

第13回優秀研究表彰 研究論文集

発表：第48回全国国保地域医療学会
平成20年10月 於・神奈川県横浜市

表彰：第49回全国国保地域医療学会
平成21年10月 於・宮城県仙台市

最優秀【No. 42】

高山市丹生川地域における在宅緩和ケア10年のまとめ

岐阜県・高山市国保丹生川診療所 所長 土川権三郎

優 秀【No. 10】

補助器具を用いたイノレットによる片麻痺患者へのインスリン導入

岐阜県・中津川市国保坂下病院 薬剤師 西尾 晃

優 秀【No. 52】

特定健診・特定保健指導における歯科からのアプローチの必要性

～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～

香川県・三豊総合病院 歯科医師 木村年秀

優 秀【No. 102】

咀嚼・嚥下困難患者への取り組み

岐阜県・国保飛騨市民病院 管理栄養士 松原美由紀

優 秀【No. 210】

へき地でも専門性を持った総合医として

～医師としてのモチベーションを維持しながら地域医療を行うには～

京都府・京丹後市立久美浜病院 医師 田儀英昭

優 秀【No. W11】

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～

香川県・綾川町国保陶病院 院長 大原昌樹

平成21年10月

(社)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、研究グループの代表として6名の方が表彰されるが、受表彰の皆さんには、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付することとした。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して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

全国国民健康保険診療施設協議会

会長 山口 昇

第13回優秀研究表彰にあたって

第49回全国国保地域医療学会が宮城県仙台市で開催されるにあたり、開会式で、今年の第48回神奈川学会において発表された研究発表299題のなかから、座長より推薦された65題について、国診協の優秀研究選出委員会で厳正に審査された結果、最優秀研究1点、優秀研究5点が表彰されることになりました。

最優秀研究の「高山市丹生川地域における在宅緩和ケア10年のまとめ」については、在宅で最期を過ごしたいと希望される患者に、満足してもらえる在宅ケアを提供できる体制づくりのもとに在宅緩和ケアを実践した10年間の記録であり、緩和ケアをがん患者だけでなく、すべての治らない患者にまで広げ、チームアプローチ、多職種連携を通じて充実したケア体制を作り上げました。また、グリーフ・ケアとしての死後訪問を通じ、一診療所、一医師の活動ではなく地域連携の中での活動であることなどが高く評価されました。

優秀研究の

①「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」

については、障害のある糖尿病患者に創意工夫を凝らしインスリン自己注射の補助器具を作製し、インスリン自己注射を可能にしたことで、患者のQOLの向上につながったことなどが評価されました。

②「特定健診・特定保健指導における歯科からのアプローチの必要性」

については、国保ヘルスアップ事業を通じて歯科介入がメタボリック症候群に改善効果があったとする今回のデータは、今後、特定健診・特定保健指導に歯科の項目を加えることの重要性を強く示唆することなどが評価されました。

③「咀嚼・嚥下困難患者への取り組み」

については、自分達自身で食べてみる事により嚥下食の問題点をチェックし、改良を加え患者さんの身になった食事づくりを考えていることなどが評価されました。

④「へき地でも専門性を持った総合医として～医師としてのモチベーションを維持しながら地域医療を行うには～」

については、勤務医師不足が深刻ななか、モチベーションを維持することによって常勤医が集まり、また病院に定着し、へき地でも医師が充足することができることを示したことが評価されました。

⑤「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」

については、多施設、多職種の協働で作成された「在宅版地域連携クリティカルパス」により、その作成過程から実際の弾力的な運用を通じて、地域の連携体制が構築されていったことなどが評価されました。

今回選考された研究は、在宅緩和ケアに関する研究が1点、看護に関する研究が1点、咀嚼・嚥下に関する研究が1点、歯科に関する研究が1点、地域医療に関する研究が1点、地域連携クリティカルパスに関する研究が1点ですが、いずれも関係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・ケアの実践を通じての素晴らしい研究であり、表彰を受けられる皆様に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に期待をしております。

平成19年度から平成21年度には医師不足、看護師不足が深刻化してきましたが、このようななかでも、関係者が切磋琢磨し、数多くの研究、優秀な研究が寄せられたことに深く感謝申し上げる次第であります。

国保直診は、地域の保健、医療、福祉（介護）の担い手として、今後も輝き続けるため、宮城学会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21年10月

(社) 全国国民健康保険診療施設協議会

会長 富永芳徳

目 次

優秀研究表彰にあたって	1
第13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.42】	
演題名：高山市丹生川地域における在宅緩和ケア10年のまとめ	10
発表者：岐阜県・高山市国保丹生川診療所 所長／医師 土川権三郎	
優 秀【演題 No.10】	
演題名：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	16
発表者：岐阜県・中津川市国保坂下病院 薬剤師 西尾 晃	
優 秀【演題 No.52】	
演題名：特定健診・特定保健指導における歯科からのアプローチの必要性 ～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～	21
発表者：香川県・三豊総合病院 歯科医師 木村年秀	
優 秀【演題 No.102】	
演題名：咀嚼・嚥下困難患者への取り組み	28
発表者：岐阜県・国保飛騨市民病院 管理栄養士 松原美由紀	

優 秀【演題 No.210】

演題名：へき地でも専門性を持った総合医として

～医師としてのモチベーションを維持しながら地域医療を行うには～ …………… 33

発表者：京都府・京丹後市立久美浜病院 医師 田儀英昭

優 秀【演題 No.W11】

演題名：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～ …………… 39

発表者：香川県・綾川町国保陶病院 院長／医師 大原昌樹

付

1. 全国国保地域医療学会開催要綱 …………… 46
2. 全国国保地域医療学会優秀研究表彰要綱 …………… 48
3. 第48回全国国保地域医療学会結果報告書 …………… 49
4. 優秀研究選出委員会委員名簿 …………… 52
5. 全国国保地域医療学会優秀研究表彰受賞者一覧 …………… 53

最優秀

【研究発表分類：臨床／演題No.42】

高山市丹生川地域における在宅緩和ケア10年のまとめ

岐阜県・高山市国保丹生川診療所 所長／医師
土川権三郎

在宅で最期を過ごしたいと希望される患者に、満足してもらえる体制づくりのもとに在宅緩和ケアを実践された10年間の、まとめの報告である。その10年間に、緩和ケアをがん患者だけでなく、すべての治らない患者にまで広げ、チームアプローチ、多職種連携を通じて充実したケア体制を作り上げた。また、在宅緩和ケアにとどまらず、グリーフ・ケアとしての死後訪問を実践されている。

在宅緩和ケアで亡くなられた患者宅の訪問を通じて、在宅緩和ケアを受けていた患者や家族から在宅緩和ケアの問題点等が分析され、その結果得られた16項目は、今後の在宅緩和ケアのあり方が示唆されている。これらの活動は、一診療所、一医師の活動ではなく地域連携のなかでの活動であることも素晴らしい。「在宅看取り」を、最期を迎える場所の選択肢の一つとして確立させるための姿勢と方向性が教示されている。

優秀

【研究発表分類：看護／演題No.10】

補助器具を用いたイノレットによる片麻痺患者へのインスリン導入

岐阜県・中津川市国保坂下病院 薬剤師
西尾 晃

糖尿病患者にとって、血糖コントロールは非常に重要なことであるが、独居高齢者、高齢世帯など家族からの生活支障がのぞめない高齢者や障害を有している患者が、インスリン自己注射を行うことは困難なことである。インスリンを打ちにくい患者の方がどうすればインスリンが打てるか、

片麻痺患者のベットサイドに何度も足を運び、患者とコミュニケーションをとるなかで、創意工夫を凝らしインスリン自己注射の補助器具を作製した。インスリン自己注射を可能にしたことで、患者のQOLの向上につながる素晴らしい発表である。

優 秀

【研究発表分類：臨床／演題No.52】

特定健診・特定保健指導における歯科からのアプローチの必要性 ～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～

香川県・三豊総合病院 歯科医師
木村年秀

平成20年度から開始された特定健診・特定保健指導には歯科の項目は含まれていないが、この研究発表は特定健診・特定保健指導の試行的事業である国保ヘルスアップ事業を通じて歯科介入の効果について示している。その結果、咀嚼機能や歯周病の状況とメタボリック症候群とは関連があり、

保健指導に咀嚼法や歯周病に対する指導をすることによってメタボリック症候群に改善効果が見られることが示されている。今後、特定健診・特定保健指導に歯科の項目を加えることの重要性を強く示唆する発表である。

優 秀

【研究発表分類：栄養管理／演題No.52】

咀嚼・嚥下患者への取り組み

岐阜県・国保飛騨市民病院 管理栄養士
松原美由紀

咀嚼・嚥下困難患者に様々な嚥下食が試みられているが、そうした嚥下食は本当に食べる患者さんの身になって作られているのだろうか。自分達自身で食べてみるにより嚥下食の問題点をチェックし、改良を加え患者さんの身になった食事づくりを考えた研究である。咀嚼・嚥下困難患者

はなかなか周囲に理解してもらうことができず、食べる楽しみから遠のいている患者が多い現状だが、どのようなサポートをしたらよいか、患者の身になって、とことん工夫を重ねている姿勢が素晴らしい。このような姿勢はすべての医療者に見習ってもらいたい。

優 秀

【研究発表分類：教育／演題No.210】

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～

京都府・京丹後市立久美浜病院 医師
田儀英昭

勤務医師不足が深刻な昨今、勤務医がモチベーションを維持することによって常勤医が集まり、また病院に定着し、へき地でも医師が充足することができることを示した発表である。専門性の獲得向上のために専門施設への週1回の研修、学会研究会への参加、近隣3次病院との連携強化により、1人の医師が複数の専門領域を経験しマスタ

ーすることによって総合医として地域医療を支えている。このことがモチベーションとなって長期に地域医療に携わる志の高い医師を確保し、結果的には医師の定着につながっている。病院の活性化や、医師確保のための「受け皿」づくりのヒントが提示されている。

優 秀

【研究発表分類：ワークショップ 地域連携／演題No.W11】

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

香川県・綾川町国保陶病院 院長／医師
大原昌樹

医療と福祉・介護を切れ目なくシームレスに連携するためには、病院、診療所、介護施設、在宅、地域包括支援センター、行政等に患者の情報共有を図り、患者や家族が安心できる連携体制の確立が求められる。そのための連携ツールとしての在宅版地域連携クリティカルパスは、全疾患共通のシートで、その管理は多職種・多機関との調整役を果たし介護の中心的な存在である介護支援専

門員で管理されている。また在宅経過まとめ表・在宅モニタリング用紙は使いやすさも検討されている。

今後、医療と福祉・介護を多職種・多機関の間でシームレスに連携するためには、在宅版地域連携クリティカルパスの役割は大きく、また導入によって素晴らしい成果がもたらされるものと期待したい。

研 究 論 文

高山市丹生川地域における 在宅緩和ケア10年のまとめ

岐阜県・高山市国保丹生川診療所

土川権三郎

1 はじめに

平成9年4月に筆者が丹生川診療所に勤務して、平成19年3月で10年が経った。

この間、患者にとってかかりやすい、わりやすい、かかって安心な外来をめざしながら、在宅緩和ケアに力を入れてきた。治らない病気とわかったときに、その最期のときをどこで過ごしたいかは人それぞれ

である。病院で治療を受けたい、自分の家で療養したい、ホスピスに入りたいなどさまざま。自宅で過ごしたいという希望があったら、満足してもらえる在宅ケアを提供する体制をつくっておくことが必要と考えて、在宅緩和ケアを始めた。

10年の間に、緩和ケアというものはがん患者だけのものではない、すべての患者に必要なものだと気づいた。そして、ケアを充実していくためには、チームアプローチ、多職種連携が非常に大切である

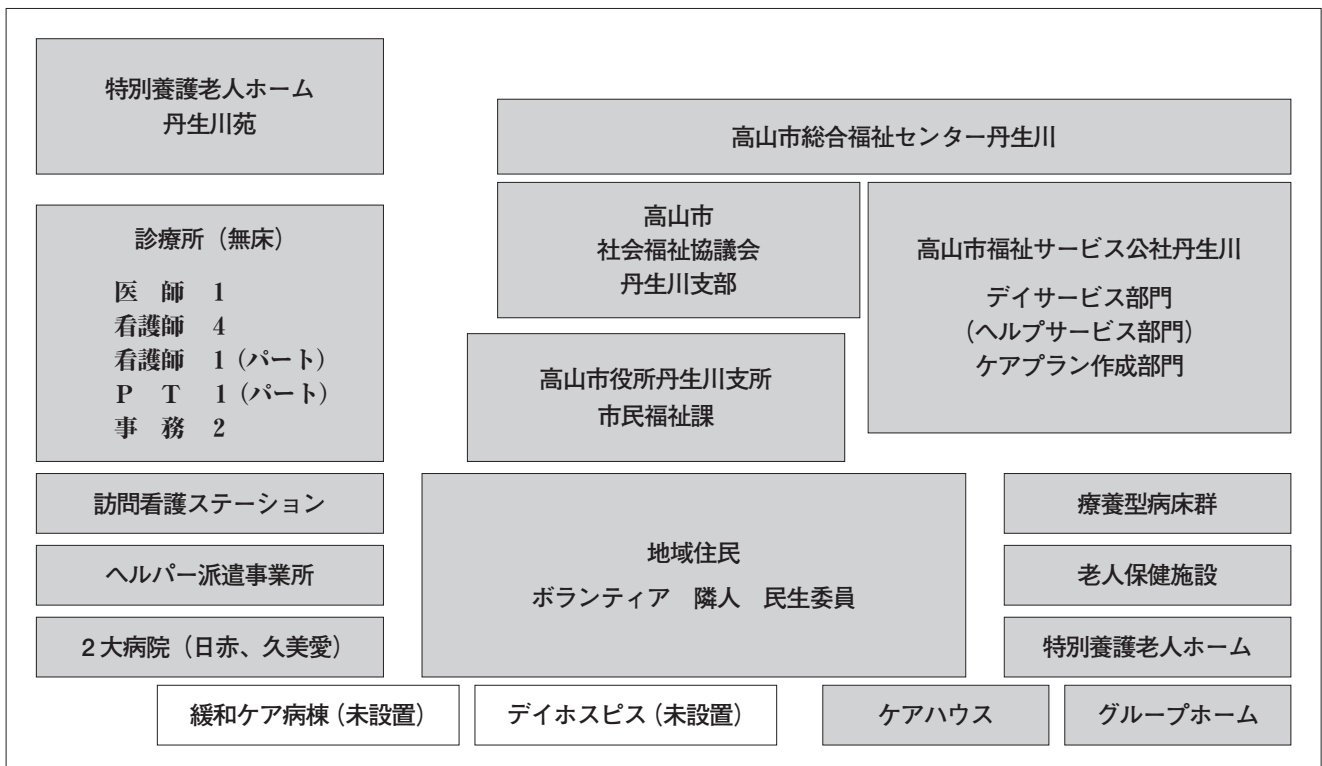
図1 合併前・後の丹生川町



写真 大雪のなかの往診



図2 在宅ケアを支える体制－高山市丹生川地域（平成20年4月現在）



ということを学んだ。

ここに、在宅緩和ケアを始めてから10年間の量的なまとめと学んだことをまとめてみる。

2 丹生川町の概況

高山市および丹生川町の位置。合併前と合併後を図1に示す。丹生川町は東に乗鞍岳、南に御嶽山を望み、西には白山、北に槍ヶ岳、笠ヶ岳がみえる山間地域である。

合併で誕生した新・高山市は東京都とほぼ同じ面積を持つこととなったが、人口は10万人弱である。

一方、合併直後の平成17年4月1日時点での丹生川町の総人口は4,772人で、生産人口2,885人(60.46%)、老年人口1,186人(高齢化率24.85%)であった。また全世帯数は1,256世帯、うち独居は64世帯、夫婦2人とも65歳以上の高齢者世帯は83世帯であった。産業別の人口構成は、農林業34.2%、建設・製造業23.5%、サービス業42.3%となっていた。

