

201417006B

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)

H24-H26 年度 総合研究報告書

研究代表者 鳥羽 研二

平成 27 年(2015) 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 総合研究報告書

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
三上 裕司	日本医師会	常任理事 (H24)
高杉 敬久	日本医師会	常任理事 (H25)
鈴木 邦彦	日本医師会	常任理事 (H26)
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

飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構	准教授
吉江 悟	東京大学高齢社会総合研究機構	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
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
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	
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
東 憲太郎	三重県老人保健施設協会	会長
鷺見 幸彦	国立長寿医療研究センター	副院長
遠藤 英俊	国立長寿医療研究センター・長寿医療研修センター	センター長
櫻井 孝	国立長寿医療研究センター・もの忘れセンター	センター長
服部 英幸	国立長寿医療研究センター・精神診療部	部長
武田 章敬	国立長寿医療研究センター・第二脳機能診療科	医長
高道 香織	国立長寿医療研究センター・長寿医療研修センター	老人看護専門看護師
町田 綾子	国立長寿医療研究センター	外来研究員
清家 理	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 総合研究報告		1- 54
要旨		1- 3
研究目的		3
方法 (H24～H26)		3- 5
結果		5- 54
別添4 分担研究報告		
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		55-118
1. 在宅医療の教育プログラムに資する症例収集	和田忠志	55- 56
2. 在宅医療支援病棟 事例収集、評価	三浦久幸	57- 59
3. 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教材作成	辻 哲夫、飯島勝矢、吉江 悟、土屋瑠見子	60- 62
4. 教育資料 (一部) DVDの作成	太田秀樹	63- 64
5. パワーポイント集の作成	千田一嘉	65- 67
6. 排尿障害教育	後藤百万	68- 72
7. 在宅医療問答集の検討	大島浩子、和田忠志、太田秀樹	73- 74
8. 日野市における多職種協働の阻害要因の検討	神崎恒一、望月 諭	75- 80
9. 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	80- 83
10. 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 教育コンテンツ収録DVDを利用した多職種でのグループワーク	秋下雅弘、山口 潔	84- 89
11. 高齢者の社会参加の指標に関する研究	大河内二郎	90
12. 在宅医療テキストコンテンツの作成	亀井智子	91- 93
13. 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	94- 97
14. 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	98- 99
15. 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	田高悦子	100-103
16. 高齢者在宅医療に関する多職種教育テキスト - 褥瘡に関するテキスト作成 -	真田弘美	104-108
17. 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	109-117
別添5 研究成果の刊行に関する一覧表		118-131

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学研究事業）

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）

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化した。今後、多職種共用テキストを完成出版し、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、看護協会での活用を図る。

I 系統的教育カリキュラムの作成

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。

II 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（鳥羽研二）。

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、テキストが役立つとの回答が93.1%であり、有効性が確認された（百瀬）。

### III 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。多職種カンファが生きた例として、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）。

### 研究の結論

在宅療養継続困難事例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した。

班員から具体的事例を集積し、適切なケアプランを立案できるかどうかの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、職種間差異はヒエラルキーでなく日常臨床の対応経験による項目による差であった。

