

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がありますか？

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がありますか。

Q.食欲がなく、身体を動かさなくなつて、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のでしょうか。

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—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—, 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—文献レビューと介入研究事例の統合から—, 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—ランダム化比較試験—, 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—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

(分担) 研究報告書

『高齢者在宅医療に関する多職種教育 テキスト・終末期ケア編』の作成と評価

百瀬由美子・愛知県立大学看護学部・教授

研究要旨

多職種が共通理解できることを意図した終末期ケアに関する「高齢者在宅医療に関する多職種教育テキスト・終末期ケア編」としてQandA方式のテキスト『多職種で支える在宅高齢者終末期ケア』を作成し、それを用いて多職種が参加する研修において内容を評価した。110名（男性：24名、女性：86名、平均年齢：43歳、介護職：53%、看護職：9%）から回答を得て、テキストが役立つとの回答が93.1%であり、有効性が確認された。

A. 研究目的

居宅サービスの一つに位置づけられているグループホームに勤務している看護職および介護職等の職員を対象に、QandA方式のテキストを用いて研修会を開催し、多職種に理解可能な表現および内容であり、知識習得に有用であるかについて評価を行うことを目的とした。

B. 研究方法

愛知県、宮城県において、各1回グループホーム職員を対象に終末期ケアに関する研修会を開催し、その参加者に調査協力を依頼した。介護職や家族にも理解可能な平易な表現に留意し、終末期ケアに関するテキストを独自に作成し、それを用いて研修会を行った。自記式質問紙法により終末期ケアにおいて必要な知識に関して10項目の質問を設定し、研修会前後で回答してもらい正答率を前後で比較した。また、研修会後に目次に準じて内容の理解度を4段階で回答してもらい、単純集計により傾向を把握した。

(倫理面への配慮)

研修会の案内は、WAM-NETに登録されているグループホームの該当地域からリストアップし郵送しに行った。研究協力の依頼は、研修会の案内郵送時、および研修会開始前に文書、口頭にて研究の説明、自由意思による参加、質問紙の回答は無記名で匿名性を保証することを説明し、文書により同意を得た。

C. 研究結果

1. 対象の特性：女性86名（78.2%）、男性24名（21.8%）、平均年齢は43.06歳（標準偏差12.0）、○k勤務形態は、常勤92名（88.5%）であった。職種は、介護職64名（53.3%）、看護職11名（9.2%）、管理者37名（30.8%）等であった。取得資格は、介護福祉士70名（63.1%）、ヘルパー42名○○○○○○○○（37.8%）、看護師14名（12.6%）、ケアマネージャ42名（37.8%）等であった。

2. 知識確認の前後比較：研修後に正答率の上昇がみられた主なものは、認知症高齢者が終末期を過ごす場が多様であること、死亡前1～2週間の身体兆候の特徴、グリーフケア、終末期における看護職の役割であった。また、変化がみられなかったのは、連携の意義、カンファレンスの意義であった。

3. 研修内容の理解状況：「とてもよく理解できた」の回答率が高かったのは、終末期安定期の日常生活ケア（51.0%）、高齢者の死亡場所の多様化の現状と課題（49.0%）であった。また、やや理解できたを加えると、高齢者の尊厳ある終末期ケア、認知症高齢者の終末期の特徴であった。一方、あまり理解できなかった項目は、事前指示書、認知症高齢者終末期ケアに必要な条件、死期が予測された時の留意点、死後の処置、終末期ケア体制の構築などであった。

D. 考察

多死社会の現代において、高齢者の終末期ケアの質向上の必要性が指摘され、特に在宅やそれに近い場におけるケアの在り方が問われている。しかし、在宅終末期ケアは、医療職だけでなく多職種連携が不可欠であるにも関わらず、教育背景の異なる職種間の知識の習得状況や実践力の違いが連携促進の疎外要因となっている場合が指摘されている。そのため、多職種に理解されやすい教材の作成を試みた結果、本調査では、対象の多くが介護職であったが、終末期ケアの特徴や尊厳あるケアの在り方、選択肢の多様化への理解が深まった。Q and A 方式を採用したことにより、日常のケアで感じている疑問の解決に役立つのではないかと推察される。しかし、多職種連携の体制の構築には課題が多く、各職種が相互に役割を理解し、日ごろから連絡の方法、時期、各職種の役割、情報の共有などをどのように行うか事前に話あい、連携が円滑に行えるシステムを構築する必要があると考える。そのためにも、各職種ができる限り共通の理解ができる教材と教育システムの開発が必要であり、本調査の結果は、その一助になるものと思われる。今後は、対象の職種を拡大しテキストの内容を精選する必要がある。

E. 結論

Q and A 方式の多職種でかかわる在宅高齢者終末期ケア編を作成し、研修会を行った結果、介護職にもおおむね理解しやすいテキストとの評価が得られた。特に、終末期の身体兆候、尊厳あるケア、死亡場所の選択肢の多様化、終末期安定期の日常ケアの理解が高まった。しかし、多職種連携体制の構築、事前支持に関しては、より理解が深まる内容を検討する必要性が示唆された。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし。

(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

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

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ための「ケアマネジメント」の QA テキストを開発し、看護系大学卒前の 4 年次学生（保健師・看護師国家試験有資格者）において成績が同等である介入群（QA テキスト＋標準教育）15 名ならびに対照群（標準教育）15 名において有効性を検討した。その結果、介入群では対照群に比してケアマネジメントに関する理解度ならびに関心等の得点が有意に高くなっていた。今後、QA テキストに使用する語彙や表現の分かりにくさを改善するとともに内容の精緻化を図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（高齢者や家族を含む）の阻害要因を克服するための「ケアマネジメント」にかかわる Q&A テキストを開発し、有用性を検証する。

B. 研究方法

1) スタディ 1

関東圏の訪問看護ステーションに所属する訪問看護師兼介護支援専門員 332 人（層別無作為抽出）を対象に横断調査（無記名記式質問紙・郵送法）を行い、ケアマネジメントにおける多職種連携の困難感の有無とその内容、ならびに学際的チームアプローチ評価（Interdisciplinary Team Approach : ITA）との関連を検討した。

2) スタディ 2

(1) 対象と方法

関東圏の A 総合大学医学部看護学科 4 年次に在籍する成績が同等である卒前学生（保健師・看護師国家試験有資格者）30 名のうち、介入群 15 名に対してはスタディ 1 に基づき作成した「ケアマネジメント」の QA テキストならびに標準教育を提供し、対照群には標準教育のみを提供のうえ、QA テキストの妥当性ならびに有効性を検討した。

