

201417006A

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業報告書

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

(課題番号：H24-長寿-一般-006)

H26年度 総括・分担研究報告書 別刷

研究代表者 鳥羽 研二

平成27(2015)年 3月

厚生労働科学研究費補助金

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)

平成26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 鳥羽 研二

平成27(2015)年 3月

研究組織

鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター	総長
辻 哲夫	東京大学高齢社会総合研究機構	特任教授
三浦 久幸	国立長寿医療研究センター・在宅連携医療部	部長
千田 一嘉	国立長寿医療研究センター・呼吸器診療科	医師
太田 秀樹	医療法人アスムス	理事長
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
亀井 智子	聖路加国際大学看護学部	教授
真田 弘美	東京大学大学院老年看護学/創傷看護学分野	教授
田高 悦子	横浜市立大学大学院医学研究科地域看護学分野	教授
百瀬 由美子	愛知県立大学看護学部老年看護学	教授
秋下 雅弘	東京大学大学院医学系研究科加齢医学	教授
大河内二郎	介護老人保健施設竜間之郷	施設長
神崎 恒一	杏林大学医学部高齢医学	教授
高杉 敬久	日本医師会	常任理事
鈴木 邦彦	日本医師会	常任理事
武久 洋三	日本慢性期医療協会	会長
大島 浩子	国立長寿医療研究センター・長寿看護・介護研究室	室長
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

研究協力者

望月 諭	杏林大学医学部高齢医学	
山口 潔	ふくろうクリニック等々力	院長
仲上 豪二郎	東京大学大学院 医学系研究科 老年看護学/創傷看護学分野	講師
吉田 美香子	東京大学大学院 医学系研究科 ライフサポート技術開発学（モルテン） 寄附講座	特任助教
大桑 麻由美	金沢大学医薬保健研究域保健学系 看護科学領域 実践臨床看護学講座	教授
内藤 亜由美	藤沢市民病院 皮膚・排泄ケア	認定看護師
平木 尚美	宮城大学看護学部老年看護学	准教授
天木 伸子	愛知県立大学看護学部老年看護学	助教
藤野 あゆみ	愛知県立大学看護学部老年看護学	講師
町田 綾子	国立長寿医療研究センター	外来研究員

別添 2

厚生労働科学研究費補助金研究報告書 目次

別添 3 総括研究報告

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に関する研究	鳥羽研二	1-14
---	------	------

別添 4 分担研究報告

1. 三鷹市における多職種協働推進に関する実態調査	神崎恒一、望月 諭	15-17
2. 高齢者の社会参加の指標に関する研究	大河内二郎	18-18
3. 在宅医療研修会	大島浩子	19-19
4. 介護施設におけるBPSD対応の多職種協働研修	秋下雅弘、山口 潔	20-22
5. 高齢者在宅医療に関する多職種協働の評価と関連要因に関する研究	田高悦子	23-24
6. 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	真田弘美	25-29
7. 認知症グループホームでの検証	百瀬由美子	30-30
8. 在宅医療についての問答集	三浦久幸	31-31
9. パワーポイント集の作成	千田一嘉	32-32
10. 頻尿、尿排出障害、尿失禁に関する多職種テキスト作成	後藤百万	33-45
11. 高齢者在宅医療に関する多職種教育Q and Aテキスト —老年症候群編—の作成と評価	亀井智子	46-55
12. 在宅事例の集計と検討	和田忠志、太田秀樹	56-57
13. 在宅医療研修参加者意見調査	武久洋三	58-66
日本慢性期医療協会在宅医療研修 カリキュラムと意見 (武久洋三)		67-191

別添 5 研究成果の刊行に関する一覧表

192-195

別添 6 研究成果の刊行物・別刷

196

別添3 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学研究事業）
（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（H24-長寿-一般-006）

研究代表者 鳥羽 研二 国立長寿医療研究センター 総長

研究要旨

在宅での看取りは増加が鈍く、訪問看護も伸び悩み、在宅歯科への医師からの依頼は少ない。また軽度～中等度の救急搬送は10年で倍増し、地域で完結する医療が限界を迎えている。在宅医療の推進には、患者家族のニーズを満たす質の担保、トリアージ能力の養成による救急への負担軽減、エンドオブライフ教育による看取りの増加など、多職種の能力向上が喫緊の課題であるが教育システムの構築は著しく遅れている。当センターは平成23年度から、高齢者在宅医療専門看護師教育を開始し、教育テキストコンテンツが集積しつつある。東京大学の柏プロジェクトにおいても一般医家向けの在宅医療教育が進行している。これらの経緯を踏まえ、本研究では高齢者在宅医療の標準的教育カリキュラムを策定し構成項目に合致した事例集を作成し多職種の協働に資する「職種ごとの視点」を共同研究者が加筆作業する「多職種協働による教育資料の作成」を最大の特色とする。内外にこのような発想の教育資料はなく独創性は極めて高い。事例の収集にあたっては在宅医療における症状・所見の頻度や、在宅医療支援病棟における在宅から急性疾患で入院依頼となった疾患構成、症状頻度を基礎資料として個人情報保護法と倫理規定を遵守し、重要な要素をもれなく取り込み作成することとした。これらを実地に活かすため、多職種協働地域連携ケアプランと照合し、内容の過不足を検討すると共に、テキストの一部をDVD化し、医師会の在宅医療研修事業、全老健の教育研修、日慢協の研修事業、看護協会での研修事業での活用を図る。

D) 系統的教育カリキュラムの作成

教育カリキュラムの編集理念、目次案を策定した。

多職種協働はただではない —多職種協働のコスト—

認知症初期集中支援チームは、看護師、保健師、MSW、薬剤師、栄養士など多職種で、認知症で医療介護サービスを受けていない住民を発見し、早期にサービスにつなげる試みであるが、患者家族のニーズを指摘して「今後こんな症状が出やすい、今後こんな生活の不便が増えて家族が大変になる」などの的確な診断とアドバイスを行う能力が求められる。

