

いなど《家族の関係性、調整の困難》が挙げられていた。【専門職の力量不足、連携の問題】では、医師が在宅での生活を考慮せず治療方針が一方的である、医療依存度が高い利用者のマネジメントができない、多職種の方針がまとまらないなどであった。【制度や環境等に関する問題】では、利用できる施設が見つからない、レスパイと施設の確保が困難、サポート体制の不足、経済的問題、住居環境などの問題が記述されていた。

考察

在宅療養の推進、継続のために訪問看護師の果たす役割は大きく、ケアの質の向上が求められるとともに、診療報酬による評価もなされるようになってきている。しかし、その算定要件の壁は高く、個々のステーション単位での対応では体制を整備するのに困難な状況であると推察された。今回の調査で、在宅療養の継続を阻害する要因や状況について、訪問看護師の具体的な見解を整理したが、利用者本人、家族、専門職さらには制度・体制の問題と多岐にわたっていることが改めて明らかにされた。地域包括ケアシステムを構築し、その運用において中心的役割を期待されている訪問看護師の力量を向上させることは重要であることから、教育方法、内容の検討は喫緊の課題であると考え。在宅療養の継続のために、訪問看護師の対応力を向上させる上で必要な教育に関しては、事業所内での定期的な研修会が開催されていることや外部の研修への高い参加状況が明らかとなり、著しい改善がなされている状況が伺えた。しかし、本研究の対象が、常勤者の占める割合が多いことによる偏りを考慮する必要はある。また、研修への参加状況は高いものの、在宅での疼痛マネジメントや終末期ケア、病態増悪時の身体徴候のアセスメント・救急処置、認知症症状のアセスメントや対応といった、現状のニーズに応じた研修内容の再検討が必要であろう。

今後は、在宅療養の阻害要因に関して地域による特徴を明らかにして、その対応については、ステーションの規模、訪問看護師の経験年数等も考慮し、ニーズに応じた戦略や教育方法の検討を行う必要があると考える。

文献

1. 厚生労働省：全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議、保険局調査課説明資料、平成 26 年 2 月 17 日。
2. 田原かおる、松田千登勢、長畑多代：急性期病院の退院調整看護師が感じている高齢者退院支援における困難。 老年看護学 2014 ; 18(2): 67-75。
3. 厚生労働省：社会保障審議会介護給付費分化会代 76 回資料、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の「複合型サービス」、
4. <http://www.nurse.or.jp/home/zaitaku/shokibo/index.html>。
5. 特集 機能強化型ステーションの“未来予想図” 地域拠点としての機能とは？ 訪問看護と介護 2014 ; 19(10): 779-821。

2-6-2)

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

○介護保険サービス利用者の日常生活機能に関する検討○

研究分担者 園原 和樹 医療法人社団敬仁会桔梗ヶ原病院院長補佐

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

藤澤 伸也 医療法人社団敬仁会介護老人保健施設まほろばの郷理学療法士

A. 研究要旨

昨年度（平成 25 年度）は介護支援専門員（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ビリテーション（以下、訪問リハ）の現状についての調査を実施し、299 事業所（回収率 41.4%）よりアンケートの回答が得られた。結果として身体機能の低下者を中心として訪問リハの希望がある一方で、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。

本年度、我々は生活期（病院での回復期リハビリテーション終了後に自宅あるいは介護施設で生活を営む時期）において介護保険を利用している者を対象として、日常生活機能についての調査を行った。対象はリハビリテーションを行っていないケアハウスの入所者（以下、ケアハウス）6 名、グループホームの入所者（以下、グループホーム）24 名、介護老人保健施設の入所者（以下、老健）16 名、在宅において訪問リハを導入している利用者（以下、訪問リハ）25 名、在宅において通所リハビリテーションを導入している利用者（以下、通所リハ）22 名、在宅において訪問リハと通所リハを併用している利用者（以下、訪問リハ+通所リハ）4 名の合計 97 名で、介護保険情報として要介護度、障害高齢者の日常生活自立度（以下、寝たきり度）、認知症高齢者の日常生活自立度（以下、認知度）の聴取を行い、あわせて日常生活自立度として Functional Independence Measure（以下、FIM）、認知機能として Mini-Mental State Examination（以下、MMSE）、生活空間の広がりとして Life-Space Assessment（以下、LSA）についての評価を行った。

日常生活機能の評価については、認知機能（MMSE）はケアハウス、グループホーム、老健、通所リハで認知機能の低下があり、中でもグループホームの認知機能低下が著しく低下する傾向を認めた。日常生活の自立度（FIM）は通所リハ、訪問リハ+通所リハで中等度の日常生活機能の低下があり、グループホーム、老健で高度の日常生活機能の低下を認めた。生活空間の広がり（LSA）は対象群のすべてにおいて生活空間の狭小化があり、中でもグループホーム、老健の生活空間の狭小化が著しい傾向を認めた。

対象者については、訪問リハにおいて MMSE、FIM の点数がともに高く、認知機能および日常生活自立度が保たれていた。訪問リハの対象者の機能が保たれていた原因として、当院はリハビリテーション科を標榜する医療機関で、生活期にリハビリテーションを

