



近年、高齢化と医療技術の高度化に伴い、疾病は慢性化・複雑化の一途をたどっています。これに対応すべく医療・保健・介護職の分業化も進み、そのケア内容の細分化も進んでいます。昨今では一人の患者に複数のサービス提供者がかかわることが一般的になり、その間の連携を調整・統合し、重複や無駄を減らしながら治療に当たることは医師の重要な役割と見なされています^{1,2)}。

このような背景から院内・院外を問わず、連携をいかに安全・効率的に行うかは重要な課題です。病院外との連携では、主として診療情報提供書を通じた情報交換がこれまで行われてきました。しかし、入院期間の短縮に伴い、早期からの集中した入退院支援が求められるようになっていきます。診療報酬上の後押しもあり、多くの急性期病院には退院支援室・在宅療養支援室など、専任部署による連携が行われるようになっていきます。しかし、これらの支援や体制の改善に伴って、担当医の負担が増しているのもまた事実です。解決のためには、遠隔医療や AI（人工知能）の導入をはじめとしたさまざまな工夫が必要と思われます。しかし、それと並行して、基礎となるコミュニケーションやマネジメントについてのノンテクニカルスキル（Non-Technical Skills）を見直すことも必要です。私たちはケアの連続性を保つためにどのような工夫が必要なのか、特にケア移

行、ケア連携、そしてケア統合といった観点から活動してきました。本連載ではこれらについて体系的に学ぶことが少ない研修医向けに、外来や病棟で出会うケースをもとに、実践的に伝えていきたいと思います。

ケア移行とは？

ケア移行（Transition of Care）とは、療養場所の変化に伴って短期間で集中的に行われるケア・プロセスのことです。これまでさまざまな定義が提案されていますが^{3,4)}、米国の政府関連の保健医療の質評価・研究機関である AHRQ（Agency for Healthcare Research and Quality）は「継続的な加療を要する患者が、医療サービスを受ける医療機関や療養の場が移行し、ケア提供者が変わること」という定義を用いています。

もちろん、ケア移行の代表的な場は、病院・診療所・介護施設間などの施設間ですが、院内における救急を含む外来から入院に至る際や、一般病棟や手術室、ICUの移動といった転床・転棟、主治医/担当医交代による引き継ぎなどの場面もケア移行に含まれると考えられます。具体的には、外来受診を経て入院後、一般病棟や ICU でケアを受け、回復期施設を経て自宅などの療養環境に帰るという一連の流れのそれぞれに、ケア移行の場があります（図 1）。

これらの場面で、医師から多職種への指示簿、カルテ記載やプレゼンター

ション、情報共有のカンファレンス・回診、場所や時間が変わる際のサインアウト（申し送り）、患者教育のための療養計画書/帰宅指示書や退院サマリー・診療情報提供書といったコミュニケーションツール、また、Team STEPPS（Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety）のようなチーム医療を組織で推進する戦略手法をうまく用いることで、ケア移行の質を改善することが重要です。

ケア連携とは？

AHRQ による定義では、ケア連携（Care Coordination）とは「ヘルスケアサービスの適切な提供を促進するために、患者ケアにかかわる 2 人以上の担当者間で行われる患者ケア活動の熟慮した組織活動」とされています⁵⁾（註）。ケア連携の主たるゴールは、患者のニーズと希望に合致する、質の高い医療を提供することです。そのためには、患者のニーズと希望を把握し、適切なタイミングで適切な人々に伝達することが必要です。これらの情報は適切に伝達されることで、より安全で、適切で、効果的なケアの提供につながります。

Valentijn らは、このような連携には 3 段階があると提唱しています（図 2）。ニーズの把握と伝達の基礎となる第 1 段階がケア・リンケージ（Care Linkage）＝コミュニケーションです。患者ニーズを把握した上で、意思決定をきちんと行い、ケア移行の際も適切に情報伝達がなされ、それぞれの組織が一体となって責任を持ったケア連携がされるようになった最終段階を、ケア統合（Care Integration）と呼んでいます。

ケア移行時に生じ得る問題とその解決策

2000 年以降、ケア移行に関する知見が蓄積されています。特に急性期病院とプライマリ・ケア医の間のコミュニケーション不足が著しいことが繰り返し指摘されてきました。Kripalani らによると、急性期病院において入院時の担当医とプライマリ・ケア医間で直接コミュニケーションが取られるのはごく少数（3～20％）で、退院後の初

回外来受診までに退院サマリーがプライマリ・ケア医の手元に届くという基本的な事項が達成できているのも少数（12～34％）です⁸⁾。さらに、たとえ診療情報の提供がなされていても、その内容は不十分であるとも指摘されています。

これらの情報の欠落は、退院後の再入院率、不要な救急受診、有害事象の発生の増加や患者満足度の低下と関連しているのです⁴⁾。退院後の有害事象の中で最も頻度が高いのは薬剤に関する問題であり、うち半数は事前に予防可能なものでした⁹⁾。プライマリ・ケア医と病院担当医とのコミュニケーションが向上すると、その後の入院ケアの質が向上するという報告も散見されます^{10,11)}。

入院中の問題についての研究は国外でも多くはないのですが、医師—患者関係はもちろん、入院中の医師—医師関係、医師—看護師関係が向上すると患者満足度や QOL が上がるという報告は多数見られます。私たちは、本連載を通じてケア移行のプロセスを考え直すことで院内外の業務フローを改善し、最終的に患者さんや医療者の笑顔につなげたいと考えています。

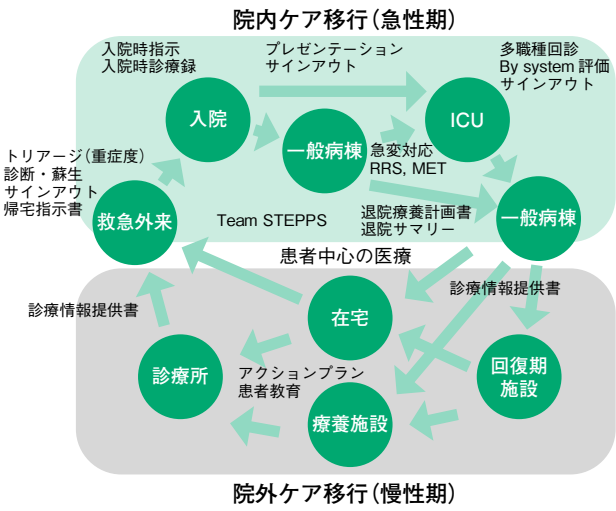
註：成木は、Care Linkage の訳語に「ケア連携」を当て、Care Coordination には「ケア協調」の訳語を用いることを提唱しています（成木弘子. 地域包括ケアシステムの構築における“連携”の課題と“統合”促進の方策. 保健医療科学. 2016；65（1）：47-55.）。しかし本連載では、Coordination の「共通の目標を達成するために各機関が協調して行動すること」という意味を重視し、また本邦においてすでに地域連携、多職種連携など多くの場面で連携が Coordination の意味で一般的に用いられていることを鑑み、Care Coordination を「ケア連携」、より連絡の度合いが低い Care Linkage を「ケア・リンケージ＝コミュニケーション」と訳出しました。

POINT

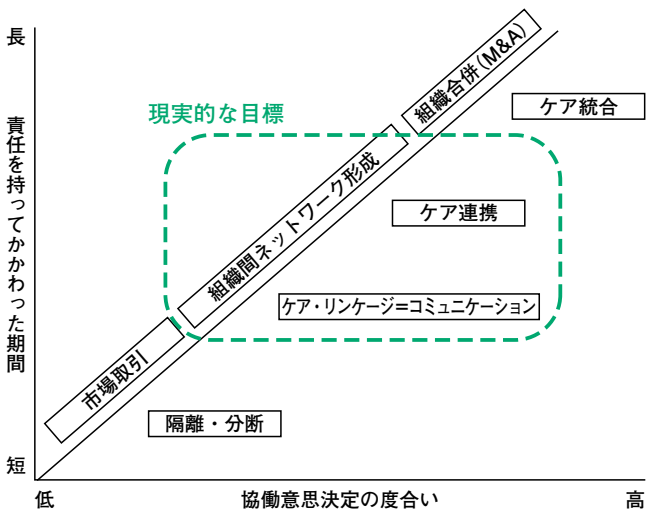
- 医療・ケアの分業化と細分化が進行し、ケア移行時の情報の不連続性が患者不利益につながっている。
- 院内外を問わず、ケア移行時の引き継ぎの十分性を保つことが必要である。
- 問題解決の第一歩は、多職種間コミュニケーションの質改善・活性化とそのためのツール活用、文化醸成にある。

参考文献・URL

- 1) N Engl J Med. 2008 [PMID : 18322289]
- 2) Fam Pract. 2011 [PMID : 21436204]
- 3) AHRQ. Chartbook on Care Coordination : Transitions of Care. <https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/chartbooks/carecoordination/measure1.html>
- 4) 新森加奈子, 他. 我が国におけるケア移行という概念——病院を退院した患者の診療所外来へのケア移行を中心に. 日プライマリケア連会誌. 2018；41（1）：18-23.
- 5) AHRQ. Care Coordination. <https://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/coordination/index.html>
- 6) Int J Integr Care. 2013 [PMID : 23687482]
- 7) 筒井孝子. 地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略——integrated care の理論とその応用. 中央法規出版；2014.
- 8) JAMA. 2007 [PMID : 17327525]
- 9) Ann Intern Med. 2003 [PMID : 12558354]
- 10) J Gen Intern Med. 2009 [PMID : 19101774]
- 11) J Gen Intern Med. 1995 [PMID : 8770722]



●図 1 患者の旅路（Patient Journey）におけるケア移行の俯瞰と質改善のためのキーワード（筆者作成）



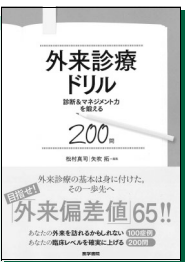
●図 2 ケア・リンケージ＝コミュニケーション、ケア連携、ケア統合の関係性（文献 6，7）

あなたの外来を訪れるかもしれない100症例、臨床レベルを確実に上げる200問。

外来診療ドリル 診断&マネジメント力を鍛える200問

内科系の外来では一般的な症候・疾患の最新知見やトピックス、稀にだが遭遇しうる症候・疾患の知識、持ちかけられる多様な問題へのマネジメント。外来診療に必要な幅広い知識をエビデンスに基づいてアップデートする1冊。学び続けることで、外来診療はいつまでも進歩することができる。目指せ！「外来偏差値」65!!

編集 松村真司
松村医院
矢吹 拓
栃木医療センター内科



これからの臨床医に求められる診療基本手技を確かなものに！

専門医が教える 研修医のための診療基本手技

ジェネラリストの養成に注目が集まっている現在、これからの臨床医には一定水準の診療、基本検査、救急を含めた手技の習得が欠かせない。本書は各領域のより確実な診療、基本検査、手技について、研修医が躓きやすいポイントを踏まえつつ、専門医ならではのコツを解説したもの。豊富な写真とシエーマにより、明日から使える基本診察法、ベッドサイドの手技が確実に学べる。

編集 大村和弘
東京慈恵医科大学 耳鼻咽喉科学教室
獨協医科大学増玉医療センター 非常勤講師
川村哲也
東京慈恵医科大学教授 臨床研修センター長
武田 聡
東京慈恵医科大学 救急救命医学講座
主任教授



医療の分業化と細分化が進み、一人の患者に複数のケア提供者、療養の場がかかわることが一般的になっています。本連載では、ケア移行(Transition of Care)を安全かつ効率的に進めるための工夫を実践的に紹介します。

監修 小坂鎮太郎, 松村真司
今回の執筆者 小坂鎮太郎
練馬光が丘病院総合診療科, 救急・集中治療科

スマートな
ケア移行
で行こう!

Let's start smart
Transition of Care!

第2回 救急外来から始まる効果的なケア移行

CASE

特に既往歴のない80歳男性の発熱、呼吸困難での受診。入院2か月ほど前から100mくらい歩行すると息切れを感じていたが、医療機関は受診しなかった。3日前から鼻汁、咳嗽が出現したが、軽度であり様子を見ていた。症状が徐々に増悪し、2日前に黄色痰を伴う咳嗽と37.5℃の発熱が出現。受診当日の朝、体温は38.8℃まで上昇したが、悪寒戦慄、腹痛・下痢・嘔吐などの消化器症状、排尿時痛・頻尿などの泌尿器症状、胸背部痛は認めなかった。夜間呼吸困難、起坐呼吸はなかったが、安静時にも呼吸困難が出現し、食事が取れず動けなくなったため妻が救急車を要請した。

【既往歴】医療機関受診に乏しく健康診断も受けていないため不明、結核の既往なし、内服薬なし、アレルギーなし。

【生活社会歴】喫煙中(40本/日×50年間)、飲酒は日本酒1合/日、Sick Contactなし、自宅で妻と2人暮らし。ADL・IADL自立。65歳まで市役所勤務。

【身体所見】身長170cm、体重55kg、意識清明、体温38.8℃、血圧140/90mmHg、脈拍100/分、呼吸数28/分、SpO₂86% (室内気)→92% (鼻カニユラ、酸素2L/分)。眼瞼結膜蒼白なし、口腔内衛生良好、咽頭発赤なし、頸静脈怒張なし、胸鎖乳突筋は発達、心血管系に異常なし、肺野全体でGrade2のWheezesあり、右下肺野で全吸気のCrackles聴取、消化器・泌尿器系に異常なし、下腿浮腫なし、皮疹なし。

前回(3297号)はケア移行の概念と重要性を解説しました。今回からは、一人の患者の救急外来受診から入院、退院、在宅療養のプロセスに沿って、ケア移行の質改善のポイントを紹介します。

