

VII. 回答者の各被災経験に関して、当てはまる空欄に○を付けてください。

年月日	震災名	被災した	医療を提供する上で、被害を被った	被災時に医師として援助に訪れた
例)〇〇年〇月〇日	〇〇地震	○	○	
1995年 1月15日	阪神・淡路大震災			
2004年 10月23日	新潟県中越地震			
2007年 7月16日	新潟県中越沖地震			
2011年 3月11日	東日本大震災			

VIII. 被災地医療の経験のある方のみにご回答ください。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はどこか等、実際の経験から感じたことをご自由にお書きください。

IX. 在宅医療、及び、被災地医療の教材のあり方について、ご自由にお書きください。

在宅医療教育用 DVD に対するアンケート 医学生・看護学生用

視聴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、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	
性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	学年	<input type="checkbox"/> 年生	

II. 本 DVD を視聴する以前に経験があるものの空欄に○をつけてください(複数回答可)。			
回答欄	内容	回答欄	内容
<input type="checkbox"/>	在宅医療、訪問看護への同行	<input type="checkbox"/>	在宅医療に関する講義の受講
<input type="checkbox"/>	在宅医療に関する学習	<input type="checkbox"/>	身内が在宅医療を受けた

III. 次の各問にお答えください。	
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。	
	回答欄
本 DVD を視聴する前から、在宅医療に関心があった	<input type="checkbox"/>
本 DVD を視聴して、在宅医療は想像通りのものだった	<input type="checkbox"/>
本 DVD を視聴して、在宅医療への誤解に気付くことがあった	<input type="checkbox"/>
本 DVD を視聴して、在宅医療のイメージは変わった	<input type="checkbox"/>

IV. 本 DVD を視聴した理由に当てはまる空欄に○を付けてください(複数回答可)。			
回答欄	理由	回答欄	理由
<input type="checkbox"/>	在宅医療に興味があって	<input type="checkbox"/>	大学の授業・講義で
<input type="checkbox"/>	研修で	<input type="checkbox"/>	知り合いに勧められて
そのほかあれば具体的に…(<input type="checkbox"/>)			

V. 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
<input type="checkbox"/> DVD3 巻、全体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> I.在宅医療の心と技	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> II.在宅医療の実際	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> III.病状変化への対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. 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

VII. 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		

VIII. 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。

IX. 回答者の各被災経験に関して、当てはまる空欄に○を付けてください。

年月日	震災名	被災した	被災時にボランティアとして援助に訪れた
例)〇〇年〇月〇日	〇〇地震	○	
1995年 1月15日	阪神・淡路大震災		
2004年 10月23日	新潟県中越地震		
2007年 7月16日	新潟県中越沖地震		
2011年 3月11日	東日本大震災		

X. 被災経験のある方のみにご回答ください。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はどこか等、実際の経験から感じたことをご自由にお書きください。

XI. 在宅医療、及び、被災地医療の教材のあり方について、ご自由にお書きください。

アンケートは以上となります。ご協力、誠にありがとうございました。

在宅医療教育用 DVD に対するアンケート 在宅ケア従事者用

視聴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、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。					
ご職種		所属先		年齢	歳
所属先の住所		都・道・府・県		市・町・村	
性別	男性	女性			
身内が在宅医療を受けた経験		無	有		

II. 本 DVD を視聴した理由に当てはまる空欄に○を付けてください(複数回答可)。			
回答欄	理由	回答欄	理由
	在宅医療に興味があつて		大学の授業・講義で
	研修で		知り合いに進められて
そのほかあれば具体的に…()			

III. 次の各問にお答えください。	
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。	
	回答欄
本 DVD を視聴する前から、在宅医療に関心があつた	
本 DVD を視聴して、在宅医療は想像通りのものだった	
本 DVD を視聴して、在宅医療への誤解に気付くことがあつた	
本 DVD を視聴して、在宅医療に対するイメージが変わつた	

IV. 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			

VI. 本 DVD を視聴して、自らの専門性を活かしてどのような点から在宅医療に貢献できると考えられましたか。具体的にご記入ください。

V. 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

VI. 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う項目の空欄に○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		

VII. 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。

Ⅷ. 回答者の各被災経験に関して、当てはまる空欄に○を付けてください。

年月日	震災名	被災した	被災時にボランティアとして援助に訪れた
例)〇〇年〇月〇日	〇〇地震	○	
1995年 1月15日	阪神・淡路大震災		
2004年 10月23日	新潟県中越地震		
2007年 7月16日	新潟県中越沖地震		
2011年 3月11日	東日本大震災		

Ⅸ. 被災経験のある方のみにご回答ください。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はどこか等、実際の経験から感じたことをご自由にお書きください。