希望する患者に対して積極的に訪問リハビリテーションを提供していることがあり、背景に脳卒中の生活期にリハビリテーションの継続を希望する患者が多いことを反映しているものと推察した。

介護保険情報については、グループホームがMMSEの点数が低く、認知機能の低下が著しかった。一方で、要介護度は老健と比べて低く、認知機能障害の程度と要介護度の間に解離を認めた。背景に認知機能障害の程度が要介護度の判定に反映されにくいことが示唆された。

今回の研究は介護保険サービスの利用者に対する定点調査であり、今後は①定期的な機能評価を行うことにより利用者の持つ能力を経時的に把握すること、②利用者の生活機能の変化に伴い施設利用がどのように変化するか（施設利用の動態）を調べる必要がある。また、介護施設は利用者の生活機能を補う機能を持つため、今後は適時・適切な介護サービスが介護施設の特性に基づいて選択されることが望ましいものと考えた。

B. はじめに

厚生労働科学研究費補助金による地域医療基盤開発推進研究事業「被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究」を行うにあたり、我々はリハビリテーションを主題とした研究を行うこととした。リハビリテーションの分野において在宅医療や地域包括ケアシステムと関連するものに訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）がある。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（病院での回復期リハビリテーション終了後に自宅あるいは介護施設で生活を営む時期）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でなかった。

そこで昨年度（平成25年度）は介護支援専門員（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、299事業所（回収率41.4%）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機能の低下が多かった。ケアマネについては、①通院リハに対する理解度の低下があり、②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。

そこで本年度は、更なる検討を行うために、生活期に介護保険サービスを利用している者を対象として、日常生活を営む現状についての調査を行うこととした。

C. 研究目的

昨年度の長野県のケアマネを対象とした訪問リハについてのアンケート調査を通じて、身体機能の低下者を中心として訪問リハの希望がある一方で、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。

今回、我々は生活期において介護保険を利用している者を対象として、日常生活機能についての調査を行った。

D. 研究方法

(1) 対象

生活期において介護保険サービスを利用している者 97 名を対象とした。対象者の内訳は、リハビリテーションを行っていないケアハウスの入所者（以下、ケアハウス）6 名、グループホームの入所者（以下、グループホーム）24 名、介護老人保健施設の入所者（以下、老健）16 名、在宅において訪問リハを導入している利用者（以下、訪問リハ）25 名、在宅において通所リハビリテーションを導入している利用者（以下、通所リハ）22 名、在宅において訪問リハと通所リハを併用している利用者（以下、訪問リハ+通所リハ）4 名であった。

(2) 方法

介護保険情報として要介護度、障害高齢者の日常生活自立度（以下、寝たきり度）、認知症高齢者の日常生活自立度（以下、認知度）の聴取を行い、あわせて日常生活自立度として Functional Independence Measure（以下、FIM）、認知機能として Mini-Mental State Examination（以下、MMSE）、生活空間の広がりとして Life-Space Assessment（以下、LSA）についての評価を行った。

E. 倫理面への配慮

(1) 個人情報の保護、データの管理

対象となった対象者の個人情報とデータは厳密に管理し、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。

F. 研究結果

(1) 要介護度（図 1/4 頁）

①ケアハウス

支援1が1名(16.7%)、支援2が2名(33.3%)、介護1が1名(16.7%)、介護2が2名(33.3%)、介護3が0名(0%)、介護4が0名(0%)、介護5が0名(0%)であった。

②グループホーム

支援1が0名(0%)、支援2が0名(0%)、介護1が2名(8.3%)、介護2が11名(45.8%)、介護3が7名(29.2%)、介護4が2名(8.3%)、介護5が2名(8.3%)であった。

③老健

支援1が0名(0%)、支援2が0名(0%)、介護1が2名(12.5%)、介護2が5名(31.3%)、介護3が1名(6.3%)、介護4が4名(25.0%)、介護5が4名(25.0%)であった。

④訪問リハ

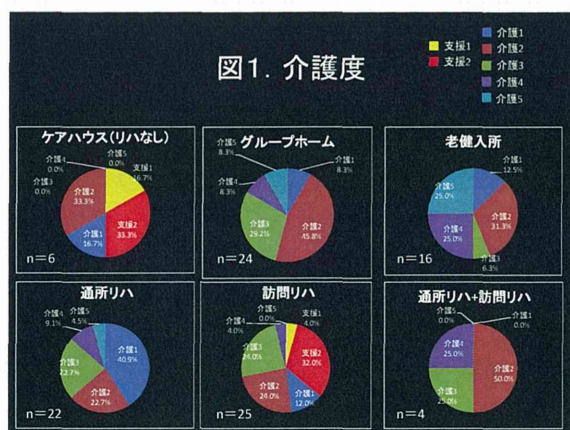
支援1が1名(4.0%)、支援2が8名(32.0%)、介護1が3名(12.0%)、介護2が6名(24.0%)、介護3が6名(24.0%)、介護4が1名(4.0%)、介護5が0名(0%)であった。

⑤通所リハ

支援1が0名(0%)、支援2が0名(0%)、介護1が9名(40.9%)、介護2が5名(22.7%)、介護3が5名(22.7%)、介護4が2名(9.1%)、介護5が1名(4.5%)であった。

