

研究2 「被災地における在宅医療の現状と課題」

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）

総括研究報告書

被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究（研究2）

研究分担者	三浦 久幸	国立長寿医療研究センター	在宅連携医療部長
	冲永 壯治	東北大学病院老年科	准教授
	菊地 和則	東京都健康長寿医療センター福祉と生活ケア研究チーム	研究員
	三澤 仁平	立教大学・社会学部	助教
	近藤 尚己	東京大学大学院医学系研究科臨床疫学経済学	准教授
	山崎 幸子	福島県立医科大学医学部・公衆衛生学	学内講師
	栗田 圭一	東京都健康長寿医療センター・研究所	研究部長
	川島孝一郎	仙台往診クリニック	院長
	武藤 真祐	医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック	理事長
	高橋龍太郎	東京都健康長寿医療センター研究所	副所長
	大塚理加	東京都健康長寿医療センター研究所	

研究要旨

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県の全ての訪問介護事業所と訪問看護ステーションの実態と課題、促進要因を明らかとし、要介護者の在宅療養の質の向上と在宅生活の継続をはかることを目的として郵送調査を行った。その結果、訪問介護と訪問看護ステーションの連携自体は比較的取れていたが、病状悪化・機能低下時の在宅生活の継続は、連携そのものよりも事業所内の看取り経験者の有無がより強く影響していた。また、東北地区に在住する20歳以上の住民に対する意識調査により、東日本大震災を経験したわれわれが死をみすえた在宅医療を推し進めるためには、社会システムとして、利用者の視点にたった地域包括ケアシステムが重要であることが明らかとなった。グループ2では災害復興期における高齢者の健康増進のためのまちづくりに関する研究として宮城県石巻市・岩沼市、岩手県大槌町の仮設住宅での調査等を行った。この結果、災害復興期における高齢者の健康増進には、交通システムなど地域環境を改善やしたり、社会参加機会を提供することにより、閉じこもりや精神的なリスクを減らす努力が必要であることが示唆された。グループ3では在宅看取りの促進要因に関する研究と発災後の気仙沼の地域医療と生活ケアの実態やこれまでの過程について検討した。これらの結果を総合すると、被災地における在宅療養継続のためには、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された。

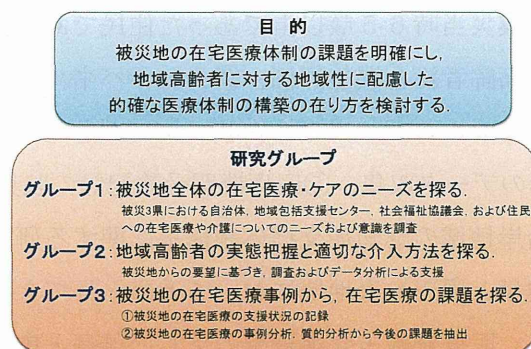
A. 研究目的

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3県の全ての訪問介護事業所と訪問看護ステーションの実態と課題、促進要因を明らかとし、要介護者の在宅療養の質の向上と在宅生活の継続をはかることを目的として郵送調査を行った。

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。実際の仮設住宅における疫学調査に加え、被災地からの要望に基づき、これまでの調査およびデータ分析による支援を並行し行う。

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の抽出を行う。



B. 研究方法

(1) グループ1

1. 被災3県の全ての訪問介護事業所と訪問看護ステーション調査

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。

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日まで実施した内容を解析した。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. 東日本大震災の被災地における高齢者の健康状態と社会生活の実態調査（宮城県石巻市仮設住宅での疫学調査）
2. 避難生活を送る高齢者の外出を阻害する要因（宮城県石巻市仮設住宅入居者）
3. 震災前および震災後のコミュニティの社会的特性と高齢者の健康（石巻市内の93コミュニティにおいて、2011年10月～2012年3月に行われた在宅被災世帯訪問調査データ、岩沼市内の仮設住宅調査のデータ、および、石巻市、岩沼市、大槌町の仮設住宅調査のプールデータをそれぞれ分析）
4. 災害復興を進める上での地域ガバナンスの重要性：保健・福祉を目的とした多職種・官民連携会議の可能性についての考察（2013年秋より陸前高田市の「保険医療福祉未来図会議」への参加をはじめ、主に市が実施してきた住民悉皆調査「健康生活調査」の入力と分析支援、その結果をもとにしたまちづくりへのアドバイスの役割を担当）
5. 気仙沼市における震災と健康、生活機能調査（宮城県気仙沼市が設置した応急仮設住宅に住む、震災当時65歳以上であった住民である。調査内容は、①アンケート調査による高齢者総合機能評価、②タッチパネルを用いた認知機能調査、③握力測定等によるサルコペニアのスクリーニングを主たる調査項目とし、可能な限り④集団検診のデータ収集、⑤医療機関受診記録の収集を行う。）
6. 宮城県石巻市沿岸地域の認知症支援体制構築に関する研究（東日本大震災後に宮城県石巻市網地島と周辺沿岸地域において進められてきた認知症支援体制づくりの過程を記述し、医療資源・介護資源の乏しい離島・中山間地域における認知症支援体制づくりのあり方について考察を加えた。）
7. 高齢者における被災後の状況への適応（石巻市仮設住宅入居者へのインタビュー調査）

