

第19回
優秀研究表彰
研究論文集

第54回全国国保地域医療学会
平成26年10月 於・岐阜県岐阜市



平成27年10月

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

優秀研究表彰にあたって

昭和37年2月24日、第1回国保医学会学術集会在東京・新宿の安田生命ホールで開催された。このときの記念すべき会誌によれば、全国の国保直診数は病院500、診療所2,500、勤務医師数5,000名であり、参加者数378名、演題数36題であった。

国保直診の理念は、昭和13年の国保制度発足のときから“予防と治療の一体化”を図ることにあり、第1回学術集会においても地域医療に関する演題が多くみられる。

学会のメインテーマは、そのときどきの時代に応じたものであり、最近数年間は“地域包括ケアシステムの構築”“保健・医療・福祉の連携”“高齢社会における国保直診の役割と機能を探ること”を課題としてプログラムが組まれている。

演題分類も「保健活動」「福祉活動」「在宅ケア」「入院サービス」「臨床」「歯科」「臨床検査」「薬局」「運営管理」と幅が広い。

初期の頃は医師中心であったこの学会も、やがて保健婦、看護婦をはじめとするあらゆる職種の方々が参加するようになり、学会の名称も第12回（昭和47年岩手学会）から国保地域医療学会、第22回（昭和57年福岡学会）から「全国国保地域医療学会」と改称され今日に至っている。

第36回（平成8年愛媛学会）の研究発表は224題、示説12題となり、いずれも日頃の研究と実践の成果であり、その中には他の模範となるものが数多く見受けられるところから、平成8年10月の理事会、総会に諮り、優秀研究数点を会長表彰することとなったものである。

今回、第37回広島学会開会式の席上において、研究グループの座長として6名の方が表彰されるが、受賞者の皆さんには、再度、論文を提出していただき、ここに「第1回国保地域医療学会優秀研究表彰研究論文集」として、学会参加者全員に配布することとした。ここに、その研究努力を讃えるとともに、全国の国保直診の仲間たちにこの研究成果を今後の保健医療福祉活動に役立てるようお願いしたい。

最後に、栄えある第1回の表彰を受けられた皆さんに重ねて敬意を表するとともに、優秀研究表彰候補を推薦いただいた座長の皆さんと審査委員会の皆さんに感謝の意を表します。

平成9年10月

社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
会長 山口 昇

第19回優秀研究表彰にあたって

全国国民健康保険診療施設協議会では会員各位の日ごろの活動や研究努力を讃えとともに、全国の国保直診の仲間たちにこの研究成果を今後の保健・医療・介護・福祉活動に役立てもらうために特に優れた研究発表を表彰することとしております。（全国国保地域医療学会優秀研究表彰要綱 平成10年4月23日より施行）

その要綱に従い、昨年の第54回全国国保地域医療学会（岐阜県開催）において発表された研究発表363題のなかから、座長より推薦された62題について、国診協の優秀研究選出委員会で厳正に審査して参りました。その結果、第55回全国国保地域医療学会（埼玉県開催）開会式にて最優秀研究1点、優秀研究5点を表彰することになりました。

<最優秀研究>

幸せな看取りのための一考察

山形県 最上町立最上病院 医師 佐藤 俊浩

今後の医療・介護現場で看取りの場を考える上で大変有用であり、全国の直診に大いなる示唆を与える発表であることが評価されました。

<優秀研究>

①地域の介護予防課題の優先順位をどう決めるか？

岐阜県 県北西部地域医療センター国保白鳥病院 医師 後藤 忠雄

高齢化が進み地域の中で介護予防にどう取り組むか大きな課題の中、地域の特性をつかみ今後の介護予防事業につなげていることが評価されました。

②特定健診事業推進における特定健診等評価推進全体会議の役割について

岐阜県 郡上市役所健康福祉部 保健師 西脇 麻菜美

特定健診等評価推進全体会議を振り返ることで、その時期その時期に合ったPDCAサイクル実践であるかをチーム間で相互評価したことで受診率向上の成果に結びつけていることが評価されました。

③「食形態マップ」の作製と地域包括型食支援の取り組み

石川県 公立能登総合病院 歯科医師 長谷 剛志

摂食・嚥下障害を有する高齢者に対する包括的な食支援のすばらしい取り組みであることが評価されました。

④アミノインデックス[®]によるがんリスクスクリーニング～住民検診への応用～

鳥取県 南部町国保西伯病院 医師 木村 修

町と病院が一体となってがんの早期発見に努力しており、地域住民への予防活動として大変すばらしい内容であることが評価されました。

⑤フットケア外来からの課題と新たな試み

岩手県 一関市国保藤沢病院 看護師 三浦 和子

「いつまでも元気で歩ける足」を支援する活動であり、他地域にも参考となる発表として、評価されました。

今回選考された研究は、いずれも関係多職種職員による連携に加えて、地域住民参加による事業に取り組んでおり、国保直診が目指している地域包括医療・ケアの実践に基づく素晴らしい研究であります。ここに、表彰を受けられる皆様に衷心より敬意を表するとともに、今後もさらに研究を深め、全国に発信していただきますよう御期待申し上げます。

国保直診を取り巻く環境は、医師、看護師不足が国保直診の存続に影響を与えかねないほど深刻化してきましたが、このような中でも、関係者が切磋琢磨し、数多くの発表、優秀な研究が寄せられたことに深く感謝申し上げます。

国保直診は、地域の保健、医療、介護、福祉の担い手として、今後も輝き続けるため、第55回全国国保地域医療学会（埼玉県開催）においても多くの貴重な研究発表が行われることを確信しております。

平成27年10月

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
会長 青 沼 孝 徳

目 次

優秀研究表彰にあたって	1
第19回優秀研究表彰にあたって	2
審 査 評	6

— 研究論文 —

●最優秀【演題 No.88】

演題名：幸せな看取りのための一考察	10
発表者：山形県 最上町立最上病院 医師	佐藤 俊浩

●優 秀【演題 No.69】

演題名：地域の介護予防課題の優先順位をどう決めるか?	17
発表者：岐阜県 県北西部地域医療センター国保白鳥病院 医師	後藤 忠雄

●優 秀【演題 No.148】

演題名：特定健診事業推進における特定健診等評価推進全体会議の役割について	20
発表者：岐阜県 郡上市役所健康福祉部 保健師	西脇 麻菜美

●優 秀【演題 No.170】

演題名：「食形態マップ」の作製と地域包括型食支援の取り組み	24
発表者：石川県 公立能登総合病院 歯科医師	長谷 剛志

●優 秀【演題 No.225】

演題名：アミノインデックス [®] によるがんリスクスクリーニング ～住民検診への応用～	30
発表者：鳥取県 南部町国保西伯病院 医師	木村 修

●優 秀【演題 No.306】

演題名：フットケア外来からの課題と新たな試み	36
発表者：岩手県 一関市国保藤沢病院 看護師	三浦 和子

— 付 —

1. 全国国保地域医療学会開催規程	41
2. 全国国保地域医療学会優秀研究表彰規程	43
3. 全国国保地域医療学会優秀研究表彰選出基準及び手順	44
4. 第54回全国国保地域医療学会結果報告書	45
5. 優秀研究選出委員会委員名簿	50
6. 全国国保地域医療学会優秀研究表彰受賞者一覧	51

最優秀

【研究発表分類：ターミナルケア I / 演題 No.88】

幸せな看取りのための一考察

山形県・最上町立最上病院 医師

佐藤 俊浩

多死時代を迎える中で、看取りの場をどこにするかは重要であり、在宅看取りを増やそうとする流れがある。本研究は86例の病院死例を延命希望群と非希望群に分け、その背景因子を比較分析した研究であり、在宅へ移行しやすい

背景因子について洞察を加え、「高齢者」「担癌患者」「実子の数が多い」の3つの特徴を抽出した。今後の医療や介護の現場で看取りの場を考えるうえで参考になる発表である。

優秀

【研究発表分類：介護 I / 演題 No.69】

地域の介護予防課題の優先順位をどう決めるか？

岐阜県・県北西部地域医療センター国保白鳥病院 医師

後藤 忠雄

介護予防事業が地域支援事業に組み込まれ、事業評価が求められる中で、どのような地域の課題に優先性を置くか。人口寄与危険割合(PAR)を指標に、先行研究や行政が持つ日常

生活圏域調査結果を分析し優先課題を抽出した手法であり、エビデンスに基づいた介護事業計画の立案法として大いに参考となる研究である。

優秀

【研究発表分類：保健事業Ⅵ／演題 No.148】

特定健診事業推進における特定健診等 評価推進全体会議の役割について

岐阜県・郡上市役所健康福祉部 保健師

西脇 麻菜美

特定健診事業が住民自らの健康づくりや人づくりに繋がるよう行政や医療機関のスタッフがうまく連携して、「特定健診等評価推進全体会議」を継続的に開催し、PDCAサイクルを回

し、受診率の向上や特定健診事業推進という成果を得た。受診率の伸び悩みや住民の意識啓発などに悩む地域の参考になろう。

優秀

【研究発表分類：連携Ⅱ／演題 No.170】

「食形態マップ」の作製と 地域包括型食支援の取り組み

石川県・公立能登総合病院 歯科医師

長谷 剛志

地域の医療・介護施設で提供されている食形態の呼称、概念を整理して「食形態マップ」を作成し、情報共有、情報交換を積極的に行い能登地域内で多施設多職種協働の摂食・嚥下障害

を有する高齢者に対する包括的な食支援の取り組みである。今後に期待される研究であり、他地域でも試みるべきと考えさせる取り組みである。

優秀

【研究発表分類：臨床検査／演題 No.225】

アミノインデックス[®]による がんリスクスクリーニング ～住民検診への応用～

鳥取県・南部町国保西伯病院 医師
木村 修

がんのリスクスクリーニングとしてアミノインデックス検査（AICS）を応用し、住民啓発に取り組み、がん検診受診率を約10%上昇させた。AICSでランクCとされたグループでは、

精検でのがん発見率は高く、早期がんの割合も高い。がん対策推進の上で、ハイリスクグループの抽出、精検受診率の向上などに有用であろう。

優秀

【研究発表分類：看護 X／演題 No.306】

フットケア外来からの課題と新たな試み

岩手県・一関市国保藤沢病院 看護師
三浦 和子

メディカルフットケア技術を用いて足病の改善に大きな成果を上げてきたと同時に課題も抽出。課題解決のため、院内に靴の相談外来の開設、高齢者に対するフットケアとセルフケア指

導などに取り組み、足病予防、歩行の改善などにも成果を上げつつある。「いつまでも元気で歩ける足」を支援する活動であり、他地域にも参考となる発表である。

研究論文

幸せな看取りのための一考察

○佐藤俊浩ⁱ⁾

【諸言】

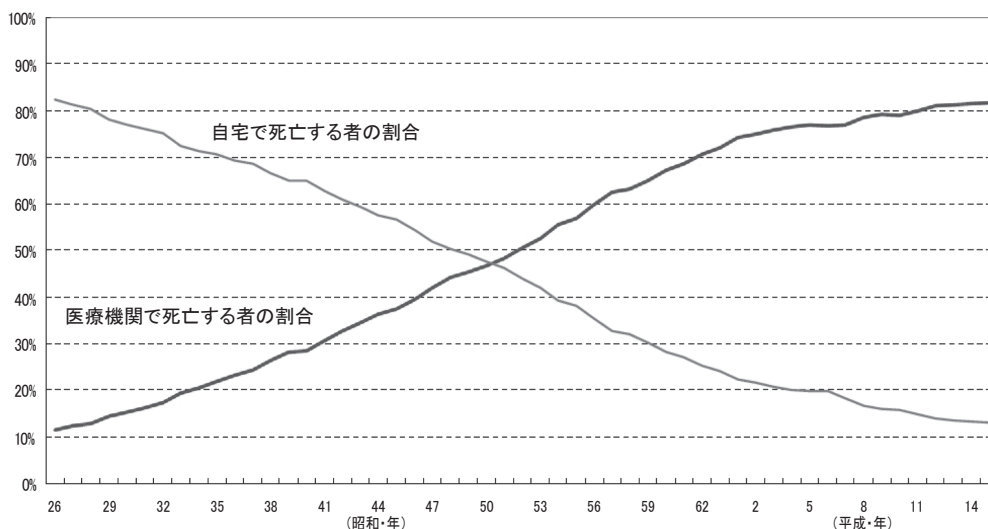
厚生労働省の統計によると、1950年代までは8割以上の方が自宅で最期の時を迎えていたが、1975年頃には在宅死と病院死の比率がほぼ等しくなり、現在では、逆に約8割が病院で死亡していると報告されている¹⁾(図1)。今後、団塊の世代の高齢化に伴い、2030年までに約40万人死亡者数が増加するとの見込みの中、看取り先の確保は極めて困難で、政府は在宅死の割合を40%程度とする目標を立てている²⁾。脳血管疾患での死亡率が漸減する一方、悪性腫瘍死は増加すると予測されるが、一般に癌は進行が緩徐で、オピオイド製剤の開発が疼痛の制御

を容易にさせ、十分に自宅での看取りが可能だと考えられていることも一因であり、国民の意識調査が示す、60%以上は基本的に終末期も、要介護状態下でも40%は自宅での介護を望む³⁾という結果に配慮していると推定される。

当院においては、筆者が赴任した1997年の時点では、病院死と在宅死の比率はほぼ半々であった。その後介護保険制度の導入に伴う施設の開設が相次ぎ、住民の意識の変化とも相俟って、2012年には遂に在宅死は皆無となった。

厚労省の調査結果から、療養の場に関する患者と家族の希望に乖離がみられることや、入院病床を有する医療機関側からも、家族の介護技術や本人の退

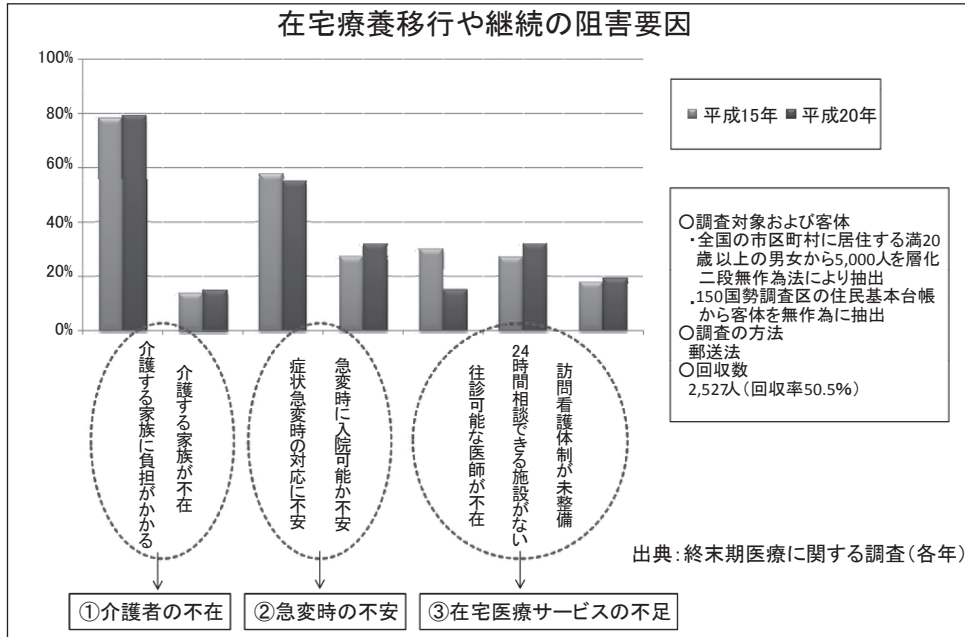
図1 病院死と在宅死の変遷



「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)より

i) 最上町立最上病院

図2 在宅療養推進に当たっての課題



院後の生活に対する危惧から、在宅療養を不安視する声も多く聞かれ⁴⁾、患者の意識としても「介護者不在」「急変時の対応」「在宅医療サービスの不足」を心配する声があるため⁵⁾ (図2)、厚労省は見解として2011年末に「高齢者向けの住宅の普及」「介護不安を軽減する取り組み」「医療サービスの充実」といった指針を掲げた。介護不安の軽減への取り組みはきわめて妥当な施策であるが、施設の整備や医療サービスの充実は費用や従事者の疲弊の問題から、その実施には困難が予想される。そこで、今ある施設を生かし、現有スタッフで円滑に在宅医療を推進する手段を追求するため、今回、病院で逝去された症例の背景を通じて、在宅死を「望まれる方」が自宅で幸せな最期を迎えられるために、我々が貢献できることを考える目的で調査研究を行った。

【対象と方法】

2012年の1年間に最上町立最上病院一般・療養病棟にて死亡した95症例のうち、解析が可能であった86例 (平均85.5 ± 8.9歳) を対象とした。性比は男性40例 (平均82.8 ± 9.3歳)、女性46例 (平均88.0 ± 7.0歳) であった。家人が延命を希望した12例は、事実上在宅への移行は困難と考えられる。逆

に延命を希望されないことが、在宅での看取りとは直結しないケースも想定しうるが、とりあえず家人が病院での死亡に拘泥しない例の背景にある様々な因子 (①年齢、②性別、③癌や認知症の合併の有無、④栄養摂取状況、⑤要介護度、⑥利用中の介護サービス、⑦臥床期間、⑧入院前経路、⑨介護意思決定者および実子の状況) を比較し、t検定を用いて有意差を検討、そうした症例を在宅医療へ円滑に誘導することを究極の目的とした。

86症例の内訳は、年齢は圧倒的に80歳代、認知症の合併はほぼ半数、疾患別では癌が36%、脳血管疾患で41%、延命希望は12例 (14%) であった (図3)。

【結果】

延命を希望する群 (以下延命群) と希望しない群 (以下非延命群) との間で、諸背景因子を比較した結果、年齢に関しては延命群が平均78.3 ± 11.8歳であったのに対し、非延命群で86.8 ± 7.6歳と有意に高齢であった (P=0.03)。男女比は延命群で5:7、非延命群で30:44と性差はなく、延命群では担癌患者が12例中1例であったのに対し、非延命群では74例中30例と有意に多数を占めた (P=0.04)。認