⑥訪問リハ+通所リハ

支援1が0名(0%)、支援2が0名(0%)、介護1が0名(0%)、介護2が2名(50.0%)、介護3が1名(25.0%)、介護4が1名(25.0%)、介護5が0名(0%)であった。



(2) 寝たきり度 (図2/5頁)

①ケアハウス

ランク J が 2 名 (33.3%)、ランク A が 4 名 (66.7%)、ランク B が 0 名 (0%)、ランク C が 0 名 (0%) であった。

②グループホーム

ランク J が 0 名 (0%)、ランク A が 20 名 (83.3%)、ランク B が 4 名 (16.7%)、ランク C が 0 名 (0%) であった。

③老健入所

ランク J が 0 名 (0%)、ランク A が 2 名 (12.5%)、ランク B が 11 名 (68.8%)、ランク C が 3 名 (18.8%) であった。

④訪問リハ

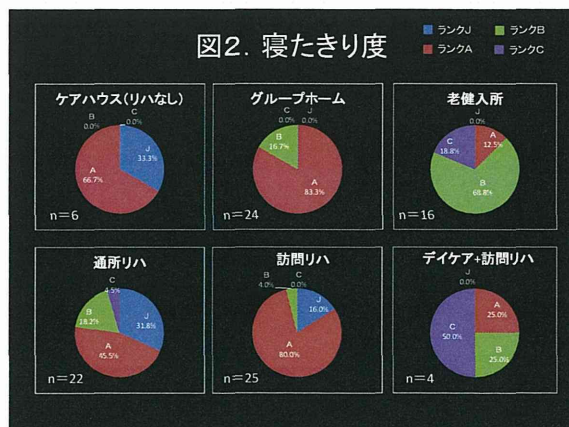
ランク J が 4 名 (16.0%)、ランク A が 20 名 (80.0%)、ランク B が 1 名 (4.0%)、ランク C が 0 名 (0%) であった。

⑤通所リハ

ランク J が 7 名 (31.8%)、ランク A が 10 名 (45.5%)、ランク B が 4 名 (18.2%)、ランク C が 1 名 (4.5%) であった。

⑥訪問リハ+通所リハ

ランク J が 0 名 (0%)、ランク A が 1 名 (25.0%)、ランク B が 1 名 (25.0%)、ランク C が 2 名 (50.0%) であった。



(3) 認知度 (図 3/6 頁)

①ケアハウス

ランク I が 2 名 (33.3%)、ランク II が 4 名 (66.7%)、ランク III が 0 名 (0%)、ランク IV が 0 名 (0%)、ランク M が 0 名 (0%) であった。

②グループホーム

ランク I が 0 名 (0%)、ランク II が 12 名 (50.0%)、ランク III が 6 名 (25.0%)、ランク IV が 6 名 (25.0%)、ランク M が 0 名 (0%) であった。

③老健

ランクⅠが3名(18.8%)、ランクⅡが7名(43.8%)、ランクⅢが2名(12.5%)、ランクⅣが4名(25.0%)、ランクMが0名(0%)であった。

④訪問リハ

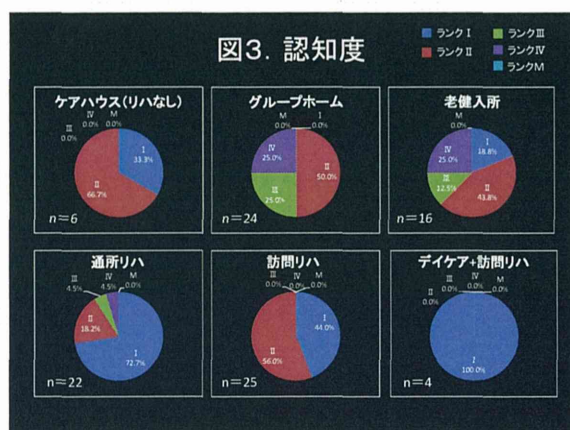
ランクⅠが11名(44.0%)、ランクⅡが14名(56.0%)、ランクⅢが0名(0%)、ランクⅣが0名(0%)、ランクMが0名(0%)であった。

⑤通所リハ

ランクⅠが16名(72.7%)、ランクⅡが4名(18.2%)、ランクⅢが1名(4.5%)、ランクⅣが1名(4.5%)、ランクMが0名(0%)であった。

⑥訪問リハ+通所リハ

ランクⅠが4名(100%)、ランクⅡが0名(0%)、ランクⅢが0名(0%)、ランクⅣが0名(0%)、ランクMが0名(0%)であった。



(4) MMSE (図4/7頁)

