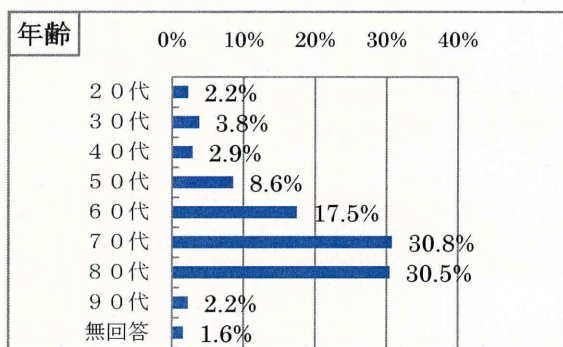
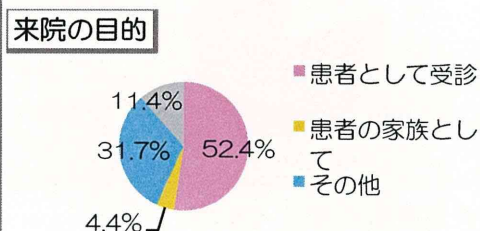


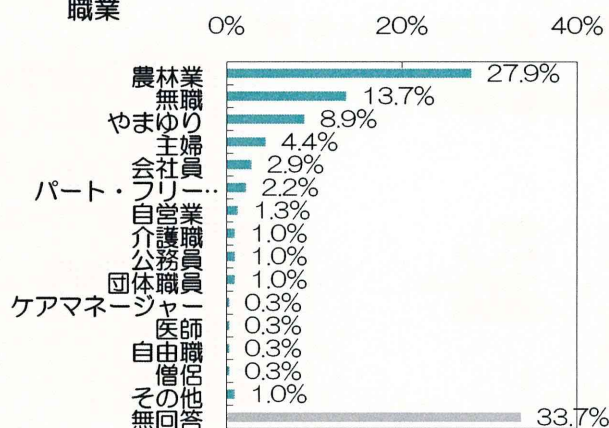
(図 1-1)



(図 1-2)



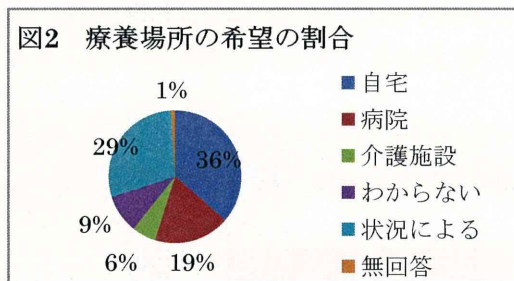
職業



(図 1-3)

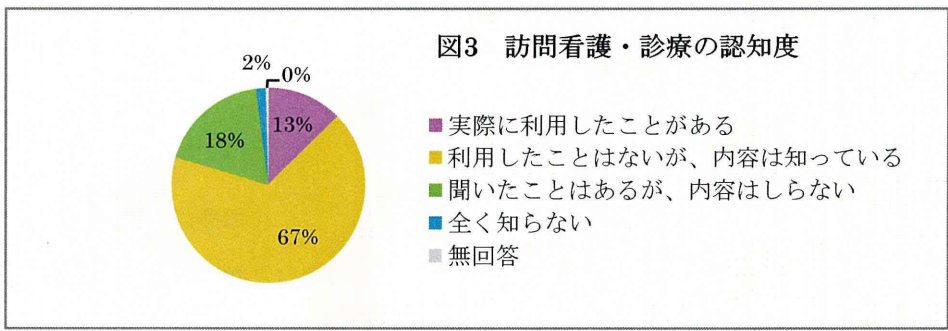
(2) 療養場所の希望 (図 2)

自身が病気やけがなどで動けない状態になったとき、自宅で療養したいと答えた人が全体の約 34.6%、病院 18.5%、介護施設 5.9%、わからない 9.3%、状況による 29.0%であった。



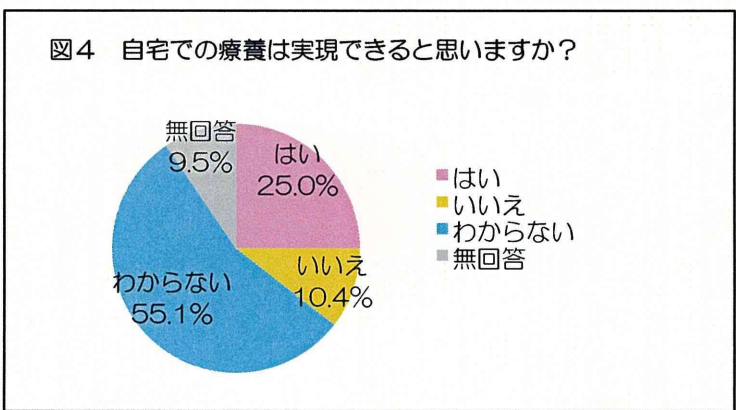
(3) 在宅医療サービスの認知度 (図 3)

訪問看護や訪問診療といった在宅医療サービスを知識として知っている人は 282 人 (67.0%、実際に利用したことがある人 53 人 (12.6%、聞いたことはあるが内容は知らない人が 77 人 (18.3%)、全く知らない人 7 人 (1.7%)。全体の約 80%の人が訪問看護や訪問診療について知っていた。



(4) 自宅療養の可否 (図 4)

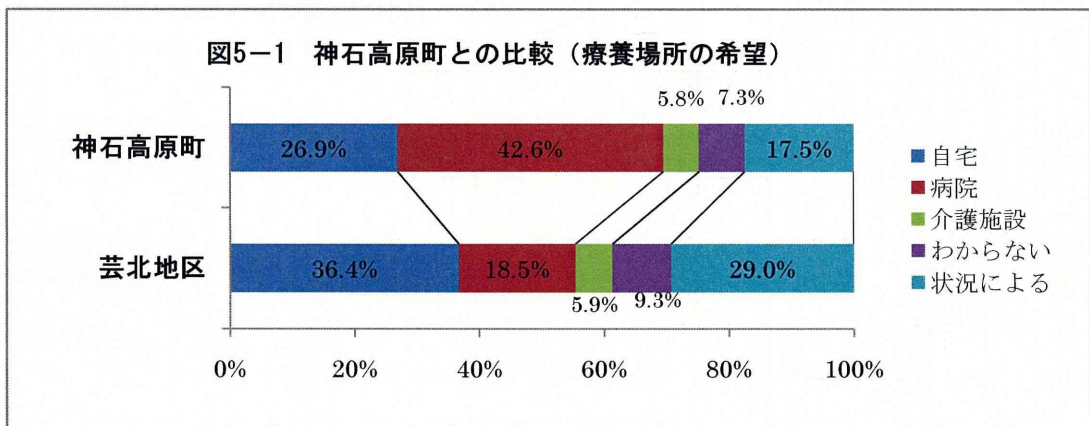
自宅での療養が実現可能と答えた人は全体では 25.0%で、不可能と答えた人 10.4%、わからないと答えた人は 55.1%であった。自宅での療養を希望している人 118 人のうち実現可能と答えた人は 40.7%、不可能 10.2%、わからない 46.6%であった。

