

在宅医療促進に関連する患者・家族の負担と地域医療・介護体制

若林 英樹

三重大学大学院医学系研究科 地域医療学講座 講師

【スライド1】

本研究に助成をいただきましたこととお礼申し上げます。

【スライド2】

超高齢社会を迎えたわが国では、在宅医療が推進されております。しかし、在宅医療は、まだ十分に普及しているとも言えませんし、また、その普及には大きな地域による格差があるとも言われています。

在宅医療を促進する要因の先行研究としては、患者・家族の希望とか、医療者側の関わり方や考え方といったものが指摘されております。

本研究では、急性期病院から、患者さんやご家族がどのように退院後の療養場所を選択されているかということを検討しました。

【スライド3】

療養場所選択に関わる4つの要因モデルを、先行研究を参考に考えました。すなわち、費


スライド1

在宅医療促進に関連する 患者・家族の負担と 地域医療・介護体制に関する研究

2015年度ファイザーヘルスリサーチ振興財団
国内共同研究助成

若林英樹¹⁾、関本美穂¹⁾、満武巨裕³⁾、市橋亮一⁴⁾、竹村洋典^{1, 2)}

1) 三重大学大学院 地域医療学講座
2) 三重大学大学院 臨床医学系講座家庭医療学分野
3) 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
4) 医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック



スライド2

背景

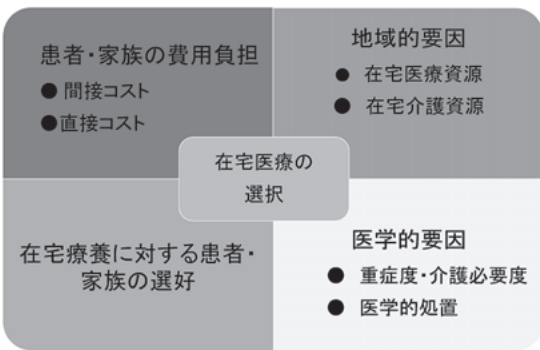
- 超高齢社会を迎えた我が国では、政策的に在宅医療が推進されている。しかし、在宅医療は十分に普及しているとは言えず、また、在宅医療の選択には大きな地域格差がある。
- 在宅医療を促進する要因の先行研究：
 - 患者・家族要因：在宅療養の希望、家族の理解力、他の家族との協力
 - 医療者要因：在宅医や訪問看護師の丁寧な関わり、医療者による今後の見通しと対応の説明・支援、看取りの場についての思い
- 在宅医療の地域格差を生む要因、各要因がどう関連しているかについては、まだ明らかになっていない。

目的

- 急性期病院からどのように退院後の療養場所が選択されるかを検討する

スライド3

療養場所選択に関わる4つの要因のモデル



用負担、地域的要因、患者・家族の選好、そして、医学的要因です。

【スライド4】

本研究は質的研究と量的研究の2つの研究を併用しております。

まず、質的研究のほうでは、三重、岐阜、大阪におきまして、医療・介護の専門職9名をリクルートし、半構造化面接を行い、SCAT(Steps for Coding and Theorization)と呼ばれる質的分析にて分析を行いました。

量的研究のほうでは、三重・岐阜・大阪の3つの急性期病院に入院されて、退院時に退院支援を受けた患者さん347人をリクルートいたしました。そして、診療記録とアンケート、それから退院支援の記録からデータを収集して分析をいたしました。

【スライド5】

質的研究の結果からお示しをいたします。

まず、患者さん本人が自宅へ帰りたいたいという希望は家族との関係によってさまざまです。そして、患者さんが家に帰りたいたいと希望される場合、介護家族がいるかどうかということが、やはり鍵となります。そして、その家族

が、実際に在宅で介護をしようとするには、少々何があっても家で見ていこうという覚悟があること、そして、患者さんと介護者との関係が悪くないことが必要となります。

【スライド6】

在宅療養を阻害する要因として、まず、状態が悪いこと、そして医療依存度が高いことが挙げられます。この医療依存度とは、喀痰吸引だとか血糖測定やインスリン注射などのことです。

スライド4

方法

1) 質的研究

- 2015年12月～2016年1月
- 三重、岐阜、大阪にて、医療・介護職(医師、看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、施設管理者)計9名をコンビニエンスサンプリングにより、リクルート
- 半構造化面接
- 録音し、逐語録を作成、SCAT(Steps for Coding and Theorization)法により分析