①ケアハウス

MMSEの平均値は21.3±4.4点であった。

②グループホーム

MMSEの平均値は13.9±6.0点であった。

③老健

MMSEの平均値は21.7±6.9点であった。

④訪問リハ

MMSEの平均値は26.0±4.8点であった。

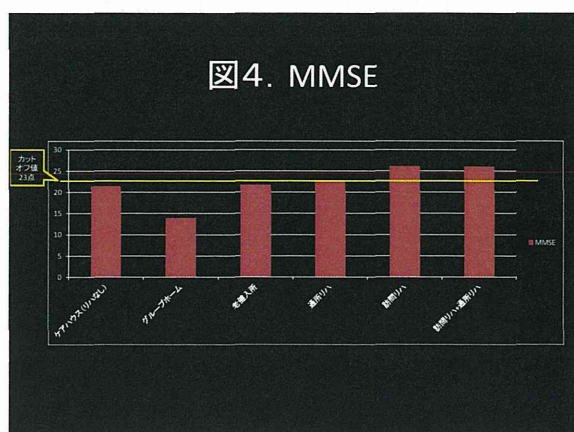
⑤通所リハ

MMSEの平均値は22.7±7.2点であった。

⑥訪問リハ+通所リハ

MMSEの平均値は26.0±2.9点であった。

MMS Eにおいて23点以下をカットオフ値として認知機能の低下ありとすると、ケアハウス、グループホーム、老健、通所リハで認知機能の低下があり、中でもグループホームの認知機能低下が著しく低下する傾向を認めた。



(5) F I M (図5/8頁)

①ケアハウス

F I Mの平均値は運動項目 77.8±7.8 点、認知項目 30.0±5.0 点、総合点数 107.8±11.3 点であった。

②グループホーム

F I Mの平均値は運動項目 57.5±19.9、認知項目 17.9±点 7.0、総合点数 75.4±25.7 点であった。

③老健

F I Mの平均値は運動項目 43.1±19.9 点、認知項目 20.4±8.9 点、総合点数 63.5±26.0 点であった。

④訪問リハ

F I Mの平均値は運動項目 70.6±9.8 点、認知項目 30.0±4.6 点、総合点数 100.7±12.8 点であった。

⑤通所リハ

F I Mの平均値は運動項目 65.7±16.1 点、認知項目 26.5±7.2 点、総合点数 92.2±22.0 点であった。

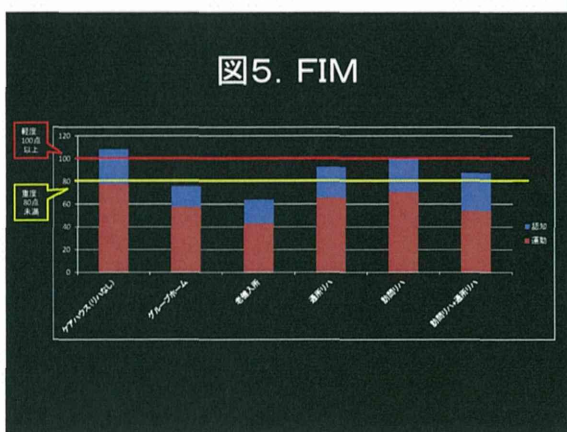
⑥訪問リハ+通所リハ

F I Mの平均値は運動項目 54.0±17.6 点、認知項目 30.0±1.8 点、総合点数 87.0±19.0 点であった。

F I Mの総得点について、100 ～ 126 点を軽度、80 ～ 99 点を中等度、79 点未満を重度の日常生活機能の低下ありとして判定した。通所リハ、訪問リハ+通所リハで中等度の日

常生活機能の低下があり、グループホーム、老健で高度の日常生活機能の低下を認めた。

FIMの運動項目については、ケアハウス > 訪問リハ > 通所リハ > グループホーム > 訪問リハ+通所リハ > 老健の順で高かった。FIMの認知項目については、訪問リハ+通所リハ > 訪問リハ > ケアハウス > 通所リハ > 老健 > グループホームの順で高かった。



(6) LSA (図6/9頁)

①ケアハウス

LSAの平均値は 30.7 ± 11.8 点であった。

②グループホーム

LSAの平均値は 11.7 ± 6.9 点であった。

③老健

LSAの平均値は 4.6 ± 1.3 点であった。

④訪問リハ

LSAの平均値は 28.0 ± 16.4 点であった。

⑤通所リハ

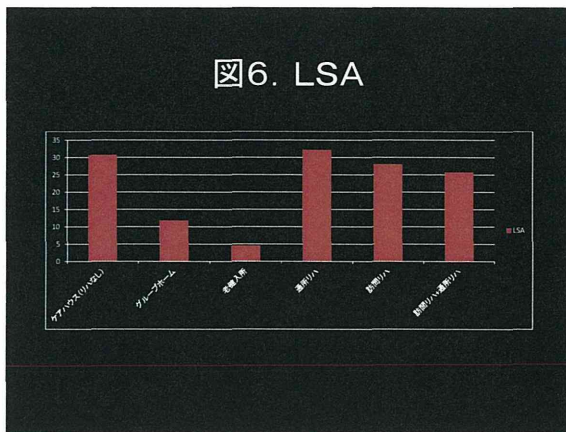
LSAの平均値は 32.2 ± 9.9 点であった。

⑥訪問リハ+通所リハ

LSAの平均値は 25.6 ± 12.1 点であった。

LSAにおいて56点未満をカットオフ値として生活空間の狭小化ありとすると、対象群のすべてにおいて生活空間の狭小化があり、中でもグループホーム、老健の生活空間の狭小化が著しい傾向を認めた。

