2018年度(第7回)
新潟市医師会地域医療研究助成
発表会 ハンドアウト

会 期

2019年(平成31年)1月26日[土]

会 場

新潟大学医学部 有壬記念館

新潟市医師会

ご挨拶

新潟市医師会では、平成 24 年度より、独自の研究助成事業を開始致しました。私たちは、新潟市における地域医療・保健・福祉の充実、向上に貢献することを医師会の基本的な役割の一つと考えており、この目的にかなう研究に助成する事業です。この助成事業の特徴は、応募資格を医師だけでなく医師以外の研究者にも広く門戸を開いていることにあります。医師会員が共同研究者に入る条件がありますが、医療、福祉、介護の現場で活動しておられます多くの方々に研究を立ち上げて頂ければと思っております。

７年目の今回は、１２件の応募があり、９名の外部委員と５名の医師会担当理事から成る審査委員会で慎重に審査をし、昨年よりの継続研究３件と新規応募研究４件の計７件の研究が採択されております。本日はその研究成果を発表して頂きます。

私たちが関わる医療、福祉、介護などの分野は相互に密接に関連しており、医師だけで解決できるものではなく、関連職種の相互連携が必要です。これから発表して頂く研究は、臨床と保健、福祉の連携を取り持つもので、保健活動や福祉・介護活動に携わっておられる、医師、看護師、福祉関係者の皆様方が現場で仕事をして行く上で、大変役立つものであると思っております。研究発表について、それぞれの立場からいろいろと意見交換をして頂き、考え方の共有や、新たな視点が生み出されて行くことを期待しております。

そして今後、これらの研究から、新たな医師会事業、新潟市の政策が立ち上がり、市民の皆様の健康増進につながって行くことになればと思っております。

平成 31 年１月　新潟市医師会長　　藤田一隆

第7回

新潟市医師会
地域医療研究助成発表会

日時：平成31年1月26日（土）14時30分から18時

場所：新潟大学医学部有壬記念館（新潟市中央区旭町通１－757）

14：30

開会挨拶：新潟市医師会長　藤田 一隆

発表1
座長：西條 康夫（新潟大学 腫瘍内科学）
「心不全患者における介護発生率および介護発生に関わる臨床的因子の検討」
藤木 伸也（新潟大学 循環器内科学）

発表2
座長：中村 和利（新潟大学 環境予防医学）
「新潟市における頭頸部癌検診のこころみ」
岡部 隆一（新潟大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

発表3
座長：丸田 秋男（新潟医療福祉大学 社会福祉学部）
「誤嚥性肺炎入院患者における摂食嚥下機能と予後の検討 －クリニカルパス策定に向けて－」
建部 一毅（新潟南病院 リハビリテーション科）

発表4
座長：井口 清太郎（新潟大学 新潟地域医療学）
「実家の茶の間・紫竹におけるつながりの構造要因の検討」
佐藤 純子（新潟医療福祉大学 看護学部 看護学科）

発表5
座長：三富 健二郎（新潟市福祉部）
「新潟市の糖尿病治療中断者の現状把握ならびに受診勧告事業の有効性の検討（第2報）」
藤原 和哉（新潟大学 健康寿命延伸・生活習慣病予防治療医学）

発表6
座長：齋藤 玲子（新潟大学 国際保健学）
「高齢者における独立歩行の獲得と維持のための新たなリハビリテーションプログラムの確立」
上原 彰史（新潟南病院 内科）

発表7
座長：佐藤 隆司（新潟市保健衛生部）
「新潟市における慢性閉塞性肺疾患の問題点と地域医療連携に関する研究」
大嶋 康義（新潟大学 呼吸器・感染症内科学）

コーヒーブレイク

17：00

特別講演
座長：高橋 善樹（新潟市保健所）
「口腔機能からみた摂食嚥下障害への取り組み」
井上 誠（新潟大学 摂食嚥下リハビリテーション学分野 教授）

閉会挨拶：新潟市医師会副会長　浦野 正美

背景の新潟病院（明治６～10年に撮影）は、新潟での近代西洋医学発祥の地

新潟大学大学院特別講義・**新潟県医師会生涯教育講座※**　【参加費無料・参加制限なし・事前の参加申込不要】

※取得単位：3.5単位　カリキュラム内容：[5]心理社会的アプローチ [13]医療と介護および福祉の連携 [41]嗄声 [46]咳・痰 [47]誤嚥 [62]歩行障害 [76]糖尿病

●駐車場について　医学部職員用駐車場を無料使用できます。13時～18時、入構ゲートを開けておきますので利用ください。
詳細は新潟市医師会HPをご参照ください。（http://www.niigatashi-ishikai.or.jp/medical/subsidy.html）

問合せ先　新潟市医師会事務局 清水・井浦（電話 025-240-4131）

■ポスター背景写真：明治初期の新潟病院

新潟市の近代西洋医学は、現在の新潟大学付属病院の前身ともいえる「新潟病院」に始まります。明治 6 年 7 月に（市制移行前の）新潟町の横三番町に仮設され、11 月に医学町（現在の付属病院に隣接する「いこい公園」付近）に新築移転しました。同 9 年に新潟町から新潟県に経営が移管し、同 10 年に県立新潟病院医学所と改称され、同 11 年 9 月に明治天皇の巡視がありました。同 12 年県立新潟医学校となり、病院はその付属になりました。同 14 年に産婆教場、同 16 年に薬学校も併設され、新潟市はもとより、新潟県内の医療・医事衛生教育の中心でした。（写真は同 6 年から 10 年の間に撮影されたもの）

目　　次

特別講演

「口腔機能からみた摂食嚥下障害への取り組み」 1
井上　誠（新潟大学 摂食嚥下リハビリテーション学分野 教授）
座長：高橋善樹（新潟市保健所）

研究助成　発表

1．「心不全患者における介護発生率および介護発生に関わる臨床的因子の検討」 19
藤木伸也（新潟大学 循環器内科学）
座長：西條康夫（新潟大学 腫瘍内科学）

2．「新潟市における頭頸部癌検診のこころみ」 27
岡部隆一（新潟大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）
座長：中村和利（新潟大学 環境予防医学）

3．「誤嚥性肺炎入院患者における摂食嚥下機能と予後の検討
ークリニカルパス策定に向けてー」 35
建部一毅（新潟南病院 リハビリテーション科）
座長：丸田秋男（新潟医療福祉大学 社会福祉学部）

4．「実家の茶の間・紫竹におけるつながりの構造要因の検討」 41
佐藤純子（新潟医療福祉大学 看護学部 看護学科）
座長：井口清太郎（新潟大学　新潟地域医療学）

5．「新潟市の糖尿病治療中断者の現状把握
ならびに受診勧告事業の有効性の検討（第２報）」 53
藤原和哉（新潟大学 健康寿命延伸・生活習慣病予防治療医学）
座長：三富健二郎（新潟市福祉部）

6．「高齢者における独立歩行の獲得と
維持のための新たなリハビリテーションプログラムの確立」 61
上原彰史（新潟南病院 内科）
座長：齋藤玲子（新潟大学 国際保健学）

7．「新潟市における慢性閉塞性肺疾患の問題点と地域医療連携に関する研究」 71
大嶋康義（新潟大学 呼吸器・感染症内科学）
座長：佐藤隆司（新潟市保健衛生部）

研究助成の概要 81
2018 年度（平成 30 年度）公募要領 87
過去の発表会 91

特別講演

口腔機能からみた
摂食嚥下障害への取り組み

井上　誠
（新潟大学 摂食嚥下リハビリテーション学分野　教授）

座長：高橋善樹（新潟市保健所）

【特別講師紹介】

井上　誠　Makoto Inoue

新潟大学大学院医歯学総合研究科
摂食嚥下リハビリテーション学分野　教授

■略歴

1994 年 3 月　新潟大学歯学部卒業
1994 年 4 月　新潟大学歯学部第一口腔外科講座入局
1994 年 4 月　新潟大学大学院歯学研究科入学
1998 年 3 月　同上修了（博士（歯学））
1998 年 4 月　新潟大学歯学部口腔生理学講座助手
1999 年 12 月
～2001 年 11 月　英国レスター大学 Research fellow
2003 年 1 月～3 月　スウェーデンウメオ大学 Research fellow
2004 年 9 月　新潟大学医歯学総合病院摂食嚥下機能回復部講師
2006 年 10 月　新潟大学大学院医歯学総合研究科摂食嚥下障害学分野（現摂食嚥下リハビリテーション学分野）助教授
2008 年 4 月　新潟大学大学院医歯学総合研究科摂食嚥下リハビリテーション学分野教授
現在に至る

■専門領域

口腔生理学，嚥下障害学

■賞罰

2000 年　第 13 回歯科基礎医学会賞
2002 年　日本顎口腔機能学会奨励賞
2008 年　日本食品工業展　アカデミックプラザ賞
2014 年　日本食品工業展　アカデミックプラザ賞

■役職等

日本摂食嚥下リハビリテーション学会　理事
日本口腔リハビリテーション学会　理事
日本顎口腔機能学会　理事　他

口腔機能からみた
摂食嚥下障害への取り組み

井上　誠
新潟大学大学院医歯学総合研究科
摂食嚥下リハビリテーション学分野

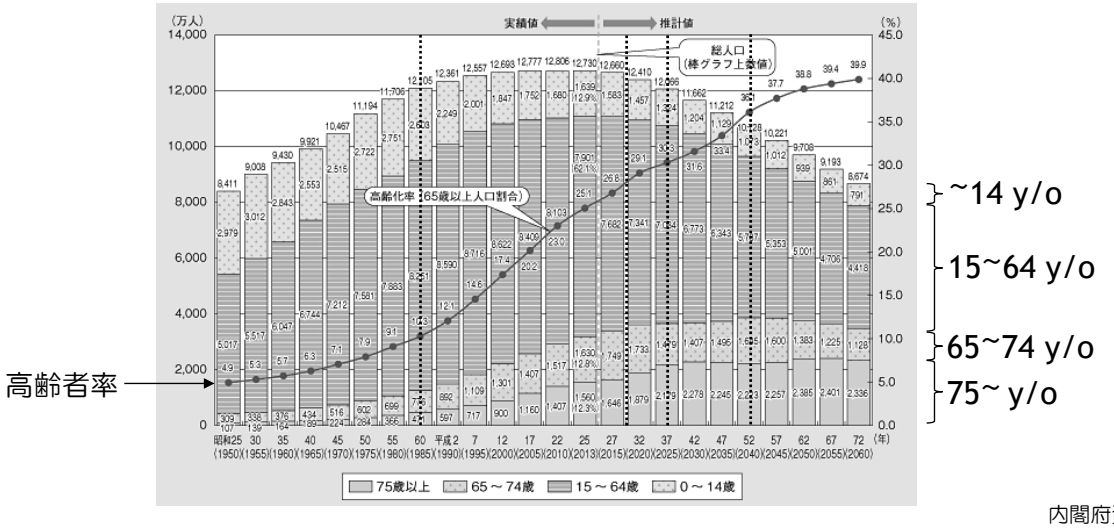
第7回新潟市医師会地域医療研究助成発表会
平成31年1月26日（土），新潟大学医学部有壬記念館

口腔機能からみた
摂食嚥下障害への取り組み

- 超高齢社会と摂食嚥下障害
- 歯科に期待してほしいこと
- 嚥下障害の臨床のこれから

超高齢社会

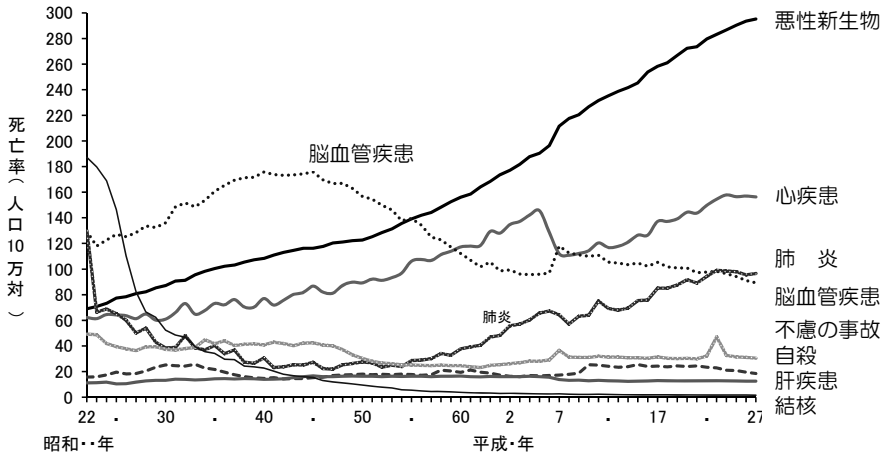
- 生産者人口は減少し続け，高齢者人口は増え続ける
- 2025年，2040年の真の問題とは



内閣府資料

日本人の死亡原因

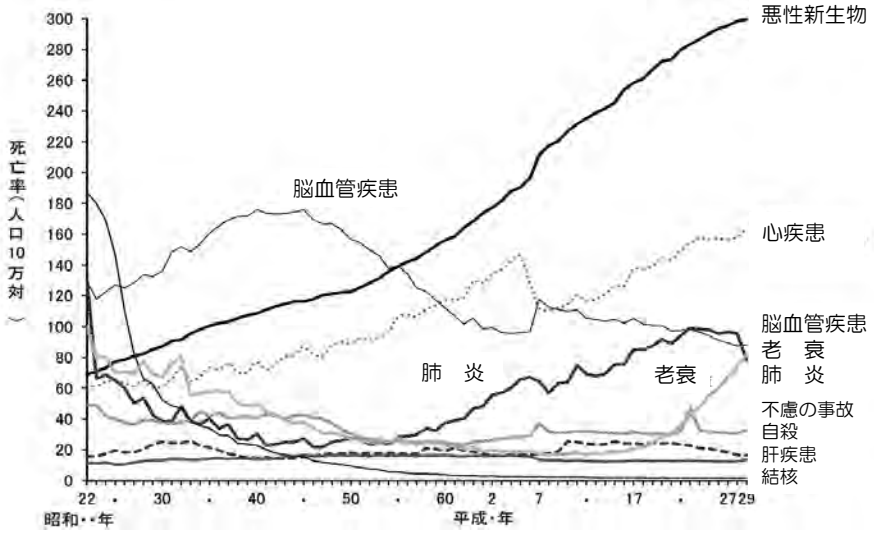
- 肺炎による死亡数が第3位に（平成23年）
- 肺炎死亡者の90%は高齢者



厚生労働省平成27年人口動態統計月報年計(概数）の概況

日本人の死亡原因

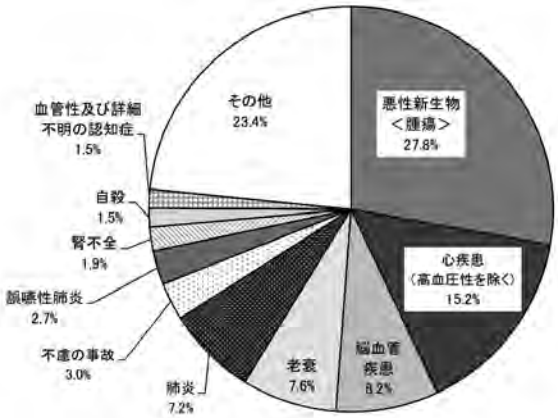
- 肺炎による死亡数が激減（平成29年）
- 老衰による死亡数が激増（平成29年）

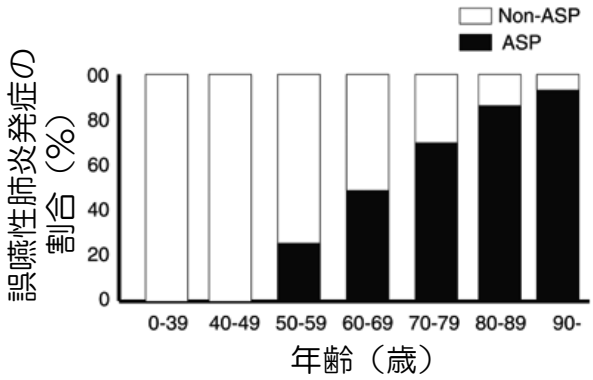


厚生労働省平成29年人口動態統計月報年計(概数）の概況

肺炎の真実

- 肺炎による死亡+誤嚥性肺炎による死亡の合計9.9%
- 高齢になるほど誤嚥性肺炎の率が上がる

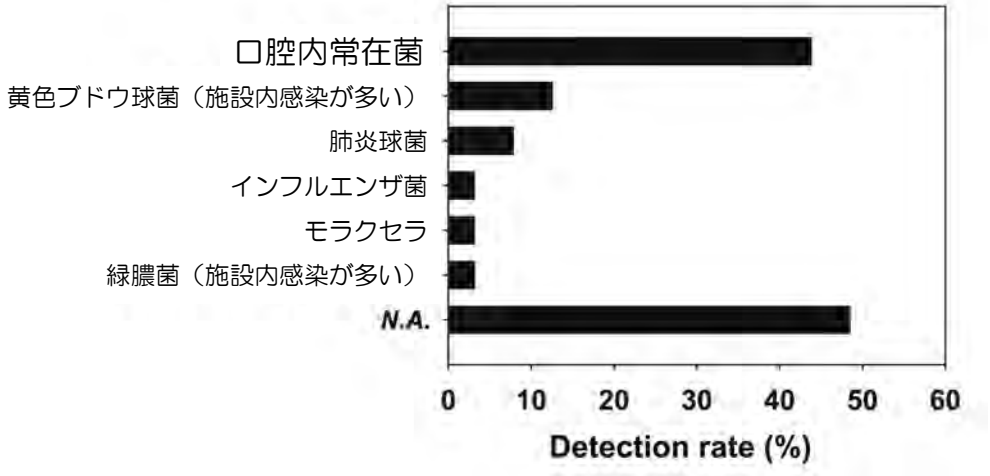




厚生労働省平成29年人口動態統計月報年計(概数）の概況，Teramoto et al. J Am Geriatr Soc, 2008

高齢者の肺炎起因菌

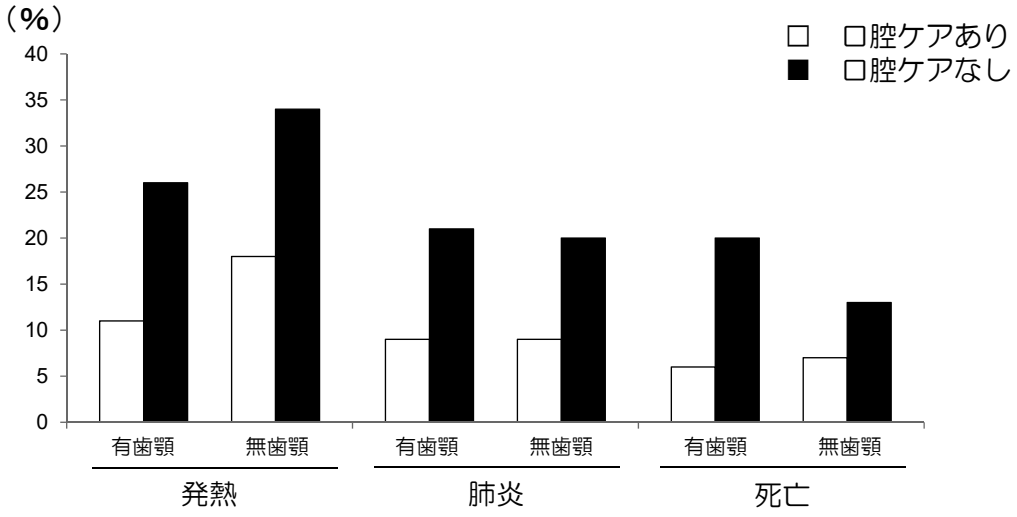
- 肺炎患者の気管から検出された細菌叢
- 最も多かったのは口腔内常在菌



Ebihara et al., J Am Geriatr Soc, 2005

口腔ケアは肺炎を予防する

- 残存歯の有無に関わらず，口腔ケア実施群では熱発・肺炎・死亡の割合が減少



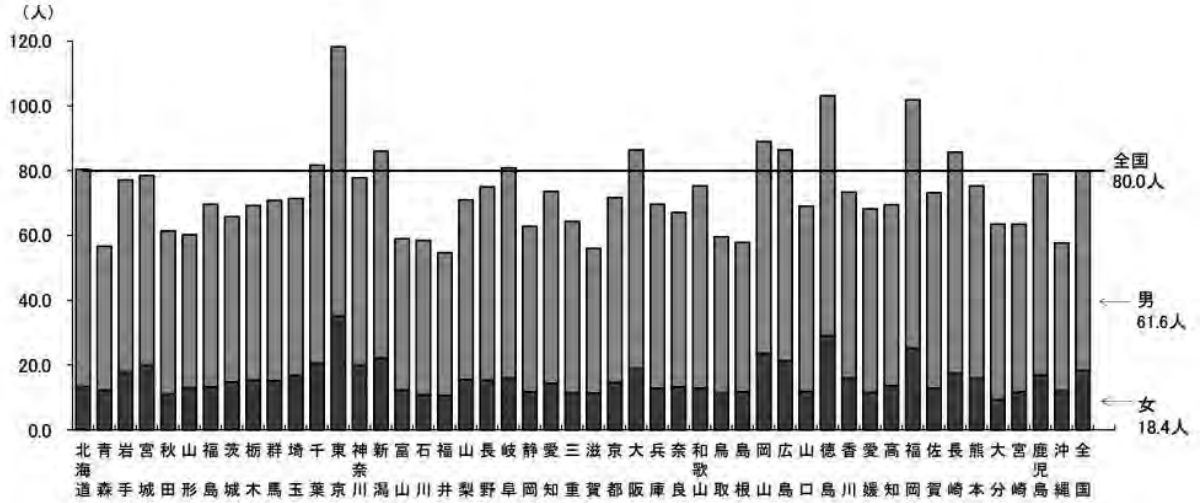
Yoneyama et al., J Am Geriatr Soc, 2002を改変

超高齢社会の今と未来

- 少子高齢化の波はとどまることがない
- 要介護高齢者の摂食嚥下障害の問題は大きくなるばかり
- 摂食嚥下障害の臨床は広く知られるようになったが，臨床の問題は解決する方向に進んでいるのだろうか
  - 医療技術
  - マンパワー
  - 保険制度

人口10万対歯科医師数

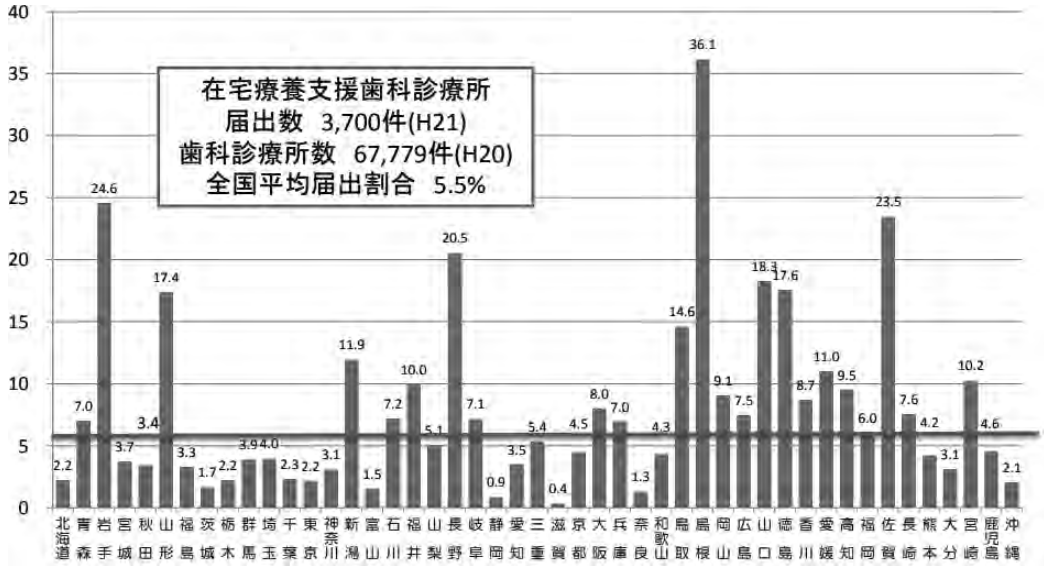
- 新潟県は全国第7位（20176年12月現在）



厚生労働省資料

在宅療養支援歯科診療所割合（%）

- 新潟県は全国第9位



厚生労働省資料

在宅療養支援歯科診療所について

中医協総会資料6
27.02.18

○ 在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所であり、平成20年度改定時に創設

【施設基準】
1 歯科訪問診療料を算定していること
2 高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
3 歯科衛生士が配置されていること
4 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整えていること
5 在宅歯科医療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

<在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移>

<在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価>

	歯援診	歯援診以外
退院時共同指導料Ⅰ	600点	300点
歯科疾患在宅療養指導管理料（口腔機能管理加算）	140点（＋50点）	130点
歯科訪問診療補助加算	同一建物居住者以外の場合：110点 同一居住者の場合：45点	—

⇒ 在宅療養支援歯科診療所は増えているものの、全歯科診療所の約8%にとどまっている

厚生労働省資料

摂食嚥下障害患者が直面する問題

- 呼吸器感染（誤嚥性肺炎）
- 低栄養
- 食べる楽しみの喪失

Transdisciplinary teamの中での歯科の役割

- 呼吸器感染（誤嚥性肺炎）
  - 口腔ケアによる感染予防と嚥下訓練
- 低栄養
  - 求められる適切・適格な助言
- 食べる楽しみの喪失
  - 歯科治療による口腔機能の再評価

歯科医師としての摂食嚥下障害の関わり

- 疾患・栄養を含む全身状態の把握
- 口腔ケアによる口腔衛生管理
- 歯科治療による機能維持・向上

地域医療に取り組む臨床家への協力

- 新潟県歯科医師会摂食嚥下治療登録医養成事業
- 現場での症例をともに摂食嚥下障害の臨床研修実施
  - 嚥下内視鏡検査10症例
  - 症例報告5症例
  - 学会などでの症例発表

内視鏡相互実習　摂食嚥下機能評価

病棟での口腔ケア 嚥下間接訓練　入院患者に対する直接訓練

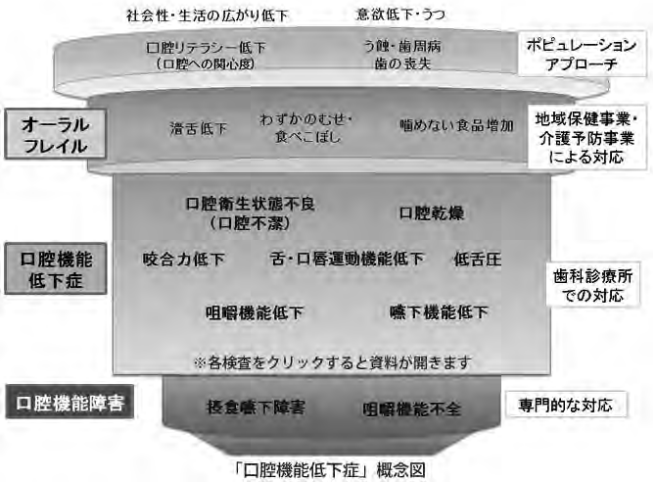
フレイル

- 健常から要介護へ移行する中間の段階
- 加齢に伴い筋力が衰え，疲れやすくなり家に閉じこもりがちになるなど，年齢を重ねたことで生じやすい衰え
- 高齢者の多くの場合，フレイルの時期を経て徐々に要介護状態に陥ると考えられている

