

あなたも名医!

ジェイメド
jmed 95

編集

加藤光樹

喜瀬守人

長嶺由衣子

福井慶太郎

三浦太郎

宮地純一郎

山本 祐

日本プライマリ・ケア連合学会 監修

プライマリ・ケアの

理論と実践 完全版

PRIMARY CARE: THEORY AND PRACTICE

日本医事新報社

102 総論

過去と未来, 個人と社会, すべてに手を差し伸べるのが小児医療

SUMMARY

小児診療の基本は急性期疾患であるが, 子どもの将来を見据えた長期的な視点で関わる。子どもとその家族だけでなく, 教育, 社会など医療に関わる場は広い。対応困難な症例は早めに可能な施設で紹介する。

KEYWORD

DOHaD (Developmental Origins of Health and Disease) 説

胎生期や乳児期早期の環境が, 成人期における疾病の罹患しやすさまで影響を与えるという説。低出生体重児が糖尿病や高血圧, 肥満などに罹患する率が高いという疫学的調査に基づき提唱され発展した。



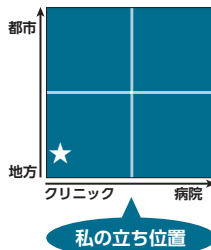
児玉和彦 (医療法人明雅会こだま小児科理事長)

PROFILE

内科→家庭医療→小児科とそれぞれ研修をして現在に至ります。本章では, 小児の急性期疾患のみを解説していきますが, 今後, 非専門医がみる小児医療, 非専門医がみる内科医療について提言していきたいです。

POLICY・座右の銘

専門医はより総合医らしく, 総合医はより専門医らしく



1 ケース

5歳男児が①咳嗽を主訴に受診した。②ワクチンはすべて接種済み。③在胎週数32週0日, 出生体重2200g。既往歴は生後10カ月時RSウイルス細気管支炎による入院歴あり。以降喘鳴を繰り返している。母が④家族内喫煙者である。現病歴は, 身長107cm, 体重22.0kg, ⑤BMI 19.2, 肥満度25.7%, SpO₂ 95%, ⑥呼吸数30回/分, ⑦陥没呼吸軽度あり, 呼吸音は両肺に呼気性喘鳴を聴取する。気管支喘息発作と診断して治療しようとしたが, ⑧気管支拡張薬吸入は嫌がってできなかった。内服薬を処方し, 明日再診するように母親に依頼したところ, 仕事があり受診できないという。⑨家族構成は, 母と本人の2人暮らしである。来年の4月には小学校入学の予定であり, 保育園からは⑩支援学級での教育を受けるように勧められている。

1 子どもは急にやってくる

小児の受診は, 咳嗽, 発熱, 嘔吐などを主訴とする急性疾患が多い。病歴と身体診察, 特にバイタルサインを正しく評価し, 緊急度判定を行うことが最も重要である。

2 子どもはワクチンでも守られる

小児の細菌性髄膜炎は, 早期診断が不可能で致死的であるため, 医療訴訟の原因にもなる。小児外来診療を決定的に変えたのは, 小児用肺炎球菌ワクチン, ヘモフィルス・インフルエンザ菌b型(Hib)ワクチンである。これらの定期接種化により, 髄膜炎は激減した。

3 胎生期までさかのぼる先制医療が今後の課題

日本では, 女性のやせ願望などを背景に低出生体重児が増加している。そして, 低出生体重児は, 生活習慣病の発症率が高いことが問題になっている(DOHaD説)。胎生期や乳児期早期からの予防的な介入を行う「先制医療」が期待される(図1)。

4 禁煙指導は小児科診療でも重要

成人の喫煙習慣は, 本人の健康リスクであるだけでなく, 小児に対する悪影響があるため, 積極的に介入する。

5 小児期肥満は肥満度で評価する

BMIの基準値は年齢により異なるため, 小児では用いられることが少ない。身長に対する標準体重を使った肥満度を計算し, 20%以上を肥満とする。小児期肥満は家庭での食生活や運動習慣が原因であることが多く,

