

在宅医療の土台を支える研究の推進を目指して

2. 千葉県における在宅医療の阻害要因に関する検討—立場や地域による多様な要因の抽出—

A survey of various hindrances to the promotion of home health care in Chiba prefecture

小林 一貴

要 約

在宅医療の阻害要因は、患者・家族と医療者、都市部と郡部、など立場や環境により異なる。我々は千葉県地域において（1）在宅退院支援を受けた千葉大学病院入院患者・家族に対する退院前後の不安要因についてのアンケートの解析、および（2）千葉県医師会員に対する在宅医療実態調査の地域別サブ解析を行った。患者・家族においては、退院時には全般に「やや不安」と感じているが、在宅療養・介護の経過とともに「やや満足」へと改善する傾向を認めた。また医師会員の回答からは、隣接する地区間でも阻害要因の状況が異なり、在宅診療従事率などに大きな差を生じていることが示唆された。在宅医療促進のためには、立場や地域の特性に応じた阻害要因への介入が必要と考えられる。

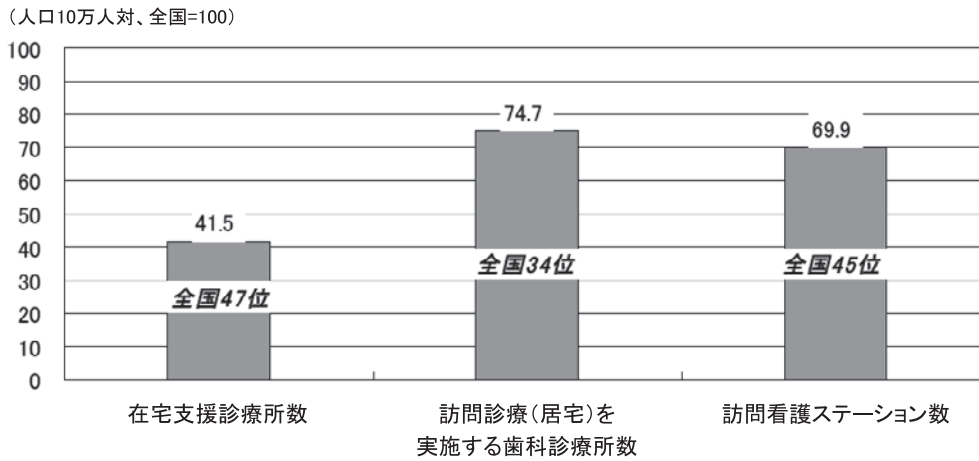
Key words 千葉県, 主観的阻害要因, 自宅等死亡診断率, 在宅診療従事率, 地域特性

(日老医誌 2016; 53: 25-31)

はじめに

高齢化率が急増する中、我が国においては在宅医療の必要性が高まっているが、種々の阻害要因のためその実施は十分に進んでいない。千葉県の高齢者人口は現在約134万人に達し（平成22年国勢調査）、今後30年間で都市部を中心に60万人以上の増加が見込まれており、全国でも有数の高齢人口を要する自治体となる¹⁾。最近の政府の報告でも、千葉県を含む首都圏では今後入院病床が不足すると推計されており²⁾、在宅医療のニーズもますます高まると考えられるが、一方で千葉県の在宅療養支援診療所などの各在宅医療資源数は対人口比で全国でも下位に位置しており（図1）、

今後の普及対策は喫緊の課題である³⁾。千葉県は、東京都に隣接し人口増加傾向にある都市部と、房総半島一帯の過疎化傾向にある郡部地域が同一県内に共存しており⁴⁾（図2）、各地域特性に伴い在宅医療をめぐる環境・社会背景や阻害要因も異なってくる。さらに患者・家族側と医療者側それぞれにおける因子も関与し、本県における在宅医療の阻害要因は多様となる。したがって、県内に在宅医療を過不足なく普及させるためには、それぞれの特性を理解し、適切な対策を講じることが必要と考えられる。本稿では、筆者らが行った千葉県の急性期病院退院患者・家族アンケート、ならびに千葉県医師会員に対する在宅医療調査をもとに行ったサブ解析の知見を概説し、立場や地域の違いに



厚生労働省;平成20年 医療施設調査、介護サービス施設・事業所調査
 総務省統計局;平成20年10月1日現在推計人口より算出

図1 千葉県の在宅医療資源の充足度
 千葉県ホームページより：引用 [3]

