

第1回徳島県地域包括ケアシステム学会

学術集会プログラム・抄録集

The Japanese Journal of Tokushima Society of Community-based Integrated Care System

日時：2017年8月27日(日)

会場：徳島大学蔵本キャンパス 大塚講堂



大会長 徳島大学病院 永廣 信治
実行委員長 徳島大学大学院 白山 靖彦

目次

大会長挨拶	--- 1
開催概要・プログラム	--- 2
要項・会場案内	--- 4
講演抄録	---10
ポスター発表抄録	---22
団体・賛助会員紹介	---59
編集・発行	---60



—目指せ！ All Tokushima—

ご挨拶



第1回徳島県地域包括ケアシステム学会学術集会

大会長 永廣 信治（徳島大学病院長）

我が国の高齢化は、他国に類をみない速さで進行しています。そこで、厚生労働省は新たな施策として、「地域包括ケアシステム」の構築を推進しています。すなわち、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度の要介護状態となっても住みやすい地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される街づくりを目指しています。加えて、新オレンジプランを打ち出すなど認知症対策も喫緊の課題となっています。

徳島県におきましても、高齢化先進県として地域包括ケアシステム構築支援事業をはじめとする様々な事業や、市町村における地域支援事業など、活発な取り組みが行われています。しかし、これらの事業はトップダウン型の戦略であり、各事業所の代表者に及ぼす影響力は大きいものの、実際に医師・歯科医師、介護職員やリハビリテーション専門職、介護支援専門員、行政職員等のすべてに情報が行き渡るには相当な時間が必要となります。そこで、医科歯科や福祉及び行政等の現場で働く人々の抱えている問題点や成功例を共有できる場を提供することが急務と考え、関連する諸団体、協力者と連携し、本年3月に徳島大学・大学病院が中心となり、「徳島県地域包括ケアシステム学会」を設立、この度、第1回の学術集会を開催するに至りました。

県内・外の方々による活発なご議論、希少な成果発表を心よりご期待申し上げます。

開催概要

会期	2017年8月27日(日) 8:00-17:00時
参加費	参加費： <u>個人会員・一般参加者 1,000円</u> 学部学生 無料 *会員には当日入会することができます(年会費は無料)。
会場	徳島大学蔵本キャンパス 大塚講堂 〒770-8504 徳島県徳島市蔵本町 3-18-15 当日の緊急連絡先 070-6936-3998 (大会事務局長 白山 PHS)

参加者のみなさまへ

- ・プログラム・抄録集を配付いたします。
- ・ランチョンセミナーは、事前申込みが必要となっておりますのでご注意ください。お申込みの方は受付でランチョンセミナー券をお渡しします。
- ・駐車券が必要な場合は、受付で100円券をお渡しします。
- ・本学会では軽装(クールビズ)での参加を推奨しております。

演者のみなさまへ

- ・講演者(ポスター発表の方を除く)の方は、8月23日(水)までにパワーポイントファイルを事務局までお送りください。容量が大きい場合は「宅ファイル」などをご活用ください。
- ・発表形式は、OS Windows 10 Power Point 2013, 2016 です。
- ・発表する5分前までに次演者席にお越しください。
- ・PC操作は、発表者自身で行います。
- ・ポスター発表者は、P5-6を熟読してください。

懇親会参加のみなさまへ

- ・会場は、病院西病棟11F「Sora」で行います。
- ・原則、事前申込み方のみの参加となっています。
- ・会費は1,000円です。Sora前の受付で徴収します。
(お茶・軽食 *ノンアルコールとなっています)

展示業者のみなさまへ

- ・8月27日(日)当日の朝に必ず受付を済ませてください。
- ・前日の準備搬入は、26日(土)13-15時の間に行ってください。
- ・当日の準備搬入は、7:30時から可能です。直接展示場へ行ってください。
- ・電源の確保、延長コードなどは、業者の方で準備してください。
- ・机などの片付けは、事務局の指示に従って行ってください。

プログラム

大塚講堂

8:00 受付開始（1階 玄関）

9:00 大会長・来賓挨拶（大ホール）

9:15-9:30 特別講演（大ホール）

座長 木下病院 院長
(医師) 木下 成三

演者 徳島県保健福祉部 次長
(医師) 鎌村 好孝

「徳島県における地域包括ケアシステムの現状と課題」

9:35-10:35 シンポジウム 1 「那賀町における取組み」（大ホール）

座長 徳島県保健福祉部 次長
(医師) 鎌村 好孝

演者(1) 相生包括ケアセンター センター長
(医師) 濱田 邦美

演者(2) 那賀町地域包括支援センター 主任介護支援専門員
(社会福祉士) 湯浅 雅志

演者(3) 徳島県保健福祉部長寿いきがい課 主任主事
(社会福祉士) 寺西 彩

10:45-11:45 シンポジウム 2 「鳴門市における取組み」（大ホール）

座長 徳島大学大学院 教授
(保健師) 岩本 里織

演者(1) 徳島健祥会福祉専門学校 主査教員
(作業療法士) 岩佐 英志

演者(2) 徳島県鳴門病院医療福祉相談室 課長補佐
(認定社会福祉士) 郡 章人

演者(3) 鳴門市基幹型地域包括支援センター
(社会福祉士) 前谷 芳史

12:00-13:00

ランチョンセミナー（2階 小ホール）

座長 徳島大学大学院 教授
(社会福祉士) 白山 靖彦

演者(1) 徳島大学病院副院長 教授
(医師) 加藤 真介

「災害医療と地域包括ケアシステム
ーリハビリテーションの立場からー」

協賛：帝人ファーマ(株)

演者(2) 徳島大学大学院 教授
(歯科医師) 市川 哲雄

「地域包括ケアシステムにおける歯科の役割
ー感染症予防と QoL 向上のための口腔ケアの意義ー」

協賛：花王プロフェッショナル・サービス(株)

13:15-14:15

基調講演（大ホール）

座長 徳島大学病院長
(医師) 永廣 信治

演者 東京大学高齢社会総合研究機構 教授
(医師) 飯島 勝矢

「超高齢社会を見据えた未来医療予想図
ーフレイル予防から在宅ケアまでを俯瞰するー」

14:15-14:20

次期大会長挨拶（大ホール）

医療法人凌雲会 理事長
(医師) 稲次 正敬

14:30-15:45

ポスター発表・展示 (2階ホワイエ・ホール)

15:45-15:50

表彰・大会長閉会挨拶 (2階ホワイエ・ホール)

16:00-17:00

懇親会 (徳島大学病院西病棟 11階 レストラン Sora)

【ポスター演題発表者の皆様へ】

1. ポスター掲示

- 発表者は総合受付を済ませ、午前9時までに各自の演題タイトルが貼付されているパネルにポスターを掲示してください。（演題番号は抄録集に記載しております）。ただし、午前9時までに間に合わない場合は、事前に事務局までご連絡ください。
- ポスターを貼る押しピンは学会事務局で用意いたします。
- パネルに発表者を示すリボンを貼っておきますので、ポスター討論の時間中（14時30分～15時45分）は胸につけてください。
- ポスター討論の時間中は各自のポスターの前で待機し、参加者からの質問対応や説明を行ってください。
- ポスターは、閉会式・表彰終了後、速やかに撤去をお願いします。

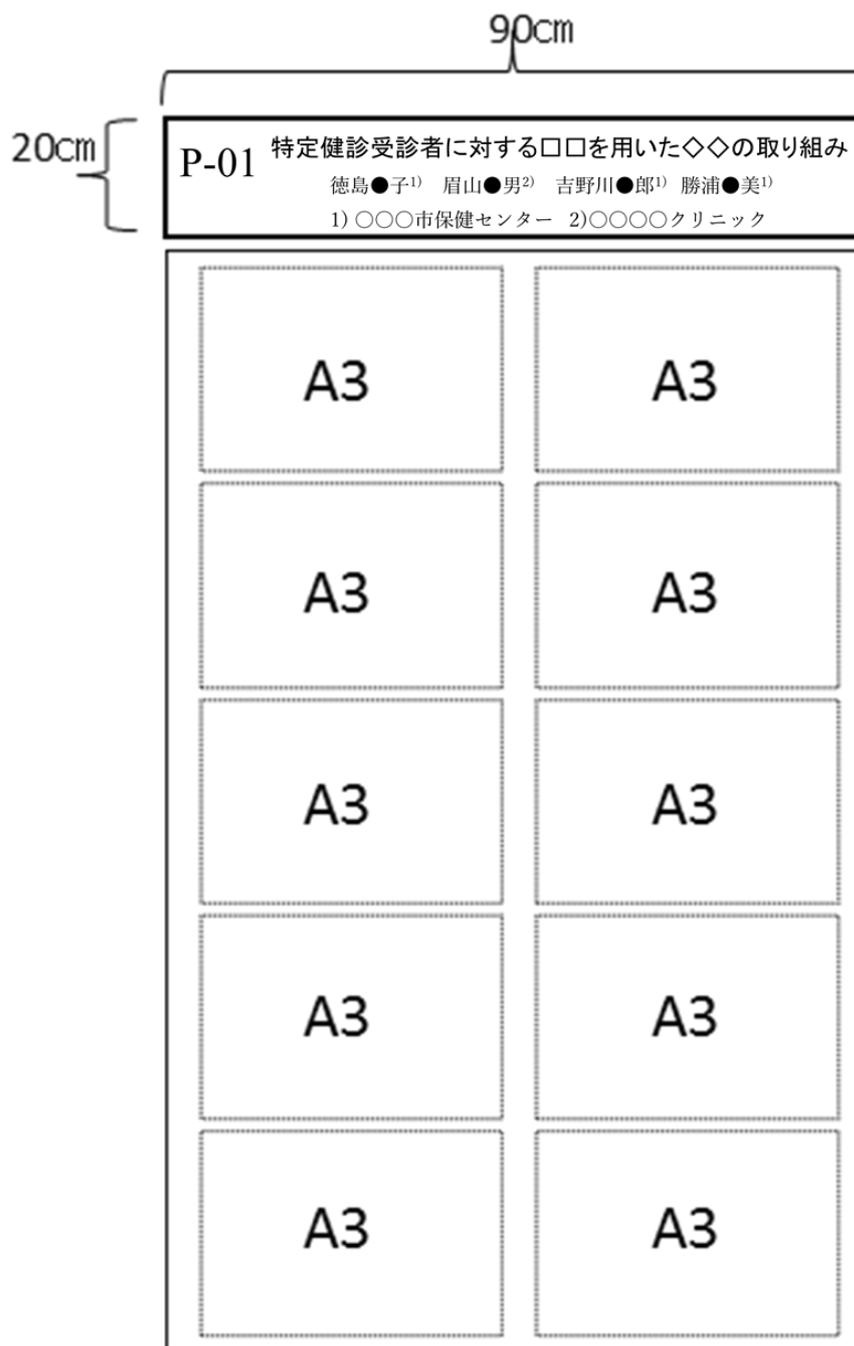
2. ポスターの形式

- パネルの大きさは縦 180 cm×横 120 cmです。次頁の見本を参照し、パネルに収まる大きさで作成してください。但し、見本は縦 180 cm×横 90 cmとなっています。
- 「演題番号」、「タイトル」、「発表者氏名」、「所属」を記載した縦 20 cm×横 90 cmの帯につきましては、事務局の方で作成し、事前にパネル上部に貼付しておきますので、各演者の皆様はそれ以外の部分をご準備ください。
- ポスターには目的・方法・結果・考察・結論・参考文献などの必要事項を簡潔にわかりやすく記載してください。なお、文字の大きさは自由ですが、2m離れたところからでも明確にわかるように作成してください。
- 個人情報の保護、研究倫理の遵守にもとづく文言を本文中に必ず明記してください。例「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に基づき、本研究を実施した」
- 応募演題の中から、特に優秀なポスターに対して大会長より表彰を実施します。