図3 2012年最上病院で死亡した86症例の内訳

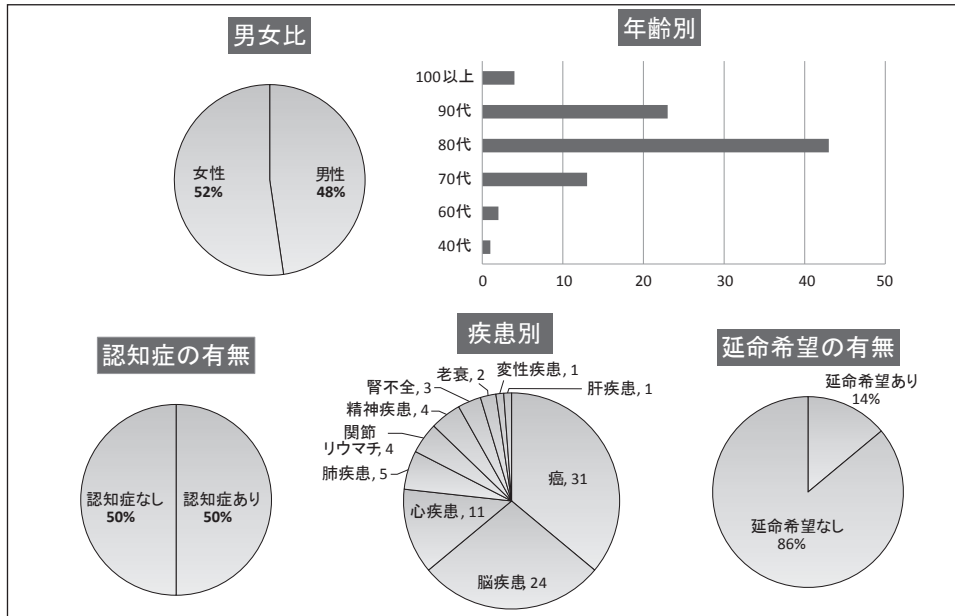
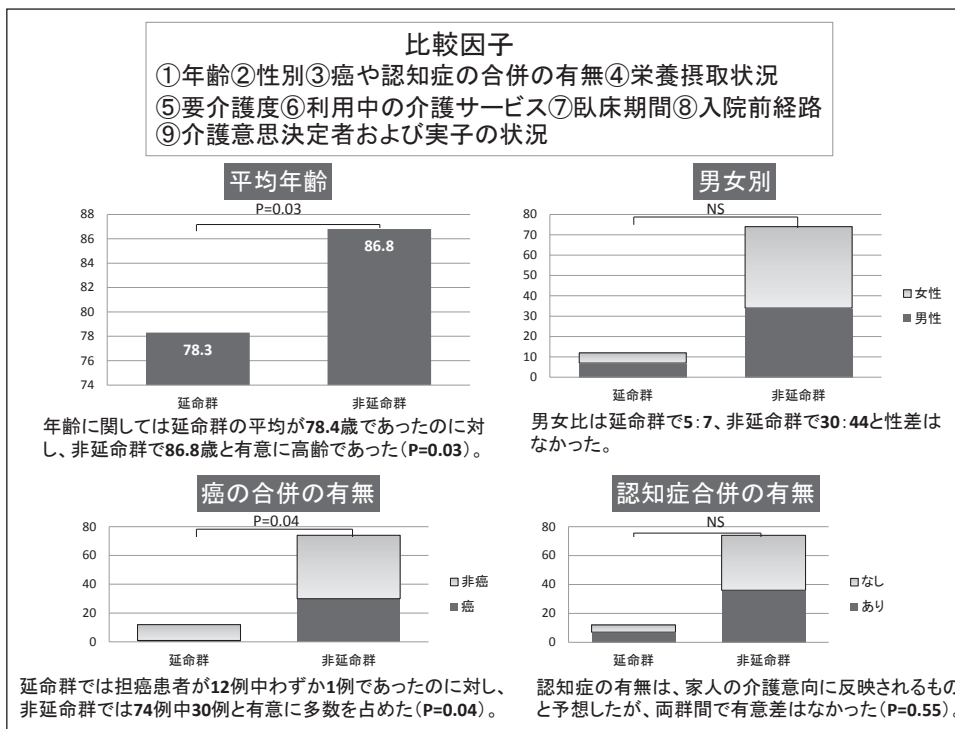


図4：結果



知症は、在宅介護意向に反映されるものと想定したものの、意外にも有意差は認められなかった(P=0.55) (図4)。

経口摂取の可否も同様に両群間で差異はみられず(P=0.23)、入院前の臥床期間も家族の希望に反映する要因と当初は推定し、実際に延命群で平均282.8日、非延命群で同511.1日との結果であったが、統

計学上の有意差は得られなかった。介護保険の要介護度に関しても明らかな有意差はみられなかった(P=0.53) (図5)。

利用サービスの有無や内容(P=0.15)についても明らかな有意差はなく、入院前の経路(在宅:非在宅)は延命群で5:7、非延命群で36:37と差異はなかった(P=0.85) (図6)。

図5

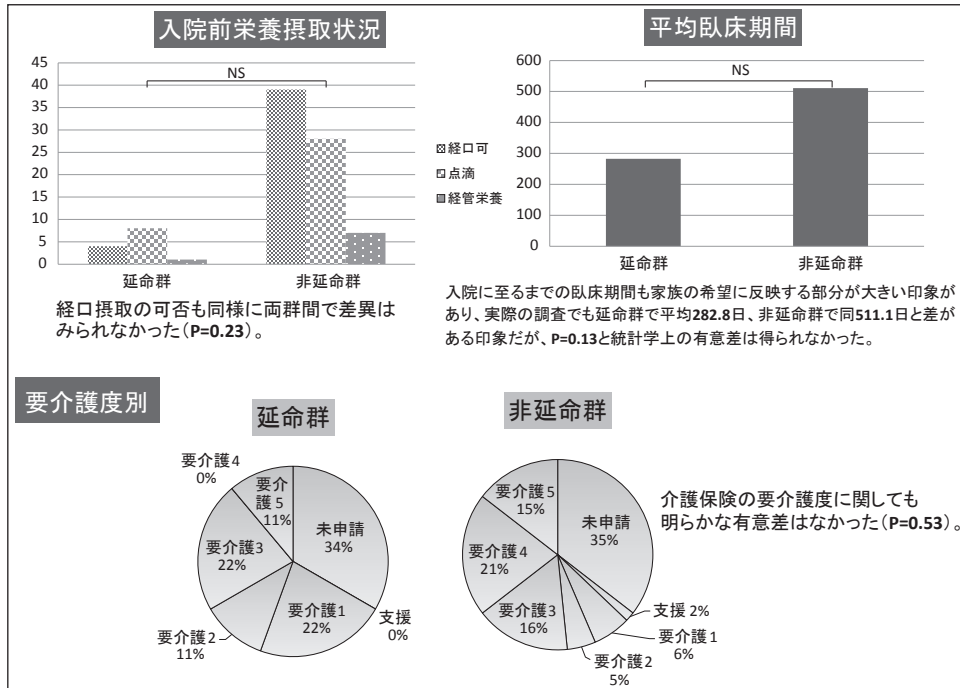
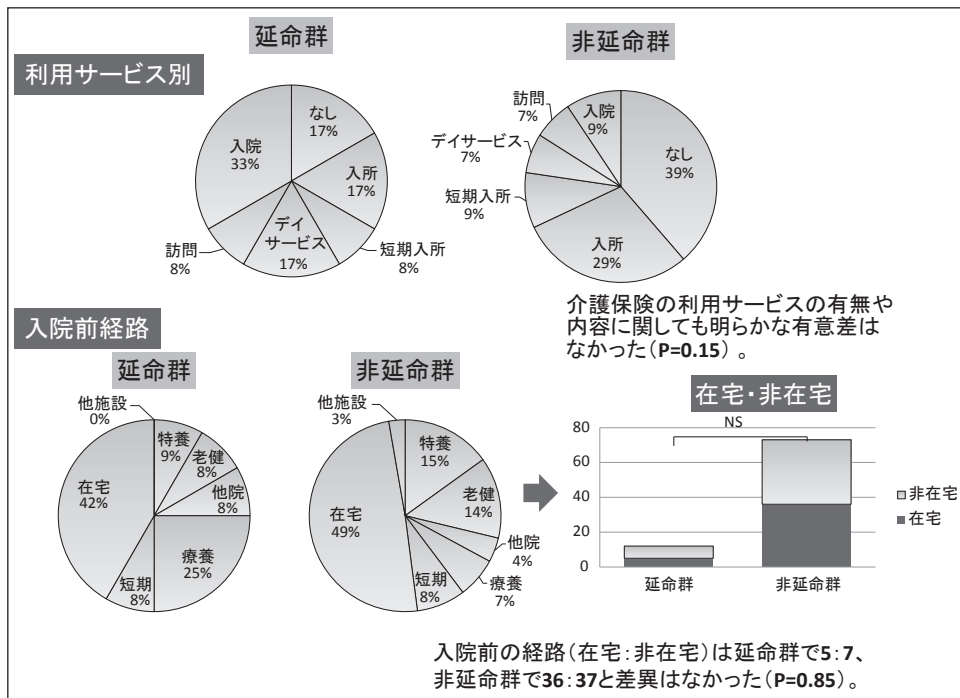


図6



今回注目した介護側の「最終意思決定権限」は、予想通り「実子」にある場合が多数であったが（延命群55.0%、非延命群62.3%）、他に配偶者や孫などと多岐に及び、その人員や性別との間に関連を見出せなかった（図7）。

最後に死亡者の実子の状況に注目した。現場で家

族側の意見を求める際に、同居者と都市在住の児の意見が折り合わず紛糾するケースを経験するため、実子の数や性別、居住場所は終末時の意思決定に何かしらの影響を及ぼすのではないかと考えた。実際には、実子の数は延命群で平均1.92人、非延命群で同3.37人と明らかな違いがあった (P=0.005) が、

図7

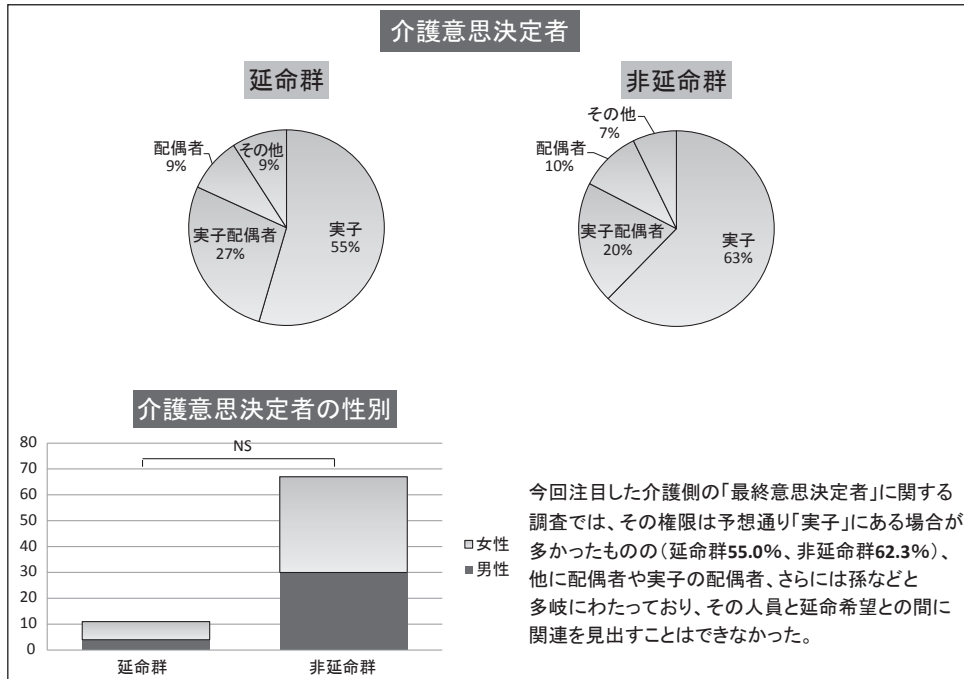
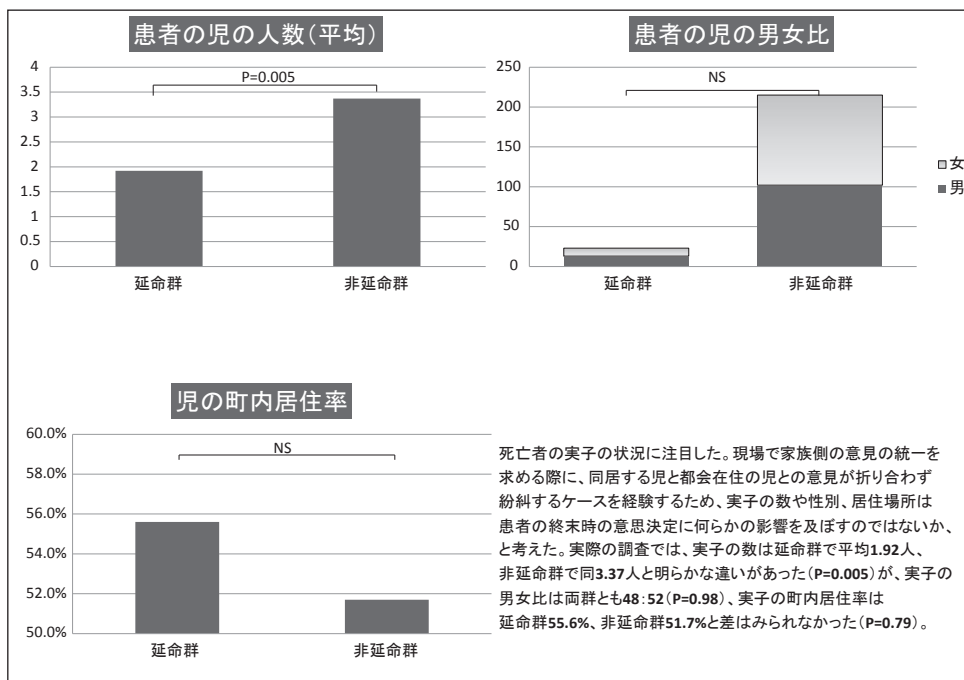


図8



実子の男女比は両群とも48:52 ($P=0.98$)、実子の居住場所、町内居住率は延命群55.6%、非延命群51.7%と有意差はみられなかった ($P=0.79$) (図8)。

以上より、在宅に移行しやすい可能性のある背景因子として、①患者が高齢である、②担癌患者である、③患者の実子の数が多い、の3点が挙げられた。

【考察】

近年end-of-life care、すなわち疾患・健康状態・年齢に関わらず、医療者の専門的判断にとどまらず、地域包括ケアシステムの土台となる人々の生き様を表明するための意思決定を支援し、一個人が自らの生と死を考え、社会関係の中で自身の尊厳とは

何かを問い、終末まで最善の生を送ることができるように援助することの重要性が唱えられている⁶⁾。確かに、今後SHARE⁷⁾などの告知の手技を駆使して事前の意思確認のためのシステムを構築し、次いでshared decision making⁸⁾といった方策を用いて家族を含めた信頼関係を強固にすることは、我々に課された使命でもある。

しかしながら、現代社会においても、ことに地方では予め自ら理想とする最期の場面を他人に表明したり、家人と綿密に相談したりすることはタブー視される傾向があるのも事実である。現時点で死に直面する方については、本人の意志が全く確認されていない場合が大多数であり、その結果、実際の臨床の場においては、最期を決定する権限は家人に委ねられるのが実情である。今回、我々は死生観が未成熟な社会において、真に在宅死を願う方の限られた大切な時間を、円滑に自宅で送っていただくための支援策を検討した。同様の研究は散見されるにすぎず、kawagoeらは著しく低いactivities of daily living (ADL)、癌および「在宅死の希望」が在宅死に関係する有意な因子と述べ⁹⁾、また五十嵐らは、癌死亡では「在宅医療へのアクセス」の良さが在宅死に強く影響し、全死因では病院病床数などの「病院施設リソース」が少なく「在宅医療へのアクセス」が良い都道府県で在宅死亡率が高い傾向にあると分析している¹⁰⁾。さらに松木らは、(1)「最期まで家で過ごしたい」という患者本人の意向、(2)「患者を最期まで家で過ごさせたい」という介護者の意向、(3)介護体制が迅速に確立されること、が在宅で最期を迎えるにあたって重要な因子であることを明らかにした¹¹⁾。

昨今死に直面する方々の介護者は、団塊世代の少し後の年代である場合が多く、今回の95症例の子供の数は平均3.2人と近年の出生数に比べると格段に多くなっている。また、僻地ならではの傾向と思われるが、子供の中にも都會在住の方は多く、居住地が判明した限りで町内在住者は57.2%であった。介護に際し実際の決定権を有する者は、「長男」が最多であったが、介護の実務者はその妻、すなわち

嫁である場合が多く、町外に在住する多くの義兄弟の、複雑な感情の狭間に立つ苦悩が思いやられる。在宅への誘導に際しては、家族間調整がきわめて重要な意味を有し、高齢者は癌などの疾患を多く抱えているため医療側の関与は不可避で、ケア・マネジャーやソーシャル・ワーカー等に一任することには困難があり、多職種連携の意識を常に保持する必要がある。長谷川らは、地域連携のためには必ずしも高度な機器の整備は必要ではないことに言及しており¹²⁾、地域の小さなcommunityでもその実現は可能と推察する。

改めて、在宅に移行しやすいキーワード「患者の年齢」「担癌患者」「患者の実子の数」に則り、円滑な在宅医療への移行のための方策を、二点提言したい。一点目は「癌の多面性の理解」である。奇しくもkawagoeらの論文と同様、担癌患者と在宅誘導の関連性が垣間見えた事実は興味深い。実際に緩和医療の発展に伴い疼痛の制御は容易になっており、「担癌患者」の在宅看取りの機会は確実に増している。しかし麻薬の内服・貼付・座薬などで順調であったコントロールが急遽不能に陥り、注射製剤の投与が不可欠になる場合など、その経過は主治医にすら予測困難な場合も多々ある。単純なマニュアルのみに依存したケアの危険性は常にあり、必要な場合は入院に踏み切ることが躊躇しないと柔らかな対応を全員が心がける必要がある。鈴木らは急変時には苦痛を取り、焦燥に駆られる家族の不安に向き合い、支えることにより、ほとんどの家族が落ち着いた対応を取った、と報告している¹³⁾。二点目は「親族全体の同意取得」である。現状では、医療側と患者家族側の対応の窓口は、多くの場合立場の弱い嫁であることが圧倒的である。同居親族の判断に、遠隔地在住の親族から異論が噴出し、方針が二転三転するケースも後を絶たない。当然ながら「実子の数」が多いほど意思の統一がままならない可能性は高くなるわけで、方針の決定の際には、主治医が中心となって関係者、特に実子であれば全員を同席させることを基本方針とし、そのためには休日や長期休暇期間中などに集合させ、全員の意思を確認

する覚悟も必要となろう。

【結語】

2012年に最上町立最上病院で死亡された86例について検討した。家人が延命医療を望まず在宅医療へ移行しうる可能性を残した74例については、「高齢者」「担癌患者」「実子の数が多い」という統計学的に有意な特徴があった。そうした点を踏まえ、今後の在宅看取り推進のためには「癌の多面性の理解」と「親族全体の同意取得」が肝要と思われた。

