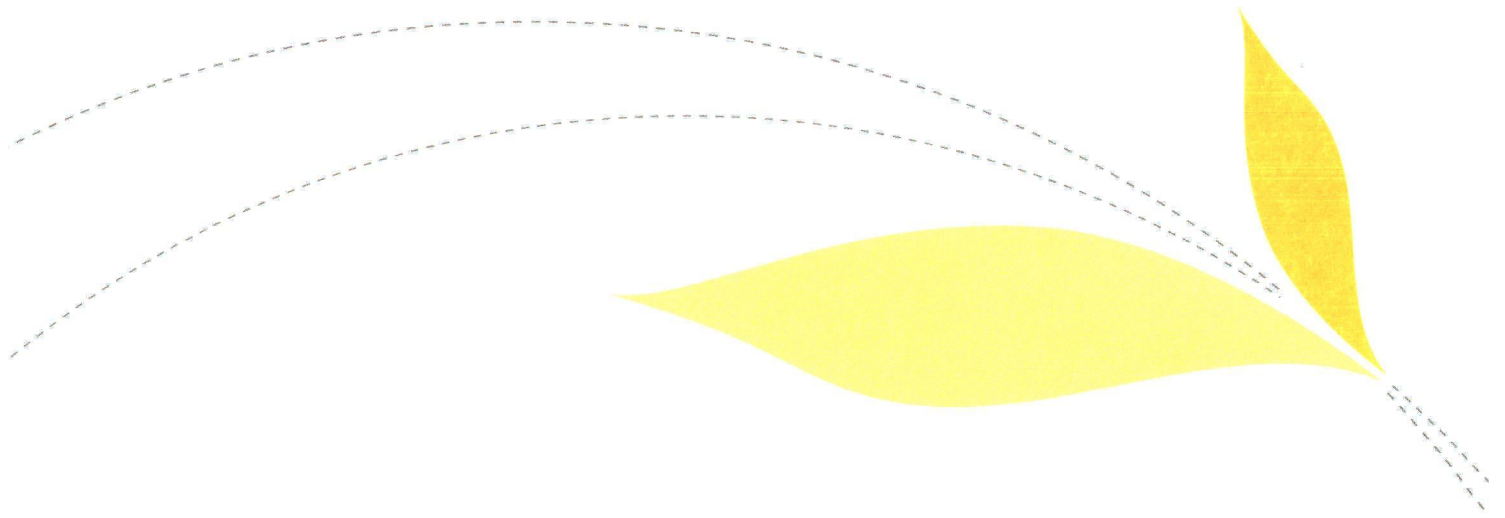


平成18年度
独立行政法人福祉医療機構
(長寿社会福祉基金) 助成事業



望まれる在宅医療・介護に関する 調査研究事業 概要版

平成19年3月
社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

目 次

I. 事業の概要	1
1. 事業の背景と目的	1
2. 事業内容	2
(1) 在宅医療・介護サービスに関する実態調査（サービス提供者側）（一次調査）	2
①調査対象	2
②調査方法	2
③調査項目	2
(2) 在宅医療・介護サービスに関する実態調査（サービス利用者側）（二次調査）	3
①調査対象	3
②調査方法	3
③調査項目	4
(3) 在宅医療・介護の問題点・課題等の実態把握のためのグループインタビュー	4
①インタビュー対象	4
②方法	5
③グループインタビュー内容	5
(4) 在宅医療・介護の先進地域への実地ヒアリング調査	5
①調査対象施設	5
②ヒアリング内容	5
(5) 事業実施体制	6
II. 調査結果	7
1. 在宅医療・介護サービスに関する実態調査（サービス提供者側）（一次調査）	7
(1) 回収の状況および回答者の状況	7
(2) 施設の概況	7
(3) 在宅医療・介護の取り組み状況	7
(4) 地域医療機関との連携について	8
(5) 入院患者の退院促進への取り組みや長期入院患者の状況について	9
(6) 地域住民の意識について	12
(7) 調査対象施設の在宅医療・介護の推進の課題について	14
2. 在宅医療・介護サービスに関する実態調査（サービス利用者側）（二次調査）	15
(1) 回収の状況	15
(2) 職員からみた在宅復帰患者／長期入院患者の状況	15
①療養者本人の状況	15

②在宅復帰に向けた取り組みについて	17
（３）本人および家族の視点からの在宅復帰患者／長期入院患者の状況	18
（４）本人・家族と職員との視点の比較（在宅復帰患者／長期入院患者の状況）	21
３．在宅医療・介護の問題点・課題等の実態把握のためのグループインタビュー	23
４．在宅医療・介護の先進地域への実地ヒアリング調査.....	25
（１）診療所における在宅医療・介護体制の状況.....	25
（２）病院における退院調整機能の促進への取り組み.....	26
Ⅲ．結果のまとめ	28

1. 事業の概要

1. 事業の背景と目的

我が国が超高齢社会を迎えるにあたり、医療の提供を受けながら在宅での生活の継続を望む高齢者に対して、その実現を支援する体制の充実が求められている。医療費の伸びの抑制の観点からも在宅医療が注目され、「医療制度改革大綱」（政府・与党医療改革協議会 平成 17 年 12 月 1 日）の中でも、「平均在院日数の縮減に併せて、病院から在宅への復帰が円滑にできるよう、在宅医療・介護の連携の強化」などが謳われている。平成 18 年度診療報酬改定においても「在宅療養支援診療所」の創設など、在宅医療が様々な形で評価されてきた。

また、療養病床の再編に伴い、介護保険適用の療養病床（13 万床）は平成 23 年度末までに廃止され、特定施設（有料老人ホーム、ケアハウス）や老人保健施設等への転換が進められる予定である。医療保険適用の療養病床（25 万床）については 15 万床への削減が予定されており、これらの制度改正に伴い、より一層、在宅医療・介護の基盤を充実させる必要があると考えられる。

介護保険制度創設以降、介護サービスについては全国的に基盤整備が進みつつあるが、特に中山間地域においてはサービスの選択肢も多くはなく、スムーズな提供に支障をきたしている現状がある。また、医療ニーズのある人においては、在宅生活への移行が可能な状態であっても、在宅療養生活を送るための基盤（24 時間体制、連携システム等）が十分でないために、依然として入院等が多いのが現状と考えられる。

この背景としては、在宅医療を担う医師・看護師等が地域に十分配置されてこなかったこと、病院と地域診療所や在宅サービス事業者等の退院連携システムが不十分であったこと、在宅医療における 24 時間体制システムが十分に構築されてこなかったこと、在宅でのターミナルケア対応体制が不十分であったことなど、様々な要因が考えられる。さらに、在宅医療に関する本人・家族及び地域住民の理解・認識が低いこと、地域住民が得られる在宅医療・サービス実施機関等の情報が少ないことも在宅医療を阻害している要因と考えられる。

これらの背景を踏まえ、本調査では、中山間地域における在宅医療・介護の供給・受給状況、住民の在宅医療・介護への理解度、満足度等の実態を把握し、在宅医療・介護サービスの普及・阻害要因を明らかにし、在宅医療・介護の普及促進に寄与することを目的として実施した。

2. 事業内容

(1) 在宅医療・介護サービスに関する実態調査（サービス提供者側）（一次調査）

国保直診における在宅医療・介護サービスの実施状況、実施体制などの実態把握を行うとともに、在宅医療・介護サービスを実施している施設の特徴、地域資源との連携、および、非実施施設における在宅医療・介護サービス導入の阻害要因を明らかにすることを目的とした。

また、本調査の結果をもとに、二次調査（サービス利用者側の調査：後述）対象施設及びヒアリング調査対象施設の選定を行った。

①調査対象

全国の国保直診及び併設保健福祉施設（926 施設）とした。

②調査方法

自記式調査票の郵送配布・回収とした。

調査時期は平成 18 年 9 月～10 月とした。

③調査項目

国保直診における在宅医療・介護サービスの実態を把握するため、以下の項目を調査した。

図表 1 調査項目（一次調査）

区分	項目
市町村の概況	市町村人口、診療圏人口、介護保険サービスの提供状況、介護保険の状況（居宅サービス費用、施設サービス費用、居宅サービス受給者数、施設サービス受給者数）等
医療機関の基本属性	開設主体、病診区分、ベッド数、標榜診療科、入院患者数、併設保健福祉施設の有無・種類、医師数、看護師数等
在宅医療・介護実施体制	在宅医療実施の有無、実施体制・人数、地域医療機関との連携、当該患者数、往診・訪問診療回数、在宅医療対応体制、入院患者への退院促進の取り組み等
地域住民	在宅医療への理解・意識、在宅ターミナルへの認識
在宅医療・介護実施の際の問題点等	在宅医療実施の阻害要因、マンパワーの過不足、患者の満足度、スタッフの満足度 等
在宅歯科医療・口腔ケア	在宅歯科医療への住民の理解・意識、施設における歯科診療科の有無

（２）在宅医療・介護サービスに関する実態調査（サービス利用者側）（二次調査）

国保直診における在宅復帰者（退院患者）と長期入院患者の実態を把握することにより、望まれる在宅医療・介護の姿を明らかにし、在宅医療・介護の普及促進に寄与することを目的として、サービス利用者側の視点に立った二次調査を実施した。

①調査対象

一次調査に回答した全国の国保直診及び併設保健福祉施設のうち、二次調査に協力不可能と回答した施設を除く 73 施設における在宅復帰患者（他の医療機関も含めて連続 3 ヶ月以上入院していた人）、および長期入院患者（他の医療機関も含めて連続 3 ヶ月以上の入院患者）を対象とした。なお、在宅復帰患者を選定する際には、原則として当該国保直診に入院経験がある患者で、現在は退院している在宅復帰患者を選定するものとした。ただし、診療所の場合は、地域の他の病院などに入院後に在宅復帰し、国保直診が係わっている在宅患者も対象とした。

図表 2 二次調査対象者

区分	選定条件	人数
在宅復帰患者	一般病床、療養病床（医療・介護）から <u>平成 18 年 4～9 月の半年間に退院※し、自宅や有料老人ホーム等に戻った（入所した）65 歳以上の高齢者</u> ※原則として <u>連続 3 ヶ月以上入院</u> していた患者（直診の他、他の医療機関での入院も含めた通算）	施設あたり 5～10 事例
長期入院患者	調査日現在で <u>連続 3 ヶ月以上入院している 65 歳以上の高齢者</u> （「3 ヶ月以上」には、他院での入院や他の種類の病床の入院も含む）	施設あたり 5～10 事例

②調査方法

自記式調査票の郵送配布・回収とし、平成 18 年 11 月～19 年 2 月に実施した。

調査票様式 2 については、調査対象者についての事項を施設職員が記入し、様式 3、様式 4 については調査対象者本人または、介護者（家族）が記入するものとし、最終的に調査票が配布された医療機関において調査票を取りまとめ、回収した。

