

31. Iizaka S, Sanada H, Minematsu T, Oba M, Nakagami G, Koyanagi H, Nagase T, Konya C, Sugama J. Do nutritional markers in wound fluid reflect pressure ulcer status? Wound Repair Regen. 2010;18(1):31-7.
32. Iizaka S, Sanada H, Nakagami G, Sekine R, Koyanagi H, Konya C, Sugama J. Estimation of protein loss from wound fluid in older patients with severe pressure ulcers. Nutrition. 2010;26(9):890-5.
33. 焦麗娟, 飯坂真司, 須釜淳子, 松尾淳子, 福田汐里, 大場美穂, 峰松健夫, 田端恵子, 杉山徹, 真田弘美. 療養型病院入院高齢者における皮膚と栄養状態の関連: 栄養スクリーニングのための工学的皮膚評価. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌. 2010;14(2):239-46.
34. 須釜淳子, 真田弘美, 仲上豪二郎, 井上歩, 繁田佳映, 大場美穂, 紺家千津子, 松尾淳子, 田端恵子. 高齢者用前側吸収尿失禁パッドにおける尿吸収状態の評価. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌. 2010;14(2):247-51.
35. 藤川潤子, 仲上豪二郎, 赤瀬智子, 須釜淳子, 松尾淳子, 田端恵子, 真田弘美. 新しい高齢者用ダイナミッククッションにおける圧分散の評価. 日本褥瘡学会誌. 2010;12(1):28-35.
36. 仲上豪二郎, 真田弘美, 宮地良樹. 褥瘡予防・治療国際ガイドライン (MA リポート). メディカル朝日. 2010;39(11):38-41.
37. 真田弘美 編集. ナースが知りたい 褥瘡・ストーマ・失禁ケアの最新トピックス. エキスパートナース. 2010;26(14)(臨時増刊号)
38. 仲上豪二郎, 真田弘美 ゲストエディター. 1. 褥瘡ケア. 看護のエビデンス "いま" "むかし". EB NURSING. 2010;10(増刊 2 号):10-36.
39. 真田弘美, 飯坂真司. 特集/褥瘡治療のチームアプローチ. 褥瘡の評価—DESIGN-R の使用方法—. PEPARS. 2010;41:20-8.
40. 飯坂真司, 真田弘美. 皮膚・排泄ケア 一歩進んだ! 褥瘡の栄養アセスメント-創から考えるエネルギー・蛋白質ケア-(最新のケアがまるごとわかる! Advanced Nursing). エキスパートナース. 2010;26(2):24-7.

百瀬由美子

1. 百瀬由美子: 病院および高齢者施設における高齢者終末期ケア, 日本老年医学会雑誌, 48(3) :227-234, 2011.
2. ○平木尚美, 百瀬由美子: 認知症高齢者グループホームの終末期ケアにおける連携体制と課題, 日本看護福祉学会誌, 16(1), 53-64, 2010.
3. ○田中和奈, 百瀬由美子: 高齢者入居施設における高齢者の疼痛評価ツール -文献レ

ビューから考える高齢者の疼痛評価-, 看護福祉学会誌, 15(2):137-147, 2010.

4. ○吹田麻耶, 百瀬由美子, 深田順子, 森本紗磨美, 横矢ゆかり, 藤野あゆみ, 坂上貴之, 鎌倉やよい: 地域高齢者の口腔保健行動-PRECEDE-PROCEEDモデルを用いた類型化-, 身体教育医学研究, 11(1), 27-35, 2010.

秋下雅弘

1. Hibi S, Yamaguchi Y, Umeda-Kameyama Y, Yamamoto H, Iijima K, Momose T, Akishita M, Ouchi Y. The high frequency of periodic limb movements in patients with Lewy body dementia. *J Psychiatr Res.* 2012;46:1590-4.
2. Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, Yamaguchi K, Yamamoto H, Eto M, Ouchi Y. Factors associated with prolonged hospital stay in a geriatric ward of a university hospital in Japan. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1190-1.
3. Nagai K, Akishita M, Shibata S, Kobayashi Y, Yamada Y, Kimura S, Machida A, Toba K, Kozaki K. Relationship between testosterone and cognitive function in elderly men with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1188-9.
4. Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, Yamaguchi K, Yamamoto H, Eto M, Ouchi Y. High risk of adverse drug reactions in elderly patients taking six or more drugs: analysis of inpatient database. *Geriatr Gerontol Int.* 2012;12:761-2.
5. Ogita M, Utsunomiya H, Akishita M, Arai H. Indications and practice for tube feeding in Japanese geriatricians: Implications of multidisciplinary team approach. *Geriatr Gerontol Int.* 2012;12:643-51.
6. Ota H, Akishita M, Akiyoshi T, Kahyo T, Setou M, Ogawa S, Iijima K, Eto M, Ouchi Y. Testosterone deficiency accelerates neuronal and vascular aging of SAMP8 mice: protective role of eNOS and SIRT1. *PLoS One.* 2012;7:e29598.
7. Kojima T, Akishita M, Nakamura T, Nomura K, Ogawa S, Iijima K, Eto M, Ouchi Y. Polypharmacy as a risk for fall occurrence in geriatric outpatients. *Geriatr Gerontol Int.* 2012;12:425-30.
8. Kojima T, Akishita M, Nakamura T, Nomura K, Ogawa S, Iijima K, Eto M, Ouchi Y. Association of polypharmacy with fall risk among geriatric outpatients. *Geriatr Gerontol Int.* 2011;11:438-44.
9. Fukai S, Akishita M, Yamada S, Ogawa S, Yamaguchi K, Kozaki K, Toba K, Ouchi Y. Plasma sex hormone levels and mortality in disabled older men and women. *Geriatr Gerontol Int.* 2011;11:196-203.

