

気管支喘息

- ・喘息は可逆性のある病気だそうですが、何もせずに、じっと待っていると、また普通の状態に完全に回復するものですか？
- ・気管支喘息があり、吸入薬を処方されたのですが、上手に吸入できません。また、声がかれるなどの副作用のことをきき、心配ですが？

太田@おやま城北クリニック 【23問】

在宅医療総論

- 1) 在宅医療は高齢者のための医療ですか
- 2) 在宅医療は病院医療より質が低いのですか
- 3) 在宅医療の目的は在宅での看取りですか
- 4) 在宅では急性期医療に対応できないのですか
- 5) 在宅では血液検査ができないのですか
- 6) 在宅でエコー検査ができるのですか
- 7) 在宅で緩和ケアの提供ができるのですか
- 8) モルヒネは危険な薬ですか
- 9) 在宅医療は夜間や休日に対応できるのですか
- 10) 在宅医療というのは往診のことですか
- 11) 在宅医療は財政論から推進されたのですか
- 12) 在宅医療は独居者には提供できないのですか？
- 13) 在宅医療は自宅で提供する医療のことですか

在宅看取り（死亡診断）

- 1) 在宅での死亡は警察に届けて検屍になるのですか
- 2) 医師が24時間以内に診ていない場合は在宅で死亡診断できないのですか（死体検案になるのですか）
- 3) 医師が24時間以内に診ている場合は、診察しなくとも診断書が書けるのですか
- 4) グループホームでの死亡場所は、その他になるのですか（死亡診断書の記載）
- 5) 在宅での死亡判定の場合、死亡時刻は医師が診察した時間ですか（家族が呼吸停止を確認した時間か）
- 6) 呼吸が停止していても瞳孔散大を確認できない時は、死亡判定できないのですか
- 7) 死亡診断書の死亡の直接の原因に「老衰」と記載することができますか？

胃瘻

- 1) 胃瘻にすると口から食べるできないのですか？
- 2) 胃瘻にすると一食たべることができないのですか？
- 3) 胃瘻にすると肺炎（誤嚥性）の心配がなくなるのですか？

三浦久幸 【17問】

老いや死の価値

- 1) 病院、自宅、施設のうち、どこが一番死亡が多いですか
- 2) 病院での死亡が多いのはなぜですか
- 3) 人生の最期の療養場所にはどのようなものがありますか
- 4) 胃ろうは誰でも延命効果がありますか
- 5) 胃ろうの延命効果はどのくらいですか
- 6) 胃ろう以外の人工栄養法の特徴を教えてください
- 7) 安楽死、尊厳死、自然死、平穏死などどう違うのですか
- 8) 自分の生き方の希望を残したのですが、どうすれば良いですか
- 9) リビングウィルや事前指示書はどのようなものですか
- 10) リビングウィルは法律で認められていますか

在宅医療と連携

- 1) 在宅療養中に、急変したときの病院の受け入れ体制はありますか
- 2) 在宅医療は24時間で対応してくれますか
- 3) 病気で入院した後に、退院までの流れはどのようになっていますか
- 4) 在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所とは何ですか
- 5) 訪問看護はどのようなときに利用するのですか
- 6) 地域包括支援センターと在宅医療との関係はどのようですか
- 7) 診療所間の連携や医療と介護の連携はどのようになっていますか

大河内 二郎 (3問)

数はすくないのですが、老健の現場でよくある質問です。

Q 老人保健施設ではアリセプト（ドネペジル）は処方できないのですか？

A (案) 老人保健施設では、入所費に薬剤費が含まれており、高額な薬剤を処方しにくい介護報酬となっています。このため、老人保健施設では低額でも効果が充分なお薬に変更したり、リハビリなどにより、改善を図っていきます。なお、特別養護老人ホームの場合は薬剤費は別立てであり、他の手段（リハビリ）も限られているため、高額な薬がそのまま継続される傾向にあります。

Q 老人保健施設は在宅復帰を目指している施設ですか

A (案) もともと老人保健施設は病院と在宅の中間を担う中間施設として構想され、その機能を果たしていましたが、介護保険法の導入で、在宅復帰という目的が一時ぼやけておりました。平成24年度の介護報酬改定により、在宅復帰型施設を目指す施設が増えている傾向があります。

Q 老人保健施設で看取りはできますか。

A (案) 老人保健施設での看取りは少しずつ広まってきており、約半分の施設が看取りを行っていると考えていいでしょう。看取りにおいては、条件や療養の内容等に制限がある場合があるので、個別の老人保健施設に問い合わせるとよいでしょう。

	質問	答え
1.etiology	Q1.褥瘡はどうして起きるのですか？ Q2.床ずれと褥瘡は違うのですか？ Q3.褥瘡はおしり以外にもできると聞いたのですが。	・圧迫、応力、ずれ ・好発部位
2.prevalence	Q4.在宅で介護している母に褥瘡ができてしまいました。よくあることなのでしょうか。	訪問看護ステーションの褥瘡有病率 5.45%、発生率 4.4% (日本褥瘡学会実態調査, 2010)
3.factor	Q5.褥瘡ができやすい、できにくいってありますか？	褥瘡を有する患者の特徴=リスクファクター
4.prediction	Q6.褥瘡のできやすさはどうやってわかりますか？ Q7.在宅高齢者の褥瘡のできやすさを調べるには、どの方法が良いですか？	・量的評価：ブレードンスケール、K式スケール、OHスケール ・質的評価：厚生労働省褥瘡に関する危険因子評価票 高齢者：厚生労働省褥瘡に関する危険因子評価票 寝たきり高齢者：OHスケール
5.prevention mattress skin care nutrition	Q8.褥瘡を予防したいのですが、どんなことに注意すればよいですか。 Q9.高齢の夫との2人暮らしで、体位変換をしてくれる人がいません。 Q10.エアマットレスが不安定で体を動かしづらそうです Q11.関節が拘縮していて、うまく体位変換ができません。 Q12.尿や便をよく漏らします。褥瘡はできやすくなりますか？	除圧の考え方、圧移動、(スモールシフト)、スキンケア、栄養管理の重要性 体圧分散マットレスの使用と注意点 マットレスの適応、介護用品店との相談など？ 関節拘縮予防、クッションを用いた除圧 排泄物による汚染の除去(洗浄)、皮膚保護

