

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

- ・第55回日本老年医学会 2013年6月5日 パネルディスカッション2 地域における在宅医療連携拠点活動の実際  
「地域包括ケアシステムの構築を目指して～地域連携と多職種協働の推進～」
- ・平成25年10月22日 在宅医療介護連携推進事業研修会におけるシンポジウム  
「市町村での在宅医療推進体制の構築」

## 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

### 3. その他

地域医療の要となるケアマネジャーやMSWを対象として活用予定

「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」  
” パワーポイント集の作成”

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 医師 千田一嘉

研究要旨

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。

A. 研究目的

高齢者の生活を住み慣れた地域で支えるために、地域の特性に応じて自主性と主体性が発揮された、医療・介護・予防・生活支援や住居に関する柔軟で効率的なネットワークである、地域包括ケアシステムが構築されようとしている。しかし、その地域包括ケアシステムを有効にかつ効率よく機能させるためには必須な医療・介護・行政の連携が未だ充分ではない。そこで、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ための研修に用いるパワーポイント集を編集した。

B. 研究方法

市町村行政の在宅医療推進における役割、医療・介護連携の手順、在宅医療推進研修運営法、H24年度在宅連携拠点事業紹介、国立長寿医療研究センター在宅連携医療部編集「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」紹介に関する7本の講義、市町村における在宅医療推進体制の構築に関するシンポジウム形式での事例紹介、研修を通じて在宅医療を推進するためのグループ・ディスカッション、認知症患者のエンド・オブ・ライフ ケアによる在宅看取りのビデオ視聴からなる、合計約8時間の「多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業」における在宅医療・介護連携推進事業研修が、東京大学高齢社会総合研究機構の協力下に企画され、その際に用いられるパワーポイント集を編集した。

(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。

C. 研究結果

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。

#### D. 考察

受講した行政官が各地域の特性を向上させ、医療・介護資源のコーディネーター役として、在宅医療を推進することが期待された。

#### E. 結論

高齢者在宅医療に関する医療・介護・行政の連携を推進するためのテキストが編集され、それにもとづく研修会が開催された。その受講者が各自の地元で今回のパワーポイント集を利用し、受講内容を伝達して在宅医療を担う人材を拡充することにより、各地域における在宅医療を効率よく面展開してゆくことができるように支援することが、今後の課題である。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

【英文雑誌】 (原著以外)

- 1) Hong Y, Senda K, Miura H, Seike A, Goto Y, Fukada O, Toba K. The leader development seminar to promote home care medicine with emphases in geriatric interdisciplinary team care in Japan. J Nutr health Aging. 17: S598, 2013
- 2) Senda K, Hong Y, Miura H, Seike A, Goto Y, Ohshima H, Toba K, Ohshima S. Promotion of home care medicine with the seminar on geriatric interdisciplinary team care in Japan. Eur Geriatr Med. 4: S170, 2013

##### 2. 学会発表

【国際学会】

- 1) Hong Y, Senda K, Miura H, Seike A, Goto Y, Fukada O, Toba K. The leader development seminar to promote home care medicine with emphases in geriatric interdisciplinary team care in Japan. The 20<sup>th</sup> IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, Seoul, Korea, 2013
- 2) Senda K, Hong Y, Miura H, Seike A, Goto Y, Ohshima H, Toba K, Ohshima S. Promotion of home care medicine with the seminar on geriatric interdisciplinary team care in Japan. 9<sup>th</sup> Congress of the EUGMS, Venice, Italy, 2013

【国内学会総会】

- 1) 千田一嘉. 在宅医療ナショナルセンターとしての国立長寿医療研究センターの取り組み, 今後の人材育成事業の展開. 第 15 回日本在宅医学会大会. 愛媛 2013 [シンポジウム]
- 2) 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 回日本老年医学会総会 大阪 2013

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）

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な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、厚生労働科学研究費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

系統的な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。

42. 排尿障害の種類をどうやって見分けるのですか？
43. 排尿の状態をどうやって評価するのですか？
44. おむつの選び方は？
45. おむつからすぐに脇もれしてしまいます
46. おむつの交換時期はどうやって決めるのですか？
47. 清潔間欠導尿（せいけつかんけつどうによ）ってなんですか？
48. 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
49. 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
50. 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？
51. 尿に血が混じりますが、どうしたらよいですか？
52. 排尿する時に痛みます
53. 尿道カテーテルを抜きたいのですが
54. 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？
55. 昼間何回以上排尿すると異常ですか？
56. 夜間何回以上排尿に起きると異常ですか？
57. 何回もトイレに行きますが、少ししかできません
58. 夜間排尿に起きないために、生活で気を付けることは？
59. 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
60. 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？
61. 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
62. 排尿する時に強く力んでいます、ちよろちよろとしかできません
63. トイレに向かっても、なかなか排尿がはじまりません
64. まる1日おしっこが出ず、苦しんでいます
65. 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
66. 便秘と排尿は関係ありますか？
67. 脳卒中と排尿障害は関係ありますか？
68. 認知症と排尿障害は関係ありますか？
69. 咳やくしゃみ、力んだ時に尿がもれます
70. 尿がしたいと言ったら、もう尿がもれています
71. トイレに行くまで我慢できずに尿がもれてしまいます
72. 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？
73. おむつをしています、いつ見てもおむつが濡れています
74. 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
75. おむつをとってあげたいのですが
76. 尿意を訴えずに、尿を漏らしてしまいます
77. トイレ以外の場所で、放尿してしまいます
78. 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？