図6. LSA



(7) 調査の中止

患者あるいは家族より同意を得られた後に、種々の理由により研究より除外対象となったものが2名いた。

- ・訪問リハ：1名（脳血管障害再発のため入院）
- ・グループホーム：1名（脳梗塞発症のため入院）

G. 考察・まとめ

(1) 評価項目について

①認知機能

本研究において、対象者の認知機能を評価するものはMMSEであった。ケアハウス、グループホーム、老健、通所リハで認知機能の低下があり、中でもグループホームの認知機能低下が著しく低下する傾向を認めた。

②日常生活の自立度

本研究において、対象者の日常生活自立度を評価するものはFIMであった。通所リハ、訪問リハ+通所リハで中等度の日常生活機能の低下があり、グループホーム、老健で高度の日常生活機能の低下を認めた。

③生活空間の広がり

本研究において、対象者の生活空間の広がりを評価するものはLSAであった。対象群のすべてにおいて生活空間の狭小化があり、中でもグループホーム、老健の生活空間の狭小化が著しい傾向を認めた。

(2) 対象者について

訪問リハにおいて、MMSE、FIMの点数がともに高く、認知機能および日常生活自立度が保たれていた。

訪問リハの対象者の機能が保たれていた原因として、当院はリハビリテーション科を標

傍する医療機関で、生活期にリハビリテーションを希望する患者に対して積極的に訪問リハビリテーションを提供していることがあり、背景に脳卒中の生活期にリハビリテーションの継続を希望する患者が多いことを反映しているものと推察した。

(3) 介護保険情報

グループホームがMMS Eの点数が低く、認知機能の低下が著しかった。一方で、要介護度は老健と比べて低く、認知機能障害の程度と要介護度の間に解離を認めた。背景に認知機能障害の程度が要介護度の判定に反映されにくいことが示唆された。

H. 結論

生活期において介護保険サービスを利用している者 97 名を対象として、日常生活機能についての調査を行った。

今回の研究は介護保険サービスの利用者に対する定点調査であり、今後は①定期的な機能評価を行うことにより利用者の持つ能力を経時的に把握すること、②利用者の生活機能の変化に伴い施設利用がどのように変化するか（施設利用の動態）を調べる必要がある。また、介護施設は利用者の生活機能を補う機能を持つため、今後は適時・適切な介護サービスが介護施設の特性に基づいて選択されることが望ましいものと考えた。

I. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

J. 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

2-7) 阻害要因；医療関係者の意識と教育

2-7-1) 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

在宅医療とその教育の阻害要因分析

研究分担者 和田忠志 医療法人実幸会 いらはら診療所 在宅医療部長
太田秀樹 医療法人アスミス 理事長

研究要旨

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て、在宅医療の教育における阻害要因についての知見を得た。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。在宅医療継続の最大のハードルは、24時間対応の困難であった。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。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。

A. 研究目的

被災地を含む全国で、在宅医療とその教育を困難にしている実態を明らかにし、阻害要因を分析する。

B. 研究方法

①往復はがきにアンケート文面を印刷し、全国 13012 ヶ所の在宅療養支援診療所管理者に送付し、回答を得た。アンケート送付先住所は、各厚生支局がインターネット上に公開している在宅療養支援診療所に関するデータを用いた。締め切りは平成26年2月16日消印有効と設定したが、実際には2月21日金曜日までに分担研究者に届いたはがきすべてを集計した。

企画立案及びアンケート作成は、全国在宅療養支援診療所連絡会教育局および事務局で行い、回収は、いらはら診療所在宅医療部で行い、集計及び分析は、全国在宅療養支援診療所連絡会教育局で行った。アンケートの内容は、回答者属性、在宅医療開始・継続のハードル、在宅患者紹介、多職種連携の阻害要因、被災地の再生に資する在宅医療教育である。

（倫理面への配慮）

本研究への参加・不参加により、回答者が不利益を被ることはない。また、本研究参加により、回答者の所属医療機関や回答者個人が特定されないように配慮した。本研究の内容は、アンケート発送に先立ち、全国在宅療養支援診療所連絡会暫定倫理委員会、国立長寿医療研究センターの倫理・利益相反委員会で承認を受けた。

C. 研究結果

全国 13012 ヶ所の在宅療養支援診療所に送付し、2541 ヶ所の診療所管理者(医師)から回

答を得た(回収率 19.5%)。

1. 在宅療養支援診療所に関する回答内容

(1) 回答医師の年齢と在宅医療経験年数

年齢を回答した医師は 2521 名であった。回答医師の年齢は、20-29 歳 2 名(年齢回答医師のうち 0.1%)、30-39 歳 84 名(3.3%)、40-49 歳 477 名(18.9%)、50-59 歳 996 名(39.5%)、60-69 歳 728 名(28.9%)、70 歳以上 234 名(9.3%)であった。

在宅医療経験年数を回答した医師は 2471 名であった。回答医師経験年数は、5 年未満 323 名(13.1%)、5 年以上 10 年未満 477 名(19.3%)、10 年以上 15 年未満 534 名(21.6%)、15 年以上 20 年未満 406 名(16.4%)、20 年以上 25 年未満 353 名(14.3%)、25 年以上 30 年未満 159 名(6.4%)、30 年以上 219 名(8.9%)であった。

