

	度数		範囲		最小値		最大値		平均値		標準偏差		分散	
	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量
F3 ケアマネ人数(常勤・専従)	1,142	16	1	1	17	2.26	0.051	1.718	2.952					
F3 ケアマネ人数(非常勤・専従)	462	21	1	1	22	1.64	0.064	1.366	1.867					
F3 ケアマネ人数(常勤・兼務)	688	21	1	1	22	1.64	0.060	1.578	2.490					
F3 ケアマネ人数(非常勤・兼務)	171	10	1	1	11	2.16	0.143	1.867	3.487					
F7 担当利用者数(経過的要介護)	833	25	1	1	26	2.28	0.061	1.754	3.076					
F7 担当利用者数(要支援1)	531	34	1	1	35	2.09	0.097	2.227	4.958					
F7 担当利用者数(要支援2)	722	43	1	1	44	2.45	0.094	2.534	6.423					
F7 担当利用者数(要介護1)	1,303	27	1	1	28	9.81	0.133	4.810	23.134					
F7 担当利用者数(要介護2)	1,284	28	1	1	29	7.05	0.100	3.587	12.863					
F7 担当利用者数(要介護3)	1,261	18	1	1	19	5.08	0.078	2.783	7.745					
F7 担当利用者数(要介護4)	1,181	16	1	1	17	3.44	0.063	2.164	4.682					
F7 担当利用者数(要介護5)	1,048	13	1	1	14	2.75	0.058	1.880	3.536					
F10 回答者の年齢	1,394	45	27	27	72	46.33	0.266	9.927	98.537					
問1 月間会議開催回数	1,277	45	1	1	46	4.17	0.092	3.303	10.911					
問3 月間新規作成数(経過的要介護)	32	5	1	1	6	1.72	0.221	1.250	1.564					
問3 月間新規作成数(要支援1-2)	236	13	1	1	14	1.64	0.083	1.273	1.620					
問3 月間新規作成数(要介護1-2)	404	30	1	1	31	2.50	0.200	4.029	16.236					
問3 月間新規作成数(要介護3-5)	343	26	1	1	27	1.96	0.139	2.574	6.624					
問3 月間新規作成のうち検討数(経過的要介護)	15	1	1	1	2	1.13	0.091	0.352	0.124					
問3 月間新規作成のうち検討数(要支援1-2)	198	4	1	1	5	1.41	0.050	0.705	0.497					
問3 月間新規作成のうち検討数(要介護1-2)	340	13	1	1	14	1.81	0.086	1.579	2.494					
問3 月間新規作成のうち検討数(要介護3-5)	288	14	1	1	15	1.51	0.076	1.296	1.679					
問3 月間見直し数(経過的要介護)	73	6	1	1	7	1.45	0.128	1.093	1.196					
問3 月間見直し数(要支援1-2)	266	8	1	1	9	1.55	0.065	1.053	1.109					
問3 月間見直し数(要介護1-2)	708	30	1	1	31	2.36	0.087	2.327	5.413					
問3 月間見直し数(要介護3-5)	677	21	1	1	22	2.04	0.059	1.532	2.347					
問3 月間見直しのうち検討数(経過的要介護)	52	3	1	1	4	1.27	0.087	0.630	0.397					
問3 月間見直しのうち検討数(要支援1-2)	215	8	1	1	9	1.42	0.063	0.918	0.843					
問3 月間見直しのうち検討数(要介護1-2)	599	12	1	1	13	2.06	0.060	1.462	2.137					
問3 月間見直しのうち検討数(要介護3-5)	576	8	1	1	9	1.90	0.052	1.252	1.568					
問4(1) 利用者が出席した月間会議数	1,140	17	1	1	18	3.30	0.067	2.268	5.145					
問4(2) 家族が出席した月間会議数	1,122	16	1	1	17	3.08	0.064	2.139	4.575					
問7 所要時間(分)	1,263	110	10	10	120	45.60	0.458	16.281	265.068					
問15 適切な所要時間(分)	1,372	115	5	5	120	39.92	0.406	15.043	226.296					
問17 可能な月間開催回数	1,318	19	1	1	20	3.11	0.046	1.669	2.784					

神奈川県

	度数		範囲		最小値		最大値		平均値		標準偏差		分散	
	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量
F3 ケアマネ人数(常勤・専従)	27	4			1	5	2.48	0.216	1.122	1.259				
F3 ケアマネ人数(非常勤・専従)	12	31			1	32	6.33	3.463	11.995	143.879				
F3 ケアマネ人数(常勤・兼務)	20	3			1	4	1.60	0.184	0.821	0.674				
F3 ケアマネ人数(非常勤・兼務)	5	5			1	6	2.00	1.000	2.236	5.000				
F7 担当利用者数(経過的要介護)	18	8			1	9	2.28	0.484	2.052	4.212				
F7 担当利用者数(要支援1)	11	2			1	3	1.91	0.251	0.831	0.691				
F7 担当利用者数(要支援2)	21	12			1	13	3.52	0.635	2.909	8.462				
F7 担当利用者数(要介護1)	29	17			2	19	9.93	0.823	4.431	19.638				
F7 担当利用者数(要介護2)	28	20			1	21	8.89	0.797	4.219	17.803				
F7 担当利用者数(要介護3)	29	11			2	13	6.69	0.624	3.361	11.293				
F7 担当利用者数(要介護4)	25	7			1	8	3.64	0.432	2.158	4.657				
F7 担当利用者数(要介護5)	25	8			1	9	3.04	0.434	2.169	4.707				
F10 回答者の年齢	30	33			31	64	46.87	1.578	8.641	74.671				
問1 月間会議開催回数	30	9			1	10	3.80	0.435	2.384	5.683				
問3 月間新規作成数(経過的要介護)	0													
問3 月間新規作成数(要支援1-2)	10	2			1	3	1.40	0.221	0.699	0.489				
問3 月間新規作成数(要介護1-2)	13	1			1	2	1.08	0.077	0.277	0.077				
問3 月間新規作成数(要介護3-5)	9	1			1	2	1.22	0.147	0.441	0.194				
問3 月間新規作成-うち検討数(経過的要介護)	0													
問3 月間新規作成-うち検討数(要支援1-2)	9	2			1	3	1.33	0.236	0.707	0.500				
問3 月間新規作成-うち検討数(要介護1-2)	9	1			1	2	1.11	0.111	0.333	0.111				
問3 月間新規作成-うち検討数(要介護3-5)	8	1			1	2	1.13	0.125	0.354	0.125				
問3 月間見直し数(経過的要介護)	1	0			1	1	1.00							
問3 月間見直し数(要支援1-2)	3	2			1	3	2.00	0.577	1.000	1.000				
問3 月間見直し数(要介護1-2)	19	4			1	5	2.21	0.282	1.228	1.509				
問3 月間見直し数(要介護3-5)	14	4			1	5	2.07	0.339	1.269	1.610				
問3 月間見直し-うち検討数(経過的要介護)	1	0			1	1	1.00							
問3 月間見直し-うち検討数(要支援1-2)	2	1			1	2	1.50	0.500	0.707	0.500				
問3 月間見直し-うち検討数(要介護1-2)	12	1			1	2	1.42	0.149	0.515	0.265				
問3 月間見直し-うち検討数(要介護3-5)	11	4			1	5	2.00	0.381	1.265	1.600				
問4(1) 利用者が出席した月間会議数	26	4			1	5	2.92	0.241	1.230	1.514				
問4(2) 家族が出席した月間会議数	27	7			1	8	3.07	0.320	1.662	2.764				
問7 所要時間(分)	29	35			15	50	23.45	1.610	8.671	75.185				
問15 適切な所要時間(分)	29	25			15	40	24.48	1.454	7.831	61.330				
問17 可能な月間開催回数	28	9			1	10	4.07	0.442	2.340	5.476				