2) 量的研究

- 2016年9月～2017年3月
- 三重・岐阜・大阪の3つの急性期病院に入院し、退院支援を受けた347人を研究にリクルート
 - うち335人が研究参加、死亡退院やデータの欠損などを除外し、最終的に310人のデータを解析
- 診療記録、患者・家族向けアンケート、および退院支援の実施記録から収集した情報を分析し、退院先の選択に関連する要因を検討
- ロジスティック単回帰分析を使って、各因子の自宅退院のオッズ比および転院のオッズ比を計算した

スライド5

結果(1): 患者・家族の選好

- 患者の在宅療養の希望は、看てもらって当然という思いから、家族に迷惑をかけられないという遠慮までさまざまである。
- 患者の在宅療養希望がある場合、介護家族の有無がまず鍵となる。家族の介護に依存せざるを得ないため、家族の意向は非常に強い。
- 家族が在宅介護を決心するには、介護者の覚悟があること、患者介護者の関係が悪くないことが必要である。退院支援中に家族関係は見えにくいため、介護負担と在宅選択のギャップが起こる。
- 在宅介護を促進する家族の要因: 介護の遂行能力、介護実施の自信、在宅医療介護サービスを利用する能力
- 在宅介護を阻害する家族の要因: 病院医療・看護サービスが無いことへの不安、介護未経験による不安、見通しが立たないことへの不安、時間的な拘束、生活スペースへ他者が入ってくることへの負担

また、疾患別では、がんは短期決戦になることが多いので、在宅医療を選びやすい傾向にあります。しかし、非がんの場合は、見通しがなかなか立ちませんので、家族も自宅での介護を敬遠しがちです。また、在宅療養を医師が積極的に勧めるか、あるいは勧めないかという意見は、かなり決定要因となりやすいです。また、急変時や自宅での介護が難しくなったときに、病院がいつでも受け入れますよとなった場合に、患者・家族はいつかは家に帰ってみようという決心がしやすくなります。

【スライド7】

費用につきましては、療養場所によってかなり異なります。先ほどのご発表にもありましたように、費用によってかなり決まってしまうという面があります。そして、その財源は患者さんの年金と貯蓄です。そして、家族の介護負担と費用負担はトレードオフの関係にあります。すなわち、家族が家で介護ができないという場合は入所等の費用を負担するということになります。いずれにしても、退院先を選択する際にフリーランチはありません。つまり、転院や入所、あるいは自宅、どこへ行っても相応の費用負担が発生します。

そして、家族の介護負担と費用負担はト

レードオフの関係にあります。すなわち、家族が家で介護ができないという場合は入所等の費用を負担するということになります。いずれにしても、退院先を選択する際にフリーランチはありません。つまり、転院や入所、あるいは自宅、どこへ行っても相応の費用負担が発生します。

しかし、自己負担額は多くの人にとって払えないというほどの高額ではないことが示唆されました。

【スライド8】

在宅医や訪問看護師がいなかったために在宅医療ができませんという地域は、今回の調査範囲では、ありませんでした。しかし、在宅療養が選ばれるためには、潤沢な地域の資源が必要であることは言うまでもありません。

スライド6

結果(2): 医学的要因

- 在宅療養を阻害する医学的要因は精神のおよび身体的状態の不安定性、患者の生命の危機状態、高い医療依存度である。在院日数の短縮により状態が安定する前から退院調整をしなくてはならない。
- がんは見通しが明瞭なため在宅療養を選びやすい。進行が速いためタイミングを逃さない介護度の見直しが重要である。
- 非がんは見通しが不透明性のため在宅療養を選びにくい。予後見込みによって家族の介護計画が左右される。
- 在宅療養の選択について、医師の意見は決定要因となりやすい。
- 家族の覚悟さえあれば、医学的状況に関わらず可能となる。
- 急変時や自宅介護困難時に病院がバックアップする保障により、在宅療養への閾値が下がる。

スライド7

結果(3): 患者・家族の費用負担

- 退院先検討の際には、費用が負担できるかどうか重要な課題となる。本人負担が基本となり、その財源は患者の年金と貯蓄である。
- 厚生年金はより高額なので、施設入所の選択肢が広がる。国民年金は少額のため、在宅しか選べないことがある。在宅の場合、医療保険との併用により介護サービスの利用範囲が広がることもある。
- 家族の介護労力負担と費用負担はトレードオフの関係にある。
- 退院先を選択する際にフリーランチはない(どこに行っても相応の費用負担が求められる)しかし、自己負担額は多くの人にとって払えないものではない。国民年金受給者では月0円～数万円の持ちだして公的介護を受けることができる。