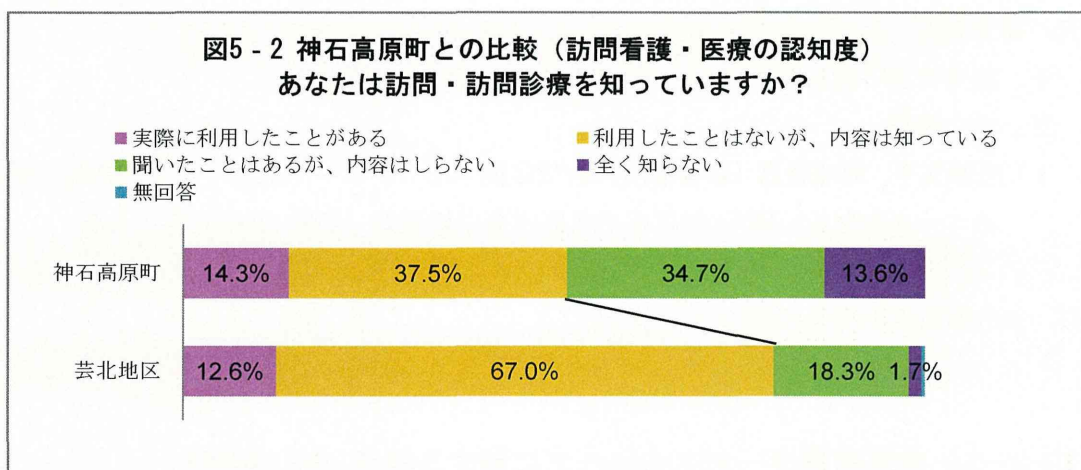


自宅療養を希望し、実現可能と答えた人のうち、訪問看護を実際に利用した人、訪問看護の内容を知っている人の割合は 85.4%だった。

(5) 神石高原町との比較 (図 5)

今回の調査対象者は平成 24 年度に神石高原町で行った調査と比較すると対照群の年齢が若干若く、85 才以上の高齢者が少ない傾向であった。療養場場所の希望については、芸北地区は自宅を希望する人の割合が 36.4% と神石高原町での結果に比べ約 10%多い一方、病院を希望する人は 18.5%と非常に少なかった (図 5-1)。訪問看護・訪問診療といった在宅医療サービスについて利用したことがある、あるいは知っている人は約 80%と非常に多かった (図 5-2)。





D. 考察

北広島町は広島県西北、広島市の北部に隣接し、島根県との県境にあり、スキー場などの観光を主産業とする人口は約 19000 人の山間地である。今回のアンケート調査はそのうちの芸北地区にある芸北ホリスティックセンター雄鹿原診療所において行った。北広島町には入院施設をもつ病院 5 施設、開業医 6 施設、診療所 3 施設の医療機関があるが、そのほとんどが千代田地区に集中し、芸北地区には 2 診療所が存在するだけで入院施設はない。従って入院治療を要する患者のほとんどは隣接する安芸太田町あるいは広島市内の病院に入院する。雄鹿原診療所長の東條医師は平成 13 年に同診療所に赴任し、芸北地区在住に住民のほとんどが自宅から遠い地区外の医療施設で亡くなることを問題視し、地道に在宅医療を推進してきた。平成 21 年から地区内にある介護施設（特養）のベッドを利用し、自宅で看きれない場合は施設で介護を主体とした終末期医療と看取りの体制を構築し、実践した。また、平成 20 年から、地区内外で在宅医療、自身の終末期に関する講演活動を月 1 回程度実践し、積極的に地域で住民への啓発にも取り組んだ。結果 4 年後には 10 人弱であった自宅および施設での看取り数は 20 人前後に、15%前後だった地区の在宅看取り率は 54%と驚異的に増加し、全国でも有数の在宅看取り率を誇る地区となった。従って同地区は在宅医療推進が非常に進んだ地域で、住民への啓蒙も十分になされた地区と考えてよい。アンケートの結果では、訪問看護・診療といった在宅医療サービスを知っていると答えた人は約 80%におよび、同地区における啓蒙活動の結果によると思われた。一方、在宅療養を希望する人の割合は 36.4%と、昨年神石高原町で行った調査よりは多かったが、40%に満たない結果であった。従って、在宅医療に関して国民を啓蒙し、それが国民に浸透したとしても、国民がそれを希望する割合はそれほど高くない可能性が高いと推察せざるを得ない。平成 24 年度に行われた意識調査においても、症状がほとんどなく、意識や判断力が健康なときと同じ場合は終末期における療養場所の希望として 70%が自宅を希望したが、それ以外は、自宅よりも医療機関もしくは施設での療養を希望する人が多い結果であった。すなわち、在宅医療を推進する前提として、国民が自宅での療養を希望しているから、とは言えないのではないかと推察される。それでも在宅医療を推進する理由を国は国民に示すべきである。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

1) 服部文子、阿嶋猛嘉「療養場所の希望に関するアンケート調査 中山間僻地の在宅医療のニーズを知る」第55回日本老年医学会学術集会 平成25年6月 大阪

G. 知的財産権の出版・登録 なし

1-2-3) 在宅医療サービスのニーズに関する研究 (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の約6割が在宅療養を希望しているというが、これまで調査対象が高齢者ではなかった。在宅医療サービスの真の利用者となる高齢者を対象の主体として在宅医療のニーズについて調査する必要がある。2012年9月末～10月末の間、神石高原町立病院へ来院した患者およびその家族、神石高原町内4か所の居宅事業所の利用者、町内のイベント参加者に対し、無記名アンケートを実施した。調査件数1468件のうち1059件（病院利用者672人、施設利用者348人、町内イベント参加者39人）を分析した。自身が病気やけがで動けなくなったときに治療や療養の場所として病院を希望した人は451人（42.6%）、自宅285人（26.9%）、介護施設77人（7.3%）、わからない77人（7.3%）、状況による185人（17.5%）であった。男性患者では病院を希望する割合が50%前後とより高かった。独居の人も病院での療養を希望する割合が高かった。病院での療養を希望した理由は、積極的に治療を受けたいからが39.4%と最も多かった。訪問看護・診療を実際に利用したり、内容を知っている人は全体の51.7%であった。自宅での療養を希望する人のうち、46%は実現可能と答えた。そのうち、69%の人が訪問看護・訪問診療の利用経験があるか内容を知っている人だった。従って在宅医療サービスの拡充や広告が在宅医療を希望する人を増やす可能性がある。

