

1-1-3) QOL 測定としての総合的機能評価 (CGA) の在宅への応用 (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)

分担研究報告書

在宅医療の阻害要因とその対応策に関する研究

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 准教授

研究要旨：在宅医療の質を評価することの阻害要因について検討した結果、まず、患者の状態を適切に評価するツールが必要であり、それが在宅医療の現場において日常的に運用されることが必要であると考えられた。在宅医療を受けている患者の特性より、高齢者総合的機能評価 CGA の各評価項目、および患者の社会的背景因子の各評価項目について、在宅医療において応用できるよう、Excel をベースにした入力ソフトを開発した。また、結果を他のスタッフや患者・家族に提供できるような出力ソフトを開発した。今後、このシステムを在宅医療の現場に普及されるための取り組みが必要になると考えられる。

A. 研究目的

在宅医療の阻害要因は、患者・家族などのサービスを受ける側の因子と、医療機関・医療スタッフなどのサービスを提供する側の因子に分けられて論じる場合が多い。これは在宅医療の量的な側面をアウトカムとした考え方である。一方、もう一つ大切な視点として、在宅医療の質の問題がある。これは、在宅医療ができる環境が最低限でも整った上で、どのような医療サービスを提供することが、患者、家族、介護者にとってよい変化をもたらすのかを明らかにする研究である。

現代在宅医療の歴史は浅く、今のところ、なにをもって質の高い在宅医療が行われていると考えるかの指標は必ずしも確立されていない。しかし、従来外来患者や入院患者で一般的に行われてきた評価を行うことは有用であると考えられる。まず、在宅医療を受けている患者が、どのような状態にあるのかを評価することが必要である。

老年医学において、患者やそれを取りまく環境の状態を評価する有用なツールとして、高齢者総合的機能評価 (CGA: Comprehensive Geriatric Assessment) がある。そこで、CGA を在宅医療において効率的にかつ定期的に行うシステムを開発することとした。

B. 研究方法

Lawton IADL score、Barthel Index、MMSE、HDS-D、GDS、Vitality index、転倒スコア、Zarit 介護負担尺度といった CGA を構成する各指標について、パソコン画面上で検査をしながら結果を入力すると、結果のまとめ (カルテ用、患者・家族説明用) が作成されるよう

なシステムの開発を行った。また、患者基礎情報として、年齢、性別などに加えて、病状理解、介護者について、公的サービスの利用状況、自宅の状況などの社会的側面についても評価を促すような構成とした。どのようなソフトがよいかについて、在宅医、臨床心理士、システムエンジニアと検討を繰り返した。

(倫理面への配慮)

研究の内容を患者・家族に十分に説明し、同意を得た。データは解析の際には一旦匿名化し個人情報の取り扱いに十分注意した。

C. 研究結果

まず、ソフトのベースには Excel を利用することとなった。それは、File maker などの場合は新たにソフトを購入しなければならない、Excel が最も汎用性が高いと判断したからである。Excel マクロを利用し、患者登録画面、検査データ入力画面、検査結果まとめ出力画面を作成した。データ入力は、問診しながらでもできるように工夫した。また、患者基礎情報 (ID、名前、年齢、病名など)、社会的状況の入力画面については、外来患者用、入院患者用、在宅患者用の 3 種類を作成した。入力中のデータでも、Excel の形で電子カルテに張り付けることができるようにした。

当院での試行的な導入の結果、1. 紙記録を保存する必要がないため資料室が整理された、2. 結果を他院へ情報提供する際にみやすいものを送付できる、3. 研修医教育において CGA として行うべき項目が一目瞭然である、4. 後からデータを解析する際に簡便である、といった利点が明らかとなった。

D. 考察

今回、患者の機能を評価する指標ばかりでなく、社会的背景因子についても評価し、情報をストックする項目を設けたことにより、入院患者、外来患者、在宅患者の社会的背景因子を比較できるようにしたことは、在宅医療の阻害要因を明らかにする上で有用であると考えられる。

CGA の標準化システム自体は、すでに他にも開発は進んでいるため、今後これをどのように在宅医療において広めていくかが課題である。

まずは、医師ばかりでなく、コメディカルや福祉関係職でも評価の施行が可能となるように、短時間の講習会とセットで普及させるという方法が検討される。

次に、CGA 自体が評価することによりどのような意義があるかということをより明確にする必要がある。単に研究目的というのでは普及は難しく、実際の臨床にどのように役立つかという視点で、CGA を行ってからの医療・介護業務の流れがわかるようなシステムの構築が有用であると考えられる。

さらに、CGA の評価を受ける側の視点に立ち、評価を受けることのメリットを、評価を受けるべき人がよく理解できるよう、一般の高齢者や在宅医療を受けている患者とのその家

族への情報提供が必要であると考えられる。

E. 結論

Excel を利用した CGA の標準化システムを開発した。効率的な CGA の施行と結果の患者・家族への説明、他の医療スタッフへの情報提供が可能となった。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表なし

H. 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

研究協力者

東京大学大学院医学系研究科加齢医学

山口 潔

1-2) 在宅医療システムの課題

1-2-1) 地域医療計画との整合性、課題について 千葉県における検討

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

地域医療における在宅医療に関する研究

研究分担者 千葉大学大学院医学研究院 細胞治療内科学 教授

横手 幸太郎

研究協力者 千葉大学大学院医学研究院 地域災害医療学寄附講座 客員准教授

小林 一貴

千葉大学大学院医学研究院 細胞治療内科学 准教授

竹本 稔

千葉大学医学部附属病院 地域医療連携部 部長

藤田 伸輔

千葉県医師会

土橋 正彦、井上 雄元

研究要旨

高齢化率が急増する中、我が国の地域医療では在宅医療の必要性が高まっているが、種々の阻害要因のためその実施は十分に進んでいない。千葉県地域における在宅医療導入の阻害要因を患者側、医療者側の双方より検証するため、(1)過去3年間に当院より在宅退院支援を受けた患者・家族に対する、想定阻害要因7項目の満足度アンケートの解析、(2)千葉県医師会が会員に対して行った在宅医療状況アンケートのサブ解析を行った。(1)342件に送付し有効回答87件(25%)を得た。この集団では、退院時には病状の悪化をはじめ「少し不安や不満を感じている」が、看病・介護の経過とともに全般に「少し満足」となる傾向であった。(2)3087件に送付し有効回答1742件(56.4%)を得た。県西部(都市部)平均および大規模病院を擁する隣接地区との比較において、県東部(郡部)の匝瑳地区では在宅診療従事率が高く、医療者・施設間の連携が整備されていることが示唆され、背景としてITによる診療情報共有や有効な輪番体制、医療者間の定期交流などが推察された。今後は主な阻害要因に対する介入効果や、在宅医療に関する地域ごとの特性を規定する要因について検討する。