10. Fukai S, Akishita M, Yamada S, Toba K, Ouchi Y. Effects of testosterone in older men with mild-to-moderate cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:1419-21.
11. Yamada S, Akishita M, Fukai S, Ogawa S, Yamaguchi K, Matsuyama J, Kozaki K, Toba K, Ouchi Y. Effects of dehydroepiandrosterone supplementation on cognitive function and activities of daily living in older women with mild to moderate cognitive impairment. *Geriatr Gerontol Int*. 2010;10:280-7.
12. Akishita M, Fukai S, Hashimoto M, Kameyama Y, Nomura K, Nakamura T, Ogawa S, Iijima K, Eto M, Ouchi Y. Association of low testosterone with metabolic syndrome and its components in middle-aged Japanese men. *Hypertens Res* 2010;33:587-91.
13. Akishita M, Hashimoto M, Ohike Y, Ogawa S, Iijima K, Eto M, Ouchi Y. Low testosterone level as a predictor of cardiovascular events in Japanese men with coronary risk factors. *Atherosclerosis* 2010;210:232-236.

大河内二郎

1. Okochi OJ, K Takamuku, T Takahashi :Health measurement for care management using the international classification of functioning codes *BMC Health Services Research* 2010, 10(Suppl 2):A3 (オンラインジャーナルのためページはありません)

神崎恒一

1. Atsushi Araki, Koichi Kozaki, et al and the Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial Study Group : Long-term multiple risk factor interventions in Japanese elderly diabetic patients: The Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial—study design, baseline characteristics and effects of intervention. *Geriatr Gerontol Int* 12 (Suppl.1) . 2012. 7-17 .
2. Atsushi Araki, Koichi Kozaki, et al and the Japanese Elderly Intervention Trial Research Group : Non-high-density lipoprotein cholesterol: an important predictor of stroke and diabetes-related mortality in Japanese elderly diabetic patients. *Geriatr Gerontol Int* 12 (Suppl.1) . 2012. 18-28 .
3. Kenji Toba, Kumiko Nagai, Sayaka Kimura, Yukiko Yamada, Ayako Machida, Akiko Iwata, Masahiro Akishita and Koichi Kozaki : New dorsiflexion measure device:A simple method to assess fall risks in the elderly. *Geriatr Gerontol Int* 12(3). 2012. 563-564 .
4. Nagai K, Akishita M, Shibata S, Kobayashi Y, Yamada Y, Kimura S, Machida A, Toba

K, Kozaki K : Relationship between testosterone and cognitive function in elderly men with dementia. J Am Geriatr Soc 60(6). 2012. 1188-9.

5. 神崎恒一 : III臨床編 認知症の重症化に伴う医学的諸問題 各論 老年症候群と高齢者総合機能評価. 認知症学(下)日本臨牀 69 増刊号 10(1012). 東京, 日本臨牀社, 2011. 503-510.
6. Kumiko Nagai, Koichi Kozaki, Kazuki Sonohara, Msahiro Akishita , Kenji Toba : Relationship between interleukin-6 and cerebral deep white matter and periventricular hyperintensity in elderly women. Geriatr Gerontol Int 11. 2011. 328-332 .
7. 長谷川浩, 神崎恒一 : 認知症の地域連携－三鷹市・武蔵野市認知症医療連携の現状, 内科 108(6). 2011.1231-1234.
8. 町田綾子, 山田如子, 木村紗矢香, 神崎恒一, 鳥羽研二 : 認知症の周辺症状と介護負担感に対する抑肝散長期投与の効果. 日老医誌 47(3). 2010. 262-263.
9. Yamada S, Akishita M, Fukai S, Ogawa S, Yamaguchi K, Matsuyama J, Kozaki K, Toba K, Ouchi Y: Effects of dehydroepiandrosterone supplementation on cognitive function and activities of daily living in older women with mild to moderate cognitive impairment. Geriatr Gerontol Int 10. 2010. 280-287.

三上裕司

1. ○三上裕司 : 巻頭言 : 医師の生涯教育を再考する (p. 1197) , 特集論文 : 日本医師会の生涯教育—これまでの経緯と展望 (p. 1217-p. 1221) , 日本医師会雑誌 2010.
2. 三上裕司 : 有床診療所等による効率的な短期入所サービス等の提供方法に関する調査研究事業報告書, 2010.

武久洋三

1. ○武久洋三: 高齢者医療・介護の将来を考える, 日本老年医学会雑誌 第47巻第3:209-212, 2010.

大島浩子

1. 大島浩子 : 高齢者看護 : 脳卒中高齢者の看護. 新老年学第3版. 大内尉義・秋山弘子編, 東京大学出版会, p1511-1515, 2010.