A. 研究目的

近年、在宅医療推進の動向が活発である。国民意識調査では約6割以上の方が在宅での療養を希望している、という報告が前提となっている^{1) 2)}。しかし、それらの報告は調査対象が比較的若年層であったり、高齢者を対象としたものでも、前期高齢者の割合が多いものである³⁾。真に在宅医療の対象である高齢者を対象にしたものとはいえない。また、75歳以上の後期高齢者が人口の約30%を占める中山間地域においては、高齢者のみの世帯が多く、介護者の不足などから自宅での療養が困難な場合が多いと予測される。

広島県神石高原町は、広島県東北部に位置する人口約一万人強の中山間地であり、高齢化率

は 43.09%と広島県下第 2 位であり、年々の人口減少に歯止めがかからない典型的な中山間僻地である。そこでは、医療機関の利用者はほとんどが高齢者であるが、町立病院および訪問看護事業所において訪問看護サービスの需要はあまり高くない。そこで、通院中の患者および家族を対象に、在宅医療、訪問診療、訪問看護サービスのニーズがどの程度あるのか、また、在宅医療サービスに関する認知度がどの程度あるのかを調査した。

B. 研究方法

(1) 無記名アンケート調査

2012 年 9 月末から 10 月末の間、神石高原町立病院外来に来院した患者及びその家族、町内 4 か所の介護支援事業所でサービス利用者およびその家族、町内で行われたイベントの健康教室を利用した人を対象に無記名アンケートを行った。

(2) 調査内容

調査項目の内容は大別して①対象の背景、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

マイクロソフト社アクセス 2010 を利用し、単純集計した。

(倫理面への配慮)

本調査の開始にあたって、神石高原町立病院の経営母体である医療法人で倫理委員会を開催し、倫理面で問題がないこと検討した。また、調査実施場所の各部署で責任者の了承を得た。

調査用紙は無記名の選択式とし、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。

C. 研究結果

(1) 対象者の属性

調査票は病院で 890 通、介護施設で 395 通、町内イベントで 32 通、計 1312 通回収した。そのうち 1059 通を有効回答とした。対象の内訳は男性 391 人、女性 668 人であった。年代別では 50 才未満が 43 人、50 代 104 人、60 代 157 人、70 代 294 人、80 代 387 人、90 代以上 49 人で平均年齢は 74.6 才だった。職業は無職 567 人、農業 321 人、自営業 22 人、会社員 35 人、その他 114 人だった。住居は一軒家に住んでいる人が 1023 人と 96%を占め、賃貸住宅 20 人、介護施設 9 人、その他 7 人であった。家族構成は独居 144 人、夫婦二人居 299 人、その他二人居 80 人、3 人居 201 人、4 人以上が 331 人であった。

(2) 療養場所の希望

自身が病気やけがなどで動けない状態になったとき、病院へ入院して療養したいと答えた人が全体の約 40%であった。男性患者ではその割合が増加し、75-84 才の男性患者 (48%が入院を希望)を除き、各年代とも 50%以上の人が入院しての治療を希望した。女性では全体でも患者だけを抽出しても 30-40%の人が病院での療養を希望し、自宅での療養を希望した人

は 20–30%台であった。家族構成のうち独居の人は 54.2%の人が入院での療養を希望し、自宅での療養を希望する人は 13.2%と少なかった。その他の家族構成では病院 40%前後、自宅 22–30%であった。夫婦 2 人居の人では療養場所に在宅を希望する人が 33.4%とやや多かった。療養場所として自宅を希望する人の割合は 65–74 才の男性患者で 40%と入院 37%とより多かったが、その他の年代では男女とも 20–30%だった。療養場所として介護施設を希望する人の割合は男女とも 10%未満であることが多く、施設利用者であってもその割合は 7%前後とほぼ同様であった。独居の人は療養場所として 12.5%が介護施設を希望し、他の群と比較し多かった。

(3) 在宅医療サービスの認知度

訪問看護や訪問診療といった在宅医療サービスを知識として知っている人は 397 人 (37.5%)、聞いたことはあるが内容は知らない人が 367 人 (34.6%)、実際に利用したことがある人 151 人 (14.3%)、全く知らない人 144 人 (13.6%) であった。在宅医療サービスを利用したことがある人は療養場所として自宅を希望する人の割合が 36.4%と病院を希望する人 (34.4%) より多かった。

(4) 療養場所を希望する理由

病院での療養を希望する理由は「治療環境が整っているから」178 人、「積極的に治療を受けたい」168 人、「介護してくれる家族に負担がかかるから」134 人だった。療養場所に自宅を希望する理由は「住み慣れた場所で過ごしたいから」が 202 人、次いで「自分の好きなように過ごしたいから」146 人、「入院したくないから」105 人であった。

(5) 自宅療養の可否

自宅で療養したい人 285 人のうち、実現可能と答えた人は 131 人 (46%) と多く、不可能と答えた人 36 人 (12.6%) と少なかった。わからない人 116 人 (40.7%) であった。自宅で療養したいが不可能であると答えた理由は「介護してくれる家族に負担がかかる」が 20 人、「介護してくれる家族がいない」14 人、「病状が悪化したときの対応が不安」13 人であった。自宅療養を希望し、実現可能と答えた人のうち、訪問看護を実際に利用した人の割合が高く (29.7% vs 全体 14.3%)、訪問看護の内容を知っている人と合わせると 68.9%に達した (全体 51.8%)。

D. 考察

今回の検討では療養場所の希望として、概ねどの群でも病院を希望する人の割合が 40%前後で、自宅を希望する人の割合は 20–30%台であった。先行研究ではいずれもその割合は今回の結果とは逆で、約 4–6 割が自宅での療養を希望しており、病院を希望する人は 2 割程度である^{2)–4)}。その最大の理由は検討対象の違いと思われる。本研究の対象者の多くは病院や介護施設を利用している高齢患者である。先行研究の対象はもっと年齢が若く、健常者であった。これまでの研究結果では療養場所として自宅を希望する人の割合が多く、在宅医療推進の根拠にひとつとなっているが、今回の研究のように高齢患者を対象としたものではない。実際の在

在宅医療の対象患者は今回の検討の対象のような高齢患者である。臨牀医として現場にかかわる筆者の感覚でも在宅医療のニーズがそれほど高いと感じていなかったが、ほぼ実感のとおりの結果であった。調査対象者の多くが病院への通院患者であるため、病院志向が強く、入院の希望が多いのではないかと、という懸念もあるが、対象が介護施設利用者でも同様の傾向であり、75才以上の尤も医療を必要とする層では在宅医療のニーズは2-3割程度であり高いとはいえないことが明らかになった。

