

過疎地域における医療・介護関係者の終末期ケアの実態と 連携に関する調査

フジタ ジュンコ* フクイ サキユ* オカモト ユウユ*
藤田 淳子* 福井小紀子* 岡本 有子*

目的 過疎地域の住民が最期まで地域で過ごせるための医療・介護のあり方への示唆を得ることを目的として、医療・介護関係者の終末期ケアの実態、在宅支援の実態および多職種連携の状況を明らかにした。

方法 A地域の医療・介護関係者398人（医療・介護・福祉の専門職、または、連携関連部署に所属する事務職で、かつ常勤であるものの総数）を対象に、無記名自記式質問紙調査を行った。職種別、所属場所別（病院、施設、地域）に集計した。

結果 調査票の回収は、38機関より212人であった（回収率53.3%）。終末期ケアの実態として、過去1年間に終末期ケアを実施した割合は、職種別では、介護支援専門員（71.4%）、介護福祉職（66.7%）、医師（66.7%）が高かった。所属場所別では、病院と施設が約70%であるのに対し、地域は40%以下であった。在宅支援の実態については、回答者全体の70%以上が、何らかの在宅支援を実施し、かつ関心をもっていた。在宅支援の実施内容の1つである自宅訪問については、医師（77.8%）と介護支援専門員（90.5%）の実施割合が高かったが、その他の職種においても20~40%が実施し、また、所属場所別において病院や施設でも20~30%が実施していた。多職種連携については、7下位尺度で構成された顔の見える関係評価尺度を用いて測定した結果、下位尺度「多職種で会ったり話し合う機会」の得点が低く、「他施設の関係者とのやりとり」、「病院と地域の連携」の得点が他の下位尺度に比べ高い傾向にあった。

結論 終末期の医療・介護体制として、施設の介護福祉職を中心とした終末期ケア体制の構築、病院や施設からのサポートによる在宅支援の促進が可能な地域であると考えられる。また、多職種で会ったり話し合う場を作ることによるネットワークづくりが必要である。

Key words : 終末期ケア, 在宅ケア, 多職種連携, 顔の見える関係, 過疎地域

日本公衆衛生雑誌 2016; 63(8): 416-423. doi:10.11236/jph.63.8_416

I はじめに

日本は少子高齢化社会を迎え、医療と介護の需要がさらに増加することが見込まれている。厚生労働省は、第一次ベビーブーム期の世代が75歳を迎える2025年までに、多くの高齢者が最期まで住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、医療・介護・福祉の連携による一体的な支援を提供できる地域包括ケアシステムの構築を推進している。地域包括ケアシステムの具体的な形は、人口規模や社会資源など各地域の特性に合わせて構築されるべきとされ¹⁾、各地域で独自に考えていかなければならない。そのためにはそれぞれの地域での課題と医療・

介護資源の実態把握が必要不可欠である。

A地域は、B町・C町の2町からなる地域で、西側は海に、東側と南北は山系に囲まれている。2014年度の人口²⁾は、B町は6,935人、C町は8,514人であり、10年前と比較し約30%減少している。また、高齢化率は、B町40.1%、C町43.9%であり、10年前と比較し約10%増加している。今後も、急激な人口減少と高齢化がすすむことが予測されている地域であることから³⁾、増えていくであろう終末期を迎える人々を地域でどのように支えていくかが喫緊の課題である。

住民を支える側である医療資源として、病院については、C町に約80床の急性期病院が1か所のみであり、人口10万人あたりの病院の医師数はC町で92.9人（全国152.7人）、看護師数はC町に385.5人（全国632.1人）という状況である（日本医師会地域

* 日本赤十字看護大学地域看護学領域
責任著者連絡先：〒150-0012 東京都渋谷区広尾4-1-3 日本赤十字看護大学地域看護学 藤田淳子

医療情報システム⁴⁾、2014年7月推計による)。診療所は2町合わせて7箇所あるが、人口10万人あたりの診療所数は、B町52.3箇所、C町31.7箇所(全国平均68.3箇所)であり全国平均と比較し少ない。B町、C町を含む2次医療圏では住民の4割が圏外へ入院しており⁵⁾、医療が完結できていない現状がある。介護資源としては、75歳以上人口1千人あたりの介護サービス(居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービス、居宅介護支援を含む)は、B町12.1機関、C町14.4機関(全国平均13.8機関)であり、全国平均と大きな差はなく、居宅サービス機関数も全国平均と同等である。しかし、75歳以上1千人あたりの入所型介護施設の入所定員数は、全国平均と比較しC町はほぼ平均であるが、B町は半数(B町31.9人/千人、全国77.7人/千人)であるため、2町合わせると規模は小さいことがわかる。また、介護サービスにおける75歳以上1千人あたりの看護師数と介護職員数は、全国平均と比較し少なく、とくに、看護師数が少ない(A町6.7人/千人、B町9.5人、全国13.7人/千人)。