なお、冬の季節には1m以上の雪が積もる(写真)。

図3 年度別在宅看取り数（病死 計157人）

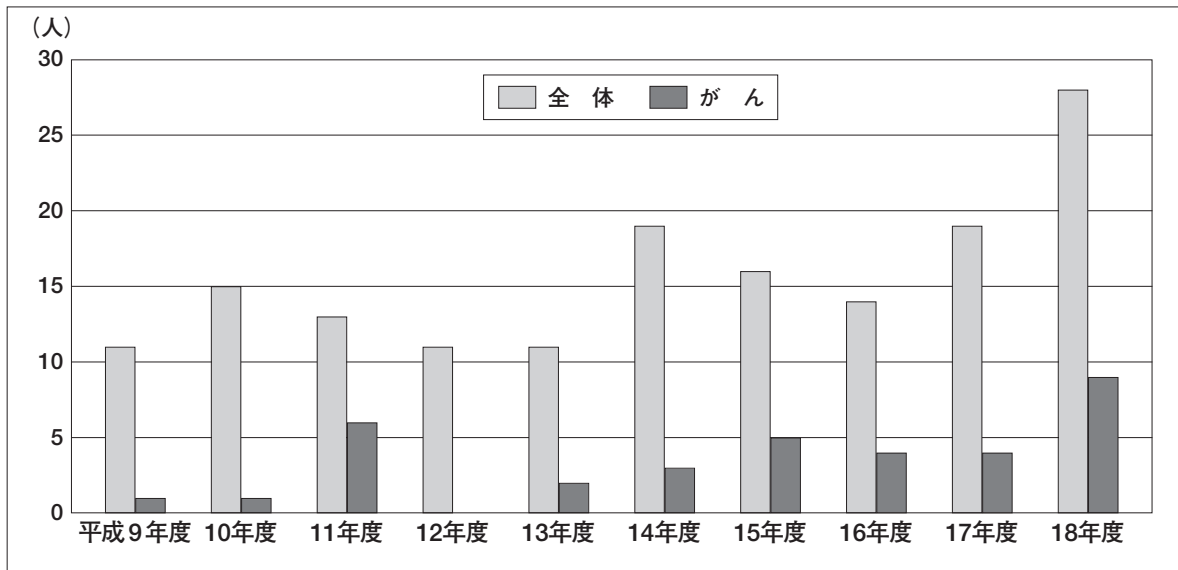
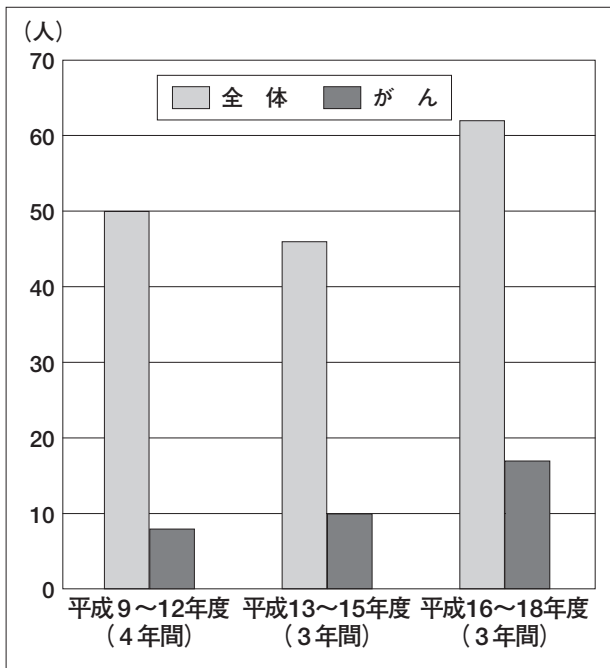


図4 期間年度別在宅看取り数（病死 計157人）



3 緩和ケアを支える体制 (図2)

丹生川診療所の職員構成は医師1人、看護師4人、パート看護師1人、事務2人、理学療法士(パート)1人である。このメンバーで、外来、往診、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションを行っている。

すぐ隣に、高山市総合福祉センター丹生川があり、

そのなかに高山市福祉サービス公社丹生川が担うデイサービスおよびケアプラン作成部門がある。同じく高山市社会福祉協議会丹生川支部が事務所を構えている。診療所の裏には特別養護老人ホーム丹生川苑がある。村役場は現在、高山市役所丹生川支所として歩いて5分のところにある。隣接する旧高山市内には2つの急性期病院があり、訪問看護ステーションが複数あり、ヘルパー派遣業者があり、老人保健施設が多数ある。しかし、飛驒地域には緩和ケア病棟はまだない。

4 在宅緩和ケア10年のまとめ

10年の間に病気による在宅での死亡者は157人であった。その年度別人数を図3に示す。これを3つの期間(平成9年度～12年度、13年度～15年度、16年度～18年度)に分けると図4のようになる。そのなかでがん患者さんの占める割合は図5のように確実に増えている。

157人の在宅看取り患者の疾患の内訳は図6のとおりであった。在宅緩和ケアの対象はがん患者だけではなく、すべての治らない患者のためのケアだと考えている。

図7は丹生川地域全体で亡くなった人のうち在宅

図5 看取り患者中がん患者の割合

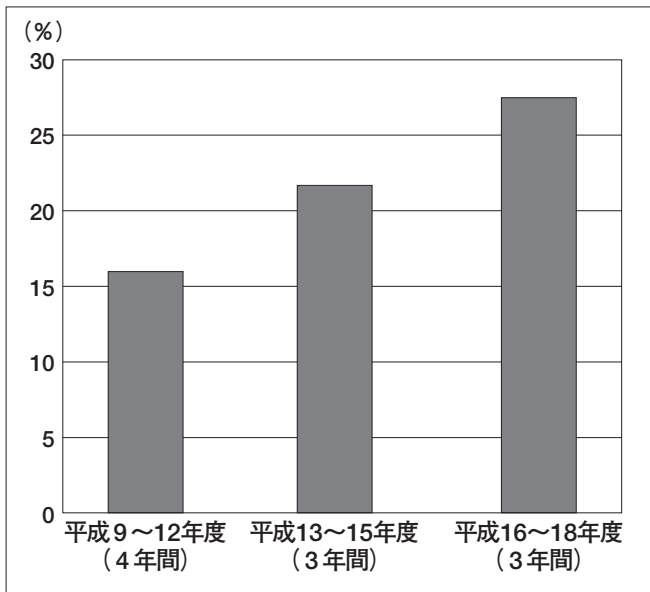


図6 在宅看取り疾患の内訳 (平成9年4月～平成19年3月の10年間)

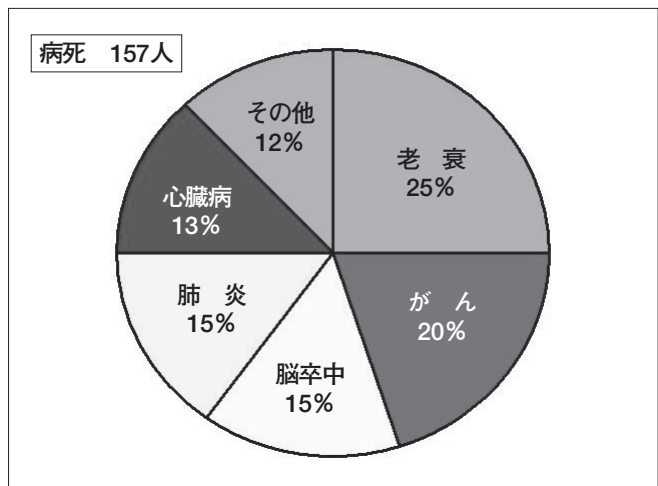
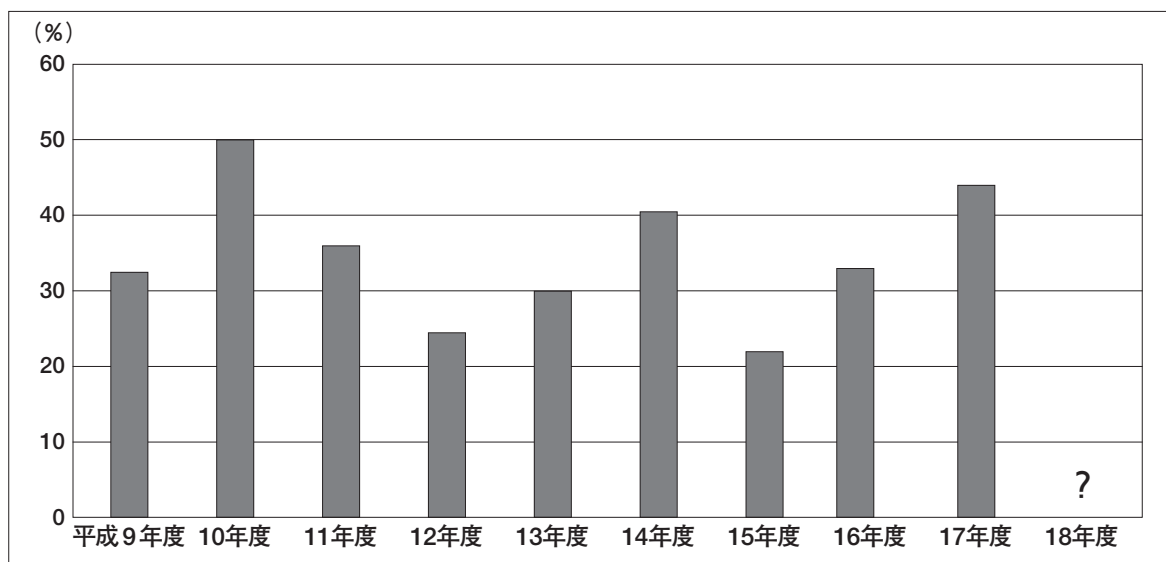


図7 在宅看取りの割合 (10年間の平均は33%)



での死亡者(すなわち、丹生川診療所で看取った人)の割合の年次推移である。10年間の平均は約3分の1 (33%)であった。(平成17年2月に合併して新・高山市となったため、平成18年度のデータはとれなかった。)

5 死後訪問の開始

こうしたなかで、①丹生川診療所の在宅ケア・緩和ケアの現状を客観的に知る、②その活動の成果と到達点を明らかにして今後の活動に生かす、③取り

組みのなかで職員間の意思疎通を強化する——を目的として、平成12年から死後訪問を始めた。

対象は、比較的長く関わった患者で、かつ深く関わった患者のなかから、職員で相談して訪問する遺族を決めた。全部で49遺族を訪問した。遺族訪問を実施した者の病名はがん22人、肺炎10人、老衰5人、脳梗塞4人、その他8人であった。

訪問の時期は亡くなってから約1か月後の忌明けのころに、事前に訪問の趣旨と聞きたい内容を手紙で渡し、電話で訪問してもよいかどうかの確認をしてから出かけた。訪問したのは看護師。直接、自宅

表 「自宅で看病するために、家族の方に知っておいてほしいこと」(抜粋)

あなたの愛するご家族に、いよいよお別れが近づいてきたというサインを知ることはとても辛いことですが、患者さんにこれから起きる身体の変化を具体的に知っておくと、あらためて、いま現在の状態を見つめることができますし、それらが起きたときに適切な対処ができるように準備しておけます。そして、ご家族の方がいましかできないことを患者さんにしてあげて、残された時を患者さんとともに大切に過ごすことができればと思っています。

以下の症状はすべてが一度に起こることではありません。起きないこともあります。大切なのは、ほとんどの変化が死に至る自然な経過であり、ご本人にとっても苦痛なことではないということです。

ご心配なことがあればいつでも医師や看護師にお尋ねください。

【お別れが近づいてきたサイン】

- ① 声をかけると返事をするが、眠っていることが多くなる（耳は聞こえていることが多い）
- ② 聞こえにくく、見えにくくなる。聴力は最後まで残ります
- ③ 食べられなくなり、水分も徐々に飲めなくなる（唇をぬらしてあげるといい）
- ④ 時間や場所、知っているはずの人がわからなくなることもある。混乱した精神状態が見られることがある（安心できるように手を握り話す）
- ⑤ 尿失禁や便失禁をする（茶褐色～暗黒色の泥状の便）
- ⑥ 尿が減り、出なくなる
- ⑦ 唇が乾き、分泌物が口の中にたまって、ゴロゴロした呼吸になる
- ⑧ 手足が冷たくなり、赤紫色になる
- ⑨ 呼吸が不規則になる、ときには15秒くらい止まることもある
- ⑩ 体温が下がって上がらない

文責 土川権三郎

を訪問しフリートークでいろいろな話をするなかで聞きたいことを聞き出していくという方法をとった。

死後訪問ののち、訪問した看護師が要点をまとめてカンファレンスで発表し、職員間で話し合った。遺族の話と職員同士で話し合った内容を項目別に整理して一覧表にし、到達点と課題を明らかにした。項目とは、

- ① 家族からみた患者さんについて、痛みは抑えられていたと思うかなど
- ② 介護した家族自身のことについて、どんなことが不安だったかなど
- ③ 患者さんと過ごしたなかで一番心に残ったことは何か、思い出深いことなど
- ④ 「自宅で看取るために、家族の方に知っておいて欲しいこと」(お別れが近づいてきたサインが10項目にわたり説明してある文書。表) を渡されて説明を受けた時の気持ち はどうであったかなどである。

6 在宅ケア・死後訪問で学んだこと

- ① 出発点である「患者さんはどうしたいのか」を確認することがなんといっても重要
- ② 最初の時点で十分な情報を患者・家族にわかるように伝え、患者を交えて検討することが望ましい
- ③ 往診や訪問診療・訪問看護も必要に応じていつでも行きますよということを伝え、安心感を持ってもらうことが大切
- ④ わからないこと、訊きたいことがあったらどんなことでも、いつでも聞いてくださいと伝えておくことで安心感を得られる
- ⑤ 必要な訪問サービスはどんどん利用し、職種間で情報を共有していくことが重要
- ⑥ 医療者の尺度ではなく、本人の思いを「聴く」ということの訓練が必要
- ⑦ 患者さんに介入するには、その人の生活史全体を

- つかむ努力が必要。そしてその情報の共有が大切
- ⑧苦痛の除去をしなければ何ごとも始まらない。苦痛の除去の方法を身につけておく必要がある
 - ⑨本人への真実の告げ方、家族への真実の告げ方を学ぶ必要がある
 - ⑩希望を奪ってしまわないで、真実を伝える訓練が必要
 - ⑪患者本人だけとて話を進めない、家族とだけでケアのしかたを相談しない
 - ⑫患者と家族がいっしょに闘病できるように、みんなが理解して進めるように支援することが大切
 - ⑬家族の死が迫っているということを受け入れてもらう準備はしたほうがよいが、ワンパターンはダメ、家族の状況に合わせた情報提供をする
 - ⑭死後訪問は単に医療者のためだけではなく、選択の良し悪しに悩む家族に対する支持も含めたグリーフ・ケアの意味を持っている
 - ⑮在宅ケアを受けている本人・家族が不安になるときは以下のときであるとわかっている。時期を逸せず、早め早めに不安を解消していくことが大切
 - ア．療養場所が自宅に決まる時

- イ．身体の状態が悪化する時
 - a．自立生活可能から介助が必要となる時期
 - b．介護が必要になった状態からベッド上生活へ移行する時期
 - c．ベッド上生活になったとき
 - ウ．看取りのとき（最後の1～2週間）
- ⑯医療の目的は、人が幸せになること
- ア．ホスピスケア・緩和ケアは特別なものではない、本来の医療のあり方である
 - イ．人が病気になったその時から、人間の全人的ケア＝ホスピスケア・緩和ケアは始まっている

7 おわりに

これらはその多くが、上手く行かなかった症例から学んだものである。そして上手くいった症例がその後のがんばる力になることも実感した。いままでも、そしてこれからも、これら一つひとつの事柄を肝に銘じて、そのつと振り返りながら在宅緩和ケアを実践していきたい。

補助器具を用いたイノレットによる 片麻痺患者へのインスリン導入

岐阜県・中津川市国保坂下病院

○西尾 晃・荻野 晃・清水幸一・窪田 真
高山哲夫・酒井雄三・伊藤晴規

1 はじめに

坂下病院は岐阜県南東部にあり、すぐ隣が長野県である。当院周辺には開業医はほとんどなく、岐阜県、長野県（木曾地区）両県にまたがって地域の患者を守っている。

医療過疎のため、地域には、高血糖を未治療のまま長年放置していたり、病院に血糖コントロールで受診しているのだが、食事療法や運動療法が確実に実行できていない患者が多く存在する。