今回の検討では、病院へ入院しての療養を希望する人がどの群においてもおおむね40%であったが、その理由の大半は「治療環境が整っているから」、「積極的に治療を受けたい」であった。多くの患者は「病気やけがなどで動けない状態になった場合」、まずは「積極的に治療を受けたい」と考えていることが判明したが、質問の仕方の問題もあると考えられる。「病気やけがなどで動けない状態になった場合、どこで治療や介護を受けたいかですか。」という問いであったが、素直にとれば、急にそのような状態になった場合は、やはり患者としては、最初は病院へかかり、治療を受けたいと考えるのが普通であり、質問に「年を取って次第に動けない状態になったら」、あるいは「治る見込みのない病気のため」などを付け加えるべきであった。それにより、療養を希望する場所の比率が変化する可能性は高いと思われ、今後の検討課題である。

療養場所として自宅を希望し、実現可能と答えた人の比率は先行研究が20.8-28.6%であったのに比し^{2), 4)}、高かった。この群の人たちは全体に比べ、訪問看護について知っていたり、実際に利用した人の割合が多かった。このことは、訪問看護・訪問診療といった在宅医療サービスがもっと広く知られ、活用されるようになれば、今後、在宅医療を希望する高齢者が増える可能性がある。

E. 結論

今回の調査では、75才以上の高齢患者が対象の大半を占めた。その約40%は病院へ入院しての療養を望んでおり、自宅での療養を希望した人は約20~30%であった。このことはこれまでの調査結果とは異なっていた。今回は高齢化率の高い、過疎地における調査であったが、今後、都市部の高齢者の意識がどうかを調べる必要がある。また、自宅での療養を希望し、それが実現可能と答えた人は在宅看護サービスを利用した、あるいは知っている人が多かった。このことから在宅医療サービスの拡充が、在宅療養を希望する患者を増やすことにつながると考えられた。

参考文献

- 1) 厚生労働省医政局：終末医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について、2004. 8. 20
- 2) 浅見 洋ら. 人口減少地域における在宅終末期医療の実態と住民の意識調査. - 第一報 :

中能登町の場合 - . 石川看護雑誌 vol4, 11-18, 2007.

3) 内閣府共生社会生活統括官. 高齢者の健康に関する意識調査.

4) 栃木県政世論調査. 在宅医療に関する県民意識について. 2010年
www.pref.tochigi.lg.jp/c05/pref/kouhou/iken/.../1287708108422.pdf

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

第回日本老年医学会総会で発表予定

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

1-2-4) 訪問リハビリテーションの利用が少ない要因を調査した。

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

○訪問リハビリテーションの課題に関する調査○

研究分担者 園原 和樹 医療法人社団敬仁会桔梗在宅往診クリニック管理者

研究協力者 川野 靖仁 医療法人社団敬仁会桔梗ヶ原病院言語聴覚士

研究要旨

訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）とは、通所が困難な利用者を対象として、心身の機能の維持と回復、日常生活の自立や支援を目的としてリハビリテーションを施行することである。訪問リハは、過去の医療保険制度や介護保険制度の改定にあわせて、要件の変更がなされたが、生活期リハビリテーションの一翼を担う訪問リハの実態は明らかにされていない。今回、介護支援専門員（以下、ケアマネ）に対するアンケート調査を通じて、長野県における訪問リハの現状についての調査を実施した。

長野県にある 299 事業所よりアンケートの回答が得られた。訪問リハの利用者については、①訪問リハの希望は本人または家族より出されることが多く、②訪問リハを導入する理由としては身体的機能の低下が多かった。また、③訪問リハの利用者はデイケア利用者と比べて、要介護および寝たきり度が重度化する傾向を認めた。ケアマネについては、①ケアマネの基礎資格として介護福祉士や看護師が多く、②通院リハに対する理解度の低下を認めた。また、③過去に訪問リハを計画したことのあるケアマネが 92.9%である一方で、実際に訪問リハビリを行っている利用者の割合は 10.4%に留まっていた。訪問リハを導入する際の問題点については、①過去の訪問リハ導入時に問題があったケアマネが 47.5%あり、②その主な理由として、主治医と訪問リハの指示医による二重診療、主治医が訪問リハの指示を出してくれない、訪問リハ事業所が少ない、日程・時間の調整ができない、訪問看護ステーションからの訪問リハでは訪問看護を併用しなければならないなど多岐にわたっていた。

以上より、身体機能の低下者を中心として訪問リハの希望があり、自立度の低い利用者を含めて幅広く訪問リハが提供されている一方で、実際の訪問リハビリの利用率は 10.4%に留まっていた。背景に主治医と訪問リハの指示医による二重診療の問題と、介護現場におけるリハビリテーションに対する理解力の低下があることが示唆された。

A. 研究目的

我が国におけるリハビリテーションの提供体制として、入院による疾患別リハビリテーション、通院による疾患別リハビリテーション（以下、通院リハ）、訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）、通所リハビリテーション（以下、デイケア）が存在する。

訪問リハとは、通所が困難な利用者を対象として、心身の機能の維持と回復、日常生活の自立や支援を目的としてリハビリテーションを施行することである。訪問リハは、過去の医療保

険制度や介護保険制度の改定にあわせて、要件の変更がなされたが、生活期リハビリテーションの一翼を担う訪問リハの実態は明らかにされていない。

今回、介護支援専門員（以下、ケアマネ）に対するアンケート調査を通じて、長野県における訪問リハの現状についての調査を実施した。

B. 研究方法

（１）対象

長野県内の居宅介護支援事業所（606 か所）と地域包括支援センター（117 か所）を対象とした。

（２）方法

各事業所の代表者（ケアマネ）1名に、16項目の多肢選択式及び自由記載のアンケート調査を実施した。以下に、アンケートの主要な項目を記す。

- ①アンケート回答者の属性
- ②主任介護支援専門員の有無
- ③担当している利用者数
- ④訪問リハ、デイケア、通院リハの理解度
- ⑤訪問リハ、デイケア、通院リハの相違点
- ⑥訪問リハのプラン立案の経験
- ⑦1ヶ月あたりの訪問リハの利用者数
- ⑧訪問リハ利用者の要介護度
- ⑨訪問リハ利用者の障害高齢者の日常生活自立度（以下、寝たきり度）
- ⑩訪問リハを希望した者の属性
- ⑪訪問リハ導入時のトラブル

