

- ① 全国における、臨床研修指定病院及びがんセンター、あるいはいわゆる総合病院の管理者・院長・副院長等に対する、育成プログラム＋実地研修を義務化する。
 - ② ①を病院医師各位に伝達・徹底する。
 - ③ 地域における、がん末期・重症者（人工呼吸器等）に対応可能な在宅療養支援診療所のリストを作成し、各地域における当該病院に伝達する。
 - ④ 地域資源を即座に検索し、連絡を取り合えるシステムを構築、整備する。当院では、※「つながライン」を開発運用しているが、全国的なシステムとする。
 - ⑤ 当該患者に関する退院前ケアカンファレンスの頻度をさらに高める。
 - ⑥ 当該患者の当該病院への再来が、病院の疲弊に繋がることを病院医師に理解してもらう。
- ※「つながライン」宮城の医療介護資源マップ

<https://kokusaizaitaku.sakura.ne.jp/tsunagaline/>

F. 研究発表

1. 論文発表

在宅だから ICF：「生きることの全体」を捉える「統合モデル」とは何か
訪問看護と介護（医学書院）Vol. 19 No. 2 2014

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

2-3-2-2)

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

青森県における看取りを伴う在宅医療の現状とその阻害要因の検討

研究分担者 蘆野 吉和 青森県立中央病院 医療管理監

研究要旨

青森県の看取りを伴う在宅医療（在宅緩和ケア）の現状とその阻害要因の検討を、青森県立中央病院内医療従事者の在宅医療の認知度、青森市での在宅緩和ケアの取り組み、そして青森市を含む青森県内の医療施設の聞き取り調査を通して行った。

青森県立中央病院で働く医療従事者における在宅医療の認知度は非常に低く、終末期がん入院および外来患者の療養の場の選択肢として、医療側から提示されることはほとんどなかった。しかし、病院内での緩和ケア活動として在宅医療への移行支援を入れることで、多少の変化が見られた。地域住民の在宅医療に対する認知度も同様に低いものの、医療側から働きかけで、ニーズを掘り起こすことが確認できた。

青森市における在宅緩和ケアの受け皿としての医療機関は比較的多く、この地域での在宅緩和ケアの阻害要因は急性期病院からの紹介が少ないことと地域住民の認知度が低いことにあると思われた。その原因として、急性期病院の医師の医療に対する意識、命に関わる病状や病態に関する説明の不十分さがあるものと思われた。

一方、青森市近郊の地域では24時間対応訪問看護ステーションの不足が阻害要因であることが判明した。

また、八戸地域においても在宅緩和ケアの受け皿としての医療機関は多く、急性期病院との連携を強化することで在宅緩和ケアが展開される可能性が示唆された。

在宅緩和ケアのリソースが比較的ある青森市や八戸市においては、多職種のネットワーク化をはかると同時に地域の急性期病院の医療従事者の意識変容を何らかの形で促すことにより看取りを伴う在宅医療が普及する可能性があるものと思われた。

A. 研究目的

平成24年度の「青森県の在宅医療の推進・阻害要因の検討」では、平成23年度の青森県の在宅医療に関する資料をもとに、看取りを伴う在宅医療の現状とその阻害要因について二次医療圏毎に分析し、青森県においては、医師不足や冬期間の積雪の影響もあるものの、主に現在死亡診断書を記載している急性期病院の医師の医療の在り方や在宅医療についての意識の問題あるいは急性期病院の医療体制（病院完結型か地域完結型か）が最も大きな推進あるいは阻害因子であると思われるとの結論を出した。

そこで、今回は、青森県の中核病院である青森県立中央病院での院内および院外活動を通し、また、青森県内の医療施設を訪問調査し、同様の検討を行った。

B. 研究方法

(1) 青森県立中央病院内での活動を通しての検討

分担研究者は平成 24 年 1 月から青森県立中央病院緩和医療科医師として勤務し、緩和ケアチームおよび緩和ケア外来などを担当することで、病院内医療スタッフおよび地域連携室、そして地域住民とかかわりを持ち、特に進行がんにおける在宅医療への認知度についてその実態を把握した。

(2) 訪問による関係者の聞き取り調査

中泊町内の診療所、中泊町国民健康保険小泊診療所、外ヶ浜町国民健康保険外ヶ浜中央病院、青森市内の在宅医療を行っている複数の診療所、平内町の在宅医療を行っている診療所、公立野辺地病院、十和田市立中央病院、八戸市内の在宅医療を行っている診療所などを訪問し、その地域における進行がん患者の看取りを伴う在宅医療の実態および阻害要因などについて聞き取り調査を行った。

(倫理面への配慮) 今回の報告においては特に倫理面に配慮した。

C. 研究結果

(1) 青森県立中央病院内での活動を通しての検討

①院内医療従事者の看取りを伴う在宅医療に対する認知度について

平成 25 年 1 月に赴任し、その後約 1 か月の院内活動で感じたことは、特に緩和ケアを含むがん医療体制が「病院完結型」となっていることである。具体的には、医師はがん治療を精力的に行ってはいるものの、その限界が定まっていないため、結果的に日常生活活動度が極端に低下する直前まで治療を行い、低下した時点で緊急入院となり、そのまま病棟で亡くなるか、あるいは転院先で亡くなるかいずれの選択肢しかない状況にあった。また、転院先となる急性期病棟以外の病棟を持つ病院は青森市内には少なく、緩和ケア病棟も 1 施設 22 床しかないため、転院先もなかなか見つからず、長期の入院となることも多いのが現状で、その結果、診療科によっては急性期病院としての病床が確保できない状況も生じていた。このような状況になった要因として、勤務医の意識の中に在宅で支え看取る医療のイメージがないこと、また、在宅で看取った経験知がないことがあるものと思われる。

同様に、医師以外の医療従事者（病棟看護師および外来看護師、地域連携室を含む事務担当者など）にも、在宅医療という選択肢は思いつかず、患者や家族に在宅医療という選択肢は提示されない状況が続いていた。

