

公開討論会 抄録

テーマ 1 地域医療

1. 地域医療と予防医学

○田島 亮¹，住友和弘²，宮澤イザベル²，大原貴裕²，佐藤 滋²，古川勝敏²

東北医科薬科大学病院¹⁾，東北医科薬科大学病院総合診療科²⁾

我が国では地域医療に従事する医師を確保するため、医学部の定員増加、地域枠制度拡大など、様々な医療政策が敷かれてきた。しかし医師の地域偏在や高齢化社会はさらに進んでおり、各政策の成果がまだそれに追いついていないのが現状だ。この状況では、地域住民や医療者の負担軽減のためにさらなる対策が必要である。

私が考える対策は予防医学の推進である。医師数に限りがあるならば、予防医学の実践により医療の需要を抑えることも有効な手段と言える。

具体的な方法として、医療 ICT を用いた遠隔医療の導入と特定看護師の増員・周知が挙げられる。遠隔医療の普及は、医師が勤務地に関わらず患者の状態変化を把握し、適時に治療方針を検討することを可能にする。また、受診の利便性が高まることで働く世代の継続受診率の向上と、それによる有病率低下も期待できる。

特定看護師は病院内だけでなく、在宅介護や施設介護においても大きな役割が期待されている。医師が身近にいない状況で患者が急変した場合、医師の指示のもとでタイムリーな処置が可能になる。

上記に挙げた2つの具体策は、いずれも地域包括ケアシステムの構築に重要なものであり、その根本にあるのは地域におけるプライマリ・ケアだ。プライマリ・ケアには、患者の訴えに耳を傾け、一つの臓器ではなく横断的に全身の状態を評価する内科的視点の医療が必要である。したがって、内科医にはプライマリ・ケアの入口に立ち、患者の健康状態だけでなく生活、家族、地域との関わりにも目を行き届かせることが求められる。

そのためには、勤務地を問わず、医師一人一人がその地域の医療を担っているという自覚と責任が必要である。そして、医療だけでなく地域を取り巻く様々な問題を理解した上で患者に向き合うことが大切だ。各地域での予防医学の実践とその積み重ねが、医療全体の現状を打開する糸口になると私は考える。

2. SNSで繋がろう！！地域の住民と気軽に繋がる地域医療の新しい形へ

○重堂多恵¹，長内 忍²，木谷祐也²，蓑島暁帆²，長谷部直幸³，住友和弘⁴

旭川医科大学医学部医学科¹⁾，旭川医科大学内科学分野循環呼吸神経病態内科学分野医療再生フロンティア研究室²⁾

旭川医科大学内科学分野循環呼吸神経病態内科学分野³⁾，東北医科薬科大学地域医療学教室・総合診療科⁴⁾

今日の地域医療では医師の偏在による医師不足が深刻である。私の住む北海道は特に医師の偏在が著しい地域とされている。私は大学で地域医療を学ぶサークルで活動しているが、医師の不足している地域の方々のお話を伺った際に、医師が居ないことが住民にとっては大きな不安要素であることを学んだ。さらに、病気になった時にどうしたら良いかわからない、地元の病院では適切な治療がうけられないかもしれないといった不安が強いと多くの方々が訴えていた。この不安の解消のためには医師や病院が地域住民とより確かにつながることが大事だと考える。その繋がりを強固にする方法としてSNS（ソーシャルネットワークサービス）の利用を提案したい。SNSを利用した繋がりの形として、医師個人の情報発信、急病に対する不安の解消と病気予防の為に情報提供ツールの作成、患者の健康状態を把握するシステムの形成、の三段階が重要ではないかと考えている。

まず、医師個人の情報発信だが、いつも手元にあるスマートフォンやパソコンを利用するので、多忙な医師にとっても行動が起しやす。身近な医師や病院が発している情報であれば、地域の住民にとって興味を持ちやすく、コメント欄などを設ければ、地域住民からのリアクションを得ることも出来る。

次に、急病に対する不安の解消と病気予防の為に情報提供ツールの作成である。急病時に今すぐ病院に行くべきか、あるいはどのように対処すればよいか、その地域に合わせた対応策を病院側から示してあげられれば、不安の解消が出来る。インターネット上には病気に関する情報があふれているが、どれを信用すべきか判断するのは容易でない。しかし、顔を知っている医師や地域の病院が発信している情報となると信頼ができ、病気に対する疑問や不安を解消することができるだろう。

最後に患者の健康状態を把握するシステムの形成である。生活習慣病をはじめとする慢性疾患の患者は体重や血圧などの情報を記録するが、病院に来なければその情報を医師に共有することが出来ない。しかし、SNSでそれらの情報を共有することが出来れば、わざわざ病院に来なくても素早く簡単に医師と共有することが出来る。また、異変が起きた場合も早期に対応が出来るだろう。情報を送信することで、常に医師にみてもらっているという安心感が生まれ、治療に対する意識の改善も期待出来る。ここで、SNSで常に繋がっていることが医師にとっては負担となることが考えられる。しかし、看護師や保健師などと連携しながら住民のサポートを行えば、負担を分散し、またより良いサポートが出来るのではないだろうか。

SNSでのコミュニケーションは顔の見えない相手では不安が生じるが、知っている相手であれば安心して行うことができる。地域医療における住民の不安解消にはどこの地域にも十分な医師が居るのが理想だが、現実的には難しい。時にはしっかり顔を見て対応する機会を確保することも重要だが、今後SNSを利用し、病院に掛かっている住民はもちろん、病院に掛かっていない住民とも繋がれば、生活習慣病の管理を容易にするだけでなく、病気に関する無知による手遅れを防ぎ、また必要以上に病院に来ることを減らすことが出来る。これは現在そして今後予想される医師不足をはじめとした様々な医療問題の解決につながるだろう。

3. みんなが気軽に集まれる，お医者さんの居酒屋を作ろう

○石井聖也¹，長内 忍²，木谷祐也²，蓑島暁帆²，長谷部直幸³，住友和弘³

旭川医科大学医学部医学科 3 年¹⁾

旭川医科大学内科学分野循環呼吸神経病態内科学分野医療再生フロンティア研究室²⁾

旭川医科大学内科学分野循環呼吸神経病態内科学分野³⁾，東北医科薬科大学地域医療学教室・総合診療科⁴⁾

私の故郷である北海道では札幌や旭川といった中心都市に医師が集中し，その他の地域では医師が足りないという医師偏在が顕著である．さらに市町村間の距離が遠く，各地域の中核都市へ患者を搬送するのが容易でないことも北海道の医療の問題点として挙げられるだろう．これにより，地方では医療を十分に受けられないケースも生まれている．

長年問題視されてきたこれらのことが，未だ解決されていない現状にある．問題の本質のひとつは，地域に医師，コメディカルが働きたいと思える魅力が乏しいことである．その結果，人が都市に流れてしまい，地域が人手不足に陥り，一人の負担が大きくなるとさらに地域から人が離れていくという悪循環が解消できずにいるからだと考える．この悪循環を解消するために，私は頻繁に医師，コメディカル，福祉，行政，住民が気軽に集まって医療を考える機会が必要だと考える．

そこで私は医師自らが地域の人々が気軽に集まれる居酒屋を開いてはどうかと提案したい．私自身旭川市内で友人と居酒屋的なバーを開いており，初対面の人達がお互いに関心のあるテーマについて熱心に語り合い，しばらくするとそこで出会った人達が別の場所で一緒に行動しているというワールドカフェ的な場面を多く見てきた．このように人が集まるきっかけ作りは居酒屋など敷居の低いところから始めても良いのではないと思う．その中でも特に医師がより積極的にきっかけづくりに関わるのが大切だと考える．私は 1 年時から“北海道南宗谷地域の地域医療”をコメディカル，住民，旭川医大の先生，学生らで考える会に参加してきた．そこでは積極的な議論が行われながらも，実際に提案されたアイデアが実現されるケースは少ないのが現状であった．これはその地域の医師がその場におらず，実際に医療を行う医師との意識の共有が十分ではないことが原因として考えられる．これらを踏まえて，医師が積極的に関わりながらも気軽に集まって地域医療を考える場として，お医者さんが経営する居酒屋を開こう．そして，医師とコメディカル，福祉，行政，住民が熱心に語り合い，自分たちの地域の医療を改善していこう．