〈参考文献〉

- 1) 厚生労働省：人口動態統計 平成24年
- 2) 厚生労働省：在宅医療・介護推進プロジェクト 平成24年
- 3) 内閣府：高齢者の健康に関する意識調査 平成19年度
- 4) 医療経済研究機構：医療施設・介護施設の利用者に対する横断調査 平成22年
- 5) 終末期医療のあり方に関する懇談会 平成22年12月
- 6) 長江弘子：エンド・オブ・ライフケアの概念とわが国における研究課題. 保健医療社会学論集 25(1)17-23, 2014
- 7) 内富庸介：悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキルSHAREプロトコール. Psychiatrist 17, 5-22, 2012
- 8) 大原宏夫,他：死に至る経過における臨床倫理的対話. 医療コンフリクト・マネジメント 3, 3-7, 2015
- 9) Kawagoe Seiji, et al: Study on the factors determining home death of patients during home care: A historical cohort study at a home care support clinic. Geriatrics & Gerontology International 13,874-880,2013
- 10) 五十嵐美幸, 他：がん死亡および全死因の都道府県別自宅死亡割合と医療社会的指標の地域相関分析. Palliative Care Research 9(2)114-121, 2014
- 11) 松木孝道：在宅死・病院死を決める要因分析 在宅療養支援診療所定期訪問診療患者の結果対照研究. 藤沢市内科医学会雑誌26, 22-24, 2014
- 12) 長谷川高志, 他：在宅医療の情報流通とIT化の状況の研究. 日本遠隔医療学会雑誌9(2)114-117, 2013
- 13) 鈴木道明, 他：在宅がん終末期患者の「急変死亡」についての検討. 癌と化学療法40, 170-172, 2013

地域の介護予防課題の優先順位をどう決めるか？

○後藤忠雄ⁱ⁾・廣瀬英生ⁱ⁾・松井良春ⁱⁱ⁾・羽土小夜子ⁱⁱ⁾・羽田野博徳ⁱⁱ⁾

【はじめに】

事業評価が一般的になりつつあり、保健福祉分野においても例外ではない。その地域において適切な保健福祉政策を展開するためには、地域の課題やその優先順位を明確にすること、更にはエビデンスに基づいたものであることが求められている。こうしたことは、介護予防事業も例外ではないが、どのような課題に優先性を置かかという点で、取り組みやすい項目が選択されることが多く、明らかな根拠をもって決められていないことが多い。そこで、外部エビデンスと地域のデータをもとに介護予防課題の優先順位を決めることを試みた。

【方法】

人口寄与危険割合（PAR）は、地域の公衆衛生的課題を決める際に役立つ指標の一つとされ、暴露要因を持つ、持たないにかかわらず集団全体における罹患に対する暴露要因による過剰な罹患の占める割合を示している。具体的には、要介護認定を受ける相対危険（暴露群と比暴露群の罹患率の比）が高い因子であっても、その因子を持つ人が地域の中で少なければ地域での取り組み優先順位が下がり、逆に相対危険がそれほど高くない因子であっても、

その因子を持つ人が地域に多いようであれば地域の取り組み優先順位が上がるといったように、その因子の相対危険と集団でのその因子の分布割合により決定することができる指標で、この指標が高い項目が地域における取り組み優先順位が高い項目といえる。この指標を使って地域の介護予防課題の優先順位をつけることとした。

介護認定に関する相対危険を得るための外部エビデンスとして、25項目の基本チェックリストから得られる運動機能、栄養、口腔機能、閉じこもり、認知機能、うつ症状の各項目に該当する人の要介護認定に関する相対危険を過去の報告から抽出した。ついで、各項目該当者の郡上市における分布を第6期高齢者保健福祉・介護保険事業計画策定のための日生活圈域ニーズ調査から抽出した。これらの情報よりPARを計算し優先課題を決定した。

【結果】

1. 外部エビデンスの抽出

介護保険は日本の施策のため、医中誌を利用し「基本チェックリスト」and「要介護認定」で検索し原著論文で絞り込み検索をしたところ13の論文がヒットし、このうち25項目基本チェックリスト結果とその後の要介護認定との関連を検討したコホート研究は遠又らの宮城県で行われた1年間追跡のコホート研究のみであった¹⁾。我々も第51回全国国保地域医療学会で郡上市和良町での4年間追跡

i) 県北西部地域医療センター

ii) 郡上市健康福祉部高齢福祉課

表1 基本チェックリスト結果に対して要介護認定される性年齢調整相対危険および95%信頼区間

報告	研究デザイン	対象	基本チェックリスト項目					
			運動器機能向上 3/5項目	栄養改善 2/2項目	口腔機能向上 2/3項目	閉じこもり 予防No16	認知症予防 1/3項目	うつ予防 2/5項目
遠又ら ¹⁾ (日本公衛誌 2011)	1年間追跡 コホート研究	65才以上 未認定14636人	3.44 (2.80-4.22)	2.44 (1.83-3.26)	1.93 (1.59-2.34)	2.20 (1.80-2.70)	2.81 (2.28-3.45)	2.94 (2.41-3.58)
後藤ら ²⁾ (第51回全国国保 地域医療学会 2011)	4年間追跡 コホート研究	65才以上 未認定593人	1.74 (1.01-3.00)	2.64 (0.96-7.28)	1.64 (0.89-3.01)	1.00 (0.35-2.81)	2.00 (1.04-3.82)	2.43 (1.25-4.74)

コホート研究²⁾を報告しておりこの2つを外部エビデンスとして利用することとした(表1)。

地域における25項目基本チェックリストの該当者分布割合は当市における第6期高齢者保健福祉・介護保険事業計画策定時の日常生活圏域ニーズ調査結果より抽出した。同調査は、平成26年1月1日現在在宅65才以上市民のうち要支援要介護未認定者および要支援1～要介護2被認定者から2000人をランダム抽出して調査を行い、有効回答1581人のうち要介護認定を受けていない1281人から得られた結果により算出した(表2)。運動機能向上、口腔機能向上、認知症予防の分布割合が高く、栄養改善や閉じこもり予防の分布割合は低い結果であった。

これら外部エビデンスである相対危険と、当市のデータである分布割合よりPARを算出したところ、運動器機能向上が、認知症予防、うつ予防が高い割合を示していた(表2)。相対危険を95%信頼区間の最大値にまた地域における分布割合も95%の最大値に見積もった時のPARを検討してみると(以下カッコ内は遠又らの報告に基づくPAR、後藤らの報告に基づくPARの順で記載)、運動器機能向上(45.2%、33.9%)、認知症予防(35.3%、38.6%)、うつ予防(32.2%、40.8%)に加え、口腔機能向上(24.1%、32.3%)も比較的高い割合となっていた。

【考察】

介護保険予防事業は少子高齢化、人口減少更には財政的負担などを鑑み今後の市町村における事業として非常に重要視されるものである。25項目の基本チェックリストの導入によりいわゆる特定高齢者の認定及びその取り組み項目の整理がなされているものの、実際の事業となると取り組みやすさやで選択されることも多く、その評価目標の決定もあいまいな根拠に基づくことが多い。事業評価にもつながる取り組みとして、今回介護予防事業の優先課題を検討するため、外部エビデンスと地域の状況を統合してその優先順位を検討できるPARを用いた。今後の事業の優先課題を決める一つの方法として利用できる指標と思われた。また、将来的な目標数値決定においても、地域の分布割合をどの程度動かすことによって、将来どの程度対象とするアウトカムを減少させることができるかも検討することが可能となると思われる。

本研究における研究限界としては、相対危険の外部エビデンスとして使用した報告は東北地方及び郡上市内一地域の研究結果にもとづいており、また、追跡期間も1年と4年ということでその普遍性の検討が必要と思われる。また、日常生活圏域ニーズ調査に関しては地域住民の代表性を保証するためにランダムサンプリングはしているものの、25項目チェックリストは自記式で行われておりその妥当性

表2 郡上市日常圏域ニーズ調査結果とそれに基づく人口寄与危険割合

基本チェックリスト項目	分布割合 (%)	95%信頼区間	人口寄与危険割合	
			遠又らの 相対危険による	後藤らの 相対危険による
運動器機能向上 3/5 項目	23.3	21.0-25.6	36.2%	14.7%
栄養改善 2/2 項目	1.6	0.9-2.3	2.3%	2.6%
口腔機能向上 2/3 項目	21.5	19.3-23.7	16.7%	12.1%
閉じこもり予防 No16	7.8	6.3-9.3	8.6%	0.0%
認知症予防 1/3 項目	20.1	17.9-22.3	26.7%	16.7%
うつ予防 2/5 項目	16.4	14.4-18.4	24.1%	19.0%

に關しての検討が十分ではないということが挙げられる。

PARを用いて介護予防課題の検討を行うと当市においては運動機能向上、認知症予防、うつ予防がより優先性の高い課題として抽出された。政策立案に外部および内部エビデンスをうまく活用することの可能性とその必要性が示唆された。

〈参考文献〉

- 1) 遠又靖丈, 寶澤 篤, 大森 芳, 永井雅人, 菅原由美, 新田明美, 栗山進一, 辻 一郎. 1年間の要介護認定発生に対する基本チェックリストの予測妥当性の検証 大崎コホート2006研究 日本公衆衛生雑誌 58巻1号 Page3-13 2011
- 2) 後藤忠雄, 池戸良子, 中嶋敦子, 吉田鈴子, 加藤京治, 松久雄紀, 廣瀬英生. 基本チェックリストで把握された特定高齢者はその後の介護認定と関連するか? 地域医療第51回特集号 Page1165-1167 2012

特定健診事業推進における特定健診等 評価推進全体会議の役割について

○西脇麻菜美ⁱ⁾・石田 紘ⁱ⁾・蒲とよみⁱ⁾・上村喜美江ⁱ⁾
和田美江子ⁱ⁾・羽田野博徳ⁱ⁾・後藤忠雄ⁱⁱ⁾

【はじめに】

郡上市は、平成16年3月、旧7町村が合併したことにより誕生した人口約45,000人の市である。その内、国民健康保険加入者は約12,000人で、年齢構成は40歳～74歳が7割を占めている。合併によって市域は1000平方キロメートルを超える広大な面積を持つこととなり、旧町村ごとの人口規模は2,000～15,000人と幅広く、気候や産業、観光資源などそれぞれに特徴があり、これまで旧町村単位で行われてきた保健事業の統一や整合を図りながら、維持向上させていくことは大きな課題であった。そのような中、平成20年度から新たに特定健診・特定保健指導が導入され、郡上市としての体制づくりの検討や、導入当初43.5%であった受診率をどのように向上させていくかが特に重要視された。こうした課題に取り組むための活動の一つとして当市では、「特定健診等評価推進全体会議」（以降、会議）を開催してきた。本報告は、郡上市の特定健診事業推進におけるこの会議の役割について検証を行うものとする。

i) 郡上市役所健康福祉部

ii) 県北西部地域医療センター

【特定健診等評価推進全体会議について】

1. 会議の目的

会議は、特定健診事業推進の一つの取り組みとして平成20年度から関係スタッフの参加のもと開催しており、「職員が一丸となった協力体制で、特定健診事業を実践していく中で、健診を受けて自身の健康をふりかえることが当たり前と思う、“人づくり”“地域づくり”を目指す」ことを目的としている。

2. 会議内容の変遷

会議でまず取り組んだことは、「特定健診・特定保健指導の実施を通じて、市の目指す姿を共有する」ことである。当市における特定健診事業は、主管課である保険年金課、実務を担う健康課、関連する高齢者支援を担当する高齢福祉課の他、旧町村単体に設置されている各振興事務所や市内公立医療機関が関わっているため、会議人数も約50名と多い。そのため会議では、「健診を受けて自身の健康をふりかえることが当たり前と思う、“人づくり”“地域づくり”」といった目指す姿や、「郡上市の特定健診受診率の目標値は65%である」といった目標の共有を行っている。

会議で検討する重点項目は事業の経過とともに変遷している（表1）。平成20年度の開催当初は、「満

表1 平成20年度からの会議内容の変遷

年度	年間会議実施回数	会議で重点を置いている内容
平成20年度	1回	・特定健診・特定保健指導の実施を通じて、市の目指す姿を共有 ・満足度の高い健診の実施体制を検討
平成21年度		
平成22年度		
平成23年度	2回	・特定健診受診率向上対策
平成24年度	3回	
平成25年度		
平成26年度		

足度の高い健診の実施体制」を検討することが中心であった。特に旧町村ごとに違っていた健診体制を可能な限り統一及び標準化すること、特定健診と同日に受診者全員に保健師が面接する健康相談ができる体制を整備すること、特定健診は職員が一丸となった協力体制で実施するものであると思えるよう連帯感を深め、まとめていくことが重要であった。年数を重ねるにつれ、重要課題は「体制の整備」から「特定健診の受診率向上」へと移行していった。

3. 会議の開催回数

内容の変遷とともに、会議回数も年1回の開催から年3回と増えることとなった。これは、年間を通じた健診・検診事業の流れに合わせるためである。郡上市では3月に全対象者（特定健診・各種がん検診・骨粗しょう症検診・歯周病検診・特定健診以外の一般健診を含む）に、次年度健診・検診の「健康診査等受診希望調査」（以下、希望調査）を実施している。これにより各種健診・検診の申込者を確実に把握した上で、5月からの健診・検診を開始している。実施期間は集団健診が12月まで、市内委託医療機関が2月までとしている。こうした健診・検診事業の流れに沿って、4月に年度初回の会議を開催して特定健診受診率向上のための年間計画を立案し、9月には中間評価の会議、1月には最終評価の会議を開催している（表2）。

4. 現在の会議内容

現在の会議の内容は以下のようになっている（表3）。4月の初回会議では、特定健診の申込率や、

表2 会議の開催フロー

	3～4月	5～11月	12～1月	2月
イベント	次年度健診等受診希望調査の実施	医療機関健診・集団健診開始	集団健診終了	医療機関健診終了
内容	対象となる全住民に対して次年度の健診（がん検診等含む）の受診希望調査を実施	5月下旬から各委託医療機関での健診・集団健診開始	集団健診は12月まで健診受診可能	各委託医療機関では、2月末まで健診受診可能
	初回会議 4月開催	中間評価 9月開催	最終評価 1月開催	

表3 特定健診等評価推進全体会議の内容

会議時期	会議内容
年度初め	前年度末に実施した短期的申込率向上計画の評価当該年度の受診率向上計画の検討・立案
年度中間	受診率向上計画の中間評価・軌道修正
年度末	受診率向上計画の最終評価 年度末の短期的申込率向上計画の立案

それに対する実施率などをもとに、各関係機関職員が情報交換をして、アイデアを出し合いながら特定健診受診率向上のための年間計画を立案する。その計画は一定の様式に沿って記録され、グループワークによりその内容を評価共有する（表4）。9月の中間会議では、年度初めに立案した計画の評価指標に向かっているか否かの検証、それに影響を与えているポジティブな要因とネガティブな要因は何かを抽出して中間評価とし、計画の軌道修正を行っている。年度末には、計画を実施した結果、目指した指標に到達したか否かと、中間評価と同様に影響を与えているポジティブな要因とネガティブな要因を抽出し最終評価を行う。更に、年度末の会議では次年度の特定健診申込率の更なる向上を目指して、1月～3月の期間に実施する「短期的申込率向上計画」の立案も行っている。

これにより、次年度の健診・検診の希望調査の時期に、申込率を上げる対策を実施することができる。短期的申込率向上計画の評価は4月の年度初めの会議にて行うこととしている。これらの一連のフ

表4 特定健診受診率向上計画書様式

計画書 (チーム名)			
年間計画	ターゲット： 主旨：		
	戦略の対象		
	手段		
	誰が		
	実施内容		
	スケジュール	5月	
		6月	
		7月	
		8月	
		9月	
10月			
11月			
評価指標	中間評価時点		
	最終評価時点		
中間評価時点	実施評価	実施状況	
		指標に対する結果	
	結果に対する要因	ポジティブ要因	
		ネガティブ要因	
今後の方針	継続 ・ 改善 ・ 中止 (見直し)		
最終評価時点	実施評価	実施状況	
		指標に対する結果	
	結果に対する要因	ポジティブ要因	
		ネガティブ要因	

ローを年度ごとに繰り返している。

今まで実施してきた計画の例としては、①治療中の者をターゲットにして、医療機関や薬局に協力してもらい特定健診PRポスターの掲示や、漫画風のチラシを用いた声かけをする計画、②健診受診者の家族に未受診者が多いことから、組織的に「家族みんなで特定健診を受けようキャンペーン」を行い、健診受診者に家族の受診状況を確認し未受診家族に健診の申込みを促す計画、③国民健康保険新規加入者を特定健診につなげるために、国保窓口での国保異動者への案内を徹底する計画、④健診の申込率を上げたい地域の自治会の会合やイベントに参加して健診を啓発する計画、⑤住民にとって身近な存在である母子成人保健推進員などを通じて特定健診受診啓発活動をする計画などがある。

特定健診等評価推進全体会議の様子



【結果】

1. 特定健診受診率の推移

会議などを通じて、特定健診受診率向上への取り組みを続けることで、本市における特定健診の受診率は、平成20年度特定健診開始時の43.5%から6年目の平成25年度において55.5%まで上昇させることができた。

2. 会議の役割

1) PDCAサイクルの実践の場

特定健診受診率向上計画は必ず評価指標を設けている。評価指標を決める時の注意点は、「測定可能で、具体的で、他者から見るができる内容」であり、例えば「12月までに△△地域の申込率を5%上げる」、「12月までに○件の申込みをもらう」などのように、評価時期に客観的に評価できるように

している。こうした評価指標を明確にすることに加え、9月に中間評価、1月に最終評価会議を開催して、実施報告を行い、評価指標に至らない場合は、なぜ至らなかったのか、どこまで達成できたのかといったことや、評価指標に至った計画は何が良かったのかを共有し、その後の改善に結びつけている。こうした流れはまさにPDCAサイクルの実践となっている。

2) 関係職員の団結

計画は、参加者がいくつかのチームに分かれ、各チームで年間通じた計画を立案する。チームの形態は振興事務所ごと、医療機関や他の振興事務所と合同、各課で合同と様々である。参加者がチームを組んで計画を実施したり、他のチームの計画を評価することは、関係職員間の連帯感や連携を生み、職員のモチベーションの維持につながっている。

【考察および結論】

会議にて、職員が一丸となって取り組めるように「特定健診・特定保健指導の実施を通じて、市の目指す姿を共有する」ことで、職員の特設健診事業の

重要度を上げたことはその後の取り組みをスムーズにさせた要因であると考ええる。新しい事業をより良い体制で実施するためには、各関係機関の協力を得る必要があり大変な労力を要する。そのためには、各関係職員が「特定健診事業が重要である」と認識して取り組むことが必須であり、その役割を会議が担っていた。また、PDCAサイクルを用いて計画を実践することで、取り組みを客観的に評価することができ、改善に結びつけることができた。そして、チームで取り組むことにより関係職員間の連帯感・連携を生み、相互評価することがモチベーションの維持につながっていると思われた。これらのことにより、特定健診等評価推進全体会議は、特定健診の受診率を含む当市の特定健診事業推進に関して今後も重要な役割を果たしていくものと確信している。

