

研究発表

1. 論文発表

「なし」

2. 学会発表

- 1) 金子康彦, 今泉良典, 野田茉里奈, 角田伸代, 若松俊孝: 在宅登録患者の入退院時の栄養状態の比較. 第67回国立病院総合医学会. 金沢. 11月9日. 2013.
- 2) 今泉良典, 野田茉里奈, 金子康彦: 在宅栄養管理のサポート体制構築に向けた研究—第2報 患者・家族に向けたアンケート報告—. 第16回日本在宅医学会. 浜松. 3月1日. 2014
- 3) 金子康彦: 在宅支援病棟の入院時栄養スクリーニングによる在宅栄養管理の必要性の検討. 第30回日本静脈経腸栄養学会. 神戸. 2月13日. 2015.
- 4) 金子康彦, 小嶋紀子, 今泉良典, 木下かほり, 野竹恵美子, 三浦久幸: 在宅支援病棟患者の入退院時の栄養指標及びADLの比較. 第17回日本在宅医学会. 盛岡. 4月26日. 2015

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」

2-4-6)

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

在宅における皮膚疾患を中心にした薬物療法（褥瘡）

研究協力者 古田 勝経 国立長寿医療研究センター高齢者薬物治療研究室長

研究要旨

褥瘡は高齢者に多く発症する疾患である。その治療に関しては必ずしも適切に行われていない面があり、未だに治らない疾患として多くの国民に誤解されている。褥瘡の局所治療では外用薬や創傷被覆材が用いられているが、病態に適した選択が行われていない実情から治りにくく、難渋する例が多い。褥瘡は様々な要因が絡み合って発症することが知られているが、予防面と治療面での違いを正しく認識されていないことが局所治療では外力による影響が病態に反映されており、その点を踏まえた湿潤環境の保持が不可欠である。湿潤環境を適正に保持するためには外用薬に用いられる基剤の特性に基づく水分コントロールが必要であり、外力による創の安定を保つことによる薬剤滞留障害を防止することが治療の正否を決定するといっても過言ではない。こうした背景からチーム医療が極めて重要な疾患であり、それによる成績も明らかとなってきた。加速する高齢化に伴い在宅医療・介護に向けた動きが活発化しているが、褥瘡は時としてその動きを阻害する要因となる。また治らないという認識や在宅における資材の不足により食品用ラップを用いたいわゆる「ラップ療法」の使用が議論されているが、感染等の問題があり、在宅における調査においてもその使用は1割程度に留まっている。在宅では資材の不足が起りうるが、やむを得ず緊急避難的に代用している状況であった。外用薬や創傷被覆材を用いた適切な治療が褥瘡を改善すると医療者が認識している状況であることが明らかとなった。

在宅における褥瘡の薬物療法

在宅での褥瘡治療は病院と異なり、生活の場であることがケアする場合の問題点になる。病院ではそれぞれの専門職が関わり、治療するという目的が明確なために治療に専念できる。しかし、生活の場では患者や家族の価値観によって病院での基準が大きく変化する。また病院では絶えず職員が訪問し、問題点に即応することができる。在宅では介護者であるかぞくが仕事で不在になることがある。不在時にはヘルパーが訪問するか、あるいは施設のデーサービスを受けることもあり、意志統一が難しく、情報の共有が重要な点となる。関わる職種も多くなり、褥瘡に対する認識や知識も異なることがより多くなる。このような背景から在宅での褥瘡治療はピットフォールに陥りやすい。そこには絶えず同一の視点で褥瘡を観察する職種が必要であり、使用する資材の特性を熟知していることが重要となる。特に、使用する外用薬や創傷被覆材の特性は使用法によって大きく変化し、期待した効果が得られないこともある。それを評価し、病態に対してどう対処すべきかを速やかに検討する必要がある、その対応を担う職種間の連携が不可欠である。また在宅では使用で

きる資材が限られ、創傷被覆材では試用期間に制限があるため短期間の使用に限られる。その条件下では外用薬による薬物療法が使用しやすい。また外用薬には抗菌作用を有したrものがあり、感染を制御することも可能である。創傷被覆材にも銀の抗菌作用を持つものがあるが、あくまでも静菌的であり、感染制御はできない。在宅においては褥瘡を専門的に診療する医師は少ない。そのため褥瘡に不慣れな医師が対応することが多い。そこで様々な発症要因や治療の阻害要因に対する多職種の見点が重要である。

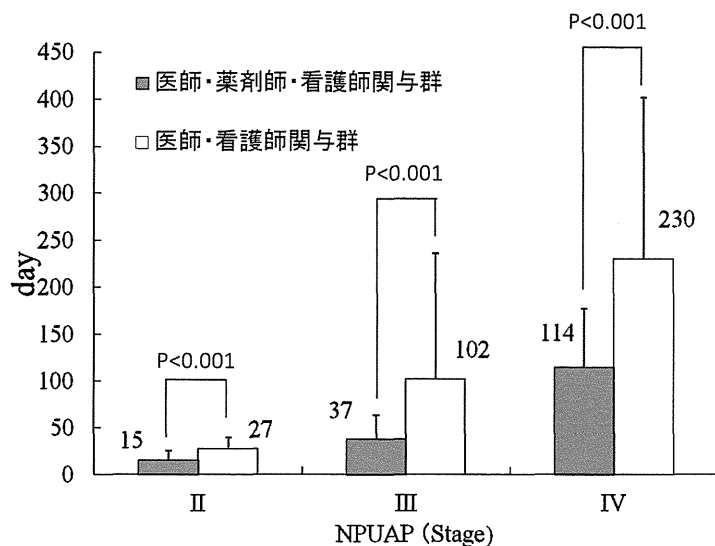
褥瘡の多職種による関わりはチーム医療の原点ともいわれ、限られた職種のみで対応することが難しい面がある。従来の褥瘡医療で欠けている部分があり、それは外用薬や創傷被覆材の特性を知る薬剤師の関わりである。医師に対する外用薬の使い分けをアンケート調査した結果、約8割の医師は使い分けがわからないとしている。特性により病態にどう関係するのかが理解されていないものと推察される。薬剤師はその部分を支援し、適切な薬剤選択と使用法を提案するとともに看護師や家族への実技指導を行うことを責務としている。こうした関わりによって治癒期間が短縮したことを図1に示した。またそれに伴い、褥瘡に関係する医療費を抑制することも図2に示すように明らかとなった。また治療後の予防策として栄養の改善は必要である。薬剤師の関わりが褥瘡治療にどう影響しているかが大きなポイントとなるが、一つは外用薬の基剤特性を理解し、能動的に湿潤環境を適正化することが改善に影響している。創傷被覆材は薬効成分を含まず、選択した創傷被覆材の湿潤環境保持が適正化できない。また感染に対する治療もできない。もう一つは褥瘡の悪化要因となる圧迫やずれなどの外力による影響から創内に薬剤が留まらず効果が得られない薬剤滞留障害を防止することがある。これは高齢者の加齢による皮膚のたるみの影響で創の変形が起こり、薬剤を保持できない創環境が生まれるため、これを防止するための創固定を行うことが重要となる。これらは褥瘡患者の基礎疾患に関係する体位保持や拘縮などに影響されるために褥瘡局所だけでなく、全身を観察することも重要である。これらの点を考慮しながら褥瘡の局所薬物療法を行うことで早く安価に治療することが可能となった。薬剤師の見点による薬物療法に必要な病態評価項目が重要となり、従来の病態評価と大きく異なる点でもある。

