

公開資料

戦略的創造研究推進事業（社会技術研究開発）
コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン
研究開発プロジェクト
「在宅医療を推進する地域診断標準ツールの開発」

研究開発実施終了報告書

研究開発期間 平成 22 年 10 月～平成 25 年 9 月

太田 秀樹
医療法人アスムス 理事長

目次

1. 研究開発プロジェクト	3
2. 研究開発実施の要約	3
2-1. 研究開発目標	3
2-2. 実施項目・内容	4
2-3. 主な結果・成果	4
2-4. 研究開発実施体制	6
3. 研究開発実施の具体的内容	7
3-1. 研究開発目標	7
3-1-0. 本プロジェクトにおける開発目標	7
3-1-1. 背景：社会変化に伴う従来型医療の限界	7
3-1-2. 生活の場における医療(生活支援型医療)	12
3-1-3. 地域包括ケアシステムと地域間格差	14
3-2. 実施項目	17
3-3. 研究開発結果・成果	22
3-3-0. 研究開発結果・成果の概要	22
3-3-1. 在宅医療とは	23
3-3-1-1. 在宅医療の定義	23
3-3-1-2. 在宅医療が推進されるとは	25
3-3-2. 在宅医療普及推進の地域間格差	26
3-3-2-1. 栃木県栃木市と茨城県結城市の比較	26
3-3-2-2. 地域間格差の存在—マクロデータから読み解く	28
3-3-3. 評価領域の設定—臨床仮説の検証—	30
3-3-3-1. 先進地域への視察	30
3-3-3-2. 栃木市・結城市におけるアクション	33
3-3-3-3. 評価領域の設定	36
3-3-4. 「在宅医療を推進する地域診断標準ツール」作成	44
3-3-4-0. 地域診断標準ツール作成の流れ	44
3-3-4-1. 基本版ツールと評価版ツール	44
3-3-4-2. 基本版ツール作成に向けた分析手法	45
3-3-4-3. 事前分析（二次医療圏域を対象とした分析）	46
3-3-4-4. 二次医療圏域を対象とした本分析	48
3-3-4-5. 人口が中規模(5万から20万人)の市区町村を対象とした本分析	53
3-3-4-6. 分析結果の比較・検証	57
3-3-4-7. 基本版ツールの有用性の検証	61
3-3-4-8. コミュニティケア指標(community-based care capital index/CCCI)	63
3-3-4-9. 基本版ツールのイメージと想定される利用者	65
3-3-5. 発展版ツールの提案	69
3-4. 今後の成果の活用・展開に向けた状況	76
3-5. プロジェクトを終了して	78

4. 研究開発実施体制	80
4-1. 体制	80
4-2. 研究開発実施者	81
4-3. 研究開発の協力者・関与者	83
5. 成果の発信やアウトリーチ活動など	84
5-1. 社会に向けた情報発信状況、アウトリーチ活動など	84
5-2. 論文発表	84
5-3. 口頭発表	84
5-4. 新聞報道・投稿、受賞等	84
5-5. 特許出願	85
引用文献	86

1. 研究開発プロジェクト

- (1) 研究開発領域：コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン
- (2) 領域総括：秋山 弘子
- (3) 研究代表者：太田 秀樹
- (4) 研究開発プロジェクト名：「在宅医療を推進する地域診断標準ツールの開発」
- (5) 研究開発期間：平成 22 年 10 月～平成 25 年 9 月

2. 研究開発実施の要約

2-1. 研究開発目標

わが国日本は、法・制度から在宅医療普及推進に向けて大きく動き出している。背景には、

- ① 高度先進医療への期待・病院医療への過度な依存
- ② 長寿化に伴う急性疾患から慢性疾患への疾病構造の変化
- ③ 少子化・核家族化に象徴される価値観の多様化
- ④ 終末期医療に対する国民意識の変化

があり、これらは医療・介護ニーズを大きく変えた。自然の老いを受け入れ、尊厳ある最期を望む国民が増えるなど、終末期医療のあり方が変容している。こうした社会変動の中で、医療の場として、在宅の重要性がクローズアップされている。

他方、データで見ると、終末期の在宅療養が浸透していない現状がはっきりと見られる。人口動態調査から算出できる自宅死亡割合は平成 20 年で 15.6% と、6 人に 1 人程度しか自宅で亡くなっていない(厚生労働省人口動態(2009))。国は、1981 年の往診料の新設から在宅療養支援診療所制度導入など、経営可能な診療報酬体系の整備を進めているが、それだけでは在宅医療は進展しなかった。これは医療だけの問題か、検討に値する課題であった。

さらに、約 20 年に及ぶ在宅医としての臨床経験からも、医療だけの問題ではない、と強く主張できる。研究代表者の太田は 1992 年に栃木県小山市にてクリニックを開業し、医師が患者の生活の場に赴く在宅医療を開始した。その後、栃木県栃木市、茨城県結城市と合わせて 3 つの基礎自治体に拠点診療所を開設した。いずれの基礎自治体も、

- ① 人口が 5 万から 20 万未満の中規模都市
- ② 都心から約 70~80km 圏域
- ③ 北関東南部で、地理的に隣接
- ④ 同一医療法人による医療理念を共有し、同質の医療を提供

という共通点がある。しかし、環境の類似、同質の在宅医療の提供にもかかわらず、在宅医療普及推進に明確な地域間格差があることを肌で感じてきた。この実感こそ、医療だけでは新たな医療・介護ニーズに充分に対応できないことを如実に表しているだろう。

以上を背景に、本プロジェクトでは、在宅医療普及推進に焦点を当て、人口中規模の基礎自治体を対象とした「在宅医療を推進する地域診断標準ツール」の開発に取り組んだ。普及推進に関連する要因を明らかにした上で、それに対応する普及方策を講じ、必要に応じて改革提案を行う構造的対応が不可欠である。

2-2. 実施項目・内容（時系列順）

- ① 先進地域調査（平成 22 年度：5 箇所、平成 23 年度：1 箇所、平成 24 年度：9 箇所）
- ② 在宅医療の定義、および在宅医療普及推進の操作的定義
- ③ 研究フィールドにおける実践活動（例：普及啓発活動、県への働きかけ）
- ④ 地域ケア勉強会(CTI)の立ち上げの支援(茨城県結城市)
- ⑤ 地域診断標準ツールの評価領域設定に向けたブレインストーミング
- ⑥ 統計分析に向けたデータ提供申請
 1. 栃木県による平成 23 年度栃木県在宅医療実態調査
 2. 厚生労働省による「医療施設静態調査」「病院報告」「人口動態調査」
- ⑦ 具体的な評価項目決定の抽出のための統計分析
- ⑧ 発展版ツール作成に向けたブレインストーミング

2-3. 主な結果・成果

在宅医療を

「通院困難な療養者に対して生活の場で提供される全人的で包括的な機動力のある医療であり、望まれれば人生の最期まで支え続ける医療」

と定義し、自宅をはじめ老人ホームや老人保健施設なども含めた生活の場で提供されるものとした。この定義のもと、様々な調査では国民が在宅療養を希望しているにも関わらず自宅死亡率は 15 %前後である現状を考慮し、「どれだけ在宅で看取れているか」を在宅医療普及推進の指標とした。つまり、在宅看取り率が高いほど、または、人口当たりの在宅看取り数が多いほど、その地域の在宅医療は進んでいると判断する。

続いて、在宅医としての臨床経験から構築した仮説に関して、評価する視点(以下、評価領域)を再検証した。先進地域調査や実践活動から得た質的データからブレインストーミングを実施した結果、最終的な評価領域を以下の 7 つとした。

1. 在宅医療（在宅で最期まで医療支援・療養支援を提供できる医療体制）
2. 入院医療（退院後の生活まで見据えた入院医療体制）
3. 在宅介護（生活を専門的に支える社会資源）
4. 市区町村行政（介護保険者として、公益的・非営利的活動主体としての行政）
5. 地域連携（構築されている専門職・組織団体内外のネットワーク、つながり）
6. コミュニティ（インフォーマルな地域住民の支えあう力、つながり、絆）
7. 利用者意識（在宅医療に対する理解・意識）

これら学際的で多様な観点から在宅医療普及推進に向けた地域力を評価できるものと判断した。以上で設定した各領域を評価する上で、数値で表せる具体的な項目を選定する必要があった。そこで、在宅看取り率を目的変数とした分析結果から、評価領域ごとに在宅医療普及推進に影響を与える項目を抽出した。

まず事前分析として、公表されているマクロデータを活用し、二次医療圏域を対象とした統計分析を実施した。その結果を根拠に、厚生労働省に対してローデータ提供を申請した。続いて、取得したデータを用いて、二次医療圏域を対象とした本分析と市区町村(人口が 5~20 万人の中規模都市)を対象とした本分析を実施し、「在宅医療を推進する地域診断標準ツール」の評価項目を決定した。以下に、「人口中規模都市を対象とした本分析」の結果から作成した基本版ツールを記載した。

評価領域 1 : 在宅医療領域 (最後の括弧内はローデータ入手先、以下同様)

① 在宅医療実施診療所指標 (医療施設静態調査診療所票の在宅医療サービス提供状況)

往診・訪問看護指示書交付の実施診療所率の和、と訪問看護指示書交付診療所数の偏差値の単純平均

② 訪問看護施設評価指標 (WAM-NET)

ターミナルケア対応に関して、実施施設総数、その人口補正数、実施施設率の偏差値の単純平均

評価領域 2 : 入院医療領域

① 退院調整支援担当者採用病院率(二次医療圏域) (医療施設静態調査病院票)

二次医療圏域の病院のうち、退院調整支援担当者を採用している病院の割合

② 平均在院日数評価(病院) (病院報告患者票)

市区町村の平均在院日数と、二次医療圏域の平均在院日数を算出、その偏差値の単純平均

評価領域 3 : 在宅介護領域

① 介護サービス支援指標 (WAM-NET)

緊急時訪問介護の評価指標と、通所介護(口腔機能改善、サービス提供体制強化加算)を評価する指標を作成、その偏差値の単純平均

② 居宅介護支援事業所数(特別事業所 1 加算算定) (WAM-NET)

特別事業所 1 加算を算定している事業所数

評価領域 4 : 市区町村行政領域

① 都道府県会議参加状況評価 (地域保健・健康増進事業報告)

実施方針、実施体制、サービス提供指針に関する会議参加数を単純加算したものを採用

② 衛生教育開催回数評価 (地域保健・健康増進事業報告)

感染症と歯科関連に関する衛生教育開催回数を人口補正したもの

評価領域 5 : 地域連携領域

① 市区町村会議参加福祉関連機関数 (地域保健・健康増進事業報告)

市区町村会議に参加している福祉関連機関数(実数)

② 地域包括支援センター数(高齢世帯数補正)

全国の地域包括支援センター数を高齢世帯数で補正したもの

評価領域 6 : コミュニティ領域

① 公民館・図書館数 (市区町村のすがた 2013(総務省統計局))

公民館・図書館数を合計したもの

② 医療・まちづくり関連 NPO 数 (内閣府 NPO ホームページ)

医療、およびまちづくり関連の NPO 数

評価領域 7 : 利用者意識領域

① 福祉用具貸与費用率 (介護保険事業状況報告)

全介護給付費用に占める福祉用具貸与費用の割合

② 高齢者等設備設置世帯率 (平成 20 年住宅・土地統計調査)

全世帯数に占める「高齢者等のための設備がある」世帯の割合

上記は既に入手可能なデータから作成したもので地域の概要は把握できる基本版ツールであるが、より地域を深く知るためには詳細な調査が必要不可欠であり、質的データをもとに収集すべき項目をまとめた発展版ツールも同時に開発した。

本ツールは地域ケアに向けた地域の現状を把握する、いわば在宅医療普及推進に向けたコミュニティとしての力、「コミュニティケア指標(community-based care capital index/CCCI)」を評価するものである。よって、項目間の因果関係には具体的には踏み込まず、関連性が見られた項目を抽出した。そのため、各評価項目そのものを高めることも大切であるが、診断結果から自地域の領域ごとの強み・弱みを把握し、具体的介入につなげることが重要である。

完成した「在宅医療を推進する地域診断標準ツール」は容易に活用ができるように excel を用いてファイルを作成し、利用マニュアルとともに順次、公表する予定である。

このツールの活用を通して、医療者の手に委ねられてきた「看取り」が、ひとつの文化として地域の中で再構築されることを心より願ってやまない。

2-4. 研究開発実施体制

1. 研究代表者 及びその率いるグループ (太田秀樹)

医療法人アスミス 理事長 (医師)

役割：調査研究委員会の事務局として、全体の企画調整、進行管理を行う。

2. 在宅医療普及推進地域診断標準ツールの調査・開発グループ (大澤 光司)

(株)メディカルグリーン 代表取締役

役割：入手可能なデータに関する二次分析と栃木県在宅医療実態調査に関する二次分析といった量的データと、先進地域調査、ヒアリングなどの質的データをもとに、ツール完成を目指す。

3. 地域組織化グループ (中島 幸子)

オリーブ訪問看護ステーション 所長 (看護師・ケアマネ)

役割：栃木市および結城市において啓発イベントを実施し、地域住民に普及方策を PR しつつ、普及方策のあり方を模索する。

3. 研究開発実施の具体的内容

3-1. 研究開発目標

3-1-0 本プロジェクトにおける開発目標

超高齢社会の到来によって、在宅医療への期待が高まっている。在宅医療は生活の場で提供されるために、直面する課題には医療だけでは解決困難なものが多い。そこで、医療・介護・福祉・予防(保健)が連携して、生活そのものを支える地域包括ケアシステム構築が重要視される。さらには、暮らしに密着した地域コミュニティや、地域住民の意識など、インフォーマルな領域にまで目を向ける必要がある。

そこで、本プロジェクトでは、地域包括ケアシステム構築の中で在宅医療普及推進に焦点を当て、基礎自治体を対象とした「在宅医療を推進する地域診断標準ツール」の開発に取り組んだ。在宅医療普及推進と関連する評価領域を複数設定した上で、質的データに加え、量的データによる統計分析を活用し、客観的・科学的な手法で評価項目を抽出することで、在宅医療を普及推進するコミュニティのケア力を学際的・多角的に評価する地域診断標準ツール作りを目指した。

在宅医療普及推進を図るには関連する要因を明らかにした上で、それに対応する普及方策を提案し、必要に応じた政策的な提言が不可欠である。

3-1-1 背景：社会変化に伴う従来型医療の限界

わが国は、東京オリンピックが開催された1960年代前後、目覚ましい産業振興とインフラ整備によって経済大国に発展し、経済的な豊かさを獲得した。この経済的豊かさは、科学技術としての医学のめざましい発展に寄与した。医療技術の進展、診療機器の発展など、数十年あまりで命を救う医療は大きな進展をみせた。他方、社会福祉の面から、法・制度の整備も進められた。代表的なものが、1961年に全国で整備された国民皆保険体制である。国民健康保険は国民の生活安定と福祉向上に寄与することを目的とし、それまで高額ゆえに利用できなかった高度医療の恩恵を、多くの国民が享受できるようになった。

このように高度先進医療と福祉が進展を見せる中、医療現場は徐々に自宅から病院に移り、病院完結型の医療が整備されていった。なぜなら、高度医療の多くは持ち運び困難な診療機器を必要とし、病院で治療を行う外来・入院型医療体制のほうが効率的だったためである。この病院完結型のヘルスケアシステムの確立により、1950年ごろには8割を超えていた自宅死亡割合を、1976年に病院死亡割合が逆転した。看取り医療の場は自宅から病院へと移り、病院信仰とまで揶揄されるように、病院完結型医療の充実が国民の願いへと昇華していった(図1-1)。

さらに1970年代以降になると、血液透析技術や外科手術の進歩、CTスキャナーなど画像診療機器の開発など、医療はいっそう高度化し、臓器別、疾病別に専門医療がめざましい発展を見せた。病院医療への信頼は一層高まり、それまで寿命として命を閉じてきた高齢者までも病院での濃厚な医療介入の果てに天に召される、という状況となっていた。このように、20世紀の医療システムは病院を中心として「治療の都合(猪飼, 2010)」によって進展してきたのである。背景には高齢者福祉施策の貧困さを医療が肩代わりしてきた特有の事情もあったと推察されるが、他方で、日本人の平均寿命は、男性は1982年、女性は1985年に世界一位を達成し、現在でも長寿大国は揺るぎないものになっている。

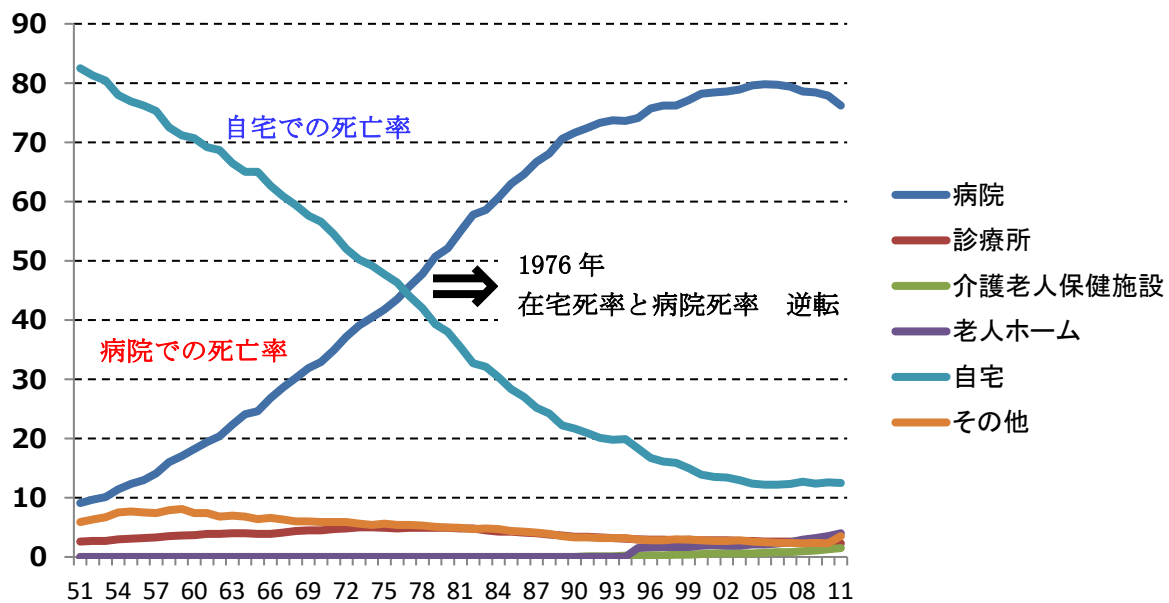


図 1-1. 場所ごとの死亡割合の年次推移

死亡率は、場所ごとの死亡数を全死亡数で割ったものであり、不慮の事故等は区別されていない。厚生労働省の 2011 年人口動態調査死亡票の公表データから作成。

その一方で、少子化・核家族化とともに、世界に類を見ないスピードと規模で、日本は超高齢社会に突入した。人口将来推計では、2030 年の 75 歳以上の後期高齢者は 2200 万人へと 2005 年時点から約倍増する(図 1-2)。

そして、高齢化は虚弱化を伴い(図 1-3)、疾病構造の変化をもたらす(図 1-4)。高齢者は複数の慢性疾病を併せ持ち、様々な生活障害とともに暮らすことが多い。そして、慢性疾患の終末期はなだらかな機能低下が長期間続き(Lynn, 2001)、症状は完治困難であるため、病態を受け入れて日常生活を継続させることこそが重要な課題となるべきであった。

ところが、20 世紀に成熟した病院完結型医療は疾病治癒を最優先とする治癒志向型ヘルスケアシステムであり、高齢者が抱える根治困難な健康課題の解決に適さなかった。さらに、慢性疾患をもつ後期高齢者の入院は長期化するだけでなく、むしろ、長期入院が新たな健康課題を生じさせることもある。例えば、嚥下性肺炎による入院で認知症が悪化した、骨折で入院したが廃用が進行して寝たきりとなったなどである。寝たきり状態は生命予後を不良にする(小川ら, 1997)。以上のように、認知症の増悪、廃用による筋力低下などは要介護度を高め、疾病治癒を目的に行った入院をきっかけに、在宅生活に戻れず、寝たきりとなり人としての尊厳を損なう事例が報告されている。実際に、入院加療がネガティブな影響を与えうることを示す報告も見られる(e. g., 平野ら(2011), 栗田(2010), 岩佐ら(2005))。新開ら(2008)による縦断研究では、過去一年間の入院歴が在宅自立高齢者の介護認定発生の予知因子であった。入院そのものが問題ではなく、適切な入院医療との連携が必要であるにも関わらず、現状では不幸なケースが多いことが問題なのである。

これは、WHO が提唱する健康概念(Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity (WHO, 1998))とは程遠い。それにも関わらず、20 世紀全般にわたって醸成された病院への高い信頼は、時に過剰な病院依存と、安易な受診を促し、ニーズに合わない医療が施されることを助長してしまっている。

図表2-1-1 人口ピラミッドの変化

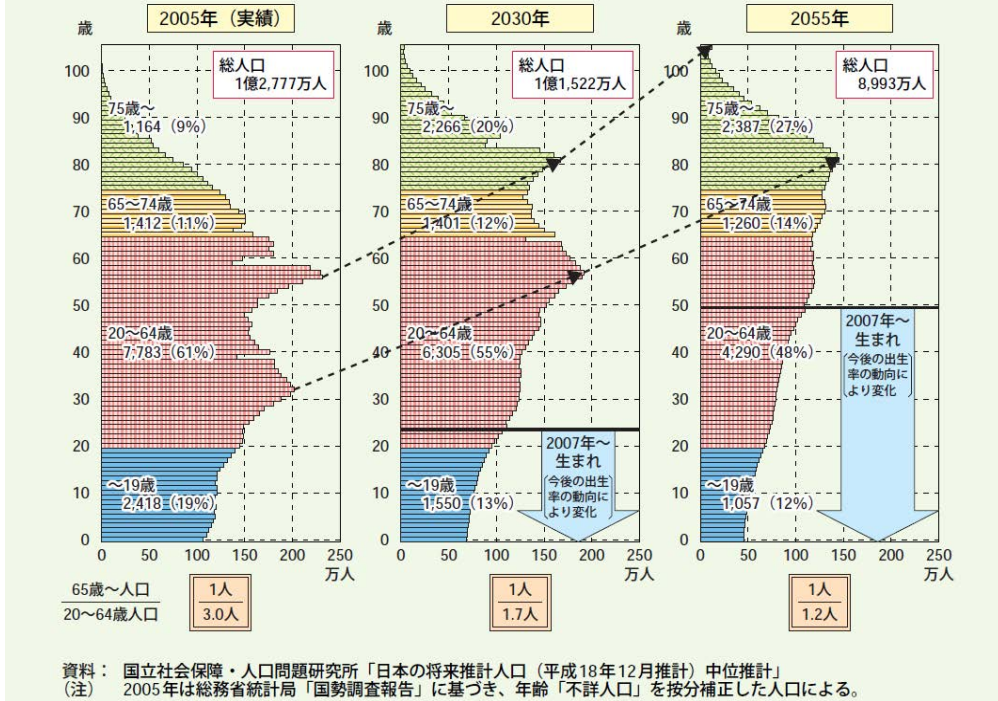


図 1-2. 日本における将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所作成)

※平成 23 年度時点で、死亡数 125 万人・出生数 105 万人の多死社会で、少子・高齢化進行に伴い、その傾向はより顕著となる。

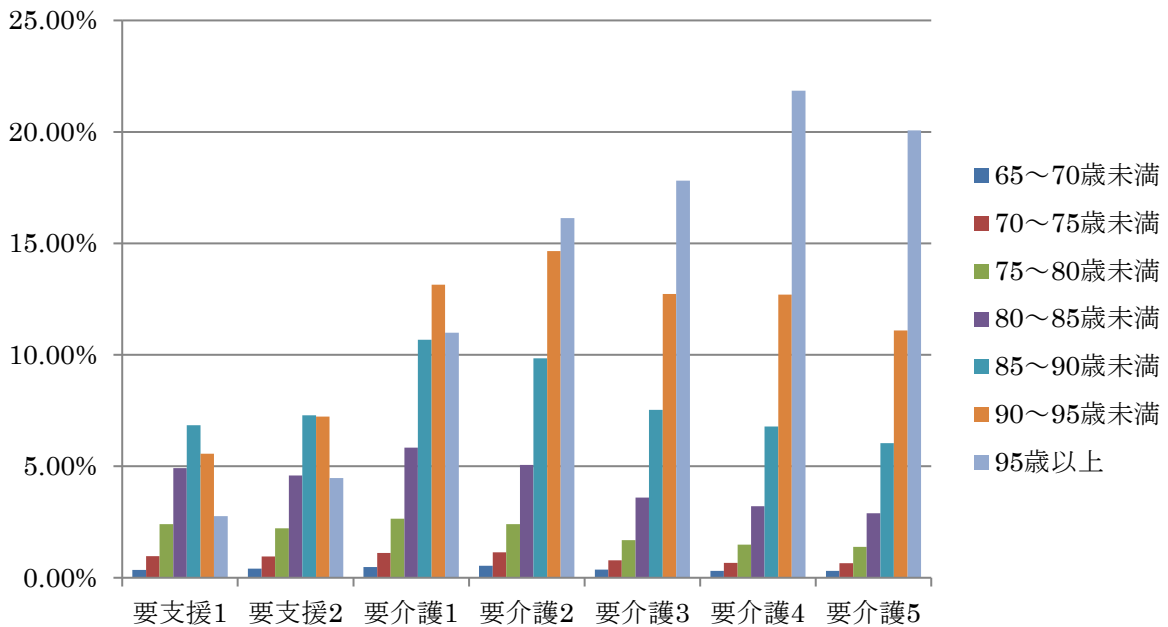


図 1-3 平成 24 年度の要介護認定率の年齢別比較

※要介護度 1 以上では、高齢になるほど要介護認定率が顕著に高くなっている。

* 社会保障統計年報データベースから作成。要介護認定者の数は国民健康保険中央会「認定者・受給者の状況」(各年度 5 月末現在)、年齢別の総人口は「平成 22 年国勢調査」(平成 22 年 10 月 1 日現在)による。

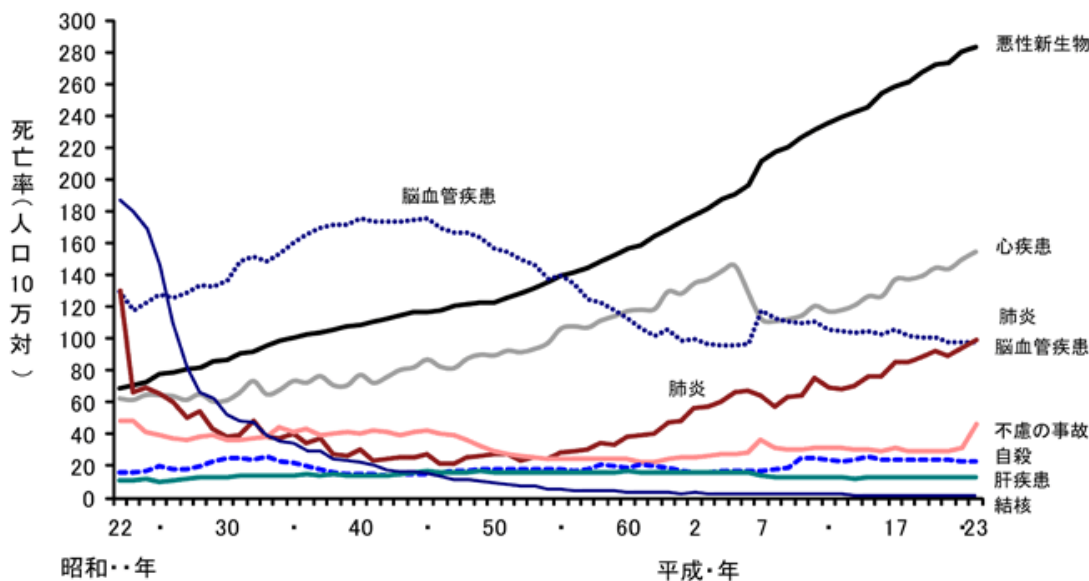


図 1-4. 主な死因別にみた死亡率の年次推移

(厚生労働省「平成 23 年人口動態統計月報年計 (概数) の概況」より転載)

※高齢者に多い死亡原因である肺炎の死亡率(人口 10 万対)の上昇、脳血管疾患の死亡率(人口 10 万対)の低下は、社会構造の変化(高齢化等)に伴う疾病構造の変化を如実に表している。後遺症を伴う可能性の高い脳血管疾患の死亡率(人口 10 万対)の低下は、慢性疾患患者の増加も同時に意味している。

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai11/kekka03.html>

さらに病院依存の結果、看取りまでもが病院医療者の手で担われ、生死が当事者から乖離してしまった。非日常的な場である治癒優先の病院システムでは、仮に当事者、またはその家族が最期の瞬間まで医療介入を拒否し続けることは難しい。治癒志向の病院では、終末期でも数々の検査データが優先され、データの正常化を目指した治療が継続される。死の間際ともなると、家族は病室の外に追いやられ、病室では蘇生を含め、最善と考えられた治療が選択され、1分、1秒と命の量を求めた医療介入が施される。このように治癒志向である病院に置いて、本人たちの望みは叶えられないことのほうが多い。特に高齢者はほんの半世紀前まで家人の手で看取られてきたが、現在ではむしろ高齢者ほど自宅で亡くなるのが困難であり(泉田, 2012)、その最期の瞬間に立ち会うことができない当事者家族にとって、看取りは遠い存在となってしまっている。

このように日常から看取りが遠ざかる中で、医療の担い手である医療専門職からも、医療の受け手である当事者からも、終末期における自己実現に向けた支援の必要性を訴える声が上がってきている。実際、医療データ改善以上に QOL(Quality of Life 生活の質)や QOD(Quality of Death 最期の質)を求めるべきとの意識が高まっていることが、複数の調査で明らかにされている。例えば、内閣府による平成 14 年、19 年、24 年に実施された高齢者の健康に関する意識調査において、「万一、あなたが治る見込みがない病気になった場合、最期はどこで迎えたいですか」との問いに対して、平成 14 年度から平成 24 年度までに自宅を希望する割合は増えていることに意識の変化は表れている(図 1-5)。

マズローの欲求 5 段階説では、低次の本能的な欲求が満たされると、最終的に人は内的な自己実現欲求を強く持つとされている。つまり、経済的に充実した日本において、高齢者たちの多くが内的な自己実現を求めて最期は自分らしく住み慣れた我が家で過ごしたい、辛い治療や検査は避けたいと希望し、家族もその希望を叶えたいと望むことは自然なことであろう。ここで求められ

ている願いは、「いのちを豊かにすること(日野原, 2012)」であり、そこで医療は、たとえ疾病があろうと、「その人らしく、健やかで、豊かであり、何よりも生きがいを感じられるものであること(日野原, 2012)」を支えることまで求められるのである。そのようなやさやかな願いを叶える場所として、病院中心の治癒志向型ヘルスケアシステムに解決を求めることは困難であることは明白である。

また現実問題として、仮に、このまま病院依存が続くと、死亡者数が 170 万人に膨れ上がると推測される 2030 年には病床が不足することは明らかで、人生の最期を過ごす場所がない医療・介護難民が激増すると予測される(図 1-6)。これは救急医療・急性期治療こそ主とすべき病院完結型医療を圧迫し、我が国の医療崩壊を予期させる、ゆゆしき事態である。

以上をまとめると、超高齢社会において従来の治癒志向型医療システムは医療・介護ニーズのパラダイムシフトに適切、かつ十分に対応できておらず、疲弊が進んでいる。超高齢社会の日本において、根治困難な疾病とどう向き合うか(健康状態の維持、病状のコントロール、三次予防)、そして、完治困難な疾病を抱えてどう生きていくか(現状を受け入れて自分らしく過ごす、自己実現)、といった新たな健康課題への対応、および生き様に対する支援も求められている。これら QOL の追及の高まり・従来型ヘルスケアシステムの疲労に伴い、「病院の世紀の終焉(猪飼, 2010)」に代表されるように、医療そのもののパラダイムシフトが求められている(図 1-7)。

これから急増するおびただしい数の虚弱化した高齢者を一体誰がどこで支えてゆくか、当事者が望む最期をどのように実現させてゆくか、社会保障の健全な存続という観点からもきわめて重い課題が突きつけられている。

