

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を録音した。

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
ゃって、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
てみると、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、食事も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〕という意見もあった一方で、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き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、結果飲んでいない、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
いらっしゃると思います。〔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場所もあります。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す。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思いますが、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み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す。〔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 年間に過ぎると、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.