救急外来の役割とは

救急外来は文字通り「急いで救ってほしい」患者の診療が求められる場です。したがって、さまざまな疾患を有する多数の患者を、限られた時間で安全かつ正確に診療することが必要です¹⁾。トリアージ(重症度評価)、蘇生、診断、治療、症状緩和などが主な役割であり、時間と人手を有効活用するために病院前情報を活用し、正確で早期のDisposition(診療方針/転帰先)決定が求められます(図)。

重要なポイントは、バイタルサインの異常、心筋梗塞や脳梗塞を示唆する

特異的な症状、高エネルギー外傷、急性出血など緊急介入が必要な状況に対して適切なトリアージを施行し、蘇生に入ることです。酸素投与や輸液など蘇生処置を要する時点で、入院というDispositionの可能性は高まります。蘇生処置後のバイタルサインの記録が少ないという報告があり⁴⁾、カルテ記載で注意すべき点です。

並行して、診断と初期治療に当たることが求められます。心筋梗塞や脳梗塞ではt-PA投与や血管内治療、敗血症では培養検体採取や抗菌薬治療などは時間との戦いです。素早く動けるよう日頃からの訓練や意識付けをしましょう。鑑別診断を挙げ、最も確からしい診断の根拠を確認した上で、暫定診断を決めていきます。

本症例のように発熱と急性呼吸不全の場合、酸素投与を開始し、所見からCOPD急性増悪、肺炎、急性心不全、肺塞栓症といったCommonな疾患を鑑別しなければなりません。また、疾患ごとの転帰の予測スコアを参考に、帰宅可能か入院か、入院の場合は一般病棟かICUのどちらが良いかというDispositionを決定します。トリアージエラーで一般病棟に入院後、早期に病状が悪化してICU入室となった症例は、適切にICU入室した症例と比べて死亡率が2倍近く高いことが示されており⁵⁾、適切なDispositionの決定が求められます。

怠りがちなのが痛みや嘔気などの症状緩和です。疾患に注目しすぎず、救急外来を訪れる理由となった症状を早

●表 救急外来におけるケア移行の質を上げる具体的方法(筆者作成)

フェーズ	目標	方法
病院前 (Prehospital)	地域連携	診療所との情報提供書の連携、記載事項の統一 救急隊との連携、検討会、相互フィードバック
救急外来～入院 (Intrahospital)	院内文化醸成	コンサルト方法の工夫(5C)、滞在時間短縮 TeamSTEPPSの導入、シミュレーション訓練 シフト引き継ぎ時のサインアウト
退院～療養 (Posthospital)	安全なDisposition	帰宅指示書の活用(暫定診断と対処法の説明) 画像・検査の報告システム(読影結果の適切な反映) 入院診療科やかかりつけ医とのM&M、症例検討会 共通の診療基盤、入院適応基準、診断エラーの共有

期に緩和することも忘れてはいけません。症状緩和は患者満足度に直結しますが⁶⁾、対応が遅れがちだと報告されています²⁾。

救急外来での
情報伝達のポイント

救急外来の前後のケア移行の質を高める具体的方法を表に示します。必要な病院前情報の統一化は先人達の尽力により浸透し、一般的には救急隊がSAMPLE(症状、アレルギー、内服薬、既往歴、最終食事摂取、現病歴)の聴取とバイタルサインの確認を行っています。約25%の救急医が診察前の時点で鑑別疾患を想起して初療に当たるとの報告もあり⁷⁾、病院前情報の正確さと必要情報を早期に入手するという連携は非常に重要です。

カルテ記載の原則は次回以降に詳細を述べますが、限られた時間の中で簡潔かつ正確に、必要な所見と判断根拠を記載します。救急外来での症例プレゼンテーションでは、投薬などのエラーを減らし、働きやすい環境を整えるためにTeamSTEPPSの概念を導入することや、5C(Contact, Communicate, Core question, Collaborate, Close the loop)を意識したコンサルト法が推奨されています。

エラー回避のための
コミュニケーション

Dispositionをできるだけ早く明確にすることで患者、医療者の資源管理を行うことができ、良い結果につながるという研究⁸⁾もある一方で、早すぎるDispositionの決定が転帰を悪化させたとの研究⁹⁾もあるため、診断・蘇生とDispositionのタイミングのバランスは重要です。手術などの処置のための移動は早期が望ましいですが、一般病棟へは状態安定のめどを付けての移動が求められます。

診断エラーのリスク回避には、System1にSystem2を併用するなどの、診療の基本的な方法を考えるとともに、内容や結果についてフィードバックをもらうM&M(Mortality & Morbidity)カンファレンスや振り返りを定期的に行うことが方法の1つだと考えます。

また、結果待ちの検査や画像の読影結果を確認・報告するシステムはまだ十分ではありません。これらの見落としは大きな診断エラーにつながるため、検査や読影結果を確認する専属の医療事務員を置くなどの方策を取ることが今後は望ましいと思われます。

患者と医師の情報伝達に関して、医療訴訟の約80%が患者—医師間の不信(コミュニケーション不足)によると言われています。医師と患者で関心事の一致率は47%にすぎず、また、医師は心しないと平均18秒で患者の話を遮って質問してしまうと示されています¹⁰⁾。患者・家族の訴えをきちんと傾聴して、納得のいく十分な説明を行うことが重要です。

CASEへの対応

バイタルサインから酸素投与による蘇生の必要性があると判断し、この時点で入院適応と考えた。急性呼吸不全の鑑別を軸に精査した結果、COPD急性増悪が最も疑わしいため、重症度評価を行った。抗菌薬投与が必要となったため適切な培養検体採取し、施設での感受性を考慮してセフトリアキソンの投与を開始。その上で内科入院担当医に連絡を取り、申し送り直接行った。後日、鑑別診断および対応について、スマートで問題のない連携であったとのフィードバックを病棟の内科医師からもらった。

POINT

- ケア移行の中での救急外来の役割を意識する。
- Dispositionを踏まえた重症度評価に基づき、蘇生、診断、初期治療、症状緩和を並行する。
- 診断や管理のエラー回避にはコミュニケーションの工夫が必要である。

引用文献・URL

- 1) Wolfson AB, et al. Harwood-Nuss' Clinical Practice of Emergency Medicine. 6th ed. LWW: 2014.
- 2) Ann Emerg Med. 2017 [PMID: 28131488]
- 3) Crit Care Med. 2016 [PMID: 27428118]
- 4) Hafner JW, et al. Repeat Assessment of Abnormal Vital Signs and Patient Re-Examination in U.S. Emergency Department Patients. Annals of Emergency Medicine. 2006; 48 (4) 66.
- 5) J Hosp Med. 2013 [PMID: 23024040]
- 6) J Emerg Trauma Shock. 2010 [PMID: 21063553]
- 7) Ann Emerg Med. 2014 [PMID: 24882662]
- 8) Clin Exp Emerg Med. 2016 [PMID: 27752619]
- 9) Intern Med J. 2012 [PMID: 21470357]
- 10) 伴信太郎. 基本的臨床能力としての医療面接法再考. 日本内科学会雑誌. 2014; 103 (3): 729-33.

推薦図書・URL

- ・志賀隆編. 考えるER——サマライ・プラクティス. シービーアール: 2014.
- ・加藤良太郎, 他監訳. ワシントンマニュアル——患者安全と医療の質改善. MEDSi: 2018.
- ・TeamSTEPPSについて: 週刊医学界新聞3089号. SBARから始める職場の安全風土づくり. 2014. http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03089_01
- ・コンサルテーションの5Cについて: EmergencyPed. Basic Presentation Skills for Medical Students. 2014. <https://emergencypedia.com/2014/02/06/presentation/>
- ・System1とSystem2について: 週刊医学界新聞2965号. 直感的診断の可能性. 2012. http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02965_02

医学書院 セミナーのご案内



総合診療 プレゼンツ 「平静の心」塾

ケースで学ぶ! 「こんなときオスラー」

『総合診療』誌の連載「こんなときオスラー」の単行本発行記念セミナーを開催します。医師として日常診療で、また医師人生の中で、困ったとき、悩んだとき、「こんなとき」どう解決していけばよいのか、オスラー先生の珠玉の教えを基に、情熱的な講師の先生方と交流しながら一緒に楽しく学びましょう!

日時: 2019年3月2日(土)
13:15~17:00 (12:30 開場)
会場: 東京都文京区・医学書院 本社 2階 会議室
会場: 山中克郎・徳田安春・平島修
定員: 50名
対象: 医学生、研修医、医師
受講料: 3,000円(税込み、当日払い)

2019年2月刊行予定!
こんなときオスラー
—超訳「平静の心」—

『総合診療』年間購読の医学生・初期研修医割引
または個人特別割引にお申し込みの方は
受講料無料。セミナー当日にお申込みの方も対象。

詳しくは、弊社セミナーサイトをご覧ください▶ <https://seminar.igaku-shoin.co.jp/>





CASE
前回（3301号）、救急外来を受診した80歳男性。COPD急性増悪の疑いで救急外来から入院依頼があった（CASEの詳細は前回の記事を参照）。

内科当直医のあなたは、病歴の再確認、診断の見直し、治療方針の決定などを行い、入院時診療録を記載することになりました。ケア移行を意識したカルテ記載を行うには、どうすればいいでしょう。

カルテの役割とは

カルテ（診療録）は全ての職種間の情報伝達ツールです。また、法的根拠となる公的な文書、診療報酬請求の根拠となる診療内容の証明書でもあります。近年は患者自身が自己のカルテを参照できるオープンカルテシステムも導入されつつあり、わかりやすい記載が求められます。医師法第24条第1項には医師が診療した際の診療録記載の義務が明示されており、可能な限り遅滞のない記載を心掛ける必要があります。

診療場所や状況によりカルテ記載の仕方はさまざまですが、どのような場面であっても、視認性の担保（特に紙媒体）、略語を避けた日本語での記載、論理的でわかりやすい内容、インフォームド Consent や回診・カンファレンスの内容を即時に記載することなどが基本です。

超高齢社会で見えてきた POMR の課題

現在の標準的なカルテ記載形式は POMR（Problem-oriented Medical Record；問題志向型診療録）にのっとった SOAP（Subjective data, Objective data, Assessment, Plan）形式が主流です。POMR は、患者の抱える問題点（プロブレム）を中心に抽出・評価する方法です。症候や検査異常、疾患をプロブレムとして漏れなく抽出して体系立った評価を行うことができるため、急性期診療の評価とカルテ記載の質を高めるために選択されてきました。

POMR は急性期の問題には強い一方で、少子高齢化や格差などに伴う社会的なプロブレムを抽出しにくいことが弱点となっていました。ケア移行の視点からは、この弱点を克服して社会的処方（註）を含めた全人的医療を提供することが重要です。そのために、家族や社会背景を含めた個人の歴史にも焦点を当てた病歴聴取・対応（Life Course Approach）を行い、健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health：SDH）もプロブレムとして挙げて評価する役割が医師には求められると考えられます¹⁾。また、POMR によって医療の質が改善するとのエビデンスはなく、超高齢社会を迎えている現在、これからの社会情勢にマッチしたカルテ記載の在り方をさらに考えていく必要

があります。

入院時記録で情報を整理し、ケアの目標を共有する

入院時や初診外来など、何事も最初が肝心です。診療の開始時点で情報収集・管理がうまくできると、医療者全体のサービス提供におけるケア移行がスムーズとなります。最初に全ての情報を収集するのはもちろん難しいため、まずは収集した情報の整理に努めます。

図に本症例の入院時記録と、記載に当たってのポイントを示します。救急科からの引き継ぎ後に再評価を行い、カルテには診断の根拠や今後の診断・治療・予防プランだけでなく、社会的問題、退院目標も明記します。入院時から職種間でケアの目標（Goal of Care）を共有できるとよいでしょう。

カルテ記載の質改善に向けて

オープンカルテシステムを導入している施設はまだ一部ですが、施設間で診療録を参照できる地域連携システムの運用は進んでいます。このため、他施設の医療者が見てもわかる視認性（日本語としての論理性・読みやすさだけでなく、医学的妥当性も含む）の担保がますます重要です。

日本では残念ながらカルテ記載の教育が不十分ですが、米国では医学生・研修医時代からカルテ記載の標準化・質改善が重視されています。米国における改善策の一つが、電子カルテ記載のシミュレーション教育（Sim-EHR）です^{2,3)}。Sim-EHR を行うことで、プロブレムの拾い上げや見逃しなどが改善されることが示されています。米国では保険の問題もあり、さまざまな段階で外的評価が入ります。Chart Audit（カルテ記載に対する監査）によってカルテ記載の重要性を意識付けられることが日米の違いを生む原因の一つかと思われます。日本でも、指導医による定期的なカルテ記載の確認を通じて、標準化や質改善を図っていくことが望ましいでしょう。

電子カルテの功罪と対策

電子カルテには利便性がある反面、ミスリスクを高め、直接的な患者ケアを減らすこともあります。研修医が勤務時間の40%を電子カルテ使用に費やし、直接的な患者ケアには12%

●表 米国内科学会によるカルテ記載に関する推奨（文献7より抜粋）

- カルテ記載の主な目的は、他職種とのコミュニケーション強化によって患者ケアを支援し、臨床的な結果をより良くすることにある。
- 医師は自身の働く施設や社会などの環境に対し、専門家としての標準的診療内容をカルテ記載を通して明示するべきである。
- 過去の記載情報が正確で現在でも引用する価値がある場合は、コピー＆ペーストで記載の正確性、完全性、効率性を改善できる可能性はある。しかし、追記や修正などを怠ると、コピー＆ペーストによって正確性、質の高いケア、患者安全がかえって損なわれる可能性がある。

【救急室での経過】
救急科での評価で肺炎症候は否定的とのことであった。肺炎による COPD 急性増悪として気管支拡張薬、ステロイドを投与されている間に内科入院依頼となった。内科接触時も呼吸困難があり、肥厚した胸鎖乳突筋を使用した呼吸をしていた。普段から誤嚥はなく、普通食を摂取しており、介護保険は未申請とのことだった。温泉や循環式浴槽の使用はなかった。呼吸延長と気管短縮を認めた。頸静圧の上昇は認めず、心尖拍動は第5肋間鎖骨中線よりやや内側に触知し、ばち指は認めなかった。