後藤百万

1. Gotoh M, NIshizawa O, Yokoyama O: The responsiveness and minimal clinically

important change of the Overactive Bladder Symptom Score (OABSS). Urology, in press, 2011

2. Gotoh M, Yokoyama O, Nishizawa O: Propiverine hydrochloride in Japanese patients with overactive bladder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Int J Urol, 18:365-373, 2011

H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし

別添 4

分担研究報告書

平成 24 年度 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「高齢者在宅医療に関する多職種協働の阻害要因を克服する教育システムの

構築に関する研究」（H24・長寿・一般・006）鳥羽班

和田忠志・医療法人社団実幸会いらはら診療所在宅医療部長

研究要旨

在宅医療の教育プログラムに資する症例収集と分析の第一段階を実施した。2012年4月1日から2013年1月31日までの下記①②③④⑤の収集を連絡会の協力を得て実施した。

①急性疾患を併発したが在宅医療で治療し、入院を回避した例、②急性疾患を併発し、在宅医療で治療したが、入院を余儀なくされた例、③在宅医療経過中に困難を生じたが、それを克服して自宅で最期まで診療した例、④在宅医療を断念し、長期療養施設あるいは介護施設入所となった例、⑤退院前カンファレンスを行った例の議事内容。

A. 研究目的

多職種が活用できる汎用性の高い在宅医療テキスト作成に資する在宅医療事例の収集を行う。事例収集にあたっては、症候の変化にはあっても在宅の持続療養を可能にした例、療養プランによって看取りがスムーズに出来た例などの成功事例と、病院などへの転院例や救急依頼して在宅医療から脱落した例、家での看取りが出来なかった例など、成功事例と課題事例を半々とする。また、退院前カンファレンスの議事録を収集し、教育プログラム作成に資する。

B. 研究方法（実際に使用した依頼文書および事例用紙のフォーマット等は別紙 1,2 として添付した）

①急性疾患を併発したが在宅医療で治療し、入院を回避した例(事例種別①)、②急性疾患を併発し、在宅医療で治療したが、入院を余儀なくされた例(事例種別②)、③在宅医療経過中に困難を生じたが、それを克服して自宅で最期まで診療した例(事例種別③)、④在宅医療を断念し、長期療養施設あるいは介護施設入所となった例(事例種別④)、⑤退院前カンファレンスを行った例の議事内容(事例種別⑤)を収集した(収集期間平成 25 年 1 月 19 日～2 月 26 日)。収集依頼は次の 3 群に行った。a.全国在宅療養支援診療所連絡会メンバーリングリストでの依頼、b.全国在宅療養支援診療所連絡会世話人等への郵送文書での依頼、c.全国在宅療養支援診療所連絡会員以外で在宅医療に献身的に従事する医療機関を選定し郵送文書で依頼、である。

(倫理面への配慮)

臨床研究に関する倫理指針（平成 20 年厚生労働省告示第 415 号）に準拠し、個人情報特定できない書式で事例収集を実施した。また、提出にはインターネットや電子メールを使用せず、提出医師は事例を記載した提出用紙を追跡可能な郵送法で事務局に提出した。

C. 研究結果

全国 33 の医療機関から事例が提出された。医療機関内訳は、32 が診療所、1 が病院であった。事例提出医療機関は 23 都道府県にわたっていた。医療機関所在地は大部分が市街地であり、過疎地はわずかであった。事例種別①を 33 例、②を 33 例、③を 33 例、④を 35 例収集した。また、事例種別⑤を 32 例収集した。

D. 考察

全国 23 都道府県から事例が収集され、国内の趨勢がほぼ反映されたと考えられる事例収集となった。しかし過疎地の事例は少数であった。在宅医療の課題抽出に資する事例は、成功事例と課題事例はほぼ同数で収集した。退院前カンファレンス記録が 32 例収集され、カンファレンスの重要なパターンはほぼ網羅した内容が取得されたと考えた。来年度以降は、補足的な事例収集を行ったうえで、在宅療養支援病棟における事例とのすり合わせ、事例分析および、テキスト作成の材料としての利用方法を研究する予定である。

E. 結論

23 都道府県 33 医療機関から事例が提出された。主に市街地の事例が収集され、過疎地事例はわずかであった。在宅医療の課題を抽出するための事例は、成功事例と課題事例はほぼ同数で収集された。退院前カンファレンスの重要なパターンはほぼ網羅できると考えられるカンファレンス記録例が収集された。

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。） なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

高齢者在宅医療に関する多職種協働の阻害要因を克服する

教育システムの構築に関する研究

研究分担者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名：

後藤百万・名古屋大学大学院医学系研究科泌尿器科学教授

研究要旨

系統的教育カリキュラムにおける症候別アプローチ、および事例集収集の対象として、頻尿、尿排出障害、尿失禁の3つを大項目として抽出し、さらに各項目を昼間頻尿・夜間頻尿、排尿困難・尿閉、腹圧性尿失禁・切迫性尿失禁・溢流性尿失禁・機能性尿失禁に分類した。疾患別アプローチとしては、上記の症候をきたす頻度の高い疾患として、前立腺肥大症、女性骨盤臓器脱、脳血管障害、認知症、パーキンソン病、糖尿病性末梢神経障害、睡眠時無呼吸症候群、不眠症を選定した。さらに、多職種テキスト用の問答集作成のため、排尿障害に関して上記の症候に沿って、42の質問を作成した。

