

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)

在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた在宅医療
提供体制の構築に関する研究

令和4年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 田宮菜奈子

令和5年(2023)年5月

目次

I. 総括研究報告

在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた在宅医療提供体制の構築に関する研究 .. 1

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学 医学医療系 教授
ヘルスサービス開発研究センター センター長

II. 分担研究報告

1) 在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた在宅医療提供体制の構築に関する研究—

ヒアリング調査..... 9

研究分担者 伊藤智子 筑波大学 医学医療系 助教
研究分担者 佐方信夫 筑波大学 医学医療系 准教授
研究協力者 吉江悟 筑波大学 ヘルスサービス開発研究センター 研究員
研究協力者 大久保豪 株式会社 BMS 横浜 代表取締役
研究分担者 飯島勝矢 東京大学 高齢社会総合研究機構 教授
研究分担者 川越雅弘 埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科 教授
研究分担者 石崎達郎 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター
(東京都健康長寿医療センター研究所) 研究部長
研究分担者 金雪瑩 国立長寿医療研究センター 研究員
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学 医学医療系 教授
ヘルスサービス開発研究センター センター長

2) 在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた在宅医療提供体制の構築に関する研究—

地域医療の先進事例に関するレビュー..... 30

研究分担者 伊藤智子 筑波大学 医学医療系 助教

3) 在宅医療を受ける患者の4つの医療機能におけるアウトカム評価：自治体の医療介護突合データを用いた要介護度・医療必要度別の検討..... 38

研究分担 孫瑜 筑波大学ヘルスサービス開発研究センター 研究員
研究分担者 伊藤智子 筑波大学 医学医療系 助教
研究分担者 佐方信夫 筑波大学 医学医療系 准教授
研究協力者 吉江悟 筑波大学 ヘルスサービス開発研究センター 研究員
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学 医学医療系 教授
ヘルスサービス開発研究センター センター長

4) 在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた在宅医療提供体制の構築に関する研究：

受診者のADLと乳がん検診受診との関連 52

研究協力者 河村千登星 筑波大学 人間総合科学研究群医学学位プログラム 博士課程

研究分担者 伊藤智子 筑波大学 医学医療系 助教
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学 医学医療系 教授
ヘルスサービス開発研究センター センター長

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 63

在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた
在宅医療提供体制の構築に関する研究

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学 医学医療系 教授
ヘルスサービス開発研究センター センター長

研究要旨

背景 令和4年度においては次の項目を目的とした。①データ分析：(1) 市町村の医療介護突合データを用いて、在宅医療におけるアウトカム指標（再入院、外来通院、要介護の変化等）を検討し、そのアウトカム指標に対する在宅医療の効果を検証する分析モデルの構築を検討する。(2) NDB・介護DBの利用申請ならびに分析環境の調整を進める。(3) 全国調査データ（国民生活基礎調査、中高年縦断調査等）を用いて、在宅要介護者の実態把握を進める。②実態調査：ヒアリング調査を実施し、結果をまとめる。③レビュー：効果的な在宅医療体制について、地域における先進事例をレビューする。

方法 ①-(1)つくば市の医療介護突合データを用い、在宅医療に求められる4つの医療機能（①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り）に関する各指標を要介護度および難病等の有無別に検討した。①-(2)NDB・介護DBの取得手続きを進め、承認を得た。①-(3)国民生活基礎調査の世帯票・健康票を用い、乳がん検診未受診の要因を記述した。②高齢者に在宅医療が導入される際の経緯およびその状態像について、急性期、回復期病院の退院調整職員やケアマネジャーに対しインタビュー調査を行った。③在宅医療整備における先進自治体等の事例について、事例・情報収集し、参考となる仕組み・制度等についてレビューを行った。

結果 ①-(1)要医療群に分類される患者は要介護度に関わらず急変時に対応が必要になる例や死亡例、在宅看取りの割合が多かった。また、要医療群に分類されない患者においても要介護度が重度である患者は急変時に対応が必要になる例や死亡例、在宅看取りの割合が多かった。一方で、要支援の患者は急変時の対応が必要になる症例や死亡例も少なかった。①-(3)手助けや見守りの要否と介護認定の有無別にみた乳がん検診受診のオッズ比（95%信頼区間）は、手助けや見守りが不要な群に対し、手助けや見守りが必要かつ介護認定なし群で1.53(1.36-1.71)、介護認定あり群で2.14(1.81-2.54)であった。②在宅医療利用に対する受療者側のきっかけ・要因として本人の意思や心身の状態に伴った要因が見いだされた。家族側のきっかけ・要因としては、「家族の希望」のほか、「家族のサポート力」が要因として見いだされた。一方で、医療介護体制側のきっかけ・要因としては、「かかりつけ医との連携」「訪問看護ステーション等からの提案」「高齢者施設からの要望」といった連携やシステムに基づく要因

が抽出された。③我が国における在宅医療の先進事例としては、「ICTを活用した医療介護連携体制の構築」および「在宅医の地域医療連携（病診連携、診診連携、多職種連携）」の2つが主な取り組みとして挙げられた。

結論 令和4年度の研究結果から、在宅医療利用の理由としては、主に受療者の医療ニーズや要介護状態があることが示唆された。一方で、それ以外にも「家族側」「医療介護体制側」の理由もあることが示唆され、今後、こうした理由をより検証していくことが必要と考えられた。

A. 研究目的

我が国における在宅医療の需要の増加および人口規模や高齢化率、医療資源や高齢者入居施設数等における地域差などを背景に、地域の特性に応じた在宅医療提供体制を構築する必要がある。そのためには、まず現実社会での在宅医療や介護サービス状況の実態把握としての広範なデータ収集分析が必要であり、データに基づく分析と検討が不可欠である。さらに、在宅医療を利用している患者を整理することで、通院困難に関連する要因のスコア化、通院困難度の分類や新たな指標作成により在宅医療を必要とする対象者を明確化し、ニーズに合った医療提供が可能になると考える。

そこで本研究全体では、我々のこれまでの経験とリソースを十分に活用し、

- ① データ分析：自治体あるいは全国の医療・介護レセプト突合データの分析を用いて、在宅医療の提供状況・受療者特徴を記述する。また全国規模の公表データを用いて在宅医療の提供実態および家族介護者の状況を把握する。
- ② 実態調査：医療介護多職種や患者家族へのヒアリングや質問紙調査により、在宅医療の実態を詳細に把握する。
- ③ レビュー：在宅医療整備における先進自治体や海外の事例について、事例・情報

収集し、参考となる仕組み・制度等についてレビューを行う。

この3つを研究の軸として、我が国の在宅医療における課題と解決方法の検討、在宅医療を必要とする対象者の明確化を行うことを目的とした。

この全体の3つの目的に対し、令和4年度においては下記を目的とした。

- ① データ分析：(1) 市町村の医療介護突合データを用いて、在宅医療におけるアウトカム指標（再入院、外来通院、要介護の変化等）を検討し、そのアウトカム指標に対する在宅医療の効果を検証する分析モデルの構築を検討する。(2) NDB・介護DBの利用申請ならびに分析環境の調整を進める。(3) 全国調査データ（国民生活基礎調査、中高年縦断調査等）を用いて、在宅要介護者の実態把握を進める。
- ② 実態調査：ヒアリング調査を実施し、結果をまとめる。
- ③ レビュー：効果的な在宅医療体制について、地域における先進事例をレビューする。

B. 研究方法

- ①-(1) 在宅医療を受ける患者の4つの医療機能におけるアウトカム評価：自治体の医療

介護突合データを用いた要介護度・難病等の有無別の検討

つくば市の2016～2018年各9月の医療介護突合データを用い、在宅患者訪問診療料(1)の算定があった者を対象とした。各年9月から半年間の追跡期間の中で、在宅医療に求められる4つの医療機能(①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り)に関する各指標を要介護度および難病等の有無別に検討した。別に厚生労働大臣が定める状態の患者(別表第8の2)または在宅がん医療総合診療料の算定がある患者を難病等ありと定義した。

①-(2) NDB・介護DBの取得

NDB・介護DBの連結データの提供について、承認を得た。なお、承認を得たデータ案には、公費情報も含まれており、在宅医療の利用実態について公費状況も含んだ分析を行うことができると期待される。

(研究結果、考察については省略する。)

①-(3) 受診者のADLと乳がん検診受診との関連

2016年、2019年の国民生活基礎調査の世帯票・健康票を用い、入院中または施設入所者を除いた40-74歳の乳がん検診推奨年齢において、年齢、医療保険、ADLなどの変数を用い、乳がん検診未受診の要因を記述した。ADLに関しては手助けや見守りの要否、介護認定の有無、日常生活自立度の3つの尺度を用いた。

② ヒアリング調査

本研究では、高齢者に在宅医療が導入される際の経緯およびその状態像(原因とな

ったイベント、基礎疾患、ADL等)を把握し、導入に困難を伴う場合の理由について把握することを目的にインタビュー調査を行うことを目的とした。

方法 研究対象者は急性期、回復期病院の退院調整職員(看護師およびソーシャルワーカー等)およびケアマネジャーとし、Zoomでインタビューを実施した。インタビュー事項は、(1)在宅医療を導入する流れ、(2)在宅医療の導入理由、(3)在宅医療の導入に係る阻害要因とした。

③ 地域医療の先進事例に関するレビュー

在宅医療整備における先進自治体等の事例について、事例・情報収集し、参考となる仕組み・制度等についてレビューを行った。「在宅医療」「先進」「取り組み」を検索語としたWeb検索を実施した。

C. 研究結果

①-(1) 在宅医療を受ける患者の4つの医療機能におけるアウトカム評価:自治体の医療介護突合データを用いた要介護度・難病等の有無別の検討

対象者は2032人、そのうち要医療群が230人(11.3%)であり、要介護度が重度になるにつれ要医療群の割合が増えた。追跡期間中に221人(そのうち要医療群:72人)が死亡した。要医療群に分類される患者は要介護度に関わらず急変時に対応が必要になる例や死亡例、在宅看取りの割合が多かった。また、要医療群に分類されない患者においても要介護度が重度である患者は急変時に対応が必要になる例や死亡例、在宅看取りの割合が多かった。一方で、要支援の患者は急変時の対応が必要になる症例や死亡

例も少なかった。

①-(3) 受診者の ADL と乳がん検診受診との関連

対象者は 208670 人であり、2 年以内の乳がん検診受診者数は 99675 人(全体の 47.6%)であった。手助けや見守りの要否と介護認定の有無については、①手助けや見守りが不要な群、②手助けや見守りが必要かつ介護認定なし群、③介護認定あり群の 3 群に設定した。日常生活自立度はそのまま用いた。①群、②群、③群の受診割合はそれぞれ 48.0%、28.3%、18.8%であった。日常生活自立度について、完全自立群、生活自立群、準寝たきり群、寝たきり群の受診割合はそれぞれ 48.0%、30.0%、20.3%、12.5%であった。乳がん検診の未受診を従属変数とし、手助けや見守りの要否と介護認定を独立変数とする多変量ロジスティック回帰分析の結果では、②、③の未受診のオッズ比はそれぞれ 1.53(1.36-1.71)、2.14(1.81-2.54)であった。日常生活自立度を独立変数とする多変量ロジスティック回帰分析の結果では、生活自立群、準寝たきり群、寝たきり群の未受診のオッズ比はそれぞれ 1.40(1.24-1.58)、2.09(1.76-2.48)、3.31(2.32-4.73)であった。

② ヒアリング調査

ヒアリング調査の内容を逐語録とし、内容にそってカテゴリー化した。その結果、受療者側のきっかけ・要因としては、「受療者本人の在宅医療希望」「在宅看取りの希望」とする意思決定における要因が抽出され、また「ADL の低下」「認知症」「末期の悪性腫瘍」といった受療者の心身の状態に伴っ

た要因が見いだされた。家族側のきっかけ・要因としては、「家族の希望」のほか、「家族のサポート力」が要因として見いだされた。一方で、医療介護体制側のきっかけ・要因としては、「かかりつけ医との連携」「訪問看護ステーション等からの提案」「高齢者施設からの要望」といった連携やシステムに基づく要因が抽出された。

③ 地域医療の先進事例に関するレビュー

我が国における在宅医療の先進事例としては、「ICT を活用した医療介護連携体制の構築」および「在宅医の地域医療連携(病診連携、診診連携、多職種連携)」の 2 つが主な取り組みとして挙げられた。

D. 考察

①-(1) 在宅医療を受ける患者の 4 つの医療機能におけるアウトカム評価:自治体の医療介護突合データを用いた要介護度・難病等の有無別の検討

指定難病、末期の悪性腫瘍や在宅での医療処置を行っている患者や、そのような疾患や処置がなくても要介護度が重度の患者は医療的対応の必要性が比較的高いと考えられた。一方で、要介護度が要支援の患者は ADL や医療的対応の必要性の点からは在宅医療の必要性は乏しいと考えられた。

①-(3) 受診者の ADL と乳がん検診受診との関連

乳がん検診の推奨対象年齢の女性において、生活に何らかの支障を認めると受診率は一般集団より低くなり、また支障の度合いが大きいほど受診率も有意に低い結果であった。何らかの支障があっても、検診受診

が物理的に可能と考えられる ADL レベルの女性に対しては受診勧奨が重要であると考えられた。一方、在宅医療利用者など、検診受診が困難と考えられる ADL レベルの女性に対しては、訪問診療医に周知するなど、別の方法でのアプローチを検討していくことが課題であると考えられた。

② ヒアリング調査

本研究結果から、在宅医療が導入される背景としては受療者・家族側の要因として受療者の心身の状況のほかに、その状況を支援する家族側のサポート力という社会的な要因もあることがわかった。また医療介護体制側の要因も見いだされ、在宅医療の導入の必要性の議論においては、複眼的な検証が必要であることが示唆された。

③ 地域医療の先進事例に関するレビュー

先進的取り組みの効果としては情報の即時共有による電話や FAX 等の手間の削減、訪問前の正しい情報の把握、多職種関係者における共通認識や安心感の構築ということが報告されており、在宅医療における多職種連携の意義は大きいと考えられる。一方で共有する情報やその質、職種間の活用の差、コスト負担が懸念事項であり、こうした点への対策が今後の課題であると考えられた。

総括的考察

研究①-(1)のつくば市データの分析結果より指定難病、末期の悪性腫瘍や在宅での医療処置を行っている患者においては要介護度に関わらず、指標から見た医療的対応が行われていた。またそうした特定の疾患

や日常的に医療処置を行っていない者においては、要介護度が重度であることと指標から見た医療的対応とは関連していた。また研究①-(3)においては要介護状態にあると乳がん検診が受けにくい実態が全国データで明らかとなり、要介護度が高いと受診行動がとりづらく、そうした点を在宅医療で補っている状況が示唆された。一方で研究①-(1)において、要介護度が要支援の患者は要介護状態や医療的対応の必要性の点からは在宅医療の必要性は乏しいと考えられ、医療的対応の必要性と要介護状態以外の在宅医療の利用理由がある可能性が示唆された。

これに対し、研究②のヒアリング調査からは、医療的対応の必要性でも要介護状態でもない在宅医療の利用背景として、「家族側」あるいは「医療介護体制側」があるを見いだされた。専ら、医療的対応の必要性あるいは要介護状態が在宅医療利用の主な背景であることが研究②ヒアリング調査より明らかとなったが、そうした主な理由以外の「家族側」「医療介護体制側」という特徴的な理由が明らかになったことは重要な結果であると言える。

特に「医療介護体制側」の利用理由としては、「施設の介護体制上、必要」という理由や「今後の円滑な在宅療養の定着のため」といったこれまで明らかになっていなかった内容がヒアリング調査より聴取され、こうした点のより深い検証が重要であると考えられる。一方で、「在宅医がない」「在宅医療体制（訪問看護含む）が無い」といった在宅医療資源の地域偏在が、必要とされる在宅医療の利用を阻む背景として挙げられた。こうした背景に対しては、研究 3 の在宅医

療先進事例のレビューで挙げられた ICT 活用と多職種連携が在宅医療体制改善策になると考えられた。

なし

3. その他

なし

最後に研究 2 ヒアリング調査で明らかとなった「家族側」の在宅医療利用理由については、令和 5 年度においてつくば市の家族情報と医療介護レセプトデータとの連結データを用いて検証していく予定である。

E. 結論

令和 4 年度の研究結果から、在宅医療利用の理由としては、主に受療者の医療的対応の必要性や要介護状態があることが示唆された。一方で、それ以外にも「家族側」「医療介護体制側」の理由もあることが示唆され、今後、こうした理由をより検証していくことが必要と考えられた。

F. 関連する研究発表

論文発表

Factors associated with non-participation in breast cancer screening: Analysis of the 2016 and 2019 Comprehensive Survey of Living Conditions in Japan (投稿中)

学会発表

国民生活基礎調査を用いた乳がん検診未受診に関連する要因の検討 (2023.10.31-11.2 の第 82 回公衆衛生学会で発表予定)

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

訪問診療の対象者整理概念図

(田宮素案)



図1 本研究課題における概念図 (在宅医療利用者における利用背景の整理)

