

りを伴う在宅医療には欠かせない24時間対応してくれる訪問看護ステーションについて、青森訪問看護ステーション協議会、医師会、および行政もその実態を把握していないという現実、今後の在宅医療の計画的推進には大きな壁となっている。

今後早急に取り組むことは、現状のリソースの把握、訪問看護師の教育・育成そして24時間対応できる訪問看護ステーション事業所の開設に看護協会も積極的に取り組むこと、などである。また、24時間対応の訪問看護ステーションのない地域においては、開設に必要な資金の「基金」による助成を行うこと、その経営を安定させるために、急性期病院を含めた地域の医療機関、そして行政が利用者を増やすための情報提供を積極的に行うこと、地域医師会が訪問看護師をバックアップすることなどであると思われる。

4) 訪問診療医の不足

都市圏以外の地域では医師不足、診療所医師の高齢化などにより、訪問診療する医師が極端に少ない状況にある。この不足を補うためには、訪問看護師等とのチームケアが必要であるが、その地域に公的医療機関（病院あるいは診療所）があり医師が複数いる場合には、「基金」に基づく事業として在宅医療に参入してもらい、医師が少ない場合には、さらに都市圏の公的病院から医師を派遣し、在宅医療に参入してもらうなどの対策が考えられる。

また、都市圏では、1人診療が多く「24時間365日」という身体的心理負担を考えて在宅医療への参入を戸惑っている医師も少なくない。実際の在宅医療の現場においては、訪問看護体制がしっかりしていれば医師が緊急訪問する場面は非常に少ない現実があるものの、心理的負担を軽減する意味でも、医師会の主導のもとでグループ診療を進めることが望ましい。さらに、在宅療養支援病院が少ない現状においては、民間病院が経営的な視点で参入することで大きなメリットが得られるようなくみも「基金」の事業として考えることも有効であると思われる。

5) 地域住民の意識

地域住民の意識として、大病院志向がまだ強く残っており、どのような病状であっても病院にいけば何とかしてくれる、再び元気になって元通りの生活に戻ることができるという期待感を持っている人もあり、また、がん治療を行っている人はあくまでも治すことを目標に頑張っている人も少なくない。

このような場合、在宅医療を勧められた際に表出される反応は、治す希望を打ち砕かれた挫折感、「病院から見放される」、「医療から見捨てられる」といった見捨てられ感と、不安、そして家族においては介護しなければならぬという負担感など様々であり、承諾する人は多くない。

しかし、治すための治療や延命治療を「最善の医療」とし、結果的に病院で死ぬことがあたりまえとなったこと、病院以外で死ぬことが異常なこととなり、同時に自宅での看取り経験を持つ人が極端に少なくなったこと、特に、がん疾患においては、治すための治療を行うことを目標として治療を継続している医師が多く、治らない可能性、病状が悪化する可能性、治らない場合あるいは病状が悪化した場合の療養の場などについて情報が伝えられていない場合が多いこと、死を予感させる「悪い情報」について担当医師から説明を受けることが少ないこと、在宅医療についての情報が少ない（情報を提供してくれるところが少ない、実際に体験している家族が少ないなど）あるいは手に入らないことなどを考えると現状で在宅医療を急に進められても承諾できるものではないことは当然のことと思われる。

したがって、地域住民の意識を変えるためには、医師、特に急性期医療を担当する医師の意識変容が重要で、その一方で、医師会や行政などによる在宅医療の啓発活動や、実際の在宅医療の現場に係る家族の満足度が得られるような支援を行い、地域における経験知を少しずつ増やすことが大切と思われる。

なお、十和田市での経験では、地域の中で看取りを伴う在宅医療を受ける人が多くなると、それを聞きつけて在宅医療を希望する人が増えてきたことも現実である。

6) 冬の交通事情など

激しい風雪や豪雪が降る地域の冬期間の在宅医療は、交通事情や除雪などを考慮すると、非常に危険度の高い仕事である。このような地域においては、冬の期間だけ、町の中心部の居宅を確保し、そこで在宅医療を行えるような体制を組むことも一案と思われる。

おわりに

今後の青森県における地域包括ケアシステム構築をめざし、その中核となる在宅医療体制の整備を図る時、以上に挙げた阻害因子と課題を解決するための具体的戦略を立てるためには、継続的な在宅医療に関するデータの集積とその解析が必要である。しかし、現状では青森県や関係職種の団体が継続的に把握しているデータは皆無であり、在宅医療の実施状況調査も平成23年以降は行われていない。したがって、早急に様々なデータを継続的に収集する体制を確立することが望まれる。

筆者が必要と思われるデータは、①訪問診療を行っている、あるいは行う可能性のある診療所、病院数およびその実績の把握、②認知症、がん疾患、神経難病、小児疾患などそれぞれの訪問診療を行っている診療所、病院数およびその実績の把握、③在宅医療の後方病床として機能することが可能な病院・有床診療所の病床数の把握、④訪問看護ステーションの看護師数およびその実績（24時間対応を含め）の把握、⑤地域での口腔ケアの実態の把握、⑥地域での嚥下リハビリテーション、訪問リハビリテーションの実態の把握、⑦居宅および居宅系施設での看取りの実態の把握、⑧看取りが可能な居宅・居宅系施設数の把握などである。