上記に述べてきたような人口規模が小さく少子高齢化がすすみ、医療・介護資源も少ないという特徴を持つ地域において、差迫っている課題である終末期を迎える人々への支援体制の整備のためには、病院や施設も含めた地域全体の人的資源を有効活用していくことがひとつの方略としてあげられる。そのためには、医療・介護関係者による終末期ケアや在宅支援に関する実施状況、およびそれらの自信や関心などの態度を把握することが必要であると考えられる。これまで、医療や介護の機関数と自宅看取りとの関連についての研究⁶⁾は行われてきているが、人的資源に焦点をあて、地域全体の支援の実態を明らかにした調査はあまりみられない。また、所属機関をこえて人的資源をつなぐために、多職種連携が重要であるが、評価指標が未確立⁷⁾であることなどから十分な調査は行われておらず、連携の程度を数値化し、現状を検証していくことが求められると考える。

よって、本研究の目的は、A地域の医療・介護関係者の終末期ケアの実態(実施状況と自信)、在宅支援の実態(実施状況と関心)、多職種連携の状況を明らかにし、住民が最期までA地域で過ごせるための医療・介護体制づくりに向けた示唆を得ることとした。

II 研究方法

1. 調査対象

まず、地域全体の医療・介護関係者数を把握する

ために、A地域の在宅医療連携拠点事業事務局が、A地域に所在する医療・介護関連の全45機関へ就業者数調査を行い、各機関の職種別および勤務形態別人数を把握した。就業者数調査は、依頼、回収ともFAXにて記名式で行った。45機関のうち、40機関から回答を得た。40機関の内訳は、病院1、診療所6、歯科8、薬局6、介護サービス18(居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービス、居宅介護支援を含む)、保健所1であった。40機関の就業者は計826人であった。

次に、就業者数調査の結果から調査対象を検討した。職種は、医療・介護・福祉の専門職、または、連携関連部署に所属する事務職とし、勤務形態は、常勤とした。また、就業者数調査の回答が得られた40施設に加えA地域の保健センター2か所を追加した。最終的に、42機関に所属する398人を対象とした。

2. 調査方法

自記式無記名質問紙調査を実施した。調査票の配布は、A地域の在宅医療連携拠点事業の事務局より、対象者の所属する機関に該当人数分の調査票を配布した。回収は、研究者に直接郵送での返送とした。調査時期は、2015年1月であった。

3. 調査項目

1) 基本属性

性別、年齢、現業務の通算経験年数、現職場での勤務経験年数、A地域における居住年数を尋ねた。

2) 終末期ケアの実態(実施状況と自信)

終末期ケアの実施状況は、過去1年間の終末期の患者(がんも非がんも含む)の治療やケアの実施の有無を尋ねた。終末期ケアの自信については、現在勤務する職場において回答者自身が終末期の患者を支える自信について、「まったくない」、「あまりない」、「どちらともいえない」、「ややある」、「とてもある」の5件法で尋ねた。

3) 在宅支援の実態(実施状況と関心)

在宅支援の実施状況は、「自宅訪問」、「デイケア・デイサービス・ショートステイ」、「退院(所)時・外来・窓口での支援」、「その他の支援」、「何も行っていない」に関して尋ねた。在宅支援の実施割合は少ないと予測したため、在宅支援への態度は、自信ではなく関心について尋ねることとした。在宅支援の関心は、「まったく関心がない」、「あまり関心がない」、「どちらともいえない」、「やや関心がある」、「とても関心がある」の5件法で尋ねた。

4) 多職種連携の状況

多職種連携の状況については、地域在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度(以下、顔

の見える関係評価尺度)⁸⁾を用いた。この尺度は、医療、介護職からみた地域における他職種との顔の見える関係構築のよさを測定するものであり、がん患者に関わる医療福祉職を対象にした「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」⁹⁾を、がんに限らない在宅療養者全般を対象を広げて福井が改変したものである。全21項目、7下位尺度で構成される。具体的な項目と下位尺度の構成は表5に示した。各項目は、「5=そう思う」、「4=少しそう思う」、「3=どちらでもない」、「2=あまりそう思わない」、「1=そう思わない」の5件法で回答を求める。下位尺度の合計得点の範囲は3~15点であり、得点が高いほど関係構築がよいことを示す。尺度の信頼性、妥当性は確認されている。