厚生労働省資料「後期高齢者の低栄養防止等の推進について」

オーラルフレイル

- 滑舌低下，食べこぼし，わずかなむせ，かめない食品が増えるなどのささいな口腔機能の低下から始まるという
- フレイルと大きく関わっているといわれる



「口腔機能低下症」概念図

日本歯科医師会HPより

食品の難易度

- 難易度が高いもの
  - 硬い，パサパサ，べたつく
  - ばらばらになりやすい
  - 液　体
  - 不均一
- 難易度が低いとされるもの
  - 軟らかい，なめらか
  - まとまりやすい
  - とろみ
  - 均一

UDF（ﾕﾆﾊﾞｰｻﾙﾃﾞｻﾞｲﾝﾌｰﾄﾞ）

- 日本介護食品協議会が定めた自主企画

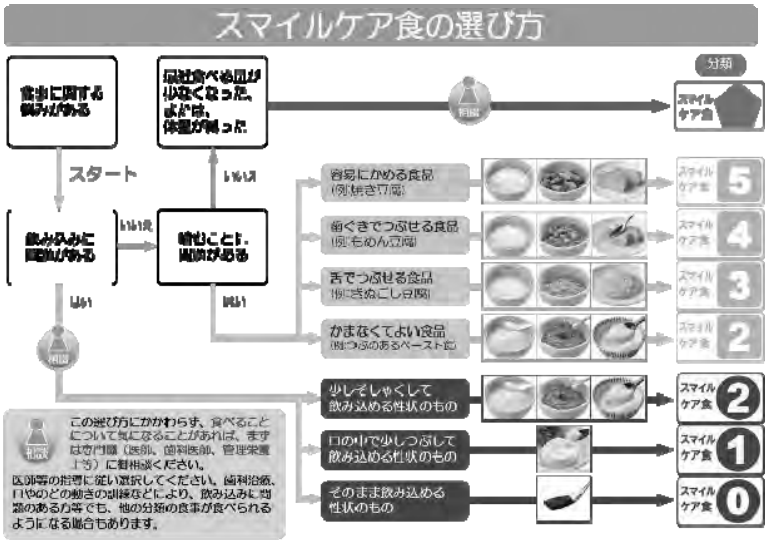
区分		容易にかめる	歯ぐきでつぶせる	舌でつぶせる	かまなくてよい
かむ力の目安		かたいものや大きいものはやや食べづらい	かたいものや大きいものは食べづらい	細かくてやわらかければ食べられる	細切れ状は小さくても食べづらい
飲み込む力の目安		普通に飲み込める	ものによっては飲み込みづらいことがある	水やお茶が飲み込みづらいことがある	水やお茶が飲み込みづらい
かたさの目安	ごはん	ごはん～やわらかごはん	やわらかごはん～全かゆ	全かゆ	ペーストかゆ
	さかな	焼き魚	煮魚	魚のほぐし煮（とろみあんかけ）	白身魚のうらごし
	たまご	厚焼き卵	だし巻き卵	スクランブルエッグ	やわらかい茶わん蒸し（具なし）
※食品のメニュー例で商品名ではありません。	調理例（ごはん）				
物性規格	かたさ上限値 N/m²	5×10^5	5×10^4	ゾル：1×10^4 ゲル：2×10^4	ゾル：3×10^2 ゲル：5×10^3
	粘度下限値 mPa・s			ゾル：1500	ゾル：1500

とろみの強さ	+	++	+++	++++
かたさの目安 N/m²	~200	200~400	400~700	700~
とろみのイメージ	フレンチドレッシング状	とんかつソース状	ケチャップ状	マヨネーズ状
イメージ図				
使用量の目安	1g	2g		3g

https://www.udf.jp/outline/udf.html

スマイルケア食

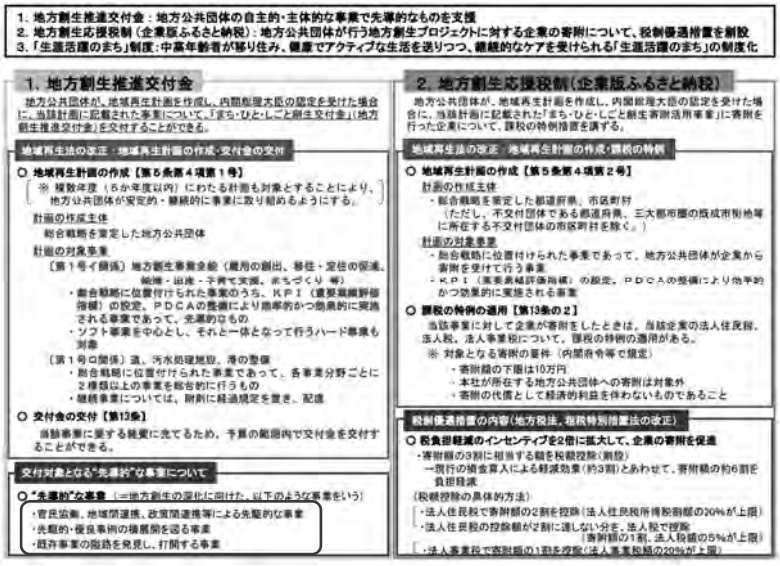
- 介護食の普及とこれまでの現場の混乱を整理する目的で農林水産省が定めた名称・基準



http://www.maff.go.jp/j/shokusan/seizo/kaigo.html

新潟県新市場創出・米加工技術等開発事業

- 施設入居者を対象とした摂食嚥下機能評価
- 評価と食品との間のマッチングを目指す



1. 地方創生推進交付金：地方公共団体の自主的・主体的な事業で先導的なものを支援
2. 地方創生応援税制（企業版ふるさと納税）：地方公共団体が行う地方創生プロジェクトに対する企業の寄附について、税制優遇措置を創設
3. 「生涯活躍のまち」制度：中高年齢者が移り住み、健康でアクティブな生活を送りつつ、継続的なケアを受けられる「生涯活躍のまち」の制度化

1. 地方創生推進交付金

地方公共団体が、地域再生計画を作成し、内閣総理大臣の認定を受けた場合に、当該計画に記載された事業について、「まち・ひと・しごと創生交付金」（地方創生推進交付金）を交付することができる。

地域再生法の改正・地域再生計画の作成・交付金の交付

○ 地域再生計画の作成【第５条第４項第１号】

※ 複数年度（５か年度以内）にわたる計画も対象とすることにより、地方公共団体が安定的・継続的に事業に取り組めるようにする。

計画の作成主体

総合戦略を策定した地方公共団体

計画の対象事業

（第１号イ関係）地方創生事業全般（雇用の創出、移住・定住の促進、結婚・出産・子育て支援、まちづくり 等）

・総合戦略に位置付けられた事業のうち、ＫＰＩ（重要業績評価指標）の設定、ＰＤＣＡの整備により効率的かつ効果的に実施される事業であって、先導的なもの

・ソフト事業を中心とし、それと一体となって行うハード事業も対象

（第１号ロ関係）道、汚水処理施設、港の整備

・総合戦略に位置付けられた事業であって、各事業分野ごとに２種類以上の事業を総合的に行うもの

・継続事業については、附則に経過規定を置き、配慮

○ 交付金の交付【第13条】

当該事業に要する経費に充てるため、予算の範囲内で交付金を交付することができる。

交付対象となる"先導的"な事業について

○ "先導的"な事業（＝地方創生の深化に向けた、以下のような事業をいう）

・官民協働、地域間連携、政策間連携等による先駆的な事業

・先駆的・優良事例の横展開を図る事業

・既存事業の隘路を発見し、打開する事業

2. 地方創生応援税制（企業版ふるさと納税）

地方公共団体が、地域再生計画を作成し、内閣総理大臣の認定を受けた場合に、当該計画に記載された「まち・ひと・しごと創生寄附活用事業」に寄附を行った企業について、課税の特例措置を講ずる。

地域再生法の改正・地域再生計画の作成・課税の特例

○ 地域再生計画の作成【第５条第４項第２号】

計画の作成主体

・総合戦略を策定した都道府県、市区町村

（ただし、不交付団体である都道府県、三大都市圏の既成市街地等に所在する不交付団体の市区町村を除く。）

計画の対象事業

・総合戦略に位置付けられた事業であって、地方公共団体が企業から寄附を受けて行う事業

・ＫＰＩ（重要業績評価指標）の設定、ＰＤＣＡの整備により効率的かつ効果的に実施される事業

○ 課税の特例の適用【第13条の２】

当該事業に対して企業が寄附をしたときは、当該企業の法人住民税、法人税、法人事業税について、課税の特例の適用がある。

※ 対象となる寄附の要件（内閣府令等で規定）

・寄附額の下限は10万円

・本社が所在する地方公共団体への寄附は対象外

・寄附の代償として経済的利益を伴わないものであること

税制優遇措置の内容（地方税法、租税特別措置法の改正）

○ 税負担軽減のインセンティブを2倍に拡大して、企業の寄附を促進

・寄附額の3割に相当する額を税額控除（割戻）

→現行の損金算入による軽減効果（約3割）とあわせて、寄附額の約6割を負担軽減

（税額控除の具体的方法）

・法人住民税で寄附額の2割を控除（法人住民税所得税割額の20%が上限）

・法人住民税の控除額が2割に達しない分を、法人税で控除（寄附額の1割、法人税額の5%が上限）

・法人事業税で寄附額の1割を控除（法人事業税額の20%が上限）

基本データならびに摂食嚥下スクリーニング検査

記録者		
対象者氏名・性別		男・女
生年月日	19　　年　　日　　歳	
要介護度		
身長・体重・BMI	cm　　kg	
現病歴・既往歴		
服薬		
四肢麻痺	なし　片側あり　両側あり	
	なし　軽度　中等度　重度	
日常生活動作	独歩可能　手摺歩行　車いす自操　車いす介助　ベッド上	

スクリーニング	20　　年　　月　　日　　午前・午後				
歯式	７６５４３２１｜１２３４５６７ ７６５４３２１｜１２３４５６７				
Eichner	Eichner		機能的Eichner		
義歯使用・就寝以外	使用なし　常時　食事時のみ　その他				
顎口腔顔面の麻痺	0　1軽度の麻痺片側　2部分麻痺（下）　3完全麻痺（上下）				
舌の麻痺	0　1わずかな偏位　2明らかな偏位　3動きなし、萎縮				
嗄声	なし　あり　粗造性　気息性　無力性　努力性				
開鼻声	なし　あり				
改訂水飲みテスト	点	特記			
のみや水テスト	点	特記			
エンゲリードテスト	点	特記			
ハッピーターンテスト	点	特記			
食認知テスト	①1	②1	①2	②2	点　A　B

食事場面評価	20　　年　　月　　日
食形態	常食　軟菜　荒刻み　極刻み　ペースト　ゼリー
主食形態	米飯　軟飯　分粥　ペースト・ソフト粥　その他
とろみ	ケチャップ　とんかつソース　フレンチドレッシング　なし
介助	全介助　一部介助　見守り　介助なし　その他
食事摂取量	全量　半分以上　半分以下　少量　なし
食事時のむせ	
食事時の拒否・中断	
特記事項	

ハッピーターンテスト
ハッピーターン摂取時の反応も評価

食認知テスト
2枚の写真を見せてどちらがおいしそうかを聞く

A

B

A

B

食事場面評価

記録者				
対象者氏名・性別			男・女	

使用粥

商品名・番号	摂取量	口	一口サイズ	
	咀嚼の有無	なし	数口に1回あり	あり
	ため込み（10秒以上）	なし	数口に1回あり	あり
	むせ	なし	数口に1回あり	あり
	その他の有害事象			

商品名・番号	摂取量	口	一口サイズ	
	咀嚼の有無	なし	数口に1回あり	あり
	ため込み（10秒以上）	なし	数口に1回あり	あり
	むせ	なし	数口に1回あり	あり
	その他の有害事象			

商品名・番号	摂取量	口	一口サイズ	
	咀嚼の有無	なし	数口に1回あり	あり
	ため込み（10秒以上）	なし	数口に1回あり	あり
	むせ	なし	数口に1回あり	あり
	その他の有害事象			

商品名・番号	摂取量	口	一口サイズ	
	咀嚼の有無	なし	数口に1回あり	あり
	ため込み（10秒以上）	なし	数口に1回あり	あり
	むせ	なし	数口に1回あり	あり
	その他の有害事象			

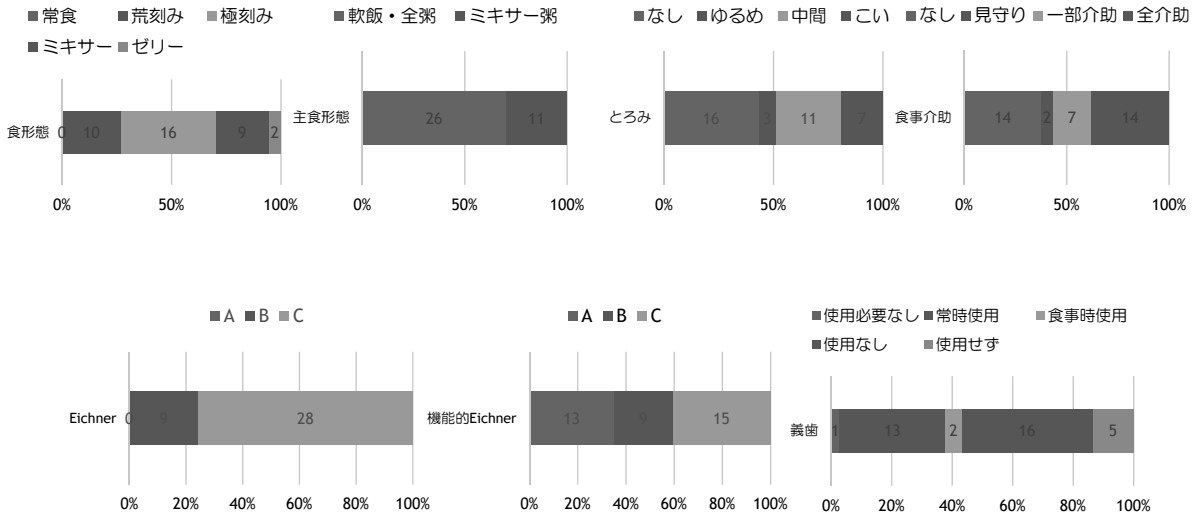
商品名・番号	摂取量	口	一口サイズ	
	咀嚼の有無	なし	数口に1回あり	あり
	ため込み（10秒以上）	なし	数口に1回あり	あり
	むせ	なし	数口に1回あり	あり
	その他の有害事象			

自分で食べられる方の記録

介助で食べられる方の記録

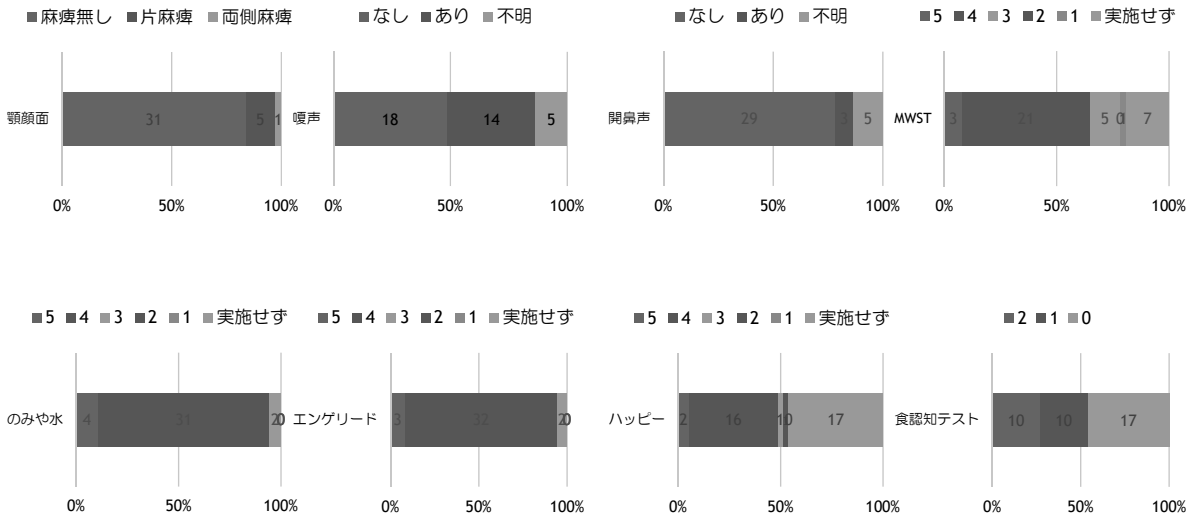
被験者基本データ

- 常食摂取者はなく，全員が全粥もしくはミキサー粥を摂取していた
- とろみ付けをしていない者，食事介助のない者が約半数いた
- EichnerAの者はなく，食事時に義歯をしていない者も半数以上いた



被験者基本データ

- 顔面麻痺の者は少なく，約半数に生じた嗄声のほとんどは無力性であった
- MWST，フードテストでは，多くの者がむせなく摂取可能であった（4点以上）
- ゼリー摂取可能な者に加えて，ハッピーターン摂取可能者も約半数いた
- 食認知テストが2点（満点）だったものは約1/4にとどまった



食事からQOLを上げるために

- 物性のみで決まるものではない
- なぜ食べられないのか（食べられるのか）の診断が必要
- 嚥下機能以外の要素を考慮する必要がある
  - –認知，経験，嗜好
  - –咀嚼（食塊形成能力）
  - –唾液分泌
  - –食事介助のレベル

研究助成
[発表1]

心不全患者における介護発生率および介護発生に関わる臨床的因子の検討

藤木伸也（新潟大学 循環器内科学）

研究キーワード
介護発生率、介護リスク因子、慢性心不全

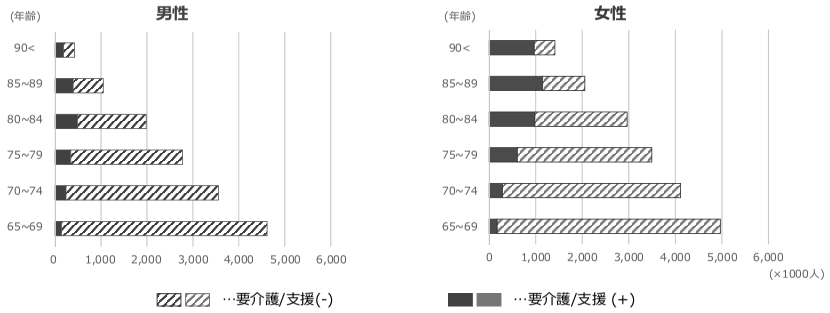
座長：西條康夫（新潟大学 腫瘍内科学）

心不全患者における介護発生率
および介護発生に関わる臨床的因子の検討

新潟大学大学院医歯学総合研究科　循環器内科学
藤木伸也

背景

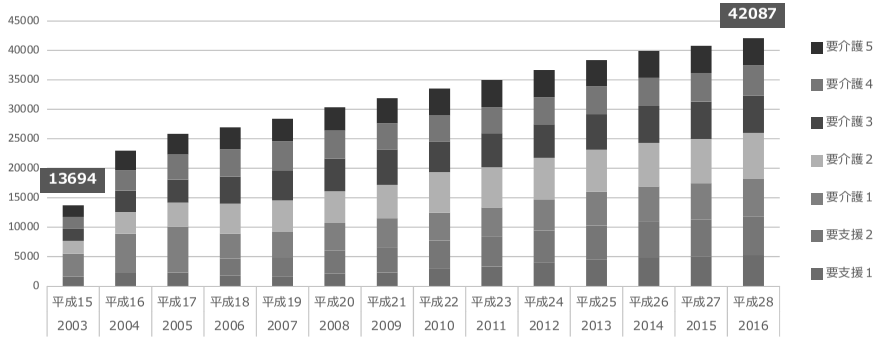
要介護/支援者数の割合



✓ 介護保険の受給者数は急激に増加している　：256万人（2000年）　⇒621万人（2016年）
（給付額）　：3.6兆円（2000年）　⇒9.7兆円（2016年）

背景

新潟市における要介護/支援者数の推移

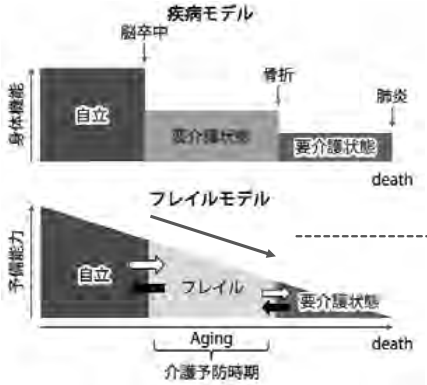


✓ 新潟市の介護保険受給者数も増加の一途を辿っている。

（新潟市オープンデータを利用して作図）

背景

介護が発生する過程



老年症候群

摂食障害（低栄養）、
認知機能障害、
視力/聴力障害、貧血
など

慢性疾患

生活習慣病、心不全、
脳血管疾患、悪性腫瘍
など

日老医誌 46:279-285,2009.

背景

デザイン：前向きコホート研究
対象　　：65歳以上の地域住民4341人（認知症、パーキンソン病、脳血管疾患を除く）
評価項目：要介護３以上の介護発生
結果　　：２年間の観察期間で168人に介護が発生、介護発生者は心疾患合併が多く、
　　フレイルの合併により介護発生率が高くなる

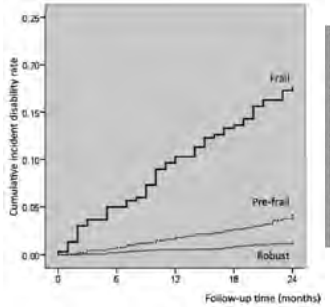


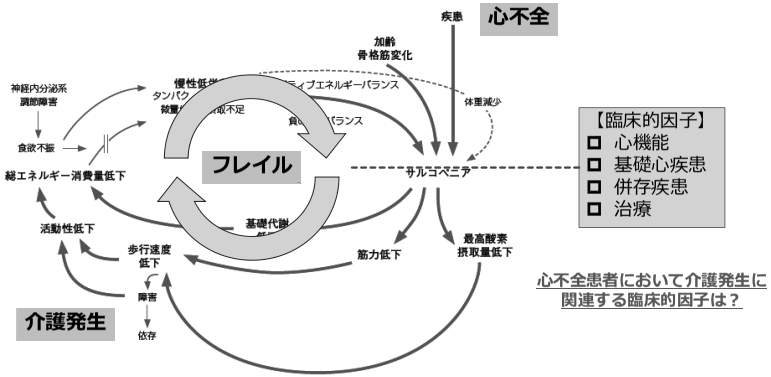
Table 1　Baseline characteristics of participants by incidence of disability during the 2 years after baseline assessment

Characteristics	Overall (n=4341)	Missing	Independent (n=4173)	Incident disability (n=168)	p Value*
Age (years)	71.8±5.4	0	71.5±5.2	78.1±6.3	<0.001
Sex, women, n (%)	2241 (51.6)	0	2139 (51.3)	102 (60.7)	0.016
BMI (kg/m^2)	23.2±3.6	2	23.2±3.5	23.0±4.1	0.485
MMSE (score)	26.4±2.6	0	26.4±2.5	24.7±2.9	<0.001
GDS (score)	2.7±2.5	12	2.7±2.5	3.8±2.8	<0.001
Prescribed medications (number)	1.9±2.0	0	1.9±2.0	2.7±2.3	<0.001
Hypertension, n (%)	1930 (44.5)	0	1841 (44.1)	89 (53.0)	0.023
Heart disease, n (%)	689 (15.9)	0	652 (15.6)	37 (22.0)	0.026
Diabetes mellitus, n (%)	561 (12.9)	0	535 (12.8)	26 (15.5)	0.314
Osteoporosis, n (%)	457 (10.5)	2	426 (10.2)	31 (18.5)	0.001
Frail, n (%)	301 (6.9)	0	248 (5.9)	53 (31.5)	<0.001

*χ^2 test for proportions and Student's t test for continuous measures.
BMI, body mass index; GDS, Geriatric Depression Scale; MMSE, Mini-Mental State Examination.

BMJ Open 2015;5:e008462.