(2) 介入内容（QA テキスト）

QA テキストは、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「ケアマネジメント」における 10 テーマの Q（リアリティのある問題状況）と A（問題状況を解決する視点）から構成された。すなわちその 10 テーマとは、Q1：ケアチーム員の役割調整、Q2：ケアマネジメント倫理、Q3：初回サービス計画作成・調整、Q4：主体的なサービス利用促進、Q5：サービス導入にかかる家族間調整、Q6：家族のニーズアセスメントと支援、Q7：対象者とのラポール形成、Q8：サービス利用の受容支援、Q9：サービスのアレンジと開発、Q10：対象者の意思決定支援である。なお、標準教育については、保健師・看護師教育課程（保健師・看護師国家試験出題範囲）に準拠した内容（1 単位：15 時間）で構成した。

(3) 評価方法

QA テキストの妥当性（face validity）については、介入群における 10 テーマの趣旨と対象者の理解の等価性ならびに語彙や表現の分かりにくさの有無等に基づき検討した。また QA テキストの有効性については、介入群と対照群における 10 テーマに即した各状況設定問題の解決のキーワード数（ケアマネジメントの理解度）を比較し、検討した。

(4) 倫理的配慮

研究対象者に対する人権擁護上の配慮、研究方法による研究対象者に対する不利益、危険性の排除や説明について口頭並びに文書を用いて研究者が行い、文書を用いて同意を確認した。なお、本研究は国立長寿医療研究センター倫理・利益相反委員会による承認を得た（平成 25 年 10 月 21 日）。

C. 研究結果

まず、QA テキストの妥当性（face validity）について、介入群における 10 テーマの趣旨と対象者の理解の等価性ならびに語彙や表現の分かりにくさの有無等に基づき検討した結果、Q1：ケアチーム員の役割調整、Q3：初回サービス計画作成・調整、Q8：サービス利用の受容支援の 3 項目については、15 名中 5 名以上の者に趣旨と理解に差異があり、テキストに使用している語彙や表現に分かりにくさがあるとの回答が見られていた。

次に、QA テキストの有効性について、介入群と対照群における 10 テーマのキーワード数（ケアマネジメントの理解度）を比較した結果、Q2：ケアマネジメント倫理、Q4：主体的なサービス利用促進、Q5：サービス導入にかかる家族間調整、Q6：家族のニーズアセスメントと支援、Q7：対象者とのラポール形成、Q9：サービスのアレンジと開発の 6 項目ならびに全体の合計点について介入群で対照群より有意に得点が高くなっていた（全体の合計点 介入群：12.8±3.9 点、対照群：9.2±1.6 点、 $p<0.05$ ）。

D. 考察

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「ケアマネジメント」の QA テキストを開発し、介入群 15 名に適用のうえ、対照群 15 名と比較した結果、介入群では、対照群に比して、ケアマネジメントに関する理解度の得点が有意に高くなっていた。QA テキストは専門職の基礎教育課程において「ケアマネジメント」におけるリアリティのある問題状況と問題状況を解決する視点の理解を促す有効性を有することが示唆された。

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ための「ケアマネジメント」の QA テキストを開発し、看護系大学卒前の 4 年次学生（保健師・看護師国家試験有資格者）において成績が同等である介入群 15 名ならびに対照群 15 名において有効性を検討した。その結果、介入群では対照群に比してケアマネジメントに関する理解度ならびに関心等の得点が有意に高くなっていた。今後、QA テキストに使用する語彙や表現の分かりにくさを改善するとともに内容の精緻化を図ることが課題である。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

学会発表

田高悦子，白谷佳恵，有本梓，大河内彩子，臺有桂，今松友紀，石島慎子，宮崎絵梨子：ケアマネジメントに関する QA テキストの開発と評価に関する研究，日本地域看護学学会学術集会，2014 年 8 月（予定）

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当なし

研究協力者

白谷佳恵，有本梓，大河内彩子，臺有桂，今松友紀，石島慎子，宮崎絵梨子（横浜市立大学大学院医学研究科地域看護学分野）

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

この度発表された 2014 年度診療報酬改定によって、これからは高齢者の軽中度の救急は地域の在宅療養後方支援病院で引き受けることになるだろう。高齢者の軽中度の救急医療は慢性期医療の範囲であり、慢性期医療を担う病院が在宅療養後方支援病院の役割を担うべきではないか。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 50% が高度急性期病院を含む急性期病院からの入院であるが、病院の所在地別に見ると、東京や大阪などの都市部では高度急性期病院を含む急性期病院からの入院が約 7 割を占めているのに対し、徳島県や兵庫県の淡路島などの地方部では、老健を含む在宅からの患者が半数以上を占めていた。

今後ますます在宅への患者の集約は加速するだろう。かといって介護施設や在宅での看取りが増えるとは思えない。増悪時や急変時は在宅療養後方支援病院がサポートする体制が期待されている。日本慢性期医療協会では、様々な講座を通して患者家族および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。

A. 研究目的

2025 年には日本の年間死亡者数は現在の 1.5 倍、死亡するまでに複数回入院すると患者数は 3 倍以上となる。すなわち 1 人あたりの入院期間を 3 分の 1 程度に短縮しなければ入院できないことになる。これは急性期病院も回復期や慢性期の病院や介護保険施設すべてに当てはまる。今後、入院期間が短縮され、1 人当たりの医療費も下がることによって、最終的には在宅医療に集約されることになる。

東京消防庁が、平成 24 年中の搬送人員の増減について、年代別に前年と比較した統計を発表したが、対前年 10,310 名の増加のうち、75 歳以上の増加が 9,987 名と、ほとんどを占めていることがわかった。このように高齢者の救急搬送患者が急増しているが、この度発表された 2014 年度診療報酬改定により、二次救急病院を中心とする急性期病院が大幅削減されることが予測されている。すなわちどんなときもどんな患者も断らない高度な医療の行える 3 次救急の高度急性期病院に救急患者を集中させ、その代わりに救急のほとんどを占めている高齢者の軽中度の救急は地域の在宅療養後方支援病院で引き受けさせようということである。在宅療養後方支援病院とは、在宅療養支援病院と異なり、ベッド数が