視覚的学習が適当な診断治療に役立つDVDを作成1000部配布し、理解が深まった。

「多職種共用の高齢者在宅医療」テキストを用い、多職種、医学生、看護学生でも教育効果を検討し、多職種テキストがより効果的である結果を得た。

医師、看護師など教育現場で従来の教育方法に加え多職種共用テキストを用いて、共通言語の醸成チーム医療、チームケアの土台作りを行う必要がある。

## 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

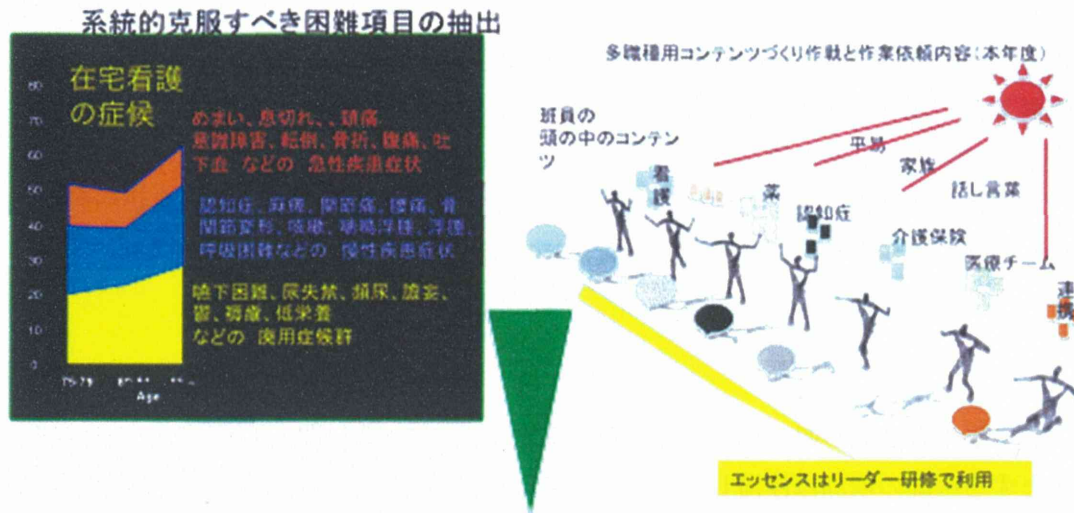
#### (1) 系統的教育カリキュラムの作成

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の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）。



## 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した。

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た(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した(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った(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した(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った(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、系統的教育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 を作成した（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。視覚的学習が適当な診断治療に役立つDVDを作成開始した。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。

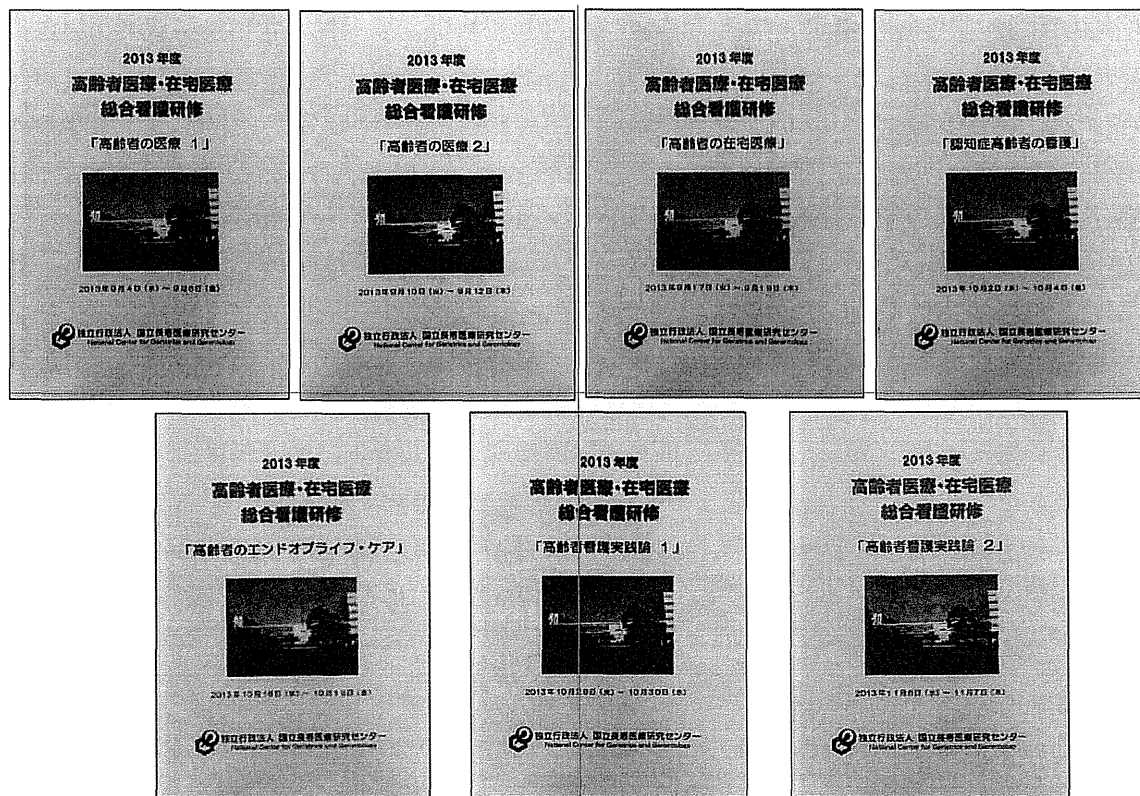
（倫理面への配慮）

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。

## II) Q&A テキスト作成状況

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) テキストの理念を策定した

多職種協同はただではない —多職種協同のコスト—

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」などの確かな診断とアドバイスを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。