背景

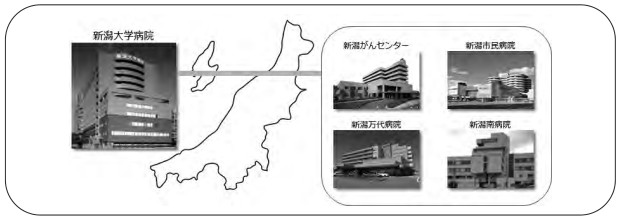


【臨床的因子】
- □ 心機能
- □ 基礎心疾患
- □ 併存疾患
- □ 治療

心不全患者において介護発生に関連する臨床的因子は？

J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56: M146-M156.
日本心不全学会　高齢心不全患者の治療に関するステートメント

方法



- ✓ **対象:** 2011～2016年に心エコー検査を施行され、左室駆出率（LVEF）<50%と診断された症例
- ✓ **主要評価項目:** 主治医意見書の新規発生（心エコーから意見書発生までの期間）
- ✓ **調査項目**
  - ■ 基礎心疾患　：虚血性心疾患、心筋症、弁膜症
  - ■ 併存疾患/既往：高血圧症、糖尿病、脂質異常症、喫煙の既往
  - ■ 治療方法　　：薬物療法 / 非薬物療法（ペースメーカー、カテーテル治療など）
  - ■ 心エコー　　：左室駆出率（EF）、左室径、中隔/後壁厚、左房径

結果

2011～2016年に心エコー検査でLVEF<50%と診断された症例
2438　例

解析上除外：1142例
- ■エコー検査値の欠測： 120例
- ■65歳未満：706例
- ■介護保険申請済み：316例

1296　例で解析を実施

患者背景

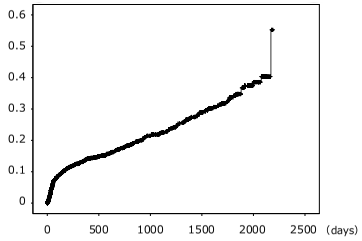
年齢, 歳	76.4 ± 7.3		閉塞性動脈硬化症（下肢）	85	(6.6)
男性, n(%)	891	(68.8)	閉塞性肺疾患	83	(6.4)
基礎心疾患, n(%)			膠原病	62	(4.8)
虚血性心疾患	630	(48.6)	骨粗鬆症	88	(6.8)
心筋症	225	(17.4)	下肢骨折	55	(4.2)
弁膜症	387	(29.9)	悪性腫瘍		
併存疾患/既往症, n(%)			併存（治療中）	164	(12.6)
心房細動	509	(39.3)	既往	204	(15.7)
高血圧症	794	(61.3)			
糖尿病	444	(34.3)	**心エコー検査**		
脂質異常症	526	(40.6)	左室駆出率, %	40.5 ± 8.2	
高尿酸血症	250	(19.3)	左室拡張末期径, mm	54.9 ± 8.5	
喫煙の既往	509	(39.3)	左室収縮末期径, mm	43.7 ± 8.2	
脳梗塞	215	(16.6)	中隔壁厚, mm	9.8 ± 2.4	
脳出血	44	(3.4)	後壁壁厚, mm	9.8 ± 1.9	
認知症	104	(8.0)	左房径, mm	43.0 ± 9.1	

患者背景

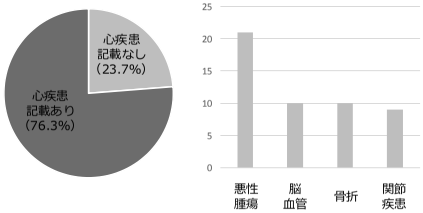
薬物治療, n(%)			**非薬物治療, n(%)**		
ACE阻害薬/ARB	671	(51.8)	ペースメーカー	55	(4.2)
β遮断薬	604	(46.6)	除細動器（ICD）	74	(5.7)
抗アルドステロン薬	330	(25.5)	心室再同期療法（CRT）	25	(1.9)
ループ利尿薬	664	(51.2)	PCIの既往	395	(30.5)
Ca拮抗薬	368	(28.4)	アブレーション治療の既往	38	(2.9)
ジギタリス	115	(8.9)	心臓バイパス術の既往	97	(7.5)
硝酸薬	172	(13.3)	心臓弁手術の既往	92	(7.1)
抗血小板薬	569	(43.9)	血液透析	48	(3.7)
抗凝固薬	534	(41.2)	腹膜透析	7	(0.5)
経口糖尿病治療薬	213	(16.4)	在宅酸素療法	24	(1.8)
ステロイド薬	63	(4.9)	陽圧換気療法	18	(1.4)

介護発生率/介護の原因疾患

【累積介護発生率】



【介護の原因疾患】

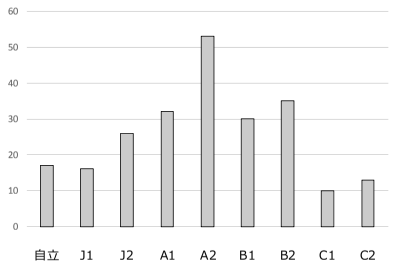


総観察期間	(人年)	2396
平均観察期間	(年)	1.9
新規介護発生者数	**(人)**	**240**
介護発生率	**(/100人年)**	**10.0**

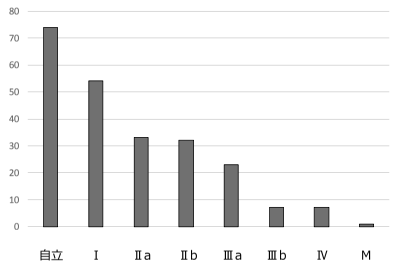
- ✓ 心疾患記載あり：183例 （76.3%）
  心疾患記載なし： 57例 （23.7%）
- ✓ 心疾患記載なしの内訳：
  悪性腫瘍（21例）、脳血管疾患（10例）、骨折/転倒（9例）、関節疾患（9例）など

介護発生時の生活自立度

【障害高齢者の日常生活自立度】

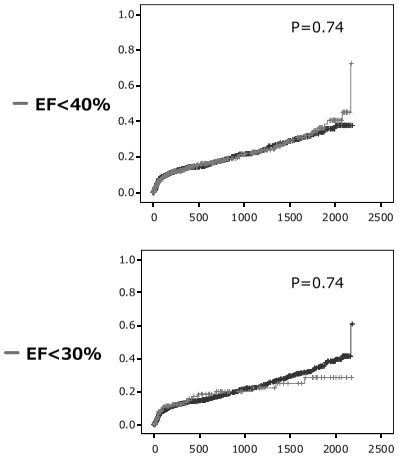


【 認知症高齢者の日常生活自立度】



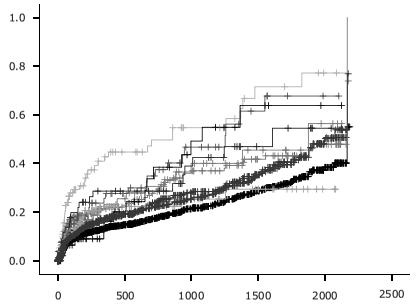
- ✓ 一部の重症例を除いて、身体的フレイルの進行と介護発生の関連性が示唆される。

COX解析（単変量解析）



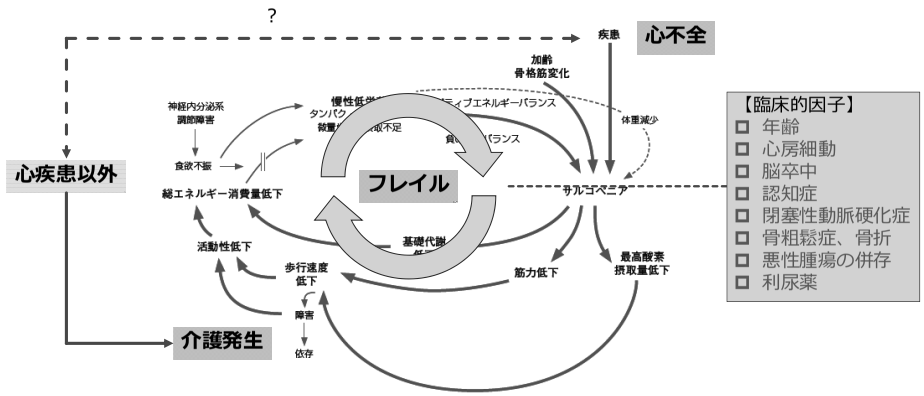
	Odds ratio	95%CI	P-value
年齢	1.086	(1.068-1.104)	<0.001
男性	0.571	(0.441-0.738)	<0.001
左室拡張末期径	0.974	(0.960-0.989)	0.001
後壁壁厚	1.083	(1.013-1.158)	0.02
僧帽弁閉鎖不全症	1.380	(1.019-1.868)	0.038
心房細動	1.727	(1.341-2.226)	<0.001
脳卒中	1.832	(1.381-2.431)	<0.001
認知症	3.962	(2.849-5.510)	<0.001
閉塞性動脈硬化症	1.813	(1.179-2.789)	0.007
膠原病	1.787	(1.104-2.890)	0.018
骨粗鬆症	2.579	(1.764-3.771)	<0.001
下肢骨折	2.033	(1.286-3.215)	<0.001
悪性腫瘍の併存	1.526	(1.063-2.189)	0.022
血液透析	1.885	(1.116-3.183)	<0.001
ループ利尿薬	1.806	(1.388-2.350)	<0.001

COX解析（多変量解析）



	Odds ratio	95%CI	P-value
年齢	1.075	(1.055-1.096)	<0.001
心房細動	1.436	(1.095-1.882)	0.009
脳卒中	1.702	(1.269-2.281)	<0.001
認知症	2.083	(1.451-2.989)	<0.001
閉塞性動脈硬化症	1.667	(1.065-2.609)	0.025
骨粗鬆症	2.261	(1.510-3.386)	<0.001
下肢骨折	1.836	(1.152-2.929)	0.011
悪性腫瘍の併存	1.737	(1.201-2.512)	0.003
血液透析	2.329	(1.341-4.155)	0.003
ループ利尿薬	1.829	(1.377-2.430)	<0.001

考察



【臨床的因子】
- 年齢
- 心房細動
- 脳卒中
- 認知症
- 閉塞性動脈硬化症
- 骨粗鬆症、骨折
- 悪性腫瘍の併存
- 利尿薬

結論

心不全患者における介護は…

- ✓ 心機能（EF）に依存することなく発生する。
- ✓ StageC/Dの症候性心不全において発生が増加することが示唆される。
- ✓ 併存疾患/既往（脳卒中、認知症、骨折、悪性腫瘍など）の影響を受ける。

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

心不全患者における介護発生率および介護発生に関わる臨床的因子の検討

研究代表者：藤木　伸也（ふじき　しんや））
（新潟大学　循環器内科学）

研究組織（＊印は新潟市医師会員）

①研究者名	②分担する研究項目	③最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目	④所属機関及び現在の専門（研究実施場所）	⑤所属機関における職名
○　藤木伸也		富山大学・平成21年・循環器内科	新潟大学大学院医歯学総合研究科・循環器内科学	医員
＊南野　徹		千葉大学・平成１年・循環器内科	新潟大学大学院医歯学総合研究科・循環器内科学	教授
＊大倉裕二		新潟大学・平成２年・循環器内科	新潟県立がんセンター新潟病院	内科部長

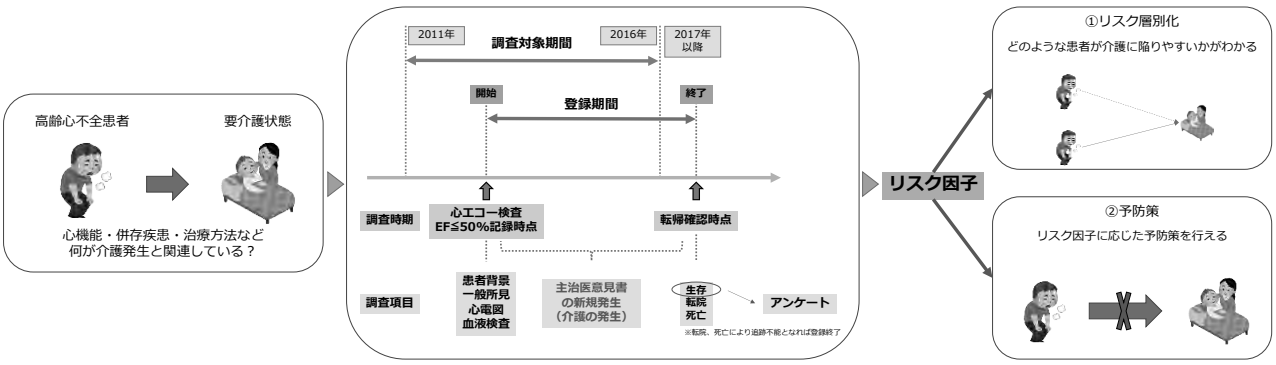
研究の概要

本研究は、増加の一途を辿る高齢心不全患者のおける介護発生のリスク因子を明らかにすることを目的とした後ろ向き観察研究である。心不全はフレイルを悪化させる一因であるが、疾患の重症度、治療方法や併存疾患といった臨床的要素が、どの程度介護発生に関わっているかは不明である。本研究では、心エコー検査で心不全と診断された患者のカルテ情報や主治医意見書から、介護発生に関わる臨床的リスク因子を調査する。さらに生活に関わるアンケートを行い、介護を必要とする患者の生活背景の特徴や、介護者の負担についても調査する予定である。

介護発生のリスク因子が明らかになればリスク層別化が可能となる。それぞれのリスク因子が介護発生に与えるインパクトに従って、将来的にどのくらいの確率で介護が必要になるかを予測することは、増加し続ける高齢心不全患者の状態を適切に判断し、必要な治療・予防策をとるために重要である。ターゲットを明確にした治療・予防策を選択することで、効率的な介護予防を行うことが出来ると考えられ、行政の協力が得られれば、心不全患者に対する介護予防事業といった政策へ発展する可能性もある。

本研究は「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（平成26 年12 月文部科学省・厚生労働省告示第 3 号）の精神に則り実施する。今後 3 年間の間に約5000 例の対象患者の登録と解析を行う。既に各施設内倫理委員会の了承を得て、新潟市内の20 施設で調査を実施しており、約1500 例の症例登録が行われている。2018 年 4 月以降も症例登録を継続し、2020 年 4 月を目途にデータ集積を終える予定である。現在進行中の研究であり、症例登録も着々と進んでいることから実現可能性が高い研究であると考えられる。

（流れ図）



研究助成
[発表2]

新潟市における頭頸部癌検診のこころみ

岡部隆一（新潟大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

研究キーワード
頭頸部癌検診、早期発見早期治療、NBI、費用対効果

座長：中村和利（新潟大学 環境予防医学）

新潟市における
頭頸部癌検診のこころみ

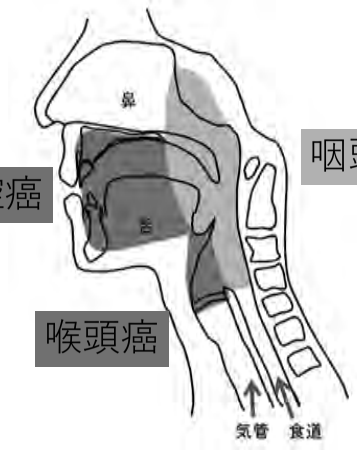
新潟大学医学部　耳鼻咽喉科頭頸部外科
○岡部隆一　山崎恵介　植木雄志　正道隆介　本田耕平　堀井新
県立がんセンター新潟病院
佐藤雄一郎　富樫孝文　高橋剛史
新潟市民病院
松山洋

平成31年1月26日
新潟市医師会地域医療研究助成発表会

本日の内容

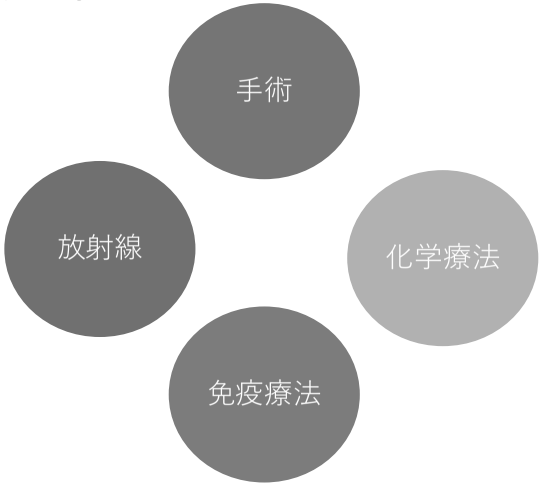
- 頭頸部癌の特徴・治療の現状
- 早期発見・早期治療のメリットと難しさ
- 県内、新潟市における頭頸部癌の発生数
- 頭頸部癌検診のこころみ

頭頸部癌の種類



他にも
聴器癌
鼻副鼻腔癌
唾液線癌
甲状腺癌
など

根治治療



根治治療

①手術主体

手術 (+) 化学療法 (+) 放射線

審美性の問題
機能障害
（嚥下、発声、呼吸）

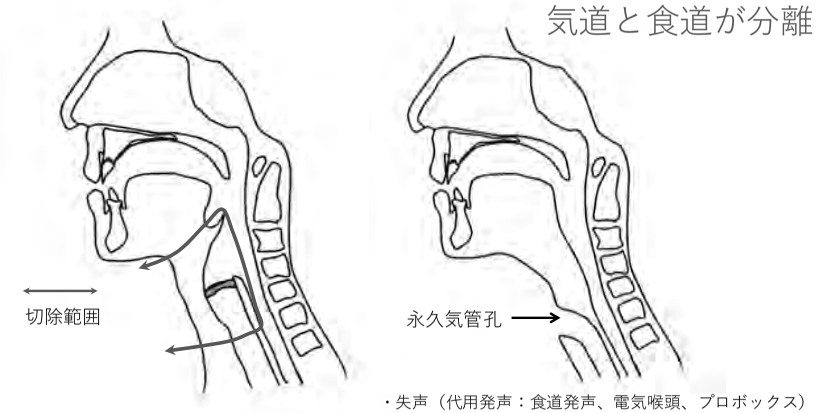
②放射線主体

放射線 (+) 化学療法

唾液分泌低下
味覚障害
嚥下障害
放射線誘発癌のリスク

喉頭全摘術

気道と食道が分離



・失声（代用発声：食道発声、電気喉頭、プロボックス）
・入浴困難（気管孔から水が入ると溺水）
・息こらえできない→力めない、便秘
・気管炎、肺炎のリスクが高い

5年生存率（甲状腺癌を除く）

- Stage Ⅰ　90％
- Stage Ⅱ　70％
- Stage Ⅲ　50％
- Stage Ⅳ　40％

特に咽頭においては有症状≒進行癌
治療によりQOLを著しく損ねる

近年の頭頸部癌治療の傾向

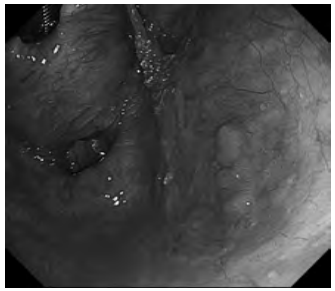
本邦

内視鏡の発展により表在癌の段階で発見
↓
表在癌治療も行われるようになってきている

国際的

低侵襲治療へのパラダイムシフト
da Vinci®を用いた頭頸部手術

経口切除の実際



①耳鼻科：喉頭展開
消化器内科：ESD

②耳鼻科：喉頭展開　内視鏡で視野確保
両手操作で経口切除

早期癌と進行癌の比較

	早期癌（手術）	進行癌（放射線）
根治性	○	○
治療期間	約2週間	約12週
医療費	65,000点	365,000点
合併症	狭窄による 嚥下障害	唾液分泌低下 嚥下障害 放射線性誘発癌
異時重複頭頸部癌	対処容易	対処困難
5年生存率	100%	30～50%

早期発見・早期治療によるメリットが大きい！

観察方法（キリアン変法）

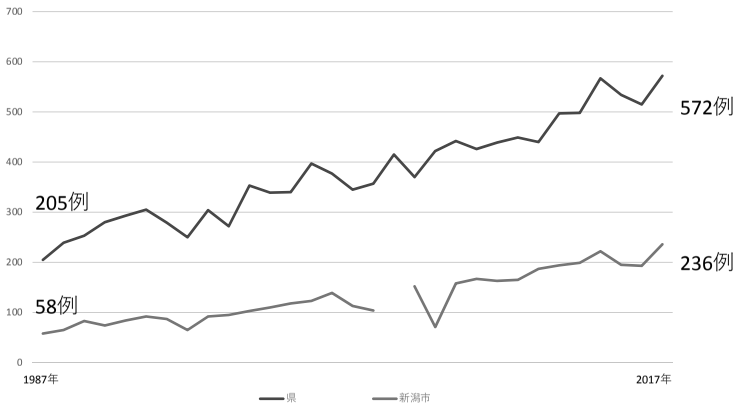
ENF-VH

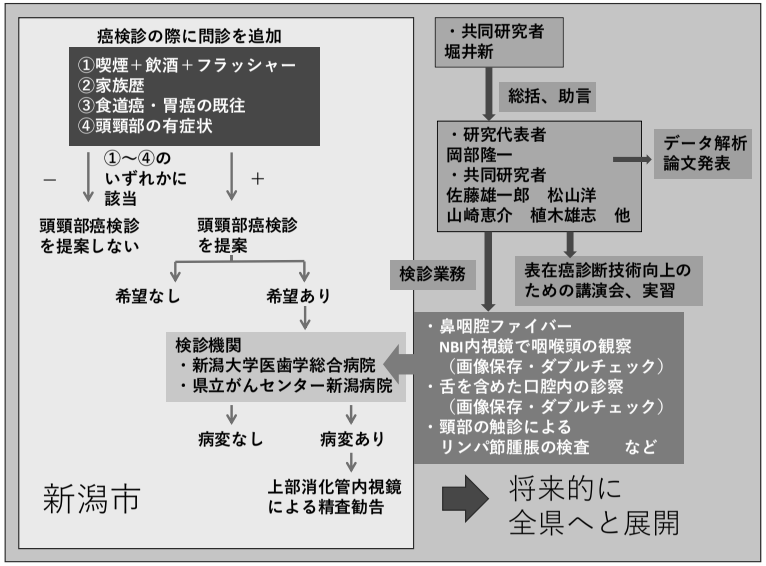
早期発見の難しさ

- 問題点
  解剖学的構造、機能
  喉頭ファイバーの性能
  一部の耳鼻科医しか表在癌を診断できない

→一般外来では早期発見は難しい

頭頸部癌発生件数





期待される効果

- **患者QOL　医療経済上の貢献**
- **頭頸部以外の癌の早期発見**
- 一般耳鼻咽喉科医への表在癌に関する
  啓発、診断能力の向上
- 酒たばこなど頭頸部癌発症**危険因子に**
  関して市民へ周知させ得る機会の増加
- **頭頸部癌の発症を抑制できる可能性**
- 検診主体である**新潟市の全国的な注目度も上昇**

平成31年度より開始できるよう準備を進めています。

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

新潟市における頭頸部癌検診のこころみ

研究代表者：岡部　隆一（おかべ　りゅういち）
（新潟大学　耳鼻咽喉科・頭頸部外科）

研究組織（＊印は新潟市医師会員）

①研究者名	②分担する研究項目	③最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目	④所属機関及び現在の専門（研究実施場所）	⑤所属機関における職名
○　岡部隆一	研究の総括・データ収集、解析・検診業務	新潟大学医学部・H14年度・学士・耳鼻咽喉科・頭頸部外科	新潟大学医学部・耳鼻咽喉科･頭頸部外科	医員
＊堀井　新	研究の総括・助言	徳島大学医学部・H1年度・医学博士・耳鼻咽喉科･頭頸部外科	新潟大学医学部・耳鼻咽喉科･頭頸部外科	教授
＊佐藤雄一郎	研究の助言・検診業務	昭和大学医学部・H3年度・学士・耳鼻咽喉科･頭頸部外科	県立がんセンター新潟病院・頭頸部外科	部長
松山　洋	研究の助言・検診業務	新潟大学医学部・H12年度・医学博士・耳鼻咽喉科・頭頸部外科	新潟大学医学部・耳鼻咽喉科･頭頸部外科	助教
本田耕平	研究の助言・検診業務	秋田大学医学部・H5年度・医学博士・耳鼻咽喉科･頭頸部外科	新潟大学医学部・耳鼻咽喉科･頭頸部外科	医員
山崎恵介	研究の助言・検診業務	山形大学医学部・H14年度・学士・耳鼻咽喉科･頭頸部外科	新潟大学医学部・耳鼻咽喉科･頭頸部外科	助教
＊植木雄志	研究の助言・検診業務	新潟大学医学部・H15年度・学士・耳鼻咽喉科･頭頸部外科	新潟大学医学部・耳鼻咽喉科･頭頸部外科	医員
富樫孝文	検診業務	愛知医科大学医学部・H15年度・学士・耳鼻咽喉科･頭頸部外科	新潟大学医学部・耳鼻咽喉科･頭頸部外科	医員
正道隆介	検診業務	新潟大学医学部・H17年度・医学博士・耳鼻咽喉科･頭頸部外科	新潟大学医学部・耳鼻咽喉科･頭頸部外科	医員

研究の概要

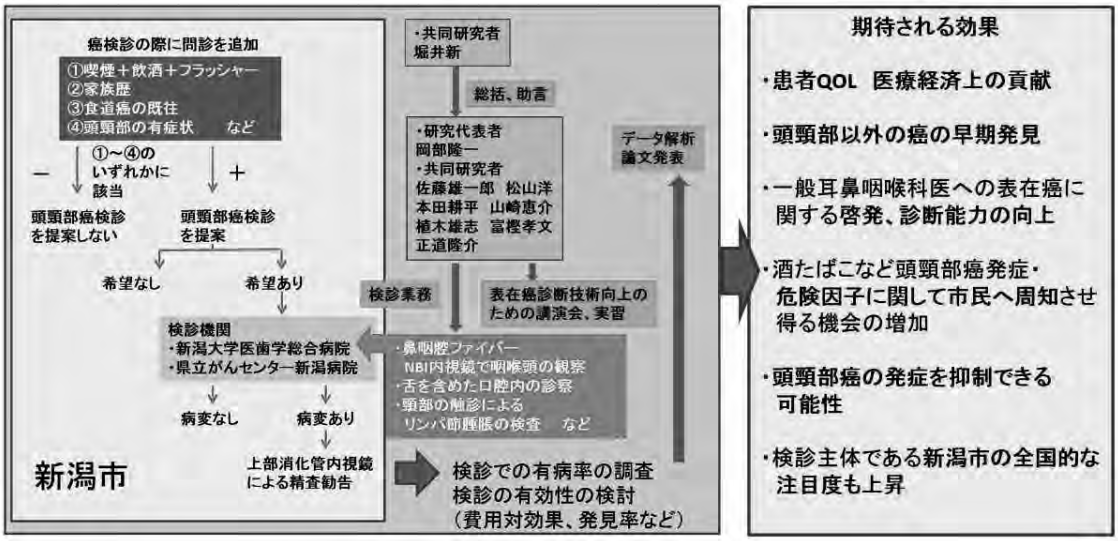
研究目的 頭頸部癌では症状が出てから医療機関を受診した場合進行癌であることが多く、拡大手術や合併症の多い化学放射線療法が必要となる。その結果、整容面や嚥下、発声などの機能面で著しい障害を残す。また、このような根治治療を行っても疾患特異的５年生存率は30～40％にとどまる。一方、偶然表在癌の時点で 発見された場合は、疾患特異的５年生存率はほぼ100％であり手術による合併症もほとんどない。また我々の検討では、表在癌の入院期間、医療費は進行癌の１/５以下である。頭頸部癌を無症状の表在癌の時点で発見するには精度の高い診断法を用いて危険因子を有する市民を対象に効率的にがん健診を行うことが重要である。本研究では、頭頸部癌専門医による一般耳鼻咽喉科医への表在癌診断法の教育、がん検診の実施と陽性率、最終診断率の検討、また30年前より新潟大学、がんセンターを中心として頭頸部癌悪性腫瘍登録を行い10000例以上のデータ蓄積（市町村別にデータ解析可能）があるが、これを利用し検診における発見率の調査、生存率の調査、最終的には新潟市における頭頸部癌の死亡率の減少に寄与できるか、費用対効果についての検討を行う。

研究方法 (流れ図参照) 平成30年度：任意型検診を行うために新潟市における他領域のがん検診の現状把握と問診による検診対象者の選定をどのようにして行うかを調査検討する。新潟市における新規頭頸部癌発症数および検診における一人当たりにかかる時間、検診場所の確保などから検診を行える日程調整と検診人数を算出し検診体制を構築する。２人体制での検診を検討しており検診で得られた画像についての検討を複数名で行い判定する。また一般耳鼻咽喉科医を対象とした表在癌診断に関する技術指導、がん検診対象者を絞り込むための頭頸部癌発症の危険因子に関する問診票の作成を行う。同時に検診のリーフレット作成、検診の周知のための活動も行う。