4. 今後の地域医療のあるべき姿とは

○諸橋 舞¹，矢吹理人¹，田中聖人¹，石山良生¹，奈良井大輝¹，小野塚航太¹，鈴木法彦¹
松川洸子¹，井出健介¹，住友和弘²

東北医科薬科大学医学部医学科¹⁾

東北医科薬科大学医学部地域医療学研究室・東北医科薬科大学病院総合診療科²⁾

日本は2025年には全人口の18%が75歳以上となる超高齢社会を迎え、医療費が国の財政を圧迫することは目に見えている。国は長期入院患者の医療保険点数を減額し、病床を削減することで、医療費の増加を抑制しようとしている。しかし、地域における患者の受け入れの体制が整っておらず、またその進捗状況にも地域差が大きいのが現状である。がんのような慢性的な疾患により定期的な治療を必要とする患者は自宅付近に治療を行くことができる基幹病院規模の病院が存在することが必須となるが、地域によってはそのような規模の病院が存在しない所も多い。また、在宅医療の対象となる患者は高齢者のみの世帯が多く、通院が困難であることに加えて日々の生活もままならない。

このような現状を打破するためには、患者の生活を近くで支える地域の協力が必要であると考え、そこに医療者が加わり、多方面から患者を支える地域包括ケアを行うことが望ましいと考える。医療体制が整っていない現状を考えると、医療について関心がありそのような情報に敏感な人や専門的な知識がある人がより制度をうまく活用でき、そうでない人との間に差が生まれてしまう。また、介護が長期に渡れば、家族への負担はより大きくなる。長期の介護による身体的な疲労に加えて、いつ病状が急変するかわからない緊張状態が続くことで精神的なストレスも生まれる。地域包括ケアでは、全ての患者が平等に支援を受けることができ、また患者だけでなく、介護する家族のケアも行うべきだと考える。

自身の家族が在宅介護を行った経験から考えると、患者の経過観察を行ったり家族に介護の方法など指導したりするといった医療面からの支援と、家族の日々のストレスを軽減するための精神面からの支援が必要だと考える。医療面に関しては、訪問介護と在宅医療を中心に行う医師を充実させるべきだと考える。厚生労働省医政局は、2006年に在宅療養推進のために「在宅療養支援病院」を設けたが、全国に約10万件ある診療所のうち、この申請を行ったのは1万4000件弱と非常に少なかった。この原因として、診療所の規模が小さく、24時間対応が困難ということが多く挙げられたそう。私は24時間対応できなくとも定期的な往診が可能な診療所も申請を許可すべきだと考える。往診を行うことで、目前の介護に困っている家族や患者を支援できる。また、家族の支援として、以前に在宅介護の経験のある家族との交流の場をそれぞれの地域に設け、介護の経験を聞いたり、悩みを相談したりできるようにすべきだと考える。同じ経験をした家族と話すことで、精神的なストレスを軽減することができる。

また、国は予防医療にもっと力を入れるべきだ。病気が重症化する前に予防することができれば入院患者を減少させることができ、それに伴って在宅医療を行う必要のある人も減少し、結果として医療費の削減に繋がる。高齢者に焦点を当てると、各地域の介護施設が中心となり、デイサービスの利用者だけでなく、地域の高齢者を対象とした健康増進活動を実施するなどの活動ができる。

今後の地域医療は医療関係者と地域とが密接に関わっていくことが重要になる。将来、一医療関係者となる学生として、これからも地域医療への関わり方を考えていきたい。

5. 北海道留萌市、福島県飯舘村を例に考える医療・介護における自治体間の広域連携の必要性と内科医ができること

○小野塚航太¹、矢吹理人¹、田中聖人¹、石山良生¹、奈良井大輝¹

鈴木法彦¹、松川洸子¹、諸橋 舞¹、井出健介¹、住友和弘²

東北医科薬科大学医学部医学科¹⁾

東北医科薬科大学医学部地域医療学教室・東北医科薬科大学病院総合診療科²⁾

今日本では世界でも前例のないスピードで少子高齢化が進行している。とりわけ都市部と比べ、地方での人口減少・高齢者人口の増加が著しく、介護・医療のニーズは高い状況にあるものの、担い手の不足等により十分に答えることができていないのが現状である。このような厳しい状況下において、医療資源をいかに効率的に利用していくかということが重要になってくる。そこで、地域医療セミナーで一昨年に訪れた留萌市と昨年訪れた飯舘村の二つの自治体を例に、今後の地方の医療のあり方と内科医ができることについて考察する。

北海道留萌市は北海道の西側、日本海に面する留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町、天塩町の一市六町一村からなる留萌医療圏の中核自治体である。2015年現在、留萌医療圏の人口は47,912人、面積は3,445.88平方キロメートルで、これは東京23区(619平方キロメートル)の約5.5倍という広大な面積を有している。人口増減率は-9.78%(全国平均-0.75%)、高齢化率は36.20%(全国平均26.30%)となっている。留萌医療圏では圏内においては医師が不足しているものの、道内でも医療資源に恵まれている旭川市、札幌市へ1時間30分から2時間程度で移動することが出来る。地方では、医療資源に恵まれた地域とそうでない地域同士で医療資源を分かち合うことが地域医療再生に必要であると感じた。

福島県飯舘村は福島県浜通り地方の相双地域に属する人口6000人程の自治体である。2011年3月11日の東日本大震災によって発生した福島第一原子力発電所事故による放射性物質の飛散により2011年4月22日に村全域が計画的避難区域に指定され、全村民が福島県内外の様々な場所に避難することになった。2017年3月31日に村の一部地域を除き避難指示が解除され、村は再興へと動き出した。しかし、6年という歳月は村の様相を一変させた上に、村に戻る村民は高齢者が多く村の高齢化は急速に進んでいる。さらに急激な人口の増加により、医療・介護のための施設や人員が不足しているのが現状だ。実際に医療・介護への不安から帰村を躊躇う住民も多い。このような不安を取り除くためにも、医療、介護の整備は喫緊の課題である。

しかし、飯舘村だけで介護・医療をすべて行うことは現実的ではない。むしろ周辺自治体との連携を密にして、負担を分散し補い合うことが有効であると考え。飯舘村は福島県内で最も医療資源に恵まれている福島市から車で約一時間の距離にあり、これらの医療資源を有効に利用することが復興の鍵になると考える。また一足先に避難指示が解除されている地域では新たな医療・介護の拠点施設の設置が進められ、インフラが整備されている。これらの地域との情報の共有や人の往来を積極的に行い、被災地域とその周辺地域との連携・協力を密にしていくことで新しい町づくりが加速度的に進んでいくと考える。

そのために内科医に出来ることは何か。内科医は病院や診療所で医療行為を行うことに加え、地域の健康教室に定期的に開催、出席するなどして、住民の健康維持のための活動も積極的に行っていくことが重要である。さらに行政と連携して自然と健康になれるような町づくりに参画し、行政と住民の架け橋になることもできる。内科医が直接住民の健康維持の指導を行うことで、住民の健康への意識が上昇し、患者数が減り、医療費を抑制することが期待できる。高齢化が進み健康への関心が高まりつつある中、生まれ育った故郷で死ぬまで健康に暮らせるように、内科医が中心となって住民の健康を指導し、病気になっても介護が必要になっても住み慣れた地域で過ごせるような町づくりを主導し地域再生を医療の面から担っていく、それが地域で働く内科医に求められる姿なのではないかと私は考える。