広島県

	度数		範囲		最小値		最大値		平均値		標準偏差		分散	
	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量
F3 ケアマネ人数(常勤・専従)	31	7	1	8	3.10	0.386	2.150	4.624						
F3 ケアマネ人数(非常勤・兼務)	19	4	1	5	1.42	0.233	1.017	1.035						
F3 ケアマネ人数(非常勤・兼務)	17	5	1	6	1.59	0.298	1.228	1.507						
F3 ケアマネ人数(非常勤・兼務)	3	0	1	1	1.00	0.000	0.000	0.000						
F7 担当利用者数(経過的要介護)	22	3	1	4	1.50	0.205	0.964	0.929						
F7 担当利用者数(要支援1)	22	3	1	4	2.09	0.207	0.971	0.944						
F7 担当利用者数(要支援2)	27	5	1	6	3.33	0.338	1.754	3.077						
F7 担当利用者数(要介護1)	35	17	1	18	9.20	0.758	4.484	20.106						
F7 担当利用者数(要介護2)	34	12	1	13	7.00	0.554	3.229	10.424						
F7 担当利用者数(要介護3)	35	12	1	13	5.03	0.444	2.629	6.911						
F7 担当利用者数(要介護4)	31	11	1	12	3.90	0.403	2.241	5.024						
F7 担当利用者数(要介護5)	28	16	1	17	3.61	0.603	3.190	10.173						
F10 回答者の年齢	36	36	29	65	43.94	1.726	10.354	107.197						
問1 月間会議開催回数	31	9	1	10	3.97	0.333	1.853	3.432						
問3 月間新規作成数(経過的要介護)	3	2	1	3	1.67	0.667	1.155	1.333						
問3 月間新規作成数(要支援1-2)	11	6	1	7	2.09	0.667	2.212	4.891						
問3 月間新規作成数(要介護1-2)	12	21	1	22	5.17	2.139	7.408	54.879						
問3 月間新規作成数(要介護3-5)	12	14	1	15	3.58	1.282	4.441	19.720						
問3 月間新規作成-うち検討数(経過的要介護)	1	0	1	1	1.00									
問3 月間新規作成-うち検討数(要支援1-2)	8	1	1	2	1.13	0.125	0.354	0.125						
問3 月間新規作成-うち検討数(要介護1-2)	9	1	1	2	1.33	0.167	0.500	0.250						
問3 月間新規作成-うち検討数(要介護3-5)	10	1	1	2	1.40	0.163	0.516	0.267						
問3 月間見直し数(経過的要介護)	1	0	1	1	1.00									
問3 月間見直し数(要支援1-2)	10	2	1	3	1.30	0.213	0.675	0.456						
問3 月間見直し数(要介護1-2)	24	3	1	4	1.75	0.183	0.897	0.804						
問3 月間見直し数(要介護3-5)	21	3	1	4	1.57	0.177	0.811	0.657						
問3 月間見直し-うち検討数(経過的要介護)	0													
問3 月間見直し-うち検討数(要支援1-2)	7	2	1	3	1.29	0.286	0.756	0.571						
問3 月間見直し-うち検討数(要介護1-2)	19	3	1	4	1.74	0.200	0.872	0.760						
問3 月間見直し-うち検討数(要介護3-5)	18	3	1	4	1.61	0.200	0.850	0.722						
問4(1) 利用者が出席した月間会議数	29	5	1	6	3.34	0.269	1.446	2.091						
問4(2) 家族が出席した月間会議数	28	9	1	10	3.43	0.354	1.874	3.513						
問7 所要時間(分)	31	70	20	90	48.71	2.840	15.810	249.946						
問15 適切な所要時間(分)	34	40	20	60	39.56	2.492	14.531	211.163						
問17 可能な月間開催回数	34	19	1	20	3.76	0.529	3.085	9.519						

千葉県

	度数		範囲		最小値		最大値		平均値		標準偏差		分散	
	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量
F3 ケアマネ人数(常勤・専従)	11	13	1	14	5.18	1.361	4.513	20.364						
F3 ケアマネ人数(非常勤・専従)	2	0	1	1	1.00	0.000	0.000	0.000						
F3 ケアマネ人数(常勤・兼務)	7	4	1	5	3.00	0.577	1.528	2.333						
F3 ケアマネ人数(非常勤・兼務)	0													
F7 担当利用者数(経過的要介護)	6	1	1	2	1.33	0.211	0.516	0.267						
F7 担当利用者数(要支援1)	1	0	20	20	20.00									
F7 担当利用者数(要支援2)	1	0	29	29	29.00									
F7 担当利用者数(要介護1)	12	10	4	14	8.58	0.783	2.712	7.356						
F7 担当利用者数(要介護2)	12	9	3	12	8.08	0.965	3.343	11.174						
F7 担当利用者数(要介護3)	13	9	1	10	5.08	0.772	2.783	7.744						
F7 担当利用者数(要介護4)	13	11	1	12	4.46	0.931	3.357	11.269						
F7 担当利用者数(要介護5)	11	11	1	12	3.55	0.908	3.012	9.073						
F10 回答者の年齢	15	20	32	52	41.93	1.769	6.850	46.924						
問1 月間会議開催回数	14	5	2	7	4.71	0.507	1.899	3.604						
問3 月間新規作成数(経過的要介護)	1	0	1	1	1.00									
問3 月間新規作成数(要支援1-2)	1	0	6	6	6.00									
問3 月間新規作成数(要介護1-2)	7	15	1	16	3.29	2.124	5.619	31.571						
問3 月間新規作成数(要介護3-5)	4	6	1	7	2.75	1.436	2.872	8.250						
問3 月間新規作成のうち検討数(経過的要介護)	0	0	6	6	6.00									
問3 月間新規作成のうち検討数(要支援1-2)	1	3	1	4	1.57	0.429	1.134	1.286						
問3 月間新規作成のうち検討数(要介護1-2)	7	1	1	2	1.33	0.333	0.577	0.333						
問3 月間新規作成のうち検討数(要介護3-5)	3	1	1	2	1.00									
問3 月間見直し数(経過的要介護)	1	0	1	1	1.00									
問3 月間見直し数(要支援1-2)	1	0	5	5	5.00									
問3 月間見直し数(要介護1-2)	10	4	1	5	3.10	0.348	1.101	1.211						
問3 月間見直し数(要介護3-5)	9	4	1	5	2.44	0.503	1.509	2.278						
問3 月間見直しのうち検討数(経過的要介護)	0	0	5	5	5.00									
問3 月間見直しのうち検討数(要支援1-2)	1	3	1	4	2.75	0.366	1.035	1.071						
問3 月間見直しのうち検討数(要介護1-2)	8	3	1	4	2.11	0.351	1.054	1.111						
問3 月間見直しのうち検討数(要介護3-5)	9	3	1	4	4.57	0.562	2.102	4.418						
問4(1) 利用者が出席した月間会議数	14	6	1	7	4.36	0.551	2.061	4.247						
問4(2) 家族が出席した月間会議数	14	6	1	7	38.21	3.616	13.532	183.104						
問7 所要時間(分)	14	45	15	60	33.00	2.380	9.220	85.000						
問15 適切な所要時間(分)	15	40	20	60	4.42	0.690	2.392	5.720						
問17 可能な月間開催回数	12	9	1	10										