平成31、32 年度：準備が整った段階で新潟市において検診を実施しデータを蓄積し新潟県頭頸部癌悪性腫瘍登録のデータをもとに過去のデータ、他の検診を行っていない市町村との比較調査を行う。研究期間内の検診における受診者数、要精査数、癌診断数の解析と検診体制の適正化を行い研究期間終了後も引き続き検診とデータの蓄積を行い頭頸部癌による死亡者数の減少に寄与するかを調査する。

倫理面への配慮 本研究は研究主体である新潟大学及び県立がんセンターの倫理委員会の承認を得た上で行う。

（流れ図）



研究助成
[発表3]

誤嚥性肺炎入院患者における摂食嚥下機能と予後の検討
ークリニカルパス策定に向けてー

建部一毅（新潟南病院 リハビリテーション科）

研究キーワード
誤嚥性肺炎、クリニカルパス、摂食嚥下機能評価、医療・介護連携

座長：丸田秋男（新潟医療福祉大学 社会福祉学部）

誤嚥性肺炎入院患者における摂食嚥下機能と予後の検討

－クリニカルパス策定に向けて－

建部 一毅[1)]，石田 雅樹[1)]，小幡 裕明[1, 2)]，
真柄 仁[3)]，辻村 恭憲[3)]，井上 誠[3)]
1) 新潟南病院 リハビリテーション科
2) 新潟南病院 内科
3) 新潟大学 大学院 医歯学総合研究科
摂食嚥下リハビリテーション学分野

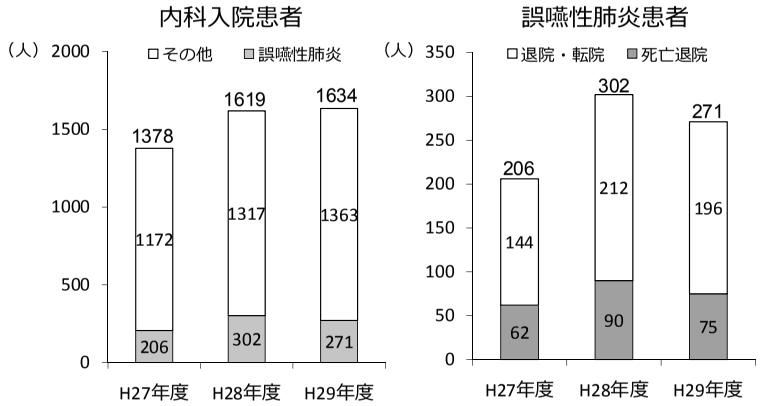
背景

誤嚥性肺炎の治療体系の問題点

- 肺炎入院患者の約96%は高齢者であり，この70%以上は誤嚥性肺炎である（寺本ら，2008）
- 70歳以上の誤嚥性肺炎患者の入院費が国民総医療費の3.1%を占める（道脇ら，2014）
- 誤嚥性肺炎の根本原因である『摂食嚥下機能の低下』に対する評価や食支援への検討が不十分（平成25年度 中医協）
- 療養方針が不確実な状況下での安易な経管栄養の導入は，医療従事者，家族への介護負担増大となりうる

背景

新潟南病院における誤嚥性肺炎患者



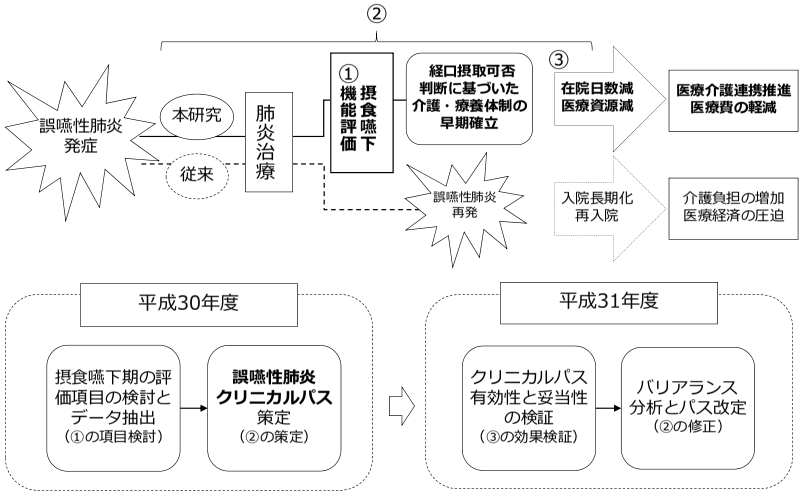
- 内科入院患者の約2割が誤嚥性肺炎患者
- 誤嚥性肺炎患者の約3割が死亡退院
- 大多数が摂食嚥下機能訓練対象で平均在院日数は約28日

目的

誤嚥性肺炎患者の治療において、摂食嚥下機能評価を基本とした治療体系のクリニカルパスの策定と実施効果について検証する

方法

本研究の全体像



方法

摂食嚥下機能評価項目の検討とデータ抽出

- 退院群（経口摂取にて退院）
  死亡群（看取り・非経口退院を含む）
- 転帰日を基準として
  ①1か月前、②2週前を評価日として以下の項目を抽出

- 基本情報
  年齢、性別、BMI
- 摂食機能
  従命指示理解の可否、意識レベル（JCS）、不穏の有無
  食事の際の食形態、ムセの有無、喫食率（摂取カロリーと充足率）
- 看護場面
  咽頭吸引実施の有無、口腔内情報
  義歯の使用と必要性の有無、口腔ケアの自立度

結果

摂食嚥下機能評価項目の検討とデータ抽出

		全体 (SD)	退院 (SD)	死亡 (SD)	p
人数		38	20	18	
年齢		86.6 (6.2)	87.6 (6.8)	85.3 (5.5)	n.s.
BMI	1ヶ月前	18.1 (4.1)	20.1 (5.9)	15.8 (4.7)	< 0.01
	2週前	17.7 (4.0)	19.9 (3.7)	15.3 (2.7)	< 0.01
経口摂取割合 (%)	1ヶ月前	58.8 (50.1)	78.5 (47.5)	38.1 (47.6)	< 0.01
	2週前	57.3 (47.1)	88.9 (40.7)	24.0 (31.7)	< 0.01
ムセ 有 / 無	1ヶ月前	16 / 17	4 / 13	12 / 4	< 0.01
	2週前	17 / 16	4 / 15	13 / 1	< 0.01
咽頭吸引 有 / 無	1ヶ月前	14 / 21	2 / 17	14 / 4	< 0.01
	2週前	18 / 18	3 / 16	15 / 2	< 0.01

- 死亡退院群では，BMI，経口摂取割合，経口摂取中のムセ有無，咽頭吸引の有無が有意に悪化していた

結果

摂食嚥下機能評価項目の検討とデータ抽出

		全体 (SD)	退院 (SD)	死亡 (SD)	p
意識レベル I桁 / II桁	1ヶ月前	25 / 10	14 / 5	11 / 5	n.s.
	2週前	17 / 19	14 / 5	3 / 14	< 0.05
従命 可 / 否	1ヶ月前	17 / 18	10 / 9	7 / 9	n.s.
	2週前	18 / 19	11 / 8	7 / 10	n.s.
不穏 有 / 無	1ヶ月前	15 / 20	6 / 13	9 / 7	n.s.
	2週前	14 / 22	6 / 13	8 / 9	n.s.
口腔ケア 自立/介助	1ヶ月前	2 / 32	1 / 18	1 / 14	n.s.
	2週前	3 / 32	2 / 18	1 / 14	n.s.
義歯調整 要 / 不要	1ヶ月前	10 / 23	5 / 13	4 / 10	n.s.
	2週前	12 / 23	5 / 14	7 / 9	n.s.

- 死亡退院群では意識レベルの悪化が見られた.
- 従命可否，不穏の有無，口腔内の状況は差がなかった.

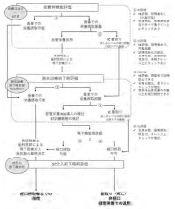
結果

嚥下機能評価シート作成と評価の実施

- 評価として有効な項目を導入した評価表
- 2018年11月末までに29名の患者登録が終了
- 経口摂取継続群 25名 死亡退院群 4名

パスによる嚥下機能評価フロー策定の実施

- 患者の全身状態や機能を評価時点とする
  フレキシブルパス
- 全体期間は平均在院期間の約28日を想定



次年度の計画

- クリニカルパス有効性と妥当性の検証
  肺炎治療と嚥下機能評価を合わせたフレキシブルパス
  フローの作成

- 仮運用によるバリアンス分析とパス改定
  実際の誤嚥性肺炎患者に対する適応
  効果の検証（誤嚥性肺炎在院日数の比較）

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

誤嚥性肺炎入院患者における摂食嚥下機能と予後の検討－クリニカルパス策定に向けて－

研究代表者：建部　一毅（たてべ　かずき）
（新潟南病院　リハビリテーション科）

研究組織（＊印は新潟市医師会員）

①研究者名	②分担する研究項目	③最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目	④所属機関及び現在の専門（研究実施場所）	⑤所属機関における職名
○　建部 一毅	摂食嚥下機能評価・データ採取	新潟リハビリテーション専門学校・2007 年・高度専門士（言語聴覚学）	新潟南病院・リハビリテーション科	療法士（言語聴覚士）
石田雅樹	摂食嚥下機能評価・データ採取	新潟リハビリテーション専門学校・2006 年・高度専門士（言語聴覚学）	新潟南病院・リハビリテーション科	療法士（言語聴覚士）
＊小幡裕明	データ採取・データ解析	新潟大学 大学院医歯学総合研究科修了・2008 年・博士（医学）	新潟南病院・リハビリテーション科	部長（医師）
井上　誠	摂食嚥下機能評価・データ解析	新潟大学大学院歯学研究科・1998 年・博士（歯学）・口腔生理	新潟大学大学院医歯学総合研究科・摂食嚥下リハビリテーション学分野	教授（歯科医師）
辻村恭憲	摂食嚥下機能評価・データ解析	日本大学 大学院・2009 年・博士（歯学）・口腔生理	新潟大学大学院医歯学総合研究科・摂食嚥下リハビリテーション学分野	准教授（歯科医師）
真柄　仁	摂食嚥下機能評価・データ解析	新潟大学 大学院医歯学総合研究科修了・2012 年・博士（歯学）・歯科補綴	新潟大学医歯学総合病院・摂食嚥下機能回復部	講師（歯科医師）

研究の概要

研究の目的

本研究は、誤嚥性肺炎患者の治療において、根本的な原因である嚥下機能低下に注目し、摂食嚥下機能評価を基本とした治療体系のクリニカルパスの策定と、その実施効果について検証することを目的としている。

研究の必要性

日本における死亡原因の第３ 位である肺炎は、その患者の約96％が65 歳以上の高齢者であること、さらに大多数は摂食嚥下機能低下に起因する誤嚥性肺炎であるという報告がある。このような背景にも関わらず、誤嚥性肺炎の治療体系において、その根本原因となっている摂食嚥下機能の低下に対する評価や食支援が十分に検討されていない状況が多く、入院期間の長期化や入退院の繰り返しに伴う医療経済の圧迫、医療従事者、患者・家族への心理的負担が増している。以上のような背景から、摂食嚥下機能評価およびリハビリテーション介入を包含した、誤嚥性肺炎患者に対するクリニカルパスを構築し、治療体系の標準化をすることが強く求められている。

【平成30 年度】誤嚥性肺炎患者のクリニカルパス案の策定

1) 誤嚥性肺炎患者の摂食嚥下機能評価項目の検討とデータの抽出

新潟南病院におけるDPC 病名 誤嚥性肺炎の入院患者のうち、言語聴覚士が摂食嚥下機能評価および訓練を目的に介入した患者を対象とし、行った摂食嚥下機能評価項目に関する情報や，医療経済的資源の実態を後ろ向きに抽出する。

2) 誤嚥性肺炎患者のクリニカルパス案の策定

摂食嚥下機能評価項目に関して経口摂取の可否を左右するリスク因子を抽出、それらを要件とした、誤嚥性肺炎患者のクリニカルパスを策定する。

【平成31 年度】誤嚥性肺炎患者クリニカルパスの有効性の検証と改定

1) クリニカルパスの妥当性と有効性の検証

策定されたクリニカルパスについてアウトカム評価項目を設定し、その妥当性と有効性を、入院期間や、医療資源投入量について検証する。

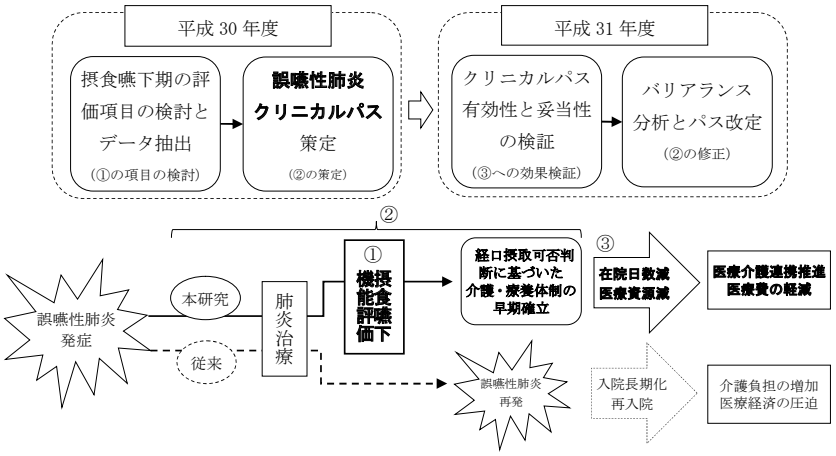
2) 策定クリニカルパスのバリアランス分析と改定

アウトカムの有効性が低かった項目についてのバリアランスの収集、分析、クリニカルパスの改定を行う。

本研究の学術的な特色・独創的な点

これまでの誤嚥性肺炎クリニカルパスは、「肺炎治療の標準化」に焦点があてられてきたが、本研究は、誤嚥性肺炎の根本原因となっている嚥下機能低下に対する「摂食嚥下機能評価」に焦点をあてており、その評価体制は、医師の他、言語聴覚士と歯科医師による多種職で構成されている。

（流れ図）



研究助成
[発表4]

実家の茶の間・紫竹における つながりの構造要因の検討

佐藤純子（新潟医療福祉大学 看護学部 看護学科）

研究キーワード
ソーシャルインクルージョン、実家の茶の間・紫竹、つながり

座長：井口清太郎（新潟大学 新潟地域医療学）

第6回　新潟市医師会地域医療研究助成発表会
平成31年1月26日

実家の茶の間・紫竹おける つながりの構造要因の検討

佐藤純子、高野晃輔、杉本洋、西川薫、紅林祐介、大屋愛里、遠藤和男、石上和男、金谷光子

新潟医療福祉大学

研究の背景：社会的包摂(ソーシアルインクルージョン)実現の必要性

1．医療モデルから生活モデルへ
2．現代における健康障害は，身体的な原因だけでなく，精神面及び個人を取り巻く様々な社会的状況が複雑に絡んでいると考えられる:自殺
3．少子高齢化
4．精神障害者や認知症の人等，孤独死

状況および価値観の多様性を包摂していくこと事の意味

＊2000年厚生省社会・援護局による「社会的援護を要する人々に対する社会福祉の在り方に関する検討会報告書」ソーシャルインクルージョン(社会的包摂)の言葉を用いて今日的な“つながり”の構築を理念に掲げ，多様性を認め合うことの重要性を述べている.

＊一方コミュニティにおける強いつながりは排他性をはらみ，他者を受け入れがたい空気を作ることも明らかにされている。内閣府国民生活局(2003). 岩田(2010)によれば，社会的包摂の側面には自立可能な人・自立できない人に分けられ，さらに失敗した人が識別されてしまう危険性があり，人々が決定に参加すること，エンパワメントを伴わなければ包摂の意味がないとしている．

＊外からの文化や人を包摂しながら排他性がないコミュニティには新しいケアのあり方を示唆する可能性があると考える(森川2014）．

研究の目的

新潟県における地域包括ケアシステム推進モデルハウス “実家の茶の間・紫竹”（以下“実家の茶の間“）では,他者を排除せず,かつそれぞれのプライバシーに踏み込まない形で参加者同士の助け合いが見られる.

本研究では，”実家の茶の間“における他者を排除しないコミュニティの構造要因を明らかにすることを目的とした.

言葉の定義

＊コミュニティ

人間が，それに対して何らかの帰属意識をもち，かつその構成メンバーの間に一定の連帯ないし相互扶助（支え合い）の意識が働いているような集団（2009．広井）

＊つながり

個人と場所との関係，個人と他者との関係のこと．

（2008．園田）を参照し研究者らが作成した）

＊社会的包摂

知らない者同士の関係の網目の中や外に自由に行き来することや，複雑な関係の中でその人らしく居ることができ，一人でいても存在を認められる空間や場所に，多様な人々が受け入れられる社会を形成すること．（2010．岩田）．

（公衆衛生学会2010参照に研究者らが作成した）

＊地域の茶の間

誰も排除せず，人と人が出会い知りあい，社会性のある助け合いを実践する場．（1997．実践者とともに相談し研究者らが作成）

研究の背景：社会的包摂実現の必要性

研究方法

- 研究デザイン:質的帰納的方法

  1．質的記述的方法　2．テキスト文章の質的分析を行う形態素解析ソフトＫＨコーダー(coder)

- 研究対象：主宰者1名および共同者1名、お当番1名
  自治体職員３名・作業療法士1名
  合計7名
- 研究期間：新潟医療福祉大学倫理審査承認後から2019年3月まで
- データ収集方法：対象者7名に対する半構造化面接を60分から90分行った
- 研究分析：＊質的記述的方法
  ＊ＫＨコーダー

倫理的配慮

研究対象者“実家の茶の間・紫竹”の主宰者、共同者及びお当番さん、並びに実家の茶の間への支援や今後の地域政策に関与し,居場所を外側から概観している保健医療福祉の関係機関職員4名に対し,客観的な視点を得るため,研究の趣旨について説明し，同意を得て半構造化インタビューを実施した。データは質的および量的に分析した。なお、新潟医療福祉大学倫理委員会の承認を得た。（17831）

◉ 対象属性:一覧表

	所属	年代	性別
A氏	主宰者	70代	女性
B氏	共同者	70代	女性
C氏	社会福祉協議会	20代	女性
D氏	市役所職員	40代	男性
E氏	県庁職員 （市への出向）	30代	男性
F氏	作業療法士会会員	40代	男性
G氏	お当番さん	70代	女性

結果1：（主宰者2名に対するインタビュー）

カテゴリー	サブカテゴリー
【助けてと言える】	＊助けてって言える ＊老後の生活の中で何が起こるかを先取りした方法 ＊SOSを発信しやすい雰囲気 ＊一人で頑張らなくてよい ＊助けてくれるという信頼がある
【誰にでも開かれている】	＊認知症の人・障害者・老若男女の自由な集まり ＊みんなが主人公 ＊集団主義の排除 ＊「噂話はしない」「聞き出さない」 ＊主催者の徹底した受け身の態度 ＊誰も傷つけずに目的を達成 ＊自由な役割ができるような雰囲気 ＊孤独にならないような配慮
【自然な絆】	＊来た人が孤独ならないように配慮する仕掛けの存在 ＊つかず離れずの関係
【自分らしくある】	＊自分の大事にしてきたことを崩さずにいられる ＊他者から生きていていいというメッセージをもらえる ＊一人ひとりの「生きる」っていうところに着目
【あいまいさに耐える】	＊あいまいさとか境界のないことに我慢することが重要 ＊子どもが親を見るという時代ではない ＊人格の成熟に向けて
【自己決定できる】	＊小さな自己決定や主体性を重視 ＊価値観と生き方を肯定 ＊小さな判断のつみかさね
【生きる気力】	＊高齢になり役にも立てなくなった孤独・寂しさ・虚しさを憂う ＊留守番さえできなくなった自分にさえ生きてていいよっていうメッセージがもらえる ＊自分はできるんだという可能性や生きがいを感じさせる ＊一人一人の誇りを大切に

結果2

質的記述的方法:対象者:主宰者2名

緑:語りの内容　赤:カテゴリー

主宰者たちは現代における「家族の絆の希薄さ」や「介護疲れ」，また，「家族や社会の中で役に立たなくなった自分を許せないと感じてしまう高齢者たち」の自殺等を見る中で【助けてと言える】【自分らしくある】ことを目指して“実家の茶の間”を運営していた．【自然な絆】が出来るように主宰者は“お当番さん”を「言葉ではなく自らの振る舞いで教育」していた．中でもこの場が単なる心地の良さや助け合いの場だけではなく，集う人たちの【生きる気力】を育む場であり【あいまいさに耐える】力を育む場，そして【自己決定できる】力を育む場になる，すなわちそれぞれの人格の成熟を目指すことを主宰者が意図していた．そこには，ますます進展するであろう少子高齢化や価値観の多様化の中で状況を「自分を見失いそうになる」場であり，かつ「それぞれが成熟していく」場であり，かつ「人が生きられる環境にしたい」という主宰者等の思いがあった

結果3-1 質的記述的方法：対象者保健医療福祉関係4名

カテゴリ	サブカテゴリ
排除しない	多様な人がくることに慣れていく
	慣れてくるから排除しない
プライバシーを聞き出さないほどよいルール	プライバシーをに踏み込まない
	”いない人の話をしないことやあの人誰って目をしない、プライベートを聞き出さない”程よいルール
	障害が見えない
知恵を持った当番さん	中には専門技術に裏付けされた経験をもつ当番さん
	環境への配慮をうまくしている当番さんの存在
居心地の良さの発信・伝播・循環の仕掛け	当番から発信される居心地の良さの循環
	誰でも優しく親切にする空気の波及
	出会いを加速・ファシリテートする当番の働きかけ

結果3-2 質的記述的方法：対象者保健医療福祉関係4名

カテゴリ	サブカテゴリ
自由性のある人間模様	いろんな人の困り事を話しているうちに作業が自然発生的に知恵が生まれる
	他の茶の間は人集めのイベント型
	選択・自由度の高さ
自由な役割	自由度の高い過ごしかたはその人の得意な役割が発揮できる
	アイディアが出やすく、雑談から始まる創意工夫が発揮しやすい
役割遂行の有能感や生活の意欲の高まり	集まった人の中から自然発生的に役割が生まれ、役割遂行の有能感や生活の意欲が、それ以外の時間に波及している
	主体的な参加の仕方だから、やりたいこと、望んでいることが出てくる

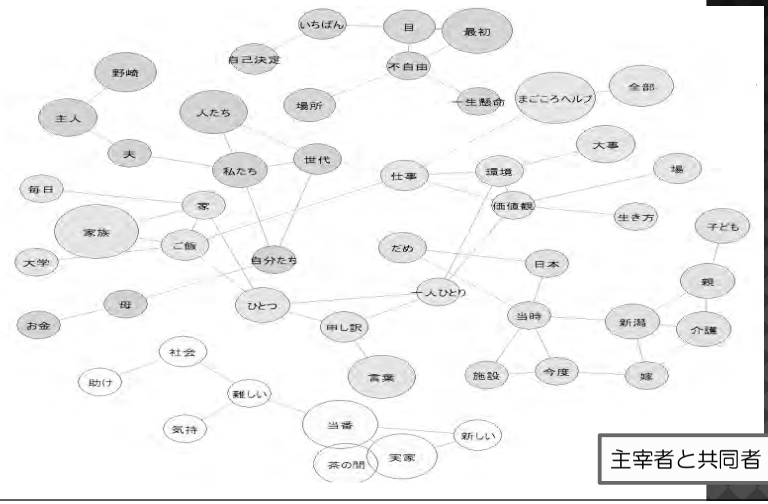
結果4質的記述的方法：対象者保健医療福祉関係4名

自治体職員および作業療法士・4名

週2回開設されている“実家の茶の間”では,【集まった人の中から生まれた自由な役割】によって,それぞれが【役割遂行の有能感や意欲】があった.子どもや働いている人,高齢の人まで様々な人が来るため【多様な人が来ることに慣れ】,かつ【自由性のある人間模様の中で多様な考えが出やすい】という特徴があった.また,体の不自由さがあっても,【知恵のある当番さん】が環境に配慮・手助けをし,初めて来た者にも必ず声をかけ,その【当番さんから発信される居心地の良さが循環】していた.これら,居心地の良さの発信・伝播・循環の【仕掛け】は参加者の疾患や障害に言及することがなく,仲良しグループを作らない空間の配慮とともに【プライベートを聞き出さない程よいルール】が“実家の茶の間”を形成していた.

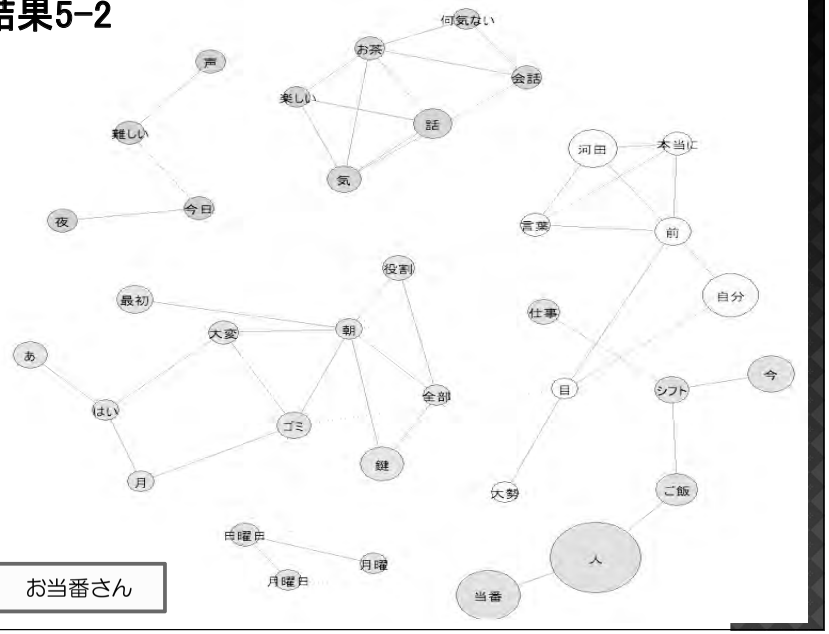
結果5-1 KHコーダーによる分析：対象者7名

テキスト型（文章型）データを統計的に分析するためのフリーソフトウェアを活用し，本インタビューの語りの言葉を分析した.



