

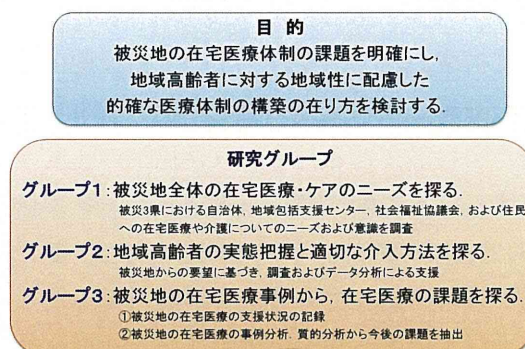
A. 研究目的

研究班全体では、在宅療養の阻害要因を包括的に抽出し、被災地の課題と合わせ、解決への論点整理を行い、系統的知識、実技、連携など、統合的在宅医療推進のノウハウの集大成を行う。本研究班（研究2）では、被災地の在宅医療体制の課題を明確にし、地域高齢者に対する地域性に配慮した的確な医療体制の構築の在り方を検討することを目的としている。本研究班は以下のように3グループで構成した。

グループ1：被災地全体の在宅医療・ケアのニーズを探ることを目的とし、被災3県の全ての居宅介護支援事業所、在宅療養支援診療所を対象として、高齢者の在宅生活継続を促進するために必要とされる医療と福祉の連携のあり方を、ケアマネジメントの立場から明らかにする調査を行った。

グループ2：地域高齢者の実態把握と適切な介入方法を探る。被災地からの要望に基づき、調査およびデータ分析による支援を行う。

グループ3：被災地の在宅医療事例から、在宅医療の課題を探る。①被災地の在宅医療の支援状況の記録、②被災地の在宅医療の事例分析。質的分析から今後の課題を抽出を行う。



B. 研究方法

(1) グループ1

1. 被災地における在宅医療・ケアの適切な利用に関する調査

a) 居宅介護支援事業所調査

対象 岩手県・宮城県・福島県の全居宅介護支援事業所 1,660 ヶ所（岩手県 404 ヶ所、宮城県 622 ヶ所、福島県 634 ヶ所）を対象とした調査票を用いた郵送調査を行った。調査対象の居宅介護支援事業所については各県のホームページで確認して調査対象名簿を作成した。

調査は自記式・無記名式の調査票を用いた郵送調査で、平成25年11月11日～11月30日にかけて実施した。おもな調査内容は、事業所概要、地域環境、社会資源、病院・診療所との連携、地域包括支援センターとの連携、ケアマネジメントの状況、在宅療養者の状況などである。

b)在宅療養支援診療所を対象とした調査（以下、支援診調査）

対象 岩手県、宮城県、福島県の全ての在宅療養支援診療所 408ヶ所（岩手県 89ヶ所、宮城県 138ヶ所、福島県 181ヶ所）を対象とした自記式による悉皆郵送調査を行った。調査は2014年1月24日から2月14日にかけて実施した。おもな調査内容は、診療所概要、地域環境、療養者数、看取りに関する説明の有無、多施設との連携、療養者の在宅生活などである。

2. 被災3県の一般住民を対象としたインターネットによる調査（以下、一般住民調査）

この調査は、被災3県に居住する20歳から74歳までのインターネット調査会社に登録しているモニター4689名に調査協力を依頼した。調査期間は2013年2月6日から2月12日まで実施した。おもな調査内容は、個人属性（社会経済状況）、社会生活に関する意識、健康・医療制度に関する意識、終末期意識などである。

(2) グループ2

被災地の医療機関や自治体、先行している研究チーム等との協力により実施。

1. 宮城県石巻市における仮設住宅疫学調査
2. 岩手県陸前高田市「第3回健康生活調査」個票を活用した疫学研究
3. 宮城県石巻市在宅被災世帯を対象とした疫学調査
4. 石巻市・宮城県岩沼市・岩手県大槌町で行われた仮設受託調査の比較分析・統合解析
5. 被災地住民のインターネット調査・石巻市仮設住宅調査等を用いた比較分析宮城県石巻市網地島において、島に暮らす認知症高齢者の在宅支援体制の構築を目的にケース検討会議、面接と訪問による相談を実践。支援期間は、平成23年11月8日より平成25年3月31日。

(3) グループ3

被災地における在宅医療の現状・課題と医療支援について

本年度は被災地における診療所における実践を通じて、発災前から発災後の在宅医療の現状とこの課題、医療支援のありかたについての検討を行った。

グループ1
1. 被災地における在宅医療・ケアの適切な利用に関する調査
対象：被災3県の全ての居宅介護支援事業所、在宅療養支援診療所を対象
2. 被災地の医療と暮らしに関する調査
対象：被災3県に在住する20歳～74歳までの住民4689名に調査協力を依頼。個人属性（社会経済状況）、社会生活に関する意識、健康・医療制度に関する意識、終末期意識など。

グループ2
被災地における仮設住宅等の疫学調査
1. 宮城県石巻市における仮設住宅疫学調査
2. 岩手県陸前高田市「第3回健康生活調査」個票を活用した疫学研究
3. 宮城県石巻市在宅被災世帯を対象とした疫学調査
4. 石巻市・宮城県岩沼市・岩手県大槌町で行われた仮設受託調査の比較分析・統合解析
5. 被災地住民のインターネット調査・石巻市仮設住宅調査等を用いた比較分析宮城県石巻市網地島において、島に暮らす認知症高齢者の在宅支援体制の構築を目的にケース検討会議、面接と訪問による相談を実践。支援期間は、平成23年11月8日より平成25年3月31日。