日本褥瘡学会の調査報告（対象施設数 134）では褥瘡の有病率が減少しているかの如く報告されているが、調査対象に偏りがあり、かつ母数が少ないことから現状と結びついていない。また在宅では資材の不足から食品用ラップを用いたいわゆる「ラップ療法」が使用される傾向にあることから、在宅での褥創の有病率や治療方法などについて全国 6,554 訪問看護ステーション（回収率 31.1%）の協力を得てアンケート形式で実態調査を実施した。その結果、有病率 4.8%（図3）であり、減少していない。病態にかかわらずいわゆる「ラップ療法」を実施する施設は約 2.1%に留まった（図4）。外用薬の使用は約 56%であった。

（図5）また交換回数（図6）では1日1回の交換と回答した割合は真皮までの浅い褥瘡では 54.4%が、真皮を越える深い褥瘡では 56.7%であった。1日2回の交換では真皮を越える褥瘡で 24.7%と多かった。浅い褥瘡では交換感覚を3日以上とした割合が 18.9%と多かつ

た。在宅での褥瘡の適切な薬物療法を行うためにチーム医療連携が極めて重要になる。

図1 NPUAP分類による治癒期間の比較



古田勝経他: 医師・薬剤師・看護師による褥瘡チーム医療の経済的側面に関する考察, 日本病院管理学会誌, (190), 15-22(2013)

図2 費用対効果の検討

	医師・薬剤師・ 看護師関与群 (n=199)	医師・看護師 関与群 (n=50)	P value
物材費	9747±17686	9049±5608	0.012
人件費	14378±11855	53071±37158	0.001
総費用	24125±26381	62121±41553	0.001
DESIGNの減少点	5.4±3.1	1.9±4.4	0.001
DESIGN1点減少にかかる物材費 (円/DESIGN 点数)	2,637	3,110	0.001
DESIGN1点減少にかかる人件費 (円/DESIGN 点数)	4,072	21,439	0.001
DESIGN1点減少にかかる総費用 (円/DESIGN 点数)	6,709	24,549	0.001

古田勝経他: 医師・薬剤師・看護師による褥瘡チーム医療の経済的側面に関する考察, 日本病院管理学会誌, (190), 15-22(2013)

図3 褥瘡の有病率

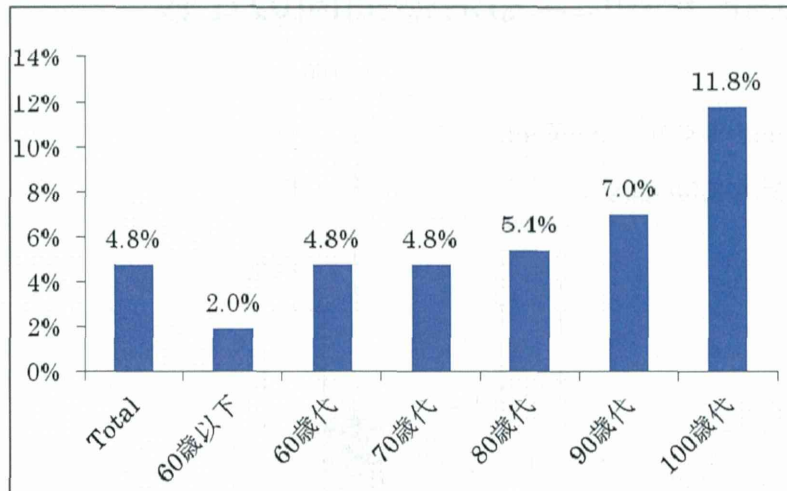
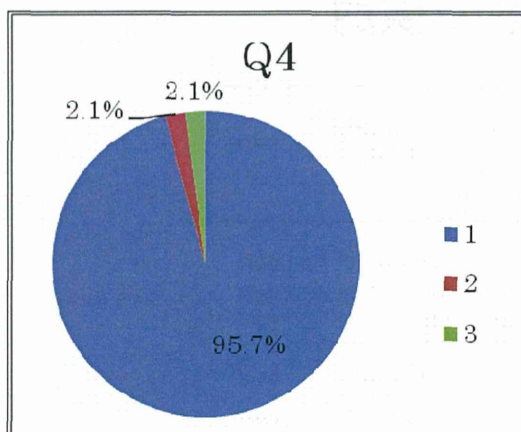


図4 病態に対する治療法について



1. 病態に応じて薬剤、被覆材が変更されている、もしくは、看護師から変更を進言する
2. 病態に関係なく、いつも同じ薬剤または被覆材で行う事が多い
3. 病態にかかわらず、いわゆる「ラップ療法」で行っている