多職種協同によって、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 $\alpha$ 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。

本テキストは「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。

#### 5) テキストの目次案を策定した

##### 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

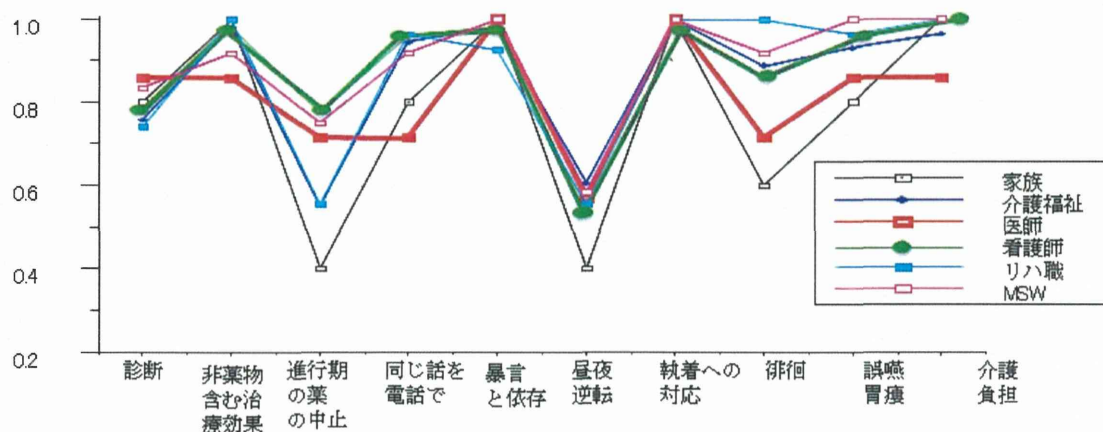
その他の領域

## テキストの多職種同時試用 認知症 (鳥羽、東、清家)

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。



## テキストの多職種同時試用 終末期 (百瀬)

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。

## 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、 $p<0.05$ ）。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。

チーム医療の診断ツール案を策定した。

### 1) チーム医療の考え方と手順

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、情報伝達方法も異ってくる。

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になる。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、度々の変化があったら、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ラ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：でしゃばり、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、医師の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

三鷹市在宅ケアを支える多職種交流会」を開催し（神崎）、課題として①医療職に、やはり垣根の高さを感じ

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。など多くの現場の問題点が浮き彫りになった。特に、ピラミッドがたの医療の意識の払拭、他の職種の理解と尊敬の観点は大きなチーム医療の阻害要因と思われる。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。そこで、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

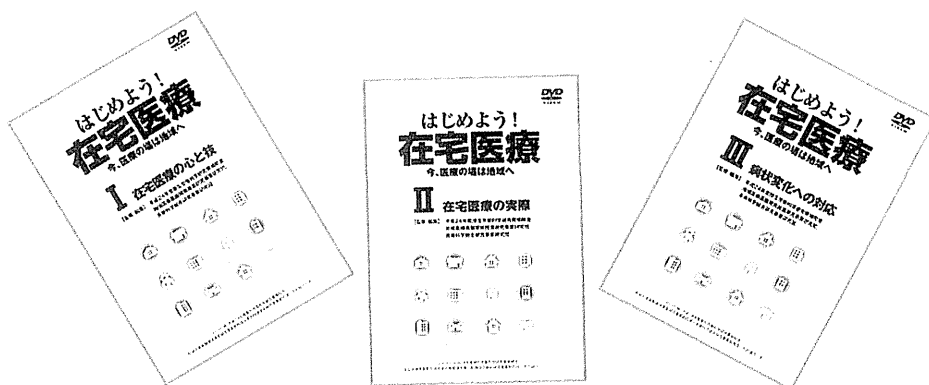
多職種連携 自己評価 客観評価方法  
 (合同ケアカンファランスや会議などで) チェック