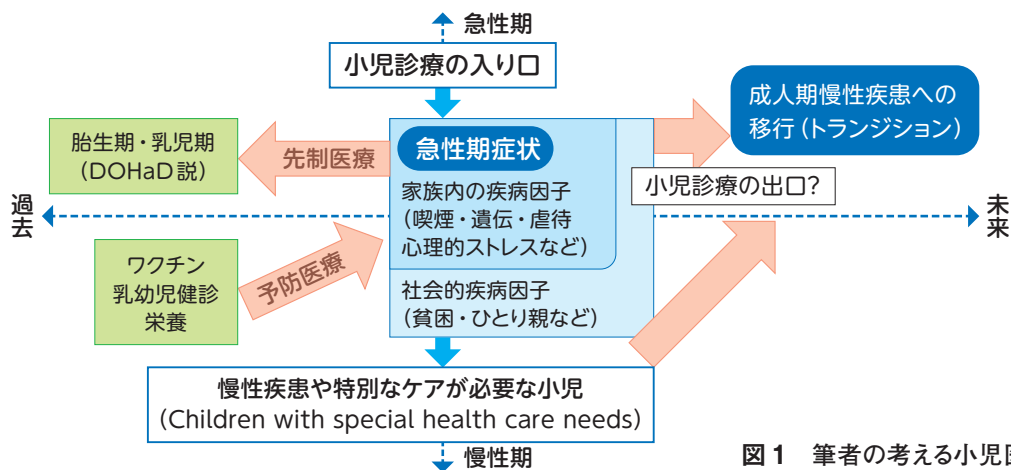


図1 筆者の考える小児医療の見取り図

介入により成人期肥満を予防したい。

6 小児のバイタルサインは年齢に合わせて評価する

呼吸数、心拍数などは年齢や体温による基準値が決められている。そのほか、capillary refill time (CRT)、意識状態などが緊急度評価に重要である。詳しくは7「診療所救急(小児)」¹⁾を参照していただきたい。

7 小児の診察の極意は「触れない」こと

小児の診察のコツは、他書²⁾³⁾に譲るが、「泣いてしまって診察できない」理由は、子どもにすぐ触ろうとするからであることが多い。「見て」わかる情報を十分に活用していただきたい。

8 「思い通りに診断・治療できない」のが当たり前と心得る

検査(血液、ウイルス迅速、X線、超音波など)と治療(吸入、内服、塗布、栄養など)は、子どもと親に納得してもらわないとできないのが小児医療である。押さえつけて無理やり泣かせてばかりの医療は小児医療ではない。プレパレーション(処置の前に子どもに説明すること)とディストラクション(子どもの気をそらすこと)が重要である。

9 子どもが一番影響を受ける環境は家族である

日本のひとり親家庭の相対貧困率は世界的に見ても高い。また、虐待報告件数は年々増加し、年間20万件を超えている⁴⁾。治療チームの一員である家族へのサポートをしなければいけない。

10 子どもの発達を見守ることも医療の役割の1つ

社会をより良くする方法の1つとして教育があることは間違いなく、子どもがその特性に合わせた教育を受けられるようにすることは大人の責務である。神経発達症

(発達障害)のみならず、教育的配慮が必要な子どもは多くいる。医師は適切なアドバイスを行う必要がある。

2 ケースへの対応

本症例のような場合は、自宅での吸入をネブライザーあるいはスパーサーを使って指導する、病児保育室などの地域のリソースを紹介する、保健センターや保育所・小学校と連携して適切な助言を与える、などが今日やるべきことである。気管支喘息は成人期まで寛解しないこともあり、今後は、移行期医療を意識した関わりが必要である。

生まれる前から死ぬまでの継続性と、急性期に相談しやすい近接性、予防から慢性疾患もまとめてみる包括性、教職員や保健師との協調性など、プライマリ・ケアの特徴をすべて発揮して、小児の診療と研鑽を継続していただきたい。自身の力量の限界を知り適切なタイミングで小児科医に紹介することは、プライマリ・ケア医の身につけておくべき必須の能力の1つである。