図5 褥瘡を有する利用者に対して普段行っている局所処置の割合について

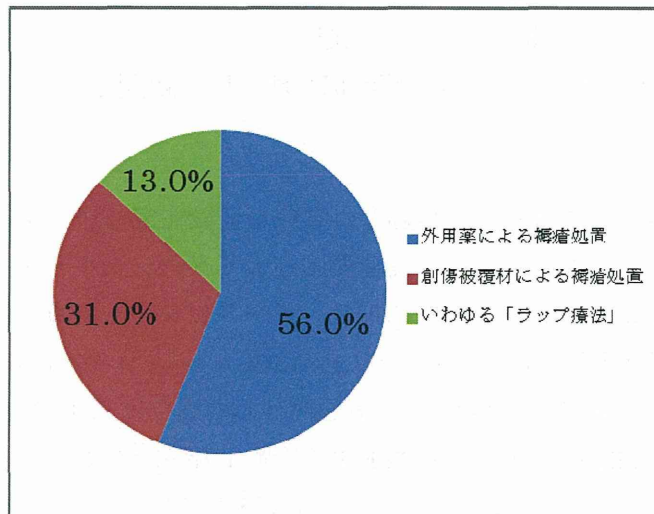
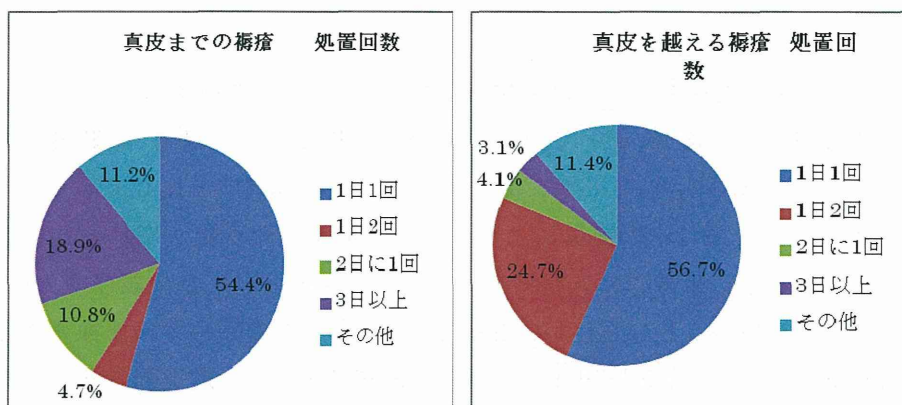


図6 交換回数



2-4-7)

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

仮設入所高齢者における閉じこもりの出現割合、および、ソーシャル・キャピタルを主とした
閉じこもりの関連

分担研究者 山崎 幸子 文京学院大学人間学部心理学科 准教授

研究要旨

本研究では、東日本大震災から約3年半が経過した現在も仮設住宅に居住する高齢者を対象に、閉じこもりの出現割合、および、その関連要因としてソーシャル・キャピタルに焦点を当てた検討を目的とした。調査は質問紙に加え、インタビューを実施した。調査対象は宮城県気仙沼市のA仮設住宅に居住する60歳以上の268人とした。分析の結果、閉じこもりの出現割合は全対象者で5.5%、要介護認定者を除外した場合は2.3%であった。閉じこもりの関連要因として、膝痛があることや運動習慣が週1回以下であることなど、身体機能や運動する習慣が関連していた。ソーシャル・キャピタルでは、「互助と信頼」が、非閉じこもりと比して閉じこもりは有意に少なかった。インタビュー調査からはソーシャル・キャピタルの向上のため、地域づくりに対するさまざまな働きかけが確認された。また、閉じこもりの維持要因として、人づき合いの困難さや、身体的阻害要因、外出の必要性のなさ、将来の不安といった側面が確認された。

A. 研究目的

2011年3月11日におきた東日本大震災は未曾有の大震災であり、判明しているだけで死者・行方不明者は18,483人（死者15,889人、行方不明者2,594人）にのぼる¹⁾。犠牲者は、60歳代以上の死者数に占める割合が約65%であり、全人口の年代構成と比して高く²⁾、高齢者に偏在している。また、東日本大震災により、入所高齢者の死者数が増加したことも明らかにされている³⁾。さら、阪神淡路大震災では、震災1年後の「応急仮設住宅入居者」の約4割が高齢者世帯⁴⁾であることも明らかにされている。震災後の高齢者の孤独死の問題⁴⁾や、復興住宅では高齢者の独り暮らしや高齢者のみの世帯が多く⁵⁾、震災弱者として高齢者は特に支援が必要である。震災後、約3年半が経過した現在においても、仮設入所者数の総数は103,958人⁶⁾と極めて高く、震災生活が長引くことによる心身の疲弊が想定される。

災害により家族や家を失い、生きる意欲を失った仮設住宅や在宅の高齢者の孤独死や閉じこもりなどの問題発生が懸念されている⁷⁾。特にコミュニティの形成が不十分なまま新しい仮設住宅での生活を余儀なくされており、高齢期において新たな適応を求められることは大きな負担を伴い、地域に馴染めず閉じこもりに至ることが想定される。高齢者の閉じこもりは、生活不活発病や要介護認定に至るハイリスクである⁸⁾。特に、被災地における震

災以降の要介護認定者数が増加している⁹⁾ことから、閉じこもりを把握し、支援策を検討することが課題である。

仮設住宅入居の高齢者における閉じこもりの出現割合については知見に乏しいものの、65歳以上を対象とした我々の仮設住宅入居者の調査データ¹⁰⁾では、閉じこもりは13.7%であり、震災とは関係のない地域高齢者における閉じこもりの出現割合と比して高かった。また閉じこもりの関連要因として、身体的要因やうつ傾向など被災地以外の地域を対象とした調査で確認されている要因に加え、ソーシャル・キャピタルの関連が示唆された¹⁰⁾。長引く仮設住宅での生活が、これら閉じこもりとの関連を強固にしていることも想定しうる。そこで本研究では、東日本大震災から約3年半が経過し、現在もなお仮設住宅に居住する高齢者を対象に、閉じこもりの出現割合、および、その関連要因としてソーシャル・キャピタルに焦点を当てた検討を目的とした。その際、質問紙による量的調査に加え、インタビューによる質的調査を行う事とした。なお、本研究では、ソーシャル・キャピタルについての詳細を明らかにするため、インタビューの対象は閉じこもり高齢者のみならず、地域づくりに貢献した自治会長を対象とし、ソーシャル・キャピタルの形成のための働きかけや、閉じこもりを維持する要因について検討することを目的とした。

B. 研究方法

(1) 調査対象者

宮城県気仙沼市A仮設住宅とした。本被災地区は、入居に際して被災前の居住地は考慮されず抽選により決定されているため、入居当時はいずれの者も知人関係にない地区である。A仮設住宅のうち、3地区を調査対象とし、名簿に基づき60歳以上の全高齢者268人を対象とした。