C. 倫理面への配慮

（１）個人情報の保護、データの管理

対象となった事業所の個人情報（住所、名称）とデータ（アンケート結果）は厳密に管理し、他者に漏れないように取扱いを慎重に行った。

（２）研究結果の公表

学会や学術雑誌およびデータベース上で公に発表する場合には、個人が誰であるかわからないように匿名化したうえで発表する。

C. 研究結果

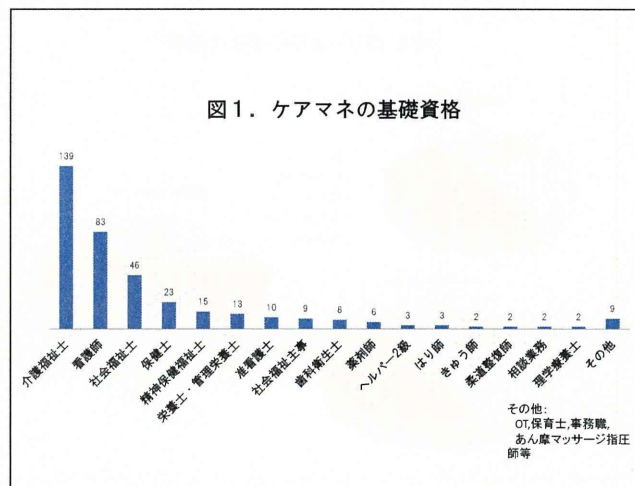
(1) 回答率

居宅介護支援事業所 248 件、地域包括支援センター47 件、不明 4 件を合わせた 299 件(41.4%)であった。

(2) 回答者の属性

アンケートに回答したケアマネの基礎資格については、介護福祉士が 139 名(46.5%)と最も多く、次いで看護師が 83 名(27.8%)、社会福祉士 46 名(15.4%)、保健士 23 名(7.7%)、精神保健福祉士 15 名(12.7%)であった(図1/3項)。

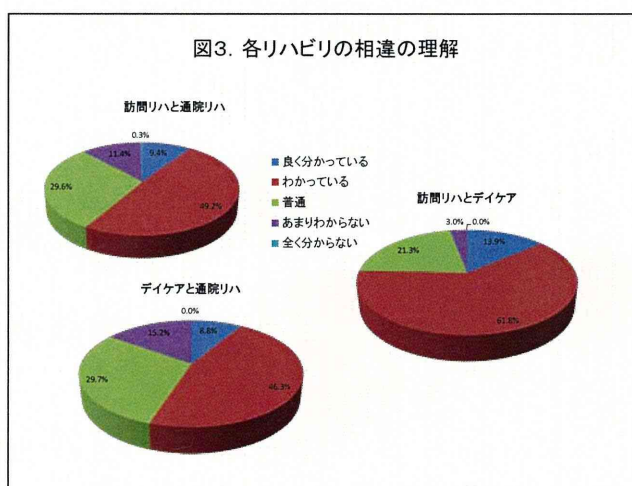
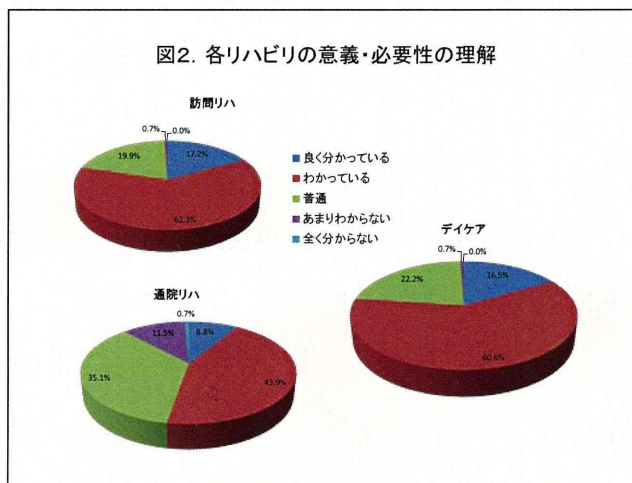
主任介護支援専門員の資格の有無は、あり 49.3%、なし 50.7%とほぼ同数であり、ケアマネとしての平均の経験年数は 8.6 年であった。



(3) リハビリテーションの理解度、相違点

訪問リハ、デイケア、通院リハの意義や必要性について、「よくわかっている」と「わかっている」を合わせたものの割合は、訪問リハ 79.5%、デイケア 77.1%、通院リハ 52.7%と、介護保険制度におけるリハビリ(訪問リハ、デイケア)の理解度が高い一方で、通院リハの理解度は低い傾向にあった(図2/4項)。

それぞれのリハビリの違いについて、「よくわかっている」と「わかっている」を合わせたものの割合は、訪問リハとデイケアの違いは 75.7%、訪問リハと通院リハの違いは 58.6%、デイケアと通院リハの違いは 55.1%と、通院リハとの比較において理解度が低下する傾向を認めた(図3/4項)。



(4) 利用者の属性について

訪問リハの利用者の要介護度と障害高齢者の日常生活自立度(以下、寝たきり度)を示す(図4および図5/5項)。

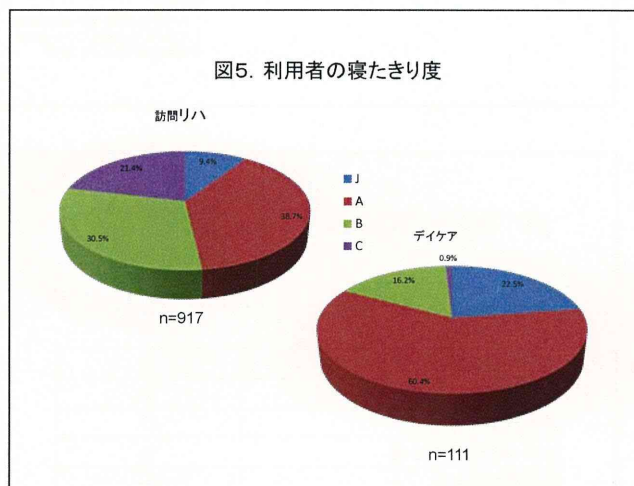
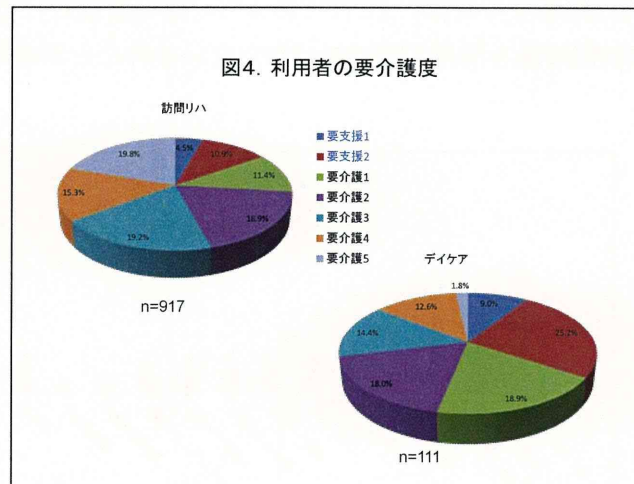
要介護度については、要支援1が41名(4.5%)、要支援2が100名(10.9%)、要介護1が105名(11.4%)、要介護2が174名(18.9%)、要介護3が176名(19.2%)、要介護4が141名(15.3%)、要介護5が182名(19.8%)であった。

