.3)	5(6.3)	12(15.0)	13(16.3)		15(18.8)	
患者が自力で食べやすい食具をOTと相談	5(6.3)	8(10.0)	14(17.5)	22(27.5)		10(12.5)	33.8

			n	(%)			
質問項目		していない	`		している		
貝内供口	1	2	3	4	5	6	5•6合計
	全く	ほとんど	あまり	時々	たいてい	常に	%
【入院前の食事に関する情報収集】							
入院前の患者の認知機能の情報収集	0(0)	0(0)	3(3.8)	5(6.3)	46(57.5)	26(32.5)	90.0
入院前の患者の食事動作の自立度の情報収集	0(0)	1(1.3)	5(6.3)	9(11.3)	40(50.0)	21(26.3)	76.3
入院前に義歯の使用の情報収集	2(2.5)	0(0)	4(5.0)	8(10.0)	32(40.0)	29(36.3)	76.3
入院前の患者の嚥下機能の情報収集	0(0)	1(1.3)	2(2.5)	13(16.3)	33(41.3)	27(33.8)	75.1
入院前の患者の嗜好の情報収集	2(2.5)	5(6.3)	7(8.8)	23(28.7)	32(40.0)	11(13.8)	53.8
入院前の患者の栄養状態の情報収集	0(0)	5(6.3)	14(17.5)	19(23.8)	26(32.5)	12(15.0)	47.5
入院前に患者が使っていた食具の情報収集	5(6.3)	6(7.5)	15(18.8)	17(21.3)	29(36.3)	8(10.0)	46.3
家族から調理の工夫や味付けの情報収集	6(7.5)	7(8.8)	13(16.3)	17(21.3)	26(32.5)	11(13.8)	46.3
【患者・家族の食事に対する意向の把握】							
患者が経口から食事摂取の意志確認	3(3.8)	3(3.8)	9(11.3)	14(17.5)	35(43.8)	14(17.5)	61.3
家族へ患者の経口摂取への希望を確認	3(3.8)	2(2.5)	15(18.8)	9(11.3)	37(46.3)	12(15.0)	61.3
患者が自力摂取したいかの意思確認	3(3.8)	1(1.3)	16(20.0)	17(21.3)	30(37.5)	13(16.3)	53.8
家族へ患者自身での食事摂取の希望を確認	4(5.0)	2(2.5)	14(17.5)	16(20.0)	31(38.8)	13(16.3)	55.1
【患者・家族への食事指導】							
家族に対して水分のとろみの付け方の指導	9(11.3)	6(7.5)	7(8.8)	13(16.3)	29(36.3)	16(20.0)	56.3
家族に対して水分のとろみの固さの指導	8(10.0)	6(7.5)	5(6.3)	16(20.0)	28(35.0)	15(18.8)	53.8
家族に対して栄養補助食品の紹介	8(10.0)	5(6.3)	6(7.5)	19(23.8)	24(30.0)	18(22.5)	52.5
家族に対して食事時の好ましい体位の指導	7(8.8)	6(7.5)	8(10.0)	17(21.3)	24(30.0)	16(20.0)	50.0
患者に対して自力での食事摂取方法の指導	5(6.3)	5(6.3)	9(11.3)	20(25.0)	25(31.3)	14(17.5)	48.8
家族に対して患者が食べやすい食具の説明	7(8.8)	7(8.8)	14(17.5)	17(21.3)	26(32.5)	9(11.3)	43.8
家族に患者の義歯が合っていない場合に	10(12.5)	4(5.0)	8(10.0)	21(26.3)	24(30.0)	11(13.8)	43.8
歯科受診を勧めた							
家族に患者の食事の自力摂取の介助方法の指導	8(10.0)	4(5.0)	13(16.3)	20(25.0)	23(28.7)	11(13.8)	42.5

下機能が低下しないためにも,患者・家族指導の実施割合を高めていく必要が考えられた.

本研究で対象とした包括病棟は,在院日数が60日まで可能なため日時をかけて援助することが可能であったが,急性期病院は在院日数が短縮化しており,高齢者は入院治療によって低下した身体機能を回復できないまま退院になる状況も考えられる.また,高齢者は加齢に伴う身体機能の低下があり,さらに慢性疾患を抱えている場合には,援助を継続して提供する必要がある.そのため,退院後の継続的な援助として,患者と家族以外にも介護支援専門員や訪問看護師等の在宅ケアチームへの引く継ぎも重要となってくる.本研究では,在宅ケアチームへの情報提供等に関する調査項目がなかったため,今後は調査項目を追加して検証していく必要がある.葛谷らは経口摂取困難から経管栄養利用となった在宅療養中の高齢者のコ

ホート調査を行い、退院後の入院・肺炎死亡のリスクが高まることを明らかにした¹⁶.この結果からも、高齢者の在宅療養の継続には、経口摂取が重要であると言えるため、在宅復帰後も継続的な摂食・嚥下機能の維持に向けた援助の提供が必要である。今後はサンプル数を増やし、在宅生活の維持に向けた看護援助についての調査を継続していく予定である。

研究資金

本研究は, 平成30年度 横浜創英大学学内特別研究費の助成を受けて実施した.

文献

1) 総務省統計局:人口推計 - 平成30年11月報 -平成30年11月20日 平成30年6月1日現在(確定値)

- http://www. stat. go. jp/data/jinsui/pdf/201811. pdf (最終閲覧日 2018/11/23)
- 2) 厚生労働省:介護保険事業状況報告(暫定)平成30年8月
 - https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/ jigyo/m18/1808.html(最終閲覧日 2018/11/28)
- 3) Buurman BM, Hoogerduijn JG, Haan RJ, et al: Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: Prevalence and one-year survival and functional decline. PLoS One 6 (11): e26951. 1 7. 2011.
- 4) 前川一恵,谷山牧:都市部にある地域包括ケア 病棟の看護師による在宅療養支援の現状と課題. 日本医療マネジメント学会雑誌18(4):242 -246,2018.
- 5) 田中瞳, 山元由美子: 看護師が実施する「食への援助」を測定する尺度の開発(第1報)調査用紙の開発にむけた調査. Journal of Nursing Research Colloquium of Tokyo Women's Medical University 6(1): 71-79, 2011.
- 6) 原田裕子, 迫田綾子: 食事時のポジショニング に対する看護師の認識と行動の実際. Bulletin of the Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing 17: 37-42, 2017.
- 7) 前川一恵,星山佳治:在宅療養者の緊急入院時 に地域包括ケア病棟は足りているのか - 地域包 括ケア病棟の受け入れ指標による検討 - . 厚生 の指標65(6):11-17,2018.
- 8) Sidney Katz, MD, Amasa B. Ford, MD, et al: Studies of Illness in the Aged The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA 185: 94-99, 1963.
- 9) 千葉由美:ディスチャージプランニングのプロセス評価尺度の開発と有用性の検証.日本看護科学会誌 25 (4):39-51,2005.
- 10) 山岸暁美, 久部洋子, 山田雅子・他:「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」 の開発および信頼性・妥当性の検証. 看護管理 25(3): 248-254, 2015.
- 11) Sakai Shima, Noriko Yamamoto-Mitani, Yukari Takai, et. al: Developing an Instrument to self-evaluate the Discharge Planning of Ward Nurses. Nursing Open 3 (2): 30-40, 2016.
- 12) 下田智子,八幡磨並,山本留美加・他:嚥下障害のある患者に対する食事の見守り 第2報 見守りを構成する看護技術の分析 . 看護総合科学研究会誌14(2):17-28,2013.
- 13) Kruizenga HM, Seidell JC, de Vet HC, et al: Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ).

- Clinical Nutrition 24 (1):75-82, 2005.
- 14) Sue Moorehead, Elizabeth Swanson, Marion Johnson, et al (監訳=黒田裕子): 看護成果分類 (NOC) 原著第6版 成果測定のための指標・測定尺度, エルゼビア・ジャパン, p.127-134, 2018.
- 15) Keiichiro Sagawa, Hiroyasu Furuya, Yuki Ohara, et al: Tongue function is important for masticatory performance in the healthy elderly: a cross-sectional survey of community-dwelling elderly. Journal of Prosthodontic Research 63 (1): 31-34, 2019.
- 16) 葛谷雅文,長谷川潤,榎裕美・他:在宅療養中の 要介護高齢者における栄養摂取方法ならびに食 形態と生命予後・入院リスクとの関連.日本老 年医学会雑誌52(2):170-176,2015.

「臓器・領域内科専門医」の「総合診療医」に対する 理解度と「総合診療医」へのキャリア転向時における 「在宅医療研修の必要性」の認識との関連性

木村琢磨^{1), 2)}, 野村恭子³⁾, 川越正平⁴⁾, 和座一弘⁵⁾, 細田稔⁶⁾, 新森加奈子⁷⁾, 今永光彦⁸⁾

抄録

目的:「臓器・領域内科専門医」の「総合診療医」に対する理解度と「総合診療医」へのキャリア転向時における「在宅医療研修の必要性」の認識との関連性を明らかにする.