(2) 調査方法

留め置き法を用いた。対象地域は7班に分かれており、各班長が対象者宅を訪問し調査票を配布、後日、訪問回収した。また自治会長から住民に対し調査の協力依頼が口頭で行われた。調査協力者に対し謝品としてクオカード500円分を配布した。調査期間は、2014年11月1日～11月16日であった。調査実施完了者は259人であり、回収率は96.6%であった。このうち、閉じこもりに該当し、インタビュー調査に同意が得られた1人について、閉じこもり状態に関する調査を実施した。また、地域づくりを担った自治会長2人に対してもインタビューを実施した。インタビュー調査については同意の下、ICレコーダーにて録音し逐語録を作成した。インタビュー協力者には謝礼としてクオカード1000円分を配布した。

(3) 調査項目

性、年齢、家族構成、要介護認定状況、通院の有無、既往歴、経済状況、運動習慣、健康度自己評価、外出頻度、ソーシャル・キャピタル、うつ傾向等あった。

要介護認定状況については、要介護認定を受けたことがあるか否か、また受けた場合には、

「要支援1・2」～「要介護5」に加え「非該当」について尋ねた。経済状況は、家庭の総収入について、震災前と比べて変わったかどうかを尋ね、「高くなった」～「大幅に下がった」の4件法で尋ねた。運動習慣は、運動やスポーツに加え畑仕事などを含め、「ほぼ毎日」「週に3, 4回」「週に1, 2回」「月に2, 3回」「それ以下」「ほとんどしない」の6件法で尋ね、「ほぼ毎日」～「週1, 2回」を運動習慣あり、「月2, 3回」～「ほとんどしない」を運動習慣なしとした。健康度自己評価は、現在の健康状態について4件法で尋ね、「とてもよい」「まあよい」を「健康」、「あまりよくない」「よくない」を「不健康」と二区分した。外出頻度は、「ほぼ毎日」「週1～4回」「月1～3回」「ほとんど、または全く外に出ない」の4件法で尋ね、月1～3回未満を「閉じこもり」とした。ソーシャル・キャピタルは、本橋ら¹¹⁾を用いた。本尺度は、「近所の人はお互いに助け合う気持ちがありますか」など5項目に対し、「よくある」～「ない」の4件法で尋ねるものである。分析では、「よくある」「まあある」を「あり」、「あまりない」「ない」を「ない」として、項目ごとに用いた。うつ傾向は、日本語版 K6¹²⁾を用いた。カットオフポイントは12/13点とし、13点以上をうつ傾向ありとした¹²⁾。

インタビュー調査では、自治会長に対してはソーシャル・キャピタルの形成過程や、閉じこもりの予防につながる働きかけ、閉じこもり高齢者に対しては、閉じこもりを維持する要因等について尋ねた。

(4) 分析方法

質問紙調査においては、要介護認定を含む全対象者と要介護認定者を除外し、ソーシャル・キャピタルの割合、および、閉じこもりの出現割合を算出した。次に閉じこもりの有無と各項目の検定を実施した。離散変数については、フィッシャーの直接確率検定、 χ^2 検定、連続変数についてはマンホイットニーのU検定を実施した。インタビュー調査では、逐語録を元に内容分析を実施した。

(倫理面への配慮)

質問紙調査については、対象者には調査の趣旨と個人情報への厳守について十分な説明を行い、調査票への回答をもって同意が得られたものとした。また、インタビュー調査においては調査の主旨と個人情報への厳守について十分な説明を行い、同意書への署名を持って同意したものとした。いずれの調査も、文京学院大学倫理審査委員会にて承認を得た。

C. 研究結果

(1) 調査対象者の特性

男性105人(40.5%)、女性154人(59.5%)、平均年齢73.3±8.0歳であった。一人暮らしは57人(22.0%)、要支援・要介護認定者は34人であった。また、ソーシャル・キャピタルの値を先行研究¹¹⁾にならひ、表1に示した。本調査結果と比較するため、先行研究の値も表中に示した。全対象者と要介護認定者を除外した場合について、値に大きな差は認められなかった。先行研究の値と異なることが想定されたものとして、「近所の人は

お互いに助け合う気持ちがあるか」が、本研究対象者では全対象者 38.2%、要介護認定者除外した場合 37.1%であったのに対し、先行研究では 24.2%であった。その他の項目については、ほぼ同様、あるいは本研究対象者の方が高い傾向にあった。

表 1. ソーシャル・キャピタルの割合

	全対象者 (n=259)	要介護認定 者を除外 (n=255)	先行研究※
近所の人はお互いに助けあう気持ちがあるか（互助と信頼）	38.2	37.1	24.2
町の人子どもだけで危険なことをして遊んでいるのを見かけると注意をするか（社会の責任感）	25.8	23.2	27.4
住んでいる地域に愛着があるか（地域への愛着）	29.8	28.2	27.6
近所の人とよく話をするか（対人的なつながり）	43.6	40.2	38.3
町の人高齢者への優しさがあるか（地域の優しさ）	20.9	22.0	14.9

※ 先行研究¹¹⁾の値を転記した。 %
 表中の値は、先行研究¹¹⁾にならない、「よくある」と回答した割合を示した。

(2) 閉じこもりの出現割合

本調査地区における閉じこもり高齢者の出現割合について表 2 に示した。その際、全対象者 259 人と、要介護認定者を除外した 255 人で年代別に算出した。全対象者では、閉じこもり高齢者は 14 人 (5.5%) であった。年代別でみると、60-74 歳は 3 人 (2.0%)、75 歳以上は 11 人 (11.0%) であった。要介護認定者を除外した場合は、閉じこもり高齢者は 5 人 (2.3%) であり、60-74 歳では 3 人 (2.0%)、75 歳以上では 1 人 (2.7%) であった。

表 2. 閉じこもりの出現割合

	全対象者 (n=259)		要介護認定者を除外 (n=255)	
	閉じこもり	非閉じこもり	閉じこもり	非閉じこもり
全体	14 (5.5)	239 (94.5)	5 (2.3)	216 (97.7)
60-74 歳	3 (2.0)	150 (98.0)	3 (2.0)	144 (98.0)
75 歳以上	11 (11.0)	89 (89.0)	1 (2.7)	72 (97.3)