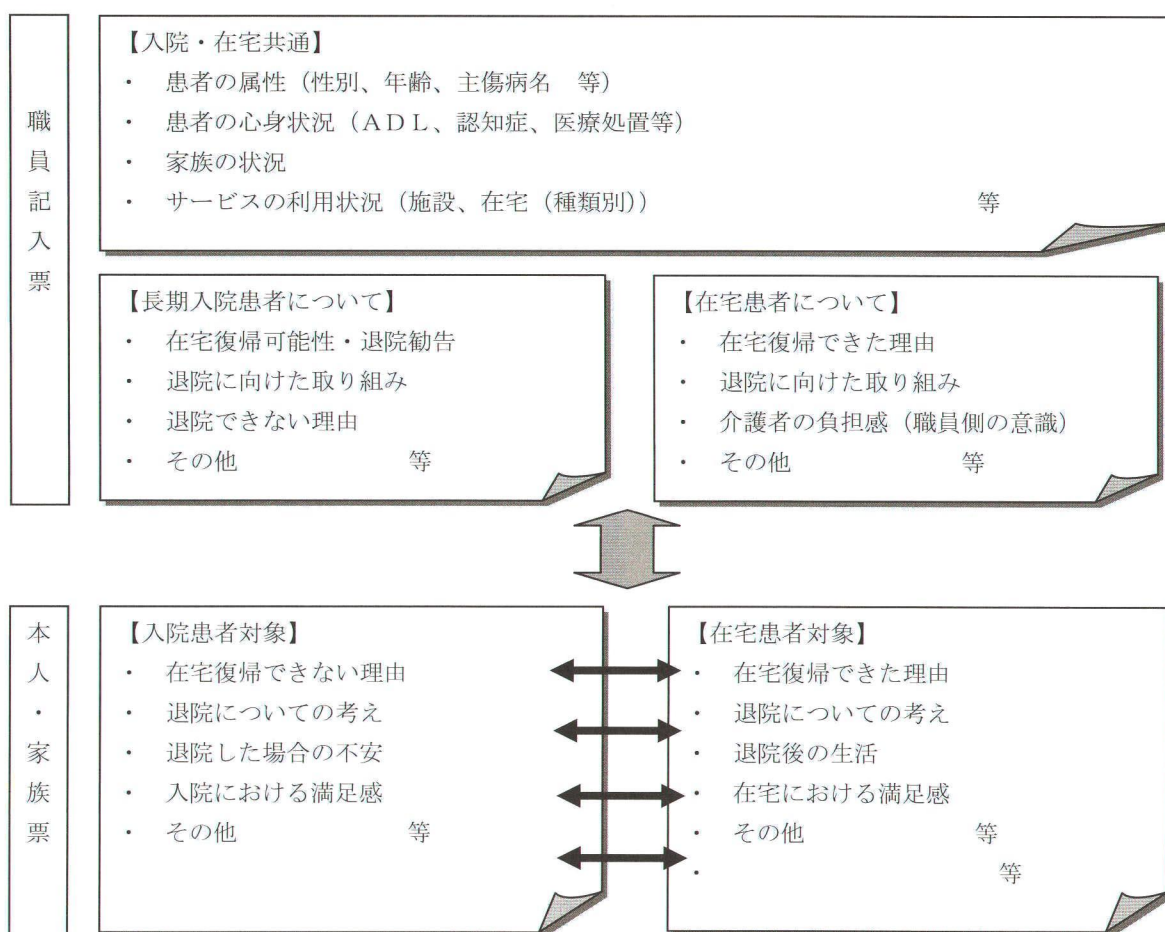
図表 3 調査票様式および回答者等

様式	調査票名	回答者	記入枚数
様式 1	施設概要	職員	施設で 1 部
様式 2－1	在宅・調査票（職員記入用）	職員	在宅事例各 1 部
様式 2－2	入院・調査票（職員記入用）	職員	長期入院事例各 1 部
様式 3－1	在宅・調査票（ご本人記入用）	本人	在宅事例各 1 部
様式 3－2	在宅・調査票（ご家族記入用）	介護者	※本人・介護者のいずれか
様式 4－1	入院・調査票（ご本人記入用）	本人	長期入院事例各 1 部
様式 4－2	入院・調査票（ご家族記入用）	介護者	※本人・介護者のいずれか

③調査項目

本調査では、入院医療および在宅医療・介護サービスを受けている患者および家族から、在宅医療・介護についての認識、希望、問題点等について調査を実施するものとした。また、利用者の状態や在宅医療・介護阻害要因等を明らかにするために、当該利用者に関して職員にも回答してもらい、サービス提供者側とサービス受給者側の両面から分析可能とすることとした。具体的な質問項目は以下の通りである。

図表 4 調査項目（二次調査）



（3）在宅医療・介護の問題点・課題等の実態把握のためのグループインタビュー

中山間地域における在宅医療・介護の実態把握や、在宅医療実施上の問題点、課題等を明らかにし、今後の具体的な解決策を検討するための基礎資料を作成することを目的としてグループインタビューを実施した。

①インタビュー対象

実態調査（一次調査）の結果を踏まえ、在宅医療・介護に取り組んでおり、かつ実施上の

問題点や課題について回答いただいた全国の国保直診及び併設保健福祉施設から 3 施設を抽出し、グループインタビューの対象とした。インタビュー対象施設は以下の通り。

都道府県・市町村	医療機関名
長野県信濃町	信濃町立信越病院
広島県府中市	府中市立府中北市民病院
愛媛県四国中央市	四国中央市国民健康保険新宮診療所

②方法

「在宅医療・介護普及推進研究部会」作業部会において、上記の 3 施設の職員（医師、看護師、事務職員等）を招聘してグループインタビューを実施し、当該地域の在宅医療・介護に関する実態の報告及び作業部会委員からの質疑応答を行った。

グループインタビューは平成 18 年 12 月 22 日に実施した。実施時間は 2 時間とした。

③グループインタビュー内容

各施設における以下の状況を尋ね、議論を行った。

- ・ 貴施設の在宅医療・介護への取り組み状況（直診／地域の医療機関）
- ・ 在宅医療・介護を推進するために必要な体制（人員、サービス、機能等）
- ・ 退院促進のための地域資源との連携方策（連携先、連携方法等）
- ・ 住民・入院患者の在宅医療・介護に関する意識
- ・ 在宅医療・退院促進の阻害要因
- ・ 中山間地ならではの課題
- ・ 合併がもたらした影響
- ・ 今後の方針・取り組み 等

（４）在宅医療・介護の先進地域への実地ヒアリング調査

①調査対象施設

実態調査（二次調査）結果を踏まえ、在宅医療・介護に積極的に取り組んでいると考えられる 3 施設を抽出し、ヒアリング調査を実施した。対象とした施設は以下の通りである。

NO.	都道府県・市町村	対象施設	日程
1	青森県深浦町	深浦町国民健康保険関診療所	3 月 9 日（金）
2	香川県綾川町	綾川町国民健康保険陶病院、綾上診療所	3 月 9 日（金）
3	滋賀県甲賀市	公立甲賀病院	3 月 15 日（木）

②ヒアリング内容

調査内容は、地域の状況、医療機関の在宅医療・介護推進体制の状況、患者の状況等を尋ねた。具体的な調査項目は以下の通り。

- 施設および地域の状況
 - ・ 施設の在宅医療への取り組みの背景やこれまでの経緯について
 - ・ 現在の地域の在宅医療資源の状況や、在宅医療推進のための体制（人員、サービス、機能等の整備状況について）
 - ・ 住民や入院患者の在宅医療に関する意識について
 - ・ 終末期医療（在宅での看取り等）への取り組みについて
- 退院促進の取り組みの状況
 - ・ 入院から退院までのプロセスに応じた退院促進の取り組みについて（地域資源、連携先との連携方策等）
 - ・ 在宅復帰や退院促進のための要因について
 - ・ 在宅復帰や退院促進が進まない要因（阻害要因）について
 - ・ 在宅医療普及に向けた今後の方針、取り組みについて
- 在宅復帰患者について
 - ・ 在宅にうまく復帰できた事例について
 - ・ 在宅復帰ができず、長期入院となっている事例について

（５）事業実施体制

本事業の実施に際しては、以下の学識経験者、実践的立場の国診協役員等から構成される「在宅医療・介護推進委員会」及び「作業部会」を設置し、調査研究の企画、調査研究結果の分析と問題点、支援策の検討を行った。

【委員会：在宅医療・介護推進委員会】

- | | | | |
|---|-----|--------|-------------------|
| ◎ | 委員長 | 前沢 政次 | 北海道大学大学院医学研究科教授 |
| | 委員 | 松田 鈴夫 | 国際医療福祉大学客員教授 |
| ○ | 委員 | 和田 敏明 | ルーテル学院大学教授 |
| | 委員 | 漆崎 育子 | 社団法人日本看護協会常任理事 |
| | 委員 | 鎌田 實 | 長野県・諏訪中央病院名誉院長 |
| ○ | 委員 | 佐々木 勝忠 | 岩手県・奥州市国保衣川歯科診療所長 |
| | 委員 | 金親 正敏 | 千葉県・鋸南町国保鋸南病院長 |
| | 委員 | 倉知 圓 | 富山県・南砺市民病院長 |
| ○ | 委員 | 赤木 重典 | 京都府・京丹後市立久美浜病院副院長 |
| | 委員 | 中村 伸一 | 福井県・おおい町国保名田庄診療所長 |
| | 委員 | 新鞍 誠 | 香川県・三豊市国保財田診療所長 |

◎印：作業部会長兼任、○印：作業部会兼任

【作業部会：在宅医療・介護普及推進部会】

- | | | |
|----|--------|------------------------|
| 委員 | 大原 昌樹 | 香川県・綾川町国保陶病院長 |
| 委員 | 竹内 嘉伸 | 富山県・南砺市介護福祉支援センター社会福祉士 |
| 委員 | 松本 文枝 | 岐阜県・国保坂下病院訪問看護ステーション所長 |
| 委員 | 村上 重紀 | 広島県・公立みつぎ総合病院リハセンター次長 |
| 委員 | 山脇 みつ子 | 滋賀県・公立甲賀病院訪問看護ステーション所長 |

Ⅱ. 調査結果

1. 在宅医療・介護サービスに関する実態調査（サービス提供者側）（一次調査）

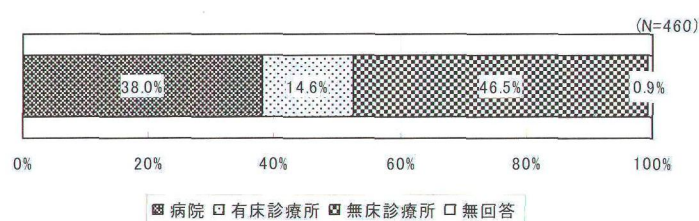
（1）回収の状況

調査票の回収数は 460 票、回収率は 49.7%であった

（2）施設の概況

調査対象施設の施設区分についてみると、「無床診療所」（46.5%）が最も多く、次いで「病院」（38.0%）、「有床診療所」（14.6%）となっている。

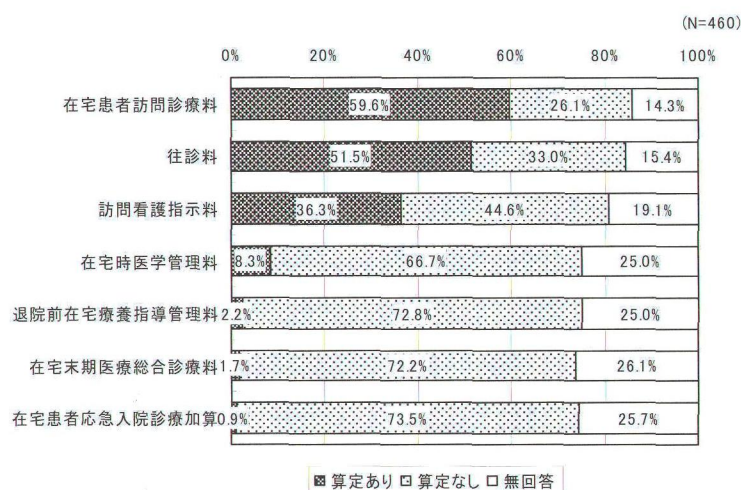
図表 5 施設区分



（3）在宅医療・介護の取り組み状況

直診施設および併設施設で実施している在宅医療サービスについてみると、「在宅医療」については、実施（算定）しているサービスは「在宅患者訪問診療料」（59.6%）が最も多く、次いで「往診料」（51.5%）、「訪問看護指示料」（36.3%）となっている。

図表 6 在宅医療に関する各種算定の有無



その他、「居宅療養管理指導（介護保険）」においては、実施（算定）しているサービスは「医師による居宅療養管理指導」（27.0%）が最も多かった。訪問看護、訪問リハビリテーションについては、それぞれ 40.4%、20.4%の施設で算定していた。

在宅療養支援診療所の有無についてみると、診療所全体では13.9%が届出をしており、有床診療所では17.9%、無床診療所では12.6%が届出をしていた。

国保直診の医師が24時間在宅患者に訪問できる体制の有無についてみると、「あり」が25.0%、「なし」が60.7%となっている。医療機関種別にみると、有床・無床診療所ともに28%強が「あり」との回答であるのに対し、病院においては、「あり」が20.0%である。

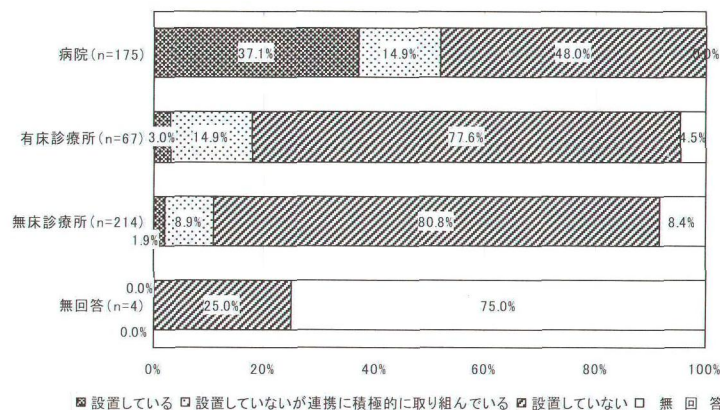
図表 7 直診の医師が24時間在宅患者に訪問できる体制の有無（医療機関種別）

	合 計	あ り	な し	無 回 答
合 計	460	115 25.0%	279 60.7%	66 14.3%
病院	175	35 20.0%	116 66.3%	24 13.7%
有床診療所	67	19 28.4%	44 65.7%	4 6.0%
無床診療所	214	61 28.5%	118 55.1%	35 16.4%
無回答	4	—	1 25.0%	3 75.0%