そのため、糖尿病を発症後の血糖コントロール不良や、未治療のまま放置したことにより脳梗塞を発症し、後遺症で麻痺が残るケースは少なくない。このような障害患者では、内服薬による血糖コントロールが困難なため、インスリンを導入または継続したいと主治医が希望することがある。しかし、患者が実際にインスリン自己注射を行うには、片麻痺のため片手での操作となり、インスリン導入や継続が困難な場合が多い。さらに、インスリン使用患者は高齢者が多く、確実なインスリン手技の維持も困難である。

そこで、患者のインスリン自己注射の手助けとして、インスリン補助器具を考案した。現在までにイノレット補助器具（助っ人君）を用いてインスリン自己注射導入を行い、成功した事例を報告する。

2 インスリン使用患者の状況

下記に当院におけるインスリン使用患者の内訳を示す。（2008年調査）

男性53%、女性47%

20歳～59歳 19%

60歳～69歳 24%

70歳～79歳 39%

80歳～89歳 17%

90歳以上 1%

つまり、インスリン使用患者の56.4%が70歳以上の高齢者である。

3 患者の目線に立って

突然の脳梗塞発症で、麻痺になった患者の多くは、絶望し、悲観するだろう。さらにインスリン導入や継続となると、新たな不安も大きく生じてくる。また、いままで身の回りのことを自分で行っていたが、片手しか使えない不自由さを目のあたりにし、これから先への不安と焦り・苛立ちが生じる。

同居の家族の協力態勢が存在すれば、患者とともに指導していける。しかし当院周辺では、独居や、家族が仕事を持っており、日中家に患者しかいない場合が多く家族の協力が得られないことが多い。こ

のような場合、患者本人がインスリン自己注射を行うことが可能になれば、それが大きな自信につながり、今後、前向きな心で糖尿病治療と向き合っているであろう。

現状をなんとかしたいと思い、片麻痺障害患者のベッドサイドに何度も足を運び、患者とコミュニケーションをとるなかで、患者の不安を傾聴し、障害を理解し、片麻痺があってもインスリン自己注射の導入や継続ができる方法とともに考えていった。患者の動作を見て、片手が不自由であることで、どこまでのことができるか、何ができないか、どうすればできるか。私たち健常者では気づけなかった点を、ベッドサイドにおいて患者から多くを学ぶことができた。

4 導入に当たって

1. デバイスの選択

片手での操作がしやすいもの（針の脱着・単位設定・高単位時の注入ボタンのストロークが短いもの・注入ボタンを押す力ができるだけ少なくてよいもの・握力が弱くても片手で固定しやすいもの）。

2. 補助器具の材料の選択

簡単に作成できるもので、アレンジしやすいもの（患者個々で手の大きさが違う・右麻痺左麻痺の対応・携帯性・コスト・針の脱着）。

以上1および2については、デバイスはノボノルディスク社のイノレットを選択した。また補助器具の材料として「ポリエチレン系型取剤」(ホームセンターで購入)を採用。この材料は高温（約90度）により軟化し常温で硬化し、アレンジも簡単であり修理も簡単にできる。

5 問題点と解決方法

補助器具は患者個々に合わせて作成しようと思い、患者がインスリン注射を行う際、困難となる問題点を一つひとつベッドサイドにて患者と一っしょに見つけていった。

●患者から学んだ、インスリン自己注射において補助が必要であると考えられる事項

- A. ペンニードルの保護シールを剥がす
- B. ペンニードルの脱着
- C. イノレットの固定（滑らない工夫）
- D. 単位合わせ
- E. 注射時のイノレットのホールド

●補助器具作成で考えた事項

- F. できるだけデバイスに改良を加えない（手間のかからないもの）
- G. 右麻痺・左麻痺の対応（操作する手が右・左）
- H. 携帯性のよいもの
- I. 個々に合わせアレンジしやすいもの
- J. 修理が簡単にできるもの
- K. 患者個々で手の大きさが違うこと

以上A～Kまでをできるだけ考え試作品に取りかかった。ポイントは次のとおりである。

- ・Fについて：補助器具にデバイスをはめ込むものにする。
- ・E・H・Kについて：できる限りの小型化と個々の手の大きさに合わせ持ちやすいものにする。
- ・I・Jについて：材料として「ポリエチレン系型取剤」を採用することで解決。
- ・A・Gについて：ペンニードルを固定する穴を補助器具に設定し、操作する手の左右で穴の位置を左右に移動する。
- ・B・C・Dについて：「ポリエチレン系型取剤」自体に多少粘着性があり、操作時も安定する。

写真1 イノレットと補助器具（助っ人君）



写真2 改良点

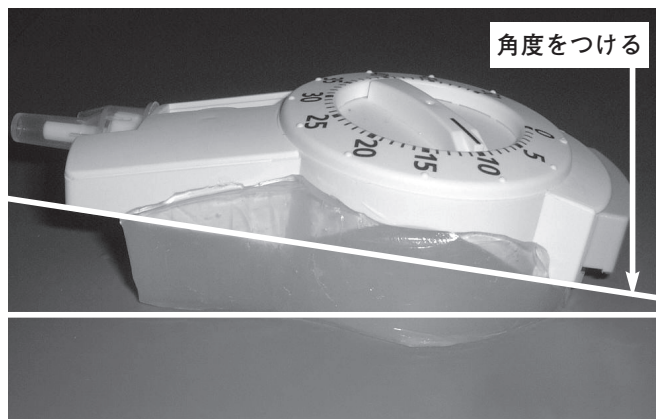


写真3 イノレットの補助器具への装着

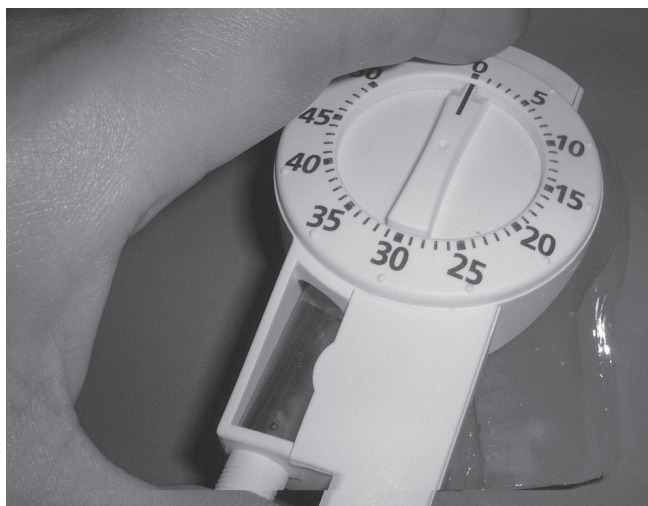


写真4 ペンニードルを補助器具「助っ人君」に設定した穴に装着

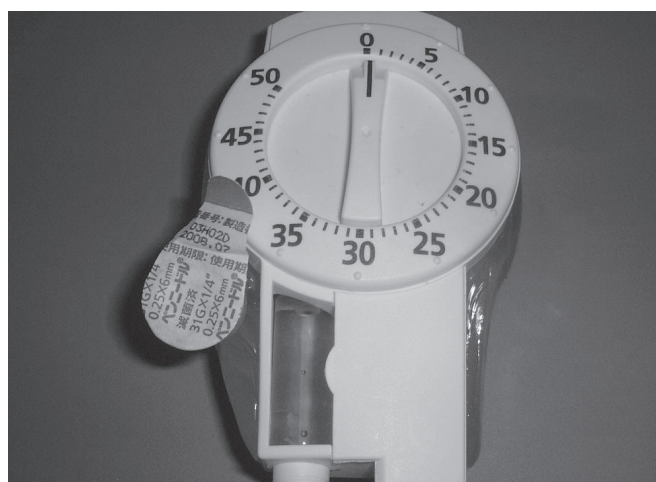


写真5 ペンニードル保護シールを剥がす



6 イノレットと補助器具 (試作と改良)

●試作段階での問題点

補助器具を試作し(写真1)、患者に実際に操作してもらい、問題点を見つけた。問題点は、B・Cについてであった。片手での操作であり、動かせる手が利き手の場合であれば問題ないことだが、いままであまり細かい作業をしたことがない手、つまり利き手ではない手での操作まで考慮していなかったことである。

利き手ではない場合に、ペンニードルの脱着時に力の入れ方が上手く行えない。

補助器具には多少粘着性があり滑らないと思われたが、ペンニードルの脱着時に力を入れる方向が悪く一定しないことから、補助器具が滑って移動して

しまうために操作が行えなかった。

●改良点

改良点として、写真2のようにインレットの注入口側が低くなるように角度を付けた。このことでペンニードルの装着時に上から押し込むように力を入れることで、力を一定方向に伝えやすく、補助器具がテーブルなどに押し付けられ滑りを防ぐことができた。

また、ペンニードルを外すとき、ペンニードルを少し上方へ引っ張れることで操作が容易になった。

7 具体的な操作方法

操作方法を写真で説明(写真の手は著者のもの。著者は右利きのため左手で操作を実際に行った。)イノレットの保護キャップを持ち指で本体を押すよ

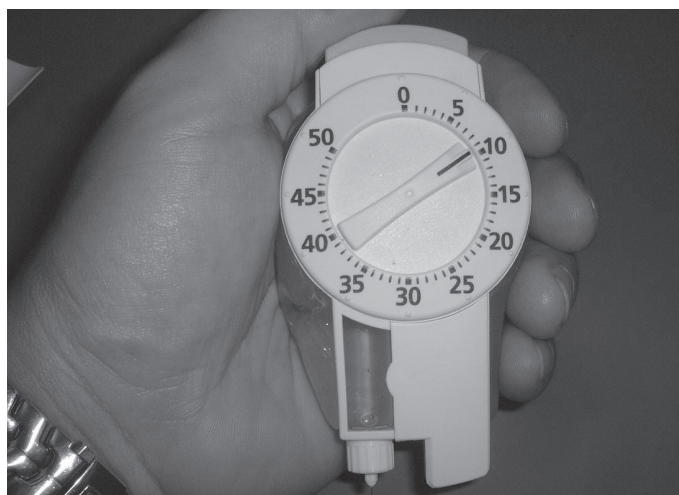
写真6 ペンニードルをイノレットに装着



写真7 ペンニードルの保護キャップを外す



写真8 補助器具「助っ人君」に装着したまま注射を行う



うにして外し、イノレット本体を補助器具（助っ人君）に装着する（写真3）。

補助器具に開けたペンニードル固定用の穴にペンニードルを装着する（写真4）。

ペンニードルの保護シールを下方方向に引っ張るようにして剥がす（写真5）。

イノレットのゴム栓をアルコール綿で清拭し、ペンニードルを上方より押さえ込むようにしてイノレットに装着する（写真6）。

ペンニードルの保護キャップを指で少し上方に引っ張り外す（写真7）。

イノレットを平らな台に置き単位設定ダイヤルを回し単位設定を行う（写真省略）。

補助器具装着のまま注射する（写真8）。

注射終了後は写真6・7を逆の手順でペンニードルを外す。

以上の操作で、片手でのインスリン自己注射操作が行えた。

8 おわりに

イノレットは他のデバイスより比較的障害患者に使用しやすいが、補助器具を使用することでさらに多くの患者に適応できる。

親しみやすいよう、今回、補助器具に「助っ人君」と名前をつけた。

今回紹介したイノレット補助器具は7年前に考案してから現在までに、5例の片麻痺患者と1例の片

腕欠損患者に使用した。

指導介入の初めは、いずれの症例も片手での手技を行うことに不安を覚え、インスリン導入に対して、またはインスリン治療を継続することに対して難色を示した。

そこで、あらかじめデモ用に作成しておいたイノレット補助器具（助っ人君）を患者の前で実際に操作しながら指導することにより、片手でのインスリン操作手技に対し安心感を持ってもらえるようになった。

患者がインスリン手技指導を受け入れてから、患者の意見を聞き補助器具を持ちやすい大きさに作成し、ペンニードル固定用の穴の位置も操作しやすい方向に設定した。

イノレット補助器具（助っ人君）導入により、不安を持ち自信を失いかけていた片麻痺患者が自分で自分のことができる。健常者から見れば当然のことだが、この当たり前のことが可能になったことで自

信を取り戻し治療に対し前向きになった。

私たち医療スタッフが患者の目線から見ることで思いがけないことがわかることがある。

今回の補助器具作成においても、ペンニードルの保護シールを剥がす、利き手以外での操作など、患者から学ぶことが多くあった。指導者はときに自分自身での思い込みが強くなってしまふことで、患者の抱えている問題を見落としてしまうことがある。ときには患者の立場になり同じ目線に立つことで、より患者個々に合わせた、患者と医療スタッフ間の距離をなくした、心つながる指導が行えるのではないだろうか。

今後の課題であるが、地域医療の一つとして、今回の発表内容をさらに多くの地域患者に向けて、年々高齢化して行くインスリン使用患者のインスリン療法（自己注射）を安全に維持していくために、サポートできる方法を考えていきたい。

特定健診・特定保健指導における 歯科からのアプローチの必要性

～観音寺市ヘルスアップ事業における歯科指導の試み～

香川県・三豊総合病院

○木村年秀・増田芳彦・成行稔子・戸田知美・中津守人・
藤原友子・合田耕三・茨木洋子・大江美樹

【Key words】 特定健診・保健指導、メタボリック
シンドローム、歯周病

1 はじめに

平成20年度より、医療保険者に健診、その後の事後処置としての保健指導を義務化する特定健診・保健指導が始まった。健診・保健指導にメタボリックシンドロームの概念を導入し、糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群25%の削減を目標として設定している。市町村は国民健康保険の医療保険者であり、そこに勤務する担当職員は国保被保険者に対して健診・保健指導を実施することによって、被保険者の生活習慣病を予防する義務がある。また、われわれ国民健康保険直営診療施設も、国保被保険者の一員であるので、この特定健診・保健指導に関わるのは当

然と考えられる。

メタボリックシンドロームと歯や口腔の健康は関連が深く、早食いは肥満の危険因子であり¹⁻⁴⁾、よく噛むことは肥満予防につながると言われている⁵⁾。また、歯周病は糖尿病の合併症のひとつであり、逆に、歯周病由来のサイトカインがインスリン抵抗性を惹起させ、糖尿病を悪化させることが報告されている⁶⁾が、特定健診のなかで国が示す標準的な質問票や検査には歯科項目は含まれていない。

一方、香川県では医療費分析において、全年齢層において歯科医療費は上位に位置する結果が得られており⁷⁾、また、小豆島町における特定健診・特定保健指導モデル事業において、女性では「何でも噛んで食べられない者」は腹囲が2cm大きかった⁸⁾ことなどより、医療費適正化の観点も含め国保の質問票に歯科7項目を追加することになった(表1)。

表1 特定健診質問票における「歯について」問診項目

保健指導における学習教材集【歯周病、噛む・歯の健康】より

1. 何でも噛んで食べられる	はい・いいえ
2. 歯磨き時に歯ぐきから血が出ることもある	はい・いいえ
3. 歯ぐきが腫れることがある	はい・いいえ
4. 歯がぐらぐらする	はい・いいえ
5. デンタルフロスや歯間ブラシを使って歯と歯のすき間もきれいにしている	はい・いいえ
6. フッ素入り歯磨き剤を使っている	はい・いいえ
7. 定期的(年に1回以上)に検診や予防のために歯科医院を受診している	はい・いいえ

香川県特定健診・保健指導モデル事業推進検討会

表2 観音寺市国保ヘルスアップ事業 歯科指導フロー

健 診	質問票・問診：22項目 57名 血液検査 身体測定 医師による診察	質問票： 歯科関連 7 項目追加 唾液検査： 歯周病のスクリーニング 咬合力検査：ガムによる咀嚼能力判定
	オリエンテーション	
支 援	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">【積極的支援】</p> <p>個別支援 3 回 グループ支援 1 回 電話 2 回 30名</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">【動機づけ支援】</p> <p>グループ支援 健診結果説明 目標設定 27名</p> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">歯周病予防でメタボ退治 29名</p> <p style="text-align: center;">唾液検査、咬合力結果の説明</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">口腔内検査 (歯数、う蝕、歯周組織)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">ブラッシング指導・歯石除去</p> </div>
	フリーコース	
再 評 価	血液検査 53名 身体測定 医師による診察	唾液検査： 歯周病のスクリーニング 咬合力検査：ガムによる咀嚼能力判定 口腔内検査
	グループ反省会	
	内科医による総評	歯科医師による総評