方法: 平成 28 年 $1 \sim 4$ 月に「臓器・領域内科専門医」 2.666 名を対象に「総合診療医」へのキャリア転向に関する質問紙票調査を行った。質問紙票には、総合診療医の理解度スケール、在宅医療研修を重視するかについての項目などを含んだ。在宅医療研修を重視するか(重視群 / 非重視群)をアウトカムにロジスティック回帰分析を行なった。

結果: 有効回答は 501 名(回収率 18.7%). 多重ロジスティックモデルで「総合診療医の理解度スケール」と「在宅医療研修を重視する」の間に有意な関連を認めた(調整オッズ 1.06, 95% 信頼区間: 1.03 - 1.08, p< 0.0001).

結論:「臓器・領域内科専門医」の「総合診療医」に対する理解度と「総合診療医」へのキャリア転向時における「在宅医療研修の必要性」の認識が関連していることが示唆された.

キーワード:総合診療医、キャリア転向、臓器・領域内科専門医、在宅医療、研修

Relationship Between the Depth of Understanding of the "Internists Specialized for Organ/Region" About the Characteristics of the "General Practitioner" And Recognition of the Need for Clinical Training at Home Medical Care Setting Before Changing Their Career Direction

Takuma Kimura $^{1).\ 2)}$, Kyoko Nomura $^{3)}$, Shohei Kawagoe $^{4)}$, Kazuhiro Waza $^{5)}$, Tsutomu Hosoda $^{6)}$, Kanako Niimori $^{7)}$, Mitsuhiko Imanaga $^{8)}$

- 1) 埼玉医科大学医学部 総合診療内科、2) HAPPINESS 館クリニック、丸木記念福祉メディカルセンター、
- 3) 秋田大学医学部 衛生学・公衆衛生学講座, 4) あおぞら診療所, 5) わざクリニック, 6) 細田クリニック,
- 7) 宮崎大学医学部 地域医療・総合診療医学, 8) 国立病院機構東埼玉病院 総合診療科
- 1) Department of General Medicine, Saitama Medical University,
- ²⁾ Happiness clinic, Maruki Memorial Medical and Social Welfare Center,
- ³⁾ Department of Public Health, Akita University Graduate School of Medicine, ⁴⁾ Aozora Clinic, ⁵⁾ Waza Clinic,
- ⁶⁾ Hosoda Clinic, ⁷⁾ Department of Community and general medicine, Miyazaki university,
- 8) Department of General medicine, National hospital organization higashisaitama hospital

著者連絡先:木村琢磨

埼玉医科大学医学部 総合診療内科 〒350-0495 埼玉県入間郡毛呂山町 毛呂本郷 38 e-mail:takumak@saitama-med.ac.ip

Abstract

Purpose: This study focuses on "Internists Specialized for Organs/Region". The purpose of this study was to clarify the relationship between their depth of understanding about the characteristics of "General Practitioners" and their recognition of the need for receiving clinical training for home medical care before changing the direction of their careers

Methods: A questionnaire involving 2,666 participants was conducted from January to April 2016. It focused on changes in career direction from internal-medicine physicians specialized for Organs/Region to general practitioners. The questionnaire included a scale for the recognition of the role of general practitioner and how much importance participants placed on home medical care training for "General Practitioners". A logistic regression analysis was conducted on the recognition scale score ("Very important" or "Otherwise").

Results: Valid responses were received from 501 physicians (18.7%). A significant association was observed between the recognition score of "General Practitioner" and the need for clinical training for home medical care based on the multiple logistic regression analysis (adjusted odds ratio: 1.06; 95% confidence interval: 1.03-1.08; p<0.0001).

Conclusion: It was suggested that the majority of "Internists Specialized for Organ/Region" recognize the importance of "General Practitioners". This perspective had a positive correlation to the need for receiving clinical training for home medical care before changing their career direction to "General Practitioner".

Key Words: General Practitioner, change in career direction, Internist Specialized for Organs/Region, home medical care, clinical training

はじめに

近年,在宅医療を担う医師は増加しているが,在宅医療が量と共に質が担保されて推進されるためには,他の臨床領域と同様に医師が研修を受けることが必須である¹⁾.しかし,現状の卒後研修において必修とされているのは初期臨床研修のみであり,同研修に在宅医療は必ずしも含まれていない.そのため,受け皿となる研修体制(プラム,指導医)の充実と共に,「在宅医療を始める医師」が在宅医療は研修するべき臨床領域であること,つまり,「在宅医療研修の必要性」を認識している必要があると考える²⁾.したがって我々は,在宅医療を始める際,一定の質を担保する様な研修を受けることが望ましいという立場である.

「在宅医療を始める医師」は2つに大別されると考えられる。第一に、初期研修を終了し後期研修を行なっている医師である。平成30年度から日本専門医機構による新専門医制度が開始となり、今後、専攻医として基本領域の研修を終了した医師は、そのサブスペシャリティ領域としての在宅医療の後期研修プログラムで研修することが望まれる1)。

第二に、臓器・領域の専門医として大(学)病 院などに勤務していたが、キャリア選択として地 域における小病院・診療所などへ異動し、在宅医 療を担う医師である. 在宅医療には様々な診療科 を背景とした形態があり得. その間口は広いが. 現状の我が国における医師のライフサイクルとし て、例えば、「臓器・領域の内科専門医」として 勤務していた医師が、開業などを契機に地域の小 病院・診療所でかかりつけ医や「総合診療医」的 な機能を求められ、在宅医療を始めることが今後 ますます増加すると考えられる 3),4). これは. 「臓 器・領域内科専門医」が「総合診療医」へキャリ ア転向し、その役割の一つとして在宅医療を担っ ていると言える3).「総合診療医」が必ずしも在 宅医療を行うわけではないが、新専門医制度にお いて"総合診療専門医"が創設され、他の領域か ら「総合診療医」への移行についての議論の必要 性が言われている5. 今後,「臓器・領域の内科 専門医」として勤務している医師が「総合診療医」 ヘキャリア転向し、在宅医療を始める可能性があ る.

しかし現状では、将来、「臓器・領域の内科専門医」として勤務している医師が「総合診療医」

へキャリア転向する際に、「在宅医療研修の必要性」を認識しているか否かは不明である. いくら在宅医療の研修プログラムが優れていても、学習者である「臓器・領域の内科専門医」に研修を受ける意向がなければ、絵に描いた餅となってしまう. 我々が行った「病院勤務の臓器・領域の専門医資格を有する内科系医師」の「総合診療医」へのキャリア転向に関連する質的研究では、在宅医療を含む研修を受ける意向が探索された.

我々の仮説は、「臓器・領域内科専門医」のうち「総合診療医」に対して理解している医師は、理解していない医師と比べて、「総合診療医」へキャリア転向する際に「在宅医療研修の必要性」を認識しているというものである。「臓器・領域内科専門医」の「総合診療医」の理解度と「在宅医療研修の必要性」の認識との関連が明らかになれば、研修を受ける学習者の背景を踏まえた在宅医療の研修プログラムを構築や、「在宅医療研修の必要性」を啓発する上で有用である²⁾.

そこで、「臓器・領域内科専門医」の「総合診療医」 の理解度と、「総合診療医」へキャリア転向する 際の「在宅医療研修の必要性」の認識との関連を 明らかにすることを目的とした調査を行った.

方法

対象

新専門医制度が平成29年4月から開始予定とされていた平成28年1~4月に、内科系の臓器・領域の専門医保持者2,666名を対象とした「総合診療医」へのキャリア転向に関する質問紙票による無記名調査を郵送法で行った。対象者は、日本内科学会関連学会13学会のうち専門医名簿が公表されている11学会(日本循環器学会、日本腎臓学会、日本呼吸器学会、日本血液学会、日本神経学会、日本アレルギー学会、日本リウマチ学会、日本感染症学会、日本糖尿病学会、日本老年医学会、日本肝臓学会)の専門医、各学会20名毎に1名を無作為抽出しエントリーした。

調查項目

調査票は、「在宅医療研修をどの位重視するか」、

「総合診療専門医の特徴」,回答者の基本特性,および他の研究のための質問項目を含む9頁29の質問項目から成る.質問項目は本研究の先行研究である質的研究と先行研究^{4).6).7)}を参考に研究者間で協議し作成した.本研究において分析に用いた項目は以下の通りである.