文献

1) 蘆野吉和 看取りを通じた地域づくり 明日の在宅医療第3巻（佐藤智編集）p131-149：中央法規出版株式会社 東京 2008

2-1-3)

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

「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
匝瑳医師会
福島 俊之

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年間に当院に入院し、退院困難症例として地域医療連携部の在宅退院支援を受けた患者の背景因子の解析、および患者・家族に対する、想定阻害要因7項目の郵送による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)支援を受けた531件中、在宅退院に至らなかった群(17.5%)では、急変のリスクを伴う基礎疾患を有し、医療の必要性が高い傾向が認められた。満足度アンケート(有効回答87件、)では、患者・家族が全般に退院時には「やや不安」を感じているが、看病・介護の経過とともに「やや満足」と改善する傾向を認めた。また3年以上の長期介護群では経済/介護への不安感、1年未満の短期介護(看取り)群では病状悪化への不安が比較的大きい傾向があった。(2)医師会員の在宅医療状況アンケート(有効回答1742件、うち在宅診療従事率26.5%)の結果を県内の都市部(西部)平均と各郡部地域(東部)とで比較解析すると、在宅主治医による自宅等での死亡診断率が高い匝瑳地区では医療施設の在宅診療従事率が高く、各医療者・施設間の連携が整備されていることが示唆された。一方、匝瑳地区に隣接しているが在宅主治医による病院での死亡診断率が高い旭地区は、大規模病院病床の比率が高く、各医療施設/多職種間連携の不備等を理由に在宅診療従事率が低いこと、また南東部の安

房地区では上記両地域の特性を兼ね備えていることも示された。現地医療者への聞き取りから、匝瑳地区の背景として 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、地域診断などの手法を用いて解析し、各地域の阻害要因に対する介入効果の検討を目指す。

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患者 531 例について、最終的な退院先および年齢、疾患、支援期間などの背景因子を検討した。また上記のうち在宅退院となった 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。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、匝瑳地区の在宅医療従事者に聞き取りをおこなった。

C. 研究結果

(1) 平成 20 年度から 22 年度の 3 年間に当院へ入院し、退院困難症例として地域医療連携部の在宅退院支援を受けた患者は総計 531 件（内 65 歳以上が 340 件）、平均年齢が 65.5 歳、悪性腫瘍を有する患者が 51.0%であった。そのうち 375 件（70.6%）が在宅退院となった一方、44 例（8.3%）が転院、43 例（8.1%）が死亡、6 例（1.1%）が施設入所となった。

「在宅退院群／転院群」の各群における平均年齢、支援期間および癌保有率はそれぞれ 65.7 歳／68.5 歳、25.1 日間／54.5 日間、49.3%／59.1%であった（参考資料 1）。また両群の非癌患者における主疾患の分布について比較すると、在宅退院群は整形外科的疾患（13.7%／9.1%）、脳血管疾患を除く神経・筋疾患（32.6%／0%）、精神科的疾患（7.4%／0%）および認知症（4.2%／0%）の割合が相対的にやや高く、一方転院群では呼吸器系疾患（14.7%／27.3%）、心疾患（13.7%／36.4%）および脳血管疾患（7.4%／18.2%）の割合が高かった（参考資料 2）。一方、在宅医療に対する満足度に関する郵送アンケートについては、40 歳以上の在宅退院患者家庭 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(参考資料3)。また看病・介護期間別の解析では、介護期間3年以上の長期介護群と、主に末期癌の在宅看取り患者で構成されると思われる1年未満の短期介護群との比較を行った。すると、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、長期介護群でやや高スコア(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、逆に短期介護群のほうがやや高スコア(不安・不満傾向)となっていた(参考資料4)。

(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(参考資料5)。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(参考資料6、7)。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(参考資料8)。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 (参考資料 9)。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 (参考資料 10)。これらの結果を踏まえ、匝瑳地区の 24 時間在宅支援システム構築に中心的に取り組んでいる医師をはじめ、匝瑳医師会会員数名を交え聞き取り調査を行った。同地区では、IT システムを用いた患者情報共有システムを整備し、他医院かかりつけ患者のカルテを互いに閲覧可能にしたうえで、9 診療所・3 後方支援病院が参加する 24 時間在宅支援輪番体制を敷いていた。当番医は、参加施設かかりつけの在宅患者からの問い合わせを受けると、システムを介してカルテにアクセスし他院かかりつけ患者にも対応できる体制になっていた (参考資料 11)。当番はおよそ 1 週間ごとにまわってくるが、実際の緊急支援頻度は、医師一人あたり年間 1~2 回弱程度とのことであった。また地域の特色として、医師・各医療関係者数および患者数の双方が小規模で多くが地元出身の既知の間柄であり、さらに各医療職種間で定期的な相互交流の場を設けて「顔の見える関係性」の構築に努めていた。一方で、参加医師の年齢は 50 歳代以上であり、医師全体の高齢化はやはり問題となっていた。