- 79. 尿失禁は治せるのですか？
- 80. 尿失禁のよい薬はありますか？
- 81. 尿失禁の手術はあるのですか？
- 82. 夜間、おむつが濡れたら交換する方がよいですか？
- 83. 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

大島浩子・(独)国立長寿医療研究センター 長寿看護・介護研究室長  
和田忠志・医療法人財団実幸会 いらはら診療所 在宅医療部長  
太田秀樹・医療法人アスミス 理事長

## 研究要旨

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向けて、「在宅医療」の問答集を検討した。高齢者の在宅医療に関する必要最低限の 8 項目（在宅医療とは、在宅医療の対象、在宅医療提供者(医療、介護)、在宅医療の受け方（入院・通院時、入院以外）、退院前カンファレンス、在宅療養中、在宅看取り（最期を迎えること、最期は苦しまないか））を選定し、小項目を設定した 10 項目の問答集を作成した。次に、(独)国立長寿医療研究センター在宅医療支援病棟の実践データやがん・非がんの症例を加味した「高齢者の在宅医療」問答集を作成した。今後は、各論等の作成も含め検討と、作成した【高齢者の在宅医療問答集】の活用可能性を検討することが課題である。

## A. 研究目的

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向けて、「高齢者の在宅医療」の問答集を検討することであった。

## B. 研究方法

### ■ 問答集作成に向けたテキストの検討

既存のテキストである、(独)国立長寿医療研究センター(以下、当センター)「高齢者・在宅医療総合看護研修」ののうち、【高齢者の在宅医療】の構成 7 単元について、老年医学・看護学教育者、在宅医療に精通した有識者、在宅医療実践者のうち、研究参加の同意が得られた 10 名を対象に、質問紙郵送調査によるテキスト評価を実施した。各単元における各項目について、不適切、改善を要するができていない、よくできている、の 3 段階評価とし、意見を自由記載とした。

### ■ 理解を助ける統計データ、事例の整理

当センターの既存のテキスト評価、高齢者医療・介護に関するテキスト等を検討し、「高齢者の在宅医療」を理解する上で必要最低限の人口統計、在宅医療のエッセンスを選定した。また、当センター在宅医療支援病棟におけるデータを整理した。

(倫理面への配慮)

(独)国立長寿医療研究センター研究倫理・COI 審査委員会の承認を得て実施した(受付 No.491-5)。

## C. 研究結果

### ■ 問答集作成に向けたテキストの検討

7 単元のうち、「よくできていた」の回答が 7 割以上であったのが、高齢者の退院支援、在宅医療の処置・管理技術、在宅看取り、在宅医療と地域連携の 4 単元であった。また、自由記載から、単元の順序性、重複する人口動態統計の調整、受講者の理解度や理解しやすい事例の提示が必要、等が挙げられていた。

### ■ 理解を助ける統計データ、事例の整理

上記の人口統計、在宅療養高齢者の概要、在宅看取りを行った家族・介護者へのインタビューデータか



ら、老々世帯のがん・非がん各々1例を抽出した。

次に、在宅医療とは、在宅医療の対象、在宅医療提供者、在宅医療の受け方、退院前カンファランス、在宅療養中の入院、在宅看取り、最期の苦痛、の8項目とし、在宅医療提供者について医療と介護、在宅医療の受け方について入院中の退院支援・通院時の在宅移行支援、入院・通院以外、各々小項目2項目の計10項目とした。更に、高齢者の在宅医療に関する人口統計、実践例（在宅療養高齢者の入院時の概要、退院前カンファランス、看取りの症例）、緩和ケア等に関する図表を入れ、可能な限り一般的な言葉、または、専門用語に続き括弧内に一般的表現として作成した。

#### D. 考察

既存テキストの検討から、高齢者の在宅医療を学習するうえで必要最小限の項目で構成されたと考える。

在宅医療における多職種が理解でき、実践に有用性のあるテキストの開発に向けて、各職種の視点や役割、提供するケアの意味を理解することが重要と考える。そのために今後は、作成した【高齢者の在宅医療問答集】の在宅医療多職種、一般市民における活用可能性の検討と、各論等の作成も含めた検討が課題である。

#### E. 結論

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向けて、「高齢者の在宅医療」に関する必要最低限の8項目、小項目2項目からなる10項目の問答集を作成した。今後は、各論等の作成も含め検討と、作成した【高齢者の在宅医療問答集】の活用可能性を検討することが課題である。