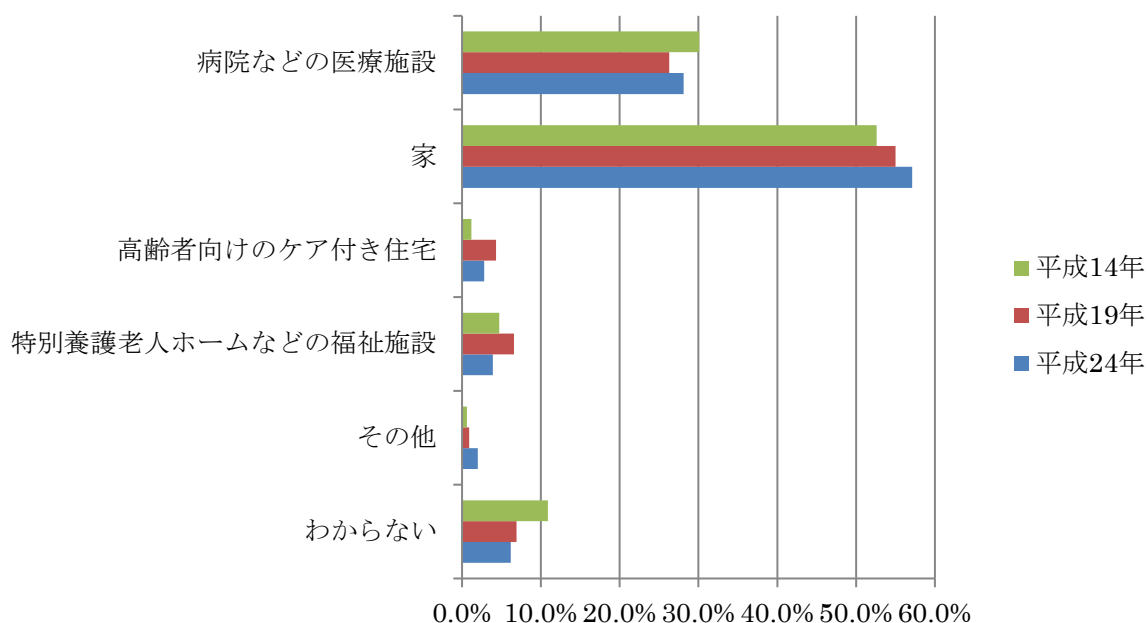
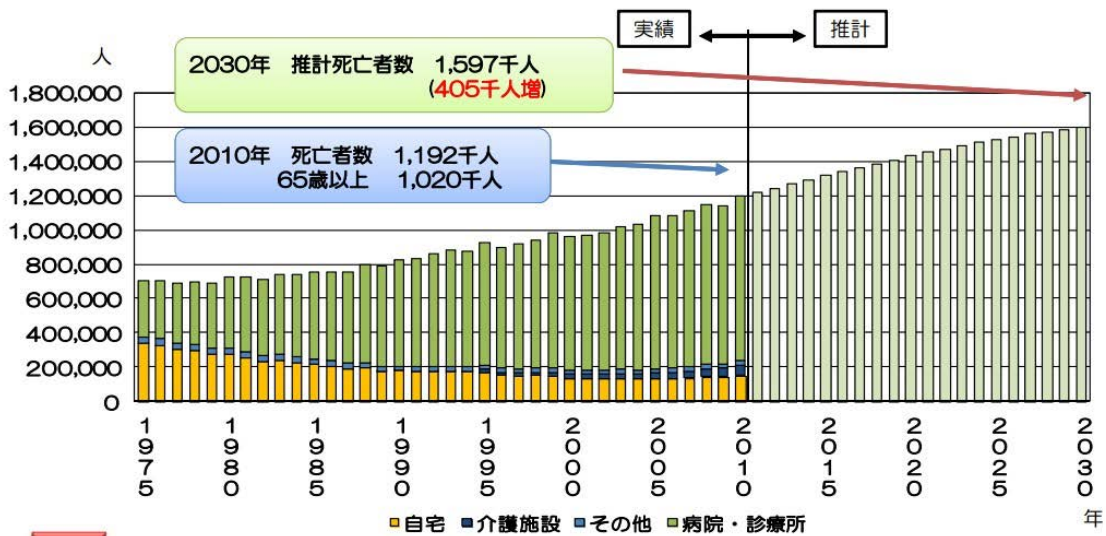


図 1-5. 「最期を迎える場所」として希望する場所に関するパネル調査結果まとめ
 内閣府による「高齢者の健康に関する意識調査(平成 14 年度、平成 19 年度、平成 24 年度)」を参考にして作成。家は「自宅、子どもの家、兄弟姉妹の家」をまとめた。家に対する希望は年を追うごとに増えている。平成 24 年度の調査では、福祉施設、ケア付き住宅が減った分、医療施設の割合が増えているが、平成 14 年度と比較すると減少している。



課題

2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

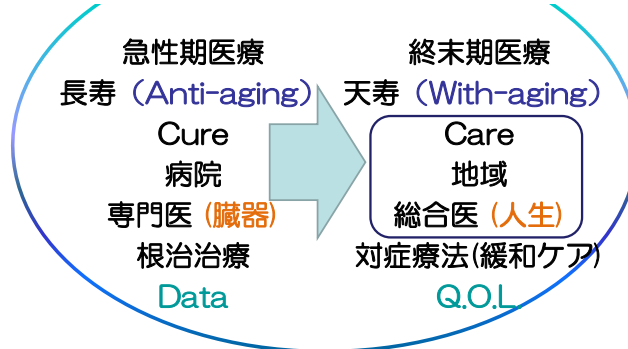
図 1-6. 死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計

* 中医協：総合資料-1「在宅医療について」平成 23 年 11 月 9 日より転載

2010 年までの実績は厚生労働省「人口動態調査」

2011 年以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006 年度)から推定

**超高齢社会・多死社会に求められる
「老いのケア」医療のパラダイムシフト**



病院中心のヘルスケアシステムの限界

図 1-7. 超高齢社会におけるパラダイムシフト

3-1-2 生活の場における医療

それでは、新たな医療・介護ニーズに対応できるヘルスケアシステムとは、どのようなものか。それは、原点回帰ともいえる生活の場にこそ答えがあると考えられる。従来、多くの方は自宅で看取られてきた。前述の通り、看取りまでの一連の所作は家人に委ねられ、医療者はその補助的な役割のみを担ってきた。大出(2012)によると、戦前と戦後の家庭看護書における家庭看護の記

載内容を比較すると、明らかに戦前の内容の方が広い。看病人の心得から始まり、一般の介抱に留まらず、救急法、真死・仮死の区別、人工呼吸法、死後の処置までが家庭看護の役割だった。このことからわかるように、昔は家こそが文字通り、終の棲家として捉えられていた。それが病院医療の発達とともに、家庭では健康維持に重点が置かれるようになったと大出(2012)は指摘している。戦後の代表的な冠婚葬祭入門である塩月(1991)を見ると、葬の章において亡くなった後のマナーは記載されているが、亡くなる直前に関する記述は影を潜めている。

看取りの場を病院に求めるようになったのは、前述の通り、そこで提供される医療の質に期待と信頼があったからである。しかし、現在の在宅医療の質は、病院医療にまったく引けを取らない。むしろ、緩和医療の領域においては、在宅の優位性を示すデータも示されている。例えば、Wright, Keating, Balboni, Matulonis, Block & Prigerson(2010)の報告では、がん患者の療養先として病院よりも自宅のほうが、療養者のQOLが高く、身体的苦痛も低く、心理学的幸福感も高いという知見が得られている。日本でも事例報告ではたびたび痛みに関して、住み慣れた我が家のほうが少ないのではないかと、指摘されている。末期がんの症例検討では、明らかに痛みをコントロールする医療用麻薬の使用量が少ないという結果が導かれている。和田・苛原・藤井・山中・小野・平原(2005)における調査、および文献の比較検討では、在宅では麻薬使用率は35%~56%である一方、病棟中心の研究では44%~87%となっており、在宅医療では麻薬の使用が少なく済む可能性があるとして指摘している。また、村上・角谷・杉村・牧野・棚田・前田・吉田(2010)による在宅群と入院群の比較では、在宅群の方が、平均生存期間が長い傾向が見られた。このように、住み慣れた我が家で最期の時間を過ごすことが、多くの身体的・精神的メリットを生むと考えられる。

その背景のひとつとして、在宅では、自由の効かない病院と異なり、「趣味への没頭、家族との触れ合い」といった日常の営みができることも大きい。治療優先の病院では、自由にできることは少なく、スケジュールも治療の都合による。他方、生活の場では、趣味に没頭することも、家族と過ごすことも、ペットと触れ合うことも、気兼ねなく選択でき、心安らかに暮らすことができる。このような心理的安寧は、免疫力を高め、生命力を強くする(e.g., Frey(2011), Diner & Chan(2010), Maier, & Smith(1999)). Layard(2005)における24研究のメタ分析の結果では、不幸せだと答えた人よりも、幸せだと答えた人の方が、14%ほど長生きしていた。さらに因果関係を検証するための縦断的研究もあり、修道院に入る前の女性に主観的幸福感を尋ね、その質問に幸せだと答えていた人は平均で93.5歳、不幸せだと答えていた人は平均で86.6歳まで生存していた(Danner, Snowdon, & Friesen, 2001)。日本でも岩佐ら(2005)が、都市部在宅中高年者における生命予後に主観的幸福感が関連していることを確認している。最期のひとときに、ありふれた生活の中で幸せに過ごすことは、QOLの向上のみならず、生命力の向上につながる。他方で、当事者のみならず、それを見守る側にも大きな精神的財産をもたらす。寺岡ら(2011)による報告では、在宅看取り経験者は対照群より、療養場所として自宅を希望する傾向が強く、自宅療養の実現可能性についても、可能だと考える傾向が見られた。

このように、自宅をはじめとした生活の場にこそ、可能性がある。重要なのは、最期を過ごす居心地のよい場所は自宅だけではないことである。ケアハウスや、特定施設としての有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、グループホームなど居住系サービスを含めた地域全てが、生活の場となりうる。居住サービス系の施設では、集団生活であるためにある程度の自由は制限されるが、やはり自己実現に向けて可能性が開けている。集団生活だからこそ得られる他者との触れ合いもあり、新しい家族と考えることもできよう。

いずれの場合も、病室という生活から切り離された非日常的な場では享受できない尊厳ある暮らしが実現可能である。このような生活の場としての地域に、大きな期待が寄せられている。

3-1-3 地域包括ケアシステムと地域間格差

在宅療養への期待が高まる一方で、在宅療養を支えることができるだけの環境が十分に整っているとは言い難い。核家族化の進展や高齢世帯率の増加に伴う家族介護力の低下、過度な病院信仰、これらは在宅療養の実現を困難にする。さらに、国民は自宅での病状急変時の対応に不安を感じている。終末期医療のあり方に関する懇談会(2010)が報告している終末期医療に関する調査(2008年実施)では、自宅で最期まで療養することが困難だと考える理由として、「介護してくれる家族に負担がかかる」が最も選択されており、次いで「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である」であった。さらに、老人ホーム等の居住系サービスにおいても、終末期に救急搬送で入院するケースが多く、当初の期待通りの機能を果たしているとはいえない。

このような社会背景のなかで、国は従来入院や外来を中心としたヘルスケアシステムでは対応困難な新しい医療・介護ニーズを満たすため、1990年代前後から在宅医療普及推進に向けて動き出し、予防・自立支援・在宅療養支援・地域連携などの様々な観点から法・制度を整備していった(表1-1)。

その流れの中で、地方行政による地域居住継続を機軸に、暮らしを上位概念とする地域包括ケアシステムの構築が提唱されるに至った(図1-8)。地域包括ケアシステムとは地域完結型の生活支援システムであり、過不足ない医療支援のアウトソーシングとともに生活支援・予防対策などによって生活全般を包括的に支える新しいヘルスケアシステムである。このシステムでの医療は、生活支援サービスの一部として地域生活者の健康面を支え、その延長線上に看取りまで視野に入れる必要がある。

厚生労働省は2005年の介護保険制度改革の中で地域包括ケアシステムの確立を具体的に明記した(山口, 2012)。また、平成23年に改正された介護保険法の第5条第3項では、国及び地方公共団体に対して、包括的推進を要求する文言が記載された。この地域包括ケアシステムは、厚生労働省「平成20年度地域包括ケア研究会報告」において、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できる地域での体制」と定義されている。ここでは、日常生活圏域(30分程度で駆けつけられる圏域)を単位とする狭い地域での構築を想定されており、システム構築は介護保険者である市区町村のタスクであると考えられる。2012年改正の「地域包括支援センターの設置運営について」では、地域包括支援ネットワーク構築に向けた地域ケア会議の主体は、市町村管轄の地域包括支援センターとされているほどである。このように公共政策による誘導は”a good death(良質な死)”を実現する上で重要である(Imhor, & Kaskie, 2008)。

さらに、厚生労働省が唱える制度的な地域包括ケアシステムに加えて、地域住民から成るコミュニティや、医療消費者である地域住民の意識まで含めて、地域全体を巻き込む必要がある。つまり、生活の場において、フォーマルサポートと、制度では埋められない側面を互助・自助のインフォーマルサポートで支えるコミュニティづくりこそが超高齢社会に普遍性をもって求められ、かつ、新たなニーズに応え得る、画期的なヘルスシステムとなりうる。以上をまとめた全体像は、2013年に地域包括ケア研究会がまとめた新たな地域包括ケアシステムの形、そのものである(図1-9)。

このように医療だけではなく、多様な側面を併せ持つシステムであるべきだからこそ、地域間格差が生じることは容易に推察できる。国が思い描く、地域居住の継続、すなわち「望めば誰でも在宅療養できる環境」があまねく整備されておらず、地域間格差が存在するといわれてきた。在宅死亡割合を都道府県レベルで見ると、2000年時点で差が見られ、経年的に比較しても順位の変動が激しい(二木, 2013)。

当医療法人としても、3つの基礎自治体に拠点診療所を持ち、同質の在宅医療サービスを展開

してきたが、その在宅医療の推進状況から地域間格差があることを実感してきた。これはあくまで経験則からだが、実際に「在宅医療の推進状況には地域間格差がある」との仮説のもと、自宅看取り率を一つの指標として、医療施設静態調査のデータを活用し、二次医療圏域レベルで推定自宅看取り率(平成23年9月)をプロットしたところ、地域間格差が顕著に示された(後述:p28~29)。つまり、法・制度から在宅医療普及推進を試みただけでは、在宅で過ごせる地域と、過ごせない地域の格差が出来てしまった。制度だけでも、医療だけでも解決できない課題を地域は抱えているのである。

このように医療を含め、幾重にも渡る要因を含む地域完結型のヘルスケアシステムを全国に浸透させるにはどうすればよいか。課題は明白でありながら、「どうしたらよいか、どこから手をつければよいか、わからない」という声が度々取り上げられ、これは新たなパラダイムシフトを前にして手を拱いている現状を端的に表している。そこで、地域間格差が明確である現状を踏まえ、「在宅医療を根付かせる上で、我が地域における強み・弱みはどこにあるか」を明瞭にできる地域診断のためのツールが必要だと考えた。

表 1-1 年表「在宅医療を巡る歴史」

年	診療報酬・法・制度
1981年	往診料の新設
1984年	緊急往診加算の新設
1986年	訪問診療等、各種指導管理料の新設
1990年	訪問看護料の新設
1992年	第二次医療改正に伴い、居宅を医療提供の場として位置づけ
1994年	健康保険法の改正において、在宅医療が「療養の給付」と位置づけ 在宅時医学総合管理料、在宅末期総合診療料、看取り加算、ターミナルケア 加算、寝たきり老人末期訪問料等の新設
1997年	介護保険法の制定
2000年	介護保険制度の施行
2005年	介護保険法改正、地域包括支援センターの新設 障害者自立支援法
2006年	在宅療養支援診療所の設立 がん対策基本法
2008年	在宅療養支援病院、在宅療養支援歯科診療所の設立
2012年	機能強化型在宅療養支援診療所の設立

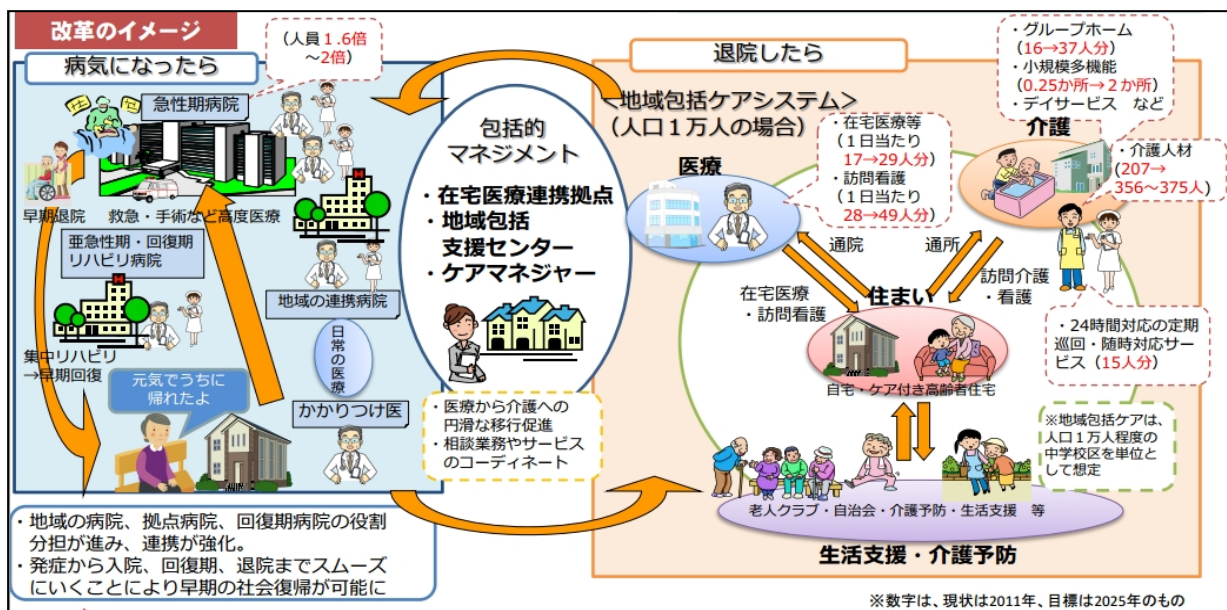


図 1-8. 地域包括ケアシステムのイメージ

厚生労働省「平成23年社会保障改革で目指す将来像／医療・介護サービス保証の強化」より

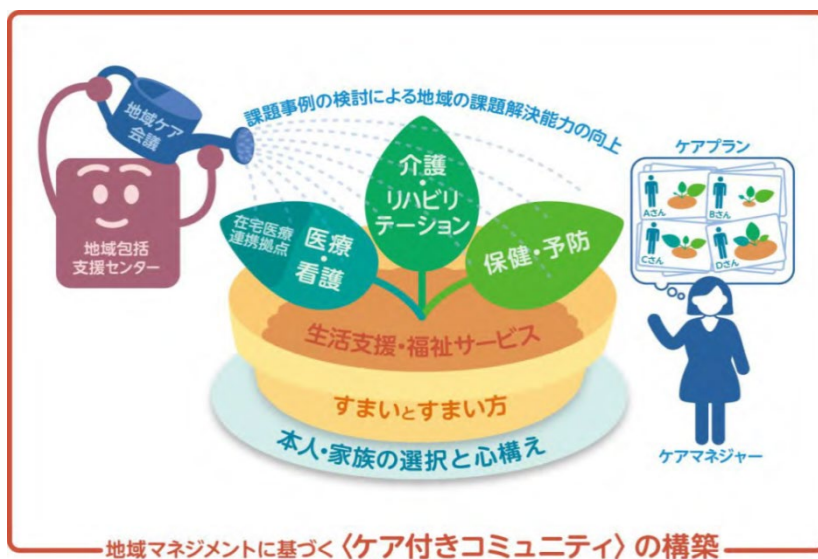


図 1-9 地域ケア研究会が提唱するこれからの地域包括ケアシステム

平成25年3月 持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書「〈地域包括ケア研究会〉地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」 p31より引用

3-2. 実施項目

・主な実施項目

- ① 先進地域調査（平成 22 年度：5 箇所、平成 23 年度：1 箇所、平成 24 年度：9 箇所）
- ② 在宅医療の定義、および在宅医療普及推進の操作的定義
- ③ 研究フィールドにおけるアクション（例：普及啓発活動、県への働きかけ）の試行
- ④ 地域ケア勉強会(CTI)の立ち上げの支援(茨城県結城市)
- ⑤ 地域診断標準ツールの評価領域設定に向けたブレインストーミング
- ⑥ 統計分析に向けたデータ提供申請
 1. 平成 23 年度栃木県在宅医療実態調査
 2. 厚生労働省による「医療施設静態調査」「病院報告」「人口動態調査」の一部データ
- ⑦ 地域診断標準ツール開発における具体的な評価項目決定のための統計分析
- ⑧ 発展版ツール作成に向けたブレインストーミング

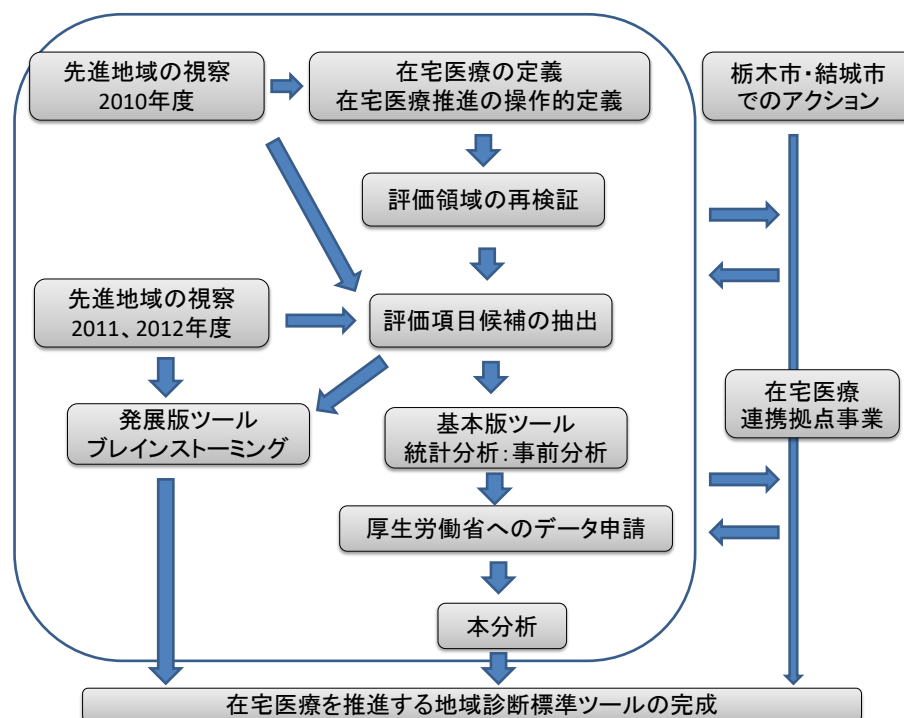


図 2-1. 実施項目のフローチャート

※上記プロジェクト実地内容の時系列な流れ。

本プロジェクトでは、現在まで在宅医療の実践で蓄積してきた経験から、在宅医療普及推進を左右する要因を評価する視点(以下、評価領域)として、図 2-2 の通り大きく 5 つ、「医療・福祉・介護サービス提供者」、「住民」、「制度(国レベル)」、「地域の体制」、「文化・伝統」を設定した。具体的な項目に関しては、この時点では参考例であることに留意されたい。

一つ目の評価領域として、「医療・福祉・介護サービス提供者」を設けた。在宅療養支援においては、医療者をはじめ、生活支援に関わる介護・福祉などサービスの提供者側の要因が重要な影

響力を持つことは容易に推察できた。まず、在宅医療を提供する医師の量・質が欠かせない。さらに、病院医師に在宅医療の理解が低く、在宅医療を行う開業医との連携が取れずに、有効な支援がなされない事例も見受けられた。そのため、病院側の取り組みにも目を向ける必要があると考えた。また、図 2-1 には表記されていないが、訪問看護は在宅医療の要である。訪問看護に関しても量・質からの評価が不可欠だと考えた。介護事業者に関しては、在宅医療に関する理解が低い場合があった。例えばグループホーム、ショートステイ、デイサービス施設の入居者が訪問診療によって対処可能な病態であるにも係らず安易に搬送・入院させてしまう事例がある。このように各医療・福祉・介護サービス提供者の量・技量・意識は、在宅医療普及推進を左右するものと考えた。

二つ目の評価領域として、「住民」側の要因を取り上げた。実践活動の中から、医療消費者である住民側に在宅医療に関する知識・認識がまだ浸透していないことを実感してきた。例えば、「入院させないと家族の不手際といった世間の眼がある」「在宅での看取りは経験がなく怖い」という住民と接してきた。終末期医療が病院の中で行われるようになって看取りと距離を置いてしまったこと、加えて在宅医療の発展に伴い在宅で可能な医療認識にズレが生じたことなど、利用者である住民側も医療に対する意識を変えなければならない時期に来ていると考えた。

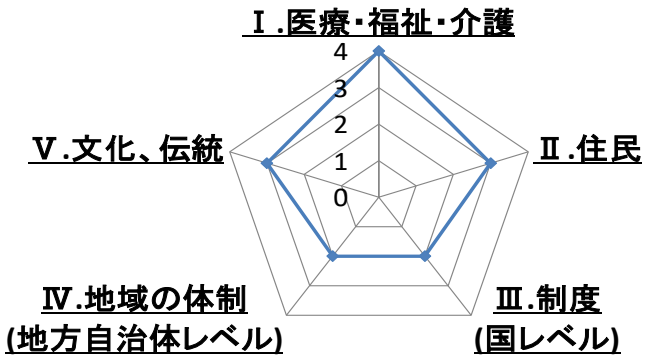
三つ目として、「制度(国レベル)」を取り上げた。地方自治体レベルとは別に、全国レベルで在宅医療を受けている高齢者への支援体制をとれていない面がある。例えば、急変時に安易に入院させる構造になっている点、老人保健施設などの介護施設で在宅医療を受けている高齢者の軽微な急変時対応ができる体制となっていない点などがあげられる。また、医療と介護の連携が弱い現状から、報酬制度等、国レベルで制度的に見直すべき要因もあると考えた。例えば、制度上でデイサービスに在宅医療との連携があればデイサービスからの安易な救急搬送は防げる。このように、制度から変える必要性があり、本評価領域を設定した。

四つ目として、「地域の体制」を取り上げた。これは、在宅医療は地域完結型であることを強く意識したものであった。地域としては、市区町村といった基礎自治体レベルを想定した。介護保険者である市区町村レベルで、介護保険制度の運用法やサービス内容が決められることから、市区町村行政が重要な役割を果たしうるし、果たすべきである。しかし、これまでの医療政策は都道府県によるものだという常識に縛られ、積極的に行動した基礎自治体は少ないといえる。また、在宅医療は、病院、診療所、介護事業所といった多くの関係者が共通認識と連携体制をもつことが重要で、それらを確立するための手法や連携の中心となるコーディネータがいなくても在宅医療普及推進の大きな障害要因となる。地域完結型生活支援を掲げる上で、地域コーディネータは広域ではなく、基礎自治体単位で整備されることが望ましいと考えた。そこで基礎自治体を基本として、地域体制を評価する必要があると考えた。

最後に、「文化・伝統」の評価領域を設けた。伝統文化が根付いていること、それは地域に支え合うコミュニティが残っていることを意味すると考えた。そのような伝統・文化の在り方から、地域の支え合う力を評価する可能性を検討するために、5つ目の視点として取り上げた。

以上の仮説は、経験から構築されたもので、ミクロから客観的に積み上げたものではない。したがって、在宅医療普及推進状況の異なる自治体を比較し、分析するという客観的な手法によって、在宅医としての臨床経験に基づいて図 2-1 で示した仮説を再検証していく必要があった。そこで、アンケート調査、先進地域調査、実践活動、そして二次分析による統計分析などのマルチメソッドを通して、主に人口中規模都市を対象とした「在宅医療を推進する地域診断標準ツール」を作成することで、我が国の在宅医療普及推進、および今後の急速な高齢化への対応における橋頭保構築につなげることを目指した。

- ・ 5の評価ドメインを想定
- ・ 各ドメインを数値化し、在宅医療推進に向け 地域の現状を把握
- ・ 後の地域介入も意識



I. 医療・福祉・介護サービス提供者

- ①サービス供給量 ②サービスの質
- ③連携体制 機能
- ④病院医師の理解 在宅療養支援機能の有無
- ⑤地域開業医の在宅医療への関心 実践

II. 住民

- ①入院させないと恥ずかしい 非難される 世間体
- ②情報の非対称:在宅医療の存在をしらない
- ③在宅医療への誤解 偏見 (医療水準が低い?)
- ④自宅での看取り経験がない

III. 制度(国レベル)

- ①一旦入院すると退院が困難 (ベッド数が過剰)
- ②病診連携室が退院調整室となっている
- ③居宅系高齢者施設での終末期ケアへの無理解

IV. 地域の体制(地方自治体レベル)

- ①病院と有料老人ホームが提携
- ②高齢者救急システムの未整備(救急搬送の目的が看取り)
- ③行政の無関心 ④医療専門職との連携困難

V. 文化 伝統

- ①転入居者の比率 菩提寺 墓 親戚縁者
- ②伝統文化の伝承 ③主たる産業

図 2-2. 在宅医療普及推進を左右する要因 (仮説)

仮説の背景となった臨床例の中から、2つ提示する。異なる基礎自治体から個々にとりあげた。このような数々の事例に触れることで、仮説構築に向けて具体的なイメージにつながった。

<事例①>

T氏 88歳 男性 結腸癌末期 全身転移 悪疫質

病歴：大学病院にてガン末期と診断され積極的な加療なく、A市の個人病院に転院。苦痛がなかったことから特に加療がなく、家族が在宅療養を申し出たところ、リハビリテーションが開始される。疲労感が強く、本人は安らかな死を希求。ケアマネジャーの介在にて、医療法人アスモスの診療所紹介。在宅ホスピスケアを実施。自宅では、ビールを飲むなど活気がでて、約2ヶ月後、海外赴任中の息子が帰国、寄り添われ、眠るように他界。

- 焦点
- ①病院医師の在宅医療への無理解 → 「医療・福祉・介護サービス提供者」領域に相当
 - ②患者の困り込み (背景 ベッド数過剰) → 「制度(国レベル)」領域に相当
 - ③患者・家族の情報不足 (24時間在宅医療の可能性を知らない) → 「住民」領域に相当
 - ④力量あるケアマネジャーの存在 → 「医療・福祉・介護サービス提供者」領域に相当
 - ⑤在宅ホスピスケアに対応できる在宅療養支援診療所の存在 → 「医療・福祉・介護サービス提供者」領域に相当

<事例②>

K氏 74歳 男性 頸部後縦靭帯骨化症による四肢麻痺 刺青によるC型肝炎を原因とした肝硬変末期

病歴：独居で、麻痺により移動が困難。肝機能障害で生命予後不良。生来豪放磊落な暮らしぶり
で、施設療養を拒否し、自宅療養を強く希望。B市市役所が介入し、独居在宅療養を支援。ヘル
パーは、孤独死に不安をいだきかわりに消極的。医師の往診、訪問看護による医療的管理のも
と、在宅看取りまで支援、生き様を支える。(B市例)

- 焦点
- ① 行政が地域での暮らし継続を具現化 →「地域の体制(地方自治体レベル)」領域に相当
 - ② 行政担当者レベルの見識の深さ、やる気(マインド)
→「地域の体制(地方自治体レベル)」領域に相当
 - ③ 訪問看護、訪問介護(ヘルパー)、訪問診療等 在宅療養支援システムが機能
→「医療・福祉・介護サービス提供者」領域に相当
 - ④ ヘルパーの不安を行政担当者が払拭
→「医療・福祉・介護サービス提供者」領域、および「地域の体制(地方自治体レベル)」
領域に相当
 - ⑤ 独居要介護高齢者の終末期は、高齢者施設への収容が一般的な対応
→「地域の体制(地方自治体レベル)」領域に相当

具体的な研究ステップは、量的・質的研究に、実践活動も交えたマルチメソッドの形式をとった(図2-1)。

まず、本プロジェクトは実践活動からの知見もデータとして活用するため、研究フィールドの設定は重要であり、栃木県栃木市と茨城県結城市を選んだ。両市は県境を挟んで近接しており、同一の生活圏に存在するコミュニティである。人口規模は(旧)栃木市8万2000人(周辺自治体との合併後は13万人台)、結城市5万2000人であり(2010年当時)、両市ともに都心から約80Kmと、多少離れた北関東の歴史ある地方都市である。栃木市は豪商の町として栄え、蔵が多いことから近年は蔵の街として観光に力を入れ、結城市は結城紬という伝統文化を受け継いでいる。東北新幹線の停車駅がある栃木県小山市から西に栃木市、東に結城市があり、県こそ異なるが文化圏と商圏を共有している。近年では、若い世代が就労、就学で都市圏に移転し、人口減少、高齢化が進行している点でも共通し、中心市街地の衰退は駅前にシャッター通りを生んだ。しかし気候が穏やかで豊かな地域であった時代の気風が残るため、住民たちの危機感は薄い。さらに、「望めば在宅で人生の終焉を迎えられること」、「在宅でも良質な医療を受けられること」を知らない住民がまだまだ多い。