寝たきり度は、ランクJが86名(9.4%)、ランクAが355名(38.7%)、ランクBが280名(30.5%)、ランクCが196名(21.4%)であった。

※参考. 当法人デイケアにおける通所リハの利用者の要介護度と寝たきり度

要介護度については、要支援1が10名(9.0%)、要支援2が28名(25.2%)、要介護1が21名(18.9%)、要介護2が20名(18.0%)、要介護3が16名(14.4%)、要介護4が14名(12.6%)、要介護5が2名(1.8%)であった。

寝たきり度は、ランク J が 25 名 (22.5%)、ランク A が 67 名 (60.4%)、ランク B が 18 名 (16.2%)、ランク C が 1 名 (0.9%) であった。



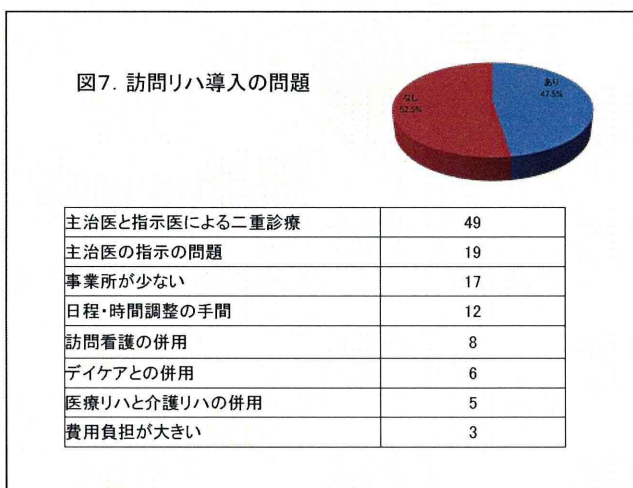
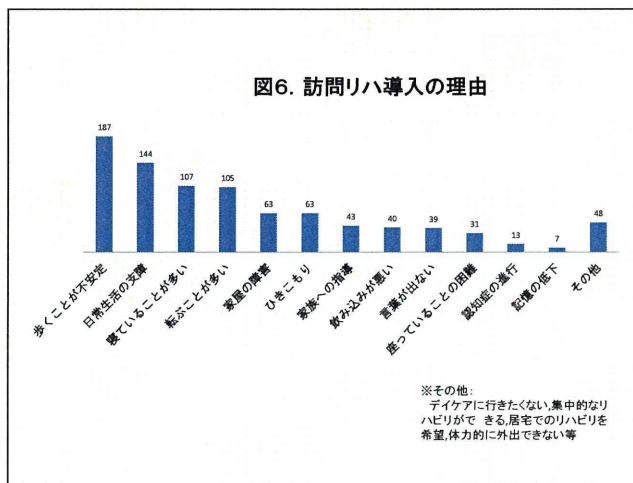
(5) 訪問リハの導入について

過去に訪問リハをケアプランに立案したことのあるケアマネは 92.9%と大多数であった。一方で、現在、実際に訪問リハを利用している者は 917 名で、ケアマネ一人当たりの訪問リハの利用者に換算すると 3.3 名 (訪問リハの利用率は 10.4%) に留まっていた。

訪問リハを希望した者は、本人 29.3%、家族 32.1%、ケアマネ 17.5%、医師 12.1%、医療関係者 9.9%であった。

訪問リハを導入した理由については、歩くことが不安定になった 187 件、日常生活に支障が出てきた 144 件、寝ていることが多くなった 107 件、転ぶことが多くなった 105 件などの身体的理由が多かった。また、他の意見として家屋の評価 63 件、外出の機会が減った 63 件、家族の介護に対する説明・指導 43 件などが聴取された (図 6 / 6 項)。

訪問リハを導入する際の問題点については、過去に訪問リハ導入時に問題ありが 124 件 (47.5%) であった。その主な理由として、主治医と訪問リハの指示医の関係で二重診療をする必要がある 49 件、主治医が訪問リハの指示を出してくれない 19 件、訪問リハ事業所が少ない 17 件、日程・時間の調整ができない 12 件であった。他の意見として訪問看護ステーションからの訪問リハでは訪問看護を併用しなければならない 8 件などが聴取された(図7/6項)。



D. 考察・まとめ

長野県の介護事業所（居宅介護支援事業所と地域包括支援センター）を対象として、訪問リハに関するアンケート調査を行い、299 事業所より回答を得た。

訪問リハの利用者については、①リハビリの希望は本人または家族より出されることが多く、②訪問リハを導入する理由としては身体的機能の低下が多かった。また、③訪問リハの利用者はデイケア利用者と比べて、要介護および寝たきり度が重度化する傾向を認めた。背景として、

訪問リハは身体機能の低下があり、より介護が必要な利用者に対してリハビリが提供されていることが示唆された。

ケアマネについては、①ケアマネの基礎資格として介護福祉士や看護師が多く、②通院リハに対する理解度の低下を認めた。また、③過去に訪問リハを計画したことのあるケアマネが92.9%である一方で、実際に訪問リハビリを行っている利用者の割合は10.4%に留まっていた。

訪問リハを導入する際の問題点については、①過去の訪問リハ導入時に問題があったケアマネが47.5%であり、②その主な理由として、主治医と訪問リハの指示医による二重診療、主治医が訪問リハの指示を出してくれない、訪問リハ事業所が少ない、日程・時間の調整ができない、訪問看護ステーションからの訪問リハでは訪問看護を併用しなければならないなど多岐にわたっていた。

E. 結論

長野県の介護事業所を対象として、訪問リハに関するアンケート調査を実施した。今後は、①急性期 → 回復期 → 生活期の概念に基づきリハビリテーションを提供するために、ケアマネに対してリハビリテーションに対する啓蒙活動を行い、②訪問リハを行う際に主治医と訪問リハの指示医による二重診察が必要となる現行の制度を改め、訪問リハを指示する医師を主治医に一本化することが望ましいものと考えた。