Ⅹ. 在宅医療、及び被災地医療の教材のあり方について、ご自由にお書きください。

アンケートは以上となります。ご協力、誠にありがとうございました。

2-7-3)

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

病院・診療所を管理する医師の在宅医療・多職種協働に対する認識

および実施状況に関する質問紙調査

研究分担者	荒井 秀典	京都大学大学院医学研究科 近未来型人間健康科学融合ユニット教授
研究協力者	北川 靖	財団法人京都府医師会副会長
	清水 真弓	京都訪問リハビリテーション研究会
	小村 富美子	京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻

研究要旨

在宅医療と多職種連携の推進には、医師の在宅医療・関連医療職の訪問業務に対する認識が高まることが重要である。また、連携状況の地域差を明らかにすることは、自治体の連携業務推進対策を立てる上で必須の課題といえる。本研究では、京都府医師会 A 会員（病院・診療所を管理する医師）2,212 人を対象に無記名自記式質問紙調査を実施し、医師の在宅医療への実施状況と意識、看護師・リハビリテーション療法士・薬剤師・管理栄養士が実施する訪問業務に対する認識と連携実施状況、およびそれらの地域格差を明らかにするため検討を行った（回答者数 688 人：有効回収率 31.1%）。

『医師自身の在宅訪問業務実施状況の検討』では、回答者の 79.6%に実施経験があり、調査時点で実施継続中の医師は回答者の 60.0%だった。在宅診療実施中の医師の割合は、60 歳代の医師の実施率が最も多く、70 歳以上の医師でも半数近くが在宅診療を継続していた。

『回答医師の各種在宅訪問業務に対する認識の比較検討』については、「認知度」「利用経験」「利用満足度」「業務の重要性認識」および「担当職種との連携の重要性認識」で、職種間で差を認めた。いずれの項目においても、訪問看護と訪問リハビリテーションに対する医師の評価は高く、次いで訪問薬剤指導管理、訪問栄養食事指導の順であった。

『二次医療圏に基づく京都府 3 地域での比較』では、在宅訪問実施率が「南部」で高い傾向にある一方、訪問リハビリテーションに対する「重要性認識」、訪問薬剤管理指導に対する「利用経験」「利用満足度」が「南部」で有意に低い傾向が確認された。これは、訪問看護に対する回答医師の認識に地域差がみられないことと対照的な結果であり、各職種の在宅訪問業務に対する医師の認識に地域差があることが示された。地域の実情に合った在宅訪問医療での多職種連携を今後推進していくためには、今回の分析結果の背景要因を明確していくことがきわめて重要と考える。

A. 研究目的

高齢化が今後急速に進行する我が国において、国民が住み慣れた地域で生活することを支え

るためには、医療・介護にまたがる様々な支援を提供する必要がある。平成 22 年における 65 歳以上の高齢者人口は 2,937 万人で¹⁾、平成 54 年には 3,878 万人でピークを迎える²⁾。同年の 75 歳以上の人口割合は、現在の 11%から 21%に増加、65 歳以上の高齢者のいる世帯の約半数が、独居又は夫婦のみの世帯である。要介護状態に至る主な原因疾患に関する平成 22 年の報告では、脳血管疾患が約 21%、認知症が約 15%、関節疾患が約 11%、老衰が約 14% となっている³⁾。さらに認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ（日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態）以上の人数は、平成 27 年に 250 万人、平成 37 年には 323 万人に達すると推計されている⁴⁾。

近年は疾病や障害を抱えながら、自宅や住み慣れた地域で生活をする小児や若年者層の在宅療養者も増加、在宅医療のニーズは今後さらに増加し多様性を求められる。医療と介護の業務の包括的かつ継続的提供が重要であり、在宅医療を提供する病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センターなどの医療・福祉機関や多職種がシームレスに連携し、在宅医療・介護を提供する体制を構築する必要がある⁵⁾。

京都府は、平成 23 年度より京都地域包括ケア推進機構が拠点となって、「京都式地域包括ケアシステム」を推進している。財団法人京都府医師会も、在宅診療活動と医師以外の医療専門職種との連携の重要性を認識し、「地域ケア委員会」が在宅医療事業展開に関する答申書をまとめている⁶⁾。「京都式地域包括ケアシステム」という独自システムを構築した京都府であるが、システム運用の鍵となる医師が在宅医療・多職種協働に関してどの程度認識しているのは不明であり、この状況は他の多くの自治体においても同様と考えられる。今後、自治体主導で在宅医療と多職種協働を推進するには、医師の在宅医療・多職種協働への認識を把握することがきわめて重要である。