一方で、栃木市では20年近く前から福祉のまちづくりを基本方針としていたため、介護保険導入時から、住民に福祉マインドを浸透させることに注力してきた。結城市では、工場誘致やインフラ整備に力をいれ、介護や福祉の課題解決の優先順序が低かった。このような状況で、介護保険導入から10年を経て、両市での地域包括ケアの進展状況は大きく異なっている。そのため、要介護者ケアをはじめ、高齢者の在宅ケア推進にかなりの差が生じている。それぞれの地区医師会の在宅医療への取り組みにも温度差があり、結城市は開業医から看取りまで支える在宅医療に否定的な意見が聞かれるほど、病院・施設介護に依存し、在宅医療進展への期待が薄い自治体である。このように両市の行政や医師会の間で、在宅医療への取り組みに相当な相違が生じている。また、医療法人アスミスとして両市において全く同質の医療を生活の場で提供してきたが、前述のように高齢化率が同水準で、文化や歴史を共有する基礎自治体であるにも関わらず、両市で在

在宅医療推進状況が異なることを実感してきた。両市ともに人口規模として日本の市町村の典型的な中規模タイプであり共通点も多いにも関わらず、在宅医療推進に温度差が見られる地域として、比較対象として適切であると考えた。

さらに、両市は約 20 年という長きにわたる実践を積み重ねてきた研究代表者の活動の地であり、地域の状況及び関係する団体やキーパーソンの把握ができていたため、円滑な研究推進が可能であった。以上をもとに、モデル都市として両市を比較して客観的研究につなげることが一般性を担保可能であり、かつ、栃木市・結城市ともに研究協力が得られやすい環境であることから、両市を研究フィールドとした。

続いて、それまでの臨床経験から、在宅医療の定義、在宅医療普及推進の操作的定義の作成を行った。同時に、両市で市民フォーラムをはじめとした普及啓発活動を進めた。これらの実践と先進地域調査を踏まえ、臨床仮説における評価領域を再検証した。

次いで、ブレインストーミングを重ね、具体的な評価項目候補の抽出作業を進めた。しかし、抽出した項目候補の中に入手が容易な項目と、詳細な収集活動を必要とする項目とが混在していたため、基本版ツールと発展版ツールの 2 つに分けることにした。基本版ツールは統計分析を活用し、評価項目の客観的な抽出を目指した。統計分析では、公表データによる事前分析から評価項目候補を抽出した後、厚生労働省にデータ提供を申請し、本分析を行った。事前分析はデータの制限から二次医療圏域を対象とした分析のみになったが、本分析では二次医療圏域に加え、人口中規模都市を対象とした分析も行った。他方、発展版ツールでは、質的なデータをもとに研究フィールドでの実践活動との間でフィードバックさせながら完成させた。また、地域での活動に関しては、2012 年度に当法人として在宅医療連携拠点事業も受託したため、この拠点事業とも情報を共有し、ツール作成に反映させた。

以上のプロセスを通して、基本版ツールと発展版ツールから成る「在宅医療を推進する地域診断標準ツール」を完成させた。

3-3. 研究開発結果・成果

3-3-0 研究開発結果・成果の概要

「在宅医療を推進する地域診断標準ツール」の開発に向けて、以下の結果を導いた。

- ① 在宅医療を「通院困難な療養者に対して、生活の場で提供される全人的で包括的な機動力のある医療であり、望まれば人生の最期まで支え続ける医療」と定義し、在宅療養を望む国民の声と現実とのギャップから、在宅医療普及推進を測る指標として「在宅看取り率」を取り上げることとした。
- ② 研究フィールドにおける活動と、複数の先進地域調査から得られた質的データから、地域診断標準ツールの評価領域を、
 1. 在宅医療（在宅で最期まで医療支援・療養支援を提供できる医療体制）
 2. 入院医療（退院後の生活まで見据えた入院医療体制）
 3. 在宅介護（生活を専門的に支える社会資源）
 4. 市区町村行政（介護保険者として、公益的・非営利的活動主体としての行政）
 5. 地域連携（構築されている専門職・組織団体内外のネットワーク、つながり）
 6. コミュニティ（インフォーマルな地域住民の支えあう力、連帯感、絆）
 7. 利用者意識（在宅医療に対する理解・意識）の7項目に再設定した。
- ③ブレインストーミングから、基本版ツールと発展版ツールに分けることとした。前者は量的な統計分析を基に、後者は質的データからの検討により作成した。
- ④基本版ツールの評価項目作成に向けて、収集可能なデータを活用して、二次医療圏域を対象とした事前分析を行い、評価項目候補を抽出した。以下、全ての分析はSPSS19.0 for windowsを用いて行った。
- ⑤事前分析の結果をもとに、厚生労働省に必要なローデータの提供を申請した。
- ⑥取得した詳細なデータを活用して、本分析(二次医療圏域対象と、中規模都市対象)を行った。分析結果から、各「在宅医療を推進する地域診断標準ツール」の評価項目を決定した。
- ⑦研究フィールドにおける活動と、複数の先進地域調査から得られた質的データから、発展版ツールの評価項目を選定した。評価領域自体は基本版ツール、発展版ツールともに、同様のものを用いた。

3-3-1 在宅医療とは

3-3-1-1 在宅医療の定義

「在宅医療を推進する地域診断標準ツール」の開発に向けて、「在宅医療普及推進」についての定義が必要であった。なぜなら、何を以て在宅医療が推進されたと判断するかが明確でなければ、統計分析を実施する上で重要な目的変数を設定できないためである。目的変数とは、統計分析において予測したい事柄を示す変数で、目的変数の変化をどれだけ予測可能かで評価される変数が説明変数と呼ばれる。

そこで、臨床経験を基盤に、在宅医療、および在宅医療普及推進の定義を検討した。本ツール作成に向けて最も有効な在宅医療普及推進に関する指標を設定するために、まず、在宅医療それ自体を定義づける必要があった。そこで、関係者によるブレインストーミングから、定義づけを行った。

まず、在宅医療とは、その提供内容からすると、「医師、歯科医師、看護師、薬剤師等の医療関係者が、往診および定期的に患者の自宅や老人施設などを訪問して提供する医療行為の総称(平成23年度栃木県在宅医療実態調査報告書)」といえ、これは狭義的に正しい。しかし、在宅療養者の生活を支えるという観点からすると、在宅医療の全体像を捉えきれていない。他にも在宅医療の定義はいくつか見られるが、在宅医療を体系的に網羅した定義はない。他方で、包括的なものとして、「医療を受ける者の居宅等において、提供される医療(田城, 2004)」があるが、抽象的でイメージがつかみにくい。

そこで、在宅医療を

「通院困難な療養者に対して生活の場で提供される全人的で包括的な機動力のある医療であり、望まれれば人生の最期まで支え続ける医療」

と定義する(太田, 2012)。

ポイントは

- ① 通院困難な療養者が対象であること
- ② 生活の場で提供されること
- ③ 全人的であること(年齢・性別・疾病・障害にかかわらず)
- ④ 包括的であること(介護・福祉・家族・住居・地域などを視野に入れる)
- ⑤ 本人・家族の望みを尊重すること

の5つである。

まず、通院が困難な場合に、在宅医療が適用される(和田, 2004)。通院困難については、単に身体運動能力の低下だけでなく、認知機能低下や精神疾患から受診する意義が理解できない場合や、思想的・心情的・社会的理由から通院を拒否する場合も含まれる。心情的理由では、末期がん患者が移動能力の有無に関わらず、自らの意思で化学療法など積極的な治療を拒否し、残された人生を自宅で過ごしたいと希望する場合などが代表的な例である。社会的理由としては社会参加があげられ、例えば、頻回な医療を必要とする患児の円滑な社会参加を促す上で、在宅医療のもつ意義は大きい(山崎・二ノ坂, 2012)。複数の要因が重なって通院困難となるケースもある。様々な理由と疾患に対して、在宅医療は適応を持つ。

次のポイントは、提供される場所は生活の場であり、医療提供者が移動することである。在宅医療とは、自宅を想定して表現されることが多いが、ここでの在宅は病院や有床診療所など医療施設以外の場所全般を指す。つまり、特別養護老人ホーム等の介護施設であろうと、ホテルの一室であろうと、そこが患者にとって生活の場であるなら、そこで提供される医療は在宅医療となる。そのため、提供者側には迅速に対応できる機動性が求められる。

そして、生活の場で提供される医療の内容は、全人的である必要がある。全人的とは、年齢・性別・疾病・障害に関わらず、初期の健康不安から、予防的健診、在宅で提供可能な高度医療、

緩和ケア、看取り、さらには終末期や介護疲れなどの精神的ケアまで、幅広い対象を持つことを示す。近年、規制緩和、技術向上、医師のグループプラステイク・ネットワーク構築、医療機器・介護機器の発展、創薬・DDS(Drug Delivery System)の発展等により、在宅で対応可能な範囲が広がった。在宅で対応可能な救急全般は慢性期救急とも呼ばれる(武久, 2011)。今後も対応可能な病状がさらに増えることが期待できよう。対応可能な領域の拡大は、在宅生活の継続性を担保することにつながる。在宅でどこまで対応するか、必要に応じて入院につなげられるか、在宅復帰まで適切に調整できるか、これらもまた在宅医療の一部といえよう。

続いて、支援の包括性があげられる。在宅医療が支えるべき対象は在宅療養者の日常生活そのものであり、生活そのものに寄り添う医療が求められる(太田, 2006)。そのため、医療のみでは解決困難な問題に直面することが多い。なぜなら、日常生活の中で生じる問題は身体的な要因に加え、心理的要因、環境的要因、社会的要因などが絡まり合った帰結として生じる複雑系としての病(広井, 2006)であり、支援すべき理由が病態のみに起因するとは限らないためである。そこで、複雑系の病に対応するには、常日頃から、病状を含めた生活全般を包括的に見つめる視点が欠かせない(e.g., 南(2005))。さらに高齢になるほど、それまで我が町・我が家で歩んできた歴史があり、それを無視した対応は QOL につながらない。そのため、高齢者の在宅医療では、日常・地域の視点は最も欠かせない。この包括性こそ、本ツールにおいて学際的、かつ多角的な視点から評価する意義を担保する。

最後に、本人・家族の希望が尊重されて、はじめて適切な在宅医療となる。在宅療養を選択するのも、積極的治療を選択するのも、患者本人とその家族であり、支援者が決めるものではない。あくまで支援者にできることは選択を支えるための情報とスキルを提供することである。一番ヶ瀬(1999)は在宅介護の基本的三原則として、人生の継続性の尊重、残存能力の尊重とともに自己決定の尊重があげており、本人の希望が何より重要である。秋山・沼田・三宅(2007)がアンケート調査から当事者と介護者双方の在宅死の希望が在宅死の実現要因であることを示したように、本人たちの意思を確認することはたいへん重要である。たとえ意識不明や認知症により患者自身の意思を知ることができない状況でも、Living will や後見人制度など本人の意志が可能な限り反映できる試みも整備されつつある。特に、積極的医療より終末期医療に重点が置かれやすい高齢者の在宅医療において、「本人の望む最期を実現できるか」という QOD の視点が重要になる。ここでは「治らなくとも生きていける生活(川島, 2009)」を支えることが求められる。

総じて、在宅医療と従来の医療との大きな違いは、①生活の場でなされる点、②治療もさることながら QOL、場合によっては QOD も重視した支援がなされる点である。在宅では医療支援サービスも生活支援サービスのサブシステムにすぎないのである。

3-3-1-2 在宅医療が推進されるとは

上記のように在宅医療を捉えた上で、在宅医療が推進されたとは、どのような場合にいえerであろうか。

例えば、国立長寿医療センターが厚生労働省に提出した資料である在宅医療体制構築に係る指針(案)の中で、地域の医療提供体制の現状を把握するための指標として、以下のような指標案が提示されている。

<ストラクチャー指標>

- ・在宅療養支援診療所、病院数
- ・訪問看護ステーション数
- ・緊急時対応を行う後方病院の数
- ・在宅緩和ケア支援センターの数
- ・緩和ケアチーム(在宅緩和ケアに係るもの)の数
- ・認知症疾患医療センター数
- ・在宅医療に携わる医師数、歯科医師数、看護職員数、薬剤師数、栄養士数、作業療法士数、理学療法士数
- ・訪問看護、訪問リハビリテーションの実施に係る介護保険サービス事業所数
- ・在宅療養支援診療所、病院の所在する区市町村における地域包括支援センター数

<プロセス指標>

- ・在宅療養支援診療所、病院における看取り数
- ・在宅療養支援診療所、病医との連携医療機関数
- ・在宅療養支援診療所、病院における患者への担当医等情報提供数
- ・在宅療養支援診療所、病院における訪問看護ステーションへの患者情報提供数
- ・訪問看護ステーションへの連携数
- ・退院時共同指導数
- ・緩和ケア実施数保健所、地域包括支援センターとの調整数

<アウトカム指標>

- ・6か月以上居宅等で療養していた者の入院後の在宅復帰率
- ・再入院率(1か月以内)
- ・在宅死亡数、率
- ・在宅療養支援診療所、病院における看取り数
- ・訪問診療数
- ・認知症患者入院期間

この中でも特に在宅医療普及推進を評価する上で重要なのはアウトカム指標であり、在宅復帰率や再入院率、在宅看取り率などの指標であろう。本プロジェクトで採用している在宅医療の定義では、希望する者が生活の場にどれだけ戻り、最期まで過ごすことができているかが重要なポイントであり、その点を把握する上でも、上記指標は地域の在宅医療普及推進状況を測る上で適切な指標である。その他にも、患者・家族の希望であること、家族まで対象に含まれること、QOLを加味した医療であることを加味すると、表 3-1 であげた指標も在宅医療普及推進の程度を測る指標となる。

これら在宅医療普及推進の評価となる指標項目の中で、本プロジェクトでは、地域の在宅医療普及推進状況そのものを評価する指標として在宅看取り率、または人口補正した在宅看取り数に焦点を当てた。厚生労働省の調査(平成 19 年)や先にあげた内閣府のデータでは国民の 5~6 割が在宅を希望する一方で、人口動態調査の結果から在宅死が 2 割に届かず、希望通りの最期を過ごせ

ていない現状が推測される。厚生労働省等の調査は健常者を対象とした調査であるが、森田ら(2012)による遺族調査に基づく自宅死亡を希望するがん患者数の推定でも、がん患者全体の31.2%が在宅生活を希望していると算出され、ここからも同様の推測が成り立つ。その背景には、地域において在宅療養生活を支える基盤がハード的にもソフト的にも不十分であることが考えられるため、このように在宅療養を希望しながら実現できない現状にこそまず焦点を当てるべき課題があると判断し、在宅で看取られることを可能にする環境づくりに向けたツール開発を目指した。そこで、在宅医療普及推進を操作的に「生活の場での看取りが数多く実現できるようになること」と定義し、在宅看取り率、在宅看取り数を評価指標として取り上げた。

現状では、在宅看取りに関して、関連要因や影響に関する構造的分析による研究は数少ない。中山・星・久保(2011)は、都道府県を対象とした在宅死亡割合の較差に着目し、分析を試みている。在宅死亡割合は医師数(10万人当たり)、訪問看護ステーション数と有意な正の相関を示しており、社会資源の充実が在宅死亡割合を高める可能性を示した。

ただし、先の定義にも取り上げたように、尊厳のある最期を過ごせるのは生活の場全般であるため、医療施設以外の全てを”在宅”と捉えて、指標を作成することとした。

表 3-1. 在宅医療の進み具合を評価するための指標案

○個人レベル(地域レベルで算出することも可能)○

- ・実際に在宅看取りにつながったか?
- ・患者自身の満足度、ADL、病状
- ・家族の満足度、介護負担感
- ・在宅医療の利用頻度
- ・利用者が抱く在宅医療への信用度
- ・実際に満足のいく終末期を過ごせたか、過ごしてもらえたと思うか?

○地域レベル○

- ・在宅医療がどの程度利用されているのか
- ・在宅医療がどの程度受け入れられているのか
- ・在宅看取率(在宅=医療施設の生活の場全般)
- ・在宅医療による費用・レセプト

3-3-2 在宅医療普及推進の地域間格差

3-3-2-1 X市とY市の比較

本研究でアンケートを行ったX市とY市をデータに基づき比較することで、「在宅医療普及推進状況に地域間格差が見られる」か、検証した。

まず、デモグラフィックな側面から両市を比較した(統計で見る市区町村のすがた 2013)。2010年においてX市とY市は、人口こそX市が3倍ほど多いが、人口密度にすると、X市がむしろ、Y市のほうが高く、機動性を必要とする在宅医療にとって、人口密度の高いY市のほうが展開しやすい環境である可能性が示唆された。また、2010年の高齢化率に関しては、X市24.4%とY市22.9%で類似していた。高齢者世帯率も17.9%と15.2%と近似しているが、いずれもX市の

ほうが、高齢化が若干進んでいた。

続いて、医療施設静態調査の公表データから算出した推定自宅看取り率(後述:p28~29)を両者が属する二次医療圏域で比較したところ、X市が属する圏域では11.9%、Y市が属する圏域では4.6%と前者の推定自宅看取り率が高くなっていた。のちに厚生労働省から提供されたデータから算出した市区町村レベルの在宅看取り率に関しても、X市のほうがY市よりも高い値を示しており、経験則に見合った結果が得られた。

他方、医療に関する社会資源を比較すると、診療所数(1万人対)はX市が7.13、Y市が5.91と前者が若干多い程度、訪問看護ステーション数(1万人対)に至ってはX市が0.55、Y市が0.38程度とほぼ差がない。このことから、在宅医療を提供する社会資源の量に両市で大きな差がないものと考えられる。以上より、医療だけでは、在宅医療普及推進につながらない可能性が示された。

また、フィールドにおける活動の一環で、両市の医療利用者である一般住民の認識・意識を調査した。認識・意識に差があるか、アンケート比較から検証した。在宅療養を希望する意識や実現可能性の認識に関しては、両市で統計的に有意な差はなかった。他方、X市のほうが在宅療養に対する期待感が高かった。具体的には、「質の良い在宅医療・在宅ケア・福祉サービスを利用できれば、各項目をどの程度期待できると思いますか」と尋ね、X市のほうがY市よりも「最期まで住み慣れた地域で過ごすことができる(t(215)=4.339, p<.001)」「最期まで自分らしい生活ができる(t(217)=3.018, p=.003)」「最期まで住み慣れた家で過ごすことができる(t(224)=2.292, p=.023)」「穏やかな最期を迎えることができる(t(217)=2.482, p=.014)」と期待していた。

他方で、在宅医療に関する認知に関して、有意な差が見られた(表3-2)。具体的には、「以下のことが在宅でもできることを以前からご存知でしたか」という質問に対して、はい/いいえの2択方式で回答してもらったところ、多くの項目でX市のほうが、はいと答えるパーセンテージが高かった。地域住民の意識・認識面に関しても、両市で違いが見受けられた。

表3-2. 在宅医療に対する認識に関するX市・Y市比較

	市町村	N	知っている%	t 値
家でも医療サービス(医療・看護など)が受けられる	X市	65	95.38%	t 2.342
	Y市	156	83.97%	p .020*
家まで看護師だけに来てもらうことができる	X市	66	83.33%	t 1.489
	Y市	191	74.35%	p .138
家でも酸素吸入や点滴などの医療処置が受けられる	X市	66	92.42%	t 3.154
	Y市	187	74.33%	p .002**
家でも末期がんの痛みを抑える医療が受けられる	X市	66	81.82%	t 3.329
	Y市	180	59.44%	p .001**
薬の処方や服薬指導が家で受けられる	X市	66	86.36%	t 3.146
	Y市	181	66.30%	p .002**
寝たきりにならないように、家でリハビリを受けることができる	X市	66	86.36%	t 3.246
	Y市	180	65.56%	p .001**
在宅療養中に高熱が出ても、家で十分対応できることが多い	X市	65	73.85%	t 4.953
	Y市	147	38.78%	p .000***
たとえ症状が不安定でも、家で十分対応できることが多い	X市	65	67.69%	t 3.835
	Y市	143	39.86%	p .000***

3-3-2-2 地域間格差の存在—マクロデータから読み解く

続いて、実際に在宅看取りの状況が地域ごとに異なっているのかを客観的に検証するため、厚生労働省が公表しているデータを利用した全国の二次医療圏域ごとの在宅看取り率の比較と、栃木県平成23年度在宅医療実態調査のデータを利用した栃木県における市町ごとの人口1万人当たりの在宅看取り数の比較から検証した。

二次医療圏域別の在宅看取り率の比較では、すでに厚生労働省がホームページ上で公表中のデータから二次医療圏域別に推定自宅看取り率を算出し、全国地図にプロットすることで在宅看取り状況を可視化した。推定自宅看取り率は以下の式で算出した。

$$\text{推定自宅看取り率} = \frac{\text{9月の在宅看取り数(二次医療圏域における)*}}{\text{9月の推定死亡数(二次医療圏域における)**}}$$

* 医療施設静態調査の診療所票と病院票における在宅看取り件数を加算して算出(ここでの在宅は自宅のみ)。

**人口動態調査死亡票の死亡数を用いて、都道府県の9月の死亡数をもとに二次医療圏域ごとの9月の死亡数を推定したもの。二次医療圏域の平成23年の死亡数に、属する都道府県の9月の死亡率を掛け合わせて算出。

都道府県の9月の死亡率の算出例：A県(年間死亡数X、9月の死亡数Y)の場合、 $Y \div X$

プロットした全国地図では、色が濃い地域ほど推定在宅見取り率が高くなっている。地域ごとに濃淡はまばらであり、推定自宅看取り率に地域間格差が見られることが読み取れた(図3-1)。全国的に比較して、関東地方・中部地方の在宅医療普及推進状況が進んでいるものと読み取ることができた。

市町ごとの比較には、栃木県が平成23年度に、関連施設を対象として実施した在宅医療実態調査のローデータを活用し、可視化した。平成23年度在宅医療実態調査に関しては、栃木県にローデータの提供を申請し、審査を受け、使用許可を得たうえで利用した。このデータは市町ごとに病院と診療所が回答した平成22年7月1日から平成23年6月30日の一年間に看取った患者数を足し合わせ、それを市町の人口で補正し、1万人当たりの数にしたものである。病院の回収率が81.7%、一般診療所の回収率が69.0%と、回収率が100%ではないため、実際の数より各地少ない在宅看取り数になっているものと考えられる。また、それぞれの市町の調査時期の死亡数が明確でなかったため、在宅看取り率は算出できなかった。市町に関するプロット図でも(図3-2)、地域ごとの差が明確であった。

いずれのプロット図でも、隣接する地域でも在宅看取り状況が異なっており、地域を単位として検討を進める意義を担保するものといえる。そこで、「在宅看取り率/人口当たりの在宅見取り数」を目的変数とした偏相関分析、重回帰分析といった多変量解析を行い、分析結果を評価項目の選定の根拠として用いることは妥当であると判断した。

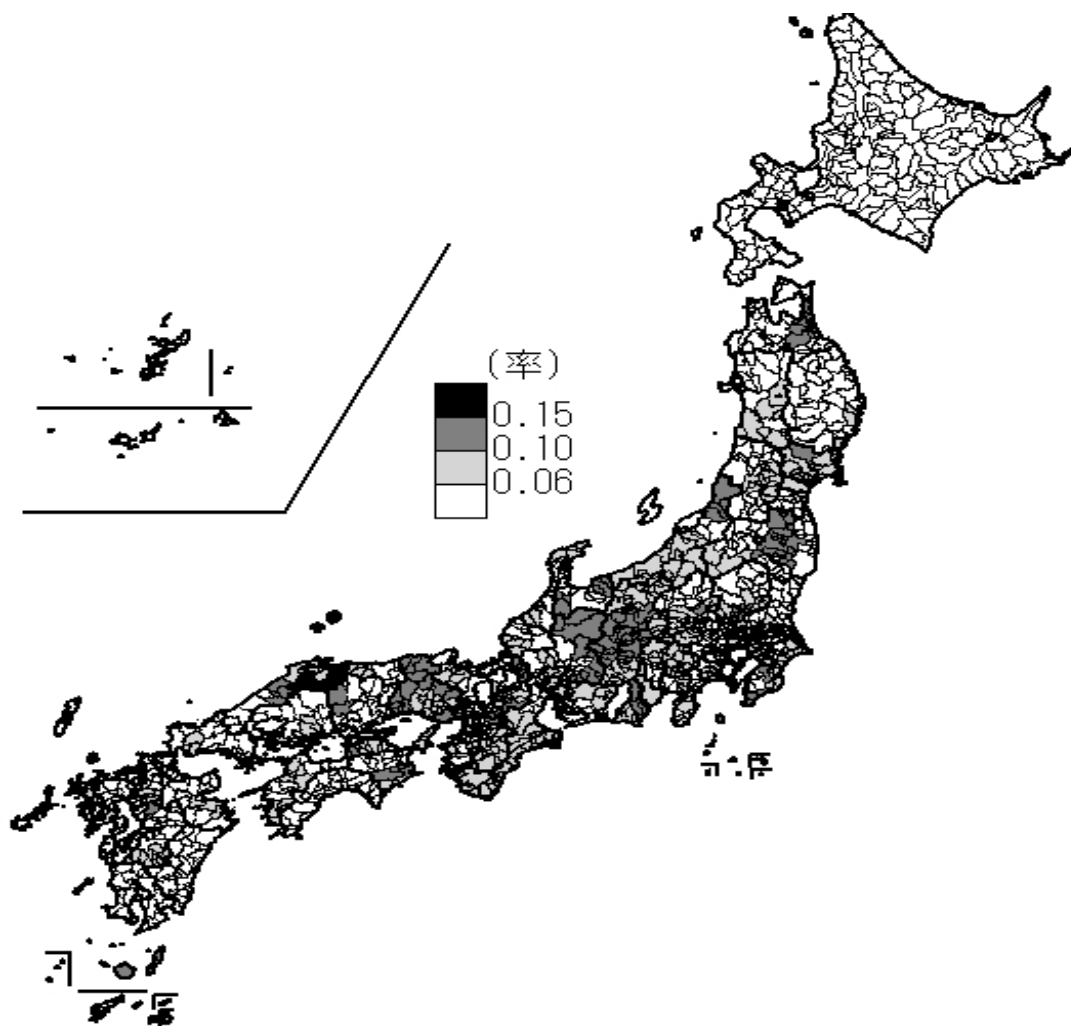


図 3-1. 二次医療圏域別の推定自宅看取り率プロット図
 (色が濃い二次医療圏域ほど、推定自宅看取り率が高い。)

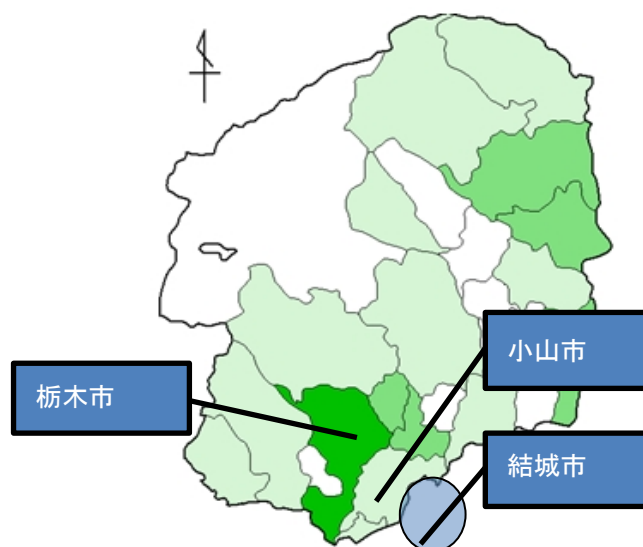


図 3-2. 栃木県 (2011)人口 1 万人当りの在宅看取り数
 (色が濃い地域ほど、在宅看取り数が多い。)

3-3-3 評価領域の設定—臨床仮説の検証—

3-3-3-1 先進地域への視察調査（2010年度5地域、2011年度1地域、2012年度9地域）

在宅医療先進地域の視察では主に

- 地域の概要(高齢化の現状、地理的・文化的特徴等)
- 在宅医療に関する取組み
- 地域の課題、具体的な対策、実施までのプロセス、苦労した点
- キーパーソンと組織
- 在宅医療に関する現状、システム、ツール

について尋ねた。先進事例としては、地域性・独自性の強いものをピックアップし、それぞれの地域の特徴を把握しながら、選出した。

先進地域における主な共通点として、

- ① 熱意をもったキーパーソンの存在
(主な役割の一つに、ネットワーク作りのコーディネーター)
- ② 地域の実情にあったスタイルの採用
- ③ 地域の医療・介護・福祉関係者が顔を合わせる機会の存在
- ④ 多職種・同職種連携の推進
- ⑤ 地域医療、介護予防、健康促進まで含めた取組み
- ⑥ 行政によるコミュニティ作り

があげられる。以下、各視察概要を記載する。

2010年度の先進地域調査

① 横浜市

開業医が中心となり、地域医療全体のネットワーク構築が行われている。専門職内ネットワークと同時に、専門職間ネットワークも積極的に構築されている。

例) 訪問介護ステーション連絡会、訪問リハビリテーション連絡会の開設
医師会—在宅ネットよこはま—ケアマネジャー連絡会のつながり

② 京都府乙訓郡

複数の開業医が中心となり、医師会と密な連携を取りながら、作り上げた独自のネットワークを活用。医療関係だけではなく、ケアマネジャーや行政も巻き込んだツール作りを行った。

例) 在宅療養手帳の作成、医師会による退院支援かかりつけ医フローチャートの作成
行政間の連携(長岡京市・向日市・大山崎町)、住民を巻き込んだ取組み

③ 岩手県遠野市

遠野市と県立遠野病院、市社会福祉協議会がチームで訪問診療を実施していた。

例) 訪問診療の窓口が、市の遠野健康福祉の里福祉課/高齢福祉係
遠野型すこやかネットワーク(総務省の地域 ICT 利活用モデル構築事業)

④ 埼玉県和光市

行政主導で地域医療を整備していた。地域福祉推進体制として和光市地域福祉計画推進委員会を設置、PDCA サイクル(plan-do-check-act)に基づき進行管理を推進。

例) 福祉体制・相互扶助に基づく新たなネットワークづくり
行政による品質マネジメント・全数調査・高齢者専用賃貸住宅(現在のサービス付き高齢者住宅)の設置

⑤ 栃木県栃木市

行政が在宅医療のみではなく、福祉全般に対して積極的であった。地域住民も巻き込む形の蔵の街コミュニティケア研究会*が存在する。

例) トータルサポートセンター(現在の福祉庁舎)：福祉関連の各部署をひとつのフロアに集めて、全体で臨機応変に対応するワンストップ型のセンター。

*研究会のホームページ(図 3-3)：<http://www.cc9.ne.jp/~kuranomachi/index.html>



図 3-3. 蔵の街コミュニティケア研究会 (ホームページより引用)

2011 年度の先進地域調査

・ 富山県

地域ごとの医師のグルーピングを始めとした在宅医療普及推進政策を実施していた。

・ 富山県富山市

在医協ネットとやまの活動を中心に、市内診療所の医療ネットワークを構築していた。

・ 富山県南砺市

南砺市民病院において、在宅復帰を意識した数々の取り組みがなされていた。

例) 地域連携室、在宅を見据えたリハビリテーション/地域リハビリテーションの実施
市民病院併設の介護福祉支援センターとの連携による看護と介護の一体提供体制
保健センターと地域包括医療・ケアセンター(仮称)を併設し、医療・看護・介護・福祉の
ワンストップ型提供体制構築が進行中。

2012 年度の先進地域調査

① 北海道夕張市

開業医が主導的に在宅ケアを軸に地域再生を試み、予防医療やプライマリ・ケアの仕組みを構築していった地域。他にも、行政の地域保健に関する会議に参加し、積極的な意見・提案を実施。地域全体にとって何が重要かという視点を持っていた。診療報酬・制度の枠にとらわれず、地域保健を考えた際に必要などころに支援を実施。

② 北海道函館市

急性期病院、回復期病院が中心となって情報共有システムを構築、入院時からの情報が川下である在宅にまで行き届く形をとっている(道南 MedIka)。さらに在宅の現場で、医療関係者のみならず介護関係者、利用者とのコミュニケーションツールとしても活用されていた。

③ 岩手県陸前高田市

東日本大震災によって医療システムが崩壊した陸前高田市において、NPO 法人福祉フォーラム・東北が「朝日のあたる家」という新たなコミュニティの拠点作りを目指していた(2013年2月開所)。医療に関わる前からコミュニティの中で医師が入るなどで、介護予防の視点も取り入れられている。