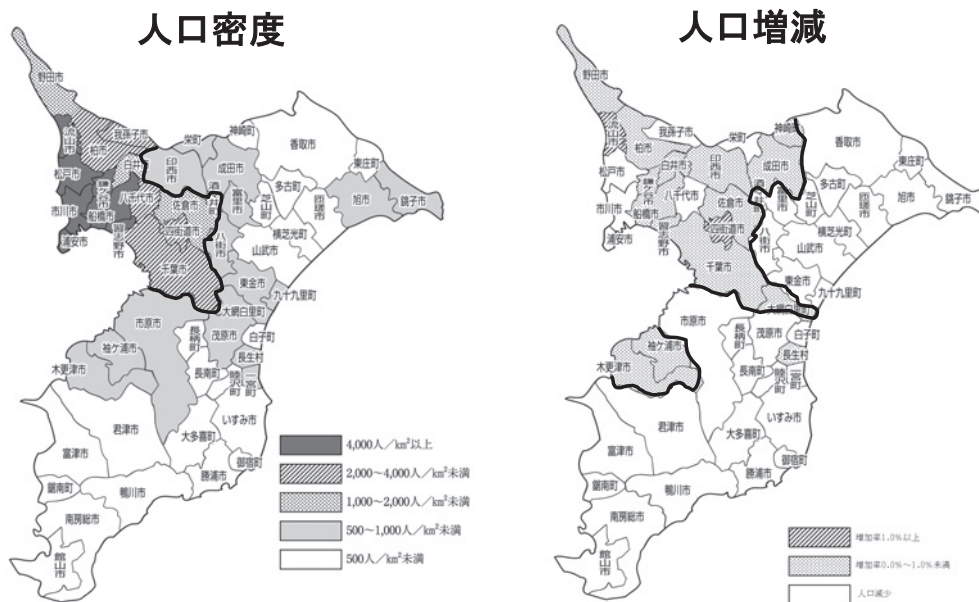


図2 千葉県の都市部と郡部地域の人口動態
 千葉県ホームページより：引用 [4]

よる在宅医療の様々な阻害要因とその対策について考察する。

急性期病院退院患者・家族に対する満足度アンケート解析

まず筆者らは、千葉市中心部の急性期高次機能病院である千葉大学医学部附属病院において、平成20年度から22年度に当院へ入院し、地域医療連携部の在

質問項目	n	退院時平均	現在平均	変化平均	Wilcoxon順位和P
経済負担	86	3.1	2.5	-0.58	0.0005
介護負担	85	3.6	2.6	-0.94	<0.0001
病状変化	83	3.8	2.7	-1.14	<0.0001
在宅診療	79	3.3	2.3	-0.92	<0.0001
介護サービス	80	2.9	2.3	-0.54	<0.0001
事前説明	85	3.4	2.4	-1	<0.0001
在宅全般	73	3.5	2.4	-1.07	<0.0001

図3 在宅退院支援患者における退院時と調査時の満足度比較
(平均介護期間 26.3 カ月 [n=83])

在宅退院支援を受けて退院した患者 531 例 (平均年齢 65.5 歳, 悪性腫瘍患者 51.0%) について, 最終的な退院先および背景因子を検討した. すると 375 例 (70.6%) が在宅退院となった一方, 44 例 (8.3%) が転院, 43 例 (8.1%) が死亡, 6 例 (1.1%) が施設入所となっていた. 在宅退院できなかつた群は, できた群と比較するとやや高齢であり, 悪性腫瘍, 脳・心血管系および呼吸器系疾患の割合が高く, 支援期間も約 2 倍長く要していた.

次に, 退院時および退院後しばらく経過した後の, 患者・家族の「不安や不満」を主観的な阻害要因として比較解析するため, 上記在宅退院患者のうち 40 歳以上の患者家庭 342 件に郵送アンケートを行った。「現在もしくは療養終了時」および振り返りによる「退院時」の満足度 (不安感・不満度) を, 対比的に 5 段階評価で回答する形式とした. 調査項目は「自宅で最後まで療養することは実現困難であるとする理由」についての全国アンケート調査⁵⁾の結果をもとに, ①経済的負担感, ②介護負担感, ③病状変化への不安, ④在宅医療状況への不安, ⑤介護サービス状況への不安, ⑥事前の説明への満足度, ⑦全体の満足度, の 7 項目とした。「最も満足」で 5 点満点とし, 各設問の平均点が「退院時」から「現在/療養・介護終了時」に至ってどのように変化しているかを算出した. アンケートの有効回答は 87 件 (25%), 回答者は家族が 65.5%, 患者本人が 18.4%, 不明が 16.1% であり, 平均介護期間は 26.3 カ月間であった (図 3). すると退院時の各項目はほとんどが 3 点台, すなわち全般的に「やや不

