

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 30 年 6 月 27 日現在

機関番号：32633

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2015～2017

課題番号：15K20781

研究課題名(和文)在宅療養高齢者の急性期入院ケアを支える学際的チームケアプログラムの開発

研究課題名(英文)Development of interdisciplinary acute care program for the older adults require nursing care

研究代表者

金盛 琢也(KANAMORI, Takuya)

聖路加国際大学・大学院看護学研究科・助教

研究者番号：80745068

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 1,400,000円

研究成果の概要(和文)：要介護状態にある高齢者が肺炎等の急性疾患によって入院した際に、身体機能を維持したまま自宅に退院するためには、医師・看護師・リハビリ専門職などの多職種による支援が重要であるが、これまで具体的なモデルやプログラムは示されていない。そこで本研究課題では、海外の老年科病棟における参加観察や、本邦の在宅療養後方支援病床における高齢入院患者動向調査から、高齢者に適した入院環境の調整、入院合併症の予防介入、治療・ケア・リハビリの目標・方法共有、早期退院支援、意思決定支援の5要素に基づくケアプログラムを開発した。また開発したプログラムについて、学習会を実施し、プログラムの適切性を評価した。

研究成果の概要(英文)：The interdisciplinary team care program is effective to maintain physical function of hospitalized older adults, however few studies have focused on the older adults require nursing care although. This research project developed the program with five components, prepared hospital environment, prevention of complications due to hospitalization, Method and goal sharing of treatment, care, rehabilitation early discharge planning, decision support, through the results of participant observation and inpatients surveillance of geriatric care unit. Furthermore the workshop was conducted to evaluate the appropriateness of the program.

研究分野：老年看護学

キーワード：高齢者 老年看護 在宅看護 チームアプローチ

1. 研究開始当初の背景

在宅医療を受けている患者の多くが後期高齢者であり、在宅医療と高齢者医療は一層密接な関係となっている。特に要介護状態である在宅療養高齢者の急性期を支える医療体制作りは喫緊の課題である。

高齢者の入院には転倒、せん妄、廃用症候群の発症など、多くのデメリットが存在することが報告されており、入院の原因となった疾患が治癒しても、入院前より身体機能が低下し在宅復帰が困難となる例も少なくない。これを予防するためには、疾患治療とケアと退院支援が一体となって介入していく必要があり、その方法として学際的チームケアアプローチが推奨されている。しかし本邦での急性期入院高齢者への学際的チームケアアプローチの実践例は少なく、特に在宅療養高齢者を対象としたプログラムはない。

そこで、在宅療養高齢者を対象とした、学際的チームによる急性期入院ケアプログラム開発の必要があると考え、本研究課題の着想に至った。

2. 研究の目的

本研究課題の目的は、(1) 肺炎等で入院した高齢者の包括的な支援方法を探求し、在宅療養高齢者の急性期を支える学際的チームケアプログラムを開発し、(2) 開発した学際的チームケアプログラムについて、在宅療養後方支援病床に勤務する医療介護従事者への学習会と意見交換を通して、妥当性を検討することである。

3. 研究の方法

(1) 在宅療養高齢者の急性期を支える学際的チームケアプログラムの開発

文献検討、米国ミシガン大学ヘルスシステムにおける関連施設の視察、ならびに本邦の在宅療養後方支援病床における患者動向の調査より、在宅療養高齢者の急性期を支える学際的チームケアプログラムを開発した。

(2) プログラムの妥当性の検討

在宅療養後方支援病床に勤務する医療介護従事者を対象として学習会を開催し、参加する医師、看護師、介護職、リハビリ専門職、管理栄養士、薬剤師より意見を得て、妥当性を検討した。

4. 研究成果

(1) 文献検討

「older adults」「hospital」「inter-disciplinary team」等を検索語として、Pubmed, Medline 等のデータベースを検索したところ、入院高齢者に対するチームケアプログラムとしては、Acute Care for Elders、Hospital Elder Life Program、Nurses Improving Care for Healthsystem Elders、等のプログラムの実施が報告されていた。これらのプログラムはそれぞれによっ