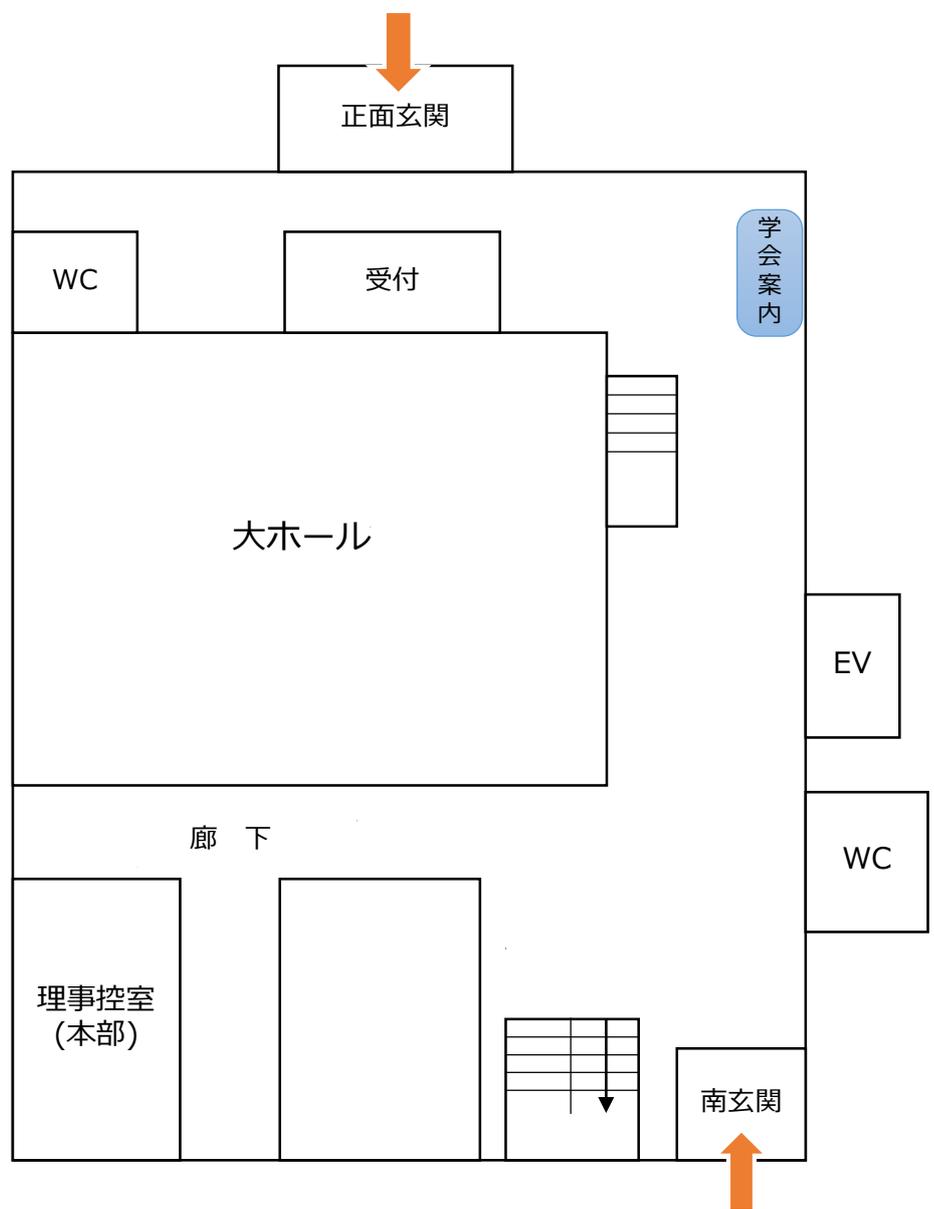
<ポスター見本>

※上部 20 cm×90 cmの帯につきましては事務局で準備いたします。

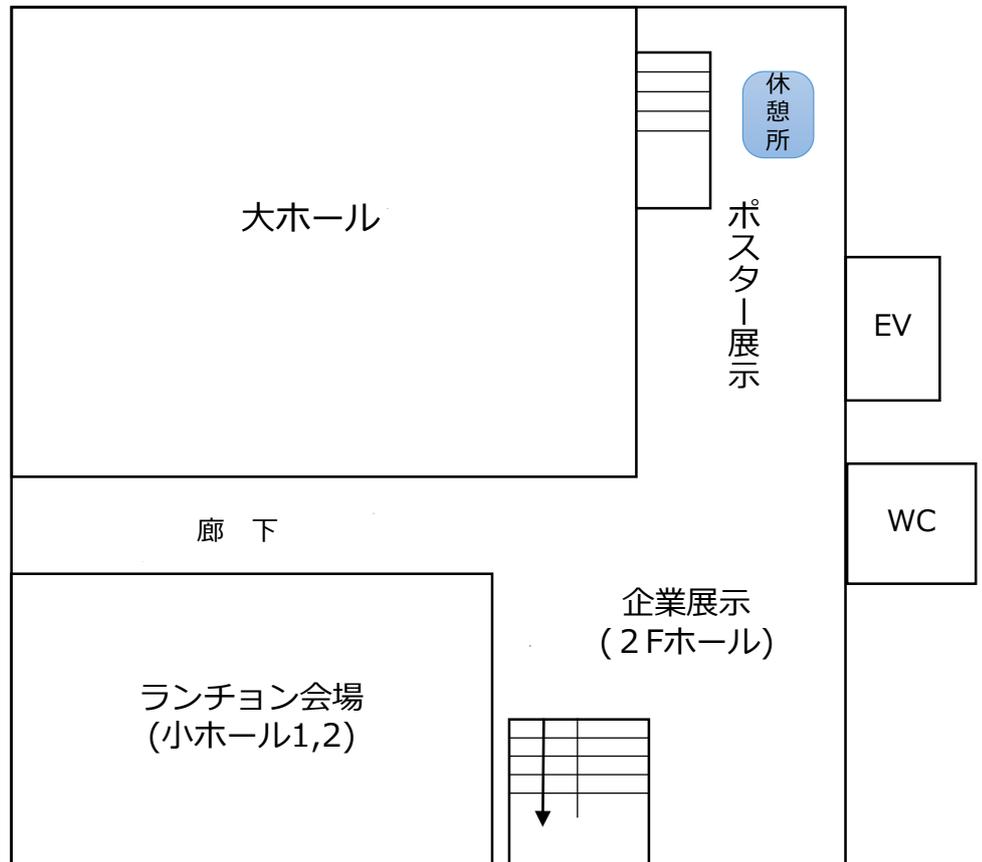
「タイトル」「発表者氏名」「所属」の部分を各自で準備される必要はございません
のでご注意ください！



大塚講堂
1F



大塚講堂
2F



懇親会 会場
休憩スペース
ルート案内図

＜懇親会会場＞
西病棟11階
レストランSora



＜休憩＞
医学基礎A棟 1F
大学生協くらし前イートスペース
* 当日の開錠は18:00まで

講演抄録

特別講演 会場：大ホール

座長 木下病院 院長 木下 成三

演者 徳島県保健福祉部 次長 鎌村 好孝

徳島県における地域包括ケアシステムの現状と課題

「地域包括ケアシステム」とは？ 私にとっては古くてなお新鮮に感じるこの言葉に、今回参加される皆様にとってもそれぞれに、考えや思いがあることと思います。これまでを少し振り返りつつ、全国国民健康保険診療施設協議会のホームページを見直してみました。「地域住民に対し、保健サービス（健康づくり）、医療サービス及び在宅ケア、リハビリテーション等の介護を含む福祉サービスを、関係者が連携、協力して、地域住民のニーズに応じて一体的、体系的に提供する仕組みです。すなわち、ソフト（事業）面では、その地域にある保健・医療・介護・福祉の関係者が連携してサービスを提供するものであり、ハード面では、そのために必要な施設が整備され、地域の保健・医療・介護・福祉の資源が連携、統合されて運営されていることです。」とあります。私自身、徳島県内の国保診療所で勤務していた20年以上前から既に（介護保険制度創設以前から）、この「地域包括ケア」の理念は関係者の間では浸透され、その実現のために、医療・保健・福祉・介護の連携・統合ということから、ソフト面での多職種連携・協働、そして地域住民・行政とも一体となって、ハード面での「地域包括ケアセンター」の実現・その展開が（私も同じく取り組み、目指した）、その一つの姿でした。まさに平成10年に開設された、旧相生町における「相生包括ケアセンター」が徳島県内では自治体単位での先駆け例だったのではないのでしょうか。

そして、厚生労働省のホームページ「地域包括ケアシステム」では、「厚生労働省においては、2025年（平成37年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進しています。」「地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。」とあります。医療・介護の連携を推進するためには、地元医師会や多職種・様々な団体・地域住民等との協働が不可欠であり、今まさに、徳島県内においても全市町村が主となって進めている「地域包括ケアシステム」構築においても大事な展開であり、大きな期待をしています。

シンポジウム1 会場：大ホール

「那賀町における取組み」 座長 徳島県保健福祉部 次長 鎌村 好孝

発表(1) 相生包括ケアセンター センター長 濱田 邦美

那賀町における地域包括ケアの取組み

那賀町における地域包括ケアの取組みについてご紹介致します。那賀町を構成する旧町、相生町時代からの取組みのお話になります。今から20年ほど前の相生町は深刻な医療危機状態にありました。無医状態になることもしばしばあり、急患が発生した時に右往左往する、最悪の場合には死亡診断書が書けないという大きな問題に直面していました。さらに、まだ核家族化が進行しきらず、在宅医療というニーズが今より多く散在していた当時、往診先でホームヘルパーや保健師と想定外に出くわすことがありました。手狭なスタッフ同士が、なお非効率なことをしているという無駄感という問題にも直面したわけです。

医療危機からの脱却と、保健医療福祉非連携の是正が喫緊の課題でした。しかし、課題解決は即座に行えません。まず取り組んだことは、保健師、ヘルパー、社協職員を呼び集めた情報交換会の開始でした。やがて横のつながりは密になり、各メンバーが常に肩を並べて仕事ができるシステムを切望するムードが漂い始めました。各位の熱意が熟した頃、365日24時間体制の有床診療所を核に、保健、医療、福祉を統合したハードウェアを作る計画を立案。それを具現化し、包括ケアセンターを開設しました。センターを基地に、医師のほか看護師、保健師、OT、PT、ヘルパー、介護福祉士等々からなるスタッフが、縦横の連携を密に常に情報共有をしながら、予防概念に軸足を置いて活動を展開しました。ただひたすら目の前にある課題に対して真摯に取り組むために作り上げたシステム、それが今で言う地域包括ケアシステムだったということです。

やがてその活動の成果として、各成人病死亡率の低下、医療費の高騰抑制、要介護認定率の低化、すなわち元気老人の増加に成功しました。さらに在宅看取り率も増え最期まで家で暮らせる率向上にも貢献できました。総じて、地域包括ケアの充足は住みやすいまちづくりに直結する、ということを証明しました。

以上の経験を通じて分かったこと、それは、良いまちづくりをするために不可欠ともいえる地域包括ケアシステムを充足させるためには、いくつかのポイントがある、ということ。まずニーズオリエンテッドであること、そしてソフトウェア先行である（ハードウェア先行でない）こと、さらには固定観念や制度などの枠にとらわれずに柔軟に行動すること。そしてもっとも重要なことは、地域包括ケアは、それを行うこと自体が目的ではなく、目的はあくまで地域の人々を幸せにすることで、システムづくりはその目的を達成するための手段にしか過ぎないということ。なんとなくトレンドに流されるのではなく、しっかりと地に足をつけた行動が肝要です。

那賀町における地域包括ケアシステムの進化

地域包括支援センターが創設された平成 18 年に那賀町では、既に地域包括ケアシステムが構築され、地域ケア会議が開催されてきました。しかし、それは一部地域に限定されており、多くは「個別の地域ケア会議」であり、開催場所も旧町村単位で、参加頻度や参加対象も異なっていました。

そこで平成 19 年度に行政担当課や社協等々で会議を重ね、標準的な地域ケア会議のルールや施策化していくための地域ケア推進会議（健康福祉検討会）を創設しました。

健康福祉検討会では、保健医療福祉の様々な地域課題を検討し、施策等に反映させています。健康福祉検討会で抽出された地域課題を例示すると、「必要な人に成年後見制度が利用できない」、「支援者の効果的なスキルアップの機会が少ない」、「孤独な介護者がいる」、「病院受診や買物への移動が困難である」、「認知症への偏見がある」などがありました。

これらは、個別のケースの積み上げから出てきた課題です。例えば、「認知症への偏見がある」が抽出される基となった個々のケースとして、「家族介護者の介護知識のないケース」、「行方不明になるケース」、「家族支援が希薄で近隣が心配しているケース」などがあり、認知症について正しく理解する機会を増やすことを目標とし、具体的な数値を掲げてきました。

1つの課題を解決すると新たな課題が見えてきます。実践現場の中で次から次へと様々な問題が出現しますが、それらの課題を解決するためのキーワードが見えてきました。

それは、「さらにネットワークが必要」ということです。「ネットワークがないから必要な人に必要な資源が届いてない。ネットワークがないから自分の才能や能力を発揮できない。ネットワークがないからより大きな問題に発展してしまっている。」などさらなるネットワーク構築が求められています。

これまで那賀町では、保健、医療、福祉、法律職等々の専門職や民生児童委員などの関係機関とのネットワークを構築してきましたが、さらに地域住民協働の網の目のようなネットワークを構築する必要性を感じています。

そうしたネットワーク構築に向けて、現在認知症対策を基盤に進めております。

那賀町における地域包括ケアシステムサポート事業の取組

わが国における高齢者人口は、2042年には3,900万人でピークを迎え、その後も75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想され、今後も医療や介護の需要が増加することが見込まれています。厚生労働省では、このような状況に対応するため、2025年を目途に「地域包括ケアシステムを構築」することを推進しています。全国よりも早く高齢化が進行している徳島県においては、全国より5年早く高齢者人口のピークを迎えることが想定されているため、2020年までには、県内全ての市町村において「地域包括ケアシステム」が構築されるよう、「地域包括ケア推進会議」をはじめとした「地域包括ケアシステム構築支援事業」等、市町村を支援する取組を加速化させているところです。その取組の中でも、今回は「徳島県地域包括ケアシステムサポート事業」における那賀町との関わりについて紹介いたします。

本事業は、市町村等に対し、地域包括ケアシステムの構築に必要な支援を行うとともに、県内の各関係機関に対し、その成果の普及を行うことで、県内における地域包括ケアシステム構築の推進を図ることを目的とした徳島県独自の事業です。那賀町は、平成27年度から本事業を活用し、「認知症対策」に特化した取組を行っています。具体的には、「認知症見守りネットワーク模擬訓練の実施」や認知症サポーターを積極的に養成する事業所への「表彰制度の創設」等、他の市町村に例のない取組を先進的に進めています。

県としては、こうした那賀町の取組への関わりを通じて見えてきた「地域包括ケアシステムが構築されるプロセス」や「必要となるエッセンス」について、他の地域の専門職の方々にも広く情報提供を行うことで、各市町村それぞれが強みを活かしながら、住民のニーズを解決できる仕組みづくりの支援に繋がりたいと考えています。

シンポジウム2 会場：大ホール

「鳴門市における取組み」 座長 徳島大学大学院 教授 岩本 里織

発表(1) 徳島健祥会福祉専門学校 主査・作業療法学科長

一般社団法人徳島県作業療法士会 会長

岩佐 英志

ー総合事業における通所・訪問型サービスCとサロンの育成ー

徳島県作業療法士会（当士会）は、平成28年度から鳴門市と通所型並びに訪問型サービスCの委託契約を結び、総合事業のサービスとして市内5カ所の地域包括支援センターと連携して事業展開をしている。この圏域をカバーするために、8名を基準とした担当チームを編成し対応している。所属施設には説明をした上で理解が得られた会員を選抜し、鳴門市での総合事業を展開している。

また、徳島県理学療法士会とも協力しての地域密着型のサロンの育成と合わせて通所型サービスCと訪問型サービスCを各地域包括支援センターごとで実施している。送迎サービスはなく、自分で通うことができる方への通所型、そしてサービス付き高齢者向け住宅なども含めた訪問型において、基本チェックリストでの抽出や要支援者においてサービス生活環境に密着した課題に対し作業療法士が介入することによって、具体的な生活課題の改善や行動範囲の拡大や社会参加を目的に取り組んでいる。

当士会がサービスを実施するためには、人材育成のための教育プログラム、定期的なチームカンファレンス、行政とのビジョンの共有と密な連携が不可欠である。職能団体として、行政・関係機関と一体となって地域住民の健康増進に向けたサービスを実施することの重要性をお伝えしたい。