A. 研究目的

我が国の地域医療においては、高齢化率が急増する中で地域病院の診療・収容能力が飽和し

つつあり、身体機能が低下した高齢者の療養の場として在宅医療の必要性が高まっている。しかし、現状では病院診療から在宅医療への移行は十分ではない。その阻害要因として、移行後の経済・介護負担や病状悪化への不安、在宅医療・介護資源の不足等、患者・家族側と医療者側それぞれの要因が想定される。また在宅医療に関する種々の要件は、都市部と郡部など地域ごとに異なる特性を有しており、その普及にはそれぞれに適合した戦略が必要である。このような背景の下、全国でも有数の高齢化進行県であり、人口が急増する都市部と過疎化が進む郡部の双方を有する千葉県地域において、在宅医療への移行阻害因子を患者・家族と医療者、あるいは各地域間の対比の中で明らかにするべく、本研究を計画した。

B. 研究方法

(1)入院診療から在宅への移行時および看病・介護経験後の患者・家族の「不安や不満」を主観的な阻害要因として解析するため、平成 20 年度から 22 年度の 3 年間に急性期病院である当院へ入院し、地域医療連携部の在宅退院支援を受けて退院した 40 歳以上の患者家庭 342 件に郵送アンケートを行った。「現在の満足度」および振り返って「移行前の不安・不満」を対比的に 5 段階評価で回答する形式とした（文末に参考資料として掲載）。調査項目は、「自宅で最後まで療養することは実現困難であるとする理由」についての全国アンケート調査[1]の結果をもとに、①経済的負担感、②介護負担感、③病状変化への不安、④在宅医療状況への不安、⑤介護サービス状況への不安、⑥事前の説明への満足度、⑦全体の満足度、の 7 項目とした。「もっとも満足」を 1 点、「やや満足」を 2 点、「どちらでもない」を 3 点、「やや不安・不満」を 4 点、「とても不安・不満」を 5 点とし、各設問の平均点が「退院時」から「現在／看病・介護終了時」に至ってどのように変化しているかを算出した。全体解析の他、各設問ごとに回答者別（家族／患者本人）や看病・介護期間別（1 年未満、1 年以上、3 年以上）の解析も行った。

(2) 千葉県地域における医療従事者側の在宅医療阻害要因およびその地域間特性を解析するため、地域医療再生基金による事業の一環として平成 25 年に千葉県医師会が会員医師に対して行った 25 項目の「在宅医療にかかる実態調査」データベースをもとにサブ解析を行った。在宅医療の阻害要因に関わる各設問の回答について、人口密度 2000 人／平方 km 以上となる千葉市以西 12 地区（都市部）の平均値を算出し、主解析にてそれぞれ特徴的な在宅医療状況を示した県東部（郡部）の 3 地区と比較検討した。解析対象の設問は A. 「回答医療機関の病床数」、B. 「今後、在宅医療に取り組む意思の有無」、設問 B で『取り組みたくない』と回答した施設における、C. 「在宅医療を行いたくない理由」、設問 B で既に在宅医療に従事している施設における D. 「計画的訪問診療の有無」および E. 「在宅医療において困っていること」の 5 項目とした。設問 C の選択肢は①関心がない、②なじまない、③多忙、④支援なく低報酬、⑤多職種不足、⑥健康不安、⑦その他、設問 E の選択肢は①多忙、②病院連携不備、③24 時間体制、④有事入院困難、⑤多職種不足、⑥地域資源不足、⑦他医師連携不備、⑧多職種連携不備、⑨依頼少数、⑩後継者不足、⑪その他とした（それぞれ複数選択可）。また特に在宅医療

体制の整備が進んだ地域として、匝瑳地区の状況の聞き取り調査をおこなった。

C. 研究結果

(1) 342 件に送付し有効回答 87 件 (25%) を得た。回答者は家族が 57 件 (65.5%)、患者本人が 16 件 (18.4%)、不明が 14 件 (16.1%) であり、平均介護期間は 26.3 か月間 (n=83) であった。全体解析では、各設問の平均点[退院時：現在／看病・介護終了時：変化量]は次の通りであった。①経済的負担感[3.1：2.5：-0.58]、②介護負担感[3.6：2.6：-0.94]、③病状変化への不安[3.8：2.7：-1.14]、④在宅診療状況への不安[3.3：2.3：-0.92]、⑤介護サービス状況への不安[2.9：2.3：-0.54]、⑥事前の説明への満足度[3.4：2.4：-1.0]、⑦全体の満足度[3.5：2.4：-1.07]。⑤介護サービスを除く 6 項目について、退院時には 3.1～3.8 と「やや不安・不満を感じる」傾向であった。最も不安・不満傾向が強かったのは、③病状変化への不安 (3.8) であった。退院時と現在／看病・介護終了時を比較すると、全 7 項目について有意に不安・不満が改善していた (-0.54～-1.14)。最も改善度が大きかったのは、退院時に最も不安・不満傾向が強かった③病状変化への不安 (-1.14) であった。現在／看病・介護終了時には全 7 項目において 2.3～2.7 と「やや満足と思う」傾向であった。しかし①経済的負担感については、7 項目中で退院時には下位スコアであったが現在／看病・介護終了時には上位スコアとなり、改善度は乏しかった (-0.58)。一方⑤介護サービス状況への不安については、唯一退院時より 3 未満(やや満足傾向)となっており、現在／看病・介護終了時も最小スコア (2.3) であった。設問ごとのサブ解析においては、まず回答者の多くが家族であり、全体の結果は主に家族回答の結果に依るものであった。また看病・介護期間別の解析では、①経済的負担感、②介護負担感、④在宅診療状況、⑤介護サービス状況の項目において、現在／看病・介護終了時のスコアは全て 3 未満(やや満足傾向)ではあるが、看病・介護期間が長いほどやや高スコア(不安・不満傾向)となり、改善度も弱くなる傾向を認めた。一方、③病状変化への不安については、逆に看病・介護期間が長くなるほどやや低スコア(満足傾向)となる傾向を示した。

