

把握を行うに留まった。今後、在宅診療に欠くことができない歯科医師との連携を推進するため、独立した調査を実施する必要がある。

「患者の退院前の多職種ケアカンファレンス」については、訪問診療を実施していない場合も医師の参加はあり得る。今回の分析結果（表 22）では、訪問診療を実施している医師はそうでない医師にくらべて、多職種ケアカンファレンスや担当者会議への参加にも積極的な傾向が有意に認められた。しかし、訪問診療実施中であっても 16.2%の医師が「参加しない」と回答していることから、多職種カンファレンスや担当者会議への参加は在宅訪問診療の「必須事項」と捉えられていないことがわかる。

その一方で、医師の参加が業務（時間）上困難であるケースや、ケアマネジャーや他の医療職との連携の不具合から参加に困難が生じる事例が、複数の調査票で欄外に記入されていた。「都合がつけば参加」や「参加せず」の回答には、こうした記述内容が背景としてある可能性も否定できない。

・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

整理・集計した課題には、「医師との連携が困難」「医師の在宅医療に対する認識不足」など、医師に関する課題項目が多く挙げられていた。また、在宅訪問診療に関わるスタッフが一同に介する機会である「多職種会議への参加」についても、課題の存在が示された。本調査では介護・福祉職については質問を実施しなかったが、現実にはケアマネジャーや訪問介護士は在宅療養において中心的な役割を担っている。この「採択 105 事業所の成果報告における課題集計」に最も多く挙げられた「医療－介護連携における課題」は、今回の調査結果の背景に存在するものとして、分析結果を考察する必要がある。医療職間の連携にも課題を抱え、さらに医療職－介護・福祉職間にも課題があるという状況は、今後の在宅訪問医療・介護を考える上で「患者の在宅療養生活を「医療」の視点だけではなく、「介護・福祉」との連携を含めて検討していく必要がある」ことを示すものである。

本調査は「医師側」の他の職種との連携に関する認識を明らかにする目的で実施されたが、「医師以外の在宅介護関連職種側」からの提言も合わせながら、双方からの課題克服の方策提言と他職種への要望の整理することの重要性をこの集計結果は示しているといえる。

・研究の限界

今回のアンケート調査においては回収率が約 30%であり、そもそも訪問診療を行っていない医師がアンケートへの回答を見送った可能性が高く、サンプルバイアスがあることは否めない。より回答率を上げる工夫が必要と考えられる。

E. 結論

京都府 A 会員医師の訪問看護・訪問リハビリテーションに対する評価と期待の高さ、訪問

薬剤指導管理・訪問栄養食事指導への関心の低さが確認された。また多職種連携への期待は「北部」で高く「南部」で低い傾向が認められた。こうした地域による差異が生じる背景を的確にとらえていくことが、今回のデータと解析結果が他の自治体にも応用される可能性につながると考えられる。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省, 2010, 「人口動態調査統計(確定数)」
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所, 2012, 「日本の将来推計人口(1月推計)」
- 3) 厚生労働省, 2010, 「国民生活基礎調査」
- 4) 高齢者介護研究会報告書, 2003, 「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」
- 5) 国立長寿医療研究センター, 2012, 「平成23年度在宅医療連携拠点事業総括」
- 6) 京都府医師会 地域ケア委員会, 2010, 「平成20・21年度地域ケア委員会答申書 地域連携を進める京都府の在宅医療—在宅医療サポートセンターに求められる機能は—」
- 7) 厚生労働省, 2013, 「平成24年度在宅医療連携拠点事業 成果報告会資料(平成25年3月23日開催)」
- 8) 高橋泰・江口成美, 2013, 「地域の医療提供体制現状と将来・都道府県別・二次医療圏データ集・(2013年度版)」, 日本医師会総合政策研究機構『日医総研 日医総研ワーキングペーパー』No.293.

F. 研究発表

1 論文発表

- 1) J. Woo, H. Arai, T. P. Ng, A. A. Sayer, M. Wonga, H. Syddall, M. Yamada, P. Zeng, S. Wu, T. M. Zhang, Ethnic and geographic variations in muscle mass, muscle strength and physical performance measures, *Eur Geriatr Med*, 5:155-164, 2014.
- 2) Sewo Sampaio PY, Sampaio RA, Yamada M, Ogita M, Arai H, Comparison of frailty among Japanese, Brazilian Japanese descendants and Brazilian community-dwelling older women. *Geriatr Gerontol Int.* in press, 2014.
- 3) Nishiguchi S, Yamada M, Fukutani N, Adachi D, Tashiro Y, Hotta T, Morino S, Shirooka H, Nozaki Y, Hirata H, Yamaguchi M, Arai H, Tsuboyama T, Aoyama T, Differential Association of Frailty With Cognitive Decline and Sarcopenia in Community-Dwelling Older Adults. *J Am Med Dir Assoc.* in press, 2014.
- 4) Cruz-Jentoft AJ, Landi F, Schneider SM, Zúñiga C, Arai H, Boirie Y, Chen LK, Fielding RA, Martin FC, Michel JP, Sieber C, Stout JR, Studenski SA, Vellas B, Woo J, Zamboni M, Cederholm T, Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: a systematic review. Report of the International Sarcopenia Initiative

(EWGSOP and IWGS), *Age Ageing*, 43:748-59, 2014.

- 5) Tien DN, Kishihata M, Yoshikawa A, Hashimoto A, Sabe H, Nishi E, Kamei K, Arai H, Kita T, Kimura T, Yokode M, Ashida , AMAP1 as a negative-feedback regulator of nuclear factor- κ B under inflammatory conditions. *Sci Rep*. 4:5094, 2014.
- 6) Arai H, Ding YA, Yamashita S, Impact of the integrated guidance on the care of familial hypercholesterolaemia, *J Atheroscler Thromb*. 21:366-7, 2014.
- 7) Arai H, Sasaki J, Teramoto T, Comment on the new guidelines in USA by the JAS guidelines committee, *J Atheroscler Thromb*. 21:79-81, 2014.
- 8) Tanigawa T, Takechi H, Arai H, Yamada M, Nishiguchi S, Aoyama T, Effect of physical activity on memory function in older adults with mild Alzheimer's disease and mild cognitive impairment, *Geriatr Gerontol Int*, 14:758-62, 2014.
- 9) Sampaio PYS, Sampaio RAC, Yamada M, Arai H, Comparison of frailty between users and non-users of a day care center using the Kihon Checklist in Brazil, *J Clin Gerontol Geriatr*, 5:82-85, 2014.
- 10) Miyata C, Arai H, Suga S, Nurse manager's recognition behavior with staff nurse in Japan -Based on semi-structures interviews, *Open Journal of Nursing*, 4:1-8, 2014.
- 11) Chen LK, Liu LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Bahyah KS, Chou MY, Chen LY, Hsu PS, Krairit O, Lee JS, Lee WJ, Lee Y, Liang CK, Limpawattana P, Lin CS, Peng LN, Satake S, Suzuki T, Won CW, Wu CH, Wu SN, Zhang T, Zeng P, Akishita M, Arai H, Sarcopenia in Asia: consensus report of the asian working group for sarcopenia, *J Am Med Dir Assoc*, 15(2):95-101, 2014.
- 12) Arai H, Akishita M, Chen LK, Growing research on sarcopenia in Asia, *Geriatr Gerontol Int*, 14 Suppl 1:1-7. , 2014.
- 13) Yamada M, Moriguch Y, Mitani T, Aoyama T, Arai H, Age-dependent changes in skeletal muscle mass and visceral fat area in Japanese adults from 40 to 79 years-of-age. , *Geriatr Gerontol Int*, 14 Suppl 1:8-14, 2014.
- 14) Sampaio RA, Sewo Sampaio PY, Yamada M, Yukutake T, Uchida MC, Tsuboyama T, Arai H, Arterial stiffness is associated with low skeletal muscle mass in Japanese community-dwelling older adults, *Geriatr Gerontol Int*, 14 Suppl, 1:109-14, 2014.