【治療方針】
#1. 発熱
#2. 呼吸困難
#3. 膿性痰・咳嗽
呼吸困難の増悪、喀痰の膿性化および増加を認め、重喫煙歴と呼吸補助筋、気管短縮などの身体所見と胸部 CT 上の気腫肺の所見から COPD 急性増悪（AECOPD）と診断した。AECOPD の誘因としては細菌性肺炎を考えた。特記すべき既往もなく溢水所見に乏しいため、うっ血性心不全や気管支喘息発作の可能性は低いと考えた。救急科で肺炎症候は否定されている。

#4. COPD 急性増悪（AECOPD）
AECOPD に対する治療として、サルブタモール（短時間作用型β₂刺激薬；SABA）2.5 mg の吸入を4時間ごとに行い、メチルプレドニゾロン 40 mg 静注を6時間ごとに投与することとした。急性増悪の誘因である細菌性肺炎には後述のように抗菌薬治療を開始した。頻呼吸のある中でも PaCO₂ 40 mmHg と CO₂ 貯留がもともとあると考えられ、酸素化の目標は SpO₂ 89～93%とした。
内服可能な状態になった場合はメチルプレドニゾロン静注をプレドニゾロン 40 mg/日の内服に切り替える。ステロイド投与期間は5日間の予定とするが、呼吸状態の改善など経過を見て判断する。SABA も呼吸状態を見て回数の減量を検討する。
※この後に、予想される範囲内で病期評価のための検査プランや慢性期の治療プラン、栄養指導・予防接種などの予防プランを記載する。

#5. 細菌性肺炎
※同様に診断根拠や治療薬選択の理由、治療期間などを記載する。

#6. 重喫煙者

【入院ルーチン】
#DVT 予防：Padua Score 5 点でありヘパリンカルシウム 5000 単位を1日2回皮下注射で投与を行う。歩行可能となれば中止する。
#ストレス潰瘍予防：リスク因子なく不要と判断した。
#リハビリ：PT オーダー済み（呼吸器リハ）
#誤嚥リスク：なし（初療時点で水飲みテストは問題なし）
#ヘルスマネジメント：高血圧、糖尿病、脂質異常症といった ASCVD リスクは認めず、入院中は禁煙のみ指導する。各種がんスクリーニングは外来で検討する。
#社会的問題：初回の入院で ADL は全て自立しているが、在宅酸素導入や ADL 低下などの可能性はあり、介護保険申請については説明する。

【退院目標】 静注抗菌薬治療が終わり呼吸状態が安定すれば自宅退院。

【悪い知らせなどの告知】 ご本人と妻にお伝えする。

【心肺停止時 Code】
ご本人とお話してき Living Will として心肺停止時 DNAR（胸骨圧迫・挿管・除細動なし）の方針となった。ご家族にも説明済み。状態悪化時の中心静脈カテーテル、昇圧薬、非侵襲的陽圧換気は使用する。

【代理意思決定者・キーパーソン】 長男

まずは主訴に対するアセスメントから始める

※症候のプロブレムと疾患名のプロブレムを併記すると混乱を招くとされることもある。しかしながら入院時は暫定診断であることも多く、かつどういった根拠で診断したか、どのような鑑別が残っているのかを記載することは、チーム全体が患者の病態を共有することにもつながる。

鑑別、診断根拠を述べる

初期治療について記載する

治療奏効後の予測される治療方針について記載する

入院中の合併症予防（ほかにアルコール離脱や Refeeding 症候群、転倒）

社会的問題・退院目標も明記し、ケアの目標を共有する

※自宅生活環境のさまざまな問題から社会調整が必要な場合には、入院期間が延びないよう早期の MSW 依頼などを行っておく。

●図 入院時記録（Assessment and Plan）の例

しか費やさなかったとの報告⁴⁾や、病院勤務医の勤務時間のうち患者と直接かかわるのは23%しかなかったとの報告があります⁵⁾。カルテ記載に注意を払い過ぎると肝心の患者ケアがおろそかになってしまうこともあります。可能な限り簡潔に記載し、ベッドサイドでの時間を取れるように努めたいところです（迅速かつ簡潔な記載は各職種の業務効率化にもつながります）。

また、コピー＆ペーストは電子カルテによる功罪の筆頭です。毎日更新されるようにプロブレム名のみコピー可能とするなど、使い方には慎重になるべきです。これらの問題への注意喚起として、新しい SOAP＝「SOAP “2.0”（Succinct and Specific；簡潔で明確に、Original；コピーしない、Accurate；正確に、Problem-oriented；プロブレムベースで）」というカルテ記載方法もうたわれています⁶⁾。米国内科学会（ACP）からも声明が出されており⁷⁾、表に抜粋を示しますのでぜひ全文を参照してください。

わかりやすいカルテを書く近道はありません。病態生理や診断基準、標準治療などの勉強を継続しつつ、身近にいる優秀な医師のカルテを参照し、上級医や他職種にフィードバックをもら

うなど、日々研さんしていくことが大切です。

註：社会的処方とは、地域のクラブの紹介など「地域とのつながり」を処方することで社会的な支援を行い、問題解決を図るもの。英国やカナダでは制度化されており、General Practitioner がその役割を担っている。

CASE への対応

病歴の再確認、診断の見直し、治療方針の決定を速やかに行い、入院依頼の数時間後には入院時記録の記載を完了した。社会的問題や退院目標も明記し、MSW などの他職種とケアの目標を共有。その結果、合併症・廃用症候群の予防策が早期から行われ、患者の意思を尊重し退院後に必要なケアを意識したスマートな多職種ケア連携が実践できた。

POINT

- カルテ記載の主な目的は他職種とのコミュニケーション強化である。
- 入院時カルテには診断根拠、診断・治療・予防プラン、ケアの目標に加え、社会的問題も可能な限り抽出する。
- 電子カルテの功罪を認識し、患者安全を損なわないようにうまく活用する。

引用文献

- 1) J Am Board Fam Med. 2007 [PMID: 17204740]
- 2) Acad Med. 2014 [PMID: 24448035]
- 3) J Grad Med Educ. 2016 [PMID: 27168894]
- 4) J Gen Intern Med. 2013 [PMID: 23595927]
- 5) J Hosp Med. 2010 [PMID: 20803675]
- 6) Healthc Inform. 2014 [PMID: 24941599]
- 7) Ann Intern Med. 2015 [PMID: 25581028]

推薦図書・URL

・佐藤健太, 「型」が身につくカルテの書き方. 医学書院: 2015.
・山城清二, 他. Problem solving——臨床現場の問題/課題解決 (problem solving) に関する方法論やツールを再考する. 日内会誌. 2017; 106 (12).
・社会的処方について: 週刊医学界新聞 3214 号. 社会疫学が解明する「健康格差」とその対策. 2017.
http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03214_01



CASE

COPD 急性増悪で入院となった 80 歳男性（詳細は第 2 回〔3301 号〕を参照）。

カルテ記載(前回[3305号])に続き、入院時指示を出さなければなりません。重症化の危険性や COPD という疾患の特性を考慮した指示を出す必要があります。より良いケアにつながる指示とはどのようなものでしょうか。

指示簿の役割とは

指示簿は医師から看護師をはじめとした多職種への診療補助・処置・ケア内容の伝達手段として利用されます。指示は一般指示、処方指示、注射指示に大別され、いずれも患者ケアに大き

く関与するため、根拠に基づいた上で施設ごとのルールを多職種で話し合い、内容を決めることが重要です。

医師から看護師への指示については保健師助産師看護師法第 37 条に規定があり、看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるような「包括的指示」も可能と解釈されています¹⁾。包括的指示とは、対応可能な患者・病態変化の範囲を明確にし、看護師が理解し得る内容であることなどの要件を満たした上で、看護師が実施すべき行為を一括して指示することです。

また、薬剤師への薬物血中濃度測定や内服・吸入コンプライアンス確認の指示、リハビリテーションスタッフへの疾患安定度を踏まえた活動度調整の

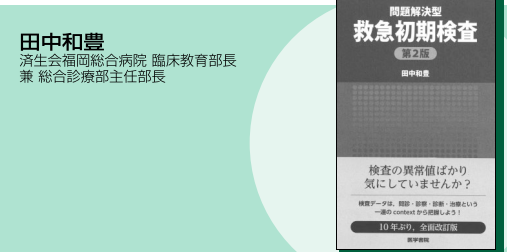
Admitting Service (入院サービス, 病室, 主治医名) 5階西一般病棟 主治医: 本橋健史	
Diagnosis (診断名) COPD 急性増悪	
Condition/Code Status (患者の状態, 急変時の事前意思) 不安定で増悪する危険性がある。Code Status: 心肺停止時DNAR(胸骨圧迫・挿管・除細動なし), CVC・カテコラミン使用・COPD 増悪時の換気補助療法は行う。	
Vital Sign (モニターするバイタルサインと測定頻度) バイタル3検, SpO ₂ ・心電図モニター装着, SpO ₂ : 88~92%程度を目標に, SpO ₂ <93%となるなら酸素投与を開始 (COPD 患者の特殊指示)。 ※低酸素血症の悪化リスク, 不整脈のリスクに応じてモニターを装着する。モニター装着も抑制となるため, 早期に外せないかを日々検討する。	
Activity (制限すべき行動) ベッド周囲から呼吸器リハを開始, トイレ移動・シャワーは可能。 ※COPD 患者への急性期運動負荷は心負荷に注意が必要だが, 呼吸器リハ導入で QOL・症状の改善が期待できるため, 状態を見て早期離床を試みる。	
Nursing Instruction (看護師への指示) 週1回の体重測定を行う。尿量測定は不要。 ※薬剤投与量, 栄養状態, 体液量評価のため, 体重は入院時に1回は測定し, 必要に応じて経過フォローに使用する。	
Diet (食事, 飲水量) 1500 kcal/day, 塩分 6 g/day, 常食, 飲水制限なし。 ※基礎疾患, 標準体重を把握した上で, 適正なカロリーやタンパク質量, 塩分量を設定する。飲水はトロミの必要性や制限量を記載する。	
Intravenous Fluid (輸液の組成と速度) ※本症例では省略	
Sedative (鎮静薬, 鎮痛薬, 頓用薬) ※本症例では省略	
Medication (投薬, 投与量, 投与間隔, 経路, 適応) セフトリアキソン 1.0 g + 生食 50 mL キットを 1 日 1 回, 午前 10 時に 30 分で投与。 プレドニゾロン 5 mg, 8 錠を 1 日 1 回, 朝食後に内服。 サルブタモール (SABA) 1 回 0.5 mL + 生食 2 mL 組成を 1 日 4 回, 6 時間おきに吸入。 グリコピロニウム/インダカテロール (LAMA/LABA) を 1 日 1 回, 朝に吸入。 吸入薬は吸入コンプライアンスも確認してください。	
Allergy (アレルギー, 過敏症, 薬物反応の既往) アレルギーなし。	
Laboratory (検体検査, 放射線検査) ○月×日に動脈血液ガスフォローのため医師が採血します。	

●図 「ADC VAN DISMAL」に沿った入院時指示の例

救急でよく遭遇するバイタルサインや検査値の異常に対する問題解決のために

問題解決型救急初期検査 第2版

いずれも基本的な検査ばかりであるが、どのような症状があったら何を考えてその検査をするのか、他に組み合わせて実施する検査項目は何か、などを必要に応じて解説した書。フローチャート、step、鉄則、point などわかりやすく示した。内科ではなくあくまで救急という視点から、問題解決のための検査の進め方、検査値の異常への問題解決的アプローチという双方向を意識して、初学者に向けて親切かつ簡潔明瞭に記した。



B6変型 頁512 2019年 定価:本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-03598-9]

医学書院

●表 早期警告スコア「NEWS (National Early Warning Score)」(文献 6)

合計 5 点以上ないしは 1 項目で 3 点の項目 (Red Score) があれば、警告値として ICU 入室も含め、専門家にコンサルトする基準となる⁷⁾。急性期では 1 日 3 検以上のバイタル測定が基本だが、NEWS が 0 点であれば 1 日 1 検、1~2 点であれば 1 日 2 検、3 点以上であれば 1 日 3 検に頻度変更が可能とされる⁷⁾。なお、酸素投与目標の異なる患者群向けに調整された NEWS 2 が 2017 年に公開されている⁸⁾。

生理学的パラメータ	3	2	1	0	1	2	3
呼吸数 (/分)	≤8		9~11	12~20		21~24	≥25
SpO ₂ (%)	≤91	92~93	94~95	≥96			
酸素需要		あり		なし			
体温 (°C)	≤35.0		35.1~36.0	36.1~38.0	38.1~39.0	≥39.1	
収縮期血圧 (mmHg)	≤90	91~100	101~110	111~219			≥220
心拍数 (/分)	≤40		41~50	51~90	91~110	111~130	≥131
意識レベル				覚醒			非覚醒

指示など、職種ごとの指示内容を共有することが重要です。

スムーズなケア移行のためには、入院が決まった段階で入院時記録と指示簿を速やかに記載する必要があります。指示漏れを防ぐために、内容と手順を決めておくとういでしょう。「ADC VAN DISMAL」という有名な覚え方²⁾に沿って、本症例の入院時指示の一部を示したのが図です。

正しく伝えるための工夫

医師は指示内容を自由記載できるため、曖昧な表現による看護師への伝達エラーがしばしば見受けられます³⁾。状態変化が早い急性期では指示内容が頻繁に変わり、二重指示受けの発生による伝達エラーのリスクを伴います。指示内容は曖昧な表現を避け、変更の際は指示受け担当者に変更内容を伝えると同時に、古い指示を迅速に削除する必要があります。特に病棟や診療科の移行の際に、Code Statusやアレルギーなどの情報が誤伝達しないよう、共有の掲示板や電子カルテのフロントページのようなわかりやすい場所に記載するなどの工夫が必要です。