チーム医療のための会議は、ケアサービスに結びつけるまで平均4回開かれるが、医師を含め集まった人のコストを計算している。

職種別の時給を合計すると、一会議あたり1～2万円の人件費を要している。

多職種協働によって、一人の与えるサービス量を1とし、仮に二人で行う場合、

$1 + 1 = 2$ であれば、チーム医療会議のコスト分マイナスになる。

看護師の領分、MSWの領分が単に積み重なっただけで、「それは私の仕事ではない」といった会議ではプラス α は生まれない。

さらに、重複領域たとえば食事に関して、食事内容を看護師が情報収集し、MSW が配食サービスの情報を持っていても、看護師に遠慮して付加サービスを追加しなければ、 $1 + 1 = 1 \times 1 = 1$ になることもある。多職種の領域を尊重せず、人間関係にまで影響すれば、 $1 + 1 = 1 - 1 = 0$ になるケースも考えられる。 どうしたら $1 + 1 = 3$ 以上に出来るか？ これには病態に対する共通の基本的理解とケアプランに関して専門職種の分業の必要性を、場面ごと、症候ごとに理解する必要がある。 良きリーダーのもと、チームが育ち、豊富な事例検討の中で成功した事例は事欠かない。 これらを手本として国の在宅医療、認知症医療、地域包括ケア行政は組み立てられているが、100カ所の在宅医療の拠点事業を精査すると、障害となる要素が多く判明し、なかでも医療介護の頂点に立つ医師のチーム医療への理解不足、看護師の介護従事者への優越的態度など、まだまだ医療介護のピラミッド構造（ヒエラルキー）に風習は根強く残っており、「多職種協同」は自分がしたくないことや出来ないことを補ってもらう程度の意識が根強い。 多職種協同チームは、主として「症候」を直接ケアする領域であり、高齢者の症候（老年症候群）の構造は、急性期症候、慢性期症候、寝たきりにおきる症候の三層構造をもつ。

これらの集積は、生活機能（ADLや認知機能）と密接な関連があり、生活機能の低下は、家族、地域の援助なしには成り立たない。

多くのニーズに対応するために、多職種協同が必然的に必要になり、地域包括ケアの切り札である所以である。

各地で、行政、医師会を含め、サービス担当者の会議が開かれているが、ケアの内容のレベルアップの革新的手法には苦慮しているようだ。

本テキストは、知識の格差と実践の格差を埋めるべく、症候に対する Q and A 方式で分かりやすく解説し、今日からの日常の現場で役立つ内容となっている。

テキスト構成は「認知症、在宅医療、地域包括ケア」に関わるすべての職種の真のチーム医療役立つことを最大の目的とする。

目次案

A) チーム医療のための症候の基礎知識の共有

認知症

転倒

排尿障害

低栄養

褥瘡

在宅医療

その他の領域

B) ケアの分担と協同促進のノウハウ

認知症

転倒

排尿障害

低栄養

褥瘡

在宅医療

その他の領域

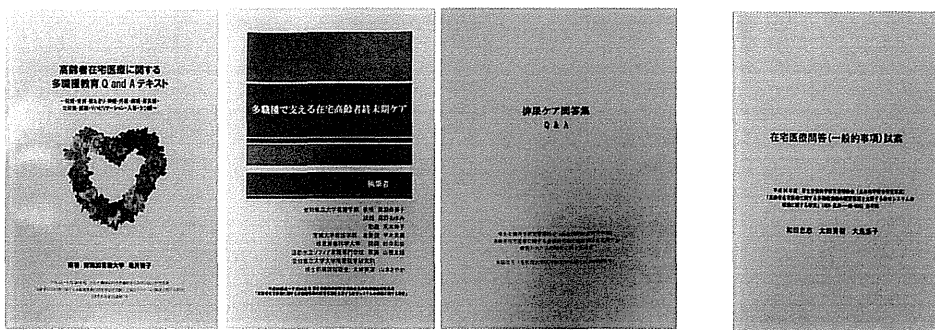
II) Q&A テキスト作成結果

研究者の既存の成果を基に、高齢者在宅医療におけるエッセンス骨子489項目を作成した。骨子は、多職種用に専門用語を廃し、Q and A方式を採用した。

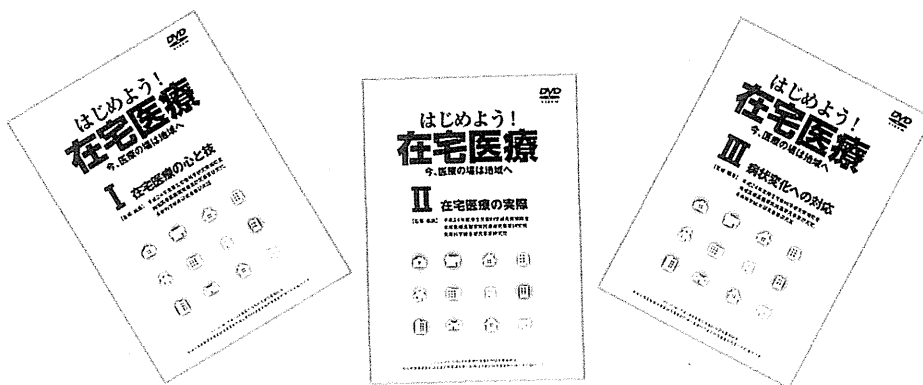
1) 在宅医療の理念と心構えを最重点とし、①在宅医療は高齢者のための医療ですか ②在宅医療は病院医療より質が低いですか など13項目、在宅医療の実際23項目、在宅医療家族の間50項目。

2) 技術的側面では、患者家族の訴えを重視するため、食事や排泄など、生活機能から発見する病態とケアを重視し、自覚症状や他覚所見である症候（老年症候群）別に、認知症79問答【ホームページで公開】、低栄養50項目、褥瘡12項目、呼吸困難、感染症22項目、排尿障害26問答、在宅見取り34問答、老年疾患43項目が完成した。

3) 多職種連携関連では、医療職連携と行政連携のQ and A78項目、退院支援25項目、老人保健施設現場3項目、老いや死の価値17問の骨子が完成。



4) DVD は各20分版 Vol.1～Vol.3が完成し1000部配布。好評につき1000部増刷した。視覚的学習が適当な診断治療に役立つ在宅医療DVDを作成1000部配布した。