4. 分析方法

分析においては、1職種や1施設あたりの対象人数が少ないことから、対象者を職種別、所属場所別にグループを作成し結果を集計した。具体的には以下のように分類した。職種は回答者の属性の分布から、①医師、②看護職(看護師、准看護師、保健師)、③介護支援専門員、④介護福祉職(社会福祉士、介護福祉士、ヘルパー)、⑤他の医療職(歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、栄養士)、⑥連携関連部署に所属する事務職(以下、事務職)に6分類した。所属場所は、病院、施設(施設サービス、および、グループホーム等の居住施設)、地域(診療所・薬局・居宅サービス・行政)に3分類した。

また、多職種連携の状況に関して、顔の見える関係評価尺度の得点について、所属場所別との関連を調べるため、一元配置分散分析と多重比較を行った。解析には、SPSS22.0Jを用いた。

5. 倫理的配慮

対象者には、研究の趣旨、匿名性の保持、調査への協力は任意であること等を記した協力依頼書を調査票に添付し、調査票の回収をもって同意とみなした。回収された調査票と、回答者の連絡先は別々に保管し、分析途中や結果の公表時に、対象者の所属機関や氏名を識別できないようにした。本研究は、日本赤十字看護大学倫理審査委員会の承認を得て行われた(承認年月日2014年12月12日、番号2014-110)。

Ⅲ 研究結果

1. 回答者の概要

調査票の回収は、38機関より212人であった(回収率53.3%)。職種別にみると、医師9人(回収率60.0%)、看護職44人(回収率54.3%)、介護支援専門員21人(回収率58.3%)、介護福祉職81人(回収

率44.3%)、他の医療職33人(回収率73.3%)、事務職24人(回収率63.2%)であった。

回答者は、性別は女性152人(71.7%)、年齢の平均が45.1(±12.0)歳、現業務の通算経験年数の平均が13.3(±9.7)年、現職場での勤務経験年数の平均が8.9(±7.4)年であった。A地域における居住年数は、最短0年~最長76年で、平均は、24.3(±16.9)年であった。

回答者の所属場所は、病院25人(11.8%)、施設61人(28.8%)、地域126人(59.4%)であった。回答者の職種と所属場所とをクロス集計でみると(表1)、どの職種も、所属場所として「地域」が最も多かったが、介護福祉職は、「地域」と「施設」が同等程度であった。

2. 終末期ケアの実態(実施状況と自信)

終末期ケアの実施状況について、職種別、所属場所別に表2に示す。

過去1年間に終末期ケアの実施ありと回答したのは全体で、109人(51.4%)であった。職種別にみると、医師(66.7%)、介護支援専門員(71.4%)、

表1 回答者の職種と所属場所

(n=212)

職種	所属場所			合計
	病院	施設	地域	
医師	3(33.3%)	0(0.0%)	6(66.7%)	9(100.0%)
看護職	11(25.0%)	10(22.7%)	23(52.3%)	44(100.0%)
介護支援専門員	0(0.0%)	3(14.3%)	18(85.7%)	21(100.0%)
介護福祉職	5(6.2%)	37(45.7%)	39(48.1%)	81(100.0%)
他の医療職	4(12.1%)	8(24.2%)	21(63.6%)	33(100.0%)
事務職	2(8.3%)	3(12.5%)	19(79.2%)	24(100.0%)
合計	25(11.8%)	61(28.8%)	126(59.4%)	212(100.0%)

表2 職種別・所属場所別の終末期ケアの実施状況

(n=212)

	実施あり	実施なし
全体	109(51.4%)	103(48.6%)
〈職種別〉		
医師	6(66.7%)	3(33.3%)
看護職	22(50.0%)	22(50.0%)
介護支援専門員	15(71.4%)	6(28.6%)
介護福祉職	54(66.7%)	27(33.3%)
他の医療職	9(27.3%)	24(72.7%)
事務職	3(12.5%)	21(87.5%)
〈所属場所別〉		
病院	17(68.0%)	8(32.0%)
施設	43(70.5%)	18(29.5%)
地域	49(38.9%)	77(61.1%)

介護福祉職（66.7%）の割合が高く，他は50%以下であった。所属場所別にみると，実施した割合は，病院と施設は約70%であるのに対し，地域は40.0%以下であった。

過去1年間に終末期ケアの実施ありと回答した109人に対し，在宅看取りまで関わったことがあるかを尋ねた。在宅看取りまで関わったと回答したのは，職種別では，医師5人（83.4%），介護支援専門員11人（73.3%），介護福祉職30人（55.6%）事務員2人（66.7%），の順に高かった。看護職は10人（45.5%），他の医療職は1人（11.1%）であった。所属別にみると，地域32人（65.3%），病院8人（47.1%），施設19人（44.2%）であった。