200床以上で、往診は連携先医療機関からの依頼時のみ行い、在宅療養患者の緊急受入れに対応し、迅速に治療し、短期で在宅復帰させるという概念である。まさに高齢者の軽中度の救急医療は慢性期医療を行う、そのような病院で受け入れるべきであり、慢性期医療を担う病院が在宅療養後方支援病院の役割を担うべきではないかと考えている。

慢性期医療では、高度急性期病院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うだけでなく、積極的にリハビリを行い、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。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。

また、認知症高齢者の急増が問題視されている。現在、認知症の疑いのある患者の家族は、どこを受診したらよいか迷っている状況である。いきなり精神科に行く人は少なく、内科のクリニックに行っても専門外と断られることもある。今回、慢性期病院へ入院してくる患者について、調査したので報告する。

B. 研究方法

高齢の慢性期患者は、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おり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。その値は、ALB3.6 g/dl未満、TCHO120 mg/dl未満、BUN20.1 mg/dl以上、Na136mEq/L未満、GLU150 mg/dl以上、Hb10.0g/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、平成22年1月から平成25年9月まで当院を含む慢性期病院計16病院へ入院した患者うち、上記6項目とCrを追加した全7項目を検査した 17,248 症例（入院時平均年齢 80.8±11.6 歳, 男性 7,251 名（77.0±12.4 歳）、女性 9,997 名（83.6±10.2 歳）） を対象とした。

急性期病院では臓器別専門医が多いためか、高齢者の特徴を軽視して安易な絶食指示や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十分治療できていないのではないかとと思われる患者が紹介されて入院してくることもある。紹介元の病院からの診療情報提供書には、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%であり、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%であったことがわかった。しかし高齢者の場合、これらの症状に対する適切な治療を早期に実施しなければ、危険な状態に陥る場合もある。そこで、慢性期病院入院後180日以内の転帰と、入院後180日以内に死亡した患者および180日以内に老健を含む在宅へ退院した患者の入院時検査値別状況について調べた。

さらに入院時持参薬について、特に高齢者が様々な疾病を抱えている場合が多く、出現する症状に対してそれぞれに有効な薬剤を全て処方した上に、それらの薬で起こる副作用に対してさらに薬を処方されていることが多く、10種類以上の持参薬を投与されて入院してくる患者も多い。そこで、入院時持参薬の剤数と持参薬の薬効別割合について調べた。

(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急性期病院が 49.99%、特養・老健、居住系施設、在宅が 45.55%、回復期リハビリテーション病棟、慢性期病床、有床診療所が 4.46%であった。病院の所在地別にみると、東京や大阪などの大都市では、高度急性期病院を含む急性期病院からの入院が約 7割を占めているのに対し、徳島県や兵庫県の淡路島などの地方部では、特養・老健・居住系施設・在宅からの患者が半数以上を占めていた。

17,248 症例中、入院時血液検査結果において BUN20.1 mg/dl 以上は 6,895 症例 (39.98%)、ALB3.6g/dl 未満は 7,714 症例 (44.72%)、TCHO120 mg/dl 未満は 1,851 症例 (10.73%)、GLU150 mg/dl 以上は 4,115 症例 (23.86%)、Na136mEq/L 未満は 5,041 症例 (29.23%)、Hb10.0g/dl 未満は 4,128 症例 (23.93%) であった。

入院後 180 日以内の転帰は、特養・老健、居住系施設、在宅への退院が 9,205 症例 (53.37%)、入院中が 3,510 症例 (20.35%)、死亡退院が 2,880 症例 (16.70%)、転院が 1,653 症例 (9.58%) であった。

入院後 180 日以内に死亡した患者の入院時血液検査値別状況について、BUN=50 mg/dl 以上かつ ALB3.6g/dl 未満であり、Na 高値、低値を示す患者の死亡率が 60%以上と非常に高いことが分かった。また入院後 180 日以内に特養・老健、居住系施設、在宅へ退院した患者については、70%以上が入院時血液検査値が BUN、ALB、Na それぞれ正常値であることがわかった。

入院時持参薬について平均剤数は 7.33 剤であり、持参薬が 7 剤以上であった患者は 52.49%であった。また持参薬で多かった薬剤を薬効別にみると、降圧薬が 11.44%で最も多く、消化性潰瘍治療薬が 10.53%、下剤 9.80%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は、病院の所在地によって入院前にいた場所が異なり、東京や大阪などの大都市では、高度急性期病院を含む急性期病院からの患者が多かったが、地方部では、特養・老健・居住系施設・在宅からの患者が半数以上を占めており、慢性期病院において高齢者の軽中度救急患者を受け入れていることが分かった。

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は、老年科専門以外は得意ではないだろうと思われた。また、入院時持参薬について、7剤以上であった患者が半数以上を占めており、多剤投与による薬物副作用も影響していると、医原性身体環境破壊に対する早期の適切な治療が重要であることが示された。

2025年には日本の年間死亡者数は現在の1.5倍、死亡するまでに複数回入院すると患者数は3倍以上となるので、1人あたりの入院期間を3分の1程度に短縮しなければならない。

この度発表された2014年診療報酬改定は、7対1一般病棟入院基本料を算定する病院（以下、7対1算定病院）への厳しい締め付けにより、7対1算定病院は大幅に減少し、民間中小病院や診療所にも影響を及ぼすものといわれている。すなわち今回の改定により、急性期だけでなく、回復期や慢性期の病院や介護保険施設において入院期間が短縮され、1人当たりの医療費も下がることによって、最終的には在宅に集約される。そうすると急性期病床の削減により、急性期治療後の受け皿となる病床が必要となってくる。その急性期後を担う新たな「地域包括ケア病棟」では3つの機能が必要である。それは、急性期の治療を終えた患者を受け入れ、継続的治療やリハビリを行う「Post Acute」機能、高齢者施設や在宅療養中に急性増悪した軽・中等度の救急患者を受け入れる「Sub Acute」機能、受け入れた患者に積極的なリハビリを行い、自宅や施設に帰れる状態まで回復させる「在宅復帰」機能である。今回の調査結果からもわかるように、すでに慢性期病院ではこれらの機能を十分に果たしている。

今後は「地域包括ケア病棟」とともに療養病床への転換が加速し、慢性期病院が多くなるといわれている。新たな地域医療計画が始まれば、病床過剰地域では、都道府県知事から病床の削減を迫られる可能性がある。また、療養病床にも在宅復帰率が求められ、入院患者に対する在宅医療への促進は加速するのではないかと。かといって在宅療養患者が増え続けることによって、今後、介護施設や在宅での看取りが増えるとは思えない。すなわち、今後は在宅療養者や施設入所者の急性増悪や急変時には、在宅療養後方支援病院がサポートする体制が期待されている。