1) 在宅医療研修をどの位重視するか

本研究のメインアウトカムである「在宅医療研修をどの位重視しているか」を測定する目的で、「総合診療医の研修において全研修期間を100%として、在宅医療の研修をどの位重視するか(□%/100%)」と数字の記載を求めて尋ねた。

2)「総合診療医の特徴 | (表 1)

総合診療医に対する理解度を測定する目的で、「総合診療専門医の特徴」16項目について、「新たな専門医として総合診療専門医を定義する際に、次のそれぞれの項目は他の専門医と比べて、どの位、総合診療専門医の特徴であると思いますか?」と尋ね、「非常にそう思う」「そう思う」「どちらとも言えない」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」の五段階から一つを選択してもらった。16項目は、本研究の先行研究である質的研究、日本プライマリ・ケア連合学会による「新たな専門医制度導入にあたっての当学会の活動方針について」、先行研究 40.60.70.80 を参考に研究者間で協議し作成した。

3)回答者の基本特性

年齢,性別,婚姻状況(未婚,既婚),子供の有無,勤務先(診療所か病院かの二者択一),週当たり労働時間(12時間以下,12時間~41時間,42時間~59時間,60時間以上),勤務形態(非常勤か常勤かの二者択一),当直の有無を尋ねた

倫理的配慮

本研究の実施に際し、筆頭著者の前任地である 北里大学医学部倫理審査委員会の承認を得た(審 査番号: B15 - 118). 質問紙票の表紙に、調査 概要と目的、個人情報保護、データの匿名性、問 い合わせ先、「回答されたくない質問には、回答 されなくてもかまいません」「アンケートにお答 えされたことを持って本調査にご同意頂いたとさ

表1 「"総合診療専門医"の特徴」:16項目(5段階)

- 1) 一人の患者へ継続的に長く関わること
- 2) 患者のみならず、家族へも関わること
- 3)「地理的」に近く足を運びやすいこと
- 4)時間外や夜間も、かかりやすいこと
- 5) 心理的に、気軽に利用することができること
- 6) 日常的な訴えや問題について、性別や年齢にとらわれることなく診療を行うこと
- 7) 日常的な訴えや問題について、臓器にとらわれることなく診療を行うこと
- 8) ワクチン接種など、疾病の生じる前の段階に予防的な取り組みを行うこと
- 9) 認知症や後遺症など日常的な障害がある場合も、リハビリテーションや生活援助など、よりよく 生活するための介入を行うこと "
- 10) チーム医療・多職種連携を展開すること
- 11) 他の診療所・病院と連携すること
- 12) 様々な制度、施設などの社会資源を適宜バランスよく用いること
- 13) 地域住民と協力して地域の医療に取り組んでいくこと
- 14) 患者に十分な説明を行い意思疎通を行うこと
- 15) 医療内容の質の維持、見直しを行うこと
- 16) 生涯教育や後進の育成を行うこと

せていただきます」と記載した. そして, 質問紙票の返信で同意が得られたものとした.

分析

解析対象は、本研究のメインアウトカムである「在宅医療研修をどの位重視するか」および、「総合診療専門医の特徴」16項目の全てに回答している場合とした。

1) 在宅医療研修をどの位重視するか

「在宅医療研修をどの位重視するか(%)」については、中央値で二値化し、在宅医療研修を「重視群」と「非重視群」に分類し、解析に用いた.

2) 対象者の背景

回答者の基本特性について,在宅医療研修を「重 視群」「非重視群」の郡別に比較検定した.

3)「総合診療専門医の特徴」のスコア化

五段階で尋ねた「総合診療専門医の特徴」16項目を、各々1-5点までのリッカート尺度でスコア化した(「総合診療医に対する理解度スコア」). そして、スコア化した 16項目を合算し「総合診療医に対する理解度スケール」を作成した(80満点で、得点が高い程、総合診療医について理解していると解釈). 内的一貫性を検証するため、クロンバック α 係数を算出した.

4)「総合診療医に対する理解度スコア」の群別 比較

「総合診療医に対する理解度スコア」16項目の各々を、在宅医療研修を「重視群」「非重視群」の群別に比較検定した。

5)「在宅医療研修を重視する医師の背景モデル」 の作成

年齢, 性別, 婚姻状況, 子供の有無, 勤務

表2 対象者の特性

			研修を重視群), 81.0%)		所修を非重視群 , 19.0%)	
		N	%	N	%	p値
性別						0.501
	女性	96	27.43	20	23.81	
	男性	254	72.57	64	76.19	
年齢,平均±標準	偏差	50.2	± 10.1	54.3	± 10.8	
婚姻状況						0.372
	未婚	38	10.11	6	6.98	
	既婚	338	89.89	80	93.02	
子供						0.351
	無	63	16.89	11	12.79	
	有	310	83.11	75	87.21	
勤務先						0.358
	診療所	91	25.07	26	29.89	
	病院	272	74.93	61	70.11	
週当たり労働時間						0.45
	<12	105	27.63	21	23.6	
	12 - 41	95	25	22	24.72	
	42 - 59	74	19.47	24	26.97	
	60 -	106	27.89	22	24.72	
勤務形態						0.18
	非常勤	24	6.35	9	10.47	
	常勤	354	93.65	77	89.53	
当直						0.122
	無	201	53.6	54	62.79	
	有	174	46.4	32	37.21	

先,週当たりの労働時間,勤務形態,当直の有無から成る,および「総合診療医に対する理解度スケール」から成る「在宅医療研修を重視する医師の背景モデル」を作成した。同モデルは、本研究の先行研究である質的研究と先行研究を参考に研究者間で協議して作成した^{4),6),7)}.

そして、在宅医療研修を「重視する」あるいは、「重視しない」をアウトカムとし、「在宅医療研修を重視する医師の背景モデル」を説明変数として、ロジスティック回帰分析を行なった.

6)統計手法

分析は、カテゴリー変数に対する検定にはフィッシャーの直接確率検定またはカイ二乗検定を、連続変数に対する検定にはStudent's ttestを用い、有意水準は5%とした.

ロジスティック回帰分析は、単変量モデルと多変量ロジスティックモデル(stepwise 法)による解析を行い、調整オッズ比、95%信頼区間、p値を算出した。両側検定で、有意水準は5%とし、統計パッケージはSAS Ver.9.4 を使用した.

結果

表3 「総合診療専門医の特徴」に対する理解度(在宅医療の研修を非重視/重視の群別比較)

			視群 0, 81.0%)		重視群), 19.0%)	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	p 値
1) -	一人の患者へ継続的に長く関わる	3.89	1.03	3.25	1.11	<.0001
2) 系	患者のみならず、家族へも関わる	3.82	1.04	3.38	1.03	0.0003
3) [地理的」に近く足を運びやすい	3.97	0.94	3.41	0.98	<.0001
4)	時間外や夜間も、かかりやすい	3.27	1.15	2.84	1.05	0.0014
5) d	心理的に、気軽に利用することができる	3.92	0.96	3.45	1.06	<.0001
- / -	日常的な訴えや問題について性別や年齢にかかわら ず診療を行う	3.97	0.93	3.62	0.98	0.0019
	日常的な訴えや問題について臓器にとらわれること なく診療を行う	4.15	0.81	3.8	0.86	0.0003
- /	ワクチン接種など疾病の生じる前の段階に予防的な 取り組みを行う	3.89	0.88	3.2	1.1	<.0001
)	認知症や後遺症など日常的な障害がある場合も、リ ハビリテーションや生活援助など、よりよく生活す るための介入を行う	3.97	0.87	3.19	0.99	<.0001
10)	チーム医療・多職種連携を展開する	3.9	0.98	3.43	1.09	<.0001
11) 1	也の診療所・病院と連携する	4.08	0.89	3.69	1	0.0003
	様々な制度、施設などの社会資源を適宜バランスよ く用いる	4.03	0.85	3.51	0.98	<.0001
13) ‡	地域住民と協力して地域の医療に取り組んでいく	4.07	0.81	3.31	1	<.0001
14) 点	患者に十分な説明を行い意思疎通を行う	3.91	1.03	3.49	1.15	0.0009
15)	医療内容の質の維持、見直しを行う	3.69	1.09	3.36	1.11	0.009
16) 💆	生涯教育や後進の育成を行う	3.64	1.11	3.26	1.13	0.0037
総合言	診療医に対する理解度スケール	62.2	11.4	54.4	12.4	>0.0001

クロンバックα =0.950

有効回答 501 名(回収率 18.7%)であった。回答者のうち、「在宅医療研修をどの位重視するか」および、「総合診療医の特徴」16 項目の全てに回答した 469 名を解析対象とした。

1) 在宅医療研修をどの位重視するか 「重視群」は380名(81.0%),「非重視群」は89名(19.0%)であった.

2)対象者の背景 (表 2)

年齢(平均 ± 標準偏差)は,在宅医療研修の「重 視群」で50.2 ± 10.1歳,「非重視群」で54.3 ± 10.8歳であり,「重視群」は「非重視群」に比べ 統計学的に有意に若かった(p<0.002).

性別,婚姻状況の有無,子供の有無,勤務先, 週当たり労働時間,勤務形態,当直の有無は,在

表4 「在宅医療の研修を重視」へのオッズ比

			単変量モデル			多変量モデル	
		調整 オッズ比	95% 信頼区間	p 値	調整 オッズ比	95% 信頼区間	p値
性別							
	女性(versus 男性)	1.15	(0.65-2.03)	0.632	-	-	-
年齢 (歳)		0.96	(0.94-0.98)	0.0008	0.96	(0.93-0.99)	0.0021
婚姻状況					-	-	-
	未婚(versus 既婚)	1.43	(0.58-3.51)	0.437			
子供					-	-	-
	子供有(versus 無)	0.8	(0.40-1.61)	0.534			
勤務先					-	-	-
	病院(versus 診療所)	1.28	(0.76-2.17)	0.356			
勤務時間(時間	月/週)			0.4538	-	-	-
	<12	1.04	(0.54-2.00)				
	12 - 41	0.9	(0.47-1.72)				
	42 - 59	0.64	(0.33-1.23)				
	60 -	1		0.121			
勤務形態					-	-	-
	常勤(versus 非常勤)	2.14	(0.93-4.92)	0.073			
	当直あり (versus なし)	1.47	(0.90-2.39)				
総合診療医に対	付する理解度スケール		(1.03-1.08)	<.0001	1.06	(1.03-1.08)	<.000

宅医療研修の「重視群」と「非重視群」で、いず れも統計学的な差を認めなかった.