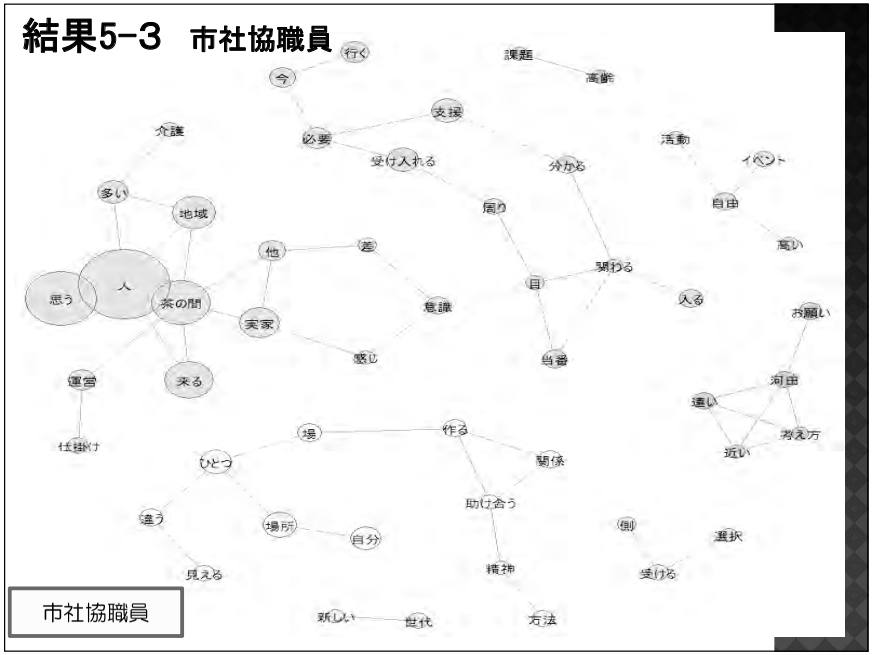
主宰者と共同者

結果5-2



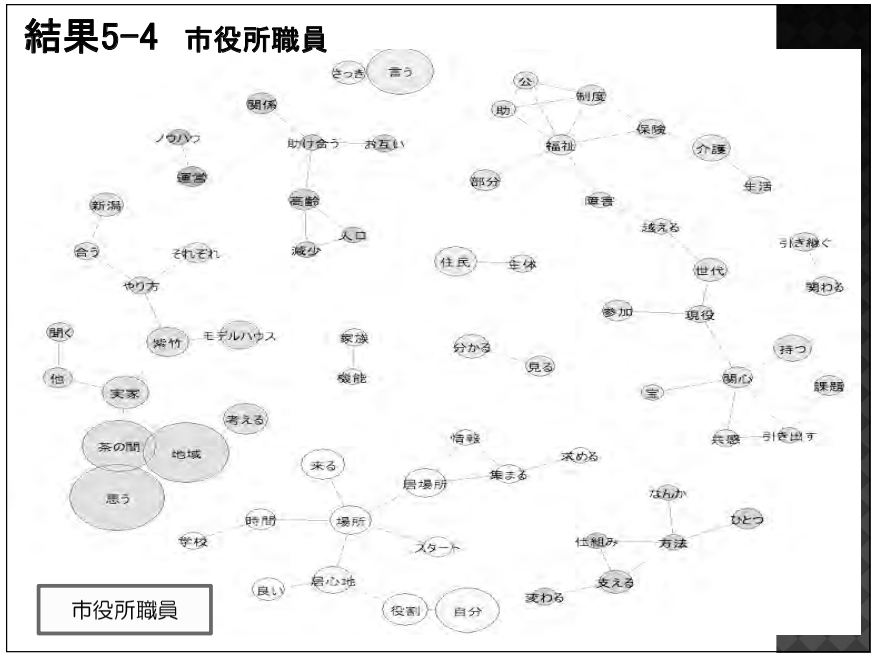
お当番さん

結果5-3　市社協職員



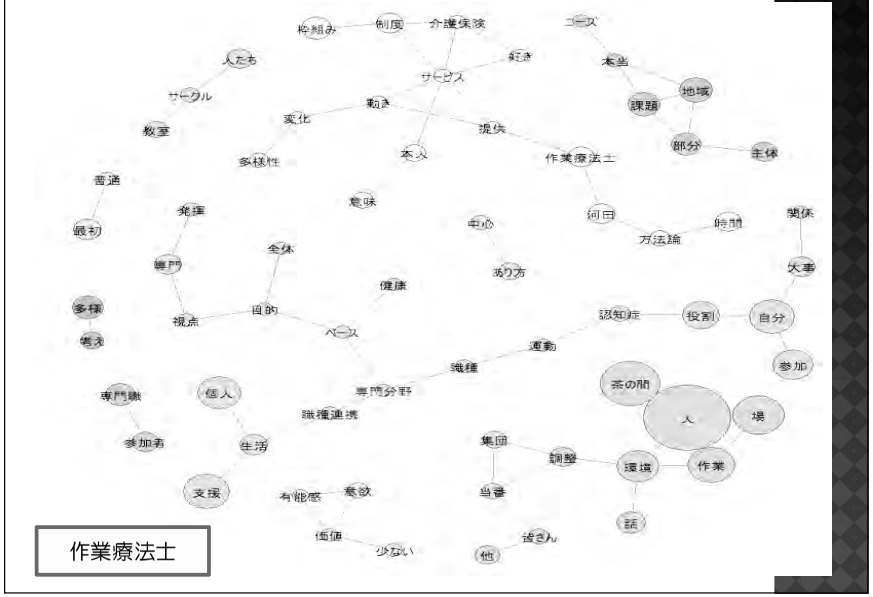
市社協職員

結果5-4　市役所職員



市役所職員

結果5-5　作業療法士



作業療法士

平成2年に河田珪子さんが提唱して開始された地域の茶の間は、平成30年5月現在、新潟県では30市町村全域に2562か所、新潟市504か所、全国では30000か所以上になっている。名称は様々で「サロン」「通いの場」「いきいきカフェ」等

週2回皆さんに会えることを楽しみに、電動車椅子で今日もおいでになりました。

子どもやお母さんたちも溶け込んで、思い思いのことをして過ごしている。

昼食の準備を、手伝える人がしている。ジャガイモやニンジン、玉ねぎの下ごしらえをしている。

感染症や食中毒の予防には万全を期している。

考察１：ソーシャルキャピタルが持つ負の側面を解消する〖仕組み〗と“実家の茶の間”

今回，調査対象となった“実家の茶の間”は，【誰にでも開かれた場所】であり，イベント型ではない過ごし方が参加者に対して【主体性のある人間模様】や【自由な役割】を保証していた．

また，主宰者の意を汲んだ【お当番さんから発信される居心地の良さが循環】するという【仕掛け】は，参加者の疾患や障害に言及することがなく，仲良しグループを作らない空間の配慮とともに【プライベートを聞き出さない程よいルール】が“実家の茶の間”を形成していた．

この結果から，ソーシャルキャピタルの負の側面である，「集団外の人の排除」「集団からの過度の要求」「強すぎる規範による自由の制限」「強制的なメンバーの平均化」（Portes,1998）を解消するような構造がこの“実家の茶の間”にはあるのではないかと考える．

考察２：【弱さ】としての紐帯が効果的なネットワークをつくる

主宰者A氏の理念にある“実家の茶の間”を，「小さな自己決定ができる場」「ありのままを肯定する場」にするためには，受け入れる側も「精一杯過ぎない」こと，むしろ「弱さは人の役に立つ宝」であるという視点を持っていることであった．

つまり，制度やサービスは人の弱さ，困りごとの解消として援助の担い手（助ける人）・受け手（助けられる人）を作ってしまいがちであるが，この“実家の茶の間”はそうではない．

すなわち，「弱い紐帯は，新しい情報やリソースへのアクセスを得ることが可能となり，強い紐帯と比べて効果的にネットワークを通して情報を処理することができる」（Granovetter,1973）」

考察３：少子高齢化への有効の手立てのしての“実家の茶の間”

民法の改正以降，また価値観の多様性が浸透する中で，高齢者たちが実際に自分の親に行ってきたような孝行は，今，子どもに期待することは出来ない．

「誰かに会いたい」「行くところが欲しい」という素朴な思いを叶え，かつ孤独に耐え，心身を健康に保ちながら生き続けるためには，「自分が生きてていいよっていうメッセージがもらえる場」が重要である．それがこの“実家の茶の間”である．

誰をも排除しない社会的包摂の手法が持つ可能性を鑑みた時，“実家の茶の間”の存在は，日本における高齢化社会への対応（自殺を含む），認知症への対応，その他様々で複雑な人間関係への対応に必要不可欠な在り方であろうと思われる．しかしながら，それは今回の研究における主宰者の語りにもあるように，住民自らが【曖昧さに耐え】【自己決定できる】**力を養う**ことが前提であろう．

それ故この“実家の茶の間”に期待するところは大きい．

まとめと提言

“実家の茶の間”の理念の根底には，「人は成熟し続ける存在」であるという飽くなき人間への信頼があった．　誰をも排除しない社会的包摂の手法を持つこの“実家の茶の間”の存在は，日本における高齢化社会への対応（自殺を含む），認知症への対応，その他様々で複雑な人間関係への対応に必要不可欠な在り方であろうと思われる．地域や時代に合わせた柔軟な運営や場の作り方が求められる中で，それにどのように応え継続していくのか．

それには

関係機関（市・県）の職員や，　医療・保健分野に携わっている私たちのまなざしを変えることが重要である．

謝辞

- 本調査に多大なご協力をいただいた「実家の茶の間・紫竹」の皆さん、並びに関係の皆さんに厚く感謝いたします。
- 本事業の実施に当たり、新潟市医師会から地域医療研究助成事業の助成をいただき研究が遂行できましたことに深く感謝申し上げます。

結論

- 新潟県のみならず全国に拡大する「地域の茶の間」においては、多様性を認め合い、他者を排除せず、参加者同士の助け合い・つながり(ソーシャルインクルージョン・社会的包摂)が求められている。
- 実家の茶の間・紫竹において長年にわたり培われてきたその取組みの中にソーシャルインクージョンの基本的構造が随所に見ることができた。

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

実家の茶の間・紫竹におけるつながりの構造要因の検討

研究代表者：佐藤　純子（さとう　じゅんこ）
（新潟医療福祉大学　看護学部　看護学科）

研究組織（＊印は新潟市医師会員）

①研究者名	②分担する研究項目	③最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目	④所属機関及び現在の専門（研究実施場所）	⑤所属機関における職名
○　佐藤純子	全体統括・研究計画・データ収集、分析・考察・成果発表	新潟医療福祉大学・2015年・修士・健康科学	新潟医療福祉大学・看護学部・看護学科	助教
杉本　洋	研究計画・データ収集、分析・考察・成果発表	北陸先端科学技術大学院大学・終了年次2015年・博士（知識科学）	新潟医療福祉大学・看護学部・看護学科	講師
西川　薫	研究計画・データ収集、分析・考察・成果発表	新潟大学大学院・2001年・博士（学術）・日本社会文化	新潟医療福祉大学・看護学部・看護学科	准教授
金谷光子	研究計画・データ分析・考察・成果発表	東京女子医科大学・2013年・博士・看護学	新潟医療福祉大学・看護学部・看護学科	教授
石上和男	研究計画・データ分析・考察・成果発表	新潟大学歯学部・1975年・歯学博士・公衆衛生学	新潟医療福祉大学・医療情報管理学部・医療情報学科	教授
紅林祐介	データ分析・考察・成果発表	杏林大学・2014年・博士・看護学	新潟医療福祉大学・看護学部・看護学科	講師
大屋愛里	データ分析・考察・成果発表	新潟医療福祉大学・2010年・学士・医療技術学部・看護学科	新潟医療福祉大学・看護学部・看護学科	助手
＊遠藤和男	データ分析・考察・成果発表	千葉大学医学部・1978年・医学博士	新潟医療福祉大学・健康科学部・健康栄養学科	教授

研究の概要

I. 研究概要…(1)

我が国は、地域包括ケアシステムの構築を急務とする中、住民の互助・共助を進める方向性を打ち出した。新潟市は「地域の茶の間」を中心に据えた地域包括ケアシステムの構築を進めようとしており、モデルハウスである“実家の茶の間・紫竹”は、新潟市と住民による協働事業で運営されている。住む場所や障害の有無に関係なく、他者を排除しないコミュニティが形成されていた。

現在、申請者は常設型「地域の茶の間」の一つである“実家の茶の間・紫竹”をフィールドに研究を進めている。他者を排除しない要因の一つには、主宰者の意図や仕掛けが多く組み込まれ、“人は親切やさしさを人に返す”という参加者のふるまいに影響していた。また、プライバシーに踏み込まない適度な距離感は、気兼ねのない人間関係を育み、SOSを発信しやすい関係性へとつながっていた。ケアする自分や役割を発揮することは、生活空間に溶け込み、人付き合いの中で主体性の発揮となっていた。さらに、「地域の茶の間」は新潟市内に500を超えて存在するが、“実家の茶の間・紫竹”はイベントを提供しないことも興味深い。人が集まりやすいイベント型では、イベントに興味のない人、地域のつながりのない人は参集以前に排除されてしまう可能性も含まれる。

他者を排除せず、助け合いを促進する構造要因が明らかになれば、新潟市内における「地域の茶の間」への波及効果が得られると考える。“実家の茶の間・紫竹”に参集している人々の参与観察、外から支援に入る関係機関の人々の言葉をデータとして分析することからソーシャルインクルージョンの在り様を考察し、他者を排除しない構造要因を明らかにしようとする点に独自性と独創性がある。今後我が国の抱える人口減少社会の中で、人が心地よく助けあいを図るための示唆を得ることが可能になると考える。

よって、本研究では、“実家の茶の間・紫竹”の小規模な人々の営みやふるまいの中にある他者を排除しないコミュニティの構造要因を明らかにすることを目的とする。倫理的配慮について、臨床研究に関する倫理指針(厚生労働省)及び、日本看護協会の看護研究における倫理指針に則り実施する。新潟医療福祉大学委員会(17831)の承認を受けている。フィールドとなる“実家の茶の間・紫竹”、関係機関へは承諾済。

Ⅱ. 研究全体の計画と当該事業年度の計画…(2)

【平成30年度】“実家の茶の間・紫竹"に参集する人々と支援者の実態調査/分析

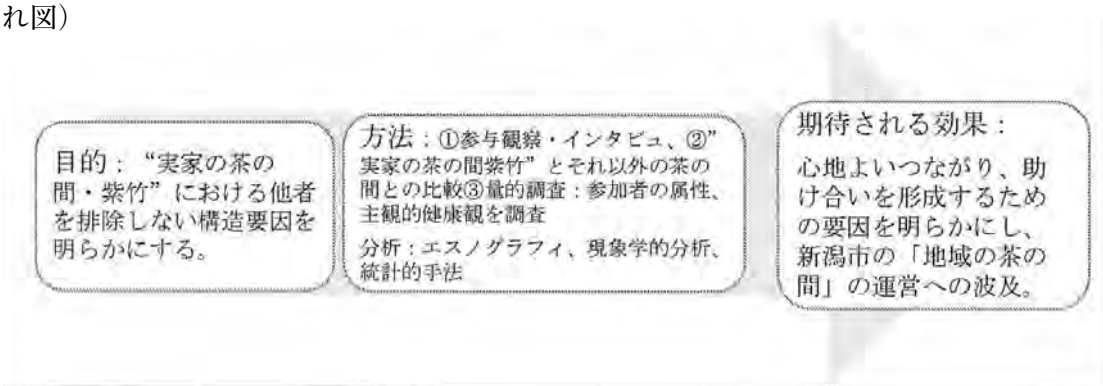
参与観察:常設型「地域の茶の間」に参加し、状況における活動や人物、物理的側面を観察する。

インタビュー:対象者①行政機関や社会福祉協議会、ほか関係機関。②参集している人々。③1997年から「地域の茶の間」の実践に携わっている主宰者。

【平成31年度】他の「地域の茶の間」との比較検討･量的調査/他機関との連携のあり方を検討

新潟市内にある標準的な「地域の茶の間」を数か所サンプリングし、参与観察、関係機関の支援者へのインタビュー・量的調査(主観的健康観と属性)し、比較検討する。「地域の茶の間」が地域の他機関(医療機関、障害者施設、教育機関等)との連携について調査を継続・検討する。

(流れ図)



研究助成
[発表5]

新潟市の糖尿病治療中断者の現状把握ならびに受診勧告事業の有効性の検討（第２報）

藤原和哉（新潟大学 健康寿命延伸・生活習慣病予防治療医学）

研究キーワード
糖尿病、通院治療中断、糖尿病治療、インスリン治療、内服治療

座長：三富健二郎（新潟市福祉部）

新潟市の糖尿病治療中断者の現状把握ならびに受診勧告事業の有効性の検討（第2報）

藤原和哉

新潟大学
血液・内分泌・代謝内科学講座

背景1

- 糖尿病患者
  治療の中断により合併症（失明、血液透析などの重症合併）が進行
  健康寿命を含む予後が悪化
- 医療ビックデータ
  低コストで多くの情報の入手が可能

治療の中断者は糖尿病合併症を有する割合が多い

Table 3　治療中断経験者の臨床像

項目	中断なし	一回以上中断	p＝
性別（男/女）	796/576	280/101	0.0000＊
糖尿病歴	18.5±7.9	19.2±7.7	0.0790
最近の HbA1c	7.31±1.00	7.48±1.27	0.0573
腎症（病期別，1～5）	1.7±1.0	1.8±1.0	0.0273＊
重度視力障害率（%）	0.75	1.87	0.0547
末梢神経障害率（%）	38.9	37.9	0.7773
脳血管障害既往率（%）	9.5	5.8	0.0217＊
冠動脈疾患既往率（%）	11.7	9.7	0.2968
PAD 既往率（%）	5.3	3.7	0.2068
高血圧症合併率（%）	58.5	49.3	0.0014＊
脂質異常症合併率（%）	53.9	46.7	0.0138＊
調査時年齢	68.7±9.1	63.6±9.7	0.0000＊
糖尿病初診断時年齢	49.8±10.3	43.7±9.7	0.0000＊
指摘後未治療歴（%）	16.7	25.7	0.0001＊

糖尿病 2013；56：744

背景2

- 糖尿病患者
  治療の中断により合併症（失明、血液透析などの重症合併症）が進行
  健康寿命を含む予後が悪化
- 本県（新潟市）においては、正確な頻度が不明
- 治療中断者を正確に特定し、適切な前向き介入が通院再開に有益となるか、また、どのような要因が患者の受診中断を引き起こすのかは不明。

方法

- 国民健康保険の約20万人の診療報酬明細書（レセプト）、調剤報酬明細書データを活用し、糖尿病患者を特定
  ＝治療中断者を特定する自動化システム化
- 新潟県の地域別の医師数を集計
  中断患者数と医師数との関係を算出

レセプトデータの問題

- レセプトデータベースでは、情報が断片的に存在
- 医療機関で検査などを施行する際、医師によりつけられる病名が実際の病名は乖離すること
  （保険請求のための病名）

H30年度の研究結果概要

- 中断者を特定する手法（レセプトデータより）
- 地区別の総医師数・内科医数・糖尿病専門医数（推定）
- 地区別の中断者数（推定）

H30年度の研究結果概要

- 中断者を特定する手法（レセプトデータより）
- 地区別の総医師数・内科医数・糖尿病専門医数（推定）
- 地区別の中断者数（推定）

H30年度の研究結果概要

- 中断者を特定する手法（レセプトデータより）
- 地区別の総医師数・内科医数・糖尿病専門医数（推定）
- 地区別の中断者数（推定）

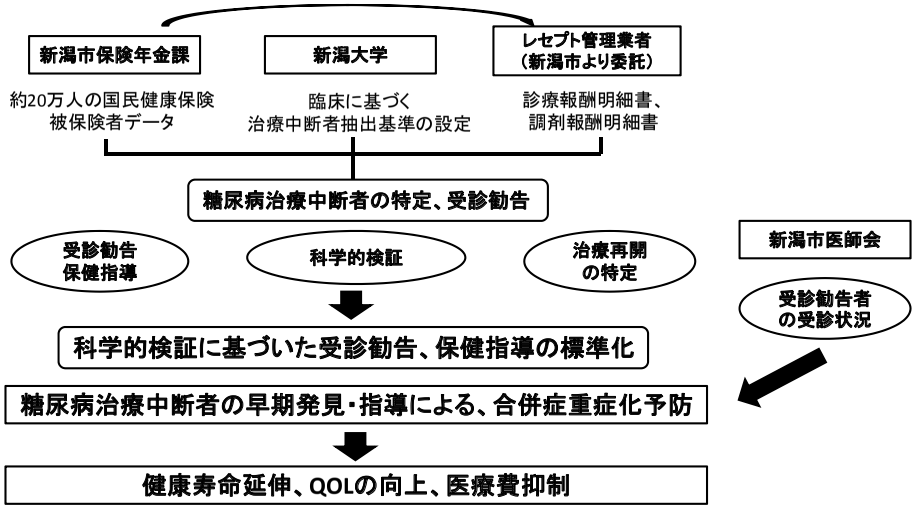
地区別の中断者数の推定手法

- 厚生労働省 e-stat [患者調査]
- 新潟県庁［医師・歯科医師・薬剤師調査］
- 新潟県医師会総合研究機構作成の報告書［新潟県版］
- JMAP地域医療情報システム［日本医師会］

地区別の中断者数の推定手法

- 新潟県の地域別の医師数を算出
- 新潟県の地域別の糖尿病専門医数を算出
- （新潟市に限定し）地域別の医師数を推定
- （新潟市に限定し）地域別の中断患者数を推定
- （新潟市に限定し）、医師数と中断率の関連を推定

糖尿病治療中断者の特定と受診勧奨の効果の検討イメージ図



本年後の成果と来年度の課題

成果

- 新潟市における糖尿病治療中断の実態
  （正確な頻度と地域別の傾向）

次年度の課題

- 治療再開を勧奨する通知が治療再開に与える効果の検討

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

新潟市の糖尿病治療中断者の現状把握ならびに受診勧告事業の有効性の検討（第2報）

研究代表者：藤原　和哉（ふじわら　かずや）
（新潟大学　健康寿命延伸・生活習慣病予防治療医学）

研究組織（＊印は新潟市医師会員）

①研究者名	②分担する研究項目	③最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目	④所属機関及び現在の専門（研究実施場所）	⑤所属機関における職名
○　藤原和哉	研究デザイン作成・データベース作成・データ解析	筑波大学・医学博士・内分泌･代謝内科学・生活習慣病	新潟大学	特任准教授
＊曽根博仁	研究デザイン作成・解析結果評価	筑波大学・医学博士・内分泌･代謝内科学・生活習慣病	新潟大学	教授
＊加藤公則	研究デザイン作成・解析結果評価	新潟大学・医学博士・循環器内科・健診	新潟大学	特任教授
谷内田潤子	研究デザイン作成	新潟大学・保健学修士・看護学		

発表5

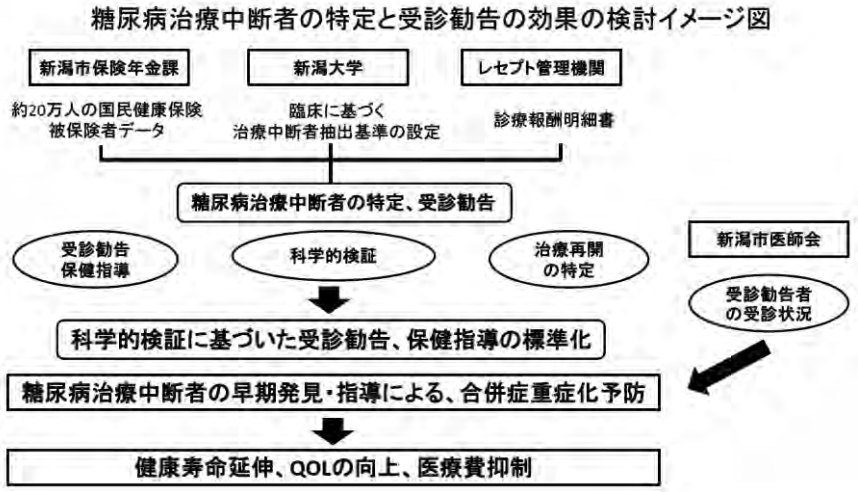
研究の概要

糖尿病患者では、治療の中断により合併症が進行するだけでなく、健康寿命を含む予後が悪化することが知られている。治療の中断の重要性は社会的にも理解されているが、本県においては、正確な頻度すら分かっていない。さらに、治療中断者を特定し、適切な前向き介入が通院再開に有益となるか、また、どのような要因が患者の受診中断を引き起こすのかを検討した報告は極めて少ない。そこで、すでにアドバイザリーとして参画している、新潟市福祉部保険年金課の保険事業計画で進行中である、「糖尿病治療中断者への治療再開を勧奨する通知」事業において、中断者の頻度を算出し、治療再開勧奨の有効性に関する検証システムの体制を確立することで、糖尿病治療中断者の現状の把握と治療の再開に通じる基礎資料を作成する。システム構築後、新潟市医師会に協力いただき、三つ巴の協力研究体制ならびに保健・臨床現場における現場応用体制を目指していく。

国民健康保険の約20万人の診療報酬明細書（レセプト）データを活用し、糖尿病患者を特定する。具体的には、治療中断者を特定する自動化システムを導入し、治療再開を勧奨する通知を行う。その後、レセプト情報を活用し治療再開の判定を行う。同時に大規模レセプトデータから、比較対象群を設定し、上述した「治療再開を勧奨する通知」の有効性を統計学的に評価し、科学的に検討する。本研究から、新潟市における糖尿病治療中断の実態が明らかとなるだけでなく、治療再開を勧奨する通知の効果が明らかとなり、糖尿病治療中断者の介入における「新潟モデル」確立の基礎資料となることが期待される。その結果、糖尿病が引き起こす、失明、血液透析などの重症合併症発症を抑制し、健康寿命延伸、QOLの向上だけでなく、高騰する医療費抑制につながることが期待される。平成30年度は、平成29年度に新潟市保険年金課及びレセプト管理会社と共同で検討中である、中断者自動化特定システム開発に関して、スクリーニング条件の確立と検証を行い、新潟市における治療中断の実態把握を可能とするシステムの構築を行う。同時に治療再開を勧奨する通知システムの枠組みを構築する。

本研究は「ヘルシンキ宣言」、厚生労働省、文部科学省・厚生労働省、日本疫学会の各指針に則って実施し、全てにおいて、新潟大学における倫理委員会で承認を受ける。本研究は、厚生労働省・文部科学省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」における、「既存資料・情報の提供を受け、利用する研究」に相当する。この場合、研究対象者から文章によるインフォームド・コンセントを受けることを必ずしも要しないが、研究者等は、「当該研究の目的を含む研究の実施についての情報を公開し、及び研究対象者となる者が研究対象者となることを拒否できるようにしなければならない。」と記載されている。そのため、新潟大学医学部血液・内分泌・代謝内科のホームページに研究の概要を掲示する。