(2) 千葉県医師会員 3087 件に送付し有効回答 1742 件 (56.4%) を得た。そのうち在宅医療従事施設は 449 件 (26.5%) であった。主解析において、地域別人口で調整した在宅診療医のかかりつけ患者死亡診断数(死亡診断書提出数)は県東部で明らかに多く、郡部では在宅診療医が患者の死亡まで把握する機会が多いことが示された。中でも匝瑳地区では、死亡場所が自宅等(患家や介護施設)であるケースが突出して多く、隣接する旭地区で逆に病院・有床診療所死亡が多いことと好対照を示した。また県最南部の安房地区では両ケースとも多いという特徴を示していた。

サブ解析において各設問の平均値を算出した都市部 12 地区の回答施設総数は 1083 件(全回答の 65.4%)、対して匝瑳地区は 15 件、旭地区は 17 件、安房地区は 46 件であった。回答施設の診療形態の割合は、都市部平均で診療所 94.6% (1015 件)、200 床未満の病院 3.6% (37 件)、200 床以上の病院 1.7% (20 件) であった。一方、匝瑳地区の病院は 200 床未満が 7.1% (1 件) のみで他は診療所 92.8% (13 件) であった。これらと比較して旭地区は 200 床以上の病院が

11.8% (2件)と全体に対する大規模病院の比率が高く、また200床未満の病院も11.8% (2件)あり、診療所は76.5% (13件)であった。安房地区は診療所78.3% (36件)、200床未満の病院15.2% (7件)、200床以上の病院6.5% (3件)と大規模病院の比率は匝瑳地区と旭地区の間を示し、小～中規模病院の割合は最も高かった。

今後、在宅医療に取り組む意思の有無についての内訳は、都市部平均で「すでに取り組んでいる」25.1%、「今後取り組んでみたい」12.6%、「取り組みたくない」62.3%であり、全体の結果とほぼ同じであった。これに対して郡部3地区の「すでに取り組んでいる」割合は、匝瑳地区で63.4%、安房地区で54.3%と都市部平均の2倍以上を示し、一方旭地区は29.4%と都市部に近い割合であった。またすでに在宅医療に取り組んでいる施設において、計画に基づく訪問診療を行っている割合は、都市部平均で62.6%に対し、匝瑳地区は100%と全施設が行っており、また安房地区も75%と都市部を上回ったが、旭地区は44.4%と都市部より低かった。

上記の従事施設における「在宅医療を行っていて困る理由」については、都市部平均では①多忙 (17.9%) や③24時間体制 (20.6%) がやや多いものの、選択肢全てがおおむね同程度に挙げられている。対して旭地区では①多忙 (30.4%)、③24時間体制 (34.8%)、安房地区でも③24時間体制 (29.6%) の割合が高かった。匝瑳地区でも①多忙 (25%)、次いで③24時間体制 (18.8%) と⑩後継者不足 (18.8%) の割合が比較的高かったが、一方で②病院連携不足、⑥地域資源不足、⑦他医師連携不足、⑧多職種連携不足、を挙げる施設がないという特徴を示した。逆に「今後も在宅医療を行いたくない」と回答した施設における「取り組みたくない理由」については、都市部では②なじまない (31.9%)、③多忙 (23.1%) の割合が高かった。対して旭地区では③多忙 (45.5%)、⑤多職種不足 (27.3%)、安房地区では⑥健康不安 (36.4%)、次いで②なじまない、③多忙、⑤多職種不足 (いずれも18.2%)、匝瑳地区では②なじまない (44.4%)、⑦その他 (22.2%)、の割合がそれぞれ高く、やはり地域間で異なる特徴を示した。

D. 考察

(1) 主観的な阻害要因：当院にて退院困難例として支援を受けた患者・家族の回答群においては、退院時には既報にもあるように病状変化への心配を筆頭として全般的にやや不安・不満を感じている[1, 2]が、実際に看病・介護の経験を経るとそれらはある程度改善することが明らかになった。このことは設問別の解析において、病状変化に対する現在の不安度が、看病・介護期間が長いほど逆に小さくなっていることからもうかがえる。一方で、経済的負担に関する現在の不安・不満については、やはり2点台 (やや満足) までは改善しているが、退院時と比べてスコアが設問中で上位となり、改善度が低いという結果になった。また設問別でも経済的負担の他、介護負担や在宅診療への不安・不満は、病状変化の件とは逆に看病・介護期間が長くなるほど現在のスコアが高くなり (不満に傾き)、改善度も小さくなる傾向を示した。これらのことは、医学的な要素への不安は経験を積むことで軽減されてくる一方、金銭や体力などへの実質的な負荷や居宅でのサポート内容に関わることは、やはり期間が長くなるほどに負担や不満が積算されていくことが推察された。また介護サービスに関しては退院時より3

点未満（やや満足傾向）を示しており、現在の満足度も上位であった。このことは、当院地域医療連携部の退院支援において、今後受けられる介護サービスについての事前説明が特に手厚く行われていることを反映しているものと考えられた。これらの結果を踏まえ、今後の退院前の説明においては、介護サービス内容はもとより今後の経験によって病状などへの不安の軽減が期待できることも十分説明し、かつ看病・介護が長期におよびうるケースには先々のサポート準備を厚くするなど将来を見通せる支援を行うことで、患者・家族の主観的な在宅移行阻害要因である事前の不安・不満の軽減を期待しうる。