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

なし

3. その他

なし

1-2-5) 退院支援の課題を整理 (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

地域医療における在宅医療の QOL に関する研究

ー本院における退院支援の実態から在宅医療へのスムーズな移行を考えるー

研究分担者 荒井 秀典 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻教授

研究要旨

高齢者の在院日数を短縮することは、医療費を抑えるため、また入院の長期化による患者の生活機能低下を防ぐために重要である。退院支援・退院調整はこうした状況を背景にその重要性が注目されており、京都大学医学部附属病院においても、地域ネットワーク医療部が病棟や地域と連携しながら行っている。今回本院において退院支援を受けた患者の背景要因を分析することにより、退院支援を困難にしている要因を明らかにするために解析を行った。その結果、医療処置がない患者に比べて医療処置がある患者の方が、また ADL が自立している患者に比べて ADL が自立していない患者の方が、在院日数と支援日数が有意に長かった。医療処置の有無と ADL は入院中に変化する可能性が高いため、入院時に行われる退院支援アセスメントの結果、退院支援・退院調整が必要であると判断されなかった患者に対しても、入院後の経過からその必要性を適宜判断し、支援を開始することが重要である。支援開始までの日数は、その中央値が 65 歳以上の患者の在院日数の中央値を超えており、より早い段階での支援開始が可能であると考えられる。

A. 研究目的

高齢者の入院医療費は平均在院日数と強い正の相関関係があり、近年厚生労働省が提示している医療費適正化計画では、高齢者人口の増加に伴った医療費の急増を抑えるため、入院期間の短縮が目標とされている。これを実現するためには医療機関の機能分化、在宅医療の推進、医療と介護の連携強化が重要であると考えられており、退院支援・退院調整はこうした状況を背景に、その重要性が注目されている。京都大学医学部附属病院においても、地域ネットワーク医療部が 2000 年に開設され、退院調整看護師と医療ソーシャルワーカーが外来や病棟、地域と連携しながら退院支援・退院調整を行っている。高齢者においては年齢が高齢であるほど、在院日数が長くなるほど、入院中の生活機能（認知機能、意欲、ADL）が低下するリスクが高くなるため、高齢者の在院日数を短縮することは医療費を抑えるためだけでなく、患者の生活機能を低下させないためにも重要であり、病院の退院支援・退院調整部門の果たすべき役割は大きく、よりスムーズな退院支援・退院調整が求められている。

本研究では、当院地域ネットワーク医療部が介入した事例を分析し、退院支援・退院調整の実態を解析することにより、在院日数や支援開始までの日数、支援日数への影響を明らかにする。

これらの結果から、よりスムーズな退院支援・退院調整を行うための示唆を得る。

B. 研究方法

1. データ分析

1) 対象：2011年1月～12月に京都大学医学部附属病院の地域ネットワーク医療部に支援依頼があった65歳以上の患者396件のうち、入院中に支援が開始された事例392件。

2) データ収集方法：エクセルファイルにてデータベース化されている地域ネットワーク医療部の介入患者の情報より、入院日、退院日、支援開始日、年齢、性別、医療処置の有無、バーセルインデックスの得点についてデータを収集した。

3) 分析方法：対象の基本属性として年齢、性別、医療処置の有無、ADLの項目について単純集計を行った。各患者について在院日数、入院してから支援開始までの日数（支援開始までの日数）、支援が開始されてから退院するまでの日数（支援日数）の3つの期間を算出した。各基本属性と在院日数、支援開始までの日数、支援日数との関連について解析を行った。

（倫理面への配慮）

収集したデータはIDで扱い、個人が特定されないよう配慮した。

C. 研究結果

1) 対象者の属性

地域ネットワーク医療部への支援依頼は、合計28の診療科から出されていた。依頼の多かった診療科は順に、呼吸器内科、神経内科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、消化管外科、循環器内科であった。対象者は男性218名、女性173名であり、65～74歳の前期高齢者が153名、75歳以上の後期高齢者が239名で、平均年齢は76.9歳であった。退院時に継続して医療処置が必要な患者は198名、必要なかった患者は194名であった。バーセルインデックスに関してはデータが欠損していた39名を除く、393名で分析を行い、得点の中央値は60点であった。バーセルインデックスの得点は60点以上で介助が少なくなると推察されるため、60点～100点の患者をADLが高い群、0点～55点の患者をADLが低い群として2群に分類した。ADLが高い患者は198名、低い患者は155名であった（表1）。

2) 属性による在院日数、支援開始までの日数、支援日数の比較

地域ネットワーク医療部に支援依頼のあった患者392名の在院日数は平均44.8日、中央値は38日であった。

次に、基本属性と各日数との関連性についてノンパラメトリック検定を行った。年齢、性別間においては、どの日数についても有意差を認めなかった。有意差が認められたのは、医療処置の有無と在院日数（ $p=0.022$ ）、医療処置の有無と支援日数（ $p=0.004$ ）、ADLと在院日数（ $p=0.019$ ）、ADLと支援日数（ $p=0.001$ ）であった（表2）。医療処置がない患者に比べて医療処置がある患者の方が、またADLの高い患者に比べてADLの低い患者の方が、在院日数と支援

日数が有意に長かった。支援開始までの日数においては、どの属性についても有意差は認められなかった。

D. 考察

1) 在院日数について

2011年に入院した65歳以上の在院日数の中央値と、地域ネットワーク医療部に支援依頼のあった患者の在院日数の中央値を比較すると、退院支援・退院調整が必要な患者は、そうでない患者の約4倍、在院日数が長い。よって、退院支援・退院調整にかかる期間を短縮することは、病院全体の在院日数を短縮するために有効であるといえる。中でも医療処置が必要な患者やADLの自立度が低い患者は、そうでない患者に比べて有意に在院日数が長いという結果が得られたが、これは支援日数の長期化に伴って在院日数が延長しているためであると考えられる。

2) 支援開始までの日数について

入院してから支援が開始されるまでの日数は、どの属性においても中央値が15日～17日の間にあり、属性による差はみられなかった。しかし、この値は2011年に入院した65歳以上の患者の在院日数の中央値を超えており、多くの患者が入院して時間がたった後に、支援が開始されていることを表している。支援開始が遅くなる原因として、支援の必要性の判断が遅れていることが考えられる。京都大学医学部附属病院では、退院支援が必要な患者をスクリーニングするため、入院時に医療管理上の課題や生活・介護上の課題（ADL/IADL評価、家屋評価、介護力評価）について情報収集を行っている。そこで退院支援が必要であると判断されれば、地域ネットワーク医療部に支援依頼が出される。患者・家族は入院医療への期待から、「元のとおり自分でできるようにならないと、家に帰れない」、「もう少し入院していたら回復するはず」などの思いを抱く。急性期の治療が終了して、医師や看護師から退院の話をしたときに初めてこのような患者の思いを知るのでは、支援開始が遅くなってしまう。退院後の生活について、患者・家族がどのような思いを抱いているのか、患者の思いを聞き取ることが必要である。