（流れ図）



発表5

研究助成
[発表6]

高齢者における独立歩行の獲得と維持のための新たなリハビリテーションプログラムの確立

上原彰史（新潟南病院 内科）

研究キーワード
独歩、歩行機能障害、運動器不安定症、
高齢者、リハビリテーション（理学療法）

座長：齋藤玲子（新潟大学 国際保健学）

第7回　新潟市医師会 地域医療研究助成発表会

新潟市医師会 Medical Association of Niigata City

平成31年1月26日

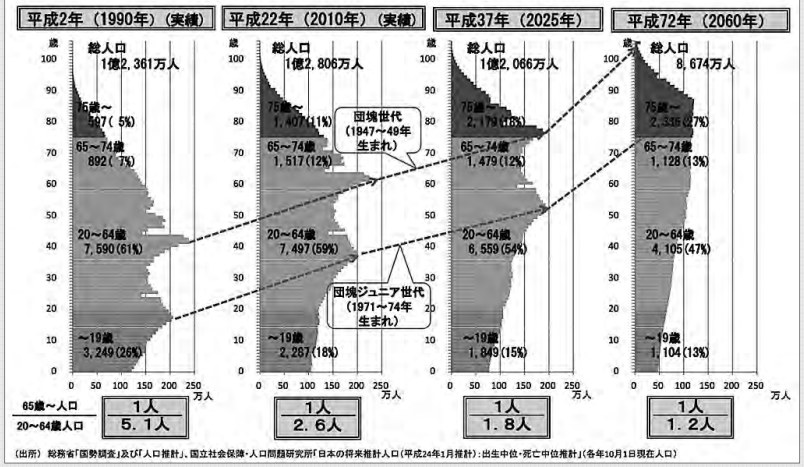
高齢者における独立歩行の獲得と維持のための新たなリハビリテーションプログラムの確立

上原彰史[1)]、小幡　裕明[1、2)]、渡部　裕[1)]、和泉　由貴[2)]、鈴木　順夫[3)]
河内　恭典[4)]、新保　浩史[2)]、岡本　麻衣[2)]、和泉　徹[1)]

1）新潟南病院　内科
2）新潟南病院　リハビリテーション科
3）新潟南病院　整形外科
4）新潟南病院　栄養管理部

背景　－人口ピラミッドの推移－

○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2．6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1．2人で支える社会構造になると想定



（出所）総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）

➡ 社会保障費増大、医療・介護サービスの担い手不足

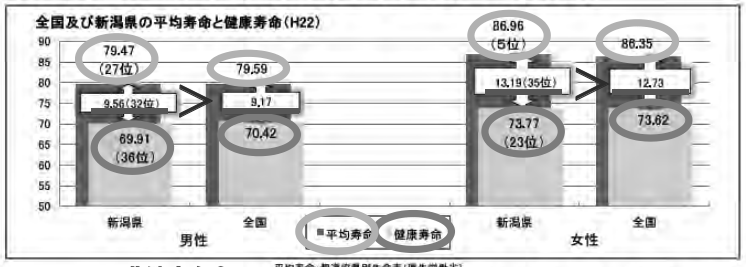
背景　－新潟県における非健康寿命－

健康にいがた21（第2次）概要版

－新潟県の状況－

平均寿命・健康寿命

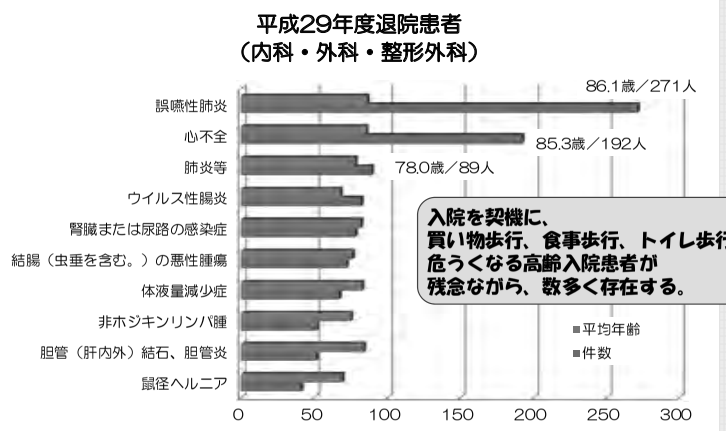
○健康寿命とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」のことをいいます。
○平均寿命と健康寿命の差は、寝たきりや介護サービス等誰かの支援が必要となる期間を表しており、生活の質を高め、高齢期においても日常生活に制限なく生活を送るためには、この差を縮小していくことが必要です。
○新潟県の健康寿命、平均寿命と健康寿命との差は、いずれも全国的には低い水準となっています。



平均寿命：都道府県別生命表（厚生労働省）
健康寿命：厚生労働科学研究費「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」

▬ 非健康寿命

背景　－新潟南病院　入院患者－



入院を契機に、
買い物歩行、食事歩行、トイレ歩行が危うくなる高齢入院患者が残念ながら、数多く存在する。

内科・整形外科・外科入院患者
平成29年度
平均年齢　77.4歳
症例　1972人

多疾患有病者
隠れ心疾患患者多く存在

2013年4月より身体的フレイル高齢入院患者の独歩退院をめざす病院づくり
『独歩プロジェクト：DOPPO』に取り組んできた。

Discharge Of elderly Patients from hosPital On the basis of their independent gait

定義：身体的フレイル高齢者･･･65歳以上、SPPB12点未満
SPPB：Short Physical Performance Battery

≪DOPPOリハビリの基本処方≫

内容

- 独歩プロジェクト『DOPPO』の短期成績を明らかにすること。
- 独歩プロジェクト『DOPPO』の1年予後、及びそれに貢献する要因を明らかにすること。
- 業績報告

対象と方法

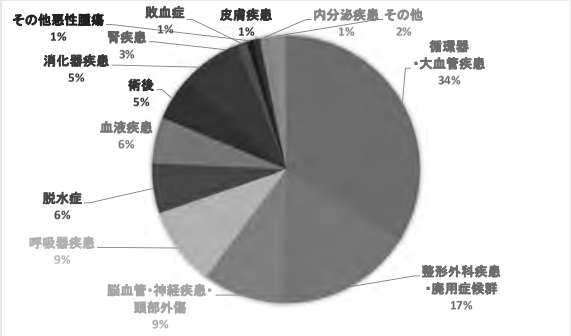
対象：
・独歩プロジェクト登録者　延べ1094名
・同プロジェクトに参加し
SPPBが12点未満の身体的フレイルを示し退院出来た
65歳以上の入院患者　連続251名

期間：
2013年4月～2018年8月（65ヶ月）

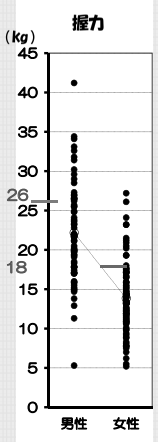
年齢：
82.6±6.7歳　（65～95歳）

性別：
男　106人、女　145人

入院理由：



筋力サルコペニア率：
（握力基準、AWGS）80.3%



測定項目： DOPPOリハビリ開始前と終了時に比較・評価した。

- ✓ Short physical performance battery (SPPB) score (点)
- ✓ 等尺性膝伸展筋力 (kg・f/kg、%)
- ✓ Functional reach test (FRT) (cm)
- ✓ 片脚立位時間 (s)
- ✓ 10m努力歩行速度 (m/s)
- ✓ 6分間歩行距離 (m)

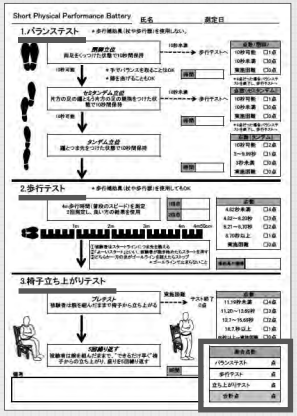
遠隔期調査項目： 診療録、電話で調査した。

- ✓ 生死
- ✓ 死因

統計解析方法：

- ✓ t-検定
- ✓ logrank検定
- ✓ Cox比例ハザード回帰(p値を用いたステップワイズ変数減少法)

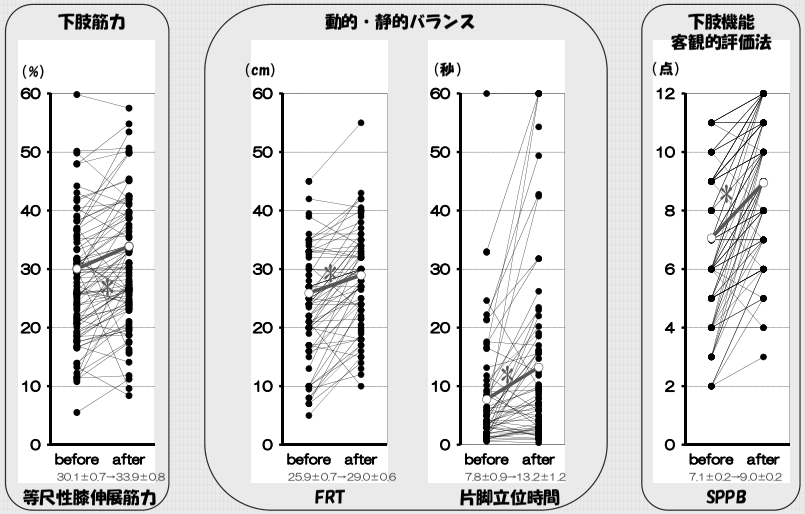
統計解析には、SPSS、EZRを使用した。



結果 1 短期成績

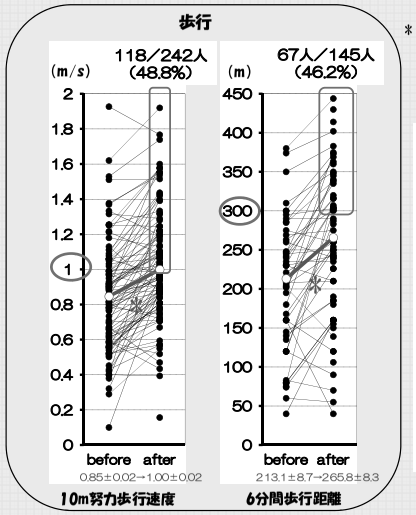
＊：$p<0.01$

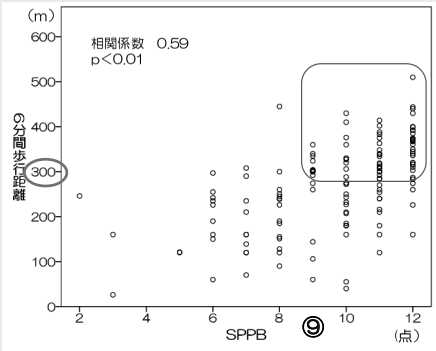
リハビリ期間： 34.9±19.3日



リハビリ期間： 34.9±19.3日

＊：$p<0.01$





まとめ

- ✓ 平均年齢 82.6歳かつSPPB 7.1点の身体的フレイル高齢入院患者に対して、 DOPPOリハビリ介入により筋力・バランス・歩行が有意に改善した。その結果、79.7%と高率に元いた“住まい”に戻り、在宅医療が可能となった。
- ✓ DOPPOプロジェクトにおけるSPPB評価は、リハビリ効果をガイドする臨床指標として有用であり、6分間歩行距離と相関がある。少なくとも9点が獲得できれば6分間歩行距離300mの可能性が開けると考えられる。

結果　2　長期成績

対象：

退院後1年以上経過した170人のうち　147人（補足率　86.5%）。

除外理由：　追跡不能　23人

年齢：82.2±6.8歳

性別：男性　67人、女性　80人

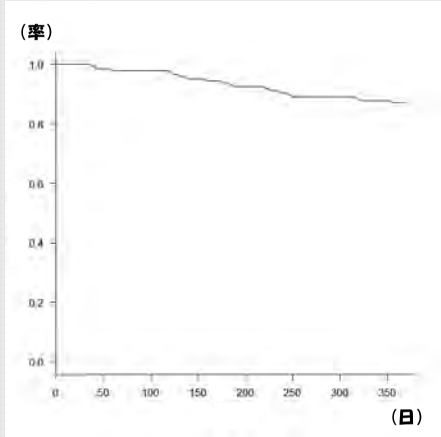
筋力サルコペニア率：79.4%

結果：

全死亡　19人
1年生存率　87.1%

死因：

心疾患　8人
悪性腫瘍　5人
呼吸器疾患　3人
腎疾患　1人
多臓器不全　1人
消化器疾患　1人

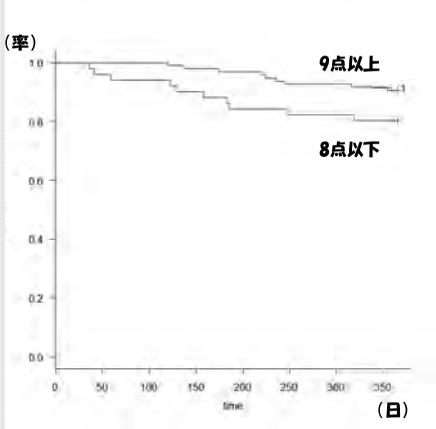


生存群と死亡群の比較　患者背景と リハビリ終了時身体機能評価

	生存群（n=128）	死亡群（n=19）	p値
年齢（歳）	82.3 ± 7.0	81.5 ± 5.3	n.s.
リハビリ期間（日）	33.2 ± 18.9	40.8 ± 23.2	n.s.
性別（男性、%）	42.0	52.9	n.s.
筋力サルコペニア率（%）	76.7	93.3	n.s.
SPPB（点）	9.4 ± 2.4	8.8 ± 2.9	n.s.
バランス（点）	3.6 ± 0.9	3.1 ± 1.2	n.s.
歩行（点）	3.0 ± 0.9	3.0 ± 1.1	n.s.
立ち上がり（点）	2.9 ± 1.3	2.6 ± 1.3	n.s.
等尺性膝伸展筋力（%）	34.4 ± 11.9	32.6 ± 9.5	n.s.
片脚立位時間（秒）	13.1 ± 15.3	11.6 ± 15.4	n.s.
Functional Reach Test（cm）	29.3 ± 7.9	24.0 ± 10.9	＜0.05
10m努力歩行速度（m/s）	1.01 ± 0.30	1.04± 0.39	n.s.
6分間歩行距離（m）	276.3 ± 100.5	268.3 ± 122.1	n.s.

リハビリ終了時SPPBと予後　n＝147

リハビリ終了時SPPBで2群に分けた1年生存率



9点以上（n=72）　90.5%

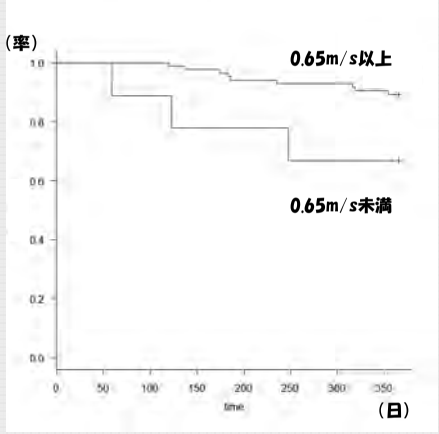
8点以下（n=36）　80.4%

P＝0.068

リハビリ終了時10m努力歩行速度と予後　n=93

リハビリ終了時10m努力歩行速度で2群に分けた1年生存率

除外理由：10m歩行検査未試行、80歳以下



0.65m/s以上（n=84）　89.3%

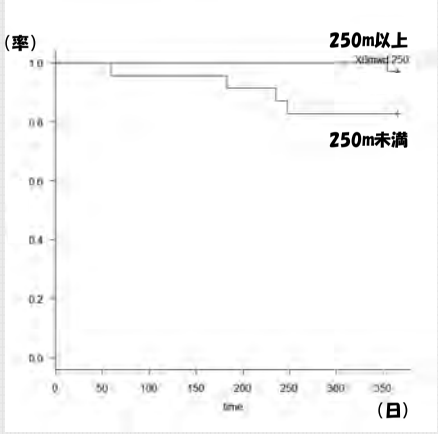
0.65m/s未満（n=9）　66.7%

$p<0.01$

リハビリ終了時6分間歩行距離と予後　n=58

リハビリ終了時6分間歩行距離で2群に分けた1年生存率

除外理由：6分間歩行検査未試行、80歳以下、悪性腫瘍死亡



250m以上（n=35）　97.1%

250m未満（n=23）　60.1%

P=0.049

まとめ

短期成績

- 筋力サルコペニアを伴う身体的フレイル高齢入院患者に対し、DOPPOリハビリを行った。SPPB、下肢筋力、動静的バランス、歩行速度、6分間歩行距離が改善した。
- SPPBはリハビリ効果をガイドする。DOPPOリハビリ開始時7点あれば終了時には9点を、さらには6分間歩行300m以上を達成する可能性が高くなる。

長期成績

- 退院時SPPB、10m努力歩行速度、6分間歩行距離は、1年予後に関与する。
- 退院時SPPB9点を達成すれば1年予後に貢献する。特に、SPPBは年齢や死因に関わらず、予後を予測する身体機能評価指標である。

International Journal of Rehabilitation Research
The Official Journal of the European Forum for Research in Rehabilitation

Original article 331

The baseline speed of 10-m gait predicts ambulatory discharge for hospitalized frail elderly after DOPPO rehabilitation

Akifumi Uehara[a,b], Hiroaki Obata[a,b], Hiroshi Watanabe[a], Yuki Izumi[b], Yorio Suzuki[c] and Tohru Izumi[a,b]

The discharge of elderly patients from hospital on the basis of their independent gait program (DOPPO) is a new rehabilitation strategy for physically frail hospitalized elderly that aims to recover independent gait and to achieve ambulatory discharge. We retrospectively investigated baseline determinants of physical measures associated closely with the 6-min walking distance (6MWD) after DOPPO. Participants were 137 consecutive elderly inpatients, irrespective of the causative disease (mean age: 82±7 years; 76 women), who had a Short Physical Performance Battery (SPPB) score of less than 12 and low independent walking capacity. The rehabilitation comprised muscle stretching, muscle strengthening, balance training, and endurance exercise, including walking. The exercises were gradually increased until the goal of ambulatory discharge was attained. The SPPB, isometric knee-extension muscle strength (IKEMS), functional reach test (FRT), one-leg stance time (OLST), and the 10-m gait speed (TMGS) were measured, before and after the DOPPO intervention, and their association with the 6MWD was evaluated. All participants achieved ambulatory discharge, requiring on average 35±19 hospital days and 32±18 h of rehabilitation. The SPPB, IKEMS, FRT, OLST, and TMGS improved. The SPPB scores increased from 7.1 at baseline to 9.2 at discharge. Eighty-eight patients completed the 6MWD. The SPPB, IKEMS, FRT, OLST, and TMGS were strongly associated with the 6MWD. Only the baseline TMGS and SPPB predicted the 6MWD, with a cut-off TMGS value of 0.84 m/s providing the best prediction of achieving a distance of more than 300 m on the 6MWD. Thus, the baseline TMGS is the best prediction of the ambulatory outcome after the present DOPPO rehabilitation.

International Journal of Rehabilitation Research 41:331–336
Copyright © 2018 The Author(s). Published by Wolters Kluwer Health, Inc.

International Journal of Rehabilitation Research 2018, 41:331–336

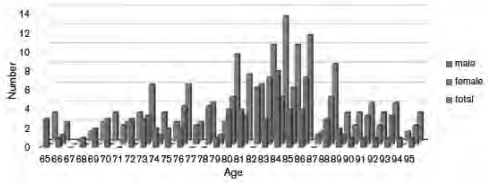
Keywords: ambulatory discharge, DOPPO, frail elderly, 10-m gait speed, Short Physical Performance Battery

Divisions of [a]Rehabilitation, [b]Medicine and [c]Orthopedics, Niigata-minami Hospital, Niigata, Japan

Correspondence to Hiroaki Obata, Division of Rehabilitation and Medicine, Niigata-minami Hospital, 1-7-1, Meike-Shinmai, Chuo-ku, Niigata 950-8601, Japan
Tel: +81 252 842 511; fax: +81 252 842 080; e-mail: obata00@gmail.com

Received 5 April 2018 Accepted 13 July 2018

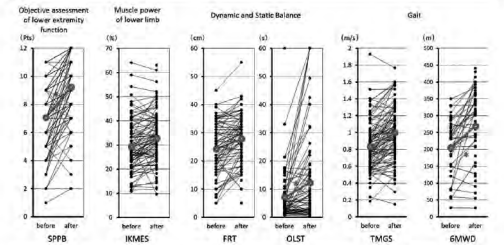
Fig. 1



The age distribution of the participants, with 70.1% aged over 80 years.

80歳以上が
全体の70.1%を
占める

Fig. 2



Improvement in physical function measures after the DOPPO program, with a marked improvement on the 6MWD. FRT, functional reach test (cm); IKEMS, isometric knee-extension muscle strength (%); 6MWD, 6-min walking distance; OLST, one-leg stance time (s); SPPB, Short Physical Performance Battery (points); TMGS, 10-m effort gait speed (m/s).

DOPPリハビリの短期成績

- SPPB
- 等尺性膝伸展筋力
- FRT
- 片側立位時間
- 10m努力歩行速度
- 6分間歩行距離

全てにおいて著しく改善

Table 1 Association between physical performance measures, at baseline, and the 6-m walk test after rehabilitation

	Univariate analyses		Multivariate analyses		
	Correlation	*P* value	Partial regression coefficient	*β*	*P* value
Age	−0.161	0.135	–	–	–
Sex	0.169	0.115	–	–	–
Height	0.194	0.07	–	–	–
Weight	0.026	0.829	–	–	–
Muscle sarcopenia	−0.283	<0.01	–	–	–
SPPB score	0.521	<0.01	11.212	0.257	<0.05
IKMES	0.381	<0.01	–	–	–
FRT	0.449	<0.01	–	–	–
OLST	0.257	<0.01	–	–	–
TMGS	0.862	<0.01	202.161	0.547	<0.01
Adjusted R^2			0.472		

On univariate analyses, the baseline SPPB, IKEMS, FRT, OLST, and TMGS correlated with the 6MWD. On multivariate analysis, the baseline TMGS and SPPB were retained as predictive factors, with the *β* regression value being greater for the TMGS than for the SPPB.
FRT, functional reach test; IKEMS, isometric knee-extension muscle strength; 6MWD, 6-min walking distance; OLST, one-leg stance time; SPPB, Short Physical Performance Battery; TMGS, 10-m effort gait speed.

○　DOPPOリハビリ終了時6分間歩行距離を、実施前身体機能測定項目より予測

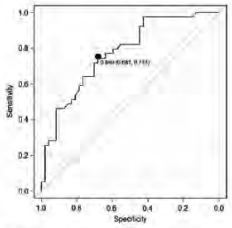
単変量解析：
　筋力サルコペニア、SPPB、等尺性膝伸展筋力、FRT、片脚立位時間、10m努力歩行速度が有意に関与

多変量解析：
　SPPBと10m努力歩行速度が有意に関与

標準偏回帰係数*β*　10m努力歩行速度＞SPPB
　6分間歩行距離に及ぼす影響の強さは、10m努力歩行速度のほうがSPPBよりも大きい

Fig. 3

	multivariate analyses		
	Odds Ratio	95% C.I.	p value
Baseline TMGS	265.743	7.783–9073.393	0.002



AUC: 0.774
95% confidence interval: 0.676–0.872

The cut-off criterion of the TMGS, predictive of achieving a distance of more than 300 m on the 6MWD. The cut-off value, sensitivity, and specificity were 0.840 m/s, 0.681, and 0.774, respectively. The area under the curve (AUC) was 0.774 (95% confidence interval: 0.676–0.872). CI, confidence interval; 6MWD, 6-min walking distance; TMGS, 10-m effort gait speed (m/s).

