

第14回優秀研究表彰 研究論文集

発表：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

表彰：第50回全国国保地域医療学会
平成22年10月 於・京都府京都市

最優秀【No. W108】

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 中山間地域包括ケア研修センターを開設して～
島根県・浜田市国民健康保険診療所連合会 医師 阿部顕治

優 秀【No. 15】

「住民との対話」を通じて作る地域医療
岩手県・国民健康保険藤沢町民病院 医師 松嶋 大

優 秀【No. 132】

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数の推移
高知県・国民健康保険大月病院 医師 小野 歩

優 秀【No. 246】

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
宮城県・宮城県国民健康保険団体連合会 研究員 鈴木寿則

優 秀【No. W104】

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
富山県・南砺市民病院 社会福祉士 竹内嘉伸

優 秀【No. W123】

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～
宮崎県・国民健康保険高原病院 看護師 池田 恵

平成22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、受彰者の皆さんには、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14回優秀研究表彰にあたって

第50回全国国保地域医療学会が京都府京都市で開催されるにあたり、開会式で、昨年の第49回宮城学会において発表された研究発表等253題のなかから、座長より推薦された43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

「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 中山間地域包括ケア研修センターを開設して～」
中山間地域包括ケアセンターを設置し、研修プログラム、研修環境、地域連携を整え発展させ「地域医療マインド」を広げるべく継続的に研修医や医学生を受け入れる体制をつくり上げ、地域医療のあり方を地元から発信していこうとする姿勢や医学教育に関して全国的なモデルケースを示したことなどが評価されました。

優秀研究

① 「住民との対話」を通じて作る地域医療」

住民と多くの定期的な対話の場を設け、医療・福祉のあり方についての意見交換や議論を通じ、「地域医療」を地域住民とともにつくっていこうという素晴らしい取り組みであることなどが評価されました。

② 「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数の推移」

ワルファリン服用率と脳梗塞の発症数との推移を12年間前向きに研究し、さらに地域医療の現場でワルファリンの脳梗塞に対する予防効果を証明し、心房細動患者の治療に有意義な治療であることなどが評価されました。

③ 「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」

「レセプト全疾病分析システム」を用いて、きわめて多くのレセプトをきめ細かく分析し脳血管疾患、心疾患と生活習慣病との関連を明らかにした。国保レセプトを有効活用し、地域住民の健康増進に大きな寄与をもたらす貴重な取り組みなどが評価されました。

④ 「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」

退院支援に向けて、スクリーニングシートを改訂し、退院困難な要素等を分析し、支援を必要とする入院患者が退院後も安心して生活できる環境づくりをめざしている。地域完結医療・ケアにとって重要である病院のケアマネジメントのあり方を実践で提起していることなどが評価されました。

⑤「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～」

入院患者の口腔環境に「問題意識」を持ったわずか4名の看護師が口腔ケアチームを結成し、「試行錯誤」と「創意工夫」を繰り返し、病院全体の口腔ケアに対する意識改革や統一した手技を定着させ、さらに院内にとどまらず地域へと口腔ケアの重要性を広げ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、医師臨床研修制度に関する研究が1点、医師・看護師確保に関する研究が1点、臨床に関する研究が1点、保健事業に関する研究が1点、在宅医療ケアに関する研究が1点、歯科・口腔に関する研究が1点ですが、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、国保直診がめざ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。

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、このようななかでも、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、福祉（介護）の担い手として、今後も輝き続けるため、京都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22年10月

(社) 全国国民健康保険診療施設協議会

会長 廣 畑 衛

目 次

優秀研究表彰にあたって	1
第14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.W42】	
演題名：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 中山間地域包括ケア研修センターを開設して～	10
発表者：島根県・浜田市国民健康保険診療所連合会 医師 阿部顕治	
優 秀【演題 No.15】	
演題名：「住民との対話」を通じて作る地域医医療	16
発表者：岩手県・国民健康保険藤沢町民病院 医師 松嶋 大	
優 秀【演題 No.132】	
演題名：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数の推移 ...	21
発表者：高知県・国民健康保険大月病院 医師 小野 歩	
優 秀【演題 No.246】	
演題名：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	26
発表者：宮城県・宮城県国民健康保険団体連合会 研究員 鈴木寿則	

優 秀【演題 No.W104】

演題名：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 33

発表者：富山県・南砺市民病院 社会福祉士 竹内嘉伸

優 秀【演題 No.W123】

演題名：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下げて～ 41

発表者：宮崎県・国民健康保険高原病院 看護師 池田 恵

付

1. 全国国保地域医療学会開催要綱 48
2. 全国国保地域医療学会優秀研究表彰要綱 50
3. 第49回全国国保地域医療学会結果報告書 51
4. 優秀研究選出委員会委員名簿 54
5. 全国国保地域医療学会優秀研究表彰受賞者一覧 55

最優秀

【研究発表分類：ワークショップ 医師臨床研修制度／演題No.W108】

新医師臨床研修制度における国保診療所の役割と展望 ～第1報 中山間地域包括ケア研修センターを開設して～

島根県・浜田市国民健康保険診療所連合会 医師
阿部顕治

市町村合併で地域包括ケアが弱体化していくなか、4つの国保診療所を5人の医師で運営する診療所連合会を形成。さらに、患者を総合的に診る医師を育成するためには地域包括ケアを実践する国保直診での研修が有効との考えのもとに、中山間地域包括ケア研修センターを開設。そして、研修プログラム、研修環境、地域連携を整え発展させ「地域医療マインド」を広げるべく、継続的に

医学生や研修医を受入れる体制をつくり上げている。

市町村合併後の診療所のあり方、とくに医学教育に関して全国的なモデルケースであり、新臨床研修制度における国保診療所の役割は大きく、地域医療の更なる進化が期待できる素晴らしい発表である。

優秀

【研究発表分類：医師、看護師確保、その他／演題No.15】

「住民との対話」を通じて作る地域医療

岩手県・国民健康保険藤沢町民病院 医師
松嶋 大

「地域医療」の崩壊を防ぐため、「地域医療」を地域住民とともにつくっていきこうという素晴らしい取り組みである。住民こそが地域医療の最大の運営者であり、支持者であるという発想転換により、地域ナイトスクールの実践等、多くの定期的な対話の場を積極的に設け意見交換・議論を行う

なかで、住民の信頼・支援を得る努力を成し遂げている。医療・福祉のあり方を住民とともに考え、意見交換しながら国保直診の包括医療へ取り組む姿勢や「住民との対話」の重要性が示された発表である。

優 秀

【研究発表分類：臨床2 / 演題No.132】

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数の推移

高知県・国民健康保険大月病院 医師

小野 歩

高齢者に多い心房細動 (AF) に対して、ワルファリン服用率と脳梗塞の発症数との推移を3年ごとに調査した研究発表である。ワルファリンの服用と脳梗塞の発症について、141人と比較的多数の対象者に対し、正確にフォローし、12年間前向きに研究した結果、ワルファリンの脳梗塞に対す

る予防効果がEBMとして示された。心房細動 (AF) 患者の治療に意義のある研究発表であり、地域に密着し、住民に近い目線で医療を展開してきた成果が表れている。地域医療の現場でワルファリンの効果を証明した説得力のある発表である。

優 秀

【研究発表分類：保健事業3 / 演題No.246】

国保レセプトを用いた脳血管疾患および要因分析

宮城県・宮城県国民健康保険団体連合会 研究員

鈴木寿則

「レセプト全疾患分析システム」を開発し、レセプトデータベースから脳血管疾患および心疾患に関する基礎疾患として、高血圧症、糖尿病、脂質異常症がリスクファクターとしてどの程度関与しているかを、脳血管疾患約6万人、心疾患約7万人を対象として分析した研究である。緻密な分析の結果、高血圧症が脳血管疾患及び心疾患いずれにも最もリスクファクターとして関与している

こと、さらに糖尿病と脂質異常症が併発するとリスクが高くなることが明らかになった。今後の予防活動に生かされるEBMに基づいた調査研究であると同時に、国保レセプトを有効活用した極めて大規模な解析発表が、地域住民等の健康増進に大きな寄与をもたらすことを示した貴重な取り組みである。

優 秀

【研究発表分類：ワークショップ 在宅医療ケア(施設間連携)／演題No.W104】

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

富山県・南砺市民病院 社会福祉士

竹内嘉伸

退院支援に向けて、スクリーニングシートを改訂し、退院困難な要素等を分析。退院後の生活支援の実施のため、地域で同一の診療情報提供書を採用し、多職種との情報の共有化を図る等、支援を必要とする入院患者が退院後も安心して生活で

きる環境づくりをめざしている。今後、在宅医療・ケアを推進するために参考になる。

また、地域完結医療・ケアにとって重要である病院のケアマネジメントのあり方を実践で提起しており、全国の模範となる発表である。

優 秀

【研究発表分類：ワークショップ 歯科・口腔に関するもの／演題No.W123】

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～

宮崎県・国民健康保険高原病院 看護師

池田 恵

口腔ケアの重要性は認識されながらも、歯科専門医のいない病院では統一した手技を普及させることはむずかしい。この現状の改善のため、入院患者の口腔環境に「問題意識」を持ったわずか4名の看護師が口腔ケアチームを結成。「試行錯誤」と「創意工夫」を繰り返し、病院全体の口腔ケアに対する意識改革や統一した手技を定着させ、さ

らに院内にとどまらず地域へと口腔ケアの重要性を広げていった流れは国保直診の参考となり、おおいに評価されたい。また、口腔ケアの充実は国保直診から全国の医療関係者に発信されている重要な課題であり、当研究は意識改革から業務変更を行い、継続性をもってケアを実施している有意義な発表である。

研 究 論 文

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 中山間地域包括ケア研修センターを開設して～

島根県・浜田市国民健康保険診療所連合体

○阿部顕治・飯島慶郎・北條宣政・齊藤稔哲・久保田耕治

1 はじめに

全国各地で医師不足が大きな問題になっており、解決策の一つは患者さんを総合的に診ることができ、医師を増やすことである。こうした医師を育成するには、地域包括ケアを実践する国保診療所での研修が有効であると考えている。これまで私たちが浜田市で行ってきた医師育成の取り組みを報告する。

2 浜田市国保診療所連合体の誕生

島根県は中国地方の日本海側に位置し、東西に長く、東に出雲地方、西に石見地方、北に日本海に浮かぶ隠岐地方を有する。浜田市は石見地方の中央にあり、この地域を「石央(せきおう)」と称する。

2005年(平成17年)に5市町村が合併し、人口6万2千人の市が誕生した。そのとき、「へき地であっても、山間部であっても、市内全域において同じように、安心して診療が受けられる体制をつくること」を目標に、大麻(たいま)診療所、弥栄(やさか)診療所、波佐(はざ)診療所、あさひ診療所の4つの国保診療所に5人の医師を配置して、立体的に運営するという診療所連合体が誕生した。さらに、診療所連合体は市全体の健康政策に積極的に関わってきた(図1)^{1,2)}。

3 中山間地域包括ケアセンターの発足

弥栄診療所では、11年前から医学生に呼びかけ、地域の生活から健康を考える学習の場を提供し、これまでに100名を超える医学生がこの地を訪れ、地域から学んできた。医学生はへき地の集落の集会所に合宿し、家庭訪問や診療所での実習を行った。これらの経験から、研修医にも地域で学ぶ場を提供する必要性を強く感じていた(図2)。

協議を重ねた結果、2009年(平成21年)4月、弥栄診療所に「中山間地域包括ケア研修センター」が設置された。中山間地域包括ケア研修センターは、手づくりの看板を掲げただけで、とくに建物はないソフト事業であったが、連合体の医師・スタッフを重点的に弥栄診療所に配置し、さらに、研修医の生活環境を整備した。こうして継続して研修医を受け入れることができるようになった。発足と同時に早速、島根大学、鳥取大学、東京医科歯科大学から合計8名の研修医が、延べ11か月の研修を行うことが決まった。

研修センターには2つの特徴があり、一つは地域住民の生活に密着していることであり、もう一つは診療所連合体、独立行政法人国立病院機構浜田医療センター(浜田医療センター)、浜田市医師会および那賀郡医師会、浜田保健所が一体となって研修医

図1 4つの診療所と地域医療対策課が浜田市国保診療所連合体を結成した



図2 100人を超える医学生が弥栄診療所で学んだ



の指導に連携が取れるということである(図3)。

4 初期臨床研修 地域医療プログラムの制定

研修医を受け入れるにあたり、初期臨床研修地域医療プログラムを定めた。

一般目標いわゆる教育目標は、第一に、生活が見えるまとまりある地域(コミュニティ)の公的診療所として、そこで発生する大部分の健康課題に対応する方法、考え方、発想を学ぶこととした。私たち

はこれを「地域医療マインド」と呼んでいる。第二に、浜田市の国保診療所連合体の活動から地域のあり方を考察することとした。すなわち、浜田に来てこそ学べる「浜田発」の活動を伝える試みである。

教育目標に対応して、行動目標を次のように定めた。

- ①プライマリ・ケアで多く遭遇する疾患の適切な初期診療ができる
- ②弥栄診療所で力を入れている、高血圧と糖尿病の慢性疾患管理を理解する

図3 弥栄診療所に人材育成の拠点「中山間地域包括研修センター」を設置

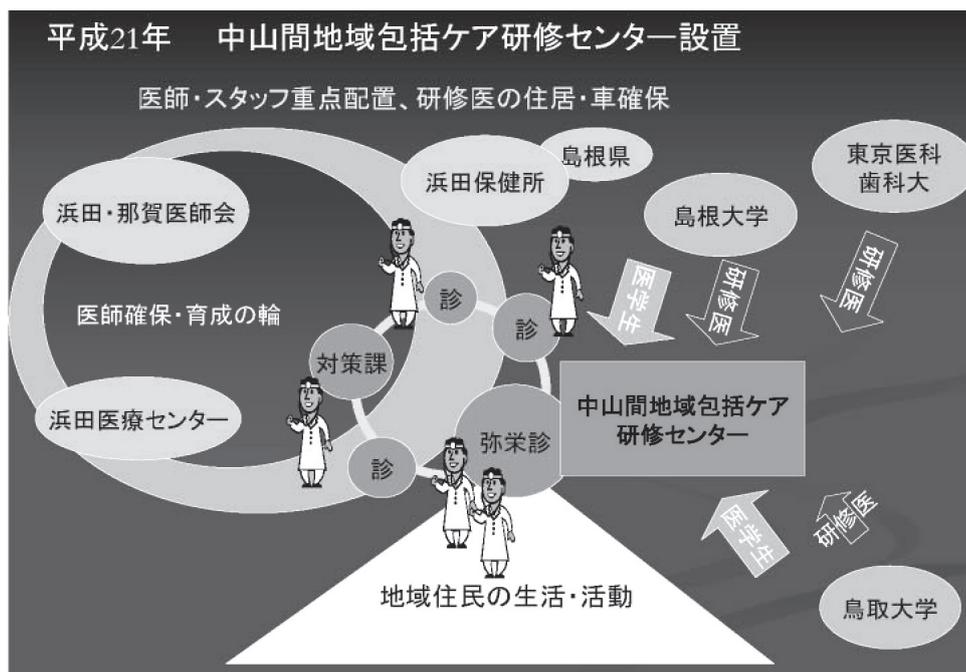


表 週間スケジュール例：1週間の臨床研修スケジュールで幅広く学ぶ

	月 抄読会	火	水 抄読会	木	金 抄読会
午前	外来	外来	検査(エコー、 内視鏡等) 職場健診	外来	外来
午後	定期往診	学校健診	老人ホーム	デイサービス 診療	糖尿病友の会
夕	ケア会議	予防接種		包括ケア勉強会	

- ③在宅患者を受け持ち、指導医のもとで計画、診療する
- ④地域で働く保健・医療・福祉・教育スタッフと適宜連携できる
- ⑤研修中、課題を決めて勉強し発表する

表に実際に行っている週間スケジュールの例を示す。午前中は外来診療を行い、検査を行う。午後は定期往診や特別養護老人ホームといった福祉の接点、あるいは学校健診、予防接種、糖尿病友の会など、保健の接点で仕事を行う。「包括ケア勉強会」は診療所連合体の合同勉強会で、研修医は自分で決めた地域医療に関する課題を発表する。

図4に行動目標別に実際に行われている内容を示

す。プライマリ・ケアの初期診療ができるためには、まず1週間かけてじっくり見学する。これは研修医の要望で始まったことであり、指導医がどのように患者さんから話を聞き、診察し、考え、対応するかを問題意識を持ってじっくり観察することを目的としている。そして、自分で診察することにより、一人でも診療するようになる。また、自分が必要と考えた検査は自分で実施し、それを元に疑問があれば適宜、指導医に相談する。

在宅医療では、患者を1人受け持ち、家族を知り、生活を考えずには対応できないことを悟らせる。家でできるリハビリをする。さらに終末期患者を受け持つ(図5)。在宅で腹水穿刺を行う場面もあり、在