「包括的指示」の実施に当たっては、医師と看護師との間で指示内容の認識に齟齬が生じないように、原則として、指示内容が標準的プロトコル（具体的な処置・検査・薬剤の使用等およびその判断に関する規準を整理した文書）クリティカルパス（処置・検査・薬剤の使用等を含めた詳細な診療計画）等の文書で示されていることが望ましいとされています¹⁾。また、医療・看護必要度の評価も重視されるため、重症度や必要処置がわかりやすい指示記載にしましょう。これらの問題の解決には、指示のセットを電子カルテに事前登録する方法が有効とされ³⁾、医師ごとの指示内容の変動を抑え、ケアにおける多職種の意味統一を可能にします。

適切な指示出しには疾患の知識と病状変化の予見能を要します。研修医の指示簿は指導医と一緒に確認し、多職種からフィードバックをもらうことが大切です。効果的で安全な指示簿作成のために AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) が手引きを出しているので参考にしてください⁴⁾。

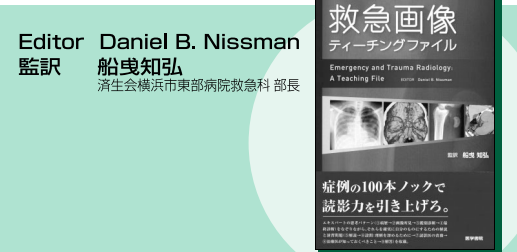
根拠ある指示, 出せていますか？

日本の過去の調査で、食事や運動、

救急画像診断のトレーニング本。よく遭遇する100疾患に関する知識の整理・復習に！

救急画像ティーチングファイル

LWWの人気シリーズ、Teaching Filesの1冊。「救急の画像診断」をテーマに、よく遭遇する100疾患に関する知識の補充・整理・復習に役立つ。エキスパートの思考パターン(①病歴→②画像所見→③鑑別診断→④最終診断)をなぞりながら、それを確実に自分のものにするための解説と演習問題(⑤解説→⑥設問：理解を深めるために→⑦読影医の責務→⑧治療法が知っておくべきこと→⑨解答)を収載。症例の100本ノックで読影力を引き上げよう。



B5 頁304 2019年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-03628-3]

医学書院

医療の分業化と細分化が進み、一人の患者に複数のケア提供者、療養の場がかかわることが一般的になっています。本連載では、ケア移行 (Transition of Care) を安全かつ効率的に進めるための工夫を実践的に紹介します。

監修
小坂鎮太郎,松村真司
今回の執筆者
本田優希
獨協医科大学病院総合診療科

スマートな
ケア移行
で行こう！

Let's start smart
Transition of Care!

第5回
症例共有と臨床教育のための
症例プレゼンテーション

CASE
COPD 急性増悪で入院となった 80 歳男性（詳細は第 2 回・3301 号参照）。

入院時のカルテ記載（第 3 回・3305 号）、指示簿の記載（第 4 回・3309 号）を終えると、次はカンファレンスで診療科のスタッフと情報を共有することが必要です。プレゼンテーションにはどのような工夫をすべきでしょうか。

プレゼンはケア移行のキモ

症例プレゼンテーション（以下、プレゼン）は、入院担当チーム内でのカンファレンスや病棟回診、担当や勤務の引き継ぎ時の申し送り、コンサルテーションなど、日常の病棟診療におけるケア移行で頻繁に行われる、症例共有の必須技能です。医師—医師、看護師—医師間を中心に、多職種連携の技能としても重要です。

また、プレゼンは臨床教育のツールとしても重要な役割を果たしています。プレゼンターはプレゼン準備を通じて学習の機会となり、指導医はプレゼンによる研修医評価を通じて自己の指導の振り返りにもなるのです¹⁾。

米国では、内科臨床実習（Bed Side Learning：BSL）において指導医が最も重視する能力がプレゼン能力です²⁾。本邦でも、2020 年度から開始される臨床実習後 OSCE（Post-CC OSCE）の課題にプレゼンが組み込まれ、卒前教育においても重視されています。しかしながら本邦ではその教育や評価の手法は確立されておらず、学習の機会がなかなかないのが現状です。

良いプレゼンのための「伝え方」と「内容」

プレゼンを構成する要素は、伝え方（デリバリー）と内容（コンテンツ）の 2 つです。

伝え方において意識するのは、速度、声調・声量、間合い、視線・表情、姿勢・身振り、時間の 6 つです。いかに論理的で明快な内容であっても、小声・早口で視線を合わせず話しては聞き手には伝わりません。

内容は、①一文サマリー、②病歴（Subjective data）、③身体・検査所見（Objective data）、④アセスメント（As-

essment）、⑤プラン（Plan）の 5 つに分類できます。

次に、本症例でのプレゼン例と、その要点を解説します。

①一文サマリー

【例】病院受診歴のない重喫煙者の 80 歳男性で、3 日前から出現し徐々に増悪する発熱、咳嗽、膿性痰、呼吸困難を主訴に救急搬送されました。

【解説】一文サマリーとは、プレゼンの冒頭で患者 ID（Identifying Data：年齢や性別といった基本情報）、主訴とその持続期間、関連する既往歴などをまとめて述べる導入部分のこと。この部分はプレゼンを決定的に方向付けます。本症例では、肺炎、COPD 急性増悪の診断につながるよう、COPD に関連する重喫煙歴を盛り込みます。

②病歴（S）、③身体・検査所見（O）

【例】来院 2 か月前から 100 m 程度の歩行で息切れが出現するようになっていました。3 日前から咳嗽が出現し、2 日前から発熱と黄色痰を伴うようになり、今朝から呼吸困難も加わったため救急搬送されました。悪寒戦慄や夜間呼吸困難、起坐呼吸、浮腫はありませんでした。医療機関受診歴や健診受診のない方で、既往歴や常用薬は特にありません。喫煙者で、40 本/日、50 年間の重喫煙歴があります。

バイタルサインは、体温 38.8℃、血圧 140/90 mmHg、脈拍 100/分、呼吸数 28/分、SpO₂ は鼻カニュラ 2 L/分の酸素投与で 92% です。頸静脈怒張はなく、気管の短縮があります。呼吸様式は口すばめ呼吸で呼気が延長しています。両肺野全体で Grade 2 の Wheezes を聴取し、右下肺野では全吸気での Crackles を聴取します。心音に異常はなく下腿浮腫もありません。

血液検査で WBC 16,000/μL、CRP 16.2 mg/dL と炎症反応の上昇を認め、動脈血液ガスは酸素 2 L/分投与下で PaCO₂ 40.5 mmHg、PaO₂ 86.0 mmHg でした。喀痰グラム染色では貪食像を伴うグラム陰性桿菌を多数認めました。胸部 X 線では右下肺野の浸潤影と両肺の過膨張を認めました。

周産期医療に携わるすべての医療スタッフ必携の書

AAP/AHA新生児蘇生テキストブック 第2版

米国小児学会（AAP）と米国心臓協会（AHA）による新生児蘇生公式テキストブック原著第7版の翻訳。30年近くにわたり、この領域に携わる医療従事者に必要な知識と手技を提供してきたが、今版では特に症例を通して、リーダーシップ、コミュニケーション、チームワークに焦点をあてている。章ごとにポイントと復習問題が設置されており、テキストを読み進めていくうちに自然と知識が身についていく。

監訳 田村正徳
埼玉医科大学総合医療センター
小児科特任教授

AAP/AHA
新生児蘇生
テキストブック
第2版

●表 状況・目的に応じたプレゼンテーションの型

型	状況	聞き手	時間	要点
Traditional スタイル ³⁾	新患、 新入院	上級医、 同僚	5 分	患者 ID、主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活歴、システムレビュー、身体所見、検査所見、プロブレムリスト、アセスメント、プランの項目に従って順に述べる。
短縮した Traditional スタイル	病棟回診	上級医、 同僚	2 分	すでに共有されている情報は必要最低限の要点に絞る。まだ共有されていない直近の変化などを共有しプランを確認する。
Assessment-oriented スタイル ⁴⁾	救急外来	上級医、 同僚	2 分	患者 ID と主訴の後にアセスメント、プランを述べ、それを支持する限られた病歴と身体・検査所見のみを述べる。救急外来など短時間で共有したい場面で有用 ⁵⁾ 。
Consultation スタイル	コンサル テーション	他科の 医師	3 分	コンサルテーションの目的と緊急度を述べた後に、患者 ID、主たる疾患やプロブレムに関する現状と経過を伝え、最後に相談したい内容を改めて述べる。コンサルタントが必要とする関連情報に絞り、目的を明確にする。

【解説】要点は、プロブレムの診断や治療方針にかかわる情報（下線で示した部分）に絞り、陰性所見も意識して盛り込むことです。陽性所見（例えば肺炎における発熱や聴診での Crackles）の漏れは少ない一方で、陰性所見は意識しないと抜けやすいといわれています。例えば、鑑別診断としてうっ血性心不全が挙がるのであれば III 音や下腿浮腫がないことは必須の情報ですが、心不全を想定していなければ漏れてしまう可能性があります。

①での「関連する既往歴」や、②、③での「関連する陽性・陰性所見」は、症例のプロブレムや鑑別診断に関連するのはどの情報なのかがわからなければ、適切に述べることはできません。すなわち、良いプレゼンのためには「臨床推論能力」が必要であり、逆にプレゼンを聞くことでプレゼンターの臨床推論能力を評価することができます。

④アセスメント（A）、⑤プラン（P）

【例】プロブレムリストとして、#呼吸不全、#市中肺炎、#COPD 急性増悪を挙げます。

呼吸不全に関しては、発熱、右下肺野の Crackles、胸部 X 線での浸潤影から肺炎と診断しました。また、重喫煙歴と慢性的な労作時息切れの病歴、口すばめ呼吸や呼気延長、気管の短縮、両肺の Wheezes、X 線での肺過膨張所見から、未診断の COPD が背景にあり、肺炎を契機に急性増悪した可能性が高いと考えます。鑑別診断として喘鳴を伴う呼吸不全を来す気管支喘息発作や心不全が挙げられます。

肺炎に関しては A-DROP 1 点と軽症です。市中肺炎で COPD が背景にあるものと考えており、グラム染色から原因菌としてインフルエンザ桿菌を疑い、セフトリアキソン 1 g、24 時間ごとの点滴投与で治療を開始します。

COPD 急性増悪に関しては、サルブタモールの吸入を 1 日 4 回、プレドニゾロン 40 mg/日で治療を開始します。

【解説】アセスメントでは、プロブレムリストを挙げ、鑑別診断を述べます。鑑別診断は最も疑われる疾患とその根拠を述べるとともに、除外すべき他の疾患を数個挙げることを意識します。肺炎、COPD に関しては分類や重症度

に言及します。プランの要点は、具体的に述べ、日時や薬剤の用法・用量などを曖昧にしないことです。

プレゼンの型を状況に応じて使い分ける

表に示すように、目的と状況に応じてプレゼンの型を使い分けるのが良いと考えられます。

医療パフォーマンスと患者安全を高めるためのチーム戦略の枠組みとして、TeamSTEPPS（Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety）があります^{6,7)}。

その基本原理のコミュニケーション法として SBAR（Situation, Background, Assessment, Recommendation）があり、本邦でも普及してきています。患者の状況、背景、報告者の評価、報告者からの提案・要求という枠組みに従ったプレゼンに統一することで、患者観察の視点や伝達方法を共有でき、プレゼンター個々の能力に依存しない、わかりやすい情報伝達が可能になります。コミュニケーションエラーを防ぎ、患者安全につながることも期待できます。

POINT

- プレゼンの目的は症例の共有と臨床教育である。
- 良いプレゼンのためには、構成を意識し、各構成要素の要点を押さえることが重要である。
- 状況に応じてプレゼンの型を適切に使い分ける。

引用文献・URL
1) Med Teach. 1987 [PMID: 3683140]
2) Kaohsiung J Med Sci. 2008 [PMID: 18805750]
3) Am J Med. 1997 [PMID: 9217672]
4) Yurchak PM. A guide to medical case presentations. Resident Staff Physician. 1981; 27: 109-15.
5) Arch Pediatr Adolesc Med. 1999 [PMID: 9988240]
6) AHRQ. TeamSTEPPS. <https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html>
7) TeamSTEPPS Japan Alliance. <http://www.mdbj.co.jp/tsja/index.php>

推薦図書・URL
・齋藤中哉. 臨床医のための症例プレゼンテーション A to Z. 医学書院; 2008.
・Billings JA, et al. The Clinical Encounter: A Guide to the Medical Interview and Case Presentation. 2nd ed. Mosby; 1999.
・米カリフォルニア大サンディエゴ校（UCSD）の医学部生向けウェブサイト: UCSD's Practical Guide to Clinical Medicine. Overview and General Information about Oral Presentation. <https://meded.ucsd.edu/clinicalmed/oral.htm>

心電図“以外”の情報も踏まえて心電図を読む—臨床で本当に使える判読法を伝えます

熱血講義！心電図 匠が教える実践的判読法

心電図の達人とは、心電図ですべてを語る人ではなく、心電図の異常所見を拾い上げたうえで、患者の訴えと他の所見を総合して病態を把握し、的確な治療につなげる人のこと。[Vサイン！ABCDE法]をかけこばに、代表的な不整脈・波形異常から病態を考える熱血10講義をクリアすれば、臨床力アップは間違いなし。「小笹流 私はこちら読む」でポイントを整理して「確認テスト（解答と解説つき）」を終えるころには、あなたも心電図が読みたくなっているはず。

執筆 杉山裕章
執筆協力 小笹寧子

熱血講義！
心電図
匠が教える実践的判読法

医療の分業化と細分化が進み、一人の患者に複数のケア提供者、療養の場がかかわることが一般的になっています。本連載では、ケア移行 (Transition of Care) を安全かつ効率的に進めるための工夫を実践的に紹介します。

スマートな ケア移行 で行こう！

Let's start smart
Transition of Care!