○　6分間歩行距離300m達成に関与するDOPPOリハビリ実施前10m努力歩行速度の検査制度をROC解析で評価
　　0.84m/sがカットオフ値。

DOPPOリハビリ終了時の6分間歩行距離や、その300m歩行達成には実施前の10m努力歩行速度が強く関与

特集 地域に広がる心臓リハビリテーション

DOPPO，超高齢者の独立歩行を守るリハビリテーション

1）恒仁会新潟南病院内科（医師） 2）同リハビリテーション科（医師）
3）同リハビリテーション科 4）同整形外科（医師） 5）同栄養管理部（管理栄養士）

上原彰史[1)] 小幡裕明[1, 2)] 和泉由貴[2)] 小浦方志織[3)]
新保浩史[3)] 鈴木順夫[4)] 河内恭典[5)] 和泉 徹[1)]

Key words 少子・超高齢社会 フレイル SPPB DOPPO セルフケア

DOPPOリハビリ

対象：
フレイルにより独立歩行が危うくなり
それを取り戻したい高齢者のみ。
疾患を問わない

ゴール：
DOPPOによるセルフケアの再獲得

その他：
特別な機器や場所を必要とせず自宅や
施設でも実行可能な内容に絞る

少子・超高齢化社会が必要とする
追加的なリハビリテーション活動

総合リハビリ

目的・対象：
対象者が疾患によって奪われた社会的
位置への復帰を目指す

ゴール：
元いたポジションへの復帰に見合った
身体機能、精神・心理的機能の獲得

結語

➢ SPPB

リハビリ効果をガイドするのみでなく、1年予後を予測する指標にもなる

9点獲得すれば、

・ 短期成績： 身体的フレイルの克服の可能性

・ 長期成績： 予後改善の可能性

→健康寿命延長につながる可能性がある

➢ 10m努力歩行速度

・ 6分間歩行距離、その300m達成を予測

・ 1年予後を予測

する指標になる可能性

共に
簡便に行える
有用な
身体機能検査法

謝辞

新潟南病院におけるDOPPOプロジェクト及びその研究の実施にあたり、平成28年度より新潟市医師会地域医療研究助成として支援をいただきました。

新潟市医師会長をはじめとした関係者の方々に深く感謝申し上げます。

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

高齢者における独立歩行の獲得と維持のための新たなリハビリテーションプログラムの確立

研究代表者：上原　彰史（うえはら　あきふみ）
（新潟南病院　内科）

研究組織（＊印は新潟市医師会員）

①研究者名	②分担する研究項目	③最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目	④所属機関及び現在の専門（研究実施場所）	⑤所属機関における職名
○＊上原彰史	運動療法の実施・データ収集と解析・成果の発表	新潟大学・平成13年・内科	新潟南病院	内科部長
＊小幡裕明	運動療法の実施・データ収集と解析	新潟大学・平成13年・医学博士・循環器内科	新潟南病院	リハビリテーション科部長
＊渡部　裕	データ解析	新潟大学・平成８年・医学博士・循環器内科	新潟南病院	副理事長 内科部長
和泉由貴	運動療法の実施	新潟大学・平成12年・リハビリテーション科	新潟南病院	リハビリテーション科医師
＊鈴木順夫	運動療法の実施	新潟大学・昭和48年・医学博士・整形外科	新潟南病院	整形外科部長
河内恭典	リハビリテーションにおける栄養管理	北里大学保健衛生専門学院・平成11年	新潟南病院	管理栄養士長
山田　笑	運動療法の実施	帝京平成大学専門学校・平成21年	新潟南病院	理学療法士
小浦方志織	運動療法の実施	晴陵リハビリテーション学院・平成24年	新潟南病院	理学療法士
新保浩史	運動療法の実施	新潟保健医療専門学校・平成25年	新潟南病院	理学療法士
＊和泉　徹	運動療法並びにデータ解析の統括	新潟大学・昭和46年・医学博士・循環器内科	新潟南病院 北里大学	統括顧問 名誉教授

研究の概要

新潟県民の平均寿命と健康寿命の差は全国的に見て長く、日常生活に制限があり医療や介護の必要度が高いことから、この期間の短縮は生活の質の向上に加え医療介護負担の軽減にも直結する。

その対策の一環とし当院では平成25年から高齢患者の独歩を守るための集学的な疾病管理プログラムである「独歩プロジェクト」を推進している。このプロジェクトにおける”高齢者のための独立歩行獲得と維持のためのリハビリテーションプログラム”には、現在までに延べ500名以上が参加登録し、そのうち160名近くの身体的フレイル高齢入院患者に対し歩行に関わる身体機能の評価しリハビリによる効果や予測因子の同定などの成果を報告した。

そこで本研究は同プログラムの効果さらには身体機能評価と予後との関係の検討を目的とした。平成28年度は症例の集積での母集団の獲得が研究の中心であった。平成29年度は100名を超える患者の長期成績を調査。１年予後に貢献する退院時身体機能がSPPBであり、９点獲得すれば予後改善、健康寿命延長につながる可能性があることがわかった。平成30年以降は引き続き独歩プロジェクトの参加者を集積すると同時に、遠隔成績対象患者数の増加から退院時身体機能評価と長期成績（死亡、入院、独立歩行不能など）との関係の踏み込んだ分析が可能と考える。これらにより高齢者の歩行機能低下の特徴、予後との関係が解明されると共に、リハビリ効果の新たな予測因子の同定が期待される。

本研究により高齢者における独歩を獲得するための最適なリハビリプログラムの確立が期待され、歩行機能が障害された高齢者が再び独歩の能力を取り戻すことに大いに寄与しうる。また歩行機能の再獲得による健康寿命の延伸が歩行機能障害がもたらしうる転倒・骨折による医療負担の軽減につながり、公衆衛生や医療経済上の大きな貢献が期待される。さらに看護・理学療法のみならず、介護の質の向上や介護者の身体的・精神的負担の軽減に波及し、高齢者医療に関わる施策への貢献や、それに携わる医療や介護機関における効果的かつ質の高いサービス提供への反映が期待される。

すでに我々はリハビリ前の歩行速度がある程度維持されている高齢者は本リハビリプログラムの効果が高い等の先行結果を得ており、本研究の妥当性は示唆されている。

（流れ図）

平成28年度～30年度

症例登録

対象：入院前歩行していたが入院時歩行機能障害を有する65歳以上の患者

目標：800症例

↓

リハビリ前の初期評価（運動機能、認知機能、臨床像）

↓

独歩リハビリの試行

↓

リハビリ後の評価

↓

平成29年度～30年度

長期成績の調査

高齢者の歩行機能障害の特徴、それや身体機能評価と長期成績（死亡、入院、独立歩行不能、認知機能障害の出現など）との関係

対象患者数の年を追うごとの増加で、より追求した分析が可能と考える。

研究助成
[発表7]

新潟市における慢性閉塞性肺疾患の問題点と地域医療連携に関する研究

大嶋康義（新潟大学 呼吸器・感染症内科学）

研究キーワード
慢性閉塞性肺疾患、COPD 連携ファイル、地域医療連携、
多施設共同研究、包括的アプローチ

座長：佐藤隆司（新潟市保健衛生部）

第7回　新潟市医師会地域医療研究助成発表会

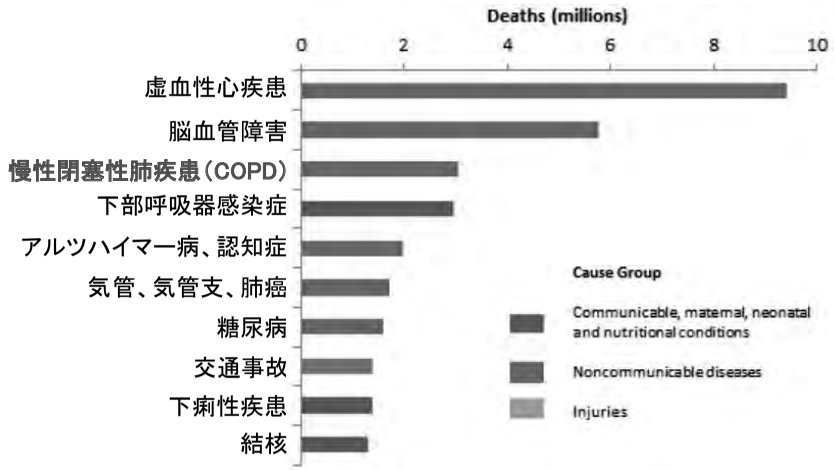
新潟市における慢性閉塞性肺疾患の問題点と地域医療連携に関する研究

大嶋康義[1)]　坂井邦彦[2)]　横田樹也[3)]　大平徹郎[4)]

1) 新潟大学大学院 医歯学総合研究科 呼吸器・感染症内科学分野
2) 新潟臨港病院 呼吸器内科
3) 横田内科医院
4) 国立病院機構 西新潟中央病院 呼吸器センター内科

平成30年1月26日

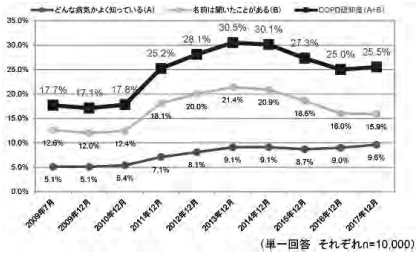
世界における慢性閉塞性肺疾患の問題点 死亡原因（2016年）



World Health Organization. Available from URL: http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

日本における慢性閉塞性肺疾患の問題点

- 死亡数　18523人（2017年　死亡原因12位）
- 年間医療費　1467億円（2016年）
- 総患者数　26万1000人(2014年)
- 推定患者数　530万人(2001年)
- 喫煙率　男性　29.4%、女性7.2%(2017年)
- COPD認知度



（単一回答　それぞれn=10,000）

厚生労働省　人口動態統計
厚生労働省　国民医療費の概況
厚生労働省　患者調査の概況
NICE study
厚生労働省　国民健康・栄養調査
GOLD日本委員会

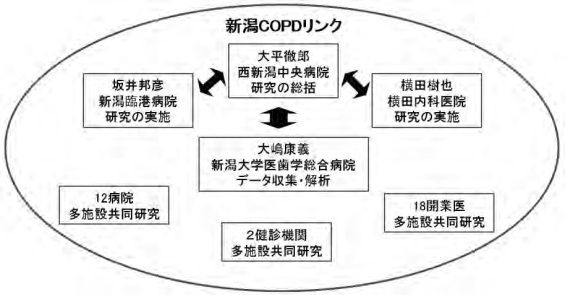
新潟市における慢性閉塞性肺疾患の問題点

- COPD患者の増加
  疾患認知率の向上を図るとともに、1000人以上の未診断患者への対応が求められる可能性

下越地区年間人間ドック受診数	現喫煙者	閉塞性換気障害あり
24870人	5957人（24.0%）	1063人（4.3%）

- 新潟市におけるCOPDの現状、問題点が不明
- COPD増悪時の救急外来受診
  新潟医療圏　病院群輪番制
  メリット：夜間休日の診療体制の効率化
  デメリット：かかりつけ以外への入院

問題点へ新潟COPDリンクで取り組む



12病院：　新潟大学医歯学総合病院、西新潟中央病院、新潟臨港病院、済生会新潟第二病院、新潟医療センター、木戸病院、新潟市民病院、信楽園病院、亀田第一病院、下越病院、南部郷総合病院、県立新発田病院

18開業医：横田内科医院、中和内科医院、せきやクリニック、幸村医院、土田医院、本町いとう内科クリニック、中新潟クリニック、わかばやし内科クリニック、さとう内科クリニック、ほしの医院、五十嵐医院、田辺医院、こばやし内科クリニック、こなん内科クリニック、ふるしまクリニック、ひらた内科クリニック松田内科呼吸器科クリニック、金子内科医院

2健診機関：新潟県労働衛生医学協会、新潟県保健衛生センター）

新潟COPDリンクによる取り組み

- 新潟市におけるCOPDの現状
  - ①一般市民、介護職員へのアンケート調査
  - ②医療従事者へのアンケート調査
  - ③COPDリンクファイルを通して患者状況
- 連携体制促進への取り組み
  - ④研究会を通じた連携促進
  - ⑤今後の方針

①一般市民、介護職員へのアンケート調査

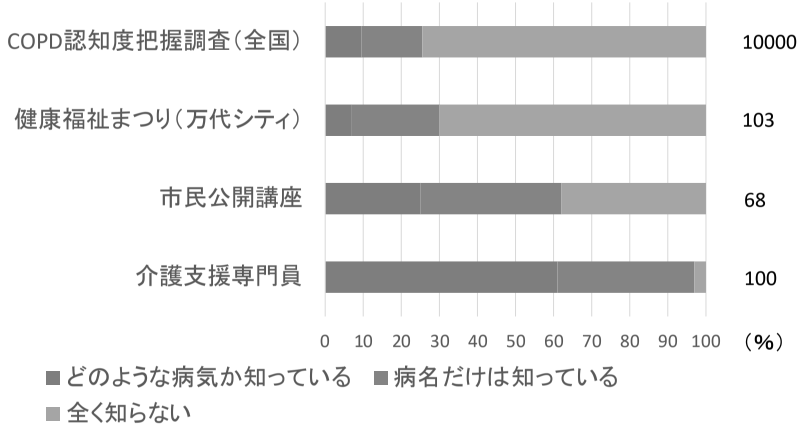
- GOLD日本委員会によるCOPD認知度把握調査
  2009年7月～2017年12月　毎年実施
  10000人を対象に予備調査
  110人を対象に本調査を施行
- 新潟市民健康福祉まつり来場者（万代シティ）
  2015年10月18日　103人
- 市民公開講座　肺活セミナー（総合保健医療センター）
  2017年7月1日　68人
- 新潟県介護支援専門員協会全体研修会
  2017年9月1日　100人

①一般市民、介護職員へのアンケート調査

- GOLD日本委員会によるCOPD認知度把握調査
  ⇒全国
  10000人の一般市民
  110人の健康に興味をもっている市民
- 新潟市民健康福祉まつり来場者（万代シティ）
  ⇒万代シティを訪れた一般市民
- 市民公開講座　肺活セミナー（総合保健医療センター）
  ⇒健康に興味をもっている新潟市民
- 新潟県介護支援専門員協会全体研修会
  ⇒介護職員

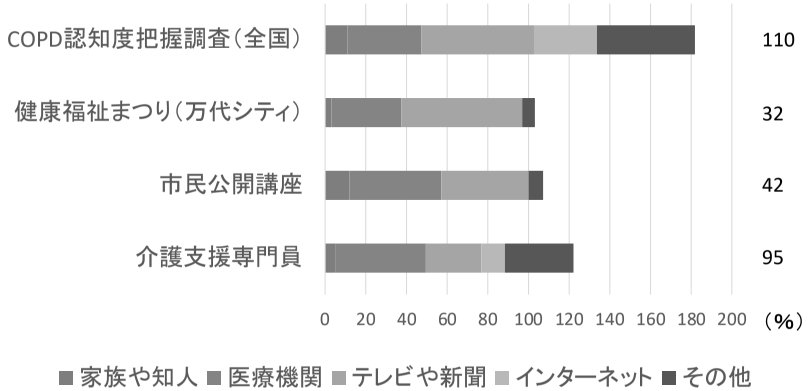
①一般市民、介護職員へのアンケート調査

COPDという病気を知っていますか？



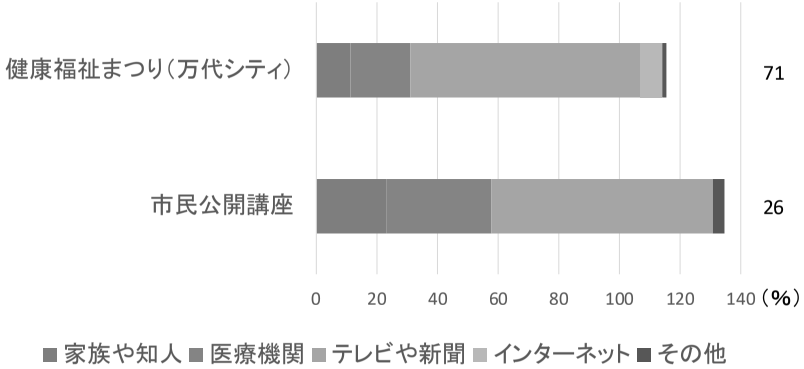
①アンケート調査による状況把握

COPDをどうやって知ったか？
（複数回答可）



①一般市民、介護職員へのアンケート調査

COPDを知らない方の情報源（複数回答可）



②医療従事者へのアンケート調査

医療従事者全体67名（開業医11名/勤務医9名/コメディカル47名）

1．性別：男性 38（11/7/20） 女性 29（0/2/27）

2．年齢：

20歳未満	20～29歳	30～39歳	40～49歳
0（0/0/0）	13（0/0/13）	24（0/1/23）	14（2/5/7）

50～59歳	60歳以上	記載無し
11（5/3/3）	4（4/0/0）	1（0/0/0）

3．職種：

医師	看護師	薬剤師	理学療法士	作業療法士	その他
20	26	1	14	3	3

4．所属機関：

病院	診療所	調剤薬局	検診センター	その他
54	11	1	0	1

②医療従事者へのアンケート調査

医療従事者全体67名（開業医11名/勤務医9名/コメディカル47名）

5. COPDに関する問題点（複数回答可）

a) 問題なし	2 （1/0/1）
b) COPDの早期発見体制の確立が必要	35（4/4/18）
c) COPDの認知啓発活動の推進が必要	43（8/8/27）
d) 地域医療連携の推進が必要	39（5/5/39）

e) その他　自由記載・提言

食事へのアプローチ、患者教育、認知機能への介入

6. COPD増悪に関する問題点（複数回答可）

a) 問題なし	1 （0/0/1）
b) 医療機関受診率の向上が必要	24（4/2/18）
c) アドヒアランスの向上が必要	38（7/4/27）
d) 患者の自己管理能力向上が必要	54（6/9/39）

e) その他　自由記載・提言

入院の受け入れ体制、家族の管理

②医療従事者へのアンケート調査

医療従事者全体67名（開業医11名/勤務医9名/コメディカル47名）

7. 新潟医療圏病院群輪番制に関する問題点（複数回答可）

a) 問題なし	3 （2/0/1）
b) 情報の共有化が必要	47（6/5/36）
c) SWANネットの促進が必要	11（1/2/8）
d) 新潟COPDリンクの促進が必要	26（2/5/19）

e) その他　自由記載・提言

輪番を避ける病院がある、範囲が広すぎる、
輪番病院から断られているケースがある

8. COPD連携に関する問題点（複数回答可）

a) 問題なし	2 （1/1/0）
b) 地域の開業医・病院の連携促進が必要	50（8/5/37）
c) 職種間の連携促進が必要	40（3/5/32）
d) 患者・家族と医療機関の連携促進が必要	35（3/5/27）

e) その他　自由記載・提言

開業医にCOPDの認識がない

②医療従事者へのアンケート調査

9. COPD患者に関する問題点（複数回答可）

a) 問題なし	0 （0/0/0）
b) 患者教育の向上が必要	57（8/7/42）
c) 身体活動性の向上が必要	40（7/5/28）
d) 服薬アドヒアランスの向上が必要	35（7/5/23）

e) その他　自由記載・提言

患者会など行える場、QOLへの介入

10. 新潟COPDリンクに関する問題点（複数回答可）

a) 問題なし	5 （3/1/1）
b) リンクファイルの促進が必要	37（4/4/29）
c) ディスカッションのある研究会の推進が必要	20（1/3/16）
d) COPDリンクファイル・研究会以外の対応が必要	19（3/2/14）

e) その他　自由記載・提言

地域が広すぎる、リンクファイルを実際に使っているかわからない、
各疾患毎の連携の会がまとまってあると良い、医師会との連携、
現状ではCOPDリンクそのものが不可能、リンクファイルの認知度不足、
リンクファイルに患者さんが使いたいと思う内容が必要

②医療従事者へのアンケート結果

医療従事者全体67名（開業医11名/勤務医9名/コメディカル47名）

医療従事者

1）患者教育の向上が必要	57（8/7/42）	85%
2）患者の自己管理能力向上が必要	54（6/9/39）	81%
3）地域の開業医・病院の連携促進が必要	50（8/5/37）	75%
4）情報の共有化が必要	47（6/5/36）	70%
5）COPDの認知啓発活動の推進が必要	43（8/8/27）	64%

医師

1）COPDの認知啓発活動の推進が必要	16（8/8）	80%
2）患者教育の向上が必要	15（8/7）	75%
2）患者の自己管理能力向上が必要	15（6/9）	75%
4）地域の開業医・病院の連携促進が必要	13（8/5）	65%
5）身体活動性の向上が必要	12（7/5）	60%
5）服薬アドヒアランスの向上が必要	12（7/5）	60%

アンケート調査の結果

新潟市におけるCOPDの現状

- COPDの認知度が低く、認知啓発活動の推進が必要
  ⇒医療機関の役割が大きい
  テレビや新聞の影響も大きい
- 患者教育・アドヒアランスの向上が必要
- 地域の開業医・病院の連携促進ならびに情報の共有化が必要

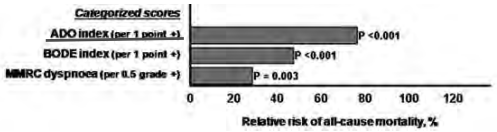
＊一方で、SWANネットや新潟COPDリンク、
新潟医療圏病院群輪番制への要望は高くはない

③COPDリンクファイルの状況

人数(n)	35
男/女	34/1
年齢(yr)	74.9±7.6
喫煙　Brinkman index	1072±471
呼吸機能検査	
VC(ml)	2779±781
FEV1(ml)	1320±539
%FEV1(%)	51.9±20.9
病期(Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ)	4 / 14 / 9 / 8
吸入薬	
単剤(LAMA/LABA)	11 / 1
LAMA+LABA	9
LABA+ICS	4
LAMA+LABA+ICS	9
CAT	11.5±6.1
mMRC	1.5±1.0
フレイルスコア	1.4±1.3

Mean±S.D.

③COPDリンクファイルの状況



Chest　2011;140: 331-342

ADO（Age、Dyspnea、Obstruction）index

	0 points	1 point	2 points	3 points	4 points	5 points
FEV_1 (% predicted)	≥65%	≥36–64%	≤35%	..	..	..
Dyspnoea (MRC scale)	0–1	2	3	4	..	..
Age (years)	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	≥90

3年死亡率の予測⇒3年の経過の中で実際に4名死亡

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Patients with longstanding and severe COPD*	7·2% (2·7–17·9)	9·9% (4·4–20·6)	13·5% (7·2–23·8)	18·1% (11·4–27·5)	23·9% (17·4–31·8)	30·8% (24·8–37·4)	38·7% (32·0–45·7)	47·2% (37·9–56·6)	55·9% (43·1–68·0)	64·2% (47·8–77·8)	71·8% (52·4–85·4)
Patients after first hospital admission due to moderate-to-severe COPD†	3·0% (0·9–9·0)	4·0% (1·6–10·0)	5·4% (2·7–10·9)	7·3% (4·3–12·1)	9·8% (6·8–13·9)	12·9% (9·6–17·1)	16·9% (12·0–23·3)	21·8% (13·7–32·8)	27·6% (15·2–44·9)	34·3% (16·7–57·9)	41·7% (18·0–70·0)
本研究	2	8	7	8	2	6					
死亡	0	1	1	0	1	1					

COPDリンクファイルが促進できず

COPDリンクファイルの問題点

- COPDリンクファイルの運用方法がわからない。
  開業医からは、重症患者を中心に病院が導入を
  病院側からは開業医中心に一般診療で使用すべき
- 加盟施設がわからない。

⇒まずは顔の見える関係となりつつ、よりよい運用方法を模索する。

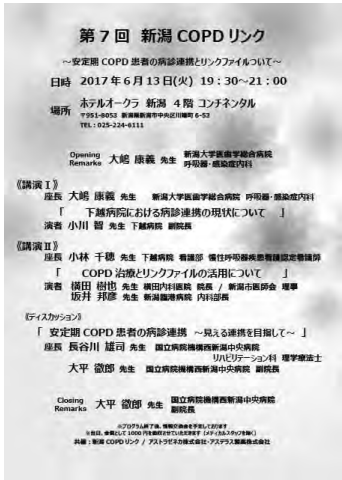
- 医療従事者が患者の状況把握には簡便で有用であるが、
  患者側からは教育やセルフマネージメントにつながりにくい。
- 多職種協動や医療連携が必要な重症患者が少ない

④研究会を通じた連携促進

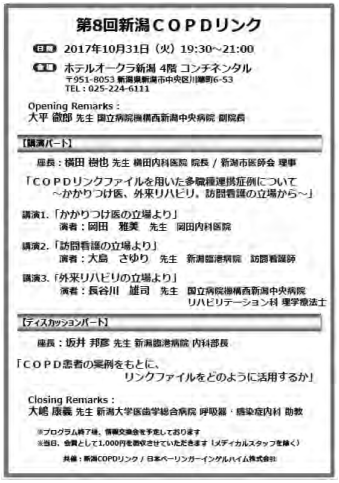
参加者　83名(医師17名/ｺﾒﾃﾞｨｶﾙ66名)

53名(医師12名/ｺﾒﾃﾞｨｶﾙ41名)

④研究会を通じた連携促進



参加者　86名(医師21名/ｺﾒﾃﾞｨｶﾙ65名)



79名(医師24名/ｺﾒﾃﾞｨｶﾙ55名)

④研究会を通じた連携促進

参加者　65名(医師16名/ｺﾒﾃﾞｨｶﾙ49名)

69名(医師16名/ｺﾒﾃﾞｨｶﾙ53名)

⑤今後の方針

COPDリンクファイルの問題点

- 医療従事者が患者の状況把握には簡便で有用であるが、患者側からは教育やセルフマネージメントにつながりにくい。
- 多職種協動や医療連携が必要な重症患者が少ない

⇒多職種協動や医療連携が必要な患者向けの
現在のCOPDリンクファイル　～応用編～

患者教育やセルフマネージメントにもつながる
軽～中等症患者へも適した、導入のハードルを下げる
新規にCOPD手帳を作成中　～基本編～

まとめ

- COPDの認知啓蒙活動の推進が望まれ、医療機関やマスメディアの果たす役割は大きいと考えられる。
- COPDリンクファイルを用いて、啓蒙や医療連携を図っているが、効果は限定的であった。
- COPD手帳を作成し、啓蒙や医療連携の導入編としてさらにアプローチを行っていく方針である。

⇒新潟市医師会地域医療研究助成により、新潟COPDリンクの活動の基礎を築くことができた。助成による研究は終了となるが、新潟COPDリンクの活動はこれから本番が始まると考え、引き続き取り組んでいく方針である。

謝　辞

下越病院　小川智先生
亀田第一病院　大矢聡先生
木戸病院　成田淳一先生
県立新発田病院　田邊嘉也先生
済生会新潟第二病院　寺田正樹先生
信楽園病院　川崎聡先生
新潟医療センター　杵渕進一先生
新潟医療センター　吉澤弘久先生
新潟市民病院　塚田弘樹先生
新潟大学医歯学総合病院　田中純太先生
南部郷総合病院　篠川真由美先生

新潟県労働衛生医学協会　三間聡先生
新潟保健衛生センター　土屋俊晶先生

五十嵐医院　五十嵐謙一先生
金子内科医院　金子直裕先生
幸村医院　幸村克喜先生
こなん内科クリニック　前田恒治先生
こばやし内科クリニック　小林義昭先生
さとう内科クリニック　佐藤正之先生
せきやクリニック　島田正久先生
田辺医院　田邉肇先生
土田医院　田口洋子先生
本町いとう内科クリニック　伊藤実先生
ひらた内科クリニック　平田明先生
ふるしまクリニック　古嶋博司先生
松田内科呼吸器科クリニック　松田正史先生
ほしの医院　星野重幸先生
中新潟クリニック　伊藤一寿先生
中和内科医院　張大全先生
わかばやし内科クリニック　若林昌哉先生

【研究者・研究組織・研究概要（申請書より）】

新潟市における慢性閉塞性肺疾患の問題点と地域医療連携に関する研究

研究代表者：大嶋　康義（おおしま　やすよし）
（新潟大学　呼吸器・感染症内科学）

研究組織（＊印は新潟市医師会員）

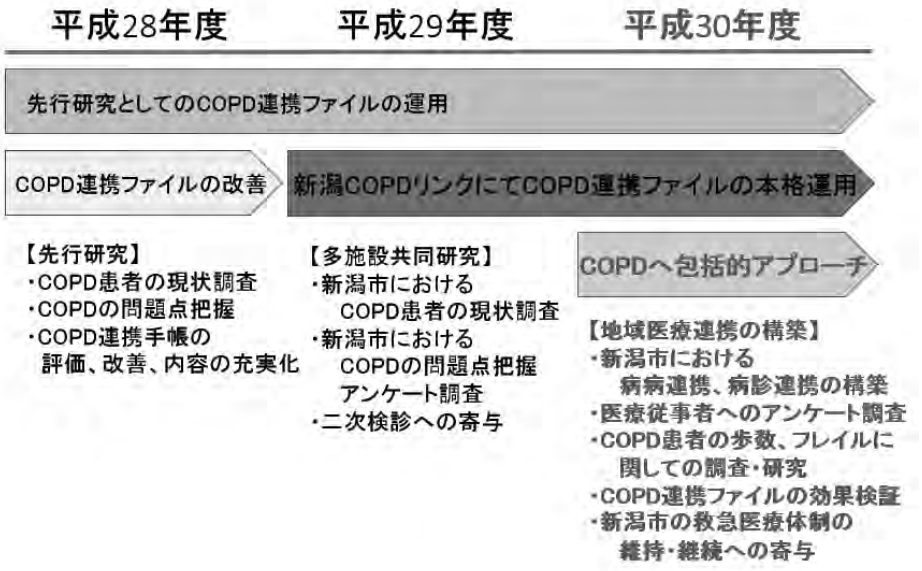
①研究者名	②分担する研究項目	③最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目	④所属機関及び現在の専門（研究実施場所）	⑤所属機関における職名
○　大嶋康義	データの収集・解析	新潟大学・平成14年 医学博士・呼吸器内科	新潟大学大学院医歯学総合研究科・呼吸器･感染症内科	助教
＊大平徹郎	研究の総括	新潟大学・昭和61年医学博士・呼吸器内科	国立病院機構西新潟中央病院・呼吸器内科	副院長
＊横田樹也	研究の実施	順天堂大学・昭和62年・呼吸器内科	横田内科医院	院長
坂井邦彦	研究の実施	新潟大学・平成10年医学博士・呼吸器内科	新潟臨港病院・呼吸器内科	内科部長
森谷梨加	研究の実施	新潟大学・平成22年・呼吸器内科	新潟大学大学院医歯学総合研究科・呼吸器･感染症内科	医員
藤戸信宏	研究の実施	近畿大学・平成22年・呼吸器内科	新潟大学大学院医歯学総合研究科・呼吸器･感染症内科	医員

