

【 性別 】

男 性	女 性	無回答
583 (84.7 %)	78 (11.3 %)	27 (3.9 %)

【 有効回答者の年齢構成 】

49 歳以下	50 歳代	60 歳代	70 歳以上	無回答
101 (16.1 %)	240 (34.9 %)	202 (29.4 %)	127 (18.5 %)	8 (1.2 %)

【 有効回答者の臨床経験年数 】

10 年未満	10～19 年	20～29 年	30 年以上	無回答
197 (28.6 %)	228 (33.1 %)	133 (19.3 %)	118 (17.2 %)	12 (1.7 %)

「所属医師会」「主たる診療科」は、項目数が多かったこと（医師会数：24、診療科数：23）と無回答数が多かったことから、これら項目を利用した分析は実施しなかった。

(2) 回答医師の在宅診療活動状況

「回答医師の在宅診療の実施経験」は、「ある」が 527 人 (76.6%)、「ない」が 156 人 (22.7%) であり、「臨床経験年数」による差異はなかった。

調査時点で在宅診療を実施している医師 413 人の「訪問患者数」は、「1～9 人」が 266 人、「10～19 人」が 75 人、「20～29 人」が 46 人、「30 人以上」が 26 人であった。

「今後の訪問診療実施への積極性」と「年齢」の関係は、「70 歳以上」の群で「行わない」と答える割合が 29.8%と他の 3 群よりも高い傾向にあったが、全体としては「積極的に行いたい」88 人 (13.1%)、「必要に応じて行う」417 人 (62.2%)、「未定」41 人 (6.1%)、「行わない」(18.5%) と、実施への意欲を示す回答が全体の 75.3%を占めた。

(3) 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

本報告では、質問対象の 4 職種に対する回答医師の認識および連携状況を比較することを主眼として、結果の記述を行うこととする。

1) 回答医師の各訪問業務に対する「認知度」

「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」に対する回答医師の認知度には統計的な差が存在した(表 1 Friedman 検定  $p < 0.001$ )。「訪問看護」「訪問リハビリテーション」の認知度が高い一方、「訪問薬剤指導管理」「訪問栄養食事指導」の認知度は低い傾向にあった。Wilcoxon の符合付き順位検定で「認知度」に有意差があった組み合わせは、「訪問看護－訪問リハビリ・訪問薬剤指導管理・訪問栄養食事指導 ( $p < 0.001$ )」

「訪問リハビリ－訪問薬剤指導管理・訪問栄養食事指導 ( $p < 0.001$ )」 「薬剤指導管理－  
 栄養食事指導 ( $p < 0.001$ )」であった。

	各訪問業務に対する回答医師の認知度				
	よく知っている	知っている	よく知らない	知らない	合計
訪問看護	149 (22.2%)	330 (49.1%)	163 (24.3%)	30 (4.5%)	672 (100.0%)
訪問リハビリテーション	73 (10.7%)	333 (48.9%)	222 (32.6%)	53 (7.8%)	681 (100.0%)
訪問薬剤指導管理	45 (6.6%)	265 (39.0%)	257 (37.8%)	112 (16.5%)	679 (100.0%)
訪問栄養食事指導	13 (1.9%)	164 (24.1%)	336 (49.3%)	168 (24.7%)	681 (100.0%)

$p < 0.001$  (Friedman 検定)

表 1 回答医師の各訪問業務に対する「認知度」

### 2) 回答医師の各訪問業務に関する「利用経験」

4 職種の訪問業務に関する回答医師の利用経験をみると、「訪問看護」と「訪問リハビリテーション」の利用率が高い一方、「訪問薬剤指導管理」が 27.2%、「訪問栄養食事指導」が 5.7%と低く、ここでも業務によって差が明確に示されていた(表 2  $\chi^2$  検定  $p < 0.001$ )。2 職種間の全ての  $\chi^2$  検定で有意差が確認された ( $p < 0.001$ )。

	各訪問業務に対する利用経験		
	あり	なし	合計
訪問看護	516 (75.1%)	171 (24.9%)	676 (100.0%)
訪問リハビリテーション	416 (60.9%)	267 (39.1%)	683 (100.0%)
訪問薬剤指導管理	185 (27.2%)	494 (72.8%)	679 (100.0%)
訪問栄養食事指導	38 (5.7%)	631 (94.3%)	669 (100.0%)

$p < 0.001$  ( $\chi^2$  検定)

表 2 回答医師の各訪問業務に対する「利用経験」

### 3) 回答医師の各訪問業務に対する「利用満足度」

4 職種の訪問業務中、利用割合の低い「訪問栄養食事指導」以外で Friedman 検定を実施した結果、統計的な差が存在した(表 3 Friedman 検定  $p < 0.001$ )。各訪問の利用率に差はあるものの、4 職種の業務のいずれにおいても満足度は高く、「不満足」の回答は 4 職種とも 1 割以下だった。「訪問看護」に対する満足度は特に高く、2 職種ずつ Wilcoxon の符合付き順位検定を行ったところ「訪問看護－訪問リハビリ ( $p < 0.001$ )」、「訪問看護－訪問薬剤指導管理・訪問栄養食事指導 ( $p < 0.01$ )」で有意差が確認された。

	各訪問業務に対する利用満足度			
	満足	普通	不満足	合計
訪問看護	377 (73.2%)	116 (22.5%)	22 (4.3%)	515 (100.0%)
訪問リハビリテーション	224 (55.6%)	140 (34.7%)	39 (9.7%)	403 (100.0%)
訪問薬剤指導管理	105 (58.7%)	57 (31.8%)	17 (9.5%)	179 (100.0%)

$p < 0.001$  (Friedman 検定)

訪問栄養食事指導	22 (62.9%)	10 (28.6%)	3 (8.6%)	35 (100.0%)
----------	------------	------------	----------	-------------