満・不安」を感じているが, その後の療養・介護期間を経たあとでは全て 2 点台, すなわち「やや満足・安心」に転じていた. 特に, 退院時の不安・不満傾向が最も強かったのは「病状変化への不安」(3.8) であったが, 同時に改善度も最も大きかった (-1.14). 一方「経済的負担感」については, 7 項目中で退院時には 6 位 (3.1) であったが現在/療養終了時には 3 位 (2.5) となり, 他項目と比べ改善度が乏しかった (-0.58). また「介護サービスへの不安」については, 唯一, 退院時より 3 未満 (2.9) すなわち「やや満足傾向」となっており, 現在/療養終了時も最小スコア (2.3) であった. さらに, 介護期間 3 年以上の長期介護群と, 主に末期癌の在宅看取り患者で構成されると思われる 1 年未満の短期介護群を比較すると, 現在/療養終了時のスコアは全般に長期介護群でやや高く (不安・不満傾向) となり, 改善度も弱くなる傾向を認めた.

在宅医療に関する医療者アンケートサブ解析

地域医療再生基金による事業の一環として, 平成 25 年に千葉県医師会が会員に対して行った 25 項目の「在宅医療にかかる実態調査」⁶⁾によると, 在宅診療医のかかりつけ患者に対する死亡診断書作成数 (地域人口で調整) は県東部で明らかに多く, 郡部地域では在宅診療医が患者の死亡まで把握する機会が多いことが示された. 中でも匝瑳市では, 上記のうち死亡場所が自宅等 (他家や介護施設) であるケースが突出して多く, 一方, 隣接する旭市では逆に病院等 (病院・有床診療所) 死亡が著しく多い, という興味深い結果となった. また県最南部の安房地区では自宅等死亡, 病院等死亡の両者とも多いという特徴を示していた (図 4).

そこで筆者らは, 千葉県地域における医療従事者側の在宅医療阻害要因および地域間の特性の違いについて検討するため, 千葉県医師会との共同研究として同調査のサブ解析を行った. 在宅医療の阻害要因に関わる 4 つの設問 (文中 A~D) の回答について, 人口密度 2,000 人/平方 km 以上となる千葉市以西 12 地区 (都市部) の平均値を算出し, 主解析にてそれぞれ特徴的な在宅医療状況を示した県東部 (郡部地域) の 3