病院で提供されている緩和ケアも症状緩和治療一辺倒であり、個々の人間の生き方を尊重し支える、あるいは家族を支える、そしてそのために多職種で支ええる限り日常生活を取り戻すという緩和ケアの本来の目標が見えない形となっていた。まさに「病院完結型緩和ケア」というべき緩和ケアチーム活動であった。

それから約 1 年たち、後述するように自院に後方病床を持たない中途半端な形ではあるが在宅医療が病院の事業として実践されることで、病院医療従事者の意識が多少変わってきたように感じられる。特に緩和ケア外来では、在宅医療移行の準備のために紹介される患者が少しずつ増えており、それを地域の診療所につなぐ地域連携部門の動きも円滑になってきた。病棟看護師および緩和ケアチームメンバーも在宅医療を多少意識できるようになり、まだまだ大勢は変わらないものの、できる可能性のあることをできないとは最初から否定しないようになってきた。

②地域連携部門の在宅医療に対する認知度について

平成 25 年当初は地域連携部門の在宅医療に対する認知度は非常に低くかったが、青森市内および近郊の在宅医療を行う診療所への挨拶を兼ねた聞き取り調査に部門担当者が同行訪問し、さらに、青森県内全域の診療所や病院の医療連携調査（訪問診療の可否、後方病床としての役割の可否、訪問看護の有無などを含む）などを行うことで、多少認知度はあがったものと思われる。ただし、在宅医療への同行訪問などはまだ実施されておらず、今後の課題と思われる。

③青森県立中央病院を利用する地域住民の在宅医療に対する認知度について

青森県立中央病院は青森医療圏の急性期病院群の中核病院となっているため、治す医療を求める地域住民にとっては、この病院で医療を受け続けることは治る希望を持ち続けられる意味をもっている。しかし、逆にこの病院から他の病院に紹介されることは治る希望がないことを言い渡されることとなり、さらに、青森市内ではまだまだ認知度のない在宅医療を進められることは「医者に見捨てられる」と意識される可能性が高いものと思われる。このためか、あるいは、治すことを目標にして毎日の多忙な診療を行っている医師にとって、治らないことを告げることに大きな抵抗を感じているためか、「治らない」とか「病状が悪くなっている」などという言葉は現在もあまり病状説明の中には使われていない。そして、このことが、地域住民にとって、在宅医療という選択肢が頭に浮かばない状況を生んでいるものと思われる。

④青森県立中央病院における看取りを伴う在宅医療の実践活動を通して実感できたことについて

分担研究者は、進行したがん患者の在宅医療を青森県立中央病院で平成 25 年 1 月より 9 月までの期間に 12 例に提供した（表 1）。

第 1 例目（症例 1）は赴任 2 日目に緩和ケア外来で診察した患者で、診察時病状はかなり悪化しており、余命 1 週間と思われた。緩和医療科は病床を持たない診療科であり、外来患者のほとんどはがん治療のため何らかの診療科を「主診療科」として併診しており、主診療科に紹介し入院を担当してもらうのが病院のルールであった。しかし、この患者はすでに主診療科とは「縁が切れており」、当院での入院看取りはできないと言われ、他の入院できる病院を探すことも難しいと言われ、住居が病院の近くであったため、自宅での看取りを提案し、本人および家族の了承を得て、在宅緩和ケアが始まった。しかし、病院にとって初めての事例であったため、バックアップを含む在宅医療の体制を急遽構築することとなった。在宅医療を可能とした体制は自分の病院が後方病院とはならず、緩和ケア病棟のある慈恵会病院を後方病院とし、医師のバックアップも地域の緩和ケア病棟担当医師（当院の緩和ケア外来非常勤医師）に担当してもらった。なお、12 例中この症例のみ結果的に死亡診断はバックアップ医師が行った。

その後の症例の多くも、後方病院を慈恵会病院の緩和ケア病棟とし、不在時のバックアップは同様に在宅緩和ケアを実践している緩和ケア病棟医師にお願いした。

今回担当した症例は、紹介された時点ですでに余命が短いと判断され他の病院への緊急入院が難しくかつ自宅が病院からあまり遠距離ではない症例（症例 1、症例 2）、本人および家族が自宅での看取りを希望し病院からあまり遠距離ではない症例（症例 3、症例 4、症例 8、症例 10）、骨転移による脊損で長期入院（約 6 か月）となり病院の都合で在宅医療を進めた症例（症例 6）、医療費滞納のため他の医療施設には入院も在宅医療も紹介できない症例（症例 5、症例 7）、本人の強い希望で開始した症例（症例 11）、夫が自宅看取りを希望し急遽自宅に搬送した症例（症例 12）、緩和ケアチームとして介入し、

過剰輸液により病状（呼吸困難）が悪化していると判断したうえで、本人と家族に在宅医療を進めた症例（症例9）などである。

症例9は自宅に戻った時点で輸液を減らし、胸水を排液することで呼吸困難が改善し、かつ、予後1か月と予測していたが3か月以上自宅で暮らし、そのまま自宅で家族が看取ることができた。

また、12例中11例が自宅での看取りを迎え、最終的に症例11が自分の希望する形で希望する病院に入院することとなった。

在宅医療を開始した時点では、事務局に「在宅医療は県立中央病院の役割としてそぐわない」と言われたが、病院は都道府県がん診療連携拠点病院であり、中心となって在宅緩和ケアのネットワークを構築する役割がその要件としてあること、在宅医療の地域ネットワーク構築を進めるのが今や県の仕事でもあることなどこれまでの活動を通して理解してもらえたものと考えている。

平成25年10月以降は症例がない状況が続いているが、これはそれまでの聞き取り調査などで青森市内では在宅緩和ケアを実施してくれる診療所が多くあり紹介することで受けてもらえることがわかったためである。