3)「総合診療医に対する理解度スコア」の群別 比較(**表3**)

スコア化した「総合診療医の特徴」16 項目の各々を、在宅医療研修の「重視群」と「非重視群」で比較したところ、16 項目の全てで、「重視群」の方が「非重視群」よりも統計学的に有意に高いスコアであった。 クロンバック α 係数は 0.950 であった。

「総合診療医に対する理解度スケール」(平均 生標準偏差)は、在宅医療研修の「重視群」では62.2 ± 11.4 点、「非重視群」では54.4 ± 12.4 点であり、「重視群」の方が「非重視群」よりも統計学的に有意に高い得点であった(p<0.0001).

4) 在宅医療研修を重視する医師の背景 (表 4)

「在宅医療研修を重視する医師の背景モデル|

において、まず単変量モデルでは、年齢が1歳あがると「在宅医療研修を重視する」と認識するオッズが4%低下(調整オッズ 0.96,95% 信頼区間:0.94-0.98,p=0.0008) し、「総合診療医に対する理解度スケール」が1点上昇すると「在宅医療研修を重視する」と認識するオッズが5%増加(調整オッズ 1.05,95% 信頼区間:1.03-1.08,p<0.001) した.

同様に多重ロジスティックモデルでも,年齢の効果(調整オッズ 0.96,95% 信頼区間:0.93-0.99,p=0.0021)と「総合診療医に対する理解度」の効果(調整オッズ 1.06,95% 信頼区間:1.03-1.08,p<0.0001)が統計学的に有意に認められた.

考察

本検討で、「臓器・領域内科専門医」の「総合診療医」に対する理解度と、「総合診療医」へのキャリア転向時における「在宅医療研修の必要性」の認識との関連について検討した。

第一に、「臓器・領域内科専門医」が回答した 「総合診療医の特徴」16項目全てのスコアは、「在 宅医療研修の必要性 | の「重視群 | において、「非 重視群しよりも統計学的に有意に高いことが明ら かになった. さらに、多重ロジスティックモデル で「在宅医療研修を重視する」と認識するオッズ は、「総合診療医に対する理解度スケール」が高 いほど増加することが明らかになった.これは, 「臓器・領域内科専門医」のうち「総合診療医の 特徴 | を理解している医師と理解していない医師 で、「在宅医療研修の必要性」の認識に差がある 可能性を示唆すると考えられる。「総合診療医の 特徴 | 16項目には在宅医療に関する項目が含ま れないにも関わらず、この様な回答結果であった ことから,「臓器・領域内科専門医」の多くは, 総合診療と在宅医療には親和性があると考えてい る可能性がある. 厚生労働省の専門医の在り方に 関する検討会では、総合診療医は、ありふれた複 数の疾患や在宅医療にも対応して主治医機能を担 い. 専門診療の必要性を判断する医師とされ. 日 本専門医機構「総合診療専門医」の「研修」には 在宅医療に関する「研修 | も含まれている 5) 9). 「臓器・領域内科専門医」の「総合診療医」へのキャ リア転向に関するプログラムには、在宅医療に関 する研修を重視する必要性が示唆された.

第二に、多重ロジスティックモデルで、「臓器・領域内科専門医」が「在宅医療研修を重視する」と認識するオッズは、年齢が高いほど低下することが明らかになった。卒後研修の必修化に伴い地域保健・医療研修が導入され、一部の研修医が在宅医療の現場を体験する様になったのは平成16年以降である。「在宅医療研修を重視する」と認識するオッズが年齢が高いほど低下することは、年齢が高い程、在宅医療の現場体験が少ないことのあらわれである可能性も考えられる。

第三に、多重ロジスティックモデルで、「臓器・領域内科専門医」が「在宅医療研修を重視する」と認識するオッズは、性別、婚姻状況、子供の有無、勤務先、週当たりの労働時間、勤務形態、当直の有無と関連がなかった。医師の研修、とくに再研修プログラムを検討する上で、医師の生活状況・勤務体制を念頭においた、実現可能性を踏ま

えることが必要であるとされている10).しかし, 本検討からは、「臓器・領域内科専門医」が「総合診療医」へのキャリア転向時における「在宅医療の研修を重視する」と認識するか否かは、子育てや労働時間に規定されないと考えられた.

超高齢社会がますます進展するわが国では、今 後も在宅医療を担う医師を増やし量的に充足させ ていく必要がある. その際, 新専門医制度におけ る基本領域である様々な診療科の研修を終了した 医師が在宅医療研修を受け在宅医となると共に. 臓器・領域の専門医として大(学)病院などに勤 務していた。例えば「臓器・領域の内科専門医 | が開業などを契機に地域の小病院・診療所での診 療を開始した際、在宅医療研修を受けた上で在宅 医療を担うことで、質を担保しつつ、より多くの 在宅医療を担う医師を確保することが望まれる. 我が国においては、大(学)病院などに「臓器・ 領域の内科専門医」として勤務していた医師が, 医師のライフサイクルとして「総合診療医」へ キャリア転向を志向することは今後もあると考え られるが、その際、継続性など「総合診療医」の 特徴が在宅医療と大きく関係することについて理 解を啓発し, 在宅医療研修の必要性を認識しても らう必要があろう 3), 4), 5). 本研究では検討でき ていないが、今後、この様な際における在宅医療 研修の具体的内容について検討されることが望ま れる.

本研究の限界として、第一に、質問紙票の調査への回答者を「総合診療医」へのキャリア転向に関心があり、将来、開業などを契機に地域の小病院・診療所で"総合診療医的な機能"を求められ、その役割の一つとして在宅医療を始める可能性がある「臓器・領域内科専門医」と見なしたが、これは実際と異なる可能性がある。

第二に、横断調査であり、「在宅医療研修を重視する医師の背景モデル」における各因子と「在宅医療研修をどの位重視するか」の因果は言及できない。第三に、質問紙票の「総合診療医の特徴」16項目については、高いクロンバックα係数が得られたことから信頼性はある程度確保されたと考えるが、妥当性には限界があることに注意が必要である。

本研究の結果が普遍化できるかどうかについては、回収率は18.7%であるものの、無作為に選んだ全国の「臓器・領域内科専門医」を対象としたことを考えると、「総合診療医」へのキャリア転向時における在宅医療研修に関する意向の実態把握をする上で、一定以上の代表制を有する基礎資料として、ある程度の普遍化が可能であると考えられる。

結論

「臓器・領域内科専門医」において、「総合診療 医」に対する理解度と「総合診療医」へのキャリ ア転向時における「在宅医療研修の必要性」の認 識が関連していることが示唆された。

謝辞

本調査にご協力を頂いた「臓器・領域内科専門医」の先生方に深謝申し上げます。著者全員において、本研究に関して報告すべき利益相反はない。なお、本研究は文部科学省科学研究費補助金基盤研究(C)「超高齢社会・医師不足時代の総合診療医の質と数の確保に関する研究」(研究代表者:木村琢磨)の助成を受けた。

文献

- 1) 日本在宅医学会: 研修プログラム. http://www.zaitakuigakkai.org/k-senmon.html (最終確 認日, 平成 30 年 9 月 10 日).
- 2) Patricia A ほか著. 大西弘高訳: 医学教育プログラム開発 6 段階アプローチによる学習と評価の一体化. 篠原出版新社. 東京. 2003.
- Fry J: Education of primary care in the United Kingdom. Journal of Integrated Medicine (Japan)
 1096 - 1099, 1992.
- 4) 木村琢磨, 野村恭子, 新森加奈子, 他: 病院勤務の臓器・領域の専門医資格を有する内科系医師の「総合診療医」へのキャリア転向に関連する因子の質的探索. 日本プライマリ・ケア連合学会誌40:168-175,2017
- 5) 厚生労働省:専門医の在り方に関する検討会報告書(平成25年4月22日). https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000-0300ju-att/2r98520000300lb.pdf(最終確認日,平成30年9月10日).
- 6) Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G.: Determinants of primary care specialty choice: a non-

- statistical meta-analysis of the literature. Acad Med 70, 620 641, 1995.
- Chatani Y, Nomura K, Ishiguro A, et al: Factors Associated With Attainment of Specialty Board Qualifications and Doctor of Medical Science Degrees Among Japanese Female Doctors. Acad Med 91. 1173 - 1180, 2016.
- 8) 日本プライマリ・ケア連合学会:新たな専門 医制度導入にあたっての当学会の活動方針に ついて(平成25年).https://www.primarycare.or.jp/nintei_pg/pdf/senmoni_setumei.pdf. (最終確認日,平成30年9月10日).
- 9) 日本専門医機構:総合診療専門医概要. http://www.japan-senmon-i.jp/comprehensive/index.html (最終確認日,平成30年9月10日).
- 10) 井手野由季, 菊地麻美, 田村遵一, 他. 医師の生 涯教育のニーズ, 医学教育 45:349-355,2014.

小児在宅医療患者の入院実態調査

島﨑亮司

要旨

- 【目的】小児・成人の在宅医療における入院回数と緊急入院時の判断過程を調査した.
- 【方法】2018年1月から12月までの12カ月間に在宅医療を行った小児15名,成人77名を後方的に調査した.
- 【結果】小児では13名、合計32回(年間2.13回/人)の入院があった。成人では13名、合計14回(年間0.16回/人)の入院があった。緊急入院時の判断過程では、小児では家族の判断や訪問看護からの報告で緊急受診し入院となるケースが50%認められ、成人より高率であった。
- 【結論】成人に比べ小児では入院回数が多い傾向にある. 緊急入院までの判断経過において成人に比べ小児では家族と訪問 看護の判断が影響する傾向にある.
- キーワード: 小児在宅医療 緊急入院, 非小児科医, 入院判断

Survey of hospitalization of child home care patients

Ryoji Shimazaki

Abstract:

Purpose: We analyzed the difference in the hospitalization rate and the process of emergency hospitalization between home care child patients and adult patients.