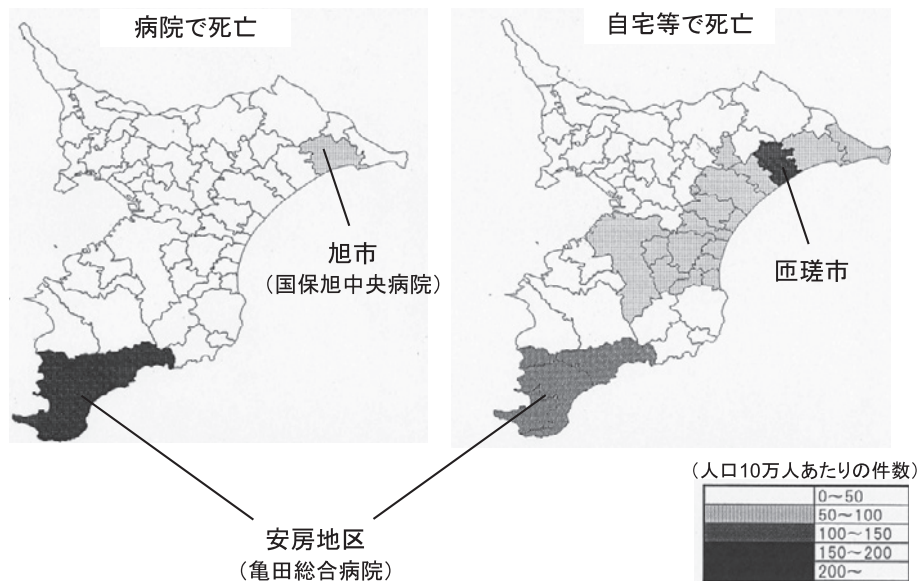


図4 在宅診療医による死亡診断書提出数（平成24年）
千葉県医師会：「在宅医療にかかる実態調査」より：引用6

地区と比較検討した。同調査は有効回答1,742件(56.4%)，そのうち在宅医療従事施設は449件(26.5%)であった。サブ解析において各設問の平均値を算出した都市部12地区の回答施設総数は1,083件(全回答の65.4%)，対して匝瑳市は15件，旭市は17件，安房地区は46件であった。

A.【回答施設の診療形態・規模】の内訳は，都市部平均で診療所94.6%，200床未満の病院3.6%，200床以上の病院1.7%であった。一方，匝瑳市では200床以上の病院はなく，200床未満が7.1%（1件）のみで他は診療所であった。これらと比較して旭市は200床以上の病院が11.8%（2件）と大規模病院の比率が高く，また200床未満の病院も11.8%（2件）であった。安房地区は診療所78.3%，200床未満の病院15.2%（7件），200床以上の病院6.5%（3件）と，大規模病院の比率は匝瑳市と旭市の中間を示し，小～中規模病院の割合は最も高かった。

次に，B.【今後，在宅医療に取り組む意思の有無】についての内訳は，都市部平均で「すでに取り組んでいる」25.1%，「今後取り組んでみたい」12.6%，「取り組みたくない」62.3%であり，千葉県全体の結果とほぼ同じであった。これに対して郡部3地区の「すでに取り組んでいる」割合は，匝瑳市および安房地区ではそれぞれ63.4%，54.3%と都市部平均の2倍以上を示し，一方旭市は29.4%と都市部に近い割合であった。

続いてBの回答群中、『すでに在宅医療に取り組んでいる施設』におけるC.【在宅医療に従事している理由】，ならびに『在宅医療に取り組みたくない施設』におけるD.【在宅医療に従事したくない理由】の各回答結果を図5に示す。まず“在宅医療者の困難理由”に関して，都市部および郡部3地域の全てで多く挙げられている「多忙」や「24時間体制」は，在宅医療従事者共通の困難感であることがうかがえた。しかし一方，3地域間で比較すると，旭市や安房地区で挙げられている「医師や他職種，病院などとの連携の問題」および「地域の在宅医療資源不足」が，匝瑳市では全く挙げられていなかった。すなわち，在宅診療で通常問題になりやすい連携や資源の点を，匝瑳市はある程度解決できている可能性が示唆された（図5A）。さらに“在宅医療従事を避ける理由”については，都市部，旭市および安房地区に比較的多いのはやはり「多忙」や「他職種不足」，そして「健康不安」となっていた。一方匝瑳市では，他地域と比べ特徴的に多いのが「馴染まない」であり，「関心がない」と合わせると過半数