ただし、この結果は回答をいただけた 25%の集団に関する内容であり、比較的満足を得ている方々に偏ったデータである可能性がある。実際、わずかだが本アンケートに否定的なご意見の電話や、自由記載欄での個別の不満なども得られている。今後はそのような集団の潜在的な意見・不満も収集し解析を行う必要がある。また本集団は、悪性疾患などによる終末期医療のために在宅へ戻ったケースを約半数含んでおり、看病・介護期間が1年未満と3年以上でほぼ2分されるため、1年未満の集団がおおむね終末期の患者を反映しているものと思われる。しかし両者は将来の病状変化に対する受け止め方や想定看病・介護期間など、退院時の目的意識や見通しが全く異なるため、今後は両者をより明確に分けた検討も行うべきと思われる。

(2)医療者側の阻害要因：千葉医師会による主解析では、千葉県西部（都市部）と比べ県東部（郡部）において、在宅診療医がかかりつけ患者の死亡診断にまでより多く関わっていることが示された。また郡部内でも、匝瑳地区では自宅等（患家や施設）死亡診断が突出して多い一方、隣接する旭地区では逆に病院死亡診断が多く、安房地区では両者ともに多いというように、地域ごとに異なる特色を示すことが明らかになった。サブ解析では、都市部平均と比較して匝瑳地区には大規模病院がなく、中・小規模病院も少数で病院病床が乏しい一方、旭地区は900床規模の旭中央病院を擁し、地区の医療施設に占める大規模病院の割合が目立って高いことが示された。おそらくはこの状況を背景とし、旭地区では在宅医療従事施設の割合が都市部並みに留まる一方、隣接する匝瑳地区では、併せて中心となる積極的な医師の存在、小規模で地元出身の医療者が多い「顔の見える」関係性などの地域性も要因となって、医師間・施設間・多職種間の連携にストレスを感じないような地域医療資源が整備され、回答施設の60%以上が計画的在宅診療に取り組むという地域特性につながっている可能性が、アンケート解析や現地の聞き取りから推察された。また安房地区では、やはり900床規模の亀田総合病院をはじめとする大規模病院の他、中・小規模病院の割合も都市部や他郡部より高く、診療所も含めた医療機関の総数および規模のバランスが比較的良好であり、それゆえ大病院も擁しながら一方で匝瑳地区に近い計画的在宅診療状況も実現できている可能性が示唆された。

しかし、郡部それぞれの地区で医師・医療者の高齢化に悩む状況も示されており、長期的には都市部も含めたより広域の医師・医療者・医療資源の循環供給などの検討も考慮される。また今回示されたように、在宅医療に関する諸状況は同じ地域内でも様々であり、今後在宅医療を普及させていくには、郡部・都市部を問わず各地区の特性を的確に評価・把握して最適な資源構築を可能にする「地域診断」の手法を確立するべく、さらなる調査・解析を要する。

E. 結論

(1)在宅退院患者・家族および(2)千葉県医師会員それぞれに対してアンケート調査・解析を行い、千葉県地域における在宅医療の阻害要因や、普及状況の地域間差が示された。今後は主な阻害要因に対する介入効果や、在宅医療に関する地域ごとの特性を規定する要因について検討する。

参考文献

- [1] 終末期医療に関する調査等検討会（編）：今後の終末期医療の在り方．中央法規出版．pp. 61-64. 2005.
- [2] 三浦久幸：在宅医療支援病棟の試み．医学の歩み．239(5)：537-540. 2011.

F. 研究発表

- 1. 論文発表 なし
- 2. 学会発表 なし

G. 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

1-2-2) 在宅医療の阻害要因 都市部の研究

1-2-2-1)

地域医療における在宅医療に関する研究
大阪大学大学院医学系研究科老年・腎臓内科学
楽木宏実、前川佳敬

研究要旨

大学病院あるいは地域の基幹病院を中心に、近隣の在宅医と急性期病院の相互理解を深め、前年度調査で判明した急性期入院受け入れ阻害要因の解消策を検討する。既に、近隣在宅医への実地聞き取り調査を開始しており、在宅医によって患者への対応レベルに違いがあることが病院側の急性期入院阻害要因と連動していることを明らかにしている。在宅医の入院要請に関する標準化を図るために、脳卒中地域連携クリティカルパスに類似するシステム構築を目指す。患者・家族への啓発にもつながることを期待できる。在宅ケア連携ノートなどの先行する成功事例があるが、地域にあった形式を再検討し、システム導入による効果を前年度調査時と比較検証する。在宅医の入院要請目的の標準化、そのうえでの受け入れ困難症例の解決策の検討については、在宅医と病院の連絡会議などの設置を検討する。また、大学病院の教育システムを展開して、在宅医療についての学生や地域の在宅担当医、急性期医療機関の担当者への啓発活動を企画した。

その結果、急性期病院医師と在宅医の連携強化の重要性が再確認され、今後の取り組みとして、在宅医と急性期病院の情報共有のシステム構築、救急病院担当医の在宅医療ニーズの理解の推進、在宅医、急性期病院医師に対する教育・啓発活動の充実が明確になった。被災地における在宅医療推進においても同様の課題克服が必要と考えられ、地域の実情に合わせた取り組み例を蓄積することが重要と考えられた。

A. 研究目的

大学病院あるいは地域の基幹病院を中心に、近隣の在宅医と急性期病院の相互理解を深め、前年度調査で判明した急性期入院受け入れ阻害要因の解消策を検討する。既に、近隣在宅医への実地聞き取り調査を開始しており、在宅医によって患者への対応レベルに違いがあることが病院側の急性期入院阻害要因と連動していることを明らかにしている。在宅医の入院要請に関する標準化を図るために、脳卒中地域連携クリティカルパスに類似するシステム構築を目指す。患者・家族への啓発にもつながることを期待できる。在宅ケア連携ノートなどの先行する成功事例があるが、地域にあった形式を再検討し、システム導入による効果を前年度調査時と比較検証する。在宅医の入院要請目的の標準化、そのうえでの受け入れ困難症例の解決策の検討については、在宅医と病院の連絡会議などの設置を検討する。また、大学病院の教育システムを展開して、在宅医療についての学生や地域の在宅担当医、急性期医療機関の担当者への啓発活動を企画する。