#### F. 健康危険情報

#### G. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

#### 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
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

神崎 恒一・杏林大学医学部高齢医学 教授

望月 諭・杏林大学医学部高齢医学（研究協力者）

## 研究要旨

<研究1> 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。

## 研究1

日野市における多職種協働の阻害要因の検討

### A. 研究目的

日野市は東京都の西部に位置し、人口18万人で、うち65歳上人口の占める割合が21%、75歳上人口の占める割合が9%の都市である。日野市における在宅医療資源は在宅支援診療所（24時間）4か所、一般病床2病院360床、訪問看護事業所6か所、訪問介護事業所32か所、居宅介護事業所31か所、地域包括支援センター9か所となっている。日野市では2025年問題に備えて、医師会で在宅医療推進委員会の設立（H25.7月）、在宅医の相互支援体制の構築、行政で在宅高齢者療養推進協議会、医療連携ツール、在宅医療資源のガイドの作成、日野市立病院において在宅療養支援窓口の設置、在宅療養高齢者一時入院事業、介護事業所で地域包括連絡会、ケアマネ協議会、訪問看護協議会、訪問リハビリ協議会などの取り組みが行われている。そのような活動の中、他職種協働は重要な課題であり、その阻害要因を検討することは重要である。そこで、本研究では、日野市での在宅医療の阻害要因を調査することとした。

### B. 研究方法

日野市の在宅療養患者のうち、ある在宅支援診療所がH23.4月～H24.9月の期間に一般在宅で訪問診療を開始した患者のうち、H24.3月までに訪問診療が終了となった患者を解析の対象とし、基礎疾患、訪問診療継続期間、訪問診療中止となった要因について調査をおこなった。

（倫理面への配慮）本研究は、杏林大学医学部医の倫理委員会の承認のもと実施した。

### C. 研究結果

H23.4月～H24.9月の期間にある在宅支援診療所にて訪問診療を開始した患者は94例（男性47例、女性

47例)あり、平均年齢は、男性79歳、女性84歳であった。訪問診療導入の要因となった基礎疾患は、認知症48%、悪性腫瘍17%、脳血管疾患13%、循環器疾患4%、消化器疾患4%、内分泌疾患4%、その他8%であった。このうち訪問診療中止例は50例(53%)であり、訪問診療中止までの期間は平均99日であった。中止の理由は入院26%、在宅看取り15%、施設入所6%、主治医変更4%、外来通院2%であった。入院により訪問診療中止となった24例の転帰は、入院中の死亡14例、退院後施設入所10例であった。入院中の死亡例で原因疾患は、肺炎、悪性腫瘍、心疾患、脳血管疾患、退院後に施設入所となった例の原因疾患は、肺炎、骨折、脳血管疾患、糖尿病、血液疾患であった。中止要因が在宅看取りであった14例の死因は、悪性腫瘍、摂食障害であった。退院後に施設入所となった10例の原因は、介護依存度の増加による在宅療養継続困難、独居生活の継続困難であった。訪問診療中止の原因が施設入所であった6例は、認知症の介護困難、認知症の進行により独居生活困難、胃瘻管理困難であった。これらの結果から訪問診療中止例のうち死亡以外で在宅療養を中止した例は16例あり、そのうち肺炎後の在宅療養継続困難5例と認知症介護困難による在宅療養継続困難4例で約60%を占めていた。

#### D. 考察

上記の結果をまとめると、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16例であった。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)が多くみとめられ、訪問診療中止例のうち約60%を占めていた、となる。

以上より、日野市において在宅医療を阻害する要因として、肺炎による入院、認知症による介護困難が主要を占めていることがわかった。高齢者の肺炎は誤嚥によるものが多く、その予防策としては適切な食事形態の提供、食事介助、吸引管理等がある。在宅医療の現場でこれらの対策を適切に行うためには、家族の協力が不可欠である。現在の医療、介護サービスの現状下では、これらの大半を介護者に行ってもらわなければならないが、介護力が不足のため、肺炎発症後に在宅療養困難となり施設入所となるケースが多いと考えられる。認知症については、訪問診療の依頼理由の約半分を占めていた。今後認知症患者が安定した在宅療養を継続するために、地域における認知症対策の強化が必要であると考えられる。

今回の研究では示されなかったが、このほか、同業種間の顧客確保の競争による業種間のレベル維持が困難であること、実地医家の在宅医療に対する関心の低さ、訪問診療医師の協力体制の欠如なども他職種協働の阻害要因になっている可能性が考えられる。

#### E. 結論

東京都南多摩地区(日野市)において訪問診療中止例の解析から肺炎、認知症による介護困難が在宅医療継続の阻害要因の一部となっていることが明らかとなった。したがって、肺炎の発症予防、認知症患者の介護破綻を防ぐことが、在宅患者の安定した療養生活維持につながる可能性が示唆される。