令和4年度報告書における各研究の位置づけ

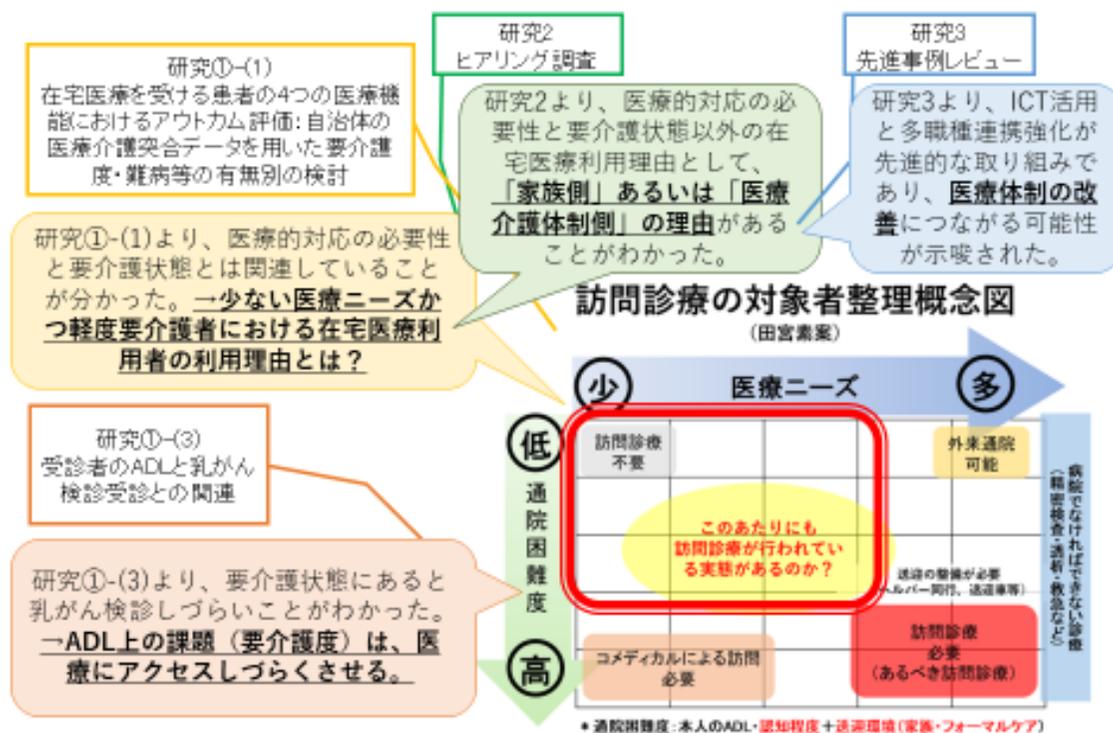


図2 在宅医療の利用背景に対する令和4年度研究の位置づけ

令和4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事業）
分担研究報告書

在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた
在宅医療提供体制の構築に関する研究—ヒアリング調査

研究分担者	伊藤智子	筑波大学 医学医療系	助教
研究分担者	佐方信夫	筑波大学 医学医療系	准教授
研究協力者	吉江悟	筑波大学 ヘルスサービス開発研究センター	研究員
研究協力者	大久保豪	株式会社 BMS 横浜	代表取締役
研究分担者	飯島勝矢	東京大学 高齢社会総合研究機構	教授
研究分担者	川越雅弘	埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科	教授
研究分担者	石崎達郎	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター (東京都健康長寿医療センター研究所)	研究部長
研究分担者	金雪瑩	国立長寿医療研究センター	研究員
研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学 医学医療系 ヘルスサービス開発研究センター	教授 センター長

研究要旨

背景 本研究では、高齢者に在宅医療が導入される際の経緯およびその状態像（原因となったイベント、基礎疾患、ADL等）を把握し、導入に困難を伴う場合の理由について把握することを目的にインタビュー調査を行うことを目的とした。

方法 研究対象者は急性期、回復期病院の退院調整職員（看護師およびソーシャルワーカー等）およびケアマネジャーとし、Zoomでインタビューを実施した。インタビュー事項は、(1)在宅医療を導入する流れ、(2)在宅医療の導入理由、(3)在宅医療の導入に係る阻害要因とした。

結果 ヒアリング調査の内容を逐語録とし、内容にそってカテゴリー化した。その結果、受療者側のきっかけ・要因としては、「受療者本人の在宅医療希望」「在宅看取りの希望」とする意思決定における要因が抽出され、また「ADLの低下」「認知症」「末期の悪性腫瘍」といった受療者の心身の状態に伴った要因が見いだされた。家族側のきっかけ・要因としては、「家族の希望」のほか、「家族のサポート力」が要因として見いだされた。一方で、医療介護体制側のきっかけ・要因としては、「かかりつけ医との連携」「訪問看護ステーション等からの提案」「高齢者施設からの要望」といった連携やシステムに基づく要因が抽出された。

結論 本研究結果から、在宅医療が導入される背景としては受療者・家族側の要因として受療者の心身の状況のほかに、その状況を支援する家族側のサポート力という社会的な要因もあることがわかった。また医療介護体制側の要因も見いだされ、在宅医療の導入の必要性の議論

においては、複眼的な検証が必要であることが示唆された。

A. 研究目的

我が国は高齢者の増加に伴い在宅医療の需要も大きく増加することが見込まれている。しかし、地域によって、人口規模や高齢化率、医療資源や高齢者入居施設数等の現状および今後の変化に違いがあることにより在宅医療における課題が異なると考えられるがその実態は明らかになっていない。実態把握の一つとして、医療介護の多職種へのヒアリングや質問紙調査を行うことで、在宅医療における課題や在宅医療の代替が困難な者の特性といった詳細な実態を理解することが可能となり、自治体内の問題解決策等の検討に有用な情報を創出することができる。そこで本研究では、高齢者に在宅医療が導入される際の経緯およびその状態像（原因となったイベント、基礎疾患、ADL等）を把握し、導入に困難を伴う場合の理由について把握することを目的にインタビュー調査を行う。

B. 研究方法

研究対象者 急性期、回復期病院の退院調整職員（看護師およびソーシャルワーカー等）及びケアマネジャー

研究対象者のリクルート方法 研究者の知り合いの退院調整職員やケアマネジャーに声をかけ、研究に関する説明を行い、同意の得られた方を研究対象者とした。

データ収集方法 Zoom でインタビューを実施した。インタビュー時間は約1時間とし、インタビュー内容は対象者の承諾を得た上で音声録音した。

インタビュー事項

- (1) 在宅医療を導入する流れ（検討時期、在宅医療の要不要の評価者、チームカンファレンスの実施、本人・御家族との面談）
- (2) 在宅医療の導入理由（原因疾患/医療的な理由、介護的な理由、社会的な理由）
- (3) 在宅医療の導入に係る阻害要因（受療者側の要因、本人・家族が同意しない場合の理由）

また、特に聴取すべきこととして、

- 絶対的に在宅医療が必要な医療処置や病態はあるか。
- 在宅医療が必要となってくる ADL・認知症はどの程度か。
- 上記の状態でも通院が可能な場合はあるか、どのような状況や資源があれば可能か。

をインタビュー事項とした。

倫理的配慮 本研究は、筑波大学医の倫理委員会にて承認を得て行った。

C. 研究結果

協力者の属性

協力者の属性を表1にまとめた。なお、協力者の発言そのものを引用する場合は斜体で示し、[] 内に表1のID番号を記した。

表 1 インタビュー協力者の属性 (n = 8)

ID	医療機関	職種
1	病院 A	退院支援室のソーシャルワーカー
2	病院 A	退院支援室のソーシャルワーカー
3	病院 A	退院支援室の看護師
4	病院 B	退院支援室の看護師
5	居宅介護支援事業所 C	介護支援専門員
6	居宅介護支援事業所 D	介護支援専門員
7	訪問看護ステーション E	看護師
8	在宅療養支援診療所 F	社会福祉士

病院 A：茨城県 A 市

病院 B：東京都 B 区

居宅介護支援事業所 C：東京都 C 区

居宅介護支援事業所 D：千葉県 D 市

訪問看護ステーション E：東京都 E 市

診療所 F：福井県 F 市

1. 在宅医療を導入するきっかけ・要因

在宅医療を導入するきっかけ・要因は、受療者側、家族側、医療介護提供体制側のきっかけ・要因に分けられた。それぞれの下位カテゴリーについては表 2 にまとめた。

表 2 在宅医療を導入するきっかけ・要因

受療者側のきっかけ・要因
受療者本人の在宅医療希望 在宅看取りの希望 退院する際の在宅医療切り替え ADL の低下 認知症 末期の悪性腫瘍 心不全 在宅酸素療法や在宅人工呼吸療法の活用 糖尿病によるインスリン注射や人工透析が必要な腎疾患 難病 褥瘡 胃ろう造設 医学的処置の実施 多剤服用（ポリファーマシー）への対応 通院の困難度 何らかのイベント発生が見込まれる場合
家族側のきっかけ・要因
家族の希望 家族のサポート力
医療介護体制側のきっかけ・要因
かかりつけ医との連携 訪問看護ステーション等からの提案 高齢者施設からの要望

1-1. 受療者側のきっかけ・要因

1-1-1. 受療者本人の在宅医療希望

在宅医療を導入するきっかけ・要因のうち、受療者側の要因として根本的なものとして語られたのは【本人の在宅医療希望】であった。そうした希望の一つとして、協力者 4 は、特定の医師の診療を受けたいという希望を挙げた。

(ご本人の希望を聞くと) ご本人がどうしてもこの先生にかかりたいということが多
いです。〔協力者 4〕

こうした希望の背景にある要因として、
身体機能、疾患といった患者自身の心身の
状況が挙げられた。それぞれの詳細につい
ては後述する。一方で、心身の状況だけで
なく、患者自身の性格や人となりの影響も
あることも指摘された。たとえば、人が多
くいるところへ行くことが不得手で外来
受診が難しく、そのことが在宅医療を
活用する理由の一つとなっているケース
があると語られた。

私たちが何例かあったケースで、(自宅)
に来てくれるのであれば診てもらっても
いい、というパターンがありました。訪問
診療である必要性は低いのですが、外
来で待つ、人ごみの中に行くのが拒否
的な方がいらっしやあって、自分で
定期的に通うのは嫌で、医者が来る
のであればかかってもいいとなって、
訪問看護、訪問診療を調整したケー
スは、幾つか経験したことがあります。
〔協力者 7〕

また、2020年に始まった新型コロナウ
イルス感染症の流行に伴い、感染への
恐れから在宅医療を希望する場合も
あると指摘された。

今、本当に超高齢の方が多くて、
・・・受診するにもコロナの感染の
不安があって、家での診察を希望
される方もいらっしやいます。
〔協力者 3〕

そして、人と関わることへの抵抗と
新型コロナウイルス感染症への恐れが
重なって、在宅医療のほうが合っ
ていると感じられるケースがある
とも語られた。

その方は、人との関わりを拒否され
ていて、コロナの感染が怖いこと
もあり、私も2年半以上お顔を
見せてもらっていません。訪問
診療の先生が来ても、自宅まで
来てZoomで話をして処方して
もらっています。そのような方
であると、病院よりも訪問診療
のほうが合っていると感じて
います。〔協力者 6〕

1-1-2. 在宅看取りの希望

患者が在宅医療を希望する理由の
一つとして、自宅での看取り希
望が挙げられた。

私は、退院調整の看護師になっ
て4年目ですが、今までの訪問
診療に移行した方を見ると、
一番多い理由が、在宅での
看取り希望です。〔協力者 3〕

看取り希望につながる疾患とし
ては末期の悪性腫瘍が多いと述
べられたものの、老衰や心不全
の場合もあると語られた。一
方で、末期の悪性腫瘍を患っ
ている人であっても在宅医療
を頑なに断る場合があると指
摘された。その理由としては、
受療者自身が自分が末期であ
ることを認めたくないから
ではないかと語られた。

在宅診療につながらないケー
スで多いのががんの末期です。
介護保険の申請はしている
のですが、本人が認めたく
ないからということで、
訪問看護と訪問診療をかたくな

に拒否する方が、若い男性に多くいます。そのような場合は、ケアマネジャーとして、まずは訪問看護につながった時点で肩の荷が下り、訪問診療が入ってくれることで、さらに肩の荷が下りるのですが、そこにつながるまでが、ケアマネジャーとしてとても負担だと感じています。〔協力者 6〕

ただし、上述のような「在宅医療はがんの末期である患者が受けるもの」というイメージ自体は薄らいでおり、「(他の方の)例を出すと、そのような人でも訪問診療になっているのかと分かってくれることが多いです。」「〔協力者 4〕とも語られた。その一方で、在宅での看取りを希望していても在宅医療での対応が難しいケースがあるという指摘もあった。具体的には、「痛みコントロールが十分にできない場合」〔協力者 1〕、「転倒して骨折してしまった場合」〔協力者 3〕が挙げられた。

1-1-3. 退院する際の在宅医療切り替え

在宅での看取りを希望するケース以外には、医療機関での急性期治療やリハビリテーションを終える際に在宅医療へと切り替えるケースが多いと語られた。

積極的に根治を目指してはいない方、急性期の病院が主治医だったけれども、そこに通う目的や治療が変わってきている方が、主に導入されると思います。〔協力者 7〕

一番多いのは、入院している方が退院するにあたって、訪問診療に切り替えるケースです。退院と同時に相談員から連絡が入り、訪問診療につなげたいけれども、そちらで

いい先生はいませんかというご相談もあります。〔協力者 6〕

このようなケースについては、医療機関の医師から在宅医療活用の提案が行われることが多い印象があるとも語られた。

急性期の病院の先生からお話を出していただくことが多い印象です。〔協力者 7〕

一方で、入院する前から在宅医療を活用していたケースや、看取りの希望や医療機関からの退院というような明確なきっかけがなく、通院している状態から緩やかに在宅医療へと移行するケースもあると指摘された。

通院をしていたけれども、そろそろ通院ではなく、訪問診療に切り替えたいので、介護保険の申請を手伝ってもらえないかというケースがあります。〔協力者 6〕

このような移行には後述する様々な要因が関わっており、特に多く指摘されたのは疾病の発症および後遺症の残存、機能の低下といった身体的な変化に関する要因であった。

1-1-4. ADL の低下

身体的な変化の中で複数の協力者が挙げたのは、ADL (Activities of Daily Living 日常生活動作) の低下であった〔協力者 3; 協力者 8〕。「どのくらいの ADL であれば外来に来ることができるか」という質問に対して、協力者 3 は「自立していないと難しいかと思います」と語った。

その一方で、ADLの改善により在宅医療が不要となる場合もあると指摘された。

結果としてADLが改善していき、認知症もそれほどなくて、自分で通える、在宅医療は過剰医療ではないか、という部分は確かに存在しているかと思います。〔協力者8〕

1-1-5. 認知症

在宅医療導入の理由となる身体の変化の中で、複数かつ重層的な語りが得られたのが認知症であった。まず、「認知症であれば、病気や処置などで行ける、行けないよりも、もう訪問診療となる考えが多いかもしれません。」と述べられた。また、認知症を患っていて一人暮らしをしている場合でも在宅医療を活用することにより地域で暮らすことが十分に可能であるとも語られた。

認知症で1人暮らしの方にも、訪問看護が上手に入ってくれていて、状況を見て異常を早く見つけてくれます。〔協力者5〕

一方で、認知症で「通院が困難」になってきたことが在宅医療導入の導因となることも指摘された。この「通院が困難」という表現には様々な意味が含まれる。まず、誰かの付き添いができないとなると通院が難しくなるケースがあると語られた。

歩けたとしても、サポートする方がいないと、受付や会計、帰る手段などが問題です。

〔協力者3〕

付き添いができないとなると、やはり難しいです。(しかし、)時間が読めないところが

ありますから、ヘルパーさんが外来に付き添うのは難しいです。認知症の人が1人で来ないといけないとなると、もう厳しいという判断になります。〔協力者1〕

ただし、この点については逆の見方も可能であり、誰かが付き添えれば通院が十分可能なケースもある〔協力者3〕と語られた。この点については、【通院の困難度】の箇所でも改めて述べる。

認知症による通院困難という観点については、診察を待つことが困難になるケースもあると指摘された。

現在関わっている方で、レビー小体型の認知症の方がいます。外来であると、自分がかかるまで待ち時間があって、その間に他の方に攻撃をする、大きい声を出すなど、周りに何か支障を来たすようになると、サポートする側も限界になってきます。〔協力者2〕

加えて、認知症が進行し、通院が困難になったというだけでなく、コミュニケーションが取れない、食事を取れないというほどの状態になったために在宅医療へ移行したケースもあると語られた。

(訪問診療に移行した方として思いつくのは)認知症の末期症状の方です。全く動けなくなるぐらいコミュニケーションも取れず、食事もやっという状態です。〔協力者1〕

このような場合、施設入所も選択肢の一つとなると考えられるが、実際にはそれが難しい場合もある。たとえば、家族以外の人に攻撃的になってしまうことが理由で施設

に入れないケースや、施設入所は難しいだろうという家族の意向により在宅医療へ移行したケースがあると語られた。

（「重度で認知症がひどければ、施設向きかと思ったのですが、そうすると逆に施設が取ってくれないですか。」という質問に対して）家族の方以外には攻撃的になってしまう、娘さんがいないと無理という理由で（施設で）した。〔協力者3〕

認知症があつて、どこの施設でも難しいだろうという家族の意向で訪問診療に移行したケース（もあります。）〔協力者3〕

ここまで紹介したのは認知症の症状がある、もしくはそれが悪化した故に在宅医療を活用するという事例であった。その一方で、認知症の症状が悪化する前から在宅医療を利用し始めることのメリットについても言及された。

認知症の介護をしているケースでは、先生が家に行つて、家の様子や雰囲気などの状況も見てほしいということがあります。外来では現場が分からないので、いいことしか言わなくなってしまう。長い目で見ると、早いうちから切り替えたいと思います。〔協力者4〕

その理由の一つとしては、「訪問診療の先生が来ることの理解がなかなか追いつかず、誰が来たのかということになってしまう難しさ」が挙げられた。

1-1-6. 末期の悪性腫瘍

【在宅看取りの希望】について説明した箇所でも述べたように、その多くは「がんの終末期」〔協力者3〕によるものであり、「訪問診療ではある程度一般的な概念、共通の認識になっている」〔協力者7〕とも語られた。また、医学的な管理が必要だからというよりは、移動が困難になるため訪問にしたほうがよいという流れで在宅医療の活用に至ることがあると指摘された〔協力者4〕。