現在所属している職場における終末期ケアの自信について，職種別，所属場所に表3に示す。自信が「ややある」または「とてもある」と回答した割合は，全体で73人（34.4%）であった。職種別にみると，医師が55.6%，介護支援専門員が52.4%であり，他は，40%以下であった。所属場所別にみると，施設が57.3%と最も高く，病院が40.0%，地域は22.2%であった。

3. 在宅支援の実態（実施状況と関心）

在宅支援の実施状況について，職種別，所属場所に表4に示す。在宅支援の実施ありと回答したのは，全体で156人（73.6%）であった。そのうち，実施内容として自宅訪問は，医師（77.8%）と介護

表3 職種別・所属場所別の終末期ケアの自信

(n=212)

	まったくくない	あまりない	どちらともいえない	ややある	とてもある
全体	22(10.4%)	29(13.7%)	88(41.5%)	60(28.3%)	13(6.1%)
〈職種別〉					
医師	1(11.1%)	2(22.2%)	1(11.1%)	5(55.6%)	0(0.0%)
看護職	4(9.1%)	5(11.4%)	19(43.2%)	9(20.5%)	7(15.9%)
介護支援専門員	3(14.3%)	0(0.0%)	7(33.3%)	11(52.4%)	0(0.0%)
介護福祉職	2(2.5%)	11(13.6%)	35(43.2%)	28(34.6%)	5(6.2%)
他の医療職	6(18.2%)	5(15.2%)	14(42.4%)	7(21.2%)	1(3.0%)
事務職	6(25.0%)	6(25.0%)	12(50.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
〈所属場所別〉					
病院	0(0.0%)	5(20.0%)	10(40.0%)	7(28.0%)	3(12.0%)
施設	2(3.3%)	2(3.3%)	22(36.1%)	29(47.5%)	6(9.8%)
地域	20(15.9%)	22(17.5%)	56(44.4%)	24(19.0%)	4(3.2%)

表4 職種別・所属場所別の在宅支援の実施状況

(n=212)

	実施あり (n=156)			実施なし (n=56)
	自宅訪問	実施内容の内訳 ¹ デイケア・デイサービス・ ショートステイ	入退院(所)時・ 外来・窓口での支援	
全体	84(39.6%)	72(34.0%)	61(28.8%)	
〈職種別〉				
医師	7(77.8%)	0(0.0%)	2(22.2%)	1(11.1%)
看護職	19(43.2%)	13(29.5%)	19(43.2%)	8(18.2%)
介護支援専門員	19(90.5%)	10(47.6%)	14(66.7%)	1(4.8%)
介護福祉職	23(28.4%)	42(51.9%)	10(12.3%)	21(25.9%)
他の医療職	11(33.3%)	5(15.2%)	8(24.2%)	14(42.4%)
事務職	5(20.8%)	2(8.3%)	8(33.3%)	11(45.8%)
〈属場所別〉				
病院	7(28.0%)	1(4.0%)	14(56.0%)	8(32.0%)
施設	11(18.0%)	32(52.5%)	8(13.1%)	22(36.1%)
地域	66(52.4%)	39(31.0%)	39(31.0%)	26(20.6%)

¹ 実施内容の内訳は複数回答

支援専門員（90.5%）の割合が高かった，看護職，他の医療職，介護福祉職，事務職においても20～40%が実施していた。デイケア・デイサービス・ショートステイは，介護福祉職と介護支援専門員（約50%）の割合が高かった。入退院（所）時・外来・窓口での支援は，介護支援専門員（66.7%）と看護職（43.2%），事務職（33.3%）の順に割合が高かった。所属場所別にみると，自宅訪問の割合は，地域が52.4%であり，病院や施設においても20～30%が実施していた。デイケア・デイサービス・ショートステイは，施設（52.5%）と地域（31.0%）が中

心であった。入退院（所）時・外来・窓口での支援は，病院が56.0%，施設31.0%，地域13.1%であった。なお，その他の支援については，回答はなかった。

在宅支援への関心については，「やや関心がある」，「とても関心がある」と回答したのは，全体の212人のうち165人（77.8%）であり，職種別にみても所属場所別にみてもどれも65%以上であった。

4. 多職種連携の状況

顔の見える関係評価尺度の項目と回答分布を示す（表5）。下位尺度ごとに得点を算出すると（得点範

表5 顔の見える関係評価尺度の回答分布

(n=196)