テキストの多職種試用

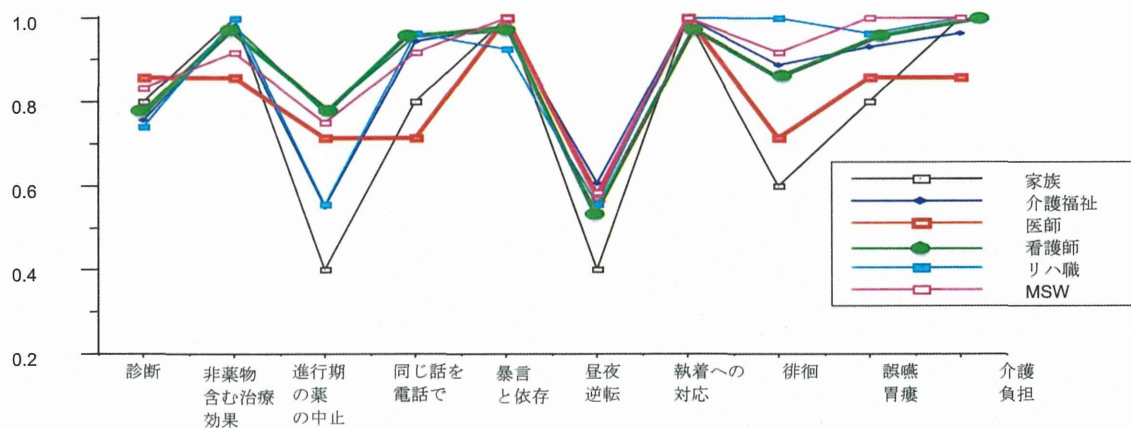
I Q and A 集について多職種間での知識不均衡があるかを検討

ケアプランを立案のためのQ and A集を作成し、一部は多職種間での知識不均衡があるかを検討した。

1) 多職種における、認知症在宅医療の同時テストで、医療職の平均点は家族より高かったが優位な差はなかった。認知症ケア経験3年以上で、得点が向上する傾向 (P=0.08)を認めた。

- 2) 医師は診断面のみ最高、非薬物療法、介護負担面で低い点数であった。
- 3) 看護職はエンドオブライフの薬剤中止に関し、家族、介護職より有意に点数が高かった。
- 4) 介護職は昼夜逆転、リハ職は非薬物療法と徘徊で最高点であった。
- 5) MSW、リハ職、看護職は誤嚥・胃瘻に関して高い点数をとった。
- 6) なんでも相談室のあとでは、5%の成績改善が見られた。

認知症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。認知症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（鳥羽研二）。



II テキストの多職種同時試用 終末期 (百瀬)

7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、テキストが役立ったとの回答が93.1%であり、有効性が確認された(百瀬)。

認知症グループホームでの検証

愛知県、宮城県のGH職員 120名に対し、同意の得られたGH職員を対象にテキストを用いて終末期ケアに関する研修会（集合研修、グループワーク）を開催し、評価方法は研修会後に自記式質問紙法で内容の理解度（4段階評価）、研修全体の評価について回答を得た。

認知症高齢者の終末期ケアの特徴はおおむね理解され、テキストは有効であったとの回答が91.2%であったが、グループワークの時間の不足を指摘する意見も多かった。

III Q and A テキスト有効性評価 (田高)

、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点数が高くなっていった（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）。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。

IV 多職種研修における課題の抽出

1) 介護施設における BPSD 対応の多職種協働研修に関する研究では、認知症 BPSD の対応において、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少なく、多くの職員が、多職種協働に困難を感じていた。研修会の前後で比較すると、「多職種協働ができそう」と感じた者は増加し、多職種でのグループ討議などの研修会は、多職種協働に効果があると考えられる(山口、秋下)。

2) 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(後藤百万)。

3) 在宅療養中止理由(日野市)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に資する教育ツールが必要である。多職種カンファが起きた例として、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。(望月、神崎)。

4) 在宅の特徴は、生まれ育った社会との接点である。しかし高齢者の社会参加の指標は確立しておらず、実態調査して課題を抽出するところから始める必要がある。余暇および社会交流の ICF ステージング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)。

IV 在宅事例集の収集と解析(和田、三浦)。

1) 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(三浦、和田)。

2) 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(三浦)。

A. 研究目的

研究の必要性：在宅医療の推進が叫ばれて久しいが、在宅死はここ50年間で80%から14%に低下し、在宅医療を専門とする医師の増加は停滞している。日本医師会が行った調査でも在宅医療を今以上に行いたい医師は10%に過ぎない。一方、2025年には高齢化率が30%に達し、在宅医療の格段の進展がない限り、多数の終末期の患者が路頭に迷う事態も想定されている。この原因を分析して、超高齢多死の時代に備える仕組み作りは喫緊の課題である。

研究の目的：在宅高齢者医療の進展を阻害する主要因を1)医療サービス連携、2)高齢者疾患の対処困難

性の問題の二つに絞り、現状分析を踏まえて解決策として教育とそれを生かした政策提言を行うことである。

これまでの実績：在宅看護における老年者の症状の分析を本邦で初めて行った（鳥羽：日老医誌 1997）。施設介護における、医療サービスと介護サービスを、ADLや認知症の有無で層別、詳細に分類した「マトリクスケア」を完成し介護ソフトとして実用化した（鳥羽：2005）。登録した一般医家が入院を決定する在宅医療支援病棟で、在宅復帰率 96%、在宅死 36%（愛知県の 3 倍）の実績を得ている（三浦 2011）。国立長寿医療研究センターが中心となって在宅医療推進連絡会議を行い、関連諸団体の連携と活動の擦り合わせを長く行い、地域医療計画に資する在宅医療の提言を行った（鳥羽 2011）。
研究の独創性：旧来の施設数の内外比較では判明していない、連携上のネックを明らかにすることが第一の独創性であり、第二にこれまでに蓄積した在宅看護の症状分析と、在宅死を可能にする在宅医療支援病棟のノウハウを生かし、新たな看護教育システムを構築することにある。