図4 行動目標に沿って研修が進められている

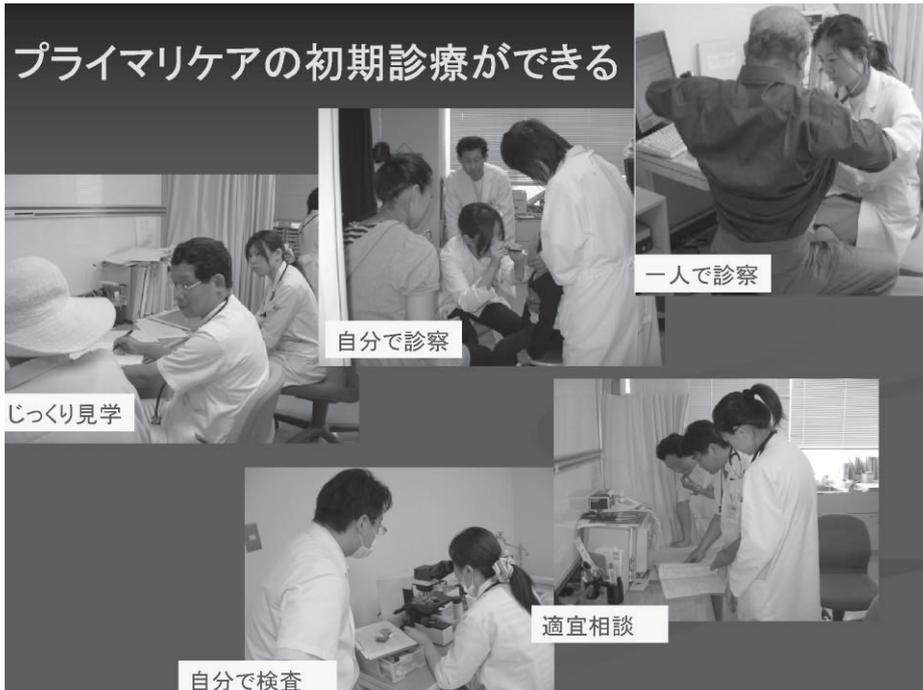


図5 在宅ではリハビリ、終末期医療、病診連携などを学ぶ



宅で救急車を要請し、救急搬送を行うこともある。患者さんを在宅で治療を続けるのか、入院を勧めるのか、厳しい判断が研修医にも問われる。

5 浜田の医療を支える 医師との交流

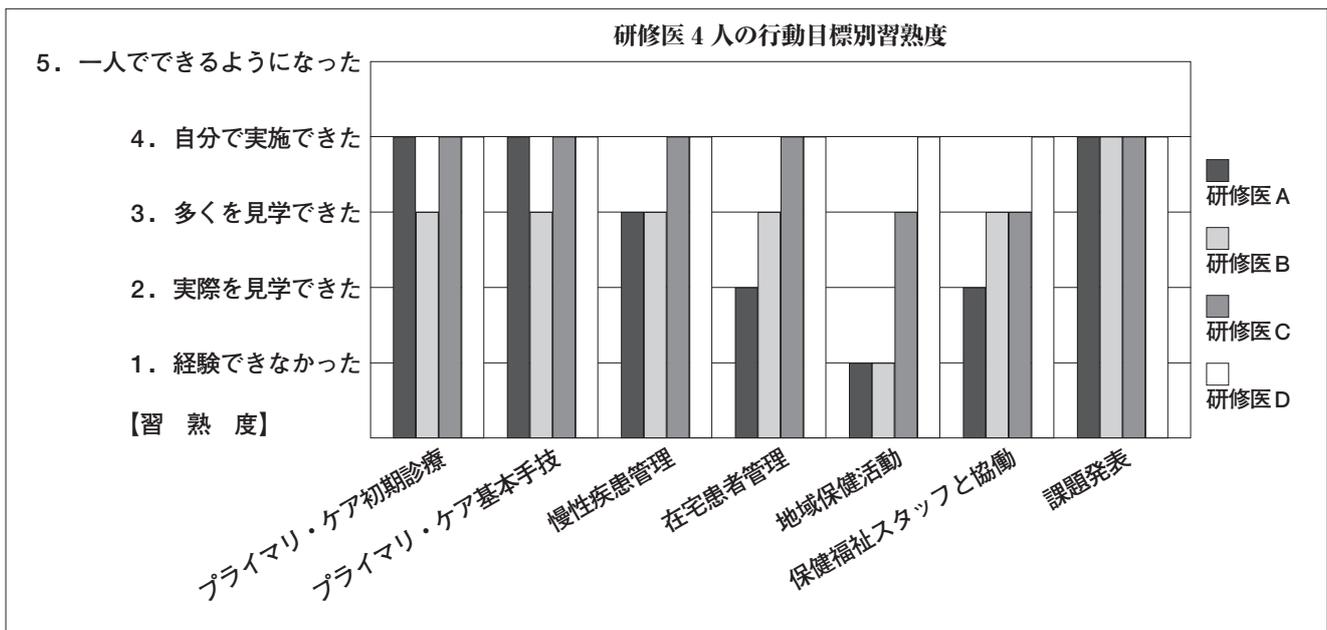
これからの医療や、自分の進む道を考察する場を

できるだけ多く持つために、浜田の条件を生かし、浜田の医療を支える医師たちとの交流を勧めている(図6)。大学の地域医療実習に訪れた医学生への指導に、積極的に研修医が関わり、教える過程で研修医自身の知識が深まっている。医学生と研修医を囲んだ浜田医療センター、浜田保健所、診療所連合体の医師との定期的な懇親会も開催した。医学生の合宿

図6 交流を通じて地域医療への関心をさらに深める



図7 研修医によるプログラム評価：プログラムの進化につながる



に合わせて医学生、研修医、スタッフが弥栄に一堂に会して、明日の地域医療のあり方を勉強し、熱く語り合った。

6 研修プログラムの評価

図7にプログラム評価の一例を示した。研修を修了した4名について、行動目標別に到達度を自己評

価した。目標に関連した項目について「経験できなかった」から「一人でできるようになった」まで5段階で評価を行った。プライマリ・ケアの外来に関することは高い評価を得ることができたが、慢性疾患管理、在宅患者、地域保健、スタッフの連携はばらつき、より長い研修期間が必要という意見が多くみられた。

7 まとめ

浜田市中心間地域包括ケア研修センターは開設して間もないが、患者さんや家族、地域を総合的に診る医師の育成への期待が大きい。今後の展望は「浜田発」、「地域医療マインド」を深め、広げることである。そのためにはプログラムの進化が重要である。研修医の意見を聞き、絶えず更新する。たとえば、慢性疾患管理は事前に患者さんの情報を整理し、勉強する時間を取ることが求められる。また、研修プログラムを支えるしくみの強化として、医師、看護師、事務員が教育・学習に関わる時間を確保し、行政内の教育に対する支援、住民との信頼関係が欠か

せない。さらに、研修プログラムの広がりを持つことが重要であり、大学、県、医療センターとより長期的な医師養成プログラムを検討していく。そして、何より研修医、医学生、医師、スタッフ、そして住民との人間的なつながりを大切にしたいと思う。

<文 献>

- 1) 阿部顕治、齊藤稔哲：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44回全国国保地域医療学会（福岡市）：340-342, 2004年.
- 2) 齊藤稔哲、阿部顕治：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）. 第45回全国国保地域医療学会特集号（札幌市）：698-701, 2005年.

「住民との対話」を通じて作る地域医療

岩手県・国民健康保険藤沢町民病院

○松嶋 大・佐藤元美

1 はじめに

地域ごとに住民に必要とされる医療は異なる。そのため、実際に提供されている医療と、本来住民が期待する医療との間には乖離が生じやすい。地域にあった医療が展開されるためには、この乖離を最小限にする必要がある。そして、その実現において、「住民との対話」が一助になると思われる。

藤沢町民病院（以下「当院」）では、「住民こそが地域医療の最大の運営者」との考えから、積極的に住民との対話の場を設けている。住民との対話を通じて、住民と医療者、行政との間で地域医療に関する情報の共有化を図り、さらに住民が地域医療に積極的に関与してもらうことを目標としている。

そして、地域住民との対話の場として、当院では「ナイトスクール」と「意見交換会」の2つを定期的で開催している。本論文では、この2つの取り組みを報告する。

2 岩手県藤沢町と藤沢町民病院

岩手県藤沢町は岩手県の最南端に位置する町で、人口9,239人（2010年8月1日時点、高齢者率約33%）の自然豊かな農山村である。

当院は藤沢町唯一の医科医療機関で、1993年（平

成5年）に藤沢町の厳しい医療過疎を解消する目的で開設された。当院は病床54床で、隣接する老人保健施設、特別養護老人ホームなどと藤沢町福祉医療センターを形成し、住民に開かれた地域医療を展開している。

3 ナイトスクール

ナイトスクールは、毎年農閑期（11～12月）に開催されている。当院スタッフが直接地域に出向き、住民といっしょに、医療や介護のことなどさまざまな話題について自由に意見交換をする場である。当院が開院して間もなく開始されたこの企画は、今年度で16年目になる。地道で、息の長い取り組みである。

ナイトスクールの目的は明解である。地域医療の主役は住民、だからその住民といっしょに地域医療を考えようというものである。当院のスタッフと住民が一体になって地域医療について考える企画である。

ナイトスクールには、立場や身分、職種を問わず、誰でも自由に参加できる。自由参加を原則とし、強制はしない。

内容は、まず病院からの報告が行われる。その後、当院スタッフと住民で自由な意見交換を行う。参加者はその立場にかかわらず、誰でも自由に意見を言

表1 ナイトスクールと意見交換会の方法

	ナイトスクール	意見交換会
対象	自由参加：誰でも、身分、立場、職種にかかわらず自由に参加できる	
場所	町内1～10か所程度（公民館など）	藤沢町民病院会議室
日時	農閑期（10～11月頃）の19～21時	研修・実習終了時の夕方
内容	病院からの報告 無診察処方、待ち時間、福祉など多岐にわたる内容について住民と自由に意見交換	研修医、学生からの研修報告 住民との意見交換（内容は自由）

写真1 ナイトスクールの風景
参加者は自由に意見を述べるができる



写真2 意見交換会
住民と医療者が円座となり意見の交換する



うことができる。意見の内容も自由である。地域医療や福祉・介護のこと、病院の待ち時間のことなど多岐にわたる（表1・写真1）。

ナイトスクールを地道に続けてきたことでさまざまな効果がみられる。まず、無診察処方への要望が激減した。そして、待ち時間など病院へのクレームも減った。時間外受診患者は減り、予防や健康増進に興味を持つ住民が増えた。さらに、病院運営への理解も深まったことで、未収金が減り、寄付金が増えた。

全体として藤沢の地域医療への理解が深まっている印象を受けている。地域全体で、地域医療を守り、支えていこうという機運が高まっている。また、住民有志の皆さんによる藤沢町民病院を支える会も設立された。

地域医療に従事する医師にとって、病院内では患者と接することはあっても、住民と触れ合う機会は

ない。患者と住民は実質的には同じ人だが、立場がまったく異なる。立場が違えば、コミュニケーション内容も異なる。患者との場合はたいてい病気のことを話題になる。地域医療のことを話し合うことはまずない。

一方、白衣を脱いで、直接地域に出向き、患者という立場ではない住民と直接話し合うと、病院内や診察室で交わすことがない話題が多くなる。地域医療のこと、病院のあり方などである。

したがって、このナイトスクールという機会は、医療者にとっても、診察室という密室では展開されないコミュニケーションができる大変貴重な場の一つといえる。

ちなみに、「ナイトスクール」の「ナイト」には、夜間に行うという意味のナイト（Night）と、地域医療を担う戦士・騎士という意味のナイト（Knight）の2つの願いが込められ、当院の佐藤元美院長が考

表2 意見交換会に対する研修医の感想

- いままでにない貴重な体験だった
- 住民の貴重な意見からさまざまな発見があった
- 住民の意見を聞くことは、とても新鮮かつ勉強になった
- 住民が医療のどんな点に興味や心配を持っているかがよくわかった
- 訪問診療等では住民と触れ合うことも多いので、住民にも研修で学んだことを知ってもらい、逆に意見やアドバイスをもらえるのはよいと思った

表3 意見交換会に寄せられた住民の感想

- 病院関係者と町民が顔を合わせる機会はすばらしい (69歳男性)
- 住民の参加者が多く、病院への関心が広まることが期待される (68歳女性)
- 研修医の先生の、病院や町に対する感想が聞けてよかった (65歳男性)
- 若い先生が地域医療に真剣に取り組もうとしている姿が頼もしく感じた (61歳女性)
- 福祉・医療連携プレーがよく、町の医療を支えている。20年後の医師、医療を考慮し、医師を育てる会に参加してよかった (63歳女性)
- 他の住民の方からたくさんお話を聞くことができ、参考になった (62歳女性)
- 研修医報告を一般住民に開かれたかたちで行われるのは、住民にとっても病院にとっても、とても有意義である。継続を望みたい (54歳男性)
- 住民の質問にその都度答える方法はよい (69歳男性)
- 職員だけでなく住民も参加して、日頃考えていることを住民の立場で話せ、疑問に対しては院長先生に即答してもらい、大変よかったと思う (62歳女性)
- 今後とも住民との接点を大切に、お互いの意見を自由に話せる雰囲気をもっと必要かもしれない (61歳女性)
- 藤沢町民病院の存続、いわゆる今後のあり方を、地域住民を巻き込んで議論する場にしたい (69歳男性)
- 意見交換が活発になってきている。今後も自由に多くの意見が出るように進めてもらいたい (68歳男性)
- 今後も住民との接点を大切に、お互いの意見を自由に話せる雰囲気が必要 (61歳女性)

案した。

4 意見交換会

当院は次代を担う医療者の育成にも力を入れている。医学生や研修医の受け入れを積極的に行い、大学や近隣の研修病院から定期的に、年間10名以上の若い人材が当院を訪れる。

当院は、地域医療の研修において、①将来の地域医療を担う人材を地域の現場で育てる、②住民を巻き込んで地域全体で医師を育てる——という2つのコンセプトを掲げている。

このコンセプトの実践の場として、住民参加型の「意見交換会」を定期的で開催している。意見交換

会は、研修医や医学生の研修報告を兼ねて、住民と研修などについて意見交換をする場である(表1)。

意見交換会は、研修医や医学生の研修・実習の最後の夕方に行われている。参加者は、住民、病院スタッフ、行政職である。

内容は、まず研修医(もしくは医学生)が研修報告を行う。次に、研修医、病院スタッフ、住民が自由な意見交換をする。住民からは、研修医に対し、研修報告への感想や質問が寄せられる。さらに、温かい激励の言葉も多く、研修医も多めに感激している。

従来の医学教育は医療界のなかで完結されることがほとんどであった。そして、医療の当事者である患者や住民が医学教育に参加する機会は少なかった。

表4 住民参加型の対比（藤沢方式と従来の住民参加の場合）

	＜藤沢方式＞ ナイトスクール、意見交換会	＜従来の住民参加型＞ 形式的な会、健康講話、診察室など
参加様式	自由参加	形式的な参加（半強制）、既存組織から代表して参加
主催者側	病院からも多彩な職種が参加	管理職など一部
場 所	直接住民のところへ飛び込む 集落の公民館など	住民に来てもらう 病院の会議室、役場など
方 法	意見交換、自由討議	説明、陳情、指導、教育
議論の特徴	双方向性 立場や職種にとらわれず、個人の意見を自由に述べる ことができる	一方通行的（意見交換が少ない） 参加者の立場、周囲との兼ね合いから個人の意見を 述べるのがむずかしい
話 題	何でもあり 医療や福祉のあり方、研修医の育成、長い待ち時間 の解消策など何でも	特定の問題 医師不足の状況、特定の病気、診療科開設の陳情な ど
効 果	建設的（解決志向）	批判的（犯人探し?）、後ろ向き

したがって、研修医は、医療者から指導や助言を受ける機会があっても、住民や患者から直接フィードバックをもらうことはなかった。

しかし、医療者にとって、住民や患者を相手に医療を行う以上、住民の視点を知っておくことは不可欠と言える。実際に、意見交換会に対する研修医の感想は好評なものが多数であった（表2）。研修医にとっては、住民の視点を知り、地域医療を別の角度から見ることも可能となっているようである。

また、参加した住民にとっても意見交換会は好評である（表3）。意見交換会を通じて、研修医教育への住民の理解も深まり、研修医の外来研修に協力してくれる住民も増えた。研修医の診察や手技を快く受けてくれる患者の数も以前よりも増した。意見交換会を継続してきたことで、「地域全体で若い医師を育てる」という土壌が熟成しつつあることを実感している。

5 住民参加のあり方： 藤沢方式 vs. 従来方式

地域医療の現場において、住民が参加する場合は、健康講話などとして全国各地で行われている。では、藤沢方式と従来の会合では何が違うのか。比較してみたい（表4）。

私は、両者の決定的な違いは4つあると考える。すなわち、参加様式、方法、話題、効果である。

まず、参加様式について、従来の会合では、自治会や婦人会などといった各団体の代表が形式的（もしくは半強制）に参加することが多かった。一方、藤沢方式の場合、完全に自由参加である。すなわち、立場や職種、身分などにとらわれず、誰でも参加したい人は自由に参加できることが藤沢方式の特徴である。

そして、この参加様式の違いは、会合の方法や話題、効果に影響を及ぼしている。従来の方式の場合、参加者は団体などを代表して参加することが多い。そのため、そのような参加者は団体を代表する意見を言うことはあっても、個人の考えなどを話す機会は少なかった。そして、立場や職種などに制限されるため自由な意見交換ができなかった。最終的に、従来の会合では、一方通行的な説明や陳情に終始することが多い。

一方で、藤沢方式では自由参加を原則としていることから、参加者は立場によらずさまざまな話題について自由な意見を述べるのが可能である。その結果、双方向性の議論が繰り広げられる。

