

# 一般演題

日本在宅医学会（ポスター発表）

## 医1P-1

### 外来がん治療を受ける患者への往診同行看護師による生活指導の有用性

糸戸結理、小田村美歌、片山智栄、篠田裕美、遠矢純一郎

桜新町アーバンクリニック

**【背景】** 化学療法・放射線治療や副作用対策の進歩により、近年外来で治療を受ける患者が増加している。外来治療を受けることは、がん治療に対する不安や、副作用予防と対策を自己で行わなければならない等、様々な問題を抱えながら在宅で日常生活を過ごすこととなる。そのため、看護師は患者の生活を考慮した個別性の高い生活指導を行い、患者自身で副作用予防や対策を自己管理し、治療終了まで継続出来るよう指導していくことが重要である。しかし、外来では患者への教育に十分な時間を確保することが難しいため、往診同行看護師が病院と連携し、生活指導の役割を担うことが重要である。

**【目的】** がん治療中の患者に、往診同行看護師が生活指導を行うことの有用性について考察する。

**【方法・経過】** 化学療法ハラヴェンと放射線療法を受けた患者Aとの関わりを振り返る。患者Aは副作用の中でも味覚障害が特に強く、一番本人の苦痛に繋がっていた。既往や嗜好、今までの経験などをアセスメントし、生活指導を行った。また病状・ADLにより、家族の支援が必要不可欠であったが、主介護者の介護負担増大による介護疲れにより、家族の支援が得られにくい状況であった。介護負担緩和・患者自身に必要なケアが得られるように介護サービスの調整を行った。

**【考察】** がん治療では患者・家族が治療や副作用を適切に理解して受け止め、協力し合いながら主体的に治療に参加することが大切である。往診同行看護師は、患者の日常生活パターンやリビングスタイル、家屋の状況を把握することが出来るため、患者の生活を考慮した個別性の高い生活指導を行うことが出来たと考えられる。副作用に対処出来ていることを確認し、出来ていることに対して肯定的なフィードバックを行ったことで、継続的に治療が取り組めるよう援助していくことが出来たと考えられる。

患者だけでなく、家族も疾患や治療のプロセスを通し、様々な問題に直面している。家族は患者自身がサポートを必要とする立場にありながら、患者を支えるケア提供者としての役割を担っている。家という患者・家族の生活の場に訪問することで、外来よりも患者・家族と接する時間が長く、医療者と患者・家族との関係性も築きやすい。そのため、家族にも状況に応じた適切な支援が出来ると考えられる。

## 医1P-2

### 多職種連携により、600日を超えて癌性疼痛に対する在宅くも膜下鎮痛管理を行えた1例

市川敦央、井尾和雄、片桐 淳、荘司輝昭

立川在宅ケアクリニック

**【緒言】** くも膜下鎮痛法は、優れた鎮痛効果をもたらす。しかし、在宅では持続管理の煩雑さと合併症の懸念から行うケースは多くない。今回、多職種連携により、600日を超え、大きな合併症なく、在宅管理が可能であった症例を経験した。

**【症例】** 73歳男性。1998年に右下腿腫瘍のため、右下腿が切断され義足となり、大腿骨血管内皮腫と診断された。左下肢痛を自覚、他院で仙骨転移と肺転移を指摘され、除圧目的でS1椎弓切除術施行後、放射線が照射された。左下肢痛はNRS7/10から2/10に軽減した。退院1か月後、座れない程に左下肢、腰背部、肛門周囲の疼痛が増強、同院に緊急入院した。神経障害性疼痛が主体でオピオイド、補助薬では疼痛の改善は乏しく、眠気や混乱により増量はできず、持続くも膜下鎮痛が開始された。モルヒネ12.6mg/日、プピバカイン1.5ml/日でNRS2~3に改善した。2014年7月より当院で在宅緩和ケアが開始された。2年近い経過の当初、ポート針やポンプが原因で、注入不良が数回起きた。疼痛増強には、薬液量を適宜調整した。1回の発熱は肺炎治療で改善した。1年経過し、ポート部位の皮膚潰瘍が発症した。

**【考察】** 2年近い経過中、皮膚潰瘍は、病院のポート入れ替えが必要となったが、それ以外の事象は在宅で対応可能だった。入院や病院に定期受診し管理を行った報告が多いが、本症例では、多職種と連携し、訪問薬剤師と訪問看護師による週2回のバルーンポンプ交換、訪問看護師による週一回の針の差し替えを行い、長期にトラブルなく管理可能となっている。

また、担癌患者に2年近く、モルヒネ投与や局所麻酔薬の投与を行ったが、鎮痛効果の減弱やモルヒネや局所麻酔薬の有害事象は出現していない。長期継続の負担によるADL低下や費用負担増加も大きくなく、問題となっていない。

経験豊富な訪問看護師、調剤薬局との連携により、1つの診療所でも、在宅のみで600日以上のかも膜下鎮痛法の管理が行える。600日以上のかも膜下鎮痛法は継続可能である。疼痛管理に難渋した場合、くも膜下鎮痛法はとても有用な手法である。その管理も、年単位で基本的には在宅のみで可能なものであり、有害事象の頻度も高いものではない。難治性癌性疼痛に対して、より多くの症例で、自宅でのくも膜下鎮痛を選択肢の一つに挙げることができれば、痛みに苦しんでいる多くの方々のQOLを著しく向上させる可能性がある。そのため、地域に経験のある在宅緩和ケアチームを増やしていくことが必要である。

## 医1P-3

### 患者の意思と家族の意向のずれによる苦悩があったが、最期はお互い理解し合い良い看取りができた事例

寺本美香、野村洋子、小川由紀子、森下歳子、石賀丈士

いしが在宅ケアクリニック

**【はじめに】**日々の訪問診療では、本人・家族の希望にそって、本人の望む場所で、できる限り穏やかにその人らしく最期を迎えられるよう療養環境を整え援助を行っている。

本症例は、本人と家族間とで治療方針の意向にずれが生じ、一旦距離を置き話し合いを重ねた結果穏やかな看取りに繋がった症例を通して、当院の看護師の役割を考えたので報告する。

**【症例】**A氏60台 女性 肺癌 義母と夫の3人暮らし。キーパーソンは夫と長女。介護保険は要支援1 病名は告知されていた。延命は望んでいなかったが訪問診療開始前から民間療法を取り入れていた。

**【援助内容】**A氏は「穏やかに死にたい、苦しまず楽に逝かせて」と希望しており、大切なお金を、信用していない民間療法で使うことを望まなかった。しかし家族はA氏に「1日でも長く生きてほしい」と民間療法を行った。A氏は家族の気持ちを思うと拒否しきれなかった。本人の意思と家族の思いにずれが生じ、日ごとにストレスが強くなり精神的に不安定な時期が続いた。そのため訪問回数を増やし、同行看護師はケアマネージャー、訪問看護へ情報を伝達し心境や現状を把握することで、それぞれの立場から本人や家族との話し合いの場を設けたが家族の理解は得られなかった。本人のストレスは最大となり在宅療養継続が不可能になり入院となった。そこで入院中のA氏と夫に、ケアマネージャーが面談を行い本音で話し合いを行った事でお互いに同じ方向を向く事が出来た。一度退院し3日間自宅で家族との良い時間を過ごした。A氏は最期の場所を病院に決め再入院となり、家族に囲まれて亡くなられた。

**【考察・まとめ】**本来なら本人・家族で方向性を考えていくが、それが困難であり第三者が介入する形となった。家族間での問題は様々であり、見守りだけではなく状況を見極めて介入していく必要がある。今回、家族の考えが変わり良い方向に向いたのはチームで関わった結果であると考え。在宅では各々の職種との情報共有、情報交換を行いチームが同じ方向を向き連携していくことが重要で、今回の症例を通して再確認した。当院での連携は全て看護師が担っているため、私達が情報を発信し連携を行いチーム内の考えを統一することで、穏やかに自宅で過ごせるよう支援していく必要がある。

## 医1P-4

### 在宅で対応に苦慮した皮膚悪性腫瘍の一例

井上有沙、高柳 亮、桑原美穂

群馬家庭医療学センター 前橋協立診療所

**【背景】**皮膚悪性腫瘍は外科的治療、化学療法、放射線治療などの集学的な治療が主体であるため一般医が関わる事は少ない。しかし、進行すると潰瘍、出血、感染、悪臭、疼痛、外見の変化など合併症を起し得るため、緩和ケアの知識や多職種での処置・アプローチが必要である。

**【症例】**81歳 男性

×7年：顔面の腫瘍に対し近医で皮膚生検を受け、有棘細胞癌と診断された。治療は希望せず経過をみていた。

×年8月：腫瘍が大きくなり高次医療機関皮膚科を受診した。明らかな遠隔転移はなく、自宅での緩和治療を希望され当院に紹介となった。初診時右頬部に悪臭を伴う直径10cmの隆起性腫瘍が見られた。通院可能であったので外来でメトロニダゾール軟膏処置を行う方針となった。痛みがありアセトアミノフェンとNSAIDsを処方した。趣味の登山を続けたいこと、要介護状態になれば緩和ケア病棟での看取りを希望していることを確認した。

×年9月：処置援助のため訪問看護を導入した。

×年10月：悪臭と出血が悪化したためアルギン酸塩に変更した。

×年12月：出血による貧血が進行し協力病院で輸血施行後、紹介元の高次医療機関皮膚科へ紹介し放射線治療を開始した。照射後、腫瘍は縮小、浸出液が減少し、ジメチルイソプロピルアズレン軟膏に変更になった。しかし下旬に出血が止まらず救急搬送となった。満床で入院できなかったため訪問診療に切り替えた。痛みはアセトアミノフェンとNSAIDsで自院内であった。

×年+1年1月：腫瘍が潰瘍となり、再度アルギン酸塩に変更。

×+1年3月：疼痛に対し麻薬を開始し、徐々に増量した。腫瘍が内部へ浸潤し、右顔面全体の腫脹・浮腫が見られるようになった。×+1年5月：痛みが悪化しプレガバリンを追加した。その後臍下～下腿にかけて浮腫の急速な拡大に伴いADLが低下し、自宅での生活が困難となったため、高次医療機関へ入院した。状態安定後緩和ケア病棟へ転院され、その2ヶ月後に永眠された。

**【考察】**本症例を通して皮膚悪性腫瘍の際に起こりうる出血・疼痛・悪臭・浸出液対策を総合的に学ぶことができた。今回は口頭で処置方法を伝えたが、処置が複雑になるとスタッフ間で統一することの重要性和難しさを感じた。今後は処置方法を記載した用紙を患者宅に保管し、スタッフで共有したいと考えている。

## 医 1P-5

### 仙骨部難治性疼痛に対し在宅にてニプロCAP10使用し除痛が得られた2例

杉本由佳

すぎもと在宅医療クリニック

**【はじめに】** 近年、癌患者の早期在宅移行が増えている。入院中に完全除痛が得られず、自宅でもオピオイドスイッチングや大量投与を必要とすることも増えている。当クリニックは医師一人、事務一人の小規模クリニックであるが地域の訪問看護ステーションと連携のもと多くの癌患者を自宅で看取っている。

**【目的】** 退院時、下肢を動かさない激痛を伴う仙骨転移の患者2名。神経因性疼痛に対しネオピタカイン®のトリガーポイント注射と鎮痛補助薬、突出痛に対し持続注入ポンプニプロCAP10で塩酸モルヒネ注射薬を使用し良好な疼痛管理ができたので報告する。

**【症例】** 症例1：50歳代女性、直腸癌、多発骨転移（頸椎、胸椎、仙骨、肋骨、肩甲骨）、多発肺転移。退院時オキシコドン塩酸塩水和物100mg/日、メサドン塩酸塩120mg/分3、アセトアミノフェン3600mg/分3。レスキュー：イーフェンバッカール®600µg/回、塩酸モルヒネ錠60mg/回。NRS8～10。仙骨部、肩甲骨の痛みが強くレスキューは効果が無い。症例2：50歳代女性、乳癌、多発骨転移（仙骨、胸椎）、多発肝転移。退院時オキシコドン塩酸塩水和物250mg/日、メサドン塩酸塩120mg/分3、アセトアミノフェン1800mg/分3、レスキュー：オキシコドン塩酸塩水和物10mg/回。NRS8。仙骨部の痛みが強く下肢を動かすことができない。

**【結果】** 症例1：塩酸モルヒネ注射薬1000mg/日+ケタミン塩酸塩注射液200mg/日をバクスターインフューザーポンプLV1.5にて持続静注、レスキューはニプロCAP10にて400mg/回、ガバペンチン600mg/分2、ネオピタカイン®のトリガーポイント注射併用、経過中に左上腕骨転移に対しギプス固定し、痛みなく体位変換可能な状態になった。症例2：塩酸モルヒネ注射薬200mg/日持続静注とレスキュー70mg/回をニプロCAP10にて投与。ネオピタカイン®のトリガーポイント注射併用し痛みは全く無くなった。

**【考察】** 仙骨部の骨転移とそれに伴う神経因性疼痛はしばしば難治性である。生活の場である在宅ではレスキュー使用方法がとても重要となる。突出痛が強くベースの持続静注に対してレスキュー量が多い場合は携帯型ディスプレイポンプのみでは調節性が悪くタイムリーに対応できないため、精密な持続注入ポンプを使用することが望ましいと考えられた。

## 医 1P-6

### 夫婦間・親子間の葛藤に寄り添った在宅ターミナルケアにおける訪問カウンセリングの事例ーがん患者の家族支援・多職種連携に焦点をあてて向後裕美子

東京大学大学院

**【背景】** がん患者の家族は第二の患者とも言われ、終末期には、重要な他者の喪失と並行して患者を支え看取るという二重の困難を経験する。加えて、在宅死の経験の減少による看取る側の困惑も見られ、在宅ターミナルケアでは家族全体への援助が重要である。

近年、大規模病院では臨床心理士（以下CPとする）が増加し、多職種連携の充実が見られるが、在宅領域で働くCPはまだ少ない。本報告では、在宅ターミナルケアにおいて、CPである筆者を含む多職種が連携して患者と家族を援助した事例を紹介する。

本事例では、筆者がCPとして実践しながら、研究者として調査にあたった。こうした形態の実践研究は、2つの立場を兼ねることによる困難がある一方、外部からのアクセスが難しいフィールドのアクセシビリティに接近しうるという利点がある。

**【目的】** 在宅がんターミナル患者の家族合同訪問カウンセリングを多職種連携の中で実施した事例を報告し、関係性の課題を抱える患者と家族への援助について事例を通して検討することを目的とした。

**【方法】** 一事例実践研究とした。分析対象データは、CPとして作成したケース記録、研究者として作成したフィールドノート、夫が作成した経過表、デスカンファの逐語録であった。能智(2014)を参照し、家族および家族関係への介入と多職種連携に焦点化して質的に分析した。

**【結果】** 家族関係の変遷から以下の時期に分類された。各時期における課題と介入を整理した。

**初期** (X年9月～X+1年3月)

夫婦相互の愛情と信頼が見られたが、夫は患者に否定的な言葉を頻繁に悪意なくぶつけ、患者は夫への不満と怒りを看護師とCPに訴えた。医師・看護師・CPが連携し、患者の主体性の尊重と夫婦関係の課題の整理に取り組んだ。

**中期** (同年4～8月)

夫は、患者のADL低下を理解できるが飲み込みたくないと言った。訪問介助・リハによる指導で患者の安全を確保する一方、夫の否認に起因する不適切な介助を非難せず寄り添った。

**後期** (同年9～12月)

レスパイト入院を機に、患者への思いやりが夫の言動に表現されるようになった。認知機能の変化、特にせん妄の受容は夫にとって困難だったが、多職種が情報提供と共感を繰り返し、受容過程を尊重した。

**看取り期** (同年12月)

発熱後の一時的回復を「プレゼント」と意味づけた医師に、夫は「幸せだ」と応えた。看取り後のCPの訪問では、患者の懸念であった父子関係の改善に取り組んだ。

## ①P-7

### 在宅漢方緩和ケア ～がん終末期における悪液質状態を在宅漢方で考える～

山口竜司

山口診療所

**【目的】** がん終末期において原疾患が原因ではなく、悪液質の為に亡くなる事例がある。在宅症例において、複数の漢方を併用することにより、終末期の悪液質の緩和、QOLの改善の可能性を検討する。

**【方法】** がん終末期悪液質の状態の在宅患者に対し、西洋薬単独両方に六君子湯・十全大補湯・五苓散のうち、漢方エキス剤2 or 3剤を併用する。

#### 【事例】

1) 66歳男性。肝細胞癌末期、肺転移があり、腹水著明で特発性腹膜炎を併発。食事がほとんどとれない状態のため緊急往診。点滴+漢方内服(六君子湯+十全大補湯+五苓散 各7.5g)で対応。3日後にまぐろの寿司、4日後に松茸ご飯を食べることができた。訪問初日は、這ってトイレに行っていたが、介助で歩いて行けるまで回復。

2) 68歳女性。胃癌再発、リンパ節転移、食道狭窄。初回訪問時、体重26kg、ほとんど食べられない状態、漢方内服(六君子湯+十全大補湯 各5.0g)後、3日目：おはぎ・味噌汁を少量、30日目：さば寿司2切れ、シジミ味噌汁、リンゴが食べられた。全身状態・食思の改善がみられた。オピオイド等を使つての疼痛コントロールはなし。

**【考察】** 様々な代謝異常・生体機能低下が生じているがん悪液質状態に、家族は何も出来ない事に対する悲嘆を訴え、輸液による栄養補給を希望することも多い。しかし、不可逆的悪液質状態では、輸液を行う弊害も考えて、輸液をしない選択を説明することもある。漢方治療は、inner balance treatmentであり、代謝異常・生体機能が低下した状態を支える方向で治療を行うことができる。複数の漢方を効果的に併用することにより、不可逆的悪液質の状態でも、漢方治療は有効であると考えられる。

・十全大補湯：低下した消化機能の回復による栄養吸収促進、末梢・微小循環の改善による組織の栄養状態の改善、組織の治癒機転を促進。マクロファージ活性化などの免疫調整機能による抗がん作用。

・六君子湯：効果発現が早く、食思を増大。

・五苓散：アクアポリン・チャンネルを介して利水効果を発揮するため、電解質バランスに影響を与えず、悪性腹水の状態を改善。この3処方に関しては、2剤 or 3剤(各々7.5gまで)併用しても甘草は2.5g以内と低K血症も比較的小しにくい。

**【結語】** 漢方エキス剤を効果的に併用することにより、がん終末期における悪液質状態の緩和・QOLの改善を目指すことが出来る。

## ①P-8

### 若年がん患者と家族の在宅緩和ケア ～若年ゆえの課題～

三隅恵美、立石彰男

医療生協健文会 宇部協立病院

演者らが最近経験した3事例を通して若年ゆえの課題について考察した。

**【事例1】** 30歳台、女性、胆嚢癌、卵巣転移。闘病2.5年、在宅3ヶ月。臍部まで増大した卵巣腫瘍と難治性疼痛あり、超大量のオピオイド使用。家族：夫、長女(中3)。患者自身、理解力はあるが、否認があった。長女への“いのちの継承”は患者自身からも、患者と長女の心理的負担を心配する夫からも困難であった。長女は“聞きたくても怖くて聞けない焦燥感”“自分だけが知らされない孤立感”から精神的に不安定となり、親子の距離も大きくあいた。長女をケアに巻き込み、役割を引き出すことで現状を受け入れていく時間に繋がり、看取り期には父と二人で協力できた。

**【事例2】** 30歳台、女性、遺伝性乳癌、脳転移(放射線治療後)、右心室転移(緊急心嚢ドレナージ後)。闘病2年、在宅1ヵ月。循環器外来も併診し緊急事態に備えていたが、その後、肺転移、がん性胸水による呼吸困難が増強し、オピオイド変更・増量や胸腔ドレナージを受けた。家族：両親宅で療養。妹も支援。夫、長男(4歳)は自宅も利用。「お母さんかわいそう・・・」母親が辛そうであると怖くて近づけず、泣くこともあった。患者は、お弁当作り、幼稚園の支度など母親として精一杯取り組んだ。病状と予測されることすべてを説明し、気持ちの整理を見守り、待つことで患者自身も病状理解に努め、十分な納得の上自己決定してきた。「ママ、とてもきついから長く眠るからね」息子に伝えた。家族全員へのメッセージを残していた。両親、妹は、転移による諸症状が続けて起こることの深刻さを感じながらも、患者一家を支えた。

**【事例3】** 30歳台、女性、切除不能胃癌、肝転移。闘病6ヶ月、在宅1.5か月。早期に経口摂取、内服困難となり在宅経静脈栄養や持続皮下注射を受けた。最終段階では肝性昏睡に陥った。家族：夫と4人の子供。母親、夫の両親、妹も支援。病気の進行は子供たちにも伝わり、各々で“助ける、手伝う、甘える、騒ぐ”母親との時間を過ごしていた。非日常状態の中でも子供達の役割が引き出せていった。患者が夫、子供に残そうとした物はたくさんあり、治療もその活動を妨げないよう希望。子供を夫や妹がケアしていることを示し、年齢に応じて子供にも病状を知らせていたことで、患者と家族主体の看取りとなった。

**【課題】** 多くの患者・家族にとって今回の病いが初めての“家族で難所を乗り越える”体験である。関係者も若く支援の担い手も多いため、家族のプライベートなことだからと見守ることに重きをおき、介入に躊躇することもあるが、各々の役割について、医療者からの援助が必要な場合もある。子供のケアも患者を含む親の手で行われることが望ましいが、KNIT (Kids Need Information, Too)を意識して援助することも必要である。

## 医1P-9

### ターミナル患者の「生きる」を支える為に出来る事～ライフノートの活用を通して～

笠井松枝<sup>1)</sup>、西川加奈子<sup>2)</sup>、紺原志保<sup>3)</sup>

池田市医師会立訪問看護ステーション石橋

**【目的】** 癌ターミナル期における残された時間を、生かされているのではなく、生きる目的を見出す為の支援の在り方について、ライフノートを活用し患者様に深く関わる支援の在り方について

**【実践内容】** H20年左腎癌術後、肺転移、骨転移による左肘関節骨折の経過をたどり、H25年に訪問看護導入となる。訪問看護開始後も分子標的薬による治療を行っており、副作用によるQOL低下を来すなどを繰り返して療養されていた。そんな状況の中でも、患者様本人は、治療を継続している事で、病状進行が抑えられると確信しており、精神的な不安の軽減に繋がっていた。H26年頃より、ご本人の病状が安定している時を見計らい、「予後に対して」「延命に関して」等の話を少しずつ一緒に考えるようになってはいたが、会話のきっかけがなかなか見いだせず、ご本人様の意思確認をすることが難しいと感じた。そこで、一般的に言われている「エンディングノート」ならぬ、「ライフノート」を作成し、そのツールを元に、ご本人様の意思確認やご本人様の思いを共有していた。H27年、加齢と副作用による経口摂取が困難な状況下、衰弱も進み治療中止となる。同時に寝たきりに近い状況となり、経鼻栄養開始となり、ご本人様の生きる意欲や、精神的な落ち込みが激しくなり、「もうあかんね」という言葉も発せられる。以前使用し始めていたライフノートをツールに、これからの思いや希望を再確認する事で、嚥下訓練や立位訓練等を積極的に支援し、経口摂取可能な状況になり経鼻カテーテル抜去や排便の自立を促せた。

**【実践効果】** ターミナル期における患者様の意思確認や生きる楽しみを見出す事は、病状・精神状況・家族環境など様々な要因により、話すきっかけやタイミングが難しい。しかし、ライフノートをツールとして利用する事で、きっかけを作りやすい。また、ライフノート中の、「行ってみたい所」「会いたい人」「したい事」等を一緒に考えていくことで、患者様の今迄の生き方や心理状況も共有でき、これから先の目標も決める事が出来た。

**【考察】** 訪問看護では、がん患者様の処置や状態観察はもとより、残された時間をいかに思い深く出来るか、笑顔の回数を増やせるかの為に日々ケアの質を考えている。その患者様の心の内を知り、今迄の人生を共有し、人としてその人らしい生き方とは何かを寄り添いながら模索する事で、その人らしい死に方を支援出来るのではないかと考えている。今回、患者様本人のみに説明しノートを手渡し、一緒に綴って共有したが、渡すタイミングにかなりの配慮を要した。ノートに刻まれている文字が、いずれご家族様へのグリーフケアにも繋がるか否かの考察は必要である。

## 医1P-10

### 在宅医療におけるがん性皮膚潰瘍（がん性創傷）ケアの実践

吉澤明孝<sup>1,2)</sup>、池田博斉<sup>1,2)</sup>、磯邊 靖<sup>1,2)</sup>、吉澤孝之<sup>1,2)</sup>、木根久江<sup>3)</sup>、中村晴子<sup>3)</sup>、鈴木悦子<sup>4)</sup>、大島久美子<sup>4)</sup>

1) 要町病院、2) 要町ホームケアクリニック、3) ホームケアクリニック看護部、4) 要訪問看護ステーション

**【目的】** がんの皮膚転移の多くの場合がんは全身に広がっており、予後は短く、対応の必要な期間は短いことが多いが、この病変への対応の良し悪しが、患者、家族のADL、QOLに大きな影響を及ぼすといっても過言ではない。そして在宅医療においては、施設とのケアの違いを理解したうえで対応しなければならない。在宅での事例から在宅医療と施設医療の違いを踏まえて在宅でのがん性皮膚潰瘍のケアを検討する

**【症例】** Y, A 64歳F右乳がん リンパ節転移 右胸水 皮膚胸壁転移

上肢リンパ浮腫が強くなり、胸壁浸潤強くなり再診されBSCで紹介

**【創処置】** 浸出液強く、臭いも出てきておりかなり広範囲でもありメトロニダゾール+キシロカイン入り軟膏を処方し使用しました。在宅では、総合医として家庭生活全体を把握し、全身を診ていく中で創処置を考えます。本人の家庭生活は基本的には高齢の母と2人暮らし(変形性膝関節症)姉は遠方におり、月のうちはじめは1週間出てきていたが、最期はひと月のうち2~3週間以上出てきてくださったことが在宅の継続ができた要因である。メトロニダゾールの処置に関しても、訪問看護と連携し、週2~3回から姉のいるときは回数を減らし、処置に使うのもテープでの固定は不可であり、ネットなどを利用し、本人が少しでも日常生活がしやすいように工夫した固定がなされた。

在宅でのケアにおいては、①在宅でのケアは医療者と家族であること、中心は家族になるケースも多いこと ②医療経費も考慮する必要があること ③創傷処置と同時に疼痛管理を含むADL、QOLを考慮した緩和ケアも常に同時にケアしていくことが要点になる。

#### 【まとめ】

- ① がん性皮膚潰瘍における臭いを含めた創処置に関しては、在宅と施設ケアの違いを理解する必要がある。在宅では、ケアを行う中心が本人、ご家族になること。そのため簡便で、続けられる処置の工夫、同時に経費も考えた処置の工夫が必要である。
- ② 施設では、創部に関しての「治療(キユア)」になるが、在宅では「家族と楽しく過ごすための支えるケア」として、生活全体を見て、全身状態を診て創処置も考えていくことになる

## ① 1P-11

### 当院在宅緩和ケアの現状と課題

中務博信

小松病院・こまつクリニック

**【はじめに】** 当院は200床規模の中規模病院で急性期病棟と18床の緩和ケア病棟を擁している。在宅医療部より在宅・施設への訪問診療を行っており、約130名の内科患者（ADLの低下による通院困難例や神経難病など）と約20名程度の在宅緩和ケア患者の診療を行っている。

在宅緩和ケアに関しては2015年7月より緩和ケア病棟担当医師のうち1名が在宅緩和ケアを兼任しているが目的は在宅看取りを支援する事、在宅と病棟をシームレスに繋ぐという目的のもと診療を行っている。2015年7月から12月までの在宅緩和ケア患者の動向を調査したので報告する。

**【方法】** 2015年7月から12月まで当院より在宅緩和ケア管理となった患者37名について癌腫と年齢、Performance Status（以下PS）、介護者の有無、在宅診療の転帰についてカルテをもとに後ろ向きに調査した。

**【結果】** 男性18名、女性19名、平均年齢72.6歳。癌腫に関しては肺癌10名、悪性中皮腫2名、肝胆膵臓癌11名、大腸がん3名、胃癌2名、卵巣がん2名、乳癌2名、泌尿器癌2名、頭頸部腫瘍1名、脳腫瘍1名、食道癌1名。PSについてはPS1が1名 PS2が6名、PS3が11名、PS4が19名であった。死亡例はPSが3ないし4の患者であった。訪問診療を行った期間は最短が3日間、最長は188日間で2015年12月末の時点で訪問診療継続中の患者は7名である。調査期間中に在宅より入院となり死亡した例は11例、入院理由は10例が介護力の限界であり1例は本人が家族の介護負担を気にして自ら入院を希望された。在宅看取りは19例であったが全例在宅訪問診療に入る事前の面談で在宅での看取りを本人とご家族が明確に希望されていた（脳腫瘍の1例は本人面談時既に本人の意思確認は困難な状況でご家族の希望のみ確認）。介護者については今回調査を行った例では全くの独居はなく配偶者、もしくは子供世代の同居のもと介護を行っており介護者の有無は入院での死亡、在宅での看取りについて関連は少ないと考えられた。

**【考察】** 在宅と緩和ケア病棟をシームレスに繋ぐ医療の半年あまりの経過をまとめたががん患者の在宅看取りは本人と家族の意志がある場合は医療の介入により症状コントロールも含め十分に可能と考えられた。しかしながら在宅介護の負担は大きい事は確かであり介護困難な状況になればレスパイトも含め入院での対応が速やかに行われる事が本人・家族の安心につながると思われた。

## ① 1P-12

### 当院にて肺癌で労災認定された事例の検討

水嶋 潔、林 昌代、山下さゆみ、山本博美

医療法人青和会 みずしま内科クリニック

**【はじめに】** 肺癌は増加傾向が著しく男性では癌死亡の1位であり、女性でも増加傾向にある。

肺癌の原因に喫煙があげられるが粉塵やアスベストが原因と認定された方については労災請求ができ認定を受ければ休業補償や遺族補償を受けることができる

当院で診療中に肺癌を診断し労災認定された10名について検討した

その中でも2名については訪問診療中に認定を受けたこれらのケースについて報告する

**【目的】** 当方のクリニックで肺癌を診断された方で職業に起因すると判断され、労災認定された方の現状について調査し肺癌の労災認定の現状を報告する

**【方法】** 当院で平成20年7月から平成28年1月末までに診断した肺癌患者さんのうち労災認定をうけた10名について背景や申請状況を調査する

**【結果】** 10名について胸膜ブランクでの申請8名 石綿小体での申請1名 石綿肺管理2での申請1名であった

うち2名は在宅訪問診療中ターミナルになってから認定をうけた 2名は死亡後認定された

**【結論】** 肺癌の労災申請は重要である 胸膜ブランクや労働者性に注意して診療を行えば医療機関での労災申請数は増やせると考える。社会資源としての労災申請について医療機関は周知これを増やす必要があると思われる

## 医1P-13

### オピオイド持続皮下注入による症状緩和治療システムを訪問診療に導入した、当院での開始1年1ヶ月間の検討

香川嘉彦、今城宏文、浜本英昌、関谷恭介、千葉晴子、久島和洋、今井一登、タルマン寺本穂波、曾我幸弘、泰川恵吾

鳥伝白川会 ドクターゴン鎌倉診療所

**【目的】** 症状緩和の方法でオピオイドの持続皮下注入（以下CSCI）は有効な手段だが、訪問診療のシステムで用いる際は、薬剤・器材・人材配置・診療報酬請求などの運用方法が、入院診療と大きく異なり、導入には困難を生ずる。当院で2015年からオピオイドのCSCIを導入したが、その内容を検討する。

**【方法】** 2015年1月～2016年1月まで当院でCSCIを行った症例につき、後ろ向きに検討した。

**【結果】** 2015年1月から準備を進めていたが、実際開始されたのは7月からであった。2016年1月までに10例CSCIを行った。平均年齢66.6歳（53-83歳）。男性6人女性4人。主病名は癌8例、カルチノイド1例、間質性肺炎1例。CSCIの主目的は疼痛緩和6例（癌5例、カルチノイド1例）、呼吸困難感緩和2例（癌1例、間質性肺炎1例）、鎮静1例（癌）、オクトレオチド内混注例1例（癌）であった。デバイスとしては、レンタルしたテルフェュージョン小型シリンジポンプTE-361PCA（以下TE-361）と、調剤薬局に発注したDIBスライドシェルタイプ（以下DIB）を用いた。2例は院内調剤で調整し、8例は調剤薬局に処方箋にて依頼した。10例中7例はDIBのみ用いた。2例ではまずTE-361を用いた後にDIBに移行した。1例はDIBからTE-361に移行した。当院でのCSCI継続期間中央値は9日間（2-22日間）。10例中1例のみフェンタニルパッチにスイッチングしCSCIは終了したが、9例はCSCIで疼痛緩和が良好であり、亡くなるまで継続できた。紹介元病院からのCSCI継続症例は6例であった。5例はCSCI終了までオピオイド量はほぼ変わらなかったが、1例は症状が増悪し、終了時のオピオイド量は増加した。当院でオピオイドの経口剤や貼付剤からCSCIにスイッチングした2例は、経口モルヒネ換算で各々120mg/日、180mg/日で注射剤へ変更していた。薬液を交換する頻度は平均して、TE-361使用中は1.57日に1回、DIB使用中は5.31日に1回だった。

**【考察および結論】** 在宅でのCSCIは患者家族にとっては症状緩和につながるが、症状増悪時の薬液交換の頻度軽減が課題となった。デバイスや地域連携の更なる工夫の必要性が示唆された。

## 医1P-14

### Mohs軟膏療法は体表部悪性腫瘍患者の苦痛緩和とQOL向上に寄与する

大和康彦<sup>1)</sup>、松林洋志<sup>1)</sup>、中井秀一<sup>1)</sup>、市川聡子<sup>1)</sup>、阿部直<sup>2)</sup>、中根晴幸<sup>1)</sup>

1) 医療法人明医研 ハーモニークリニック、2) 医療法人明医研 デュエット内科クリニック

**【はじめに】** 悪性腫瘍の治療が進歩し長期化する中で、在宅医療を受ける癌患者において、体表部悪性腫瘍の治療困難例を経験することがある。体表に露出した腫瘍からの出血・浸出液や悪臭などの症状は、在宅患者・家族の苦痛を増しQOL維持を困難にするが、当院ではこれら症状緩和の手段としてMohs軟膏療法を試み、成果を得ている。今回、基幹病院、後方支援病院、地域診療所、訪問看護ステーション、地域薬局などと連携し対応した症例経験から、本治療法の効用と実施上の工夫・問題点について報告する。

**【症例1】** 76歳女性、平成20年乳癌と診断。内服化学療法を行いながら外来通院していたが、腫瘍表面からの動脈性出血による止血困難にて、緊急乳房切除術を施行。その後、腫瘍再燃にて胸部露出腫瘍から浸出液多量となり、意欲低下が強くなり自宅にこもるようになった。通院治療から在宅医療に移行する中で、Mohs軟膏療法を開始。一時は趣味のゲートボールを楽しめるまでにQOLが改善して、社交的な姿に戻られた。その後病状はゆっくり進行し在宅医療を継続、最後は後方支援病院で永眠された。Mohs軟膏使用期間は約8ヵ月であった。

**【症例2】** 80歳女性、昭和63年乳癌と診断。乳房切除術と術後補助療法で安定していたが、約15年して乳癌再発と多発転移をきたし、その後基幹病院にて化学療法や放射線療法を施行。当院へ在宅医療紹介時には、6×5cmの胸部露出腫瘍から多量の浸出液や易出血状態で、Mohs軟膏療法を開始。本人も家人も出血・浸出液などが改善することで、在宅で出血量に怯えながらの生活への不安などが改善し、家人と穏やかに過ごせる時間が増えた。その後病状はゆっくり進行し、最後まで在宅で過ごしながらか永眠された。Mohs軟膏使用期間は約4ヵ月であった。

**【考察】** 体表部悪性腫瘍のある患者のQOLは低下しやすく、周囲の助けやケアへの協力が必要であり、在宅癌緩和ケアの中で、体表部悪性腫瘍に対するMohs軟膏療法は患者・家族の苦痛緩和とQOL向上に寄与する簡便かつ強力な手段であった。患部の処置回数が減少するため、処置に費やす時間短縮にもつながり、介護者・医療者側の負担軽減にも有用であった。Mohs軟膏による固定深達度に厳密な指針はないが、固定深達度を誤ると大血管損傷などによる大出血をきたす恐れがあり、塗布の方法や腫瘍の形態や大血管の走行には、症例毎に十分注意する必要がある。

## 医 1P-15

### がん末期患者の排泄介助への対応とその後の生命予後を自院統計データで伝えることによる看取り意思決定支援の検討

市橋亮一<sup>1)</sup>、土屋邦洋<sup>1)</sup>、西城卓也<sup>1,2)</sup>

1) 医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック、2) 岐阜大学 医学教育開発研究センター

**【目的】** がん末期患者の療養場所の選択にはさまざまな要因が影響する。特に患者が排泄のために移動できなくなることは介護者にとっても負担となり、療養場所を在宅から入院・ホスピスに移行する大きなきっかけとなってきた。当院では2015年1月からがん末期患者への排泄の介助必要期間とその対応策について自院での経験をすべての患者家族にデータで提示し、療養の場を検討するように援助してきた。この説明が療養場所の選択の意思決定支援にどのように影響したのかを検討した。

**【対象】** 2012年5月から2015年12月までに当院で対応したがん患者223名とその家族

**【方法】** フェーズ1) カルテからの振り返りデータシートの作成

2012年5月から2014年4月までの在宅死した76名の患者群で、排便と排尿についてのデータを解析した。初診時にトイレに行けたが、経過中に全介助になった後、患者が何日間生存したかと、排便・排尿の介助の方法がどのようになされたのかをA4 2枚にデータとしてまとめた説明用データシートを作成した。

フェーズ2) 通常の看取りのための冊子に追加して、振り返りデータを自院での経験として家族へ伝えることとした。振り返りデータシートを使用する前(2012年5月から2015年12月)と、使用后(2015年1月から12月)の期間での入院死/在宅中断率について検討した。

**【結果】** 2012年5月から2014年4月に当院で在宅死した76名の患者では、全介助期間は平均12.9日(一部介助期間は平均39.9日)、7日以内に亡くなった患者は全体の51%、14日以内に亡くなった患者は73%で21日以上経てからの死亡は全体の16%であった。1週間を超えて生存した患者(37例)では、排便が看護師によって補助された症例は28例(75%)、尿管が挿入された症例は19例(51%)であった。そのデータを説明されていなかった期間(2012年5月から2014年4月)での入院死率は15%(116名中19名)であったが、データを示されて説明された期間(2015年1月から2015年12月)では入院死率は7.2%(97名中7名)であった。

**【考察】** 「トイレにいけなくなったら入院させる」という家族の中には、残りの時間が短く、排泄への対応について十分説明されればそのまま自宅での療養を継続する家族が存在することの可能性が示唆された。意思決定支援において、自院統計データを活用することはよりよい意思決定支援を実現させることができる可能性がある。

## 医 1P-16

### 在宅療養者の希望を叶える旅行の準備と実践

赤池芳恵、増井法子、中島千恵子、小比賀美恵子、仲野真由美、今枝千恵美、大口千穂、磯崎未来、市橋亮一

医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック

**【目的】** ターミナル期の患者にとって希望とは、最期までその人らしく充実した生を生き抜くために重要な役割を担うものと言われている。人生に悔いを残さないように旅行や、思い出の地をめぐることもひとつの重要な要素ではあるが、病状に不安を感じ実行できないことがある。法人で支援した在宅療養者の旅行の実践を振り返り、同行するときの準備や心構えについて報告する。

**【方法】** 過去4年間法人で行った在宅療養者の旅行支援の実践から、療養者の希望・全身状態・旅行までの準備、同行実践を振り返り、必要な要素を抽出する。

**【結果】**

	病名	希望	全身の状態	期間	距離	準備等
50代	直腸がん末期	実家へ行きたい	自分で体を動かせない	1泊2日	岐阜→愛知	症状コントロールに備えた処方。緊急受診に備え診療情報提供書 介護タクシー手配等
70代	右視床出血 COPD	トワイライト トエクस्प レス寝台特 急北海道へ 行きたい	左片麻痺あり ベッド上 生活	2泊3日	岐阜→札幌	褥瘡が治癒したばかり。 COPDでHOT 1 Lを使用。 予備ボンベ3本を看護師 が同行して運ぶ。 旅行代理店との連絡調整等
80代	結腸癌末期	自宅へ行きたい	がん末期で 車いすでの 移動。サン ドスタチン 持続皮下注	2泊3日	岐阜→東京	JRとの連絡調整、 緊急受診に備えて診療情報 提供書、症状コントロール 用の処方等

**【考察】** 本人・家族からは「行ってよかった。」「亡くなってからの心の支えになっている」など旅行への支援は評価されていた。旅行は、良い人生を全うするために、安定した暮らし以上の価値があると考えられる。

**【結論】** 当院では地域と連携しながら旅行や外出を可能にするように勧めているが、医療依存度が高い場合、患者自らあきらめてしまうことがある。患者の思いを大切にし、安心して旅行できる準備を整えることで希望を叶えることはできる。旅行は、希望する在宅生活の延長線上にあるととらえ、患者・家族にとってかけがえない思い出づくりができるよう支援していきたい。

## ①P-17

### 社会参加を促す在宅音楽療法のチカラ

濱島秀行、市橋亮一、西城卓也

総合在宅医療クリニック

**【目的】** 音楽療法には身体的、心理的、社会的な作用があると言われている。今回は音楽療法の社会参加促進に与える影響について検討し、その効果について報告する。

**【方法】** 平成23年9月1日から平成28年1月末までに当院で音楽療法を行った52人、のべ766回のセッションから特に社会参加が促された症例を担当したスタッフにアンケートをとって振り返った。音楽療法は、岐阜県音楽療法士の資格を持つ音楽療法士によって行われた。楽器は全例でヴァイオリンを使用し、通常5曲、30分を1クールとして月2回程度の介入を行った。

**【結果】** 訪問回数は1回～最大68回（平均14.7回）で、以下の結果になった。

スタッフ内にアンケートを取り、いずれかに当てはまる症例を検討した（複数回答あり）

友人や親族との交流が増えた症例 19件（35.5%）

夫婦のつながりが強まった症例 20件（38.4%）

通所できなくなった施設の友人が、自宅まで定期的に来るようになった 1件（1.9%）

社会参加のための目標を持てた 6件（11.5%）

ケアチームへの感謝の気持ちを伝えることが出来た 1件（1.9%）

イベントを通じて周りの人との思い出を深めた 6件（11.5%）

以上のように52例の症例のうちにおいてさまざまな社会参加が71.2%において促されたことがわかった。

**【考察】** 身体的、心理的な改善面だけではなく、社会参加や人間関係の潤滑油として他のものに代えがたい効果を、音楽療法が持つことが示された。病気を治すことだけでなく、人生全体を善きものとするための一つの方法として、音楽によって社会参加が促され、さまざまな人に良い影響をあたえることができた。

## ①P-18

### 定例遺族会運営と遺族ケア

黒崎史果<sup>1)</sup>、生澤史江<sup>1)</sup>、梶野二三子<sup>1)</sup>、藤田恭子<sup>1)</sup>、中野 哲<sup>1)</sup>、摩庭麻衣<sup>1)</sup>、仲山水生<sup>2)</sup>

1) 那須塩原クリニック、2) 分かち合いの会in那須

**【目的】** 当院では在宅で看取った患者の遺族ケアを行っている。2年間の活動を総括し医療機関が行う遺族ケアの効果と課題を考察する。

**【実践内容】** 2012年9月に遺族会「分かち合いの会in那須」を立ち上げた。当院スタッフの他、死別体験をもつ医療福祉専門職ら約20名がサポーターとして参加した。名簿管理や会場準備等の運営事務は当院スタッフが担い、司会進行はサポーターに委ねている。6か月毎に定例会を開催し、当院で看取った患者の遺族には案内状を郵送した。また、行政機関や医療機関窓口にパンフレットを設置し一般市民にも参加を呼び掛けた。

**【実践効果】** 当院で送った案内状に対するレスポンスは、第1回（郵送80名、返信23名、参加10名）、第2回（郵送40名、返信5名、参加3名）、第3回（郵送44名、返信3名、参加1名）であった。一方で、勉強会で当会を知った医療福祉専門職や葬祭業者らが集まり、スタッフを含めた参加人数は平均25名であった。チラシを見た市民の参加者はなかった。

定例会当日は参加者を6～10名のグループに分けグループワークを行った。グリーフケアの経験を持ち死別体験者でもある看護師がグループファシリテーターを務め、参加者に語らいを促した。最期に風船割りや朗読等でクールダウンを行い閉会した。参加者アンケートでは全員が「参加して良かった」と回答し、「苦しんでいるのは自分だけではないと分かって力が出た」等の前向きな感想が聞かれた。

また、遺族会発足1周年にあたり「専門職に求められる立ち居振る舞い～看取りと弔いの現場から～」と題した勉強会を企画し、訪問看護師、遺族会世話人、葬祭業者、曹洞宗住職によるパネルディスカッションを行った。医師・看護師・ケアマネジャー・ヘルパー・行政職員・市民ボランティア団体・葬祭業者ら200名余が参加し、この分野への関心の高さが伺えた。

**【考察】** 死別の悲嘆は四十九日を過ぎたあたりから強まるといわれ、看取りの過程から切れ目なく提供されるグリーフケアは悲嘆回復に大きな意義を持つ。当院では定例遺族会開催により、見落としなく遺族ケアを提供する体制が整った。定例会への参加者は案内状の1割にも満たないが、レスポンスの量のみで効果や必要性を評価できる分野ではない。遺族ケアで得られる情報は終末期ケアの質向上にも繋がるため、引き続き積極的に取り組みたい。

## 医1P-19

### 在宅におけるグリーンケアの継続について考える ～その判断の難しさから～

川井田佳美、小橋理恵、内田園弥、畠中智絵、岡田 豊、中村幸伸

つばさクリニック

**【背景・目的】** 当院は訪問診療専門のクリニックとして開院当初から看護師によるグリーンケアを実践してきた。しかしながら看護師の訪問診療経験年数は平均2.8年と短く、全員が当院勤務後に初めてグリーンケアを経験していることから、専門的な知識がない中、個々でケアの継続が必要か否かを判断しなければいけないことに不安や戸惑いを感じている。今回グリーンケアの実践を振り返ることで看護師がケアの終了や継続に関して何を指標に判断しているかを明らかにし、今後のアセスメントに役立てる目的でこの研究に取り組んだ。

**【グリーンケアの紹介】** 当院のグリーンケアは亡くなった場所に関わらず、了解が得られた遺族に対して自宅へ訪問する形で行っている。看護師2名で訪問し、遺族の様子をアセスメントした上で、ケアの継続が必要と判断した場合は電話訪問やグリーフレターにてフォローしている。

**【方法】** 平成27年1月から12月までに当院でグリーンケアを行った144症例を対象とし、年齢、性別、死因、療養期間、亡くなった場所、グリーンケア対象者や実施回数についてまとめた。さらにグリーンケアを終了・継続した理由について検討を加えた。

**【結果】** 亡くなった患者の平均年齢は78.0歳(9～103歳)で、男性79例、女性65例であった。死因は癌73例、老衰30例、肺炎16例、腎不全7例の順であった。当院平均診療期間は212日(2～1484日)、亡くなった場所は自宅91例、病院52例、施設1例であった。グリーンケア対象者は配偶者が78例と最も多く、以下子供55例、嫁10例、親9例、孫3例、兄弟2例であった。グリーンケアを行った回数は1回が118例で、以下2回14例、3回2例、4回1例であった。ケアの終了や継続に関する主な指標として①家族のサポートの有無②元の生活に戻っているか③前向きな発言の有無④看取りに対し満足感があるか⑤後悔の念の強さ⑥終始涙が止まらない⑦小児事例があげられた。悲嘆は残っているものの「家族のサポートがある」「遺族が継続を希望しない」「コミュニケーションがとりづらい」といった理由から終了した、など疑問に残るケースもみられた。

**【考察】** 7つの指標はグリーンケアを継続するかどうかの評価基準になりうると考えた。しかしながら遺族の思いは複雑であり、評価基準だけで判断するのが難しいケースもあることから、今後看護師全体で振り返りの場を設けるなど、統一したアセスメントをしていく必要があると考えた。

## 医1P-20

### 在宅療養者および主介護者のQOL, Well-being に関係する因子についての検討

山中 崇<sup>1)</sup>、弘田義人<sup>1)</sup>、吉江 悟<sup>1)</sup>、松本佳子<sup>1)</sup>、織田暁寿<sup>2)</sup>、古田達之<sup>3)</sup>、飯島勝矢<sup>4)</sup>、秋下雅弘<sup>5)</sup>

1) 東京大学医学部 在宅医療学拠点、2) ホームクリニック柏、3) 医療法人社団双樹会 古田医院、4) 東京大学 高齢社会総合研究機構、5) 東京大学大学院医学系研究科 加齢医学

**【目的】** 在宅療養者および主介護者を対象に、QOL, Well-being に関係する因子について検討した。

**【方法】** 対象は柏市医師会に所属する診療所から訪問診療した患者のうち、65歳以上の者および40歳以上65歳未満の特定疾病患者とした。調査項目は①医師に対して診断名、主要な採血結果、主治医意見書および薬剤処方内容、②患者に対してエンドモンソン症状評価法、EQ-5D-5L日本語版質問票(EQ-5D-5L)、WHO-5精神的健康状態表(WHO-5)、共有意思決定度質問紙患者版(SDM)など、③主介護者に対してEQ-5D-5L、WHO-5、SDM、日本語版Zarit介護負担尺度短縮版(Zarit)などとした。いずれも郵送法により調査し、回答が困難な場合には調査員が訪問して調査した。

**【結果】** 対象となった在宅療養者は54名(男性22名、女性32名、81.8±11.2歳)であった。要介護認定の結果は自立1名、要支援2:2名、要介護1:2名・2:16名・3:6名・4:12名・5:15名。在宅療養者のEQ-5D-5L 0.357±0.255、WHO-5 9.8±6.9、SDM 29±17であった。主介護者の健康状態は1.よい3名、2.まあよい7名、3.ふつう26名、4.あまりよくない10名、5.よくない2名、EQ-5D-5L 0.814±0.740、WHO-5 14.1±5.3、Zarit 10.6±7.7であった。在宅療養者のEQ-5D-5Lと要支援・要介護の程度に負の相関を認め( $r=-0.431, p=0.00141$ )、在宅療養者のEQ-5D-5Lを目的変数とする重回帰分析の結果、年齢、性で補正しても要支援・要介護の程度は有意な説明変数であった( $p=0.0003$ )。主介護者のEQ-5D-5Lと主介護者の健康状態( $r=-0.551, p=0.00005$ )、主介護者のWHO-5とZarit( $r=-0.549, p=0.00006$ )の間に負の相関を認めた。

**【考察・結論】** 在宅療養者のQOLは要支援・要介護の程度と負の相関を示した。主介護者のQOLは主介護者自身の健康状態と負の相関を示し、Well-beingは介護負担感と負の相関を認めたことより、主介護者のQOLおよびWell-beingを維持するためには、主介護者自身の健康状態の維持と介護負担感の軽減に努める必要があることが示唆される。

## 医 1P-21

### 1日300kcalの経管栄養で浮腫が改善、肺炎が減少し約9ヶ月間生存した1例

長野宏昭、新屋洋平、神山佳之、高山義浩、本村和久、田中 斉

沖縄県立中部病院、地域ケ科

**【目的】** 終末期の寝たきり患者に対する適切な水分、栄養量について症例報告をもとに検討する。

**【方法、結果】** 症例は80歳女性。脳梗塞にて左不全麻痺となり、その後、症候性てんかんを繰り返し、10年ほど前から寝たきりの状態。誤嚥性肺炎を繰り返し、6年前に気管切開、胃瘻を造設されていた。自宅では、娘が一人で終日介護をしている。2014年5月、胸水貯留、細菌性肺炎にて入院。胸水の原因は不明であったが、悪性細胞、結核菌は証明されなかった。誤嚥性肺炎を頻回に起こし、喀痰量も多いため、胃瘻からの注水量を徐々に減量。最終的には水分450ml、栄養300kcalまで減量した。胸水に関してはこれ以上の精査、加療は行わず、自宅にて症状緩和に専念する方針となった。5月に自宅に退院となり、以後、当院の地域ケア科にて2週間に1回の訪問診療を継続した。注水量は300kcalのままとしたが、以後、肺炎の再発は見られなかった。また、退院前は注入過多や補液のため、四肢の浮腫が著明であったがそちらも改善が見られた。その後、上記水分、栄養量にて経過観察したが、肺炎を再発することはなかった。訪問診療開始から9ヶ月が経過した2015年1月、インフルエンザA型に罹患し永眠された。

**【考察】** 寝たきり患者の胃瘻からの水分、栄養の注水量に関しては諸説あり確定的なものはない。本症例のようにごく微量の水分、栄養量にて長期生存でき、なおかつ誤嚥や肺炎を減少できる可能性が示唆されたため、文献的考察を加えた上で報告したい。

## 医 1P-22

### 訪問診療同行看護師の役割 –他職種と協力し支えを強めることができた事例–

藤井大介<sup>1)</sup>、濱 義人<sup>2)</sup>、佐々木 淳<sup>3)</sup>

1) 医療法人社団悠翔会 看護部、2) 悠翔会 在宅クリニック新橋、3) 医療法人社団悠翔会 診療部

**【目的】** 当法人は「最後までその人らしく生きられることを支える」を目標に患者の幸せの為に何をすべきか、自分で考え行動できる組織を目指している。訪問診療同行看護師の業務はバイタルサイン測定や処置補助だけというイメージが強い。しかし患者や家族、他の医療機関、訪問看護師、ケアマネなど地域の多職種と情報を共有しながら、患者の生活支援を行っていくことも訪問同行看護師の大きな役割であると考えられる。その重要性を感じた事例を以下に紹介する。

**【実践内容】** 胃癌発症胸部食道癌末期の60歳代男性で妻と2人暮らし。妻は脳腫瘍があり認知機能低下を認めるも懸命に患者を介護している。「食べられなくなって、痩せて、そのまま自然に亡くなるのがいい。痛みが出たら緩和はして欲しい」と初診時より患者の明確な意思表示あり。歩行困難が進行した2ヶ月目に主治医と相談し患者と妻、家族、ケアマネと話し合いの場を設定した。訪問薬剤師や訪問看護師と協力し、嚥下状況の変化に応じてCSIなどオピオイドを調整した。「終わりが見えない。もうあの世にいたい」という感情表出があったが、患者の支えを探すように関わり、部屋にキャンピングランプが飾ってあったことからキャンプや登山が趣味だったことを知り、私も登山サークルに入っていることを話すと一生懸命に山のことを話し「山登り続けてください」と想いを看護師に託してくれた。その情報を共有することで訪問看護師やヘルパーとも山やハイキングの話をしながらかつわり、口下手だった患者が他の希望も話せるようになり協力し応えていくことで患者の支えを強める関わりをしていった。

**【実践効果】** 診療時の様子や患者の情報をタイムリーに共有することでケアマネが状態変化時に同席があり福祉用具の導入やサービス導入などタイムラグなく迅速に手配された。ヘルパーや訪問看護師とも連絡を密にしていたことで患者の生きる希望を見出し患者の願いである妻と御自宅で最期まで生きることに応援できた。

**【考察】** 訪問診療同行看護師が介護職や地域との橋渡し役に率先してなっていくことで連携をスムーズにできる。患者の今まで生きてきた経緯を患者や家族、ケアマネなど関わりを持った人で紐解いていくことで患者にとっての幸せな幕引きを共に目指すことができる。訪問診療同行看護師に診療報酬上の評価はないが、今後、その有用性が認められるよう引き続き取り組んでいきたい。

## ④ 1P-23

### 看護小規模多機能型居宅介護で多職種共同による看取りを行った5例の経験

清洲早紀<sup>1)</sup>、酒井清和<sup>2)</sup>、豊田園子<sup>2)</sup>、沢田 勉<sup>1)</sup>

1) 吉祥院病院、2) 吉祥院複合型サービスれんげそう

吉祥院病院は44病の在宅療養支援病院であり、2013年10月に病院1階部分に隣接する看護小規模多機能型居宅介護（以下複合型サービスと）を京都市で初めて開設した。複合型サービスとは従来の小規模多機能施設に訪問看護ステーションを組み合わせたもので、通所介護 訪問看護 訪問介護 宿泊を一括して利用者に提供する地域密着型サービスである。定員上限は25名 通所は最大15名 宿泊は最大6名と決められている。重症の在宅患者のサポートを目的として開設し、現在利用者数21名 重症者が多く、入退院の繰り返しや死亡のため、利用者の入れ替わりの激しいのが特徴である。

開設当初は夜勤者が一人であるため、看取りは考えていなかった。しかし、入院して環境が変わるとせん妄で手に負えなくなるがん終末期の患者や、最期は思いでの詰まった自宅で過ごしたいが独居で不安という患者が増加する中、複合型サービスで通所と宿泊を交互に組み合わせたサービスの下で、看取りに取り組むことにした。介護職員の吸痰研修 アンケートによる職員の看取りに対する意識調査 それをもとにした看取り手順の作成などの準備を行い、2014年6月に最初の看取りを経験した。肝がん、アルコール性肝硬変末期の78歳の男性で肝性脳症と認知症による不穏のため、病院での看取りは困難なケースだった。入院すると徘徊で手がつけられず、複合型サービスに移ると嘘のように落ち着いた。夜間の大量吐血による窒息死で夜勤者が動転し、訪問看護師との連携も重なり、厳しい第1例目となった。この経験を踏まえ、看取り予定ケースは医師、看護師、介護職の合同カンファレンスを繰り返し行うことにした。症例を積み重ね、2016年1月現在 計5例の看取りを経験した。2例は認知症を合併するがん終末期の患者 3例は90歳を超える老衰死であった。3例とも最期は経口摂取できなくなり、体皮下でわずかな補液のみを行い、苦しむことなく静かに旅立たれた。この5症例の経験を通じて、看護小規模多機能型居宅介護での看取りを考察する。

## ④ 1P-24

### 独居患者の自宅看取りの今後の課題

篠宮マリ子、石橋照代、伊藤嘉恭

医療法人社団昌健会 おおあみ在宅診療所

**【目的】** 最期を過ごす場所を自宅と希望した癌ターミナル期である独居患者に多職種との連携を図りながら緩和ケアを行い、自宅看取りができた事例を振り返る。また、独居患者の看取り支援のあり方について考える

**【事例紹介】** 53歳男性、右上顎癌、頸部リンパ節転移。通院で動注化学療法、放射線療法を受けていたが、通院困難のためbest support careとなり、訪問診療、訪問看護が開始となる。後方支援ベッドの登録なし。独居で身寄りがなく生活保護を受けており市役所の保護課の介入があり。介護保険は未申請、地域包括の介入があった。

**【経過】** 訪問開始時、癌性悪液質による消耗のため倦怠感を強く訴えていた。オピオイドの導入で苦痛緩和を図り倦怠感は軽減し、自宅内でのADLは自立する。独居であり介護面の支援を必要としていたため、市役所の保護課に情報提供を行い、生活面への支援調整を図った。生活面での支援が調整され、患者は飼い猫のパールとのんびりした時間を送ることができていた。見守り、寄り添う気持ちで訪問を行い、全人的な苦痛に対し緩和できるよう介入を図った。元々、口数は少なく不安を訴えることは少なかったが、徐々に経口摂取量の低下、身の置き場のない苦痛が強くなり、オピオイドの使用量が増加する状態になった。そのころから、介護職や保護課に情報提供を密にし、カンファレンスを行うことで自宅看取りの認識がされ、訪問開始から41日後に自宅看取りとなった。

**【考察】** 患者の生き方を尊重し、残された時間を支援する看護師として、死と向かい合う患者を支えることの意味を深く納得することが重要であると考え。また、多職種との連携を密にし、共通認識ができることで、独居患者でも本人の希望があれば自宅看取りは可能である。

## 医 1P-25

### 看取りの場所に変化をもたらしたこと～最期をどこで迎えるか～

三嶋未希、玉置令奈、渡邊沙知絵、小野華子、加曾利良子

つばさクリニック岡山

**【目的】** 看取りの場所の希望と実際をふりかえることで、変化した要因は何かを探る。

**【方法】** 当院の患者で2014年8月から2015年12月までに死亡した患者を対象に、初診時の意向と看取りの場所が変化した患者を抽出した。そのうち病院での看取り希望であったが自宅または施設で看取った患者5名をA群、自宅での看取り希望であったが病院で看取った患者6名をB群とし、患者・主介護者の療養生活の中での看取りの場所に関する発言を、病状変化時・看取り前の診療録とグリーンケア記録の中から振り返った。

**【結果】** A群では病状悪化時・看取り前の本人・家族の発言として「穏やかに過ごせている」等、現在の介護・生活に安心している発言が5名中5名だった。また、A群のグリーンケアでの発言として、「家族で見守ることができてよかった」「いつでも相談できて心強かった」等の自宅で看取ったことに対する肯定的な発言が5名中3名だった。B群の病状悪化時・入院希望前の発言として「不安なので入院したい」等、現在の介護・生活に対する不安の訴えをした者が6名中6名だった。B群のグリーンケアでの発言として、「長くみてもらった先生に見送ってもらえてよかった」「すぐに入院させてもらえて安心した」等の入院したことに対する肯定的な発言が6名中4名だった。

**【考察】** A群の変化した要因は、患者が家で穏やかに過ごせ、安心した療養生活を送ることができたことであり、それを可能にしたのは患者の痛みや苦しさが緩和されたこと、また介護者が安心して介護に向き合えたことであると考えた。一方B群の変化した要因は、患者も介護者も急な病状変化による苦痛の増悪により、不安に耐え切れなかったこと、苦痛の急速な出現により症状緩和が困難だったこと、また介護者が介護に負担を感じ始めたことであると考えた。しかし看取りの場所が変化したことに対する後悔の発言はなかった。

## 医 1P-26

### 在宅看取りについての検討

平部俊哉、岩野 歩

コールメディカルクリニック福岡

**【背景】** 平成24年度の内閣府の調査によれば「最後を迎えたい場所」について「自宅」が54.6%と最も高かった。しかし、平成25年人口動態調査によると「自宅」での死亡は12.9%である。

**【目的】** 訪問診療を希望する患者の多くは自宅での最後を希望しているが、結果的には自宅で看取れない場合もある。これまで在宅看取りを困難にする要因として、介護力不足、症状緩和が困難、予想外の急変、受け入れまでの時間が短い、などが挙げられ対策を行ってきた。その結果、在宅看取り率が向上したか、また、上記以外の要因がないか検討し、今後の診療につなげたい。

**【方法】** 平成24年6月から平成26年8月まで(期間①)と平成26年9月から平成27年8月まで(期間②)で死亡例を後ろ向きに調査した。それぞれの期間中の総死亡数、在宅看取り数、期間②では看取りの場所を本人の希望に添えたか、添えなかった要因は何かを検討した。

**【結果】** 期間①では総死亡数169人、在宅看取り124人(73.4%)、期間②では総死亡数91人、在宅看取り54人(59.3%)であった。期間②で亡くなった方で看取りの場所を聞いている患者は61人(67.0%)、本人の希望に添えなかった方が36人(39.5%)であった。ご家族の希望にも添えなかった方は12人(13.1%)であった。

**【考察】** 色々な対策を行ってきたにもかかわらず、在宅看取り率は57.4%と下がっている。在宅診療の認知度が高まり、多様な患者が紹介されるようになったことも一因と思われる。それぞれに希望の「最後を迎えたい場所」があり、その希望を実現するためにはスピード感は大切である。早く介入し、患者・患者家族と関係を構築すること、症状や生活面での問題などなるべく早く見つけ出し解決策を立てること、予想される状態悪化は事前に説明することで在宅での療養が行いやすくなる。これらを実現するには複数医師での診療体制が必要であると感じている。がん患者では本人への病名告知、非がん患者では急変時などの事前確認がされていない場合に在宅継続が困難になる場合がある。病名告知や事前確認をなるべく行う方針としている。また、認知症やせん妄などに苦慮する場合があります、精神科との関係づくりが必要と感じている。色々な医療処置を在宅で行えるように準備しているが、処置・治療のため病院紹介後、亡くなっている方が数名いることから在宅での処置時にもリスクの説明を十分しないといけないと改めて感じた。

## ① P-27

### 当院にて訪問診療を行い死亡した367人 (2015年)の看取りについての検討

石賀丈士、平山将司、鳥羽昭三、富山由季子、伊藤由恵

いしが在宅ケアクリニック

**【背景】** 多死社会を迎え、在宅で看取るといふニーズは急激に高まっている。そのため医師1人あたりの在宅看取り数を可能な限り増やしていく必要がある。

**【目的】** 在宅看取り率向上のため、在宅看取りを困難にする要因を調べる。

**【方法】** 当院にて訪問診療を行い死亡した367人(2015年)の看取りについての検討を行い、在宅看取りの障壁となる要因を検討した。基礎疾患(悪性疾患か否か)、医療用麻薬使用の有無、年齢、診療期間、介護者の人数について検討し、在宅看取り率に影響する要因を検討した。

**【結果】** 1年間の総死亡367人のうち、在宅看取りは312人(85%)、入院死亡は55人(15%)であった。基礎疾患(悪性疾患か否か)および医療用麻薬使用の有無は在宅看取りに影響を及ぼさなかった。年齢が若ければ入院が増える傾向にあった。診療期間は14日以上1ヶ月未満の在宅看取り率が最も高かった。介護者の人数は多いほうが在宅看取り率は高かった。

**【考察】** 在宅看取りが困難となる要因としては、「年齢が比較的若く看取りを受け入れられない」、「在宅診療期間が1ヶ月以上となり介護者が疲弊」、「独居など介護力の不足」等が挙げられた。これらに該当する患者に対し、よりきめ細かなケアを提供することにより、在宅看取り率を上げていく努力が必要であると思われる。

## ① P-28

### 自宅での看取りを可能にする要因についての 検討

山口優美

医療法人社団康明会 康明会荻窪クリニック

**【背景】** 世界に先駆けて高齢多死社会となる日本において、今後在宅看取りが重要となる。実際、約2年間在宅医療に取り組む中で、短期間に患者家族と信頼関係を構築する難しさ、介護力不足で入院を余儀なくされた例、一方でいい時期に入院し病院で看取られ満足度が高かった例など、様々な症例を経験した。在宅看取りが可能・困難な要因について検討する。

**【方法】** 平成26年6月～平成28年1月の20か月間に康明会荻窪クリニックから訪問診療を行った患者77名中、37名が診療終了となっている。内訳は在宅看取り16例、病院看取り11例、入院で訪問診療終了3例、通院に切り替え2例、初診のみ5例であった。在宅看取り、病院看取りについての診療期間、疾患名、治療内容、介護者の有無などを比較検討した。

**【結果】** 在宅看取りは16例(女性7例 男性9例)、平均年齢は79.3才(55才-105才)であった。疾患内訳は癌12例(消化器9例、呼吸器3例)、老衰3例、呼吸不全1例であった。平均診療期間は3.375か月(1日-10か月)で、疾患別では癌+呼吸不全2.38か月、老衰7.6か月であった。一方、病院看取りは11例(女性6例、男性5例)、平均年齢は81才(66才-95才)、疾患内訳は癌9例(消化器6例、呼吸器1例、脳腫瘍1例、白血病1例)、心不全2例であった。平均診療期間は3.36か月(1-8か月)で、入院期間(死亡転帰)は平均14.9日(1日-30日)であった。治療内容は在宅看取りでは在宅酸素11例、点滴7例、麻薬4例、胃瘻2例、病院看取りでは在宅酸素3例、点滴3例、麻薬1例であった。介護者は、在宅看取りは17例中14例で妻・娘による介護を受け、病院看取りでは独居2例、子供同居だが仕事あり日中独居3例、介護者が妻で夫婦のみの世帯が4例、娘・息子同居が2例であった。

**【結果と考察】** 在宅看取りと病院看取りの比較において、必ずしも在宅看取りの方が診療期間が長いわけではない。診療初期から患者本人または家族(特に妻)からの信頼を得られると、たとえ短期間でもスムーズに看取ることができた。病院看取りは、介護者が夫である、同居家族が有職者の場合に、心配が先立ち在宅療養が困難となるが、独居女性がいいタイミングでホスピスに入所できた例は、遠方弟家族の安心が得られ、患者の満足度も高かった。今後在宅での看取りを進めていくためには、よく本人家族の意向を聴くこととともに、夫・息子などの男性介護者のケアが必要と考えられる。

## 医 1P-29

### 当院での看取りにおける鎮静についての検討

國末充央、中川ふみ、中村幸伸、加曾利良子、辻 雄介、佐久間 睦

医療法人つばさ つばさクリニック岡山

**【はじめに】** 日本緩和医療学会による苦痛緩和のための鎮静に関するガイドラインによると、鎮静の対象は治癒を見込むことができない成人のがん患者とその家族としているが、いずれも緩和ケア病棟、緩和ケアチームなど病院内での患者を想定している。

当院は、2014年8月に開院した岡山市を中心とした在宅専門のクリニックであり、小児から高齢者を診療している。看取りも積極的に行っているなかで、看取りの前に鎮静を必要とする症例を経験している。当院における在宅看取りでの鎮静について検討し、報告する。

**【方法】** 2014年8月より2016年1月まで、当院が関与し在宅看取りとなった患者を対象とし、診療記録から後方視的に調査した。

**【結果】** 開院から1年5カ月間における累積全患者は207名で、このうち施設および自宅で看取った患者は、43名だった。このうち鎮静を必要としたのは15名(34%)だった。用いた薬剤はプロマゼパム坐薬およびミダゾラム持続点滴であり、それぞれ間欠的鎮静(10名)、持続的鎮静(5名)と定義した。鎮静を必要とした理由の最たるものは全身倦怠感だった。

**【考察】** 我が国のがん治療病棟と緩和ケア病棟の看護師を対象とした調査では、深い持続的鎮静を必要とした患者の累積割合は31%であった、と報告されている。当院における持続的鎮静を必要とした患者は全患者の12%という結果だったが、間欠的鎮静を必要とした患者を含めると34%という結果となった。耐えられない苦痛に対する鎮静は、病院内と同様に在宅においても必要であると考えられる。鎮静の施行に関しては、ガイドラインに明記されたフローチャートに沿って倫理的妥当性を担保しつつ、本人、家族への十分な配慮が必要であると思われる。

## 医 1P-30

### 在宅看取りにいたるまでの診療におけるポケット型エコーの有用性

伊藤照明

イトウ診療所

**【目的】** 在宅看取りを希望された家族にとって最期をどのように看取するのか様々な葛藤がある。特に経口摂取ができなくなった時に点滴をするかどうかは大きな問題になる。ここ数年ポケット型エコーが普及し在宅で行える検査の一つとなっている。しかし得られたエコー像を在宅の現場でどのように活用するかの報告は少ない。在宅看取りにいたるまでの診療においてエコーが有用であったため報告する。

**【方法】** 在宅看取りにいたるまでの診療において KONICA MINOLTA「SONIMAGE P3」を使用した。

**【結果】** 腹水や胸水を認める事例において家族にエコー検査の補助をお願いし、エコー画面を実際に見てもらった。その結果点滴で水分を入れるのではなく、小さな水を口に含んでもらうことで納得された。尿が出なくなった時には、家族に膀胱内に尿貯留がないことを確認してもらい、尿閉ではないことを納得された。患者にその場で情報を聞かれない場合は、終了後家族にのみ画面を見せ説明した。またモニターがない在宅での死亡確認時には、念のためエコーで心停止を確認できた。在宅では家族に確認納得してもらう過程が重要であった。

**【考察】** 在宅看取りにいたるまでの診療では、家族が後悔しないように診療方針をたて、納得してもらう必要がある。エコー検査は聴診所見と異なり、リアルタイムに視覚で共有できる利点がある。エコー像を見せながらの説明は、口頭のみよりも説得力があり納得を得られた。

**【結論】** 在宅看取りにいたるまでの診療において、エコー像を見せながらの病状説明は家族の納得が得られやすく有用と考えられた。

## ① 1P-31

### 認知症などでインスリン療法の継続が困難な患者における、回数の減量や、インスリン離脱し内服への変更例の検討

山崎博史<sup>1,2)</sup>、篠田和明<sup>1)</sup>、干場 純<sup>2)</sup>

1) 港南台内科クリニック、2) 三輪医院

**【目的】** インスリン加療が以前に比べて容易に導入できるようになり、糖尿病コントロールが容易になった反面、高齢化にともない、インスリン治療を継続したままで、在宅医療に移行する患者が毎年増えている。そのなかには認知症を発症して、今までインスリンができていた方が困難になることも増加している。そういう症例に対し、インスリンの回数の減量、内服に移行してインスリン中止できた経験を報告する。

#### 【実践内容】

症例1 81歳の女性 認知症あり 強化インスリン（1日インスリン4回打ち）のままグループホーム入所、主治医の精神科クリニックより依頼で加療開始、入所時、アスパルト12・8・10 グラルギン眠前8単位でA1c10.9% 食前血糖97 でありA1cと血糖の解離あり、DPP4阻害薬や電話再診も駆使して、3ヶ月でインスリン離脱、現在もA1c7前半で安定している

症例2 84歳の女性 認知症あり、独居

2007年初診時、A1c9.5 強化インスリン療法 インスリンヒト（遣伝子組換え）R12・8・0 インスリンヒト（遣伝子組換え）N0・0・14にて引き継ぐ、インスリンの種類を変更していき、徐々に単位数を減量、2009年より認知症が顕著になり、家族の負担を減らすためインスリンの回数を減らす方向へ、インスリンヒト（遣伝子組換え）R→アスパルト→リキセナチド インスリンヒト（遣伝子組換え）N→アテムイル→デグルデクまた途中DPP4阻害薬であるシタグリプチンも使用して 最終的には2013年にインスリン、デグルデク朝8単位+GLP1製剤リキセナチドの組みあわせにて、家族が朝～昼の間に打ちに来るだけでコントロールできている

**【考察】** インスリン治療のまま在宅や認知症等になりインスリン困難になる方に対し、現在、糖尿病治療は、毎年すぐれた内服薬やインスリン、GLP1製剤が続々と出ており、それをうまく利用することにより、インスリン離脱や、離脱ができないとしても、1日の回数を減らす、家族やスタッフが打てる時間にまとめるなど工夫をして、さらに低血糖リスク軽減が可能になり、本人、介護者、スタッフの負担を減らせることができるかもしれない。困った症例は糖尿病を専門としている医師に相談してみしてほしい。

## ① 1P-32

### 認知症などで糖尿病管理が困難な例に対して週一回GLP1製剤への変更例の検討

篠田和明<sup>1)</sup>、干場 純<sup>2)</sup>

1) 港南台内科クリニック、2) 三輪医院

**【目的】** 現在、高齢化にともない、認知症合併している糖尿病の患者が急増している。そういう方に対し、低血糖のリスクも極力減らしながら、高血糖にもならず（高血糖は認知機能を悪化させるという報告もある）また管理がしやすい治療として、GLP1製剤の週1回製剤への変更した症例を報告する。

#### 【実践内容】

症例1 73歳の女性 認知症 統合失調症あり 入所中。内服加療でA1c7～8で、経過を診ていたが、2014年にA1c9.3まで増悪、体重増加も来した。看護師から聴取すると自らジュースや食べ物を食べることが抑えられなくなり、食べても食べたことをすぐ忘れしまう状態となっていたため、GLP1製剤である、エキセナチド週1回製剤を使用したところ経口血糖降下薬をすべて中止でき、さらに食欲を抑えることにも成功し、体重減少もでき現在低血糖もなく、A1c6前半で安定している。

症例2 83歳の女性 認知症あり、娘夫婦と同居

2013年より認知症発症、A1c9以上が続く、介護拒否やものもらえ妄想もある。内服に関してもピオグリタゾン15mg テネグリプチン20mg グリクラジド10mgであったが、SU剤を増量すると、間違えて内服した場合、低血糖のリスクがあるため難しいと判断、エキセナチド週1回製剤を使用し、経口血糖降下薬を中止、現在は週1回を2週に1回にすることもあるが、低血糖もなくまた増悪することもなくA1c7前半で安定、また介護拒否や、ものもらえ妄想などの周辺症状も改善している。

**【考察】** 認知症などがある場合、内服の管理がなかなか難しいことが多々あり、経口血糖降下剤を増量する際にも、服薬を間違い特にSU剤を内服している場合、低血糖が起きる可能性がある。また高血糖、低血糖でも、認知機能が低下することが知られているが、良好なコントロールにより、認知機能が改善、介護負担が減るケースもある。

その場合、週1回GLP1製剤を利用することで、内服の数を減量でき、認知症患者における食欲のコントロールや、低血糖リスクの軽減ができる症例がある。これにより本人、介護者、医療スタッフの負担を軽減することも成功している。今後、簡便な週1回の注射製剤もすでに発売、これから販売され更なる期待ができると考える

## ①P-33

### 認知症高齢者における誤嚥性肺炎と薬の副作用/食事介助との関連

伊藤英樹、中澤健一郎、波江野茂彦、藤田拓司

(医) 拓海会 神経内科クリニック

**【目的】** 高齢者は嚥下機能、咳嗽反射の低下等により誤嚥性肺炎を発症する危険性が高いとされている。それに加え、認知症の周辺症状に対し抗精神病薬等の薬物療法が行われている場合、副作用により一層誤嚥の危険性が増大すると考えられる。また認知症の進行に伴い食事摂取が困難になると食事介助が行われることが多いが、認知機能が低下した段階での食事介助は誤嚥を引き起こす可能性がある。今回、認知症高齢者の誤嚥性肺炎と薬物療法、食事介助の関連を調査した。

**【方法】** 平成24年4月～平成27年9月の期間、当院で訪問診療を行っていたグループホーム、特定施設入所者244人(神経難病、癌末期を除く)を対象にカルテレ뷰を行った。誤嚥性肺炎の発症、抗精神病薬、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬、抗てんかん薬、抗ヒスタミン薬、過活動膀胱治療薬内服の有無、食事介助の有無を抽出し解析を行った。

**【結果】** 244人のうち54人(22.1%)が誤嚥性肺炎を発症した。薬物の内服は抗精神病薬58人、睡眠薬39人、抗不安薬30人、抗うつ薬55人、抗てんかん薬19人、抗ヒスタミン薬40人、過活動膀胱治療薬18人であった。食事介助は60人が受けており、食事介助を行っていた期間(上記調査期間中に限る)は平均453日であった。

抗てんかん薬(OR:4.57)を除く薬物の内服は誤嚥性肺炎との有意な関連を認めなかった。抗精神病薬、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬のいずれかを2剤以上内服していた場合も有意な関連を認めなかった(OR:1.90)。食事介助は誤嚥性肺炎との有意な関連を認め(OR:2.46)、食事介助に加え、上記の2剤以上内服していた場合にはより強い関連を認めた(OR:8.09)。

**【考察】** 抗精神病薬等の内服により誤嚥性肺炎発症の危険性が増大するという報告もあるが、今回の調査では有意な関連はみられなかった。多剤内服についても関連が疑われる程度の結果に止まった。一方で食事介助は誤嚥性肺炎発症の危険性を増大させる可能性が高いという結果であった。食事介助が必要となる程に認知症が進行した段階では、食事介助をしなくても唾液等の誤嚥により肺炎に至る可能性があるが、食事介助は誤嚥をより促進させるものになると考える。加えて抗精神病薬等の多剤内服を行っている場合には更に嚥下機能、咳反射の低下を来とし、より一層誤嚥性肺炎発症の危険性を増大させてしまうと考える。

## ①P-34

### ためこみ症(Hoarding disorder):訪問診療で関わった高齢3症例について

磯野 理、中川裕美子、宮川卓也、澤田祐子、松田典子、財前みね子、高城良江

京都市民連第二中央病院 往診センター

**【はじめに】** ためこみ症(Hoarding disorder:HD)は2013年DSM-5改訂により独立した精神疾患として新たに確立された。その中核症状は、所有物を捨てることが困難な状態が持続し、生活空間が物で占有され乱雑な状態(所謂「ゴミ屋敷」)に陥り、深刻な生活機能障害をきたすことにある。とりわけ高齢者は併存疾患や認知機能低下を伴いやすく、転倒・骨折、火災、衛生的問題などの健康リスクが大きい。在宅医療では訪問が目的であるがために、偶然ためこみ症の家庭に遭遇し、その対応に苦慮することが稀ではない。今回我々は訪問診療で関わった、ためこみ症の高齢者について報告する。

**【目的】** 在宅医療の観点からためこみ症の高齢者の実態を明らかにする。

**【対象と方法】** 当院で訪問診療管理を行っている196名の中で、現在または過去にためこみ症と考えられた3名(全員高齢女性)の診断に至る経緯、生活状況、認知機能、ADL、介入の結果などをまとめた。

**【結果】** <症例1>90歳女性。独身独居。職歴:大学図書館司書。KP姪。右大腿骨骨折にて当院入院。自宅退院に向けた家屋評価で判明。足の踏み場もない家屋。HDS-R=15/30、MMSE=16/30。ADL:屋内生活自立。介入:当初家屋の整理やサービス導入拒否。姪と相談、最終的に大量のゴミを処分。整頓された家屋に訪問中。<症例2>90歳女性。独身独居。職歴:教師。KP甥。左膝関節人工関節置換術後及び大腸癌術後の回復期リハビリ入院、家屋評価にて判明。室内はネズミに食い荒らされ糞尿まみれ。認知機能低下あり。ADL:屋内生活自立。介入:ネズミ駆除業者も参加して5日間7人掛りでトラック4台分のゴミを処分。介護保険サービス導入。当初拒否。捨てられたことに対し恨みあり。<症例3>88歳女性。精神疾患でひきこもりの長男と二人暮らし。うつ病の既往。高血圧・脂質異常症。次第に通院困難となり、訪問診療開始して判明。布団を敷く空間以外はゴミで占められた家。風呂、台所、椅子も食卓も使用不能。屋内ADL自立。介護サービス導入・掃除拒否。ひきこもりの長男を外来受診に繋げることに成功。

**【考察】** 元々散らかった部屋での生活に加え、高齢による認知機能低下、ADL低下が加わり生活困難、健康リスクが更に増悪する。今後このような独居高齢者は増加すると予想され、地域で早期に介入することが求められる。

**【結論】** 多職種、地域でためこみ症を精神疾患として正しく理解し、介入手段を共有することが重要である。

## 医 1P-35

### 認知症周辺症状に対する投薬の調整に難渋した一例

北田雄太、玉木宣人、黒田洋平

あおばおうちクリニック

**【背景】** 現在認知症周辺症状に対しては薬物治療のみならず、ユマニチュードも含めた環境調整の重要性、有用性が広まりつつある。しかし、多くの在宅医にとって抗精神病薬を中心とした薬物療法での早期介入を求められる場面は多く、患者の状態や介護者の申し出に合わせて薬を重ねられ、多量の抗精神病薬の投与をされている患者をみることがある。今回そのような患者の抗精神病薬の中止でADLが改善した症例を共有し、今後の周辺症状の薬物治療に対する考え方を改めて整理したい。

**【症例】** 95才女性 平成X年9月まで独居だったが物忘れが強く長女夫婦と同居される。同時期、近医受診しドネペジル開始、その後暴力的な行動が見られたためリスベリドン、チアプリドが開始となった。

平成X+1年2月 食事、生活動作全面に介助が必要となり施設入所となった。入所時要介護5、ADL 寝たきり、介助にて車いす移乗し短時間の座位保持は可能。

入所時内服薬：アスピリン腸溶錠100mg 1錠 アルファカルシドール錠0.25μg1錠 ドネペジル塩酸塩5mg 1錠 朝食後 酪酸菌2g 分2朝夕食後 ランソプラゾールOD15mg 1錠 夕食後 抑肝散 7.5g リスベリドン内用液1mg 3包 分3毎食後 チアプリド塩酸塩細粒10%1g 分4毎食後と就寝前 ベゲタミンA 1錠 トリアゾラム0.25mg 1錠 就寝前

**【経過・考察】** 平成X+1年2月17日入所され初診。同時に内服薬の減量を開始。同年6月2日までに抑肝散、リスパダール、グラマリールを完全に中止。その間に周辺症状の悪化は認めず、発語量がふえ、食事も自力摂取できるようになった。ベゲタミンAは中止することで反跳性不眠等のリスクがあったためそのまま内服としていたが遅発性ジスキネジアと思われる不随意運動が増悪したため平成X+2年3月ベゲタミンAの内容を分解(フェノバル散10% 0.4g・塩酸プロメタジン12.5mg 1錠・クロルプロマジン25mg 1錠)し主な原因と考えられたクロルプロマジンから減量、6月1日までにフェノバル、塩酸プロメタジンも中止としたところジスキネジア改善し、意思疎通できるようになった。

上記のように抗精神病薬の見直しによってADLの改善を認める症例は多くあると考えられる。今後も積極的に見直しを行っていききたい。

## 医 1P-36

### 認知症患者の入浴介助から考察したこと

中山美由紀、小野原智美

社会医療法人財団大和会(やまとかい) 東大和訪問看護ステーション

**【はじめに】** 認知症患者の入浴介助で「大声をだす」「暴力をふるう」など手に負えないと感じる患者は少なくない。今回、当ステーションで認知症患者と診断された入浴介助を振り返り、患者の思いを汲み取る重要なケア方法をみつけ、その人本来の心地よさが得られたのでここに報告する。

**【事例紹介】** H氏 80歳女性、京都で母親と二人で暮らしていたが、平成19年に母親が他界、すぐに東京の妹親子と同居。同年3月レビー小体認知症と診断される。認知症の状態分類IIIb、要介護3。平成21年より訪問開始。

**【看護の実践と結果】** 訪問当初から、表情は険しく、入浴を促しても「面倒くさい」「京都に帰る」と大声で繰り返す態度が続き、浴室までの誘導方法を考えた。その手段として、身体に触れる爪切りから始めた。患者に接するときは、視界に入り身体の一部に触れながら、ゆっくりと短く話すことを心がけた。また、ケアの工程は短く区切って直接指示し、一方向で誘導を行った。患者は、必ず拒否の言動や態度があったが、少しずつ身体に触れる範囲が広がり、「どうしたらいいの?」「入るの?」という言動に変化した。その結果、訪問開始約6ヶ月後には入浴までに至った。

この経過から、ケアに重要な①生活史や生活習慣を十分に把握し接すること②心地よい言葉がけや環境の提供を心がけること、③自尊心を傷つけない配慮をすること④ケアの工程を短く区切って提供すること⑤患者にとって理解できる技術支援をすることの5つをまとめることができた。さらに、ケアを継続したことで、満足な表情で長湯したことや、感謝の言葉を述べたことなど、その人本来が望む、心身の心地よさを表現できたと考えられる。

**【考察】** 認知症患者の病状の進行は、自分の意思や言動を相手に上手く伝え、表現することは益々困難となる。しかし、その状態であっても、社会と孤立することなく人と交流し、生活を送らなければならない。よって関わる看護師は、その思いを十分汲み取る技術を身につけ提供することが、患者の生活の質を保証すると考える。

**【おわりに】** 認知症患者の理解について、社会参加も大きく叫ばれている現在、患者のより近くでケアを提供している私達は、患者理解に努め、今後他職種連携においても、その技術を滞らせることなく波及させる活動を推し進めなければならないと考える。

## 医 1P-37

### Suvorexant投与症例における夜間徘徊への効果についての検討

馬淵一徳、伊藤嘉恭

おおあみ在宅診療所

**【諸言】** 認知症患者など、夜間徘徊を伴う不眠症を認める高齢者は多く、その治療方針の確立はQOL改善に大きく寄与できるものと思われる。今回我々はsuvorexant投与による夜間徘徊に対する効果について検討した。

**【方法】** 平成27年11月から平成28年2月にかけて夜間徘徊（歩行不可能な者ではベッド上などでの多動）を伴う不眠症20例に対しsuvorexant15mgを投与し本人あるいは同居者からの聞き取りにより効果判定を行った。年齢分布は63～98歳（男13女7）である。

**【結果】** 20例中、著効例6例、有効例9例、無効例5例（うち副作用による投与中止例3例）でありsuvorexantが夜間徘徊に対し有効であった。他の睡眠薬からの変更で症状改善した症例が多く、精神症状緩和目的など併用薬の減量が可能であった。

**【考察】** オレキシン受容体拮抗薬suvorexantがREM睡眠行動障害に対し有効であるとされ、睡眠構築への影響はREM睡眠量に影響がないことが報告されている。SuvorexantはREM睡眠中の筋緊張を低下させ、夜間徘徊を抑制している可能性がある。

## 医 1P-38

### 認知症になっても大好きな地域や自宅で暮らし続けられますように！～ものがたり診療所もりおかの挑戦～

長村ひとみ<sup>1,3)</sup>、大峠寿子<sup>1)</sup>、北村 充<sup>1,2,3)</sup>、松嶋 大<sup>1,3)</sup>

1) ものがたり診療所もりおか、2) ナラビットホールディングス株式会社、3) 一般社団法人 もりおかナラティブ勉強会

「どこにも相談できず孤独に悩む認知症の人」の存在に気づくことはないでしょうか？

私たちが日々活動する中で、そのような方々は地域に実に多い印象を持ちます。さらに悩ましい現実を目の当たりにすることも少なくありません。独居の認知症の人が地域の中で「困った人」となり、地域からの排除の対象になるのです。例えば半ば強制的に施設に入るなど。

ものがたり診療所もりおかは、この現状を打破するため、関連する二つの法人、ナラビットホールディングス株式会社、一般社団法人もりおかナラティブ勉強会と協力し様々な活動を展開しています。

ものがたり診療所もりおかは岩手県盛岡市にある在宅療養支援診療所です。認知症外来と在宅医療に力を注いでいます。通院と訪問の二つを駆使し認知症の人を支えます。私たちの活動は大きく三つです。相談業務、医療介護業務、啓発活動です。

まず相談業務。診療所地域医療推進室と暮らしの保健室もりおか（詳細後述）が担います。二つが窓口となり地域や他事業所からの相談を引き受けます。相談内容により、外来受診を促すなど然るべきところに繋がります。必要があれば診療所看護師が自宅訪問し、ご本人を交えて直接話し合います。

次に医療介護業務。相談内容から医療介護の介入が必要と判断されれば、往診を含めて迅速に対応します。初期対応に限定しません。継続が必要であれば、ナラビットホールディングスの各種介護事業所とも連動し、ワンストップ型の医療介護を提供します。

そして啓発活動。住民や専門職向けの勉強会を開催し、認知症への偏見や誤解をなくす努力をしています。

暮らしの保健室もりおかをご紹介します。ナラティブ勉強会が運営する「街のよろず相談所」です。2015年4月から当診療所内にてほぼ毎日開設しています。保健師・看護師ら専門職を配置し住民の相談に応えています。認知症については、定期的に「もの忘れ相談会」を実施し、気軽に相談できる場所として地域に開かれています。

以上を通じて、私たちには達成したい目標があります。それは、認知症になっても大好きな地域や自宅で暮らし続けられること。ただし単に暮らし続けるだけではありません。楽しく、かつ輝いてです！この実現のため私たちは挑戦を続けます。

## 医 1P-39

### 在宅認知症診療における訪問心理療法の実践

山口 潔、戸邊智尋

医療法人社団創福会 ふくろうクリニック等々力

**【目的】** 認知症診療において、非薬物療法の重要性が指摘されている。当院では、臨床心理士が所属しており、心理検査、家族・介護者ケア、認知症カフェの運営支援を行っている。今回、認知症の方に対する心理療法を訪問で実践するため、効果を検討した。

**【方法】** 介護施設に入所されている認知症の方で、「自宅に戻りたい」という訴えと行動があり、介護者が対応に苦慮している症例を対象にした。臨床心理士による1対1の1回30分のカウンセリングを、月1回、患者の居室で行った。カウンセリングで話されたことの概要は文書で施設スタッフにも伝えた。

**【結果】** 症例は92歳女性。アルツハイマー型認知症（発症2012年9月頃）で2014年2月に特定施設に入所され当院初診。施設入所当初より、「自分はどこもわるくない」「早く自宅に帰してほしい」「家族が何の説明もなく自分を施設に入れた」と訴え続け、介護スタッフも対応に苦慮。心理検査（2014年10月）ではHDS-R 8/30点、MMSE 13/30点。2015年1月より臨床心理士による訪問カウンセリング開始。カウンセリングでは、人生の振り返りを促すような問いかけを行った。「自宅に戻りたい」という訴えは今日まで続いているが、カウンセリングが始まるに伴い、「施設にいれば人もたくさんいて寂しくない」といった、施設に対する信頼感や安心感のようなものも感じている様子を認めるようになった。カウンセラーに自分の経験や知恵を語り伝えることに意欲を燃やしているようにも感じられた。施設スタッフは、本人が役割を果たし自尊心を取り戻してもらえるようなケアを行うようになった。

**【考察】** 認知症の方にとって、施設入所というライフイベントは、大きなストレスを伴うと考えられる。ストレスへの適応には時間がかかる方もいる。エリザベス・キューブラー＝ロス氏が提唱している死の受容のプロセスである、「否認・隔離」「怒り」「取引」「抑うつ」「受容」といった経過は、認知症の方の施設入所においても同様である場合があると考えられる。適応や受容を促す過程において、心理療法が効果的な役割を果たす可能性が示唆された。発表当日は、本症例以外にも当院の臨床心理士が行っているさまざまな介入を紹介したい。

**【結語】** 心理療法は、認知症の方においても、施設入所のようなライフイベントに伴うストレスの適応に効果があることが示唆された。

## 医 1P-40

### 家族問題を抱えた若年がん終末期女性患者の退院調整と在宅看取り

矢尾知恵子<sup>1)</sup>、一戸由美子<sup>2)</sup>、船浪紀子<sup>1)</sup>

1) 社会医療法人河北医療財団 河北訪問看護・リハビリステーション 阿佐谷、2) 社会医療法人河北医療財団 河北家庭医療学センター

**【背景】** 若年がん終末期患者の場合では、育児や親の介護等を抱えての療養が少なくなく、家族成員を含めた支援が必要となる。一般にがん終末期患者は、短期間で身体機能の低下を来すため、福祉用具や生活支援の調整のみならず、生活と介護を支える家族支援がより重要となる。