そこで本研究は、社団法人京都府医師会（以下、京都府医師会）所属の病院・診療所を管理する医師（A 会員）2,212 人に、京都府医師会「地域ケア委員会」が作成した無記名自記式質問票を用いた調査を実施し、在宅医療・多職種協働に関する医師の認識および実施状況を検討することを目的とする。本調査データの分析から、在宅医療・多職種協働に関する医師の認識と実施状況、それらに関する地域格差を抽出することにより、これら実践をさらに推進するための具体的な有効策の検討が可能となる。また、本調査の結果をさまざまな在宅訪問業務実施職種に提示することで、医師の各種在宅訪問業務に関する認識状況を周知させ、各在宅医療・介護業務関連職種がより積極的に協働して多職種連携の方策を検討するための一助となることが期待される。

B. 研究方法

1 年目（2012 年度）は本研究の実施に向けて、スケジュールの調整、調査対象者の選定、調査票の作成を行った。また、本調査の基礎的データとするため、厚生労働省「平成 24 年度在宅医療連携拠点事業」採択 105 事業所の成果報告における「課題項目」の分類・集計を行った。翌 2013 年 7 月から 1 ヶ月間、調査対象者に調査票を郵送、回収後に回答の集計、分析

を行った。3年目の2014年度はさらに詳細に解析を行った。

本研究は、「京都大学大学院医学研究科・医学部および医学部附属病院 医の倫理委員会」の承認を得て実施され、無記名による質問紙調査であり、調査票回収時に個人が特定されることはない。また、本研究は京都府医師会の「個人情報保護方針」および「京都府医師会個人情報保護規程」を遵守して行われた。返送された質問票は厳格な管理下で分析され、研究事業終了後、速やかに個人情報を保護できる方法にて廃棄する。

(1) 解析のための基礎的参考データの集計・整理

本研究の質問紙調査実施に先立ち、厚生労働省が実施した「平成24年度在宅医療連携拠点事業」の成果報告会資料⁷⁾（平成25年3月23日開催）をもとに、採択105事業所が資料内で挙げた「課題項目」を分類・集計した。集計結果は第39回日本保健医療社会学会大会で報告、京都府医師への調査結果を考察する際の参考データとした。

(2) 質問紙の作成

質問紙は、以下のような質問項目により構成されている（末尾の「資料」参照）。

- ・回答者の属性に関する項目：性別・年齢・主な診療科・臨床経験年数・所属医師会
- ・訪問診療実施に関する項目：実施の有無・訪問患者数・訪問診療実施への積極性
- ・回答医師の他の医療職種の訪問業務に対する認識および連携状況に関する項目
- ・対象：訪問看護・訪問リハビリテーション・訪問薬剤指導管理・訪問栄養食事指導

対象職種により質問構成は若干異なるが、共通質問項目は「業務の認知度」「期待する役割」「利用経験の有無」「利用満足度」「連携状況」「業務の導入困難要因」「重要性の認識」などとなっている。

- ・在宅医療における歯科医師との連携状況
- ・多職種カンファレンスやサービス担当者会議などへの参加状況

(3) 質問紙の発送と回答の回収

調査対象者（京都府医師会A会員）2,212人全員に対して、京都府医師会より質問紙を2013年6月下旬に郵送した。調査への参加は自由意思とし、参加に同意した場合は質問紙に回答を記入後、京都府医師会あてに質問紙の返送を依頼した。調査期間は2013年7月1日～7月31日（返送締切日）である。

(4) 分析

返送された質問紙は京都府医師会にて回収後、京都大学大学院医学研究科に移管され、厳重に管理しながら同大学研究室でのみ分析および処理を行った。データ解析には統計パッケージSPSS 21.0 for Windowsを用いた。

解析項目として、①回答医師の在宅診療活動状況 ②回答医師の訪問看護・訪問リハビリテ

ーション・訪問薬剤指導管理・訪問栄養食事指導に対する認識、利用状況および連携状況 ③ 京都府の二次医療圏に基づいた「北部」「中部」「南部」3地域における①および②に関する分析 ④歯科医師との連携状況および多職種カンファレンスやサービス担当者会議などへの参加積極性に関する分析を実施した。

統計手法として、 χ^2 検定を用いて分析した。

C. 研究結果

(1) 有効回収率・有効回答者の属性

調査票の郵送配布総数は2212、回収総数は720で有効回収率は688票であった（有効回収率31.1%）。有効回答者の男女比は男性583人（84.7%）、女性78人（11.3%）、無回答8人であった。有効回答者の年齢構成、臨床経験年数も含め、回収状況や有効回答者の基本属性は、表1～4にまとめて示した。