発表(2) 徳島県鳴門病院 医療福祉相談室/地域医療連携室 MSW 郡 章人
(共同演者) MSW：井村洋平 服部百恵 林 春菜
看護師：溝淵理恵子 楠本和美

地域包括ケアに貢献する入退院支援と在宅療養支援の取り組み
～地域中核病院の機能を活かした仕組みづくり～

【目的】

地域包括ケアには、医療介護ニーズを抱えながらも住み慣れた自宅で生活を送りたいと願うクライアント（CL）を支える仕組みづくりが期待されている。当院では、地域の急性期病院の立場からその機能を活かし、自宅での療養生活を希望する CL ニーズを充足する支援環境の構築が必要と考え、取り組んできた。今回、この取り組みによって得られた成果と学びについて報告したい。

【方法】

SWOT 分析を用い、当院の強みを活かせる機会から中心事業を抽出。BSC を用い持続可能な取り組みを目指し、アクションプランを展開した。取り組みによる成果物と学びについて整理した。倫理的配慮は、取り組み及び公表について所属長の許可を得た。

【結果】

SWOT 分析の結果、当院の強み、弱み、地域に存在する機会、放置による脅威を整理できた。クロス分析を用い中心事業を立案。BSC を用いアクションプランを作成し、管理者の協力のもと院内外への働きかけをしながら取り組んだ。成果物として、在宅療養後方支援、ケアマネと病院との入退院連携、退院支援計画のフォーマットの院内運用等、CL と地域に提供できる仕組みを構築することができた。付帯効果では、在宅患者緊急入院診療加算、介護支援連携指導料、退院支援加算 1 の診療報酬の増収、また徳島県の助成金等、病院収益にもつながった。

【結論】

地域包括ケアシステムの推進には、CL ニーズの充足に向け、時には資源の開発や支援の仕組みづくりが期待される。その際、SWOT 分析と BSC を活用することは、その戦略自体をマネジメントする際にツールの一助に成り得ることの示唆を得られた。また、本実践を通し、CL ニーズを充足するために組織、地域への働きかけを行う際には、現状を分析する力（分析力）、更なる良き環境を目指して、強みと機会を最大限生かしたアクションプランをつくりあげる力（企画力）、それを実行するためのマネジメント力が求められる。

多職種協働による自立支援型の地域ケア会議について

【目的】

介護保険制度施行後 17 年を経過した現在も「サービス先行型」のケアプランが少なからず見られ、保険給付費増大の要因の一つと推察された。こうした状況の中、今まで以上に地域包括ケアシステム（以下、システム）を推進していく為の課題解決の一つの方法として「自立支援型ケア会議」の開催を検討した。会議の目的としては、①本来の自立支援に向けたサービス提供が適切に行われているのか検証する、②可能な限り在宅生活を継続できるように支援する、③計画作成者・サービス提供事業者（以下、支援者）の平準化・スキルアップの実現〈OJT の場〉である。

【方法】

対象：事業対象者、要支援 1・2、要介護 1 の認定者のうち、通所介護・訪問介護（介護予防含む）・福祉用具貸与・総合事業（通所型・訪問型）サービスのいずれかを利用開始し、1 ヶ月程度経過した者。

会議の流れ：支援者は会議で使用する様子を事前提出する。当日はサービスの実施内容等を説明し、歯科医師・理学療法士・作業療法士・管理栄養士・ケアプラン評価委員等から助言を受ける。

【結果】

多方面から助言を受けることで新たな課題の発見や支援の方策などが示され、本人・家族・支援者が早期に自立支援に向けて取り組めるようになった。また、必要に応じて他サービス利用の検討やサロンへの参加、自主訓練・インフォーマルサービス等の導入やこれまでの生活歴から本人の強みを活かした具体的な目標を設定することで本人の行動変容に繋がり、サービス終了〔卒業〕となるケースもあった。

【結論】

本会議は自立支援へ向けた取組みを支援者と共に考える個別課題の解決だけでなく、地域課題の抽出、政策提言の場としての機能も有する。一人ひとりが住み慣れた地域で、その人らしい生活を送れるようシステムを構築する事は本市でも急務であり、システム推進の為にも多職種協働による自立支援型の地域ケア会議は非常に有効であるといえる。

ランチョンセミナー 会場：2階小ホール

座長 徳島大学大学院 教授 白山 靖彦

演者(1) 徳島大学病院 リハビリテーション部部長 加藤真介
災害医療と地域包括ケアシステム -リハビリテーションの立場から-

大規模自然災害が頻発する日本において、「予防できる死」を防ぐための努力が続けられている。「予防できる死」の大きな原因となる避難所などでの生活不活発病への対応には、リハビリテーションの関与が重要である。

東日本大震災の経験から生まれた大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会(Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team: JRAT)は、被災者および現地スタッフのリハ支援を実施することを目的とし、公的連携を重視した地元(現地)主義、自立支援、業務として派遣、継続的かつ期間限定などを基本原則として体制を整えてきた。JRATが組織化されてはじめての大規模災害であった2016年の熊本地震では、前震直後から活動を開始し、34都道府県からのチームが3か月の間、現地で活動を繰り広げた。

南海トラフ巨大地震の危険に直面している徳島県では、全国で唯一、県が主導しリハビリテーション関連団体を集めた徳島災害時リハビリテーション協議会を設置し、受援体制整備を行っている。

活動は緒に就いたところであるが、災害時リハビリテーション体制は地域における障がい者、健康弱者を包括的にケアするシステムにほかならず、平時のケアシステムの充実が災害対策に直結することが明らかである。

演者(2) 徳島大学大学院 教授 市川哲雄
地域包括ケアシステムにおける歯科の役割
-感染症予防と QoL 向上のための口腔ケアの意義-

地域包括ケアシステムは、高齢者が住み慣れた地域で医療、介護、生活支援・介護予防を受けられるようなサービス体制を包括的に整備することにある。歯科の場合は、大学病院-歯科診療所-在宅歯科医療においてシームレスに歯科医療サービスを提供できる体制を整備するだけでなく、介護予防に深く関わっていると考える。高齢者がフレイル(虚弱)状態になる前には、歯科、口腔、食の問題が多発すると言われている。また、人としての尊厳を保つためには、口から栄養を取ること、口でコミュニケーションを取ることが大切である。口の機能が虚弱になった状態をオーラフレイルと呼び、この時点での早期の高齢者への介入が、フレイルへの進行を止め、介護予防につながることを期待されている。さらに、高齢者の死因の3位は肺炎であり、高齢者の嚥下機能と咳嗽反射機能の低下による肺炎が大きな要因となっている。このため、口の中を清潔にすること、口腔ケアの重要性が言われている。

本セミナーでは、地域包括ケアの中で、歯科治療ではなく歯科が果たせる介護予防支援の観点から、オーラフレイルはどういったものか、誤嚥性肺炎予防で言われる口腔ケアはどういったものかをわかりやすく解説する予定である。

基調講演 会場：大ホール

座長 徳島大学病院長 永廣 信治

演者 東京大学 高齢社会総合研究機構 教授 飯島 勝矢

超高齢社会を見据えた未来医療予想図 ―フレイル予防から在宅ケアまでを俯瞰する―

―講師略歴―

東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座講師，
米国スタンフォード大学医学部研究員を経て，
現在，東京大学高齢社会総合研究機構教授。

内閣府「一億総活躍国民会議」有識者民間議員にも就任。

専門は老年医学，老年学（ジェロントロジー：総合老年学），
専門研究分野として，

特に①フレイル予防の高齢者大規模コホート研究および包括的フレイル予

防プログラム構築．なかでも新概念「オーラルフレイル」を構築し，口腔機能の些細な低下を国民に啓
発する運動論とエビデンス構築，②千葉県柏市をフィールドとする課題解決型実証研究（アクションリ
サーチ）を基盤とした長寿社会に向けたまちづくり・地域包括ケアシステム構築，③在宅医療に関する
推進活動と臨床研究，およびその大学卒前教育や多職種連携教育。



―講演抄録―

超高齢社会に向かう中で，いかに自立状態を維持するかという健康増進～虚弱予防の視点，そして住み慣れた場所で過ごし，最期まで生き切るという地域包括ケアの視点，この2つは重要であると同時に「一連」でもある．2025年問題を取り上げ，議論を重ねてきた訳だが，今はすでに2040年問題にも課題が展開されている．この2040年に向けて多死時代になっていくというだけではなく，この時期には日本人死亡者数の6割強を85歳以上が占めることになる．そのような時代を目の前にして，1)在宅医療介護連携を軸とした安心ある在宅療養の確保とは，2)予防施策の改めでの打開，そして3)高額医療への適応・適正，等，課題は山積している．その山程ある課題に対して，マルチステークホルダーが一致団結して，まちぐるみでどのように取り組めるのか。

その中で，本日は特に「フレイル（Frailty：虚弱）」に焦点を当てながら話を進めたい．このフレイル及びその根底をなす筋肉減弱症（サルコペニア）という大きな問題があり，なかでも高齢者における食の安定性を改めて再考する必要がある．また，フレイル予防の視点から在宅療養までを俯瞰する形で，高齢者における『食力』というものに改めて再考すべき時が来ている．それを維持向上させるためには，従来の医歯薬～栄養連携の視点を今まで以上に強化するだけではなく，社会的側面からも含めた大局的な視点からアプローチすることが求められる．演者が仕掛けている大規模縦断追跡コホート調査の結果から，特にサルコペニアを軸とするフレイルの解析を行っていくと，早期の所見として社会性の低下や欠如，そして歯科口腔分野の軽微な機能低下や食の偏りも認められた．それを改めて『オーラルフレイル』として

新概念を打ち立てた。高齢者の食力を維持～向上させるために、今まで以上に総合的な機能論でこだわっていくと同時に、社会性の虚弱（ソーシャル・フレイル）も含めた「多面的なフレイルへの一連のアプローチ施策」を各職能ごとにどのように再認識するのが大きな鍵になる。また、多剤併用（ポリファーマシー）とフレイルへのリスクも新たなエビデンスとして見えてきた。高齢期において従来のメタボ予防概念（カロリー制限）から上手く切り替えさせ、「社会性・栄養（食と歯科口腔）・運動」という三位一体に対して、顕著なフレイルになる前から意識変容を促す活動を押し進めていくべきである。そこには、我々専門職の臨床診療における「プロフェッショナルとしてのこだわりと連携」に加え、自治体行政の横の連携、元気高齢市民の活力を真の担い手とする機運の醸成、さらにはコミュニティー（まさに生活の場に近いところ）での健康増進～予防～ケアまでの一連の受け皿（基盤）構築も必要不可欠なのであろう。すなわち、コミュニティーのリ・デザインを押し進める時が来ている中で、まさに『総合知によるまちづくり』そのものに着手できるかどうか、そして各専門職がどのように向き合うべきなのか、皆で考えたい。

ポスター演題抄録

重症心身障がい児と地域の関わりを求めて ～音楽療法を通して～

○齋藤 恵¹⁾ 清原直子¹⁾ 北 安妃¹⁾ 久田裕子¹⁾ 坂東恵加¹⁾ 上田文恵¹⁾ 土井大介¹⁾ 松下義雄¹⁾
稲次正敬²⁾ 湊 省²⁾ 稲次 圭²⁾ 稲次美樹子²⁾ 高田信二郎³⁾

1)社会福祉法人 凌雲福祉会 こどもリハスタジオメロディー

2)医療法人 凌雲会 稲次整形外科病院 診療部

3)独立行政法人 国立病院機構 徳島病院

【はじめに】

徳島県内で重症心身障がい児を対象とした通所事業所は少なく、これまで板野郡内にはなかった。平成28年4月にこどもリハスタジオメロディーを開設し、機能訓練や療育をしながら障がい児と向き合ってきた。特にミュージックケアと呼ばれる音楽療法を中心に展開し、音楽をきっかけに地域での交流を広げることができた。そのような経験の中で、障がい者（児）も高齢者と同様に地域の中で支え合っていく必要性を感じたので報告する。

【利用者内訳】

身障手帳1級-15名、2級-1名、療育手帳A1-11名、A2-2名、B2-1名。平均年齢8.5±4.8歳。

【活動内容】

ミュージックケアは個々に興味のある音刺激を入れることにより、それに対する表現を引き出すことを目的とする。重症児も音楽を聴いて笑顔を見せたり、手足の活動が増えたり、発声したりと自分なりの表現を見せるようになる。当事業所ではこのミュージックケアを中心に、療育・機能訓練を展開している。それをきっかけに、クラシック演奏会、個人でのピアノ演奏会等の地域ボランティアが来てくれるようになった。ボランティアの方々のみならず、保護者も我が子の反応や表出を見て、音楽の効果に驚いていた。

【考察】

重症児の保護者は24時間、365日介護をしている。自宅から1時間以上かけてリハビリや病院受診をし、ショートステイは2か所の病院でしか受け入れがない。自分は病気もできないと話す。今後この大きな課題を解決するための第一歩として、この現状を多くの人に知ってもらいたい。音楽という力を借りて、普段なら来てももらえないような方、関わりのない方に知ってもらえる機会を持つことができた。今後も、高齢者と同様に障がい児とその保護者を支えていくために、地域の力が必要だということを、音楽を通して訴えていきたい。

興味関心チェックリストから見えた訪問リハ利用者の希望

○竹内陽子¹⁾ 高岡光弘¹⁾ 稲次正敬²⁾ 湊 省²⁾ 稲次 圭²⁾ 稲次美樹子²⁾ 高田信二郎³⁾

1)医療法人 凌雲会 老人保健施設昴 訪問リハビリテーション部

2)医療法人 凌雲会 稲次整形外科病院 診療部

3)独立行政法人 国立病院機構 徳島病院

【目的】

訪問リハでは活動と参加に焦点を当てたアプローチが重要視されている。利用者の「生きがいとなる」活動の支援に繋げる為、興味関心チェックリストを55人に実施した結果、半数以上が屋外での活動に興味を持っている事がわかった。今回は、HTLV-1 関連脊椎症、くも膜下出血を呈した60代女性の映画に行きたいという希望に対しての取り組みを報告する。

【方法】

一人で外出する為の移動手段をバスと夫の送迎とし、バス会社へ介助依頼、バス停や外出先の下見をし外出計画を立てた。外出訓練ではバスの乗降、介助なしでの車椅子移動、トイレ動作を中心に実施した。今回の発表はご本人、ご家族に対し発表の趣旨を十分に説明し同意を得た。