④ 栃木県宇都宮市

重症障がい児者医療的ケア施設「うりずん」の運営主体である「ひばりクリニック」では、レスパイトを主な目的としている。地域のニーズ把握が地域発展に大切な要素であり、それに応えるための実現を地域全体で行おうと実践している。

⑤ 東京都大田区

中学校区を単位として訪問診療を実施しており、地方と都市部の対応地域の差を実感した。また、都市部の方が、関わる事業所数・人数が多い分だけ連携が負担となるが、実直な取り組みが円滑な地域連携につながっていた。

⑥ 岐阜県岐阜市

開業医による住み慣れた地域や家庭で暮らし続ける地域作りを市としても推進している。主に療養の指針の決定に、トータルヘルスプランナーとして看護師が中心的役割を果たしており、独居のがん患者まで在宅で看取っていた。キュアとケアのバランスを取りながら、患者の生活に寄り添って療養支援をできる職種として、看護師の役割が大きい。

⑦ 兵庫県尼崎市

在宅療養患者を受け入れるに当たり、退院時共同指導へ参加することを前提にしている診療所であった。こうして病院医と顔を合わせることで、在宅医の立場を理解してもらい、顔の見える連携づくりにもつなげている。医療従事者間ネットワーク構築に向けて、一例一例の積み重ねから、地域システムを作っていくことが、一つの方法論となっていた。

⑧ 鹿児島県鹿児島市

訪問した診療所においては、インターネットを駆使した地域連携ネットワーク型在宅医療システムを構築し、チーム医療を実践していた。メール、カンファレンス、電話など、あらゆるコミュニケーションツールを活用して情報共有が行われていた。

⑨ 沖縄県宮古島市

独自の電子カルテシステムを導入し、現場から患者の情報を発信し、スタッフ間で共有するなど電子カルテで効率化を図っている。地域ごとに、在宅医療の資源・連携体制など環境が異なることが多いため、このシステムを普遍化するには何が必要か、考えるきっかけとなった。

3-3-3-2 栃木市・結城市におけるアクション

① 栃木市

栃木県では県の行政、医師会へも働きかけ、多くの地域の参加の下、在宅医療普及推進委員会・在宅医療普及推進協議会が発足され、栃木市を含めた基礎自治体での在宅医療普及推進活動を後押しする状況にあった。2012年には県医師会在宅療養支援診療所・病院連絡会が発足、2013年には地区医師会と栃木市が協働で在宅医療普及推進協議会立ち上げと、医療一介護連携の足掛かりとなるような試みが始まっている。地域メディアとも積極的に協働し、地域住民への普及啓発を進めた。

普及啓発活動に関しては、表 3-3 の通りである。

表 3-3. 栃木県における普及啓発活動、および参加イベント

日時	イベント	場所	内容
2011/1/ 23	栃木市在宅医療講演会(開催)	栃木市長寿園2階	映画「終わりよければすべてよし」の観賞会、および太田秀樹による講演会。
2011/2/ 11	在宅ケアネットワーク栃木主催「地域でともに生きるために～キュアからケアへ～」(参加)	自治医科大学地域医療研修センター	蔵の街コミュニティケア研究会による年次イベント*1への参加
2011/ 3/21	第一回市民フォーラム「住み慣れた町で健やかに老い安らかに逝く～看取りまで支える在宅医療と高齢者ケア～」(開催中止)	栃木市栃木文化会館小ホール	基調講演「今、求められる老人ホームでの終末期医療」 社会福祉法人スイートホーム特別養護老人ホームひまわり施設長佐々木剛氏 特別講演「平穏死のすすめ」石飛幸三氏 東日本大震災の影響により中止。
2012/ 2/11	在宅ケアネットワーク栃木主催「頑張ろう！地域の市民活動」(参加)	自治医科大学地域医療研修センター	夕張市で在宅医療に力を入れている村上智彦先生の講演、地域活動に関するパネルディスカッション
2012/ 3/4	第二回市民フォーラム「住み慣れた町で健やかに老い安らかに逝く」(開催)	國學院大學栃木学園教育センター	薬剤師である川添哲嗣氏の「お薬との上手な付き合い方」、石飛幸三氏の「口から食べられなくなったらどうしますか？～終末期医療を考える～」
2012/9/9	「地域包括ケアシステムを考える」(在宅医療連携拠点事業として開催)	白鷗大学東キャンパス白鷗ホール	石飛幸三氏の講演「口から食べられなくなったらどうしますか」と、シンポジウム「つむぎ、つながり、つながる医療をはぐくむ」
2012/ 11/3	「地域包括ケアシステムを考える」(在宅医療連携拠点事業として開催)	國學院大學栃木学園教育センター	田城孝雄氏による講演「今、なぜ在宅医療なのか?」、およびシンポジウム「地域包括ケア時代」。

2012/2/11	在宅ケアネットワーク栃木 主催「夢そして朝鮮 在宅医 療・在宅ケアの先進県を目指 して！」(参加)	自治医科大学地 域医療研修セン ター	山崎一洋氏の講演「在宅ケア 栃木県の現状と可 能性」、秋山正子氏の講演「在宅ケアのつながる 力」、多職種によるシンポジウム。
-----------	--	--------------------------	--

- *1 基調講演1 「在宅ケアネットワーク栃木の15年を振り返り、これからへ」(太田秀樹医師)
- 基調講演2 「多職種連携の原則：地域でともに生きる～一人ひとりの豊かな生活の実現を目指して～」(野中猛教授)
- シンポジウム「地域でともに生きるために：当事者とその支援者より」

② 結城市

結城市歯科医師会、結城市社会福祉協議会、結城市地域包括支援センター、結城市ケアマネジャー連絡協議会等の協力の下、三木次郎歯科医師を代表とした地域ケア研究会(Care Team Infinity / CTI)を設立した(図 3-4)**。「地域ケア力(「生活の場である地域で最期まで生きる」ということを支える地域の力)」の向上を目的として、多職種参加型の集いとした。「食・尊厳」をテーマに勉強会を進め、多職種が互いを理解し、尊重し合える顔の見える連携構築を目指した。

一般に医療に関する研究会では、「医療」そのものをメインにする傾向がある。しかし、生活の場で展開される在宅医療では、CTIの「食と尊厳」のように切り口が多岐に存在する。つまり、地域連携整備を主導するのは在宅医療に関心を持つ関連職種であればよいといえる。

普及啓発活動に関しては、表 3-4 の通りである。

** 地域ケア研究会のホームページ：<http://yuki-da.life.cocan.jp/care.html>



図 3-4. 地域ケア研究会におけるパンフレット

表 3-4. 結城市における普及啓発活動、および参加イベント

日時	イベント	場所	内容
2011/2/ 27	結城市市民フォーラム「家で老いて家で逝くには」(開催)	結城市結城市民文化センターアクロス大ホール	市民を招いたシンポジウム。1部. 映画『終わりよければすべてよし』の一部上映 2部 シンポジウム「家で老いて家で逝くには」
2011/8	地域ケア研究会 CTI の設立		「食と尊厳」をテーマに、多職種連携を意識した定期的な勉強会を設立。
2011/ 8/ 24	CTI 勉強会	結城市民情報センター3階多目的集会場	大石善也先生による講演「『地域力で支える食支援ケア』～摂食嚥下障害の基礎知識と多職種地域アプローチ～」
2011/ 9/ 21	CTI 勉強会	結城市民情報センター3階多目的集会場	大石善也先生による講演「お口のケアことはじめ～みんなで支えるお口の機能～」
2011/ 10/19	CTI 勉強会	結城市民情報センター3階多目的集会場	伊藤弘人先生による講演「お口のケアの実際」
2011/ 12/21	CTI 勉強会	結城市民情報センター3階多目的集会場	永田芳子先生(言語聴覚士)、小林菜穂 先生(言語聴覚士)、潮田直子先生(管理栄養士)による講演「おいしく食べよう!!介護食」
2012/ 2/ 15	CTI 勉強会	結城市民情報センター3階多目的集会場	吉野浩之先生による講演「おなかにもう一つの口 胃ろうにまつわる、ウソとホント」
2012/ 2/ 25	CTI シンポジウム	結城市民文化センターアクロス 展示室	「そこが知りたい これからの医療的ケア」と題して、『たんの吸引等』の行為等の勉強会
2012/ 3/10	第二回結城市市民フォーラム「大切な人の最後に寄り添うために」(開催)		がん医療に携わり、自身も看病体験のある垣添忠生先生の講演
2012/ 3/21	CTI 勉強会	結城市民情報センター3階多目的集会場	落合邦康先生による講演「口腔の細菌は善玉か悪玉か? ～歯周病と全身疾患」
2012/4	CTI		プロジェクトから独立して運営開始
2013/ 2/5	CTI 主催「この結城(まち)で最期まで生きること」(協力)		NPO 法人ホームホスピス宮崎による市民活動を続けている宮崎美穂氏の講演。地域の支援関係者によるシンポジウム

3-3-3-3 評価領域の設定

上記、先進地域調査、および研究フィールドでの実践活動を通して得られた質的データから、ブレインストーミングを通して、以下の7つの評価領域を再設定し、その後の評価項目選定、および統計分析に応用した。

評価領域1 在宅医療

医師による死亡診断を含め、様々な形で患者が人生の終章を生きる際に医療サービスを享受することは必要不可欠である。この点は、生活の場における療養生活でも同様である。また、前述のように、在宅での療養・介護における不安要素として病状急変時の対応がよく取り上げられる。緊急時に在宅医療が迅速に提供されるか否かは、緊急搬送するかどうかに関結する。さらに、十分な在宅医療提供体制が整備されていない場合、在宅適応があるにも関わらず、望まれない形で在宅療養の中断を招きかねない。

この在宅医療を地域に根付かせるためには、在宅医療を行う医師の存在が欠かせない。実際、二次医療圏域を対象とした分析で、在宅看取り実施診療所率と推定自宅看取り率(平成20年9月)の間には強い正の関連が見られた。つまり、在宅療養支援診療所か否かに関わらず、生活の場最後まで在宅療養を支える医師の存在は重要であるといえる。

このような実際の診療活動もさることながら、多職種との積極的協働への医師の関与も重要である。ある地域での訪問看護師へのヒアリングで、医師と連携が図りにくいとの意見があった。医師と看護師との間でも垣根が存在するのであれば、医療的知識が乏しいケアマネジャーの場合、尚更その垣根は高い。

そのような垣根を問題視したある先進地域の開業医は、自ら医療・介護の垣根を取り払ったネットワークの立ち上げや、ケアマネジャー連絡会への積極的参加、そこで得た知識・課題の医師会への持ち帰りなど、両者の架け橋を意識した活動を行っていた。また、ある地方都市の病院医師は「退院した患者が通院困難のために、再び病状が悪化し、病院に舞い戻ってしまう」事例を度々経験し、予防・初期対応までできるよう医療・介護で構成される訪問チームを率先して作り、チームによる訪問診療を実践していた。

本プロジェクトの活動拠点である結城市では、地域ケア研究会(care team infinity/CTI)を立ち上げ、医療・介護・福祉を巻き込み、「食と尊厳」をテーマに多職種勉強会を開いてきた。この会は、単なる勉強会ではなく、多職種交流の場も意図したものとなっている。さらに、研究代表者はケアマネジャーとの交流の重要性を認識しており、小山市で「秀磨茶屋」と名うったケアマネジャーとのノンオフィシャルな交流会を設けた。ケアマネジャーなら誰でも参加でき、茶話的な集いを通して気楽に医師に質問したり、ゲストの講話を聞いて話し合ったりと、堅苦しくない自由な交流の場を目指している。目的の一つはケアマネジャーへの医療知識の提供であるが、さらに、そのようなプライベートに近い場でケアマネジャーとの親交を深めることも重要な財産になると認識している。

これらの事例はいずれも在宅医療を実践する医師・歯科医師からの提案であり、医療・介護を含め、地域全体の底上げをする上で重要な役割を担っている。いまだ、世間一般的に医師は敷居の高い存在であり、近づきたい印象を持つ専門職・住民は多い。そのような中で、医師・歯科医師から提案し交流を持ち、絆を深めることはとても意義深い。以上のように、在宅医療の実践、積極的な地域への関与という点で、在宅医療提供者の評価は欠かせない。

また、在宅医療普及推進の観点から、もう一つ、訪問看護サービスの重要性が挙げられる。看護とは、診療の介助と療養上の世話という2つの役割を持っているが、とりわけ生活を診る在宅

医療においては、療養上の世話が重要な役割を果たす。したがって、在宅療養を支える在宅医療にとって、訪問看護は要であるといっても過言ではない。誠実に在宅医療を実践している医師・歯科医師たちは、異口同音に訪問看護の重要性を指摘しており、研究代表者も同様に認識している。訪問看護サービスを実施している施設整備とそのスキル向上が、今後の在宅医療普及推進において、求められる大きなテーマとなるだろう。実際に都道府県単位の分析から、訪問看護ステーションへの指示書交付診療所数(人口 10 万人対)は推定在宅看取り率と正の関連を持つことを示す報告がある(秋山・竹林・西内・石川, 2011)。

評価領域 2 入院医療

在宅医療を普及させる上で、入院や外来医療が中心である病院などの医療施設側を評価することも重要である。複数の医師が、病院側が在宅の実態を知らない、と指摘している。疾病治療を最優先せざるを得ない病院医師は、在宅復帰後の患者の生活への関心が薄く、さらにその後のフィードバックシステムの周知が乏しいため、病院完結型医療とならざるを得ない。なお、医療専門職へのヒアリングでも、「病院の指示が不適切だと感じたことがある」、「疾患だけ診ていて、在宅復帰後のイメージをもてない」などが聞かれた。

その一方で、ある病院では地域包括ケアに重点を置き、スタッフ研修に力を入れ、「医療技術はしっかり教えるがそれは自分達が目指すゴールではなく、ゴールは今いる患者さん、ご家族が笑顔で幸せな生活を送ることを支援する」ことを強調し、全人的な支援、患者の QOL への視点を重視する教育を心掛けていた。さらに、退院までで責任が終わるとは考えておらず、退院後の生活をどのようにフォローアップするかにも焦点を当て、入院時から在宅復帰後の生活に対して意識した対応を行うことが、在宅復帰後の療養生活の継続に大きく関わってくるという。また、他の病院のソーシャルワーカーからは、急性期・療養型病院のみならず、病院から地域に移行する上で、リハビリテーション病院のような橋渡しになるリエゾン機能を持った医療施設の意識の在り方が、安心して地域に復帰する上で重要であろうとの指摘を受けた。

このように地域の病院が在宅生活に意識を向けることで、病院治療の段階から在宅復帰後を見据えた具体的な支援につながるものと考えた。そこで、病院の意識を評価に関して、二つの視点に着目して、検討を進めた。

一つ目は、在宅復帰スクリーニングも含めた退院調整支援体制の整備状況である。視察した複数の意識の高い病院では、入院早期から退院調整、在宅復帰に向けた対応に力を注いでいた。早期からの在宅復帰適応のスクリーニング、復帰後を見据えた自宅改修等の評価や家族とのミーティング等、複数の職種を交えた在宅復帰支援が意識的になされていた。

宇都宮(2011)は、退院支援を

患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援

と捉え、退院後の生活を見据えて自己決定を支援するものとしている。このような自己決定を支える退院調整支援は今後欠かせないものであり、その質も問われなければならない。

さらにもうひとつは、円滑な在宅生活復帰を前提としたリハビリテーション体制である。このようなリハビリテーションを生活リハビリテーションと呼ぶ場合もある。生活リハビリテーションとは、「体力や機能の維持向上を図るだけでなく、生活環境の整備、社会参加の促進、介護負担の軽減などをめざし、自立的生活をサポートすることを目的とした(アビリティズ・ケアネット株式会社のホームページ*)」ものとみなせる。これは、日常生活に可能な限り近い形でリハビリテーションを進めるものである。例えば、歩くことを目標とするのではなく、家の中を歩くこと、道路を歩くことなど、自己実現を達成するために歩くことを目的としてゆく。視察した複数の病

院では、リハビリテーション環境を可能な限り生活の場に近い形に整え、日常での目標達成を再現できるように心掛けることで、在宅復帰後のADLやQOLを高める試みを行っていた。したがって、このようなリハビリテーションへの意識の向け方で、病院の在宅療養への関心を指し示すと考えた。

* <http://www.abilities.jp/home/products/atcp2.php?CateCode=02/10&Length=2>

評価領域 3 在宅介護

高齢化に加え、少子化・核家族化が進み、高齢者のみの世帯数が増え、家庭内の介護力が低下している。実際に、二次医療圏域で分析を試みたところ、平成23年9月の推定自宅看取り率と高齢世帯率(高齢者独居世帯と高齢者夫婦世帯が全世帯数に占める割合)との間には負の相関が見られ($r=-.253, p<.001$)、高齢世帯率が高い地域ほど推定自宅看取り率が低かった。

同時に、医療法人アスミスに蓄積されたカルテをダミー変数・量的データに落とし込み、望まれない在宅療養中断事例に限定した分析を行った(表3-5)。介護保険改正時期ごとに中断理由を見てみると、時期がたつほど介護力不足の問題から中断される事例の割合が顕著に増えている。2000年には病状悪化による中断事例が5割を超えていたものが、2006年時点では介護力の問題が4割と病状悪化による中断割合より多くなっていた。

このように、自宅での介護力低下を埋める上で期待されるのが、訪問介護・通所介護といった専門職による介護提供サービスである。家族の世帯構造や生活スタイルを全て変えることは、経済的な問題や介護者の自己実現の点から困難であることが多い。他方、一人暮らしや高齢者世帯において生活支援がなされなければ、在宅は無理であるという医師からのヒアリングもあった。そのため、それら家族を中心とした介護者では支えきれない部分を補完する専門サービスの力がとても重要である。泉田(2012)は、在宅死亡割合と居宅介護サービス従事者数の充実度の関係を検証しており、居宅介護サービス従事者数の充実により在宅死亡割合が高まる可能性があることを定量的に示した。

さらに、地域で暮らす患者と介護家族を支えるためには多様な職種の連携が必要であり、コーディネータとしてケアマネジャーの力量に依拠する。その分布状況や、可能であれば質を把握することは、支援連携の要を評価することになる。例えば、医療系の基礎資格を持つケアマネ(医療の知識)と介護系基礎資格を持つケアマネ(生活基盤の知識)ではそれぞれの知識に偏りがあることも、ヒアリング等の発言の中で散見された。以上のように、ケアマネジャーの量的・質的狀況を把握することが、在宅介護を支える専門的な力を評価する上で欠かせないと判断した。

表 3-5. 介護保険改正時期ごとに見た在宅療養中断理由のクロス表

	2000年3月 以前	2000年4月 導入期	2003年4月 改正時	2006年4月 改正時	χ^2 値
症状悪化	54.90%	45.16%	42.55%	36.25%	4.654
緊急搬送	21.57%	6.45%	21.28%	17.50%	3.899
介護力の問題	21.57%	41.94%	31.91%	40.00%	8.374+
介護力不足	7.84%	3.23%	8.51%	22.50%	19.215***
介護力限界	5.88%	9.68%	6.38%	8.75%	3.028
介護力低下	7.84%	29.03%	17.02%	8.75%	9.860*
家族との関係	0.00%	0.00%	6.38%	5.00%	6.445
本人・家族の理解	5.88%	3.23%	2.13%	1.25%	2.493

*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$, + $p<.1$

評価領域 4 市区町村行政

在宅医療を推進する上で、公益性の高い活動が多々見受けられることが、先進地域調査の中で明らかとなった。地域住民への普及啓発活動や広報活動、地域の資源の開発、地域ニーズの把握、そして地域ネットワーク作りなど、様々な活動が求められる。これらは民間が単独で実施するには、人的・財政的・時間的に困難が伴う。このような公益性の高い活動こそ、市区町村のような基礎自治体に求められる役割である。

本プロジェクトで市区町村の行政単位を用いた。地域包括ケアシステム構築は市区町村に委ねられるべきであると考え。地域包括ケアシステムは生活の場で構築されるもので、日常生活圏域ほどの地域を対象とすることが望ましい。さらにこのシステムは、医療・介護・生活支援(福祉)・予防(保健)・住まいの5つの領域から構成される画期的なシステムである。そこで、多様なステークホルダーに影響力を持つ主体が必要となる。したがって、介護保険者であり、地域の社会資源に対して影響力を持つ基礎自治体を中心となることが合理的であるといえる。そのため、この領域での行政単位を基礎自治体である市区町村とした。

具体的には、市区町村の活動内容から、在宅看取り率に関連するものを抽出し、評価する。例えば、介護予防活動としての健康診断・健康増進活動は、重要性を増しつつある。また、調査・研究の実施は、地域ニーズの把握などに重要な意義を持っている。全数調査によるニーズ調査、データバンクの構築、スクリーニングの実施等を行っている基礎自治体も存在する。特に行政は地域全体のニーズ・状況を把握する上でその信頼性の高さで強みを持っており、その活動内容を評価する必要がある。さらに、会議への参加状況・衛生教育活動・訪問指導の重要性は多くの医師・歯科医師が実感しており、アウトリーチ状況は行政の望まれる態度を評価する上で重要となる。

一方で、栃木県では在宅医療普及推進協議会といった在宅医療に関する協議会が開催されるなど、県レベルで具体的な動きが見られるようになった。このように上部組織が在宅医療普及推進に向けて動くと、より具体的な動きにつながりやすいことも見えてきた。さらに、栃木県では在宅医療普及推進協議会の発足に伴い、在宅医療普及推進支援センター設置、実態調査等が実施され、さらに、県知事のマニフェストにおいても、地域包括ケア関連の項目が盛り込まれるに至った。このような県の動きが市町村の活動の後押しをしたものと考えられる。県としての動きが市区町村へ有効に波及するものと考えられる(図3-5)。

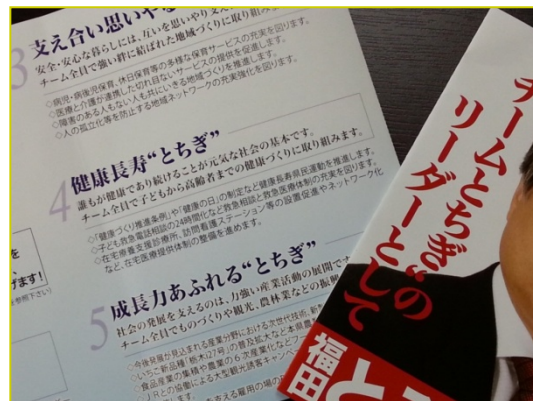


図 3-5. 栃木県知事のマニフェスト

評価領域 5 地域連携

在宅医療をテーマに複数の先進地域を視察すると、「地域連携」が課題としても取り組みとしても、取り上げられることが多かった。そのため、当初は評価項目でしかなかった連携状況を、単独の評価領域として設定することにした。

代表的な連携としては医療連携(病病連携、病診連携、診診連携)がある。例えば、がん対策基本法などの法制度の改定により、病院と診療所の連携が取りやすくなり、がん拠点病院と連携を取ることで、在宅緩和ケアに幅がもてるようになったという開業医の意見もあった。他にも、横浜市における在宅医ケアネットよこはまや在医協とやまなどのような勉強会・連絡会は、医療施設間をつなぐ役割が強い。このように医療施設間の連携に関する試みは各地ではじまったばかりであり、この整備状況を把握する必要がある。

さらに、地域連携の中でも、特に顔の見える連携という文言は様々な場面で耳にした。それは多様な形で構築されており、例えば、ある地域では在宅療養のための手帳作成に向けて、多職種が集まり議論を重ねて完成させたが、手帳だけではなく、その集いで作り上げられた地域の多職種ネットワークが貴重な財産となったという。また他には、ヘルパー協会から積極的に声をあげたことから医師が在宅医療へ精力的に参加するようになった地域もある。このような地道な顔の見える連携作りは、先進地域において共通して見られた。

顔の見える関係は、職種の垣根を越えた連携につながり、有機的な支援ネットワーク体制の構築となる。医療・看護・介護・福祉の互いの垣根は決して低くなく、超えるのは難しい。その意味で、基礎自治体である市区町村行政が地域の組織・団体をつなぐ多職種連携の構築を担う意義は大きい。「行政には、様々な立場の人々が連携する際の調整役としての役割を期待している」、「行政のネームバリューは大きい」という意見も見受けられ、行政が舵をどれだけ取ろうとしているかという観点から評価することは重要だと考えた。

また、地域包括支援センターの動きに目を向ける必要がある。2010年に厚生労働省主催の「地域包括ケア推進指導者養成研修」では、地域包括支援センターの一体的な運営に加え、地域ネットワーク構築の中心となる職員養成を目的としていることから、厚生労働省としても地域連携の核として、地域包括支援センターに期待を寄せていると考えられる。ある都市の自治体では、地域包括支援センターを一元的に管理し、地域連携の要となるよう運営会議にも力を入れ、連携の拠点としての重要性を把握していた。

行政の重要性と同時に、地区医師会の在宅医療普及推進への参加状況も重要である。栃木市でのネットワーク構築上の経験から、地区医師会が在宅医療に対してどの程度理解を示し、協力を申し出るかがとても重要であった。他方で、かかりつけ医紹介システムの導入や、在宅支援の協力医師のグループ分けの試みなど、地区医師会中心の取り組みも見受けられた。また、2012年度に当医療法人は在宅医療連携拠点事業を受託したが、地区医師会の協力なしには、市全域まで見渡した連携拠点事業を展開することは困難であったことから、医師会の積極的な参加・取り組みは重要であるといえる。

また栃木県では平成24年度在宅医療連携拠点事業において、105箇所の参加団体の中で唯一県医師会として栃木県医師会が参加しており、広域に亘る活動を実現していた。加えて、在宅医療普及推進委員会発足、県医師会が核となり地区医師会代表が参加し、2012年には県医師会在宅療養支援診療所・病院連絡会発足され、地区医師会活動に更にはずみをつけた。

このように実際の働きかけを通して、地域連携の構築において、(地区)医師会と基礎自治体の役割の大きさを実感した(表3-6)。確かに個別の連携でも日常生活圏域程度の小さい地域であればカバー可能だが、人口規模が大きくなるほど、全地域を一個人、一グループのみでカバーすることは困難で、広域での地域連携・多職種連携が必須になる。広域で多職種連携を構築し、一律に高水準の支援を提供するには、各分野に影響力を持つ両者が果たす役割はとても大きい。

表 3-6. 基礎自治体と地区医師会、それぞれの強み

基礎自治体	地区医師会
<p>(1) ネームバリュー</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 求心力、集客力 (ex. 平成23年度在宅医療実態調査の回収率) 	<p>(1) 医療系への影響力</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療者、施設医療者 両者ともに影響力をもっている
<p>(2) 住民とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自治会とのつながり 	<p>(2) 医療連携 / 病棟、病診、診診</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療連携システム作り
<p>(3) 介護関係とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険者 ・ 旧来、福祉は行政の一部 	<p>(3) 多職種への歩み寄り</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師側からの働きかけ ・ 敷居の高さの克服

評価領域 6 コミュニティ

松本・竹宮(2010)が制度上の支援体制の限界を指摘しているように、公的サービスは制度に縛られ、隙間が生じ、課題全般を万遍なく支援できない側面がある。この専門的・公的サービスでは手の届かないところに支援提供ができるステークホルダーは、インフォーマルな存在である地域住民による支え合いのコミュニティであると考えた。支え合いのコミュニティは一種の社会関係資本であり、インフォーマルであるからこそ制度の縛りから自由に行動できる可能性を持つ。このコミュニティこそが、松本・竹宮(2010)が述べる”制度から独立した体制”として機能したときに、利用者のニーズに隙間なく対応できる可能性を持つ。

例えば、ある地域では、認知症見守りネットワークなどの取り組みに力を入れ、地域住民を含めたコミュニティレベルでの対策を講じている。研究フィールドである栃木市においても、高齢者ふれあい相談員を募集し、課題を抱えつつも、地域の見守り合い体制の構築を目指していた。また、栃木市にある特別養護老人ホーム「ひまわり」は福祉の町づくりの拠点となるよう、日々心がけており、認知症サポーター講座などの活動を周囲のコミュニティを対象として実施している。

ある医師は「認知症を社会で支えるという意識がまだ足りない。地域包括支援センターに任せきりにするのではなく地域で支えることが、地域医療の根本のひとつ」と話す。認知症だけではなく、社会的弱者を地域の力で支えようとする意志は、在宅医療普及推進にとっても大きな原動力になるものとする。例えば、プロジェクトで実施したアンケートの中で、地域におけるサポートに対して不安を感じている人ほど、在宅介護・在宅療養は出来ないと回答する傾向も見られた。以上から、コミュニティに関して、地域に存在する NPO や認知症サポーター等の観点から検討を進めることにした。

さらに、社会関係資本の観点から、ハードの側面にも目を向ける必要がある。公共の施設として公民館や図書館は、活用次第で市民コミュニティの熟成に貢献できる。被災地である陸前高田市では、医師を中心に、医療サービス提供もさることながら、崩壊した地域コミュニティの再建に力を注いでいた。そこで、高台に「朝日のあたる家」と名付けた新たなコミュニティの拠点を作り、人々が集まり、支え合う環境整備に腐心していた。集いの場としてのみならず、訪問者が何でもできる自由度の高さ、集いや活動を通じた予防の観点、医師が駐在し健康面まで注意を払う医療面からのバックアップなど、学ぶべき点は多い。このような集いの場の存在を評価するこ

とは、ひいては地域コミュニティの醸成具合を評価することにつながるものとする。

また、地域で暮らす上で、地域コミュニティにおけるよりパーソナルな対人関係のあり様も重要である。このような地域のあり様が健康に与えるポジティブな影響も各種報告されている(e.g., Kawachi, Kim, & Subramanian(2007))。病院という閉鎖的な空間ではなく開かれた生活の場で支えていく上で必要な項目であろう。

評価領域 7 利用者意識

栃木県の地元紙である下野新聞社が、2011年12月から2012年6月にかけて、「終章を生きる」と題して、在宅医療関連の連載記事を掲載した(下野新聞編集局取材班, 2013)。この連載記事自体、第31回「ファイザー医学記事賞」優秀賞、第1回「日本医学ジャーナリスト協会賞」大賞を受賞し、大きな反響を呼んだ。同時に、連載開始後、当医療法人の診療所にも、多数の問い合わせが舞い込むようになった。この事実は、在宅医療への潜在的ニーズが地域に眠っていたことを端的に表しているとともに、在宅医療の存在が医療消費者である地域住民の間に浸透していない事を示している。これは「知る」ことが実際の「行動」を促し、地域住民の意識を変える可能性を示したものである。

プロジェクト内で実施したアンケート結果から、利用者が在宅療養を望むようになる要因を検討した。アンケートの中で、「治る見込みが低い場合に、在宅での療養を望むか、病院での治療を望むか」を尋ねた(1.絶対に病院～5.絶対に在宅)。総じて、在宅を希望する傾向(在宅療養志向)が見られた(3パターンあり、当事者が希望している場合は平均で3.79、当事者の希望がわからない場合は3.40、当事者が自分自身である場合は3.51)。X市とY市では若干、X市の方が在宅療養を希望する傾向が見られたが、t検定の結果、統計的な有意差は生じていなかった(表3-7)。同時に、在宅療養は可能だと思うか、在宅介護は可能だと思うか、在宅医療にどれだけ期待できるかを同時に尋ねた所、総じて、これらの指標は在宅療養志向と正の関連性を示していた。つまり、在宅療養は可能だと思う人ほど、在宅介護は可能だと思う人ほど、在宅医療に期待感を抱いている人ほど、在宅療養を希望する傾向があった。さらに、別の項目で、「在宅医療でできること」に関して8項目を提示し、各項目について知っていたかを2択(はい/いいえ)で回答してもらった。この質問ではいと回答した項目が多い人ほど、在宅療養志向が強かった。すなわち、在宅医療に関して知識がある人ほど、在宅療養を希望する傾向があったことになる。利用者の認識や理解が、在宅療養への希望につながっていた。

在宅医療の定義にあげたように、在宅医療とは当事者とその家族が望んで在宅医療が展開されることが前提である。そのためにも、医療消費者である地域住民が在宅療養・在宅介護に関して知識を持ち、強い意志を持つ必要がある。