グループ3
被災地における在宅医療の現状・課題と医療支援について
被災地における診療所における実践を通じて、発災前から発災後の在宅医療の現状とこの課題、医療支援のありかたについての検討を行った。



(倫理面への配慮)

本研究実施にあたっては、厚生労働省が定める臨床研究に関する倫理指針を遵守する。具体的には得られた内容の事業所名、個人情報公表せず、単に質的評価後の総括的内容や数値のみの公表とする。

研究グループ1及び2については分担研究者の倫理委員会による承認後に調査を行った。

C. 研究結果

(1) グループ1

1. 被災地における在宅医療・ケアの適切な利用に関する調査

a) 居宅介護支援事業所調査

調査票の回収数は 828 票 (49.9%) であった。ただし、事業所が休止中など 5 票を無効票としたため、823 票 (49.6%) を分析対象とした。その結果、医療機関との連携が取れている事業所の方が、連携が取れていない事業所より、要介護高齢者等の病状悪化・機能低下時にも在宅生活の継続が出来ていることが明らかとなった。また、地域包括支援センターとの連携が取れている居宅介護支援事業所は、連携が取れていない事業所より、要介護高齢者等の病状悪化・機能低下時に在宅生活の継続が出来ていることが明らかとなった。

b) 支援診調査

2014年2月13日時点で84サンプルが回収された(回収率:21%)。ただし、2014年2月10日時点でデータ化された69サンプルを分析対象とした。

2. 一般住民調査では、2160サンプルが回収された(回収率:46%)。

支援診調査からは、連携の有無と在宅生活の良好さとの間に地域コミュニティは関連が見られなかったが、居宅介護支援事業所調査では、地域コミュニティにおける助け合い乏しいところは連携が重要であることが認められた。助け合いがある地域コミュニティの住民は自宅で最期を迎えたいと考えていたが、仮設住宅の住民は自宅以外で最期を迎えたいと

考えている対象者が多かった。

(2) グループ2

本年度は、それぞれの調査・研究から主に以下が明らかになった。

1) 仮設住宅における高齢者の抑うつリスクに外出機会の喪失が強く関連していた。外出や運動を阻害する要因として「行く場所がない」「交通が不便」「外出する気分にならない」「経済的理由」の関連が認められた。

2) 地理情報分析手法を用いて検討した結果、バス停や日用品販売場所から自宅までの距離が遠い（特に 800m 以上）高齢者ほど、外出が少なく閉じこもりのリスクが高かった。

3) 在宅被災者の調査により、地域の高齢化率が高いほど医療・メンタル・介護・住環境等について支援が必要な状態であること、社会的資源が得られていない者の抑うつリスクが高いことなどがわかった。

4) 複数の仮設住宅を比較分析したところ、どの仮設住宅でも一様に全国平均よりも抑うつリスク得点が高いこと、それらが様々な社会的支援の受領状況と関連している可能性が示された。

5) 終末期の過ごし方への意識について、地域における助け合いの意識が高いほど、自宅で最期を迎えたいと回答するものが多かった。

以上のように、東日本大震災被災地の高齢者における介護予防や在宅医療の普及上の課題について、特に抑うつ、閉じこもり、生活不活発といったリスクの側面から観察した。その結果、交通など生活に関する建造環境というハード面と社会的支援や社会的役割の欠如、地域のソーシャル・キャピタルといったソフト面の役割が浮きぼりになった。

南三陸町（発災 1 年 7 ヶ月後）における 40 歳以上の全町民調査(8,767 名)では、非要介護認定者 3,681 名の役 3 割で歩行困難が回復しないままであるなど、発災 7 ヶ月時点よりも増加していた。原因として、生活不活発病を主な原因としていた。このような生活機能の低下は仮設住宅の住民だけでなく、津波の直接的な被害のなかった場所の自宅生活者にも生じていた。今後の在宅医療においては ICF にたつ統合モデルとしての考え方に立つことが重要であると考えられた。

また、宮城県石巻市網地島において、島に暮らす認知症高齢者の在宅支援体制の構築を目的にケース検討会議、面接と訪問による相談を実践した。毎月 1 回のケース検討会議と必要に応じて実施される島内診療所での面接相談および高齢者宅への訪問を行った。平成 23 年 11 月 8 日～平成 25 年 1 月 22 日までに 15 回のケース検討会議を開催し、実人数 20 例の認知症関連疾患を有する高齢者の支援を行い、医療資源が乏しい過疎高齢地域における認知症高齢者の在宅支援モデルの構築を試みた。その結果、住民全体の認知症についての理解の促進をめざした普及啓発と、多職種チームによる認知症総合アセスメント、チーム員

会議、アウトリーチを基礎とする認知症の在宅支援体制づくりは、高齢化が急速に進行する震災被災沿岸地域（特に牡鹿地区）において実現可能なモデルと考えられた。

また、宮城県気仙沼市が設置した応急仮設住宅にすむ震災当時 65 歳以上であった住民に対する疫学調査では、ADL、運動機能、栄養、閉じこもり、認知機能、うつなどに関して、一般の非被災高齢者と比べて全般的に悪化している傾向がみられた。喫煙、飲酒、睡眠薬の消費も増加傾向がみられ、精神的な負荷の増大が示唆された。ストレスの指標であるK6スコアも一般値よりも高い傾向が認められた。