すなわち、在宅療養患者が肺炎や尿路感染症、もしくは慢性疾患の急性増悪を起こした場合、在宅で診療所主治医による治療を継続するよりも、病院に入院して集中的に治療を行うことにより早期に病状改善できる場合がある。また、医師1名、看護師数名のマンパワーでは、24時間365日在宅療養患者の状態によって休日も夜間もいつ呼び出されるか分からない状態が続けば、診療所の本来の外来診療業務に支障を来すこともある。患者にも主治医である診療所医師にも、在宅療養に入院治療を組み合わせることでさらに安心して良質な在宅医療を継続してもらうことが重要である。

そこで、日本慢性期医療協会では、今後ますます増え続ける在宅療養患者がよりよい医療・ケアサービスを受けられるよう、「在宅医療認定医講座」「ケアマネジャー講座」「在宅療養家族講座」を定期的で開催している。在宅療養患者をささえるチームの育成を目指した講座を開設することで、その課題点についても把握し、今後の質の向上に寄与することを目指している。

まず、「在宅医療認定医講座」は、6日間24単位（計32時間）の講義・ワークショップを行った。参加者は実際に在宅医療に携わっている診療所の医師、そして在宅をバックアップする病院の医師の

両方が参加している。在宅医療を学ぶことができる場所は少ないため、参加者からは好評を得、在宅医療の重要性をこれまで以上に実感したといった意見が多く聞かれ、病院医師にとっても、在宅医療と連携していく上で、在宅医療における実際の治療法や診断方法など大変参考になったという意見もあった。

「ケアマネジャー講座」では、福祉系のケアマネジャーが増加している中、医療的な知識を身につけ、適切な医療ケアをケアプランに盛り込んでもらいたいという趣旨からプログラムを組んだものである。参加したケアマネジャーからは、医療知識を持つことにより、新たな視点で利用者のためのケアプランを立てることが出来る、ケアマネジャーの資質向上の必要性を痛感した等、これからの高齢社会に対応していくためには、現状のままではいけないという危機意識を持っていたのではないかと思われた。

「在宅療養家族講座」では、実際にご家族を在宅で介護しておられる方、あるいはご家族が退院を予定している方などが参加されている。その事情は様々であったが、参加者には、人形や医療機器を使った実技が好評であり、講師に悩みを相談する場面もみられた。在宅療養の難しさが伝わってくるとともに、家族向けの研修の必要性が感じられた。

また、認知症高齢者が急増しているが、認知症にはアルツハイマー型認知症、脳血管性認知症だけでなく、低栄養や脱水など身体環境異常により脳の機能が低下し、認知症が進行してしまう「症候性認知症」がある。これは、早期発見、早期治療により治る認知症状である。現在、在宅療養患者に認知症の疑いがみられた場合、患者の家族はどこを受診したらよいのか迷っている状況である。いきなり精神科に行く人は少なく、内科のクリニックに行っても専門外と断られることもある。そこで日本慢性期医療協会では以前より診療科目に「認知症科」の創設を提案していた。そうすれば迷うことなく初期の段階から気軽に受診ができるようになり、初期治療の効果が期待できる。厚生労働省では平成26年度より認知症疾患医療センター診療所型（仮称）を新設することが発表された。今後ますます増え続ける認知症に対する早期発見、早期治療が期待できる試みであると考えている。

E. 結論

今回の調査より、慢性期病院に入院してくる患者は高度急性期病院を含む急性期病院からの患者が多いが、地方部では、在宅や介護保険施設、居住系施設から急性増悪などにより慢性期病院に入院する患者を多く受け入れていることが分かった。

そして、2025年に向けてこの度発表された2014年度診療報酬改定により、在宅療養後方支援病院が新設されるなど、ますます在宅への患者の集約は加速するだろう。かといって介護施設や在宅での看取りが増えるとは思えない。そこで増悪時や急変時は在宅療養後方支援病院がサポートする体制が期待されている。日本慢性期医療協会では、「在宅医療認定医講座」「ケアマネジャー講座」「在宅療養家族講座」を通して患者家族および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。

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) 武久洋三：慢性期病床群としての長期急性期病床と長期慢性期病床，日本慢性期医療協会機関誌 JMC No. 86. 2013. 4 :3-7
- 2) 武久洋三：認知症科設置提言について，精神医学 vol. 55 No. 6. 2013. 6 : 511-522
- 3) 武久洋三：在宅医療，救急など高齢者医療の課題に対する慢性期医療協会の提案，日本老年医学会雑誌 第50巻 第4号:472-475
- 4) 武久洋三：銷夏随筆 同床異夢，日本病院会雑誌 平成25年7月号 Vol. 60 No. 7 2013
- 5) 武久洋三：医療における中堅管理職に望むこと，病院経営 Master Vol. 3. 3:74-79
- 6) 武久洋三：IT 医療連携構築下において“選ばれる”ための要件を説く，月刊新医療 Vol. 41. No. 2:28-31

2. 学会発表

- 1) 武久洋三：これからの慢性期医療に求められる機能；社団法人病院管理研究協会，東京，2013. 4. 12
- 2) 武久洋三：これからの在宅医療政策；日本慢性期医療協会，東京，2013. 4. 14
- 3) 武久洋三：慢性期医療はまず栄養改善から始まる，日本慢性期医療協会，大阪，2013. 4. 20
- 4) 武久洋三：慢性期医療における栄養管理サービスの課題，日本健康栄養システム学会，兵庫，2013. 5. 18
- 5) 武久洋三：これからの入院医療システム改革，日本看護協会，東京，2013. 5. 31
- 6) 武久洋三：慢性期病院の新入院患者の現状，日本老年医学会学術集会，大阪，2013. 6. 6
- 7) 武久洋三 (シンポジウム)：慢性期医療機能が評価される時代になる，日本病院会，新潟，2013. 6. 28
- 8) 武久洋三：2025年に向けたこれからの病床機能再編，全国自治体病院協議会，東京，2013. 8. 9
- 9) 武久洋三：2025年に向けた病床機能分化について，東京都慢性期医療病院研究会，東京，2013. 8. 31
- 10) 武久洋三：医療連携概論～医療がわかるケアマネジャーを目指して～；日本慢性期医療協会，東京，2013. 9. 7
- 11) 武久洋三：亜急性期と慢性期医療；日経BP社，東京，2013. 9. 8
- 12) 武久洋三：慢性期医療の理念の実践～リハビリテーションの観点から～；日本慢性期医療協会，東京，2013. 9. 21
- 13) 武久洋三 (シンポジウム)：これからのLTACの機能について；日本長期急性期病床研究会，東京，