1-1-7. 心不全

在宅医療を活用することになる疾患として、「心不全」も挙げられた〔協力者4〕。かつては終末期に在宅医療を活用する疾患といえば悪性腫瘍であったが、「私たちのステーションでは、最近高齢で心不全の終末期の方もいらっしゃいます。」〔協力者7〕とも語られた。

1-1-8. 在宅酸素療法や在宅人工呼吸療法の活用

在宅酸素療法を活用している方について、「酸素で通院は可能だと思います。」〔協力者4〕という意見もあつた一方で、何か起きた場合にかかりつけ医と連携が取りやすいよう訪問看護の利用を希望するケースがあると語られた。

酸素などを使っている方たちも、通院よりはこちら（訪問看護ステーション）から先生に連絡する体制が取れたほうが良いとおっしゃいます。〔協力者5〕

また、在宅人工呼吸療法を活用している場合は、外出に時間的な制限が生じる、免疫

機能が低下しておりできるだけ病原体に曝露する機会を減らしたいといった事情があるため、通院するよりは在宅医療を活用するほうがよいのではないかと指摘された。

人工呼吸器が付いている方などは、訪問診療でないと厳しいと感じています。病名でいうと、多系統萎縮症、間質性肺炎です。通院するにしても、ボンベであると30分が限界のため、訪問診療のみの方もいらっしゃいます。〔協力者6〕

1-1-9. 糖尿病によるインスリン注射や人工透析が必要な腎疾患

糖尿病や人工透析が必要で在宅医療を活用している人も「一定数はいる」〔協力者8〕と指摘された一方で、「通院は可能」〔協力者4〕とも語られた。加えて、インスリン注射が必要であっても自分や家族が行うことができれば在宅医療が必要とは限らず、中には「連日デイサービスに行って打ってもらっているケース」〔協力者1〕もあると語られた。

1-1-10. 難病

神経性疾患等の難病を患っている場合に、在宅医療の対象となる、また小児の難病も対象となりうる〔協力者8〕と語られた。インタビューの中で挙げられた具体的な疾患は、多系統萎縮症、エーラン・ダンロス症候群〔協力者6〕であった。特に神経難病の場合は、副主治医による訪問診療で日々の状態を確認する、という方法が採られることがあるとも語られた。

私たちのステーションは、神経難病の方が

多いので、そこは特殊性が高く、主治医、副主治医の形で専門治療を行い、日々の体調確認、健康チェックの部分で、副主治医の訪問診療を導入される方が多いかと思います。〔協力者7〕

1-1-11. 褥瘡

褥瘡に関しては、その場で治療をする必要があるため、在宅医療を活用することになる〔協力者1〕と語られた。特に、入院時に褥瘡の処置が必要になり、そのために在宅医療を導入するケースがあると指摘された〔協力者2〕。また、コロナ禍で入院治療が難しいという要因や、地域に褥瘡治療に特化した医師がいるといった要因も挙げられた。

(「通院だけでは無理で在宅医療が必要になる疾患にはどのようなものがありますか?」という質問に対して) 褥瘡が多いと思います。入院しないと厳しい、あるいは治癒までに1か月ぐらい必要なときに、昨今はコロナ禍で入院治療が難しいところがあります。褥瘡などの治療に特化した訪問診療の先生も地域にいらっしゃるの、褥瘡のケアや治療に関しては多いです。〔協力者7〕

1-1-12. 胃ろう造設

胃ろうを造設している場合、「ご家族の方ができる」〔協力者1〕ので、交換の時だけ受診するというパターンも可能であると指摘されたが、その一方で、何か問題が生じたときに連絡が取りやすいよう、在宅医療を活用するケースもある〔協力者5〕と語られた。

状態でいうと、胃ろうが入っている、あるいは幾つかカテーテルが入っているときに、やはり訪問診療のほうが安心という話をすることがあります。チューブが抜けたなどのときの対応のために、すぐ連絡が取れるほうがいいということだと思います。〔協力者 5〕

1-1-13. 医学的処置の実施

特定の医学的処置については、その実施のために在宅医療を導入するケースがあると語られた。具体的には、「輸血」（協力者 8）、「点滴」（協力者 3、協力者 4）、「吸引」（協力者 4）が挙げられた。

一方で、尿カテーテルを活用していたとしても「自己導尿の指導をして外来につなぐケースのほうが多く、バルーンだから訪問診療とは考えない」（協力者 4）、といった指摘もあった。特定の医学的処置を実施していれば必ず在宅医療が必要になるとは限らず、やはり受療者自身の管理や家族のサポート、活用できるリソースなどの影響を受けることが示唆された。

1-1-14. 多剤服用（ポリファーマシー）への対応

特定の疾患や身体機能の状況だけでなく、疾病管理の観点から在宅医療を導入するケースもあると語られた。具体的な例として、複数の医療機関から薬を処方されていて、服薬管理が困難になっている場合に、それを整理するために訪問診療を活用したケースが挙げられた〔協力者 6〕。

何かあるとすぐ病院に行く認知症の方がいらして、いくつもの病院でさまざまな薬を

もらって、結果飲めていない、あるいは飲み過ぎたというのが、われわれとしても非常に困るところです。その方にとって信頼できる先生という意味で訪問診療にして、この先生からもらう薬だけ飲もうということ でつなげたこともあります。〔協力者 6〕

1-1-15. 通院の困難度

今回の調査で多くのインタビューーが言及したのは【通院の困難度】であった。

私たちのステーションでは、訪問看護が介入していて、例えば通院困難が明確で、移動の問題がある方が導入の対象になります。〔協力者 7〕

このように通院が困難になる流れとして挙げられたのは、第一に、徐々に ADL が低下して通院が困難になるという流れであった。

ケアマネジャーから、これまで通院を頑張っていたけれども、難しくなってきたので、訪問診療をお願いしたいというパターンです。〔協力者 8〕

そして、病院の急性期医療やリハビリテーションを終えた後、通院が難しいために在宅医療を活用するようになるケースがあるとも語られた。

病院の急性期ないしリハビリ後の方々から、通院困難等々のことで受診に入るパターンもある〔協力者 8〕

そこで、退院時点で通院が難しくなるこ

とが予想される場合には事前に相談をはじめておくという工夫も言及された。

退院後に通院が難しいことが、入院1週間ぐらいでもう明確になっている場合は、そこから訪問診療について説明していきます。そのときには、まだ決めなくてもいいので、頭の隅に入れておいてくださいという形で、段階を経て訪問診療につなげ、退院する1カ月前ぐらいにその辺を詰める流れがケースとしては多いです。〔協力者4〕

また、前述の「ADLの低下」〔協力者8〕以外に「認知症の悪化」〔協力者8〕も通院が困難になる理由の一つとして挙げられた。

加えて、住居の構造によって通院の困難度が増すケースもあると語られた。たとえば、エレベーターが止まらない階に住んでいるため、通院が困難になっているケースがあると指摘された。

足だけの問題ではないと思っています。1人の例ですが、マンションにお住まいのALSの方で、その方はエレベーターが止まらない階に住んでいます。もうご自分では全く歩けず、電動車いすの操作のみできるという日常生活の方です。訪問診療を月2回お願いしていますが、年に3回は受診もしています。介護タクシーを使って、階段も下してもらいます。必要なときは受診もして、訪問診療と併用しています。〔協力者6〕

また、利用可能な交通手段の影響も挙げられた。たとえば、「独居で移動手段がない」〔協力者3〕など、通院に使える交通手段がないような場合に在宅医療を活用する可能

性が高まると語られた。

バスなど乗り継いで行けますが、1時間に1本のようなところに住んでいる方であると、訪問診療を使います。〔協力者8〕

最近の例では、介護タクシーを使ってまで通院をしなければいけないかどうか訪問診療に切り替えるかどうかの目安になる、という話をしたことがあります。〔協力者4〕

さらに、通院の困難度は、受診する医療機関のバリアフリー状況や待ち時間などにも左右されると語られた。

車いすになりますが、行きたい病院がバリアフリーになっているかどうかを確認します。〔協力者4〕

病院の規模にもよりますが、行ってから診察まで待てるか、薬を待てるか、トータルの時間が待てる範囲の方かどうかもあります。〔協力者4〕

加えて、家族や介護者がいる場合は、その人と通院できるかどうか関係すると指摘された。受療者自身のADLが低下していても、杖や車いす、シルバーカーを使って移動が可能であれば、サポートを受けながらの通院が可能〔協力者1、協力者4〕であるためである。

確かに車いすで、ヘルパーさん付き添いで通院しているケースはあります。それは、本人がそうしたいと言うからそのようにするわけです。それでも、移乗動作なり、通院先

で車いすからどこかの椅子に座らなくては
いけないなど、ヘルパーさんの介護が必要
です。本人の希望で行っているところはあ
り、もう無理と合意できれば、訪問診療か
と思います。〔協力者 5〕

一方で家族がいても付き添いが難しければ、
通院は困難となるとも語られた。また、ヘル
パーがいても時間的制約などの問題で通院
が困難となるケースもあると指摘された。

社会的な通院困難のかたがたもいます。息
子さんに仕事を休んでもらわないと通院で
きない・・・中略・・・高齢の方の娘さんが
精神疾患であるなど家族内の複合的な通院
困難、社会的な困難から訪問診療が入って、
その患者さんだけではなく、家庭全体を見
るなども、割と多く依頼が来ます。〔協力者
8〕

まず、1人で通院できるかどうか、1人で通
院できないとき、介護者もしくはヘルパー
などが介護できるレベルかどうかです。〔協
力者 4〕

主には、通院ができない、通院に家族が付
いて行けない、高齢者世帯であることなど
があります。〔協力者 5〕

体が大きく、まひがあり、全介助で移乗し
ているような方です。介護される方が高齢
であると、外来に来るのも大変ではないか
と思います。〔協力者 3〕

このように通院困難には、受療者それぞ
れの身体状況だけでなく、自宅の構造、交通

手段、医療機関の状況、家族の状況など複
合的な要因が関わっていると語られた。そ
して、こうした受療者ごとの違いは、実際
に通院に付き添ってみて分かるものだと述
べられた。

通院困難と一言で言っても、通えないだけ
ではなく、それに付随した全てが通院困難
という言葉に集約されていると思います。
付き添ってみて分かることはたくさんある
と思います。〔協力者 7〕

一方で、こうした通院困難があれば在宅
医療を利用すると安易に考えてはならない
という意見もあった。たとえば、歩いての
通院が可能ではないかと思われるが家族の
都合で訪問診療を利用しているケースの
存在が指摘された。

歩いて病院にも来られますが、働いて
いるお子さんと2人暮らしで、そのお
子さんが忙しくて連れて来られないので、
訪問診療を使っているという方は今
いらっしゃる。〔協力者 1〕

このように家族による通院介助が
できないケースに関連して、(時間
的な制約等はあるものの)ヘルパー
を活用するという方法もあると語
られた。

ヘルパーさんが通院介助で付いて
くれることもあるので、家族が車
いす移乗できなくても行けるか
もしれません。〔協力者 4〕

加えて、実際に認知症が悪化すれば、
皆が皆在宅医療を活用するというわけ
ではない、

という点も指摘された。たとえば、家族が付き添ったりヘルパーが付き添ったりすることで通院しているケースもあると語られた。

認知症の方は、関わるケースの、6割ぐらいの感じで、歩ければ通院しています。1人で行くのが無理であれば、家族が付き添うか、ヘルパーさんと一緒に行くことで対応しています。・・・家族が付き添えるのは大きなところですよ。認知症の1人暮らしの人も割といて、その人のところに訪問診療の先生が来ることの理解がなかなか追いつかず、誰が来たのかということになってしまう難しさがあります。そのような人でも、ヘルパーさんなり家族が、通院のときにクリニックや診療所に連れて行けば、そこに医者がいて診てくれていることはよく分かります。〔協力者5〕

また、交通機関に関して、交通費よりも訪問診療の自己負担のほうが安いことが在宅医療利用を後押ししているケースがあると指摘された。

病院までのタクシー代など、福祉タクシーのお金を考えるのであれば、訪問診療のほうが実は安く上がることもあります。車で20～30分は当たり前なので、そのぐらいの距離をタクシーで来るのはなお金がかかります。そうなると、訪問診療を希望される方もいらっしゃると思います。〔協力者1〕

このような理由で在宅医療を活用することについては、疑問を呈するインタビューもいた。

訪問診療は、病院に行けないからその代わりに受けるものではなく、訪問診療の先生は家で生活しているその方を見て、家での生活をその人がどう送りたいかを主体に考えてくれます。交通手段がないからの訪問診療ではなく、その方が家でどう暮らしたいかの実現のための訪問診療と私は考えています。〔協力者6〕

1-1-16. 何らかのイベント発生が見込まれる場合

ここまでは主に実際に何らかのイベントが起きたために在宅医療を活用するケースについて述べてきた。一方で、将来的に何らかのイベント発生が見込まれる場合に備えて、在宅医療を活用するケースもあると語られた。

在宅で医療を入れることが、先生が入るだけでなく、訪問看護も入れる意味ならば、もう少し垣根が低くて、医療的な見守りのために、看護師さんに週1回来てもらえるのはどうか、早く異常が見つけれられるといいから、安心のために来てもらえないかと、かかりつけの先生と考えることがあります。〔協力者5〕

このようなケースの代表例として挙げられたのは、前述した神経難病を有している場合である。また、中心静脈ポートが入っていて夜間対応が必要になりそうな場合など「24時間体制の医療が必要」〔協力者4〕な場合に、在宅医療を活用すると救急外来を利用せずにすませることができることも指摘された。

点滴なども含めてですが、夜間何かあったときにすぐに行ける体制があるかどうかもあるかと思えます。ポートで自立していればいいですが、夜間対応が必要そうな人は適用になります。〔協力者4〕

1-2. 家族側のきっかけ・要因

1-2-1. 家族の希望

受療者本人というよりは家族の希望により在宅医療の活用が開始されるケースもあると指摘された。その例の一つとして、久しぶりに帰省した家族からの要望が挙げられた。

(紹介されてくるケースとして多いのは)ご家族です。お盆やお正月に息子さんが帰ってきたところ、思ったよりも弱っている状況で、このままではまずいというので、近くのケアマネジャーに相談されて訪問診療が入るケースもあります。〔協力者8〕

こうした家族の希望は在宅医療を活用して自宅で生活するか、施設へ入所するのかを決める上で大きな要因の一つとなっていると指摘された。たとえば、全介助で寝たきりの状態であったとしても施設に入所するとは限らない。「家族の強い希望で訪問診療へ移行したケースがある」、「ADLが落ちても在宅に戻れるかは、家族の意向が大きいと感じています。」「〔協力者3〕とも語られた。また、家族が在宅医療を希望している場合に、そこに本人の意向を合わせるようなケースもあると指摘された。

家族のほうは、どちらかという訪問診療を希望することが多く、ケースによっては

ご本人を説得してご家族の希望に、ということも多いです。〔協力者4〕

加えて、認知症の箇所で述べたように「認知症があって、どこの施設でも難しいだろうという家族の意向で訪問診療に移行したケース」〔協力者3〕もあると指摘された。このように家族の意向が大事になる場面もあるため、入院時に家族の意向を確認することの重要性も言及された。

まず入院時に、家族の方から今後の方向性について、自宅から来られた方はまた自宅に戻るのか、施設や転院などを検討しているのかを確認しています。〔協力者3〕

1-2-2. 家族のサポート力

在宅医療を活用しながら自宅で暮らすのは難しいと思われる場合でも家族の協力体制によってはそれが可能になることがあると語られた。

(「訪問診療が入らないときついと思うのは、どのくらいのレベルからですか。」という質問に対して)寝たきりで、体も大きく、無理かと思う方でも、家族でやりますという方がいると、ADLにかかわらず、ご自宅で過ごされる方がいます。やはり家族がどこまで介護に協力できるかです。〔協力者3〕

このことは家族のサポート力が低い場合、あるいは一時的に低くなっている場合に、それが在宅医療活用を困難にする要因となることも意味する。これについては後述する。

1-3. 医療介護提供体制側のきっかけ・要因

1-3-1. かかりつけ医との連携

自宅で生活している方でかかりつけ医がいる場合は、そのかかりつけ医との相談を経て在宅医療導入に至るケースがあると語られた。

退院することをかかりつけの先生に連絡し、今後 24 時間体制で夜間もお呼びする状況になるかもしれないと話をすると、そうであれば、そういうところに任せようか、という話になることもあります。〔協力者 5〕

ただし、このかかりつけ医との関係性に関しては、連携が十分に行われなければトラブルの種となることもあるとも指摘された。

当たり前ですが、主治医あるいはかかりつけ医を持っていて、本来であれば、かかりつけ医に戻さなくてははいけません。そのかかりつけ医が訪問診療をしていない場合は、かかりつけ医の先生に相談の上で、訪問診療を入れる手続きをしないとはいけません。少し前に、ケアマネジャーが勝手に訪問の医者を入れたとトラブルを起こしたことがありました。ですから、かかりつけ医に戻し、訪問ができない場合に、訪問してくれる 24 時間体制の先生を探す手続きになります。〔協力者 5〕

1-3-2. 訪問看護ステーション等からの提案

訪問看護ステーションが対象となる方の状況を総合的に見て、訪問診療の活用を提案するケースもあると語られた。

循環器の病院であると、できる限り治療を行っていくため、服薬が朝 15 錠など、90 歳になっても飲まされることになります。それが果たしてご本人やご家族の意向も含めて、どうなのだろうと思います。倫理的な課題になってくるとは思います。合意形成を取りながら、専門家の治療ではなく、総合的にこれから生活を含めて緩やかに過ごしていけるように、訪問看護のほうから訪問診療を依頼させていただくケースは経験しています。〔協力者 7〕