（3）グループ3

被災地における在宅医療の現状・課題と医療支援について

本年度は被災地における診療所における実践を通じて、発災前から発災後の在宅医療の現状とこの課題、医療支援のありかたについての検討を行った。

a)被災地（釜石、石巻）の医療・介護連携の実践と市民と協働しての地域包括ケアの取り組み

b)在宅看取りの阻害要因について検討

平成19年の調査研究とほぼ同じ内容で、宮城県内の病院の医師、総看護師長、地域連携室を対象に、東日本震災を経た6年の間の変化について比較調査を実施した。平成25年調査では、他病院転院の割合が減ったものの、退院施設以外の医師が主治医となって在宅療養を行う割合は依然として2割にとどまっていた。この結果、病院の医師、看護師が、在宅医療の良さを十分認識し、患者の退院後の生活について詳細に説明することが、在宅看取りを推進する要因であると考えられた。

D. 考察

グループ1 東日本大震災で大きな被害を受けた岩手県・宮城県・福島県の居宅介護支援事業所を対象として、要介護高齢者等の病状悪化・機能低下時の在宅生活継続に関連する要因を検討した。

病院・診療所との連携は8項目について聞いたところ、7項目において病院・診療所と連携できている方が、在宅生活継続ができるという回答が有意に多くなっていた。このことから、在宅生活継続における病院・診療所との連携の重要性が確認された。

一方、地域包括支援センターとの連携をみると、15項目（その他を除く）の内、8項目において連携できている方が、在宅生活継続ができるという回答が有意に多くなっていた。要介護高齢者等の在宅生活の中断は病状悪化など本人の問題だけでなく、家族介護者の介護困難、病気、虐待・不適切な介護など様々な問題が関係していると考えられる。そのため地域包括からのケアマネジメント支援を活用できている事業所の方が、様々な事態に対応し易くなる可能性があり、それが在宅生活継続に繋がっていると考えられる。事実、地

域包括支援センターが併設されている事業所の方が連携を取りやすく、病状悪化・機能低下時にも在宅生活を継続できていた。

また、事業所に在宅での看取りを経験した介護支援専門員がいると、要介護高齢者等の病状悪化・機能低下時に在宅生活を継続し易いことが示された。在宅での看取りを経験することにより多くの経験を積んで介護支援専門員の専門性が向上すると考えられる。さらに事業所に在宅での看取りを経験した介護支援専門員がいると、その知識や経験が共有され、在宅での看取りを経験したことの無い介護支援専門員も病状悪化・機能低下時に対応し易くなる可能性がある。

グループ 2 では震災後年単位の時間が経過してなお、健康面、社会生活面、社会経済面、地域環境面において、仮設住宅で生活する高齢者に多くの課題が存在することが明らかになった。このことから、今後長期にわたりの確かな調査を実施しつつ、必要な支援策、まちづくり政策を実施していき、その成果の評価と新たな課題の抽出に役立てていく必要がある。

また、グループ 3 による被災地の事例検討により、被災直後に関わらず、地域医療の構築がなによりも重要である事が示された。特に在宅医療を継続し支えてゆく多職種連携機能や病院機能、さらにいうと病院医療スタッフの在宅医療に向けての意識変容が重要であることも示された。この方策として、被災地支援の多職種を統合するコーディネーターやプラットフォームが必要であることが示された。

E. 結論

本研究班は 3 グループで構成した。グループ 1 では被災地全体の在宅医療・ケアのニーズを探ることを目的とし、被災 3 県における自治体、地域包括支援センター、社会福祉協議会、および住民への在宅医療や介護についてのニーズおよび意識調査を行った。グループ 2 では被災地からの要望に基づき、調査およびデータ分析による支援を行った。グループ 3 では本年度は被災地における診療所における実践を通じて、発災前から発災後の在宅医療の現状とこの課題、医療支援のありかたについての検討を行った。

東日本大震災被災地の高齢者における介護予防や在宅医療の普及上の課題について、特に抑うつ、閉じこもり、生活不活発といったリスクの側面から観察した。その結果、交通など生活に関する建造環境というハード面と社会的支援や社会的役割の欠如、地域のソーシャル・キャピタルといったソフト面の役割が浮きぼりになった。

これらの対応には見守りや虚弱高齢者の早期発見、閉じこもりに対するソーシャルネットワークの構築等、フォーマル、インフォーマルサポートによる地域包括ケアの充実が必要であると考えられた。これらの結果より、日常の地域包括ケアの構築が、震災時の対応に

最も有力であることが示唆された。

研究3、4 テキスト作成および評価と研修の実施

在宅拠点が具備すべき要素の抽出:平成24年度在宅医療連携拠点事業終了1年度の評価

我々は、H24年度在宅医療連携拠点事業所（以下在宅拠点）105の活動性の評価から、H24在宅拠点の在宅医療多職種連携会議等の活動性は高いが、地域資源の把握・開拓、在宅看取り、24時間体制、かかりつけ医の在宅医療参入、市町村・医師会から在宅拠点への補完機能が低いことを明らかにした。