（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

1. 在宅看取りの促進要因に関する研究（宮城県内病院の医師、総看護師長、地域連携室を対象に、郵送調査を行った。）
2. 気仙沼の地域医療と生活ケアの“進化”（発災後の気仙沼市の在宅医療の変遷を調査）

（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3県の全ての訪問介護事業所と訪問看護ステーション調査

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。

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

東北地区に在住する20歳以上の住民に対する意識調査により、東日本大震災を経験したわれわれが死をみすえた在宅医療を推し進めるためには、社会システムとして、利用者の視点にたった地域包括ケアシステムが重要であることが明らかとなった。

(2) グループ2

宮城県石巻市・岩沼市、岩手県大槌町の仮設住宅での調査からは、震災後1年半以上が経過しても、高齢者の多くが抑うつや閉じこもりのリスクを抱えていることが明らかになった。また、仮設住宅へ集落ごとに入居した場合よりもくじ引きでばらばらに入居した人ほど、入居後社会的サポートを受けにくく、精神的に不健康であるリスクが高いことが示された。さらに、仮設住宅の住民同士の信頼感が低いなど、ソーシャル・キャピタルが低い仮設住宅ほど、高齢者の主観的健康度が悪いこともわかった。高齢者の閉じこもりを規定する要因として、外出する理由が欠如していることに加えて、公共交通機関がない、買い物環境までの距離が遠いなど、地域の物理的な環境がよくないことも見いだされた。一方で、岩手県陸前高田市の仮設住宅の住民向けに実施された「はまらっせん農園」のような、土いじりを媒介とした住民同士の交流が、仮設住宅の社会関係を豊かにし、参加者の生きがい感や身体的な健康度を増進していることが、参加者と非参加者との比較研究により明らかになった。

また、気仙沼市における震災と健康、生活機能調査では、第一回アンケート調査から、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あった。これを仮設が設置された地域ごとに分析すると、気仙沼市の中心地よりも周辺地域の仮設において栄養、運動、ストレス、うつの項目が有意に優れている傾向があった。

宮城県石巻市沿岸地域の認知症支援体制構築に関する研究では、平成23年11月8日より、月1回、島内の診療所を拠点にして、認知症に関する相談事業とともに、診療所看護師、

地域包括支援センター職員，市保健師，居宅介護支援事業所介護支援専門員，みやぎこころのケアセンター保健師が定期的に集まり，個別事例の検討会を開催した。検討会を重ねるにしたがい研修の必要性が痛感され，専門職を対象とする認知症総合アセスメントと初期支援の研修会を実施され，「網地島版認知症初期集中支援チーム」が形作られた。さらに，住民の普及啓発用パンフレットの作成，講話や映画会などのイベントが企画され，認知症の人の暮らしを支える生活支援のネットワークが緩徐に形成されはじめていた。

石巻市仮設住宅入居者へのインタビュー調査では，地域・家族の支援が高齢者の役割を見出すことを促進し，困難な状況へ立ち向かうためのエンパワメントとなっていることが示された。

(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

1. 在宅看取りの促進要因に関する研究を行った。

宮城県全診療所(1656件)に調査表を送付し，回収率35.8%であった。

集計結果により，在宅医師は，在宅看取り群において死や看取りに関する説明や関連する制度と経済面の説明を在宅療養の早い時期から偏りなく行っていることが明らかとなった。

2. 気仙沼の地域医療と生活ケアの“進化”

医療・福祉資源が不足がちであった気仙沼市においては，震災発生後早期から病診連携の下に在宅療養を支援するチーム(JRS)が結成され，地域在住の虚弱・要介護高齢者の病状悪化，機能低下予防に直接的，間接的な力を発揮していた。また，これをきっかけに，病院・医療機関と診療所の連携，医療と介護の連携，あらたな地域医療・生活ケアを支えるツールの開発，介入の組織化が進んでいる。復興過渡期から安定期への橋渡しをしながら，在宅，施設ケアの質の向上に寄与する地域内外の連携体制が生まれている事が明らかとなった。

D. 考察

グループ1訪問介護と訪問看護ステーションの連携自体は比較的取れていたが，病状悪化・機能低下時の在宅生活の継続は，連携そのものよりも事業所内の看取り経験者の有無がより強く影響していた。また，東北地区に在住する20歳以上の住民に対する意識調査により，東日本大震災を経験したわれわれが死をみすえた在宅医療を推し進めるためには，社会システムとして，利用者の視点にたった地域包括ケアシステムが重要であることが明らかとなった。

