

令和5年度 山口市医師会女性医師部会総会報告

佐々木映子

令和5年7月8日(土)18時より令和5年度山口市医師会女性医師部会総会が山口市医師会中会議室で開催された。会員47名中参加者は9名、委任状提出18名であった。

國近尚美部会長の開会の挨拶の後、以下の議題について協議した。

◇議案1. 令和4年度事業報告

1) 第1回役員会

令和4年4月28日(木) 19:00～

2) 令和4年度総会

令和4年6月25日(土) 山口市医師会大会議室

出席者32名 (うちZoom参加12名)

講演「がんと共に生きる～医師として患者として～」

北海道厚生連網走厚生病院

呼吸器科 鈴木夕子 先生

3) 第2回役員会

令和4年11月15日(火) 19:30～

4) 山口・吉南女性医師部会合同研修会

令和5年1月28日(土) 18:00～

山口市医師会大会議室

参加者23名 (うち吉南医師会から3名参加。Zoom参加5名)

講演「キュレーター(学芸員)に聞く!雪舟」

山口県立美術館

学芸専門監 荏開津通彦 先生

5) 県医師会男女共同参画部会総会・講演会

令和5年3月5日(日) 14:00～

山口県医師会

◇議案2. 令和4年度決算報告及び会計監査報告

収入の部 (円)

会費(1,000円×51名)	51,000
出席者負担金	95,875
助成金(市医 200,000 県医 100,000)	300,000
預金利息	2
繰越金	400,359
収入合計	847,236

支出の部 (円)

総会費	314,098
研修会費	123,639
役員会費	2,439
慶弔費	20,000
雑費	220
予備費	0
支出合計	460,396
差引(次年度繰越金)	386,840

以上の事業報告、決算報告ののち会計監査報告があり、すべて承認された。

◇議案3. 令和5年度事業計画

1) 役員会：年2～3回開催予定

(第1回 令和5年4月13日(木)開催)

2) 令和5年度総会・講演会

日 時：令和5年7月8日(土)

講演会：山口市医師会大会議室

(ハイブリッド形式)

講師 武知由佳子先生

(神奈川県川崎市 いきいきクリニック理事長・院長)

「在宅における呼吸ケア・リハビリテーション～Another storyを伴走する」

3) 山口・吉南女性医師部会合同研修会：令和6年1～2月ごろ開催予定

4) その他

① 男女共同参画・女性医師部会連携会議への参加

② 山口県医師会男女共同参画部会総会への参加



- ③ その他 本会の一般会員と病院勤務医師との親睦を深める目的で、意見交換会などの開催を検討する。

◇議案4. 令和5年度予算（案）

収入の部（円）

会費(1,000円×47名)	47,000
負担金	140,000
助成金(市医 200,000 県医100,000)	300,000
預金利息	3
前年度繰越金	386,840
収入合計	873,843

支出の部（円）

総会費	430,000
研修会費	210,000
役員会費	9,000
慶弔費	30,000
雑費	30,000
予備費	164,843
支出合計	873,843

議案3、4のいずれも承認された。

◇議案5. その他

昨年の総会で検討課題としていた慶弔費規程は、令和4年11月21日市医師会定例理事会にて承認された旨報告があり、承認された。



令和5年度 山口市医師会女性医師部会総会・講演会

「在宅における呼吸ケア・リハビリテーション ～Another storyを伴走する～」

神奈川県川崎市「いきいきクリニック」理事長・院長 武知由佳子 先生

山口市医師会女性医師部会部会長 國近 尚美

令和5年7月8日に女性医師部会総会・講演会を開催致しました。本年度は神奈川県川崎市の「いきいきクリニック」理事長・院長の武知由佳子先生をお迎えし、「在宅における呼吸ケア・リハビリテーション ～Another storyを伴走する～」と題して、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を含めて御講演頂きました。新型コロナウイルス感染症は5類となりましたが、本年度も現地とzoom参加のハイブリッド方式で開催致しました。吉南医師会の先生方や訪問診療に携わる看護師の方、呼吸リハビリテーションを熱心に取り組んでいる理学療法士の方も御参加下さいました。当日、山口県内は大雨警報が発令されていましたが、講演会の時間帯だけ雨が上がり、無事開催することができました。