6. 医師の地域偏在解消とキャリア形成の環境改善

○石橋公平¹，杉本祥拓¹，徳山喜心¹，湯山健太¹，山本実果¹，森 亘平¹，谷口かおり²
大磯義一郎²

浜松医科大学医学部医学科¹⁾，浜松医科大学法学教室²⁾

近年、医師の都市部への偏在が問題となっており、地域偏在解消が期待されている。しかし、報道によると、2018 年度より施行される新専門医制度によって、地方で専門医を取得できる施設が限られることから、医師の更なる都市部への偏在が危惧されている。

私は静岡県奨学金を借りているため、卒後 10 年間、静岡県の医療過疎地域を中心に内科医として働くこととなる。若いうちから研鑽を積み、多くの仲間と切磋琢磨し、医師として成長していきたいと考えている。そのためにも、多くの若手内科医が静岡県のような医療過疎地域での勤務でも積極的に選択できるような体制整備が是非とも必要となる。

それでは、若手内科医の地方勤務を促すためには何が必要なのであろうか。

厚生労働省が 2016 年 12 月に行った「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」のアンケートから、常勤内科医 2678 件を抽出し、地方と都市部（東京 23 区、政令指定都市、県庁所在地）に分け、地方勤務意志、地方勤務を避ける理由、年収、労働時間に関する回答を解析してみた。

都市部に在住する若手常勤内科医（26～30 歳）の地方への勤務意志ありとした割合は 65.8%であり、都市部に在住する常勤内科医全体の 47.8%に対し、有意に高かった。（ $p < 0.01$ ）そして、都市部に在住する内科医が地方勤務を避ける理由としては、「希望する仕事ができない」（16.8%）が最大で、「労働環境に不安がある」（16.5%）がそれに次いでいた。

待遇に関しては、地方に在住する若手常勤内科医の平均年収は 865 万円、平均労働時間は 79.6 時間であり、都市部に在住する若手常勤内科医の 835 万円、77.8 時間と比較しても、有意な差は見られなかった。（ $p = 0.65$ ， $p = 0.57$ ）

以上のことから、地方勤務意志が高い若手内科医を地方へ招くためには、年収、労働時間ではなく、キャリア形成の阻害されない制度設計と、医師として成長しやすい環境が求められる。今後さらに、新専門医制度が開始され、地方の若手内科医のキャリア形成が課題となる。そのため、地方での病院連携の構築により特殊な症例の経験や、屋根瓦式の教育があれば、私だけでなく多くの医学生は、生まれ育ってきた地方での勤務に積極的に飛び込むことができると考える。

7. 地域基幹病院から支える地域医療のあり方について

○大森浩一郎¹，川島篤志²，北村友一²，香川恵造³

市立福知山市民病院¹⁾，市立福知山市民病院総合内科²⁾，市立福知山市民病院消化器内科³⁾

地域医療に関しては、明確な定義を見つけることが難しく、各自の思い描く地域医療像は千差万別であると思われる。そういったなか、日本内科学会の地域医療教育ワーキンググループでは「限られた医療資源を共有している地域において、多様で幅広いニーズを抱える個々の患者・住民に対して包括的、継続的な診療を実践すること、および、特定の健康危険因子を共有する患者集団・住民に対して適切に介入すること」という定義の提唱があり、そこで触れられているように、「医療過疎地域の医療」と「地域医療」は同一ではない。ただ、私が医学生ときは、この違いを理解していなかった。

現在、地方都市にある医療圏が約10万人の地域基幹病院で初期研修を行っている。院内で各診療科をローテーションしていると、単一臓器や疾病を中心に診ることも少なくなく、地域医療の実践を認識することが少ないこともある。一方で超高齢社会のなか、複数疾患の罹患、生活背景の脆弱化がみられる高齢者診療を総合的に診ることに、入院から退院支援を行うことによって、地域医療の一翼を担っていることも経験している。これは病院完結型医療から地域完結型医療への転換の実践と感じている。

地域包括ケアについては、初期研修医として現場で実感することは難しい。ただ、院内で行われるレクチャーを通じて、地域基幹病院の役割、つまり救急医療・入院診療の安定した供給と各専門科診療の充実が必須であることを再認識しつつ、総合的に診療を行う医療の重要性を研修医として認識している。

医師不足・医師偏在に関しても、救急医療の症例検討のなかで、医療資源的に自施設で対応しがたい症例に対して、事前に院内・院外との連携があらかじめ検討されていることがあり、これも地域医療の実践の1つであると感じた。

救急診療では、地域内の特別養護老人ホームや介護老人保健施設からの搬送も多い。どのように対応すべきなのか困惑する事例も少なくないが、当院への再入院症例などでは、既に将来の病状に関する議論（ACP：Advance Care Planning）が進められていることも多く、徐々に円滑な対応が可能となっている。当地域内の医療資源についての情報も、Medical Social Workerさんから受ける機会も設けられており、多職種連携も含めた地域医療が実践されていることを初期研修医としても実感できる。今後、研修プログラムに施設見学も検討されており、今後ますます地域内連携が充実してくる可能性を感じている。

また当院には療養病床を擁する大江分院もあり、急性期病院から後方施設との連携も円滑であり、在院日数への寄与も報告されている。また、地域基幹病院ではあるが在宅医療チームも立ち上げられており、急性期病院にしながら在宅医療への移行も垣間見ることができた。普段、病院で患者本人というより、疾患にしか目が行っていなかった自分を反省する機会になった。

地域医師会の先生方とも合同の勉強会もあり、その中で抗菌薬アンチバイオグラムの配布を含めた薬剤耐性問題（AMR）、PolypharmacyやACPといった地域で取り組むべき問題も取り上げられ、相互理解を深めている。

これからの研修も病院での勤務がしばらく続くと思うが、その地域での医療への貢献を意識できる内科医として、関わることができればと思っている。

8. 薬剤師である医学生の視点からの高齢者医療と多職種連携

○熊谷和美¹，長内 忍²，木谷祐也²，蓑島暁帆²，長谷部直幸²

旭川医科大学医学部医学科¹⁾，旭川医科大学循環呼吸神経病態内科学分野²⁾

私は医学生になる以前，病院と薬局で薬剤師として勤務しておりましたが，その中で高齢者医療における多職種連携の重要性を実感してきました。高齢者医療における薬物療法では薬物の代謝・排泄機能の低下など薬物動態の変化を考慮した投与の必要性や，多剤処方（polypharmacy），残薬の対策といった問題が挙げられます。しかし，医師は多くの患者を診なければならず，全ての担当患者の服薬状況を把握・管理することは現実的には難しく，そのため他の専門職と連携する多職種連携は非常に重要です。

多職種連携の重要性が叫ばれて久しいですが，私の薬剤師としての経験からは，まだまだ臨床現場に充分浸透しているとは言えない印象です。多職種連携を難しくしている要因は様々あると思われますが，今回は医師とコメディカルの関係性に焦点を当て，薬剤師の視点から考えたいと思います。

はじめに，非常に基本的なことですが，コミュニケーションにおける医師の態度の問題があげられます。医師の態度がチームに与える影響は大きく，医師の態度次第でチームの雰囲気が良くも悪くもなります。医師の態度が威圧的であると周りの専門職は萎縮し，情報共有やそれぞれが自由に意見を交換することが難しくなります。長い間，医師が指示を出しコメディカルがそれに従って医療を行ってきた歴史が根底にあります。この問題を解決するためには，まず医師自身がその構図を打ち破る必要があります。そして，それぞれの職種が自由に発言できる雰囲気を作ることで，それぞれの専門職が力を発揮し，連携することが出来ると思います。例えば医師が他の専門職にまず意見を求めたり，質問をするだけでも他の専門職が意見を出すきっかけになります。様々な職種のスタッフが連携して患者とその家族にとって最適な医療を提供するという成功体験を得ることは，チームの一体感を生むと同時に，スタッフ一人一人の成長にもつながると思われます。

次に，全ての医療職に通じることですが他の医療専門職の仕事内容に関する知識が乏しく，相互の理解が少ないことも問題です。多職種連携では，場面によってリーダーとなる専門職が変化する必要がありますが，そのためには，各々の専門職の仕事の内容や視点の相違をチーム全員が知る必要があります。