（４）地域医療機関との連携について

地域医療連携室の設置を施設区分別にみると、病院では「設置している」が37.1%、有床診療所、無床診療所ではそれぞれ3.0%、1.9%であった。

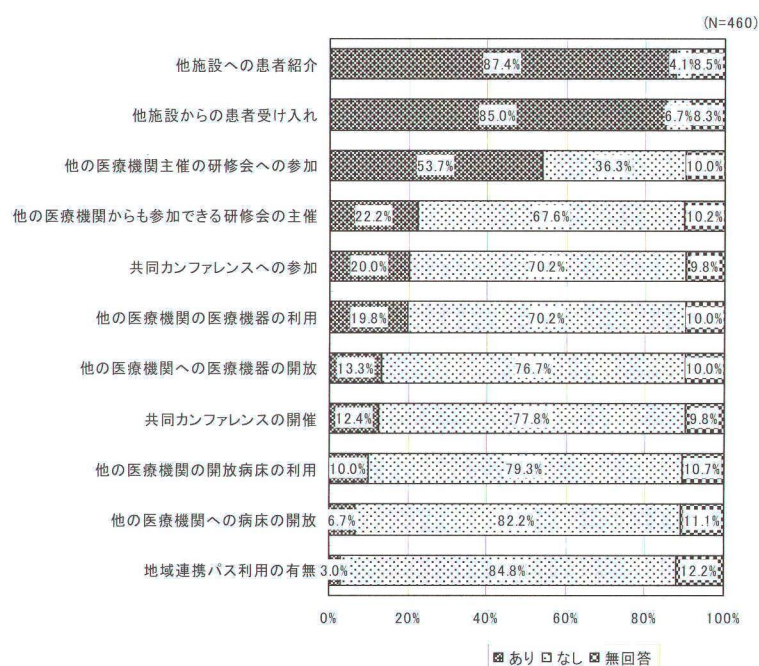
図表 8 地域医療連携室の設置



他の医療機関との連携状況についてみると、「他施設への患者紹介」、「他施設からの患者受け入れ」についてはほとんどの医療機関で行われており、それぞれ87.4%、85.0%となっている。

次いで、「他の医療機関主催の研修会への参加」が53.7%と多く、逆に「他の医療機関からも参加できる研修会の開催」も22.2%となっている。

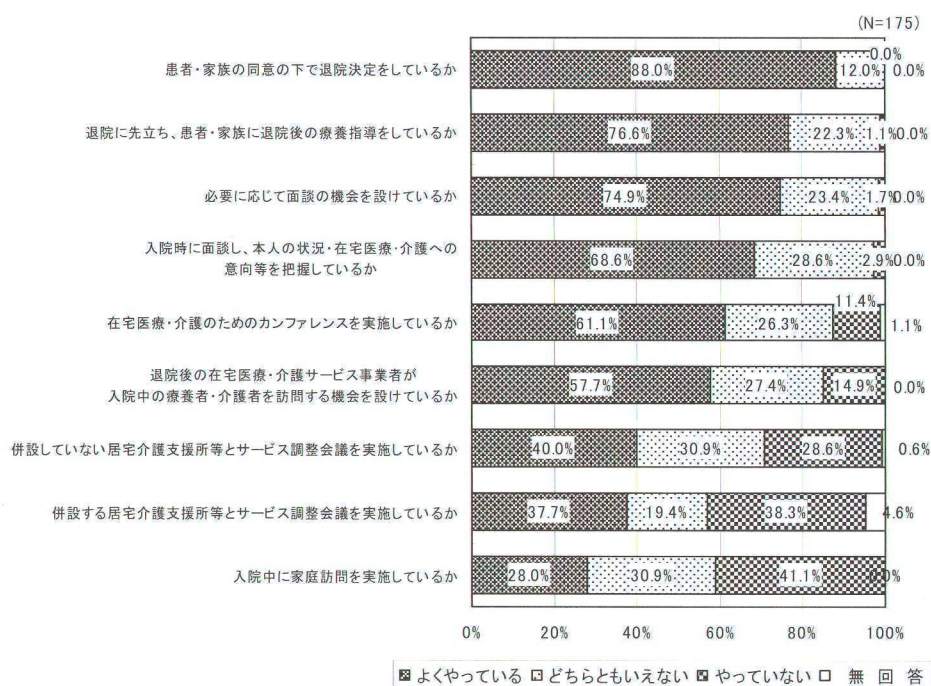
図表 9 他の医療機関との連携状況



(5) 入院患者の退院促進への取り組みや長期入院患者の状況について

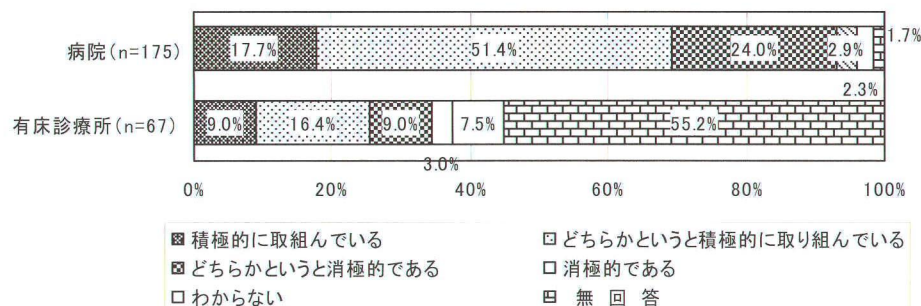
病院における入院患者に対する退院促進の取り組みとして、最も「よくやっている」との回答が多かったものは、「患者・家族の同意の下で退院決定をしているか」(88.0%)であった。次いで、「退院に先立ち、患者・家族に退院後の療養指導をしているか」(76.6%)、「必要に応じて面談の機会を設けているか」(74.9%)となっている。

図表 10 入院患者に対する退院促進への取り組み（病院）



65 歳以上の長期入院患者への在宅復帰支援の取り組みの状況についてみると、病院においては「積極的に取り組んでいる」(17.7%)、「どちらかという積極的に取り組んでいる」(51.4%)、計 69.1%であったのに対し、「消極的である」(2.9%)、「どちらかという消極的である」(24.0%)、計 26.9%と、積極的に取り組んでいる施設が多くなっている。有床診療所についても、同様の傾向であった。

図表 11 65 歳以上の長期入院患者への在宅復帰支援の取り組み状況



65 歳以上の長期入院患者の退院促進に積極的に取り組んでいる医療機関における、積極的に取り組んでいる理由は以下の通りであった。

○医療機関／施設のキャパシティ不足等

積極的に取り組んでいる理由として、医療機関の病床が満床である、入院が必要な患者が多いために医療依存度が低い患者は在宅復帰させたいといった医療機関側のキャパシティに限界があるという理由も見られた。また、平均在院日数の削減や、診療報酬上の制約なども関係していた。

○患者・家族等への在宅医療の啓発

医療機関側の理念として、在宅復帰を促している、患者への啓発のためという理由も見られている。患者側（特に家族：介護者側）は受入に否定的な場合なども多く、医療機関側からの働きかけが重要となっている。

○医療・介護サービス提供側の体制が不十分

医師数や社会福祉士、ケアマネ等、医療や介護サービスの提供側の体制が不十分であるという理由が挙げられた。医療・介護サービス提供者側にとって、医療資源の不足が長期入院患者の在宅復帰について消極的にならざるを得ない現状が示唆された。

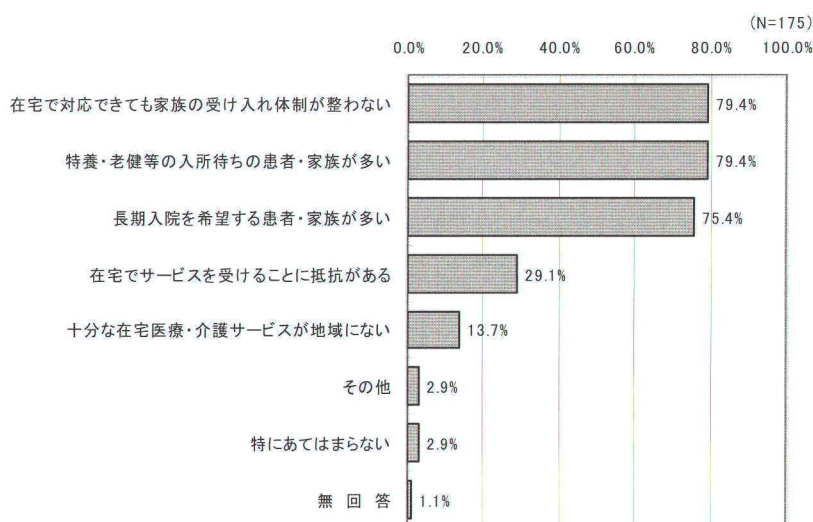
○家族（介護者側）が在宅医療に消極的である

退院促進に消極的な理由として、介護者である家族が在宅医療に消極的であるという理由が多く見られている。本人が独居であるため、介護側は介護力不足を軽減するため施設入所を望んだり、介護者が高齢であり老老介護となっている現状から、在宅での介護に消極的な事例等が多くなっている。さらに、そのような状況を医療機関側として把握しているだけに、無理に在宅復帰を進めることは難しいというジレンマを抱えているという現状も示唆された。

65 歳以上の長期入院患者・家族の状況についてみると、病院においては、「在宅で対応できても家族の受け入れ体制が整わない」、「特養・老健等の入所待ちの患者・家族が多い」がともに 79.4% と最も多く、次いで「長期入院を希望する患者・家族が多い」(75.4%) となっている。

有床診療所についても、同様の傾向が見られている。

図表 12 長期入院患者・家族の状況（病院の状況）



また、65 歳以上の長期入院患者や家族の状況について、具体的な内容は以下の通りであった。医療依存度が高い場合や、家族（介護者）が受け入れに消極的な現状などが挙げられている。

○患者の状態が悪い・医療依存度が高い等

患者の体調が悪い場合や、医療依存度が高い場合は、在宅復帰が難しい現状が挙げられている。患者自身も、家族（介護者側）にしても、医療が必要な患者に対して急変リスク等を考慮すると、在宅復帰を受け入れることは困難になっていると考えられる。

○介護力不足・家族が退院を希望しない等

独居高齢者、日中独居の高齢者、高齢者のみの世帯等、在宅における介護力が不足しているために在宅復帰に消極的な事例が多く見られている。同居率が高い地域でも、日中は若い世代が仕事等で家庭内におらず、物理的に家庭内に人が足りないという理由が大きい。

また、在宅介護に対して精神的な面で抵抗がある、介護サービスが家庭内に入ることに抵抗がある、家族内で折り合いが悪いという、在宅医療・介護サービスの充実がなされても解決が難しい課題例も挙げられている。

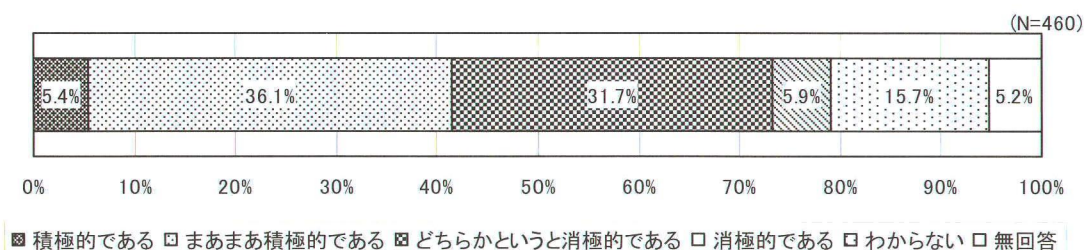
○在宅医療・介護サービス・施設の不足

地域内に、在宅復帰に必要なサービスが少ないという理由も挙げられている。入所施設がないために、入所待ちの状況が続いている、直診内の病床が代替している等の例が見られている。

（６）地域住民の意識について

地域住民の在宅医療・介護に対する意識についてみると、在宅医療・介護に対して「積極的である」(5.4%)、「まあまあ積極的である」(36.1%)、計 41.5%に対し、「消極的である」(5.9%)、「どちらかという消極的である」(31.7%)、計 37.6%であり、積極的な地域がやや多くなっている。