武知先生は、新型コロナウイルス感染症蔓延状況下において、入院できない呼吸器疾患を合併したコロナ患者さんに対して、酸素濃縮器を患者さんの自宅に持ち込んで訪問診療されるなど、患者さんに寄り添った医療を実践されており、大変パワフルで活動的な素晴らしい先生です。武知先生の御講演を拝聴し大変感銘を受けました。ACPの在り方、患者さんと伴走することの大切さなど、改めて考えさせられました。

御講演の後、武知先生と國近と2人で、「涙そうそう」と「アメージング・グレース」をフルート演奏致しました。一緒に練習することができなかったため、ぶっつけ本番でしたが、息はぴったりと感じました。

先生の益々の御健勝と御活躍を祈念しております。



在宅呼吸ケア・リハビリテーション～ Another storyを伴走する～

医療法人社団愛友会いきいきクリニック ^{たけち ゆかこ} 武知 由佳子 先生

はじめに

いまだに在宅医療の評価を看取りの数とされている古いタイプの医師がいる。地域医療やプライマリケア、総合診療に関心のある学生や若い医師が、看取り、あるいは安心して死ねる地域にすることが地域の最大課題だと思っていたり、場合によってはそれが地域の魅力になるのではないかと考えている方もおられる。私はそこにいつも違和感と危機感を感じてきた。

“在宅医療は看取りではない！在宅医療は生き抜くための伴走である。”呼吸不全患者様に限らず、慢性疾患患者様にとって、在宅こそが勝負の場であり、在宅チームがどう伴走するかにより、V字回復さえできる。また、急性増悪を起こさないよう、入院回避できるように、慢性安定期を確立していくことが、在宅医の腕の見せどころと思うのだ。多職種連携による包括的呼吸リハビリテーション（以下、包括的呼吸リハ）は、入院して行うものではなく、在宅療養の場でこそ行うものである。とくにCOPDでは、まだ歩いて外来通院できるうちから、療養環境の中で訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）を開始できれば、運動耐容能、身体活動性が維持でき、呼吸器悪液質を予防できる。しかし通院不能時点で在宅医が介入すると、“快”を求め、呼吸リハなど苦しいことは強いらず、ACPを行い、モルヒネを用いて看取ってしまうと耳にする。包括的呼吸リハを行えば、例え最重症でも、呼吸困難感を軽減でき、身体活動性高く、QOL高く過ごせることを経験していない。本人も在宅チームも、今まで想像しなかったV字回復ができ、身体活動性、QOL高い生活＝Another storyをともに描き、歩んでほしいと願う。

私たち、医療者がAdvanced Care Planning : ACPの光と影になり得る。

在宅チームは、安定した慢性期を維持させ、最終段階・看取りまでを伴走する。Woogらは、慢性状況におけるケアの焦点は治癒にあるのではなく、病気とともに生きることにある。それ

ゆえ、慢性性における援助は「病気をもつ人が病みの行路を方向づけることができ、同時に生活の質を維持できるようにすること」（支援的援助）にあり、援助者は対象者がどこから来てどこに行こうとしているのかを常に心にとめておかななくてはならないとされている。そこで、特に病みの行路は私たち在宅チームの医療観、それによるVisionが大きく影響をする。

① 今までの医師自らの経験（宝の症例があるかどうか？医療観が影響）。経験がなければ、Visionを示し得ない。

一般的に、在宅医が担当するCOPD患者は、呼吸筋疲労、呼吸筋萎縮が起こり、呼吸困難感にさいなまれ、動けず、食事量も減り、全身の筋肉が萎縮した患者のことが多い。終末期、患者の思いを最優先にし、苦しいことは強要せず、より安楽に、呼吸困難感を緩和し、傾聴共感、ACPを行い、看取っていく。残念ながら呼吸リハの効果を体験していない主治医とそのチーム、癌の緩和ケアに長けたチームが辿る道であり、残念でならない。包括的呼吸リハの認知度が低いことも否めない。ACPにとって、我々が光になり影にもなり得ることを真摯に受け止める必要がある。在宅チームが描けないAnother storyを患者様が描けるはずはない。