百瀬由美子 (35問)

問答集 質問項目【高齢者の尊厳】【倫理的問題と対応】

1. 高齢者と家族の意見が異なる場合、どちらの意見を尊重したらよいのでしょうか
2. 認知症高齢者に胃ろう増設するかどうかは、家族が決めるべきでしょうか。

3. 認知症高齢者が若くて元気だったころの「危篤状態になったら何もしないでほしい」とっていた発言を本人の意思とみなしてよいでしょうか。
4. 以前、高齢者と家族と話し合っ、危篤状態になっても何もしないと決めました。急変時に家族が病院に連れて行って欲しいと言います。どうしたらいいですか。
5. スタッフ間で意見が分かれた時、どのように高齢者へのケアを決めてよいでしょうか。
6. 意思表示のできない高齢者の意思をどのように把握したらよいのでしょうか。
7. 高齢者の尊厳を守るとは具体的にどのようなことでしょうか。
8. 認知症高齢者のアドボカシーとは何ですか。
9. 倫理原則とは何ですか？
10. エイジズムとは何ですか？
11. 倫理原則は、現場の問題に取り組むときに使えますか？
12. 家族から「入所している施設で父が職員から虐待を受けているかもしれない」と相談されました。どのような対応をしたらいいですか。
13. 家族から虐待を受けている高齢者が「誰にも言わないで欲しい」と言います。高齢者の意思を尊重すべきでしょうか。
14. 高齢者虐待とはどのようなことでしょうか。
15. 食べられなくなった高齢者は、胃ろうなどの人工的栄養法をしなくてはいけないのでしょうか。
16. スタッフが高齢者の人権を無視した対応をしています。このスタッフにどのように声をかけたらよいでしょうか。
17. 家族から徘徊する高齢者を「縛ってください」といわれました。縛っていいでしょうか。
18. 転倒しないための安全ベルトも拘束でしょうか。
19. テーブルに車椅子をつけて高齢者が立てないようにすることは拘束でしょうか。
20. 「これはダメ」「あれをしてはダメ」というのは言葉による抑制でしょうか。
21. 高齢者の排泄状況についてスタッフが大声で話すことはプライバシーの侵害でしょうか。
22. 高齢者同士のいじめがありますが、スタッフが仲に入って解決したほうがよいでしょうか。
23. 嚥下機能が低下してやせてきた高齢者に家族が無理やり食べさせています。止めた方がよいでしょうか。
24. 生活リズムを整えるためには、高齢者が横になりたがっても日中は起きていてもらうべきでしょうか。
25. 女性の高齢者から排泄介助は女性スタッフにしてほしいと言われて困ります。どのように対応したらよいでしょうか。
26. 理解できるように思えないのですが、高齢者にケアする前に説明しなくてはいけないのでしょうか。
27. 高齢者が自分でするのを待っているより介助者が手伝った方が早くて安全です。なぜ手伝っていけないのでしょうか。
28. 糖尿病を患う高齢者から「死んでもいいから好きな物を食べたい」といわれました。食べてもらってよいでしょうか。
29. 腰痛を訴える入所者を病院に連れて行ったら「歳だから仕方がない」といわれました。高齢者は治療を受ける権利がないのでしょうか。
30. 認知症の高齢者は家族会議のときいつも蚊帳の外です。座っているだけでも参加してもらった方がいいでしょうか。
31. ユニットケアの入所者は多床室の入所者よりたくさんお金を払っているので、サービスを充実させな

ければいけないでしょうか。

- 3 2. 感染症の疑いのある高齢者がショートステイを希望していますが、他の入所者に感染しないように断ってもよいでしょうか。
- 3 3. 遠い親戚という人から高齢者の最近の様子や容体を聞かれましたが、答えてもよいでしょうか。
- 3 4. 施設に事前指示書を導入したいと思いますが、どのようなタイミングで高齢者や家族に聞いたらいよいでしょうか。
- 3 5. 事前指示書にはどのような項目が必要でしょうか。

和田忠志 (50問)

<本人や家族からの問い>(14)

- 自宅で急変したら救急車を呼べばよいですか？
- 食事がとれない患者は自宅では過ごせませんか？
- 自宅で2時間おきの体位交換は無理だと思います。退院はできないと思います。在宅医療を受けていると、そのほかに病院に通うことができなくなりますか？
- 在宅医療を受け始めてから、もともと通っていた病院に入院できますか？
- 最期は病院に入院したいのですが、在宅医療は受けられますか？
- 患者を自宅で介護すると旅行や法事にでかけられないかもしれないと不安です。家族はインスリン注射（褥瘡処置）をしてもよいですか？
- 病院では経管栄養剤を購入していましたが、在宅医療でも継続購入になりますか？
- 自宅で丸山ワクチンを継続して注射してもらえますか？
- 歩行可能な人に訪問診療を行うことは可能ですか？
- 薬の宅配と訪問薬剤管理指導の違いは何ですか？
- 入れ歯が合いません。歯医者に行くことは困難ですが、どうすればよいですか？
- 自宅で抜歯ができますか？

<在宅医療の臨床上の問い>(20)

- 検査機器がない自宅で医療水準が維持できますか？
- 自宅でレントゲンは可能ですか？
- 自宅で内視鏡検査は可能ですか？
- 自宅で輸液は可能ですか？
- 自宅で輸血は可能ですか？
- 自宅で（腹膜透析以外の）透析は可能ですか？
- 自宅でがんの化学療法が可能ですか？
- 自宅や高齢者施設での麻薬管理では金庫が必要ですか？
- 麻薬処方箋はどのようなものですか？また、どの医師でも発行できますか？
- 自宅用の鍵のかかる麻薬注入ポンプとはどのようなものですか？
- 皮下輸液とはどのようなものですか？
- ラップ療法とはどのようなものですか？
- 自宅で胃瘻チューブを交換して確実に胃内に挿入されていることを確認できますか？