図表 13 地域住民は在宅医療・介護に積極的であるか



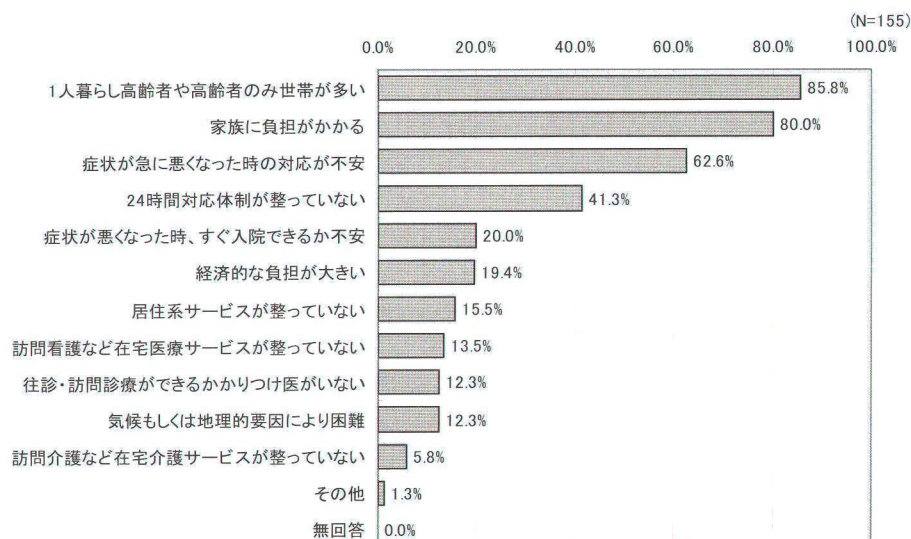
在宅医療を受けながら自宅での生活を望む人が多い地域かどうかについて、施設における在宅医療・介護への取り組み姿勢別にみると、積極的に取り組んでいる施設のほうが、消極的である施設と比較して「多い」「比較的多い」との回答が多くなっている。また、消極的である施設においては、「わからない」の回答も多くなっており、地域住民の状況をあまり把握できていないことがうかがえる。

図表 14 在宅医療を受けながら自宅での生活を望む人が多い地域だと思うか

	合計	多い	比較的 多い	比較的 少ない	少ない	わからない	無 回 答
合 計	460	18 3.9%	122 26.5%	109 23.7%	92 20.0%	94 20.4%	25 5.4%
貴施設の在宅医療・介護への取組姿勢 積極的に取り組んでいる	104	9 8.7%	42 40.4%	28 26.9%	10 9.6%	12 11.5%	3 2.9%
どちらかという積極的に取り組んでいる	164	6 3.7%	49 29.9%	44 26.8%	34 20.7%	28 17.1%	3 1.8%
どちらかという消極的である	106	1 0.9%	16 15.1%	27 25.5%	36 34.0%	24 22.6%	2 1.9%
消極的である	43	1 2.3%	8 18.6%	7 16.3%	9 20.9%	17 39.5%	1 2.3%
わからない	21	—	3 14.3%	3 14.3%	3 14.3%	11 52.4%	1 4.8%
無回答	22	1 4.5%	4 18.2%	—	—	2 9.1%	15 68.2%

自宅での生活を望む人が少ないと思われる地域において、その理由としては「1 人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯が多い」(85.8%) が最も多く、次いで「家族に負担がかかる」(80.0%)、「症状が急に悪くなった時の対応が不安」(62.6%) となっている。

図表 15 自宅での生活を望む人が比較的少ない／少ないと思う理由



また、中山間地域、離島等の特色により、在宅医療・介護が困難な理由についてみると、以下のような例が挙げられた。

○交通・環境（地理的・季節的）要因

中山間地域ならではの特徴として、交通の便が悪く移動手段がない、緊急時にも患者宅までの時間がかかる等の要因も挙げられている。また、豪雪地帯であるなど、季節的な要因も、在宅復帰阻害要因として大きなものとなっている。

○在宅医療・介護に関するサービス不足

在宅復帰に必要なサービスがないという理由も挙げられている。交通の便が悪いこととも関連するが、訪問サービスが非効率となるため在宅復帰が進まない現状も見られている。

また、診療所の医師が一人であることも多く、24時間の在宅医療体制に対応するのは困難であるという意見も見られている。

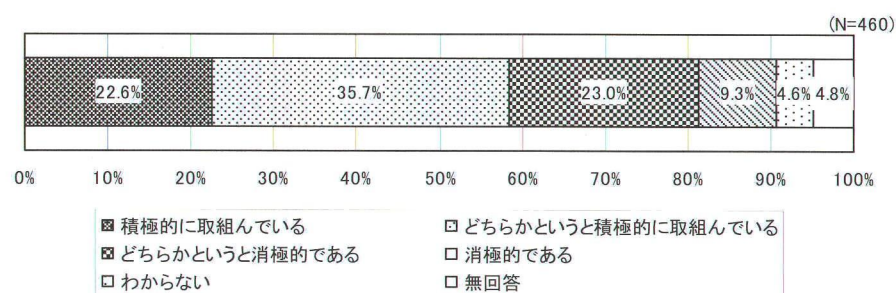
○高齢者の独居世帯が多い、介護力が不足している等

中山間地域・離島等に限定した問題ではないが、介護力の不足も大きな問題となっている。事例としては、高齢者の独居世帯であること、子・孫世代と同居していても、若い世代は日中は仕事等で不在になり、高齢者の日中独居となる場合が多いことなどがあげられた。在宅療養等のサービスを整えたとしても、家族による在宅介護の基盤が安定しないため、在宅復帰が推進されていない現状が示唆された。

(7) 調査対象施設の在宅医療・介護の推進の課題について

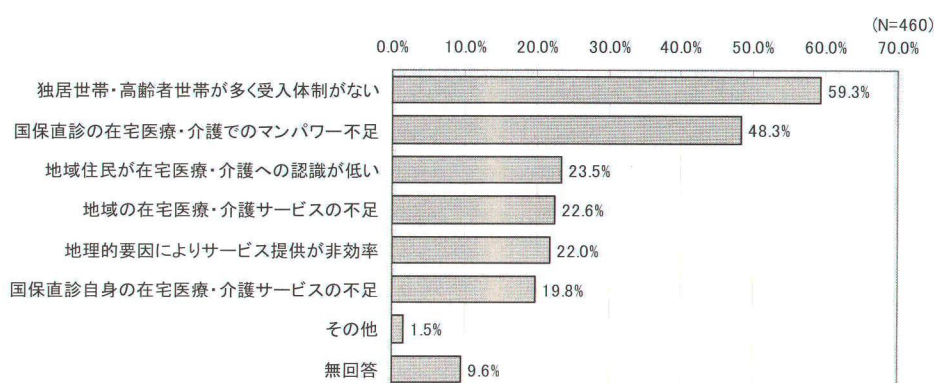
国保直診の在宅医療・介護推進の取り組みについてみると、「積極的に取り組んでいる」(22.6%)、「どちらかというと積極的に取り組んでいる」(35.7%)、計 58.3%に対し、「消極的である」(9.3%)、「どちらかというと消極的である」(23.0%)、計 32.3%であり、積極的な対応をしている施設が多くなっている。

図表 16 貴施設の在宅医療・介護への取り組み姿勢



在宅医療・介護への取り組みに関する課題についてみると、「独身世帯・高齢者夫婦世帯が多く受け入れ体制がない」(59.3%)が最も多く、次いで「国保直診の在宅医療・介護へのマンパワー不足」(48.3%)、「地域住民が在宅医療・介護への認識が低い」(23.5%)となっている。

図表 17 在宅医療・介護への取り組みに関する課題



2. 在宅医療・介護サービスに関する実態調査（サービス利用者側）（二次調査）

（1）回収の状況

様式ごとの回収数は下記の通り。

様式		回収数
様式 1	施設概要	2 3
様式 2－1	在宅・調査票（職員記入用）	1 2 0
様式 2－2	入院・調査票（職員記入用）	1 2 6
様式 3－1	在宅・調査票（ご本人記入用）	1 1 3
様式 3－2	在宅・調査票（ご家族記入用）	
様式 4－1	入院・調査票（ご本人記入用）	1 2 2
様式 4－2	入院・調査票（ご家族記入用）	

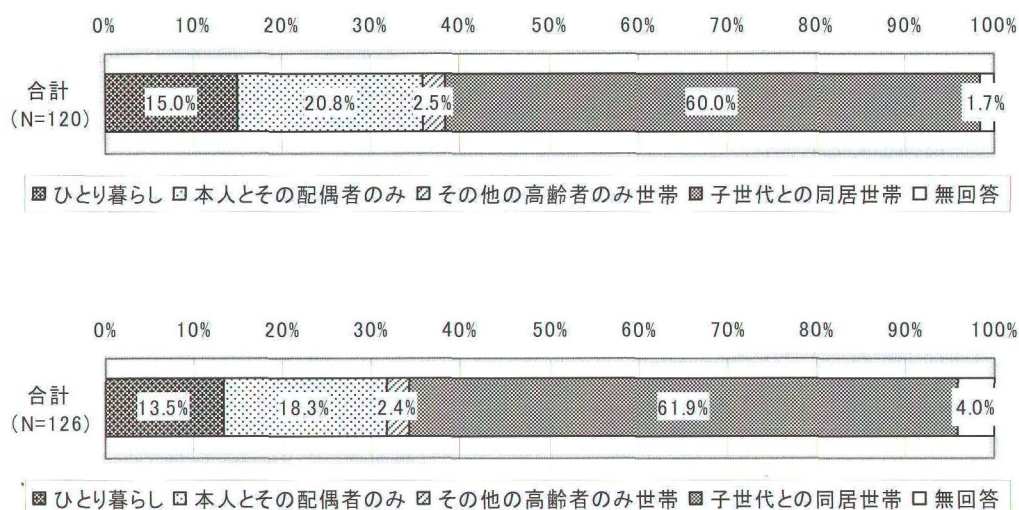
（2）職員からみた在宅復帰患者／長期入院患者の状況

①療養者本人の状況

在宅復帰患者と長期入院患者の年齢構成についてみると、男性では在宅復帰患者、長期入院患者ともに「75歳未満」（それぞれ16人、13人）が最も多くなっているが、在宅復帰患者では「75歳～80歳未満」（7人）の人数が他の年齢区分よりも少なくなっていた。女性では在宅復帰患者、長期入院患者ともに「85歳以上」（それぞれ24人、33人）が最も多くなっている。

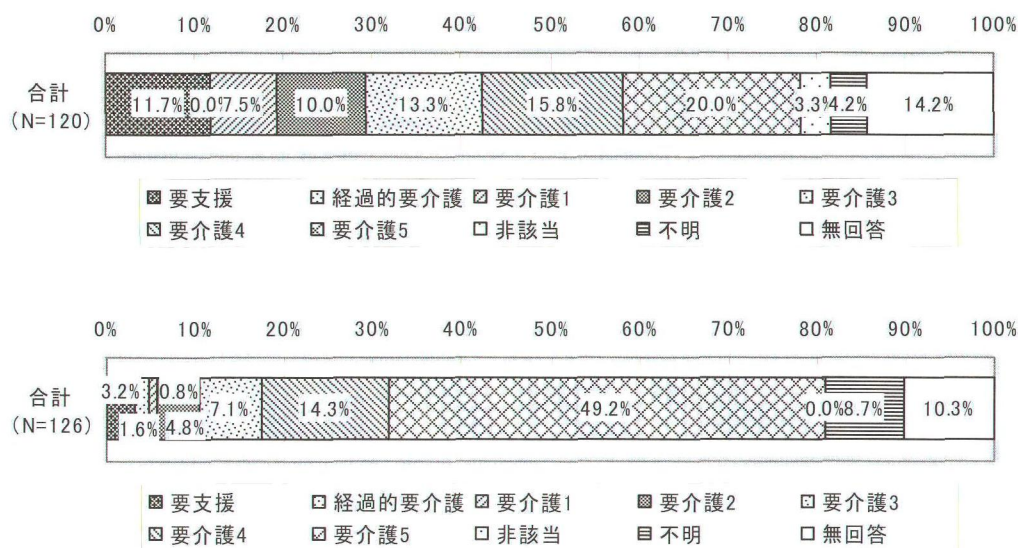
家族構成についてみると、在宅復帰患者、長期入院患者ともに、「子世代との同居世帯」が最も多く、それぞれ60.0%、61.9%となっており、在宅復帰患者、長期入院患者との間で顕著な差は見られていない。