D. 考察

(1) 主観的な阻害要因：今回の検討において、退院支援を受けながらも最終的に在宅退院とならず転院となった群は、在宅退院群と比較して平均年齢がやや高く、支援期間が長く、癌保有率が高い傾向であった。この支援期間とは支援開始から終了までの日数であり、支援回数というよりはむしろ在院日数を反映しているものと思われた。また癌以外の基礎疾患の分布を見ても、転院群では心肺機能が不安定となる疾患の割合が高い傾向となっている。これらの結果より、医療の必要度が高く急変の可能性がある症例は、在宅退院が困難となりやすいと推察される。また在宅退院に至った患者・家族のアンケート結果でも、退院時に最も不安度が高かったのは病状変化についてであった。これらの結果は、前述の全国アンケート調査の中で、自宅療養困難となる主な理由として病状悪化・急変への不安や往診医の不足が挙げられていることと一致する [1, 2]。しかし一方で、このアンケート結果からは、退院時には既報通り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・介護期間別の解析において、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・介護期間別の検討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。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いるため、看病・介護期間が 1 年未満（短期介護群）と 3 年以上（長期介護群）でほぼ 2 分されており、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。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っており、実際短期介護群では長期介護群より退院時の病状変化に対する不安がより強い一方、長期介護になるほど増すであろう経済・介護負担に対しては比較的不安が少ないなど、それぞれの特徴を反映する結果が得られている。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。また介護サービスに関しては全体、期間別ともに退院時より 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・不満の軽減を図れることが期待され、そのような介入による事態改善についての検討が有用と思われる（参考資料 12）。なお今回のデータベース解析の限界として、今回検討できた疾患は主病名一つだけであるが、特に高齢者では通常複数の併存疾患を有し、それぞれが退院困難要因となりうる点が挙げられる。その他、データベースに登録がない介護度、受け入れ家庭環境、居住地域の状況などの各要因も、支援結果に影響を及ぼしている可能性があり、今後の検討が必要である。さらに、訪問診療など具体的な在宅医療の導入状況についても登録がないため、今回は在宅医療導入より広義の「自宅へ帰宅できたか否か」についての評価となった。また郵送アンケート解析の限界としては、解析内容が回答をいただけた 25%の集団に関するものであり、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（参考資料 12）。

(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るため、今後在宅医療を普及させていくためには、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」の手法を用いて課題を抽出し、解決策を実践して効果を再評価するサイクルが有用と考えられ、今後の課題としたい（参考資料 12）。

E. 結論

当院の在宅退院支援患者データベース解析から、呼吸器系、循環器系および癌など急変のリスクを伴う基礎疾患を有し、医療の必要性が高い患者は、在宅退院がより困難となることが示された。また在宅退院患者・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、地域診断などの手法を用いて検討する。

参考文献

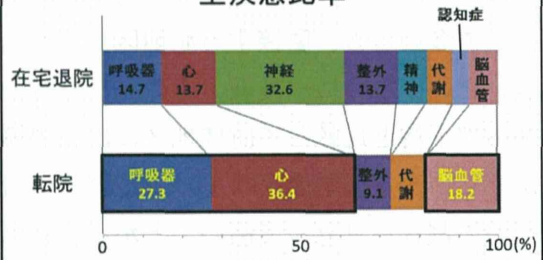
- [1] 終末期医療に関する調査等検討会（編）：今後の終末期医療の在り方。中央法規出版。pp. 61-64. 2005.
- [2] 三浦久幸：在宅医療支援病棟の試み。医学の歩み。239(5)：537-540. 2011.

在宅退院群と転院／死亡群の比較

	人数 (人)	平均年齢 (歳)	癌保有率 (%)	平均支援日数 (日)
在宅退院 全体	375	65.7	49.3	25.1
高年齢	240	74.2	48.8	26.2
転院 全体	44	68.5	59.1	54.4
高年齢	33	73.7	57.6	36.2
死亡 全体	43	66.1	62.8	26.2
高年齢	28	73.9	64.3	24.9

参考資料1

在宅退院群と転院群における非癌患者の主疾患比率



※各群において病名が判明している集団に対する%
在宅退院群:n=95、転院群:n=11

参考資料2

解析結果

(平均介護期間 26.3か月 [n=83])



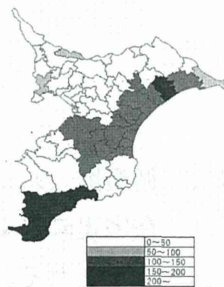
7質問-全体	n	退院時H平均	現在A平均	変化平均	Wilcoxon順位和P
経済負担	86	3.1	2.5	-0.58	0.0005
介護負担	85	3.6	2.6	-0.94	<0.0001
病状変化	83	3.8	2.7	-1.14	<0.0001
在宅診療	79	3.3	2.3	-0.92	<0.0001
介護サービス	80	2.9	2.3	-0.54	<0.0001
事前説明	85	3.4	2.4	-1	<0.0001
在宅全般	73	3.5	2.4	-1.07	<0.0001