Method: We tracked the hospitalization rate of 15 children and 77 adults receiving home care from one clinic for one year (January 2018-december 2018) then did a retrospective chart review.

Result: Thirty-two hospitalizations were found in 13 children (2.13times/year), while 14 hospitalizations were found in 12 adults (0.16times/year). Half of the home care child hospitalizations were decided by the families and home care nurses.

Conclusion: In the home care setting, more child patients tended to be admitted to hospitals than adult patients. The families and home care nurses have more influence on emergency hospitalization in child cases than they do in adult

地域医療振興協会 シティタワー診療所

City-Tower Clinic

著者連絡先:島﨑亮司

〒500-8856 岐阜県岐阜市橋本町 2-52 岐阜シティタワー 43 3 階

電話番号:058-269-3270 FAX:058-269-3283 メールアドレス:r.shimazaki624@gmail.com

Key Words: child home care medicine, unexpected hospitalization, non-pediatrician, process of visiting hospital

I. はじめに

ここ数年小児在宅医療は広がりを見せている
1). 平成28年に医療的ケア児が行政用語として登録され、医療・福祉・保健・教育と連携して医療的ケア児の地域生活支援の充実化が様々な面で図られている2). 医療界においても成人の在宅医療を担う医師向けの小児在宅医療研修会の開催など、在宅の医療的ケア児を支える医療体制づくりを行っている. 当院も在宅支援診療所として成人のみの在宅医療を行ってきたが、平成26年8月から非小児科専門医として小児在宅医療を開始した.

在宅で過す医療的ケア児の増加により、小児救急医療において在宅医療的ケア児の受診が多くなってきている³⁾.しかし小児在宅療養者の家族にとって救急外来を受診することは様々な面で負担となっている⁴⁾.また在宅療養中の医療的ケア児は入院する頻度が多く、療育機関の利用が不定期になりがちであることも報告されている⁵⁾.

当院も実際に小児在宅医療に携わる中で、成人の在宅患者より小児の在宅患者の方が緊急対応する回数が多かった⁶. 側島ら作成の「小児在宅医療:知ってよかったことトップ 30」⁷⁾ の中に「母親が主治医となって様々なことを行ってくれる」とあるように、緊急時に母親が緊急判断を行い緊急受診した例も経験した。成人を主に対応してきた非小児科専門医としてはこれらの違いを明確にすることが小児在宅医療を担う上で重要と考えた。

そこで今回非小児科専門医の在宅医療を受けている小児患者の入院回数や緊急入院時の判断過程 を調べ、成人の在宅医療患者を比較し、小児在宅 医療の入院の傾向を明らかにすることを目的とし て調査を行った.

Ⅱ. 調査方法

1. 調查対象

平成30年1月に在宅医療を行っていた非がん

疾患患者を対象とした.調査期間は平成30年1月から12月までの1年間とし,調査期間内に新たに在宅医療を開始した症例(小児,成人とも)は調査対象外とした.がん患者については,小児では症例数が少ないこと,小児在宅医療の適応となる患者はいわゆる重症心身障害児が多く,病態が異なることから対象外とした.

2. 調查方法

カルテから後方視的に行った.

3. 用語の定義

本研究では用いる用語を以下のように定義した 小児在宅医療:0~15歳までの患者で定期的 に訪問診療を受けているケース

成人在宅医療:15歳以上の患者で定期的な訪問診療を行けているケース

予定入院:検査,治療のため予定されていた入 院

緊急入院:病状悪化に伴う入院

医療管理:在宅療養指導管理に含まれる項目の うち,人工呼吸器指導管理,在宅酸素療法指導管理,気管切開指導管理,中心静脈栄養指導管理, 小児経管栄養法指導管理,成分栄養経管栄養管理, 中心静脈栄養法指導管理

4. 調査内容

患者の基礎疾患,定期通院,退院会議,意思決定者,医療管理の内容,入院の原因疾患,緊急入院時の判断過程を調査した.基礎疾患について小児の重症度スコアは鈴木らが提唱した超重症児の判定基準を用いた8.定期的な通院が3ヵ月以内に1回以上ある場合を定期通院ありと判断した.意思決定者については本人と本人以外で区別した.医療管理の内容については各患者で実施している在宅療養指導管理を調査した.緊急入院時の判断過程では①往診を実施しその場で緊急搬送し入院となったケース,②往診を実施し,後日病院

受診し緊急入院となったケース,③家族からの電話連絡にて緊急受診を指示し,緊急入院となったケース,④訪問看護からの連絡で緊急受診を指示し,緊急入院となったケース,⑤家族の判断で病院受診し入院したケース,⑥予定入院に分けて調査した.

なお当院は総合診療医(非小児科専門医)2名で対応している。インフルエンザ等の迅速検査キットの使用や採血の実施は可能であるが、血管確保・点滴静注の手技が必要な場合や酸素療法や人工呼吸器等の新たな医療機器の導入が必要な時には病院での治療を行うこととしている。

倫理的配慮については、診療録を用いて集計した後方視的研究であり、侵襲性等はないため倫理 審査の必要はないと判断した.

Ⅲ. 結果

小児では非がん疾患患者 15名(平均年齢 5.0歳)の在宅医療を行った.疾患の内容,年齢,医療管理,重症度等を表1に示す.成人では非がん疾患患者 77名(平均年齢 81.1歳)の在宅医療を行った.疾患の内容,医療管理等の内容を表2に示す.小児では全例医療管理が必要であったが,成人では医療管理が必要な症例は16例(20%)のみであった.小児では定期通院を100%,退院会議を73%実施しているのに対し,成人では定期通院は10%.退院会議は25%であった.

1. 入院回数・入院事例数

小児では調査期間内に入院は32回あり,このうち緊急入院は28回,予定入院が4回であった(表3).入院回数は1年間で2.13回/人,であり,緊急入院のみに限定すると1年間で1.86回/人であった(表4).入院した患者は13名であり,そのうち緊急入院をした患者は10名であった.入院回数については,1回が6名,2回以上が7名であった.死亡例はなかった.

成人では調査期間内に入院は14回あり、このうち緊急入院が13回、予定入院が1回であった. 入院回数は1年間で0.18回/人であり、緊急入院のみに限定すると年間0.16回/人であった. 入院しなかった症例は64名であった. 入院回数については1回が12名,2回入院が1名であった. 77名のうち,7名が期間内に死亡した(自宅死亡6名,病院死亡1名).

なお成人患者 77 名のうち、人工呼吸器等の医療管理を行っている 16 名を対象に分析した結果、入院例は 3 例でありすべて緊急入院であった(心不全、消化管閉塞、深部静脈血栓症). 入院回数は 1 年間で 0.18 回 / 人であった.

2. 入院原因

小児では呼吸器感染症が62%と最も多く,呼吸不全,痙攣重積発作がともに9%であった.一方成人では心不全が3名(21%)と多かったが,それ以外は様々な原因にて入院した.予定入院としては,小児では4名(胃瘻造設目的入院が2名,疾患精査目的入院が2名)であり,成人では1名(胃瘻造設目的入院)であった.

3. 緊急入院時の判断過程(図1)

緊急入院は小児では28回,成人では13回あった.小児では①往診時に緊急搬送を判断し緊急入院した例が12例,②往診後,後日病院受診を指示し緊急入院した例が2例と,実際に往診して判断した割合が50%であった.他は往診を実施しない中での入院となっている.その内容として,③家族から当院に連絡があり,緊急事態と判断し緊急搬送を行った例が6例(21%),④訪問看護が訪問時に当院に連絡があり,緊急事態と判断し緊急搬送を行った例が5例(17%),⑤家族が緊急事態と判断し独自の判断で緊急受診し入院となった例が2例(7%)あった.

一方成人では①往診時に緊急搬送を判断し緊急 入院した例が10例(77%),②往診後,後日病院 受診を指示し緊急入院した例が2例(15%)と、 実際に往診して判断したケースが入院例の92% であった.③家族からの連絡で緊急事態と判断し 緊急搬送を行った例が1例のみであった.意思決 定者が本人以外の場合でも全入院9例のうち,① が8例(88%)③が1例(12%)であった.