て強調されている点があり、介入による効果としては、Acute Care for Elders では入院時から退院時の ADL の改善、在宅復帰率の改善、Hospital Elder Life Program ではせん妄予防、患者・家族の満足度の改善、Nurses Improving Care for Healthsystem Elders では高齢者サービス利用率、高齢者の権利擁護に有効であったことが報告されていた。

以上の文献検討から、ADL 低下が認められる在宅療養高齢者では、Acute Care for Elders、Hospital Elder Life Program の有用性が高いものと考え、これらの実践を行う医療機関の視察が必要であると考えた。

(2) 米国ミシガン大学ヘルスシステムにおける関連施設の視察

2015 年 8 月に米国ミシガン大学ヘルスシステムにおける関連施設 (Acute Care for Elders Unit、Hospital Elder Life Program、高齢者外来、認知症外来) の視察と情報収集を行った。Acute Care for Elders Unit は、高齢者向けの入院環境、チームによる治療・ケア・リハビリの共有、看護師による入院中合併症の予防介入、早期退院支援を多職種が包括的に行うものであった。入院患者の平均年齢は 80 歳、主な疾患は肺炎、尿路感染症、心不全や COPD の急性増悪などで、日本の在宅療養高齢者の入院状況とはほぼ同様であった。開始から数年ではあるが、ACE の導入により在院日数を 4/5 程度に減少することができた等の効果も示されていた。中でも看護師が行う合併症への予防介入は中核的な役割を担っており、本邦における本課題における学際的チームケアプログラム開発への重要な示唆を得ることができた。また、Hospital Elder Life Program では、入院中のせん妄予防のための治療的アクティビティの提供が行われており、治療やリハビリテーション時間の以外におけるアクティビティについて示唆を得た。加えて、外来、入院、リハビリテーション施設、ディプログラムなどミシガン大学ヘルスシステム全体における専門職アセスメントの共有が重要であり、入院施設だけでなく、関連機関での連携を意図してプログラムを開発することが重要であると示唆を得た。

表 1. ミシガン大学施設視察スケジュール

| 8/17 (Mon) | 8/18 (Tue) | 8/19 (Wed) | 8/20 (Thu) | 8/21 (Fri) |
|----------------------------|------------------------------|------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Acute Care for Elders Unit | Tuner Senior Resource Center | Geriatric Clinic | Cognitive disorder clinic | Hospital Elder Life Program |

(3) 本邦の在宅療養後方支援病床における入院患者動向の調査

調査方法

本邦の在宅療養後方支援病床における入院患者動向調査として、東京都内に所在する

A有床診療所の入院患者動向調査を行った。対象となった有床診療所は、東京都B区に所在し、内科、整形外科、小児科を標榜し、外来のほか訪問診療、入院診療を行っている。また診療所の他、訪問看護・訪問リハビリテーションや居宅介護支援事業所を有する。本調査では、2014年9月～2015年9月に入院した患者224名を対象とし、診療記録の遡及的調査により、入院患者の特性(年齢、疾患、入院理由等)、支援の内容(介入職種、カンファレンス実施頻度等)、患者の転機(在院日数、退院先、入院中の合併症の発症等)を収集した。