	そう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも いえない	少しそう 思う	そう思う
【下位尺度1：他の施設の関係者とやりとりができる】					
1. 患者（利用者）を一緒にみている他の施設の関係者に知りたいことを気軽にきける	17(8.7)	30(15.3)	63(32.1)	43(21.9)	43(21.9)
2. 一緒にみている患者（利用者）のことで連絡をとるときに躊躇（ちゅうちょ）せずに連絡ができる	13(6.6)	23(11.7)	49(25.0)	53(27.0)	58(29.6)
3. 一緒にみている患者（利用者）のことで連絡のとりやすい時間や方法が分かる	23(11.7)	38(19.4)	72(36.7)	40(20.4)	23(11.7)
【下位尺度2：地域の他の職種の役割がわかる】					
4. 患者（利用者）に関わる地域の他の職種の困っていることがだいたいわかる	26(13.3)	60(30.6)	62(31.6)	39(19.9)	9(4.6)
5. 患者（利用者）に関わる自分以外の職種の動き方が実感をもってわかる	26(13.3)	50(25.5)	66(33.7)	47(24.0)	7(3.6)
6. 患者（利用者）に関わる自分以外の職種の出来ることがわかる	22(11.2)	43(21.9)	59(30.1)	58(29.6)	14(7.1)
【下位尺度3：地域の関係者の名前と顔・考え方がわかる】					
7. 地域で患者（利用者）に関わっている人の，考え方や方針がわかる	39(19.9)	45(23.0)	66(33.7)	40(20.4)	6(3.1)
8. 地域で患者（利用者）に関わっている施設の理念や事情がわかる	38(19.4)	44(22.4)	68(34.7)	38(19.4)	8(4.1)
9. 地域で患者（利用者）に関わっている人の，性格，つきあい方がわかる	35(17.9)	45(23.0)	72(36.7)	35(17.9)	9(4.6)
【下位尺度4：地域の多職種で会ったり話し合う機会がある】					
10. 患者（利用者）に関わるいろいろな職種が直接会って話す機会がある	42(21.4)	43(21.9)	55(28.1)	38(19.4)	18(9.2)
11. 普段交流のない多職種で話し，新しい視点や知り合いを得る機会がある	49(25.0)	48(24.5)	60(30.6)	29(14.8)	10(5.1)
12. 地域連携に関して，課題や困っていることを共有し話し合う機会がある	56(28.6)	51(26.0)	54(27.6)	28(14.3)	7(3.6)
【下位尺度5：地域の相談できるネットワークがある】					
13. 患者（利用者）に関わることで，気軽に相談できる人がある	31(15.8)	32(16.3)	53(27.0)	58(29.6)	22(11.2)
14. 患者（利用者）に関わることで困ったことは，誰に聞けばいいのかわかるといえる	26(13.3)	26(13.3)	45(23.0)	74(37.8)	25(12.8)
15. 患者（利用者）に関わることで困ったときには，まず電話してみようと思う人がいる	35(17.9)	29(14.8)	51(26.0)	51(26.0)	30(15.3)
【下位尺度6：地域のリソース(資源)が具体的にわかる】					
16. 患者（利用者）が利用できる地域の介護サービスがわかる	24(12.2)	24(12.2)	49(25.0)	63(32.1)	36(18.4)
17. 患者（利用者）が利用できる地域の医療資源やサービスがわかる	25(12.8)	29(14.8)	54(27.6)	63(32.1)	25(12.8)
18. 利用できる地域の医療資源やサービスについて具体的に患者（利用者）や家族に説明できる	40(20.4)	28(14.3)	56(28.6)	49(25.0)	23(11.7)
【下位尺度7：退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい】¹					
19. 退院や入院のときに，相手がどんな情報を必要としているかを考えて申し送りをしたり，情報提供を行ったりしている	26(13.3)	21(10.7)	53(27.0)	56(28.6)	33(16.8)
20. 在宅（施設）に移行する患者（利用者）については，退院時にカンファレンスや情報共有をしっかりと行っている	25(12.8)	21(10.7)	54(27.6)	58(29.6)	29(14.8)
21. 退院する患者（利用者）について，急に容体が変わったときの対応や連絡先を決めている	20(10.2)	16(8.2)	43(21.9)	49(25.0)	57(29.1)