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

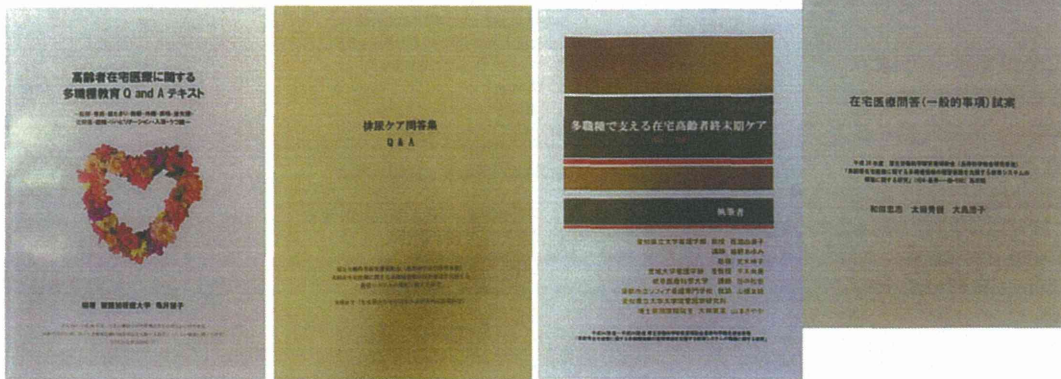
## DVD の作成と利用状況

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。



現在まで集積された Q and A





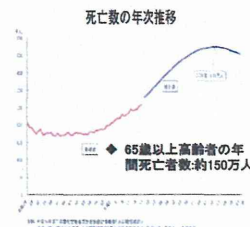
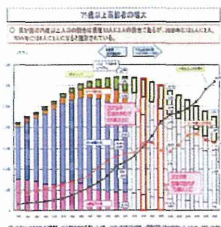
秋下、飯島、鳥羽、亀井、百瀬、大島浩子、太田、千田、三浦、大河内、神崎、真田 以上分担研究者、清家、武田、鷺見、遠藤、服部、櫻井 以上研究協力者

## 1) 在宅医療 Q and A (大島、太田)

### Q1\_在宅医療とは？

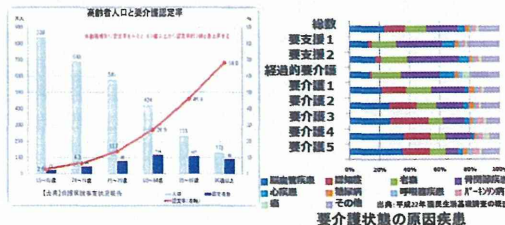
A1: 在宅医療は、通院困難な者に対して自宅等(自宅や介護施設、グループホーム等を含む)で継続的に療養することを支援する医療です。患者、家族・介護者のQoL (Quality of life:生活の質)の維持や向上を目指した医療です。

### なぜ在宅医療



➤ 高齢社会、特に後期高齢者の増加

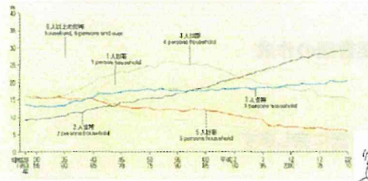
### なぜ在宅医療



➤ 高齢になると要介護状態となる割合が多くなる  
 ➤ 高齢者がかかる病気は要介護状態となりやすい  
 ➔ 急性期治療終了後、通院が難しくなり自宅等で療養

### なぜ在宅医療

世帯人員数別における世帯別の高齢者の年次推移



➤ 少子高齢社会:

- ・ 独居(1人)、2人(高齢者夫婦:老々)世帯の増加
- ・ 家族介護力は？

➔ 在宅療養患者を支援する医療体制(在宅医療)が要

### 在宅医療と病院医療の違いは

- ・ 在宅医療は生活の場で受ける医療:
  - 「生活の場の快適さ(QoLも含む)」を重視
  - かかりつけ医・訪問看護師等が患者の全体像(家族、住居環境など)を把握
- ・ 病院医療は医療機関で受ける医療:
  - 快適さより「検査や治療の効率性」を重視
  - 各専門科ごとに検査や治療を実施

### Q2\_在宅医療は誰が受けられるの

A2

## 在宅医療を受けるのは

### Q2. 在宅医療は誰が受けられるの？

- ・ 在宅医療を受けることができるのは、
  - 0歳から高齢者まで年齢を問いません。
  - 病気も、がん、脳卒中、神経難病など
  - 独居、老々世帯など
  - 在宅医療は通院困難者に対する医療であり、通院困難者の大部分は高齢者であるため、在宅医療の対象者の多くは高齢者と言えます。

#### 在宅医療の対象疾患

脳血管疾患	脳出血・梗塞後遺症など
神経難病	筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症など
脊髄損傷	外傷性、慢性閉鎖リウマチ、がん骨転移など
認知症	アルツハイマー病、血管性認知症など
末期がん	各臓器のがん
小児在宅医療	人工呼吸器をつけた状態、小児がん
その他	老衰、大腿骨骨折後、精神疾患など