表 3 回答医師の各訪問業務に対する「利用満足度」

#### 4) 回答医師の各訪問業務に対する「重要性認識」

4 職種中で「訪問看護」は「非常に重要」の回答率が最も高かった(表 4)。「非常に重要」「重要」を合わせると、「訪問看護」90.7%、「訪問リハビリテーション」81.3%、「訪問薬剤指導管理」56.5%、「訪問栄養食事指導」54.3%と、業務により差はあるもののいずれの業務も「重要」という認識が50%を超えた。Wilcoxon の符合付き順位検定で「重要度認識」に有意差があった組み合わせは、「訪問看護ー訪問リハビリテーション・薬剤指導管理・栄養食事指導 ( $p < 0.001$ )」「訪問リハビリテーションー薬剤指導管理・栄養食事指導 ( $p < 0.001$ )」であり、「訪問薬剤指導管理」「訪問栄養食事指導」は、「訪問看護」や「訪問リハビリテーション」にくらべて、有意に医師の重要度認識が低いことが示された。

	各訪問業務に対する重要度認識				合計
	非常に重要	重要	普通	重要ではない	
訪問看護	287 (43.8%)	307 (46.9%)	54 (8.2%)	7 (1.1%)	655 (100.0%)
訪問リハビリテーション	156 (23.4%)	387 (57.9%)	107 (16.0%)	18 (2.7%)	668 (100.0%)
訪問薬剤指導管理	79 (11.9%)	295 (44.6%)	206 (31.4%)	80 (12.1%)	662 (100.0%)
訪問栄養食事指導	62 (9.4%)	294 (44.7%)	239 (36.4%)	62 (9.4%)	657 (100.0%)

$p < 0.001$  (Friedman 検定)

表 4 回答医師の各訪問業務に対する「重要度認識」

#### 5) 回答医師の各訪問業務担当スタッフとの「連携に関する重要性認識」

「非常に重要」「重要」を合わせると、「訪問看護」90.4%、「訪問リハビリテーション」79.6%、「訪問薬剤指導管理」57.5%、「訪問栄養食事指導」52.7%であり、「各訪問業務担当スタッフとの連携に関する重要性認識」は「各訪問業務に対する重要度認識」に近い比率となっていた(表 5 Friedman 検定  $p < 0.001$ )。「訪問看護師」「各訪問リハビリテーション療法士」との連携に関して、「重要である」という認識が8~9割前後であるのに対して、「訪問薬剤師」「訪

問管理栄養士」との連携の重要度認識は5割程度と、職種により大きな開きがあった。Wilcoxonの符合付き順位検定で有意差があった組み合わせは、「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 ( $p < 0.001$ )」「訪問リハビリテーション－薬剤指導管理・栄養食事指導 ( $p < 0.001$ )」「薬剤指導管理－栄養食事指導 ( $p < 0.05$ )」であった。

	各訪問業務担当スタッフとの連携に関する重要度認識				
	非常に重要	重要	普通	重要ではない	合計
訪問看護	270 (41.3%)	324 (49.1%)	55 (8.4%)	4 (0.6%)	653 (100.0%)
訪問リハビリテーション	151 (22.6%)	381 (57.0%)	120 (17.9%)	17 (2.5%)	669 (100.0%)
訪問薬剤指導管理	96 (14.5%)	284 (43.0%)	207 (31.4%)	73 (11.1%)	660 (100.0%)
訪問栄養食事指導	61 (9.4%)	282 (43.3%)	247 (37.9%)	62 (9.5%)	652 (100.0%)

$p < 0.001$  (Friedman 検定)

表5 回答医師の各訪問業務担当スタッフとの「連携に関する重要性認識」

#### 6) 回答医師の各訪問業務に期待する役割

4職種の訪問業務に対して「期待する役割」(複数回答)を図1~4にまとめた。

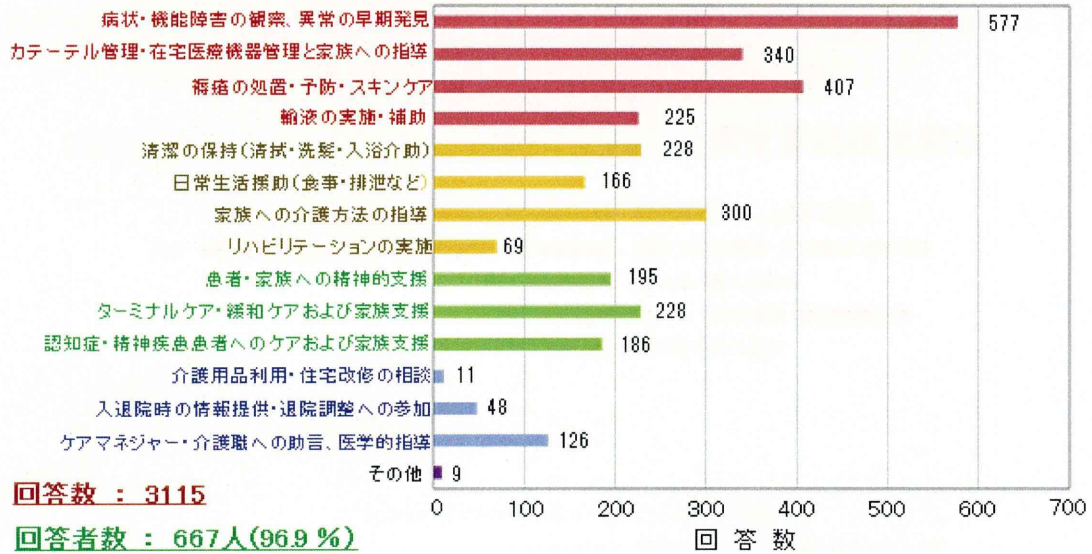
図では各訪問業務項目を内容によって分類して期待役割の特徴把握を行った。

##### ・訪問看護

- ①医療行為 (4項目) : 赤色
- ②ADLへの介入 (4項目) : 黄色
- ③メンタルケア (3項目) : 緑色
- ④当事者・関連職種への情報提供・指導 (3項目) : 青色