そして、平成19年度に当院では、観音寺市と協力して国保被保険者を対象に特定健診・保健指導の試行的事業である国保ヘルスアップ事業を実施し、歯科も検査や集団指導、個別指導などに関与することができた。そこで、本研究では、観音寺市国保ヘルスアップ事業における歯科の関わり方や歯科介入の効果について報告する。

2 目的および方法

研究の目的は、国保ヘルスアップ事業における歯科介入の効果を分析し、メタボリックシンドローム対策として歯科関与の必要性を検討することである。

対象は、観音寺市国保被保険者のうち、平成18年度基本健診と国保人間ドック受診者の健診データより抽出した支援該当者468名のうち、事業案内を送付して参加申し込みがあった57名とした。事業実施スタッフは当院の医師、保健師、管理栄養士、看護師、臨床検査技師、歯科医師、歯科衛生士、観音寺市の保健師、管理栄養士、国保担当事務職員等で、事業の実施会場は三豊総合病院の健康管理センター

とした。

観音寺市国保ヘルスアップ事業の実施フローは表2のとおりであり、表の右側に歯科の介入部分を示している。健診は質問票として特定健診の22項目に加え、歯科7項目を追加したものを使用した。

血液検査項目は、中性脂肪、LDLコレステロール、HDLコレステロール、AST、ALT、 γ -GT、空腹時血糖、HbA1c、身体測定は、身長、体重、BMI、腹囲、最高血圧、最低血圧とした。

支援内容は、積極的支援群に対しては、グループ支援1回、個別支援3回、電話による支援を2回とし、動機づけ支援群に対してはグループ支援1回のみであった。その他、筋トレ、ウォーキング、料理教室など観音寺市が行っている健康教室をフリーコースと位置づけ、対象者全員に参加案内をした。

歯科の介入は、全員に対して「歯の健康とメタボリックシンドローム」についての講義、唾液検査*、ガムによる咬合力検査**を、歯科フリーコースを希望した29名については、歯科医師による口腔内診査、歯科衛生士によるブラッシング指導などの個別指導を行った。歯科治療が必要な場合は、記録用紙に必

図1 初診時の身体測定結果と歯科質問回答状況・検査値

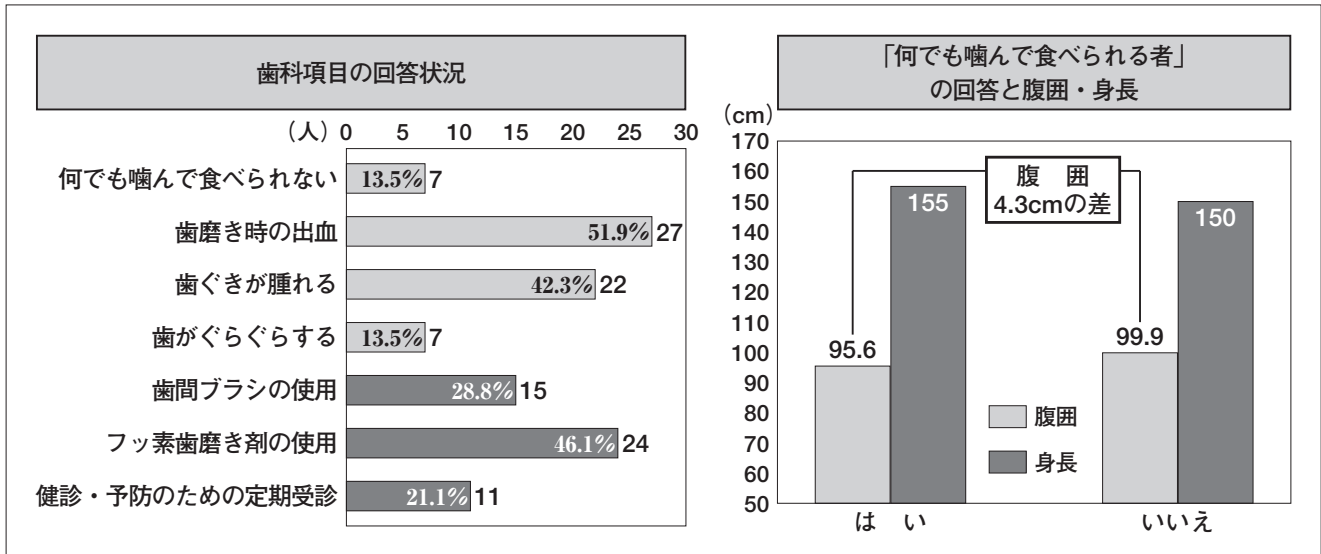
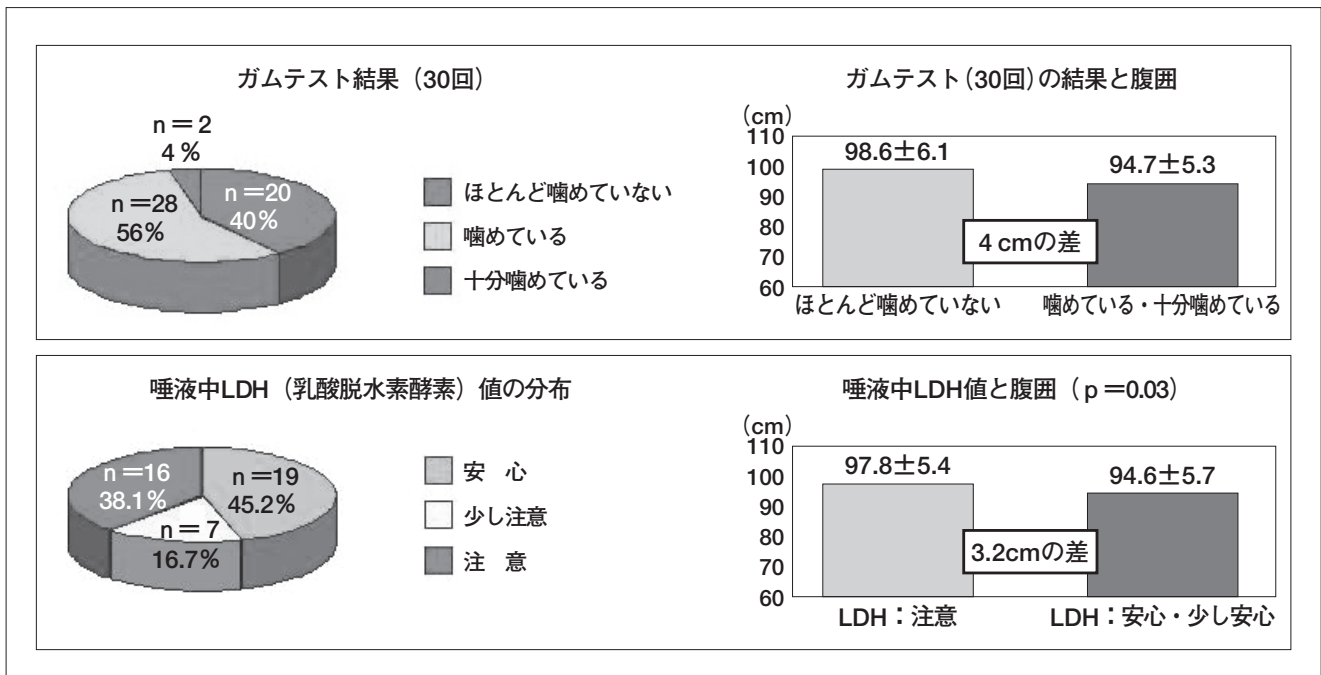


図2 咬合力検査および唾液検査におけるLDH値と腹囲



要な治療内容を記載し、かかりつけ歯科医院を受診するよう勧めた。約6か月後に初回時と同一項目の再評価を行い、健診データが得られた53名を分析の対象とした。

* 唾液検査：ガムを噛むことにより唾液を採取する。唾液中のヘモグロビン、乳酸脱水素酵素を測定することにより、歯周病の罹患状況を推測するスクリーニング検査。歯周病に罹患すると歯周組織が破壊され、唾液中に血液や歯周組織破壊産物

である乳酸脱水素酵素が検出される⁹⁾。

**咬合力検査：ピンクと青のガム（咬合力テストガム® Oral Care製）を同時に30回および60回噛むことを指示する。咀嚼能力に応じた色調の変化で咀嚼力を判定する。

3 結果

初診時の身体測定結果と歯科質問回答状況、検査

表3 アウトカム評価（支援形態別、検査値等の変化）

積極的支援群			初回時			再評価時（6か月目）				
			平均値	標準偏差	n数	平均値	標準偏差	n数	p値	
身体状況	血圧	収縮期血圧	142.10	19.52	30	132.13	19.92	30	0.0030	
		拡張期血圧	85.13	9.58	30	75.53	10.33	30	0.00002	
	血液化学検査	脂質代謝	中性脂肪	170.67	108.87	30	138.13	64.91	30	0.019
			LDL-cho	131.87	35.35	30	147.73	34.99	30	0.00016
			HDL-cho	53.60	12.08	30	59.60	11.48	30	3.0E-6
		糖代謝	空腹時血糖	106.13	23.59	30	105.83	17.99	30	0.045
			HbA1c	5.95	1.09	30	5.77	0.63	30	0.12
			肝機能	GOT	28.53	18.58	30	24.30	16.34	30
	GPT	34.70		32.79	30	27.97	38.32	30	0.012	
	γ-GT	45.93		43.12	30	35.07	35.22	30	0.030	
	形態測定	腹囲	96.73	6.20	30	91.30	5.00	30	0.00000	
		BMI	27.41	2.47	30	26.52	2.21	30	5.0E-6	

動機づけ支援群			初回時			再評価時（6か月目）				
			平均値	標準偏差	n数	平均値	標準偏差	n数	p値	
身体状況	血圧	収縮期血圧	134.78	18.86	23	129.74	14.12	23	0.072	
		拡張期血圧	83.32	11.63	23	75.82	8.46	23	0.0013	
	血液化学検査	脂質代謝	中性脂肪	126.65	92.71	23	138.61	94.07	23	0.29
			LDL-cho	137.04	26.28	23	149.78	27.59	23	0.015
			HDL-cho	57.39	11.83	23	59.61	12.39	23	0.092
		糖代謝	空腹時血糖	99.09	14.11	23	101.52	15.53	23	0.031
			HbA1c	5.55	0.45	23	5.57	0.48	23	0.32
			肝機能	GOT	23.43	10.34	23	23.17	7.81	23
	GPT	26.17		21.87	23	23.39	14.39	23	0.18	
	γ-GT	26.61		12.84	23	23.39	10.99	23	0.032	
	形態測定	腹囲	95.63	4.86	23	92.36	6.36	23	0.00047	
		BMI	26.61	1.96	23	26.38	2.19	23	0.12	

値を図1、図2に示している。初回時の歯科質問項目の回答状況で、「歯磨き時の出血」は51.9%、「歯ぐきが腫れる」は42.3%、「歯がぐらぐらする」は13.5%が該当しており、参加者の半数以上に歯周病関連の自覚症状がみられた。「歯間ブラシの使用」は28.8%、「フッ素配合歯磨剤の使用」は46.1%、「健診・予防のための歯科医院への定期受診」は21.1%であり、歯の健康に望ましい歯科保健行動は良好とは言えない状況であった。初回に、「何でも噛んで

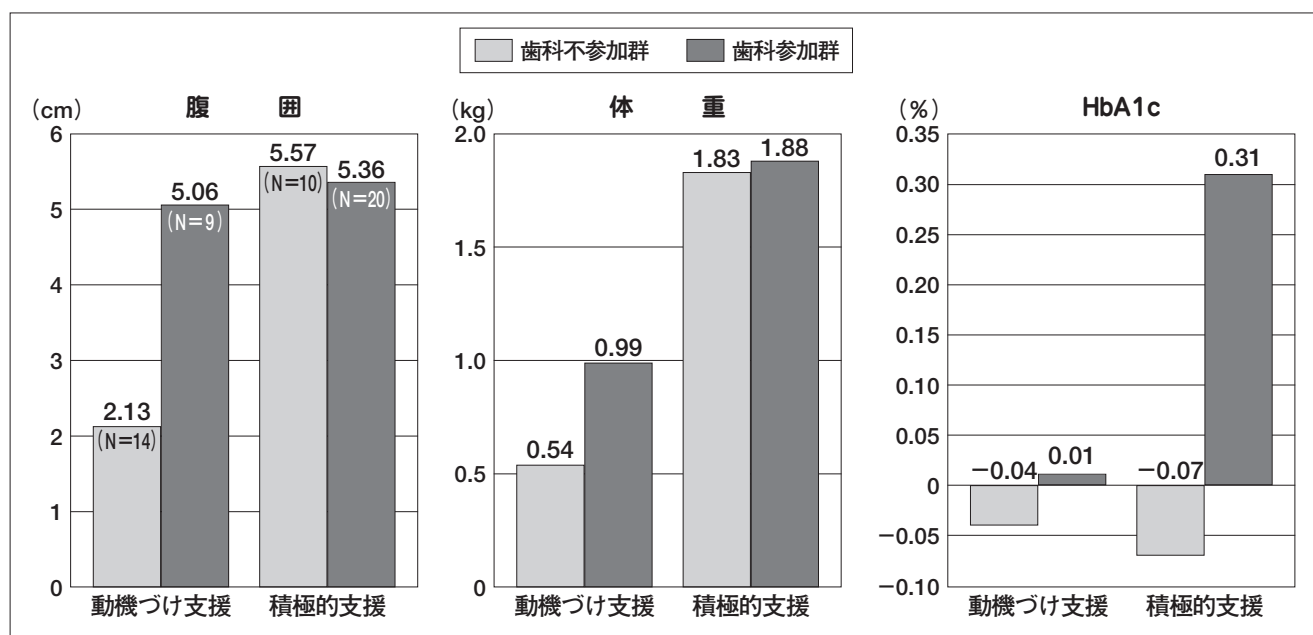
食べられない」と回答した者、咬合力検査で噛めていない者、唾液検査で中等度以上の歯周病と判定された者は、腹囲がそれぞれ4.3cm、4.0cm、3.2cm大きかった。

初回時と6か月後の再評価時との身体計測、血液検査値の変化を表3に示している。積極的支援群では、LDLコレステロール、空腹時血糖、HbA1c以外のすべての検査項目で改善がみられたが、動機づけ支援群では有意な改善がみられたのは拡張期血圧、

表4 歯科指導参加の有無による検査値等の変化量・変化率

		身長 (cm)	体重 (kg)	腹囲 (cm)	BMI	最高血圧 (mmHg)	最低血圧 (mmHg)	中性脂肪 (mg/dl)
改善量： 初回値－再評価値	歯科参加群 (N=29)	-0.30	1.60	5.27	0.78	6.69	9.66	16.72
	歯科不参加群 (N=24)	0.23	1.08	3.56	0.40	9.21	10.25	9.00
	t-test	0.206	0.377	0.098	0.148	0.604	0.878	0.766
改善率(%)： (初回値－再評価値)／ 初回値×100	歯科参加群 (N=29)	-0.19	2.42	5.35	2.78	3.75	10.25	0.28
	歯科不参加群 (N=24)	0.15	1.70	3.73	1.45	6.08	12.40	-17.03
	t-test	0.204	0.118	0.118	0.169	0.509	0.659	0.358
		LDL-cho (mg/dl)	HDL-cho (mg/dl)	空腹時血糖 (mg/dl)	AST (IU/Li)	ALT (IU/Li)	γ-GT (IU/Li)	HbA1c (%)
改善量： 初回値－再評価値	歯科参加群 (N=29)	-19.10	-4.79	-0.03	2.28	4.59	4.48	0.21
	歯科不参加群 (N=24)	-8.96	-3.83	-1.92	2.79	5.54	11.25	-0.05
	t-test	0.117	0.624	0.505	0.806	0.818	0.304	0.132
改善率(%)： (初回値－再評価値)／ 初回値×100	歯科参加群 (N=29)	-15.58	-9.55	-1.00	4.66	10.03	14.81	2.45
	歯科不参加群 (N=24)	-9.88	-9.33	-2.18	5.21	8.50	14.38	-0.91
	t-test	0.293	0.958	0.621	0.927	0.868	0.951	0.101