そこで、いかにして、地域における利用者の意識を評価し、把握することができるかを検討する価値がある視点だと考えた。

表 3-7. 在宅療養を希望する傾向を示す値の比較

	当事者が希望	当事者の希望が不明	当事者が自分
全体	3.79	3.40	3.51
X市	3.80	3.45	3.59
Y市	3.63	3.26	3.32

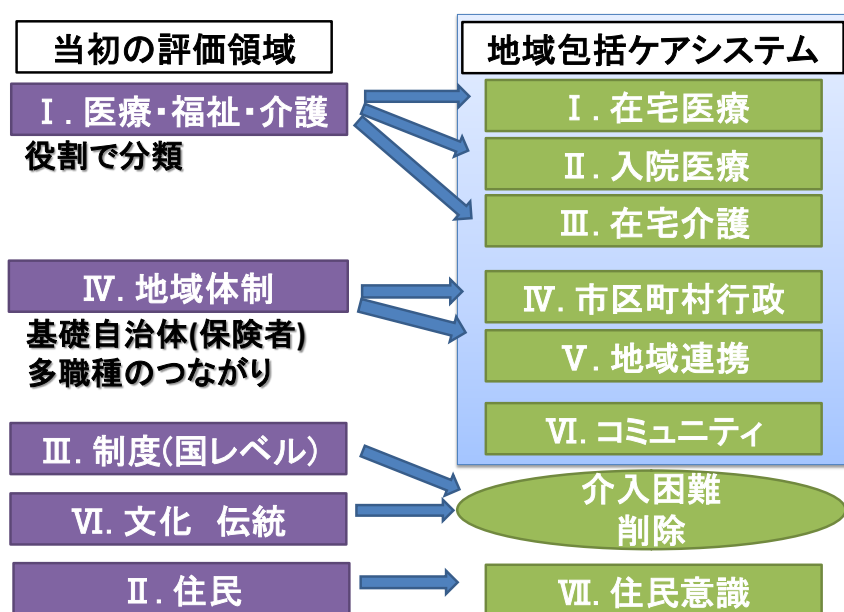


図 3-6. 評価領域の変遷

図 3-6 は、臨床経験に基づく仮説の再検討から、評価領域を再設定したものである。まず、「医療・福祉・介護」の領域をその役割から、「在宅医療」・「入院医療」・「在宅介護」の 3 つの評価領域に分類した。これらはそれぞれ異なる役割を果たす主体であり、別途評価する必要があると考えた。また、「地域体制」に関しては、地域の大きなステークホルダーである「市区町村行政」と、ステークホルダー間の「地域連携」に分け、評価することにした。また、これらの専門的な支援体制だけではなく、インフォーマルな「コミュニティ」という支援分野からの評価領域も設けることにした。最後に、「住民」に関しては、そのまま「住民意識」として評価領域を設定した。

当初の仮説にあった「制度(国レベル)」と「文化・伝統」であるが、これらの評価領域は、介入が困難である。国レベルの制度は、むしろ市町村に関係なく一律に適用されるものであり、地域ごとに介入することは不可能であるため、本ツールの評価領域からは削除した。他方、「伝統・文化」は重要な変数であるという認識には変わらないが、伝統・文化そのものを変えることは困難であり、「伝統・文化」から捉えようとしていた地域の側面は、「コミュニティ」という形で捉えることが可能であることを考慮し、削除した。

よって、本プロジェクトにおける地域診断標準ツールの評価領域として、

1. 在宅医療 (在宅で最期まで医療支援・療養支援を提供できる医療体制)
2. 入院医療 (退院後の生活まで見据えた入院医療体制)
3. 在宅介護 (生活を専門的に支える社会資源)
4. 市区町村行政 (介護保険者として、公益的・非営利的活動主体としての行政)
5. 地域連携 (構築されている専門職組織団体内外のネットワーク、つながり)
6. コミュニティ (インフォーマルな地域住民の支えあう力、つながり、絆)
7. 利用者意識 (在宅医療に対する理解・覚悟)

の 7 領域を設定した。

3-3-4 「在宅医療を推進する地域診断標準ツール」の作成

3-3-4-0 地域診断標準ツール作成の流れ

データの特性から、収集可能なデータに基づく基本版ツールと、これから収集が必要な項目によって構成される発展版ツールの2種類を作成することにした。基本版ツールに関しては、厚生労働省によるデータを中心に、収集可能なデータに基づき、統計分析から評価項目を抽出した。分析は公表データのみによる事前分析と、厚生労働省から入手した詳細データに基づく本分析を実施した。基本版ツールに関しては、二次医療圏域を対象としたものと、中規模都市を対象としたものの2種類を作成することができた。発展版ツールは、質的データとブレインストーミングにより重要な項目をまとめた。

3-3-4-1 基本版ツールと評価版ツール

再設定した評価領域に基づき、在宅医療普及推進の評価指標である在宅看取り率を上昇させる具体的な項目の抽出を試みた。評価項目抽出に先立って「在宅医療を推進する地域診断標準ツール」を作成するに当たり、重要な項目に関して、収集がすでになされているものと調査をもってこれから収集する必要がある項目とが混在していた。そこで、本プロジェクトでは、基本版ツールと発展版ツールの2種類を用意することにした。

従来、地域診断においては、地域のニーズ等を詳しく調査し、地域を評価することを目指すものである。この手法を用いると、調査、分析、考察と、長いスパンで計画を立て実行する必要がある。そのような中で、在宅医療普及推進に関して、「何をどうしてよいかわからない」という手がかりのない現状を踏まえ、まずは地域全体の概要を把握し、具体的なステップにつなげることを優先するべきであると考えた。そこで本プロジェクトでは、すでに収集されている、または収集が容易なデータを用いて地域の実状を把握できる基本版ツールを中心に作成することにした。そのため、基本版ツールは、地域を知り、介入する足掛かりとなる診断結果の提供を目指した。

しかしながら、地域を深く知るには、単純な項目のみでは限界があることは明らかである。その限界を埋めるためには、最終的には地域を調査する必要があるが、どのような点を調べればよいかを明らかにする必要がある。そこで、それを提示するものとして、発展版ツールを作成した。

其々の性格上、基本版ツールと発展版ツールではその開発手法が異なる。基本版ツール作成に向けては、公表中のデータを評価領域に合わせて複数ピックアップし、在宅看取り率を目的変数とした二次分析の結果から、評価項目抽出につなげた。これは、統計分析結果に基づく、客観的な根拠づけによるものといえる。

他方、発展版ツールはヒアリングやブレインストーミングから抽出された項目を基本にして評価項目を抽出した。発展版ツールは基本版ツールの補足的な意味合いが強い。ただし、可能な限り、平成23年度に栃木県が実施した在宅医療実態調査を活用し、その有効性を確認した。平成23年度栃木県在宅医療実態調査とは、栃木県保健福祉部保健福祉課が、栃木県医師会監修のもと、県下の全医療機関・介護事業所・相談支援機関3909箇所を対象として実施した大規模な実態調査で、回収率も70.4%と信頼性の高いデータである。その報告書等はホームページ上で公開されている(<http://www.pref.tochigi.lg.jp/e01/zaitakuiryu.html>)。

利用するデータは、①収集可能なデータ、②厚生労働省に提供を依頼し入手したローデータ、③平成23年度栃木県在宅医療実態調査のローデータ、の3種類となった。基本版ツールに関しては①、②を、発展版ツールに関してはヒアリング等の質的データとブレインストーミングで抽出された項目を中心に、①、②、③のデータから可能な限り根拠づけることにした。②のデータに関しては、市区町村を対象とした分析を実施する際、市区町村単位での変数の算出が必要であっ

たために、申請した。③のデータに関しては、発展版ツールに関して統計による根拠を可能な限り示すうえで活用した。②と③のデータに関しては行政が保管しているデータであるため、データの提供を申請し、審査の後、データの提供を受けた。

3-3-4-2 基本版ツール作成に向けた分析手法

基本版ツールの作成に向けた本格的な分析に先立って、前述の②のデータを厚生労働省に申請するための根拠を提供する必要があった。そこで、事前分析として、厚生労働省等がすでに公表している調査データなどの収集可能なデータに限定して、評価項目候補の抽出作業を行った。この事前分析の結果を根拠として、厚生労働省にデータを申請し、地域診断標準ツール開発に向けた分析を実施した。その際、医療計画の基本単位である二次医療圏域レベルの分析と、本プロジェクトのメインである人口中規模都市(5万人から20万人)を対象とした市区町村レベルの分析を実施した。

二次医療圏域とは、医療法第30条の4第2項第10号において、都道府県が定める医療提供体制の確保を図るための計画の中で定められている地域区分である。「主として厚生労働省令で定める特殊な医療を提供する病院の療養病床又は一般病床であって当該医療に係るものの整備を図るべき地域的単位としての区域」とされている。介護保険計画は基礎自治体である市区町村が保険者として計画を立てるが、医療保健計画は都道府県が主体となって各自設定した二次医療圏域ごとに計画を立てる。よって、二次医療圏域レベルでも分析することにも意義があると判断した。

また、データのとりまとめに関して、主要データとなる医療施設静態調査で公表されている最新データが2011年のものだったため、2011年を基準年とし、周辺年代のデータを収集した。ただし、2011年は東日本大震災直後であるため、その影響を考慮し、震災被害の大きかった岩手県・宮城県、および原子力発電所問題で医療施設静態調査データに不備が見られる福島県は主な分析対象から除いた。以下、上記3県を除いた地域を対象地域と呼ぶ。

分析手順としては、まず、各分析で利用可能な在宅看取り率を目的変数として取り上げ、全国の在宅看取り状況を概括した。続いて、統計分析を実施する上で、在宅看取りと関連する可能性はあるが介入困難な項目として、統制変数を複数ピックアップした。全ての分析において、面積・人口密度・65歳以上の高齢化率(以下、高齢化率)を統制変数とし、分析ごとに共線性の問題が生じていないか確認した。面積・人口密度は在宅医療の機動性の観点から、高齢化率は在宅医療の主対象が高齢者であることから、統制変数として取り上げた。

統制変数の決定後、在宅看取り率と評価項目候補との偏相関係数を算出し、統計的に有意な項目を絞り込んだ。その際、有意水準は統一し、 $p=0.05$ とした。続いて、その説明力を把握するために、特別な場合を除き、在宅看取り率を目的変数としたステップワイズ法による重回帰分析を行った。以上のステップを通して、評価項目を抽出した。

まとめると基本的なステップは、

1. 各評価項目候補を選定
2. 面積・人口密度・高齢化率を統制した偏相関分析
3. 面積・人口密度・高齢化率を統制変数、各項目候補を説明変数、在宅看取り率を目的変数としたステップワイズ法による重回帰分析

となる。また、分析に関して、以下の方針で統一した。

1. 人口補正する場合、各数値を地域の人口数で割り、10000人の積を求める。
2. 重回帰分析でステップワイズ法を採用する場合、F変化量の基準を0.05とする。
3. 領域間の比較に向けて、偏差値の算出を念頭に置く。

本章では、二次医療圏域を対象とした事前分析、二次医療圏域を対象とした本分析、人口中規

模都市を対象とした分析の順に、分析結果を提示していく。詳細な統計分析結果に関しては添付資料を参照されたい。

3-3-4-3 二次医療圏域を対象とした事前分析

入手可能なデータに限定して、在宅医療普及推進状況を左右する要因の抽出を試みた。その際、入手可能という制限のもと、在宅医療普及推進状況を把握できる項目が厚生労働省による医療施設静態調査の中の在宅看取り件数であった。この値は最小でも二次医療圏域単位で公表されていたため、事前分析は二次医療圏域を対象とした分析のみを実施した。総圏域数は349箇所(2011年時点)、対象地域に限ると326箇所となった。推定自宅看取り率は前述の通り算出した。

まず、医療施設静態調査から算出した全国の推定自宅看取り率は6.58%だった。次に全ての二次医療圏域ごとの推定自宅看取り率の分布状況を見ると、推定自宅看取り率の平均が6.11%、標準偏差が4.31%で、全体の3分の2が1.77~10.38%に含まれることになる(図3-7)。最大が26.01%、最小が0%とレンジは広く、中央値が5.29%と右に裾が長い分布であった(歪度1.330、尖度3.086)。2011年9月の在宅看取り件数が0件であった地域が20存在し、一時点とはいえ、在宅看取り未実施地域が複数見られた。前述の通り、隣接圏域でも大きく異なる地域があり、在宅看取り率の分布状況の観点からも、地域の在宅医療普及推進状況を見通す一つの指標として在宅看取り率が適しているものと判断した。

続いて、対象地域のみの方の動向を調べたところ(図3-8)、平均が6.11%、標準偏差が4.14%で、右に偏っていた。統計値で見ると正規分布に近づいていた(歪度1.202、尖度2.557)。

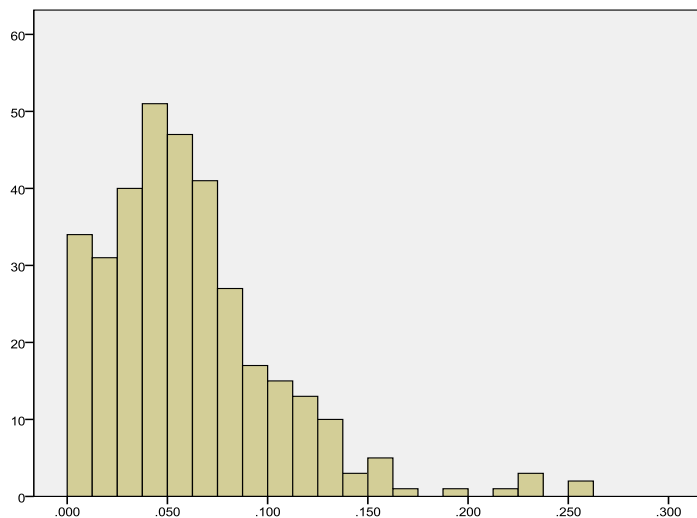
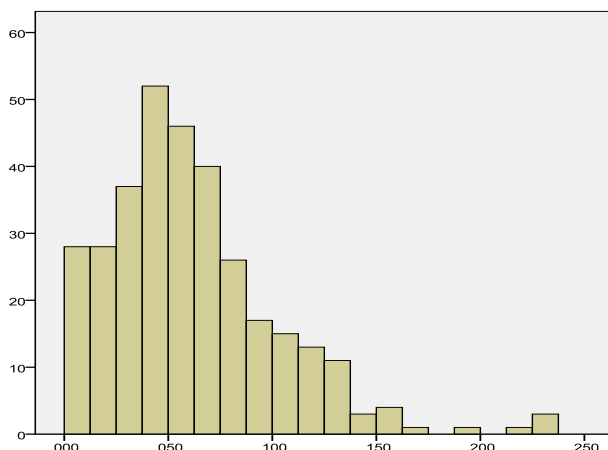


図3-7. 二次医療圏域別推定自宅看取り率のヒストグラム(幅は1%)—全国(上)

図3-8. 二次医療圏域別推定自宅看取り率のヒストグラム(幅は1%)—対象地域(下)



事前分析の結果、以下の通

りになった。詳細な考察は 3-3-4-6 を参照いただきたい。

評価領域 1：在宅医療領域（最後の括弧内はローデータ入手先、以下同様）

① 在宅医療実施診療所指標（医療施設静態調査診療所票の在宅医療サービス提供状況）

「往診実施診療所率と、訪問看護指示書交付診療所率、訪問看護・指導実施診療所率」の単純平均

② ターミナルケア対応訪問看護施設数(人口補正) (WAM-NET)

ターミナルケア対応の有無から、施設総数を人口補正した数

評価領域 2：入院医療領域

① 退院調整支援担当者採用病院率（医療施設静態調査病院票）

二次医療圏域の病院のうち、退院調整支援担当者を採用している病院の割合

② 平均在院日数@病院（病院報告患者票）

二次医療圏域の平均在院日数

評価領域 3：在宅介護領域

① 通所介護施設数(サービス提供体制強化加算(Ⅱ)/人口補正) (WAM-NET)

通所施設の中でサービス提供体制強化加算(Ⅱ)*を算定している施設数を人口補正したもの

② 居宅介護支援事業所率(特定事業所(Ⅰ)加算) (WAM-NET)

特別事業所(Ⅰ)加算算定事業所の割合**

評価領域 4：市区町村行政領域

① 会議参加回数(介護保険関連の事業評価/人口補正) (地域保健・健康増進事業報告)

介護保険関連の事業評価会議に参加回数を人口で補正したもの

② 衛生教育実施回数(精神、および歯科関連/人口補正) (地域保健・健康増進事業報告)

精神疾患関連と歯科関連に関する衛生教育開催回数を人口補正したもの***

評価領域 5：地域連携領域

① 市区町村会議参加福祉関連機関数（地域保健・健康増進事業報告）

市区町村会議に参加している福祉関連機関数(実数)

② 地域包括支援センター数(高齢世帯数補正)

全国の地域包括支援センター数を高齢世帯数で補正したもの

評価領域 6：コミュニティ領域

① 公民館・図書館数（市区町村のすがた 2013）

公民館数を人口で補正したもの

② 医療・まちづくり関連 NPO 数(人口補正)（内閣府 NPO ホームページ）

医療、およびまちづくり関連の NPO 数を人口で補正したもの

評価領域 7 : 利用者意識領域

① 福祉用具貸与費用率 (介護保険事業状況報告)

全介護給付費用に占める福祉用具貸与費用の割合

② 高齢者等設備設置世帯率 (平成 20 年住宅・土地統計調査)

全世帯数に占める「高齢者等のための設備がある」世帯の割合

* サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) は介護職員のうち介護福祉士が占める割合が 40 % 以上である場合、サービス提供体制強化加算 (Ⅱ) は利用者にサービスを直接提供する職員の勤続年数が 3 年以上である割合が 30 % 以上である場合に算定できる

** 特定事業所加算 1 と特定事業所加算 2 があった。加算 1 のほうが加算 2 よりも算定要件が厳しく、要介護 3~5 である利用者が 50 % 以上や、計画的研修の実施、事例検討会への参加など様々な要件が求められる。

*** 衛生教育「地域保健に関する思想の普及及び地域住民の健康の保持及び増進を目的として、一般住民の集団又は特定集団に対して行うもの」

3-3-4-4 二次医療圏域を対象とした本分析

続いて、事前分析の結果をもとに、厚生労働省に対して、一部データの開示を請求し、二次医療圏域ごとにまとめ、再度分析を実施した。申請したデータは、大きく 5 点あった。

- ① 人口動態調査 死亡票(2011)
 - (ア) 全数 → 2011 年の死亡者数を把握するため。目的変数の母数に利用
 - (イ) 市町村番号 → サンプルの死亡届が出された市区町村を特定するため
 - (ウ) 亡くなられた場所 → 医療施設外の死亡者数を特定するため
目的変数の分子として利用
 - (エ) 主死因 → 死因から、事故死や他殺、自殺などの突然死を除くため
- ② 医療施設生態調査 診療所票
 - (ア) 在宅医療サービスの提供状況 実施の有無、および実施件数
 1. 往診、2. 訪問診療、3. 訪問看護・指導、4. 訪問リハビリテーション、
 5. 訪問看護指示書交付、6. 在宅看取り実施状況
- ③ 医療施設生態調査 病院票
 - (ア) 医師数 (整形外科医、リハビリテーション医、歯科口腔外科医の各総数)
 - (イ) 在宅医療サービスの提供状況 実施の有無、および実施件数
在宅看取り実施状況
(他の項目は事前分析の段階で関連が見られなかったため除いた)
- ④ 病院報告 従事者票
 - (ア) リハビリテーション従事者数(理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士)
- ⑤ 病院報告 患者票 (平均在院日数算出のため)
 - (ア) 特定期間の在院患者延べ数
 - (イ) 特定期間の新入院患者数
 - (ウ) 特定期間の退院患者数

以上のデータを用いて、在宅看取り率を算出した。本プロジェクトでの在宅の定義は日常生活の場であり、自宅に限定されない。人口動態調査死亡票における死亡場所分類は7通りで、「1. 病院、2. 診療所、3. 老人保健施設、4. 助産所、5. 老人ホーム、6. 自宅、7. その他」であった。その中で、本プロジェクトにおける在宅が含まれるものは3. 老人保健施設、5. 老人ホーム、6. 自宅、7. その他である。その他には、記載者によってグループホームでの死亡ケースや、実子が死期のせまった母親を自らの家に引き取って看取るような死亡ケースなどが振り分けられることがあるため、在宅看取りが含まれることがありうる。近年では、死亡診断書記入マニュアルにおいて、グループホーム、サービス付高齢者住宅は住宅に分類されることが明示されているが、2011年当時はまだ不統一だったものと考えられる。また、未届けの老人施設は自宅に分類されるという(二木, 2013)。

ただし、ローデータのままで、各ケースにおいて、事故や自殺、孤立死等の不慮の死亡ケースも含まれてしまう。自宅で亡くなったケースには事故や他殺など、突発的なケースが含まれてしまう。二木(2013)による指摘では、東京都区部では近年の自宅死亡割合増加分の4割は「孤独死」であるという。特に、その他では交通事故や海や山での不慮の事故まで対象となり、そのままでは看取りに当てはまらないものが多く含まれてしまう。

そこで、死因コードを用いて不慮の死亡ケースを除くことで、限りなく純粋な在宅看取り率に近づけるよう試みた。まず、死亡票が示す全データの中から、死因コードがV以降のものを除外した。これらは突発的な死因(不慮の事故、自殺、他殺など)を取り上げたものであるため、これらのケースを取り除きいてデータまとめることで、より純粋な在宅看取り率に近づけると考えた。しかし、不慮の死亡ケースは除くことができたが、孤独死や突発的な死亡事例に関しては充分に取り除くことができなかつた点は留意する必要がある。

具体的な在宅看取り率の算出式は、

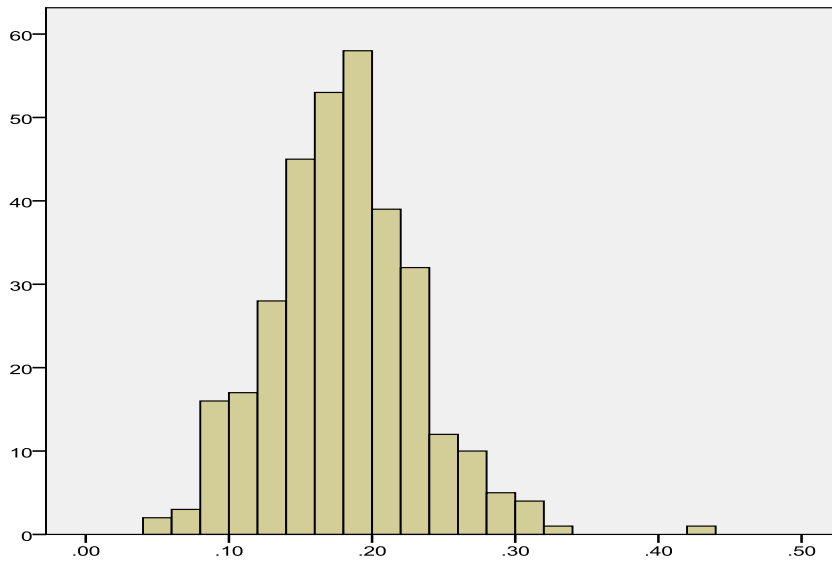
$$\text{在宅看取り率} = \frac{\text{医療施設以外での死亡数(不慮のケースを除く)}}{\text{年間の死亡数(不慮のケース除く)}}$$

(医療施設以外=介護老人保健施設、老人ホーム、自宅、その他)

である。

このように不慮の死亡を除外して算出した在宅看取り率は、全国で見ると18.55%となっており、5人に1人弱が生活の場で亡くなっていた。分類ごとに見ると、自宅が11.73%、老人ホームが4.22%、老人保健施設が1.54%、その他の場所が1.05%であった。

続いて、対象地域に関する在宅看取り状況を二次医療圏域単位で俯瞰した。在宅看取り率の圏域平均は18.03%で、標準偏差が5.09%であることから、全体の3分の2は12.95%から23.12%の間に含まれていた。最も在宅看取り率が高い圏域で43.08%、低い圏域で5.45%であった。分布の傾向としては、歪度は低いが高尖度が若干高く、正規分布よりもやや中央に偏った分布であった(図3-9)。



度数	有効	326	平均値	18.03%	歪度	.462
	欠損値	0	中央値	17.93%	歪度の標準	.135
	最小値	5.45%	最頻値	5.45%	尖度	1.553
	最大値	43.08%	標準偏差	5.09%	尖度の標準	.269

図 3-9. 対象地域における在宅看取り率のヒストグラム、とその分布特徴

本分析の結果から、二次医療圏域を対象としたツールの評価項目は以下の通りとなった。詳細な考察は3-3-4-6を参照いただきたい。

評価領域 1：在宅医療領域（最後の括弧内はローデータ入手先、以下同様）

① 在宅医療実施診療所指標（医療施設静態調査診療所票の在宅医療サービス提供状況）

「往診実施診療所率と、訪問看護指示書交付診療所率、訪問看護・指導実施診療所率」の単純平均

② ターミナルケア対応訪問看護施設数(人口補正) (WAM-NET)

ターミナルケア対応の有無から、施設総数を人口補正した数

評価領域 2：入院医療領域

① 退院調整支援担当者採用病院評価（表 i）（医療施設静態調査病院票）

退院調整支援担当者採用病院数(人口補正)と退院調整支援担当者採用病院率の偏差値平均

② 平均在院日数@病院（病院報告患者票）

二次医療圏域の平均在院日数

評価領域 3：在宅介護領域

① 通所介護施設評価（WAM-NET）

口腔機能改善、サービス提供強化加算 2 申請施設数(ともに人口補正数)を加算したもの

② 居宅介護支援事業所評価指標（表 ii）（WAM-NET）

特定事業所 1 加算率と居宅介護支援事業所数(特定事業所 2/人口補正)の偏差値平均

評価領域 4：市区町村行政領域

① 会議参加回数(介護保険関連の事業評価/人口補正)（地域保健・健康増進事業報告）

介護保険関連の事業評価会議に参加回数を人口で補正したもの

② 衛生教育実施回数指標(精神、および歯科関連) 表 iii（地域保健・健康増進事業報告）

精神疾患関連(人口補正)と歯科関連(実数)に関する衛生教育開催回数の偏差値の単純平均

評価領域 5：地域連携領域

① 市区町村会議参加福祉関連機関数(障害福祉関連会議/人口補正)（地域保健・健康増進事業報告）

市区町村会議の中で、障害者福祉関連会議に参加している福祉関連機関数(人口補正数)

② 地域包括支援センター数(高齢世帯数補正)

全国の地域包括支援センター数を高齢世帯数で補正したもの

評価領域 6：コミュニティ領域

① 公民館・図書館数（市区町村のすがた 2013(総務省統計局)

公民館数を人口で補正したもの

② 医療・まちづくり関連 NPO 数(人口補正)（内閣府 NPO ホームページ）

医療、およびまちづくり関連の NPO 数を人口で補正したもの

評価領域 7 : 利用者意識領域

① 福祉用具貸与費用率 (介護保険事業状況報告(厚生労働省))

全介護給付費用に占める福祉用具貸与費用の割合

② 高齢者等設備設置世帯率 (平成 20 年住宅・土地統計調査(総務省統計局))

全世帯数に占める「高齢者等のための設備がある」世帯の割合

表 i . 退院調整支援状況指標算出のための各項目の平均値・標準偏差

		担当者採用病院数(人口補正)	担当者採用病院率
度数	有効	326	288
	欠損値	0	38 (病院のない地域)
平均値		1.312	.372
標準偏差		2.795	.172

表 ii . 居宅介護事業所評価指標算出のための各項目の平均値・標準偏差

		居宅介護支援事業所数(特定事業所(Ⅱ)加算/人口補正)	居宅介護支援事業所率(特定事業所(Ⅰ)加算)
度数	有効	326	326
平均値		.9456	.0199
標準偏差		.3742	.0205

表 iii . 衛生教育評価指標算出のための各項目の平均値・標準偏差

		衛生教育回数 (歯科関連)	衛生教育回数 (精神疾患関連/人口補正)
度数	有効	321	321
	欠損値	5	5
平均値		97.50	1.0903
標準偏差		166.871	1.79923

(表 i ~ iii : 偏差値算出のために利用した平均値・標準偏差)

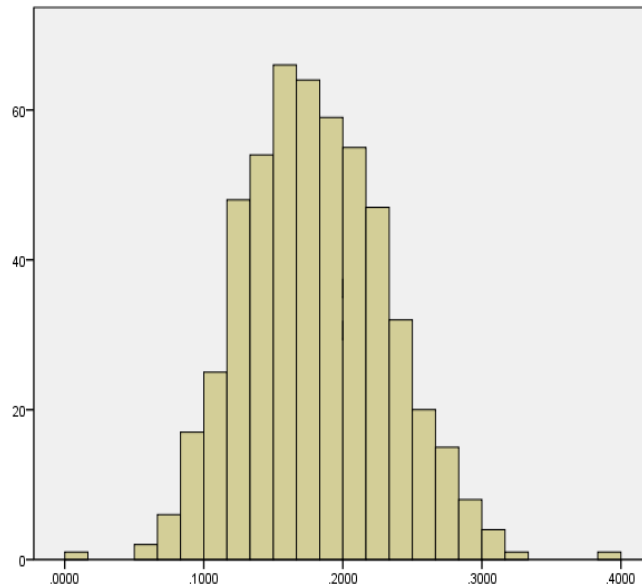
3-3-4-5 人口が中規模(5万から20万人)の市区町村を対象とした本分析

最後に、収集したデータを市区町村レベルでまとめ直し、同様の分析を実施した。その際、人口規模で市区町村を3群に分け、中央の中規模都市を対象とした分析結果をまとめた。

地域包括ケアシステムに関して、日常生活圏域(中学校区単位で人口は2万人から3万人を想定)ごとに構築することが望ましいといわれている。そうであるならば、4万人から6万人程度の都市から2つ以上の日常生活圏域が含まれることになり、この人口規模の違いごとに、直面する課題、有効な解決策は異なる可能性がある。

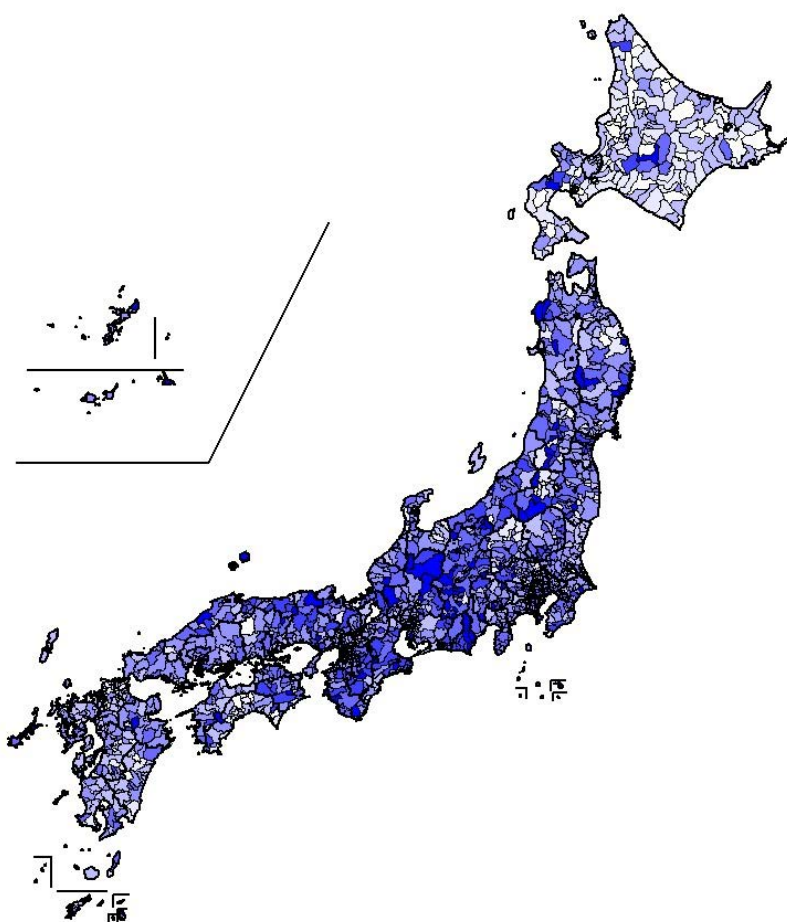
そこで、人口規模が5万人未満の小規模都市(4万人と6万人の中間点)と、5万人から20万人までの中規模都市、そして20万人以上の大規模都市に分けた。本プロジェクトのメインとなる地域は中規模都市であり、主に5万人以上20万人未満の地域を中心に分析を進めた。ただし、これまでの分析同様、岩手県・宮城県・福島県を除いて主な分析を行った。

対象となる市区町村の総数1762か所のうち、5万人以上20万人未満の中規模都市は約4割に当たる525か所であった。小規模と市が1085か所と過半数を占めていた。そこで中規模都市に関して、在宅看取り率の状況を概観することにした。ここでの在宅看取り率は二次医療圏域の本分析と同様、人口動態調査死亡票を活用し、全死亡ケースの中から不慮のケースを除いた数値を用いて算出した。中規模都市で、かつ対象地域に絞った場合の在宅看取り率の市区町村平均は18.09%であり、標準偏差は5.17%であった(95%範囲:7.76%~28.42%)。歪度、劣度ともに低く、正規分布の形をとっていた(図3-10)。