これまでの実践活動を通して実感できたことは、青森市内では在宅医療の受け皿は現時点においては十分にあるものの、ネットワーク化されていないこと、急性期病院が患者を抱え込み、在宅医療の選択肢を提示しないことが在宅医療の阻害要因になっていること、そして、そのことが病院の医師を含めた医療従事者の過剰業務の要因ともなっていること、そして、この壁を打ち破るためには、病院勤務医の在宅医療への理解をすすめる、病状が進んだ病態においては医師が十分な病状説明を行うと同時に今後の病状の経過について予測を示すことが必要不可欠である。

（2）訪問調査および関係者の聞き取り調査（図1）

①青森市内で在宅医療を行っている診療所への聞き取り調査

緩和ケア外来から地域連携室経由で在宅医療を目的に紹介した実績のある診療所を訪問し、実施状況や阻害要因について聞き取りした。すべて多忙な外来の合間に訪問診療を実施しており一部自前の訪問看護師あるいは訪問看護ステーションをもっていたが、多くは他事業所の訪問看護ステーションを利用していた。一部の診療所は有床であったり、老人介護施設を併設していたが、決まった後方病床を持っている診療所は多くなかった。いずれの診療所も疼痛管理を含む症状緩和治療は実施することができ、また、本人や家族の希望に応じて自宅での看取りには対応可能であった。在宅医療の阻害要因として多くの医師が指摘したことは、病状が悪くなって突然紹介されること、本人や家族に対して病状が説明されていなかったり、看取りが近いことが説明されていなかったり、説明が非常に不足していることなどであった。

②外ヶ浜中央病院（津軽半島の東側：青森医療圏の一部）への聞き取り調査

外ヶ浜中央病院は、外ヶ浜町だけでなく近郊の蓬田村および今別町を含む広域の地域医療を5名の常勤医で担当しており、竜飛岬近くの三厩診療所へも医師を派遣している。地域のがん終末期患者は依頼に応じて病院あるいは関連施設に受け入れる体制をしっかりと整備しているが、自宅への訪問診療は地域に訪問看護の24時間応需体制がないために対応しきれない状況にあるとの説明であった。したがって、24時間対応の訪問看護ステーションがないことが最大の阻害要因であると思われた。

また、同様に、病院医師は土日休日に病院外（施設あるいは自宅）で亡くなった人に対する死亡確認ができないことを大きな問題としていた。土日休日は病院には救急対応の医師1名しか常駐していないため死亡確認のために病院を離れることができず、自宅のみならず施設での死亡者は救急車で病院に搬入し死亡確認を行うのが精一杯で、特に遠方では冬期間の救急車の運行も支障があり、対応に苦慮していた。このような問題は、津軽半島、下北半島の地域を含め医師の常勤していない地域を多く抱える青森県では共通の課題であり、死亡診断における歯科医との連携や48時間後の死亡診断も可能とする地域住民の同意など工夫が必要であると思われる。

また、阻害要因の一つとして県立中央病院からの紹介患者および家族への病状説明が不十分であることも指摘された。

なお、この地域には訪問看護や訪問診療を行っている診療所もあるが、土日休日や夜間の緊急訪問には対応していないようであり、看取りを伴う在宅医療の実施状況については把握できなかった。

③中泊地域内診療所、小泊（津軽半島の西側地域：西北五医療圏の一部）診療所への聞き取り調査

中泊町での聞き取りは、5月に新たに開設した診療所の医師に対して行った。彼は、中泊町出身で、高齢者の看取りが増えることを念頭に近隣の自治体病院長を辞め、急遽開業したばかりで、診療所の近隣の訪問診療には対応できるが、さらに遠方（北方）に足を延ばすためには24時間対応の訪問看護ステーションがない限り難しいとの意見を述べた。したがって、西北五医療圏の北側である津軽半島における在宅医療の最大の阻害要因は24時間対応の訪問看護ステーションがないことであると考えられた。

小泊地域での聞き取りは、小泊診療所の医師・看護師・およびこの地域のケアマネージャーを交えて行った。小泊診療所の常勤医師は訪問診療を行っており、地域での看取りも可能となっている。ただし、土日休日は地域には常駐しておらず、この期間内での医師の死亡確認はできない状況で、月曜日の朝に死亡確認を行うこともあるとの話であった。診療所の隣には老人施設も開設されており、地域全体で支える体制は形としてはできているように思われた。

④平内町（青森医療圏の一部）で在宅医療を行っている診療所への聞き取り調査

平内町には訪問診療を行っている診療所は2か所あり、看取りを伴う在宅医療に地域としてなんとか対応している。この地域の在宅医療の阻害要因の一つは、24時間対応の訪問看護ステーションがないことで、現在は青森市内の訪問看護ステーションが参画している。阻害要因の二つ目は、平内町の中に後方病床がないことで、この町には常勤医4名の平内町国保平内中央病院（一般病床64床・療養病床32床）があるものの医療連携体制が構築されておらず、現在は青森市内の病院が後方病床となっている。

⑤公立野辺地病院（上十三医療圏の一部）訪問看護関係者の聞き取り調査

公立野辺地病院は平成25年10月に訪問看護室を立ち上げ24時間対応の訪問看護を開始した。対象地域は野辺地町、東北町、平内町、横浜町などとなっており、この地域の訪問看護および後方病院機能が整備された。しかし、訪問診療は病院の医師不足で行う余裕はなく、現時点では死亡確認等は病院で行う形となっている。したがって、当地域においては訪問診療を行う診療所が非常に少ないことが阻害因子となっている。

⑥十和田市立中央病院総合診療科の聞き取り調査

十和田市およびその近郊の町村の一部においては、十和田市立中央病院の総合診療科が地域の医療従

事者（訪問看護師、薬剤師など）および介護従事者との連携で看取りを伴う在宅医療（がん疾患を含め）を行っており、平成 25 年は年間 72 名の在宅死を支援している。平成 25 年度の新しい試みとしては、訪問診療を行う診療所や私立病院の医師へのアウトリーチが始まっており、特に休日などの医師不在時の死亡確認などの支援を提案し、看取りを伴う訪問診療を行う診療所の参画を促している。地域の医師以外の医療介護のスタッフの人材育成も毎月行われる十和田緩和ケアセミナーとその後の懇親会を通して順調に行われており、在宅医療普及の課題としては、参画する診療所医師を増やすことと、嚥下リハビリや口腔ケアおよび地域リハビリテーションの普及のための人材育成があげられる。