グループ2で災害復興期における高齢者の健康増進には，交通システムなど地域環境を改善したり，社会参加機会を提供することにより，閉じこもりや精神的なリスクを減らす努力が必要であることが示唆された。これらの達成には幅広い多職種や官民の連携による地

域のガバナンス強化が求められる。陸前高田市の「保健医療福祉復興未来図会議」は、そのような広範で継続的な連携基盤によりポピュレーションアプローチによる健康増進活動を推進している好事例である。これらは、東日本大震災の復興のまちづくり、ひいては、高齢化や過疎化が進む全国の自治体におけるまちづくりにも示唆を与えるものである。

また、気仙沼市における震災と健康、生活機能調査では、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。

宮城県石巻市沿岸地域の認知症支援体制構築に関する研究では、医療サービスや介護サービスが不足している離島や中山間地域においても、保健医療福祉介護の専門職が定期的に訪問し、そこに暮らす人々と集い、協働した活動を継続していくことによって、認知症支援体制づくりが実現できる可能性があることが示された。

石巻市仮設住宅入居者へのインタビュー調査では、地域・家族の支援が高齢者の役割を見出すことを促進し、困難な状況へ立ち向かうためのエンパワメントとなっていることが示された。

また、グループ 3 による検討により、在宅看取りの促進要因として、在宅医師は、在宅看取り群において死や看取りに関する説明や関連する制度と経済面の説明を在宅療養の早い時期から偏りなく行っていることが明らかとなった。さらに、気仙沼市の在宅医療の復興において、震災発生後早期から病診連携の下に在宅療養を支援するチーム（JRS）が結成され、これをきっかけとした“進化”を遂げていることが報告された。

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 3 県の全ての訪問介護事業所と訪問看護ステーション調査を行った。グループ 2 では被災地の仮設住宅の疫学調査や地元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在宅医療の現状・課題と医療支援について、在宅看取りの促進要因に関する研究及び気仙沼の地域医療と生活ケアの“進化”をテーマに調査を行った。

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

超高齢社会における在宅医療の果たすべき役割

国立長寿医療研究センター 鳥羽研二

要旨

今後30年最も増えるのは85歳以上の超高齢者である。超高齢者社会における新しい医療と暮らしの方向性は、年齢に応じた、適切な医療が提供される社会であり、臓器別医療でなく、生活機能重視の全人的医療、年齢に応じた快適な社会生活が工夫された社会、認知症でも安心して暮らせる社会が求められている。要介護認定者数は平成22年度に438万人と増加し、認知症高齢者は介護保険の認知症自立度II以上で平成24年度304万人、厚生労働省朝田班の調査で462万人と増加し、通院困難な要介護高齢者等が居宅等で必要な医療を、入院医療で陥りがちな臓器別対応ではなく、個別性や地域生活の視点を重視した方法によって提供できるようにする体制の確保が求められている。また、人生の終局において本人・家族の希望等に応じて地域生活を営みながら穏やかな死を迎えることを可能にする、居宅等で真に質の高い看取りまでを行える在宅医療の確保が求められている。

病院が急性期医療に特化していくなか、亜急性期から慢性期の病床は、特に大都市圏では逼迫しており、在宅医療が受け皿になれるかが問われている。

在宅医療連携拠点のモデル事業は昨年105箇所が応募し、点から面への全国展開が試された。在宅医療支援診療所がリードする時代から、地区医師会と自治体が主体的に在宅医療の量的質的拡充を図ることが望まれ、本年度からは、地方へ財源が移動し市町村単位の「在宅医療推進会議」がデザインを描いて、「地域包括ケア」という介護との連携も図りながら、慢性期の患者の在宅医療福祉を支える時代の元年となった。体制はまだまだ不十分で、「治す医療から治し支える医療へ」の医療関係者の意識転換が求められている。支えるのは、疾患に関連する生活機能障害であり、「高齢者総合的機能評価」の真価はようやくこれから発揮されるだろう。

このため、限られた医療資源、限られた医療費を効率的に使うためには、一人で多くの病気を診断治療できる「老年病専門医」の臨床能力が今ほど問われている時はない。経験を生かし、医師教育、看護師教育、コメディカル教育、家族教育を含め、在宅のかかりつけ医と密接な役割分担を行なって、高齢者医療のノウハウを存分に社会に還元すべきであろう。

高齢者を全人的に見る「総合機能評価」を生かした医療は、満足度、生活機能予後、生命予後のいずれも通常診療に比べ優れていることが示されてきている。しかしながら、

「生活機能評価」が健康保険に収載されたのはごく最近で、しかも退院時の評価のみである。

通院困難な要介護高齢者等が居宅等で必要な慢性期医療を、個別性や地域生活の視点を重視した方法によって提供できるようにする体制の確保が求められている。また、人生の終局において本人・家族の希望等に応じて穏やかな死を迎えることを可能にする、居宅等で質の高い看取りを行える在宅医療の確保が求められている。