図3 歯科指導の有無による支援前後の腹囲・体重・HbA1cの変化(改善)

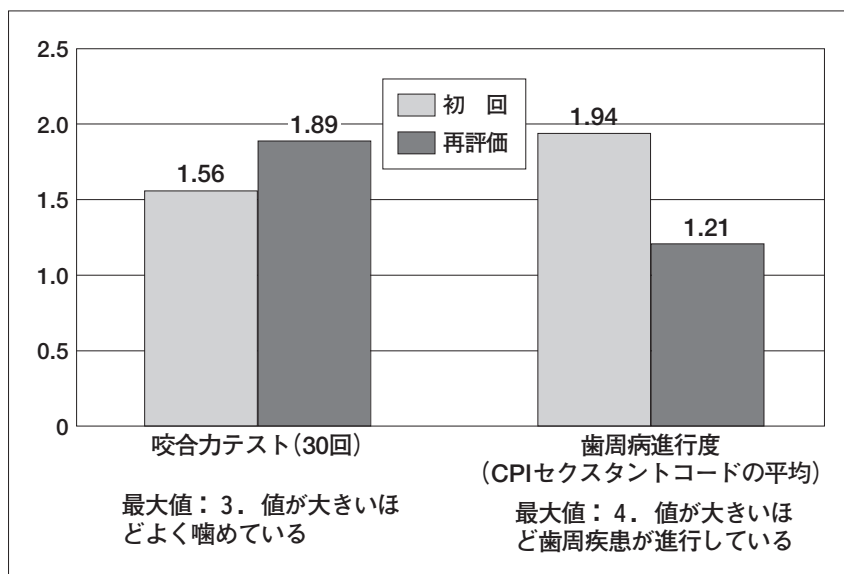


γ-GT、腹囲のみであった。両群とも、LDLコレステロールは悪化していた。表4には歯科フリーコース参加の有無による検査値等の変化量および変化率を示した。

歯科指導参加群は、腹囲、HbA1cが、不参加群に比べ、有意差はないものの、より改善している傾

向がみられた。とくに動機づけ支援群では、歯科参加群で腹囲、体重の改善がより大きく、HbA1cは積極的支援群において、歯科参加群で改善が大きかった(図3)。支援前後の口腔内状況等の変化については、咬合力、歯周疾患進行度(CPI; Community Periodontal Index, WHO)ともに改善がみられた

図4 支援前後の口腔状況（咬合力テストおよび歯周疾患進行度の変化）



(図4)。

4 考察

香川県では、平成20年度から始まった特定健診・保健指導において、国保の質問票に歯科項目が追加された。過去の医療費分析の結果、歯科医療費が全年齢層をとおして上位にランクしていたこと、残存歯が少ない者、歯周病が進行している者は総医療費、糖尿病医療費、高血圧疾患医療費が高いこと^{10)・11)}などより、医療費適正化対策としても歯科保健対策が重要であることを、県、国保連合会、歯科医師会がいっしょに考えていく基盤ができていたということが大きな要因であったと思われる。

今回、観音寺市国保ヘルスアップ事業参加者に対する歯科質問項目の回答状況においても、半数以上に歯磨き時の歯肉出血など歯周病の自覚症状がみられた。また、歯周病予防に効果的とされている歯間部清掃用具の使用などの歯科保健行動は不十分であり、特定保健指導対象者に対して、歯科的な支援を実施する必要性が確認された。さらに、咀嚼が不十分である者、歯周病が進行していると思われる者は腹囲が大きいことより、メタボリックシンドローム対策としても歯科の介入が必要であることが示唆さ

れた。

支援後の再評価では、歯科フリーコースとして設定した「歯周病予防でメタボ退治コース」参加者では、咬合力や歯周病進行度の改善がみられ、動機づけ支援群においては、不参加群より体重、腹囲がより改善している傾向がみられた。歯科保健指導の介入効果にあわせて、歯科指導時に運動、食事の状況を聞き取りしたことで、再度、動機づけができた可能性がある。HbA1cにおいては、積極的支援群のうち歯科指導群のみにやや改善がみられた。積極的支援群では動機づけ支援群より、初回時のHbA1cの値が高く、ブラッシング指導や歯石除去を受けたことで歯周病が改善し、歯周病由来の炎症性サイトカインが減少したのかもしれない。

特定保健指導では積極的支援で180ポイント以上の支援ポイントとされているが、ギリギリのポイントでは成果を上げることは困難であると思われる。今回のヘルスアップ事業では、積極的支援で400ポイント以上の支援を行ったが、さらに「チューブ体操」、「ウォーキング」や「食事をもっと頑張るコース」などのフリーコース、デジタル体重計、歩数計の貸し出しなどを上手く組み合わせることで、一定の効果が得られたのではないかと考えられる。国保ヘルスアップ事業では、事業全体のなかで、歯科も

携わるスタッフの一員として、事業の計画、結果の分析、評価など事業全体に関わりを持ったことで、むしろ歯科は当然関与する分野であると他のスタッフに認識されたと思われる。今回の取り組みのように、歯科もフリーコースのひとつとして介入していけば、さらに大きな成果が期待できる。

また、支援終了後や中断者へのフォロー体制、保健指導の対象からは外れる受診中・受診勧奨の人への対応が課題である。糖尿病と歯周病は関連が深いことより、糖尿病など既に治療をしている人への歯科的な介入方法を検討する必要がある。

香川県では、特定健診後のフォロー体制として平成20年度より歯科保健対策事業が創設された。対象者は特定保健指導の積極的支援、または動機づけ支援の対象者、または質問票の「歯について」において歯科保健指導を必要とする者となっている。国保医療保険者である市町と歯科医師、歯科衛生士が連携を取って事業を展開していくことになり、平成20年度は4市町がこの事業を実施した。今後も、フォロー体制を確立した一貫性のある取り組みとして、有効な事業としていかなければならない。

以上、特定健診・保健指導の試行的事業である国保ヘルスアップ事業において、歯科が介入し個別指導等を実施した結果、咀嚼機能や歯周病の状況とメタボリックシンドロームは関連があることが示され、さらに、保健指導に咀嚼法（肥満症治療ガイドライン2006）や歯周病に対する指導を組み合わせることで、一定の効果が得られる可能性が示された。

最後に、本事業に当院といっしょに取り組んでいただいた観音寺市保健センターのスタッフの皆様に深く感謝する。

<参考文献>

- 1) Otsuka Rei, et al.: Eating Fast Leads to Obesity: Findings Based on Self-administered Questionnaires among Middle-aged Japanese Men and Women. *Journal of Epidemiology*, 16(3),117-124,2006.
- 2) 鈴木和枝、福島恭子：青年期女子における肥満の危険因子に関する検討 特に食習慣を中心に. *栄養学雑誌*,58(6)；273-276, 2000.
- 3) Maruyama, K., et al.: The joint impact on being overweight of self reported behaviours of eating quickly and eating until full: cross sectional survey. *BMJ*, 337: 2002, 2008.
- 4) 斎藤寛子、江田節子：高校生の咀嚼力と肥満・食習慣との関連. *山形県米沢女子短期大学紀要*, 37：49-159, 2002.
- 5) 柳澤繁孝：厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業 メタボリックシンドロームの保健指導に歯科的な観点を導入することに関する研究. 平成20年度 総括・分担研究報告書, 平成21年4月.
- 6) 西村英紀：健康な心と健康は口腔から—歯周病は糖尿病の進行促進因子である—, *日本歯科医学会雑誌*, 24：8-11, 2005.
- 7) 真鍋芳樹：データから考える歯科保健, 第29回むし歯予防全国大会抄録集, 19-25, 2005.
- 8) 木村年秀 他：メタボリックシンドロームと歯の健康—小豆島町で実施された特定健診・保健指導モデル事業の問診結果と健診の分析結果から—, 第47回全国国保地域医療学会特集号, 580-585, 2007.
- 9) 鴨井久一：歯周病検査システムの必要性とその確立へ向けて—唾液検査の意義とその有効性について—, *日本歯科医学会雑誌*, 24：116-119, 2005.
- 10) 老人医療費適正化に関する検討委員会：香川県 高齢者における歯の健康と医療費に関する実態調査報告書～残存歯及び歯周病の程度から～, 平成17年7月.
- 11) 真鍋芳樹他：残存歯数・歯周炎の程度と医科診療との関連, 第46回全国国保地域医療学会特集号, 943-946, 2006.

咀嚼・嚥下困難患者への取り組み

岐阜県・国保飛騨市民病院

○松原美由紀・野林瑞希・若田博子・松田都子・蒔田真理子

1 はじめに

咀嚼や嚥下機能の低下した患者には「きざみ食」や「ミキサー食」といった形態のおかずを提供しているが、はたしてこれらの形態は患者にとって本当に食べやすいものなのだろうか？

私たち食事を提供する調理側や、食べさせる介助側にとって都合のよい形態となっていないか？

そこで、咀嚼・嚥下困難患者にとって 安心・安全でおいしく〔食べられる〕食事の提供をめざし、当院の介護・嚥下食を再度検討したので、ここに報告する。

2 当院の概要

岐阜県の北の玄関口となる飛騨市は、平成16年2月に、旧古川町、旧河合村、旧宮川村、旧神岡町の2町2村が合併し誕生した(図1)。市の面積の90%以上を山林が占め、緑豊かな自然と、おいしい水に恵まれている。

人口は2万8,047人で、そのうち65歳以上が31.9%(平成20年6月)と、高齢化が進んでいる。

当院は、「スーパーカミオカンデ」をはじめとする最先端の宇宙科学研究施設で知られる神岡町にあり、施設名は町村合併により「国保神岡町病院」か

ら「国保飛騨市民病院」に改称した。平成20年4月に一般病院からケアミックス形病院へ転換した。現在、一般病床58床、療養病床33床、合計91床、11診療科の体制で運営している(写真1)。

3 実施までの経過

まず、主食である粥の検討を行った。

患者の食事状況の確認をしているときに、これまで安全だと思っていた粥が、食べている途中で、患者自身の唾液により分解されシャバシャバとなり、実は嚥下困難患者にとって危険なものになっていることに気がついた。

図1 飛騨市の位置

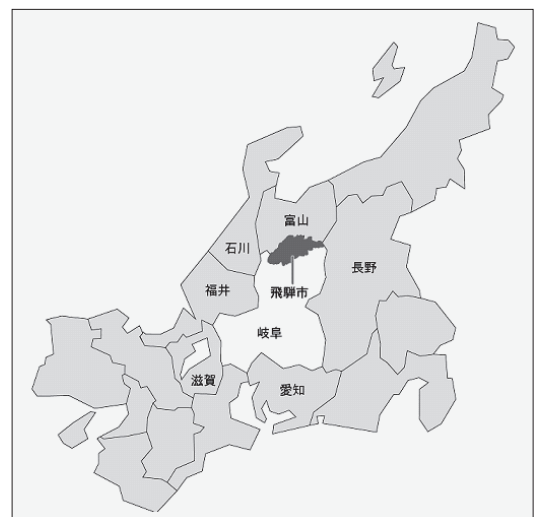


写真1 国保飛騨市民病院



写真2 一般的なきざみ食やミキサー食



写真3 ドレッシングはクラッシュゼリーに……素材の味を生かして……煮汁は薄めて



そこで、平成18年度より酵素粥を導入した。酵素粥とは、粥を一度酵素によって分解し、再度、増粘剤でとろみをつけたもので、これによって、食べているときの唾液によるでんぶんの分解がなくなり、安定した状態の粥（酵素粥）が提供できた。

さらに19年度には、脱きざみ食をめざし、副食の形態である「きざみ食」や「ミキサー食」について行った行った（写真2）。

4 実施方法

当院で提供している「きざみ食」と「ミキサー食」の現状を知るため、栄養科で毎食、検食を行った。検食方法は、噛まずに舌で押しつぶし、飲み込みの

状況や、それらの見た目や食感、味などを確認、毎日のミーティングでその内容を検討し記録をとった。

次に、病院職員の意識を変えるために、病院の食事指示から「きざみ」や「ミキサー」の副食指示のコメントをなくした。そしてそれらの名称を「きざみ食」は「介護食」、「ミキサー食」は「嚥下食」とし、職員の意識変化を促した。

5 検食の結果より

実際に毎食、検食をしていると、きざんだだけの「きざみ食」は口のなかでばらけて、誤嚥しやすく、かえって危険な状態だとわかった。

ドレッシングや調味料などをかける物は、そのま

写真4 介護食（旧きざみ食）



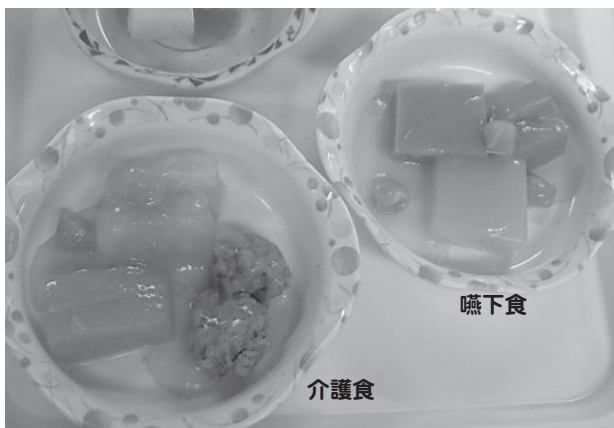
写真5 嚥下食は……

一般的なミキサー食



変化をつけて色鮮やかに……

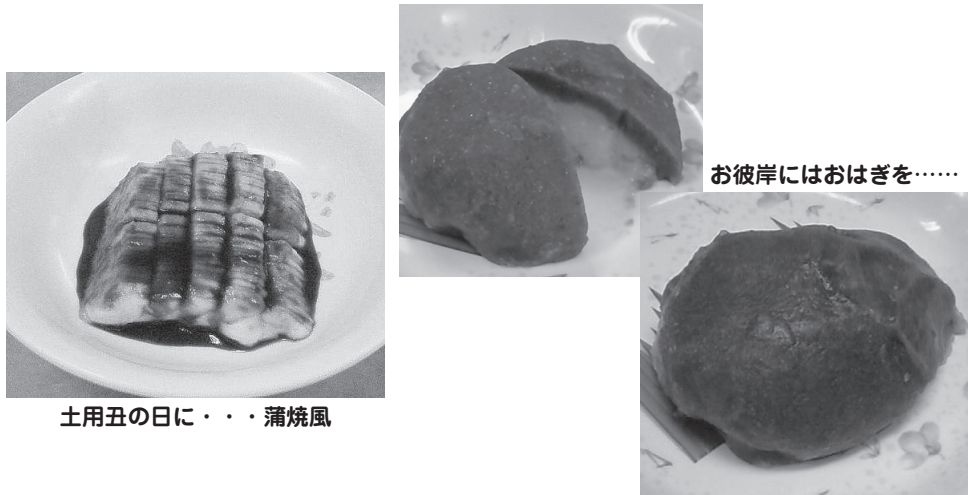
写真6 同じ食材で
介護食（きざみ）と嚥下食（ミキサー）



までは味がきつくなりむせやすくなるため、薄味にしたり見た目のよいクラッシュゼリーのようにしてかけた（写真3）。

「介護食」（旧きざみ食）は、食塊形成しやすく飲み込みがスムーズにいくあんかけや、増粘剤でまとめ食べやすくした。また、同じ食材でも切り方や火にかける時間などで違う食感となり、食べづらくなる食材もあった（写真4）。

写真7 食事もみんなと同じように



「嚥下食」(旧ミキサー食)は、どろどろの状態より、見た目の色彩もよく、形を再現したほうが食欲がわき、残食が少なくなった(写真5)。

「介護食」と「嚥下食」では、同じ食材でもやわらかさのレベルを変えてつくるようにした(写真6)。さらに、行事食は入院患者にとって楽しみの一つである。「介護食」や「嚥下食」であっても、他の患者と同じように行事食を楽しめるように、土用丑の日にはうなぎを使用し蒲焼風にしたり、お彼岸には嚥下食でも「食べられる」おはぎをつくり、大変好評であった(写真7)。