福島県

	度数		範囲		最小値		最大値		平均値		標準偏差		分散	
	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量	統計量
F3 ケアマネ人数(常勤・専従)	7	3	2	5	3.57	0.369	0.976	0.952						
F3 ケアマネ人数(非常勤・専従)	3	1	1	2	1.67	0.333	0.577	0.333						
F3 ケアマネ人数(常勤・兼務)	6	1	1	2	1.50	0.224	0.548	0.300						
F3 ケアマネ人数(非常勤・兼務)	0													
F7 担当利用者数(経過的要介護)	8	3	1	4	2.50	0.423	1.195	1.429						
F7 担当利用者数(要支援1)	9	9	1	10	5.22	1.024	3.073	9.444						
F7 担当利用者数(要支援2)	8	2	1	3	2.00	0.267	0.756	0.571						
F7 担当利用者数(要介護1)	9	15	3	18	13.67	1.607	4.822	23.250						
F7 担当利用者数(要介護2)	9	8	2	10	5.89	1.006	3.018	9.111						
F7 担当利用者数(要介護3)	8	6	1	7	4.50	0.627	1.773	3.143						
F7 担当利用者数(要介護4)	8	7	1	8	3.25	0.840	2.375	5.643						
F7 担当利用者数(要介護5)	8	3	1	4	2.38	0.375	1.061	1.125						
F10 回答者の年齢	9	25	29	54	42.89	2.826	8.477	71.861						
問1 月間会議開催回数	9	19	2	21	6.78	2.100	6.300	39.694						
問3 月間新規作成数(経過的要介護)	2	3	1	4	2.50	1.500	2.121	4.500						
問3 月間新規作成数(要支援1-2)	3	5	1	6	3.00	1.528	2.646	7.000						
問3 月間新規作成数(要介護1-2)	2	20	1	21	11.00	10.000	14.142	200.000						
問3 月間新規作成数(要介護3-5)	4	11	1	12	4.25	2.626	5.252	27.583						
問3 月間新規作成-うち検討数(経過的要介護)	1	0	1	1	1.00									
問3 月間新規作成-うち検討数(要支援1-2)	3	1	1	2	1.67	0.333	0.577	0.333						
問3 月間新規作成-うち検討数(要介護1-2)	2	1	1	2	1.50	0.500	0.707	0.500						
問3 月間新規作成-うち検討数(要介護3-5)	3	1	1	2	1.33	0.333	0.577	0.333						
問3 月間見直し数(経過的要介護)	1	0	1	1	1.00									
問3 月間見直し数(要支援1-2)	4	5	1	6	2.50	1.190	2.380	5.667						
問3 月間見直し数(要介護1-2)	4	7	1	8	4.00	1.472	2.944	8.667						
問3 月間見直し数(要介護3-5)	6	1	1	2	1.33	0.211	0.516	0.267						
問3 月間見直し-うち検討数(経過的要介護)	1	0	1	1	1.00									
問3 月間見直し-うち検討数(要支援1-2)	4	5	1	6	2.50	1.190	2.380	5.667						
問3 月間見直し-うち検討数(要介護1-2)	4	7	1	8	4.00	1.472	2.944	8.667						
問3 月間見直し-うち検討数(要介護3-5)	6	1	1	2	1.33	0.211	0.516	0.267						
問4(1) 利用者が出席した月間会議数	8	10	2	12	4.13	1.187	3.357	11.268						
問4(2) 家族が出席した月間会議数	7	9	2	11	3.71	1.229	3.251	10.571						
問7 所要時間(分)	9	50	10	60	30.00	6.401	19.203	368.750						
問15 適切な所要時間(分)	9	50	10	60	25.56	4.961	14.884	221.528						
問17 可能な月間開催回数	7	19	1	20	4.86	2.549	6.744	45.476						

石手県

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
田城孝雄	医療連携	在宅医療テキスト編集委員会 編集	在宅医療テキスト	在宅医療助成勇美記念財団	東京	2006	18-19
田城孝雄	在宅医療の普及 阻害要因	田中滋・二木立 監修	保健・医療提供制度 講座*医療経済・政策学 第3巻	勁草書房	東京	2006	103-118
片山 壽	尾道方式の新・地域ケアの構築と認知症ケア	大内尉義	高齢者の退院支援と在宅医療	メジカルビュー社	東京	2006	202-208

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
田城孝雄、高橋隆、瀬戸恒彦、片山壽、田中 滋	尾道式ケアカンファレンスの構造と機能 「サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査」	日本介護経営学会誌	1	68-79	2006
田城孝雄	地域連携パスとは何か～現状と実践～	月刊福祉	5月号	36-39	2006
田城孝雄	連携クリティカルパスとは	看護	58(6)	40-43	2006
大森彌、田中滋、池田省三、渡辺由美子	未来志向型の報酬改定へ 平成18年度介護報酬改定の意義と課題 上	月刊介護保険	No.124	3-10	2006
大森彌、田中滋、池田省三、渡辺由美子	未来志向型の報酬改定へ 平成18年度介護報酬改定の意義と課題 下	月刊介護保険	No.125	3-10	2006