監修
小坂鎮太郎, 松村真司
今回の執筆者
三高隼人
米国マウントサイナイ・
ベスイスラエル病院内科

第6回 夜間・休日の急変に備えた効果的な申し送り

CASE

COPD 急性増悪で入院となった 80 歳男性（詳細は第 2 回・3301 号参照）。深夜に看護師から緊急コール。「COPD 急性増悪で入院中の A さんが、酸素 6L/分で SpO₂ 84%，血圧 90/60 mmHg です！」

申し送りを受けていない当直医が訳もわからずベッドサイドに行くと、患者は努力呼吸で意識混濁状態。蘇生のためにすぐに処置を始めなければならない、電子カルテをゆっくり確認する時間はない。

このような事態を防ぐためには当直医への申し送り（Handoff/Sign Out）が必要です。今回は、安全なケア移行のための申し送りについて考えます。

申し送りの役割とは

緊急対応は、あらゆる患者にただ ABCDE アプローチで蘇生すればいいのではなく、患者背景によって考え方を大きく変えなければなりません。例えば、市中肺炎で入院した患者なら敗血症性ショック、急性心不全の患者なら心原性ショック、大腿骨頸部骨折術後の患者なら肺塞栓症による閉塞性ショックを疑って対応することが重要でしょう。一方、悪性腫瘍の終末期で緩和ケアを受けており、蘇生の希望がない場合、必要なのは輸液や昇圧薬ではなく、追加のオピオイドかもしれません。患者背景の伝達はケア移行時のキモなのです。

外来からの入院時、入院中の夜間・休日、退院して外来へなど、ケア移行の機会は多く、医療チーム、特に医師には患者情報の確実な伝達が求められます。しかし、不十分な情報の伝達により患者の安全が脅かされることがあります。例えば、米国の退役軍人病院を対象にした多施設後向き研究では、レジデントのローテーションの切り替わり時期が、院内死亡率上昇と有意に関連していました¹⁾。

国際的な病院機能評価機構である JCI (Joint Commission International) は 2006 年、標準化した申し送りの実践を急性期病院における患者安全の目標に設定し²⁾、米国の卒後医学教育認可評議会 (ACGME) は研修医の勤務時間上限の引き下げに伴い、医療安全のために申し送りのモニターを研修プログラムの要件に定めています³⁾。

申し送り
ケアの連続性を担保する

仮に読者の皆さんの勤務時間帯が 6～18 時であった場合、担当する入院患者の半日分の時間を当直医がカバーすることになります。急変すれば主治医が診る「主治医オンコール制」を敷いている（から特別な申し送りは不要という）病院もありますが、働き方改革も相まって、急変時には基本的に当直医が対応する病院も増えています。もし、主治医からの十分な患者情報の伝達がなければ、夜間や休日には妥当な診断や治療を行いにくなります。このような“ケアの不連続性”は、以下の有害事象と関連することが知られています⁴⁾。

- ・院内合併症の増加
- ・回避可能なイベントの発生
- ・不必要な検査オーダーの増加
- ・診断的検査の遅れ
- ・医療エラーの増加

つまり、適切な申し送りがなされず、患者と当直医に危ない橋を渡らせている状況は、“不都合な真実”と言えます。JCI は申し送り（Handoff）の定義を「医療ケアの提供にかかる主たる権限と責任を伝達するプロセス」と定めています⁵⁾。申し送りは単に患者情報を伝えるだけの行為ではなく、プロフェッショナルとしての責任の伝達であると認識することが重要です。

申し送りの質向上の具体策

効果的な申し送りには、書面による申し送り（Written Handoff）と口頭での申し送り（Verbal Handoff）の両方が不可欠で、送り手は事前に患者情報を整理したメモを用意し、直接もしくは電話での口頭伝達を行います。

米国病院総合診療医学会（Society of Hospital Medicine；SHM）では、直接会っての申し送り（Face to Face Communication）を推奨しています⁶⁾。申し送りの際に PHS が鳴り対応するなど、情報伝達の質が低下しないよう、申し送りの時間と場所をシステムレベルで確保することも重要です。

申し送り方法の標準化については「I-PASS」「SAFER」などさまざまな

Illness Severity：患者の全体像が安定 (Stable) か要注意 (Watcher) か不安定 (Unstable) か。Watcher（要注意）

Patient Summary：患者サマリー（1～3行）

病院受診歴のない ADL、IADL 共に自立した 80 歳男性が、3 日前からの咳嗽、喀痰、発熱、呼吸困難を主訴に受診。市中肺炎、COPD 急性増悪の診断で入院。セフトリアキソン 1g 24 時間ごと、プレドニゾン 40 mg、サルブタモール 2.5 mg 吸入 1 日 4 回、酸素 2 L/分投与で治療中。喀痰培養結果は未到着。

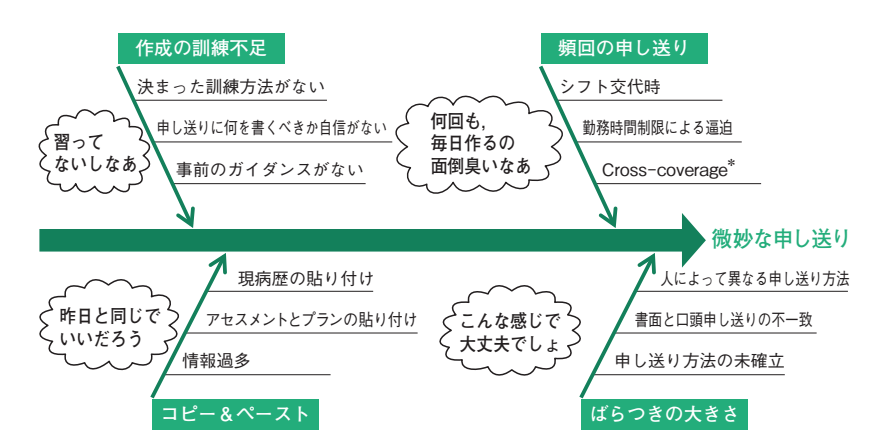
Action List：To Do リスト

増悪リスクが高いため、夜間に 1 度見てください。

Situation Awareness & Contingency Planning：起こり得るイベント、起きた時の具体的対応
呼吸状態の悪化時はサルブタモール追加吸入、SpO₂>92%、pH7.2 以上となるように NPPV 装着して管理を行ってください。キーパーソンは妻、コードステータスは心肺停止時 DNAR、また急性呼吸不全に対しては改善が見込まれる場合は挿管・人工呼吸管理での治療を希望されています。

Synthesis by Receiver：申し送りの受け手による復唱、質問

●図 1 I-PASS に沿った申し送りの例



●図 2 効果的な申し送りを阻害する因子（文献 11 より）

＊：夜間・休日などに他の医師またはチームのカバーをすること。

取り組みが提唱されていますが、今回はいくつかの研究^{7, 8)}で、回避可能なイベントを 30% 減少させたエビデンスのある「I-PASS」を例にします（図 1）。

また、電子カルテに連動するテンプレートを活用し、レジデントが入力する情報と電子カルテによって自動収集される登録情報（入院日、患者 ID、キーパーソン、アレルギー、投薬内容、コードステータス）を組み合わせた申し送りをする事で、患者ケアが改善されたとの結果も出ています^{9, 10)}。

申し送り内容でとりわけ重要なのは、「受け手への To Do リスト」と「患者に起こり得るイベントとその対応」を具体的に伝えることです。例えば、輸血や電解質補正の閾値となる具体的な数値（例：X 時に血算再検、Hb<7 g/dL なら赤血球 2 単位 2 時間で輸血）や、利尿薬の指示（例：フロセミド 40 mg 静注、X 時間で尿量 Y mL 以下なら追加で 80 mg 静注、それでも反応に乏しければフロセミド持続静注を開始）などです。困った時に「あると助かる」と実感できる申し送りが、効果的な申し送り文化の普及につながります。

効果的な申し送りを
日本でどのように実現するか

申し送りシステムを導入する場合、その目的や方法の教育、モニタリング、電子カルテとの連動が必要なため、診療科単位もしくは研修プログラム全体で取り組む必要があります。米国の研修病院では全患者に対して各勤務帯で申し送りを行います。日本でいきなり全患者の申し送りを行うのは難しいかもしれません。まずは申し送りを優先させるべきハイリスクな状況の①重症患者/不安定な患者、②転科/転棟し

た患者、③担当医が変更された患者などに限定するとよいでしょう。その上で、診療科単位で申し送りシートのフォーマットを作成し、期間限定で導入してみてください。

図 2 に効果的な申し送りの阻害因子をまとめた魚の骨図を提示します¹¹⁾。患者、患者情報提供者、医師（送り手・受け手）、システムなどの環境といったさまざまな問題を想定し、解決しながら実現可能性を高めることが重要です。症例ごとのプロブレムや背景に合わせた申し送りができるよう、仮想症例で演習を積むのがよいでしょう。

CASE への対応

本症例をきっかけに過去の夜間・休日の急変症例を見直すと、ほとんどの症例で申し送りが行われていなかった。本症例の M & M カンファレンスを行い、急変が予期される症例については I-PASS 形式の申し送りを行う院内ルールを定めた。

POINT

- 申し送りはケアの権限と責任の伝達である。
- 適切な情報伝達には書面と口頭による申し送りとし、専用の時間と場所をシステムレベルで確保する必要がある。
- 効果的な申し送りのためのシステム導入や教育の方法を考える。

引用文献

- 1) JAMA. 2016 [PMID: 27923090]
- 2) Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006 [PMID: 17120925]
- 3) N Engl J Med. 2010 [PMID: 20573917]
- 4) Acad Med. 2009 [PMID: 19940588]
- 5) Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010 [PMID: 20180437]
- 6) J Hosp Med. 2009 [PMID: 19753573]
- 7) Pediatrics. 2012 [PMID: 22232313]
- 8) N Engl J Med. 2014 [PMID: 25372088]
- 9) Surgery. 2004 [PMID: 15232532]
- 10) J Am Coll Surg. 2005 [PMID: 15804467]
- 11) BMJ Qual Improv Rep. 2017 [PMID: 28469889]



倉敷中央病院 専攻医募集病院説明会

岡山

2019年5月11日(土)

会場

倉敷中央病院

説明会会場 3-3会議室10 懇親会会場 3-3カフェ
〒710-8602 岡山県倉敷市美和1-1-1
https://www.kohnet.or.jp/

大阪

2019年7月6日(土)

会場

ホテルグランヴィア大阪

説明会会場 楓の間 (21F) 懇親会会場 鶴寿の間 (20F)
〒530-0001 大阪市北区梅田3丁目1番1号
https://www.granvia-osaka.jp/

Program

岡山会場

病院説明会 14:00～16:00

終了後、16:00より懇親会

大阪会場

病院説明会 17:00～18:00

終了後、18:00より懇親会

※個別相談会形式で行います。
当日参加も可能ですが、事前申込者優先となります。

お申し込み・お問い合わせ窓口

倉敷中央病院 担当：人材開発センター 福井・隅本
〒710-8602 岡山県倉敷市美和1丁目1番1号
Tel 086-422-0210 Mail jinzai@kohnet.or.jp

CHECK!▶

倉敷中央病院 レジデント広場

検索

スマートな
ケア移行
で行こう！

Let's start smart
Transition of Care!

医療の分業化と細分化が進み、一人の患者に複数のケア提供者、療養の場がかかわることが一般的になっています。本連載では、ケア移行 (Transition of Care) を安全かつ効率的に進めるための工夫を実践的に紹介します。

監修
小坂鎮太郎,松村真司
今回の執筆者
鍋島正慶
東京ベイ・浦安市川医療センター
救急集中治療科・集中治療部門

第 7 回

ICU における多職種での情報共有と退室時のフォロー

CASE

COPD 増悪で入院した A さん（詳細は第 2 回・3301 号参照）は、夜間に不穏になり体動が増えた。その後、SpO₂ が低下、努力呼吸が強くなったため非侵襲的換気療法 (Noninvasive Ventilation；NIV) を行ったが忍容性が悪く、人工呼吸器管理により蘇生可能だと判断。本人・ご家族と相談の結果、当直医による気管内挿管の上、ICU 管理となりました。

今回はこのような重症患者を管理する ICU において、ケア移行の観点から情報の共有・伝達を効率的に行うにはどうすれば良いかを考えます。

ICU で求められる
効率的な情報共有とは

ICU の患者は、重症度が高いことから、さまざまな処置が求められます。そのため多様なバックグラウンドを持つ多職種が交代で管理に当たる必要があり、有益かつ確実な情報共有が重要となります。また、日単位・時間単位で患者状態が変化する ICU では、1 つのエラーが重大な結果をもたらすことがあります。過去の報告では、ICU においては患者 1 人当たりに 1 日平均 178 個もの必要な看護手順があり、1 日当たり約 1.7 個のエラーが起こるとされています¹⁾。その予防策として「バンドル」というチェックリストによるプロトコル化が行われています^{2~4)}。

こうしたエラーを減らす試みとして、ICU 回診を集中治療医、主治医、ICU 看護師、リハビリスタッフ、呼吸療法認定士、薬剤師などの多職種で行う方法があります。治療方針を共有し、その場で各専門職が意見交換できるため、エラーが減少しやすくなっています。また、患者や患者家族がいるベッドサイドにて、多職種で回診を行ったほうが、ICU スタッフの満足度の上昇、有害事象の減少、ICU 滞在時間の短縮（平均 2.2 日から 1.1 日）ができたというエビデンスもあります^{5,6)}。

ICU 患者は主治医が不在となる夜間や休日でも状態が変化し得るため、他の担当者が対応することも多々あります。つまり、伝達漏れを起こさないために、普段その患者を診ていない担当者でも容易に患者の全体像を把握できるよう、型通りにカルテを書き、申し