B. 研究方法

平成 24 年度

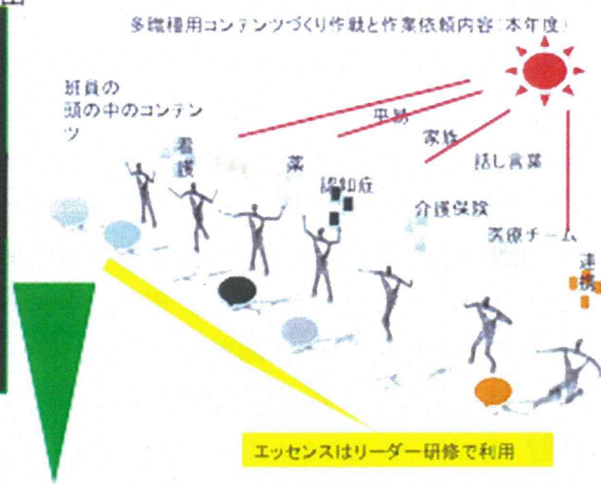
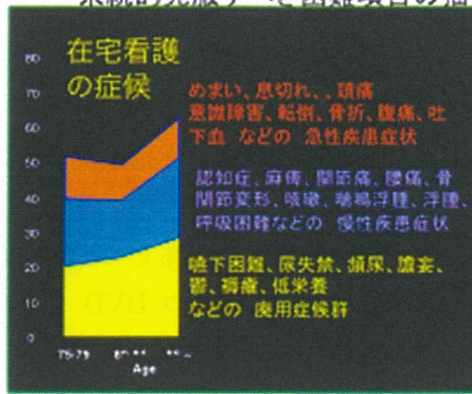
（1）系統的教育カリキュラムの作成

研究者の既存の成果（老年看護学、在宅医学、老年医学のテキスト、訪問看護の医療ニーズ）を基に、高齢者在宅医療における最低限度の骨子を作成する（全員）。骨子は、

- 1) 在宅医療の理念と心構えを最重点とし、
- 2) 技術的側面では、患者家族の訴えを重視するため、食事や排泄など、生活機能から発見する病態とケアを重視し、
- 3) 次いで頻度の高い自覚症状や他覚所見である症候（老年症候群）別のアプローチを整備する。
- 4) 疾患別アプローチは中級コースとし、包括的指示や多職種理解と実践に役立つものに厳選する。

問題点一つにつき、関与の可能性がある職種を、関与内容概要ともにリストアップする。一般的に日常生活機能は独居機能までで 18 項目、老年症候群といわれる症候だけで 55 項目あり、分担して、文献検索などを行い完成する（全員）。

系統的克服すべき困難項目の抽出



研究方法(平成24年度)

- 1) 系統的教育カリキュラム素案の作成
- 2) 技術、ノウハウ、連携実践で「見える化」に相応しいDVDカリキュラムの作成

平成25年度

(2) 事例集の収集

在宅医療現場での事例収集は、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。

救急医療における事例収集は、特に在宅医療の課題のため入院となった症例を集める(和田、神崎、三浦)。在宅療養支援病棟における事例収集は、在宅において見逃されていた課題について重点的に収集する。また、在宅復帰の多職種ケアプラン作成の会議録を記録収集する(和田、三浦、大島)。

(3) 事例集に対する多職種コメント記載と協働作業上の重なりの研究

在宅医療推進会議の各団体に専門職一名を研究協力者として推薦してもらい、看護、訪問歯科、薬剤、訪問リハビリ、訪問栄養士、介護職が、別々の視点から事例に対して、理解しにくいところを指摘し、ケア改善のアドバイスを記載する。これらの整理と多職種協働における課題への分担と重複の研究を行う(太田、大河内、三上、秋下、真田、田高、百瀬、亀井、大島)。

平成25～26年度

(4) 事例集の完成と評価

在宅医療推進会議構成メンバーに、全体構成、内容に問題ないかを講評依頼する。看護教育では老年看護講座で利用して、質問事項などをフィードバックする(遠藤、鳥羽、亀井、真田、田高、百瀬)。医師の学部教育や卒後教育、生涯学習で使用して、疑問、意見などを取り入れ改善する。(辻、秋下、神崎、三上、後藤)

(5) 系統的カリキュラムに沿った、多職種教育用の系統講義パワーポイントの作成を行う(遠藤)。

高齢者在宅医療専門看護師養成講座が23年度から始まり、24年度までに行われた授業のパワーポイント資料集を、系統的カリキュラムに沿って編集し、視覚理解が必要な場面は主要な診察、症候群ごとにDVDを作成する(太田、和田、鳥羽)。

平成26年度

(6) 高齢者在宅医療多職種協働教育ガイドの発刊

以上の成果を踏まえ、25年度末までに高齢者在宅医療多職種協働教育ガイドを完成する。

班員により、各団体での活用を通じて、半定量的な評価を得る（全員）。

研究の道筋:平成24年度に在宅療養継続困難性の分析から生活機能と症候に着目した構造的テキストを作成する。平成25年度には、多団体加盟の班員から具体的事例を集積し、テキストの学習が実地の医療に反映する能力向上に資する道筋を組み立て、これらが支援病棟での医療看護内容に照らして適切なケアプランを立案できるかどうかの解答集を作成する。視覚的学習が適切な診断治療に役立つDVDを作成開始する。平成26年度には、「多職種共用の高齢者在宅医療」テキストを完成し、印刷公表して政策提言を行う。このような研究は内外に見当たらず、超高齢社会の日本において先進的に取り組む課題と言える。