そこで、地域の在宅医療が発展するためには、まず、病院の医師が在宅医療の適用となりそうな患者さんを探りて在宅で紹介する。それから、在宅で成功した事例を積み重ね、信頼関係が結ばれる。そうすると、病院医師も積極的に在宅医療を勧めるようになる、という経緯が見られます。

【スライド9】

繰り返しになります。病院医師が在宅医療を推進するようになるには、在宅医との連携、そして、在宅看取りの成功事例を積み重ねるといった経緯があります。

病院医師が患者さんを外来で診ていく段階

で、病気の進行に伴って、在宅とか緩和とか終末期の話を少しずつ進めていき、受け入れを促していくということが、やはり鍵となります。そういったコミュニケーションを取るためには、死生学や地域医療、そして在宅や緩和医療について教育が必要になります。しかし、近年まで、そういった教育は、十分には行われてきませんでした。

【スライド10】

退院調整のほうですが、退院支援の役割は、退院後にどのようなリスクが待っているかということの評価しながら、患者さんやご家族が適切な療養場所を選択できることをサポートすることです。そういった中で、もと

スライド8

結果(4): 地域的要因

- 在宅医や訪問看護がないため在宅医療ができない地域はなかった。
- 在宅療養の選択には、**潤沢な在宅医療介護資源**が必要である：
 - 医師個人レベル: 医師の得意分野、処置への対応力、医師の緩和医療に関する考え方;
 - 地域レベル: 在宅専門クリニックによる在宅成功例の蓄積、在宅医療の啓蒙、病院医師の退院後に関する認識の変化 が鍵となる
- 地域の在宅医療の発展基盤は、**信頼ある病院医師からの在宅医療の勧め、病院医師と在宅医師のつながり、緩和医療の重要性の認識の共有**である。
- 在宅医療支援診療所情報は出所により、入ってくる情報と取りにくい情報、退院支援部門の持つ情報、病診医師間の情報がある。
- 退院支援職員、ケアマネジャー、病院医師が在宅医療介護の情報ハブであるが、現状では個人ネットワークに頼っている。

スライド9

結果(5): 医師の背景

- 病院医師が在宅医療を推進するようになるには、**在宅医師との連携**を基に、退院後の**在宅看取りの成功事例**、在宅医からの鮮明なフィードバックを積み重ね、在宅ケアに関する理解が深まる経緯がある。
- 失敗例の経験は在宅医療の推奨を阻害する。失敗の原因は、在宅医療のスキル不足であり、その背景に在宅医療の経験、教育の不足がある
- 在宅医療の選択には、**病院医師からの準備の勧め**が前提となる。癌の進行に伴って治療選択が減ったこと、在宅・緩和医療の勧め、家族が看られなくなったときの入院について話し、ACPの課題を出す。
- 在宅医療の選択のためには、病院主治医の影響が非常に大きい。しかし、在宅療養検討に必要な介護制度に関する、病院医師の認識は低い。
- 死生学、地域医療、在宅医療、緩和医療は医学教育に欠如していたため、医師個人の資質に依存している、在宅ケアに関する医学教育は近年始まったため、医師の世代により在宅医療・介護への認識の相違が大きい。
- 処置継続がネックになりうるが、臓器だけでなく患者のQOLを見て検討すべきである。

スライド10

結果(6): 退院調整

- 退院支援の力量は、**退院後リスクを評価**をしながら、勧められる在宅療養を的確に説明することである。経験が少ないと、不安に巻き込まれ、在宅療養の説明をあきらめることがある。
- 在宅療養を希望していなかった家族が、**在宅医療についての具体的な説明**を受けて、在宅療養を希望することもある。
- 早期からの選択肢の提示、不安材料への具体的な回答、在宅移行のタイミングが重要である。**早期からの退院計画**は患者・家族の嫌悪感を招くことがある一方、**退院計画の延長**は退院時期を見逃しうる。
- 退院先決定には医師の意見が強い影響力を持つが、ソーシャルワーカーに任せられ在宅移行できることもある。
- 急性期病院から一旦転院し、そこで最終的な療養場所を決めることもある。