無回答の16人を除いた196人を分析

¹ 欠損値を除く

表6 顔の見える関係評価尺度と所属場所との関連

	1.他施設の 関係者とやり とりができる	<i>P</i>	2.他の職種 の役割がわか る	<i>P</i>	3.関係者の 名前と顔・ 考え方がわか る	<i>P</i>	4.地域の多 職種で会っ たり話し合 う機会があ る	<i>P</i>	5.地域の相 談できるネ ットワーク がある	<i>P</i>	6.地域の資 源が具体的 にわかる	<i>P</i>	7.退院前カ ンファレン スなど病院 と地域の連 携がよい ²	<i>P</i>
全体 〈所属場所別〉 ¹	10.0±3.1		8.5±3.0		8.0±3.1		7.6±3.3		9.3±3.5		9.4±3.6		10.1±3.4	
病院	9.7±3.6	0.01	8.2±3.4	0.81	7.3±3.5	0.22	7.1±3.4	0.40	8.8±3.8	0.49	8.8±3.8	0.09	10.3±3.8	0.80
施設	9.0±2.9	}	8.4±2.8	}	7.7±3.0	}	7.3±3.0	}	9.1±3.5	}	8.8±2.9	}	10.2±3.2	}
地域	10.5±3.0		8.6±3.0		8.3±3.0		7.9±3.4		9.6±3.4		9.9±3.8		9.9±3.3	
参考データ ³	11.1±3.2		10.1±2.8		8.2±3.0		8.9±3.4		10.7±3.4		10.8±3.1		10.9±3.2	

欠損を除く196人を分析
値は mean±SD

* $P < 0.05$

¹ 一元配置分散分析（等分散でない場合は、Welch の検定）。多重比較は、Tukey の検定を用いた。

² 欠損値は平均値を代入

³ 在宅医療連携拠点事業を実施し多職種連携の様々な取り組みをしている地域の在宅医療に関わる職種699人の調査結果⁸⁾

囲3～15点)、「4.地域の多職種で会ったり話し合う機会がある」が7.6±3.3点と一番低く、「1.他施設の関係者とやりとりができる」、「7.退院前カンファレンスなど病院と地域の連携がよい」が10点以上で高かった(表6)。所属別にみると、「1.他施設の関係者とやりとりができる」は、有意に地域の得点が高く、施設の得点が低かった。その他の下位尺度については、所属場所による有意な得点の差は見られなかった。

IV 考 察

1. 終末期ケアの医療・介護体制への示唆

A地域は、今後増加が見込まれる終末期患者に対し、少ない医療資源、社会資源を効率的に活かし支えていける体制を検討することが必要である。

本調査により明らかにされた現状として、過去1年間に終末期ケアを実施した割合は、職種別では、医師、介護支援専門員、介護福祉職が高く、所属場所別では、病院と施設の割合が高く地域が低かった。また、病院や施設で終末期ケアを実施した約半数が在宅看取りまで関わっていた。以上の結果から、A地域では、病院や施設において医師や介護福祉職が終末期ケアを中心的に担っているといえた。従来の訪問看護師、居宅介護支援専門員、訪問介護職への全国調査¹⁰⁾では、在宅看取りを実施していたのは、訪問看護師、居宅介護支援専門員、訪問介護職の順に多かった(順に、88%、77%、60%)。この全国調査は、地域に所属する職種のみを対象としているため比較には注意を要するが、A地域では、全国調査に比べて、介護支援専門員や介護福祉職の終末期ケア実施の割合が看護職よりも高い傾向があった。看護職の終末期ケアの実施が低い理由の1つと

して、病院や介護施設の看護職の配置人数が少なく24時間支援が難しいことが考えられる。実際にA地域では、医療機関、介護施設において、急性期病院と40人以上の定員のある介護施設2施設以外は、各機関の常勤換算看護職数は5人以下で、その約7割は2人以下と配置人数が少なく⁴⁾現状では24時間支援が難しいと考えられる。全国の訪問看護事業所の調査では、24時間対応を行っている事業所では、在宅看取り数が多いことが示されており¹¹⁾、終末期ケアを提供するためには24時間支援できる体制構築が必須といえる。医師に関する先行研究においては、過去1年間の看取りは、診療所において60% (7都道府県の全数対象)、在宅支援病院においても60% (全国の全数対象)実施されていたことと比較すると¹²⁾、A地域での医師の終末期ケアの実施状況は全国調査と同等の傾向が示された。

また、終末期ケアの自信がある者の割合は、終末期ケアの実施と同様に、医師、介護支援専門員、介護福祉職が高く、他の職種は40%以下であった。所属場所別では、特に地域において低かった。

以上より、A地域における終末期ケアの医療・介護体制のあり方として以下2点が考えられた。

1つは、終末期ケアを担っている医師と介護系職種(介護支援専門員と介護福祉職)を中心に、とくに、所属場所として施設における看取りを今後増やしていくことが可能である。ただし、施設での看取りの実現には、介護職だけでなく、看護職やリハビリ職種が専門性に基づいたケアを担うこと¹³⁾、看護職が24時間連絡可能で急変に対応できること¹⁴⁾など多職種の関わりが必要とされている。よって、A地域ではマンパワーの少ない看護職や他の医療職が医療的支援を行いながら、介護系職種が中心となり看