2013. 9. 29

- 14) 武久洋三：慢性期病床の行方～制度改定、点数改定の対応も交えて～；東京保険医協会，東京，2013. 10. 26
- 15) 武久洋三：慢性期医療に求められる機能としてのリハビリテーション；日本慢性期医療協会，東京，2013. 11. 9
- 16) 武久洋三（シンポジウム）：医療提供体制の改革をどう進めるか；国際医療福祉大学，東京，2013. 11. 9
- 17) 武久洋三（シンポジウム）：2025 年に向けた病床機能再編と慢性期医療；日本慢性期医療協会，東京，2013. 11. 15
- 18) 武久洋三：慢性期病院から 2014 年改定を読み解く 急性期後の医療体制をどうするか；新社会システム総合研究所，東京，2013. 11. 26
- 19) 武久洋三：2025 年に向けての医療提供体制改革；医療とニューメディアを考える会，東京，2013. 11. 26
- 20) 武久洋三：慢性期医療における理念と実践；日本慢性期医療協会，東京，2013. 12. 8
- 21) 武久洋三：療養病床、亜急性のあるべき姿を考える；国際医療福祉大学，東京，2013. 12. 9
- 22) 武久洋三：慢性期病院の新入院患者の現状；日本内科学会近畿地方会，大阪，2013. 12. 14
- 23) 武久洋三：病床機能分化に伴う病院経営～今すぐ行動しないと間に合わない～；公益社団法人医療・病院管理研究協会，東京，2013. 12. 20
- 24) 武久洋三：慢性期医療の質の向上への取り組み；医療経営戦略研究会，東京，2013. 12. 21
- 25) 武久洋三：病床機能分化に伴う病院経営～今すぐ行動しないと間に合わない～；公益社団法人医療・病院管理研究協会，東京，2014. 1. 17
- 26) 武久洋三：病床機能報告制度の導入に向けて～急性期病床、慢性期病床のあるべき姿～；一般社団法人これからの福祉と医療を实践する会，東京，2014. 1. 17
- 27) 武久洋三：慢性期医療の新しい包括診療体系を考える；DPCマネジメント研究会，東京，2014. 1. 18
- 28) 武久洋三：2014 年度診療報酬改定で予想される医療への影響；MMPG（メディカルマネジメントプランニンググループ），東京，2014. 1. 24
- 29) 武久洋三：これからの日本の医療と介護；医療法人 芙蓉会 筑紫南ヶ丘病院，福岡，2014. 2. 5
- 30) 武久洋三：これからの民間病院の経営はどうか；東京都慢性期医療研究会，東京，2014. 2. 8
- 31) 武久洋三：地域における医療のあり方；日本政策投資銀行，東京，2014. 2. 20
- 32) 武久洋三：地域連携の現状と課題～慢性期医療の立場から～；日本医療マネジメント学会，東京，2014. 2. 22
- 33) 武久洋三：病院の機能再編と慢性期医療について；福祉医療機構，東京，2014. 2. 28（予定）
- 34) 武久洋三：わが国における LTAC の展望；社会医療研究所，大阪，2014. 3. 1（予定）

- 35) 武久洋三：平成 26 年診療報酬改定から急性期後を読み解き、2025 年を見据える；総合メディカル，東京，2014. 3. 2（予定）
- 36) 武久洋三：慢性期医療の方向性；日本慢性期医療協会，東京，2014. 3. 8（予定）
- 37) 武久洋三：次期改定の影響度と急性期後を担う医療機関の経営対応；日経ヘルスケア，東京，2014. 3. 9（予定）
- 38) 武久洋三：医療・介護連携の今後のあり方—診療報酬改定を踏まえて—；博愛記念病院，徳島，2014. 3. 11（予定）
- 39) 武久洋三：慢性期リハビリテーションの機能と役割；日本慢性期医療協会，東京，2014. 3. 16（予定）
- 40) 武久洋三：地域包括ケアシステムにおける医療と介護；徳島県医師会，徳島，2014. 3. 17（予定）
- 41) 武久洋三：病院はこれから大変なことになる；福岡県私設病院協会，福岡，2014. 3. 18（予定）
- 42) 武久洋三：（シンポジウム）機能分化と連携強化は待ったなし 2025 年に向けた次の一手；株式会社じほう，東京，2014. 3. 21（予定）
- 43) 武久洋三：慢性期医療の方向性；日本慢性期医療協会，大阪，2014. 3. 22（予定）
- 44) 武久洋三：地域包括ケア病棟に求められる機能と方向性；日本慢性期医療協会，東京，2014. 3. 26（予定）
- 45) 武久洋三：病院はこれから大変なことになる；埼玉，2014. 3. 27（予定）
- 46) 武久洋三：これからのリハビリテーションのあり方；日本慢性期医療協会，東京，2014. 3. 29（予定）
- 47) 武久洋三：慢性期医療をめぐる動向と今後の展望；京都療養病床協会，京都，2014. 3. 29（予定）

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

日本慢性期医療協会 第2回在宅医療認定医講座 プログラムと
講習後の受講者アンケート調査(武久)

平成25年4月13日(土)

13:00~14:20	「在宅療養支援病院の実際」 講師：池端幸彦 先生 池端病院理事長、日本慢性期医療協会副会長・事務局長 慢性期医療を主軸とした地域連携推進事業部長
14:30~15:50	「在宅医療における訪問リハビリテーションの実際」 講師：木戸保秀 先生 松山リハビリテーション病院院長 チーム医療推進委員会委員長
16:00~17:20	「望ましい医療・介護体制と在宅政策」 講師：大島伸一 先生 国立長寿医療研究センター総長
17:30~18:50	「地域包括ケアシステムを支える慢性期医療の役割」 講師：田中滋 先生 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授

平成25年4月14日(日)