度数	有効	525	平均値	18.09%	歪度	.256
	欠損値	0	中央値	17.84%	歪度の標準誤差	.107
	最小値	0.95%	最頻値	18.75%	尖度	.160
	最大値	39.27%	標準偏差	5.17%	尖度の標準誤差	.213

図3-10. 対象地域における在宅看取り率のヒストグラム(中規模都市)、と分布の特徴



*全市区町村による在宅看取り率のプロット図。前述のプロット図同様、色が濃い地域ほど、在宅看取り率が高いことを示している。プロット図を見ると、二次医療圏域の場合と同様に、地域ごとの格差が顕著であることがわかる(白い部分が0~5%、最も濃い部分で30%以上)。しかも、地域によっては濃い地域の隣に白い地域が存在するなど、明確な差が見てとれる。

参考図 在宅看取り率の市区町村別プロット図

本分析の結果から、人口中規模市区町村を対象としたツールの評価項目は以下のようになった。詳細な考察は3-3-4-6を参照いただきたい。

評価領域1：在宅医療領域（最後の括弧内はローデータ入手先、以下同様）

① **在宅医療実施診療所指標 表iv**（医療施設静態調査診療所票の在宅医療サービス提供状況）

往診と訪問看護指示書交付の実施診療所率の和と、訪問看護指示書交付診療所数の偏差値の単純平均

② **訪問看護施設評価指標 表v**（WAM-NET）

ターミナルケア対応に関する「実施施設総数、その人口補正数、実施施設率」の偏差値の単純平均

評価領域2：入院医療領域

① **退院調整支援担当者採用病院率(二次医療圏域)**（医療施設静態調査病院票）

二次医療圏域の病院のうち、退院調整支援担当者を採用している病院の割合

② **平均在院日数評価 表vi**（病院報告患者票）

市区町村の平均在院日数と、二次医療圏域の平均在院日数を算出、その偏差値の単純平均

評価領域 3 : 在宅介護領域

① 介護サービス支援指標 表vii、表viii (WAM-NET)

緊急時訪問介護を評価指標と、通所介護(口腔機能改善、サービス提供体制強化加算(I・II))を評価する指標を作成、その偏差値の単純平均

② 居宅介護支援事業所数(特別事業所 1 加算算定) (WAM-NET)

特別事業所 1 加算を算定している事業所数

評価領域 4 : 市区町村行政領域

① 都道府県会議参加状況評価 (地域保健・健康増進事業報告)

実施方針、実施体制、サービス提供指針に関する会議参加数を単純加算したものを採用

② 衛生教育開催回数評価 (地域保健・健康増進事業報告)

感染症関連と歯科関連に関する衛生教育開催回数を人口補正したもの

評価領域 5 : 地域連携領域

① 市区町村会議参加福祉関連機関数 (地域保健・健康増進事業報告)

市区町村会議に参加している福祉関連機関数(実数)

② 地域包括支援センター数(高齢世帯数補正)

全国の地域包括支援センター数を高齢世帯数で補正したもの

評価領域 6 : コミュニティ領域

① 公民館・図書館数 (市区町村のすがた 2013(総務省統計局))

公民館数を人口で補正したもの

② 医療・まちづくり関連 NPO 数(人口補正) (内閣府 NPO ホームページ)

医療、およびまちづくり関連の NPO 数を人口で補正したもの

評価領域 7 : 利用者意識領域

① 福祉用具貸与費用率 (介護保険事業状況報告(厚生労働省))

全介護給付費用に占める福祉用具貸与費用の割合

② 高齢者等設備設置世帯率 (平成 20 年住宅・土地統計調査(総務省統計局))

全世帯数に占める「高齢者等のための設備がある」世帯の割合

表-iv 在宅医療実施診療所指標作成のための平均値、および標準偏差

	訪問看護指示書交付 実施診療所数	在宅医療実施診療所指標 (実施診療所率)
度数	525	525
平均値	11.170	.1918
標準偏差	8.4472	.07272

表-v 診訪問看護施設評価指標作成のための平均値、および標準偏差

	ターミナルケア対応訪 問看護施設数	ターミナルケア対応訪 問看護施設(人口補正)	ターミナルケア対応訪 問看護施設率
度数	525	525	525
平均値	4.3695	46.1038	.7960
標準偏差	2.84535	142.43177	.22992

表-vi 平均在院日数指標作成のための平均値、および標準偏差

		平均在院日数(市区町村)	平均在院日数(二次医療圏)
度数	有効	524	525
	欠損値	1	0
平均値		43.6699	34.4581
標準偏差		39.82773	11.47074

表-vii 緊急時訪問介護指標を作成するための平均値、および標準偏差

	緊急時訪問介護	緊急時訪問介護率
度数	525	525
平均値	10.90	.5143
標準偏差	7.698	.16616

表-viii 介護支援サービス指標を作成するための平均値、および標準偏差

	緊急時訪問介護指標	通所介護指標
度数	525	525
平均値	49.9970	5.0032
標準偏差	7.56390	2.86133

(表iv～viii：偏差値算出のために利用した平均値・標準偏差)

3-3-4-6. 分析結果の考察・比較

表 3-8-1,2 に全分析結果をまとめた。全体として、方向性はいずれの分析でも一致しており、その中で、若干、項目・算出方法に異なる点が見られた。

まず、在宅医療領域を見ると、診療所の「往診、訪問看護指示書交付」の実施状況の評価が重要であることが共通していた。他方、二次医療圏域においては、訪問看護・指導の実施も重要であった。訪問看護に関しては指標化の方法は違えども、一貫してターミナルケア対応に関する評価が取り上げられた。ターミナルケア対応まで可能な訪問看護施設を、いかに地域に増やしていくかが、今後重要な課題となりうると考えられる。

続いて、入院医療領域を見ると、事前の予測通り、退院調整支援体制と平均在院日数が有効な項目として取り上げられた。他方で、リハビリテーションに関しては、リハビリテーション医師数、リハビリテーション関連職数など、複数の項目を試行したが、有意な項目は抽出されなかった。これは、単純にリハビリテーションの実施体制が整っていればよいのではなく、その内容、質こそが問わなければならないことを示唆している。数だけでは、生活を意識しているかまで評価できず、基本版ツールではとらえきれなかったものと推察できる。

在宅介護領域を見てみると、通所介護のサービス提供体制加算(Ⅱ)と口腔機能改善実施状況が、有力な評価項目として取り上げられた。他方で、訪問介護に関しては、二次医療圏域では評価の有用性は見られなかったが、市区町村レベルの分析では重要な項目として取り上げられた。訪問介護を評価するには、きめ細かな地域単位を採用する必要があるといえる。居宅介護支援事業所に関しては、特定事業所(Ⅰ)加算の算定状況からの評価が重要であった。

市区町村行政領域については、会議参加数、衛生教育回数が、いずれの分析でも有意な関連を示した。内容に関しては若干違いがあり、会議参加に関しては、市区町村を対象とすると、都道府県主催の会議参加状況が重要であった。保健所主催、関連団体主催の回数は関連を示さず、今後、在宅医療普及推進の進展とともに、重要な項目となってくるものと考えられる。衛生教育に関しては、いずれも歯科は組み込まれていた。在宅医療において、口腔ケアは重要である。これは在宅介護領域の通所介護でも口腔改善が取り上げられたこととも一致しており、特に注意を払うべき内容となった。他方で、二次医療圏域では精神、市区町村では感染症に関して有意な関連が示された。精神と感染症はともに公衆衛生分野に当てはまる。公衆衛生とは、集団の健康の分析に基づく地域全体の健康への脅威に対応することであり、これらの衛生教育を実施するということは、地域全体に行政が目を向けていることを示す可能性がある。精神疾患関連は広域で単位でまとめられることが多いため、広域の二次医療圏域で有効となったものと考えられる。また、保健師の数や調査・研究数などは、関連を示さなかった。調査・研究に関しては、現時点ではほとんど実施されておらず、今後の在宅医療普及推進の進展とともに、重要な項目となってくるものと考えられる。

地域連携に関しては、市区町村会議に参加している福祉関連団体数の数が重要であることは一貫して見られた。医療—介護連携が叫ばれる中、いまだ介護・福祉関連の団体が行政における医療関連の会議に参加困難であることが現状だろう。その中で、より多くの福祉関連団体が参加できている地域は、医療・福祉の垣根を越えた顔の見える連携の芽生えが見られる地域であると考えられる。また、地域包括支援センターに関しても、高齢世帯数で補正した数は一貫して在宅看取り率と正の関連性を示しており、地域包括支援センターの設置基準等にも反映出来る結果だといえる。地域連携の要として地域包括支援センターを適切に配置することは重要であり、今後の介入において、優先的に取り上げる必要があるだろう。

コミュニティ領域に関しては一貫して、公民館と図書館の数と、医療とまちづくりに関連したNPOの数が評価項目として取り上げられた。NPOは、医療だけでも、まちづくりだけでもなく、両者ともに関心を持ったNPOがどれだけ地域に存在しているかが、評価基準として有効であっ

た。ただし、公民館・図書館数について、単に施設の数を増やせばよいわけではない点には注意を促したい。本プロジェクトは地域の現状把握を第一としており、因果関係にまで踏み込んだものではない。施設数はひとつの現状評価項目としては有効であるが、それを増やせば在宅看取り率が高くなるといった安易な考察はできない。本質として重要なのは生活の場で公民館などの集いの場が有効に活用されているかどうかであり、これは発展版ツールでも触れるように更なる調査が必要である。

最後に、利用者意識に関して、介護給付費用に占める福祉用具貸与費の割合と、高齢者等のための設備がある世帯率が、一貫して有効な評価項目として取り上げられた。前者は限りのある介護費用の中で福祉用具という生活そのものを直接的に支えるサービスに費用を割く利用者が多い地域は、在宅療養を最期まで支える意識が高い地域であるものといえる。ただし、この数値は介護保険利用開始後のものであり、在宅介護に関する意識全般を評価するには限界がある。他方、高齢者等設備設置世帯率が高い地域は、要介護者の有無に関わらず在宅介護への意識が高い地域であり、この在宅介護意識の代替指標として、充分機能する指標であると考えられる。

表 3-8-1. 各分析による評価項目の比較(評価領域 1~3)

	事前分析 二次医療圏域対象		本分析-1 二次医療圏域対象		本分析-2 人口中規模市区町村対象	
在宅医療	在宅医療実施診療所指標 往診、訪問看護指示書交付、訪問看護・指導実施の診療所率の単純平均	ターミナルケア対応訪問看護 ターミナルケア対応訪問看護施設数を人口補正したもの	在宅医療実施診療所指標 往診、訪問看護指示書交付、訪問看護・指導実施の診療所率の単純平均	ターミナルケア対応訪問看護 ターミナルケア対応訪問看護施設数を人口補正したもの	在宅医療実施診療所指標 「往診実施診療所率と訪問看護指示書交付診療所率の和」と「訪問看護指示書交付診療所数」の偏差値の単純平均	訪問看護施設評価指標 ターミナルケア対応の有無から、施設総数、人口補正数、実施施設率を算出、それらの偏差値の単純平均
入院医療	退院調整支援担当者採用病院率 退院調整支援担当者を採用している病院の割合	平均在院日数@病院	退院調整支援担当者採用病院評価 退院調整支援担当者採用病院数(人口補正)と退院調整支援担当者採用病院率の偏差値平均	平均在院日数@病院	退院調整支援担当者採用病院率(二次医療圏域) 二次医療圏域の病院のうち、退院調整支援担当者を採用している病院の割合	平均在院日数評価 市区町村の平均在院日数と、二次医療圏域の平均在院日数を算出、その偏差値の単純平均
在宅介護	通所介護施設数 通所施設の中でサービス提供体制強化加算(Ⅱ)を算定している施設数を人口補正したもの	居宅介護支援事業所率 特別事業所(Ⅰ)加算算定事業所の割合	通所介護施設評価 口腔機能改善、サービス提供強化加算2申請施設数(ともに人口補正数)を加算したもの	居宅介護支援事業所評価指標 特定事業所1加算率と居宅介護支援事業所数(特定事業所2/人口補正)の偏差値平均	介護サービス支援指標 緊急時訪問介護を評価指標と、通所介護(口腔機能改善、サービス提供体制強化加算)を評価する指標	特別事業所1加算を算定している事業所数

表 3-8-2. 各分析による評価項目の比較(評価領域 4~7)

	事前分析 二次医療圏域対象		本分析-1 二次医療圏域対象		本分析-2 人口中規模市区町村対象	
	市区町村行政	会議参加回数(人口補正) 介護保険関連の事業評価会議に参加回数を人口で補正したもの	衛生教育実施回数(人口補正) 精神疾患関連と歯科関連に関する衛生教育開催回数を人口補正したもの	会議参加回数(人口補正) 介護保険関連の事業評価会議に参加回数を人口で補正したもの	衛生教育実施回数指標 精神疾患関連(人口補正)と歯科関連(実数)に関する衛生教育開催回数の偏差値の単純平均	都道府県会議参加状況評価 都道府県主催の実施方針、実施体制、サービス提供指針関連会議への参加総数
地域連携	市区町村会議参加福祉関連機関数 市区町村会議に参加している福祉関連機関数(実数)	地域包括支援センター数(高齢世帯数補正)	市区町村会議参加福祉関連機関数(人口補正) 市区町村会議の中で、障害者福祉関連会議に参加している福祉関連機関数(人口補正数)	地域包括支援センター数(高齢世帯数補正)	市区町村会議参加福祉関連機関数 市区町村会議に参加している福祉関連機関数(実数)	地域包括支援センター数(高齢世帯数補正)
コミュニティ	公民館の数(人口補正したもの)	医療・まちづくり関連 NPO 数(人口補正)	公民館・図書館の数	医療・まちづくり関連 NPO 数(人口補正)	公民館・図書館の数	医療・まちづくり関連 NPO 数
利用者意識	福祉用具貸与費用率 全介護給付費用に占める福祉用具貸与費用の割合	高齢者等設備設置世帯率 全世帯数に占める「高齢者等のための設備がある」世帯の割合	福祉用具貸与費用率 全介護給付費用に占める福祉用具貸与費用の割合	高齢者等設備設置世帯率 全世帯数に占める「高齢者等のための設備がある」世帯の割合	福祉用具貸与費用率 全介護給付費用に占める福祉用具貸与費用の割合	高齢者等設備設置世帯率 全世帯数に占める「高齢者等のための設備がある」世帯の割合

3-3-4-7 基本版ツールの有用性の検証

以上の結果をもとに、「在宅医療を推進する地域診断標準ツール」の項目を活用して、実際に地域を比較した。

本ツールをもって比較する際、評価領域得点を算出した。ただし、算出の際、項目の持つ影響力の大きさの相違を加味し、重みづけによる得点算出を試みた。標準化偏回帰計数の値を見れば明らかのように、有意な項目とはいえ、そのエフェクトサイズ(影響力の大きさ)には明確な違いがある場合があるためである。そこで、得点算出のために、評価領域ごとに、2項目を同時に投入した重回帰分析を実施し、標準化偏回帰係数を比較した。そして、その係数を参考にそれぞれ偏差値化した値の加重平均を算出し、評価領域得点とした。単位の異なるものが混在しており、かつ、各領域を踏まえた地域比較も視野に入れているため、偏差値を用いた。

また、偏差値による評価は相対評価であり、絶対評価ではない。しかし、在宅医療普及推進が進むにつれ、評価するために必要な項目は変わるものと考えており、その時点での日本全体での相対的な立ち位置を知ることができれば、自地域に充実している領域と未発展な領域がいずれの領域か、十分に把握することが可能であると考ええる。

例：評価領域 A、評価項目 a, b、各標準偏回帰係数 α 、 β の場合

$$\text{評価領域 A 得点} = \frac{\alpha}{\alpha + \beta} \times \text{偏差値(a)} + \frac{\beta}{\alpha + \beta} \times \text{偏差値(b)}$$

1. 二次医療圏域

まず、栃木県栃木市が属する県南二次医療圏域と、茨城県結城市が属する筑西・下妻二次医療圏域とを比較した。本分析における在宅看取り率は前者が 25%、後者が 20%である(表 3-9)。

表 3-9. 偏差値算出のための平均、および標準偏差(二次医療圏域)

	診療所在宅医療 評価指標	ターミナルケ ア訪問看護数*	退院支援担当者 採用病院評価	平均在院 日数	通所介護評 価指標	居宅介護支援事 業所評価指標	会議参加数**
度数	有効 326	326	288	326	326	326	321
	欠損値 0	0	38	0	0	0	5
	平均値 .4452	.4610	50.3372	37.8610	1.1586	49.9997	.1711
	標準偏差 .14949	.23718	7.68608	14.52571	.58922	7.48060	.69897
	衛生教育評価 指標	参加福祉関連 団体数***	地域包括支援セ ンター数****	公共施設数	NPO 数 *****	高齢者等設備率	福祉用具貸与 費用率
度数	有効 321	321	326	326	326	322	308
	欠損値 5	5	0	0	0	4	18
	平均値 50.0001	5.3552	5.4583	54.2270	.8868	.5015	.0249
	標準偏差 6.92972	8.39146	3.04868	46.86771	1.15301	.06347	.00635

* 人口補正数

** 介護保険事業評価関連/人口補正

*** 市町村会議 障害福祉関連/人口補正

**** 高齢世帯数補正

***** 医療まちづくり/人口補正

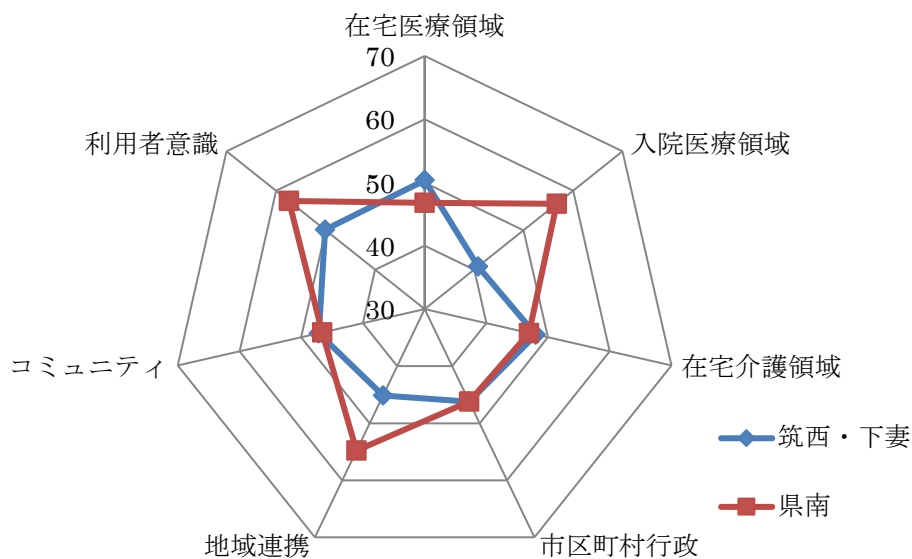


図 3-11. 地域診断標準ツールによる県南と筑西・下妻の二次医療圏域の比較

診断結果から(図 3-11)、在宅医療に関しては差がほぼ見られず、入院医療と地域連携、利用者意識が県南二次医療圏域のほうが進んでいるという結果となった。これは臨床的な感覚とほぼ一致する結果であった。

2. 中規模市区町村

上位 20%から A 市、中位 20%から B 市、下位 30%から C 市を無差別に 1 つずつ抽出し、診断結果を比較した。在宅看取り率は A 市が 27.40%、B 市が 19.27%、C 市が 12.02%となっている(表 3-10)。

表 3-10. 偏差値算出のための平均、および標準偏差(中規模市区町村)

	在宅医療実施 診療所指標	訪問看護施設 評価指標	退院調整支援 担当者採用病 院率	平均在院日数 評価	介護支援サー ビス指標	居宅介護特定 1 事業所数	都道府県会議 参加評価指標
度数	525	525	525	524	525	525	408
有効							
欠損値	0	0	0	1	0	0	117
平均値	49.997	50.001	0.401	50.001	50.000	0.480	7.473
標準偏差	8.704	6.696	0.125	7.939	8.020	0.792	10.111
	衛生教育回数 指標	福祉関連参加 機関数	地域包括支援 センター(高 齢世帯補正)	公民館/図書 館数	医療まちづく り NPO 数	福祉用具貸与 費用率	高齢者等設備 設置世帯率
度数	408	408	525	521	525	519	383
有効							
欠損値	117	117	0	4	0	6	142
平均値	3.359	111.130	4.115	11.086	4.225	0.026	0.530
標準偏差	5.676	184.607	2.547	13.226	6.844	0.007	0.061

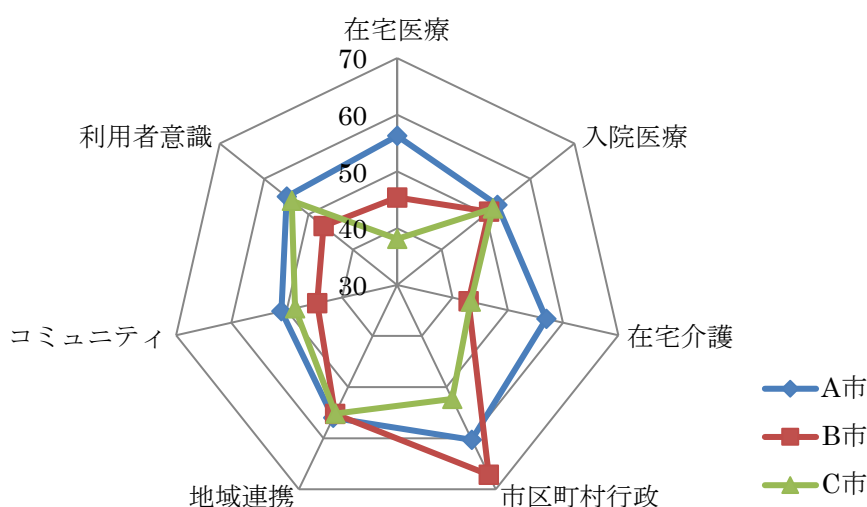


図 3-12. 地域診断標準ツールによる中規模都市の比較

診断結果から(図 3-12)、基礎自治体によって異なる地域像を持っていた。A 市は全体的に得点が高く、B 市は市区町村行政が高い値を示す一方でフォーマルサービスが全体的に低い。また、C 市は在宅医療の領域が進展しておらず、このように各地の強み・弱みが明らかとなる地域診断が可能であると考えられる。

3-3-4-8 コミュニティケア指標(community-based care capital index/CCCI)

最後に、地域全体のケア力を指標化することを試みた。方法論としては、各評価領域得点を説明変数、在宅看取り率を目的変数とした重回帰分析を実施し、評価領域得点の算出方法と同等の形式で、指標化し、コミュニティケア指標(community-based care capital index/CCCI)と名付けた。同時投入した分析結果は、説明変数間の関係性も加味した上で算出されており、領域によっては、有意な関連が消失した領域もある(表 3-11)。これは、全領域を同時に投入することにより、それぞれの媒介関係などによって有意性が消失したものと考えられる。しかし、地域力を全方面から捉える上には、全領域を投入し、領域間の関係性まで踏まえた結果を用いて算出すべきだと判断した。

市区町村レベルで、算出した CCCI と在宅看取り率の偏相関係数は 0.582 と高い値を示しており(相関係数は 0.586)、この値が地域の在宅看取り率の状況を把握する上で、重要な指標となる可能性が示された(図 3-13)。重回帰分析の結果からは、面積・人口密度・高齢化率を統制した上で、決定係数は 0.346 で、在宅看取り率の変動に対して中程度の説明力を持っていた(表 3-12)。

表 3-11. CCCI 算出のための同時投入時の標準偏回帰係数 ($R^2=.346$ 、 $R^2_{adj}=.323$)

在宅医療 領域	入院医療 領域	在宅介護 領域	市区町村 行政領域	地域連携 領域	コミュニ ティ領域	利用者意 識領域
.367***	.155**	-.061	.233***	.115*	.049	.165***

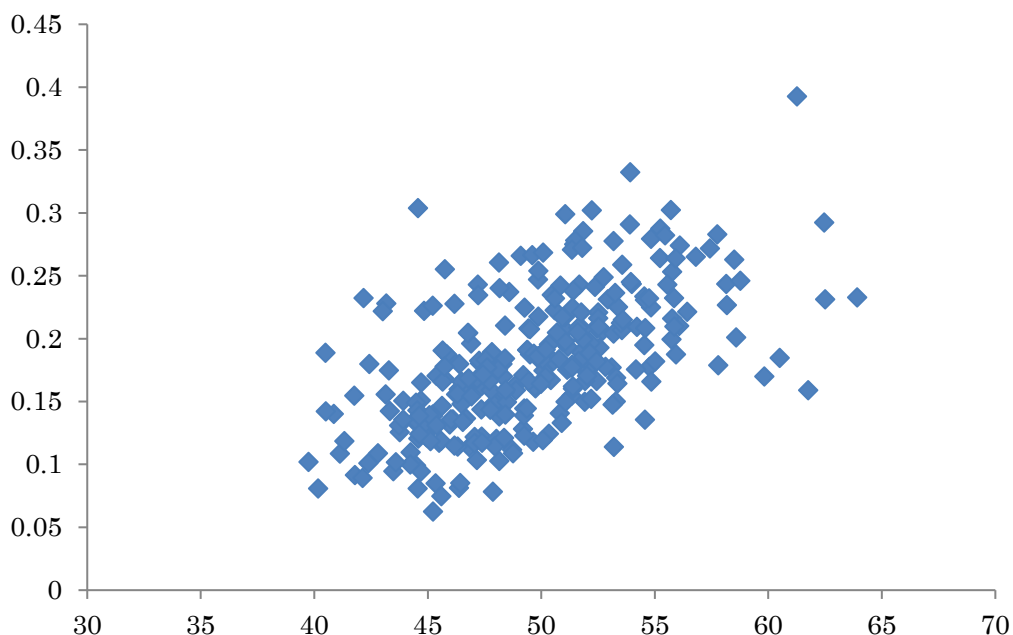


図 3-13. 中規模市区町村を対象とした CCCI と在宅看取り率の散布図
(横軸：CCCI、縦軸：在宅看取り率)

表 3-12. コミュニティケア指標(CCCI)に関する重回帰分析/ 目的変数：在宅看取り率
目的変数を在宅看取り率、統制変数を面積・人口密度・高齢化率、説明変数をコミュニティケア指標(CCCI)とした重回帰分析の結果。まず、統制変数を強制的に投入した後に、CCCI をステップワイズ法により投入し、決定係数の変化量の分析も試みた。

	標準化係数	t 値	有意確率	VIF
(定数)		-5.300	.000	
面積	.035	.617	.537	1.437
人口密度	-.020	-.359	.720	1.359
高齢化率(65歳以上高齢者率)	-.015	-.261	.794	1.466
コミュニティケア指標(CCCI) ①	.587	12.227	.000	1.027

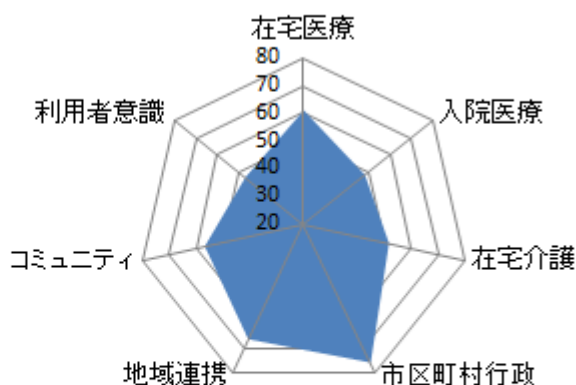
モデル	R^2	R^2_{adj}	推定値の標準誤差	変化の統計量				
				R^2 乗変化量	F 変化量	自由度 1	自由度 2	有意確率
① 追加	.346	.337	.0435088	.335	149.507	1	292	.000

3-3-4-9 基本版ツールのイメージと想定される利用者

分析結果をもとに、「在宅医療を推進する地域診断標準ツール」の基本版ツールに関して、excelを用いて、各種データを入力するだけで評価領域の値が算出されるように設定したファイルを作成し、実用性の確認が取れ次第、公表する予定である(図 3-14,15)。以下に、実際の地域診断結果の評価を通して、どのような対策につながるか、具体例を示す。実例として、特徴があるものを選定した。

実例1) A地域

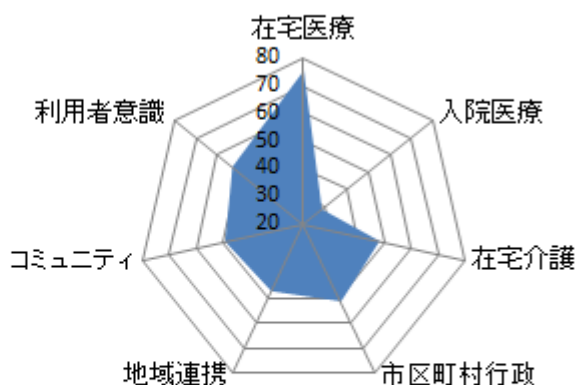
評価領域	得点
在宅医療	61.13
入院医療	48.4
在宅介護	51.69
市区町村行政	75.93
地域連携	66.50
コミュニティ	56.87
利用者意識	47.09
CCCI	61.26



この地域は全体的に充実しており、望めば在宅療養を最期まで継続しやすい地域であるものと考えられる。一方で、入院医療と利用者意識が低く、適切に在宅療養につながっていないケースが散見される可能性がある。この地域では病院や地域住民への普及啓発活動に力を入れる必要があるものと考えられる。

実例2) B地域

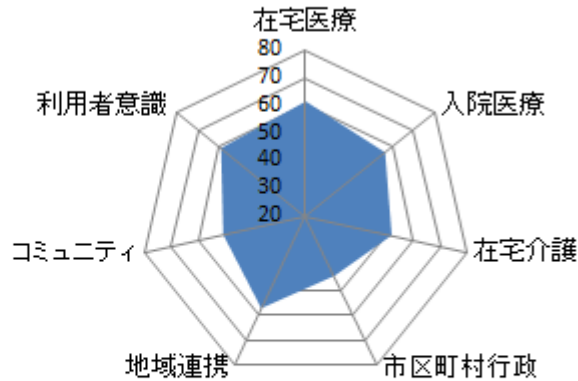
評価領域	得点
在宅医療	75.55
入院医療	28.43
在宅介護	48.21
市区町村行政	51.25
地域連携	47.19
コミュニティ	49.25
利用者意識	53.10
CCCI	56.43



この地域は極端に入院医療が在宅医療への関心が薄い地域であると考えられる。在宅介護も市区町村行政も平均並みである一方、在宅医療の得点は高く、利用者意識も見られる。在宅の現場を他のステークホルダーに知ってもらうことから始めると効率的である可能性が指摘できる。

実例3) C地域

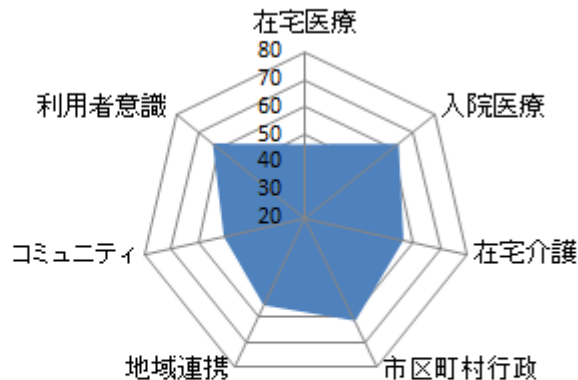
評価領域	得点
在宅医療	61.49
入院医療	56.82
在宅介護	51.97
市区町村行政	44.16
地域連携	57.29
コミュニティ	50.74
利用者意識	59.34
CCCI	56.07



この地域は市区町村行政の得点が低い。医療面では進展を見せており、なおかつ利用者意識が高い。そこで、利用者意識をうまくまとめあげ、コミュニティの力を上げることで、市区町村行政の意識改革につながる可能性が考えられる。

実例4) D地域

評価領域	得点
在宅医療	46.66
入院医療	63.08
在宅介護	56.35
市区町村行政	61.50
地域連携	55.27
コミュニティ	50.52
利用者意識	63.20
CCCI	56.07



この地域は、在宅医療の得点が低い地域である。少数の在宅医療実施施設に頼らざるを得ない状況が推察されるため、地区医師会等の協力のもと、地域全体の開業医や訪問看護実施施設に働きかけ、より積極的にかかわってもらえるよう訴える必要性が考えられる。

以上のように、地域診断結果から、その地域の強み・弱みを把握し、地域の実情と重ね合わせることで、各評価領域の関係性を考察し、実際の介入活動へとつなげることが、本基本版ツールの活用において、最も望ましいものだといえる。その際、診断結果のみから考察するのではなく、地域の実情をしっかりと把握したうえで、照らし合わせながら、具体的な介入策を模索することが肝要である。