2. 学会発表

- 1) Arai H, Review of Dyslipidemia Guidelines from the Japan Atherosclerosis Society (Symposium: Asia-Pacific Guidelines for the Management of Dyslipidaemias and Hypertension), 9th Congress of the Asian-Pacific Society of Atherosclerosis and Vascular Diseases and 16th Diabetes and Cardiovascular Risk Factors–East Meets West Symposium, Sep. 25-28, 2014, Hong Kong.

- 2) Arai H, Living well with dementia in Japan: Cross-cultural care of dementia in Asia, 10th Congress of the EUGMS 2014 (International Congress of the European Union Geriatric Medicine Society), Sep. 17-19, 2014, Rotterdam. The Netherlands.
- 3) Ogita M, Okura M, Yamamoto M, Nakai T, Numata T, Arai H, Social participation is associated with physical frailty in Japanese older adults, 10th Congress of the EUGMS 2014 (International Congress of the European Union Geriatric Medicine Society), Sep. 17-19, 2014, Rotterdam. The Netherlands.
- 4) Okura M, Ogita M, Yamamoto M, Nakai T, Numata T, Arai H, More social participation is associated with less dementia and depression in Japanese older adults irrespective of physical frailty, 10th Congress of the EUGMS 2014 (International Congress of the European Union Geriatric Medicine Society), Sep. 17-19, 2014, Rotterdam. The Netherlands.
- 5) Yamada M, Arai H, Mail-Based Intervention For Sarcopenia Prevention Increased Skeletal Muscle Mass, Vitamin D And Igf-1 In Community-Dwelling Japanese Older Adults -Ine Study- 36th ESPEN Congress on Clinical Nutrition & Metabolism (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) Sep. 6-9, 2014, Geneva, Switzerland.
- 6) Arai H, Frailty Checklist in Japan; Does it work? (SYMPOSIUM) FRAILTY RESEARCH: EVIDENCE FROM JAPAN, ICFSR 2014 (International Conference on Frailty & Sarcopenia Research), Mar. 12-14, 2014, Barcelona, Spain.
- 7) Arai H, Management of frailty and sarcopenia by multidisciplinary approach in Japan. (SYMPOSIUM) SARCOPENIA AND FRAILTY RESEARCH: ASIAN PERSPECTIVES, ICFSR 2014 (International Conference on Frailty & Sarcopenia Research), Mar. 12-14, 2014, Barcelona, Spain.
- 8) 荒井秀典, サルコペニアの診断・治療に関する最新知見(シンポジウム5「生活習慣病とサルコペニア」), 脳心血管抗加齢研究会 2014, 2014年12月6~7日, 大阪
- 9) 小村富美子, 荒井秀典, 在宅医療における薬剤師業務に対する医師の重要度認識~京都府医師会所属医師の在宅医療・多職種連携に対する意識調査より~, 第24回日本医療薬学会年会, 2014年9月27日~28日, 愛知
- 10) 荒井秀典, 高齢者の終末期医療を考える(シンポジウム), 第40回京都医学会, 2014年9月28日, 京都
- 11) 小村富美子, 荒井秀典, 京都府における医師の在宅医療・多職種連携に対する意識調査, 第56回日本老年医学会 学術集会2014年6月12日~14日, 福岡
- 12) 荒井秀典, フレイルの簡便なスクリーニング法の開発(シンポジウム1『フレイル研究の最前線~診断から介入への展望~』)第56回日本老年医学会 学術集会, 2014年6月12日~14日, 福岡

G. 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

表 1 回収状況

配布総数	回収総数	有効回収票数	有効回収率
2212	720	688	31.1%

表 2 有効回答者の性別

男性	女性	無回答
583 (84.7%)	78 (11.3%)	27 (3.9%)

表 3 有効回答者の年齢構成

49歳以下	50歳代	60歳代	70歳以上	無回答
101 (16.1%)	240 (34.9%)	202 (29.4%)	127 (18.5%)	8 (1.2%)

表 4 有効回答者の臨床経験年数

10年未満	10～19年	20～29年	30年以上	無回答
197 (28.6%)	228 (33.1%)	133 (19.3%)	118 (17.2%)	12 (1.7%)

表 5 回答医師の在宅訪問診療経験の有無

実施経験あり	実施経験なし	無回答	合計
527 (76.6%)	156 (22.7%)	5 (0.7%)	688 (100.0%)

表 6 年齢別：在宅訪問診療の実施経験の有無

	在宅訪問診療の実施経験		
	あり	なし	合計
49歳以下	84 (76.%)	26 (23.6)	110 (100.0)
50歳代	189 (79.%)	49 (20.6)	238 (100.0)
60歳代	166 (82.6)	35 (17.4)	201 (100.0)
70歳以上	82 (65.1)	44 (34.9)	126 (100.0)

 $p < 0.01$ (χ^2 検定)

()内は %

表 7 在宅訪問診療の実施経験がある医師の調査時点での訪問患者数

0人	1～9人	10～19人	20～49人	50人以上	合計
110 (21.0%)	266 (50.9%)	75 (14.3%)	46 (8.8%)	26 (5.0%)	523 (100.0%)

表 8 年齢別：調査時点での在宅訪問診療の実施状況

	調査時点での在宅訪問診療の実施状況		
	あり	なし	合計
49歳以下	66 (60.6)	43 (39.4)	109 (100.0)
50歳代	152 (63.9)	86 (36.1)	238 (100.0)
60歳代	131 (65.8)	68 (34.2)	199 (100.0)
70歳以上	59 (48.0)	64 (52.0)	123 (100.0)

 $p < 0.01$ (χ^2 検定)

()内は %

表 9 在宅訪問診療経験の有無と今後の実施に対する積極性の関係

在宅訪問診療 の経験	今後の在宅訪問診療に対する積極性		
	実施する	実施予定なし	合計
経験あり	470 (90.4)	50 (9.6)	520 (100.0)
経験なし	38 (24.5)	117 (75.5)	155 (100.0)

$p < 0.001$ (χ^2 検定) ()内は %

表 10 年齢別：今後の在宅訪問診療実施に対する積極性

	今後の在宅訪問診療に対する積極性		
	実施する	実施予定なし	合計
49 歳以下	78 (72.2)	30 (27.8)	108 (100.0)
50 歳代	183 (77.3)	54 (22.7)	238 (100.0)
60 歳代	161 (80.5)	39 (19.5)	200 (100.0)
70 歳以上	82 (66.1)	42 (33.9)	124 (100.0)

$p < 0.05$ (χ^2 検定) ()内は %

表 11 回答医師の各訪問業務に対する「認知度」

	各訪問業務に対する「認知度」		
	知っている	知らない	合計
訪問看護	479 (71.3)	193 (28.7)	672 (100.0)
訪問リハビリテーション	406 (59.6)	275 (40.4)	681 (100.0)
訪問薬剤指導管理	310 (45.7)	369 (54.3)	679 (100.0)
訪問栄養食事指導	177 (26.0)	504 (74.0)	681 (100.0)