取りがでる職員の配置や役割分担が必要だと考える。また、事務職についてもまだ割合は少ないが終末期ケアに関わる機会があり、かつ多くが関心をもっていることがわかった。事務職の業務内容について、外来では受診に来た患者への主訴の聴取や診療の事務的補助などの業務を医師や看護師と分担し行っている実態が明らかとなっており¹⁵⁾、患者と接する機会も多いためチームの一員としての役割発揮が期待できると考える。

2つめとして、地域での終末期ケア体制づくりである。地域に所属する職種がケアの自信が低い背景には、マンパワー不足による過度な負担や終末期ケアを実施する機会が少なく自信がないことが考えられる。一方で、病院や施設に所属していても終末期ケアを実施したうちの半数が在宅看取りまで関与していた。そのため、地域に所属する職種に対し、病院や施設の職種がサポートしていける仕組みや終末期ケアの知識の共有などにより、安心してケアを提供できる環境を構築していくとよいと考える。また、医療・介護資源が乏しいA地域において自助や互助¹⁾を高めることができるよう、今後は、社会福祉協議会、ボランティア、自治会、民間事業者などインフォーマルな社会資源を把握していく必要がある。

2. 終末期患者の在宅支援への示唆

終末期の療養場所の希望に関する国民調査¹⁶⁾では、在宅45%、病院15%、緩和ケア病棟20%、介護施設12%であり、在宅を望む人が多く、終末期患者の在宅支援体制の充実は必須である。そのため、本調査では、在宅支援の現状について把握した。その結果、職種や所属場所に関わらず、50~90%が何らかの活動を通じ在宅支援を実施し、また、関心をもっていたことは、この地域の強みであると考えられる。さらに、患者宅への自宅訪問も、少なくともどの職種も20%以上が実施していた。在宅ケア体制が不足している地域において、医師や看護職が地域に向く取り組み事例がいくつか報告されている。川上村では、看護職員数が限られている中で、訪問看護、診療所、デイサービスをローテーションし包括的な24時間体制を構築することで在宅看取り率を上げたことが報告されている¹⁷⁾。匝瑳市では、病院医師、看護師のボランティアとしての訪問活動からはじまり、訪問看護や医師間での連携システムを構築していた¹⁸⁾。Moritaらの研究では、地域の既存の資源である病院の医師・看護師、診療所や訪問看護の医師・看護師に対し、多職種連携を促進させる介入により、在宅看取り率を上げたことが示されている¹⁹⁾。A地域においても、在宅支援の関心が高いという地

域の強みを生かし、施設や病院の職員が交代で地域に向くといったような少ない資源を効率的にいかす体制づくりを考えていけるとよいのではないかと考える。

3. 多職種連携の促進

顔の見える関係評価尺度について、在宅医療連携拠点事業により多職種連携の研修やネットワーク作りなどのさまざまな取り組みを行っている他の3地域において、在宅医療・介護に関わる職種699人へ調査した結果⁸⁾と本調査結果とを比較してみる。3地域での調査結果は、表6の下部に参考データとして示した。参考データと同様の対象であるA地域で所属場所が「地域」の結果と比較すると、「3. 関係者の名前と顔・考え方がわかる」については、3地域と同等の得点であった。これは、A地域は規模が小さいため普段の活動のなかで知り合うことができるというA地域の強みであると考えられる。一方で、その他の得点については約1ポイント低く、実際に他職種とやりとりしたり、相談する機会、ネットワーク作りについては、まだ十分でないと考えられ、今後、定期的な話し合う場の設定や相談のネットワーク作りなどにより改善を目指すことができると考える。所属場所別の比較では、「1. 他の施設の関係者とやりとりできる」については、施設に比べ地域が高く、これは、実際にやりとりする機会が多いからと考える。その他の得点については所属施設により有意に低い対象者はいないことから、病院や施設、地域の包括的な多職種連携の促進を考えていくとよいと考える。

4. 本研究の限界と今後の課題

回収率は5割前後であるが、A地域の医療・介護関係者の全数を把握したうえで代表的な対象者を選定したため、A地域の実態をある程度表すと思われる。資料としての有用性はあると考える。本研究で把握したA地域における終末期ケアや多職種連携の課題や強みを踏まえて、医療と介護の体制のあり方を検討していきたいと考える。

V 結 語

過疎地域1地域において、医療・介護関係者へ終末期ケアの実態、在宅支援の実態、多職種連携の状況について質問紙調査を実施し、以下4点の結果と示唆を得た。(1)終末期ケアの実施の割合や自信のある者の割合が高かったのは、職種別では、医師、介護支援専門員、介護福祉職、所属場所別では施設であった。このことから、施設の介護福祉職を中心とした終末期ケア体制の促進が可能である。(2)終末期ケアについて、地域に所属する職種は、実施してい