また、情報収集方法・解釈の仕方などを含めた利用のためのマニュアルも同時にアップする予定であるため、両者を利用して自地域の評価を行ってほしい(図 3-16)。ここで、最も注意すべき点は、本ツールで活用するデータの中の在宅医療と入院領域におけるデータに関して、厚生労働

省に対してデータ提供を申請する必要があることである。他の項目に関しては全て、市区町村レベルで容易に収集可能であるが、医療施設静態調査、および病院報告に関しては二次医療圏域単位で、その中でも退院調整支援担当者に関するデータに至っては都道府県単位でしか公表されていない。

*データ入力フォーム

利用法	ID	データ名	単位	既存データの利用	既存データ	データ入力	偏差値
データ補正用のデータ	A	総人口	(人)		2010		
	B	高齢夫婦世帯数(高齢夫婦のみ)(世帯)	(世帯)		2010		
	C	高齢単身世帯数(65歳以上の者1人)(世帯)	(世帯)		2010		
評価領域1 在宅医療	D	総診療所数	(診療所数)	自動算出	2010	0	
	E	往診	(診療所数)		2011		
	F	在宅患者訪問看護・指導	(診療所数)		2011		
	G	訪問看護ステーションへの指示書の交付	(診療所数)		2011		
	H	訪問看護実施施設数	(施設数)		2013		
	I	ターミナルケア対応施設数	(施設数)		2013		
評価領域2 入院医療	J	病院数	(施設数)		2011		人口補正率採用病院率
	K	退院調整支援担当者の施設数(病院のみ)	(施設数)		2011		#DIV/0! #DIV/0!
	L	平均在院日数	(日数)		2011		
評価領域3 在宅介護	M	通所介護施設数(口腔機能向上サービス実施)	(施設数)		2013		
	N	通所介護施設数(サービス提供体制強化加算Ⅱ)	(施設数)		2013		
	O	居宅介護支援事業所数	(施設数)		2013		
	P	居宅介護支援事業所数(特定事業所加算Ⅰ)	(施設数)		2013		(Ⅱ)の人口(Ⅰ)加算事業所率
	Q	居宅介護支援事業所数(特定事業所加算Ⅱ)	(施設数)		2013		#DIV/0! #DIV/0!
評価領域4 市区町村行政	R	会議参加数(介護保険事業関連の事業評価)	(参加回数)		2011		
	S	衛生教育活動回数(歯科関連)	(開催回数)		2011		歯科関連 精神関連の人口補正
	T	衛生教育活動回数(精神疾患関連)	(開催回数)		2011		44.15716 #DIV/0!
評価領域5 地域連携	U	市区町村会議参加福祉関連機関数(障害者福祉調整)	(機関数)		2011		
	V	地域包括支援センター数	(センター数)		2011		
評価領域6 コミュニティ	W	公民館数	(施設数)		2008		
	X	図書館数	(施設数)		2008		
	Y	医療・まちづくりNPO数	(NPO数)		2012		
評価領域7 利用者意識	Z	介護費用総合計額	(千円)		2011		
	AA	福祉用具貸与費用額	(千円)		2011		
	AB	総世帯数	(世帯)		2008		
AC	高齢者等のための設備がある世帯数	(世帯)		2008			

図 3-14. 二次医療圏域を対象とした基本版ツールの完成イメージ(1)

評価領域	評価項目	評価値	偏差値	評価領域得点
在宅医療	診療所在宅医療実施指標	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	ターミナルケア対応訪問看護施設数(人口補正)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
入院医療	退院調整支援担当者採用病院評価	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	平均在院日数@病院	0	23.93518114	#DIV/0!
在宅介護	通所介護施設評価	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	居宅介護支援事業所評価	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
市区町村行政	会議参加回数(介護保険関連の事業評価・人口補正)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	衛生教育実施回数指標(精神、および歯科関連)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
地域連携	市区町村会議参加福祉関連機関数(障害者福祉関連)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	地域包括支援センター数(高齢世帯数補正)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
コミュニティ	公民館・図書館数	0	38.42977393	#DIV/0!
	医療・まちづくり関連NPO数(人口補正数)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
利用者意識	福祉用具貸与率	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	高齢者等設備設置世帯率	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

評価領域	評価領域得点	重みづけ
在宅医療	#DIV/0!	0.330
入院医療	#DIV/0!	0.319
在宅介護	#DIV/0!	0.111
市区町村行政	#DIV/0!	0.108
地域連携	#DIV/0!	0.086
コミュニティ	#DIV/0!	0.010
利用者意識	#DIV/0!	0.108
CCCI	#DIV/0!	1.072



図 3-15. 二次医療圏域を対象とした基本版ツールの完成イメージ(2)

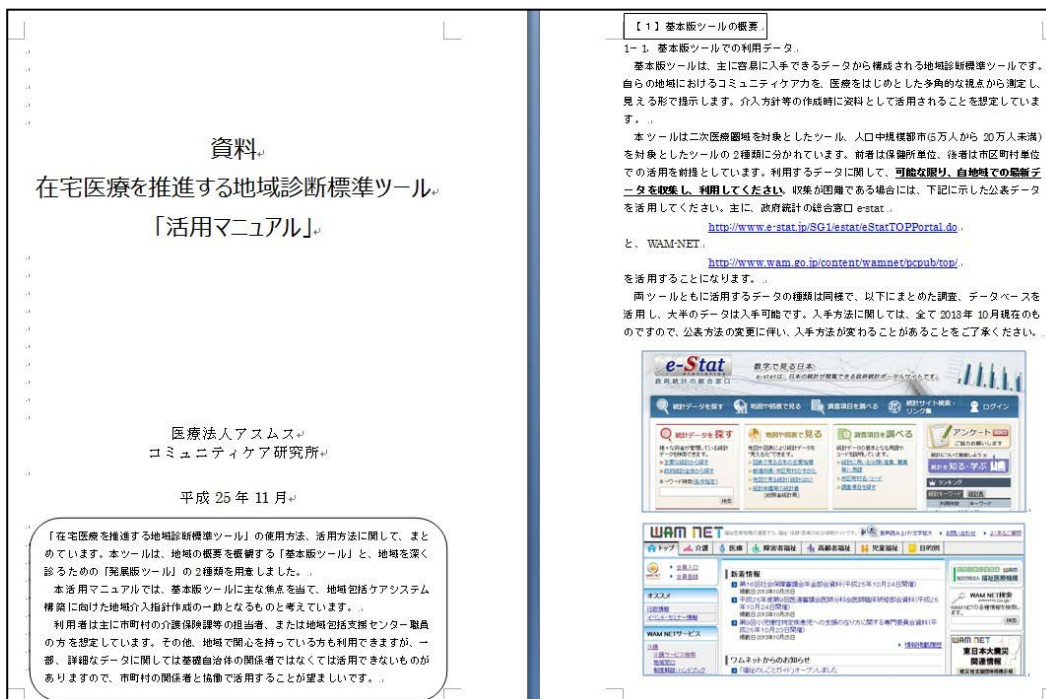


図 3-16. 活用マニュアル(案)

また、基本版ツールは 2 種類あり、想定される利用者は異なる。二次医療圏域を対象としたものと、中規模都市を対象としたものとに分かれているため、前者は医療計画における区画が採用されており、広域に目を向けなければならない保健所における担当者、特に地域診断の担い手である保健師による活用を想定している。

後者に関しては、利用者として、地域包括ケアシステム構築の主体となる市町村の担当部署、または高齢者ケアの課題解決を求められている地域包括支援センターを想定している。ただし、人口規模が 5 万人から 20 万人の中規模都市を対象として開発したため、人口が少ない地域、または人口が多い地域での診断は適していないので注意していただきたい。

3-3-5. 発展版ツールの提案

基本版ツールでは容易に入手可能なデータを活用して、地域の在宅医療普及推進状況を左右する要因を多角的に捉えてきた。しかし、すでに収集されているデータは単純な項目が占める割合が大きく、地域の深い実情に迫るには限界があることは明らかである。

これは、統計分析の結果、在宅看取り率の変動に対する説明力を表す決定係数が 0.346 と中程度であることから、さらに詳細に地域を診ていくことは重要だといえる。地域の在宅医療普及推進力をより深く把握するには、いわゆるニーズ調査のように、詳細なデータ収集活動が必須である。

そこで、以下に発展版ツールとして、基本版ツールでは捉えきれない部分を補足する上で重要であろう項目を、基本版ツールと同様の評価領域ごとにまとめた。ここでは、関心の高い者、特に行政担当者が必要に応じて実施するニーズ調査、地域診断における質問項目の参考項目となるようなリストを作成することとした。発展版ツールを活用し具体的な地域診断にまでつながれば、深く地域を知り、交流を深めることも可能となろう。発展版ツールにおいて、調査項目の方向性を示したため、地域の実情に合わせて、適切に情報を収集できるよう、実際の調査デザインにおいて、工夫してもらうことを想定している。

本項目は、先進地域調査やヒアリング、地域でのアクションといった質的データを基盤にして取り上げ、可能な項目においては、平成 23 年度栃木県在宅医療実態調査ローデータを活用した分析と平成 23 年の厚生労働省データの分析による量的な根拠づけを行っている。

以下では、「平成 23 年度栃木県在宅医療実態調査ローデータ分析」は「H23 栃木県調査分析」、「平成 23 年(2011 年)厚生労働省データ活用分析」は「H23 厚労省データ分析」と表記する。

なお、この発展版ツールの項目は、地域を把握する上で各ステークホルダーを対象とした調査を必要とし、把握すべき項目候補を取り上げたものである。労力を要する調査を実施するに当たって、どのような観点から調査項目を取り上げればより効率的に地域の実情に深く踏み込めるのかについて、参考となるように評価項目を選定した。ここでは、前述の通り、地域の実情に合わせた調査デザインが重要であると考え、具体的な測定方法までは踏み込まず、調査に用いる項目の方向性を示すのみに留める。

評価領域1：在宅医療

対象となるステークホルダー：病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション

- ◆ 在宅医療実施診療所の対応状況
 - ✓ 地域連携に関心のある医師の存在
 - ✓ 未届出の在宅医療実施診療所の24時間対応状況(量)
- ◆ 歯科診療所による訪問口腔ケアの実施状況
 - ✓ 訪問口腔ケアの実施状況
 - ✓ 嚥下障害リハビリテーションの実施状況
- ◆ 薬局による訪問薬剤指導の実施状況
 - ✓ 訪問薬剤指導の実施状況
 - ✓ 麻薬の取扱
- ◆ 特定の在宅医療チームの存在
 - ✓ NST(栄養サポートチーム)の存在
 - ✓ そのほか(褥瘡、認知症、緩和ケアなど)のサポートチームの存在

*(量)：統計分析からも根拠が提示されているもの

- ◆ 在宅医療実施診療所の対応状況
 - ✓ 地域連携に関心のある医師の存在
評価領域設定で取り上げたように、医師とその他の職種間の垣根は高い。それを医師から率先して地域に働き掛けることの意義は大きい。
 - ✓ 在宅医療実施診療所の24時間対応状況
H23 栃木県調査分析より、在宅療養支援診療所以外の診療所でも24時間対応実施診療所が存在し、24時間対応診療所率が多い市町ほど、在宅看取り数が多かった(N=26, r=.436, p=.026)。地域の診療所全体の24時間対応状況を把握する必要がある。
- ◆ 歯科診療所による訪問口腔ケアの実施状況
 - ✓ 訪問口腔ケアの実施状況
口腔ケアが虚弱高齢者の栄養状態改善に有効なことは明らかにされており(Sumi, Ozawa, Miura, Michiwaki & Umemura, 2010)、今後、訪問口腔ケアは重要な生活支援になる。
 - ✓ 嚥下障害リハビリテーションの実施状況
嚥下性肺炎による救急搬送・死亡が増え、死因第3位に肺炎が入るようになった現状を踏まえると、在宅療養している高齢者の嚥下障害に対応する重要性が今後高まることは明らかである。
- ◆ 薬局による訪問薬剤指導の実施状況
 - ✓ 訪問薬剤指導の実施状況
ヒアリングの中で、訪問看護師の仕事の中で薬剤関連の作業が占める割合が大きいという声を聞いた。訪問看護師が在宅療養支援に力を注ぐうえで、専門家として薬剤師が在宅で果たす役割は大きい。
 - ✓ 麻薬の取扱
在宅で、特にがん患者が療養する上で痛みのコントロールは欠かせない。地域の訪問薬局が麻薬の取り扱いにどれだけ長けているかは、重要となる。
- ◆ 特定の在宅医療チームの存在
 - ✓ NST(栄養サポートチーム)の存在
国立長寿医療センターにおける平成24年度老人保健健康増進等事業「在宅療養患者の摂食状況・栄養状態の把握に関する調査研究」において、低栄養状態が「日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、要支援・要介護度」を悪化させ、嚥下性肺炎や褥瘡を引き起こす可能性が明らかにされた。今後、在宅で栄養状態をいかにコントロールするかは重要になると考えた。
 - ✓ そのほか(褥瘡、認知症、緩和ケアなど)のサポートチームの存在

評価領域2：入院医療

対象となるステークホルダー：病院、在宅療養支援診療所

- ◆ 地域病院の急変時受け入れの対応状況
 - ✓ 在宅療養支援診療所の連携状況(量)
 - ✓ 後方支援病床・開放病床の設置状況(量)
 - ◆ 在宅復帰を踏まえた医療提供状況
 - ✓ 在宅復帰率
 - ✓ 在宅でも継続可能な治療の選択
 - ◆ 退院前カンファレンスの実施状況(退院スクリーニング含む)
 - ✓ 退院前カンファレンスにおける多職種参加
 - ✓ 退院前カンファレンスの早期開催
 - ◆ 日常生活を踏まえたリハビリテーションの実施状況
 - ✓ 日常生活を意識したリハビリテーション
 - ✓ 口腔リハビリテーション(量)
-
- ◆ 地域病院の急変時受け入れの対応状況
 - ✓ 在宅療養支援診療所の連携状況

H22 厚労省データ分析より、在宅療養支援診療所の連携医療機関数が多い市区町村ほど、在宅看取り率が高い傾向が見られた(N=293, r=238, p<.001)。在宅療養支援診療所の連携医療機関数から地域の受入れ状況を評価することは可能だろう。
 - ✓ 後方支援病床・開放病床の設置状況

H23 栃木県調査より、在宅医療実施診療所が日ごろから連携していると回答した施設のうち、緊急時対応医療施設(r=.429, p=.029)を選択する比率が大きい市町ほど、在宅看取り数が多くなっていた。このことから、後方支援病床等により、後方支援体制を把握することは重要であると考えられる。
 - ◆ 在宅復帰を踏まえた医療提供状況
 - ✓ 在宅復帰率

国立長寿医療研究センターも、指標として在宅復帰率を取り上げていた。
 - ✓ 在宅でも継続可能な治療の選択

ヒアリング内容から、病院では在宅での生活をイメージできていない、との意見を受けられた。他方で、例えば先進地域調査で胃瘻の取り付け位置・洗浄方法など、在宅でも管理可能な治療法の選択を推進するなどの取り組みが見られ、在宅復帰後、継続可能な治療法を選択することは重要である。
 - ◆ 退院前カンファレンスの実施状況(退院スクリーニング含む)
 - ✓ 退院前カンファレンスにおける多職種参加
 - ✓ 退院前カンファレンスの早期開催

いずれも、視察内容から、退院適応のスクリーニングも踏まえ、早期段階からの介入による退院支援の重要性が見えてきた。そのため、先進地域での取り組みを踏まえ、多職種の参加(全ての職種ではなく、必要に応じた複数の職種)、早期段階からの介入が欠かせないポイントであるものと考えた。
 - ◆ 日常生活を踏まえたリハビリテーションの実施状況
 - ✓ 日常生活を意識したリハビリテーション

先進地域への視察から、退院後の生活を見越したリハビリテーションが、その後の生活への適応に重要な役割を果たしている可能性が示された。そこで、生活を見据えたりリハビリテーション実施への評価が重要であると考えた。
 - ✓ 口腔リハビリテーション

H22 厚労省データ分析より、二次医療圏域における病院数で補正した歯科口腔外科医数が在宅看取り率と正の相関を示した(N=519, r=.153, p<.001)。病院における歯科口腔外科医の重要性は病院における口腔リハの重要性を示唆するものと考えた。

評価領域3：在宅介護

対象となるステークホルダー：訪問介護事業所、介護老人保健施設、居宅介護支援事業所

- ◆ 介護職の医療行為への協力
 - ✓ 介護職の医療処置への成熟度
 - ✓ 介護職の変化への気づき
 - ◆ 短期入居サービスの充実度
 - ✓ 短期入所生活介護が可能な施設の充実(量)
 - ✓ 短期入所療養介護が可能な施設の充実(量)
 - ◆ ケアマネジャーの質の評価
 - ✓ ケアマネジャーへの医療知識・福祉知識の浸透状況
 - ✓ ケアマネジャーの医師との連携状況(量)
 - ◆ ケアマネジャーと個別支援(ケア)会議
 - ✓ ケアマネジャーによる個別支援会議の主催状況(量)
 - ✓ ケアマネジャーの個別支援会議への参加(量)
-
- ◆ 介護職の医療行為への協力
 - ✓ 介護職の医療処置への成熟度
平成24年4月1日から制度が改正され、一定条件のもとで介護職でも痰の吸引や経管栄養の一部の医療行為が可能となった。今後、在宅療養者、およびその家族の負担軽減に向けて、介護職による医療行為の必要性が高まることは必然であり、評価する必要があると考えた。
 - ✓ 介護職の変化への気づき
在宅療養者のもとに頻りに足を運ぶ介護職が変化(いつもと違う、何か違う)に気付くことは重要である。例えば、ヒアリングの中で、薬剤の飲み残しなどに介護職が気づき、医療職に伝えてもらいたいとの声があった。気づきをいかに専門職につなげるか、介護職の技能が問われる分野となる。
 - ◆ 短期入居サービスの充実度 (レスパイト・ショートステイ)
 - ✓ 短期入所生活介護が可能な施設の充実
 - ✓ 短期入所療養介護が可能な施設の充実
H22 厚労省データ分析の結果から、介護給付費に占める短期入所サービス費の割合が高い二次医療圏域ほど、在宅看取り率が高かった(N=307, r=.280, p<.001)。よって、短期入所サービスを活用できる状況が地域に整備されていることが重要である。
 - ◆ ケアマネジャーの質の評価
 - ✓ ケアマネジャーへの医療知識・福祉知識の浸透状況
ヒアリングの内容から、ケアマネジャーの主な基礎資格により、知識に偏りがあるとの意見があった。医療・福祉両知識にケアマネジャーが精通していることは、円滑なケアマネジメントにつながる。
 - ✓ ケアマネジャーの医師との連携状況
H23 栃木県分析で、居宅介護支援事業所が日ごろから連携を取っている事業所として、在宅療養支援診療所を選択した事業所率が大きい市町ほど、在宅看取り数が多くなっていった(N=25, r=.407, p=.044)。居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書(平成21年度老人保健健康増進等事業)においても、ケアマネジャーは医師との連携の取りづらさが最も選択されていた。ケアマネジャーと医師との綿密な連携により、円滑な在宅療養支援に寄与するものといえる。
 - ◆ ケアマネジャーと個別支援(ケア)会議
 - ✓ ケアマネジャーによる個別支援会議開催
H23 栃木県調査から、居宅介護支援事業所が独自に個別支援会議を開催している数が多い市町ほど、在宅看取り数が多くなっていった(N=25, r=.432, p=.031)。このことから、ケアマネジャーによる独自の個別支援会議開催状況を把握することは重要だといえる。

- ✓ ケアマネジャーの個別支援会議参加

H23 栃木県調査から、他の個別支援会議に参加していると回答する居宅介護支援事業所が多い市町ほど、在宅看取り数が多くなっていた(N=25, r=.522, p=.007)。ケアマネジャーが、他事業所・機関が主催する個別支援会議にも顔を出すことの重要性が伺える。

評価領域 4：市区町村行政

対象となるステークホルダー：市区町村行政

- ◆ 市町村・特別区の長の積極的関与
 - ✓ マニフェスト等での明確な言及
 - ✓ 市民フォーラムなどへの参加
- ◆ 在宅医療普及推進活動への意識の高さ
 - ✓ 在宅医療普及推進関連の会議の開催
 - ✓ 在宅医療に関する集まりへの職員参加を奨励
- ◆ 在宅医療普及推進に向けた独自の活動
 - ✓ 普及啓発活動、広報活動の実施状況
 - ✓ 実情に合った独自サービスの提供
- ◆ 地域包括ケアシステム作りに向けた活動
 - ✓ 医療・介護に関する地域資源マップづくり実施状況
 - ✓ 在宅医療に関する地域ニーズ調査実施状況

- ◆ 市町村・特別区の長の積極的関与
 - ✓ マニフェスト等での明確な言及
 - ✓ 市民フォーラムなどへの参加

市町村・特別区の長が在宅医療普及推進の先陣を切っていると、行政全体としても動きが取りやすいことが複数の地域で見受けられた。あらゆる形で市町村・特別区の長の方針を把握することは重要である。
- ◆ 在宅医療普及推進活動への意識の高さ
 - ✓ 在宅医療普及推進関連会議の開催
 - ✓ 在宅医療に関する集まりへの職員参加を奨励

在宅医療普及推進に向けて、行政として具体的な集いを開催している、積極的に関与していることは、地域で行政が活動する上で重要な役割を果たすものである。栃木市では行政主導の医療介護連携に向けた会議が立ち上げに動いており(平成25年度3月現在)、行政の動きを活発化させている。
- ◆ 在宅医療普及推進に向けた独自の活動
 - ✓ 普及啓発活動、広報活動の実施状況
 - ✓ 実情に合った独自サービスの提供状況

公益性の高い活動に優れている行政が、住民向けの在宅医療に関する講演会、勉強会、出前講座、市報掲載などの普及啓発活動、広報活動を実施する意義は大きい。また、同様に独自の公益サービスを展開している地域は意識が高い地域である。
- ◆ 地域包括ケアシステム作りに向けた活動
 - ✓ 医療・介護に関する地域資源マップづくり実施状況
 - ✓ 在宅医療に関する地域ニーズ調査実施状況

厚生労働省が提唱している地域包括ケアシステムを地域に根付かせる上で、地域資源や地域ニーズの発掘は欠かせない。視察した地域でも同様の活動がなされており、更に在宅医療を推進していく上で、上記活動の促進は欠かせない。ニーズのみならず、地域の実情を把握することは重要である。

評価領域5：地域連携

対象となるステークホルダー：地区医師会、市区町村行政、地域包括支援センター等

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">◆ <u>地区医師会の積極的関与</u><ul style="list-style-type: none">✓ 在宅医療の推進活動を定期的実施✓ かかりつけ医研修、在宅ケア研修等の実施状況◆ <u>地区医師会と基礎自治体の連携</u><ul style="list-style-type: none">✓ 両者が協働で取り組みを実施✓ 両者合同の在宅医療関連の会議の開催◆ <u>地域連携システムの整備状況</u><ul style="list-style-type: none">✓ 地域連携ツール、システムの存在✓ 多職種が顔を合わせる場の存在◆ <u>地域包括支援センターの評価</u><ul style="list-style-type: none">✓ 運営協議会メンバーの在宅支援実施者が占める割合✓ インフォーマルな組織としての市民的活動の創出 |
|--|
-
- ◆ 地区医師会の積極的関与
 - ✓ 在宅医療の推進活動を定期的実施
 - ✓ かかりつけ医研修、在宅ケア研修等の実施状況
 - 地区医師会の積極的関与は、地域全体の医療専門職の在宅医療に対する意識を高めるための、強い牽引力となる。そもそも地区医師会は地域医療の要であり、その活動の方向性を知っておくことは重要である。
 - ◆ 地区医師会と基礎自治体の連携
 - ✓ 両者が協働で取り組みを実施
 - ✓ 両者合同の在宅医療関連の会議の開催
 - 医療一介護連携が叫ばれる中、医療専門職に影響力を持つ地区医師会と、介護・福祉専門職に影響力を持つ基礎自治体が連携して活動推進に当たることは大きな意義をもつものと考えた。
 - ◆ 地域連携システムの整備状況
 - ✓ 地域連携ツール、システムの存在
 - ✓ 多職種が顔を合わせる場の存在
 - 地域連携に向けたシステム・ツール(連絡ノート、クラウド型情報共有システム、メーリングリスト等)の存在は、円滑な連携に大きな意義を持つ。また、そのようなシステム・ツールを作る上で、多組織・多職種が顔を合わせた話し合いの場を持つ必要があり、先進地域の視察では連携システム、ツールの作成に向けた協議会、話し合いの場こそが重要であるとの声も聞かれた。
 - ◆ 地域包括支援センターの評価
 - ✓ 運営協議会メンバーの在宅支援実施者が占める割合
 - ✓ インフォーマルな組織としての市民的活動の創出
 - 地域包括支援センターは地域連携の要であり、その活動状況を評価する必要がある。ヒアリングの中で、運営協議会の重要性や活動内容の吟味等、その評価は複数考えられる。訪問活動状況などからも把握できる可能性がある。

評価領域6：コミュニティ

対象となるステークホルダー：公民館などの公共施設、自治会、地域住民

- ◆ 社会資源の活用状況
 - ・公民館・図書館といった社会資源の活用状況(量)
- ◆ 地元メディア
 - ・地元紙(地元メディア)の在宅医療への関心度
- ◆ 地域参加意識
 - ・投票率、自治会参加、行事参加
- ◆ 住民の互助
 - ・ソーシャルキャピタル

- ◆ 社会資源の活用状況
 - ・公民館・図書館といった社会資源の活用状況
基本版ツールにおいて、一貫して公民館、時に図書館の数が在宅看取り率と関連していたが、これは公共施設があれば在宅看取り率が上がることを意味していない。実際にはそれらがどれだけ活用されているかこそが重要である。そこで、さらに地域を知る上で、これらの活用状況を調べる意義は大きい。
- ◆ 地元メディア
 - ・地元紙(地元メディア)の在宅医療への関心度
本プロジェクト開始後に、下野新聞に代表される地域メディアの正確な情報提供の持つ力は大きいことを実感させられた。広く情報を住民に伝搬させる上で、メディアの持つ力と責任は大きい。
- ◆ 地域参加意識
 - ・投票率、自治会参加、地域のボランティアグループ参加、行事参加
視察した複数の先進地域においては、認知症見守りネットワークや認知症サポーター養成講座の開催・参加に代表される地域住民参加の促進に腐心していた。このような、地域住民自身が地域づくりに参加する意識を何らかの形で把握することは重要である。
- ◆ 住民の互助
 - ・ソーシャルキャピタル
内閣府経済総合研究所(2005)などに見られる様に、ソーシャルサポートネットワーク、ソーシャルキャピタルとして、コミュニティにおける社会組織の特徴を数値化し、分析に用いている。このような形で、地域住民の互助意識を評価することは重要である。具体的にはボランティアへの参加状況やソーシャルサポートネットワークなどで測定されることが多い(詳細は内閣府経済総合研究所(2005)の報告書などを参照されたい)。

評価領域7：利用者意識

対象となるステークホルダー：地域住民

- ◆ 在宅医療に関する正しい理解・認識(量)
- ◆ 在宅医療に対する肯定的な受け止め方(量)
- ◆ 在宅医療に対する否定的な受け止め方(量)
- ◆ 本人・家族が自らの意志で在宅医療を始めた件数(量)

- ◆ 在宅医療に関する理解・認識
- ◆ 在宅医療に対する肯定的な受け止め方
- ◆ 在宅医療に対する否定的な受け止め方
 - アンケート結果より、在宅医療に対する正しい認知がなされているほど、また在宅介護は可能だと考えている人ほど、そして在宅療養に期待感を強く抱いているほど、在宅療養・在

宅介護を希望していた。他方で、在宅介護に不安を感じている人ほど、特に精神的な負担を不安に感じている人ほど、在宅療養・在宅介護を希望しない傾向が見られた。

◆ 本人・家族がきっかけで在宅医療を始めた数

H23 栃木県調査では、診療所に対して「訪問診療のきっかけ」として、病院・診療所など、複数の候補を提示し、当てはまるもの全てにチェックをつける項目があった。その中で、本人・家族からの項目にチェックがついていた診療所ほど、在宅看取り数が多くなっていた ($t(324)=-2.483, p=.014$)。よって、本人・家族の間に在宅医療に対する覚悟を持っている人がどれだけ多いかを把握する上で、診療所に対して訪問診療のきっかけとなった件数という観点から尋ねることは有効であると考えられる。

3-4. 今後の成果の活用・展開に向けた状況

地域診断は、様々な定義がなされている。例えば、日本公衆衛生協会(2012)の報告の中では、「受け持つ地域(市町村・管内)で、その地域で生活を営む人々、自然環境、社会的環境、年齢構成、伝統・風土などをよく観察し、集団としてとらえて、健康の切り口から有効な対策を見出すプロセスである」としている。水嶋(2006)は、対象となる地域のきめ細かい観察や既存の保健衛生統計を通して、地域ごとの問題、特徴を把握することを地域診断と呼んでいる。いずれも地域を学際的・多角的な観点から把握しながら、政策作成や公衆衛生学的手法を展開する上で必要なものとして捉えている。

この地域診断の基本的なプロセスとして、地域の実情・ニーズを把握し、実情に応じて不足しているサービス・施策等を捉え、効率的・効果的な政策・行政運営につなげるといった形が取られるべきである(長寿社会開発センター, 2010)。しかし、多くの場合、地域の実情・ニーズの把握に留まり、どのような資源が必要であり、その地域に不足しているかについて、客観的な根拠に基づいた検証を実施していない。例えば、全国国民健康保険診療施設協議会(2013)の中で複数の住民参加型の取り組み事例が取り上げられているが、課題の抽出・考察が主となり、地域課題のみから政策・提案につなげる傾向があると受け止められる。彩北ネットワーク 10(2007)による「地域でのケアシステム構築に向けた指標作成」では、多くの地域ケア指標として具体的な項目が、ニーズだけではなく、社会資源や具体的な活動内容から取り上げられている。例えば、医師会の項目に関しては、「医師会・行政が連携して 在宅医療の研修を実施する」「会員対象に在宅医療に関する相談・支援機構を設定する」「介護・福祉団体と住民団体等との恒常的連携を確立」など、計 8 項目が取り上げられている。このような形で様々なステークホルダーに対して、評価すべき項目が抽出されている。しかし、根拠としてヒアリングによる質的データに重きを置いており、かつ、内容も多岐にわたるため、地域づくりの初期段階としては、ハードルが高い内容になっている。

また、地域診断を実施する余力の問題は深刻である。先にあげた日本公衆衛生協会(2012)の全国市町村を対象とした調査では、地域の現状把握に必要な情報に関して、多くの市町村で収集していると回答している。その一方で、地区間比較を実施している市区町村はほとんどの項目で 10%に達していなかった。背景要因にまで踏み込んだ分析はほぼなされていないものと推察できる。地域診断の実施状況に関しても、「行っている」と回答している市町村は半数にも満たず、特定課題に関心を絞った地域診断(1~2年以内)で見ると、生活習慣病対策では 50%を越えるものの、他の項目では 50%を下回り、高齢者対策に至っては 36%程度の市町村しか行っていない。地域診断を実施していない理由をみると、データ分析を行う時間を確保するのが困難(81.7%)、地区を訪問する時間を確保するのが困難(50.4%)と、多くの場合、時間的問題から地域診断を断念

していた。地域診断の必要性を実感している市町村が多くあるものの、時間・マンパワーの問題が障害となり、地域診断まで手が回っていない現状が指摘されている。

本プロジェクトで作成した在宅医療普及推進に特化した地域診断標準ツールは、この2つの課題に対応できるものである。まず、本ツールは、地域の実情として在宅看取り率に焦点を当て、さらにその実情と関連する地域の強み・弱みも明らかとした上で、地域を捉えようとするものである。この点で従来のニーズ調査以上に具体的な政策の方向性を明らかにすることができ、詳細な地域調査や、政策立案の端緒を開くことにつながるものといえる。さらに、基本版ツールとして、現時点で容易に入手可能なデータをもとに、地域の概要を把握するようにしている。これは現場での初期段階の労力を少しでも省き、具体的かつ有効な介入へとスムーズに移行することを可能にするだろう。総じて、地域診断は先にあげた通り、最終的に政策作成や実際の公衆衛生活動など、具体的な成果物につながって初めてその役目を果たす。本プロジェクトで開発した「在宅医療を推進する地域診断標準ツール」を活用することで、地域を知る端緒となり、具体的な活動につなげ、地域に看取りの文化を再構築する手立てとなるものと考えられる。