## 研究2

杏林大学病院高齢診療科患者における退院時多職種協働の例

### A. 研究目的

高齢者の生活自立を評価する方法として総合機能評価(comprehensive geriatric assessment; CGA)がある。CGAは日常生活動作(ADL)、生活意欲、気分(うつ)、認知機能のほか、毎日の生活の様子を評価するものである。CGAの目的のひとつとして、急性期病院から退院する際、CGAのデータをもとに在宅退院

できるか、それとも転院、施設転所が必要かの判断の目安になることが挙げられる。したがって、在院日数を短縮するためには、早目に見当をつける必要がある。総合機能評価が有用なのは退院時の場合もそうである。退院後、その患者に適した療養環境を作るためには退院後の療養にかかわる医療・看護・介護職との情報連携、他職種協働が必要であり、総合機能評価の情報をこれらの職種に伝達することが大切である。研究2では退院時の多職種協働の実例を挙げる。

## B. 研究方法

本研究は事例報告であり、過去に杏林大学医学部付属病院高齢診療科に入院した症例である。

(倫理面への配慮) 本研究は、杏林大学医学部医の倫理委員会の承認のもと実施した。

## C. 研究結果

### 症例 91歳 女性

#### [現病歴]

2012年2月に孫の自宅近くへ引っ越すまで、他市で独居し、高血圧症のため近医通院中であった。1月より下肢痛があり、2月に末梢動脈閉塞症で心臓血管外科に入院した。この時、心房細動が見つかりワルファリンの内服が開始された。2月29日に孫が訪問したところ、空の内服包装を発見し、3日分の内服薬を1度に服用したことが疑われ、当院を緊急受診した。

#### [入院前処方]

アムロジンOD(2.5)1錠 分1 朝食後  
 オルメテック(10)1錠 分1 朝食後  
 メパロチン(5)1錠 分1 朝食後  
 プロテカジン(5)2錠 分2 朝夕食後  
 オバルモン(5)3錠 分3 毎食後  
 プレタールOD(50)2錠 分2 朝夕食後  
 ワルファリン(1)1錠 分1 夕食後  
 ワルファリン(0.5)1錠 分1 夕食後

#### 入院時現症

##### [バイタルサイン]

意識 清明、血圧 150/80mmHg、心拍数 60bpm(整)  
 SpO<sub>2</sub> 99%(Room Air)

##### [理学所見] 有意な異常なし

症例は91歳女性。2012年2月に孫の自宅近くへ引っ越すまで、他市で独居し、高血圧症のため近医に通院していた。1月より下肢痛が生じ、2月に末梢動脈閉塞症で当院心臓血管外科に入院した。この時、心房細動が発見されワルファリンの内服が開始された。退院後2月29日に孫が患者宅を訪問したところ、空の内服包装が発見され、3日分の薬を1度に服用したことが疑われ、当科外来を緊急受診した。内服薬は左記のとおりであり、ワルファリンは1.5mgを1日1回夕食後に服用するよう指示されていた。

入院時のバイタルサインには問題なく、ワルファリン過剰服用によって出血をきたした所見は見当たらなかった。

入院時に行ったCGAでは、Barthel Index 90/100(歩行・階段が部分介助)、手段的ADL 4/8(買物・炊事・移動・服薬が不可)、MMSEは視力障害があったため27点で評価し17点と認知機能障害が認められた。GDS15は9点で“うつ傾向”あり。Vitality Indexは10点満点で生活意欲は保たれていた。

入院期間は4日のみで、退院前日に多職種カンファレンスを開き、院内からは医師4名と看護師1名、退院後の療養に関わる職種として院外から在宅支援看護師2名、ケアマネージャー2名、ヘルパー1名、家族2名が参加した。

まず、退院後の課題解決のため、介護面に関して、手段的ADLの低下(買物・炊事・移動・服薬が不可)に関して、家族ならびにヘルパーによる訪問介入を導入することとした。また、介護保険に関して、それまでの要支援1を見直すため介護区分変更の手続きをとった。そして、ケアマネの選定の他、デイサービスなどの介護サービスの利用を開始できるよう手筈を整えることとした。次に、医療面からは、認知症の診断をつけるため専門的な検査を行うこと、治療が必要な疾患の整理、服薬の見直し、かかりつけ医の選定を行った。特に、服薬に関して、入院前に朝、昼、夕にばらばらになっていた薬を1日1回朝だけに統合した。

### 総合機能評価

Barthel Index 90/100 (歩行・階段が△)

IADL 4/8 (買物・炊事・移動・服薬が×)

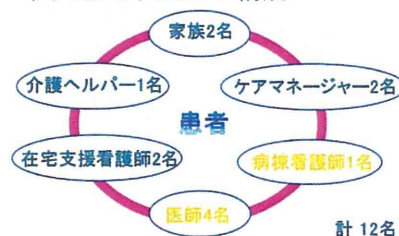
MMSE 17/27(視力障害のため)⇒ 認知機能障害あり

(日付 4/5, 場所 3/5, 計算 1/5, 遅延再生 1/5)