9:00~10:20	「これからの在宅医療政策」 講師：武久洋三 先生 博愛記念病院理事長、日本慢性期医療協会会長
10:30~11:50	「在宅医療を支えるための医師と訪問看護との連携」 講師：山崎摩耶 先生 前衆議院議員、元日本看護協会常任理事
12:50~14:10	「日本の医療提供体制の今後の方向性」 講師：小山秀夫 先生 兵庫県立大学大学院経営研究科教授
14:20~15:40	「在宅療養支援診療所の医療の実際～皮膚疾患の管理～」 講師：田口佳代子 先生 いばらき診療所医師

平成25年5月18日(土)

13:00~14:20	「在宅医療における総合機能評価と疾病管理」 講師：矢野 諭 先生 南小樽病院院長、診療の質委員会委員長
14:30~15:50	「在宅医療を支える地域医療システムの構築～療養病床への期待～」 講師：辻 哲夫 先生 東京大学高齢社会総合研究機構特任教授
16:00~17:20	「在宅医療と地域連携」 講師：井川誠一郎 先生 浜寺中央病院院長、医療連携委員会委員長
17:30~18:50	「在宅医療における診療のポイント(ワークショップ)」 講師：井川誠一郎 先生 浜寺中央病院院長、医療連携委員会委員長

平成25年5月19日(日)

9:00～10:20	「脳卒中疾患パスのリハビリテーション」 講師：酒向正春 先生 世田谷記念病院回復期リハビリテーションセンター長
10:30～11:50	「在宅医療における口腔管理」 講師：阪口英夫 先生 大生病院歯科・歯科口腔外科部長、 日本老年歯科医学会地域保健医療福祉委員会委員
12:50～14:10	「在宅療養支援診療所の医療の実際～運動器疾患の管理～」 講師：丸山善治郎 先生 いばらき診療所みと院長
14:20～15:40	「在宅医療推進の必要性と方向性～連携について～」 講師：鳥羽研二 先生 国立長寿医療研究センター病院長

平成25年6月15日(土)

13:00～14:20	「在宅医療における薬物療法」 講師：秋下雅弘 先生 東京大学大学院医学系研究科加齢医学准教授
14:30～15:50	「今後の在宅医療の方向性」 講師：新田國夫 先生 全国在宅療養支援診療所連絡会会長、北多摩医師会会長
16:00～17:20	「在宅療養支援診療所の医療の実際～発熱の管理～」 講師：長尾和宏 先生 長尾クリニック院長、日本ホスピス在宅ケア研究会理事
17:30～18:50	「在宅療養支援診療所の医療の実際～経管を含む栄養の管理～」 講師：長尾和宏 先生 長尾クリニック院長、日本ホスピス在宅ケア研究会理事

平成25年6月16日(日)

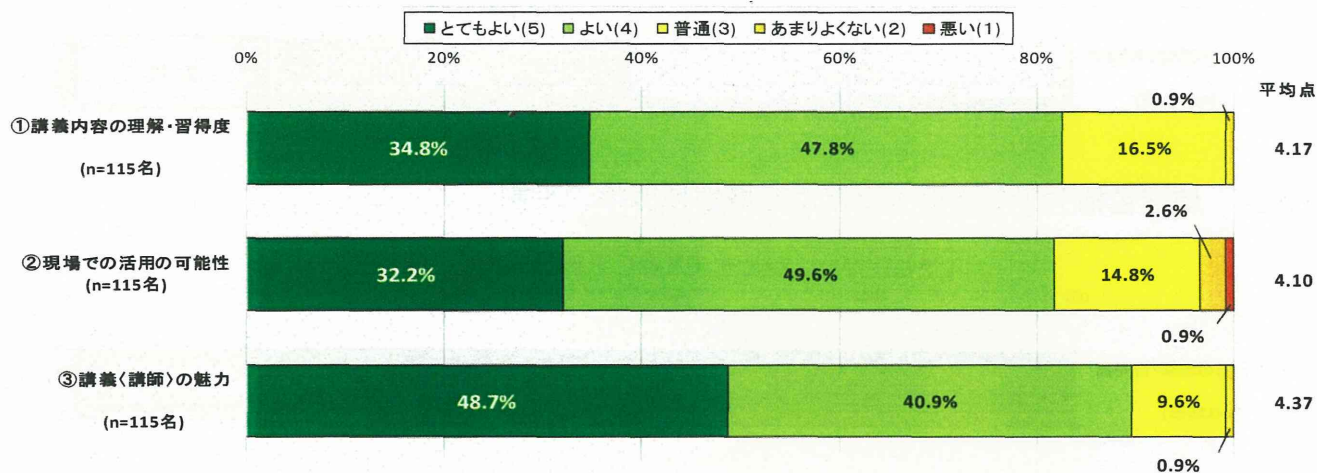
9:00～10:20	「在宅療養支援診療所の医療の実際～麻薬の管理～」 講師：長尾和宏 先生 長尾クリニック院長、日本ホスピス在宅ケア研究会理事
10:30～11:50	「在宅療養支援診療所の医療の実際～終末期医療～」 講師：長尾和宏 先生 長尾クリニック院長、日本ホスピス在宅ケア研究会理事
12:50～14:10	「在宅療養支援診療所の医療の実際～泌尿器疾患の管理～」 講師：照沼秀也 先生 いばらき診療所理事長、医療連携委員会副委員長
14:20～15:40	「在宅医療における神経難病と認知症」 講師：美原盤 先生 美原記念病院院長、難病対策委員会委員長

