

201217004A

厚生労働科学研究 研究費補助金

長寿科学総合研究事業

地域特性に応じた効果的・効率的な 24 時間訪問看護介護体制の
継続的实施および構築方法に関する研究
(H22-長寿-一般-004)

平成 24 年度 総括研究報告書

主任研究者 村嶋幸代

平成 25 (2013) 年 3 月

厚生労働科学研究 研究費補助金

長寿科学総合研究事業

地域特性に応じた効果的・効率的な 24 時間訪問看護介護体制の
継続的实施および構築方法に関する研究
(H22-長寿-一般-004)

平成 24 年度 総括研究報告書

主任研究者 村嶋幸代

平成 25 (2013) 年 3 月

—目次—

I	研究概要	1
II	行政が地域特性に応じて取り組む 24 時間体制の 訪問看護ステーションの整備・拡充(福岡県／大分県)	5
	1. 福岡県:地域特性に応じた在宅医療推進事業の戦略の 明確化に向けた分析	5
	2. 福岡県:地域住民の在宅療養意向とその関連要因	11
	3. 大分県:在宅医療推進事業に向けた取り組み	19
III	Data Envelopment Analysis (DEA) を用いた 訪問看護ステーションの効率性測定	25
	付録	63

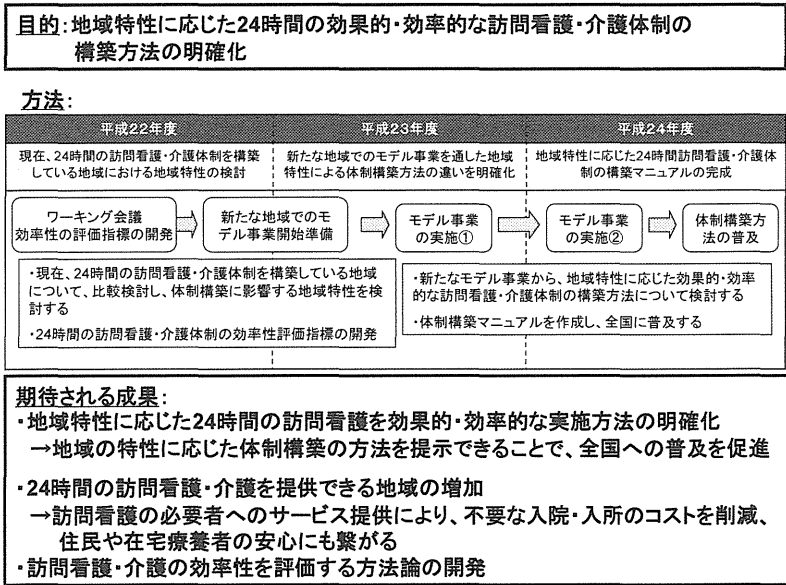
I 研究概要

1. 3年間の計画

夜間・早朝にも訪問看護を必要とする在宅療養者は、日中の訪問看護利用者の約1割程度存在する。これまで我々は平成6年以降、厚生省（当時）のモデル事業等で、夜間・早朝の訪問介護・看護システムについて実践者とタイアップしながら開拓してきており、複数の訪問看護ステーション（以下、ステーション）が連合して夜間・早朝の訪問看護を提供すれば効果的・効率的なケア提供が出来ること、介護との連携が効率的であること等が明らかとなっている。これまで、ステーションの24時間の訪問看護・介護の効果的・効率的な実施方法を実践者と協働しながら、開発・評価・推進してきた。その中で、体制構築には、地域の特性が大きな影響を及ぼすことがわかってきた。そこで、本研究は、全国において24時間の訪問看護・介護体制を推進することを旨とし、地域特性に応じた24時間の効果的・効率的な訪問看護・介護体制の構築および効率性測定を含めた評価方法を明らかにすることを目的とする。

具体的には、以下を実施する。

- ① 24時間の訪問看護・介護体制の構築に影響する地域特性の定性的・定量的整理
- ② ステーションの効率性を測定する指標の開発
(DEA : Data Envelopment Analysis、等)
- ③ 地域特性に応じた24時間訪問看護・介護体制の構築方法の明確化と効果検証
- ④ 地域特性に応じた、緊急時訪問も含めた効率的な実施方法の検討
- ⑤ 上記に必要な地域アセスメントや構築方法のツール開発・指標化、およびサービス提供マニュアルの作成



図表 I -1-1.
3年間の研究概要

2. 今年度の実施内容と成果

今年度は、以下の方法で実施し成果が得られた。

1) 行政が地域特性に応じて取り組む 24 時間体制の訪問看護ステーションの整備・拡充(福岡県)