◀文献▶

- 1) 武石大輔: 日本医事新報. 2019; 4958: 8-9.
- 2) 笠井正志, 他: HAPPY! こどものみかた. 日本医事新報社, 2016.
- 3) 児玉和彦: 症状でひらめく こどものコモンディーズ 診察が楽しくなる! 面白くなる! 病歴聴取と身体診察のコツとヒケツ. メディカ出版, 2018.
- 4) こども家庭庁: 令和4年度 児童相談所における児童虐待相談対応件数(速報値). https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/a176de99-390e-4065-a7fb-fe569ab2450c/12d7a89f/20230401_policies_jidouguyakutai_19.pdf

119 介護従事者

信頼関係と本人中心という価値観の共有

SUMMARY

介護従事者は人材の量的・質的確保施策の変遷により、多様な背景を持つ者が多い。そうした背景を理解し、連携する個々人と信頼関係を築き、患者本人を中心とする価値観を共有することが連携の鍵となる。

KEYWORD

本人中心

養成過程にバラつきのある介護従事者の間でも比較的浸透した、または受け入れやすい価値観。尊厳や自立支援といった言葉を平易に表現したもの。価値観を医師と共有できることは介護従事者へのエンパワメントとなる。



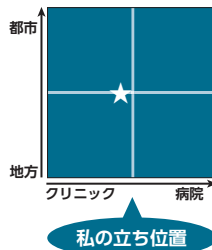
金山峰之 (ケアソーシャルワーク研究所所長)

PROFILE

福祉系大学卒業後、15年以上在宅高齢者介護に従事。現場職、管理職の傍ら、講師業や地域社会資源作りにも取り組む。現在はフリーランス介護職として、現場や調査研究等に従事。前・東京都介護福祉士会副会長。政策学修士(法政大学)。

POLICY・座右の銘

実るほど頭を垂れる稲穂かな



1 介護従事者の制度的背景

現在、介護労働に従事している者は約200万人程度であり、介護保険開始時の約55万人から4倍弱の増加である。これは毎年数万人規模で介護労働人口が増えているということである。高齢者の増加はもちろん、近年では介護離職の防止、不況やコロナ禍における雇用の受け皿など、社会の様々な要請がこの背景にある。国はなお増え続ける介護需要に対して、外国人介護職の門戸を開き、下位資格を創設してシニアなどを取り込むといった様々な量的確保施策を実施している。

一方で、これだけ短期間に介護従事者を増やすということは、十分な専門職養成を経っていないまま現場に立つ者が一定数いること、現場への教育・育成負荷がかかるということを意味する。量的確保施策もあり、介護現場には無資格未経験者から国家資格である介護福祉士保有者までが混在している。また、介護福祉士取得には実務経験ルートと養成校ルートの2つがあり、国家試験が義務ではないパターンもあるなど、従事者が皆一定の専門性を担保しているとは言い難い。業界の間口が広く、他

職種同様、入職後は就職先の育成環境次第と言える。こうした構造が長年続いた結果、資格の有無にかかわらず、経験年数や会社の育成の質、組織のマネジメントによって実務能力に差が生じている。

こうした中、国は介護従事者の質を担保する施策を様々に講じている。その1つとして介護福祉士を頂点とした資格制度の一本化がある。多様な人材をまとめ、質の高い介護実践を行う介護チームマネジメントの役割を期待し、キャリアアップも網羅しようとするものである。このように、資格、育成体験、就業動機、職場環境など多様な背景に実務能力が左右されているのが介護従事者の現状である(図1)。

2 介護従事者の役割と機能

ここでいったん用語について整理しておく。“介護福祉士”は国家資格であると述べたが、“介護職”は公的には“訪問介護員”以外の介護従事者の職名を指す。つまり、介護職や訪問介護員という職業の中に、介護福祉士(全体の約4割)やその他の資格を持つ者がいる。