以上の特徴から、従来の方式では批判的（犯人探し）な議論に終始しがちであったが、藤沢方式では

建設的な議論になる。

すなわち、藤沢方式の特徴として、「自由参加」、「双方向性の直接対話」、「さまざまな話題」、「解決志向（建設的）」があげられる。

6 地域医療の未来に向けて

各地で地域医療が混乱している。医療機関が閉院に追い込まれた地域、医療機関の大幅な機能縮小が起きた地域、行政などとの対立のため医療者が立ち去った地域などさまざまである。混乱の原因はたいへい政治や行政、医療者にあるが、犠牲者はつねに住民である。

このような混乱のとき、メディア、行政、医療者はこぞって「住民の意識の変革」の必要性を謳う。混乱のあおりで犠牲となった住民が、突如としてキーマンとして祭り上げられる現状である。

その理由はこうである。コンビニ受診が悪い、住民の理解が少ない……など。はたして、まず変わるべきは住民か。住民からすれば突如として降ったような指摘ではないか。このような大変な時期に、誰か特定の人を対象に変化を促すことが得策だろうか。

私は、特定の人を捕まえて変革を求めることは意味がないと考える。それよりもむしろ、解決策に焦点を当てて、地域医療に関わるすべての人、すなわ

ち住民、行政、医療者が密に連携して協働していくことこそが必要である。

そのためには、いまこそ住民との対話が必要である。そして、私たち医療者が地域住民に心を開き、診察室という密室を飛び出し、住民と直接対話することが大切である。

7 おわりに

地域医療における深刻な問題の一つは、医療者が供給する医療と、住民が望む医療との乖離である。なぜ、その乖離が生じるのだろうか。対話不足のためである。

住民が地域医療に何を想うかに耳を傾け、そして私たち医療者も語る。このような直接対話こそ、住民と医療者の認識の乖離を埋める唯一の手段である。

地域医療の危機的な現状において、住民の地域医療への積極的な参画が不可欠である。そのためにも、住民と積極的に対話を行い、地域住民や地域そのものに必要とされる地域医療の実現を目指す必要がある。

住民にのみ変化を求めるのではなく、住民、行政、医療者のすべてが解決に向けて協働すべきである。私たち藤沢町民病院では、住民との直接対話こそ、地域医療の充実に向けての突破口になると信じている。

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数の推移

高知県・国民健康保険大月病院

○小野 歩・白田裕貴・豊崎浩一郎・藤原 学

1 はじめに

心房細動は脳梗塞発症の危険因子の一つであり、人口の高齢化とともに増加しており、65歳以上の人口の約3～5%が心房細動を持つと言われる。心房細動を持つ患者からは、無治療であれば、1年間にその約4～5%が脳梗塞を発症する。心房細動を伴う脳梗塞は主に心原性脳塞栓であり、梗塞巣が広範囲にわたり、その多くは予後不良である。

これまで主に欧米で行われた臨床試験の結果によると、ワルファリンの内服による適切な抗凝固療法は、心房細動からの脳梗塞の約70%を予防すると言われてしている。一方、アスピリンなどの抗血小板薬は効果が乏しいことがわかっている¹⁾。

心房細動からの脳梗塞予防の問題点として、予防効果が証明されているワルファリンの服用率が低く、脳梗塞予防が十分でないことがあるが、近年、欧米では、ワルファリン服用率の上昇に伴って脳梗塞の発症も減っていることが報告され、臨床試験で得られたエビデンスが日常臨床にも次第に浸透しつつあることがわかっている²⁾。しかし、わが国においては、ワルファリンの服用率の推移と脳梗塞の発症数の変化を長期間にわたって観察した報告はなく、エビデンスがどの程度、日常臨床に反映されているか不明である。

そこで今回、地域の日常臨床における抗血栓療法の内容について、とくにワルファリン服用率の実態とその経年変化を調べ、脳梗塞、とくに脳塞栓の発症数の推移との関連を調べることにより、積極的なワルファリン療法が脳梗塞の減少につながるか否かを検討した。

2 対象と方法

方法は、

- ① 高知県大月町内の唯一の病院であり、国保直診でもある当院外来において、平成9年度から12誘導心電図により診断された心房細動患者を、同意を得た後に登録し、3年ごと（平成9年、12年、15年、18年、21年）に、各年4月時点での受診患者における抗血栓療法の内容（ワルファリン、抗血小板薬あるいは無治療）を調べ、その推移を前向きに調査した。
- ② 当院外来および入院において、平成9年度から心房細動を伴う脳梗塞の発症登録を行い、各3年間（平成9～11年度、12～14年度、15～17年度、18～20年度）の発症数の推移を前向きに調査した。
- ③ 当院における心房細動患者のワルファリン服用率の変化と脳梗塞の発症数の推移との関連を検討した。

臨床背景は、年齢、性、心房細動の性状（発作性

表1 患者背景

患者数	141人
女性	75人 (53%)
年齢	平均 75.7歳
≤69歳	38人 (27%)
70-79歳	52人 (37%)
≥80歳	51人 (36%)
発作性心房細動	49人 (35%)
CHADS ₂ スコアの平均	2.1

図1 CHADS₂スコアの分布

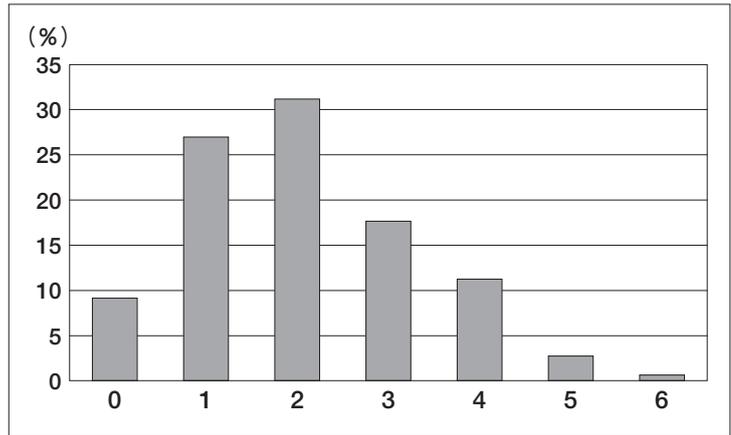


表2 心房細動患者数と抗血栓療法の内訳

	平成9年	平成12年	平成15年	平成18年	平成21年
患者数 (人)	35	58	73	86	87
ワルファリン	4 (11)	26 (45)	47 (64)	60 (70)	62 (71)
抗血小板薬	20 (57)	22 (38)	18 (25)	20 (23)	17 (20)
無治療	11 (32)	10 (17)	8 (11)	6 (7)	8 (9)

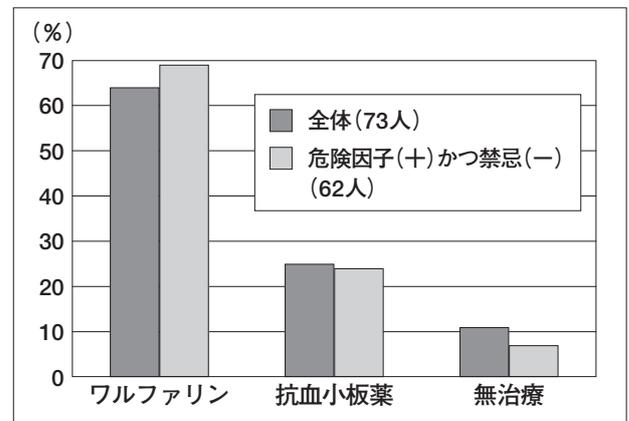
数字は各年4月に受診した患者数。()内は%

か慢性か)のほか、脳梗塞発症のリスクとしてCHADS₂スコアを評価した。CHADS₂スコアは、危険因子として、年齢75歳以上、高血圧、糖尿病、心不全を持つ場合をそれぞれスコア1、脳梗塞もしくは一過性脳虚血発作の既往がある場合をスコア2として、合計スコア(0~6)が大きいほど脳梗塞の発症率が高いことが報告されている³⁾。抗血栓療法の選択は担当医の判断に任されたが、ワルファリン療法の強度は、院内基準としてPT-INRで1.5~2.5を目標とした。抗血小板薬として使用されたアスピリンは1日81mgか100mgの低容量であり、チクロピジン1日100mgか200mgであった。脳梗塞は全例、頭部CTかMRIにより診断され、病型はTOASTにより分類された⁴⁾。

3 結果

表1に平成9年4月から平成21年4月までの12年間に登録された外来心房細動患者141人の背景を示す。平均年齢は75.7歳と高齢であり、80歳以上の患

図2 心房細動患者の抗血栓療法の実施状況 (大月病院 平成15年)



者が3分の1以上を占めていた。また、脳梗塞発症のリスクを持つ患者が多く、CHADS₂スコアの平均値は2.1であり、約3分の1の患者がスコア3以上のハイリスクであった(表1、図1)。

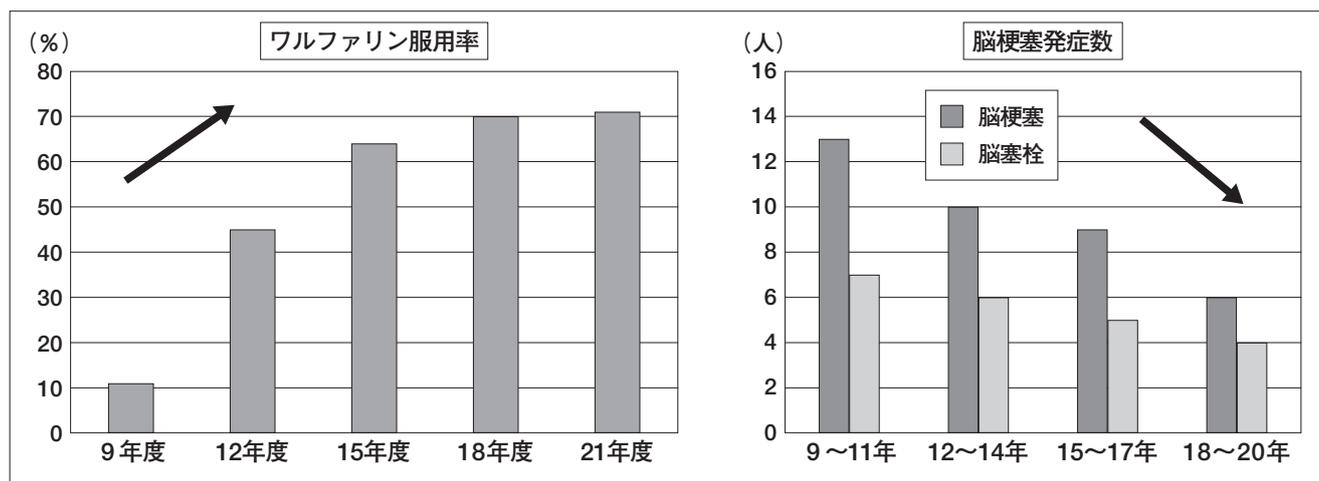
登録された心房細動患者における抗血栓療法の内訳の推移を示す(表2)。ワルファリンの服用率は、平成9年度はわずか11%であったが、3年ごとの推移を見ると徐々に増加し、平成18年度からは70%

表3 心房細動患者からの脳梗塞の発症数

	平成9～11年	平成12～14年	平成15～17年	平成19～20年
脳梗塞全体 (人)	13	10	9	6
脳塞栓	7 (54)	6 (60)	5 (56)	4 (67)
ラクナ梗塞	5 (38)	4 (40)	4 (44)	0
アテローム血栓性梗塞	1 (8)	0	0	2 (33)

() 内は%

図3 ワルファリン服用率と脳梗塞発症数の関連 (大月病院の外来・入院での検討)



以上になっている。一方、抗血小板薬の服用率は、平成9年度は57%を占めていたが、その後、徐々に減少し、平成21年度には20%になっている。また、ワルファリンと抗血小板薬のどちらも処方されていない無治療の患者は、平成9年度は32%を占めていたが、その後、徐々に減少し、18年度以降は10%以下になっている。

ワルファリンの服用率の例として、平成15年度の外来の心房細動患者における抗血栓療法の実施状況を示す(図2)。全体の73人のうち、ワルファリンは47人(64%)に、抗血小板薬は18人(25%)に投与され、無治療は8人(11%)であった。このうち、危険因子を有するうえに禁忌がなく、抗凝固療法のよい適応があった62人(85%)で見ると、ワルファリンは43人(69%)、抗血小板薬は15人(24%)に投与され、無治療は4人(7%)であった。

表3に心房細動患者からの脳梗塞の発症数の推移を示す。平成9～11年度の3年間で13人に脳梗塞(うち脳塞栓が7人)が発症したが、その後は次第

に減少し、12～14年度が10人(うち脳塞栓が6人)、15～17年度が9人(うち脳塞栓が5人)、18～20年度が6人(うち脳塞栓が4人)であり、研究期間中における総発症数は38人(うち脳塞栓が22人)であった。このうち35人は当院に外来通院中の患者であり、ワルファリンを服用していた患者は10人である。脳塞栓を起こした22人のうち、ワルファリンを服用していた患者は3人のみであった。脳梗塞全体の発症数および脳塞栓の発症数とも、研究期間中の減少傾向が明らかであった。これは、ワルファリン服用率の増加傾向とちょうど逆の現象であった(図3)。

心房細動患者から発症した脳梗塞のうち、平成9～11年の3年間に登録された13人の患者の特徴を示す(表4)。年齢は高齢者が多く、8人(62%)が70歳以上であった。発症前にはすべての患者が定期受診しており、そのうち12人(92%)の患者は事前に心房細動を発見されていたが、ワルファリン療法を受けていた患者はわずかに3人(23%)のみであった。予後は非常に悪く、とくに脳塞栓を起こした

表4 心房細動患者から起きた脳梗塞の特徴（平成9～11年）

年齢	性別	定期受診	心房細動の認知	病型	ワルファリン	抗血小板薬	予後
74	女	あり	あり	脳塞栓	×	×	装具でなんとか立てる
70	男	あり	あり	ラクナ梗塞	×	×	軽度の言語障害あり
93	女	あり	あり	脳塞栓	×	○	意識障害、寝たきり
90	男	あり	あり	アテローム梗塞	×	○	回復
79	女	あり	あり	脳塞栓	×	×	意識障害、寝たきり
74	男	あり	あり	脳塞栓	×	○	意識障害、寝たきり
78	男	あり	あり	脳塞栓	×	○	死亡
69	女	あり	あり	脳塞栓	×	×	寝たきり
68	女	あり	あり	ラクナ梗塞	○	○	軽度の左上肢麻痺
82	女	あり	あり	ラクナ梗塞	○	×	杖歩行
62	男	あり	あり	ラクナ梗塞	×	×	回復
68	男	あり	なし	脳塞栓	×	×	装具でなんとか立てる
69	女	あり	あり	ラクナ梗塞	○	○	軽度の右下肢麻痺

7人のうちの5人が寝たきりになるか死亡した。

4 考 察

今回、へき地の中核病院において、12年間にわたり心房細動患者における抗血栓療法の実態とその経年変化を調べ、脳梗塞の発症数の推移との関連を調べた。その結果、心房細動患者のワルファリン服用率の上昇とともに、脳梗塞発症数の減少が観察され、積極的なワルファリン療法が脳梗塞の減少につながることが示された。

今回のコホート研究で登録された心房細動患者の臨床背景は、最近わが国で2,892人が参加して行われている大規模コホート研究（J-TRACE）⁵⁾ に比べ、年齢はやや高齢であるが、CHADS₂スコア3以上のハイリスクの割合はどちらも約3分の1であり、ほぼ同等の脳梗塞リスクを持つと考えられる。したがって、今回の研究は、日常臨床で遭遇するごく平均的な心房細動の患者群によって構成されていると考えられる。

ワルファリンの服用率は、平成9年度にはわずか11%であったものが、年度が進むにつれて次第に上昇し、平成18年度以降は70%台となっている。この

間の推移は、わが国で過去に実施された大規模なコホート研究の結果ともよく一致している。平成7年当時、北海道において2,667人の心房細動患者が登録された研究では、ワルファリンの服用率は14%であった⁶⁾。また、上記のJ-TRACE研究は、平成17年から19年にかけて登録された心房細動患者を対象としており、ベースラインのワルファリンの服用率は73%である⁵⁾。

この2つの大規模コホート研究は、大半が循環器の専門医により診療されていた心房細動患者を対象にしたものであるが、今回のわれわれの研究は、すべてプライマリ・ケア医によって診療された患者を対象にしたものである。したがって、心房細動患者に対するワルファリン療法は、循環器の専門医だけでなく、プライマリ・ケア医をはじめとする他の内科一般医にも十分実施可能なものであると言える。

抗血小板薬の服用率は、ワルファリンの服用率が上昇するとともに、逆に減少した。われわれはすでに、アスピリンを主とした抗血小板薬を服用した心房細動患者の脳梗塞の発症率はワルファリンを服用した患者に比べ有意に高く、とくに、高リスクの患者群には抗血小板薬は有効でないことを報告している⁷⁾。最近実施されたJAST（Japan Atrial Fibrilla-

tion and Stroke Trial) 研究においても、アスピリンは心房細動からの脳梗塞予防には有効でも安全でもないと報告されている⁸⁾。

心房細動を伴う脳梗塞は、研究期間中38人に発症したが、ほとんどが当院外来通院中の患者であり、その数は年度が進むにつれて徐々に減少した。脳梗塞の多くは、ワルファリンを服用していない患者から発症したが、とくに脳塞栓は、22人中19人(86%)がワルファリンを服用していない患者から発症していた。研究開始当初は、定期通院中の患者が心房細動を有していることを担当医が認識しておきながら、ワルファリンが処方されずに脳梗塞を起こしたケースが多かった。