A. 研究目的

看護・介護職向けの排尿障害ケアに関する体系的情報、多職種連携に関する指針に基づいて系統的教育カリキュラム及び事例集の作成のための準備作業として、高齢者在宅医療において問題となり、頻度の高い症候を抽出する。さらに、事例に基づいた問答集を作成するために、高齢者医療の現場において、排尿障害に関して疑問頻度の高い質問を抽出する。

B. 研究方法

分担研究者の既存の成果（後藤百万、吉川羊子、加藤久美子、加藤隆範、近藤厚哉、武田宗万、鈴木祐介、伊藤いづみ、大島伸一：愛知県高齢者排尿障害実態調査、平成11年度愛知県排尿障害実態調査報告書、1-41、2000；後藤百万、吉川羊子、服部良平、小野佳成、大島伸一：被在宅看護高齢者における排尿管理の実態調査、泌尿紀要、48:653-658、2002；後藤百万：老人施設・在宅における高齢者排泄リハビリテーションに関する施設評価基準の作成と地域モデルの開発、厚生労働科学研究補助金長寿科学総合研究事業：平成17-19年度総合研究報告書2008、など）に基づいて、高齢者在宅医療において問題となり、頻度の高い症候を抽出した。事例に

基づいた問答集を作成するために、高齢者医療の現場において、排尿障害に関して疑問頻度の高い質問を抽出した。

(倫理面への配慮)

本研究は、排尿障害ケアに関する普遍的な知識・情報の構築作業を行うものであり、個人情報を含むものではなく、またヒト・動物を対象とした研究でもないため、倫理的な問題はない。

C. 研究成果

系統的教育カリキュラムにおける症候別アプローチ、および事例集収集の対象としては、頻尿、尿排出障害、尿失禁の3つを大項目として抽出し、さらに各項目を昼間頻尿・夜間頻尿、排尿困難・尿閉、腹圧性尿失禁・切迫性尿失禁・溢流性尿失禁・機能性尿失禁に分類した。疾患別アプローチとしては、上記の症候をきたす頻度の高い疾患として、前立腺肥大症、女性骨盤臓器脱、脳血管障害、認知症、パーキンソン病、糖尿病性末梢神経障害、睡眠時無呼吸症候群、不眠症を選定した。さらに、多職種テキスト用の問答集作成のため、排尿障害に関して上記の症候に沿って、42の質問を作成した。42の質問は下記に示す。

1. 排尿障害の種類をどうやって見分けるのですか？
2. 排尿の状態をどうやって評価するのですか？
3. おむつの選び方は？
4. おむつからすぐに脇もれしてしまいます
5. おむつの交換時期はどうやって決めるのですか？
6. 清潔間欠導尿（せいけつかんけつどうによ）うってなんですか？
7. 尿道カテーテル留置中ですが、尿が濁ってすぐにつまってしまいます
8. 尿道カテーテル留置中ですが、カテーテルのわきから尿がもれます
9. 尿道カテーテル留置中ですが、カテーテルはどこに固定するとよいですか？
10. 尿に血が混じりますが、どうしたらよいですか？
11. 排尿する時に痛がります
12. 尿道カテーテルを抜きたいのですが
13. 内科からたくさんの薬をもらっていますが、排尿に影響しますか？
14. 昼間何回以上排尿すると異常ですか？
15. 夜間何回以上排尿に起きると異常ですか？
16. 何回もトイレに行きますが、少ししかできません
17. 夜間排尿に起きないために、生活で気を付けることは？

18. 水分を取ると血液サラサラになるので、水分をたくさん取らせています
19. 夜間いびきをかいて、少しの間呼吸が止まりますが、排尿と関係ありますか？
20. 尿意を訴えるのでトイレに連れて行っても排尿しないのですが
21. 排尿する時に強く力んでいます、ちょろちょろとしかできません
22. トイレに向かっても、なかなか排尿がはじまりません
23. まる1日おしっこが出ず、苦しんでいます
24. 尿の出が悪いので、下腹部を強く押して尿を出してあげているのですが
25. 便秘と排尿は関係ありますか？
26. 脳卒中と排尿障害は関係ありますか？
27. 認知症と排尿障害は関係ありますか？
28. 咳やくしゃみ、力んだ時に尿がもれます
29. 尿がしたいと言ったら、もう尿がもれています
30. トイレに行くまで我慢できずに尿がもれてしまいます
31. 夜間起きてトイレに行くまで間に合いません、どうすればよいですか？
32. おむつをしています、いつ見てもおむつが濡れています
33. 尿がもれるので、尿道カテーテルを留置するよう言われたのですが
34. おむつをとってあげたいのですが
35. 尿意を訴えずに、尿を漏らしてしまいます
36. トイレ以外の場所で、放尿してしまいます
37. 尿がもれないようにトイレに連れて行きたいのですが、どのようにしたらよいですか？
38. 尿失禁は治せるのですか？
39. 尿失禁のよい薬はありますか？
40. 尿失禁の手術はあるのですか？
41. 夜間、おむつが濡れたら交換する方がよいですか？
42. おむつの交換は1日3回決まった時間にしています

D. 考察

本研究における排尿障害領域については、日本排尿機能学会が行った本邦における下部尿路症状に関する疫学調査において、60歳以上の男女の78%が排尿の問題を抱えていることが示されている。下部尿路機能障害以外はおおよそ健康で、通院可能な高齢者は専門的な検査・治療により良好な治療効果が得られるが、老人施設入所、あるいは在宅看護を受