【結果】

外出後は、反省点や失敗への対処法など外出手順やバス会社への連絡手順を作成し、徐々に段階付けて一人で外出計画や連絡、乗車が可能となった。しかし、毎回バス乗降時間や周囲の反応を気にされ、乗降介助の不安があった。対策として乗降時間短縮の為に利用する時間帯を配慮し、乗降手順を外出時に再確認、身障手帳提示や料金支払いの迅速な対応を行った。そして、運転手に写真で介助法を提示し、バス会社へ介助法の申し送りを行った。外出訓練後は、自主訓練を開始、パソコンでの情報検索と行動変容が見られた。そして、外出頻度も増加、外出に対しての満足度も向上し心境の変化が見られた。

【結論】

今回は楽しみや生きがいから生活意欲の湧く目標設定ができ、成功体験を繰り返したことで自信や生活意欲の向上に繋がったと考える。ときに本人自身やりたいことが明確でなかったり、表面的な問診や推察では的外れな目標設定となってしまう事がある。興味関心チェックリストを活用することで新たな希望が見出だすことができた。

訪問リハ利用者における巨大地震発災時の避難意識調査と避難訓練の意義に関する検討

○岩佐 学¹⁾ 直江 貢¹⁾ 柳澤幸夫²⁾

1)医療法人久仁会 鳴門山上病院

2)徳島文理大学

【はじめに】

訪問セラピストは平時より巨大地震発生時の生活ニーズとリスクを把握し、発災時を想定した対策を講じておくことが肝要であり、中でも利用者の心身生活機能に対応した避難方法の検討と訓練は初動対応として重要な位置を占める。

【対象と方法】

当事業所の利用者 51 名を対象とし、巨大地震発生時における避難の意志や避難方法に関するアンケート調査を実施した。加えて、同意を得られた利用者に対して避難訓練を実施し避難行動に対する意識を聴取した。尚、本調査はヘルシンキ宣言に沿って実施したものである。

【結果】

避難勧告発令時に避難すると答えた者は 35 名で全体の約 68.6%であり、疾患や介護度による意識の差は無く、避難方法の内訳は徒歩が約 45.7%、自動車が 28.6%、車椅子が約 25.7%であった。

一方、避難するか分からないが 5 名、避難しないが 11 名であった。次に、地域の避難場所の理解について、自宅から一番近い避難場所を知っている者は 43 名、避難場所を知らない者が 8 名であり、知っているが行ったことがない者が 13 名であった。

同意を得て避難訓練を実施した利用者は 25 名であり、事前のアンケートで避難しない、又は分からないと答えた 16 名の内、避難訓練後に避難すると意識の変化を認めた者が 9 名であった。

【考察】

在宅要介護者の防災訓練への参加率の低さが指摘されているなか、災害から身を守る為には、地域の防災訓練等の行事に参加し、平時から近隣との関係を築いておくことをはじめとした諸種の対策を講じる事が喫緊の課題である。今回、訪問リハ提供時に避難訓練を実施する事により、利用者の避難意識に変化が認められたことから、利用者を取り巻く人的環境や住環境等に則した実効性のある避難支援を目的に避難訓練を実施することは、適切な初動対応に備える観点から意義深い取り組みであると考えられる。

円滑な訪問歯科診療を進めるための取り組み～訪問歯科診療に関するアンケート調査報告～

○河野美枝子¹⁾ 竹内眞由美¹⁾ 今川眞由美¹⁾ 石井容子¹⁾ 伊井由美子¹⁾ 佐藤富子¹⁾
山口貴功²⁾ 秋田豊人²⁾ 笠原信治²⁾ 大井啓司²⁾

1)徳島県歯科医師会在宅歯科医療連携室 歯科衛生士

2)徳島県歯科医師会

【目的】

在宅歯科診療連携室（以下連携室）は2011年4月より訪問歯科診療の窓口として多職種と連携をとり運営している。今回、連携室より訪問診療を依頼し協力していただいた診療所において診療するにあたり困りごとはなかったか、アンケート調査を実施し今後の連携室の課題を検討したので報告する。

【対象と方法】

2011年4月～2016年3月末の5年間で連携室より訪問依頼した県内118診療所を対象にアンケートを郵送、9項目にわたり調査を実施、無記名による返信とした。

【結果】

対象者118診療所のうち、アンケートに回答したのは76件（回収率64%）で回答者の全員が徳島県歯科医師会会員であった。“診療時に連携室からの患者情報の不足はなかった”が93%，“連携室からの患者紹介後に連携室を通さず直接診療所に訪問依頼があった”が75%、そのうち3回以上の依頼があったのは39%であった。“訪問するにあたり多職種と連絡をとった”が73%、年4回発行している連携室だよりの活用については“毎回目を通して”が64%であった。今後、訪問歯科診療を推進するための意見は記述式で19件あり、訪問診療の周知や啓発活動する必要がある、保険請求のマニュアルがほしい、訪問機材の整備と貸し出しの受け渡しが不便である。また連携室に対する要望については4件あり、医療連携する歯科医師以外の職種に広報をしてほしい、歯科衛生士の退職で歯科衛生士のみでの訪問が困難になった際にフォローしてほしい、訪問するにあたり家族の協力度や駐車場の有無も知りたい等の意見があり、検討する具体的な課題となった。

【結論】

超高齢社会を迎え、在宅・病院・介護施設で口腔に何らかのトラブルを抱えている患者は多く同事業は多職種との連携が必須である。訪問協力歯科診療所は訪問診療に対し前向きに取り組んでいることがわかった。連携室は円滑な診療を実施するためのガイドであると考える。

**終末期を在宅で過ごすためにがん患者の価値を見出す看護支援の実際
～3事例の終末期を在宅で過ごした看護援助の分析より～**

○森 美樹 長楽雅仁 郡 章人
地方独立行政法人徳島県鳴門病院

【目的】

終末期を住み慣れた家で過ごすために、がん患者の価値を見出す看護支援について明らかにする

【方法】

対象は A 訪問看護ステーションを利用し、研究の目的に同意を得られた療養者とした。看護の実践を振り返り、①患者の言葉や行動の状況 ②看護師の考えや判断 ③看護師の言葉や行動 ④患者の反応や行動の 4 項目について資料を収集、看護援助の解釈や評価をおこない、患者の変化や反応と看護援助との関連性を明確にし、終末期を家で過ごすための患者の価値を強める援助方法のポイントを抽出する。この研究は徳島県鳴門病院倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

【結果と考察】

分析の結果、5つの看護支援が抽出された。訪問看護師は、対象者が住み慣れた家で【感情の表出をおこない生理的欲求を満たす】事ができるように【歩んできた人生について回顧し肯定的に受け止め、自己の存在について気づける支援】を実践し、【苦痛を乗り越えられる事と信じる】事に結びついていた。【苦痛についてアセスメントを行い症状緩和に導く】実質的な患者の基本的・本能的ニーズに結びつく。さらに高次の階層として【自律の支援に向け、他者との関係性を調整する】と安心・安全で健康な体を維持したいと欲求と社会から認められるという自己承認の欲求を満たせるよう支援を行っていた。がん患者が住み慣れた家で人生の最期において、自分らしく誇りをもって、今まで歩んできた人生を終えることができるために信頼できる医療者に要求を示しており、訪問看護師は最期まで生きる力を強めるためにがん患者を信じ、要求に近づけるよう努力することが重要であると示唆された。

【結論】

終末期を家で過ごすためにがん患者の価値を見出す看護支援として、患者の生きる力を医療者が信じ、他者の力を借りながら、自己の存在に気づける関りを行っていた。

医療ソーシャルワーカーが地域包括ケアシステムにおいて果たす役割－医療同意を例に

○宮原和沙

徳島文理大学保健福祉学部人間福祉学科

【目的】

日本の高齢化は世界に例をみない速さで進んでおり、今後、益々国民の医療や介護の需要は増加することは明確である。このような中、厚生労働省が地域包括ケアシステム構築を推奨していることは多くの者が知るところである。しかし、地域包括ケアシステムを構築するプロセスでいくつかの課題が存在し、本研究ではその中の一つである医療同意について採り上げ、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）の果たす役割について考察し、よりよい支援へと繋げていくことを目的とする。

【方法】

本研究は文献研究である。文献と報告書等を基に医療同意について整理し、地域包括ケアシステムにおけるMSWの支援のあり方等について考察した。なお、倫理的配慮としては、本研究は文献と報告書等を使用しており、個人情報法保護法や私的尊厳を脅かすものではない。

【結果】

成年後見制度では、被後見人の「医療を受ける権利」は必ずしも保障されているとはいえない。なぜなら後見人に医的侵襲を伴う医療行為についての同意権はなく、医療同意が関係する事柄では大きな壁となっている。これまで法学等の分野において、後見人等に医療行為の同意権を付与すべきかどうかという提案等が行われているが、未だ実現はされていない。また、MSWはこの医療同意に関する課題に業務上ぶつかることもある。しかし、地域包括ケアシステムの構築を視野に入れ、一人ひとりの国民が自分らしく地域で可能な生活できるように医師をはじめ多職種連携を図り、よりよい支援を行うことが職責である。

【結論】

地域包括ケアシステム構築のプロセスにおいて、誰もが人間の尊厳を最大限に尊重され、必要な時に適切な支援が受けられる体制が求められ、その一つとして後見人等に医療行為の同意権を付与すること等、法整備が求められる。しかし、法整備が難しいのであれば、一県のみであっても、早急に何らかの対策を打ち出し、実施すべきである。

地域包括ケアシステムにおけるつるぎ町立半田病院の取り組み

○久保田淳子¹⁾ 須藤泰史¹⁾ 長尾春美²⁾ 柳澤真佐美¹⁾ 徳川恵理¹⁾ 齊藤真一郎¹⁾ 折目慎一¹⁾
佐藤佳孝³⁾

つるぎ町立半田病院 1)地域包括ケア室 2)看護部 3)リハビリテーション科

【概要】

つるぎ町立半田病院は、徳島県西部医療圏の中核病院の1つである。設置主体はつるぎ町で、平成29年4月1日現在（国勢調査）、つるぎ町の総人口は8471人、65歳以上の高齢者は3797人（高齢化率44.8%）である。当院では“安心と信頼、そして地域と共に歩む”を理念に掲げ、地域に根ざした医療が提供できるよう努力している。

平成28年2月から地域包括ケア病床の運用を開始している。また、平成28年6月1日より当院においてつるぎ町内の病院、診療所、歯科、調剤薬局などの医療関連機関をはじめ医療、介護に係る行政機関や居住施設、訪問看護施設、介護サービス施設などの25施設の関係者が集い、つるぎ町地域包括ケア会議を立ち上げた。本会議は各機関との連携を図ることを目的に“顔の見える関係づくり”を進め、3ヶ月に1回のペースで開催している。第1回目は立ち上げの会と当院に入院していた患者のケアプロセスを元に、全体で意見交換を行った。第2回目は、つるぎ町役場や社会福祉協議会などの行政各部の役割を説明していただき、つるぎ町地域包括支援センターより出された自立生活困難事例について、参加者で意見交換を行った。

しかし、全体討議では意見が出にくいため、第3回目、第4回目はKJ法によるグループワークに変更しておこなっている。つるぎ町社会福祉協議会から事例（病院への受診を拒む高齢者等）を挙げていただき、本会議を重ねる毎に参加者からの意見が多くなっている。また、参加人数が増え“顔の見える関係づくり”の基盤ができつつある。

本会議は参加施設の協力を得て、つるぎ町地域の課題解決能力の向上に取り組む場となりつつある。今後も試行錯誤しながら継続することが大事である。

【倫理的配慮】

画像などで個人が特定されないよう配慮し、当院の倫理委員会で承諾を得た。

地域における意思決定支援の構築の取り組みについて

○大森和幸

東徳島医療センター

【目的】

厚生労働省が「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を提示した。「クライアントの自己決定」を援助するソーシャルワーカーとして「患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療体制」を地域で連携し、行政、住民へどのように展開したかを報告したい。

【方法】

「人生の最終段階における医療体制整備事業」を採択された稲次整形外科病院、「在宅医療・介護連携推進事業」を展開する板野郡医師会、在宅医療ネットワーク構築支援事業を採択された東徳島医療センターが、東徳島地域医療連携協議会にて当該内容を提起した講演会を開催し医療・介護・福祉・行政関係者へ啓発を行った。以降、医師、保健師、看護師、ケアマネジャー、事務員、社会福祉士等の多職種の有志を募り、ワーキンググループを発足し、計7回のワーキング、計2回の地域住民への啓発活動等を新聞、テレビニュース、町広報誌などを用いて幅広く啓発活動を行った。

【結果】

- ・郡内での「人生の最終段階の医療における意思決定」の支援を行うためのアドバンス・ケア・プランニングのパンフレット、事前指定書を統一書式として作成することができた。
- ・地域住民を対象とした講演会の中で「意思決定支援」および「統一書式」についての説明会を開催するなど地域住民への啓発活動ができた。
- ・ワーキンググループの取り組みから、複数の医療機関や介護サービス事業所で「意思決定支援」の取り組みについて考えるきっかけとなった。

【結論】

「人生の最終段階の医療における意思決定」を支援する体制を構築するために、関係機関が集まり、それぞれの専門性、立場をもとに地域を巻き込んだ熱い「議論」をすることは不可欠である。この議論から「意思決定」を支援するための体制には何が必要か、個々人の「意識変化」を地域・行政をとおして促進していくことも必要であることがわかった。

高次脳機能障害者の復職支援のあり方

○上川 毅 山本幸司 西来亜美

かがわ総合リハビリテーション成人支援施設

【はじめに】

当施設では障害者総合支援法の自立訓練と就労移行支援を提供している。自主訓練の利用者の平均年齢は50歳代前半で、約80%は脳血管障害と脳挫傷で占められる。会社や家庭で何らかの主要な役割を担っている働き盛りの年代で会社を休職中の者も多く見られる。

利用者は、早ければ発症後半年から8か月後には施設での社会リハビリテーションを開始している。今回、当施設の自立訓練と就労移行支援を利用して復職を果たした脳血管障害の事例をとおして、障害者へのサービス提供のあり方を検討したので報告する。

【対象および方法】

事例については、この発表にあたり、当事者および家族から了解をいただいた。

対象のリハビリテーション歴および各種評価結果を基にニーズおよび経過と結果について検討した。

【結果】

本人から出されたニーズは、以下のとおりであった。

- ① 単身生活とそれに必要なADLの自立
- ② 自動車運転再開支援
- ③ 復職

【考察】

1) 体験による気づきと満足感

本人より出されたニーズに従って具体的な計画を立て、トレーニングを行い、結果を一緒に確認しながらフィードバックを行った。このことにより体験による気づきが得られ、全てのニーズが必ずしも達成できた訳ではないものの、満足感や納得感は得られたと思える。