GDS15 9/15 ⇒ うつ傾向

Vitality Index 10/10 ⇒ 生活意欲は保たれている

### ケアカンファレンス 構成





### 問題点の解決策1

#### \* 介護面

- ①服薬管理 ②食事の準備(火の不始末) ③買物  
④誰かと一緒に外出する

手段的ADLの低下

ヘルパー・家族による介入

要支援1 → 介護区分変更申請  
ケアマネージャー選定  
介護サービス(デイサービスなど)の利用

### 問題点の解決策2

#### \* 医療面

- ①認知症  
②治療の必要な疾患  
(特に心房細動は前回入院時初めて見つかった)  
③服薬管理

もの忘れ外来で認知症を精査  
薬の処方内容と変更箇所を本人にわかるように説明  
かかりつけ医の選定

### 問題点の解決策3

#### \* 服薬管理

- |   |   |
|---|---|
| <p>[入院前処方]<br/>                 アムロジンOD(2.5)1錠 分1朝<br/>                 オルメテック(10)1錠 分1朝<br/>                 メパロチン(5)1錠 分1朝<br/>                 プロテカジン(5)2錠 分2朝タ<br/>                 プレターールOD(50)2錠 分2朝タ<br/>                 オバルモン(5)3錠 分3朝<br/>                 ワーファリン(1)1錠 分1夕<br/>                 ワーファリン(0.5)1錠 分1夕</p> | <p>[退院時処方]<br/>                 アムロジンOD(2.5)1錠 分1朝<br/>                 オルメテック(10)1錠 分1朝<br/>                 メパロチン(5)1錠 分1朝<br/>                 オバルモン(5)1錠 分1朝<br/>                 ワーファリン(1)1錠 分1朝<br/>                 ワーファリン(0.5)1錠 分1朝<br/>                 タケブロンOD(15)1錠 分1朝</p> |
|---|---|

複雑な飲み方から1日1回の簡便な飲み方に変更

### カンファレンス後の患者さんは・・・

- ① 要介護1認定
- ② デイサービス週2回
- ③ 内服薬は1日1回
- ④ 月・水・金ヘルパーが自宅を訪問し、内服薬管理・食事の支度・掃除
- ⑤ 外出は孫娘と一緒に

在宅介護を導入したことで、十分な医療・生活支援が  
できている。

以上の介入の結果、患者は要介護1でデイサービスを週2回  
利用し、閉じこもりが防止され、薬の服用が簡素化されたこと  
と週3回ヘルパーが自宅を訪問することによって服薬が遵守さ  
れるようになった。また、ヘルパーは食事の準備、掃除も手伝  
った。

## D. 考察

この患者は91歳の独居高齢者で末梢動脈閉塞症に対してワルファリンの投与が始まったが、薬の過剰服用に孫が気づき、出血の危険があるため当院に相談したケースである。幸い、出血はなかったが、認知症があり、服薬管理をはじめ、独居生活に支障があることがわかった症例である。4日の入院中に行ったのは在宅での療養環境を整備するための多職種連携・協働作業である。具体的には介護面で、介護保険の見直し、ケアマネの選定、手段的ADLの低下に対する訪問介護導入、デイサービス導入を行った。医療面からは、認知症の診断、服薬内容、服用時間の見直し、かかりつけ医の選定を行った。このような多職種による介入の結果、患者の独居生活が維持できた症例である。

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。

## E. 結論

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。

## 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)

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 永井久美子, 小柴ひとみ, 小林義雄, 山田如子, 須藤紀子, 長谷川浩, 松井敏史, 神崎恒一: 老年症候群の適切な把握のためのもの忘れセンター予診票の作成に関する検討—予診票の妥当性と信頼性および回答者による回答率の差異についての検証—. 日本老年医学会雑誌 51 (2) : 2014. In press.
- 2) Koji Shibasaki, Sumito Ogawa, Shizuru Yamada, Katsuya Iijima, Masato Eto, Koichi Kozaki, Kenji Toba, Masahiro Akishita and Yasuyoshi Ouchi : Association of decreased sympathetic nervous activity with mortality of older adults in long-term care : Geriatr Gerontol Int 14 : 159-166, 2014.
- 3) Tanaka M, Nagai K, Koshiha H, Sudo N, Obara T, Matsui T, Kozaki K : Weight loss and homeostatic imbalance of leptin and ghrelin levels in lean geriatric patient. J Am Geriatric Soc 61: 2234-2236, 2013.
- 4) Kumiko Nagai, Shigeki Shibata, Masahiro Akishita, Noriko Sudoh, Toshimasa Obara, Kenji Toba, Koichi Kozaki : Efficacy of combined use of three non-invasive atherosclerosis tests to predict vascular events in the elderly; carotid intima-media thickness, flow-mediated dilation of brachial artery and pulse wave velocity. Atherosclerosis 231(2): 365-370, 2013.
- 5) Masahiro Akishita, Shinya Ishii, Taro Kojima, Koichi Kozaki, Masafumi Kuzuya, Hidenori Arai, Hiroyuki Arai, Masato Eto, Ryutaro Takahashi, Hidetoshi Endo, Shigeo Horie, Kazuhiko Ezawa, Shuji Kawai, Yoza Takehisa, Hiroshi Mikami, Shogo Takegawa, Akira Morita, Minoru Kamata, Yasuyoshi Ouchi, Kenji Toba : Priorities of Health Care Outcomes for the Elderly. JAMDA 14 : 479-484, 2013.
- 6) 木村紗矢香, 山田如子, 町田綾子, 杉浦彩子, 鳥羽研二, 神崎恒一 : 高齢者の耳掃除と高齢者総合的機能評価. 日本老年医学会雑誌 50(2) : 264-265, 2013.
- 7) 長谷川浩, 神崎恒一 : 三鷹市・武蔵野市の取り組み. 日本老年医学会雑誌 50(2) : 194-196, 2013.