けている虚弱高齢者では、排尿障害への対処は重要な課題であるにもかかわらず、十分な評価や治療を受ける機会を得られず、安易なおむつ使用や尿道カテーテル留置を受けていることが少なくない。被在宅ケア高齢者の排尿管理を適切に行うためには多職種連携が必要であるが、看護・介護職向けの排尿障害ケアに関する体系的情報は少なく、多職種連携に関する指針も示されていない。本研究に基づいて構築される、在宅医療における多職種連携のための排尿障害に関する教育ツールは、在宅医療における高齢者の生活の質向上に大きく貢献することが期待される。

E. 結論

本研究により、系統的教育カリキュラムにおける症候別アプローチの構築、および事例集収集のための対象症候、疾患を分類、体系化した。さらに、多職種テキスト用の問答集作成のため、排尿障害に関する頻度の高い質問を抽出した。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産の出願・登録状況

1. 特許出願

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

高齢者在宅医療に関する多職種協働の阻害要因を克服する

教育システムの構築に関する研究

・在宅医療テキストコンテンツの作成・

亀井智子・聖路加看護大学教授

研究要旨

本研究では、高齢者在宅医療に参加する保健医療福祉にわたる全ての職種、および家族を対象とした在宅ケアに関する実践的なテキストを作成するため、高齢者在宅医療の標準的教育カリキュラムを検討し、具体的な骨子とコンテンツの作成を行った。

カリキュラムの骨子は、本人・家族を中心とした主体的意思決定と自立を支援する **People-centered care** を推進するための多職種協働ケアとし、家族の目線に立った老化や加齢に伴う一般的な心身の不調や老年症候群で構成し、Q&A 方式とした。

A. 研究目的

本研究の目的は、高齢者在宅医療に参加する保健医療福祉にわたる全ての職種、および家族を対象とした在宅ケアに関する実践的なテキストを作成するため、高齢者在宅医療の標準的教育カリキュラムの検討、および具体的な骨子とコンテンツを作成することである。

B. 研究方法

平成 23 年 8 月に国立長寿医療研究センターで開催した高齢者医療・在宅医療総合看護研修において講義を担当した「高齢者・家族を理解するための諸理論」1)老化・加齢の理論と看護、2)高齢者と家族に関するケアモデルを柱として、本人・家族を中心とした主体的意思決定と自立を支援する **People-centered care** を推進するために、多職種協働ケアのためのコンテンツを帰納的に作成した。

C. 研究結果

これまでの在宅医療テキストには、保健医療福祉にわたるどの職種も一貫して理解できるようなわかりやすい記述によるものがほとんどなく、また家族にも理解が可能なテキストは皆無であった。そのため、本テキストでは、**People-centered care** の中心である家族が理解できる用語で、わかりやすく平易に記述することを主眼においた。

コンテンツの内容は、質問形式で書き表し、家族の「なぜ?」による表現とした。コンテンツは、老化や加齢に伴う一般的な心身の不調や老年症候群で構成した。

コンテンツと具体的な内容は、以下の内容とした。

1.転倒・転落

Q.頻繁に転倒・転落します。身体に負担をかけずに防止する方法はありますか？

Q.転倒した場合、起こす前に確認すべき点はありますか？

Q.転倒を怖がって、行動することに消極的です。積極的な行動を促せるようなアドバイスはありますか？

2.寝たきり等

Q.寝たきりを予防するために日常生活で気を付ける点を教えてください。

Q.寝たきり状態の高齢者における日常生活での留意点を教えてください。

Q.褥瘡予防の留意点を教えてください。

3.骨折・あざ・外傷

Q.あざ（けが）ができていました。本人に確認しても原因がわかりません。再発防止のため解明の方法を教えてください。

Q.けがの治りが悪いのですが、日常生活での留意点を教えてください。

Q.骨折の恐れを少しでも減らすようにするにはどのような点に留意すればよいのでしょうか。

4.誤飲・誤嚥

Q.誤飲、誤嚥を繰り返すようになりました。日常生活で予防する方法を教えてください。

5.排泄

Q.高齢者の排泄に関して日常生活で留意すべき点はあるですか？

Q.失禁をするようになりました。おむつをする（させる）かどうかはどのように判断したらよいのでしょうか。

6.低栄養

Q.以前より食が細くなっているようです。留意点や対応方法などありますか。

Q.食欲がなく、身体を動かさなくなっていて、悪循環になっています。専門家の指導を受けたほうがよいのでしょうか。

7.睡眠

Q.睡眠時刻、時間が不安定です。改善するための方法を教えてください。

8.リハビリテーション

Q.リハビリに通うことに消極的です。どのような言葉をかけてあげたらよいでしょうか。

Q.リハビリに通っていますが、より効果を高めるために日常生活で気を付けることはありますか？

9.入浴

Q.入浴時の留意点を教えてください。

Q.清拭時の留意点を教えてください。

Q.入浴許可は受けていますが、入浴させない、または清拭で対応するかどうか判断するためのポイントはありますか？

10.うつ

Q.軽いうつの症状があるようです。医師の診断を受けるかどうかを判断するためのポイントはありますか？

Q.うつ病にかかっている場合、周囲の人間が留意する点を教えてください。

D. 考察

作成した在宅医療テキストのコンテンツは老化・加齢に伴う一般的な心身の不調や老年症候群で構成し、家族の目線にたった具体的な疑問や質問による Q&A 方式によるものとした。今後、多職種による具体的な回答の作成を行うことが必要である。