方法：

24 時間体制の訪問看護ステーションの整備・拡充に向けた、①保健所と関係団体（機関）間の協働体制の構築の実態を明らかにすること、②住民のサービスに対する意識を明らかにすることを目的に調査を実施した。

成果：

福岡県では、24 時間体制の訪問看護ステーションの整備・拡充に向けて保健所と訪問看護ステーションがどの程度協働しているかを把握したところ、促進要因には、「訪問看護ステーションの連絡協議会が定期的開催されている」「リーダーシップをとる訪問看護ステーションがある」「在宅医療に熱心な訪問看護師がいる」等があった。保健所の働きかけでは、「訪問看護ステーションの連絡協議会がない場合は、立ち上げを支援する」「保健所が訪問看護ステーション連絡協議会に参加し、意見交換や情報提供を行っている」「在宅医療の課題を共有する」「研修会を協働で開催する」等が促進要因となっていた。阻害要因は、「訪問看護ステーションが小中規模であるため、管理者やスタッフの入れ替わりが多いところもある」「訪問看護ステーションが住民に知られていないためアピールが必要」「訪問看護ステーション同士に競合関係がある」等であった。

地域住民における終末期在宅療養の実現可能性に関する認識とその関連要因は久留米市と添田町で異なっていた。終末期在宅療養は実現可能という地域住民の認識を高めるために、久留米市では在宅療養を支援する医療機関や療養にかかる費用の情報を提示する必要性、添田町では在宅看取りに良いイメージを抱けるような情報を提示する必要性が明らかとなった。また、両地域において、住民どうしの関係性を構築することで、「地域の人は助けになってくれる」と地域住民が認識できるような取り組みを行うことの重要性が示唆された。

大分県では、滋賀、福岡県での知見と作成した事業運営マニュアルを基に、新たに 24 時間訪問看護ステーションの整備・拡充のための事業を開始した。保健所および県・市町村行政と研究会を開催し、地域の課題と新たに事業を開始する際の戦略・課題を整理した。

2) Data Envelopment Analysis を用いた訪問看護ステーション、訪問介護事業所の効率性測定

方法：

厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」より、平成 21 年の日本全国の訪問看護ステーション、および訪問介護事業所のデータを入手し、DEA (Data Envelopment Analysis) によりステーション、事業所の効率性測定、および効率性に関連する要因の探索を行った。

成果：

訪問看護ステーションでは、大規模な事業所（訪問可能職員（常勤換算）数が 10 人以上）で規模の効率性の平均値が最も低かった。規模の効率性が低い（0.80 未満）事業所のほぼ全てが、現在の生産規模を縮小することで効率性の向上が見込めることが明らかになった。効率性に関連する要因探索の結果、開設主体が営利法人であること、サテライト事業所を設置していること、事業所開設から 2 年以上経過していること、事務・その他職員が配置されていること、および、人口密度が高い市区町村、可住地面積割合が高い市区町村に立地していることが効率性の高さに関連していた。

訪問介護事業所では、小規模な事業所（訪問可能職員（常勤換算）数が 3 人未満）では、規模の拡大が効率性の大きな向上につながると見込まれる事業所がその 2 割以上を占めていた。一方、大規模な事業所（訪問可能職員（常勤換算）数が 10 人以上）では、規模の縮小が効率性の大きな向上につながると見込まれる事業所がその約半数を占めていた。効率性に関連する要因探索の結果、利用者一人あたりの訪問回数が多いこと、開設主体が非営利法人であること、第三者委員を設置していること、訪問介護以外の職員が配置されていること、訪問介護員の非常勤者割合が高いこと、高齢化率が低い市区町村に立地していること、病院数の多い市区町村に立地していることが効率性の高さに関連していた。

**Ⅱ．行政が地域特性に応じて取り組む 24 時間体制の
訪問看護ステーションの整備・拡充(福岡県／大分県)**

1. 福岡県:地域特性に応じた在宅医療推進事業の戦略の明確化に向けた分析 -連携・ネットワークに着目した分析-

1)目的

24 時間体制の訪問看護ステーションの整備・拡充を含む、福岡県在宅医療推進事業における保健所と関係団体（機関）間の協働体制の構築の実態を明らかにすることを目的とする。

2)方法

(1)調査対象

ヒアリング調査の対象者は、福岡県の全 9 カ所の保健所の在宅医療推進事業の担当者であった。

(2)調査方法

調査時期は平成 25 年 2 月～3 月であり、ヒアリング調査に要した時間は 1 カ所あたり約 2 時間であった。ヒアリング調査にあたっては、事前にヒアリング内容を伝え、事業概要が分かる資料の準備を依頼した。当日は、年度毎の保健所と関係機関との連携レベルと、その機関との協働を促進した要因と阻害した要因とを尋ねた。その際に、関係機関を一覧にしたヒアリングシートを用意し、漏れのないように順番に尋ねた。