また、薬局から連絡が来て在宅医療の利用につながるケースもある〔協力者 8〕と語られた。

1-3-3. 高齢者施設からの要望

有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅に入居している場合に、様々な経緯で在宅医療の導入に至ることが指摘された。まず、医療法人が作った施設の場合、その法人の医師にかかる流れがあり、施設に嘱託医がいる場合もその医師に診てもらおうこととなる〔協力者 5〕と語られた。一方で、施設側から「何かあったら自分で対応する」よう要請されて在宅医療を利用しはじめるケースがある〔協力者 4〕とも語られた。それとは逆に、施設側が医師をみつけてくれる場合もあると語られた。

施設で訪問診療をしてくれる先生を見つけてきて、この方はこの先生が主治医になりますと紹介いただいているので、施設に入る際に訪問診療を見つけてくださいと言われることはないです。〔協力者 6〕

2. 在宅医療の活用を困難にする要因

在宅医療の活用を困難にする要因は、受療者側、家族側、医療介護提供体制側、感染症などの外的要因に分けられた。それぞれの下位カテゴリーは表3にまとめた。

表3 在宅医療の活用を困難にする要因

受療者側の要因
受療者本人の意向 受療者本人の病状や家族構成 受療者本人の知識 自宅の構造
家族側の要因
家族の意向 家族のサポート力
医療介護提供体制の要因
在宅医療を提供する医療機関を見つけることの困難さ 毎日訪問することができない 必要な時期にショートステイの活用ができない 入院している医療機関側のケースワーカーとの認識の違い 在宅医療の自己負担
感染症などの外的要因
新型コロナウイルス感染症の流行

2-1. 受療者側の要因

2-1-1. 受療者本人の意向

医学的には在宅医療の活用を勧めることができても、ご本人や家族が前向きでないために在宅医療の活用が進まないケースがあると語られた。その理由として、「自分の住まいに訪問されることへの抵抗」、「家族に迷惑をかけたくない」という気持ちや「今

までの先生との関わりを切りたくない」〔協力者4〕といった希望が挙げられた。

家族にとっても、本人にとってもそうですが、わざわざ医師が自分の住まいに来てもらうことにハードルを感じる方もいます。〔協力者4〕

家族に迷惑を掛けたくないで施設に入りたいというケースはあります。十分に自宅に帰ることができる、家族の方も帰ってきていいと言っているけれども、帰らないという方もいらっしゃいます。〔協力者1〕

その地域の先生と長く関係を持っている利用者さんがいて、そのつながりが切れることを残念に思われるところがあります。〔協力者5〕

2-1-2. 受療者本人の病状や家族構成

本人の病状によっては、在宅医療を活用しながら自宅で生活することが難しいとも語られた。特に独居の場合に病状の影響が強く表れる可能性が指摘された。

独居で全く身寄りがいない方もいらっしゃいます。そのような方で、認知症状などで1人暮らしが困難であるケースはよくあります。〔協力者1〕

2-1-3. 受療者本人の知識

受療者本人や家族が在宅医療サービスの存在を知らなかったり、よく理解していなかったりすることが障壁となる可能性についても言及された。

介護福祉も含めて、訪問診療と往診の違い、家に医者が定期的に来てくれるサービスがあることの意味、選択肢を知らないことがあると思います。〔協力者 7〕

2-1-4. 自宅の構造

在宅医療を活用しながら暮らすという選択肢が取れない理由の一つとして、自宅の構造も挙げられた。

お住まいが、1階が店舗で2階が住居の方です。〔協力者 3〕

特に救急搬送された後に自宅に戻るケースで、自宅が在宅医療を活用しながら生活することに適した作りになっていないことが導入の障壁になる可能性が指摘された。

2-2. 家族側の要因

2-2-1. 家族の意向

家族の意向は在宅医療活用の推進因子になることがある一方で、家族の意向によって在宅医療の活用や頻度が抑えられるケースもあると語られた。

家族が月2回も来なくていい、月1回でいいということもあります。〔協力者 5〕

2-2-2. 家族のサポート力

上記の家族の意向と明確に区分することは難しいが、家族自身もサポートが必要な状況で受療者の介護が難しいようなケースでは、在宅医療を活用しながら自宅で生活するのが難しくなると指摘された。

サポートをする方が車いすレベルの方も中

にはいらっしゃいます。どちらが患者さんなのかというケースでは、もうそろそろ限界と思うところがあります。〔協力者 2〕

2-3. 医療介護提供体制側の要因

2-3-1. 在宅医療を提供する医療機関を見つけることの困難さ

在宅医療の利用にあたっては受療者自身の希望が重要であると語られたが、その希望にそった在宅医療機関が見つからず、在宅医療の活用が困難になるケースもあると語られた。

利用者さんは、自分の病気の、専門の先生がいるところとおっしゃいますが、それもなかなか難しいときがあります。〔協力者 5〕

特に緊急訪問が多く発生しそうな場合に医療機関側から断れるケースがあると語られた。

定期の訪問は行けても、緊急な訪問は NG となります。〔協力者 1〕

一方で、在宅医療機関が見つからないケースについては、その地域の資源の厚みによって大きく違いがあることや、地域医療センターによる紹介などが有効に働いているケースがある〔協力者 6〕ことが紹介された。

また、医療機関選択の障壁になっている背景要因として、在宅医療サービスの質が簡単にわかるものではないこと、そしてその情報を受療者や家族が得ることが容易ではないことも指摘された。

このようなサービスは、受けてみて初めて価値が分かりますが、受けるまでは、品質が分からず、それが導入の障壁になっているかと思います。受けて初めて良い、悪いが分かります。その情報がなければ、また近所の人や親戚の口コミのようなものがなければ分かりません。その情報を当事者の方が自ら取っていくのは難しいと思います。情報をどのように伝えるかがとても大事な部分かと思っています。〔協力者7〕

2-3-2. 毎日訪問することができない

訪問診療や訪問看護を毎日受けることができれば自宅で生活できるような場合に、医療システム側の要因で毎日の訪問ができないために、自宅での生活が困難になると語られた。ここでの医療システム側の要因とは、地域によっては訪問できる機関が少ないという課題と制度的な限界の両者が挙げられた。

地域性で毎日訪問診療や訪問看護に行ってもらいにくいのが難しい状況です。また、がん末期の方で、やはり点滴が必要な方です。・・・訪問看護は、毎日厳しいかもしれません。現状、特別指示書などで、2週間限定で連日は行けるけれども、それ以上は無理という制度的な縛りもあります。行けて週3回など、隔日ぐらいの形で行くのがマックスのような気がします。〔協力者1〕

訪問診療先は、それほどお断りされることなくスムーズですが、点滴が毎日必要であるけれども訪問看護が見つからない、また年末年始はどこも休みで断られてしまうことがあります。〔協力者3〕

2-3-3. 必要な時期にショートステイの活用ができない

年末年始やゴールデンウィークなど、受療者本人や家族にとって必要な時期に短期入所生活介護（ショートステイ）が活用できないと、入院や施設サービスの利用を検討せざるをえなくなり、在宅医療の活用あるいはその継続が困難になる可能性があると言われた。

年末年始を自宅で過ごせないで、年末年始に入院させてほしいというケースもあります。長期休暇の時期、ゴールデンウィークなどは、ショートステイもいっぱい入れないという問題があります。〔協力者1〕

2-3-4. 入院している医療機関側のケースワーカーとの認識の違い

受療者が退院する際、在宅医療を提供している機関側からみれば自宅で暮らしていくことが可能であると思われても、入院している医療機関のケースワーカーが難しいと考え、施設へ入所するケースもあると言われた。

在宅側が大丈夫、この人は受け入れできそうと思っている感覚と、病院側のワーカーさんが、この人は送り出せるという感覚のずれはあると思います。そのトリアージで、本当は在宅で過ごせるのに、施設や有料老人ホームなどに行ってしまう人はかなりいるのではないかと思ひ、そのギャップをどう埋めるかの課題はあります。〔協力者8〕

特に介護者がおらず、一人暮らしをしている場合、しかもその状況での看取りが想定される場合などでそうした認識の違いが生じる傾向があると指摘された。

1人暮らし、独居でみとりなど、私たちは対応しますので、1人暮らしや独居はそれほど重要なトリガーではありませんが、病院の人からすると、介護者もいないのにどうやって生活するのか、という感じで施設に行くのが第一路線になってしまうのはよくあると思います。病態像で分けてしまうと、同じようなレイヤーになってしまいますが、細かく詰めていくと、実はそこには大きなギャップがあるのではないかと思いました。
〔協力者8〕

こうした認識の違いについては、入院医療と在宅医療に境界線を引くのではなく、そこを行ったり来たりできるような感覚が重要であるとも語られた。

医療サービスを受けるという視点でいえば、病院やクリニックと在宅医療は、どうしても境界線を付けようとしてしまいがちです。退院した後は在宅側のチームで、というのではなく、退院後2週間在宅で過ごせるころまで退院調整、退院支援をして、こちらでも受けるなど、行ったり来たりできる感覚がないのではないかと思います。サービスを受ける利用者さんや患者さんを主体とする目的に合わせて、そこで行ったり来たりできるフレキシブルさが医療サービスの概念に足りないからこそ、そのような話(入院医療機関と在宅医療機関とで認識の違いが生じる)になってしまうのだらうと思って

聞いていました。〔協力者7〕

2-3-5. 在宅医療の自己負担

家庭によっては在宅医療の活用に伴って生じる自己負担が障壁となる可能性が指摘された。特に、在宅医療を活用しはじめることで負担額が大きく変わってしまう場合にその影響が大きいと語られた。

割合として高いのはお金だと思います。金額が大きく変わってしまうところです。〔協力者4〕

こうした負担が大きく感じられる場合に、在宅医療の頻度を減らしてほしいという要望が生じたり、訪問診療と訪問看護の併用を望まないケースが生じたりすること、そして訪問看護ではなく訪問介護や訪問リハビリテーションを優先したりする事態が生じることも指摘された。

私は一番はお金かと思っています。訪問診療に来てもらうと高いから、2回は不要で1回で、などとなります。それから、訪問診療に入ると、訪問看護も入れてくださいという先生が多いですが、そこも嫌だという方もいらっしゃいます。先生と看護師さんが一緒に来るのに、なぜそれとは別に訪問看護が入らなければいけないのか、ということです。理由を聞くと、人の出入りが嫌なことも一つですが、お金が余計かかるからです。高額医療費の対象にならない方のほうがシビアで、お金がネックになっていることが多いと感じています。〔協力者6〕

介護保険の中で、例えば要介護1などの場

合、訪問看護を入れると単価が高いので、ヘルパーやリハなどを優先したいということがあります。〔協力者 4〕

2-4. 感染症などの外的要因

感染症などの外的要因によって、在宅医療の活用が困難になるケースがあると語られた。具体的には、新型コロナウイルス感染症の流行のために入院患者の「お試し外泊」ができなくなっており〔協力者 3〕、特に医療的なケアが必要なケースで在宅医療の活用を前提とした退院がうまく進まないこともあると語られた。

（「お試し外泊ができずに自宅へ帰るとうまくいかないケースはありますか」という質問に対して）ADLのところではあまりありませんが、医療的なケアなどが必要な重度の方ではあると思います。〔協力者 1〕

また、在宅医療導入時に利用者の自宅を訪問して下調べをすることについて、もともと人員不足でできていなかった面があったものの、新型コロナウイルス感染症の流行によりさらに行きづらくなってしまった〔協力者 3〕と指摘されており、こういった事情も在宅医療導入の障壁となっている可能性が示唆された。

3. 消極的な選択肢として在宅医療を選ぶケース

ここまでは受療者および家族がどちらかといえば積極的に在宅医療を選ぶきっかけや理由を述べるとともに、それを困難にする要因を説明してきた。一方で、消極的な選択肢として、すなわち本当は医療機関に入

院したり、高齢者施設に入所したりしたかったけれども、それができずに在宅医療を活用して自宅で生活しているケースもあると語られた。このように消極的な選択として在宅医療を選ぶケースとしては、1) 地域の施設が定員に達しているために施設入所できない、2) 経済的負担能力が低く、施設入所できない、3) 受療者の収入で同居者が生活しているために施設入所できない、4) 感染症や認知症などのために施設入所できないといった状況が指摘された。

3-1. 地域の施設が定員に達しているために施設入所できない

地域の施設、特に特別養護老人ホームが定員に達しており入所できないために在宅医療を活用しながら自宅で生活しているケースがあり、「特養はすぐ入れないから、やむを得なく一時的に自宅で過ごしてしのぐケース」〔協力者 4〕と表現された。

3-2. 経済的負担能力が低く、施設入所できない

このカテゴリについては、日本の公的介護保険の仕組みが特に大きく関わっている。日本では介護保険料を納められずに未納のまま2年間が過ぎると、自己負担割合が3割となる。多くの人が1割負担で利用していることを考えると、負担割合が3倍になることとなる。加えて、施設入所の場合は入所者の希望でサービス量を増減させる余地が少ないため、施設入所に係る費用が大きな負担となる。一方で、在宅サービスであれば、サービス量を低く抑えることも可能であるため、最低限度の在宅医療を活用して自宅で暮らすケースもあると語られ

た。これはもともと介護保険料を支払うのが難しいような経済状況にある方で起きうる事態であると説明された。

（「お金が理由で施設に入れたい、やむを得ない在宅ですか。」という質問に対して）
年間に何件かは、介護保険料が未納で、施設に入ると3割負担になってしまうために、最低限の在宅サービスを組んで在宅にせざるを得ないケースはあります。・・・中略・・・生活保護にもなれないケースがあります。

・・・中略・・・こちらの（地域の）3割負担は、（収入が高いために3割負担になっているのではなく）介護保険料未納の3割負担です。・・・中略・・・普通は11～12万円で施設に入れるところが、30万円近くとなると、やはりそのようなかたがたは入れないという問題にはよく遭遇します。〔協力者1〕

実際に患者の経済的負担能力が低い場合、施設に入ることができずに在宅医療を選んでいる可能性が先行研究でも示唆されている（佐方ら、2017）。

3-3. 受療者の収入で同居者が生活しているために施設入所できない

加えて、受療者の収入、特に年金などで同居者が生活している場合、受療者が施設に入ってしまうと同居者がその金銭を使用する自由度が狭まり、時に生活が成り立たなくなることがある。そのために敢えて自宅で在宅医療を活用しながら生活しているケースもあると語られた。

同居の方が、患者さんの収入で生活をされ

ているケースもあります。患者さん本人が施設に入ってしまうと、同居者の生活も金銭的にも成り立たなくなり、やむを得ず自宅を選ぶしかないケースです。〔協力者2〕・・・（「パラサイトで、自分が生きるためのやむを得ない在宅です。」〔インタビュー1〕）・・・息子さんが親の年金で暮らしているケースもあり、そのような方々はそうなります。〔協力者1〕

3-4. 感染症や認知症などのために施設入所できないことがある

ここまで述べてきたような施設定員や受療者・家族の経済状況といった点だけでなく、施設から入所を断られたために在宅医療を活用して自宅で生活しているケースもあると指摘された。入所を断られる理由としては、「MRSA 陽性」〔協力者3〕といった感染症や認知症が挙げられた。

D. 考察

ヒアリング調査の内容を逐語録とし、内容にそってカテゴリー化した。その結果、受療者側のきっかけ・要因としては、「受療者本人の在宅医療希望」「在宅看取りの希望」とする意思決定における要因が抽出され、また「ADLの低下」「認知症」「末期の悪性腫瘍」といった受療者の心身の状態に伴った要因が見いだされた。家族側のきっかけ・要因としては、「家族の希望」のほか、「家族のサポート力」が要因として見いだされた。一方で、医療介護体制側のきっかけ・要因としては、「かかりつけ医との連携」「訪問看護ステーション等からの提案」「高齢者施設からの要望」といった連携やシステムに基づ

く要因が抽出された。これらの結果から、在宅医療が導入される背景としては受療者・家族側の要因として受療者の心身の状況のほかに、その状況を支援する家族側のサポート力という社会的な要因もあることがわかった。また医療介護体制側の要因として、「かかりつけ医との連携」「訪問看護ステーション等からの提案」「高齢者施設からの要望」が抽出された。「高齢者施設からの要望」としては、施設の嘱託医による診療が入所に伴って導入される流れや、施設管理上必要ということで施設側が導入を要望することがあることがインタビューにおいて語られた。

一方で在宅医療の活用を検討されながらも実際の利用が困難になる要因として、受療者・家族の意向が挙げられるとともに、在宅医療導入の要因としても挙げられた「家族のサポート力」が相対的不足しており、阻害要因となっている現状があると推察された。そして、在宅医療の阻害要因としては、医療介護提供体制上の要因も明らかとなった。特に居住地における在宅医療資源の不足によって、在宅医療供給困難といった事態があることがわかった。

最後に、在宅医療の選択（すなわち在宅への療養場所の移行）が消極的に行われた背景として、入所施設の供給不足、経済的負担、療養者の認知症等が挙げられた。

こうした在宅医療の導入に関わる実態から、在宅医療の必要性和導入の有無は必ずしも一貫せず、療養者の心身の状況に対して家族のサポート力や医療資源等が伴わないと利用に至らない実態があることが明らか

かとなった。そのため、必要性や利用の有無の検証においては、複眼的な考察が必要であることが示唆された。

E. 結論

本研究結果から、在宅医療が導入される背景としては受療者・家族側の要因として受療者の心身の状況のほかに、その状況を支援する家族側のサポート力という社会的な要因もあることがわかった。また医療介護体制側の要因も見いだされ、在宅医療の導入の必要性の議論においては、複眼的な検証が必要であることが示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

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

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

佐方 信夫, 奥村 泰之, 白川 泰之 (2017) 急性期病院における後期高齢者の経済状況と退院先の関連：退院患者の調査票情報を用いた症例対照研究. 日本公衆衛生雑誌 64(6): 303-310.