第一に多職種連携ワークショップへの医学生の参加を提案します。現在，地域包括ケアの推進のために多職種連携ワークショップが各地で行われていますが，医師は勿論のこと学生が低学年から参加し，それぞれの地域で働く医師以外の専門職から生の声を聞き臨床に触れることは非常に有益であると考えます。

次に，医学生の医療実習のカリキュラムの一環として，医師以外の専門職の職場での実習を提案します。それぞれの職種の立場に立ち，仕事内容や置かれている状況を知る経験は，将来医師として働くうえで非常に大きな力になると思われます。訪問先にとっても医学生が来ることは良い刺激となり，双方にとって有益であると思われます。

最後に，チーム全員が白衣を脱ぎ食事をともにする時間を設けることを提案します。チームのメンバーの仕事内容を理解することに加えて，その人自身を知ることはチームのより強い結束力につながると考えられます。同じ職業でも置かれている状況や考え方は一人一人異なるため，相手を知ることは非常に重要です。このような時間を設けることで，チームのメンバー間，職種間の理解が深まり，よりスムーズな連携，チームの結束力が高まると同時に，モチベーションの向上，維持にもつながると思われます。

多様な対応が求められる高齢者に安心・安全な医療を行うためには，多職種連携がキーポイントの1つです。学生の段階から他の専門職の仕事内容や視点に触れ，本当の意味でチームのメンバーを大切にできる医師が増えることが，多職種連携を円滑に進める根本的な手段になるものと考えます。

テーマ2 高齢者医療

9. 日本の高齢者医療の問題点、北欧との比較 死生観、倫理、福祉重視モデルへの変換、人口減少と少子高齢化問題とこれからの人工知能時代における職業構造の変化と自分にできること

○平井健太郎¹，船橋伸禎²，小林欣夫²

千葉大学医学部医学科 4 年¹⁾，千葉大学医学部循環器内科学²⁾

臨床実習では循環器内科の先生より、CHADS2 スコアは非弁膜症性心房細動における抗凝固療法の適応を考慮する上で非常に有用なスコアで、高齢であればスコアが高得点になり抗凝固療法の適応となると指導を受けた。このように疾患毎の診療ガイドラインで高齢に対する診療方針は確立されているが、根本的な高齢医療の問題点とは何であろうか？

高齢者を中心にした高い社会福祉サービスと高い生産性を実現したスウェーデンやデンマークなど北欧では、日本で見かける寝たきり老人が見当たらないといわれる。これらの国では、高齢者には特に終末期に点滴、経管栄養をしないが、その理由として、終末期は、本人が食べるだけ、飲めるだけにすると、亡くなる数日前まで話すことができ、穏やかな最後を迎えられるというスタンスがあり、また食べないことも入居者の権利という考えもある。患者様自身も何も分からない状態で生き続けることに意味がないなど死生観が明確なこと、さらに高齢者は苦しむことなく、尊厳をもって亡くなることが大切であり、人工栄養で延命することに疑問を持つ倫理感もある。高齢化による医療費増大の抑制も大きな理由の1つであり、スウェーデンは1992年のエーデル改革以降、社会的入院を減らし、施設や在宅での看取りを進めて医療費を削減してきた。つまり北欧では、人工栄養で延命されたくないという国民の要望と、医療費を抑制したいという政府の方針が一致して、寝たきり老人がいなく、かつ財政上も良好な状況を生み出しているといえる。その成功の具体的ノウハウとされるのが“医療”としての、障害発生直後のリハビリ体制の整備や訪問看護の設置の充実に加え、わが国では進んでいない“福祉”としての、日常生活の自立援助、24時間巡回型のホームヘルパー、デイケアセンター、補助器具、住宅改造、宅配食サービス、個室制介護施設の充実に加え、さらに“安心と楽しみの提供”として酒もたばこも自由なデイセンターの利用や、外出、旅行などが可能なことが挙げられる。つまり障害があっても生きるに値する生活が用意されることによって、自立と社会参加への意欲が持てるように医療重視モデルから福祉重視モデルへの変換したことが成功へのカギであり、この変換は、費用効率の面からみても優れているため、世界の趨勢となっている。

現在我が国の年齢構成は、平成26年で65歳以上の老年人口は25.1%であり、国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計（平成24年1月推計）によると2025年には30%を超える推計されており、このことは医療費と死亡者数の増加を意味する。安倍首相が発表された2014年の施政方針演説では、毎年一兆円以上増える医療費の適正化を図るための対策として、患者自己負担の増加、保険料や税の増額、診療報酬点数の減額、ジェネリック医薬品の推進、病床への長期入院を減らす、診療報酬の包括払いの導入、医療費の総額管理制度の導入などが挙げられているが、これらは医療を重視した対策モデルであると考えられ、今後は北欧のような行政による福祉重視システムの充実に望まれる。

北欧との死生観、倫理の違いに関しては、わが国にも、前述の北欧のような死生観、倫理観を持つ患者様もおられると思うが、家族、親族の多くは延命を望むことが多い。また医療側も、訴訟などのトラブルのリスク回避から、コミュニケーションをとりにくい高齢者ご本人より、家族、親族とのコミュニケーションを重要視する傾向があり、そのため家族による延命を希望する意見が、ご本人の死生観、倫理より優先されることが多い。高齢患者様ご本人の死生観、倫理を個別に丁寧に聞き、本人のご意向を最大限実現するように家族、親族としっかり話し合うことは、自分が医師になったら可能ではないかと考える。

現在、人工知能の第三次ブームとされ、その発展により、人工知能に置き換わられ、無くなる職業もあると記載された書籍もたくさん見られる。一方で日本は人口減少と少子高齢化では特に介護などが問題とされているが、人口が減ってかつ、高齢化で労働人口が少ない状況は、人工知能の発展、導入により仕事を奪われる人が出現する一方で、職業構造の劇的な変化により、医療重視から福祉重視モデルへの移行がスムーズにいくチャンスがあるともいえる。これらは政治的、社会的な問題で自分の領分を超えるが、一名一名の患者様の話を丁寧に聞き、前述のように、その死生観、倫理を最大限に実現できるように努力すること、また一方で診療ガイドラインに沿ってエビデンスに基づいた適切な診療を提供することは、自分にできることであり、これらを通じて高齢化した社会に貢献したいと考える。

参考文献

高齢者医療から終末期医療へ 川口実 メトロポリタン新書

高齢者の終末期医療を考える。長寿時代の看取り。増田覚也＋日本創成会議 生産性出版

岡本祐三 高齢者医療と福祉 岩波新書

日本再興戦略 落合陽一 幻冬舎

10. 20年後の高齢者医療で求められるニーズと対応 ～医学生の立場から～

○早川 輝¹, 相澤勇人¹, 池田真子¹, 後藤茉莉奈¹, 小峠和希¹, 藤岡 麗¹, 高桑 修²
城 卓志³

名古屋市立大学医学部5年¹⁾, 名古屋市立大学大学院医学研究科高度医療教育研究センター²⁾, 同消化器・代謝内科学³⁾

日本は世界有数の「超高齢社会」先進国として解決策を投じる立場となりつつある。学生の私たちは“高齢者の患者さん”について“弱々しいお年寄り”のイメージを持っていた。しかしベッドサイドでは“若々しい高齢者”とも出会い、高齢者の患者さんに対するイメージを変える必要があるようだ。

私たちが医療の中心を担う20年後を想像してみた。高齢者の人口増加に伴い終末期に向けた医療の在り方もますます大きな重要になるであろう。しかしその一方で病院を受診する元気な高齢者も多くなり、まだまだ元気に過ごすために「積極的な治療」を求められる場面も増えるのではないだろうか。現在の高齢者医療においては“終末期に向けての全人的医療”の重要性が認識されているが、「積極的な治療」を望む高齢者への医療の在り方、も課題となると思われる。