参考資料3

	n	退院時	現在	変化量	P	
経済負担	1年未満	35	2.9	2.3	-0.63	0.0154
	3年以上	38	3.1	2.6	-0.47	0.0586
介護負担	1年未満	35	3.4	2.4	-1	0.0004
	3年以上	37	3.5	2.7	-0.8	0.0042
在宅診療	1年未満	33	3.3	2.2	-1.08	0.0003
	3年以上	34	3.2	2.4	-0.82	0.0026
介護サービス	1年未満	32	2.7	2.2	-0.51	0.0128
	3年以上	35	2.9	2.4	-0.54	0.0669
事前説明	1年未満	35	3.6	2.2	-1.31	<0.0001
	3年以上	36	3.1	2.3	-0.78	0.0073
病状変化	1年未満	34	3.9	2.7	-1.2	<0.0001
	3年以上	37	3.6	2.5	-1.06	0.0002
在宅全般	1年未満	27	3.6	2.6	-0.97	0.0012
	3年以上	34	3.4	2.4	-1.05	0.0003

参考資料4

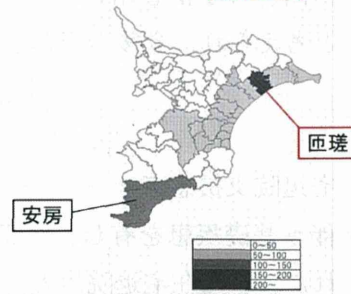
在宅診療医による地域別人口10万人あたりの死亡診断書提出数(平成24年 総数)
—在宅かかりつけ医師が死亡診断書まで書くケース—



千葉県医師会:在宅医療にかかる実態調査より

参考資料5

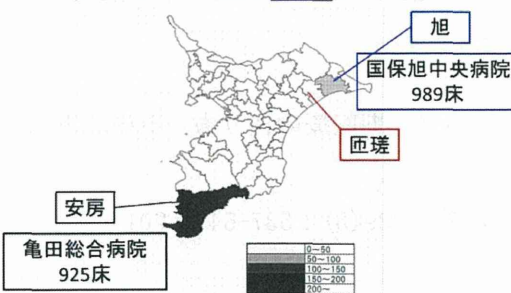
在宅診療医による地域別人口10万人あたりの死亡診断書提出数(平成24年 自宅など)
—在宅かかりつけ患者が自宅などで死亡する数—



千葉県医師会:在宅医療にかかる実態調査より

参考資料6

在宅診療医による地域別人口10万人あたりの死亡診断書提出数(平成24年 病院/病床)
—在宅かかりつけ患者が病院で死亡する数—



千葉県医師会:在宅医療にかかる実態調査より

参考資料7

将来在宅医療に取り組む意思の有無

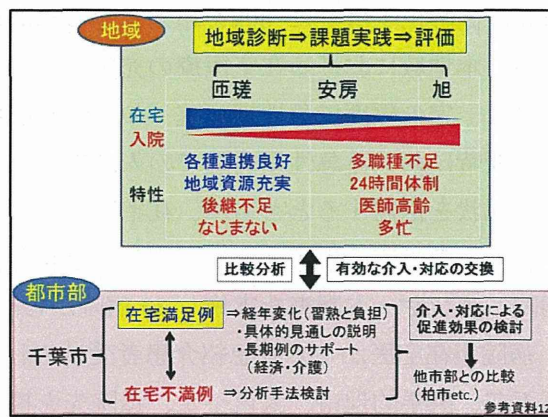
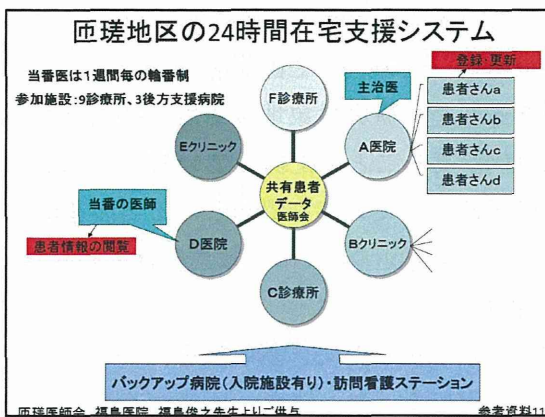
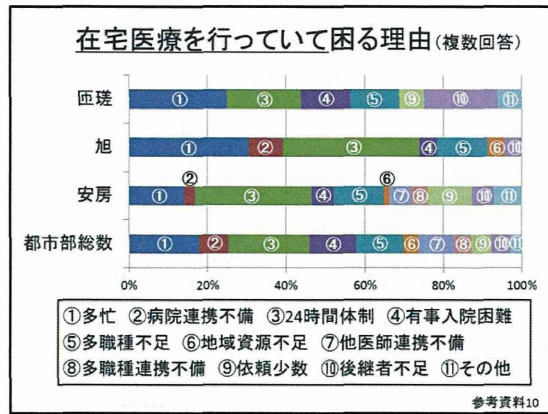
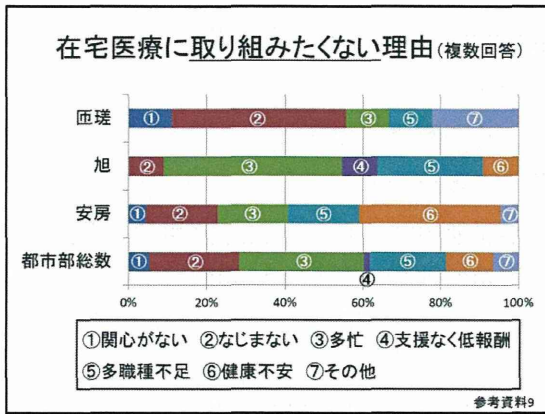
地区	取り組みたくない%	今後取り組んでみたい%	すでに取り組んでいる%
匝瑳	35.7	0	63.4
旭	41.2	29.4	29.4
安房	26.1	19.6	54.3
都市部平均	62.3	12.6	25.1