在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた
在宅医療提供体制の構築に関する研究—地域医療の先進事例に関するレビュー

研究分担者 伊藤智子 筑波大学 医学医療系 助教

研究要旨

背景 本研究では、我が国における在宅医療について先進的な取り組みを行っている事例の情報を収集し、今後の在宅医療が目指すあり方について考察することを目的とした。

方法 在宅医療整備における先進自治体や海外の事例について、事例・情報収集し、参考となる仕組み・制度等についてレビューを行った。「在宅医療」「先進」「取り組み」を検索語とした Web 検索を実施した。

結果 我が国における在宅医療の先進事例としては、「ICT を活用した医療介護連携体制の構築」および「在宅医の地域医療連携（病診連携、診診連携、多職種連携）」の2つが主な取り組みとして挙げられた。

結論 先進的な取り組みの効果としては情報の即時共有による電話や FAX 等の手間の削減、訪問前の正しい情報の把握、多職種関係者における共通認識や安心感の構築ということが報告されており、在宅医療における多職種連携の意義は大きいと考えられる。一方で共有する情報やその質、職種間の活用の差、コスト負担が懸念事項であり、こうした点への対策が今後の課題であると考えられる。

A. 研究目的

我が国は高齢者の増加に伴い在宅医療の需要も大きく増加することが見込まれている。そのような中、地域によっては様々な主体が在宅医療の円滑化や質の向上等に寄与する先進的な取り組みを行っている。本研究ではそうした先進的な取り組みの事例を調べ情報収集することで、今後のわが国の在宅医療が目指すあり方について考察することを目的とした。

B. 研究方法

在宅医療整備における先進自治体や海外

の事例について、事例・情報収集し、参考となる仕組み・制度等についてレビューを行った。「在宅医療」「先進」「取り組み」を検索語とした Web 検索を実施した。

C. 研究結果

レビューの結果、我が国の在宅医療における先進的な取り組みとしては、主に「ICT を活用した医療介護連携体制の構築」および「在宅医の地域医療連携（病診連携、診診連携、多職種連携）」の2点に集約されていた。この2点について、特徴的な取り組みの事例を紹介する。

ICT を活用した医療介護連携体制の構築

事例 1：名寄市「名寄市医療介護連携 ICT 協議会」

名寄市は、北海道の道北エリアに位置する人口約 26,259 人（2022 年 5 月末）、高齢化率 33.2%の市である。交通の要所でもある名寄市は、広大な道北北部の救命救急と第 3 次医療を担う基幹病院として、名寄市立総合病院（359 床）を有する。専門医や在宅医の不足等の医療資源の偏在により、名寄市立総合病院がかかりつけ医機能も兼ねている。

取組みの概要としては、名寄市における医療介護連携体制の構築に向け、多職種での事例検討会を通して望ましい連携づくりを考えるとところからスタートされた経緯があり、顔の見える関係が確立されていた。ICT 導入に至る過程では、システムの設計から運用に至るプロセスを重視し、多職種関係者間での合意形成を図りながら関係者をシステム構築の当事者として巻き込んだ。この結果、高い多事業所参加率と導入後の利用（活用）に結びつき、ICT はすでに医療介護連携に欠かせないツールとなっている。

背景・経緯としては、医療・介護連携体制の構築に向けた取り組みは、2011 年から市の地域包括支援センターが中心となり開催された事例検討会と市民に対して認知症の理解を深める研修会が始まりである。特に「見える事例検討会」の技法を活用した多職種事例検討会では、医師、薬剤師、理学療法士、地域包括職員、デイサービス相談員、居宅ケアマネ、市の高齢福祉係等が参加し、多機関・多職種間の顔の見える関係づくり

が図られた。事例検討会を通じて深く話し合っただけでなく、職種を超えて連携していくことの重要性への理解が深まり、多職種連携を推し進める基礎が出来上がっていったという。2015 年から、地域支援事業の中に「在宅医療・介護連携推進事業」が加わったことを機に、地域包括が市内居宅介護支援事業所のケアマネに対して医療と介護の連携実態やニーズ把握等を目的とした調査を実施した。この結果から、医療と介護間の連携方法は電話、FAX、対面のやりとりが中心で、内容に行き違いが発生することもあり、情報取得効率化への支援が必要であることが明らかになった。また、医療関係者（特に医師）との連携に対する「敷居が高い」意識があることもわかった。

他方で地域包括は、名寄市立総合病院の地域医療連携室長と円滑な医療・介護連携体制の方策に関して継続的な意見交換を行っていた。そうした中 ICT 活用に可能性を感じ、2016 年名寄市立病院の地域医療連携室長と地域包括が中心となって地域包括ケアシステム構築を検討するワーキンググループを立ち上げた。平行して高齢者や専門職等を対象とした様々なワークショップを行い、地域包括ケアシステムや ICT の活用可能性等に対する当事者や現場関係者のニーズの集約を行った。集約されたニーズを踏まえつつ、市に適した医療・介護連携に適切と考えられるツールを検討、運用管理体制や運用方法、情報共有項目等の骨格作りを実施した。運用方法と情報共有項目については、医療側が介護側から知りたいこと、介護側が医療側から知りたいこと、医療機関同士で知りたいことなどの現場ニーズを踏まえて多職種の業務フローを整理し、

システム面における技術的な能否の確認を行った。

また、ICT を導入しただけでは積極的に活用されない可能性があることを想定し、現場関係者(特に介護側)にシステムに対する理解や利便性を実感してもらい、抵抗感を減らす目的で症例検討会を開催している(症例検討会では、事務局からのシステム活用の強要を避けることや、医療側と介護側の多職種関係者が対等な立場で議論できる雰囲気づくりなどを考慮し、ファシリテーターとして外部の地域包括ケアの専門研究者を活用していた)。現在、現場での実際の運用(活用方法や実用性)から発見した課題とその解決策等について検討、改善が続けられている。

この事例における医師におけるメリットとしては、次の点が挙げられた。

- ・ 訪問診療前に患者の診療履歴や検査結果等の把握が可能となり、適切な診断・治療の判断材料とすることができる。
- ・ 同行する看護師が主に **Microsoft Teams** を確認し、ヘルパーやケアマネジャー、訪問看護師などから上がってくる患者の日常の状態変化について必要な情報を在宅医と共有することで、情報収集に要する時間の削減が可能となり、業務の効率化につながる。
- ・ 言葉では伝わりにくい利用者の状態(皮膚病変等)を写真や動画で共有することで、短時間かつ正確に情報を伝えることができる。
- ・ 医師からの診断に応じた必要な情報を **Microsoft Teams** に送付し介護側からの質問等への対応に応じることも可能であり(従来ヘルパー等の介護職は、本人やその家族、ケアマネを通じて利用者の医療情報

を得ていた)、介護側の安心感の醸成にも繋がり、多職種連携の構築に寄与できる。

在宅医の地域医療連携(病診連携、診診連携、多職種連携)

事例1:長崎在宅 Dr.ネット

長崎市は、山間部・海岸線で交通の便が悪く、医療資源も少なく、長崎県全体では全国より早く高齢化が進み、2025年には高齢化率が35%を超え九州で最も高齢化が進むと予想されている。また地形上、長崎市は、車の横づけができないような坂道や階段が多い独特の地形など、在宅医療を阻む様々な要因があるとされている。

この取り組みの概要は、長崎在宅 Dr.ネットは、長崎市を中心に活動する在宅医療に関わる医師のネットワークである。診療所と診療所(以下、診診)の医師が主治医、副主治医の連携体制を構築し、24時間の往診体制の負担を減らすことで、組織的に在宅医療の提供、看取りの支援を行っている。

取り組みの背景として、長崎在宅 Dr.ネット設立のきっかけは、2002年に長崎市医師会が長崎在宅ケア研究会を組織したことにある。この研究会では多職種が集まって勉強会を行うとともに、医師、医療関係者、一般に向けて講演会などを実施した。勉強会における議論において、医師の連携への要望が出されたことを期に、長崎在宅ケア研究会に参加していた有志の医師13名が中心となり2003年に発足した。(2008年にNPO法人化、2010年に認定NPO法人化)そして、最大の特徴は、診診連携によって1人の在宅患者を「主治医」と「副主治医」が担当し、主治医が学会や旅行などで不在の時は副主治医が往診を代行する仕組みであ

る。実際に副主治医が往診することは少ないが、この仕組みにより 24 時間の往診体制の確保が可能になり、医師と患者双方の安心感にもつながっている。

参加医師は、正会員（連携医）、準会員（協力医、病院医師）、賛同会員に分類される。主治医、副主治医となる「連携医」のほか、「協力医」として皮膚科、眼科、精神科、脳外科など専門家医師や「病院・施設医師」も参加し、専門的な助言をしたり必要に応じて往診も行う。

この取り組みのもう一つの特徴としてメーリングリストの活用がある。各病院の地域連携室から Dr. ネット事務局に依頼が入ると、市内 5 地区の各担当コーディネーターが個人情報と考慮して疾患、居住地等の情報をメーリングリストでメンバーに周知し、手上げ方式で主治医、副主治医を決定する。メーリングリストは主治医の決定だけではなく、仲間同士のコミュニケーションや情報交換にも役立っている。

Dr. ネットは診診連携のほか、これまでに口腔リハ協力歯科医との連携や管理栄養士派遣システム、研修会、講演会、懇親会、多職種での症例検討会、退院前の多職種合同カンファレンスなどにも取り組み、多職種協働を発展させてきた。多職種が顔の見える関係を築いてきた。専門性を活かした連携や、地域・職種レベルでのなど多様な連携の会の開催とその継続が生きた多職種連携になる、地域の多職種との連携も積極的に行っている。

この取り組みにおける医師におけるメリットとしては、

- ・主治医と副主治医それぞれの専門分野で患者を担当することができる。

- ・複数の医師の連携により、緊急時や不在時の対応（24 時間体制確保）が可能になり、医師と患者双方の安心感につながる。

- ・診診・病診連携を組むことにより、可能な限り継続的で効果的な在宅医療を提供できる。

- ・相互に医療上の相談を行い、また種々の医療情報を共有することにより、医療の質の向上が図られる。

ということが挙げられた。

在宅医の地域医療連携（病診連携、診診連携、多職種連携）

事例 2：岸和田在宅ケア 24

この取り組みの概要として、岸和田市と忠岡町にある 10 か所の在宅療養支援診療所間で連携（診診連携）をとり、訪問看護との連携を併せて 24 時間体制を確保し、これらの診療所でがん患者を中心に在宅看取りを行っている。いずれの診療所も外来診療と平行して在宅診療を行っており、それぞれ常勤医は 1 人である。取り組みの背景として、24 時間 365 日対応の負担があり診診連携が開始された。最大の特徴は、24 時間の対応は訪問看護師との連携で自院完結し（訪問看護は自院から行っている診療所と訪問看護ステーションと連携している診療所、その両方を利用して行っている診療所がある）、365 日対応は診療所医師間の連携（診診連携）でカバーする仕組みである。主治医の不在時は他の診療所に待機を依頼し、対応した場合には依頼元の非常勤医という位置付けになる。待機をする場合の主な仕事は、看取り時の主治医に代わっての対応である（看取り以外の往診を依頼されることもあるが頻度は高くなく、実働は極めて

少ない)。また看取りを除けば、基本的には訪問看護担当者と主治医との連携で解決する（訪問看護で大方対応が可能である訪問看護と連携する重要性）。どの医師も在宅対応に慣れており、地域の土地勘もあるので安心感があるという（誰が行っても同じ医療を提供できる信頼感がある）。

連携に際しては、全ての患者情報を依頼前に詳細に伝えることは情報の散逸を招くと考え、対応をお願いする可能性の高い患者についての情報のみやりとりを行う。夜間や休日などにかかりつけ医以外が対応する体制は、医師にとっては「何かあったら電話して」ではなく、何か起きないように昼間のうちに管理しておくという意識になるため、1人の医師が対応するよりも在宅医療の質が上がる面があり、カルテ記載なども充実するという。

岸和田在宅ケア 24 では合同でホームページを開設し、病院・診療所・訪問看護ステーション・介護保険事業所・行政機関など在宅療養に関わる機関に向けて、実績や新たな患者さんの受け入れ状況などの毎週更新の情報発信を行っている。この連携を可能にする上で重要であったのが、診療所どおりの認識において「商売敵」というように捉えるのではなく、互いに重要な連携相手と認識していくことであったとされ、6年近い交流がベースにあったと報告されている。実際に顔を合わせるのは年に数回だが、メーリングリストを用いて普段のやりとりを行い、これによりお互いの認識の変容が可能になった。

D. 考察

在宅医療を実施する医院やバッグベッド

となる病院、訪問看護事業所、介護事業所等のタイムレスな情報共有を目的としたネットワーク構築の取り組みがみられた。この取り組みの障壁である情報セキュリティに対しては Virtual Private Network (VPN) の利用の他、利用説明会での事業主への説明強化（信頼・納得が得られる情報提供）を行って対策をして解決を試みている。その効果としては情報の即時共有による電話や FAX 等の手間の削減、訪問前の正しい情報の把握、多職種関係者における共通認識や安心感の構築ということが報告されており、在宅医療における多職種連携の意義は大きいと考えられる。

しかし実際には、共有する情報やその質（どのような情報を共有すべきかわからない）、職種による活用頻度のばらつき、参加施設数の伸び悩み、コスト負担という点も述べられており、この点への対策が今後の課題であると考えられる。

E. 結論

我が国における在宅医療の先進事例としては、「ICTを活用した医療介護連携体制の構築」および「在宅医の地域医療連携（病診連携、診診連携、多職種連携）」の2つが主な取り組みとして挙げられた。それぞれ2000年代より各地で取り組まれ始めたが、近年の実施状況や効果については改めて検証が必要であると考えられた。検証の結果は、我が国の在宅医療における今後の課題について有用な資料になると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

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

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

日本医師会総合政策研究機構. 日本総研ワーキングペーパー「ICT を利用した全国各地医療情報 連携ネットワークの概況（2019・2020 年度版）」

立石憲彦. 離島と地域を支える遠隔医療—長崎県における取り組み—. Annual56 巻 Abstract 号 p. S214. 2018

中村 努. 長崎県における医療情報システムの普及過程地理学評論 90-2 67-85. 2017

松本信一. 平成 29 年度第 2 回高梁・新見地域医療構想調整会議「新見地域の ICT を

活用した多職種連携の取り組み」

太田隆正. IISE シンポジウム『新見あんしんねっと』による地域医療の推進」

太田隆正. 中山間地における面的在宅医療連携拠点活動の実際—在宅医療連携拠点まんさく 新見医師会—. 日老医誌 51 : 240-242. 2014

厚生労働省医政局研究開発振興課医療情報技術推進室、地域医療情報連携ネットワークの現状について

白髭豊, 藤井卓, 野田剛稔. 在宅緩和ケアネットワークの構築—長崎での取り組み（最新情報）—. 日在医会誌 第 11 巻・第 1 号. 2009

東日本電信電話株式会社. 医療等分野のネットワーク利活用モデル構築にかかる調査研究報告書. 2020

一般社団法人北海道総合研究調査会. 令和 3 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「北海道の地域住民に関する医療・介護情報の共有システム構築に係る調査研究事業」報告書. 2022

表1 ICTを活用した医療介護連携体制の構築

プロジェクト	取り組みの概要
<p>とちまる・どこでもネット (栃木県) 栃木県医師会・2013年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療介護 SNS と医療連携ネットワークを併用。 ・地域包括ケアに関わる多職種間及び患者・介護者の間でコミュニケーションを行い連携を促進。 ・情報開示機関に保管されている診療情報、調剤、検査結果を参加医療機関と共有。
<p>K-MIX R かがわ医療情報 ネットワーク (香川県) かがわ医療情報ネットワー ク協議会 (香川県医師会、 香川県)・2003年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・県内の医療関連施設 (病院、診療所、調剤薬局等) を情報ネットワークで繋ぎ、医療情報を相互に共有。 ・K-MIX R は、医療機関情報システム、遠隔読影システム、レセプト参照システム等の複数のシステムで構成。ポータルサイトからすべてのシステムにアクセスが可能。
<p>Net4U (山形県) 荘内病院、鶴岡地区医師 会・2000年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種間での医療情報の共有と相互コミュニケーションを可能としたシステムを運用。 ・2013年から、患者・介護者参加型のWEB連絡ノートシステムを新たに導入。患者・介護者との情報共有 (患者・家族による情報閲覧や書き込み) が可能。
<p>ポラリスネットワーク Ver.2.0 (北海道) 名寄市・2013年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・道北北部の救急トリアージを目的とした医療連携システムを基盤に、医療介護 SNS を追加し併用。 ・システム導入から運用に至るまで、全面的に行政が主導。市のシステムとのデータ連携により、介護認定情報が自動的に共有。

表 2 在宅医の地域医療連携（病診連携、診診連携、多職種連携）

プロジェクト	取り組みの概要
<p>長崎在宅 Dr.ネット（長崎市） <認定 NPO 法人 長崎在宅 Dr.ネット・2003 年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅療養を受けたいという要望を持ちながら在宅主治医を探すことが困難な患者・介護者に対し、在宅主治医、副主治医を紹介するシステム。 ・ 各診療所では常勤職員としての雇用が難しい管理栄養士を診療所間でシェアして栄養指導を実施。 ・ 歯科医と連携し、訪問歯科診療（口腔リハ）を実施。
<p>岸和田在宅ケア 24（岸和田市、泉州地域） 各診療所（在宅医）・2004 年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来診療と並行して在宅医療に取り組む診療所がネットワークを組み、看取り対応を行う仕組み。24 時間対応は訪問看護師との連携、356 日対応は診療所医師間の連携でカバーする体制。 ・ 岸和田在宅ケア 24 のウェブサイトには、各診療所の新規在宅患者の受け入れ可能状況を伝えるページを設置。
<p>イーツー（医 2）ネット（静岡市） 静岡市医師会・1996 年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2 人主治医制を構築。病院医師とかかりつけ医が患者の医療情報を共有し、役割を分担することで効率的で質の高い医療を提供。 ・ 患者が看取りの状態になり、何らかの事情により主治医と連絡が取れない場合に在宅往診当番医が看取りをするシステムや在宅患者からの緊急往診や緊急訪問の依頼があり、何らかの理由で在宅主治医や訪問看護師等と連絡が取れない場合に、在宅往診当番医や当番訪問看護師に連絡がいき、往診や訪問看護をするシステムも構築。