今回の研究で登録された脳梗塞の数は、大月町内のすべての発症数を表すものではないが、近年、当院を含む近隣医療圏の構造には大きな変化がないことより、当院を介さずに治療される脳梗塞患者数が増加し、その結果として脳梗塞の登録数が減少した可能性は低いと考えられる。年度ごとのワルファリン服用率の推移と脳梗塞の発症率の推移との関連を見ると、ワルファリンの服用率が高まるにつれて脳梗塞の発症数が減少したことがわかる。心房細動の患者数自体は増加しているため、無治療あるいは予防効果の乏しい抗血小板薬による治療であれば、心房細動由来の脳梗塞の患者数は増加することが予想される。したがって、今回観察された脳梗塞の減少は、すでに予防効果の確立しているワルファリンの服用率の上昇がもたらしたものと考えられる。これは、臨床試験で確認されているワルファリンの劇的な予防効果が、実際の日常臨床でも再現されたことを表している。

5 まとめ

へき地の中核病院において、12年間の長期にわたり心房細動患者を観察した結果、ワルファリン服用

率の上昇とともに、脳梗塞の発症数の減少が観察された。この結果は、心房細動患者のワルファリン服用率を高めることによって、地域ベースで脳梗塞の発症を減らすことができることを示している。

<文 献>

- 1) Atrial Fibrillation Investigators. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation. Analysis of pooled data from five randomized controlled trials. Arch Intern Med 154, 1449-1457, 1994.
- 2) Lakshminarayan K, et al. Atrial fibrillation and stroke in the general medicare population: a 10 year perspective (1992 to 2002). Stroke 37, 1969-1974, 2006.
- 3) Gage BF, et al. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. JAMA 285, 2864-2870, 2001.
- 4) Adams HP, et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. Stroke 24, 35-41, 1993.
- 5) Inoue H, et al. Sex-related differences in the risk factor profile and medications of patients with atrial fibrillation recruited in J-TRACE. Circ J, 74, 650-654, 2010.
- 6) Tomita F, et al. Hokkaido Atrial Fibrillation Study Group. Prevalence and clinical characteristics of patients with atrial fibrillation: analysis of 20,000 cases in Japan. Jpn Circ J 64, 653-658, 2000.
- 7) 小野 歩 他. 心房細動患者における低強度ワルファリン療法の脳梗塞予防効果. 日本医事新報 No 4304, 60-65, 2006.
- 8) Sato H, et al. Low-dose aspirin for prevention of stroke in low-risk patients with atrial fibrillation: Japan Atrial Fibrillation Stroke Trial. Stroke 37, 447-451, 2006.

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

○鈴木寿則^{1)・2)}・遠藤 彰¹⁾・齋藤雄悦¹⁾・齋藤正浩¹⁾・吉本大輔¹⁾

1 背景

近年、わが国における国民医療費は、疾病構造の変化、高齢者の増加などにより増加の一途をたどり、平成19年度は34.1兆円となり国民所得に占める割合も9.1%と過去最大となった¹⁾。今後、国民に対して良好かつ適切な医療を提供するためにも、わが国の医療保険制度を安定させ、持続可能性を保つべく医療費の適正化が求められている。

平成20年4月より、高齢者の医療の確保に関する法律²⁾の施行に伴い、医療保険者は生活習慣病の予防を基調とした特定健康診査および特定保健指導の実施が義務づけられた。さらに、現在、科学的根拠に基づく医療（EBM）・保健（EBH）の推進が唱えられており、医療保険者は、生活習慣病の有病者および予備群を減少することを目的として、各種データ分析等を通じ、目標に沿った保健指導を計画的に実施することが求められている³⁾。

生活習慣病のなかでも、脳血管疾患および心疾患は主要死因別にみた死亡率が高く、医療費に対する影響も大きいことが指摘されている⁴⁾。一方で、介護における財政問題は深刻化しており、医療経済の

観点からも看過できるものではなく⁵⁾、その介護に対する原因疾患として脳血管疾患の影響は大きい。さらに、これら循環器疾患の後遺症は、本人の生活の質（QOL）の低下を招く大きな要因となっており、循環器疾患の罹患率および死亡率を低下させることが課題になっている⁶⁾。また近年、有病者および予備群の増加が著しい糖尿病において、その合併症である循環器疾患の占める割合が高いことが報告されている⁷⁾ことから、基礎疾患としての糖尿病などに対して、保健活動を通じた適切な疾病予防、重症化の予防が求められている。

そこで、脳血管疾患および心疾患の疾病分布を的確に把握し、効果的な特定健診・特定保健指導を計画的に実施するためにも、レセプトから有病状況、医療費などの情報を積極的に利活用し、地域住民等に対して優先的に対策として取り組むべき健康課題を設定することが望まれる。

2 目的

本研究の目的は、地域保健の推進および地域住民の健康増進に寄与すべく、医療保険者における予防を基調とする保健事業を支援するために、国民健康保険（以下「国保」）レセプトデータを用いて統計解析を行い、生活習慣病に関する要因を解明することである。そこで、宮城県内の国保加入者全員を対象

1) 宮城県国民健康保険団体連合会

2) 仙台白百合女子大学

表1 宮城県国民健康保険団体連合会による「全疾病分析システム」における追加疾病コード
(社会保険表章用疾病分類表中分類121分類以外)

追加疾病コード	疾 病 名	追加疾病コード	疾 病 名
201	高脂血症	228	前立腺がん
202	高血圧症	229	インスリン依存性糖尿病
203	アトピー性皮膚炎	230	アレルギー性結膜炎
204	膝関節症（変形性も含む）	231	本態性糖尿病
205	糖尿病	232	狭心症
206	糖尿病性高血圧	233	急性心筋梗塞
207	糖尿病性腎症	234	頸動脈硬化
208	糖尿病性神経症（障害）	235	食道静脈瘤
209	糖尿病性白内障	236	インフルエンザ
210	糖尿病性網膜症	237	痛風
211	高血圧性腎症	238	変形性脊椎症（頸椎・胸椎・腰椎）
212	動脈硬化性認知症	239	妊娠中の糖尿病
213	片麻痺	240	大腿骨頸部骨折
214	C型肝炎	241	大腿骨骨折
215	肝がん	242	心房細動
216	インスリン非依存性糖尿病	243	心筋梗塞
217	肥満症	244	高尿酸血症
218	滲出性中耳炎	245	高HDL血症
219	筋萎縮性側索硬化症	246	高LDL血症
220	脊髄小脳変性症	247	高トリグリセライド血症
221	骨粗鬆症	278	アルコール性肝炎
222	末梢神経障害	249	腎硬化症
223	脂肪肝（アルコール性のものを除く）	250	脳卒中
224	腰痛症	251	糖尿病性壊疽
225	B型肝炎	252	痛風腎
226	子宮頸部がん	253	大動脈解離
227	子宮体がん	254	大動脈瘤

として、糖尿病などの基礎疾患の有無と、その保有状況が脳血管疾患および心疾患に与える影響を定量的に明らかにした。

これまでの疾病分析は、主にレセプトによって疾病等を把握する方法が採られていたが、それらにおいてレセプト集計データにより把握していたのは主傷病のみがほとんどであったために、患者1人が有している合併症の把握は困難であった。とりわけ、糖尿病などの基礎疾患は、脳血管疾患、心疾患などの重篤な傷病と比較して主傷病として記載されることが少ない⁸⁾。このような問題点を解決するための一方法として、レセプトデータの傷病名は主傷病のみではなく、すべての傷病を記載することが考えら

れる。

そこで、宮城県国民健康保険団体連合会は、平成7年度より、すべての傷病（レセプト1件につき最大15傷病まで）を登録記載する「レセプト全疾病分析システム」を採用している⁹⁾。また、より詳細に傷病を把握するために、疾病分類として中分類のほか、狭心症、糖尿病性腎症など独自に細分化した54疾病を追加している（表1）。本システムにより、従来の主傷病登録では把握が困難であった糖尿病などの基礎疾患と脳血管疾患、心疾患の重複状況を正確に把握し、リスクを評価することが可能になった。

そのため、本研究は「レセプト全疾病分析システム」を用いて宮城県内の国保加入者全員を対象に、

図1 対象および解析対象者

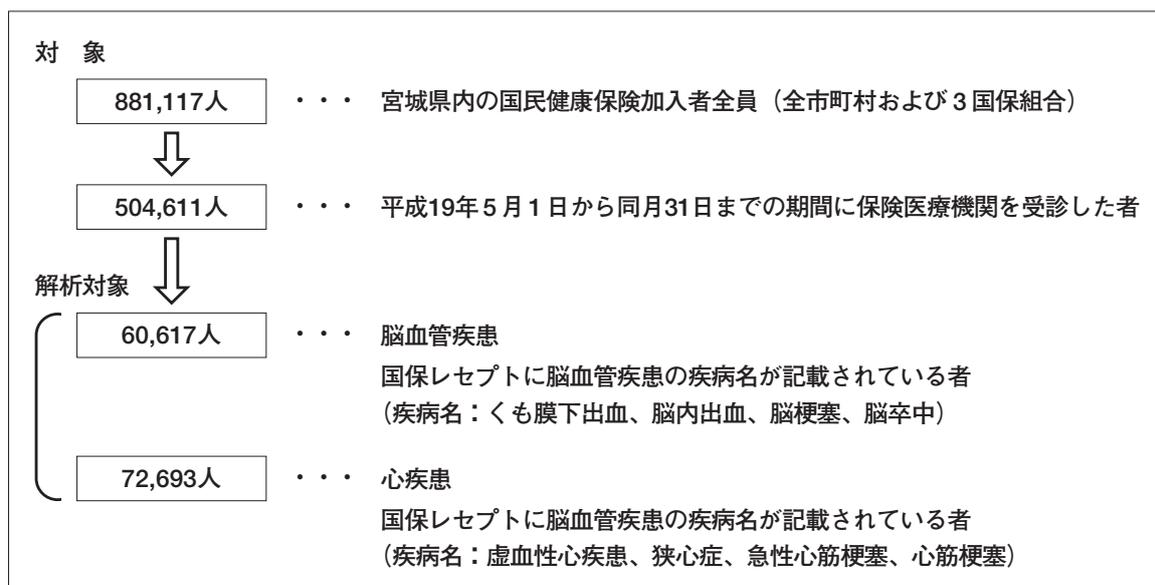


表2 疾病分類一覧表

傷病名	傷病コード（傷病名）	
糖尿病	24（糖尿病）*	205（糖尿病）
	206（糖尿病性高血圧）	207（糖尿病性腎症）
	208（糖尿病性神経障害）	209（糖尿病性白内障）
	210（糖尿病性網膜症）	216（インスリン非依存性糖尿病）
	229（インスリン依存性糖尿病）	
高脂血症	50（高血圧性疾患）*	202（高血圧症）
	211（高血圧性腎症）	231（本態性高血圧）
脂質異常症	201（高脂血症）*	245（高HDL血症）
	246（高LDL血症）	247（高トリグリセライド血症）
脳血管疾患	53（くも膜下出血）*	54（脳内出血）*
	55（脳梗塞）*	250（脳卒中）
心疾患	51（虚血性心疾患）*	232（狭心症）
	233（急性心筋梗塞）	243（心筋梗塞）

*社会保険表章用疾病分類表中分類121分類に基づくもの

糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの基礎疾患による脳血管疾患、心疾患のリスク上昇を定量的に明らかにするために分析を行った。

3 研究方法

(1) 対象

本研究の対象者は、平成19年5月時点における宮城県内の全市町村および3国保組合の国保加入者全

員88万1,117人である。このうち、平成19年5月1日から同月31日までの1か月間に医療機関を受診した（レセプトがある）者50万4,611人を分析対象とした（図1）。

本研究における糖尿病、高血圧症、脂質異常症、脳血管疾患、心疾患の分類を表2に示す。解析対象である脳血管疾患を有する者は、社会保険表章疾病分類表の中分類による「くも膜下出血」、「脳内出血」、「脳梗塞」と宮城県国民健康保険団体連合会が独自に追加設定した「脳卒中」のいずれかの傷病名が記

表3 分析対象者の基本特性
(宮城県内の全市町村および3国保組合加入者の性・年齢構成)

年齢(歳)	男性(%)	女性(%)	合計(%)
39歳以下	36,679 (16.8)	43,126 (15.1)	79,823 (15.8)
40-49	10,734 (4.9)	12,136 (4.3)	22,870 (4.5)
50-59	24,138 (11.0)	30,695 (10.8)	54,833 (10.9)
60-69	52,062 (23.8)	65,264 (22.8)	117,326 (23.3)
70-79	65,970 (30.2)	82,073 (28.7)	148,043 (29.3)
80歳以上	29,213 (13.4)	52,503 (18.4)	81,716 (16.2)
合計	218,814	285,797	504,611

載されていた6万617人であった。同様に、心疾患を有する者は中分類の「虚血性心疾患」と追加設定の「狭心症」、「急性心筋梗塞」、「心筋梗塞」のいずれかの傷病名が記載されていた7万2,693人であった。

(2) 解析方法

本研究で使用した「レセプト全疾病分析システム」のデータ内容は、性別(男性・女性)、年齢(歳)、傷病名(レセプト1件につき最大15傷病まで把握)である。当該データの解析に当たり、個人情報の保護および疫学研究に関する倫理指針¹⁰⁾の趣旨に鑑み、解析対象者である国保加入者の個人同定情報としての氏名、記番・員番(または個人番号)、生年月日、受診した医療機関(医療機関名および医療機関コード)等を削除し、連結不可能匿名化にしている。さらに、レセプトデータを分析する際に時間的および場所的限定を徹底し、情報の管理、目的外利用の禁止の手続きを経て、研究対象者にいっさいの不利益が生じないように取り扱った。

これらのレセプトデータを使用した統計解析は2つある。第1に、脳血管疾患の傷病名が記載されていた6万617人を対象として、基礎疾患としての糖尿病、高血圧症、脂質異常症の保有状況を明らかにした。同様に、心疾患の傷病名が記載されていた7万2,693人を対象として、基礎疾患の保有状況を明らかにした。

第2に、基礎疾患としての糖尿病、高血圧症、脂質異常症の保有状況が脳血管疾患および心疾患の出

現に及ぼす影響を多変量ロジスティック回帰分析により解析した。その際、性別、年齢、それぞれの基礎疾患の有無を相互に補正し、脳血管疾患および心疾患の出現に関するオッズ比を算出した。

脳血管疾患および心疾患の出現に関するオッズ比の解析にあたり、性別、年齢、そして糖尿病、高血圧症、脂質異常症の有無を補正したモデルと、性別、年齢と補正したうえで、糖尿病、高血圧症、脂質異常症のすべて有していない者を基準とし、それぞれの基礎疾患の重複状況を補正したモデルの2種類を検討した。

糖尿病、高血圧症、脂質異常症の有無を補正したモデルでは、糖尿病を有する場合には「1」、有しない場合には「0」とするダミー変数を説明変数とし、同様に、高血圧症、脂質異常症においてもダミー変数を説明変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った。また、それぞれの基礎疾患の重複状況を補正したモデルでは、基礎疾患をすべて有していない場合を「0」とするダミー変数を説明変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った。

4 研究結果

本研究における受療者の性別と年齢階級を表3に示す。男女ともに70歳から79歳までの年齢階級がもっとも多く、次いで60歳から69歳の年齢階級が多かった。

脳血管疾患を有する患者の基礎疾患の保有状況を表4に示す。糖尿病を有する者は脳血管疾患患者の

表4 脳血管疾患：基礎疾患の保有状況（人）

糖尿病	高血圧症	脂質異常症	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
—	—	—	3,980 (14.0)	4,660 (14.5)	8,640 (14.3)
+	—	—	1,274 (4.5)	911 (2.8)	2,185 (3.6)
—	+	—	9,337 (32.7)	10,140 (31.6)	19,477 (32.1)
—	—	+	943 (3.3)	1,611 (5.0)	2,554 (4.2)
+	+	—	4,782 (16.8)	3,594 (11.2)	8,381 (13.8)
+	—	+	728 (2.6)	653 (2.0)	1,381 (2.3)
—	+	+	3,717 (13.1)	6,187 (19.3)	9,904 (16.3)
+	+	+	3,769 (13.2)	4,326 (13.5)	8,095 (13.4)
20,042 (33.1)	45,857 (75.7)	21,934 (36.2)	28,535	32,082	60,6175

表中の「+」・「—」は、それぞれ傷病の「あり」・「なし」を意味する

表5 心疾患：基礎疾患の保有状況（人）

糖尿病	高血圧症	脂質異常症	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
—	—	—	3,429 (10.4)	4,054 (10.2)	7,483 (10.3)
+	—	—	1,374 (4.2)	953 (2.4)	2,327 (3.2)
—	+	—	9,557 (29.0)	11,148 (28.0)	20,705 (28.5)
—	—	+	1,294 (3.9)	2,527 (6.4)	3,821 (5.3)
+	+	—	5,534 (16.8)	4,419 (11.1)	9,953 (13.7)
+	—	+	1,143 (3.5)	1,090 (2.8)	2,233 (3.1)
—	+	+	4,977 (15.1)	9,131 (23.0)	14,108 (19.4)
+	+	+	5,612 (17.1)	6,451 (16.2)	12,063 (16.6)
26,576 (36.6)	56,829 (78.2)	32,225 (44.3)	32,920	39,773	72,693