一方、医療供給の現状をみると、患者の病態に適した満足度の高い効率的な医療提供や円滑な医療連携確保の面から、潜在的ニーズに応える体制は不十分である。

我が国の死因の第1位であった感染症に代わり、1951年に脳血管疾患が結核に代わって死因の第1位を占めるようになり、1958年には、現在の3大死因である悪性新生物(がん)、心疾患、脳血管疾患が死因の上位を占めるようになっていく。高齢がん患者は約44万人(国立がん研究センターがん対策情報センター『地域がん登録全国推計によるがん罹患データ』)、骨粗鬆症数は推計約780万人～1,100万人(平成16年:骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン、平成18)、脳血管疾患数は推計約200万人～260万人(脳卒中ガイドライン2009)、認知症高齢者は、約400万人(平成23推計:長寿科学研究 朝田班報告書2012)と、生活機能に影響を与える疾患が増加している。また、これらに伴う要介護状態の原因疾患は脳血管疾患が約23%、認知症が約15%、骨関節疾患12%、高齢による老衰が14%を占めており(平成18年国民生活基礎調査)、認知症高齢者については、支援・介護を要する者は、2015年に250万人、2025年には323万人に達すると推計されている(平成22推計:厚生労働省老健局)。居宅等における在宅医療は高齢者の慢性疾患の占める割合が多いため、病院の退院後等から一定期間、縦断的に捉え、サービスの種類、量に応じた患者の傷病・生活機能変化を把握する必要がある。そして、患者の継続的な療養需要に対して医療提供の方法やプロセスに応じ、どのような結果及び満足度の差等があるのかを把握することが望ましい。

(1) 医療処置に係る訪問看護等

① 訪問看護

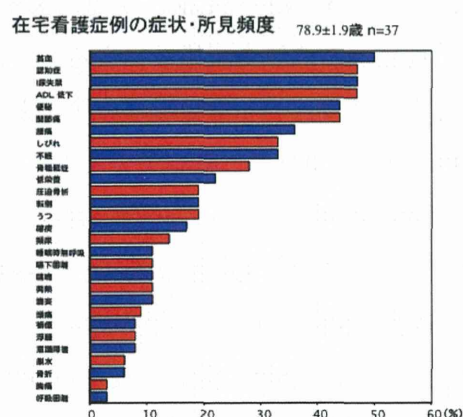
介護保険における居宅サービスにおける訪問看護利用数は、平成22年度は27万4千人(介護給付実態調査、5月審査分)で近年の伸びは小さい。居宅サービス利用者数全体は増加傾向にあり、現状の訪問看護の利用率と、高齢患者の増加数から考えて在宅医療サービス供給の面からは必ずしも十分とはいえない状況が推察される。また、利用者人数の都道府県別人口当たり比率でみると、その利用には大きな不均衡がある。(H22. 中医協資料)

医療処置に係る看護内容でみると、制度開始当初頃と比較して利用者件数は伸びている(平成13年～22年(9月)、約25%増)(H22. 8. 23社会保障審議会介護保険部会)

在宅医療提供体制の基本原則である多職種連携体制に大きな役割を果たす訪問看護の重要性、退院から在宅移行に係る円滑な介護との連携による生活機能維持向上や24時間365日の対応体制による切れ目のない医療提供の必要性の点等から、訪問看護ステーション能力の増大は早期に解決を要する課題である。従事者の増加、事業者の運営能力の強化、教育研修面からの支援などが必要である。

② 課題等

訪問看護を要する患者にみられる症状・所見は多様であり（図）、看護力の質という面から、様々な状態に対して看護師が効率よく対応する必要がある。また、それと共に、医療関係者間の質の高い連携につなげていけるような訪問看護能力強化を行うことが必要である。



訪問看護については、人的、経営的、参入への動機づけなど課題は多いが、今後の国民ニーズに効率的に対応していくため、良質で良好なサービスを提供できていると認められる事例の検証・拡大や、看護関係団体が現在まで自主的に取り組んできた研修事業（平成23年2月7日在宅医療推進会議資料取り入れ）の制度的支援等を一層強化していく必要がある。また、多職種協働のケアの要となる人材を育成していく視点も重要である。

①患者毎の適切な医療提供

在宅療養支援診療所連絡会の看取りまでを行った非がん患者 242 例の多施設共同研究（平原佐斗志ら、平成 12-18 年調査）によれば、在宅医療を受けている患者への医療は、栄養補給や全身状態の管理の方法など疾患に関わらず共通する点もあるが、治療・緩和すべき症状の種類に差異がある。また、終末期医療における平均在宅療養期間は、がんと非がん疾患では大きく異なる（太田ら）。したがって、その時々患者の病態や症状の消長、要介護度変化の平均像や多様性を念頭に置き、現状、ベストプラクティスと考えられているモデルケースを参考にしながら、地域の実情等に応じて適用可能な形で、様々な治療・ケア