図1 回答医師が訪問看護に期待する役割

**訪問看護に期待する役割（複数回答:最大5項目まで選択）**

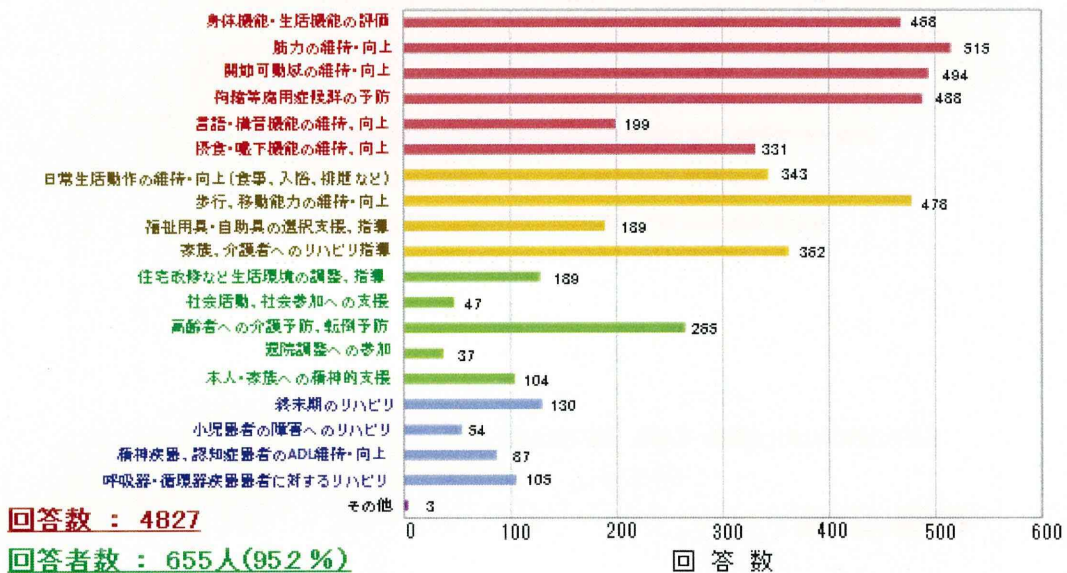


・訪問リハビリテーション

- ① 身体機能の維持・向上（6項目）：赤色
- ② ADLの維持・向上（4項目）：黄色
- ③ 生活支援・指導（5項目）：緑色
- ④ 疾患別・病状別支援（4項目）：青色