$p < 0.001$ (χ^2 検定) ()内は %

表 12 回答医師の各訪問業務に対する「利用経験」

	各訪問業務に対する「利用経験」		
	あり	なし	合計
訪問看護	516 (75.1)	171 (24.9)	676 (100.0)
訪問リハビリテーション	416 (60.9)	267 (39.1)	683 (100.0)
訪問薬剤指導管理	185 (27.2)	494 (72.8)	679 (100.0)
訪問栄養食事指導	38 (5.7)	631 (94.3)	669 (100.0)

$p < 0.001$ (χ^2 検定) ()内は %

表 13 回答医師の各訪問業務に対する「利用満足度」

	各訪問業務に対する「利用満足度」		
	満足	満足でない	合計
訪問看護	377 (73.2)	138 (26.8)	515 (100.0)
訪問リハビリテーション	224 (55.6)	179 (44.4)	403 (100.0)
訪問薬剤指導管理	105 (58.7)	74 (41.3)	179 (100.0)
訪問栄養食事指導	22 (62.9)	13 (37.1)	35 (100.0)

$p < 0.001$ (χ^2 検定) ()内は %

表 14 回答医師の各訪問業務に対する「重要度認識」

	各訪問業務に対する「重要性認識」		
	重要	重要ではない	合計
訪問看護	594 (90.7)	61 (9.3)	655 (100.0)
訪問リハビリテーション	543 (81.3)	125 (18.7)	668 (100.0)
訪問薬剤指導管理	374 (56.5)	288 (43.5)	662 (100.0)
訪問栄養食事指導	356 (54.2)	301 (45.8)	657 (100.0)

$p < 0.001$ (χ^2 検定) ()内は %

表 15 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」

	各職種に対する「連携重要性認識」		
	重要	重要ではない	合計
訪問看護師	594 (91.0)	59 (9.0)	653 (100.0)
各リハビリ療法士	532 (79.5)	137 (20.5)	669 (100.0)
薬剤師	380 (57.6)	280 (42.4)	660 (100.0)
管理栄養士	343 (52.6)	309 (47.4)	652 (100.0)

$p < 0.001$ (χ^2 検定) ()内は %

表 16 回答医師の「調査時点での在宅診療の実施の有無」と各訪問業務に対する「認知度」

	調査時点での 在宅訪問診療の実施	各訪問業務に対する「認知度」		
		知っている	知らない	合計
訪問看護 ($p < 0.001$)	実施中	362 (89.6)	42 (10.4)	404 (100.0)
	実施していない	110 (42.6)	148 (57.4)	258 (100.0)
訪問リハビリテーション ($p < 0.001$)	実施中	318 (77.6)	92 (22.4)	410 (100.0)
	実施していない	82 (31.5)	148 (57.4)	258 (100.0)
訪問薬剤指導管理 ($p < 0.001$)	実施中	246 (60.3)	162 (39.7)	408 (100.0)
	実施していない	61 (23.5)	189 (76.5)	260 (100.0)
訪問栄養食事指導 ($p < 0.001$)	実施中	130 (31.9)	277 (68.1)	407 (100.0)
	実施していない	44 (16.7)	219 (83.3)	263 (100.0)

$n.s.$ (χ^2 検定) ()内は %

表 17 回答医師の「調査時点での在宅診療の実施の有無」と各訪問業務に対する「利用経験」

	調査時点での 在宅訪問診療の実施	各訪問業務に対する「利用経験」		
		あり	なし	合計
訪問看護 ($p < 0.001$)	実施中	386 (93.7)	26 (6.3)	412 (100.0)
	実施していない	121 (45.8)	143 (54.2)	254 (100.0)
訪問リハビリテーション ($p < 0.001$)	実施中	331 (80.5)	80 (19.5)	411 (100.0)
	実施していない	78 (29.9)	183 (70.1)	261 (100.0)
訪問薬剤指導管理 ($p < 0.001$)	実施中	167 (40.8)	242 (59.2)	409 (100.0)
	実施していない	15 (5.8)	244 (94.2)	259 (100.0)
訪問栄養食事指導 ($p < 0.001$)	実施中	34 (8.5)	366 (91.5)	400 (100.0)
	実施していない	4 (1.6)	254 (98.4)	258 (100.0)

$n.s.$ (χ^2 検定) ()内は %

表 18 回答医師の「調査時点での在宅診療の実施の有無」と各訪問業務に対する「利用満足度」

	調査時点での 在宅訪問診療の実施	各訪問業務に対する「利用満足度」		
		満足	満足ではない	合計
訪問看護 ($p < 0.01$)	実施中	294 (76.4)	91 (23.6)	385 (100.0)
	実施していない	76 (62.8)	45 (37.2)	121 (100.0)
訪問リハビリテーション	実施中	186 (57.8)	136 (42.2)	322 (100.0)
	実施していない	36 (48.6)	38 (51.4)	74 (100.0)
訪問薬剤指導管理	実施中	97 (59.9)	65 (40.1)	162 (100.0)
	実施していない	7 (46.7)	8 (53.3)	15 (100.0)

n.s. (χ^2 検定)

()内は %

表 19 回答医師の「調査時点での在宅診療の実施の有無」と各訪問業務に対する「重要度認識」

	調査時点での 在宅訪問診療の実施	各訪問業務に対する「重要度認識」		
		重要	重要ではない	合計
訪問看護 ($p < 0.05$)	実施中	375 (92.8)	29 (7.2)	404 (100.0)
	実施していない	209 (87.1)	31 (12.9)	240 (100.0)
訪問リハビリテーション ($p < 0.001$)	実施中	348 (85.7)	58 (14.3)	406 (100.0)
	実施していない	188 (74.6)	64 (25.4)	252 (100.0)
訪問薬剤指導管理	実施中	227 (56.9)	172 (43.1)	399 (100.0)
	実施していない	142 (56.3)	110 (43.7)	252 (100.0)
訪問栄養食事指導	実施中	203 (51.9)	188 (48.1)	391 (100.0)
	実施していない	147 (57.6)	108 (42.4)	255 (100.0)

n.s. (χ^2 検定)

()内は %

表 20 回答医師の「調査時点での在宅診療の実施の有無」と
各訪問業務担当職種に対する「連携重要度認識」

	調査時点での 在宅訪問診療の実施	各訪問職種に対する「連携重要性認識」		
		重要	重要ではない	合計
訪問看護師 ($p < 0.01$)	実施中	376 (93.3)	27 (6.7)	403 (100.0)
	実施していない	208 (87.0)	31 (13.0)	239 (100.0)
各リハビリ療法士	実施中	329 (80.8)	78 (19.2)	407 (100.0)
	実施していない	196 (77.8)	56 (22.2)	252 (100.0)
薬剤師	実施中	230 (57.9)	167 (42.1)	397 (100.0)
	実施していない	144 (57.1)	108 (42.9)	252 (100.0)
管理栄養士	実施中	196 (50.4)	193 (49.6)	389 (100.0)
	実施していない	141 (56.0)	111 (44.0)	252 (100.0)

n.s. (χ^2 検定)

()内は %

表 21 回答医師の在宅診療における歯科医師との連携状況

非常に良好	良好	普通	あまりよくない	よくない
13 (2.1%)	110 (17.4%)	312 (49.4%)	131 (20.8%)	65 (10.3%)