送りを正確に行うことも必要です。

ICU 診療のための
漏れないカルテ記載

ICU 入室患者は多臓器にまたがる複雑な問題を抱えている場合も多いです。そのためカルテは簡素化しつつ、漏れがないように記載することが求められます。問題が多く複雑化すると、通常用いるようなプロブレムごと (By problem) にアセスメント&プランを行うだけではプロブレムの立案が抜けてしまうことや、内容が複雑すぎて記載内容が混沌とすることもあります。

このような場合の対処法として、米国集中治療医学会 (Society of Critical Care Medicine；SCCM) は、ICU では臓器ごと (By system) にプロブレムを挙げてアセスメント&プランを行うカルテ記載を推奨しています⁷⁾（記載方法については過去の『週刊医学界新聞』の連載をご参考ください^{8,9)}）。

しかし、By system によるカルテ記載にもいくつかの問題があります。1 つ目は、多臓器にわたる問題を記載する場合、同じ内容を複数回記載することになるため、結果としてプレゼンテーション時間が長くなり、聞き手が煩わしく感じること。2 つ目は、臓器別では漏れてしまうプロブレム（例：褥瘡、外傷）や社会的な問題（例：独居、貧困）について評価しづらいことが挙げられます。

これらの問題の解決には、治療方針のまとめと、達成すべき治療の具体的目標をプレゼンテーションの最後に明確に述べることを重視し、メインの病態を含む臓器のプロブレムのみでアセスメント&プランを挙げ、内容の重複する他臓器ではプレゼンテーションや記載を省略する工夫があります。社会的な問題については、医師よりも看護師やソーシャルワーカーの方がよく心得ていることが多いため、多職種での回診により対応漏れを減らすこと、また、カルテへのリンクを活用し、積極的な情報共有を実施することが有用です。

ただし、このときの重要な注意点として、ICU に入室して間もないうちは診断名（例：COPD 急性増悪）を使用するよりも表現系（例：II 型呼吸不全）

Identity

〈患者の名前、年齢、性別〉

A さん、80 歳、男性

Situation/Stability

〈主な診断名〉

COPD 急性増悪

〈行っている治療〉

セフトリアキソン：1 g＋生食 50 mL 1 日 1 回（10 時）投与。

メチルプレドニゾロン：40 mg＋生食 50mL 1 日 4 回（6 時, 12 時, 18 時, 24 時）投与。

サルブタモール（SABA）：1 回 2 puff スペイサーを使用して 1 日 4 回（朝昼夕就寝前）。

イプラトロピウム (SAMA)：1 回 2 puff スペイサーを使用して 1 日 4 回（朝昼夕就寝前）。

その他のプロブレムと治療：省略

〈状態の安定性〉不安定

Background

〈重要な既往歴、アレルギー、重要な社会的問題〉省略

〈キーパーソン〉妻

〈コードステータス〉

心肺停止時 DNAR、呼吸状態増悪時は再挿管あり。

Assessment

〈バイタルサイン〉省略

〈重要な検査所見〉

pH 7.32、PaCO₂ 58 mmHg、省略

〈使用中の薬剤とその効果の評価、使用期間〉

症状が安定した場合には、メチルプレドニゾロンはプレドニゾロン 40 mg 内服に切り替えて終了してください。

吸入できるようにになれば SABA/SAMA は、インダカテロール（LABA）/グリコピロニウム（LAMA）の吸入に切り替えてください。

培養結果を確認し、抗菌薬の変更をお願いします。

〈確認してほしい検査〉

ICU 入室時に再度提出した培養結果（痰、血液）。

Recommendation

〈今後行ってもらいたい検査のプラン〉

血液ガスのフォローをお願いします。

〈今後起こり得る問題〉

COPD の再増悪が起こる可能性があります。

抜管後 24 時間は間欠的でもいいので NIV を使用してください。

喀痰がやや多いので 3 時間おきには吸引してください。

● 図 ISBAR に沿った ICU 退室時のサインアウトシートの例

を用いたほうが良いことが挙げられます。その理由は、問題点/診断の早期閉鎖 (premature closure) による診断エラーを減らすことができるからです。

安全な ICU 退室と
再入室予防を実現するために

ICU 退室時の情報共有は、退室後の重大な合併症対策、ICU への再入室や死亡を予防する上で重要です。具体的には、ICU 退室時にチェックリストを使用することや、退室後 48 時間は転棟した一般病棟に ICU の看護師が訪問するリエゾン看護師システムが一定の効果を上げています。しかし、絶対的に確立された情報共有の方法はまだありません¹⁰⁾。

今回は、ICU 退室時に予期し得る薬剤有害事象や COPD 再増悪を予防するために標準化された ISBAR に沿った申し送り（サインアウト）の具体例を図に示します¹¹⁾。

第 5 回（3313 号）の連載でも少し触れましたが、ISBAR とは患者情報 (Identity)、状況 (Situation/Stability)、背景 (Background)、評価 (Assessment)、提案 (Recommendation) に沿いながら、患者の状態に関する具体的な情報を伝達するテクニックです。米国 Team-STEPPS (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety) により患者安全と医療パフォーマンスを高める目的で開発され^{12,13)}、プレゼンターの能力によらない簡潔かつ明確な情報伝達を実現させています。

CASE への対応

ICU での多職種による集学的治療で患

者状態は改善し、入室 2 日目には抜管することができました。しかし、自発呼吸トライアル中に PaCO₂>45 mmHg を示したため、抜管後呼吸不全予防のために 24 時間は NIV を間欠的に装着することを ISBAR に沿ったサインアウトシートで申し送りし、一般病棟に転棟させました。ICU 退室後 48 時間は ICU スタッフがフォローに訪れて漏れない申し送りを行いました。

POINT

- 効果的な ICU 回診と多職種での情報共有の重要性を理解する。
- By system による漏れない診療を実行する。
- 安全な ICU 退室を実現するための申し送り方法を学ぶ。

引用文献・URL

- 1) Crit Care Med. 1995 [PMID:7867355]
- 2) Am J Respir Crit Care Med. 2016 [PMID:26393290]
- 3) N Engl J Med. 2006 [PMID:17192537]
- 4) Crit Care Med. 2019 [PMID:30339549]
- 5) J Crit Care. 2003 [PMID:12800116]
- 6) Arch Intern Med. 2010 [PMID:20177041]
- 7) Society of Critical Care Medicine. Medical Student's Guide to Intensive Care Medicine. https://somwebapps.marshall.edu/ms4courses/Documents/MED833_Guide.pdf
- 8) レジデントのためのクリティカル入門セミナー第 1 回. http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02874_12
- 9) 「型」が身につくカルテの書き方第 12 講. http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03030_05
- 10) BMJ Qual Saf. 2011 [PMID:21768210]
- 11) BMJ Open. 2018 [PMID:30139905]
- 12) AHRQ. TeamSTEPPS. <https://www.ahrq.gov/teamstepps/index.html>
- 13) TeamSTEPPS Japan Alliance. <http://www.mdbj.co.jp/tsja/index.php>

新刊

医師のために論じた判断できない
抗菌薬のいろは 第3版

Antibiotic Basics for Clinicians: The ABCs of Choosing the Right Antibacterial Agent, 3rd Edition

▶ 抗菌薬による治療の基礎となる主要概念や原則を理解し、その全体像を捉えるための簡便なテキスト。細菌学、薬理学の基礎と臨床をバランスよく扱い、医学生や研修医が1〜2週間で読み通せるヴォリュームにまとめた。よくみる病原性細菌やよくある感染症に対する抗菌薬使用の基本を学ぶことにより、自ら考えて治療を行うための応用力が身につく。
(改訂に際し「抗菌薬マスター戦略」より改題)

監訳：岩田健太郎 神戸大学大学院医学研究科微生物感染症学講座感染治療学分野教授

定価：本体5,000円＋税
B5変 頁354 図98 2019年
ISBN978-4-8157-0162-8

MEDSi

メディカル・サイエンス・インターナショナル
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

TEL.(03)5804-6051
FAX.(03)5804-6055

http://www.medsi.co.jp
Eメール info@medsi.co.jp

医師のために
論じた
判断できない
抗菌薬のいろは
第3版

医師のために
論じた
判断できない
抗菌薬のいろは
第3版

医師のために
論じた
判断できない
抗菌薬のいろは
第3版

新刊

臨床のための
脳と神経の解剖学
Basic Clinical Neuroscience, 3rd edition

▶ 臨床とのつながりを強く意識し、豊富なイラストを用いて解説した神経解剖学テキスト。冒頭で部位の解説をした上で、大部分を「運動系」、「感覚系」、「大脳皮質と辺縁系」、「内臓系」などの機能により章分けする構成になっており、臨床で出会う症候とその病変部位に関する理解が深められる。さらにコラム「臨床との関連」を随所に挿入。「臨床に出てからも使える教科書」として学生から臨床家まで幅広く有用。

監訳：村上 徹 群馬大学大学院医学系研究科機能形態学准教授
櫻井 武 京都大学大学院医学研究科創薬医学講座特定教授
訳：松崎利行 群馬大学大学院医学系研究科生体構造学教授

定価：本体6,800円＋税
B5 頁480 図288 4色刷 2019年
ISBN978-4-8157-0161-1

MEDSi

メディカル・サイエンス・インターナショナル
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

TEL.(03)5804-6051
FAX.(03)5804-6055

http://www.medsi.co.jp
Eメール info@medsi.co.jp

臨床のための
脳と神経の解剖学
Basic Clinical Neuroscience, 3rd edition

臨床のための
脳と神経の解剖学
Basic Clinical Neuroscience, 3rd edition

臨床のための
脳と神経の解剖学
Basic Clinical Neuroscience, 3rd edition



CASE
COPD 急性増悪で入院となった 80 歳男性（詳細は第 2 回・3301 号参照）。急性期治療終了後，吸入薬が開始となり，退院後には在宅酸素療法を導入することになった。

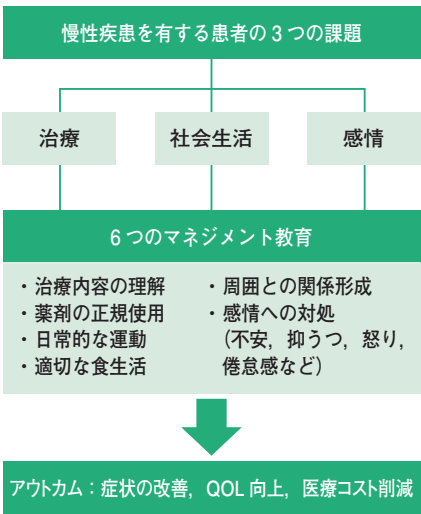
今回は，少しでも長い間，COPD が増悪することなく患者が過ごすための工夫を考えます。

患者教育ツールとしての退院療養計画書

東京都後期高齢者医療広域連合の発表では，86％の後期高齢者がいずれかの慢性疾患（関節症・脊椎障害，高血圧症，骨粗鬆症，脂質異常症，胃・十二指腸潰瘍，糖尿病，認知症，白内障・緑内障）に対して治療を受けているとされています¹⁾。適切な患者教育を実施することで慢性疾患の増悪や重篤化による入院が予防できるものの，そのためには早期に医療機関を受診すべき症状（アクションプラン）などを患者へ伝達しておくことが重要です。

米国では，障害のある方もしくは 65 歳以上の高齢者を対象とした公的医療保険制度のメディケアを受ける約 5 人に 1 人が 30 日以内に再入院しています。再入院患者の死亡率は高く，メディケア受給者に掛かる医療費も 174 億ドルに高騰している²⁾ことから，退院後の再入院予防が重要視されます。

再入院予防の方策には，RED（Re-Engineered Discharge）³⁾，BOOST（Better



●図 1 CDSMP の概要（文献 6 より）

超音波は外来・ベッドサイドでこう使う！

内科救急で使える！ Point-of-Care超音波ベーシックス [Web動画付]

臨床医が診断推論に基づき観察部位を絞って行う超音波検査として，いま注目を集めている Point-of-Care 超音波 (POCUS)。本書は内科救急でよくみる腹部・循環器・呼吸器疾患への活用法をエビデンスに基づいてわかりやすく解説しました。身体所見と POCUS をどう組み合わせるかなど，聴診器のように日常的に超音波を活用するためのノウハウが詰まった 1 冊です。Web 動画 243 本付き！



医療の分業化と細分化が進み，一人の患者に複数のケア提供者，療養の場がかかわることが一般的になっています。本連載では，ケア移行 (Transition of Care) を安全かつ効率的に進めるための工夫を実践的に紹介します。

監修
小坂鎮太郎, 松村真司
今回の執筆者
安本有佑
板橋中央総合病院総合内科

患者のエンゲージメントを高めるために退院療養計画書を見直そう

Outcomes by Optimizing Safe Transitions)⁴⁾ などがあり，患者教育を深めつつケア移行の質の向上を目的とします。とりわけ退院療養計画書の項目は，退院後の自己管理の目標として患者にとって重要な役割を担います。

日本では，2006 年より退院療養計画書の作成が努力義務化されました。しかし，厚労省は保健・福祉との連携を促すものの，具体的な記載内容の指示や保険点数加算はありません。そのため日本で退院療養計画書の適切な活用が進めば，退院時のケア移行の質をさらに高めることが可能だと考えます。

患者教育とエンゲージメント

患者のエンゲージメントを高めることは退院時のケア移行に重要で，自らのケアに関する患者自身の積極的関与を促します。2016 年には，より安全な患者ケア実施のため “patient engagement” の声明を WHO が出しました⁵⁾。

また，米スタンフォード大では，1990 年代に慢性疾患の自己管理を学び，支援するための患者支援プログラム CDSMP (Chronic Disease Self-Management Program) が誕生しました⁶⁾ (図 1)。これは，Schwartz らが主張するエンゲージメントにおいて重要な 4 要素の Enablement (環境づくり)，Encouragement (励まし)，Empowerment (行動支援)，Energy (エネルギーを与える) を支援することになっています⁷⁾。