在宅診療医における訪問診療実施の有無

地区	訪問診療あり%	訪問診療なし%
匝瑳	100	0
旭	44.4	55.6
安房	75	25
都市部平均	62.6	37.4

千葉県医師会:在宅医療にかかる実態調査より追加解析

参考資料8



2-1-4)

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

在宅医療の現状と阻害要因、その解決への糸口

～地域全体の課題 大阪府～

研究分担者 樂木 宏実 大阪大学大学院医学系研究科 老年・腎臓内科学 教授

研究協力者 前川 佳敬 大阪大学大学院医学系研究科 老年・腎臓内科学 助教

研究要旨

大阪大学医学部附属病院の近隣にある千里ニュータウンは、日本初の大規模ニュータウンであり、高齢化率は既に 30%を超え、その急激な上昇は日本の大都市圏の縮図であり未来図でもある。本地域における在宅医療の充実は当然必要である。一方、在宅医療を受けている患者について一定の頻度で急性期病院への入院が必要であるが、本研究対象地域でも、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把握している。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 33 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った。また、医療より介護が問題となる事例が多かった。

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った。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。

背景

大阪大学医学部附属病院が位置する北摂地域には、1960 年代に多数の若い核家族が入所した千里ニュータウンが存在する。日本初の大規模ニュータウンであり、2010 年の高齢化率は既に 30%を超えている。この地域は、大阪府の中でも急性期医療病院が多数開設され、現状で医療過疎的な発想は医療関係者も地域住民も感じていない。しかしながら、実際には孤独死や老老介護・認認介護が相当数存在し、将来への不安はきわめて大きい。ニュータウン再開発計画に沿って都市構造は新しくなりつつあるが、高齢化の進行が止まるほどではなく、在宅医療をはじめ

とする新しい医療・介護システムの設計が求められる。それは、医療施設の整備だけではなく、在宅医の増加、在宅医と急性期病院の連携、既存の開業医の院外医療への参画、医療と介護の連携、住民の啓発など様々なことが求められる。被災地における急性期病院の再整備と同時に進められるべき在宅医療の整備における問題点の把握において、急激な高齢化が進んでいる大阪府の北摂地域における在宅医療の現状と阻害要因、その解決への糸口を調査研究することは有意義であると考えられる。

調査開始にあたり、事前に大阪大学医学部附属病院と連携のある在宅医に、在宅医療サイドから見た本地域における在宅医療推進の疎外因子について聞き取りを行った。その結果、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された。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ことは自明である。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。

研究方法と結果

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、33 病院 (62%) からアンケート回答を得た。33 病院のうち、救急指定 (2 次) 病院は 20 病院 (61%)、病床数は 238 床 (37～613 床)、在宅支援病院は 1 病院 (3%) であった。一般病院は 13 病院 (39%)、病床数は 248 床 (49～969 床)、在宅支援病院は無かった。

(1) 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あった。救急指定病院 (2 次) の在宅患者受け入れ状況は、平均 12.6 件/月 (1～35 人/月) 受け入れていた。今後の受け入れは、現状維持が 70%、増やす予定が 25%、無回答が 5% であった。一般病院の在宅患者受け入れ状況は、平均 5 件/月 (0～20 人/月) 受け入れていた。今後の受け入れは、現状維持が 66%、増やす予定が 31%、無回答が 3% であった。

(2) 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。救急指定病院 (2 次) のレスパイト入院の受け入れ状況は、平均 0.7 件/月 (0～3 人/月) 受け入れていた。今後の受け入れは、現状維持が 70%、増やす予定が 5%、減らす予定が 5%、今後も受け入れないが 20% であった。一般病院のレスパイト入院の受け入れ状況は、平均 3.5 件/月 (0～30 人/月) 受け入れていた。今後の受け入れは、現状維持が 54%、増やす予定が 38%、減らす予定が 8% 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。他に、76%の病院が退院後の在宅での受け入れ態勢が不十分である事、64%の病院が入院期間が長期になった際の受け入れ先確保に対する協力が不十分である事をあげた。