E. 結論

在宅高齢者と家族の主体的意思決定と自立を支援する People-centered care を推進するための多職種協働ケアを実践する上で、家族の目線に立った老化や加齢に伴う一般的な心身の不調や老年症候群についてわかりやすく表現した Q&A 方式の在宅医療テキストは有用であると考えられた。

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・糸井和佳, 亀井智子, 田高悦子: アメリカ合衆国オハイオ州 The Intergenerational School における世代間交流を促進する教育支援, 日本世代間交流学会誌, 2(1), 2012, 57-67.
- ・糸井和佳, 亀井智子, 田高悦子, 梶井文子, 山本由子, 廣瀬清人, 菊田文夫: 地域における高齢者と子どもの世代間交流プログラムに関する効果的な介入と効果—文献レビュー—, 日本地域看護学会誌, 5(1), 2012, 33-44.

- Kamei T, Yamamoto Y, Kajii F, Nakayama Y, and Kawakami C : Systematic review and meta-analysis of studies involving telehome monitoring-based telenursing for patients with chronic obstructive pulmonary disease, *Japan Journal of Nursing Science*,2012,1-13.
- 中込さと子,小松浩子,縄秀志,山田覚,片田範子,太田喜久子,才木クレイグヒル滋子,亀井智子,宮脇美保子 : 研究機関における看護研究倫理審査体制に関する調査報告. *日本看護科学会誌*,32(3),2012,45-52.
- 山本由子, 亀井智子 : 認知症高齢者のライフレビューに基づくメモリーブック作成とその利用による行動変化の検討, *聖路加看護学会誌*,16(3),2013,1-9.
- 桑原良子,亀井智子 : ライフレビューによる認知症高齢者の語りの内容分析ー中等度認知症高齢者を対象とした1事例の実践経過からー, *聖路加看護学会誌*,16(3),2013,10-17.
- 亀井智子 : 超高齢社会における新たな老年看護の創造. *老年看護学*,17(1),2012,3-4.
- 縄秀志,小松浩子,中込さと子,山田覚,片田範子,太田喜久子,才木クレイグヒル滋子,亀井智子,宮脇美保子 : 病院における看護研究倫理審査体制に関する調査報告, *日本看護科学会誌*,32(4),2012,79-84.
- 亀井智子,藤原佳典,細井孝之,深谷太郎,野中久美子,小池高史,渡邊麗子,澤登久雄,松本真澄,渡邊修一郎,田中千晶 : 独居認知症高齢者への Smart home 利用の包括的アセスメント評価枠組みの開発ー文献レビューと介入研究事例の統合からー, *聖路加看護大学紀要*,第 39 号,2013,印刷中.

2. 学会発表・シンポジスト

- 亀井智子,山本由子,梶井文子,中山優季 : 慢性閉塞性肺疾患で在宅酸素療法を受ける患者へのテレナーシング実践のうつ改善の効果ーランダム化比較試験ー, *日本地域看護学会第 15 回学術集会講演集*,2012,52.
- Kamei T, Kajii F, and Yamamoto T : Changes in the Depression Status of Elderly Following Participation in an Intergenerational Day Program Over Two Years in a Japanese Urban Community, *The 9th International Conference with the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing and Midwifery*, 2012, 68.
- Chigira A, Kamei T : Meaning of Comfort for Elderly with Senile Dementia of Alzheimer Type (SDAT) in a Group Home, *The 9th International Conference with the Global Network of WHO Collaborating Centres for Nursing and Midwifery*,2012,67.
- 山本由子,亀井智子,梶井文子,中山優季,小長谷百恵,川崎千鶴子 : 特別養護老人ホームにおけるたんの吸引実施上のインシデントの分析, *日本老年看護学会第 17 回学術集会抄録集*,2012,222.
- 梶井文子,小長谷百恵,川崎千鶴子,亀井智子,山本由子,中山優季 : 特別養護老人ホームにおける胃ろうによる経管栄養実施上のインシデントの分析, *日本老年看護学会第 17 回学術集会抄録集*,2012,224.
- 仁田善雄,亀井智子 : パフォーマンス評価の未来, *日本テスト学会第 10 回大会発表論文抄録集*,2012,8.
- Yanai H, Kamei T, Matsutani M, Saiki K, and Nishikawa H : Development of computer based testing for a common achievement test for nursing colleges(CATNC) In order to maintain students' competency for practical nursing -With emphasis of the analysis of reliability and validity of the test-, *International Biometric Conference, Kobe, JAPAN*,2012.
- 亀井智子,山本由子,梶井文子,糸井和佳 : 「多世代交流プログラムー少子高齢社会における新たなケアの挑戦」公開講座参加者における世代間交流支援への期待, *第 17 回聖路加看護学会学術大会講演集*,2012,41.
- 梶井文子,亀井智子,山本由子 : 認知症者の家族介護者のためのリフレッシュ・プログラム参加前後の介護負担感・ストレス方略に関する行動の変化, *第 17 回聖路加看護学会学術大会講演集*,2012,44.
- 亀井智子 : 在宅高齢者の転倒予防を目的とした Home Hazard Modification Program の開発とその有効性の検討, *転倒予防医学研究会第 9 回研究集会*,2012,36.
- 亀井智子 : 遠隔医療の推進、僻地や在宅医療、災害復興への展望在宅酸素療法患者の在宅モニタリングにもとづくテレナーシングの開発と効果, *第 32 回医療情報学連合大会シ*

ンポジウム,2012,106-07.