表 22 回答医師の多職種ケアカンファレンス・担当者会議への参加状況

調査時の訪問診療の 実施状況	多職種カンファレンス(退院前カンファレンスを含む)・担当者会議への参加				
	必ず参加	ケースによっては 参加	都合がつけば 参加	参加しない	合計
実施中	228 (33.1)	114 (28.0)	199 (48.9)	66 (16.2)	407 (100.0)
実施していない	0 (0.0)	41 (16.6)	92 (26.1)	114 (46.2)	247 (100.0)
合計	28 (4.3)	155 (23.7)	291 (44.5)	180 (27.5)	654 (100.0)

$p < 0.001$ (χ^2 検定)

()内は %

表 23 京都府 3 地域における回答医師の男女比

	男性	女性	合計
中部 (京都市内・乙訓)	352 (86.1 %)	91 (13.9 %)	416 (100.0%)
南部 (山城北・南)	91 (87.5 %)	13 (12.5 %)	104 (100.0%)
北部 (丹後・中丹・南丹)	91 (98.9 %)	1 (1.1 %)	92 (100.0%)

$p < 0.01$ (χ^2 検定)

表 24 京都府 3 地域の人口における特徴 (その 1)

		人口	人口密度	地域タイプ
全国		128,057,352	343.4	
京都府		2,636,092	572	

北 部	丹後	104,850	124.8	過疎型
	中丹	204,157	164.4	地方都市型
	南丹	143,345	125.3	過疎型
中 部	京都・乙訓	1,623,308	1,886.0	大都市型
南 部	山城北	445,855	1,729.9	地方都市型
	山城南	114,577	434.9	地方都市型

表 25 京都府 3 地域の人口における特徴 (その 2)

		高齢化率 (%)	2010 → 2035 年 総人口 増減率 (%)	2010 → 2035 年 75 歳以上 人口増減率 (%)	総病床数
全国		23	-14	59	1,672,549
京都府		22	-14	55	37,388

北 部	丹後	32	-31	10	1,109
	中丹	27	-22	17	3,299
	南丹	24	-19	59	1,461
中 部	京都・乙訓	22	-12	53	25,879
南 部	山城北	22	-14	97	5,069
	山城南	19	5	116	571

表 26 京都府 3 地域の回答医師の在宅訪問診療の実施状況

二次医療圏に基づく地域	調査時点での在宅訪問診療の実施の有無		
	実施中	実施していない	合計
北 部	56 (60.2)	37 (39.2)	93 (100.0)
中 部	253 (59.8)	170 (40.2)	423 (100.0)
南 部	70 (65.4)	37 (34.6)	93 (100.0)
合 計	379 (60.8)	244 (39.2)	623 (100.0)

n.s. (χ^2 検定) ()内は %

表 27 京都府 3 地域の回答医師の「訪問リハビリテーション」に対する「重要性認識」

二次医療圏に基づく地域	訪問リハビリに対する「重要性認識」		
	重要	重要ではない	合計
北 部	81 (88.0)	11 (12.0)	92 (100.0)
中 部	342 (81.2)	79 (18.8)	421 (100.0)
南 部	78 (76.5)	24 (23.5)	102 (100.0)
合 計	501 (81.5)	114 (18.5)	615 (100.0)

n.s. (χ^2 検定) ()内は %

表 28 京都府 3 地域の回答医師の「訪問薬剤指導管理」に対する「利用経験」

二次医療圏に基づく地域	訪問薬剤指導管理に対する「利用経験」		
	あり	なし	合計
北 部	27 (29.3)	65 (70.7)	92 (100.0)
中 部	129 (30.3)	297 (69.7)	426 (100.0)
南 部	19 (17.6)	89 (82.4)	108 (100.0)
合 計	175 (28.0)	451 (72.0)	626 (100.0)

$p < 0.05$ (χ^2 検定) ()内は %

表 29 京都府 3 地域の回答医師の「訪問薬剤指導管理」に対する「利用満足度」

二次医療圏に基づく地域	訪問薬剤指導管理に対する「利用満足度」		
	満足	満足でない	合計
北 部	17 (68.0)	8 (32.0)	25 (100.0)
中 部	74 (59.2)	51 (40.8)	125 (100.0)
南 部	7 (36.8)	12 (63.2)	19 (100.0)
合 計	98 (58.0)	71 (42.0)	169 (100.0)

n.s. (χ^2 検定) ()内は %

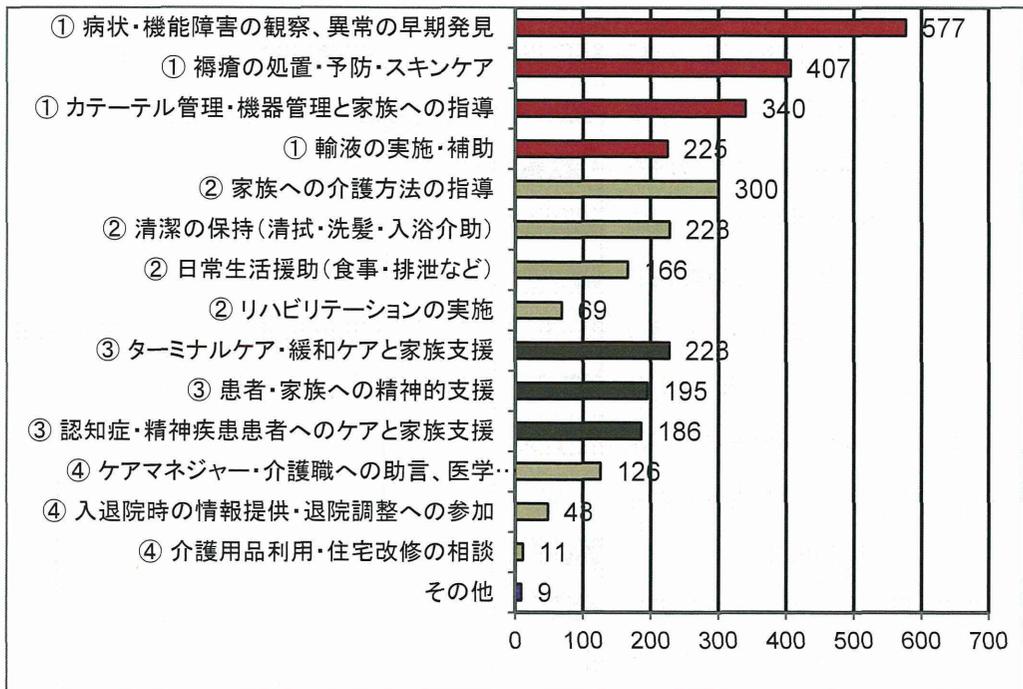


図1 回答医師が「訪問看護」に期待する役割(複数回答)