第2回在宅医療認定医講座 アンケート結果

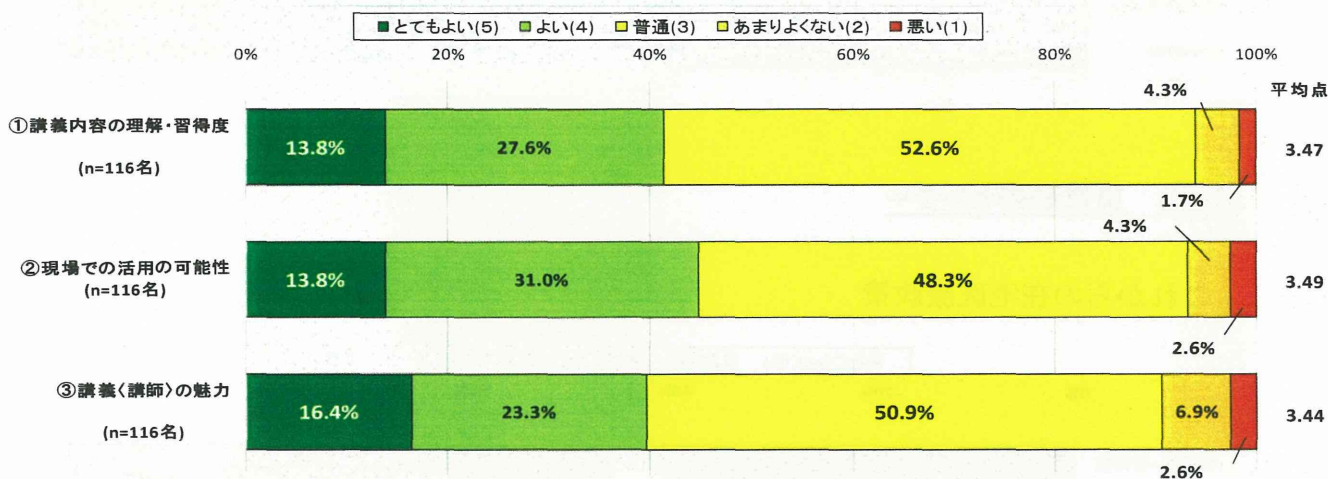
参加者数：医師130名

4月13日(土) 東京研修センター

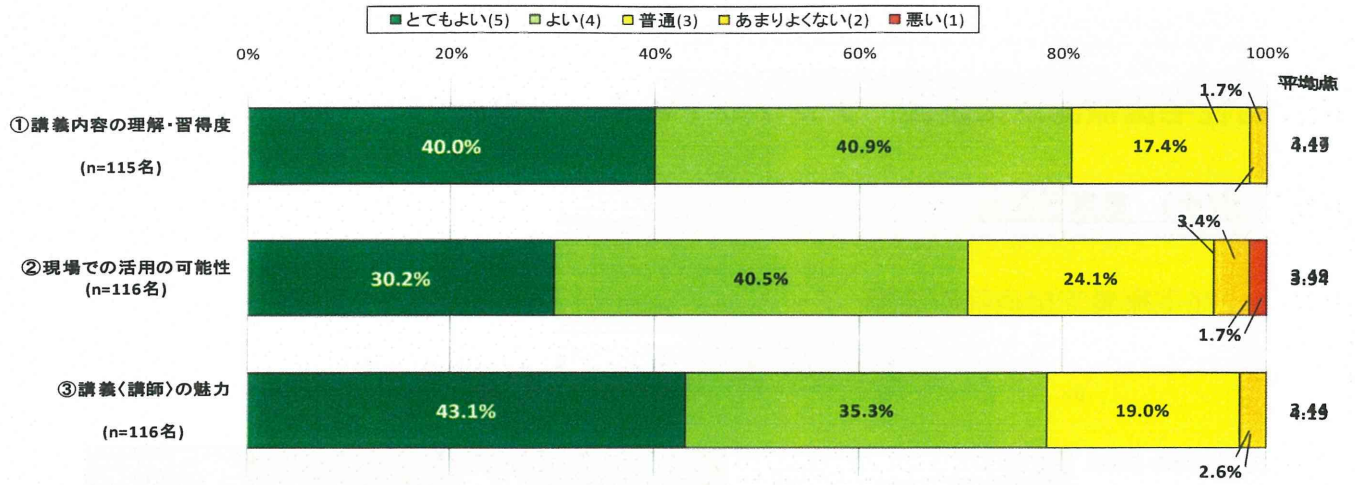
講義Ⅰ 在宅療養支援病院の実際



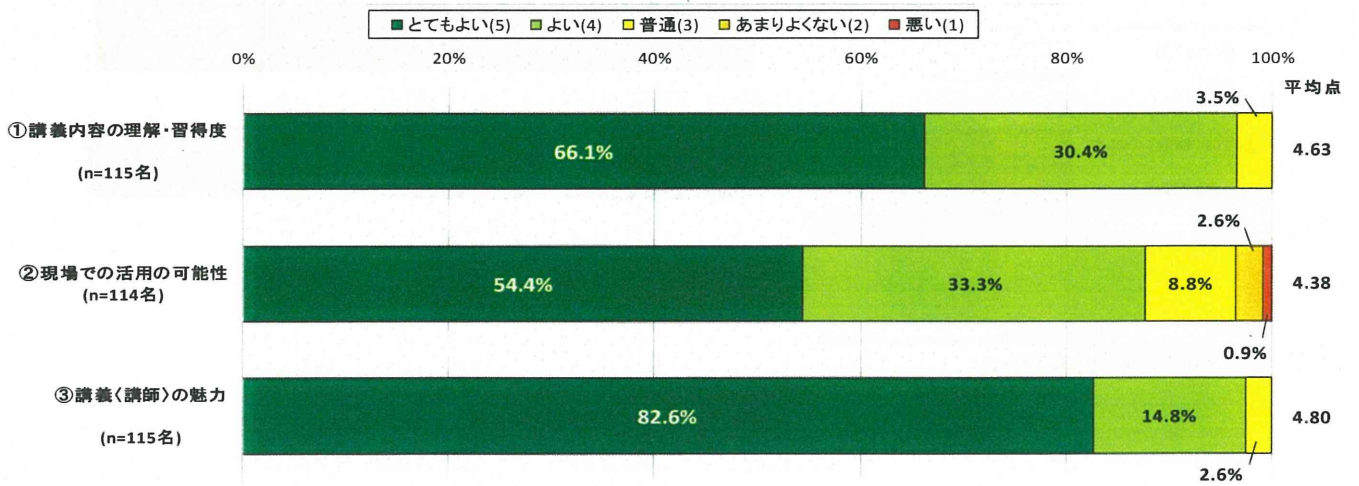
講義Ⅱ 在宅医療における訪問リハビリテーションの実際



講義Ⅲ 望ましい医療・介護体制と在宅政策