CDSMP は運動能力，症状管理，医療者とのコミュニケーションを改善し⁸⁾，別の報告では機能障害，倦怠感，抑うつ症状，ストレス，QOL を改善したとされています⁹⁾。一方，医療コストの面では受講促進によって救急外来受診率を減らし，年間 1 人あたり 364 ドルの医療費削減につなげたという報告もあります¹⁰⁾。

日本国内でも日本慢性疾患セルフマネジメント協会がワークショップを開催して普及を促しており，今後の展開が期待されます。これらの考え方を退院療養計画書に反映させることで，より質の高いケア移行につなげましょう。

退院療養計画書の効果と実際

入院病名を記載した退院療養計画書が渡された 65 歳以上の患者を対象に，

入院理由	息苦しさ，痰の増加
診断名	COPD（慢性閉塞性肺疾患）の急性増悪
主治医	安本有佑
入院中の検査	血液検査，心電図，画像検査（胸部 X 線，CT），細菌検査
入院中の治療	酸素吸入，吸入薬治療，ステロイド治療，抗菌薬治療
何が問題か	・ COPD は日本人男性の死因の 8 位に当たる肺の病気で，タバコなどの有害物質を長期間吸うことで起きます。 ・ 症状は咳，痰，息苦しさなどがあります。治癒することはありませんので，さらなる悪化を防ぐための治療・予防が必要です。
何をすべきか なぜそれが重要なのか	・ 最も重要な治療は禁煙です。喫煙は COPD の悪化，再入院率を高めます。 ・ 症状を和らげるために吸入薬・内服薬の継続が望まれます。 ・ 感染を起こすと重症化しやすいので，肺炎球菌・インフルエンザの予防接種が必要です。 ・ 在宅酸素療法には引火の危険があります。可能な限り火の近くには行かないください。
次の症状を認めた場合は，医療機関を受診してください（アクションプラン）	・ 発熱，寒気，咳，痰の増加・色調変化などの感染を疑う症状 ・ 息苦しさ ・ 手足の指の色調変化 ・ 眠気，落ち着かないなどの精神的な症状
入院中に開始・変更・中止した薬剤	・ シムビコート：中止 ・ レルベア：開始（1 日 1 回/1 回あたり 1 吸入）
退院後の受診日程，場所	6 月 23 日 午前 10 時に当院の総合診療科外来を受診してください。
急変時の対応	必要時は人工呼吸器管理を含めた心肺蘇生行為を行います。
情報源	一般社団法人 GOLD 日本委員会ウェブサイト http://www.gold-jac.jp

●図 2 退院療養計画書の例

米国の大学病院で退院後の追跡調査が行われました。その報告では，自身の入院病名を理解する患者は約 60％で，関連症状を記載できたのは約 30％との結果でした¹¹⁾。なぜ，これほどまでに患者の理解度が低いのでしょうか。

退院療養計画書では，患者が理解しやすい言葉でよりシンプルに伝えることが望まれ，イラストを用いるなどの工夫でさらに効果が発揮されます¹²⁾。特に，再発予防策や早期受診基準をまとめたアクションプランとして継続すべき慢性期治療，増悪時の対応が明確に記載されていると，さまざまな疾患の管理の質を向上させます。具体的には，心不全患者で再入院率の低下¹³⁾，心筋梗塞患者で 1 年以内の死亡率の減少¹⁴⁾，気管支喘息患者では再入院・ER 受診率の低下と失職の減少を認めました。COPD 患者では，急性増悪への対応改善による死亡率の低下も報告され，疾患ごとの退院療養計画書が患者満足度を改善させたとする報告もあります。

上述の RED では，12 項目から成るフォーマットを設定することで，再入院率の低下，退院後の ER 受診を減少させるとし³⁾，特に退院療養計画書では①診断名，②薬剤，③外来予約情報の記載が求められます。計画書を渡す際には，IHI (Institute for Healthcare Improvement) が提唱する「Ask me 3 (3 つの質問をしよう)」を活用し¹⁵⁾，患者から医療者に向けて，①何が問題か，②何をすべきか，③なぜそれが重要なのかの 3 つの質問を行って疾患への患者理解を深めます。

一方 BOOST では，ひな形を用いた退院療養計画書の作成を推奨します。ひな形を使用しない場合は，①開始・変更・中止した薬剤を明確にすること，②読みやすいように十分なスペースをとること，③医学用語を避けること，④薬剤の処方目的，服薬方法を明らかにすることを含めるよう提案されています。また，患者の理解を助ける

ために米国医師会や米国内科学会をはじめとした各学会，各病院の患者教育ページの紹介を推奨しています⁴⁾。

CASE への対応

COPD の情報サイトである GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) のガイドラインや厚労省の疫学調査を参考に退院療養計画書を作成し (図 2)，Ask me 3 を用いて患者理解の確認を行った。現時点では患者に禁煙意志がないため，今回はリスクの説明にとどめた。

POINT

- 患者教育におけるエンゲージメントの支援方法を理解する。
- 退院療養計画書の効果を知り，具体的な退院療養計画書の作成法を学ぶ。

引用文献・URL

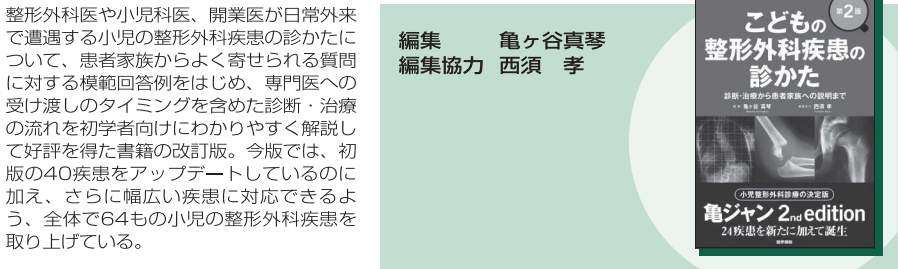
- 1) 東京都後期高齢者医療広域連合. 東京都後期高齢者医療に係る医療費分析結果報告書. 2015. www.tokyo-ikiiki.net/_res/projects/default_project/_page/_001/000/884/bunsekikekahoukoku.pdf
- 2) N Engl J Med. 2009 [PMID:19339721]
- 3) AHRQ. Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit. https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/red/toolkit/index.html
- 4) SHM. Project BOOST® Implementation Guide to Improve Care Transitions, 2nd ed. 2013.
- 5) WHO. Patient Engagement. 2016. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf
- 6) Lorig K, et al. Living a Healthy Life With Chronic Conditions. Bull Pub Co. 2000.
- 7) Schwartz T, et al. The Way We're Working Isn't Working—The Four Forgotten Needs That Energize Great Performance. Free Press. 2011.
- 8) Prev Chronic Dis. 2013 [PMID:23327828]
- 9) Ont Health Technol Assess Ser. 2013 [PMID:24194800]
- 10) BMC Public Health. 2013 [PMID:24314032]
- 11) JAMA Intern Med. 2013 [PMID:23958851]
- 12) J Perianesth Nurs. 2009 [PMID:19500748]
- 13) Qual Saf Health Care. 2006 [PMID:17142589]
- 14) Am Heart J. 2007 [PMID:17719291]
- 15) IHI. Ask Me 3. www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Ask-Me-3-Good-Questions-for-Your-Good-Health.aspx

推薦図書

・加藤良太郎，他監訳. ワシントンマニュアル——患者安全と医療の質改善. MEDSi：2018.

好評の小児整形外科診療本、新たに24疾患を加えたコンプリート版が誕生！

こどもの整形外科疾患の診かた 第2版 診断・治療から患者家族への説明まで



医療の分業化と細分化が進み、一人の患者に複数のケア提供者、療養の場がかかわることが一般的になっています。本連載では、ケア移行(Transition of Care)を安全かつ効率的に進めるための工夫を実践的に紹介します。

監修
小坂鎮太郎,松村真司
今回の執筆者
齊木好美
川崎協同病院総合診療科

スマートな
ケア移行
で行こう！

Let's start smart
Transition of Care!

第9回 良質な診療情報提供書を書くために

CASE
COPD 急性増悪で入院となった80歳男性（詳細は第2回・3301号参照）。自宅退院が決まり、退院後は近所の診療所に外来フォローを依頼することとなった。

フォローを依頼する外来担当医へケア移行をスマートに行うためには、適切な診療情報提供書の作成が必要です。では、どのような項目を診療情報提供書に記載すべきでしょうか。
今回は病棟担当医から外来担当医へ向けたケースを想定し、診療情報提供書における必要な項目と重要性を解説します。

診療情報提供書の役割とは

診療情報提供書は、さまざまなケア移行の場面における医師同士のコミュニケーションツールとして重要な役割を果たします。活用場面には、外来担当医から専門外来や高次医療機関への紹介、外来担当医への逆紹介などがあり、いずれの状況でも紹介先にとって必要な情報は何かを考える力が必要です。
日本では、外来担当医へ患者情報を提供するために診療情報提供書が利用され、院内の診療記録としては退院時要約が用いられる場合が一般的です。つまり、診療情報提供書は、医学的記録の意義よりも情報伝達の意義が重要視されるため、多忙な外来担当医を考慮し、簡潔かつ過不足なく記載する技

●表 診療情報提供書に記載する重要ポイント（文献5をもとに作成）

☐ 最終的な主診断名（診断根拠も含む）
☐ 既往歴
☐ 簡潔な入院経過（適切な治療内容を記載）
☐ 退院先
☐ 検査結果の重要項目（培養検査、病理検査など）
☐ 結果待ちの検査（誰が結果を伝えるか）
☐ 退院後の生活において再入院予防につながる項目（ワクチン接種、消化管潰瘍予防など）
☐ 退院時の処方内容 ・スケジュールの記載（抗菌薬の投与期間など） ・処方目的と注意（予防内服や副作用など） ・入院前処方との比較（新規に処方した理由や処方を中止した理由）
☐ 患者教育と患者および介護者の理解度（吸入手技、インスリン手技、内服管理、処置内容など）
☐ 生活環境（ADL/IADL、介護区分、家屋状況など）
☐ アドバンス・ケア・プランニングの実施状況

量とその訓練が必要です。
一方、欧米では「退院時要約＝診療情報提供書」として扱われ、外来担当医へ直接送付されることが一般的です。欧米の観察研究では、退院後の初回外来受診時に診療情報提供書を入手しているケースは12～34％と低く¹⁾、入手が遅れると再入院率が高くなって、有害事象が起こりやすくなるという報告もあります²⁾。にもかかわらず、記載内容の教育は不十分とされ、Legaultらの研究によると、卒後1年目の研修医が記載した診療情報提供書では、35.7％に退院時の処方内容に不正確な点が認められ、15.9％に処方変更理由の未記載があったとされています³⁾。
読み手の視点から考えると、診療情報提供書は構造的で簡潔な内容が好まれ、診断、予後、マネジメントに関する記載が重要視されます⁴⁾。そのためにも入院中の診断名や外来で必要なマネジメントを漏れなく記載できるフォーマットが必要です。特に高齢者のケア移行時には医学的な内容だけでなく、要介護度（申請状況も含む）、退院時のADL、患者および患者家族の疾患への理解度、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning；ACP）の実施状況などの情報も大切です。

診療情報提供書で何を伝えればいいのか

では、診療情報提供書でどのような事柄を具体的に伝えればいいのか。米国病院総合診療医学会(Society of Hospital Medicine；SHM)は、医師や薬剤師、ケアマネジャーを含む計120人の多職種で診療情報提供書に必要な項目のチェックリストを作成しました⁵⁾。今回は、日本の状況を踏まえつつ、このチェックリストから筆者が重要と考える項目(表)を解説します。
◆最終的な主診断名と簡潔な入院経過
最終的な主診断名、簡潔な入院経過（ショートサマリー）を記載することで、外来担当医が患者全体像をすぐに把握できます。そのため外来担当医は診療をスムーズに行いやすく、記載医自身も振り返りのきっかけになります。
◆検査結果の取り扱いと退院後の留意事項
症例によって重要とされる検査結果の項目は異なりますが、培養検査と薬

平素より大変お世話になっております。

〇〇さまは医療機関受診歴に乏しく、ADL/IADLの高い自立した80歳男性です。
今回、初発のCOPDの急性増悪および細菌性肺炎で〇月×日に当院へ入院されました。引き続きの加療を貴院にて希望されているため、このたび紹介させていただきます。

発熱、喀痰の増加を主訴に当院の救急外来を受診され、SpO₂ 89％と低酸素血症あり。呼吸音でWheezesを聴取し、胸部CTで浸潤影を認めたことからCOPDの急性増悪、細菌性肺炎(①)と診断しました。
入院時からセフトリアキソン 1.0 gを24時間ごとの治療に加え、プレドニゾロン40 mgの内服、サルブタモール0.5 mL吸入を1日4回、酸素投与を開始し、第3病日には解熱(②)、酸素需要もなくなりました。痰培養検査ではビペラシリン耐性のKlebsiella pneumoniaeが検出(③)されたため、セフトリアキソン5日間継続にて治療を終了とし、同日、自宅退院(④)としました。
入院中の吸入手技に問題はなく、奥さまと共に栄養指導・禁煙指導を行い、禁煙を決意(⑤)してくださいました。また、肺炎球菌ワクチン、インフルエンザワクチンは当院で接種(⑥)しました。
6分間歩行では、在宅酸素療法導入は必要ないと判断しましたが、歩行距離は350 mであり、今後も再入院、再増悪の可能性が高いと考えます。急変時の方針については、ご本人、奥さまとお話しし、気管挿管も含めて、最大限の医療を施行する方針(⑦)となっております。なお、当院での入院期間中は急性期であり、呼吸機能検査は退院後に当院にて施行し郵送(⑧)させていただきます。
生活面に関しましては、奥さまと2人暮らしであり、このたびの入院でADL低下もなく、現時点での介護保険申請は必要ない(⑨)と判断しました。