- ・ 亀井智子,山本由子,梶井文子,中山優季:在宅酸素療法 COPD 患者へのテレナーシング実践による「セルフケアへの自信」の向上効果:ランダム化比較試験,第 32 回日本看護科学学会学術集会講演集,2012,266.
- ・ 梶井文子,亀井智子,山本由子,千吉良綾子:多世代交流型ディプログラムに参加する高齢者・こどものプログラム内容に関する満足度交流評価の検討,第 32 回日本看護科学学会学術集会講演集,2012,473.
- ・ 亀井智子: COPD 患者の在宅モニタリングにもとづくテレナーシングの急性増悪と入院予防効果のエビデンス—システムティックレビューとメタ分析から,日本遠隔医療学会 Spring Conference 2013 抄録集,2013,25-28.
(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得

特願 2007-182020 遠隔看護システムおよび遠隔看護の方法、平成 19 年 7 月 11 日出願

特願 2008-287590 測定データ読み取り装置およびこれを用いたデータ読み取り・送信システム、平成 20 年 11 月 10 日出願

2. 実用新案登録

登録第 3148203 号、考案の名称 転倒事故予防教育用住宅模型、平成 21 年 1 月 14 日登録

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「高齢者在宅医療に関する多職種協働の阻害要因を克服する教育システムの構築
に関する研究」（鳥羽班）（分担）研究報告書

慢性期病院の新入院患者の病態に関する研究
～高齢者在宅医療を多職種で支えるために～

武久洋三・一般社団法人日本慢性期医療協会・会長

医療法人平成博愛会博愛記念病院・理事長

研究要旨

2025年には医療・介護が必要な患者が増加し、これらの患者の約9割は慢性期医療が担うべき患者であると言われている。慢性期病院では高度急性期病院における急性期治療後の患者を受け入れ治療を行いQOLの回復に努めている。慢性期病院へ入院する患者について調べたところ、全体の約47%が高度急性期病院を含む一般病院からの入院であり、紹介患者の80%以上が低栄養状態で慢性期病院へ紹介してきている病院もあった。慢性期病院の入院患者は重度化しており、これからは急性期治療機能を持っていなければならない。

在宅医療も慢性期医療であり、在宅療養を快適に長く続けていくためには、診療所の医師と在宅療養支援病院や後方病院の医師、そしてコメディカルスタッフとの連携によって初めて在宅療養患者や家族にとって満足のゆく在宅療養が継続されるのではないかと考えている。

日本慢性期医療協会では、講座を通してスタッフ教育を含めた慢性期医療の質の向上を目指していきたいと考えている。

A. 研究目的

2025年の医療・介護提供体制予想は、医療・介護が必要な患者が現在より300万人増加し、年間死亡者数は2008年度の1.5倍の約160万人、入院患者数としては3倍以上になると言われている。すなわち国民が1回病気にかかり、1回入院して死亡すると仮定しても、患者数は1.5倍になることを意味している。もし複数回病気にかかり、複数回入院した結果、死亡する国民が多いとすると患者数は3倍以上になる。しかしながら厚生労働省は病院病床を増やすつもりはない。これらの激増する患者を入院加療していくとなると、患者一人当たりの入院期間を現在の1/3以下にしなければ対応することは物理的に不可能である。その結果、現在よりはるかに短期間で病院を退院してくる患者の一部は介護保険施設へ入所するかもしれないが、ほとんどの患者は在宅で過ごすこととなり、今後在宅療養患者が急増してくるだろう。そしてこれらの患者の約9割は、慢性期医療が担うべき患者層であるとも言われている。

慢性期医療とは、高度急性期病床で受けた治療後の患者の治療を継続して行い、その疾病や治療によって傷害された身体環境の悪化（医原性身体環境破壊）に対して総合的に疾病前の状態に回復させるように治療を行い、患者が介護保険施設や在宅療養に移行するまでにQOLを回復させ、病状の悪化を防ぐ機能を含め、非常に広範囲な医療の概念が必要であると考え。特に高齢者は容易に身体環境のバランスが崩れることが多いので、重大な疾病に罹患する場合や、疾病の急性期治療中に身体環境の悪化に陥り、重篤な状態で慢性期病床に紹介されて転院してくる症例も多い。特に脱水、低栄養、高血糖、電解質異常、貧血などの多くの因子が絡み合っただけで複雑な病状を呈する場合は、治療が大変複雑となる。そこで当院では、当該入院患者に対して適宜血液検査を行い、BUN、ALB、TCHO、GLU、Na、Hbの6項目の結果によって64通りの治療用パスを実施している。今回、慢性期病院へ入院してくる患者について調査した。