2) ニーズからサービスを考える

中途障害者である高次脳機能障害者への支援を考える時、多くの復職ニーズがあることは容易に想像できる。既存のサービスに当てはめていく方法だけではなく、ニーズからサービスを考えていくことの重要性を再認識させられた。

3) ライフステージに合わせたサービス

第二号被保険者へのサービス提供には復職や再就職を視野に入れておくことや、それに伴う自動車運転などの支援も併せて行うことが必要である。

在宅歯科医療を担う歯科専門職の養成セミナー参加者の現状と意識調査

○石川ひさ子^{1,2)} 藤原妙子²⁾ 十川悠香^{2,3)} 北條康子^{2,4)} 河野美枝子²⁾ 吉岡昌美⁵⁾ 笠原信治⁶⁾
佐藤修斎⁶⁾ 森 秀司⁶⁾

- 1) 徳島県歯科医師会 老人保健施設等巡回歯科診療所
- 2) 徳島県歯科衛生士会
- 3) 徳島文理大学保健福祉学部口腔保健学科
- 4) 徳島県立中央病院 歯科口腔外科
- 5) 徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔保健福祉学分野
- 6) 徳島県歯科医師会

【目的】

近年、在宅で高度医療を受ける高齢者、独居や老老介護など在宅においての歯科医療の需要が増加している。我々は、平成26年度から徳島県歯科医師会と徳島県歯科衛生士会の共催により、訪問歯科診療に関するセミナーを行ってきた。本研究では、セミナー参加者を対象にアンケート調査を行い、在宅歯科医療を担う歯科専門職の現状と意識を明らかにすることを目的とした。

【対象および方法】

平成27、28年度に開催した養成セミナー（講義と実技セミナー含む）の参加者を対象としてアンケート調査を実施した。アンケート項目は、養成セミナーに対する満足度、研修内容に対する希望、訪問口腔ケアの実施状況などであった。平成28年度には、前年度も受講した41名に対して前年度の受講後具体的にみられた行動や意識の変化について自由回答してもらった。これらの集計結果から、訪問歯科診療を担う歯科専門職のニーズを明らかにしてサポートするための方策について検討した。

【結果および考察】

訪問口腔ケアは、平成27年度は123名中68名（55.3%）、平成28年度は148名中91名（61.9%）が実施していた。研修の満足度については、全体の97.4%が「役立つ情報が得られた」と回答した。研修内容については、口腔機能の向上を目的とした訓練や実際の症例を挙げた研修の要望が多く、日常業務で口腔機能が低下した患者に対応する場面が増加していると考えられた。受講後の変化については、半数以上が「変化があった」と回答し、「研修会に参加する機会が増えた」「疾患について調べるようになった」など実際に行動に移した様子が伺えた。

【結論】

アンケート調査の結果、本養成セミナーが知識の習得のみならず実際の業務に前向きに取り組む姿勢をサポートすることに有効であることが確認できた。今後とも参加者のニーズを把握しつつ、日常業務に即した研修を提供していきたいと考える。

徳島県スモン検診における多職種による相談会開催の意義

○高橋美和¹⁾ 佐藤裕美²⁾ 浦山奈々¹⁾ 小原千暖¹⁾ 細川絵理香¹⁾ 井上真理子¹⁾ 向山結唯¹⁾
岡本和之¹⁾ 新開百合¹⁾ 榎内敬子³⁾ 郡 章人⁴⁾ 島 治伸⁵⁾ 乾 俊夫¹⁾ 松家 豊¹⁾ 三ツ井貴夫¹⁾

1)国立病院機構徳島病院

2)徳島県東部保健福祉局

3)徳島大学病院医療支援課

4)徳島県鳴門病院福祉相談室

5)徳島文理大学心理学科

【目的】

平成 28 年度徳島県スモン検診は検診と同時に多職種が協力し、相談活動を実施した。医師・看護師・理学療法士・臨床心理士・社会福祉士が、検診に参加した被検診者のアンケートを通し示唆を得たので報告したい。

【方法】

対象者は平成 28 年度徳島県スモン集団検診に参加した 70 歳～98 歳の男女 24 名。検診と同時に多職種による相談会を実施した。被検診者に事前に質問用紙を送付して得た回答結果と、検診終了後のアンケートの回答結果をカテゴリー分析し、考察した。なお、本研究は国立病院機構徳島病院の倫理委員会の承認後に実施した。

【結果】

相談内容を年代別に分類すると、70 歳代の特徴では、健康と介護に対し全体の 86%が不安をもっていた。80 歳代の特徴では、全体の 60%がスモンへの心理的悩みを抱えていた。事前質問の回答結果から相談内容を＜介護＞＜健康＞＜心理＞にカテゴリー分類出来た。＜介護＞は、「外出」「制度」「社会資源」に対して「困り事」「辛さ」「情報不足」があった。＜健康＞は、身体的「痛み」「悩み」「不眠」「不満」といった訴えがあった。＜心理＞については「原因解明」「生き方」「犠牲」など、スモンへの心理的葛藤の表出があった。検診時に医師・看護師・理学療法士・臨床心理士・社会福祉士が相談対応し、検診終了後のアンケート回答結果では「良かった」「明るさが見える思い」とあった。満足度においては「やや満足」以上が 91%という結果を得た。そして被検診者同士の交流を「嬉しい」「楽しみ」としていることが分かった。

【結論】

今回のスモン検診では、被検診者の高齢化に伴う多様な悩み事に対して多職種から相談対応することにより、被検診者の心理的負担の軽減に役立った。また検診者にとっても、社会心理的ニーズの表出やピアカウンセリング機能としての役割の発見があった。今回の活動は今後のスモン検診の充実を図る上で大変意義があった。

歯科医師が携わる摂食嚥下セミナーの取り組み

○横山正秋

徳島県歯科医師会木曜研修会

【目的】

「口から食べる」を支える歯科医療が摂食嚥下の一翼を担うために、木曜研修会では介護施設で実習する歯科医師対象の摂食嚥下セミナーを企画し、昨年摂食嚥下に関心がある多職種の方々にも参加できるセミナーを開催した。

【方法】

徳島市川内町にある地域密着型特別養護老人ホーム陽香の施設及び多職種の職員の方々に協力いただき歯科医師対象の摂食嚥下セミナーを実施した。「食形態と口腔機能異常」「口腔機能訓練」「口腔機能評価と診断」「診断と現場との連携」の4項目を木曜日午後2時間ずつ4回シリーズのセミナーを3度実施した。

【結果】

1. 全セミナーの参加人数は52名で、歯科医師19名、歯科衛生士14名、ケアマネージャー5名、看護師2名、管理栄養士2名、理学療法士1名、言語聴覚士1名、他介護福祉関係8名であった。
2. 毎回多職種の方々に参加いただき、医療介護の現場では摂食嚥下に関心が高いことが伺えた。
3. 歯科医師と共に実習と座学を通じ顔の見える関係になり、一緒に語らう時間を共有できたことは有意義であった。
4. 医療介護から歯科医師と連携して早急に摂食嚥下障害に取り組むことが求められていると感じられた。

【結論】

1. 摂食嚥下は歯科と耳鼻咽喉科に跨る領域で練り広げられる機能であるが故に、その診断と機能回復訓練と評価に関して共通の土俵が必要であることがわかった。
2. 摂食嚥下障害に苦しむ要介護者がいる限り、摂食嚥下に精通した歯科医師を早急に養成する必要がある。
3. 超高齢社会ではオーラルフレイルや口腔機能低下症を予防すべく医療介護と歯科医師の信頼される連携の構築が必要と思われる。

透析患者の口腔保健を支援するために 一患者会でのアンケート調査に基づく支援策の検討一

○岡本知美¹⁾ 吉岡昌美²⁾ 坂本治美²⁾ 日野出大輔²⁾ 白山靖彦²⁾

1)徳島大学病院診療支援部

2)徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔保健学系

【目的】

透析患者の多くは口腔乾燥をきたしやすく、齲蝕や歯周病のリスクが高い傾向がある。本研究では透析患者の口腔保健管理、特に口腔乾燥症状とその対処方法について調査し、透析患者が抱える問題点を明らかにした上で、その解決にむけた支援策を講じることを目的とした。

【方法】

平成 29 年 6 月の徳島県腎臓病協議会総会・医療講演会に参加した透析患者 54 名を対象に、口腔管理や口腔乾燥に関するアンケート調査を実施した。集計結果を分析し、その支援策について検討した。なお、アンケートは無記名自記式にて行った。

【結果】

対象者は平均年齢 65.7±8.3 歳、透析歴は 16.6±11.5 年であった。口腔乾燥症状ありの割合は透析歴 5 年未満では 5 割であったが、全体では約 7 割が口腔乾燥ありと答えた。口腔乾燥ありの約 9 割が何らかの対策を講じており、その内容は“水でうがい”が 55.3%と最も多く、ついで“飴をなめる”が 31.6%、“ガムを噛む”が 23.7%であった。一方、“保湿用ケア用品”や“口の体操・マッサージ”はあまり活用されておらず、聞いたことはあるがやり方がわからない、知らないという人も少なくないことが推察された。また、回答者の 85.2%にかかりつけ歯科があるが、定期的な歯科受診をしている人は 29.6%にとどまった。

【考察】

近年は口腔乾燥に特化した口腔ケア用品も多数開発されており、診療現場での活用頻度が増している。また、いくつかの研究では、唾液腺マッサージ等が透析患者の口腔乾燥症状を改善したと報告されている。しかしながら、現状では透析患者にそれらの情報は活かされておらず、実際にはうがいや飴、ガムなどで対処していることが本研究で明らかとなった。今後、透析患者の口腔保健を支援するために、歯科専門職の知識や技術を透析患者に届けるべく、患者会、透析病院スタッフ等への情報発信を行っていきたいと考えている。

地域包括ケアシステムを担う人材育成をするための歯科衛生教育の検討

○中上久美子¹⁾ 白山靖彦²⁾ 池田真己¹⁾ 井手口英章¹⁾

1)香川県歯科医療専門学校,

2)徳島大学大学院

【目的】

歯科衛生教育においても地域包括ケアシステムを担う次世代の人材育成をするための教育カリキュラムの見直しを目的としたうえで、現カリキュラムの現状と今後の課題を検討した。

【方法】

対象者はK 歯科医療専門学校に2016（平成28）年度に在籍した3年次生53名とし、臨地実習について、実習前と実習後に質問紙調査を行った。質問紙調査の内容は臨地実習への興味・関心についての28項目とした、なお、本研究の内容に関しては事前にK 歯科医療専門学校理事会の承認を得て実施した。

【結果】

臨地実習について実習前に「楽しみ」と答えた学生15名に対し、実習後に「行って良かった」と答えた学生が48名となり、実習後の方が肯定的な意見が増えた。また、就職先に訪問診療、在宅ケアを行っている歯科医院や高齢者施設などを考えているかどうかの質問には、実習前は「考えている」が16名に対し、実習後は24名と就職を希望する学生が増えた。高齢者施設での高齢者の過ごし方については、過去に実習や見学経験を有する者や家族に利用した経験がある者が24名、その他29名は全く見た経験がないことがわかった。

高齢者の特徴や認知症の症状、その接し方など、実習を行うにあたりとても難しかったが、「勉強になった」、「良い経験となった」という肯定的意見が自由記述から伺えた。

【結論】

高齢者施設での臨地実習は、高齢者へのイメージや就職に向けての意欲を向上させ、地域包括ケアシステムを担う歯科衛生士育成に有効な実習であり、今後も継続する必要がある。歯科衛生士が多職種連携の一部として専門性を発揮するためには、今後の教育カリキュラムの見直しが必要である。

高次脳機能障害者支援における意思決定支援の定式化に向けた一考察

○北村美渚 白山靖彦 吉岡昌美 柳沢志津子 竹内祐子
徳島大学大学院医歯薬学研究部口腔保健学系

【目的】

住み慣れた地域で暮らし続けることができる地域包括ケアシステムの根幹は、本人の選択と本人・家族の心構えが重要とされている。本研究では、高次脳機能障害者「本人の選択」に着目し、相談面接者が面接中、どのような質問によって意思決定を促しているのかを検討した。

【方法】

A病院における高次脳機能障害者9名と相談面接者の質問と応答を対象とした。研究者自身が相談面接場面に同席し、質問と応答を全て記録した。記録した質問と応答について、分析・検討を行った。なお、本研究はA病院倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】

9名の高次脳機能障害者と相談面接者の逐語録を詳細に分析した結果、一般に用いられる質問形式として、「Aですか、Bですか」と問うクロードクエスチョン(Clo)、「どう思われますか」と問うオープンクエスチョン(Op)に大別された。一方、①「今のA作業所についてどう思われますか」などというオープンではあるものの、クロードの要素が入っている質問形式、②「A作業所は週何回通っていますか」などというクロードではあるものの、オープンの要素が入っている質問形式が認められた。質問はオープン・クロードだけでなく、高次脳機能障害者の意思決定支援を担う場合、2要素が混在した質問形式が存在していた。本結果より、①をセミオープン(SeOp)、②をセミクロード(SeClo)と定義した。したがって、質問形式をOp、SeOp、SeClo、Cloの4種類に分類することができた。

【結論】

認知機能の低下した高次脳機能障害者の相談面接場面において、相談面接者は、対象者の理解度に合わせ、オープンとクロードの2要素が混在した質問形式を組み合わせていることが分かった。今後は、4つの定義分類した質問形式が、高次脳機能障害者の相談面接において、どのように意思決定に影響を及ぼすのかを検討していきたい。

医療と介護を ICT で連携する試み

○佐藤ふさよ 谷口博美
一般社団法人 美馬市医師会

【目的】

美馬市医師会では県の補助を受けて「徳島県 ICT 在宅医療拠点基盤整備モデル事業」を実施した。その経過により、今後の ICT というツールによる「多職種連携」の課題が明らかになったので報告する。

【方法】

開始時、全国的に活用されていた「クラウドサービス」を導入し、情報端末として iPad 25 台を貸与した。情報共有対象者は以下の 3 方法で選定した。

- ① 自宅療養患者の終末期の緊急時の代診、訪問看護事業所等との連携上必要とした患者（2 地域）
- ② 医療と介護の 4 施設をもつ一医療法人の要連携患者
- ③ 居宅介護支援事業所、訪問看護、通所介護等で情報共有が必要な患者(利用者)（全域）