自宅では褥瘡に専門チームが関わらず治癒率が低いと言われますが本当ですか？
自宅や高齢者施設（障害者施設）での肺炎は市中肺炎として治療してよいですか？
自宅や高齢者施設（障害者施設）では耐性菌の存在を考慮する必要はありますか？
MRSA の存在する患者を自宅で除菌すべきですか？
自宅で絶食を指示するのはどのような場合ですか？
自宅で予防接種や抗生剤投与後に生じたアナフィラキシーにはどう対応しますか？

<24 時間対応と看取り>(6)

24 時間対応を行う医師は酒も飲めないのですか？
導入時に本人や家族が自宅で最期まで頑張ると決めていないと看取りは困難ですか？
導入時に本人や家族が病状を理解していないと看取りは困難ですか？
看護師に 24 時間対応を依頼できますか？
訪問看護師に緊急の訪問看護を依頼できますか？
連携して複数医療機関が在宅医療を行う場合に主治医以外の医師は看取りが可能ですか？

<多職種連携>(6)

看護師は自宅で点滴静脈注射ができますか？
自宅で針刺し事故が起きた時の対応を教えてください。
処方箋発行時、自宅に FAX が無いとき処方情報はどう薬局に伝えますか？
残薬確認を薬剤師に依頼することができますか？
輸液用のチューブやフーバー針は処方箋で処方できますか？
薬剤師でない者が自宅に薬物を配達できますか？

<施設その他での在宅医療>(4)

高齢者施設に訪問診療・往診は可能ですか？
高齢者施設で看取りは可能ですか？
デイサービスセンターや通所介護事業所に訪問診療・往診は可能ですか？
デイサービスセンターや通所介護事業所で看取りは可能ですか？

神崎恒一 【43問】

認知機能

1. 何度言っても分かってもらえないのですがどうしたらよいのでしょうか？
2. 最近言葉が出にくいのですが脳梗塞でしょうか？
3. 親戚から「あなたのお父さん、認知症じゃないの？病院で診てもらったら」といわれたのですが、私にはそうは思えません。病院に連れて行った方がよいのでしょうか？
4. 父親が認知症じゃないかと思うのですが、かかりつけの先生がいません。どうしたらよいのでしょうか？
5. 母親が認知症じゃないかと思うのですが、病院に行こうといっても、私はそんなのじゃないから放っといて、と言われる。どうしたらよいのでしょうか？
6. 隣の一人暮らしのお婆ちゃんですが、認知症じゃないかと思うのですが、どうしたらよいのでしょうか？
7. 認知症の専門は何科ですか？

8. 糖尿病と高血圧のため近くのお医者さんに通っているのですが、もの忘れがひどいことを相談したら、「私は専門ではないのでみれません」と言われました。どうしたらよいのでしょうか？
9. 睡眠薬を常用しているのですがよくないのでしょうか？
10. 認知症の薬を飲むともの忘れはよくなるのでしょうか？
11. 薬は飲ませたくないのですが、薬以外に治療法はありますか？
12. 何をするのも面倒くさがってやってくれません（お風呂、買い物など）。認知症の心配があるのでしょうか？
13. 近くの病院で認知症と言われ薬をもらったのですがちっとも聞きません。本当に認知症なのでしょうか？
14. 認知症の予防のためには脳トレが一番なのでしょうか？

BPSD

1. BPSD とは何ですか？
2. 急に怒りっぽくなるのですがなぜでしょうか？理由がわかりません。
3. せん妄とは何ですか？
4. 夜寝ずにゴソゴソしているのですが、どうしたらよいのでしょうか？
5. 夜寝なくて、昼間に寝てばかりいるのですが、どうしたらよいのでしょうか？
6. 夕方から夜にかけてそわそわ落ち着きがなくなります。どうしたのでしょうか？
7. 最近うちのお婆ちゃん、勝手に隣のうちの庭に入って何かしようとします。認知症でしょうか？
8. 暴力がひどくもう一緒に住めません。どうしたらよいのでしょうか？
9. うちにいて、「そろそろ帰る」と言います。どこに帰るのでしょうか？

ADL

1. できないことでも本人にやらせた方がよいのでしょうか？
2. 最近家で寝てばかりいます。どうしたらよいのでしょうか？
3. 最近食事をあまり食べないのですが大丈夫でしょうか？
4. 夜中にトイレに頻繁に行って、あまり寝ていないようなのですが、どうしたらよいのでしょうか？
5. トイレに間に合いません。どうしたらよいのでしょうか？
6. デイサービスに行ってくれないのですがどうしたらよいのでしょうか？
7. 最近歩き方がおぼつかなくて転ぶことがあるのですが大丈夫でしょうか？
8. 薬を飲んでくれないのですがどうしたらよいのでしょうか？
9. 歩き方が危ないので杖を使うように言っているのですが、言うことをききません。どうしたらよいのでしょうか？
10. 徘徊がひどくて困っています。どうしたらよいのでしょうか？

介護者

1. わかっていてもきつい言葉を吐いてしまいますのですが、やはりよくないのでしょうか？
2. いらいらして手を出してしまいそうです。どうしたらよいのでしょうか？
3. お酒が好きで、減らすように言ってもきかないのですが、どうしたらよいのでしょうか？
4. 九州に住んでいる一人暮らしの母親が認知症になったので、東京に連れてこようと思うのですが、環境が変わると良くないと聞いたことがあります。どうしたらよいのでしょうか？
5. 耳が遠いのに補聴器をしてくれません。どうしたらよいのでしょうか？