また、在宅拠点の活動が一過性ではなく、全国の在宅医療の均霑化に寄与するか検証がなされておらず、事業終了1年後の活動状況の検討が課題であった。

そこで本研究は、在宅拠点事業終了1年後の活動状況を把握することを目的に、H25年度事業継続無のH24在宅拠点81（77%）を対象とした活動性の調査を行い37（46%）より回答を得た。主体の内訳は、病院17、診療所8、訪問看護ステーション2、医師会3、行政3、他4から回答を得た。在宅拠点活動の継続は23（62%）、未継続は13（35%）、その理由は、自己資金で独自活動の実施5、資金確保困難と人材確保困難が各々2、他8、無回答1であった。

客観的指標回答割合は構造指標83.8%、過程指標81.1%、結果指標64.9%であった。対象の2年間の在宅医療連携活動の構造指標・過程指標・結果指標の実施割合がほぼ同程度であったことから、在宅拠点活動の継続性を有すると考える。しかしながら、客観的な各指標について詳細な分析と指標の妥当性の検討が今後の課題である（鳥羽、大島浩子）。

被災地の再生を考慮した在宅医療教育に関する研究：在宅医療教材の評価

2014年2月17日現在で34か所から回答があり、速報ながら結果を報告する。全て診療所からの回答で、東日本大震災の際に、在宅医療を推進する上で被害を受けたと回答した診療所は14件（41.18%）であった。

DVD全体に関する評価（有効回答数32）は概ね良好であった。全体的な出来に関して、31件が良い（「非常に良い=12」「良い=19」）と回答していた。各DVDも高い評価を受け、「Ⅰ.在宅医療の心と技」と「Ⅱ.在宅医療の実際」は全員が「非常に良い」「良い」と評価しており、「Ⅲ.病状変化への対応」も34件中33件が「非常に良い」「良い」と評価していた。

各DVDの長さに関しても、全て8割以上が「ちょうどよい長さである」と回答しており、長さも適度であった。ただし、全体になると「長い」との回答が3割を超え、全体としての長さは若干長いと感じるものとなっていたといえる。

「被災地医療に参考になるか」という問に対しても、全体では有効回答の 68.75%、「Ⅰ. 在宅医療の心と技」は 73.53%、「Ⅱ. 在宅医療の実際」は 76.47%、「Ⅲ. 病状変化への対応」は 79.41%が、「非常に参考になる」「参考になる」と回答していた。これは被災状況の有無による t 検定による比較を行っても、有意な差は見られず、一般的に被災地医療の参考になると評価を受けたものと考えられる。有意差はないが、特にⅢ. 病状変化への対応への評価が高く、在宅医療における病状悪化時のノウハウは、被災地医療に貢献する可能性が示された（太田、和田）。

在宅療養支援診療所を対象とした在宅医療教育に関する調査

全国の在宅療養支援診療所管理者に対して、被災地の再生に資する在宅医療の妨げになる事柄について、特に教育に焦点をあて、その認識を調査した。全国 13012 ヶ所の在宅療養支援診療所にアンケートを送付し、2541 ヶ所の管理者から回答を得た（回収率 19.5%）。

回答した診療所のうち約 5%は調査時点で訪問診療を実施していなかった。

在宅医療開始のハードルとしては医学教育が行われないことが重要な要素と考えられた。在宅医療継続のハードルは 24 時間対応の困難が非常に大きな要素であった。

患者紹介ビジネスは広範に在宅療養支援診療所管理者に接触を行っていた。

また、被災地の特殊性にあわせた在宅医療の再生を行うことの必要性が示唆された（和田、太田）。

拠点教育システムに関する研究

本研究では、千葉県柏市を中心に開発した地域単位の在宅医療研修プログラムを汎用化するためのツールとして、研修運営手順を示した「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 研修運営ガイド」を、国立長寿医療研究センター、東京大学高齢社会総合研究機構、公益社団法人日本医師会、厚生労働省の四者名義により、H25 年 12 月に完成させた。さらに、H26 年 2 月には「在宅医療多職種研修会のモデル地域養成検討会（仮称）」を開催し、全国 15 地域の関係者による積極的な意見交換を通じて、同ガイドに示されたプログラムをはじめとする地域単位の在宅医療研修の枠組みが全国に普及していくための端緒を与えることができた。今後ともこの取り組みが継続されるよう、地域を超えた意見交換の場の設定や資料の更新が重要と考えられる（飯島、辻、吉江、土屋）

認知症高齢者グループホームにおける終末期ケアに関する教材作成と評価

研究 4 では、在宅医療を推進するためには、誰が教育をするのか、誰を教育するのか、どのような仕組みで、どんな教材を使用して、いつ、どこで、どこまでおこなうかが研究

課題であり、本班では、認知症対応型グループホームを在宅医療・ケアの場の一つと捉え、グループホームの職員を対象に、多職種連携のニーズが高い終末期ケアに関する教材作成と教育方法の検討を行った。

作成した教材を用いた講義と事例検討会を組み合わせた教育を行った結果、最終的な分析になお、時間を有するものの、おおむね理解が得られ、事例検討が有効である可能性が示唆された（百瀬）

在宅で多い課題である排泄ケアテキストの作成

在宅医療において、排尿障害を有する高齢者の適切な排尿管理を行うためには、多職種連携が必要となるが、特に在宅看護・介護に関わる専門コメディカルが排尿管理に必要な基本的知識と技術を身につけることが必須となる。本研究では、看護・介護専門職が、排尿管理に関して具備すべき下部尿路の解剖・生理、排尿障害の診断・治療に関する医学的事項、およびアセスメント、対処に求められる知識と技術を教育するためのテキスト案を作成した（後藤）