栄養科では毎日検討会を行うため、つくり手の意欲や向上心が向上し、嚥下レベルの統一化ができた。

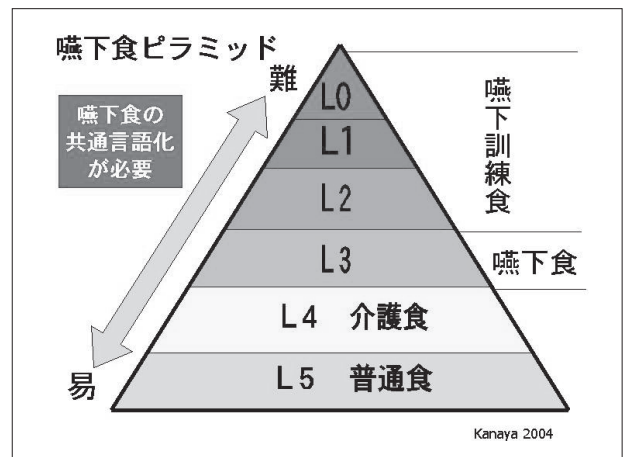
6 まとめ

検討を重ねていくうえで、当院で提供している食事や市販食品を、『嚥下食ピラミッド』(風人社 タベダス2006年12月号参照)の分類に照らし合わせ考えていくように心がけた。

この『嚥下食ピラミッド』とは 浜松大学准教授の金谷節子氏の提唱によるもので、嚥下食の新しい概念や、嚥下食の共通言語化を進めていくうえで出てきたものである(図2)。

この「嚥下食ピラミッド」を使用することにより、介護・嚥下食を作る基準がわかりやすくなった。ま

図2 嚥下食ピラミッド



た、嚥下検査などで使用する食材を、「嚥下食ピラミッド」のレベルに合わせ、つねに統一したものでテストすることによって、患者の嚥下レベルが明確になり、提供する食事形態が選びやすくなった。

7 今後の課題として

今後は、きざみやミキサーといった形態から完全に脱却し「嚥下食ピラミッド」に照らし合わせた嚥下レベルでの食種分類を進めていきたい。そのためには、誰がつくっても同じ嚥下レベルになるように、調理の品質管理(T・T管理)が必要となってくる。調理温度帯と時間の管理(T・T管理)、また、増粘剤の基準化により、統一化された飲み込みやすい嚥下食をつくれるようにしていかなければならない。

8 地域連携に向けて

現在、各施設や病院には「きざみ」や「ミキサー」といった共通の言語はあっても、それらの形態はそれぞればらばらで統一性がない。そのため、転院したときの最初の食事が、患者にとっての嚥下レベルと合うものではなく、「食べれない」といったこと

がある。

今後、地域連携を進めていくうえでも、「きざみ」や「ミキサー」といった形態から脱却し、この「嚥下食ピラミッド」を使用することによって、患者の苦痛や不安を少しでも取り除き、入院中だけでなく退院後、在宅やどの施設に転院しても、患者にとって安心・安全でおいしく「食べられる」食事の提供と提案ができるようにしていかなければならない。

へき地でも専門性を持った総合医として

～医師としてのモチベーションを維持しながら地域医療を行うには～

京都府・京丹後市立久美浜病院

○田儀英昭・横井大祐・瀬尾泰正・山本 康・奥田聖介

1 はじめに

私たちの病院がある京都府京丹後市は京都府最北の市で、平成16年4月、網野、大宮、久美浜、丹後、峰山、弥栄の6町が合併して誕生した。日本海に面した風光明媚な地であるが、府庁所在地の京都市から約150km、鉄道でも自動車でも約2時間半を要し、東西35km、南北30kmのなかに約6万2,000人が暮らしている（図1）。

さて、平成16年度からの新医師臨床研修制度導入などを機に全国で地域医療の崩壊が叫ばれて久しいが、京都市から遠く離れた京都府北部もその例外ではなく、近隣の公的医療機関では医師数の減少が著明である。しかし、当院は中小のへき地公立病院でありながら、平成12年以降の常勤医師数がほぼ一定数を維持している。

そこで、当院での医師確保およびモチベーションを持った地域医療の実践について報告および考察を加えてみたい。

図1 京丹後市の位置と久美浜病院の場所

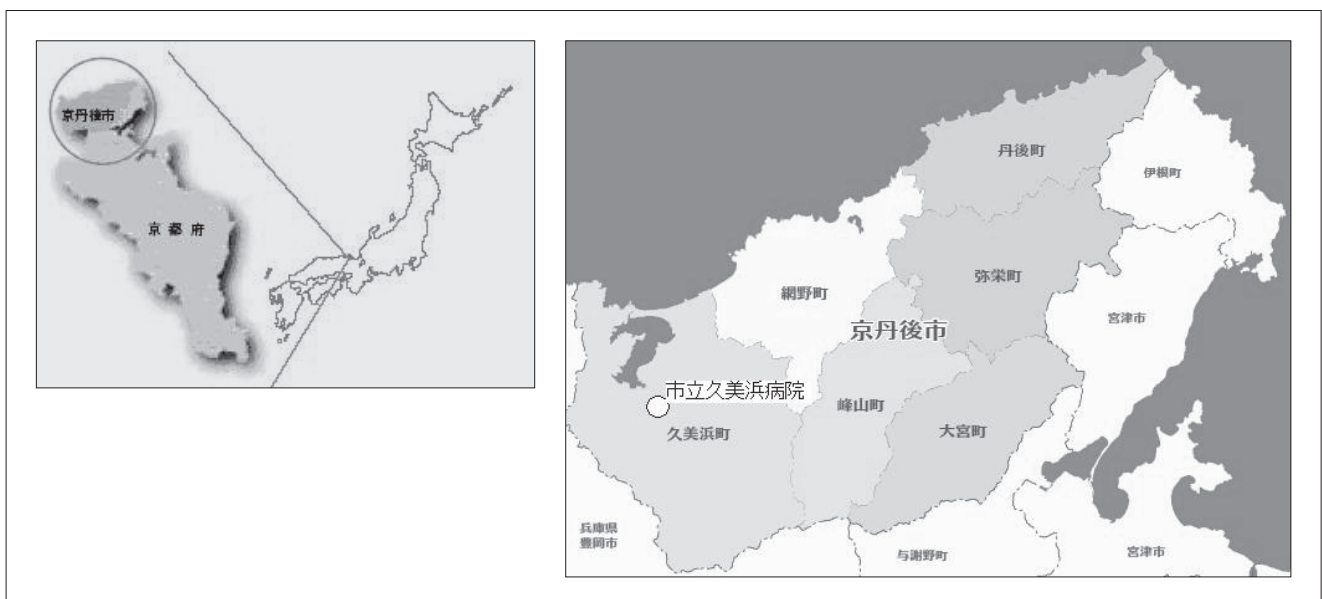


表1 久美浜病院の常勤医師数

	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年
内科	5	5	5	5	5	6	6	6	5
外科	3	3	3	3	3	3	3	3	3
整形外科	1	1	1	1	1	1	1	1	1
泌尿器科	1	1	1	1	1	1	1	1	1
小児科	1	1	1	1	2	1	1	2	2
眼科	1	1	1	1	1	1	0	0	0
合計	12	12	12	12	13	13	12	13	12

2 当院の沿革と概況

当院は昭和56年、旧久美浜町国保久美浜病院として一般50床で設立された。隣接する兵庫県豊岡市には車で約15分の距離にて615床の大総合病院（公立豊岡病院）が存在する環境であった（現在は移転して500床、約25分の距離になった）が旧久美浜町唯一の病院として、地域包括ケアシステムを設立後の早い時期から導入し、医療のみならず、地域保健福祉の拠点として徐々に地域に受け入れられるようになった¹⁾。

平成6年と12年に増床を行い、現在、一般110床、療養60床で、常勤医師および歯科医師数は17名、うち医師は12名である。平成16年4月、広域合併により名称が京丹後市立久美浜病院となったが形態は国保直営診療施設である。医療圏は京丹後市西部の旧久美浜町および旧網野町西部の約2万人を対象としている。平成12年に現在の規模になってからの常勤医師構成は(表1)に示すとおりで、眼科非常勤化や小児科、内科の増減などあるものの、ほぼ12~13名体制を維持している。医師派遣元としては設立当初より京都府立医科大学および自治医科大学からは京都府出身者を京都府立医科大学の医局に入局させるかたちで医師派遣を受けてきた。

3 当院の特色と取り組み

私が内科であるため、内科について述べたい。内科といっても近年は医療の高度化に伴い細分化が進

行し、臓器別内科（循環器、消化器、呼吸器等）の専門性を有するのが内科医としてほぼ当たり前のこととなっている。しかし久美浜病院内科の特色として、専門分化していないため守備範囲が広いということがあげられる。これは、専門分化できるほど医師が少ないのが最大の理由ではあるが、それぞれの医師が、実際は専門性を有しながらも専門のみにこだわることなく一人の患者さんを幅広く見ることができる、患者さんにとっての大きなメリットだと考える。

患者さんは一つの臓器疾患のみ罹患するわけではない。臓器別内科であれば、一人の患者さんが高血圧症なら循環器内科、その人の胃が悪くなれば消化器内科、糖尿病を発症すれば内分泌代謝内科……と、疾患別に担当医が何人も生まれることになってしまう。でも、主治医は一体誰になるのだろうか？ もっとも重症の疾患を診ている科？ 一番投薬が多い科？ 患者さんも不安だが何人もの担当医がうまく連携を取れるとは限らない。自分の専門外は無関心で他者に任せてしまいがちとなり、専門外の疾患を見過ごす可能性も出てくる。

その点、当院のような「何でも内科」なら一人の主治医が広く診られることで専門以外もある程度把握して、自分が解決できるものは自分で、自分の能力を超えるものは専門医に相談してというように、見逃しを少なくできるのではないかと考える。また、患者さんの背景や歴史を理解した主治医が診ることで、患者さんの安心にもつながるものと考えている。

図2に1例を示すが、1人の主治医が、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科等内科全般にわたって

図2 内科受診中のある患者さんの1年(例)

Aさん(78歳男性)：高血圧症、陳旧性心筋梗塞(当院で心臓カテーテル治療施行)、胃潰瘍、大腸ポリープ切除後、肺気腫症	
1月	内科受診：血液検査
2月	内科受診：心電図
3月	内科受診：
4月	内科受診：血液検査、そろそろ胃カメラ勧めるも農繁期が過ぎてからと・・・
5月	内科受診：胸部X線
6月	田植えも一段落し、 <u>胃内視鏡検査、腹部エコー</u>
7月	内科受診：
8月	内科受診：血液検査
9月	<u>心エコー(心筋梗塞後、毎年1回定期施行)</u>
10月	内科受診：
11月	<u>大腸内視鏡検査(ポリープ切除後1年・・・新たなポリープあり、内視鏡的切除施行)</u>
12月	内科受診：血液検査
・・・下線部の検査、処置は同じ主治医が行う！	

表2 京都市北部(丹後地域)公的医療機関の常勤医師数の変化

		平成15年	平成20年	差(平成20年-15年)
舞鶴医療センター (舞鶴市)	病床数	587	550	-37
	常勤医師数	52	40	-12
舞鶴赤十字病院 (舞鶴市)	病床数	198	198	0
	常勤医師数	23	17	-6
府立与謝の海病院 (与謝野町)	病床数	259	295	36
	常勤医師数	47	46	-1
京丹後市立弥栄病院 (京丹後市)	病床数	248	200	-48
	常勤医師数	17	10	-7
京丹後市立久美浜病院 (京丹後市)	病床数	170	170	0
	常勤医師数	12	12	0

目を配り、可能な限り諸検査、処置も自ら完遂することで患者さんの内科的な問題の見落としを最小限にするよう努力している。しかし、広く診ることができる反面、当院内科医の一人当たりの業務は専門内科医数人分の業務に相当するくらい過密なものになりつつあり、残業もしばしばである。平成16年の新医師臨床研修制度導入以降、医師不足の続く地域医療の最前線で、燃え尽きて戦線離脱するおそれをつねに有していると言えよう。

京都市内から遠く離れた府北部では全国の地域医

療崩壊と同様に医師逃散が進行し、内科医集団辞職で全国的に有名となった舞鶴市民病院をはじめとして近隣の公立病院では軒並み常勤医師数が減少している(表2)。常勤医師が減少しても非常勤医師の応援で当直や外来はなんとか対応できるが、継続して入院患者を責任をもって診られるのは常勤医師でしかなし得ず、常勤医師確保の重要性はきわめて高い。常勤医師が減ると、残された常勤医師に過重労働が加わり、疲弊してさらに常勤医師が辞めてしまうという悪循環が全国でしばしば見られている。しかし

表3 専門性を高める努力の例

1. 高次専門医療機関への週1回の研修（主に府立与謝の海病院[295床]のほか、府立医科大学附属病院[1065床]や市立福知山市民病院[354床]などへの研修実績あり）
2. 学会、研究会への積極的参加支援（上限はあるが出張旅費支給）
3. 近隣の大病院との連携強化（兵庫県・公立豊岡病院心臓血管外科、循環器科、脳神経外科との定期カンファレンスや研究会共催などで「お互いが顔の見える関係」を築き、いざ、というときのバックアップや相談がしやすい環境づくりをする）

当院では、新医師臨床研修制度導入前後の平成12年と20年を比較すると、常勤医師数は12人のまま変化していない。

当院の医師たちが燃え尽きずに続けられているのはなぜか。

4 考察

当院の常勤医師数維持にはさまざまな理由があげられる。給与面は財政力の乏しい自治体の公立病院であり、残念ながら都会から医師を惹きつける魅力にはまったくならない。しかし、大きな要素として地域包括医療・ケアの理解や医師としてのモチベーションの維持があげられると考える。医師として向上し、成長できる環境であれば、へき地であろうと魅力的ではないか（都会でないと生活がどうしてもダメな人は別であるが……）。

地域包括医療・ケアについては、地域医療を実践するなかで、臓器だけを診る医療ではなく、患者さんの背景を含めた生活そのものに関わっていくことに魅力を感じるかどうかであり、医師の人格によるところが大きい。そして医師としてのモチベーションの維持については、当院内科では先進医療についても積極的取り組みを行っており、そのことが地域医療のレベル向上に貢献するとともに、医師のモチベーション維持や向上にも大いに寄与しているものと考えている。専門性の高い医療の例として、たまたま血管連続撮影装置があったことから心臓カテーテル治療（PCI）、消化器内視鏡治療（EMR、ESD）、ポリペクトミーなどにも取り組んでおり、ほとんど

の内科医師が両分野に携わっている（消化器内科も循環器内科も同じ医師が診る）ことが特筆できると考える。

もちろん、専門性の獲得、向上のために表3に示すように、より高次専門施設への週1回の研修、学会研究会への積極的参加、近隣の大病院との地道な連携強化（研究会を合同開催など）等に努力している。また、若い医師の、田舎では勉強できない、症例が少ないなどと考える傾向が近年顕著であることを考慮し、いままでの研修経験なども生かして学会専門医資格を取得するとともに、教育の場として学会研修施設認定を獲得することも、大変困難ではあるが少しずつ取り組み、日本循環器学会の研修施設、日本プライマリ・ケア学会の研修施設群認定、地域包括ケア認定を受けるに至った。背景には研修施設での経験が、専門医資格獲得の経験年数にカウントされるということがあり、田舎で医療をしながらでも専門医資格の経験になるとアピールできるものと考えている。

しかし、専門性はあくまでバックボーンであり、一つの専門性を有して医師としての自信をつけたうえでその他の専門領域も経験し、総合医としての幅を広げながら成長していくことで、少数の医師でも地域医療をかなりの部分で支えられるのではないかと考える。当院では若い医師に対して、心臓カテーテル検査も消化器内視鏡も呼吸器内視鏡（ブロンコ）も指導医の指導のもと、すべて経験させるようにしている。