B. 研究方法

平成22年1月から平成24年11月まで当院を含む医療療養病床を有する計15病院の新入院患者のうち、上記6項目とCrを追加した全7項目を検査した12,508症例(入院時平均年齢81.01±11.54歳,男性5,183名(77.04±12.14歳)、女性7,325名(83.82±10.20歳))を対象とした。

調査内容について、療養病床へ入院してくる患者は、高度急性期病院において、急性期治療を終えた患者をはじめ、在宅療養されている方や特養や老健などの施設入所者で慢性療養中の

方が急変した場合に医療ケアを受けるために入院してくる。そこで、対象患者が当院を含む医療療養病床を有する計 15 病院 へ入院してくる前の居場所について調査した。また当院ではかねてより患者の血液検査の 6 項目の値によって、患者の病態を樹形図により 64 通りの病態像に分類している。その値は、ALB3.5 g/dl 以下、TCHO120 mg/dl 未満、BUN25 mg/dl 以上、Na136mEq/L 未満、GLU150 mg/dl 以上、Hb8.0g/dl 未満である。この値は、直ちに何らかの対応を開始すべき値として経験上仮に独自に設定したものである。そこで、対象患者の入院時血液検査値より、6 項目の異常値を示す患者割合と、最も悪いとされる異常値について調べた。また、急性期病院では臓器別専門医が多いためか、多くの薬を処方したり、長期臥床を要請したりと、高齢者に適切な治療が行われているとは言い難く、最近の平均在院日数の短縮化もあって、主病名の治療に専念するために、主病名以外の症状に対して把握できていないのではないかと思われる患者が紹介されて入院してくることもある。そこで、高度急性期病院を含む一般病院から入院してくる患者に対する診療情報提供書にて、脱水、低栄養、高血糖、電解質異常、貧血についてのコメント等の有無と、それぞれの病院からの紹介入院患者における異常値割合についても調べた。

(倫理面への配慮)

今回の研究に関しては、当院倫理委員会で審議され、承認を得た。

C. 研究結果

慢性期病院へ入院してくる患者の入院元は、高度急性期病院を含む一般病院が 48.63%、特養・老健が 23.73%、自宅が 17.62%、療養病床を有する病院が 2.31%、回復期リハビリテーション病棟を有する病院が 1.5%、有床診療所が 0.81%、居住系施設 5.4%であった。12,508 症例中、入院時血液検査結果において BUN25 mg/dl 以上は 3,048 症例 (24.4%)、ALB3.5g/dl 以下は 5,729 症例 (45.8%)、TCHO120 mg/dl 未満は 1,351 症例 (10.8%)、GLU150 mg/dl 以上は 3,008 症例 (24.0%)、Na136mEq/L 未満は 3,687 症例 (29.5%)、Hb8.0g/dl 未満は 480 症例 (3.8%)であった。また、BUN25 mg/dl 以上、ALB3.5g/dl 以下、Na136mEq/L 未満を示す患者の入院元は、いずれも高度急性期病院を含む一般病院は約半数を占めていた。

高度急性期病院を含む一般病院から慢性期病院へ 20 名以上の紹介入院のあった 39 病院につ

いて調べてみると、BUN25 mg/dl 以上を示す患者が、その病院における全紹介患者数の 50%以上を占める病院もあった。しかもその病院における BUN の最高値は 131 mg/dl と非常に高値を示していた。また ALB が 3.5g/dl 以下を示す患者は、その病院における全紹介患者数の 86%以上と、紹介してくる患者のほとんどが低栄養のまま慢性期病院へ入院してきていることがわかった。このような紹介元の病院からの診療情報提供書において、病名に脱水や低栄養、高血糖、電解質異常、貧血などの状態にあることを示していた病院は、全体のわずか 7%であった。また、血液検査結果が異常値であることを示し注意を促していた病院は、1%であった。

D. 考察

今回の調査で慢性期病院へ入院してくる患者の多くは、高度急性期病院を含む一般病院からの紹介入院が半数以上であり、入院時血液検査において異常値を示していた患者の半数も高度急性期病院を含む一般病院からの紹介入院患者であることが分かった。

このような紹介元の高度急性期病院を含む一般病院からの紹介状を見てみると、病名に脱水や低栄養状態であることを示していた病院はわずか 7%であり、血液検査結果が異常値であることを示し、注意を促していた病院は、わずか 1%であった。

急性期病院では、臓器別専門医による専門分野の治療が中心であり、平均在院日数の短縮化により、主病名の急性期治療後の患者はすぐに慢性期病院に紹介され、慢性期病院において継続して治療を行っている。しかし高齢者は主病名を発症する前に低栄養や脱水などの様々な合併症等の身体環境の乱れを併せ持っており、特に脱水、低栄養、高血糖、電解質異常、貧血などの多くの因子が絡み合って複雑な病状を呈する場合は治療が大変複雑となるが、急性期病院の医師のほとんどが把握できていないために、主病名の治療がかえって身体環境の悪化を招いていることが考えられる。

E. 結論

慢性期病床への入院患者は、重度化してきている。団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に年間死亡者数が現在の 1.5 倍、入院患者数は 3 倍以上となると、病院数を増やさずに平均在院日数の短縮化によって対応すると考えた場合、入院期間は急性期から慢性期まで現状の 3 分の 1 以下にならざるを得ない。つまり、現在の急性期病院での入院期間の後半 3 分の 2 で