「所属医師会」「主たる診療科」は、項目数が多かったこと（医師会数：24、診療科数：23）と無回答数が多かったことから、これら項目を利用した分析は実施しなかった。

(2) 回答医師の在宅診療活動状況

1) 在宅訪問診療経験

「回答医師の在宅診療の実施経験」は、「経験あり」が527人（76.6%）、「経験なし」が156人（22.7%）であった（表5）。経験の有無に関する比率については、60歳代が最も経験比率が高く「年代別」で統計的差異が認められたが、「臨床経験年数」による違いはみられなかった（表6）。

2) 在宅訪問診療の継続性

在宅訪問診療を実施した経験のある医師の「訪問患者数」を表7に示す。「患者数0人」の110人（経験医師の約2割）は、調査時点で在宅訪問診療を「中断」している医師である。

調査時点での在宅訪問診療の実施状況をみると413人の医師が実施を継続しており、その中でも60歳代の医師が最も実施率が高く、70歳以上の回答医師も約半数が在宅訪問を実施していた（表8）。

3) 在宅訪問診療に対する積極性

「今後の在宅訪問診療の実施への積極性」について質問したところ、経験がない医師は経験のある医師よりも、今後の実施に対して有意に消極的な考えであった（表9）。

年齢別に「今後の在宅訪問診療の実施への積極性」についてみると、60歳代が最も積極的であり、70歳以上の医師も66.1%が「今後の実施」に対して積極的であった（表10）。

京都府医師会のA会員医師は、その6割近くが在宅訪問診療を実施しており、その中でも

60歳代の医師が最も積極的であることがわかった。また70歳以上の医師も半数が調査時点で在宅訪問を実施しており、今後の実施についても7割弱の医師が意欲的であった。京都府の在宅訪問診療においてA会員医師は、社会で「退職年齢」に相当する「70歳以上」という年齢にあっても、その半数近くが実際に在宅訪問診療を担い、高い意欲を持っていることが確認された。

(3) 回答医師の訪問看護・訪問リハビリテーション・訪問薬剤指導管理・訪問栄養食事指導に対する認識および連携状況

本報告では、4つの職種の在宅訪問業務に関する回答医師の利用状況、認識および連携状況を質問した。以下、それら項目ごとに結果を報告する。

1) 回答医師の各訪問業務に対する「認知度」

質問した4つの職種の在宅訪問業務に対する回答医師の「認知度」には、統計的な差が存在した(表11)。「訪問看護」「訪問リハビリテーション」の「認知度」は高く、「訪問薬剤指導管理」「訪問栄養食事指導」の順で低くなる傾向がみられた。

2) 回答医師の各訪問業務に対する「利用経験」

4職種の訪問業務に関する回答医師の「利用経験」を表12にまとめた。「訪問看護」と「訪問リハビリテーション」の「利用経験」が高い一方、「訪問薬剤指導管理」が27.2%、「訪問栄養食事指導」が5.7%と低く、ここでも業務によって差が明確に示されていた。

「訪問栄養食事指導」の利用率の低さは、前節の「認知度」の低さと関連していることが推測される。「訪問栄養食事指導」が制度として利用しやすい状態か、検討する必要がある。

3) 回答医師の各訪問業務に対する「利用満足度」

各訪問業務の「利用経験」に差はあるものの、4職種の訪問業務のいずれにおいても満足度は高く、特に「訪問看護」の満足度は他の職種とくらべ高かった(表13)。「訪問栄養食事指導」の「利用満足度」は62.9%と高いが、利用割合が低いため参考値と考えるべきである。

4) 回答医師の各訪問業務に対する「重要性認識」

4職種中で「訪問看護」は「重要」の回答が90.7%と最も高かった(表14)。「訪問リハビリテーション」81.3%、「訪問薬剤指導管理」56.5%、「訪問栄養食事指導」54.2%と、業務により差はあるもののいずれの業務も「重要」という認識が50%を超えた。「訪問薬剤指導管理」「訪問栄養食事指導」は、「訪問看護」や「訪問リハビリテーション」にくらべて医師の重要度認識が低かった。

5) 回答医師の各訪問業務の担当職種との「連携に関する重要性認識」

「訪問看護」91.0%、「訪問リハビリテーション」79.6%、「訪問薬剤指導管理」57.6%、「訪問栄養食事指導」52.6%であり、「各訪問業務担当職種との連携に関する重要性認識」は「各訪問業務に対する重要度認識」に近い比率となっていた(表15)。「訪問看護師」「各訪問リハビリテーション療法士」との連携に関して、「重要である」という認識が8~9割前後であるのに対して、「薬剤師」「管理栄養士」との連携の重要度認識は5~6割程度と、職種により大きな開きがあった。

「訪問栄養食事指導」に対する「重要性認識」、「管理栄養士」に対する「連携重要性認識」とともに、医師の認識は半数以上が「重要である」と答えており、「重要と感じているが、利用はしていない」現状が確認された。