また、内科3名、外科3名、整形外科1名の計7名が自治医科大学卒業生であり、義務年限後に定着

した先輩医師を核として、後輩医師が気安く相談しながら総合医として成長しうる環境にある。自治医科大学卒業生だけでなく、他大学卒業生も各科間の垣根の低い。患者さん中心の医療環境に魅力を感じて、4名が長期勤務しており、医師12名中7名が5年以上継続勤務している。そのことが地域住民にとって、「顔なじみの先生に診てもらえる」安心感につながっているのではないかと。

救急患者も一人の医師が全科に対応するが、各専門科が電話などで気軽にバックアップできる体制をとっており、当直医師のストレスを極力減らす努力をしている。その他、一人の医師に業務が集中すると当然疲弊するため、専門の枠を越えた業務分担にも協力している。たとえば、訪問診療であれば、ほとんどのケースは脳卒中後遺症など内科系の寝たきり患者さんであり、内科医師だけで対応するにはマンパワーに限界がある。そこで、安定されているケースを中心に、泌尿器科や外科の医師にも訪問に行ってもらい、内科医師の負担軽減を図っている。

5 まとめ

自治医科大学はへき地医療に挺身する医師を養成する目的の大学であり、昭和47年の設立以来、全国のへき地医療に大きな役割を果たしてきている。京都府でも府北部のへき地病院である当院や周辺の京丹後市立弥栄病院、京丹後市国保直営^{な い ぎ}診療所、同大宮診療所などを中心に卒業生が派遣されてきた。しかし、派遣された卒業生は卒後9年間の義務年限が過ぎると当地に引き続いて残るケースは少なく、自治医科大学卒業生義務年限終了後のへき地での勤務率が全国的には約30%とされている²⁾が、京都府においては約22%と、全国平均を下回っている。原因はへき地性や、日本海側気候、専門医指向などさまざまあると考えられるが、残りなくなる魅力に乏しいのが一番ではないだろうか。

私自身、自治医科大学の平成8年卒業生であり、平成12年、当院に派遣されたときは、医局人事の前任地で循環器科勤務を経験できたことから心臓カテ

ーテルなどに興味を持つものの、他の内科に関しての知識は薄く、義務年限後もへき地に勤務しようとは考えていなかった。しかし、当院に勤務する先輩内科医師たちが、内科全般に精通し、へき地でも患者さんにできる限り最高の医療を提供しようと情熱を燃やす姿に憧れ、そのうしろをついて行くうちに、患者さんから「先生ならなんでも相談して診てもらえる、ありがとう」と感謝されたとき、地域医療の醍醐味に初めて気づいた。前任地で勉強した心臓カテーテルをへき地で活かしたことも自信となった。こういう経験を繰り返すうちに、いつしか義務年限は過ぎ、卒後14年目となっている。

私たちは上述したようなさまざまな工夫を講じて、地域医療のおもしろさ、魅力を発信し、医師が疲弊しないようにお互い支えていく仲間づくりが大切だと考えている。義務年限で定期的に自治医科大学卒業生が派遣されては去っていくのに安住しては（この派遣とて医療情勢によっては、続くとは限らないだろう）、医療の継続性はある程度保たれても、患者さんとの信頼の構築という点で不完全と考える。情熱を持った核となる医師を中心として、義務年限が終了しても地域に残る医師を少しでも増やしていくことが必要である。

隣の兵庫県などでも始められている³⁾が、今後卒業が見込まれる京都府立医科大学の地域卒卒業生、また、一般医師のなかで地域医療をやりたいという人たちもいっしょに、地域で患者さんを総合的に診られる医師を育てていくシステムを成功させるには、地域にいるモチベーションの高い医師の存在が不可欠と考える。

6 結 語

- ① 医師不足が深刻ななか、へき地の病院では医師のモチベーション維持させる工夫がないと常勤医師が集まらないし、残らない（非常勤の寄せ集めでは外来には対応できても入院を責任もって診られない）。
- ② へき地でも専門性を持って、自信をつけたうえ

で総合医として学び育てる環境をつくることで、
長期に地域医療に携わるモチベーションの高い医
師を確保しうると考える。

<参考文献>

1) 赤木重典：大病院に近接する中小規模国保直診病院

の在り方，第3回全国国保地域医療学会優秀研究論文
集，15-17，1998.

2) 自治医科大学地域医療推進課：自治医科大学医学部
卒業生の現状 平成20年7月1日現在，p.21，2008.

3) 北兵庫病院群総合医プログラム

<http://sites.google.com/site/nhgppgm/>

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～

○大原昌樹¹⁾・川田昌美¹⁾・津山聖仁¹⁾・木村年秀²⁾・篠原敦子²⁾・藤本俊一郎³⁾

1 はじめに

香川県中西讃地域でシームレスケア研究会を平成17年11月に開始した。研究会の目的は、情報の共有化と連携、および患者・家族が安心できる連携体制の確立である。まず脳卒中、大腿骨頸部骨折、嚥下障害・NSTの3グループで始めたが、平成19年1月から在宅グループを立ち上げ、在宅版地域連携クリティカルパス（以下「在宅パス」）の作成を開始した。今回、在宅パス作成の考え方、内容・運用方法、課題について報告する。

2 作成の経緯と考え方

地域連携パスは、急性期と回復期病院のやりとりで重点が置かれることが多い。しかし、香川シームレスケア研究会では、設立当初から病院だけの連携ではなく、在宅を含めた連携を模索することとし、在宅ケアに関わる医師、保健師、看護師、リハビリ職、介護支援専門員などに呼びかけて参加を促した。最初は、脳卒中、大腿骨頸部骨折、嚥下・NSTの各

グループに加わり、それぞれの地域連携パスの作成に関わっていた。具体的には、在宅医療やケアの現場の状況や在宅関係の諸制度について説明したり、在宅においてどのような情報を必要としているのかを議論したりしていた。

シームレスケアの意味をそのようなこととおして徐々に理解していくなかで、急性期から回復期、維持期、在宅という在宅を含めた連携が重要であると同時に、一方向だけの流れではなく、在宅から再入院することも想定し、情報が循環するような流れをつくってはどうかという意見が出された。医療機関から在宅への情報が十分伝わっていないことや在宅での情報は医療機関にとっても有用なものが多いにもかかわらず十分伝わっていないという問題意識があった。このようなことから、研究会内に在宅グループを平成19年1月に立ち上げ、在宅パスの作成に取りかかった。

しかし、当初は、議論はまったく進まなかった。内容についてはもちろん、多機関の多職種が関わる在宅の現場で誰が中心になってどのようにパスを記載するか、記載者の負担、病院のパスとの関連性、疾患ごとの在宅パスの違いをどうするかなど課題があり、議論をグループ内で繰り返した。

そのようななかで注目したのは介護支援専門員であった。介護支援専門員は、利用者、家族の意向・ニーズを踏まえて、自立をめざし、多職種・多機関

1) 香川県・綾川町国保陶病院

2) 香川県・三豊総合病院

3) 香川労災病院

との調整役を果たし、介護の中心的存在である。研修・更新制度もあり、質の高い仕事を行っている。しかし、医療との連携が不十分ということが指摘されていた。在宅主治医や医療機関に対して敷居が高いと感じる介護支援専門員が多く、情報のやりとりも十分ではないことが多い。これを改善する意味でも、この在宅パスに介護支援専門員が関わることは有用と考えた。ただ、介護支援専門員は日常の事務量が膨大で果たしてこれを記載してもらえるのか、福祉職が基礎職種として多い介護支援専門員に医療用語が多く出てくる地域連携パスが理解できるのかなどが問題となった。議論のうえ、以下の基本方針に基づき作成を開始した。

- ① 主に記載する職種は介護支援専門員とする。
- ② 全疾患共通シートとする。
- ③ 退院時、医師とともに介護支援専門員にも地域連携パスが提供され、その情報を共有できる。
- ④ 介護支援専門員のモニタリング用紙と兼用できるものとし、業務量を増やさない。
- ⑤ 利用者が入院した際には、医療機関に在宅での情報をまとめ、提供する。
- ⑥ 評価指標は、地域連携パス全体との調和を図りつつ介護支援専門員にもできるだけ理解可能なものとする。

3 内容

まず、香川シームレスケア研究会在宅グループで作成した在宅パスのシートを紹介する。Excelで以下のシートで構成されている。

① 全体連携図

病院用の地域連携パスと共通シートである。急性期、回復期、維持期の病院・施設名と入退院年月日が記載され、連携の流れが一目でわかる図である。

② 在宅経過まとめ表(表1)

在宅での療養経過をまとめて、再入院する際に医療機関に情報提供する書式である。上段は基本情報、3列の下段左は、在宅開始時、下段中央は、在宅終了時直前のモニタリング用紙である。これについて

は、引用ボタンをクリックすれば該当する月のモニタリング用紙が引用できる。下段右は在宅のまとめであり、在宅開始・終了年月日、在宅経過要約を記載する。「医療スタッフより」の欄は、在宅での医療的な注意事項など医療スタッフから聞き取った情報や助言などを記載する欄である。最後に、「入院・入所先スタッフへの連絡・申し送り事項」をまとめて記入する。これらは、いずれも自由記載である。

③ 発症後1年後の評価

病院用パスと共通のシートである。発症後1年後の状況を急性期病院が把握しまとめるので、①の全体連携図の急性期病院に送る。

④ 在宅モニタリング用紙(表2)

介護支援専門員のモニタリング用紙である。まず、上段に基本情報を記載する。下段3列の上半分はすべて共通で、身体状況、在宅で継続する医療処置および注意事項、ADL動作を記入する。脳卒中や大腿骨骨折の連携パスとほぼ共通するので、その情報が得られればそれを転記し、それをもとに在宅開始時に確認、必要があれば修正すればよい。身体状況で「歯と口の状態」は、歯科医師が作成した欄である。在宅において口腔ケアは非常に重要であると同時に注意しないと見逃がしやすいためである。

下半分の項目では、開始時だけにある項目として家屋状況、福祉機器、家族状況、サービス内容の担当者名などの欄である。コメント欄は状況をまとめ、問題点などを記載する。評価項目は、状態の変化を毎月追うための指標である。病院からの変化や在宅での状況の変化を追うことができる。理解ができない指標は、できれば他の職種(リハビリ職や看護師等)に確認する。最下段の「チームケア」は、在宅に関わるメンバー表である。職種と担当者氏名・担当機関を書き入れる。

3列の中央からは、毎月のモニタリング用紙である。各列間に引用ボタンがあるので、これをクリックすると在宅開始時との共通項目が引用できる。変化があるものは修正する。開始時と違う項目は、中央から下にかけての利用者の変化についての「ケアマネ所見」、「サービスへの満足度」、「プランの実施

表1 在宅経過まとめ用紙

シームレスID

事業所名称
綾川町〇〇居宅介護支援事業所

氏名 M.O
介護支援専門員

現病歴	平成19年11月、右片麻痺、言語障害が原因で口閉鎖入院した。その後、◆病院でリハビリ在宅へ
薬物療法	エースコール、アークス、アトス、ヒューマログ3単位(毎食前)
感染症	なし
かかりつけ	医師 △医院 歯科医 ニコニコ歯科医院
その他	なし

性別	男性	生	75
既往症	高血圧、糖尿病	発症日	平成19年11月14日
治療法	依存治療(意識障害なし)	通院日	平成20年4月16日
手術日	なし		

身体状況	平成20年5月22日 (在宅終了時)	発症 6 か月
合併症：なし	JCS：0	
監視・抑制：移動時	認知症：あり	
行動障害：転倒転落の危険性		
栄養投与：経口	体重：50 Kg	
嚥下障害：なし	ステップ 4	
高次脳機能：なし	言語障害：あり	
嚙と口の状態：現在歯(残存歯)あり	清痢の状態	
	上顎義歯あり(常時使用)	
	下顎義歯あり(常時使用)	

在宅で継続する医療処置及び注意事項
インスリン治療を行っている。薬が皮下注射をしている。低血糖に注意が必要。左足の位置を整えずに立ち上がり、移動動作を行うため、転倒の可能性有り。

ADL動作	ステップ 4	コメント
食事	自立	セッティング
入浴	一部介助	浴槽
排泄	一部介助	夜間ポータブル
移動	一部介助	(屋内)短下肢器具4点杖
更衣	一部介助	
整容	一部介助	
ケア全般	利用者の自身	
利用者の変化	1:1減った 2:変化なし 3:悪化した 4:不明	
サービスの満足	1:大変満足 2:満足 3:不満 4:非満足 5:不明	
サービスの利用	利用者/介護者	利用者/介護者
通所リハビリテーション	1 2	サービスの内容
福祉用具貸与	2 2	

プラン内容(短期目標)
プラン実施状況(実施あり2回に1回)目標達成率(1:達成あり 2:達成なし 3:変化)

入浴(使用) 介助を受け安全に入浴できる	1	1	実施状況 目標達成
健康状態 定期受診ができる	1	1	
健康状態 血糖値チェックやインスリン注射が指示とおりできる	1	2	
健康状態 病状急変時の連絡体制が整う	3	2	
身体機能 転倒しない	1	1	
交流(精神) 親しい生活ができる	1	1	
口腔内の清潔が保てる	1	2	

サービスの満足	1	(1)満足 (2)満足 (3)満足でない
サービスの利用	なし	ケアプラン変更
サービスの利用	あり	連絡調整
サービスの利用	あり	連絡調整
サービスの利用	あり	連絡調整

評価項目	障害者自立度 A1	認知症老人自立度 I
Brunstrom Stage		
Barthel Index	50 /100	日常生活機能評価 5 /19
mRS	4	3級 要介護度 3
チームケア	理学療法士	◆◆PT
医師	△医院	看護師 ~看護師
歯科医師	ニコニコ歯科	介護支援専門員 M.O

身体状況	平成20年4月18日 (在宅開始時)	発症 5 か月
合併症：なし	JCS：0	
監視・抑制：移動時	認知症：あり	
行動障害：転倒転落の危険性		
栄養投与：経口	体重：50 Kg	
嚥下障害：なし	ステップ 4	
高次脳機能：なし	言語障害：あり	
嚙と口の状態：現在歯(残存歯)あり	清痢の状態	
	上顎義歯あり(常時使用)	
	下顎義歯あり(常時使用)	

在宅で継続する医療処置及び注意事項
インスリン治療を行っている。薬が皮下注射をしている。低血糖に注意が必要。左足の位置を整えずに立ち上がり、移動動作を行うため、転倒の可能性有り。

ADL動作	ステップ 4	コメント
食事	自立	セッティング
入浴	一部介助	浴槽
排泄	一部介助	夜間ポータブル
移動	見守り	(屋内)短下肢器具4点杖
更衣	一部介助	
整容	一部介助	
家族状況	一戸建て(特大家・一階)	福祉機器 所有・レンタル・業者
	トイレ	(食)特殊食台付風呂
	ベッド	(買)特殊食台付風呂
	階段・段差	(買)入浴補助用具
	手すり	(買)車いす
		(買)車いす付風呂

家族状況 キーバーン 妻 2 人家族
利用者の理解 ある程度のことばは理解可能

サービスの満足	3/週	サービスの利用
サービスの利用	3/週	サービスの利用
サービスの利用	3/週	サービスの利用
サービスの利用	3/週	サービスの利用
サービスの利用	3/週	サービスの利用

サービスの利用	3/週	サービスの利用
サービスの利用	3/週	サービスの利用
サービスの利用	3/週	サービスの利用
サービスの利用	3/週	サービスの利用
サービスの利用	3/週	サービスの利用

評価項目	障害者自立度 A1	認知症老人自立度 I
Brunstrom Stage		
Barthel Index	50 /100	日常生活機能評価 5 /19
mRS	4	3級 要介護度 3
チームケア	理学療法士	◆◆PT
医師	△医院	看護師 ~看護師
歯科医師	ニコニコ歯科	介護支援専門員 M.O

在宅開始日	平成20年4月18日
在宅終了日	平成20年5月29日

在宅療養まとめ
入院入所に至った理由
自宅にて椅子に座る際、短下肢器具を付けていなかった事も一因で、転倒(尻もち)し、受診の結果、第2腰椎圧迫骨折を認め、重度の痛みのお訴えもあり入院となりました。