(2) 訪問診療を受ける患者数

当該在宅療養支援診療所において訪問診療を受ける患者数を回答した者は 2430 名であった。当該診療所が回答時に訪問診療を行っている患者数は、20 人未満 1303 診療所(本設問回答者に占める割合は 53.6%)、20 人以上 40 人未満 478 診療所(19.7%)、40 人以上 60 人未満 263 診療所(10.8%)、60 人以上 80 人未満 98 診療所(4.0%)、80 人以上 100 人未満 79 診療所(3.3%)、100 人以上 209 診療所(8.6%)であった。

また、訪問診療患者が 20 人未満の診療所においては、0 人 120 診療所(4.9%)、5 人未満(1-4 人) 425 診療所(17.5%)、5 人以上 10 人未満 344 診療所(14.2%)、10 人以上 15 人未満 248 診療所(10.2%)、15 人以上 20 人未満 166 診療所(6.8%)であった。

2. 医師が在宅医療を開始するにあたってのハードル(重複回答可)

医師が在宅医療を開始するにあたってのハードルについて回答した者は 2506 名、各項目の回答数をあわせた、のべ回答数は 3690 であった。

①「ハードルはない」と答えた回答者は 1050 名(当該設問回答者の 41.9%、のべ回答数の 28.5%)、②「医学部教育で在宅医療が教育されない」は 719 名(回答者の 28.7%、のべ回答数の 19.5%)、③「臨床研修で在宅医療が教育されない」は 877 名(回答者の 35.0%、のべ回答数の 23.8%)、④「適切な教育テキストや映像媒体がない」は 444 名(回答者の 17.7%、のべ回答数の 12.0%)、⑤「その他」は 600 名(回答者の 23.9%、のべ回答数の 16.3%)であった。

3. 医師が在宅医療を業として継続するにあたってのハードル(重複回答可)

医師が在宅医療を業として継続するにあたってのハードルについて回答した者は 2518 名、各項目の回答数をあわせた、のべ回答数 4209 であった。

①「ハードルはない」と答えた回答者は 386 名(当該設問回答者の 15.3%、のべ回答数の 9.2%)、②「自宅という空間の特殊性」は 371 名(回答者の 14.7%、のべ回答数の 8.8%)、③「多職種連携の困難さ」は 740 名(回答者の 29.4%、のべ回答数の 17.6%)、④「経営的な困

難さ」は 348 名(回答者の 13.8%、のべ回答数の 8.3%)、⑤「24 時間対応の困難さ」は 1896 名(回答者の 75.3%、のべ回答数の 45.0%)、⑥「その他」は 468 名(回答者の 18.6%、のべ回答数の 11.1%)であった。

4. 患者紹介業者から在宅患者の接触や紹介

ケアマネジャーや医療・介護の専門職以外の患者紹介業者から在宅患者の接触を受けた経験について回答した者は 2508 名であった。「接触を受けたことがある」は 1184 名(47.2%)、「接触を受けたことがない」は 1324 名(52.8%)であった。

ケアマネジャーや医療・介護の専門職以外の患者紹介業者から在宅患者の紹介を受けた経験について回答した者は 2495 名であった。「紹介を受けたことがある」は 945 名(37.9%)、「紹介を受けたことがない」は 1550 名(62.1%)であった。

5. 自由回答に関して

自由回答欄では、多職種連携に関しては互いの理解が困難なことが指摘された。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指摘された。

D. 考察

全国の在宅療養支援診療所管理者の約 2 割からの回答が得られた。回答して下さった在宅療養支援診療所の管理者は、おおむね「比較的意識の高い管理者の集団である」と考えられる。

1. 在宅療養支援診療所に関する回答内容

(1) 回答医師の年齢と在宅医療経験年数

回答管理者は 50 歳代の医師が最多を占め、次に 60 歳代、40 歳代の順であった。ごくわずか(0.1%)であるが、20 歳代の経験の少ない医師が管理者をしている例もあった。

在宅医療経験年数に関しては、10 年以上の豊富な経験年数を有する医師が大部分を占めており、30 年以上の経験を有する医師も 219 名(8.9%)と 1 割近くを占めていた。

(2) 訪問診療を受ける患者数

当該医療機関が訪問診療を行う患者数は、半数以上の診療所で 20 人未満であり、在宅療養支援診療所の大部分が外来診療を主体としながら在宅医療を行っている実態が明らかになった。一方で、100 名以上の患者を訪問診療で管理している巨大在宅療養支援診療所は 209 診療所(8.6%)と、回答診療所の 1 割近くを占めていた。

調査時点で訪問診療を行っている患者がいない(0 人)診療所は 120 ヶ所(4.9%)あった。すなわち、回答した診療所のうち約 5%の在宅療養支援診療所は調査時点で訪問診療を実施していなかった。本調査で回答を寄せた管理者は、在宅療養支援診療所管理者のなかでも比較的意識が高い医師と考えられるため、13012 ヶ所全体でみると、これ(4.9%)よりも高い確

率で訪問診療を実施していない診療所が存在すると推測される。

2. 医師が在宅医療を開始するにあたってのハードル(重複回答可)

3. 医師が在宅医療を業として継続するにあたってのハードル(重複回答可)

開始に関しては、「ハードルはない」と答えた回答者は 1050 名と設問回答者の 4 割を占めていたが、継続に関しては「ハードルはない」と答えた回答者は 386 名にとどまり、開始に比べて継続が困難であることが示唆された。