関係機関は、医師会、訪問看護ステーション（以下、訪問看護 ST）、病院、薬剤師会、歯科医師会、地域包括支援センター（以下、地域包括）、ケアマネジャー（以下、ケアマネ）とした。関係機関の追加があればその関係機関についても同様に尋ねるようにしたが、追加は挙がらなかった。また、年度毎に関係機関の状況を探ったため、担当している年数によって、回答できる年度が 2 年分であった保健所が 2 カ所、3 年分であった保健所が 7 カ所と差異が生じた。

在宅医療のケアシステムの地域の範囲は、保健所によって管轄地域全体を単位とする場合や医師会を単位とする場合があった。そのため、今回探る地域の単位は、在宅医療のケアシステムを構築する最小単位とし、複数ある場合は、よりシステムの構築が進んだと感じた地域を選定してもらった。

連携レベル指標を作成し¹⁻²⁾、範囲は 1～4 点とし、高いほど連携レベルが高いと判断される。連携レベルの得点の内容は以下の通りである

レベル1：関係機関として認識がある程度（あまり連携がない）
レベル2：情報交換等のコミュニケーションをとる程度（ケースのことについても一方的な情報収集に留まる）
レベル3：お互いの担当するケースについて情報を共有し（課題の共有も含む）、よりよいサービス提供のために連携している
レベル4：地域の在宅ケアシステムについてお互いにディスカッションし、よりよい提供に向けて協働している（行動している）

(3) 分析方法

ヒアリング内容の逐語録を作成し、促進要因と阻害要因をエクセル表に抽出した。明らかに同じことを異なる言葉で表現されているものは統一し、分かりにくい箇所は、文脈から意味が読み取れる範囲で補足した。次に、語られた意味を損なわない程度に抽象度を揃えた。

連携レベルについては、年度別にレーダーチャートに示した。

(4) 倫理的配慮

本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理審査委員会の承認を得た。

3) 結果

(1) 調査協力者

全保健所の在宅医療推進事業担当者数は18人、1保健所あたりの担当者数は2.00人±2.00であった。経験年数は22.78±8.70年、在宅医療推進事業の担当年数は1.61±0.85年であった。職種は保健師17名、医師1名、放射線技師1名であった。

(2) 連携レベル得点

①平成22年度と平成24年度の連携レベル（平均）

平成22年度に最も高かったのは、訪問看護2.86であり、続いて、地域包括支援センター2.43、医師会と歯科医師会は同得点で2.29であった。平成24年度に最も高かったのは、訪問看護3.78、医師会3.56、続いて病院3.11であった。平成22年度、平成24年度に最も低かったのは、共にケアマネジャーであった。

②平成22年度から平成24年度の連携レベル（平均）の推移

医師会が最も伸び率が高く1.56であった。次に高かったのはケアマネジャーの1.49、病院の1.45であった。

図表Ⅱ－１－１ 平成22年度から24年度の保健所と各機関(団体)との連携レベルの平均値の推移

	H22 ¹⁾		H24 ¹⁾		伸び率 ²⁾
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
医師会	2.29	0.76	3.56	0.53	1.56
訪問看護	2.86	0.69	3.78	0.44	1.32
病院	2.14	0.69	3.11	0.60	1.45
薬剤師会	2.14	0.69	2.67	0.71	1.24
歯科医師会	2.29	0.76	2.89	0.78	1.26
地域包括支援センター	2.43	0.79	3.00	0.71	1.24
ケアマネジャー	1.71	0.49	2.56	0.73	1.49

1): H22はデータが得られなかった2カ所を除いた7カ所で算出、H24は9カ所で算出

2): 伸び率は、H24の平均値をH22の平均値で除して算出

③協働の促進要因と阻害要因

医師会は、最も伸び率が高く、平成24年度では9カ所中5カ所の保健所が4点を付けていた。その促進要因を見ると、「在宅医療に熱心な医師がいる」等が挙げられていた。保健所の働きかけでは「協議会やケースを通じて在宅医療の目的や課題を共有したこと」や、「協議会の医師の人数を増やす」ことが促進要因となっていた。

阻害要因は、「在宅医療推進の目的や考え方を共有するのが難しい」等が挙げられた。

訪問看護は、平成22年度の得点が元々高かったため、伸び率は高くなかったが、9カ所中7カ所が4点を付けていた。促進要因には、「訪問看護ステーションの連絡協議会が定期的開催されている」「リーダーシップをとる訪問看護ステーションがある」「在宅医療に熱心な訪問看護師がいる」等があった。保健所の働きかけでは、「訪問看護ステーションの連絡協議会がない場合は、立ち上げを支援する」「保健所が訪問看護ステーション連絡協議会に参加し、意見交換や情報提供を行っている」「在宅医療の課題を共有する」「研修会を協働で開催する」等が促進要因となっていた。