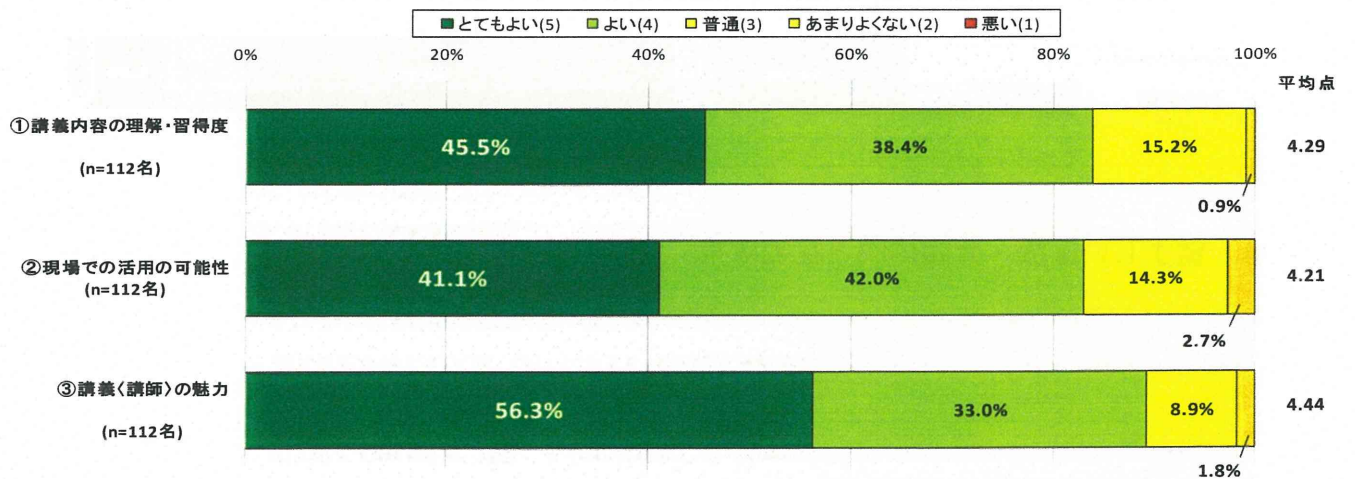


講義Ⅳ 地域包括ケアシステムを支える慢性期医療の役割

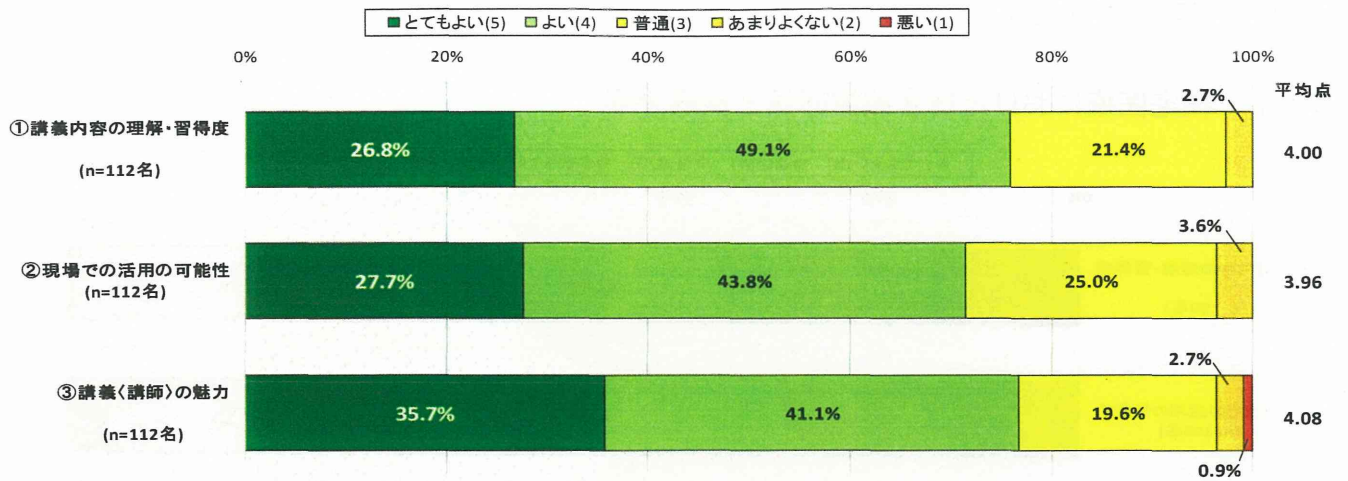


4月14日(日) 東京研修センター

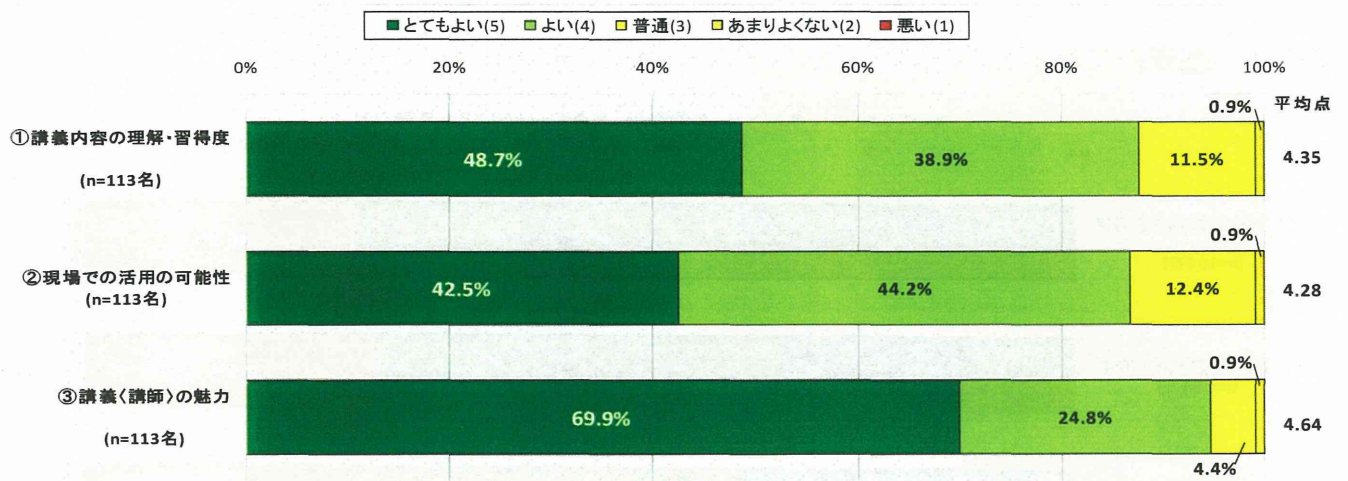
講義Ⅰ これからの在宅医療政策



講義Ⅱ 在宅医療を支えるための医師と訪問看護との連携



講義Ⅲ 日本の医療提供体制の今後の方向性



講義Ⅳ 在宅療養支援診療所の医療の実際～皮膚疾患の管理～