(4) 回答医師の「調査時の在宅訪問診療の実施状況」と「4つの在宅訪問業務に対する認識および連携状況」の関係

調査時の回答医師の「在宅訪問診療の実施状況」が、4つの職種の在宅訪問業務に対する利用状況、認識および連携状況に関する質問回答にどのように影響しているかを分析した。

1) 回答医師の各訪問業務に対する「認知度」

4つの職種の在宅訪問業務に対する回答医師の「認知度」は、調査時点で在宅訪問診療を実施している医師の方が、いずれの業務に対しても高い「認知度」を示した(表16)。

この傾向は、「認知度」自体は低い「訪問栄養食事指導」においても確認された。各訪問業務の「認知度」は、回答医師が在宅訪問診療を実施しているかどうかにより大きく影響されることが示された。

2) 回答医師の各訪問業務に対する「利用経験」

4つの職種の在宅訪問業務に対する回答医師の「利用経験」は、調査時点で在宅訪問診療を実施している医師の方が、いずれの業務に対しても有意に高い割合を示した(表17)。特に「訪問看護」「訪問リハビリテーション」においてその傾向は顕著であった。「訪問薬剤指導管理」については、在宅訪問診療を実施していない医師のほとんど(94.2%)がこの業務の利用経験がなかった。有意差はあるものの、「訪問栄養食事指導」は医師にほとんど活用されておらず、「認知度」の低さと合わせて今後の対策が必要な訪問業務といえる。

3) 回答医師の各訪問業務に対する「利用満足度」

「訪問看護」において、「調査時点での在宅訪問診療実施の有無」とその業務の「利用満足度」に統計的に有意な関連がみられた(表18)。有意差は確認されたが、訪問診療実施中でなくても「訪問看護」に対する「利用満足度」は他の職種とくらべて高いことがわかる。「訪問リハビリテーション」については、医師の在宅訪問診療の実施が医師の「訪問リハビリテーション」に対する「利用満足度」を上昇させていないことを示している。「訪問薬剤指導管理」に

については、回答数が少ないことから、この業務に対する回答医師の関心自体が低いことがうかがえる。利用の少なかった「訪問栄養食事指導」は分析に加えていない。

4) 回答医師の各訪問業務に対する「重要性認識」

「訪問看護」と「訪問リハビリテーション」において、「調査時点での在宅訪問診療実施の有無」とその業務の「重要度認識」に統計的に有意な関連がみられた(表 19)。「訪問薬剤指導管理」と「訪問栄養食事指導」については、在宅訪問診療を実施してもこれらに対する回答医師の「重要度認識」が高まる傾向はみられない。「必要性を感じる機会が少ない」ためなのか、これら二つの制度の利用しやすさに課題があるのか、検討してみる必要がある。

「訪問看護」と「訪問リハビリテーション」で、回答医師の訪問診療の実施が「重要度認識」を高めている結果となっている。

5) 回答医師の各訪問業務担当職種に対する「連携重要性認識」

「訪問看護」において、「調査時点での在宅訪問診療実施の有無」とその業務担当職種（訪問看護師）との「連携重要度認識」に、統計的に有意な関連がみられた(表 20)。この項目でも、在宅訪問診療の実施にかかわらず、回答医師の「訪問看護師」「訪問リハビリ療法士」に対する「重要性認識」の高さが確認された。

(5) 回答医師の各訪問業務に期待する役割

4 職種の訪問業務に対して「期待する役割」を複数回答で質問した結果を以下に示す。

1) 「訪問看護」に期待する役割

「訪問看護に期待する役割」について、複数回答（最大 5 項目まで選択可）で回答を得た。選択項目は 14 項目あり、内容から 4 つの群に分けて図 1 にまとめた。回答総数は 3115、回答者数は 667 人（96.9%）だった。

① 医療行為に関する項目（4 項目）

- ・病状・機能障害の観察、異常の早期発見（577 票）
- ・褥瘡の処置・予防・スキンケア（407 票）
- ・カテーテル管理・機器管理と家族への指導（340 票）
- ・輸液の実施・補助（225 票）

② ADL への介入に関する項目（4 項目）

- ・家族への介護方法の指導（300 票）
- ・清潔の保持（清拭・洗髪・入浴介助）（228 票）
- ・日常生活援助（食事・排泄など）（166 票）
- ・リハビリテーションの実施（69 票）

③ メンタルケアに関する項目（3項目）

- ・ターミナルケア・緩和ケアと家族支援（228票）
- ・患者・家族への精神的支援（195票）
- ・認知症・精神疾患患者へのケアと家族支援（186票）

④ 当事者・関連職種への情報提供・指導に関する項目

- ・ケアマネジャー・介護職への助言、医学的指導（126票）
- ・入退院時の情報提供・退院調整への参加（48票）
- ・介護用品利用・住宅改修の相談（11票）

2) 「訪問リハビリテーション」に期待する役割

「訪問リハビリテーションに期待する役割」について、複数回答（最大 10 項目まで選択可）で回答を得た。選択項目は 19 項目あり、内容から 4 つの群に分けて図 2 にまとめた。回答総数は 4827、回答者数は 655 人（95.2%）だった。