**【目的】** 複雑な家族背景をもつ若年がん終末期患者の「家で過ごしたい」を支え、自宅療養を実現させた実践と振り返りを報告する  
**【方法と経過】** 患者は、結婚して間もなく脂肪肉腫が見つかり、10年以上の闘病を経て終末期を迎えた30歳代の2児の母親である。主の介護者は実母であったが、実母は暴言のあるアルコール依存で認知症の実父の介護の他に、経済的担い手としてのパート勤務、育児支援を担っていた。そうした家族環境の中でも患者は、繰り返しの入院加療から自宅療養を希望した。当事業所は医療相談員から在宅医療の依頼を受け、訪問看護師が中心となり病棟看護師及び医療相談員と連携し受け入れ調整を図った。退院調整は、病棟訪問や自宅訪問、電話やFAXによる情報伝達共有を行った。在宅療養開始後は、実父の担当ケアマネジャーとの連絡調整や療養先支援、療養先となった医療機関と連携を図った。

**【結果】** 家族問題は、退院調整時から在宅療養中も継続実施し、患者を中心に家族間の話し合いを支援し、家族の対処方法で解決を支えた。結果、患者は希望通り、家族と共に最期まで自宅で過ごした。実母や配偶者は介護と実父への対応を通して家族の課題に向き合った。結果、実母と婿の関係性を修復し、育児への役割分担を整理し、実母が娘への喪失で失いかけた自己の役割を再覚知することができた。医療提供側もサービス終了後に医療機関間合同のカンファレンスを実施し、介入経過と在宅療養を振り返り、互いの役割や地域連携の意味と効果について再確認を行った。

**【考察】** 本事例では、家族問題の解決に対して医療機関間での在宅導入の課題共有と生活状況の把握、解決に向けた方策のための患者面談や自宅訪問が有効であった。若年がん終末期患者の在宅療養支援では、家族の発達段階における仕事・育児・介護・配偶者と親との関係など家族員の役割や関係性を捉えた支援が重要である。このことは医療・福祉・介護のみならず暮らしを支える地域包括ケアシステムの概念そのものであると考える

## ① P-41

### 独居生活の継続が困難であったが前医で認知症を否定され、訪問診療の開始後に診断をされた一例

東 賢志<sup>1)</sup>、河村大輔<sup>1)</sup>、佐々木 淳<sup>1)</sup>、長谷川麻美<sup>2)</sup>、田中幸子<sup>2)</sup>、藤井美保<sup>2)</sup>

1) 医療法人社団悠翔会 在宅クリニック北千住 診療部、2) 医療法人社団悠翔会 在宅クリニック北千住 看護部

**【症例】** 72歳男性

**【既往歴】** 糖尿病性網膜症により左目失明

**【生活歴】** 大学卒業後大手ゼネコンに入職した。60歳で定年退職後は姉と同居していた。X-2年、要介護状態となった姉に暴力をふるうようになった。近隣からの通報で高齢援護課が介入し、X-1年に姉は施設入所し独居となった。

**【病歴】** X年4月自宅で倒れているところを隣人に発見されA病院へ搬送された。脱水と食思不振のため精査目的で入院となったが、病棟で問題行動を起こしたため強制退院となった。翌5月に歌舞伎町のサウナで意識障害となりB大学病院に搬送された。熱中症および両足熱傷の診断で加療された後C病院へ転院した。C病院では成年後見制度の利用について協議されたが、長谷川式認知症スケールが20点であったため認知症の診断に至らなかった。同年6月1日に退院となったが、地域包括支援センターからの依頼で当院による訪問診療が開始された。

**【経過】** 同年6月3日初診。診療に対する拒否はなく穏やかな対応であったが、サウナでのエピソードは覚えていないと説明した。室内にごみが散乱していたため介護サービスの導入を提案したが強く拒否された。そこで熱傷後潰瘍の処置のため週3回の訪問看護と週1回の訪問診療を行うことになった。しかしセルフネグレクト状態のため生活環境は徐々に悪化し、認知症を含めた器質性精神病が強く疑われた。再三介護的介入を試みるが拒否が強く、食糧も調達できず異食行為も疑われた。緊急担当者会議を開き、各部署の意見で独居生活継続は困難と判断し、入院加療のためD精神科病院へアウトリーチを依頼したところ、認知症の診断で同年7月31日に姉の同意による医療保護入院が決定し当院による訪問診療は終了となった。

**【考察】** 本邦では全国的に孤独死率が増加している。その中には本例のように認知症で独居生活が破綻しているにも関わらず、介護や医療サービスに繋がらないまま死亡するケースも少なくない。本例では認知症が疑われる生活歴があったが、短期記憶や見当識がある程度保たれており前医入院中には診断に至らなかった。しかし訪問診療・訪問看護、地域包括支援センターで連携し、生活環境を把握することで適切な認知症治療に繋ぐことができた。

**【結語】** 生活が破綻した認知症患者を発見し適切な医療機関や介護施設へ繋ぐことは、実際の生活の場へ足を踏み入れることができる在宅医の大切な役割のひとつである。

## ② P-42

### 在宅療養支援診療所における高齢アルコール依存患者への介入

茨木利彦、寺田秀興

寺田醫院

**【目的】** 当院は東大阪市に位置する在宅療養支援診療所である。外来診療を主とし、在宅診療も行っている。今回軽度の認知症を有する高齢のアルコール依存患者3例を経験したのでこれを報告する。

**【症例】** 86歳 男性

現病歴：頸部脊柱管狭窄症 慢性硬膜下血腫(術後) 高血圧  
白内障

職業：弁護士 70歳で退職

家族構成：患者本人と息子夫婦の3人暮らし(日中独居)

**【経過】** H25年頸部脊柱管狭窄症のため小刻み歩行であるが、杖を用いてなんとか歩行されていた。常時頸部の痛みと下肢痛を認めながら1ヶ月に1回外来受診をしていた。弁護士を引退後数年経過しており隠居のため家で過ごす時間が多く、妻とは死別されていた。

H25年8月アルコール量が徐々に増え、日中はほぼベッドで過ごし1日中飲酒している状態となった。食事摂取量も低下し脱水も伴っていた。頻回に転倒し、体を打撲することから訪問リハビリの介入を行った。数カ月の経過で病状は軽快、週2回の訪問リハビリにて生活リズムが出来、再度歩行されるようになった。

しかし、徐々にアルコール量が増えH27.4月急性胃腸炎を伴ったため入院加療する。退院後小康状態が続いたが9月頃から腰痛の悪化に伴いベッド上で過ごすことが多くなり、うつ傾向となり一日中飲酒するようになった。

H27.12月実の息子と飲酒に関することで口論となり、翌日泥酔になる。家で動けなくなったことで緊急往診を行った。緊急往診を行ったことで本人が自分の酩酊状態になっていることに対し自覚し、反省された。家族と再度相談され、息子の説得により禁酒を決断する。以後禁酒が2ヶ月継続出来ており歩行可能となった。

**【考察】** かかりつけ医として高齢者のアルコール依存に介入することで家族を支援することが出来た。3例中2例は息子の説得により禁酒が保っている。1例は精神科病棟での入院加療により断酒し、現在は夜だけ晩酌程度の飲酒が継続できている。

男性の場合退職を機にやりがいや失い、することがないことでアルコール依存状態になりやすい。かかりつけ医として早期に介入し、アルコール依存状態となる背景にせまったり、家族を支援することで依存状態から脱却することが出来た。また、専門医につなげることも必要であると考えた。

## ④ 1P-43

精神の疾患または症状を持つ患者が在宅で豊かに暮らすためにー心身両面へのアプローチを通してー

山田朋樹、金井 緑

樹診療所

**【目的】** 超高齢化により在宅医療の重要性が益々高まっていることは論を俟たないが、心身両面へのアプローチを通して患者・介護者が豊かな在宅生活を送るための支援が可能な医療施設はいまだ少ない。例えば、認知症患者の周辺症状に対する適切な治療薬選択、同居家族との死別に伴って生活面の問題が顕在化してきた長期引きこもり患者の支援、そして、身体の問題を契機として精神症状が合併した患者の支援等に対するニーズは今後増加する事が予想される。本演題では当診療所での実践を通して、精神科医が取り組む在宅医療の紹介と今後の課題を提示する。

**【実践内容】** 当診療所は外来と在宅医療の両立を目指して、長年総合病院の勤務を続けた精神科医である演者が開業し4年間を経過した。現在月平均80名程度の在宅医療を行っており、活発な病診連携・多職種連携、および、診療所内での外来診療と訪問診療のシームレスな相互移行を実践している。

**【実践効果】** 地域に根ざした医療を展開していくことを目標に活発な地域交流を深め、精神科医が行う訪問診療が次第に認知され、様々な方面から診療の依頼がなされるようになった。内容としては、心身両面に問題があって、特に精神症状については対応・治療が困難な患者についての依頼が多く、全般的には、他の一般在宅診療位が忌避しがちだが、反面、治療面では我々の最も得意とする分野が中心となっている点で、概ね当診療所の立ち位置が理解されつつあると考えている。4年間に診療を行った全患者のうち、向精神薬の使用は5割に上り、睡眠を目的とした薬剤の使用を含めればそれは9割にまで上昇した。高齢者は向精神薬による副作用が出やすいという現状を鑑みれば、精神科医の薬剤使用法に関するスキルは大いに役立っていると感じている。

**【考察】** 身体の入院治療を行う病院では患者はベッド上で安静を保つことが多い。主に精神の入院治療を行う病院では病棟内は生活空間となっている事が多い。従って、両者をバランスよく長期にわたって治療できる施設は多くはない。そのような観点から、心身両面に問題がある患者にとって長年暮らした落ち着ける場所で、出来る限り豊かに暮らせるよう援助することが我々の使命であると考えている。

## ④ 1P-44

訪問栄養食事指導により美味しく適正な形態の食事が提供できるようになった嚥下障害患者の一例

林 裕子<sup>1)</sup>、石川尚子<sup>2)</sup>

1) 悠翔会 在宅クリニック 在宅栄養部、2) 悠翔会 在宅クリニック

**【目的】** 日本人の死因第3位は肺炎であり、高齢者においては多くの誤嚥が原因であると言われている。食事中の誤嚥を予防するためには、適正な形態の食事の提供が有効であるが、高齢者世帯においてはその提供が困難なケースが少なくない。

嚥下機能が低下し誤嚥性肺炎を繰り返す患者に対し、訪問栄養食事指導によって安全と美味しさを両立した食事が提供できるようになった症例を経験したのでここに報告する。

**【症例】** 86歳男性、脳梗塞後遺症。妻・娘家族と同居しており、食事の管理は妻が行っている。

X年7月、X+1年6月、同11月、X+2年7月に誤嚥性肺炎で入院歴があり、最後の入院の際、今後も誤嚥性肺炎を繰り返す可能性を説明された上でミキサー食・ゼリー食の指示を受けて退院された。退院後、嚥下食の作り方や食事のバランスが分からないとの訴えが主介護者である妻よりあり、X+2年9月に訪問栄養指導を開始した。

退院時に、とろみ剤と粥用のゲル化剤を紹介されただけで詳しい調理法の指導はなく、高齢の妻が入院中に提供されていた食事を見よう見まねで作っている状況だった。

実技を通して安全な食形態や味付を指導し、喫食量の増加とむせの減少に繋がった。

**【考察】** 嚥下食の作成においては、通常の調理とは異なる工程を行う。しかしながら、病院での栄養食事指導では実技指導まで行われることはなく、退院後に適正な形態の食事が提供できずにいるケースは散見される。また、専門職種間においても食事に関する情報の共有はされないことが多い。嚥下障害の患者が退院後も在宅生活において安全に食事を摂取していくためには、病診連携を強化し、円滑に訪問栄養食事指導へ繋げられるような仕組みを構築することが必要と考える。

## 医 1P-45

### 在宅診療時の診療方針決定に難渋するも、医科歯科の連携により 奏功が認められた患者2例

濱本誠二<sup>1)</sup>、笠松恵子<sup>1)</sup>、持田信美<sup>1)</sup>、林 恵美<sup>1)</sup>、  
岡野あゆみ<sup>1)</sup>、東 賢志<sup>2)</sup>、三上 巖<sup>3)</sup>、佐々木 淳<sup>4)</sup>

1) 悠翔会 在宅クリニック 歯科診療部、2) 悠翔会 在宅クリニック  
北千住、3) 悠翔会 在宅クリニック早稲田、4) 悠翔会 在宅クリニック

**【はじめに】** 所謂「2025年問題」を控えて、在宅医療、なかんずく訪問歯科診療の需要は、ますます高まってくるものと考えられる。然るに、在宅医療の現場では多職種連携も診療を奏功させる重要な要素とも考えられる。我々は診療方針に難渋するも、医科歯科の連携により奏功が認められた症例を2例経験したので報告する。

**【症例1】** 80歳代 女性 全身疾患：老人性うつ病および認知症  
X年11月に口腔内の疼痛による経口摂取困難の主訴にて当科初診。口腔粘膜に水泡とびらん、疼痛を認め、口腔カンジダ症の診断にてフロリドゲル処方も嘔気をきたしたため中止。X年12月に医科初診。細菌検査にてカンジダを検出したため、イトリゾール20ml処方と口腔ケア、更には桔梗湯の含嗽にて疼痛はかなり軽快も水泡とびらんも治癒せず。X+2年8月に天疱瘡の疑いにて医科に対診し、抗BP180抗体58.5と高値を示したため、粘膜類天疱瘡と臨床診断。患者の強い希望のため生検による確定診断ができなかったが、その後、積極的な口腔ケアにより、口腔内の症状は非常に改善しており、ADL upも認められた。臨床診断：口腔カンジダ症と粘膜類天疱瘡の混合型

**【症例2】** 90歳代 女性 全身疾患：悪性リンパ腫 (rad30Gyにて腫瘍はほぼ消失)、脳梗塞、嚥下機能低下、認知症 Y年11月に医科初診。嚥下機能低下のため、Y年12月に紹介され当科初診。嚥下機能評価を行い唾液誤嚥や痰・気管誤嚥物の咯出困難、ペースト食の咽頭内残留を認めるも、家族の常食摂取の強い要望のため、窒息や誤嚥による嚥下性肺炎のリスク管理に関して、医科担当医と頻回にコンサルテーションを行う。同月に常食の食後に嘔吐を繰り返したため、家族の常食摂取の要望も変化が認められ、ペースト食や刻み食と水のゼリーを交互嚥下して安全に食事摂取が可能となった。臨床診断：摂食嚥下機能障害

**【考察】** 訪問歯科診療時には、全身疾患だけではなく、患者の性格やキーパーソンとなる家族や親族の要望も含めて様々な要素を考慮しないと十分に奏功しないことも多いと思われ、そのためにはやはり、他の職種との連携は今後、必要不可欠と考える。また、我々が経験した症例を基に、今後の課題や問題点を検討する。

## 医 1P-46

### 声門閉鎖術を選択し患者満足度が高かった嚥下機能障害の1例

横田京子<sup>1)</sup>、川野麻子<sup>2)</sup>、横山衣央<sup>2)</sup>、寺尾香織<sup>2)</sup>、  
竹谷朋子<sup>3)</sup>、鈴木美幸<sup>3)</sup>、吉田篤史<sup>2)</sup>、星野 真<sup>3)</sup>、  
野原幹司<sup>4)</sup>

1) 医療法人社団啓至会 巣鴨わかば歯科、2) 医療法人慶春会 武蔵野わかば歯科、3) 町田わかば歯科、4) 大阪大学大学院歯学研究科顎口腔機能治療学教室

**【背景】** 近年、高齢化とともに嚥下機能障害を呈する患者が増え、誤嚥性肺炎の発症を契機に経口摂取を禁止され、胃瘻をはじめとする経管栄養を余儀なくされる患者が増加している。そのような患者の中には、継続的な嚥下機能評価と機能訓練を行うことで経口摂取が可能となるケースが多いことがわかってきているが、一方で全く回復の期待が持てないケースがあるのも事実である。こうした中で患者個々のニーズは多様化してきており、経口摂取が困難と判断されても尚、経口摂取を諦めきれずに切望する患者も存在する。

今回われわれは誤嚥性肺炎のリスクが高く禁食とされた患者が声門閉鎖術を選択し良好な結果を得た症例について報告する。

**【症例】** 70代男性 病名：肺癌、低酸素脳症、出血性脳梗塞、高次脳機能障害

**【経過】** H23年11月肺癌の術後に間質性肺炎を発症し低酸素脳症となったため気管切開を行い、以後持続的な酸素管理が必要となった。気管切開後から、次第に嚥下機能低下を認め誤嚥性肺炎を発症した際、経口摂取不可能と診断されH26年1月胃瘻を造設。その後も誤嚥性肺炎を繰り返していたが本人、家族が経口摂取を切望したため経口摂取の可能性を探るため訪問でVE検査を行った。結果、やはり誤嚥が認められ、誤嚥性肺炎のリスクが高くなるため経口摂取不可能の診断をした。しかし本人がどうしても経口摂取を諦めきれず、主治医、耳鼻科医と対診の上、声門閉鎖術にふみきった。

**【結果】** 術後14日から重湯の経口摂取を開始した。術後1月頃から少量のゼリーやプリンを直接訓練をはじめた。徐々に食形態を変更し術後2年半頃から、3食常食を経口摂取できるようになった。

**【考察】** 声門閉鎖術を行う事で声を失うことになったが、もともと気切を行っていたため声を出す事はできなかったため、手術を選択する際にその事が障害にならなかった。術後は好物の寿司もしっかり噛んで食べられるようになり、家族も頻回の吸引から開放され、本人、家族とも高い満足度が得られた。間質性肺炎がベースにあって気切カニューレが挿入されていたため誤嚥性肺炎のリスクが高い患者であったが、年齢も比較的若く、本人の経口摂取への執着が強かったこと、声を失うことに抵抗がなかった等の条件が重なり、本例は声門閉鎖術の適応症と考えられた。患者のニーズの多様化に伴ってこのようなケースは今後益々増えていくものと考えられる。

## 医 1P-47

### 禁食とされた患者に継続的な介入をすることで経口摂取可能となった2症例

横山衣央<sup>1)</sup>、寺尾香織<sup>1)</sup>、川野麻子<sup>1)</sup>、横田京子<sup>2)</sup>、鈴木美幸<sup>3)</sup>、竹谷朋子<sup>3)</sup>、吉田篤史<sup>1)</sup>、星野 真<sup>3)</sup>、野原幹司<sup>4)</sup>

1) 医療法人慶春会 武蔵野わかば歯科、2) 医療法人社団啓至会 巣鴨わかば歯科、3) 町田わかば歯科、4) 大阪大学大学院歯学研究科顎口腔機能治療学教室

**【背景】** 病院退院後にも急性期・回復期の評価のまま、禁食となっている例に遭遇することは臨床で珍しくない。今回、禁食とされた在宅療養となった2名の患者に対し、退院直後から適切なアプローチを継続することによって、摂食嚥下機能の改善がみられた症例について報告する。

**【症例1】** 79歳 女性：平成25年12月に転倒。左大腿骨頸部骨折のため入院。手術施行後から活動性が低下し、廃用症候群となった。嚥下機能に関しては「嚥下機能が大幅に低下し改善困難」という評価。食思も低下したため、1月に胃瘻造設し施設へ退院となった。退院後に、食思改善のきざしがあり、本人の希望もあったため、経口摂取の可能性について評価を依頼され平成26年5月に訪問にてVE評価を実施した。

**【結果】** 唾液の不顕性誤嚥、ゼリーの咽頭残留を多量に認め、間接訓練より始めた。2ヶ月後の再評価で咽頭のクリアランスが改善され直接訓練を開始。痰や発熱もなく、7ヶ月後には家族や施設職員の介助へ移行し、プリンやゼリー1カップを毎日摂取できるようになった。歯科は専門的口腔ケアを中心にフォローした。

**【症例2】** 84歳 男性：平成26年4月左視床の血栓性脳梗塞を発症。嚥下障害が強く、入院中に誤嚥性肺炎を併発した。翌月リハビリ目的で回復期病院に転院し、VFにて嚥下評価を行ったが、嚥下後誤嚥の危険性が高いと判断され胃瘻造設。STの直接訓練は継続していたが7月に退院。その後、通院にてVFで再評価するも嚥下機能の更なる低下を認めたため直接訓練は中止された。患者側の強い希望により、嚥下リハ継続・経口摂取の可能性について評価を依頼され10月に訪問にてVE評価を実施した。

**【結果】** トロミ水、ゼリーの咽頭残留はあるが、誤嚥を認めなかったため、週1回の歯科介入時のみトロミ水の直接訓練を開始した。以後、11ヶ月間直接訓練を継続し、平成27年8月には施設職員の見守りのもと、トロミ水が自己摂取可能となった。

**【考察】** 本症例では退院直後から訪問にて適切な評価、訓練の介入をすることができ、一定の嚥下機能の改善を認めた。在宅療養に移行した患者に対しては適時に介入を行い、適切なアプローチを継続することによって、患者のQOLの向上につながると考えられた。

## 医 1P-48

### 延髄梗塞を発症後、在宅にて経管栄養から経口摂取確立に至った症例

山中歩美、戸原 玄、長澤圭子、加治佐枝里子、若杉葉子、中根綾子、水口俊介

東京医科歯科大学歯学部附属病院 摂食嚥下リハビリテーション外来

**【目的】** 延髄には嚥下の中枢があるため、延髄梗塞では高頻度に嚥下障害を認め、胃瘻などの経管栄養にて退院となるケースが多い。嚥下障害は経過とともに改善することがあり、在宅での嚥下機能評価・リハビリテーションの実施が必要であるが、いまだその支援は十分ではなく、放置されてしまうことが少なからず存在する。今回、延髄梗塞後に胃瘻となり退院した患者が、在宅にて嚥下機能評価・摂食嚥下リハビリテーションの結果、8か月経過後に3食経口摂取可能となった症例を経験したので報告する。

**【症例及び処置】** 84歳女性。2014年12月、徐々に食事が摂り難くなり近医を受診し、右側延髄梗塞と診断された。その後経口摂取困難となり胃瘻造設、自己管理にて経管栄養を続けていた。2015年8月、食べたいとの主訴にて当院初診となった。体格は痩せ型だが、ADLは自立しており、自立歩行可能、顔面や四肢に麻痺はなく、感覚障害も認めなかった。軽度の嚔声を認めるが、構音障害はなく、コミュニケーションは良好であった。挺舌時の偏移及び攣縮、カーテン徴候を認め、嚥下内視鏡検査(以下VE)にて声帯外転障害を認めた。摂食時は、梨状窩及び喉頭蓋蓋への咽頭残留を認めたものの、誤嚥は認めなかった。以上の所見より、間接訓練及び直接訓練を開始し、3食経口摂取の確立を目標とした。直接訓練は中等度のとろみ茶をティースプーンで1日5口まで摂取することとし、間接訓練は開口訓練、呼吸陽圧療法、シルベスター法を指導した。患者は延髄梗塞の再発や誤嚥に対する恐怖感を持っていたが、間接訓練と直接訓練を続けることで自信をつけることができた。お楽しみレベルの経口摂取から始まり、段階的に食形態と頻度を上げていき、最終的には3食常食を摂取可能となり、胃瘻抜去の見通しがついた。

**【考察】** 延髄梗塞による摂食嚥下障害は重篤なものとなる場合もあるが、問診・身体所見・VE所見から、延髄の障害部位や広がりや推察することで、嚥下障害の重症度や経過を予測することができる。本症例は、舌下神経核・疑核領域は障害されていたが、嚥下反射が惹起したことから孤束核は障害されていないことが考えられ、経管栄養から経口摂取確立へ方針を提示、導くことができた。

## 医 1P-49

### 多職種で実践する、摂食嚥下障がい者への在宅栄養ケアマネジメント

塩野崎淳子<sup>1)</sup>、吉崎伸一<sup>2)</sup>、及川尚美<sup>3)</sup>、吉中 晋<sup>4,5)</sup>、村田幸生<sup>1)</sup>

1) むらた日帰り外科手術WOCクリニック、2) 訪問看護ステーションわざケア、3) めぐみケア訪問看護リハビリステーション、4) 吉中歯科医院、5) 東北大学大学院 国際歯学研究科

**【目的】**在宅療養中の患者にとって、「口から食べる」とは大きな楽しみの一つであることが多い。しかし、さまざまな理由で摂食嚥下障がいになった患者は、退院・退所時に「経口摂取禁止令」を出されている場合が少なくない。胃ろうなどの経管栄養を行っていても、患者の残された機能を活かしながら、本人が食べたいものを、より安全により美味しく食べられるよう支援することで、在宅における「食のQOLの向上」を目指した。

**【方法】**当院では、「在宅訪問栄養サポートセンター」を開設し、介護保険による管理栄養士の居宅療養管理指導を実施し、在宅療養者の食支援を行っている。

今回、「安全に食べる」という共通目標に向かって、多職種が連携したことにより、在宅において摂食嚥下機能が向上し、ゼリーやアイスクリームのお楽しみ摂取から、せんべいを食べられるに至った事例を経験した。作業療法士は訪問リハビリテーションにて全身の身体機能低下を防ぎながら咳嗽力を高め、言語聴覚士は正しい食事介助技術の指導と嚥下訓練を行った。歯科医師は食塊形成を促す咀嚼機能の向上と定期的な専門的口腔ケアを行った。管理栄養士は、介護者に対して適切な嚥下調整食の調理指導を実施した。

**【結果】**チームでの支援を開始する前には、ゼリーやプリンなどを少量経口摂取していたが、現在では、せんべいやアイスキャンディーなど、多様な形態の食品を食べることが可能である。また、介護者がソフト食を自宅で調理し、牛丼やずんだ餅なども楽しんでいる。

**【考察】**食事形態の調整と胃ろうからの栄養摂取も含めた栄養ケアマネジメントを実践する中で、セラピストによる生活に根差したりハビリの実施や、訪問歯科と連携することにより、摂食嚥下機能向上の相乗効果が得られ、患者の「食べる楽しみ」を取り戻すことができた。

「在宅摂食嚥下支援チーム」による栄養ケアマネジメントの一例として、この取り組みを紹介したい。

## 医 1P-50

### 横浜における在宅嚥下障害例に対する多職種連携による栄養マネジメント

西山耕一郎<sup>1)</sup>、吉田直人<sup>2)</sup>、粉川将二<sup>3)</sup>、廣瀬祐介<sup>4)</sup>、河合 敏<sup>5)</sup>、金井枝美<sup>6)</sup>、木村麻美子<sup>7)</sup>、桑原昌己<sup>8)</sup>、山本奈緒美<sup>9)</sup>、足立徹也<sup>10)</sup>

1) 西山耳鼻咽喉科医院、2) ナガタ歯科医院、3) 新戸塚病院 リハビリテーション科、4) 横浜なみきリハビリテーション病院 リハビリテーション科、5) 河合耳鼻咽喉科医院、6) 横須賀共済病院 リハビリテーション科、7) 葉山グリーンヒル 栄養科、8) 日清オイリオ株式会社、9) 横浜脳脊髄センター 看護部、10) 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院

**【はじめに】**日本は超高齢社会になり嚥下障害例が増加し、在宅嚥下症例の増加に対応するために、地域包括ケアが導入されようとしている。

**【症例】**96歳、女性。主訴：食事中にムセる。経過：1年前より食事中にムセたら咳が止まらない。デューサービスに通っていたが、食事中に咳と痰がひどく、周りに迷惑をかけると通所を止めていた。一年間で体重が5kg減少していた。初診時は顔色不良、手足冷感、体温：36.8°C。WBC:5100、CRP:0.62、SpO<sub>2</sub>:96%。VEにて兵頭スコアは9点。握力は8kg。医師が抗菌薬と去痰薬を投与し、食事形態の変更、呼吸排痰訓練、食事姿勢等の環境設定をした。STは嚥下指導と嚥下リハビリを担当し、訪問栄養士は嚥下食の作り方を家族に指導した。4週間後、兵頭スコアは6点、握力は12kgに改善し入院を回避した。

**【考察】**“水”に代表される液体は、咽頭を通過するスピードが速いので一番誤嚥を起こし易く、嚥下機能が低下すると液体や食物等が誤嚥して肺に入り、誤嚥（嚥下）性肺炎を発症する。寝ている間に口腔内の唾液を誤嚥する場合や、胃の内容物が逆流して誤嚥して肺炎を発症する場合もある。認知症があると口腔内に貯め込みや丸呑みをするので、誤嚥や窒息を起し易くなる。嚥下機能低下例において、嚥下機能を正しく評価しないまま経口摂取を続けると、誤嚥性肺炎を発症する危険がある。しかしながら正しい嚥下機能評価と病態診断を行えば、適切にリハビリテーションや治療法がわかり、経口摂取を継続できる場合もある<sup>1)</sup>。そのためには嚥下内視鏡検査（VF）と嚥下造影検査（VF）による、誤嚥の有無のみの診断にとどまらない、正しい嚥下機能評価と病態診断が必要である。VEは有用であるが、内視鏡操作には熟練を要する。さらに治療可能な、反回神経麻痺、食道入口部弛緩不全、喉頭挙上制限、鼻咽頭閉鎖不全、悪性腫瘍、神経筋疾患等を見逃してはならない。

嚥下障害の対応は多岐にわたるので医療職と介護職が連携し、それぞれの専門領域で十分に力を発揮し助け合う正しいバランスの良い、患者さんにとって何がベストかを考えたアプローチが必要である。また個々の嚥下障害例の病態に対応した適正な治療をおこなえば、無駄な医療を排除できるので医療費の削減にもつながる。最後まで口から食べられるように、患者さんの幸せのためにお手伝いができればと考える。

#### 【参考文献】

1) 西山耕一郎：高齢者の嚥下障害診療メソッド。中外医学社、2014。

## 医 1P-51

### 『在宅NST』始めました

玉元良一<sup>1)</sup>、村田味菜子<sup>1)</sup>、疋田節子<sup>1)</sup>、横山衣央<sup>2)</sup>、  
星野 真<sup>3)</sup>、渡辺克哉<sup>1)</sup>、野原幹司<sup>4)</sup>

1) 医療法人社団日翔会 わたなべクリニック、2) 医療法人慶春会 武蔵野わかば歯科、3) 町田わかば歯科、4) 大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔機能治療学教室

**【目的】** 在宅医療において、嚥下や栄養など食支援の重要性は高くなってきている。しかしながら、自宅や施設で継続的に嚥下や栄養の状態を評価・支援する体制は不足しており、不十分な状況が多い。当医療法人は、関連グループのクリニックを合わせて約3000人の訪問診療や訪問看護を行っているが、2011年からポータブルの内視鏡を用いて、歯科医師による嚥下往診を開始した。2014年から言語聴覚士、2015年から管理栄養士が参加し、2015年7月より在宅NSTを立ち上げ、活動を行ったので、その方法と現状を報告する。

**【方法】** 歯科医師による嚥下往診は、月1回のペースで実施している。病態の理解に基づく正確な嚥下機能評価と適切な食支援の方法を提案している。嚥下往診後は、言語聴覚士によるフォローアップや管理栄養士による訪問栄養指導の体制を作り、在宅NSTへ移行した。医師・看護師、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士と連携し、さらに在宅NSTの活動を広めるため、地域向けの勉強会やセミナーを開催した。

#### 【結果】

1. 主治医の紹介によって、嚥下や栄養に関する在宅支援を知る方がほとんどであった。
2. 在宅 NST 開始から半年間で嚥下内視鏡検査を実施した方はのべ85名であった。うち20名は在宅NSTとしてフォローを行った。
3. 法人内の訪問看護ステーションと連携するケースは15名、法人外の訪問事業所と連携するケースは5名であった。
4. 勉強会やセミナーの参加者は、のべ152名であった。参加者は、施設や在宅の事業所が多く、在宅の食支援に対する興味は高かった。

**【まとめ】** 医師訪問診療・訪問看護から、歯科医師による嚥下往診、嚥下リハビリテーション・栄養指導へと広がり、在宅NSTを立ち上げることで、食支援に関する依頼が集約され、緩やかな形ではあるが、包括的な対応になりつつある。今後さらに在宅での食支援や栄養サポートのニーズが高まることを考えると、ますます地域での取り組みが必要となり、さらに多くの職種や人が関わることとなる。我々が、人や情報のステーション的な役割を果たせるように、先進的なシステム作りを検討している。

## 医 1P-52

### クリニックでの在宅訪問栄養指導開始から2年。2年間の経過、成果の報告と今後の課題および展望

竹内圭志<sup>1)</sup>、福原由美<sup>1)</sup>、水島 妙<sup>1)</sup>、平井淑朗<sup>2)</sup>、  
藤木健吾<sup>1)</sup>

1) すずらんクリニック、2) つきみ野歯科

**【はじめに】** 当院は2011年5月に在宅療養支援診療所として開設して以来、神経難病や末期がん患者に対する在宅緩和ケアや大往生とも言える老衰によるお看取りを年間約100人程度行っている。急性期疾患を除いては、病態や病状経過に違いはあれ、人間は最終的には経口摂取ができなくなることで衰弱が進み最期に至る。在宅療養を希望されている患者やその家族は、尊厳死やリビングウィル等の考えに基づいて胃瘻や経管栄養、中心静脈栄養を希望されないことが多い。

**【目的】** 管理栄養士の介入による効率的かつ効果な経口摂取により、少しでも長く穏やかな時間を在宅で過ごされるようにサポートしていきたいという思いから2014年4月より訪問栄養食事指導を開始した。

**【考察】** 昨年の当学会では、在宅療養の現場での多職種連携の輪に管理栄養士が含まれるような認識を拡げることから始めた立ち上げの問題点やその時点での課題などを発表した。今回は①その認識がどの程度浸透しているのか、②また、訪問栄養食事指導の対象となり実際に訪問栄養食事指導が開始となった患者数は認識の浸透度によって変化があったのか、等の訪問栄養食事指導導入時の評価から、③現在までに当院にて訪問栄養食事指導を行っている患者の、その導入の理由や疾患別割合、④疾患によって栄養食事指導を実施する期間が異なるのか、⑤疾患によって訪問栄養食事指導の効果の違いがあるのかなどを、訪問栄養食事指導を行っている栄養士の主観や、患者及びその家族の実感、当院の医師や看護師及び他の訪問看護師などの他職種の客観的評価及び、体重やMNA (mini nutritional assessment) スコア、血液生化学検査データの解析や統計学的解析、文献的考察を踏まえて訪問栄養食事指導の導入における問題点や課題への到達度、アウトカムとしての効果の評価を行ったためにそれをこの場で発表したい。

**【結論】** 2016年4月からの診療報酬改定にて、多様な疾患の患者に対して食事を通じた適切な栄養管理を推進する観点から、管理栄養士が行う栄養食事指導について、食事指導の対象および指導内容の拡充が謳われている。具体的には栄養食事指導対象に、がん、摂食・嚥下機能低下、低栄養の患者に対する治療食を含めるなど、在宅療養にて管理栄養士の更なる活躍が必要であり、また活躍する場が広がっていくことが予想される。当院にて行っている2年間の訪問栄養食事指導の経験と結果から今後の見通しと課題についても併せて発表したい。

## ⑤ 1P-53

### 県立一志病院における訪問栄養指導

千歳泰子<sup>1)</sup>、萩原味香<sup>1)</sup>、洪 英在<sup>2)</sup>、四方 哲<sup>2)</sup>

1) 県立一志病院 栄養室、2) 県立一志病院 家庭医療科

**【背景及び目的】** 当院は、高齢化率50%以上、独居や高齢者世帯が多く、無医地区も存在する三重県津市白山・美杉地区に立地している在宅療養支援病院である。地域によっては十分な介護サービスが存在せず、住み慣れた自宅での生活継続を希望しても、要介護状態に至ると自宅生活を継続できない状況になる地域である。よって、病状悪化や身体機能低下を極力予防し、自立した生活を送ることができるよう支援することが一層重要となる。当院では平成27年から、訪問栄養指導を開始し、食べる面から、その人がその人らしく、地域で生活できるよう支援する取組を始めた。当院での取り組み内容、方法につき、紹介する。

**【方法】** 主治医の指示のもと、定期的に訪問。アセスメント・モニタリングを行い、ケアマネジャー・ヘルパー・訪問看護師・デイサービス等と連携し、本人の病状悪化予防・身体機能維持を目的に訪問栄養指導を実施した。外来や入院中の栄養状態や栄養指導状況を、病院内担当栄養士とともに把握し、密に連携を取りながら訪問栄養指導を実施した。時には病院内栄養士と同行訪問も行った。

**【結果】** 平成27年1月から12月において、訪問件数はのべ94件であった。基礎疾患は糖尿病・慢性心不全・慢性腎不全・嚥下障害・低栄養・褥瘡等であった。施設入所や死亡により訪問栄養指導が終了したケースもあるが、状態安定・改善し訪問栄養指導が終了となったケースもある。

**【考察及び結論】** 食べることは疾患悪化や身体機能低下を予防するだけでなく、精神的・社会的にも影響を及ぼす生活の一部である。その人の自宅を訪問し背景をみた上で、その人ができることから指導を行い、他の職種・事業所と連携することで、その人が望む生活を継続できるような訪問栄養指導を実践開始している。発表当日は、事例を交えて取り組みを報告する。

## ⑤ 1P-54

### 「食楽支援」のニーズに応える～管理栄養士の退院カンファランスへの出席の意義～

安田和代、市橋亮一、土屋邦洋

医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック

**【目的】** 在宅療養において「食べる」ことは栄養のみならず、生きる楽しみや家族との絆を深めることにつながり、生活の安定と満足度に大きな影響を与える。当法人では「食を楽しむ、食を楽しむに支えることができる＝食楽支援」と名付け、常勤の管理栄養士が活動中である。当法人における訪問栄養食事指導（以下、「食楽支援」）の訪問件数は年々増えている。これには様々な要因があるが、退院カンファランスの出席が増えていることも大きく影響していると考え、その効果と意義を検証する。

**【方法】** 2011年から2015年までの5年間に行った「食楽支援」の実績より分析する。

**【結果】** 当院の管理栄養士の年間訪問件数は2011年24件、2012年62件、2013年358件、2014年437件、2015年657件と増加している。2015年のデータによると、訪問内容の内訳で訪問栄養食事指導料算定の対象となるのが420件（64.0%）で、それ以外は退院前カンファランス出席・初診同行・担当者会議参加などである。2015年に管理栄養士が退院カンファランスに出席した患者数は68名であり、当法人の新規患者187名の内36.4%にもなる。そのうち半数以上の35名が訪問栄養食事指導を開始し、これは新規患者の18.7%であり、つまり患者5人の内1人に対し「食楽支援」を行うこととなった。

**【考察及び結論】** 退院前カンファランスに参加することにはいくつかの意義がある。1)、病院側の管理栄養士から直接「食」に関する情報を得ることができる 2) 患者・家族・サービススタッフと顔合わせし、チームの一員として認識されることができる 3) 初診同行で生活環境を知ることができる 4) それらの場で在宅主治医より「食楽支援」の必要性を患者・家族に伝えられる。現在、管理栄養士の退院前カンファランスの参加や初診同行は診療報酬算定外であるが、患者の食を支えるためには重要なファーストタッチとなる。退院前カンファランスの参加や初診同行が算定対象となり、管理栄養士が食を通して患者・家族が「豊かに生きる」ことに大きく貢献できることを望む。

## ⑤ 1P-55

### 機能強化型在宅療養支援診療所における栄養ケアマネジメントの課題

小笠原初恵<sup>1)</sup>、鎌田由香<sup>1,2)</sup>、千葉かおる<sup>1)</sup>、石川奈津江<sup>1)</sup>、西崎久純<sup>1)</sup>、川島孝一郎<sup>1)</sup>

1) 仙台往診クリニック、2) 宮城学院女子大学

**【背景】** 2014年度診療報酬改定において、在宅患者訪問褥瘡管理指導料が新設された。仙台往診クリニックでは、2014年5月より褥瘡対策チーム・栄養サポートチーム(NST)の活動を開始した。

**【目的】** 本研究の目的は、栄養アセスメントの実施状況を分析し、在宅栄養ケアマネジメントの課題を明らかにすることである。

#### 【対象・方法】

- 1) 対象：褥瘡管理指導料算定者15名とNST介入22名の合計37名。
- 2) 主病名：認知症、脳梗塞後遺症、筋委縮性側索硬化症(ALS)、筋ジストロフィー、ハンチントン病ほか。
- 3) 検討期間：2014年5月～2015年8月
- 4) 項目：身長と体重、上腕三頭筋皮下脂肪厚と上腕筋筋、推定式または間接熱量計によるエネルギー必要量の算出、人工呼吸器の有無について検討した。

#### 【結果】

- 1) 37名中11名で体重測定がされず、そのうち5名(ハンチントン病1名・人工呼吸器装着者名)は測定不可能と判断した。
- 2) 人工呼吸器装着者10名中6名は体重測定されていた。訪問介護入浴時に体重測定されていた。
- 3) 上腕三頭筋皮下脂肪厚は37名中26名に測定し、5名は測定ができなかった。いずれもALSで皮膚の変化により皮下脂肪と筋肉の分離ができなかった。
- 4) エネルギー必要量は37名中32名で推定式により算出し、1名で間接熱量計による消費エネルギー測定値により算出した。必要エネルギーの算出ができないと判断した4名は、動きの制御ができない患者2名、ALS人工呼吸器を装着し褥瘡を有する患者だった。

**【考察】** 人工呼吸器を装着している患者や多動などの病態を有する患者では、身体計測やエネルギー必要量の算出が難しい場合があった。エネルギー出納を推測するための体重測定は、栄養アセスメントの基本であることから、訪問介護入浴時やレスパイト入院時など施設間での連携が必要であると考えた。また、動きが制御でき呼吸器を装着した患者のエネルギー必要量を算出するために、現在、在宅で使用可能な間接熱量計を検討中である。

## ⑤ 1P-56

### フレイル・サルコペニアの現状と在宅栄養マネージメント～低栄養の実践的介入方法を多職種で考える取り組み～

森田千雅子<sup>1)</sup>、岡本徳子<sup>2)</sup>

1) 悠翔会在宅クリニック、2) 横浜社会福祉協会

**【背景】** フレイルは、高齢者が要介護状態になる通過地点である。重症化予防の観点から、フレイルの構成要素であるサルコペニアに早期介入する研修会が必要と考えた。

**【目的】** 低栄養とサルコペニアに対する理解を深め、実践的介入までを考える研修会を2015年12月と2016年1月の計2回行った。

**【方法】** 1回目、訪問管理栄養士によるサルコペニアと低栄養に関する講義を行った後、アンケート調査にて、サルコペニアと低栄養に関する理解度と訪問栄養士を必要とする具体的な支援内容を抽出する。2回目、低栄養の事例に対する介入方法を訪問栄養士が交えて検討する。

**【結果】** 1回目、居宅のケアマネジャーを主に参加者21名アンケート回収率100% フレイル・サルコペニアについて、知っていると答えた人29% 知らないと答えた人67% 無記名・その他5%、講演によって、フレイル・サルコペニアが理解出来たと答えた人86% 出来なかった人0% 無記名・その他14%とフレイル・サルコペニアの理解については、比較的高い評価を得られた。又、「フレイル・サルコペニアによる低栄養と思われる人が身近にいますか？」という問いに、いますと答えた人76% いないと答えた人10% よく分からないが14%だった。ケース内容については、個別性が高く、同じ内容となる事例は一例もなかった。2回目、居宅のケアマネジャーを主に参加者10名 アンケート回収率100% 検討時、栄養に対する専門領域を狭く捉えず、食支援として広く捉える方がケアマネジャーとの親和性が高かった。「次のアクションに向けて対応の方法や考え方について理解が出来ましたか？」の問いに、出来たと だいたい出来たと答えた人100%が低栄養の介入の糸口を見つけることが出来た。

**【考察】** 在宅に潜むフレイル・サルコペニアは居宅ケアマネジャーの76%が身近な事例をもっており、その内容は多種多様であった。訪問栄養士は居宅ケアマネジャーと共に、個別性の高いフレイル・サルコペニアの事例に対応するため、在宅への柔軟な想像力、個人を客観的に見る力、見通しと分析力、栄養を生活に落とし込める引き出しを豊富に持つことで、介入方法を見出すことが出来たと考察する。

## 医 1P-57

### 在宅療養中の筋ジストロフィー患者に対する栄養ケアマネジメントの実践

鎌田由香<sup>1,2)</sup>、木村優里<sup>2)</sup>、石川奈津江<sup>1)</sup>、西崎久純<sup>1)</sup>、川島孝一郎<sup>1)</sup>

1) 仙台往診クリニック、2) 宮城学院女子大学

**【背景】** 超高齢社会への対応が課題となっている中、在宅療養ケアマネジメントの体制は十分とは言えない。

**【目的】** 在宅療養中の筋ジストロフィー患者に対する栄養ケアを実践し、在宅における栄養ケアマネジメントの課題を明らかにする。

**【患者紹介】** 70代、女性、顔面肩甲上腕型筋ジストロフィー、要介護5

現病歴：顔面肩甲上腕型筋ジストロフィー（40代）、左大脳皮質下出血（50代）による右半身麻痺により在宅訪問診療を開始した。嚥下機能は徐々に低下したが、その後回復を認めた。半年間で体重が10kg増加したことから、栄養アセスメントに基づいた栄養ケアを実施した。

**【栄養ケアの方法】** 2015年1月：NSTによる訪問を開始。栄養アセスメント、ケアプランの立案、栄養指導、モニタリング、評価を行った。

#### 【経過】

1. 栄養アセスメント：1) 身体計測：身長158cm、体重59.7kg（2名で測定）、腹囲94.8cm、AC29.8cm、TSF 26mm、AMC21.6cm（筋肉と脂肪の分離が困難）

2) InBody S10：筋肉量28.1kg、体脂肪量29.6kg（49.5%）、内臓脂肪面積141cm<sup>2</sup>⇒筋肉量は少なく、体脂肪量が過剰、内臓脂肪蓄積型肥満。

3) 食事調査：推定エネルギー摂取量1344kcal/日（23kcal/kg）

4) 本人の意思：急激な体重増加により体が重く、痩せたいと考えていた。

2. 栄養ケアプラン：1) 目標：今後の病気の進行を考慮し、急激な減量はせず、1ヶ月で1kg～2kgの減量を目標とした。

2) 必要エネルギー量の算出：標準体重での基礎代謝量×0.829×AF1.2=1142kcal

3) 献立：嗜好、食形態、作り易さを考慮して献立を作成した。

3. モニタリング：1) 体重 61.2kg（7月）→62kg（9月）→60.5kg、2) 筋肉量28.1kg（7月）→27.9kg（9月）→26.8kg（11月）、3) 体脂肪量31.1kg、体脂肪率50.9%（7月）→32.1kg、51.9%（9月）→31.7kg、52.5%、4) 内臓脂肪断面積148cm<sup>2</sup>（7月）→151cm<sup>2</sup>（9月）→154cm<sup>2</sup>（11月）、5) 筋力の維持と減量のために運動実施 6) 安静時エネルギー消費量807kcal（9月）、7) 推定摂取エネルギー 1248kcal（21kcal/日）（11月）

4. 評価：6ヶ月間の栄養ケアを行った結果、食事内容に変化は見られたものの望ましい減量には至らなかった。本症例は筋肉の変性により、筋肉量が著明に少ないことで消費エネルギーが少なかったためと考えられる。

**【考察】** 在宅療養筋ジストロフィー患者の栄養ケアマネジメントを実施した結果、エネルギー出納を推測するための体重、身体構成成分を推定するための上腕三頭筋皮下脂肪厚の測定が困難であることが明らかとなった。定期的な体重測定、在宅で使用可能な身体構成成分測定装置、間接熱量計などを使用した、栄養ケアマネジメントシステムの構築が必要と考える。

## 医 1P-58

### 膝上部にCVポートを設置した症例

伊藤嘉恭、山浦武彦、馬淵一徳、渥美千里、石橋照代

医療法人社団昌健会 おおあみ在宅診療所

**【背景と目的】** 経口摂食が不能になったとき、延命治療を望み、その方法として、胃瘻、経鼻経管栄養ではなく高カロリー輸液を望む患者が時にいる。施設の場合は、介護職員による高カロリー輸液のバッグの交換が許されるか？という問題があるが、居宅においては、経管栄養よりも、高カロリー輸液を選択した方が、介護人の介護に費やす拘束時間が明らかに少なくなる。当院では、膝上にCVポートを設置するオプションを有している。

我々の患者でCVカテーテルを挿入する場合は、鎖骨下静脈や、頸静脈を選択しない。気胸のリスクもさることながら、ほとんどが認知症患者であるため、自己抜去の可能性が高いからである。鼠径部にカテーテルを挿入することで、寝たきり患者の視線から、輸液ルートを隠すことが可能となる。通常のCVカテーテルを鼠径部に挿入した場合は、尿汚染による感染予防のため膀胱カテーテルの挿入が必要になる。加えて入浴時、感染予防の配慮が必要になる。一方、大腿静脈からカテーテルを挿入しても、皮下トンネルを経て、膝上にポートを造設すると、患者の視界から、また手の届く範囲からより遠くなり、さらに感染のリスクは減り、ヒューバー針の抜き差しで入浴も制限が少なくなる。

**【方法】** 麻酔は局所麻酔に加え、ミダゾラムによる催眠鎮静を利用した。

**【結果・考察】** 症例は22例。高カロリー輸液の施行平均期間は225日。2例は、それぞれポート設置5日後、9日後に亡くなったが、施術自体に、無理があつて亡くなったのではなく、生命維持がすでに厳しい状況のなかでの、家族の強い選択であった。

1例は160日、別の1例は98日でTPNは終了し、経口摂取が可能となった症例である。1例は、経過中の外陰部の真菌症が原因で深部真菌症が発生し、抜去を余儀なくされたが、その後、末梢血管での輸液を継続していくなかで、在宅看取りとなった。1例は細菌感染で抜去し、経管栄養をおこなっており現在生存している。1例は設置後レストレスレッグ症候群が原因で抜去し、その後経口摂食が回復した。1例は転居のためフォロー不能となる。1例は脳内出血で他院での入院死となった。15例は老衰、肺炎、うっ血性心不全などの原因で在宅看取りとなった。施設における成功例が、その後のCVポート設置希望者につながるケースがみられた。

## 医 1P-59

### 在宅医療の質の向上を求めて～在宅診療導入初期の相互理解と信頼関係（リエゾン）形成に影響する要因の検討（第一報）

千場 純<sup>1)</sup>、枝久保安正<sup>2)</sup>、堀越美紀<sup>3)</sup>、横田陽子<sup>3)</sup>、小林知美<sup>3)</sup>

社会福祉法人心の会 三輪医院

1) 院長 2) 臨床検査技師 3) 看護師

**【目的】** 出会い（在宅療養導入初期）の「相互理解と信頼関係（リエゾン）の形成」良否に関連する要因を抽出する。

**【対象】** 平成26年4月1日～平成27年12月末日に新規在宅療養開始患者101名（男42名・女59名；平均年齢79.9歳）。

**【方法】** 1) 紹介経緯と、2) 患者・介護家族の心理的/性格的な特徴を知るために訪問開始初期の患者・介護家族へのアンケートにより、A) うつ評価尺度（SRQ-DS）およびB) 自己統制力評価尺度（GSES）、C) 12項目の訪問診療の初期評価、および3～6か月経過後のD) 総合評価（VAS）の調査（原則として担当訪問看護師又はケアマネに依頼）を行った。さらに在宅療養導入時経緯を1) 患者/家族から、2) 医療機関から、3) ケアマネ/訪問看護師から、4) 自院・その他からの4群別し、要介護原因主病名は1) がん、2) 認知症、3) その他の3群別を比較検討した。

**【結果】** 説明/同意完了前に、逝去、認知症重度、転出/入院（それぞれ16名・14名・12名）が調査不可であった。調査可能な59名（平均年齢80歳）の在宅療養原因疾患は、1) がん24名（平均年齢75歳）、2) 認知症15名（平均年齢84歳）、3) その他20名（平均年齢83歳）であり、紹介経緯は1) 当該患者またはその家族から26例（平均年齢82歳）、2) 医療機関から15名（平均年齢74歳）、3) 訪問看護/ケアマネから12名（平均年齢80歳）、4) 自院その他から6名（平均年齢84歳）であった。うつ評価では女性優位で12名（26.1%）（介護家族は19.5%）にうつ状態が認められた。一方、自己統制力評価（GSES）は男性優位で19名（41.3%）が「強い」と判定された。その他、訪問早期評価が比較的良好であったのは「認知症」（項目評価82.5%、総合評価VAS：92）、紹介経緯では「患者またはその家族から」の場合（項目評価73.4%）、であった。因みに最終評価（VAS）が最も良好であったのは、「自己統制力強」かつ「うつ傾向強」のがん患者群であった。なお、紹介経緯別では、最終評価は「患者またはその家族から」の場合が最良（VAS=89）、「自院・その他から」の場合が最悪（VAS=75）であった

**【考察】** まだ回収例数が少ない段階ではあるが、介入初期の評価点は、紹介経緯や疾患別、あるいはうつ評価および自己統制力評価尺度により、若干の影響が認められたことから、在宅医療におけるリエゾン形成には、まず介入早期の的確な対象者の心理的評価と、それを参照した診療活動を行う必要性が確認された。

## 医 1P-60

### 新規事業として在宅医療を開始する際の病院事務の役割

鈴木重良<sup>1)</sup>、井野晶夫<sup>1)</sup>、大杉泰弘<sup>1,2)</sup>、寺澤佳洋<sup>1,2)</sup>、山本俊輔<sup>2)</sup>、浅井幹一<sup>2)</sup>

1) 豊田地域医療センター、2) 豊田市・藤田保健衛生大学 地域連携医療学寄附講座

**【目的】** 豊田地域医療センターでは、平成27年4月に在宅療養支援病院の届出を行い、訪問診療を本格稼働させた。平成28年1月末現在で40名の患者に訪問診療を提供している。在宅医療のノウハウのない病院が新規に訪問診療部門を立ち上げる際の事務員の役割を振り返り、その効果を検証した。

**【実践内容】** 業務内容は大きく3つある。①近隣医療機関に向けた訪問診療受け入れのアナウンス。②在宅医療を推進する薬局との連携関係の構築。③医師を中心とした医療職が、効率的に診療に従事するためのバックオフィス業務である。

**【実践効果】** ①医療圏内外の28医療機関を対象に、訪問診療のイメージを掴んで頂くため、延べ30回の訪問診療担当医師と同行訪問を調整、訪問診療受け入れ体制の説明及び、患者、家族の想いに寄り添った診療の成功例を紹介した。現時点では、がん患者を始め延べ91件の紹介を頂いている。②地区薬剤師会の協力を得て、在宅医療のサービス提供可能な薬局3事業所との連携調整を図った。無菌調剤・無菌製剤の対応や、緊急性の高い薬剤の提供等、医療依存度の高い患者の診療に必要なパートナーである。③訪問診療を支援する業務には、4つある。1) 患者、家族の情報収集、要望の把握等を行い、訪問診療のスムーズな導入を支援する。事前面談の際、医師は診療説明のみを行い、費用を含む契約等は全て事務員が担当する。2) 訪問診療の物品準備、スケジュール調整や、医療材料の管理等を行い効率的に訪問できる準備を行う。3) 事務員が訪問診療に同行し、運搬業務、診療介助等を行い、医師が診療のみに集中できる環境をつくる。4) 訪問診療で得た情報を整理し、また、医師からの指示を適切に薬局、訪問看護ステーション、介護支援専門員等の在宅療養に関わる多職種と共有し、連携する。また、請求管理を合わせて行う。

**【考察】** 訪問診療を開始し、わずか9ヶ月で91名の患者を紹介頂いた背景には、直接、診療にはかかわらない事務員の役割が大きいと考える。医師が最高のパフォーマンスを提供するために、連携機関への調整、訪問診療導入時の支援等、事務員の役割を明確にし、医師が診療行為に集中し、ひいては医師と患者、家族が良好な関係を築くことで安心、安全な在宅医療を可能にした。今後は、更に多職種間の連携強化、情報共有を図るために事務員の間接業務が重要で、充実した在宅療養生活支援の取組みが課題である。

## 医1P-61

### 地域でのシームレスな医療に向けて ～基幹病院と一体として行う在宅医療の取組み～

和田幹生<sup>1)</sup>、崎長靖生<sup>1)</sup>、宮崎 聡<sup>1)</sup>、小田雅之<sup>1)</sup>、  
吉見憲人<sup>1)</sup>、川島篤志<sup>2)</sup>、香川恵造<sup>2)</sup>

1) 市立福知山市民病院大江分院、2) 市立福知山市民病院

**【背景】**市立福知山市民病院大江分院は、一般急性期36床と療養36床からなる地域病院であり、国保の病院を継承し2015年4月に発足した。人口約8万人の福知山市の高齢化率は27%を超え、病院が位置する農村地域の大江地区では40%を超えている。この地域で当院は、「住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる」基盤づくりと地域包括ケアの推進、及び、幅広い健康問題への適切な初期対応ができ地域医療を担う人材の育成 を掲げて運営を開始した。

**【方法】**分院発足以前は、在宅医療や地域で求められる医療の提供という点において、常勤医師の不足や所属する医師の専門性の問題で必ずしも十分ではなかったといえる。これに対し、分院発足後は、家庭医療専門医を中心に、市民病院本院と共同で発足した家庭医療後期研修プログラムも運営し、総合診療や在宅医療に親和性の高い医師からなる医療チームとなった。医師、病院及び訪問看護師をはじめとする多職種からなる在宅ケアチームが在宅医療を担い、各患者や家族の多様な背景を考慮しつつ、種々の健康問題への早期対応を心がけている。

**【結果】**分院発足前に10人程度だった訪問診療対象患者は、半年で60人以上となりさらに増加傾向にある。この間の在宅看取りは6名で在宅ケアチームとして主体的に支援してきた。休日や夜間についても、頻回に入退院を繰り返す症例や複雑な症例を対象として2年前に発足した本院の在宅ケアチームと共同で運営することで、24時間365日で医師が速やかに対応できる体制となった。

**【考察】**地域病院として、住民の多様な慢性疾患の管理や一般的な急性期の入院対応など、これまでにも行われてきた医療に加えて、新たに地域に根差した在宅医療を本格的に実施することになった。これにより、地域基幹病院の市民病院本院が行う超急性期医療や高度医療、大江分院での一般的な急性期と超急性期医療後の療養的な医療、そして、その後につながる在宅医療と在宅での悪化時の入院対応など、地域で求められる様々な医療に対応できる体制が構築された。これらは緊密な連携のもとにそれぞれの情報が途切れることなく運営されており、限られた医療資源の中で地域を守るための継続性のある医療の一例と考えた。

## 医1P-62

### 診療所間における連携の必要性 ～症状悪化時に初回往診を行った一例～

金成 愛<sup>1)</sup>、吉崎重仁<sup>1)</sup>、古澤 敦<sup>2)</sup>、前田憲志<sup>1)</sup>

1) 大幸砂田橋クリニック、2) 古沢クリニック

**【はじめに】**症状悪化時に初回往診を行った症例から、地域で高齢者の療養や介護者を支援するために、どのような取り組みが必要か考えた。

**【症例】**80歳代、男性。1年前に間質性肺炎と診断され、左気胸に対し胸膜癒着術を施行された。2か月前、両側気胸、縦隔気腫で入院した際、せん妄が出現したが、退院後改善した。○月、呼吸状態が悪化、幻覚が進み、経口摂取量が著明に減少した。家族が在宅療養を希望、かかりつけ医のAクリニックからの依頼を受け、当クリニックが往診した。体温35.7度、血圧132/100mmHg、SpO<sub>2</sub>85%(R/A)、胸骨上の陥没と数秒の呼吸停止を伴う不規則な呼吸であった。強く呼びかけると返答があるが不明瞭な話し方であった。状況から、急な症状変化の可能性を説明した。ご家族は、症状の進行とそのような状況下での介護に強い不安を訴えられた一方、入院中にせん妄が悪化した既往があり入院治療を希望されなかった。数日前から開始された訪問介護の回数増加や福祉用具の充実、訪問診療、訪問看護の導入などを提案、採血、点滴、在宅酸素の導入を行った。病院主治医、Aクリニックと連絡を取り、治療における注意点を確認した。翌朝、いびき様の呼吸となり意識レベルの低下を認めた。在宅介護は困難であるのご家族からの申し出により、病院に搬送、入院され、夕方、永眠された。

**【考察】**訪問診療が導入されている症例では、症状悪化を認めた際、患者や家族の求めに応じて往診が行われる。地域の中には、通常は往診、訪問診療を含め、医療依存度の低い人々も多く存在する。このような人々に症状変化、悪化を認めた際、かかりつけ医が外来から引き続いて往診、訪問診療を行うことが理想であるが、困難であることも多い。その場合、往診、訪問診療を行う診療所と連携することにより、外来で対応が困難となった場合に、病院受診、入院に加えて、往診、在宅療養の選択肢を示すことが可能となる。今回の症例も診療所間での連携により一時的ではあったが在宅療養の環境整備を行うことができた。今後、高齢者人口の増加に伴い、症状悪化時の初回往診の需要が高まると考えられる。診療所間における連携が益々必要になると考えられた。

## 医 1P-63

### 急性期病院からの訪問診察

野々垣 禪、浅井俊巨

愛知厚生連海南病院 老年内科

**【目的】** 終末期における療養場所に関する調査では、なるべく自宅で療養し、必要となればそれまでの医療機関に入院したいと回答した人が50%を占めた。この調査からは、急性期病院と在宅訪問診察の双方向性の連携がとて重要であることが考えられる。しかし、急性期病院の医療者自身が在宅医療へ移行するプロセスを知らないこと、24時間対応可能な在宅医の不足、急性期病院の病床不足など様々な問題が急性期病院と在宅医療の連携の障害となっている。当院は名古屋市西部から三重県北勢地域にまたがる基幹病院として機能し、病院へ通院できない患者、がん終末期の患者などへの訪問診察を開始した。在宅での療養が継続不能な場合は当院での入院加療としている。これまでに在宅看取りを行った症例、急性期病棟へ入院した症例、外来通院へ復帰した症例と様々な転機を迎える症例を経験した。急性期病院と在宅医療との連携モデルの一つとして、当院における取り組みにつき報告する。

**【方法】** 外来からの訪問診察導入患者群35名、入院からの訪問診察導入患者群39名につき、年齢、疾患、在宅療養日数、転機について解析を行った。

**【結果】** 外来導入群は、平均年齢81.1歳、27名(77%)が癌患者であり、平均在宅療養日数43.6日(癌患者40.1日、非癌患者55.4日)、30名の看取りを行った(22名在宅看取り、8名医療機関での看取り)。入院導入群は、平均年齢80.7歳、14名(36%)が癌患者であり、平均在宅療養日数37.8日(癌患者11.6日、非癌患者59.6日)、19名の看取りを行った(15名在宅看取り、4名医療機関での看取り)。

**【考察】** 外来導入群では癌患者の割合が多いが、入院導入群に比べ在宅療養期間は長かった。入院導入群では非癌患者の割合が多く、外来復帰する事が可能な症例も多かった、癌患者の在宅療養日数は短かった。

**【結論】** 急性期病院からの訪問診察を行った。外来導入群は癌患者、入院導入群は非癌患者の訪問診察導入が多かった。癌患者の平均在宅療養日数は入院患者で優位に短く、早期の外来からの早期導入が必要であると考えられた。入院導入群では外来復帰することも可能であった。

## 医 1P-64

### 小児等在宅医療連携拠点事業から見てきた医療従事者の小児在宅医療への参画の方向性

中村知夫<sup>2,3)</sup>、福田志穂<sup>2)</sup>、武内淳子<sup>1)</sup>

1) 国立成育医療研究センター 医療連携・患者支援センター、2) 国立成育医療研究センター 医療連携・患者支援センター 在宅医療支援室、3) 国立成育医療研究センター 総合診療部 在宅診療科

**【背景】** 急速に増加している小児在宅患者に対する支援基盤の整備を推進することを目的として、平成25年度と26年度に、10都県で「小児等在宅医療連携拠点事業」が実施された。

**【方法】** 「小児等在宅医療連携拠点事業」で各都県が行なった6つのタスクの内、①協議の開催、②医療機関の拡大とネットワーク構築、③福祉・教育・行政との連携のタスクより、医療従事者の関与が必要と考えられた取り組みを抽出し、今後の医療従事者が目指すべき小児在宅医療の支援基盤の整備の方向性について検討した。

**【結果】** 本事業では、5つの大学病院小児科、4つ小児専門病院、2つの総合病院小児科、2つの重心施設、1つの医療法人が都県より委託を受けて事業を行った。①すべての地域で、病院、医師会、小児科学会などの医療関係者間と、行政との協議の場や勉強会が開催されていた。行政が積極的な自治体では、医療職と行政職が現状を理解するために、小児在宅医療の現場に足を運んでいた。②すべての地域で、医師、看護師、相談支援員を増やすための勉強会や実技講習会が開催されていた。熱心な自治体では、講習会が現場のニーズに応じた内容であり、かつ、その地域に向向いて講習会が開催されていた。また、訪問看護師や、在宅を行う医療機関を支援するための窓口が病院に設置され、支援を求めている医療機関や教育機関に、病院から看護師などが直接出向いて支援することが行われていた。さらに医師会や、小児科学会との協力に関しても症例を積み重ねるといふ、具体的な形で行われていた。③すべての地域で、保健師、福祉職を巻き込んだ多職種研修が行われていたが、熱心な自治体では、支援を必要としている医療、福祉、教育の現場に病院の医療職が訪問する交流研修が行われ、また、地域の皆が使えるマニュアルや、ガイドラインが整備公開されていた。

**【考察】** 小児在宅患者に対する支援基盤の整備に熱心な自治体では、今、小児在宅医療患者に対する支援に関して困っている訪問看護ステーションや、医療機関、福祉機関、教育機関などに対して、病院などの医療機関と協力して、各現場が必要としている物を提供する形での具体的な支援が行われていた。

**【結論】** 小児在宅医療の支援基盤の整備のためには、大学病院小児科や、小児専門病院の医療職は、行政と連携し、支援を必要としている医療、福祉、教育の現場に積極的に係る取り組みを行うことが求められている。

## 医 1P-65

### 八千代市に住む医療依存度の高い子ども達とその家族を支える チームやちよキッズ活動報告

井尻弓子<sup>1)</sup>、福田裕子<sup>1)</sup>、小林朗子<sup>2)</sup>、高荷奈美子<sup>3)</sup>、濱崎志乃<sup>4)</sup>、田中亜季<sup>4)</sup>、森口小津恵<sup>4)</sup>、福田光宏<sup>1)</sup>、山口朋奈<sup>5)</sup>

1) まちのナースステーション八千代、2) 習志野市健康福祉センター、3) 大和田訪問看護ステーション、4) 東京女子医科大学 八千代医療センター、5) なないろこどもクリニック

**【目的】**「チームやちよキッズ」は、八千代市の診療所、訪問看護ステーション、病院、行政、福祉事業に従事する有志で構成されており、「八千代市に住む医療依存度の高い子ども達とご家族をサポートする」というテーマで、平成26年度から定期的に勉強会を行っている。平成27年度は、①専門職および地域住民にむけた研修会・特別講演会を実施し、今後の活動の課題を明らかにすること、②八千代市の災害時の対応についてどのような内容が必要かを検討し、防災パンフレットを作成することの2つを目的に活動した。今回は、①の研修会・特別講演会の活動について報告する。

**【方法】**平成27年4月から10月までに、2ヶ月に1回、研修会または特別講演会を実施した。研修会・特別講演会では、参加者に対し毎回アンケート調査を行った。なお、アンケート結果は、研修会・特別講演会の企画・運営に反映された。

**【結果】**実施した研修会は2回、特別講演会は2回であった。研修会・特別講演会のテーマは、小児の在宅酸素療法、リハビリ、制度、発達、防災対策であった。研修会・特別講演会への専門職の参加者は、在宅医療を支える診療所の医師、訪問看護ステーションの看護師・理学療法士・作業療法士、地域の保健師、病院での治療を支える小児病棟の医師・看護師、理学療法士、ソーシャルワーカー、そして市役所職員などであった。また、8月、10月の特別講演会には、医療依存度の高い子どもやその家族の参加もあった。参加者数は、8月の特別講演会で92人と最多であった。アンケートの自由記述では、今後も継続して参加したいと望む声も多く、今後の研修会・特別講演会のテーマとして地域の保健師の活動、児童精神、児童福祉、療育など幅広い領域の学びを希望していた。

**【考察】**研修会・特別講演会には、八千代市に住む医療依存度の高い子どもを支える専門職や家族から多くの参加があった。継続して参加を希望する者も多く、今後も専門職だけでなく家族や市民が参加できる研修会や特別講演会などの活動を継続していく必要があるだろう。また、今年度の研修会・講演会は講義形式のものであったため、今後の活動では、参加する専門職や家族、市民がお互いに交流し、つながりを深めることのできるような場の提供も検討していく必要があるだろう。

※平成27年度の活動は、2014年度公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成金を受けて実施した。

## 医 1P-66

### キッズケアの未来がここからはじまる ～軽井沢キッズケアラボの取り組み～

戸泉めぐみ<sup>1)</sup>、紅谷浩之<sup>2)</sup>

1) Orange Kids' Care Lab.、2) オレンジホームケアクリニック

**【目的】**重い障害を持つ子どもたちの「当たり前」の暮らしは、家族の献身的なケアの上に成り立つ自宅での姿であり、大切な生命を守るため手厚いケアを受ける病院や施設での姿であった。私たちは、「当たり前」の生活への違和感を感じずにはいられなかった。医療ケアが必要な重症心身障害児者に特化した日中一時支援施設Orange Kids' Care Lab.で子どもたちが自宅や病院以外で安心して過ごし成長していく姿をみる中、旅先という非日常の世界に身を置くことで、日常にあふれる「当たり前」に改めてスポットを当て直す計画を思いついた。

**【実践内容】**“屋根のない病院”と言われていた軽井沢。そこに安心して旅行し滞在出来る場所を実現するために、医療面のサポートも備えたスペース「軽井沢キッズケアラボ」を夏期限定(3週間)でオープンした。また、期間中キッズケアに関する情報交換会やシンポジウム、演奏会などを盛り込んだ「キッズケアサミット2015 in 軽井沢・佐久」も開催した。

**【実践効果】**軽井沢で開催するにあたり、長野の佐久総合病院、軽井沢病院から多大な協力があつた。地元住民の協力も得られた。福井から参加するOrange Kids' Care Lab.利用キッズだけでなく、地元軽井沢・佐久のキッズや東京キッズの利用もあつた。「当たり前」への取り組みがさまざまな方向につながり、私たちが思いもよらない大きなパワーを生み出した。

**【考察】**重い障害を持っていても「当たり前」にいろいろな人と触れ合い、いろいろな活動に参加でき、世界につながっていくことができる。そんな社会は誰もがハッピーに生活できる社会になるはずである。今回の取り組みでつながった人や思いを大切に、キッズたち、その家族、そしてみんなが暮らす地域をハッピーにしたい。

## ① P-67

### 小児在宅緩和ケアの実践と子どもの在宅看取りについての検討

戸谷 剛<sup>1)</sup>、近藤陽一<sup>1)</sup>、前田浩利<sup>2)</sup>

1) 子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田、2) あおぞら診療所新松戸

WHOの小児緩和ケアの定義は、緩和ケアの対象であるLife-Threatening Conditions (LTC) の児が自宅を含めすべての場所で緩和ケアを提供されるべきとされる。特に小児では、児と児の育まれる家族に対して、身体・精神・社会・スピリチュアルにまたがる様々な苦痛や困難による孤立化に手をさしのべ、レジリエンス力を高め、成長と発達の支援から終末期の看取り・グリーフケアに到るまでの全人的な在宅緩和ケアが重要となる。一方、日本ではLTCにある児の多くが、高度な医療ケアを要する(超)重症児として在宅移行を困難にし、同様の理由で終末期の児の自宅での看取りをよりいっそう困難にしている。日本で初の小児期発症の重症児の在宅医療に特化した子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田は2011年4月の開設以来351名に在宅医療を提供し急増する(超)重症児の早期の在宅移行・療育支援・自宅での看取りを含めた終末期の在宅緩和ケアを行っている。今回自宅での看取りを必要とする子どもたちの疾病と在宅死について開設から2015年までの検討を行ったところ、在宅死の割合は全体で27人/69人(39%)、悪性腫瘍で17人/25人(68%)、非悪性腫瘍は9人/44人(20.5%)であった。疾患は、悪性腫瘍では脳腫瘍18人(72%) 固形腫瘍6人(24%) 白血病1人(4%)、非悪性腫瘍では染色体異常症16人(36%)であった。がんと非がんの在宅死は2対1でがんの方が在宅死に至る例が多かった。これらの経験で小児の在宅看取りで特に留意すべきことは、1) LTCの長期にわたる様々な喪失の危機を乗り越える中、成長と発達の支援が終末期においてなお重要である、2) 児の喪失と向き合う両親の悲嘆が強く予後の告知後も多くが、希望を持ち続ける思いと予期される喪失への悲嘆の両価的感情を強く抱き続ける、3) 看取りとして関わる資源が、「自分の子どもの死を受け入れる」アバター(象徴的代理)として投影されやすい、4) 「いのちを支える」という在宅医療のコアを軸に、時に機能的な限定的関わりから徐々に全人的な関わりへと深めていくナラティブなプロセスが特に重要となる、5) 児との対話的な苦痛の同定がしばしば困難で、日々の在宅での関わりで育まれる共感的空間(問主観的空間)が助けとなる、6) 病態の急峻な変化にあわせた家族と児のナラティブなプロセスに症状緩和や資源介入を含めてインテンシブに対応することである。実際的小児がんの在宅看取りを通して子どもの看取りの重要な視点を考察する。

## ① P-68

### 当院当院における小児がんの在宅緩和ケア－在宅看取りを実現する病診連携

池田有美<sup>1)</sup>、前田浩利<sup>1,2)</sup>、飯倉いずみ<sup>1,2)</sup>

1) 医療法人財団はるかか会 子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田、2) 医療法人財団はるかか会 あおぞら診療所新松戸

**【目的】** 当診療所は、東京23区を往診エリアに2011年4月に東京都墨田区に開院し、2015年12月末までに、352名の慢性疾患に伴う在宅医療を必要とする小児患者に訪問診療を実施してきた。当院は小児に特化した在宅療養診療所であるが、小児期に発症していれば患者の年齢は問わない。訪問診療をしてきた患者352人中33名の患者が小児がん患者であった。我が国においては成人のがん患者においても在宅死は8%であり、在宅緩和ケアの推進は大きな課題である。小児がんにおける正確な統計はないが、小児がんの在宅緩和ケアは稀で困難とされている。当院で訪問診療を導入した小児がん患者について、小児がんの在宅緩和ケアにおける地域連携、特に訪問診療導入時の病診連携について検証する。

**【方法】** 当院で訪問診療を導入した小児がん患者33名について当院が診療した期間、転帰、紹介元、導入年齢などの情報から考察する。

**【結果】** 当院の小児がん患者→2011年:導入2名、病院死1名、在宅看取り1名、2012年:導入7名、病院死4名、在宅看取り2名、2013年:導入4名、病院死1名、在宅看取り4名、2014年:導入9名、病院死1名、在宅看取り6名、2015年:導入11名、病院死2名、在宅看取り4名。この5年間で死亡した症例26名のうち8名が紹介元病院、17名(65%)は自宅で最期を迎えることができた。

**【考察】** 小児医療では本人の意向と親の意向が必ずしも一致せず、両親が治療方針を決定することが多い。そのため、緩和ケアへのギアチェンジ、退院・在宅ケアへの切り替えが成人以上に困難である。病院は小児がんの在宅医療につなぐケースも少ないことから病院が地域連携に慣れていないこともある。訪問診療のスタートもタイミングが難しく、訪問診療の導入には密に紹介元の病院の医師・看護師・ソーシャルワーカーなどとの連絡や申し送り、地域資源を含めた調整が必要となる。当院では現在も小児がん患者の新患導入、在宅看取り数ともに増加しつつあり、在宅診療のニーズが増えている。

**【結論】** 小児在宅医の訪問診療と病院との密な連携と、訪問看護や訪問薬局など地域の資源と十分に連携することで在宅看取りも可能となり、チャンスがあれば家族と出かけたり、泊まったりと家族の時間を作ることができる。当院の経験を通して、小児がんの在宅緩和ケアにおいて我々が経験した在宅看取りへとつながる病診連携のポイントについて述べる。

## 医 1P-69

### 移動・移乗時の介護負担が軽減した在宅小児の一例 ～オーダーメイド抱っこ具の有用性と可能性～

長島史明<sup>1)</sup>、中川尚子<sup>1)</sup>、竹中 恵<sup>1)</sup>、梶原厚子<sup>1)</sup>、前田浩利<sup>1)</sup>、光村実香<sup>2)</sup>、若村麻紀<sup>3)</sup>、山本 恒<sup>4)</sup>、飯田隆成・弘美<sup>5)</sup>

1) あおぞら診療所新松戸、2) 訪問看護ステーションあおぞら、3) さかいり八訪問看護ステーション船橋、4) Simples、5) 利用者本人・母親

**【はじめに】** 小児在宅支援において、児の成長に伴う介護負担の増加は大きな課題である。低緊張や変形・拘縮等の身体的変化は移動・移乗時の骨折のリスクを高める。また人工呼吸器等の高度医療に依存する児に対しては安全性の確保に工夫が必要となる。今回、身体に合わせた抱っこ具を作成し、介護負担が軽減した例を報告する。

**【症例紹介】** 脊髄性筋萎縮症I型の13歳男児。身長140cm、体重17kg。定頭なく、寝返りや座位保持は困難。超重症児（スコア34点）であり、気管切開、24時間人工呼吸器管理、頻回な吸引、経管栄養を要している。母親、祖母との3人家族。住居は集合住宅2階であり、エレベーターはなく階段で移動。外出は学校行事や受診等で年3回程度。訪問診療、訪問看護、訪問リハ、訪問学級を利用している。

**【経過】** 本児の移動・移乗は全介助であり、呼吸器や経管栄養チューブ等の扱いに細心の注意を払う必要があった。母親の抱っこは接触面が少なく不安定であり介護負担も大きかった。そこで介護負担軽減と安全確保を目的とした抱っこ具をオーダーメイドで作成した。作成は主介護者である母親の意見をもとにして、リハ職が姿勢・動作分析を加えながら検討した。

抱っこ具の構造：クッション性の高い素材を使用、幅・長さは児の身体に合わせて採寸、抱っこ時に身体を包み込むような形状とした。介助ベルトは肩甲帯と骨盤帯から立ち上げ、下肢部分のベルトも作成した。成長対応のため一部はマジックテープ調整式とした。抱っこの方法：①シーツ交換の要領で児を側臥位にしながら抱っこ具を敷き入れる。②児の四肢の位置を整え、呼吸器回路の保護と固定を行う。③介助者が介助ベルトに頭部と一側上肢を通し、ベビースリング様に児を抱っこする。

抱っこ具の使用により、持ち上げ動作の負担が軽減、介助者は数秒であれば児から手を離すことができるようになった。そのため移動中に呼吸器回路の位置調整を行う事や階段の手すりを使用する事が可能となった。

**【考察】** 従来の抱っここと比べ、抱っこ具は接触面を広げつつ荷重を分散し、児と介助者にとって安定、安全、安心な移動・移乗動作を実現できた。在宅小児の社会生活の支援、介護負担の軽減のためには適切な福祉用具の使用が必要である。その導入や活用においては児の身体的特徴や実際の介助方法を分析し、家族と共に検討することが有用であった。今後は入浴場面や災害時の対応など適応範囲を広げていきたいと考える。

## 医 1P-70

### 小児在宅医療での補装具作成の考え方とその効果について

中川尚子、長島史明、竹中 恵、梶原厚子、前田浩利

医療法人財団はるたか会 あおぞら診療所新松戸

**【目的】** 気管切開で人工呼吸器を使用、筋緊張の亢進、痰の吸引が頻回などの状況は外出を困難にする。外出できないと、外来での補装具作成は困難となる。補装具とは身体に合わせた椅子や車椅子、下肢の変形矯正や立位での下肢の支持を助ける道具である。限られた外出の機会を生かしながら、必要な補装具を作成した症例を紹介する。

**【症例紹介】** 8歳 男児 低酸素脳症による重度四肢麻痺 気管切開 喉頭分離 胃瘻

両親 兄妹 の5人家族

**【経過】**

- 1) 低酸素脳症を罹患後、筋緊張が非常に強く吸引頻回 外出は介助者が2人必要
- 2) ショートステイ利用開始
- 3) 筋緊張のコントロールの為に、県内のリハビリテーションセンターに通院開始
- 4) 通院やショートステイの機会があることから、外出用車椅子の作成を希望 → 訪問リハビリ関与し自宅で作成
- 5) 筋緊張がコントロールされ、就学は訪問学級に決定 → 自宅用の椅子が必要 → 訪問リハビリ関与し自宅で作成
- 6) 筋緊張のコントロールがついているが、膝関節が曲がらない → 通院しているリハビリテーションセンターに相談 → こども専門病院の整形外科を紹介 → 病院整形外科外来にて膝関節屈曲装具作成
- 7) 膝関節屈曲角度の増加 → 座れる → カーシート作成希望 → 訪問リハビリ関与し作成手続き中

**【考察】** 訪問リハビリ開始時（生後11カ月）、本児は頭から足の先まで伸展し座位を取れなかった。カーシートに座れるようになるとは想像もなかった。本児は、初めにショートステイ先への移動の為に車椅子を作成、定期的なショートステイで外出経験を積んだ。外出経験があったので、専門病院外来での下肢装具の作成につながった。今後カーシートで助手席に座れば、母が一人で通学、児童デイへの送迎可能と大きく生活が広がる。補装具が幼児期からの機能の発達と生活を広げる重要な要素となった。18歳以下の児童は、補装具作成では資格のある医師の診察、意見書・処方箋作成後、行政に申請する。補装具の中の座る道具は複数の項目があり、耐用年数と用途が異なる。自治体ごとのルールも鑑み、将来的に必要な道具を予測し申請していく。本人の状態と生活に合ったものを作成するには、日常的に関わっているスタッフの関与が望ましい。長期的に在宅医・訪問リハビリが関わるなら、在宅で作成する利点大きい。しかし下肢装具は骨・関節のリスクがあるため、在宅での情報を提供して専門医のもとでの作成が適しているものもあると考える。

## 医1P-71

### 額田病院で担当した小児在宅児を通して行った、小児在宅医療における訪問診療適応についての考察

一ノ瀬英史、山中ゆかり、本田宜久

博愛会 額田病院

**【背景】** 医療技術が進歩し新生児死亡率が世界的にも低い中、重症児が自宅での生活を送れるように小児在宅医療を推進している。現行の保険診療報酬制度において、訪問診療の適応のある患者とは、通院困難な患者であるとされているが、小児には訪問診療と同時に定期的な小児科への通院をしているケースが比較的多い。そのため、何をもち訪問診療の適応となるのか、別の視点が必要である。

**【方法】** 額田病院が平成24年頃より訪問診療を担当してきた小児16名と、訪問診療非適応となった症例から、年齢、病名、医療デバイスの有無、病院主治医の有無、家族構成、重症度分類、ADL (activities of daily living) を抽出。比較検討した

**【結論】** 対象となった小児患者の9割以上に、訪問診療主治医とは別に病院主治医が存在している。つまり、定期的な通院ができているということである。また、何らかの医療デバイスがある(胃瘻、経管栄養、気管切開、在宅酸素、尿道カテーテル、等)場合も多かった。

**【考察】** 従来から言われているような、医療デバイスがあり比較的重症度の高い症例では訪問診療が適応になる。一方で、医療デバイスが付いてないにも関わらず訪問診療を必要としている理由には、小児がんの存在などの特殊な状況であったり、大きく成長して保護者によって通院するのが困難になった症例があった。これらの適応について考察を深めたい。

## 医1P-72

### 在宅医療における日中および夜間の往診に寄与する要因(その1)

村上典由<sup>1)</sup>、吉村和也<sup>2)</sup>、五味一英<sup>1)</sup>、遠矢純一郎<sup>1)</sup>

1) 桜新町アーバンクリニック、2) 株式会社メディヴァ

**【目的】** 本調査では、在宅医療の24時間対応において負担が大きいといわれている往診について、関連する患者の状態および医療処置等を明らかにすることを目的とした。

**【方法】** 在宅療養支援診療所である桜新町アーバンクリニックが訪問診療を行っている65歳以上の在宅患者のうち、平成26年10月から平成27年3月までの期間に診療を行った402名(86.0±8.0歳)を本調査の対象とした。往診の定義は患者または家族の求めに応じて臨時的に患者宅に赴き行った診療とし、計画的に患者宅に赴く定期訪問は含まないものとした。往診の合計回数を調査期間中の療養日数で除し、往診頻度(1日あたり)を算出した。検討を行う患者像の特性は「特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる状態等」を参考に患者の状態および医療処置等を選択し、診療記録および医師からのヒアリングよりそれぞれの該当の有無を確認した。往診の頻度に関連する疾病および医療処置等を重回帰分析(強制投入法)により検討した。また、往診があった時間帯を日中(9~18時)と夜間(18時~翌日9時)に分け、それぞれの頻度に関連する要因について同様に分析を行った。なお、有意水準は全て5%とした。

**【結果】** 調査期間(6ヶ月)に発生した往診の回数は、402名の患者に対して合計526回だった。そのうち、87%が日中、13%が夜間に発生した。重回帰分析の結果、往診頻度は、がん末期の疼痛管理( $\beta=0.10$ )および転帰(入院または死亡)( $\beta=0.55$ )が関連要因として抽出された。また、日中の往診に関連する要因として肺炎( $\beta=0.12$ )および脱水・発熱( $\beta=0.11$ )が、夜間の往診に関連する要因として慢性疼痛の管理( $\beta=0.13$ )および経鼻経管栄養( $\beta=0.10$ )が、それぞれ転帰(入院または死亡)とは独立した要因として抽出された。

**【考察】** 医学管理が求められるさまざまな状態の中でも、がん末期の在宅患者において往診頻度が高いことが示唆された。また、往診が発生する時間帯に関して、日中は肺炎や発熱等のトラブルが関連し、夜間は予期せぬ疼痛等が関連するなど、日中と夜間で異なる要因が寄与していることが示唆された。

**【結論】** 往診が発生しやすい患者像には一定の傾向がある。この傾向を今後さらに明確化していくことで、在宅医療を行う診療所において持続可能な提供体制を構築・維持していくことが可能となるだろう。

## 医1P-73

### 在宅医療における日中および夜間の往診に寄与する要因（その2 非がん療養患者）

吉村和也<sup>1)</sup>、村上典由<sup>2)</sup>、五味一英<sup>2)</sup>、遠矢純一郎<sup>2)</sup>

1) 株式会社メディヴァ、2) 桜新町アーバンクリニック

**【目的】** 本調査では、在宅医療を提供している非がん療養患者において、日中および夜間の往診に関連する患者の状態および医療処置等を明らかにすることを目的とした。

**【方法】** 在宅療養支援診療所である桜新町アーバンクリニックが訪問診療を行っている65歳以上の在宅非がん患者のうち、平成26年10月以前に訪問診療を開始し、平成27年3月末まで継続している191名(87.8±7.7歳)を本調査の対象とした。往診の定義は患者または家族の求めに応じて臨時的に患者宅に赴き行った診療とし、計画的に患者宅に赴く定期訪問は含まないものとした。検討を行う患者像の特性は「特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる状態等」を参考に患者の状態および医療処置等を選択し、診療記録および医師からのヒアリングよりそれぞれの該当の有無を確認した。調査期間中(平成26年10月から平成27年3月まで)に発生した往診回数に関連する疾病および医療処置等を重回帰分析(強制投入法)により検討した。また、往診があった時間帯を日中(9~18時)と夜間(18時~翌日9時)に分け、それぞれの頻度に関連する要因について同様に分析を行った。なお、有意水準は全て5%とした。

**【結果】** 191名のうち調査期間中(6ヶ月)に往診が発生したのは104名(54%)であり、その合計回数は213回(最大7回)だった。そのうち、98%が日中、8%が夜間に発生した。重回帰分析の結果、往診回数は、肺炎( $\beta=0.30$ )、吸入・吸引( $\beta=0.28$ )、せん妄( $\beta=0.20$ )および胃ろう・腸ろう( $\beta=-0.31$ )が関連要因として抽出された。また、日中の往診に関連する要因として肺炎( $\beta=0.27$ )、吸入・吸引( $\beta=0.27$ )、せん妄( $\beta=0.14$ )、胃ろう・腸ろう( $\beta=-0.29$ )および独居( $\beta=0.15$ )が、夜間の往診に関連する要因としてせん妄( $\beta=0.30$ )、人工呼吸器( $\beta=0.25$ )および肺炎( $\beta=0.17$ )が、それぞれ抽出された。

**【考察】** 6ヶ月以上療養を継続している非がん患者では、嚥下機能低下に起因すると思われる呼吸器症状がある者などにおいて、往診の発生頻度が高い可能性が示唆された。なお、本研究の限界として、往診が発生したタイミングや家族の要因を考慮できていないことが挙げられる。しかし、患者自身の状態に着目し得られた今回の結果は、在宅医療の実態を客観的に明らかにするという観点から一定の社会的意義があると考えられる。

**【結論】** 嚥下機能低下に起因すると思われる呼吸器症状が、非がん患者の往診に寄与する可能性が示唆された。

## 医1P-74

### 在宅におけるDual Probe型ポケットエコーの使用経験

岡田 豊、山科明彦、井戸茂樹、中村幸伸

つばさクリニック

**【背景・目的】** 新たな医療技術の進歩や医療機器の小型化により、在宅で受けることができる医療行為の種類は増えている。中でもエコーは低侵襲かつ迅速に診断や処置をサポートすることができるツールとして在宅医療の現場においては大きな武器になる。当院は訪問診療専門のクリニックとして岡山県倉敷市を中心に現在約400名の在宅患者を診療しているが、ポケットエコーを訪問診療の際、常に携帯することにより、定期検査だけではなく、緊急で判断を必要とする症例に対して数多く使用してきた(第14回日本在宅医学会にて発表)。さらに一昨年よりセクター型とリニア型両方のプローベを搭載したDual Probe型ポケットエコー(以下DP型ポケットエコーと記載)を新たに導入し、検査対象を拡げている。今回、在宅において実施したDP型ポケットエコー使用経験を紹介するとともに、その有用性について検討したので報告する。

**【対象と方法】** 平成27年1月1日から12月31日までの1年間に、当院が在宅にて実施したDP型ポケットエコー検査症例を対象とした。

**【結果】** 昨年1年間に当院が在宅にて行なった全エコー検査症例は172例で、そのうちDP型ポケットエコーを使用した症例は91例であった。性別は男性59例、女性32例、平均年齢は74.8才で、91例中63例(69%)は緊急症例であった。使用したプローベはセクター型が72例、リニア型19例であった。主な検査目的としては、セクター型では発熱や腹痛、嘔吐の原因精査、胸腹水の評価、尿閉や排尿障害の精査、心不全の評価の順に多かった。リニア型では皮下膿瘍、皮下腫瘍、褥瘡、深部静脈血栓症の診断、動脈硬化の評価、肋骨骨折、大腿骨頸部骨折や膝関節炎の診断、鼠径ヘルニアの評価、CVポート感染の精査であった。褥瘡に対しては積極的にリニア型エコーを用いて深達度を診ることであり、処置を行う際の指標とした。(画像を含めて症例を提示)。

**【考察】** DP型ポケットエコーはワンタッチでプローベをリニア型に切り替えられることから、緊急時を含め在宅現場で即座に使用できる利点があった。検査対象も皮下軟部組織、表在血管の評価だけでなく、骨折などの整形外科系疾患の診断まで、在宅医療現場で起こりうる幅広い疾患に対して有用であった。褥瘡に関してはDTI症例など治療方針を決める指標になりうるかどうか、さらなる経験や検討が必要と考えられた。

## ⑤ 1P-75

### 公立の急性期総合病院で在宅医療を実施する意義と課題について

千葉 大、坂本拓矢、齋藤祥子

八戸市立市民病院 総合診療科

**【背景】** 高齢化による死亡数増加に対応するため、在宅での看取りが国策として推奨され、質の高い在宅診療を提供する体制や実績を備えた医療機関には手厚い診療報酬が設定されている。しかし、その基準は無床診療所もしくは僻地の中小病院を対象としており、大規模病院による在宅診療の提供を遠ざけている。

急性期病院は在院日数短縮を常に求められるが、重症患者の多くもまた高齢者であり、退院調整や病診連携に難渋する場面が増えている。当地を含め急性期以降の連携先が少ない地域では、退院調整はさらに難しく、在院日数も延長しやすい。

当院総合診療科では上述の事情を踏まえ、平成26年度より試験的に在宅診療を開始し、平成27年度より定期訪問診療を含めた実運用を展開している。

**【目的】** 本報告では当科の在宅診療について直近の稼動実績を提示するとともに、地域医療において果たすべき役割を検討する。

**【方法】** 平成27年4月から同年12月の9ヶ月間で、当院総合診療科の医師が在宅診療（訪問診療または臨時往診）を実施した患者を対象とし、患者背景、診療内容などについて分析した。

**【結果】** 対象患者は43名、男性22名、女性21名、平均年齢72歳(24-95)だった。主な疾病はほとんどが悪性腫瘍で36名(84%)、他は慢性心不全もしくは重症弁膜症、総胆管結石、クローン病、症候性てんかん、などだった。

在宅患者の紹介元は院内各科が33名(77%)、院外医療機関10名(23%)であった。

悪性腫瘍がある在宅患者の26名を看取り、その場所は自宅21名(80%)、当院病棟3名(12%)、ホームホスピス1名(4%)、介護施設1名(4%)だった。初回訪問から看取りまでの診療期間は中央値が19日(1-195)、訪問回数は中央値が4回(1-18)で、うち臨時・緊急往診は中央値が1回(1-3)だった。

**【考察】** 当科の在宅患者の多くは、院内各科で治療を受けた悪性腫瘍の終末期であるが、診療期間は全般に短く、在宅導入の開始が遅い傾向にある。医療圏内の在宅医不足も原因の一端であり、結果として在院日数が延長している可能性がある。今後、当科の在宅診療が病床利用適正化へ与える影響について定量的に評価したい。