現在の高齢者医療に目を向けると、高齢者に対してエビデンスに乏しい治療が経験的に選択される場面も多いと思われる。20年後には医療の主体もより高齢にシフトし、積極的治療を望む高齢者のためのエビデンスも今以上に重要となるのではないだろうか。そのためには、実年齢だけでなく、活動性や臓器機能、認知機能などを元とした新しい基準が必要に思われる。基準の統一により高齢者を対象とした臨床研究が進めやすくなるとともに、患者や家族と認識の共有や適切な治療選択、また予防医療にもつながるかもしれない。

さらなる高齢化時代に向けて、終末期を見据えた医療の整備は必須と思われるが、その一方で「積極的な治療」を求める高齢者への対応も重要と考える。高齢者医療が“特別な医療”でなく“当たり前の医療”となる準備が望まれる。

11. 演題取り下げ

12. 高齢者医療の課題と求められる医師像

○佐々木彰一，瀬川莉恵子

真生会富山病院内科

人の体は、外部環境に対して、体内の恒常性を保つ力がある。何らかの理由で恒常性が保てなくなった状態を、(狭義の)病気と言ってよい。恒常性の破綻が著しく、体全体を保つことが出来なくなった時、人は死を迎える。老いとは、生理学的に言えば、種々の臓器の衰えによって、体内の恒常性が保たれなくなっていく過程である。若年者の場合、損なわれている臓器は1か所であることが多く、その臓器を集中的に治療すれば、健康になることが多い。しかし、高齢者は多臓器が衰えているため、状況が根本的に異なる。人の臓器は、恒常性を保つために、不可欠な役割を果たしている。よって、障害の著しい臓器の補助をするために、他の臓器への障害を許容する治療を選択せねばならないこともある。そのように、多臓器の障害に配慮しながら、全身の破綻を起こさないように治療方針を決定することが、高齢者医療を担う内科医に求められる。多臓器への配慮が不可欠という点で、若年者の治療よりも困難であり、熟練を要するといえる。

次に、高齢者には、若年者とは異なる心理的な課題がある。幼年から青年期にかけ、人は肉体的に成熟し、壮年期まではほぼ維持される。また、社会的な役割は拡大していく。しかし、高齢者は、肉体的な衰えが進み、社会的な役割も縮小していく。それに加え、病に侵されると、今までのような活動が出来なくなり、生活が限定される。即ち肉体的、社会的な喪失を体験する。病に対する医療も、元の状態には戻せない事が殆どである。従って、高齢者医療に当たる医師は、必然的に、肉体的、社会的な喪失体験に接することになる。大抵は、医師が患者より若い。自己の人生に、喪失体験が乏しい場合が多い。自ら体験したことの無いことに直面する患者の苦悩に、対応せねばならない。医師に深い配慮と、人格的な成熟が求められる。やがては自らも行く道であるという自覚が、その診療の助けとなるであろう。

高齢者は、その家族の精神に深い根を下ろしている。高齢者が、病によって変化することは、家族に大きな変化を与える。幼い頃、親に抑圧的に扱われていた子供が、高齢者の老いと病の為に力関係が逆転し、肉体的または精神的な虐待を行うこともある。家族の支柱であった高齢者の衰えに接し、共に心の安定を失う家族もある。高齢者医療を担う内科医は、患者の家族内での高齢者の位置を見抜き、それをもととして、本人・家族ともに、良い方向に導かねばならない。

高齢者は家族・社会からその生命の価値を軽く扱われがちである。社会への貢献には乏しく、一方で医療・介護負担は、家族・社会に重くのしかかる。国家財政の頻拍によって、その医療の正当性が疑問視されつつある。そんな中、高齢者は多臓器の衰えによって、医師の頻回の介入が生命の維持に欠かせなくなってくる。例えば深夜、病状変化による電話報告があった時、高齢者医療を担う内科医には、生命の尊厳の根拠が問われることとなる。人の命は、財産があるから尊厳なのか、家族がいるから尊厳なのか、社会に良い影響を与えるから尊厳なのか。煩わしさが心にもたげた時、医師は生命の尊厳の根拠を見つめなおさなければならない。深い哲学的な思索が問われる。

最後に、高齢者医療は、内科医や医療スタッフの自己犠牲なしに行われなければならない。継続可能な医療は、患者もスタッフも共に元気になる医療である。

このように、高齢者医療を担う内科医には、生命の尊厳への深い自覚をもととして、人の体の生理学的な理解と共に、深い配慮と人格的な成熟が求められる。かかる資質を兼ね備えた内科医が、超高齢化社会に求められる内科医であると考えられる。

13. 「高齢者医療：意思決定困難な高齢患者への対応」について考える

○井上智友記, 山田歩美

埼玉協同病院医局

【背景】日本は超高齢化社会を迎え、当院を受診する患者の高齢者数も増加の一途である。その中で患者が認知症である割合も多く、来院時既に自らの意思表示すら出来なくなっている場合がある。入院後の治療について我々医療者はキーパーソンと話すことになるが、社会的背景から、実質的なキーパーソンが不在となっており、患者にとって最適な決断が困難な場合がある。そこに倫理的な問題が生じる。

【現状】地域急性期病院である当院の入院患者は、65歳以上が74%で平均年齢は71.5歳で主な疾患は、肺炎、肝胆道系疾患、脳梗塞、尿路感染症、心不全等である。また、年間で入院契機が認知症又は認知機能低下である患者数は、321人で、総患者数の12%を占め、多くが自らの意思表示が難しい患者である。（※2016年1～12月合計。）

私は担当医として、脳出血後の失語症のため意思表示がほとんど出来ず、家族と以前から疎遠でキーパーソンが遠縁の配偶者（従兄弟の妻）である60歳台男性の誤嚥性肺炎のケースを担当した。初回の誤嚥性肺炎であり、栄養状態が上げれば嚥下機能の回復も見込まれた。一方で、キーパーソンは代替栄養ではなく看取りを希望した。担当医として、キーパーソンの示した方針を受け入れていいのか悩んだ。その時、指導医からこの症例には倫理的な問題があることを指摘され、関係医療スタッフで臨床倫理の四分画法を用いた「倫理カンファレンス」を行うことにした。多職種でいろいろな情報と観点から議論することにより具体的な問題点と今後の対応が非常に明確になった。カンファレンス後に、患者の小さな言動も拾い上げ、患者の本当の意思を出来るだけ汲み取る努力をした。その結果、「食べたい」という意思表示があり、最終的には経口摂取を目標に、胃瘻造設を行うことになり、元の施設へ退院した。

多職種で患者のことを第一に考えた結論であるため、私自身が、その内容に自信が持て、実際に行動する際に、迷いなくなり、一緒に悩んでくれる仲間がいることを実感し、孤独感もなくなった。

我々医療者や患者の家族は、「高齢であるから」「意思疎通が困難だから」という理由で、患者の意志や意向を無視して医療行為の決定を行っていないだろうか。たとえ認知機能の低下があったとしても、患者の意向を確認する努力を怠ってはならない。

表面の病態のみに注目するのではなく、出来るだけ患者の背景にまで目をむけ、根本的な問題はなにか、そこに倫理的な問題が隠れていないかと考えることが重要である。

倫理的問題に「気づく」能力は非常に大切で、研修医時代にこそ養っていくことが重要である。今回は「意思決定困難な高齢患者への対応」についてあらためて考えたい。また、筆者が学生時代に留学経験のあるデンマークの国民の人生観や死生観、具体的な人生の意思決定のプロセスについて、日本との比較も行いたい。

14. 超高齢社会における「継続外来研修」導入の提案

○市川宏美¹，吉村聡志²，落合朋子²，中尾功二郎²，木崎嘉久²

社会医療法人財団白十字会佐世保中央病院¹⁾，社会医療法人財団白十字会佐世保中央病院循環器内科²⁾

日本の高齢化率は2025年に30%に達すると予測されている。私の研修する長崎県の高齢化率は全国平均を上回っており、日々の研修において「少し未来の日本の病院診療」を体感している。高齢患者の大半は多くの疾患と多くの薬剤を抱えており、どのような契機で急性期病院に入院しようとして、内科的管理から離れることはできない。多様でときに大きなリスクを持ち、より配慮や慎重さを要する高齢患者を「慢性期を含む長いあいだ診る」ことは内科診療の醍醐味のひとつである。