3) 支援日数について

支援日数は医療処置の有無とADLの自立度に影響を受けることが分かった。退院後も医療処置が必要な場合、処置内容を自宅でも継続可能な方法に変更したり、本人・家族が手技や医療機器の管理方法を習得したりするための時間が必要となる。また療養病棟やホスピスへの転院を考える場合、医療処置によっては施設が受け入れられないこともあり、転院先の決定に時間がかかることも多いと思われる。患者・家族とも退院を希望しない事例の多くが何らかの医療処置を行っていたという報告もある。医療処置とADLの低さは介護度が高いことにつながり、家族にとっては負担が大きいことが推測される。このため、医療処置とADLの低さにより支援日数が長くなる理由として、家族の受け入れ不足という可能性も考えられる。退院後に家族が自宅で介護を行う必要がある場合、家族の受け入れを支援すること、家族が安心して介護できる環境を整えることが退院支援・退院調整をスムーズに行うために重要であるといえる。

入院時にスクリーニングのため収集される情報のうち、医療管理上の課題と ADL/IADL 評価の項目は入院中の経過により変化が生じる可能性が高いと思われ、そしてこの 2 項目は支援日数の長さに影響を与える要因であった。今回の分析に用いた医療処置の有無やバーセルインデックスの得点についての情報は、初回カンファレンスが行われた時点、支援開始時に得られたものと考えられる。しかし既存データから分析を行ったため、事例によって評価された時期、評価した人は異なると考えられ、どの時点での ADL・医療処置の有無が支援日数の長期化につながるのかは明確ではない。しかし、入院時のスクリーニングで退院支援・退院調整が必要であると判断されなかった患者に対しても、入院後の経過からその必要性を適宜判断し、支援を開始することは、支援日数の短縮のために有効であると考えられる。

E. 結論

医療処置が必要な患者、また ADL の低い患者は、それぞれ医療処置が必要でない患者、ADL の高い患者に比べて在院日数・支援日数が長くなる傾向がある。そのため、入院時だけでなく、入院中も継続的に退院支援・退院調整の必要性をアセスメントし、支援の必要性を早期に判断することが早期介入のために重要である。退院にかかわる意思決定を支援するためには、患者・家族の思いを聞き、必要な情報を提供するなどの支援が必要である。また患者が主体的に退院後の生活について考えられるよう、働きかけること、退院時期についての認識を医療者側と患者側で共有することが重要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Sampaio R A C, Sampaio P Y S, Yamada M, Ogita M, and Arai H, Urban-rural differences in physical performance and health status among older Japanese community-dwelling women. *J Clin Gerontol Geriatr*, in press.
- 2) Yamada M, Takechi H, Mori S, Aoyama T, Arai H, Global brain atrophy is associated with physical performance and the risk of falls in older adults with cognitive impairment. *Geriatr Gerontol Int*, in press.
- 3) Yamada M, Arai H, Sonoda T, and Aoyama T, Community-based exercise program is cost-effective by preventing care and disability in Japanese frail older adults. *J Am Med Dir Assoc*, 13: 507-511, 2012.
- 4) Takechi H, Sugihara Y, Kokuryu A, Nishida M, Yamada H, Arai H, Hamakawa Y, Both conventional indices of cognitive function and frailty predict levels of care required in a long-term care insurance program for memory clinic patients in Japan. *Geriatr Gerontol Int*, 12: 630-636, 2012.
- 5) Ogita M, Takechi H, Kokuryu A, Kondoh H, Hamakawa Y, Arai H, Identifying cognitive dysfunction using the nurses' rapidly clinical judgment in elderly inpatients. *J*

- Clin Gerontol Geriatr, 3: 21-23, 2012.
- 6) Ogita M, Utsunomiya H, Akishita M, Arai H, Indications and practice for tube feeding in Japanese geriatricians: Implications of multidisciplinary team approach. Geriatr Gerontol Int, 12: 643-51, 2012.
 - 7) Yamada M, Aoyama T, Arai H, Nagai K, Tanaka B, Uemura K, Mori S, Ichihashi N, Complex obstacle negotiation exercise can prevent falls in community-dwelling elderly Japanese aged 75 years and older. Geriatr Gerontol Int, 12: 461-7, 2012.
 - 8) Yamada M, Uemura K, Mori S, Nagai K, Uehara T, Arai H, Aoyama T, Faster decline of physical performance in higher levels of baseline locomotive function. Geriatr Gerontol Int, 12: 238-46, 2012.
 - 9) Yamada M, Arai H, Nagai K, Tanaka B, Uehara T, Aoyama T, Development of a new index for fall risk assessment in older adults. Int J Gerontol, 6: 160-162, 2012.
 - 10) Arai H, Ouchi Y, Yokode M, Ito H, Uematsu H, Eto F, Oshima S, Ota K, Saito Y, Sasaki H, Tsubota K, Fukuyama H, Honda Y, Iguchi A, Toba K, Hosoi T, Kita T, Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. Geriatr Gerontol Int, 12: 16-22, 2012.
 - 11) Yamada M, Aoyama T, Arai H, Tailor-made programs for preventive falls that match the level of physical well-being in community-dwelling older adults. Craig S. Atwood(Eds.), Geriatrics, InTech, 117-132, 2012.
 - 12) Kanamori H, Nagai K, Matsubara T, Mima A, Yanagita M, Iehara N, Takechi H, Fujimaki K, Usami K, Fukatsu A, Kita T, Matsubayashi K Arai H, Comparison of the psychosocial quality of life in hemodialysis patients between the elderly and non-elderly using a visual analogue scale: The importance of appetite and depressive mood. Geriatr Gerontol Int, 12: 65-71, 2012.

2. 学会発表

- 1) 荒井秀典 (シンポジウム) : 我が国における脂質異常症遺伝子変異データベースの構築 (明日へのシンポジウム 2 脂質異常症と遺伝子の変異) . 第 44 回日本動脈硬化学会総会・学術集会, 福岡, 2012. 7. 19-20.
- 2) 荒井秀典 : Prevalence of isolated low HDL cholesterolemia in Japanese. 第 44 回日本動脈硬化学会総会・学術集会, 福岡, 2012. 7. 19-20.
- 3) 荒井秀典, 山本章, 松澤佑次, 齋藤康, 山田信博, 及川眞一, 馬淵宏, 寺本民雄, 佐々木淳, 中谷矩章, 板倉弘重, 石川雄一, 大内尉義, 堀部博, 北徹 (教育企画) : 高齢者の診かた. 第 54 回日本老年医学会学術集会, 東京, 2012. 6. 28-30.
- 4) 荒井秀典 (ワークショップ) : 老年医学教育のあり方を考える-学部教育から専門教育まで-. 第 54 回日本老年医学会学術集会, 東京, 2012. 6. 28-30.