〈参考文献〉

- 1) 第2期特定健康診査等実施計画（平成25年度～平成29年度）：郡上市保険年金課
- 2) 今井博久・中尾裕之：Cから始めるPDCA実践法 特定健診・特定保健指導の「第2期」に向けて①～④. 保健師ジャーナルVol69 No.9～12. 2013

「食形態マップ」の作製と地域包括型食支援の取り組み

○長谷剛志ⁱ⁾・前田美紀ⁱ⁾・藪越文佳ⁱ⁾・森田絹代ⁱ⁾・北川めぐみⁱⁱ⁾・橋本正明ⁱ⁾

はじめに

地域の病院や施設において摂食・嚥下障害を有する患者に提供される食形態の「呼称」は様々である。そのため、退院や転院により患者の療養施設が変更となる際に紹介元と紹介先の施設間で食形態に関する情報提供がなされても、食形態の「呼称」の違いによりマッチングが困難で、患者および関係者の不利益となっている。

そこで、能登地方の病院や施設で食支援に携わる医療および介護・福祉関係者によって2011年「食力（しょくりき）の会」を発足し、地域の医療・介護施設で提供されている食形態の抽出と整理・見直しを開始した。各施設より情報収集した食形態の「概念」と「呼称」を一覧にまとめ、それに「画像」を添付して2014年「食形態マップ」として発行した。以降、この「食形態マップ」を施設間における食形態の整合表として患者の退院や転院の際に活用することで個々の摂食・嚥下機能に適した食形態の提供を心掛けている。

今回、われわれは、「食形態マップ」の作製を通して高齢化が進む地域での包括型食支援の問題点を把握し、摂食・嚥下障害における多施設多職種協働の地域連携の在り方を検討したので、その概要を報告する。

1 施設によって異なる様々な食形態の「呼称」

病院や施設において摂食・嚥下障害を有する患者は、個々の摂食・嚥下機能に応じて調理加工された食形態（嚥下困難食または嚥下調整食）が提供されることが多い¹⁾。

一方、高齢化に伴い摂食・嚥下障害を有する患者が増加したことで食形態の定義や分類は複雑化し、その「呼称」に統一性がないのが現状である。調査したところ、「嚥下Ⅰ度食」「介護食」「まる食」「やわらか食」「とろり食」「レッツゴー食」など食形態の「呼称」は各施設に委ねられ使用されている。そのため施設が異なると食形態の「呼称」が変わることにより医療や介護の現場では対応に苦慮することも少なくない。また、提供される食形態の「呼称」から想起されるイメージは個人差が大きく、これを統一することは困難である。

2 食形態の「呼称」イメージから生じた問題

当院には主食6種類、副食10種類の食形態が存在する（表1）。2011年、近在の特別養護老人ホームから誤嚥性肺炎にて高齢女性が紹介入院となった。この患者に提供する食形態について紹介元施設から添付された情報提供書に「嚥下食Ⅲ」と記載されていた。そこで、情報提供書を見た看護師は、そ

i) 公立能登総合病院

ii) 市立輪島病院

表1 公立能登総合病院で提供される食形態一覧

















主食一覧					
					
重湯	粥ゼリー	粥ペースト	全粥	軟飯	米飯
副食一覧					
					
嚥下開始食	嚥下Ⅰ度食	嚥下Ⅱ度食	嚥下Ⅲ度食	嚥下移行食 (みじん・とろみ)	
					
嚥下移行食 (みじん)	嚥下移行食 (きざみ)	極軟菜食	軟食	常食	

写真1 「食力(しょくりき)の会」定例会の様子

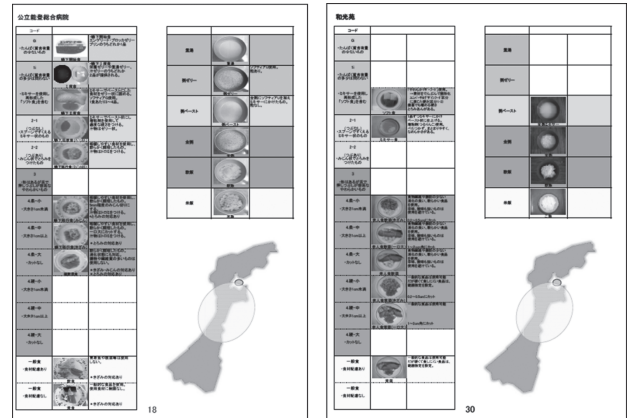


の食形態の「呼称」から当院では「嚥下Ⅲ度食」に該当すると判断した。しかし、この両者は似て非なる食形態であり、実際には「嚥下Ⅲ度食」ではなく、「みじん・とろみ食」に該当するものであった。幸い大事には至らなかったが、入院前より食事のむせ込が多く、摂取量が減り、食事時間も延長したことより両施設間で食形態の詳細について確認したところ問題が発覚した。これより、「呼称」のみで食形態をイメージし、食事提供を判断することは危険であり、まして摂食・嚥下機能が著しく低下した高齢者には特に慎重対応する必要が考えられた。

3 「食力(しょくりき)の会」の発足

摂食・嚥下障害を有する患者は、入院中のみならず退院後も提供される食形態(食)と個々の摂食・

図1 食形態マップ(一部抜粋)



食力の会 形態マップ作製

嚥下障害向け 食に統一基準

能登の35病院・施設メニューまとめ
病院内・施設では、食で対応しにくい患者は、食のメニューをまとめた「食力(しょくりき)の会」の「食形態マップ」を参考に、患者の食生活に合わせたメニューを提供し、患者の食生活の向上を図る。

食形態マップを紹介する長谷代表
—七尾市の公立能登総合病院—

北国新聞(朝刊)2014年6月3日:「食形態マップ」の取り組みは地元の新聞にも採り上げられ注目されている。

嚥下機能(力)との適正バランスを継続して考慮しないと、流動的な摂食・嚥下機能の変化により誤嚥や窒息を招くリスクが高くなる²⁾。

つまり、療養環境が変わっても摂食・嚥下障害を有する患者の食事場面では常に「食」と「力」のバランスを観察・評価することが重要であり、著者らは「食+力=食力(しょくりき)」を造語として地域包括型の食支援を目指した「食力(しょくりき)の会」を2011年4月に発足した。毎月1回定例会を開き、能登地方の医療・介護施設に勤務する専門職を中心に各施設の摂食・嚥下障害に対する取り組みや、地域包括事情について課題解決に取り組んでいる(写真1)。

その事業の一つとして、2013年より地域の医療・介護施設において提供されている食形態の「呼称」を一覧にまとめ、施設間での食形態に関する情報が共有できる「食形態マップ」を作製した(図1)。

4 「食形態マップ」の意義

「食形態マップ」は施設間の食形態を横断的に把握するための地域連携ツールである。

- 1) 各病院・施設に携わる医療および介護・福祉関係者が食形態について共通認識できる。
- 2) 患者紹介時に食形態のマッチングに関する情報伝達の混乱を可能な限り少なくする。
- 3) 他施設の食形態と比較することで自施設の食形態を摂食・嚥下機能に応じて段階的に再認識できる。
- 4) 地域包括的に多施設の食形態を把握できる。

5 「食形態マップ」の構成

- ① 「嚥下調整食分類2013」（日本摂食嚥下リハビリテーション学会）（表2）を参考指標とする。

② 各施設の食形態を「主食編」と「副食編」に分けて構成する。

③ 各施設の食形態の「呼称」を「写真」とともに列挙し、その「概説」を併記する。

④ 各分類コードを色別記載することで食形態に精通していない職種でも視覚的に他施設で提供されている食形態との整合を判断できる。

6 分類コードの概念

原則として「嚥下調整食分類2013」に準じて分類したが、能登地方の医療・介護施設で提供されている食形態を調査したところ、「コード4」以上に該当する食形態が多く存在したため、「コード4」を「硬さ」と「一口サイズ」の観点から詳細区分し、さらに「一般食」のコードを新たに設定した。これにより分類コードは、コード0（j、t）、コード

表2 「嚥下調整食分類2013」（日本摂食嚥下リハビリテーション学会）

学会分類2013（食事）早見表

コード【1-8項】	名称	形態	目的・特色	主食の例	必要な咀嚼能力【1-10項】	他の分類との対応【1-7項】
0	j 嚥下訓練食品0 j	均質で、附着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー 離水性が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの	重度の症例に対する評価・訓練用少量をすくってそのまま丸呑み可能 残留した場合にも吸引が容易 たんばく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL0 えん下困難者用食品許可基準Ⅰ
	t 嚥下訓練食品0 t	均質で、附着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水 (原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみのどちらかが適している)	重度の症例に対する評価・訓練用少量ずつ飲むことを想定 ゼリー丸呑みで誤嚥したゼリーが口内で溶けてしまう場合たんばく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL3の一部 (とろみ水)
1	j 嚥下調整食1 j	均質で、附着性、凝集性、かたさ、離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	口腔外で既に適切な食塊状となっている（少量をすくってそのまま丸呑み可能） 送り込む際に多少意識して口蓋を舌を押しつける必要がある 0 j に比し表面のざらつきあり	おもゆゼリー、ミキサー、粥のゼリー など	(若干の食塊保持と送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL1・L2 えん下困難者用食品許可基準Ⅱ UDF区分4（ゼリー状） (UDF：ユニバーサルデザインフード)
2	1 嚥下調整食2-1	ビュレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの	口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの（咽頭では残留、誤嚥をしないように配慮したもの）	粒がなく、附着性の低いペースト状のおもゆや粥	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッドL3 えん下困難者用食品許可基準Ⅱ・Ⅲ UDF区分4
	2 嚥下調整食2-2	ビュレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかずまとまりやすいもので不均質なものも含む スプーンですくって食べることが可能なもの		やや不均質（粒がある）でもやわらかく、離水もなく附着性も低い粥類	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッドL3 えん下困難者用食品許可基準Ⅱ・Ⅲ UDF区分4
3	嚥下調整食3	形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの 多量の離水がない	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの 押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し（あるいはそれらの機能を試活し）、かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの	離水に配慮した粥 など	舌と口蓋間の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッドL4 高齢者ソフト食 UDF区分3
4	嚥下調整食4	かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ	誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理法を選んだもの 歯がなくても対応可能だが、上下の歯槽間で押しつぶすあるいはすりつぶすことが必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難	軟飯、・全粥など	上下の歯槽間での押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッドL4 高齢者ソフト食 UDF区分2およびUDF区分1の一部

表3 「食形態マップ」の分類コード概念

コード		形態	目的・特色
0	j	均質で付着性・凝集性・硬さに配慮したゼリー	嚥下評価・訓練用の位置づけで丸飲みすることが可能。誤嚥した場合を考慮し、タンパク質含有量が少ない。
	t	均質で付着性・凝集性・硬さに配慮したとろみ水	嚥下評価・訓練用の位置づけでゼリー丸飲みで誤嚥したり、ゼリーが口で溶けたりしてしまう場合に適する。タンパク質含有量が少ない。
1	j	均質で離水が少ないゼリー・プリン・ムース状	咀嚼能力を必要とせず、スプーンですくった状態で食塊状となっているもので0jよりは表面のざらつきがある。ミキサーを使用し再形成した「ソフト食」を含む。
2	1 (つぶなし)	スプーンですくえる	口腔内で簡単な操作で食塊状となるもので、なめらかで均質なものを。
	2 (つぶあり)	ピューレ・ペースト・ミキサー状	口腔内の簡単な操作で食塊状となるもので、やわらかい粒などを含む不均質なものを。みじん状でとろみをつけたものを含む。
3		形はあるがやわらかく多量の離水がない	舌で押しつぶしが容易なくらいやわらかいものであるが、粉碎再形成することや均一さは必須ではない。一般の調理方法で素材を選んで工夫した物、様々な技術で素材を軟化させた市販の製品を含む。
4	柔-小	大きさ1cm未満やわらか	柔の基準は「歯・義歯がなくても歯茎でつぶして食べられる」もの。誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理法を選んだもの。
	柔-中	大きさ1cm以上やわらか	
	柔-大	カットなしやわらか	
	硬-小	大きさ1cm未満かため	硬の基準はやわらかさに配慮しているが「歯・義歯を必要とする（望ましい）」もの。誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理法を選んだもの。
	硬-中	大きさ1cm以上かため	
	硬-大	カットなしかため	
一般食	食材配慮あり		摂食・嚥下機能に配慮あり（揚げ物なし、繊維が多い物を除く等）
	食材配慮なし		摂食・嚥下機能に配慮なし

コード4

「やわらかさ」は食塊形成を考慮し「柔」、「硬」に分類。
「大きさ」は窒息の危険性を考慮し「大」、「中」、「小」に分類。

一般食

コード4に分類できないが、硬いものを避けるなど食材に配慮している施設が多かったことから、「食材配慮あり」と「食材配慮なし」に分類。

1j、コード2（つぶなし・つぶあり）、コード3、コード4、一般食（食材配慮あり、なし）の計6パターンにコード分類され、より正確な整合が期待できると考えた（表3）。

7 食形態情報の収集と整理

能登地方において食事を提供している医療・介護施設は、約136施設存在する。そこで、「食形態マップ」への掲載希望および協力が得られた39施設を対象に説明会を開催し、各施設で提供されている食形態の①分類、②呼称、③写真、④形態概要の資料提出を呼びかけた。提出先は「食力（しょくりき）の会」が事務局となり担当者宛にメディアファイルにて送付された。提出された資料からだけでは分類が困難な食形態については、試食によってテクスチャー特性と摂食・嚥下機能を検討した（写真2）。

8 「食形態マップ」の使用方法

現在、完成した「食形態マップ」は冊子に製本し、加盟施設に配布するとともに、加盟していない施設においても能登脳卒中地域連携協議会の協力を得て協議会のホームページ（<http://noto-stroke.net>）より閲覧可能となっている。閲覧したい施設

写真2 協力施設より提出された食形態の資料とコード分類検討

テクスチャー特性	嚥下動態
硬さ 含水量 凝集性	咀嚼機能 食塊形成
流動性	食塊移送 送り込み障害 口腔残留 早期咽頭流入 嚥下反射遅延 咽頭残留
粘度 付着性	誤嚥
瞬間的な変形性	食道入口部通過 咽頭残留

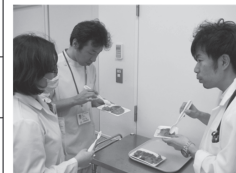


写真3 地域住民参加型の在宅食支援活動「わいわいカフェ」



を選択し、クリックすると選択した施設の「食形態マップ」が表示されるシステムで、必要に応じてプリントアウトして使用することも可能である。使用方法は特に定めていないが、例えばA病院で「極軟菜きざみほぐし食」を提供されている患者がB病院に転院になると仮定すれば、転院後の食形態の情報として「極軟菜きざみほぐし食」という「呼称」のみでは十分に特性を把握することは困難である。そこで、「食形態マップ」を引用し、A病院とB病院の食形態を整合することによりA病院の「極軟菜きざみほぐし食」はB病院の「嚥下移行食」に該当することが一目瞭然で、より詳しい情報が収集できる。ただし、施設によっては提供している食形態の種類が少ないところもあるため、該当食形態が存在しない場合も想定される。その際は、近似した形態をマップから検討するか、または転院に合わせて転院先の施設に存在する食形態を摂取可能か予め評価することで判断することとなる。

現在、先述した能登脳卒中地域連携協議会では、地域の脳卒中患者を対象に急性期から回復期、慢性期、生活期に至る各ステージで療養環境が変化しても栄養情報を一元管理できるシステムを運営している。そこで、能登地方の各施設で療養する脳卒中患者に提供される食形態情報を共有するツールとして「食形態マップ」が使用され、地域包括型の食支援の一助となっている。

9 今後の展開

「食形態マップ」を活用することで地域の施設間における食形態の互換性は向上したが、経時的に患者の摂食・嚥下機能が変化すれば、状況に応じて食形態を変更する必要があるが出てくる。つまり、食力（しょくりき）の考え方からすれば、「食形態マップ」から選択した食形態（食：しょく）が、個々の摂食・嚥下機能（力：りき）に適しているか判断しなければならない。食事場面を観察し、両者のバランスを検討するための簡易的ツールとして「食形態・とろみチェックシート」を考案し臨床的に効果を検証中である。

さらに、今後、地域の高齢化が進む中で摂食・嚥下機能が低下して経口摂取に苦慮する事例が増加することが予想される³⁾。特に、誤嚥性肺炎を繰り返す高齢者や認知症を併存した高齢者に対する食支援事業において食形態の検討は必須となる⁴⁾。「食形態マップ」は能登地方の病院・施設で提供される食形態に関しては網羅されているが、在宅療養の高齢者については考慮されていない。

そこで、2014年より石川県栄養士会能登支部と「食力（しょくりき）の会」の賛同で「わいわいカフェ」と称して地域住民参加型の食支援事業を始めた（写真3）。公民館や集会所を会場として民生委員や社会福祉協議会、寡婦母子福祉協議会にも協力してもらい、在宅で要介護高齢者を支える家族を対

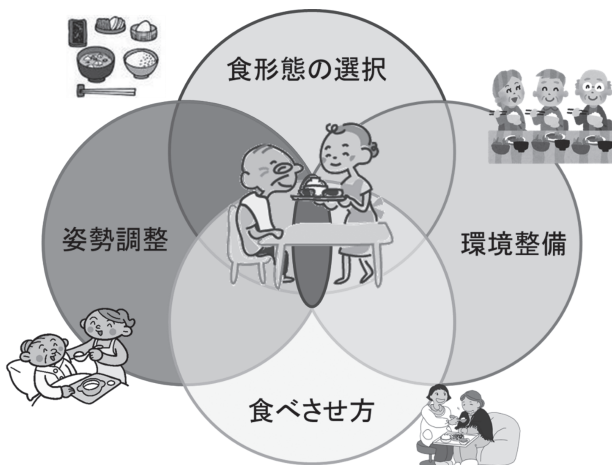
象に調理教室を兼ねて摂食・嚥下障害の支援方法について学び理解を深める取り組みである。在宅の場合は、摂食・嚥下機能に適した食形態を必ずしも準備できる環境とは限らないため、調理の方法や工夫について指導する必要がある。病院退院時に家族に対して栄養指導はされるが、それを継続している事例は少ないため、定期的な食支援の啓発は地域に暮らす高齢者の誤嚥性肺炎予防において重要と考える。

また、課題として「食形態マップ」の参加施設はまだ少ないため、加盟施設を増加させる目的で説明会も継続して行う予定である。

10 まとめ

能登地方にある医療・介護施設に多数混在する食形態は、「食形態マップ」の作製により整理された。調査したところ、食事を提供している施設は約136施設あり、既に各施設が独自の食形態「呼称」を設定し、職員に浸透していること及び、食形態の「呼称」から想起されるイメージは個人差が大きいことより地域で食形態「呼称」を統一することは、かえって現場の混乱を招くことが予想され困難であったが、コード分類することにより施設間で「呼称」が異なっても容易に整合性を確認できるようになっ