図2 回答医師が訪問リハビリテーションに期待する役割

**訪問リハビリに期待する役割（複数回答:最大10項目まで選択）**

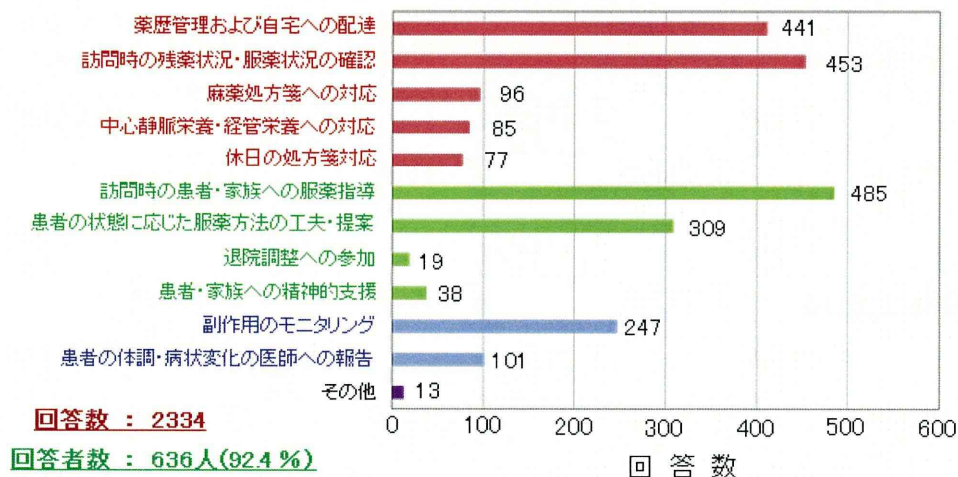


・訪問薬剤指導管理

- ① 薬の配達・管理 (5項目) : 赤色
- ② 服薬の指導・支援 (4項目) : 緑色
- ③ 患者の体調のモニタリング (2項目) : 青色

図3 回答医師が訪問薬剤指導管理に期待する役割

**訪問薬剤指導管理に期待する役割 (複数回答:最大5項目まで選択)**

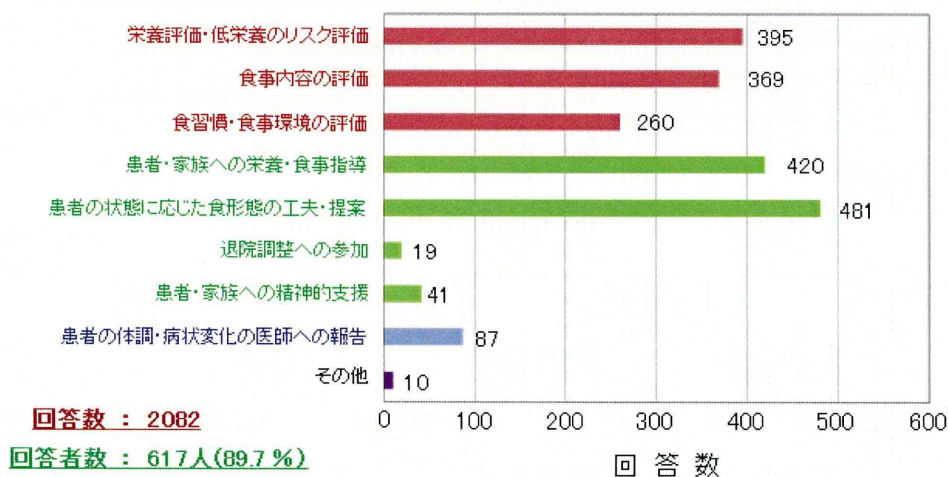


・訪問栄養食事指導

- ① 栄養・食事の評価 (3項目) : 赤色
- ② 栄養・食事の指導・支援 (4項目) : 緑色
- ③ 患者の体調のモニタリング (1項目) : 青色

図4 回答医師が訪問栄養食事指導に期待する役割

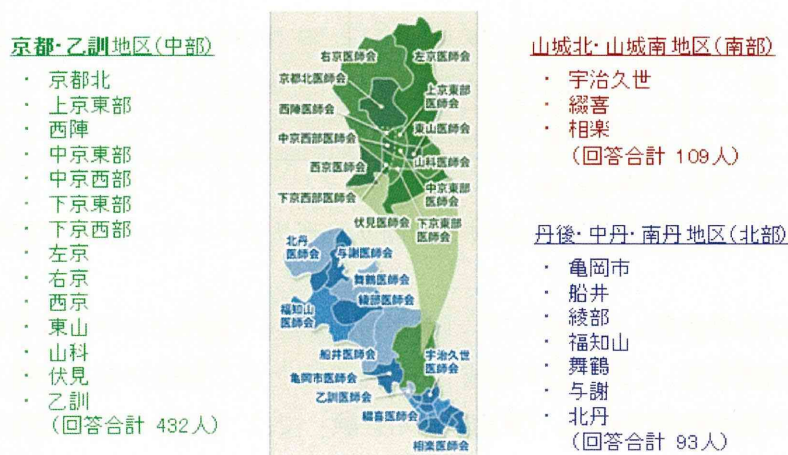
**訪問栄養食事指導に期待する役割 (複数回答)**



(4) 京都府の3地域（「中部・南部・北部」）における4職種の訪問業務に対する回答医師の認識と連携状況の比較

二次医療圏に基づいて設定した3地域の医師会分類を図5に示す。

図5 二次医療圏に基づく京都府3地域分類



3地域の回答医師の属性は以下の通りである。

- ・ 年齢区分による統計的有意差：なし
- ・ 臨床経験年数による統計的有意差：なし
- ・ 訪問診療の実施状況に関する統計的有意差：なし
- ・ 在宅医療実施への積極性に関する統計的有意差：なし
- ・ 性別による統計的有意差：あり ( $\chi^2$ 検定  $p < 0.01$ )

	男性	女性	合計
中部（京都市内・乙訓）	352 (86.1%)	91 (13.9%)	416 (100.0%)
南部（山城北・南）	91 (87.5%)	13 (12.5%)	104 (100.0%)
北部（丹後・中丹・南丹）	91 (98.9%)	1 (1.1%)	92 (100.0%)

$p < 0.01$  ( $\chi^2$ 検定)

この3地域間で「回答医師の在宅診療活動状況」と「他職種の訪問業務に関する認識および連携状況」について分析を行った。「訪問栄養食事指導」については、利用者数が少なかったため3地域での統計解析は行わなかった。

統計的有意差が確認されたのは、「訪問リハビリテーションに対する重要度認識」「訪問薬剤指導管理の利用経験」「訪問薬剤指導管理の利用満足度」であった。

「訪問リハビリテーション」については、「業務の認知度」「利用経験の有無」「利用満足度」「業務スタッフとの連携重要性」において3地域で差はなかったが、「業務に対する重要性認

識」では統計的有意差が確認され (Kruskal-Wallis 検定  $p < 0.001$ )、「北部」で高く「南部」で低い傾向にあった (表 6)。

二次医療圏に 基づく地域	訪問リハビリテーションに対する重要度認識				合計
	非常に重要	重要	普通	重要ではない	
中部	100 (23.8%)	242 (57.5%)	71 (16.9%)	8 (1.9%)	421 (100.0%)
南部	19 (18.6%)	59 (57.8%)	19 (18.6%)	5 (4.9%)	102 (100.0%)
北部	28 (30.4%)	53 (57.6%)	8 (8.7%)	3 (3.3%)	92 (100.0%)
合計	147 (23.9%)	354 (57.6%)	98 (15.9%)	16 (2.6%)	615 (100.0%)

$p < 0.001$  (Kruskal-Wallis 検定)

表 6 京都府 3 地域における訪問リハビリテーションに対する重要度認識

「訪問薬剤指導管理」については、「業務の認知度」「業務に対する重要性認識」「業務スタッフとの連携重要性」において 3 地域で差はなかったが、「業務の利用経験」と「利用満足度」で統計的有意差が確認された。「業務の利用経験」では「南部」で低い傾向が見られた (表 7  $\chi^2$  検定  $p < 0.05$ )。

二次医療圏に 基づく地域	訪問薬剤指導管理の利用経験			合計
	あり	なし		
中部	129 (30.3%)	297 (69.7%)		426 (100.0%)
南部	19 (17.6%)	89 (82.4%)		108 (100.0%)
北部	27 (29.3%)	65 (70.7%)		92 (100.0%)
合計	175 (28.0%)	451 (72.0%)		626 (100.0%)

$p < 0.05$  ( $\chi^2$  検定)

表 7 京都府 3 地域における訪問薬剤指導管理の利用経験

二次医療圏に 基づく地域	訪問薬剤指導管理に対する利用満足度			合計
	満足	普通	不満足	
中部	74 (59.2%)	41 (32.8%)	10 (8.0%)	125 (100.0%)
南部	7 (36.8%)	7 (36.8%)	5 (26.3%)	19 (100.0%)
北部	17 (68.0%)	7 (28.0%)	1 (4.0%)	25 (100.0%)
合計	98 (58.0%)	55 (32.5%)	16 (9.5%)	169 (100.0%)

$p < 0.05$  (Kruskal-Wallis 検定)

表 8 京都府 3 地域における訪問薬剤指導管理の利用満足度

「利用満足度」でも同様の傾向がみられ (表 8 Kruskal-Wallis 検定  $p < 0.05$ )、「北部」で高く「南部」で低い傾向がみられた。



(5) 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

回答医師の「在宅診療における歯科医師との連携状況」を以下に示す。傾向としては、歯科医師との連携は「普通」という回答が 49.4%で約半数を占め、良好かどうかについて明確に判断できない回答状況にあった。

【在宅診療における歯科医師との連携状況】

非常に良好	良好	普通	あまりよくない	よくない
13 ( 2.1%)	110 (17.4%)	312 (49.4%)	131 (20.8%)	65 (10.3%)