① 身体機能の維持・向上に関する項目（6項目）

- ・筋力の維持・向上（515票）
- ・関節可動域の維持・向上（494票）
- ・拘縮等廃用症候群の予防（488票）
- ・身体機能・生活機能の評価（468票）
- ・摂食・嚥下機能の維持、向上（331票）
- ・言語・構音機能の維持、向上（199票）

② ADLの維持・向上に関する項目（4項目）

- ・歩行、移動能力の維持・向上（478票）
- ・家族、介護者へのリハビリ指導（362票）
- ・日常生活動作の維持・向上（343票）
- ・福祉用具等の選択支援、指導（189票）

③ 生活支援・指導に関する項目（5項目）

- ・高齢者への介護予防、転倒予防（265票）
- ・生活環境の調整、指導（128票）
- ・本人・家族への精神的支援（104票）
- ・社会活動、社会参加への支援（47票）
- ・退院調整への参加（37票）

④ 疾患別・病状別支援導に関する項目（4項目）

- ・終末期のリハビリ（130票）
- ・呼吸器・循環器疾患のリハビリ（105票）
- ・精神疾患、認知症のADL維持・向上（87票）
- ・小児患者の障害へのリハビリ（54票）

3) 「訪問薬剤指導管理」に期待する役割

「訪問薬剤指導管理に期待する役割」について、複数回答（最大 5 項目まで選択可）で回答を得た。選択項目は 11 項目あり、内容から 3 つの群に分けて図 3 にまとめた。回答総数は 2334、回答者数は 636 人（92.4%）だった。

① 薬の配達・管理に関する項目（5 項目）

- ・残薬状況・服薬状況の確認（453 票）
- ・薬歴管理・自宅への配達（411 票）
- ・麻薬処方箋への対応（96 票）
- ・中心静脈栄養・経管栄養への対応（85 票）
- ・休日の処方箋対応（77 票）

② ADL への介入に関する項目（4 項目）

- ・患者・家族への服薬指導（485 票）
- ・服薬方法の工夫・提案（309 票）
- ・患者・家族への精神的支援（38 票）
- ・退院調整への参加（19 票）

③ メンタルケア患者の体調のモニタリングに関する項（2 項目）

- ・副作用のモニタリング（247 票）
- ・体調・病状変化の医師への報告（101 票）

4) 「訪問栄養食事指導」に期待する役割

「訪問栄養食事指導に期待する役割」について、複数回答（最大 5 項目まで選択可）で回答を得た。選択項目は 8 項目あり、内容から 3 つの群に分けて図 4 にまとめた。回答総数は 2082、回答者数は 617 人（89.7%）だった。

① 栄養・食事の評価に関する項目（3 項目）

- ・栄養評価・低栄養のリスク評価（395 票）
- ・食事内容の評価（369 票）
- ・食習慣・食事環境の評価（260 票）

② 栄養・食事の指導・支援に関する項目（4 項目）

- ・食形態の工夫・提案（481 票）
- ・患者・家族への栄養・食事指導（420 票）
- ・患者・家族への精神的支援（41 票）
- ・退院調整への参加（19 票）

③ 患者の体調のモニタリングに関する項（1 項目）

- ・体調・病状変化の医師への報告（87 票）

(6) 各在宅訪問業務の導入を困難にしている要因

「訪問リハビリテーション」「訪問薬剤指導管理」「訪問栄養食事指導」に対して、回答医師が「その在宅訪問業務の導入を困難にしている要因」を複数回答で質問した結果を以下に示す。

1) 「訪問リハビリテーション」の導入を困難にしている要因

「訪問リハビリテーションの導入困難要因」として選択項目として10項目を挙げ、複数回答で回答を得た結果を以下に示す。図5はそれらをまとめたものである。回答総数は1504、回答者数は657人(95.5%)だった。

《導入を困難にしている要因》

- ・訪問リハビリテーション事業所の量的不足(260票)
- ・訪問リハビリテーション事業所の情報不足(206票)
- ・患者の経済的理由(174票)
- ・患者・家族の理解が得られない(149票)
- ・患者の病状の重度、不安定さ(138票)
- ・訪問リハビリテーションに関連する制度が複雑(124票)
- ・リハビリテーション療法士がどこにいるかわからない(115票)
- ・訪問リハビリテーション事業に対する理解不足(110票)
- ・書類の記入など事務的煩雑さ(97票)
- ・リハビリテーション事業所・スタッフと連携が困難(83票)