図2 高齢者の誤嚥・窒息予防に関する『4つの柱』



た。

摂食・嚥下機能が低下した高齢者⁵⁾に対する食支援は大きく4つの柱が重要と考える(図2)。①食形態の選択、②姿勢調整、③食べさせ方、④食事環境の整備である。いずれも、療養環境や介助者によって差は生じるが、大切なことは周囲が現状の摂食・嚥下機能に合わせた4つの柱を意識して食事場面を観察できるかどうかである⁶⁾。もちろん、適切な食形態の選択は重要であるが、それだけでは不十分で、その他の要因が疎かになると誤嚥や窒息のリスクは高くなる。

今後、全国的に高齢者の地域包括支援対策が進むなかで食事の問題は重要課題の一つである。認知症による食行動異常や繰り返す誤嚥性肺炎の問題解決の糸口として、勤務する施設や職種が異なっても地域に暮らす高齢者と食支援に対して有機的な連携をとっていくことが急務である。

〈参考文献〉

- 1) 長谷剛志：地域で統一した口腔ケア推進の核として、地域医療，vol.49，No2.80(268)-86(274)，全国国民健康保険診療施設協議会，2011
- 2) 長谷剛志，岸本裕充 他：オーラルマネジメントの実務，60-71日経研出版，東京，2010
- 3) 長谷剛志：「食行動の発達と減退からみた口腔機能の変化」—摂食嚥下障害のメカニズムを考える—，日本食生活学会誌 25(4)，231-235，2015
- 4) 長谷剛志，戸原 玄 他：知っておきたい！摂食・嚥下評価と治療の進歩，MB Med Reha No.167，48-55，全日本病院出版会，東京，2014
- 5) 長谷剛志，戸原 玄 他：シニア世代のお口を守り健康長寿に導くプロをめざそう，DH style 増刊号 8(104)，84-95，デンタルダイヤモンド社，東京，2014
- 6) 長谷剛志 他：口腔機能向上のためのマニュアル，石川県歯科医師会，2015

アミノインデックス[®]によるがんリスクスクリーニング ～住民検診への応用～

○木村 修ⁱ⁾・安東敏彦ⁱⁱ⁾・陶山和子ⁱⁱⁱ⁾・村田裕彦ⁱ⁾・山本司生ⁱⁱⁱ⁾
宇田川晃秀ⁱⁱⁱ⁾・堅野国幸ⁱ⁾・田村啓達ⁱⁱⁱ⁾・野坂薫子ⁱⁱⁱ⁾・田村矩章ⁱⁱⁱ⁾

【目的】

近年、血漿中アミノ酸濃度の分析法が急速に進歩し、血漿中アミノ酸バランスの変動を解析し疾病の可能性を把握するアミノインデックス技術が報告され、このアミノインデックス技術をがんのリスクスクリーニングに応用した AminoIndex Cancer Screening (AICS) が胃癌、肺癌、大腸癌、前立腺癌、乳癌、子宮・卵巣癌において臨床実用化されている¹⁾。

南部町の人口は11,568人、40歳以上のがん検診対象者は4,221人、高齢化率31.1%であり、死亡原因の1位はがんで、年間約50人の方が亡くなっている(表1)。がん医療は国保医療費の約4割を占めているが、がん検診率は約30%と低率であり、平成23年9月、町議会はがん検診を中心としたがん対策を本格的に始めることを満場一致で採択した(がん征圧宣言)。また、鳥取県は地域活性化総合特区計画を進めており、ライフサイエンス事業としてAICSの導入が決定された。

我々は鳥取県と南部町のご支援のもと、平成24年1月から40歳以上の南部町住民を対象にがん検診の前検査としてAICSの測定を開始し興味ある結果を得ているので報告する。

i) 国民健康保険西伯病院外科

ii) 味の素株式会社アミノインデックス部

iii) 国民健康保険西伯病院内科

表1 南部町がん死亡原因(平成22～24年)

	男女計	男	女	
1. 消化器がん	69	41	28	
食道	4	3	1	
胃	20	11	9	1位
大腸	15	6	9	3位
肝	15	9	6	3位
膵臓	11	9	2	5位
その他	4	3	1	
2. 肺がん	18	14	4	2位
3. 血液がん	4	2	2	
4. その他	15	8	7	
計	106	65	41	

【方法】

AICSはこれまで多施設共同研究により約2,000人のがん患者と約40,000人の人間ドックでの健常者とを比較し、胃、肺、大腸、前立腺、乳腺、子宮・卵巣の癌患者に特有のアミノ酸の変動が認められることが判明、その算定式が決定された。各がん疾患に対する特異度が80%となるAICS値を5.0、特異度が95%となるAICS値を8.0、最小値を0.0、最大値を10.0となるように設定し、AICS値が大きくなるほどがんに罹患している可能性が高くなることが推測される¹⁾。そして、AICS値が5.0未満の場合を「ランクA」、5.0以上8.0未満の場合を「ランクB」、8.0以上の場合を「ランクC」と設定している。通

常のがん発生率を0.1%とすると、ランクCでは通常の約10倍の危険度があると考えられている。また、各がん腫を進行度別、組織型別に見ると、早期のがんであっても、また組織型が異なっても特異度が変わらないという結果が示され、早期のがんであっても陽性に出る可能性があり、がんの早期発見、予防につながるものと考えられている。

対象は平成24年1月から平成26年7月までにAICSを測定できた町内住民2345例（男性1013人、女性1332人）、町外住民506例（男性203人、女性303人）の計2851例である。この内、町内住民の方は当院を受診された方が1903例であり、集団検診で採血された方が442例であった。

がん発生のリスクが高いランクCの方に対しては可能な限り精密検査を施行し、胃癌では胃内視鏡検査、肺癌では胸部CT検査、大腸癌では全大腸内視鏡検査、前立腺癌ではPSA測定を施行し陽性の方は泌尿器科へ紹介、乳癌ではマンモグラフィーを施行致した。子宮癌・卵巣癌では骨盤部CT検査、CA125採血の後、当院婦人科へ紹介した。また、ランクA、Bの方には各がん腫別のリスクを説明した上で通常のがん検診の受診をお勧めした。

【結果】

1. 当院受診例

1) AICSの判定結果

各がん腫別のAICS判定結果はランクC：胃癌444例（23%）、肺癌204例（11%）と南部町の死亡原因として最も多い胃癌、肺癌にランクCが高率であった（図1）。

2) ランクCの精密検査結果

胃癌では444例中381例に胃内視鏡検査が施行され、早期胃癌5例、進行胃癌1例の計6例の胃癌が発見された（表2）。また、胃癌の発生母地となる高度な慢性胃炎が274例（72%）に認められ、胃がんの発見を念頭においたこれら症例の追跡調査ならびにヘリコバクター・ピロリの検査、除菌に努めている。また、肺癌で

図1 AICS判定結果（当院受診例）

（平成24年1月～平成26年7月：1903例：男828,女:1075）

	n(件)	ランクA	ランクB	ランクC	癌発見
胃癌	1903	975	●484	444 (23%)	●●●●● ●★
肺癌	1903	○★1294	405	204 (11%)	
大腸癌	1903	●●●1371	373	159 (8%)	●
前立腺癌	828	★480	○224	124 (15%)	★★
乳癌	1075	○704	248	123 (11%)	
子宮・卵巣癌	1075	736	235	104 (10%)	
計	8687	5560	1969	1158 (13%)	隣

ランクC：704例（37%）

★：進行癌、●：早期癌、○：他臓器癌がランクCの早期癌、隣：進行隣臓癌

表2 ランクCの検査結果（当院受診例）

胃癌 444例	胃癌	6
	十二指腸腫瘍	1
	慢性胃炎	274 (71%)
	ポリープ(SMT)	25
	異常なし	75
	検査なし(他院)	63
肺癌 214例	肺癌	0
	GGO	33
	アスベスト肺・真菌症	2
	炎症性瘢痕・肺気腫	107 (50%)
	異常なし	62
	検査なし	0

は214例全例に胸部CT検査がなされ、初期の腺癌を多く含むGround Glass Opacity (GGO) を33例に、炎症性瘢痕、肺気腫が107例（50%）と高率に見られた（表2）。

さらに大腸癌では、159例中111例に全大腸内視鏡検査がなされ、1例に早期大腸癌（Is）が認められ、内視鏡的切除が施行された。また、55例（50%）にLSTを含むポリープが認められ切除されている（表3）。前立腺癌では124例中122例にPSA値の測定が行われ、11例にPSA値高値が認められ、2例の前立腺癌が発見された。乳癌では123例中111例に精密検査が施行され、5例が要経過観察とない。子宮・卵巣癌では104例中83例に精密検査がなされ、異型上皮1例が発見され、頸部・膣部びら

表3 ランクCの検査結果（当院受診例）

大腸癌 159例	大腸癌	1	乳癌 123例	要経過観察	5
	ポリープ(LST)	55		石灰化	2
	異常なし	55		乳腺症・線維腺腫	2
	検査なし	48		異常なし	102
前立腺癌 124例	検査なし	48	子宮・ 卵巣癌 104例	検査なし	12
	前立腺癌	2		異型上皮・HPV+	1
	PSA高値	9		頸部・陰部ビラン	5
	PSA正常	111		子宮筋腫	17
	検査なし	2		卵巣嚢腫	3
				異常なし	57
				検査なし	21

ん、子宮筋腫、卵巣嚢腫などが認められている（表3）。

また、他臓器癌のランクCの検査中に膀胱癌1例、早期肺癌1例、早期大腸癌1例、早期前立腺癌1例、早期乳癌1例、計5例の癌が発見されている（図1）。

2. 集団検診症例

集団検診時にAICSの採血を行った症例は442例である。

1) AICSの判定結果

各がん腫別のAICS判定結果はランクC：胃癌107例（24%）、肺癌61例（14%）と、当院受診者と同様、胃癌、肺癌のランクCが高率であった（図2）。

2) ランクCの精密検査結果

ランクCの精密検査受診率は胃癌52%、肺癌59%、大腸癌37%、前立腺癌58%、乳癌50%、子宮・卵巣癌48%と約50%で極めて低率であった。当院で精密検査を受けられた方は46名で、胃癌のランクC症例に1例の早期胃癌と、1年後の検診で1例の進行胃癌が認められた。また、胃癌の精密検査後、他施設での胸腹部CTにて早期腎臓癌が1例発見されている。さらに、他臓器のランクCの検査中に早期大腸癌1例が発見されている（図2）。

3. 町外症例

町外の方も近隣を中心に506例の方が受診されて

図2 AICS判定結果（集団検診例）

（平成24年5~8月：442例：男185,女:257）

	n(件)	ランクA	ランクB	ランクC	癌発見
胃癌	442	202	133	107 (24%)	●★
肺癌	442	274	107	61 (14%)	
大腸癌	442	○297	104	41 (9%)	
前立腺癌	185	106	46	33 (18%)	
乳癌	257	148	72	37 (15%)	
子宮・卵巣癌	257	161	69	27 (11%)	
計	2025	白1188	531	306 (15%)	腎

ランクC: 179例(40%)

★:進行癌、●:早期癌、○:他臓器癌がランクCの早期癌、

白:白血病、腎:早期腎臓癌

ランクCの方の精密検査受診率:胃:53%(57/107)、肺:59%、大腸:37%、前立腺:58%、乳:50%、子:48%

図3 AICS判定結果（町外）

（平成24年1月~平成26年7月：506例：男203,女:303）

	n(件)	ランクA	ランクB	ランクC
胃癌	506	266	136	104 (21%)
肺癌	506	362	104	40 (8%)
大腸癌	506	○355	106	45 (9%)
前立腺癌	203	117	65	21 (10%)
乳癌	303	223	62	18 (6%)
子宮・卵巣癌	303	208	65	30 (10%)
計	2327	1527	538	食258 (11%)

ランクC: 163例(32%)

食:早期食道癌(胃:B、大:C)

○:他臓器癌がランクC(胃:C、大:A)

いる。

ランクCは胃癌104例（21%）と、胃癌のランクCが肺癌、大腸癌に比較して有意に高率であった

（図3）。

また、町外の方の多くは地元の病院で検査を受けられるが、当院で精査を受けられた方の中に、大腸がんがランクC、胃がんがランクBの方に早期食道癌が1例、胃がんがランクC、大腸癌がランクAの方に早期大腸癌が1例発見されている（図3）。

4. 癌発見症例の特徴

町内のランクCを有する発見癌18例の特徴を分析すると、他のがん腫にも複数のランクCを有する症例が多く（図4）、ランクCの数と癌発見率との

図4 AICS判定結果（町内：当院受診例+集団検診）

（平成24年1月～平成26年7月：2345例：男1013,女:1332）

	n(件)	ランクA	ランクB	ランクC	ランクC 癌発見例
胃癌	2345	1177	●617	551 (23%)	●●●● ●●★★
肺癌	2345	○★1568	512	265 (11%)	
大腸癌	2345	○○●●1668	477	200 (9%)	●
前立腺癌	1013	★586	○270	157 (15%)	★★
乳癌	1332	○852	320	160 (12%)	
子宮・卵巣癌	1332	897	304	131 (10%)	
計	10712	白6748	2500	1464 (14%)	腎、膵

ランクC: 883例(38%)

★: 進行癌、●: 早期癌、○: 他臓器癌がランクCの早期癌、
白: 白血病、腎: 早期腎臓癌、膵: 膵臓癌

表4 ランクCの数とがん発見率（町内）

ランクCの数	n(精査例)	発見癌数	癌発見率
1個	433例	5例	1/87
2個	203例	7例	1/29
3個	82例	5例	1/16
4個	35例	1例	1/35
計	753例	18例	1/42

関係を見ると、ランクCが1個の方では1/87、2個では1/29、3個では1/16、4個では1/35とランクCの数が多いと癌の存在する確率が高率となっており、特に2個以上のランクCを有する方では約30人に1人と極めて癌の存在が高率であった（表4）。

また、最も発見数の多かった胃癌では、胃癌のランクがCで精密検査を受けた方の約55例に1例に胃癌が発見されていた（図5）。

5. がん検診受診率、がん死亡率の推移

がん検診受診率は町内でがん検診の重要性を講演し始めた平成23年、AICSを開始した平成24年頃から上昇し、胃がん、肺がん、大腸がんでは約10%の上昇を認め、同時に、がん死亡率は35%から20%へと約15%減少している（表5、図6）。

図5 胃がん発見率（胃癌ランクC）

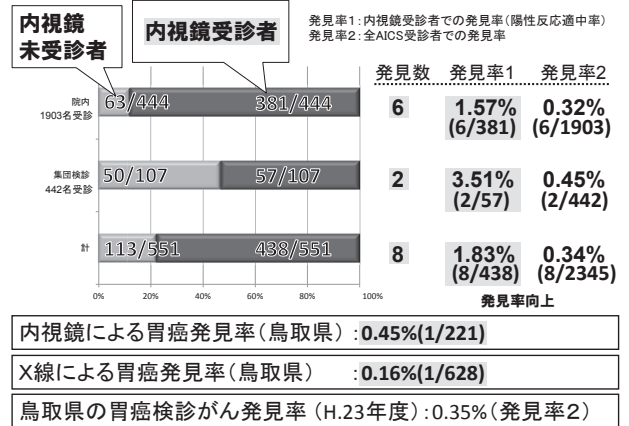


表5 南部町がん検診受診率（%）

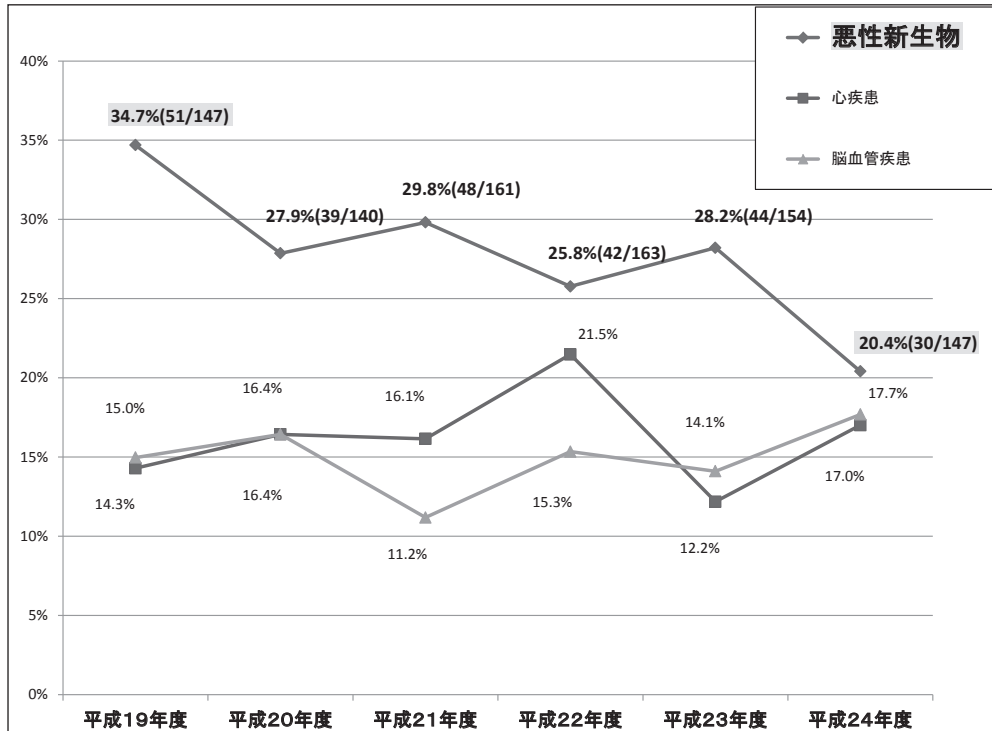
	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	県平均
胃がん	31.3	34.5↑	37.6↑	38.7↑	23.0
肺がん	29.1	27.7	39.7↑	39.5↑	24.2
大腸がん	30.2	37.8↑	36.9↑	41.0↑	26.2
乳がん	20.2	19.3	20.3	20.4	14.9
子宮がん	25.4	26.2	25.5	28.6↑	20.4
前立腺がん	—	—	—	35.1	—

【考察】

鳥取県の癌死亡率は全国的にも極めて高く（肺癌、胃癌、大腸癌の順）、南部町では平成22～24年のがん腫別死亡数は胃癌、肺癌、大腸癌の順に多かった。今回の検討では、ランクCが胃癌551例（23%）、肺癌265例（11%）と他のがん腫に比べて高率であったことはAICSとがん腫の発生との関与が考えられ、ランクC症例の精密検査を続けることにより早期癌の発見が可能になる可能性が示唆された。また、AICSの各がん腫におけるランクCの出現率は5%であるが、年齢、糖尿病、喫煙等により上昇することが知られており、南部町は高齢者が多く、糖尿病の罹患率、喫煙率が高いため理論値より高くなったものと考えられた¹⁾。