➢ 0歳から高齢者まで年齢を問わず、疾患も様々。

- 「在宅医療を受ける」、「入院医療/施設入所」かは、全て患者・家族の意志・自己決定が尊重されます。
- 「何が何でも在宅医療!!」ではありません

### Q3. 在宅医療は誰が支援してくれるの

A3

## 在宅療養を支える主な機関と職種

機関	職種	支援内容
病院（地域支援病院、在宅療養支援病院）	医師、看護師（保健師） 医療ソーシャルワーカーなど	入院検査・治療、退院時・退院後の支援
診療所（在宅療養支援診療所）、 訪問看護事業所	医師、看護師、保健師、助産師等、 歯科医師、歯科衛生士 （在宅療養者のかかりつけ医）	訪問診療、往診、外来診療、訪問看護 介護保険制度の在宅療養管理指導
居宅介護支援事業所 薬局	介護支援専門員（ケアマネジャー） 薬剤師	介護保険の居宅サービス計画立案と給付管理 調剤と処方、販売、服薬指導 居宅療養管理指導
（病院等の併設サービス） 通所・訪問リハビリテーション	理学療法士、作業療法士 言語聴覚士	運動機能、摂食嚥下、発声訓練 生活動作訓練
保健所、保健センター	保健師、看護師など	公的サービス、相談、健康教育 感染対策、食生活指導
地域包括支援センター	総合相談窓口の担当者	介護予防ケア計画立案 地域支援事業（介護予防事業）
通所介護・訪問介護事業所	介護福祉士、訪問介護員	通所・訪問介護サービス
都道府県・市区町村	行政職員	公的サービス、相談、支援、広報
消防署	救急の連絡対応など	
電力会社	医療機器の電源確保など	
医療・介護用品会社	医療機器、医療用具、福祉用具、バッテリー等の相談・販売	
地域のボランティア、家族会など		
その他	一時入所、配食サービス、移送サービス、グループホーム、介護保険施設など	

様々な職種の人が患者の自宅等の生活の場に訪問し、在宅療養の支援を行います。

1. 医療（診療や看護ケア等）：医師や看護師、歯科医師、薬剤師、リハビリテーション（作業療法、理学療法、言語療法士）、栄養士など
2. 介護（在宅療養生活の支援）：ヘルパー、介護福祉士、介護支援専門員、福祉用具事業所職員、通所や入所サービス事業所職員、市区町村介護保険担当職員など。



### Q4. どうしたら在宅医療が受けることができますか

A4

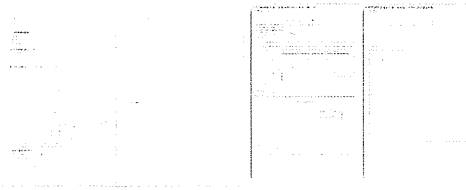
## 入院中/外来通院中

病院の担当医・看護師、医療連携室・相談室（医療ソーシャルワーカー）に相談

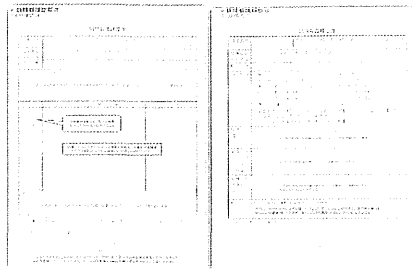
1. 入院中の場合は、病院の担当医・看護師、あるいは、医療連携室・相談室（退院調整看護師、医療ソーシャルワーカー）に相談。
  - 退院前カンファランスの日程調整
    - ・ 患者、家族・介護者の情報の整理、必要書類の作成
    - ・ 病院と地域の在宅医療・ケア提供者
  - 退院前カンファランスの実施
    - ・ 病院と地域の在宅医療・ケア提供者が一堂に会します
  - 退院までの調整
    - ・ 退院前にご自宅へ訪問することもあります
  - 退院
2. 入院していない場合、かかりつけ医（診療所等医師/外来通院中の病院の医師）に相談。
3. 入院/外来通院していない場合、お住まいの市区町村介護保険担当窓口や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所に相談。

## 在宅療養へ支援:訪問看護との在宅移行支援

### 在宅療養へ支援:訪問看護との在宅移行支援



- 入院中の治療やケア(介護方法など)が円滑に自宅でも継続されるように専門職の間で、患者・家族の情報を共有
- 自宅での療養環境整備など自宅で療養するための準備事項