Ⅳ. 考察

表 1 小児患者の疾患・重症度スコア

番号	分類	年齢	主病名	医療管理	重症度スコア	定期 通院	退院会議
1	染色体	4	18トリソミー 心肺蘇生後 低酸素性脳症	人工呼吸器、気管切開、在 宅酸素療法、経鼻経管栄養	39	0	0
2	異常 2		18トリソミー、心肺蘇生後 低酸素性脳症	人工呼吸器、気管切開、在 宅酸素療法、経鼻経管栄養	39	0	0
3		9	脳動静脈奇形、脳内出血、 低酸素性虚血性脳症	気管切開、経鼻経管栄養	21	0	0
4	4. 工田 25.	3	嚥下機能障害、発育不良	胃瘻栄養	8	\circ	-
5	先天異常	2	気管軟化症、心室中隔欠損、 肺高血圧症	人工呼吸器、気管切開、在 宅酸素療法、胃瘻栄養	31	0	0
6		2	右肺無形成症、気管軟化症	人工呼吸器、在宅酸素療法	13	\circ	0
7		5	低酸素性虚血性脳症 症候 性てんかん	気管切開、酸素療法、胃瘻 栄養	27	0	0
8	3 新生児		低酸素性虚血性脳症、West 症候群	在宅酸素療法、経鼻経管栄養	22	0	0
9	仮死	1	低酸素性虚血性脳症、症候 性てんかん	経鼻経管栄養	19	0	0
10		14	低酸素性虚血脳症、嚥下障 害、症候性でんかん	経鼻経管栄養	19	0	-
11		15	超低出生体重児、脳内出血、 症候性てんかん	在宅酸素療法、気管切開、 胃瘻栄養	19	0	0
12	低出生 体重児	1	超低出生体重児、慢性肺疾 患、嚥下障害	在宅酸素療法、経鼻経管栄 養	11	0	0
13	神里 尤		超低出生体重児、慢性肺疾 患 症候性でんかん	経鼻経管栄養	12	0	_
14	神経筋	4	巨脳症、West 症候群、成 長ホルモン分泌不全	在宅酸素療法、経鼻経管栄養	22	0	_
15	疾患	6	脊髄性筋萎縮症 症候性て んかん	人工呼吸器、気管切開、在 宅酸素療法、胃瘻栄養	39	0	0

^{*}小児患者の場合の意思決定者は全例家族であった。

今回の調査結果から小児の在宅医療患者では入院について下記の傾向があることを認めた.

1. 小児在宅医療患者は入院しやすい傾向にある 表4で示した通り成人の在宅医療患者では年に 0.18回と1年で1回入院するかしないかという状況に比べ、小児では平均2.13回と入院回数は多かった。水野らによる重症心身障害児42名の追跡調査で、入院回数は年間2.17回であり、原因として誤嚥性肺炎や換気障害が多かったと報告さ

表 2 成人患者の疾患・医療管理内容(合計 77 名)

疾患	人数 (割合)	人工呼吸器	気管 切開	酸素 療法	経管栄養	定期通院	退院会議	代理者によ る意思決定
認知症・老衰	20 (25)				1		3	16
脳血管障害	14 (18)		1		3		5	9
神経難病	11 (14)	2	2	2	4	4	4	8
心不全	10 (12)		1	3		1	3	6
呼吸不全	9 (11)	1	1	3	1	2	3	4
整形疾患	5 (6)						1	4
リウマチ	3 (3)					1	1	1
肝疾患	1 (1)							1
その他	4 (5)							3
計	77 名	3名	5名	8名	9名	8名 (10%)	20名 (25%)	52名 (67%)

医療管理が必要な患者合計:16名(20%)

れている⁹. 今回当院が行った調査結果と入院回数,入院原因ともに同様の結果であった.

成人に比べ小児在宅医療患者では人工呼吸器を はじめとした様々な医療機器を使用するケースが 多いといった患者背景に起因しているため入院回 数が多いのでは、という指摘もあるかと思われ る. しかし今回の調査では下記の点も判明してい る. 神経難病等成人で人工呼吸器等の医療管理を 行っている16名のうち1年間で入院したケース は3例(1人当たり0.18回/年)であり、13名 は入院していない(レスパイト入院を除く).上 記成人患者は小児患者と同様人工呼吸器, 気管切 開,酸素療法,胃瘻等の医療管理を行っており患 者背景としては大きく変化はない、従って医療管 理だけの問題で入院回数が増えるというわけでは なく、小児独自の問題が別にあると推測される. 今回の調査ではその原因の特定はできないが、小 児では成人の在宅患者, 特に医療管理を行ってい る患者に比べても入院しやすい傾向にある, とい うことは証明された.

入院原因としては呼吸器感染症が62%. 呼吸

不全が9%と呼吸器に関わる疾患が多く認められた. 松本らの報告 10) でも, 小児在宅での緊急往診の理由として発熱, 呼吸器症状が59%を占めており, 緊急対応・緊急入院の原因としては呼吸器合併症が多いことが示唆された. 重症心身障害児の死因の50%が肺炎・気管支炎等の呼吸障害児の死因の50%が肺炎・気管支炎等の呼吸障害児では気道狭窄や, 胃食道逆流, 胸郭呼吸運動障害等様々な原因がこれらに関与している 12). 小児患者は成人患者に比べ呼吸器疾患・感染症で入院しやすいという特性を意識し, 在宅医療を担う医師として呼吸器感染症, 呼吸不全による入院を防ぐよう普段からの呼吸管理, 姿勢保持, 筋緊張の緩和等の生活への介入を心がける必要があると考える.

2. 入院判断の意思決定は家族の判断と病院との 関係性が影響している

緊急時の入院判断の過程において往診を実施せずに入院となった例は成人で1例(8%)であったのに比べ、小児で14例(50%)と大きく異な

表 3 小児患者の入院状況 入院回数 32 回(うち予定入院 4回)

番号	入院原因	入院判断の経過
1	気管支炎	① 往診後、緊急搬送
	肺炎	① 往診後、緊急搬送
	低酸素血症、呼吸不全	① 往診後、緊急搬送
	肺炎	① 往診後、緊急搬送
2	気管支炎	⑤ 親の判断で病院受診し入院
4	胃瘻造設入院	⑥ 予定入院
5	呼吸不全	③ 親から電話連絡、緊急搬送指示
	気管支炎	① 往診後、緊急搬送
	呼吸機能評価入院	⑥ 予定入院
	気管支炎	① 往診後、緊急搬送
6	気管支炎	② 往診後、翌日病院受診
7	けいれん重積発作	③ 親から電話連絡、緊急搬送指示
	肺炎	④ 訪問看護から電話連絡、緊急搬送指示
	気管支炎	① 往診後、緊急搬送
	肺炎	③ 親から電話連絡、緊急搬送指示
	呼吸不全	③ 親から電話連絡、緊急搬送指示
	尿路感染	① 往診後、緊急搬送
8	てんかん精査入院	⑥ 予定入院
9	肺炎	④ 訪問看護から電話連絡、緊急搬送指示
	気管支炎	① 往診後、緊急搬送
	肺炎	④ 訪問看護から電話連絡、緊急搬送指示
	気管支炎	④ 訪問看護から電話連絡、緊急搬送指示
10	胃瘻造設入院	⑥ 予定入院
11	気管支炎	⑤ 親の判断で病院受診
13	気管支炎	① 往診後、緊急搬送
	気管支炎	④ 訪問看護から電話連絡、緊急搬送指示
14	気管支炎	② 往診後、翌日外来受診し入院
	肺炎	① 往診後、緊急搬送
15	左大腿骨転子部骨折	⑤ 親の判断で病院受診し入院
	気管支炎	① 往診後、緊急搬送
	けいれん重積発作	③ 親から電話連絡、緊急搬送指示
	けいれん重積発作	③ 親から電話連絡、緊急搬送指示

事例 3, 12 は入院歴なし

表 4 小児、成人の入院割合・回数

			成人患者の内訳			
	小児 (15 名)	成人 (77 名)	医療管理が ある 16 名	意思決定が 代理者 52名	意思決定が 本人 25 名	
入院回数(全入院)	32	14	3	10	4 4	
(緊急入院)	28	13	3	9		
1人当たりの入院回数(全入院 / 年)	2.13	0.18	0.18	0.19	0.16	
(緊急入院 / 年)	1.86	0.16	0.18	0.17	0.16	
入院事例数(全入院)	13	13	3	9	4 4	
(緊急入院)	10	12	3	8		

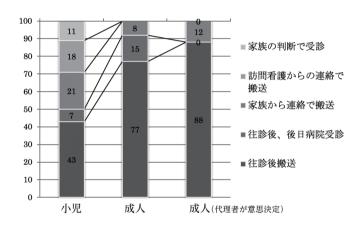


図1 緊急入院時の判断経過

る結果となった. 往診実施後の緊急搬送か否かに ついては, 各事例で偏りがある傾向があった. これは家族の病状解釈によるものが大きいと推測される. 事例 1, 14 の家族は, 入院しなくて済むなら自宅で治療したいという気持ちも強かったため緊急搬送するか否かについて在宅医の判断を仰ぎたいという思いから緊急往診の依頼を行った. 事例 7 の家族は, 子どもの状態が悪化したら病院で治療をしてもらいたいという思いが強く, 病状悪化時には病院での精査を希望される傾向にあった. 事例 15 では, 難治性の痙攣重積発作のため入院下での抗けいれん薬の経静脈的投与を実施しないと改善しない経験を何度も繰り返してきた. そのため家族が重積発作と判断した場合. 往診を 行う前に病院緊急受診を行った.事例9では,母親が外国籍でありコミュニケーションに不自由さを抱えていた.そのため普段からコミュニケーションがとれる訪問看護師の信頼関係が強く,困ったことがあるとすぐに訪問看護師が駆けつける体制が整っていたため,訪問看護からの情報で緊急判断を行う傾向になった.