ICF ステージングを用いた高齢者の状態の変化についての把握法の検討

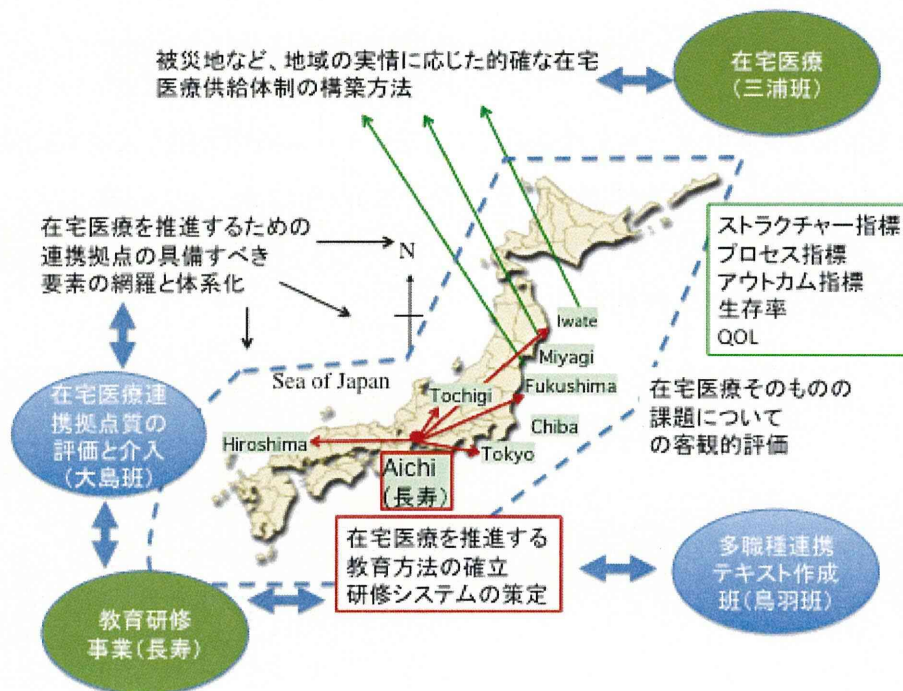
介護の質の評価手法として、利用者の状態の改善や悪化を評価すべきであるという意見があったが、要介護認定や、身体自立度等は状態の変化の測定が困難であった。老人保健施設協会は多職種協働によるケアマネジメント手法 R4 方式を開発している。今回 R4 システムに用いられている ICF ステージングを用いて、利用者の変化を捉えるための要約指標を作成し、その妥当性について検討した。

対象は1年間追跡可能であった3762例である。まず主成分分析の結果から、5つの要約指標を作成した。すなわち1 移動およびADL、2 食事およびセルフケア、3 認知機能、4 周辺症状、5 社会参加である。

これらの指標のうち5 社会参加を除いた4 指標について、変化に対する感度、特異度検討した。変化の基準としてのGolden Standardには、「この1年間に移乗や起居といった基本動作に変化はありましたか」等を基本動作、歩行、認知機能といった主な領域ごとに「改善、変化なし、悪化」を把握した。

1年間の追跡結果から変化に対する特異度、感度をROC曲線の下面積として評価した結果、作成した要約指標は、要介護認定、身体自立度、認知症自立度よりROC曲線下の面積が広く、目的に応じて利用者の変化を把握できることが明らかになった。また、認知症短期集中リハや、多職種協働によるリハビリテーションの効果をよりの確にとらえることができることが明らかになった（大河内）。

本研究と他の研究との棲み分け、関連性



健康危険情報

なし

研究発表

1. 論文発表

- 1) 三澤仁平、菊地和則、大塚理加：市町村からみた東日本大震災後の高齢者に関する課題－被災地における在宅医療・ケアの適切な利用に関する調査より－. Geriat Med. 52(2):141-145. 2014.
- 2) 近藤尚己：東日本大震災復興期における高齢者の健康状態および社会参加状況に関する調査結果. Geriat Med. 52(2):147-151. 2014.
- 3) 大塚理加：仮設住宅居住高齢者における介護リスクとソーシャルサポートの関連. Geriat Med. 52(2):153-156. 2014.
- 4) 山崎幸子：仮設住宅入所高齢者における閉じこもり、うつ傾向の出現割合と関連要因. Geriat Med. 52(2):161-164. 2014.

2. 学会発表

- 1) Ohshima H, Toba K, Yamamoto S, Suzuki T, Ohshima S: Evaluation of activities of

home health care liaison centers of 105 nationwide for 2012 in Japan. 9th
International Nursing Conference & 3rd World Academy of Nursing Science. October
18, 2013, Seoul, Korea.

関連事業

- 1) 平成 25 年度厚生労働省委託事業. 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業. 在宅医療・介護連携推進事業研修会. 東京. 2013 年 10 月 22 日.