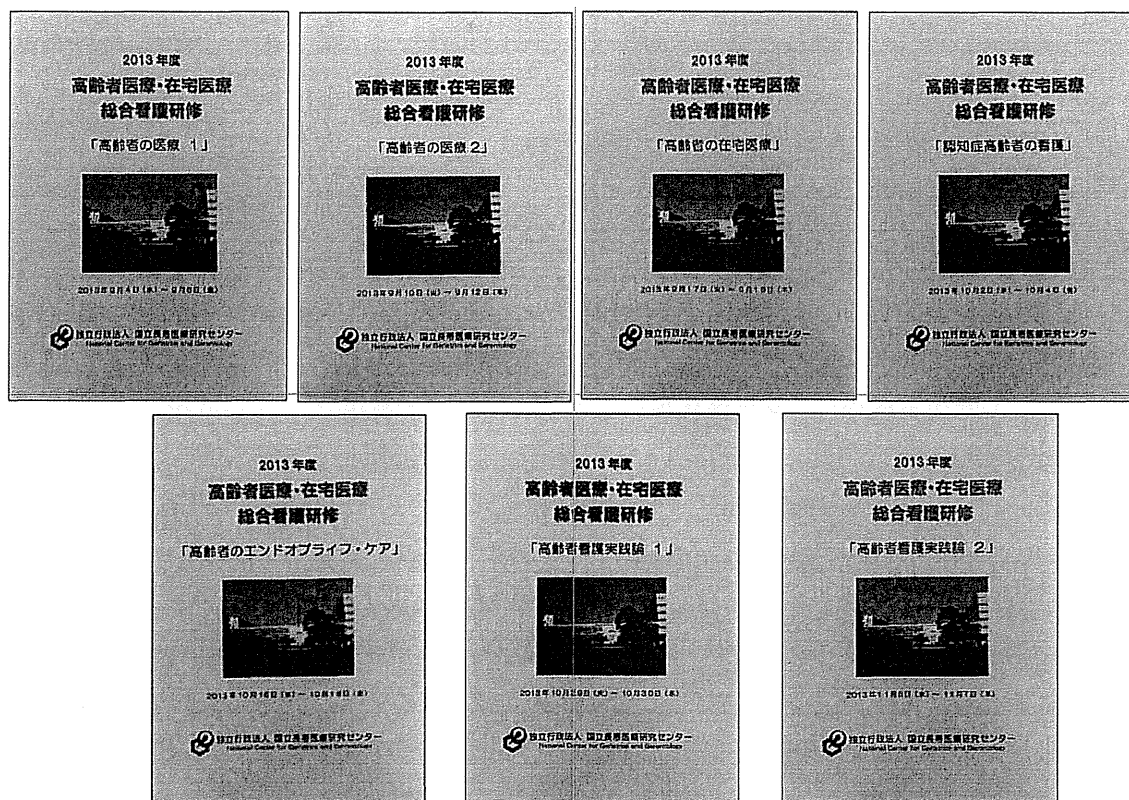
(倫理面への配慮)

事例集は、症例報告に類するものであり、一般的記載を、匿名化して転用するため、患者の診療に関する包括的同意がとれていればこれを活用し、包括的同意がとれていない場合は、この事例への記載不参加でも、診療上に全く不利がないことを説明し、事例集への掲載への同意を得る。患者や判断能力を欠く場合には、家族の同意を得ることとする。

C. 研究結果

D) 系統的教育カリキュラムの作成

平成24年度に研究者の既存の成果を基に、高齢者在宅医療における最低限度の6冊子を作成し、高齢者在宅医療総合研修において、アンケートを実施し、細目に関して、改善要望のあった、1300項目、班員からの意見を参考にして、改訂版を発行した（下図）。



冊子コンテンツは以下のとおり、看護教育研修（カリキュラムは以下の通り）に用い、研修者評価を受けた。また、分担研究者からあらためて多職種連携の課題を多職種ミーティングから聴取し、職種によって、環境だけでなく、考え方、言語にも違いがあることがわかり、想像以上に互いの距離を自覚することから始まった。

やはり垣根の高さを感じている。②医師と、いつどのような方法で連絡をすればよいかわからない。③介護を知らない医師がいる。④ケアマネジャーがチーム医療に入っていない。⑤訪問歯科治療の周知が低く、ケアプランに載らないことが多い。⑥往診がケアプランに載らないことが多い。⑦お薬手帳が活用できていない。⑧ソーシャルワーカーの手がまわらない、などがあった（三鷹市、神崎）。在宅多職種研修からは、一般市民において在宅医療多職種連携について具体的な理解を促進するには、事例を通すことが効果的であることが推察された（大島）。また看護は高齢者医療・在宅医療の要であると言われながらも、介護側の視点では阻害要因にもなり得ることも指摘されている。病院医療に在宅医療が劣る、介護が看護の下であるなど未だに医療・介護の階層や上下関係の意識等が存在することは否めない（大島、武久）。

施設慢性期医療に従事した研修の参加者は、これまで入院医療を中心に取り組んできた医療スタッフが、人口構成の変化、医療政策の情勢等を鑑みながら高い関心を持って在宅医療に取り組もうとしていることがわかった（武久）。

BPSD に対して多職種で対応することの意義、どのように協働をするか、またどのような情報共有をするかについての講義を収録した DVD を作成し、介護施設の介護職、看護師に研修で視聴してもらった（秋下、山口）。続いて、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、今回の DVD を利用した教育コンテンツや多職種でのグループワークにより、9 割以上の職員が、ヒントが得られ、多職種協働能力の向上に効果があると考えられる。

II) チーム医療の考え方を整理し評価方法を開発した

1) チーム医療の考え方と手順

高齢者在宅医療に関する多職種協働の評価とその関連要因を明らかにするため、首都圏の訪問看護ステーション 40 施設に所属する訪問看護師 332 名に、高齢者在宅医療の対象症例 1 名とその多職種チームを評価させた。多職種重層的チーム医療の優劣は、多職種協働にかかわる研修の有無($\beta=0.224, p=0.005$)および当該多職種チームにおける階層意識の高低 ($\beta=-0.208, p=0.009$) との間に有意な関連が認められ、多職種協同研修を通じたヒエラルキーの打破が重要と示唆された（田高）。

すべての職種及び家族が共通に使用できる褥瘡に関するテキストを作成し看護師としての臨床経験のある大学院生および教員において自己学習をした前後での褥瘡ケアに関する知識を比較したところ、学習後でテストの得点が有意に高くなり、テキストの有用性が示された。しかし利用可能性については、介護士や家族介護者にとっては内容や表現が難しいこと、在宅での褥瘡ケアに関する多職種の連携に関するさらなる情報の必要性についての指摘があり、家族介護者も含めた多職種でのテキストの利用可能性を高めるには、表現・語彙を改善するとともに、多職種連携体制に必要な内容のさらなる追加が課題として示された（真田）。