阻害要因は、「訪問看護ステーションが小中規模であるため、管理者やスタッフの入れ替わりが多いところもある」「訪問看護ステーションが住民に知られていないためアピールが必要」「訪問看護ステーション同士に競合関係がある」等であった。

病院は、比較的伸び率が高く、9カ所中2カ所で4点が付いていた。促進要因には、「がん拠点病院が管内にあり、病院が地域と連携していくべきという意識

がある」「ホスピス病棟を持つ病院や、レスパイトケアを受け入れる病院が、在宅医療への意識が高い」「同一法人内に病院・訪問看護がある」「地域連携室の理解がある」等があった。また保健所の働きかけでは、「病院が主催する勉強会に積極的に参加した」「事例検討会を通じて課題を一緒に探った」「地域に在宅医療に熱心な医師がいることを伝えた」「研修会を開催する」であった。

阻害要因は、「管内にがん拠点病院がない」「在宅医療に保健所が取り組むことの意義に理解してもらうのが難しい」等であった。

薬剤師会と歯科医師会は、伸び率は1.24、1.26と他の関係機関と比べて低い結果であった。連携レベルのばらつきは大きかった。促進要因としては薬剤師会も歯科医師会も「在宅医療に積極的である」ことは共通しており、歯科医師会については「以前から他の事業などで連携がある」ことが挙げられていた。また、歯科医師会については県が実施している「特殊歯科健診事業（心身障害者（児）の歯科健診）」が促進要因となっていた。

阻害要因は、「ケースを通じての関わりが少ない」等が挙げられていた。

地域包括支援センターは、同職種である保健師が所属していることから平成22年度の連携レベルは訪問看護に次いで高かった。促進要因として「他の事業でも連携がある」「同職種であるため話がしやすい」「保健所に協力的である」等が挙げられていた。また、保健所の働きかけでは、「研修会を協働する」「在宅医療の課題を共有した」等が促進要因であった。

阻害要因は、「在宅医療に関する知識や考え方について意見交換をする場がない」こと等が挙がっていた。

ケアマネジャーは、医師会の次に伸び率が高かったが、平成24年度の連携レベルの平均点は最も低かった。促進要因は、「在宅医療に積極的である」等であり、保健所の働きかけは「ケースや研修会を通じて在宅医療の課題共有を行った」、「協議会メンバーに加えた」等が促進要因であった。

阻害要因は、「ケアマネジャーの事業所や人数が多いため実態を把握することが難しい」、「スタッフの入れ替わりが激しいため、安定した連携が難しい」「個別ケースについては連絡を取り合うが、組織としてのつながりはあまりない」等があった。

上記の促進要因、阻害要因以外では、在宅医療連携拠点事業や、市のモデル事業、医師会主催の連携システム等、在宅医療推進事業と関連する多職種のネ

ネットワークがある地域があった。それは促進要因にも阻害要因にも挙がっていた。促進要因としては、「既存のネットワークの中で意見交換の場が持てる」こと、阻害要因としては、「既存のネットワークとの協働方法を見出すのに時間を要する」等があった。

また、住民に関する阻害要因として「経済的に厳しい家庭が多く、在宅サービスにお金を支払うことが難しい」ことが挙げられた地域もあった。

4) 考察およびまとめ

3年間の経過では、どの関係機関とも連携レベルは高くなっていた。これは、在宅医療推進事業の大きな成果といえる。その中でも、医師会との連携の促進は著しく、研修会や事例検討の開催、薬剤・衛生材料のシステム、バックベッド体制の構築等、ケアシステムの構築に向けて行動を起こしている保健所がほとんどであった。政策の後押しを考慮しても、保健所の役割は大きかったと言える。

訪問看護ステーションとは元々連携レベルが高かったが、連絡協議会がない地域は保健所が立ち上げを支援し、ほとんどの地域に訪問看護ステーションが連絡を取り合える仕組みができたことは成果であった。関係機関の中でも訪問看護ステーションは、在宅医療推進事業の対象事例に多く関わっているため、他機関との連携の促進にも貢献している地域が多かった。そのことを意図して保健所は戦略的に訪問看護ステーションの連携を促していた。

病院との連携の伸びも大きかった。保健所は、病院が主催する勉強会に積極的に参加したり、事業の説明に何度も出向いていた。これまでの保健所のイメージであった「監査する立場」を払拭し、「協働する立場」であることへの理解を得る働きかけが功を奏したと考える。