知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

Ⅱ. 分担研究報告

研究 1

研究1 在宅医療そのものの課題に挑む

1-1) 在宅医療のQOL

1-1-1) 在宅医療QOLに関する文献システマティックレビュー (秋下)

厚生労働科学研究費補助金 (地域医療基盤開発推進研究事業)

分担研究報告書

在宅医療に関するエビデンス集積のための系統的レビュー

研究分担者 秋下雅弘 東京大学大学院医学系研究科加齢医学 教授

研究要旨: 在宅医療の阻害要因の一つとして、有効性等のエビデンスが乏しいと一般に考えられており、ガイドラインもないことが挙げられる。そこで、在宅医療に関する研究論文から系統的レビューの手法を用いてエビデンスを抽出、集積することを試みた。12の疾患・病態を選定し、介入方法と効果について共通キーワードを設定した上で、Medline, Cochrane, 医中誌の3データベースからテストサーチ、文献の一次選択の後、採択論文について構造化抄録の作成を行った。一次選択論文数は2366 (197/病態)、採択論文数は553 (46/病態)であった。構造化抄録の途中集計からは、疾患・病態によっては在宅医療のメリットがあるようだが、一般的にエビデンスは限定的であると考えられた。

A. 研究目的

在宅医療の阻害要因には様々なものがあるが、その一つとして、病院や介護施設での医療に比べてエビデンスに乏しくガイドラインも確立されていないという指摘が挙げられる。その背景として、現代在宅医療の歴史が浅く、これまでに十分な研究が行われていないことが考えられる。そこで、在宅医療に関する研究論文から系統的レビューの手法を用いてエビデンスを抽出、集積することを試みた。

B. 研究方法

まず、どのようなリサーチクエスション (RQ) を立てて文献検索を行うべきか、在宅医療の現場で診療に当たる医師数名から意見を聴取した。その結果、高齢者在宅医療は非常に幅広い領域をカバーしているため、specificなRQを立てて網羅的な検索を行うのは難しいと判断し、以下の疾患・病態、介入方法、効果について検索式を立て、検索にかかった論文から構造化抄録を作成してそれをサマリーにまとめる方法を取ることとした。

疾患・病態は以下の12項目とし、9名で分担した。

1. 認知症
2. うつ病
3. 脳血管障害
4. 神経疾患 (認知症を除く)
5. 運動器疾患; 骨粗鬆症、変形性関節症、大腿骨頸部骨折、脊椎圧迫骨折

6. 臓器不全；慢性心不全、慢性呼吸不全、慢性腎不全、肝硬変
7. 悪性腫瘍
8. 褥瘡：国立長寿・古田先生
9. 老衰・衰弱、低栄養
10. 嚥下障害：国立長寿・杉浦先生
11. 排尿障害・排便障害
12. 急性疾患；肺炎、尿路感染症、脱水、外傷

続いて、介入方法は、訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護、訪問薬剤指導、訪問栄養指導、訪問リハビリテーション、ケアマネジャーによる在宅療養支援を疾患・病態に共通したキーワードとし、全てを or で括って検索した。効果は、救急外来受診、入院、在宅死・看取り、在宅療養期間、合併症発症、薬剤数、患者 QOL・ADL、介護者 QOL、医療コストを同様に疾患・病態に共通したキーワードとし、全てを or で括って検索した。

使用した文献データベースは、Medline, Cochrane, 医中誌の3つで、すべて1990年以降の論文を対象とした。各疾患・病態について文献数が100~200程度になるように調整しつつテストサーチを行い、タイトルから明らかに関係のない論文を除外して一次選択論文とした。次に、一次選択論文の抄録を読んで採択論文を選定した。続いて、採択論文を入手して精読の上、構造化抄録を作成した。以上の作業に関して、検索式の作成、文献検索、検索論文の管理等の補助作業は一般財団法人 国際医学情報センターに委託して行った。

(倫理面への配慮)

公開されている文献を基にした系統的レビューなので該当事項はない。

以上から検索した文献の数と種類をエクセルで示す

| 項目 | 担当 (敬称略) | 合計 | 採択論文数 | | | |
|---|-----------------|------|---------|----------|-----|-----|
| | | | MEDLINE | Cochrane | 医中誌 | 合計 |
| 1 認知症 | 木棚 究 | 262 | 28 | 14 | 21 | 63 |
| 2 うつ病 | 山賀 亮之介 | 198 | 21 | 14 | 14 | 49 |
| 3 脳血管障害 | 七尾 道子 | 159 | 33 | 2 | 36 | 71 |
| 4 神経疾患 (認知症を除く) | 木棚 究 | 263 | 13 | 2 | 3 | 18 |
| 5 運動器疾患: 骨粗鬆症 変形性関節症 大腿骨頸部骨折 脊椎圧迫骨折 | 山賀 亮之介 | 217 | 11 | 12 | 12 | 35 |
| 6 臓器不全: 慢性心不全 慢性呼吸器不全 慢性腎不全 肝硬変 | 石井 正紀 | 221 | 10 | 2 | 2 | 14 |
| 7 悪性腫瘍 | 石井 正紀 | 149 | 7 | 0 | 4 | 11 |
| 8 褥瘡 | 古田 勝経 (国立長寿) | 65 | 14 | 2 | 15 | 53 |
| 9 老衰・衰弱 低栄養 | 矢可部 満隆 | 286 | 51 | 17 | 9 | 77 |
| 10 嚥下障害 | 杉浦 彰子 (国立長寿) | 171 | 39 | 6 | 27 | 67 |
| 11 排尿障害・ 排便障害 | 石井 伸弥 | 183 | 8 | 4 | 5 | 17 |
| 12 急性疾患: 肺炎 尿路感染症 脱水 外傷 発熱 | 田宮 寛之 | 192 | 28 | 20 | 30 | 78 |
| | | 2366 | | | | 553 |