IV. 研究成果の刊行物・別刷

在宅医療 テキスト

企画・編集

在宅医療テキスト編集委員会

発行

財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団のホームページに「在宅医紹介」のコーナーを設けています。在宅医療を望む方に、看取りを含む在宅医療に対応する医師および医療機関を紹介することを目的としています。登録いただける方は事務局までご連絡ください。

注) ホームページは、あくまでも医師および医療機関の名前の紹介であり、推薦するものではありません。

7. 医療連携

在宅医療は、以前であれば在宅で急に発症し、そのまま在宅で闘病生活あるいは療養生活に入る場合もあったが、現在ではまず入院して、その後、在宅での医療を行う例が大部分と考えられる。在宅医療は入院医療の延長ではないが、在宅医療に移行する前は、入院医療を受けていることが多い。このため、病院主治医や病院看護師などの、病院スタッフとの連携が重要である。この項では、医療連携のなかでも病診連携を主に述べる。

医療連携の必要性

医療連携室や、医療ソーシャルワーカー・看護師による相談室などの、医療連携に関係する部署を設置している病院が増えている。しかし、在宅医療への連携は十分とは言えない。退院の方針を決定した後、在宅医療への準備期間が十分に取れていない。最近では、病院に対する診療報酬の誘導もあり、急性期病院では早期退院の傾向がある。また、病院担当医や病棟看護師が、在宅医療の現場を知らないことが多い。

病院医療者は、可能な限り「生活の場」、患者の望む場所で患者が療養生活を送れるように努力し、患者の要望に応えなければならない。

入院医療は、患者が家族や生活の場である自宅から切り離されている非日常的な空間における医療であり、患者のQOLは保てない。一方、在宅医療は患者のQOLが保たれる。がんの在宅医療では、長年なじんだわが家および地域社会で、家族に囲まれながら、できるだけ有意義な人生を送ることができる。米国においては、末期がんの患児の半数以上が自宅で死を迎えると言われる。残された家族の立ち直りについての研究の多くは、子供を在宅で看取った家族のほうが適応が早いとしている。

在宅医療は、入院医療（病棟医療）より医療機器、設備、専門スタッフの集積性、効率性では劣っているが、患者が「生活の場」、患者の「城」で医療を受けることができ、QOLを保つ

うえでは格段に優れている。また、がんの終末期の在宅医療などでは、家族にもよい影響を与える。在宅医療スタッフが、急性期病院で働く医師・看護師などのスタッフに、生活の場で行われる医療の人間味あふれる素晴らしさを十分に説明し、理解を得ることが、よりよい在宅医療移行のための病診連携につながる。

病診連携の窓口

病診連携は具体的に、病棟主治医と在宅医療医、病棟看護師と訪問看護師という同じ職種間で行われる場合と、医療連携室や各種相談室の連携専門職員を通じて行われる場合がある。どちらの場合もファーストコンタクトが異なるが、連携のポイントには大きな違いはない。

病診連携のポイント

A. 在宅医療と病棟医療の違い

病棟での医療を、そのまま居宅に持ち込むわけにはいかない。例えば、褥瘡予防のために2時間ごとの体位交換があるが、看護師が3交代または2交代で看護を行う病棟では可能であっても、介護者が1人ないし数人である在宅の場合は長続きしない。在宅医療の実情に合わせてアレンジしなければならない。

在宅IVH (HPN) の場合は、輸液の処方を、入院中のものから変更する必要がある場合がある。これには、①入院中は保険適用されるが、

在宅医療になると保険適用から外れる場合、②薬剤の物性の問題がある場合（結晶化，吸着など，病棟であれば回避できるが，在宅では難しい），③側管注入など家族にはできない手技的な問題がある場合—が挙げられる。

在宅での輸液の内容は，シンプルで患者や家族が簡単に取り扱えるよう，最大限の配慮が必要である。輸液の内容が複雑であれば，内容の簡便さも考慮し，退院前カンファランスで病院主治医と相談する必要がある。在宅用に特化された製剤（ビタミン剤のキットなど）があるが，病院で使われることはないため，病院の医師はその存在を知らず，入院中の処方のまま在宅医療に移行してしまうことがある。在宅医療に移行する際の調整役の専任薬剤師を，退院支援専任チームに置く必要がある。入院中から，在宅医療用の処方内容に変更しておく。この際，保険適用か否かも考慮に入れる（退院前から）。

B. 在宅医療阻害因子

在宅医療を阻害する因子としては，以下の4点が挙げられる。

- ①在宅医療・療養に対する不安
- ②身体状況に対する不安
- ③家族介護力の低下
- ④社会資源の情報不足

入院医療から在宅医療に円滑に移行するためには医学的に在宅医療に耐えられる状態である以外に上記の阻害因子を解決する必要がある。

C. 家族介護力

主たる介護者は，独居の場合，高齢配偶者，同居子・子配偶者，別居子・子配偶者などに分類される。主たる介護者によって，主として投入すべきサービスの種類が異なってくるので，注意を要する。

同じ要介護度であっても，家族の状況により，第一に投入すべき在宅サービスの種類が異なってくる。要介護度だけを見た画一的なサービスの割り振りは危険であり，役に立たない。当然，家族介護力の低い場合は，生活介護と訪

問看護などの医療の提供の双方が必要となり，自己負担も増える結果になる。

どんなに在宅医療・介護サービスを投入しても，介護の主体は家族であることを忘れてはいけない。時には家族の介護疲れを軽減し，家族の崩壊を防ぐ方策として，ショートステイ，デイケア，ナイトケアなどのレスパイトケアを行う必要がある。患者本人に対する配慮も重要であるが，家族に対する配慮も，在宅医療の継続に重要である。

地域包括ケア

在宅医療の医療連携を地域全体でうまく行っている例として，広島県尾道市が挙げられる。尾道市医師会方式の地域包括ケアは，退院，転院，退所，状態変化による再入院など，患者の状態変化の際には，必ずケアマネジャーを中心に，利用者，介護者，家族，在宅主治医，専門医，訪問看護師，ホームヘルパー，薬剤師，栄養士，各種業者，民生委員が必要に応じて集まり，ケアチームによるケアカンファレンスが開かれる。

入院前病診連携

神経難病やがんなどでは，入院早期あるいは入院前から，在宅医療医や訪問看護師などの在宅医療スタッフは病院のスタッフとコンタクトを取り，病院主治医と在宅主治医，あるいは外来主治医と在宅主治医は，医療情報やインフォームド・コンセントの内容などを共有し，また，治療方針や再入院の必要性の有無や再入院となる状態に関して，十分に話し合うことが必要となってくる。新宿区医師会などのように，在宅医療の勉強会を定期的に開催すると，病院と在宅医療医のコミュニケーションが円滑に行われる。

（田城孝雄）

performance of laparoscopic cholecystectomy based on the administrative data of four teaching hospitals in Japan,” *World Journal of Surgery*. 29 (4) : 429-43.