段階で最も適切な医療提供を行う体制を検討する必要がある。

②課題等

地域医師研修の必要性：地域医療資源の種類や分布によって、医療連携体制の在り方は異なるが、典型的な病態・症状に対して適切な対応、振り分け等が行えるよう、主として在宅医療を担当する医師・歯科医師だけではなく、連携して在宅患者を診療できる可能性のある地域における開業医等に対する研修が必要である。

より密度の高い研修や情報提供（医療計画上、プログラム化されたものとして）等が、在宅医療に携わる医師と在宅医療を支援する医師のそれぞれに対し、地域の実情に応じて行われることが望ましい。また、その際、在宅医療における多職種協働の中心的な役割を果たす視点が重視されるべきである。

（２）入院医療と在宅医療の連携（在宅医療支援）

①急変時の受け入れ体制の確保

患者・家族が自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由の一つとして「症状が急に悪くなったときに、すぐ病院に入院できるか不安」〔1 厚生労働省「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」（平成22年12月）〕など急変時の不安が調査結果からあげられる。すなわち、いかに急変時や苦痛に対する患者の不安を取り除き、家族など身近な人への負担を軽減できるかが、在宅での療養を実現するために重要な要素である。急性期病院の在宅医療支援では、このような在宅患者の急変時の切れ目のない受け入れ体制が必要である。

②適切な退院支援及び介護連携による円滑な在宅移行

退院支援、退院後の地域における継続的地域診療・介護に係る調整・支援など在宅復帰支援の組織化された取り組みが必要である。

高齢者救急疾患を扱う病院（東京都都下に所在）の事例では、救急入院となった症例の在宅復帰率は65%で15%は病院への転院となっている。この原因の一つとして90歳以上の高齢者では、急性疾患後のADL改善が在宅復帰に不十分であることが挙げられている（鳥羽ら）。このように、生活機能の低下した高齢者が増加する急性期病院においては、退院前から（予定入院であれば入院前から）亜急性期、回復期、慢性期と経緯をたどる患者の生活像を意識して、地域医療や介護との連携体制を確保する必要がある。

居宅系施設等における医療の提供状況は、入院医療、介護施設利用者の横断調査（医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査。厚生労働省平成22年6月実施。速報値公表）によれば居宅系でも経鼻経管・胃ろう12.4%、気管切開・気管内挿管3.6%、人工呼吸器1.6%

となっており、高齢者が何らかの医療処置を受けながら療養を継続している。異なる調査であるが、介護施設利用者をみると、経鼻栄養・胃瘻（約 30～40%）、喀痰吸引（約 25%）、気管切開・気管内挿管（約 7%）、自宅療養者においても、経鼻栄養・胃瘻（約 10%）、喀痰吸引（約 7%）、気管切開・気管内挿管（約 7%）、酸素療法（約 7%）と急性期治療終了後の療養期において何らかの医療処置が必要な高齢者が多い（平成 18 年介護サービス施設・事業所調査。療養病床から転換した老健施設における医療サービスの提供に関する参考資料）。

また、病院、診療所スタッフ合同でのカンファレンス等を通じ、退院困難要因の分析と対策立案のため、相互理解を深め、地域レベルで顔の見える関係作りを行うことが、多職種協働が不可欠な在宅医療においては非常に重要である。

退院後、連携が悪く必要な医療情報が伝えられない等で亜急性期、回復期に必要な在宅医療が十分に行われず、患者の生活機能が低下し、これが再入院につながる例の存在を指摘する関係者もいる。

③医療機関の地域連携体制

（3）認知症に係る在宅医療

① 認知機能障害者数

平成 15 年(2003)に厚生労働省老健局長の私的研究会である「高齢者介護研究会」がまとめた報告書「2015 年の高齢者介護」において、要介護認定で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の者のうち約半数にあたる 73 万人が居宅で生活していると推計されている。独居の認知症高齢者やいわゆる老-老介護や認-認介護の増加が想定されている。

② 課題等

1) 認知症患者に対する在宅医療の必要性

65 歳以上の認知障害者の人口比率は、平成 24 年の時点で 14.4%、400 万人以上と推計され、もはや入院入所で過半数の認知症すべての医療を行うことは現実的ではない。

海外の認知症に対する介入研究で、家族への教育指導を的確に行うことで、認知症患者の入院開始時期を一年間遅らせたとの報告もあり、患者の地域生活の QOL 向上のためにも在宅医療が重要な役割を果たすと考えられる。また、認知症の特性として記憶を中心とした認知機能の障害に伴う生活機能の障害に加え、環境適応能力の低下があることから、環境変化を避け、住み慣れた地域での生活を継続することが望ましい。

2) 認知症疾患医療センター

認知症疾患医療センターの役割として、詳細な鑑別診断や行動・心理症状への対応、身体合併症への対応といった専門医療機関としての機能の他に、専門医療相談や地域における認知症に関する知識の普及・啓発といった情報センターとしての機能や地域のか