## ⑤ 1P-76

### A病棟における退院前カンファレンスの現状と課題

高添保宣、末廣真紀、田尻ゆかり

近畿大学医学部附属病院 看護部

**【目的】** 2025年問題を見据え、医療機関における在宅療養への移行支援は国全体を挙げて取り組むべき課題である。医療機関と在宅で患者を支援する専門職との間で生活課題を明らかにする退院前カンファレンスの内容は、退院後の患者と家族の生活の質に直結すると言っても過言ではない。本研究では、急性期病院が担う退院支援の中で、退院前カンファレンスに焦点を当て、退院前カンファレンスの現状を明らかにし、課題を見出す。

**【方法】** 平成26年4月から平成27年3月の間に開催された退院前カンファレンス12件を対象にカンファレンスの内容・疾患・入院時と退院時のADL・主介護者/キーパーソンの有無・本人と家族の意向、退院支援カンファレンスの内容、退院後の転帰を集計・分析した。また、退院前カンファレンスが開催されるまでの過程を、医療・生活・介護上のニーズの視点を中心に、生活課題が具体化されていたのかを検討した。

**【結果】** 実施した12件の内訳の疾患は、腫瘍6件、脳血管疾患6件。ADLが入院前より低下した症例は8件。独居が4件、家族の介護を受けられる状況にある症例は8件。12件全例で本人が在宅療養を望んでいた。一方でキーパーソンが在宅療養に対する不安を表出していた症例は6件であった。本人の意向通り自宅退院となったのは11件であり、1件は回復期病院へ転院となった。全症例に対して、退院支援計画書によるスクリーニングを実施。チーム内で実施した退院支援カンファレンスで、生活課題が明らかになっていたのは6件であった。

**【考察】** スクリーニングは全症例に対して実施できているが、退院後どのようなことが生活課題となり得るか明らかにできていたのは50%であった。このことからスクリーニング後、日々のカンファレンスにおいて、必要な支援を検討できていない現状がある。

また、本人の意向通り自宅退院となった割合は92%であるが、主介護者の半数が不安を抱えており、主介護者の不安軽減・解決のための支援が必要である。

以上のことから、カンファレンスで話し合うべきことを明確化することや、家族の不安を早期に把握し、適切な情報提供を行う事が課題であることが浮かび上がった。

患者・家族の一番身近な存在として意思決定や自立支援に関わることができるのは他ならぬ病棟看護師である。経験年数や知識に関わらず、統一した支援を行うためのシステム作りが必要と言える。

## 医1P-77

### 「家で過ごせてよかった」終末期を支える退院支援ーグリーンケア訪問で見た家族の思いー

村田紗希、佐藤幸浩、福島和美、萩原美紀子、大野知代子、村田瑞恵

かみいち総合病院

**【目的】** 当院のH26年度訪問診療患者は70名、在宅看取りは26名であった。その中で退院支援に関わり、退院後数日で亡くなる事例を経験した。短期間で大切な人を看取った家族は本当に家に帰ってよかったと思ってくれているのだろうか？今回グリーンケア訪問を通して家族の気持ちを知り、よりよい在宅支援につなげるため本研究を行った。

**【方法】** H26年11月～H27年11月の期間に入院中在宅療養を希望し、退院後1週間以内で亡くなられた患者のグリーンケア訪問記録を振り返った。

**【結果】** 退院後訪問診療をした患者35名のうち、1週間以内で亡くなりグリーンケア訪問をした患者は8名だった。

在宅療養日数は、2日間3名、4日間2名、5日間2名、7日間1名。疾患は癌6名、非癌2名だった。

グリーンケア訪問から、「家に帰って過ごすことができよかった」と答えた家族は8名全員で、「家でも腹水を抜いてもらい本人も楽になった」、「十分なサービスを利用でき、支えてもらえて助かった」、「亡くなる経過をきちんと聞かせてもらよかった」、「家で看取る体制が整っていたので安心できた」という意見が聞かれた。しかし、「もっと早く退院できればよかった」と家族と医療者側が感じたケースは3名だった。そのうち2名は入院中病状が不安定だったケース、1名は転院症例で家族の病状理解が不十分なケースだった。

**【考察】** 在宅看取りを前提とした退院支援を進めていく中で、本人・家族への病状説明、自宅退院の意思決定支援、退院後のサービス調整・連携が重要である。また退院後も多職種との連携、看取り体制、苦痛緩和、在宅でも病院と同じ処置の継続、訪問診療での病状・臨死期の説明ができていると、家族の在宅療養に対する満足感が高いと感じた。「もっと早く退院できればよかった」と感じたケースでは、背景に入院中の病状が不安定で退院時期の決定が難しかったこと、家族の病状理解が不十分であったことがあり、早期から患者・家族に寄り添いながら、意思決定支援をしていく必要性を感じた。

**【結論】** 退院後短期間の在宅療養であった場合も、「家で過ごせてよかった」と思ってもらえることが分かった。

## 医1P-78

### 回復期病棟入院中から訪問で摂食嚥下治療介入を始め退院後も居宅で継続して嚥下機能評価、嚥下機能訓練を行い高い患者満足度を得た1症例

星野 真<sup>1)</sup>、竹谷朋子<sup>1)</sup>、鈴木美幸<sup>1)</sup>、横山衣央<sup>2)</sup>、川野麻子<sup>2)</sup>、寺尾香織<sup>2)</sup>、横田京子<sup>3)</sup>、吉田篤史<sup>2)</sup>、野原幹司<sup>4)</sup>

1) 町田わかば歯科、2) 医療法人慶春会 武蔵野わかば歯科、3) 医療法人啓至会 巣鴨わかば歯科、4) 大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔機能治療学教室

**【目的】** 誤嚥性肺炎を発症し入院するとほとんどの場合、禁食と安静を指示される。肺炎の急性期であってもできるだけ早期に経口摂取を開始することが、その予後において経口摂取可能となる割合が高くなることが知られるようになった。従って急性期あるいは回復期において摂食嚥下障害をもつ患者に対してはできるだけ早期からの介入を行うことが望ましい。今回我々は摂食嚥下障害患者に対し回復期リハビリ病棟入院中から介入し、退院後も訪問で継続して介入することで良好な結果が得られた症例を経験したので報告する。

**【症例】** 75歳男性、既往歴：脳梗塞後左右不全麻痺、慢性腎疾患、2型糖尿病

**【経過】** H14年12月に血性痰を吐き呼吸不全にて救急搬送された。重度心不全、両側肺水腫、誤嚥性肺炎の診断のもと加療され、H15年2月回復期リハビリ病棟へ転棟となった。H15年2月20日に嚥下機能評価を依頼され初診訪問。初回VE検査で嚥下反射遅延、咽頭収縮力の低下による通過障害、多量の咽頭残留、唾液の不顕性誤嚥を認めため禁食とし、間接訓練から開始した。1ヶ月後ゼリーの直接訓練開始。1ヶ月半後トウフゼリー、ゼリーの交互嚥下開始。2ヶ月後ゼリー食で1500kcal摂取可能となったため経鼻チューブ抜去。誤嚥がたまに見られたため食事の咳払いを指導し、3ヶ月後には誤嚥が見られなくなり退院となった。退院後も間接訓練、ゼリーとの交互嚥下で直接訓練を継続し、5ヶ月後には果物、パン、ソフト食が、6ヶ月後には全粥、キザミ食が摂取できるようになった。7か月後には本人の目標であった餃子とうな重が食べられるようになり患者本人、妻からも高い満足度が得られた。

**【考察】** 今回我々は回復期リハ病棟に入院している患者に早期から嚥下治療の介入をすることができ、退院後も継続して介入することができた。回復期病棟入院中の段階で介入できるメリットは、主治医はもとより病棟のSTや管理栄養士と綿密な連携をとることができ、検査結果、治療方針を即時に共有できることから対応が早く治療効果が高い。また退院後も入院中から続く連続性のある治療を継続することができ、高い患者満足度が得られる要因となる。

今後こうした回復期病院と在宅療養支援歯科診療所との医科歯科連携をますます推進し、早期から歯科が介入がすることによって、患者の治療効果、QOLを高めていくことができるものと考えている。

## ① P-79

### 在宅緩和医療におけるMSW介入の重要性に関する一考察

松岡邦彦、亀山有香、平尾麻里

医療法人福寿会 藤戸クリニック

**【目的】** 国は社会保障のあるべき姿として、「地域包括ケア」を推進している。誰もが住みなれた地域で最期まで生活するうえで、地域（在宅）での療養生活の継続が重要とされている。

また、厚労省が平成14年に改定した「医療ソーシャルワーカー業務指針」において医療ソーシャルワーカー（以下「MSW」とする）は「在宅ケア諸サービスについての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に退院・退所する患者の生活と傷病や障害の状況に応じたサービスの活用を援助することや「関係機関、関係職種との連携や訪問活動により、社会復帰が円滑に進むように転院、退院後の心理的・社会的問題の解決を援助する」ことが求められている。筆者はMSWとして急性期医療を担う医療機関で勤務してきたが、在宅医療、特に緩和を目的とした退院支援については、MSWがどの程度しっかりとケースに介入し、相談支援を実施してきたかの度合いによって、在宅復帰や在宅療養の良好な継続などの、退院援助の結果の明暗がはっきりすることが多いと考える。このたびの発表ではMSWが在宅緩和医療に積極的に取り組むことにより、患者のQOLを向上させるだけでなく、地域包括ケアを推進する「地域力」の向上にも寄与できることを明らかにすることを目的とする。

**【方法】** 当該研究では典型的なケース（入院から在宅へ移行するいわゆる「在宅緩和医療」の事例）を数ケース例示し、MSWが介入する意義、しなかった場合の顛末等につき解説する。

**【結果】** 入院先および在宅療養を担う医療機関相互のMSWが在宅緩和医療において十分に相談援助機能を発揮し、ケースに介入することにより、MSWの専門性を発揮することが可能となり、その結果、患者本人・家族のよりよい在宅療養、在宅緩和ケア（看取り）を実現することに加え、地域で療養ができる「地域力」の向上に寄与できたと考える。

**【考察】** 結果で述べたとおりで、MSWが発揮する専門的な介入・支援は緩和ケアにおいて有効な方策のひとつである。また職種の立場上、MSWは患者本人や家族、院外の関係機関、院内のスタッフをチームとしてまとめ、マネジメントする役割には適任であると考えられる。

## ① P-80

### 在宅支援診療所と市立病院の連携についての考察 – SNSの活用とカンファレンスを行って見えてきたもの –

長田忠大<sup>1)</sup>、渡邊知子<sup>1)</sup>、嶋田やよい<sup>2)</sup>、名取三恵<sup>2)</sup>、浅松明美<sup>2)</sup>、新井佳那子<sup>2)</sup>、古屋知佳<sup>2)</sup>、岩間美保<sup>2)</sup>、谷山裕子<sup>2)</sup>

1) 長田在宅クリニック、2) 市立甲府病院 総合相談センター 看護支援係

**【目的】** 当院は2015年4月に開院した在宅診療所である。当院と地域拠点病院である市立甲府病院との連携について考察したので報告する。

**【方法】** 当院開院の2015年4月から12月の期間に、市立甲府病院に通院・入院中の患者で当院より訪問診療を開始した8名を対象とした。

**【結果】** 疾患はがん5例、非がん3例（短腸症候群、頸髄損傷後遺症・心不全、肺炎）。訪問診療開始時の状態は、通院中1例・退院7例で、退院時に全例（7例）とも退院時カンファレンスが施行された。訪問診療中の入院は4例で、在宅死が5例、在宅中心静脈栄養離脱による中止が1例、継続中が2例であり、再入院による病院死はなかった。病院側は、総合相談センター看護支援係が中心となり、在宅チームとの連携を行った。全ての症例でSNSを用いた情報共有を行った。病院チームと在宅チーム合同で、1例で訪問診療中にケア方針確認のためのカンファレンスを行った。2例で在宅死亡後に振り返りのためのデスクケースカンファレンスを行った。

**【考察】** 退院カンファレンス後も、SNSを用いたことによりリアルタイムで継続的な情報共有が可能となり、訪問診療開始後の再入院も円滑に行うことが可能となった。困難事例では在宅チーム・病院チームの双方が集まり、カンファレンスを行うことで、ケア方針の確認だけでなく、質の高いケアを実践することが可能となり、在宅看取りが可能になったと思われた。在宅での看取り後にデスクケースカンファレンスを行ったことで、在宅側では、退院前カンファレンスで見えて来なかった病院スタッフの思いを知り、病院側では、退院後の在宅での患者・家族の様子や思いを知ることによって、相互に理解を深めるきっかけとなったと思われた。

**【結論】** 在宅チーム・病院チームが、リアルタイムで継続的な情報共有を行うためには、SNSの活用は有効であった。カンファレンスを継続的に行うことで、「顔の見える」関係から、「信頼しあえる」関係へと成長するきっかけとなった。

## 医1P-81

### 東北の在宅療養の不安要素と家族介護の意識

尾形倫明<sup>1)</sup>、三澤仁平<sup>2)</sup>、千葉宏毅<sup>3)</sup>、桜澤邦男<sup>4)</sup>

1) 東北医科薬科大学、2) 日本大学、3) 北里大学、4) 国際医療福祉大学

**【目的】** 在宅で療養を続けるためには、地域住民の状況に応じたサービスの構築が必要である。そこで東北地方に在住する市民が、在宅での療養や家族介護についてどのような考えを持つか、調査によって明らかにすることを目的とする。

**【方法】** 2015年1～2月に訪問留置法で、東北在住20～79歳を無作為抽出した質問紙調査を行った(回収1013名)。項目は療養の希望、自宅で看取れるか、家族介護に対する介護手当の賛否などを質問し、自宅で看取れるか否かで分類し集計した。JSPS科研費(課題番号: 24683018 & 26380736) 厚労科研(H25-医療-指定-003(復興))の助成を受けた。

**【結果】** 男性51.6%、年齢53歳、世帯人員3人(各中央値)で、希望として自宅で最後まで療養したい者は11.6%だが、最後まで療養可能と考える者は6.7%であった。療養できない理由として「家族の負担」が79.6%、「急変時の対応」が62.1%、「経済負担」が49.9%、「急変時の入院」が44.9%であった。家族介護の性別役割は、「もっぱら女性」11%、「男性が手伝う」38%、「男女平等」50%、「主に男性」1%であった。家族を介護するために家族介護手当への賛否は賛成と考える者が58.5%、反対が11.1%、分からない30.3%であった。

自宅で看取れるか否かで分類すると、自宅で療養可能と回答した者のうち、介護の性別役割として「男性が手伝う」25%「男女平等」が59%であったが、療養できないと回答した者は、「男性が手伝う」41%「男女平等」が48%であった。さらに、自宅で療養可能と回答した者で介護手当に賛成する者は72%、療養できないと回答した者のうち介護手当に賛成する者は58%であった。

**【考察・結論】** 東北地方に住む者が自宅で療養できない理由として半数が経済的負担を挙げたが、厚労省の終末期医療に関する意識調査では経済的不安は1/3である。経済的理由が東北の県民所得と関連しているか、在宅医療の経済的負担の目途が立たないため不安を抱えるのか明らかにする必要があり、NDBを用い経済負担の目処を公表するなどが求められる。また、在宅療養を支える家族介護の意識では男女平等と考える者が、自宅で最後まで療養可能とする者で11ポイント高く、男女ともに介護を担うという意識・行動の変容が、自宅で看取るために必要となると思われる。

## 医1P-82

### 赤字へき地診療所・V字回復プロジェクト

木原信吾、永井康徳

医療法人 ゆうの森

2012年、年間3000万円の赤字を計上し、また市町村合併の余波から整理、廃止されることになった愛媛県南部の公立のへき地診療所。地域住民からの強い要請もあり、民間の1診療所としての運営を決意。新しい仕組みでの医療サービス提供を軸にへき地診療所を再生させる取り組みをスタート。

**【目的】** 高齢化率40%を超える過疎地域にとって、診療所の存在は、安心して暮らし続けることが出来るための生命線である。しかし、医師の確保は大きな課題であり、また高齢化の進展による医療費の増大は特に1次産業を中心とする地方都市の財政を圧迫し、廃止・統合を余儀なくされるへき地診療所も多い。

当該地域に限らず、日本全体を抱えるこの課題に、新たな手法で取り組み、課題解決のモデルケースたることを目指した。

**【方法】** 1人の医師を転居の上配置することは難しく、複数医師体制での運営を開設許可主体の愛媛県に相談し、了承を得た上で民間診療所として開設。

これにより、都市部の診療所と100キロ離れたへき地診療所の一体的な運営が可能となり、医師は生活の基盤を都市部に置き、へき地での勤務を無理なく交代で行えるようになった。毎日、担当の医師が松山から移動し、午前の外来診療ならびに午後の訪問診療を行っている。

**【結果】** 患者数は、外来が初年度は前年145%、次年度175%と増加。それに加えて新たに取組んだ在宅医療では現在60名の在宅患者を診ている。これは1200人の町の人口の5%に当たる。診療報酬も、国保診療所時の300%となり、初年度より黒字化する結果となった。

**【考察】** 赤字体質を脱却し経営基盤を安定させることは不可能であり、敢えて火中の栗を拾うには、大胆なシステム変更が必要であった。前述の複数医師体制による運営、ウェブ会議をはじめとするICT活用などがその例であるが、外来診療に加え在宅医療を行うことで新たな診療報酬の柱を立てた。

また他にも収益確保に向け、門前薬局の誘致により、医薬品在庫の圧縮と処方担当看護師の本来業務への移行、また外来診療の午前中への集約により、午後を在宅医療に当て、同時に新たに捻出した時間枠での看護師の訪問看護などを行うなどして、へき地でありながら助成金に頼らぬ医療サービスの提供を行うに至っている。

**【結論】** 過疎地域の医療の空洞化への対策は急務だが、一つの事例として、人口1200人の町でも診療所経営が成り立ち、地域と共存共栄できることを示しているのではないかと考える。

## ① P-83

### 中山間地域総合病院が担う在宅緩和ケアのあり方とは

鈴木 諭<sup>1,2,3)</sup>、野村隆則<sup>1,2)</sup>、鈴木真紀子<sup>4)</sup>

1) 群馬家庭医療学センター、2) 利根保健生活協同組合利根中央病院 総合診療科、3) 筑波大学大学院人間総合科学研究科 地域医療教育学、4) 利根保健生活協同組合利根中央病院 総合支援センター

**【緒言】** 高齢多死社会において在宅医療の役割が重要になってきている。しかし、僻地市町村においては新規開業医師の減少や既存開業医の高齢化などの理由から、地域における在宅医療の維持発展に困難が生じている。

**【背景】** 当院は群馬県北部に位置する病床数253床の総合病院である。中山間部の高齢過疎人口減少地域である沼田医療圏で、当院は地域の中核医療機関として主に急性期医療を担っている。高齢化率が28%を超え高齢単身世帯が増加してきている医療圏で、在宅医療を担うべき開業医師自身の高齢化や新規開業医師の減少、在宅医療を支える介護福祉事業の未整備などにより、都市部同様の在宅医療提供は困難となっている。今回、総合診療科が中心となる形で癌患者4名の在宅緩和ケアに関わる機会を得た。

**【目的】** 中山間地域総合病院における癌終末期患者の在宅緩和ケアについて明らかにすることで、僻地における在宅緩和ケアの課題と可能性について検討する。

**【実践報告】** 癌患者の疾患内訳は胃癌1名、肝細胞癌2名、肝門部胆管癌1名であった。4名の内2名は総合診療科からの定期訪問診療を導入し在宅看取りとなった。看取り後に在宅医療連携を行った訪問看護ステーションとデスカンファレンスを行った。デスカンファレンスでは患者の病状共有方法、在宅療養主治医との連絡体制、在宅主治医連絡不能時の対応方法等についての意見が出されたが、総合病院勤務医が在宅緩和ケアの一部分を担うことに対する否定的な意見は認められなかった。また在宅医療を支える医療介護福祉資源に乏しい僻地においては、在宅療養移行前の本人・家族・医療介護スタッフ交えたカンファレンスの実施により、提供可能な在宅医療と提供不可能な在宅医療を明示し、関係者全員が共有することが大切であるという意見が認められた。

**【考察】** 都市部においては病院と診療所の役割はある一定程度明確に分けられるが、過疎化の進む僻地においては同様の対応は困難である。さらに急性期病院で癌と診断された患者の中には、最後まで急性期病院との関わりを求める患者もいる。地域の限られた医療資源の中で、急性期病院として提供できる在宅医療の形を模索することは、僻地の在宅医療の維持発展に貢献する可能性があると考えられた。今後は地域の各医療機関が提供している在宅医療について共有し、複数医療機関が協力しながら僻地の在宅医療を支えるシステム作りを検討する必要がある。

## ① P-84

### 沖縄県立宮古病院家庭医療センター開設 県立病院での在宅医療の取り組みとねらい

鈴木 全

沖縄県立宮古病院 家庭医療センター 地域診療科

**【はじめに】** 沖縄県立宮古病院は、病床数277床、標榜科20を擁する宮古島の中核病院である。約55000人の住人に対し、在支診8件、在宅医療を提供している病院が1件(宮古島徳洲会病院)という状況の中で、平成27年4月1日に、在宅部門を含む「県立宮古病院 家庭医療センター」を設立した。そのねらいと、活動内容について報告する。

**【背景】** 在支診、病院を含めると、宮古島で訪問診療を提供する医療機関の数は、全国平均の約2倍に及んでいる。しかしながら、ケアマネージャ、訪問看護師、ヘルパーらから、「まだまだ、在宅療養を希望するが叶わない患者がたくさんいる」との訴えがあった。具体的には、・麻薬製剤の注射薬を使用している患者・カテコラミンなどの薬剤の持続静注を行っている患者・身寄りがなく独居であるなどの社会的困難例・県立宮古病院に依存の強い患者などが該当していると考えられた。

**【開設の経緯】** 1. 離島での医療水準維持のためには、専門領域のレベルアップだけでなく、総合力の高い医師の育成が必要である。2. 傷病の発生を待って対応するのみでなく、予防医学にまで踏み込んだ家庭医療が必要である。3. プライマリ・ケア、家庭医療について考えるときに在宅医療は不可欠である。この3点を包括するしくみが必要であると考え、家庭医療センターの構想が生まれた。沖縄県立宮古病院では、かねてより、日本プライマリ・ケア連合学会の後期研修プログラムと基幹型病院の申請準備を進めていたこともあり、設立に向けスムーズに取り組みを進めることができた。

**【活動内容】** 家庭医療センターは、総合診療科と地域診療科の二つの科からなる。総合診療科は、初診外来、救急外来、複数化にまたがる疾病を持つ患者への対応、入院患者管理、ICU管理などを担当し、地域診療科は主として在宅医療を担当する部署となっている。地域診療科は、「病院」の強みを活かし、高度な医療処置、社会的困難例に対応することが可能であり、センター設立時に「帰宅困難」と評価されていた患者のほとんどが在宅療養へ移行することができるなど、着実に実績を積み重ねている。初期、後期研修プログラムとリンクし研修医を確保している限り、継続して地域へ在宅医療を提供することができ、研修医にとっても、在宅を含めた広い視野に立った研修を行うことができるというメリットがある。

## 医 1P-85

### 市民を交えた異分野連携演習の効果 ―第一報：A大学の看護学部・デザイン学部と模擬療養者連携事例―

スーディ K和代<sup>1)</sup>、御殿美登里<sup>2)</sup>、柿山浩一郎<sup>3)</sup>

1) 札幌市立大学大学院 研究科、2) 札幌市立大学 看護学部、3) 札幌市立大学 デザイン学部

**【背景】**全国的に推進されている地域志向型大学教育に積極的に取り組む大学<sup>1)</sup>も増加しているが、地域課題を大学教育に反映させるには一定の論拠が必要であると考えられる。

**【目的】**A大学での地域志向型科目導入に向けて行う基礎的検証の一部として、デザイン学部と看護学部の学生が共に体験できる仮想の【市民を交えたICT活用模擬訪問看護演習】を実施し、演習後のグループワーク内容(言語的)から演習の効果を明確化する。

**【方法】**事前に作成したシナリオ(II型糖尿病)を基に、ICT遠隔看護システムを用いた模擬訪問看護演習を、デザイン学部学生2名、看護学部学生3名、模擬療養者(市民、以下SP)2名を対象に実施。演習は1回20分、計4回、対象者1名につき1~2回実施した。演習終了後に本演習の効果についてグループワークを行い、音声データと付箋に記載した文字データを収集し、Berelson,B.の内容分析を実施。札幌市立大学研究倫理委員会の承認を得た後に研究を実施。

**【結果】**看護学生の「SPとのコミュニケーション技術」やデザイン学生の「ICT操作」等お互いの得意分野の再認識と相互理解に加えて、新たな視点で「人を見る」等、異分野連携学習効果に関する記録数が最も多かった(n=22、31.4%)。次いで地域住民の大学教育参加についての記録数が多く、学生は効果的なICTの説明手法をSP視点から学び、SPは大学教育に参加する喜びと意義を感じていた(n=21、30.0%)。学生はSPを交えた演習で、SPの意見や質問を受けることで自身の知識・技術不足を認識(n=14、20.0%)していた。

**【考察】**異分野連携演習を通して、各自の得意技術・知識を發揮すると同時に他学部学生はそれを新たな学びとして捉えていることが推測された。市民SPの演習参加は学生に市民視点を認識させる機会になると同時に、SP自身が教育に貢献する喜びと意義を感じており、異分野領域のみならず市民を交えた教育には多くのメリットがあることが示唆された。

**【結論】**地域課題を大学教育に反映するには異分野連携体制整備と地域課題を体感している市民を交えると一定の効果があると推測される。

**【展望】**演習中にアイトラッカー等で得た両学部学生の無意識行動と言語化された内容との相関関係を分析する。

1) 日本私立大学協会(2009). 共同と共創による地域連携教育の実践. 教育学術新聞第2247号 他

## 医 1P-86

### 在宅チーム医療を推進するための薬学生教育～第一報 単科医科大学と単科薬科大学のコロナボレーション～

渡辺康介<sup>1)</sup>、北川 靖<sup>1)</sup>、神野君夫<sup>1)</sup>、土井正樹<sup>1)</sup>、山脇正永<sup>2)</sup>、山根由紀子<sup>2)</sup>、宇野 進<sup>3)</sup>、小林篤史<sup>3)</sup>、村上成美<sup>4)</sup>、森山文則<sup>4)</sup>

1) 京都府医師会、2) 京都府立医科大学、3) 京都府薬剤師会、4) 訪問看護ステーションにしがも

**【はじめに】**京都では一昨日(平成25年)10月より在宅チーム医療を推進するための講座を京都府医師会、京都府薬剤師会の全面的支援のもと、京都府立医科大学の医学教育のなかに設立された。その講座のなかで医学生、研修医は当然のことながら薬学生や看護学生にも在宅チーム医療を現場で学んでいくプログラムを作成し走らせることになった。今まで6名の薬学生が在宅の現場で今までの教育とは全く異なる新鮮な経験を積み、行動変容を起こすまでに至ったのでここに報告する。

**【目的】**今後の在宅医療には多職種でのチーム医療が益々必要となってくるものと思われる。薬剤師として例外ではない。今まで調剤薬局の中で対面販売していればよかった仕事が、在宅患者の家まで足を運び、説明して残薬を調整し、医師や看護師と薬効や副作用等々のディスカッションをして患者にとって薬剤の最適化を図り、症状緩和が図れるようにすることが大きな役割になると思われる。そのことに薬剤師の力が発揮されることが今後求められているように思う。そのためまだ感性の研ぎ澄まされている学生の間には在宅のシャワーを浴びることにより、在宅薬剤師のイメージを持って頂くことを目的とした。

**【方法】**研修前後で53項目にわたる評価項目にアンケート方式で答えて頂き、前後でどのように考え方が変容したかを調べた。

**【結果・考察】**当日報告する予定である。

**【結論】**在宅医(外来も含めて)には総合的に患者を診ていく、かかりつけ医としての役割が大切である。薬剤師として同じである。かかりつけ薬局からさらに進み、かかりつけ薬剤師として活躍する時代が到来していると感じている。このような薬剤師を多く輩出するにあたり当該プログラムが大いに役立つと考えられた。

## 医 1P-87

### 医学生を対象とした模擬サービス担当者会議の意義

弘田義人<sup>1)</sup>、山中 崇<sup>1)</sup>、玉井杏奈<sup>2)</sup>、江頭正人<sup>3)</sup>、孫 大輔<sup>4)</sup>、大西弘高<sup>4)</sup>、飯島勝矢<sup>5)</sup>、秋下雅弘<sup>6)</sup>

1) 東京大学医学部 在宅医療学拠点、2) 公益社団法人地域医療振興協会 台東区立台東病院、3) 東京大学医学部附属病院 教育研修部、4) 東京大学大学院医学系研究科 医学教育国際研究センター、5) 東京大学高齢社会総合研究機構、6) 東京大学大学院医学系研究科 加齢医学

**【目的】** 急速な高齢化の進行により、在宅医療を必要とする高齢者の増加が予測される。在宅医療において多職種連携は重要であるが、その教育は従来の医学教育の中では十分に行われてこなかった。本学では、多職種連携に関する理解を促すため、医学生を対象とした在宅医療実習において、模擬サービス担当者会議を実施している。その教育効果を検証することが本研究の目的である。

**【方法】** 2013年11月～2014年7月と2014年11月～2015年7月に在宅医療を中心とした2週間の地域医療学実習にそれぞれ、医学部医学科5、6年生54名、51名が参加した。本実習では、在宅医療を行っている医師や看護師、ケアマネジャーなどに同行する実習と共に、模擬サービス担当者会議を行っている。模擬サービス担当者会議では、学生がそれぞれ家族(妻)役、在宅医役、訪問看護師役、訪問理学療法士役、ケアマネジャー役、訪問薬剤師役になり、1週間前に退院し在宅医療を受けている78歳男性の事例について、情報を共有し、課題を抽出し、解決策を議論する。会議が終了後、多職種とのコミュニケーションや協働について、また会議全体について各学生が発表した感想の内容を分析した。

**【結果】** 学生は、模擬サービス担当者会議で演じたそれぞれの職種の役割を理解し、それぞれの職種が協働することで、初めて在宅療養をしている患者・家族を支えられることを学んだ。多職種で協働するためには、普段から良好な人間関係を築いておく必要性があるという気付きも得た。会議を進めていく中で、演じている職種に対して理解が不足していることを自覚する学生もいた。また「薬の副作用などは医師が気付いていないと話題にも挙がってこないの、薬剤師として責任をもって情報提供しないといけないと思った。」などプロフェッショナルリズムに関する学びも得た。専門職間の議論が活発になる一方で、家族が議論についていけなくなる場面があった。その場面を振り返りながら、患者の生活上の問題を最もよく知っている家族の意見を十分に聞くことで、患者の問題点が明確になり、家族の負担も軽減することができるという気付きを得た。

**【結論】** 医学生は、模擬サービス担当者会議により、多職種連携の重要性を理解することができた。今後、模擬サービス担当者会議の内容をさらに充実させること、この教育手法が多職種連携教育のひとつのツールとして普及することが望まれる。

## 医 1P-88

### 学生・研修医における在宅医療研修前後の在宅癌緩和ケアのイメージの変化とその要因についての検討

島崎亮司<sup>1)</sup>、吉村 学<sup>2)</sup>

1) 地域医療振興協会 シティタワー診療所、2) 宮崎大学医学部 地域医療・総合診療医学講座 教授

**【目的】** 学生・研修医が在宅癌緩和ケアどのようなイメージを抱いているのかを調査しその実態を把握する。また当院で行っている在宅医療研修が研修前後で学生・研修医の意識に変化を生じさせているかを検証する。

#### 【方法】

**【対象】** 平成26年6月から平成27年9月までの1年3ヵ月に当院で2週間以上の在宅医療研修を行った医学部学生、初期研修医15名。

**【方法】** 研修前後にアンケート記入

**【調査項目】**

- ①在宅癌緩和ケアのイメージ
- ②医療処置が多い癌患者に対する学生・研修医の在宅復帰への対応
- ③今回の研修で在宅医療のイメージが変化したかどうか
- ④在宅医療のイメージが変化した要因(3つ選択)

**【結果】** 15名の内、学生6名、初期研修医8名から回答を得た

#### ①在宅癌緩和ケアのイメージ

- ・在宅医療は治療適応が無い人が選択する (研修前)9名 (研修後)0名
  - ・在宅医療は治療を希望しない人が選択する (研修前)2名 (研修後)1名
  - ・末期状態にかかわらず病院と在宅で協働するもの (研修前)3名 (研修後)13名
- #### ②医療処置が多い癌患者に対する学生・研修医の在宅復帰への対応
- ・在宅復帰させたいが複雑、不安定なため困難である (研修前)6名 (研修後)0名
  - ・複雑な状態では危険であり帰すべきではない (研修前)1名 (研修後)0名
  - ・患者家族の希望があれば在宅医療をすすめる (研修前)7名 (研修後)14名

#### ③今回の研修で在宅医療のイメージが変化したか

・変化した 14名 ・変化しない0名

#### ④在宅医療のイメージが変化した要因(3つ選択)

- ・患者家族の表情・言葉：14名
- ・実際の体験できたこと：13名
- ・診療所指導医による指導：12名
- ・病院医師看護師による指導：2名
- ・在宅スタッフ(訪問看護、ケアマネージャー等)による指導：1名

**【考察】** 実習前後で各項目で変化が認められた。研修後に意識が変化することで今後医療者として働く際に地域連携について理解が深まるのではと推測された。また変化した要因として全員が患者家族の表情・言葉であったことから、実習で現場を見せることの重要性が示唆された。

## 医1P-89

### 在宅療養支援病院をフィールドにした医師の卒前・卒後 教育への取り組み

千葉明日香、下地直紀

公益財団法人宮城厚生協会 長町病院

**【背景】**当院は宮城県仙台市にある入院病床135床(内科45床、回復期リハ病棟90床)、常勤医11名(研修医3名、在宅専門医2名を含む)の民間一般病院である。在宅療養支援病院(機能強化型)として約80名の在宅療養患者の訪問診療を内科医5名を中心に行っている。

臨床研修指定病院である公益財団法人宮城厚生協会(以下、法人)坂総合病院の教育関連病院として3年目研修医の地域医療研修、リハビリテーション科・総合診療科の後期研修の受け入れしており、また地元東北大学病院の研修協力施設として大学病院初期研修医の地域医療研修、東北大学医学部学生の地域医療実習を受け入れている。

**【目的】**獲得目標を「中小病院の役割の理解」「生物・心理・社会モデルの習得」「チーム医療の理解」と設定した研修プログラムを作り、地域医療実習や地域医療研修の受け入れを行い、在宅療養支援病院というフィールドが医師の卒前・卒後教育の場として有用だと認識した。卒後臨床研修で必修の地域医療研修の受け入れモデルにもなり得ると考えられたので報告する。

**【実践報告】**筆者は2014年度から院内研修委員会の責任者として医学生、研修医の教育に関わっている。2014年度は医学部生8名、大学研修医2名、法人内研修医1名、2015年度は医学部生8名、大学研修医5名、法人内研修医2名(後期研修医を除く)を受け入れた。受け入れ期間は1年次学生は2日間、5年次学生は1週間、大学研修医は1カ月、法人内研修医は6か月。病棟、外来、在宅、リハビリ室、検査室、健診センター、通所事業、ケアステーション、患者会、薬局など関連施設全体を研修フィールドとし、多職種が研修指導・評価に関わるシステムを作った。ICFの概念、地域連携、多職種連携、医療倫理、保健・医療・福祉制度を学ぶために入院・外来担当医としての診療以外に、多職種カンファレンス参加、往診・訪問看護同行、嚥下造影検査見学、褥瘡回診参加、在宅看取り・グリーンケア同行、患者会での講話、家屋調査同行、就労支援B型施設レストランでランチなど本人の希望も聴取した上で多彩な参加型のプログラムを設定した。実習・研修終了後には研修総括を行った。評価は多職種評価とした。

**【まとめ】**在宅療養支援病院は医学生、研修医が中小病院の役割、外来・入院・在宅を通してシームレスな主治医機能、院内・院外での多職種連携、医療倫理、医療介護福祉の制度、そして患者の生活を支える在宅医療を学ぶ研修フィールドとして有用であると思われた。

## 医1P-90

### 人工呼吸器装着を望まず自宅で穏やかに最期を迎えられた高齢ALS患者の一例

片桐季世<sup>1)</sup>、武井優佳<sup>1)</sup>、多川英子<sup>1)</sup>、鷹羽佳美<sup>1)</sup>、高野浩子<sup>2)</sup>、中井秀一<sup>3)</sup>、大和康彦<sup>3)</sup>、阿部 直<sup>2)</sup>、中根晴幸<sup>3)</sup>

1) 医療法人明医研 ケアメイト訪問看護ステーション、2) 医療法人明医研 デュエット内科クリニック、3) 医療法人明医研 ハーモニークリニック

**【はじめに】**人工呼吸器装着を望まず自宅で穏やかに最期を迎えられた高齢ALS患者の一例を報告する。

**【事例紹介】**80歳女性、ALS。H26.4月より歩行困難のためS病院神経内科に受診、ALSとラムゼーハント症候群による顔面神経麻痺合併と診断。通院困難なためH26.10月より地域の医療チームによる訪問診療、訪問看護管理を行なった。H27年7月在宅看取りに至るまで約9ヶ月の関わりであった。

家族背景:会社員の長男と二人暮らし、日中独居。要介護5で通所介護・リハビリ、訪問介護利用。

**【経過】**訪問開始時には四肢筋力低下あり移動全介助。息子の介助にて常食摂取。左手で携帯メールを打てたが、最終的に文字盤での会話となる。当初には家族はALSの告知を希望しなかったが、経過の中で本人が意思決定する為に告知や説明を希望。折に触れ意思確認するが病状進行のゆるやかな時期には答えが得られず。27年4月、嚥下機能や筋力低下進行著しくなり6月より自己排痰できず吸引施行、SpO<sub>2</sub>も上昇せずHOT開始の時期に「人工呼吸はやめてほしい、入院も希望しない」と本人より明確な意思表示。さらに胃瘻は拒否、IVHは希望あり速やかにCVカテーテル挿入・高カロリー輸液が開始された。死亡の直前まで眠るような安定した時期を得られ、家族と共に過ごす中で看取りとなった。

**【考察】**ALS患者では呼吸困難症状が強く出ることが少なくないが、本症例は当初より症状の進行が穏やかで呼吸苦も少ないケースだった。終末期に近づいた際も、家族が眠っていると思っただけに落ち着いた状態の時間が長く、動揺せずに在宅看取りができたと思われる。症状が進行していく中で医療チーム内にも不安が大きくなったが、何度も話し合いケアや対応の統一に努める事で、本人・家族の思いに沿うことができた。永眠後、長男より「母が決めた事だから、呼吸器をつけないまま亡くなったことは後悔していません」とあり、同時に終末期ケアに深く感謝された。私達は日頃より医療依存度の高い症例の対応になじんでいることから、HOT、IVHなどの管理に困難なく対応できたことも本人の状態安定と家人の安心感を支えることができたと考えられた。

**【結論】**終末期の治療に関して自己決定を求めることは、本人、家族、医療者にとって辛いこともあるが、本症例は本人や家族の心情を考慮し時間をかけて説明する一方、全身管理の上で入院医療と同等の対応を果たす事で本人と家族の満足ゆく看取りができた。

## 医 1P-91

### 食べたいけれど食べられない苦悩に寄り添った在宅看取りの1症例

北山愛沙、角野和代、小島順子

訪問看護ステーションおおえ

**【目的】** 肺がん末期で左舌下神経麻痺を発症し、摂食嚥下障害のある患者に対し、最期まで食べたい思いに寄り添い「おいしい」の言葉を聴くための看護を展開したので報告する。

**【実践内容】** O氏、85歳女性

診断名：肺がん末期、骨転移

既往歴：脊柱管狭窄症

家族構成：夫（要介護1）と2人暮らし、同町内に息子夫婦在住

X年8月誘因なく出現した右肋骨痛の精査で肺がん・骨転移と診断され、医療支援強化を見据え、訪問看護師同席のもと主治医より告知、緩和治療を望まれた。10月嘔声・構音障害・嚥下障害を認め、同時期から訪問看護開始となる。精査で、左頭蓋底への転移と判断。左舌下神経麻痺（舌運動障害・舌萎縮）による嚥下障害強く、食事形態をミキサー食へ変更、首を右へ傾けることで嚥下可能となった。しかし、嚥下の度に左側絞扼性頭痛・頸部痛が出現し、疼痛緩和すると嚥下障害憎悪し「なんで食べられないのや」と怒りを表出された。徐々に摂食困難を極めたが食べたい思いは常に表出された。医療チームでカンファレンスを重ね、本人の満足が何かを議論した。右舌への味覚刺激を実施し、嚥下できる最初の3口を大切にに関わり、吸引器を準備して食事介助などを行い「おいしい」と言える日も認めた。夫が「痛いのが見てられない。食べさせてやれない。入院させてほしい」と言われた時、O氏が「もう家に居られんのか」と呟かれた。一言で医療者の思いは決まった。在宅看取りに向け、夫との会話を妨げない程度の鎮静を開始し、訪問看護師の促して息子が毎晩泊まれた。夫と息子夫婦に「ありがとう」と言われ、12月に家族に看取られ永眠された。

**【考察】** 告知段階から介入を見据え連携強化し、訪問看護導入が迅速であった。嚥下障害強く、食事形態や嚥下姿勢の工夫は日々必要であった。最期まで食べたいという希望に寄り添い、食べることで幸福感を追究した。食べたくても食べられない現状に直面し、経管栄養も検討したが「本当に満足や思いに寄り添うことなのか」と考え、医療チームも「食べて貰いたい、満たされる一時を提供したい」と苦悩した。本人にとって除痛と摂食、思いを伝えることが必要不可欠であり、同一組織内の医療チームという利点を最大限に生かし、日々の情報共有を深めたことが希望を満たすバランス維持に繋がり、本人の思いを様々な側面から追及できたと考えた。情報共有の重要性を再認識し今後に生かしたい。

## 医 1P-92

### がん終末期の娘を介護する家族の精神的支援における困難例

金久保麻紀子<sup>1)</sup>、藤川 幸<sup>1)</sup>、縄野美智子<sup>1)</sup>、土屋昭子<sup>1)</sup>、中井秀一<sup>2)</sup>、大和康彦<sup>2)</sup>、中根晴幸<sup>2)</sup>

1) 医療法人明医研 れんけい訪問看護ステーション、2) 医療法人明医研 ハーモニークリニック

**【はじめに】** 2007年「がん対策基本法」により、国は早期から緩和ケアの必要性を明言し、在宅での療養体制の整備推進を掲げている。しかし、実際には約66%の人が自宅で最期を迎えることは困難と考えている。その理由として「介護に協力してくれる家族に負担がかかる」と答えているケースが多い。今回の症例も主介護者への負担をかけたくないという思いは強かった。患者本人も家族も病状進行とともに抑うつ状態に陥り、在宅療養、介護協力ともに継続困難な状況であった。この症例を通して終末期ケアに訪問看護師としてどう関わるべきだったのか検討する。

**【対象】** 患者：48歳女性。家族背景：78歳父親と二人暮らし、実姉は近郊在住。経過：2014年に子宮平滑筋肉腫と診断され、化学療法10コース施行。2015年4月に腹部膨満感や腫瘍増大があり、通院治療困難となり在宅診療と訪問看護開始。安定した生活がおくれるうちは在宅療養の希望あり、家族は在宅で看とすることは望まず、状態悪化時のホスピス病棟への入院予約が済まされていた。IVH、PCAポンプ使用など医療依存度が高く、1日2回の訪問看護で対応した。在宅対応39日間の後にホスピス病棟に入院され、直後に亡くなられた。

**【結果・考察】** 訪問開始当時から倦怠感や腹部膨満感の訴えがあったが、薬剤による症状コントロールがついたことで、精神的にも落ち着いて過ごしていた。入院4日前から腹部膨満感が増強し、ADL低下。病状の悪化に伴い不安も強くなったことで、父親と感情をぶつけあい、感情失禁をみせるようになり安定剤内服投与が開始された。父親自身も眠れないと訴えた。入院3日前にも、本人はぎりぎりまで在宅にいたいと希望したがADL低下と介護力の弱さから入院を承諾。しかし涙をみせたり怒りを顕わにする本人に、父親と実姉はそれぞれに余裕がなく、心ない言葉を浴びせてしまい、最期まで精神的支えとなれなかった。ホスピス病棟への入院当日、朝方より呼吸苦増強、救急車で入院数時間後に永眠された。短期間に急速な病状の悪化があり、介護負担をかけたくないという父親への思い、家族の介護力不足が本人の抑うつ状態を悪化させたと思われる。本人と家族に寄り添い思いを受けとめることは、訪問看護師の大切な役割の一つである。終末期のケアでは限られた時間の中で、起こりうることを十分に予測して、必要なケアを適切なタイミングで行う重要性和難しさを考えさせられた。

## 医 1P-93

### 最先端医療によって救命された「いのち」を支える訪問看護の実践

木内昌子、山岸康幸

医療法人財団はるたか会 訪問看護ステーション そら

**【はじめに】** 小児医療は進歩し、子どもの死亡率は減少、我が国は世界で最も子どもが死なない国になった。しかし、人工呼吸器など高度医療機器によって生命を維持し、在宅生活を送る子どもが増加している。最先端の小児医療が救命した子どもとその家族を、どのように支えるのかは今後の小児医療の大きな課題である。今回、536gで出生し壊死性腸炎で小腸全切除し複数の医療管理によって生命を維持しながら生活する乳児とその家族の生活を支える経験をしたので報告する。

**【症例】** 現在2才、女兒Nちゃん。両親との3人暮らし。診断：超低出生体重児、慢性肺疾患、壊死性腸炎。気管切開、人工呼吸器、中心静脈24時間高カロリー輸液、脂肪製剤投与。経鼻胃管。経過：妊娠26週4日、児心拍低下にて緊急帝王切開、体重536g。入院中小腸切除術、輸血などの治療を繰返し、重い肝臓障害も起こしていた。生命予後は極めて厳しいと予想され、通常では退院困難だが、家族の強い希望により、生後11か月で大学病院を退院。在宅診療、訪問看護導入。在宅生活でも腸内細菌による感染から敗血症を起こすなど、危機的な状況を何度も経験した。その中でも家族は、Nちゃんと家で毎日を過ごせることに深い喜びがあった。退院から1年以上経過した現在、経口摂取したり、お座りで遊んだり著しい成長発達がある。そして週1回区内の通園施設に通い2015年10月に行われた当法人主催の野外バーベキュー食事会にも参加することができた。

**【考察・結論】** 本児の退院時の体重は2800g。退院後感染を繰り返した8か月間は体重の伸びはなかった。しかしエタノールロックを含むIVH管理の手技獲得や腸内環境を整えることで感染が減り、生命維持と健康維持が継続的に可能になった。その結果現在の体重は4300g。身体や内臓の成長は緩やかである。しかし、知的発達や情緒面の発達は年齢相応に近い。このような発達のアンバランスに対しての工夫は尽きない。また、次には社会参加へと結び付くためには今後、幼稚園や学校にどう繋がるのか？受け入れる体制整備をどうするか？2才になった本児から与えられた課題である。この症例を通して「いのち」のかけがえのなさ、「いのち」と家族の絆を支える本質的な「やりがい」を実感し、成長し生きることの喜びを体験できた。

## 医 1P-94

### 訪問バッグの標準化による訪問看護の時間の改善報告

田斉祥平、森脇喜代美、林 広美、安藤真弓、藤原由香、山中ゆかり、木川真由美、一ノ瀬英史

医療法人博愛会 額田病院

**【目的】** 当院は高齢化率31%の筑豊地域で地域包括ケアの一翼担う病院として、医師13名・看護師7名で月300件以上の訪問診療をおこなっている。看護師の主な業務は訪問診療の同行と訪問看護である。その業務の中で準備や後片付けに時間を費やす事が多く、訪問看護の時間が十分にとれていないと感じていた。問題点を見つけ改善することで訪問看護の時間を増やし、訪問看護のケアの充実を図ることを目的とした。

#### 【方法】

1. 対象：在宅医療センター看護師7名 事務2名
2. アンケートとタイムスタディの実施  
改善前 H26年10月28日～11月3日  
改善後 H27年6月10日～6月16日
3. 調査結果から問題点の抽出
4. 問題点に対する対策の実施
  - 1) 対策：訪問バッグの改善

100種類の物品を8つのカテゴリーに分け、誰が見てもすぐわかるような名前にした。その中で各物品の必要性や定数を見直し標準化し訪問バックの補充、点検をフロー化した。そのことで訪問バックの補充、点検を専門職以外でもできるようになり訪問バッグの補充、点検を看護師から事務へ完全に移行した。

#### 【結果】

1. 改善前の結果
  - 1) 訪問バッグの補充と点検に30分以上費やしていることがわかった。
  - 2) 訪問バッグの中に何が入っているかわかりづらい。
2. 改善後の結果
  - 1) 訪問看護の割合が9%から11%へ増加した。
  - 2) 準備・片付けの割合は17%から11%へ減少した。
  - 3) 1件あたりの訪問看護の時間が28.5分から39.7分に増加した。
  - 4) ケア内容としては患者・家族指導が十分できるようになった。重症患者へ複数の看護師での訪問。家族行事・イベントの手伝いができるようになった。

**【考察】** 今回訪問バッグを標準化したことでケア時間、ケア内容が増加したことにより訪問看護が充実したのではないかと考える。しかし、現在も数多くの物品、備品があるため定期的な定数の見直しが必要であると考えられる。

**【結論】** 訪問バッグを標準化することで、時間の短縮が図れ訪問看護のケアの充実が図れた。

## 医 1P-95

### 訪問看護を提供する施設の実態調査報告と考察

辻 典子<sup>1)</sup>、鈴木裕介<sup>1)</sup>、廣瀬貴久<sup>2)</sup>、中嶋宏貴<sup>1)</sup>、葛谷雅文<sup>2)</sup>

1) 名古屋大学医学部附属病院 地域連携・患者相談センター、2) 名古屋大学大学院医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学講座

**【目的】** 当講座がH25年から実施している在宅医療に関する実態調査結果では24時間訪問看護の問題は在宅医療を推進していく上での問題点の1つであると指摘されている。今回我々は、愛知県内の訪問看護の実態調査を実施しその問題点を把握し今後の訪問看護のあり方を検討した。

**【方法】** 愛知県内の訪問看護を提供している466施設にアンケート用紙を郵送し同封の封筒で回収をした。

**【結果】** 回収率は47.4%であった。回答をした施設はすべて訪問看護ステーション登録施設であった。運営母体は、会社が115施設(株式100・合同8・有限7)、医療法人63、個人15、一般財団法人8、社会福祉法人3、市町村立2、その他15(看護立、医師会立など)。訪問看護を提供するようになった施設の平均年数は運営母体が会社4.03年、医療法人9.85年、それ以外11.6年であった。約6割の訪問看護ステーションでリハビリスタッフが複数人雇用されていた。回答した施設の84.2%が24時間体制と回答したがそのうちの15%は24時間体制が実際にはとられていなかった。特定の医療機関と連携をしている施設は40.7%でそのうち連携していない医療機関の患者は受入れないという施設が9%あった。独自の研修システムを設けているところは全体の43.4%であった。訪問看護ステーションの母体が株式会社であると他の母体と比較して『かかりつけ医師による処置・検査』が少なく(Pearsonの相関係数 $R:-0.134, p=0.047$ )、『受入れ可能な疾患』では認知症が少ない( $r:-0.147, p=0.029$ )がみられた。また母体が株式会社であると『他施設との連携の頻度』が少なく( $r:-0.182, p<0.007$ )、『訪問看護師の教育プログラム提供』が少ない( $r:-1.159, p<0.018$ )傾向がみられた。

**【考察】** 今回の調査結果から、運営母体が会社組織の訪問看護ステーションが増えていること、運営母体により提供できる医療サービスや対応できる患者の疾患に差があること、リハビリスタッフが aumentando 傾向が示唆されたが、これらが患者のニーズに対応した傾向かどうかは定かではない。我々は現在フランス在宅入院制度における訪問看護供給体制に注目しているためフランスの在宅入院制度における訪問看護供給体制と比較すると、患者の医療依存度に応じて対応できるための、訪問看護における差別化、あるいは異なった機能を持つ訪問看護ステーション同士の連携体制の確立が必要であると考えた。また在宅ケアチームにおける訪問看護と在宅医療の協働体制をどのように構築するか今後の大きな課題と認識される。

## 医 1P-96

### 訪問看護師の対応困難事例における困難要因の検討 - 全国質問紙郵送調査の結果より -

武 ユカリ<sup>1)</sup>、金川治美<sup>1)</sup>、小坂素子<sup>1)</sup>、西出順子<sup>2)</sup>

1) 神戸常盤大学短期大学部 看護学科、2) 神戸常盤大学保健科学部看護学科

**【目的】** 訪問看護では様々な疾患や障害、生活背景をもつ利用者と家族が援助の対象であるため、個別性が非常に高く、援助ニーズも多様である。そのため対応困難事例に遭遇することも多い。そこで訪問看護師への支援を具体化するため、本研究では訪問看護師が感じる困難要因の構造を明確にすることを目的とする。

**【方法】** 訪問看護師12名に対する個別面接調査の内容を、テキストマイニングソフトを用いて分析し困難要因について複数で協議した。文献検討、グループ対話で得られた結果を含め、岩間の分類を参考に整理し、予備調査を経て修正し、質問65項目を作成した。回答は5段階(1そう思わない~5そう思う)1~5点で、得点が高いほど困難の要因と感じていることを示す。調査対象は無作為抽出した全国2000か所の訪問看護ステーションに所属する訪問看護師とした。調査方法は郵送による自記式質問紙調査である。所属大学研究倫理審査委員会の承認を得た。

**【結果】** 回答数588(回収率29.4%)、うち505(有効回答25.3%)を分析対象とした。65項目についてGP分析を行い天井効果がみられた13項目を除外した。最尤法によるプロマックス回転を用いて因子分析を行い、因子負荷量0.4以上とし8項目を除外した。さらに2因子に高く負荷している4項目を除外し、最終的に全40項目、4因子を抽出した。「家族・利用者の抑制のバランスが保てていない態度」「訪問看護師の能力レベルと組織の協力体制」「利用者・家族の疾患と状態に起因する生活能力の低下」「家族が円滑にケアすることを阻む状況」と命名した。全体のクロンバック $\alpha$ 係数は0.96であり、各因子のクロンバック $\alpha$ 係数は0.89~0.92で内的整合性は高い。

**【考察】** 「家族・利用者の抑制のバランスが保てていない態度」が抽出されたことから、目の前の対象者の態度に苦慮している状況が見える。利用者の自宅は密室性が高く、一人で対峙しなければならない訪問看護の場の特性を反映している。また「訪問看護師の能力レベルと組織の協力体制」から、自らの能力や組織力を困難の要因として認識していることも明らかとなった。「利用者・家族の疾患と状態に起因する生活能力の低下」は、訪問看護師が利用者および家族の自立した生活を支援する役割を担っているため、生活能力の低下自体が困難の要素と捉えている。「家族が円滑にケアをすることを阻む状況」も家族の状況がケアを支える大きな要因として捉えていた。

## 医1P-97

### 心不全予防管理に特化した訪問看護ステーションを設立して～活動報告と問題点：第一報～

南部路治<sup>1,2)</sup>、屋比久 進<sup>3)</sup>、屋比久絵美理<sup>3)</sup>、小口涼子<sup>3)</sup>、崎枝久美<sup>3)</sup>

1) 琉球大学医学部附属病院 リハビリテーション部、2) 琉球大学大学院医学研究科 循環器・腎臓・神経内科学講座、3) 株式会社志情しなさき訪問看護ステーション

**【背景】**2025年の地域包括ケアシステム構築に向けて、在宅医療、介護連携が重要となっていく。あらゆる心疾患の終末像である心不全は増悪を繰り返し、医学的管理および包括的支援が必要な疾患である。本邦における循環器関連の各学会でも、在宅・地域において心疾患患者の受け入れ先となる新たな展開を模索している。これまで循環器疾患の医学的管理・包括的支援に重点をおいた訪問看護ステーションは少なく、在宅での医療・介護支援は十分に行えないのが現状であった。そこで今回、心不全予防管理に特化した訪問看護ステーション設立に至ったので、これまでの活動内容と問題点を報告する。

**【目標】**心不全予防に関わる知識の習得を修了した看護師による徹底した心不全管理、包括的介入と急性期病院・かかりつけ医との連携によって心不全増悪による再入院を最小限で済ませること。さらに全ての心不全患者で再発予防を目指す。

**【対象者】**心筋梗塞・狭心症・弁膜症・心筋症による心疾患の患者および心臓手術後・移植待機の患者など全ての心不全患者、または徹底管理が必要な生活習慣病・大血管疾患等の患者。

**【心不全予防管理についての研修内容】**心血管病・心不全・生活習慣病の疾患管理、在宅運動療法、心臓リハビリテーション概論、包括的チーム医療、心臓病の薬物療法、心臓病の食事療法  
**【セッションスタッフ構成】**看護師 4名、(理学療法士、ケアマネージャー)

**【活動範囲】**那覇市・浦添市・西原町・与那原町・南風原町・豊見城市(車移動30分以内の範囲)

**【業務内容】**疾患管理(心不全増悪所見の観察・評価、診療の補助行為全般、セルフケア指導)

身体機能管理(身体機能評価、生活活動範囲のVital評価、運動処方に基づいた運動療法、生活支援用具・住宅改修情報の提供、住宅環境整備)

薬剤管理(薬剤指導、在宅調剤・薬剤宅配サービスの情報提供)  
栄養管理(栄養指導、心臓病食など特別食の宅配サービス等の情報提供)

#### 【問題点】

- ①急性期病院・かかりつけ医・訪問看護ステーション間の連携(情報提供、退院時カンファレンス、緊急時連携)
- ②ケアマネージャー・利用者家族の低い認知度
- ③介護保険申請時の日常生活動作能力と心身機能との乖離
- ④医療者・介護者の質の担保

#### 【今後の展開】

- ・地域連携・啓蒙活動に重点をおき、利用者家族に安心した医療・支援を提供
- ・医療者・介護者に対して専門知識を習得する場を提供

## 医1P-98

### 高齢者施設でのインフルエンザ蔓延防止を目的とした事前対応の試み

中川誠二、前田国土、伊藤博之、佐伯修二、足立大樹

ホームケアクリニック横浜港南

**【目的】**高齢者施設でインフルエンザの流行の兆しが見られた際に未罹患の高齢入居者に対して迅速に抗インフルエンザ薬の予防投薬が行えるように事前対応を試みた。本取り組みについて2015年1月から実践している内容を報告する。

**【実践内容】**『日本感染症学会提言2012「インフルエンザ病院内感染対策の考え方について(高齢者施設を含めて)」』に基づいて院内の職域を越えて意見を交換し、具体的な実践内容を検討した。この提言では、高齢者施設でインフルエンザ感染疑いの患者が2～3日以内に2名以上発生し、そのうち1名でも迅速診断で陽性と診断された場合、施設や入所者の実情に応じて同意取得を心がけたうえで、フロア全体における抗インフルエンザ薬の予防投与を前向きに考慮することが提言されている。それに基づき抗インフルエンザ薬の予防投薬を迅速に行うためには説明と同意を事前に行うことが重要と考えて以下の取り組みを実践した。

①調剤薬局の価格調査／②各高齢者施設への説明と合意形成／③患者(患者家族)への事前説明と服薬の事前同意／④事前同意情報のとりまとめ(情報の共有、一覧化、管理)／⑤調剤薬局への協力依頼

**【実践結果】**2015年12月末までに特養3施設(305人)、グループホーム9施設(172人)、有料老人ホーム4施設(109人)の合計16施設に合意を得て実施した。16施設の全患者586人のうち80.9%に回答が得られ、このうち88.2%の患者に服薬の事前同意が得られた。この同意率を施設の種別別に見ると特養91.9%、グループホーム90.0%、有料老人ホーム72.7%という結果であった。

**【考察】**予防には保険が使えず、金銭負担が同意率に影響すると予想した。しかし、施設の種別別に見た場合、経済的余裕のある方が多いと思われる有料老人ホーム入居者が他に比べて同意率が低かったことは興味深い。また、同意書回収率が施設ごとに差があり、施設への説明やアプローチ方法に工夫が必要と考える。今後は回答が得られなかった理由の調査やインフルエンザの蔓延防止効果の検証も検討に加えていきたい。

**【まとめ】**予防接種を含めた予防策を実施してもインフルエンザの発生を完璧に防ぐことが困難である以上、高齢者施設を担当する医療機関として、患者が健やかに療養生活を送ってもらえるために本取り組みは有用であると考えられる。

## ⑤ 1P-99

### 施設在宅におけるコールセンターの設置と創意工夫 ～施設との円滑な連携を目指して～

竹内美由幸、柳楽知義

光輪クリニック

**【はじめに】**医療法人光輪会は、関西に5つのクリニックを開設している。常勤医師10名、常勤看護師11名が勤務しており、大阪府、兵庫県、奈良県に点在する42施設、約1780人の入居者を対象に訪問診療を行っている。夜間・休日は、コールセンターを設置し、看護師が輪番制でコール対応を行う。コールセンターは、平日17時から翌日9時まで、土曜・日曜・祝日は午前9時から翌日午前9時までの時間帯が担当となる。業務内容としては、電話での問い合わせに受け答えし、状況によって主治医に連絡をとり指示を受ける。看護師が訪問看護に向かう必要があればコールセンターの看護師が出動する。土日祝日は、コール担当者とは別に出勤担当の看護師を配置している。

**【目的】**施設での在宅医療において、夜間・休日のコール対応は患者、家族、施設スタッフを安心させるものであり、円滑にコール対応業務をこなしていかなければならない最も重要な業務の一つである。しかし、コールを受ける医療スタッフにとっては、精神的にも肉体的にも最も労力を要する業務であるともいえる。その上で、医療スタッフの負担を軽減させていくことが最重要課題であるため、コール当番者の負担の軽減と施設側においても迅速な対応をするために取り組みを行った。

**【方法】**2015年12月より、コールセンターの1日当たりの負担を軽減するためにエリアを2つに分割し、土、日、祝日の出動を兼任する運用を開始した。また、各施設での患者対応フローチャートを作成しマニュアルに組み込むことを行った。

エリア分割は、エリアA：25施設、患者数900人、担当看護師6人  
エリアB：17施設、患者数880人、担当看護師5人

**【結果】**エリア分割前の2015年7月から11月までのコールセンター平均連絡回数と、エリア分割後の2015年12月の連絡回数の比較検討を行った結果

2015年7月から11月までの月平均連絡回数483.4件

2015年12月の連絡回数Aエリア226件 Bエリア169件 合計395件

**【考察】**エリア分割を実施することで、1人当たりのコール当番看護師へのコール連絡回数が減少した。連絡回数が減少したことで、一連絡ごとへの対応に焦ることなく状態を聞き取る時間が作れるようになった。また、各施設の介護職員が、患者対応フローチャートに沿って対応することでコールセンターに連絡するまでの選択肢が明確に判断出来、一症状に対して数回のやり取りがあった連絡は、確認、指示、報告までが円滑になったと思われた。

## ⑤ 1P-100

### 5年間に渡る施設骨折事例の検討

伊藤博之、佐伯修二、中川誠二、前田国土、足立大樹

ホームケアクリニック横浜港南

**【目的】**施設入居者の骨折事例を検討することによって、どのようにすれば骨折事故を減らせるか検討する。

**【方法】**調査期間は、平成23年4月1日から平成28年3月31日までの5年間で検討する。

特別養護老人ホーム3施設、グループホーム8施設、有料老人ホーム1施設を対象にして、骨折数、骨折部位、骨折時間、骨折原因、手術の有無について比較検討する。

**【結果】**平成23年4月1日から平成27年3月31日までの4年間の集計について第17回日本在宅医学会もりおか大会で発表した。全入居者数(定数)491人、全骨折数152人、骨折時間は、午前0時から午前8時は53人、午前8時から午後4時は52人、午後4時から午前0時は33人である。骨折部位は、大腿骨79人、脊椎骨20人、肋骨11人、上肢10人、手指9人、膝蓋骨4人、恥骨3人、肩甲骨3人、坐骨3人、下腿骨2人であり、手術有68人、手術無76人、原因として転倒が121人、トランス時の外力2人、ずり落ち3人であった。これに、平成27年4月1日から平成28年3月31日までの1年間の骨折症例を追加する予定である。

**【考察】**東日本大震災後からデータ集計を開始している。現在集計中であるが、4年間の集計結果から、全入居者の20%前後が骨折を経験していることは驚きである。骨折の過半数が大腿骨頸部骨折であり、受傷原因は、機転不明を除くと転倒が96%を占め、全骨折のうち45%が手術を受けている。大腿骨頸部骨折に限っては84%前後が手術を受けている。どの時間帯でも、骨折リスクはあるが、夕方から午前0時までは比較的少なかった。深夜から朝食までは、スタッフが手薄になること、徘徊、夜間頻尿で、骨折リスクが高くなると考えられた。

また日中は、入居者全員が活動するため、職員の目が届かなくなり転倒リスクが上がるためと考えられた。骨折リスクを減らすにはどうしたらよいか、どの入居者を重点的に見守っていかば報告する。

## 医1P-101

### 居住系施設入所者の訪問診療終了事例の検討

平 洋<sup>1)</sup>、松尾良子<sup>2)</sup>、石井大輔<sup>2)</sup>、高田 晋<sup>3)</sup>、  
井上有沙<sup>4)</sup>、高柳 亮<sup>4)</sup>

1) 群馬家庭医療学センター 通町診療所、2) 高崎中央病院、3) 太田協立診療所、4) 前橋協立診療所

**【背景】** 介護力不足、住環境の問題などで、自宅での生活の継続が困難なために、老人ホーム、サービス付き高齢者住宅などの居住系施設に入所する人が増加している。居住系施設の在宅医療は認知症患者が多く、家族との接触の機会も少ないため、状態変化や終末期に際して、療養上の方針の検討が不十分なことが多い。

**【目的】** 当院で診療を行う居住系施設入所者の訪問診療終了事例を調査・分析する。

**【方法】** 2011年4月～2016年1月の間に、訪問診療終了となった居住系施設入所者66例について、終了理由、入院後の転帰、家族面談の実施状況を調査した。

**【結果】** 施設入所時平均年齢は84.3歳(中央値86.0歳)。現疾患は認知症が多く、次に脳血管疾患が多かった。平均診療期間は、601.4日(中央値358.0日)。施設の内訳は、介護付有料老人ホーム35例(53.0%)、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)21例(31.8%)、住宅型有料老人ホーム7例(10.6%)、サービス付き高齢者住宅2例(3.0%)、短期入所生活介護事業所(ショートステイ)1例(1.5%)であった。終了理由は、入院30例(45.5%)、転所(転医)20例(30.3%)、死亡(施設看取り)15例(22.7%)、通院1例(1.5%)であった。15例の施設看取りの死因は、老衰9例、癌4例、脳梗塞1例、敗血症1例であった。入院理由は、肺炎・尿路感染症などの感染症、心不全増悪が多かった。30例の入院後の転帰は、死亡22例(73.3%)、転所(転医)6例(20.0%)、不明2例(6.7%)であった。入院後死亡までの日数は、平均24.1日(中央値12.0日)であり、入院当日の死亡も4例(13.3%)みられた。終了前1年以内の家族面談の実施状況は、施設看取り例93.3%、入院例66.7%であった。

**【考察】** 居住系施設利用者の終了理由の半数近くが入院であり、うち7割以上が死亡退院であったことから、状態変化や終末期に移行する前の段階で、家族・関係者とアドバンス・ケア・プランニングを実践することが望まれる。一方、居住系施設では利用者の家族と面会できる機会が少ないため、積極的に家族や介護職員と面談の場を設ける必要がある。近年、東京圏からの高齢者が転居される事例も増加傾向にあり、遠隔地の家族との連携や身寄りのない高齢者の対応が課題である。

## 医1P-102

### 豊明団地「ふじたまちかど保健室」から住民への地域包括ケア推進にむけたアウトリーチの実践

都築 晃<sup>1,2)</sup>、長谷川洋子<sup>1,2)</sup>、阿部祐子<sup>1,2)</sup>、  
西山都師恵<sup>1,2)</sup>、北村真弓<sup>1,2)</sup>、矢野裕章<sup>1,2)</sup>、  
小島菜保子<sup>1)</sup>、池田 寛<sup>1)</sup>、野々山紗矢果<sup>1)</sup>、金田嘉清<sup>1,2)</sup>

1) 藤田保健衛生大学 地域包括ケア中核センター、2) 藤田保健衛生大学 医療科学部

**【はじめに】** 地域包括ケアを担う在宅医療・介護人材育成を目的に、2013年2月に本学は「地域包括ケア中核センター」を設立し、医療必要度の高い患者やがん緩和ケア患者の早期退院を可能にする訪問看護・リハなどを実践してきた。一方、地域包括ケアを推進するためには住民の疾病理解や健康増進、予防、介護者支援、すまいの工夫や生活支援など、独居や老老世帯に対するアプローチや地域人材育成が遅れている。

**【実践報告】** 我々は、2015年にUR都市再生機構、豊明市、地元自治会と協力し、豊明団地の空き店舗に「ふじたまちかど保健室」を設置した。無償で、住民の健康相談、健康講座、交流拠点として大学教職員が常駐し、学生が活動する実践拠点とした。同時に団地内空き室に18人の学生教職員が居住した。学生はカリキュラム時間外の「生活」の中で、地域貢献活動を通して住民交流、高齢者の生活不安や問題を共有し、将来の地域医療への興味向上と利他的行為者育成のために活動している。ゼミ単位の研究調査ではなく、研究費等の補助金なしで地域貢献し、未来に必要な地域包括ケアを担う人材育成をおこなっている。大学から地域へのアウトリーチである「ふじたまちかど保健室」の実践、「学生居住プロジェクト」による住民と学生の活動を報告する。

## ⑤ 1P-103

### 訪問診療専門クリニックが主催する『多職種交流カフェ』

辻 雄介、上畑 大、國末充央、中川ふみ、中村幸伸

医療法人つばさ つばさクリニック岡山

**【目的】** 地域包括ケアの実現に欠かせない多職種協働を目指して、当院では2014年8月開院以来、多職種参加型の『カフェつばさ』を毎月開催している。「顔の見える連携」と「相互理解」のため行っている本会を通して得られた結果を報告する。

**【方法】** 当院（訪問診療専門クリニック）主催で『カフェつばさ』を2014年9月から2015年12月で計15回開催した。在宅療養に関するテーマを毎回設定し、「家で看取る」「認知症」「情報共有」などとした。参加者4～6名でテーマに沿ったテーブルディスカッションを基本とした。3カ月に1度は1時間の講演形式とした。事前申込不要・参加費無料で、テーブル毎での討議発表や取りまとめはしない事とし、できるだけ「気軽に参加できる会」とした。毎回参加者に対し会についてのアンケートを行った。

**【結果】** 地域の事業所・団体から延べ631名の参加があった。参加職種の内訳として、ケアマネジャー 25%、訪問看護師20%、介護士19%の順に多く、その他医療ソーシャルワーカー、薬剤師、医療事務、作業療法士などの参加があった。アンケート結果は95%が「満足」「ほぼ満足」で、「多職種との交流を持てて良かった」旨の意見が多かった。また、医療に特化したテーマでの開催回において介護職の参加が多い事や、アンケート内の「今後取り上げてほしい内容」回答のうち約半数が薬剤や医療テーマを希望していたことから、職種を問わず多くの参加者において在宅での医療行為や処置に対する関心が高いと考えられた。

**【考察】** 事業所・団体の異なる者が協同し構築される在宅チームの中では顔の見える連携を構築することが非常に重要であり、多くの職種が交流の場を必要としていると考えられた。

今後、これまで以上に参加者のニーズにあったテーマ・多職種協働を実現できる内容を吟味する事が重要と考える。福祉・行政の関係者、病院医師・看護師地域の参加を増やすこと、医療についての内容も充実させることにより、地域での医療・介護・福祉の相互理解をさらに深めたいと考えている。

## ⑤ 1P-104

### 大手スーパーマーケットチェーンとの協働による健康相談室開設までの取り組み

寺内早苗、中山美由紀

社会医療法人財団大和会（やまとかい）東大和訪問看護ステーション

**【はじめに】** 平成26年度の改定で、機能強化型訪問看護ステーションが創設され、地域の中核医療機関の我ステーションも、開設当初から質を重んじた看護を提供し、算定を受けた。このことから、平成27年8月より地域貢献の一貫として、地域包括ケアシステム構築のために、以前より協力体制にあった大手スーパーマーケットチェーンと協働し、健康相談室開設までの取り組みについて報告する。

**【取り組みの概要】** 協働する大手スーパーマーケットチェーンは、1軒の鮮魚商から創業し、110余年東京多摩地区を中心に、130以上の店舗数を展開している。また、在宅サポート部門においては、管理栄養士による利用者者に適した最善の食生活提供・サポートしており365日カスタマーセンターによる利用者からの質問・相談対応を行い、地域活動を積極的に行っている。そのスーパーマーケット側幹部2名との話し合いを8月9日に各1回1時間程度行い、開設の目的を①現在、来店者が身体にどのような不安や困りごとをもって生活しているかを知る事②地域活動を担う役割と課題について知る事を掲げた。対象は、来店者全員とし、10月と12月に、店舗の一角を利用して午後2時～4時の2時間程仮に試みる計画を立案した。

**【結果】** 仮に試みた「健康相談室」には、10名程の相談者があり、2名の看護師で対応した。1人15・20分程で相談者の話を聞き記録した。記録は、相談者の承諾を得たうえで、時間、性別、年齢層、血圧測定値、相談内容を記録した。そのほとんどが60～70歳の女性で、定期的に通院する「かかりつけ医」の存在があった。相談内容は、膝の痛み、花粉症の悩み、膀胱炎症状、介護問題など、日頃気にかかる相談であった。

**【実践上の課題と考察】** 今回の試みを振り返り、来店者の目的に対するニーズの把握とその対策、実践の検討が必要であることが課題となった。また、対象は来店者全員であったが、目的に沿って絞ることやその時間帯、そして店舗内の設置方法も検討課題となった。さらに来店目的が買い物だけにとどまらず、健康相談を主体とする利用者数確保を、店舗側との密なる情報交換を実施し、近々に開設を展開したいと考えている。

## ①P-105

### 地域FM局とタイアップした在宅緩和ケアの普及活動

立石彰男、三隅恵美

医療生協健文会 宇部協立病院

**【背景】** 当院は平成26、27年度(平成27年1月開始)、山口県「在宅医療提供体制構築事業」の委託を受けており、事業目標の一つである「在宅医療の市民への普及啓発」を推進するために今回の活動を実施した。

**【計画】** 地域FM局は、その対象地域は限定されるが、地域との結びつきが強く街づくりに貢献する姿勢も強い。今回、演者らは、地域FM局「FMきらら」とタイアップし、1) 毎月第2、4木曜日14:00～14:50の番組枠を契約し在宅医療紹介番組「家ってええっちゃんね」を放送した。2) 旬刊誌「きららマガジン」に「在宅医療最前線」という記事(800字程度)を連載した。

**【活動】** 1) 現に在宅緩和ケアを受けている患者を始め、在宅で看取った家族(遺族)が、担当した在宅医、訪問看護師とともに出演することが多かった。パーソナリティーの患者、家族へのインタビューを軸に会話が進み、利用して初めてわかった(一般市民が誤解しやすい)サービスの種類、その導入や調整の仕方、看取りに至る過程での心理的な揺らぎなどが、体験者自身の生の言葉で語られた。一方、在宅緩和ケアに関連する制度の利用や費用について理解しやすいように、医療事務職、ケアマネジャー、通所事業責任者などにも出演を依頼した。2) 雑誌には、在宅で看取った家族の語った思いを演者らが要約して掲載した。市内医療機関を始め公共機関やショッピングモールなどに配布した。

**【評価と今後】** 番組審議会やFM局へのe-mailなどでの市民の反響は大きく、自身の介護体験が綴られていることもあった。制度利用については理解がむづかしいという声も多かった。今後、当院以外の地域の在宅医療機関の協力も得て、この活動を継続していきたい。

## ①P-106

### 地域ネットワークづくりのための実践報告 ～「わがまち用賀の保健室」での取り組みから～

片山智栄<sup>1)</sup>、村上典由<sup>1)</sup>、遠矢純一郎<sup>1)</sup>、大石佳能子<sup>2)</sup>

1) 医) プラタナス 桜新町アーバンクリニック、2) 株式会社メディアヴァ

**【はじめに】** 日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進んでおり、厚生労働省は2025年(平成37年)を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進している。地域包括ケアシステム構築は自治体主導で実施され、各地域の特性を活かし地域包括支援センターが中心的役割を担っている。

当院では、認知症の人への訪問看護や認知症初期集中支援サービスを通して、地域包括ケアの展開において重要な要点として、地域のネットワークづくりがあることに着目した。予防的観点を取り入れ、誰もが相談しやすい窓口を創設し、個人や家族をインフォーマルサポートすることや、地域の診療所、訪問看護、訪問介護、居宅介護支援事業所など多職種協働による地域包括支援ネットワーク構築のための地域セミナーなどを実践している。地域ネットワークづくりに必要な要素として、住民主体ネットワークと専門職ネットワークが挙げられる。地域づくりをする以上、地域住民を巻き込みながら地域住民への啓蒙活動を実施し、また地域を知る上でのマップ作成やイベント開催などが有用である。

その取り組みのひとつである、地域の保健室としての「わがまち用賀の保健室」での実践報告をし、医療機関に属する看護師が地域づくりにどのように関与できるのか、また相談窓口における必要な機能、把握しておくべき地域リソース、福祉サービスなどを提案する。

## ① 1P-107

### 多職種参加の院内カンファレンス内容の経年変化～KH Coderによる分析～

彦坂由季、須山智美、椎名一彦、矢治早加、吉崎裕美、岩澤博人、大高正裕

医療法人社団明正会 大高在宅ケアクリニック

**【研究目的】**当クリニックは全職員7名(医師1名・非常勤医師1名・看護師2名・管理栄養士1名・MSW1名・医療事務1名)で約100名の患者の訪問診療を行っている。全職員が患者家族との電話対応をする機会があるが、年々、患者家族の個性に応じた報告連絡がスムーズに行われていくように感じる。毎朝30分間、カンファレンスが行われ、全職種に発言の機会がある。カンファレンス記録から、チームとしてどのような情報を共有するようになったのか内容分析を行った。

**【研究方法】**201X-1年5月～201X+1年12月のカンファレンス記録(看護師記録と管理栄養士記録)のうち、全期間で病状が比較的安定していたA、B、C、D氏の4名の記録を用いた。記述内容はテキスト化しKH Coderを用いて抽出語を探索した。また現在のチームとしてクリニックの体制が整ったと考えられる「201X年6月」を境として“前期”“後期”に分けて、期間によりどのような語が特徴的であるか、内容分析した。

**【結果】**A氏(認知症・糖尿病)は、“前期”は「血糖」「インスリン」という単語が特徴的であったのに対し、“後期”は「息子さん」「ショートステイ」「ご主人」が特徴的であった。B氏(パーキンソン症候群・嚥下機能障害)は、“前期”は「食べる」「飲む」「エンシュア」が特徴的であったのに対し、“後期”は「ご主人」「息子さん」「ショートステイ」「食事」の単語が特徴的であった。またC氏(認知症・摂食障害)は、“前期”は「キーパーソン」「ノート」、“後期”は「点滴」「キーパーソン」「内服」が特徴のある単語であった。D氏(舌癌術後・胃瘻)は“前期”は「ショートステイ」「体温」「頬」、“後期”は「抗生剤」「痰」「お嫁さん」が特徴的な言葉であった。

**【考察】**今回の記録内容分析では、A、B、D氏は“前期”は主に原疾患に関わる単語が用いられており、“後期”は介護家族に関係する単語が特徴的にみられた。C氏は点滴をキーパーソンが実施しているケースだった。全期間で特徴のある単語は似ていたが、“後期”ではキーパーソンの点滴負担や内服介助困難にも言及していたため、後期の方が内容に深まりがあったと言えるだろう。4名共、慢性的経過をたどる疾患であるが、後期ではカンファレンスの文脈の中で、患者の家族背景や社会資源利用について検討する内容になっていくことが示唆された。

## ① 1P-108

### 地域連携のためのワールドカフェ方式カンファレンス「岡・カフェ」の満足度の検討

堀尾建太<sup>1)</sup>、橋本 淳<sup>1)</sup>、林 美子<sup>2)</sup>、山本聡子<sup>2)</sup>

1) 愛知県がんセンター愛知病院 緩和ケア科、2) 愛知県がんセンター愛知病院 地域緩和ケアセンター

**【はじめに】**地域の医療・介護職の連携のための機会は重要だが、講演会やワークショップなどでは、参加者間の交流は限られることが多い。また職歴、職種によって、発言がしにくいなどの課題もある。近年ワールドカフェ(以下WC)方式のカンファレンスが開催されており、成果を上げている。WCとは、自由に会話し、にネットワークを築くことのできる「カフェ」のような空間で行われる話し合いの手法である。多様な考えを共有し、相互理解を深める効果があるといわれている。今回、我々は地域の多職種連携のためにWC方式カンファレンス「岡・カフェ」を開始し、参加者の満足度について検討した。

**【方法】**これまでに開催した5回のWC方式のカンファレンスについて検討した。カンファレンスはテーマについての説明後、小グループで1回20分の話し合いを3回行った。全体で意見交換を行った後、カンファレンス終了時に参加者にアンケートを行い、5件法を用いてWCの満足度を検討した。自由記述欄を設け、WC形式についての意見を求めた。尚、アンケートの実施にあたっては、目的、用途について文書で説明し、結果は個人が特定できないように配慮した。

**【結果】**5回のカンファレンスのべ参加人数は、236名で、アンケート回収数は206件(87.2%)であった。5回のカンファレンスの満足度の平均値は4.81であった。各回毎の満足度の平均値は、1回4.73、2回4.73、3回4.86、4回4.85、5回4.94であった。自由記述欄では、「顔の見える関係づくりが広がる」「多職種の方の仕事内容を理解することができ、今後の仕事に活かせる」「多職種の方が、日々どのようなことで困っているか聞くことができた」などの意見が得られた。

**【結語】**WC方式のカンファレンスは参加者の満足度も高く、地域連携のためのカンファレンスとして有用と考えられた。

## 医1P-109

### 商店街組織を活用した地域包括ケアと他職種連携の実践

坂井謙介<sup>1,2)</sup>、森 亮太<sup>3)</sup>、森永大輔<sup>2,4)</sup>、西澤貴志<sup>2,3,5)</sup>、奥村圭子<sup>2,3,5)</sup>、内藤知美<sup>6)</sup>、江越澄子<sup>2,7)</sup>、後藤照代<sup>1,2)</sup>、高野雅子<sup>6,8)</sup>、亀井克典<sup>6)</sup>

1) 坂井歯科医院、2) いりなか商店街発展会、3) 医療法人八事の森 杉浦医院、4) つむぎファミリークリニック、5) 地域ケアステーション はらべこスパイス、6) 医療法人生寿会 かわな病院、7) 社会福祉法人聖霊会 聖霊病院、8) 名古屋市在宅医療・介護支援センター

**【目的】** 超高齢社会である現在、地域包括ケアを推進する国の方策により、医療介護が必要な患者に対する様々な取り組みがなされている。

われわれの施設が位置する名古屋市昭和区でも医師会を中心としたモデル事業が実行された。現在ではさらに在宅医療介護支援センターを設置し、その取り組みを拡大しつつある。

一方、地域において、医療介護を必要とする以前の高齢者やそれを支える年齢層に対する啓発活動は少ない。また、要介護状態になる以前の高齢者をケアすることは難しく、普段の生活の中でいかに関わっていくかが問われている。

商店街は若い時から地域の住民が利用し、高齢になっても通い続けている店舗も多い。また、地域のお祭りなどを通して、高齢者を支える年齢層へのアプローチも可能である。今回、いりなか商店街発展会が地域包括ケアの観点を持って行っている活動を報告する。

#### 【方法】

- 1、認知症サポーター講習の商店街店舗での開催。
- 2、訪問型サービスの取りまとめと広報活動。
- 3、地域のお祭りにおける医療介護体験ブース設置と講演会の開催。(アンケート調査施行)
- 4、関連各医療機関における臨床および研究活動へのアプローチ

**【結果】** 現在3店舗を用いて認知症サポーター講習を4回行い、約30名がサポーターとなった。訪問型サービスは15店舗が参加し、広報の作製および地域住民へ配布した。地域の祭りに2日間3500名の参加者があり、医療介護体験ブースを開催し延べ1082名の参加者、講演会には65名の参加者があった。アンケート回収数は159名であった。

**【考察】** 今回、商店街に入会し在宅医療に携わっている医療関係者が多く、発表者自身も会長を務めるため、地域での活動をスムーズに行うことが可能であった。今後、これらの活動の幅を広げるとともに継続していく必要があると考えている。

助成 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

## 医1P-110

### 所沢市におけるインターネットを利用した医療連携 第3報 -MUCS翼を用いた医療・病診連携-

林田有貴子<sup>1)</sup>、瀧口博司<sup>2)</sup>、豊川元一<sup>3)</sup>、長澤正樹<sup>4)</sup>、齋藤拓郎<sup>5)</sup>、田中敏光<sup>6)</sup>、正木卓彦<sup>7)</sup>、市川博子<sup>8)</sup>、眞澤寿代<sup>9)</sup>、吉川哲夫<sup>10)</sup>

1) 有貴歯科クリニック、2) 陽だまりの丘クリニック、3) 医療法人社団真心会 豊川医院、4) ながさわ内科、5) さいとう内科クリニック、6) 田中歯科医院、7) のぞみ薬局、8) 所沢市医師会 訪問看護ステーション、9) よしかわ訪問看護ステーション歩、10) 社会医療法人至仁会 圏央所沢病院

**【目的】** 平成27年12月現在所沢市の人口は約34万人、そのうち65歳以上の高齢者は8万5千人、高齢化率は25%となり、この5年で65歳以上の高齢者の割合は確実に増えてきている。その中で平成21年に所沢市医師会が立ち上げた在宅医療ネットワークを有志で継続し、地域包括医療システムの主軸となっている病診連携および医療・介護連携を行うべく、データベース上での情報共有システムとして「MUCS翼」の作製を行ってきた。

**【方法】** データベースソフト FileMakerPro<sup>®</sup> を使用し、VPN経由でサーバーにアクセスして情報の閲覧・記入を行う。また、iPadのアプリケーションである FileMakerGo<sup>®</sup> にも対応しているため、訪問の現場でも情報を閲覧・記入ができるようになった。また、多職種連携だけでなく地域の急性期の病院も参加したことで訪問患者が救急搬送された際の情報提供や退院時の情報提供など病診連携についても効率化が図られた。

**【考察】** 医療連携を行う上での情報共有方法はさまざまであるが、情報化社会において在宅高齢者の増加に伴い、MUCS翼のような情報共有データベースは今後欠かせないものになると考えられる。現在は所沢市内の一部の病院・診療所医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護師が参加して作製を行っているが、ケアマネジャーなどの介護職の参加があれば、所沢市の地域包括医療システムの構築において有用なシステムになると考えられる。

しかし、多職種が閲覧出来るようになることで個人情報保護においては今後も十分に検討していく必要があると考えられる。

## 医1P-111

### 在宅医療多職種連携研修会受講者の在宅医療への意識および連携活動の変化：職種別の検討

松本佳子<sup>1)</sup>、吉江 悟<sup>1)</sup>、土屋瑠見子<sup>2)</sup>、川越正平<sup>3)</sup>、平原佐斗司<sup>4)</sup>、山中 崇<sup>1)</sup>、飯島勝矢<sup>5)</sup>、辻 哲夫<sup>5)</sup>

1) 東京大学医学部 在宅医療学拠点、2) 東京大学大学院医学系研究科 地域看護学分野、3) あおぞら診療所、4) 梶原診療所、5) 東京大学 高齢社会総合研究機構

**【目的】** かかりつけ医の在宅医療への参入と多職種のチームビルディングの促進を目的とした「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」プログラム（以下、プログラム）は、医師、訪問看護師など地域で在宅医療に携わる多職種によるグループワークが意図的に組み込まれている所に特徴がある。本研究は、職種によってプログラム受講効果に違いがあるか確認するため、本プログラム受講者の「在宅医療に関する意識」と「連携活動」、それらの受講前後の変化を職種別に検討した。

**【方法】** 本プログラムの全てもしくは一部を踏襲し2011年から2015年3月まで開催された12地域20研修会の受講者のうち、いずれの研修会にもほぼ共通して受講していた6職種（開業医、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員、地域包括支援センター職員）を対象とした。受講者に受講前、受講直後、受講1年後に自記式質問紙を配布回収し、データの収集を行った。「在宅医療に対する意識」は「在宅医療をやってほしいと思うか」など2項目を、「連携活動」は、開業医との連携、開業医以外の他職種との連携、について回答を求めた。それぞれ、受講前の値を職種間で比較し（一元配置分散分析）、職種別に受講前後の変化を検討した（Wilcoxonの符号付順位和検定）。

**【結果】** 分析対象は、開業医79名、歯科医師61名、薬剤師85名、訪問看護師69名、介護支援専門員84名、地域包括支援センター職員62名であった。

受講前の「在宅医療に対する意識」は訪問看護師が他職種よりも高く前向きであった。受講前と受講直後を比較すると、開業医、歯科医師、薬剤師、介護支援専門員で前向きな変化が認められたが、訪問看護師、地域包括支援センター職員では変化は認められなかった。

受講前の開業医との「連携活動」は、訪問看護師が最も高く他職種よりも高かった。他職種との「連携活動」は、訪問看護師、介護支援専門員、地域包括支援センター職員が高かった。受講1年後の開業医との「連携活動」は歯科医師で上昇した。他職種との「連携活動」は薬剤師、介護支援専門員で上昇が認められた。

**【考察】** 「在宅医療に対する意識」「連携活動」の受講前の状態と受講効果は職種によって異なっていた。対象数を増やし詳細な検討が必要であるものの、職種による違いを考慮することでより効果的なコンテンツの開発、研修会の企画、事業展開が期待できる。

## 医1P-112

### 心不全再入院の予防を目的とした訪問リハビリテーションの取り組み

二井俊行

愛知県厚生連海南病院 訪問リハビリテーション事業所

**【はじめに】** 心疾患患者の介護保険サービスの利用率は全体の3.9%と少ない。高齢心不全患者の多くはADLが自立しており、介護保険の必要性を本人・家族が理解していない可能性がある。高齢心不全患者の増悪予防には、入院時からの患者・家族への教育・指導に加え、介護保険サービスの利用をはじめとする地域との連携を視野に入れた自己管理支援を早期から行うことが必要となっている。心臓リハビリテーション（以下、心リハ）は心不全の再発予防に有効とされている。しかし、高齢・虚弱・複合障害などのため外来通院による心リハは困難な利用者が多い。当院では、通院困難な虚弱高齢心不全患者に対し疾病管理を目的とした訪問リハビリを行っている。今回、退院直後6か月間の結果を検討したので報告する。

**【活動概要】** 入院時より訪問リハビリスタッフが心リハカンファに参加し、退院後の心不全増悪基準を共有している。また、在宅生活をサポートする他のスタッフと連携を図り、心不全増悪因子や疾病管理について情報を共有する。自宅訪問の際、身体機能評価や運動療法、ADL練習、環境整備、疾病管理について指導を行う。退院時には主治医とカンファを行い医療機関受診の基準を設け、スタッフ間でその基準を共有し、適切なタイミングで受診をすすめることで再入院を予防する。

**【対象と方法】** 平成27年1月から12月の期間に急性心不全で当院に入院し、訪問リハビリを利用した13名とした。年齢、性別、基礎疾患、握力、3m歩行速度、MMSE、GDSを退院時、1か月、6か月時に調査した。退院後6か月間での心不全増悪による再入院の有無も調査した。

**【結果】** すべての項目で有意な差が認められた。心不全増悪による再入院も見られなかった。

**【倫理的配慮】** 症例報告に関して、該当する患者に説明し同意を得た。

**【考察とまとめ】** 心不全増悪を予防しつつ、身体・精神機能を向上できたのは、個々に本人・家族の日常生活、ライフスタイルに合わせた疾病管理をし、運動療法を行えたからと考える。心リハは長期予後を改善し、再入院率を減少させ、多職種による患者教育・指導・生活管理は再入院を予防するとされており、急性期以降の在宅生活でも継続して実施される必要がある。今回、退院後訪問リハビリを利用することで疾病管理が行えた。院内の包括的なチームと介護サービスの地域医療連携を構築する重要性を再認識できた。

## ⑤ 1P-113

### 慢性心不全患者における在宅医療の状況とその意義

神谷仁孝、神谷守雄

神谷内科 整形外科

**【目的】** 心血管疾患死は年々増加傾向にあるが、入退院を繰り返す慢性心不全患者は訪問診療の対象となることが比較的少ない。そこで当院で訪問診療を行った慢性心不全患者について検討し考察を加え報告する。

**【方法】** 対象は平成26年1月から平成27年12月の2年間に訪問診療を行った慢性心不全患者6名。同期間に他疾患で訪問診療を行った29名・また外来通院中の慢性心不全患者20名との比較検討も行った。診療録をもとに後ろ向きに調査を行っている。

**【結果】** 慢性心不全患者6名中2名が在宅死し、1名が脳梗塞から入院した。他の3名は在宅診療継続中。平均年齢86.5才、左室駆出率49.5%、BNP値743pg/mlであり、外来の慢性心不全患者(年齢78.5才、左室駆出率52.5%、BNP値280pg/ml)と比較してBNP値が有意に高値であった( $p<0.01$ )。在宅での慢性心不全患者と他疾患の患者間で在宅診療期間中央値・平均訪問診療回数に有意差は認めなかった(心不全患者:188日・18.2回、他疾患患者:213日・13.3回)。また1ヶ月あたりの往診頻度を比較したがこちらも有意差はなし(心不全患者:2.1回、他疾患患者:2.1回)。在宅死した2名の慢性心不全患者は在宅診療期間中央値22日・平均訪問診療回数3回・1ヶ月あたりの往診頻度5.5回であるのに対して、他疾患の在宅死10名では在宅診療期間中央値91日・平均訪問診療回数12.3回・1ヶ月あたりの往診頻度2.5回であった。在宅診療継続中の慢性心不全患者のうち2名に関しては訪問診療開始前、心不全の増悪から年1~4回の入退院を繰り返していた。しかし当院による在宅介入後は2名とも約1年間入院せずに自宅での生活を送っている。