11) Sekimoto M, Imanaka Y, Evans E, et al. (2004) “Practice variation in perioperative antibiotic use in Japan,” *International Journal for Quality in Health Care*. 16 (5) : 367-373.

12) Ishizaki T, Imanaka Y, Hirose M, et al. (2002) “A first look at variations in use of breast-conserving surgery at five teaching hospitals in Japan,” *International Journal for Quality in Health Care*. 14 (5) : 411-418.

13) 今中雄一 (2006) 「診断群分類データによる診療活動の費用と過程・結果の指標化とそれらの多施設間比較に関する研究 [診療活動の指標化研究]」平成17年度厚生労働科学研究補助金 (政策科学推進研究事業) 診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に関する研究 H16-政策-027 (主任研究者松田晋哉) 分担研究報告書, 2006年3月

14) Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, et al. (2000) “What do we expect to gain from the public release of performance data? A review of the evidence,” *Journal of the American Medical Association*. 283 : 1866-1874.

15) Marshall MN, Romano PS, Davies HTO (2004) “How do we maximise the impact of the public reporting of quality of care?” *International Journal for Quality in Health Care*. 16 (Suppl. 1) : 57-63.

16) 今中雄一 (2003) 「症例数と治療成績との関係：エビデンスとその落とし穴」【日本医療機能評価機構ニュースレター】2 (4) : 5.

第5章 在宅医療の普及阻害要因

田城孝雄

はじめに

通院困難な在宅患者を訪問して行う在宅医療は、外来・通院医療、入院医療に次ぐ、「第3の医療」と言われているが、医療費としては、一般医療費の3%を占めるに過ぎない。本章では、在宅医療の現状とその普及を阻害している要因について検討する。

第1節 在宅医療の定義

1 在宅医療の定義

かつては、患者の居宅（在宅）での医療・訪問診療は、突発的な状況下での例外的な取り扱いで、患者・家族からの求めに応じる、緊急時の対応である往診のみとなっていた。1948年に制定された医療法は、当初は、医療を提供する場所を診療所か病院に限っており、在宅における医療は、往診として突発的な状況における例外的医療であった。

1992（平成4）年医療法第2次改正により、第一条の二2項に、「医療は、国民自らの健康の保持のための努力を基礎として、病院、診療所、介護老人保健施設その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という）、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じ効率的に提供され

なければならぬ。」と規定され、医療を受ける者の居宅等も、医療を行う場として、法的に認められた。そこで、在宅医療は、「医療を受ける者の居宅等において、提供される医療」と定義する事が出来る。外来・通院医療、入院医療に次ぐ、「第3の医療」と呼ぶ場合もある。

保険診療では、患者の求めに応じて診療に出向く往診と、医師が診療計画を立てて患者宅に出向く訪問診療は、別個の診療行為として扱われている(川人ら, 2002)。診療報酬では、往診料は、「患者の求めに応じて患者に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患者に赴いて診療を行った場合には算定できない」と規定されている。一方、在宅患者訪問診療料は、「通院困難な在宅患者に対して、患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に算定できる。」とされている。これより、①通院困難な患者、②患者の同意、③計画的な医学管理、④定期的、⑤訪問して行う医療、以上の5つの条件を満たす事が、在宅医療の条件と言える。

2 入院医療と在宅医療

医師、看護師などの医療スタッフや医療機器などを集中運用する病院は、効率的に医療を提供する場である。居宅を訪問して医療を提供する在宅医療は、その対極に位置する。実際、近年まで専任の看護職を雇って、自宅などの居宅で、療養生活を行うことが可能であったのは、一部の富裕層などに限られていた。以上から、かつては在宅医療は「贅沢な医療」であったと言える。

医学的な安全性を担保した上で、「どの場所で療養するか」という療養する場所を選ぶ権利は、患者側にある。在宅医療には、医療技術の提供という面では制約があるが、入院医療には無い優れた面もある。どちらを選択するかは、ひとえに患者側に選択権がある。医療者側は、充分に情報提供し、また医療的に危険な選択をしないように助言は出来ても、療養の場の決定を押し付けることは出来ない。

医療者は、可能な限り「生活の場」、患者の望む場所で療養生活を送れるように努力し、患者の要望に応えなければならぬ。可能な限り患者の安全が図られ、家族に対する支援体制、および緊急時の対応策が十分に検討されている(予見・対策の充実)条件を満たし、患者・家族の強い意志の下、在宅医療が行われるべきである。そして患者本人および家族の強い意志があり、上記の条件が満たされるのであれば、医療者は、患者・家族の在宅医療への強い要望を阻止してはならない。

さらに、住環境の整備も必要である。本邦の都市部では、住環境の整備が遅れている。いわゆる社会的入院の原因には、大家族制から、核家族、さらには独居という家族介護力の大幅な低下に加えて、療養生活を送りたいという魅力的な優れた住環境の整備・提供がなされていないという問題がある。

3 在宅医療で可能なこと

在宅療養指導管理料に記載されている項目を示す(表5-1)。その中でも、在宅人工呼吸器などの在宅ハイテクアと言われているものを表5-2に示す。現在では、手術や放射線治療等を除くと、病院で提供されている医療のほとんどを行う事は、技術的に可能である。簡単な小手術であれば、在宅でも可能である(太田, 2001)。ただし、在宅医療は、病院医療と異なり、

表5-1 在宅療養指導管理料

1. 在宅自己注射指導管理料	1. 在宅酸素療法
2. 在宅自己腹膜灌流指導管理料	2. 在宅人工呼吸療法
3. 在宅血液透析指導管理料	3. 在宅自己腹膜灌流
4. 在宅酸素療法指導管理料	4. 在宅血液透析
5. 在宅中心静脈栄養法指導管理料	5. 在宅中心静脈栄養法
6. 在宅成分経管栄養法指導管理料	6. 在宅成分栄養経管栄養法
7. 在宅自己導尿指導管理料	7. 在宅微量点滴静脈注射
8. 在宅人工呼吸指導管理料	8. 在宅微量皮下注射
9. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	
10. 在宅悪性腫瘍鎮痛・化学療法指導管理料	
11. 在宅寝たきり患者処置指導管理料	
12. 在宅自己疼痛管理指導管理料	

表5-2 在宅ハイテクア

1. 在宅酸素療法
2. 在宅人工呼吸療法
3. 在宅自己腹膜灌流
4. 在宅血液透析
5. 在宅中心静脈栄養法
6. 在宅成分栄養経管栄養法
7. 在宅微量点滴静脈注射
8. 在宅微量皮下注射