開始のハードルのうち、医学教育である卒前・卒後教育で在宅医療が教育されないことの問題に関しては、前者に関しては回答者の 29%がそれを指摘し、後者に関しては、回答者の 25%がそれを指摘した。そして、あわせて、のべ回答数の 40%以上を占めており、重大な問題であると考えられた。医学教育での在宅医療教育の必要性が示唆された。

継続のハードルとしては、「24 時間対応の困難さ」は 1896 名と回答者の 75.3%を占めており、回答者の 3/4 は「24 時間対応の困難さ」を感じていることが明らかになった。これまでも、「24 時間対応の困難さ」は多くの医師から指摘されてきたが、今回の調査でより明確になったと考える。継続のハードルの第 2 位は「多職種連携の困難さ」で、740 名と回答者の 3 割がそれを感じていた。これらの困難に比べれば、「自宅という空間の特殊性」「経営的な困難さ」は、比較的困難としては少ないものであることが明確になった。

4. 患者紹介業者から在宅患者の接触や紹介

ケアマネジャーや医療・介護の専門職以外の患者紹介業者から在宅患者の接触を受けた経験については、当該設問回答者の 47%(本調査全回答者の 46.2%)が経験あり、当該設問回答者の 37.9%(本調査全回答者の 37.2%)が紹介を受けた経験があった。患者紹介ビジネスが広範な接触を行っている実態が明らかになった。

E. 結論

回答した在宅療養支援診療所のうち、半数以上が 20 名未満の在宅患者を管理しており、また、約 1 割弱は 100 名以上を管理しており、約 5%は調査時点で定期的な訪問診療を行う在宅医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。在宅医療継続の最大のハードルは、24 時間対応の困難であった。

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。

F. 研究発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)なし

2-7-2)

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

テキスト評価

DVD「はじめよう！在宅医療—今、医療の場は地域へ」全三巻

研究分担者 太田秀樹 医療法人アスミス 理事長

和田忠志 医療法人実幸会 いらはら診療所 在宅医療部長

研究要旨

テキスト評価の一つとして、DVD「はじめよう！在宅医療—今、医療の場は地域へ」全三巻の被災地における教育的効果を評価するためのアンケートを作成し、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団と連携し、アンケートを回収した。医師より 239、医師以外の在宅ケア従事者より 1841、学生より 1390 のアンケート回答（合計 3470）があった。

医療機関外など、設備に恵まれない状況において医療を実施する点において、在宅医療と被災地医療は近似性が高く、在宅医療で使用される技術は被災地医療において有効性が高いと考えられる。本研究は今後の被災地医療研修のあり方の指針になりえると考える。

A. 研究目的

独立行政法人 国立長寿医療研究センター が制作した DVD「はじめよう！在宅医療—今、医療の場は地域へ」（著作・制作 独立行政法人 国立長寿医療研究センター 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研究班、長寿科学総合研究事業研究班、平成 25 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研究班）を配布し、特に被災地に焦点を当て、その研修効果の有用性等について視聴者より回答をえる。また、この回答内容からあるべき理想的な教材・テキスト開発に資することを目的とする。

B. 研究方法

アンケート作成には、DVD「はじめよう！在宅医療—今、医療の場は地域へ」の構成、シナリオ作成、撮影指導、編集作業等の制作プロセス全般に直接関わった太田秀樹と和田忠志が携わった。

アンケートでは、回答者属性、利用目的、DVDの長さに対する評価、在宅医療の教材としての効果、今後の課題としての(1)各論として取り上げるべき内容(2)被災地医療に資する内容を尋ねた。また、自由記載欄として、今後、在宅医療の教材を作る上で、扱った方がよいテーマ・知りたいテーマ等、被災地医療従事経験、被災地医療経験者に対して被災地での医療の問題・求められた医療像・在宅医療が被災地医療において参考になる点、在宅医療及び被災地医療の教材のあり方、等について尋ねた。回答への謝礼等の対価の支払いは行わなかった。

アンケートは、「医師用」、「医師以外の在宅ケア従事者用」、「学生用」の三種類を準備した。平成26年4月1日より9月30日まで公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団よりDVDを配布し、アンケートを回収した。

(倫理面への配慮)

本研究への参加・不参加により、回答者が不利益を被ることはない。

C. 研究結果

医師より239、医師以外の在宅ケア従事者より1841、学生より1390のアンケートの回答があり、合計回答数は3470であった。

D. 考察

在宅医療は医療機関以外で行われる医療であり、医療機関外など、設備に恵まれない状況において医療を実施する点において、被災地医療と近似性が高く、在宅医療で使用される技術内容は被災地医療において有効性が高いと考えられる。被災地を意識して、在宅医療教材を開発することは重要と考える。

E. 結論

医師より239、医師以外の在宅ケア従事者より1841、学生より1390のアンケートの回答があり、合計回答数は3470であった。在宅医療と被災地医療は医療技術的近似性が高く、在宅医療で使用される技術は被災地医療において有効性が高いと考えられる。本研究は今後の被災地医療研修のあり方の指針になりえると考ええる。