退院後にどのような治療やケアが行われるかを多職種で継続

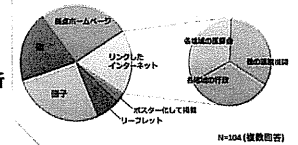
## 入院/外来通院してない

- ・ お住まいの地域の市区町村介護保険担当窓口、地域包括支援センターを訪ねる
  - 保健師、社会福祉士、介護支援専門員に相談
  - 申込 → 介護予防ケアプランの作成
- ・ 居宅介護支援事業所
  - 介護支援専門員(ケアマネジャー)に相談
  - 申込 → ケアプラン作成

➢ かかりつけ医の指示・連絡・報告が必要

## その他

- ・ インターネットなどで探す
- ・ 各地域の在宅医療の拠点事業所が「地域資源マップ」を作成し
  - 地域資源:
    - ✓ 医療機関
    - ✓ 介護施設
    - ✓ 他の施設・事業所
- ・ 書籍などで探す



104年度在宅医療拠点事業所、在宅医療の拠点性の評価 (NISA 調査・調査・研究より) 拠点の地理・属性・施設・事業所の把握 - 地域資源マップの作成方法 -

Q5\_ 入院中、退院後の在宅療養を支援してくれる様々な職種で行う会議とは

A5

## 退院前カンファランスの実例

退院前カンファランス参加者	退院前カンファランス内容
医師	退院後の継続治療・介護
看護師	ケアプランの提示と確認
介護士	症状・看護内容 (相談回答)
地域包括支援センター	患者・家族
介護支援専門員	症状の整理・確認
薬剤師	食事内容
理学療法士	介護や今後の不安
作業療法士	サービス内容
言語聴覚士	在宅医療チーム
看護師	今後の症状管理
介護士	入院中の介護技術の指導内容
地域包括支援センター	在宅での具体的な処置

(後)国立長寿医療研究センター在宅医療支援研究センターから(大島浩平作成)

在宅療養に向けて、病院と在宅医療・介護に関わる多職種、市区町村職員などが一堂に会して、患者・家族介護者の退院後の在宅療養の支援方針について話し合います。

入院時の様子、退院後継続が必要な医療やケア、在宅医療・介護の視点から検討します。

- 入院中: 退院時共同指導(退院前カンファランス)
- 在宅療養中(自宅等で行う): ケア担当者会議などがあります。

- 患者・家族、病院と在宅医療・介護職員が参加。
- 退院後の在宅医療・介護、患者・家族と在宅チームの意見や要望を共有し、在宅移行支援を行います。

Q6\_ 在宅療養中も入院できますか

A6

もちろんできます。

在宅医療は「何が何でも最期まで自宅で頑張る」ではありません。

- 夜間・休日・24時間365日在宅療養中に生じる急性増悪(病気が悪くなること)への対応
- 在宅介護指導、介護サービス調整を兼ねた入院
- 家族・介護者の状況によってはレスパイト入院
- がんの末期まで在宅療養を続け、「最期は病院を希望」ということもあります。

Q6-2 救急車を呼んだらよいのか迷っています

A6-2

## 救急車を呼ぶか

例えば・・・呼吸がおかしくなったら、救急車を呼んだほうが良いのでしょうか？

- 先ずは慌てないで、患者のいつもの状態やご家族・介護者の状況をよく知っている かかりつけ医師・訪問看護師に電話をかけてください。
- かかりつけ医師や訪問看護師の訪問や対応を待ちましょう。
- 慌てて救急車を呼んでしまうと、自然の経過に反し、または、過剰な医療が行われる可能性があります。その結果、患者やご家族・介護者の意向とは違った方向に動いてしまう可能性もあります。

Q7\_ \_在宅で最期を迎えることはできますか？

A7

できます。ただし、患者と家族・介護者の意向や理解によっては、難しいこともあります。患者や家族・介護者の意向に沿えるように調整・支援します。

「可能な限り自宅に居たい」と思っている、「最期は病院」ということも少なくありません。

在宅医療は「在宅での看取り」だけを目的としません。患者の意向「最期をどこで迎えるか」が優先されるように支援するのが在宅医療です。

Q8\_ \_最期は苦しくないのでしょうか

A8

最期を迎えるまでの間まで、緩和ケアを行うことで、精神的・肉体的・社会的な苦痛を可能な限り取り除くことができます。

多くの方は最期は痛みを感じることはないと言われています。

最期は呼吸困難感はほとんどありません。