「多職種とのケアカンファレンス（退院前のカンファレンスも含む）やサービス担当者会議などに参加するか？」という質問に対する回答を、「調査時の訪問診療の実施状況」との関連から分析した結果である（表 9 Mann-Whitney 検定  $p < 0.001$ ）。

調査時の訪問診療 の実施状況	多職種ケアカンファレンス(退院前カンファレンスを含む)・担当者会議への参加				
	必ず参加	ケースによっては 参加	都合がつけば 参加	参加しない	合計
実施中	228 (33.1%)	114 (28.0%)	199 (48.9%)	66 (16.2%)	407 (100.0%)
実施していない	0 (0.0%)	41 (16.6%)	92 (26.1%)	114 (46.2%)	247 (100.0%)
合計	28 (4.3%)	155 (23.7%)	291(44.5%)	180 (27.5%)	654 (100.0%)

$p < 0.001$  ( Mann-Whitney 検定)

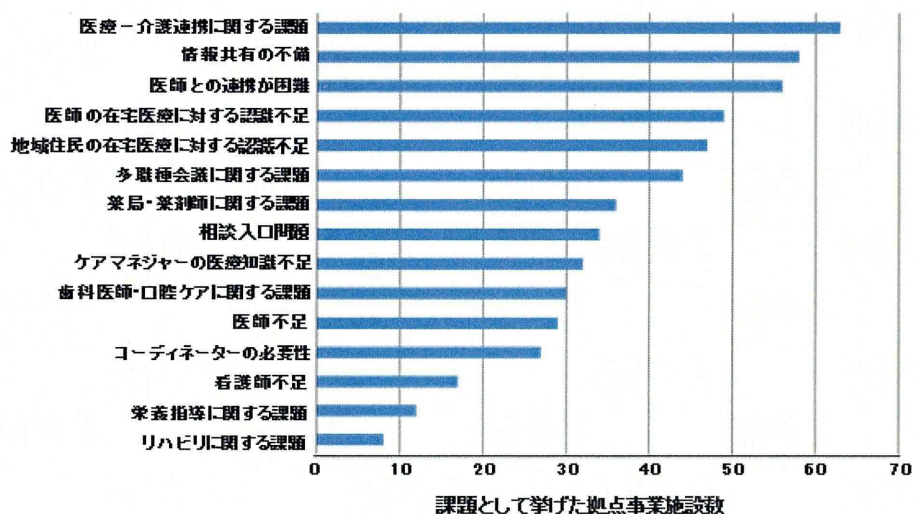
表 9 「訪問診療の実施状況」と  
「多職種カンファレンス・サービス担当者会議への参加積極性」の関係

活動への年齢による影響をみるため、回答医師の「年齢」と「多職種カンファレンス・担当者会議への参加積極性」の関係を調べたが、両者間に有意差は認められなかった。

(6) 厚生労働省「平成 24 年度在宅医療連携拠点事業」採択 105 事業所の成果報告における「課題項目」の分類・集計

本調査の準備検討として、厚生労働省「24 年度在宅医療連携拠点事業」採択 105 施設の活動成果報告<sup>7)</sup>に挙げられた「在宅医療における課題」の整理・集計を実施した（図 6）。

図6 「厚生労働省 24年度在宅医療連携拠点事業成果報告会資料」における「課題」集計結果



(厚生労働省 24年度在宅医療連携拠点事業 成果報告会資料より集計 成果報告団体:105施設)

#### D. 考察

・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

質問した4職種の在宅訪問業務について、「認知度」「利用度」「利用満足度」「重要性の認識」「担当スタッフとの連携の重要性認識」のいずれにおいても、「訪問看護」が他の職種の訪問業務を上回っていた。一方、管理栄養士による「訪問栄養食事指導」は、4つの訪問業務の中で最も認知度が低く（認知度 26.0%）、そのこと在宅医療・介護における栄養士の活用を阻害（利用率 5.7%）している要因と推測された。

「訪問看護」に期待する役割では、上位に「医療行為」が挙げられていた。「訪問リハビリテーション」では、「身体機能の維持・向上」「ADLの維持・向上」に関する項目が多く挙げられていた。これら2職種の業務は、回答医師によく認知されていることが推測された。「訪問薬剤指導管理」および「訪問栄養食事指導」については、訪問業務内容自体が十分に把握されていない現状が回答状況から伺え、これら2職種の訪問業務については医師にさらなる情報提供をする必要があると考える。

医師によるこれら4職種の訪問業務活用意欲の規定要因探索のため、今回の調査結果を土台に更なる調査検討が必要と考える。

・京都府の3地域（「中部・南部・北部」）における4職種の訪問業務に対する回答医師の認識と連携状況の比較

京都府の地域医師会を二次医療圏に基づいて、京都・乙訓→「中部」・山城北・山城南→「南部」・丹後・中丹・南丹→「北部」の3地域に分類して検討を行った。今回は3地域での課題・

ニーズの詳細な把握には至らなかった。今後は、日本医師会総合政策研究機構のワーキングペーパー『地域の医療提供体制現状と将来—都道府県別・二次医療圏データ集(2013年度版)』や各訪問業務の実施施設数の分布データ等を活用しつつ、今回の分析で確認された地域による差異について検討する必要がある。

#### ・歯科医師との連携状況および多職種カンファレンスやサービス担当者会議などへの参加積極性に関して

「歯科医師との連携状況」に関しては、質問項目設定が1つのみだったため、今回は傾向の把握を行うに留まった。今後、在宅診療に欠くことができない歯科医師との連携を推進するため、独立した調査を実施する必要がある。

「患者の退院前の多職種ケアカンファレンス」については、訪問診療を実施していない場合も医師の参加はあり得る。表9の分析結果から、訪問診療を実施している医師はそうでない医師にくらべて、多職種ケアカンファレンスや担当者会議への参加にも積極的な傾向が有意に認められた。しかし、訪問診療実施中であっても16.2%の医師が「参加しない」と回答していることから、多職種カンファレンスや担当者会議への参加は在宅訪問診療の「必須事項」と捉えられていないことがわかる。