**【考察】** 在宅医療の適応となる慢性心不全患者では外来通院中の慢性心不全患者と比較して、BNP値が高値であり、より重症と考えられた。しかしながら、緊急で往診する頻度は他疾患の患者と比較して差はなかった。心不全患者は自宅で症状が悪化するケースが多い。入退院を繰り返していた心不全患者に対しては、自宅へ出向くことによって内服・体重管理を含めてよりの確なアドバイスが可能となり入院抑制につながった可能性が考えられる。

## ⑤ 1P-114

### 在宅患者の腎機能は血清クレアチニン値で評価できるか？

藤田拓司、伊藤英樹、中澤健一郎、波江野茂彦

拓海会 神経内科クリニック

**【目的】** 腎機能の評価には血清クレアチニン値(Cr値)が一般的に用いられている。球脊髄性筋萎縮症等の特殊な疾患を除けばCr値は筋肉量に影響を受け、筋肉量が減少すればCr値も低下することが知られている。そのため筋萎縮性側索硬化症(ALS)では腎機能評価にはクレアチニンクレアランス(CCr)や血清シスタチン値(CysC値)を使用することが推奨されている。平成27年度に当院で診療した患者では障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)で分けた場合Cr値はA群0.77mg/dL(ALSを除いた場合0.78)、B群0.65(0.67)、C群0.41(0.51)。活動性が低下するにつれ筋肉量は低下に伴いCr値も低下するために、Cr値のみでは腎機能を正しく評価できていないと考えた。自宅や介護施設ではCCrの測定は困難であり、今回CysC値を同時に測定することでCr値による評価が適性であるかどうかを検討する。

**【方法】** 平成27年10月から平成28年1月に診療を行った寝たきり度C2の患者を対象にCr値、CysC値を同時に測定。

**【結果】** 対象は76人(男性34人、女性42人)。女性ではCr値 $0.35\pm 0.23$ (正常値:0.47-0.79)、正常上限を超えたケースは2人。CysC値 $1.01\pm 0.36$ mg/L(正常値:0.51-0.82)、正常上限を超えたのは30人。男性の正常上限(1.00)を超えたケースは17人。CysC値が正常上限を超えていたケースの中で最も低いCr値は0.11であった。

男性ではCr値 $0.42\pm 0.23$ (正常値:0.61-1.04)、男性の正常上限を超えたケースはなかったが、女性の正常上限(0.79)を超えたケースは1人。CysC値 $1.00\pm 0.32$ (正常値:0.61-1.00)、正常上限を超えたのは13人。女性の正常上限(0.82)を超えたのは22人。CysC値が正常上限を超えていたケースの中で最も低いCr値は0.12であった。

**【考察】** シスタチンC値は年齢や性差の影響を受けにくいとされているが、当院が使用している検査会社では性差を設定している。

CysC値は最小で30人(39.4%)、最大で52人(68.4%)で正常上限を超えている。Cr値は糸球体濾過量が30mL/分以下で、CysC値は70-80mL/分以下で上昇するとされている。そのためCysC値では正常上限を超えるケースが多かったと考える。

今回は詳細は記さないが短期的にはCr値が上昇した場合にはCysC値も上昇している。

**【結論】** 活動量の低下している在宅患者ではCr値のみで腎機能を評価することは困難であり、CysC値の併用することが有用であると考えられる。CysC値は軽微な腎機能障害も評価しているので、注意を要する。短期的な腎機能評価にはCr値の変化を用いることも必要である。

## ① 1P-115

### 終末期の食事指導による誤嚥性肺炎予防の成果分析

波江野茂彦、伊藤英樹、中澤健一郎、藤田拓司

拓海会 神経内科クリニック

**【目的】** 老衰や認知症の進行により、不可逆的に自ら食事が食べられなくなる方が少なくない。一方、家族や介護者は最期まで食事摂取することを目標にして食事介助し続けることが多い。そのため、結果的に誤嚥による気管支・肺炎に至るケースにしばしば遭遇する。当院での取り組みとして介護者（患者家族・施設スタッフ）に平成26年度から以下のような説明を行った①「誤嚥性肺炎は全身性の疾患である」②「自ら食事摂取ができなくなった場合、『無理な』食事介助はおこなわない」③「緩和ケアとしての誤嚥性肺炎の説明」の3項目である。その前後の成果を分析した。

**【方法】** 平成24年から平成27年9月までに当院で診療した在宅・施設患者のうち認知症患者262人を対象としたカルテレビュー。発熱等で何らかの感染症を疑うエピソードを抽出し、外部のものと接触のない患者で「発熱と喀痰量の増加」もしくは「入院後に誤嚥性肺炎と診断された」ものを「誤嚥を原因とした気道感染症」とし、年度別にみた誤嚥性肺炎の件数及び入院の件数を分析した。

**【結果】** 経口摂取をしている251人において誤嚥性肺炎の件数は、年度別（24～27年度、平成27年度は9月までの6ヵ月）でみるとそれぞれ25、30、21、7件、入院は13、13、10、1件といずれも26・27年度を境に減少傾向にある。

**【考察】** 平成26・27年度を境に誤嚥性肺炎の件数が減少したのは、介護者への②の説明の成果、入院の件数が減少したのは①と③の成果と考えられる。

**【結論】** 患者家族や施設職員への自ら食べられなくなった時に対する対応の教育は、1診療所においてだけでも成果が現れており、今後地域での説明を共有することによって地域全体の誤嚥性肺炎の件数の減少が期待できる。また急性期病院の疲弊が解消される可能性がある。そのため当院では平成27年12月より「誤嚥性肺炎を考える会」を立ち上げ北摂地域の急性期・療養型・精神科病院の医師、在宅医や歯科医師や訪問看護師などが集り、誤嚥性肺炎の現状の問題点などを話し合い、共通の説明の草案を練ることを目的としている。今後この会を継続していく予定である。

## ① 1P-116

### 非がんの在宅緩和ケア（ハード面ソフト面からがんと非がんを比較する）

吉澤孝之、池田博斉、磯邊 靖、石黒俊彦、吉澤明孝

1) 要町病院、2) 要町ホームケアクリニック

**1) はじめに** 在宅緩和ケアという視点から、がんと非がんの緩和ケアにおける制度などのハード面、患者、家族への対応などのソフト面にわけて症例交えて報告したい

**2) 在宅医療におけるがん、非がん緩和ケアの違い～制度～** 施設介護入居者に対する緩和ケアについて、介護保険施設の中で特別養護老人ホーム、ショートステイでは往診は可能とされても訪問診療はがん末期の場合のみになる。非がん患者の末期では緩和ケアが必要であっても往診はできても訪問できない施設も多いのである。訪問看護では、十分な看護介入ができないケースもあるのである

**3) 在宅医療におけるがん、非がん緩和ケアの違い～使用薬剤、機材～** 薬剤で一番問題なのが、麻薬系鎮痛剤である。日本における麻薬系鎮痛剤使用に関しては、適応ががん性疼痛使用に限定されている場合が多い。神経内科の先生方のご努力を見習って、少なくとも呼吸器、心疾患などをはじめとする呼吸困難時の除痛などに関しては、早急にモルヒネ徐放性剤の適応拡大または容認してほしい。在宅酸素では逆に、急性呼吸不全に当たるがん末期では適応がないことになる。

**4) 在宅医療におけるがん、非がん緩和ケアの違い～家族ケア～** がんと非がん患者では、看取りまでの経過が違うことを理解する必要がある。

**5) 症例提示** ①IPF特発性間質性肺炎患者：モルヒネ使用例

②ALS患者の家族ケアを提示する

**6) まとめ** 非がんの在宅ケアにおいては、在宅の制度上の違い、提供できる医療（薬剤など）の違いがある。そして疾患による看取りまでの経過の違いを知ることが大切であり、そこを考慮してご本人、ご家族のケアを組み立てる必要がある。

## 医2P-1

### 在宅患者の泌尿器科コンサルテーションの導入

土屋邦洋、市橋亮一

医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック

**【はじめに】** 高齢者を中心とした在宅療養患者の多くが頻尿や失禁など排尿に関する問題を抱えている。またカテーテルおよび尿路ストマの管理や、泌尿器悪性腫瘍の終末期患者のケアなど泌尿器領域の在宅におけるニーズは大きいと考えられる。

当クリニックでは2015年4月泌尿器専門医資格を有した医師が在宅診療チームに加わった。2016年1月まで10ヶ月間の活動について振り返り検討する。

**【活動実績】** 検討期間内に泌尿器科コンサルテーションは28症例（トラブルのない尿道留置カテーテル管理は除く）であった。内訳は下部尿路症状に対する診療が17症例、泌尿器悪性腫瘍の在宅緩和ケアが11症例であった。診察は在宅で行い、問診や一般診察および腹部超音波を主に使用して診療を行った。膀胱内視鏡は使用していない。必要に応じて血液検査や導尿による尿検査などおこなった。泌尿器診療については昼間及び夜間頻尿8症例、排尿困難・尿閉4症例、尿路感染症3症例、血尿1症例、カテーテルトラブル1症例であった。基礎疾患は他領域悪性腫瘍や認知症などが多かった。泌尿器悪性腫瘍の在宅緩和ケアについては前立腺癌4症例、膀胱癌4症例、腎盂尿管癌2症例、腎癌1症例であった。そのうち2症例で尿路ストマ（回腸導管・尿管皮膚瘻）、1症例で両側の腎瘻を有し、1症例がガイドワイヤーを用いて尿道カテーテルの交換が必要であった。前立腺癌に対するホルモン療法は在宅中心で行い、腎癌に対する分子標的薬治療については病院との併診という形で治療継続ができる体制とした。看取りについては診療継続中を除く9症例のうち8症例で在宅看取りが可能であった（89%）。

**【考察】** 在宅療養中の患者において頻尿など排尿トラブルは、本人のQOLの低下のみならず介護者の負担の増加にも繋がる。これらを適切に対処することで在宅療養の安定化に繋がると考えられる。またカテーテルやストマを有する悪性腫瘍の終末期にたいしても、これらのトラブルによる入院症例はなく在宅管理が可能であった。在宅療養の場において泌尿器診療については幅広いニーズがあると考えられた。

## 医2P-2

### 施設在宅患者における積極的排便コントロール介入の試み

人羅俊貴

生野愛和病院

**【背景】** 施設在宅患者の多くは脳血管障害やパーキンソン病・精神疾患など便秘症を併発する疾患を有し、また向精神薬や鎮咳・パーキンソン病治療薬など便秘症を惹起する薬剤を内服していることも多い。排便習慣の異常は糞便イレウスや食事量減少・肛門皮膚潰瘍形成などの原因となりQOLを低下させる可能性がある。日常診療においても排便習慣異常は訪問看護ステーションへ介護職員から問い合わせの多い事象の一つである。

**【目的】** 排便コントロールに積極的介入することにより、施設在宅患者の排便習慣への不満の訴えが減少し、緩下剤調整する頻度が減り、訪問看護ステーションへの問い合わせが減少するかを前向きに検討した。

**【方法】** 積極的排便コントロールの介入として、すべての患者さんにおいて①診療毎に必ず排便状況の問診をおこなう、②多種緩下剤を使用した細やかな薬剤調整、③定型化した便秘時の頓用薬剤使用指示表の導入、④患者・介護者へ排便習慣に目を向けるように指導を行い、目標設定を行った。訪問診療を行っている施設で頓用薬剤指示表導入に協力いただけた11施設の中で、6ヶ月間連続で訪問診療が継続できた169例を対象とし、診察時の排便習慣への不満訴えの件数/月、緩下剤の調整の回数/月、訪問看護ステーションへの問い合わせの件数/月を介入前・1ヶ月目・3ヶ月目・6ヶ月目のべ数/月を経時的に検討した。

**【結果】** 103例で便秘症を有し、64例で機械的下剤、59例刺激性下剤、36例でその他緩下剤を使用していた。診察時の排便習慣への不満の訴えは、介入前26件/月だったのが経時的に減少し6ヶ月後には5件/月と減少した。緩下剤調整の回数/月も介入前25回/月が1ヶ月後に27回/月と上昇したが経時的に減少し6ヶ月後は8回/月となった。訪問看護ステーション問い合わせは介入前17件/月あったが、経時的に減少し6ヶ月後には6件/月と減少した。

**【結論】** 施設在宅患者に積極的排便コントロール介入を試み、排便習慣に対する不満を訴える患者は減少し、訪問看護ステーション問い合わせも減少した。

排便コントロールを積極的に行うことは、患者のQOL低下を抑制するだけでなく、看護ステーションへの問い合わせが減少することにより、看護師だけでなく介護職員にとっても労働力の縮小に寄与する可能性があると考えた。

## 医2P-3

### 長期的回腸ストーマ保有者の日常生活における困難とその対応

西村里穂<sup>1)</sup>、湯本淑江<sup>2)</sup>、佐々木美樹<sup>2)</sup>、長井聡子<sup>2)</sup>、  
藤波景子<sup>2)</sup>、上野治香<sup>2)</sup>、緒方泰子<sup>2)</sup>

1) 東京医科歯科大学医学部附属病院、2) 東京医科歯科大学大学院

**【目的】**長期的に回腸ストーマを保有している方の過去から現在の日常生活における困難と、困難への対応について明らかにすること。

**【研究方法】**関東にあるオストメイトのための患者会に参加している、回腸ストーマ保有年数10年以上、かつ60歳以上の方を対象とした。対象者は患者会を通じて紹介していただいた方のうち研究への同意が得られた5名であった。平成27年8月に5名に半構造化面接を行い、「ストーマケア以外の場面、例えば、家事、社会参加、娯楽や余暇の過ごし方などにおいて感じた困難とその対応」「ストーマ造設後年月が流れ、初期の頃には感じなかったが今新たに感じる困難」等について尋ねた。面接の内容は許可を得て録音し逐語録を作成したうえで質的帰納的分析を行った。

**【結果】**対象者の平均年齢は69.6歳(61~76歳)、平均ストーマ保有年数は37年(18~47年)、男性2名女性3名であり、平均面接時間は60.4分だった。分析の結果、[サブカテゴリ]が74個、【カテゴリ】22個抽出され、内容の時間的特徴から【カテゴリ】を「過去の困難」「困難についての対応」「現在の困難」に分類した。「過去の困難」では、【ストーマをつけたことで生活を変化させてきた】【生活において周りに気を遣う】等の5個、「困難についての対応」では【ストーマ管理の面で自分流を見つけ出す努力をした】【ストーマ管理ができて以前の生活を再獲得できた時自信がついた】等の11個、「現在の困難」では、【自己管理ができなくなってから自分が築いた「やり方」でケアができない不安】【ストーマに関して頼りにできる先が乏しい】等の6個が抽出された。

**【考察】**長期的ストーマ保有者は過去の経験から、より自分にあったストーマケアを行っており、医療者にストーマケアを任せる際にはその「やり方」の継続を望んでいる。今後、ストーマ保有者の今までの困難や努力、本人の「やり方」が継続されたケアの必要性・重要性が理解され、実施される体制を整えることが必要であることが示唆された。

**【結論】**日常生活に関する困難には、ストーマケアに付随する身体的・精神的な困難に加え、家庭内での役割との両立の困難があった。困難についての対応では、自身の努力という点が大きな特徴であった。現在の困難では、自力でストーマケアができなくなった時、今の「やり方」が継続できなくなることへの将来の不安があった。

## 医2P-4

### 在宅尿路留置カテーテル管理の実態 ~厚生労働省科学研究にて行った大規模アンケート調査結果報告~

齋藤恵介<sup>1,3)</sup>、平野 央<sup>1,3)</sup>、井手久満<sup>1)</sup>、武藤 智<sup>1)</sup>、  
堀江重郎<sup>2,3)</sup>

1) 帝京大学医学部附属病院 泌尿器科教室、2) 順天堂大学順天堂医院 泌尿器科学講座、3) 鳳優会 あすかホームケアクリニック

我々は、厚生労働省科学研究(地域医療基盤開発推進研究事業)にて在宅患者における尿路留置カテーテルに関するアンケート調査を実施した。高齢者の尿路管理において安易に留置される傾向にある尿路カテーテルに注目し関東甲信越地方3800件の在宅標榜医に対して封筒法によるアンケート調査を行った。高齢者における尿路感染症は、感染症の40%を占め、そのうち66~88%が尿道カテーテル挿入後に発生する。尿道留置カテーテル関連感染症(CA-UTI)は、細菌が分離されても無症候性であることが多い。そのため、尿路感染についての問題意識が低くなる傾向にある。しかしながら、感染を引き起こせば、高齢者に置いては比較的容易に、急性前立腺炎・腎盂腎炎などを起こし菌血症・敗血症から生命の危機に直結する。在宅患者における尿道留置カテーテルの実態を調査することにより在宅医療に特化した尿路感染症対策、在宅尿道留置カテーテル患者へのケアの充実を図るための調査を目的としている。調査では、在宅における尿路カテーテル管理の実態とその問題点が描出された。アンケート結果内容は今後の在宅での排尿排泄ケアを考える上で重要な問題点やカテーテル関連尿路感染症(CA-UTI)への対策を検討してく上でも多くの課題が提起された内容であった。アンケート調査の結果を踏まえこれからの排尿管理を考える。

## 医2P-5

### 在宅医療における一貫した褥瘡管理を目指して（第一報：フローチャートでの創面管理の実践報告）

上田利香、瀬川裕子、伊藤英樹、藤田拓司

（医）拓海会 神経内科クリニック

**【目的】** 当院は神経難病患者を中心に診療している有床在宅支援診療所である。平均診療期間は4年を超え患者の多くが寝たきりであり、褥瘡有病率は一般病院と比較して高い。在宅での褥瘡管理は病院と違い多事業所との連携によって成り立ち、その一貫した管理は難しい。また近年多くの皮膚潰瘍治療剤・創傷被覆剤が開発され、その治療も多様化し当クリニック内の褥瘡管理も様々で一貫していなかった。そこで当院では平成24年6月に褥瘡治療基準を定め、最小限の薬剤と被覆剤であらゆる深達度や創の状態を管理するフローチャートを作成した。当院の褥瘡管理におけるフローチャートの使用経験を報告する。

**【方法】** 平成24年8月～平成27年7月を調査期間とし、当院診療患者のうちDESIGN-Rの深度D3～DU褥瘡保有患者を対象にカルテレビューを行った。褥瘡治療開始時点と開始後3ヶ月でのDESIGN-Rスコアで対象者を“治癒”、“遷延”、“悪化”に分類し集計を行った。褥瘡発生部位や使用した治療剤、被覆剤に関する集計も行った。“遷延”・“悪化”群、再発事例についてはその要因を検討した。

**【結果】** 全37例 治癒:26例 遷延:5例 悪化:6例（うち再発:10例）  
平均治癒期間:83.3日（治癒群:49.9日、遷延・悪化群:162.3日）  
〔フローチャート使用開始前30ヶ月間の平均治癒期間:105.9日〕  
使用薬剤7種、使用被覆材5種であった。

遷延・悪化の原因:悪化・遷延患者:11例（同一体位:8例 圧迫・摩擦:2例 低栄養:1例）

**【考察】** 当院が作成したフローチャートを在宅褥瘡保有患者に使用した。約7割の症例は比較的短期間で治癒に至り、治癒期間についても使用前と比較して遜色のない結果であった。使用薬剤・被覆剤の種類が減り、診察時間の短縮につながったとの声も挙げられ、診療の簡略化にも繋がったと考える。

しかし、在宅療養において病院での入院療養とは異なり家族介護力や介護サービスの導入は一定ではない。遷延・悪化群の褥瘡発生要因としては介護力不足による長時間の同一体位が大半を占め、薬剤治療以外の要因の除去も重要となることを再確認することとなった。今後の課題としては、医師も含め、当院内外の多職種スタッフの褥瘡管理の知識・技術のレベルアップの為に定期的な講習会や意見交換の場を設け、在宅褥瘡管理システムの構築を目指す取り組みを強化する。

## 医2P-6

### 経管栄養注入時間の短縮により難治性褥瘡が軽快した一例

小藺江一代<sup>1)</sup>、北野光枝<sup>2)</sup>、谷 尚美<sup>3)</sup>、佐藤厚子<sup>4)</sup>、加藤由布<sup>5)</sup>、田村秀子<sup>6)</sup>、藤野幸子<sup>7)</sup>、増山めぐみ<sup>8)</sup>、山本真佐子<sup>9)</sup>、菅原純子<sup>10)</sup>

医療法人アスミス わくわく訪問看護ステーションおやま

**【目的】** 胃ろうから経管栄養管理を行っている患者に難治性の褥瘡が生じ、注入栄養剤を半固形化することで、注入時間が短縮され褥瘡の軽快につながったので症例報告する

**【症例】** 72歳女性、アルツハイマー型認知症、要介護5、障害高齢者の日常生活自立度C2、認知症高齢者日常生活自立度M。栄養管理は胃ろうである。平成21年2月から、訪問診療・訪問看護開始。平成25年12月初旬より仙骨部に発赤を認め、エアマットへの変更、スキンケア、ポジショニングなどの対応を行う。また、主たる介護者である実娘に、褥瘡の処置法や日常的ケアのなかで増悪を予防できるように指導。訪問看護の回数を増やし、最終的には週3回から5回状態観察や処置を行うが、徐々に増悪し、平成27年1月下旬にはDESIGN-Rのスコア43点となる。さらに褥瘡部感染を合併し、抗生剤投与や創処置などの集中的な治療が必要との医師の判断もあり、さらに、家族の介護疲労と不安も強く入院した。感染は終息したが、褥瘡の縮小はなかった。「入院でも改善が見られないのであれば、自宅で看たい」という介護家族の思いを酌み、平成27年3月下旬から在宅療養を再開。退院時DESIGN-R 21点。褥瘡が難治である理由として、経管栄養注入時に逆流予防のために、長時間にわたりファーラー位をとる必要があり、仙骨部に圧迫とずれ力がかかると考えた。さらに、便が緩く皮膚汚染も難治の要因と思った。そこで、経腸栄養剤を半固形化し、注入時間を減らせるようにした。半固形化により軟便となり、臀部の皮膚が便で汚染されることが少なくなり、褥瘡は改善傾向となり平成27年6月にはDESIGN-R 5点となった。

**【考察】** エアマットの使用、清潔ケア、ドレッシングなどの褥瘡への対処方法は、入院前後で同様である。唯一の違いは、カロリーを変えず栄養剤を半固形化したことだ。半固形化が、褥瘡治癒に奏効したといえる。早期から半固形化栄養剤に変更していれば、褥瘡を悪化させず、入院を回避できた可能性が高い。一方で半固形化は、注入時間を短縮し仙骨部への圧迫の軽減に効果的といえるが、既製品を使用するとコストがかさみ、自作すると調理の手間がかかる。介護負担に配慮すると、半固形化栄養剤の利用は制限される。本例では、介護者の介護負担に配慮しすぎて、褥瘡を悪化させてしまったことが反省点といえる。半固形化栄養剤の利用を早期から検討することが、褥瘡治療に重要であると痛感している。

## 医2P-7

### 地域における要介護高齢者に対する骨粗鬆症治療の現状と問題点

山田 豪<sup>1,2)</sup>、佐川祐子<sup>2)</sup>、林 加奈子<sup>2)</sup>、松井雅史<sup>2)</sup>、吉村双葉<sup>3)</sup>、松原健治<sup>2)</sup>、大山章子<sup>2)</sup>、渡邊正人<sup>1)</sup>、呉屋 勲<sup>1)</sup>

1) 社会福祉法人和光会 北方在宅クリニック、2) 医療法人和光会 山田病院、3) 社会福祉法人和光会 ナーシングケア北方

**【背景】** 昨年骨粗鬆症の予防と治療ガイドラインが改訂され、地域における骨粗鬆症の病診連携が進むなど、骨粗鬆症に対する意識が高まっている。一方で要介護高齢者に対する治療については未だコンセンサスは得られていない。

**【目的】** 地域における要介護高齢者に対する骨粗鬆症治療の現状と問題点を把握すること

**【対象と方法】** 2015年6月～7月の2か月間に特別養護老人ホームへ新規入所した100人を対象に、骨粗鬆症治療薬を投与されている患者を抽出し、治療状況などを分析し検討した。

**【結果】** 平均年齢は84.8±8.0歳、平均要介護度は3.9±0.8、男女比は1:3、骨粗鬆症治療薬を投与されていたのは16人であった。ビタミンD製剤が最多の12人で単独が8人、他4人の併用薬はカルシウム製剤が1人、ビスフォスフォネートが2人、デノスマブが1人であった。ビスフォスフォネート単独は3人、SERM単独が1人であった。ビタミンDは11人がアルファカルシドール、1人がカルシトリオールであった。

ビタミンD単独の2人に高カルシウム血症を認め、いずれも中止により正常化した。

16人の紹介状で骨粗鬆症の病名が記載されていたものは11人であった。また無治療の骨粗鬆症、既存骨折患者が散見された。

**【考察】** 要介護高齢者に対する骨粗鬆症治療では個々の症例に即した対応が必要で、費用対効果も含めて検討が必要である。しかし今回地域で治療を受けていた100人のうち、16人しか骨粗鬆症治療を受けていなかったことは少ないと思われる。また治療薬としてビタミンDが最多であったが、骨密度上昇効果、骨折予防という点では第一選択とは言い難く、目的が不明瞭である。恐らく副作用が少ないことが大きな理由だと思われるが、高カルシウム血症チェックが殆どされておらず、12人中2人も高カルシウム血症を来していた。

また既存骨折のある91歳女性にSERM単独という必ずしも適切とはいえない症例も、珍しいものではなく、日々の診療において散見される。今回の100人では少なかったが、近年6か月毎の皮下注という簡便さから、デノスマブの使用が増加している。しかし転医の際に投与日が伝えられていないこともしばしば経験しており、骨粗鬆症や既存骨折の情報も併せて地域での情報連携も課題であると思われる。

**【結語】** 予防から治療まで、骨粗鬆症の地域における更なる啓蒙が必要である。また超高齢者に対する治療適応、薬剤選択については今後の課題である。

## 医2P-8

### シロスタゾールの肺炎予防効果：メタアナリシス

中嶋宏貴<sup>1)</sup>、鈴木裕介<sup>1)</sup>、梅垣宏行<sup>2)</sup>、葛谷雅文<sup>2)</sup>

1) 名古屋大学医学部附属病院 地域連携患者相談センター、2) 名古屋大学医学部附属病院 老年内科

**【目的】** 肺炎は高齢者の主な死因の一つである。死には至らなくとも肺炎による入院で在宅復帰が不可能になる例を多数経験する。高齢者の肺炎は嚥下機能障害との関連が大きく、予防には嚥下機能評価や口腔ケアが重要である。嚥下機能を改善する薬剤も複数報告されておりシロスタゾールはその一つであるが、肺炎の予防効果について定まった見解は得られていない。そこでこれまでに報告された研究を収集しメタアナリシスを行った。

**【方法】** 2016年1月5日時点におけるMEDLINE(EBSCOhost)、CINAHL、Cochrane Library、医中誌Web上の文献を網羅的に検索し、その中からシロスタゾールによる肺炎の予防効果を評価した無作為対照化試験を選抜した。研究の質はCochrane Handbookの基準を用いて評価した。選抜した研究を変数効果モデルを用いて統合しリスク比および95%信頼区間を算出した。

**【結果】** ハンドサーチで収集した13文献を含む529文献が評価対象となった。タイトルや抄録、本文を確認し2つの研究が選抜された。いずれも既往に脳梗塞のある患者の肺炎予防に関する日本の研究であった。対照群には抗血栓療法は行われていなかった(プラセボまたは治療なし)。なお研究が行われた当時、アスピリンには脳梗塞の再発予防薬としての保険適応がなかった。両研究とも実行バイアス、検出バイアス、症例減少バイアス、報告バイアスが不明もしくは高かった。選抜された研究が少数であったためFunnel plotによる公表バイアスの評価は行わなかった。変数効果モデルにより研究結果を統合したところシロスタゾールの肺炎予防効果が検出された(RR 0.35、95%CI 0.20-0.60、p=0.0002)。同研究を用いて脳梗塞の再発について同様の解析を行ったところシロスタゾールの脳梗塞再発予防効果も検出された(RR 0.50、95%CI 0.35-0.72、p=0.0002)。

**【考察】** シロスタゾール群は脳梗塞の再発が少なく、その結果として肺炎も少なかった可能性がある。後方視的研究であれば対照群にも抗血栓療法を行っている研究は存在し、シロスタゾールによる肺炎の予防効果が示唆されている。

**【結論】** 今回のメタアナリシスではシロスタゾールが肺炎を予防するという確固とした根拠は得られなかった。評価するためのデータが不足している。

## 医2P-9

### SMA症候群を発症し胃瘻造設したALS患者へのナラティブアプローチ

藤田広美、岡野ひろみ、柳 彩千、片岡 祐、大西規史、和田幹生

市立福知山市民病院 在宅ケアチーム

**【目的】**筋委縮性索硬化症(以下ALS)は現在も有効な治療法がなく、患者は告知を受けた時から進行する疾病を常に意識せざるをえない。その後の生活や人生をどのように過ごすか、対症療法をどこまでするかなど、患者・家族は様々な場面で意思決定を迫られる。今回、上腸間膜動脈症候群(以下、SMA症候群)を発症し胃瘻造設したALS患者への介入を通してナラティブアプローチについて考察した。

**【症例】**66歳女性、夫と長男との3人暮らし。要介護5、ALSにてNIPPV使用し在宅療養を行っていたところSMA症候群を発症し入院。十二指腸の通過障害に伴う苦痛強く、一時的に除圧のための経鼻胃管挿入を行わざるを得なかった。以前より栄養ルートとしての胃瘻、気管切開・人工呼吸器は希望されておらず、入院してからも意思の変化はなかった。しかし、通過障害から持続する嘔吐症状や栄養状態を改善するためには胃瘻造設が重要な選択肢となった。しばらく患者は造設するか否か意思決定できない状態が続いた。在宅ケアチームは思いを傾聴し患者・家族を支えた。患者は約1か月間迷ったすえに胃瘻造設され在宅療養に退院。退院1週間後、介護量が増えた事で疲労する家族と、それを気遣い苦悩する患者が見受けられた。訪問看護師など在宅に関わる各職種間で情報を共有し、注入時間の調整や仙骨部の疼痛に対するケアなどを統一して行い、家族の介護負担や患者・家族の心理的負担が軽減できるよう調整した。

**【考察】**患者は、入院前まで一貫して胃瘻してまで生きたいとは考えていなかった。しかし、苦痛の除去と患者を支える家族の思いをうけとめ、胃瘻造設して生きようとする価値観に変化していった。ところが、長時間の栄養注入は、患者にとっては苦痛を、家族にとっては介護量の増加を招き、胃瘻を選択した価値観の受容を阻害することになっていた。在宅に関わる各職種が連携して介入したことで、患者・家族が身体や状況の変化に適切で新しいナラティブの獲得につながったと考えた。疾患の進行とともに適切に価値観や人生観をおきかえ、患者の尊厳を保ちながら状況への適応が得られれば、根治治療法がない疾患の経過でも病気と生きる人生を肯定できるようになる。今後も患者は多くの選択で決断を迫られる。関わる医療者が共通の認識を持って様々な変化に適切に対応していくことで、患者・家族のナラティブの元での最良な意思決定につなげていきたい。

## 医2P-10

### 在宅診療5年間での、さまざまなステージのALS患者6名への関わりを通して見えてきた当地域の神経難病患者の在宅療養支援の問題点について

斉藤睦美<sup>1)</sup>、伊賀勝康<sup>1,2)</sup>、小堤真喜子<sup>1)</sup>、斉藤小百合<sup>1)</sup>、大西敦子<sup>1)</sup>、松下直彦<sup>1,2)</sup>、菊地憲孝<sup>1,2)</sup>、住田瑞夫<sup>1,2)</sup>、宮崎有広<sup>2)</sup>

1) 北海道勤労者医療協会 勤医協苫小牧病院 在宅診療部、2) 北海道勤労者医療協会 勤医協苫小牧病院 内科

苫小牧市は札幌の南70キロに位置する17万人の北海道地方都市で、他の道内地方都市よりは高齢化率が鈍いものの、徐々に高齢化の問題が顕在化しつつある。その苫小牧市に当院が開院して35年、当初から外来診療の一環として在宅訪問診療を続けている。地域から望まれるプライマリケアを担う病院として2009年秋、在宅療養支援病院となり在宅部門在宅診療部を立ち上げ、在宅医療を行っている。現在訪問診療担当医4名で管理患者数約140人、5年間で30人以上の方々を在宅や療養施設にて看取ってきた。苫小牧での在宅訪問診療ニーズは多いが、それに応えられる在宅療養支援診療所2施設。在宅療養支援病院は当院のみであり、受け皿は小さい。在宅診療部5年間の中で6人の筋委縮性側索硬化症(以下ALS)患者の在宅療養に関わった。それぞれが様々な重症度でALS診断に至った方であり、その経過や診療に関わる医療連携や介護マネジメントで幾つかの苫小牧の地域問題に気付く点があった。ALSなどの神経難病の方の在宅療養の充実のためにも現時点の問題点を整理する必要がある。

**【目的】**苫小牧市でのALSの在宅療養の現状を把握し、療養支援上の苫小牧での問題点明らかにする。

**【方法】**保健所でのALS全数調査 ALS患者家族聞き取り 医療機関と支援資源の調査・聞き取り

**【データ報告】** 当日供覧

**【考察】**①札幌圏への医療介護資源集中傾向があり、苫小牧市の医療圏は札幌医療圏との関わりが強い。多くの方がS医大、H大学、札幌S病院などで診断されている。重症度分類1-2の軽症例の多くが遠距離通院で定期管理を受ける。しかし重症になった時に、苫小牧地域の医療機関や介護資源と連携が成立していない中で札幌へ通院困難になってしまう事例が散見。苫小牧地域の問題点と思われ、札幌圏まで含めた情報システム地域で受け入れるためのネットワークづくりが必要と思われる。②患者、家族がALSの疾患についての説明を主に受けたところは札幌圏の専門医療機関である。市内の医療機関での在宅療養も含めた疾患への対応を説明する体制はまだできていない。

**【まとめ】**苫小牧市でのALS患者の在宅療養には、それを支える専門医療体制、在宅医療体制、介護資源が不足しており、それを補うネットワークの構築がまだ不十分である。さまざまな選択に必要な患者家族への十分な情報提供がされているとはいいがたく、人工呼吸器や胃瘻などの選択にも影響を与えている可能性がある。今後の地域医療ネットワークの構築が急がれる。

## 医2P-11

### ALSの利用者を支える看護小規模多機能の役割 — 急激に神経症状が進行したALS利用者の事例を振り返る

寺岡 薫、泉 若奈、滝口くみこ、山本美香、三浦由実、高橋宏枝、稲田圭子、内村麻衣、福田裕子

まちのナースステーション八千代

**【はじめに】**平成24年の制度改定で、訪問看護ステーションに小規模多機能の機能を合わせた、看護小規模多機能型居宅介護（以下、看多機）が設置され、当訪問看護ステーションも看多機「むすんでひらいて」を開設した。その中で、急激に神経症状が進行し自宅に永眠されたALSの利用者を振り返り、看多機の役割を振り返る。

**【事例紹介】**201X年6月にALSと診断を受けた時には、車の運転も出来ていたが、その後急激に歩けなくなり、8月頃よりケアマネジャーが介入し、9月から看多機を利用開始した。出会った頃には、球麻痺が進み、すでに会話は出来ず、iPadでのコミュニケーションであった。徐々に自力での食事摂取も困難になり、11月に自宅にて永眠される。

**【結果】**A氏のケアを振り返り、神経難病の方を支援するには、**【意思決定を支える】**【本人の希望を支える】【家族の介護負担の軽減】の3つのカテゴリに分けられた。**【意思決定を支える】**には、＜適切な病状の説明＞＜必要な情報提供＞＜段階に応じた住宅環境の整備＞、**【本人の希望を支える】**には、＜最期まで口から食べたい＞＜家族に迷惑をかけたくない＞＜できるだけ看多機を利用したい＞、**【家族の介護負担の軽減】**＜仕事にあわせて利用を調整＞＜ケア方法の指導＞のそれぞれにサブカテゴリが挙げた。

**【考察】**神経難病の患者は、胃瘻造設や人工呼吸器等、人生の選択を強いられることがあり、肯定的に自分の命の選択をすることが重要である。しかし、A氏の神経症状は、急激に進行したため自分の病状と気持ちがついて行けない状況だったため、本人と家族へ、話し合いを何度も行い**【意思決定を支える】**ことが必要であった。また、医療介護同一事業所のスタッフでケアの統一を行う事で**【本人の希望を支える】**ことが出来た。また、個々の家族の想いを聞き、ライフスタイルに合わせて調整をすることで、**【家族の介護負担の軽減】**に繋がったと考える。

**【おわりに】**神経難病の利用者を看多機で支えるには、その医療・生活すべてにスタッフが丸となり関わっていく必要がある。そして、利用者とその家族の希望に添って迅速に対応していくことが大切だと考える。しかし、A氏を看取った後、関わったスタッフに疲弊感がみられた。そのため、看取った後に関わったスタッフとデスクスキャンファレンスを行い自分の想いの表出の場を作りスタッフケアを行った。今後は、スタッフのケアを含めた体制も必要となると考える。

## 医2P-12

### 在宅歯科訪問を通して進行性核上性麻痺患者の在宅療養継続を支援した一例

森本知花、北 ちづる

花デンタルクリニック

**【目的】**進行性核上性麻痺（PSP）は、未だ原因不明で根本的な治療もない神経難病であり、その臨床病型においても様々なタイプがある。また死因の多くは誤嚥性肺炎によるものといわれている。今回、PSP患者家族会の活動を通じ紹介を受けたPSP患者への歯科在宅訪問での関わりを通じ継続して支援している一例から、歯科在宅医療の役割について考察する。

**【実践内容、効果】**患者S氏は78歳男性。平成17年より眼の不調を訴え眼科受診するもパーキンソン症候群の疑いとこのことで神経内科に転科。マドパー服用開始。平成19年他院にて、パーキンソン病と診断を受けマドパー増量。平成22年すくみ足、歩行困難、自動車事故出現により、再検査後、平成23年4月PSPと確定診断され、11月より車椅子使用となった。平成24年10月水分摂取時のむせ、好きなフランスパンの飲み込みが悪いなどの本人からの訴えがあり、当院受診となった。初診時、口腔内所見では、口腔内乾燥、臼歯欠損、食渣貯留に加え、咽頭後壁に散剤の貯留も認められたため、在宅往診にてまずは早期の専門的口腔ケアによる口腔機能低下の予防に努めた。以後、義歯の作製等必要な歯科医療も行い、患者家族に対して、口腔機能低下を予防するための専門的口腔ケアを実施指導しながら、経口摂取が継続でき、誤嚥性肺炎も併発することなく現在に至っている。平成26年9月には、PSP患者家族会にて、S氏と共に、それまでの歯科往診の経緯と成果を発表するチャンスがあり、患者家族にも在宅療養を継続する目標となっただけでなく、他の患者家族にも励みになったという感想を得た。また平成27年には大腿部骨折にて入院加療するも、再度、在宅復帰している。

**【考察】**PSPの病型の中には、確定診断までに数年かかるものや、その経過において10年以上の経過をとる場合も珍しくないが、診断を受けた患者家族においては、予測のできない今後の不安との闘いが始まっているといっても過言ではない。また、その多くは、摂食嚥下障害を伴うものであり、病態の初期から症状が出現するケースもあるが、本症例のように経過の緩やかな症例もあり、確定診断後、医科的介入が投薬加療と経過観察のみとなっているような症例では、経口摂取を継続する上で、歯科の早期介入が、口腔機能低下の防止という観点から本人の希望である在宅療養の継続の一翼を担ってきたと考えている。

## 医2P-13

### 難病指定の医療費助成に関する問題点

野田雅友美、石賀比奈子、石賀丈士

いしが在宅ケアクリニック

**【目的】** 当院は在宅ホスピス、緩和ケアに特化し年間300名の看取り実績をもつ在宅専門クリニックである。平成27年12月現在、当院には32名の難病指定患者がいる。

平成27年1月から、難病患者への助成制度が変更となった。1医療機関あたりの上限額がなくなった。また、受診した複数の医療機関で合算した額が上限額となったり、管理票に記載しなければならなくなったり等、従来と比べ複雑な制度となっている。それに対して、当院では以下の方法で対応したが、問題点が複数認められその改善点を提案したい。

**【支払い請求までの準備】** 当院で請求する旨を、関係する薬局や訪問看護ステーションに連絡する。管理票の確認のため、月初めに患者へ連絡する。当院で上限に達しない場合は、関係する薬局や訪問看護ステーションに連絡し、差額を請求してもらう。

**【結果】** 制度を把握している患者・家族の場合では請求が円滑であったが、理解が乏しい患者・家族の場合は請求が円滑にできない。

**【考察】** 管理票の管理が困難な10名に対しては当院で請求をすることとなったが、実際は他医療機関を受診している可能性もあり、請求の正誤は今後のレセプトの返戻でしか判らない。この制度自体に問題があるのではないだろうかとも思われる。

**【結論】** 従来の制度のまま、自己負担上限額を変更さえすればよいと考える。

また、今回のように医療費助成制度を改正する際、医療機関に対しても十分な準備期間が必要ではなかったかという意見もあった。

## 医2P-14

### 訪問リハビリでパソコン操作技術を習得し社会参加を促した脳性麻痺の一例

高橋友二郎<sup>1)</sup>、藤木 渉<sup>1)</sup>、堤内 誠<sup>1)</sup>、山中ゆかり<sup>1)</sup>、一ノ瀬英史<sup>1)</sup>、大杉泰弘<sup>2)</sup>、本田宜久<sup>1)</sup>

1) 医療法人博愛会 穎田病院、2) 豊田・藤田保健衛生大学連携地域医療学豊田地域医療センター 総合診療科

**【はじめに】** 穎田病院の訪問リハビリ部門は、在宅医療センターの一員として、地域の介護保険と医療保険双方のリハビリニーズに 대응している。今回は訪問リハビリが介入し、パソコン操作技術を習得し社会参加を促した症例を報告する。

**【症例】** 48歳女性、出生時より水頭症があり1歳に脳室腹腔シヤント手術。脳性麻痺により7歳でハムストリングス腱延長術施行。現在は弱視や両下肢麻痺があり、床に座っての生活が主体であった。また、家族以外との関わりが少なく、外部との関わりは訪問診療、訪問リハビリのみで慣れない人や物事には緊張し、血圧、脈拍上昇、筋緊張亢進が著明にみられた。

**【経過】** H24年8月、訪問診療主治医により拘縮予防と運動指導の指示があり、訪問リハビリを開始した。H26年10月訪問診療の中で、「パソコンを使ってみよう」と希望され、主治医の指示により、パソコンの操作練習を開始した。当初は「難しく使うことは出来ない」と不安があったため、まずは当院のパソコンを持参して実施した。実施する中で、弱視でキーボードと画面が見えづらい、筋緊張亢進により細かいマウス操作が困難、座位姿勢の乱れなどの問題点があげられた。

そこで、アプローチとしてキーボードのアルファベッドの大きさや色をシールで解りやすく変更し、拡大鏡やアイコンサイズの変更で画面を見えやすく調整。また、マウスポインタの表示と速度および、クリック設定の変更。さらに、座位姿勢保持の椅子シーティングを行った。徐々にパソコン操作が行えるようになり、意欲の変化がみられた。「自分のパソコンが欲しい」と希望があり、H27年4月に購入され、本人のパソコンで操作やメール送信練習を行った。

現在では本人だけでパソコン操作が可能となり、遠方の知人とメールや趣味である絵画をペイントソフトで作成出来るようになった。また、自宅商店の紹介チラシを作成した際には「初めて母の仕事の手伝いができた」と喜ばれ、今ではパソコンは生活に欠かせないものとなった。

**【考察】** 開始前は難しいという気持ちがあったが、リハビリで環境や調整を工夫し、難易度を段階付することで出来るかもしれないという気持ちになり導入に至った。パソコンを利用することでメールや商店のチラシ作成をするなど社会参加への取り組みに繋がった。訪問リハビリでは身体機能向上だけでなく社会的変化も引き起こすことが可能である。

## 医2P-15

### リハビリ中に語った夢を叶えた20歳の末期がん女性 ～ヤフオクドームでの野球観戦を支援して～

藤木 渉<sup>1)</sup>、柏木 淳<sup>1)</sup>、高橋友二郎<sup>1)</sup>、堤内 誠<sup>1)</sup>、山中ゆかり<sup>1)</sup>、一ノ瀬英史<sup>1)</sup>、大杉泰弘<sup>2)</sup>、本田宜久<sup>1)</sup>

1) 医療法人博愛会 額田病院、2) 豊田市・藤田保健衛生大学連携地域医療学 豊田地域医療センター総合診療科

**【目的】** 額田病院の在宅医療センターでは、末期がん患者の最後の希望を叶える活動にも多く関わっている。今回は訪問リハビリが介入し、様々な方や団体の協力を得て、本人と家族のEnd of Lifeの質の向上に寄与できた事例を報告する。

**【経過】** H26年12月に訪問診療とリハビリを開始した末期骨肉腫の20歳女性。上肢機能は正常だが、下肢脱力と左大腿骨頭に転移あり、移乗は最大介助、移動は車いすであった。ADL指導で介入していたある日「(ヤフオクドームの)エキサイティングシートで野球を観るのが夢」と希望を口にされた。患者と家族は地元球団のファンでよく観戦に行っていたが、間近で観た経験はなかった。この時、予後2ヶ月であった。チームとしてこの夢を叶えたいと考え、球団や家族との調整を行った。球団からは、車いすではなく観戦席に座る条件で許可を頂き、観戦に向けてのリハビリと準備を開始した。

患者の体力を考えると家族の援助や福祉用具が重要であった。課題として、車いすでの外出動作、車への移乗、観戦中の座位保持、急変時の対応があった。車いすでの玄関の出入りと車の乗降動作は、本人と家族に動作指導と確認を行うことで自信が得られた。座位に関しては、姿勢保持や除圧のためのクッションを選定した。また、応援ボード作成の作業活動を行い、耐久性の訓練と評価を行った。活動中は数時間の座位が可能であったが、疲労が出た場合に備えてリクライニング車いすも準備し、移動にも使用することにした。さらに、看護師と急変時の必要物品を準備し、医師とは緊急時の連絡先と搬送先を確認した。球場では、多目的トイレと救護室の位置を確認した。

当日はセラピスト4名も同行し、体調確認や観戦席への移乗を支援した。体調が心配されたが最後まで観戦することができた。また、球団の粹な図らいで、試合前に選手との対談や写真撮影もできた。患者は「最高に幸せ」、家族は「リハビリの方がいて安心でした」と満足されていた。撮影した様子はDVDにして渡し、何度も家族と観て楽しんだ。しかし、徐々に体調は悪化し、2週後に亡くなった。

**【考察】** チームで連携し、十分な事前準備を行うことで家族との思い出を残す活動が可能である。それらの準備や支援にはセラピストの専門性が重要であり、患者の心身機能や介助量を評価し、必要な福祉用具等を把握したセラピストが介入することが、在宅生活の質の向上と満足度にも繋がると思われる。

## 医2P-16

### 医療・介護・リハの多職種協働による外出支援を行った筋萎縮性側索硬化症の一例

菅原 章<sup>1)</sup>、小山 賢<sup>2)</sup>、及川優樹<sup>3)</sup>、神田由香利<sup>4)</sup>、寺田尚弘<sup>5)</sup>

1) あかね会訪問リハビリテーション事業所、2) 介護リフォームセンター、3) 五葉寮いきいきデイサービスセンター、4) いきいき指定居宅介護支援センター、5) 釜石ファミリークリニック在宅療養科

**【目的】** 大関節の疼痛が著明で車椅子坐位耐久性が低下していた症例に対し、医療・介護・リハの協働による外出支援を行ったところ長時間のドライブが可能となった経験から、多職種協働の重要性について考察した。

**【症例紹介】** 80歳代男性、平成X年8月に四肢筋力低下と構音障害からALS発症。翌年1月から訪問リハ開始したが、大関節の他動運動時痛が著明で拘縮リスクが高い病態であった。病前からドライブが趣味だったため発症後も御家族の運転で出かける機会があったが、全身の運動麻痺進行とともに疼痛は増悪し、同年6月の訪問診療開始前後には日中の車椅子坐位でも就寝中でも同一姿勢保持が苦痛となり、ドライブ実施は困難になってきたと思われた。

**【実践内容】** 本症例が長距離ドライブを苦痛なく行うための課題は以下の3点。

(1)大関節の疼痛と拘縮進行への対策…疼痛による筋緊張亢進で拘縮進行が助長された。その対策として主治医が訪問リハ実施1時間前に内服するNSAIDsを処方。内服後は一時的に筋弛緩様効果が得られ全身のコンディショニングがしやすくなり、拘縮進行が抑制できた。並行して、夜間痛に対応するため同NSAIDsは眼前にも毎日内服、ウレタンマットレスはより寝心地の良さを追求して2回変更したところ、夜間痛の訴えが半減となった。

(2)安楽でしかも御家族が介助しやすい車椅子…福祉用具業者に「出来るだけ軽くかつ安定性の良いチルト型」というリクエストをして探してもらい、1回の変更を経て使用開始。その後、ケアマネジャーの勧めでデイサービスも利用開始となったが、送迎中も施設滞在中も大きな不満無く過ごすことが出来た。

(3)車椅子と御家族6名が乗れる自動車…デイサービスの送迎車と同車種のリフト車をレンタカーで利用することが出来たため、症例も御家族も安心感が得られた。

**【実践効果】** 片道5時間の紅葉狩りを大きな問題なく日帰りで行うことが出来た。さらにその1か月後にも同等の距離のドライブへ出かけることが出来た。

**【考察】** 長時間のドライブを苦痛なく行うためには関節拘縮治療、夜間も含めた日常の疼痛管理、車椅子の選定、デイサービスによって外出に慣れておくこと等、御家族と多職種が知恵を出し合って取り組む必要がある。特にALSのように進行の早い神経難病では、患者さんの希望をプロジェクト化した上で、計画的かつ迅速に対応することが求められる。

## 医2P-17

### 回復期リハビリテーション病棟における退院後家屋訪問の取り組み～QOLの向上を認めた一症例～

館野理恵、鈴木彰太、大宮嘉恵、伊藤直樹、水野亜紀、浅野直也、大沢愛子、近藤和泉

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 機能回復診療部

**【はじめに】** 回復期リハビリテーション病棟（以下：回復期リハ病棟）では、自宅に戻れることを前提としたリハを提供するため、退院前家屋訪問（以下：退院前訪問）を実施するケースが多い。当センターの回復期リハ病棟では、退院前訪問患者に対して、退院後生活の状況確認や生活支援をより充実させることを目的として、理学・作業療法士により退院前だけでなく退院後家屋訪問（以下：退院後訪問）を実施している。今回、重度の左片麻痺に加えて、注意機能等の高次脳機能障害により訓練や家屋改修・家族指導に難渋した症例を経験したので報告する。

**【症例】** 70歳代女性。右視床～被殻出血により、重度の左片麻痺とバランス能力の低下に加え、注意障害等の重度高次脳機能障害の影響で、基本動作や日常生活動作全般に介助を要した。要介護度5。夫婦関係は良好であった。

**【家屋評価】** 退院前訪問時に、玄関アプローチからの出入り部分やトイレ内の手すり位置変更等の改修が必要であり改修案を提示した。住宅改修を行った上での退院後生活について、カナダ作業遂行測定（以下：COPM）を使用し、患者が重要だと感じている問題点を挙げ、遂行度・満足度を測定した。退院後訪問では、住宅改修後の動作や生活状況の確認、COPMによる遂行度・満足度の比較を行い、Zarit介護負担尺度（以下：Zarit）を用いて家族の介護負担度も評価した。住宅改修は、提示した改修案から多少の変更はあったものの、退院時に患者が重要と感じていた問題は解決できていたことが分かった。COPMでは、遂行度の変化は認められなかったが、満足度が退院時3点から退院後訪問時4.4点と生活に対して向上を認めた。Zaritは33点であった。退院後のサービス利用状況に関しては、デイサービスやデイケアを週5日、ショートステイを月に2回程度利用していた。

**【考察】** 玄関部分の住宅改修実施により外出のしやすさが確保できたことで、適切な介護サービス利用が可能となったと思われる。これにより、主介護者である夫の時間的負担が軽減し、患者と夫との良好な関係性の維持や、満足度の向上が得られたのではないかと考えた。回復期リハ病棟における家屋回収案の提案は、患者の動作能力に焦点をあてるのみでなく、介護者との関係性やサービス活用方法等、本人や介護者の生活の質の向上にも考慮して実施すべきであると思われた。

## 医2P-18

### 在宅終末期がんサバイバーのリハビリテーションにおける多職種連携の有効性

金谷親好<sup>1)</sup>、濱崎 恵<sup>1)</sup>、竹ノ内裕一<sup>1)</sup>、池田耕二<sup>2)</sup>、久松憲明 (MD)<sup>1)</sup>

1) 医療法人平和会 ひさまつクリニック訪問リハビリテーション部、  
2) 大阪行岡医療大学 医療学部理学療法学科

**【はじめに】** 昨今、在宅終末期がんサバイバーは増加していくものと予想され、訪問看護・リハビリテーション（以下、リハ）の重要性はさらに増すものと考えられる。今回、在宅終末期がんサバイバー 2症例に対し、多職種連携によって本人と家族の思いを汲み取った有効な実践が経験できたので報告する。本報告は、ご家族の同意を得たうえで当院倫理委員会の承認を得た。

#### 【症例紹介】

**症例1**：80代男性。現病歴は、7年前に前立腺癌と診断され、尿路感染、尿管結石と入退院を繰り返していたが、本人の「自宅へ帰りたい」という強い希望により自宅退院となった。その後、訪問看護が週3回、訪問リハが介助量軽減や疼痛緩和、環境設定や家族のケア等を目的に週2回介入した。多職種連携では、スマートフォンの情報共有アプリを利用し、褥瘡画像や身体状態の変化、本人や家族の精神的負担等を共有した。当初はベッドではなく主に座椅子で過ごしていることによる褥瘡悪化を懸念し、車椅子やベッド使用を勧めるも拒否された。看護師からの情報により、座椅子に対する本人の強い思いや仏壇前でオムツ交換することへの妻の嫌悪感がわかった。そこで訪問リハでは、安楽肢位やクッションの選別等で対応し思いに応えるようにした。その後、満足しつつ家族に見守られ自宅で永眠された。

**症例2**：60代男性。現病歴は、2年前に右下顎肉腫の診断後、強直性筋ジストロフィーと診断され、気管切開術、胃瘻造設施行し自宅退院となった。その後、訪問看護が週3回、訪問リハが摂食嚥下及び起居移乗動作維持、疼痛緩和、環境設定、家族のケア等を目的に週3回介入した。その結果、一部経口摂取が可能となり、2か月後には車椅子外出が可能となった。しかし、6か月後には、倦怠感や疼痛が増強し、本人や家族に不安や葛藤が認められた。ソーシャルワーカーが介入したところ、それらは間近に迫っている次女の結婚式に起因していることがわかり、多職種間で参加に向けた実践を模索した。結果的には結婚式に間に合わなかったが、納得されたうえで家族に見守られ自宅で永眠された。

**【考察】** 今回の2症例の経験では、情報共有アプリの活用や積極的なカンファレンス等による多職種連携（他事業所も含む）が有効に機能し、本人や家族の思いに応える実践を可能にしたものと考えられる。また、それらはリハの方向性を見失わせることなく、スタッフの無力感を最小限にしたとも考えられた。

## ②P-19

### 急性増悪等における訪問リハビリテーションの実施状況について～他事業所へのアンケート調査から～

萩原めぐみ、金谷親好、久松憲明 (MD)

医療法人平和会 ひさまつクリニック

**【はじめに】** 介護保険を利用して訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）を提供している間に、急性増悪等の理由において一時的に医療保険から訪問リハを提供することも可能であるが、その実施状況についての詳細な報告は見当たらない。今回、地域包括ケアシステムでも介護保険と医療保険の連携が重要とされる中で、この制度を利用した訪問リハの実施状況を調査したので報告する。

**【目的】** 急性増悪等により、一時的に医療保険を利用しての訪問リハが提供できる制度について、介護支援専門員（以下CM）とセラピスト、それぞれの認知度や実施状況を明らかにし、今後の課題について検討することを目的とした。

**【方法と対象】** 方法は、郵送調査法による無記名式の質問用紙にて実施。対象は①当クリニックの訪問リハに関わっている居宅介護支援事業所等のCM40名、②鹿児島市内において訪問リハに従事しているセラピスト40名の計80名。調査期間はH27年11月1日～H27年12月31日とした。本調査は、調査の趣旨を質問用紙に記載し、回答者の同意を得たうえで、当院倫理委員会の承認を得た。

**【結果】** 質問紙の回収率は①26名（65%）②30名（75%）。「急性増悪等において医療保険で訪問リハを提供できることを知っている」と回答したのは①15名（58%）②28名（93%）。そのうち「実際に実施した経験がある」と回答したのは①4名（27%）②7名（25%）であり、「知っている」と回答したうちの26%であった。「実施できなかった理由」としては「セラピストのスケジュール調整が難しい」「入院加療となった」「介護保険適応内に対応」との意見があった。

**【考察】** 今回の調査結果より、制度を知らないCMも多く対応ができていないこと、制度は知っていても、院内業務等と兼務のセラピストも多く対応が難しかったことが明らかとなった。このことから、セラピストは知識としてはあるものの、実施に至っていない状況がうかがわれた。今後は、セラピスト側からも制度を含めて積極的に、CMや主治医などの多職種へ働きかけをする事で利用者のよりよい在宅生活支援に繋がるのではないかと考える。

## ②P-20

### 訪問リハビリテーションで生活混乱期を支えたい～短期集中型訪問リハの取り組み～

平井 誠 (PT)<sup>1)</sup>、曾田悠介 (PT)<sup>1)</sup>、藤原和成 (Dr)<sup>1)</sup>、藤原悠子 (Dr)<sup>1)</sup>、三島佳祐 (PT)<sup>1,2)</sup>、磯田亜美 (PT)<sup>1,2)</sup>、曾田沙紀 (OT)<sup>1,2)</sup>

出雲医療生活協同組合

1) 大曲診療所 2) 出雲市民リハビリテーション病院

**【目的】** 当法人の訪問リハビリテーション（以下、リハ）部門では平成26年6月から退院直後に介入する短期集中訪問リハのマニュアルを作成し取り組みを開始した。今回その取り組み状況について、日常生活動作（以下、ADL）の経時的変化等を交えて報告する。

**【対象と方法】** 対象は平成26年6月1日から平成27年6月30日に当法人市民リハ病院退院後に介護保険の訪問リハを利用し、「短期集中リハ加算」を算定した18名（男性1名、女性17名、平均年齢82.3歳）とした。方法はカルテより後方視的に情報を抽出して集計を行った。ADLの指標には機能的自立度評価法（以下、FIM）を使用し、データに不備のある2名はFIMの集計対象からは除外した。

**【結果】** 介護度の内訳としては要支援1・2が3名、要介護1は10名、要介護2は5名であった。退院から訪問開始までの平均期間は3.2日で、平均介入期間は54.8日であった。主目標、介入内容とも生活環境下での移動動作とADLに関する項目が高い割合を占めた。FIMは退院時に94.4点、退院1週間後に93.1点、1ヵ月後に94.6点、終了時には97.3点と終了時に微増を認めた。転帰先は通所系サービスへの移行が54%を占めた。

**【まとめ】** 自宅退院直後に訪問リハの介入により、わずかではあるがADLの向上を認めた。利用者や家族等が在宅生活を送るうえで、いかに早い段階で実用的な「しているADL」を維持・向上させるかが重要となる。訪問リハの内容は多岐にわたるが、早期に介入することで退院直後に直面する「生活の混乱」を最小限に止め、入院から在宅へ、さらには地域の社会参加へとスムーズな移行を促すことができると考える。活動範囲の拡大に向けて有用な手段の一つとなり得るこの取り組みを継続していきたい。

## 医2P-21

### 訪問リハビリテーションにおける活動・参加への取り組み

木原誓子、坂口聡子、岩野 歩

コールメディカルクリニック福岡

**【はじめに】**平成27年度の介護報酬改定では「活動」と「参加」に焦点を当てたリハビリテーションの推進が掲げられた。訪問リハビリテーション(以下、訪問リハ)においても、心身機能に偏らず活動、参加の要素にバランスよく働きかける効果的な質の高いサービス提供が求められている。

そこで今回、当院の訪問リハにおける活動・参加への取り組みを振り返り考察する。

**【対象および方法】**平成24年9月～平成28年1月までの期間に当院の訪問リハ利用者99名を対象に仕事や家事などの生産活動および余暇活動に向けた取り組みの状況、その活動が実生活で定着したか単発的であったかを調査した。また、単発的であったケースについてはその要因を国際生活機能分類(ICF)の構成要因に照らし合わせて分析した。

**【結果】**生産活動および余暇活動に向けた取り組みを実施したケースは35例で全体の35%であった。そのうち11例(31%)が実生活で定着、24例(69%)が単発的であった。単発的となった要因として、健康状態が不安定、重度の心身機能障害、人的な環境因子が挙げられた。

**【考察】**生産活動および余暇活動への取り組みが定着したケースは、主体的な活動意欲に加え全身状態の安定と周辺環境の支援体制が整ったことにより、日常的な活動から参加へつながったと考えられる。単発的となったケースは、がんなどの終末期でサービス提供が短期間に限られたこと、重症心身障害児者で重度の機能障害を有していること、高齢で心身機能に問題を抱えかつ家族の協力が得られにくいなどの人的環境が影響していることが分かった。しかしながら、全身状態が不安定であったり重度の心身機能障害があっても、その人の生きることの全体像を包括的にとらえながら個人因子や環境因子にも働きかけることで活動や参加を実現することができた。これは、私たちの“生きるに寄り添う”といった理念が背景にあり、いつでも医師がバックアップしてくれる体制が整っているため、状態の把握やリスク管理など有機的な連携が成され安心してアプローチをすすめることができる。どんな重い障害をもっていても、死が間近に迫っていても、その人が望むように生きること、生きる喜びを諦めないように寄り添っていくことが私たちの使命である。但し、活動や参加への働きかけは個別性が大きく多様である。これからも支援の在り方を検討していきたい。

## 医2P-22

### 訪問リハビリテーション立ち上げ1年半で経験した在宅看取り25名のリハビリ

宮本桃世

社会医療法人財団大和会 村山大和診療所

**【目的】**訪問リハビリは、訪問看護ステーションの中で訪問看護の一環(訪問看護I5)として行われることが多いが、在宅看取りなど医療ニーズの高い現場では「医師との強い連携によるリハビリ」の重要性が指摘されている。今回、在宅療養支援診療所内に訪問リハビリ事業所開設し、特色ある視点を提供できたので報告する。

**【方法】**2013年10月の訪問リハビリステーション立ち上げから、2015年3月までの1年半に経験したリハビリを総括した。

**【結果】**患者数110名。病名は癌ターミナルが33%、次いで脳血管疾患18%、循環器疾患11%などとなった。転帰は、終了者32名のうち在宅看取り69%、軽快終了16%、入院看取り9%などとなり、在宅看取り率は86%であった。Barthel Indexの変化は、大きく改善(20点以上)6%、改善22%、変化なし56%、低下16%であった。

**【考察】**癌のリハビリテーションを受けられる医療機関が増え始めているが、BSC(best supportive care)としてのリハビリの役割は広く理解されてはいない。緩和ケアの考え方と同様に緩和的リハビリも「余命の長さに関わらず、患者さんとそのご家族の要望を十分に把握した上で、その時期におけるできる限り可能な最高の日常生活動作(ADL)を実現する」ことを目指して行われる。

ADLが低下し、生理的欲求ですら自力で満たすことができなくなると、「生きがい」を見失うことになる。そこで、訪問リハビリではご本人の意向を最重視するため、様々な方面からの情報収集をする。重度の認知症の方でも、回想法などを駆使し「人となり」を知ることから始める。「生きがい」を取り戻すことができれば、ADL回復の糸口もつかむことができる。

癌は、比較的終末期に近い段階までADLを保つことができる疾患である。今回、多くの終末期患者に関わり、ADL維持や改善に努め、在宅看取りに貢献することができた。

平成27年4月介護保険改定により、訪問リハビリテーションの役割は、高齢者に対して「心身機能」、「活動」、「参加」にバランスよく働きかけ、日常生活の活動性を高め、生きがいづくりや社会参加を促すことと示された。これからも、いかなるステージの患者さまに対しても、「生きがい」を取り戻せるようなかわりを追求し、さらには社会参加を通じたまちづくりに貢献できるような訪問リハビリステーションをめざしたい。

## 医2P-23

### 訪問リハビリテーションにおけるトレーニングと栄養を併用した在宅療養患者の筋力増強効果について

武藤友和<sup>1,2)</sup>、吉田真一<sup>3)</sup>、石黒圭広<sup>3)</sup>

1) 医療法人社団明世会 成城内科 在宅医療・訪問リハビリテーション部、2) 社会医療法人財団大和会 武蔵村山病院 リハビリテーションセンター、3) 東京工科大学医療保健学部 理学療法学科

**【はじめに】**訪問リハビリテーションでは「活動」・「社会参加」に焦点が当てられることが多く、重要性がますます増加している。同時に転倒予防・ADLを中心とした報告多くみられているが、身体機能に与える効果については対象者が入院患者やプレフレイルの高齢者に関するものが多い。そして起立・歩行という介護負担にも大きな影響を与える在宅要介護者の筋力増強効果についての報告はまだ少ない。

**【目的】**本研究の目的は、在宅生活をしている要介護者の効率的な筋力トレーニングの効果を得るためにトレーニングに加え栄養(分岐鎖アミノ酸：ロイシン+ビタミンD)を摂取することの効果について検証することである。

**【方法】**要介護者95名のうち①手すり等支持物の使用によっても起立動作が不可能、②神経筋疾患、そして③積極的なトレーニングの介入ができないと主治医に判断された9名を除いた84名(男性：41名、女性43名)を対象者とした。対象者には介入後3か月・6か月・9か月・12か月の経時的変化について評価を行い、トレーニング+栄養群とトレーニングのみ行ったcontrol群に分類した。評価項目は①超音波における推定大腿四頭筋量、②膝伸展筋力、③歩行速度、④FIM運動項目とした。

**【結果】**トレーニング+栄養群では3か月での推定大腿四頭筋量の有意な増加が認められ( $p > 0.001$ )、またそれ以外の項目でも3か月後から9か月の間にすべての項目で有意な改善が認められた。12か月後でもFIM運動項目の改善が確認された。control群では3か月後から歩行速度で有意な改善がみられたが( $p > 0.05$ )、推定筋肉量の有意な増加が認められたのは12か月後になってからであった。それ以外にはFIM運動項目で有意な改善が得られた。 $(p < 0.005)$

**【考察】**control群では3か月で歩行速度の改善が認められたが推定大腿四頭筋の筋肉量増加では有意差がないことから残存機能の向上や運動学習としての変化であると考えられることができる。適切なトレーニング+栄養により早期から筋肉量の増加が認められていることから、栄養(分岐鎖アミノ酸：ロイシン、ビタミンD)により効果的に筋肉量の増加とそれに伴う身体機能の向上効果が得られることが示唆された。

## 医2P-24

### 訪問看護からみえてきた在宅療養者支援

松土はつみ<sup>1)</sup>、鶴田栄子<sup>1)</sup>、三枝美和子<sup>1)</sup>、雨宮恵子<sup>1)</sup>、古屋 聡<sup>2)</sup>

1) 山梨市立牧丘病院 看護課、2) 山梨市立牧丘病院 整形外科

**【はじめに】**当院の訪問看護は、30床の強化型在宅療養支援病院の中にある院内からの訪問看護であり、活動拠点は中山間地域である。H26年4月に医師会からの委託事業として、在宅医療と介護の連携拠点である「在宅連携サポートステーション」が併設された。その活動も加わり、当院の訪問看護師は、地域の人々のニーズに応じた多種多様な訪問をする機会が増えた。そこで、当院の訪問看護から地域における在宅療養者支援の示唆が得られたので報告する。

**【方法】**「在宅連携サポートステーション」の活動を中心に、H27年6月～12月までの6か月間の日報と訪問記録から訪問看護のケアを分析した。

**【結果】**訪問して行ったケアは、①サービス導入を拒む療養者にじっくり関わりサービス導入に結びつけた。②経済的な問題がある在宅療養者に、小規模多機能居宅介護サービス利用までの間、安否確認と脱水予防をした。③迅速な対応が必要だった療養者を、医師や多職種と連携し訪問診療・訪問看護につなげた。④在宅医からの依頼で訪問看護が導入されていない療養者を訪問し、検査や処置・外来受診や入院対応、看取りを行った。⑤入院時に病院車で送迎に同伴し、療養環境の確認や介護者に吸引等の指導を行った。⑥行政と連携し独居高齢者の生活安定のために金銭管理の助言や見守りをした。⑦MSWやPTと共に退院前の家屋調査の同行 ⑧グループホームでのエンゼルケア⑨遺族へのグリーフケアを行った。

**【考察】**当院の訪問看護は、サービス導入前の在宅療養者や家族への緊急対応から、サービス移行までの間や制度上の制約を補うための訪問が多く、その内容も多岐に渡っていた。また、このような地域のニーズに応じた訪問看護を可能にした背景には、緊急時、訪問看護師間での柔軟な対応だけでなく、院内の多職種との連携がとりやすい体制が整っていたことが挙げられる。しかし、これらの訪問は訪問看護のコストがとれないだけでなく、医師の指示がない場合もあるため、訪問看護ステーションでは行えない訪問であり、我々だけで行うには限界がある。住み慣れた地域で療養生活を続けるには必要不可欠なケアであるため、行政や地域住民とともに地域の中で仕組みづくりをしていくことが必要である。

**【おわりに】**在宅療養者の生活を支えるためには、各地域の知恵や地域力が試される。地域住民が安心して在宅療養ができるような訪問看護活動を展開していきたい。

## 医2P-25

### 地域診断から行った地域リハビリ活動における課題

内田早苗、新井敏文、松園節子

社会医療法人財団大和会 武蔵村山市北部地域包括支援センター

**【はじめに】** 我が国の高齢化は医療・介護費用を増大させ、社会保障制度へ影響を及ぼしている。現在『住み慣れた地域で、その人らしく最後まで暮らせるまちづくり』の必要性が高まり、様々な取り組みが行われている。いつまでも自宅で活動的な生活を続けるためには、健康増進と共に介護予防が必要である。当地域包括支援センターでの介護予防活動の実践と課題について報告する。

#### 【方法】

- 1 地域特性の検証(地域診断)。
- 2 担当圏域の老人会役員を対象とした運動・生活指導の実施。

#### 【結果】

##### 1 地域特性の検証

地域診断の検討資料として、毎年市担当課より配布される、基本チェックリストの発送状況と、その結果より検証した。一次予防対象者の割合については市内全域で巨大な団地を有する地域以外では大きな変化は見られなかった。

担当圏域の二次予防事業対象者の傾向については、『運動機能』60.0%、『口腔機能』57.4%であり、過半数を超えていた。なお担当圏域内には他の地区と異なり、公共・民間の運動施設は存在していない。

##### 2 運動・生活指導

担当圏域内老人会役員を対象として、月に一回運動指導を実施。運動指導は当法人の理学療法士、生活指導や認知症予防については当センター・保健師がそれぞれ実施した。事業評価方法はアンケート・握力測定を用いた。

**【考察】** 地域特性より、社会資源の課題もあり、在宅で可能な運動を主体とした指導を行ったが、日常生活の中で取り入れているという意見が乏しく、定着の難しさを感じた。またアンケート・握力測定でも大きな変化は確認できなかった。しかしながら、活動を重ねるごとに地域住民と職員の関係性の構築の一助に繋がったように感じる。各回平均11.2名の参加があり、関心のある住民の継続参加に繋がり、参加時には前向きに取り組んでもらうことが出来た。

**【まとめ】** 短期間の実践の中で客観的な評価は困難であった。参加時には指導に対して前向きに取り組む住民と関わる事が出来た。今後は住民自身の感じている課題の把握に基づく事業展開と、自主活動を支えるボランティア等社会資源の開発も必要である。

## 医2P-26

### 人生リハビリテーション ～積極的なアプローチが『人生の可動域拡大』につながった一例～

吉岡裕太、秦川恵吾、曾我幸弘、清水武志、豊崎恵子

医療法人鳥伝白川会 ドクターゴン診療所

**【はじめに】** 当診療所において平成21年より介入を続けている一人の脊髄損傷患者様がいます。20数年間自宅に引きこもり、外界との接触を極力避けて生活されていた。両側臀部に重度の褥瘡を呈し介入当初は訪問診療・訪問看護が、その後ベッド上での生活動作や車椅子移乗動作再獲得等を目的に訪問リハビリ介入し現在に至る。

脊髄損傷による下半身麻痺、車椅子での生活ということに非常に負い目を感じておられ、人の目を避け、消極的で悲観的な発言も多く、外出やインターネットなどの提案にも頑なに拒否を続けてこられていた方である。しかし介入を続けていく中で多方面からの積極的なアプローチを続けた結果、徐々にモチベーションが向上し、現在ではご自分から外出の希望が聞かれたりタブレット端末での情報収集・メールなどに興味をもたれるようになっていく。

今回、様々なアプローチを積極的に行ってきたことにより、少しずつモチベーション向上し結果的に、『人生の可動域』を広げることができた一例を報告する。

**【対象】** 宮古島出身 50代男性 交通事故による脊髄損傷(Th8)完全対麻痺

**【実践・経過】** 平成21年、訪問診療・訪問看護介入開始。平成25年1月、訪問リハビリ開始。平成26年8月、海水浴第1回。同年9月、海水浴第2回。平成27年7月、海水浴第3回。同年8月、外食第1回。平成28年1月、外食第2回・インターネット環境構築の相談。同年2月、タブレット端末契約予定

**【考察】** 今回のこの症例に対する取り組みに関しては積極的なアプローチである反面、患者-医療者間の関係としては少し行き過ぎた介入だったのかも知れない。しかし、今回の症例に関しては20数年間自宅に閉じこもり、外界との接触を出来る限り断つての生活から一転、根気強く積極的にアプローチを続け、本人の意思による希望から始まり診療所スタッフ一丸となって取り組んだ海水浴や外食等、様々なアプローチを行い、結果的に行動範囲や『人生の可動域』を拡大させることにつながったと考える。在宅医療においては時には必要以上に患者と膝と膝を突き合わせるくらいの距離間で接することも必要なのではないかと思った一例であった。

## 医2P-27

### 歩行困難のある高齢者の下肢浮腫に対する マッサージ及び関節可動域訓練の効果の検討

内田朝美<sup>1)</sup>、神田浩士<sup>1)</sup>、澤登 拓<sup>1)</sup>、関 隆志<sup>2)</sup>

1) 株式会社フレアス、2) 東北大学サイクロトン・ラジオアイソトープセンター

**【目的】** 在宅にて療養生活を送っている高齢者では、日中の活動性が低下しているため廃用性の浮腫がみられる。われわれは歩行困難等の理由により通院が困難な患者に対して下肢の浮腫に対するマッサージ及び関節可動域訓練の効果を検討した。

**【方法】** 対象：医師により歩行困難と診断された高齢者109名(平均年齢 84.1±8.7歳、男性38名、女性71名、うち変形性膝関節症22名、脳梗塞後遺症左片麻痺9名)

概要：新規に施術を開始する患者に対して、マッサージと関節可動域訓練を合わせて20分間行った。施術頻度は週1～4回。初療時、5週目、10週目、15週目の施術前後に周径を計測した。計測部位は足関節、足背の2箇所とした。

**【結果】** 足背の周径は15週目に有意に減少した。(右 初療時 21.4±1.8cm, 15週目 21.2±1.7cm;  $p<0.01$ 、左 初療時 21.4±1.7cm, 15週目 21.0±1.6cm;  $p<0.01$ ) 足背の周径は週2回以上の施術で有意に減少した。(右 初療時 21.6±1.7cm, 15週目 21.4±1.5cm;  $p<0.01$ 、左 初療時 21.6±1.6cm, 15週目 21.3±1.5cm;  $p<0.01$ ) 足関節の周径は週2回以上の施術で有意に減少した。(右 初療時 19.8±1.9cm, 15週目 19.5±1.9cm;  $p<0.01$ 、左 初療時 19.8±2.0cm, 15週目 19.6±2.0cm  $p<0.05$ ) 施術回数平均値は週1.7回であった。続患者と中止患者を比較すると足関節、足背ともに中止患者では浮腫が軽減しにくい傾向があった。また、左片麻痺患者の左足背の周径(麻痺側)は有意に減少した。(左 初療時 22.7±1.4cm, 15週目 22.1±1.6cm;  $p<0.01$ 、右 初療時 22.2±1.6cm, 15週目 22.1±1.4cm;  $p<0.01$ )

**【考察】** 足背・足関節の周径は有意に減少した。また、片麻痺患者では麻痺側足背で有意に減少した。これはマッサージ及び関節可動域訓練による循環改善が有効である可能性を示唆している。回数別の比較では、週2回のマッサージ及び関節可動域訓練の蓄積効果が浮腫の軽減に寄与したと考えられるため、施術は週2回以上行う事で症状の軽減が期待できる。今後は浮腫に加え、ROMの評価も加え、マッサージ及び可動域訓練によるADLの変化について検討したい。

## 医2P-28

### 地域包括ケアを踏まえた地域多職種連携で支える 在宅医療(午後から訪問診療医の立場から)

森 亮太<sup>1)</sup>、西澤貴志<sup>1,2,5)</sup>、奥村圭子<sup>1,2,3,5)</sup>、  
小島 香<sup>1,6)</sup>、坂井謙介<sup>4,5)</sup>

1) 医療法人八事の森 杉浦医院、2) 地域ケアステーション はらべこスパイス、3) 三重大学大学院医学系研究科 生命医科学専攻地域医療学講座、4) 坂井歯科医院、5) 杵中商店街発展会、6) 日本福祉大学大学院 医療・福祉マネジメント研究科

**【はじめに】** 2025年問題を考慮して、国は地域包括ケアを打ち出し在宅医療を押し進めている。では、いったいどうゆうことなのか？午前と夕方の診療の合間に、訪問診療を行う杉浦医院での、地域多職種連携して行う在宅医療の在り方とその工夫を示す。

**【対象】** 杉浦医院では、午後からの約4時間で訪問を行う対象の患者さんは月に平均125名おり、年間約40例の看取りを行っている。普段診察室に入ってくる時には病人であっても、街を自転車で行き、元気な姿を確認することができる。

**【方法】** 訪問看護ステーションと連携との連携はもとより、訪問診療開始後、早い段階で歯科医、歯科衛生士とも連携し、在宅支援の体制を整える。病院では誤嚥の危険性が高いため、飲食禁止となっていた患者さんであっても、おうちに帰って、その人にとっての特別室に戻り、口腔ケアをしっかりとしたのちに一番大好きなものをお口まで運ぶと、笑顔で食べることも少なくない。また、訪問診療に訪問管理栄養士をはじめ介護福祉士、理学療法士、言語聴覚士、看護師が同行し、それぞれの意見を吸収することで個々の患者さんを支援する。また必要であれば、訪問看護をはじめ、訪問リハビリテーション、訪問栄養指導の介入を指示して、それぞれの職種が、患者さんを適度に診て関わることで、個々の患者さんにとってのベストな状態を作っていく。

**【まとめ】** 一人当たり平均月に2.5回の訪問以外に、それぞれの職種からの報告をうけて、個々の患者さんの情報を包括的に見ることができ、変化があれば早めの対応が可能となる。

## ②P-29

### 湘南いなほクリニックにおける「多職種共同ペア診療」の試み

浜本史子<sup>1)</sup>、内門大丈<sup>1)</sup>、松下賢二<sup>1)</sup>、齋藤英之<sup>1)</sup>、  
小島克夫<sup>1)</sup>、都甲 崇<sup>1)</sup>、井上 祥<sup>1,2)</sup>

1) 湘南いなほクリニック、2) 株式会社メディカルノート

**【背景と目的】** 訪問診療の際には「医師が単独」「数名のチーム」「医師と看護師の二人」など施設によりどのような単位で行くのが大きく異なっているのが現状である。

**【方法】** 湘南いなほクリニック（以下、当院）では現在「二人」という単位による訪問診療を実施している。また、当院の特徴としては医師の同行者として看護師、臨床検査技師、ソーシャルワーカー、医療事務などさまざまな職種が担当している。今回、このような「多職種共同ペア診療」を行なうことによってどのようなメリットとデメリットがあったか、さらにはどのような課題が現れてきたかを報告する。

**【結果】** ・メリットとデメリット

メリットとして挙げられるのは何よりも一人ひとりの視野が広がっていくことにある。また、担当医師もほぼ毎回違う職種と共に訪問診療を行なうことにより、多職種からの視点を得ることができる。二人という単位により、訪問診療中や移動中にもさまざまな意見交換をすることが可能になる。

また、湘南いなほクリニックでは同じ神奈川県東海大学の横浜市立大学から医学生の実習を受け入れ、平塚市医師会などから医師の研修を受け入れるなど人材育成を推進してきた背景がある。非常勤医師や実習の医学生にとってはさまざまな職種からの視点を訪問診療という時間を共有することにより俯瞰的な視点が得られるまたない機会となる。

デメリットとして挙げられるのは多職種共同においては価値観が違う職種が集まることにより、マネジメントが難しくなることや、診療の質が一定に保たれなくなってしまうリスクがあることである。

**【考察】** ・今後取り組んでいくべき課題

多職種が集まることにより診療の質と人材の質を向上させていくことこそが「多職種共同ペア診療」の目的である。それを実現していくための今後の課題としては以下のものが挙げられる。

- 1: 多職種をどうマネジメントしていくのか
- 2: それぞれの価値観を活かしながら質を担保・向上させるための人材育成

また現在、ウェブサイトなどによる情報発信を行なうことにより当院がどのような診療を行なっているのかを周知し、新たな人材に集まってもらうためのアウトリーチ活動にも取り組んできている。このような多職種共同を実現するためには人こそが非常に重要であり、新たな人材にどう集まってもらうのかということも課題である。

## ②P-30

### 在宅療養支援診療所看護師に求められる連携・協働力

山内和枝、工藤香代、辻 彼南雄

医療法人社団互酬会 水道橋東口クリニック

当院は、東京23区のほぼ中央に位置し、江戸時代より政治の中心となり、官庁街・オフィス街の多くが集まる千代田区で診療を行っている。

「病気は家庭で治すものである。」

「自分の健康は自分で守る。」

をモットーとし在宅医療・在宅終末期医療の草分けである佐藤智医師を中心として1980年に発足した会員組織、現在は一般社団法人『ライフケアシステム』を基盤として1998年から現住所で診療を開始している。

現在当院では下記4つの医療サービスを柱として地域医療に貢献することを目指し診療を行っている。

- ①外来診療
- ②訪問診療
- ③企業社員の健康管理
- ④ライフケアシステムの連携医療機関

現在当院は常勤医師1名・非常勤医師2名・医療ソーシャルワーカー1名・看護師1名・事務スタッフ4名で運営している。医師・医療ソーシャルワーカー・看護師・事務のスタッフ全員で、来院者・ご家族の療養生活支援・総合相談まで行っているのが特徴である。

2025年問題に向けて提唱されている「地域包括ケアシステム」を実践している中で、

1. 意識障害（熱中症・くも膜下出血）・発熱・下血などで在宅高齢者・認知症高齢者の急変連絡を受けた際、診療所看護師として①診療所内（医療ソーシャルワーカー・事務スタッフ）②訪問看護ステーションの看護スタッフ③施設医療看護・介護スタッフ④ケアマネージャーと行った地域包括システムを利用した多職種連携、及びご家族ケア
2. 帯状疱疹・白癬・褥創など皮膚疾患対応での診療所看護師として行った多職種連携
3. ご本人・ご家族が安心して頼ることの出来る、地域に根ざした「駆け込み寺」として、病期・病態を看るだけではない、生活全般での協働力を求められる診療所看護師の対応等

上記クリニック内の各職種・多職種連携を経験した事例を通して、診療所看護師として求められる多職種連携・地域資源との協働力を報告したい。

## 医2P-31

### 医療・介護多職種連携を図るための在宅医療実施研修プログラム～訪問看護ステーションにおける多職種同行研修の取り組みと効果～

加納美代子<sup>1)</sup>、田辺貴子<sup>1)</sup>、大杉泰弘<sup>2,3)</sup>、浅井幹一<sup>3)</sup>、井野晶夫<sup>2)</sup>

1) 豊田地域訪問看護ステーション、2) 豊田地域医療センター、  
3) 豊田市・藤田保健衛生大学 連携地域医療学講座

**【目的】** 当ステーションが位置する豊田市は2030年に向け、急速に超高齢社会に向かう地域である。医療と介護の多職種連携の重要性と在宅医療を担う人材の育成が急務とされている。今まで病院看護師やMSWなどの訪問看護同行研修は他にも取り組まれている。しかし、他の職種との臨地同行研修の機会は少ない。今回、薬剤師・ケアマネ・歯科衛生士・包括職員・介護施設職員など多職種同行研修を実施し、訪問看護の役割と介護・医療の連携を学ぶ機会とした。豊田市における在宅医療推進に向け、これらの取り組みと効果について報告する。

#### 【方法】

- 1:平成26・27年7月の約1か月間、豊田市・みよし市で在宅介護に携わる職業、または病院で勤務されている職種を対象に、事前にアンケートを行い、各々研修課題に合わせた訪問先を選定した。当ステーション利用者宅へ訪問看護師と同行訪問し、訪問看護の役割と活用方法の実際を見学。
- 2:訪問看護師との意見交換を通してお互いの思いを知り、今後の在宅支援にどう生かせるかを考察。
- 3:研修終了直後、意見交換会を開催し、研修終了半年後に研修受講者を対象としたアンケート調査を実施。
- 4:当ステーション訪問看護師を対象にアンケート調査を実施。  
アンケート調査内容は研修後、各々の研修課題に対し習得できた具体的内容や行動変容の等、設問に対し三択・自由記載回答とした。

**【結果】** 参加者合計82名が受講し95%が研修に参加した目的を果たすことができたと回答、77%が次年度も研修を受講したいと答えた。意見交換会に参加した受講者全員が意見交換会は必要と答え、他の参加者の意見を知ることにより連携について深く考え、他の職種の在宅業務を知ることができたと答えた。研修終了後、「チームでの連携が大切でよりよいケアに臨むことができる」「訪問看護の敷居が高いと感じていたが身近に見えるようになった」「訪問看護は医療と介護のパイプ役と認識」「職能として在宅で出来る事がある」など訪問看護や在宅医療・介護について考えに変化があった。加えて、それぞれの職能に合わせた業務内容の見直しを行うなど効果があったと答えた。訪問看護師は、同行訪問時に他の職種の専門的な意見を聞き、受講者と情報共有し互いに違う視点やケア方法など話し合いができたと回答した。「顔が見える関係になって今後役立つ」「それぞれの職種に繋げ、専門的な意見を聞くことが大事」答え、より連絡を取るようになり連携に対する意識付けになった。

**【考察】** 訪問看護ステーションにおける職種を超えた臨地同行研修は、互いを理解し、自らの職種が在宅で果たす役割について考え行動レベルでの変化を生む機会となった。これらは在宅医療・介護における多職種連携と協働の推進を促し、地域包括ケアシステム構築に役立つと考えた。

## 医2P-32

### 在宅医療推進のためのリビング・ウィルの普及と冊子作成の試み

レシャード カレッド<sup>1)</sup>、片岡英樹<sup>2)</sup>

1) 医療法人社団健社会 レシャード医院、2) 島田市医師会、片岡医院

**【目的】** 在宅医療を進めるに当たり患者や家族がその存在を十分に知ることが第一歩である。また、一般市民が在宅医療のみならず延命治療に関しても知識を得て、自己決定による治療選択ができることが重要である。この度、島田市において行政を始め、市立総合病院および医師会が合同でリビング・ウィルの冊子を作成し、市民に広報したことに关してまとめて報告する。

**【経過および冊子作製】** 近年地方における総合病院の医師不足による急性期医療への対応が不十分になりつつある中で慢性疾患や介護を有する病態への対応は必ずしも十分とは言えない。そこで、慢性疾患を有する患者の対応や治療を住み慣れた環境や在宅で執り行うことの需要が増している。島田市において病院のこのような負担軽減や患者本位の在宅医療を進めるために行政、市立病院そして医師会の医師や看護師が協力して“島田市在宅医療推進協議会”を設立し、専門部会においてリビング・ウィルの冊子を作成し、一般市民に交付するとともに、包括支援センターにおいて需要の多い家庭や患者に配布した。また、一般市民の十分な理解を得るために数回の講演会を開催し、多職種の意見も得ることができた。

**【結果】** 冊子の作成においてはなるべく普段の言葉に近いニュアンスにするとともに、在宅医療や介護を取り巻く様々なサービスの概要と連携についても解説した。患者や家族に不安を与えないためには、常に入院によるサポートが可能であることが必要不可欠であるので、その協調は明確にする必要がある。一方では、がん患者の緩和ケアに関しても、十分な対応が多職種の連携によって可能となるため事前の情報交換や共有が大切である。そのためには患者の理解と家族のサポートが不可欠な要素となる。しかし、問題点としては在宅医療において重要な役割を果たすべき訪問看護の絶対数が不十分であり、今後は行政のサポートによる二十四時間対応型の訪問看護ステーションの設置を模索している。

**【結語】** 尊厳死という概念はまだ広く理解できていないことから、一般市民に最後は家庭でと言う概念を押し付けられているという念を持つ患者や家族がいることも否めない。やはり、このような試みを行うに当たり地域全体および多職種の連携と十分な覚悟と理解が不可欠である。

## 医2P-33

### 訪問診療を行う診療所における精神保健福祉士の役割と課題

金井 緑、山田朋樹

樹診療所

**【はじめに】** 演者が所属する診療所では身体疾患のみならず精神疾患の合併症患者への訪問診療を行っている。ソーシャルワーカーとして診療所において勤務を始めた中で、新たに始めた取り組みやソーシャルワーカーが在籍することの意義、また課題等についてを報告する。

**【ソーシャルワーカーの役割】** 演者は長く総合病院において勤務し、特に精神保健福祉士として精神科医療、とりわけ身体合併症の政策医療や緩和ケアでのソーシャルワークに携わってきた。その経験とネットワークを活かし、精神科診療所に勤務し、外来業務におけるインテークや相談援助業務、また地域関係機関との連絡調整業務を開始した。ソーシャルワーカー着任後による相談件数の増加、関係機関との連携の効果、院内業務の役割分担の明確化などがみられている。

**【新しい取り組み】** 診療所としての新しい取り組みとして、認知症無料相談の開始がある。もともと物忘れ外来は行っていたが、診療とは別でソーシャルワーカーによる相談窓口を設けた。地域包括支援センターと協力しながら活動の幅を広げつつある。

また、医療アシスタントの活動も行っている。訪問診療における医療アシスタントは他診療所でも活用されているが、医師と看護師とソーシャルワーカーによる3職種でのチーム編成を行い、ソーシャルワーカーがアシスタントの役割を担うことで、一層多職種チームによる相互補完、相乗効果のある幅広い効果が得られた。

加えて、初期集中支援チームの活動も開始した。認知症や精神疾患で医療に結びつきにくい患者に対し、看護師とソーシャルワーカーによるアウトリーチ活動を行うことにより、段階を経た医療へのアクセスが可能となることを期待した活動である。

**【考察と課題】** 精神保健福祉士配置により新たな取り組みがなされ、また関係機関とのスムーズな連絡調整が推進された。だがその一方で、課題も存在する。現行の診療報酬体系では退院時共同指導の算定はソーシャルワーカー単独では不可であり、活動の幅の制限にもつながっている。また、医師、看護師のように徹底的な医療教育が教育カリキュラムに組み込まれていないため、医療処置や投薬などの知識、情報の不足は否めない。今後の活動、業務遂行のための知識習得が課題である。

## 医2P-34

### 在宅ケアにおける多職種連携に求められる薬局薬剤師のコミュニケーションスキルに関する調査研究

柳本ひとみ<sup>1)</sup>、櫻井秀彦<sup>2)</sup>、上原菜摘<sup>1)</sup>、渡邊沙紀子<sup>1)</sup>、本田雄大<sup>1)</sup>、古田精一<sup>1)</sup>

1) 北海道薬科大学 地域医療薬学分野、2) 北海道薬科大学 薬事管理学分野

**【目的】** 国は、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、地域包括ケアシステムの構築を目指している。その中で、薬剤師が担う業務では、多職種と連携して在宅医療の実施に取り組むことが求められている。そこで、ケアマネージャー (CM) と訪問看護師 (NRS) 加えて薬局薬剤師 (PHA) を対象に、PHA が居宅で患者に対して行うコミュニケーションをどのように意識しているかを同一の質問尺度を用いて調査を実施した。3職種間の結果を比較することにより、多職種間の相違および薬剤師に求められるスキルを探索することを目的とした。

**【方法】** 財団法人札幌市在宅福祉サービス協会様の協力を得て、CM 162名、一般社団法人北海道総合在宅ケア事業団様の協力を得てNRS 141人、また、北海道薬科大学在宅医療研究会の協力によりPHA 172人を対象とした。質問項目は、寺町らが報告している完成されたコミュニケーションスキル測定尺度TePSS-31の31項目中、PHA以外の職種が答え難い4項目を除いた27項目を使用し、「薬剤師が居宅で患者と接するとき、質問の態度・対応は好ましいと思うか」を尋ねた。回答は、リッカート尺度で得点化し、Kruskal-Wallis検定を行った。得点は、「全くそう思わない」1点から「非常にそう思う」5点の配分とした。その他、性別、年齢、経験年数などの属性を尋ねた。属性については単純割合を求めた。