薬剤師会や歯科医師会については、連携の伸び率は低かった。しかし、いずれも在宅医療への関心は高い地域が多かった。阻害要因として他の関係機関よりもニーズが見えにくいこと等が挙げられていたことから、今後は、事例を積み重ね、より役割を具体的に示していくことが連携の促進につながると考えられた。

ケアマネジャーとの連携レベルは他の関係機関と比べると低かった。阻害要因として、認知症高齢者等への個別対応に追われて在宅医療への優先順位が低いこと等が挙がっていた。しかし、ケアマネジャーの連携レベルの伸び率は大きく、保健所はケアマネジャーを重要なキーパーソンであると考えていることは明らかであった。地域包括ケアを進めていく上でも、医療関係者だけでなく、

福祉との関係構築は大きな課題であるため、ケアプラン立案に携わるケアマネジャーとの連携をより強化していく必要がある。

また、医師会等が主催する、既存のネットワークやモデル事業は、促進要因にも阻害要因にもなっていた。ただ、ネットワークやモデル事業と目的の共有ができれば、大きな推進力になった地域もあったため、時間を要するが、検討を重ね連携することが効果的であると考ええる。また、政策的にも、地域包括ケアの推進が市町村にも求められているため、今後は市町村との連携や役割分担を具体的に議論していくことがさらに必要となるであろう。

1) 高橋紘士編「地域包括ケアシステム」オーム社, 2012. 筒井孝子執筆 「第3章 地域包括ケアシステムに関する国際的な研究動向」 pp50-51.

2) Ye C, Browne C, Grdisa V, et. al. Measuring the degree of integration for an integrated service network. *International Journal of Integrated Care*, 12(18), pp1-15, 2012.

2. 福岡県:地域住民の在宅療養意向とその関連要因

1) 研究背景と目的・対象地域の概要

国民の 66.3%が終末期を在宅で過ごすことを希望している。一方、そう希望した者の約 66%は自宅で最期まで療養することを実現困難だと認識している。地域住民の多くが終末期在宅療養をより実現可能なものと認識することは、そこに住む住民が実際に終末期在宅療養に臨むことを促進する可能性があると考えた。本研究は、高齢者の一般的な終末期療養について、住民の実現可能性の認識に着目し、その関連要因を明らかにすることを目的にした。これにより、地域住民の多くが終末期在宅療養をより実現可能なものと認識するための具体的な介入策を検討した。

2) 調査方法

(1) 研究デザイン

自記式質問紙調査による横断研究とした。

(2) 対象地域の概要

調査は、以下の 2 地域（福岡県久留米市、および添田町）で行った。対象地域を含む福岡県平均の在宅死亡率は 8.7%である。

○久留米市:人口約 30 万人、総面積 229.8 km²、可住面積 193.4 km²、高齢化率 19.3%、在宅死亡率 11% (2012 年 10 月 1 日時点)。

○添田町:人口約 1 万 2 千人、総面積 132.1 km²、可住面積 22.2 km²、高齢化率 32.3%、在宅死亡率 5% (2012 年 10 月 1 日時点)。

(3) 調査対象者

2012 年 9 月 1 日時点で、久留米市および添田町に住民票がある 20～79 歳の住民を対象とした。

(4) 調査対象者の選定

各自治体で住民基本台帳を用いて 20～39 歳、40～59 歳、60～79 歳の 3 区分からそれぞれ住民 600 名を無作為に抽出し、計 1800 名 (2 地域で計 3600 名)を調査対象とした。除外基準は外国人国籍の者とした。

(5)調査手順

2012年9月に無記名自記式質問紙、趣意書、返信用封筒を対象者宅に郵送した。対象者の抽出と宛先の転記を研究協力者である久留米市および添田町の自治体職員、質問紙の発送作業を研究者が行った。対象者は回答した質問紙を返信用封筒に厳封し、所属する自治体宛てに返送した。回収した質問紙は自治体職員が研究者に転送した後、研究者によって開封された。質問紙を郵送した6週間後に回収を打ち切った。

調査票の作成は研究者間で内容を検討し、2012年8月、福岡県内の一般住民20名を対象に予備調査を行った。さらに久留米市および添田町の保健師3名の意見を基に質問紙を修正した。

(6)分析方法

地域ごとに、終末期在宅療養を実現可能と認識する人の特徴を明らかにするため、対象者の基本属性、終末期在宅療養の実現可能性の認識に関連すると考えられる各変数を独立変数、終末期在宅療養の実現可能群、実現不可能・不明群の2値変数を従属変数とし、ロジスティック回帰分析を行った。