図表 18 家族構成（上：在宅復帰患者、下：長期入院患者）



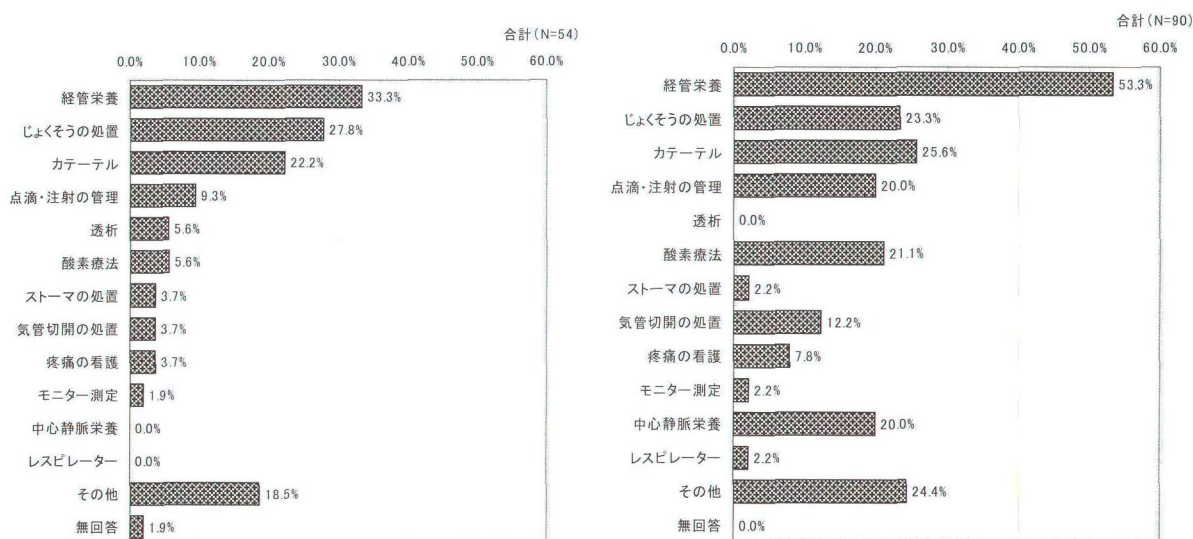
要介護度についてみると、長期入院患者では「要介護5」（49.2%）が最も多く、ほぼ半数を占めているのに対し、在宅復帰患者では「要介護5」は2割となっている。

図表 19 要介護度（上：在宅復帰患者、下：長期入院患者）



特別な医療の具体的な内容についてみると、在宅復帰患者、長期入院患者ともに、「経管栄養」（それぞれ 33.3%、53.3%）が最も多くなっている。

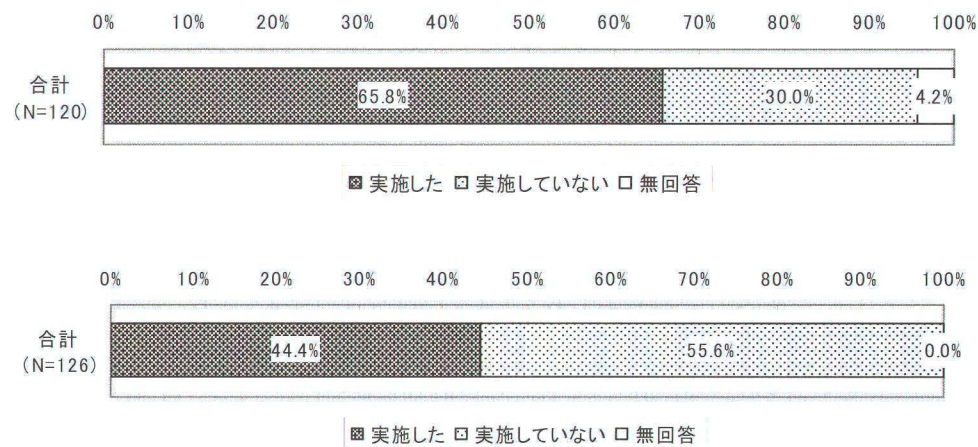
図表 20 特別な医療の有無（左：在宅復帰患者、右：長期入院患者）



②在宅復帰に向けた取り組みについて

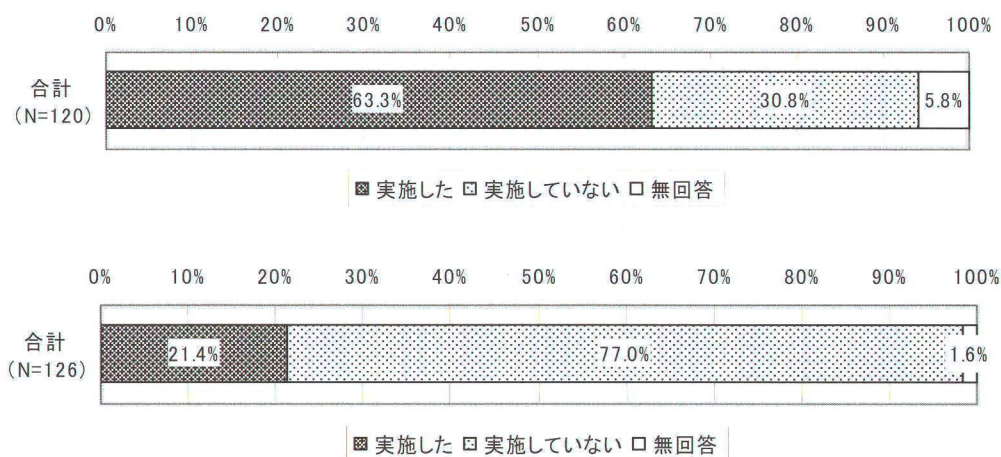
退院に向けた院内の多職種カンファレンスの実施についてみると、在宅復帰患者では「実施した」が65.8%、「実施していない」が30.0%であり、長期入院患者では「実施した」が44.4%、「実施していない」が55.6%となっている。

図表 21 多職種カンファレンスの実施（上：在宅復帰患者、下：長期入院患者）



退院に向けた在宅サービス事業所等を交えたカンファレンスの実施についてみると、在宅復帰患者では「実施した」が63.3%、「実施していない」が30.8%であり、長期入院患者では「実施した」が21.4%、「実施していない」が77.0%となっている。

図表 22 在宅サービス事業所等を交えたカンファレンスの実施（上：在宅復帰患者、下：長期入院患者）

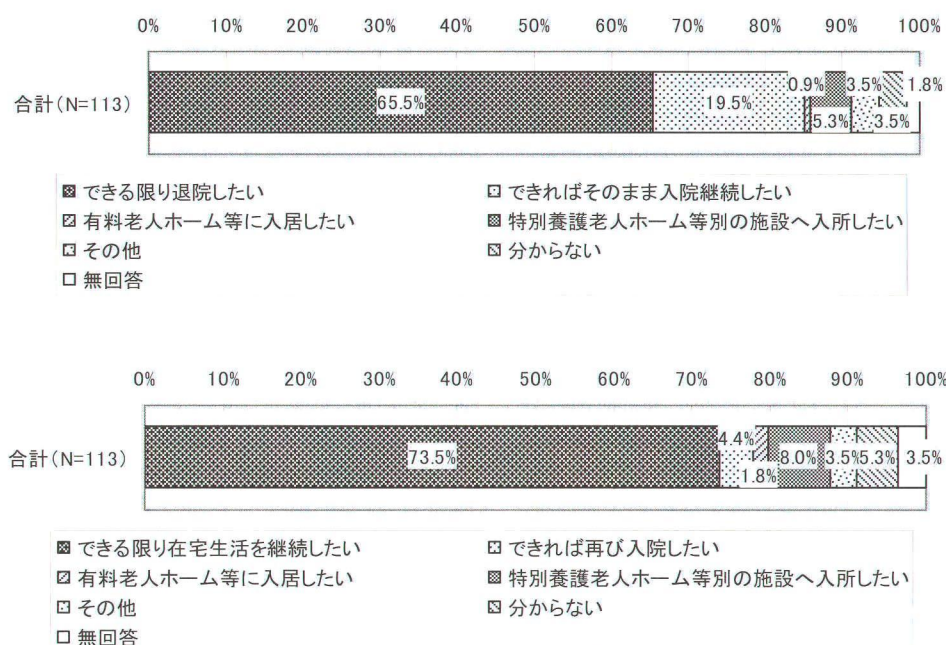


（３）本人および家族の視点からの在宅復帰患者／長期入院患者の状況

在宅復帰した患者について、退院した時点での退院についての考え方および現在の考え方をみると、退院時は「できる限り退院したい」（65.5%）が最も多く、在宅復帰に積極的な人が多いことがわかる。また、現在でも「できる限り在宅生活を継続したい」（73.5%）が最も多くなっており、実際に在宅復帰した場合はその状況を維持したいと考えている人が多いことがわかった。

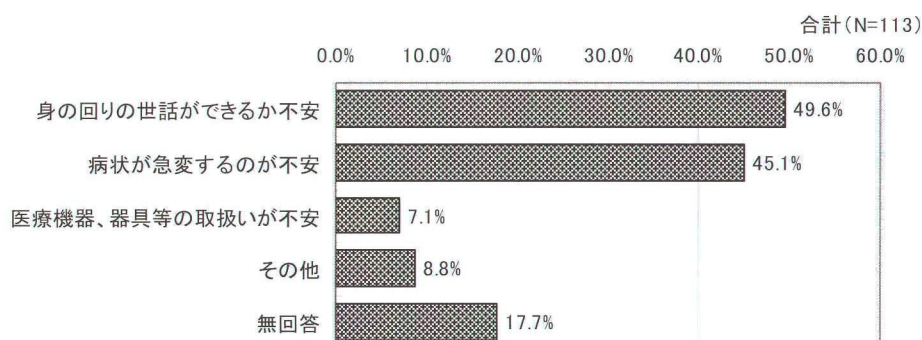
一方、退院時には「できればそのまま入院継続したい」と考えていた人が 19.5%存在したが、在宅に復帰した以降では、「できれば再び入院したい」は 4.4%まで減少している。

図表 23 退院について（在宅復帰患者）（上・退院時の考え方、下・現在の考え方）



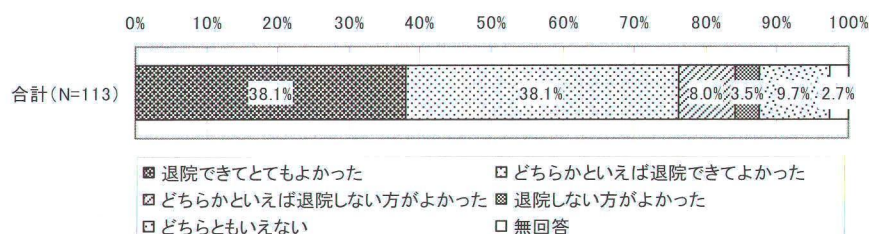
在宅復帰患者に「退院に向けて不安を感じたことがあったか」について尋ねたところ、「身の回りの世話ができるか不安」が 49.6%と最も多く、ついで「病状が急変するのが不安」（45.1%）となっている。

図表 24 退院に向けての不安（在宅復帰患者）



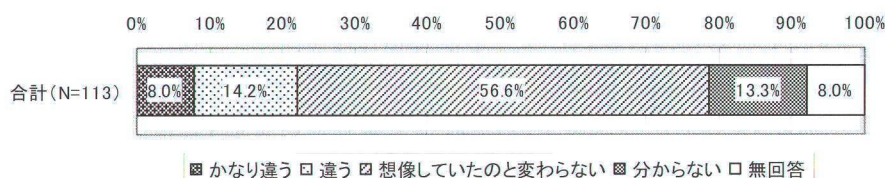
在宅復帰患者における、退院しての感想についてみると、「退院できてとてもよかった」、「どちらかといえば退院できてよかった」がともに 38.1%となっており、76.1%が退院して「良かった」と思っていることがわかる。

図表 25 退院しての感想（在宅復帰患者）



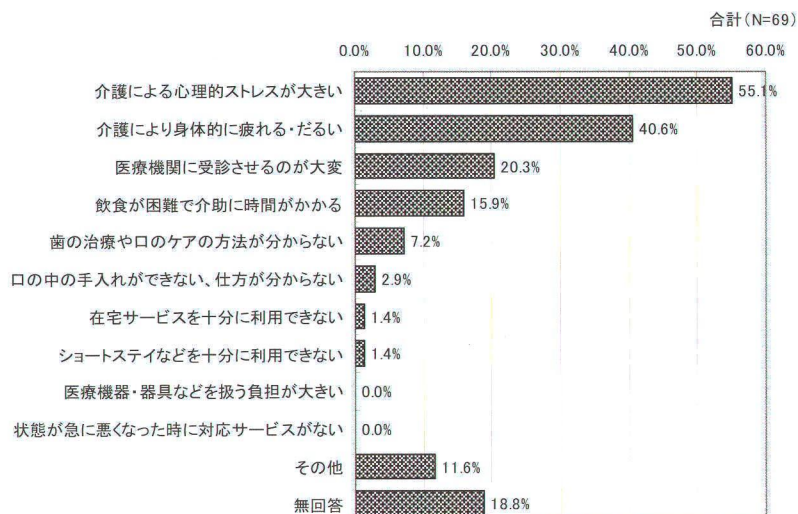
在宅復帰患者に「退院後の生活は想像と異なるか」について尋ねたところ、「想像していたのと変わらない」が 56.6%と過半数を占めていた。