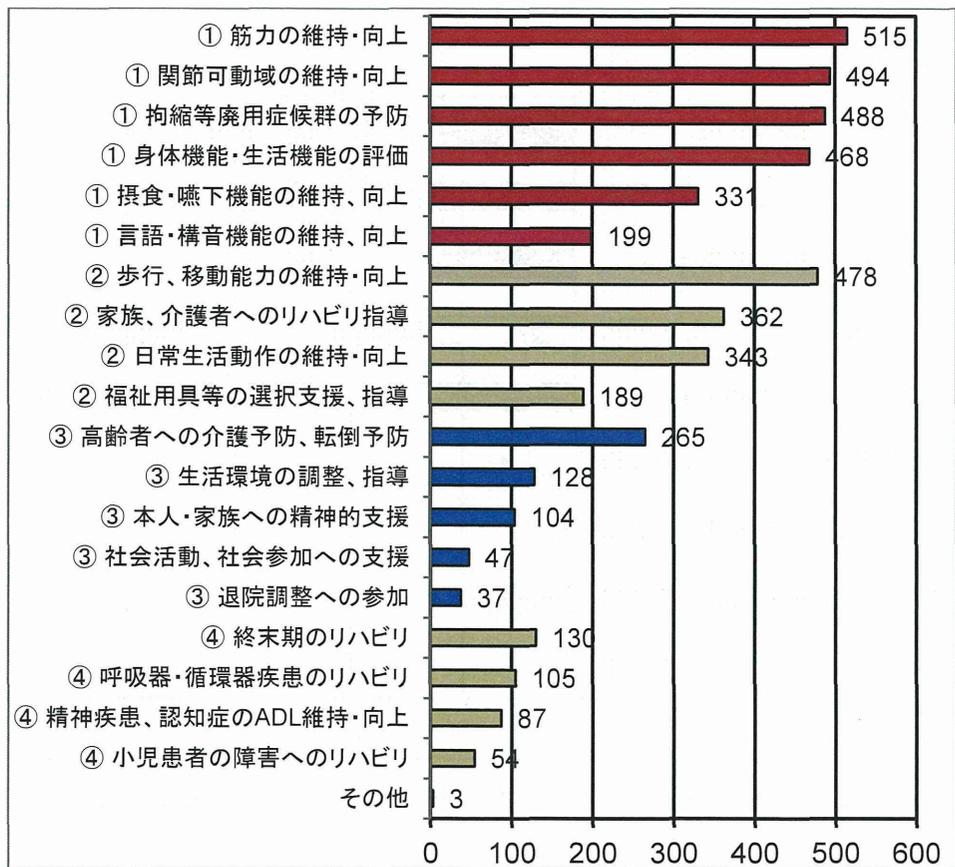


図2 回答医師が「訪問リハビリテーション」に期待する役割(複数回答)