6. うちの母親は認知症です。昔から目がほとんど見えないのですが、関係があるのでしょうか？
7. うちの中がごみ屋敷になっています。認知症でしょうか？
8. 介護の悩みを相談したいのですが、先生に話しても聞いてくれません。どこか相談するところはあるのでしょうか？
9. 認知症になるといつか徘徊するのでしょうか？心配です。
10. 母親の認知症がどんどん進んでいきます。傍で見ていると悲しくなります。薬もあまりききません。何かできることはないのでしょうか？

III) 在宅 DVD 第一版の完成

在宅関連の DVD は撮影終了し、完成後 1 時間 30 分程度のエッセンスに編集して、研修用 DVD にブラッシュアップし、配布を開始し、1000 部配布終了した。さらに千部増刷し、900 部は逐次配布予定。

(作成；太田、和田、大島、三浦、鳥羽 監修；班員全員)



Vol.1 総論：在宅医療の心と技

- ①在宅医療推進の社会的背景
(高齢社会、国民の願い、地域包括ケア)
- ②看取り可能な在宅医療とは？
- ③在宅医療とは、全人的医療としての在宅医療
- ④在宅医療導入面接、退院時カンファレンス、家族対応
- ⑤多職種協働とケアカンファレンス
- ⑥地域連携、行政、指示書等の書き方

Vol.2 在宅医療で必要な基本手技

- ①初めて患者さんを訪ねるとき、最初数回の訪問で行うべきこと
- ②基本的診療手技と検査
- ③在宅医療における栄養法
- ④排泄援助手技、人工肛門、尿道カテーテル、膀胱瘻の管理、看護師との連携
- ⑤呼吸管理手技、酸素療法、気管切開の管理、人工呼吸器の管理
- ⑥在宅リハ
- ⑦住宅改造、介護保険利用、自治体相談

Vol.3 状態変化への対応

- ①24 時間対応の実際現場
- ②電話相談の方法と臨時往診の実際
- ③救急対応、発熱・外傷・骨折への対応
- ④トリアージと病院連携

- ⑤入院後の対応 退院時カンファレンス
- ⑥自宅での看取りと死亡診断書及び法的な問題

IV)在宅拠点教育用パワーポイント集の作成

市町村行政官対象の在宅医療・介護連携推進事業研修会が、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土台として、2013年10月22日東京で実施された。その際、#1. 市町村の役割、#2. 在宅医療・介護の連携の手順、#3. H24年度在宅連携拠点事業の紹介、#4. 国立長寿医療研究センター在宅連携医療部による「市町村ハンドブック」に関する、当研究で作製した在宅医療推進パワーポイント集がテキストとして用いられた。2013年10月23日に開催された在宅医療・介護連携推進事業研修会には、46都道府県から334名（市町村職員20%、県職員21%、郡市医師会員13%、県保健所10%、医療機関職員14%、その他医療・介護従事者22%）が受講した。研修資料として医療と介護の連携法と在宅医療推進研修運営法の手順書が配布・解説された。

受講者の約85%が内容を理解し、満足された。編集したパワーポイント集は研修会テキストとして受講者に配布され、また国立長寿医療研究センター在宅連携医療部ホームページからも今回の受講者や地域の在宅医療推進関係者が各自でダウンロードすることにより各地域における在宅医療推進のために利用できるようにした。

V) 在宅医療阻害要因に関する事例収集と評価

昨年は在宅療養支援診療所から全部で166例が収集され、本年度は事例を提出した医療機関(病院および有床診療所)は合計37施設であった。病院と老人保健施設から全部で130事例であった。収集事例の内訳は、事例①は30病院から合計48例、事例②は23病院から合計29例、事例③は24病院から合計41例が収集された。従って、病院から収集された事例は合計118例となった。

事例を提出した老人保健施設は合計4施設であった。収集事例の内訳は、事例①は4施設から合計5例、事例②は3施設から合計4例、事例③は3施設から合計3例が収集された。従って、老人保健施設から収集された事例は合計12例となった。

本年は病床を有する医療機関及び介護老人保健施設から130例の事例提出を受けた。老人保健施設で事例が少なかったのは、病院に比較して在宅医療患者に対する急性増悪などへの対応が少ないためと考えられた。しかし、老人保健施設で退所前カンファレンスの事例が得られたことは画期的と考える。昨年に引き続き、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。来年度は補足的な事例収集および既存収集症例に対する補足情報収集を行ったうえで、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(和田)。

2012年度に在宅療養支援診療所を対象に行った在宅事例調査の解析により、急性疾患併発により入院を余儀なくされる因子として、「初期の感染症治療への抵抗性」と「急な状態変化にともなう不十分な介護体制」等が抽出された。自宅で最期までの療養については、「基礎疾患が悪性腫瘍」、「本人の意思が明確」であること、一方、入院・入所が余儀なくされた事例では、「認知症の合併」や「独居」等の因子が抽出された。これらの典型的な事例の収集を行った。在宅医療支援病棟入院患者については、2009～2013年度の4年間に入院した延べ1008人に対する後ろ向きコホート調査を行った結果、がん患者の自宅死亡率が28.8%(vs.非がん37.8%)と低く、また、施設入所が増える傾向にあった。がん、非がん別に自宅死亡、病院死亡、施設入所・死亡の典型例につきそれぞれ事例収集を行った。上記、在宅療養中、入院中・後の異なっ

た状況下での、在宅療養の継続成功例、困難例として平成26年度までにテキスト資料にまとめる計画である【三浦】。

VI) 多職種教育の阻害要因の克服に関する教育システム

日野市における多職種協働の阻害要因の検討：

東京都日野市における在宅医療の阻害要因を調査した結果、①訪問診療中止例（50例）のうち死亡以外で在宅療養生活が困難となったケースは94例中16例（17%）であった。②中止理由としては、肺炎後の在宅療養継続困難例（5例）、認知症の介護困難例（4例）が約60%を占めていた。このことから、肺炎の予防、認知症患者の介護破綻の抑止が、在宅療養の継続を可能化すると考えられる。