以上になります。このたびは患者さまの受け入れ誠にありがとうございました。以下、その他の病歴、退院時処方になります。

【既往歴】なし
【アレルギー】なし
【生活歴】自宅で奥さまと2人暮らし
職業：65歳まで市役所勤務
喫煙：40本/日×50年間 現在禁煙中
飲酒：日本酒1合/日
【退院時処方】ウルティプロ® 1回1吸入 1日1回

お忙しいところ大変恐縮ですが、引き続きのご高診、ご加療のほど何卒よろしく願っています。

●図 本症例における診療情報提供書の見本

剤感受性検査、補正を要した電解質や血算の項目は、原因疾患が再発・再燃した際の対応に必要な情報ですので、過不足なく記載しましょう。ケア移行時に結果待ちの検査項目があれば、病院でフォローして患者に結果を説明するのか、外来担当医に郵送やFAXなどで連絡し代わりに患者へ伝えてもらうのか、責任の所在の明記が必要です。
ワクチン接種や禁煙指導など再入院予防につながる項目は、急性期加療中に介入ができれば実施し、退院後に行うべき項目があれば介入依頼を記載しましょう。
◆退院時の処方内容
退院時内服の情報は、処方内容だけでは不十分です。例えば、腎機能の増悪でARB製剤を減量したにもかかわらず、ケア移行後、減量前の投与量で再開され再度腎不全になるケースも起こり得ます。新規薬剤の処方理由や中止した理由の記載を意識し、退院後の有害事象予防につなげましょう。
また、抗菌薬や胃潰瘍治療に対するPPIなどの新規処方は、中止日程も伝ええるとより良い情報伝達となります。
◆患者教育と患者および介護者の理解度
糖尿病患者におけるインスリン手技や、気管支喘息・COPD患者における吸入手技をはじめとした患者教育と、疾患に関する患者の理解度は、再入院予防につながる大事な項目です。引き続きの処置が必要な場合は忘れず記載しましょう。さらに、同居者やキーパー

ソン、介護申請・区分変更、在宅調整の有無など、生活環境に関する情報も、外来担当医にとって非常に重要です。看護サマリーの内容も踏まえ、漏れない伝達を心掛けましょう。
◆アドバンス・ケア・プランニング(ACP)
ACPの実施は、多忙な外来担当医には困難な場合が多いため、入院を契機にACPを聴取する機会がもしあったのであれば、その内容は外来担当医に伝達すべきです。患者がACPを行えなかった場合にはその旨を記載して、「お時間ある際に再度伺ってみてください」と申し送ることも手段の1つかもしれません。

CASEへの対応

伝達エラーによる有害事象を防ぐよう、診療情報提供書を作成した(図)。退院同日に外来担当医へ郵送し、患者にも同様の情報提供書を手渡したところ、後日、外来担当医からケア移行を意識した情報提供への御礼があった。

POINT

- 診療情報提供書の重要性を理解する。
- 各症例で重要な記載項目は異なるため、上級医・指導医のチェックのもと、日々ブラッシュアップに努める。
- 日常診療からケア移行、慢性期管理を意識した診療を心掛ける。

引用文献
1) JAMA. 2007 [PMID:17327525]
2) J Hosp Med. 2016 [PMID:26913814]
3) BMC Med Educ. 2012 [PMID:22894637]
4) J Gen Intern Med. 2018 [PMID:29508258]
5) J Hosp Med. 2006 [PMID:17219528]

余宮きのみ

がん疼痛緩和の薬がわかる本

第3版

／どういうときにこの薬？ 痛みの評価？ 副作用？／

なぜこの薬？ 副作用は？ アセスメントのポイントは？ 第3版ではさらにわかる！

がん疼痛緩和の薬がわかる本

第3版

余宮きのみ

●A5 頁292 2019年 定価：本体2,300円＋税 [ISBN 978-4-260-03895-9]

好評書として定着した本書が、取りあげる薬剤をさらに充実。がんの痛みの理解から、非オピオイド、オピオイド、鎮痛補助薬まで取りあげた、臨床のエッセンス満載の1冊。

CONTENTS

第1章 がんの痛みとがん疼痛治療の基本がわかる

第2章 非オピオイド鎮痛薬がわかる

第3章 オピオイドがわかる

第4章 鎮痛補助薬がわかる

余宮きのみ

「難しいことを楽しく理解できるように」「臨床現場で役立つ」というコンセプトを大切にしている本書が、ついに第3版！新たな薬がはじかれ、新しい治療法、最新のデータ、最新の知見を盛り込んだ第3版が、ついに登場！さらに、最新の知見を盛り込んだ第3版が、ついに登場！

第3版ではさらにわかる！

医学書院



CASE

COPD 急性増悪で入院となった80歳男性（詳細は第2回・3301号参照）。一時はICU管理を必要としたが改善し、退院後の継続的な外来管理は自宅から徒歩圏内にある診療所で行うことになった。退院7日後の本日、診療情報提供書とお薬手帳を持参し、妻と一緒に診療所に来院した。

急性期病院からの退院先は、診療所、回復期リハビリテーション病棟などの急性期以外の病院、老人保健施設をはじめとした介護施設などさまざまですが、その多くを占めるのは本事例のような診療所の外来です。2015年に発表された高齢者の医療・介護サービスに関する調査によれば、入院直前にいた施設へ退院することが多く、特に在宅で生活していた人は91.0%が在宅に戻ることが明らかになっています。また、このような退院患者のうち3割程度が1年以内に再入院を経験し、再入院のリスクが最も高いのは退院後1～2か月未満の間であることが判明しています¹⁾。米国における調査でも、病院から退院したメディケア加入患者のうちの19.6%が30日以内に、34.0%が90日以内に再入院していました²⁾。上記のような報告から急性期病院を退院した直後は特に再入院のリスクが高く、退院前後の移行期における調整が特に重要と考えられます。興味深いことに、退院後早期（7日以内）における再入院予防は、病院側による患者教育等の事前対策によって可能な場合が多いものの、それ以降（8～30日）の再入院予防は、外来あるいは在宅での介入による対策が必要な場合が多いことも明らかになっています³⁾。

これらの情報を統合すると、特に再入院リスクの高い高齢者においては、円滑なケア移行を意識すると同時に、再入院予防を意識した準備をすぐに始める必要性が理解できるかと思います。

質の高いケアを提供するために

Coleman と Boultonらは米国老年医学会のポジション・ステートメントの中で質の高いケア移行に必要な要素を挙げています⁴⁾。それらは、患者・介護

者の準備体制の構築、退院時の評価および薬剤調整、ケア提供者間による双方向のコミュニケーション、フォローアップのプラン、自己管理のための十分な患者教育など多岐にわたります。そのためにまずは、退院元から提供された情報をもとに、これらが十分であるか確認します。医師間だけではなく、退院調整看護師や薬剤師など、多職種と協力していく必要もあるため、日頃から十分な連携を意識しておくことが重要です⁵⁾。

他方、退院後の生活の中で明らかになる問題もありますので、退院後の外来ではこれらの情報を整理しつつ早急にケア体制を構築していくことが必要です。特に、次項に述べる5つの情報は、今回の入院時に必要になることが多い情報ですので、すぐに参照できるようにまとめておきましょう。

次の入院に備えて整理しておくべき情報

◆介護基本情報

患者が介護保険を利用している場合は、要介護度、担当ケアマネジャー名、介護事業所情報について確認します。介護保険を利用していない場合にも、退院後の患者状態によっては申請が必要になることも考えられます。そのため介護に関連する基本的な情報は、初回外来受診時にまとめて記載しておくことが重要です。

◆生活環境・家族情報

外来受診時点でのADL/IADL、認知機能などを再確認します。入院時、これらの値は一時的に低下することが多いものの、退院後は患者の状態を反映し、速やかに改善することもまれではないからです。また、独居か否か、家屋状況、支援にかかわる家族（キーパーソン）が誰かなどの生活環境および家族に関する情報が、退院元の病院から提供されているかを確認し、不足部分があれば情報収集しておきましょう。

◆薬剤・処置の情報

ケア移行時に起きる最も頻度の高い有害事象は、入院中に開始された薬剤による副反応など、投薬に関連すると言われています^{5, 6)}。処方内容や容量については薬剤師の協力を得ながら必

ず確認しましょう。また、インスリン注射・吸入手技や必要な医療機器の扱い方、物品の在庫や交換時期などは、事前に把握しておく安全にケアを行うことができます。

◆患者・患者家族の理解度

退院後は患者・患者家族の自己管理が重要になります。そのため、入院中に行われた説明内容とその理解度をあらためて確認した上で、今後のケアに主体的にかかわっていただけるよう促します。もし患者および患者家族の理解度が不足しているようであれば、不足部分に応じた追加の説明や書面での情報提供など、さまざまな支援が早期から必要になります。多くの患者はこのようなケア移行期には不安が大きく、病状を理解しているように見えても、医師が期待しているレベルにはないこともあるため注意が必要です。

◆急変した際の患者希望の確認

入院の機会に、再度の急変時のケアに関する希望について話し合いが行われることもあると思います。しかし、米国では事前指示（Advance Directives）を医療者に提示したにもかかわらず、カルテにその内容が転記されていたのは半数以下であったとの報告もあり⁷⁾、施設を超えた連携は不十分であることが知られています。また、退院し日常生活を開始すると、患者の希望が変化することは十分に考えられます。診療情報提供書にケアに関する患者の希望が記載されていれば、内容について早い機会に再度話題にし、カルテに記載しておくことが重要です。

ケア移行における担当医の役割

10回にわたった本連載では、急性期の疾患を通じて、療養場面が変わった場合の適切かつ効率的なケア移行の工夫について示してきました。

ケア移行の際に忘れてならないのは、ケアの主体は常に患者であるということです。したがって、患者がどのような希望を持ち、どのような生活を望んでいるかをケアに携わる全ての担当医が意識すべきだと私たちは考えています。もしこれらが明らかになっていないのであれば、患者と共に作り上げていく過程が必要です。

社会の多様化・疾病の複雑化がさらに進む時代においては、医師、特にプライマリ・ケア医にとって、複数のケア提供者や施設間での調整能力が必要不可欠になるはずです。しかしながら、

ケア移行に関連する対応が医師の業務の一定量を占めることも大きな課題となっています⁸⁾。業務量軽減のためにも、必要な情報は簡潔にまとめ、適切なタイミングで連携できるよう常に準備しておくと同時に、これらを効率よく管理できるシステムを今後さらに整備していく必要があると考えています。

CASE への対応

病院からの診療情報提供書とお薬手帳の内容を確認し、病院で受けた説明内容を患者と妻に尋ね、疾患に対する理解状況を把握した。さらに、退院後の生活状況を伺ったところ、外出はまだできていないものの、生活は自立していることを確認した。

併せて、再度の急変時における患者希望の確認のため「退院された病院では、今後もし状態が悪くなった場合は気管挿管も含めて最大限の治療をする、という希望だったそうですが、その気持ちにお変わりはないでしょうか？ もし、お気持ちが変わったり、はっきりと決まっていなければ、後日改めて時間をとってご相談しましょう」と伝え、まずは2週間分の継続処方を行った。病院から申し送りのあった肺炎球菌ワクチン接種については再度患者の希望を確認し、次回受診時での接種を予定することとした。

POINT

- 退院後早期は再入院のリスクが高い。そのため次の入院に向けた準備期間ととらえ、対応を想定しておく。
- 退院後の初回外来受診時には、診療に必要な情報を再確認した上で、不足している情報があれば積極的に収集する。
- 療養場面が変わっても、患者の全体像を意識しつつケアに当たる。

引用文献・URL

- 1) みずほ情報総研株式会社. 平成27年度厚生労働省委託事業「地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究事業報告書——在宅生活の継続を支えるための医療・介護サービスに関する調査分析. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000134435.pdf>
- 2) N Engl J Med. 2009 [PMID: 19339721]
- 3) Ann Intern Med. 2018 [PMID: 29710243]
- 4) J Am Geriatr Soc. 2003 [PMID: 12657079]
- 5) Ann Intern Med. 2004 [PMID: 15466770]
- 6) Ann Intern Med. 2003 [PMID: 12558354]
- 7) J Palliat Med. 2010 [PMID: 20618087]
- 8) Ann Intern Med. 2007 [PMID: 18025448]

本紙編集室でつぶやいています。
記事についてご意見・ご感想をお寄せください。
@igakukaishinbun

患者全体を見すえた内科診療のスタンダードを創る

ホスピタリスト

Hospitalist

2019年 年間購読申込受付中

Vol.7・No.2

特集: 総合内科のための集中治療

The Revolution of Critical Care Medicine in JAPAN

責任編集: 安宅一晃 奈良県総合医療センター 集中治療部
八重樫牧人 亀田総合病院 総合内科

●1部定価: 本体4,600円+税
●年間購読料19,096円(本体17,600円+税)
※毎月お手元に直送します。(送料無料)
※1部ずつお買い求めいただくのに比べ、約4%の割引となります。

特集

2018年

1号 腎疾患2
2号 糖尿病
3号 肝胆膵
4号 循環器疾患2

2019年(予定)

1号 外来マネジメント
2号 総合内科のための集中治療
3号 抗血小板薬、抗凝薬のすべて
4号 内科エモーショナル

総合内科のための集中治療

ホスピタリスト

Hospitalist

Vol.7 No.2 2019

総合内科のための集中治療

総合内科のための集中治療

The Revolution of Critical Care Medicine in JAPAN

責任編集: 安宅一晃 八重樫牧人

もはや定番! Hospitalistのマニュアル本

総合内科病棟マニュアル

●編集: 筒泉貴彦・山田悠史・小坂鎮太郎 ●定価: 本体5,000円+税

MEDI

メディカル・サイエンス・インターナショナル

TEL 03-5804-6051 http://www.medsci.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 鳳鳴ビル FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsci.co.jp