かりつけ医等に対する研修や連絡協議会の組織など地域連携の機能が求められている。家族指導や地域の診療協議会との連携による啓発活動の実施は、地域ぐるみで認知症を支える体制構築に寄与するものであり、今後、認知症に係る在宅医療を推進していく基盤としても重要である。

さらに、認知症疾患医療及び患者・家族の地域における支援のため、認知症疾患医療センターが、担当圏域の在宅医療を含め認知症医療・介護サービスに係る情報を把握し、地域ケア・ケアマネージメントの向上に結び付けていく必要がある。

なお、認知症疾患医療センターの活動については、真に効果が発揮されるためにも質・量両面からの確なモニタリングを行う必要がある

3) 認知症初期集中支援チーム

認知症がありながら、社会から孤立して、医療介護の恩恵を受けられない事例が少なくないことから、2012年6月、看護師などが、在宅を訪問して、ケアサービスにつなげる「認知症初期集中支援チーム」を始めることが厚労省からプレスリリースされ、2013年は10カ所、2014年は105カ所のモデル事業が開始された。

対象者を把握するため、保健所だけでなく、民生委員、コンビニ、宅配など情報収集を行い、最難関の初回訪問と意思疎通、協調関係を構築し、その後栗田らのDASCによる認知症の総合的評価を行って、ケアプランを策定して、半年以内に認知症疾患医療センターや認知症サポート医に紹介したり、介護保険サービスに結びつけ一区切りつける事業である。2013年度の成績では、介入後91%が在宅を継続し、15%であった医療機関へのアクセスは60%に改善した。モデル事業拡大のため、本年度は7月に東京、大阪で研修会が開催された。ちなみに、東京は34カ所が手あげしているが、大阪は2カ所にとどまっている。

4) 認知症に関する地域住民の理解を深める活動。

家族を含めた究極のチーム医療には、だれもが容易に理解できるように、エレガントに工夫された教育システムが必要である。10年前から杏林大学と国立長寿医療研究センターが始めた、「もの忘れ家族教室」の試みは少しずつ、広まっていて、家族を含めた多職種教育の基礎ができて来ている。この家族教室により、介護者の介護負担が軽減することを報告した。このような取り組みを評価され、厚労省の今後の認知症施策の方向性のなかでも、「活動を広める」ことが明記された。全国ではより肩のほらない「認知症カフェ」を新たに自治体が補助する仕組みが導入されたが、例えば東京の大きな区で一カ所程度と普及は遅い。

全国老人保健施設協会は、「介護予防サロン」の出前型継続講座を昨年度から開始し、認知症の早期発見と生活療法の伝授に成功している。

5) 認知症短期集中リハビリテーション

認知症短期集中リハビリテーションは、特に家族の負担となる「認知症の精神行動障害：BPSD」に著明な効果が示され、デイケアでも広まってきている。認知症短期集中リハビリテーションの特徴は、第一に、患者の個人史に配慮した、趣味や好みに合わせた非薬物療法を行うことであり、第二に、その日の体調や、集中力、認知症の程度に合わせた非薬物療法を選択して行うことである。たとえば、ぼんやりしている時に、計算問題は苦痛だが、体操なら大丈夫かも知れない。歌が苦手な人でも、絵は書くかもしれない。こういった個人の特性に配慮した非薬物療法の選択は、個人の好みが集約されている在宅での応用はより容易であろう。

(4) エンドオブライフケア及び緩和ケア

①概念と看取りとの関係

国民の意識としては60%以上の国民が終末期における自宅療養を望んでいる(平成20年終末期医療に関する調査)。人口の高齢化に伴い、何らかの疾患で終末期の病状を有する者は必然的に増加している。このため、死が予測された時期から最期を迎えるまで、人生の終局において患者・家族を医療面から支援し、生活機能の維持向上を図りつつ、全人的医療を提供し地域生活を営みながら穏やかな死を迎えることを可能にする、質の高い看取りを行える在宅医療の確保が求められている。

近年は、この人生の最期の過程を、治療不可能な病気や臓器機能不全の終末を伴う時期としてではなく、人の生活を完結する時期として捉える考え方が普及してきており、この時期に対応し、全人的医療の視点から、死を迎える患者とその家族にとっての生活の質をできる限り高く維持向上させることに重点を置いて提供されるケアを“エンドオブライフケア”と呼んでいる。概念としては、地域生活の中で患者・家族の希望等に応じて満足いく死を迎えられるような看取りのケアと呼び、その対象には、がん、心疾患、呼吸器疾患のみならず、脳血管障害、認知症などの高齢者疾患が含まれる。

緩和ケアは「疼痛等の症状を緩和し、生を大切に死に行くことを通常の過程とみなし、急ぎも遅らせもせず、患者ケアの心理・精神的面を統合し、死に至るまで可能な限り患者の生を支援するシステムを提供し、家族が患者の疾病と死別の負担に対応することを支援するシステムを提供し、患者と家族のニーズに対処するためのチームアプローチを取り、適応があれば死別カウンセリングを実施する。また、QOLを高めることで疾病の過程にも良い影響を与え、化学療法、放射線療法、重症の臨床的合併症を把握、管理するのに必要な検査など延命のための他の療法と共に、疾病の進行過程早期に適応が可能である。」ものである。