**【結果】** 回収率はそれぞれ、CM 95%、NRS 87%、PHAは89%であった。PHAの得点と有意差があった測定尺度は、CMに対して「患者の話によく耳をかたむける」、「少しくらい失敗しても、気持ちを切り替える」、「初対面の患者に、自己紹介をきちんとする」など9項目であり、NRSに対しては「少しくらい失敗しても、気持ちを切り替える」、「患者の話聞き、問題点をみつけることができる」など5項目であった。有意差があった測定尺度で、「患者と話をしているときに、そっと身体に手を添える」以外は、全てPHAの平均値が他職種を上まわっていた。

**【考察】** PHAの得点平均値は多職種と比較して高く、コミュニケーションスキルに必要性を強く感じていることが窺えた。CMが「患者と話して、あまり会話が途切れない」ことを、またNRSはスキンシップと患者の人生観を重要視していることが分かった。今回明らかになった他職種が重要視しているスキルや項目を改善しつつ、患者の気持ちや生活を考えた薬剤管理業務が求められていることが示唆された。

## 医2P-35

### 多職種が連携し治療できた褥瘡の1例

木下三和子<sup>1)</sup>、村上奈央子<sup>2)</sup>、米山久美子<sup>2)</sup>

1) 木下皮フ科、2) 地域栄養サポート自由が丘

**【目的】** 多職種が連携することが褥瘡の治療に有効であった一例を報告する

**【方法】** 症例は85歳 前立腺がん 3回の脳梗塞後に寝たきり 意思疎通困難 四肢拘縮状態となり 胃瘻により栄養状態が管理されている男性。

湿疹が改善しなかったため在宅医から依頼があり皮膚科の往診が始まる。湿疹は改善したが、帯状疱疹治療中体位変換がうまくいかず 胃瘻管理も逆流が頻発したため低栄養となり仙骨部に褥瘡が発生した。潰瘍はDTIできわめて難治であった。

**【結果】** 訪問看護師と処置の連携し処置方法 訪問日程の連絡を密に行い 褥瘡のポケット切開などの処置も同時に訪問するなどの工夫をしてお互いの処置方法への考え方を共有した。また、訪問管理栄養士が介入することで胃瘻からの逆流を克服し、栄養状態を改善することができ、家族と十分に話し合い、適切な胃瘻管理処置を協力してもらうことができ 1年3か月を要したが褥瘡を治療させることができた。それぞれの職種 家族と連携するためにITを利用した独自の連携ツールを用いた。

**【結論】** 在宅医療の現場においてはそれぞれの職種が密に連携をとることが重要であるが、それぞれの職場が異なるために困難を極めることが多い。我々は独自の連携ツールを用いて理解してもらい経過、処置内容を報告しあいながら治療の方向を確認、家族とも情報共有をすることができ 褥瘡を治療させることができた。多職種連携を推進していくための現時点での問題点も提起したい。

## 医2P-36

### 生活保護、独居男性の希望に沿った自宅看取り

引野雅子<sup>1)</sup>、関根奈美<sup>2)</sup>、樹神武行<sup>3)</sup>、和田玲子<sup>3)</sup>

1) ひきのクリニック、2) 茅ヶ崎駅前訪問看護ステーション、3) ツクイ茅ヶ崎室田

**【はじめに】** 生活保護で独居、肺癌の男性の希望に沿い、医療・介護・行政からなる在宅ケアチームで協力することで、自宅看取りが可能であったので、報告する。

**【事例】** 72歳男性、生活保護で独居。糖尿病のため当院外来に入院していた。検診で肺癌が見つかり、病院で手術を勧められたが拒否、通院も中断してしまい、当院の外来で経過をみていた。診断から半年ほどは苦痛症状なく過ごしていたが、X年11月頃より胸痛が出現し、鎮痛薬を開始した。2週間後には医療用麻薬を要する痛みになり、訪問看護も介入することになった。介護保険の申請も行った。1ヶ月後には労作時の呼吸苦が出現し、通院困難となり、外来から訪問診療に切り替えられ、家事援助などの介護支援サービスも開始になった。その後もADLが急激に低下し、トイレ歩行もままならない状況になったため入院も勧めたが、患者が入院を拒否、飼い犬と共に自宅で最期まで過ごしたいと強く希望された。経口摂取、歩行不能となり、褥瘡も出現してきた余命数日と予測される段階で、在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー、包括支援センター担当者、ヘルパー事業所担当者、市の生活保護担当者、アパートの大家が出席し、患者を囲んでカンファレンスを行った。鎮痛薬の投与方法、褥瘡の処置方法、スタッフの訪問スケジュール、死亡発見時の対応、現在利用しているサービスや死後処置、飼い犬の処理等の費用について、生活保護からの工面方法、疎遠になっていた家族への連絡など、患者に確認しながら話し合いを行った。話し合いの翌日、その日最初に入った訪問看護師が呼吸停止を確認し、在宅医が死亡確認した。

**【考察】** 医療・介護・行政が連携することで、自宅看取りが困難な事例にも対応することができた。特に、市の生活保護担当者に介入していただいたことで、金銭の自己管理が困難になった独居患者への終末期・死後の支援に際し、医療・介護スタッフが、安心してケアに専念することができた。今後は、できるだけ早い段階で行政にも関わっていただけるよう、担当者会議等で声掛けをしていきたい。

## 医2P-37

### 家族介護力が弱い認知症高齢者を在宅で看取った多職種チーム連携 ～MSWの視点から～

工藤香代<sup>1)</sup>、山内和枝<sup>1)</sup>、辻 彼南雄<sup>1)</sup>、木村とみ子<sup>2)</sup>、大崎淳子<sup>3)</sup>

1) 医療法人社団互酬会 水道橋東口クリニック、2) 日本リックケアステーション早稲田事業所、3) 早稲田訪問看護ステーション

**【目的】** 長女ドイツ、長男札幌、同居孫家族は日本語でのコミュニケーションが難しい環境の中で、最期までご本人の希望、そして家族を支えた多職種連携の取り組みを報告する。

**【症例】** H氏98歳女性。2005年に夫を亡くしてから独居。当院は2004年から家庭医として関わっていた。2009年頃よりもの忘れ、不安症状が見られるようになり介護保険申請、要介護1と認定されサービス導入。2010年アルツハイマー型認知症と診断。その後徐々に進行し独居生活が難しくなる。2012年12月の肺炎を機に急速に認知機能・ADL低下、要介護4に。家族が出した結論はアメリカに住む孫家族の同居。日本語があまり得意でない孫とタイ人で英語とタイ語のみの妻、4歳のひ孫。ご本人の「家にいたい」という気持ちを尊重し、遠方に住む長女・長男、日本語、日本文化に慣れない孫家族を支え、コミュニケーションをとりながら関わった多職種チームの連携。

**【実践】** 長女・長男は遠方で直接介護に関わることはできないがご本人の思いを尊重したいという気持ちは強かった。一方、同居の孫家族はケアに参加する意思はあるものの介護は未体験、言葉・文化の問題など日本での生活に不安を抱えていた。そんなご家族が孤立することなくケアに参加できるよう様々な工夫をした。また、遠方の長女、長男とはメールや電話で連絡を取り合い、状況報告、お気持ちの確認、必要に応じて医師との面談の設定などをし、不安の軽減に努めた。ケアチーム間では、情報交換、相談の窓口としてケアマネージャー、訪問看護師らと協力し、適切なケアに繋がるべく、チームの和を心がけた。

**【考察】** 家族の介護力が弱い中、ご本人の「家にいたい」という気持ちをケアに関わる全員が尊重し、何とかそれを全うできたのは、当院が家庭医として長く関わっており信頼関係が確立されていたこと。ケアマネとヘルパーの事業所がご自宅と同一マンション内にあり、変化への迅速な対応が可能だったこと。ご本人の意識(意思)が保たれていたこと。チーム全員が顔の見える関係で相互に信頼し、情報伝達がスムーズだったことなどがあげられる。今回の症例でチーム間のコミュニケーションが、いかに大切かということがわかった。今後も在宅のMSWとして、人を、情報を、そして心をつなぐ役割を担ってゆきたい。

## 医2P-38

### 地域での多職種連携における在宅訪問栄養士の取り組み

西澤貴志<sup>1,2,5)</sup>、奥村圭子<sup>1,2,3,5)</sup>、坂井謙介<sup>4,5)</sup>、小島 香<sup>1,6)</sup>、森 亮太<sup>1)</sup>

1) 医療法人八事の森 杉浦医院、2) 地域ケアステーション はらべこスパイス、3) 三重大学大学院医学系研究科 生命医科学専攻地域医療学講座、4) 坂井歯科医院、5) 枅中商店街発表会、6) 日本福祉大学大学院 医療・福祉マネジメント研究科

**【はじめに】** 超高齢社会において在宅療養者の食の課題は増えると言われている。しかし、愛知県内でも愛知県栄養士会が把握している県内の在宅訪問管理栄養士(以下、訪問栄養士)は28名程であり、全国的な算定率も0.3%と少ない。当院では2名の訪問栄養士を雇用し、うち常勤訪問栄養士は院長の訪問診療に同行する。そのため、早期に食の課題を発見し食支援体制を整え、治療効果を高め重症化を予防する事が可能となる。さらに歯科医師や歯科衛生士、訪問言語聴覚士(以下、ST)との同行訪問は、摂食嚥下障害患者の支援体制を充実させる。また昨年「食生活の困りごと相談窓口」「街のかかりつけ栄養士」を目指し、地域ケアステーション「はらべこスパイス」を立ち上げた。今回、活動報告し今後の食支援の展開の可能性について考察を述べる。

#### 【実践内容】

##### 1. 訪問栄養士の活動

- 1) 摂食嚥下障害患者への多職種連携(医師、歯科医師、歯科衛生士、STとの連携)
- 2) 病院の摂食嚥下チームラウンドへの参加

##### 2. はらべこスパイスの活動

- 1) 地元商店街と共に、地域のお祭りで栄養相談を実施
- 2) 社会福祉協議会と在宅医療介護支援センター共催の地域福祉活動「担い手プロジェクト」へ参加

#### 【結果】

1-1) 医師・歯科医師・歯科衛生士・STとの連携は、個々の状態に合わせた食支援や最期に希望する食事の提供が可能であり、家族や施設スタッフへの指導もスムーズに行える。

1-2) 院内の医師、看護師、ST、管理栄養士、院外の歯科、歯科衛生士、訪問栄養士がチームとなり退院前にVEを実施し、退院後の安全な食支援につながっている。

2-1) 祭りでの訪問栄養士による栄養相談は2日間で10代～90代の100名の地域住民の参加があり、健康意識の高さを知り、同時に訪問栄養士の役割を啓発する場となった。

2-2) 地域の親子へ「将来の医療・介護の担い手の種を蒔く」ことを目的に「いりょうとかいご親子探検隊」に参加し、介護食の調理教室を担当。参加者は募集10名のところ13名の参加があり関心が高かった。

**【考察】** 訪問栄養士は、各職種の専門性を活かした多職種連携により、解決困難な複雑な食のニーズへの対応が可能であった。また地域住民への地域保健を通じ、食と健康への意識を深める役割を再考できた。今後は保健・医療・介護・福祉を繋ぐ当院の強みを活かし、地域包括ケアに貢献する訪問栄養士の役割を周知していかうと考える。

## 医2P-39

### 健康寿命延伸を目的とした在宅訪問管理栄養士による地域健康高齢者に対する栄養評価とカウンセリングの効果検証

奥村圭子<sup>1,2,3)</sup>、坂井謙介<sup>4,5)</sup>、西澤貴志<sup>2,3)</sup>、森 亮太<sup>2)</sup>

1) 三重大学大学院医学系研究科 生命医科学専攻地域医療学講座、2) 医療法人八事の森 杉浦医院、3) 地域ケアステーション はらぺこスパイス、4) 坂井歯科医院、5) いろいろな商店街発展会

**【背景】** 加齢に伴う脱水や低栄養は、要介護状態など健康寿命の短縮となる。しかし、健康高齢者が栄養状態を自覚する機会は多いとはいえない。

**【目的】** 地域の祭りに参加した健康高齢者の健康寿命の延伸を目的とした在宅訪問管理栄養士(以下、訪問栄養士)による栄養評価によるカウンセリングの効果を検証することを目的とした。

**【方法】** (対象者) 口頭で主旨を説明し同意を得た40歳以上の男女84名である。(項目) 特性、MNA-SF、3か月間の主観的食事摂取量(以下、食事量)、半年の体重減少、体重、BMI、エネルギー収支バランス、体組成、補正四肢筋量、握力。(解析) 64/65歳、男女で区分し、平均の差はMann-WhitneyU検定、割合の差は $\chi^2$ 乗検定、相関は偏相関(性と年齢で調整)、エネルギー収支バランスはBMI区分で評価した。評価後は、訪問栄養士による個別カウンセリングはフレイルサイクルの図を用いて行った。SPSS ver.22 有意確率 $p < 0.05$ とした。

**【結果】** 参加者84名(男性37名、51.5±8.2歳、女性47名、72.1±6.1歳)であった。食事量低下者は、65歳以上の男性1名/27名(4%)、女性7名/53名(13%)であった。エネルギー収支バランスは、64歳以下33名のうち不足者6%から65歳以上43名のうち35%と増加し、過剰者は6%から23%と増加し、適正者は88%から42%と減少した。3kg以上体重減少の男性27名中64歳以上0名、女性53名中1名であった。エネルギー収支バランスと食欲と食事量との相関はなかった(n.s.)。栄養状態のAt risk以下者は、男性5名/29名(7%)、女性22名/53名(42%)であった。補正四肢筋量低下は年齢区分比較で、男性2%、女性20%低下した。握力は年齢区分比較で、男性2.6%から1.3%と減少し、女性は15.8%から7.9%と減少した。カウンセリングで多い相談は「減量」だった。

**【考察】** 加齢に伴い女性は、フレイルサイクル内で低下した項目が多かったが、男性は少ない傾向であった。これは、男性参加者が女性に比べ若いためと考えられる。年齢関係なく男女とも体重減少者は少なく、エネルギー収支バランスの適正割合は加齢と共に減少した。多くの参加者は「減量」を希望し、筋量や握力低下への自覚が乏しく体格や体重だけで栄養評価することは、虚弱を見落とす可能性を示唆した。

**【結論】** 訪問栄養士による栄養評価とカウンセリングは、栄養状態を日常生活に即した内容で根拠を示すため自覚とセルフケアを促進させ、健康寿命の延伸に貢献する事を示唆した。

## 医2P-40

### 摂食嚥下障害を有する患者における多職種連携の取り組み

小島 香<sup>1,2)</sup>、西澤貴志<sup>1,3)</sup>、坂井謙介<sup>4)</sup>、後藤照代<sup>4)</sup>、森 亮太<sup>1)</sup>

1) 医療法人八事の森 杉浦医院、2) 日本福祉大学大学院 医療・福祉マネジメント研究科、3) 地域ケアステーション はらぺこスパイス、4) 坂井歯科医院

**【目的】** 近年、医療制度の改定に伴い、在宅や施設への移行を前提とした対策が図られ、療養環境の整備が必要となってきた。リハビリテーション(以下、リハ)分野でも、介護保険を利用した訪問リハが広まってきている。しかし、理学療法士や作業療法士の訪問リハの増加に比し、言語聴覚士(以下、ST)の訪問リハは少ない。また、管理栄養士においても居宅療養管理料及び介護予防居宅療養管理料を算定できるようになり、訪問の管理栄養士が広まりつつある。当院では、摂食嚥下障害を有する患者に対し、管理栄養士の訪問にSTが同行する取り組みや、歯科医師や歯科衛生士と連携した口腔ケア及び口腔機能向上・摂食嚥下機能向上を目指した取り組みを開始したため報告する。

**【方法】** 当院のSTの依頼は、訪問診療を行っている医師や歯科医師、居宅療養管理指導に関わる管理栄養士、歯科衛生士が摂食嚥下障害を疑った患者に対し、主治医指示のもとで介入を開始する形をとっている。依頼のあった患者情報を診療所で受け、既に患者への介入を開始している管理栄養士に同行し、摂食嚥下評価を開始している。評価後、その場で管理栄養士に嚥下状況の説明、訪問後に医師・歯科医師への報告を行っている。終末期の患者では、最期に食べたいものを聞いた医師が管理栄養士に形態調整した食材の準備を依頼し、経口摂取の際にはSTが同行し嚥下及び呼吸状態等に注意しながら楽しみ程度の経口摂取を行っている。一方、歯科医師及び歯科衛生士との連携では、相互に介入時の口腔環境や摂食嚥下機能の状況報告、歯科医師による嚥下内視鏡検査(以下、VE)の実施や情報共有、定期的な多職種でのカンファレンスの実施を行っている。

**【結果】** STによる摂食嚥下機能評価の結果をもとに、管理栄養士がその場で本人・家族、看護師、介護士、調理スタッフへ適切な食事形態や増粘剤の量を伝達することが可能となった。また、終末期患者においても、食事形態や摂食嚥下能力に配慮した経口摂取や吸引への対応が可能となり、最期の楽しみの提供が可能となった。歯科との連携に伴い、在宅や特養でのVEの実施が可能となり、更に安全な経口摂取の実施が可能となった。

**【考察】** STのみでは適切な食事形態の調整が難しい場合、管理栄養士ではリスク管理が不十分な場合、多職種が連携し各々の専門性を生かしたアプローチを行うことで、患者の希望に沿った食事を提供することが可能になると考える。

## 医2P-41

### 生かす栄養、看とる栄養、人と人を繋ぐ栄養

村田味菜子<sup>1)</sup>、玉元良一<sup>1)</sup>、星野 真<sup>2)</sup>、横山衣央<sup>3)</sup>、  
疋田節子<sup>1)</sup>、渡辺克哉<sup>1)</sup>、野原幹司<sup>4)</sup>

1) 社団日翔会 わたなベクリニック、2) 町田わかば歯科、3) 医療法人啓至会 巣鴨わかば歯科、4) 大阪大学大学院歯学研究所 高次脳口腔機能学講座 顎口腔機能治療学教室

より効果的な医療を提供するには在宅においてもチーム医療が必要である。当院でも在宅NSTを立ち上げ、医師、歯科医師、看護師、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士で嚥下内視鏡検査(以下VE検査)の評価をもとに、嚥下困難な低栄養の高齢者に対して嚥下機能訓練の実施および栄養改善、食事形態のアップを目標に稼働している。しかし、対象となる高齢者は様々であり、嚥下機能の維持・改善が目標となるケースばかりではない。実際に訪問したケース例を紹介する。

**【ケース①】** VE検査実施後、嚥下機能訓練開始とともに経管栄養の栄養量を再検討し、経口栄養への移行を試みる。嚥下機能訓練だけでなく、運動機能訓練も開始し、血液透析も実施していたため、透析担当医とも連携しながら、栄養管理を行う。

**【ケース②】** VE検査実施せず、看とり段階と判断し、積極的な栄養管理から緩和的な栄養管理への移行を進める。認知症の悪化などから食事拒否強く栄養確保困難となりNSTの介入となるが、VE検査実施対象では無いと判断し、栄養士が引き継ぎ、苦痛を軽減する栄養管理へ移行するうえでの状態報告を医師に行い、最良の栄養管理を検討する。

**【ケース③】** VE検査実施後、嚥下機能訓練にて嚥下機能を維持。経管栄養の栄養量を再検討するにあたり、本人、家族、介護者、医師との連携を図る。施設入居者で、体重減少、便秘があり、少量の経口摂取が可能。家族の意向は栄養状態改善と経口摂取の維持だが、本人や介護者の意向とずれがある。それぞれの意向を整理し、問題解決の為の栄養介入の必要性などを伝えながら栄養管理を行う。

ケース①を生かす栄養、ケース②を看とる栄養、ケース③を人と人を繋ぐ栄養としたが、人と人を繋ぐという点ではすべてのケースにおいてあてはまる。在宅で栄養管理をするという事は、“とりあえず”ではなく“あえて”の栄養管理であり、何らかの効果が期待される。しかし、栄養管理は管理栄養士が一人で行えるものではなく、本人の意欲と介護者、家族の理解、各医療介護従事者の認識が合致して初めて動き出す。これらの人が離れている在宅では、この人と人を繋ぐことから始めなければならない。栄養の手段となる食事は誰にもわかりやすいもので、この食事を基準とすることは人と人を繋ぐのに最適である。その食事をマネジメントできる管理栄養士が、在宅NSTの中心となるのは必須であり、さらなる努力が必要である。

## 医2P-42

### 全職種担当病院のススメ ～地域包括ケアに適合する小病院のあり方について～

古屋 聡<sup>1)</sup>、池田彩子<sup>2)</sup>、小佐野真美<sup>3)</sup>、岡 由利子<sup>5)</sup>、  
松土はつみ<sup>5)</sup>、鶴田栄子<sup>6)</sup>、河西紀美子<sup>6)</sup>、古屋俊樹<sup>6)</sup>

山梨市立牧丘病院

1) 医師 2) 薬剤師 3) 管理栄養士 4) 理学療法士 5) 訪問看護師 6) ケースワーカー

当牧丘病院は一般病棟30床、在宅患者250ケースをカバーする、在宅療養支援病院である。甲府盆地の一隅の中山間地域に位置し、対象人口約1万人の外來診療圏、約8万人の訪問診療圏(ほぼ二次医療圏に合致する)をもち、二次救急当番の役割も果たしつつ、在宅バックベッドとして機能している。

当院においては医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士・ケースワーカー・さらに事務の送迎、とどの職種も訪問に出る。入院患者ももともとなんらかの在宅サービスを提供されており、したがって、在宅患者また入院患者のそれぞれは、院内外の多職種によるケアチームができてきていることが多い。

一般に在宅患者においては、その医療におけるメイン課題もそれぞれであり(たとえばペインコントロール、たとえば誤嚥性肺炎予防)、ケアチームのなかの人間関係にも濃淡があったりして、患者や家族にとって「もっとも相談ののってもらいやすい職種もしくは人」はそれぞれである。例えばそれは医師であったり、ケアマネジャーであったり、あるいは訪問看護師であったり、薬剤師であったり、管理栄養士であったりする。

患者の生活をマネジメントするうえで、もちろん介護保険下ではケアマネジャーの役割が大きいわけであるが、入院も視野にはいった医療マネジメントも考慮すると、さまざまな医療職もまた患者やご家族の代弁者の役割を果たしうる。

今回、医師以外の職種がメインマネジメントしているケースを供覧し、考察した結果、当院におけるケースマネジメントが有効に機能する理由が、「全職種参加型カンファランス」であり、「サイボウズライブ」などを利用した情報の共有であった。これに、ケアマネジャーや歯科関係者など病院外職種が、能動的に参加できることで、患者やご家族の現在のニーズに細やかに対応できる。入院を含む療養生活を、ケアの視点からもコントロール・マネジメントできる仕組みはあくまで「当事者主体」であり、「生活を大切にする」在宅医療の真骨頂でもある。

当院は今年度まで東山梨医師会の委託事業により「在宅連携サポートまきおか」を運営しているが、来年度より山梨市から委託をうけて、さらに健康相談や介護予防的サービスを展開していく予定である。「自助・共助・公助」を旨とする「地域包括ケア」を推進するポイントのひとつが、「院内そして地域内における多職種フラットチーム」の形成であることを主張する。

## 医2P-43

### 在宅緩和ケアの家族指導用パンフレットの作成

森 寿江、村上玲子、林 瞳、篠田裕美、片山智栄、  
遠矢純一郎

桜新町アーバンクリニック 在宅医療部

**【背景】** 家で最期を迎えたいという癌終末期患者は多く、当院では自宅看取りや在宅緩和ケアを希望する患者の終末期ケアを数多く経験している。その中で介護サービス調整や自宅での介護指導が適切なタイミングでできず、家族の介護負担感の増大や介護技術力が低く、医療者における頻回な緊急対応を招くことがあった。家族指導場面では既存のパンフレットを用いて指導を行ったが、情報過多で高齢者にはわかりにくく、入院患者向けが多かった。家族などの介護者への効果的な指導のためパンフレットの作成を検討した。

**【目的】** 看護介護や医療ケアが過不足なく提供できる緩和ケアサポートパスを医師と共に作成。その中で家族が行うケアに着目し、情報量を減らした視覚的にわかりやすいパンフレットを作成した。

**【方法】** 既存の患者家族指導用パンフレットを軸に改良し、以下①～③を工夫した。①在宅で家族ができるケアを中心とした②家族から質問が多数寄せられた内容をパンフレットに盛り込んだ③1つの症状に対して1枚にまとめ、高齢者でもわかりやすいよう配慮した。作成したパンフレットを地域の介護支援専門員や施設看護師に紹介し、有用性について意見を求めた。

**【結果】** 家族ができるケアを中心に在宅向けに改良できた。家族介護者から「わかりやすい」という言葉があった。地域の介護支援専門員や施設看護師は「ぜひ、自分たちも使わせてもらいたい」といった意見を得られた。

**【考察】** 癌の終末期患者は様々な症状を訴える。24時間医療者がいるわけではないため、家族には不安や動揺が大きい。今回、当院で看取った患者や家族から不安が多かった症状に対して、どんなケアが家族に可能かを深め、これまで口頭だった指導を可視化し、実践可能なケアをまとめた。パンフレットを自宅に置くため、家族が読み返すことができ、知識や理解を深め、安心につながると推測される。

在宅の現場においては医療や看護のみならず介護との連携も重要である。看取り経験の少ない介護支援専門員も、パンフレットを活用してもらうことで、症状予測や必要な介護サービスを迅速に提供できるよう、広く地域に提供していきたいと考える。

**【結語】** 作成したパンフレットには不足部分もあり、効果の検証と改良すると共に介護疲労やスピリチュアルペインなどのパンフレットも作成していきたい。

## 医2P-44

### 地域包括ケアシステムによるがん終末期の看取り ～規範的統合を基とした多事業所連携と地方自治（新潟市）で支えるあらたな取り組み

齋藤忠雄

在宅療養支援診療所・緩和ケア診療所 齋藤内科クリニック

**【目的】** 緩和ケアは、そのステージや療養の場に関わらず速やかに提供されなければならない。その実現のため整備された地域包括ケアでは治療、ケアが住み慣れた地域で提供されるよう工夫され、これまでは多職種連携について主に模索されてきたが、つぎにシステムを含めたさまざまな統合が必要になる。本シンポジウムではその具体的実践例を示す。

**【方法】** 当クリニックは平成25年度からの地域医療再生基金による新潟県在宅医療連携モデル事業の診療所型（都市型）に採択された。ケアマネージャーを中心に患者・家族を支える多職種による生活支援ネットワークを他科医師と流動的に連携・サポートする形態をとり、「にいがた在宅ケアねっと」と称し在宅医療を展開している。モデル事業は新潟市に新設された地域医療推進課及び地域包括ケア推進課コーディネートのもと、医師会、採択事業者ならびに多職種協議会で検証した。

**【結果】** 多職種実践チームによりスキルスタイプの胃がん末期、腎臓チューブ管理が必要となったがん性腹膜炎の患者さんらの在宅での看取り、さらに看護小規模多機能事業所が関わり一人暮らしや老夫婦世帯のがん末期の患者さんとも住み慣れた地域内で看取ることができた。また、顔の見える関係会議では多職種間の研修・相互理解、講演会による一般市民への啓発も実現。その結果、モデル事業を機に平成29年度末までに在宅医療・介護連携支援センターが市医師会（基幹型）はじめ市内11カ所に順次整備される予定となった。

**【考察・結論】** がん対策基本法では、治療および緩和ケアの療養の場として病院や施設ホスピスに加え在宅も選択肢として示されたが、緩和ケア研修を履修する在宅医が少ないこと、病院医師からの在宅医への緩和ケア技量への信頼度が薄いことなど臨床的統合の不在が原因で難しく、また医療以外のケアにおける連携不足も指摘され、その結果、治療、ケアの分断が起こった。それを解決する地域包括ケアでは、地域、病院そして専門職間の様々な統合（システムの・組織的・運営的・臨床的統合）が必要であるとともに、多職種連携からさらに進んだ多事業所共同連携を推進するためには、地域支援を担う地方自治との関わりが不可欠となり、包括ケアそのものの目標や意味・価値観を共有するための規範的統合を首長はじめ市町村の担当課が示すことが最重要になる。

## 医2P-45

### 地域包括ケア時代のがん緩和ケア ～お節介時代の幕開け～

渡辺康介<sup>1)</sup>、小原章央<sup>1)</sup>、村上成美<sup>2)</sup>、吉田真美<sup>2)</sup>、  
奥村由香理<sup>2)</sup>、尾下玲子<sup>2)</sup>、森山文則<sup>2)</sup>、坂下早織<sup>2)</sup>

1) 医療法人社団都会 渡辺西賀茂診療所、2) 訪問看護ステーション  
にしがも

地域包括ケア時代のがん緩和ケアに必要なkey wordに私たちは、「死」と同じ様に忌み嫌われている？①おせっかい②面倒③迷惑という言葉も入ると考えています。

人は生まれる時と死ぬ時は迷惑をかけることに迷うことはないと思います。面倒なことは出来ればしたくないのはだしもおもうことです。そこをあえてすることが大切なことです。患者さんやご家族の中には今までこんなに親切にして貰ったことがない。きっと何か裏があるに違いないと疑心暗鬼になられる方もおられます。残念なことですがこれもまた日本の寂しい現実です。

地域完結型医療や地域包括ケアがめざす看取りと24時間365日30分以内という地域包括ケアシステムが実際にできているかは大いに疑問です。私達は今時の地域包括ケア時代の行動指針に、また医療者や介護者の共有すべき理念に「お節介」「面倒」「迷惑」も入るのではないかと考えています。この弱肉強食の今の世の中「役立たず」と考えられている人、または役立たずになってしまった人にとっては、まことに生き辛い世の中です。人間の、価値があるから生きているのではなく、生きているだけで価値がある。基底還元論でなくどのような状態であってもその人が十分に平衡状態を保っていれば100%意味のある存在であると思うことができる世の中。死ぬに決まっている人たちに、足りない人手をかけ、なけなしの薬を与えるのは「無駄だ」という人もいます。辛いことしかなかった一生の終わりに、冷たかった世間も許して、平安のうちに神仏のもとにもどることを可能にする薬、人手は決して無駄にもちいられたものではありません。あえて「人間生きているだけで価値がある」と、思えるような優しさを誰しも持ちたいと思います。人にはみな苦勞をいとい面倒なことを避け、自分中心に生きようとする傾向があります。したくてもしてはいけないことはしない。したくなくてもすべきことはする。面倒でもする人を増やさなければならぬと考えています。

多くの人がポックリ願望をもっていられると言われていいます。「家族に迷惑をかけたくないから」がその理由です。しかし多くの場合人はたっぷり助けてもらわないと生きられないし、死ねない。つまりその人のいい生き方、死に方を実現するのに役立つ迷惑なら喜んでその人におせっかいをしてほしいと思います。学会では私たちのおせっかいの実践例を挙げながら解説したいと考えています。

## 医2P-46

### 『定期巡回・随時対応型訪問介護看護』と終末期医療の融合を行えた3例の考察

袴田智伸<sup>1,2)</sup>、福澤邦康<sup>1)</sup>、西田美幸<sup>1)</sup>、横山太郎<sup>2)</sup>、  
国兼浩嗣<sup>2)</sup>

1) 福澤クリニック 在宅医療部、2) 横浜市民病院 緩和ケア内科

【はじめに】平成24年度の介護保険制度改正で新しく創設された「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」は、介護が必要となった高齢者の在宅生活を支えるために、日中・夜間を通じて介護の他に看護や生活援助を一体的に提供し、自宅で暮らしたいという高齢者の在宅生活の限界点を引き上げるサービスとして期待されている。

在宅医の立場で病院緩和病棟に勤務する経験上、『介護力不足』、『独居』や『症状増悪時不安』などの理由で、病院入院生活からの在宅療養への移行に苦慮される場面に遭遇する事が多い。このような在宅療養に不安がある症例に対して、『定期巡回・随時対応型訪問介護看護』を導入した事で、穏やかな在宅緩和ケアを実施できた3例を提示し、検討する。

#### 【症例】

症例1：90歳、女性。大腸癌末期、多発脳転移。ADL：寝たきり。食事：全介助。排泄：オムツ。家族：95歳の夫と二人暮らし。介護士にバイタル測定指示、バイタル異常値時医師への報告、セット薬剤の使用指示を行う事で、訪問後18日で自宅看取りとなった。

症例2：75歳 男性。病名：肺癌末期。ADL：寝たきり。食事：部分介助。排泄：オムツ。家族：70歳妻と二人暮らし。高齢な妻の介護負担や不安を軽減する事で、訪問後11日目まで自宅看取りとなった。

症例3：66歳 男性。病名：直腸癌末期、膀胱直腸瘻。ADL：つたえ歩き。食事：自立。排泄：オムツ(膀胱直腸瘻のため)。家族：独居。独居への不安や排泄処置を含めた不安を解消する事で在宅療養可能となった。

【考察および結語】これまで、『定期巡回・随時対応型訪問介護看護』が介護度の低い高齢者に対して、利用されるケースが多かった。しかし、今回のように、医療および介護度の高い緩和ケアケースでも、患者の容態に合わせて当サービスを適用することで在宅での療養が可能となった。今後は、現在、病院と在宅医の間で利用している『緩和ケアパス』を組み込むことで、病院から在宅療養への移行をスムーズに行うことが可能になると期待できる。

## 医2P-47

### 患者様の意思決定を支える ～「訪問診療確認事項表」を用いた取り組み～

玉井 進<sup>1)</sup>、大塚奈々<sup>1)</sup>、高橋 勝<sup>1)</sup>、甲原芳範<sup>2)</sup>、  
管 聡<sup>3)</sup>、織田奈穂美<sup>4)</sup>、小川慶太<sup>4)</sup>、橋永さおり<sup>3)</sup>

1) 社会医療法人関愛会 在宅医療連携センター、2) こうぞきクリニック、3) 坂ノ市クリニック、4) 王子クリニック

**【はじめに】** 当法人は、「機能強化型在宅療養支援診療所」として在宅療養の支援を行っている。在宅医療連携センターは訪問診療新規利用導入に掛かる手続きを始め、在宅療養に関わる各種業務を担っている。その中で、新規利用者へ訪問診療説明の際に「訪問診療利用における確認事項表を独自に作成し実施しているが、その取り組みに関して報告を行う。

#### 【確認事項表（導入背景）】

- 意思確認が困難な患者も多く、また訪問診療患者数の増加に伴ない医師と家族との連絡が密に取りにくい状況があった。
- 急変時、患者・家族にとって様々な制約の中で行わなければならない意思表示や決断において、延命処置を行うか否かなど生死に関わるような意思決定にも関わらず、その決定に至る過程があまりにも不十分なものであったこと。
- 自宅・施設内における急変時の対応を整理し、情報共有する必要性があったこと。

#### 【確認事項表（内容）】

- 通常診療に係る希望・思い・目標、延命処置に関する考えなど
- 救急対応が必要になった際の希望の搬送先
- 最後の時をどこで過ごしたいか
- ご家族の連絡・相談先 (KP)

#### 【確認事項表（特徴と留意点）】

- 自由記載方式を採用
- 新規訪問診療説明の場に対処方法の結果を求めるものではなく、質問後に本人を中心とする家族内での話し合いのきっかけとしての役割を期待

#### 【確認事項表（課題）】

- 本人の意思決定が困難な場合の対応
- 情報の更新
- 在宅生活支援関係者との情報共有

#### 【確認事項表（課題への対応策）】

- 各家庭内で日頃から将来受けるかも知れない医療についてどのような希望があるのか話し合っておくことの大切さや、終末期を迎える準備に関する考え方 (ACP・事前指示) など心積りの支援
- 他の連携ツール等を活用しての情報更新
- 在宅生活時や入退院時に行われるカンファレンス等に参加し、確認事項表の項目について在宅生活支援者や医療機関職員に情報提供を行い・共有する。

**【おわりに】** 確認事項表の導入により、訪問診療利用者やその家族に対して、病状変化や終末期を迎えた際の本人の意思や希望確認、また本人・家族間での意思の共有や検討を促す機会の提供が行なえたと考える。病気や加齢に伴い意思決定能力の低下や喪失がなされた時にも、患者の意思に沿った医療提供がなされるよう、患者自身が主体的に意思決定が行えるように、その決定に至る過程を支えることこそが我々対人援助専門職の責務であると考えている。

## 医2P-48

### 人生の最終段階における入院患者さんのマネジメントに必要な意思決定のありかたとは？ －Jonsenの4分割法による後方視的考察－

星野将隆

船橋総合病院 内科・神経内科

**【緒言】** 超高齢社会に突入した日本では、在宅医療の基盤となる医療・介護ネットワーク構築により、医療を「病院完結型」から「地域完結型」へと転換していく必要がある。

一方、入院高齢患者さんの多くに、誤嚥性肺炎等を繰り返す「人生の最終段階」の状態がみられる。静脈・経腸栄養を希望されない場合、補液を中止すると、極端に生命予後が悪くなるが、補液を続けていると、生命予後が半年以上になることもあり、療養病床はそのような患者さんですぐ満床になる。しかし、入院時から継続されている補液を中止することは、倫理的・人道的にも難しい。このような患者さんのマネジメントはこれからの日本にとって重要な問題である。

**【方法】** 「人生の最終段階」と考えられる3名の入院患者さんの経過を振り返り、Jonsenの4分割法に基づいた意思決定がなされていたか検討、マネジメントにおける改善策を考察した。

#### 【症例】

症例1 69歳 男性 パーキンソン病進行期

誤嚥性肺炎で入院。嚥下障害高度で、経口摂取は不可能となる。ご家族の意向で、静脈・経腸栄養を希望されず、しかし、補液中止は憚られ、末梢補液のまま経過観察をご希望。数か月後肺炎にてお看取り。

症例2 92歳 女性 肺癌の終末期の疑い

認知症にて有料老人ホーム入所、在支診により診療中。呼吸苦で救急受診、CTにて右多量胸水、肺癌が疑われた。ご家族の意向で、酸素吸入、補液等にて経過観察。末梢補液ライン留置困難となった時点で補液も中止、お看取り。

症例3 85歳 女性 老衰

特養入所中。経口摂取ほぼ不能、在支診による施設でのお看取りを予定していたが、嘔吐がみられ、施設職員が救急依頼、入院。ご家族は穏やかなお看取りを希望。末梢補液ライン穿刺困難となり、ご家族と相談。補液中止決断は忍びないと、1日1度のみ穿刺を試み、不可能ならその日は補液を行わないこととし、数週間後お看取り。

**【考察・まとめ】** 適正なマネジメントにおける意思決定のためには、厚生労働省による、「人生の最終段階における医療体制整備事業」にある様な相談員の育成を行い、相談員を中心に多職種を交え、医学的な情報を根拠に基づき説明し、同意を得ることが理想である。

そのようにして決定した、患者本人、あるいはキーパーソンの意向を病院・地域の多職種で把握・共有することができれば、無用な救急受診や末梢補液等を行う事の抑制にも寄与すると考えた。

## 医2P-49

### 家族の同意が得られず治療を中断せざるを得なかった摂食嚥下障害の2例

竹谷朋子<sup>1)</sup>、鈴木美幸<sup>1)</sup>、川野麻子<sup>2)</sup>、横山衣央<sup>2)</sup>、寺尾香織<sup>2)</sup>、横田京子<sup>3)</sup>、吉田篤史<sup>2)</sup>、星野 真<sup>1)</sup>、野原幹司<sup>4)</sup>

1) 町田わかば歯科、2) 医療法人慶春会 武蔵野わかば歯科、3) 医療法人啓至会 巣鴨わかば歯科、4) 大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔機能治療学教室

**【目的】** 要介護高齢者の治療方針を決定するに当たっては、判断するのは本人ではなく家族である場合が少なくない。今回、摂食嚥下障害を呈し、訪問での嚥下機能訓練の介入を行い、一定の改善が見られたにも関わらず、病態や予後、治療方針に対する家族の同意が得られず治療を中断せざるを得なかった症例を経験したので報告する。

**【症例1】** 70歳女性。既往歴：若年性アルツハイマー型認知症、症候性てんかん、脳血管疾患

**【経過】** 平成26年11月、誤嚥性肺炎で入院、意識レベルと嚥下機能の低下が著しく経口摂取は困難な状態であった。主治医が家族に胃瘻を薦めたが希望されず経鼻経管を挿入したまま退院、施設入所となった。経口摂取の可能性を探るため嚥下機能評価目的で依頼され介入を開始した。捕食行動、嚥下反射がみられ、トロミ水で誤嚥は見られなかったためトロミ水による直接訓練を開始した。嚥下機能は徐々に改善し5ヶ月後の再評価でクラッシュゼリーの経口も可能となった。家族に説明した際、ゼリーの訓練により誤嚥のリスクが高くなるのではと心配され積極的な訓練は行わないよう希望され直接訓練は中止となった。

**【症例2】** 82歳女性 既往歴：認知症、うつ状態、食思不振

**【経過】** H27年7月より誤嚥性肺炎、食思不振により入退院を繰り返す。肺炎が治癒した後も食思改善は無く栄養摂取量は不足。主治医が家族に胃瘻を薦めたが、希望されなかったため経鼻栄養を開始したが、拒否が強く経鼻チューブの自己抜去を繰り返した。経口摂取量の増量の可能性を検討する目的で依頼され介入を開始した。先行期の障害があるが嚥下機能は保たれていたためゼリーによる直接訓練を開始し、介入1か月後にはゼリー1カップ、介入2ヶ月後にはソフト食を3食全量摂取可能となった。その後、口腔内溜め込みがみられるようになり、経口量が不足したため主治医から対応について説明があったが、家族が胃瘻、点滴、看取りを受け入れられず、方針が決まられずに直接訓練も中止となった。

**【考察】** 今回嚥下評価を依頼してきたのはいずれも主治医であったが、嚥下訓練の介入によって2例とも一定の改善は見られていた。しかしながら家族は積極的な治療は望まず、最後まで経口摂取をサポートすることも望まなかった。家族の意思を尊重することは言うまでもないが、本例では家族が病態、予後を正確に理解し、方針を決定できたのかどうか反省が残る結果となった。

## 医2P-50

### 在宅チームと成年後見人による代理意思決定～102歳独居男性の在宅看取り～

石川美緒<sup>1,2)</sup>、津久井照子<sup>1)</sup>、田辺康一<sup>1)</sup>、鈴木京子<sup>1)</sup>、中川砂緒里<sup>1)</sup>

1) 東京ほくと医療生協 鹿浜診療所、2) 日本医療福祉生協連合会 家庭医療学開発センター (CFMD)

**【目的】** 重度認知症等により患者本人が自分の意思を伝えられない上に、代理意思決定者となる家族も不在である場合、いざ患者の状態が悪化した際の治療方針について医療者は思い悩む。症例も同様の状況であったが、関係者が一同に集まりカンファレンスを行ったことで、方針を統一することができ、最期は自宅で看取ることができたため、報告する。

**【症例】** 102歳男性、多発性脳梗塞、認知症、神経因性膀胱、尿道カテーテル留置

**【現病歴】** 2015年4月より当院訪問診療開始。認知症は重度で、意味のある発語は無く、快不快は表情や「あー」「うー」などの声で推定された。終末期の方針については、前医が事前指示書を血縁者に渡したところまでで止まっていた。血縁者は、基本的に全ての手続きを成年後見人に任せ「亡くなったときに連絡してほしい」と希望しているとのことであった。

**【経過】** 情報共有と方針の統一が必要と考え、2015年6月、診療所にてカンファレンスを開催した。カンファレンスには、診療所スタッフの他、ヘルパー、ケアマネージャー、訪問看護師、成年後見人が参加した。臨床倫理の4分割表に沿って話し合いを行った。ケアマネージャーからは、状態が悪化しつつある中自宅でケアすることへの不安が表出され、「具合が悪くなったら入院させてほしい」との希望が出たが、入院加療が在宅で過ごすよりも本人の安楽につながるのか、救急車を呼んだ場合には誰が同乗するのかなど踏み込んだ議論が行われた。最終的には、現在の状態は老衰の経過と考えられるため、入院加療が本人にとって望ましいと判断される状況以外は自宅でみていく方針となった。約2週間後に自宅で亡くなった。

**【考察】** 介護度が重くなる程、一人の患者に多くの職種が関わりますが、お互いの仕事内容や、想いを知る機会は少ない。カンファレンスで全職種が葛藤も含めて思いをぶつけあった後、患者を最期の時まで苦痛なく過ごせるようにサポートすることを統一目標とできた。

**【結語】** まるで最期の方針決定と看取りのために入院したようなケースが昨今増えているように感じる。家族や血縁者が不在または疎遠等の理由で代理意思決定者が不明確な場合には、入院になる前に、患者に日々寄り添っている介護者や医療者が患者の意向を推定しながら、成年後見人と共に代理意思決定をしていくというプロセスも、今後は必要なのではないだろうか。

## ⑤2P-51

### 意思表示の少ないがん終末期患者との関わり ～事例を振り返り理解を深める～

船木巳加、片山智栄、宍戸結理、遠矢純一郎

桜新町アーバンクリニック

**【はじめに】** どの場面においても、患者や家族、一人一人がどう生きたいか、どう過ごしたいかという意思決定が日々行われている。そのような日々の中で、医療者として、その生活を支えられるように様々な関わり方を行っている。今回わたしは、中年後期の、意思表示が少なく、家族への配慮が強い末期がん患者との関わりの中で、「コミュニケーションがとりづらい」と感じた事例を受け持った。患者や家族と向き合う中で、患者の置かれていた状況・立場への理解を深め、どのような意思決定支援が有用であったのかを振り返りたい。

**【目的】** 事例を通して、患者が残された時間をどのように過ごしたいのかを意思決定するために、医療者として、どのような役割や関わりがあったのか明らかにする。

**【考察】** 患者から発せられる情報は、直接的な訴えだけではなく、微妙なニュアンスの訴えや雰囲気など非言語的なコミュニケーションも多く、それらを感じ取り、慎重に介入を検討したり、必要な情報を伝えたりしなければならない。

事例は、意思表示が少なく、多くを語らない患者であったため、憶測で患者をとらえていた可能性があった。予後告知は拒否しており、訪問時には、死を連想する話がしにくい雰囲気であった。娘の結婚式を控えており、残された時間をどのように過ごしたいのか、病状に比例して表情が暗くなる患者を前に、私自身が描いた理想と現実とのギャップが、「コミュニケーションがとりづらい」という印象になったと考えられた。しかし、患者は症状増悪時に、緊急コールをし、治療や服薬・緩和ケア病棟への入院に関して意思決定できており、意思表示を促すことは、むしろ患者自身が望んでいなかったのかもしれない。

**【結語】** 看護師が患者の「意思」を尊重して意思決定支援をするためには、がん治療や療養生活にまつわる患者の「考え」、「思い」、「価値観」を大切にすることが必要である。そのため、意思決定支援において必要な技術の1つとしてコミュニケーションスキルがあげられる。患者や家族に関心を寄せ、患者が語る言葉の本質や沈黙を十分に確認しながら患者の本当の気持ちを出表できるような共感の態度や言葉かけが何よりも大切である。

## ⑤2P-52

### 思いをつなげるー当院におけるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の取り組みー

五味一英<sup>1)</sup>、杉谷真季<sup>1,2)</sup>、風戸光一朗<sup>1)</sup>、篠田裕美<sup>1)</sup>、村上玲子<sup>1)</sup>、遠矢純一郎<sup>1)</sup>

1) 桜新町アーバンクリニック、2) 東京医療センター

**【目的】** 在宅医療において、急性イベントが発症し病院へ搬送するかどうか、経口摂取が難しくなり点滴や人工栄養についてどうするかなど、ケアの方向性について判断をせまられる場面は少なくない。そのため、患者やその家族の思いや価値観をあらかじめ知っておくことは重要である。また、急性期病院への入院を依頼する際には、『かかりつけ医』として、その思いをできる限りつなげる必要がある。今回、当院で行っているACPの取り組みについて報告する。

**【内容】** ①当院医師1名、看護師1名が平成27年度人生の最終段階における医療体制整備事業・相談員研修会に参加し、最善のケア計画を選択するためのプロセスを学んだ。研修終了後、定期訪問や家族との面談時に患者や家族の思いを聞き、それらを『End Of Life (以下EOL) シート』に記入した。②週1回の在宅患者に関する院内カンファレンスでは、シートを参考にケアの方向性について報告しスタッフ間で共有した。③地域の多職種向けにACPに関するセミナーを開催し、ケアに関わる人々への意識づけを行った。④近隣の約800床の急性期病院と連携し、ケア移行が円滑に進むよう『ケア移行申し送りシート』を作成した。

**【効果】** 院内スタッフの意識が高まり、本人の思いを診療中の会話の中から探り、それを記録することが多くなった。代理意思決定者を確認するなかで家族とコミュニケーションをとる機会が増えた。継続的に関わりをもつことでその時々で揺れ動く本人・家族の思いを知ることができた。

『ケア移行申し送りシート』が連携病院の医療相談室を通じて電子カルテに取り込まれ、救急搬送時などに病院スタッフが確認可能となった。

**【考察】** 訪問診療の適応となっている在宅患者は、複数の疾患を合併し症状の悪化をきたしやすい。そのため、すべての患者に導入するあるいは診療開始早期からACPが開始されることが望ましい。

患者自身が語ることで気持ちの整理や現状の理解が深まるだけでなく、家族にとっても新たな気づきやうまれる。また、在宅ケアスタッフにとっても患者の歩んできた人生を知ることができ、もしものことが起こった際のケアの方向性の一助になり、本人・家族・在宅ケアチーム相互にとって大きな意味をもつと考えられた。

今後、在宅ケアチームでの思いの共有にとどまらず、在宅から病院、施設など療養の場が変化していく際にもこれらの思いがつながるような仕組みづくりが必要である。

## 医2P-53

### 在宅における人生の最終段階時の意思決定支援

西出真悟、紅谷浩之

オレンジホームケアクリニック

現状の制度において、在宅医療を利用する患者は人生の最終段階にある、もしくは近い将来において、重要な意思決定をする必要がある場合が多い。抗がん剤を継続していくのか、食事が取れなくなった際はどのようにするか、看取りの場所はどうか。このような意思決定支援を本人だけでなく、家族や周りの人々と共に決定し、共有していくことが、在宅療養において重要である。在宅医療を行うクリニックが、日頃の診察やケアの中において、どのような場面で意思決定支援をしており、どのような方法で意思決定を促していくのかを調査する。

ある一定期間、在宅医療を開始した、もしくは在宅で永眠した患者のカルテや新規相談記録や診療中の記録を調査し、診察時や新規相談時にどのようにして人生の最終段階における意思決定支援をしていたかを調査し、その特徴や方法を明らかにする。

調査の結果、在宅診療中の多くの時間で人生の最終段階における意思決定支援を行っていることが分かった。特に癌患者は、在宅医療開始直後数回の診察においては、本人や家族と共に今後の療養やこれまでの人生について多く語っていることが分かった。また、非がんの患者においては、今後起こりうることについて具体的に話し合うだけでなく、これまでの人生について聞く時間を、より多くの時間を割いていることが分かった。さらに、在宅療養チーム内でも、人生の最終段階における意思決定支援を共有することで、役割分担やサポートしあい、チーム全体で意思決定支援を後押ししていることが分かった。

人生の最終段階は突然訪れるものではない。その時に備えて、日頃の診察の中でどのような考えを持っているのか、どのようにしていきたいのかを聞いていくことで、意思決定はスムーズに行われる。また、人生を決定づけるような選択の際、その方がどのような人生を歩み、どのような決断を下してきたかを知っておくこともまた、決断の判断材料の一つになると考える。

このような意思決定支援が人生の最終段階に行われるだけでなく、もっと早い段階から考えられること、さらにはそれが共有、連携されていくことが、その方の希望を叶える一助になると考える。

## 医2P-54

### 経口摂取困難時における看護師が関わる意思決定支援

入江貴子、石黒裕美、矢後めぐみ、山本美和

富山協立病院

**【初めに】** 当院は強化型の支援病院で、一般病床を有するため、訪問診療を行っている患者の急変に早急に対応して必要時入院する事が可能である。患者の中には「何かあったら入院できる」という思いから、当院に訪問診療を依頼するケースも少なくない。そのため、急変時や終末期に、栄養方法の選択を本人や家族に確認しても、「先生に任せます」と、病院任せになりがちである。認知症や脳卒中後遺症により、嚥下機能が徐々に低下していた場合でも、いざ経口摂取が不可能になった場合に初めて悩むこともあった。その結果、中心静脈栄養や胃瘻管理となり、在宅生活が困難になり、訪問診療に関わる看護師として、その患者が望む終末期だったのだろうかと感じる事例も多く経験した。今回、看護師として終末期における経口摂取が困難となった時の栄養方法の選択について、意思決定支援の取り組みをした結果を報告する。

#### 【方法】

①カンファレンスや医師の意見を参考にして、近い将来に経口摂取が困難となると予想される患者・家族に終末期の医療の希望を確認する。

②上記以外の患者でも、自分で意思決定できるうちに終末期における医療の希望の意志を確認する。

**【結果】** 現在の栄養方法にこだわらず、往診患者・家族に用紙を用いて確認した方法をまとめた。

経口摂取困難となったときに参考にした事例を数例報告する。

## 医2P-55

### 家族はいつ在宅看取りを望むのか～意思決定支援としての在宅医療～

新屋洋平、長野宏明、神山佳之、高山義浩、本村和久、田中 斉

沖縄県立中部病院 地域ケア科

**【目的】** 緩和ケア対象の患者や家族の意向は変化し、それを支える体制が重要であるが、最期まで療養する場所の意思決定には困難が伴う。在宅看取りを行った患者のうち、最期まで在宅で過ごす意思決定を家族がどの時点で行ったかを明らかにする。

**【方法】** 2015年4月～11月に在宅看取りを行った患者を対象とし、診療記録の医師記載内容より、当科フォロー開始前の療養場所、患者家族の意思確認内容、本人の意志確認内容を後方視的に調査した。

**【結果】** 対象患者は32名。当科フォロー前の療養場所は、入院中20名、外来通院中12名。患者家族が「在宅で看取る」意思決定をしたのは、当科フォロー開始時が19名、在宅療養中の病状変化時11名、死亡時2名であった。

本人の「在宅療養をする」意思決定は、当科コンサルト前に行われた患者が27名、そのうち在宅死まで望んでいたのは4名。当科フォロー中に「在宅で最期まで過ごす」選択をした患者は7名。当科フォロー開始時に意味のある会話ができない患者9名のうち、5名は事前に在宅療養を選択し、その中の1名は在宅死を望んでいた。在宅療養開始時に意識があるにも関わらず、本人の希望が確認できなかった1名は、病名未告知の患者であった。

当科フォロー開始時に本人の「在宅療養する」希望があり、家族が「在宅で看取る」意向でなかった患者は8名であった。

**【考察】** 終末期の患者においては、在宅医療開始時に本人や家族が「在宅で最期まで過ごす」意思決定を行わなくても、在宅看取りを達成できる患者が存在する。

## 医2P-56

### 在宅の看取り症例を担当したケアマネジャーのリフレクション

木股貴哉<sup>1)</sup>、平川仁尚<sup>2)</sup>

1) あおい在宅診療所、2) 名古屋大学大学院医学系研究科 国際保健医療学・公衆衛生学教室

現在は多くの国民は病院で最期を迎えているが、国民の希望や財政的問題により今後は地域や在宅における看取りが増加していくものと考えられる。在宅終末期ケアにおいては医療・看護・介護・福祉を中心とした多職種が協働してケアに当たる必要があるが、そうした多職種のケアサービスの調整を行うのがケアマネジャー業務の一つであろう。しかし、終末期におけるケアマネジャーの役割や業務範囲は在宅終末期ケアに携わる関係者の間でも必ずしも明確になっていない。現場のケアマネジャーに看取り経験を振り返ってもらうことは、ケアマネジャーのみならず在宅終末期ケア関係者にとっても今後の在宅終末期ケアの方向性を考えるための貴重な基礎資料になるものと考えられる。

本論文の目的は、在宅医である筆頭著者自身が経験した看取り症例を担当ケアマネジャーと振り返り、ケアマネジャーの経験や思いを言語化することである。2014年4-5月にかけて、筆頭著者が在宅で看取った患者のうち、印象に残った症例の担当ケアマネジャー14名に振り返りを目的としたインタビューを行った。インタビューのテーマは、「今回在宅の看取りの経験をして思うこと」であった。インタビューのまとめには、今回のような渾沌とした雑多なデータやアイデアを統合し、新しい発想を生み出すのに適した手法であるKJ法を用いた。

その結果、在宅の看取りの要件として、家族の意向や介護力、近所からの理解・支援、リビングウィル、終末期ケアチームの献身的な支えなどが挙げられた。こうした要件を整えるためには、ケアマネジャーが終末期ケアチームに積極的に関わる必要があると考えた。しかし、ケアマネジャーは終末期の病状や状況の急激な変化についていけずに混乱しがちであるため、医療チームからの積極的な医療情報の提供などケアマネジャー支援の必要性もあると考える。

## 医2P-57

### 在宅療養が困難となり有料老人ホームに入居となった患者の事例検討

服部直子、森下歳子、内山ゆかり、上山まり、石賀丈士

いしが在宅ケアクリニック

**【目的】** 在宅療養を望んでいるにも関わらず介護負担が増加し継続できない例は少なくない。当院では本人、家族の意向に添うよう対応しているが有料老人ホームに紹介した事例が9例となり、そのうちの2例に焦点をあて施設療養となった経緯、入居後の本人、家族の思いについて報告する。

#### 【背景】

事例1：80歳代女性、心不全、認知症。夫、次女と3人暮らし。長女夫婦同敷地内。長女・次女共に仕事をしている。

事例2：90歳代男性、慢性腎不全、前立腺肥大にて自尿なくBaカテーテル挿入。独居。協力者は甥夫婦。

#### 【経過】

事例1：訪問診療開始1年後認知症状が進み、家族の介護負担が増加した。他者に預けることに自責の念があり介護の導入に消極的であった。次女の仕事にも影響が出始め、施設に緊急入居することとなった。入居後、転倒を繰り返し認知症状が低下、家族の不安が増強した。それに加え次女が患者への対応に不満を持ち自責の念が強くなった。入居6ヵ月後家族希望の施設に転居になった。事例2：訪問診療開始以前よりBaカテーテルをはさみで切断、カテーテルを引っ張り血尿が続くことがあり施設入居を検討していたが同意は得られないままであった。1ヵ月後ケアマネジャー、医師、看護師を含めた話し合いの場を設け土日外泊を条件に施設に入居することとなった。入居後家族は来なかったため表情も固く職員に攻撃的になった。2ヵ月後定期的に外出する機会を作り少しずつ表情が緩やかになってきた。

**【考察】** 事例1は、介護負担軽減のため、病状説明・予測に加え介護者のストレスに配慮していた。家族は施設の見学も行っていたが緊急入居の施設決定時には他施設がなく入居に至った。家族の希望する施設に入居できるまで他の選択肢を提示できればよかったと考える。事例2は本人の同意が得られないまま入居に至ったため不満につながったと思われる。家族が可能な条件で入居に運ぶことや公的サービスにより独居を継続する道もあったのではないかと考える。

**【まとめ】** この2例に関してはケアマネジャーより家族、本人と施設入居に向け話をしたが受け入れが難しく介護の限界がきたため医師の提案により緊急入所をすることとなった。医療者にとって安心な療養場所が本人、家族に当てはまらない場合がある。個々に応じた選択肢を提示し決定してもらうことが必要と考える。

## 医2P-58

### 独居要介護者が自宅で生活を続けられるために～独居継続困難となる要因分析～

伊勢健太郎

東大和病院 ケアサポート

**【目的】** 独居の要介護者でも、医療、介護、その他様々な社会資源を活用すれば自宅で生活が継続できる。在宅生活を断念した要因を分析することで、今後さらに増加する独居要介護者に対する支援の奉納について情報共有できたので報告する。

**【方法】** H27年2月に同法人2か所（隣市）の居宅介護支援事業所のケアマネジャーへアンケート実施。H26.1.1～12.31までの実利用者（契約者数）のうち、独居者数、終了理由、独居継続に必要な要因について分析した。

**【結果】** ケアマネジャー数13人。実利用者数594人。そのうち独居者数90人（15%）、そのうち契約終了者数32人（36%）。終了理由は死亡が7人（22%）、入所が7人（22%）、長期入院が11人（34%）。要支援に移行が6人（19%）、その他が1人（3%）。

入所又は長期入院を「選択した人」の内訳は、本人が7人（39%）、実子が5人（28%）、兄弟が3人（17%）、役所CWが2（11%）人、その他が1（6%）人。入所又は長期入院を「選択した理由」は、癌などの体調悪化が6人、認知症の悪化が5人、本人の寂しさが2人、その他が5人。

入所・入院者が『在宅生活が続けられなかった一番の要因』は「本人が自宅での終末を希望しなかった」6人、「家族が自宅での看取りを希望しなかった」2人、「家族と本人の関係性が不良だった」3人、「近隣住民から苦情や訴えがあった」2人、「財産や金銭の管理代行者の不在」3人、「段差や階段がある家屋状況」2人であった。

**【考察】** 独居者でも、ケアマネジャーが関わることで孤独死にならず、在宅での看取りや入所・入院を選択することができることがわかった。これは介護サービス未利用者と異なり、関係者間でネットワークを構築し、状況変化に対応した為である。

また、入所又は長期入院を選択した理由として「認知症」と「癌などの体調」の悪化が多く、在宅生活を続ける為に必要な要因は「本人の意志」「家族の意向」「家族や地域住民との関係性」「成年後見制度」「住環境」と分類することができた。

独居者への支援として、上記5分類に着目したアセスメントを行い、本人の癌や認知症が進行する前に、事前に対策を検討する必要があることが分かった。

## 医2P-59

### 在宅療養継続の実現可能性と社会経済的要因との関連

三澤仁平<sup>1)</sup>、尾形倫明<sup>2)</sup>、千葉宏毅<sup>3)</sup>、たら澤邦男<sup>4)</sup>

1) 日本大学、2) 東北医科薬科大学、3) 北里大学、4) 国際医療福祉大学

**【目的】** 自宅で終末期を迎えることを望む国民が多い。しかし終末期医療に関する調査によれば、自宅で最期まで療養できると考えているのは6.2%のみである。療養できない原因として、ヘルスケアの問題はもちろんだが、経済的負担など社会経済的問題も大きな要因と考えられている。そこで本研究は、在宅療養継続の実現可能性を社会経済的要因との関連から明らかにすることを目的とする。

**【方法】** 2015年1～2月に訪問留置法で、東北在住20～79歳を無作為抽出した調査を行った(回収数1013名)。在宅療養継続の実現可能性を目的変数、社会経済的要因を説明変数としてロジスティック回帰分析を行った。社会経済的要因は、生活不安感、社会経済的地位(階層帰属意識、職業形態、等価所得)、地域に対する評価を用いた。統制変数は、基本属性(性別、年齢、婚姻状況)、健康状態(主観的健康感、慢性疾患)を用いた。JSPS科研費(24683018、26380736)、厚生科研費(H25-医療-指定-003(復興))の助成を受けた。

**【結果】** 在宅療養継続の実現可能性は、療養できる6.7%、できない63.6%、わからない29.7であった。生活に不安があるのは78.4%であった。社会経済的地位は、階層帰属意識の中位が51%ともっとも多かった。職業形態は無職35.7%、正規雇用34%であった。等価所得は200～400万円未満がおよそ半数でもっとも多かった。手助けがある地域と評価したのは39.3%であった。在宅療養継続の実現可能性の「わからない」を除いたロジスティック回帰分析の結果(療養できる=1/療養できない=0)、女性(OR=0.516、CI: 0.278-0.958)、40～64歳の年齢(OR=0.424、CI: 0.193-0.930)、生活不安感(OR=0.409、CI: 0.221-0.756)が有意に関連がみられた。しかし、社会経済的地位や地域に対する評価は関連がみられなかった。

**【考察・結論】** 在宅療養継続を実現できない原因として、これまでの研究で経済的負担が示されていたが、本研究では地域や収入、職業など直接的な社会経済的要因ではなく、生活そのものに対する不安が要因と考えられた。在宅における療養継続を実現するには、制度的に社会経済的環境を整備するだけでなく、人びとの生活安寧を保つための社会人間性の成熟化が求められる。

## 医2P-60

### クラウドネットワークを利用した地域医療現場におけるリアルタイムコミュニケーションの実現と、NSTのチームワーク向上に繋がられた事例

渡辺克哉<sup>1)</sup>、星野 真<sup>2)</sup>、野原幹司<sup>3)</sup>、玉元良一<sup>4)</sup>、村田味菜子<sup>4)</sup>、疋田節子<sup>1)</sup>、横山衣央<sup>2)</sup>、青山敬三郎<sup>5)</sup>、段 俊行<sup>4)</sup>、神農雅秀<sup>1)</sup>

1) 日翔会 わたなベクリニック、2) 慶春会 町田わかば歯科、3) 大阪大学大学院歯学研究所 顎口腔機能治療学教室、4) 日翔会 生野愛和病院、5) 青竹のふし 情報システム部

**【目的】** 在宅という離れた環境と、様々な職種が異なる時間軸で業務を行う地域医療の情報共有を、リアルタイムにコミュニケーションしながら、その場に居ない支援者とも共有して地域医療の技術を向上させる。

**【方法】** クラウド上にアプリケーションを開発し、NSTで利用する。外部情報もクラウドを介在させ双方向な入出力を可能にし、内外部情報を公開する。

患者の生活上問題点や課題を集約することで、医師の診療補助に役立てながら、そのやり取りをNSTメンバーも共有できるように、PC・スマートフォンで閲覧可能にする。

リアルタイムコミュニケーションツールを用い、訪問看護や日々現場に従事している者とも連絡を可能にする。

会議等は動画にて共有し、様々な勤務形態の職員も閲覧可能にする。

**【結果】** 情報がクラウド上に残ることで、検索やデータ化が可能になり、統計的分析や地域差等を把握することが可能になった。

各職員の仕事量負担や、問題を視覚的に把握出来るようになり、職員相互の扶助が見られた。

課題統一が可視化され、患者の重症度に合わせトリアージすることが可能になった。

医師側も素早く診察が行え、診療時間短縮により、多くの患者を診ることが可能になった。

NSTが必要となる数値的医療データはもとより、個人が持っている嗜好や特徴、地域環境などの環境因子などの情報を共有することでアプローチ方法に変化が見られた。

**【考察】** 過去、朝礼等による一方向性の情報入力为主であったが、地域医療では、双方向性の情報共有が重要になる。医師も患者の日常を知り、様々な職員が他職種ともコミュニケーションする場が必要である。ICTの活用は、単に情報共有により患者への医療技術が向上するだけでなく、働いている職員にとっても休暇や育児、介護など、時間制限がある中で、仕事と私生活のバランスを取りながら情報に触れられるツールになっており、働きやすさの改善に繋がったと考えられる。

**【結論】** 少子高齢化が更に進む日本において、単に患者への地域医療技術向上だけでなく、限られた時間内の確かな診断を行い、指示や情報収集を双方向に行うツールは地域医療において必ず必要となる。今回、NSTを軸にこのシステムの運用を行ったが、画一的なソフトウェアで行うのではなく、カスタマイズ可能なクラウドを用い、「情報」の扱い方を変えるだけで地域医療技術が向上し、関わる職員も含めて生活の質が向上すると結論づける。

## 医2P-61

### 在宅現場におけるモバイルツールの活用事例

岡 日出夫<sup>1)</sup>、岩野 歩<sup>2)</sup>、平部俊哉<sup>3)</sup>

医療法人 コールメディカルクリニック福岡  
1) 事務長 2) 院長 3) 医師

**【概要】** 当院は福岡市と北九州市の中間に位置する在宅療養支援診療所である。宗像市・福津市・岡垣町の19万人弱の診療圏が対象である。常勤医2名、非常勤医2名、看護5名で訪問診療を実施している。訪問リハビリと平成28年春より医療型特定短期入所事業も併設している。平成28年1月時点、訪問診療138名(居宅117名、施設21名)、訪問リハ32名。平成27年1年間の在宅看取り73名(在宅看取り率65.2%)。高齢者102名(うち癌末期11名)、障害児者36名という内訳である。

**【目的】** 在宅現場の特性や課題を踏まえ、IT環境について事例紹介し考察する。

**【事例】** 当院では、平成24年6月開業以来クラウド型電子カルテを利用している。院外で使えるクラウドサービスは場所を選ばないのが特徴だ。しかしリアルタイムに電子カルテ入力ができるわけではない。ノートPCの準備も時間がかかる。また通信圏外や通信速度が遅いとクラウドサービスは使えない。電子カルテが使えないと事後入力となる。情報欠落するリスクも同時に高まる。そこで当院ではスマートフォン(以下スマホ)のカメラ機能とクラウドサービスのファイル同期機能を利用している。例えば医師は患者の連絡ノートに診察コメントを手書きする。そしてスマホで連絡ノートを撮影。画像は医師の電子カルテPCに自動同期する。移動中や帰院後に電子カルテに撮影した画像を添付し診察所見を入力する。ポケットエコーの画像や褥瘡写真などもあれば同時に添付できる。現場で手書きした患者向け説明・指導内容も明確にカルテに残せる。もうひとつ別の事例を紹介する。患者に持参した処方箋に変更点を手書き修正し、スマホで撮影する。画像は院内職員PCに自動同期され、院内で処方オーダーを修正、処方箋を担当薬局にFAXする。患者への薬のお届けも早くなる。帰院後の職員の事後処理も減る。利用者はカメラ撮影のみで、機械が苦手な職員でも十分使いこなせる運用である。

**【考察】** 電子カルテが技術課題を解決すればもちろんありがたいが難易度も高く対応は難しい。そもそも時間的制約が多い業務環境に大きな変わりはなく、事後入力が減るわけではない。紹介事例は費用対効果も高く効率は確実に向上している。注意点として個人情報を含まないよう撮影している。機動性に優れたポケットエコーやモバイル心電図などと同様、スマホやクラウドサービスなど機動性に優れたモバイルツールが在宅現場には不可欠である。

## 医2P-62

### 在宅医療での多職種連携におけるICTツールの有用性について

小笠原真雄<sup>1)</sup>、鈴木裕介<sup>1)</sup>、小笠原文雄<sup>2)</sup>、遠矢純一郎<sup>3)</sup>、葛谷雅文<sup>1)</sup>

1) 名古屋大学大学院医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学、  
2) 小笠原内科、3) 桜新町アーバンクリニック

**【背景と目的】** 高齢化による需要増大とともに、在宅診療はその量的拡充から質の向上が問われる段階へと移行しつつある。質を規定する因子として、在宅サービスに関わる多職種が患者や家族の情報を円滑に交換し、共有できることは非常に重要である。しかしながら、異なる事業所と職種間では患者の情報を円滑に共有できないことがしばしば見受けられる。近年、多職種連携を円滑に行うためにICT(情報コミュニケーション)ツールを利用した連携が各地で独自に広がりを見せているがICTツールの有用性について十分検証されているとは言い難い。そこで今回我々はICTツールの多職種連携における有用性について調査することとした。

**【方法】** 岐阜県岐阜市と東京都世田谷区を中心に在宅医療を提供している2つの診療所が、患者に関わる他の事業所と連携を図るために使用しているICTツール(岐阜市:THP+, 世田谷区:EIR)を使用したことのある医療従事者に対して、無記名のアンケート調査を行い、ICTツールの有用性(効率性、情報量、サービスの質の向上など)について5段階で評価を行った。

**【結果】** アンケートの回収率、事業所数、医療従事者数はそれぞれTHP+: 54.7%、42事業所、103人、EIR: 43.8%、7事業所、23人であった。アンケート結果ではTHP+、EIR利用者ともに約半数の回答者がICTツールを利用することによりカルテ以外にも情報を入力する手間がかかるため、作業効率の低下を指摘している一方、過半数が情報共有の手段として、患者の情報量の増加、サービスの質の向上、多職種間の連携の促進に寄与するため、今後もICTツールの継続を希望するという回答が得られた。

**【考察と結語】** 多職種連携の向上には顔の見える環境作りや地域連携パスの作成、多職種教育の継続的な実施、職種間の共通言語の理解などが様々な手段が必要であると思われるが、今回の調査から地域性を問わず、多職種連携を向上させる手段の一つとしてのICTツールの有用性が示唆された。

## 医2P-63

### 静岡県清水区の在宅医療・多職種連携におけるICTツールの開発と運用

吉永治彦<sup>1)</sup>、青木秀剛<sup>2)</sup>、乾 哲也<sup>3)</sup>、宗 幹之<sup>4)</sup>、  
福地照元<sup>5)</sup>、三上 直<sup>6)</sup>

1) 医療法人社団永仁会 吉永医院、2) 青木内科クリニック、3) 乾医院、4) 宗内科医院、5) 福地外科循環器科医院、6) 三上医院

**【背景と目的】** 静岡県清水区では(連携型)機能強化型在宅療養支援診療所グループと各圏域の包括支援センターや介護支援事業所、訪問看護ステーションなどが定期的なカンファレンスを開催して顔のみえる連携を図ってきたが、在宅患者の増加や業務の増大もあって皆が一同に会する機会を頻繁にもつことは困難になってきている。圏域ごとの小規模なミーティングも行っているが、複数の圏域に患者をもつ医師や看護師・ケアマネージャーは全てに参加することは難しい。一方で、外来診療中の主治医に緊急性がさほど高くない事柄で連絡をとることの困難さは以前より指摘されていた。今後さらに進行してゆく高齢化や在宅患者～看取りの増加を考慮し、ICTを活用して多職種がスムーズに連絡をとりあい且つ効率的に情報を共有するためのシステムの開発が望まれた。

**【方法】** 静岡県清水医師会では病院医師と診療所医師の医療連携を促進するための診療所機能データベースを含むグループウェア(インターネット上の会員制WEB)を採用しているが、このシステムをVPN(Virtual Private Network)上に移築し、チーム機能を活用して患者に関わるそれぞれのチームメンバーのみが共有できるスペースを構築した。

**【結論】** 在宅患者ごとにチームを構成しそのチームにアタッチされた医師・看護師・ケアマネ等の多職種のメンバーのみにメッセージを送信～返信する・掲示板で協議する・書庫でファイル共有するといった手段を活用して、連携をスピーディーで無駄のない形に近づけるように活用～さらなる工夫を続けている。

**【課題】** VPN上にあるため接続設定などがイージーアクセスとは言い難いこと、ICTに不慣れな方たちへの対応などが課題としてあげられる。

尚、医療連携・多職種連携は顔のみえる連携が基本であり本システムはあくまでもその補助ツールであるということ、またセキュリティを確保し患者情報をネットワーク上で共有できる仕組みを備えているがクラウド型の電子カルテではないこと(共有するのは連携に必要な最低限の医療情報にとどめる)を運用上のスタンスとしている。

## 医2P-64

### 介護ケアサポートアプリ「Dr.SHIMADA」を用いた在宅看取りの経験

神山一行<sup>1)</sup>、安武哲生<sup>1)</sup>、中村哲生<sup>2)</sup>、伊藤麻衣子<sup>3)</sup>

1) 港北ニュータウン診療所、2) 湘南なぎさ診療所、3) 早稲田大学大学院人間科学部 福祉産業学

**【はじめに】** 当院は年間約30件の看取りを行う在宅療養支援診療所である。今回我々は、ネットワークを通じて遠隔地で患者の心拍数と体表温度を確認できるアプリケーション「介護ケアサポートアプリDr.SHIMADA」(以下Dr.SHIMADA)を用いた在宅看取りを経験した。在宅看取りに本アプリケーションを用いるメリットなど考察し報告する。

**【症例】** 80代 男性

疾患：パーキンソン症候群

経過：X年診断。内服加療されるも徐々に進行。X+5年老人ホーム入居し当院初診。初診時、四肢筋固縮軽度、ADL屋内歩行介助。徐々に筋固縮が進行。内服加療やリハビリテーション行っても改善なく、ベッド上生活となった。X+7年経口摂取困難。家族が在宅看取りを希望し点滴加療。努力様呼吸が出現し、看取りのタイミングが近いことを説明しDr.SHIMADA装着。翌日、アプリケーション上、徐々に心拍数が低下。往診し看取りとなった。

**【使用機器】** Dr.SHIMADAは心拍数と体表温度を測定し、ネットワークを通じて遠隔地でそのデータを確認することができるアプリケーションである。患者の左前胸部体表面に心拍センサーを取り付け、その測定データが携帯端末の通信を経由し、クラウドに保存される。医師や介護者がクラウドにアクセスすることでデータをリアルタイムに確認できる。異常値が検出された場合はメールで通知される。

**【考察】** Dr.SHIMADAの使用により、遠隔地にいながら患者の心拍数と体表温度をリアルタイムに確認できる。そのため、看取りのタイミングをある程度予測でき、往診のタイミングが計れる。オンコールの際、医師は遠隔地でデータを確認でき、家族からの状態報告よりもより正確な状態を把握し説明できる。医師のデータ判断により緊急性の少ない往診を減らすことが可能となり、在宅医の疲弊軽減や医療費削減に役立つ。また「遠隔地で在宅医が診てくれている」という安心感が生まれ、家族の不安軽減にも役立つ。

初期費用約5万円、月額利用料約1万5千円の費用がかかること、心拍センサーのバッテリー持続稼働時間が24時間と短いことなど、幾つかの課題は残るが、遠隔地にいながら心拍数と体表温度を確認できるメリットは大きく、今後の継続的な使用を検討している。このような遠隔でのモニタリングが一般的に行われるようになる日は近いのかも知れない。

## 医2P-65

### 山梨県峡南地域におけるiPad端末を用いた在宅患者情報共有システム「コメント(KOMET)」の取り組み

市川万邦<sup>1)</sup>、窪田良彦<sup>2)</sup>、萩原 淳<sup>3)</sup>、飯野 哲<sup>4)</sup>、永谷 計<sup>5)</sup>、芦澤 敏<sup>6)</sup>、溝部政史<sup>7)</sup>、中込友里<sup>8)</sup>、川村浩祥<sup>6)</sup>、小川 忍<sup>9)</sup>

1) 南部町医療センター、2) くぼた内科胃腸科医院、3) 身延山病院、4) 富河医院、5) 国民健康保険万沢診療所、6) 峡南在宅医療支援センター、7) 溝部医院、8) 株式会社ウインテックコミュニケーションズ、9) 峡南保健福祉事務所

**【はじめに】** 山梨県峡南地域は山梨県の中でも高齢化が進み医師不足な地域である。平成26年4月から峡南地域の6病院間において、患者カルテ情報(処方・検査履歴、検査画像等)を共有することができるシステム「コンパス(KOMPAS) Kyonan On-line network of Medical Information and Patient Supporting」が運用開始となり、コンパスの患者メモ機能を使った峡南地域在宅患者情報共有システム「コメント(KOMET) Kyonan On-line network for Medical Teamwork」が平成27年4月から運用開始となった。

**【概要】** コメントはiPad端末にインストールする「在宅ケアSNS」アプリケーションで、インターネット環境下で利用することができる。峡南5町を事業主体とした峡南在宅医療支援センターが運営を行っている。セキュリティ対策は厚生労働省安全管理ガイドラインに準拠し、サーバにはファイヤーウォールを設置し、施設間の通信においてはVPN接続を採用している。また、利用するiPadには認証キーをインストールし、認証された端末以外からのアクセスはできない。このコメント上で、在宅療養者を中心とした医療・介護の専門職による多職種チームを結成し、情報をメンバー間で共有する。訪問記録やバイタル、その他自由記述がタイムライン表示となっており、写真・動画・音声などを添付することも可能である。また、母体であるコンパスのカルテ情報をコメント上に表示することもできる。平成26年12月末より2チームの医師、訪問看護師、ケアマネジャー、訪問介護士らで構成された多職種による在宅患者ケアチームにて試行がスタートされ、平成27年4月から本運用となった。現在は峡南地区の訪問介護6施設、訪問看護6施設、居宅介護支援事業所13施設、行政(地域包括支援センター)3施設、歯科診療所3施設、医科診療所6施設、病院5施設が登録され、在宅患者ケアチームを結成し各々のルールを決め患者情報の共有を行っている。また、峡南北部・南部在宅チームという実在の在宅療養者ではない掲示板のような医療情報共有も同時に行っている。

**【考察】** コメントの利用により職種間の壁が取り除かれスムーズな医療情報の共有、連携が可能となった。高度のセキュリティとコンパスを経由したカルテ情報の利用などを活用し、多くの症例の蓄積で様々な活用法を見出し成果を上げていきたい。現在使用しているiPad端末はWi-Fiモデルを採用しているためランニングコストはかからないが当地域のようなインターネット環境の整備が進んでいない地域においては工夫が必要である。

## 医2P-66

### ICT 利用による多職種患者情報共有システム『むーみんネットシステム』を活用して～平成24年度からの取り組み～

廣田玲子<sup>1)</sup>、阿部久美子<sup>2)</sup>、吉田道弘<sup>3)</sup>、荻野裕子<sup>1)</sup>、小齊 勉<sup>4)</sup>

1) 宗像医師会 在宅医療連携拠点事業室、2) 宗像医師会 訪問看護ステーション、3) 吉田内科クリニック、4) 宗像医師会 病院情報システム室

**I はじめに** 平成24年度の「在宅医療連携拠点事業」にて多職種連携推進の一事業としてICTを活用した情報共有システムの開発に取り組んだ。当初はタブレットを利用し平成26年度よりスマートフォンへ移行、システムの機能強化を図り現在の運用に至っている。当該システムの運用とその効果、展望と課題について発表する。

#### II 「むーみんネットシステム」運用の実態

- 1、運用並びに情報管理(宗像医師会在宅医療連携拠点事業室)
  - (1) 運用管理規程と操作マニュアルの作成
  - (2) 患者情報の登録、システム利用者情報の登録、患者情報との紐付け・変更等の業務(システム利用者:宗像医師会及び同医師会共同利用施設、関連のある歯科医師及び薬剤師)
  - (3) 個人情報保護のための管理
  - (4) 新規システム利用者への説明
- 2、システム管理(宗像医師会病院情報システム室)
  - ・システム利用者からの要望は同システム室とメーカーで検討し改良を加える
- 3、運用方法
  - (1) 登録患者の抽出を主治医と多職種間で決定し、登録依頼シートに記入
  - (2) 記入されたシートより、拠点事業室で登録を行う
  - (3) 紐付けされたシステム利用者は、IDとパスワードでログイン。以下項目の情報共有が可能となる
    - ①患者一覧 ②患者基本情報 ③訪問カレンダー
    - ④バイタルサイン(グラフ表示) ⑤訪問メモ ⑥処方薬
    - ⑦医療処置 ⑧ファイル集 ⑨トーク

**III 評価と結果** システム利用者(在宅医4、薬剤師4、介護支援専門員1、訪問看護師1、栄養士1、病院医師1)にアンケート調査を実施。(記述式)

システム利用者からは、他職種との情報の共有がリアルタイム可能で効果的であると100%の評価を得た。また、口頭による連絡ミスがない。緊急時に備えた対応ができる。多職種の一体感がうまれている。システムが改善されることで、記録等の業務も簡素化されるようになった。薬剤師・栄養士の意見として、診療状況、処方の意図、看護の状況等も容易に把握できるとあった。

#### IV 展望と課題

- 1、今後は宗像医師会関連施設以外の事業書も含めた広域の連携ツールにする
- 2、システム利用者と管理担当者との情報共有の場を定期的に行い、更にシステムを改良する。

課題として、広域になれば多事業所に関わるため個人情報の保護や責任にどのように対応するか。また事務量の増加や煩雑化を防ぐための対応策が必要となる。課題を検討し今後広域の連携ツールとしてより良いシステムにしていきたい。

## 医2P-67

### 遠隔診療の有効性・安全性の定量的評価に関する研究 —平成27年度厚生労働科学研究報告—

長谷川高志<sup>1)</sup>、酒巻哲夫<sup>2)</sup>

1) 群馬大学医学部附属病院 システム統合センター、2) 高崎市医師会 看護専門学校

**1. 背景** 在宅医療でのテレビ電話による遠隔診療の活用は、医師不足の緩和策や規制緩和の課題として注目されるが、普及に到っていない。本研究では厚生労働科学研究として在宅医療に於ける遠隔診療の有効性・安全性の検証を通じて、普及方策を検討している。二年間の研究計画の一年目として、先行研究調査を通じた遠隔診療の現状を総括した。その結果より多施設研究を計画して、次年度に実施する。

**2. 研究方法** 先行研究調査として、ニーズ(意識調査)、試行形態、臨床評価、管理手法について文献、訪問、聞き取り調査を行った。厚生労働省事業「遠隔医療従事者研修」の参加者や先行施設(大学・病院)、日本遠隔医療学会等への投稿論文を調査対象とした。結果を研究班員により分析・評価して、総括した。

**3. 研究結果** 前述の研修はニーズを持つ参加者が多く、多くの情報を聞き取れた。看護師が患者側で介在する遠隔診療への期待が高かった。また医師不足地域で域外の専門医の支援のニーズも高かった。一方で請求可能な診療報酬や実施可能な診療行為の情報不足、地域での立ち上げの支援不足により、リスクが高く取り組みにくい実態が明らかになった。

文献等調査によれば研究事例は多く、モニタリングでは良好な臨床研究事例もある。テレビ電話による遠隔診療では、複数施設で実績があり有効性や安全性を定量的に評価したモデルは、遠隔から医師が看護師を指導するシンプルなものだけだった。その手法の臨床研究では、遠隔からの用量変更等の実績があり、有害事象発生率に訪問診療と差がなかった。有効な対象や実施手法について、更なる研究が必要である。

対応する診療報酬は連携指導相当と考えられるが、すでに別途請求実態が進み、遠隔診療のインセンティブとならない。従来から請求可能だった「電話等再診」に処方箋発行を組み合わせるのが現実に適用可能と考えられる。

先行施設調査によれば管理手法(各種対応、診療記録、質管理等)は遠隔医療全般に未開拓である。

**4. 考察** 制度的規制よりも情報や支援の不足が深刻で、在宅向け遠隔診療として電話等再診さえ十分に活用されず、対象や手法の指針化による普及展開が重要とわかった。

**5. 結論** 「電話等再診」を対象とした実践的な遠隔診療指針や組織的支援手法の必要性が明らかになった。指針に掲載する情報を平成28年度には多施設研究にて収集する。

## 医2P-68

### 在宅医療の現場における理想の電子カルテとは？—データベースソフトによる情報共有ツールの構築の経験から—

高柳 亮<sup>1)</sup>、平 洋<sup>2)</sup>、関根有沙<sup>1,2)</sup>、桑原美穂<sup>1)</sup>、伊藤洋子<sup>1)</sup>

1) 群馬家庭医療学センター 前橋協立診療所、2) 群馬家庭医療学センター 通町診療所

**【背景】** 前橋協立診療所は、同一法人内の中小病院と連携する無床の強化型在宅療養支援診療所である。2008年から診療所常勤医師3名と、非常勤医師(連携病院勤務)3~5名が訪問診療を担当してきた。常時約150名の患者を対象に訪問診療を行っており、毎月約4名が新規導入となり、ほぼ同数が死亡や転医によって訪問診療終了となっている。2015年度の在宅看取り率は、全体で70.7%、がん患者で77.8%、非がん患者で65.2%となっている。当診療所では電子カルテは未導入で、紙カルテベースの診療を行っているが、在宅部門に関してはスタッフ間の情報共有を目的として、市販のデータベースソフトを用いた情報共有ツールを構築、運用してきた。

**【目的】** 自作の情報共有ツールの特徴、使用状況を分析することによって、在宅医療における理想の電子カルテについて検討する。**【方法】** 情報共有ツール作成者の省察と、使用者からの聞き取りによる。

**【結果】** 情報共有ツールの特徴として、①医学的な情報のみでなく、心理社会的問題についても記載閲覧できる。②記載内容を各種書類に自動で転記できる。③入院中の患者、ハイリスク患者、ワクチン接種者などをボタンひとつで抽出リスト化できる。④地画情報にリンクできる。⑤ACP等在宅患者にとって特徴的な情報や、地震・大雪などの危機管理時に新たに必要となった記載フィールドを簡単に追加できる。⑥管轄省庁への報告や、学会報告のための診療実績を簡単にまとめることができる。⑦遠隔操作によって院外のモバイルからも閲覧できる。

**【考察】** 自作の情報ツールの特徴の分析から、在宅医療における電子カルテにおいては、①新たな情報フィールドを追加しやすいこと、②検索やソートがしやすいこと、③院外でも操作しやすいことが重要と考えられた。

**【結論】** 在宅部門で現在使用中の情報共有ツールの特徴、使用状況を振り返ることによって、在宅医療を行うクリニックにとって、どのような電子カルテが求められているのかが明確になった。

## 医2P-69

### ITを活用した教育システムによりキャリアパス制度を構築し介護現場安定を目指す

安井紀世

ウェルコンサル株式会社 介護教育マネージャー

**【はじめに】** 介護・福祉施設において、人材育成はケアの質（サービスの質）と深く関連する重要課題である。対人援助職である介護職は、介護技術やコミュニケーション技術、介護保険等に関する知識など幅広くさまざまな能力が求められる。専門職として、主体的な自己成長を目指せる働きやすい職場づくり、離職率の低下、職場全体の士気向上を図る為、一般社団法人ヘルスケア人材教育協会と共同で開発し、特許を取得した教育システムでの人材育成に取り組む。

**【倫理的配慮】** 今回の発表にあたり、掲載してある内容・写真については、本人及び所属長の承諾を得た。

また、個人情報・秘密保持について配慮を行った。

**【具体的な取り組み】** 入社当初から全職員に対し、上記の教育システムによるキャリアパス制度を浸透させている。一般社団法人ヘルスケア人材教育協会と当社の介護現場にて蓄積されたノウハウで開発したWEBソフト「楽ちんキャリアアップ」評価システムを使用して、それぞれの職員が自己能力の評価を行い、上長評価後に課題を抽出し、面談を実施する。その時点で、各自は今後の行動基準や目標設定を行う。このプロセスは職員が専門職としての自らの成長をイメージする為の動機づけに有効である。また、バーンアウトせずに対人援助し続けられるよう、情緒的な支援を行い、自己効力感と仕事に対するやる気を持つようにOJTへとすすめて行ける。一方、上記評価システムと連動して、一般社団法人ヘルスケア人材教育協会が実施する「介護プロ資格」試験により能力レベルを認定し、能力給として給与に反映させ、役職登用へのキャリアパス制度を明示している。

OFF-JTとしては、A級、B級レベルの職員には技術向上を目的とした「スキルアップ教室」、C級、D級、E級レベルの職員には指導者、管理者育成の為の「レベルアップ教室」の受講の機会を提供し、キャリアアップを後押ししている。その他の取り組みでは、地域への発信として介護事例検討発表会の実施、福祉農園での園芸療法研修と実践、地元中学生への認知症サポーター養成講座の開催、認知症カフェ開催協力と参加、介護職員初任者研修等で一般の方へ向けた講師協力、ラジオへの出演体験等、多彩な自己研さんの場の提供をしている。特に施設と地域とのかかわりが持てるよう配慮した教育を心がけている。

**【活動の成果と評価】** 介護職としての経験年数や年功序列、上司との相性などによる片寄が生じやすい人事評価から、根拠のある客観的な評価システムを用いたことにより、自己成長を支援するキャリアパスの制度として浸透し、職員自身の自律的、積極的な学習意欲を引き出し、自分自身の未来像を描きやすくなり、離職率の低下等の成果につながっている。また職員の専門職としての能力アップがケアの質を向上させている。

**【まとめ】** 新人からベテラン職員まで、個々に応じた目標が明確になる事で、介護現場（職場）は常に活性化され、中途入職者が多い介護現場の指導者の、指導に関する疲弊が少なくなった。また指導する側、指導される側の双方に成長が実感できる。このように実践している教育システムは、人材育成が十分に機能するための組織風土の醸成を目指すものであり、今後の介護業界にとって、優れた人材を育成する有用な方法として参考にして頂けるのではないだろうか考える。

**【参考・文献など】** 無し

## 医2P-70

### 在宅医療の新規教育プログラム作成の試み～厚木市森の里病院～

金城謙太郎<sup>1)</sup>、濱井彩乃<sup>2)</sup>、宮坂晋太郎<sup>3)</sup>、小澤秀樹<sup>3)</sup>、須藤隆二<sup>4)</sup>

1) 森の里病院 総合診療科/亀田総合病院、2) 亀田ファミリークリニック館山/安房地域医療センター、3) 東海大学附属病院 総合内科、4) 森の里病院 整形外科

**【背景】** 超高齢社会・多死社会の到来とともに地域包括ケアが奨励され、在宅医療が推進されている。2015年に東海大学附属病院総合内科家庭医療後期研修プログラムが新設され、鉄血会森の里病院で総合診療科研修が開始された。その一環として在宅医療の新規教育プログラムを作成することとなった。

**【目的】** 在宅医療新規教育プログラムの課題・問題点を検討し、改善する。

**【方法】** 月1度の在宅医療カンファレンス、週1度の在宅医療ミーティングでの議題や、問題改善の試みを明らかにし、プログラムを構築し、改良する。

**【結果】**

**2015/10以前:** Kernのカリキュラム構築6段階アプローチの1. 問題同定、2. ニーズ調査、3. 目標と目的、4. 教育計画を行った。

**10/11月:** 6段階アプローチのうち5. 実行、6. 評価とフィードバックを考えながら後期研修医の在宅医療研修が開始された。研修医は在宅医療の実践は初めてで、在宅医療の知識（日本の超高齢社会の問題、地域包括ケア、在宅医療推進理由、最期の場所、在宅医療の諸費用、森の里地域の現状、在宅医療の適応、認知症の経過、老年症候群、緩和ケア、オピオイドの使用法）をレクチャーした。同行時に、在宅導入のやり方、訪問の仕方、往診バックの中身、在宅で使用する薬、緊急往診時の対応を指導した。増患のために、地域の自治体・医療機関との連携を試みた。**12月:** 自ら訪問ルートを決め、患者さん宅に訪問可能となった。いつでも質問できる環境を整えた。経験の少ない症例（末期がん症例など）は同行、指導した。