その一方で、医師の参加が業務（時間）上困難であるケースや、ケアマネジャーや他の医療職との連携の不具合から参加に困難が生じる事例が、複数の調査票で欄外に記入されていた。「都合がつけば参加」や「参加せず」の回答には、こうした記述内容が背景としてある可能性も否定できない。

#### ・厚生労働省「平成24年度在宅医療連携拠点事業」採択105事業所の成果報告における「課題項目」の分類・集計

整理・集計した課題には、「医師との連携が困難」「医師の在宅医療に対する認識不足」など、医師に関する課題項目が多く挙げられていた。また、在宅訪問診療に関わるスタッフが一同に介する機会である「多職種会議への参加」についても、課題の存在が示された。

本調査は「医師側」の他の職種との連携に関する認識を明らかにする目的で実施されたが、「医師以外の在宅ケア関連職種側」からの提言も合わせながら、双方からの課題克服の方策提言と他職種への要望の整理することの重要性をこの集計結果は示しているといえる。

#### E. 結論

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」で低い傾向が認められた。こうした地域による差異が生じる背景を的確にとらえていくことが、今回のデータと解析結果が他の自治体にも応用される可能性につながると考えられる。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省, 2010, 「人口動態調査統計 (確定数)」
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所, 2012, 「日本の将来推計人口 (1 月推計)」
- 3) 厚生労働省, 2010, 「国民生活基礎調査」
- 4) 高齢者介護研究会報告書, 2003, 「2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」
- 5) 国立長寿医療研究センター, 2012, 「平成 23 年度在宅医療連携拠点事業総括」
- 6) 京都府医師会 地域ケア委員会, 2010, 「平成 20・21 年度地域ケア委員会答申書 地域連携を進める京都府の在宅医療—在宅医療サポートセンターに求められる機能は—」
- 7) 厚生労働省, 2013, 「平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 成果報告会資料 (平成 25 年 3 月 23 日開催)」

F. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

- 1) Arai H, Family care for frail older in Japan (Symposium) Role of family in care of older people in Asian countries, The 9th Congress of the EUGMS (European Union Geriatric Medicine Society ), Oct.2-4, 2013, Venice Lido, Italy.
- 2) Arai H, (Symposium) Health Promotion and Disease Prevention for older persons: Cardiometabolic health care in older people in Japan, IAGG2013 (The 20th IAGG World Congress Of Gerontology And Geriatrics), Jun. 23-27, 2013, Seoul, Korea.
- 3) Yamada M, Nishiguchi S, Tanigawa T, Kayama H, Yukutake, Aoyama T, Arai H, Nutritional supplementati on during resista nce training improved skeletal muscle mass in community-dwelling Japa nese frail older adults, IAGG2013 (The 20th IAGG World Congress Of Gerontology And Geriatrics), Jun. 23-27, 2013, Seoul, Korea.
- 4) Arai H, (Symposium) Roundtab Le On Advances In Strat Egies On Fall Prevention: Prevention Of Falls By Complex Course Obstacle Negotiation Exercise In Japanese Elderly, IAGG2013 (The 20th IAGG World Congress Of Gerontology And Geriatrics), Jun. 23-27, 2013, Seoul, Korea.
- 5) Arai H, (Symposium) Frailty And Sarcopeni: Reversibility Is The Main And Common Characteristics Of Frailty And Sarcopenia, IAGG2013 (The 20th IAGG World Congress Of Gerontology And Geriatrics), Jun. 23-27, 2013, Seoul, Korea.
- 6) 荒井秀典, 山田実, 青山朋樹, サルコペニアおよびサルコペニア肥満は要介護と関連す

- る, 第34回日本肥満学会, 2013年10月11日～12日, 東京国際フォーラム (東京)
- 7) 小村富美子, 荒井秀典: 「チーム医療」を標榜する実践活動の類型化モデル構築の試み, 第39回日本保健医療社会学会大会, 東京 (東洋大学), 5月18日, 2013.

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  
なし
3. その他  
なし

## 医師と多職種との連携に関するアンケート

● ご自身についてお伺いします。該当する項目に1つ ○ をつけてご記入ください。

- (1) 性別 : ① 男性 ② 女性
- (2) 年齢 : ① 40歳未満 ② 40歳代 ③ 50歳代 ④ 60歳代 ⑤ 70歳以上
- (3) 主な診療科を1つご記入ください。( )
- (4) 臨床経験 : ① 10年未満 ② 10年～19年 ③ 20年～29年 ④ 30年以上
- (5) 所属医師会 : ( )医師会

### I. 在宅医療について

#### 訪問診療についてお尋ねします

- (1) 今までに訪問診療をされたことがありますか？
- ① なし
- ② あり → 現在何名の患者の訪問診療をされていますか？
- ① 0人 ② 1～9人 ③ 10～19人 ④ 20～29人 ⑤ 50人以上
- (2) 今後の在宅医療の実施について、どのようにお考えですか？
- ① 積極的に行いたい ② 必要に応じて行う ③ 行わない ④ 未定

### II. 医療系訪問サービスについて

#### 1. 訪問看護についてお尋ねします

- (1) 訪問看護の業務内容について、どの程度ご存知ですか？
- ① よく知っている ② 知っている ③ あまり知らない ④ 知らない
- (2) 訪問看護に期待する役割をお答えください。【最大5項目までお選びください】
- ① 病状、機能障害の観察、異常の早期発見 ② 清拭、洗髪、入浴介助などによる清潔の保持
- ③ 食事・排泄等への日常生活援助 ④ 家族への介護方法の指導
- ⑤ カテーテル管理、在宅医療機器管理および家族指導 ⑥ 褥瘡の処置、予防およびスキンケア
- ⑦ 輸液の実施、補助 ⑧ 本人および家族への精神的支援
- ⑨ ターミナルケア、緩和ケアおよび家族支援 ⑩ 認知症、精神疾患の方へのケアおよび家族支援
- ⑪ リハビリテーションの実施 ⑫ 介護用品の利用相談・住宅改修の相談
- ⑬ 入退院時の情報提供、退院調整への参加 ⑭ ケアマネジャーや介護職への助言、医学的指導
- ⑮ その他( )
- (3) 訪問看護ステーションを利用したこと(指示書を記載したこと)がありますか？
- ① なし ② あり