② 提供体制の現状と課題等

がんや慢性疾患の終末期には、様々な症状が出現し、また、日常生活活動度が低下するために、患者や家族は不安になり入院を希望しそのまま病院で亡くなることが多い。結果的に、がん疾患では在宅死は8.3%(うち自宅7.4%)に過ぎない。

一方、在宅医療を積極的に実施する医療機関では、がんの在宅死は5割以上の患者で可能なのに対して非がん(慢性疾患等)では5割に満たないことが多い。その原因は予後予測困難、標準的ケアが不明確、病期が長く経済的負担が大(平原佐斗志ら)であるためといわれている。

終末期医療については、上述の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」において、多専門職種 of 医療従事者からなる医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛その他の症状を緩和し、精神的・社会的援助を含む総合的な医療及びケアを行う必要性等が記述されている。

おわりに

ここ半世紀で百寿者は160倍に増加したが、認知症高齢者数も6倍に著増した。19世紀に作られた活動性の高い患者の病院医療の視点は、手直しが求められている。在宅医療は、認知症、歩行障害、失禁、コミュニケーション障害、転倒、うつ状態を含む心身の複雑系疾患のバランスを重視した医療体系である。この生活機能障害に対し、身体的、精神的、社会的に評価し、適切な医療と介護につなげる老年医学の中核概念である総合的機能評価の重要性が再評価されるべきであろう。

在宅医療連携拠点事業の活動性の評価、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に関する多職種研修プログラム「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」が、被災地を含めた全国において汎用化されたツールとして活用可能となるよう、(1)プログラムの標準化(運営手順書の作成)、(2)関連する資料を一括して掲載するホームページの設置、(3)普及のための全国を対象としたフォーラムの開催、を系統的に行った。またこの実施にあたり、在宅医療を担当するナショナルセンターである国立長寿医療研究センター、在宅医療の最たる担い手である医師という職種を代表する日本医師会、在宅医療の政策を担当する中央省庁である厚生労働省という三者の協力を仰ぎ、運営手順書の発行にあたっては東京大学及びこの三者による共同名義の形をとった。

市町村が行う介護保険事業において、2015年より任意実施、2018年より必須実施となる在宅医療・介護連携推進事業(地域支援事業の一部)には、事業項目の1つとして「在宅医療・介護関係者の研修」が位置付けられるに至った。本研究の取り組みの成果は、2015年以降、同事業の枠組みの中で、市町村行政が制度的後ろ盾を得て、地区医師会等との協調のもと、先行する範例として各地で活用されるものと期待される。(飯島、辻、吉江、松本、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

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、教育用DVD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、平成 25 年度に、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、平成 26 年度には、在宅医療の阻害要因となっている排尿障害に対して適切な排尿管理・ケアを実践するために、看護・介護者が現場で活用できる高齢者の排尿障害タイプの診断、対処、医師との連携を行うためのマニュアルを含む iPad 用アプリケーション、一般医、看護・介護職向けの排尿管理に関する教育用テキスト、さらに家族介護者、看護・介護職向けの排尿ケアに関する教育用 DVD 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

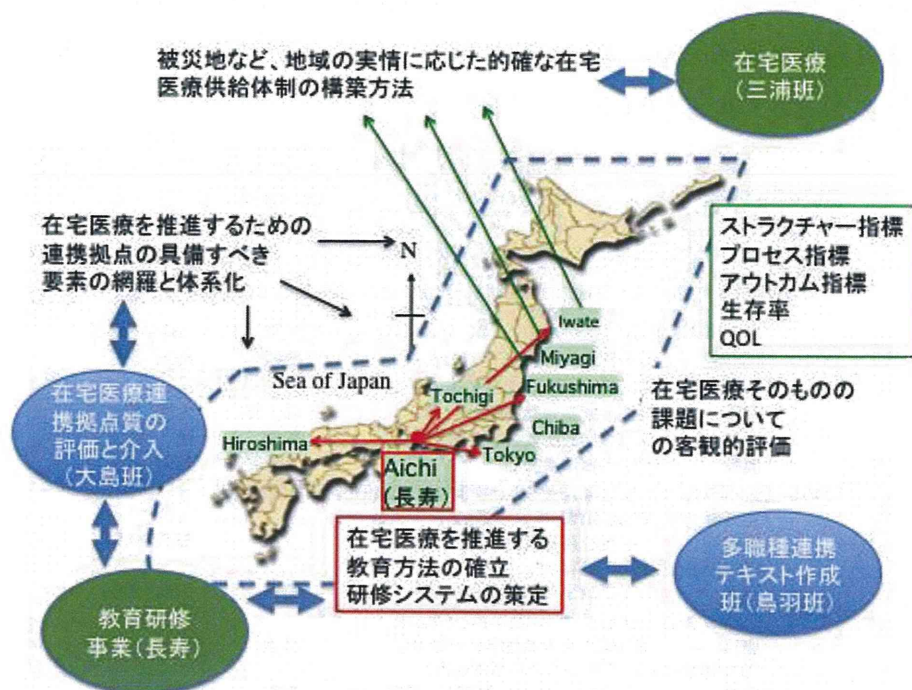
介護の質の評価手法として、利用者の状態の改善や悪化を評価すべきであるという意見があったが、要介護認定や、身体自立度等は状態の変化の測定が困難であった。老人保健施設協会は多職種協働によるケアマネジメント手法 R4 方式を開発している。今回 R4 システムに用いられている ICF ステージングを用いて、利用者の変化を捉えるための要約指標を作成し、その妥当性について検討した。