<研究2> 杏林大学病院高齢診療科に入院した独居の91歳女性で、認知機能の低下のため、ワルファリンの過剰服用が疑われた症例を経験した。診断のほか、医療面特に服薬整理、介護面で複数の職種が協働した結果、患者の独居生活を維持することができた。このような多職種協働の実例を集積することで、在宅医療の継続推進のためのツール（教育のための事例集）を作成することができると考えられる（神崎）。

阻害要因を克服する教育システムの展開

東京大学高齢社会総合研究機構が中心となり開発を進めている「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」における多職種協働を促すコンテンツとして、認知症とリハビリテーションをテーマとした「領域別セッション」の教材作成を行った後、都内某区において、作成された教材に基づき実施された研修会の映像収録を行った。作成された教材ならびに収録映像はホームページに掲載し、全国各地で活用できるように公開を予定している。今後、他テーマについても作成を継続していくとともに、その効果を検証していく予定である【辻】。

タイトル	時間	形式	資料(PDF)	動画
①摂食・嚥下への対応の基本	40分	講義		
②口腔ケア	10分	講義		
③事例検討1：在宅での摂食・嚥下障害～多職種で行う嚥下リハ～	35分	事例		

テキスト評価

多職種協働のための連携のための手段に用いるため国際生活機能分類を応用した余暇および社会交流のICFステージング指標を作成し、その妥当性および信頼性について検討した。余暇および社会交流の指標は構成概念妥当性、内容的妥当性およびテスト再テスト法による信頼性に優れた指標である（大河内）。

D. 考察

住み慣れた在宅で慢性期の医療を受けたいという希望に対応し、厚生労働省は在宅医療制度の整備と強化

のため、在宅療養支援診療所、在宅医療支援病院、救急入院医療への紹介加算、訪問看護の強化などの施策をとってきた。在宅療養支援診療所は1万弱に増加し、最大診療領域は過疎地を除いて本邦の半分以上をカバーしている（在宅医療診療所マップ）。しかし、高齢者の軽度ないし中等度の救急搬送は倍加し、在宅死は増加していない。これらの施策の問題点は、一に在宅に關与する医師の時間的不足と、訪問看護の利用向上の解決手段が確立していないことである。岐阜県の成功事例からも、この両者を同時に改善するには、看護を主体とする多職種協働が在宅医療の需要の多くを、利用者が満足出来るレベルでカバーし、在宅医が少ない負担で多くの患者を診ることが出来る体制を構築することにつきる。本教育システムは看護、歯科、薬剤、介護者教育における検証、在宅医療での実証を経て有効な潤滑剤として開発されれば、厚生労働省の多職種に対する全国的教育展開の施策に十分反映されると確信する。

テキスト完成までの道筋は、従来の系統的知識を簡易な用語に改変し、理解を助ける表現を加える作業で、看護研修者の評価は厳しいものであった。

これらの指摘を受け入れ、大幅に改変し、Q&Aのテキストにも活かしていく必要が痛感された。

E. 結論

- 1) 多職種在宅医療情報は職種間で非対称性ではなく、項目により得意不得意がある。BPSDやエンドオブライフケアは、看護、リハ、MSWなどが医師を啓発し、家族の安心を図る分野であることが示唆された。
- 2) 多職種テキストは理解力を高め学習効果が高い可能性が示唆された。
- 3) DVDテキストは好評で、視覚効果は理解と記憶に訴える力が強いことが示唆された。

F. 健康危険情報

なし

別添 4 分担研究報告書

平成 25 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を行った。2013年4月1日から2013年12月31日までの下記①②③の事例を、分担研究者が選定した在宅医療と積極的に連携していると考えられる病院、研究班員である武久洋三氏、および公益社団法人全国老人保健施設協会会員施設の協力を得て収集した。収集した事例は、①在宅医療を受けていたが、在宅医療の課題のために入院(老人保健施設入所・短期入所)になった例、②在宅医療を受けていて入院した例で、病院治療(老人保健施設入所・短期入所)において在宅医療では見逃されていた課題が明らかになった例、③在宅復帰の多職種ケアプラン会議録(退院前カンファレンス例)の議事内容である。

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なう。収集にあたっては、在宅医療の課題が明らかになるような事例を集める。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ようにする。

B. 研究方法

①在宅医療を受けていたが、在宅医療の課題のために入院(老人保健施設入所・短期入所)になった例(平成 25 年 4 月 1 日から 12 月 31 日に入院あるいは入所・短期入所)、②在宅医療を受けていて入院した例で、病院治療(老人保健施設入所・短期入所)において在宅医療では見逃されていた課題が明らかになった例(平成 25 年 4 月 1 日から 12 月 31 日に入院あるいは入所・短期入所)、③退院前カンファレンスを行った例の議事内容(平成 25 年 4 月 1 日から 12 月 31 日にカンファレンス実施)を収集した(収集期間平成 25 年 11 月 1 日～26 年 1 月 24 日)。これらはすべて担当した医師が記載する形態をとった。事例収集依頼は次の 3 群に対して行った。①在宅医療と積極的に連携していると考えられる病院(38 施設)を研究者が選定して郵送での依頼、②医療法人平成博愛会が経営する病院(19 施設)および連携医療機関に対する依頼、および、③公益社団法人全国老人保健施設協会から紹介を受けた介護老人保健施設(78 施設)への郵送での依頼である。

(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する形とした。

C. 研究結果

事例を提出した医療機関(病院および有床診療所)は合計 37 施設であった。病院と老人保健施設から全部で 130 事例であった。収集事例の内訳は、事例①は 30 病院から合計 48 例、事例②は 23 病院から合計 29 例、事例③は 24 病院から合計 41 例が収集された。従って、病院から収集された事例は合計 118 例となった。