QOLを追求する医療であり、技術的に可能だからと言って、直ちに実行するものではない。

4 外来（通院）・入院・在宅（訪問）医療

外来医療，入院医療，在宅医療を下記のように定義することが出来る。

- ・外来（通院）医療：診察室で行う医療
- ・入院医療：病室（病院・有床診療所）で行う医療
- ・在宅（訪問）医療：患者の居宅（等），生活の場で行う医療

以上から，患者の生活の実態を，直に医療者の目で見ることが出来るのは，在宅（訪問）医療しかない。外来診療だけでは，診療室内だけの関係であるので，生活の実情を，直接知ることは出来ない。

第2節 在宅医療の分類

診療報酬では、「第2章 特掲診療料」の中の第2部に，在宅医療の診療報酬が，掲載されている。その「第1節 在宅患者診療・指導料」には，往診，訪問診療，訪問看護など，医療従事者が訪問して行う医療を評価するものも，「第2節 在宅療養指導管理料」には，在宅自己注射，在宅酸素療法など，患者が自ら行う在宅医療を評価するものが収載されている（新村，2001）。

「在宅自己注射，在宅酸素療法，在宅透析，在宅腹膜透析など，患者が自ら行う在宅医療」在宅療養指導料と分類される部分は，通院型在宅医療と定義することが出来る。一方，「往診，訪問診療，訪問看護など，医療従事者が患者の居宅等を訪問して行う在宅医療」は，訪問型在宅医療と定義することが出来る。

1 積極的在宅医療と消極的在宅医療

在宅医療は一樣ではなく，様々な視点からの分類が可能である。筆者らは，以下のように分類している。

自らの意思で，住み慣れた居宅にて，家族や友人，ペット，思い出の品々に囲まれ，自ら希望することを行いなから，生活する高いQOLを目指した在宅医療である積極的在宅医療と，病院・施設において，入院・入所を希望するが，本人・家族の意図に反して，病院の平均在院日数の短縮等の経営方針（病院・施設の都合）や，経済的な理由により，やむなく在宅医療を行うものである消極的在宅医療に分類することが出来る。

2 在宅ハイテクケアとQOL重視在宅医療

在宅人工呼吸器，在宅人工透析などの医療を在宅で行う在宅ハイテクケアは，病院での入院治療に匹敵する医療を行うことができ，難病の在宅医療などで行われる。一方，がんの末期など，苦痛を和らげる処置・投薬は行うが，余命の延長のための処置（延命処置）を積極的に取らず，残された人生を有意義・主体的に過ごすための在宅医療は，QOL重視の在宅医療という事ができ，疼痛やその他の症状の緩和・コントロールを行う。

3 在宅医療対象者の分類

在宅医療の対象者は通院不能の患者である。がんの末期患者と寝たきり等の高齢要介護者が主であるが，年齢構成は一樣でなく，小児の在宅医療患者も居る。在宅医療を受ける患者の主な疾患として以下のものが挙げられる（和田，2006，一部筆者が改変）。

- ①脳血管疾患後遺症
- ②認知症
- ③運動器疾患（大腿頸部骨折，変形性関節症など）
- ④関節リウマチ

- ⑤神経難病
- ⑥がん末期
- ⑦慢性心不全
- ⑧慢性呼吸不全
- ⑨合併症を伴った糖尿病
- ⑩老衰

世代別分類

在宅医療の対象者を世代別に分けると以下のようになる。

小児

乳幼児：障害児・先天性疾患

学童期：がん（白血病含む）

成人：障害者、神経難病、事故後遺症、脳血管疾患後遺症、がん

高齢者：脳血管疾患後遺症、整形外科疾患、難病、がん

第3節 在宅医療の現状

1986（昭和61）年から、在宅自己注射管理指導や自己腹膜灌流指導管理が医療保険で認められた。1988（昭和63）年には、前述した在宅患者訪問診療が、在宅患者に計画的に訪問的に訪問して医学管理を行う診療項目として、新設された。1990（平成2）年に、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍指導管理が、医療保険で認められた。1992（平成4）年の第2次医療法改正により、在宅医療が法的根拠を持つようになった。

1 在宅医療の件数

厚生労働省大臣官房統計情報部が行った平成14年医療施設調査によると、2002年9月の1か月間の在宅医療の実施件数は、往診29万件、在宅訪問診療45万4千件である（厚生労働省大臣官房統計情報部、2004）。

2 在宅医療の費用

在宅医療の医療費を、社会医療診療行為別調査等から推計すると、1990（平成2）年は、在宅医療の約2,700億円、一般医療費の約1.3%であった。1998（平成10）年において6,500億円程度となり、一般診療医療費の約2.8%となる。1999（平成11）年には約7,800億円、一般医療費の3.3%であった（新村、2001）。

在宅医療は外来・通院医療、入院医療に次ぐ、「第3の医療」と言われるが、医療費としては、一般医療費の3%弱を占めるに過ぎない（大久保ら、2004）。

3 在宅医療のニーズ

先に述べたとおり、在宅医療の対象者は通院不能の患者であり、がんの末期患者と寝たきり等の高齢要介護者が主である。ここではがん患者と高齢要介護者について述べる。

(1) がん

我が国の統計では、1995年の全がん死亡者数は、26.3万人であり、その内施設で亡くなった方が24.3万人（92.8%）、自宅で亡くなった方が、1.8万人（7.0%）であった。5年後の2000年には、全がん死亡者数は、29.5万人であるが、施設で亡くなった方が27.7万人（93.8%）、自宅で亡くなった方は、1.7万人（6.0%）であり、5年間で、決して増加していない（堂園他、2002）。がんの在宅医療を支える体制が必要である。

(2) 高齢者

要介護認定者の27%が施設サービスを利用しているが、その介護給付費は総額約5.4兆円（2003年度予算案）の58%に達している。

介護保険において在宅サービスの利用者数は、訪問介護が99万人（401億

円)、通所サービス全体では、140万人(587億円)であり、内訳は、通所介護が90万人(361億円)、通所リハビリテーションの利用者が50万人(226億円)、短期入所サービスの利用者50万人(175億円)、介護保険における訪問看護の利用者は34万人(84億円)である。介護保険施設別の介護給付費は、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)が、利用者数38万人であり、平均入所日数は、1445.3日であり、介護給付費は971億円である。介護老人保健施設は、利用者数377万人であり、平均入所日数は、395.4日、介護給付費は742億円である。介護療養型医療施設(介護保険対応療養病床)は、利用者数17万人であり、平均入所日数654.5日であり、介護給付費を494億円使っている。