② チームの能力

がん治療の限界や予後は、ケア内容やチームが違ってそれほどの差異はみられないが、COPDをはじめ、心不全や呼吸不全、神経・筋疾患の呼吸ケアにおいては、ケア内容やチームの質が今後の病状、予後、生活の質に大きく影響する。呼吸器疾患は単なる老衰とは違い、その方が生き抜くための伴走（お手伝い）が必要であり、ふさわしい伴走ができないこと、何もしないこと、医療者の知識・スキル不足で包括的呼吸リハをしないことが、患者様を苦しめ、早い死を迎えさせることにもなる。訪問リハセラピスト（以下セラピスト）の中には、呼吸リハの経験や知識の不足から、ふさわしい呼吸リハが行えていない

現実がある。大都市以外はセラピストがとても少なく、訪問看護師が呼吸リハまで担う。ADLの際、動的肺過膨張を起こさないような呼吸法は最低限行ってほしい内容である。

当院では、開業以来16年間地域の呼吸ケア・リハの啓発のために、川崎呼吸ケアリハビリテーション研究会を行ってきた。

医療専門職の倫理対応能力

世界を代表する生命倫理の研究所である米国ヘイスティングス・センターによる終末期ケアに関する倫理ガイドライン（生命維持治療と終末期ケアに関する方針決定2013¹）では終末期に優れたケアを提供するために必要な判断や行動の指針が示されている。法制度が異なる米国の倫理ガイドラインではあるが、患者の自己決定を尊重する本書の内容は、日本における終末期ケアにも参考になる。興味深いのは、看取りを行う者は、生命維持治療（人工呼吸器など）に関しての診療上の推奨事項や最新の知見にも興味を持ち、知っておく必要があるし、「年だから」とか、年齢や医療環境を問わずに疼痛と症状の管理を平等に受ける権利がある。しかしこのようにすべての項目が、知っていなければならないといった、既知の能力を評価するのではなく、医療者の倫理対応を学ぶ姿勢を問うた、とても支持的で温かい表現である。

- 1：生命維持治療の介入に関して、診療上の推奨事項、研究結果の最新の知見を入手できる。
- 2：患者の年齢や医療環境を問わず、疼痛と症状の管理を治療計画及び退院計画に組み込む方法を学べる。
- 3：治療に関連のある患者の価値観及び選好を引き出し、ケアの目標を立て記録する。また患者の選好を反映したケア計画を作成する方法を学べる。
- 4：治療に関する話し合い及び意思決定の際に、患者や代理決定者と協力し、近親者とも相談して決める方法を学べる。
- 5：転院や退院の計画作成時に、治療に関する話し合いや意思決定を他の医療従事者とともに行う方法を学べる。
- 6：終末期ケアを実施する際に、患者や代理決定者、近親者、医療従事者、施設スタッフが経験する悩みの一般的な原因を学び、い

かにその悩みが治療の決定およびケアの実施に影響を及ぼすのかを学べる。

- 7：生命維持治療に関する意思決定や、終末期ケアを実施する際にはいかにして見解の相違が生じるかを学ぶことができ、また、患者と対立、近親者や医療従事者の間に生じる対立を回避し、いかに解消するか学べる。
- 8：生命維持治療および終末期ケアの意思決定をめぐる法的神話をいかに見分けるかを学べて、誤った情報を修正する責務があることを学べる。
- 9：倫理的に物事を考える能力を培うことができ、生命維持治療および終末期ケアに関わる意思決定の際に生じる倫理的問題の解決に向けて積極的に取り組むことができる。

医療専門職の倫理的目標

医療専門職の倫理的目標も同ガイドラインから引用した。項目2、死のプロセスを支援しつつも、生の経験を尊重する。やはり生涯生き抜くことに伴走し続けることの重要性が書かれている。