### 2. 学会発表

- 1) 神崎恒一 : 認知症と治療薬の効果. 武蔵野市薬剤師会在宅勉強会, 武蔵野, 2013.4.25.
- 2) 神崎恒一 : (教育講演) 総合機能評価. 第 55 回日本老年医学会学術集会, 大阪, 2013.6.5
- 3) 井上慎一郎, 佐藤道子, 永井久美子, 長谷川浩, 須藤紀子, 神崎恒一 : 急性期病院へ入院した高齢者の入院時評価と転帰についての検討. 第 55 回日本老年医学会学術集会, 大阪, 2013.6.6.
- 4) 望月諭, 藤井広子, 神崎恒一 : 在宅医療の阻害要因に関する検討. 第 55 回日本老年医学会学術集会, 大阪, 2013.6.6.
- 5) 神崎恒一 : 認知症診療の地域連携—三鷹市・武蔵野市の取り組み—. 日野市認知症の地域連携を語る会, 日野, 2013.9.19.
- 6) 神崎恒一 : 高齢者総合機能評価. 日本在宅医学会生涯教育プログラム, 東京, 2013.10.26.
- 7) 神崎恒一 : 認知症医療連携～薬剤師に求めること～. 西部薬剤師会講演会, 東村山, 2013.10.27.
- 8) 神崎恒一 : 総合病院における高齢者医療—老年科医の立場から—. 第 4 回首都圏老年精神医学懇話会, 東京, 2013.11.15.
- 9) 神崎恒一 : (ワークショップ) 高齢者支援における総合病院の役割. 第 26 回日本総合病院精神医学会総会, 京都, 2013.11.30.

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

3. その他

なし

研究要旨：

多職種協働の阻害要因を克服するための方法の一つに、多職種でのグループワークにより職種ごとに異なるさまざまな見方を習得し、新たな気づきを促すものがある。今回、介護施設の介護職、看護師を対象に、多職種連携を意識した認知症に関する講義、具体的な BPSD 事例の対応に関する課題を多職種で議論するグループワークを行い、その効果を自記式のアンケートで評価した。その結果、半数以上の職員が多職種協働に困難を感じており、今回の講義、グループワークにより「多職種協働ができそう」と感じた参加者が増加した。多職種でのグループワーク研修は、介護施設における BPSD 対応能力の向上に効果があると考えられる。

A. 研究目的

要介護高齢者は介護施設に入所されている方も多いため、介護施設の職員の研修は重要である。介護施設において、ケアマネージャー・生活相談員、看護師、介護職で構成される施設内での多職種カンファレンスはある程度行われているが、嘱託職員である医療機関の医師や看護師、薬剤師との合同カンファレンスはあまり行われていない。

その結果、直接医療機関と接している看護師は多職種協働の必要性をある程度理解できても、介護職がその必要性を理解できるほどには、医療機関との連携により上手くいった症例の蓄積がなされていない。

そこで、本研究では、特に多職種連携の必要性が高いと考えられる BPSD のケアをテーマに、多職種協働の理解を深める研修の開発を行った。

B. 研究方法

(株) ベネッセスタイルケア介護看護研修部に協力してもらい、同社が行っている「認知症ファシリテーター研修」という 4 日間の研修の一部において、多職種協働を目的とした講義・グループワークを計 4 時間にわたり行った。2013 年 10 月から 2014 年 1 月の時期に、計 10 回行った。

参加者は、同社の介護施設（主に介護保険特定施設）に勤務する「認知症ファシリテーター」と、同じく同社の介護施設に勤務する看護師である。「認知症ファシリテーター」とは、同社が養成している社内資格で、認知症介護看護研究研修センターが開発した「センター方式」にそった研修をすでに終了し、勤務する介護施設において、介護職員に対する認知症ケアの教育研修を担う資格である。主に、サービスリーダー（介護主任）クラスのベテランスタッフが資格をもっている。