これらの指摘を受け、多職種チーム医療を再考察した。

多職種チーム医療には

- 1) 医師が中心となる急性期医療のチーム医療（救急、外科）
- 2) 医師・看護師・リハ職が協同する慢性入院医療
- 3) 家族・訪問看護・ヘルパーが中核となる要介護高齢者の慢性医療
- 4) 家族が中心となる在宅終末期医療

によって、チーム医療の手順やカンファランスしかた、情報伝達方法も異なって来る。

急性期においては、生命予後が至上課題で、医師の絶対的責任において、指示が伝達され看護職が従う。異なる専門分野の医師の協力がチーム医療の迅速性と成功の鍵となる。

慢性期入院医療の現場は、もっともチーム医療の進んだ分野である。

ここでは、入院治療計画書の策定がまずチーム医療のスタートとなる。

医師と看護師が、診察・検査所見と状態像をすり合わせ、入院治療計画を作るが、状態像の把握にはケアスタッフ・家族の情報を利用する。理学療法などの適応も同時にリハビリ申込書に医師が記入するが、リハビリ職の評価によって、ゴールの設定が適切になり、また、リハ室で行うリハビリと病室で看護師が行う生活

リハビリの役割分担もすり合わせられる。

栄養評価は、管理栄養士・医師・看護師・言語聴覚師が協同して行い、栄養手段（経口、鼻腔、PEG）によって、医師は原疾患による基本的栄養戦略を説明し、言語聴覚士は嚥下機能の現状と改善可能性・誤嚥リスクを説明する。これに基づき必要な栄養量を栄養士が算定し、看護師は摂食看護計画をヘルパーと協同して行う。慢性期においても発熱など急変することが多く、これらの基本計画は、その度に練り直されることになる。チーム医療で得た方向性は、定期的に家族に説明され、コミュニケーションや食事の差し入れなどで家族もチームの一員となる。

在宅介護環境では、医療においても24時間サービスは受けられないため、家族が医療行為を分担しなくてはならない。在宅で頻繁に行われる医療行為である、喀痰吸引、鼻腔栄養の管理など、医師・看護師が同席して、基本的手技と注意を教育するが、看護師は訪問看護の度にさらに手本を示すこととなる。状態の変化を早期に発見するために、体位変換や清拭、排泄介護の度に、皮膚、関節、尿便などの性状について、度の様な変化があったら、記録しまた緊急連絡するかを伝えなくてはならない。

現状において最も頻繁に患者・家族と接するのは介護職である。デイケアなども週に3回以上利用している場合も多い。この場合の情報伝達については、主治医が在宅医療（往診）をしている場合と、外来通院とでは、情報のきめ細かさが格段に異なり、デイケアの情報に至っては、外来主治医が殆どケアカンファレンスに参加しないため、チーム医療の不在ともいってよい状態である。

家族のみが、医療、介護、在宅系通所サービスの全容を把握しているケースも少なくない。チェックポイントをあらかじめ決まった書式にして、協同利用することが望ましい。

終末期医療においては、本人の事前指示書を最優先するが、利用が少ない状況では、家族が最も重要な役割を果たす。医師は、まず家族の協力を求め、自然経過の見通し、起きるべき症状の説明、緊急を要する病態と自然経過でおきる止むを得ない症状とを十分に家族に説明する。但し、いつでも往診、訪問看護による緩和を行うことがこのチーム医療を成功させる秘訣である。在宅死が10%未満の現状では、終末期であっても、家族の不安によって緊急入院となるケースも多い。在宅医療と連携先病院との意思疎通、入院先への在宅医師・看護師の訪問が何より重要であり、在宅での安らかな看取りには、多くのエネルギーが必要である。

上記の如く、様々な医療の現場においてチーム医療の実践が期待されている。チーム医療が実践され始めて、医療を必要とする患者の生活・人生を支えることができることを理解する必要がある。

チーム医療の基本的な問題点については、方針の最終決定に対する責任者をあいまいにせず、平等な会議でも責任はあくまで医師にあること銘記して、医師が座長としてつとめなくてはならない。多職種が、理解を得やすいように、難解な医学の単語は平易に換語されるが、そのエッセンスは、総合的機能評価にほかならない。

表 多職種チーム医療の要素

最終意思決定者 医師

構成メンバー：医師、看護師、MSW、PT、OT、心理士、栄養士、介護士

医療の三要素： 各自の専門性の尊重、同意と決定、チームの専門性*

チーム医療の負の三要素： じゃばり、議論ばかりで何も決まらず、責任不在

*チームの専門性は上記の医療の場面（急性、慢性、終末期）などによって

規定される。 具体的には下記参照。

チーム医療の具体的な進め方

総合的機能評価の意味は、難解な評価表ではなく、疾患を生活に翻訳する精神にある。

在宅医療においては、病院ほど看護や温度板など細かいチェックができないのが特徴である。そこで安全で効率的な治療を目指すためには、包括的な見方の手順（診療マニュアル）が必要になってくる。

糖尿病で合併症を有する患者の在宅医療を例にとれば、たとえば嚥下障害があったり、視力障害があったりしますと、これらは糖尿病の栄養にも関係してくる、自立、麻痺のある方はもちろん運動、食事のことにも問題がある。すなわち、スプーンを口まで運べるかどうかによって、その食事の援助は大きく変わってくる。

もう少し状態の良い方でも、炊事や服薬管理ができるかといったことは非常に大切で、ご家族が昼間いないご家庭も多いわけで、来年以降、要介護認定のモデル事業の中で、ようやく「簡単な料理」自立度の判定基準に盛り込まれることになる。

認知機能に関しても、一定の認知機能がなければ自己注射は不可能で、心の問題での服薬拒否、あるいはご家庭で、誰がご飯を作り、誰が薬を飲ませるかといった大問題が控えている。