ただし、課題も多い。まず、基本版ツールはあくまで概要を把握するものであり、具体的な介入に向けて、詳細な地域診断が必要になる。基本版ツールから得られた地域像を詳細な地域診断の内容に役立てることは可能であるが、基本版ツールのみで介入策を決定することには限界がある。全国国民保険診療施設協議会(2013)が取り上げているような住民参加型地域診断のように、多大な労力を要する大規模な地域診断はやはり重要である。必要に応じて、人的・財政的・時間的な労力を惜しまず、地域を知ることは長期的に見て大きな意義を持つことは明らかである。その意味で、全国国民保険診療施設協議会(2013)における数々の具体的な事例は、地域をも巻き込んだ活動が多く、そこから得られるものは多い。しかしながら、労力を要する分、慎重な計画作成が求められる。本地域診断標準ツールの基本版ツールは、その初期段階における計画作成を進める上で、ひとつの大きな根拠になるものと考えられる。さらに基本版ツールを補足する形で、発展版ツールを開発した。発展版ツールでは、彩北ネットワーク10(2007)が提示している地域ケア指標のように、具体的な項目にまで言及している。有意義な地域診断には、方向性を決める指針と、長期的視点を持った細やかな計画実行の両者が必要不可欠である。

さらに、本ツールにおける評価項目は、在宅医療の推進状況によって、当然変わりうる。本ツールの作成に当たっては、在宅医療普及推進の初期段階として在宅看取り率のみに焦点を当てている。しかしながら、在宅医療普及推進の操作的定義でも触れたとおり、利用者のQOLや満足度、症状の改善、介護者負担の軽減といった観点からも評価する必要がある。これらの観点は在宅医療が各地に根づくほど、重要性が増す。戦前の在宅看取り率をそのまま再現しただけでは、現代の医療・介護ニーズを十分に満たすことはできず、安心して在宅療養を選択できる環境づくりを目標とする必要がある。最終的な目標はあくまで当事者の終末期におけるQOLの向上であり、在宅医療普及推進の段階に合わせて、在宅医療普及推進を評価する指標と、それに見合った評価項目の再検討が必要である。地域の歩みとともに内容を更新させることが欠かせない点は、どの地域診断にも通ずる。

また、本ツールの検討過程で、社会経済的な側面からのアプローチは含まれていない。これは、本ツールの目的が在宅医療普及推進を促進させることであり、介入可能な項目に重点を当てたためである。しかし、倉田・明石(1978)や伊木ら(1990)に見られる様に、個人所得や第二次産業割合などの社会経済学的要因も重要である。地域特性を踏まえた計画を練る際には、注意を払う必要がある。

最後に、従来の地域診断と異なり、本ツールが採用した学際的・多角的視点の導入は、統計学的手法を根拠としており、高齢者ケアの課題を抱える国々においても、応用を模索できると考えている。

現在、世界的にも、尊厳ある死、エンドオブライフケア、QODといった様々な形で、終末期

の生き方への関心が向けられている。例えば、Economist Intelligence Unit の報告書(EIU, 2010)では QOD に着目し、QOD と関連を示すと想定される項目を取り上げ、国際比較をしている。また、米国における”a good death”も、家で、家族に囲まれ、痛みもなく亡くなっていくことだという(Singer, Martin, & Kelner, 1999)。National Center for Health Statistics(2010)による報告では、2007年の時点で自宅死は25.4%、ナーシングホームとその他を合わせると42.1%と、多くは生活の場で亡くなることができている。猪飼(2010)は従来の医療システムを3類型に分けているが、健康概念・障害分類の医学モデルから生活モデルへのパラダイムシフトによって、いずれの類型も健康戦略を担う中核システムから生活支援の中のサブシステムへの転換を余儀なくされると指摘している。欧州や米国では、このパラダイムシフトに早くから対応し、生活モデルに基づく、新たな医療システムの確立が進展を見せている。しかしながら、EIU(2010)の報告書の中では、技術・スキルの向上によって、更に在宅死の実現可能性が高まることが期待されていることが読み取れる。

他方、これから高齢化が急速に進み、終末期の問題に直面すると予想される東洋では、医療に対する過剰な期待が見られ、実情に見合ったヘルスケアシステムの再構築が必要になると予測される。例えば、日本と同様に高齢化が予測される中国や韓国では、早晚、病院完結型の医療の限界が露見する可能性がある。

以上のように国際的に良質な終末期の在り方への関心が高まる中で、新たな進展を目指す地域、これから課題に直面する地域と様々であれ、例外なく生活モデルに基づいた在宅医療に対する期待は高まるものと推測される。欧州や米国でも、継続して同様の医療に関するパラダイムシフトが求められているといえる。生活の場での死亡率は高水準である米国でも、Singer et al (1999)によれば、多くの場合、”a good death”を迎えていないという。例えば終末期の疼痛管理が充分になされていない背景に、公共政策の欠如があることを指摘する報告もある(Imhof, S. L., & Kaskie, B., 2008)。また、Dose, M. A., Rhudy, L. M., Holland, D. E., & Olson, M. E.(2011)では、在宅ホスピスケア移行時における患者・家族は、ホスピスケアに関する不十分な理解や過度な期待を示すことが多く、この移行時の問題に配慮した支援の必要性を説いている。このように、米国でも、a good death を迎えるために、公共政策を取り仕切る行政や、利用者の意識といった観点からも、地域を診断する必要がある。その中で、本ツールで採用した学際的で、多角的な視点を導入することは重要であると考えられる。

在宅医療を望めば、いつでも、どこでも、誰でも、良質な医療が生活の場で享受できる環境づくり、社会構造の整備に向けて、地域診断が必要であると考えられる。新たな看取りの文化の醸成が求められているともいえよう。

3-5. プロジェクトを終了して

地域診断標準ツールに関しては、ひとたび完成すれば、活用しながらブラッシュアップし、さらに完成度を高める作業を必要とする。ただし、ツールの発展性に関する課題として、必要とするデータに省庁管理データが含まれており、活用にあたり、条件として国からの助成研究であることが課せられており、何らかの手段を講じる必要がある。

さらに今後の活動として、市民に在宅医療の本質を伝えるための啓発活動と同時に、市民の地域ケア活動への参加を促す必要があると痛感している。そして、市民有志によって構成される在宅ケアや地域包括ケアシステム作りの勉強会、市民フォーラム開催への協力、開催にあたる助言も継続していきたいと考えている。関連して、情報発信源として、メディアや、基礎自治体の役割が重要であることも再確認できた。特に地方メディアに関してはその地域における影響力・伝

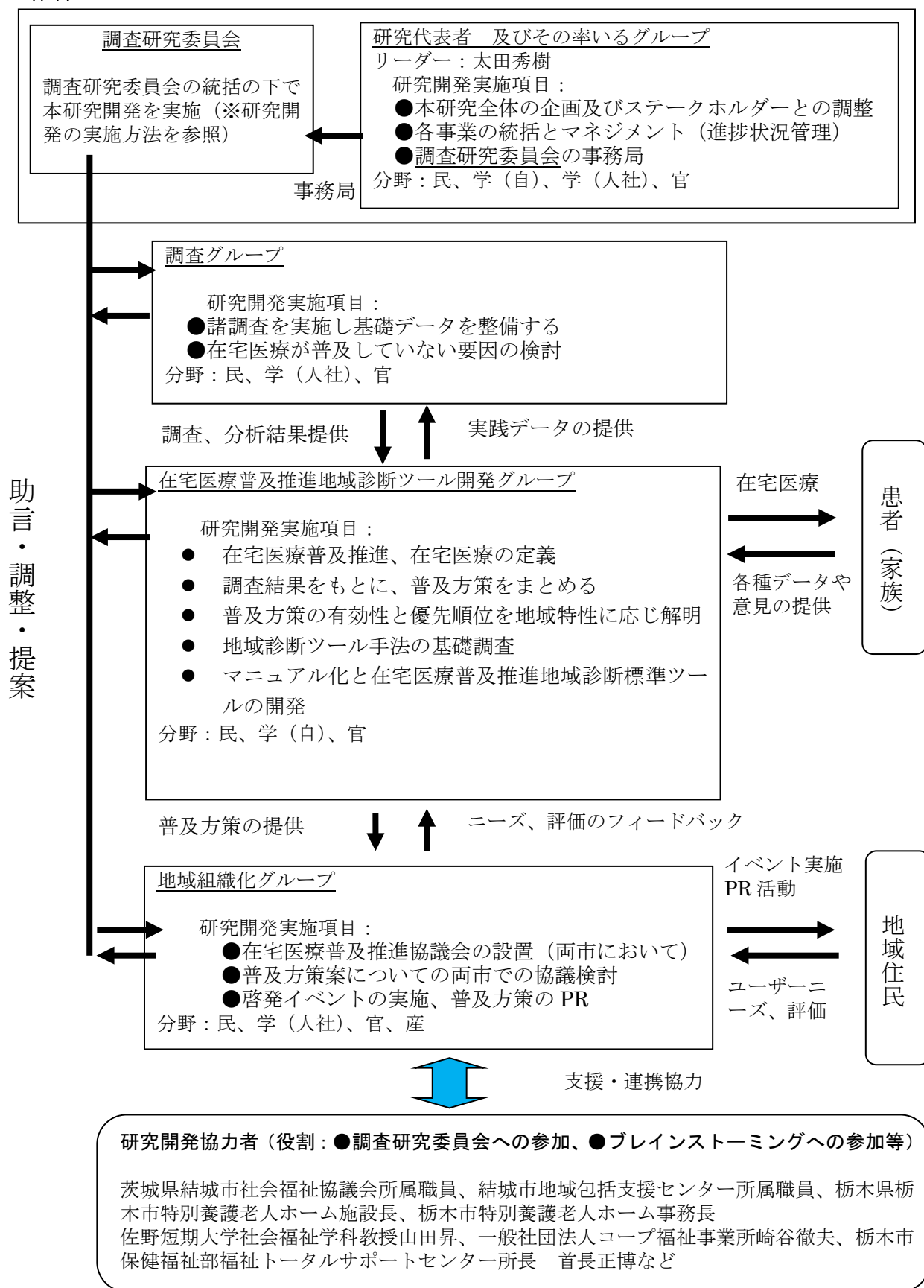
搬力は貴重であり、下野新聞社の「終章へ生きる」の連載による地域住民への啓発は大きな意義を持っているものと考えられる。また、基礎自治体による市民フォーラムに関する広報活動は、市民参加を促進していた。このような広報媒体の活用が今後の市民への普及啓発活動において、重要になってくるものと考えられる。

実施の介入活動の実践という点で、複数の異なる基礎自治体を取り上げ、比較検討を行いながら、地域特有の課題にも目を向けて活動してきた。支える力を持ったコミュニティづくり、地域包括ケアシステムの構築のためには、産(企業・私業)である医療・介護に関わる多職種はもちろん、公益性の高い多彩な活動を行える行政の参加は必須であると考えられる。RISTEX 事業だけではなく、在宅医療連携拠点事業でも、都道府県や市区町村の関与は重要であった。とりわけ地域連携を強化する上で医療・介護のネットワーク構築の公の牽引役となり、市民への啓発活動においても、産民学にはない中立性と公益性を兼ねた強みを十分に発揮する。このようなマルチステークホルダーをいかに束ね、ひとつにまとめるかが重要なが、難しい点であると感じた。ネットワークを構築するとは、もはや地域を作ることと同義であり、一朝一夕でできるものではない。たとえ出来あがったものでさえ対応を誤れば、いつ崩れ落ちてもおかしくない。さらに地域におけるネットワーキングは公益性が高く、言語化が難しい。この点は、常に意識すべき大きな課題であると認識している。そして、このようなネットワーキング活動は、民間のみで継続することは困難であろう。

基礎自治体における地域包括ケアシステム構築に的を絞ると、地域包括ケアシステム構築に向けた各地域活動では基礎自治体ごとに整備状況に格差があり、地域の現状に応じた構築のあり方を模索してゆく必要があると考えている。例えば、ある基礎自治体に対しては、地域包括支援センターのあり方が課題に上がっており、センターの現状と求められる役割・機能を明確化し、地域ケア研究会が推奨している地域包括ケアシステム・地域ケア会議におけるセンターの立ち位置をはっきりさせていけるよう働きかけを継続する予定である。今後、基礎自治体のタスクとして継続していく必要があるため、基礎自治体が参入しやすくなるよう、運営のプロトコルや基礎自治体・地域包括支援センターの役割などを明確な形に残すことで将来につながるはずだが、そこまで踏み込めなかった。

4. 研究開発実施の具体的内容

4-1. 体制



4-2. 研究開発実施者

①研究グループ名 研究代表者、及びその率いるグループ

氏名	所属	役職	担当する研究開発実施項目	参加時期
太田 秀樹	医療法人アスムス	理事長(医師)	プロジェクト統括	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月
長島 晃司	医療法人アスムス	コミュニティケア研究所所長	プロジェクト統括補佐	平成 23 年 4 月～ 平成 25 年 9 月
長島 洋介	医療法人アスムス	特任研究員	プロジェクト統括補佐	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月
森山 貴志	街かどクリニック・世田谷	院長(医師)	調査研究 G 統括	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月
飛田 清毅	アスムス老人保健施設生きいき倶楽部	施設長(医師)	調査研究統括補佐	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月
富山 宗徳	いきいき診療所(在宅療養支援診療所)	院長(医師)	地域診断ツール開発 G 統括	平成 22 年 10 月 ～平成 23 年 3 月
大澤 光司	(株)メディカルグリーン	代表取締役	地域診断標準ツール調査・開発研究統括	平成 23 年 4 月～ 平成 25 年 9 月
荒井 康之	いきいき診療所(在宅療養支援診療所)	院長(医師・ケアマネ)	地域診断標準ツール調査・開発研究統括補佐	平成 23 年 4 月～ 平成 25 年 9 月
中島 幸子	オリーブ訪問看護ステーション	所長(看護師・ケアマネ)	住民組織化 G 統括	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月
小園江 一代	わくわく訪問看護ステーション	所長(看護師)	プロジェクト統括補佐	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月

②研究グループ名 在宅医療普及推進地域診断標準ツールの調査・開発グループ

氏名	所属	役職	担当する研究開発実施項目	参加時期
富山 宗徳	いきいき診療所(在宅療養支援診療所)	院長(医師・ケアマネ)	地域診断標準ツール開発統括	平成 22 年 10 月 ～平成 23 年 3 月
福地 将彦	医療法人アスムス	医師・ケアマネ	統括補佐	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月
大澤 光司	(株)メディカルグリーン	代表取締役	地域診断標準ツール調査・開発研究統括	平成 23 年 4 月～ 平成 25 年 9 月
荒井 康之	いきいき診療所(在宅療養支援診療所)	院長(医師・ケアマネ)	地域診断標準ツール調査・開発研究統括補佐	平成 23 年 4 月～ 平成 25 年 9 月
森山 貴志	街かどクリニック・世田谷	院長(医師)	調査研究統括	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月
飛田 清毅	アスムス老人保健施設生きいき倶楽部	施設長(医師)	調査研究統括補佐	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月
長島 洋介	医療法人アスムス	特任研究員	地域診断標準ツール開発	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月

氏名	所属	役職	担当する研究開発実施項目	参加時期
岩本 佳代子	医療法人アスムス	特任研究員	地域診断標準ツール開発	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月
太田 秀樹	医療法人アスムス	理事長(医師)	地域診断標準ツール開発	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月
小園江 一代	わくわく訪問看護ステーション	所長(看護師)	地域診断標準ツール開発	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月
三木 次郎	三木歯科医院	院長(歯科医院・ケアマネ)	地域診断標準ツール開発	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月
石川 澄江	生きいきケアセンター(訪問介護)	所長(介護福祉士)	地域診断標準ツール開発	平成 22 年 10 月 ～平成 23 年 3 月
大島 浩子	国立長寿医療研究センター	特任研究員	調査・データ収集、及び分析・検討	平成 23 年 4 月～ 平成 25 年 9 月
毛塚 栄子	医療法人アスムス	管理栄養士	調査・データ収集、及び分析・検討	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月
中村 路子	医療法人アスムス	理学療法士	調査・データ収集、及び分析・検討	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月
菅野 真由美	居宅介護支援事業所	所長(看護師・ケアマネ)	調査・データ収集、及び分析・検討	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月

③研究グループ 地域組織化グループ

氏名	所属	役職	担当する研究開発実施項目	参加時期
中島 幸子	オリーブ訪問看護ステーション	所長(看護師・ケアマネ)	地域組織化統括	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月
渡辺 美奈代	NPO 法人エプロン/グループ	所長(准看護師)	地域組織化統括補佐 及びイベント統括	平成 22 年 10 月 ～平成 23 年 3 月
岩本 佳代子	医療法人アスムス	特任研究員	地域組織化推進	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月
小園江 一代	わくわく訪問看護ステーション	所長(看護師)	地域組織化推進	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月
石川 澄江	生きいきケアセンター(訪問介護)	所長(介護福祉士)	地域組織化推進	平成 22 年 10 月 ～平成 23 年 3 月
菅野 真由美	居宅介護支援事業所	所長(看護師・ケアマネ)	地域組織化推進	平成 22 年 10 月 ～平成 25 年 9 月

4-3. 研究開発の協力者・関与者

① 研究代表者、及びその率いるグループ

氏名	所属・協力団体名	役職	協力の内容
首長 正博	結城市社会福祉協議会	所長	PJ 推進に関する各種協力(データ収集、住民の組織化、イベントの実施等)
	結城市地域包括支援センター		同上
崎谷 徹夫	栃木市特別養護老人ホーム	所長	同上
	一般社団法人コープ福祉事業所		同上
	栃木市保健福祉部福祉トータルサポートセンター		同上
	栃木市保健福祉部福祉トータルサポートセンター		同上
崎谷 徹夫	一般社団法人コープ福祉事業所	所長	同上

② 在宅医療普及推進地域診断標準ツールの調査・開発グループ

氏名	所属・協力団体名	役職	協力の内容
金山 明男	明治大学法学部	教授	調査研究指導
田城 孝雄	順天堂大学	教授	同上
崎谷 徹夫	一般社団法人コープ福祉事業所	所長	在宅医療普及推進方策開発指導
梶井 英治	自治医科大学地域医療学	教授	在宅医療普及推進方策開発指導 地域診断標準ツール開発指導
吉江 悟	東京大学高齢社会研究機構	特任研究員	同上
後藤 純	東京大学高齢社会研究機構	特任研究員	同上
鈴木 隆雄	国立長寿医療研究センター	研究所長	統計分析指導
山田 昇	佐野短期大学社会福祉学科	教授	人文社会科学の観点から、調査研究への指導
	結城市社会福祉協議会		データの提供等調査への協力
	結城市地域包括支援センター		同上
	栃木市特別養護老人ホーム		同上
	一般社団法人コープ福祉事業所		同上
	栃木市保健福祉部福祉トータルサポートセンター		同上
	サポートセンター		同上

③ 地域組織化グループ

氏名	所属・協力団体名	役職	協力の内容
首長 正博	栃木市保健福祉部福祉トータルサポートセンター	所長	イベントの実施、普及等に協力
	蔵の町コミュニティ・ケア研究会		同上
	結城市社会福祉協議会		同上
	結城市地域包括支援センター		同上
	栃木市特別養護老人ホーム		同上
	一般社団法人コープ福祉事業所		同上
	栃木市保健福祉部福祉トータルサポートセンター		同上

5. 成果の発信やアウトリーチ活動など

5-1. 社会に向けた情報発信状況、アウトリーチ活動

- ホームページ作成

コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン：在宅医療を推進する地域診断標準ツールの開発

<http://www.oota-ristex.jp/> / 平成 23 年 1 月

- 法人内ホームページ

医療法人アスミス コミュニティー・ケア研究所

<http://www5.ocn.ne.jp/~kiboukai/komyu.html> / 平成 22 年 11 月

- RISTEX 事業報告書「未来をつむぐ医療と福祉とまちづくり」平成 24 年 4 月

- RISTEX 事業報告書「在宅医療を推進する地域診断標準ツールの開発」平成 25 年 4 月

5-2. 論文発表

国内誌 0 件 国際誌 0 件

5-3. 口頭発表

招待講演

- ① 太田秀樹 「終わりよければすべてよし」太田秀樹と語り合う

第 19 回 日本ホスピス・在宅ケア研究会 沖縄大会

2011 年 7 月 17 日 沖縄コンベンションセンター

- ② 太田秀樹 「在宅チーム医療の新たな展開」

第 15 回 茨城県総合リハビリテーションケア学会 学術集会

2011 年 12 月 10 日 つくば国際会議場

- ③ 太田秀樹 「再び問う 老いのケア『在宅医療を推進する地域診断標準ツールについて』」

第 4 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会

2013 年 5 月 18 日 仙台国際センター

5-4. 新聞報道・投稿・受賞等

- ① 毎日新聞(栃木版) 2010 年 9 月 17 日

「在宅医療研究：科技機構プロジェクトの小山も太田さんら、3 年で実現目指す」

- ② 下野新聞 2011 年 2 月 1 日

「迫り来る超高齢化社会 『地域力』診断し在宅医療普及推進へ」

- ③ 下野新聞 2011 年 2 月 19 日

「地域が支える在宅ケアに一自治医大でネット栃木 家族ら 500 人集いシンポジウム」

- ④ 茨城新聞 2011 年 3 月 1 日

「在宅介護の事例紹介 結城市民フォーラムに 600 人」

- ⑤ 下野新聞 2011 年 8 月 26 日

「県医師会が推進委設立 課題や在り方探る地域に合った在宅医療を」

- ⑥ 寺門興隆 KOHZANSHA 2011 年 9 月号

「在宅の看取りを学ぶ」

- ⑦ 訪問看護と介護 医学書院 2012 年 1 月号

「『病院の世紀』から『地域包括ケア』の時代へ 新春対談 太田秀樹×猪飼修平」

- ⑧ コミュニティケア 日本看護協会出版 2012 年 1 月号

「『地域』をエンパワーメントする看護職の力」

- ⑨ 下野新聞 2012年2月12日
「在宅ケアで医療再生を 下野でシンポジウム」
- ⑩ 下野新聞 2012年2月17日
「療養支える地域に 住民は『お客様』脱却を」
- ⑪ 下野新聞 2012年3月5日
「老衰と延命 医療介入問う 石飛医師講演 栃木で市民フォーラム」
- ⑫ 看護 日本看護協会出版 2012年3月臨時増刊号
「これからのチーム医療と看護 地域の在宅医の立場から」

5-5. 特許出願

- ①国内出願 (0件)
- ②海外出願 (0件)

引用文献

- 南彼南雄(2005) 高齢者の在宅医療の現状と学際的チームアプローチ. 日本在宅ケア学会誌, Vol.9(1), 10-13.
- 太田秀樹(2012) 地域包括ケアにおける在宅医療の役割. 高橋紘士編(2012) 地域包括ケアシステム, 6章
- 田城孝雄(2004) 高齢者の在宅医療—実践ガイド—. 勇美記念財団ホームページ
<http://zaitakuiryo-yuumizaidan.com/main/kaisetsu6.html>
- 和田忠志(2004) 現代の在宅医療. 勇美記念財団ホームページ
<http://zaitakuiryo-yuumizaidan.com/main/kaisetsu9.html>
- 武林亨(2011) 厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 在宅療養支援の実態把握と機能分化に関する研究、第5回医療計画の見直し等に関する検討会—在宅医療について 資料4
- 太田秀樹(2000)在宅医療の依頼があった時. 日本医事新報 No.3964,
「家族の介護力」が継続群と中止群で差。
- 川島孝一郎(2009) 実例に沿った在宅医療と展開のための基礎知識. 難病と在宅ケア, vol15, no.3, 16-20.
- Temel, J. S. et al(2010) Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. The New England Journal of Medicine, vol.363, 733-742.
- 山崎章郎・二ノ坂保喜(2012) 病院で死ぬのはもったいない<いのち>を受けとめる新しい街へ, p90, 春秋社.
- 松本啓俊・竹宮健司(2010) ホスピス・緩和ケアのための環境デザイン, 鹿島出版社.
- 内閣府(2008) 平成 19 年度高齢者の健康に関する意識調査結果
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/kenkyu.html>
- 内閣府(2013) 平成 24 年度高齢者の健康に関する意識調査結果(概要版)
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyou/index.html>
- 山口昇(2012) 2章 地域包括ケアのスタートと展開、高橋紘士(編) 地域包括ケアシステム, オーム社
- 大出春江(2012) 家庭看護書からみるターミナルケア、大出春江編(2012) 看取りの文化とケアの社会学, 第1章, 梓出版社
- 宇都宮宏子(2011) これからの退院支援・退院調整—これからのジェネラリストがつなぐ外来・病棟・地域、日本看護協会出版
- 伊藤郁乃・佐藤広之・濱田康平・新藤直子(2011) リハビリテーション後の転帰と在院日数に影響を与える社会的要因の検討、リハビリテーション医学、Vol.48、No.8、561-565.
- 中山直子・星且二・久保美紀(2011) 在宅死を可能にする地域医療・在宅ケアシステムの関連要因と構造分析. 2009(平成 21)年度在宅医療助成報告書
- 泉田信行(2012) 居宅介護サービスの充実と在宅死亡割合の関係. IPSS Discussion Paper Series, 国立社会保障・人口問題研究所
- 財団法人日本公衆衛生協会(2012) 平成 23 年度「市町村保健活動調査」「市町村保健センター及び類似施設調査」調査結果報告書
- 水嶋春朔(2006) 地域診断のすすめ方—根拠に基づく生活習慣病対策と評価—, 医学書院
- 財団法人長寿社会開発センター(2010) 地域包括ケア推進のための地域診断に関する調査等事業報告書, 全国担当者等会議(ニーズ調査モデル事業)における資料 2
- 公益社団法人全国国民保険診療施設協議会(2013) 実践につながる住民参加型地域診断の手引き—地域包括ケアシステムの推進に向けて version2—

- 彩北ネットワーク 10(2007) 地域でのケアシステム構築に向けた指標作成. 財団法人在宅医療助成勇美記念財団 2005 年助成事業 「利用者が作る在宅ケアシステム」調査研究事業完了報告書
- 倉田正一・明石敏雄(1978) 医療の地域特性に関する研究 医療施設内死亡について. 病院管理, Vol.15(4), 5-10.
- 伊木雅之・福井正康・緒方昭・梶田悦子・高山成子・山崎紀美・大井田隆・矢島鉄也 (1990) 都道府県別資料からみた施設内死亡の増大に影響する社会経済的要因. 病院管理, Vol.27(2), 5-14.
- Wright, A. A., Keating, N. L., Balboni, T. A., Matulonis, U. A., Block, S. D., & Prigerson. H. G. (2010) Place of Death: Correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *Journal of Clinical Oncology*, 28(29), 4457-4464.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2988637/>
- 塩月弥栄子(1991) 新 冠婚葬祭入門 いざというとき恥をかかないために. 光文社
- 和田忠志・苛原実・藤井博之・山中崇・小野沢滋・平原佐斗司(2005) 在宅末期がん診療における麻薬使用率の検討. 在宅医療助成勇美記念財団 助成研究報告書
- Frey, B. S. (2011) Happy people live longer. *SCIENCE*, Vol.331, 542-543.
- Diener, Ed and Chan, Micaela Y. (2010) Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, Forthcoming. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1701957>
- Layard, R. (2005) Happiness. Lessons from a new Science. Penguin, London.
- Danner, D. D., Snowdon, D. A., & Friesen, W. V. (2001) Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 80(5), 804-813.
- 終末期医療のあり方に関する懇談会 (2010) 終末期医療の在り方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/07.pdf>
- 仁木立(2013) 21 世紀初頭の都道府県・大都市の「自宅死亡割合」の推移—今後の「自宅死亡割合」の変化を予測するための基礎作業—. 文化連情報, No.419, 16-27.
- 秋山明子・沼田久美子・三上洋(2007) 在宅医療専門機関における在宅での高齢者の看取りを実現する要因に関する研究：療養者の遺族を対象とした調査による検討. *日本老年医学会雑誌*, Vol.44(6), 740-746.
- 新開省二・藤原佳典・天野秀紀・熊谷修・吉田裕人・渡辺直紀(2004) 縦断研究による高齢者の disablement process の解明—(4) 在宅自立高齢者が介護保険申請に至る予知因子—. 平成 16 年度日本動脈硬化予防研究基金 研究報告集, 52-54.
- World Health Organization (1998) Executive Board 101st Session, Resolutions and Decisions, EB101.1998/REC/1, p.52-53
- 終末期医療のあり方に関する懇談会(2010)が報告している終末期医療に関する調査(2008)
- 厚生省(1986) 高齢者対策企画推進部報告
- 武久洋三 (2011) 「2025 年に向けての良質な慢性期医療の確立」. 日本慢性期医療協会
- 広井良典 (2009) コミュニティを問いなおす—つながり・都市・日本社会の未来—. ちくま新書
- 地域包括ケア研究会(2010) 地域包括ケア研究会 報告書. 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング

- 地域包括ケア研究会(2013) 持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書 「<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」. 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング
- 栃木県保健福祉部保健福祉課(2012) 平成 23 年度栃木県在宅医療実態調査.
<http://www.pref.tochigi.lg.jp/e01/zaitakuiryou.html>
- Lynn, J.(2001) Serving patients who may die soon and their families: The role of hospice and other services. *The Journal of the American Medical Association*, 285(7), 925-932.
- 森田達也・宮下光令・井上芙蓉子・佐藤一樹・五十嵐歩・五十嵐美幸・山口拓洋・橋本修二(2012) 遺族調査に基づく自宅死亡を希望していると推定されるがん患者数. *Palliative Care Research*, 7(2), 403-407.
- Imhof, S., & Kaskie, B. (2008) Promoting a “Good Death”: Determinants of Pain-Management Policies in the United States. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33(5), 907-941.
- Singer, P. A., & Martin, D. K. (1999) Quality End-of-Life Care: Patients’ Perspectives. *Journal of the American Medical Association*, 281, 163-168.
- 寺岡英美・川島正充・鈴木健一・岡田唯男・大川薫・小野沢滋 (2013) 介護者・介護者家族の在宅看取り経験が、死生観・自己決定に与える影響の分析. 公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団 2011 年度(後期)一般公募在宅医療助成完了報告書.
- 猪飼修平 (2010) 第 1 章 病院の世紀の理論. 「病院の世紀の理論」, 15-54, 有斐閣
- 猪飼修平 (2010) 第 6 章 病院の世紀の終焉. 「病院の世紀の理論」, 205-232, 有斐閣.
- Dose, A. M., Rhudy, L. M., Holland, D. E., & Olson, M. E. (2011) The Experience of Transition From Hospital to Home Hospice. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 13(6), 394-402.
- 栗田明・品川直介・小谷栄太郎・高瀬凡平・草間芳樹・新博次(2010) 特別養護老人ホームにおける超高齢社会の看取りケア—殊に急性期病院における入院症例との比較について—. *日本老年医学会雑誌*, 47(1), 63-69.
- 平野美理香・萩原美砂子・塚本安令・山際清貴・守口恭子・飯島節(2011) 特別養護老人ホームにおける看取りに関する研究—施設内で最期を迎えた入居者の特徴と終末期の意思確認の現状—. *日本老年医学会雑誌*, 48(5), 509-515.
- 小川公啓・前畑幸彦・浅野哲一・杉山壮・櫻井博文・参木保至・勝沼英字・高橋優(1997) 慢性疾患を有する高齢者の生命予後因子の検討. *日本老年医学会雑誌*, 34(6), 492-498.
- Maier, H., & Smith, J. (1999) Psychological predictors of mortality in old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, 44-54.
- 岩佐一・河合千恵子・権藤恭之・稲垣弘樹・鈴木隆雄(2005) 都市部在宅中高年者における 7 年間の生命予後に及ぼす主観的幸福感の影響. *日本老年医学会雑誌*, 42(6), 677-683.
- National Center for Health Statistics(2010) *Health, United States, 2010: With special feature on death and dying*.
- 日野原重明(2012) I. 医療の概念えを変えるのは、これからの看護である. 日野原重明・川島みどり・石飛幸三(2012) 「看護の時代, 看護が変わる 医療が変わる」、日本看護協会出版会.
- 秋山美紀・武林亨・西内啓・石川善樹(2011) 在宅医療の提供体制と在宅看取りとの関連: 都道府県単位の解析. 第 70 回日本公衆衛生学会抄録
- 下野新聞編集局取材班(2013) 終章を生きる-2025 年超高齢社会, 下野新聞新書.
- 村上望・角谷慎一・杉村桂子・牧野奈々・棚田安子・前田一也・吉田貢一(2010) がん終末期における在宅での緩和ケアの意義と問題点. *日本臨床外科学会雑誌*, 71(1), 1-8.

Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Kim, D. (2007) *Social Capital and Health*. *Springer*. カワ
チ・スブラマニアン・キム編 (2008) ソーシャルキャピタルと健康. (藤澤由和・高尾総司・
濱野強翻訳), 日本評論社.