2) 「訪問薬剤指導管理」の導入を困難にしている要因

「訪問薬剤指導管理の導入困難要因」として選択項目として8項目を挙げ、複数回答で回答を得た結果を以下に示す。図6はそれらをまとめたものである。回答総数は1174、回答者数は619人(90.0%)だった。

《導入を困難にしている要因》

- ・訪問薬剤管理指導への理解不足(203票)
- ・患者・家族の理解が得られない(185票)
- ・実施薬局の情報不足(169票)
- ・患者の経済的理由(168票)
- ・実施薬局の量的不足(131票)
- ・制度が複雑で利用しにくい(101票)
- ・薬局・薬剤師と連携が取りにくい(92票)
- ・書類の記入など事務的煩雑さ(71票)

3) 「訪問栄養食事指導」の導入を困難にしている要因

「訪問栄養食事指導の導入困難要因」として選択項目として8項目を挙げ、複数回答で回答を

得た結果を以下に示す。図 7 はそれらをまとめたものである。回答総数は 1178、回答者数は 605 人 (87.9%) だった。

《導入を困難にしている要因》

- ・訪問栄養食事指導への理解不足 (217 票)
- ・実施管理栄養士の情報不足 (193 票)
- ・患者・家族の理解が得られない (173 票)
- ・実施管理栄養士の量的不足 (票)
- ・患者の経済的理由 (130 票)
- ・制度が複雑で利用しにくい (100 票)
- ・事業所や管理栄養士と連携が取りにくい (97 票)
- ・書類の記入など事務的煩雑さ (61 票)

(7) 歯科医師との連携状況および多職種カンファレンスや業務担当者会議などへの参加積極性に関する分析

回答医師の「在宅診療における歯科医師との連携状況」を表 21 に示す。傾向としては、歯科医師との連携は「普通」という回答が 49.4% で約半数を占め、良好かどうかについて明確に判断できない回答状況にあった。

「多職種とのケアカンファレンス (退院前のカンファレンスも含む) やサービス担当者会議などに参加するか?」という質問に対する回答を、「調査時の訪問診療の実施状況」との関連から分析した結果を表 22 に示す。「退院前カンファレンス」は在宅訪問診療を実施していない医師でも参加が考えられるが、「実施中」の医師の「非参加」が 16.2% であるのに対して、「実施していない」医師の場合、「非参加」は 46.2% と半数近くを占めた。「必ず参加」は「実施中」の医師が 33.1%、「非実施」の医師が 0.0% と、明確な違いが示された。

活動への年齢による影響をみるため、回答医師の「年齢」と「多職種カンファレンス・担当者会議への参加積極性」の関係を調べたが、両者間に有意差は認められなかった。

(8) 京都府の 3 地域 (「中部・南部・北部」) における 4 職種の訪問業務に対する回答医師の認識と連携・協働状況の比較

二次医療圏に基づいて設定した 3 地域の医師会分類を図 8 に示す。3 地域での回答医師の差異を調べたところ、「性別」以外に統計的有意差はみられなかった。

- ・年齢区分による統計的有意差：なし
- ・臨床経験年数による統計的有意差：なし
- ・訪問診療の実施状況に関する統計的有意差：なし
- ・在宅医療実施への積極性に関する統計的有意差：なし
- ・性別による統計的有意差：あり (χ^2 検定 $p < 0.01$) (表 23)

『日医送検ワーキングペーパー』No.293（2013年）掲載の「地域の医療提供体制の現状と将来一都道府県別・二次医療圏別データ集」⁸⁾より、3地域の京都府3地域の特徴を表24・25に示す。

「南部」地域は「山城北・山城南」から構成され、この地域は日本では珍しい人口増加予想地域であるが、最も医療資源の少ない医療圏の一つであり、また最も高齢者の医療介護需要の高い伸びが予想される地域でもある。「南部」は今後、在宅訪問医療が重要な役割を担う可能性を有する地域といえることができる。

この3地域間で「回答医師の在宅診療活動状況」と「各職種の訪問業務に関する認識および連携状況」について分析を行った。「訪問栄養食事指導」については、利用者数が少なかったため3地域での分析は行わなかった。

「回答医師の在宅診療活動状況」は3地域で差はみられなかった（表26）。しかし、傾向としては「訪問リハビリテーションへの重要性認識」（表27）で「南部」が「北部」「中部」にくらべ低く、「訪問薬剤指導管理の利用経験」では統計的有意差も確認された（表28）。「訪問薬剤指導管理の利用満足度」（表29）においても、「南部」が「北部」「中部」にくらべ低い傾向にあった。