令和4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事業）
分担研究報告書

在宅医療を受ける患者の4つの医療機能におけるアウトカム評価：自治体の医療
介護突合データを用いた要介護度・医療必要度別の検討

研究分担者	孫瑜	筑波大学	ヘルスサービス開発研究センター	研究員
研究分担者	伊藤智子	筑波大学	医学医療系	助教
研究分担者	佐方信夫	筑波大学	医学医療系	准教授
研究協力者	吉江悟	筑波大学	ヘルスサービス開発研究センター	研究員
研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学	医学医療系	教授
			ヘルスサービス開発研究センター	センター長

研究要旨

背景

在宅医療の需要が高まる中で、在宅医療を必要とする対象者を明確化し、特に必要性の高い患者に提供できる体制構築が必要となる。本研究では、在宅医療受療者において、在宅医療提供体制に求められる4つの医療機能の実態を明らかにし、要介護度別および医療必要度別に検討することで、より在宅医療のニーズが高い集団の検討を行うことを目的とした。

方法

つくば市の2016～2018年各9月の医療介護突合データを用い、在宅患者訪問診療料（1）の算定があった者を対象とした。各年9月から半年間の追跡期間の中で、在宅医療に求められる4つの医療機能（①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り）に関する各指標を要介護度および医療必要度別に検討した。医療必要度に関しては別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第8の2）または在宅がん医療総合診療料の算定がある患者を要医療群と定義した。

結果

対象者は2032人、そのうち要医療群が230人（11.3%）であり、要介護度が重度になるにつれ要医療群の割合が増えた。追跡期間中に221人（そのうち要医療群：72人）が死亡した。要医療群に分類される患者は要介護度に関わらず急変時に対応が必要になる例や死亡例、在宅看取りの割合が多かった。また、要医療群に分類されない患者においても要介護度が重度である患者は急変時に対応が必要になる例や死亡例、在宅看取りの割合が多かった。一方で、要支援の患者は急変時の対応が必要になる症例や死亡例も少なかった。

結論

指定難病、末期の悪性腫瘍や在宅での医療処置を行っている患者や、そのような疾患や処置がなくても要介護度が重度の患者は指標からみた医療的対応が行われている割合が高か

った。一方で、要介護度が要支援の患者は要介護状態や医療的対応の点からは在宅医療の必要性は乏しいと考えられた。

A. 研究目的

我が国における在宅医療の需要は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」に伴い、大きく増加している¹。在宅医療を利用する理由として医療的理由、ADL的理由、交通事情的理由、介護者や施設による理由など様々な要因が考えられるが、今後増加する需要に対応していくためには、在宅医療を必要とする対象者を明確化し、より在宅医療の必要性が高い患者のニーズに合わせて提供できる体制づくりが必要となる。

令和3年度の報告書では、要介護度が高い患者ほど在宅療養指導管理料の算定が多いこと、また居住場所によっても在宅医療受療者の特徴は異なっており、在宅に居住する患者と比較すると施設入居者は主要な内科疾患や在宅療養指導管理料が算定されている割合は低く、要介護度も低い一方で認知症患者の割合が多いことが示されている。また、先行研究では悪性腫瘍、在宅酸素療法、要介護度4-5の患者の頻回往診リスクが高く、在宅医療のニーズが高いと考えられることも示されている²。しかし、さらにニーズを詳細に検討するためには、往診以外のアウトカムについての分析も必要であるが、それらを詳細に検討した研究はこれまでに報告されていない。

そこで本研究では、在宅医療受療者において、在宅医療提供体制に求められる4つの医療機能（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）がどの程度実施さ

れているかの実態を明らかにし、要介護度別および病態別に検討することで、より在宅医療のニーズが高い集団の検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

茨城県つくば市の国保・後期高齢者医療制度の医療・介護保険レセプトデータを用いた。2016年のつくば市の総人口は226,963人、要介護認定率は16.5%である³。2016年～2018年の各9月に在宅患者訪問診療料（1）の算定があった者を対象とし、各年9月から半年間の追跡期間の中で在宅医療に求められる4つの医療機能（①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り）の各指標に関して要介護度（要介護度情報なし、要支援、要介護1-3、要介護4-5に分類）および医療必要度別に検討した。また、要介護度、医療必要度別の在宅時/施設入居時医学総合管理料の割合についても記述した。要介護度はADLを示す尺度として用い、各年9月までの直近の介護レセプトから判断した。医療必要度に関しては在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第8の2）または在宅がん医療総合診療料の算定がある患者を要医療群と分類し、それ以外は要医療群以外と分類した（要医療群の詳細は補足表1参考）。以下、在宅医療に求められる4つの医療機能に関して抽出した指標を示す。

① 退院支援

各年 6-9 月に入院があった患者のうち、以下の項目の割合を記述した。

- 入院中の退院時共同指導料の算定
- 半年以内の全ての再入院、
- 半年以内の Ambulatory care-sensitive conditions (ACSCs, プライマリ・ケアの適切な介入により、重症化による入院を予防できる可能性のある疾患) による再入院

ACSCs はプライマリ・ケアの利用しやすさと質の指標として用いられており、急性疾患、慢性疾患、ワクチン接種で予防可能な疾患の 3 つに大きく分類される⁴。急性疾患は蜂窩織炎や腎盂腎炎等、慢性疾患には COPD やうっ血性心不全等、ワクチン接種で予防可能な疾患にはインフルエンザや肺炎等が含まれる(詳細は補足表 2 参照)。本研究では、NHS (英国の国民保健サービス)⁵ が定義する 19 の ACSCs を、先行研究⁶ で一般的に使用されている ICD-10 を用いて同定した。

② 日常の療養支援

以下の項目の割合を記述した。

- 訪問歯科診療の利用
- 訪問看護の利用 (介護/医療保険の訪問看護の利用および訪問看護指示料から算定)
- 半年以内の要介護度の改善/悪化

③ 急変時の対応

追跡期間中の 1 回以上の各項目について割合を記述した。

- 全時間帯の往診

- 夜間休日の往診
- 夜間休日の救急搬送または受診 (夜間休日救急搬送医学管理料、院内トリアージ実施料、時間外加算/休日加算/深夜加算より抽出)
- すべての原因による入院
- ACSCs による入院

④ 看取り

追跡期間中に死亡した患者を対象とし、以下の割合を記述した。

- 在宅ターミナルケア加算数
- 看取り加算数
- 死亡診断加算数
- 病院での死亡 (退院月=死亡月の場合を病院での死亡と判断)

すべての解析は STATA version 15 用いた。

C. 研究結果

全体について

対象者は 2032 人、そのうち要医療群が 230 人 (11.3%) であった。全体および要介護度別の在宅時/施設入居時医学総合管理料の算定結果を表 1 に示す。要医療群以外では在宅時医学総合管理料の算定割合が 50.3% (907/1,802 人) だったのに対し、要医療群では 80.4% (185/230 人) であり、特に要介護度情報がない要医療群において在宅時医学総合管理料の算定割合が 93.9% (31/33 人) と高くなっていた。医療必要度別の要介護度の検討では、要医療群以外では要介護 1-3 が 55.0% (991/1,802 人) と最も多く、次いで要介護 4-5 (35.6%) だったのに対し、要医療群では要介護 4-5

が 59.6%(137/230 人)と最も多くなっており、要支援はわずか1名のみであった。また、要介護度別の医療必要度の分布では、要介護度情報なし群で最も要医療群の割合が高く (21.3%)、要介護情報がある人の中では要介護度が重度になるにつれて要医療群の割合が増えた(要支援:2.1%、要介護 1-3 : 5.6%、要介護 4-5 : 17.6%)。

① 退院支援

各年 6-9 月に入院があった 207 人 (そのうち要医療群:52 人) が対象となった。結果を表 2 に示す。入院中の退院時共同指導料の算定は要医療群以外 (14.8%) と比べて要医療群 (32.7%) の方が多かった。全ての原因による再入院、ACSCs による再入院も全体的に要医療群の方が多かったが、要介護度情報がない要医療群においては半年以内の全再入院・ACSCs による再入院率が 50%以上と高くなっていた。一方で要介護度情報がない要医療群では再入院の割合は比較的低くなっていた。

② 日常の療養支援

結果を表 3 に示す。訪問歯科診療は要医療群以外の方が多かったのに対し、訪問看護は要医療群の方が多くなっていた。要介護度悪化の割合は両群とも変わらなかった。要介護度別にみると、要介護度が重度になるにつれ要医療群・それ以外いずれも訪問歯科診療の割合は増加していた。訪問看護も要医療群以外では要介護度が重度になるにつれ増える傾向にあったが要介護 4-5 でも 42.4%にとどまった。一方で要医療群では要支援を除くと、訪問看護は要介護度情報なし群、要介護 1-5 いずれも

70-80%程度と多かった。

③ 急変時の対応

結果を表 4 に示す。全体的に要医療群の方が要医療群以外に比べて全時間帯の往診、夜間休日の往診、夜間休日救急搬送/受診、全ての原因による再入院、ACSCs による再入院の割合が多くなっており、各指標の割合は概ね連動していた。要医療群においては特に要介護度情報なし群で最も各指標の割合が高くなっていたが、要介護 1-3、要介護 4-5 群でも比較的高い割合で急変時の対応が必要となっていた。要医療群以外においては要介護度が重度になるにつれて急変時の対応を要する割合が増えた。

④ 看取り

追跡期間中に死亡し看取りのアウトカム分析の対象となった患者は 221 人 (そのうち要医療群が 72 人) であった (表 5)。追跡期間中に死亡した人の割合は要介護度情報なし群で 16.1%(25/155 人)、要支援群で 2.1%(1/48 人)、要介護 1-3 群で 7.4%(78/1,050 人)、要介護 4-5 群で 15.0%(117/779 人)であった。医療必要度別では、要医療群で追跡期間中に死亡した割合は全体で 31.3%(72/230 人)であり、いずれの要介護度でもほぼ変わらなかったのに対し、要医療群以外では全体で 8.6%(155/1,802 人)であり要介護度が高くなるほど死亡例が多くなった。死亡した人における分析では、全体的に要医療群の方が死亡前後のケアを伴う在宅看取り(在宅ターミナルケア加算、看取り加算)が多くなっていた。要医療群においては特に要

介護度情報なし群で最も在宅ターミナルケア加算、看取り加算の算定割合が高くなっていたが、要介護 1-3、要介護 4-5 群でも 6 割以上で看取り加算の算定を認めた。一方で、要医療群以外では要介護度が重度になるにつれて在宅ターミナルケア加算や看取り加算の算定割合が増え、病院での死亡の割合が減少した。

D. 考察

対象患者の分布について

在宅時/医学総合管理料の算定状況から、要医療群以外では自宅居住と施設入所が半数ずつ程度であるのに対し、要医療群では 8 割が自宅に居住していると考えられた。特に要医療群の中では要介護度情報がない患者の自宅居住割合が高く、若年者で難病等を有していたり、医療的処置の必要性から自宅で訪問診療を受けているケースが多いと考えられた。要介護度別の検討で、要介護度情報なし群で最も要医療の割合が高く (21.3%)、要介護情報がある人の中では要介護度が重度になるにつれて要医療の割合が増えたという結果は、令和 3 年度の報告書(在宅医療を受ける患者の実態:3 自治体の医療介護突合データを用いた地域別・居住場所分類別の検討)の要介護度と各種指導管理料算定の関連をみた結果と一致するものであった。要医療群で要支援の患者は 1 名しかいなかったが、難病等や末期がん、医療処置を要する患者は要介護認定の際に要介護に分類されることが多いためと考えられた。

① 退院支援

要医療群の方が退院時共同指導料の算

定が多かったが、再入院の割合も多くなっており、病態が不安定であることが原因と考えられた。一方で、要介護度情報がない要医療群以外においては再入院率が高く、要介護認定が間に合わないまま在宅医療導入となった急性期の症例が含まれると考えられた。

② 日常の療養支援

訪問歯科診療は要医療群以外の方が多かったことに関しては、要医療群以外で施設入居者の割合が高く、施設への包括的な訪問歯科診療が含まれている可能性が考えられた。また、要医療群以外の訪問看護利用率の低さも施設入所の割合が関係していると考えられた。一方で要医療群では要介護度に関わらず多くの症例で訪問看護が導入されていた。

③ 急変時の対応

要医療群では、要支援以外においては全体的に急変時の対応が必要になるケースが多く、医療的ニーズが高いと考えられた。特に要介護度情報なし群には若年者で医療処置などの必要性から在宅医療を受けているケースが含まれると考えられ、急変時の対応が必要になるケースの上昇に寄与していると考えられた。一方で、要医療群以外では要介護度が重度になるにつれ急変時の対応が必要になる割合が増えた。先行研究でも、要介護度が重度である人ほど発熱が多く⁷、発熱は往診の主要な理由であること⁸、要介護 4-5 は頻回往診のリスクが高いことが示されており²、ADL や全身状態から感染症を発症しやすく、急変時の対応が必要となる割合が高くなる

考えられた。

④ 看取り

追跡期間中に死亡した患者は要介護度情報なし群で最も高く、要介護度認定がある患者の中では要介護度が高くなるにつれ上昇した。また、要医療群では半年の追跡期間に 3 割程度と高い割合で死亡を認めた。死亡した患者の中での分析では、要医療群の方が全体的に在宅ターミナルケア加算や看取り加算の算定が多くなっていったことから、死亡前後のケアを含む在宅看取りが行われている割合が高いと考えられた。要医療群では各疾患の経過から予後予測が行いやすいことが在宅看取りの増加に関連している可能性が考えられた。要医療群以外では要介護度が重度になるにつれて在宅看取りの割合が増え、病院での死亡の割合が減少したが、こちらも ADL や全身状態の悪化から予後予測が行いやすくなることに関連している可能性が考えられた。

全体に関して

要医療群では要支援に認定されることは稀であることを考えると、要医療群ではいずれの要介護度であっても(要介護度認定がなくても)急変時の対応が必要になる例や死亡例、死亡した人の中における在宅看取りが比較的多く訪問看護の導入割合も高かった。一方で、要医療群以外では要介護度が重度になるにつれて急変時の対応が必要になる例や死亡例、死亡した人の中における在宅看取りの割合が高くなった。以上より、要医療群に分類される患者(末期の悪性腫瘍や指定難病、在宅での医

療処置が必要な患者)や、要医療群以外の要介護度 4-5 の患者は急変時の対応や看取りが必要になる割合が高く、指標からみた医療的対応の点からは在宅医療の必要性が高いと考えられた。一方で要支援の患者においては急変時の対応が必要になる症例や死亡例も少なかったことから、要介護状態や医療的対応の観点からは要支援の患者における在宅医療の必要性は乏しいと考えられた。

E. 結論

本研究の要医療群に含まれる末期の悪性腫瘍や指定難病、在宅での医療処置を行っている患者や、要介護度が重度の患者では急変時に対応が必要になる患者の割合が多く、指標からみた医療的対応のニーズが高い可能性が考えられた。またこれらの患者では在宅看取りの割合も増加しており、予後予測が行いやすいことが在宅看取り率の上昇に寄与している可能性が考えられた。一方で、要介護度が要支援の患者における在宅医療の必要性については、要介護状態や医療的対応の点からは乏しいと考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

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

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

1. 厚生労働省. 中央社会保険医療協議会総会(第 486 回)資料 在宅(その 1)在宅医療について. 2021. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000823122.pdf>.

2. Sun Y, Iwagami M, Sakata N, et al. Development and validation of a risk score to predict the frequent emergency house calls among older people who receive regular home visits. *BMC Prim Care* 2022; **23**(1): 132.

3. e-stat 政府統計の総合窓口. <https://www.e-stat.go.jp>.

4. Sanderson C, Dixon J. Conditions for which onset or hospital admission is potentially preventable by timely and effective ambulatory care. *J Health Serv Res Policy* 2000; **5**(4): 222-30.

5. Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health* 2009; **123**(2): 169-73.

6. Sasabuchi Y, Matsui H, Yasunaga H, Fushimi K. Increase in avoidable hospital admissions after the Great East Japan Earthquake. *J Epidemiol Community Health* 2017; **71**(3): 248-52.

7. Yokobayashi K, Matsushima M,

Watanabe T, Fujinuma Y, Tazuma S. Prospective cohort study of fever incidence and risk in elderly persons living at home. *BMJ Open* 2014; **4**(7): e004998.

8. Kuroda K, Miura T, Kuroiwa S, Kuroda M, Kobayashi N, Kita K. What are the factors that cause emergency home visit in home medical care in Japan? *J Gen Fam Med* 2021; **22**(2): 81-6.