さて、介護福祉士に求められる役割は時代とともに大

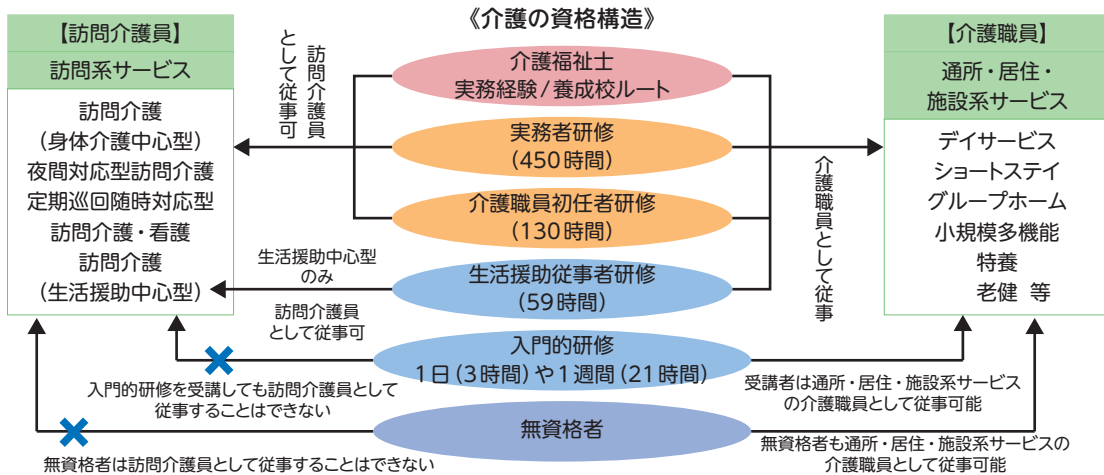


図1 介護の資格構造

(文献1より作成)

大きく変化してきている。資格制度が開始された頃は「入浴、排泄、食事、その他の介護」といった身の回りの世話だった。しかし現在は「複雑多様な介護ニーズを持つ利用者に対して、本人の尊厳を保持し、自立した日常生活を営めるよう、多職種や地域、家族等と連携し、専門的知識と技術を駆使し、認知症をはじめ、心身の状況に応じた介護を行い、多様な介護従事者をまとめるリーダー」という幅広い役割が求められている。下位資格の介護職もリーダー以外は準じているが、資格による縦列関係はなく、実際は経験年数や組織での職位に依存して役割が規定されている。

一方、連携における機能としては、患者本人の生活状況や、ADLの変化、心の機微、ニーズにつながる主訴、薬の効果、疾患の発見につながるような違和感、家族関係など、多様な情報をストックしていることが挙げられる。主として定性情報が多いが、特に本人や家族との深い信頼関係を構築している介護職は、認知症の人の支援や、終末期における本人や家族の深層ニーズの把握等で重要な役割を果たすこともある。また、医療職のアセスメント情報源になったり、治療や支援の効果を把握している存在でもある。

3 介護従事者との連携ポイント

このように、介護従事者には様々な背景があるため、情報の言語化や見立てが不十分なことも少なくない。しかし、患者や家族の一番近いところで日常生活支援をしているからこそ得られる多様な情報は、患者本人を中心とした支援において大変重要なものが多い。だからこ

そ、その役割を引き出せるかどうかは医師の関わり方次第である。

まずは、平易な言葉で、介護職が持つ情報を引き出していく関わりや場づくりを工夫することが重要である。そして、連携の窓口となる介護従事者の言葉に耳を傾け、介護に対する想いといった個人の背景にも時に関心を向け、世間話やねぎらいの言葉をかけるなど意図的に関係を築いていくことが大切になる。

また、介護従事者が大切にする価値観を医師が共有することは連携を進める上で大切な入り口になる。それは「本人中心」という支援チームがめざす本質的な価値観とも言えるかもしれない。医師がこの価値観を共有し、そのための重要な役割を介護従事者とともに担っていると伝える言葉は、介護従事者の自尊心と仕事への誇りを喚起する大きな力になる。

“本人”中心の介護従事者との連携において、以上のような点に留意して是非実践してみたい。

◀文献▶

- 1) 厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室：介護人材確保対策について. p10.
<https://mitte-x-img.istsw.jp/roushikyo/file/attachment/305053/siryou.pdf>