F. 研究発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）なし

アンケート実施者 医療法人アスムス
代表者 太田秀樹

DVD「はじめよう！在宅医療—今、医療の場は地域へ—」 の評価アンケートに関するお願い

本アンケートは、DVD「はじめよう！在宅医療—今、医療の場は地域へ—」をご覧になった方全員にお配りしております。本DVDは在宅医療、および被災地医療の発展に向けた教育教材として開発・検討が進められたものです。

著作・制作 独立行政法人国立長寿医療研究センター
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研究班
長寿科学総合研究事業研究班
平成25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研究班

つきましては、DVDの活用方法、次の在宅医療に関する教育用教材開発の検討に向けた参考材料とするために、視聴された方には本DVD評価用アンケートにお答えいただけますと幸いです。回答は、今後の研究・開発・検討を目的としたものであり、それ以外の目的で利用されることはございません。データも、個人が特定されたい形で集計、分析、報告されます。ご理解のほど、何卒お願いいたします。

【評価手順】

- 1 本DVDの視聴、または活用（研修会や講義での上映等）
- 2 DVD評価用アンケートへの回答
- 3 郵送、FAX、電子メール等、御都合に合わせた通信媒体にて、下記までご返信

【返信先】

- ① 郵送先
〒323-0023
栃木県小山市中央町2-10-18-101
医療法人アスムス コミュニティー・ケア研究所
担当 大島貴子
- ② FAX番号 0285-38-6362
- ③ 電子メール info@asmss.jp

【お問い合わせ先】

医療法人アスムス
担当者 大島貴子 TEL : 0285-38-6361 FAX : 0285-38-6362
E-mail : info@asmss.jp

【注意点】

本評価アンケートでは被災地医療も含まれるため、最後にこれまでの被災経験をお訪ねする項目がございます。回答は任意ですので、可能な範囲でご回答いただけますと幸いです。また、恐縮ながら、回答への謝礼等の対価の支払いはございません。ご理解のほど、ご協力をお願いいたします。 以上

在宅医療教育用 DVD に対するアンケート 医師用

視聴した、または研修教材として活用した方のみ対象となるアンケートです。差し支えない範囲で構いませんので、可能な限りお答えください。

I. 回答者の属性に関して、お答えください。					
専門科		所属先		年齢	歳
所属先の住所	都・道・府・県		市・町・村		
有床の場合、該当する病床 全てに○を付けてください	一般病床	療養病床	リハビリ		
	精神病床	結核病床	感染症病床		
所属施設に当てはまるもの全てに○をつけてください					
診療所の場合	在宅療養支援診療所		機能強化型在宅療養支援診療所		
病院の場合	在宅療養支援病院		特定機能病院		
	がん診療拠点病院		地域医療支援病院		
	大学付属病院				
その他	特記する事があればご自由に				
性別	男性	女性			
在宅医療の経験	無	有	有の場合	経験年数	年

II. 本 DVD を(1)利用した目的、(2)今後実施したい目的に当てはまる空欄に○を付けてください。		
	(1) 利用した	(2) 今後利用したい
例) ○○の参考とするために…	○	○
在宅医療を新しく始める上で参考とするために…		
現在行っている在宅医療の参考とするために…		
学生や研修医への教材とするために…		
医師以外の職種に対する研修の教材とするために…		
多職種連携の研修会の教材とするために…		
その他	利用した目的	具体的に ()
	今後利用したい目的	具体的に ()

III. 本 DVD の長さに関してご評価ください。当てはまる空欄に○を付けてください。			
	長すぎる	ちょうどよい	短すぎる
○. DVD3 巻、全体			
I. 在宅医療の心と技			
II. 在宅医療の実際			
III. 病状変化への対応			

IV. 本 DVD が在宅医療の教材として、以下の項目にどの程度当てはまるかをご評価ください。

空欄には「1. 全く当てはまらない」「2. あまり当てはまらない」「3. どちらともいえない」

「4. 少し当てはまる」「5. とても当てはまる」から、該当すると思う数字をご記入ください。

＜ I. 在宅医療の心と技、II. 在宅医療の実際、III. 病状変化への対応 ＞

	全体	I	II	III
例) 海外でも通用する	4	4	3	5
参考になった				
わかりやすかった				
ポイントがつかめた				
他の人にも視聴して欲しい				
納得がいった				
在宅医療への関心が高まった				
被災地*医療にも参考になる				

*被災地→避難所あるいは被災者自宅、仮設住宅を含む

V. 以下の項目に関して、(1)在宅医療の教材 DVD の各論として取り上げるべき内容、(2)被災地医療に資する内容だと思ふ項目の空欄に○を付けてください。

	(1)各論として取り上げるべき	(2)被災地医療に資する内容
①緩和医療・終末期ケア		
②褥瘡		
③運動器疾患		
④栄養管理・嚥下障害		
⑤人工呼吸器管理・気管切開の管理		
⑥経管栄養の管理、カテーテル管理		
⑦在宅医療における感染症対応		
⑧認知症を含めたメンタルケア		
⑨多職種連携		

VI. 今後、在宅医療の教材を作る上で、扱った方がよいテーマ、知りたいテーマ等ありましたら、ご記入ください。

次のページでは被災経験に関して、お尋ねします。