図表 26 退院後の生活は想像と異なっていたか（在宅復帰患者）



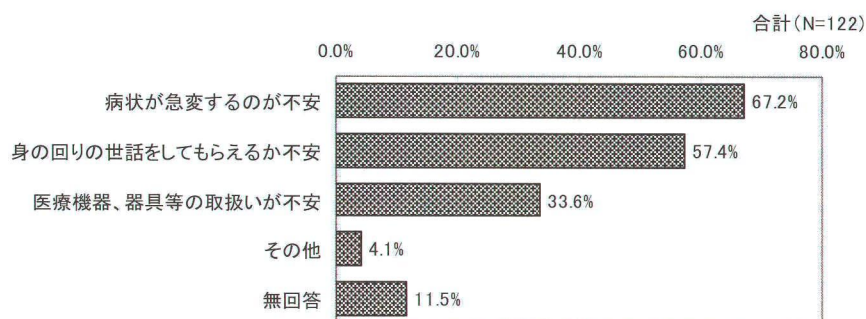
退院して自宅で生活している患者の介護者に「退院してから大変なことは何か」について尋ねたところ、「介護による心理的ストレスが大きい」（55.1%）が最も多く、次いで「介護により身体的に疲れる・だるい」（40.6%）、「医療機関に受診させるのが大変」（20.3%）と続いている。

図表 27 退院してから大変なこと（在宅復帰患者の介護者）



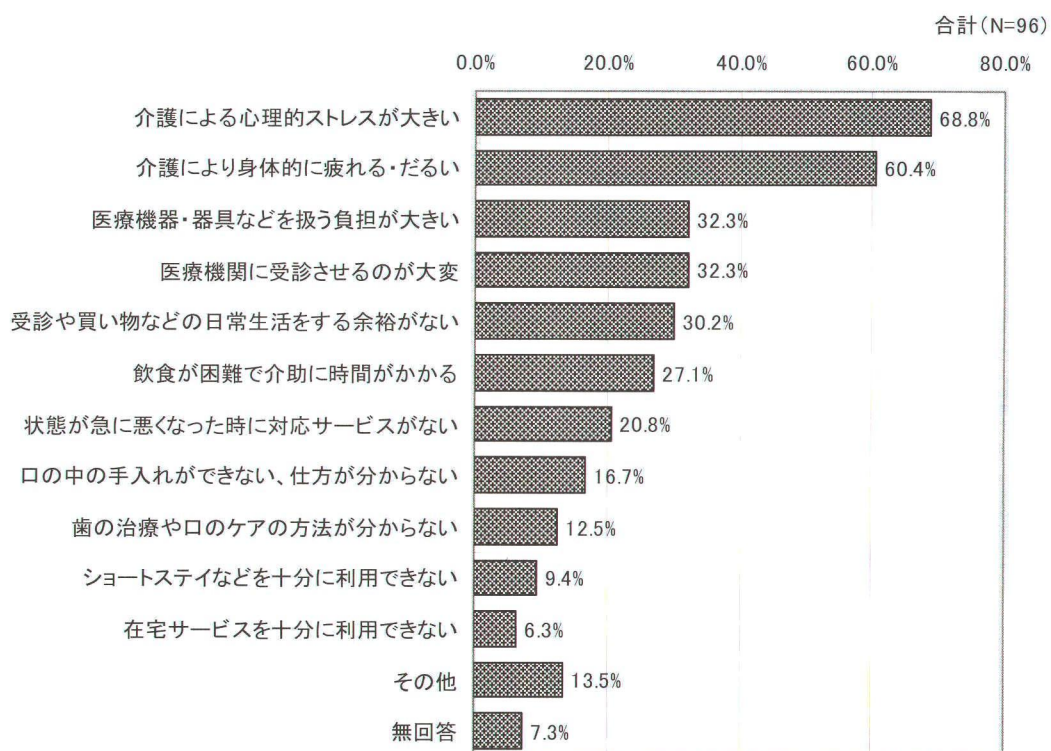
長期入院患者に、「退院するとした場合に不安に思うことがあるか」について尋ねたところ、「病状が急変するのが不安」が 67.2%と最も多く、次いで「身の回りの世話をしてもらえるか不安」が 57.4%と続いている。

図表 28 退院するとした場合に不安に思うことがあるか（長期入院患者）



長期入院患者の介護者に「退院する場合に大変になると考えていることは何か」について尋ねたところ、「介護による心理的ストレスが大きい」(68.8%)が最も多く、次いで「介護により身体的に疲れる・だるい」(60.4%)、「医療機器・器具を扱う負担が大きい」、「医療機関に受診させるのが大変」(ともに 32.3%)と続いている。

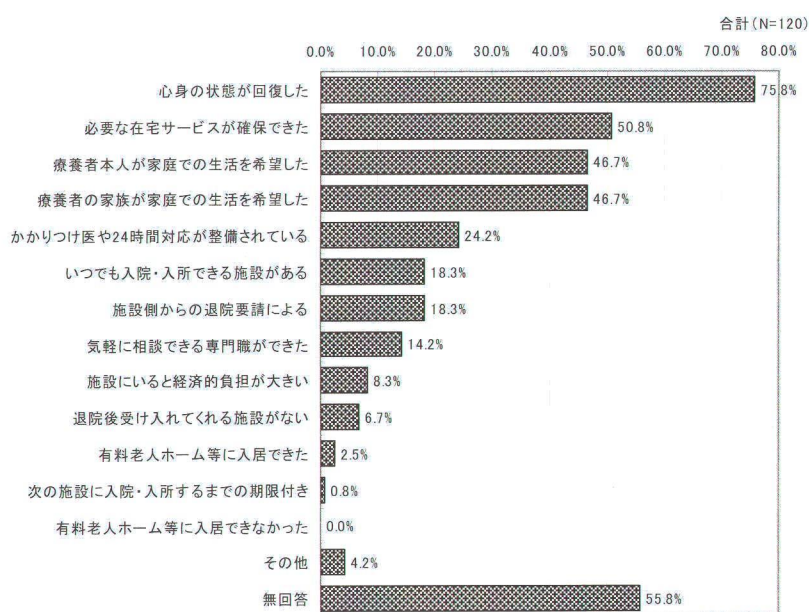
図表 29 退院する場合に大変になると考えていること（長期入院患者の介護者）



(4) 本人・家族と職員との視点の比較（在宅復帰患者／長期入院患者の状況）

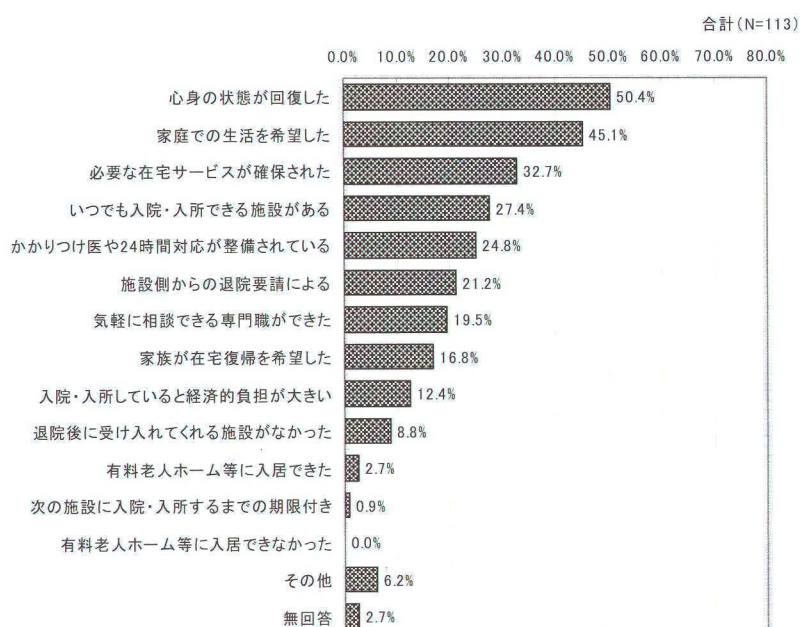
職員から見た在宅復帰患者が退院できた主な理由についてみると、「心身の状態が回復した」（75.8%）が最も多く、次いで「必要な在宅サービスが確保できた」（50.8%）となっている。

図表 30 在宅復帰患者が退院できた理由（職員による回答）



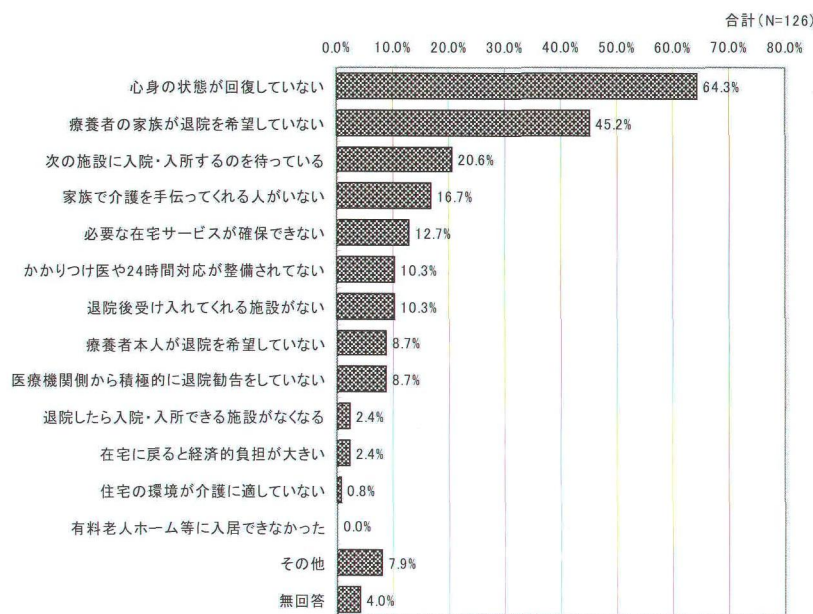
在宅復帰患者本人（または家族）が退院することに決めた理由についてみると、「心身の状態が回復した」（50.4%）が最も多く、次いで「家庭での生活を希望した」（45.1%）、「必要な在宅サービスが確保された」（32.7%）と続いている。

図表 31 退院することに決めた理由（本人・家族による回答）



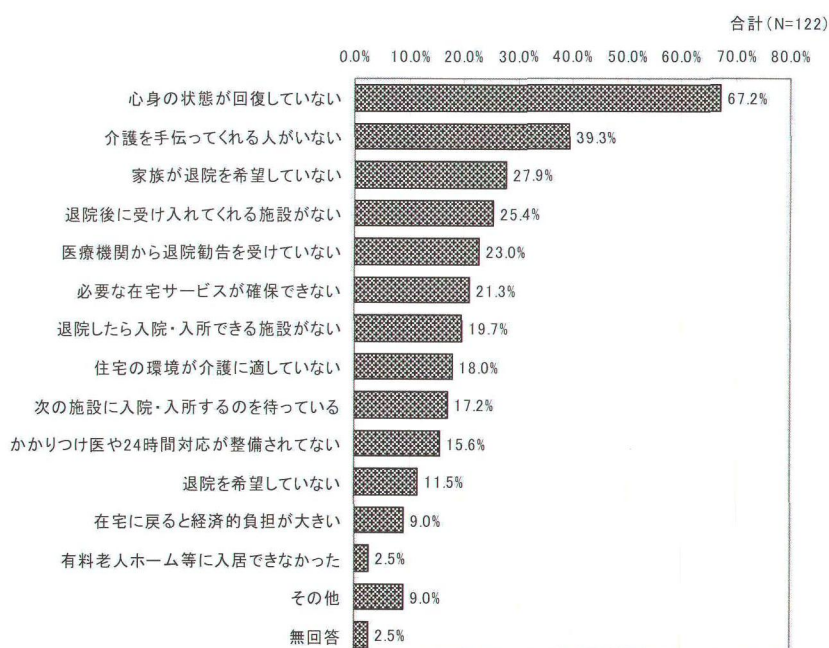
一方、職員から見た長期入院患者が退院できなかった理由としては、「心身の状態が回復していない」(64.3%) が最も多く、次いで「療養者の家族が退院を希望していない」(45.2%) となっている。

図表 32 長期入院患者が退院できなかった理由（職員による回答）



長期入院患者本人が、現在入院している理由についてみると、「心身の状態が回復していない」(67.2%) が最も多く、次いで「介護を手伝ってくれる人がいない」(39.3%)、「家族が退院を希望していない」(27.9%) と続いている。