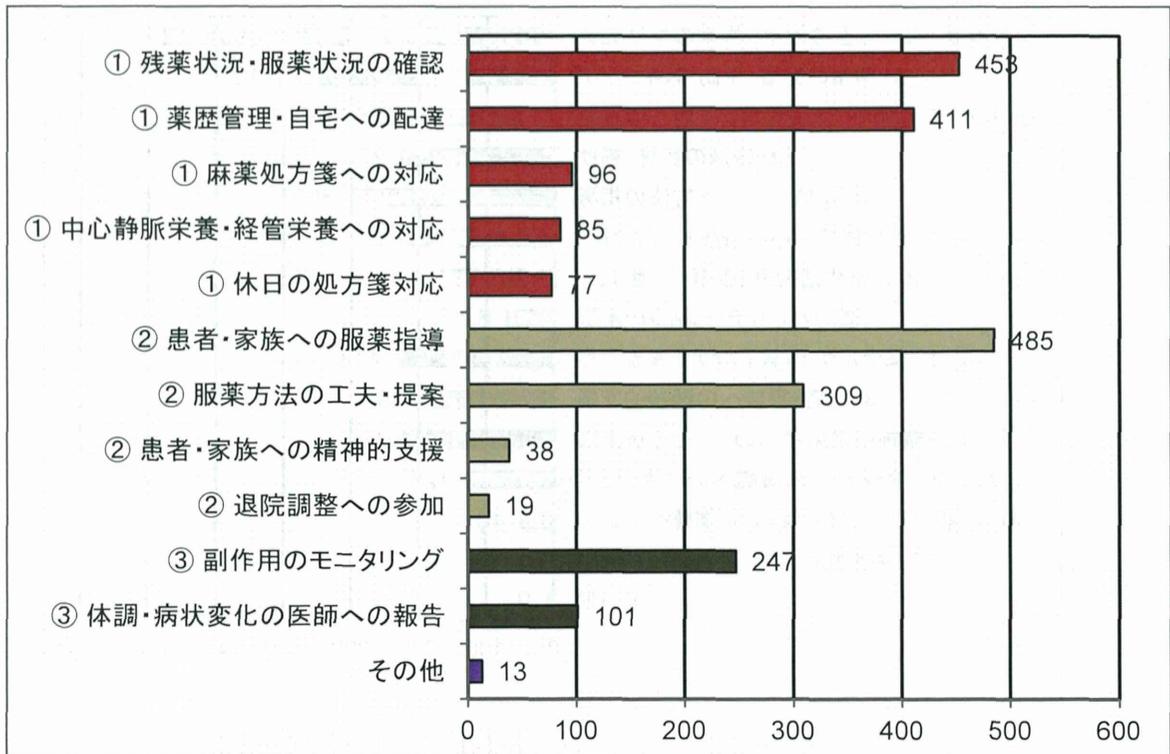


図3 回答医師が「訪問薬剤指導管理」に期待する役割（複数回答）

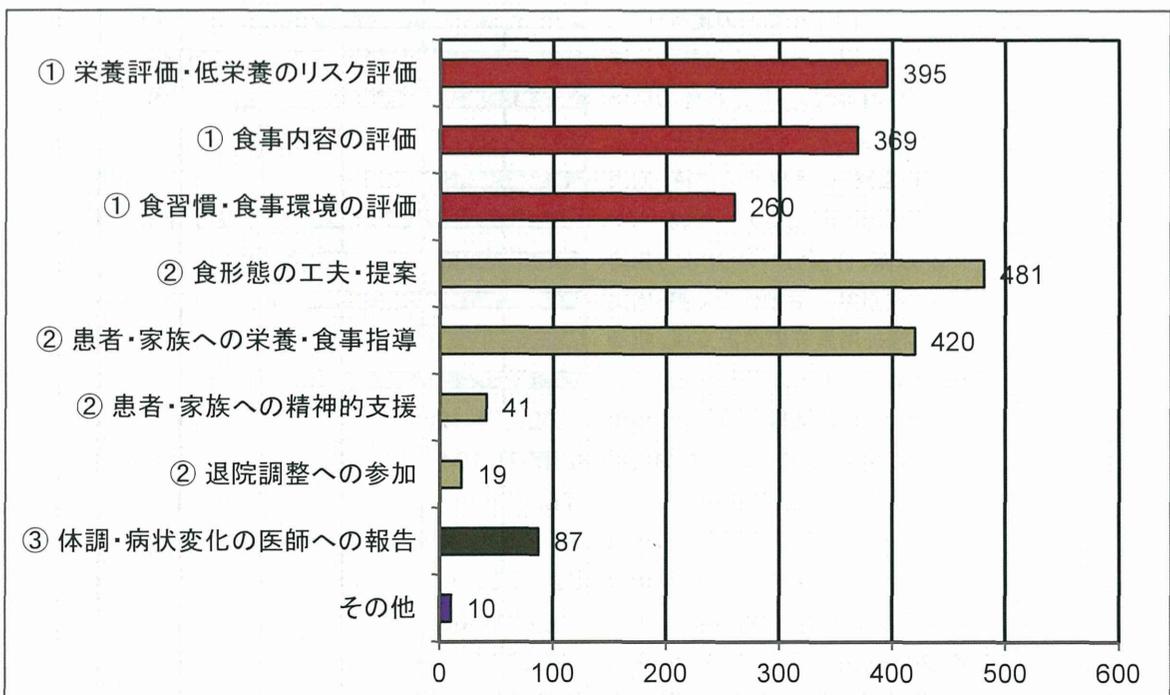


図4 回答医師が「訪問栄養食事指導」に期待する役割（複数回答）

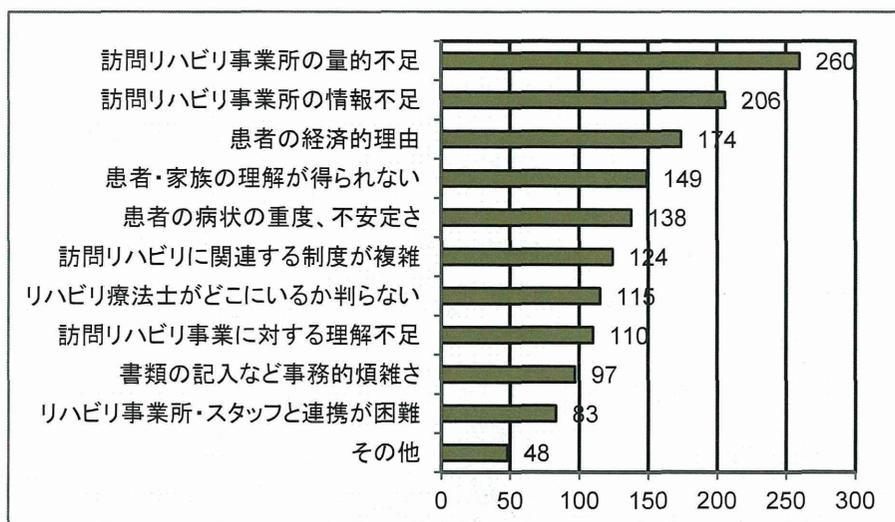


図5 「訪問リハビリテーション」の導入を困難にしている要因（複数回答）

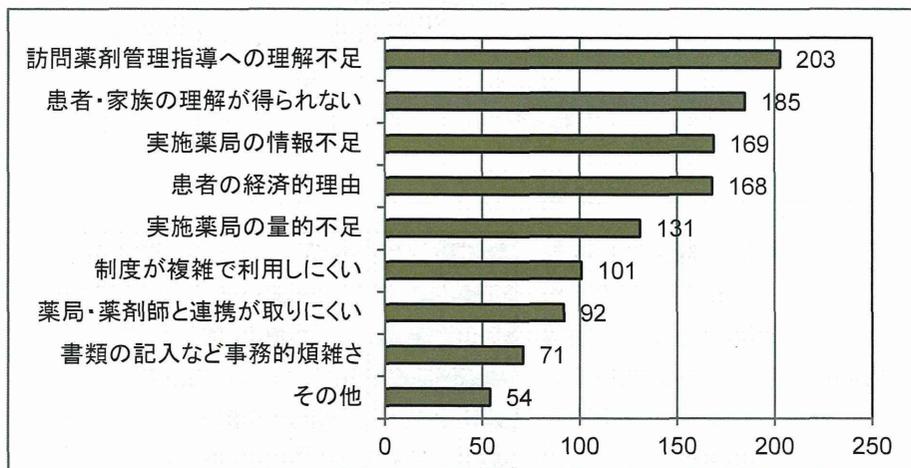


図6 「訪問薬剤指導管理」の導入を困難にしている要因（複数回答）

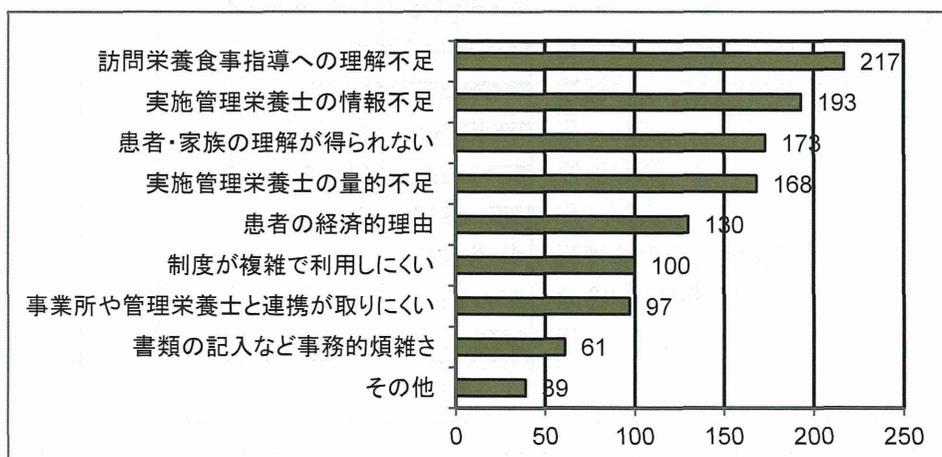


図7 「訪問栄養食事指導」の導入を困難にしている要因（複数回答）

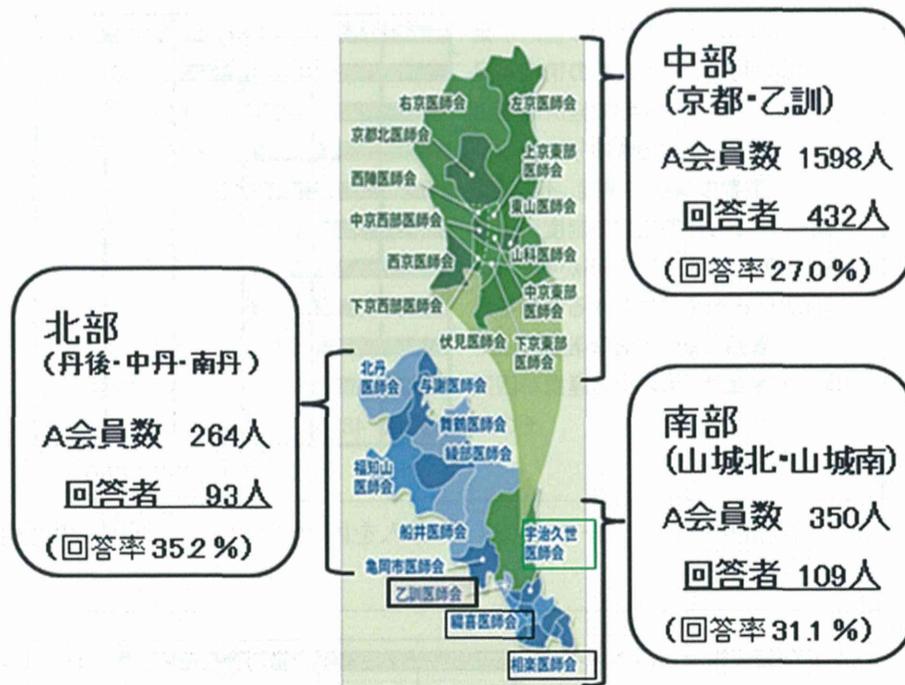


図8 二次医療圏に基づいた京都府医師会の3分類

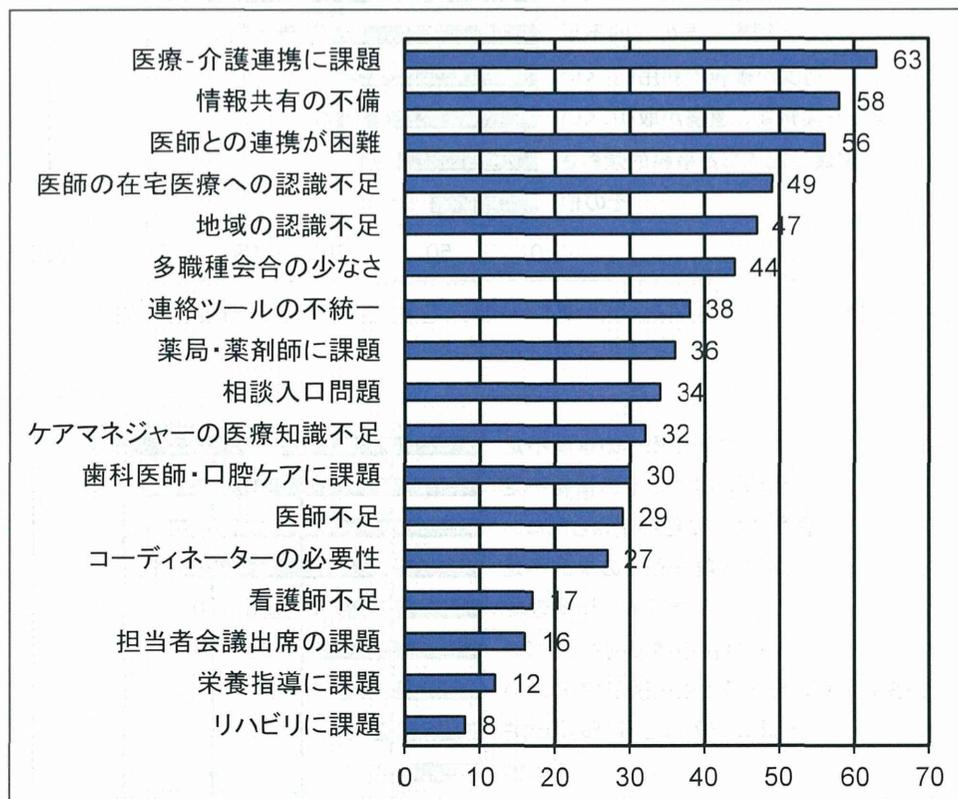


図9 「厚生労働省 24年度在宅医療連携拠点事業 成果報告会資料」に挙げられた「在宅医療における課題」

- (4) 患者の在宅療養において、訪問看護の重要性について、どのようにお考えですか？
 ① 非常に重要 ② 重要 ③ 普通 ④ あまり重要ではない ⑤ 不要
- (5) 在宅医療において、訪問看護師との連携の重要性について、どのようにお考えですか？
 ① 非常に重要 ② 重要 ③ 普通 ④ あまり重要ではない ⑤ 不要

2. 訪問リハビリテーションについてお尋ねします。

- (1) 訪問リハビリテーションの業務内容について、どの程度ご存知ですか？
 ① よく知っている ② 知っている ③ あまり知らない ④ 知らない
- (2) 訪問リハビリテーションに期待する役割をお答えください。【最大10項目までお選びください】
- | | |
|--------------------------|---|
| ① 身体機能、生活機能の評価 | ⑬ 家族、介護者へのリハビリ指導 |
| ② 筋力の維持・向上 | ⑭ 終末期のリハビリ（病状の進行にともなうADL低下に応じた継続的なりハまたは疼痛緩和、拘縮予防など） |
| ③ 関節可動域の維持・向上 | ⑮ 小児患者の障害へのリハビリ |
| ④ 拘縮等廃用症候群の予防 | ⑯ 精神疾患、認知症患者に対する日常生活動作の維持・向上のためのリハビリ |
| ⑤ 言語・構音機能の維持・向上 | ⑰ 呼吸器・循環器疾患患者に対するリハビリ |
| ⑥ 摂食・嚥下機能の維持・向上 | ⑱ 退院調整への参加 |
| ⑦ 食事、入浴、排泄など日常生活動作の維持・向上 | ⑲ 本人・家族への精神的支援 |
| ⑧ 歩行、移動能力の維持・向上 | ⑳ その他 _____ |
| ⑨ 福祉用具・自助具の選択支援・指導 | |
| ⑩ 住宅改修など生活環境の調整・指導 | |
| ⑪ 社会活動、社会参加への支援 | |
| ⑫ 高齢者への介護予防、転倒予防 | |
- (3) 訪問リハビリテーション（医療保険、介護保険を問わず）を利用したこと（指示書または情報提供書を記載したこと）がありますか？
 ① なし………(4)へお進みください
 ② あり → ◆全体的にみて、訪問リハビリテーションを利用しての満足度はいかがですか？
 a. 非常に満足 b. 概ね満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満