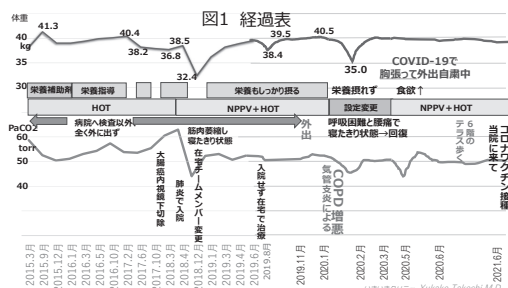
- 1、苦痛を緩和する。
- 2、死のプロセスを支援しつつ、生の経験を尊重する。
- 3、福祉を尊重する。
- 4、人格を尊重する。
- 5、尊厳を尊重する。
- 6、関係性を尊重する。
- 7、多様性を尊重する。
- 8、公正性を推進する。
- 9、専門職の倫理的健全性を守る。
- 10、優れたケアと倫理的実践を支援するために組織システムを利用する。

医療者の資質として、神経難病を多く抱える国立病院機構新潟病院長である中島孝医師は、「患者と医療者は動的な関係性にあって、お互いに影響を与え合っている。医師を始め、医療チームがネガティブで、後ろきだと、患者もネガティブで絶望的になる」と述べている。それを参考に、私が大切にしている資質を表現するなら、「医師を始め、医療チームがポジティブで、前向きだと、患者さんもポジティブで前向きになり、希望の光を見出せるようになる。やっぱり生きていたいと思えるようになる。し

かし、確かな呼吸ケアの知識や技術なしのポジティブは空虚と思う。」公正なACPを行えるように、努力を怠らないようにしたいと願う。

以下症例をお示しする。

症例 1 最重症COPD 2型呼吸不全¹⁾ 70代男性 図1 経過表参照

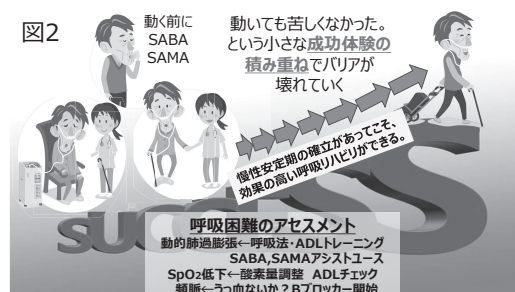


長年の喫煙により、呼吸困難でとび職ができなくなり、生活保護の元、簡易宿泊所に暮らしていた。COPD急性増悪で入院、退院後より訪問診療を開始し、訪問看護、訪問リハも開始された。なかなか包括的呼吸リハの成果が出ず、いつもと違う変化に気付けないチームであった。4日前より発熱があったが、ヘルパー、訪問看護師は知っていたが、重大なこととは思えず、当院への緊急連絡はなく、4日間未介入のまま、当院からの定期訪問診療時に、本人から発熱したことを聞いた。すでに肺炎を呈し、採血を行うとCRP>20、緊急入院となった。入院による重症管理で体重は38kgから32.4kgまで落ち、トイレにも歩いていけないほど、筋力も筋肉も落ちてしまった。

退院後ご本人に今後の方向性ACPを行った。「COPD終末期ですから、このまま〇〇さんの心地よいこと、「快」を優先して、苦しいこと、嫌なことは避けていく。〇〇さんは今のADLで満足しているようですから、このままで良いのでしょうか？しかし急性増悪が起りやすくなり、早期に亡くなってしまうかもしれません。このまま寝たきり状態、それでよいですか？呼吸リハのアクティビティーをかなり上げないといけませんし、もしかしたら一発逆転できるかどうか分かりません？苦しくてもV字回復のために挑戦しますか？どうしますか？」ご本人「やるしかねえだろ。頑張るよ。」と話された。そこでご本人の意向に伴走するには、今までの訪問リハと訪問看護では学んでいく姿勢