図表 33 入院している理由（本人による回答）



3. 在宅医療・介護の問題点・課題等の実態把握のためのグループインタビュー

インタビュー対象施設となった3施設（信濃町立信越病院、府中市立府中北市民病院、四国中央市国民健康保険新宮診療所）の概要は以下の通りであった。

図表 34 グループインタビュー対象施設の概要

都道府県	長野県信濃町	広島県府中市	愛媛県四国中央市
施設名	信濃町立信越病院	府中市立府中北市民病院	四国中央市国民健康保険新宮診療所
地域の医療資源	町内で唯一の病院。		(旧村で唯一の診療所)
地域の特徴	冬は特に雪が多く、寒い。 (12月～3月末頃まで降雪あり)家からの出入りも困難になる場合もある。	一人暮らし、老老介護が多く、また病院側もマンパワー不足で消極的にならざるを得ない。	山間地域で自力で移動できる手段を持たない高齢者は、本人家族ともに症状再発等に対する不安が強く、在宅復帰に時間がかかる事が多い。 自力で移動できる手段を持つ高齢者でも客観的に見るとかえって危険な場合もある。 (80歳以上での車の運転、飲酒運転の常習など)
1日平均外来者数	215.5人	258人	67人
病床数	106床(うち療養病床50床)	110床(うち療養病床50床)	12床(うち療養病床8床)
併設サービス	介護療養型医療施設 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 短期入所療養介護 居宅介護支援	介護療養型医療施設 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 居宅介護支援	介護療養型医療施設 訪問看護 居宅療養管理指導 短期入所療養介護 国保歯科保健センター
在宅医療			
往診料	算定あり(29件)	算定なし	算定あり(7件)
在宅患者訪問診療料	算定あり(29件)	算定あり(1件)	算定あり(13件)
在宅時医学総合管理料	算定なし	算定なし	算定なし
居宅療養管理指導			
医師	算定あり(29件)	算定あり(6件)	算定なし
薬剤師	算定あり(3件)	算定なし	算定なし
管理栄養士	算定なし	算定なし	算定なし
訪問看護	算定あり(56件)	算定あり(13件)	算定あり(16件)
訪問リハビリ	算定あり(63件)	算定あり(9件)	算定なし
その他	算定なし	算定なし	算定なし
地域医療連携室	設置していない	設置している(担当職種:医事係職員) 退院支援に関する相談をしている	設置していない

都道府県	長野県信濃町	広島県府中市	愛媛県四国中央市
施設名	信濃町立信越病院	府中市立府中北市民病院	四国中央市国民健康保険新宮診療所
長期入院患者への在宅復帰支援	老々介護であったり、重度化したケースでは、在宅サービスを利用しても介護に限界があり、共倒れになってしまう心配もあるため、復帰に向けて行く事は難しい。	一人暮らし、高齢夫婦二人暮らしが多い地域である。また過疎地であり、交通も不便である。介護度が高く、日中独居状態となり介護力不足である。医療依存度の高い人は長期入院とならざるを得ない。地域連携室のマンパワー不足、社会福祉士も不足。	可能な限り在宅復帰させる方針で行っているが、山間僻地で高齢者のみの世帯が非常に多いため、受け入れ体制が整わないことが多い。
長期入院患者	介護困難になり、入所待ちであったり、重度化して、在宅での介護が家族には受け入れ困難(精神的・肉体的)になり、長期入院になるケースが多い。呼吸器・IVH等行っている患者では家族が高齢で医療的な知識を身につける事が難しく、在宅ケアスタッフ(訪問看護)も少ないため、在宅に戻れない。	褥瘡が残ったり、骨折でADLが低下した場合など、もとのレベルまで戻ったら在宅でみれるという家族が多い。長期のリハビリを希望される。家族が遠方にいる時は、施設入所待ちとなるが、それまで入院を希望される家族が多い。	在宅復帰の意思のない、または受け入れ体制のない患者については原則、特養・老健などの介護施設の入所待ちをしていただいた上で長期入院をすることが多い。
貴施設の在宅医療・介護サービスの特徴・工夫	毎週、町の介護保険担当者や介護サービス事業所との情報交換の会議を行い、入院から在宅へ、又は、在宅から入院へと移行していく際にスムーズに行える様にケースカンファレンス等行っている。情報を共有する事でサービス利用で問題があったりしても早期に対応ができています。	保健センターを併設していたが、合併により半分の保健師が本所へ移動するなど保健センター業務が低下した。1990年～当院退院後の患者を対象に訪問診療、看護、リハビリを行ってきた。一時は20人を越える患者がいたが、死亡など諸事情で現在12名に減少した。	入院施設を利用して、在宅患者の緊急時の受け入れ、入院から在宅への準備を行っている。入院設備を持つことによって、患者側に安心感を提供することができ、ひいては在宅医療の維持につながると考えている。また、末期患者(癌だけでなくその他の疾患の場合でも)に関しても家族や本人に希望があれば、当診療所で可能な範囲で在宅または入院で看取っている。

様々な制度改正の中で、今後も在宅医療・介護が重視されていくと考えられるが、特に中山間地域では、高齢化率の高さや医療スタッフの不足、積雪の問題など、都会とは違った問題を抱えている地域も多く、在宅医療・介護を展開していく上でもこれらの事情を勘案しながら諸施策を検討する必要があると考えられる。

今回のグループインタビューでは、在宅医療・介護に関する主な課題及び方向性として、以下の点が挙げられた。

- 在宅医療・介護を支える家族の認識・理解を向上
- 在宅医療・介護を支える家族の安心感を向上
- 地域の在宅医療・介護資源を勘案した入院医療
- 自然環境(積雪、離島等)への対策

4. 在宅医療・介護の先進地域への実地ヒアリング調査

本事業では、青森県深浦町国民健康保険関診療所、香川県綾川町国民健康保険陶病院・綾上診療所、滋賀県甲賀市公立甲賀病院の3地域に実地ヒアリング調査を行った。

本節では、診療所の観点からの在宅医療・介護サービス提供体制の状況と、病院の観点からの退院調整機能の促進システムの状況の概要を示す。

(1) 診療所における在宅医療・介護体制の状況

■青森県深浦町国民健康保険関診療所

関診療所では、平成18年4月から在宅療養支援診療所の届出をしている。また24時間の在宅医療対応体制として、訪問看護利用者や通院している高齢の患者に訪問看護ステーションの電話番号および訪問看護専用の携帯電話の番号を告知している（ステーションの電話は夜間・休日は専用携帯電話に転送される）。広範囲な町内をカバーするため、町を北部と南部に分けて看護師が1週間ずつ交代で電話当番をしている。患者からの連絡が入ると、所長の指示を受け訪問する（多くの場合、所長も共に訪問する）。訪問看護ステーションの体制は管理者以外に常勤2名、パート1名で平日は対応し、夜間および緊急については、診療所看護師等も含め7名～8名で当番で対応している。

医療機関からの退院後、地域のかかりつけ医が在宅医療を担うことが理想的な体制であるが、一人医師体制の診療所では難しい部分がある。入院設備のない過疎地域ほど本来は在宅医療は充実させるべきであると思われるが、現在、ほぼ365日24時間、診療所長が一人で対応しているのが実際である。在宅医療を属人的な行為ではなく地域の医療「システム」として構築していくには、後方支援病院や大学等からの代診医師派遣などの支援が必要である。また、医師のみならず看護師についても大病院や都会の病院への流出が続き、不足してきている。

■香川県綾川町国民健康保険綾上診療所

診療所は、医師は常勤2人、看護師は常勤5人（1人はケアマネジャー兼任、1人は訪問看護・通所リハビリ専任）、非常勤2人（外来、訪問看護）、作業療法士1人（通所リハビリ、訪問リハビリ、町の保健事業）、ヘルパー1人（通所リハビリ介助）、事務職員2人の体制。在宅療養支援診療所としての指定を受け、24時間の在宅医療を提供している。訪問診療は月、火、金の午後に医師1人、看護師1人の体制で対応している（医師は1週間交替で対応）。在宅患者からの休日・夜間の呼び出しは、ターミナルケースがある場合などは、対応回数が多くなる。

また、在宅療養者だけでなく、町内の急患にも24時間対応しており、住民が夜間・休日に診療所に電話をすると、医師（2人で交替）の携帯電話に転送される仕組みになっている。町内の診療所の医師は、隣市に住んでいる医師も多く、夜間・休日は対応できないため、綾上診療所が実質的に町内の夜間救急対応をしている。住民も綾上診療所が夜間・休日対応をしているのが当然になってきているため、土日も急患が比較的多い。

在宅医療・介護については、機会あるごとに患者・家族の啓蒙をしている。在宅サービスについて知らない家族も多く、ショートステイや通所サービスの説明をすると、少しずつ退院につなげることができるケースもある。一旦在宅に戻り、無理があれば、再入院あるいは入所をすることを提案して在宅を開始すると、意外と在宅のまま生活できることが多い。在宅でのがんのターミナルケースが増えてきており、地域の住民の在宅看取りの考え方も変わってきた可能性がある。地域の病院・診療所からも綾上診療所の24時間体制が周知され始めており、在宅療養者の紹介がくるようになった。

（２）病院における退院調整機能の促進への取り組み

■香川県綾川町国民健康保険陶病院

退院促進の取り組みとして、医師より入院時に患者・家族に対して、一般病床も療養病床も長くは入院できないことを説明し、入院してもらうようにしている。また、一般病床から療養病床に移る場合にも、「3ヶ月程度を目安に」といった説明を行っている。そのような説明を行うことにより、退院についての患者・家族とのトラブルを防ぐことができるようになっている。具体的な退院時期については、主治医が患者・家族と相談して検討している。

主治医と患者・家族との相談の結果、在宅に帰る方向となった場合、病棟師長と相談の上、退院に向けた準備を行う。在宅での介護の必要性がある場合は、地域連携室福祉担当職員と連絡・調整を図り、ケアマネジャーを入れた担当者会議を開催し、具体的な退院に向けた地域連携を行う。在宅に帰れないケースの場合は、患者・家族に転院先の希望があればその病院・施設を紹介を行う。特に転院先の希望がない場合、地域連携室福祉担当職員が中心になって相談に対応し、病床管理委員会、療養病棟入退院検討会において、多職種で検討を行う。これらの意見等をもとに、最終的には主治医が患者・家族と相談し、決定する。例えば、経管栄養の患者が退院する場合には、ケアマネジャーが経管栄養の受け入れができる施設の情報を集め、家族が希望する地域の入所施設を紹介する。施設の入所待ち情報を入手し、入所待ちとなるケースも実際にはある。

また、地域連携室の職員が病棟をまわり、患者や家族に介護保険制度の説明や、在宅サービス等についての情報提供をするようにしている。地域連携室の職員は、病院併設の居宅介護支援事業所のケアマネジャーも兼務しており、病院から在宅への切れ目のないサービスを提供できるような工夫がされている。また、毎週、地域連携室と病院併設の訪問看護ステーション等との連携会議を開催しており、退院が予定される患者等についての情報共有を行っている。

■滋賀県甲賀市公立甲賀病院

病棟医長が定期的にラウンドをして退院が可能な患者について、主治医や師長と相談の上、退院を促している。受け持ち看護師が中心となってケアマネジャーに連絡をとり、積極的に合同カンファレンスを開催する。退院調整が必要と感じた患者については病棟から地域医療連携室の看護師に連絡を入れ、調整が開始される。

退院予定の医療依存度患者については、訪問看護ステーションでも入院中から受け持ち看護師

を決め、病棟の受け持ち看護師と共に退院指導計画を立て、共同で退院調整を行ったり試験外泊の際に訪問看護師が自宅を訪問するようにしている。入院中から訪問看護師が関わることで患者や家族の退院に対する不安が軽減できる。また、ケアマネジャーと理学療法士が退院前訪問を行い、住環境の評価と改修のアドバイス行うこともある。このように病院と併設の在宅サービス事業所は、入院から退院に向けての引継ぎに途切れがないような取り組みを積極的に行っている。

退院が困難な場合は、療養型病棟転棟の判定会議にかけ、療養型病棟への入所が決定した場合は、原則、次の方向性を決めておく。判定会議に漏れた場合は、MSW や師長が家族と相談して転院先を決める。その段階で、受け入れ先がなく、在宅療養を選択する人もいる。

また、退院予定患者のサービス担当者会議に、地域の開業医が出席する場合もある。

Ⅲ. 結果のまとめ

本研究では、特に中山間地域における在宅医療・介護サービスの普及・阻害要因を明らかにし、今後の在宅医療・介護の普及促進に寄与することを目的として実施したものである。

今回の調査結果からは、特に中山間地域では、独居世帯や高齢者夫婦世帯の増加等に伴う介護力の低下、地域の在宅医療・介護資源の不足、積雪の問題など、都市部に比べて、より在宅医療・介護の推進が困難な背景を抱えている地域が多いことが分かった。在宅医療・介護を展開していく上では、これらの地域の事情を勘案しながら諸施策を検討する必要があると考えられる。