しかし、新専門医制度一次登録において内科専攻を希望した者は前年度より123人減、割合として15.3%減となった。内科医の減少が内科医の負担増加を招くことは明らかで、一患者にかけられる様々なリソースを削らざるを得ないとすれば、経過中の悪化や発症という形でしわ寄せを受けるのは患者であり、特に高齢患者にとっては致命的である確率が高い。

また、昨今わが国では地域包括ケア病棟の新設など、急性期／亜急性期／慢性期といった病院毎の役割分担が明白になりつつあるが、特に地方では人不足のために、一人の内科医が急性期、慢性期を問わず診療を請け負っているのが現状である。にもかかわらず、現行の初期研修医制度は急性期を乗り越えた患者の外来でのフォローアップについて特に規定していない。「どのような検査でフォローするか」「限られた時間で患者とどんな会話をすべきか」「逆紹介のベストタイミングはいつか」。急性期管理しか知らない内科医の不適切なフォローは疾患の増悪や不安、不信を生み、高齢患者では命に係わる危険すらある。

二年間の初期研修期間のうち六か月間以上を内科に充てることで、初期研修医の多くは幅広い疾患を持つ高齢患者の内科的疾患を学ぶ機会に恵まれたが、地域への引き渡し等を主体的に実践することはほぼ無い。私は内科研修中、2か所のかかりつけ医から処方された薬剤が原因でジギタリス中毒を呈した症例を経験した。外来フォロー後、2人のかかりつけ医それぞれに何をお願いすれば良いか。かかりつけ医から聞きたい情報もありそうだ。また、別の患者は心筋梗塞と心不全症状で救急搬送された。喫煙歴と未治療の糖尿病があり、入院中に内頸動脈や下肢動脈の閉塞も指摘した。しかし、退院後の内科外来カルテを読むと、いまだに本人の病識が薄いために逆紹介先に未受診であったと判明し、当院での定期的な経過観察にも非積極的であるらしい。このような、ポリファーマシーや多リスクといった高齢患者の複雑な状況にいかに対応するかという臨床的な課題はリアルな「日々の診療」の一場面のはずだ。

私からの提案は、内科研修の中に「継続外来研修」を取り入れることである。急性期を診た高齢患者の慢性期管理を学び、地域への適切な橋渡しを初期研修で学ぶことは、増え続ける高齢患者に質の高い医療を担保する一助となる。また、一人の患者に急性期から慢性期までじっくりかかわる内科の醍醐味を体感できれば、より多くの初期研修医が内科を志すきっかけになるだろう。今回の公開討論会で学生から研修医、指導医の先生方まで、それぞれの立場から慢性管理の重要性と難しさ、その教育の仕方まで議論できれば幸いである。

15. 当院における初期研修医に対する高齢者医療教育の取り組み

○渡邊一久¹，伊奈孝一郎¹，近藤 猛²，葛谷雅文¹

名古屋大学医学部附属病院老年内科¹，名古屋大学医学部附属病院総合診療科²

現在 75 歳以上の高齢者は約 1600 万人，認知症は予備軍を含めて 800 万人いると言われている。2050 年には 100 歳以上の高齢者が 70 万人を越える超高齢社会にあって，高齢者医療を担う医師はこれから最も求められる人材であるが，老年病専門医は現在 1400 人と必ずしも十分とは言えない状況である。この状況にあっては非老年病専門医にとっても高齢者医療の素養が求められているといっても過言ではない。ここで言う高齢者医療の素養とは，日本老年医学会が老年医学の専門性として挙げていることそのものであり，すなわち，1 急性疾患の救急対応から慢性疾患の管理まで，2 介護予防からエンドオブライフケアまで，3 高度先進医療や救急医療を扱う中核病院での診療から亜急性期，慢性期の病院，施設での診療や在宅診療まで広い視野でカバーすることである。これらを学ぶには専門研修に進んでからでは難しく，むしろ肺炎，脳梗塞，急性心不全，尿路感染症など高齢者の common disease に幅広く診療が経験できる初期研修医の時期の方が学びやすいと考える。よって初期研修医に対する高齢者医療の教育が肝要である。

高齢者医療の教育と一言でいっても前述のように高齢者医療そのもののフィールドが広いので，初期研修に関してコンセンサスが得られている見解があるわけではなく，各研修病院で個別に教育しているのが現状である。厚生労働省の示す臨床研修の到達目標でも，II 経験目標の B 経験すべき症状・病態・疾患として，「高齢者の栄養摂取障害，老年症候群（誤嚥，転倒，失禁，褥瘡）」が記載されているのみであり，具体的な記載は無い。

ここで初期研修医への高齢者医療教育として「退院計画の立案」を一つの大きなテーマとして掲げることが提案したい。主に急性期病院に勤務する初期研修医にとっては，その研修の中で慢性疾患の管理や，亜急性期病院や施設での診療，在宅診療まで幅広く経験することは困難である。一方で，自身が対応した急性疾患の患者に関して，退院計画を立案するとなると，退院後の療養環境，かかりつけ医との連結，多剤併用の解消，アドバンスケアプランニングと急性期管理にとどまらない視野での考察が必要となる。ここで得られた経験が，臓器横断的な知識を得ることはもちろんのこと，今後地域の中で活動していく上での必要な知識となり，症例によっては理学療法士，ソーシャルワーカーなどコメディカルスタッフとの接点も得ることができると考える。

当院では 1 年次研修医が，高齢者医療を専門に担う老年内科を必修科として 4 週間ローテートしているが，今回は月に 1 回行っている研修医セミナーでの当科の取り組みを紹介したい。当科と総合診療科の医師合同の企画として，模擬症例を用いた退院計画を議論するワークショップを行っている。先日は腎盂腎炎で緊急入院した症例を用いて，退院時に訪問看護を導入し，将来的な在宅診療も見据えてかかりつけを地域に移行する際に検討しておくべきことは何かという論点で議論を行ってもらった。議論の結果としては，一般的な老年医学の教科書に記載されている退院計画を立案する際に注意すべき論点が網羅され，当科研修カリキュラムの行動目標・研修評価目標とも一致する内容が多く含まれていた。ローテートで経験した症例を振り返りつつ，研修医間で各々が学んだことを共有しながら，高齢者の退院計画というテーマに関して，考察しておきたいテーマを一般化できる場となった。アンケートの自由記載では退院前カンファレンスの発表にチャレンジしたい，患者個々の状況にあった解決策を考えたいとの記載があり，今後，各研修医が専門研修に進んでからもここで得た高齢者医療のエッセンスを踏まえて診療にあたってくれるものと信じている。

今後も「退院計画の立案」を一つの大きなテーマとして，当院の初期研修医が高齢者医療の担い手をなれるよう病棟研修での指導や，セミナーを充実させていきたいと考えている。

16. 高齢者医療の現場で感じること

○六本木啓¹，横沢 聡²，中村 紳³

岩手県立磐井病院研修医¹⁾，岩手県立磐井病院消化器科²⁾，岩手県立磐井病院救急科³⁾

私は、岩手県一関市にある基幹病院である磐井病院に勤務している研修医である。一関市では、高齢化が進んでおり、65歳以上の高齢者が34%を占めている、いわば超超高齢化社会の状態となっている（平成28年版一関市統計要覧より）。こうした社会では“独居老人”や“老老介護”が珍しくなく、またこのような世帯では介護力を著しく欠いている。

私が働いている磐井病院の救急外来では毎日何人もの高齢者が訪れる。その中には上記で挙げたような介護力を欠いている例が多く認められる。軽症例で、入院適応ではなく帰宅することが可能であっても、帰るための足がない、家に帰ったとしても介護・看護をすることができるような人がいない等の理由で入院せざるを得ない状況に陥ることも多くある。またそういった患者では、帰宅した後の生活ができないうえに入院期間がズルズルと延長されてしまうことも多く認められる。各科をローテーションしている中で、元気そうな高齢者が何日も入院している状況を幾度となく見てきた。