なお、在宅医療の後方病床機能については、十和田市立中央病院、公立七戸病院、六戸町国民保険病院などの公的病院の他、十和田市内の私立病院などがその役割を果たしている。

⑦八戸市内で在宅医療を行っている診療所への聞き取り調査

八戸市の在宅医療の現状については、家庭医として積極的に在宅医療を展開し、また、青森県在宅医療対策協議会の委員となっている医師に聞き取りを行った結果以下の報告があった。

八戸市における看取りを伴う在宅医療の体制は平成 25 年時点においてまだまだ不十分であり、今後、平成 24 年度補正予算である地域医療再生基金の在宅医療推進事業を活用し八戸市医師会と八戸市立市民病院を中核とするネットワークの構築を行うことで、おおよその合意ができています。この事業においては、後方病院として八戸市立市民病院が対応する予定であり、両者の話し合いが行われつつある。

八戸市内の診療所で在宅医療を実施している診療所は約 20 数施設あり、そのうち在宅医療支援診療所は 12 施設ある。また、訪問看護および訪問診療を行っている私立の病院も 8 病院あるものの在宅医療支援病院はない。また、24 時間対応で看取り対応も行う訪問看護ステーションは 16 施設が登録されている。

したがって、八戸市における在宅医療のリソースは現時点では問題はないと思われ、また、八戸市立市民病院がネットワークに参加する意思を表明していることより、看取りを伴う在宅医療の今後の推進要因としてネットワークづくりとネットワークを主導し調整できる人材の有無がカギとなる可能性が高い。

D. 考察

青森県における看取りを伴う在宅医療（在宅緩和ケア）の実施状況やその阻害要因について、昨年の研究では平成 23 年の在宅医療に関する資料（表 2）と十和田市での実践活動とを比較検討し報告した。この検討において、在宅緩和ケアの普及率を在宅死亡率（在宅死亡者／全死亡者）として数値を示すと、下北医療圏 0.79%、青森医療圏 2.65%、上十三医療圏 9.12%、西北五医療圏 2.59%、津軽医療圏 1.14%、八戸医療圏 5.67%と、医療圏毎に大きな違いがあり、阻害因子が多少異なることが予測され、医師不足や風土（冬の積雪）の影響があるものの、急性期病院医療者の医療のあり方や在宅医療についての意識の問題、急性期病院の医療体制（「病院完結型」か「地域完結型」か）が推進要因あるいは阻害要因として大きく関わっている可能性を示唆した。なお、青森県の人口動態統計の死亡の場所別にみた死亡者数では、自宅死亡者数は平成 22 年 1756 人（全死亡者数 16030 人）、平成 23 年 1724 人（全死亡者数 16419 人）、平成 24 年 1825 人（全死亡者数 17294 人）であり、この数値で青森県の自宅死亡率を計算すると平成 22 年 10.9%、平成 23 年 10.5%、平成 24 年 10.5%となり今回挙げた在宅死亡率と大きく数値が異なっており、今回の数値は在宅医療を受けて自宅で亡くなった人の割合と解釈すべきと思われる。

そこで今回は、在宅緩和ケアが普及していない地域の現場で働き、また、他の地域の医療関係者の聞き取り調査を行うことで、現場から見た阻害因子について再検討した。

青森市および青森県の中核病院である青森県立中央病院の医療の現場で赴任時に感じたことは、在宅医療に対する認識は多くの医療者がもっていないこと、医療の中で死を迎えることについては誰も疑問をもっていないこと、特に在宅で迎える死については経験知もなくイメージできないためか、患者や家族への選択肢として提示されないこと、そして、治すための治療についての説明は行われているものの、治療を行わない場合の説明が不十分であること（たとえば「治療を行わないと死ぬよ」など）、「治らない」「病状が悪化している」などの言葉は「生きる希望をなくす」恐れがあるために使われないこと、治療を行わないことが「患者を見捨てる」気分となるためか、「よくなったら治療を再開する」などの説明が行われ、そのうちに病状が悪化して緊急入院となることが珍しくないことなど多々あり、これらが大きな阻害要因になっていると確信できた。また、そのような医療環境の中では、患者や家族に改めて、病状を説明し、今後の病状の経過予測とその予測に対応した療養の場の選択肢をすすめても、「これまではそのような話は聞いていない」と怒ってしまう場合と「詳しい話を聞きたかったが恐ろしくて聞けなかった」と涙ぐむ場合があり、その後、多少病状が許せば療養の場について時間をかけて様々な選択肢を説明し相談できる場合がある一方で病状が非常に悪く説明が十分できないで地域連携部門に回せざるを得ない場合もある。なお、受け手の診療所からも、説明不足と病状が非常に悪化してからの紹介は、円滑な支援の阻害因子であることも聞き取り調査で指摘されている。

一方、院内で在宅緩和ケア事業を立ち上げることで、多少医療従事者の認識も変わってくることも感じており、特に地域連携部門の対応が迅速になったこと、緩和ケア外来にこれまでより比較的早期に紹介されるようになったこと、外来看護師や病棟看護師が在宅医療の可否について検討するようになったことなどが具体的な変化である。

在宅緩和ケアのリソースについての聞き取り調査では、青森市内では在宅緩和ケアを行う診療所が比較的多いことがわかり、これは予想外であった。したがって、在宅緩和ケアの実績が少ない理由として、「川上から流れてこない」ことが予想できる。