以下に、一次調査・二次調査及びヒアリング調査結果等を踏まえ、中山間地域が抱える在宅医療・介護に関する課題及びその解決策・工夫等についての整理を行った。

1) 家族の介護力不足を補う在宅サービスの必要性

■独居世帯・高齢者夫婦世帯による介護力不足

国保直診において在宅医療・介護への取り組みに関する課題として、一次調査で最も多くあげられたのが「独居世帯・高齢者夫婦世帯が多く受け入れ体制がない」(59.3%)であった。

在宅医療・介護が進まない要因として、中山間地域では、都市部に比べて高齢化率が高く、独居世帯や高齢者夫婦世帯が多いため、介護に限界があるため、長期入院になってしまうという回答が多くみられた。このような場合、退院後の行き先として、施設入所を希望する場合も多く、施設入所待ちのために長期入院になってしまうケースがあることも明らかになった。このような介護力の低さが在宅医療・介護の大きな阻害要因となっていると考えられる。

■医療依存度の高い長期入院患者

長期入院患者の状態をみると、要介護度が重く（要介護度5が49.2%）、特別な医療の必要がある（71.4%）人が多い傾向がみられた。必要な医療処置内容をみると、経管栄養、カテーテル、褥瘡の処置、酸素療法等が必要な状態の人がみられ、これらの医療処置が必要な場合、特に独居世帯や高齢者夫婦世帯では対応が難しく、長期入院につながっていると考えられる。

■介護力の不足を補える在宅サービスの必要性

このようなことから、特に中山間地域では、介護力の不足を補える在宅サービスの必要性が高く、特に医療依存度の高い人であっても在宅で24時間必要なサービスを受けられる基盤整備が大きな課題である。

しかしながら、現状では、中山間地域では、都市部に比べて在宅医療・介護サービスが不足しており、十分なサービスを利用できていない。また、たとえ在宅サービスがあったとしても、広大な地域に集落が点在するなど、在宅サービスの提供が効率的に行えず、必要十分なサービスが利用できない地域も多い。在宅サービス事業者側からみると、移動距離・コストが大きいいため、事業の採算面から中山間地域には進出するメリットが少ない状況にある。

これらのことから、中山間地域においても在宅サービスが経営的に成り立つような施策を検討していく必要性が高いと考えられる。

2) 在宅医療・介護サービスの基盤整備

■在宅医療・介護サービスにおける人材不足

国保直診において在宅医療・介護への取り組みに関する課題として、一次調査で2番目に多くあげられたのが「国保直診の在宅医療・介護にかかるマンパワー不足」(48.3%)であった。特に、24時間対応体制に対するマンパワー不足についての回答が多く、「医師1人体制のため24時間対応が困難」、あるいは「医師1人で24時間対応をしており負担が非常に大きい」という回答があげられ、医師の24時間体制が課題となっている現状が報告された。

入院施設の少ない中山間地域ほど、在宅医療の体制を充実する必要があると考えられるが、実際には1人の医師が24時間対応している地域も多い。今回ヒアリング調査を行った深浦町国保関診療所(青森県)もその1つの例であり、在宅療養支援診療所の届出をして、ほぼ365日24時間、診療所長が1人で対応しているのが実情である。そのような医師個人の「熱意」だけに頼るのではなく、後方支援病院や大学等からの代診医師派遣など、地域医療の24時間対応システムの構築が必要と考えられる。

また、看護師についても同様に「看護師不足のため24時間対応が困難」という回答が多くあげられ、在宅医療・介護サービスを支援するためのマンパワーの確保が課題となっている。中山間地域では、そもそも看護師不足のため、病棟や外来と訪問看護を兼務している看護師もみられ、このような兼務体制では、在宅療養者への24時間対応まで行うのは大変難しいと考えられる。看護師等のマンパワー確保のためにも、訪問看護ステーションなどが中山間地域でも経営的に成り立つような施策を検討していく必要性が高いと考えられる。

また、これらの在宅医療・介護サービスに従事する職員の知識・技術の向上も重要な課題である。特に中山間地域では、職員が少ないため研修に参加する余裕がないといった現状や、行政からの予算削減に伴い研修費用が削減されたなどの現状の報告もあり、在宅医療・介護サービスを担う職員の知識・技術の向上を図るための支援方策が課題と考えられる。

■在宅医療・介護の継続を支えるレスパイトサービスの整備

二次調査結果から、在宅復帰患者が退院してから大変なこととして「介護による心理的ストレスが大きい」(55.1%)、「介護により身体的に疲れる・だるい」(40.6%)などの回答が多くみられた。このため、介護者の心理的・身体的ストレスを軽減するためのレスパイトサービス(ショートステイや通所サービス等)が必要と考えられる。特に、医療依存度が高い場合、ショートステイや通所サービスの受け入れが少ないことから、これらのサービス整備が課題である。

また、在宅復帰患者が退院することにした理由として、「いつでも入院・入所できる施設がある」(27.4%)が4番目にあげられており、一旦退院しても、状態が悪化したらまた入院・入所できることが在宅医療へ踏み切る理由の1つとなっている。このため、地域にこのような在宅療養を支援するための病床等を整備し、地域住民が必要に応じて利用できるような仕組みをつくることも重要であると考えられる。

3) 家族の在宅医療・介護への理解の向上

■家族の在宅医療・介護への積極的な姿勢

二次調査結果から、在宅復帰患者が在宅に復帰できた理由として、「本人が家に帰りたいという希望が強かった」「主介護者が在宅復帰に意欲的であった」などの回答が多くあげられ、本人や家族の意識が大きく影響していると考えられる。また、介護者が在宅サービスの受け入れが「積極的」(36.7%)な割合が、長期入院患者(同8.7%)に比べると高いことが分かった。このように、介護者が在宅復帰に積極的であれば、在宅サービス不足の中であっても、比較的スムーズに在宅に移行している結果もみられた。

■家族の在宅医療・介護への理解の向上

また、グループヒアリング結果によれば、高齢者が一旦入院した場合、完全にもとの状態にまで戻れることは少ないため、「元の状態の戻らないと家に帰るのは無理」と思っている家族が多く、そのことが在宅復帰の阻害要因となっているとも意見があげられた。入院した早期から、医師から「どのような機能が低下することが予測されるか」ということを家族に分かるように説明し、元の状態には戻らなくても、自宅での生活ができることについて、家族に十分説明していくプロセスが重要と考えられる。

■地域住民への安心感の提供

一次調査結果では、在宅医療・介護に積極的に取り組んでいる国保直診の方が、その地域の住民も在宅医療を受けながら自宅での生活を望む人が多い傾向もみられた。この結果からは、医療機関が在宅医療・介護に積極的に取り組むことにより、地域住民や入院患者・家族の在宅医療への安心感が高まり、在宅医療・介護に積極的になれるといった関係性が示唆される。綾川町国保綾上診療所(香川県)のヒアリング結果においても、診療所の医師が2人で24時間体制で在宅医療に対応することにより、地域住民が休日・夜間も含めて安心して在宅で生活するようになり、在宅での看取りを希望する人も増えてきたとの報告があった。

このことから、今後とも国保直診においては、積極的に在宅医療・介護を提供していくとともに、地域住民が安心して在宅医療・介護を受けられるように支援していく必要がある。

4) 退院調整機能の促進への取り組み

■病院における退院調整機能の促進

一次調査結果では、病院や有床診療所において、様々な退院調整機能の促進への取り組みがされており、65歳以上の長期入院患者への在宅復帰支援の取り組みについては、病院のうち約7割が「積極的」「どちらかというと積極的」に取り組んでいることが分かった。また、二次調査結果から、在宅復帰患者についてみると、「退院に向けた多職種協働のカンファレンス」(65.8%)の実施や、「退院に向けた在宅サービス事業所等を交えたカンファレンス」(63.3%)などの実施率も高く、退院に向けたこれらの取り組みが在宅復帰につながっていると考えられる。

今回ヒアリング調査を行った公立甲賀病院(滋賀県)では、地域医療連携室を中心に、病棟と地域の居宅介護支援事業所等との連携がスムーズに行われるようになってきており、退院調整システムが軌道にのってきたとの報告があった。また、地域の開業医や居宅介護支援事業所、在宅サービス事業所等との合同ケアカンファレンスを開催して退院調整をしたり、医療依存度が高い人でも、いつでも併設の訪問看護ステーションが訪問できる体制を構築しているなどの工夫がなされていた。

一次調査結果によると、国保直診の病院のうち、地域医療連携室を設置しているのは37.1%となっていることから、地域連携室の設置や退院調整機能を担う専門職の配置などを進め、退院調整機能をより一層促進していく必要があると考えられる。

■退院に向けた具体的な取り組みの工夫

ヒアリング結果からは、在宅復帰への不安を抱えている家族であれば、居宅介護支援事業所と連携して、在宅への不安を軽減するように相談に応じたり、退院前にサービス担当者会議を開催して在宅サービス調整を十分に行ったり、医療処置が必要な患者の家族に対しては、入院中から家族への指導と退院後のフォロー体制を明確化したり、退院までに外泊を試行して家族に自信をつけたり、住宅改修を行って在宅療養が可能な環境整備をするなど、様々な工夫がなされていることが明らかになった。

綾川町国保陶病院(香川県)では、地域連携室の職員が病院併設の居宅介護支援事業所のケアマネジャーも兼ねており、入院中から入院患者や家族に対して、介護保険制度の説明や在宅サービスの種類・料金等の説明を十分に行い、患者や家族のニーズに応じて在宅復帰まできめ細かく対応していることが報告された。このような病院から在宅への切れ目のないサービス提供ができるような工夫も重要と考えられる。

退院調整については、特に医療機関と居宅介護支援事業所との連携が重要であるが、中山間地域においては、居宅介護支援事業所の数も限られることから、都市部に比べれば、医療機関と居宅介護支援事業所との密な連携を図ることができると考えられる。このメリットを活かして、医療機関と居宅介護支援事業所との連携をより一層深めることにより、本人・家族が安心して退院できる支援を行っていく必要性が高いと考えられる。

■退院後の本人・家族の感想

二次調査結果をみると、在宅復帰患者は、退院時に「できる限り退院したい」が65.5%であったのに対し、退院後は「できる限り在宅生活を継続したい」が73.5%と増加しており、退院後の方が在宅生活を肯定的に捉えている。また、退院後の生活は「想像していたのと変わらない」という回答も56.6%と過半数を占めており、入院中から在宅復帰に向けた療養指導や説明が行われていると考えられる。このように、退院に向けて十分な説明や指導等を行うことにより、本人・家族が安心して在宅復帰ができると考えられる。

5) 自然環境・地理的要因による在宅療養の厳しさ

■中山間地域の自然環境の特徴

中山間地域における在宅医療・介護実施上の困難点としては、「冬季積雪時には交通手段がとだえて在宅サービスが提供できない」「僻地への道のりが遠く、冬期は道が閉ざされる」「離島のため悪天候等により対応ができない」「移送手段を持たない高齢者が在宅復帰への不安が強い」などの自然環境・地理的要因等による在宅療養の厳しさについての回答が目立った。

特に、重度者の場合は、状態変化が予測されることから、緊急時に対応できるかどうかが不安で、在宅医療・介護に踏み切れないケースもあることが報告された。実際に、二次調査結果では、長期入院患者が退院するとした場合に不安に思うこととして、「病状が急変するのが不安」

(67.2%)との回答が最も多く、このような中山間地域の自然環境や地理的条件が影響しているものと考えられる。特に、中山間地域では移送手段がなく、また高齢者の場合、車などの移送手段を持っていない場合も多いため、在宅復帰に向けた取り組みを行う上では、移送手段の確保が大きな課題と考えられる。

■中間的な居住施設整備の必要性

グループヒアリング結果からは、豪雪地域などでは、現実には「越冬入院」があることも報告された。また、築年数が非常に古い住居の場合などでは、実際に寒冷対策が十分にできず、高齢者が冬を越えるには身体的に厳しい場合もある、雪が積もったら家から出られない地域があることも報告された。積雪期に状態が悪化し、入院する場合は、自宅から道路までソリで運ぶ例があること、そのような地域の対策として、特に越冬するための生活支援ハウスなどが整備されている地域もあり、冬季だけ集合して住むことで、医師の訪問診療や在宅サービスも受けやすくなり、高齢者も住み慣れた地域を離れないで済むといったメリットがあげられる。中山間地域では、特にこのような「入院」に変わる中間的な居住施設の整備の必要性が高いと考えられる。

この事業は、平成18年度独立行政法人福祉医療機構（長寿社会福祉基金）助成事業により行ったものです。

望まれる在宅医療・介護に関する
調査研究事業 概要版

平成19年3月

発 行 社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
〒100-0014 東京都千代田区永田町一丁目11番35号
TEL: 03-3597-9980 FAX: 03-3597-9986
ホームページURL: <http://www.kokushinkyo.or.jp>
E-mail: office@kokushinkyo.or.jp

印 刷 株式会社 プラクシス