**2016/1月:** 週1、2日午前2～3名のプライマリ医師となり、訪問診療が可能になった。緩和ケアセミナー（PEACE）や、在宅医療セミナー（今すぐ役立つ！在宅医療未来道場）に参加し、知識の蓄積を促した。PCAポンプ（パルレントタイプ）の使用法習得や、スピリチュアルケアの問診を実践した。皮膚症状のアセスメント、入院させるタイミングについても一緒に考察しながら対応した。

**【考察】** 在宅医療の教育プログラムを構築するにあたって経時的に指導医と研修医で話し合いながら教育を行なった。更に内容を整備してPDSAを意識し、フィードバックを得ながら改善すべきと考える。

**【結論】** 在宅医療新規教育プログラムの作成を試みた。教育プログラムとして更に改善させるにはどのようにすべきかを考慮しながら構築していくべきと考えた。

## 医2P-71

### 呼吸器外科医が訪問診療の世界に飛び込んだ結果

山科明彦、中村幸伸、岡田 豊、井戸茂樹、上畑 大

つばさクリニック

**【目的】** 超高齢・他死社会を迎える日本において、訪問診療を支える医師のニーズは急速に高まっている。これまで訪問診療に携わる医師の多くは、内科や緩和医療をバックグラウンドとする医師が担ってきた。呼吸器外科専門医が訪問診療に足を踏み入れた結果、有利な点、不利な点を振り返ることで、外科医が在宅に足を踏み入れるうえの、一助になりたい。

**【方法】** 訪問診療のクリニックに就職後の担当患者数、疾患群、処置の件数、看取り件数等の推移などを評価した。

**【結果】** 1年間の延べ担当患者数は107人、看取り患者数は31人であった。担当患者の疾患は悪性腫瘍が31名と最も多く、次に脳血管障害18名、認知症15名、循環器疾患11名と続いた。創傷処置は4件で、うち2件は縫合処置であった。胃瘻管理は13名、CVポート管理は10名、在宅酸素は35名、尿バルーンカテーテルは13名、人工呼吸器管理は2名であった。

**【考察】** 外科医である事のメリットとしてバンパー型の胃瘻の交換を始め、処置への順応が容易であった。

**【結論】** 呼吸器外科医であっても、訪問診療への情熱と、周囲のサポートがあれば、訪問診療の担い手になれる。

## 医2P-72

### コンピデンス基盤型教育における在宅医療の役割に関する調査

園田翔子<sup>1)</sup>、市川尚寛<sup>1)</sup>、市瀬 彩<sup>1)</sup>、秦 美能理<sup>1)</sup>、岩垣杏奈<sup>1)</sup>、朝野紗希子<sup>1)</sup>、狩野真紀子<sup>1)</sup>、山内 健<sup>1)</sup>、藤沼俊介<sup>1)</sup>、高橋和也<sup>1)</sup>、斎藤大幹<sup>1)</sup>、藤田翔平<sup>1)</sup>、平出敏知<sup>1)</sup>、伊藤慎司<sup>1)</sup>、飯郷 徹<sup>1)</sup>、伊藤慎太郎<sup>1)</sup>、佐藤 寛<sup>1)</sup>、長岡寛和<sup>1)</sup>、笠井 愛<sup>1)</sup>、渡部麻優子<sup>1)</sup>、中村香菜<sup>1)</sup>、宮下奈凡<sup>1)</sup>、石川貴博<sup>1)</sup>、斎藤恵介<sup>2,3)</sup>、堀江重郎<sup>3,4)</sup>

1) 帝京大学医学部 在宅医療研究会、2) 帝京大学医学部附属病院 泌尿器科学教室、3) 鳳優会 あすかホームケアクリニック、4) 順天堂大学順天堂医院 泌尿器科学教室

帝京大学医学部ではコンピデンス基盤型教育に基づく医学生への教育が行われている。コンピデンスとは、専門職業人が知識・技術を統合してある状況において専門職業人として業務を行う能力であり、倫理感や態度も求められる。PBL (Problem-based learning) やOSCE (Objective Structured Clinical Examination) 導入の背景となっているコンピデンス基盤型教育は、教育プログラムの到達目標として一人前の医師に求められる能力であるコンピデンスを設定し、コンピデンス修得のための実践を伴う教育とコンピデンス修得の程度を学習評価として行うものである。海外では医学部教育、研修医教育にこのコンピデンス基盤型教育が積極的に導入推進される動きがある。超高齢社会にある日本において在宅医療は必須の医療形態ではあるが、医学生においてその存在は比較的遠い。我々は、学生の意識調査として、無記名記入法により帝京大学に在籍する医学生に対して15分間のアンケート調査を行い。調査内容として【在宅医療に対するイメージ/認知度】【大学での在宅教育の必要性】【在宅医療に対する知識】【多職種間連携】【死生観と結婚観】等のカテゴリーに分けて大学教育における在宅医療の認知度と重要性に関して調査した。現時点で医学部学生1年生～3年生260名の検討が終了しており、今後アンケート数を増やし報告する。

## 医2P-73

### 訪問診療中止症例を通しての検討

小串哲生、和田 靖、今井浩平

いまいホームケアクリニック

**【目的】** 訪問診療開始したが、病状悪化や回復のため、家族や介護的な問題のため、あるいは、在宅担当医との信頼が築けず、ドクターショッピング的に担当医を頻回に替えてきた症例を経験した。訪問診療中止となった症例を振り返り、その経緯や要因につき検討し、患者が安心して在宅医療を継続する上で必要な条件は何かを考察した。

**【実践内容】** 2015年4月1日より11月30日までに当院にて定期訪問診療を行っていたが訪問診療中止となった7例および他院にて訪問診療を行っていたが診療中止となり当院に転院し訪問診療を行っていた3例について、その背景について基礎疾患、合併症、要介護度、介護負担、介護者、訪問診療期間、在宅医との信頼関係について調査した。

**【考察】** 訪問診療中止に至った要因としては、①病状悪化に伴う入院や施設入所②訪問診療担当医と患者および家族との信頼関係喪失③転居や介護者の体調不良、介護困難など家庭の事情④患者家族間での訪問診療に対する意識の違い、などであった。主治医との信頼関係と訪問診療期間については、信頼関係不十分群10.3±7.7か月、信頼関係十分群11.8±1.9か月で、主治医との信頼関係が不十分な症例は信頼関係が築けている症例より診療期間がより短い傾向であった。在宅医としては、患者の疾患のみに目を奪われずに日常生活動作、認知症、介護者の体調、経済社会面、価値観にまで踏み込んで診察することを心がけ、必要に応じて専門の医療機関を紹介するなど、かかりつけ医として臨機応変に対応していく必要がある。その積み重ねを通して、患者や家族との真の信頼関係の構築が可能となるものと考えられた。また、医療機関が多い都市部では、ドクターショッピング的に担当医を替える風潮があり、やむを得ない場合もあるが、今後の課題として訪問開始の早い段階で、疾患のみならず患者本人・家族の意思、価値観、人生観まで考慮に入れ、柔軟な対応を心がけるとともに、かかりつけ医として安心して任せてもらえるよう対話を重ね信頼関係を築いていく必要があるものと考えられた。

## 医2P-74

### 急速なADL改善を来し在宅医療における転倒アセスメントが不十分であった一例

筧 孝太郎<sup>1,2)</sup>、木村琢磨<sup>1,2)</sup>、石川純也<sup>1,2)</sup>、坂 祥平<sup>1,2)</sup>、新森加奈子<sup>1,2)</sup>、関 有香子<sup>1,2)</sup>、森 紘子<sup>1,2)</sup>、赤星 透<sup>1,2)</sup>

1) 北里大学医学部 総合診療医学・地域総合医療学、2) 北里大学東病院 在宅・緩和支援センター

**【背景】** 在宅医療において虚弱高齢者の転倒予防は大きな臨床課題であり、これには転倒の可能性を認識し、アセスメントし、予防策を行うことが必要である。今回、演者らは、退院時にベッド上ADLの患者が、退院後の訪問で転倒の可能性を認識できずに、転倒に至った症例を経験したので報告する。

**【症例】** 81歳男性

軽度の認知機能障害を有し、屋内ではかろうじて見守りで手すりにつかまり歩行が可能な虚弱高齢者が、脱水症・腎前性腎機能障害で急性期病院へ入院。身体的に安定したが廃用症候群となり、経口摂取不良も合併し、経鼻胃管による栄養も導入され、リハビリテーションと在宅復帰の準備目的で北里大学東病院在宅・緩和支援センターへ転院となった。入院時、ADLはベッド上で全介助の状態であったが、67日間の入院リハビリテーションで、経口摂取を再開し、車椅子乗車が可能なADLとなり退院した。退院後は北里大学東病院在宅・緩和支援センターの訪問診療と地域の訪問リハビリテーションを導入した。退院2日後の初回の訪問診療では、入院時と同様に車椅子乗車は可能であったが、立位は困難と考えられた。退院10日後、家族より、「患者が自宅で転倒した」との連絡があった。家族によれば、初回訪問後、急速にADLの改善を認め、転倒した数日前からはベッドサイドで立位訓練を患者自ら行いはじめ、今回、家族が目を見守った際に患者は一人でトイレに行こうと動き転倒したという。

**【考察】** 退院時も退院後も、ケアチームは、患者の転倒を予測できていなかった。

入院中・退院時および初回訪問時のADLに関するアセスメント不足について慎重に振り返る必要性がまず考えられた。同時に、患者の退院後の予期せぬ急速なADL改善に対して、ケアチームが転倒の可能性を認識し、アセスメントし、予防策を行うことが不十分であったことも一因として考えられた。

**【結論】** 活動度が上がってくることはリハビリテーションの効果として望ましいが、同時に転倒リスクが増していることに他ならない。退院後に急速なADL改善を来す症例における、在宅医療の場面での転倒予防策についてさらに検討を要する必要性が示唆された。

## 医2P-75

### 在宅心不全クリニックにおける管制塔看護師の役割

穴戸友美、遠周孝子、高圓恵理、堀部秀夫、諸富伸夫、伊東紀揮、弓野 大

ゆみのハートクリニック

**【はじめに】** 当院は、循環器疾患を中心に外来診療と訪問診療を行っているMIX型多職種クリニックである。心不全治療においては4つのステップ(①確立された心不全治療 ②増悪要因を抑える ③多角的な付加的治療・ケア ④生活の基盤である在宅でのケア)を提唱し、治療・ケアを行っている。当院の在宅診療の中で看護師は管制塔として、全体のマネジメントを行っている。今回、管制塔業務について紹介し、在宅医療における看護師の役割について報告したい。

**【実践内容】** 管制塔看護師は、在宅医療を行っている患者の状態、治療を把握し、院内・院外とのコミュニケーションを行いながら、患者が身体的にも、精神的にも安心して在宅療養を継続できるようにサポートする中枢の役割を担っている。特に上記したステップの②、③は看護師の力が発揮できる部分である。

主な業務内容を下記する。

1. 初回訪問診療に同行しアセスメントを行い、問題点を抽出する
2. 緊急時のファーストタッチ
3. 医師と他職種の架け橋
4. 患者、介護者からの電話への対応、状態確認
5. 終末期心不全ケアの実践
6. 訪問看護師やケアマネージャー、訪問薬局などとの情報共有
7. デバイス遠隔モニタリングシステムの確認
8. 前日の訪問診療を行った患者のカルテ・採血結果の確認
9. 重症患者の連日の電話・訪問によるフォロー

**【まとめ】** 当院の管制塔看護師は病院での循環器看護師としての経験・技術を生かして、在宅心不全患者マネジメントの中心となり、上記の業務を行うことでクリニックでの心不全患者をサポートしている。また、院外の訪問看護師や、ケアマネージャー、薬剤師などとも積極的にコミュニケーションをとり、心不全管理に対する提案や議論、必要時には管制塔看護師も訪問体制をとることで、在宅植え込み型人工補助心臓患者や、在宅カテコラミン持続点滴患者など重症心不全患者の管理も協働しながらおこなうことができています。管制塔看護師の存在でそれぞれの職種や、患者、家族もまずは管制塔看護師に連絡をしていくなど、医療機関に対する意識的な敷居を下げる事が出来ているとも考えられる。今後、一症例一症例から振り返り、積み重ねることで、管制塔として看護の質を向上させていくことが必要である。

## 医2P-76

### Phase angleを用いた在宅高齢者のIllness trajectory分析とその予後推定への応用

上田康夫、辻 真人、川崎みどり、森井まゆみ、田中章太郎

たなかホームケアクリニック

**【目的】** 在宅高齢者のフレイル指標であるPhase angle (PA) を連続測定し、その終末期での予後推定法としての意義を検討した。

**【対象と方法】** 対象は在宅医療を受ける37例の高齢者で、ポータブル体組成測定装置Bioscan 916によるPA測定を行った。全症例の経時的PA推移パターンは生存群 (A: 23例) のほか非がん死群 (B: 7例)、がん死群 (C: 4例)、突然死群 (D: 3例) という4つのIllness trajectory (病の軌跡) に区分された。全症例において最終測定の直近8週間でのPAと測定週数の相関性に着目し、その寄与率 ( $R^2$ ) と回帰式の傾き (a) を検討した。予後推定は有意な相関性を示す症例にのみ行い、臨界PA値に対応するX切片を推定死亡週数として算出、従来の予後推定法 (Palliative Performance Scale: PPS) による結果と比較した。なお臨界PA値はB+C群の最終測定PAの平均値2.0と設定した。

**【結果】** B+C群での直近8週間のPAはA群より急速かつ直線的に低下することが判明した。A群でのPAによる推定予後は1例のみ最終測定から33週と検討期間より以降に算定されたが、他の22例では推定不能であった。推定予後はB群で最終測定から平均1.3週、C群で2.8週と実際の予後 (B: 1.3週、C: 0.8週) とほぼ合致したが、D群では全て推定不能であった。一方、初回測定時PPSによる推定予後はC群で7.9週と実際予後 (10.6週) とほぼ合致したが、A群では半数の症例で初回測定から0.6~11.1週に分布し、実際の診療期間 (80.6週) よりはるかに短期であり、この傾向はB、D群でも同様であった。他方、最終測定時PPSによる推定予後はB、C群では実際予後と矛盾しなかったが、A群の半数では実際予後より明らかに短期であった。

**【考察】** PA測定は在宅高齢者個々の客観的かつ定量的なIllness trajectory分析を可能にし、新しい予後推定法として有用なツールになると考えられた。

## 医2P-77

### 在宅医療における「医師のジェンダー差による診療内容への影響」に関する事例報告

新森加奈子<sup>1,2)</sup>、木村琢磨<sup>1,2)</sup>、森 紘子<sup>1,2)</sup>、  
坂 祥平<sup>1,2)</sup>、石川純也<sup>1,2)</sup>、笥 孝太郎<sup>1,2)</sup>、  
関 有香子<sup>1,2)</sup>、赤星 透<sup>1,2)</sup>

1) 北里大学医学部 総合診療医学・地域総合医療学、2) 北里大学東病院 在宅・緩和支援センター

**【背景】**「医師のジェンダー差による診療内容への影響」については、外来診療においては実証研究がなされつつある。しかし、在宅医療においては不明である。

**【目的】**在宅医療において「医師のジェンダー差による診療内容への影響」を及ぼした事例について検討を行う。

**【方法】**平成27年4月から28年1月に北里大学東病院在宅・緩和支援センターで訪問診療を行った症例のうち、「医師のジェンダー差による診療内容への影響」を認めたと考えられる症例を、2名の研究者で協議して抽出し、検討した。

**【事例】**3例の症例が抽出された。①81歳男性：腎細胞癌・脳梗塞後遺症のため訪問診療を開始。経過中、排尿障害に対して、女性医師が訪問し、前立腺肥大症として薬剤調整を行っていたが症状は持続。男性医師が訪問したところ陰茎包皮についての訴えを認めた。泌尿器科外来を受診することとし、外来受診したところ、癒着包皮と診断され、剥離処置で排尿障害は軽快した。②74歳女性：認知症・慢性心不全で訪問診療を開始。当初、女性医師が訪問し、診療に対して拒否的な様子を認めたため、男性の医師中心の訪問に変更したところ、コミュニケーションは良好となり、しだいに患者との診療は円滑となった。③75歳女性：食道癌・脳幹部梗塞のため訪問診療を開始。女性医師が訪問した際に、『陰部の搔痒感があったが、男性医師については言いにくく黙っていた』との訴えがあり、外陰部の診察を行い、抗真菌薬を開始し軽快した。

**【考察】**在宅医療において、「医師のジェンダー差による診療内容への影響」を認めた症例として、まず「患者が男性あるいは女性に特有の症状に対して訴えることや身体診察を受けることに、異性の医師に対して羞恥心を抱く場合」があった。さらに「患者を診療する医師が同性あるいは異性であるかによって、コミュニケーションや診療の円滑さが異なる場合」もあった。

**【結語】**密室性の高い在宅医療においてこそ、「医師のジェンダー差による診療内容への影響」を考慮した診療が必要である可能性が示唆された。

## 医2P-78

### グループホーム（GH）と訪問看護ステーション（ST）の医療連携による看とりケアの報告

塚田典子<sup>1)</sup>、増田夏実<sup>2)</sup>

1) 医療法人財団はるかか会 訪問看護ステーションあおぞら、2) 医療法人財団はるかか会 あおぞら診療所新松戸 看護・リハビリ部

**【目的】**・当訪問看護ステーション(以下ST)では別法人の認知症対応型グループホーム2ユニット18名(以下GH)と2014年1月から医療連携を開始し、2015年12月までの2年間で同法人の在宅支援診療所主治医の協力もあり、8名の施設看とりを経験した。GHでの看とりを実現するための標準的な訪問プランと本人、またはGH職員に対して実践した支援の内容を明らかにし、看とりケアがご本人家族のみならず、GH職員、主治医、訪問看護師など、支援者にとってもよりよいものとする一助とする。

**【方法】**訪問診療主治医が看とり期と診断した日から看とりまでの期間、医療連携の範囲内の訪問と特別指示書による医療保険訪問看護それぞれの回数と訪問時に行った支援内容、施設からの電話相談の件数とその内容などより、当STからの訪問看護の標準的な訪問プランと看取りの支援内容を明らかにする。

**【結果】**医療連携を開始した当初は、GH職員からSTへの電話相談の件数が多く、看護職も、当初は日々の簡単なやりとりで苛立ちをみせるようなこともあった。しかし看護職一人一人に個人差があることに気づき、丁寧に対応することを統一した。看とりのケアを重ねるごとに電話相談の件数は減少する傾向にあり、主体的に終末期ケアに関わることができるようになっていった。

**【考察】**GHでの看とりケアにおいて福祉職は医療者が立ち会わない場面での看とりを怖いと感じていることが多い。STが、看とりの段階に入る以前の日常的な医療連携の中において、訪問診療主治医と看護がよく連携し、おこりうる変化を予測して、それを介護職員と共有しておくこと、施設で継続して実践できるケア方法を提案することなどを日々積み重ねることで、介護職員の不安が軽減された結果、終末期のケアに関わるように変わっていったと考察する。

**【結論】**介護職員の、死が怖い医療と協働できる体制が整っていなかったことが大きな要因だと推察する。医療者は、介護職の日々の生活の困り事に対し真摯に向き合う姿勢でいること、大変でした、ありがとうございますというねぎらいの気持ちをもって関わることがスタッフからの生の声を引き出すきっかけになる。利用者さん、介護職の困りごとをとらえることでGH全体の生活像が見えるため予測した対応が可能になった。その中で死に対し共に経験していく、看取っていく姿勢を示し協働できたことが結果につながったと考える。

## 医2P-79

### 住宅・住居系施設看取り意識調査を通して見えてくる問題点

中島徳志、河原広明、小濱繭子、大地のぶえ、小嶋 一

溪仁会 手稲家庭医療クリニック 家庭医療科

**【目的】** 在宅医療を進める政策が明確になり、在宅復帰率が診療報酬にかかわるなど、医療の場が徐々に自宅へシフトしてきている。一方、独居の自宅療養は現状において自宅見取までの道のりは難しく、住居系への入所を余儀なくされる症例も多く見受けられる。在宅（自宅）に相当する施設は高齢者住宅系施設も含まれる。しかし、入居施設の担当医療機関や経営方針により、必ずしも終の棲家にならず、最終的に病院に搬送されるケースを目の当たりにする。さらに、施設系での見取りは営利の伴うことが多く、利益に直結しない看取りへの取り組みは進んでいないと考える。

**【方法】** 当クリニックの訪問診療を利用している入所者のいる施設（グループホーム、サービス付き高齢者住宅、高齢者専用賃貸住宅、特別養護老人ホーム、高齢者下宿）に対して、アンケート形式の意識調査を行った。

アンケートは質問の異なる内容を、現場職員および施設管理者の2か所へそれぞれ訪問診療時に直接依頼し、1か月後の訪問診療時に回収した。

**【結果】** 管理者・経営者：看取りにかかわる勉強会や夜勤職員補充の検討は、必ずしも利潤が伴わず積極性に乏しい。また、看取り加算など付加価値が明確ではないことも、看取り促進の重要度が低くなってしまふ。

現場職員：見取りを行ってあげたいという意見が大部分を占めるが、自分たちが行う職務ではないという考えも見られた。勉強会などの希望を出しても、医療機関・経営者から断られる状況がある。

#### 【考察】

●賃貸としての住宅系では、賃貸部屋で「人が死んでいる」という状況は受け入れがたい条件であり、看取りは好まれない事態であることが分かった。

●現場職員は看取りの知識・経験を渴望しているが、経営者側は必ずしも見取りに積極的ではない。看取り推進の必要性を認識しつつも、賃貸というシステムで運営を行っている条件下では方針決定の自由度は非常に低いことが分かった。

●同一施設に複数医療機関がかかっている場合に、各医療機関によって方針・見解が異なり、自分たちの啓蒙のみで施設看取りの促進がかなわないという状況が判明した。

#### 【結論】

●看取り技術・知識の提供提示に積極的な希望の要望があり、施設職員を含めた施設系への来とり啓蒙も、病院外看取り促進の重要な因子と考えられる。

●かかわる医療機関間でも意見交換や、看取り促進の共有が必要と思われる。

## 医2P-80

### 横須賀市内の介護老人福祉施設における看取りと救急対応の課題

磯崎哲男<sup>1,2)</sup>、千場 純<sup>1,3)</sup>、土田匡明<sup>1,4)</sup>、遠藤千洋<sup>1,5)</sup>、峯嶋恵美<sup>6)</sup>、嘉山征勝<sup>6)</sup>、島野由紀子<sup>6)</sup>

1) 横須賀市医師会、2) 小磯診療所、3) 三輪医院、4) 湘南山手つちだクリニック、5) 遠藤胃腸科外科医院、6) 横須賀市医師会 かもめ広場

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は介護に重点を置いた施設であるため、在宅療養時に受けていた医療が入所すると受けられなくなることや配置医師が行った保険診療について診療報酬請求のうえで数多くの制約が生じている。また、在宅医療を受けている患者がショートステイを利用する場合は施設の配置医師がその滞在中の健康管理にあたる事になっているが、実際の入所者の医療ニーズや現在の救急医療の状況にマッチしていない事象が増えてきている。

介護老人福祉施設にショートステイ利用中の急変事例の取り扱い問題がきっかけとなり、横須賀医師会が介護老人福祉施設における医療体制についてアンケート調査をおこなった。横須賀市内20の介護老人福祉施設に対してアンケート調査を行い、17施設からの回答を得た。配置医師の施設への訪問回数の平均は月に4.4回であった。配置医師の夜間往診対応は41%であった。一方で施設からの救急車要請回数については月に2回以上が41.2%であった。介護老人福祉施設の古い配置医師制度にも問題はあつたが、介護老人福祉施設においての医療は救急医療に頼っている現状が浮かび上がった。

## 医2P-81

### 居住系施設における施設内看取りの現状と課題

上林孝豊<sup>1)</sup>、日下 潔<sup>1)</sup>、武藤真祐<sup>2)</sup>

1) 祐ホームクリニック石巻、2) 祐ホームクリニック

**【はじめに】** 多死社会を迎えるに際して、今後、施設内看取りは増えることが予想される。しかし施設内看取りを推し進めていく上で、さまざまな障害があるのも事実である。

**【目的】** 地域の居住系施設における施設内看取りの現状と課題を明らかにすること。

**【方法】** 2015年7月より、地域の居住系施設において、不安のない施設内看取りが行えるようになることを目標に、当クリニック主催で管理者向け勉強会、ケアマネジャー向け勉強会、施設内看取りを行った施設へ出向いての施設スタッフとのデス・カンファレンスを行ってきた。今回の研究の目的は、その際に行ってきたアンケート調査の結果をまとめ、施設内看取りの現状と課題を明らかにすることである。

**【結果】** 施設スタッフに対して行った「看取り介護に対する困難感」に関するアンケート調査の結果では、死期に近い患者や家族の悲しみ、怒り、恐れなどの感情や、不安や心配が表出されたときの対応に困難を感じていることが分かった。施設管理者に対して行った「施設内看取りに対する困難感」に関するアンケート調査の結果では、7割以上の施設で看取り経験があったが、年間の看取り件数は、半数以上が1,2件と少ないことが分かった。施設内看取りを行うことに対しての姿勢は、「困難」、「消極的」と回答したものは1人のみで、ほとんどのものは「条件付きで可能」、あるいは「対応可能」と回答した。施設内看取りを行うことの困難感に関しては、約半数のものが「非常に困難」～「やや困難」と回答した。施設内看取りを行うに際して障害となっているものに関しての問いでは、「経験不足」と「知識不足」の回答を選択するものが多かった。

**【結語】** ①施設内看取りを行うことに対しては前向きであるが、現在のところ看取り件数が少なく、経験が積みにくい現状が、施設内看取りを進めていく上での最大の障害となっている可能性が推察された。②死期に近い患者への身体的ケアのみでなく、患者・家族の精神的ケアに関しても教育していくことが必要と思われた。

## 医2P-82

### 在宅生活における福祉用具の役割

守屋祐毅

社会医療法人財団大和会 村山大和レンタルケアステーション（福祉用具貸与事業所）

**【目的】** 「利用者一人ひとりの体や生活にあった用具を提供し、生活におけるバリアを可能な限りフリーにすることで、少しでも自宅で過ごせる喜びを感じてもらおう」という趣旨で当ステーションが開業。1年半が経過したので、サービス事業所間との連携、利用者との関わりを強化できるように実績や症例の解析を行い、ならびに事業所の満足度調査を行って自分たちに与えられている役割を明確にできたので報告する。

**【方法】** 2013年11月から2015年4月までの1年6ヶ月間の実績を検証。

また、満足度調査を行った結果や実際に関わったケースでの効果や学んだことについて振り返る。

**【結果】** 立ち上げ後1年半の延べ利用者数は182人で男性88人、女性94人。年代別だと40歳代と50歳代が共に2%、60歳代が11%、70歳代が28%、80歳代が40%、90歳代が17%で平均年齢は79歳となった。介護度別では、要支援1が8%、要支援2が9%、要介護1が13%、要介護2が29%、要介護3が9%、要介護4が15%、要介護5が9%であった。福祉用具の貸与傾向では、要支援1・2で歩行補助つえや手すりが多く見られ、要介護1・2では手すり、歩行器、車いす。要介護2以上になると特殊寝台、床ずれ防止用具が多く見られた。ただ、特殊寝台は要支援1～要介護1の軽度者にも比較的多く利用されていることが分かった。

利用者の主病名としては、癌のターミナル患者が29%、骨折後の回復期患者が14%であり、医療法人の事業所特有の傾向である。癌ターミナルの特質上快方に向かうことは無いが、在宅で生活する上で大きく貢献することができ、家族からは満足の言葉をいただくことができた。他に、圧迫骨折等の患者に対して適切な福祉用具を提供することで軽快終了に導くことができた。

**【考察】** 団塊の世代の高齢化に伴い、今後益々医療福祉の需要が見込まれてくる中、地域包括ケアシステムの構築が必要不可欠となっている。残された人生を病院や施設等で日々坦々と過ごすのではなく、いかに住み慣れた場所で自分らしく過ごせるかを考え、サポートして行かなければならない。そのためには、在宅生活は理想であり、在宅医療介護のシームレスな連携が必要だ。

## 医2P-83

### 適剤適処—在宅での薬剤管理を考える。—医師・薬剤師同行訪問のとりくみから

青木達人<sup>1)</sup>、佐川 拓<sup>2)</sup>、岩浪佳晃<sup>3)</sup>

1) 函館稜北病院、2) 勤医協中央病院、3) なかじま薬局

**【はじめに】** 高齢者の残薬、適性処方調整など課題となっている。介護職が中心となっている施設では、服薬管理に関しては目がいくが適剤なのかの判断が課題となっている。その一方で、専攻医は、特に在宅の場面での服薬に関する相談をする機会が少なく、対応に困難を抱えている場合も多い。今回は、専攻医とともに、地域の調剤薬局の薬剤師が同行訪問し、薬剤管理のあり方について検討をおこなった。

**【方法】** 今回は、①専攻医の問題意識、多剤投与を減らしていきたいが薬剤師がどのように絡んでいくことが理想か。ずっと出ていた前医の処方はどう考えていくべきなのか。②病院内では病院薬剤師に相談をタイムリーにできるが、在宅ではできないとの問題意識のもと、訪問診療に、調剤薬局の薬剤師が同行訪問を2016年12月から開始した。同行訪問中にも処方カンファをおこなった。その取り組みの中で、専攻医の側の意識、患者側の意識、訪問に同行した薬剤師の意識をまとめた。

**【課題とまとめ】** 訪問診療同行のなかで、専攻医の側からは、使用方法や最新データがわかり、後から疑義で紹介されるよりその場で、すぐ適正処方につながられた。前医からの処方の見直しもおこなえた。実際に同行事例のなかから、適正数への変更提案に、施設側からの薬剤変更にたいしての抵抗があり介護施設への対応の方向検討おこなった。薬剤師としては、疑義ではなく、同行によりその場で適剤を選択できる。用法も指導できるなどの優位性があった。患者、施設側からは、適正な錠数があること、副作用への対応がよくわかったとの評価があった。

**【今後の課題】** 訪問診療に同行することで、単独での訪問より効果が高いことがわかった。特に専攻医の地域の連携のきっかけにもなった。今後、日常的に調剤薬局との連携や介護保険施設への支援をどのようにすすめていくのか、またどの段階で介入することが有効なのかを今後検討していきたい。

## 医2P-84

### 定期巡回随時対応型訪問介護看護の可能性 ～みんなのものがたりがつながる瞬間～

北村 充<sup>1,2,3)</sup>

1) ナラビットホールディングス株式会社、2) ものがたり診療所もりおか、3) 一般社団法人 もりおかならティブ勉強会

**I 目的** 地方では医療過疎により十分な医療を受けることが出来ない状況やサービス選択が可能なはずの介護保険制度においてサービス事業所が十分に存在しない現状がある。地域住民が安心して暮らせる地域になるためには、地域包括ケアシステムの充実を図る必要がある。そのなかでも住民自身が必要と思うときに過不足なく手を差し伸べることが出来る医療福祉介護のサービス連携が不可欠であり、定期巡回随時対応型訪問介護看護が地域に存在することで、地域住民が大好きな地域で過ごすという選択肢を持つことができる。

**II 方法** 地域包括ケアシステムの核となる地域包括支援センターが本来の機能を発揮できないひとつの理由として担当圏域が広いということが挙げられる。地域住民からするとその存在を知らない状況である。そこで「暮らしの保健室もりおか」によるよろず相談所が地域住民の小さな声を拾い適切な機関へとつなぐ。またものがたり診療所もりおかによる外来、往診、訪問診療により医療の介入をする。そして住民は生活の不安感が強いと思われるなか、24時間365日どんな時も駆けつけることができる定期巡回随時対応型訪問介護看護サービスの展開をする。この三者が密接かつ強固な関係により、大切なご本人とともに歩み続けられることができる。

**III 結果** 地域には困っていると声を上げることができない方が多く存在する。そしてその方を心配し何とかしようと思う心優しい住民や医療福祉介護の関係者がいる。その方が暮らしの保健室もりおかの存在を知り、保健室を利用することで診療所の受診や定期巡回随時対応型訪問介護看護の利用に繋がっている。三者の相乗効果が地域で過ごす安心感につながっている。

**IV 考察** 地域住民がいまなにを思いなにしたと考えているか。シンプルであるが地域住民との対話が重要と考える。そして私たちができることはあらゆるチャンネルを準備すること。ご本人が心の扉を開く瞬間を待ちながらいつでも手を差し伸べる準備をすること。生活=24時間365日。昔、街には魚屋さんがあったように、定期巡回随時対応型訪問介護看護は地域の中に溶け込んだ存在であることで存在意義があるのではないのでしょうか。

**V 結果** 岩手県では地域に展開している定期巡回随時対応型訪問介護看護は現時点で唯一の存在である。この事業の更なる魅力と必要性を多くの方々に理解していただきたいと考える。

## 医2P-85

在宅での暮らしを継続している要介護度5の利用者8人の背景を比較し、それを可能にしている要因を探る。

田附淳子、島村和子

社会医療法人財団大和会 東大和ヘルパーステーション

**【目的】** 要介護度5であって、在宅で暮らしている8人(女性6人・男性2人)の利用者について、それぞれの家庭環境、医療や介護などのサービスの利用状況を比較することで、要介護度5になっても、在宅生活の継続を可能にしている共通点が見えてくるのではないかと考えた。

**【方法】** 平成26年4月から27年3月の1年間に当ステーションがサービス提供した要介護度5の8人の利用者について、既往症、ADL、日常生活自立度・認知症高齢者自立度、現在の様子、等の利用者についての項目と、公的なサービスの利用状況、家族介護の様子、(家庭環境)、介護の連携の7項目について、具体的に調査と比較を行った。

**【結果】** これらの利用者の医療依存度は高く、日常生活自立度はB～Cであり、1日のほとんどの時間をベッドで過ごしている。しかし、そのことはベッド周辺で集中して介護が行われている、という介護者側から見た利点になっている。また、何らかの認知症状はあっても、それが直接介護者の疲弊につながる症状には至っていないことも共通している。

それぞれの利用者は、個室かあるいは個人のスペースが確保された環境で過ごし、そこには介護用ベッドをはじめ、冷暖房や生活の必需品が備わって、一定の環境が保たれていることから、家族の思いと責任感がうかがえる。

利用者の状態の急変時には、早急に医療につながるシステムと、家族のためのレスパイトの手段をはじめとして、様々なサービスが組み合わせられて提供されている。

**【考察】** 「できるだけ自宅で看たい」という家族によって行われる介護と、それ以外の様々なサービスが、足りないところを補うように連携して関わっていくことで、要介護度5の状態になっても、在宅での暮らしの継続が可能になっている。家族介護と各種のサービス、そして連携のどれが欠けても継続は難しい。

## 医2P-86

地域完結型医療が支える安心の介護体制

井村龍磨<sup>1)</sup>、飯田秀之<sup>2)</sup>、中井正之<sup>3)</sup>、佐藤由美子<sup>4)</sup>、藤村真衣<sup>5)</sup>、中村律子<sup>6)</sup>、中井由加里<sup>7)</sup>、井村高陽<sup>9)</sup>、植村哲也<sup>12)</sup>、中村貴信<sup>8,10,11)</sup>

在宅支援いむらクリニック 1) 在宅医 2) 皮膚科医 3) 内科医 4) 内科施設診療医 5) 管理栄養士 6) 看護長、老健ウエルケア 7) 副施設長 8) リハビリ長、西奈良メディカルクリニック 9) 歯科医師 10) リハビリ長、11) 訪問看護ステーションゆう リハビリ長、12) 有料老人ホームウエルライフ・グループホームフレンド 介護統括

**【目的】** 医療が組み込まれた地域ケアの実例報告

**【対象】** 奈良県下で、在宅とあらゆる種別の介護施設に暮らす随時500名以上の方

**【方法】** 在宅医療から入院までを手がける有床診療所として、対象者に対して地域完結型の医療を提供している。

**【結果】** これまでに在宅医療や施設医療、また後方支援する有床ベットの活用を通して医療介護連携、多職種連携を実践してきた結果が、まさに地域包括ケアそのものといえよう。

**【考察】** 主役がそこに住まう人であるという原則を忘れなければ、地域包括ケアシステムの形は本来、地域の特性に合わせて自由に型を変えて良いものだと考える。特に今後は介護の質と人材確保、住まう場所の確保の議論無くして現実的なケアシステムは生まれてこない。今回、当グループで提供している「地域完結型医療が支える安心の介護体制」の発表を通して、地域包括ケアシステムの一つの型を摸索してみたい。

平成19年：郡山いむらクリニック開設

(外来診療・施設診療・訪問リハビリ・デイケア開始)

平成20年：訪問看護ステーション開設(在宅医療・訪問看護開始)

平成24年：在宅支援いむらクリニック(有床診)開設

(入院診療開始)

平成26年：(訪問栄養開始)

平成27年：西奈良メディカルクリニック開設(訪問歯科開始)

グループ内介護施設

老健80床(平成29年160床に増床予定)

特養60床

グループホーム189床

有料老人ホーム125床

他、小規模多機能施設 デイサービス ショートステイ

## ⑤2P-87

### 若年在宅患者の診療実態と支援ニーズ

中川ふみ<sup>1)</sup>、國末充央<sup>1)</sup>、井上ゆか<sup>1)</sup>、南 智子<sup>2)</sup>、  
中村幸伸<sup>2)</sup>

1) つばさクリニック岡山、2) つばさクリニック

**【目的】** 各支援制度の狭間となりやすい若年在宅患者の診療実態と支援ニーズを明らかにする。

**【方法】** 2009年4月開院～2015年11月30日に当院（小児～高齢者を対象とする訪問診療専門クリニック2院）が診療した在宅患者の内、18歳から64歳の患者の診療録を後方視的に検討した。ただし主病名が末期がんである者、初診時年齢45歳以上で主病名が脳出血後・脳梗塞後である者は除外した。

**【結果】** 対象は38名で、上記期間中の延べ患者数1911名に占める割合は2.0%であった。38名の初診時年齢分布は19～64歳、中央値47歳であった。

対象の主病名カテゴリで最も多いものは神経疾患10例（26%）、次いで外傷後・蘇生後6例（16%）であった。

小児期から診療継続されている者は6例（16%）であった。

在宅での医療行為として、呼吸管理、経管栄養、ストーマ、導尿、中心静脈栄養のいずれか一つ以上ある者は23例（61%）であった。

生活保護例は6例（16%）であった。

支援ニーズは、心理的問題、経済的問題、家族間葛藤、介護力不足、社会資源不足、その他とカテゴリ分類し、いずれか一つ以上ある者は21例（55%）であった。支援ニーズで最も多いものは介護力不足10例（26%）、次いで心理的問題8例（21%）、社会資源不足8例（21%）であった。年齢や主病名から介護保険利用非該当の者は25名であったが、その内12名（48%）が介護力不足または社会資源不足の支援ニーズを抱えていた。

**【考察】** 若年在宅患者の内6割以上の者が高度な医療行為を必要としていた。また介護保険利用非該当者の約半数が、十分な介護を受け辛かったり社会参加の機会が少ない生活を送っている可能性がある。

## ⑤2P-88

### 地域包括ケア及び在宅医療の啓発を目的としたイベントの効果

西尾けい子、味田比呂子、増田文子、中川誠二、  
前田国土、足立大樹

ホームケアクリニック横浜港南

**【目的】** 地域包括ケアと在宅医療について地域一般市民及び多職種への啓発を目的としてH27年9月～H28年1月の期間に計4回のイベント（講演会2回・参加型ワークショップ2回）を開催した。イベント参加による理解・関心の変化についての評価を目的として参加者に対してアンケート調査を実施した。

**【方法】** 参加者の年齢・職種調査と、理解・関心について質問を行い、回答について分析した。

**【結果】** 4回のイベント参加者数253名。アンケート回収率93%。年齢は40歳代30%、50歳代30%。職種は看護師24%、ケアマネージャ22%、一般市民7%。

2回の講演会では、地域包括ケアに関心を持たれたとの回答は82%。在宅医療が理解できたとの回答は84%。「今後取り上げてほしいテーマ」への回答率35%。テーマ別では「地域包括ケア」が最多で、次いで「多職種連携」だった。「地域包括ケア」を希望したのは一般市民と介護職が多く、「多職種連携」を希望したのは医療職が多かった。「多職種連携」との回答の中では、とりわけ医師との連携を課題とする意見が多かった。

2回のワークショップでは、それぞれ訪問看護師とケアマネージャによるミニ講座を行い、その後にワールドカフェ型のセッションを行った。ミニ講座に関して「地域包括支援センターの役割が明確になった」ワークショップに関して「多職種での意見交換がよかった」という感想が多かった。

今後同様のイベントの企画・告知を希望する方が30%だった。

**【考察】** 職種によって希望するテーマに違いがあることが分かり、今後のイベントのテーマ設定を検討する上で参考となった。参加型ワークショップは相互理解に有効と評価できた。参加者のうち一般市民が少なかったことから、今後のイベント開催日時や広報について検討を要すると考えられた。

**【結論】** 地域包括ケアや在宅医療については一般市民・多職種とも関心はあるものの理解が進んでいるとは言い難い。今後、テーマ設定、形式、広報等をより洗練させながら、啓発のためのイベントを継続して企画したい。

## 医2P-89

### 在宅医療を病院が行うことによる、病院組織・地域包括ケアシステムへの影響

木下新二、山中ゆかり、藤原由香、一ノ瀬英史、本田宜久

頤田病院

頤田病院は、家庭医療について取り組み、年齢、性別、病気の種類を問わず、健康に関して予防、治療、リハビリなど、患者さまやご家族と密接な連携を保ちながら、訪問診療から入院まで幅広く対応している。

訪問診療を受けている患者さまが入院を必要とする場合の対応や、入院から自宅退院を希望された場合の訪問診療の導入、外来通院が困難になった場合の訪問診療の導入等、様々なニーズに当院で一貫して対応することができている。そのような利点から、現在、訪問診療患者総数は300名を超え、自宅看取りについては前年度98名行うことができた。

入院については一般病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟があるが、地域包括ケア病棟からの在宅復帰は平均9割を維持しており、退院先の一つとして、訪問診療が大きな役割を担っている。地域包括ケア病棟から円滑に退院を促進できることで、一般病棟から地域包括ケア病棟への受け入れについても対応でき、一般病棟の平均在院日数の短縮に貢献できている。

当院で一貫して訪問診療、外来、入院の対応ができることで、各部門同士が顔のみえる状況で情報共有が行いやすく、各職種が各部門を経験する機会があり職員教育にも繋がり、人事面において、訪問診療部門だけでなく病棟運営にも一定の効果がみられていると思われる。また、収入面においても訪問診療部門は大きな部分を占めている。

医療面での一貫した対応や、急性期病院との連携、介護保険サービス事業者等との連携も密に行っており、患者さま、ご家族のメリットにも繋がっているのではないかとと思われる。

医療、介護の制度政策の動向で、多職種連携や地域包括ケアシステムづくりの必要性が強調される中、頤田病院では以上のような取り組みを行ってきた。一般病棟、地域包括ケア病棟併設の当院の機能を活かし在宅医療を展開していく中での利点、課題、多職種連携に与えた効果、患者さまの流れを考察し、今後の当地域の包括ケアシステム構築に役立てたい。

## 医2P-90

### 在宅ケアへの取り組み～超高齢社会（高齢化率36.7%）の町での問題点を探る～

永谷 計<sup>1)</sup>、市川万邦<sup>2)</sup>、望月みち子<sup>3)</sup>、渡辺雄治<sup>3)</sup>、池辺賢広<sup>3)</sup>、藤田智恵美<sup>3)</sup>、飯野 哲<sup>4)</sup>、望月征四郎<sup>4)</sup>、中村由美<sup>4)</sup>、佐野公子<sup>4)</sup>

1) 南部町国民健康保険万沢診療所、2) 南部町医療センター、3) 南部町役場 福祉保健課、4) 南部町在宅医療連携協議会 在宅ケア勉強会

**【目的】** 山梨県南部町は人口約8400人、超高齢化が進む町において、人口動態・介護ニーズを検討し在宅ケアを行う上での問題点の抽出と、今後の指標を探る。

**【方法】** 人口動態調査調査票及び人口動態死亡小票（平成24、25、26年度）・平成25年度介護保険ニーズ調査報告書 南部町平成26年3月・当院訪問診療の検討。

**【結果】** 人口動態調査調査票及び人口動態死亡小票の3年間の検討では1. 死亡数は年平均136人、人口の1.6%で、後期高齢者が79.7%を占めていた。2. 性別では男女比1.2:1で男性に多かった。3. 死亡原因は悪性疾患26.2%、肺炎19.3%、老衰14.9%、心疾患11.7%、脳血管疾患4.9%の順であった。4. 死亡場所は病院73.1%、自宅19.1%、施設2.8%であった。5. 悪性疾患での死亡場所は病院82.2%、自宅15%、施設2.8%であった。6. 老衰での死亡場所は病院50.8%、自宅32.8%、施設16.4%であった。7. 病院での死亡原因は悪性疾患29.4%、肺炎22.1%、心疾患12%、老衰10.4%であった。8. 自宅での死亡原因は老衰25.6%、悪性疾患20.5%、心疾患15.4%、肺炎12.8%であった。9. 施設での死亡原因は老衰45.5%、悪性疾患13.6%、心疾患、肺炎、脳血管疾患がそれぞれ9.1%であった。

平成25年度介護保険ニーズ調査報告書 南部町平成26年3月の検討では1. 在宅一般高齢者の45.7%が3人以上同居、在宅要支援・要介護者では59.9%が3人以上同居であった。2. 病気等で手助けが必要となったときの生活は両者とも約6割が自宅を希望していた。

当院の平成26年4月から平成27年11月までの新たな訪問診療患者数は、17名で、死亡は8名、看取りは6名で看取り率は75%であった（がんは80%、老衰は100%）。

**【考察】** 1. 高齢化のため死亡数は人口の1.6%と全国平均の1%より多かった。2. 死亡原因は悪性疾患、肺炎、老衰の順で高齢化を反映していた。3. 死亡場所は全国平均に比して自宅19.4%と高かった。4. 悪性疾患の82.2%、老衰の50.8%が病院で死亡しており、在宅ケアのさらなる充実が求められる。5. 介護必要時在宅高齢者の約6割が自宅を希望しているが、死亡場所との乖離がみられる。6. 在宅要介護者の多くは同居家族が多い。

**【結論】** 1. 自宅看取りが全国平均よりやや高いが、老衰、がんでの病院死亡が高い。2. 在宅ケアについてのさらなる周知が必要である。3. 現在在宅ケア勉強会を開催し、在宅関連多職種の質の向上と、町民への在宅ケアの知識の普及を試みている。

## 医2P-91

### 医療介護連携における課題解決に向けたネットワーク間連携の取り組み

山田拓哉<sup>1)</sup>、飯塚真由美<sup>1)</sup>、篠原純史<sup>1)</sup>、佐藤正通<sup>1)</sup>、村井雅子<sup>2)</sup>、友松幸子<sup>2)</sup>

1) 高崎総合医療センター 地域医療支援センター、2) 高崎市医療介護連携相談センター

**【目的】** 地域包括ケアの構築・推進のため、病院と地域関係機関が連携し、適切な支援が切れ目なく提供される必要があるが、医療介護連携について多くの課題がある。

今回、当院MSWを事務局として医療圏内病院の地域連携実務者(MSW・看護師・事務等)を対象に月1回開催している「高崎安中地域連携実務者会議(以下、実務者会議)」と、主に在宅医療・介護連携に関する相談支援(在宅医療・介護連携推進事業)を担うために昨年度より高崎健康福祉大学訪問看護ステーション内に開設された「高崎市医療介護連携相談センター(以下、連携相談センター)」との連携の取り組みを行なったため、報告する。

**【方法】** 実務者会議に連携相談センター職員(MSW・看護師)が参加し、「連携相談センターの紹介」や「在宅医療・介護連携に関する相談内容の共有、意見交換」を行った。その上で、医療介護連携の課題抽出を行い、検討を行った。

**【結果】** 「連携相談センターの紹介」では、連携相談センターの役割やサポート内容を共有した。また、ケアマネジャーから連携相談センターへ「病院は敷居が高く行きにくい」「連携したくても誰に連絡したら良いかわからない」「情報の聞き方がわからない」「医療的な情報がよくわからない」「情報提供してくれない」といった具体的な相談内容を共有した。それらの相談内容に対して病院側からは「なかなか地域の支援者に病院に来てもらえない」「ケアマネジャーから情報が欲しいと言われても、具体的にどんな情報が欲しいのか分からない」「個人情報の問題があり、患者家族の承諾無しには答えられない」といった課題が抽出され、これらの課題に対し「双方の役割や立場を理解する」「連携時に使用する共通のツールの作成」「医療介護連携に関する個人情報要綱の作成」といった意見が聞かれた。

**【結論】** 職種・経験・知識等の違いによって、連携への意識や連携方法の違いを確認することができた。今回は、連携相談センターを通じた意見交換ではあったが、日々の連携で実際に感じている地域関係機関からの声を共有できたことは解決に向けた第一歩であった。

また、地域包括ケアが構築・推進されている中、地域には多くのネットワークが存在している。より効果的な関係を構築するには、そのネットワーク一つ一つを地域の強みとして捉え、今回のようなネットワーク間で連携していくことが有効である。

## 医2P-92

### 地域包括ケアシステムにおける多職種連携への取り組み ～効果的なワンチーム活動の実践に向けて～

高井俊輔<sup>1)</sup>、熊田総佳<sup>2)</sup>、田齊秀章<sup>3)</sup>

1) 医療法人慶春会、2) NTTデータ経営研究所、3) エーザイ・ジャパン

**【目的】** 我々の新たな取り組みは、既存の地域包括ケアシステムにおける多職種連携のICT活用において困難な部分を可能にし、病状回復に寄与しているアウトカムを目的としている。

**【方法】** 多職種が効果的な連携を行うには、共通の目標をたて適切なタイミングで意思疎通することが求められる。これを「ワンチーム活動」と名付け、医療法人慶春会、NTTグループ、エーザイが連携活動を始めた。デジタル系(ICT)支援ではフェイスパッチによる問題発生探知とモニタリングボタンによる簡単な報告連携ツール、アナログ系支援では個別問題解決、横断問題解決と組織構造的なしくみ作りを行った。

**【実践内容】** 3例の在宅高齢者。患者ごとにワンチームを立ち上げ、医師、ケアマネ、ヘルパー、デイ、訪看、訪問リハ、薬剤師が多職種として参加。トリアージ役をケアマネが担当。大目標(半年後)、中目標(1カ月後)をチーム共通目標として決め、役割分担の上でチーム活動実施。症例1) 進行性核上性麻痺・アルツハイマー型認知症・要介護3・独居。服薬の飲み忘れの防止・日常生活全般のマネジメント。大目標は半年後も在宅での生活。中目標は生活リズムを整える、症例2) II型糖尿病・要支援2・老老介護。多職種で投薬管理を行い血糖値コントロール。大目標は血糖値100台での安定化。中目標はインシュリン自己注射マネジメント、症例3) 左下肢重症虚血・不安神経症・要介護1・独居。ドクターショッピングによる複数医療機関から重複投薬。大目標は半年後にデイの通所可能。中目標はメンタル面の介入で自発的活動を促す。

**【実践効果】** 症例1) 服薬の飲み忘れの改善や生活リズムマネジメントが日中の動作の改善につながり、転倒を減らし、入院・施設入居の回避。症例2) 訪問看護でのインシュリン投薬指導で、中目標をクリアし血糖値変動幅の減少。症例3) ドクターショッピングをやめ、デイへの参加意思をみせた。3例とも在宅困難な事例であったがデジタルとアナログの支援を伴った活動により在宅患者を支えることができた。

**【考察】** 今後は、かかりつけ医と在宅医療専門の医療機関の連携、家族参画型多職種連携、都市部のモデルとして区を跨がった多職種連携にも適用を拡大し国民が安心して暮らせる地域づくりを模索する。NTTデータ経営研究所によると施設入所した場合と在宅での介護保険の9割給付額の差は年間40万円である。大阪市の場合、要介護II以上の約30,610人の患者の1割に同様の適用すると年間14億円の社会保障費抑制効果がある。

## 医2P-93

### 地方公立病院が行政と協働して在宅医療の推進と医療・介護連携に取り組むことの有用性

桐ヶ谷大淳<sup>1,2)</sup>、田村美千代<sup>1)</sup>、河野久仁子<sup>1)</sup>、田中沙也加<sup>1)</sup>、谷口喜彦<sup>1)</sup>、倉田博文<sup>1)</sup>、長鶴浅彦<sup>1)</sup>

1) 日南市立中部病院、2) 宮崎大学医学部 地域医療・総合診療医学講座

**【目的】** 当院は宮崎県南部にある病床数88床の公立病院である。在宅療養を支える医療資源に乏しく、在宅看取りも少ない地域であったため、在宅療養支援病院となり在宅医療に関わっている。また行政とともに在宅医療・介護連携推進事業に取り組んでいる。今までの取り組み内容をまとめ、公立医療機関が地方において在宅医療や医療・介護連携へ積極的に関わることの有用性について考察する。

**【方法】** 在宅療養支援のため平成25年4月在宅療養支援病院の届け出を行った。また平成27年4月在宅医療・介護連携推進室(通称Sunオリープ)が病院内に設置された。在宅療養支援病院の届け出後3年間の在宅医療に関するデータと、医療・介護連携推進のために地域でどのような活動を行っているかについてまとめる。

**【結果】** 在宅療養支援病院の施設基準を取得するため、医師1人と看護師3-4人(他業務と兼任)で在宅医療提供体制を整えた。公立病院という立場から、診療所で受け入れ困難な患者(医療依存度が高い、市街地から遠い地域)を担当、レスパイト入院などの受け皿、多職種連携への関わり、地域住民への啓発を掲げて活動を開始した。在宅看取り年間二十数例(在宅看取り割合70-90%)、市内におけるがん患者の在宅緩和ケアの大半は当院で担うようになり、紹介も増えてきている。

平成27年4月には行政とともに、県内でいち早く在宅医療・介護連携推進事業への取り組みを開始した。国の示す8つの項目に、日南市地域医療対策室と協力して取り組んでいる。ケアカフェ、居住系施設での医療・介護連携のための研修会、多職種向け在宅医療研修会などの主催、市内の多職種連携に関わる活動の事務局的作用も行ってきた。住民向けには地域医療出前講座として、在宅医療や人生の最期についてといったテーマでの講話を公民館などで行ってきた。

**【考察】** 地域包括ケアシステムは、市区町村が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要とされているが、行政職には医療や介護の現場は分かりにくい。行政が調整・旗振り役となり、中立的立場でもある公立病院が協働することで、在宅医療や医療・介護連携が進みやすくなる。

## 医2P-94

### 津市白山・美杉地域の保健・医療・福祉が連携した取り組み

渋谷咲子<sup>1)</sup>、小林恭子<sup>1)</sup>、奥山 敦<sup>1)</sup>、洪 英在<sup>2)</sup>、四方 哲<sup>2)</sup>

1) 三重県立一志病院 看護部、2) 県立一志病院 家庭医療科

**【目的】** 少子高齢、過疎化がすすむ地域において、保健・医療・福祉の情報交換や連携の促進を、「顔の見える会」という有志の会で活動を行っている。このような多職種における顔の見える連携が、地域包括ケアシステムの構築に有意義であることを実感したために、その「顔の見える会」の実践内容を報告し、考察を行う。**【実践内容】** 平成22年より、公的機関の津市健康づくり課(保健センター)・社会福祉協議会(白山支部、美杉支部)・津一志地域包括支援センター・県立一志病院で定期的に地域ケア会議を行ってきた。

平成25年度より、地域への広がりを考え、多職種連携(顔の見える会)、地域災害対策、子育て支援の3つのワーキンググループ(以下WG)を作り活動を開始した。

多職種連携WGはシンポジウム「白山美杉在宅ケア～みんなで考える集い～」を年1回、住民参加のマインドマップを用いた「見える事例検討会」を年3回住民開催するに至った。

**【実践結果】** 保健・医療・福祉に従事する職員や住民により、シンポジウムには平成25年84名、平成26年220名、平成27年170名の参加があった。事例検討会には毎回約40名程度の参加があり、サービス提供者や住民も交えた情報交換を行い顔の見える関係づくりを行っている。

**【結論・考察】** 今回、保健・医療・福祉が協働し取り組みを行うことにより、顔の見える関係ができ連携が強化できた。この取り組みを活かして地域包括ケアのモデルとなる地域を目指していきたい。

## 医2P-95

### 介護支援専門員（CM）が同一事業所で医師と連携する事とCMが作成する医療プラン内容に関連があるか

廣瀬貴久

名古屋大学医学部附属病院 地域包括医療連携センター

**【目的】** 地域包括ケアシステム推進において、介護支援専門員（ケアマネジャー：CM）はケアプランに適切な医療プランを反映させることが望まれている。CMが同一事業所で医師と連携する事とCMが作成する医療プラン内容に関連があるか検討した。

**【方法】** 平成27年度愛知CM更新研修会の受講者を対象にアンケート調査を施行。CMと医師の同一事業所での連携の有無が、ケアプラン作成時に取り上げる「疾患」、「医療行為」、「老年症候」に影響があるかについてCM634名（男138名、女496名、非看護系CM571名、看護系CM63）で $\chi^2$ 検定、ロジスティック回帰分析を用いて比較検討した。

**【結果】** 医師と同一事業所で連携するCMは81名（12.8%）であった。医師との連携の有無と関連が診られた疾患は $\chi^2$ 検定で疾患は「廃用症候群」、医療行為は「経管栄養」、「褥瘡処置」、「吸引」、「膀胱瘻」、「腎瘻」、「水分持続皮下注射」、「導尿」、老年症候で「嚥下障害」、「食欲低下」であった。これらをロジスティック回帰分析にて性別、経験年数、看護資格、同一事業所の看護師と薬剤師との連携の有無、他事業所の医師、看護師、薬剤師との連携の有無で調整すると、CMが同一事業所で医師と連携することと関連がみられた医療プランは、経管栄養[OR 2.20(95%CI:1.03-4.69) p=0.042]、吸引[2.15(1.13-4.10) p<0.020]、嚥下障害[1.92(1.02-3.59) p=0.043]であった。

**【考察】** CMが作成する医療プランで、CMが同一事業所で医師と連携する事と関連を認められたのは医療行為では「経管栄養」、「吸引」、老年症候群では「嚥下障害」であった。CMは同一事業所で医師と連携をとれる環境では、在宅医療で重要な医療行為と老年症候をケアプランに取り上げる機会が多い可能性がある。また今回の調査では医師と同一事業所で連携しているCMは全体の1割程度であり、多くのCMはこれらを医療プランとして取り上げる機会が少ないと推察される。医療プランを適切にケアプランに反映するCMを育成するため、医師と同一事業所で連携していないCMの教育カリキュラムでは、医師と近くで連携がとれる診療所、病院での研修を考慮するべきと思われる。

## 医2P-96

### 非医療系学部大学生インターンシップ受け入れの効果と社会的意義

平田節子<sup>1)</sup>、市橋亮一<sup>1)</sup>、三輪麻理絵<sup>2)</sup>、海野耕平<sup>2)</sup>

1) 医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック、2) 一般社団法人Peace Co

**【背景】** 就業前の学生に「インターン」として勤務経験をさせ、必要な技術や職業観を養うようにしたのは、医学教育が最初である。その後、医学教育では廃止されたが、現在は「インターンシップ」が非医療系学部で活用され始めている。さまざまな学部の大学生が、キャリア教育の一貫として「インターンシップ」と呼ばれる職場体験を行い、さまざまな企業が受け入れている。インターンシップの特徴は、あくまでも職業観や社会人として必要なスキルを獲得するための経験であり、必ずしも卒業後の希望職業との連動はしないことである。そのためどんな企業や組織であっても、教育的視点を持つことができれば、インターンシップの受け入れ団体となりうる。

**【目的】** 当法人では2011年より夏休みと冬休みの2ヶ月間、地元NPOのコーディネートにより大学生インターンシップを受け入れてきた。現在までに11名のインターンシップ生が2ヶ月～半年、当法人で活動。彼らには日常業務の中でなかなか進みにくいプロジェクトを担当してもらうこととした。学生に対しての教育効果と、プロジェクトの組織や地域に対して功績について報告する。

**【方法】** プロジェクト内容と成果と、インターンシップ生の日報やアンケートを振り返りながら社会的意義を明らかにする。

**【結果】** 彼らが行ってきたプロジェクト

- ・患者・ご家族をインタビューし、在宅医療体験談を作成。
- ・患者さんの希望を叶え、旅行を支援。
- ・地域の住民の方への在宅医療啓発イベントを企画。
- ・患者さん・ご家族に満足度調査を実施。
- ・患者・ご家族をインタビューし、270枚の「困りごとカード」を作成。
- ・「困りごとカード」を使った多職種ワークショップを実施
- ・訪問看護ステーションパンフレットを作成 など

プロジェクトの推進力が高まり、成果を出すことができた。成果物の一部は今も法人で使用されている。また、彼ら自身も活動の中で自分自身を見つめ、自分の成長を感じ、実際の就職活動でもその経験を役立てていた。

**【考察】** 在宅医療を行う医療法人は地域との関わりも深く、非医療系学生が推進できるプロジェクトは多いと思われる。また当法人では、インターンシップをきっかけに数年後に採用にもつながった学生もいる。非医療系学部のインターンシップを受け入れていくことは社会的意義があるだけでなく、今後の地域や在宅医療の発展のために役立つと考える。

## 医2P-97

### reflective writingはスタッフの思考を深化させるか？

加藤光樹、福井慶太郎、田上英毅、市川加奈子、  
小池琴絵、古賀千江美、山口恵梨子、岩見あずさ、  
森 美智子

まどかファミリークリニック(福岡県小郡市)

**【背景】** reflective writing(以下RW)は問題解決思考、批判的思考、プロフェッショナルリズム、変容の学習を促進する学習法として知られている。当院ではスタッフにRWを記述させ、管理者が内省を促すコメントを付す取り組みを続けている。この度、自院スタッフ6名(看護師4名、医事2名)についてRWの効果を検査した。

**【目的】** 自院スタッフにおけるRWの効果とその要因を記述すること。

**【方法】** 同一スタッフが初期と最近(この間8ヶ月)記述したRWについて、The REFLECT (Reflection Evaluation For Learners' Enhanced Competencies Tool) Rubricに基づくreflectionの深さを比較した。比較内容に基づき、reflectionの深さが深くなっている場合、浅くなっている場合について、考えられる要因を当該スタッフにインタビューした。

**【結果】** 看護師4名中3名においてreflectionが深まっており、医事2名中1名においてreflectionが浅くなっていた。看護師3名にreflectionが深くなった要因についてインタビューしたところ、個人的な要因としては①訪問時の業務に慣れたことで患者との関わりに余裕が生まれ感情的な交流が増えたこと、②多様な患者に接することで多様な見方があることを認識したこと、などの要因が抽出された。組織構造的な要因としては、①受け持ち性を設けたことで特定の患者をより深く知るようになったこと、②在宅医療導入の契約を看護のみで実施するようになりより深く患者や家族を知るようになったこと、などが抽出された。医事1名にreflectionが浅くなった要因についてインタビューしたところ、個人的な要因としては、本人が体調不良で欠勤していたことが抽出された。組織構造的な要因としては、①医事が2名のため1名が体調不良になると業務負担が大きくなること、②流行性疾患のため業務量が増えていたこと、などが抽出された。

**【考察】** RWは、事例への関わり度合い、衝突やジレンマ、感情、分析と意味構築という評価軸があるが、いずれも深い記述のためには特定の事例への深い関わりが必要となる可能性が考えられた。

**【結論】** 自院スタッフ6名のうち、看護スタッフ4名中3名においてreflectionが深まり、医事スタッフ2名においてreflectionが浅くなっていることが明らかになった。前者の要因には特定の事例との深い関わりが影響しており、後者の要因には業務過多が示唆された。

## 医2P-98

### 診療所データを活用し医療の質向上へ～在宅医療クオリティ・インディケータの試作～

渡邊美華<sup>1)</sup>、長島賢治<sup>2)</sup>

社会医療法人財団大和会 村山大和診療所

**【目的】** 当診療所は通院困難となった患者様を定期訪問し、自宅をメインに在宅医療を展開している。月に130～150人程度の患者様を常に診療しており、年間4,000回超の訪問実績が残る。結果、日々の業務によって、診療所には多くの実績が蓄積されていく。これら生み出される実績を「データ」としてとらえ、種々の算式によって有効な数値に変換し、在宅医療機関として自院検証に活用できる指標を試作した。

**【方法】** 病院版QI指標を参考に、在宅医療の特性を考慮し、10項目25指標を作成した。在宅医療を行う医療機関において一般的指標ともいえる看取り数や緊急訪問回数のほか、在宅患者の褥瘡発生率、がん原発部位別の平均在宅日数なども織り交ぜて作成した。比較的にデータが新鮮な平成25年度、26年度の2年間分のデータを対象に当診療所を利用した268名(25年度)、236名(26年度・前年度と重複あり)について検証した。

**【結果】** 診療所が訪問診療を開始して早い人は1日、長い方だと2000日超、在宅での療養日数が経過しているが年度別に患者平均をとると25年度は315.1日、26年度は436.7日であった。徐々に安定期の患者層が蓄積されることから平均日数は長くなる傾向にあるが、一方で訪問診療開始後から1ヶ月未満での終了件数は68件(25年度)、47件(26年度)と新規患者の概ね35%を占めている。また診療開始後1ヶ月未満での在宅看取り件数は50件(25年度)、31件(26年度)にのぼり、在宅看取り件数全体の70%程度に達している。これは当診療所への依頼元が急性期病院に特化している現れであること、最期の時を在宅で過ごす癌ターミナル期の患者様を積極的に受ける当診療所の方針であり特徴でもある。これら以外にもデータから指標として活用できるものをセレクトし、自院機能の検証を行ったので紹介したい。

**【考察】** 在宅医療機関においては病院版QI指標とは違う指標作成が必要となることは自明である。医院ごとに事情が違うこと、在宅という環境から客観的指標がとりづらい側面が理由である。従って他院との比較をするベンチマーク的検証は困難ではあるが、指標化した数値は診療所機能を反映させており、客観的数値データを把握する必要性とその推移を比較検証していく作業は有効といえる。この地道な作業を継続することが自院成長につながるのではないか。

## 医2P-99

### 訪問看護ステーション利用者の医療費分析 ～保険種別・疾患別・介護度別・サービス別での比較～

渡邊厚博<sup>1)</sup>、一戸由美子<sup>2)</sup>、矢尾知恵子<sup>3)</sup>

1) 河北医療財団 河北家庭医療学センター 河北訪問看護・リハビリステーション阿佐谷 運営支援室、2) 河北医療財団 河北家庭医療学センター 診療部、3) 河北医療財団 河北訪問看護・リハビリステーション阿佐谷

**【目的】** 厚労省の統計によると、年々、訪問看護事業所は増加し、訪問看護と訪問リハのニーズがより一層増加傾向にある。この背景には高齢化に伴う継続的な医療・ケアを必要とする高齢者の増加が要因と考える。厚労省は訪問看護利用者の保険種別の医療費(訪問看護・訪問リハ)や利用者数の比較を行っている。

そこで我々は、当事業所の訪問回数と医療費等を調査した。

**【方法】** 2015年12月の1ヵ月間の利用者187名(平均年齢75.6歳±22.4、男性86人、女性101人)、を対象とし、保険種別、疾患別、介護度別、サービス別から訪問回数と医療費等の比較、調査を行った。

**【結果】** 利用者は医療保険50名(26.7%)、介護保険137名(73.3%)であった。平均年齢は医療保険51.8[2-93]歳、介護保険84.3[51-104]歳であった。平均訪問回数は、医療保険の訪問看護が月5[1-16]回、訪問リハが月2.7[2-9]回であった。介護保険では、訪問看護が月3[1-11]回、訪問リハが月1.9[1-8]回であった。疾患別では、悪性新生物9名、循環器疾患33名、脳血管疾患29名、骨筋系疾患22名、認知精神疾患21名、呼吸器疾患20名、難病疾患16名、腎内分泌器疾患16名、神経系疾患10名、先天性疾患7名、消化器疾患4名であった。

月平均の医療費は、医療保険が80,534円、介護保険が49,690円であった。悪性新生物が100,359円と最も高く、次いで神経系疾患74,288円であり、腎内分泌疾患が43,790円と最も低かった。

介護度別では要介護度5が75,647円と最も高く、次いで要介護度3が51,051円、要支援2の37,219円と最も低かった。

訪問看護の月の医療費は悪性新生物が85,909円と最も高く、次いで消化器疾患46,339円であり、脳血管疾患20,528円と最も低かった。訪問リハでは神経系疾患35,421円が最も高く、次いで難病疾患33,053円、循環器疾患6,246円が低かった。

**【考察】** 医療保険利用者の月平均の訪問回数と医療費は、介護保険に比べ有意に高かった。訪問看護の訪問頻度の高い悪性新生物は月の医療が高かった。

また、要介護区分に応じて保険給付は上限額が定められているが、最も医療費の高かった要介護5の利用者でさえ、訪問看護・訪問リハビリにかかる費用は介護給付額の20%に留まっており、残りの80%は訪問介護などの生活支援サービスに費やされていることが分かった。

## 医2P-100

### 在宅診療所で医師と同行する看護師の働き ～訪問看護師と同行看護師の違い～

高洲なぎ沙、服部直子、石賀丈士

いしが在宅ケアクリニック

**【目的】** 当クリニックは緩和ケアをメインにしている訪問診療専門の診療所である。悪性腫瘍の患者65名、神経難病患者32名、慢性疾患患者279名の在宅患者の訪問診療を行っている。(平成27年12月時点) また、間近1年間の在宅看取り数は312名に上り、在宅看取りが多いのが特徴である。開院当初より医師と看護師が同行訪問しているが、訪問看護師との違いや必要性を明確にする。

**【方法】** 在籍する10名の看護師の1日の看護業務の流れについて検討する。

**【結果】** 始業と終業に医師と看護師で日中訪問した患者や夜間往診に行った患者の申告、新規に訪問した患者の情報の共有をおこなう。訪問診療への同行中は採血などの診療の補助、着替えやシーツ交換、摘便などの処置の他、医師が患者との話に集中できるように看護師が電子カルテに所見の記入をする。また、介護者に対して介護の方法のアドバイスや利用できる介護サービスの助言をおこなうこともある。同行後、クリニックに戻ってからケアマネージャーや訪問看護師等の各連携事業所への連絡をおこなう。他にも、新規患者の受け入れの電話対応や、患者の必要な物品管理等をおこなう。新規患者に関しては看護要約の作成もおこなう。また、夜間休日の待機もしている。

**【考察】** 医師と看護師がいることで患者と家族両方の思いを聴くことができ診療内容の充実につながる。また、医師の診療に看護師も同席することで、患者や家族の立場に立った目線で診療内容に合わせた生活や精神面の援助をすることができる。

同行した看護師が診療内容を連絡し多職種と連携することで円滑に情報共有が可能となる。また、連携を看護師が担うことによって医師の業務の軽減にもつながる

患者にとって看護師が同行することは医師には言いづらい事も言える機会が増えると考えられる。

**【まとめ】** 訪問診療に看護師の同行は規定されていないが、診療の質を高める上で看護師の同行は重要であると考えられる。

## 医2P-101

### 訪問診療専門クリニックにおけるドライバー職～運転だけでなく総合職を目指して～

上畑 大、辻 雄介、山科明彦、井戸茂樹、岡田 豊、中村幸伸

つばさクリニック

**【背景・目的】** 当院は2009年に訪問診療に特化したクリニックとして岡山県倉敷市に開業した。現在は岡山分院を含め約500名の在宅患者に対して診療を行っている。当院では24時間365日で患者様のニーズに対応しているが、それを組織として構築・維持する為には、医師や看護師ら医療スタッフの充足が最優先課題になると考えた。そこで充足に向けた「働きやすい職場」の追求として、『訪問』に不可欠な運転業務に着目し、そのストレスや精神的負担の軽減を目標に、2010年5月よりドライバー職を導入した。導入から5年経ち、現在は単なる運転手だけでなく、様々な業務に取り組む診療アシスタントとして、欠かすことの出来ない部門となっている。今回、当院のドライバー職が訪問診療クリニックの一員としてどのような業務に取り組んでいるのかを紹介する。

**【実践報告】** ドライバー職は現在9名（全て男性、平均55.2歳）が正職員として在籍し、医師・看護師らと共に、3人の診療チームの一員として24時間体制の訪問診療や往診に同行している。ドライバー職の主な業務は診療車の運転であり、診療先への安全且つ確実な送迎が最大の責務である。その為、ドライバースタッフ間で交通情報や全患者宅の駐車場所など、ルート作成に関わる様々な情報を常に共有し、毎朝のカンファレンスにおいて確認・報告を徹底している。また当院のドライバーは「単なる運転手ではなく診療アシスタントとして診療の一端を担う」という目標を掲げており、運転だけでなく診療のサポート業務にも携わっている。内容としては、医師が現場で作成する診療録や処方箋などの処理、看護師が使用する物品の準備・片づけなど、患者から一番遠い位置でのサポートを主としている。その他にも、軽微な事務業務、IT機器に関する管理業務、建物管理、さらには当院主催の勉強会や教育チーム等の実行委員のメンバーとして企画・運営などにも携わっている。

**【結果・考察】** 訪問診療専門のクリニックにおけるドライバー職の導入によって、安全かつスムーズに患者宅へ訪問できるだけでなく、医師や看護師らが本来の業務に専念できる環境整備へと繋がった。また、様々な業務に取り組む事で、組織全体の業務の効率化・活性化にも繋がった。今後も診療チームの一員として、また様々な業務に取り組む事の出来る総合職として、ドライバー職の質や価値を高めていきたい。

## 医2P-102

### 在宅医療における医師セカンドコール体制の検証

柳楽知義

医療法人光輪会 さくらクリニック

**【はじめに】** 在宅療養支援診療所における主治医の役割は、「24時間365日、患者さまの支援をする」ことであるが、一人の医師が365日間休むことなく昼夜を問わずに医療サービスを提供することは、少なからず医師に負担を強いている。とはいえ、主治医である以上、どんなときでも患者の要望にこたえる義務がある。医療サービスを低下させずに、且つ、医師が疲弊しない業務体制を維持しなければならず、各医療機関ではその対応に苦慮している。

**【方法】** 医療法人光輪会には、現在10名の常勤医師が勤務している。10名の医師をセカンドコール当番医としてローテーションを組み、主治医のバックアップをする。

まず、施設から当法人のコールセンター（看護師）に最初の連絡が入り、コールセンターから主治医のもとへ連絡がなされる（ファーストコール）。

主治医との連絡が取れない時や、連絡が取れても、臨時往診などの急な対応が困難な時に、セカンドコール当番医に連絡される。

セカンドコール当番医は、コールセンターの看護師からの報告をもとに、さらに電子カルテからも情報を収集し、当該患者の対応をする。

2015年11月と12月における、休日・夜間の時間外出動数をピックアップし、担当医が出動した件数と当番医が主導した件数を比較した。

**【結果】** 2か月間の出動総数は93件で、そのうち、主治医が出動したのは90件、当番医が出動したのは3件であった。

**【考察】** 当法人においては、ほとんどのケースで、主治医が対応し、指示を行っている。

実際には当番医が休日・夜間に出動するケースは少ないが、当番医がバックアップしてくれているという安心感は主治医の負担軽減に貢献している。

在宅医療に携わる医師は、病院勤務などを十数年にわたって経験してきた中堅以上の医師が多い。当法人の医師平均年齢は47.2歳であり、毎晩、携帯電話を枕元において、いつかかってくるかわからない電話に対応し、深夜の臨時往診を行うことは、体力的にも精神的にも負担が大きい。

日本が超高齢社会を迎えるにあたり、医師の高齢化も問題視されている。病院勤務医師のオンコールを当番制にしている病院は多いが、当法人のような在宅療養支援診療所でも、当番制を導入すれば、医師の負担軽減に寄与できると考えられる。

## 医2P-103

### 在宅医療を担う診療所における夜間休日臨時対応の実態

木村琢磨<sup>1)</sup>、吉江 悟<sup>2)</sup>、野口麻衣子<sup>3)</sup>、山中 崇<sup>2)</sup>、  
飯島勝矢<sup>4)</sup>、辻 哲夫<sup>4)</sup>、秋下雅弘<sup>5)</sup>

1) 北里大学 総合診療医学、2) 東京大学医学部 在宅医療学拠点、  
3) 東京大学大学院医学系研究科 成人看護学、4) 東京大学 高齢社  
会総合研究機構、5) 東京大学医学部附属病院 老年病科

**【目的】** 要介護者等が安心して自宅で療養するためには、日中のケアに加え夜間休日の臨時対応体制の確保が求められるが、中心的な役割を担う診療所の人員は限られるため、職種・機関を越えた体制を整備する必要性が指摘される。しかし、現状ではその実態は明らかにされていない。そこで本研究では、在宅医療を担う診療所における夜間休日臨時対応の実態を明らかにすることを目的とする。

**【方法】** 無記名の郵送アンケート調査を実施した。各都道府県の医療機能情報提供制度ホームページから在宅患者訪問診療料を算定している診療所(25,954施設)のうち、1/2等間隔抽出によって12,976施設を抽出し対象機関とした。まず対象機関へ調査協力意向を確認するFAX調査を実施し、調査協力意向が得られた995診療所を本調査の協力機関、そこに所属する医師各1名を調査対象者とした。質問内容は、臨時対応の体制、夜間休日のファーストコール窓口、他機関との事前の取り決めなどの構造(ストラクチャー)項目、直近3ヶ月の臨時往診件数、うち夜間・深夜の件数といったプロセス項目である。東京大学の倫理委員会で承認を得て実施した。

**【結果】** 回収数は405票であった。夜間休日の連絡・対応体制を確保しているところは86.7%であった。ファーストコールを診療所自ら受けると回答したところは58.3%で、そのうちファーストコールをとる職種については、医師64.3%、看護師24.3%、事務スタッフ9.0%であった。夜間休日の臨時対応人員については、1名のところが79.1%であった。また、夜間休日の対応について他機関と取り決めをしているところは31.2%で、取り決めの相手は診療所が71.6%、病院が48.6%であった。取り決めの内容としては、別法人の医療機関に夜間休日の対応を一部依頼しているところが最多で30.8%、それに続き同一法人内の医療機関に一部依頼が11.5%、輪番制をとっているところが9.6%であった。夜間休日の対応の全てを同一法人・別法人の医療機関に依頼しているところも8.7%みられた。訪問診療の担当患者1人あたりの直近3ヶ月での夜間休日の臨時対応件数(平均±標準偏差)については、電話0.92±2.62回、往診0.99±1.28回、うち緊急0.17±0.35回、夜間(深夜除く)0.08±0.19回、深夜0.03±0.10回であった。

**【結論】** 1人体制での夜間休日対応がまだ多数派である診療所において、少しずつではあるが、他機関に対応の一部を依頼するところが出てきていた。引き続き実態を把握しつつ地域単位での体制整備のあり方を考えていく必要がある。

## 医2P-104

### 在宅療養支援診療所での訪問歯科の立ち上げと、院内医科歯科連携による摂食嚥下障害患者に対しての効率的かつ効果的な治療について。

藤木健吾<sup>1)</sup>、福原由美<sup>1)</sup>、水島 妙<sup>1)</sup>、平井淑朗<sup>2)</sup>、  
竹内圭志<sup>1)</sup>

1) すずらんクリニック、2) つきみ野歯科医院

**【はじめに】** 当院は2011年5月に在宅療養支援診療所として開設以来、神経難病や末期がん患者に対する在宅緩和ケアを始めとして、脳血管障害後遺症等の慢性期疾患の患者に対して診療を行っている。

急性期疾患を除いては、病態や病状経過に違いはあれ人間は最終的には経口摂取ができなくなることで衰弱が進み最期に至るが、在宅療養を行っている患者やその家族は、尊厳死やリビングウィルの考えに基づいて胃瘻や経鼻経管栄養、中心静脈栄養を希望されないことが多い。

**【目的】** 効率的かつ効果的な経口摂取により少しでも長く穏やかな時間を過ごされるようにサポートしていきたい、という思いから2014年4月より訪問栄養食事指導を開始した。

しかし、管理栄養士が訪問食事栄養指導を行っても、物理的に摂食できないためにそれ以上の介入が不可能となる場面が多々見受けられた。

その原因検索の一つとして、嚥下能の客観的評価を行うために、2015年11月より訪問歯科部門を立ち上げ、その診療内容の一つとして嚥下内視鏡検査を行うことを開始した。

**【実践内容】** ウイルス性や細菌性の発熱疾患を始めとする急性期炎症性疾患に罹患していないにも関わらず、短期間とは言えない食事摂取の低下を認める患者に対して訪問歯科部門において嚥下内視鏡検査を行った。また、嚥下能低下を認めるものに対してはその後継続的に口腔ケアを行った。

**【実践効果】** 在宅の場で嚥下内視鏡検査を行うことにより、摂食不良の原因診断が速やかに行われ、対応や治療方針の決定もスムーズとなる。

院内での医師・歯科医師・管理栄養士の連携が全身状態の管理から口腔ケア、栄養食事指導などの包括的ケアに繋がり、速やかな食事摂取の改善を認める例や誤嚥性肺炎が重篤化しない症例が増えていると実感している。

**【考察】** 訪問歯科診療による嚥下能評価や口腔ケア、院内栄養サポートチームによる包括的なケアにより、効果を速やかに得られ食事摂取、栄養状態の改善した例が多く見られた。

2016年4月からの診療報酬改定にて、口腔機能が低下し摂食機能障害を有する患者に対する口腔機能の管理について包括的な評価が行われることになった。

今後も、訪問診療の現場においてのスムーズな医科歯科連携は患者のADLを拡大し、QOLを高めるための必要条件であると考えられるが、一般歯科診療所ではない在宅療養支援診療所での訪問歯科部門の立上げは、地域での認知度も低く困難な部分もあり、今後の課題もある。

## 医2P-105

### 口腔ケア困難症例を通して考える訪問歯科・介護施設連携の在り方について

寺尾香織<sup>1)</sup>、川野麻子<sup>1)</sup>、横山衣央<sup>1)</sup>、横田京子<sup>2)</sup>、鈴木美幸<sup>3)</sup>、竹谷朋子<sup>3)</sup>、吉田篤史<sup>1)</sup>、星野 真<sup>3)</sup>、野原幹司<sup>4)</sup>

1) 医療法人慶春会 武蔵野わかば歯科、2) 医療法人社団啓至会 柴鴨わかば歯科、3) 町田わかば歯科、4) 大阪大学大学院歯学研究科 顎口腔機能治療学教室

**【目的】**口腔ケアの目的の一つには誤嚥性肺炎の予防が挙げられ、近年では、多くの介護施設で要介護高齢者に対し介護施設職員の手によって日常的口腔ケアが行われている。しかし、口腔ケアが困難な症例においては、介護施設職員の口腔ケアに対する知識や技術の不足から対応しきれず日常的口腔ケアが不十分になり、口腔内環境悪化による肺炎やその他感染症のリスクを抱えたまま放置されることが多い。今回、当院で訪問歯科診療や口腔ケアの勉強会を行い経験した特別養護老人ホームでの口腔ケア困難症例を通し、口腔ケアにおける訪問歯科と介護施設それぞれの役割や連携の在り方について検討したので報告する。

**【症例】**92歳女性 要介護度5 重度認知症があり、意識レベルはJCS III - 200、栄養摂取は2012年より胃ろう。痰の量が日常的に多く、口腔乾燥も著しいことから口蓋や歯の裏側などに乾燥した痰の汚れが多く付着している。口腔ケア時は常に歯を食いついており開口が困難である。

**【方法】**週1回、歯科医師、歯科衛生士が訪問し、専門的口腔ケアとして開口器で開口を保持し、乾燥した口腔内に加湿、保湿を行い、日常的口腔ケアで除去しきれないバイオフィームや乾燥痰などを除去し、口腔の診査などを行った。また、介護施設側から、本症例患者の口腔ケアが困難であることや、入所者の誤嚥性肺炎での入院を減らしたいという希望による口腔ケア勉強会開催の要望があり、口腔ケアの必要性や口腔の状態把握のポイント、口腔ケアが困難な場合における技術指導などを行った。

**【結果・考察】**本症例患者はここ一年、顕著な発熱もなく全身状態は安定しており、専門的口腔ケアの効果が一因であると考えられる。また、施設職員への指導により、日常的口腔ケアの質が向上し口腔環境が改善されたことも一因として考えられる。患者の全身及び口腔状態の把握やリスク管理が適切に行われることが口腔ケア困難症例では特に必要であり、歯科と介護施設の連携の在り方として、歯科医療従事者は専門的口腔ケアを行うことだけでなく、介護施設側に対して患者の口腔状態や誤嚥のリスクなどの情報提供や口腔ケアの技術指導を行うこと、介護施設側は入所者の疾患や服薬状況、日常生活や体調の変化などの情報提供を行い、歯科からの情報や指導をもとにして口腔ケアを行うことが重要であると考えられる。

## 医2P-106

### 在宅療養患者に訪問嚥下診療にて嚥下内視鏡を用いて嚥下機能を評価し食支援を行った289症例の報告

田實 仁<sup>1)</sup>、太田博見<sup>1)</sup>、益田彩加<sup>1)</sup>、吉井未早<sup>1)</sup>、野原幹司<sup>2)</sup>

1) 太田歯科医院 訪問歯科診療センター、2) 大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部

**【目的】**近年、在宅(施設を含む)において訪問嚥下診療を行う機会が増えている。在宅療養患者は様々な要因で食べることに問題を抱えている。要因の一つである摂食嚥下機能障害は低栄養や誤嚥性肺炎の原因となりうる。また、経管栄養のみで経口摂取のない患者も多く、患者や家族のQOLの低下にもつながっている。今回、在宅主治医と当訪問歯科診療センターが連携し、在宅において嚥下内視鏡(以下VE)を用いて嚥下機能を評価し食支援を行った289症例について報告する。

**【方法】**2012年1月から2016年2月までに在宅においてVEを用いて嚥下機能評価を行った289症例を対象とした。対象症例の診療録とVE実施記録を参考資料とし、後ろ向きに調査を行った。訪問嚥下診療における背景疾患や主訴を分類し、嚥下機能評価前後の機能的経口摂取の状態をfunctional oral intake scale (FOIS)を用いて評価し比較・検討した。

**【結果】**背景疾患では脳血管疾患が134例(46%)、神経変性疾患が68例(24%)、脳血管疾患と神経変性疾患の併発が36例(12%)と脳血管疾患と神経変性疾患が全体の82%を占めた。主訴の分類では「一口でも食べたい」が103例(36%)を占め、「ムセがある」98例(34%)、「食形態評価」65例(22%)と続いた。全症例中で経口摂取なし101例中、検査時少量でも経口摂取可能に移行したのは81例と8割であった。また、経管栄養を行っていた181例に継続して食支援を行い11例(6%)が全量経口摂取へと移行した。

**【考察】**経口摂取のない在宅療養患者の中で、少量でも経口摂取を望む患者や家族は多く存在する。訪問嚥下診療において、在宅主治医や訪問看護師、訪問セラピスト、介護職等と連携しVE等を用い嚥下機能を評価し食支援を行うことで経口摂取が可能になる症例が多いことが示唆された。治る嚥下障害には治療やリハビリを行い、治らない嚥下障害には今ある機能を最大限生かし口から食べることを支援する食支援は、在宅医療とケアの原点にもつながる。今後は在宅においても嚥下機能を適切に評価し口から食べることを支援する訪問嚥下診療をさらに充実させることが必要である。

## 医2P-107

### 当院における摂食嚥下患者に対する摂食機能療法・食支援の取り組みの現状報告

川野麻子<sup>1)</sup>、横山衣央<sup>1)</sup>、寺尾香織<sup>1)</sup>、横田京子<sup>2)</sup>、竹谷朋子<sup>3)</sup>、鈴木美幸<sup>3)</sup>、吉田篤史<sup>1)</sup>、星野 真<sup>3)</sup>、野原幹司<sup>4)</sup>

1) 医療法人慶春会 武蔵野わかば歯科、2) 医療法人社団啓至会 巣鴨わかば歯科、3) 町田わかば歯科、4) 大阪大学大学院歯学研究科顎口腔機能治療学教室

**【はじめに】** 当院は摂食嚥下関連医療資源マップに登録されており、東京の西部、武蔵野地域を中心に歯科治療・口腔ケア・摂食嚥下診察、リハビリテーションなどの訪問診療を主体として行っている在宅療養支援歯科診療所である。

近年、摂食嚥下障害を有する患者の栄養摂取やQOLの向上のニーズが増加し、有料老人ホーム・特別養護老人ホームなどの高齢者施設、および入院中の病院、居宅での嚥下評価依頼が増えている。

今回、当院の嚥下評価依頼の内容と食支援の取り組みをまとめて報告する。

**【方法】** 当院が平成27年1月1日～12月31日に訪問診療を行った38施設と居宅の患者数、計660名について嚥下内視鏡検査依頼数・依頼内容・依頼元 評価後の嚥下訓練および食支援について調査した。

#### 【結果と考察】

嚥下内視鏡検査依頼数：44名（男性 16名 女性 28名 平均年齢 85.9歳）

訪問先：居宅5名 施設37名 病院2名

要介護度：要介護5 20名 要介護4 7名 要介護3 7名 要介護2 6名 要介護1 2名 要支援2 0名 要支援1 2名

栄養摂取方法：経口摂取35名 胃瘻8名 経鼻3名 中心静脈栄養1名

依頼内容：楽しむため15名 むせる14名 食形態を上げたい6名 食形態が適切か4名 食事量減少2名 食べるのに時間がかかる2名 発熱を繰り返している1名

依頼元：家族24名 施設12名 主治医5名 本人3名

摂食機能療法の施行数：208回（間接訓練135回 直接訓練 88回）

「口から食べたい（食べさせたい）」というニーズは終末期においても変わらないか、むしろ増加すると言われている。当院の嚥下内視鏡検査実施者のうち、半数近くを要介護5の方が占め、経管栄養の方から楽しむために経口摂取をしたいという依頼が3割程度存在した。当院の嚥下評価とそれに基づく食支援（食行動の障害及び嚥下障害へのアプローチ）で経管栄養の方がゼリーを継続的に経口摂取できた例、ムセが減り安全に食事が楽しめるようになった例がある。それらはQOLの向上や栄養の改善などの結果につながっている。

## 医2P-108

### 訪問嚥下回診前後の摂食嚥下能力グレードの変化

山根由起子<sup>1)</sup>、森山文則<sup>2)</sup>、奥村由香里<sup>3)</sup>、尾下玲子<sup>3)</sup>、阪下早織<sup>3)</sup>、村上成美<sup>2)</sup>、渡辺康介<sup>2)</sup>、山脇正永<sup>1)</sup>

1) 京都府立医科大学 在宅チーム医療推進学、2) 渡辺西賀茂診療所、3) 訪問看護ステーションにしがも

**【目的】** 摂食嚥下障害のある者に対し訪問嚥下回診を行い、その対象者の特徴と摂食嚥下ケアの効果について明らかにする。

**【方法】** 平成27年8月～12月の間にA診療所の医師および訪問看護師から依頼があり、訪問嚥下回診を行った13名（男性7名、女性5名、乳児1名）を対象とした。脳血管疾患後遺症5名、神経変性疾患4名、その他2名、癌の終末期1名、先天性染色体異常1名で、乳児を除く12名の平均年齢は90.3(±7.9)歳であった。

対象者の情報は認知症の有無、認知症高齢者の日常生活自立度、肺炎歴の有無、日常生活自立度、要介護度を得た。回診時の実施内容は①嚥下評価、②栄養評価、③食形態選定、④とろみ評価、⑤栄養・水分必要量設定、⑥摂取方法選定、⑦口腔ケア、⑧食具・姿勢の選定、⑨間接訓練、⑩調理関係の助言に分類した。摂食・嚥下能力グレード（藤島）により介入前後の変化を確認した。分析はSPSSを用いた（有意水準5%）。

**【結果】** 乳児以外の12名のうち、認知症は10名(83.3%)に認め、認知症高齢者の日常生活自立度は介護必要7名、専門医療必要3名で、肺炎歴は6名(50.0%)に認めた。日常生活自立度では寝たきり12名(100%)で、要介護度は平均4.33であった。13名の介入によるグレードの変化は上昇4名(30.8%)、不変6名(46.2%)、下降3名(23.1%)であり、グレード平均は介入前5.85(±2.54)介入後6.08(±1.85)であり有意差はなかった。訪問嚥下回診の回数のはのべ30回で、実施内容は嚥下評価90%(27回)、摂食方法の選定77%(23回)、食形態の選定67%(20回)の順に多かった。グレードの変化量を説明変数とした重回帰分析の結果、食具・姿勢の選定が有意な変数であった( $\beta=0.66$ )。

**【考察】** 訪問嚥下回診を必要とされた対象者は高齢、脳血管疾患および神経変性疾患、認知症が多く、認知症高齢者の日常生活自立度は要介護以上で、日常生活自立度は寝たきり、要介護度は4以上であり、重度な者が多かった。短期間の介入による嚥下能力グレードの変化に有意差は認められなかったが、グレード上昇者は食具・姿勢の選定が有意であったことから、環境や代償の介入も重要である。また、看取り前の摂食における注意点の相談依頼も含まれており、摂食状況の改善ばかりではなく、苦痛のないケアも必要である。

## 医2P-109

### 有床診療所における短期入所療養介護の有用性を報告

細田 修<sup>1,2)</sup>、坂田稔之<sup>1,2)</sup>、小野宏志<sup>1,2)</sup>

1) 坂の上在宅医療支援医院、2) 坂の上ファミリークリニック

**【目的】** 有床診療所で短期入所療養介護を行い利用患者の実態を明らかにする。特にどのような患者が利用しているのかについて臨床像からの類型化を行い、類型ごとに行われている医療処置や内容を明らかにした。短期入所生活介護施設では受入れが困難ではあるが有床診療所の施設を利用することで在宅療養の支援を行ったことを報告する。