事例を提出した老人保健施設は合計 4 施設であった。収集事例の内訳は、事例①は 4 施設から合計 5 例、事例②は 3 施設から合計 4 例、事例③は 3 施設から合計 3 例が収集された。従って、老人保健施設から収集された事例は合計 12 例となった。

D. 考察

昨年は在宅療養支援診療所から全部で 166 例が収集され、本年は病床を有する医療機関及び介護老人保健施設から 130 例の事例提出を受けた。老人保健施設で事例が少なかったのは、病院に比較して在宅医療患者に対する急性増悪などへの対応が少ないためと考えられた。しかし、老人保健施設で退所前カンファレンスの事例が得られたことは画期的と考える。昨年に引き続き、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。来年度は補足的な事例収集および既存収集症例に対する補足情報収集を行ったうえで、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

全国 37 病院と 4 老人保健施設から 130 事例の提出があった。①在宅医療を受けていたが、在宅医療の課題のために入院・入所した例 53、②在宅医療を受けていて入院した例で、病院・入所において在宅医療では見逃されていた課題が明らかになった例 33、③退院前カンファレンスを行った例 44 の議事内容であった。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

「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」
”在宅医療支援病棟、事例収集、評価”

H24・長寿・一般・006) 鳥羽班

国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部長 三浦久幸

研究要旨

2012年度に在宅療養支援診療所を対象に行った事例調査の解析により、急性疾患併発により入院を余儀なくされる因子として、「初期の感染症治療への抵抗性」と「急な状態変化にともなう不十分な介護体制」等が抽出された。自宅で最期までの療養については、「基礎疾患が悪性腫瘍」、「本人の意思が明確」であること、一方、入院・入所が余儀なくされた事例では、「認知症の合併」や「独居」等の因子が抽出された。これらの典型的な事例の収集を行った。在宅医療支援病棟入院患者については、2009～2013年度の4年間に入院した延べ1008人に対する後ろ向きコホート調査を行った結果、がん患者の自宅死亡率が28.8%(vs.非がん37.8%)と低く、また、施設入所が増える傾向にあった。がん、非がん別に自宅死亡、病院死亡、施設入所・死亡の典型例につきそれぞれ事例収集を行った。上記、在宅療養中、入院中・後の異なった状況下での、自宅療養の継続成功例、困難例として平成26年度までにテキスト資料にまとめる計画である。

A. 研究目的

本研究班の高齢者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おいて、在宅療養・医療の継続における阻害要因がどのようなものであるかを明らかとし、この阻害要因の克服に多職種協働が有効であるか、有効であるとすれば、どのような状況下で、どのような協働の在り方が有効であるかを明らかとすることが重要である。本分担研究では、在宅医療を受けている状況で、この継続を可能とする要因や困難とする要因を事例により抽出し、典型的事例を事例集としてまとめる。このことにより、阻害要因を克服する多職種協働について、より、実践に即した形での理解を進めることができる。

B. 研究方法

1. 在宅療養支援診療所への事例調査

2012年度に在宅療養支援診療所に事例調査への協力を依頼し、協力を得た33の全国の診療所の事例を対象とした。収集した事例群は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(33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(33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(32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(35例)であった。これらの対象となる事例群については、事例群の属性・介護環境等を χ^2 乗検定により、自由記載部分の質的評価をグラウンデッド・セオリー・アプローチにより行い、今回は成功・阻害因子のコア・カテゴリーを抽出した。

2. 在宅医療支援病棟の事例調査

2009～2013年度の4年間に国立長寿医療研究センター在宅医療支援病棟に入院した延べ1008人に対する属性、基礎疾患、退院時転帰、予後についての後ろ向きコホート調査を行った。

(倫理面への配慮)

関係者には本研究の趣旨を詳しく説明し、人権とプライバシーの保護に努めた。疫学研究的倫理指針に従い調査を行った。

C. 研究結果

1. 在宅療養支援診療所への事例調査

急性疾患併発により、入院を余儀なくされる因子として、「初期の感染症治療への抵抗性」と「急な状態変化にともなう不十分な介護体制」が抽出された。自宅で最期までの療養については、「基礎疾患が悪性腫瘍」、「本人の意思が明確」であること、一方、入院・入所が余儀なくされた事例では、「認知症の合併」や「独居」等の因子が抽出された。これらの典型的な事例の収集を行った。

2. 在宅医療支援病棟の事例調査

がん患者の自宅死亡率は28.8%(vs.非がん37.8%)と低く、また、毎年度末の調査で、施設入所3→6人、施設死亡0→4人と増える傾向にあった。がん、非がん別に自宅死亡、病院死亡、施設入所・死亡の典型例をそれぞれ2例ずつ事例収集した。平成26年度には、その属性、経過、可能と考えられる対応法を含め、事例集にまとめる予定である。

D. 考察

上記の事例収集を通じて、在宅療養中、入院中・後の異なった状況下では、在宅療養の継続を成功させる因子、困難とさせる因子が異なる可能性があることが示唆されたが、それぞれに関わった在宅医の姿勢や臨床スキルのレベルの違いも関係しているように考えられた。

本年度研究では、地域で在宅医を中心とした、治療・介入が成功した事例及び困難を生じて入院をしたが、在宅復帰が可能であった事例を中心に収集した。しかしながら、これらの介入時における多職種連携・協働の有効性については、これを事例として見える化できるかについては、未だ不十分である。今回調査した事例の追加調査の必要性も含め、検討を必要としている。

E. 結論

今回の事例収集にあたっての事前調査で、在宅療養の継続、阻害要因、入院後の自宅復帰に関する阻害要因が明らかとなった。本年度はこれらの典型例を収集した。

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・三浦久幸 特集 在宅医療の充実に向けて 在宅医療の変遷とありかた 日医雑誌 2013, 142(7), 1511-1514.
- ・三浦久幸 特集 “在宅医療支援病棟”でのナースの役割 在宅と病院をつなぐ継続した医療を支える“在宅医療支援病棟”看護 2013, 65(12), 66-69.
- ・三浦久幸 独立行政法人国立長寿医療研究センターにおける在宅医療推進事業の概要 日本在宅医学会雑誌 2013, 15(1), 59,60.
- ・洪英在、三浦久幸 在宅医療支援病棟の活動と将来像 日本在宅医学会雑誌 2013, 15(1), 63,64.
- ・三浦久幸 第54回日本老年医学会学術集会記録 高齢者の在宅医療 日本老年医学会雑誌 2013. 50:164-167.