3)結果

(1)調査票配布数および回収数・有効回答数

1800票ずつ配布した質問紙のうち、久留米市19票、添田町99票が住所不明であった。調査票回収数のうち、終末期在宅療養の実現可能性の認識、年齢、性別が欠損であった久留米市48票、添田町44票を除き、久留米市の620票、添田町の493票を分析対象とした。

図表Ⅱ-2-1 調査票配布数および回収数・有効回答数

	調査票配布数	住所不定の者を除いた配布数	調査票回収数(%)	有効回答数(%)
久留米市	1800	1781	668 (37.5%)	620 (34.8%)
添田町	1800	1701	537 (31.6%)	493 (29.0%)

(2) 調査対象者の概要

対象者は 60～79 歳の者の割合が久留米市 39.8%、添田町 45.2%と多く、女性が約 6 割を占めていた。教育歴は大学以上の者が 15%程度、持ち家を持つ者が 80%程度であった。

図表Ⅱ-2-2 調査対象者の概要

		久留米市 (n= 620)	添田町 (n= 493)
年齢 (歳) (mean (SD))		54.7 (8.8)	55.3 (11.2)
年齢区分	20～39歳	160 (25.8)	102 (20.7)
	40～59歳	213 (34.4)	168 (34.1)
	60～79歳	247 (39.8)	223 (45.2)
性別	男性	249 (40.2)	182 (36.9)
	女性	371 (59.8)	311 (63.1)
教育歴	大学以上	102 (16.5)	66 (13.4)
	短大・高専・専門学校以下	512 (82.6)	425 (86.2)
居住環境	持ち家	468 (75.5)	409 (83.0)
	借家	148 (23.9)	76 (15.4)
経済状況	楽に生活できる・なんとか生活していける	499 (80.5)	383 (77.7)
	生活するのは難しい・生活するのは非常に困難	115 (18.5)	102 (20.7)

欠損は除く。表中の数字は、平均値±標準偏差(範囲) もしくは人数 (%)

(3) 終末期在宅療養の実現可能性の認識

終末期在宅療養を実現可能と回答した者は、久留米市で 117 名 (18.9%)、添田町で 68 名 (13.8%) であった。一方、実現不可能と認識した者は、久留米市で 324 名 (52.3%)、添田町で 304 名 (61.7%) であった。久留米市の方が、添田町よりも終末期在宅療養を実現可能と認識している者が多かった。

図表Ⅱ-2-3 終末期在宅療養の実現可能性の認識

	久留米市 (n= 620)	添田町 (n= 493)	<i>p</i>
実現可能	117 (18.9)	68 (13.8)	
実現不可能	324 (52.3)	304 (61.7)	.005 ^a
わからない	179 (28.9)	121 (24.5)	

欠損は除く。χ²検定

表中の数字は、平均値±標準偏差(範囲) もしくは人数 (%)

(4) 在宅療養支援サービスの認識

久留米市では、在宅療養支援サービスの全ての項目で、サービスがあると認識している者が、実現不可能・不明群に比べて実現可能群に多かった。

添田町では「自宅で療養する際に、気軽に相談できる所がある」、「自宅で療養することを支援する病院や診療所がある」、「自宅に往診してくれる医師がいる」と思う者が実現可能群に多かった。

図表Ⅱ-2-4 在宅療養支援サービスの認識

		久留米市 (n= 620)			添田町 (n= 493)		
		実現可能群 (n= 117)	実現不可能 ・不明群 (n= 503)	p	実現可能群 (n= 68)	実現不可能 ・不明群 (n= 425)	p
在宅療養支援サービスの認識							
自宅で療養する際に、気軽に相談できる所がある	そう思う	58 (49.6)	120 (23.9)	.000 ^a	24 (35.3)	75 (17.6)	.000 ^a
自宅で療養することを支援する病院や診療所がある	そう思う	64 (54.7)	112 (22.3)	.000 ^a	19 (27.9)	62 (14.6)	.006 ^a
自宅に往診してくれる医師がいる	そう思う	62 (53.0)	120 (23.9)	.000 ^a	26 (38.2)	90 (21.2)	.002 ^a
日中に看護師やヘルパーが自宅に訪問してくれるサービスがある	そう思う	78 (66.7)	245 (48.7)	.000 ^a	38 (55.9)	232 (54.6)	.875 ^a
夜間、早朝に看護師やヘルパーが自宅に訪問してくれるサービスがある	そう思う	40 (34.2)	85 (16.9)	.000 ^a	10 (14.7)	56 (13.2)	.750 ^a
24時間、電話一本で看護師が自宅に訪問してくれるサービスがある	そう思う	20 (17.1)	46 (9.1)	.014 ^a	5 (7.4)	26 (6.1)	.722 ^a
介護が必要な人が、朝から夕方まで過ごせる施設がある	そう思う	63 (53.8)	224 (44.5)	.050 ^a	32 (47.1)	196 (46.1)	.961 ^a
介護者に急な用事ができた場合などに、介護が必要な人が一時的に過ごせる施設がある	そう思う	56 (47.9)	154 (30.6)	.000 ^a	27 (39.7)	151 (35.5)	.525 ^a