「南部」の回答医師は在宅訪問診療に対して「北部」「中部」に比して消極的でないにもかかわらず、「訪問リハビリテーション」「訪問薬剤指導管理」に対して評価が低い結果となったが、その背景としてどのような要因が影響を与えているか、今後詳細に分析していく必要がある。

(8) 厚生労働省「平成24年度在宅医療連携拠点事業」採択105事業所の成果報告における「課題項目」の分類・集計

本調査の準備検討として、厚生労働省「24年度在宅医療連携拠点事業」採択105施設の活動成果報告⁷⁾に挙げられた「在宅医療における課題」の整理・集計を実施した（図9）。採択105施設中63施設が「医療－介護連携に課題」があると指摘しており、職種間の連携に関わる課題も多数挙げられている。「コーディネーターの必要性」は、そうした連携状態の不具合への対応として挙げられたものと推察できる。

D. 考察

・回答医師の訪問看護・訪問リハビリテーション・訪問薬剤指導管理・訪問栄養食事指導に関する認識および連携状況

質問した4職種の在宅訪問業務について、「認知度」「利用経験」「利用満足度」「重要性の認識」「担当職種との連携の重要性認識」のいずれにおいても、「訪問看護」が他の訪問業務を上回っていた。一方、管理栄養士による「訪問栄養食事指導」は、4つの訪問業務の中で最も認知度が低く（認知度26.0%）、そのことが在宅医療・介護における栄養士の活用を阻害（利用経験5.7%）している要因と推測された。

「訪問看護」に期待する役割では、上位に「医療行為」が挙げられていた。「訪問リハビリ

テーション」では、「身体機能の維持・向上」「ADL の維持・向上」に関する項目が多く挙げられていた。これら 2 職種の仕事は、回答医師によく認知されていることが推測された。「訪問薬剤指導管理」および「訪問栄養食事指導」については、訪問業務内容自体が十分に把握されていない現状が回答状況からうかがえ、これら 2 職種の訪問業務については医師にさらなる情報提供をする必要があると考える。

調査時点で回答医師が在宅訪問診療を実施しているかどうかで、4 職種に対する「認知度」と「利用経験」に有意に差があることが確認された。在宅訪問診療を医師が中心となって多職種協働して推進していくためには、その第一段階として医師が在宅訪問診療に携わることが多職種への認知を高める上でも重要であるといえるだろう。「他の職種に対する重要性の認知」については、今回の結果の中で、回答医師の在宅訪問診療実施によって「訪問看護」「訪問リハビリテーション」の「重要性認知」が高まったのに対して、「訪問薬剤指導管理」と「訪問栄養食事指導」に対する「重要性認知」に変化がなかったこと。このことは、薬剤師および管理栄養士の在宅訪問業務の今後を考える上で、期待される役割と提供されているサービスの実態、制度の利用しやすさと対費用効果などの把握などが重要な課題であることを示している。

医師によるこれら 4 職種の訪問業務活用意欲の規定要因探索のため、今回の調査結果を土台に更なる調査検討が必要と考える。

・京都府の 3 地域（「中部・南部・北部」）における 4 職種の訪問業務に対する回答医師の認知と連携状況の比較

京都府の地域医師会を二次医療圏に基づいて、京都・乙訓→「中部」・山城北・山城南→「南部」・丹後・中丹・南丹→「北部」の 3 地域に分類して検討を行った。今回は回答数が少なく分析に限界があったため、3 地域での課題・ニーズの詳細な把握には至らなかった。

京都府 3 地域に関する今回の分析で唯一統計的有意差が確認された項目は、訪問薬剤指導管理の利用経験である。「南部」でこの業務に対する利用経験が有意に低い傾向が認められた。薬剤師の在宅訪問業務を行う登録薬局（応需薬局）数を見ると、調査当時（2013 年）は「北部」41 薬局、「中部」188 薬局、「南部」が 70 薬局であり、「1 応需薬局あたりの A 会員医師の人数」は「北部」6.4 人、「中部」8.1 人、「南部」5.0 人というように、「利用経験」「利用満足度」の低い「南部」の応需薬局数が A 会員医師数に対して最も多いという結果であった。薬局の在宅訪問業務に関しては、業務を提供する施設数以外の要因の分析が必要と考えられる。

今後は、日本医師会総合政策研究機構のワーキングペーパー『地域の医療提供体制現状と将来一都道府県別・二次医療圏データ集（2013 年度版）』や各訪問業務の実施施設数の分布データ等を活用しつつ、今回の分析で確認された地域による差異について検討する必要がある。

・歯科医師との連携状況および多職種カンファレンスやサービス担当者会議などへの参加積極性に関して

「歯科医師との連携状況」に関しては、質問項目設定が 1 つのみだったため、今回は傾向の