- ・三浦久幸 特集 在宅医療の現状と今後の展望 10. 在宅医療支援病棟の試みと今後の展望 医薬ジャーナル 2013, 49(4):125-129.
- ・後藤友子、洪英在、三浦久幸 特集 高齢者医療における在宅医療の新しい展開 Seminar 7. 地域の在宅医療を支える後方支援病床、病棟の役割と今後の展開 Geriat. Med. 2013, 51(5):509-513.

2. 学会発表

- ・千田一嘉、洪英在、清家理、三浦久幸 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業の都道府県リーダー研修 第55回日本老年医学会学術集会 2013.6.5 大阪
- ・洪英在、西原恵司、小林正樹、佐竹昭介、川嶋修司、三浦久幸、遠藤英俊 総合診療科に期待される外来機能に関する研究 第55回日本老年医学会学術集会 2013.6.5 大阪
- ・Y. Yokoe, M. Nishikawa, N. Kubokawa, K. Fukuda, H. Hattori, Y.J. Hong, H. Miura, H. Endo, and K. Nakashima: Advance Care Planning in Japanese hospitals-usefulness of End-of-Life Care Team. International Society of Advance Care Planning and End of Life Care, 9-11, May 2013, In Melbourne
- ・M. Nishikawa, Y. Yokoe, N. Kubokawa, K. Fukuda, H. Hattori, Y.J. Hong, H. Miura, H. Endo, and K. Nakashima: Advance Care Planning in Japanese Nursing Homes-usefulness of End-of-Life Care Team. International Society of Advance Care Planning and End of Life Care, 9-11, May 2013, In Melbourne
- ・YJ. Hong, K. Senda, H. Miura, A. Seike, Y. Goto, O. Fukada and K. Toba: The leader development seminar to promote home care medicine with emphases in geriatric interdisciplinary team care in Japan. THE 20TH IAGG WORLD CONGRESS OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS 2013.6.25, THE 20TH IAGG WORLD CONGRESS OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS, Seoul, Korea.
- ・K. Senda, YJ. Hong, H. Miura, A. Seike, Y. Goto, H. Ohshima, O. Fukada and K. Toba. Promotion of home care medicine with the seminar on geriatric interdisciplinary team care in Japan.2013.10.4, The 9th Congress of the EUGMS, Venice, Italy.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

特記すべきことはありません。

2. 実用新案登録

特記すべきことはありません。

3. その他

特記すべきことはありません。

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

（総括・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	辻 哲夫	東京大学高齢社会総合研究機構	特任教授
研究協力者	飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構	准教授
	吉江 悟	東京大学医学部在宅医療学拠点	特任助教
	土屋 瑠見子	東京大学高齢社会総合研究機構	学術支援専門職員

研究要旨

東京大学高齢社会総合研究機構が中心となり開発を進めている「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」における多職種協働を促すコンテンツとして、認知症とリハビリテーションをテーマとした「領域別セッション」の教材作成を行った後、都内某区において、作成された教材に基づき実施された研修会の映像収録を行った。作成された教材ならびに収録映像はホームページに掲載し、全国各地で活用できるように公開を予定している。今後、他テーマについても作成を継続していくとともに、その効果を検証していく予定である。

A. 研究目的

われわれ東京大学高齢社会総合研究機構は昨年度から今年度前半にかけて汎用的な研修プログラムとして「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」（<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/>）を完成させ、有効性を検証した。本研究では、この一環として、講義とグループワークによって構成される「領域別セッション」という 120 分単位の教材開発を進め、地域で多職種協働の機運を醸成するための資料を作成することを目的とした。

B. 研究方法

「領域別セッション」とは、あるテーマについての講義（40 分間）とグループワーク（80 分間）で構成される計 120 分のセッションの枠組みのことである。本研究では、認知症とリハビリテーションに関する領域別セッションの教材開発ならびに映像収録・編集を行った。映像収録は、東京都某区で行われた研修会において行った。

（倫理面への配慮）

研修風景の収録にあたっては、あらかじめ講師より書面にて承諾を得た。また、研修受講者に対しては、研修案内文に収録が行われる旨を記載した上、映像内に顔が映ることを望まない者は申し出るよう説明し、申出があった場合には収録映像に該当者が映らないよう編集することとした。

C. 研究結果

本年度は、認知症、リハビリテーションに関する領域別セッションの作成を行った。認知症については、冒頭に 40 分間の基本講義を行った後、アルツハイマー型認知症患者の事例において BPSD が生じている場面を提示し、多職種により対応を検討するグループワークを 60 分間設け、最後に行動・心理症状 (Behavioral

and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) に関する 15 分のミニレクチャーを行う構成とした。リハビリテーションについても、同様の時間構成にて 120 分間の教材を作成した。

この 2 つの領域別セッションに関する資料は、当日使用スライド、講義映像、講師読み原稿を編集の上、「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」ホームページにおける「領域別セッション」のページ内に掲載予定である (<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/session/>) (図参照)

(なお、別予算により摂食嚥下・口腔ケア、栄養、褥瘡などのテーマも順次作成中である。)

図：領域別セッションのページイメージ

The screenshot shows a website for a multi-professional collaboration training session. The main title is '在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会'. The navigation menu includes 'トップページ', '概要', '資料', '予定・実績', '領域別セッション', and '主催者・講師向け'. The '領域別セッション' page features a sidebar with a list of topics: '1. 摂食・嚥下・口腔ケア', '2. 栄養', '3. 褥瘡', and '医療処置'. The main content area has a heading '領域別セッション' and a list of bullet points. Below this is a section titled '1. 摂食・嚥下・口腔ケア' with a sub-section '1. 摂食・嚥下への対応の基本' and a table listing specific sessions.