従って情報収集は、疾患の重症度は主に医師が行うとしても、嚥下障害、視力障害は訪問看護やご家族から、基本的ADLは意見書の中からしっかりとそれを情報収集しなければならない。炊事、服薬管理も介護認定調査のシートに今後入ってくる。認知機能は長谷川式で20点以上ないとインスリンが打てないと言われているが、在宅では評価の時間はない。この場合朝食の内容を訊いたり、お薬を飲んだか訊いたりすることで代用が可能である。

服薬拒否でうつのムードを測るのもなかなか大変で、それは訪問医師が往診に行った時、また、看護師がいろいろなことを聞いてあげた時の診察や看護の受容度といったもので、拒否的でないかといったことを念頭に見ていただくだけでも、相当違ってくる。

また、栄養管理ももちろん体重を量ったり、血液検査をすれば精密であるが、まず痩せてきていないか、むくみがきていないかといったことを見ていただくことが大切である。服薬管理でもお薬を捨ててしまっている場合もあるので、残薬確認だけはしっかりしていかなければならない。ご家族がどの程度服薬の補助に当たっているのかといったことも、毎食後必ず飲むところまで見ている方から、カレンダーに張り付ける方からいろいろな方がいるので、その情報収集も重要である。

このように、同じ疾患であっても、若年者と高齢者では、チーム医療の重要性、チーム医療にかかわる職種の多様性の増加が特徴である（表）。

チームをまとめるために、医師、看護師にはコーディネーターとしての特性が求められる。

註：WOC; Wound Ostomy and Continence Nurses

創傷・オストミー・失禁看護看護（師）

2) チーム医療診断ツール

チームをまとめるためには、チーム参加者のチーム医療における心構えの基本が試される。これらを自己チェックし、また、チームリーダーがチェックして指導するための評価表を開発した。

多職種協働におけるチェック事項(合同ケアカンファランスや会議などで)
多職種連携 自己評価 客観評価方法

職種の役割を限定する発言	広く捉えて協力する発言	100
役割分担の明確化を求める発言	境界領域があり重なりを重視する発言	
他職種の干渉を嫌う発言	積極的に受け入れる発言	
他職種業務の困難を制度に帰結	協力して解決する提案	
他職種業務の成功に無言	大いに賞賛して学ぶ発言	
自己の成功を限定的に評価	過大に評価	
人間関係の困難が理念を凌駕	理念が優先して克服	
事務的作業は他人ごと	目立たない雑用を高く評価	
他職種の専門性を無視	専門性への敬意	

Australia: Multidisciplinary and Interdisciplinary Approachより改編

多職種連携 自己評価 客観評価方法
(合同ケアカンファランスや会議などで) チェック

目標の設定を限定する発言	なるべく高くする発言	100
評価の困難例をあげる発言	評価を重視する発言	
目標期間を曖昧にする	期限を明確にする発言	
業務見直しを拒否する発言	見直しに協力して解決する提案	
業務達成困難を人的資源に帰結	自己の不十分に帰結	
成功を自己評価と同一視	成功要因を客観的に分析	
人間関係の困難を放置	解決に努力	
事務的作業は手伝わない	時間があれば、協力	
新しい目標や内容に無関心	好奇心高く参画	

Australia: Multidisciplinary and Interdisciplinary Approachより改編

Q2_ 在宅医療は誰が受けられるの

III) E ラーニング利用状況

認知症情報サイトへのアクセスは、開設以来162523件に上った。
Eラーニングは、医療者向けに限定したため、244件にとどまった。

家族もチーム医療の中に入れるため、Eラーニングを一般向け後悔とする必要があることが示唆された。

独立行政法人
国立長寿医療研究センター
認知症情報サイト

貴方の認知症の知識は間違っていますか？ 認知症の正しい知識を勉強しましょう。思いがけない発見がきっとあります。

医療関係者ログインはこちら

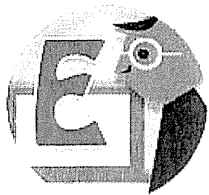
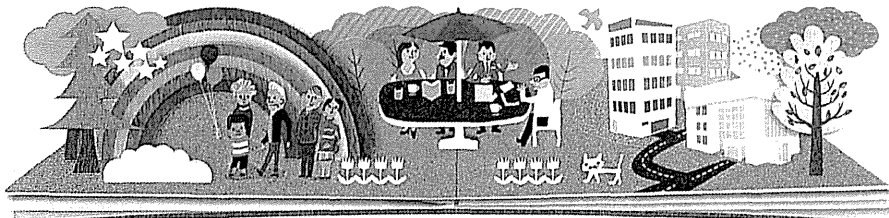
検索

大 中 小

● 一般の方

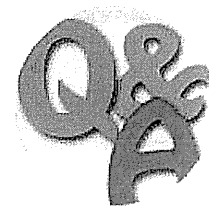
● 医療関係の方

● 認知症疾患医療センターの方



認知症 e-ラーニング

認知症 e-ラーニング



認知症 Q&A 医療関係者向け

認知症 Q&A 医療者向け

1. 認知症のことを知りたい(一般)

- [01] 病気について知りたい (9)
- [02] 症状について知りたい (3)
- [03] 検査について知りたい (3)
- [04] 治療について知りたい (1)
- [05] お薬について知りたい (8)
- [06] 予防について知りたい (1)
- [07] その他 (1)

2. 認知症の人と上手に向き合うために

- [01] 食事について (2)
- [02] 排泄について (2)
- [03] 入浴について (4)
- [04] お薬について (2)
- [05] 対応に困る言動との向き合い方 (16)
 - 5.1 徘徊 (1)
 - 5.2 妄想・繰り返し (2)
 - 5.3 暴言・暴力 (6)
 - 5.5 その他 (7)
- [06] 趣味や余暇活動への取り組み (1)
- [07] 外での活動を支える (4)
- [08] 運転と車のとりあつかい (2)
- [09] 介護者の気持ち (3)

3. 認知症の人の生活を支える

- [01] 専門の医療機関に診てもらおう (3)
- [02] 自宅で診てもらいたい (1)
- [03] 介護サービスを利用する (9)
- [04] 身体の具合が悪い時 (3)
- [05] 主治医を変えたい・病院を変えたい (2)
- [06] 日常生活の悩み (1)