 ※ d. やや不満、e. 不満の場合の理由 _____

-
- ◆訪問リハビリテーションが必要と判断した時の相談・連絡先はどちらですか？
 a. まず、担当のケアマネジャーまたは地域包括支援センターに相談・連絡する
 b. まず、訪問リハを実施している訪問看護ステーション・病院・診療所・老健等の訪問リハビリ事業所に相談・連絡する
 c. まず、自院の訪問リハビリを実施している事業所や訪問看護に相談・連絡する
 d. 行政に問い合わせる
- ◆訪問リハビリ事業所からの報告事項のうち重要と考えるのは何ですか？【複数回答可】
- | | |
|---------------------|--------------------------|
| a. リハビリの目標 | f. 家族の介護負担 |
| b. リハビリの実施内容 | g. 目標到達期間の目安、終了時期の予想について |
| c. 心身機能、ADL等の機能評価結果 | h. その他 _____ |
| d. リハビリの効果判定、成果 | |
| e. 生活機能の変化 | |
- ◆訪問リハビリの終了時期の決定に際し、先生が最も重視されるのは何ですか？
- | | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| a. 医師の判断 | d. 本人または家族の意向 |
| b. リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）からの情報 | e. カンファレンスや情報共有による関係職種間での合意 |
| c. ケアマネジャーからの情報 | f. その他 _____ |
- ◆どのような病期の人に訪問リハビリを依頼していますか？【複数回答可】
- | | | | |
|--------------|--------|--------|---------|
| a. 急性期 | b. 回復期 | c. 維持期 | d. 退院直後 |
| e. その他 _____ | | | |
-

(2)

【全員がご回答ください】

(4) 訪問リハビリの導入を困難にしていると考えられる要因は何ですか？【複数回答可】

- ① 患者の病状の重度、不安定さによりリハビリの実施が困難
- ② 患者・家族の訪問リハビリ導入への理解が得られない
- ③ 患者の経済的理由により導入が困難
- ④ 訪問リハビリに関連する制度が複雑で利用しにくい
- ⑤ 訪問リハビリに関連する書類の記入など事務的煩雑さにより導入しづらい
- ⑥ 訪問リハビリ事業所の量的不足
- ⑦ 訪問リハビリ事業所の情報不足
- ⑧ 訪問リハビリ事業そのものに対する理解不足
- ⑨ 訪問リハビリ事業所またリハビリスタッフと連携が取りにくい
- ⑩ リハビリ職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）がどこにいるか判らず導入しづらい
- ⑪ その他 _____

(5) 訪問リハビリが困難な時に、代替としてマッサージ師等による訪問マッサージを利用したことがありますか？

- ① よくある ② ある ③ まれにある ④ ない

(6) 在宅での療養において、訪問リハビリの重要性について、どのようにお考えですか？

- ① 非常に重要 ② 重要 ③ 普通 ④ あまり重要ではない ⑤ 不要

(7) 在宅医療において、訪問リハビリスタッフ（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）との連携の重要性について、どのようにお考えですか？