(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。

結論

在宅医療を普及させるために、今回明らかにできた障壁の解決に向けて、患者・家族、在宅医、病院に対して、以下のような活動が提案できる。

- ① 患者・家族に対して、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う。
- ② 在宅医に対して、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。
- ③ 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。
- ④ 病院の在宅患者受け入れ可能な条件を明確にする。

他地域で同様の取り組みをしている例や、本地域でも類似の取り組みとして脳卒中地域連携パスなどがあり、今後、具体的な取り組みも可能と考えられる。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ることで、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を減少できると考える。

出典：平成24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

2-2) 僻地の課題

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）

分担研究報告書

中山間地の療養場所の希望に関するアンケート調査

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

国民が在宅医療を希望しているという前提のもとに、国は在宅医療を推進しているが、高齢過疎化が進んでいる過疎地において、在宅医療のニーズがどのくらいあるのか調査する必要がある。平成24年度および25年度に広島県の中間山間僻地において在宅医療の希望がどれくらいあるかを調査した。平成25年度は神石高原町において主に高齢患者を対象に、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どこを希望するかアンケート調査を行った。自宅を希望する人は26.9%、病院を希望する人は42.6%であった。在宅医療について知っている人（51.8%）ほど在宅療養を希望し、それが実現可能であると考えられる結果であり、在宅医療について住民に啓蒙すれば、それを希望する人が増える可能性があるという結論とした。平成25年度には在宅医療に関する啓蒙が進んでいる広島県北広島町芸北地区で同様の調査を行った。自宅を希望した人は36.4%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。中山間僻地において、在宅医療のニーズは高いとはいえない。

中山間僻地における療養場所の希望

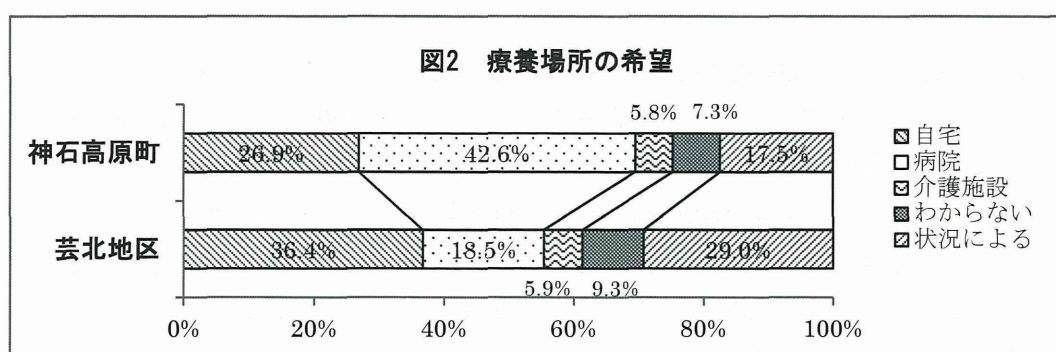
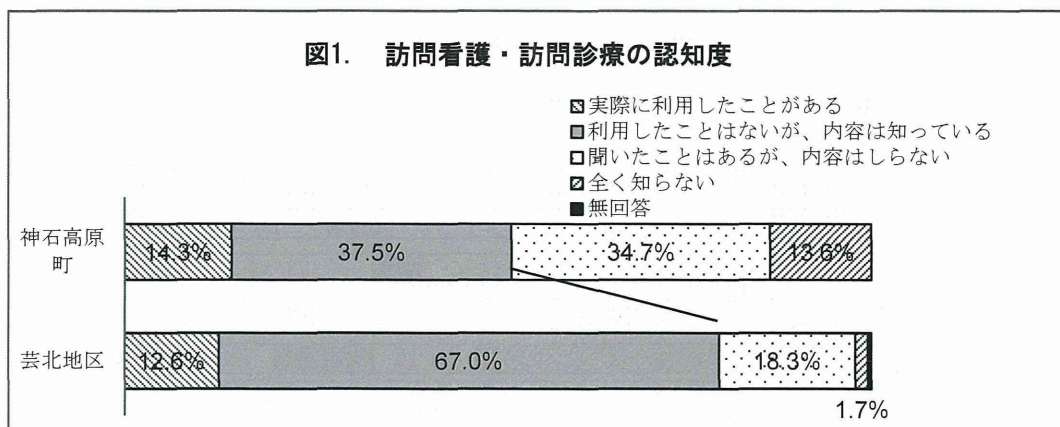
現在、全国に過疎地と言われる地域は797市町村あり（全市町村の46.4%）、その人口は日本全体の8%である¹⁾。過疎地と定義される要件のひとつに高齢化率が32%以上であることが含まれている²⁾。在宅医療の対象者のほとんどが高齢患者であることは、何人も異存がないところであろう。また、過疎地においては、交通の便は悪く、自家用車がないと通常的生活はできない。山の中の車も通れないような道の先の不便な家に住んでいる人もいる。ほとんどの人にとって病院までの道のりは遠い。ましてADLが低下した高齢患者であれば、通院そのものが困難である。従って過疎地の高齢者にこそ、在宅医療は必要であり、そのニーズは高いと考えられがちである。しかし、その過疎地で病院勤務する筆者からするとそのニーズはあまり高いものとは感じられない現実があった。そこで広島県内の東西2か所の中山間僻地で在宅医療のニーズおよび在宅医療サービスの認知度を調査した。