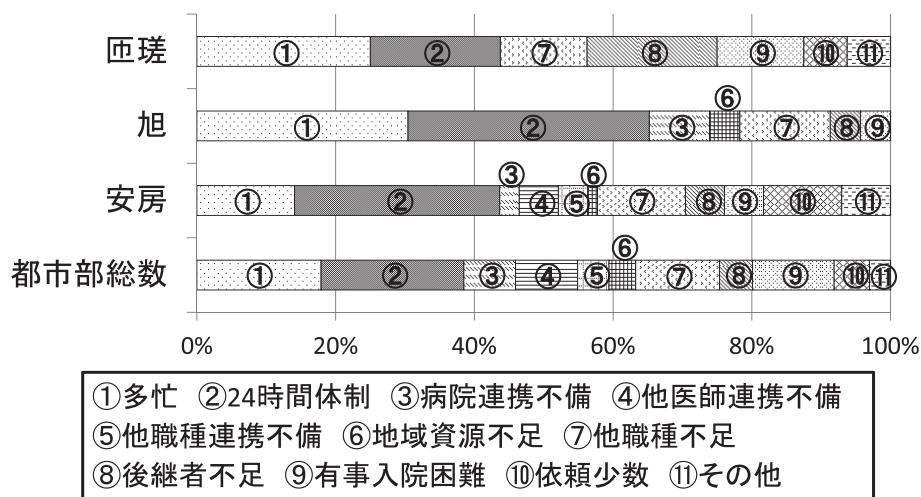


図 5A 在宅医療に従事して困る理由

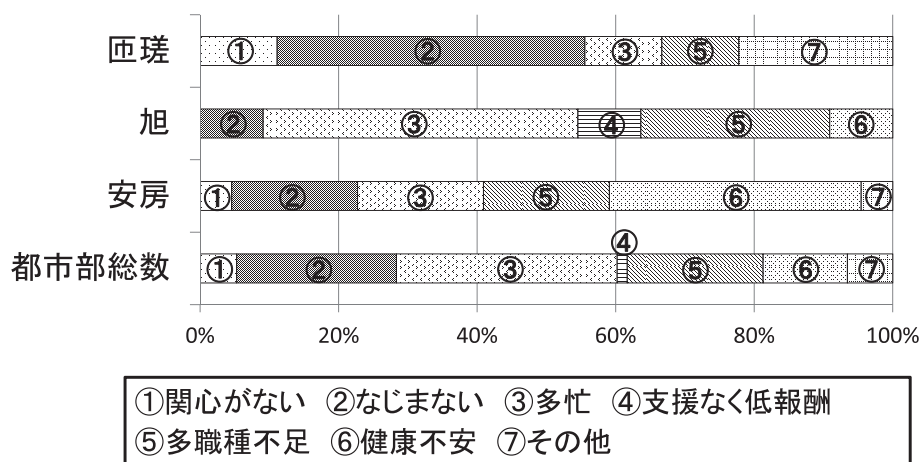


図 5B 在宅医療に従事したくない理由

を占めていた。すなわち匝瑳市では、在宅医療従事を避ける理由の多くは個人的な適正判断であり、他地域と比べると環境的な阻害理由が比較的挙がりにくい傾向が示された（図 5B）。

考察：多様な阻害要因とその対策

1) 患者・家族側の阻害要因

まず急性期病院からの退院困難例として在宅退院支援を受けた全患者の背景解析からは、急変リスクを伴う基礎疾患を有し、医療の必要性が高いほど在宅退院

が困難になるという、一般的に想定される傾向が認められた。また支援により在宅退院に至った患者・家族に対する満足度アンケートの結果でも、退院時に最も不安が大きかったのは「その後の病状変化」についてであった。この結果は、前述の全国アンケート調査の既報でも、自宅療養困難となる主な理由として病状悪化・急変への不安が挙げられていることと一致する⁵⁾⁷⁾。すなわち在宅退院に対して、患者の病状の程度は医療的な可否の要因のみならず、患者・家族の療養不安を招き主観的阻害要因にもなることが示された。

この点を含め、本研究のアンケート結果は急性期病

院からの在宅退院に対する患者・家族の主観的な阻害要因を示すものであるが、総じて退院時には病状変化への心配を筆頭として全般的にやや不安・不満を感じているものの、実際に療養・介護の経験を経ることでそれらはある程度改善できる可能性が示唆された。また介護期間別の解析結果も併せると、特に病状変化への不安は経験を積むことで軽減もしやすい一方、療養期間が長くなると経済的負担感を中心に不安・不満が軽減しづらくなることが推察された。そして興味深いことに、退院支援時にとりわけ内容説明の機会が多い介護サービスに関しては、退院時から不安感が少なかった。このことは、退院後の状況に関する事前の具体的な情報提供が、退院時の不安感をより軽減しうる可能性を推察させた。

これらの結果から、しばしば早期退院を求められる急性期病院において、在宅退院に対する患者・家族の不満や不安感、すなわち主観的な阻害要因を軽減する方策としては、今後の経験によって病状などへの不安は軽減されうることを丁寧に説明し、かつ療養・介護が長期におよびそうなケースには先々のサポート準備を厚くするなど、将来の具体像を見通せる支援を行うことが有用と推察された。一方、本研究の限界として25%の回答バイアスがあり、回答者は退院後の経過に比較的満足している集団である可能性が考えられるため、非回答集団に関する情報収集も今後の課題と思われる。