在宅経過要約
退院時、自宅内環境整備(段差解消・手すり取付)を行い、通所リハビリの利用を週3回(月、水、金)行い、福祉用具貸与として、車いすを利用していた。規則的習慣的に利用できており、リハビリテーションへの取り組みの意欲も持続できており、ADLの向上も見受けられていた。妻との二人での生活であり、妻は就業(月～金)しているが、夫の介護や受診を優先しており、よく世話をしていた。

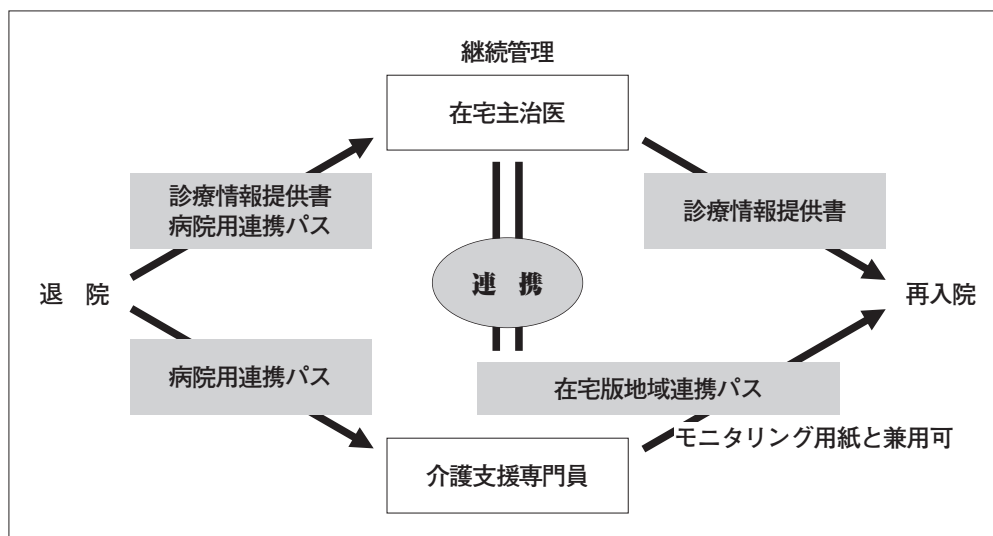
医療スタッフより
糖尿病にてインスリン(超速効性・速効性)を朝夕夕施注しており、リハビリテーション後は血糖値低め(80前後)を呈していた。便秘が続く場合は浣腸を行っていた。

入院、入所先スタッフへの連絡申し送り事項
食事面での自制が難しく、強く欲しがり、ストレスともなっていました。また、便秘症であり、便が出ないと不快感の訴えが強くみられていました。

チームケア	理学療法士	◆◆PT
医師	△医院	看護師 ~看護師
歯科医師	ニコニコ歯科	介護支援専門員 M.O

本用紙と最近のモニタリング用紙を入院、入所スタッフに届けてください。

図 在宅パスの流れ



状況]、「サービス適正度」の項目である。これは、神奈川県介護支援専門員協会作成のモニタリング用紙¹⁾を参考としている。香川県介護支援専門員協会が研修会を開いたこともあり県内居宅介護支援事業所で広く使われている優れた様式である。各項目は、基本的な選択肢が選べるようになっている。たとえば、プラン内容（短期目標）であれば左端をクリックすると、健康状態に関して20のよく用いられるケアプランの短期目標の選択肢が出てくる。このなかに当てはまるものがあればこれを選び、なければ自由記載が可能である。

コメント、評価項目、チームケアは同様である。2か月目以降は、引用ボタンをクリックし前月のデータを引用し、モニタリングを踏まえて修正すればよいので、省力化できる。これと同じものが14か月目までファイルのなかに入っている。15か月目以降は、シートをコピーすれば、何か月でも用いることが可能である。

4 運用方法・課題

在宅での情報の流れ(図)であるが、在宅主治医には、退院時に病院から診療情報提供書と地域連携パスが渡される。再入院時には、在宅主治医は病院に診療情報提供書を送り、情報伝達を行う。

一方、介護支援専門員は、退院時に病院に出向きスタッフと情報交換を行い、患者の同意を前提に地域連携パスを受け取る。そして、この情報とサービス担当者会議等を通しての関係者からの情報をもとに、在宅パスを記載、毎月のモニタリングを行う。再入院時には、在宅経過まとめ表を記入して病院に行き、病院スタッフに情報提供を行う。在宅主治医の情報は医療情報が中心であり、介護支援専門員の情報は、身体状況・介護情報や利用者・家族の意向が中心であり相補的なものである。

また、この在宅パスは、急性期病院からパスが始まった患者、利用者だけでなく、それ以外の方にも全員用いられたいと考えている。病院用のパスは疾患別になっているが、在宅パスは全疾患に活用できるものである。ファイルは原本をコピーし、利用者1人ごと、一連の在宅期間ごとに1ファイルを用いる。シートは、前項④のモニタリング用紙を普段使い、入院時に②の在宅まとめ用紙を用いる。

地域連携の概論、在宅グループを含めた香川シームレスケア研究会の活動内容、すべての地域連携パスのExcelファイル、説明書は、『改訂版地域連携クリティカルパス』(CD-ROM付)としてまとめられて発刊されているので、参照されたい²⁾。

課題は、地域全体にこのような考え方を広げていくことである。とくに、在宅になると関係する事業

所が非常に多く努力が必要である。居宅介護支援事業所については、香川県介護支援専門員協議会の研修会や地域包括支援センターと協力して、県内のほとんどの市町で説明会を行った。介護支援専門員にその存在と連携を図る意義は理解してもらったが、活用となると、まだ、十分とは言えない。医師や他職種との連携になるとさらに努力が必要である。

しかし、活発に動き出している地域も出てきている。陶病院では、退院時に急性期病院からの地域連携パスが流れて来ないケースについても、介護支援専門員に地域連携パスを退院時カンファレンスなどで伝達する取り組みを始めている。これにより介護支援専門員に医療情報が的確に伝達できると考えている。また、入院時には、介護支援専門員が在宅パスの在宅経過まとめ表に記載してもらいそれを行うことによって連携を図り始めている。

平成21年度の介護報酬改定において、居宅介護支援費で退院・退所加算と医療連携加算が設けられた。とくに、医療連携加算は、この在宅パスの考え方がベースになっている。これと、平成20年度から診療報酬で評価された退院時共同指導料と合わせて、医

療機関と在宅との連携についての報酬が整備された。これらは、連携を推し進めていくうえで後押しになるものと考えている。

5 まとめ

地域連携パス、在宅パスは、それをとおしてお互いが顔の見える関係になるためのツールともいえる。お互いの状況を理解し、適切な情報交換を図るために、医療機関と在宅関係者が集まり、同じ目的に向かって話し合うことがもっとも重要である。

<参考文献>

- 1) NPO法人神奈川県介護支援専門員協会編：ケアマネジメント実践マニュアル(居宅編)。中央法規，東京，88-91。2005.
- 2) 藤本俊一郎編：改訂版地域連携クリティカルパス。メディカルレビュー社，東京，2009.

* 第48回全国国保地域医療学会の発表に、平成21年度介護報酬改定を加え執筆した。

全国国保地域医療学会開催要綱

(開催目的)

第1条 国民健康保険制度並びに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。）の理念に則り、国民健康保険診療施設関係者が参集し、地域医療及び地域包括ケアの実践の方途を探究するとともに、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、本会及び次の団体が主催する。

- (1) 社団法人国民健康保険中央会
- (2) 開催都道府県の国民健康保険団体連合会
- (3) 開催都道府県の本会支部
- (4) その他会長が適当と認める団体

2 前項の規定にかかわらず、本会及び同項第1号並びに第4号に掲げる団体を主催者として開催することを妨げない。

(協賛及び後援)

第5条 学会開催にあたっては、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、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、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、パネルディスカッション、シンポジウム、自由討議及び示説並びに展示会等とする。

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、社団法人国民健康保険中央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、各回次ごと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、この要綱の定めるところにより、学会開催要綱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項に規定する団体が主催者となるときは同条同項第2号又は第3号に、同条第2項に規定する団体が主催者となるときは本会に置く。

(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 この要綱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 平成元年度以降の学会については、昭和63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。
- 2 この要綱は、平成元年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成8年2月28日から施行する。

全国国保地域医療学会優秀研究表彰要綱

(目的)

第1条 この要綱は、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。）について会長表彰を行う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 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、学会の発展に寄与した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 優秀研究の選出は「優秀研究表彰選出委員会」（以下「委員会」という。）において行う。

- 2 委員会の構成及び委員の委嘱に関しては会長が別に定める。
- 3 選出の基準及び手順については委員会において定める。

(実施規定)

第4条 この要綱の実施について必要な事項は会長が定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成8年12月4日から施行する。
- 2 表彰は第36回学会から適用する。

附 則

- 1 この要綱は、平成10年4月23日から施行する。
- 2 この要綱は、第37回か学会ら適用する。

第48回全国国保地域医療学会結果報告書

1. 会 期 平成20年10月17日(金)～18日(土)
2. 会 場 学会場 神奈川県民ホール
神奈川産貿ホール (マリネリア)
ワークピア横浜
交流会会場 ローズホテル横浜
3. 参加者 学 会 1,790名 (市民公開講座：市民参加者 5220名)
交流会 658名
4. メインテーマ 「地域で暮らし、生きる 地域連携の推進」
～地域包括医療・ケアの更なる拡がりを求めて～

5. 学会内容

(1) 特別講演

演 題：「医療におけるバカの壁とその向こう側」
講 師：養老 孟司 (東京大学名誉教授)
司 会 者：大宮 東生 (神奈川県・前大和市立病院長)

(2) 国保直診開設者サミット

テ ー マ：「安心して暮らせる わが市、わが町、わが村」
～医療制度改革、特定健診・特定保健指導の導入を受けて～
司 会 者：藤本 昭夫 (大分県・姫島村長)
青沼 孝徳 (宮城県・涌谷町町民医療福祉センター長)
助 言 者：柴畑 潤 (厚生労働省大臣官房審議官)
岩崎 榮 (元日本医科大学医療管理学教室主任教授)
発 言 者：北 良治 (北海道・奈井江町長)
青木 健 (神奈川県・真鶴町長)
魚津 龍一 (富山県・朝日町長)
高見 徹 (鳥取県・日南町国保日南病院長)
特別発言者：山口 昇 (広島県・公立みつぎ総合病院病院事業管理者)
松田 鈴夫 (国際医療福祉大学客員教授)

(3) シンポジウム

テ ー マ：「医療崩壊を防ぐために・国保直診の課題」
司 会 者：廣畑 衛 (香川県・三豊総合病院組合保健医療福祉管理者)

押淵 徹 (長崎県・国保平戸市民病院長／国診協副会長)
 助言者：武田 俊彦 (厚生労働省保険局国民健康保険課長)
 渡邊 俊介 (日本経済新聞社論説委員)
 発言者：島崎 謙治 (政策研究大学院大学教授)
 糴井 眞二 (大分県・国東市民病院長)
 岡村 謙平 (滋賀県国民健康保険団体連合会参与)
 菊地 紀夫 (千葉県・国保匝瑳市民病院長)
 特別発言者：冨永 芳徳 (滋賀県・公立甲賀病院長)
 濱田 省司 (総務省自治財政局地域企業経営企画室長)

(4) 市民公開講座

第1部 国保直診活動の紹介

発言者：白川 和豊 (香川県・三豊総合病院長)
 瀬戸上健二郎 (鹿児島県・薩摩川内市下甌手打診療所長)
 特別発言者：山口 昇 (広島県・公立みつぎ総合病院病院事業管理者)
 司会者：鎌田 實 (長野県・諏訪中央病院名誉院長)

第2部 講演

演題：「二人三脚で乗り越えた介護の日々～今日も二人で～」
 講師：小山 明子 (神奈川県・女優)
 司会者：石山 直巳 (神奈川県・平塚市民病院長)

(5) 会員宿題報告

演題：「当院における地域包括医療・ケアの取り組み～25年間の歩みとその成果について～」
 報告者：奥田 聖介 (京都府・京丹後市立久美浜病院長)
 司会者：冨永 芳徳 (滋賀県・公立甲賀病院長)

(6) 研究発表 一般演題 277題 (口演発表 153題、ポスター討論 124題)

1) 臨床	34題	2) 看護	54題
3) 薬剤	5題	4) 臨床検査	5題
5) 放射線	8題	6) 栄養管理	18題
7) リハビリ	17題	8) 歯科口腔ケア	12題
9) ボランティア		10) 介護	5題
11) 在宅医療・ケア	13題	12) 診療施設の運営・管理	19題
13) 行政		14) 施設内チーム医療	
15) 施設間連携	9題	16) 教育	8題
17) 保健事業	30題	18) 感染防御	5題
19) 安全管理	12題	20) ターミナルケア	13題
21) 患者サービス	5題	22) 情報開示・IT	5題
23) 医師・看護師の確保		24) その他	

(7) 研究発表 ワークショップ 22題

- | | |
|-------------------------------|-----|
| 1) 歯科口腔ケア | 5 題 |
| 2) 医師臨床研修～「地域保健・医療」研修の現状と問題点～ | 5 題 |
| 3) 地域連携 | 6 題 |
| 4) ターミナルケア | 6 題 |

優秀研究選出委員会委員名簿

(平成21年4月1日現在)

委員長	福山悦男 (総務企画委員会委員長)
副委員長	奥田聖介 (総務企画委員会副委員長)
委員	小野剛 (総務企画委員会副委員長)
〃	三上恵只 (総務企画委員会委員)
〃	石山直巳 (総務企画委員会委員)
〃	荻野健次 (総務企画委員会委員)
〃	占部秀徳 (総務企画委員会委員)
〃	白川和豊 (総務企画委員会委員)
〃	糴井眞二 (総務企画委員会委員)
〃	赤木重典 (調査運営委員会委員長)
〃	金丸吉昌 (広報情報委員会委員長)
〃	鎌田實 (地域医療・学術委員会委員長)
〃	南温 (歯科保健部会部会長)
〃	高山哲夫 (地域ケア委員会委員長)
〃	内海恵美子 (看護・介護部会部会長)
〃	齋藤セツ子 (看護・介護部会副部会長)

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12回（平成20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

社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
会 長 ○ ○ ○ ○

記念品 懐中時計

（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回全国国保地域医療学会 平成9年10月 広島県広島市
- ・表彰 第38回全国国保地域医療学会 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】 足 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回全国国保地域医療学会 平成10年10月 宮崎県宮崎市
- ・表彰 第39回全国国保地域医療学会 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回全国国保地域医療学会 平成11年10月 岐阜県岐阜市
- ・表彰 第40回全国国保地域医療学会 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回全国国保地域医療学会 平成12年9月 東京都千代田区
- ・表彰 第41回全国国保地域医療学会 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回全国国保地域医療学会 平成15年9月 香川県高松市
- ・表彰 第44回全国国保地域医療学会 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回全国国保地域医療学会 平成16年10月 福岡県福岡市
- ・表彰 第45回全国国保地域医療学会 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・せたな町瀬棚国保医科診療所

「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回全国国保地域医療学会 平成19年10月 石川県金沢市
- ・表彰 第48回全国国保地域医療学会 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回優秀研究表彰 研究論文集

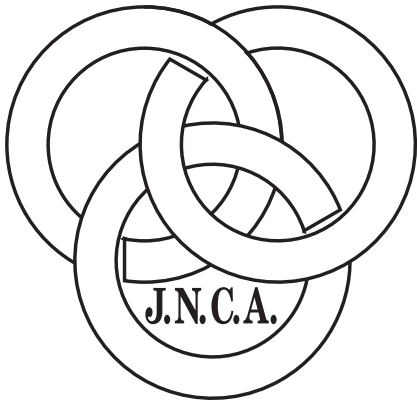
平成21年10月

発行所 全国国民健康保険診療施設協議会
〒100-0014 東京都千代田区永田町 1 - 11 - 35 全国町村会館
電話 (03) 3597-9980 FAX (03) 3597-9986
<http://www.kokushinkyo.or.jp>

発行人 富永芳徳

制作 株式会社厚生科学研究所

印刷所 中和印刷株式会社



JAPAN NATIONAL HEALTH INSURANCE CLINICS AND HOSPITALS ASSOCIATION