一方で成人の場合には、本人以外が意思決定する場合においても往診を経ないで入院・搬送する割合は低かった。成人、特に高齢者の場合には自宅看取りという文化もあるためこのような差が生じていると推測された。

小児で往診せず緊急搬送・緊急入院した例が多 い理由として、病院の受け入れ態勢も影響してい ると推測される. 当院は小児在宅医療を行う際. 退院会議を実施し後方支援病院として緊急時の受 け入れ態勢の依頼を行っている。 また全例その病 院に定期通院があり専門的治療を実施している。 このため緊急時においても後方支援病院に連絡を 行うことで受け入れ拒否はなく. スムーズに搬送 できた. 一方で. 成人の場合には退院会議の実施 率は25%であり、定期通院の割合も10%と病院 とのつながりが小児に比べて薄かった。 また小児 では受け入れ科が小児科単一であるのに対し、搬 送先の診療科が病態に応じて異なるため (例:呼 吸器疾患が疑われれば呼吸器科). 往診して病状 判断し、病院の選定・受け入れ交渉を行う必要が ある。このため患者本人・代理者での緊急受診の 判断が難しく、在宅医の判断を仰ぐ傾向にあると 推測される.

緊急入院の判断過程については①家族の入院に対する思い、②患児と病院の関係性、のため小児と成人とは異なる。病状悪化時にスムーズな搬送を行うためにも在宅医としては上記の差を理解しておく必要がある。

V. 結語

非小児科専門医が行っている小児在宅医療において、入院回数、緊急入院の判断経過を調査し、成人在宅医療と比較検討した。小児では成人に比べ入院しやすい傾向にあり、その傾向は医療管理の有無には寄らなかった。入院の原因としては呼吸器感染症、呼吸不全と呼吸器に関連した疾患が多かった。入院判断までの経過では、小児では連絡のみで緊急搬送するケースが多い傾向にある。その判断には親の思いと病院との関係性が影響していると推測される。

かつて小児在宅医療はNICU満床問題から始まり、いかに重症心身障害児を在宅に返すか、という病院の都合が優先していた。しかし重症心身障害児の在宅移行は「家族と一緒に暮らすためのもの」であり、「障害を持ちながら生きている患児自身のためのもの」であるとパラダイムシフトしてきている ¹³.

在宅医療を担う医師としてはその意義を理解 し、医療的ケアが必要な子どもの自宅生活が実現 できるように役割と果たさなければならない. その役割の一つとして, 在宅医療を担う医師としては, 本調査で明らかになった上記の違いを意識し, 入院を防ぐ日常生活管理と, もし入院が必要となった場合のスムーズな連携を心がける必要がある

文献

- 前田浩利: 小児在宅医療の現状と課題. 日在医会 誌 16(2): 176-183, 2015.
- 2) 戸谷剛: 小児在宅医療のこれから,重症児の地域 支援,小児外科47(9): 942-945,2015.
- 3) 後藤善隆: 小児在宅医療,慢性疾患などの急変症 例への対応. 小児科診療 6: 1145 - 1150, 2009.
- 4) 関谷恭介: 小児在宅療養患者の加増からみた小児 救急医療供給体制の課題. 日本小児救急医学会 16(3): 425 - 430, 2017.
- 5) 瀬佳奈子,他:児童発達支援事業等 ほわわと あっと.子どもが元気になる在宅ケア.梶原厚子 編著,東京,南山堂,276-289,2017.
- 島崎亮司: 小児在宅医療における緊急対応の実態調査. 月刊地域医学32(8):678-685,2018.
- 7) 側島久典: 小児在宅医療 知ってよかったトップ 30. 在宅療養支援診療所医師向け小児在宅医療講 習会テキストブック. 41 - 45, 2016.
- 8) 鈴木康之,他:超重症児の判定についてースコア 改訂の試み,日重障誌 33:303-309,2008.
- 9) 水野美穂子,他:在宅療養を行っている重症心身 障害児の呼吸器疾患による緊急入院の検討.日本 小児呼吸器学会雑誌 28: 110, 2017.
- 10) 松本務:安定期の子どもと家族を支える.実践小 児在宅医療ナビ.前田浩利編著,東京,南山堂, 86-93,2013.
- 11) 折口美弘,他:旧国立療養所重症心身障害児(者) の年次死亡推移.日重障誌33:83-86,2008.
- 12) 北住映二.重症児者の呼吸障害の病態・対応の 基本.重症心身障害児・者 診療看護ケア実践 マニュアル.北住映二編著,東京,診断と治療社, 22-24,2015.
- 13) 窪田満: 高度医療機関における在宅医療へのかか わり. 在宅新療4(4): 321-325, 2019.

症 例 報 告

ケタミン使用中の終末期がん患者が 病院から在宅へ移行できた2症例

渡邉淳子1), 佐久間詠理1), 川内潤也2)

要旨

大学病院入院中に, 難治性がん疼痛に対しケタミンを使用し, 疼痛管理を行った症例の在宅移行を 2 例経験した. 2 例ともオピオイド抵抗性の疼痛があり在宅でケタミンを継続投与し中枢性の副作用もなく, 疼痛コントロールは良好であった. 2 例とも在宅医療開始時の予後は 1 ヶ月以内と厳しい状態の患者であった. ケタミンは NMDA 受容体拮抗薬であり, 注射投与可能な数少ない鎮痛補助薬である. 2007 年に麻薬指定を受け在宅では院外処方できないため, 扱いが困難な注射薬である. ケタミン使用中の癌末期の患者の家に帰りたいという切なる願いを速やかにかなえるために, 在宅緩和ケアに係わる医師は前もって麻薬免許を所持し. 院内処方できる準備をしておくことが必要と考えられる.

キーワード: 在宅緩和ケア、ケタミン、がん性疼痛

Two Terminal Cancer Cases Effectively Administered Ketamine at Home

Junko Watanabe¹⁾, Eri Sakuma¹⁾, Junya Kawauchi²⁾

Abstract:

Our home care clinic treated two patients who were administrated ketamine via central veins at a university hospital. Two patients strongly requested to spend their last days at home. Our palliative care clinic continuously administered ketamine to these patients at home.

As far as we know, there was no apparent side effect. Ketamine has been classified as a narcotic drug in 2007. So, it is difficult for home care clinics to handle ketamine. Home palliative care doctors have to prepare in advance to use ketamine on severe terminal patients who wish to spend last days at home. In order to treat cancer patients with ketamine, we must have a narcotics administrator or practitioner license and prescribe it in clinic. Approval usually takes about two weeks after submission of application. Two patients died within several weeks of discharge.

Key Words: home palliative care, ketamine, cancer pain

著者連絡先: 医療法人社団淳友会 わたクリニック 渡邉 淳子 〒 125-0054 東京都葛飾区柴又 1-2-1 ARB1F TEL: 03-5648-7025 FAX: 03-5648-7035 E-mail: j-watanabe@abox3.so-net.ne.ip

¹⁾ 医療法人社団淳友会 わたクリニック, 2) 医療法人社団淳友会 わたホームクリニック

¹⁾ Wata Clinic, Medical Foundation Junyuukai, Katsushika, Tokyo, Japan,

²⁾ Wata Home Clinic, Medical Foundation Junyuukai, Katsushika, Tokyo, Japan

はじめに

NMDA (N-methyl-D-aspartate) 受容体は神経 系の主要な興奮性伝達物質であるグルタミン酸受 容体のサブタイプで痛みの侵害情報伝達に重要 な役割を果たしている1). 長期の痛み刺激の入力 による脊髄後角での痛みの中枢性感作やオピオ イドの鎮痛耐性にも関係している^{2,3)}、ケタミン は NMDA 受容体拮抗薬であり、侵害受容情報伝 達を抑制するだけでなく中枢感作や鎮痛耐性の形 成を阻害できる可能性がある. 一方強オピオイド にケタミンを追加することの鎮痛薬としての効果 エビデンスは不十分であるとも言われている 4,5). ケタミンは注射薬で、経口摂取が不可能となった 終末期がん患者に投与可能な薬剤である. 従来麻 酔薬として使用されてきたが、2007年に医療用 麻薬の指定を受けた、院外処方不可の注射薬のた め、その管理の上で、在宅での投与が困難な現状 がある. 在宅での投与報告はわれわれの調べた範 囲では数例のみであった^{6,7)}. 今回大学病院入院 中に. 難治性がん疼痛に対しケタミンを使用し疼 痛管理を行った症例の在宅移行を2例経験した. 在宅緩和医療現場での、ケタミン使用の問題点を 考察する.

症例提示(表 1)

症例1

50 歳代 女性

診断名 胃がん 多発骨転移 多発リンパ節転移 左副腎転移 左腸腰筋転移 骨髄がん症 治療経過

2017年4月 腰背部痛あり、近医受診し加療するも改善せず食思不振も伴った.

2017 年 6 月 大学病院整形外科受診. レントゲン, MRI 上第 7,8,11,12 胸椎に圧潰, びまん性に骨髄異常信号あり.

2017年7月同大学病院,腫瘍・血液内科受診. 上部消化管内視鏡検査にて進行胃がん(5型,低分化腺癌/印環細胞癌,HER2陽性),CTにて多発リンパ節転移,多発骨転移,左副腎転移,左腸腰筋転移と診断された.放射線治療と化学療法の併用療法が行われたが,放射線療法による食道炎,皮膚炎,化学療法による骨髄抑制が認められ た. 緩和的化学療法継続のため入院が長期化し、 本人が一度家に帰りたいと希望したため、治療の 合間に1週間の自宅退院となった.