解決策として介護施設の入居や訪問介護等の導入も挙げられる。一方で私は予防医学が重要であると考えている。そもそも上記で挙げたような例では、自分の将来や終わり方について考えていることが少ないように感じられる。このことが一因となって、いざという時の準備がなされていないということに繋がるのではないだろうか。そこで、予防医学として市民への啓発活動を行うことにより、重症化を防ぐだけでなく、いざという時の準備を考えるためのきっかけになるのではないかと考える。

私は内科医を目指している。救急医療を十分に学習したうえで、将来は重症化する前に病気を摘み取る医療を理想としたいと考えている。

17. 多変量解析で明らかにする地域に密着した高齢者肺炎医療の実践

○尾崎尚人¹，田岡和城²，小林 隆⁴，松井健一³，山村真吾²，内田 博²，三上 繁⁵
金本秀之²，二宮浩樹¹

小張総合病院総合・呼吸器内科¹⁾，野田病院内科²⁾，野田病院薬剤部³⁾，所沢中央病院内科⁴⁾
キッコーマン総合病院消化器内科⁵⁾

平成も終わりに差し掛かり，高齢者医療に関わる重要な新規ガイドラインが相次いで発表されている。

〔1〕『成人肺炎治療ガイドライン 2017』（日本呼吸器学会）．誤嚥性肺炎に「積極的な治療しない」新しい選択肢が生まれた．〔2〕「高齢者の定義の変更」（日本老年学会・日本老年医学会）．” 准” 高齢者を 65 歳以上とし，高齢者を 75 歳以上，” 超” 高齢者は 90 歳以上と提唱している．

ふと日常臨床に振り返ると，「高齢者」も「肺炎」も悩みは尽きない．「状態の悪そうな高齢肺炎患者」に対してどのように治療方針を決定するか，多忙な臨床の中で短時間に判断するのが難しい局面はよくある．

仮に，「〇〇さんのお住まいの〇〇市のデータによると，既往に△△のある人で現在敗血症になっている人は，凡そ生命予後は…ぐらい」のようなデータがあれば，（患者や家族に実際に提示するかは別として）意思決定の際に役に立つのでは…という思いは日に日に増してゆくばかりであった．そこで，「地域に密着した高齢者医療の実践」を目指し，高齢者肺炎の治療アルゴリズムを探るべく，当院を含む千葉県野田市の病院で多施設共同研究として後方視的解析を実施することにした．

実際に解析してみると，Kaplan-Meier 法で 50 日後の生存率は 90 歳未満の（准）高齢者 73.2% に比べて，” 超” 高齢者は 52.2% と優位に低下していた（ $p = 0.0059$ ）．全年齢層の予後因子は，悪性腫瘍，COPD，PS，（准）高齢者では，悪性腫瘍，超高齢者では，COPD，PS が因子として抽出された．Age adjusted prognosis index score として悪性腫瘍・COPD・PS の 3 指標の合計点で層別化を行うと，（准）高齢者では治療予後が点数に応じて層別化された（ $p = 0.0013$ ）．また，初回抗菌治療効果は，（准）高齢者及び超高齢者ともに予後に強く影響する因子であった（ $p < 0.001$ ）．このようにスコアごとに層別化された高齢者肺炎の予後の結果をベースとして，（准）高齢者・” 超” 高齢者肺炎の治療を実地臨床で考えていければ，と思う．

これからの地域に密着した高齢者医療は，このように地域医療を実践する各医師がデータを分析することで身近な疑問を解消できるのではないだろうか．各施設での臨床データの標準化，効率的なデータ収集，良い Clinical Question の立て方など，課題は数多くあるが，データ分析で拓ける新たな高齢者医療の実践の世界は明るいと感じている．

18. 高齢者医療において求められる主治医の役割

○長谷部仁美¹，和田幹生²，片岡 祐²，川島篤志³，香川恵造⁴

市立福知山市民病院¹⁾

市立福知山市民病院大江分院地域医療研修センター²⁾

市立福知山市民病院研究研修センター／総合内科³⁾

市立福知山市民病院消化器内科⁴⁾

高齢者診療においては、医学的のみならず、その周辺領域を含め総合的に診療する主治医の存在が不可欠である。ここで高齢者診療に求められる主治医の役割を考えた。

まず、臓器横断的に患者の全体像を把握する医師が必要である。なぜなら、高齢者は複数の疾患や健康問題を抱えていることが多いからだ。複数担当医や医療機関で十分な連携がなく、診療範囲を互いに意識しないまま診療がなされ、結果として重複投薬、副作用に対する別の処方、よくある疾患の見過ごしや未介入などの問題も発生しうる。従って、複数の疾患をもつ患者に対して、必要な医療を適切な優先順位をつけて提供するには、主治医となる医師が患者の全体像を把握し、各専門医と連携して総合的に診療することが望ましい。そして、自身が主治医に相当するかを考え、それが困難である場合には、情報を整理した上で信頼できる内科医を主治医として紹介することも、医師の責務であろう。

次に、社会的問題への対処が必要である。高齢者は自立生活機能が低下していることが多く、高齢独居、老老介護なども増えている。高齢者は少しの状態変化で容易に日常生活が困難になる。例えば、主介護者が倒れた際や、そもそも支える家族が不在の場合など、結果としていわゆる社会的入院につながることも多い。入院によって生活機能がより低下し、さらなる生活支援を要する場合もある。従って、主治医には、普段から患者の社会的問題にも目を向け、多職種と十分な連携を取りながら診療にあたることも求められる。

最後に、患者の価値観を十分に理解した上での医療の提供である。Advance Care Planning という概念が提唱されて久しいが、終末期やそこに至るまでの過ごし方を家族・医療者と必ずしも正しく共有できていない場合もある。これは、患者の望まない延命処置などにつながることもあろう。死生観や人生観などといった個人の価値観は、日常の診療の中で繰り返す話し合いのプロセスを経て、医療者間で共有される。主治医には、このような場の設定への配慮も求められる。

このように、高齢者医療において主治医には、医学的のみならず、その周辺領域を含めた社会的、心理的問題について総合的に診療する能力が必要である。当院では、入院などをきっかけに生活・社会背景を含めた複数疾患・問題のプロブレムリストを記載し、多職種協同で退院支援を行っている。また非がん疾患を含めた緩徐進行性の病態では、外来レベルから入院時を意識した患者情報の整理・説明を行っている。当院での初期研修を通じて、このような配慮が患者を総合的に診る上で重要だと学んだ。

私は今年度より専攻医として当院で研修し、外来診療にも携わる。

その際、医学的のみならず心理・社会的な問題にも配慮した全人的医療を提供できるよう、ここで述べたことを意識して研鑽に励みたい。

19. 現場を通してはじめて見えてきた終末期医療

○澤田 凌¹，田所 学²，北村友一²，川島篤志²，香川恵造³

市立福知山市民病院診療部¹⁾，市立福知山市民病院総合内科²⁾，市立福知山市民病院消化器内科³⁾

学生時代の私が「終末期医療」という言葉を聞いて真っ先に思い浮かべるのは、がん患者が死を目前にしてモルヒネでなんとか苦しみを和らげている光景だった。だが、初期研修医として約1年医療現場で働いた今、この光景は終末期医療の一角を見ているに過ぎないことが分かってきた。

まず終末期医療の対象は、がんだけではないということである。心不全や慢性呼吸器疾患も対象としていく必要がある。また、終末期医療は「末期」に行う医療だけを指すものではないことも分かった。終末期医療は診断時からすでに開始していかなければならないものである。さらに自分の認識を変えなければいけないと感じたのは、終末期医療＝「オピオイドで疼痛コントロールを行う緩和ケア」ではないということである。終末期医療の本質は人生の最後までに生じる様々な選択を本人が家族、医療従事者と共に考えていくプロセスにある。