具体的な講義・グループワークの内容であるが、まず、介護職 2 名（主に「認知症ケアファシリテーター」）、看護師 2 名でグループをつくってもらった。次に研究協力者より、多職種連携を促すための認知症ケアに関する講義を 1 時間程度行った。その後、グループ別に、「認知症ケアファシリテーター」が事前に準備してきた自施設の認知症ケアに関する困難症例を提示してもらい、課題について約 1 時間もわたり議論してもらった。最後に実際に多職種で議論してみた感想をグループ内で共有し、かつ全体でも共有するという流れで行った。

講義・グループワーク終了後に参加者にアンケートを行い、その結果を解析した。



### C. 研究結果

研修を受けた 316 名全員よりアンケート結果の記入があり、そのうち職種の記入のあった、看護師 152 名、介護職 161 名分の結果を解析の対象とした。男性 74 名、女性 239 名、平均年齢 41.6 歳であった。

多職種協働を目的とした研修会に過去に参加したことがあるかという問いに対しては、看護師 152 名中「ない」が 127 名 (84%)、「ある」が 25 名、介護職 161 名中「ない」が 148 名 (92%)、「ある」が 13 名。「ある」の具体例は、介護支援専門員の更新研修、東京都福祉人材センターのスキルアップ研修、認知症ケア学会の研修会、採用時研修があげられた。

他の職種のスタッフとの協働に困難を感じることはあるかとの問いに対しては、看護師 152 名中「ない」が 69 名、「ある」が 83 名 (55%)、介護職 161 名中「ない」が 74 名、「ある」が 87 名 (54%)。「ある」の具体的な理由は、まず介護職より医師に対して、話をする機会がない、医師は看護師としか話さない、変更が多い、介護職が作った記録をみてくれない、他医の受診を拒否するといったものが挙げられた。また、看護師より介護職に対して、病気や内服している薬に理解が少ない、細かく説明しないと理解されにくい、介護職だけでかたまる、自分で考えようとしなないといったものが挙げられた。一方、介護職から看護職に対しては、視点が違う、理解してくれない、介護職の情報を医師に伝えてくれないといったものが挙げられた。

認知症ケアにおいて多職種協働は重要だと思うかという問いに対して、実習前から実習後で分けて答えてもらった。実習前では、看護師 152 名中「重要だと思わない」が 9 名、「重要だと思う」が 143 名、介護職 161 名中「重要だと思わない」が 10 名、「重要だと思う」が 151 名。実習後では、看護師 152 名中「重要だと思わない」が 1 名、「重要だと思う」が 151 名、介護職 161 名中「重要だと思わない」が 0 名、「重要だと思う」が 161 名。「重要だと思う」の具体的な理由は、多角的な視点でみることで気づきやゴールが変わる (ほとんどの意見)、介護職の伝え方により、看護師の対応や処方が変わるから、医療面で、介護職に見えていない点があることがわかったからといったものが挙げられた。

認知症ケアにおいて多職種協働の実践はできそうかという問いに対しても実習前から実習後で分けて答えてもらった。実習前では、看護師 152 名中「できそう」が 122 名、「できない」が 30 名 (20%)、介護職 161 名中「できそう」が 108 名、「できない」が 53 名 (33%)。実習後では、看護師 152 名中「できそう」が 146 名、「できない」が 6 名 (4%)、介護職 161 名中「できそう」が 156 名、「できない」が 5 名 (3%)。「できない」の具体的な理由は、話しづらい、接点が少ない、それぞれの視点の差を埋めていくのが難しい、時間が足りない、研修会を受けている人が限られている、スタッフによって対応が異なるといった点が挙げられた。

### D. 考察

認知症の BPSD への対応について、多職種協働の重要性は介護職・看護師ともに十分に認識されていた。一方、介護施設の職員において、多職種協働を目的とした研修を受けた者はほとんどおらず、半数以上の職員が多職種協働に困難を感じていることも明らかとなった。

今回の研修会の前後で比較すると、「多職種協働ができそう」と感じた者は増えていた。特に介護職では、約 3 分の 1 の職員が多職種協働はできないと感じていたが、実習後にはほとんどの職員が多職種協働できると感じてもらうことができた。多職種でのグループワークを含む研修会は、多職種協働に効果があると考えられる。

### E. 結論

多職種協働の阻害要因を克服する教育システムの一つとして、介護施設における BPSD のケアを題材とした多職種で行うグループワークが、有効であることが明らかとなった。