B. 研究方法

調査活動として、平成24年度の急性期病院に対する障壁調査結果について、在宅専門医の意見聴取を行い、以下の2点について検討する。急性期病院医師と在宅専門医との認識のずれを明確にする。在宅専門機関における在宅医からの入院要請に対する受け入れ状況の実態を把握する。

地域における問題解決のための啓発活動を行う。具体的には、急性期病院の地域医療担当医に対しての在宅専門医による在宅医療の現状を紹介し、在宅専門医と急性期病院医師の意見交換会の設置を行う。

C. 研究結果

急性期病院が考える「在宅患者の入院阻害要因」に対する在宅医の考えとして以下の4点があげられた。

(1) 患者情報の不足

急性期病院は患者情報のシステム化を対策方法としてあげていた。在宅医は、医療機関によって電子システムが異なるため統一が困難である事、急性期疾患や慢性期疾患など患者の疾患によって情報提供の頻度や内容も大きく異なるため、システム化は困難であると考えていた。患者基本情報が救急搬送の際に提供できるように、患者宅に置いておく事が対応策として考えられた。

(2) 家族の協力・理解

急性期病院は住民への啓発を対策方法としてあげていた。在宅医は、家族の関心が低い実情を提示し、有効な家族への啓発方法の検討が必要であると考えられた。

(3) 急性期病院の専門医不在

急性期病院は、在宅医が病院の専門性を把握する事によって適切な紹介がされるようなシステム作りをあげていた。在宅医は、緊急入院を依頼する際は基礎疾患の治療は不要であり、基礎疾患の専門医の必要性は少ないと考えていた。急性期病院に情報提供を行い、理解と今後の協力を依頼した。

(4) 在宅医の入院目的が不明確・患者への病状説明が不明

急性期病院は、情報の確実な提供を在宅医に求めている。在宅医は、入院目的が不明確な場合の多くは家族が入院を希望される場合であり、それを無くすことは困難であると考えていた。また、患者への病状説明は十分に行っているが、全ての患者への完全な理解は困難な場合があると考えていた。在宅ケアコーディネイトの協力などが今後期待される。

(5) 神経難病を専門とする在宅医師からの調査報告

在宅患者の急性期病院への入院を拒否されたケースは、1年間で全入院のうち1.6%(2/129)、緊急入院のうち2.3%(2/87)、休日・夜間入院のうち5.7%(2/35)であり、概ね受け入れられていた。また、入院先が紹介元であったケースは60%弱であった。

在宅患者の入院の期間では、1週間以内から3カ月以内が多く、3カ月以上も少数認められたが中央値は22日とそれほど長期では無かった。

在宅患者の多くは要介護状態であるため、介護面での人的負担を強いている事が多い。しかし、療養環境の整っている在宅患者は多く、疾患治療が終了すれば、元来の療養場所に退院する事が多かった。

D. 考察

急性期病院が考える在宅患者の入院阻害要因に対する在宅医の考えを調査したうえで、在宅専門医と急性期病院医師の意見交換会を行った。入院阻害要因として、患者の問題として患者情報の不足、家族の問題として家族の協力や理解の少なさ、急性期病院の問題として専門医の不在、在宅医の問題として入院目的が不明確であり患者への病状説明が不明である事の4点の今後の対策を意見交換会で検討した。意見交換会で、北摂地域での今後の対策が具体的に提供されたので、今後の取り組みとする。

上記以外にも、何点か今後の問題点として提起された。病院・老人ホーム・家族の看取る力が弱い事も問題であり、看取りの力を強化する必要性がある。在宅専門医では無い医師への在宅専門医のサポート体制の構築が急務である。高齢者の感染症ならびに誤嚥性肺炎の救急受け入れは、急性期病院での医師の疲弊の大きな原因であり、地域ごとに病院・診療科の役割分担や受け入れシステムを見直すことも必要である。これらは今後の検討課題として考えられた。

今後求められる取り組みを列記する。

- ・在宅患者の急性期病院での治療が円滑に行われるために、医療情報提供書を患者宅に常に用意する。内容としては、病名、病状、連絡先（キーパーソン、ケアマネージャー）、普段のADL、食事の形態（豊能圏の嚥下食レベル）、褥瘡の有無、排便コントロール状況、アレルギー、

行っている処置（吸引、体交、気管切開、人工呼吸、PEG、ストマ）、急変時の意思表示（どこまで急性期病院が助けるべきなのか）などである。

- ・在宅患者の入院では、急性疾患の治療は必要であるが基礎疾患の治療が必要な状況は少ないため、基礎疾患の専門医がいなくても入院の受け入れの理解・協力を求めて行く。

- ・大学病院の教育システムを展開して、在宅医療について学生や地域の在宅担当医、急性期病院担当者への啓発を行う。

E. 結論

北摂地域における急性期病院医師と在宅医の連携強化のための今後の取り組みとして、以下の3点が考えられた。在宅医と急性期病院の情報共有のシステム構築、救急病院担当医の在宅医療ニーズの理解の推進、在宅医、急性期病院医師に対する教育・啓発活動の充実

である。大阪府北摂地域での検討であるが、被災地でも同様の問題を抱える地域は存在すると考えられ、被災地における在宅医療の展開に資することができると思う。

出典：平成 25 年度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）分担研究報告書より一部改変

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

地域医療における在宅医療に関する研究（H24再掲）

研究分担者 楽木 宏実 大阪大学大学院医学系研究科老年・腎臓内科学教授

研究要旨

在宅医療推進には一定のレベルで急性期病院への入院を確保する必要がある。大阪大学医学部附属病院と連携のある在宅医は、在宅患者の病状急変時における急性期病院での入院受け入れ困難例があることを現状の問題点として指摘している。本研究では、その現状を把握するとともに、在宅医からの紹介患者について入院を阻害する要因を明確にし、今後の対応の現実性を検討することを目的とした。