「① なし」と答えた方 → 利用しない理由は？

- ア) 対象患者がいない    イ) 訪問看護の必要性がない    ウ) 自院からの訪問看護で充足している  
エ) 依頼できる訪問看護ステーションがわからない(ない)    オ) 依頼方法がわからない    カ) その他

「② あり」と答えた方 → 以下の質問にお答えください

◆ 全体的にみて訪問看護ステーションを利用しての満足度はいかがですか？

- a. 非常に満足    b. 概ね満足    c. 普通    d. やや不満    e. 不満

※d. やや不満、e. 不満の場合の理由 (                      )

◆ 定期的な指示書と報告書のやり取り以外で例えば病状変化時などの連携はいかがですか？

- a. 非常に良い    b. 良い    c. 普通    d. やや悪い    e. 悪い

(4) 患者の在宅療養において、訪問看護の重要性について、どのようにお考えですか？

- ① 非常に重要    ② 重要    ③ 普通    ④ あまり重要ではない    ⑤ 不要

(5) 在宅医療において、訪問看護師との連携の重要性についてどのようにお考えですか？

- ① 非常に重要    ② 重要    ③ 普通    ④ あまり重要ではない    ⑤ 不要

## 2. 訪問リハビリテーションについてお尋ねします

(1) 訪問リハビリテーションの業務内容について、どの程度ご存知ですか？

- ① よく知っている    ② 知っている    ③ あまり知らない    ④ 知らない

(2) 訪問リハビリテーションに期待する役割をお答えください。【最大 10 項目までお選びください】

- ① 身体機能、生活機能の評価    ② 筋力の維持・向上    ③ 関節可動域の維持・向上  
④ 拘縮等廃用症候群の予防    ⑤ 言語・構音機能の維持、向上    ⑥ 摂食・嚥下機能の維持、向上  
⑦ 食事、入浴、排泄など日常生活動作の維持・向上    ⑧ 歩行、移動能力の維持・向上  
⑨ 福祉用具・自助具の選択支援、指導    ⑩ 住宅改修など生活環境の調整、指導  
⑪ 社会活動、社会参加への支援    ⑫ 高齢者への介護予防、転倒予防  
⑬ 家族、介護者へのリハビリ指導  
⑭ 終末期のリハビリ(病状の進行にともなう ADL 低下に応じた継続的なりはまた疼痛 緩和、拘縮予防など)  
⑮ 小児患者の障害へのリハビリ  
⑯ 精神疾患、認知症患者に対する日常生活動作の維持・向上のためのリハビリ  
⑰ 呼吸器・循環器疾患患者に対するリハビリ    ⑱ 退院調整への参加    ⑲ 本人・家族への精神的支援  
⑳ その他 (                      )

(3) 訪問リハビリテーション(医療保険、介護保険を問わず)を利用したこと(指示書または情報提供書の記載したこと)がありますか？

- ① なし……(4)へお進みください    ② あり → 以下の質問にお答えください

◆ 全体的にみて、訪問リハビリテーションを利用しての満足度はいかがですか？

- a. 非常に満足    b. 概ね満足    c. 普通    d. やや不満    e. 不満

※d. やや不満、e. 不満の場合の理由 (                      )

◆ 訪問リハビリテーションが必要と判断した時の相談・連絡先はどちらですか？

- a. まず、担当のケアマネジャーまたは地域包括支援センターに相談する





- ① 薬歴管理 ② 訪問による患者・家族への服薬指導  
 ③ 訪問による残薬の有無等、服薬状況の確認 ④ 嘔下など患者の状態に応じた服薬方法の工夫、提案  
 ⑤ 副作用のモニタリング ⑥ 患者の体調や病状変化の報告 ⑦ 麻薬処方箋への対応  
 ⑧ 中心静脈栄養、経管栄養への調剤、対応 ⑨ 休日における処方箋への対応  
 ⑩ 退院調整への参加 ⑪ 本人・家族への精神的支援 ⑫ その他 ( )
- (3) 訪問薬剤指導管理を利用したことがありますか？
- ① なし  
 ② あり → ◆ 全体的にみて、訪問薬剤指導管理を利用しての満足度はいかがですか？  
 a. 非常に満足 b. 概ね満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満  
 ※d. やや不満、e. 不満の場合の理由 ( )
- (4) 訪問薬剤指導管理の導入を困難にしている要因は何ですか？【複数回答可】
- ① 患者・家族の訪問薬剤指導管理への理解が得られない ② 患者の経済的理由により導入が困難  
 ③ 訪問薬剤指導に関連する制度が複雑で利用しにくい  
 ④ 訪問薬剤指導に関連する書類の記入など事務的煩雑さにより導入しづらい  
 ⑤ 訪問薬剤指導を実施している薬局の量的不足  
 ⑥ 訪問薬剤指導を実施している薬局の情報不足  
 ⑦ 訪問薬剤指導そのものに対する理解不足  
 ⑧ 訪問薬剤指導を実施している薬局また薬剤師との連携が取りにくい  
 ⑨ その他 ( )
- (5) 在宅での療養において訪問薬剤指導管理の重要性について、どのようにお考えですか？
- ① 非常に重要 ② 重要 ③ 普通 ④ あまり重要ではない ⑤ 不要
- (6) 在宅医療において、薬剤師との連携の重要性について、どのようにお考えですか？
- ① 非常に重要 ② 重要 ③ 普通 ④ あまり重要ではない ⑤ 不要