4 在宅医療提供施設

厚生労働省大臣官房統計情報部が行った平成14年医療施設調査によると、在宅医療サービスの提供している医療機関数のうち、医療保険等による在宅医療サービスの提供している病院は、5,966施設であり、全病院の64.9%である。また介護保険による在宅医療サービスの提供した病院は2,675施設(29.1%)であった。一方、医療保険等による在宅医療サービスの提供している一般診療所は、34,672施設であり、全一般診療所の36.6%である。介護保険による在宅医療サービスの提供した一般診療所は9,996施設(10.5%)であった。

医療保険等による在宅医療サービスの内容別にみると、患者の求めに応じた訪問する臨時の在宅医療である往診を行っている医療機関は、病院2,277施設(24.8%)、一般診療所27,852施設(29.4%)であり、計画性、定期的のある在宅患者訪問診療は、病院2,982施設(32.5%)、一般診療所16,864施設(17.8%)であった。

第4節 在宅医療阻害要因

1 在宅医療提供医療機関の要因

岡田・藤田ら(2004)によると、医師、特に勤務医が、在宅医療への参加を躊躇する背景には、4つの不安要因がある。

第1は、在宅医療を提供するのは、主として診療所であり、自ら診療所を開設しなければならぬという「診療所開設(開業)の必要性に対する不安」。第2は、診療所を開設(開業)した場合には、経済的にやっつけの「だろろうか」という「経済的保障の欠如に対する不安」。第3に、忙しくて、ゆっくり休めないのではないかという「医師自身のQOL・過労に対する不安」。第4に、歳を取っても続けられるのだろうか、続けられなくなった場合はどうなるのだろうかという「診療形態の変換や再就職問題に対する不安」以上の4つである。

2 患者・家族側の要因

(1) 在宅医療阻害因子

病院を退院する際の阻害因子

現在では、在宅医療の大部分は、病院を退院するところから始まる。つまり、在宅医療は、入院医療から連続する医療である。

入院医療から、退院して在宅医療に移行する際に、阻害する因子として、①「退院すること、在宅医療に対する不安」、②「身体状況に対する不安・不満」、③「家族介護力の低下」、④「独居老人・老夫婦・日中独居」、⑤「社会資源の情報不足」が挙げられる(田城他, 2000)。

①「在宅医療に対する不安」

この不安は、初めはすべてに対する漠然とした不安であることが多い。在宅医療の介護経験の無い家庭・家族が大部分なので、その内容・介護を

行いながらの家庭生活に対して、具体的なイメージがつかめず、「漠然とした不安」として現れる。これを防ぐためには、担当者が、面接を繰り返して、情報を提供しながら、不安を具体化して、それをひとつひとつ解消していくことが重要である。「不安の具体化・具現化」が、重要である。

②「身体状況に対する不安・不満」

この不安・不満は、救命救急段階を過ぎ、とりえず生命の危険が去った後に現れる。身体的な障害や、意識・高度神経機能の障害が残った場合、残された障害も治ること、つまり完治を望むことである。もしくは「入院前、救急車で運ばれる前の状態」に戻してくれなければ、自宅へは引き取れないという家族の言葉で表される不安であり、不満である。

入院する前の状態に戻るまでは、入院させていて欲しいという要望を持つ家族は多い。残念ながら、いろいろな理由で、その要望を叶えることが出来ない状況がある。

ひとつは、その障害が固定してしまい完全に元の状態に戻るといふ予測が医学的に困難な場合、また、医療機関の機能分化が促進され、急性期医療を行う医療機関（病院）においては、長期の入院が、様々な観点（制度・病院経営の観点・社会通念など）から困難な場合である。

がんの場合、特に若年者の場合は、がん・不治の病にどうしてという、「運命の理不尽さ」に対する「怒り」に似た感情も伴う。

この感情は、担当医からのインフォメーションが足りない場合も多いが、家族の状況による。様々な障害や、不治の病に罹患したことに對して納得できない感情は理解できるが、時期を見ながら、説明を繰り返していく必要がある。心身に何らかの障害が残ったまま、在宅医療に移行する場合も多い。このような場合は、決して家族に「放り出された!」という印象を持たせてはならない。「もうこの病院には入院させられない。次の入院先は、自分で探さない。」と宣告するなど、言語道断である。

安定期に入り、障害は固定した状態のまま、残された能力（残存能力）を最大限に発揮しながら、在宅で療養するのだけということを、患者・家族

に説明して、意識づける必要がある。

③「家族介護力の低下」

④「独居高齢者・老夫婦・日中独居」

大家族制度から核家族化することにより、高齢者を介護すべき家族もまた高齢化し、かつ慢性疾患を有して、介護すべき高齢者自身が、要介護者であることは、今では決して珍しいことではない。

さらに独居老人や日中独居、要介護者の夫婦のみの家庭では、もはや家族介護力そのものが存在し得ない。介護の社会化を謳った介護保険の施行により、改善はされているが、介護サービスの需要が増え、保険料の増加圧力が強まっている。介護保険による介護サービス提供力は、無尽蔵ではない。

家族介護力の低下、独居老人や老夫婦の2人暮らしの場合はいかんともし難い場合が多いが、中には独居高齢者の方でも、訪問看護やホームヘルプサービスを上手く利用して生活されている方もいる。本人のやる気と、それを支える体制が強固であれば、在宅医療は大きい可能性を持っている。

⑤「社会資源の情報不足」

これは、①の「在宅医療に対する（漠然とした）不安」の原因となるものである。介護保険制度が施行され、5年が経過したとはいえ、一般の人は、自分が発症するまでは、介護保険制度や、在宅医療・在宅介護サービスの内容に疎いものである。在宅医療・訪問看護・在宅福祉サービスなどの情報を、出来るだけ具体的に、かつ実際にそのサービスを利用すると、どうなるのか、何が改善され兼ねるのかを、説明する必要がある。

(2) 在宅医療促進因子

一方、病院での入院治療から在宅医療への移行が上手くいく在宅医療推進因子は、①「本人・家族の強い意志・やる気」、②「社会資源の活用」、③「周囲の連携」である。

①「本人・家族の強い意志・やる気」

在宅医療への移行が成功する第1の要因は、やはり本人・家族の強い意志・やる気である。主治医・担当看護師・退院支援部門の専門スタッフは、患者・家族によく説明し、退院、在宅医療に対する不安を解消する必要がある。

ただし、いくらやる気があっても、危険があってはいけない。医学的、看護・介護上の問題があり、また介護者が消耗して、共倒れになることを防がなければならない。その場合は、いくら在宅医療の希望があっても、患者・家族を説得しなければならない。