欠損値あり n (%)

(3) 閉じこもりの関連要因

閉じこもりに関連する要因を検討するため、閉じこもりとすべての項目に関する検定の結果、有意であったもののみを表 2 に示した。なお、ソーシャル・キャピタルについては、

有意差の有無にかかわらず、全ての項目の結果を示した。

全対象者では、閉じこもりの関連要因として有意な差が認められたのは、膝痛（あり）、運動習慣（週1回以上）、健康度自己評価（健康）であった。ソーシャル・キャピタルでは互助と信頼（あり）、対人的なつながり（あり）であった。要介護認定者を除外した場合は、閉じこもりの関連要因として有意な差が認められたものは、膝痛（あり）、運動習慣（週1回以上）、互助と信頼（あり）、地域への愛着（あり）であった。

表3. 閉じこもりの関連要因

	全対象者 (n=259)			要介護認定者を除外 (n=255)		
	閉じこもり	非閉じこもり	p	閉じこもり	非閉じこもり	p
膝痛（あり）	9 (60.0)	205(89.1)	**	3 (60.0)	184(88.9)	*
運動習慣 （週1回以上）	2 (13.3)	159(68.2)	***	1 (30.0)	151(71.9)	*
健康度自己評価 （健康）	5 (33.3)	160(67.5)	**	2 (40.0)	152(71.0)	n. s.
互助と信頼（あり） ※1	10 (66.7)	210(90.5)	**	3 (60.0)	190(90.9)	*
社会の責任感（あり） ※2	8 (61.5)	143(63.0)	n. s.	3 (75.0)	134(65.4)	n. s.
地域への愛着（あり） ※3	11 (86.4)	181(79.0)	n. s.	3 (60.0)	190 (90.9)	*
対人的なつながり（あり） ※4	7 (50.0)	198(85.0)	**	3 (75.0)	187(88.6)	n. s.
地域の優しさ（あり） ※5	14 (93.3)	199(87.3)	n. s.	5 (100.0)	181(87.9)	n. s.
欠損値あり						n (%)

† p<.10, * p<.05, ** p<.01 *** p<.001 n. s. no significant

全体（要介護認定者含む）において有意であった項目について列記した

※1 近所の人はお互いに助け合う気持ちがありますか

※2 町の人には子どもだけで危険なことをして遊んでいるのを見かけると注意をしますか

※3 住んでいる地域に愛着がありますか

※4 近所の人とよく話をしますか

※5 町の人には高齢者への優しさがありますか

（4）インタビュー調査の結果

インタビューした閉じこもり高齢者1人は、70代の女性であり、配偶者と同居している。震災前から専業主婦であり、要介護認定は受けておらず、身体的な能力は自立にあった。ソーシャル・キャピタル得点は1点であった。インタビューの概要は以下のとおりである。「」は調査協力者の言葉、（ ）は筆者の補足である。《 》は、語りから示唆されるものをまとめたカテゴリーである。

「外に出た方が体にいいとは思っているけど、人づき合いがわずらわしい」、「昔からの

友人もいないので、誰と何をしたらいいのかが分からない」「もともと趣味もなかったの
で人と話すことがない」など、《人づき合いの困難さ》が語られた。また、「体も昔のよ
うに動かない」「膝も痛くなりやすく長い間歩くことをためらう」など《身体的障害要因
》、「買い物はあの人（配偶者）がやってくれる。出かけなくても困らない」、「娘夫婦
も野菜や必要なものを届けてくれる」など、《外出の必要性のなさ》などが語られた。ま
た、うつ尺度の点数は高くはなかったが（K6 で8点）、「これだけ狭い部屋にいと、や
る気がなくなるときがある。前はもっと広い家だった。この先が不安。」「こんなことし
てみよう、あれもやってみようとか、そういう気持ちみたいなものは仮設に入居してから
徐々になくなってきた。最初はやるのがいっぱいあったからそれどころじゃなかったけ
ど、これだけ長引いて新しい家も決まっているけど、工事のせいで入居がずっと延びてい
る。いつ引っ越せるかも分からない。来年になってしまうかもしれない。元気も出ない」
など《将来の不安》といった側面も認められた。

仮設住宅入居当初から自治会長として調査対象地区の地域づくりに貢献した自治会長
（70代男性）、元自治会長（70代女性）に対しインタビューを行った。概要は以下の通り
である。「知らない人ばかりが集められた仮設なので、とにかくみんなが知り合う、とい
うことが大切だった。特に、一人もん（独居者）を孤立させないことに力を入れた」「知
り合いになるために、定期的な集まりを開いた。お茶をちょっと飲めるぐらいの気軽な会
をしょっちゅう開いた。先が分からないけど、みんな同じだと思えば気持ちも楽になった。
そんな声を住民からも聞くことができた」「支援物資が届いたときには、かならず仮設住
宅の住民全員に配布した。そのときも、年寄りが多いので足腰を鍛えたり、少しでも皆が
知り合いになれるよう集会所での引き渡しにした。ただ、孤立しないよう、集会所に来な
い人には、必ず自治会のメンバーが訪ねて渡した。その時に顔を合わせるようにした」「最
初の頃は、知らないものばかりで不安だったから、自治会長として朝と夕方に見回りを
して、声かけするようにした」「少し落ち着いてきたら、少しでも皆の親睦が深まるよう、
補助もあるから、みなで一泊二日の旅行を計画し呼びかけた。男どもはとくにお酒の席の
方が本音を話しやすかったと思う」など、震災後、仮設住宅に入居してからの地域づくり
のため、声かけ、定期的な集会、旅行の計画、顔合わせるための工夫などの働きかけが語
られた。さらに、これらの働きかけによっても、家からなかなか出ずに閉じこもっている
高齢者に対しては、「それでも人づき合いが嫌な人もいる。そういう人には必要最小限に
とどめている」と語られた。さらに、今後については、「これからまた大きな課題が待っ
ている。新しい家が建てられてきて、徐々に引っ越し人が出てくる。いまはまだ工事が延
びているからとりあえず全員ここにとどまっているが、早い人は春先から引っ越し、徐々
に少なくなっていく。みんな仮設を出たい。それでも、なかなか先にすすまない。最後ま
で残る人は再来年（2017年）3月くらいになるかもと言われている。せつかく知り合いに
なり助け合ってきたけど、徐々に減っていくにつれて、残された者の気持ちや、引っ越し
たら引っ越したで、新しい先でやっていけるのかという気持ちはみんな持っている」とい