研究の概要

慢性閉塞性肺疾患(COPD)は、世界における死亡原因の第４位であり、この疾患を予防、治療することは、公衆衛生上重要な課題となっている。日本においても40歳以上の8.6％(約530万人)がCOPDに罹患していると推定され、過去のたばこの消費量による長期的な影響と高齢化により、今後、さらに罹病率、有病率、死亡率が増加すると予想され、予後の改善には歩数も含めた身体活動性の向上が重要である。健康日本21(第２次)からは、国を挙げて発症予防と重症化予防に取り組む疾患として、がん、循環器疾患、糖尿病とともに、新たにCOPDが加わった。新潟県下越地区においても、人間ドック受診健常者25000名/年の中でCOPDが強く疑われる閉塞性換気障害が1000名/年いると推定される。新潟市におけるCOPD患者の現状、問題点を調査するとともに、地域医療連携を構築し、COPDに対応していくことが必要不可欠である。そこで、12病院、18開業医、２健診機関にて新潟COPDリンクを運営し、多施設共同でCOPDに取り組むことが特色である。本研究は新潟COPDリンクを用いて、①COPD連携ファイルを作成し、各医療機関のCOPD患者の現状を調査すること、②新潟医療圏病院群輪番制により夜間休日の診療体制の効率化がなされているが、COPD増悪によりかかりつけ医以外への緊急入院の状況や問題点を明らかにすること、③COPD連携ファイルを患者が所持することでかかりつけ以外への即効性のある情報提供に寄与できるか、④COPDを想定した検診事業やその二次検診の受け皿として新潟COPDリンクが貢献できるか、効果を立証すること、を目的とする。本研究は健康日本21でも重要疾患として取り上げられたCOPDを想定した検診事業やCOPD増悪に伴う新潟市の救急医療体制の維持・継続に寄与できると期待される。

今日までに、COPD連携ファイルを作成し、新潟COPDリンク加盟の30医療機関にてCOPD連携ファイルの運用を開始した。新潟市におけるCOPD患者の歩数も含めた身体活動性やフレイルスコアを調査し、医療連携や包括的呼吸リハビリテーションにより問題の解決への寄与できているかどうか、多施設共同研究により検証を実施する予定である。さらに、患者側からのCOPD連携ファイルの情報と医療従事者側からのアンケート調査により、COPD増悪への救急医療体制を双方向で評価し、問題点への対策の提案や、COPD患者が安心して質の高い医療を受けるとともに、地域医療連携を円滑に行うことで医療機関の負担軽減など、COPDへ包括的にアプローチを行う方針である。

(流れ図)



発表7

研究助成の概要

新潟市医師会地域医療研究助成事業

平成 24 年度から、新潟市医師会独自の研究助成事業を開始致しました。

新公益法人制度改正により、新潟市医師会は平成 25 年度より一般社団法人へ移行します。これを契機に、これまでの医師会事業を見直し、新たに実施するものです。平成 23 年 12 月から理事会内で検討を行い、事業内容をまとめ、平成 24 年 3 月 30 日の代議員会で承認頂きました。

新潟市医師会として、新潟市における地域医療・保健・福祉の充実、向上に貢献することを役割の一つと考えており、この目的にかなう研究に助成するものです。公衆衛生学分野、検診・ドックなどの予防医学分野、介護・障がいなどの福祉学分野、救急・災害医療学分野を主に対象としています。

少子高齢化社会という言葉に代表されるように、社会はダイナミックに変化しています。新潟市においても例外ではありません。広域合併した新潟市には、全体として、また各区・地域ごとに、それぞれの特性に応じた課題があると思います。新潟市における課題は何かをテーマとして、学術的に研究して頂きたいと考えております。身近な問題に関心を持つ若い基礎研究者を支援、育成したいという思いが込められています。

また、私たちが関わる医療、福祉、介護などの分野は相互に密接に関係しており、医師だけで解決できるものでなく、関連職種の相互連携が必要です。そこで、これまで医学的な学術研究に縁遠かったかも知れない介護や福祉に携わる方々や行政の皆様方にも積極的に参加して頂けるようにしたいと思っています。医師会員が共同研究者として１人でも入っていれば応募できます。医師会員の先生方にはどうぞご協力をして下さいますようお願い致します。

採択された研究については、研究成果を互いに討論し、問題点を共有し、医師会の事業や新潟市の施策に反映できる発表の場として、研究助成分野の専門家に学術研究会を立ち上げて頂き、医師会として後援して行く事になっております。

なお、研究助成の審査に際しては、当該分野の外部の専門家にも加わって頂きますが、医学・医療に限らず、行政の責任者や法律の専門家にも審査委員に加わって頂き、できるだけ透明性を確保しながら助成事業を運営して行く方針ですのでご理解頂けますようお願い致します。多くの有益な研究応募がありますよう期待しております。

平成 24 年 4 月 1 日

新潟市医師会長　　佐　野 正 俊

新潟市医師会地域医療研究助成規程

（目的）

第１条　新潟市医師会（以下「本会」という。）は新潟市民の医療・保健・福祉の充実と向上を目的に、次条に掲げる分野において実証的な研究に取り組むグループ又は個人に対し助成し、研究結果を検証し、今後の課題克服に資するものとする。

（研究助成の対象分野）

第２条　本会は、次に掲げる分野における研究に対し、助成を行う。

（１）公衆衛生学分野

（２）検診・ドック等の予防医学分野

（３）介護・障がい等の福祉学分野

（４）救急・災害医療学分野

（５）その他の医学分野

（審査会）

第３条　助成に関する事項を審議するため、新潟市医師会地域医療研究助成審査委員会（以下「委員会」という。）を置く。

２　委員会規程については、別に定める。

（申請資格）

第４条　助成金の申請資格について、次のとおりとする。ただし、筆頭研究者が本会会員でない場合は、共同研究者に本会会員が含まれていなければならない。

（１）医師・医師以外の研究者

（２）行政担当者・団体職員

（研究助成の種類・金額等）

第５条　研究助成の種類・金額等については、次のとおりとする。

（１）単 年 研 究：１件あたり、100 万円を限度とする。

（２）複数年研究：単年度あたり 100 万円を限度に、最長３年を限度とする。

（申請）

第６条　助成金を申請しようとする者は、毎年１月末日までに新潟市医師会地域医療研究助成金申請書（以下「申請書」という。）を本会事務局に申請する。

２　申請書の書式については、別に定める。

（助成金額等の決定）

第７条　本会会長は、前条の申請書を受理したときは、委員会に諮るものとする。

２　委員会は、原則として毎年２月末日までに審査するものとする。

３　助成金の額並びに助成総件数については、委員会の議を経た後、本会理事会で決定する。

（研究成果等の報告）

第８条　研究代表者は、当該研究等が完了したときは、完了の日から 30 日以内に新潟市医師会地域医療研究助成金研究成果報告書（以下「報告書」という。）を本会会長に提出するものとする。

２　報告書の書式については、別に定める。

（雑則）

第９条　この規程に定めるもののほか、助成に関し必要な事項は、新潟市医師会地域医療研究助成公募要領（以下「公募要領」という。）によるものとする。

２　応募要領については、別に定める。

附　則

この規程は、平成２４年　４月１日から施行する。

この規程は、平成２９年１２月１日から施行する。

新潟市医師会地域医療研究助成審査委員会規程

（趣旨）

第１条　この規程は，新潟市医師会地域医療研究助成規程第３条第２項の規定に基づき，新潟市医師会地域医療研究助成審査委員会（以下「委員会」という。）の組織及び運営に関し必要な事項を定めるものとする。

（組織）

第２条　委員会は，次に掲げる者をもって組織する。

（１）公衆衛生学分野，検診・ドック等の予防医学分野，介護・障がい等の福祉学分野，救急・災害医療学分野から若干名。

（２）新潟市医師会学術担当理事。

（３）新潟市医師会長が必要と認めた者。

（委員の任期）

第３条　前条に規定する委員の任期は，２年とする。ただし，補欠の委員の任期は，前任者の残任期間とする。

２　前項の委員は，再任することができる。

（委員長，副委員長）

第４条　委員会に委員長を置く。委員長，副委員長は委員の中から互選によって選挙する。

２　委員長は，議事を主宰し，委員会を代表する。

３　副委員長は，委員長を補佐し，委員長に事故があるときは，その職務を代行する。

（議決）

第５条　委員会は，委員の過半数の出席により成立する。

２　議事は，出席委員の過半数をもって決し，可否同数のときは，委員長が決する。

（委員以外の者の出席）

第６条　新潟市医師会長若しくは審査会委員長が必要と認めたときは，委員会の承認を得て，委員会に委員以外の者の出席を求め，説明又は意見を聴取することができる。

第７条　この規程に定めるもののほか，委員会に関し必要な事項は，委員会が別に定める。

附　則

１　この規程は，平成２４年４月１日から施行する。

平成 30 年度 新潟市医師会地域医療研究助成審査委員会名簿

（氏名五十音順、敬称略）

	氏 名	所 属
委 員 長	中村 和利	新潟大学大学院医歯学総合研究科 地域予防医学講座 社会・環境予防医学分野
副委員長	丸田 秋男	新潟医療福祉大学 社会福祉学部
	浦野 正美	新潟市医師会
	遠藤 裕	新潟大学医歯学総合病院 高次救命災害治療センター
	古泉 直也	新潟市医師会
	西條 康夫	新潟市医師会
	齋藤 玲子	新潟大学大学院医歯学総合研究科 国際保健学分野
	佐藤 隆司	新潟市 福祉部
	沢田 克己	新潟大学 法学部
	高橋 善樹	新潟市保健所
	永井 明彦	新潟市医師会
	長井 亮一	新潟市 保健衛生部
	廣瀬 保夫	新潟市民病院 救命救急・循環器病・脳卒中センター
	山添 優	新潟市医師会

（任期：平成 28 年 7 月 1 日から平成 30 年 6 月 28 日）

2018年度（平成30年度）
公募要領

平成 30 年度「新潟市医師会 地域医療研究助成」公募要領

１．研究助成の目的

新潟市医師会は新潟市民の医療・保健・福祉の充実と向上を目的として活動してきましたが、社会の大きな変化にともない、これらに拘る課題は複雑さを増しつつあります。そこで、新潟市医師会は、これらの課題克服のための研究推進を目的として、助成をおこないます。

２．研究助成の対象分野

新潟市民を対象とする、

（１）公衆衛生学分野等の社会学分野

（２）検診・ドック等の予防医学分野

（３）介護・障がい等の福祉学分野

（４）救急・災害医療学分野

（５）その他の医学分野、の実証的な研究。

３．助成申請額・助成申請期間・助成件数

（１）新規応募の場合で単年研究：1 件あたり、70 万円を限度とします。

（２）新規応募の場合で複数年研究：単年度あたり 50 万円を限度に、最長で 3 年を限度とします。ただし、継続助成の可否については年度毎に審査するので、その都度再申請が必要です。

（３）前年度に助成を受けた場合の複数年研究応募の場合：単年度あたり、前年度に交付された助成額を超えない範囲で、初年度の申請書に記載した期限内で継続して申請できますが、継続助成の可否を再審査するので、あらためての申請が必要です。申請書には、助成を受けた後の研究実績を具体的に明記してください。

（４）助成金額ならびに助成総件数については、新潟市医師会の予算をもとに、新潟市医師会理事会が最終決定します。

４．申請資格

医師・医師以外の研究者・行政担当者・団体職員。ただし、研究代表者（申請者）が新潟市医師会員でない場合には、共同研究者に新潟市医師会員が含まれていなければなりません。

５．申請できる経費と振込

申請できるのは、研究活動に必要な消耗品費、通信・運搬費、旅費、謝金、印刷費等です。助成金の振込先については、助成内定後に相談ください。

６．応募・受付期間

新規研究：平成 29 年 11 月 1 日から 12 月 1 日 正午（必着）

継続研究：平成 29 年 11 月 15 日から 12 月 15 日 正午（必着）

７．応募方法

（１）募集を、大学等の機関に案内するほか、新潟市医師会 HP でもお知らせします。申請書を新潟市医師会 HP からダウンロードしてください。

（２）応募者は、記入要領に従って申請書に必要事項を入力し、新潟市医師会宛に電子ファイル（ＰＤＦ形式）を送付してください。

（３）お送りいただいた申請書等の資料は返却しません。

８．審査・選考

申請書は外部の専門委員を含めた新潟市医師会地域医療研究助成審査委員会で審査されます。最終的に、新潟市医師会理事会の決定を経て、応募者に審査結果が通知されます。通知は、平成 30 年 3 月末を予定しています。

９．発表と報告

（１）単年研究と複数年研究のいずれの場合も、新潟市医師会が指定する学術研究会（平成 31 年 1 月下旬から 2 月初旬を予定）で、研究成果の発表と討論をおこなってください。学術研究会の開催については、予め申請者に案内します。

（２）単年研究と複数年研究のいずれの場合も、研究終了の日から 30 日以内に、所定の書式で、実績報告書を新潟市医師会長宛に提出してください。

（３）単年研究と複数年研究のいずれの場合も、研究終了の日から半年以内に、研究成果を新潟市医師会報の学術欄に投稿してください。

１０．応募・照会先

新潟市医師会事務局　担当：総務第二課　井浦、清水

電話：025-240-4131　電子メール：niigatashi@niigata.med.or.jp

住所：〒950-0914 新潟市中央区紫竹山 3-3-11

新潟市医師会 HP: http://www.niigatashi-ishikai.or.jp

過去の発表会

第1回　地域医療研究助成発表会　平成25年3月30日（土）　会場：新潟大学医学部有壬記念館

14：30　開会挨拶　新潟市医師会副会長　藤田一隆

発表1	「新潟市内の高齢者における疾病・介護リスク要因の評価とGISを用いた視覚化～特定健診と特定保健指導に関する解析と今後の計画～」	発表者：菖蒲川由郷（新潟大学）
		座　長：齋藤玲子　（新潟大学　国際保健学）
発表2	「要介護高齢者における疲労の主観的評価と客観的評価の比較検討」	発表者：能村友紀　（新潟医療福祉大学）
		座　長：鈴木　亨　（新潟市　福祉部）
発表3	「塩分摂取が及ぼす健康被害に関する調査」	発表者：加藤公則　（新潟県労働衛生医学協会）
		座　長：中村和利　（新潟大学　環境予防医学）
発表4	「安静時正常血圧者における運動負荷時過剰血圧上昇の意義、治療介入についての検討」	発表者：伊藤正洋　（新潟県スポーツ医科学センター）
		座　長：月岡　恵　（新潟市保健所）
発表5	「新潟市における「ひきこもり」の実態の分析と対応の検討」	発表者：中垣内正和（佐潟荘）
		座　長：丸田秋男　（新潟医療福祉大学　社会福祉学部）
特別講演	「身体活動・運動による生活習慣病予防－地域における健康づくり支援環境に着目して」	演　者：井上　茂　（東京医科大学　公衆衛生学　教授）
		座　長：齋藤玲子　（新潟大学　国際保健学）

閉会挨拶　新潟市医師会副会長　庄司義興

第2回　地域医療研究助成発表会　平成26年2月1日（土）　会場：新潟大学医学部有壬記念館

14：30　開会挨拶　新潟市医師会長　佐野正俊

発表1	「塩分摂取が及ぼす健康被害に関する調査」	発表者：加藤公則　（新潟県労働衛生医学協会）
		座　長：齋藤玲子　（新潟大学　国際保健学）
発表2	「新潟市内の高齢者における疾病・介護リスク要因の評価とGISを用いた視覚化～特定健診とアンケートの結果より～」	発表者：菖蒲川由郷（新潟大学）
		座　長：鈴木　亨　（新潟市　福祉部）
発表3	「新潟市の保育園における視力検査の実施状況に関する調査」	発表者：石井雅子　（新潟医療福祉大学）
		座　長：佐藤隆司　（新潟市　保健衛生部）
発表4	「新潟市における高齢心不全患者の運動機能低下要因の解明と運動療法の効果に関する検討」	発表者：小幡裕明　（新潟大学）
		座　長：山添　優　（新潟市民病院）
発表5	「高齢者に対するリハビリテーション実施時における主観的疲労度評価の再現性と妥当性」	発表者：能村友紀　（新潟医療福祉大学）
		座　長：丸田秋男　（新潟医療福祉大学　社会福祉学部）
発表6	「新潟市における健康習慣の遵守状況と慢性腎臓病（CKD）の包括的評価」	発表者：若杉三奈子（新潟大学）
		座　長：月岡　恵　（新潟市保健所）
発表7	「安静時正常血圧者における運動負荷時過剰血圧上昇の意義、治療介入についての検討」	発表者：伊藤正洋　（新潟県スポーツ医科学センター）
		座　長：廣瀬保夫　（新潟市民病院　救命救急　循環器病　脳卒中センター）
特別講演	「地域における自殺対策 ―最新のエビデンスと今後の課題―」	演　者：本橋　豊　（秋田大学理事　副学長）
		座　長：中村和利　（新潟大学　環境予防医学）

閉会挨拶　新潟市医師会副会長　藤田一隆

第3回　地域医療研究助成発表会　平成27年1月31日（土）　会場：新潟大学医学部有壬記念館

14:30　開会挨拶　新潟市医師会長　藤田一隆

発表1	「新潟市における高齢心不全患者の運動機能低下要因の解明と運動療法の効果に関する検討」	発表者：小幡裕明（新潟大学　循環器内科）
		座　長：中村和利（新潟大学　環境予防医学）
発表2	「幼児眼科健診および視力検査の実施状況に関する調査」	発表者：石井雅子（新潟医療福祉大学　視機能科学）
		座　長：阿部眞也（新潟市保健衛生部）
発表3	「新潟市における高齢者施設の救急対応の問題点と救急医療施設との関係性について～高齢者施設アンケート調査より～」	発表者：佐藤信宏（新潟市民病院　救急科）
		座　長：遠藤　裕（新潟大学　救急医学）
発表4	「新潟市西区における一人暮らし高齢者の孤立防止対策の構築に関する研究」	発表者：小林恵子（新潟大学　看護学）
		座　長：佐藤隆司（新潟市福祉部）
発表5	「運動時過剰血圧反応の意義、機序、治療介入についての検討」	発表者：伊藤正洋（新潟県健康づくりスポーツ医科学センター）
		座　長：齋藤玲子（新潟大学　国際保健学）
発表6	「塩分摂取が及ぼす健康被害に関する調査」	発表者：加藤公則（新潟県労働衛生医学協会）
		座　長：廣瀬保夫（新潟市民病院　救命救急　循環器病　脳卒中センター）
発表7	「新潟市内の高齢者における疾病・介護リスク要因の評価とGISを用いた視覚化～健康なまちづくり指標～」	発表者：菖蒲川由郷（新潟大学　国際保健学）
		座　長：月岡　恵（新潟市保健所）
特別講演	「地域福祉計画に基づくコミュニティソーシャルワークの展開」	演　者：丸茂丈実（茅野市社会福祉協議会　事務局長）
		座　長：丸田秋男（新潟医療福祉大学　副学長）

閉会挨拶　新潟市医師会副会長　広橋武

第4回　地域医療研究助成発表会　平成28年1月30日（土）　会場：新潟大学医学部有壬記念館

14:30　開会挨拶　新潟市医師会長　藤田一隆

発表1	「超高齢社会における骨粗鬆症への対応　一次骨折予防のあり方を考える」	発表者：山本智章（新潟リハビリテーション病院　整形外科）
		座　長：月岡　恵（新潟市保健所）
発表2	「運動時過剰血圧反応の意義、機序、治療介入についての検討」	発表者：伊藤正洋（新潟県健康づくりスポーツ医科学センター）
		座　長：廣瀬保夫（新潟市民病院）
発表3	「新潟市内の幼児の塩分摂取量と保護者の食事パターンおよび生活・社会環境因子の関係」	発表者：太田亜里美（新潟県立大学　健康栄養学）
		座　長：中村和利（新潟大学　環境予防医学）
発表4	「幼児眼科健診の充実をめざして～弱視の早期発見のための取り組み～」	発表者：石井雅子（新潟医療福祉大学　視機能科学）
		座　長：齋藤玲子（新潟大学　国際保健学）
発表5	「『見える化』から『できる化』へ　～データに基づく健康なまちづくり～」	発表者：菖蒲川由郷（新潟大学　国際保健学）
		座　長：丸田秋男（新潟医療福祉大学　社会福祉学部）
発表6	「新潟市における高齢者施設の救急対応の問題点と救急医療施設との関係性について～病院調査と救急搬送調査より～」	発表者：佐藤信宏（新潟市民病院　救急科）
		座　長：阿部眞也（新潟市保健衛生部）
発表7	「新潟市西区における一人暮らし高齢者の孤立防止対策の構築に関する研究」	発表者：小林恵子（新潟大学　看護学）
		座　長：佐藤隆司（新潟市福祉部）
特別講演	「大規模災害時に医療機能を継続するための技術：BCP（事業継続計画）～官民連携の取組による地域レジリエンス強化の重要性と課題～」	演　者：渡辺研司（名古屋工業大学　教授　リスクマネジメントセンター防災安全部門長（兼務））
		座　長：遠藤　裕（新潟大学　救急医学）

閉会挨拶　新潟市医師会副会長　広橋武

第5回　地域医療研究助成発表会　平成29年1月28日（土）　会場：新潟大学医学部有壬記念館

14:30　開会挨拶　新潟市医師会長　藤田一隆

発表1	高齢者における独立歩行の獲得と維持のための新たなリハビリテーションプログラムの確立	発表者：上原　彰史（新潟南病院　内科）
		座　長：丸田　秋男（新潟医療福祉大学　社会福祉学部）
発表2	秋葉区における摂食嚥下機能評価システムの構築と効果の検討（中間報告）	発表者：張替　徹　（下越病院　リハビリテーション科）
		座　長：佐藤　隆司（新潟市福祉部）
発表3	新潟市における慢性閉塞性肺疾患患者の問題点と地域医療連携に関する研究	発表者：大嶋　康義（新潟大学　生命科学医療センター）
		座　長：長井　亮一（新潟市保健衛生部）
発表4	新潟市西区の高齢者のみ世帯の暮らしと社会的孤立防止を支援するシステムの検討	発表者：小林　恵子（新潟大学　保健学研究科）
		座　長：齋藤　玲子（新潟大学　国際保健学）
発表5	運動時過剰血圧反応の意義、機序、治療介入についての検討	発表者：伊藤　正洋（新潟県健康づくりスポーツ医科学センター）
		座　長：遠藤　裕　（新潟大学　救急医学）
発表6	健康長寿実現のカギ：より良い骨粗鬆症検診を求めて	発表者：山本　智章（新潟リハビリテーション病院　整形外科）
		座　長：中村　和利（新潟大学　環境予防医学）
発表7	幼児および保護者の食事塩分スコアの作成	発表者：太田　亜里美（新潟県立大学　健康栄養学）
		座　長：高橋　善樹（新潟市保健所）
特別講演	ドイツの公的疾病保険と家庭医	演　者：田中　伸至（新潟大学　人文社会・教育科学系法学部教授）
		座　長：沢田　克己（新潟大学　法学部）

閉会挨拶　新潟市医師会副会長　浦野正美

第6回　地域医療研究助成発表会　平成30年1月27日（土）　会場：新潟大学医学部有壬記念館

14:30　開会挨拶　新潟市医師会長　藤田一隆

発表1	高齢者における独立歩行の獲得と維持のための新たなリハビリテーションプログラムの確立	発表者：上原　彰史（新潟南病院　内科）
		座　長：中村　和利（新潟大学・環境予防医学）
発表2	レセプトデータを利用した新潟市の糖尿病治療中断者スクリーニング方法の検討	発表者：藤原　和哉（新潟大学・健康寿命延伸 生活習慣病予防治療医学）
		座　長：佐藤　隆司（新潟市福祉部）
発表3	新潟市における慢性閉塞性肺疾患患者の問題点と地域医療連携に関する研究	発表者：大嶋　康義（新潟大学　呼吸器感染症内科）
		座　長：高橋　善樹（新潟市保健所）
発表4	いびき症に潜む動脈硬化危険因子 －肝フィブロスキャン検査を用いたアプローチ	発表者：大越　章吾（日本歯科大学・内科学）
		座　長：浦野　正美（浦野耳鼻咽喉科医院）
発表5	保健医療従事者の予防接種に対する意識調査：Vaccine hesitancyの職種間の相違の検証	発表者：齋藤　あや（聖路加国際大学・看護学部）
		座　長：長井　亮一（新潟市保健衛生部）
発表6	秋葉区における摂食嚥下機能評価システムの構築と効果の検討	発表者：張替　徹　（下越病院・リハビリテーション科）
		座　長：齋藤　玲子（新潟大学・国際保健学）
発表7	新潟市西区の高齢者のみ世帯の暮らしと社会的孤立防止を支援するシステムの検討	発表者：小林　恵子（新潟大学・保健学看護学）
		座　長：丸田　秋男（新潟医療福祉大学・社会福祉学部）
特別講演	臨床倫理コンサルテーションの実際 －終末期・認知症の人等、意思決定の困難な患者について	演　者：稲葉　一人（中京大学・法科大学院教授）
		座　長：廣瀬　保夫（新潟市民病院　救命救急・循環器病・脳卒中センター）

閉会挨拶　新潟市医師会副会長　浦野正美

2018年度(第7回)
# 新潟市医師会地域医療研究助成
# 発表会 ハンドアウト

2019年(平成31年)1月26日　発行

■発行者　新潟市医師会
〒950-0914 新潟市中央区紫竹山3-3-11
電話 025-240-4131(代表)

■印刷所　株式会社ウィザップ

©新潟市医師会　無断複製を禁ずる