**4. 訪問栄養食事指導(医療保険:在宅患者訪問栄養食事指導料 介護保険:管理栄養士による 居宅療養管理指導費)についてお尋ねします**

- (1) 訪問栄養食事指導の業務内容について、どの程度ご存知ですか？
- ① よく知っている ② 知っている ③ あまり知らない ④ 知らない
- (2) 訪問栄養食事指導について期待する役割は何ですか？【最大5項目までお選びください】
- ① 栄養評価、低栄養のリスク評価 ② 食事内容の評価 ③ 食習慣、食事環境の評価  
 ④ 患者の状態に応じた食形態の工夫、提案 ⑤ 患者・家族への栄養、食事指導  
 ⑥ 患者の体調や病状変化の報告 ⑦ 退院調整への参加 ⑧ 本人・家族への精神的支援  
 ⑨ その他 ( )
- (3) 訪問栄養食事指導を利用したことがありますか？
- ① なし



### 1-2-3) 僻地の地域医療

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

在宅医療サービスのニーズに関する研究

研究分担者 服部 文子 広島大学医学部地域医療システム学講座講師

#### 研究要旨

在宅医療推進の前提として国民が在宅療養を希望しているかどうかを検討する必要がある。平成24年度神石高原町において高齢者を対象とした調査では在宅療養の希望は30%を切る事が判明したが、住民に対して在宅医療について啓蒙すれば、それを希望する人が増える可能性があるという結果だった。啓蒙活動により在宅療養の希望が増えるかどうかを検討した。広島県北広島町芸北地区は、在宅看取り率54%と在宅医療サービスが拡充している地域である。同地区において2013年10月、無記名アンケートを実施した。調査件数135件を分析した。訪問看護・診療の利用し経験がある人や内容を知っている人は79.6%に及んだ。自身が病気やけがで動けなくなったとき治療や療養の場所として自宅を希望した人は118人(36.4%)、病院58人(18.5%)、介護施設19人(5.9%)、わからない30人(9.3%)、状況による94人(29.0%)であった。在宅医療サービスが拡充し、住民への啓蒙が進んだ地域においても在宅での療養を希望する人の割合は40%を切っていた。在宅医療の推進はあくまで国民の希望に沿う形で行うべきである。

#### A. 研究目的

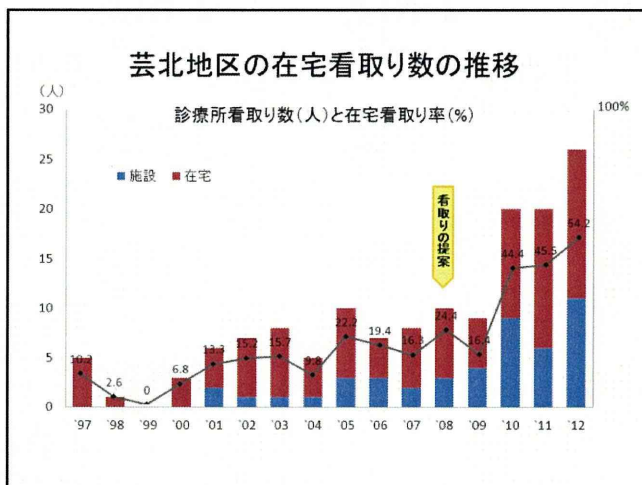
2013年厚生労働省は省内に在宅医療介護推進プロジェクトチームを設置し、35億円の予算をつけて在宅医療推進に向け、様々な施策を講じ始めた。それは、国民意識調査において60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答したことを背景としたと唄っている。しかし、実際の高齢者医療の前線に立つ臨床医として、その実感はなく、自身が担当している高齢者の多くは療養先として病院を選択し、訪問看護サービスの利用者もさほどニーズがない。そのため平成24年度に自身の身近で診ている高齢患者は実際にどの程度自宅での療養を希望しているのか調査する目的で、広島県神石郡神石高原町において療養場所の希望に関するアンケート調査を行った。その調査では療養場所として自宅を希望する人は3割に満たず、4割前後の人が病院での療養を希望した。一方、在宅療養を希望し、それが実現可能と答えた人のうち7割の人は訪問看護・訪問診療といった在宅医療サービスについて知っているかあるいは利用したことがあると答えた。このことから在宅医療サービスの拡充や啓蒙が在宅療養を希望する患者を増やすことにつながる可能性があるかと結論づけた。

平成25年度は、在宅医療サービスの充実や啓蒙により、在宅での療養を希望する人が増えるのかどうかを調査した。

広島県山県郡北広島町芸北地区（以下芸北地区）では、診療所の医師が平成13年から在宅医療に取り組み、平成20年からは施設での終末期医療にも取り組み、地域住民に向けて積極的に在宅医療についての啓蒙活動を行っている。その結果、10人弱であった在宅での看取りは26人(2012年)に増え、同地区の在宅看取り率は15%から54%に飛躍的に増加した(図1)。

そこで同地区を在宅医療サービスの充実と啓蒙という介入がなされた地区として、住民に対し

昨年と同様の自身の療養場所の希望を問うアンケートを行った。



## B. 研究方法

### (1) 無記名式アンケート調査

2013年10月、芸北ホリスティックセンターを訪れた患者及びその家族、高齢者対象の学習会の参加者、地区内の介護施設のスタッフなどを対象に無記名式アンケートを行った。

### (2) 調査内容

調査項目の内容は、①基本属性②在宅療養場所の希望とその理由③在宅医療サービスの認知度についてである。

### (3) データ分析

マイクロソフト社エクセル2010を用い、単純集計した。平成24年に神石高原町で行った調査結果と比較した。

#### (倫理面への配慮)

調査用紙は無記名、選択式とした。調査対象者に対しては、研究趣旨、方法、個人情報の保護、質問紙の回答は本研究以外には使用しないこと、回答は自由意志によることを調査書に明記した。調査対象者に対し、個別に研究趣旨の説明をし、了承が得られた人のみを調査対象とした。

## C. 研究結果

### (1) 対象者の属性 (図1)

回答は315名。基本属性は、男性40.0%、女性59.4%、50才未満8.9%、60才未満17.5%人、60才代17.5%、70才代30.8%、80才代30.5%、90才代2.2%、平均年齢71才 (図1-1)。職業は農林業27.9%、無職13.7%、介護職8.9%、主婦4.4%、会社員2.9%、パート・フリーター2.2%、その他6.5% (図1-3)。回答者の属性は患者52.4%、患者家族4.4%、その他31.7%であった (図1-2)。