った今後への不安についても語られた。

D. 考察

本研究では、震災から約3年半後における仮設住宅に入居する高齢者の閉じこもりの出現割合、および、ソーシャル・キャピタルを主とした関連要因について検討した。

閉じこもりの出現割合は、要介護認定者を含む全対象者で5.5%であり、要介護認定者を除外した場合は2.3%であった。震災の約1年半後に、仮設住宅の要介護認定者を除外した高齢者に対して調査した我々の調査¹⁰⁾では13.7%であり、本調査対象地区における閉じこもりの出現割合は極めて低いといえる。地域高齢者における閉じこもりの出現割合は、山崎ら¹³⁾によれば、8.0%であり、震災と関連がない地域と比しても低い。この点について、以下の2点が考えうる。

第一に、震災から経過した年数が影響している可能性がある。閉じこもりはその状態が長引くと生活不活発病や要介護状態をもたらす⁸⁾が、仮設住宅の閉じこもり高齢者において、その状態が長引くことによって要介護状態に至り、状態悪化のために施設入所などを余儀なくされた場合である。本研究では震災以降3年半が経過しているため、この影響が大きい可能性がある。第二に、本調査の主たる目的でもあったソーシャル・キャピタルの影響が挙げられる。表2に示した通り、先行研究との値を比較すると、全体として本調査対象者の方が高い。特に、「近所の人はお互いに助け合う気持ちがあるか」の互助精神が高いといえる。共に震災から立ち直ろうとする仮設住宅の住民であるからこそその互助と信頼の高さが、屋外や地域へ出やすくし、ひいては閉じこもりの割合を減少させている可能性がある。

閉じこもりの関連要因として、要介護認定者を含む全対象者、および、要介護認定者を除外した場合においても、膝痛があることや運動習慣が週1回以下であることなど、身体機能や運動する習慣が関連していた。ソーシャル・キャピタルでは、「互助と信頼」があることは、非閉じこもりと比して閉じこもりは有意に少なかった。すなわち、閉じこもり高齢者は住んでいる仮設住宅において、互助精神がなく信頼関係にないと考えており、そのために、外出が少なくなっている可能性がある。

ソーシャル・キャピタルの高さについては、震災に遭遇した仮設住宅住民であることから、互助関係が通常よりも強くなっていると推察される。しかし、自治会長らへのインタビュー調査でも語られたが、地域づくりについて仮設住宅が建設され入居した当初からさまざまな工夫がなされており、こうした働きかけが功を奏した結果とも考えうる。本研究では比較のため要介護者を含む全体で閉じこもりの出現割合を算出したが、閉じこもりは、要介護状態になく外出頻度が週1回未満⁸⁾とされており、一般的には身体的な機能低下があっても歩行や移動に障害がある高齢者は除外される。したがって、地域の基盤が整っていれば、出かける先が確保され、人との交流も生まれるために閉じこもりに至りにくいと考えられ、本調査結果はこの裏付けとなったと推察しうる。しかしながら、閉じこもり高齢者へのインタビューにもあるように、ソーシャル・キャピタルが高い地域であっても、

人間関係がわずらわしいと考え、家に閉じこもる高齢者も存在する。ここには、もともとの本人のパーソナリティの影響に加え、本インタビューの語りでも認められたように、「外出の必要のなさ」も関連していると推察しうる。つまり、人付き合いが苦手であり、身体的にもやや機能低下があったとしても、生活していくためには外出しなければならない必須のことがあるかどうか、閉じこもりに至るか否かに関連するといえる。本人の自立を促すためにも、対人関係のみならず外に出る仕掛けについて工夫していくことが必要である。

インタビュー調査からは、「将来の不安」も確認された。本調査地域においてはソーシャル・キャピタルが高く、多くの高齢者が閉じこもることなく互助関係の中で生活していたが、今後、仮設を出て新しい住居に移った際、一から対人関係を始めることが求められる。震災以降の高齢者の閉じこもりという側面からは、仮設住宅を出た後のフォローについても検討していくことが必須であるといえる。

本研究の限界として以下の点が挙げられる。本調査の回収率は96%と高かったが、残りの4%において閉じこもり高齢者がいることも想定される。また、閉じこもりの出現割合の低さについては先に2点挙げたが、震災から年数が経過し機能低下が進んだために結果として仮設住宅に居住する高齢者の閉じこもりが減少したのか、あるいは、もともと本仮設住宅地区の閉じこもり高齢者の割合が低かったかについては横断研究であるため言及できない。あわせて、インタビュー調査の協力者は1人と少なかった。そのため本結果の一般化には注意を要する。また、自治会長などからのインタビューにおいても対象地区を限定しているため、語られた働きかけが本対象地区のソーシャル・キャピタルの形成や閉じこもり予防・解消に、どの程度寄与しているかまでは言及することができない。今後、縦断調査の検討が必要である。

E. 結論

閉じこもりの出現割合は、震災から約1年半後の調査データと比して、低かった。この点については、長引く仮設住宅での生活が、心身の状態を悪化させ仮設住宅での生活が困難となり施設入所などにつながった結果、あるいは、調査対象地区におけるソーシャル・キャピタルの高さが閉じこもり予防として影響した結果と推察された。特に本調査対象地区は他と比してソーシャル・キャピタルが高いことから、後者の可能性が高いといえる。また、閉じこもり高齢者はコミュニティに対する意識の希薄さが関連し、外出しない傾向にあることに加え、外出の必要性がないことも起因していることが推察された。今後、仮設住宅を出て新しい地域での生活を送る上で、閉じこもり予防・解消のための新たな働きかけが必要であることが示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