表中の「+」・「—」は、それぞれ傷病の「あり」・「なし」を意味する

33.1%を占めていた。同様に、高血圧症は75.7%、脂質異常症は36.2%を占めていた。基礎疾患を1つも有していない者は男性で14.0%、女性で14.5%を占めていた。

基礎疾患を1つだけ有している群では、高血圧症が男女ともに高い割合を示した。基礎疾患を2つ有している群では、男性では糖尿病と高血圧症の合併、女性では高血圧症と脂質異常症の合併が高い割合を示した。糖尿病、高血圧症、脂質異常症の3つの基礎疾患をすべて有している者は、男性で13.2%、女性で13.5%を占めていた。

心疾患を有する患者の基礎疾患の保有状況を表5に示す。糖尿病は心疾患患者の36.6%を占めていた。同様に高血圧症は78.2%、脂質異常症は44.3%を占めていた。基礎疾患を1つも有していない者は、男性で10.4%、女性で10.2%であった。

基礎疾患を1つだけ有している群では、高血圧症が男女ともに高い割合を示した。基礎疾患を2つ有している群では、男性では糖尿病と高血圧症の合併、女性では高血圧症と脂質異常症の合併が高い割合を示した。糖尿病、高血圧症、脂質異常症の3つの基礎疾患をすべて有している者は、男性で17.1%、女性で16.2%を占めていた。

脳血管疾患および心疾患の出現に対する基礎疾患の影響を多重ロジスティック回帰分析により解析した結果を表6に示す。性別、年齢、それぞれの基礎疾患の有無について多変量補正をした解析を行った結果、脳血管疾患において、それぞれのオッズ比は、男性が1.40、年齢が1.07、糖尿病は1.34、高血圧症が2.31、脂質異常症が1.13であった。同様に、心疾患では男性が1.28、年齢が1.06、糖尿病は1.54、高血圧症が2.67、脂質異常症が1.70であった。

表6 脳血管疾患および心疾患のリスク①

	オッズ比 (95%信頼区間)	
	脳血管疾患	心疾患
性別		
男性	1.40 (1.38-1.42)	1.28 (1.26-1.30)
女性	1.00 (基準)	1.00 (基準)
年齢 (1歳ごと)	1.07 (1.07-1.07)	1.06 (1.06-1.06)
基礎疾患*		
糖尿病	1.34 (1.31-1.37)	1.54 (1.51-1.57)
高血圧症	2.31 (2.27-2.36)	2.67 (2.62-2.73)
脂質異常症	1.13 (1.11-1.16)	1.70 (1.67-1.73)

性・年齢を補正し、それぞれの基礎疾患を有しない者を1.00 (基準) とする

表7 脳血管疾患および心疾患のリスク②

	オッズ比 (95%信頼区間)	
	脳血管疾患	心疾患
性別		
男性	1.40 (1.37-1.42)	1.28 (1.26-1.30)
女性	1.00 (基準)	1.00 (基準)
年齢 (1歳ごと)	1.07 (1.07-1.07)	1.05 (1.06-1.06)
基礎疾患*		
基礎疾患なし	1.00 (基準)	1.00 (基準)
糖尿病のみ	2.15 (2.04-2.27)	2.34 (2.70-2.99)
高血圧症のみ	2.98 (2.90-3.07)	4.04 (3.92-4.15)
脂質異常症のみ	2.08 (1.98-2.18)	3.96 (3.80-4.13)
糖尿病+高血圧症	3.71 (3.59-3.84)	5.85 (5.66-6.05)
糖尿病+脂質異常症	2.26 (2.12-2.40)	4.82 (4.57-5.08)
高血圧症+脂質異常症	3.01 (2.92-3.11)	5.86 (5.68-6.04)
糖尿病+高血圧症+脂質異常症	3.75 (3.63-3.88)	8.03 (7.77-8.29)

性・年齢を補正し、すべての基礎疾患を有しない者を1.00 (基準) とする

次に、性別、年齢、それぞれの基礎疾患の重複保有状況について多変量補正をし、基礎疾患すべてを有していない群を基準としたオッズ比の分析を行った結果を表7に示す。脳血管疾患では、糖尿病のみが2.15、高血圧症のみが2.98、脂質異常症のみが2.08、糖尿病と高血圧症の合併が3.71、糖尿病と脂質異常症の合併が2.26、高血圧症と脂質異常症の合併が3.01、さらに糖尿病、高血圧症、脂質異常症のすべてを合併している群が3.75となった。同様に、心疾患では、糖尿病のみが2.34、高血圧症のみが4.04、脂質異常症のみが3.96、糖尿病と高血圧症の合併が5.85、糖尿病と脂質異常症の合併が4.82、高血圧症と脂質異常症の合併が5.86、さらに糖尿病、

高血圧症、脂質異常症のすべてを合併している群が8.03となった。

5 考察

本研究は、宮城県国民健康保険団体連合会が作成した「レセプト全疾病分析システム」によるレセプトデータを使用し、宮城県内の全市町村および3国保組合の国保加入者全員を対象に、平成19年5月1日から31日までに医療機関を受診した50万4,611人のうち、脳血管疾患と診断された6万617人、心疾患と診断された7万2,693人を解析対象とし、基礎疾患の要因分析を行ったものである。その結果、基

礎疾患を有することにより脳血管疾患および心疾患のオッズ比が高いことが明らかになった。また、基礎疾患をまったく有しない者と比較して、糖尿病、高血圧症、脂質異常症の保有数が増加することによりオッズ比も増加することが明らかになった。

本研究は、対象を宮城県内の国保加入者全員とし、そのなかで1か月間にレセプトがあったすべての者を分析したものであり、この悉皆性に最大の特徴がある。わが国の医療費統計をはじめとする従来の主傷病登録(主たる傷病1つのみをデータとして記載)では、把握できる疾病が限定されており、そのため、基礎疾患の保有状況を過小評価している可能性が否定できない。その結果、重篤な傷病に関する要因としての疾病も十分に把握できなかった。そこで、本研究は「レセプト全疾病分析システム」により要因としての糖尿病、高血圧症、脂質異常症の有無を正確に把握し、基礎疾患が脳血管疾患および心疾患に与える影響を定量的に明らかにした。

これまでの先行研究において、コホート研究などにより脳血管疾患および心疾患に対して、糖尿病などの基礎疾患(危険因子)によるリスク上昇が明らかにされている。しかし、本研究は、調査分析の対象となる住民、医療機関を限定しておらず、宮城県内の全市町村および国保組合の国保加入者全員を対象にし、すべての疾病を把握していることで、地域住民の疾病の分布および保有状況を、よりの確に把握しているといえる。

今後、市町村をはじめとする医療保険者がレセプトデータに基づき、被保険者の健康課題を的確に把握し、科学的根拠に基づく保健事業を実施することが期待されている。そのため、有効かつ適切な保健事業を推進・実施する上で、レセプトデータを積極的に利活用し、経年的な疾病の把握および分析を行う必要性があると考えられる。

6 結論

本研究で、宮城県内の全市町村および3国保組合の国保加入者の全員を対象に「レセプト全疾病分析

システム」によるレセプトデータベースを用いて、基礎疾患の保有による脳血管疾患および心疾患リスクを定量的に検証した結果、脳血管疾患および心疾患の出現に強い影響を与えていたのは高血圧症であることが明らかになった。

また、基礎疾患の重複状況による脳血管疾患および心疾患リスクを検証した結果、基礎疾患の保有数の増加に伴いリスクが上昇することが明らかになった。とくに心疾患では、基礎疾患を有していない群と比較して、糖尿病、高血圧症、脂質異常症のすべてを有する群のリスクが強い傾向が明らかになった。市町村等において保健事業などを通じ、これらの基礎疾患の合併を予防することにより、地域住民等の健康増進に大きな寄与をもたらすことが示唆された。

<参考文献>

- 1) 厚生労働省：平成19年度 国民医療費の概況。
- 2) 昭和57年8月17日法律第80号。
- 3) 厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)。4-7, 2007。
- 4) 岡本悦司：ケアエコノミクス 医療福祉の経済保障。医学書院, 2001。
- 5) 濃沼信夫：介護予防の評価－医療経済学・政策学の視点から－。公衆衛生, 73(4), 286-289, 医学書院, 2009。
- 6) 厚生労働省編：厚生労働省白書(平成21年版), 121-122, 2009。
- 7) Daniel MH, et al : The Economic Cost of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. JAMA, 262, 2708-2713. 1989。
- 8) 鈴木寿則他：レセプト全傷病登録による糖尿病の合併症の医療費分析。日本公衆衛生雑誌, 52:7; 652-663, 2005。
- 9) 宮城県国民健康保険団体連合会：全疾病分析事業 平成22年3月。
- 10) 文部科学省・厚生労働省：疫学研究に関する倫理指針。平成14年6月17日。

※本稿は、第49回全国国保地域医療学会の発表を基に、内容を加えて、平成22年8月に執筆したものである。

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

富山県・南砺市民病院

○竹内嘉伸・谷村州子・高橋あゆみ・大浦 峻

1 はじめに

在宅ケアの推進には、介護支援専門員、ケアマネジメント従事者との連携が欠かせない。地域全体で医療を提供し、住民が安心して生活できる環境づくりの実現に当院の地域医療連携科が関わってきた、

- 時間のかからない調整（コーディネート）
- 共通の認識づくり
- 情報の共有化

の現状と課題および今後の展望を検証する。

2 方法

平成20年度の南砺市民病院における退院支援、調整の実績から課題を見出し、地域連携の取り組みを検証する。

3 退院支援の展開について

当院では、患者の入院に際して病状、生活機能状況、本人・家族の意向、生活環境などについてスクリーニングを実施し、退院に関する支援の必要性について評価を行っている（図1）。

評価は1週間以内に地域医療連携科の各病棟担当者が行っている。

退院支援は治療と並行して行い、退院支援の要因を有する患者に対して主治の医師、患者の入院する病棟のプライマリ・ナースなどから退院に向けての相談に応じる（依頼・報告）ものとし、患者の病状、生活機能状況、本人・家族の意向、生活環境などについて、退院後の生活の継続を目標に患者・家族と面談を行い必要な支援計画を立案し患者等に提示、説明する。

また、患者・家族の同意が得られれば、必要に応じて病状説明に同席し、予後予測をもとに退院後の生活支援計画を立案し患者等に提示、説明を行う。

患者等の退院に際しては、ケアマネジャーやその他のサービス提供機関と在宅（療養）生活の継続について協議するケアカンファレンス（退院調整会議の開催）を支援している。

日程等の調整の結果すべての関係職種・職員の出席が見込まれない場合には、事前におのおのの専門的意見を聴取し、会議の際に説明を行っている。

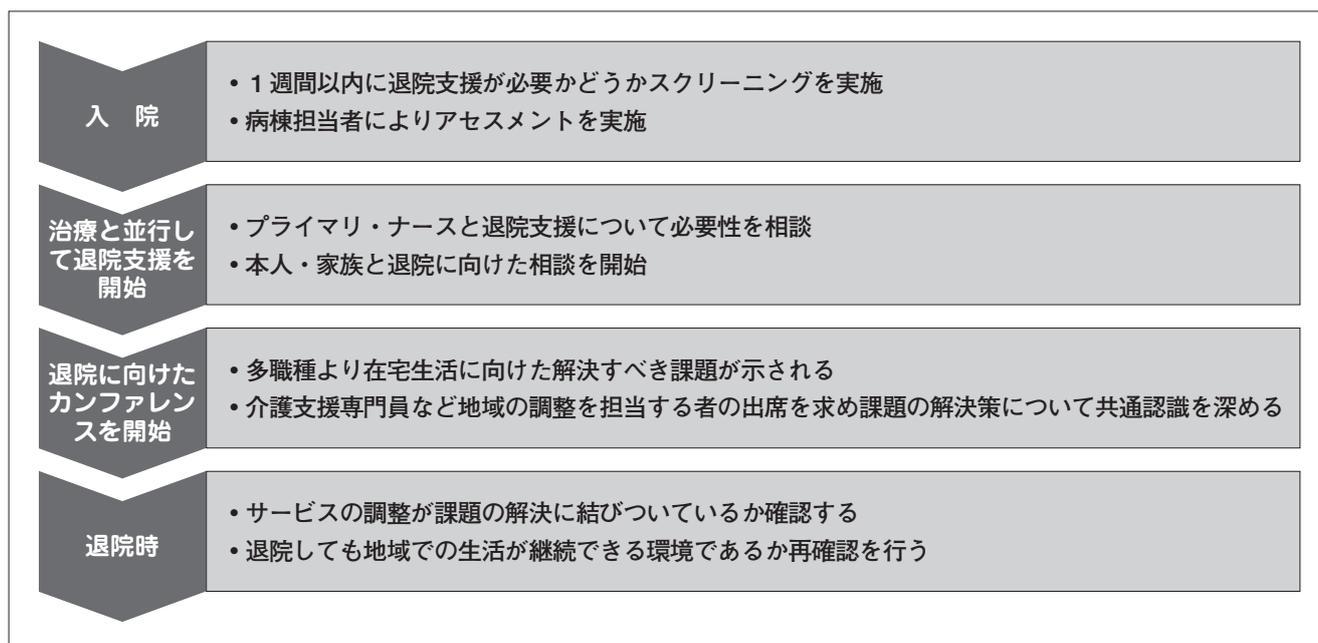
退院時には、サービスの調整が課題解決に結びついているかを確認し、地域での暮らしが継続できるか再確認を行っている。

(1) スクリーニングシートの改訂について

—入院早期に実施する退院に関する支援の必要性の評価について—

入院早期に実施する退院に関する支援の必要性の

図1 退院支援の展開



評価の結果、退院困難な要因があると判断される患者に対しては、その具体的な要因の把握を行い早期発見・早期支援の展開を行っている。

退院時に支援が必要な患者を早期に把握し、支援をタイムリーに展開できることをめざすものであるが、実際、治療の間は、患者・家族は疾病が回復することに期待するため早期の支援への動機づけは効果が少ない。また、早期の関わりが、回復途中での判断を求められていることから、家族の意向が施設入所へ向かいやすいなどの弊害もある。

適切な支援への契機は、主治医からの病状説明時がもっとも適切であると考えられるが、退院困難な要因を有することが予測される者には積極的に関わることが必要である。

(2) 退院支援スクリーニング改訂前の退院困難な要因を有する患者を抽出する体制

従来の退院困難な要因を把握する体制は、

- ①患者・家族からの相談から
 - ②医師等からの依頼から
 - ③カンファレンス等評価の結果から
- であった。

地域医療連携科では、退院困難な要因を有する患

者への早期アプローチを実現することができる評価体制と、将来支援が可能となる患者の把握ができるようスクリーニングシートの改訂を行った。

(3) スクリーニングシート

改訂前のスクリーニングシート(図2)は、早期判断が不可能な項目があり正確に退院支援が必要な事例である判断がつかないものであった。

そこで、改訂に向けて、平成20年4月期から6月期のスクリーニング対象者のシートを分析したところ、退院困難な患者が有する要因として以下の共通する項目が得られた。

- ①介護力がない(日中独居を含む)
- ②入退院が頻回である
- ③単身者かつキーパーソン不在
- ④(後期)高齢者のみ世帯
- ⑤予後不良の疾患(ターミナル等)
- ⑥医療費の支払い困難
- ⑦精神科疾患、精神科を合併
- ⑧患者、家族に転・退院を同意が得られない
- ⑨人工呼吸器装着など転院先が極端に限られる
- ⑩自宅退院後医療処置が必要
- ⑪認知症がある

図2 改訂前スクリーニングシート

入院時スクリーニングシート

記載日 平成 20 年 月 日

担当医師 受け持ち看護師

ID	病棟名: 診療科:	入院日: 平成 20 年 月 日
氏名:	年齢 歳	性別: 男 ・ 女
入院時の主疾患		
1ヶ月以内の入退院や転院の繰り返し	あり	なし
服薬管理 (ノンコンプライアンス)	あり	なし
家族構成	独居または老人のみ高齢世帯	その他
介護者	なしまたは介護能力がない	あり
介護者の同居	なし	あり
ADL (歩行、食事、排泄、清潔など)	要介護	自立
家庭内の役割	なし	あり
入院の長期化が予想される	あり	なし
認知症	あり	なし
退院後継続が必要な医療処置	あり	なし
利用中の社会保障制度	介護保険 (介護度) 申請なし 居宅支援事業所 (ケアマネ) 身体障害者 (級) 特定疾患	
利用している社会資源	訪問診療・訪問看護・訪問介護 なし ・通所介護・その他 ()	

支援要 (4項目以上の場合) 支援不要
 コメント

カルテ入力 済み

平成 19 年 1 月作成

⑫治癒しにくい感染症

⑬生活保護受給者

⑭医療区分1で転院希望

⑮65歳未満で重度の後遺症

また、退院支援が必要と判断される対象者についても、その判断に違いがみられた。その違いは、

○退院困難となる要因を有する者

○退院可能であるが遅延する要因を有する者

○退院に困難や遅延を有しないが支援を必要とする

要因を有する者

であった。

これらの退院支援が必要と判断される対象者は、1つでも該当すると支援が必要と判断される要因の他に、2つ以上の要因が重なって退院支援につながる項目があることがわかった。

上記の3つの判断を行うために患者の共通事項を突き合わせた結果、以下の項目を入れた改訂スクリーニングシート (図3) の作成を行った。

図3 改訂スクリーニングシート

退院支援・調整スクリーニングシート

評価日 年 月 日 ()
退院予定日 年 月 日 ()

氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	()歳
入院日	年 月 日	介護保険	1. 介護保険認定済み→要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5) →介護度変更申請の必要性: 有・無				
病棟			2. 申請中 3. 必要あるが未申請 4. 不要または非該当				
特定疾患	無・有()	身障手帳	無・有(級) (種類:)				
保険種別	1. 健保(政府・組合・日雇) 2. 国保 3. 共済(国・地・私学) 4. 生保 5. 労災 6. 自費 7. 公費 8. 後期高齢						
入院前場所	1. 自宅 2. 他病院 3. 老健 4. 特養 5. 有料老人ホーム・グループホーム 6. その他()						
かかりつけの医師はいますか?	1. いる(往診可/不可) 2. いない		ケアマネジャーは決まっていますか?			1. はい 2. いいえ	

■退院支援スクリーニング(1週間以内に記入):(担当者が記入)

区分	項目(当てはまるものすべてに○)	記入日: /
主疾患	1. 悪性新生物 2. 脳血管障害 3. 難治性神経疾患 4. 心疾患 5. 骨折 6. 慢性呼吸器疾患 7. 糖尿病 8. うつ病 9. 認知症 10. その他 疾患名:	
症状	1. 意識レベル低下 2. 終末期 3. 麻痺 4. 摂食・嚥下障害 5. 低栄養 6. 褥瘡 7. 脱水 8. 認知症に伴う行動・心理障害(BPSD) 9. 疼痛またはその他の苦痛症状 10. その他()	
医療処置 (退院後予測されるものを含む)	1. 気管カニューレ 2. 人工呼吸器 3. 吸引 4. HOT 5. 注射・点滴 6. 中心静脈栄養 7. 経管栄養 8. 腎ろう 9. 膀胱カテーテル 10. 尿管皮膚ろう 11. CAPD 12. ストーマケア 13. 褥瘡処置 14. 疼痛(麻薬)管理・症状のコントロール 15. リハビリテーション 16. その他() 17. 特になし	
入院形態	1. 再入院(1ヶ月以内 2ヶ月以内 半年以内) 2. 緊急入院 3. その他()	
ADL	1. 移動要介助 2. 排泄要介助 コミュニケーション障害 1. 言語障害 2. 視力障害 3. 聴力障害 4. その他()	
家庭・環境	1. 独居・介護者不在 2. 高齢者世帯 3. 日中独居 4. その他()	
希望する退院先	本人 1. 自宅 2. 他病院 3. 老健 4. 特養 5. 有料老人ホーム・グループホーム 6. その他() 7. 未確認 家族 1. 自宅 2. 他病院 3. 老健 4. 特養 5. 有料老人ホーム・グループホーム 6. その他() 7. 未確認	
経済的問題	1. あり 2. なし 社会復帰への支援 1. 必要 2. 不要	
退院後の生活についてのご希望 —不安なこと、		

■在宅医療移行支援の必要性について:(担当者が記入)

退院支援担当者	
支援の必要性 ※○はひとつ	1. 担当者が中心となり対応 2. 病棟看護師が中心となり対応 3. 不要
支援が必要な理由 ※○はいくつでも可	1. 再入院を繰り返している患者 2. 褥瘡処置など退院後も高度で熟練的医療が必要な患者 3. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者 4. 独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者 5. 現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者 6. その他()

○1つでも該当すると退院支援が必要と判断する項目

- ・身寄りが無い。家族不明。家族と疎遠
- ・住所が不定
- ・健康保険がない。経済的不安の訴えあり
- ・退院の受け入れ困難もしくは不安の訴えあり
- ・病状から転院が必要

○2つ以上の要因が重なって支援が必要と判断される項目

<身体状況に1つ以上のチェック>

- ・入院前に比べADLが低下、新たな障害が発生し

た。

- ・退院後に医療処置が必要
- ・予後不良・ターミナル
- ・認知症・不穏・意識障害
- ・入院が頻繁

<生活、世帯状況に1つ以上のチェック>

- ・独居
- ・高齢者のみの世帯
- ・日中独居・日中高齢者のみの世帯
- ・同居家族が病気・障害がある
- ・同居家族の理解力(看護介護の受け入れ)に課題

図4 スクリーニングシート改訂後の結果

○支援の必要性発生状況

【4月から6月】
 (支援と判断した者/スクリーニングの対象者)
 53人/107人=49.5(%)
 実際に支援を行った者
 27人/53人=50.9(%)

【10月から12月】
 (支援と判断した者/スクリーニングの対象者)
 103人/131人=80.0(%)
 実際に支援を行った者
 59人/103人=60.0(%)

図5 平成20年度退院状況

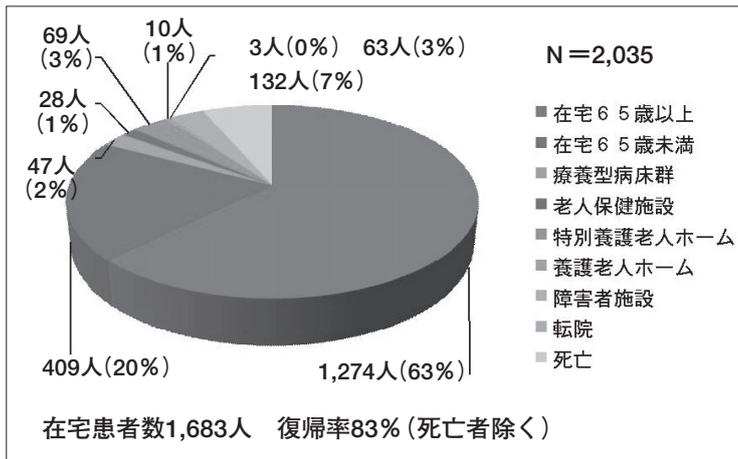
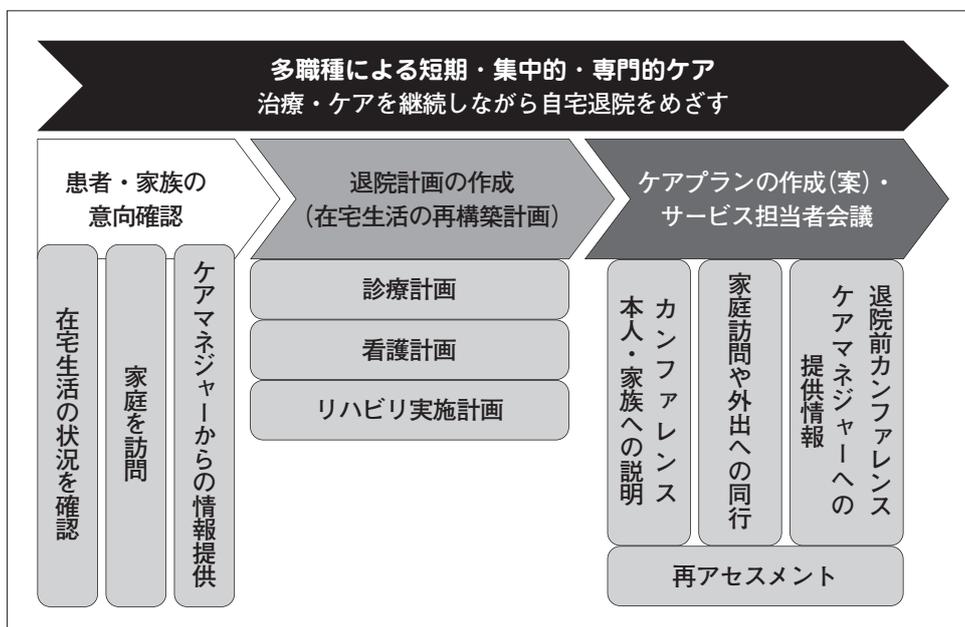


図6 多職種による短期・集中的・専門的ケアの実施



がある

4 スクリーニングシート改訂結果

平成20年10月から、入院患者スクリーニングシートを改訂し(図4)、支援を必要とする者への早期把握、関わりを開始した。

結果、支援を必要とする要因を有すると判断される対象者が拡大した。

旧スクリーニングシートでは、支援が必要と判断される患者の抽出が約50%であったものが、改訂版では80%に拡大し、実際に支援が展開された患者の

割合も50.9%であったものが60%になるなど支援が必要な患者を抽出できる確率が上がった。

5 退院状況からの考察

平成20年度退院患者総数2,035人中、在宅復帰患者1,683人(復帰率88%)。地域医療連携科にて支援が必要と判断した患者数は591人であった(図5)。

支援に要する調整日数は在宅復帰に平均12日、施設入所(再入所含む)に平均21日であった。過去年度(平成12年度)は在宅復帰に平均14日、施設入所(再入所含む)に32日であったことから大幅な短縮

をみている。

しかしながら、昨年度の統計がとれないため効果が断定できないことから、現状では早期把握の効果（情報収集にかかる時間の短縮効果）があるのではと想定される。

6 多職種による短期・集中的・専門的ケアの実施

治療、ケアを継続しながら自宅退院をめざす時期には、同時並行的に、医療も受けつつ、介護も受け、そして福祉制度も必要とする。

在宅復帰と入院の間にはそれぞれの緊密な連携が必要となる。

当院では、患者・家族の意思、願いや希望を引き出すこと、つねに患者中心に支援が展開されるよう調整、連絡を行うことを心がけている。それが信頼を構築すると考える。多職種がチーム治療、ケアを継続しながら自宅への退院をめざしている（図6）。

患者・家族の意向を確認、尊重し、介護保険制度の利用申請などについて説明と理解を促し、患者等の個別性に配慮した退院支援計画を立案する。また、介護保険制度以外の社会保障制度など患者等の生活（療養）の継続に必要な社会資源について相談を受け、その利用方法や手続きについて助言指導を実施する。

居宅介護支援計画（ケアプラン）作成のためケアマネジャーを選任し、退院後の在宅（療養）生活の継続のためにケアマネジャーと連携することについて患者等の了解を得る。なお、すでに介護保険制度を利用していた患者等にあっては、契約するケアマネジャーと連携をとることに了解を得ている。

(1) 退院時調整会議の開催支援（ケアマネジャーへの診療情報提供書）

患者等の退院に際してケアマネジャーやその他のサービス提供機関と在宅（療養）生活の継続について協議する退院調整会議の開催を支援する。

日程等の調整の結果すべての関係職種・職員の出席が見込まれない場合には、事前におおのの専門的意見を聴取し、会議の際に説明を実施している。

退院前に住環境の整備、手段的日常生活動作の実施予測を行うため家庭を訪問するなど、退院後、生活が継続できる環境であるかの再確認を必ず実施している。

(2) 介護支援専門員への支援と連携

医（療）行為が必要な要介護度の高い患者、介護の必要な患者等においては、健康面と生活面を総合的にとらえることができる（資質が高い）ケアマネジャーが在宅生活の継続を実施できる。しかしながら、そのようなケアマネジャーは決して多くないのが現状である。医療機関からの働きかけにより資質の高いケアマネジャーを養成することが求められる。

当院では介護保険施行時よりケアマネジャーに対し、居宅介護支援計画に必要な診療情報提供書を発行する体制を整備してきた（図7）。

在宅生活を継続するための計画の作成と支援内容の充実のためには、ケアマネジャーが患者の予後を「予測すること」が必ず求められる。つまり、「疾病の予測」、「身体状況の予測」、「生活の予測」等これらを「予測することができる」からこそ「悪化することを防ぐ」ことが可能となる。

また、医療チームにあっても、入院時や早期から退院後に向けた計画的な関わりができないことは、「入院前の状態を把握できないこと」が「把握していても予後予測から支援が必要と見出すことができないこと」が要因としてあった。

そのためにもケアマネジャーに介護報酬化された医療連携加算、入院時情報提供を有効に活用し、ケアマネジャーからの情報提供を受ける内容の吟味が必要と判断した。

(3) ケアマネジャーから提供を望む情報

平成17年4月より砺波医療圏 公的病院長会議、事務長会議の認定下、地域連携室連絡会が発足している。連絡会では各病院のスタッフがケアマネジャーよりどのような情報提供を望むのか調査し、ツールとして作成した。それが、介護支援専門員からの入院時情報提供書（図8）である。

図7 居宅介護(予防)支援用診療情報提供書

居宅介護(予防)支援計画作成にかかる診療情報提供書
居宅介護支援事業者 管理者 様

氏名		生年月日	()
住所		既往歴	1. ()年より 2. ()年より 3. ()年より
診断名	1. 2. 3.	胸部X線所見	年 月 <input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 間接 肺野異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
自覚所見	1. 2. 3.		
身体所見 (<input type="checkbox"/> に✓)	心音(<input type="checkbox"/> 純 <input type="checkbox"/> 不純) 不整脈(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 麻痺(<input type="checkbox"/> 全 <input type="checkbox"/> 片) 部位: () 嚥下障害(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 視力障害(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 構音障害(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 聴力障害(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 失語(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 失調(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	頭部MRI or CT所見	年 月 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
血圧	~ mmhg	心電図所見	年 月 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
尿検査	蛋白() 糖()		
血液検査	HBS抗原() HCV() アルブミン(g/dl) Hb(g)		
感染症	(特に梅毒、肝炎、MRSA、緑膿菌など、または、アレルギーのある場合に介護サービス利用者への影響について記載ください)		
食事状況 (<input type="checkbox"/> に✓)	(糖尿病食、心臓病食、高血圧食等のカロリー・塩分制限等食事療法が必要な場合に記載下さい) <input type="checkbox"/> 糖尿病食 単位 <input type="checkbox"/> 心臓病食 カロリー <input type="checkbox"/> 高血圧食 g <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 形態 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> とろみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー		
リハビリの必要性 (<input type="checkbox"/> に✓)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下療法 <input type="checkbox"/> 口腔機能向上		
入浴時の注意事項 (<input type="checkbox"/> に✓)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 酸素飽和度 <input type="checkbox"/> 姿勢保持角度 <input type="checkbox"/> 入浴禁(清拭施行) <input type="checkbox"/> 全身浴 <input type="checkbox"/> 半身浴 <input type="checkbox"/> 部分浴(部位:)		
医療処置 (<input type="checkbox"/> に✓)	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養 [<input type="checkbox"/> 胃 瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔] <input type="checkbox"/> 酸素療法 () <input type="checkbox"/> ストーマ (部位:) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (部位:) (大きさ: ×) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン (単位: 朝: 昼: 夕:) <input type="checkbox"/> 導尿 [<input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 他者]		
医療系サービス利用にかかる留意事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
障害老人の日常生活自立度 ()		認知症高齢者の日常生活自立度 ()	
日常生活機能評価 /20点		HDS-R /30点	
認知症の周辺症状(<input type="checkbox"/> に✓)			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 []			
上記のとおり、利用者にかかる診療情報を提供いたします。			
医療機関の名称		記入年月日	
		医師氏名	Ⓜ

- ケアマネジャーから提供を望む情報は、
- ①退院時のADLやIADLを予測できる情報(入院前のADL情報)
 - ②どのようにアプローチをすればよいかを検討する情報
 - ③退院後のどのサービスを調整しなければならないかを予測できる情報となった。

(4) 各地区医療機関も同一の書式を採用し情報の共有化、活用を支援する体制を整備

砺波医療圏・公的病院地域医療連携室連絡会で情報提供書にかかる内容・様式を検討した。

その後、地域の介護支援専門員協会や地域包括支援センターと協議、修正を経て共有化となった。

医療機関からの情報提供が統一されたことにより、

図 8 介護支援専門員からの入院時情報提供書

情報提供先医療機関等名 南砺市民病院 担当医 内 科		入院・入所時情報提供書 御中		平成 年 月 日
先生 様		紹介元居宅介護支援事業者 名 称 所在地 電話番号		印
以下のとおり利用者にかかる情報を提供いたします。		介護支援専門員名		印
利用者氏名 利用者住所 電話番号 生年月日		性別 大正 年 月 日 (歳) 職業		
総合的支援の方針(今回の入院により生じた介護支援専門員の在宅生活へ向けた要望・意向) <input type="checkbox"/> 変化あり <input type="checkbox"/> 変化なし				
既往歴と発症年月日(把握しているもの) 1. 2. 3.		家族背景及び家族状況(キーパーソン)について		
在宅での療養及び生活の経過について				
医療系サービスの利用状況について <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(老健・療養) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(デイケア)				
介護(福祉)系サービスの利用状況について <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> その他())				
通院医療機関と現在の服薬内容について				
要介護状態等区分について <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 認定の有効期間: 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで				
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)について <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
認知症高齢者の日常生活自立度について <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
入院前(疾患発症前)の日常生活動作(ADL)の状況について				
移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 方法 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()		食事摂取 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 方法 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自動真 <input type="checkbox"/> フォーク		
排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> トイレ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> おむつ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間)		口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 方法 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> ガーゼ <input type="checkbox"/> スポンジ <input type="checkbox"/> 入歯(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		
認知症の周辺症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 []				
今後の在宅生活に向けた本人及び家族の要望・意向				
本人				
家族				
現状の介護に関する問題点・課題(今後予測される生活上のリスクや介護力の評価等)について				
備考(連絡事項等) ※退院前家庭訪問 及び 退院前カンファレンスへの参加を希望いたします。予定が決まり次第、連絡ください。 ※退院後、利用を予定する介護サービスの調整を適切に実施するためにも予定する退院日から10日前には 連絡をお願いします。				
		医療機関受け取り日 受取者 署名		平成 年 月 日