がなく、このチームでは不可能と判断した。研究会に参加してよく勉強している訪問看護ステーション、当院の訪問リハに変更した。

NPPVで呼吸筋休息、栄養補助療法で32.4→38.9kgになった。3ヶ月かけて十分コンディショニング、ADLトレーニング、低負荷な持久力筋力トレーニングを行ってきたが、全く外を歩きたがらない。なぜか？外を歩きましょうと言うと、いろいろ理由をつけて、拒否した。しかし当院のセラピストはひるまずに、花粉症を理由にするなら、花粉症用の眼鏡を買って持っていく。靴履くだけで苦しくて無理だと言え、かがむ動作が苦しいから椅子置きましょう。うれしそうに、「お前たちはしつこいんだ。前の奴ら(PT)は、俺が嫌だと言ったら、それ以上は何もしなかった。しつこい。」と話した。彼の前には大きな高い壁があった。実は自分で作っていたのだ。このままでは決して自分では乗り越えられない。呼吸困難感のアセスメントと介入をしながら、共に歩き、動いても苦しくなかったという小さな成功体験の積み重ねで壁が壊れていき、まさにV字回復できたのだ(図2)。この経験がこれからの急性増悪や腰痛による寝たきり、体重減少を伴う全身の筋力低下、ADL低下といった下降線から、幾度となくV字回復した際の、宝の経験になっている。



2023年1/20、訪問看護師が訪問した際、インターフォンを押しても応答がなく、鍵がかかり中に入れず、3時間足止め。もしかしたら亡くなっているかもしれない。警察に連絡し、鍵を壊して中に入ると、意識はあるがSpO2 60%、呼吸困難で動けず。救急車で搬送すると緊張性気胸であった。今回限りはもう退院はできないかもしれないと懸念し、色紙に応援のメッセージを書き送った。(図2)退院後「皆さんが助けてくれるんだし、やっぱし頑張らにやーどう

しようもねえじゃん。生きている間はなあー。」と話された。

私たちの関わりで、Narrative storyが書き換わる。一発逆転する力も与えられる！Advanced Care Planningに私たちの存在、私たちのケア、ふるまい（アクティビティー）そのものが影響を及ぼすため、心して、愛と情熱をもって、伴走したい。

症例2 気管切開をし、生き抜いたALS症例 2型呼吸不全 60台女性。³⁾ 私の友人である次女千葉美美さんの難病と在宅ケアからの抜粋症例。

「母は毎晩足をマッサージする度に「呼吸器なんて不自然だ、と私と姉に話した。あんまりしつこいので、目が悪いから眼鏡をかけて、化粧をして、夜暗ければ電気をつけて、この世に自然なことなんてあるわけないじゃん。だいたいお母さん、差し歯が入っているじゃん。ポリデントしているじゃん！不自然じゃん！って言ってやりました。そしたら、母は笑って「あらそうね」と言いました。翌日母が嬉しそうにしているので、なんだろうと思ったら、「昨日の話、なんか感心していたら、差し歯取れちゃったわ！」と無い歯を見せて大爆笑。このとき私はこの人絶対死なないぞと心の中で思いました。」その後気管切開をして、人工呼吸器をつけた。患者様自ら、ご自分の介護プランをマネジメントし、娘たちの介護にも依存していた。しかししばらくして、母として娘を嫁に行かせたいと願い、ご本人が24時間他人介護体制の構築をめざして、ボランティア募集のため、新聞に投稿した。「娘達に私の介護を少しでも危惧する事なく、自分達の人生を歩ませたい！ので、私をサポートしてくださいませんか？」この記事を見た多くの方が、手を差し伸べて下さった。スマイルきのこ隊と名付け、患者様自らが自分の介護の仕方、吸引やアンビュー、胃瘻や人工呼吸器の説明、意思伝達装置で伝え、実技指導を行い、かつ質問や不安に親切丁寧に答えた。その後ご本人の手記に「私は天然DNAのおかげか、根っからの明るさをもっているようです。生きるために人工呼吸器をつけて、おまけの人生を歩むことにしたのです。ところがそこには新しい人生が待っていました。「娘たちに介護の負担をかけて、人生を私のた

めに犠牲にさせたくない」という想いに多くの人が賛同し、一中略一類は友を呼ぶように、集まってくれる人たちはみんな明るく、キャラクターの濃い人たちばかりで、我が家は笑いにあふれています。」こうして、娘たちを嫁がせることができた。