青森医療圏の青森市近郊の地域では、医師数が少ないものの阻害要因としては24時間対応の訪問看護ステーションがないことが指摘されており、逆に、医師不足の地域においては24時間対応の訪問看護ステーションを計画的に配置し、そのネットワークを作ることが重要な課題であると思われる。

八戸医療圏においては、比較的反リソースがあり、今後、中核となる急性期病院（八戸市立市民病院）と医師会がネットワーク構築に向けて動き出すことが表明されており、今後の展開が期待されている。

津軽医療圏における阻害要因については今回聞き取り調査は行えなかったが、青森市の医師の主な供給先が弘前大学医学部であることより、状況は青森市と似ているものと考えられるが今後調査を行う予定である。

E. 結論

青森県における在宅医療、特に看取りを伴う在宅医療の普及状況について、各医療圏の現場の視点で推進あるいは阻害要因について調査検討した。

その結果として、青森県は医師不足が一つの要因として提示できるものの、最も大きな阻害要因は急性

期病院の医療従事者の在宅医療に関する認識不足、命にかかわる病状についての説明不足、治すことを念頭に置いた医療提供の在り方などであるものと考えられた。また、都市部以外の市町村においては、24時間対応の訪問看護ステーションを設置することが推進に向けた重要な戦略であると思われる。

F. 研究発表

1. 論文発表

(ア) 蘆野吉和 肺がん患者の看取りを伴う在宅緩和ケア 日本医師会雑誌 142(1) : 71-74、2013

(イ) 蘆野吉和 地域で看取るための支援策 學士會報 904 : 78-83、2014

2. 学会発表

1) 蘆野吉和 : シンポジウム「在宅・看取りの今」地域完結型緩和ケアの構築を目指して～急性期病院の役割～ 第4回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 仙台 5月19日 2013

2) 蘆野吉和 : シンポジウム「高齢者救急医療」—高齢者の在宅看取り—第15回日本医療マネジメント学会学術総会. 盛岡. 6月14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

図1 今回聞き取り調査を行った地域

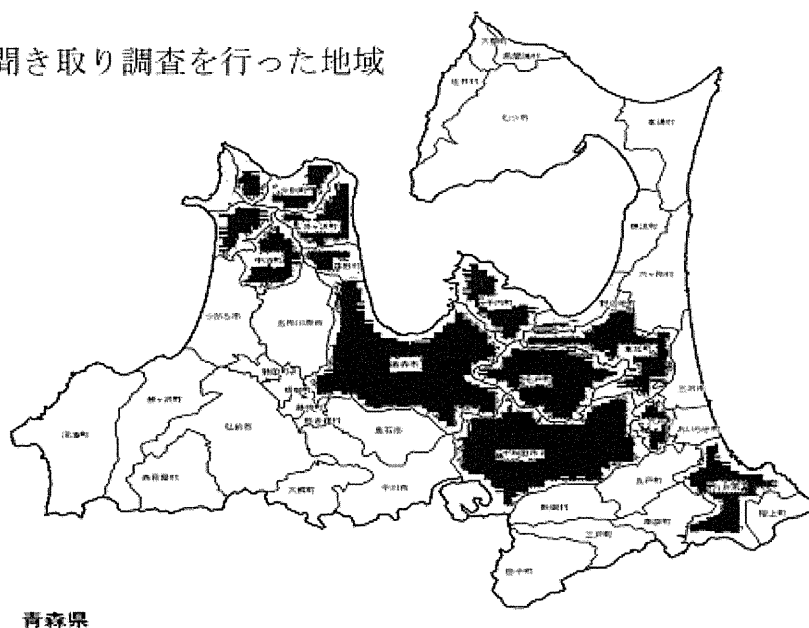


表1 在宅緩和ケア症例（青森県立中央病院 2013年1月～9月）

症例	年齢/性別	病名（原発）	癌存在部位	在宅日数	転帰	後方病床	主介護者
1	73M	肝内胆管がん	肝臓・リンパ節	18	自宅死亡	慈恵会病院	妻・娘
2	71F	膵臓がん	膵臓 腹膜 リンパ節	45	自宅死亡	慈恵会病院	娘
3	81F	舌がん	舌	45	自宅死亡	慈恵会病院	夫
4	78M	口腔底がん	リンパ節 舌	120	自宅死亡	慈恵会病院	娘
5	64M	直腸がん	骨盤内	105	自宅死亡	外科	弟
6	72M	腎臓がん	肺 骨	108	自宅死亡	泌尿器科	妻
7	64M	肺がん	骨 髄膜 リンパ節	119	自宅死亡	なし	妻
8	83M	中咽頭がん	リンパ節 中咽頭	99	自宅死亡	慈恵会病院	嫁
9	56M	肺がん	肺 胸膜 胸椎	104	自宅死亡	慈恵会病院	妻
10	53F	乳がん	後腹膜、髄膜、リンパ節	84	自宅死亡	慈恵会病院	夫
11	73M	下部胆管がん	肝臓 リンパ節	34	病院入院	浪打病院	妻
12	67F	乳がん	肺・縦隔リンパ節	2	自宅死亡	外科	夫

表2 平成23年青森県各二次医療圏毎の在宅医療実施状況

二次医療圏	在宅医療実施患者数		在宅死		人口あたりの在宅医療実施数	在宅死亡/全死亡	在宅死亡/在宅医療施行者	在宅医療におけるがん患者の割合	在宅がん死亡/在宅死亡者	在宅がん死亡者/がん死亡者	がん在宅/がん死亡者
	総数	がん	総数	がん							
下北医療圏	1295	8	8	4	1.58%	0.79%	0.62%	0.62%	50.00%	1.44%	2.89%
青森医療圏	1307	84	100	22	0.40%	2.65%	7.65%	6.43%	22.00%	1.98%	7.56%
上十三医療圏	913	118	200	79	0.49%	9.12%	21.91%	12.92%	39.50%	12.74%	19.03%
西北五医療圏	290	18	52	15	0.20%	2.59%	17.93%	6.21%	28.85%	2.52%	3.02%
津軽医療圏	3474	187	137	37	1.14%	3.63%	3.94%	5.38%	27.01%	3.20%	16.19%
八戸医療圏	2448	136	208	61	0.72%	5.67%	8.50%	5.56%	29.33%	5.83%	12.99%