以上の対象者に関して情報共有のあり方について検討した。本システムでは患者を取り巻く「関係者」が個人の ID/PW を取得し、「管理者」(5 名)が「関係者」を招待することにより情報共有が可能となる。

【結果】

医療・介護関係者 45 機関 225 名がログイン ID を所有し、その内 35 機関 120 名が本事業に参加した。① 2 年間で 86 名の「対象者」の情報を共有、② 緊急時に入院する場合等においては関係者が情報を共有する体制整備が必要、③ 情報共有はお互いの共有したい情報が一致しないと満足感はない、④ 管理者の意識が「参加者」の連携意欲に影響する、⑤ IT 環境が未整備の医療機関、介護施設・事業所が多く充実は難しかった。

【結論】

- ① リアルタイムの情報共有は、関係者間の「基本的情報」を共有した上では、効果的かつ効率的である。
- ② 今回の事業では、個々の発信内容に制限を与えなかったため情報共有の内容や頻度に差が生じた。

以上を解決するには、「管理者」を含めた「関係者」間で「対象者」の情報共有のあり方に関するルールが必要である。引き続き参加機関の増加も含めて検討していきたい。

津波災害を考えた地域包括ケアの実践

○本田壮一

美波町国民健康保険美波病院

【目的】

南海トラフ地震が、今後 30 年で 70%の確率で発生するという。津波災害を被る可能性の高い美波町の小病院での地域包括ケアを考える。

【方法】

旧由岐病院や開院 1 年半が経過した当院の取り組みを示す。また、代表的な症例を示す。

【結果】

①2006 年に、旧由岐町と旧日和佐町が合併し美波町となった。10 年間で人口減少は進み、高齢化率は 40%を超える。限界集落も認め、小学校の休校が続いている。②約 100 年ごとに南海トラフ地震が発生しており、住民の災害対策が進んでいる。③旧由岐病院は 1978 年の建設で、急性期医療を中心に診療していた。2016 年 3 月、高台に美波病院が建築された（50 床、海拔 22 メートル、免震 3 階建）。急性期診療に加え、リハビリテーション、脳神経外科・整形外科の診療を開始した。④訪問診療も行い、他の医療施設からの連絡窓口を一本化した。⑤徳島県庁や県・郡医師会、阿南・美波保健所などと顔の見える関係を保っている。⑥徳島大学医学部学生の地域医療実習や卒後臨床研修医を受け入れ、現地教育を行っている。⑦徳島県国保診療施設運営協議会の地域医療学会に参画している。

【症例】

80 代男性。慢性呼吸不全。妻と中山間地に 2 人暮らし。X 年 1 月、呼吸困難で入院。在宅酸素を導入し、3 月に退院。訪問診療・訪問看護・デイケアを行っている。

【考察】

当地は、高齢少子化・過疎化・津波対策と日本の将来を占う医療現場となっている。住民が高齢者になっても、故郷で過ごせるよう医療を展開したい。急性期医療（町外の大規模な病院との連携）に加え、リハビリ・介護施設との連携・在宅医療・End of Life ケアが重要と考えられる。将来の人材育成のため、学生・研修医の受け入れを続けたい。

【結論】

津波から安全な場所に病院が新築されたが、man power 不足は続いている。「連携・教育」をキーワードに「地域包括ケア」を進めたい。

当院の肺癌術後の地域連携についての取り組み—地域連携パスの活用について—

○広瀬敏幸 藤本啓介 藤木和也 森 勇人 松下健太 松本大資 中尾寿宏 川下陽一郎 近清素也
大村健史 中川靖士 井川浩一 倉立真志 八木淑之
徳島県立中央病院 外科

【目的】

2006年のがん対策基本法にて地域がん診療連携拠点病院が指定され、5大がんに対する地域連携クリティカルパス（以下、連携パス）の導入が努力目標とされた。当院では2005年から病院独自で肺癌術後の連携パスの運用を開始した。その後、徳島大学などと協議し、2009年から徳島県全体共通の連携パスの運用を開始した。肺癌術後は病診連携にて拠点病院医師とかかりつけ医との二人主治医制の形をとり、役割分担を明確にし、術後の経過観察を切れ目なく行うことで再発などを早期発見するようにしている。当院での肺癌術後の地域連携パスの運用を中心に、地域連携についての取り組みについての検討を行った。

【結果】

平成28年1月から12月において、肺癌術後の連携パス対象患者120名を対象とした。進行度は問わず、肺癌に対して手術を行った患者を対象とした。連携パスが使用できた（がん治療連携計画策定料を算定できた）症例は69名（57%）であった。算定ができなかった51名についてその理由を検討したところ、約半数の26名がかかりつけ医が連携していない（届け出をしていない）という理由であった。他の理由としては進行癌である、術後化学療法施行、術後のADL低下、術後合併症などであった。術後化学療法施行例では、化学療法終了後から連携を行っている。進行癌では終末期に違った形での連携を行っており、術後ADLが低下した場合も長期療養型施設と連携して経過観察を行っていることが多かった。

【考察】

今後、連携パスを有効に運用していくためには、連携する医師と、どのような連携が望ましいのか、できれば患者も交えて話し合える機会が必要と思われる。肺癌は進行度によっては非常に再発しやすい疾患であり、肺癌術後の連携パスは、今後、地域完結型医療において、がん患者の緩和ケア、在宅医療にもつながっていくことが重要であると思われる。

在宅の良さ・ご苦労から学ぶ 緩和ケア連携症例検討会 in 県中～3年間の振り返り～

○寺嶋吉保¹⁾ 片岡秀之¹⁾ 中平 仁¹⁾ 平井順子¹⁾ 野田理絵¹⁾ 広瀬敏幸²⁾ 三木恵美³⁾ 有馬信夫³⁾
郡 敏江³⁾ 嶋田 隆³⁾ 向所敏文³⁾

徳島県立中央病院 1)緩和ケアチーム 2)がん診療支援センター 3)患者支援センター

【目的】

がん拠点病院の緩和ケアチーム（PCT）は、がん患者さんの迅速な症状緩和と円満な退院転院支援が期待されているが、在宅や転院を受ける側の医療経験は少ない。退院後・転院後の診療・ケアを担当いただいた訪問診療チームや転院先のスタッフから学ぶ場として連携症例の検討会を開催してきた。この検討会の意義と改善の課題を明らかにするために検討した。

【方法】

2014年1月～2017年6月の間に開催された31回の緩和ケア連携症例検討会の内容・参加者などを検討した。

【結果】

第1回～第7回は、18:00～の従来の月例PCTカンファレンスの時間帯に院外から参加しやすい19:00～に連携症例検討会を追加して開催した。第8回～第27回は、18:30～の主として院内勉強会と19:00～の院外の方を加えた症例検討会の形で開催し三好病院とWEB中継した。第28回からは、19:00～連携症例検討会のみ開催としている。招聘した院外医師31回（病院7、有床診療所6、訪問診療医師5人）、医師以外のスタッフ23回（訪問看護St11、調剤薬局3、訪問リハビリ1、ケアマネジャー2、NPO代表1など）で、検討した32事例中、在宅事例が22症例を占めた。

【結論】

成果として、顔の見える関係から、頭の中が見える関係へ深化したため、あとは何とかしてもらえという信頼感から、入院中に課題を全部解決しようとせず、限られた日数の中で残った課題は在宅チームに委ねて早めにバトンタッチすることが、迅速で円滑な退院となっている。そのために、PCTとして退院の準備を行いつつ、早めに退院前カンファを開催して、退院後を担当するチームと相談して退院後のケアがし易いように工夫するようになった。今後の課題として、院内外の参加者を増やしてノウハウの共有を広げること、参加できなかった方々に内容の概要を発信すること等が上げられる。

地域で共有する事前指示書・ACP（アドバンス ケア プラニング）普及の取り組み

○寺嶋吉保¹⁾ 有馬信夫¹⁾ 広瀬敏幸¹⁾ 木下英孝²⁾ 滝沢宏光³⁾

1)徳島がん対策センター（在宅緩和ケア支援事業担当: 徳島県立中央病院）

2)木下ファミリークリニック

3)徳島がん対策センター長（徳島大学病院がん診療連携センター長）

【目的】

地域包括ケアシステムを円滑に運営するには、「人生の最終段階の医療介護」について個々の住民と医療介護職の間で考えの共有が重要である。近年、単発の事前指示書（LW:リビングウィル）から更に ACP というプロセスが強調されている。徳島県立中央病院は、徳島がん対策センターの在宅緩和ケア支援事業を担当して、「あなたの家に帰ろう」という県民公開講座を開催してきた。在宅緩和ケアを推進するためには、健康時から人生の最終段階を考える機会を持つことが有効であろうと「LW を書いてみよう」という県民参加型の啓発イベントを県内各地で5回開催した。ACP 普及を念頭に、この5回を振り返り、今後の課題を検討した。

【方法】

2015年3月～2017年2月の間に開催された5回の参加者アンケート集計結果を検討した。

【結果】

構成（2時間半）は、5回とも、1部：終活の講演（1時間）+2部：参加者数名とファシリテーター1～2名のグループで県立病院版のLWと広島県ACP「私の心づもり」の2つを実際に記入して、最後に意見を全体で共有する時間を持った。つるぎ町、三好市、徳島市、鳴門市、阿南市で開催した。毎回、地域の公的病院や役場や医療介護の専門職団体の協力を得て、第2回以降は新聞広告・市報町報やCATV放送で広報を行った。参加は合計約450名で一般参加が6割、医療介護職が4割で、アンケート回答（322名）では今後役に立つ70.1%、少し役に立つ22.7%と肯定的な評価を得た。自由記載から、一般の方と専門職が囲んだ机で、一般の方は専門職から直接話を聞きながらLWを書くことができ、専門職は一般の方が理解しやすい説明を体験学習しながら、自分家族～患者と共有する方策を考える機会となった。

【結論】

この講座は高い評価を得ていたため、ACPの中でLWを位置付けて、今後とも県内で継続開催する。（11月26日に美馬市で開催）

ALS と告知された患者の紹介後早期に MSW が介入する必要性を学び得た一事例

○津川靖弘 川染知代 楠本英子

国立病院機構 徳島病院 地域医療連携室

【目的】

ALS と診断された患者・家族は告知を契機に様々な先行き不安に直面する。当院は他院で告知を受け、その後の診療を依頼される機会が多い。当院に紹介された患者に MSW が早期より介入する必要性を当該事例を通し学び得たので報告したい。

【方法】

事例研究。

倫理的配慮として個人が特定できないように配慮し、国立病院機構徳島病院倫理審査委員会において審査を受け同意書を得た。

50 代男性。既往歴なし。ALS の精査を他院で受けながら、ラジカット・リハビリ目的に当院外来紹介。MSW 介入時、患者・家族は情報不足と支援者不在の為、今後の先行きに不安を抱えていた。MSW は紹介病院のソーシャルワーカーと連携してこれまでの支援内容や病状の受け止め方について確認し患者・家族の現状を整理。患者・家族との面接で、医療や介護や公的な社会資源に対する総合的な情報提供、在宅支援者との連携を患者・家族に提供することが必要と判断した。

【結果】

介護保険を活用して在宅での生活を継続したい希望を確認できた。院内の看護師、作業療法士、MSW が患者、家族を交えて今後の療養生活について話し合った結果、包括的なアセスメントと総合的な情報提供に繋がった。次に MSW はケアマネジャーや看護師と共に紹介病院でのカンファレンスに出向き、緊急時の対応や在宅ケアを整理する事で患者・家族から『安心できました』との言葉を引き出した。

【結論】

この事例を通し受診後早期から MSW が介入する意義とは、患者、家族に生活上の課題や不安に対し相談できる窓口を提供できたこと、MSW のアセスメントから多職種連携を通した包括的なアセスメントにつながったこと、現状だけではなく先を見越した支援体制を構築できたこと等、3 点が挙げられた。

在宅看取り事例からみた地域包括ケア

○伊丹加奈子 垣内菜摘 水田和代 山崎恵美子
徳島県立海部病院 地域支援室

【目的】

当院は入院時より多職種が連携し、在宅療養を希望する患者の退院支援や在宅医療を行い、継続した医療を提供している。その継続した医療が在宅看取りにつながった事例を報告する。

【方法】

入院前より訪問看護を行い、症状悪化により入院した患者を多職種で連携することで、再度在宅療養を行い在宅看取りとなった事例の支援方法を電子カルテから収集する。

倫理的配慮として当院倫理委員会承認後、対象者に研究の趣旨を文書で説明し同意を得た。

【結果】

80歳代、妻と2人暮らしの男性。前立腺癌末期で膀胱留置カテーテル挿入中だが、血尿により閉塞が再々起こり、膀胱留置カテーテルの交換や膀胱洗浄のため訪問看護を開始した。数か月後、食欲不振、倦怠感のため入院となったが、入院時に妻からは介護疲労のため「家ではちょっと無理です。何とかずっと病院においてくれないか。」という言葉が聞かれた。多職種による退院前カンファレンスで妻の介護負担を軽減するため、訪問診療は1～2週間に1回、訪問看護は隔日で持続膀胱洗浄の管理、身体介護は週3回、福祉用具はベッド、ポータブルトイレを利用することとし、入院後1か月で退院した。しかし数日後、腹痛の訴えへの妻の強い不安から再入院となった。療養型病院へ転院調整を開始したが、妻より「本人が家に帰りたいというため、後悔しないようにもう一度家に連れて帰りたい」と申し出があり、半月後に退院し、数日後に在宅での看取りとなった。

【考察】

今回の事例では、在宅療養が困難と感じる事例でも、患者や家族の意向を聞きながらカンファレンスを繰り返し多職種が関わることで、家族の介護負担や不安を軽減し在宅看取りにつなげることができた。