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、認知症の自立度より 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) (座談会) 鳥羽研二, 大島伸一, 辻哲夫, 平原佐斗司: 治し支える医療としての在宅医療の新展開. カレントセラピー. 33(2):108-118. 2015.

2. 学会発表

- 1) 大島浩子, 鳥羽研二, 鈴木隆雄, 大島伸一: 在宅医療介護推進における在宅拠点を評価する客観的な指標の開発に向けた検討. 第56回日本老年医学会学術集会. 福岡. 6月13日. 2014.
- 2) 吉江悟, 土屋瑠見子, 飯島勝矢, 三浦久幸, 鳥羽研二, 大島伸一. 在宅医療多職種連携研修会: 研修運営ガイドの作成と普及. 第56回日本老年医学会学術集会, 福岡. 6月12-14日. 2014.
- 2) 吉江悟, 土屋瑠見子, 飯島勝矢, 辻哲夫, 三浦久幸, 鳥羽研二, 大島伸一. 地域における在宅医療介護連携推進のための多職種研修会の普及に向けた汎用構造の検討. 第73回日本公衆衛生学会総会, 宇都宮. 11月6日. 2014.

3. シンポジウム開催等

- 1) 全国在宅医療・介護連携研修フォーラム. 東京. 2015年2月14日.

- 2) 地域包括ケアのあり方を考える会. 在宅医療の新たな局面から今後の方向性へ. 被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究 (H26-医療-指定-003 (復興)) 研究1・3 合同シンポジウム. 東京. 2015年2月28日.

地域包括ケアのあり方を考える会 在宅医療の新たな局面から今後の方向性へ <small>被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究(H26-医療-指定-003(復興))(大島班) 研究1・3合同シンポジウム</small> <small>【日時】平成27年2月28日(土)13:00-19:00 【場所】FUKURACIA東京ステーションD会議室</small>			
13:00	開会挨拶	(独)国立長寿医療研究センター	総長 鳥羽 研二
13:05	【基調講演】在宅医療の新たな局面と今後の展開		
	座長	(独)国立長寿医療研究センター	名誉総長 大島 伸一
	演者	東京大学高齢社会総合研究機構	教授 辻 哲夫
	演者	(公社)日本医師会	常任理事 釜沼 敏
13:55	【シンポジウム1】在宅医療連携拠点事業からみた全国展開の成果と課題		
	<在宅医療連携拠点事業の成果と課題>		
	演者	(独)国立長寿医療研究センター	部長 三浦 久幸
	<在宅医療連携拠点の活動性の評価>		
	演者	(独)国立長寿医療研究センター	室長 大島 浩子
14:30	【シンポジウム2】在宅医療多職種連携とその教育		
	座長	愛知県立大学看護学老年看護学	教授 百瀬 由美子
	<在宅療養の困難事例からみた多職種連携>		
	演者	(医)美幸会 いらはら診療所在宅医療部	部長 和田 志志
	<在宅医療多職種連携研修>		
	演者	東京大学高齢社会総合研究機構	准教授 飯島 勝矢
15:10	休憩		
15:30	【講演】在宅医療そのものの課題と質		
	座長	(独)国立長寿医療研究センター	総長 鳥羽 研二
	<地域格差と地域診断>		
	演者	(医)アスミス	理事長 太田 秀樹
	<在宅医療から地域医療、地域包括ケアとしての課題>		
	演者	(大)千葉大学大学院 医学研究院 細胞治療内科学講座	教授 横手 幸太郎
	<在宅医療における質とは>		
	演者	東京大学在宅医療学拠点	特任准教授 山中 崇
	<在宅医療におけるQOLの評価>		
	演者	名古屋大学大学院 医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学教室	講師 梅垣 宏行
17:00	総合討議：地域包括ケアの方向性・地域包括ケアの質・セカンドステージへの展開		
	司会	(医)つくし会 新田クリニック	院長 新田 國夫
	来賓コメント	厚生労働省 医政局地域医療計画課 在宅医療推進室	室長 佐々木昌弘
18:30	総括	(独)国立長寿医療研究センター	名誉総長 大島 伸一

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