本学近隣 7 市の救急受け入れ病院 53 病院にアンケート調査を実施し、32 病院から回答を得た。

病院が在宅医からの救急紹介患者受け入れを阻害する要因として、基礎疾患についての専門医不在、医学的理由、人員不足、退院先を探せないなどがあつた。また、医療より介護が問題となる事例が多かつた。

在宅医に対する問題点として病院側からの指摘では、入院目的が不明確である事例、患者・家族に急変時や終末期の対応を説明されていない事例、病状説明がされていない事例、入院の適応が無いと考えられる事例の存在があげられた。在宅医自身への聞き取り調査における、在宅医からの視点とは大きく異なる事例が多く、在宅医療の標準化とその周知（研修）の重要性を示唆する。

患者・家族に対する問題として病院側から家族の協力が得られない事例の指摘があつた。

急性期病院の役割の理解と、在宅患者の入院について目的を明確にし、救急入院要請時に病院と在宅医が相互理解を簡潔に得ることができるシステム構築、患者・家族への啓発活動の対策の重要性を今後の課題として明確にできた。

A. 研究目的

被災地の医療レベル確保には、医療施設の充実と共に、在宅医療の量と質を向上させることが一つの方策である。在宅医療は、病院での医療の必要性が医学的に少なくなった段階で、可能な限り住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安

心して自分らしい生活を実現できる社会を目指すものとしても広まりつつある。実際、国民の60%以上は自宅での療養を望んでおり、後期高齢者人口の今後の急増を考えると、国民の希望に応える療養の場および看取りの場の確保、超高齢社会における医療と介護の融合という点でも在宅医療の充実喫緊の課題である。

在宅医療推進の施策が多数行われている中で、在宅医療に携わる医療従事者と既存の医療提供機関の間で相互理解の欠如によると思われる問題が存在することが指摘されている。その一例として、大阪大学医学部附属病院と連携のある在宅医への事前調査により、在宅患者の急性期病院への入院要請に対して受け入れ困難例が存在することが、在宅医療推進の阻害要因であることを把握している。救急医療体制の問題による受け入れ困難例は、全国的な問題として検討されてきたが、在宅患者における問題は、いわゆる一般救急と様相が異なる。すなわち、在宅医療で対応できない病態だけでなく、治療内容に関して家族・本人の納得を得るための入院や介護者のためのレスパイト入院への対応が急性期病院で理解を得られないとのことである。在宅患者に必要な入院医療について社会的共通認識がないことも、問題と考えられる。

このような相互理解の欠如を解消し、必要とされる急性期病院への入院を円滑に進めるためには、画一的な調整型のアプローチではなく、地域の特性に基づく対応が必要であり、聞き取り調査に近い実態把握と調査結果に基づく相互のコミュニケーションが重要である。今年度の本研究では、在宅患者の急性期入院困難の現状を把握するとともに、在宅医からの紹介患者について入院を阻害しうる要因を明確にし、今後の対応の現実性を地域の特性に基づいて検討することを目的とした。

大学附属病院の近隣7市における救急病院、内科一般病院（療養型は除く）の計53病院の協力を得て阻害要因の検討を計画した。

B. 研究方法

大阪大学医学部附属病院と連携のある在宅医への聞き取り調査をもとに、「在宅患者の急性期病院への入院阻害要因」に関するアンケートを作成し、附属病院のある吹田市に加え、隣接する高槻市、豊中市、茨木市、箕面市、摂津市、池田市にある救急病院、内科一般病院（療養型は除く）の計53病院へ郵送し、以下の7項目に関する阻害要因を検討した。

- (1) 在宅患者の受け入れ状況
 - (2) レスパイト入院の受け入れ状況
 - (3) 急性期病院の入院阻害要因
 - (4) 疾患別による受け入れ状況
 - (5) 在宅医における阻害要因
 - (6) 患者・家族による阻害要因
 - (7) 上記以外の阻害要因
- (倫理面への配慮)

個人情報無く、連結不可能なアンケートであり、院内の臨床研究に関する倫理指針の審査における許可を得ている。

C. 研究結果

33 病院 (62%) からアンケート回答を得た。

(3) 在宅患者の受け入れ状況

満床の場合を除けば、全ての病院で原則は在宅患者を受け入れる体制で、平均約 12 人/月 (0~60 人/月) を受け入れていた。受け入れに関して、現状維持が 64%、増やす予定が 33%、無回答が 3% であった。

(4) レスパイト入院の受け入れ状況

16% の病院は受け入れが困難、84% の病院は受け入れる体制であった。平均 2.3 人/月であり、現状維持が 61%、増やす予定が 18%、減らす予定が 6%、受け入れていないが 15% であった。

(3) 急性期病院の入院阻害要因

病院の施設上の問題として、基礎疾患についての専門医不在 (認知症、神経難病、緩和医療など) が一番大きい問題として挙げられた (20 件)。次に医学的理由 (在宅医や患者の求める医療に対応できないなど) 15 件、専門医以外の人員不足 (医師、看護師) 11 件、退院先を探せない (介護力や医療処置の理由で在宅に戻せそうにない) 9 件が、阻害要因としてあげられた。また、在宅患者の受け入れを決定する際の医学的な治療の問題と介護の問題の比重を比較したところ、52% の施設で介護の問題の比重が高かった。

(4) 疾患別による受け入れ状況

癌の終末期にある患者は、34% の病院で専門医不在のために受け入れ不可であった。認知症患者は、13% の病院は受け入れ不可であり、特に周辺症状があると 56% の病院で受け入れは不可であった。ALS 患者は、53% の病院は専門医不在などで受け入れ不可であった。ALS 以外の神経難病患者も、31% の病院は専門医不在などで受け入れ不可であった。整形外科疾患や脳血管疾患などで ADL が極度に低下している患者では、19% の病院は受け入れ不可であった。