【参考】

- ▶ 厚生労働省社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室：介護人材確保対策について。

139 外来でリハ科に紹介するポイント

外来で遭遇しやすい3つのパターン

SUMMARY

外来でリハビリテーション科に紹介するポイントのうち、嚥下障害の患者、装具療法中の患者、ボツリヌス療法を検討すべき患者の3つについて述べる。嚥下機能は歩行機能などと異なり、直視下で評価を行うことが困難なため、その評価には嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査などの嚥下機能検査が有用となる。

KEYWORD

不顕性誤嚥

むせを伴わない誤嚥のこと。誤嚥の25%は不顕性誤嚥であるというデータもある¹⁾²⁾。



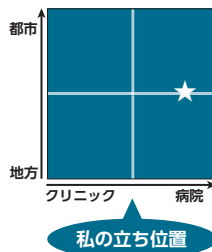
松浦広昂¹⁾ 和田勇治²⁾ (1 藤田医科大学医学部リハビリテーション医学講座講師 2日本医科大学千葉北総病院リハビリテーション科臨床教授)

PROFILE

2011年大阪医科大学卒業。初期研修を含めて5年間総合診療に従事した後、2016年度より藤田医科大学リハビリテーション講座入局。同大大学院2019年卒業。2020年リハビリテーション科専門医取得。2021年度より現職。(松浦、写真も)

POLICY・座右の銘

成功は技術である



本稿では、外来でリハビリテーション(以下、リハ)科を紹介することをお勧めするポイントを以下の3パターンに絞って述べる。

1 嚥下障害の患者

嚥下障害には飲み方を工夫すれば問題なく食べられるレベルから、食形態にも工夫が必要なレベル、安全な経口摂取が不可能なレベルと幅がある。誤嚥により誤嚥性肺炎を発症するかは、嚥下障害のみならず、防御因子の低下(咳嗽力、免疫力の低下など)や起炎物質・細菌の増加(口腔衛生不良、胃酸逆流など)にも影響を受ける。

1 嚥下機能検査の必要性

嚥下機能は歩行機能と異なり、直視下で評価を行うことや、介助することができない。嚥下機能検査として、嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査などがあるが、検査をすることで嚥下障害に対する対応が明確になることも多い。

2 嚥下障害の原因

嚥下障害は脳卒中や神経・筋疾患、加齢が主な原因である。緩徐な進行で全身状態に影響を与えにくい原因ほど見逃されやすいが、その中の1つに頸椎前縦靭帯骨化

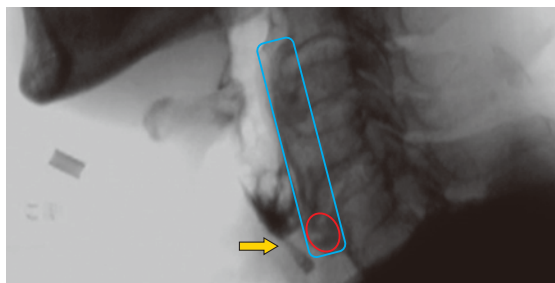


図1 嚥下造影検査(側面像)

坐位で濃いとろみ水4mLを摂取し、1回目嚥下時。頸椎前縦靭帯骨化症がC4-6レベルに認められる(青線部)。その下部(赤線部)により食道入口部が圧迫され、濃いとろみ水がスムーズに通過しなかった(黄矢印)。正面像も確認し、頭頸部を回旋しながら嚥下することでスムーズに食道入口部を通過するのを確認した

症がある。図1のように食道が圧迫され、嚥下障害に繋がることがあるが³⁾、頭頸部の回旋で劇的に嚥下機能が改善することもあるので、疑えば頸椎X線・CT検査やリハ科への紹介を検討する。治療として手術が選択されることもある⁴⁾。

3 紹介するポイント

食事時や夜間のむせの病歴がある場合や高齢者の肺炎

の場合、紹介を検討する。詳細は成書に譲るが、該当者が多い場合は改訂水飲みテストなどの評価を行い、増粘剤使用などを試して、それでも解決できない場合に紹介するのも一案である。むせはないが発熱や痰が持続する場合は不顕性誤嚥の場合もあるので、注意を要する。