欠損は除く。表中の値はn (%)もしくはMean (SD)を示す。

a χ^2 検定 b 対応のないt検定 c Fisherの直接確率検定

(5) 終末期在宅療養に関する認識

久留米市では、「終末期に自宅で医療を受けると、病院で医療を受けるよりも費用がおおおかかる」と思う者が実現可能群に少なかった。添田町では、「自宅での看取りは、良いイメージがある」と思う者が実現可能群に多かった。

図表Ⅱ-2-5 終末期在宅療養に関する認識

		久留米市 (n= 620)			添田町 (n= 493)		
		実現可能群 (n= 117)	実現不可能 ・不明群 (n= 503)	p	実現可能群 (n= 68)	実現不可能 ・不明群 (n= 425)	p
終末期在宅療養に関する認識							
自宅で死を迎えさせることは、家族が十分な医療を与えていないことになる	そう思う	2 (1.7)	28 (5.6)	.083 ^a	1 (1.5)	24 (5.6)	.232 ^a
診療所より大きな病院の方が質の高い医療を受けられる	そう思う	37 (31.6)	184 (36.6)	.338 ^a	28 (41.2)	149 (35.1)	.508 ^a
自宅での看取りは、良いイメージがある	そう思う	39 (33.3)	146 (29.0)	.337 ^a	34 (50.0)	108 (25.4)	.000 ^a
終末期に自宅で医療を受けると、病院で医療を受けるよりも費用が多かかる	そう思う	19 (16.2)	152 (30.2)	.002 ^a	13 (19.1)	85 (20.0)	.782 ^a
医師は、終末期医療や死について患者や家族と話すことを快く思わない	そう思う	7 (6.0)	57 (11.3)	.086 ^a	8 (11.8)	34 (8.0)	.327 ^a

欠損は除く。表中の値はn (%)もしくはMean (SD)を示す。

a χ^2 検定 b 対応のないt検定 c Fisherの直接確率検定

(6)在宅療養に関する情報・経験

久留米市では、最近5年間、居住する地域で、自宅で終末期の療養生活や最期を迎えた人を知っている者、介護経験のある者、が実現可能群に多かった。最近5年間に、近親者の死を経験したことがある者が実現可能群に少なかった。

添田町では、最近5年間に、居住する地域で、自宅で終末期の療養生活や最期を迎えた人を知っている者が実現可能群に多く、最近5年間に、近親者の死を経験したことがある者が実現可能群に少なかった。

図表Ⅱ-2-6 在宅療養に関する情報・経験

		久留米市 (n= 620)		p	添田町 (n= 493)		p
		実現可能群 (n= 117)	実現不可能 ・不明群 (n= 503)		実現可能群 (n= 68)	実現不可能 ・不明群 (n= 425)	
在宅療養に関する情報・経験							
最近5年間に、居住する地域の中で、自宅で終末期の療養生活や最期を迎えた人を知っている	知っている	30 (25.6)	80 (15.9)	.014 ^a	20 (29.4)	77 (18.1)	.029 ^a
介護経験	あり	72 (61.5)	257 (51.1)	.035 ^a	46 (67.6)	249 (58.6)	.164 ^a
最近5年間に、近親者の死を経験したことがある	あり	64 (54.7)	323 (64.2)	.045 ^a	37 (54.4)	283 (66.6)	.024 ^a

欠損は除く。表中の値はn (%)もしくはMean (SD)を示す。

a χ^2 検定 b 対応のないt検定 c Fisherの直接確率検定

(7)終末期の療養に関する地域の規範

久留米市では、地域の他者が「終末期の医療は病院で受けさせるべきと考えている」と思う者は実現可能群に少なく、「地域の方は家族の介護をする際に助けになってくれる」と思う者が実現可能群に多かった。添田町では、「地域の方は家族の介護をする際に助けになってくれる」と思う者が実現可能群に多かった。