(5) 在宅医による阻害要因

入院目的が不明確である事が 56% と最も多く、患者・家族に急変時や終末期の対応を説明されていないが 34%、病状説明がされていないが 31%、入院の適応が無いが 28% と多かった。

(6) 患者・家族による阻害要因

入院受け入れを判断する要因として、入院期間、転院先の確保、在宅復帰の環境整備、在宅医の協力、家族の協力の中で優先順位の高い判断材料として 94% の病院が、家族の協力が得られない事をあげた。

(7) 上記以外の阻害要因

自由記載のアンケート項目で、入院期間が2週間以上や1か月以上になると入院基本料が下がり、その様な患者が増えると平均在院日数も上がってしまい急性期病棟(10:1)の維持が困難になること、入院期間の長期化、受け入れのために空床を維持する事が困難であることがあげられた。

D. 考察

在宅患者の受け入れに関しては、全ての病院で基本的には受け入れる体制を整えており、今後も出来るだけ受け入れる体制であった。レスパイト入院に関しては、可能な限り受け入れる体制を取っている病院が多いが、現状は診療報酬の設定も無く、受け入れ数が少ないのが現状であった。従来からの課題であり、今後の具体的取り組みが必要である。

病院が在宅患者を受け入れる際の阻害要因は、基礎疾患に対する専門医不在や専門的治療が行えないなどが多く、人員の不足や退院先が探せない事を問題とする施設が多かった。疾患別では、癌患者では専門医(緩和医療など)の不足が、認知症患者では周辺症状の存在が、ALS患者では専門医の不在、呼吸器管理が必要な状態などが、入院における大きな阻害要因となっていた。この問題は、入院要請をする在宅医が求めている患者への急性期医療のレベルと、受け入れ病院側が実施すべきと考えている医療レベルに差がある可能性がある。患者・家族の理解も不十分なために生じている問題の可能性もある。実際に、どの程度の専門性が病院に必要なのかを、在宅と病院での事例検討などを介して調整していくことが望ましい。

在宅患者を受け入れる際にもう一つの大きな問題としてあげられたことは、入院の長期化や退院が困難となる事例の存在であった。原因としては基礎疾患の問題もあるが、在宅患者を在宅に返す際に在宅医や家族の協力が得られないため、退院後の受け入れ先が無いのが大きな原因であった。実情は、このような問題点の指摘であるが、在宅医が希望している入院目的と乖離している印象がある。在宅医療の適応とならない病態となって、急性期医療が必要な例であれば、一般の救急患者と同じであり、在宅に限った問題ではない。在宅医療や終末期における医療・介護の在り方について医療関係者、国民全体での社会的コンセンサスの形成が必要であると考えられる。

在宅医側の問題による入院阻害要因として、入院目的が不明確である事、患者家族への病状説明が不十分、退院後の協力があまり得られない事などがあげられたが、上記と同様に社会的コンセンサスの形成が必要である。現状での対策としては、入院時に共通した連絡シートなどを使用する事により、病院と在宅医の意思疎通を密にする必要があると考える。

E. 結論

今後、在宅医療を普及させるためには、患者・家族、在宅医、病院に対して、以下のような活動が必要と考えられる。患者・家族に対しては、パンフレットなどを用いた在宅医

療に関する啓発活動を行っていく

在宅医に対しては、入院依頼の際に共通した連絡シートを用いる体制作りをする。また、在宅医間の連携体制を構築する。病院に関しては、在宅医と病院の連携会議などを発足させ、講演会などを通して病院勤務医への在宅医療の理解を深める。また、病院の在宅患者受け入れ可能な条件や空床状況などが解るシステムを構築する。

これらによって、入院目的が不明瞭な入院を減らし、基礎疾患の専門医が不在でも急性疾患に対応してもらえる体制を病院に構築すれば、入院の阻害要因が減少すると考える。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

1-2-2-2) 都市部の研究 (京都)

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

病院・診療所を管理する医師の在宅医療・多職種協働に対する認識

および実施状況に関する質問紙調査

研究分担者 荒井 秀典 京都大学大学院医学研究科

近未来型人間健康科学融合ユニット教授

研究協力者 北川 靖 一般社団法人京都府医師会副会長

関 透 一般社団法人京都府医師会理事

谷口 洋子 一般社団法人京都府医師会理事

清水 真弓 京都訪問リハビリテーション研究会

小村 富美子 京都大学大学院医学研究科在宅医療看護学研究生

研究要旨

在宅医療と多職種連携の推進には、医師の在宅医療・関連医療職の訪問業務に対する認識が重要である。また、連携状況の地域差を明らかにすることは、自治体の連携業務推進対策に必要である。本研究では、京都府医師会 A 会員 2,212 人を対象に、在宅医療に関わる医師の関連医療職の訪問業務に対する認識と連携実施状況に関する質問紙調査を実施し、各訪問業務への認識の差および地域格差を明らかにするため検討を行った。

医師の各在宅訪問業務に対する認識の比較検討において、「認知度」「利用度」「利用満足度」「業務およびスタッフとの連携の重要性認識」で、業務間での差を認めた。いずれの項目においても訪問看護と訪問リハビリテーションに対する医師の評価は高く、次いで訪問薬剤指導管理、訪問栄養食事指導の順であった。京都府 3 地域での比較では、訪問リハビリテーションに対する「業務および連携の重要性認識」に有意な差が確認され、北部では重要性認識が高く、南部では満足度・重要性認識共に低い傾向にあった。加えて、京都府 A 会員医師の訪問看護・訪問リハビリテーションに対する評価と期待の高さ、訪問薬剤指導管理・訪問栄養食事指導への関心の低さが確認された。また、多職種連携への期待は北部で高く南部で低い傾向が見られた。以上により、京都府 A 会員医師の在宅医療にかかわる各職種の訪問業務への認識の差および地域格差が明らかになった。