ランクCを有する町内症例（他臓器癌がランクCの症例を含む）の検査結果では、早期胃癌6例、進行胃癌2例、早期肺癌1例、早期大腸癌2例、進行大腸癌1例、早期前立腺癌1例、進行前立腺癌2例、

図6 南部町死亡原因の推移



早期乳癌1例、早期腎臓癌1例、膵臓癌1例、計18例（早期癌12例）のがん腫が発見された（図4）。この発見癌の特徴は同一症例で複数の癌にランクCを有することであり、複数のがん腫にランクCの付く症例ではがん腫の存在が極めて高率と考えられた（表4）。また、ランクA、Bの症例であっても、通常の検診で7例（早期癌2例）のがん腫が発見された。早期癌の頻度はランクC症例で71%（12/17）、ランクA、B症例で29%（2/7）とランクC症例に有意に高率であった（ $P < 0.05$ ）。さらに、ランクCから発見された癌種に早期癌が多いことは、ランクCを有する症例はがん発生の高危険群と考えられるとともに将来のがん発生の危険性を知る重要な指標になりうる可能性があり、この現象はアミノ酸ががん腫の存在によりがんの種類、組織型に関係なく一定の変化を来すことによるものと考えられた¹⁾。

ランクC症例の各がん腫別の感度を精検受診率の高い当院受診例で検討すると、胃癌では胃内視鏡検査が施行された381例に6例（早期癌5例）、1/64の頻度で胃癌が発見され、ランクCにおける胃癌の発見予測頻度1/98の約1.5倍であった¹⁾。さらに、

鳥取県における内視鏡検診の胃癌発見率は1/221であり、ランクCからの胃癌発見率1/64は内視鏡検診の約3倍の頻度であり、AICSにおいて胃癌がランクCの症例は胃癌の高危険群と考えられた。また、肺癌がランクCの214例からは癌の発見は見られていないが、肺腺癌の初期病変を多く含むGGOが33例に認められ、ランクCの癌発見予測値が1/111であることから、これら症例の今後の経過観察が重要であると考えられる¹⁾。さらに、大腸癌では大腸内視鏡検査が施行された111例に2例の大腸癌（早期癌1例）が発見され、LSTを含む大腸ポリープ（腺腫）も55例（50%）に認められた。ランクCからの大腸癌発見予測頻度は1/122であり、当院受診例のランクCからの大腸癌発見率1/56は予測値のほぼ2倍であった¹⁾。前立腺癌ではPSAが高値を示す症例は2例の癌を含む11例（9%）のみと少数であったが、AICSがランクCの62例に1例の癌が発見された。ランクCにおける前立腺癌の発見予測頻度は1/156であり、当院受診例の前立腺癌発見頻度1/62は予測値の約2倍の頻度であった¹⁾。乳癌は他臓器癌がランクCの症例から1例の

早期癌が認められたが、乳癌のランクC症例の精密検査症例117例からは癌の発見例は認められていない。しかし、乳癌の癌発見予測値は1/250であり、今後より多数例の検討が必要と考えられた¹⁾。子宮・卵巣癌ではランクCの104例から癌の発見は見られていないが、異型上皮が1例に認められた。子宮・卵巣癌の癌発見予測値は1/86であり、今後、症例を増やしての検討が必要と考えられる¹⁾。

これらの結果から、AICSはがん発生の危険性を示す有用な指標の一つであると考えられたが、ランクC症例における癌発見率はほぼ予測値と一致しており、今後、症例を追加し、長期間の経過観察を行うことにより、AICSの有用性がさらに明らかになるものと考えられた。

集団検診においてはランクCとなる症例が40%と極めて高値を示したが、これは通常、検診を受けない方がAICSの採血検査が簡便あることから受診されたためとも考えられた。現在、ランクCで精密検査を受けておられない症例が約半数にあり、

さらに複数のがん腫にランクCが付く症例も多いことから、今後、このようながん発生の危険性が高いと考えられる症例を中心に受診勧奨を行って行くべきと考える。

今後は、AICSによってがんのリスクを知った上でのがん検診受診率の向上、がん死亡率の低減に努めていきたい。

【結論】

AICSはがん発生の危険性を示す重要な指標の一つと考えられ、がん検診受診率の向上、がん死亡率の低減に有用と考えられた。

〈参考文献〉

- 1) 岡本直幸：「アミノインデックス技術」を用いたがんスクリーニング，人間ドック
2011；26：454-466.

フットケア外来からの課題と新たな試み

○三浦和子ⁱ⁾・佐藤元美ⁱ⁾・佐藤祐子ⁱ⁾

1. はじめに

H22年より、当院にてメディカルフットケアの技術を生かし、爪きりを主体とした足病変に対する予防的フットケアに取り組んでいる(図1)。

H22年4月～H26年3月までの4年間でのフットケア延べ人数は、1115人となった。

主な足病変としては、肥厚爪・巻き爪・白癬爪・胼胝・鶏眼・踵の角化であった。

主な疾患としては、糖尿病が全体の3割を占め、他高血圧・高脂血症・リウマチであった。

図1

メディカルフットケア外来
(メディカルフットケアJF協会認定:フットケアワーカー)

「目的」
正しく足の爪を切ることを主体に、医師と連携をとり、病状に合わせて、爪・足を健康な状態に保つケアを通して患者さんの心に触れその人らしさを支えるケア

「対象」
肥厚爪 巻き爪
陥入爪 白癬爪
変形爪
踵の角化
ひび割れ 胼胝
鶏眼

「フットケア指示内容」
○×△病の患者様
(告知済み)
足母趾巻き爪
フットケアをお願いします
糖尿病なし

1回/週
1日6人で完全予約制
「保険適応」
*糖尿病患者
170点×保険額
*胼胝、鶏眼処置 170点
「自由診療」
*その他の方
1回4320円

「ケア内容」
アセスメント
足浴ふき取り角質除去
爪切りファイル爪
マッサージセルフケア指導
角質コントロール
皮膚を肥厚、乾燥させない
スキンケア

2. 症例報告

(症例1) 80歳代 女性 糖尿病

左第3趾の変形爪が、第2趾の皮膚を圧迫し発赤。第5趾の爪は、圧迫により内出血。末梢神経障害あり、痛みがマスクされていた。

早期発見、継続的なフットケアができたことで足潰瘍を予防できた(図2のア)。

(症例2) 80歳代 男性 高血圧

履きやすい、脱ぎやすいを理由に、大きい靴を履いていた。

大きすぎる靴の中で足が動き、荷重とズレ力で左第1趾先端が圧迫され内出血、痛みを起こしていた(図2のイ)。

図2のア

80歳代女性 糖尿病 主訴:ひとりで爪切りできない

施行前



施行後



変形爪が皮膚を圧迫、発赤
小指の爪は圧迫し、内出血
末梢神経障害あり
痛みを感じない

早期発見!!
フットケアによって
足潰瘍を予防できた



i) 岩手県 一関市国民健康保険藤沢病院

図2のイ



図2の工



図2のウ



(症例3) 50歳代 男性 糖尿病

長年にわたり、肥厚を伴う巻き爪が皮膚に食い込んで切れない為、斜め切り(バイアス切り)して出血させていた。斜め切りしていたことで更なる爪の巻き込みを強くしていた。又、外反母趾により、第2趾からの圧迫(重複趾)も陥入爪の原因と考えられた。

持続的な痛みや感染を起こすと、健康な爪になるまで時間がかかる。

又、症状が無くなってからは、再発予防の為、正しい爪切り、セルフケアを行っていくことが大切。足病変が進行すると、足潰瘍や壊疽などで切断に至るリスクも高い為予防と早期発見が最も重要である。(図2のウ)。

(症例4) 70歳代 男性 糖尿病

踵のヒビ割れの為歩行時痛みがあり、頻繁に出血することもあった。スキンケアと靴下の着用を指導。踵は、角質層が厚く乾燥しやすい上、常に体重がかかる部分でもあるため、肥厚やひび割れをしてしまう事がある。

糖尿病においては、自律神経障害による足の発汗量の低下に伴い血流障害、乾燥が原因の一つとして考えられた。

角質が肥厚し皮膚の弾力性が失われ亀裂、出血、痛みを伴うこともある為、適切なケアと、保湿などのセルフケアを継続していくことが大切(図2の工)。

(症例5) 50歳代 男性 糖尿病

鶏眼、胼胝あり、数分の歩行で痛みが強く出現。靴底が磨り減っていた。紐靴の購入、足趾やアーチのお手入れ、足じゃんけんの指導行う。徐々に、胼胝、鶏眼も軽減し歩行時の痛みも消失。

鶏眼は、外部からの圧迫により皮膚が奥に押し込まれていき、痛みが強くなる。

また、痛みを避けて歩くようになり歩行バランスが崩れ、足の痛みや疲れを生じることもある。足趾、アーチの手入れを行うことで、硬くなっている足の趾をほぐし足本来の機能を回復させ、バランスや踏ん張る能力を高められることが期待できる(図2のオ)。

図2のオ



3. メディカルフットケアの効果

- ・肥厚爪、胼胝／鶏眼の改善
- ・爪白癬改善例を多く認めた
- ・白癬を伴う肥厚爪を削る事で、抜爪を予防し健康な爪が出てきた
- ・巻き爪の痛みの改善や、蜂巣織炎、陥入爪、爪周囲炎の予防ができた
- ・糖尿病患者様の小さな傷を早期発見し治癒できた
- ・角質除去は、感染予防に有効である
- ・足の痛みが消失した事で精神的不安の緩和、安定立位、歩行可能になった（外出、畑仕事が可能になった方も多く認められた）

4. フットケアに対する本人家族の声

- ・巻き爪だったが痛くなくなり、化膿もしなくなった
- ・靴下を脱いでも安心して眠れるようになった
- ・足が軽く、つまずかなくなった
- ・みんなの前で素足になれた
- ・今まで、年だからしかたないと思っていた
- ・どこに相談したらいいかわからなかった
- ・自分に合う靴ってどんな靴？どこで買えば良いの？
- ・足が靴に当たって痛いから大きい靴を履いている
- ・交通手段がなく、通院が大変

- ・デイサービスでケアしてもらえたら嬉しい

5. フットケアからの課題

「課題1」

- ・大きい靴を履いている人、足に靴の圧迫痕がある人が多い
- ・足病は、長年の足のケアや靴による影響が大きく、足の生活習慣病と言える→個々のライフスタイルに合ったセルフケア指導をしたい
- ・靴に対する適切なアドバイスができていない
- ・高齢者のみならず子供の足のトラブルも増えている

「課題2」

- ・フットケアの有効性をデータ化し、予防的フットケアの強化と、セルフケアのモチベーションをあげたい。フットケアの普及に努めたい

「課題3」

- ・フットケアニーズが拡大しており、フットケア予約が3ヶ月待ち
- ・フットケア通院困難な患者様に対して、通所でのフットケアを希望される方が多いが、専門的な爪切りは施設側でも困難を極める（肥厚爪、巻き爪の高齢者の増加）

6. 課題に対しての試み

（試み1）院内での靴のスペシャリスト（フットトレーナー有資格者）による靴相談の開設

フットトレーナーとは、医学的根拠に基づき足と靴の知識、技術を持ったスペシャリストである。靴相談は、月2回完全予約制。アセスメントと足の計測、歩行バランスを評価。

個々の足の形状にあった、インソール作成。足低圧バランスを保つ歩容で、歩行動作の改善。足病の再発予防に有効である。相談結果は、書面でフットケア室に届く為、フットケアワーカーが、患者様

図3のア

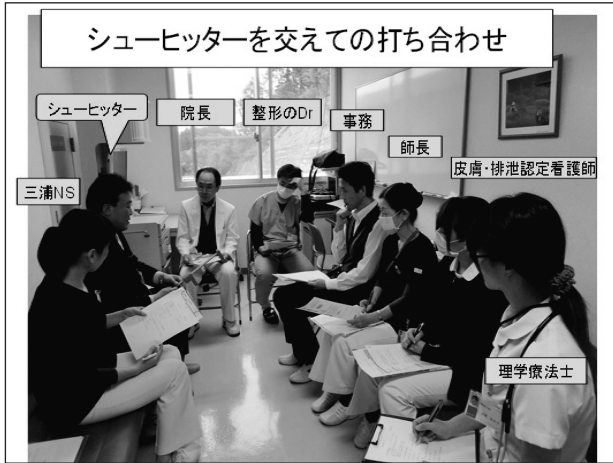


図4のア

課題に対しての試み ②高齢者健康支援の為にフットケア普及事業に参加

主催：東京医療保健大学 山下研究室
一般社団法人生きがいづくり研究所
共催：一関市国民健康保険藤沢病院
一般社団法人盛岡ナラティブ

目的
* 事業内容をフィードバック
* フットケアの一次、二次予防への有効性
* フットケア介入後の比較データ化
* フットケア効果→科学的に検証
* 身体機能の向上→アクティビティ向上
* 足部ケアへのモチベーション向上
* 医療費の削減

事業内容
フットケアワーカーによるケアと、セルフケア指導
ケア前後の身体機能計測（下肢、足指力、膝関節力）

対象 通院中の65歳以上の高齢者
慢性疾患（糖尿病、高血圧、OA）で足病有者

期間 H26/8～11月
H27/2月の計5回

講演会 一般市民、施設や医療従事者に対する情報提供
山下先生講話 転倒予防とフットケアの密接な関係

図3のイ

課題に対しての試み ①院内での靴相談開設平成26年1月～
第2、4週の木曜日 完全予約制（1日5名）：院内LANで管理

奥州市 かのシューズ店主 菅野博久様
フットレナー（NPOオソティックソサエティー認定）
足と、靴が原因で起こるトラブルを、医学的根拠から歩くバランスを分析、足に合った正しい靴のフィッティングや DYMOGO理論で知識と技術を持つスペシャリスト

* 胼胝、鶏眼、外反母趾 巻き爪 等の保護と荷重分散、靴相談
* 足の形状に合う保護機能を持つ靴の選択
* 靴 + i デイモコ・インソール作成→歩行動作上の改善 足底圧バランスを保つ歩容

* アーチ形成→歩行バランスを整える
* 歩行中、靴の中で足が動かないような靴の履き方の指導
* 足指力向上や足裏の筋肉を強くする足の運動指導

「相談結果」の報告書がフットケア室に届く
フットケアワーカー：患者様個々の電子カルテに入力（主治医との情報交換、連携）
モニタリング メンテナンス

図4のイ

課題に対しての試み ③光栄荘デイサービスセンターとの連携

目的：歩行状態が良好に維持され、在宅生活を継続出来る為の事業所を目指していることを啓蒙

地域支援モデル事業：対象者の中から、フットケア普及事業に参加（10名）職員の方も、アシスタントとして参加し情報収集

対象者の計測結果や、運動指導、フットケア後のセルフケアの情報を共有化→支援事業に対するモチベーション向上

通院が困難な高齢者→施設内でのフットケアワーカーによる、ケアが行える体制づくり検討中

足元を整え、楽しく運動を行う事でQOLを向上＝二次予防

個々のカルテに入力し、主治医との情報交換、連携をとっている（図3のア、イ）。また、モニタリング、メンテナンスも行っている。

（試み2）高齢者の、健康支援の為にフットケア事業にフットケアワーカーとして参加し、慢性疾患を持つ65歳以上の高齢者に対して、フットケアとセルフケア指導

ケア前後の身体計測と、計測結果に伴った運動指導をおこなう。

身体機能の向上を科学的に検証し、足部ケアのモチベーションや、アクティビティの向上を目指し、効果をフィードバックするとともに、1、2次予防への有効性をあきらかにすることを目的としている（図4のア）。

（試み3）光栄荘デイサービスセンターとの連携

デイサービスでは、通所利用者の歩行状態が良好に維持され、在宅生活を継続出来る為の事業所を目指している。

そこで、地域支援モデル事業の対象者の中から、フットケア普及事業に10名参加して頂いた。職員の方も、アシスタントとして参加、対象者の計測結果や、運動指導、ケア後のセルフケアの情報を共有化し、デイサービスでの支援事業に対するモチベーションの向上、啓蒙を試みている。また、通院が困難な高齢者が、施設内でのフットケアワーカーによる、ケアが受けられる体制づくりを検討中であり、フットケアで、足元を整え、楽しく運動を行う事でQOLの向上をめざす（図4のイ）。

図4のウ



(試み4) 学校保健会との連携

子供達の足のトラブルに対しての健康支援として、

- ・小学校を訪問し、フットケア情報提供
- ・先生方や児童、父兄様を対象に講演会を開催した(図4のウ)

7. まとめと今後の展望

- 1) 足病は、長年の足のケアや、靴による影響が大きいと言われている
 - ・子供から大人まで、体全体への悪影響を及ぼしフットケアは侮れない
 - ・足病予防は、フットケアとセルフケア指導が重要
 - ・再発予防：個々の足の形状に合った靴の選択は有効

2) 足元をととのえ、趾間圧、膝間圧を鍛え、健康領域で楽しく、元気な身体を作ることによって二次予防につながる。メディカルフットケアの技術は有効と考える。

3) フットケア+靴+インソール+リハビリ(運動)



- ・糖尿病足病変の予防→悪化を先延ばし
- ・転倒予防→健康寿命を延長
- ・ADL、QOLの向上→認知症の予防
- ・健康寿命を延長→医療費の削減に貢献

4) 医療的バックグラウンドを持つフットケアが広がれば、医療、訪問看護、保健活動で実践的に導入できるのではないかと考える。

今後も、地域や施設、他職種との連携、情報交換を行い、いつまでも元気で歩ける足を支援していきたい。

(参考文献)

- 1) 宮川晴妃(メディカルフットケアJF協会代表)
 - ・疾病、転倒寝たきり予防に役立つメディカルフットケアの技術 日本看護協会出版会, 2003年
 - ・高齢者のフットケア: 厚生科学研究所, 2006年
 - ・メディカルフットケア実践マニュアル 東京法規出版
- 2) 山下和彦: データーでみるメディカルフットケアの有効性(疾病、転倒寝たきり予防に役立つメディカルフットケアの技術) 日本看護協会出版会, 2003年
- 3) 西田喜代(日本フットケア学会副理事): はじめよう フットケア 日本看護協会出版会

全国国保地域医療学会開催規程

制定 平成25年2月22日

(開催目的)

第1条 国民健康保険制度並びに地域包括医療・ケアの理念に則り、国民健康保険診療施設関係者等が参集し、地域医療及び地域包括医療・ケアの実践の方策を探求するとともに、相互理解と研鑽を図ることを目的とする。

(参加者の範囲)

第2条 国民健康保険診療施設に勤務する全ての職員及び国民健康保険関係者並びに国民健康保険の発展に志を同じくするものとする。

(学会の名称)

第3条 学会の名称は、回次数を冠し、全国国保地域医療学会とする。

(主催)