F. 健康危険情報  
該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表
  1. Chen LK, Liu LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Bahyah KS, Chou MY, Chen LY, Hsu PS, Krairit O, Lee JS, Lee WJ, Lee Y, Liang CK, Limpawattana P, Lin CS, Peng LN, Satake S, Suzuki T, Won CW, Wu CH, Wu SN, Zhang T, Zeng P, Akishita M, Arai H. Sarcopenia in Asia: consensus report of the Asian working group for sarcopenia.. J Am Med Dir Assoc. 15:95-101, 2014.
  2. Umeda-Kameyama Y, Iijima K, Yamaguchi K, Kidana K, Ouchi Y, Akishita M. Association of hearing loss with behavioral and psychological symptoms in patients with dementia. Geriatr Gerontol Int, in press.
  3. Arai H, Akishita M, Chen LK. Growing research on sarcopenia in Asia. Geriatr Gerontol Int. 14(Suppl 1):1-7, 2014.
  4. Ishii S, Miyao M, Mizuno Y, Tanaka-Ishikawa M, Akishita M, Ouchi Y. Association between serum uric acid and lumbar spine bone mineral density in peri- and postmenopausal Japanese women. Osteoporos Int. 25:1099-105, 2014.
  5. Shibasaki K, Ogawa S, Yamada S, Iijima K, Eto M, Kozaki K, Toba K, Akishita M, Ouchi Y. Association of decreased sympathetic nervous activity with mortality of older adults in long-term care. Geriatr Gerontol Int. 14:159-66, 2014.
  6. Nagai K, Shibata S, Akishita M, Sudoh N, Obara T, Toba K, Kozaki K. Efficacy of combined use of three non-invasive atherosclerosis tests to predict vascular events in the elderly; carotid intima-media thickness, flow-mediated dilation of brachial artery and pulse wave velocity. Atherosclerosis 231:365-70, 2013.
  7. Hibi S, Yamaguchi Y, Umeda-Kameyama Y, Iijima K, Takahashi M, Momose T, Akishita M, Ouchi Y. Respiratory dysrhythmia in dementia with Lewy bodies: a cross-sectional study. BMJ Open 3:e002870, 2013.
  8. Akishita M, Ishii S, Kojima T, Kozaki K, Kuzuya M, Arai H, Arai H, Eto M, Takahashi R, Endo H, Horie S, Ezawa K, Kawai S, Takehisa Y, Mikami H, Takegawa S, Morita A, Kamata M, Ouchi Y, Toba K. Priorities of Health Care Outcomes for the Elderly. J Am Med Dir Assoc 14:479-484, 2013.
2. 学会発表
  - 1) 秋下雅弘 (シンポジウム) : 高齢者フレイルティに迫る. 5. 危険因子. 日本老年医学会学術集会, 大阪, 2013.6.6.

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
3. その他  
研究協力者

東京大学大学院医学系研究科加齢医学

山口 潔

## 高齢者の社会参加の指標に関する研究

大河内二郎 社会医療法人若弘会 介護老人保健施設竜間之郷

### 研究要旨

1. 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。
2. 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。

### A. 研究目的

高齢者の社会参加の状態を把握するためのステージ分類を開発し妥当性および信頼性について検討した。この手法は、施設および在宅復帰後の社会参加を把握する多職種協働の手段として期待できる。

### B. 研究方法

これまでの障害者の社会参加状態を調査する項目を含む調査手法から余暇、社会参加、社会交流に関する 28 項目を抽出し、老人保健施設の入所あるいは通所サービスを利用中の高齢者において調査した。分析は Rasch モデルを用いて各調査項目の適合度および難易度を検討した後、余暇関連の 12 項目および社会交流の 9 項目を詳細に分析した上で簡易なステージ分類を作成し、妥当性と信頼性を検討した。

(倫理面への配慮)

研究に対する同意は十分な口頭説明とともに本人またはその近親者から文書により得られた。

### C. 研究結果

入所者 1590 名 (平均 86 歳) および通所者 1818 名 (平均 81 歳) から情報を得られた。Rasch モデルでの検討では「旅行」が最も困難で、「テレビを見る」が容易な項目であった。ボランティア活動など、社会参加についての項目は実施頻度が低い傾向を認めた。さらに「余暇」および「社会交流」関連の項目を用いて Rasch モデルに適合度が高い項目を基準にして「余暇」および「社会交流」のステージ分類を開発した。異なる調査者によるテスト-再テスト法による一致率カップ値は余暇 0.75 社会交流 0.77 であった。

### D. 考察

今回作成した余暇および社会交流のステージングは、Rasch モデルに基づいて作成しており、また幅広い関連項目から作成した点で、内容的妥当性および構成概念妥当性が高い。またテスト-再テスト法で高い信頼性を確認した。

### E. 結論

これらの指標を使用してこれまでの日常生活機能評価に加えて余暇や社会交流の評価を加えることで、ステージ分類に応じた社会参加の個別目標を設定することが可能になり、サービスの質の向上および社会参加の充実が期待される。

### G. 研究発表

1. 論文発表：老年医学雑誌投稿中
2. 学会発表：国際老年医学会シンポジウム Application of ICF for health aging in Japan and the USA Jiro Okochi ICF-based assessment tool using Rasch method-Implication for practice.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む) : 特にありません

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
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？