文献

- 1) 警視庁緊急災害警備本部. 被害状況と警察措置[平成 27 年 1 月 9 日].
(<http://www.npa.go.jp/archive/keibi/biki/higaijokyo.pdf>) .
- 2) 内閣府. 東日本大震災における高齢者の被害状況. 平成 24 年度高齢社会白書.
(http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/sl_2_6_07.html) .
- 3) Yasumura S, Goto A, Yamazaki S, Reich MR. Excess mortality among relocated institutionalized elderly after the Fukushima nuclear disaster. Public Health. 2012, [Epub ahead of print].
- 4) 小林郁雄. 復興まちづくりにおける協同・強調住宅再建, 震災復興住宅の理論と実践. 1998, 東京, 勁草書房: 110-142.
- 5) 井伊久美子, 河内恵子, 川村牧子. 阪神淡路大震災被災後の長期支援の検討—恒久住宅転居後の震災被災者の健康問題と生活の実態—. 兵庫県立看護大学紀要, 2001.8: 87-100.
- 6) 復興庁. 復興の現状と取組[平成 26 年 11 月 13 日]:
http://www.reconstruction.go.jp/topics/main-cat1/sub-cat1-1/14113_gennjyou.pdf
- 7) 酒井明子. 【災害後の医療の課題—東日本大震災の経験を活かして—】 東日本大震災急性期における高齢者の健康問題が及ぼす影響と看護(解説/特集). Geriatric Medicine, 2012, 50, 3: 309-312.
- 8) 安村誠司. 地域ですすめる閉じこもり予防・支援; 効果的な介護予防の展開に向けて. 2006, 第 1 版, 中央法規出版, 48-61.
- 9) 河北新報. 要介護認定者が急増/自力生活に不安拍車. 2012 年 8 月 17 日.
- 10) 山崎幸子. 3. 被災地の仮設住宅などにおける疫学調査 4) 仮設住宅入所高齢者における閉じこもり、うつ傾向の出現割合. Geriatric Medicine(老年医学), 2014, 52, 2:

161-164.

- 11) 本橋豊, 金子善博, 山路真佐子. ソーシャル・キャピタルと自殺予防. 秋田県公衆衛生学雑誌, 2005, 3, 1: 21-31.
- 12) Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M., et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2008; 17(3): 152 -8.
- 13) 山崎幸子, 橋本美芽, 藺牟田洋美, 繁田雅弘, 芳賀博, 安村誠司. 都市部在住高齢者における閉じこもりの出現率および住環境を主とした関連要因. *老年社会科学*, 2008, 30, 1: 58-68.

2-5) 阻害要因；ベッド確保、病床連携

2-5-1)

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

阻害要因；ベッド確保、病床連携

～急性期病院との連携～

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

大学病院あるいは地域の基幹病院を中心に、近隣の在宅医と急性期病院の相互理解を深め、在宅医が診ている患者の急性期病院への入院受け入れを進めることが、在宅医療推進の阻害要因であるという在宅医の意識調査を基に、急性期病院側の実態調査、意識調査を実施した。更にその結果について、地域の在宅医と急性期病院勤務医の意見交換の場を設け、阻害要因の解消策を検討した。

在宅医側、急性期病院側、それに加えて在宅医療を受けている患者や家族側それぞれが抱える問題点を明らかにできた。特に、急性期病院医師と在宅医の連携強化の重要性が再確認された。今後の取り組みとして、在宅医と急性期病院の情報共有のシステム構築、救急病院担当医の在宅医療ニーズの理解の推進、在宅医、急性期病院医師に対する教育・啓発活動の充実が明確になった。被災地における在宅医療推進においても同様の課題克服が必要と考えられ、地域の実情に合わせた取り組み例を蓄積することが重要と考えられた。

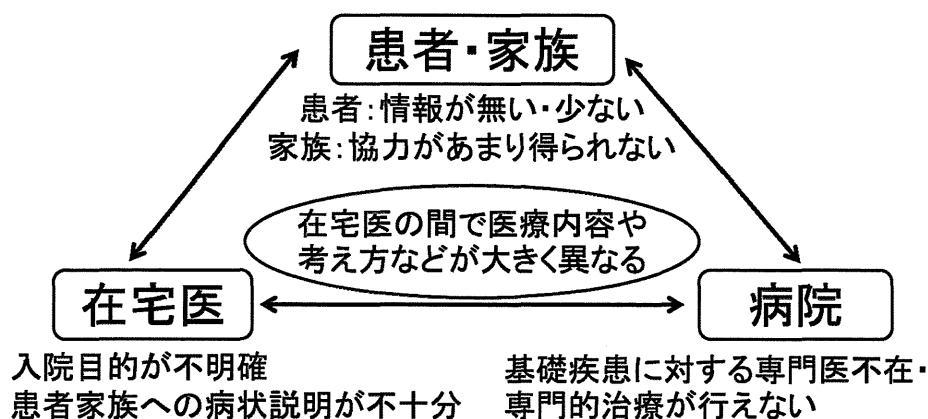
背景

大阪大学医学部附属病院と連携する近隣在宅医への実地聞き取り調査から問題提起した「在宅医が急性期病院入院を要請した際の病院での受け入れ困難例の存在」は、当該地域における在宅医療の推進に大きな障害である。本調査研究では、実態調査を実施すると共に、在宅医と急性期病院医師の連携の築き方について相互認識の下に解決の糸口を探ることは重要である。しかしながら、これまで当該地域においては両者が協議をする場が存在しなかった。本事業の一環として、地域における現状把握の結果を基に、在宅医療推進に関する両者の相互認識を高める機会を設けることで問題点をより明らかにし、課題提示と解決の方策の検討を行った。更に、平成26年度に導入された「地域包括ケア病棟」の位置づけについても地域での在宅医療推進の立場から推進・阻害それぞれに向かいうる問題点の整理も重要である。

1. 急性期病院が考える在宅患者の入院必要時の受け入れ阻害要因

急性期病院が考える「在宅患者の入院阻害要因」を図1に示す。在宅医、急性期病院に加え患者・家族の問題も同時に存在する。医療機関同士の連携強化が直近の課題であり、同時に地域住民、患者、家族への啓発・教育が必要である。また、在宅医の間で医療内容や考え方に大きな差異があることも確認され、全体での標準化を図る方策の必要性が示された。

急性期病院が考える 在宅患者の入院必要時の受け入れ阻害要因



2. 在宅医と急性期病院勤務医の認識の共有

在宅患者の入院必要時の受け入れ阻害要因に関する急性期病院勤務医の考えを基に在宅医を交えて相互討論を行った。両者の意見と今後の検討課題を表1に示す。両者の連携の必要性は認識されたが、課題は多い。