このように私の考えを変化させたのはこの1年間、市立福知山市民病院で出会った数多くの患者さんの姿だと思う。

その中でも特に印象的であった、(1)大動脈弁狭窄症により心不全をきたし狭心痛、呼吸困難を呈した91歳女性、(2)びまん性汎細気管支炎により肺高血圧症、右心不全をきたし労作時呼吸困難、全身倦怠感を呈した66歳女性を挙げたい。両者とも外来診療時から、治療が難渋し状態が悪化していくこと、突然死の可能性があることを主治医が本人及び家族に説明し、今後の治療方針、最後の迎え方について考える時間を作るように支援を繰り返し行っていた。その中で前者では、弁置換術を行わないこと、後者では人工呼吸器等の延命治療は行わないことといった本人の明確な意思を共有することができた。最終的に前者はオピオイドで狭心痛を緩和し、家族との会話中に永眠され、後者は希望であった自宅での療養を叶えることができた。

がんに対する終末期医療は緩和ケアチームに代表されるように整備されてきているが、心不全や慢性呼吸器疾患などその他の疾患は現状では整備されているとは言い難い。心不全に関しては、来年度から一般病床での緩和ケア診療加算に末期心不全が対象となるなど少しずつ進みつつあるが、未だ発展途上の段階である。非がん疾患はがん 비해、予後予測が困難である。がん以上に、診断時からのACP(Advance Care Planning)が必要と考える。当院では、「1年以内に入院しても主治医が驚かないような患者には積極的にACPの支援をすべき」との考えのもと、そのような患者及び家族に対して支援を行い、その中で決められた方針を院内で共有することになっている。2017年度からACP推進チームも立ち上がり、院内での文化が作られてきている。

「最後を迎えるまでどのように生きていくか、それに対して医療がどのように関わっていくか」、高齢化の進む日本の医療が避けることのできない命題である。私はより多くの人々に、このことを考えてもらいたいと思う。そして、その機会を提供できる医師であり続けたい。

20. 高齢終末期患者の診療で医師に求められるインフォームドコンセントの在り方

○吉田常恭, 神谷 亨

洛和会音羽病院総合内科

第二次世界大戦中のナチスの非人道的な人体実験の反省から、ヘルシンキ宣言を経てインフォームドコンセント（IC）の概念が出現してから40年以上が経つ。私が医学生だった頃には公衆衛生の講義や国家試験でも多く出題されたテーマであった。その概念は医療行為に対する十分な説明に基づく患者自身の自己決定権を重要視するもので、医師が主権を取るパターナリズムとは相反するものである。

しかし高齢者医療、殊に終末期において、ICを実践するにあたり困難さを感じることもある。マルチプロブレムに加えて、終末期では治療方針の他に急変時コードや摂食困難となった場合の栄養療法など、入院を契機に決めるべき事柄は多い。しかし、多くの場合、患者本人は高齢や認知症のため自己決定が困難であり、次に決定権を有する家族も容易に意思決定が出来ないことが少なくない。これは医療者との医学知識の格差があるためだけでなく、予期せぬ事態に対する戸惑いや選択することの重圧感、選択の結果起こり得る事態に対する不安など心理的な要因も関係するように思う。例えば、ICを誠実に実施しようと複数の選択肢を丁寧に説明すればするほど、かえって患者や家族が意思決定に躊躇する場合がある。彼らに決断を迫るとせっかく築いたラポールが崩れる可能性すらある。

私は、こうした患者、家族に対しては、医師が主体となって医療方針の決定を先導してあげても良いのではないと思う。高齢患者はその家族も高齢である場合が多く、意識決定に必要な医学知識は十分な時間をかけたとしても埋めきれものではない。また、元来日本人には「餅は餅屋」という言葉が表すように素人である自分よりも専門家に任せるという文化がある。こうした患者・家族に対して、医師は単に選択肢を列挙するのではなく、患者や家族の心理面を考慮し、自身の知識や経験から最良と思われる選択肢を提示したり、患者や家族の意思決定に共感を示したりすることで、決断により将来生じうる負の結果に対して自責の念を抱き続けることがないように医師が責任の一旦を肩代わりしようとする配慮も必要ではないだろうか。これらは従来のパターナリズムに近い考え方かもしれないが、現在の超高齢化社会においては重要な視点であるように思う。もちろん過去の過ちを繰り返さないように、自身の知識や経験に偏りがいないか、考える選択肢が最良であるかを常に振り返る必要がある。

21. 内科医を目指す医学生である自分が終末期医療（ターミナルケア，Care at the close of life）のガイドライン，世界的エビデンス，教科書の学習より思うこと

○小山玄太郎¹，船橋伸禎²，小林欣夫²

千葉大学医学部医学科 4 年¹⁾，千葉大学医学部循環器内科学²⁾

内科学会を目指している自分は，初期研修後，日本内科学会総合内科専門医，そして将来専攻する領域の専門医の資格を目指すことになる．一方でメンターの医師からは，医療技術の上達や，患者様の検査所見や生命学的予後の改善のみが目標でなく，患者様の症状の緩和など Quality of Life (QOL) の改善も考えるように指導を受けている．患者様はいずれ終末期を迎えるが，終末期医療の定義は難しく，医学書院の医学大辞典では「予後 3-6 か月と診断された患者．あるいは，これ以上の積極的治療の期待できないと判断された患者とその家族に対し，症状の緩和と苦痛の除去を主とし QOL の向上を目指して行われる医療，看護」と定義されている．終末期医療に関する国内の学会のガイドラインにも「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」（2007 年日本救急医学会），「終末期医療のあり方について - 亜急性型の終末期について -」（2008 年日本学術会議），「終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために」（2009 年全日本病院協会），「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン（人工的な水分栄養補給について，その導入や中止，差し控えの判断の指針）」（2012 年日本老年医学会），「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」（終末期患者の人工透析の中止や見合わせに関する提言）（2014 年日本透析医学会），「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～」（2014 年日本集中治療医学会，日本救急医学会，日本循環器学会）など多くが存在する．さらに終末期医療に関しての世界的エビデンスとして JAMA での JAMA Evidence Care at the close of life : Evidence and Experience という連載を指導医から紹介された．この連載では，患者とのコミュニケーション，疼痛，呼吸困難など症状の管理，症状の原因となる疾患の管理，化学療法をいつやめるかなどの問題，心理面，社会面，スピリチュアリティに関する問題，医師幫助自殺の要望に対応するなどの倫理的問題，異なる文化と特別な集団の問題，ケアの環境の問題（構造的な問題），医師のセルフケアなど多彩に書かれており，いろいろな疾患のいろいろな病態毎にきめ細かな対応が必要なことを知った．またハリソン内科学の第一章「緩和ケアと終末期ケア」には「死期が迫っているから食べないのであゝ，末期の段階で食べないことが苦痛や死の原因になるわけでない」「末期の脱水は症状が出る前に意識を失うため苦痛はない」と日本の教科書に書かれていない記述があり，米国と日本の倫理の違いも感じた．これらからは生物として予後改善，延命よりむしろ，患者様の人格，人生への哲学を尊重し，人生の先輩として，その尊厳を守ることも大変重要であり，「治す医療」から「治し・支える医療」への移行の必要性が考えられた．そのため終末期医療とは人間の最終到着地点に関する重要な医学であり，臓器別専門医などと同等に，終末期医療の専門知識が必要であり，さらに医師のみではなく，看護師，薬剤師，放射線技師，検査技師，介護士，事務職員など全職員が終末期医療を勉強し，高齢者医療から終末期医療，最終的には看取りをできる体制をつくることができるように一丸となって取り込んでいく必要性を感じた．

参考文献

終末期医療のエビデンス JAMA Evidence Care at the close of life : Evidence and Experience Stephan J. McPhee, et al. 日経メディカル編 日経 BP

ハリソン内科学日本語版第三版

高齢者医療から終末期医療へ 川口実 メトロポリタン新書

第四章 諸外国の高齢者終末期医療 宮本顕二，宮本礼子 P 26-31 高齢者の終末期医療を考える．長寿時代の看取り．増田覚也 + 日本創成会議 生産性出版