表 1. 医療必要度別および要介護度別の在宅時/施設入居時医学管理料算定状況

	要医療群以外 N=1802 n (%)	要医療群* N=230 n (%)
全体		
在宅時医学総合管理料	907 (50.3)	185 (80.4)
施設入居時医学総合管理料	731 (40.6)	45 (19.6)
管理料なし	164 (9.1)	0 (0)
要介護度別		
要介護度情報なし		
	N=122	N=33
在宅時医学総合管理料	65 (53.3)	31 (93.9)
施設入居時医学総合管理料	43 (35.3)	2 (6.1)
管理料なし	14 (11.5)	0 (0)
要支援 1-2		
	N=47	N=1
在宅時医学総合管理料	31 (66.0)	0
施設入居時医学総合管理料	11 (23.4)	1 (100)
管理料なし	5 (10.6)	0 (0)
要介護 1-3		
	N=991	N=59
在宅時医学総合管理料	435 (43.9)	43 (72.9)
施設入居時医学総合管理料	477 (48.1)	16 (27.1)
管理料なし	79 (8.0)	0 (0)
要介護 4-5		
	N=642	N=137
在宅時医学総合管理料	376 (58.6)	111 (81.0)
施設入居時医学総合管理料	200 (31.2)	26 (19.0)
管理料なし	66 (10.3)	0 (0)

*在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第8の2）または在宅がん医療総合診療料の算定がある患者（具体的には末期悪性腫瘍や指定難病、在宅での医療処置を行っている患者が含まれる；補足表1参照）

表 2. 入院歴がある患者における医療必要度別および要介護度別の退院支援に関する各指標

	要医療群以外 N=155 n (%)	要医療群* N=52 n (%)
全体		
入院中の退院時共同指導料あり	23 (14.8)	17 (32.7)
半年以内の全再入院	60 (38.7)	23 (44.2)
半年以内の ACSC 再入院	49 (31.6)	17 (32.7)
要介護度別		
要介護度情報なし N=13 N=13		
入院中の退院時共同指導料あり	2 (15.4)	3 (23.1)
半年以内の全再入院	8 (61.5)	4 (30.8)
半年以内の ACSCs 再入院	7 (53.9)	2 (15.4)
要支援 1-2 N=1 N=0		
入院中の退院時共同指導料あり	0	0
半年以内の全再入院	0	0
半年以内の ACSCs 再入院	0	0
要介護 1-3 N=68 N=9		
入院中の退院時共同指導料あり	4 (5.9)	4 (44.4)
半年以内の全再入院	23 (33.8)	5 (55.6)
半年以内の ACSCs 再入院	17 (25.0)	3 (33.3)
要介護 4-5 N=73 N=30		
入院中の退院時共同指導料あり	17 (23.4)	10 (33.3)
半年以内の全再入院	29 (39.7)	14 (46.7)
半年以内の ACSCs 再入院	25 (34.3)	12 (40.0)

ACSCs, Ambulatory care-sensitive conditions

*在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第 8 の 2）または在宅がん医療総合診療料の算定がある患者（具体的には末期悪性腫瘍や指定難病、在宅での医療処置を行っている患者が含まれる；補足表 1 参照）

表 3. 医療必要度別および要介護度別の日常の療養支援に関する各指標

	要医療群以外 N=1802 n (%)	要医療群* N=230 n (%)
全体		
訪問歯科診療あり	357 (19.8)	13 (5.7)
訪問看護あり	523 (29.0)	179 (77.8)
半年以内の要介護度改善	46 (2.6)	3 (1.3)
半年以内の要介護度悪化	247 (13.7)	29 (12.6)
要介護度別		
要介護度情報なし N=122 N=33		
訪問歯科診療あり	11 (9.0)	2 (6.1)
訪問看護あり	21 (17.2)	28 (84.9)
半年以内の要介護度悪化	7 (5.7)	0
要支援 1-2 N=47 N=1		
訪問歯科診療あり	5 (10.6)	0
訪問看護あり	10 (21.3)	0
半年以内の要介護度改善	1 (2.1)	0
半年以内の要介護度悪化	9 (19.2)	0
要介護 1-3 N=991 N=59		
訪問歯科診療あり	216 (21.8)	2 (3.4)
訪問看護あり	220 (22.0)	45 (76.3)
半年以内の要介護度改善	22 (2.2)	1 (1.7)
半年以内の要介護度悪化	188 (19.0)	19 (32.2)
要介護 4-5 N=642 N=137		
訪問歯科診療あり	125 (19.5)	9 (6.6)
訪問看護あり	272 (42.4)	106 (77.4)
半年以内の要介護度改善	16 (2.5)	2 (1.5)
半年以内の要介護度悪化	50 (7.8)	10 (7.1)

*在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第 8 の 2）または在宅がん医療総合診療料の算定がある患者（具体的には末期悪性腫瘍や指定難病、在宅での医療処置を行っている患者が含まれる；補足表 1 参照）

表 4. 医療必要度別および要介護度別の急変時の対応に関する各指標

	要医療群以外 N=1802 n (%)	要医療群* N=230 n (%)
全体		
全時間帯の往診あり	495 (27.5)	113 (49.1)
夜間休日の往診あり	135 (7.5)	60 (26.1)
夜間休日救急搬送/受診あり	355 (19.7)	79 (34.4)
全ての原因による入院あり	321 (17.8)	59 (25.7)
ACSCs による入院あり	275 (15.3)	45 (19.6)
要介護度別		
要介護度情報なし		
	N=122	N=33
全時間帯の往診あり	20 (16.4)	23 (69.7)
夜間休日の往診あり	4 (3.3)	13 (39.4)
夜間休日救急搬送/受診あり	13 (10.7)	13 (39.4)
全ての原因による入院あり	22 (18.0)	8 (24.2)
ACSCs による入院あり	17 (13.9)	5 (15.2)
要支援 1-2		
	N=47	N=1
全時間帯の往診あり	7 (14.9)	0
夜間休日の往診あり	2 (4.3)	0
夜間休日救急搬送/受診あり	5 (10.6)	0
全ての原因による入院あり	3 (6.4)	0
ACSCs による入院あり	3 (6.4)	0
要介護 1-3		
	N=991	N=59
全時間帯の往診あり	263 (26.5)	31 (52.5)
夜間休日の往診あり	57 (5.8)	19 (32.2)
夜間休日救急搬送/受診あり	189 (19.1)	26 (44.1)
全ての原因による入院あり	181 (18.3)	18 (30.5)
ACSCs による入院あり	158 (15.9)	15 (25.4)
要介護 4-5		
	N=642	N=137
全時間帯の往診あり	205 (31.9)	59 (43.1)
夜間休日の往診あり	72 (11.2)	28 (20.4)
夜間休日救急搬送/受診あり	148 (23.1)	40 (29.2)
全ての原因による入院あり	115 (17.9)	33 (24.1)
ACSCs による入院あり	97 (15.1)	25 (18.3)

*在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第 8 の 2）または在宅がん医療総合診療料の算定がある患者（具体的には末期悪性腫瘍や指定難病、在宅での医療処置を行っている患者が含まれる；補足表 1 参照）

表 5. 追跡期間中に死亡した患者における医療必要度別および要介護度別の看取りに関する各指標

	要医療群以外 N=290 n (%)	要医療群* N=72 n (%)
全体		
在宅ターミナルケア加算あり	146 (50.3)	53 (73.6)
看取り加算あり	137 (47.2)	50 (69.4)
死亡診断加算あり	24 (8.3)	1 (1.4)
病院での死亡	87 (30.0)	10 (13.9)
要介護度別		
要介護度情報なし		
	N=12	N=13
在宅ターミナルケア加算あり	3 (25.0)	10 (76.9)
看取り加算あり	3 (25.0)	10 (76.9)
死亡診断加算あり	0	0
病院での死亡	7 (58.3)	1 (7.7)
要支援 1-2		
	N=1	N=0
在宅ターミナルケア加算	1 (100)	0
看取り加算	1 (100)	0
死亡診断加算	0	0
病院での死亡	0	0
要介護 1-3		
	N=57	N=21
在宅ターミナルケア加算	25 (43.9)	14 (66.7)
看取り加算	23 (40.4)	13 (61.9)
死亡診断加算	3 (5.3)	1 (4.8)
病院での死亡	24 (42.1)	2 (9.5)
要介護 4-5		
	N=85	N=32
在宅ターミナルケア加算	45 (52.9)	23 (71.9)
看取り加算	48 (56.5)	21 (65.6)
死亡診断加算	6 (7.1)	0
病院での死亡	19 (22.4)	7 (21.9)

*在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者（別表第 8 の 2）または在宅がん医療総合診療料の算定がある患者（具体的には末期悪性腫瘍や指定難病、在宅での医療処置を行っている患者が含まれる；補足表 1 参照）

補足表 1：難病等ありと定義した患者

以下の①または②がある患者を難病等と定義した

①別表第 8 の 2 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に

厚生労働大臣が定める状態の患者

一 次に掲げる疾患に罹患している患者

末期の悪性腫瘍

スモン

難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病

後天性免疫不全症候群

脊髄損傷

真皮を越える褥瘡

二 次に掲げる状態の患者

在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態

在宅血液透析を行っている状態

在宅酸素療法を行っている状態

在宅中心静脈栄養法を行っている状態

在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態

在宅自己導尿を行っている状態

在宅人工呼吸を行っている状態

植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態

肺高血圧症であって、プロスタグランジン I₂ 製剤を投与されている状態

気管切開を行っている状態

気管カニューレを使用している状態

ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態

人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

②在宅がんを算定している患者

補足表2： Ambulatory care-sensitive conditions (ACSCs)の定義と対応する ICD-10 コード

ACSC 分類	ACSC	ICD-10 コード
急性	蜂窩織炎	L03, L04, L08.0, L08.8, L08.9, L88, L98.0
	脱水、胃腸炎	E86, K52.2, K52.8, K52.9
	歯科疾患	A69.0, K02, K03, K04, K05, K06, K08, K09.8, K09.9, K12, K13
	耳・鼻・喉の感染症	H66, H67, J02, J03, J06, J31.2
	壊疽	R02
	栄養不足	E40, E41, E42, E43, E55.0, E64.3
	骨盤内炎症性疾患	N70, N73, N74
	穿孔性・出血性潰瘍	K25.0-K25.2, K25.4-25.6, K26.0-K26.2, K26.4-26.6, K27.0-27.2, K27.4-K27.6, K280-K282, K284-K286
	腎盂腎炎	N10, N11, N12, N13.6
慢性	狭心症	I20, I24.0, I24.8, I24.9
	喘息	J45, J46
	COPD	J20, J41, J42, J43, J44, J47
	うっ血性心不全	I11.0, I50, J81
	痙攣、てんかん	G40, G41, R56, O15
	糖尿病合併症	E10.0-E10.8, E11.0-E11.8, E12.0-E12.8, E13.0-E13.8, E14.0-E14.8
	高血圧	I10, I11.9
	鉄欠乏性貧血	D50.1, D50.8, D50.9
ワクチンにより 予防可能	インフルエンザ、肺炎	J10, J11, J13, J14, J15.3, J15.4, J15.7, J15.9, J16.8, J18.1, J18.8
	その他ワクチンで予防可能な疾患	A35, A36, A37, A80, B05, B06, B16.1, B16.9, B18.0, B18.1, B26, G00.0, M01.4

在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた在宅医療提供体制の構築に関する研究：受診者のADLと乳がん検診受診との関連

研究協力者 河村千登星 筑波大学人間総合科学研究群医学学位プログラム 博士課程
研究分担者 伊藤智子 筑波大学 医学医療系 助教
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学 医学医療系 教授
ヘルスサービス開発研究センター センター長

研究要旨

背景

在宅高齢者の健康の維持は平均寿命と健康寿命の乖離を減らすために重要であり、健康寿命の延伸にはがん対策が重要な課題である。特に乳がんは高齢者においても罹患率、死亡率とも高いが検診受診割合は他の年代に比べて低く、高齢者において乳がん検診による二次予防の推進が課題と考えられる。本研究では在宅高齢者、特にADLの低下した者に着目し、乳がん検診未受診に関わる要因を明らかにし、その特徴や課題の検討を行うことを目的とした。

方法

2016年、2019年の国民生活基礎調査の世帯票・健康票を用い、入院中または施設入所者を除いた40-74歳の乳がん検診推奨年齢において、年齢、医療保険、ADLなどの変数を用い、乳がん検診未受診の要因を記述した。ADLに関しては手助けや見守りの要否、介護認定の有無、日常生活自立度の3つの尺度を用いた。

結果

対象者は208670人であり、2年以内の乳がん検診受診者数は99675人(全体の47.6%)であった。手助けや見守りの要否と介護認定の有無については、①手助けや見守りが不要な群、②手助けや見守りが必要かつ介護認定なし群、③介護認定あり群の3群に設定した。日常生活自立度はそのまま用いた。①群、②群、③群の受診割合はそれぞれ48.0%、28.3%、18.8%であった。日常生活自立度について、完全自立群、生活自立群、準寝たきり群、寝たきり群の受診割合はそれぞれ48.0%、30.0%、20.3%、12.5%であった。乳がん検診の未受診を従属変数とし、手助けや見守りの要否と介護認定を独立変数とする多変量ロジスティック回帰分析の結果では、②、③の未受診のオッズ比はそれぞれ1.53(1.36-1.71)、2.14(1.81-2.54)であった。日常生活自立度を独立変数とする多変量ロジスティック回帰分析の結果では、生活自立群、準寝たきり群、寝たきり群の未受診のオッズ比はそれぞれ1.40(1.24-1.58)、2.09(1.76-2.48)、3.31(2.32-4.73)であった。

結論

乳がん検診の推奨対象年齢の女性において、生活に何らかの支障を認めると受診率は一般集団より低くなり、また支障の度合いが大きいほど受診率も有意に低い結果であった。何らかの支障があっても、検診受診が物理的に可能と考えられるADLレベルの女性に対しては受診勧奨が重要であると考えられた。一方、在宅医療利用者など、検診受診が困難と考えられるADLレベルの女性に対しては、訪問診療医に周知するなど、別の方法でのアプローチを検討していくことが課題であると考えられた。

A. 研究目的

近年の我が国における部位別がん罹患数は乳がんが1位、部位別がん死亡数は乳がんが4-5位である。2020年の60-64歳、65-69歳、70-74歳の年齢階級別死亡率(人口10万対)はそれぞれ35.1、39.7、41.9であり、高齢者においても乳がんは重要な課題である[1]。

乳がんの死亡率を減らすためにはマンモグラフィ検診とブレストアウェアネスによる早期発見と共に、治療の改善が重要である[2][3]。組織的なマンモグラフィ検診が効果的であるためには、参加率が高くなければならず、欧州のマンモグラフィ検診の質保証のためのガイドラインでは70%以上、可能であれば75%以上の受診率を推奨されている。日本では乳がん検診の受診率を高めるために、厚生労働省が2016年までに乳がん検診の参加率を50%以上にするのを推進していたが、2019年時点で、この目標には到達しておらず、諸外国と比較しても受診率は低い[4]。

在宅高齢者のがん検診・健診受診行動に関する課題は以前より指摘されており[5][6][7]、ADLががん検診や健診に影響を及ぼすことが示唆されている。一方、年齢に関して2013年度までの国民生活基礎調査を用いた報告では40代と比較して60代の女性が乳がん検診未受診の要因であることは指摘されているが[8]、これまで国内の高齢者においてADLが乳がん検診受診に及ぼす検討は行われていない。

在宅高齢者の健康を維持し平均寿命と健康寿命の乖離を減らすためには、がん検診などの二次予防が重要である。本研究で

は国民生活基礎調査を用いて、ADLの低下が乳がん検診未受診に関わる要因を明らかにし、その特徴や課題の検討を行うことを目的とした。在宅高齢者において、現在在宅医療は受けていないが将来的に在宅医療へ移行する可能性がある層、また現在ADLが低下し在宅医療を利用していると考えられる層と区別して焦点を当てた。

B. 研究方法

2016年、2019年の国民生活基礎調査の世帯票・健康票を用い、40-74歳の乳がん検診推奨年齢の女性を抽出した。対象年齢の上限は日本乳癌学会が75歳程度を最適な上限年齢とみなしていることから、設定した。国民生活基礎調査の対象は入院中や入所中の女性は除外されており、在宅高齢者を対象とした。「過去2年間に乳がん検診(マンモグラフィや乳腺超音波検査)を受けたことがありますか」という質問から従属変数として乳がん検診の未受診を設定した。

独立変数は、先行研究で指摘されている年齢、婚姻状況、教育レベル、就業状態、禁煙状況、自覚的健康度、病院・診療所の定期受診の他、加入健康保険、Kessler Psychological Distress Scale (K6)スコア、1年以内の健康診断の参加の有無を設定した。さらに、世帯票から手助けや見守りの要否と介護認定の有無、日常生活自立度を変数として設定した。世帯票には6歳以上を対象に手助けや見守りの要否を確認する項目があり、「必要としている」人のみが日常生活の自立度を回答し、さらに40歳以上が要介護認定の有無を回答する構成になっている。手助けや見守りの要否

と介護認定の有無については、①手助けや見守りが不要な群、②手助けや見守りが必要かつ介護認定なし群、③介護認定あり群の3群に設定した。日常生活自立度は障害高齢者の日常生活自立度と概ね同様の設定になっており、「手助けや見守りを必要としない」を完全自立群、「何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる」を生活自立群、「屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出できない」を準寝たきり群、「屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ」または「1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する」を寝たきり群に設定した。その後、従属変数、独立変数に関する質問に回答しなかった女性を除外した。

前述のすべての変数について乳がん検診の受診・未受診の割合を記述し、要因ごとに2群を χ^2 -testを用いて比較した。さらに乳がん検診未受診に関連する要因を特定するために、乳がん検診の未受診を従属変数とし、多変量ロジスティック回帰分析を実施した。多重共線性を考慮し、手助けや見守りの要否、介護認定の有無と日常生活自立度の項目は別々に解析した。

すべての解析はSTATA version 15を用いて行い、統計的有意性は $p < .05$ とした。

C. 研究結果

対象データは208670人であり、要因ごとの未受診割合、受診割合を表1に示す。2年以内の乳がん検診受診者数は99675(47.6%)、未受診者数は109163(52.3%)であった。