この情報を用いてケアマネジメントをどのように展開するかというケアマネジャー側からの質の向上に関する意欲も聞かれるようになった。

情報提供の共通化がケアマネジメントの質の向上に寄与した一面であると認識できると考える。

7 おわりに

退院支援を、医療機関側から一方的な展開で進め

るのではなく、住民が安心して生活できる環境づくりの実現を共通の認識(目的)に地域連携を進めることは、効率的で適切な医療の提供ができるのみならず、住民の生活環境の整備も実現し、連携する各医療・介護機関との信頼を深めることができると考える。

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～

宮崎県・国民健康保険高原病院

○池田 恵・大森八千代・深見信子・古川裕恵・末永淳子

1 はじめに

平成20年度の、当院における入院患者の平均年齢は71歳と高齢であり、口腔内の管理ができない患者が多い。

現状として、①誤嚥性肺炎を繰り返す患者が増えている、②高齢化が進み認知症などの問題もあり介護度が増大している、③混合病棟のため業務が煩雑で多岐にわたっている、④口腔ケア（以下「ケア」）は他の業務と比較すると優先順位が低くスタッフの入れ替わりなどで、手技（手順・時間・回数）が統一されていない、⑤各自、ケアの必要性は認識しているが、十分なケアを実践するきっかけがない。以上のことがあげられた。

当院における「ケアの基準」を確立するために平成21年1月17日に病棟看護師4人でケアチームを立ち上げ、1月28日の勉強会においてケアの必要性およびケアの方法と実験の概要を説明した。

同時に、ケアについての意識調査を実施したところ、約8割の看護師が、いまの業務のなかではケアの変更は不可能であると答えた。そこで、2月2日に第1回目の業務変更を施行し、ケアにあたる看護師を増やした。

そして、実験的に約1か月間、手技を統一した新しいケア方法を取り入れ、口腔内細菌検査を実施す

るとともに、従来のケアと比較することで、口腔内の清潔を維持することの重要性を実感してもらった。

実験期間が終了したのち、3月4日からは、全患者を対象に手技を統一したケアを実施した。それと同時に2回目の意識調査を施行した。ケアに対する看護師の負担の軽減と、ケアをより充実させたいという看護師からの申し出により、3月9日に2回目の業務変更を行った。

その後は、定期的に勉強会を開催し、ケアの手技を統一してから6か月後に3回目の意識調査を実施した。6か月後には、ケアが得意であると約7割が答え、約半数が誤嚥性肺炎の予防につながっていると実感するようになった。そして、退院後もケアを継続できるように、患者指導や退院指導を実施し、さらにはポスターや広報での啓発を図り院外活動へとつながっている。

以上の経過を、業務変更の内容、従来のケア群と手技を統一したケア群の比較、看護師のケアに対する意識調査の結果に基づいて報告する（図1）。

2 研究目的

研究の目的は、ケアの手技の統一を図り、患者の口腔内環境を改善し、誤嚥性肺炎を予防するひとつの手段として、当院における「ケアの基準」を確立することである。

図1 研究期間（平成21年1月17日～現在）

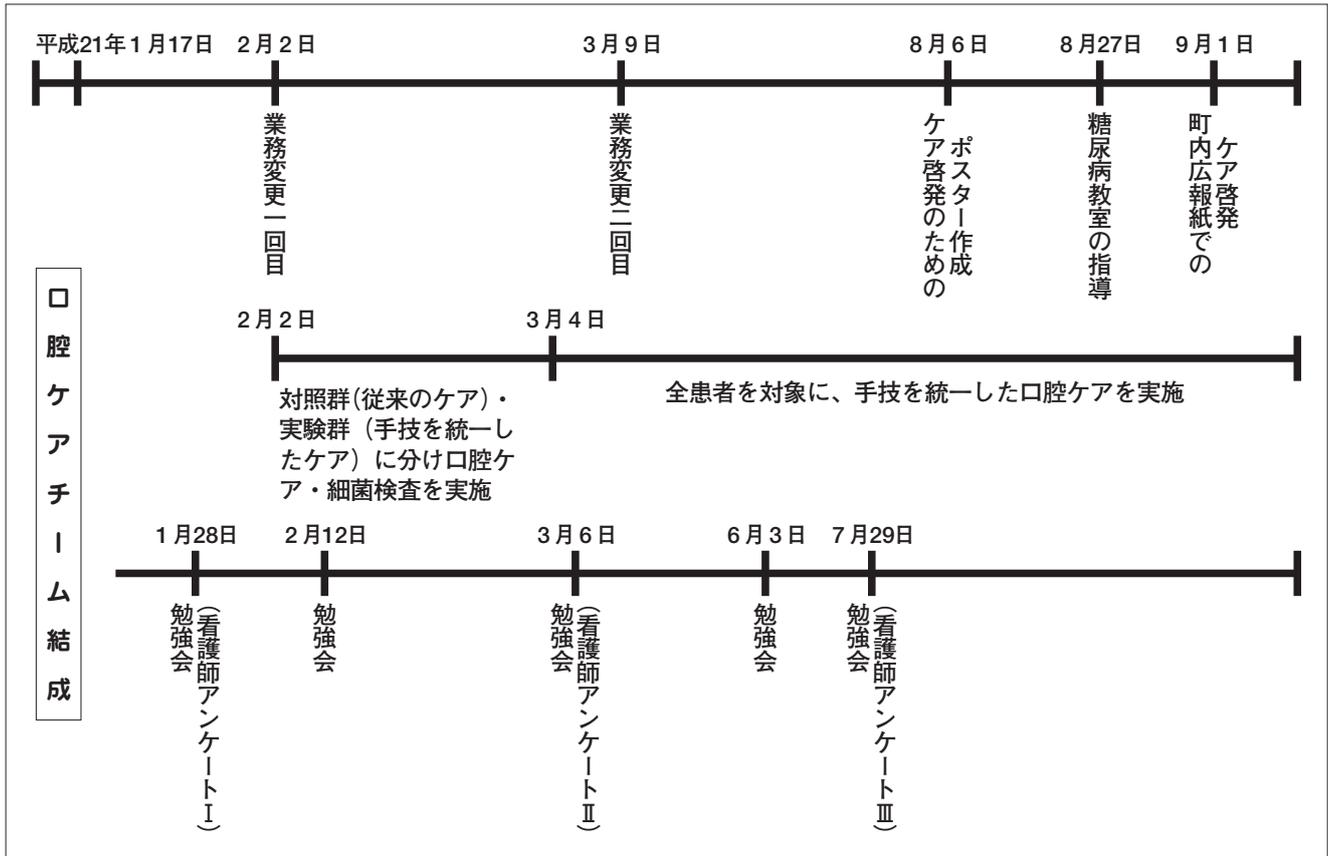


図2 業務変更について I

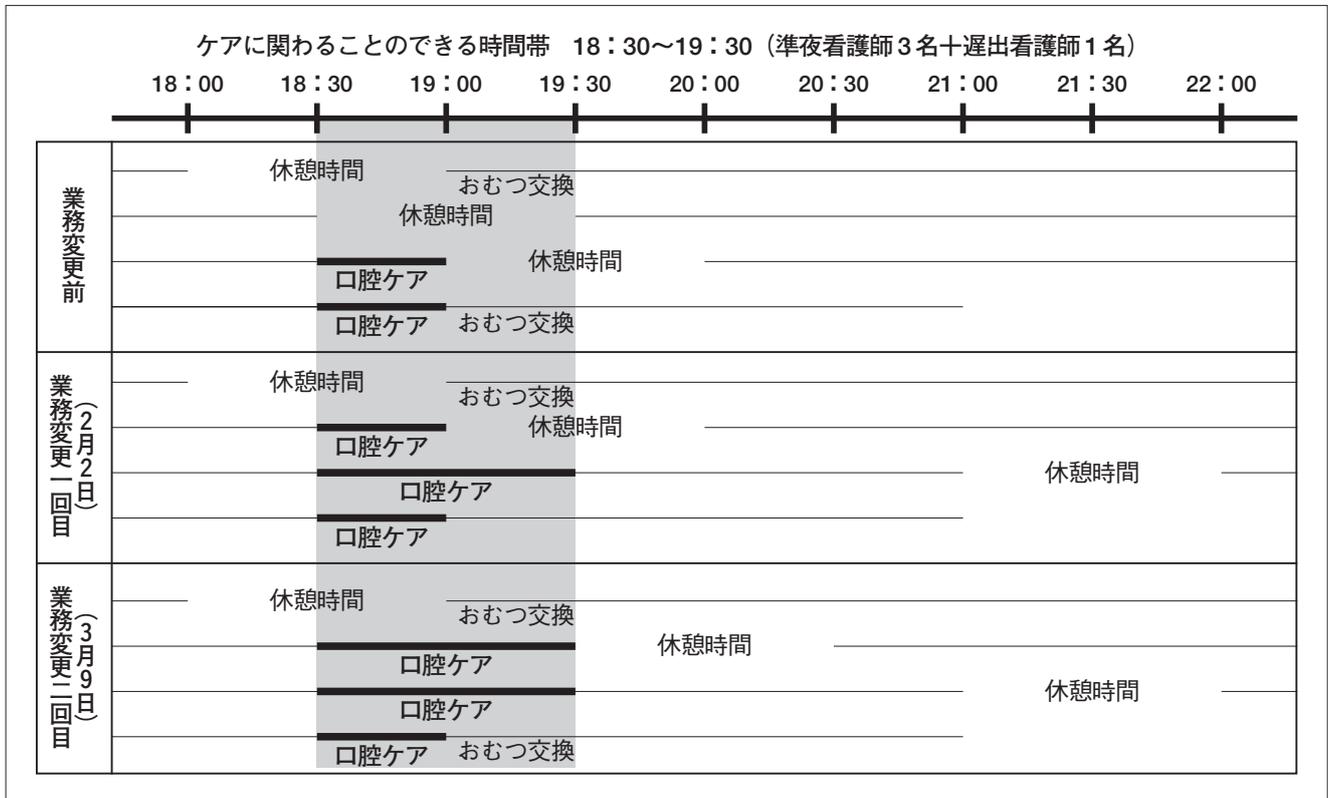


表1 業務変更についてII

	18:30~19:00	19:00~19:30
変更前	2人	0人
変更1回目 (2月2日)	3人	1人
変更2回目 (3月2日)	3人	2人

表2 対照群と実験群のケア方法の比較(平成21年2月2日~3月4日)

	対照群(従来のケア)	実験群(手技を統一したケア)
必要物品	ソフトガーゼ コップ 歯ブラシ 洗口液 ガーグルベースン	スポンジブラシ・保湿剤 コップ 歯ブラシ 洗口液 ガーグルベースン
ケアの 時間・方法	朝食前 ソフトガーゼで拭き取り 日中 看護師それぞれの方法 16時 ソフトガーゼで拭き取り	朝食前 含嗽もしくはスポンジブラシでの ブラッシング 日中 手技を統一して実施 歯ブラシ・スポンジブラシ・洗口 液を用いたケア 19時 スポンジブラシでのブラッシング 食事のある患者は毎食後に実施。 口腔内乾燥の強い患者にはケア前 後に保湿剤を口腔内全体に塗布。

3 業務変更の内容

ケアを充実させるために、2回の業務変更を行った(図2)。

まず、ケアに携わる看護師の人数を確保するため、準夜帯看護師の休憩時間の変更を行う必要があった。実験開始前は、業務時間が変わること、業務配分ができない、休憩が取れない、という不安や不満が聞かれた。しかし、ケアの重要性や必要性を説明し、患者の食事時間帯での看護師の休憩時間をずらすという業務変更を行った。

当院の準夜勤務は3人で、21時までの遅出1人と合わせて4人で行い、3人のうち1人は業務内容から変更はできなかった。他2人は2回にわたり休憩時間を変更した。うち1人は変更前、ケアを行う食事の時間帯に休憩に入っていたため、ケアに携わる時間がなかった。

しかし、業務変更1回目では30分間、2回目の変更では60分間のケア時間が確保できた。他の1人は、変更前はケアに携われる時間は30分のみであったが、2回目の変更で60分間のケア時間を確保できた。

表1に、ケアに関わることのできる人数を示す。

18時30分~19時で業務変更前は2人、1回目の業務変更後は、3人が関わるできるようになった。19時~19時30分では業務変更前は0人であった。しかし、業務変更1回目で1人増員し、2回目では2人が業務に従事できることとなった。

4 従来のケア群と手技を統一した群の比較

表2に、2月2日から3月4日までの期間における従来のケア群(以下「対照群」とする)と手技を統一したケア群(以下「実験群」とする)のケア方法の比較を示す。

対照群は、朝食前・16時に口腔内をソフトガーゼで拭き取りをし、日中は看護師がそれぞれの方法でケアを行っていた。

一方、実験群は、日中のケアに追加して、朝食前・19時にスポンジブラシでのブラッシングと拭き取りをした。食事がある患者に対しては、毎食後の歯磨き、スポンジブラシでのブラッシングを実施した。さらに、口腔内の乾燥および汚染が強い患者には、ケア前後に保湿剤を口腔内全体に塗布した。

ケアの評価はアセスメントシートを用いた。実験群の患者の口腔内を、ケアの前・中・後に観察を行

表3 対照群と実験群のケア方法の細菌数の変化

	患者氏名	経口摂取の有無	日付け／検出した細菌				
			2月2日、4日	2月10日	2月17日	2月23日	3月3日
対照群	A氏	無	MRSA(2+) 肺炎桿菌(2+) B群溶連菌(2+)	MRSA(1+) 肺炎桿菌(1+)	MRSA(1+) 肺炎桿菌(1+) B群溶連菌(1+)	MRSA(1+)	MRSA(1+) 肺炎桿菌(1+) B群溶連菌(1+)
	B氏	無	B群溶連菌(2+)	B群溶連菌(1+)	緑膿菌(1+)	緑膿菌(1+)	緑膿菌(1+)
	C氏	有	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
	D氏	有	(-)	(-)			
	E氏	無	(-)				
実験群	F氏	有	緑膿菌(1+) MRSA(1+)	(-)	(-)	(-)	(-)
	G氏	有	(-)	緑膿菌(1+) MRSA(1+)	(-)	(-)	MRSA(1+)
	H氏	有	B群溶連菌(1+)	緑膿菌(1+)	緑膿菌(3+) 肺炎桿菌(3+)	緑膿菌(1+) 肺炎桿菌(3+)	(-)
	I氏	有	(-)	(-)	MRSA(1+)	(-)	(-)
	J氏	有	(-)	(-)	(-)		

い、ケアに要した時間を測定し、患者の嚥下状態や精神状態の変化の観察を行った。そして、対照群・実験群の評価を数値で表し、患者個人に適切な方法・道具が使用されているかの評価を行ったが、実験期間中では、対照群と実験群に大きな数値の変化はみられなかった。

表3は、対照群と実験群の咽頭培養採取の結果を示す。実験群の5症例中1症例にのみ緑膿菌とMRSAの消失を認めた。

表3のF氏は、実験群で緑膿菌とMRSAが消失した。ケア当初は、舌苔や口腔内乾燥が著明に認められていた。ケア変更1週間後には舌苔や口腔内乾燥が消失し、6か月後も口腔内環境は清潔に維持されている。そして、当初は言葉が不明瞭であったが、ケア変更後、一時期は会話がスムーズとなり食事も自力で摂取できるまでになった。

5 看護師の意識調査の結果

ケア変更前後に、看護師へ計3回の意識調査を実施した。

図3は、ケアが得意・不得意に関する3回の調査結果を示す。ケア変更前は、口腔ケアが「得意である」看護師は4%であったが、6か月後は「得意になった」が66%で、「すごく得意になった」の10%と合わせると、「得意になった」が76%に達した。

ケアにかかる時間が短縮されたかについての2回の調査結果では、ケア変更2か月後は「短くなった」が70%、「すごく短くなった」が4%であり、6か月後は「短くなった」が86%、「すごく短くなった」が14%で全員が短くなったと答えた。

実際にケアに要した時間は、実験群5人では1回のケアに5～15分を要していた。これは、手技が不慣れなことと口腔内汚染が著明であったためである。

8月21日現在、ケアを行っている患者10人の測定値では、3～5分できるようになっている。これは、スタッフが継続してケアを行っていることで、開始前にみられた劣悪な口腔内環境の患者が認められなくなったからである。