来年度は、これらの構造化抄録を作成し、学会発表や一般公開を行う予定。

1-1-2-1) 在宅医療 QOL 指標の開発 (葛谷)

厚生労働科学研究費補助金 (地域医療基盤開発推進研究事業)

分担研究報告書

「在宅医療における終末期の QOL に関する研究」

研究分担者 葛谷 雅文 名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学 教授
研究協力者 梅垣 宏行 名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学 講師

研究要旨

在宅医療を行う上で、患者の **Quality of life (QOL)** を維持・向上させることは重要であり、QOL の評価が必要であるが、特に患者本人から正確な評価を聴取することが難しい患者の QOL の評価法はなく、また、多岐にわたる背景疾患をもつ在宅患者全体を評価しうる評価法には定まったものがない。昨年の研究で我々は、在宅医療をうける高齢者の QOL を評価・測定するためのアセスメントツールを開発した。本年度は研究では、新たに作成したアセスメントツールを患者本人と介護者の両方に同時に使用し、一致率について検討した。

介護者と本人の回答について比較したところ、両者評価得点には有意な相関がみられた。しかし、介護者の評価得点は、本人よりも有意に低かった。今後、その原因にかかわる因子を検討し、さらに改良を加えていく必要がある。

A. 研究目的

高齢化の進む我が国において、医療は必要であるが医療機関を受診することが困難な患者は増加している。そのニーズを満たすために在宅医療が改めて見直されている。在宅医療を行う上で、患者の **Quality of life (QOL)** を維持・向上させることは重要であると考えられ、そのためには QOL の評価が必要であるが、特に患者本人から正確な評価を聴取することが難しい患者の QOL の評価法はなく、また、多岐にわたる背景疾患をもつ在宅患者全体を評価しうる評価法には定まったものがないため、在宅患者の QOL の評価は困難な状況である。そこで、昨年度我々は、在宅医療をうける高齢者の QOL を評価・測定するためのアセスメントツールを開発した。本年度はの研究では、新たに作成したアセスメントツールを患者本人と介護者の両方に同時に使用し、一致率について検討した。

B. 研究方法

昨年度作成した QOL 評価ツール (表 1、表 2)。を用い、在宅医療をうけている患者のうち、本ツールへの回答が可能と主治医が判断したものうち、本人とその主介護者から同意の得られた 46 組に評価を実施した。

表1 本人用

QOL調査票（介護者用）

調査票番号:

患者氏名: _____ 施設名: _____

記入日: 年 月 日

| | そう 思わない | あまり そう思わ ない | どちらと もいえな い | やや そう思う | そう思う |
|---|------------|-------------------|-------------------|------------|------|
| (1) 穏やかな気持ちで過ごせているようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (2) 人として大切に扱われていると感じているようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (3) 充実した人生だったと感じているようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (4) 体の苦痛がなく過ごせているようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (5) 楽しみになるようなことがあるようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (6) 家族、友人との時間を十分に持てているようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (7) 思い出やこれからのことを話す相手がいる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (8) おいしく食べられるものがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (9) 医師・看護師・療法士を信頼しているようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (10) 望んだ療養場所で過ごせているようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (11) 落ち着いた環境で過ごせているようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (12) トイレには困っていないようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (13) 今の病状ならば入院するよりも在宅生活を続けたいと思っている ようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (14) 介護サービスや在宅診療(看護)に満足しているようだ | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 |

表2 介護者用

QOL調査票（介護者用）

調査票番号:

患者氏名: _____ 施設名: _____

記入日: 年 月 日

| | そう 思わない | あまり そう思わ ない | どちらと もいえな い | やや そう思う | そう思う |
|---|------------|-------------------|-------------------|------------|------|
| (1) 穏やかな気持ちで過ごせているようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (2) 人として大切に扱われていると感じているようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (3) 充実した人生だったと感じているようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (4) 体の苦痛がなく過ごせているようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (5) 楽しみになるようなことがあるようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (6) 家族、友人との時間を十分に持てているようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (7) 思い出やこれからのことを話す相手がいる | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (8) おいしく食べられるものがある | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (9) 医師・看護師・療法士を信頼しているようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (10) 望んだ療養場所で過ごせているようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (11) 落ち着いた環境で過ごせているようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (12) トイレには困っていないようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (13) 今の病状ならば入院するよりも在宅生活を続けたいと思っ ている ようだ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (14) 介護サービスや在宅診療(看護)に満足しているようだ | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(倫理面への配慮)