タイトル	時間	形式	資料(PDF)	動画
①摂食・嚥下への対応の基本	40分	講義		
②口腔ケア	10分	講義		
③事例検討1：在宅での摂食・嚥下障害へ多職種で行う嚥下リハ～	35分	演習		

D. 考察

社会の急速な高齢化に伴って、医療・介護分野では根本からの変革が求められており、その最も核となるのが在宅医療と言える。さらに、その質をさらに向上させるために、市町村行政と郡市医師会、そして各職能団体がしっかりと協働し、その地域全体をカバーしていく、すなわち地域完結型の医療を目指すことが求められる。在宅医療もしっかり底上げされた地域完結型医療を進めていく上で何より必要なのは「連携」であり、様々な施設間・職種間の連携がある中、特に多職種連携の円滑さはまさに地域力と言っても過言ではない。この連携をうまく作り上げていけるかどうか、その地域の在宅医療推進における大きな鍵となる。

われわれ東京大学高齢社会総合研究機構は汎用的な研修プログラムとしての「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」を完成させ、有効性を検証してきた。特に多職種連携研修会を開催することにより、市町村を単位とする多職種チームビルディングの促進につながりやすい。

今回、講義とグループワークによって構成される「領域別セッション」という新たな教材を開発した。今回の認知症とリハビリテーションという、それぞれの個別のテーマを設定することにより改めて多職種と共に知識を深め、さらに一緒にグループワークを行うことにより、その地域での多職種協働による機運を醸成

することにつながることを目的として位置付けた。

研修会を行うにあたり、そこに参加者の理解度やさらなる多職種協働につながっていったのかという効果判定を経時的な視点から積極的に調査していくことも求められる。本年度は、認知症とリハビリテーションに関する教材の作成と収録に終始したため、これら教材が地域における多職種協働の機運を醸成する上で有効であるかどうか、評価までは至っていない。しかしながら、研修実施地域において事前事後のアンケート調査を行っており、経時的な変化を追跡することができるようになっている。今後効果を検証していく予定である。

E. 結論

東京大学高齢社会総合研究機構が中心となり開発を進めている「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」における多職種協働を促すコンテンツとして、認知症とリハビリテーションをテーマとした「領域別セッション」の教材作成・収録を行った。今後他テーマについても作成を継続していくとともに、その効果を検証していく予定である。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

飯島勝矢, 吉江悟, 辻哲夫. (2013). 加速する高齢化の中で「治し、支える医療」とは: Aging in Place を目指して. 月刊公衆衛生情報, 43(6), 4-5.

吉江悟, 土屋瑠見子, 飯島勝矢, 辻哲夫. (2013). 在宅医療を担う人材を「地域」で養成する. 月刊公衆衛生情報, 43(6), 6-7.

辻哲夫, 飯島勝矢, (2013), 超高齢社会を迎えるにあたって、現在、何をすべきか. Geriatric Medicine, 51(5), 463-470

飯島勝矢, 辻哲夫, (2014), 在宅医療と連携した地域包括ケアのまちづくり・家づくり. Geriatric Medicine, 52(1),

2. 学会発表

Iijima, K., Yoshie, S., Kimata, M., Ihori, M., Yamamoto, T., Goto, J., Fujita, S., Takabayashi, K., Kamata, M., & Tsuji, T. (2013.6.25). New attempt to achieve seamless multidisciplinary cooperation using information and communication technology (ICT) in aggressive promotion of home medical care in Japan. The 20th International Association of Gerontology and Geriatrics World Congress, Seoul.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
平成 25 年度分担研究報告書
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：医療法人 アスムス
理事長 太田 秀樹

研究要旨

当研究における多職種協働による教育資料の一部について、DVD の作成を分担。

A. 研究目的

前年度は在宅医療の本来の姿を伝えるための DVD を作成したが、地域で生活に寄り添う在宅医療にとって、多職種との協働は欠かせない。一堂に顔を合わせ、人となりを知り、信頼関係を築いた上で、ケアの方針を共有して、はじめて円滑な多職種による連携を進めることができる。ところが、きっかけとなる顔を合わせる機会があっても、その先の麗しい連携構築にまで至りづらいのが現状といえよう。そこで、効率よく多職種が合わせるための場の開催・運営に向けたノウハウを見える形で伝えることを目指す。

B. 研究方法

有意義な多職種協働を構築するため、特別な地域だけではなく、どの地域でも連携構築ができるように、顔を合わせる場を適切に設け、運営することのできるマニュアルを作成することにした。その際、在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会「研修運営ガイド」（国立長寿医療研究センター・東京大学高齢者総合研究機構）を参考に、DVD の内容・構成に関する議論を重ねた。

C. 研究結果

ステークホルダーへの声かけや開催通知の案内といった基本的な内容から、集いの場の運営ステップなど、即時活用可能なものを盛り込むことにした。可能であれば、先進的な地域会議等の事例を取り入れることも考慮し、継続議題とした。また、地域ケア会議を担う地域包括支援センターや、個別ケア会議やサービス担当者会議を開催するケアマネジャー、または MSW を主な対象者とした。

D. 考察

簡単な運営手順から、在宅療養を支える多職種が連携することの意義まで、事例を交えながら、わかりやすく伝えることができる DVD 作成を方針とした。

E. 結論

地域で多職種が集うことの意義を伝え、運営する立場として注意すべき点など、わかりやすく伝わる DVD 作成を目指すこととした。地域包括ケアシステム構築の一翼を担う DVD になるといえよう。

F. 健康危険情報

(分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入)