2-3-3)

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

「被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究」

（H25-医療-指定-003（復興））

研究2；被災地など、地域の実情に応じた的確な在宅医療供給体制の構築

被災地の医療資源の有効利用に関する研究

分担研究者 洪 英在 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 高齢者総合診療科
研究要旨

医療機器、衛生材料の払い出し機能を有するサプライセンターが、地域の在宅医療拠点として整備されれば、被災時の在宅医療の推進のみならず、在宅患者の把握、入院バックベッドの必要数の把握、衛生材料の必要な在庫数、などの把握が容易になり、発災時においても有用な機能を発揮すると考えられる。地域の実情にあわせてセンターの機能を柔軟に変化させて対応することで、より効果的な運用ができると考えられる。

A. 研究目的

医療依存度の高い状態で在宅療養をする患者は今後増加することが予想される。そのような方を支える在宅医療体制の整備、在宅医療の推進にあたり、在宅医療機器、医療材料の問題（図1）は避けて通る事ができない重要な課題である。在宅医療機器は在宅で使える形に変化し続けており、その変化は非常に早い。また、医療材料も多種多様である。また、在宅医療機器や医療材料は入院中に導入されることが多いが、在宅や施設へ退院後は医療機器や医療材料は在宅医が手配する必要がある。在宅医によって機器や材料の種類が異なってくることもあり、また、仕入れ業者の選定でも問題点が山積されている。そのような問題点を解決するため、在宅医療機器、医療材料が必要な患者を抱える在宅医支援を、長寿医療開発研究費（23-26）において、サプライセンター構想として提言している。サプライセンターは図2のように、入院中に導入した医療機器や医療材料の詳細な情報提供、発注書の作成を行い、退院時に情報提供を行うことで、在宅医が医療材料を発注する際に簡便になるようなシステムを運用するように準備している。この運用が軌道にのれば、在宅医が在宅療養中の方の医療材料を発注する際にも利用できるようにし、地域の中での医療材料が必要な方の情報がある程度まとめることが可能となる。地域の中の医療材料や医療機器の情報がまとまっていれば、震災発生時に地域で必要な医療材料の備蓄や必要な電源の数、震災発生時確保すべきバックアップベッド数などの把握につながるという仮説を持って、検証を続けている。

今年度は実際に被災地に出向き、サプライセンター構想が震災時に有用であるという仮

説に対する意見交換を行うことで、より具体的な運用方法に付き検討することを、この研究の目的とする。

B. 研究方法

被災地における在宅医療の実情や、震災時に在宅での医療処置の患者がどのような状況であったのか、被災地における拠点病院、後方支援病院、被災地における高齢者施設への聞き取り調査をおこなった。

(倫理面への配慮)

厚生労働省臨床倫理指針に則り研究を行った。今年度の研究においては、個人が特定できるようなデータ解析をおこなっていない。

C. 研究結果

1) 被災地における拠点病院

宮城県気仙沼市の拠点病院（447床の総合病院）に勤務し、震災時に気仙沼市の災害コーディネーターを行っていた医師と意見交換を行った。震災直後、病院でサポートが必要であった医療処置などを有する方は、人工呼吸器が必要な方や在宅酸素療法が必要な方が多かった。また、停電によりポンプ式の体圧分散マットの圧が抜けて褥瘡が悪化して入院する例も多かったようであった。

しかし、事前にそのような方の情報は無く、病院に来院した方をその都度対応している状況であった。病院が満床状態になっても、医療処置の継続が必要な方を受け入れるところもなく、やむなく在宅酸素を中止にして退院してもらわざるを得なかった、という事例も経験したようであった。病院に来院できず、自宅で必要な処置を受けられないまま療養せざるを得ない方もいたと推測される、とのことであった。

また、本来ならば福祉避難所が早期に開設され、ある程度の医療的なサポートが必要な方の受け皿ともなるべきであったが、福祉避難所を想定していた施設が津波の被害で利用できず、福祉避難所が開設するまで約1ヶ月を要した。そのような体制の不備も、病院として処置の要する方への対応で困難を感じた要因であった。

また、気仙沼市内では医療処置の必要な方だけでなく、被災時、通常の介護サービスが利用できない状況に陥った際に、自宅療養が困難になる方の把握（老老介護や認認介護）も困難であり、医療処置がなくても、震災時にサポートが必要な方の把握が必要であった、とのことであった。

サブライセンサーで収集する医療処置が必要な方の情報に加えて、通常の介護保険

サービスの利用が無いと状態悪化が予測される方の把握するための情報も、サプライセンターの項目に追加してはどうか、という意見を頂いた。

2) 後方支援病院

気仙沼より内陸に1時間ほど入った、岩手県一ノ関市にある災害時の後方支援の役割を果たした病院(54床の外来、在宅医療も行う小病院)で災害時に指揮監督を行った医師と意見交換を行った。震災数日後、プライマリ・ケア連合学会の支援チーム、自治医科大学の支援チームがこの病院に集合し、宿舎に寝泊まりしながら、被災地の情報収集、支援チームの編成などを行った、後方支援の拠点となった病院である。被災直後、建物の被害や津波被害はなかったものの、電気、ガスなどの供給が止まり、非常電源での対応となったが、被災地の拠点病院とは違い、要救護者、医療処置の必要な方はすべて前もって把握がされており、震災当日夕方には全員の安否や必要な支援の確認ができていた。訪問看護やケアマネジャーなどが手分けし、全員の把握ができ、人工呼吸、在宅酸素療法など自宅で対応できない方は全員入院対応となった。

この地域は地域住民と病院とで定期的な意見交換や、地域医療を行っている多職種が顔の見える関係を構築し、全国でも先進的な包括ケアが進んでいる地域であり、指揮命令がなくとも、各人が機転を利かせた対応が可能であった、ということであった。