もと、在宅医療を考えたもいなかった家族が、退院支援の担当者から具体的な説明を聞いて、在宅医療を希望することも見られます。

また、タイミングも大事であると言われます。入院早々から退院の話をする事は嫌われるということもありますが、また、タイミングが遅過ぎると家に帰るチャンスを逃すということもあります。最近、特に在院日数が短くなっておりますので、急性期療養病院から、いったん転院して、そこで最終的な療養場所を決めるということもあるということです。

【スライド11】

ここからは量的研究の結果の一部をお示しします。

年齢は平均81歳。性別は男性が半数で、原因疾患は、ご覧のような順番でした。

医学的処置があったのが2割、ADLはご覧のとおりです。

同居家族がいるのが6割で、患者さん本人が家に帰りたい人は6割、家族が自宅で介護を受け入れるという人が6割で、患者の希望と家族の希望の一致率が56パーセントと中等度でした。退院先は自宅が4割。そして主治医が患者の状態を見て、在宅医療を勧めるという意見を持ったのが6割で、退院支援の担当者がそう考えたのも6割でした。

スライド 11

項目		項目	
平均年齢	81.3 歳	同居家族	62.9%
男性	50.6%	患者の自宅退院希望	61.4%
介護の原因疾患		家族の自宅介護希望	61.2%
脳血管障害	19.9%	退院先	
悪性腫瘍	17.7%	自宅	38.8%
認知症	15.5%	施設	15.5%
医学的処置	17.7%	転院	45%
経口摂取	88.8%	主治医が自宅退院に積極的	56.9%
食事自立	34.7%	退院支援担当者が自宅退院に積極的	64.4%
排泄自立	21.5%		

【スライド12】

各要因が存在したときの在宅退院になるオッズ比を示します。

年齢が85歳以上で、自宅退院になるのはかなり低くなります。医学的処置がありというのは、意外にも関連しませんでした。悪性腫瘍は関連しますが、影響は比較的小さい。経口摂取、食事自立、排せつの自立、そして同居家族あり、介護者あり、そして本人の希望というものが、やはり自宅退院が高くなります。

そしてさらに、家族が自宅受け入れを希望

スライド 12

項目	OR	項目	OR
年齢(65歳-74歳対照)		退院後同居家族あり	6.4*
75-84歳	0.88	退院後介護者あり	2.0*
85歳以上	0.34*	患者の自宅退院希望	6.5*
医学的処置あり	0.54	家族の自宅受け入れ希望	8.0*
悪性腫瘍	2.2*	在宅医療に対する医師の意見	14.3*
退院時ADL		在宅医療に対する退院支援担当者の意見	10.7*
経口摂取	3.5*		
食事の自立	5.5*		
排泄の自立	3.9*		

するという場合は、可能性がさらに高くなります。そして最も影響が大きかったのは、在宅医療を適当と考えるという医師の意見と、それから退院支援担当者の意見でした。

【スライド13】

転院に関する因子としては、先ほどのほぼ逆なのですけれども、医学的処置がありということによって転院がやや高くなります。そしてADL、それから、同居家族あり、介護者あり、本人の希望、家族の希望というのがあれば低くなります。医師の意見、担当者の意見は、このように低くなります。

【スライド14】

以上、まとめますと、ご覧のとおりになります。

【スライド15】

今後、在宅医療が普及していくには、ご家族の方が在宅後の介護のイメージを持っているようにアプローチすること、そして病院医師が在宅医療の重要性、あるいは緩和医療の重要性をより強く認識していただくというアプローチが必要かと考えます。

スライド13

転院に関連する因子

項目	OR	項目	OR
年齢(65歳-74歳対照)		退院後同居家族あり	0.24*
75-84歳	0.81	退院後介護者あり	0.67*
85歳以上	1.06	患者の自宅退院希望	0.48*
医学的処置あり	2.8*	家族の自宅受入れ希望	0.26*
悪性腫瘍	0.80	在宅医療に対する医師の意見	0.12*
退院時ADL		在宅医療に対する退院支援担当者の意見	0.17*
経口摂取	0.28*		
食事の自立	0.64		
排泄の自立	0.47*		