教育水準が低い、世帯収入が低い、中小企業勤務、自営業や無職、独身、喫煙者、自己評価健康状態が低い、K6が低い、定期的な通院がないことのほか、医療保険が国民健康保険であること、1年以内の健康診断の不参加なども乳がん検診未受診と有意な関連を認めた。手助けや見守りの要否、介護認定の有無に関して、①手助けや見守りが不要な群、②手助けや見守りが必要かつ介護認定なし群、③介護認定あり群の検診の受診割合はそれぞれ48.0%、28.3%、18.8%であった。日常生活自立度に関して、生活自立群、準寝たきり群、寝たきり群の受診割合はそれぞれ30.0%、20.3%、12.5%であった。

多変量ロジスティック回帰分析の結果、①手助けや見守りが不要な群と比較して、手②手助けや見守りが必要かつ介護認定なし群と③介護認定あり群の未受診のオッズ比はそれぞれ1.53(1.36-1.71)、2.14(1.81-2.54)であった(表2)。生活自立度に関して、完全自立群と比較して生活自立群、準寝たきり群、寝たきり群の未受診のオッズ比はそれぞれ1.40(1.24-1.58)、2.09(1.76-2.48)、3.31(2.32-4.73)であった(表3)。

D. 考察

乳がん検診の推奨対象年齢の40-74歳女性において、乳がん検診未受診と有意な関連を認めた要因は、先行研究で指摘されている教育水準が低い、世帯収入が低い、中小企業勤務、自営業や無職、独身、喫煙者、自己評価健康状態が低い、定期的な通院がないことのほか[8]、K6が低いこと、医療保険が国民健康保険であること、1年

以内の健康診断の不参加であった。さらに本分析で着目した ADL レベルに関しては、手助けや見守りが必要、要介護認定ありなど、生活に何らかの支障を認めると受診割合は一般集団より低くなることが示された。また生活の支障の度合いが大きいほど受診割合も有意に低い結果であった。この理由として、高齢であること自体が未受診のリスクであり、それに何らかの日常生活への支障が加わることで、乳がん検診に対するさらなる身体的・精神的バリアとなっている可能性が考えられる。また、家族も日常生活でのサポートや介護に追われ、がん検診については二の次、もしくは不要と考えられている可能性が示唆される。

生活に何らかの支障を認める女性に対しその女性の ADL レベルによって、乳がん検診に対するアプローチを考慮する必要があると考える。乳がん検診、特にマンモグラフィ検診は立位を一定時間保持することが求められるため、立位でのマンモグラフィ撮影が可能な ADL レベルと、マンモグラフィ撮影困難な ADL レベルとに分けられる。

手助けや見守りが必要だが介護認定を取得していない女性など、立位でのマンモグラフィ撮影が可能な場合は乳がん検診を受診できる ADL と考えられ、乳がん検診受診が推奨される。この層は現在在宅医療を受けていないが将来的に在宅医療へ移行する可能性があり、がんの早期発見・早期治療を行う意義が高いと考えられる。このように乳がん検診の受診は可能だが受診していない層への受診の必要性を本人とその家族、また市町村に周知していくことが重要であり、今後の課題であると考え

る。

一方、日常生活自立度が寝たきり群の女性など、自力での立位保持が不可能で検診受診が困難と考えられる ADL の女性に対しては、在宅診療医や訪問看護への周知を検討していく必要があると考えられた。具体的には 1-数年間隔でかかりつけ医が視触診を行う、または訪問入浴看護の際に明らかな異常がないかを確認することなどが考えられる。視触診は現在推奨される検診方法ではないが、この場合は乳がんによる死亡率低下を目的とせず、乳がんが進行しないことを目的とする。乳がんが進行し自壊すると疼痛や出血、滲出液が出現し、在宅のケアに大きな影響を及ぼすため、在宅期間をより長くより良い状態で過ごすためには、最低限の視触診は有用な可能性がある。

本研究にはいくつかの限界が存在する。第 1 に在宅高齢者自身の詳細な状況や周囲を取り巻く状況の情報が得られていないことである。要介護レベル、適応中の社会サービスの状況、介護者の情報が不明瞭なため、一律に受診の推奨はできない可能性がある。第 2 に、国民生活基礎調査のデータが自己報告であるため、誤分類バイアスの可能性がある。しかし誤分類は、ランダムである可能性が高く、本研究で推定したオッズ比を希釈すると考える。今後の研究において、これらの要素を含めることが必要である。

E. 結論

在宅高齢者において ADL 低下は乳がん検診未受診の要因の一つとなっている。ADL が低下しているものの検診が受診可

能なADLの女性への受診勧奨が重要であると考えられた。一方、検診受診が困難と考えられるADLの女性に対しては、検診受診ではなく、在宅診療医や訪問看護への周知など、別の方法でのアプローチを検討していくことが今後の課題である。

F. 関連する研究発表

1. 論文発表

Factors associated with non-participation in breast cancer screening: Analysis of the 2016 and 2019 Comprehensive Survey of Living Conditions in Japan (投稿中)

2. 学会発表

国民生活基礎調査を用いた乳がん検診未受診に関連する要因の検討 (2023.10.31-11.2 の第82回公衆衛生学会で発表予定)

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

参考文献

1. 国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録) .
2. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. CA Cancer J Clin. 2022; 72: 7-33.
3. Zielonke N, Gini A, Jansen EEL, Anttila A, Segnan N, Ponti A, et al. Evidence for

reducing cancer-specific mortality due to screening for breast cancer in Europe: A systematic review. Eur J Cancer. 2020; 127:

191-206.

4. 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」.

5. 三觜 雄 岸玲, 江口 照子, 三宅 浩次, 前田 信雄. 在宅高齢者の検診受診行動と関連する要因. 日本公衆衛生雑誌. 2003; 50: 49-61.

6. 三觜 雄 岸玲, 江口 照子, 三宅 浩次, 笹谷 春美, 前田 信雄, 堀川 尚子. ソーシャルサポート・ネットワークと在宅高齢者の 検診受診行動の関連性. 日本公衆衛生雑誌. 2006; 53: 92-104.

7. 谷垣 静子 乗千, 仁科 祐子. 在宅高齢者の検(健)診行動に関連する要因. 2007; 30: 67-73.

8. Okui T. Analysis of predictors of breast cancer screening among Japanese women using nationally representative survey data, 2001-2013. Asian Pac J Cancer Prev. 2021; 22: 171-8.

表 1. 乳がん検診の受診者・未受診者の特徴

	n=208670(100%)		P 値
	受診者数(%)	未受診者数(%)	
	n=99675(47.6)	n=109163(52.3)	
年齢(歳)			<0.001
40-44	16331(53.4)	14239(46.6)	
45-49	16746(54.2)	14148(45.8)	
50-54	15646(54.5)	13067(45.5)	
55-59	14851(51.8)	13830(48.2)	
60-64	13936(45.6)	16598(54.4)	
65-69	13552(39.0)	21166(61.0)	
70-74	8445(34.4)	16115(65.6)	
婚姻状況			<0.001
配偶者あり	79613(49.8)	80189(50.2)	
未婚	7440(42.6)	10023(57.4)	
離婚・離別	12454(39.7)	18951(60.3)	
教育			<0.001
小学・中学	5238(30.1)	12139(69.9)	
高校・旧制中	46290(44.5)	57835(55.5)	
専門学校・短大・高専	32644(53.2)	28691(46.8)	
大学・大学院	15335(59.4)	10498(40.6)	
5月中の一人当たりの支出(円)			<0.001
<200,000	74288(46.0)	74288(46.0)	
200,000-300,000	17567(54.2)	17567(54.2)	
≥300,000	7652(52.0)	7652(52.0)	
医療保険			<0.001
被用者保険(加入者本人)	39900(58.0)	28926(42.0)	
被用者保険(被扶養者)	29961(49.0)	31194(51.0)	
国民健康保険	29646(37.7)	49043(62.3)	
雇用状況			<0.001
大企業の一般常雇者	11384(65.4)	6020(34.6)	
中企業の一般常雇者	19769(53.8)	16986(46.23)	
小企業の一般常雇者	12214(50.6)	11921(49.4)	
非正規雇用者	10393(49.5)	10587(50.5)	
自営業	8200(42.6)	11040(57.4)	
会社・団体の役員	2111(53.1)	1863(46.9)	
その他の仕事	3066(47.2)	3427(52.8)	
仕事なし	32370(40.6)	47319(59.4)	
喫煙状況			<0.001
非喫煙者	93190(49.2)	96246(50.8)	

喫煙者	6317(32.8)	12917(67.2)	
飲酒状況			<0.001
飲酒なし	42241(43.4)	54991(56.6)	
機会飲酒、低リスク (>0 to ≤100 g/週)	40508(52.6)	36479(47.4)	
中リスク (>100 to ≤350 g/週)	13585(49.5)	13878(50.5)	
高リスク (>350 g/週)	3173(45.4)	3815(54.6)	
自覚的健康度			<0.001
良い	36202(51.1)	34717(49.0)	
普通	51628(46.3)	59838(53.7)	
悪い	11677(44.4)	14608(55.6)	
Kessler Psychological Distress Scale スコア			<0.001
<5	70433(48.0)	76322(52.0)	
5-10	25687(47.5)	28367(52.5)	
10>	3387(43.1)	4474(56.9)	
1年以内の健康診断受診の有無			<0.001
なし	9629(16.3)	49576(83.7)	
あり	89878(60.1)	59587(39.9)	
病院・診療所（歯科含む）・あんま・はり・きゅう・柔道整復師への通院の有無			<0.001
なし	50099(46.5)	57714(53.5)	
あり	49408(49.0)	51449(51.0)	
手助けや見守りの要否、介護認定の有無			<0.001
手助けや見守りが不要かつ介護認定なし	98813(48.0)	107047(52.0)	
手助けや見守りが必要かつ介護認定なし	496(28.3)	1259(71.7)	
手助けや見守りが必要かつ介護認定あり	198(18.8)	857(81.2)	
日常生活自立度			<0.001
完全自立	98813(48.0)	107047(52.0)	
生活自立	461(30.0)	1078(70.1)	
準寝たきり	193(20.3)	757(79.7)	
寝たきり	40(12.5)	281(87.5)	

表 2. 乳がん検診未受診に関する多変量ロジスティック回帰分析の結果（手助けや見守りの要否、介護認定の有無を変数として導入） n=208670

	調整オッズ比(95%信頼区間)
年齢(歳)	
40-44	1(Reference)
45-49	0.99(0.96-1.03)
50-54	1.08(1.04-1.12)
55-59	1.24(1.20-1.29)
60-64	1.51(1.46-1.57)
65-69	1.88(1.81-1.96)
70-74	2.34(2.23-2.45)
婚姻状況	
配偶者あり	1(Reference)
未婚	1.59(1.54-1.65)
離婚・離別	1.28(1.25-1.32)
教育	
小学・中学	1.79(1.71-1.88)
高校・旧制中	1.39(1.34-1.43)
専門学校・短大・高専	1.19(1.15-1.23)
大学・大学院	1(Reference)
5月中の一人当たりの支出(円)	
<200,000	1.15(1.10-1.19)
200,000-300,000	0.95(0.91-0.99)
≥300,000	1(Reference)
医療保険	
被用者保険(加入者本人)	1(Reference)
被用者保険(被扶養者)	0.99(0.96-1.02)
国民健康保険	1.25(1.20-1.29)
雇用状況	
大企業の一般常雇者	1(Reference)
中企業の一般常雇者	1.37(1.32-1.42)
小企業の一般常雇者	1.12(1.07-1.17)
非正規雇用者	1.32(1.26-1.38)
自営業	0.97(0.92-1.03)
会社・団体の役員	0.99(0.92-1.07)
その他の仕事	1.14(1.07-1.21)
仕事なし	1.02(0.97-1.06)
喫煙状況	
非喫煙者	1(Reference)
喫煙者	1.84(1.78-1.91)

飲酒状況	
飲酒なし	1.21(1.19-1.24)
機会飲酒、低リスク (>0 to ≤100 g/週)	1(Reference)
中リスク (>100 to ≤350 g/週)	1.10(1.07-1.14)
高リスク (>350 g/週)	1.18(1.12-1.25)
自覚的健康度	
良い	1(Reference)
普通	1.10(1.08-1.13)
悪い	1.10(1.06-1.13)
K6 スコア	
<5	1(Reference)
5-10	1.02(1.00-1.05)
10>	1.09(1.03-1.15)
1年以内の健康診断受診の有無	
なし	7.76(7.56-7.96)
あり	1(Reference)
病院・診療所（歯科含む）・あんま・はり・きゅう・柔道整復師への通院の有無	
なし	1.32(1.3-1.35)
あり	1(Reference)
手助けや見守りの要否、介護認定の有無	
手助けや見守りが不要かつ介護認定なし	1(Reference)
手助けや見守りが必要かつ介護認定なし	1.53(1.36-1.71)
手助けや見守りが必要かつ介護認定あり	2.14(1.81-2.54)

表3. 乳がん検診未受診に関する多変量ロジスティック回帰分析の結果（日常生活自立度を変数として導入）

n=208670

年齢(歳)	調整オッズ比(95%信頼区間)
40-44	1(Reference)
45-49	0.99(0.96-1.03)
50-54	1.08(1.04-1.12)
55-59	1.24(1.20-1.29)
60-64	1.51(1.46-1.57)
65-69	1.88(1.81-1.96)
70-74	2.34(2.24-2.45)
婚姻状況	
配偶者あり	1(Reference)
未婚	1.59(1.54-1.65)
離婚・離別	1.28(1.25-1.32)
教育	
小学・中学	1.79(1.71-1.88)
高校・旧制中	1.39(1.34-1.43)
専門学校・短大・高専	1.19(1.15-1.23)
大学・大学院	1(Reference)
5月中の一人当たりの支出(円)	
<200,000	1.15(1.10-1.19)
200,000-300,000	0.95(0.91-0.99)
≥300,000	1(Reference)
医療保険	
被用者保険(加入者本人)	1(Reference)
被用者保険(被扶養者)	0.99(0.96-1.02)
国民健康保険	1.25(1.20-1.29)
雇用状況	
大企業の一般常雇者	1(Reference)
中企業の一般常雇者	1.37(1.32-1.43)
小企業の一般常雇者	1.12(1.07-1.17)
非正規雇用者	1.32(1.26-1.38)
自営業	0.97(0.92-1.03)
会社・団体の役員	0.99(0.92-1.07)
その他の仕事	1.14(1.07-1.22)
仕事なし	1.01(0.97-1.06)
喫煙状況	
非喫煙者	1(Reference)
喫煙者	1.84(1.78-1.91)
飲酒状況	

飲酒なし	1.21(1.19-1.24)
機会飲酒、低リスク (>0 to ≤100 g/週)	
中リスク (>100 to ≤350 g/週)	1.10(1.07-1.14)
高リスク (>350 g/週)	1.18(1.12-1.25)
自覚的健康度	
良い	1(Reference)
普通	1.10(1.08-1.13)
悪い	1.09(1.06-1.13)
K6 スコア	
<5	1(Reference)
5-10	1.02(1.00-1.05)
10>	1.09(1.03-1.15)
1年以内の健康診断受診の有無	
なし	7.76(7.56-7.96)
あり	1(Reference)
病院・診療所（歯科含む）・あんま・はり・きゅう・柔道整復師への通院の有無	
なし	1.32(1.3-1.35)
あり	1(Reference)
日常生活自立度	
完全自立	1(Reference)
生活自立	1.40(1.24-1.58)
準寝たきり	2.09(1.76-2.48)
寝たきり	3.31(2.32-4.73)

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
田宮菜奈子	Factors associated with non-participation in breast cancers creening: Analysis of the 2016 and 2019 Comprehensive Survey of Living Conditions in Japan				(投稿中)

厚生労働大臣殿

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 永田 恭介

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた在宅医療提供体制の構築に関する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 医学医療系・教授、ヘルスサービス開発研究センター・センター長
(氏名・フリガナ) 田宮 菜奈子・タミヤ ナナコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	筑波大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣殿

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 永田 恭介

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた在宅医療提供体制の構築に関する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 医学医療系・准教授
(氏名・フリガナ) 佐方 信夫・サカタノブオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	筑波大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年4月12日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業

2. 研究課題名 在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた在宅医療提供体制の構築に関する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 高齢社会総合研究機構・教授

(氏名・フリガナ) 飯島 勝矢・イイジマ カツヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2023年3月9日

厚生労働大臣殿

機関名 埼玉県立大学
所属研究機関長 職名 学長
氏名 星文彦

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた在宅医療提供体制の構築に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院保健医療福祉学研究科・教授
(氏名・フリガナ) 川越 雅弘 (カワゴエ マサヒロ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 鳥羽 研二

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた在宅医療提供体制の構築に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 東京都健康長寿医療センター研究所・研究部長
- (氏名・フリガナ) 石崎 達郎 (イシザキ タツロウ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 荒井 秀典

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業

2. 研究課題名 在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた在宅医療提供体制の構築に関する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 老年社会科学研究部・研究員

(氏名・フリガナ) 金 雪瑩 (キン セツエイ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣殿

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 永田 恭介

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
2. 研究課題名 在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた在宅医療提供体制の構築に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学医療系・助教
(氏名・フリガナ) 伊藤 智子・イトウトモコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	筑波大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣殿

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職名 筑波大学長

氏名 永田 恭介

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地域医療基盤開発推進研究事業
- 研究課題名 在宅医療を必要とする患者像の検討と地域特性に合わせた在宅医療提供体制の構築に関する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) ヘルスサービス開発研究センター・研究員
(氏名・フリガナ) 孫 瑜・ソンユ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	筑波大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。