表 1. 在宅患者の入院必要時の受け入れ阻害要因に関する急性期病院医師と在宅医の認識の違いと今後の検討課題

問題点	急性期病院 医師の視点	急性期病院医師 の考える対策	在宅医の問題意識	今後の検討課題
患者	患者情報の不足	患者情報のシステム化	医療機関によって電子システムが違うため統一が困難 疾患によって情報提供方法も違うため困難	患者基本情報（ADL、病名、内服など）
家族	家族の協力が少ない	住民への啓発	家族の関心が低い	市民フォーラム以外の啓発方法も検討が必要
急性期病院	専門医の不在	病院の専門性を在宅医が把握する	基礎疾患の治療は不要であり、急性疾患の治療のみ対応	急性期病院医師への在宅医療の情報提供
在宅医	入院目的が不明確 病状説明が不明	情報の確実な提供	家族が希望される入院がある	在宅ケアコーディネイトの協力

表1の内容について、詳細に解説する。

(1) 患者情報の不足

急性期病院は患者情報のシステム化を対策方法としてあげていた。在宅医は、医療機関によって電子システムが異なるため統一が困難である事、急性期疾患や慢性期疾患など患者の疾患によって情報提供の頻度や内容も大きく異なるため、システム化は困難であると考えていた。患者基本情報が救急搬送の際に提供できるように、患者宅に置いておく事が対応策として考えられた。

(2) 家族の協力・理解

急性期病院は住民への啓発を対策方法としてあげていた。在宅医は、家族の関心が低い実情を提示し、有効な家族への啓発方法の検討が必要であると考えられた。

(3) 急性期病院の専門医不在

急性期病院は、在宅医が病院の専門性を把握する事によって適切な紹介がされるようなシステム作りをあげていた。在宅医は、緊急入院を依頼する際は基礎疾患の治療は不要であり、基礎疾患の専門医の必要性は少ないと考えていた。急性期病院に情報提供を行い、理解と今後の協力を依頼した。

(4) 在宅医の入院目的が不明確・患者への病状説明が不明

急性期病院は、情報の確実な提供を在宅医に求めている。在宅医は、入院目的が不明確な場合の多くは家族が入院を希望される場合であり、それを無くすことは困難であると考えていた。また、患者への病状説明は十分に行っているが、全ての患者への完全な理解は困難な場合があると考えていた。在宅ケアコーディネイトの協力などが今後期待される。

3. 神経難病を専門とする在宅医師からの調査報告

上記の調査結果で、在宅医の間での差異が大きいことが示されたが、神経難病を専門とする在宅医療機関の協力を得て、詳細な実態報告を地域の在宅医と急性期病院医師に対して行っていただいた。

在宅患者の急性期病院への入院を拒否されたケースは、1年間で全入院のうち1.6%(2/129)、緊急入院のうち2.3%(2/87)、休日・夜間入院のうち5.7%(2/35)であり、概ね受け入れられていた。また、入院先が紹介元であったケースは60%弱であった。

在宅患者の入院の期間では、1週間以内から3カ月以内が多く、3カ月以上も少数認めたが中央値は22日とそれほど長期では無かった。

在宅患者の多くは要介護状態であるため、介護面での人的負担を強いている事が多い。しかし、療養環境の整っている在宅患者は多く、疾患治療が終了すれば、元来の療養場所に退院する事が多かった。

神経難病という特殊性があるためか、急性期の対応については既に複数の対応ルートを確保されており、在宅患者の病態の種類もそれに関係していることが明らかとなった。地域の在宅医療に関わるそれぞれの立場の医師の間で、個別案件であっても共通認識を持つことを継続することの重要性が確認された。

4. 今後の課題解決への提案

在宅医と急性期病院医師との連携強化のために提案されるべき今後の取り組みの概略を以下に示す。

- (1) 在宅患者の急性期病院での治療が円滑に行われるため
 - 医療情報提供書を患者宅に常に用意
 - ・ 病名、病状、連絡先（キーパーソン、ケアマネージャー）
 - ・ 普段のADL、食事の形態（豊能圏の嚥下食レベル）
 - ・ 褥瘡の有無、排便コントロール状況、アレルギー、
 - ・ 行っている処置（吸引、体交、気管切開、人工呼吸、PEG、ストマ）
 - ・ 急変時の意思表示（どこまで急性期病院が助けるべきなのか）
- (2) 在宅患者の入院受け入れに専門医の必要性？
 - 基礎疾患では無く急性疾患の治療対応を急性期病院に理解・協力してもらう
- (3) 大学病院の教育システムを展開して、在宅医療について学生や地域の在宅担当医、急性期病院担当者への啓発

5. 「地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料」によるベッド確保・病床連携の効果

病床機能の分化と連携強化のために、2014年度診療報酬改定で新設された「地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料」が新設された。この地域包括ケア病棟が、急性期病院と関連施設の機能分化・連携強化を推進できるか、在宅医からの入院要請に対応出来るか、退院後に在宅へ復帰出来るかを、当院の医療圏である大阪、兵庫、和歌山、奈良の約800病院を対象にアンケート調査を実施した。回収率は約23%であった。

地域包括ケア病棟を開設・予定している病院は約3割であった。開設している病院は約1割強であり、そのうち約1割強の病院で在宅患者の受け入れが増加し、約1割強の病院で自宅退院が増えたとの回答があった。今後さらに在宅患者の入院を多く受け入れるためには、平成24年度の在宅患者救急入院診療加算よりも、地域包括ケア病棟管理加算の方が有益であると、開設している約9割の病院が回答した。この結果から、医療機関への在宅患者の救急受け入れの促進や自宅退院を増やす事につなげる事が出来ると考えられたが、設置している医療機関数はまだ少ないため今後の経過を見守る必要がある。

結論

北摂地域における急性期病院医師と在宅医の連携強化のための今後の取り組みとして、以下の3点が考えられた。在宅医と急性期病院の情報共有のシステム構築、救急病院担当医の在宅医療ニーズの理解の推進、在宅医、急性期病院医師に対する教育・啓発活動の充実である。「地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料」は、在宅医療を推進するために有効な診療報酬であると考えられた。大阪府北摂地域での検討であるが、被災地でも同様の問題を抱える地域は存在すると考えられ、被災地における在宅医療の展開に資することができると考える。

出典：平成25・26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