

2009(平成 21)年度 在宅医療助成報告書

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

首都大学東京大学院 都市環境科学研究科
博士後期課程 中山 直子
所在地；八王子市南大沢 1-1 首都大学東京

共同研究者
首都大学東京大学院 都市環境科学研究科
教授 星 旦二

慶應義塾大学 看護医療学部
助教 久保 美紀

2011年2月26日提出

目 次

1 . はじめに	2
2 . 研究概要	3
3 . 研究	4
4 . 研究	1 3
5 . 考察	1 8
6 . まとめ	1 9
7 . 文 献	2 0

．はじめに

わが国は世界のどの国も経験したことの無い高齢社会となると言われている。平均寿命は2006年現在で、男性79.0歳、女性85.8歳となっており、今後も延伸することが推測されている¹⁾。長寿社会となっても、住み慣れた家や地域といったコミュニティで、人々が自立した安心安全な生活を送ることが望まれる。2004年に実施された「終末期医療に関する調査等検討会報告書²⁾」によると、高齢になった場合の終末期を自宅で療養したいと回答したものは、一般国民で58.8%であるものの、現在の状況では8割の方が医療機関で亡くなっており、在宅死亡割合は1割あまりとなっている現状である³⁾。在宅死を自宅以外で療養したいと答えたものの理由としては、「家族の介護などの負担が大きいから」が83.6%と多く、ついで、「緊急時に迷惑をかけるかもしれないから」が45.7%となっている。これらのことは、社会情勢の変化に伴い、衛生環境や家族構造の変化を含め、多くの課題を残している。国民医療費が国家財政を圧迫することが懸念される中、在宅医療の普及が推奨され、2000年より実施された介護保険サービスをはじめとした保健医療構造が改善されてきてはいるものの、安心して住みなれた地域で過ごすためのシステムとしてはいまだ多くの課題を残している。

さらに、少子高齢化などの人口構造の問題だけでなく、診療報酬の改訂といった医療構造改革が行われ、病院在院日数の短縮化が図られ、在宅ケアの必要性や重要性は強くなっていると考えられる。在宅ケアを支えるシステムとしては、地域基幹病院や診療所、医師・歯科医師、また訪問看護ステーションの看護師・保健師のほか、介護保険サービスによる社会資源等、さまざまなものがある。しかしながら、がんや非がん性の疾患にとらわれずに、長寿社会となったわが国で、高齢者だけではなく、たとえ病気になったとしても住み慣れた家や地域で安心・安楽に過ごせるようなシステムや環境づくりが望まれる。

栗盛ら⁴⁾は、都道府県別要介護認定割合の較差と関連する要因をテーマにの解析を行い、「在宅死亡割合」を高齢者を取り巻く環境の関連要因の一つとしている。結論としては、病院と診療所の病床数が多く、病床利用割合が高いほど要介護認定割合と介護保険料を高める可能性が示唆された。また、高齢者の就業割合と在宅死亡割合が高い地域においては、「要介護状況」を低下させる可能性も示された。

これまで、終末期医療に関するわが国の現状などの調査や報告は、さまざまなされているものの、基礎集計などの報告が多く、在宅での看取りをより可能にするための関連要因や影響について、総合的・構造的に分析された研究は見られていない。

そこで、本研究では、まずはさまざまな調査・報告書、先行研究を検討し、在宅での看取りに関連する要因や影響について、共分散構造分析を用いて構造的に明らかにすることと、地域フィールドでの調査や聞き取りをもとに、総合的に関連要因を検討することを目的とする。

具体的には、1) 都道府県別による在宅死の較差とそれらの関連要因について明らかにする。データ分析とともに、地域での調査実施のために、2) 地域フィールドにて、在宅医療、特に終末期医療と在宅死に関する聞き取り調査実施し、3) それぞれの調査の結果を分析し考察、地域医療・在宅ケア推進に役立てられるような還元資料の作成を実施する。