広島県神石高原町は人口約1万人（総面積381.8km²人口10,614人、高齢化率42.8%³⁾）で農業を主産業とした地域である。医療機関は3施設あり（病院1、個人開業医院2）、訪問看護ステーション2、入所可能な介護施設5（特養2、老健1、グループホーム3）である。一方の広島県山県郡北広島町は総面積646.2km²、総人口約19000人⁴⁾であるが、その

うち芸北地区は人口約 3000 人弱で林業、観光業（スキー場）を主産業とする山間地で、そこには 2 診療所が存在するだけで入院施設はない。この 2 つの地区の特徴として、入院可能な病院の有無、そして在宅医療サービスの充実度の違いがある。北広島町芸北地区の雄鹿原診療所に現診療所長が平成 13 年に同診療所に赴任した際には、芸北地区の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っていた。そのことを問題視した診療所長である東條医師は、積極的に在宅医療を推進した。氏は在宅医療、自宅での終末期医療を推進するにはレスパイト入院が必須であると認識し、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、地区内外で在宅医療、終末期に関する講演活動を月 1 回程度実践し、結果 4 年後には 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進んでおり、住民への啓蒙も十分になされた地区と考えられる。一方、神石高原町では唯一の入院施設である町立病院では、常勤医不足のため原則往診はしない体制であり、病状悪化の際には入院を勧めることが多い。この 2 つの過疎地において在宅医療サービスの認知度と療養場所の希望を問うアンケート調査を行った。

平成 24 年に神石高原町で行った調査（有効回答数 1059）では、訪問診療・訪問看護といった在宅医療サービスを実際に利用したことがあるあるいは知識として知っている人は全体の 51.8%、内容を知らない人あるいは全く知らない人は 48.2%（図 1）と在宅医療サービスの認知度については、対象者の約半数が認知しており、半数は知らなかった。また療養場所として自宅を希望する人は全体の 26.9%であり、42.6%の人が病院での療養を希望していた（図 2）。在宅療養を希望し、それが実現可能と答えた人（全体の 12.3%）のうち 68%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、その割合は全体より高い結果であった。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と考えられた。

平成 25 年は芸北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、同様に自身の療養場所の希望を問うアンケートを行い（有効回答数 315）、神石高原町での結果と比較した。芸北地区では、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%であり（図 1）、同地区における啓蒙活動の結果によると思われる。一方、在宅療養を希望する人の割合は 36.4%と、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（図 2）。

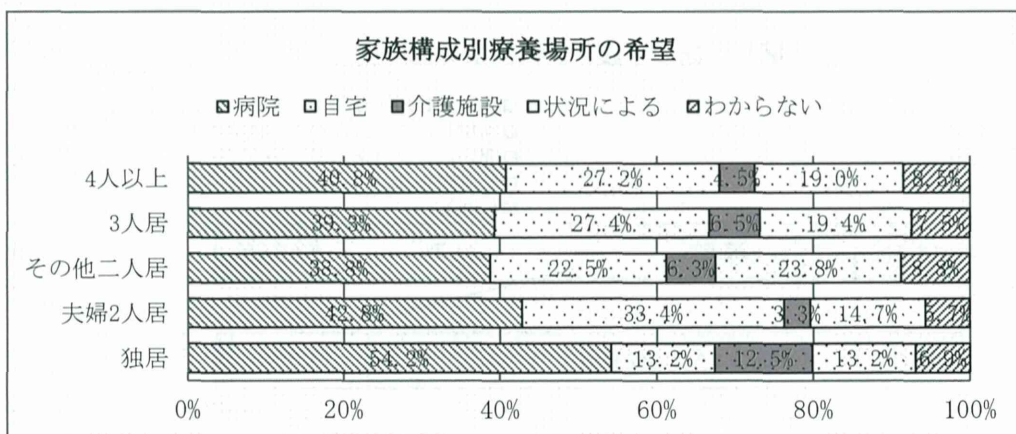


療養場所として病院を希望する人の割合は、神石高原町 42.6%、芸北地区では 18.5% と異なったが、地域に入院可能な病院があるかどうか、すなわち地域の医療環境が療養場所の希望に影響していると考えられた。

広島県の中山間過疎地という限られた地域での調査ではあるが、いずれの調査においても在宅医療のニーズは高くなかった。更に、この結果からは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。