A. 研究目的

高齢化が今後急速に進行する我が国において、国民が住み慣れた地域で生活することを支えるためには、医療・介護にまたがる様々な支援を提供する必要がある。平成 22 年における 65 歳以上の高齢者人口は 2,937 万人で¹⁾、平成 54 年には 3,878 万人でピークを迎える²⁾。同年の 75 歳以上の人口割合は、現在の 11%から 21%に増加、65 歳以上の高齢者のいる世帯の約半数が、独居又は夫婦のみの世帯である。要介護状態に至る主な原因疾患に関する平成 22 年の報告では、脳血管疾患が約 21%、認知症が約 15%、関節疾患が約 11%、老衰が約 14%

となっている³⁾。さらに認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ（日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態）以上の人数は、平成27年に250万人、平成37年には323万人に達すると推計されている⁴⁾。

近年は疾病や障害を抱えながら、自宅や住み慣れた地域で生活をする小児や若年者層の在宅療養者も増加、在宅医療のニーズは今後さらに増加し多様性を求められる。医療と介護の業務の包括的かつ継続的提供が重要であり、在宅医療を提供する病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センターなどの医療・福祉機関や多職種がシームレスに連携し、在宅医療・介護を提供する体制を構築する必要がある⁵⁾。

京都府は、平成23年度より京都地域包括ケア推進機構が拠点となって、「京都式地域包括ケアシステム」を推進している。財団法人京都府医師会も、在宅診療活動と医師以外の医療専門職種との連携の重要性を認識し、「地域ケア委員会」が在宅医療事業展開に関する答申書をまとめている⁶⁾。「京都式地域包括ケアシステム」という独自システムを構築した京都府であるが、システム運用の鍵となる医師が在宅医療・多職種協働に関してどの程度認識しているのは不明であり、この状況は他の多くの自治体においても同様と考えられる。今後、自治体主導で在宅医療と多職種協働を推進するには、医師の在宅医療・多職種協働への認識を把握することがきわめて重要である。

そこで本研究は、社団法人京都府医師会（以下、京都府医師会）所属の病院・診療所を管理する医師（A会員）2,212人に、京都府医師会「地域ケア委員会」が作成した無記名自記式質問票を用いた調査を実施し、在宅医療・多職種協働に関する医師の認識および実施状況を検討することを目的とする。本調査データの分析から、在宅医療・多職種協働における医師の認識と実施状況、それらに関する地域格差を抽出することにより、これら実践をさらに推進するための具体的な有効策の検討が可能となる。また、本調査の結果をさまざまな在宅訪問業務実施職種に提示することで、医師の各種在宅訪問業務に関する意識を周知し、各在宅医療・介護業務関連職種がより積極的に協働して多職種連携の方策の検討の一助となることが期待される。

B. 研究方法

(1) 質問紙の作成

質問紙は、以下のような質問項目により構成されている（末尾の「資料」参照）。

- ・回答者の属性に関する項目：性別・年齢・主な診療科・臨床経験年数・所属医師会
- ・訪問診療実施に関する項目：実施の有無・訪問患者数・訪問診療実施への積極性
- ・回答医師の他の医療職種の訪問業務に対する認識および連携状況に関する項目

対象：訪問看護・訪問リハビリテーション・訪問薬剤指導管理・訪問栄養食事指導

対象職種により質問構成は若干異なるが、共通質問項目は「業務の認知度」「期待する役割」「利用経験の有無」「利用満足度」「連携状況」「業務の導入困難要因」「重要性の認識」などとなっている。

- ・在宅医療における歯科医師との連携状況

・多職種カンファレンスや業務担当者会議などへの参加状況

(2) 質問紙の発送と回答の回収

調査対象者（京都府医師会 A 会員）2,212 人全員に対して、京都府医師会より質問紙を 2013 年 6 月下旬に郵送した。調査への参加は自由意思とし、参加に同意した場合は質問紙に回答を記入後、京都府医師会あてに質問紙の返送を依頼した。調査期間は 2013 年 7 月 1 日～7 月 31 日（返送締切日）である。

(3) 分析

返送された質問紙は京都府医師会にて回収後、京都大学大学院医学研究科に移管され、厳重に管理しながら同大学研究室でのみ分析および処理を行った。データ解析には統計パッケージ SPSS 21.0 for Windows を用いた。

解析項目として、①回答医師の在宅診療活動状況 ②回答医師の訪問看護・訪問リハビリテーション・訪問薬剤指導管理・訪問栄養食事指導に関する認識および連携状況 ③京都府の二次医療圏に基づいた「北部」「中部」「南部」3 地域における①および②に関する分析 ④歯科医師との連携状況および多職種カンファレンスや業務担当者会議などへの参加積極性に関する分析を実施した。

統計手法として、 χ^2 検定、Kruskal-Wallis 検定、Mann-Whitney 検定、Friedman 検定、Wilcoxon の符合付き順位検定を用いて分析した。

(4) 解析のための参考データ整理

厚生労働省が実施した「平成 24 年度在宅医療連携拠点事業」の成果報告会資料⁷⁾（平成 25 年 3 月 23 日開催）をもとに、採択 105 事業所が資料内で挙げた「課題項目」を分類・集計し（集計結果は第 39 回日本保健医療社会学会大会で報告）、京都府医師への調査結果を考察する際の参考データとした。

（倫理面への配慮）

本調査は、無記名による質問紙調査であり、調査票回収時に個人が特定されることはない。本研究は、「京都大学大学院医学研究科・医学部および医学部附属病院医の倫理委員会」の承認を得て実施された。また、本研究は京都府医師会の「個人情報保護方針」および「京都府医師会個人情報保護規程」を遵守して行われる。返送された質問票は厳格な管理下で分析され、研究事業終了後、速やかに個人情報を保護できる方法にて廃棄する。

C. 研究結果

(1) 有効回収率・有効回答者の属性

【 回収状況 】

配布総数	回収総数	有効回収票数	有効回収率
2212	720	688	31.1 %