第4条 全国国保地域医療学会（以下「学会」という。）は、公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（以下「本会」という。）及び次の団体が共同して主催する。

- (1) 公益社団法人国民健康保険中央会（以下「中央会」という。）
- (2) 開催都道府県の国民健康保険団体連合会
- (3) 開催地の都道府県協議会（公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会都道府県協議会・ブロック協議会設置規程（平成24年4月1日施行）に規定する協議会をいう。）

(協賛及び後援)

第5条 学会の開催にあたっては、関係団体の協賛及び後援を依頼することができる。

(学会長)

第6条 学会の回次ごとに学会長1名を置く。

- 2 学会長は、本会の会長が指名し、理事会に報告する。
- 3 学会長は、学会開催に関する重要事項について、会長と協議しなければならない。
- 4 学会長は、本会の役員会に出席し、学会運営の円滑化を図るものとする。

(学会の内容)

第7条 学会の内容は、研究発表、宿題報告、部会報告、特別講演、国保直診開設者サミット、パネルディスカッション、シンポジウム、自由討議及び市民公開講座並びに展示会等とする。

(分科会)

第8条 学会は、別に分科会を設定することができる。

(開催地の選定)

第9条 学会の開催地については、本会、中央会、都道府県協議会及び国保連合会地方協議会が協議のうえ選定する。

(運営委員会)

第10条 学会運営の万全を期するため、回次ごとに開催都道府県に運営委員会を設置する。

2 運営委員会委員の選任については、学会長が管理する。

3 運営委員会は、この規程の定めるところにより、学会開催要領及び演題募集要項を決定する。

(事務局)

第11条 学会の回次ごとに、その事務を担当するため、事務局を置く。

2 前項の事務局は、第4条第1項2号又は第3号の団体に置く。

(経費)

第12条 学会開催に要する経費は、参加者負担金、主催者負担金及びその他の収入金をもってこれに充てる。

(委任)

第13条 この規程に定めるもののほか、学会開催に関し必要な事項は、会長が定める。

附 則

1 この規程は、平成25年2月22日から施行し、平成24年4月1日から適用する。

2 学会の回次数は、平成23年度以前からの学会の回次数を継続して冠するものとする。

全国国保地域医療学会優秀研究表彰規程

制定 平成25年2月22日

(目的)

第1条 この規程は、公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（以下「本会」という。）が、全国国保地域医療学会（以下「学会」という。）における発表のうち、特に優れていると認められるもの（以下「優秀研究」という。）について、表彰するために必要な事項を定めることを目的とする。

(表彰)

第2条 本会の会長は、学会の回次ごとに優秀研究を表彰する。

- 2 優秀研究は、最優秀1点、優秀5点以内とする。
- 3 前項の規定にかかわらず、会長は、学会の発展に特に寄与したと認められる研究について、特別に表彰することができる。
- 4 優秀研究は、次に開催される学会において表彰するほか、本会が発行する機関誌等に論文を掲載する。
- 5 前項の表彰は、表彰状に記念品を添えて行う。

(選出)

第3条 優秀研究の審査は、「優秀研究表彰審査委員会」（以下「委員会」という。）を設置して行う。

- 2 委員会の委員は、学会ごとに会長が委嘱する。
- 3 選出の基準及び手順については、別表のとおりとする。
- 4 優秀研究は、委員会の審査結果をもとに常務理事会の議を経て会長が決定する。

(実施規定)

第4条 この規程の実施についてその他必要な事項は会長が定める。

附 則

この規程は、平成25年2月22日から施行し、第51回学会における優秀研究の選考から適用する。

全国国保地域医療学会優秀研究表彰選出基準及び手順

1 選出基準

- (1) 地域包括医療の推進に貢献し、他の模範となるもの
- (2) 地域包括ケアシステムの確立に貢献し、他の模範となるもの
- (3) 21世紀の高齢社会に対応した新しい考え、活動を提起するもの
- (4) その他国保直診が行う保健、医療、福祉、介護に関する活動及び経営の合理化に関するもの

2 審査基準

- (1) 審査の着眼点
 - ① 研究内容の先駆性
 - ② 研究の組み立て
 - ③ 研究の結論の評価
 - ④ 研究成果の汎用性
 - ⑤ 参加者の反応
- (2) 着眼点の評価
 - ① 着眼点ごとに5段階評価を行いその合計点数に総合評価を加味して評価する。
 - ② 5段階評価は、5点：大変良い、4点：良い、3点：普通、2点：もう少し、1点：該当しない、とする。

3 表 彰

- (1) 大学等研究施設の関係者の表彰は、1点以内とする。
- (2) 同一人に対する表彰は、原則として1回とする。ただし、次年度以降において特に優秀と認められる研究発表があったときは、2回を限度として該当者を表彰することができる。

4 選出手順

- (1) 各セッションの座長は、その担当したセッションの研究の中から最も優秀と思われる研究1点を優秀研究表彰審査委員会（以下「委員会」という。）に推薦する。
- (2) 学会長並びに常務理事会は、優秀と思われる研究を委員会に推薦することができる。
- (3) 委員会は、前各号により推薦された研究発表、示説及びワークショップの中から優秀研究として表彰するものを会長に推薦する。推薦にあたっては、審査過程、選出理由を明確にしなければならない。
- (4) 委員会は、会長が指名する予備審査委員に対し、第1号及び第2号によって推薦された研究について、予備審査を行わせることができる。

第54回全国国保地域医療学会結果報告書

- 1 会 期** 平成26年10月10日（金）・11日（土）
- 2 会 場** 学 会：長良川国際会議場・岐阜都ホテル
地域医療交流会：岐阜都ホテル
- 3 参加者** 学 会
2,652人（一般参加者1,800人（学生264人、参加者兼スタッフ92人含む）、
主催者22人、来賓79人、スタッフ55人、出展関係132人、
一般市民（市民公開講座のみ）564人）
地域医療交流会
747人（一般参加者681人、主催者17人、来賓49人）
- 4 メインテーマ** 地域包括医療・ケアの流れをさらなる大河に
～志を高く、三英傑の地 東海から発信～
- 5 学会内容**
- (1) 特別講演 10月10日（金） 10：50～12：00（70分）
演 題：国保直診が果たしてきた役割と今後の展望 ～国民健康保険の歴史と国際比較を踏まえて～
講 師：島崎 謙治（政策研究大学院大学教授）
司 会 者：富永 芳徳（国診協常任顧問／滋賀県：公立甲賀病院名誉院長・特別顧問）
- (2) 会員宿題報告 10月10日（金） 15：00～15：30（30分）
演 題：都市部における地域包括医療・ケアの現状と今後の展望
講 師：栃木 武一（埼玉県：川口市病院事業管理者）
司 会 者：青沼 孝徳（国診協会会長／宮城県：涌谷町町民医療福祉センター長）
- (3) 国保直診開設者サミット ～国保直診の課題について市町村長とともに語ろう～
10月10日（金） 15：30～17：20（110分）
テ ー マ：10年先の地域包括医療・ケア ～2025年問題を考える～
司 会 者：谷畑 英吾（国診協開設者委員会委員／滋賀県：湖南市長）
〃 赤木 重典（国診協副会長／京都府：京丹後市立久美浜病院長）
助 言 者：中村 博治（厚生労働省保険局国民健康保険課長）
発 言 者：井上 久則（岐阜県国保診療施設開設者協議会会長／岐阜県：飛驒市長）
〃 北 良治（国診協開設者委員会委員長／北海道：奈井江町長）
〃 大山 正巳（愛知県国保診療施設協議会会長／愛知県：一宮市立木曾川市民病院長）

発 言 者：大原 昌樹（香川県：綾川町国民健康保険陶病院長）

特別発言者：山口 昇（国診協常任顧問／広島県：公立みつぎ総合病院名誉院長・特別顧問）

(4) シンポジウム 10月11日（土） 9：00～11：00（120分）

テ ー マ：地域包括医療・ケアの流れをさらなる大河に～志を高く、三英傑の地 東海から発信～

司 会 者：押淵 徹（国診協副会長／長崎県：国民健康保険平戸市民病院長）

〃 福山 悦男（国診協副会長／千葉県：君津中央病院企業団企業長）

発 言 者：黒木 嘉人（第54回全国国保地域医療学会副学会長／岐阜県：国民健康保険飛驒市民病院長）

〃 徳田 道昭（香川県：さぬき市病院事業管理者・さぬき市民病院長）

〃 木村 菜穂子（広島県：北広島町芸北歯科診療所長）

特別発言者：宇都宮 啓（独立行政法人国立国際医療研究センター国際医療協力局長／前厚生労働省保険局医療課長）

〃 柴田 雅人（国民健康保険中央会理事長）

(5) 市民公開講座 10月11日（土） 13：20～14：50（90分）

演 題：戦国武将に学ぶ健康術

講 師：植田 美津恵（学校法人専門学校首都医校教授／愛知医科大学医学部客員研究員／医学博士
医学ジャーナリスト）

司 会 者：安福 嘉則（岐阜県国保診療施設協議会副会長／岐阜県：関市国民健康保険洞戸診療所長）

(6) 研究発表 演題数 363題（口演発表158題、デジタルポスター発表205題）

演題分類	演題数	演題分類	演題数
(1) 臨床に関するもの	27	(15) 連携に関するもの（住民・行政・施設間）	32
(2) 看護に関するもの	57	(16) 教育に関するもの	13
(3) 薬剤に関するもの	8	(17) 保健事業に関するもの	52
(4) 臨床検査に関するもの	6	(18) 感染防御に関するもの	10
(5) 放射線に関するもの	5	(19) 安全管理に関するもの	11
(6) 栄養管理に関するもの	3	(20) ターミナルケアに関するもの	8
(7) リハビリに関するもの	19	(21) 患者サービスに関するもの	12
(8) 歯科・口腔に関するもの	16	(22) 情報開示・ITに関するもの	0
(9) ボランティアに関するもの	0	(23) 医師・看護師確保に関するもの	7
(10) 介護に関するもの	12	(24) 住民団体（患者側）に関するもの	2
(11) 在宅医療・ケアに関するもの	29	(25) 保健師に関するもの	0
(12) 診療施設の運営・管理に関するもの	3	(26) 事務職（診療施設・国保連合会）に関するもの	6
(13) 行政に関するもの	4	(27) その他	6
(14) 施設内チーム医療に関するもの	15		

(7) 参加型ワークショップ（KJ法を含む）

【メインテーマ】「地域包括医療・ケアのさらなる推進のため、地域では何をどのようになすべきか」

－問題点を探り、解決策を考える－

【ディレクター】 岩崎 榮（NPO法人卒後臨床研修評価機構専務理事）

【タスクフォース】 林 拓男（広島県：公立みつぎ総合病院名誉院長・顧問）

佐々木 学（長野県：国保北山診療所長）

中村 伸一（福井県：国民健康保険名田庄診療所長）

針道 佳世美（石川県：公立つぎ病院在宅療養支援部在宅医療連携室係長）

坂東 桂子（岐阜県：国民健康保険関ヶ原病院看護部長）

【グループワーク出席者】 48人

【サブテーマ】

《Aグループ：12人》

安心して暮らせる地域社会とは？そして、その問題点と解決策

《Bグループ：12人》

地域包括医療・ケアを取り組むための具体策（ノウハウ）と解決策は何か？

《Cグループ：12人》

日本最大の医師不足地域といわれる埼玉県周辺における地域包括医療・ケアの推進のための問題点とその解決策

《Dグループ：12人》

10年先の地域包括医療・ケア～2025年問題を考える～ その時点における問題点と解決策はあるか？

(8) 教育セミナー

教育セミナー① 10月10日（金） 12：10～12：40（30分）

演 題：総合診療専門医制度について

講 師：岩崎 榮（国診協参与／NPO法人卒後臨床研修評価機構専務理事）

司 会 者：中村 伸一（国診協理事／福井県：国民健康保険名田庄診療所長）

教育セミナー② 10月10日（金） 12：10～12：40（30分）

演 題：スピリチュアルケアと臨床宗教

講 師：大下 大圓（岐阜県：飛驒千光寺住職／日本スピリチュアルケア学会理事）

司 会 者：黒木 嘉人（第54回全国国保地域医療学会副学会長／岐阜県：国民健康保険飛驒市民病院長）

教育セミナー③ 10月10日（金） 12：10～12：40（30分）

演 題：はじめよう、口腔ケア。そして健康長寿の延伸へ
講 師：角 保徳（愛知県：国立長寿医療研究センター 歯科口腔先進医療開発センター長）
司 会 者：安藤 彰悟（岐阜県国保診療施設協議会理事／岐阜県：恵那市国民健康保険山岡診療所管理
者・恵那市山岡歯科保健センター長）

教育セミナー④ 10月10日（金） 12：10～12：40（30分）

演 題：在宅ケアのつながる力 ～地域包括ケアにおける看護の役割～
講 師：秋山 正子（株）ケアーズ 白十字訪問看護ステーション統括所長 暮らしの保健室室長）
司 会 者：森安 浩子（香川県：三豊総合病院副院長兼看護部長）

教育セミナー⑤ 10月10日（金） 12：10～12：40（30分）

演 題：人を抱き上げる介護支援ロボットと最新介護機器
講 師：住友理工株式会社・独立行政法人 理化学研究所
司 会 者：南 温（岐阜県国保診療施設協議会副会長／岐阜県：郡上市地域医療センター国保和良
歯科診療所長）

教育セミナー⑥ 10月11日（土） 12：40～13：10（30分）

演 題：医療法改正に伴う現場における医療連携について
講 師：渡辺 俊介（国際医療福祉大学大学院教授）
司 会 者：金丸 吉昌（国診協常務理事／宮崎県：美郷町地域包括医療局総院長）

教育セミナー⑦ 10月11日（土） 12：40～13：10（30分）

演 題：山奥からPositiveな終末期ケアを発信する
講 師：東條 環樹（広島県：北広島町雄鹿原診療所長）
司 会 者：小野 剛（国診協常務理事／秋田県：市立大森病院長）

教育セミナー⑧ 10月11日（土） 12：40～13：10（30分）

演 題：“認知症”その身近な疾患 ～予防と病期にあわせた関わりかた～
講 師：鈴木 日子（三重県：菰野厚生病院神経内科部長）
司 会 者：北川 浩司（第54回全国国保地域医療学会副会長／岐阜県：東白川村国保診療所長）

教育セミナー⑨ 10月11日（土） 12：40～13：10（30分）

演 題：介護機器の新時代、ロボット介護機器「リショーネ」

講 師：パナソニックプロダクションエンジニアリング株式会社

司 会 者：麻野井 英次（富山県国保連合会診療施設医療部会会長／富山県：射水市民病院長）

教育セミナー⑩ 10月11日（土）12：40～13：10（30分）

演 題：真の地域医療を支えるシステム ～アーカイブカルテのご提案～

講 師：セコム医療システム株式会社

司 会 者：後藤 忠雄（岐阜県国保診療施設協議会理事／岐阜県：郡上市地域医療センター国保和良診療所長）

6 会 議

- (1) 運営委員会（5回）
- (2) 実行委員会（6回）
- (3) 学術部会（6回）
- (4) 事務部会（4回）
- (5) 正副学会長会議（1回）
- (6) 国診協と学会事務局との打合せ 随時

優秀研究選出委員会委員名簿

(平成27年4月1日現在)

担当副会長	押 淵	徹 (総務企画委員会担当副会長)
委員 長	白 川	和 豊 (総務企画委員会委員長)
副 委 員 長	金 丸	吉 昌 (総務企画委員会副委員長 / 広報情報委員会委員長)
委 員	舩 井	真 二 (総務企画委員会委員 / 地域医療・学術委員会委員長)
委 員	鈴 木	紀 彰 (総務企画委員会委員)
委 員	後 藤	忠 雄 (総務企画委員会委員)
委 員	萩 野	健 次 (総務企画委員会委員 / 施設経営委員会委員長)
委 員	占 部	秀 徳 (総務企画委員会委員)
委 員	小 野	剛 (調査研究委員会委員長)
委 員	阿 部	吉 弘 (地域ケア委員会委員長)
委 員	奥 山	秀 樹 (歯科保健部会部会長)
委 員	山 内	香 織 (看護・介護部会部会長)

全国国保地域医療学会優秀研究表彰 受賞者一覧

第1回（平成9年）～第18回（平成26年）

（表彰状及び記念品）

賞 状

最優秀・優秀

殿

第〇〇回全国地域医療学会におけるあなたの研究が最優秀・優秀と認められました。よって、ここに表彰します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

全国国民健康保険診療施設協議会
会 長 ○ ○ ○ ○

記念品

（表 彰）

● 第1回

- ・発表 第36回国保地域医療学会 平成8年10月 愛媛県松山市
- ・表彰 第37回国保地域医療学会 平成9年10月 広島県広島市
- ・演題 研究発表224題 示説12題
- ・推薦36題（座長等推薦）
- ・表彰 優秀6点

【優 秀】 渡 部 つや子 山形県・小国町立病院
「在宅ケアチームでのケアプランの策定を試みて」

【優 秀】 松 生 達 岩手県・新里村国保診療所
「新里村要介護者情報システムの歯科的活用」

【優 秀】 近 藤 龍 雄 長野県・飯田市立病院
「重度脳性小児麻痺児に対する座位保持について」

【優 秀】 奥 野 正 孝 栃木県・自治医科大学地域医療学
「へき地診療所における薬剤の副作用及および服薬状況の実態」

【優 秀】 村 上 元 庸 滋賀県・水口町国保水口市民病院
「大腿骨頸部骨折と骨塩量の関係」

【優 秀】 高 原 完 祐 愛媛県・新宮村国保診療所
「愛媛県の国保診療施設における在宅ケアの現状と問題点」

●第2回

- ・発表 第37回国保地域医療学会 平成9年10月 広島県広島市
- ・表彰 第38回国保地域医療学会 平成10年10月 宮崎県宮崎市
- ・演題 研究発表229題 示説12題
- ・推薦37題（座長等推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点 特別賞1点

【最優秀】 今村 一美 熊本県・国保龍ヶ岳町立上天草総合病院

「廃品を利用したウォータークッションを利用して」

【優秀】 塩田 真紀 兵庫県・五色町国保五色診療所

「入院前後の生活状況から見た高齢者の看護・ケアの課題」

【優秀】 藤岡 智恵 広島県・公立三次中央病院

「運動機能障害を持つ患者とその家族に対する退院へのアプローチのあり方」

【優秀】 奥野 正孝 栃木県・自治医科大学地域医療学

「複数診療所を複数医師で運営する新しい試み」

【優秀】 木村 幸博 岩手県・国保川井中央診療所

「ゆいとりネットワークのその後〈第3報〉」

【優秀】 中田 和明 兵庫県・村岡町国保兎塚・川会歯科診療所

「『8020の里』づくり-パート1 母子歯科保健」

【特別賞】 疋田 善平 高知県・佐賀町国保拳ノ川診療所

「満足死の会〈第6報〉」

●第3回

- ・発表 第38回国保地域医療学会 平成10年10月 宮崎県宮崎市
- ・表彰 第39回国保地域医療学会 平成11年10月 岐阜県岐阜市
- ・演題 研究発表234題 示説10題
- ・推薦32題（座長等推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