一人暮らしの高齢者のニーズ

高齢社会白書では、毎年一人暮らし高齢者の増加を報告している⁵⁾。過疎地域においては、多くの若い世代は遠く離れた都会で仕事や家庭を持って生活しており、高齢者のみの世帯は多い。神石高原町においては、高齢者のみの世帯は全体の 44%であり、そのうち高齢者単身世帯は全体の約 25%に及ぶ。平成 24 年に神石高原町で行った調査では、独居の人は他の家族構成の人に比べ、自宅での療養を希望する人は少なく 13.2%にすぎず、50%以上の人 が病院での療養を希望していた (図 3)。その人たちからは、「一人では家におれない」、「介護してくれる者がいない」といった不安の声が上がっていた。



平成 27 年度には独居高齢者は推計 600 万人を超えるとされているが⁵⁾、恐らく在宅医療のニーズは同様に低いであろうと予想される。現在の医療介護の体制であれば、実際には ADL が低下した独居高齢患者ができるだけのサービスを受けながら在宅で過ごすことは可能である。しかし、それを本人の希望なく、無理に押し付けることはできないし、するべきでない。在宅医療の充実を図る様々な施策が、推進されているが、一方で在宅での療養を望まない人々が安心して療養できる場所も在宅医療と同様に模索され、その場所づくりが推進されるべきであろう。

- 1) 全国過疎地域自立促進連盟 過疎ネット <http://www.kaso-net.or.jp/>
- 2) 過疎法第 2 条第 1 項及び第 3 2 条
- 3) 神石高原町人口集計表 <http://www.jinsekigun.jp/>より
- 4) 北広島町の人口と世帯数 <http://www.town.kitahiroshima.lg.jp/>
- 5) 平成 25 年版 高齢社会白書（概要版） <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper>

2-3) 被災地の課題

2-3-1)

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

被災地の地域医療の現状

研究分担者 三浦久幸 独立行政法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長

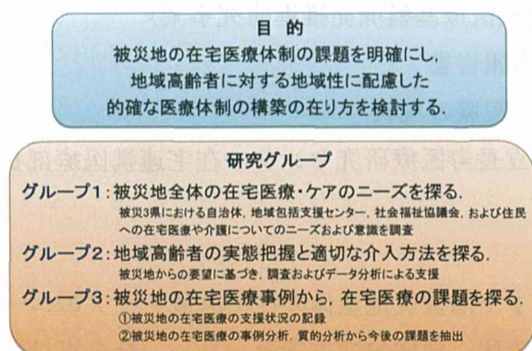
研究要旨

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県における自治体、地域包括支援センター、社会福祉協議会、および住民への在宅医療や介護についてのニーズおよび意識調査を行った。グループ2では被災地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、質的分析による課題抽出を行った。この結果、被災地の仮設住宅、みなし仮設では「身体機能の低下」、「認知症等精神疾患」、「閉じこもり」が重要であること等、震災後、年単位の時間が経過してなお、健康面、社会生活面、社会経済面、地域環境面において、仮設住宅で生活する高齢者に多くの課題が存在することが明らかになった。閉じこもりについての調査では、13.7%に認められ、平常時の地域高齢者の割合に比して高い傾向にあった。また、生活機能の低下については仮設住宅以外での住民についても生じていた。発災後の事例抽出も含めた検討により、在宅医療が有効に機能するためには、被災地の病院機能の充実による、救急医療を含む地域医療の構築がなによりも重要である事が示された。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。

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県における自治体、地域包括支援センター、社会福祉協議会、および住民への在宅医療や介護についてのニーズおよび意識を調査を行う。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。被災地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を抽出を行う。



B. 研究方法

(1) グループ1

1. 被災地における在宅医療・ケアの適切な利用に関する調査：

対象：被災3県の全地域包括支援センター・社会福祉協議会・自治体。 調査方法：郵送。
調査内容：仮設住宅等の設置状況や高齢者の実態、高齢者のニーズや社会資源、権利擁護
の必要性等の質問紙調査。

2. 被災地の医療と暮らしに関する Web 調査：対象：被災3県の在住する20歳～74歳まで
の住民4000名。 調査方法：Web調査。調査内容：在宅医療および医療システムに関する
意識に関する統計的社会調査。

(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. 石巻仮設住宅調査：地域住民の健康状態を把握したい医療機関と共同実施。 対

象：石巻市開成仮設住宅南境第7団地の住民。調査方法：留置法。

2. 石巻市住民調査：他機関や自治体との共同研究。これまで自治体で実施した調査デー
タを用い、保健施策への貢献を目的とし、データの地図化を実施。

3. 陸前高田市住民調査：他機関や自治体との共同研究。自治体の要望で保健施策への貢
献を目的とし地図化を実施。

4. 仙台市（発災1ヶ月後）、南三陸町（発災7ヶ月後）における生活機能の観点での調
査

5. 宮城県石巻市網地島において、島に暮らす認知症高齢者の在宅支援体制の構築を目的
にケース検討会議、面接と訪問による相談を実践。支援期間は、平成23年11月8日より
平成25年3月31日。

(3) グループ3

1. 被災地における医療支援について

震災直後の被災地への医療支援者の手記による、主に震災直後の在宅医療の現状の把握。