2 装具療法中の患者

脳卒中などの発症後、装具（多くは短下肢装具、以下同様）・補助具を用いて歩行が可能となり自宅退院した後、次第に歩行機能が低下し、装具を変更すべき状況となっている例が散見される。歩行機能の低下の原因には、加齢や活動量低下などによる筋力低下、痙性の亢進などがある。不良な歩容による膝・腰の疼痛を機に受診し、対処に至る場合もあるが、受診に至らず結果的に不適切な装具を何年も使用していることもある。

1 装具作製の概要

障害者総合支援法によって装具を作製する場合、多くの場合3年で再作製が可能であるため、それ以上長期に使用している場合、一度リハ科に紹介して、定期的なフォローに繋げることが望ましい。装具の作製を更生相談所で一括対応している県もあるので、市役所で確認するとよい。

2 装具をみるポイント

患者、家族から相談が多いのは、長年の使用や風呂場での使用によって、ベルトの機能が低下する場合である。ベルトの交換で済む場合もあれば、本体の耐久性を考慮して本体ごと再作製を勧めることもある。なお、耐水性のベルトもあるので、浴室内で使用する場合は相談するとよい。逆に、長年使用しているのにベルトや本体の問題が全然ない場合、使用頻度が低い可能性がある。下肢機能、歩行機能の改善により不要となっている例もあるが、廃用性筋萎縮や痙性亢進によって装着が困難となる場合や、筋力低下などによって立脚時の安定性が不十分となる場合に使用を中断する例のほうが多い。下腿部分のサイズ変更やより安定性の高い装具を検討する。

3 紹介するポイント

装具のサイズや使用感の変化の訴えがある場合、装具があるのに使わなくなった場合、定期的なフォローがない場合などに紹介を検討する。また、装具がなくても、歩行能力低下や腰痛、下肢痛が装具、サポーターで改善できる場合もあるので紹介を検討する。例として多いのは変形性膝関節症、鶏眼、外反母趾に対する膝装具（サポーター）や足底板（インソール）である。

3 ボツリヌス療法を検討すべき患者

ボツリヌス療法の適応は様々であるが、本稿では上下肢痙縮について述べる。近年安価な薬剤も登場し、今後ボツリヌス療法が広く浸透することが期待される。痙縮（伸張反射増強の結果として腱反射亢進を伴って生じる、他動伸張時の速度依存性筋緊張亢進）が長く続くと拘縮（廃用症候群の一要素で、皮膚、骨格筋、関節包、靭帯などの関節周囲軟部組織が器質的に変化し、その柔軟性や伸張性が低下したことで生じる、関節の完全可動域が失われた状態）を合併し、ボツリヌス療法の適応外になってしまうこともあるため、早めに紹介することが望ましい。

1 下肢痙縮における主なボツリヌス療法の適応

下肢痙縮で多いのは、足関節底屈筋群の痙性亢進や、足関節内反（主に後脛骨筋）、クロートゥ（主に長趾屈筋、長母趾屈筋）である。立位・歩行時にのみ見られる場合もあるので、安静時だけでなく立位・歩行時の痙縮評価を行う必要がある。装具を使用している例でも、定期的なボツリヌス療法（効果はおおむね3カ月程度）によって装具なしでの歩行が可能となる例もある。寝たきり患者の場合、大腿内転筋群の痙縮により、開脚制限によっておむつ交換に難渋することがある。

2 上肢痙縮における主なボツリヌス療法の適応

上肢痙縮を伴う不全麻痺は、その機能が健側上肢で代償可能であるため、下肢よりも学習性不使用で拘縮に至ることが多い。上肢では、脳卒中などによる重度片麻痺患者で大胸筋（治療の便宜上上肢に分類されている）、上腕二頭筋の痙縮により更衣が困難となることが多い。

そのほか、手関節掌屈筋群や手指屈筋群の痙縮も日常生活を妨げる。比較的軽度な例においては、ボツリヌス療法によって仕事などで高い巧緻性が発揮できるようになることもあれば、より重度例において、ボツリヌス療法・上肢装具・リハを併用することで最低限のつまみ動作のみ獲得できる場合もある。

3 紹介するポイント

痙縮および、運動障害や介護負担増大などの問題が確認された場合は、痙縮の改善で問題が解決できることがあるので紹介を検討する。

◀文献▶

- 1) Sakai K, et al: J Oral Rehabil. 2016;43(2):103-10.
- 2) Ramsey D, et al: Dysphagia. 2005;20(3):218-25.
- 3) 福井大修, 他: 中部整災誌. 2017;60(3):641-2.
- 4) Miyamoto K, et al: Eur Spine J. 2009;18(11):1652-8.