*統計学的有意水準<0.05

スライド14

量的研究 まとめ

- 患者が在宅介護を希望する場合、自宅退院のOR=6.5。家族が希望する場合は自宅退院のOR=8.0。
- 同居家族がいる場合は自宅退院の可能性が高く(OR=6.4)、転院の可能性が低くなる(OR=0.24)。
- 退院時の医学的処置は転院と関連するが(OR=2.8)、自宅退院とは関連しない。悪性腫瘍の患者は自宅に退院しやすい(OR=2.2)。
- 病院主治医が在宅医療に積極的な場合、自宅退院のOR=14.3、転院のOR=0.12。退院支援担当者が積極的な場合は自宅退院のOR=10.7、転院のOR=0.17

スライド15

結論

- 在宅医療の選択には、患者本人の希望(OR=6.5)のみならず、介護家族の意向(OR=8.0)が強く影響する。家族の意向の決定要因は覚悟と関係性である。
- 自宅退院の選択に、医学的処置(OR=0.54)や、疾患の種類(癌 OR=2.2)など医学的要因の影響は比較的小さい。
- 自宅退院の選択には、病院医師の意見が大きく影響する(OR=14.3)。在宅医療が推進されるためには、病院医師と地域の在宅医がつながり、在宅・緩和医療の重要性を共有する必要がある。
- 退院先を選択する際にフリーランチはなく、費用負担と家族の介護負担とのトレードオフになる。患者の年金により退院先選択が左右される。

質疑応答

会場： 高齢者が増えていって、社会保障とか地域包括ケアを考える上で、このような研究はすごく意義深い重要なものだなと思って聞かせてもらいました。

質問がありまして、特に前半の質的な研究の分析ですけども、分析をするに当たって、コーディング作業とか、すごく大変だったと思うのですが、その質的な分析の中で計量的な分析というのはされているのかどうかというのをお聞きしたくて。例えば、特定のキーワードとかセンテンスはどの職種でも出てきているとか、特定のメディカル、コメディカルでは出てきて、それ以外には出てこないとか。もしくは、その単語と単語のつながりで、退院という単語と不安という単語がよく出てくる確率が高いとか。そういった数字として見えるような何か、数値として出せるような語のつながりみたいなものとか、計量的な分析をもしされていたら、その結果を教えていただければ大変ありがたいのですが。

若林： 貴重なご指摘、ご質問、ありがとうございます。この研究方法では、量的なカウントは行っておりません。ただ、ご指摘のような、どの職種からどのキーワードが多いかというのは非常に興味深いと思いましたので、また検討させていただきたいと思います。ありがとうございました。

会場： 1点質問させていただきたいのですが、今回、質的研究と量的研究の両方をされていますけれども、それらの結果をどのように統合したのか。結果の時点で統合したのか、もしくは考察の時点で統合したのか。また、それによって、単独で研究をするよりも、こうやって混合したことによって、付加的に得られた知見などが、もしあれば、教えていただければと思います。

若林： なかなか微妙なところを突いていただいて、ありがとうございます。もともとは質的研究で、ある程度、概念なり項目を抽出して、それを最大限アンケートに反映させようと考えておりました。ただ、1年間でそれというのは非常に無理だったので、ある程度の簡単な分析をして、それをアンケートのほうには反映するという順番は取りました。

でも、やはり、ほぼ両方の研究を同時にやって、最後に統合したという形とっていいかなと思っております。

会場： 方法のところと考察のところを統合された、と。

若林： そうです。

座長： この研究は、現場経験を裏付けるというような意味で、一つ前の山岸先生のご研究と同じような内容のものだと思い、同じように貴重な研究だと思えます。

山岸先生のデータでも「医者の一言が大事」だと。また、希望する療養場所と実際の療養場所が一致したかしないかというところで、療養病棟と急性期病棟で亡くなられた方は「特に希望なし」と「分からない」が大多数でした。それは当たり前なのです。医者が何も言わないから分からないのです。自分でそんなことを調べて自覚する人なんて誰もいませんし、誰だってもっと生きたいわけですから。医者が、今、先生が言われたように、例えば98歳の心不全の人が退院するときに、「そんなに長くは生きられませんよ」ということをうまく言うという、その医者の力量がそこで試されるわけです。何も言わなければ、98の人だって、死ぬとは思わないで帰るわけですから。「また病院に来ればいい」と思って。そういうことをデータとして非常にしっかり出された。この2つの研究は、私はそういう意味で非常に価値のある研究だと思います。