- ① 非常に重要 ② 重要 ③ 普通 ④ あまり重要ではない ⑤ 不要

3. 訪問薬剤指導管理（医療保険：在宅患者訪問薬剤指導管理料 介護保険：薬剤師による居宅療養管理指導費）についてお尋ねします。

(1) 訪問薬剤指導管理の業務内容について、どの程度ご存知ですか？

- ① よく知っている ② 知っている ③ あまり知らない ④ 知らない

(2) 訪問薬剤指導管理について期待する役割は何ですか？【最大5項目までお選びください】

- ① 薬歴管理および自宅への配薬
- ② 訪問による患者・家族への服薬指導
- ③ 訪問による残薬の有無等、服薬状況の確認
- ④ 嚥下など患者の状態に応じた服薬方法の工夫、提案
- ⑤ 副作用のモニタリング
- ⑥ 患者の体調や病状変化の報告
- ⑦ 麻薬処方箋への対応
- ⑧ 中心静脈栄養、経管栄養への調剤、対応
- ⑨ 休日における処方箋への対応
- ⑩ 退院調整への参加
- ⑪ 本人・家族への精神的支援
- ⑫ その他 _____

(3) 訪問薬剤指導管理を利用したことがありますか？

- ① なし ② あり → ◆全体的にみて、訪問薬剤指導管理を利用した際の満足度はいかがですか？
a. 非常に満足 b. 概ね満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満
※ d. やや不満、e. 不満の場合の理由 _____

(4) 訪問薬剤指導管理の導入を困難にしている要因は何ですか？【複数回答可】

- ① 患者・家族の訪問薬剤指導管理への理解が得られない
- ② 患者の経済的理由により導入が困難
- ③ 訪問薬剤指導に関連する制度が複雑で利用しにくい
- ④ 訪問薬剤指導に関連する書類の記入など事務的煩雑さにより導入しづらい
- ⑤ 訪問薬剤指導を実施している薬局の量的不足
- ⑥ 訪問薬剤指導を実施している薬局の情報不足
- ⑦ 訪問薬剤指導そのものに対する理解不足
- ⑧ 訪問薬剤指導を実施している薬局また薬剤師との連携が取りにくい
- ⑨ その他 _____

(3)

(5) 在宅での療養において訪問薬剤指導管理の重要性について、どのようにお考えですか？

- ① 非常に重要 ② 重要 ③ 普通 ④ あまり重要ではない ⑤ 不要

(6) 在宅医療において、薬剤師との連携の重要性について、どのようにお考えですか？

- ① 非常に重要 ② 重要 ③ 普通 ④ あまり重要ではない ⑤ 不要

4. 訪問栄養食事指導（医療保険：在宅患者訪問栄養食事指導料 介護保険：管理栄養士による居宅療養管理指導費）についてお尋ねします。

(1) 訪問栄養食事指導の業務内容について、どの程度ご存知ですか？

- ① よく知っている ② 知っている ③ あまり知らない ④ 知らない

(2) 訪問栄養食事指導について期待する役割は何ですか？【最大5項目までお選びください】

- ① 栄養評価、低栄養のリスク評価 ⑥ 患者の体調や病状変化の報告
② 食事内容の評価 ⑦ 退院調整への参加
③ 食習慣、食事環境の評価 ⑧ 本人・家族への精神的支援
④ 患者の状態に応じた食形態の工夫、提案 ⑨ その他 _____
⑤ 患者・家族への栄養、食事指導 _____

(3) 訪問栄養食事指導を利用したことがありますか？

- ① なし ② あり → ◆全体的にみて、訪問栄養食事指導を利用しての満足度はいかがですか？
a. 非常に満足 b. 概ね満足 c. 普通 d. やや不満 e. 不満
※ d. やや不満、e. 不満の場合の理由 _____

(4) 訪問栄養食事指導の導入を困難にしている要因は何ですか？【複数回答可】

- ① 患者・家族の訪問栄養指導への理解が得られない
② 患者の経済的理由により導入が困難
③ 訪問栄養指導に関連する制度が複雑で利用しにくい
④ 訪問栄養指導に関連する書類の記入など事務的煩雑さにより導入しづらい
⑤ 訪問栄養指導を実施している管理栄養士の量的不足
⑥ 訪問栄養指導を実施している管理栄養士の情報不足
⑦ 訪問栄養指導そのものに対する理解不足
⑧ 訪問栄養指導を実施している事業所また管理栄養士との連携が取りにくい
⑨ その他 _____

(5) 在宅での療養において訪問栄養食事指導の重要性について、どのようにお考えですか？

- ① 非常に重要 ② 重要 ③ 普通 ④ あまり重要ではない ⑤ 不要

(6) 在宅医療において、管理栄養士との連携の重要性について、どのようにお考えですか？

- ① 非常に重要 ② 重要 ③ 普通 ④ あまり重要ではない ⑤ 不要

Ⅲ. 多職種協働について

(1) 在宅における歯科との連携の状況についてはいかがですか？

- ① 非常に良好 ② 良好 ③ 普通 ④ あまりよくない ⑤ よくない

(2) 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されますか？

- ① 必ず参加する ② ケースによっては参加する ③ 都合が合えば参加する ④ 参加しない

(4)

2-7-4)

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

医学教育における在宅医療とその効果に関する調査研究

研究分担者 橋本 正良 神戸大学医学部 プライマリ・ケア医学 特命教授

研究協力者 廣岡 伸隆 防衛医科大学校 総合臨床部 准教授

竹大 禎一 ピッツバーグ大学 家庭医療学 講師

ノル シャズリナ スライマン 神戸大学医学研究科 大学院生

研究要旨

人口構造の変化に伴い疾病構造の変化、医療資源の提供の在り方も変化が求められている。社会保障改革においても在宅医療を担う診療所等の機能強化が叫ばれている。現有する医療資源を効率良く住民に提供するには、卒前のみならず卒後の医学教育課程において、いかに在宅医療を取扱い教育・研修を行っていくかについて検討する必要がある。昨年度は米国と英国、本年度はタイ、マレーシア、インドネシアを訪問し、医学教育の中での在宅医療の位置づけに関して現地調査を行った。米国ではプライマリ・ケアの中心的役割を果たしている家庭医療レジデンシーでの在宅医療研修を調査した。英国では留学生を通じてプライマリ・ケア医師の在宅医療関与を調査した。タイ、マレーシア、インドネシアでは実際の往診グループに同行し、往診スタッフや患者家族から情報収集を行った。今回訪問したどの国も、往診に医学生や研修医を同行させ、on the job training を行っていた。往診を実施している医療機関に医学生や研修医を参加させ、往診の体験をさせることが何より必要である。

A. 研究目的

平成24年度の研究では、日本の大学医学部における医学教育は、医学教育モデル・コアカリキュラム-教育内容ガイドライン-(以下コアカリ)に則り実施されていることを報告した。平成22年度改訂版によればB 医学・医療と社会 (2)地域医療 5)地域における救急医療、在宅医療体制を説明できる。ことがその到達目標となっている。同様に米国医学校における医学教育は、Liaison Committee on Medical Education(LCME)の監督下であり、カリキュラムの概要もLCMEのガイドラインに拠っていることを報告した。

地域過疎地での医師数減少補正のため、複数の大学医学部で地域枠での医学生確保を実施し、地域医療実習を行っている。その多くは人口過疎地での勤務を余儀なくされる医学生を対象とした、人口過疎地での医療を主体とした研修である。地元医師や看護師の往診も実施され、医学生が在宅医療の見学実習を行っている。

日本の将来を鑑みると人口過疎地域のみならず、都市や大都会での地域医療実習も必須である。どの学年でどのくらいの期間、どんな研修が好ましいかは諸大学からの個々の報告書からは判断困難である。