183 オンライン診療で、うまく診察・診断するコツ

患者と一緒に見せ方・映り方を工夫しよう!

SUMMARY

オンライン診療のコツは、事前問診を活用した具体的な情報収集から始まる。さらに視診を重視した患者の状況把握、デバイスを活用したバイタルサイン確認を行うが、いずれも丁寧な指示を行うことが重要である。

KEYWORD

視診

オンライン診療では直接触れられないため、視診が基本。患者の様子や表情から症状を読み取り、適切な角度・距離で画面越しに確認する。



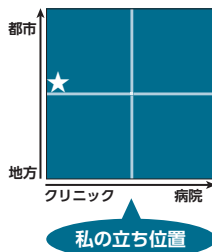
堀越 健 (堀越内科クリニック副院長)

PROFILE

川崎市立多摩病院を経て多摩ファミリークリニックで家庭医療を学び、2022年から地元、群馬県高崎市で堀越内科クリニック副院長として従事。日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医・指導医。

POLICY・座右の銘

人間五十年 下天の内をくらぶれば、夢幻のごとくなり



近年、オンライン診療が急速に普及し、医療のアクセシビリティと効率性が向上しているが、オンライン診療に自信を持ってない医療者も決して少なくない。オンライン診療は、単に対面診療や電話対応をリアルタイムのビデオ通話に置き換えたものではなく、独自の環境と可能性を持った新しい診療形態と言える。本稿では、明日の日常診療で活用できることを目標に、オンライン診療での具体的な診察と診断を行うためのポイントを解説していく。

1 受付から事前問診まで

現状のデジタル環境では、オンライン診療が適していない症状・症候がまだ多く存在する(図1)¹⁾。まずは主訴や受診理由を確認し、オンライン診療に適切な状況かどうか判断することが重要である。対面診療や緊急受診が望ましいと判断された場合は、速やかにその旨を伝え、受診を促すことになる。その場合に自施設への受診がよいのか、他の医療機関を紹介すべきかなど、受付段階から、事務や看護師など医師以外の職種の役割が重要であり、事前に不適切な相談があった場合の対応方法を相談しておくことが望ましい。

事前問診でオンライン診療の適応を判断するためには、できるだけ具体的な情報が必要となる。たとえば、「咳があるか」「喉が痛むか」「だるさはあるか」といった質問では、緊急性の有無を判断することは難しい。いつもの対面診療であればそのまま直接本人の様子を確認することができるため、直感的に重症度・緊急度を把握することにつながるが、オンライン診療ではまだ難しい。そこで、「息が苦しいと感じるか」「水分が飲み込めないほどの咽頭痛があるか」「直接医療機関への受診が困難なほどだるくなっていないか」といった、重篤な疾患や緊急性の高い疾患が隠れている可能性を考慮した事前問診が求められる。

2 問診・身体診察のコツ

対面診療と同様で、診察の導入には患者から広く話を聞く姿勢が重要である。その後、事前問診で得た情報や不足していた内容を具体的に確認していく。事前問診でオンライン診療が適切であると判断していた場合でも、実際の間診と診察を行いながら、常にオンライン診療を行うことが適切かを意識する必要がある。

腹部/尿路症状

- 腹痛: 重度または急性発症
- 血尿または血便
- 吐血
- 突然の腸管/膀胱機能の消失
- 嘔吐または下痢: 重度または持続する衰弱, 口渇, 意識障害を伴う場合
- 水分摂取量減少または尿量減少