別添 4 分担研究報告書

平成 26 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

三鷹市における多職種協働推進に関する実態調査

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

三鷹市では「三鷹市在宅ケアを支える多職種ワーキンググループ」を組織し、効果的な在宅支援を展開するため、職種を超えた交流会「三鷹市在宅ケアを支える多職種交流会」を平成 25 年から始めた。平成 25 年 2 月と平成 26 年 5 月にそれぞれ約 110 名が参加し、多職種で事例検討を中心とした交流会を開催した。そのなかで、いくつかの良かった点、問題点および疑問点を浮き彫りにすることができた。また、平成 26 年 2 月には、宮島前老健局長の講演会（「超高齢社会における地域包括ケアの課題と展望」）が開催され、平成 27 年 2 月には多職種協働パネルディスカッションが開催予定である。本活動の中で見えてきた良い点、課題を参考にして、今後、在宅医療を実践しやすくするための多職種協働体制の構築を進めていくことが目標である。

A. 研究目的

現在、三鷹市は地域包括ケアシステムの構築に向け、そのありかたについて検討を進めている。その一環として、市と市内 7 箇所の地域包括支援センターでは、「三鷹市在宅ケアを支える多職種ワーキンググループ」を組織し、地域の限られた資源で、効果的な在宅支援を展開するため、職種を超えての交流会の開催など、顔の見える関係づくりやスムーズな連携を取るよう情報共有を行っている。本研究では三鷹市での多職種協働を推進する動きについて、平成 25 年から始まった「三鷹市在宅ケアを支える多職種交流会」活動について報告するとともに、地域で多職種協働、地域包括ケアを進めていくうえでの課題を浮き彫りにすることを目的としている。

B. 研究方法

平成 25 年以降三鷹市で開催された多職種協働会議の内容を確認し、同市での多職種協働の推進状況を確認した。（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

1. 平成 25 年 2 月 15 日に「三鷹市在宅ケアを支える多職種交流会」が開催された。

同交流会では、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなど 110 名以上が参加した。1 グループ 10 人程度が同じテーブルにつき事例検討を行い、多職種それぞれの「視点や気づき」を共有することを目的とした。参加者の感想として、次のような意見があがった。

<良かった点> ①医療機関の話が聞けて良かった。②なかなか交流できない医療の方々のお話を伺えて勉強になりました。③各部署のご担当者との交流を持てることが大変有意義と思われました。④交流が深まり、在宅ケアの質の向上が期待できます。⑤直接、顔の見える機会は本当にありがたかったです。ケアマネ力の1つとして情報、社会支援をいかに持っているかが大切だと痛感しています。⑥お互いの役割を知ることで、お互いがプラスになると考えます。



<問題点および疑問点として>①医療職に、やはり垣根の高さを感じている。②医師と、いつどのような方法で連絡をすればよいかわからない。③介護を知らない医師がいる。④ケアマネジャーがチーム医療に入っていない。⑤訪問歯科治療の周知が低く、ケアプランに載らないことが多い。⑥往診がケアプランに載らないことが多い。⑦お薬手帳が活用できていない。⑧ソーシャルワーカーの手がまわらない。

2. 平成 26 年 2 月 21 日に前厚生労働省老健局長宮島俊彦氏の講演会が開催された。

「三鷹市在宅ケアを支える多職種ワーキンググループ」は、前厚生労働省老健局長で、現在、岡山大学客員教授として活躍中の宮島俊彦氏を招いて、「超高齢社会における地域包括ケアの課題と展望」と題した講演会を行った。講演の中で、地域包括システムとは、超高齢社会の基本理念、寝たきりゼロへの 10 か条、地域包括ケア体制のイメージ、今後の認知症施策、認知症ケアパス、市町村の役割などについて話があった。

3. 平成 26 年 5 月 16 日に「三鷹市在宅ケアを支える多職種交流会」が開催された。

平成 25 年 2 月 15 日に続いて、その時と同様の多職種交流会が開催された。参加者は 106 名であり、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、保健師、社会福祉士、理学療法士、行政職、ケアマネジャーなどが 13 のグループに分かれて KJ 法によるグループワークを行い、課題の共有を通じて、互いの職種、業務の理解に努めた。

4. H27.2 月 20 日に「三鷹市在宅ケアを支える多職種交流会」が開催される（予定）。

以下の内容で「三鷹市在宅ケアを支える多職種交流会」が開催されることが決まっている。パネルディスカッション「在宅療養における医療と介護の連携～地域包括ケアシステム実現に向けて～」アイデア：三鷹市で活躍している様々な機関の専門職の方々をパネリストとして迎えて、それぞれの立場から事例をもとに話し合う予定。相手の立場を理解することを通じて、連携について考える。【パネリスト】高橋壮芳（三鷹あゆみクリニック医師）、佐野広美（野村病院医師）、加藤雅江（杏林大学医学部付属病院 MSW）、黒木 美和子 看護師（三鷹中央リハケア訪問看護ステーション）、島内俊子（野村病院看護師）、原田聡子（多摩たんぽぽ介護サービスセンター介護支援専門員）、【ファシリテーター】服部将志（西部地域包括支援センター主任介護支援専門員）

D. 考察

地域包括ケアは医療、介護、福祉、保健などのシステムと、地域の様々な組織、団体や住民そのものが協働して、よりよい地域社会を築くうえで必要な体制であり、今後、日本が超高齢化社会を邁進していくなかで、取り組まなければならない重要な課題である。地域包括ケアを推進するためには、上記、多職種が協働して街づくりに取り組まなければならない。

三鷹市では平成 25 年より「三鷹市在宅ケアを支える多職種交流会」活動が始まり、多職種協働が具体的に取組み始めた。地域包括支援センターが主体となって、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、保健師、社会福祉士、理学療法士、行政職、ケアマネジャーなどが一堂に会して、“顔の見える連携”活動を行い始めた。具体的な方法として、自己紹介、名刺交換から始まり、共通のテーマ（事例）について 8～10 人を 1 つの単位とするグループ（それぞれのグループが多職種を形成）で意見を交換し、解決策を導くやり方を用