【最優秀】 高木 宏明 長野県・組合立諏訪中央病院

「地域ケアにおける感染対策」

【優秀】 赤木 重典 京都府・久美浜町国保久美浜病院

「大病院に近接する中小規模国保直診病院の在り方」

【優秀】 山内 香織 香川県・三豊総合病院

「在宅患者家族への遠隔医療導入の効果」

【優秀】 大野 喜美子 岐阜県・和良村老人保健施設

「お蚕様がやってきた」

【優秀】 馬場 孝 広島県・加計町国保病院

「老人性痴呆疾患センター業務の一環として行ったホームページを利用した痴呆相談」

【優秀】 松木 蘭和也 鹿児島県・下甕村国保直営手打診療所

「離島医療と医療情報」

●第4回

- ・発表 第39回国保地域医療学会 平成11年10月 岐阜県岐阜市
- ・表彰 第40回国保地域医療学会 平成12年9月 東京都千代田区
- ・演題 研究発表252題 示説10題
- ・推薦25題（座長等推薦）
- ・表彰 優秀6点

【優秀】 畑 伸 秀 富山県・新湊市民病院
「富山県における自殺背景が病苦等とされた調査検討」

【優秀】 高 木 宏 明 長野県・組合立諏訪中央病院
「地域のケアシステム構築に向けた当院在宅部門のかかわり」

【優秀】 木 村 年 秀 全国国民健康保険診療施設協議会歯科保健部会
「在宅要介護高齢者への投薬状況と薬剤の口腔への影響について」

【優秀】 黒 河 祐 子 富山県・市立砺波総合病院
「服薬指導におけるクリニカルパスの活用」

【優秀】 佐 竹 香 山形県・おぐに訪問看護ステーション
「『口から食べる』ことへの支援」

【優秀】 小 野 稲 子 宮城県・涌谷町町民医療福祉センター
「思春期からの健康づくりを考える」

●第5回

- ・発表 第40回国保地域医療学会 平成12年9月 東京都千代田区
- ・表彰 第41回国保地域医療学会 平成13年9月 青森県青森市
- ・演題 研究発表225題 示説16題
- ・推薦28題（座長等推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

【最優秀】 南 友 子 和歌山県・橋本市訪問看護ステーション
「在宅死への鍵」

【優秀】 三 浦 しげ子 岩手県・藤沢町保健センター
「『やる気のある人を応援する健康教室』を実施して」

【優秀】 栗 田 睦 子 兵庫県・大屋町国保大屋診療所
「オオヤレポートⅡ インターネットと訪問看護」

【優秀】 大 原 昌 樹 香川県・三豊総合病院
「香川県における高齢者在宅介護基盤整備状況の市町村格差〈第2報〉」

【優秀】 能 登 明 子 富山県・黒部市民病院
「外来患者への思いやりのある看護をめざす」

【優秀】 児 珠 はつえ 山形県・朝日町立病院
「ルーチンワークとしてのおむつ交換を見直す」

●第6回

- ・発表 第41回全国国保地域医療学会 平成13年9月 青森県青森市
- ・表彰 第42回全国国保地域医療学会 平成14年10月 滋賀県大津市
- ・演題 研究発表215題 示説21題
- ・推薦19題（座長等推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

【最優秀】 日高月枝 広島県・加計町国民健康保険病院
「老人性痴呆病棟での抑制廃止への取り組み」

【優秀】 鷹野和美 広島県・広島県立保健福祉大学
「訪問調査における『家族参加』に関する一考察」

【優秀】 太田千絵 岐阜県・坂下町国民健康保険坂下病院
「看護部門における電子カルテシステム活用への取り組み」

【優秀】 南 温 岐阜県・和良村国民健康保険歯科総合センター
「村独自の、新しい歯科健診ソフトを開発してみた」

【優秀】 佐々木 学 長野県・泰阜村診療所
「病院死 特養死 そして在宅死」

●第7回

- ・発表 第42回全国国保地域医療学会 平成14年10月 滋賀県大津市
- ・表彰 第43回全国国保地域医療学会 平成15年10月 香川県高松市
- ・演題 研究発表216題 示説19題
- ・推薦18題（座長等推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

【最優秀】 小 道 雅 之 兵庫県・五色町健康福祉総合センター暮らしと健康を考える
自主組織連絡協議会
「公私協働による健やかな町づくり ～住民の自主組織の歩みと活動内容」

【優秀】 平 野 有 希 恵 富山県・黒部市民病院
「地域開業医との連携による糖尿病教育入院の現状」

【優秀】 加 藤 華 子 岩手県・国保藤沢町民病院
「VFの検討 ～栄養管理室の立場から～」

【優秀】 安 達 稔 大分県・佐賀関町国保病院
「薬剤師の院外活動への参加とその評価」

【優秀】 竹 内 宏 高知県・高知県健康福祉部国保福祉指導課国保老健班
「国保直営診療所の運営を考える～診療報酬の請求事務等について～」

【優秀】 阿 部 靖 子 山形県・小国町立病院
「ナースがするリハビリ ～生活に密着したリハビリテーションの一考察～」

【優秀】 高 橋 正 夫 北海道・本別町
「住民と協働した痴呆性高齢者ケアシステムの構築をめざして」

●第8回

- ・発表 第43回国保地域医療学会 平成15年9月 香川県高松市
- ・表彰 第44回国保地域医療学会 平成16年10月 福岡県福岡市
- ・演題 研究発表228題 示説17題
- ・推薦26題（座長等推薦）
- ・表彰 優秀6点

【優秀】丸山 恵一 長野県・波田総合病院
「MEセンターにおけるリスクマネージメントへの取り組み」

【優秀】加藤 京治 岐阜県・和良村介護老人保健施設
「当院における『入所期間』の考察」

【優秀】年徳 裕美 長崎県・国保平戸市民病院
「当院における地域療育支援体制のあゆみと今後の課題」

【優秀】菊池 真美子 岩手県・国保藤沢町民病院
「摂食・嚥下障害への取り組み」

【優秀】原 さゆり 岐阜県・坂下町国保坂下病院
「電子カルテ導入に伴う看護業務の変化と意識調査」

【優秀】倉知 圓 富山県・公立井波総合病院
「電子カルテにおける診療記録の問題点」

●第9回

- ・発表 第44回国保地域医療学会 平成16年10月 福岡県福岡市
- ・表彰 第45回国保地域医療学会 平成17年9月 北海道札幌市
- ・演題 研究発表246題
- ・推薦47題（座長等推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

【最優秀】平棟 章二 広島県・公立みつぎ総合病院
「口腔機能を利用した意思表示装置へのアプローチ」

【優秀】竹内 江津子 兵庫県・五色町国保五色診療所
「五色診療所におけるNST活動」

【優秀】阿部 顕治 島根県・弥栄村国保診療所
「市町村合併に対応したへき地診療所連合体の展望と課題」

【優秀】甲斐 義久 熊本県・柏歯科診療所
「『2本チャチャチャ、歯磨き茶茶茶』作戦～蘇陽町における歯科保健～」

【優秀】土岐 順子 長野県・泰阜村社会福祉協議会
「在宅福祉の泰阜が試みた施設的在宅」

【優秀】船越 樹 青森県・一部事務組合下北医療センター国保大間病院
「へき地国保医療施設における医学生教育への取り組み～医師臨床研修必修化に向けて～」

●第10回

- ・発表 第45回国保地域医療学会 平成17年9月 北海道札幌市
- ・表彰 第46回国保地域医療学会 平成18年10月 広島県広島市
- ・演題 研究発表255題
- ・推薦57題（座長推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

【最優秀】 齊藤 稔 哲 島根県・浜田市国保波佐診療所

「市町村合併に対応したへき地診療所連合体の展望と課題〈第2報〉」

【優秀】 吉岡 和 晃 北海道・せたな町瀬棚国保内科診療所

「ニコチンパッチの公費助成の試み～瀬棚町のタバコ健康被害対策～」

【優秀】 藤森 史 子 鳥取県・江府町福祉保健課

「血清ペプシノゲン法を用いたふるいわけ胃がん検診～中山間地小規模自治体における取り組み～」

【優秀】 川畑 智 熊本県・芦北町社会福祉協議会

「熊本県芦北圏域における介護予防への取り組み」

【優秀】 成瀬 彰 愛知県・一宮市立木曾川市民病院

「透析室における災害対策の取り組み」

【優秀】 大石 典 史 長崎県・国保平戸市民病院

「当院における転倒予防事業への関わり〈第2報〉」

●第11回

- ・発表 第46回国保地域医療学会 平成18年10月 広島県広島市
- ・表彰 第47回国保地域医療学会 平成19年10月 石川県金沢市
- ・演題 研究発表255題
- ・推薦45題（座長推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

【最優秀】 藤原 美 輪 兵庫県・稲美町健康福祉課

「『失敗しないダイエット教室』への挑戦～個別健康支援プログラムの効果～」

【優秀】 同道 正 行 京都府・京都医療センター臨床研究センター

「国保ヘルスアップモデル事業：働き盛り世代の生活習慣改善に有効なプログラムの開発」

【優秀】 戸田 康 治 岡山県・新見市哲西支局市民福祉課

「新見市哲西地域におけるミニデイサービス事業の成果」

【優秀】 前田 千鶴代 兵庫県・洲本市国保五色診療所

「五色診療所における褥瘡対策－『NSTとの連携』と『穴あきラップ療法』の効果」

【優秀】 小野 正 人 埼玉県・国保町立小鹿野中央病院

「地域の公的病院が核を担う健康増進システムの構築・運営について－埼玉県・小鹿野町の試み～」

●第12回

- ・発表 第47回国保地域医療学会 平成19年10月 石川県金沢市
- ・表彰 第48回国保地域医療学会 平成20年10月 神奈川県横浜市
- ・演題 研究発表265題
- ・推薦35題（座長推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀4点

【最優秀】 中村伸一 福井県・おおい町国保名田庄診療所

「無床である名田庄診療所での悪性腫瘍との関わり」

【優秀】 深澤範子 岩手県・遠野市国保宮守歯科診療所

「パタカラを使用した口腔周囲筋エキササイズとその効果について」

【優秀】 室谷伸子 広島県・公立みつぎ総合病院

「急性期病棟の抑制によるリスクの軽減をはかる ～マニュアル作成と基準の見直し～」

【優秀】 上田智恵子 香川県・内海病院

「在宅で最期を看取る介護者の困難と乗り越えた要因」

【優秀】 長谷川照子 鳥取県・日南町福祉保健課

「地域における自殺対策の取り組み ～鳥取県・日南町こころのセーフティネット事業～」

●第13回

- ・発表 第48回国保地域医療学会 平成20年10月 神奈川県横浜市
- ・表彰 第49回国保地域医療学会 平成21年10月 宮城県仙台市
- ・演題 研究発表265題
- ・推薦35題（座長推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

【最優秀】 土川権三郎 岐阜県・高山市国保丹生川診療所

「高山市丹生川地域における在宅緩和ケア10年のまとめ」

【優秀】 西尾晃 岐阜県・中津川市国保坂下病院

「補助器具を用いたインレットによる片麻痺患者へのインスリン導入」

【優秀】 木村年秀 香川県・三豊総合病院

「特定健診・特定保健指導における歯科からのアプローチ ～観音寺市国保ヘルスアップ事業における歯科指導の試み～」

【優秀】 松原美由紀 岐阜県・国保飛騨市民病院

「咀嚼・嚥下困難患者への取り組み」

【優秀】 田儀英昭 京都府・京丹後市立久美浜病院

「へき地でも専門性を持った総合医として ～医師としてもモチベーションを維持しながら地域医療を行うには～」

【優秀】 大原昌樹 香川県・綾川町国保陶病院

「在宅版地域連携クリティカルパスを作成して ～香川シームレス研究会活動をとおして～」

●第14回

- ・発表 第49回国保地域医療学会 平成21年10月 宮城県仙台市
- ・表彰 第50回国保地域医療学会 平成22年10月 京都府京都市
- ・演題 研究発表253題
- ・推薦43題（座長推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

【最優秀】 阿部 顕 治 島根県・浜田市国保診療所連合会
「新臨床研修制度における国保診療所の役割と展望 ～第1報 中山間地域包括研修センターを開
設して～」

【優 秀】 松 嶋 大 岩手県・国保藤沢町民病院
「住民との対話」を通じて作る地域医療」

【優 秀】 小 野 歩 高知県・国保大月病院
「地域における心房細動（AF）患者のワルファリン服用率と脳梗塞発症件数の推移」

【優 秀】 鈴 木 寿 則 宮城県・宮城県国民健康保険団体連合会
「国保レセプトを用いた脳血管疾患および心疾患の要因分析」

【優 秀】 竹 内 嘉 伸 富山県・南砺市民病院
「在宅ケア推進に向けた介護支援専門員および医療機関との連携について」

【優 秀】 池 田 恵 宮崎県・国保高原病院
「誤嚥性肺炎の予防をめざした口腔ケアの取り組み ～口腔ケアチームを立ち上げて～」

●第15回

- ・発表 第50回国保地域医療学会 平成22年10月 京都府京都市
- ・表彰 第51回国保地域医療学会 平成23年11月 高知県高知市
- ・演題 研究発表357題
- ・推薦 55題（座長推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

【最優秀】 足 立 圭 司 京都府・京丹後市立久美浜病院
「特別養護老人ホームにおけるオーラルヘルスケア・マネジメントの効果について」

【優 秀】 衣 川 とも子 京都府・国民健康保険新大江病院
「高齢者にも経鼻内視鏡は有用か？」

【優 秀】 櫻 井 好 枝 千葉県・鋸南町地域包括支援センター
「認知症予防に重点をおいた鋸南町の介護予防の取り組みと効果」

【優 秀】 白 木 澄 子 長野県・松本市立波田総合病院
「当院の医師事務作業補助業務への取り組み」

【優 秀】 岡 美由樹 広島県・公立みつぎ総合病院
「地域における栄養支援体制の構築と在宅NSTの活動」

【優 秀】 中 桶 了 太 長崎県・国民健康保険平戸市民病院
「平戸と長崎大学で育てる地域医療 ～5年間の取り組み～」

●第16回

- ・発表 第51回全国国保地域医療学会 平成23年11月 高知県高知市
- ・表彰 第52回全国国保地域医療学会 平成24年10月 熊本県熊本市
- ・演題 研究発表283題
- ・推薦 50題（座長推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

- 【最優秀】 荒 幡 昌 久 富山県・南砺市民病院
「終末期カンファレンスで診断された終末期症例の予後調査」
- 【優 秀】 井 階 友 貴 福井県・高浜町国民健康保険和田診療所
「医療、行政、大学の連携による福井県高浜町の地域医療改革」
- 【優 秀】 舟 山 鮎 美 山形県・小国町立病院
「ミキサー食をボタン型 PEG から注入できた」
- 【優 秀】 西 尾 晃 岐阜県・国民健康保険坂下病院
「補助器具と改良説明書を用いた高齢者のインスリン治療継続への試み」
- 【優 秀】 東 條 環 樹 広島県・北広島町雄鹿原診療所
「特別養護老人ホームでの看取り」
- 【優 秀】 鷺 尾 憲 文 岡山県・鏡野町国保富歯科診療所
「鏡野町における口腔ケア・口腔機能維持向上の普及活動の効果」

●第17回

- ・発表 第52回全国国保地域医療学会 平成24年10月 熊本県熊本市
- ・表彰 第53回全国国保地域医療学会 平成25年10月 島根県松江市
- ・演題 研究発表302題
- ・推薦 61題（座長推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

- 【最優秀】 大 野 知代子 富山県・かみいち総合病院家庭医療センター
「グリーンケア訪問」を通して在宅での看取りを考える ～家で死ぬためにやっておきたい10のこと～
- 【優 秀】 鈴 木 寿 則 宮城県・宮城県国民健康保険団体連合会
「東日本大震災における糖尿病の受療分析 ～国保レセプトを用いた受療率の比較～」
- 【優 秀】 井 階 友 貴 福井県・高浜町国保和田診療所
「医療、行政、住民、大学の連携による福井県高浜町の地域医療改革・第4報」～住民有志団体がもたらす医療満足度への効果～
- 【優 秀】 藍 原 雅 一 栃木県・自治医科大学医学部
「地域医療データバンクからみた患者の受療動向における地域特性分析」
- 【優 秀】 南 眞 司 富山県・南砺市民病院
「南砺市における「地域包括医療・ケア」の構築」
- 【優 秀】 横 田 和 男 島根県・奥出雲町健康づくり推進室
「医師の地域赴任に必要な条件 ～「赤ひげバンク」 招聘医師のアンケート調査から～」

●第18回

- ・発表 第53回全国国保地域医療学会 平成25年10月 島根県松江市
- ・表彰 第54回全国国保地域医療学会 平成26年10月 岐阜県岐阜市
- ・演題 研究発表331題
- ・推薦 53題（座長推薦）
- ・表彰 最優秀1点 優秀5点

【最優秀】 岩井里美 鳥取県・日南町地域包括支援センター

在宅支援会議、地域包括ケア会議が地域包括ケアシステム推進の役割を果たすか明らかにする

【優秀】 鷺尾憲文 岡山県・鏡野町国保富菌科診療所

胃腸栄養の要介護者に対する口腔ケア

【優秀】 村瀬奈美 岡山県・哲西町診療所

診療所探検隊 ～楽しく診療所を知ってもらおう～

【優秀】 小栄浩次 広島県・公立みつぎ総合病院

公立みつぎ総合病院における脳損傷患者の自動車運転再開へ向けての取り組み
～自動車運転評価表を作成して～

【優秀】 石川のぞみ 岩手県・奥州市国保まごころ病院

エンゼルケアにおける創部処置の検討 –タンパク質固定作用のある薬剤の効果–

【優秀】 澤田弘一 岡山県・鏡野町国保上齋原歯科診療所

特定健診と同時に行う簡便な歯科健診および指導方法

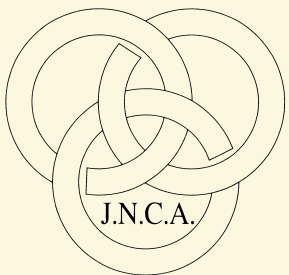
第19回優秀研究表彰 研究論文集

平成27年10月

発行所 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 芝大門エクセレントビル4階
電話 (03) 6809-2466 FAX (03) 6809-2499
<http://www.kokushinkyo.or.jp>

発行人 青 沼 孝 徳

制作・印刷 株式会社 白峰社



JAPAN NATIONAL HEALTH INSURANCE CLINICS AND HOSPITALS ASSOCIATION