在宅での経過

2017年9月30日退院. 骨転移痛と腰背部痛に対して、オキシコドン塩酸塩水和物徐放剤140mg内服に加えて、ケタミン静注用192mg/日をCVポートからCADD Legacy ポンプを使い投与されていた. 在宅ではポートの閉塞予防もかね、生食100ml+ケタミン静注用200mg/日(20ml)を5ml/時カフティポンプで投与した. ADLは、ポータブルトイレまで自力で移動可能であり、少量であるが経口摂取可能な状態であった. 7日間在宅にて過ごしたが、疼痛コントロール良好で、ケタミン、オキシコドン塩酸塩水和物徐放剤増量なく、中枢性の副作用も認めず穏やかに過ごすことができた. ご本人は家族への負担を心配され、予定どおり再入院となった. 再入院後第17病日で死亡.

症例2

40 歳代 男性

診断名 末期胆のうがん 多発リンパ節転移 治療経過

2017年6月胆のうがんと診断されるも多発リンパ節転移で切除不能と判断され、化学療法開始されたが腎機能障害のため中止された。次に放射線治療が行われた。

2018年5月胆管炎、肝膿瘍、閉塞性黄疸、消化管の通過障害を認めた。経皮経肝膿瘍ドレナージ、十二指腸ステント留置に加えて、胆管にメタリックステントが留置された。本人の強い希望で退院となった。

在宅での経過

2018 年 8 月 14 日経口摂取困難にて中心静脈栄養、PS3 の状態で退院となった。病院では CV ポートから CADD Legacy ポンプ を使いオキシコドン塩酸塩水和物 200mg/日、小型シリンジポンプでケタミン静注用 200mg/日、高カロリー輸液の中にリドカイン注射液 800mg、皮下から小型シリンジポンプを使いオクトレオチド酢酸塩 300 μ g の持続注射を行っていた。退院にあたってポン

表1 当院でのケタミン在宅持続投与症例

症例	年齢	病名	疼痛の種類	ケタミン投与量	除痛	併用オピオイド	在宅日数	転帰
	性			投与経路		投与経路		
				ポンプ		使用ポンプ		
1	50代	胃がん	神経障害性疼痛	200mg/ 日	有効	オキシコドン徐放剤 130mg/ 日	7 日	入院死
	女		骨転移痛	静脈 CV ポート		経口		
				カフティポンプ				
2	40代	胆嚢がん	神経障害性疼痛	200mg/ 日	有効	オキシコドン注射液 264mg/ 日	10 日	在宅死
	男			静脈 CV ポート		静脈 CV ポート		
				カフティポンプ		PCA 付き CADD Legacy		

プを減らすために、抗カロリー輸液の中にケタミンとリドカインを入れ、カフティポンプで投与され在宅紹介となった。在宅では他の薬剤も同様に投与継続した。疼痛コントロールは比較的良好で、PCAを1回も使用することなく経過した。8日目に膿瘍ドレナージチューブが自然抜去され発熱したが、本人は病院でのドレナージチューブ再挿入は希望されず、最期まで病院に行きたくないと強い意志表示をされた。10日目にご家族に囲まれながら在宅で死亡された。ケタミン投与に伴う中枢性の副作用は認められなかった。

本研究は当院倫理委員会の承認を得て実施した.

考察

痛みは侵害受容性疼痛と神経障害性疼痛にわけられるが、がんの痛みを有する患者の約40%は神経障害性疼痛を示す^{8.9)}. がんによる神経障害性疼痛は侵害受容性疼痛との混合性疼痛の場合が多い. 鎮痛薬投与で効果不十分な時は鎮痛補助薬を併用する. NMDA 受容体はグルタミン酸受容体のサブタイプで侵害受容情報伝達に関与している. また中枢感作やオピオイドの鎮痛耐性に必要な神経可塑性の誘導に重要な役割を果たしてい

る. ケタミンは NMDA 受容体拮抗薬であり、侵 害受容情報伝達を抑制するだけでなく、 中枢感作 や鎮痛耐性の形成を阻害できる可能性がある。も ともと麻酔薬として使用されてきたが、麻酔作用 を生じるよりははるかに少ない量で強力な鎮痛効 果がみられる。また注射薬として使用可能な数少 ない鎮痛補助薬の一つであり、内服困難となった 終末期がん患者にも、使用可能な薬剤である、骨 転移痛にも有効であり、骨転移痛モデルを用いた 実験では、ケタミンが良好な鎮痛効果を示してい る10). 今回大学病院でオピオイド抵抗性の難治 性がん疼痛、骨転移痛、神経障害性疼痛に対して ケタミン投与され在宅でも継続して投与し、良好 な疼痛コントロールが得られた2症例を経験し た. 2 症例とも在宅でケタミンを継続投与し. 鎮 痛薬を増量することなく中枢性の副作用もなく終 末期を穏やかに過ごすことができた. 表1に2症 例のサマリーを示す.

在宅でのケタミン投与報告は、われわれが調べた範囲では2例で、オピオイド抵抗性の難治性がん疼痛、神経障害性疼痛と骨転移痛の患者に対して、ケタミンを入院中に投与し、退院後在宅にて継続投与し良好な疼痛管理が行われた症例報告であった。表2に2症例のサマリーを示す。

表2 他院でのケタミン在宅持続投与報告症例

症例	年齢	病名	疼痛の種類	ケタミン投与量	除痛	併用オピオイド	在宅日数	転帰
	性			投与経路	投与経路			
				ポンプ		使用ポンプ		
1	小児	神経芽	神経障害性疼痛	45mg/ 日	有効	モルヒネ注射薬 960mg/ 日	約 30 日	入院死
	男	細胞腫		静脈 CV カテ		静脈 CV カテ―テル		
				シュアフューザー		PCA 付き サブラテック 6060		
2	50代	前立腺癌	神経障害性疼痛	240mg/ 日	有効	モルヒネ注射薬 32mg/ 日	200 日	生存中
	男		骨転移痛	皮下		硬膜外カテーテル		
				アイフューザー		PCA 付きアイフューザー		

ケタミンは2007年1月に麻薬指定となった薬 剤である. 使用する際に取り扱いが難しい薬剤と なった、特に、保険医が投与することができる注 射薬(院外処方せんを交付することができる注射 薬)の指定を受けていないため、院外で処方する ことができなくなった. 在宅で医療用麻薬のケタ ミンを投与するためにはまず麻薬免許証を取得し 院内処方を行う用意をしなければならない. 麻薬 診療施設内で麻薬の院内処方・管理をするために は麻薬免許証の他に固定化金庫または重量金庫 (麻薬専用で施錠設備があるもの) の用意と麻薬 小売業者(医薬品卸業者)との契約が必要となる. また麻薬譲受証の作成、麻薬譲渡証の保管、麻薬 帳簿の記載・管理を行わなければならない. 麻薬 免許証の届は毎年行い. さらに麻薬を継続して取 り扱う場合は3年ごとに新しく免許を受けなけれ ばならない.

今回我々が経験した2症例は、在宅緩和ケア開始後予後24日、10日という厳しい状態の患者であった。大学病院入院中にケタミンを使用して、がん難治性疼痛コントロールを行っているがん末期患者の、最期の時を家で過ごしたいという願いをかなえるためには、在宅緩和ケア医は麻薬免許証を取得し、いつでもケタミンを院内処方できる

ように、準備しておく必要があると考える.

日本在宅医療連合学会の定める利益相反に関する開示事項はありません.

謝辞

本症例報告をまとめるにあたり、多忙な日常業務の中、終始熱心に在宅緩和医療に取り組み支えて下さっている行田泰明先生をはじめとした、わたクリニック関係者に心より感謝申し上げます.

文献

- Doubell TP, Mannion RJ, Woolf CJ: The dorsal horn: state-dependent sensory processing, plasticity and the generation of pain. Tex book of pain, 4th ed, Wall PD, Melzack R. pp165-181, Churchill livingstone, New York, 1999
- Mao J. Mayer DJ: Spinal cord neuroplasticity following repeated opioid exposure and its relation to pathological pain. Ann N Y Acad Sci 993 : 175-184, 2001
- 3) 細川豊史: NMDA 受容体 (モルヒネの耐性について). 臨床医 27: 97-99, 2001
- Bell RF, Eccleston C, Kalso EA. Ketamine as an adjuvant to opioids for cancer pain. Cochrane Database Syst Rev 11: CD 003351, 2012
- 5) Quibell R, Prommer EE, Mihalyo M, et al. Ketamine. J Pain Sympton Manage 41: 640-9, 2011

- 6) 渡辺陽子,橋口さおり,津崎晃一ほか:PCAによる高用量モルヒネとケタミンを併用した小児在宅癌性疼痛管理の一例.日臨麻会誌22(6):228-232,2002
- 7) 大津秀一: オピオイド抵抗性の前立腺がん骨転 移痛にケタミンが著効し長期在宅療養可能と なった一例. Palliat Care Res 5 (2): 317-322, 2010
- 8) Bennett MI et al : Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients : A systematic review. Pain 153 : 359-365, 2012
- García de Paredes ML et al: First evidence of oncologic neuropathic pain prevalence after screening 8615 cancer patients. Results of the On study. Ann Oncol 22: 924-930, 2011
- 10) Saito O, Aoe T, Kozikowski A, et al. Ketamine and N-acetylaspa-rtylglutamate peptidase inhibitor exert analgesia in bone cancer pain. Can J Anaesth 2006; 53: 891-898