このような病院では、サプライセンターでの情報収集を取って行わなくても、必要な情報が集約されていることを指摘された。

3) 被災地における高齢者施設

気仙沼市内の津波の被害を免れた特別養護老人ホーム(54床)で意見交換を行った。施設自体は被害がなかったものの、津波警報が出ている間、全入居者が避難所に避難し、翌日に施設に戻った。系列の施設が津波被害を受けたために、その施設の入居者も受け入れ、入居者は一時的に100名程度に至ったこともあった。

非常電源で吸引器を駆動し、吸引が必要な方を一箇所に集めて対応し、吸引チューブは交換の頻度を減らして対応し、なんとか対応ができた。しかし、経管栄養の必要な方は栄養剤が不足し、また、通常栄養剤を注入した後に管内を洗浄するための水がなかったために、栄養剤の注入ができなくなる事態も発生した。また、口腔ケアをするブラシなどはあったが、水の確保ができなかったために、口腔ケアができず、ウェットティッシュで対応する必要性が生じた。

以上の経験から、現在非常用備蓄にはウェットティッシュ(口腔ケアが可能なもの)を加えている。また、経管栄養は管内の洗浄が不要な水分の半固形化栄養剤を備蓄して

対応している。

以上から、サプライセンターで収集する情報に経管栄養の種類や必要量の情報も必要で、水の確保ができない際の対応方法に関しても検討する必要がある。

D. 考察

この研究では今年度、震災時に違った役回りを演じた病院、施設を訪問し、サプライセンターを震災時に有効活用するための情報収集、意見交換を行った。サプライセンターにおいては、吸引、気管切開、人工呼吸器などの必要な方の情報収集を行うこととしている。

しかし、地域の在宅医療資源はあるものの、連携が進んでいない地域や、ある程度以上の人口規模の地域では要救護者を網羅的に把握することが困難であるために、被災時に要救護状態に陥る可能性のある方を把握する必要がある、サプライセンターの情報に追加が必要となるのであろう。

一方、在宅医療が進み、在宅医療を担う職種間の顔の見える関係が築かれている地域においては要救護者の把握は容易であることが多く、また、医療処置などが必要な方の情報も集約されているために、サプライセンターは必要性が少ない（非常用備蓄の必要量把握以上には必要性が少ない）とも考えられた。

ある程度以上の規模の地域や職種間の顔の見える関係性を築くのが困難な地域ではサプライセンターでの情報収集が医療処置を超えて必要になってくることが考えられた。実際にサプライセンターを運用するにあたっては、地域の実情に合わせて、情報収集する内容を調整できる柔軟な運用を心がけるべきであると考えられた。

E. 結論

地域の拠点となるサプライセンターを各地域に、地域の実用に合わせて整備することが、発災時にも有用であると考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

医療機器・医療材料の流れ(現状)

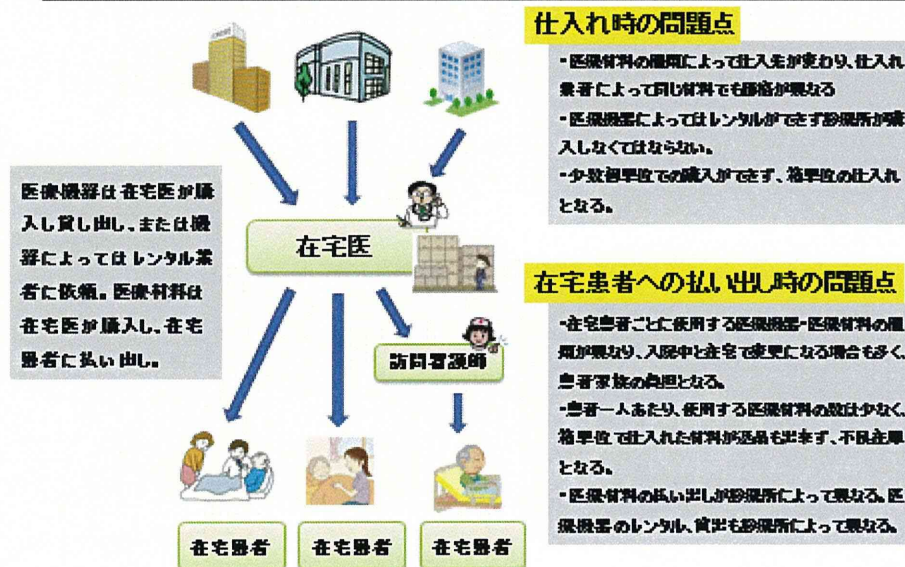


図 1

法律面を考慮したサプライセンターの運用イメージ



図 2

Ⅱ. 分担研究報告

研究 3

研究3

3-1) 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○

研究分担者 鳥羽 研二（独）国立長寿医療研究センター 病院長

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

研究協力者 鈴木 隆雄（独）国立長寿医療研究センター 研究所長

研究要旨

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。

A. 研究目的

我々は、H24年度在宅医療連携拠点事業所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、かかりつけ医の在宅医療参入、市町村・医師会の補完機能は低いことを明らかにした。

一方、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否かについて検証されておらず、事業終了1年後の活動状況の検討が喫緊の課題と考える。

在宅拠点が1年間である程度は在宅医療多職種連携の機能を有し得ることは示唆されたが、高齢社会における在宅医療推進に向けて、当該事業終了後も拠点が自律的・継続的・発展的に各地域の在宅医療連携の拠点になり得るかについて検討が必要である。

本研究は、在宅医療・介護連携を推進するための拠点機能、拠点が不備すべき要素を明らかにすることを目的とした。具体的には、下記2点について検討を行なった

1. 在宅医療介護推進拠点の活動性の客観的評価指標の開発を目指した、在宅医療介護連携に関する、ストラクチャー指標・プロセス指標・アウトカム指標の検討
2. 平成24年度在宅医療連携拠点実施事業所のH25年度地域医療再生計画における在宅