骨粗鬆症患者の年間予定表の作成－定期的な受診と正しい服薬の自己管理を目指して－

○築出優美

国立病院機構 徳島病院 外来

【活動内容】

当院では、平成 24 年より骨粗鬆症の治療が行われており、平成 28 年 3 月の時点で、201 名が治療を受けている。これらの患者は、168 名が 3 ヶ月毎、33 名が 6 ヶ月毎に受診をしており、患者の平均年齢は 74.4 歳であった。患者の中には、予定の受診日・検査日に来院しなかったり、指示通りの服薬ができていなかったりしていた。そこで、骨粗鬆症の患者を対象に、服薬状況や日常生活について聞き取りを行った。その結果、服薬忘れや歯科治療のため休薬が必要であったり、来院が困難な日があると聞かれた。看護師がこれらの情報を正確に医師に伝え、医師が患者の生活に合わせて内服薬の種類や処方日数・検査時期の検討ができ、患者が通院を続けられるように調整した。そして、患者が予定通りに来院でき、医師の指示通りの服薬ができることを目的に、患者毎に 1 年間の治療予定表（以下、年間予定表とする）を作成した。

年間予定表の項目には、薬品名・服薬日・受診予定日・検査予定日をあげ、来院が困難な日などの要望も書き入れるようにした。そして 69 名の患者に年間予定表の使用を開始した結果、医師・看護師と患者が情報を共有することができた。また、患者は治療や検査のスケジュールについて理解でき、患者来院時には残薬も少なくなり、正しい内服の自己管理につながったのではないかと考える。そして、通院によって患者の日常生活や社会活動が阻害されることがないように受診日を調整することができ、患者の QOL 向上に向けた看護提供をすることができたと考える。

【今後の課題】

日本骨粗鬆症学会では、骨粗鬆症治療開始への誘導（治療率の向上）と治療継続（治療継続率の向上）をはかり、骨折予防を目指す、骨粗鬆症リエゾンサービスの取り組みが行われている。今後は当院でも多職種と連携をとり、患者・家族を支援するためのよりよい方法を検討し、実践していきたい。

訪問看護事業所が在宅ケアアドバイザー派遣事業を活用した効果

○片岡雅美

ひだまり訪問看護ステーション

【目的】

地域包括ケアシステムでは、生活を支援するケアに着目しており、訪問看護の役割は大きく、質の高い看護ケアが求められている。この度、訪問看護師が緩和ケア・皮膚排泄認定看護師（以下認定看護師）の助言を受け、在宅生活を望む患者へのケアを行った。その効果を報告する。

【方法】

認定看護師と訪問看護師との関わりを振り返った資料をデータとして分析対象とした。ケアの変化がみられ、効果を得たと判断した内容を抽出した。

[期間]1回目は平成28年9月に緩和ケア認定看護師、2回目は11月に皮膚排泄ケア認定看護師から、患者の自宅で訪問看護師が助言を得た。患者は、80歳代の女性で、放射線治療後、仙骨部の皮下組織に及ぶ瘡と両下肢の痛みとリンパ浮腫が著明でストマも造設していた。尿漏れがあり掻痒感と皮膚のただれがあり、夜間不眠であった。

[倫理的配慮]患者と認定看護師に学会での発表と内容、個人情報厳守・不利益がないことを説明し同意を得た。徳島県訪問看護支援センター・センター長より許可を得た。

【結果】

2つの内容が抽出された。緩和ケア領域の効果では、リンパドレナージを患者に直接触れて学び、苦痛の軽減ができた。皮膚・排泄ケア領域の効果は、尿漏れが減少し、不快感が軽減した。皮膚の保護クリームを使用し、掻痒感と皮膚のただれが改善した。これらは、患者の睡眠確保ができ、生活リズムが整い、体調の改善につながった。

【考察】

認定看護師より助言を受け、訪問看護師のケアの習得につながった。目的を持ち助言を得たことで、内容がより具体的に、深く理解できた。その結果、患者は自宅での生活が「快」につながった。そして、訪問看護師は達成感が持て、意欲向上につながると考える。

【結論】

訪問看護師は、患者への適切なケアのためには、専門家を活用し、「質の高い訪問看護」に取り組むことが重要である。

地域包括ケアシステム構築に向けた多職種連携会議～顔の見える関係づくりからはじめて～

○加村春香

医療法人平成博愛会 博愛記念病院 地域医療連携室

【目的】

当院は平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業をはじめりとして、地域の医療・介護・福祉関係者を対象に「顔の見える関係づくり」を目的とした多職種連携会議の開催を続けている。これまで 5 年間の実績を整理し、その成果を報告すると共に、今後もより参加者の満足度の高い多職種連携会議を開催していくため、主催者側として会議を顧みる機会とし、以降会議開催への道標を考察する。

【方法】

平成 24 年度から平成 28 年度までに開催した多職種連携会議の開催内容や参加者、アンケート結果について取り纏め、参加者数や満足度の推移をもとに会議の成果について考察する。

【結果】

- ・会議開催回数:全 16 回
- ・会議内容:講演形式 全 7 回/グループワーク形式 全 9 回
- ・参加者延べ人数:1953 名(平均約 120 名)
- ・アンケート結果
 - 参加者満足度:良かったと回答 73%(講演形式 70%・グループワーク形式 75%)
 - 参加者参加回数:2 回以上 63%

【結論】

地域包括ケアシステムの構築は急務である。その手立ての 1 つが地域の医療・介護・福祉関係者間での「顔の見える関係づくり」である。今回の調査結果より、継続的に会議へご参加いただいている方が多く、多職種連携会議が「顔の見える関係づくり」となる機会となっているのではないかと考えた。またグループワークを実施している会議の方がより満足度の高い傾向にあり、普段の業務で関わりの少ない職種・領域の相手の意見を聞けること、自分の知らない知識の獲得ができることなどが満足度を向上させているのではないかと考えられる。今後新規参加者をどのように参加に導いていくかという課題が残るが、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの確立・充実を目指し、今後も多職種連携会議の開催を続けていきたい。

徳島大学病院の多職種連携による若手教育

一院内ネットワーク研修を地域包括ケアシステムにおける医療従事者の確保・養成につなぐ

○西 京子¹⁾ 安倍正博¹⁾ 田中久美子¹⁾ 西野豪志¹⁾ 飛梅 威¹⁾ 石澤啓介²⁾ 清水裕次³⁾
濱田康弘⁴⁾ 河野文昭¹⁾ 大城雅彦^{5,10)} 赤池雅史^{7,10)} 高開登茂子^{6,10)} 加藤真介^{8,9,10)} 永廣信治¹⁰⁾
徳島大学病院 1)卒後臨床研修センター 2)薬剤部 3)診療支援部 4)栄養部 5)事務部 6)看護部
7)キャリア形成支援センター 8)リハビリテーション部 9)安全管理部 10)病院執行部

【背景・目的】

H16 年度から開始された初期研修必修化制度は、地域格差や大学病院における若手医師不足を生じ医師の派遣機能を低下させた。徳島県の地域医療を担う医師の確保と地域・診療科偏在の解消は、大学病院の重要課題でもある。その対策として、H26 年度から研修医のニーズと指導医負担減を配慮し、複数の診療科や多職種が連携する横断的研修を超音波センターや脳卒中ケアユニット(SCU)、リハビリテーション部等において開始した。H27 年度からは研修医オリエンテーションに他職種との合同研修を取り入れ、研修医のみならず全職種の若手育成に力を注いでいる。

【方法】

横断的研修等における研修状況と他職種による相互教育の効果を検討する。さらに大学病院でのネットワーク強化による医療人育成機能と徳島県における地域包括ケアシステムに活用可能か否かを考察した。

【結果】

H26-H28 に横断的研修を行った研修医総数は、超音波:46,SCU:23,リハビリ:6 である。多職種連携の相互指導体制により、研修医は専門知識や手技などを短期間で集中的に習得でき、幅広い診療科疾患や救急・地域研修の実践に役立てることができた。特に SCU では、研修医は脳卒中症例に対する救急対応、急性期治療選択や全身管理、リハビリテーションなどを含む診療を経験することで、プライマリケア習得のみならずチーム医療や終末期医療を学ぶことができた。多職種によるチームカンファレンスは情報共有と合同教育の場として有効であった。今後は、大学病院内の各センター・部門(患者支援センター、口腔管理センター、栄養部等)との新たなネットワークやチーム(排泄ケアや認知症など)構築により、医療の質向上と医療人育成が可能になると考えている。

【結論】

大学病院は、社会動向に応じた地域医療構想の実現や地域包括ケアシステムの確立に向けて教育機関として貢献していくことが望ましい。

がん患者の就労支援の現状と課題

○富永誠記¹⁾ 福田直也¹⁾ 岡本秀樹¹⁾ 秋月佐代²⁾ 丸龍映里²⁾ 高橋美和¹⁾ 芝麗¹⁾ 桑内敬子¹⁾
中西寿¹⁾ 小林保数¹⁾ 鈴木察子¹⁾ 滝沢宏光²⁾ 香美祥二¹⁾
徳島大学病院 1)患者支援センター 2)がん診療連携センター

【背景】

徳島大学病院は、「都道府県がん診療連携拠点病院」として「病気・治療」「転院・在宅療養」「生活や家族間の悩み」など、がん患者からの相談に対し専門性の高い支援を行っている。

【目的】

がん患者の就労に関する相談の分析と課題を明らかにし、今後の取り組みについて検討したので報告する。

【方法】

平成28年4月1日～平成29年3月31日の1年間のがん患者からの相談件数4251件のうち、就労に関する相談をカテゴリー化し、大分類・中分類・小分類に分け、後ろ向きに比較検討し、また事例検討も行った。対応は医療ソーシャルワーカー・がん相談員、社会保険労務士、ハローワーク職員が行った。

倫理的配慮として個人が特定できないよう配慮した。

【結果】

就労に関する相談にカテゴリー化された「教育・仕事に関する問題」は39件であった。相談内容別実績延べ件数では収入を確保する為の「社会福祉制度」が66件、職場復帰や再就職の取り組みとしての「就労関係」が44件であり、また相談年代別実績では40代・50代の相談者が67%を占めていた。現在の取り組みの図式化においては、医療ソーシャルワーカー・看護相談員と社会保険労務士やハローワークとの連携は円滑に行えているが、社会保険労務士とハローワークとの連携、ピアサポーターや企業との連携が脆弱であった。また事例では公共職業訓練でパソコン資格を6個取得したが、ホルモン療法が癌の治療中とみなされ、就労には繋がらなかった。

【結論】

課題として①相談件数が少なかったことから院内外への就労相談に関する周知不足、②事例から社会や企業の治療に対する理解不足、③事例と実績からクライアントへの早期介入が不十分、④ハローワーク・社会保険労務士との連携体制が脆弱、⑤院内の連携体制が未熟である事があげられた、今後の取り組みとして、広報・周知、情報共有、院内連携のシステム構築が重要である。

北島町における福祉ネットワーク事業の事例検討会の効果について
～医療介護福祉の地域連携尺度から見た評価～

○ジョーンズ敏子¹⁾ 笹田憲司¹⁾ 井住孝士¹⁾ 黒田なつみ¹⁾ 岩本里織²⁾ 松下恭子²⁾ 岡久玲子²⁾
多田美由紀²⁾

1)北島町地域包括支援センター

2)徳島大学大学院医歯薬学研究部(地域看護学)

【はじめに】

北島町においては平成22年から福祉ネットワーク事業を開催し、その一環として多職種連携の強化および地域課題の共有化を目指した事例検討会を年4-5回開催している。本報告では、「医療介護福祉の地域連携尺度」を用いて北島町が多職種による地域連携の現状を評価することを目的とする。

【方法】

対象は、北島町福祉ネットワーク事業の参加者である。調査は、平成27年6月に開催した本事業終了後に、参加者へ自記式質問紙調査用紙を配布し、実施した。内容は、「医療介護福祉の地域連携尺度」(6下位因子26項目、1-5点の配点)および属性等である。本調査は、徳島大学病院臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】

調査用紙の回収36件(有効回答数35件)であった。回答者の所属は、居宅介護支援事業所18件、地域包括支援センター6件、医療機関3件、訪問看護ステーション2件、などであった。過去の北島町福祉ネットワーク事業の事例検討会参加回数は、0回から20回であった。本尺度の各下位因子の平均点数(()内は阿部らの既存研究の平均点数)は、「①他の施設の関係者と気軽にやりとりができる」4.0ポイント(3.2)、「②地域の他の職種の役割が分かる」4.0ポイント(3.0)、「③地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる」3.8ポイント(2.3)、「④地域のお仕事と会ったり話し合う機会がある」4.1ポイント(2.7)、「⑤地域に相談できるネットワークがある」3.9ポイント(3.2)、「⑥地域のリソースが具体的に分かる」4.0ポイント(2.8)であった。

【考察】

北島町では、長期間にわたり福祉ネットワーク事業において多職種連携を推進するための事例検討会を実施してきた。その結果、医療介護福祉職における多職種連携が、既存研究の数値と比較して高く、多職種連携が推進されていることが明らかになった。

北島町における福祉ネットワーク事業の事例検討会の効果について ～参加者の記述内容の分析～

○笹田憲司¹⁾ ジョーンズ敏子¹⁾ 井住孝士¹⁾ 扶川睦美¹⁾ 岩本里織²⁾ 松下恭子²⁾ 岡久玲子²⁾
多田美由紀²⁾

1)北島町地域包括支援センター

2)徳島大学大学院医歯薬学研究部(地域看護学)

【はじめに】

北島町においては平成22年から福祉ネットワーク事業を開催し、その一環として多職種連携の強化および地域課題の共有化を目指した事例検討会を年5～6回開催している。本報告では、北島町福祉ネットワーク会議において実施した事例検討会の効果について参加者の感想から分析することを目的とする。

【方法】

対象は、北島町福祉ネットワーク事業における事例検討会(合計4回)の参加者である。調査は、参加者に自記式の質問紙調査用紙を配布し、調査内容は事例検討会の参加がよかったか(5段階)と自由記載である。時期は、平成28年4月～平成29年3月である。

【結果】

事例検討会参加者合計101名から回答を得た。事例検討会が「とてもよかった」「よかった」と回答している者は、96%であった。参加者の感想をカテゴリ化した結果、終末期の看取りに関する事例検討会時には、「看取りのケアには関係機関の連携が重要」「本人・家族の意向に沿った看取りの重要」「看取りに関する他機関・多職種の役割の理解の促進」などが挙げられていた。次に認知症のひとり暮らしの高齢者に関する事例検討では、「地域ケア会議の重要性や活用方法の理解」「医療(医師・看護師)との連携の必要性」「困難事例に遭遇した時、気軽に相談できるチームの重要性」「地域の人々の協力の重要性」などが挙げられた。精神疾患を持つ対象の家族支援に関する事例検討では、「精神疾患を持つ対象の支援に際して多職種連携の重要性」「困難事例に遭遇した際に柔軟に対応できる相談窓口の必要性」「精神疾患等の支援に関して自身の学習不足の自覚」などが挙げられた。