ケア変更前に実施したケアで困難と感じていることの調査結果は、第1位は口を開けない、第2位は嘔吐反射が強い、第3位は協力が得られないであっ

図3 「口腔ケアは得意ですか？」

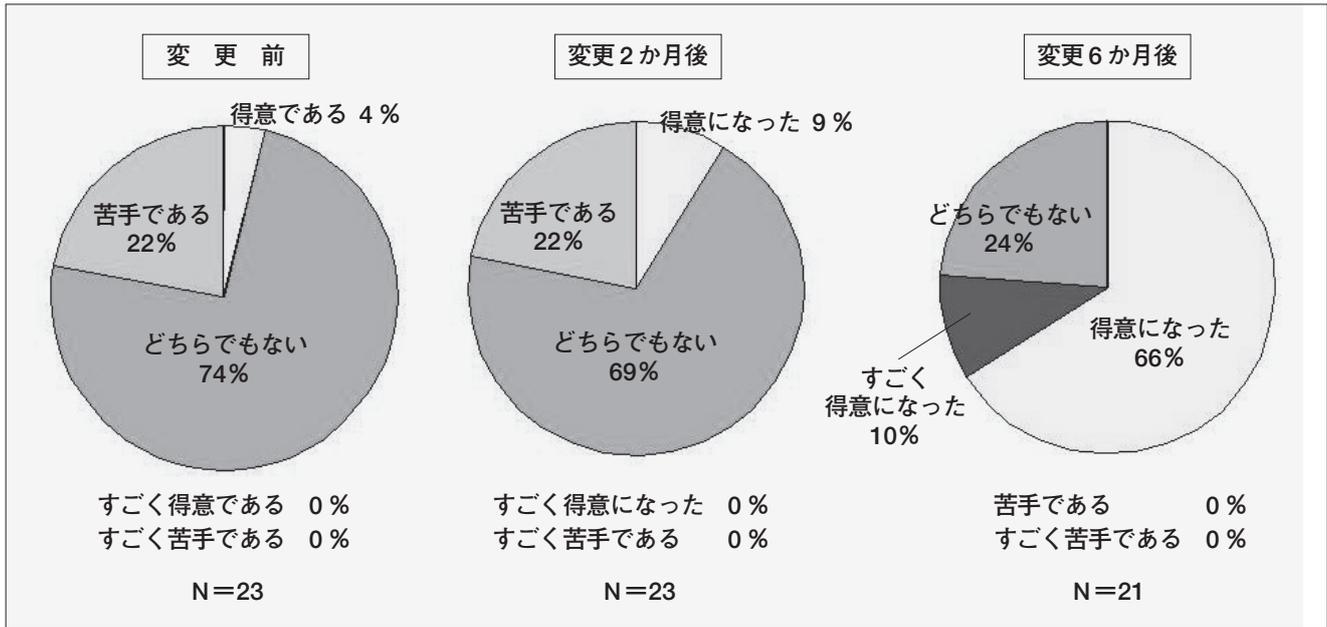
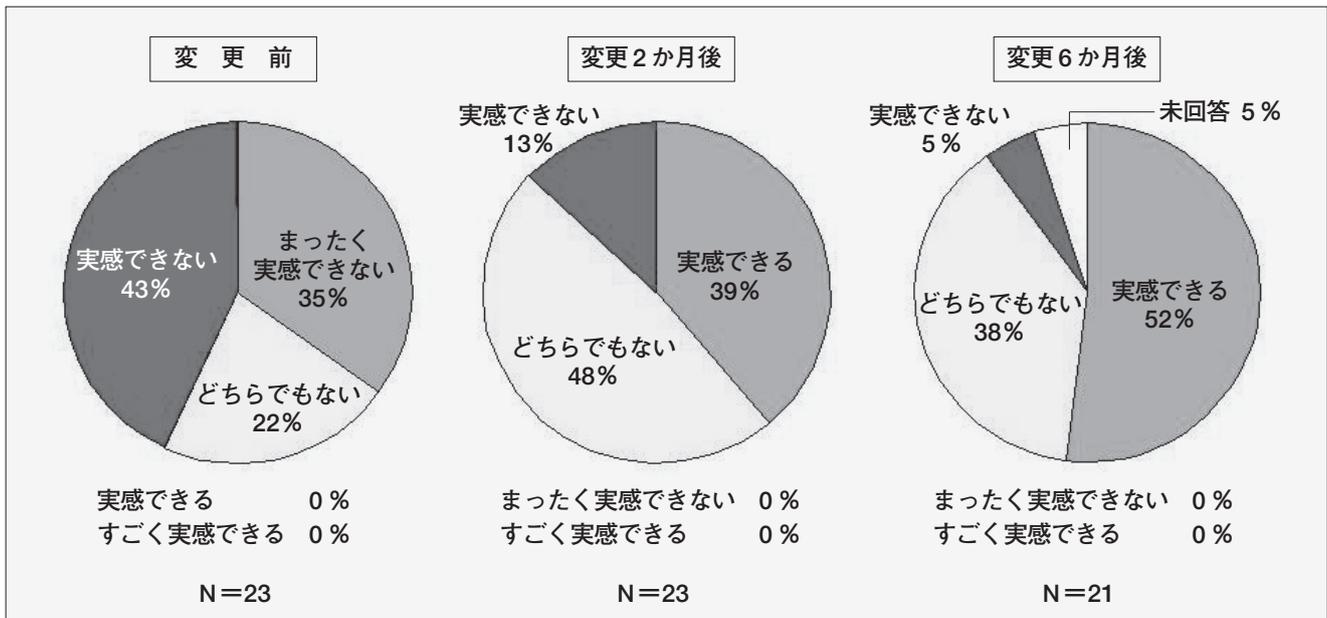


図4 「口腔ケアが誤嚥性肺炎を防止していると実感できますか？」



た。

患者の口の開け方の変化に関する2回の調査結果は、ケア変更2か月後は「よくなった」が70%、「すごくよくなった」が17%で、6か月後は「よくなった」が76%、「すごくよくなった」が14%であった。

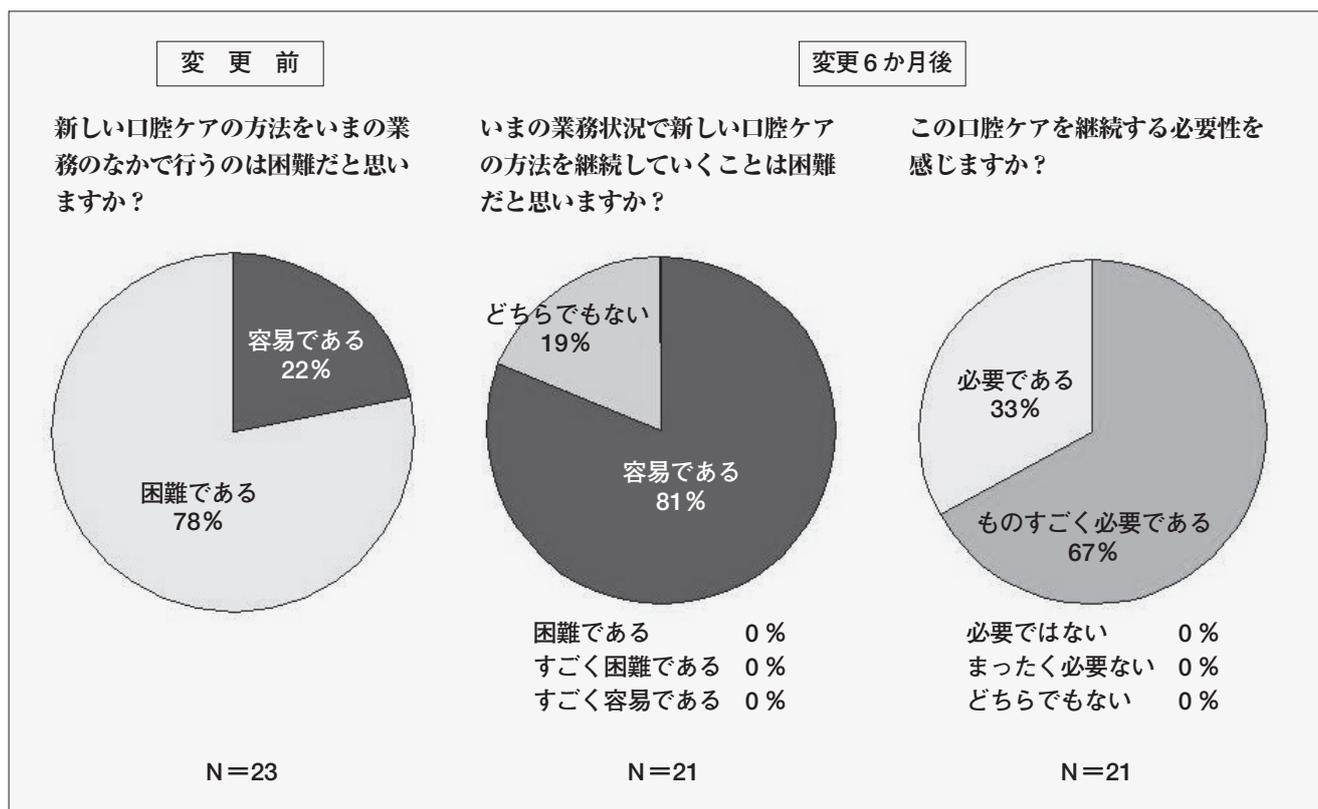
口腔内の清潔度の変化に関する2回の調査結果は、ケア変更2か月後は「よくなった」が53%、「すごくよくなった」が43%で、6か月後は「よくなった」

が10%、「すごくよくなった」が90%と増加した。

患者の表情・精神状態の変化に関する2回の調査結果は、2か月後は「よくなった」が65%、「すごくよくなった」が9%で、6か月後は「よくなった」が71%と増加し、「すごくよくなった」は10%とあまり変化を認めなかった。

誤嚥性肺炎の予防に関する3回の調査結果は、変更前は「実感できる」、「すごく実感できる」は0%

図5 「口腔ケアに対する意識変化」



であったが、変更2か月後は「実感できる」が39%に増え、6か月後は52%が「実感できる」と答えた(図4)。

業務に対する調査結果は、変更前は「統一した手技を業務に取り入れるのは困難である」と78%が答えている。しかし、2回の業務変更を行ったことで、6か月後の意識調査では「継続は容易である」と81%が答え、その継続の必要性を100%が認識している(図5)。

6 考察

ケアを統一した実験群の5症例中1症例は、口腔内細菌数の減少を認めたものの、患者の全身状態、薬剤投与の効果などを考えても「口腔ケア」というひとつの技術が「誤嚥性肺炎を防いでいる」ということに結びつけるのは困難であった。

しかし、口腔内環境が改善したことが看護師自身のよろこびとなり、自ら業務時間の見直しの申し出

があり、看護師のケアに対する姿勢は積極的な方向へと変化していった。

口腔ケアは看護ケアのなかで優先順位が低い。しかし、ケアを行うためにケアチームを立ち上げ勉強会を重ね、実際に患者の口腔内環境の改善を実感することで、スタッフ一人ひとりの意識の変化に結びつけることができた。

ケアを行うには必要物品を購入してもらう必要がある、家族の協力が不可欠となっている。家族からは、患者自身の口腔内環境が改善されたことに対してよろこびの声がある。そのことから、ケアの物品は負担とはなっていないと答えてくれる家族もいるが、継続していくためには安価な物品があればなおよいという意見ももらっている。継続してケアができるよう、少しでも負担が減るような工夫が今後の課題である。

エビデンスが確立されていない口腔ケアではあるが、ケアを行うにあたり「できない」と思い込むのではなく当院での可能な範囲で実践し継続していく

ことが大切であると実感している。

ケアが入院中だけでなく退院後も継続できるよう患者指導を行っている。そして、外来および訪問看護、他施設との連携を図り、さらに高齢者が多い地域性からも、広報紙を利用して誤嚥性肺炎を防止するための啓発活動を続けている。

7 おわりに

慣れ親しんだ従来の業務を変更するには不安や抵抗がある。しかし、今回の口腔ケアへの取り組みにおいては、ケアを実践することで、看護師一人ひとりが自信を持ち意識改革を起こした。意識が変わることで自主的に業務変更を行いケアが継続されてい

る。

看護の継続のためには、チームで取り組むことの重要性を改めて感じることでできた研究であった。

<参考文献>

- 1) 村松真澄：基礎から学ぶ，さまざまな患者への口腔ケア，ナーシング・トゥデイ 24(1)；18-51，2009.
- 2) 岸本裕充：口腔ケア，4つの新常識，エキスパートナース 23(7)；115-117，2007.
- 3) 岸本裕充：かんたん口腔ケア，メディカ出版 7-9，30-33，100-114.
- 4) 岸本裕充：誤嚥性肺炎と口腔ケア，看護技術 50(6)；20-24，2004-5.
- 5) 武田美幸：病棟における効果的な口腔ケアの確立，エキスパートナース 24(1)；144-148，2008.

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回学会から適用する。

第49回全国国保地域医療学会結果報告書

1. 会 期 平成21年10月2日(金)～3日(土)
2. 会 場 学会会場 仙台国際センター
交流会会場 江陽グランドホテル
3. 参加者 学 会 1,378名 (市民公開講座：一般市民 259名)
交流会 573名
4. メインテーマ 「地域包括医療・ケアの輝く未来へ」
～伊達の国から新たな歴史が始まる～

5. 学会内容

(1) 特別講演

演 題：「医療の品格」－地域医療を崩壊させないために
講 師：久道 茂 (宮城県対がん協会 会長)
司 会 者：富永 芳徳 (滋賀県：公立甲賀病院長)

(2) 国保直診開設者サミット

テ ー マ：「国保直診の役割と進むべき道」
司 会 者：北 良治 (北海道・奈井江町長)
青沼 孝徳 (宮城県・涌谷町町民医療福祉センター長)
助 言 者：伊藤 善典 (厚生労働省保険局国民健康保険課長)
辻 一郎 (東北大学大学院医学系研究学科教授)
発 言 者：藤本 昭夫 (大分県：姫島村長)
渡辺 政巳 (宮城県：丸森町長)
前沢 政次 (北海道大大学院医学研究科教授)
佐藤 元美 (岩手県：国保藤沢町民病院事業管理者兼院長)
特別発言者：新村 和哉 (厚生労働省医政局指導課長)

(3) シンポジウム

テ ー マ：「地域医療の輝く未来のために」
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)
松浦 尊磨 (兵庫県：甲南女子大学看護リハビリテーション学部教授)
助 言 者：宇都宮 啓 (厚生労働省老健局老人保健課長)
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)

小野 剛 (秋田県：横手市立大森病院長)
 赤木 重典 (京都府：京丹後市立久美浜病院副院長)
 新田 篤 (宮城県：涌谷町国保病院長)
 特別発言者：梶井 英治 (自治医科大学地域医療学教授)

(4) 市民公開講座

第1部 鼎談

テーマ：「あったかな医療をつくろう」

～子ども・おとな・高齢者の命を大切にする医療～

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)
 細谷 亮太 (東京都：聖路加国際病院副院長)
 鎌田 實 (長野県・諏訪中央病院名誉院長)

第2部 講演

演題：「夢はかならずかなう」

講師：舞の海 修平 (スポーツキャスター)

司会者：佐藤 悦郎 (宮城県：栗原市立若柳病院長)

(5) 会員宿題報告

演題：「へき地の包括医療・ケアを守り続けて」

報告者：押淵 徹 (長崎県：国保平戸市民病院長)

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 228題 (口演発表 90題、ポスター討論 138題)

1) 臨床	28題	2) 看護	48題
3) 薬剤	5題	4) 臨床検査	7題
5) 放射線	3題	6) 栄養管理	2題
7) リハビリ	15題	8) 歯科・口腔	9題
9) ボランティア	0題	10) 介護	0題
11) 在宅医療・ケア	12題	12) 診療施設の運営・管理	13題
13) 行政	2題	14) 施設内チーム医療	4題
15) 施設間連携	16題	16) 教育	7題
17) 保健事業	21題	18) 感染防御	8題
19) 安全管理	15題	20) ターミナルケア	2題
21) 患者サービス	5題	22) 情報開示・IT	0題
23) 医師、看護師の確保	2題	24) その他	4題

(7) 研究発表 ワークショップ 25題

- 1) 在宅医療ケア (施設間連携) ・ターミナルケアに関するもの 【7題】
- 2) 医師臨床研修制度～より良い地域医療 (地域包括ケア) 研修の実践 【6題】
- 3) 保健事業 (特定健診・特定保健指導) に関するもの 【6題】

4) 歯科・口腔に関するもの

【6題】

(8) ランチョンセミナー

1) 地域とともにおこなう高知県の地域医療教育

講師 阿波谷敏英 (高知大学医学部家庭医療学講座教授)

司会 廣畑 衛 (香川県：三豊総合病院組合保健医療福祉管理者)

2) 飽きっぽい私が長く田舎に留まる理由

～プロフェッショナル仕事の流儀では語らなかった地域包括ケアの楽しさ～

講師 中村 伸一 (福井県：おおい町国保名田庄診療所長)

司会 鎌田 實 (長野県：諏訪中央病院名誉院長)

3) 地域包括ケアを輝かせる栄養サポートシステムとは

講師 菅原 由至 (広島県：公立みつぎ総合病院外科部長)

司会 奥田 聖介 (京都府：京丹後市立久美浜病院長)

4) 介護予防における「口腔機能向上プログラム提供」の普及促進の効果的な手法に関する調査研究

講師 奥山 秀樹 (長野県：佐久市立国保浅間総合病院歯科口腔外科医長)

司会 三上 隆浩 (島根県：飯南町立飯南病院歯科口腔外科部長)

優秀研究選出委員会委員名簿

(平成22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/調査研究委員会委員長)
〃	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)
〃	濱口實(総務企画委員会委員)
〃	後藤忠雄(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)
〃	金丸吉昌(広報情報委員会委員長)
〃	赤木重典(地域医療・学術委員会委員長)
〃	奥山秀樹(歯科保健部会部会長)
〃	松浦尊磨(地域ケア委員会委員長)
〃	森安浩子(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13回（平成21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』づくりーパート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 鳥根県・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

- ・発表 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
- ・表彰 第49回全国国保地域医療学会 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ノ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
「特定検診・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・国保飛驒市民病院
「咀嚼・嚥下困難患者への取り組み」
- 【優秀】 田儀英昭 京都府・京丹后市立久美浜病院
「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回優秀研究表彰 研究論文集

平成22年10月

発行所 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 廣畑 衛
制作 株式会社厚生科学研究所
印刷所 中和印刷株式会社