調査結果概要

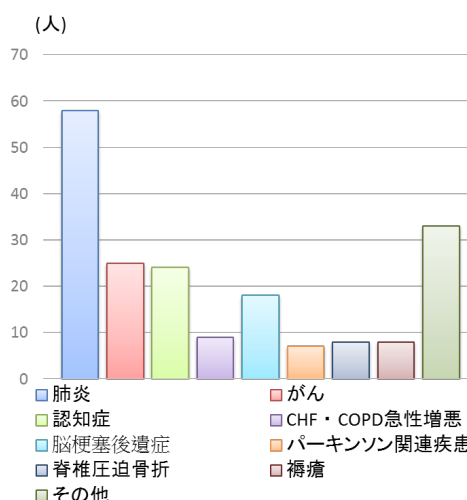
入院患者特性では、平均年齢81.4±11.2歳で、世帯構成は半数以上が高齢者のみ世帯(高齢者夫婦世帯、独居)であった。A有床診療所の入院理由は急性期治療が最も多く、次いでリハビリテーション、緩和ケアであった。入院の原因となる疾患では、誤嚥性肺炎が最多であった。認知症の診断、もしくは疑いがある患者は115名(51.1%)、入院前2週間におけるADL低下は82名(36.8%)、食事量低下は75名(33.2%)、介護困難は76名(34.1%)に見られた。入院中の合併症の発症は転倒9名(3.6%)、褥瘡2名(0.9%)、せん妄9名(3.6%)、廃用症候群7名(2.7%)であった。また、期間中に複数回の入院があった患者は28名で、三か月以内の再入院はのべ35名(15.3%)であった。

支援の内容では、平均介入職種数は3.4±1.4で、医師、看護師以外では、理学療法士は52.9%(119名)、言語聴覚士は22.4%(51名)、社会福祉士と管理栄養士は共に22.9%(52名)の患者に介入していた。また退院前カンファレンスは22.0%(50名)、退院前訪問は3.6%(9名)、家族や訪問看護師等への介護指導は34.5%(78名)の患者に実施されていた。

患者の転帰では、平均在院日数は25.2±22.1日、退院先は自宅164名(73.2%)、老健、特養等の介護施設22名(10.0%)、急性期病院12名(5.4%)、死亡退院20名(8.9%)であった。また退院時におけるADL改善者は52名(23.3%)であった。

この調査結果から、在宅療養後方支援病床の入院患者は、認知機能障害をもつ後期高齢者が多く、肺炎等の発症によってADLや食事量の低下、介護困難が生じるなど、複合的な問題を抱える患者も少なくなかった。そのため支援では、疾患の治療だけでなく、ADL改善に向けたリハビリテーションや、家族等への介護指導など、多職種による退院後の生活に向けた支援が重要であるとの知見を得た。

図1.入院の原因疾患



(4) 在宅療養高齢者の急性期を支える学際的チームケアプログラム

文献検討、米国ミシガン大学視察、入院患者動向の調査から、在宅療養高齢者の急性期を支える学際的チームケアプログラムの構成要素として、高齢者に優しい療養環境、高齢者総合的機能評価、自立と機能改善に焦点を当てたケア、早期からの退院支援、意思決定支援をあげ、在宅療養後方支援病床におけるチームケアプログラムを開発した(図2)。

高齢者に優しい療養環境

在宅療養高齢者では、入院に伴う環境の変化によって、見当識障害や意欲の低下、不安などが生じやすく、結果としてせん妄や転倒などの入院合併症につながりやすい。これを予防するために、見当識を保つための生活用品や、家庭的な装飾、転倒予防のための手すりなど、在宅療養高齢者が依存的にならず、残存機能を発揮できるよう療養環境の調整をする。

高齢者総合的機能評価

在宅療養高齢者では、疾患による障害だけでなく、認知機能低下や嚥下障害、介護負担など身体・心理・社会的側面にわたる多様な健康問題が生じていることから、疾患の治療と並行して、多職種による包括的アセスメントを行う。転倒、せん妄、褥瘡、誤嚥、薬剤有害事象の発生などの入院合併症のリスク評価も実施する。

自立と機能改善に焦点を当てたケア

在宅療養高齢者では、要介護状態にある対象者が多く、肺炎等の罹患によって入院前からADLが低下している患者や入院後に廃用症候群を生じる例も少なくない。そこで、患者の残存機能の評価や自宅での生活状況から、退院時のADL目標を設定し、早期離床や日常生活にリハビリを取り入れたケアを多職種で連携して実施する。またタブレット端末等を用いて自宅の療養環境について画