る割合も自信をもつ割合も低いことから、病院や施設からのサポートなどにより地域に所属する職種が安心してケア提供できる環境づくりが必要である。(3)在宅支援についてはどの職種もどの所属場所でも関心が高く実際に自宅訪問もしているという地域の強みを活かし、病院や施設の職員をまきこんだ効率的な体制作りを考えていけないのか。(4)多職種連携については、互いの名前と顔や考え方は理解しているため、実際に話し合う場や相談ネットワークづくりなどが今後必要である。

本研究にともに取り組みました、在宅医療連携拠点事業花と夕陽ねっとの山本成久様、橋口猛志様、アンケート調査にご協力いただきました医療、介護関係者の皆様に心より感謝を申し上げます。本研究は、平成26年度在宅医療連携拠点事業補助金、JSPS 科研費23390526の助成を受けたものです。なお、本研究において利益相反はない。

(受付 2015.12. 2)
(採用 2016. 7. 5)

文 献

- 1) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング. 平成24年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 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. 2013. http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf (2015年9月27日アクセス可能).
- 2) 静岡県賀茂地域政策局. 平成26年版新南伊豆のすがた VOL.15 1. 概況. 2015. <https://www.pref.shizuoka.jp/kikaku/ki-510/shinminami/h26.html> (2016年7月10日アクセス可能).
- 3) 静岡県企画広報部統計利用課. 静岡県内市町の将来人口の推計について. 2013. https://toukei.pref.shizuoka.jp/bunsekihan/page/documents/estimated_population_cities_h251217.pdf (2015年9月27日アクセス可能).
- 4) 日本医師会. 地域医療情報システム (JMAP). <http://jmap.jp/> (2015年9月27日アクセス可能).
- 5) 静岡県. 第7次静岡県保健医療計画 (平成27年度~29年度). 2015. <http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-410/hi-keikaku.html> (2015年9月27日アクセス可能).
- 6) 堀越直子, 桑原雄樹, 田口敦子, 他. 離島地域における医療・福祉サービスと島内での看取りとの関連. 厚生学の指標 2013; 60(6): 9-14.
- 7) Thannhauser J, Russell-Mayhew S, Scott C. Measures of interprofessional education and collaboration. J Inter-prof Care 2010; 24(4): 336-349.
- 8) 福井小紀子. 「在宅医療介護従事者における顔の見える関係評価尺度」の適切性の検討. 日本在宅医学会雑誌 2014; 16(1): 5-11.
- 9) 森田達也, 井村千鶴. 「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」の開発. Palliative Care Research 2013; 8(1): 116-126.
- 10) 日本訪問看護振興財団. 平成23年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業) 在宅看取りの推進をめざした訪問看護・訪問介護・介護支援専門員間の協働のありかたに関する調査研究事業報告書. 2012. <http://www.jvnf.or.jp/23mitori.pdf> (2015年9月27日アクセス可能).
- 11) 福井小紀子. 在宅看取りを支える全国訪問看護事業所の実態とその選定指標の提案: 在宅看取りを支える要因分析の結果をエビデンスとして. 社会保険旬報 2012; 2488: 16-23.
- 12) 武林 亨. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 総括・分担研究報告書 在宅療養支援の実態把握と機能分化に関する研究 (研究代表者 武林 亨) 2011. <http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201005025A> (2015年9月27日アクセス可能).
- 13) 小野光美, 原 祥子. 介護老人保健施設の看取りにおいて専門職が提供するケアと多職種連携の実態. 島根大学医学部紀要 2015; 37: 9-25.
- 14) 山梨県峡東保健福祉事務所. 高齢者施設における看取りに関する実態調査報告書. 2014. <https://www.pref.yamanashi.jp/kt-hokenf/documents/h26report.pdf> (2016年7月10日アクセス可能).
- 15) 瀬戸僚馬, 蓮岡英明, 渡辺明良, 他. 外来業務における医療関係職種と事務職員等の役割分担: 東京都内の医師事務作業補助体制加算届出病院の調査結果より. 日本医療マネジメント学会雑誌 2012; 12(4): 245-249.
- 16) Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, et al. Japanese people's preference for place of end-of-life care and death: a population-based nationwide survey. J Pain Symptom Manage 2011; 42(6): 882-892.
- 17) 由井千富美, 福井小紀子. 先進事例に学ぶ: 在宅医療・介護連携推進事業 事例⑤ 在宅看取りを可能にする地域包括ケア体制を構築: 川上村の取り組み. 保健師ジャーナル 2015; 71(7): 588-593.
- 18) 大木信子. 報告 病院-地域間の連携・協働の実際 病院から地域に出る取り組み: 生きている場所に向き、活きたケアの提供を. 看護 2015; 67(8): 74-81.
- 19) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. Lancet Oncol 2013; 14(7): 638-646.