呼吸器症状

- 喀血
- 息苦しさまたは呼吸困難感
- 強い湿性咳嗽
- 画面越しに聴こえるほどの喘鳴

心症状

- 随伴症状を伴う血圧上昇
- 胸痛または胸部絞扼感

婦人科

- 性器出血
- 帯下
- 腹痛または腰痛/子宮収縮

精神科

- 希死念慮
- 虐待を疑う場合
- 新規の抑うつ, 不安, パニック発作

眼科

- 眼球外傷
- 視力障害
- 複視
- 突然の視覚変化

神経症状

- 12時間以内のてんかん発作様運動
- 感覚脱失/異常感覚/身体の麻痺
- 失神
- 顔面下垂
- 発語または嚥下困難
- 過去最悪の頭痛
- 突然のめまい
- 意識障害

その他

- アレルギー反応
- 止血できない出血
- 術後出血
- 発熱
- 強い倦怠感
- 嗅覚・味覚異常
- 突然の重篤な痛み
- 薬物加療内服/中毒
- 頭部, 頸部または背部の外傷

図1 オンライン診療に適していない症状リスト

(文献1より改変)

オンライン診療では、直接患者に触れることができないため、「視診」が基本となる。患者の様子や表情、言動から症状や状態を読み取り、適切な角度や距離で画面越しに身体の状態を確認していく。ここでは感冒症状を疑う主訴を想定して解説していく。

3 バイタルサインの確認方法

体温計やパルスオキシメーターなど家庭にあるデバイスを最大限に活用する。ただし、デバイスが自宅にあっても使い慣れていないと情報を得られない。たとえば、パルスオキシメーターが正しく使用できないと、低いSpO₂が表示され、それを理由に不必要な救急受診を求めてしまうことにもつながる。「爪を上を、指を奥まで差し込む」「動く測定できないので、じっとする」「手先が冷たいと測定できないので、温めておく」「数値が低くてもじっと待てば上がるので焦らない」といったように、ここでも具体性のある指示が必要である。

4 呼吸状態・咽頭所見の確認

患者に首や鎖骨を見せるように襟元を開かせ、自然な

ペースで呼吸を続けさせる。鎖骨周囲の上下動を観察することで、呼吸回数や速度、呼吸補助筋の動きを確認していく。

カメラ操作や指示に習熟が必要だが、広角カメラ・照明機能を持つスマートフォンを活用することで、咽頭所見を確認することは可能となる。試しに自分のデバイスのカメラを自分に向け、30cmほど話した位置から撮影してみるとよい。手持ちのデバイスでどのような写り方をするのか、実際に体験してみることをお勧めする。

ほかにも、指示のもと患者に歩行させる、顔面や四肢の動きから神経症状の有無を確認するなど、目的を持った指示により情報を集めることが可能である。ただし、皮疹や外見上の変化については、患者側のデバイスの画質に左右されてしまうため、オンライン診療を行う上では、必要に応じてより高画質の画像の提出を依頼するなど、工夫を必要とする。

医師と患者が1対1で行うことが多いが、在宅療養中の高齢者など自力でオンライン診療を行う環境を構築できない場合に、医療スタッフが訪問してオンライン診療をサポートしてもらう場面も存在する。この場合は医師が現地の医療者へ直接指示を伝え、情報を集め処置を実施させることが可能となる。

5 まとめ

オンライン診療の独自の環境へ対応するための実践的なポイントを提案した。具体的に丁寧な説明と指示によって、現在はオンライン診療では確認が難しい身体所見も、デジタルデバイスの進歩によって状況は変わっていくものと思われる。今後もオンライン診療の進化に対応した診察技法を編み出し、皆さんと研鑽を続けていきたい。

◀文献▶

- 1) Schmidt JM: NEJM Catalyst. 2020; March 25.

【参考】

- ▶ プライマリ・ケアにおけるオンライン診療ガイド.
https://www.pc-covid19.jp/files/guidance/online_guidance-2.pdf
- ▶ オンライン診療診断学ことはじめ. ※実際に診療する様子を紹介している。ぜひ参考にして頂きたい。
<https://www.pc-covid19.jp/telemedicine-diagnosis.htm>
- ▶ 黒木春郎: オンライン診療を始める前に読む本. 中外医学社, 2021.