この方の主治医今井尚志先生は、「じりつとは、全介助であっても患者が役割と生きがいを持ち、主体的に生きること。患者の願いをかなえようとして介護破綻を来すことなく、みなが笑顔で継続できることが重要である。患者自らが時には自分の希望と折り合いをつけ、患者自らが、自分のケア体制を考え、構築する必要がある。」今井先生のご講演の中でお話しされていた。

症例3 気管切開を選ばず生き抜いた、急速進行性のALS 2型呼吸不全 40台男性

最初から気管切開はしたくないと希望されていた。診断後4ヶ月で、NPPV、排痰補助装置、LICトレーナー（MICで息止めが難しい方のために一方向弁がついた器具）を導入した。REM低換気に対し、VAPS（従圧式人工呼吸器であるが1回換気量を確保するように吸気圧が上下するモード）のみを設定したが、お腹が張って苦しいと訴えた。ログデータを解析すると、上気道閉塞から声帯閉塞が併発し、無呼吸低呼吸がみられた。病前よりいびきとOSAがあった。そこでViVOのAuto-EPAP機能を付加したところ、呑気が減り、意図したようにIPAP/EPAPがAutoで動き（図3）、有効な換気が行えた。自分の墓地の見学や野球観戦にも家族やヘルパーと出かけることもできた。肺炎を数回併発しつつも入院は希望されず、自宅で急性期の治療を行った。病気の進行と共に排痰補助装置の吸気で声帯閉塞を起こし、呑気が起こるため、吸気時間を長く、流速を遅くして対応した。下顎を用手で挙上しなければ気道確保できなくなった。気管切開を考慮する基準をすでに全て満たしたが、気管切開を選ばなかったため、EPAP max、EPAP minを上げ、下顎を挙上するチンストラップを作成し気道確保し、在宅チームメンバーそれぞれが専門職として手を尽くし、NPPVの限界を突破し6ヶ月間伴走した。その後誤嚥性肺炎、排痰不能による呼吸不全で永眠された。

図3-1

2022.6/15 Target VolumeとAuto EPAPの設定

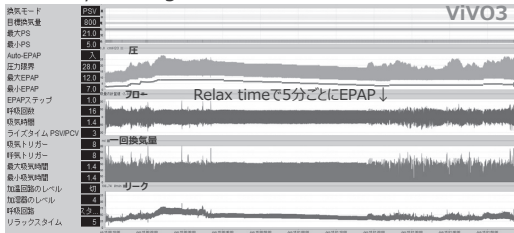
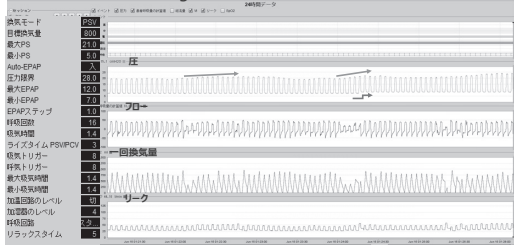


図3-2

低換気には、先にTgVが対応。Auto-EPAPも共同作業。 ViVO3



さいごに

患者様と向かい合うときに、いろいろな難問に突き当たる。今までに経験させていただいた多くの宝（自分の引き出しに入っている）を一つ一つ取り出しながら、挑戦している。しかし今までの経験や技術ではクリアできない、新たな難問にも突き当たるが、器械や医療の進歩に助けられ、更に新たな知恵や技術も学びながら、チームとともに難しい症例に挑戦できている。

文 献

- 1) Berlinger N、Jennings B、Wolf SM。Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying 2nd edition（前田正一監修）ヘイスティングセンタガイドライン生命維持治療と終末期ケアに関する方針決定 第2版 金芳堂、東京、2016。
- 2) 日本呼吸器学会・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会合同 非がん性呼吸器疾患緩和ケア指針2021作成委員会、武知由佳子：第4章 チーム医療 3,在宅における緩和ケア。非がん性呼吸器疾患への緩和ケア治療指針2021。メディカルレビュー社 東京、2021年4月20日。
- 3) 千葉芙美。第6部「最後の看取り」は母からのご褒美。難病と在宅ケア 2014年6月1日。