2) 医療者・施設側の阻害要因

医療者に対する在宅医療関連調査の各種解析結果から、自宅看取りを含む在宅医療の普及状況は各地域の背景や特性により近接する地域間でも大きく異なること、その要因としては大規模病院の有無や医療者間連携/在宅医療関連資源の整備状況などの影響が推察された。特に匝瑳市では、大規模病院の不在を背景に、在宅診療に取り組む意識と環境が整えられ、在宅診療従事率が高く維持されていることがうかがえた。調査結果全般からは、医療者側の在宅医療阻害要因として、「多忙」、「24時間体制」、「他職種・施設間の連携不足」、「在宅医療関連資源不足」などやはり一般的に問題となりやすい要素が示された一方、匝瑳市では少なくと

も連携や資源の点について、他地域と比べ阻害要因となりにくい環境にあると推察された。

実際、匝瑳市では診療情報共有サーバーと診療所輪番による24時間在宅支援システムを構築・運用している。同システムを中心となって立ち上げた同市医師会員らによれば、当地でこのような地域ぐるみの在宅診療環境が有効に機能している理由としては、医師・各医療職そして患者ともに地元出身という少数社会であり、加えて関係多職種の定期交流会も行うなど「顔の見える関係性」が構築されていること、そしてやはりイニシアチブを取る医師の存在が大きいということであった。これらはすなわち地域在宅医療の重要な促進要因と考えられるが、一方で都市部など違う特性を持つ他の地域にそのまま適応することは難しい。本検討では、在宅医療の促進/阻害要因はそれぞれの地域特性に応じて生じることが示唆されており、在宅医療を広汎に普及させるためには各特性を把握し、それぞれに適切な対応を講じていくことが必要と考えられる。また次の検討課題としては、大規模病院を有しつつ在宅診療従事率も高い安房地区の特性と環境について分析することで、郡部地域における医療体制の一つの参考となることが期待される。

おわりに

今回の千葉県における検討から、在宅医療の普及を阻害する要因は、患者/医療者といった立場や環境の違い、さらに個々の病状や地域の特性により様々に異なることが改めて示された。都市部急性期病院においては、支援を受けて退院した患者・家族の経時的な不安・不満の改善、療養期間や不安要素による改善度の差などが認められた。また郡部3地域の医療状況の対比からは、隣接する地域でさえ様々な背景や特性の違いから在宅医療の普及に大きな差が生じ、さらにその中間の特性を示す地域もあることが明らかとなった。いずれにおいても、阻害あるいは促進につながる要因を立場ごと、地域ごとにとできるだけ客観的に明らかにすることが、適切な介入による在宅医療の推進につながるものと考えられる。

謝辞

本研究は、千葉大学大学院医学研究院細胞治療内科学 横手幸太郎教授のご指導のもと、千葉大学医学部附属病院地域医療連携部（藤田伸輔部長，他）、千葉県医師会（土橋正彦副会長，井上雄元会長，他）および匠瑳医師会（福島俊之先生，他）の多大なご協力により遂行された。この場を借りて深謝申し上げたい。

著者のCOI（Conflict of Interest）開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

SbeQZTJK5BtDfccg&sig2=F11qYBLT1-SDRQ5HrKHVg&bvm=bv.108194040,d.dGo

- 4) 千葉県ホームページ：https://www.pref.chiba.lg.jp/toukei/toukeidata/joujuu/nenpou/2008/index.html
- 5) 終末期医療に関する調査等検討会編：今後の終末期医療の在り方，中央法規出版，2005，p61-64.
- 6) 在宅医療にかかる実態調査報告書；平成 25 年 12 月：千葉県医師会ホームページ：http://www.chiba.med.or.jp/personnel/cmgscc/ffsurvey.html
- 7) 三浦久幸：在宅医療支援病棟の試み. 医学の歩み 2011; 239 (5): 537-540.

文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所 日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）
- 2) 内閣社会保障制度改革推進本部「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」2015 年 6 月 15 日報告；2025 年の必要病床数の推計
- 3) 千葉県ホームページ：https://www.google.co.jp/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjGxZSF57TJAhXJOJQKH Wa7Ad8QFggMAM&url=https%3A%2F%2Fwww.pref.chiba.lg.jp%2Firyou%2Fchiikiiryou%2Fdocument%2Fsiryoul_2.pdf&usg=AFQjCNFMMIV5F6m75U

理解を深める問題

問題 1

在宅医療が不可とされる高齢者向け施設はどれか。

1 つ選べ。

- a 特別養護老人ホーム
- b 老人保健施設
- c 有料老人ホーム
- d グループホーム
- e 高齢者専用賃貸住宅