医療推進事業への継続状況の検討

B. 研究方法

(1) 在宅医療・介護連携を評価する客観的評価指標の検討

今後の医療計画を考慮した在宅医療多職種連携機能を評価する客観的評価として、厚生労働省医療計画（全都道府県、公表されている市町村）で使用されている項目をレビューし、約 30 指標から小児領域を除く指標を選定した。また、H24 年度在宅医療連携拠点事業の活動性の検討から、医師会との連携、在宅医療介護 24 時間対応体制、かかりつけ医師の在宅医療への参入状況等の項目を追加した。H24 年度在宅医療連携拠点事業のタスクを追加した。

(2) 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業終了 1 年度の追跡調査

【H25 年度の事業への継続状況の調査と対象の選定】

平成 25 年 11 月に厚生労働省が作成する「地域医療計画における在宅医療推進事業実施事業所リスト（平成 25 年 8 月末更新）」を入手した。次に、平成 25 年 12 月 2 日～12 月 20 日に全 47 都道府県の当該事業担当者に電話等により当該事業実施状況を確認した。この時点で当該事業が未実施 2、実施予定・未定 9 の 11 都道府県であった（最終確認日：平成 25 年 12 月 26 日）。次に、平成 25 年 12 月 24 日時点で当該事業実施が確定している 36 都道府県の当該事業担当者から「地域医療計画における在宅医療推進事業実施主体リスト」を入手し、これらのリストと平成 24 年度在宅医療連携拠点事業所（以下、在宅拠点）リストの照合を行った。平成 25 年度在宅医療推進事業に明らかに継続無、あるいは、継続が未確定の在宅拠点を抽出した。

【対象】

平成 24 年度在宅拠点 105 のうち、平成 25 年度在宅医療推進事業への継続が無、あるいは、未確定の全 81（77%）（病院：29（85%）、診療所：27（97%）、訪問看護ステーション：8（80%）、医師会：6（43%）、市町村：8（53%）、他：5（100%））を本研究の対象とした（図 1、図 2、図 3）。

【方法】

平成 26 年 1 月 6 日に自記式質問紙郵送調査を行った。

調査票の返信締め切りは平成 26 年 2 月 12 日とした（最終受け付け：2 月 20 日）。

【調査項目】

1. 属性：主体の種別、地域人口、在宅拠点活動の継続の有無と中止理由、等
2. 在宅医療介護連携機能：H24 年度と H25 年度のストラクチャー・プロセス・アウトカム在宅医療連携拠点事業必須の 5 つのタスクの年間実施回数、ご意見等

【分析】

各変数の実施割合、平均値、中央値等の単純集計を行った（SPSS 統計パッケージ Ver21）。

(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・利益相反審査委員会の承認を得て実施した(受付 No. 677)。

本研究は「疫学研究に関する倫理指針」を遵守し、研究対象者個人の尊厳と人権の尊重、個人情報保護等倫理的観点を十分に配慮し実施した。作成したリストは事業所名が特定されないように通し番号で処理し、全て統計的に処理した。本研究参加・不参加による不利益並びに危険性はなく、研究結果の公表に際し、本研究参加不参加の情報を含め、事業所名が特定されるような形では行わない。

【本研究の説明と同意】

本研究の説明と同意について明記した文章を調査票に同封して送付した。また、調査票返信締め切り前に調査票返信依頼の督促状を送付した。本研究への参加の同意は、調査票の返信を以って同意を得たとみなし、個別の同意書の作成は行わなかった。

C. 研究結果

(1) H25 年度在宅医療推進事業への継続状況

H24 年度在宅拠点 105 のうち、H25 年度事業への継続無は 81 (77%) であった。

(2) H24 在宅拠点の事業終了 1 年後の活動状況

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 であった。

また、住所不明にて返却が 1 (H24 年度事業終了と同時に事業所閉鎖) であった。

(3) 在宅拠点活動の継続性

在宅拠点活動継続は在宅拠点活動の継続は 23 (62%), 未継続は 13 (35%), その理由は、自己資金での独自活動の実施 5, 資金確保困難と人材確保困難が各々 2, 他 8 であった。

(4) 在宅医療連携活動：各指標のうち 1 つ以上回答した割合を算出した。

(1) 構造指標(各地域の在宅医療・介護資源の把握)は H24 年度 78.4%, H25 年度 83.8%。

(2) 過程指標(在宅医療介護連携活動)は、H24 年度 81.1%, H25 年度 81.1%。

(3) 結果指標(在宅医療連携拠点の 5 つのタスクの継続割合)は、H24 年度 64.9%, H25 年度 64.9%。

D. 考察

H24 年度事業から H25 年度事業への継続がなかった H24 在宅拠点の事業終了 1 年後の追跡調査から、対象の 57%は事業を継続していなくても在宅拠点活動を継続していると回答していた。このことから、本調査への参加等、在宅医療に関する活動の継続性や自立性を有する在宅拠点が 20%程度存在することが示唆されたと考える。

一方、在宅拠点事業未継続の理由として、自己資源で独自の活動を展開するとの回答があったことから、事業の枠にとらわれずに各地域の在宅医療多職種連携の課題に応じた活動

を展開していると考えられる。これは、H24 年度の当該事業の内容の継続性はないものの、より自立的・発展的な活動への展開が期待される。また、当該事業の助成金などの資金や人的不足等が、在宅拠点活動の未継続の理由であったことは、在宅拠点の創造において、政策的な計画性が必要と考える。

最期に、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。

E. 結論

H24 年度在宅拠点 105 のうち、H25 年度事業への継続無は 77%であった。

H24 在宅拠点の事業終了1年後の追跡調査から、2年間の在宅医療連携活動の継続性を有しうる H24 在宅拠点が 20%程度存在することが明らかになった。

今後は、構造指標・過程指標・結果指標の詳細な分析が今後の課題である。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

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.

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