図表Ⅱ-2-7 終末期の療養に関する地域の規範

		久留米市 (n= 620)		p	添田町 (n= 493)		p
		実現可能群 (n= 117)	実現不可能 ・不明群 (n= 503)		実現可能群 (n= 68)	実現不可能 ・不明群 (n= 425)	
終末期の療養に関する地域の規範							
終末期の医療は病院で受けさせるべきと考えている	そう思う	29 (24.8)	175 (34.8)	.032 ^a	21 (30.9)	159 (37.4)	.267 ^a
介護のために、看護師やヘルパーなど、家族以外の人を自宅に入れるのをわずらわしく考えている	そう思う	15 (12.8)	89 (17.7)	.185 ^a	7 (10.3)	79 (18.6)	.084 ^a
地域の方は、家族の介護をする際に助けになってくれる	そう思う	26 (22.2)	47 (9.3)	.000 ^a	26 (38.2)	66 (15.5)	.000 ^a

欠損は除く。表中の値はn (%)もしくはMean (SD)を示す。

a χ^2 検定 b 対応のないt検定 c Fisherの直接確率検定

(8) 終末期在宅療養の実現可能性の認識に関連する要因

ロジスティック回帰分析の結果、久留米市では、自宅で療養することを支援する病院や診療所があると思う者 (OR=3.28)、地域の人が家族の介護をする際に助けになってくれると思う者 (OR=2.09) ほど終末期在宅療養を実現可能と認識し、終末期の医療費は自宅の方が病院より高いと思う者 (OR=0.33)、近親者の死の経験がある者 (OR=0.55) ほど終末期在宅療養を実現可能と認識する者が少なかった。

添田町では、在宅看取りに良いイメージがある者 (OR=2.88)、地域の方は家族の介護をする際に助けになってくれると思う者 (OR=2.67) ほど終末期在宅療養を実現可能と認識し、近親者の死の経験がある者 (OR=0.52) ほど終末期在宅療養を実現可能と認識する者が少なかった。

図表Ⅱ-2-8 終末期在宅療養の実現可能性の認識を従属変数としたロジスティック回帰分析

	久留米市 (n= 561)		添田町 (n= 445)	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
在宅療養支援サービスの認識				
自宅で療養することを支援する病院や診療所がある ^{a)}	3.28 (1.94 - 5.53)	.000	1.44 (0.69 - 3.00)	.322
夜間、早朝に看護師やヘルパーが自宅に訪問してくれるサービスがある ^{a)}	1.29 (0.72 - 2.31)	.377	1.05 (0.45 - 2.45)	.904
介護者に急な用事ができた場合などに、介護が必要な人が一時的に過ごせる施設がある ^{a)}	1.44 (0.86 - 2.40)	.163	1.12 (0.60 - 2.10)	.709
終末期在宅療養に関する認識				
自宅での看取りは、良いイメージがある ^{a)}	0.95 (0.57 - 1.56)	.840	2.88 (1.58 - 5.23)	.001
終末期に自宅で医療を受けると、病院で医療を受けるよりも費用が多くなる ^{a)}	0.33 (0.18 - 0.61)	.000	0.65 (0.30 - 1.38)	.264
在宅療養に関する情報・経験				
最近5年間に、住んでいる地域で、自宅で終末期の療養生活や最期を迎えた人を知っている ^{b)}	1.40 (0.80 - 2.47)	.235	1.45 (0.74 - 2.84)	.270
介護経験 ^{c)}	1.63 (0.98 - 2.70)	.057	1.63 (0.86 - 3.10)	.131
最近5年間に、近親者の死を経験したことがある ^{c)}	0.55 (0.34 - 0.89)	.015	0.52 (0.29 - 0.93)	.028
終末期の療養に関する地域の規範				
終末期の医療は病院で受けさせるべきと考えている ^{a)}	0.70 (0.42 - 1.19)	.193	0.74 (0.40 - 1.38)	.350
地域の方は、家族の介護をする際に助けになってくれる ^{c)}	2.09 (1.11 - 3.90)	.021	2.67 (1.40 - 5.08)	.003
基本属性				
年齢 (歳)	1.01 (0.99 - 1.03)	.103	1.01 (0.99 - 1.03)	.164
性別：男性 ^{d)}	1.67 (1.01 - 2.78)	.045	1.25 (0.68 - 2.31)	.462
教育歴：大学生以上 ^{e)}	0.91 (0.49 - 1.69)	.783	1.46 (0.69 - 3.05)	.313
居住環境：持ち家 ^{f)}	1.67 (0.91 - 3.07)	.094	0.68 (0.30 - 1.54)	.360

ロジスティック回帰分析：「実現可能」=1, 「実現不可能・不明」=0, OR: Odds ratio CI: Confidence interval

a) reference: そう思わない

b) reference: 知らない

c) reference: ない

d) reference: 女性

e) reference: 大学生未満

f) reference: 借家