**【実践内容】** 平成26年10月より平成27年9月までの一年間で有床診療所にて短期入所療養介護を利用した患者全症例を対象として利用時に取得した情報と利用記録から分析した。患者の背景として原疾患(悪性腫瘍、認知症、慢性疾患、中枢神経疾患、その他)、介護度を利用記録から抽出した。次に受入れ時に必要な医療処置や内容に分けた。内容は吸引、酸素、高カロリー輸液、経管栄養(鼻腔)、経管栄養(胃瘻)インシュリン、嚥下困難に分類した。分類は調査を行った看護師1名と他に看護師1名の合意に基づいて行った。情報取得時と利用記録から1回でも行われた場合に行われたとした。

**【実践効果】** 5～7床を短期入所療養生活介護の利用とし45名(繰り返しは除く)の利用があった。悪性腫瘍5名、認知症4名、慢性疾患15名、中枢神経疾患19名、その他2名であった。

介護度は介護度①2名、介護度②5名、介護度③3名、介護度④11名、介護度⑤24名であった。

医療処置内容は吸引21名、酸素7名、高カロリー輸液6名、経管栄養(鼻腔)4名、経管栄養(胃瘻)9名、インシュリン3名、嚥下困難4名であった。

**【考察】** 疾患には中枢神経疾患や慢性疾患が多く介護度も高い方が多かった。医療処置を必要とする人が多いことも結果から得られた。有床診療所は看護師が常駐(看護師配置基準1)しており入院患者数(最大19床)も限られている。他に短期入所療養介護を行う施設は多くの入所者を抱えており現状では医療依存の高い患者の受入れが困難であると思われる。地域に根差した有床診療所がこのような活動を行っていくことで在宅での療養をさらにサポートしていけるのではないかと考える。

## 医2P-110

### 療養場所を越えての意思決定支援～有床在宅療養支援診療所の役割～

板倉夏子、松山 幸、川口昌美、小澤政成、田實武弥

医療法人社団プラタナス 松原アーバンクリニック

**【目的】** 当院での在宅診療・病棟を利用しながら最期を自宅で迎えた患者の事例を通し、非がん患者・家族の意思決定を支える際に有床診療所の役割を考察する。

**【症例】** K氏 男性 89歳 アルツハイマー型認知症 妻と2人暮らし X年アルツハイマー型認知症と診断。X+5年9月から当院訪問診療開始。X+7年5月ADL低下に伴う介護負担増強のため、療養場所検討も含めたレスパイト目的で当院入院。老人保健施設入所のため退院。その後転倒。急性期病院へ入院。入院中、嚥下機能評価を行い経口摂取による誤嚥のリスクが高いことが判明。本人・家族はこれまで胃瘻造設の考えはなかったが、本人会話可能な状況であり、妻は熟慮の結果胃瘻造設を選択。当院で妻は経管栄養手技習得し、再度在宅療養となる。その間病棟2回利用。その後X+8年11月自宅で妻に看取られ永眠。妻は胃瘻造設が妻自身の思いを優先させた延命となったのではと葛藤していたが、亡くなったあとのスタッフとの振り返りで、最期まで本人らしく自宅で過ごせたことは本当によかったと思いを述べられた。

**【考察】** 非がん患者終末期では、療養期間が長期に渡るため予後予測・治療法の選択が困難である。本事例でも胃瘻について本人・家族で話し合いがなされたが、本人の意思決定能力の低下により妻に意思決定が委ねられた。胃瘻造設後の苦渋の決断をした妻は造設後もその是非について大きく揺れ動いた。病棟・在宅チームで連携し妻の思いを受け止め寄り合い、全人的に継続してサポートを行えたことが妻の安心感につながり自宅での穏やかな看取りを可能とした。これらの一連のプロセスがグリーフケアとなり妻の満足感のある振り返りになったと考える。

**【結論】** 治療の選択肢が多くなり非がん患者の意思決定の機会はさらに増えていく。本人・家族にとってより良い最期を迎えるためには、本人・家族の思いを寄り合い受け止め、必要な情報を理解出来るまで繰り返し説明することが満足ある意思決定・その前後を支えるために必要である。

長期療養期間、病院/自宅という療養場所を超えて継続的に支援を行うことが出来る病床持つ在宅療養支援診療所の役割は大きい。

## 医2P-111

### 終末期医療を支える有床診療所の役割

古城智美、林 佑樹、梅田耕明、小澤政成、田實武弥、  
田中雪華、細沼律子、市野真由美、高橋由香、青木佳子

医療法人社団プラタナス 松原アーバンクリニック

**【目的】** 当院は、地域の在宅医療を支える有床診療所として、外来、在宅、病棟で一貫した診療のできる体制を築き、在宅患者を積極的に受け入れている。当院の取り組みを通して、有床診療所が終末期医療を行う意義と課題を検討する。

**【方法】** 2015年1月1日～2015年12月31日の1年間に当院(在宅・病棟)で看取った患者130名(がん92名・非がん38名)を対象に、初診場所、死亡場所、療養場所の推移などを分析した。

**【結果】** 初診場所は外来14名(がん13名・非がん1名)、在宅87名(がん55名・非がん32名)、病棟29名(がん24名・非がん5名)で、死亡場所は在宅61名(がん37名・非がん24名)、当院病棟69名(がん55名・非がん14名)であった。

初診から看取りまでの療養場所の推移は、外来→在宅3名(がん3名)、外来→在宅→病棟→在宅1名(非がん1名)、外来→在宅→病棟6名(がん6名)、外来→病棟4名(がん4名)、在宅のみ50名(がん30名・非がん20名)、在宅→病棟→在宅7名(がん4名・非がん3名)、在宅→病棟30名(がん21名・非がん9名)、病棟のみ26名(がん22名・非がん4名)、病棟→在宅→病棟3名(がん2名・非がん1名)という結果であった。

この結果から、初診場所に問わず当院病棟を利用した患者は130名中77名(がん59名・非がん18名)。そのうち、当院病棟利用後、在宅移行できた患者は、11名(がん6名・非がん5名)であった。

がん患者において病棟利用が多かった理由は、在宅からの患者は、症状緩和やレスパイトを目的としたものが多く、他院からの患者は、ホスピス利用や在宅移行目的(トランジット)利用があった。

また、病棟利用患者の住所地は、当院を起点に半径2キロ(徒歩)圏内が6割、車で15分圏内が8割であった。

**【考察】** 結果から特に終末期のがん患者において、当院病棟の利用患者が多く、当院病棟が自宅若しくは自宅近くの当院病棟での看取りを支えるために重要な役割を果たしていることがあらためて解った。

一方で死亡場所が在宅より病棟を上回っていることから、在宅移行は十分とはいえ、その要因について、検証・改善する必要がある。在宅支援診療所は、有床であることによって、終末期患者とその家族の療養から看取りまでを支える重要な地域インフラの一つとなり得る。

## 医2P-112

### 中規模急性期病医院における在宅診療部の役割

竹内和彦、辻村早苗、澤田 健

浜松北病院 在宅診療部

平成26年度以降の診療報酬改定では、「急性期病床」を削減し「在宅医療」を充実させることを重点課題としている。このような国の方針が打ち出されてから訪問診療を提供する医院は徐々に増加しているが、急性期病床を有する病院による訪問診療は少ない。当院は病床数200床未満の中規模病院で、平成25年春に医師1名、看護師1名の体制で在宅診療部を設置し、訪問診療を提供する医院との連携も行っている。機能強化型在宅療養支援病院として地域貢献することを心掛け、これまでの急性期病院では行われてこなかったことを数多く経験した。

**【事例1】** 76歳男性/独居、肺癌・胃癌末期：ホスピス入院までの間、連携医院にて訪問診療を受けていたが食思不振あり在宅診療部経由で急性期病棟に入院した。入院3日目、「この入院中に自分の葬儀で世話になる親戚を集め病状説明してもらい、ホスピス入院について親戚一同の意向を確認し承諾をもらいたい」との希望あり。入院5日目、ご本人および親類縁者(6名)にこれまでの経過とホスピスについて説明し、ホスピス入院に関し全員の同意を得た。入院7日目、ホスピスへ転院。

**【事例2】** 73歳男性/介護者は妻、脳梗塞後遺症(高次脳機能障害、左片麻痺、胃瘻)：回復期リハビリ病棟退院後、訪問診療開始。在宅療養開始直後から昼夜逆転と夜間せん妄が悪化。訪問看護師からの病状変化報告により薬物を調節し症状コントロール可能となった。また、デイサービスの送迎時の血圧低下による意識レベル低下や「コーヒーを飲みたい」などの状況変化時には適宜多職種連携カンファレンス(介護者、デイサービス責任者、訪問リハ担当者、訪問看護師、ケアマネ、訪問診療部医師・看護師など)を開き、訪問リハ内容の変更(座位保持訓練強化や介護者の車椅子移乗訓練)、外来嚥下造影などにより日々変化する状況に即時対応することができた。

以上、事例1, 2で経験したように、急性期病棟を有する在宅診療部の役割として、①急性期病棟と連携した急変時入院ベッドの確保、②急性期病院機能(CT、嚥下造影など)の提供、③患者ADLや介護環境変化時の介護サービスの再調節、④多職種連携による介護者介護負担の把握と軽減、⑤連携医院が関わる在宅療養患者や施設入所者の支援などの他、⑥入院中の詳細なADLや介護環境評価、⑦施設受け入れ困難な地域在宅療養患者、独居老人の避難的入院と退院後生活支援が挙げられ、これらを円滑に行うためには、医療・介護サービス提供者間の垣根を越えた密でリアルタイムの連携と情報共有が不可欠であった。



# 一般演題

日本在宅ケア学会（ポスター発表）

## ㊦ 1P-1

### 要介護4および5の高齢者の夜間の介護内容と介護者の睡眠状況および健康感

佐藤明子<sup>1)</sup>、工藤禎子<sup>2)</sup>

1) 北海道医療大学 訪問看護ステーション、2) 北海道医療大学大学院 看護福祉学研究所

**【目的】** 高齢化率は年々上昇し、今後さらに要介護4および5の高齢者は増え、在宅療養者数の増加が見込まれる。在宅における介護は主に家族介護者が担っているため、特に夜間の介護負担の軽減により、在宅生活の継続が可能で、必要十分の夜間の介護内容と介護者の健康維持が課題である。そこで、在宅における家族介護者による夜間の介護内容のあり方を検討するために、要介護4および5の高齢者の夜間の介護内容と介護者の健康との関連を明らかにすることを目的とした。

**【研究方法】** 研究デザインは、量的記述的研究である。対象者は、S市およびS市近郊に在住し、訪問看護を利用している要介護4および5の高齢者と家族介護者である。調査方法は、訪問看護へ同行し、要介護者には身体状態と療養環境の観察を行い、介護者には面接を行った。

**【倫理的配慮】** 北海道医療大学看護福祉学部・看護福祉学研究所倫理委員会の承認を得た。訪問看護ステーション管理者と対象者へ、研究の主旨等を口頭および文書で説明した。同意の得られた対象者に対し、訪問調査を行った。

**【結果】** 本研究の協力者は要介護者96名、介護者96名であった。要介護者は、女性65.6%で、要介護4が25.0%、要介護5が75.0%であった。褥瘡を有するものは、11.5%であった。介護者は、女性68.8%で、69歳未満61.4%、配偶者49.0%であった。

介護者は、夜間、意図的に徒手的な体位変換を「実施しない」91.7%、「実施する」8.3%であった。夜間の排泄介助を「実施しない」64.6%、「実施する」35.4%であった。夜用尿取りパットを「使用しない」は55.2%、「使用する」44.8%であった。

介護者の睡眠時間は、平均6.1±1.5時間であった。健康感は「まあまあ健康」と「健康である」が81.3%であった。在宅生活の継続を望むものは9割以上であった。

夜間の介護内容「徒手的な体位変換」「排泄の介助」「夜用パットの使用」の3つの要素の組み合わせから、8つのパターンを認めた。要介護者の褥瘡の有病率が抑えられ、かつ介護者の睡眠と健康が確保されていたのは、「徒手的な体位変換(-)、排泄の介助(-)、夜用パットの使用(+)」のパターンであった。

**【考察】** 在宅の要介護4および5の高齢者においては、夜用パットの使用により、介護者の睡眠時間が長く、要介護者の褥瘡の発生は抑えられていた。夜間、徒手的な体位変換を行わないことは、要介護者と介護者にとって負担の少ない介護方法であり、在宅生活の継続に程よい方法であると考えられた。

## ㊦ 1P-2

### 慢性疾患をもつ在宅療養中の患者とその家族の療養生活における実態調査 第1報

森岡広美<sup>1,2)</sup>、中本明世<sup>1,3)</sup>、原田真由美<sup>4)</sup>

1) 金沢大学大学院 博士後期課程保健学専攻、2) 梅花女子大学看護保健学部看護学科 成人看護学領域、3) 千里金蘭大学看護学部 成人看護学領域、4) 総合医療企画 さやまりハビリ訪問看護ステーション

**【目的】** 近年我が国では超高齢社会の加速化と欧米化した生活習慣から慢性疾患を持つ患者が増加している。更に社会保険制度の変革や入院期間の短縮化により疾患や障害を持ちながら、治療や看護が必要な状態で在宅療養を導入する事態が増えている。本研究はこれらの背景を踏まえて慢性疾患を持つ療養者とその家族の在宅療養生活の実態から、今後のサポートへの示唆を得ることを目的とした。

**【研究方法】** 対象者は慢性疾患を持ち在宅療養中である療養者とその家族のうち、同意を得られた47名で療養期間は問わない。調査方法は対象者に、基本属性、在宅療養への支援状況、在宅療養導入時に困ったこと、現在在宅療養で困っていること等を、選択式及び自由記述式の質問紙を用いて調査した。データ収集期間は2015年11月～2016年1月。分析方法は回答で得た情報を質的帰納的に分析し、基本属性や選択式回答は記述統計で分析した。本研究はA大学研究倫理審査委員会の承認を得た上で、対象者に研究目的、任意性、匿名性、個人情報保護、参加有無による不利益がないことを書面で説明し、質問紙への回答をもって同意を得たと判断した。

**【結果】** 対象者の在宅療養期間は平均4年6ヶ月。在宅療養導入時はスムーズであったかは、「はい」72%、「どちらでもない」15%、「いいえ」9%。その際にお手伝いをした人は多い順に家族(25名)、介護支援専門員(23名)。保険制度のサービスに対する理解は、「理解している」55%、「どちらでもない」30%、「理解できていない」6%。社会資源についての理解は、「理解している」68%、「どちらでもない」19%、「理解できていない」9%。保険制度や社会資源を利用するにあたり頼りになる人は多い順に、介護支援専門員(37名)、家族(24名)、訪問看護師(18名)、介護ヘルパー(7名)であった。自由記述では、根治的な治療がない、介護者の高齢化、夜間の不安や外出時の移動の不自由さを訴える声があった。

**【考察】** 介護保険制度が施行され15年が経過し、在宅導入は72%がスムーズにできたと回答していることや、介護支援専門員が家族に次いでお手伝いをしていることから、介護保険制度は定着していると考えられる。保険制度のサービスや社会資源の理解については理解を高める働きかけが必要だといえる。介護者の高齢化等の不安要因も多く、今後のサポートの方向性が示唆された。

## ㊦ 1P-3

### 要介護高齢者の主介護者の介護と仕事の両立に関連する要因 —両立群と離職群の比較から—

滝 ゆず<sup>1)</sup>、堀口和子<sup>2)</sup>、岩田 昇<sup>3)</sup>

1) 兵庫医療大学 看護学研究科、2) 兵庫医療大学 看護学部、3) 広島国際大学 心理学部

**【目的】** 要介護高齢者の増加に伴い、仕事をしながら介護にも関わる家族も増加している。超高齢化社会を迎えた日本におけるワークライフバランスの問題は、仕事と介護の両立の問題でもある。本研究は、介護と仕事の両立に関連する要因を明らかにすることを目的として、「介護と仕事を両立している両立群」と「介護に専念するため離職した離職群」の比較検討を行った。

**【方法】** 東海・近畿・中国地方の2府13県の訪問看護ステーション724件のうち、研究協力が得られた76ステーションを利用している要介護高齢者の主介護者365名(両立群257、離職群170)に、無記名自記式質問紙調査への協力を依頼した。両立群170名(回収率66.1%)、離職群66名(61.1%)から回答を得、基本属性等の未記入者等を除いた、両立群161名、離職群64名を分析対象とした。調査項目は、主介護者・要介護高齢者の基本属性、主介護者の心理的要因(認知的介護評価・対処方略)、家庭内要因、仕事関連要因、地域社会サポート体制などである。解析では、変数の性質によって $\chi^2$ 検定、t検定を用い、両立群・離職群を比較した。さらに、判別分析(ステップワイズ法)によって2群の判別に寄与する変数を選抜した。本研究は兵庫医療大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

**【結果】** 離職群の方が要介護高齢者の要介護度が高く、意思疎通の程度が低かった( $p<.05$ )。さらに、主介護者が担っている介護の量と頻度も、離職群の方が多かった( $p<.05$ )。一方、利用している介護保険サービス・介護保険外サービスでは、両群間の差異は認められなかった。主介護者の状況では、両立群の方が非正規雇用・非役職、自営業で役員(事業主)の割合が多く、いずれも勤務時間が短かった。離職群の離職前の就業状態では、正規雇用で中間管理職の割合が多く、勤務時間も長かった。判別分析では4変数が有意な判別係数を示し、「日常生活自立度」「意思疎通の程度」が良いほど、「自己成長感」が高いほど両立群に判別され、「役割と積極的受容」が高いほど離職群に判別されるという関係が認められた(この4変数で全体の2/3が正分類された)。

**【考察】** 仕事と介護の両立を規定する要因として、自立度や意思疎通などの要介護高齢者の状態に関するものと、自らの選択として、仕事との両立に自分の成長を感じられるか、要介護者を介護することに積極的に関与できるかという介護者の心理的な側面の両方が関与していることが明らかとなった。

## ㊦ 1P-4

### 認知症グループホームの介護職における介護行動に関する虐待の認識とストレスの実態

河野由美子<sup>1,2)</sup>、櫻井志保美<sup>1)</sup>、森山 治<sup>2)</sup>

1) 金沢医科大学 看護学部、2) 金沢大学 人間社会環境研究科

**1. 目的** 認知症グループホーム(認知症GH)の介護職を対象に虐待の認識とストレスの実態を明らかにする。

#### 2. 方法

- 1) 対象者：認知症GHに従事する介護職。
- 2) 対象者選定方法：北信越地域5県の認知症対応型共同生活介護事業所、全808事業所に研究依頼した。
- 3) 調査期間：平成26年11月～平成27年2月
- 4) 調査方法：無記名自記式質問紙調査。調査項目①属性②介護行動に関する虐待の認識33項目(身体的・心理的・ネグレクト・性的の4分類)③ストレス尺度(日本語版バーンアウト)施設管理者に対し研究協力を求め、協力希望数の調査用紙と一括回収用封筒を送付した。介護職の協力は自由意思とし、調査用紙は記入の有無に関わらず無記名の個人用封筒に入れ厳密封し、施設管理者から一括して研究者に郵送してもらった。
- 5) 分析方法：各項目の単純集計、虐待の認識と属性の関連は $\chi^2$ 検定、虐待の認識とバーンアウトとの関連はt検定を行い、有意水準5%未満とした。
- 6) 倫理的配慮：  
(1) 所属機関における倫理審査委員会の承認を得て実施した。  
(2) 調査は文書で説明と依頼をし、返送を持って同意を得ることを記した。  
(3) 得られたデータは研究者が厳重に保管した。

#### 3. 結果

- 1) 対象者：欠損データを除き645名(回収率70.9%)を分析対象者とした。平均年齢44.6歳、平均経験年数7.5年。介護福祉士資格あり56.9%であった。
- 2) 介護行動に関する虐待の認識(思う、思わない)とバーンアウト下位尺度得点の関連：個人的達成感は心理的虐待で、脱人格化はネグレクト・性的虐待で、有意差のある項目が多かった。また「『おじいさん、おばあさん』と呼んだ」、「『あれが悪い』『これができない』などと短所ばかりを言う」、「運動させない」の3項目は、情緒的消耗感、脱人格化、個人的達成感のいずれも有意差を認め、これらの項目を「虐待と思わない」者は得点が高かった。

**4. 考察** ストレスが高い介護職は、介護行動に関する虐待の認識において「虐待と思わない」者が多いことが明らかになった。ストレスを低減することで、認知症高齢者を尊重した介護行動につながる可能性が示唆された。

## ㊦ 1P-5

### 在宅認知症高齢者の家族介護者のソーシャルサポートと介護負担感の関連

安武 綾

熊本大学大学院生命科学研究部 環境社会医学部門看護学講座

**【目的】** 認知症高齢者と家族介護者に対するケアシステムの構築が急がれている。認知症高齢者の家族介護者は発症初期に社会的孤立を体験する傾向にあり、早期に適切なソーシャルサポートを得られることが重要視されている。そこで、本研究では在宅認知症高齢者家族介護者のソーシャルサポートと介護負担感の関係を明らかにすることを目的とした。

**【方法】** 調査対象者は、物忘れ外来、通所介護事業所、家族会のいずれかを利用して在宅で認知症高齢者を主に介護している家族384名であった。調査項目は、在宅認知症高齢者および家族介護者の基本属性、家族介護者のソーシャルサポート、介護負担感であり、無記名自記式質問紙を作成し留め置き法による調査を実施した。調査期間は、2014年12月から2015年3月であった。本研究は、研究者が所属していた大学の熊本保健科学大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。分析方法は、SPSSver.22を用いた検定を行った。

**【結果】** 有効回答数は314名であった(回収率82%)。家族介護者の平均年齢62.2歳 (SD±12.0)であった。平均介護期間50.4(SD±51.3)ヶ月、認知症高齢者の疾患名はアルツハイマー病151名(48.1%)、脳血管性認知症27名(8.6%)、レビー小体型認知症38名(12.1%)、前頭側頭型認知症6名(1.9%)、不明88名(28.0%)、その他4名(1.3%)であった。介護負担感が高値群と低値群において、配偶者のソーシャルサポート得点に有意な差は認められなかったが、家族・友人のソーシャルサポート得点は有意な差が認められた( $p<.05$ )。特に配偶者以外の家族と友人の「情報のサポート」「手段的サポート」はすべての項目で有意な差が認められた( $p<.05$ )。

**【考察】** 在宅認知症高齢者家族介護者のソーシャルサポートと介護負担感の関連が明らかとなった。特に配偶者以外の家族と友人の「情報のサポート」「手段的サポート」が在宅認知症高齢者の家族介護者の介護負担感と関連があることが明らかになり、家族支援を行っていく際の示唆を得ることができた。今後は、家族介護者が適切なソーシャルサポートを獲得できるよう、より充実した支援が求められていると考える。

本調査研究は、文部科学省科学研究費(課題番号26861978)の助成を受けている。

## ㊦ 1P-6

### 女性介護者の介護状況の変化 –6年間の縦断研究–

清水律子<sup>1)</sup>、星野純子<sup>2)</sup>、堀 容子<sup>3)</sup>、榊原久孝<sup>4)</sup>

1) 元名古屋大学大学院医学系研究科 博士前期課程、2) 岐阜県立看護大学 看護学部、3) 一般社団法人 ハッピーネット、4) 名古屋大学大学院

**【目的】** 本研究は、初回調査より6年間介護を継続した女性介護者の介護状況の変化について明らかにすることを目的とする。

**【方法】** 対象は、2005年から2007年に実施された「主介護者の健康支援システムの構築に関する研究」の初回調査を受け、その後2011年から2013年の二次調査を受けた在宅で要介護3相当以上もしくは要介護3未満でも認知症の者を介護している女性介護者23名とした。調査方法は、調査員が被験者宅を訪問し、自記式質問紙調査等を行った。本研究は、初回調査と二次調査の要介護度、過去1ヵ月に行った介護(以下、介護行為)、医療処置、介護サービス、Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版(以下、介護負担)などについて単純集計を行った。対象者には口頭および文書で研究の趣旨、目的、撤回の自由等について説明し文書にて同意を得た。本研究はA大学医学部生命倫理委員会の承認を受け実施した。

**【結果】** 初回調査時の女性介護者の平均年齢は58.5±10.4歳、要介護者は62.2±22.2歳であった。初回調査時に要介護者の要介護度が5の者は6名(33.3%)であったが、6年後は8名(44.4%)に増加した。同様に、要介護度3の者の割合は増加したが、要介護度4の者の割合は減少した。初回調査から6年後に介護の程度が増加した介護行為は、内服介助(初回：13名56.5%、6年後：16名69.6%)、オムツ交換(初回：14名60.9%、6年後：17名73.9%)などあり、介助の程度が減少した者の割合が多い介護行為は、寝返り介助(初回：4名17.4%、6年後：10名43.5%)、入浴介助(初回：8名34.8%、6年後：12名52.2%)などであった。初回調査から6年後に増加した要介護者に対する医療処置は、経管栄養(初回：5名21.7%、6年後：7名30.4%)など、介護サービスは、入浴介助(初回：3名13.0%、6年後：6名26.1%)などであった。介護負担の平均値は、初回調査時11.61±7.40、6年後 11.43±7.79であった。

**【考察】** 初回調査から6年後、要介護者の要介護度5の者の割合は増加し、医療処置の必要となる者、頻繁に介助の必要となる介護行為の割合が増加したことから、日常の介護は増加したと考える。しかし、介護サービス利用の割合が増加したことから、介護は軽減され、介護負担はほぼ変わらなかつたと考える。

## ㊦ 1P-7

### 精神科訪問看護の開始時における説明と利用に対する当事者の思い

伊藤廣美、岡田尚美、滋野和恵

日本医療大学保健医療学部 看護学科

**【目的】** A県において、精神科訪問看護の開始時に説明と利用に対して当事者がどのように認識していたかを明らかにすることを目的とした。

**【方法】** 調査方法は、質問紙を用いた自記式の郵送調査であり、調査期間は2015年7月から同年12月末日であった。調査対象はA県の精神科病院、精神科訪問看護を標榜している病院、および訪問看護ステーションの看護管理者に承諾の得られた施設の、おもな病名が統合失調症である精神科訪問看護を利用する当事者とした。調査内容は、基本属性、精神科訪問看護開始時の説明者、説明に対しての思い「納得できた」～「納得できなかった」、精神科訪問看護を利用することに対しての思い「利用したいと思った」～「利用したいと思わなかった」それぞれ5件法とした。調査方法は訪問時に担当者より無記名自記式による質問紙と依頼文書を手渡ししてもらい、研究者へ参加者からの直接郵送法とした。分析方法は、量的データは単純集計とし、自由記載は文脈ごとに区切ってコードとして、共通する意味等を分類して概括シラベルをつけた。調査協力が強制にならないよう配慮を依頼し、訪問看護スタッフから個人情報の保護、自由意思の保証、回答しなくても不利益がないことを口頭と文書で説明した。回答・郵送をもって研究への参加同意と判断した。

**【結果】** 研究参加者は、116名(有効回答率45.8%)、平均年齢51.1±12.0歳、精神科訪問看護利用年数4.3±3.7年であった。説明者は、医師が64名(55.2%)で、看護師、精神保健福祉士、保健師がそれぞれ12～14%であった。説明に対して、「納得できた」60名(50.4%)、「どちらかといえば納得できた」21名(17.6%)、利用に対して、「利用したいと思った」50名(43.1%)、「どちらかといえば利用したいと思った」18名(15.5%)であった。納得できた理由は《必要だと思った》《わかりやすい説明》《効果に期待》であり、納得できなかった理由は《内容がわからない》《説明を受けていない》であった。利用したい理由は《役立つ》《病気や薬のことで期待》などであり、利用したいと思わなかった理由は《必要性がわからない》《退院の条件だったから》などであった。

**【考察】** 当事者は、精神科訪問看護の開始時に説明がわかりやすく、その効果が期待が持てた場合には納得して利用したいと認識していた。そのため、必要性の理解と効果への期待がもてるよう当事者への積極的な働きかけの重要性が示唆された。

## ㊦ 1P-8

### 退院調整・退院支援に関わる看護師の役割ストレスと仕事に対する意欲の実態

稲葉典子、熊倉みつ子、種市ひろみ、金子昌子

獨協医科大学大学院 看護学研究科

**I. 序論** 我が国では、急速な高齢化、医療の高度化の進行に伴い、国民医療費増大が問題視されている。その対策の一つに入院期間の短縮と在宅医療の推進があり、各医療機関は、患者の早期退院を推進している。そのため、急性期医療を担う医療機関は、医療依存度の高い状態でも在宅療養に移行している現状があり、患者は自宅での生活に不安が生じ、QOLは低下している。その解決に向け、退院調整・退院支援に関わる看護師の積極的な活動を期待するが、その活動推進には、多様な課題が存在するという報告もある。本研究は、退院調整・退院支援に関わる看護師の活動上の課題及び対策検討のため、役割ストレスと仕事意欲の実態を明確にすることを目的とした。

**II. 方法** 本研究は、獨協医科大学生命倫理委員会の審査を受け、承認後に実施した。研究デザインは横断的研究デザイン・量的研究である。調査対象は、大学病院139施設のうち、参加同意を得た43施設の看護師660名であり、データ収集は、郵送法による質問紙法で行った。

質問紙は、個人属性、役割ストレス尺度(田尾1986)、仕事意欲測定尺度(佐野2005)で構成し、分析にはSPSS Ver.22を使用した。対象者を配属部署により2群化し、その役割ストレスと仕事意欲の差を $\chi^2$ 検定、t検定で確認した。

**III. 結果** 調査対象者660名中302名からの回答を得た。有効回答は291名であり(有効回答率44.1%)、これを分析対象とした。退院調整部門配属群と病棟配属群では、退院調整部門配属群の役割ストレス及び役割葛藤・役割曖昧は高く、仕事意欲及び現在の仕事意欲は低かった。

**IV. 考察** 退院調整部門配属群の役割ストレスの高さには、その活動に対する組織からの役割期待と役割葛藤、役割曖昧が関与していると考えた。また、仕事意欲の低さには、仕事の意欲要因である動機づけ要因の不足の関与が考えられた。

**V. 結論** 退院調整部門配属群の役割ストレスの高さは役割葛藤と役割曖昧が関与し、仕事意欲の低下は、現在の仕事意欲が関与している。役割ストレスの緩衝と、仕事意欲の向上に向け、組織の退院調整・支援システムの整備による業務や役割の明確化と動機づけ要因を強化することの必要性が示唆された。

## ㊦ 1P-9

### 発達障害児とその家族に対し保育士と連携しながら家族全体を支える保健師による支援

子吉知恵美<sup>1)</sup>、田村須賀子<sup>2)</sup>

1) 石川県立看護大学 在宅看護学、2) 富山大学大学院医学薬学研究部 地域看護学

発達障害児とその家族に対する保育士と連携しながら家族全体を支える保健師による支援について明確化し、家族全体の在宅生活を支える保健師の支援方法について分析方法とともに検討することを目的とする。

調査対象は、発達障害児の支援をしている保健師4名である。調査項目は、①発達障害児の早期支援のための支援体制について、②発達障害児の保護者の受容状況に応じた支援について、③子どもの発達障害が受容できない段階の保護者に対する支援について、である。

データ収集方法は、質問紙調査で面接調査への承諾が得られた保健師のうち、発達障害児の保護者の受容状況に応じた支援を行っている保健師4名に面接調査を実施した。面接調査は、60分程度とし、質問紙調査内容に沿って実施した。分析方法として、一つの意味内容が一文になるように分析した。倫理的配慮として、データは個人と調査地域を特定できない文言の使用を避け、連結不可能に匿名化した。また、本学倫理審査の承認(看大第1016号)を得たのちに実施した。

4事例の逐語録から子どもと保護者の状況、保健師による支援に関する記述データ977件を取り出した。発達障害児に対する保育士と連携した保健師の支援に関する記述から、<保育士と連携しながら保健師が継続的に関わり保護者の気づきを支援する><保育士と連携しながら支援の必要性を説明し、支援につなげる><保育士の支援を視野にいれ、巻き込みながら、子どもの特性に応じ多方面から支援をする><発達障害への知識を持った保育士を育てる>があった。

また、保健師は発達障害児とその保護者だけでなく、<子どもから高齢者まで家庭が見える中で包括的な支援をする><子育ての状況から保護者の育児負担を考慮した支援をする><子育ては尊重し、子どもの状態だけを伝え、家庭内で共通理解が得られるよう支援する>で示されたように、家族全体の在宅生活を支える支援を行っていた。

発達障害児に対する家族全体を支える支援として、保健師は、保育士と連携しながら支援している。また、発達障害児とその保護者だけでなく、保育士による支援を視野に入れながら多方面から家族全体を支えるような支援を行っていることが示された。保育士による支援を視野に入れ、巻き込みながら実施する家族全体の在宅生活を支えるような「包括支援」は、保護者が安心して子育てができるような支援体制と家族全体の在宅生活を支える保健師による支援であると考えられる。

## ㊦ 1P-10

### 病棟看護師の在宅に向けての退院支援の現状と課題(第1報)－実践に対する認識と研修・学習会受講との関連を中心に－

戸塚恵子<sup>1)</sup>、上谷いつ子<sup>2)</sup>、柴山志穂美<sup>2)</sup>、楠田美奈<sup>2)</sup>、佐々木久美子<sup>3)</sup>、守家一子<sup>3)</sup>、島内俊子<sup>3)</sup>

1) 和泉短期大学 児童福祉学科、2) 杏林大学保健学部 看護学科、3) 医療法人財団慈生会 野村病院

**【目的】** A病院では、訪問看護ステーションの協力を得て、退院支援の充実を目指すことを目的に研修参加を推進し、連携等を強化している。本研究は、退院支援の取り組みの状況を把握するとともに、退院支援・調整に関する研修・学習会の受講の有無が病棟看護師の退院支援の取り組みにどのように影響しているのかを検証し、より充実した退院支援を推進していくための課題を明確にすることを目的とする。

**【方法】** 平成27年3月25日～4月6日、A病院病棟看護師75名を対象に質問紙調査を行った。内容は、基本属性(経年数、退院支援・調整に関する研修・学習会の受講の有無、在宅看護学履修・在宅看護経験・在宅介護経験の有無)と「在宅療養に向けた退院支援」として実践する内容63項目(情報収集14、患者・家族の意思決定支援6、退院指導の展開2、カンファレンス開催・調整4、患者・家族への指導9、看護師間の連携2、医師との連携4、他職種との連携14、社会資源の知識の活用4、役割認識4)をクロス集計し、 $\chi^2$ 検定を行った( $p<0.05$ を有意差有りとした)。

**【倫理的配慮】** 調査は、杏林大学保健学部倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力の依頼文書には回答の自由、回答は無記名であること、得られたデータは調査目的以外に使用しないこと、公表において施設が特定できないように配慮することを明記した。

**【結果】** 有効回答数65名(有効回答率86.7%)。全体的には、患者・家族の状況把握やケアに関する指導、介護保険の情報提供、医師との連携などは実施している割合が高かった。しかし、在宅に向けてのアセスメント、計画・立案、カンファレンス開催・調整、地域の社会資源の知識を活用した支援等は、あまり実施されていない傾向があった。退院支援・調整に関する研修・学習会の受講別では、受講者31名、未受講33名、無記入1名であった。「在宅療養に向けた退院支援」の項目では、「入院時から退院のことを意識して関わっている」「患者が在宅療養に向けた自己決定ができるように支援している」「在宅に向けて、退院支援のカンファレンスを開催している」「看護サマリーを訪問看護師やケアマネジャーに情報提供している」「患者及び家族に、訪問看護ステーションについて情報提供している」「他職種とのチームワークを良好にするために努力をしている」など28項目に有意差がみられた。

**【考察】** 病棟看護師の退院支援は、患者・家族の状況把握やケアに関する指導等、日常行っている看護の延長線上にあるような項目については実施しているが、在宅に向けてのアセスメント、計画・立案等、退院支援として独立しているような項目については十分ではなく課題があると考えられる。一方、研修・学習会を受講した病棟看護師は、入院時から退院を意識しカンファレンスを開催するなど調整を行い、患者・家族の生活環境に即した指導をしている傾向があり、研修・学習会は退院支援の質の向上に有効といえる。しかし、情報提供を行う職種が限られ、情報共有までには至っていない。また、地域の社会資源に関する知識不足により退院支援が単なるケアの指導にとどまっており、それが情報共有やアセスメントが十分できていない要因の一つと考えられる。今後、社会資源の知識を増やし、患者・家族の生活の視点を重視した支援を目指し、アセスメント力を強化できる企画や体制づくりが課題である。

## ㊦ 1P-11

### 病棟看護師の在宅に向けての退院支援の現状と課題(第2報)－実践に対する満足感や困難感とその理由に焦点を当てて－

柴山志穂美<sup>1)</sup>、上谷いつ子<sup>1)</sup>、戸塚恵子<sup>2)</sup>、楠田美奈<sup>1)</sup>、佐々木久美子<sup>3)</sup>、守家一子<sup>3)</sup>、島内俊子<sup>3)</sup>

1) 杏林大学保健学部 看護学科、2) 和泉短期大学 児童福祉学科、3) 医療法人財団慈生会 野村病院

**【目的】** A病院では、退院支援の充実を目指すことを目的に研修参加を推進し、連携等を強化している。本研究は、退院支援の実践における満足感や困難感、実践で大切にしていることなど、看護師が日々の実践をどのように受け止めているかを分析し、より充実した退院支援を推進していくための課題を明確にすることを目的とする。

**【方法】** 平成27年3月25日～4月6日、A病院病棟看護師75名を対象に質問紙調査を行った。内容は、在宅療養に向けた退院支援の実践について、①満足の度合とその理由、②行詰りや困難の度合とその理由、③実践で大切にしていることである。①②の理由と③は自由記述とし、分析は文脈の意味内容を考え、類似性をもとに分類、再編を繰り返し検討し、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。

**【倫理的配慮】** 調査は、杏林大学保健学部倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力の依頼文書には回答の自由、回答は無記名であること、得られたデータは調査目的以外に使用しないこと、公表において施設が特定できないように配慮することを明記した。

**【結果】** 有効回答数65名(有効回答率86.7%)。抽出したカテゴリーを【】で示す。在宅療養に向けた退院支援実践の満足度は、かなり・まあまあ満足している30名45%、あまり・全く満足していない29名46%であり、ほぼ同じ割合であった。満足理由は【患者・家族の思いに沿った支援】【退院支援を積極的に実施している】【適切な時期の退院支援】【退院支援の指標がある】【多職種との連携がとれている】の5カテゴリーを抽出した。満足していない理由は、【状況に応じた退院支援が難しい】【看護師によって退院支援の実践にバラツキがある】【退院支援の状況がつかめない】【退院支援の知識不足】【退院支援の時期を逃している】【退院後の生活がイメージできない】【退院支援の不全感】など11カテゴリーを抽出した。実践に対する困難感については、どちらともいえない30名46%、たびたび・いつも感じる27名42%であり、殆どが行詰りや困難を感じていた。困難を感じる理由として【患者・家族の思いや状況の変化に対応できない】【退院に向けた院内チームの連携不足】【退院支援への看護師の知識不足】【後回しになる退院支援】など7カテゴリーを抽出した。実践で大切にしていることは、【患者と家族の在宅生活への思いを大切にする】【患者・家族の在宅への希望に沿った支援】【退院に向けた他職種連携】【退院後に困らないようにする】【在宅生活への不安の緩和】など7カテゴリーを抽出した。

**【考察】** 退院支援の実践に満足していない理由として、知識や情報不足から実践能力のばらつきが生じ、その結果、患者・家族の状況変化に応じた退院支援の実践の難しさを感じていると考えられる。背景として、研修受講の機会が少ない、実践のサポートが十分受けられない等の状況で、退院後の生活をイメージすることができず、後回しになる退院支援に対して生じる不全感が、困難感につながっていると考えられる。一方、退院支援の実践では患者と家族の在宅生活への思いや希望に沿った支援を行うことを大切にしている。このことから、知識や実践力の不足に対し、教育・研修の強化、相談・サポート体制整備をさらに推進していくことが課題である。

## ㊦ 1P-12

### 終末がん患者のSelf-Perceived Burdenとサポートの互恵性の知覚との関係

大谷美樹<sup>1)</sup>、佐々木由紀<sup>1)</sup>、野中敦子<sup>2)</sup>、井口章子<sup>2)</sup>、小林麻未<sup>2)</sup>、宮尾和代<sup>3)</sup>、野崎仁美<sup>4)</sup>、塩飽良枝<sup>5)</sup>

1) 広島大学大学院 医歯薬保健学研究院、2) 武蔵村山病院、3) 木村病院、4) 訪問看護ステーションレイル、5) 前原病院

**【目的】** 介護が必要な状態となり、被介護者が介護者に対して負担をかけていると感じることはSelf-Perceived Burden (SPB)とされ、SPBが強い患者においてはQOLや精神的健康への悪影響が報告されている。衡平理論をソーシャルサポートに適用した研究では、受け取ったサポートと提供したサポートの差が大きいほど(サポートのやり取りが互恵的でないほど)負傷感や負担感が引き起こされる<sup>1)</sup>。

そこで、終末期がん患者の家族介護者に対するSPBとサポートの互恵性の知覚との関係を明らかにすることを目的とした。

**【方法】** 平成26年3月から8月に外来通院中および入院中の終末期がん患者63名に無記名自記式質問紙調査を行った。SPBの程度は、SPB scale 9項目を使用し5段階で回答を得た。サポートの互恵性の知覚は、家族介護者との関係がどの程度互恵的であるか5段階で回答を得た。分析方法は、Spearmanの順位相関分析を行った。

倫理的配慮として、研究依頼文書にて研究目的、研究協力は診療やケアとは関係なく回答は自由意思であること、質問紙の返送をもって同意とみなすこと、結果は関連する学会等で公表することについて説明した。本研究は広島大学大学院看護開発科学講座研究倫理審査委員会での承認を得て行った。

**【結果】** 有効回答数は45名であり、男性が26名、女性が19名、平均年齢は70.7±13.9歳であった。SPB scale平均得点は25.7±9.9であった。サポートの互恵性の知覚は「受け取るよりもかなり多く与えている」1名「受け取るよりも多く与えている」1名「同じ程度お互いに与えている」8名「与えるよりも多く受け取っている」14名「与えるよりもかなり多く受け取っている」21名であった。SPBとサポートの互恵性の知覚との関係は1%未満で有意な正の相関が認められた( $p=0.529$ )。

**【考察】** 多くの終末期がん患者は家族介護者に対するサポートの互恵性の知覚として、「与えるよりも受け取っている」と感じていた。また、「与えるよりも受け取っている」と感じている者ほどSPBが強かった。終末期がん患者のSPBの理解において衡平理論の適用が有用であることが示唆された。

#### 引用文献

- 1) 谷口弘一(2013)、児童・生徒のサポートの互恵性と精神的健康、p1-10、晃洋書房、京都

## ㊦ 1P-13

### 在宅で看取りを行う家族の予期悲嘆への援助について ～予期悲嘆尺度の活用に関する事例研究から～

小林裕美

日本赤十字九州国際看護大学 看護学部看護学科

**【目的】** 在宅で看取りを行う家族への予期悲嘆介入プログラムを開発するために、予期悲嘆への援助内容の抽出を行うことを目的とし、A事例から得られた結果を報告する。

**【方法】** 訪問看護を受けながら在宅で終末期を迎える療養者の主介護者（以下対象家族とする）に、予期悲嘆尺度（小林，2012，以下尺度とする）を測定した上で担当B看護師に事例における援助と尺度使用に関する考えを面接調査し、質的統合法（KJ法）を用いて分析した。倫理的な配慮としてC大学の研究倫理審査委員会の承認を受け、対象家族と対象看護師に、研究方法、目的、意義、自由意思による参加、途中撤回の権利、公表の方法を記載した依頼書を用いて説明し文書での同意を得た。データは匿名性を十分確保してまとめた。

**【結果】** 分析の結果、34枚のラベルから4段階までグループ編成し、6枚の最終ラベルを図解し、対象者の考えを明らかにした。「尺度の質問は家族が落ち込みそうな内容と思うのだが、直接絶対聞けないことが聞けるメリットがある」「対象家族のように、気持ちをまとめられず表現しづらいことを質問が代弁していると思う人もいる為、今後は使えるツールになると思った」「看護師は家族の悲嘆をひとりでは受け止められない、背負えない怖さが根底にあるので、アプローチにはサポートしあう体制が必要である」「アンケートを渡すタイミングは家族との信頼関係や家族の介護や心理的動揺の状況が関係するが、退院後1週間程度の生活リズムが整った頃か退院前がスムーズでよい気がした」「尺度の回答で前もって家族の気持ちが分かれば、有効に時間を使って家族と話ができる」「A事例の場合、回答理由を考えることで本人の最期をどうするかを再確認の必要性を意識することに活用できた」

**【考察】** 今回はA事例の経験を元にしたB看護師の考えではあるが、尺度活用の条件は、家族の心身の状態、信頼関係、看護師間のサポート体制であり、効果として、早期に使用して時間を有効に家族と接触できること、表現しづらい気持ちの代弁と聞けない質問の答えが得られることが示された。予期悲嘆への援助として、家族が表現できない気持ちを理解して寄り添うことが必要であり、本尺度をツールとして直接は聞けない内容の回答を得ることでのその意味を捉え、家族と深く関わることが示された。

本研究は科研費（基盤C課題番号25463605）の助成を受けて行った。

## ㊦ 1P-14

### 訪問看護におけるグリーフケアの実施上の課題

小野若菜子<sup>1)</sup>、竹森志穂<sup>2)</sup>、江口優子<sup>2)</sup>

1) 聖路加国際大学 看護学部、2) 聖路加国際大学大学院看護学研究科 博士後期課程

**【目的】** 看護師にフォーカス・グループインタビューを実施し、訪問看護におけるグリーフケアの実施上の課題を探査し記述することであった。

**【方法】** 関東一都県近郊の訪問看護ステーションに勤務し、グリーフケアを提供している看護師に、グリーフケア実施上の課題について、フォーカス・グループインタビューを実施した（2015年2月）。1グループ4-5名、計3グループで行った。インタビューは録音し、逐語録にして内容を分析した。尚、本研究は、所属機関の研究倫理委員会の承認を受けて実施し、研究参加の自由意志の保障、個人情報の保護等の倫理的配慮を行った。

**【結果】** 研究協力者は13名であり、看護師歴は平均20.2年、訪問看護師歴は平均8.8年であった。

<グリーフケアの現状の課題>として、【死別を消化しきれない遺族に遭遇する】ものの【死別後の悲嘆が続く遺族をつなぐ場所がない】という状況があった。さらに、ケア提供に関して、【死別前後の家族への関わりに悩むことがある】【死別後の遺族の状況が気になりながら経過を追っていない】【日々の仕事に忙殺されてグリーフケアを振り返る余裕がない】【職場の方針によってグリーフケアに十分関われない】ということがあった。また、療養者が終末期に自宅で過ごす期間が短い等、【死別前のグリーフケアが十分にできない状況がある】という課題があった。

<グリーフケアの今後の課題>として、グリーフケアの方法は様々なので、【職場にあったグリーフケアのアプローチを工夫する】必要性が語られた。さらに、【遺族へのフォーマルサポートがあるとよい】【地域に遺族どうしの交流の場があるとよい】という遺族への社会資源の必要性が語られた。また、グリーフケアを振り返る機会として、【医療者間でグリーフケアを振り返る機会があるとよい】【職場内でグリーフケアを共有する機会があるとよい】【職種を超えてグリーフケアを意見交換する機会があるとよい】という課題があった。

**【考察】** 本研究において、死別を消化しきれない遺族に遭遇することがあると報告された。今後、遺族へのフォーマルサポートや遺族どうしの交流の場等、地域における社会資源の充実により、死別を支え合うことができるまちづくりを推進していくことが重要である。

\* 本研究は平成24・26年度文部科学省科学研究費助成事業基盤研究(C)の助成を受けて実施した。

## ④ 1P-15

### 訪問看護師のグリーフケアに対する意識と実施内容

松下恭子<sup>1)</sup>、薄木くるみ<sup>2)</sup>、越川莉帆<sup>3)</sup>、岡久玲子<sup>1)</sup>、  
多田美由貴<sup>1)</sup>、岩本里織<sup>1)</sup>

1) 徳島大学大学院医歯薬学研究部 地域看護学、2) 神戸労災病院、  
3) 笹生病院

**【目的】** 超高齢社会を迎え、在宅での看取りに向けての支援はますます必要性が高くなると考えられる。本研究の目的はグリーフケアに対する訪問看護師の意識と実施内容について明らかにすることであった。

**【方法】** A県内の訪問看護ステーション23か所に勤務する訪問看護師を対象とした。管理者宛に研究依頼後、同意が得られた施設にアンケート用紙を送付し郵送で回収した。調査期間は平成27年8月～12月であった。得られたデータは統計ソフトSPSSVer.19を用いて、訪問看護師の経験年数、取得資格、勤務形態等の違いによるグリーフケアに対する意識や実施状況について記述統計を行った。

**【倫理的配慮】** 所属機関の臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

**【結果】** 有効回答数は120(回収率60%)であり、平均年齢は46.9(±7.8)歳であった。グリーフケアについて102人(85.0%)が必要であると答えたが、業務手順に示すことには、どちらでもないが50人(41.7%)で最も多かった。また64人(53.3%)にグリーフケアの実施経験があった。時期については、8割以上が療養生活開始時や終末期と診断されてからの早い時期から必要であると考えていたが、実際の実施では終末期と診断後が29人、看取りを終えてが22人、療養生活開始時は15人であった。グリーフケアに該当することは、看取りへ向けての教育、家族間の意見調整、看取りの心得を説明、看取り後の訪問、看護・介護の指導が多く、実施内容もほぼ同様であった。終末期関連の研修については複数の受講経験がある看護師は42人(35.0%)であり、受講経験が無いものは55人(45.8%)であった。

**【考察】** グリーフケアを業務手順に示すことについて、どちらでもない回答した理由には、対象者によって置かれている状況や背景が異なり支援の内容や量が違うため、一定の手順で示すことは難しく、その時々によって判断を求められることが多いなど、グリーフケアの個別性と難しさが表れていた。また実施時期については、8割以上が早い時期から必要であると回答していたが、実施では終末期や看取りを終えてという回答が多く、療養生活開始時から看取りを意識した支援を行うことの難しさがうかがえた。また研修受講の希望は有ったが、小規模の訪問看護ステーションが多いことから、研修への参加が難しいのが現状であると考えられた。

## ④ 1P-16

### (第2報) 高齢者夫婦世帯の在宅終末期における開始期と臨死期の緊急ニーズ・対応と結果 がん事例と非がん事例の比較

福田由紀子<sup>1)</sup>、島内 節<sup>1)</sup>、川上友美<sup>1)</sup>、平岡敬子<sup>2)</sup>、  
成 順月<sup>3)</sup>、金澤 寛<sup>4)</sup>、朝倉由紀<sup>1)</sup>、榎田恵子<sup>5)</sup>

1) 人間環境大学 看護学部、2) 安田女子大学、3) 岐阜医療科学大学、4) 広島文化学園大学、5) 大垣徳洲会病院

**【目的】** 高齢者夫婦世帯の在宅終末期のケア開始期2週間と臨死期2週間のがん事例と非がん事例の緊急ニーズ・対応状況と結果を明らかにする。

**【方法】** 関東・東海・中国地方の6県46施設のうち、2014年1月～2015年6月に65歳以上の高齢者夫婦を看取った事例の受持ち看護師である。調査期間は、2015年1月～9月である。調査は、在宅ケア開始期2週間と臨死期2週間の緊急ニーズ11項目(疼痛、疼痛増強時の対処、薬剤の使い方、身体症状の悪化・変化、チューブ/医療機器のトラブル、本人の精神的問題、家族の精神的問題、家族の身体的疲労、介護技術・知識、介護継続の意思)の有無と対応状況を質問紙によるカルテを用いた後ろ向き調査である。倫理的配慮は、研究目的、カルテからの記載のための時間が必要であること等を文書にて説明、同意を得た。A大学の研究倫理審査委員会の承諾を得ている。

**【結果】** 回答が得られた171事例うち在宅期間が1年以内の153事例(89.5%)を対象とした。

がん事例の平均年齢77.5±7.1歳、男性93例(78.2%)、肺がん15例他、非がん事例の平均年齢83.7±6.2歳、男性25例(73.5%)、肺炎、慢性閉塞性肺疾患3例他であった。

緊急電話(以下、電話)と緊急訪問(以下、訪問)の利用者数は、がん119事例のうち開始期の緊急ニーズ発生(以下、発生)は52例(43.7%)、電話19例、訪問35例であり、全ニーズ188件、1人あたりのニーズ件数3.6件、改善50例(96.2%)であった。臨死期の発生は95例(79.8%)、電話34例、訪問82例であり、全ニーズ324件、1人あたりのニーズ3.4件、改善80例(84.2%)であった。ニーズは開始期・臨死期とも身体症状の悪化・変化が最も多い。

非がん34事例の開始期の発生は12例(35.3%)、電話4例、訪問7例、全ニーズ37件、1人あたりのニーズ3.1件、家族の身体的疲労・精神的問題が最も多く、改善者11例(91.7%)であった。臨死期の発生は29例(85.3%)、電話8例、訪問25例であり、全ニーズ81件、1人あたりのニーズ2.8件、ニーズは身体症状の悪化・変化が最も多く、改善29例(100%)であった。

**【考察】** がん・非がん事例とも臨死期のニーズ発生は増加し身体症状の悪化・変化が最も高く、訪問対応が多かった。がん事例の臨死期では、対応後の改善は約8割であり、事例の時期や緊急ニーズの内容を踏まえて対応を行う必要がある。

## ㊦ 1P-17

### 中山間地域に暮らす人の死生観と終末期ケアニーズ：3年間の変化

伊藤智子<sup>1)</sup>、加藤真紀<sup>1)</sup>、阿川啓子<sup>1)</sup>、浅見 洋<sup>2)</sup>

1) 島根県立大学 看護学部、2) 石川県立看護大学

**1. 研究目的** 中山間地域に暮らす人々の死生観や終末期ケアニーズの変化を把握し、時代に対応したケアを検討するため、我々は、平成23・26年に島根県江津市にて死生観と在宅終末期療養ニーズ調査を行い、3年間の変化を分析したので報告する。

**2. 研究内容与方法** 島根県江津市在住40歳代から70歳代の住民800名(各年代200名)を市街地を除く住民台帳から無作為に抽出し、属性(年齢・性別・同居家族・健康状態・介護経験・死別体験)、死生観(死に対する不安感・尊厳死・理想的な死)、終末期療養生活について(告知の希望・自分が療養したい場所・在宅死の実現可能性・在宅死を実現可能にする要因)についての質問紙を用い、両年9.10月に郵送法にて調査を行った。各項目について40-59歳群と60-79歳群別に3年間の変化を解析した。

**3. 倫理的配慮** 本研究は島根県立大学出雲キャンパス研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

**4. 研究結果** 両年度の有効回収数はそれぞれ、346・274だった。3年間で有意な差が見られたのは、治る見込みのない疾患になった時の療養の治療継続希望の有無であり、60-79歳群で有意に下がっていた(16.8%→6.5%,  $P<0.01$ )。また、家族の自宅死の実現可能条件としてカウンセラーの支援が60-79歳群にて有意に上昇(8.6→16.5%,  $P<0.05$ )し、自治体などの経済支援が40-59歳群において有意に上昇(25.5→36.6%,  $P<0.05$ )した。

**5. 考察** 全国的に自宅看取り率が下がる中、江津市においては23年・26年の3年間で自宅死が実現していると考えている人の有意な差はなかった。回答者の健康、生活状態が大きく変わらない中、治療継続を希望しない人の有意な増加は、尊厳のある最期を送りたいというニーズが高まっていることを示していると考えられた。自宅死の実現可能条件としては専門職の支援が高率であることや行政からの経済支援期待が有意に上昇していたことから、フォーマルサービスへの期待が益々強くなることが伺われた。

本研究は平成23年度科学研究費基盤研究(B)ルーラルにおける住民の死生観と終末期療養ニーズの変容に関する総合的研究の一部として行った。

## ㊦ 1P-18

### 島根県の市街地と中山間地域に暮らす人の死生観と終末期ケアニーズ

加藤真紀<sup>1)</sup>、伊藤智子<sup>1)</sup>、阿川啓子<sup>1)</sup>、浅見 洋<sup>2)</sup>

1) 島根県立大学 看護学部、2) 石川県立看護大学

**【研究目的】** 島根県民における死生観と終末期ケアニーズの認識を市街地(出雲市)と中山間地域(江津市)を比較し、特徴を踏まえたより良い終末期ケアの実現に向けた基礎資料を得ること。

**【研究方法】** 島根県出雲市および江津市在住の40歳代から70歳代住民800名(各市の各年代200名)を住民台帳から無作為抽出し、属性(年齢・性別・同居家族・健康状態・介護経験・死別体験)、死生観(死に対する不安感・尊厳死・理想的な死)、終末期療養生活(告知の希望・自分が療養したい場所・在宅死の実現可能性・在宅死を実現可能にする要因)、医療資源の認識、社会参加等についての質問紙を用い郵送法にて調査を行った。実施期間はH26年9月～10月だった。分析はSPSSを用いて記述統計量の算出と地域間比較を $\chi^2$ 検定を用いて比較した。

**【倫理的配慮】** 研究協力者に対し、①調査参加の自由、②個人情報保護の保護、③個人情報の匿名化、④調査結果の公表等を明記した依頼書を同封し、質問紙の返信をもって同意とみなした。また住民基本台帳からの転記は各市の個人情報保護条例に基づいて実施した。本研究は島根県立大学出雲キャンパス研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(申請番号72)。

**【結果】** 出雲市は342票(42.8%)、江津市は285票(35.6%)の返信を得た。分析対象出雲市は332票(41.5%)、江津市は274票(34.3%)とした。地域比較の結果、自宅で最期を迎えることを実現可能と回答した者は、出雲市は46.9%、江津市は47.4%であり、差はなく高い割合が示された。自宅での最期を実現可能にする条件では、江津市は近隣の協力と理解が必要と思う者が有意に高かった( $P<0.001$ )。また、自宅での最期は実現不可能だと認識した者の理由では、江津市は、訪問看護および訪問介護のサービスが整っていないが有意に高かった( $P<0.05$ ,  $P<0.01$ )。

**【考察】** 自宅で最期を迎えることの実現可能性については差がなく、5割程度の住民が可能であると回答した。中山間地域では、自宅で最期を迎えることの不可能理由で、訪問系サービスが整っていないという認識が市街地より高くみられた。訪問系サービスの少なさは自宅で最期を迎えることが不可能だと意識につながっていることが考えられる。一方、中山間地域は自宅で最期を迎えることの実現可能要件として、ソーシャルキャピタルを大切にしていることが示唆された。

本研究は平成23年度科学研究費基盤研究(B)ルーラルにおける住民の死生観と終末期療養ニーズの変容に関する総合的研究の一部である。

## ㊦ 1P-19

### 訪問看護師が認識した独居高齢者の在宅エンド・オブ・ライフを可能にする要因

小林澄子<sup>1)</sup>、堀口和子<sup>2)</sup>、岩田 昇<sup>3)</sup>

1) 塚口訪問看護センター、2) 兵庫医療大学 看護学部、3) 広島国際大学 心理学部

**【目的】** 最期まで自宅で過ごすことを希望する独居高齢者の在宅エンド・オブ・ライフを可能にする要因を明らかにすることを目的に、自宅で最期を迎えた独居高齢者(全う群)と自宅療養を断念した独居高齢者(断念群)の特徴および公的サービスの利用状況を検討した。

**【方法】** 兵庫県内の24時間緊急体制加算を申請している訪問看護ステーション352か所のうち、研究協力が得られた45ステーション(回収率13.0%)の各管理者に自記式質問紙調査票を送付した。調査項目は、独居高齢者の基本属性、在宅死の希望理由と心構え、症状・状態、介護サービス利用状況などであり、「全う群」・「断念群」のいずれかを担当した訪問看護師に回答を依頼した。調査票273部(全う群132部、断念群141部)を依頼送付し、全う群78部・断念群77部(回収率59.3%・54.9%)の回答を得た。解析は2群間でt検定、 $\chi^2$ 検定を行った。なお、本研究は兵庫医療大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

**【結果】** 両群の年齢・性別・別居家族の有無に有意な差はなかった。独居高齢者の「臨終時に立会者がいた」のは57.7%で、そのうち80%が家族であった。呼吸停止後の発見者は介護職者、看護師、家族の順であった。自宅療養を断念した理由は、「別居家族の不安」が最も多く、行き先の多くは一般病院であった。自宅で最期を迎えたいと希望した理由は、「入院生活の拒否」、「最期は自分のペースでの生活」、「他人に気を遣わない生活」等で、全う群の方が多かった。自宅で最期を迎えることへの心構えは両群に差はみられなかった。高齢者が亡くなるまで/自宅療養を断念するまでの症状では、「全う群」の方が「最期に一人であることへの寂しさ」や「病状悪化に対する不安」が少なかった。病状が変化する度に「治療の選択」や「自宅で最期を迎えるかどうか」などの意思確認ができていた。訪問看護師が行った多職種との連携では、「独居高齢者の価値観の情報共有」、病状が変化する度に「多職種間での役割分担の確認」ができていたのも、「全う群」の方が多かった。

**【考察】** 独居高齢者が自宅で最期を迎えることを可能にする要因としては、自宅で最期を迎えたいと希望する本人の理由、最期に一人であることへの寂しさや病状悪化に対する不安などの心理的側面についての耐性の高さ、そして病状が変化するたびに訪問看護師の十分な意思の確認と、多職種間での高齢者の価値観の情報共有などが挙げられた。

## ㊦ 1P-20

### 中山間地域での終末期における介護者への希望と理想的な死の関係

阿川啓子<sup>1)</sup>、伊藤智子<sup>1)</sup>、加藤真紀<sup>1)</sup>、浅見 洋<sup>2)</sup>

1) 島根県立大学 看護学部、2) 石川県立看護大学

**【研究目的】** 人口減少地域である江津市において、地域住民の終末期療養場所のニーズについて調査することで、より良い終末期ケアの実現に向けた基礎資料を得ること。

**【研究方法】** 住民台帳から層化抽出法によって無作為抽出した江津市に在住する40歳代から70歳代の住民800名(各年代200名)を対象として、郵送法による調査を実施した。調査の目的と倫理的配慮について説明する文書と調査票「死生観と在宅療養に関する調査」を郵送した。実施期間はH26年9月～10月であった。分析はSPSSを用いて単純集計、クロス集計、カイ2乗検定を行った。

**【倫理的配慮】** 研究協力者に対し、①個人情報保護の匿名化、②研究公表時の配慮、③データの保護・管理、④害・不利益を与えないこと、⑤研究参加の自由を説明し、同意を得た。また本研究は島根県立大学出雲キャンパス研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

**【研究調査地：島根県江津市概要】** 江津市は、人口24,398人(H26、10、1現在)。市域の約8割が農山漁村地域で少子高齢化による人口減少が深刻である。地域には、病院3施設、一般診療所26施設、訪問看護ステーション2施設、介護施設54施設がある<sup>1)</sup>。

**【結果】** 配布数800、有効回答数268(回収率35.6%)であった。自宅で最後を迎えることは実現可能と考える人と療養時の介護者として希望する人を分析すると、配偶者、子、医師、看護師で有意な差を認めた。そこで、その4者で希望する理想的な死の関係を検討した。医師では、自然な死、家族に囲まれた死、闘病のない死、苦痛のない死で有意な差を認めた。看護師では、家族に囲まれた死、闘病のない死、苦痛のない死、準備後の死、迷惑をかけない死で有意な差を認めた。配偶者、子では有意な差を認める項目はなかった。

**【考察】** 医師や看護師に介護を希望している人は共通して家族に囲まれた死や苦痛のない死、闘病のない死を理想的な死としていた。この結果から、在宅でも家族と共に穏やかな死を迎えるために、医療従事者に対しては緩和ケアへの期待の高まりがあると推測した。

引用文献

- 1) しまね統計情報データベースより  
<http://pref.shimane-toukei.jp/>

## ㊦ 1P-21

### 地域住民の排尿症状とQOLに影響する要因 —運動習慣や骨盤底筋体操との関連—

内田陽子

群馬大学大学院 保健学研究科

**【目的】** 地域住民の排尿症状とQOLに影響する要因を明らかにする。特に、運動習慣と骨盤底筋体操実施との関連分析を行い、今後の介護予防活動について検討する。

**【研究方法】** 1. 対象：2013年1月から2014年12月の間で研究者らが開催する排尿に関する健康教室26箇所に参加した者2035名のうち、調査の同意を得てアンケート提出した1914名とした。2. 調査方法と内容：調査方法は自記式質問紙であり、①住民の背景条件(影響要因)として、年齢、性別、通院、服薬、運動習慣、不眠、便秘の有無、骨盤底筋体操実施の8項目、②主要下部尿路症状(CLSS)とした。CLSSは頻尿や尿失禁、排出困難等の排尿症状10項目とQOLを測定する尺度で構成され、妥当性・信頼性は検証されている。3. 分析方法：背景とCLSSの関連は、 $\chi^2$ 及びt検定、ノンパラ検定、ロジスティック回帰分析を統計ソフトSPSSVer.22を用いて行った。倫理的配慮については、質問紙は無記名でデータ入力には数字に変換し、鍵のかかる場所に保管した。対象者に文書と口頭で説明し、調査の同意は自由であり、質問紙の提出をもって同意とした。調査機関の責任者には口頭と文書による説明と同意書を得た。本研究は群馬大学医学部疫学倫理委員会の承認を得て実施した。

**【結果】** 対象者の平均年齢は65.6±12.9歳、男性305人(15.9%)女性1596人(83.4%)であった。通院者は991人(51.8%)、服薬者1008人(52.7%)、運動習慣のある者1186人(62.0%)、不眠者305人(15.9%)、便秘ある者234人(12.2%)であった。毎日骨盤底筋体操実施者は126人(6.6%)であった。排尿症状で最も人数が多かったのは夜間頻尿1220人(63.8%)であった。運動習慣の有無別にみたCLSS合計値の平均得点には有意な差はなかったが、毎日骨盤底筋体操実施者は未実施者よりも得点は低かった( $p < 0.01$ )。回帰分析の結果、排尿症状に影響する要因は、高齢、不眠であり( $p < 0.05$ )、QOLに影響する要因は、運動習慣、不眠、便秘、毎日骨盤底筋体操実施であった( $p < 0.05$ )。

**【考察】** 住民の罹患率の高い夜間頻尿は不眠との関連がすでに検証されているが、毎日の運動習慣や骨盤底筋体操により、排尿症状や排尿によるQOLの改善は期待できるといえる。今後は、運動機能の介護予防と連携して骨盤底筋体操や排尿自立のための活動をしていくと、さらに体操の普及率が高まる。

## ㊦ 1P-22

### 在宅ケアサービス利用高齢者のQOLに関する 質的分析

今西美由紀<sup>1)</sup>、友久久雄<sup>2)</sup>、日垣一男<sup>3)</sup>

1) 大阪府立大学大学院 総合リハビリテーション学研究所、2) 京都大学医学部付属病院、3) 大阪府立大学

**【目的】** 本研究の目的は、在宅ケアサービス(以下、在宅ケア)を新規で1年間継続利用した老年期のクライアントのQOLについて、ナラティブ分析を用いて明らかにすることである。先の研究では、在宅ケア利用開始時におけるクライアントのQOLについて調査した<sup>1)</sup>。さらに同調査協力者に対して1年間の縦断調査を実施し、クライアントのQOLがどの様に変化するのかを明らかにした<sup>2)</sup>。本研究ではこれらの結果を踏まえた上で、量的な調査では汲み取れなかった個々のクライアントの心情を質的に分析することで、老年期のクライアントのQOLを向上させる在宅ケアの在り方について検討していく。

**【方法】 デザイン：**在宅ケアを新規で1年間継続利用した136名(78.1±5.1歳)の調査協力者の中からランダム抽出された29名に対し面接法による調査を実施した。**対象者：**201X年から1年間、継続的に在宅ケアを利用し、その後6ヵ月以内に計3回(1回60分)の面接が可能であった14名の「語り」を分析対象とした。**分析方法：**在宅往診医、介護福祉士、作業療法士等10名でナラティブ分析を行った。その際、主題分析と構造的分析の手法を用い①在宅ケア利用場面における時系列に即した出来事の抽出②在宅ケアの利用とQOLの変化に関連性が見られる語りの抽出③カテゴリー化とコーディングの手順を経て生成された物語について検討した。**倫理的承認：**本調査は大阪府立大学研究倫理委員会から正式な承認を受けた(承認番号:2012-OT-17)。

**【結果】** 対象者の語りから「在宅ケアを利用したことのでられた成長体験の物語」「在宅ケアの利用が齎した安心感の物語」「在宅ケアを利用しながら1年前のQOLを維持できている安定感の物語」「在宅ケアを利用したにも関わらず人生を再建できない葛藤の物語」という4つの物語が生成された。

**【考察】** 本研究において、在宅ケアを1年間継続利用したクライアントから4つの物語が生成されたことを報告した。またこれらの物語は、先の研究における1年間のQOLの変化とも関連性が見られた。老年期のクライアントのQOLは1年間で多彩な変化を見せる。多様性の根底にある要因に留意しながら在宅ケアを実践するならば、クライアントのQOLを向上させる可能性があることが本研究を通して示唆された。

文献

- 1) 今西美由紀, 友久久雄, 日垣一男: 在宅ケアサービスを利用する高齢者の主観的幸福感に関する考察. 日本在宅ケア学会誌, 19:2(2016).
- 2) ImanishiM, TomohisaH, HigakiK: Efficiency of Home-Visit Occupational Therapy on the Quality of Life of Elderly Individuals. 6<sup>th</sup> Asia-Pacific Occupational Therapy Congress Handbook (2015).

## ㊦ 1P-23

### リハ特化型訪問看護ステーション「訪問 R-station」における利点と課題について

山口幸三郎<sup>1)</sup>、原田祐輔<sup>1,2)</sup>、下田信明<sup>2)</sup>

1) 株式会社Re ambitious 訪問R-station、2) 杏林大学保健学部 作業療法学科

**【はじめに】** 超高齢社会になり、在宅でのリハビリテーション（以下、リハ）の需要が拡大している。神奈川県秦野市も2025年には高齢者人口が2万人増加すると言われており、在宅リハが必要な要介護高齢者も増加することが推察される。しかし、秦野市の訪問リハに従事する療法士は20名に満たないのが現状であり、在宅リハを担う受け皿が不足している。そこで、秦野市の在宅リハの拡充を目的とし、理学療法士（以下、PT）が所長を務めるリハ特化型訪問看護ステーションを開所した。カルテ情報やデータベースからリハ特化型訪問看護ステーションの現状を概観し、利点や課題が示唆されたため報告する。

**【訪問R-stationの概要】** 平成27年3月に開所した。常勤職員はPT1名、作業療法士（以下、OT）1名、言語聴覚士（以下、ST）1名、看護師3名である。平日・祝祭日の9時～17時で対応しており、訪問看護師の24時間体制は取っていない。ストレッチやROMex、ADL練習、IADL練習、心理的サポートなど、個人に合わせたプログラムを立案し、各療法士が共同して介入している。

#### **【結果】**

##### 1. 利用者数の推移と対応疾患

現在は約70名の利用者に対応しており、新規依頼は後を絶たない。対応している疾患は、脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、認知症などである。

##### 2. 利点

秦野市では唯一のSTが在籍する事業所であり、摂食・嚥下や言語機能の問題に対応することが可能である。また、関わりの中で優先度に応じて療法士を変更し、その時に必要なリハ（PT・OT・ST）を選択し提供することが可能である。

##### 3. 課題

事業所の特性上、24時間体制を取っていないため、終末期や難病などの夜間緊急対応が必要な方の依頼先としての優先順位が低くなってしまふ。

**【まとめと考察】** リハ特化型の利点として、利用者の必要性に合わせてPT・OT・STが臨機応変に対応しており、栄養面やコミュニケーション面も含めて、生活全体をサポートする介入が実践できていることが挙げられる。一方で、夜間急変の可能性のある利用者の依頼が受けにくいという課題がある。しかし、終末期や難病における在宅でのリハ需要は多く、療法士介入の必要性も高いと考える。これらは他事業所との連携を通じて対処可能であり、今後は一事業所単独ではなく、強みを持った事業所同士が地域で連携し、利用者をサポートしていく体制づくりが重要と考える。

## ㊦ 1P-24

### 独居高齢者のヘルスリテラシー向上にむけた学生ボランティア活動に関する研究－参加者の主観的健康感と健康関連項目－

松尾 泉、笹森佳子、細川満子

公立大学法人 青森県立保健大学健康科学部 看護学科

**【研究の背景および目的】** 独居高齢者には生活の不活性化をもたらす要因が多く、ヘルスリテラシー（以下HL）を向上させる動機付け支援や世代を超えた地域づくりが求められている。A県B市内で経年開催している独居高齢者対象の食事会において学生ボランティアによる健康教育を実施し、健康教育プログラム開発に向けた基礎データを得ることを目的とした。

#### **【方法】**

1. 健康教育の概要：地区社会福祉協議会主催の独居高齢者の引きこもり予防を目的とする食事会で実施する。C大学学生ボランティアグループが主催者との連絡調整・ポスター作成・会場準備など企画運営する。内容は食事・運動などに関する健康講話と軽体操で時間は40分程度である。

2. 調査方法：健康教育当日に自記式質問紙調査を実施し留置法にて回収した。調査期間は2015年8～9月、調査項目は対象者の基本属性（性別・年代・参加年数）や主観的健康感・主観的健康統制感、参加理由、身体状況の把握・健康行動である。回収した質問紙を匿名化しデータ管理した。データは変数ごとに統計量を集計し、年代・性別と各項目の関係を $\chi^2$ 検定により分析した。分析にはIBM SPSS Statistics20を用いた。

**【倫理的配慮】** 主催者・参加者に文書及び口頭で、研究内容や結果を学会発表に使用することなどを十分に説明し同意文書を用いて同意を得た。研究に先立ち、所属大学研究倫理委員会の承認（No-1538）を受けた。

**【結果および考察】** 質問紙を回収した66名中59名（89.4%）のうち有効回答55名（93.2%、男性9名・女性46名）を分析した。対象者の年代は80代（52.7%）が最も多く、食事会の参加年数は1～20年（10年以上20.0%）で、健康と回答した者は40名（83.6%）、健康は自己や医療によると回答した者は半数以上であった。民生委員の誘い43名（76.8%）や学生への期待19名（34.5%）を契機に、健康情報や方策を得るため参加しており、健康教育の開催はHL向上の社会的要因となることが推察された。

一方、対象者のうち9名（16.4%）は自己の身体状況を把握しておらず、健康行動として友人や近所付き合いの継続を挙げた男性（3名33.3%）は、女性（30名65.2%）の約半数であった。健康教育プログラムの開発には、個別性や性差を考慮したテーマや受講動機・選定の選定が必要であると考察された。

本研究は平成27年度青森県立保健大学研究推進・知的財産センター指定型研究費（ヘルスリテラシー推進研究、代表松尾泉）を得て実施した調査の一部である。

## ㊦ 1P-25

### 在宅におけるパーキンソン病療養者の日常生活を維持・拡大する上で困難となる要因への支援について - 自己効力感を高める支援 -

松丸直美<sup>1)</sup>、原田光子<sup>1)</sup>、富安眞理<sup>2)</sup>、平尾由美子<sup>3)</sup>

1) 亀田医療大学、2) 静岡県立大学 看護学部、3) 千葉県立保健医療大学

**1. はじめに** パーキンソン病(以下、PDとする)は、神経難病の中で罹患者が多い。治療は薬物療法が主流であり、薬物の効果が発揮されハビリテーションと相乗して日常生活行動が可能となる。以上のように、日常生活での積極的な日常生活行動の維持・拡大が必要になる。しかし、日常生活を維持・拡大する上で困難な要因を解決する必要がある。

**2. 目的** PD療養者の日常生活行動の維持・拡大にとって困難な要因を明らかにし、支援の方法を検討する。

**3. 研究方法** 日常生活行動の維持・拡大の困難な要因を以下、困難な要因とする。

1) 対象：在宅で生活するPD療養者10名(男性5名、女性5名)。60歳以上で重症度Yahr III。2) データ収集期間：平成26年4月中旬 3) データ収集方法：困難な要因について半構造化面接を実施 4) 分析方法：内容分析(Berelson, B)を実施。以下の手順とした。逐語録を作成し類似した文脈を『サブカテゴリー』、類似する『サブカテゴリー』を[カテゴリー]、更に類似した[カテゴリー]を【コアカテゴリー】とし、困難な要因を抽出した。

**4. 倫理的配慮** A県PD友の会会長へ調査内容について説明し同意を得た上で、患者会の開催時に調査内容、面接方法、データの匿名化、学会における公表、調査の協力は自由意志であることについて、書面と口頭でメンバーに説明した。配布した同意書を返信したことをもって参加への同意と判断した。面接は療養者の指定する場所で行われ、体調への影響を考え時間が長引かないよう、また途中で声をかけて本人からの申し出がしやすいよう配慮した。得られたデータは記号化し、入力・分析した。宮城大学研究倫理委員会で承認を得た。

**5. 結果・考察** 平均67.7歳、罹患期間6.3年、重症度Yahr IIIであった。独居世帯はない。以下、【】コアカテゴリーとする。困難な要因は、A【薬剤に伴う困難・心配・不快・拘束感】、B【症状のコントロールが不十分または病気の進行に伴う不安・葛藤】、C【日常生活の困難・日常生活の制限】、D【家でこもりがちである、そのことへの対処方法の工夫】の4つに分類された。

以上から日常生活を維持・拡大していくには、薬剤に関すること、症状に関すること、困難や制限に対処していくこと、社会参加に関することへの支援が必要だとと言える。これらの困難に対して療養者自身が対処できるよう支援していくために、知識のみならず、自己効力感を高めるような支援が有効だと考える。

科学研費助成事業“基盤研究C”課題番号25463558を受けている。

## ㊦ 1P-26

### 多様な場で働く看護職を対象とした継続看護マネジメント研修会の試行と評価

仁科祐子<sup>1)</sup>、長江弘子<sup>2)</sup>、乗越千枝<sup>3)</sup>、谷垣静子<sup>4)</sup>、岡田麻里<sup>5)</sup>、酒井昌子<sup>6)</sup>、片山陽子<sup>7)</sup>

1) 鳥取大学医学部 保健学科、2) 千葉大学大学院 看護学研究科、3) 日本赤十字九州国際看護大学 看護学部、4) 岡山大学大学院 保健学研究科、5) 県立広島大学保健福祉学部 看護学科、6) 聖隷クリストファー大学 看護学部、7) 香川県立保健医療大学 看護学科

**【目的】** 我々の研究グループでは、疾患や障がいとともに生きる人を支えるためにどの場で働く看護職にも共通する思考枠組みとして、「継続看護マネジメント」(Continuing Nursing Management; 以下CNM)の概念開発に基づいた研修プログラムの開発と試行を行っている。CNMは患者の生活と医療を統合し自立支援を目指す看護師の活動であり、地域の医療体制や環境にも働きかけるダイナミックな実践である。本研究の目的はCNM研修プログラム改善のために研修プログラムを評価することである。

**【方法】** 2016年1月にA地方の看護職84名を対象に1日6時間の研修を行った。研修は参加学習型で、CNMの概念と必要性を学ぶ講義、事例検討とグループワーク、全体討議で構成した。評価方法は研修終了時に無記名自記式質問紙調査を実施しその場で回収した。質問紙の項目は本研究会で独自に作成した20項目5件法の調査項目等である。倫理的配慮として参加者の自主的参加意思を尊重すること、調査票の提出をもって参加意思の確認とすることを、研修会の開始前に受講生に説明書を配布した上口頭で説明した。

**【結果】** 76名(90.5%)の回答があった。年齢は40代27名(35.5%)、50代22名(28.9%)、30代13名(17.1%)の順に多く、看護職経験年数は平均18.5(SD8.3)年であった。勤務場所は訪問看護ステーション28名(36.8%)、病院病棟14名(18.4%)、病院退院調整部門8名(10.5%)、介護施設7名(9.2%)、教員5名(6.6%)、外来・診療所4名(5.3%)であった。得点が高かった項目は「CNMが必要な社会背景が理解できた」4.41(SD0.52)点、「CNMの定義や概念が理解できた」4.39(0.52)点、「CNMの必要性が理解できた」4.55(0.53)点、「CNMについて新たな気づきがあった」4.51(0.60)点、「CNMへの関心が高まった」4.48(0.58)点であった。また58名(76.3%)がCNMを実践に活用できると回答した。得点が低かった項目は、「CNMの実践方法が理解できた」4.15(0.56)点、「自己課題が明確になった」4.11(0.65)点であった。

**【考察】** CNM研修会を評価した結果、CNMの概念理解や必要性、関心度は高く、CNMの概念に理解を得られたと考えられる。しかしCNMを実践で活用できるとした人が多い一方、実践方法理解や自己課題明確化で得点が低く、CNMを実践で活用するためのツール開発が必要である。今回の調査とB県C病院で行った同研修・調査結果と比較すると「CNMの必要性が理解できた」が両調査とも最高得点であり、CNMはあらゆる場で実践する看護師にとって必要な概念であることが確認できたと考える。

## ⑦ 1P-27

### 新人訪問看護師育成を担う事業所内指導者向け研修プログラムの開発

吉本照子<sup>1)</sup>、辻村真由子<sup>1)</sup>、長江弘子<sup>1)</sup>、保坂和子<sup>2)</sup>

1) 千葉大学大学院 看護学研究科、2) 千葉県看護協会

**【目的】** 新人訪問看護師を育成する事業所内指導者を対象とした研修プログラム(研修)を実施し、評価をもとに有用性等の観点から精錬する。

**【研修の概要】** ねらいは新人育成における指導者の役割、効果的な育成のための知識・技術の習得と実践力の獲得であった。内容は、新人訪問看護師の特性および学習支援者の役割、学習支援に必要なスキル、活用可能な教育資源としてA県の新卒者等訪問看護師育成事業の考え方と教育プログラムの概説と適用例に関する講義、新人の育成に関する自己と自組織の課題抽出のための個人ワーク・グループワークであった(計6.5時間、2015年2月実施)。

**【評価方法】** 研修終了後に無記名質問紙調査を行い、必要な知識の習得状況、指導に対する自己効力感等を把握し、各事業所の自律的な指導体制の構築に向けた研修の有用性の観点から課題を抽出した。調査項目は、新人の特性、学習支援者の役割、必要なスキルの理解、学習支援に関する不安感・困難感および研修による不安感・困難感の変化、受講者の属性、所属事業所の人員構成、新人の入職状況とし、「とても理解できた、やや理解できた、あまり理解できなかった、全く理解できなかった」等、4段階で評価することとした。集計は、できた、できなかったに該当する回答を合わせて2群とした、研究者の所属大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

**【結果】** 受講者37人、回答者25人(回収率67.6%)、新人訪問看護師の教育経験は2年未満19人、2-5年未満2人、5-10年未満1人、看護実習指導者研修受講経験あり8人、なし17人、新人指導経験の少ない者が主であった。新人の特性、学習支援者の役割、学習支援に必要なスキルに関し、「理解できた」者は各々22-24人であり、90.0%以上が知識を習得していた。一方、不安感、困難感を「感じている」者20人、うち不安感、困難感が「軽減された」者15人であった。不安感、困難感は、指導方法に関し「自分は「見て学ぶ」方式で教育されたのでどうすればいいかわからない」等、訪問看護師としての力量に関し「自分の経験・知識に自信がない」等、事業所の支援体制に関し「時間的余裕がない」等の内容であった。

**【結論】** 役割やスキルは理解されたが不安が残った。指導経験の少ない指導者の自己効力感を高めるために事例の活用等による学習支援が必要と考える。

## ⑦ 1P-28

### 訪問看護ステーションの経営安定に向けて管理者が適用している経営指標

山口絹世<sup>1)</sup>、吉本照子<sup>2)</sup>、杉田由加里<sup>2)</sup>

1) つくば国際大学医療保健学部 看護学科、2) 千葉大学大学院 看護学研究科

**【目的】** 訪問看護ステーション(以下、ステーション)の経営の安定をもとに、地域の在宅ケアニーズの量的・質的充足をはかるため、ステーション管理者(以下、管理者)が、経営が安定しているか否かを判断する際の目安となる、経営指標が必要であると考え、そこで、本研究の目的を、ステーションの経営安定に向けて管理者が適用している経営指標を検討することとした。

**【方法】** 1) 国内の看護学や経営学の書籍、商業誌、学会誌に掲載された総説、実践報告、実態調査等からステーションの経営状況を判断するための目安となる経営指標の候補項目を抽出した。2) 調査時に5年以上継続して運営され、経営が安定しているステーションにて、訪問看護連絡協議会等の役員に自薦・他薦され、研究の趣旨に同意を得ることができた9名の管理者へ経営指標の候補項目に関し意見を聴取した(調査期間：平成23年2-6月)。3) 専門家会議を実施し、経営指標の候補項目の重要性・妥当性、追加・修正について検討した。本研究は、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の審査・承認後、実施した。

**【結果】** 文献検討より、「平均単価」「粗利」「粗利率」「利益」「利益率」「人件費率」「スタッフ1人の1か月の訪問件数」の7項目を抽出した。9名の管理者への調査と専門家会議により、最終的に、「利益率」「人件費率」「平均単価」「スタッフ1人1か月あたりの訪問件数」「スタッフ1人1日あたりの訪問件数」「スタッフの定着率」「資本」の7項目となった。

**【考察】** 文献検討より得られた「粗利」「粗利率」「利益」よりも実践者は、「平均単価」「スタッフの定着率」等を安定の目安としていた。「平均単価」「スタッフ1人1か月あたりの訪問件数」「スタッフ1人1日あたりの訪問件数」は、日々の活動の中で、経営状況を判断する際に把握しやすいため、活用されたと考える。また、募集や教育コスト、訪問の継続およびケアの質保証の確保の点から、スタッフの定着は経営安定に重要な要素であり、「スタッフの定着率」も経営指標に適用されたと考える。先行研究では収益管理の指標を挙げていたが、管理者はケアの質保証が経営安定に重要と判断していることを示すと考える。

**【結論】** 今回、7つの経営指標が抽出された。今後、経験の少ない管理者を含め、この指標の妥当性について検証していく必要がある。

## ㊦1P-29

### 初回訪問シミュレーション演習をとり入れた教育方略

丸岡紀子、樋口キエ子、島田 昇、佐藤澄子、大谷和枝

群馬医療福祉大学 看護学部

**【目的】**「療養者と家族の生活のイメージ化を図り、訪問看護の役割を理解すること」を目指した演習での学びを明らかにすること。

**【方法】** 質問紙調査。1) 対象：A大学2年生88名 2) 調査期間：平成26年1月 3) データ収集方法：演習終了時に提出した演習目標の達成度の自己評価を用いた。4) 調査内容：在宅看護援助技術演習目標の達成度 (①情報収集、②アセスメント・計画立案、③基本的態度、④訪問看護師の役割理解、⑤自己の役割理解、⑥自己の課題の明確化) を「できない」「多くの助言を受けてできた」「少しの助言を受けてできた」「自立して一人でできた」で自己評価した。本演習は在宅における看護過程展開と、訪問看護における面接の演習を通して、アセスメント能力及び訪問看護の基本を学ぶことを目的とした。ここでいうシミュレーション演習とは、事例を用いて訪問看護師の初回訪問をロールプレイによってシミュレーションすることを言う。ロールプレイに先立ち学生にはあらかじめ事例を示し、初回訪問時に訪問看護師が収集すべき情報と収集方法、訪問時に必要な物品、情報収集の根拠を挙げるグループワークを行った。ロールプレイは、1グループ15分間とし、各グループの学生が訪問看護師役と療養者役を演じ、教員が療養者役を行った。演習の進め方は表1のとおり。

オリエンテーション	オリエンテーション	1回目演習	2回目演習	3回目演習	課題提出
個人ワークの説明事例提示	演習全体の説明	グループワーク (訪問計画立案)	ロールプレイ 2教室 (3グループずつ) 自己評価表記入	ロールプレイ 2教室 (3グループずつ) 自己評価表記入	計画用紙、全体像、自己評価

**【倫理的配慮】** 研究代表者の所属機関の倫理審査の承認 (14A:32) を得て実施している。

**【結果】** 有効回答率は、92.0%。①～⑤の目標達成度は、すべての目標において「少しの助言を受けてできた」が最も多かったが、②アセスメント・計画立案のみ、「多くの助言を受けてできた」19.3%で、他の項目と差があった。③基本的態度については自立して一人でできたと少しの助言と自己評価した学生を合わせると80人 (91%) であった。収集する情報の優先順位、計画の修正、対応困難な質問への誠実な対応は「多くの助言」を必要とするが多かった。

#### 【考察】

- 演習における訪問看護のイメージ化：学生は、訪問看護師の活動、療養者の生活を十分想像することが困難なため、初回訪問の際に少ない情報から訪問看護師が何を何のために情報集めるのか、予想することが難しく、本演習において、計画立案で助言が必要と自己評価する学生が多かったと考える。
- 家族を理解することの難しさ：在宅看護では、家族からの情報提供、家族支援、家族との信頼関係等、家族が重要である。本演習では教員が家族役を演じ、学生を誘導する質問や態度を示したが、学生が臨機応変に対応することが難しく、誠実に対応することの難しさを感じていた。
- 演習と実習の繋がり：基本的態度の自己評価は高いが、実習において指導者からマナーに関する指摘を受けることもある。演習での自己評価とその習得(実習での実践)とは差があるため、今後も指導の工夫が求められる。

## ㊦2P-1

### 訪問看護師の職務に対する欲求 —質問紙作成のための文献による概念の整理—

眞野明日花<sup>1)</sup>、平山香代子<sup>2)</sup>、王 麗華<sup>3)</sup>

1) 社会医療法人かりゆし会 ハートライフ病院、2) 亀田医療大学、3) 国際医療福祉大学

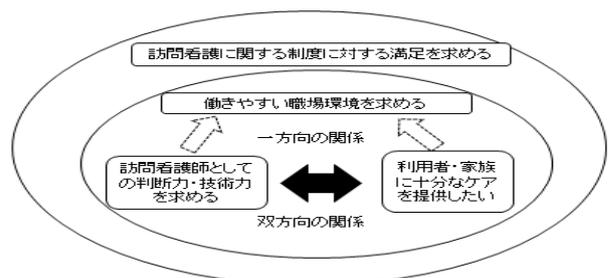
**【目的】** 訪問看護師の職務に対する欲求の内容を知るために、文献から欲求に関する記述を抽出し、概念間の関係を整理した。その後、整理された概念によって訪問看護師の職務に対する欲求を明らかにする質問紙を作成した。

**【方法】** 対象：医学中央雑誌web版にて、訪問看護師の職務に対する欲求に関連する「ストレス」「職務満足」などの概念で検索した93件の原著論文を精読した結果、17のサブカテゴリ、4のカテゴリに分類し、カテゴリ間の関係を図に示した。さらにカテゴリを項目とした質問紙を作成した。期間：2015年4月～9月

**【倫理的配慮】** 本研究で用いた文献は既に公表された原著論文であり倫理的配慮がされている。

**【結果】** 訪問看護師の職務に対する欲求を分類すると、大きく4つのカテゴリに分かれ、訪問看護師は「利用者・家族に十分なケアを提供したい」からこそ、自身の「訪問看護師としての判断力・技術力を求める」という訪問看護師の内面に向けた欲求や、「働きやすい職場環境を求め」たり、「訪問看護に関する制度に対する満足度を求める」などの欲求が抽出された。訪問看護師自身の能力を求める欲求と、十分なケア提供の欲求の間には双方向性がみられるが、職場環境や制度への充実に対する欲求は一方向であり、看護師の孤立した状況がみえてきた。本研究では、抽出された概念を使って訪問看護師の職務に対する欲求の実態調査のための質問紙を作成したので、今後は実態調査を実施する計画である。本研究は、平成27年度亀田医療大学の卒業研究論文の一部を再検討したものである。

(図1：訪問看護師の職務に対する欲求の概念間の関係)



## ㊦2P-2

### 訪問看護師が経験するモラルディストレスと対処方法 —がんの療養者とその家族介護者への支援の実際から

伊藤隆子、藁谷藍子、大園康文、小竹久実子、羽場香織

順天堂大学医療看護学部 在宅看護学

**【目的】** 本研究の目的はがんの療養者とその家族介護者へのケア提供の際に訪問看護師はどのような状況でどのようなモラルディストレス（以下MD）を経験し対処しているのかを明らかにすることである。

**【方法】** 訪問看護の経験4年以上の訪問看護師へ半構成的インタビューを実施した。インタビューは録音し逐語録に起こし、専門職の信念や価値観に基づく倫理的/道徳的に適切な行動が必要であるという判断が、様々な要因によって行動が抑制され、苦痛な気持ちと心理的不安定さを生じる（伊藤2012）という先行研究のMDが生じるプロセスに沿って整理した。本研究は所属する大学の倫理審査委員会の承認を得た。

**【結果】** 9名の訪問看護師から11事例の語りが得られた。訪問看護師は平均44.7歳（35-51）の女性であり、訪問看護師経験平均8.6年（4-14）であった。語られた事例は60-90歳代の女性5名、男性6名であり、疾患は肺がん2名、肝臓がん2名、胃がん2名他であった。

訪問看護師は看護専門職として「亡くなっていく療養者の思いや望みを尊重するべき」「最後まで家で過ごしたいという希望を支えるべき」「安楽に死を迎えるために無駄な治療はするべきではない」「家族は利用者にとり向き合い心を寄せてケアするべき」という倫理的判断をしたが、「現在の法律では利用者の希望をかなえることができない」「緊急時に的確な対応がなされない」「在宅医と訪問看護師の連携がうまくいかない」「家族の介護力が乏しい」「適切な治療を療養者が拒否する」ことで看護専門職としての行動が抑制され、痛みのコントロールができない「辛さ」や、揺れ動く気持ちに寄り添えない「もどかしさ」、「いらだち」「後悔」「自責の念」「憤り」「ジレンマ」というMDを経験していた。

それらへの対処方法として訪問看護師は、「療養者の思いや希望を最優先にする」ことをしつつも「家族介護者の思いも考慮し無理強いはいしない」調整をし「スタッフ間での情報の共有」「周囲から助言をもらう」など「訪問看護師として療養者にできる限りの支援をやりきる」「療養者の死後に改めて自己の看護実践を内省し最善を尽くしたと意味づける」という「自分のケアを承認する」という対処を行っていた。