② 「社会資源の活用」

③ 「周回の連携」

家族の献身的な介護にも限界がある。家族も人間であり、介護者が病気になることもある。在宅医療を継続できている家庭は、家族介護力にゆとりがある場合、または在宅福祉サービスなどの社会資源を、上手く活用できている場合が多く、精神論ではなく、長期的に実行、継続可能なケアプランを立て、退院する必要がある。

また、この場合、公的な福祉制度だけでなく、患者の古くからの友人、隣人や、ボランティアを上手く活用し、可能な範囲で話し相手になっても良かったり、訪問看護やホームヘルプサービスの空白の時間帯に訪問し、状態確認してもらおうなどの、フォーマルなサービスだけでなく、広く友人、隣人、ボランティアを含めたケアプランを立てることが、賢いケアマネジメントである。介護保険施行前は、このようなケアプランを立てることが出来る人間が地域に居たが、介護保険施行により、むしろ介護保険給付限度内でのケアプラン作りに終始し、インフォーマルな社会資源を利用する知恵が減ったと考えられる。

(3) 退院支援 満足・退院に際する不安の解消

東京大学医学部附属病院医療社会福祉部の退院支援症例に対するアンケート調査によると、有効回答80例の内62例(77.5%)が、退院時に不安を持つ

ていた。不安の内容は、「病状が軽快していない」44例(71.0%)、「ADL要介助」37例(59.7%)、「緊急時に不安」31例(50.0%)が多かった。同部の行った退院支援に対する満足度は、回答数65例の内「とても満足」37例(56.9%)、「まあ満足」14例(21.5%)と、約8割の症例は、満足感を示した(横山ら, 2001)。

(4) 高齢者介護

高齢者介護に対する不安感について

内閣府「高齢者介護に関する世論調査」では、仮に自分自身が老後に寝たきりや痴呆になり、介護が必要になった場合に、どこで介護を受けたいかという質問を行っている。回答は、「可能な限り自宅介護を受けたい」が44.7%、「特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所したい」33.3%、「介護付きの有料老人ホームや痴呆性高齢者グループホームなどに住み替えて介護を受けたい」9.0%であった。

「可能な限り自宅介護を受けたい」と答えた1,593人に、理由を聞いたところ、「住み慣れた自宅生活が続けたいから」85.6%と最も多く、離れて施設で他人の世話になるのは嫌だから」21.8%、「他人との共同生活はしたくないから」21.7%、「施設に入るだけの金銭的余裕がないから」21.6%、「施設では自由な生活が出来ないから」21.3%の順であった(吉田, 2004)。

同居家族が問題の主体となる高齢者在宅介護の対応困難事例

吉江ら(吉江他, 2004)は、保健師に対して行った調査で、高齢者介護において在宅介護を阻害する家族の要因として、家族の介護意欲が低い、1介護の必要性を感じていない、介護の意義を見出せない、人間関係が悪い、介護者(家族)と要介護者の関係が悪い、介護者とサービス提供者との関係が悪い、他人が家に入ることに抵抗がある、他人に家事をされることに抵抗がある、対人恐怖がある、金銭面の問題がある、金銭管理が困難である、経済力が不足している、高齢者への経済的依存がある等が、挙げられている。

3 在宅医療を支援する制度側の要因

(1) 診療報酬上の制約

入院中は保険が効く薬でも、入院中と保険の適用が異なり、在宅医療の場合には保険が効かない処方がある。在宅IVHでは、ハイコロリ輸液のバッグに治療薬の混注が出来ない(ガスター、プリンペラン、ステロイド、強ミノなど)。そのことを知らないで、入院中の薬をそのまま、在宅医療で処方すると、患者の自己負担または在宅医療を行なう機関の持ち出しになる。患者側も、「入院中は、お金が掛からなかったのに、在宅医療になり自己負担額が増えた。」との不満を漏らす場合もある。病院の職員は、在宅の診療報酬には詳しくない。特に病院の医師は詳しくないので、薬剤師が勉強する必要がある。病棟で患者指導を行なう場合また退院支援専門チームの一員として、入院治療から在宅医療に移行する場合の処方内容の調整を行なう必要がある。

(2) 在宅医療を支える調剤薬局の問題点

在宅医療に関する診療報酬では、往診、訪問診療、訪問看護など医療従事者が訪問して行う医療を、「在宅患者診療・指導料」として評価、また在宅自己注射や在宅酸素療法など患者が自ら行う在宅医療を、「在宅指導管理料」として評価している。しかし、在宅IVH (HPN) に関係する無菌調剤薬局に対する評価がなされおらず、無菌調剤薬局の絶対数が足りない。東京から兵庫県までクール宅急便で送っている例もある。クリンペンチを備えた無菌調剤は、設備投資、ランニングコストの負担が過剰であり、無菌調剤を行う調剤薬局が少ない。

在宅利用の中でも、在宅IVH等の在宅ハイテックケアは、患者の居住地に社会資源があるか否かで決定される。無菌調剤薬局の無い地域に居住している患者は、在宅医療を受ける機会を奪われており、公平性にかける。この意味で、無菌調剤薬局は、在宅ハイテックケアの limiting factor となっている。

第5節 在宅医療阻害因子の解決策

平成14年受療行動調査では、在宅医療を受け入れることができないう者に対して、在宅医療を可能にする条件を質問した。回答としては、①家族の協力44.3%、②デザイナーズ等33.5%、③医師や看護師の定期的な訪問27.2%、④ホームヘルパーの訪問26.6%、⑤通院手段の確保26.4%、⑥緊急時の連絡体制26.2%、⑦療養のための改築等25.4%であった(厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室, 2004)。

おわりに

住み慣れた自宅での療養を望む患者のニーズは高い。また病院の平均在院日数の短縮傾向により、在宅医療の充実は、医療提供体制の整備の重点施策のひとつとなっている。介護保険の見直しでも施設介護より在宅介護が重視されている。しかし、在宅医療の提供体制は、充分であるとは言えない。在宅患者および家族は、精神的、肉体的、経済的に大きな負担を感じている。患者、家族の負担を軽減する在宅医療の提供体制が充実すれば、在宅医療の潜在ニーズが顕在化する。

参考文献

- 大久保一郎, 菅原民枝 (2004) 「在宅医療の供給側の実態と需要者側の選択における要因の検討」『在宅医療推進のための会 2003年度報告書』6-11.
 太田秀樹 (2001) 「在宅高齢者の急変時の対応」坪井栄孝監修・田城孝雄編著『在宅医療ハンドブック』355-363, 中外医学社.
 岡田・藤田拓司 (2004) 『Home Care MEDICINE』(7): 26-28.
 川人明 (2002) 『今日の在宅診療』
 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室 (2004) 『厚生指標』51 (3): 34-48.
 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室 (2004) 『厚生指標』51: 46-53.