【考察】

多職種間で事例検討会を実施し、事例検討会が事例の支援方策を検討するのみならず、関係職種の関係性を発展させる場、自己の課題に気づき自己研鑽を促進する場になっていることが考えられた。

生活習慣に基づく歯科保健指導と生活支援のあり方

○森山聡美¹⁾ 河原林啓太²⁾ 杉本明日菜²⁾ 赤澤友基²⁾ 日野出大輔¹⁾ 岩本 勉²⁾
徳島大学大学院医歯薬学研究部 1)口腔保健衛生学分野 2)小児歯科学分野

【目的】

地域や学校における歯科保健活動の普及や歯みがきをはじめとした齲蝕予防法の啓発活動の結果、小児期における齲蝕は減少傾向を示している。これらは地域保健システムが成功した顕著な例であると考えられる。しかしながら、このような世界にも誇れる我が国の保健システムや医療助成制度があるにもかかわらず、未処置歯を有する児や口腔崩壊といわれるような児がある一定の割合で存在している。これはわれわれが地域をあげて取り組むべき、次の大きな課題として捉える必要がある。そこで、それらの児に対して、多角的な支援策を検討するために、今回は齲蝕を有する児の生活における問題点を探ることとした。

【方法】

2014年4月～2017年6月までに当科を受診した男児34名、女児26名（計60名、年齢0-9歳）を対象とし、口腔内診査結果および当科を受診した際に聴取している生活習慣調査票を基に齲蝕がある児とない児の生活環境および生活習慣についての比較検討を行った。

【結果】

齲蝕がある児は、ない児と比較し、起床時間および入眠時間が遅く、また、食事において一日に必要なとされる推定エネルギー必要量に対するばらつきが大きく、かつ甜食の摂取回数が多かった。一方で、両群において齲蝕予防法に関する知識の有無や歯磨きの回数、かかりつけ歯科医の有無、フッ化物塗布の経験の有無に有意差はみられなかった。

【考察】

今回の調査において、齲蝕のある児はない児と比較し、基本的な生活習慣に改善すべき点がみられ、かつ齲蝕予防に対する知識や関心はあるものの、実際には適切な予防対策が講じられているとはいえない現状が明らかとなった。情報化社会において、広く情報は伝わるが、その反面、正しい情報を知ること、伝えることが疾患の予防において重要である。受け手側の認識の差異が生じる原因や背景について、さらに分析し、社会への啓発方法を改善していく必要があると考えられた。

回復期リハビリテーション病棟退院後の若年高次脳機能障害者の生活の場について

○勝田有梨^{1,2)} 錦見俊雄¹⁾ 白山靖彦²⁾

1)社会医療法人若弘会 わかくさ竜間リハビリテーション病院

2)徳島大学大学院

【はじめに】

地域包括ケアシステム、地域共生社会の名の下、高齢者だけでなく、障害者、小児慢性疾患児童など、介護保険・障害者支援制度における統合支援が図られようとしている。この場合、すべての対象者に共通する課題は、治療(入院)を終えた後の安寧な在宅生活である。本研究では回復期病棟を退院した若年高次脳機能障害患者の生活の場について、ADLとの関連により検討した。

【対象】

2013年6月～2017年6月に回復期病棟に入院した60歳以下の高次脳機能障害患者のうち、生活介助必要なく自宅復帰となった者を除く26名を対象とした。

【方法】

退院後に障害者自立センター入所となった11名をA群、介護保険サービス利用による在宅生活(サービス付き高齢者住宅等を含む)となった15名をB群とし、2群の年齢、在院日数、入退院時のバーゼルインデックス(BI)、機能的自立度評価法(FIM)による退院後の生活の場を比較した。

【結果】

A群は独居、就労を目的とした入所が多く、B群はサービス利用による屋内生活が多かった。2群で年齢、在院日数に差はなかった。身体機能面は、入院時のFIM運動項目、退院時のBI、FIM運動項目でB群に比べA群が有意に高かった。認知機能面は、FIM認知項目で入退院時ともに2群で差を認めなかった。また、BI、FIM(運動・認知)利得についてもともに差を認めなかった。

【まとめ】

高次脳機能障害者では、回復期リハで身体機能、認知機能の改善が見られ、認知機能が同程度であっても、身体障害の重複により、回復期退院後の生活が異なる事が明らかとなった。認知低下の程度が、介護保険、それ以外のサービスなど、制度活用の方法に影響することが示唆された。

徳島市地域自治協働システムの構築に向けて内町コミュニティセンターの挑戦

○山下 旭¹⁾ 岩井隆比古¹⁾ 藤本千秋²⁾ 岩佐英志³⁾

1)伊月病院

2)内町まちづくり協議会

3)徳島健祥会福祉専門学校

【はじめに】

徳島市では各地域でコミュニティ協議会がコミュニティセンターの管理運営を行うほか、福祉や環境衛生、防犯や防災、また、地域の特色を生かした地域活動が行われてきた。しかし、少子高齢化などの社会情勢の変化に伴い地域活動の担い手不足や住民参加の減少などにより、現状での仕組みでは地域自治に多様な問題が生じる可能性が考えられている。

【目的】

変化する地域の状況に適した新たな地域自治を地域住民だけでなく、地域団体やNPO 団体、そしてさまざまな企業などが連携・協働し内町の活性化と誰もが安心して末永く暮らせるまちづくりを医療機関も一緒になって築き上げていく。

【方法】

伊月病院は医療・福祉のプロフェッショナルとして3つのテーマを提案した。それは「機能向上講座」の定期開催、「人材バンク」として理学療法士や作業療法士、言語聴覚士を登録。「移動支援」として高齢住民の歩行能力維持・改善とコミュニティバスの設立支援である。医療機関としての特色を活かし、内町住民が健康で生き活きと安全に暮らせるまちづくりを行い、子供も大人も高齢者も、そして個人も企業も、団体も一つになって短所を長所で補う事が出来る町を目指す。

【結果】

内町地区は今年4月に徳島市が募集した「新たな地域自治協働システム構築に向けたモデル地区」として選ばれ、現在は行政機関とも連携しながら地域(コミュニティ)カフェの設立に向けて進んでいる。カフェの役割はあらゆる世代の住民が集えるネットワークの拠点である。ここでは「機能向上講座」として認知症・介護予防の講座や高齢者と子供が交わる地域交流講座、若い世代の人たちにアンチエイジング講座を提供する。今後、多種多様な長所を持った個人や団体、企業による内町の新たな地域自治に医療機関としても最善を尽くしたいと考えている。

運転再開に向けた病院・施設間連携の取り組み～四国運転リハプロジェクトの実践報告～

○岩佐英志¹⁾ 山下 旭²⁾ 中野渡友香³⁾ 矢野勇介⁴⁾ 塚本末幸⁵⁾

1)徳島健祥会福祉専門学校

2)伊月病院

3)徳島大学病院

4)近森リハビリテーション病院

5)本田技研工業株式会社

【目的】

脳血管障害により、運動麻痺や高次脳機能障害を抱えながら社会参加を希望する方にとって、自動車運転に対するニーズは高く、徳島県においては、運転の可否はその方らしい暮らしに大きく影響を与える。自動車運転の再開については、本人および家族の納得が得られるかがその後の支援の方向性を決定するため、急性期、回復期、維持期にある病院と施設が連携して、運転に関わる基本的支援方法の統一と停止車両評価を用いた運転支援について紹介する。

【方法】

平成 26 年 11 月、運転に関わる支援を実施している施設が一同に会して発足したのが四国運転リハプロジェクトである。このプロジェクトは、本田技研工業株式会社安全運転普及本部と協働運営しており、病院間で統一できる部分を見出し評価の必須項目の抽出と手順、病院施設内で可能な停止車両評価の作成、シミュレーターの使用の手順、関係機関との連携などを推進している。

運転評価は、運転に必要な能力の視点を基軸におき、機能的自立度評価法（FIM）の移動と認知項目平均 5 点以上を第 1 基準とした。神経心理学検査では、TMT および Rey 複雑図形検査、コース立方体検査を必須項目にしている。その他項目は「知覚認知」「注意記憶」「遂行機能」「言語」の各領域で選択項目としている。また、停止車両評価では、停止している車両を用いた実車評価とし、停止状態で車両感覚、位置感覚、距離感覚、方向感覚等の把握と、アクセルやブレーキ、ハンドル等の操作状況を評価するものである。この評価は教習所との連携においても活用可能である。

【結果】

本プロジェクトでは、運転支援方法を整理し、シミュレーターを選択評価に、停止車両評価を必須項目として、より実践的な運転再開に向けた手法を提案した。

鳴門市の介護予防・日常生活支援総合事業における作業療法士の取り組みについて

○岩崎竜太
伊月病院

【目的】

鳴門市の介護予防・日常生活支援総合事業では、通所型および訪問型サービスを月に2回実施している。今回は、通所型サービスの活動報告及び、訪問型サービスにおいて生活範囲の拡大を認めた事例を経験した為、以下に報告する。

【方法】

鳴門市のデータ分析から挙げられた対象者に対し、訪問型サービスとして、対象者の自宅へ訪問し、生活機能の向上・主体性を引き出すことを目的とした生活行為向上マネジメントにて、対象者が実施したい具体的な行為に着目した関わりを実施した。なお、今回の発表に際し、本人・家族へ口頭および書面にて同意を得ている。

【結果】

通所型サービスでは、地域サロンにて、「いきいき100歳体操」を行った後、脳トレやレクリエーションを実施し、体力の改善に努めている。訪問型サービス対象者では、自宅で引きこもりがちであった80歳代男性に対し、生活行為向上マネジメントを介した関わりを通し、「買い物へ行けるようになりたい」という目標設定後、自宅内での自主トレーニング、屋外散歩を指導した。当初は腰痛のため、100m程度の歩行距離であったが、最終では腰痛が改善され歩行距離が延長しスーパーマーケットまでの移動が可能となった。また、歩行距離が延長することにより、「〇〇歯科へ行けるようになりたい」と新たな発言も聞かれるようになった。毎朝の屋外散歩が定着したことで、近所の住人と挨拶をするようになり、現在では散歩を行い近所の住人と話をするのが楽しみの一つとなっている。

【結論】

生活機能の向上には、生活の中での明確な目標を持ち課題解決に向けたサポートが必要である。鳴門市や医療・介護の専門職、近隣住民などの連携のもと、地域で安心した生活が送られるよう作業療法士がその支援の一助として役割が果たせるよう努めたい。

徳島県医師会の地域包括ケアへの取組

○木下成三 里見 悠 大西美穂 高田 浩 山上敦子 齋藤義郎
徳島県医師会

【目的】

ICT を活用して、地域包括ケアシステムにおける在宅医療連携を支援するため、多職種連携情報共有システム（バイタルリンク）を利用推進することにより、郡市医師会の支援を行い、医療機関間の切れ目のない医療情報連携を可能とし、医療機関間のネットワーク構築を図り、急性期から回復期、在宅医療に至るまで、地域における連携を推進する。

【方法】

地域において包括的な在宅医療・介護の提供体制を実現するためには、地域の医療・介護・福祉に必要な情報を収集・分析し、地域にあった提供体制の構築が求められている。バイタルリンクの特徴として、①多職種間での情報共有をリアルタイムで実現する。②日常のバイタルデータを経時的に管理が可能。③セキュリティの確保があり、時間的な問題、職種間の連携不足を解消し、多職種による患者の情報の共有が進むため、各郡市医師会に広め共有を進める。

【結果】

ICT 活用に不慣れな郡市医師会もある事より、そうした医師会へのシステム導入の支援を行うことで、郡市医師会の経費負担が減少し、効果的に ICT システムの利活用ができた。また、医療連携 IT 化による医師の周辺環境の整備により、効率的に医療機関同士、介護、薬局等との連携が可能となり患者の受ける医療・介護サービスの質の向上にもつながった。7月現在、団体登録 20(郡市医師会 9 医師会、個別施設登録 11 施設)、管理者登録 64 人、連携施設は訪問看護ステーション 24、薬局 6、歯科医院 10、社会福祉協議会 3、医療施設 4、介護施設・その他 28、登録患者数は 425 人。

【結論】

バイタルリンクを利用した多職種連携の支援は、今後、登録患者数や連携施設の増加により更に在宅患者の医療・介護の質の向上に寄与すると思われるが、急性期医療機関との連携や、県内広域での情報共有に検討を要すると思われた。

本学会に賛助頂いた団体・賛助会員のみなさま(2017. 8. 1 現在 敬称略)

医療法人ひまわり会 中州八木病院
一般社団法人徳島県医師会
医療法人敬老会
医療法人厚仁会 波方中央病院
一般社団法人三好市医師会
イツモスマイル株式会社(介護保険事業者)
一般社団法人徳島県歯科医師会
医療法人凌雲会
徳島県立中央病院
一般社団法人徳島県作業療法士会
一般社団法人徳島市医師会
高松市民病院 塩江分院
地方独立行政法人徳島県鳴門病院
医療法人久仁会 鳴門山上病院
医療法人芳越会 ホウエツ病院
徳島健康生活協同組合 徳島健生病院
一般社団法人徳島市歯科医師会
つるぎ町立半田病院
医療法人平成博愛会 博愛記念病院

株式会社リブドゥコーポレーション
一般財団法人厚仁会
帝人ファーマ株式会社
株式会社西日本ファーマシー
帝人在宅医療株式会社
株式会社アスティス
高松帝酸株式会社
花王プロフェッショナル・サービス株式会社
クラウド型 EHR 高度化事業
株式会社よんやく

【発行・編集】

冊子名 第1回徳島県地域包括ケアシステム学会学術集会プログラム・抄録集
The Japanese Journal of Tokushima Society of Community-based
Integrated Care System : supplement 2017 ISSN 2432-9363

発行日 2017年(平成29)年8月27日

発行者 徳島県地域包括ケアシステム学会
〒770-8504 徳島県徳島市蔵本町3-18-15(徳島大学歯学部内)
TEL : 088-633-9171 MAIL : info@tocco.s.jp

編集者 徳島大学大学院医歯薬学研究部 口腔保健福祉学講座
○白山靖彦, 吉岡昌美, 柳沢志津子, 竹内祐子 ○責任者



<次期学術集会>

大会長 医療法人 凌雲会 稲次 正敬
2018年8月26日(日)開催予定