結果については連結可能匿名化を行い、連結表についてはデータと別に鍵のかかる引き出しに保管した。統計解析については、匿名化した状態でおこなった。

C.研究結果

本人の評価得点と介護者の評価得点には、有意な相関 ($P=0.002, r^2=0.442$) を認めた。

図 1

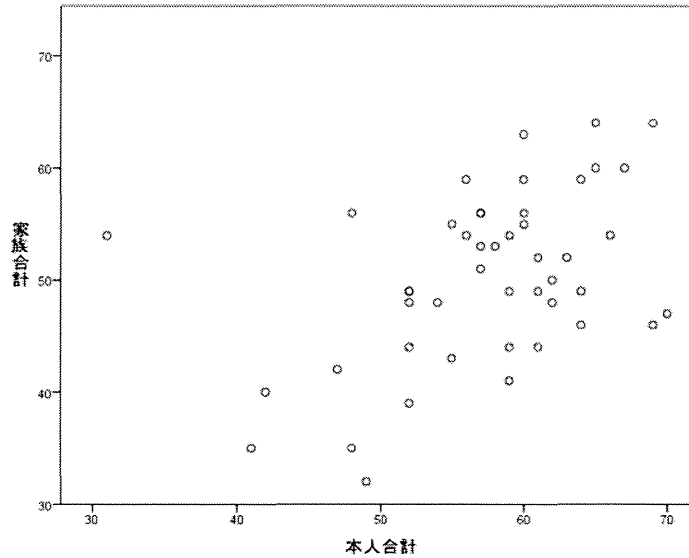


表 3 本人評価 30 点未満を除外

相関係数

| | | 家族合計 | 本人合計 |
|------|---------------|--------|--------|
| 家族合計 | Pearson の相関係数 | 1 | .442** |
| | 有意確率 (両側) | | .002 |
| | N | 46 | 46 |
| 本人合計 | Pearson の相関係数 | .442** | 1 |
| | 有意確率 (両側) | .002 | |
| | N | 46 | 46 |

** 相関係数は 1% 水準で有意 (両側) です。

しかしながら、本人の評価得点 57.3 ± 7.8 に対して、介護者の評価得点は 50.4 ± 7.7 であり、対応のある t 検定では、有意に介護者の評価得点が低かった。

D.考察

在宅医療をうける患者の QOL を評価するために、新たなアセスメントツールを作成し、実際に使用した。

本人の評価と介護者の評価の間には、有意な相関が認められ、介護者の評価によって、患者本

人のQOLをある程度推測できる可能性が示唆された。

今後は介護者の評価が低くなる要因の検討を行ったうえで、より検討を重ねていく必要がある。

E.結論

在宅患者のQOL評価のためのアセスメントツールを新たに作成した。このツールによる評価では、介護者と被介護者の間の評価に有意な相関が得られ、介護者の評価によって在宅医療を受ける患者のQOLを評価できる可能性が示唆された。

健康危険情報

なし

F.研究発表

なし

G.知的財産権の出願・登録状況

なし

1-1-2-2) 在宅医療はQOLを改善するかー在宅療養継続者の基礎データ (H24 再掲)

厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業
(国立高度専門医療研究センターによる東日本大震災からの医療の復興に資する研究)
「被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究」(H24-医療-指定-005 (復興))
分担研究報告書

在宅医療そのものの課題についての客観的評価に関する研究
大島浩子・(独) 国立長寿医療研究センター長寿看護・介護研究室長

【研究目的】高齢者の効果的な在宅療養支援方法を検討するために、1年以上在宅療養を継続された高齢者における QoL、家族・介護者の介護負担について明らかにすることを目的とした。

【研究方法】

(独) 国立長寿医療研究センター在宅医療支援病棟に登録し、登録後1年以上在宅療養を継続(入院歴無)した高齢者をコホートし追跡調査を行っている。本研究は、登録後3年間在宅療養継続した高齢患者と家族・介護者を対象に、平成24年10月～11月に高齢者宅への訪問調査を実施した。

調査項目は、基本属性、生活機能、サービス利用状況、QoL(10cm Visual Analogue Scale:10cmVAS)等、家族の状況、家族・介護者の介護負担(多次元介護負担尺度:BIC-11、得点範囲:0-44点、得点が高いほど負担が大きいことを示し、下位尺度は時間負担感点(0-8点)、心理的負担感(0-8点)、実存的負担感(0-8点)、身体的負担感(0-8点)、サービス関連負担感(0-8点)、全体的負担感(0-4点)から構成)を用いた評価を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は、(独)国立長寿医療研究センター研究倫理・COI 審査委員会の承認を得て実施した(受付 No.583)。本研究への参加は、研究者が文章を用いて研究内容、研究参加についての拒否の権利と拒否による不利益を被らない等を含む説明を行い、同意が得られた場合は同意書に自署による同意を得た。患者名は通し No.とし、得られた情報は個人が特定されないように全て統計的に処理を行った。

【研究結果】

- ・ 登録開始後1年間在宅療養を継続した高齢者は45名の追跡結果から、1年後は生存25名(うち在宅療養継続21名(56.8%)、中断4名)、死亡12名、2年後は生存21名(うち、在宅療養継続8名(17.8%)、中断13名)、死亡4名であった。3年間在宅療養継続できた高齢者は17.8%であった。
- ・ 3年間追跡できた21名(男性7名、平均年齢84.5±10.1歳)、10cmVASは平均6.3±2.8cmであった。主介護者の平均年齢は66.2±11.3歳、平均介護期間は93.3ヶ月であった。家族・介護負担は、BIC-11総得点16.7±7.1点、下位項目別には、時間負担

感 4.1 ± 1.7 点、心理的負担感 3.3 ± 1.5 点、実存的負担感 3.1 ± 1.6 点、身体的負担感 3.0 ± 1.3 点、サービス関連負担感 1.5 ± 1.3 点、全体的負担感 1.7 ± 0.9 点であった。

【結論】

病院の在宅医療支援システムに登録した高齢者の追跡調査の結果から、登録後 3 年間在宅療養を継続できた高齢者は 18%であった。病院に登録後 3 年間在宅療養を継続している高齢者の 10cmVAS による QoL は中等度であった。主介護者の介護負担は軽度から中等度である可能性が推察された。

【今後の予定】

今後は、経年変化の分析、他の要因の分析を行うとともに、データの集積を行う予定である。