**【考察】** 本研究で語られた訪問看護師のMDは、やがて迎える「死」を見据え、療養者の意向・意思を尊重した最後の時を迎えられるよう苦痛の緩和を最大限に行う看護職の責務に関連したものであった。

## ㊦2P-3

### 病棟勤務から訪問看護ステーション業務に移行した直後に看護師が感じる戸惑い・困難

平尾由美子<sup>1)</sup>、原田光子<sup>2)</sup>、山田志枝<sup>3)</sup>、大桐四季子<sup>4)</sup>、佐藤富子<sup>5)</sup>

1) 千葉県立保健医療大学、2) 亀田医療大学、3) 山形大学医学部看護学科、4) ふたわ訪問看護ステーション、5) まくはり訪問看護ステーション

**1. 研究背景および目的** 訪問看護に従事する看護師は、施設内看護を経験している者が大多数を占める。しかしながら離職率は高い傾向にあり、在宅において新たな困難が生じていることが推測される。そこで、病棟から訪問看護業務に移行した看護師がその直後に抱く戸惑いや困難の具体的内容を分析し離職防止へ向けた取り組みへの示唆を得ることを本研究の目的とする。

#### 2. 方法

1) 研究(データ収集)期間：平成27年9月～10月

2) 研究対象：病棟での勤務経験を2年以上経過後、訪問看護に従事して1年前後の看護師4名

3) データ収集方法：半構造化面接

面接実施時期：訪問看護業務移行後3ヶ月～14ヶ月

4) 分析方法：質的帰納的分析

面接によって得られた内容から逐語録を作成し最小の意味内容ごとにコード化した。コードから「訪問看護業務に移行して感じた戸惑い・困難」に関わる内容について吟味し、意味内容を損なわないようにカテゴリー化した。カテゴリー化した内容を更に研究者間で合意できるまで繰り返し検討した。得られた結果は、メンバーチェックを行った。

5) 倫理的配慮：研究者の所属機関 倫理委員会の承認を得た。研究参加対象者には口頭および文書にて研究の趣旨および自由意思の尊重、個人情報保護を説明し、同意書への署名をもって確認した。

**3. 結果** 分析対象とした4名の看護師経験年数は2年半から24年であった。

訪問看護に移行した直後に感じる戸惑い・困難は【家族の意向や家庭の状況に合わせて妥協する】【一人で判断する自信がないための不安】【病棟にはある材料や薬剤がその場にないため工夫が必要】【利用者の治療方針や薬剤の情報不足】【病棟で行ってきた看護が通用しない】【判断基準が病院と異なる】【他機関との連携方法に制約がある】【利用者や家族との信頼関係構築に自信がない】【拘束時間が長いことによる心身の疲労】【人的制約で休めないプレッシャー】【交通手段の気苦労】【落ち込んだ時に孤独感を強く感じる】【訪問看護実践のための知識・研修不足】の категорияに集約された。

**4. 考察** 治療を主な目的とする病院の看護方法を身につけた看護師は、生活の場である在宅で相手に合わせた看護展開を「妥協」と捉える傾向がある。それまでの看護実践方法が「通用しない」と感じる場面で、戸惑いや困難を感じていること、また勤務形態の変化による疲労が困難感に繋がっていること等が示唆された。

## ㊦2P-4

### 訪問看護師における巻き込まれに関する研究

吉田美穂、古城幸子

新見公立大学

訪問看護師は対象者の生活の困難さや家族介護の実態をみることにより、感情を揺さぶられ対象者へ巻き込まれることが考えられる。さらに、巻き込まれることが、訪問看護師の疲弊を増大させているのではないかと推測される。訪問看護師のバーンアウトや離職に関する研究はみられるが、訪問看護師の巻き込まれについての研究は少なく、訪問看護師の巻き込まれの現状を把握することを本研究の目的とした。

A県の訪問看護ステーション連絡協議会に所属する訪問看護ステーションに勤務している訪問看護師638名に対し、自己記入式質問紙調査を実施した。調査内容は対象者の属性、在宅療養者の状況(8場面)の経験の有無、Over-Involvement尺度、離職意思については自由記述にて回答を求めた。分析は、Over-Involvement尺度の因子分析、記述統計、Over-Involvement得点の関連要因について、マンホイットニーU検定、クラスカル・ウォリス検定を用いた。離職意思に関する自由記述は一文一意味でコード化し、内容分析を実施した。回収数は241人であった。分析対象は、欠損値のない201人とした。なお、本研究は新見公立大学倫理委員会の承認を得て行った。(承認番号64)

対象者の属性は女性200人(99.5%)、男性1名(0.5%)、平均年齢は47.76歳(標準偏差8.05)、訪問看護師平均経験年数は8.11年(標準偏差6.43)、看護師平均経験年数は21.98年(標準偏差8.6)であった。因子分析の結果、Over-Involvement尺度は訪問看護師においても使用可能な尺度であり、巻き込まれ得点が高い訪問看護師が認められた。また、在宅療養者の状況別にみたOver-Involvement尺度得点では、在宅療養者の悲嘆を聞いたものはOver-Involvement得点が有意に高い結果であった。離職を考えた理由をコード化し内容分析を実施した結果、【管理者としての責任と苦悩】【身体的精神的な負担感】【人間関係のストレス】【ケアへの不安】【業務システムへの不満】【仕事と家庭の両立困難】【訪問看護師への不適応】の7カテゴリが抽出された。カテゴリ【ケアへの不安】では、「一人で利用者の問題を抱え込んだ」という記述があり、離職を考える理由に巻き込まれに関する内容があることが認められた。今後の研究課題として、巻き込まれに関する要因の探索、離職との関連が明らかになった。

## ㊦2P-5

### 訪問看護事業所に従事する訪問看護師の目標設定の構造 -訪問看護師の夢と訪問看護師が考える弱みから-

小森直美

防衛医科大学校医学教育部看護学科 地域看護学講座

**【目的】** 本研究は訪問看護事業所に勤務する看護師の夢と看護師自身が感じている弱みから、看護師の目標設定の構造を明らかにする。

#### 【研究方法】

##### 1. 調査対象

A県内25訪問看護事業所の訪問看護師125名。

##### 2. 調査期間

平成26年1月から平成26年2月

##### 3. 調査方法と内容

125名の訪問看護師に対し、研究協力の依頼状、新たに作成した無記名自記式質問紙、返信用封筒を各訪問看護事業所に郵送し回収した。

調査項目は1. 訪問看護師の基本属性、2. 訪問看護事業所における自分の目標、3. 訪問看護師自身の弱み、4. 訪問看護師自身の夢についてとした。1. 基本属性については単純集計、2. 3. 4. は自由記述とし質的内容分析を行った。

**【倫理的配慮】** 訪問看護事業所管理者25名の承諾を得た。質問項目は25名の管理者に相談し作成した。また、福岡県立大学研究倫理委員会において倫理審査を受けた。

**【結果・考察】** 対象者125名中99名から回答が得られた(回収率79%)。

1. 対象者の基本属性は平均年齢40.4歳、看護師歴±SDは19.7±8.11年であった。資格は看護師87名(88%)、准看護師12名(12%)、雇用形態は常勤雇用70名(71%)、非常勤雇用25名(25%)、期限付き非常勤雇用4名(4%)であった。訪問看護事業所の勤務年数±SDは6.42±5.23年、従業員数±SDは7.58±3.74年であった。

2. 訪問看護師の目標は<個人のスキルアップ目標><組織のマネジメント目標><顧客満足度の向上目標><社会貢献目標>であった。

3. 訪問看護師の弱みは<看護師個人の弱み><利用者・家族との関わりについての弱み><組織・システムの弱み><社会・多職種連携に関する弱み>であった。

4. 訪問看護師の夢は<自分自身のスキルアップのビジョン><利用者・家族が自分らしく生活できるようにするためのビジョン><組織のビジョン><社会・制度改革のビジョン>であった。

5. 訪問看護師の目標設定の構造は、<利用者・家族が自分らしく生活できるようにするためのビジョン>のために、<看護師個人の弱み>と<利用者・家族との関わりについての弱み>を克服し、<個人のスキルアップ目標>と<顧客満足度の向上目標>を掲げていることがわかった。

**【結論】** 訪問看護師は、自分自身のためだけでなく、利用者・家族が自分らしく生活できるようにするために目標設定している。

## ㊦2P-6

### 一人暮らし認知症高齢者の身体的、精神的症状の安定化を図る 訪問看護師の援助の構造

松下由美子

大阪府立大学地域保健学域 在宅看護学分野

**【目的】** 本研究の目的は、一人暮らし認知症高齢者の身体的、精神的症状の安定化を図る訪問看護師の援助の構造を示すことである。

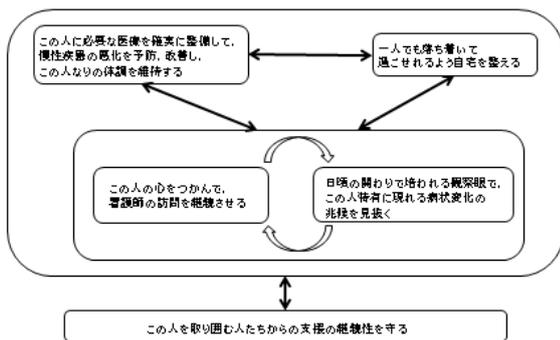
**【方法】** 対象は14名の訪問看護師（訪問看護師経験年数:平均10.5年）で、インタビューでは一人暮らし認知症高齢者の身体的、精神的症状の安定化を図る具体的な援助内容と、その援助を行った意図を聞き取った。分析ではインタビュー内容を継続的に比較しながらカテゴリーを生成後、各カテゴリーの関係に留意して構造化した。

調査は看護師と認知症高齢者の匿名性、協力の自由、不利益の排除について説明し文書で同意を得た。また、A大学倫理委員会の承認を得た。

**【結果】** 語られたのは18事例でその内男性は4事例、年齢は70～90歳代で要介護度は2-5であった。

分析の結果、一人暮らし認知症高齢者の身体的、精神的症状の安定化を図る訪問看護師の援助下記のように構造化された。このうち【この人の心をつかんで、看護師の訪問を継続させる】と【日頃の関わりで養われる観察眼で、この人特有に現れる病状変化の兆候を見抜く】の2つはまとめて1つのプロセスとして中心に存在し、中核カテゴリーとして機能していた。

**【考察】** 本研究の結果から、看護師は一人暮らし認知症高齢者とまずはなじみの関係を築き専門家の視点で医療、生活環境を整えながら、さらに認知症高齢者の一人暮らしを支援するサポートネットワークの構築と維持を図る援助も行っていることが示された。



図：一人暮らし認知症高齢者の身体的、精神的症状の安定化を図る訪問看護師の援助の構造

## ㊦2P-7

### 独居要介護高齢者の安全に関する訪問看護実践の実態 - 近畿地方実態調査からの検討 -

小枝美由紀

兵庫県立大学 看護学部

**【目的】** 本研究の目的は、独居要介護高齢者の24時間365日の生活上での安全を目指して訪問看護師が訪問時間内外を含めて行う実践の実態を調査することである。

**【方法】** 本研究は、近畿地方の訪問看護ステーション管理者を対象とした質問紙調査による実態調査研究である。

1. 調査対象：層化無作為抽出によって抽出された近畿地方の訪問看護ステーション管理者。配布数600名、回答数99名（回収率16.5%）、有効回答数75名（有効回答率75.8%）。
2. 調査項目：①訪問看護師の背景（訪問看護師経験年数等）、②独居要介護高齢者の安全に関する訪問看護実践頻度について5大項目＜事故＞＜体調悪化＞＜急変＞＜虐待＞＜災害＞を採取した。なお、＜災害＞のみ17小項目で、その他は23小項目であり、全て5件法（1.とてもよく行っている～5.全く行っていない）にて採取した。
3. 分析：各調査項目について記述統計を行った後、＜事故＞＜体調悪化＞＜急変＞＜虐待＞のリスクに対する実践頻度、＜災害＞のリスクに対する実践頻度の各小項目間でリスク毎に一元配置分散分析を用いた後、多重比較（Bonferroni法）を行った。有意水準は5%未満にした。
4. 倫理的配慮：本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を受けて実施した。

**【結果】** 一元配置分散分析の結果、全ての大項目の各小項目間で有意差がみられた。多重比較の結果、全ての大項目で、疾患・医療的管理などの身体アセスメント、問題発生後の対応及び予防的視点での直接ケアがフォーマル・インフォーマルサポートとの連携、協働に比べて有意に実施されていた。

**【考察】** 独居要介護高齢者の安全のために訪問看護師は、医療職として身体アセスメントとケアを行う頻度が高く、それに比べフォーマル・インフォーマルサポートとの連携や協働の頻度が少ないことが明らかになった。医療専門職として支援に携わる上では当然の結果ともいえるが、独居要介護高齢者の生活上の安全を支えるためにフォーマル・インフォーマルサポートとの連携、協働は必要不可欠であり、現状把握からの課題抽出とよりよい在宅チームケアのための方策提案の必要性が示唆された。

なお、本研究は平成26～27年度科学研究費助成事業研究活動スタート支援（課題番号26893237）の助成を受けて実施したものの一部である。

## ㊦2P-8

### 訪問看護ステーションにおける口腔ケアと訪問看護利用者の口腔の健康状態に関する実態調査

岡田 忍<sup>1)</sup>、西尾淳子<sup>1)</sup>、森 恵美<sup>1)</sup>、石井邦子<sup>2)</sup>、  
日下和代<sup>2)</sup>、麻生智子<sup>2)</sup>、大滝千智<sup>2)</sup>、新居直実<sup>3)</sup>、  
伊藤真知子<sup>4)</sup>

1) 千葉大学大学院 看護学研究科、2) 千葉県立保健医療大学 健康科学部、3) 株式会社デンタルサポート、4) フリーランス歯科衛生士

**【研究目的】** 口腔機能維持管理加算等の導入により、歯科専門職が施設の高齢者の口腔ケアに関わる機会は増加しているが、在宅高齢者への関わりは少ないと推測される。そこで、訪問看護師と歯科専門職との連携について示唆を得るため、訪問看護ステーション（以下ステーション）における口腔ケアの現状、訪問看護利用者の口腔の状態について質問紙調査を実施した。

**【研究方法】** A県のホームページに掲載されているステーション228件に調査票を郵送、あるいは研究グループメンバーが関わっている訪問看護ステーション60件に直接手渡しし、回答を依頼した。訪問看護利用者については、ステーションを介して介護者に調査票を渡してもらい、回答を依頼した。本調査の実施に際しては研究者所属施設の倫理審査委員会の承認を得た。

**【研究結果】** ステーション46件（郵送17件（回収率7.8%）、手渡し29件（回収率48.3%））、利用者41名から回答を得た。ステーションについては34件（73.9%）が、必要な利用者にアセスメントを実施していたが、約半数が困難を感じていた。ケアで困難を感じる内容は「開口・閉口状態の維持」32件（69.6%）「ケア拒否」29件（63.0%）「高度の誤嚥のリスク」26件（56.5%）等であった。歯科専門職の訪問に同行したことがあるものは18件（39.1%）であった。利用者の概要は、平均年齢79.1±9.9歳（53～95歳）、要介護4・5 29名（70.7%）、残存歯数8.6±10.0本（0～32本）、経口摂取32名（76.2%）、胃瘻8名（19.0%）であった。口腔ケアの頻度は、1日1～2回が22名（52.4%）と最も多かったが、胃瘻のうち3名は週2～3回ないし2～3週に1回であった。口腔の状態で最も多かったのは、口腔乾燥で、「あてはまる」「ややあてはまる」合わせて11名（26.2%）であった。訪問看護師の口腔ケアについては「定期的なアセスメント」「必要性の説明」「ケアの指導」「情報提供」について9～15名の利用者が「まったくあてはまらない」と回答していた。

**【考察】** 口腔のアセスメントやケアにおいて困難を感じているステーションが多いこと、利用者からみても口腔ケアが十分に行われていないケースがあることがうかがわれ、在宅においても歯科専門職と訪問看護師が協働していく機会を増加させていく必要があると考えられた。

## ㊦2P-9

### 高齢者の使用する点眼薬の汚染状況について

宮里夢乃<sup>1)</sup>、野口成美<sup>1)</sup>、西尾淳子<sup>2)</sup>、岡田 忍<sup>2)</sup>

1) 千葉大学 看護学部、2) 千葉大学大学院 看護学研究科

**【研究目的】** 点眼薬の汚染経路として睑や手指等との接触が考えられるが、手先の巧緻な動きが困難になったり、視力が低下した高齢者では、このような機会が増加すると推測され、それに伴って点眼薬の汚染も増加すると推測される。そこで、高齢者の点眼薬の使用状況、細菌汚染の実態、両者の関連について検討することを目的に本研究を行った。

**【研究方法】** A市の高齢者対象事業の参加者で点眼薬を使用しており、研究について同意の得られた23名に対して質問紙調査を実施した。そのうち20名が使用している点眼薬容器の、先端周囲を滅菌生理食塩水に浸した滅菌綿棒を用いて3周分拭き取り、リン酸緩衝生理食塩水1ml中でミキシングした後、滅菌綿棒をハートインフュージョン寒天培地（Heart Infusion Broth：Difco加1.5%寒天）に擦りつけ塗抹し、残った生理食塩水もすべて培地に接種させ細菌学的検査を行い、両者の関連について分析した。本調査の実施に際しては研究者所属施設の倫理審査委員会の承認を得た。対象者に対しては、どういう使い方をしていると点眼薬が菌で汚染されやすいのかを調べるという目的で、現在使用中の目薬から試料を採取し菌がどれ位いるのか調べさせてもらうこと、普段の目薬の使い方についての質問に答えてもらうことを説明した。回収した試料や質問紙は誰のものか分からないように、識別のために対象者ごとに識別番号を割り付けて取扱うこと、研究結果は卒業発表会や学会、学術論文などで公表するが、その際対象者の名前は匿名とし、個人が特定されないような表現を用い配慮すること、研究への参加は強制ではなく一度同意した後でも同意を取り消すことができ、参加を断っても事業への参加など施設で受けているサービスには一切影響しないこと、研究に協力してもらう際は、事業の活動に支障がないよう時間を設けて実施すること、試料採取時は清潔を保って点眼薬が汚染されないよう配慮すること、などを説明した。これらに同意を得られた者を研究対象者とした。

**【研究結果】** 回答者は、60歳代1名（4.3%）、70歳代10名（43.5%）、80歳代12名（52.2%）であった。点眼薬の使用頻度は、1日に2～4回が15名（75.5%）と最多で、点眼時の睑や睫毛との接触は、15名（63.2%）が「ある」と回答し、うち5名は「毎回触れている」と回答した。点眼時の困難については「距離感がつかめない」7名（53.8%）、「手がふらつく」1名（7.7%）といった回答があった。点眼薬の不適切な使用が目にも悪影響を及ぼすことは15名（65.2%）が知っていたが、添付文書等を確認していたのは12名（52.2%）であった。30個の点眼容器先端から試料を採取し、そのうち25個から54株を分離した。25株を皮膚の常在菌であるコアグラゼ陰性ブドウ球菌が占め、*Bacillus*属を主とするグラム陽性桿菌、*Acinetobacter baumannii*などのグラム陰性桿菌も検出された。菌の検出が見られたケースでは数種類の優勢菌が増殖している場合が多く、最大では個 $10^4$ を超えるものもあった。菌の検出の有無と関連のみられた質問紙の回答は「不適切な使用方法の危険性の理解」「添付文書等の確認」であった。

**【考察】** 高齢者の使用している点眼薬容器は高頻度に汚染されており、検出された細菌の半数をコアグラゼ陰性ブドウ球菌が占めていたことから、汚染の多くは点眼時の睑などへの接触によると推測された。点眼薬の安全に使用してもらうためには正しい点眼方法、点眼時に睑等に接触しないような方法の工夫、接触した後の対処について周知していく必要があると思われた。

## ㊦2P-10

### 便秘ケアを受けている神経難病療養者の排便状況の満足度と諸要因との関連性

井口久美<sup>1)</sup>、スーディ神崎和代<sup>2)</sup>

1) 札幌市立大学大学院 看護学研究科研究生、2) 札幌市立大学大学院 看護学研究科

**【目的】** 神経難病療養者(以下、療養者)は、病状の進行に合わせて家族や医療専門職者にADLの支援を受けて生活をしている。本研究は、訪問看護で便秘ケアを受けている療養者の排便状況の満足度と諸要因との関連性を明らかにする。

**【方法】** 対象者：道内訪問看護事業所や医療機関の訪問看護を利用して便秘ケアを受けている療養者

調査期間：2013年7月-10月末

調査方法：無記名の選択回答式質問紙を用いた

分析方法：排便状況の満足度を『満足』群と『不満足』群に再割り当てを行い、性別・便秘の発生時期・室内の移動方法・便秘の不安の解消で期待できる事の項目とFisherの直接確率法を有意水準5%で実施した

**【倫理的配慮】** 札幌市立大学大学院倫理審査会の承認後に実施

**【結果】** 72名の療養者に配布、45名から回答を得た。排便状況の満足度は『満足』22名『不満足』22名。結果は表1で示す。

表1. 満足度と諸要因との結果

項目	満足 n(%)	不満足 n(%)	無回答 n(%)	p
男性(17名)	9(52.9)	7(41.2)	1(5.9)	.755
女性(28名)	13(46.4)	15(53.6)	0(0.0)	
発病前から便秘のある療養者	9(52.9)	8(47.1)	0(0.0)	.528
発病後に便秘が生じた療養者	9(32.2)	13(46.4)	6(21.4)	
室内移動：立位(独歩・杖など)	11(44.0)	13(52.0)	1(4.0)	.763
重いすなど	11(61.1)	7(38.9)	0(0.0)	
排便コントロールで精神的負担の軽減	期待できる 10(37.0)	16(59.3)	1(3.7)	1.39
	期待できない 7(38.9)	3(16.7)	8(44.4)	

Fisherの直接確率法 (両側)\* $p<0.05$

**【考察】** 便秘の発生時期では、17名が発病前から便秘であり、病気が必ず影響しているとはいえない。歩くことが便秘には効果があるとされているが、独歩でも便秘になり7名が『不満足』であった。

療養者の排便状況を『満足』へと導くには、歩けるなどの運動的側面だけではなく、療養者を全人的に把握して、身体的側面の便秘ケアだけではなく、その人らしさへの精神的な関わりも必要だと考える。

**【結論】** 療養者の満足度は、ADLなどの諸要因との関連性はみられず、精神的な関りの重要性が示唆された。

## ㊦2P-11

### 大学生の医療事前指示書に対する認識の実態調査

下田裕子<sup>1)</sup>、スーディ K. 和代<sup>2)</sup>

1) 横須賀共済病院、2) 札幌市立大学大学院 看護研究科

**【研究背景と目的】** 人生の最終段階でどのような医療を望むかの書面による事前の意思表示は重要である。厚生労働省による意識調査では、医療事前指示書(以下、事前指示書)を予め用意しておくことに69.7%が賛成としたが、3.2%のみが用意していた。終末期患者の意思が不明な場合、家族が治療に関する決定に困難を感じており、青年期を対象とした研究はない。本研究は大学生の医療事前指示書に関する認識内容を明らかにすることを目的とした。

**【用語の定義】** 医療事前指示書とは、自分で判断できなくなった場合に備え、どのような治療を受けたいか等を事前に記載した書面を指す。

**【研究方法】** 研究デザイン：量的記述的研究デザイン 研究対象者：同意を得たA大学B学部、C学部1年～4年生520名 研究期間：2014年4月～12月 調査方法：無記名自記式質問紙調査 調査内容：基本属性10項目、医療事前指示書に関する7項目

**【分析方法】** IBM SPSS Statistics22を用いクロス集計 $\chi^2$ 検定を行った。

**【倫理的配慮】** 札幌市立大学看護学部卒業研究倫理審査会の承認を得た。

**【結果】** 383部回収(回収率73.7%)、有効回答333部(有効回答率86.9%)。対象者：B学部168人、C学部165人。事前指示書という言葉を知ったことがありと回答したB学部(29.8%)、C学部(48.5%)間に有意差があった( $p<0.01$ )。65.5%の学生が事前指示書を必要と考え、2.7%が用意していた。両学部とも事前指示書を「存在を知らなかった」ため用意せず、自由記載では57.5%が事前指示書に対する正しい理解が不足していることが示された。

**【考察】** 事前指示書を必要と考える割合は厚生労働省の意識調査と類似する。事前指示書により家族に対する心理的負担の軽減になることは明らかである。事前指示書を青年期から学び準備していく機会を得られる環境を整えていくことが全体の事前指示書準備率を高めると考える。

**【結論】** 65.5%の学生が事前指示書を必要と考えていた。極少数のみが用意していたが、定義が統一されていないためその内容は様ではない可能性があり、又、事前指示書に対する適切な情報の提供が不足していた。

**【研究の限界と展望】** 男女差が均一ではなく、事前指示書を用意している学生の割合について信頼性が低いため本研究結果を一般化させるには限界がある。異なる背景を持つ同年代を対象に調査を行う予定である。

## ㊦2P-12

### 通所介護施設における看取りを視野に入れた看護の実践

川添恵理子

北海道医療大学看護福祉学部看護学科 地域保健看護学

**【研究目的】** 近年、我が国では療養の場所及び看取りの場の体制整備を喫緊の課題としている。介護が必要になった場合の本人・家族への調査では「在宅介護と外部サービスを組み合わせて受けてみたい」というニーズが上位を占めており、今後は人生の終焉にむけた支援について、通所介護施設にもその機能が求められると考えられる。本研究は、通所介護施設において対象者への看取りを視野に入れた看護師の実践を明らかにし、通所介護施設において対象者が最期を迎えることができるような看護のあり方について示唆を得ることを目的とした。

**【研究方法】** 通所介護施設において看取りを視野に入れた看護を実践した看護師1名に、利用者1名を思い浮かべて頂き、インタビューを行った。分析は逐語録を精読し、文脈からよみとれる、通所介護施設において看取りを視野に入れて行った看護について語られた内容をコード化した。類似した内容からサブカテゴリー・カテゴリーを抽出し分析した内容を考察した。

**【倫理的配慮】** 所属大学の研究倫理審査委員会の承認を得た後、研究対象者に研究趣旨、調査協力への自由意志、匿名性、研究目的の以外に使用しないこと等を説明し同意を得て実施した。

**【結果】** 利用者はがん終末期の診断を受けてから転入し、独居。知人による介護、訪問看護、往診を受けていた。看護師は以下の実践を行っていた。最期まで普段通りの生活を送りたいという本人の意思を尊重した。知人の看取る覚悟を支えた。関連職種間で看取りの合意形成を行った。訪問看護との連携により体調変化を予測した。通所介護施設職員が不安なく送迎やケアが行えるよう教育した。他の利用者達への配慮を行うことで、自分達も最期まで当施設で見て貰えるという安心感に繋がった。看取り時の体制は、家では訪問看護と知人により、通所介護施設では看護師とケアワーカーにより、いずれも主治医の往診了解を得ていた。

**【考察】** 利用者は知人による介護や慣れたサービスを受けながら、暮らし続けることが可能であると考え日々を過ごし、日常生活延長線上において望む最期を迎えることができた。そのための通所介護施設看護のあり方として、利用者の目標を共有し、看取りの合意や体制整備にむけたteambuildingの重要性が示唆された。

## ㊦2P-13

### 外来における在宅看護専門看護師と訪問看護認定看護師の連携による在宅看取り支援～最期まで役割を遂行したいと望み、入院を拒んだ終末期患者の事例～

柏木久美子<sup>1)</sup>、戸崎亜紀子<sup>2)</sup>

1) 福島県立医科大学会津医療センター附属病院、2) 星訪問看護ステーション

**【目的】** 近年外来における在宅療養支援が注目されているが、外来における在宅看取り支援について看護実践の内容を可視化したものは少ない。本研究の目的は、在宅看護専門看護師（以下、在宅看護CNSとする）と訪問看護認定看護師（以下、訪問看護CNとする）が、入院を拒む終末期患者の希望を尊重し、在宅看取り体制を構築し看取ることのできた1事例への看護実践の過程を検討し、その内容について明らかにすることである。

**【方法】** 対象：A氏 60歳代男性 会社経営 アルコール性肝硬変末期。B病院の主治医を信頼し、平成X年より車で1時間かけて通院していた。平成X+4年1月からは外来で腹水穿刺を施行。翌月には予後一週間と告知されたが、A氏は社長としての役割を果たすために入院を拒否し、状態悪化時はB病院に来院する事、自宅で急変した場合主治医が往診する方針となった。しかし、主治医不在時に自宅で死亡した場合、検死となる可能性があった。分析：A氏の看取りまでの経過を振り返り、A氏の希望を尊重するために行った看護実践の過程と意図を言語化し内容を検討した。倫理的配慮：本研究の実施にあたり、A氏のご家族に対し研究の目的と個人情報保護への配慮について口頭と文書で説明し承諾を得た。また、研究参加について発表者かつ対象者である在宅看護CNS、訪問看護CNの同意を得、所属病院の臨床倫理委員会の承認を得た。

#### 【結果】

1. 在宅看護CNSは倫理的観点から全体像を捉え、患者・家族の希望を尊重するための最善の方法を主治医に提案した。
2. 在宅看護CNSは主治医と協働して患者・家族の意思決定を促し、今日明日にも最期となるかもしれない切迫した状況下でも病院からの急な依頼を受けてくれる在宅医と訪問看護ステーションに連携した。
3. 訪問看護CN（訪問看護ステーション管理者）は、病院からの情報をもとに患者・家族の意向や病状を把握し、在宅医に了承を取った。そのうえで速やかに受け入る判断を下し、サポート体制を構築した。
4. 在宅医や訪問看護師は、患者・家族に寄り添い看取りまでの時間をサポートした。

**【考察】** 入院せず最期まで自宅で過ごしたいと望む外来患者や家族への支援では、外来看護師が起点となって地域医療と連携し在宅看取り体制の構築を速やかに進める必要がある。今回は1事例に限定した結果であり、看護実践の過程を一般化するためにさらに事例を重ね、研究を継続していく。

## ㊦2P-14

### エンド・オブ・ライフケア実践における看護師の意思決定支援の現状と課題 ～慢性腎不全患者の意思決定に焦点を当てて～

富樫理恵<sup>1)</sup>、長江弘子<sup>1)</sup>、岩城典子<sup>1)</sup>、酒井昌子<sup>2)</sup>、片山陽子<sup>3)</sup>、蒔田麻友子<sup>4)</sup>、斎藤信也<sup>5)</sup>

1) 千葉大学大学院 看護学研究科、2) 聖隷クリストファー大学 看護学部、3) 香川県立保健医療大学 保健医療学部、4) 一般財団法人オレンジクロス、5) 岡山大学大学院 保健学研究科

**【背景】**医療の高度化と高齢化により、高齢であっても透析治療を続けることができる昨今の医療現場では、透析治療を行うこと自体が患者本人の利益なのかという葛藤を生じる場面に遭遇することが多い。患者の【その人らしさ】を支えるにはEOLケアの視座が重要であり、特にアドバンス・ケア・プランニングの有効性が示されている。

**【目的】**慢性腎不全患者の病状の軌跡に応じた意思決定支援に関する看護師の実践と課題を文献検討から明らかにすることである。

**【方法】**検索データベースはWeb版医中誌、CiNiiを使用し、期間は2000年から2015年とした。「慢性腎不全」「透析療法」「意思決定」「継続困難」「終末期」をキーワードとした。分析方法は慢性腎臓病分類(日本腎臓病学会2013)を時間軸とし「対象者」「意思決定支援者」「場・部署」「意思決定内容」「看護支援内容」を抽出した。

#### 【結果】

- 1、該当する文献は12件であった。透析導入前5、透析導入後がん発病5、透析導入後認知症発病2であった。腎不全にがんと認知症が重複している場合は1であった。
- 2、意思決定支援内容についてカテゴリ化を行った結果、透析導入前は8、透析導入後は9のカテゴリが得られた。その内容は、透析導入前：①「透析が必要と言われたこと」への感情を表出するのを助け、その思いを受け止める ②透析を否定したい気持ちや浮腫んだ身体での生活のつらさに寄り添い、患者自身の気持ちの整理がつくまで、説明することを待つ 他6、透析導入後：①透析主治医と家族で透析終了の判断や急変時の対応について確認する場を設ける ②退院前に在宅スタッフを交えて、在宅療養に向けて合意形成を図る 他7であった。

#### 【考察】

- 1、看護師が行った意思決定支援の内容は、透析導入前は患者自身が透析導入について前向きに意思決定できるよう働きかける内容であったが、透析導入後は患者は終末期であり、透析治療を続けたり回数を調節しながら、どのように最後の時間を過ごすかという看取り支援と変化していた。
- 2、慢性腎不全患者のEOLケアの質を高めていくには、透析治療の受け入れのみならず、導入前の生活管理と合わせた【どう生きたいのか】に関する表明支援などの実践の可視化が求められる。

## ㊦2P-15

### 認知症高齢者グループホームで生活している高齢者が望む人生の最期

木村典子

愛知学泉短期大学

**【緒言】**現在、日本は高齢化率が26%となり、超高齢社会を迎えている。なかでも、後期高齢者の増加にともない、認知症高齢者が439万人と予想以上に増えてきている。オレンジプラン、新オレンジプランでは、認知症ケアの重要課題とし、認知症高齢者の意思を尊重した支援をあげている。終末期においても、同様のことが言えよう。しかしながら、身体的な状況が悪化し、終末期となり、治療や介護サービスの変更が必要となる場合、援助者は悩むことが多い。今後、増えることが予想される認知症高齢者の終末期について、その質を高めるためにも、認知症高齢者が人生最期について、どのような捉え方をしている明らかにすることが必要であると考えた。

**【目的】**認知症高齢者グループホームで生活している高齢者が考えている人生の最期を明らかにする。

**【方法】**質的帰納的研究デザイン。

**【対象】**GHで生活をしている認知症高齢者で、精神的に安定しており、意志疎通が可能なFunctional assessment staging of dementia of the Alzheimer type (以下FAST)でI～V、認知症高齢者日常生活自立度II～IIIを対象とした。

**【調査手順】**WAMNETで中部地域のGHをランダムに20施設抽出し、研究者が施設に、協力依頼をし、施設長から対象者の紹介をうけ、その後、研究者が対象である認知症高齢者と家族に、直接、口頭と文書で研究協力を依頼した。認知症高齢者の状態であるFAST、認知症高齢者自立度は施設長からデータの提供を受けた。その後、半構成的インタビュー調査をした。インタビュー内容は「現在、今までの過ごし方、終末期・看取りについて考えていること、人生の最期を過ごしたい場所、伝えておきたいこと、やりたいこと、今後の場所、伝えておきたいこと、やりたいこと、今後の送りたい生活、困っていること、キーパーソン」

**【調査期間】**2014年10月～2015年1月。

**【分析方法】**内容分析の手法を用いた。

**【倫理的配慮】**対象者と家族、施設長に文書と口頭で説明し同意を得た。本研究は研究者の所属機関の倫理委員会の承認を得たうえで実施した。

**【結果】**FAST II～IV、認知症高齢者日常生活自立度IIa～IIIaの中等度認知症高齢者9人。男性2人、女性7人で、80歳代 5人、90歳代 3人、100歳代 1人であったデータから118コード、4カテゴリと24サブカテゴリが示された。カテゴリは【】、サブカテゴリは『』、コード< >で示した。

**【考察】**『過去の生活』では、『幼少期』『健康』『身近な人の死』『仕事』『結婚』『老後の生活』の具体的なエピソードを語り、人生を回想していた。『現在の生活』を『健康状態』を踏まえて、『一日の暮らし方』から、『困りごと』を語り、『今の気持ち』『家族関係』『楽しみ』を述べていた。『健康状態』を〈無理できない状態〉〈寝たきりの状態〉〈車いす生活〉〈うまく食事が食べられない〉といった身体的な不自由さを語ったが、認知症による記憶障害による日常生活での不自由さの語りはみられなかった。『一日の暮らし方』を日々の職員との関わりを通して〈職員との生活〉、介護が必要な状態に対して〈体が自由にならない生活〉、決められた〈生活のスケジュール〉がないと語り、『現在の生活にいたった理由』を、『現在の生活』を踏まえながら、『家族の事情』『病気の関係』『介護サービスの変更』を語る事ができた。『これからの人生』は『わからない』と答えるが、考えていることとして、『今後の人生対策』では、〈娘と相談〉〈事前意思表示の書類作成〉を語った。『最期と家族』では、人生の最期の話し合いを家族とは話していないが、〈家族が決めること〉〈娘によって決まる〉〈息子、兄弟がどうにかしてくれる〉〈娘に思いは伝わっている〉と語り、最期は家族や施設がどうにかしてくれるものと考えていた。人生の最期において、家族は重要なキーパーソンであることもわかった。

## ㊦2P-16

### 要介護度別にみた独居高齢者の人生・生活満足感と健康状態との関連

沖中由美

岡山大学大学院 保健学研究科

**【目的】** 本研究は、独居高齢者の人生満足感および生活満足感と健康状態との関連を要介護度別に明らかにすることを目的とする。

**【方法】** 中国・四国地方に居住している65歳以上の独居高齢者1058名を対象に、郵送による自己記入式質問紙調査を実施した。調査期間は平成26年9月～12月。調査内容は、「人生満足感」、「生活満足感」、健康状態として「SF・8」、属性である。SF・8は、身体機能(PF)、日常役割機能(身体)(RP)、体の痛み(BP)、全体的健康感(GH)、活力(VT)、社会生活機能(SF)、日常役割機能(精神)(RE)、心の健康(MH)の下位尺度で構成される。人生満足感と生活満足感とは「とてもそう思う」から「まったくそう思わない」までの6件法とし、肯定的回答と否定的回答の2群に分類したのちt検定を実施した。有意水準は5%とした。

倫理的配慮として、調査票とは別に研究趣旨、個人情報保護等を記載した文書を同封し、調査票の返送をもって研究協力への同意とした。本研究は島根大学看護研究倫理委員会の承認を得て実施した。

**【結果】** 有効回答数は735(有効回答率69.5%)であった。対象者は、該当なしが86名(11.8%)、要支援1・2が294名(40.4%)、要介護1・2・3が337名(46.3%)、要介護4・5が11名(1.5%)であった。

「年を重ねてきた自分の人生に満足している」(人生満足感)の肯定的回答は64.1%、「今の生活に満足している」(生活満足感)の肯定的回答は66.8%であった。「該当なし」の人生満足感にはGHとVT、生活満足感にはRP、GH、MHが関連していた。「要支援1・2」の人生満足感にはPF、RP、GH、VT、RE、MH、生活満足感にはすべての健康状態が関連していた。「要介護1・2・3」は、人生満足感および生活満足感ともにすべての健康状態が関連していた。「要介護4・5」は人生満足感にGHが関連しているのみで、生活満足感との関連は認められなかった。

**【考察】** 要支援に該当しない比較的元気な高齢者は、健康でいられることが今までの人生も今の生活に対しても満足感を得られるが、要介護度が重度になると、独居高齢者の健康状態が人生と生活満足感に直接的に影響するとは言い難く、今の健康状態の維持は、むしろ虚弱高齢者の人生・生活満足感を高められる支援につながることを示唆された。

本研究は、科学研究費助成事業 基盤研究(C)24500897の助成を受けて実施した。

## ㊦2P-17

### 積雪寒冷地在住の要介護・要支援高齢者の外出困難に関する質的研究

中田亜由美<sup>1)</sup>、スーディ K. 和代<sup>2)</sup>、金子晋也<sup>3)</sup>、藪谷祐介<sup>4)</sup>

1) 札幌市立大学 看護学部、2) 札幌市立大学大学院 看護学研究科、3) 札幌市立大学 デザイン学部、4) 札幌市立大学 教育支援プロジェクトセンター

**1. 目的** 積雪寒冷地在住の要介護・要支援高齢者の外出困難要因と外出困難から生じる課題を明らかにする。

**2. 研究方法** 2014年9月～10月、北海道A地域の訪問看護・訪問介護事業所を利用している55歳以上の者を対象に、半構造化インタビューを実施し、質的記述的手法により分析した。札幌市立大学倫理委員会の承認を得て、訪問看護・訪問介護事業所の職員から利用者へ依頼書を配布してもらい、返信用葉書または電話で返答のあった人に研究趣旨を説明し、同意を得た。

**3. 結果** 対象者は12名(女性8名、男性4名)、平均年齢82.2歳(±9.9歳、66～93歳)であった。外出困難要因10カテゴリー、外出困難に関連する気持ち3カテゴリー、買い物目的や買い物に関する困難、冬の外出頻度は少ないこと、外出支援サービスへの希望が抽出された(表1)。

**4. 考察** 外出困難は、【身体機能の低下】が主要因となっており、【支援者がいなければ外出できない】状態や【公共機関・空間の未整備】、【冬の道路は滑る】、【坂道】、などの環境的な要因、【気候の変化】、【外出時の経済的負担】に対する対策を講じることで、外出困難を改善できると考えられる。また、【転倒恐怖】や【外出が面倒】といった心理的な要因や、外出困難から孤独感やさびしさなど負の気持ちが生じている。そのため、心理的な要因に対するケアや、外出困難から生じる気持ちへのケアの重要性が推測された。

表1. 外出困難要因と外出困難に関連する気持ち、その他

カテゴリー	サブカテゴリー
身体機能の低下	加齢に伴う体力・筋力などの身体機能の低下
	疾患や障害による外出困難
	歩く時間がかかる 外出するだけで疲弊する
支援者がいなければ外出できない	支援者がいなければ外出できない
	外出の支援者がいないときは外出を我慢する
	外出時の支援者がいない 外出の支援者に気を遣って外出できない
公共機関・空間の未整備	低床のバスの不足
	障害者へ配慮した公共空間の未整備
冬の道路は滑る	冬は道路が滑る
	冬は坂道で滑る
坂道	坂道
	気候の変化
夏は暑ければ、外出できない	
冬は、目的地まで歩く時間がかかる	
吹雪いたら、身体がふらふらして歩けない 雪積で玄関も道もふさがれ、車を呼んでも来ない	
外出時の経済的負担	交通費の負担が大きい
	外出するにはお金が掛かってしまう ヘルパーの外出の支援はお金がかかる
外出が面倒	外出がおっくうになる
	冬は外出したい気持ちにならない
転倒恐怖	転倒恐怖
外出の機会の不足	友達がいないので、外出しない
	年齢にあった社会参加の機会の不足
外出困難に関連する気持ち	冬を考えると恐怖や不安、さびしさなど負の気持ちが生じる
	外出できないことによるさびしさや辛い気持ち、くやしきなど負の気持ち
	外出手段を考えるだけで不安になり、ストレスになる
人と交流できないことからくる孤独感や人恋しさ、心配	人と交流できないことからくる孤独感や人恋しさ、心配
	一人で外出できるなら支援を受けず、一人で外出したい
買物の目的は、外出と人との交流	買物の目的は、外出と人との交流
	近隣にお店がないため買い物に困る 一番困っているのは買い物
買物に関する困難	大型店は、歩くだけで、疲弊する
	冬は、病院受診や買い物など、必要時以外外出しない 冬はあまり外出しない
冬の外出頻度は少ない	冬はあまり外出しない
自分が楽しむための外出時にも、サービスを使いたい	自分が楽しむための外出時にも、サービスを使いたい

## ㊦2P-18

### 日本における変形性膝関節症及び膝痛を抱えた対象者のQOLに関する評価法の検討

中野理恵<sup>1)</sup>、河原加代子<sup>2)</sup>

1) 首都大学東京大学院人間健康科学研究科 博士後期課程、2) 首都大学東京 人間健康科学研究科

**【目的】** 変形性膝関節症 (Knee Osteoarthritis、以下膝OA) は、膝痛や身体活動の低下をもたらす生活の質 (Quality of Life、以下QOL) を著しく低下させるため、対象者のQOLを把握することは重要である。本研究の目的は、我が国において2006年から2015年までの10年間に掲載された、膝OAおよび、膝痛を抱える高齢者に対するQOL尺度を用いた研究の動向と課題を明確にすることである。

**【方法】** 我が国の膝OA高齢者のQOL評価について調査するため、医学中央雑誌web版及びNII学術情報ナビゲーターをデータベースとして検索を行った。2006～2015年の10年間で「変形性膝関節症and QOL」を検索語とし、該当した371論文から、重複文献、会議録等を削除し、9件を分析対象とし検討を行った。用いられたQOL尺度、QOL測定結果、他のデータ収集項目 (他の尺度等) 等について整理し、変形性膝関節症および膝痛を抱えた対象へのQOL評価に関する課題を明らかにした。

**【結果】** 変形性膝関節症および膝痛を抱えた対象に対するQOL評価では、包括的健康関連QOL尺度であるMOS Short-Form 36-Item Health Survey及び、変形性膝関節症の疾患特異的尺度であるWestern Ontario and McMaster Universities (WOMAC) Osteoarthritis Indexに準じた日本語版膝機能評価表、およびJapanese Knee Osteoarthritis Measureが用いられていた。QOL尺度は、介入効果の評価 (4件)、QOLや運動機能等との関連 (3件)、運動継続を予測する因子 (1件)、手術前後のQOL把握 (1件) において使用されていた。尺度に用いる配点方法の不統一がみられた。分析結果の表記に関して、総スコアリングの記載、下位尺度のみの記載 (全項目、抜粋項目)、他項目との分析結果のみの記載など多岐にわたっていた。QOLを適切に評価し結果を活用するためには、尺度の適切な使用および比較可能な記載の必要性が課題である。

**【今後の方向性】** 膝OAの対象者にQOLの評価尺度を使用する際は、尺度を用いる目的を明確にし、尺度の特徴や感度なども含めて検討し、適切に使用すること、他の研究と比較可能な記載方法を用いることが重要である。

阿久根ら<sup>1)</sup>は、WOMACの機能スコアを用い、要介護認定となる可能性のある機能合計点のカットオフ値が4・6点であることが明らかにしている。今後は、QOL尺度によるQOL状態の評価だけでなく、身体機能悪化のリスクを持つ対象者の識別等にも活用していくことが重要である。

#### 文献

- 1) Akune T, *et al* (2014): Association of physical activities of daily living with the incidence of certified need of care in the long-term care insurance system of Japan: the ROAD study *Journal of Orthopaedic Science*, 19(3), 489-496

## ㊦2P-19

### 訪問看護導入時におけるアセスメント視点の比較分析 ～訪問看護師とケアマネジャーの問題把握・開始時計画視点の特徴～

橋本理恵<sup>1)</sup>、森光 郁<sup>1)</sup>、中村玉美<sup>1)</sup>、杉原和子<sup>1)</sup>、内田恵美子<sup>2)</sup>

1) 日本在宅ケア教育研究所 あいの風ナースステーション東京光ヶ丘、2) 日本在宅ケア 教育研究所

**【目的】** 訪問看護導入時におけるケアマネジャーの居宅サービス計画書と、訪問看護師の訪問看護計画の比較分析により、職種間における計画視点の特徴を把握しケアに反映させる。

#### 【研究の方法】

- 1. 調査対象:** 2014年4月1日～2015年3月末に訪問看護契約した40歳以上の介護保険利用者60名に關与したケアマネジャー (以下CM) 35名 (23事業所)、訪問看護師12名 (1事業所) の記録書類。
- 2. 研究方法:** ①**ケアプランと看護計画の問題点・ケア視点の特徴把握調査:** 両者の比較指標は「日本訪問看護財団版 成人・高齢者用アセスメントとケアプラン第4版」の「問題・ニーズ領域30項目 (表1)」を用いた。②**利用者の基本項目調査:** 財団版アセスメント票・訪問看護計画・報告記録、居宅サービス計画書 (1) (2)、サービス利用票・提供票、指示書の既存資料から性・年齢・疾患・身心機能等37項目の調査票を作成し転記した。③**解析:** データは数値化しSPSSを用いて解析した。
- 3. 倫理的配慮:** 利用者個人やCM、NS、事業所情報は非調査項目とした。二次調査項目は数値化しデータ処理。(株)日本在宅ケア教育研究所研究倫理審査を受けた。

#### 【結果】

- 1. 利用者背景:** 男31名 女29名、平均年齢78.9歳、訪問看護依頼経路CM65.0%、要介護度3～5: 59.9%、認知有65.0%、平均家族人数2.7人、主介護者妻・娘66.1%、介護協力者無43.8%、主疾患循環器疾患51.7%・悪性新生物43.3%、在宅医療処置有53.3%等であった。
- 2. プラン作成の相違点と特徴** ①**CMが欠落し易い領域:** 視覚聴覚障害、せん妄状態、認知症、転倒の危険性、孤立・生活意欲、食事栄養、脱水・水分補給、歯口腔ケア、睡眠、痛み、呼吸心臓機能の変調、感染発熱の変調、ターミナル期の領域であった。②**看護が欠落し易い領域:** ①のケアプランに対して、食事栄養、歯口腔ケア領域を看護はカバーしたが、他の領域は看護計画も欠落していた。③**NSに依頼が少ない領域:** 孤立や生活意欲、気分の落ち込み、対人関係、食事栄養状態、水分補給、歯口腔ケア、皮膚清潔ケア、家事、経済制度等であった。

**【考察】** ケアプラン作成時における相互補完の必要性が示唆された。

表1 問題・ニーズ領域の選定数・CMケアプラン作成数・訪問看護計画への依頼数・看護計画領域数の比較表 N=60

問題領域の選定数	2.問題領域選定数	3.CMのケアプラン作成数	4.CMケアプラン作成率	5.訪問看護計画への依頼数	6.NS依頼率	7.看護計画への依頼数	8.看護計画領域数
1	19	31	20	105	3	30	8
2	18	30	0	0	0	0	2
3	29	48	2	6	0	0	1
4	36	60	1	2	2	200	4
5	58	96	57	98	46	807	51
6	55	91	2	3	0	0	19
7	15	25	53	353	15	28	51
8	47	78	15	34	0	188	11
9	2	3	13	650	3	23	7
10	9	15	2	22	0	0	2
11	4	6	9	225	3	33	3
12	17	28	43	252	21	48	4
13	29	48	15	51	10	66	43
14	40	66	10	250	5	50	36
15	16	26	11	68	2	18	43
16	39	63	25	65	24	95	30
17	39	65	57	146	52	91	59
18	17	28	60	352	60	100	26
19	19	31	3	15	0	0	10
20	22	36	43	195	31	72	42
21	37	61	4	108	5	125	24
22	1	1	0	0	0	0	0
23	26	43	44	189	27	61	46
24	32	53	8	25	8	100	24
25	21	35	2	9	0	0	7
26	19	31	27	142	22	81	31
27	56	93	60	107	60	100	58
28	53	88	50	94	11	22	2
29	22	36	40	200	3	75	54
30	14	23	3	21	1	33	3

一般演題発表  
(ポスター発表) ㊦

## ㊦2P-20

### 在宅の高齢者の危機管理に関する研究の動向

工藤 禎子

北海道医療大学看護福祉学部看護学科 地域保健看護学

**【背景】** 高齢者は「万が一の時」「何かあった時」という語をしばしば口にする。その想定範囲は、健康問題、けが、事故、災害などの発生であり、現在の生活を脅かす急な出来事を指している。高齢者、家族、支援者は、生活上の危機に関して、それぞれに何らかの想定と対策を行っているが、その内実、及び研究の動向も明らかではない。

**【目的】** 在宅の高齢者の安心、安全な生活のあり方を検討するために、在宅高齢者の危機管理に関する国内外の研究の動向を明らかにすることが本研究の目的である。

**【方法】** 和文献に関しては医中誌を用い、キーワードを「在宅高齢者、危機管理、リスクマネジメント」を含む文献を検索した。英語文献は検索データベースProQuestを用いた。キーワードにHomeを含むとNursing homeに関する文献が混在するため、「older AND risk management」をキーワードとし、高齢者を対象とした研究報告を検討の対象とした。

#### 【結果】

##### 1. 和文献におけるリスクマネジメントの研究動向

報告者の背景は、看護学、リハビリテーション、医学、社会福祉学、経済、栄養学、建築学等であり、看護学系の報告が多かった。研究の対象者は、退院する患者、認知症高齢者、呼吸器疾患患者、がん患者、心臓病患者などであり、リスクマネジメントとして、特定の疾患別のリスクファクターを減ずるための方策が取り上げられていた。転倒・転落に関する報告は、1990年代から近年まで一貫してみられる。近年は、リスクマネジメントと多職種連携、健康危機管理との関連を表す報告がみられる。障害や病気を持つ対象者の研究が多いが、独居者の生活に焦点を当てた報告では、本人による援助の判別、作業空間・時間、用具の変更などのリスクマネジメント内容が明らかにされていた。

##### 2. 英語文献におけるリスクマネジメントの研究動向

扱われている主なテーマは、犯罪に対する防御、栄養、認知症であった。在宅での生活上のリスクに対するマネジメントとして、家事力の低下、火の元の管理、金銭管理に対して、家族、専門職、近隣等の他者からの関与の重要性が取り上げられていた。

**【考察】** 在宅におけるリスクマネジメントの報告は医学的管理が主であったが、今後は、独居者などの生活上のリスクに焦点をあてた研究が必要と考えられる。

## ㊦2P-21

### 道内訪問看護職が考える重症心身障がい児に関わる地域連携の現状－医療介護福祉の地域連携尺度を用いて－

御家瀬真由<sup>1)</sup>、スーディ神崎和代<sup>2)</sup>

1) 札幌市立大学大学院 看護学研究科、2) 札幌市立大学大学院

**1. 目的** 重症心身障がい児（以下、重症児）への訪問看護の普及には地域の多職種連携やネットワークの構築が重要となる。本研究は、訪問看護職が考える重症児に関わる道内地域連携の現状について明らかにする。

**2. 方法** 道内の訪問看護事業所全397ヶ所の看護管理者を対象に、重症児に関わる地域連携の現状について「医療介護福祉の地域連携尺度（作成者の許可を得て一部改変）」を使用しアンケート調査を実施した。本研究は札幌市立大学大学院看護学研究科倫理審査会の承認を得た。

**3. 結果** 回収数は137事業所（回収率34.5%）であった。重症児に関わる医療介護福祉職間の連携（以下、連携）があるとの回答は全体で24%であった。特に連携の強さを感じているのは【他施設の関係者とやりとりができる】（29.3%）、次いで【地域の多職種で会ったり話し合う機会がある】（27.4%）であった。

**4. 考察** 強い連携を感じている訪問看護職は24%と少なく、重症児への訪問看護職同士の連携が弱いことを示している。要因として重症児への訪問を担っている看護事業所数が少なく、また、小規模事業所が多いことが考えられる。一方で、関係者とのやりとりや話し合う機会が連携の強さにつながると感じていることが推察できる。

**5. 結論** 道内訪問看護職が考える重症児の地域連携において連携の強さを感じている事業所は少なかった。しかし、相談し合える機会や顔の見える関係が必要であると考えていた。

表1 重症児に関わる医療介護福祉職間の連携の現状

項目	回答者数	そう思う／ 少しそう思う	そう思わない／ あまりそう思わない
	平均 n(人)	平均 n(%)	平均 n(%)
他施設の関係者とやりとりができる	91	27(29.3)	34(37.4)
地域他職種の役割がわかる	95	26(24.4)	50(52.6)
地域関係者の名前と顔・考え方が分かる	97	13(13.4)	61(62.9)
地域の多職種で会ったり話し合う機会がある	96	26(27.4)	48(50.0)
地域で相談できるネットワークがある	96	26(26.9)	49(51.9)
地域のリソースが具体的にわかる	102	20(20.0)	66(64.7)
全体	96	23(24.0)	51(53.1)

「医療介護福祉の地域連携尺度」(阿部泰之,2014)一部改変して使用

## ㊦2P-22

### サービス提供責任者による介護支援専門員や訪問看護とのチーム活動の実践における課題について

原田由美子<sup>1)</sup>、富田川智志<sup>2)</sup>、綾部貴子<sup>3)</sup>、宮武伸行<sup>4)</sup>、畑吉節未<sup>5)</sup>、松井妙子<sup>4)</sup>

1) 社会福祉法人白寿会、2) 京都女子大学、3) 梅花女子大学、4) 香川大学、5) 神戸常磐大学

**1. 目的** 本研究の目的は、在宅ケアを推進するうえで、訪問介護事業所のサービス提供責任者(以下、サ責)が居宅介護支援事業所の介護支援専門員(以下、CM)や訪問看護事業所の訪問看護職(以下、訪看)との連携やチーム活動を進める中で感じる課題についてサ責の自由記述の結果から把握する。

**2. 方法** 調査の対象は、多段無作為抽出で選んだ全国の訪問介護事業所のサ責である。47都道府県から無作為抽出した24のワムネットに登録されている訪問介護事業所800か所を抽出し、各事業所のサ責1名に回答を依頼する郵送調査を実施し、自記式調査とした。調査実施期間は、平成27年3月20日～平成27年4月20日であった。回収数は175票(回収率21.9%)であった。そのうち、「3職種(サ責・CM・訪看)との連携やチーム活動を実践されているなかで感じる課題について」、自由記述の質問に回答した73票を分析の対象とした。倫理的配慮は、A大学研究倫理審査委員会にて承認(平成26-125)を得て実施し、対象者には研究の趣旨や匿名性の確保、データの管理方法を文書で説明し、同意した場合に限り調査票が返送された。分析方法は、佐藤の質的分析法を参考にした。

**3. 結果** 73の回答を、1人の回答者が同一の枠内に複数の内容を記述している場合は、内容ごとに分割し、1センテンスを1エピソードとし、意味内容をとりだし概念づくりをしてコード化した。その結果、113のエピソードに分かれ、さらに質問と関係のないエピソードを除外し、110のエピソードを共同研究者間で共有し分析した。

その結果、まず15のカテゴリーに分かれ、最終的には、「制度・政策の課題」(13)、「社会的地位・評価」(19)、「チーム活動のための知識・技術」(35)、「チーム活動のための3職種の努力」(28)、「チーム活動を支える組織の支援」(15)のカテゴリーが抽出された。

**4. 考察** 連携やチーム活動を実践するうえで、訪問介護事業所のサ責が感じている課題は、多岐に亘っていた。まず最も多かったのは、3職種の力量にのなかで特に介護保険制度のケアマネジメントの要であるCMの力量が、チーム活動の大きな促進要因になるという記述であった。次いで、連携やチーム活動を促進するうえで、個々の専門職の専門領域に対する理解と役割分担の尊重が重要であり、さらに個々の専門職の連携や情報共有を実践する努力があげられた。連携やチーム活動を進めるうえで、対等であることが求められるが、上下関係があり、看護師や医師が上から指示するとかサ責の意見が出しにくいといった記述が多かった。また、3職種が実践しやすい体制作りが重要であり、所属する組織による連携やチーム活動の実践を支える体制が求められている。そして、専門職や所属する組織の努力では解決できない課題として、人材不足が深刻であり、連携やチーム活動を実践する時間的余裕がないこと、法律や制度上のしほりにより、裁量を発揮できないことも抽出された。

つまり、連携やチーム活動の実践を促進するためには、研修や経験により獲得できる知識や技術に裏付けられた力量と、実践を促進しようとする努力に加え、組織のバックアップの必要性と国の政策レベルである人材の確保など、複合的な課題があることを、サ責が認識していることが示唆された。

参考文献：佐藤郁哉「質的データ分析法 原理・方法・実践」

新曜社2013年1月

なお、本研究は、平成25年～27年度科学研究費「在宅療養高齢者に対する生活の質向上のためのチームアプローチ自己評価指標の開発(課題番号25463552)」の成果の一部である。

## ㊦2P-23

### 居宅介護支援・訪問看護・訪問介護のトランスディシプリナリーアプローチ実践の構成要素

綾部貴子<sup>1)</sup>、原田由美子<sup>2)</sup>、畑吉節未<sup>3)</sup>、宮武伸行<sup>4)</sup>、富田川智志<sup>5)</sup>、松井妙子<sup>4)</sup>

1) 梅花女子大学、2) 社会福祉法人白寿会、3) 神戸常磐大学、4) 香川大学、5) 京都女子大学

**【目的】** 本研究では、居宅介護支援事業所の介護支援専門員(以下、CM)、訪問看護事業所の訪問看護職(以下、訪看)、訪問介護事業所のサービス提供責任者(以下、サ責)のトランスディシプリナリーアプローチ(以下、TA)実践の構成要素を明らかにした。

**【研究方法】** 調査対象者は、全国の訪看、サ責、CMである。47都道府県から無作為抽出した24のWAMNETに登録されている各事業所800か所、計2400か所を抽出し、各事業所の調査対象者1名に回答を依頼する郵送調査を実施、自記式調査とした。調査期間は、平成27年3月20日～平成27年4月20日であった。欠損値の多い調査票を除外し分析対象を602名(有効回収率25.1%)とした。調査項目は、「基本属性」「所属事業所」「TA」に関する45項目を設定した。回答選択肢には「1. 実践できていない」～「5. 実践できている」の5段階選択肢を用い、「TA」の実践が高いほど得点が高くなるようにした。項目分析の後「TA」の実践の構成要素を明らかにするために、プロマックス回転に伴う主因子法の探索的因子分析を行った。さらに各要素の平均値も算出した。項目の信頼性は、Cronbach's $\alpha$ 係数で検討した。

**【倫理的配慮】** A大学研究倫理審査委員会にて承認を得て実施(平成26-125)し、対象者に研究の趣旨や匿名性の確保、データの管理方法を文書で説明し、同意した場合に限り返送を依頼した。

**【結果】** 「TA」45項目の床効果、天井効果はなかった。項目間相関の結果2項目を除外し43項目の因子分析を行った。負荷量0.4以上を採用した結果、4項目が除外、4因子が抽出された。第1因子は22項目で構成され「具体的な方法を活用したアプローチ」、第2因子は5項目で構成され「チーム内での役割解放のためのアプローチ」、第3因子は7項目で構成され「チームの発展や拡大につながるアプローチ」、第4因子は5項目で構成され「チームの強化につながるアプローチ」とそれぞれ命名した(以下、第1因子、第2因子、とする)。信頼性 $\alpha$ 係数は、第1因子が.969、第2因子が.862、第3因子が.926、第4因子が.908であった。各因子の平均値の結果から、第1因子が3.559、第2因子が3.218、第3因子が3.510、第4因子が3.338であった。

**【考察】** 分析の結果、CM、訪看、サ責(以下、各メンバー)は、チームとしての実践の際に、具体的な方法の活用、状況にあわせたチーム内での役割解放を意識しながらの実践、チームとしての発展や拡大、強化につながることを意識しながらの実践、といったTAを展開していることが明らかにされた。さらにTAには、各メンバーが「個人」でメンバー間の相互の関係を通したアプローチをするだけでなく、「チーム」という単位でアプローチしていくことを重要視する2側面が含まれていることも分析の結果から整理されたと考える。各因子の平均値の結果では、第1因子が最も高かった。第1因子は、三職種による利用者の情報把握や収集、情報の共有や緊急時の対応の具体的なアプローチの項目で構成されている。他の因子の内容に比べて、各メンバーが在宅の利用者を支えるために日々意識して実践することが求められてくる内容であり、平均値が高かったと推察される。第2因子は最も平均値が低かった。第2因子では、各職種の職務外での実践を展開する項目や利用者の状況に合わせたチーム内での柔軟な実践の分担、各メンバーの経験や技術レベルの認識や配慮、といったチーム内での各メンバーの役割を解放していくためのアプローチが含まれている。メンバーが互いに理解しあい、関係を築くことで初めて、利用者の状態や状況等必要に合わせたメンバーの役割解放のアプローチが可能になり、それに伴う各メンバーの意識や力量、関係づくり等を築いていくまでの時間を要するため、実践の平均値が低かったと考える。

なお、本研究は、平成25年～27年度科学研究費「在宅療養高齢者に対する生活の質向上のためのチームアプローチ自己評価指標の開発(研究代表者：松井妙子・課題番号25463552)」の成果の一部である。

## ㊦2P-24

### 訪問看護・訪問介護・居宅介護支援事業所従事者の他職種との連携についての考え

松井妙子<sup>1)</sup>、綾部貴子<sup>2)</sup>、宮武伸行<sup>1)</sup>、畑吉節末<sup>3)</sup>、  
富田川智志<sup>4)</sup>、原田由美子<sup>5)</sup>

1) 香川大学、2) 梅花女子大学、3) 神戸常磐大学、4) 京都女子大学、5) 社会福祉法人白寿会

**【目的】** 本研究では、訪問看護事業所の訪問看護職(以下、訪看)、訪問介護事業所のサービス提供責任者(以下、サ責)、居宅介護支援事業所の介護支援専門員(以下、CM)の他職種との連携についての考えを把握することを目的とした。

**【研究方法】** 調査対象者は、全国の訪看、サ責、CMの3職種である。47都道府県から無作為抽出した24のWAMNETに登録されている各事業所800か所、計2400か所を抽出し、各事業所の従事者1名に回答を依頼する郵送調査を実施、自記式調査とした。調査期間は、平成27年3月20日～平成27年4月20日であった。分析対象を602名(有効回収率25.1%)とした。調査項目は、『基本属性』『訪看、サ責、CMの3職種に上下関係があると思うか』『連携のための技術や知識を高めたいか』である。回答選択肢には「1. 全くそう思わない」～「5. とてもそう思う」の5段階選択肢を用いて調査を行い、「そう思う」「どちらともいえない」「そう思う」の3段階に回答選択肢を再割り当てし、職種ごとに集計を行った。

**【倫理的配慮】** 香川大学研究倫理審査委員会にて承認を得て実施し、対象者に研究の趣旨や匿名性の確保、データの管理方法を文書で説明し、同意した場合に限り返送をしてもらった。

**【結果】** 「3職種に上下関係がある」と回答したのは訪看が30.3%であったが、サ責は70.2%、CMは43.2%であり、カイ2乗検定の結果0.1%水準で有意な差が認められた。「連携の技術や知識を高めたい」の項目に関しては、3職種共に「そう思う」と回答している者が90%以上であった。

**【考察】** 連携やチームアプローチを促進するには、職種間に権力差がなく、並列の関係が求められるが、「職種間に上下関係があると認識している」サ責が多かった。3職種、特に、サ責の意識を改善する必要がある。

表1 3職種に上下関係がある

		どちらともいえない			
		思わない	思う		
事業所 訪問看護師	度数	131	35	72	238
	%	55.0%	14.7%	30.3%	100.0%
訪問介護サービス提供責任者	度数	27	18	106	151
	%	17.9%	11.9%	70.2%	100.0%
介護支援専門員	度数	86	35	92	213
	%	40.4%	16.4%	43.2%	100.0%
合計	度数	244	88	270	602
	%	40.5%	14.6%	44.9%	100.0%

カイ2乗検定結果 p<.001

## ㊦2P-25

### 地域包括支援センターの3職種の専門性に関する文献検討

松永洋子<sup>1)</sup>、落合佳子<sup>2)</sup>、桑野美夏子<sup>2)</sup>

1) 防衛医科大学校医学教育部 看護学科、2) 国際医療福祉大学保健医療学部 看護学科

**【目的】** 地域包括支援センター(以下、包括センター)の3職種の専門性がどのように認識され、どのように専門性を発揮しているのかを文献検討によって明らかにする。

**【方法】** 医学中央雑誌Web版Ver.5を用いて2006～2015年までの文献検索を行った。キーワード「包括センター」「三職種」「専門性」で3件、「包括センター」「専門職」「課題」で54件が抽出された。分析対象は原著論文とし、抽出された3件中2件と、54件中6件の計8文献を対象とした。分析方法は研究者3名で論文を熟読し、分析フォームを作成し、文献の内容を分析した。分析フォームは「発行年」「研究目的」「研究デザイン」「三職種の各専門性(以下、専門性)」「業務分担」とした。

**【結果】** 「発行年」では、2007年～2014年でほぼ毎年1件、2015年が3件であった。「研究目的」は、介護予防プラン作成やチームアプローチ、連携による高齢者の生活支援など3職種に関わるものが4件、保健師等の役割が2件、社会福祉士(以下、SW)の専門性や役割が2件であった。「研究デザイン」は、事例の分析による質的研究2件、インタビューによる質的研究2件、質問紙による調査研究3件であった。「専門性」は、保健師等は高齢者や地域全体への関わり、関係機関との連携などが記されていた。SWは総合相談・支援事業において専門性を発揮することや、相談援助の中でケアプランや社会資源の活用等を行う面接中心という記述がされていた。一方で、他の職種に比べ専門性が見えにくいといった記述(鳥羽, 2008)もあった。主任ケアマネジャー(以下、主任ケアマネ)の「専門性」についての記述は見当たらなかったが、明確な「業務分担」として地域の介護支援専門員の相談・支援が記述されていた。「業務分担」として保健師等は介護予防ケアマネジメント業務、SWは総合相談・権利擁護業務が記された(宮本ら, 2014)(水上ら, 2015)(峯本ら, 2013)。3職種共有の業務は、介護予防プラン作成、在宅療養継続に有効な支援、医療機関との連携、ネットワークの構築とチームアプローチといった内容の記述(宮本ら, 2014)(北村ら, 2015)が多かった。

**【考察】** 包括センターの3職種の「専門性」や「業務分担」に関する研究は少ない。包括センターがチームアプローチの効果を発揮するためにも、3職種の専門性を明確にする研究を推進することは重要であると考えられる。

## ㊦2P-26

### 在宅看護学実習における看護過程展開 —地域で暮らす人々の理解と生活の場での学びを深めるために

磯邊厚子、川嶋元子、桶河華代

聖泉大学看護学部 在宅看護学

**1. 目的** 在宅看護学は、既習の知識と理論、実践を統合させた位置づけとなり、臨地実習の充実が一層求められるようになった。在宅看護は、療養者及び家族員それぞれの健康、生活、社会への視野が必要であり、ケア内容も年単位のプロセスがある。しかし、実習期間が短期間のため、学生は事前の情報からイメージを膨らませ、さらに短時間訪問で目の前のケアに関わっている現状である。有意義な実習を行うために、今回、臨地実習の方法を改めて再編したので報告する。実習内容を揭示し、在宅看護学実習の方法や課題について参加者と共有、議論を得たい。

#### 2. 方法

##### 1) 再編のプロセス

本学では、これまで2例/日の対象者を訪問し、在宅看護の実態を幅広く学ぶことを重視してきた。しかし、十分な情報を得ないまま目の前の看護実践だけに集中しやすい傾向があった。そのため本年から複数の対象者は訪問するが、一例のみは情報をしっかりと得、生活や社会の視点まで掘げられる展開を試みている。実習期間は全6日間で実践・評価まで経験する。他職種との連携や多様なコミュニケーション技術など、幅広い知識とスキルが求められる在宅看護において総合的な理解力が必要になる。不便な生活であっても、その人なりの生き方で療養生活を送っている人も少なくない。

##### 2) 実習内容の構成

フェイスシートは、疾病と同程度の範囲の生活面の理解を組み入れ、生活療養図を取り入れた。アセスメントツールは、身体と疾病状況、思いや望み、生活と社会環境、家族と介護状況の4項目とした。アセスメントは現在のケアの根拠を分析し、今日明日必要な短期的ケアを優先する。最低2回は訪問し、実施・評価は2週目に行く。看護過程事例以外の訪問事例においても学生の気づきや学びを大切にし、総合的な実習方法とする。

**3. 実習内容の評価** 看護過程事例は計画に基づき実践を行い評価する。対象者の症状に合った援助であったか、対象者の生活や望みに近づいたケアであったか、その場で変更したときは合意を得たか、家族の生活への影響や介護負担につながらなかったか、医療機器の管理は確認できたか、経済性はどうかだったか、など療養者・家族の生活に与える影響も含めて、行ったケアを総合的に評価する。実践後、新たな気づきがあれば、再アセスメントし今後の計画を立てる内容とした。

## ㊦2P-27

### 新人訪問看護師が一人で訪問するときに抱く不安と必要と感じる支援

松原みゆき

日本赤十字広島看護大学 看護学部

**【目的】** 訪問看護は原則一人で訪問する。新人訪問看護師が一人で訪問するようになった時に抱く不安とその支援を明らかにすることを目的とした。

**【方法】** 研究者が行なった「新人訪問看護師がひとり訪問できるように必要な看護実践能力」に関する調査で、協力が得られたA県内の訪問看護ステーションに勤務する初めて訪問看護に従事し1年未満の看護師43名を対象とした。訪問看護に一人で訪問するようになった時に感じた不安や負担と必要と感じる支援についての自由記載を、質的データとし、具体的な内容として意味づけられる部分を抽出・カテゴリー化した。研究期間は、平成25年10月～平成26年2月であった。本研究は、日本赤十字広島看護大学研究倫理審査委員会で承認を得て実施した。

**【結果】** 新人訪問看護師が、一人で訪問するようになった時に感じた不安は、＜一人で訪問すること自体の負担＞＜提供した看護への自信のなさ＞＜在宅で生活する利用者への援助の戸惑い＞＜利用者との関係性に対する不安＞＜不測の事態に対する対応の不安＞＜訪問時間を守ることへの不安＞＜他職種との連携の難しさ＞＜サポートの少なさへの不満＞＜知識不足＞に分類された。最も記述が多かったのは、利用者・家族に信頼されているかといった＜利用者との関係性に対する不安＞であった。必要だと思う支援には、＜常にサポートしてもらえる体制＞＜余裕のあるスケジュールの確保＞＜同行訪問の確保＞＜振り返りの機会の確保＞＜マニュアルの整備＞＜医師とのスムーズな連携体制＞＜職場外研修への参加＞＜職場内研修への参加＞＜ひとりでも訪問できる看護実践能力の標準化＞に分類された。最も記述が多かったのは、訪問先で困った時に、同僚がすぐに相談・対応してもらえる＜常にサポートしてらえる体制＞であった。

**【考察】** 訪問看護は、利用者や家族との信頼関係が成立できて初めて支援できる。そのため、利用者と良好にコミュニケーションをとり関係性を良好に保つことが重要となる。新人訪問看護師の不安軽減には、先輩訪問看護師が同行訪問時にモデルを示して学習できる機会や、振り返りを通じた学習の機会が必要である。また、相談する同僚がそばにおらず、ひとりで判断しケアをする負担も大きい。特に、新人期は、病院と在宅での看護の提供方法に違いを感じ、戸惑う。新人看護師が、管理者や同僚に常に連絡がとれ、相談や対応できる体制の充実が求められる。

## ㊦2P-28

### 認知症サポーター養成講座の効果検証 –SD法による若年受講者のイメージ変化–

笹森佳子<sup>1)</sup>、工藤英明<sup>2)</sup>、石田賢哉<sup>2)</sup>

1) 青森県立保健大学健康科学部 看護学科、2) 青森県立保健大学健康科学部 社会福祉学科

**【目的】** 本報告では、大学生が認知症の人へ持つイメージについて、認知症サポーター養成講座の前後でのイメージ変化を検証し、認知症サポーター養成講座の効果を明らかにすることによって若年サポーターの養成推進への示唆を得ることを目的とした。本研究では、若年サポーターを大学生を中心とした10～20代と定義する。

**【方法】** 平成27年度に開催した「青森県における認知症サポーター養成の推進に関する研修」の受講者102名に対して受講前後にアンケート調査を実施した。調査項目は「認知症の人のイメージ」について研究者間で検討した任意の12項目を用い、SD法により回答を求めた。分析は、統計ソフトSPSS ver.23を用いて受講前後の得点差についてt検定を行なった。有意水準は5%未満とした。また、本研究は青森県立保健大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。

**【結果】** 対象者の属性は男性2名(2.8%)、女性69名(97.2%)で、年齢は10代が35名(49.3%)、20代が33名(46.5%)、30代が3名(4.2%)であった。認知症の人に対するイメージは、受講前と比較し、受講後は12項目中11項目について有意差が見られ、全てネガティブなイメージからポジティブなイメージへ変化していた。各項目のt検定の結果について表1に示した。

**【考察】** 認知症サポーター養成講座の受講は認知症の人へのイメージをよりポジティブに変化させることが明らかとなった。今後はそのイメージの縦断的な変化や、大学における認知症サポーター養成講座の教育的効果について検証していく必要があると考える。

表1. 認知症の人に対する受講前後のイメージの差 (n=71)

			Mean ± SD		前後の差	t	p	
			受講前	受講後				
Q1	あたたかい	—	つめたい	-0.01 ± 0.93	0.56 ± 0.71	-0.58 ± 0.95	-5.12	0.000**
Q2	繊細な	—	大膽な	0.77 ± 1.28	1.25 ± 1.01	-0.48 ± 1.50	-2.69	0.009**
Q3	わかりやすい	—	わかりにくい	-0.61 ± 1.31	-0.08 ± 1.30	-0.53 ± 1.25	-3.54	0.000**
Q4	普通	—	異常	-0.32 ± 1.12	0.65 ± 1.12	-0.97 ± 1.13	-7.22	0.000**
Q5	生活者	—	病人	0.65 ± 1.48	1.70 ± 1.19	-1.06 ± 1.29	-6.92	0.000**
Q6	きれい	—	きたない	-0.08 ± 0.81	0.45 ± 0.82	-0.54 ± 0.69	-6.50	0.000**
Q7	親しみやすい	—	親しみにくい	-0.38 ± 1.16	0.50 ± 1.00	-0.89 ± 1.09	-6.86	0.000**
Q8	身近な	—	遠い	0.45 ± 1.50	1.83 ± 0.96	-1.38 ± 1.44	-8.09	0.000**
Q9	社会的	—	非社会的	-0.27 ± 1.10	0.28 ± 0.99	-0.55 ± 1.00	-4.64	0.000**
Q10	明るい	—	暗い	0.08 ± 0.91	0.27 ± 0.94	-0.18 ± 1.22	-1.26	0.21 n.s.
Q11	自分で決められる	—	自分で決められない	-0.49 ± 1.48	0.04 ± 1.29	-0.54 ± 1.60	-2.82	0.000**
Q12	良くなる	—	悪くなる	-0.61 ± 1.14	0.15 ± 1.08	-0.76 ± 1.01	-6.37	0.000**

n.s. not significant \* p<.05, \*\* p<.01, \*\*\* p<.001

## ㊦2P-29

### 多職種チーム対象の継続看護マネジメント研修・実践編の試行と評価

酒井昌子<sup>1)</sup>、片山陽子<sup>2)</sup>、岡田麻里<sup>3)</sup>、仁科祐子<sup>4)</sup>、  
乗越千枝<sup>5)</sup>、谷垣静子<sup>6)</sup>、長江弘子<sup>7)</sup>

1) 聖隷クリストファー大学 看護学部、2) 香川県立保健医療大学 看護学科、3) 県立広島大学保健福祉学部 看護学科、4) 鳥取大学医学部 保健学科、5) 日本赤十字九州国際看護大学、6) 岡山大学大学院 保健学研究科、7) 千葉大学大学院 看護学研究科

**【目的】** 医療と生活を統合する看護実践の枠組として開発した継続看護マネジメント(Continuing Nursing Management; 以下CNM)について、多職種チームを対象とした研修を行い多職種へのCNM概念の適用可能性を検討する。

**【方法】** A県B病院にて2015年6月、CNM概念理解を主とする基礎編(1日)、8月は多職種チームを対象に実践編(2日4時間)を行った。実践編は事前課題を提示し講義とグループワークを中心にチームが実際に取り組んだ事例を振り替り、CNM概念の適用を検討した。

評価方法は終了時に無記名自記式質問紙調査を実施しその場で回収した。質問紙は独自に作成した20項目5件法の調査項目である。倫理的配慮として参加者の自主的参加意思を尊重し調査票の提出をもって参加意思を確認することを研修開始前、参加者に一斉説明した。本研究は県立C大学倫理審査委員会の承認を得た(第15MH004号)。

**【結果】** 7多職種チーム(43名)の職種は看護師、医師、PT、OT、薬剤師、管理栄養士、MSW、外部業者であった。チームの実践事例は独居末期がん、認知症、慢性疾患患者の退院支援・調整であった。

研修評価は31名(72.1%)の回答があり、得点の高い項目は「学びの共有」4.45(SD0.6)点、「グループ内の活発な討議」4.42(0.7)点でチーム単位の研修満足に関する項目であった。得点の低い項目は「CNMの開発経緯」3.87(0.8)点、「実践方法の理解」3.9(0.9)点などCNM理解に関する項目であった。

研修の学びに関する自由記述の分析では「患者の意向や患者の望む生活の理解」、「患者の人生を見据えた支援や患者の全体像を捉える」新たな対象者理解やCNMの枠組による事例検討について「有効なチーム実践の振り返り方法」であり、チームの学びとして「多職種による話し合いの成果」や「チームの力や成長を実感」、「多職種の違いに意味があり互いに尊重すること」が抽出された。

**【考察】** 実践編研修を評価した結果、CNM概念や展開方法が低い傾向は、基礎編研修を受講できなかった参加者がいたことにある。しかし、自由記述からCNMのねらいである対象のとらえ方や支援の方向性の理解、さらにCNMのアウトカム(帰結)の1つであるチームの成長が認められたことから、多職種においてもCNMの適用可能性はあると思われる。今後は、多職種チームの共通概念としてのCNMの有用性を検証するために、CNM概念の理解と実践への適用を取り入れた研修プログラムの改善や評価方法の検討が必要である。

本研究は2014年度勇美記念財団の助成を受け実施した。

## ㊦2P-30

### 地域高齢者と看護学生との世代間交流プログラムの試行ー参加した高齢者の交流への意欲ー

林 裕栄、木村伸子、武田美津代、張 平平、畔上光代、須賀夏子

埼玉県立大学保健医療福祉学部 看護学科

**【目的】** 地域高齢者と看護学生との世代間交流プログラムを作成・実施し、参加した高齢者の交流への意欲を知ることから、世代間交流の効果的な企画運営のための示唆を得る。

**【方法】** 平成27年8月～9月にかけてA県B市内の2か所の公民館で地域高齢者と看護学生との世代間交流活動を各3回ずつ計6回実施した。毎回の活動は2時間。第1回目はプログラムの基本となるセルフマッサージの講義及び実施、2回目・3回目は看護学生と地域高齢者とのグループワークとセルフマッサージの実施(1つのグループに看護学生1名と地域高齢者5-6名を配置した)。3回シリーズのテーマは、1回目「マッサージでいきいきした毎日を送みましょう」、2回目「自分の生きがい・健康法を語り合しましょう」とセルフマッサージ、3回目「昔あそびを楽しみましょう」とセルフマッサージ。

**【倫理的配慮】** 本研究は、A大学倫理委員会の承認を得た(承認番号27005)。調査にあたり、公民館責任者への書面と口頭での研究内容の説明を行い、研究協力の同意を求めた。対象者からの同意は回答したアンケート調査表の提出をもって研究参加の同意が得られたと判断した。

**【結果】** 世代間交流プログラムに参加した高齢者は総計が129名であった。内訳は、1回目の参加者は51名、性別は男3名、女48名であった。年代は、65-69歳が7名、70-79歳が37名、80歳以上が7名であった。2回目は46名で、男5名、女41名であった。年代は、65-69歳が3名、70-79歳が36名、80歳以上が7名であった。3回目は32名で、男3名、女29名であった。年代は、65-69歳が8名、70-79歳が20名、80歳以上が4名であった。3回すべて参加は19名、2回が27名、1回のみが4名。

2回目の感想は、「楽しかった」43名、「ふつう」2名であった。学生の関わりは、「よかった」43名、「ふつう」2名であった。話し合いやセルフマッサージは健康づくりに役立つかは、「はい」41名、「いいえ」2名であった。

学生との関わりの感想は、「楽しかった」「若返った」「気分が軽やかになった」「聞き役になってくれた」「とても親切で優しく接してくれた」など肯定的な多くの意見が記載されており、概ね好評であった。

**【考察】** 地域高齢者と学生との世代間交流は、生活の活性化が図られる、マッサージ技術の学習によるセルフケア方法の習得が考えられた。本プログラムは地域高齢者の健康の向上に貢献できると考えられる。

本研究は【県大健康長寿埼玉プロジェクト『若者と築く「健康長寿武里モデル」』】研究助成による。

## ㊦2P-31

### 小規模多機能型居宅介護事業所に勤務する看護職の研修ニーズ

渡辺幸枝、小嶋美沙子、千田睦美、藤澤由香

岩手県立大学 看護学部

**【目的】** A県における小規模多機能型居宅介護事業所(以下、事業所)に勤務する看護職の研修ニーズを明らかにすること。

**【方法】** 研究承諾を得た8事業所の看護職10名を対象に半構成的面接調査を行い、利用者の医療ケアニーズ、事業所で看護を行う中で困難なこと、研修ニーズ等について自由に語っていただいた。今回は、研修ニーズに焦点をあてて発表する。面接内容から逐語録を作成し、研修ニーズについて語られた内容をデータとしてコード化、類似している内容を共通性に沿ってカテゴリー化した。倫理的配慮として、岩手県立大学研究倫理審査委員会の承認を得た後、対象者には研究の趣旨、匿名性、個人情報の守秘、協力の有無により不利益を被らないことを文書と口頭で説明し同意を得た。

**【結果】** 対象者は全て女性であり、看護職経験年数は10～44年(平均26.7年)、現場経験年数は7ヶ月～8年(平均42.7ヶ月)であった。研修ニーズとして、<新しい医療ケアを学ぶ機会><看護職同士での交流会><事業所同士での交流会><他職種でも理解できる研修>の4カテゴリーが抽出された。対象者は、病院やクリニック等での勤務経験はあるが、日々最新の医療ケアが必要とされる現状から、自らの医療ケアを顧みて<新しい医療ケアを学ぶ機会>の必要性について語っていた。また、サービスを利用する高齢者は疾患や障害を患っており、ケアの場面では看護職が医療的な判断を迫られることも多い一方で、看護職一人体制であることから相談できる専門職が不在であり不安を抱え、他の看護職に相談できる場として<看護職同士での交流会>、<事業所同士での交流会>として顔の見える交流を望んでいた。さらに、事業所では他職種が連携して利用者に関わることが求められることから、看護職のみならず、<他職種でも理解できる研修>を望んでいた。

**【考察】** 調査の結果明らかになった研修ニーズに対し、医療ケアのスキルアップ研修や、他事業所の看護職との交流の機会を提供することで、一人体制で勤務する看護職の不安軽減につながる事が考えられた。事業所では、ケアに関わる全ての職種が協働することが必至であり、高齢者の豊かな生を支えていくためには、他職種が共通認識をもって関わる事が求められる。このことから、同職種間での交流会のみならず、職種を越えた事業所に勤務する他職種が集った情報交換の場の設定の必要性も考えられた。

## ㊦2P-32

### 訪問看護体験プログラムによる病院看護師の在宅生活志向の育成

雑賀倫子<sup>1)</sup>、仁科祐子<sup>1)</sup>、山西由希子<sup>2)</sup>、大草智子<sup>2)</sup>、佐々木佐登美<sup>3)</sup>、中村真由美<sup>3)</sup>、深田美香<sup>1)</sup>、広岡保明<sup>1)</sup>、花木啓一<sup>1)</sup>

1) 鳥取大学医学部 保健学科、2) 鳥取大学医学部附属病院 医療スタッフ研修センター、3) 鳥取大学医学部附属病院 看護部

**【目的】**在宅療養のQOLを向上させるためには、患者の退院後の生活をイメージしながら支援する病院看護師の役割が重要である。私たちは、平成27年度より「在宅医療推進のための看護師育成プログラム」を導入し、その中で、経験年数3年以上の病院看護師を対象とした「訪問看護体験コース」を開設して在宅生活志向の育成を図っている。今回、このコースの有用性を明らかにすることを目的として、受講の前後で在宅生活を見据えた志向(以下、在宅志向)の諸指標を比較したので報告する。

**【方法】**コース受講27名のうち同意を得られた者を対象とし、受講前後に無記名自記式質問紙を配布して回収した。調査内容は、年齢、性別、看護師免許取得後年数、在宅志向自己認識(visual analog scaleによる、以下、在宅認識VAS)、「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」<sup>1)</sup>(5下位尺度、1~6件法、以下、在宅自己評価)とした。調査は2015年7~12月に実施した。分析は、基本統計および群間比較にt検定を用いた。本研究は、鳥取大学医学部倫理審査委員会の承認を得て行った(No. 1507A031)。

**【結果】**有効回答24名、年齢35.4±8.4歳、男1名、女23名、看護師免許取得後年数14.0±9.2年であった。在宅認識VASは、前6.6±1.9、後7.3±1.8で、在宅志向が上昇傾向ではあったが有意差を認めるには至らなかった。在宅自己評価は、前20.8±4.9、後22.1±4.7で、在宅の視点が増える傾向にあるも有意ではなかったが、その下位尺度の1つ「退院後の生活に関するアセスメント」尺度は、前4.1±0.9、後4.7±1.0と有意な上昇を認めた(p<0.01)。

**【考察】**病院看護師が、実際に訪問看護の現場を体験することで、日々の病棟での看護実践や退院支援に際して、患者の退院後の生活を具体的にイメージしてアセスメントすることができるようになったことが、今回の尺度の有意差に繋がっているものと考えられた。今後、受講生の対象数を増やすとともに、対照群を設置して、この訪問看護体験コースの有用性の検討を詳細に検討していく必要がある。

#### 文献

- 1) 山岸暁美、他7名。「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」の開発および信頼性・妥当性の検証。看護管理25(3)、248-254、2015

## ㊦2P-33

### 在宅を見据えた看護実践度の調査結果をもとにグループインタビューで見出した在宅の視点をもつ病院看護師育成のための課題

牛久保美津子、近藤浩子、菊地沙織、塚越徳子、堀越政孝、常盤洋子、上山真美、恩幣宏美、松崎奈々子、井出成美、神田清子

群馬大学大学院保健学研究科 看護学講座

**【目的】**本研究は、群馬県内11病院の看護師を対象に実施した「在宅を見据えた看護活動の自己評価」の結果をもとに、調査対象施設の代表者から広く意見を聴取し、在宅の視点をもつ病院看護師育成のための課題を明確化することを目的とした。

**【方法】**1. グループインタビュー：参加同意の得られた10病院、13名の看護師(部長、師長、退院支援担当者等)を3グループに分け、90分間のグループインタビューを行った。参加者には、前年度に実施した「在宅を見据えた看護活動の自己評価(25項目)」の結果を、11施設全体(2,136名)の集計グラフおよび当該施設の集計グラフにして配布した。これを見ながら評価項目ごとの実施率の差、実施率と看護師の属性の関係、実施率を改善するための提案について意見を自由に出してもらった。インタビュー内容は、ICレコーダーに録音した。

2. データ分析：逐語録から在宅を見据えた看護活動の実状を抜き出し、Berelson.Bの内容分析の手法を参考に、質的帰納的に分析した。

3. 倫理的配慮：著者の所属大学の医学部疫学倫理審査委員会の承認を得た。

**【結果・考察】**在宅を見据えた看護活動の実状として、23サブカテゴリから6カテゴリ：《他職種にまかせきりにしている》、《地域支援者と連携ができていない》、《院内連携ができていない》といった多職種連携ができていない指摘や、《社会資源の知識がなく活用ができていない》、また《在宅の知識があっても実践力がない》、《勉強会の参加や経験年数により在宅の視点をもつことができる》が抽出された。前年に実施した病棟看護師を対象にした在宅を見据えた看護実践度調査は看護師個々の自己評価によるものであったが、本インタビュー調査により、結果の妥当性が見出された。在宅の視点をもつ意識はあっても、社会資源に関する知識不足をはじめ、多職種連携ができていないため、実践に結び付いていないことが考えられた。

**【結論】**在宅を見据えた看護師育成の課題として、①年々充実する社会資源に関する知識不足を補うこと、②院内外での多職種連携を強化するための勉強会などの工夫、③他分野他部署を超えた看護経験の積み重ねができるような勤務体制・施設間交流の工夫を行うなど、会得した知識を実践へと結び付けるための個人の資質向上と組織的な教育的取り組みが必要であることが示唆された。

## ㊦2P-34

### 在宅看護学実習における実習体験内容についての実態とその課題

島田 昇、大谷和枝、樋口キエ子、丸岡紀子

群馬医療福祉大学 看護学部

**【研究目的】** A大学26年度学生、27年度学生の在宅看護学実習で体験した看護技術および技術到達状況の結果を比較検討し、在宅看護学実習課題を明らかにすることを目的とする。

#### 【研究方法】

- 1) 対象：使データは実習を終了した26年度学生91名、27年度学生87名の実習記録。
- 2) 調査内容
  - ①同行訪問した療養者の属性
  - ②訪問先で指導者と共に学生が実施した看護技術（日常生活援助、観察技術、コミュニケーション技法が中心）
  - ③訪問先で見学した看護技術（医療処置が中心）

**【研究の倫理的配慮】** 学生には、研究の目的、個人情報の保護、自由意思による参加、成績評価には影響しない事、研究の途中であっても参加の撤回は可能であることを書面と口頭で説明し、同意書を得た。同行訪問した療養者には同意書を記載して頂いた。研究倫理に関しては、研究筆頭者の所属する大学の研究倫理審査委員会で承認を得た（承認番号15A-12）。

#### 【結果】

- 1) 同行訪問した療養者の年齢階級では、3期生では75-89歳が全体の半数を占め、4期生では75-89歳が減少し、90歳以上が増加していた。
- 2) 介護度は、3期生では要介護5が最も多かったが、4期生では要介護5が減少し、要介護3が増加していた。
- 3) 同行訪問した療養者の主たる傷病は、認知症、脳血管疾患（脳出血・脳梗塞等）、悪性腫瘍であり、3期生、4期生で割合の変化は見られなかった。
- 4) 見学した看護技術では3期生で関係職種・周辺関係者との連絡・報を見学したと回答した学生が多く、4期生では社会資源の活用を見学したと回答した学生が多かった。

#### 【考察】

- 1) 90歳以上の療養者の訪問件数が増加しており、終末期の訪問が増加していると予想され、終末期の身体面、心理面、社会面の特徴・特性を、学生が理解する必要があると考える。
- 2) 脳血管疾患、認知症、悪性腫瘍等の疾患が療養者の生活にどのように影響しているのかの視点を養う講義・演習が必要である。
- 3) 4期生では社会資源の活用場面を見学は増加していた。しかし関係職種との連携場面の見学は減少していた。社会資源の活用場面を見学した際に、その資源に関わる多職種との連携の理解を深めるために、学内カンファレンス等利用するなどの工夫が必要と考えられた。