像データで共有し、ケアに反映させるなど、退院後の生活に向けて具体的に支援する。

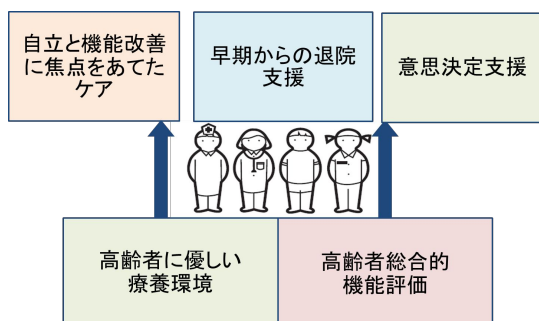
早期からの退院支援

高齢者夫婦世帯や独居が多く、多くの在宅療養高齢者に介護体制に関する課題が存在した。入院時から家族やケアマネジャーなど在宅介護にかかわる専門職と連携を図り、入院前の生活の様子など具体的に情報収集をする。また入院によって治療・ケア内容などに変更がある場合も多く、退院後も安定した生活が送れるよう、退院前カンファレンスなどを実施する。

意思決定支援

在宅療養高齢者では、肺炎等の罹患によって経口摂取が困難になることや死亡退院に至る例も多く、また患者本人は認知機能低下を伴うため、本人、家族への意思決定支援を必要としている。入院中から継続的に病状説明を行うとともに、家族や本人の価値観、意向について情報収集し、本人にとっての最善について多職種で検討する。

図 2. 在宅療養高齢者の急性期を支える学際的チームケアプログラムの枠組み



(5) プログラムの妥当性の検討

開発したプログラムに基づいて、在宅療養後方支援病床において3回の学習会を開催し、参加する医師、看護師、介護職、リハビリ専門職、管理栄養士、薬剤師より意見を得て、本プログラムの妥当性について、検討した。

学習会概要

2017年11月～2018年1月にかけて3回の学習会を実施した。学習会の内容は、在宅療養高齢者の急性期を支える学際的チームケアプログラムの概要、チームアプローチと入院合併症予防、チームケアプロトコルとし、各回の終了時に参加者と討論し、意見を収集した。各回の参加者は約10名で、看護師が最も多く、介護職、医師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が参加した。参加が難しかった看護師や医師には資料のみ渡した。

参加した医療従事者から得られた意見

学習会の反応から、「日頃行っているケアの目的が明確になった」、「チームの目標を考えることが重要だと思った」等が示され、開発した多職種ケアプログラムが在宅療養高齢者の後方支援病床において妥当性のある

ものであると考えられた。

(6) 今後の課題

病床区分の見直しが進む中で、在宅療養高齢者の急性期を支える医療機関は多様化している。今回は都市部にある在宅療養後方支援病床に焦点を当ててプログラム開発と妥当性の検討を行ったが、高齢者の生活環境や医療機関の人的配置は多様であることから、他の地域、病床区分では、異なったプログラムが求められている可能性がある。今後、多施設での入院患者動向の調査や医療従事者の意見を踏まえて、プログラムを検討していく必要があると考える。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計0件)

〔学会発表〕(計2件)

金盛琢也、小山宰、松尾良美、平原佐斗司、地域包括ケアモデルの有床診療所における入院患者の特性と多職種支援の実施状況-2年間の診療記録の遡及的調査から。第23回日本在宅ケア学会。2018。

金盛琢也、後方支援病床における入院高齢者に対する多職種ケアプログラム。第18回日本在宅医学会大会シンポジウム。2016。

〔図書〕(計0件)

〔産業財産権〕

出願状況(計0件)

取得状況(計0件)

〔その他〕

ホームページ等

6. 研究組織

(1) 研究代表者

金盛琢也 (KANAMORI, Takuya)

聖路加国際大学大学院・看護学研究科・助教
研究者番号：：80745068