．研究概要

研究1 都道府県別データの分析

1. 調査対象；在宅死亡割合をはじめとした健康関連指標、医療施設指標（病院病床数・診療所病床数・病床利用割合）、高齢者施設指標（特別養護老人ホーム在居者数・介護施設数）、保健医療マンパワー指標（医師数・保健師数・看護師数・訪問看護ステーション数）、経済指標（県民所得・高齢者有業割合）の47都道府県別のデータ。
2. 分析方法；収集データから、在宅死亡割合と関連する要因について検討する。探索的因子分析を行い、抽出された因子をもとに潜在変数を設定し、在宅死と関連する。要因の仮設モデルに基づいて共分散構造分析を用いて分析する。

研究2 事例的なフィールド調査

調査対象； 北九州市小倉南区地域包括センター 宮城県北部保健福祉事務所

調査方法；半構造化面接による聞き取り調査

調査内容； 北九州市における地域包括支援センターの状況、スタッフ数、在宅医療に関すること、終末期医療に関すること

宮城県北部保健福祉事務所管内における、在宅医療に関する状況

分析方法；面接によって得られた内容について、調査対象地区 および の各フィールドの実態をまとめる。

3. 研究 について

3.1 研究方法

3.1.1 調査対象データ

栗盛ら⁴⁾の先行研究データをもとに、最新のデータについてそれぞれ収集した。47 都道府県別介護状況のデータは 2008 年時点の厚生労働省の報告を用いた。約 5 年後の要介護状況と関連するであろう要因項目は、人口 10 万人対病院病床数と診療所病床数、およびそれに病床利用率、マンパワーとして、病院病床当たりで見た医師数と正看護師数、人口 10 万人当たりで見た保健師数とした。その他の経済的な説明変数として県民所得額と高齢者有業割合、そしてそれに在宅死亡割合とした。

病院病床数、診療所病床数、病院利用割合は、医療施設動態調査・病院報告(厚生労働省 2002)⁵⁾を用いた。医師数、正看護師数、保健師数は、衛生行政報告(厚生労働省 2002)⁶⁾を用いた。在宅死亡割合は、厚生労働省 2003 人口動態統計・年報主要統計表⁷⁾を用いた。高齢者有業割合は、就業構造基礎調査(総務省統計局 2002)⁸⁾を用いた。県民所得は、内閣府経済社会総合研究所県民経済計算⁹⁾から 2003 年データを用いた。

3.1.2 分析方法

分析は疫学を用いた。在宅死亡率、要介護認定割合と介護保険料と関連するであろう説明要因との関連は、単相間で分析し、最尤法を用いたプロマックス斜交回転による探索的因子分析を行った。抽出された因子に基づいて潜在変数を設定し、在宅死と関連するであろう仮説モデルを作成(図 1)し、それに基づいて共分散構造分析を行い、説明力とともに適合度が高いモデルを採択した。

分析ソフトは、SPSS 16.0J for Windows と Amos16.0 for Windows を用いた。モデルの適合度指標には AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index)、CFI(Comparative Fit Index)、NFI(Normed Fit Index)、および RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation)を用いた。

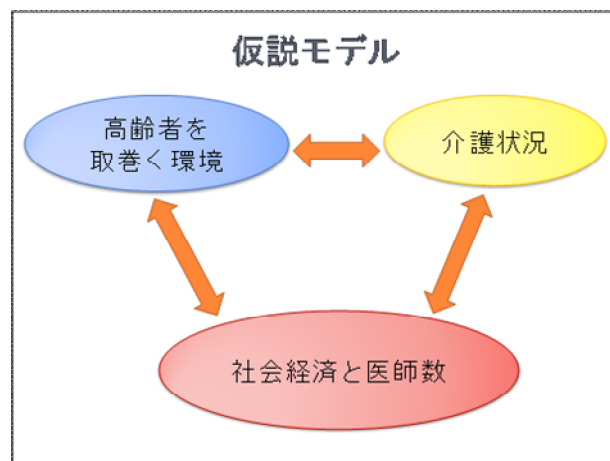


図 1 高齢者を取り巻く環境といった在宅死と関連する仮説モデル

3.2 結果

3.2.1 各指標間の関連性

最新の集めたデータについて、各要因の関連性を Spearman 相関で分析した。2009 年の自宅死亡割合は、1 人当たり県民所得、男性の平均寿命、人口 10 万人当たりの医者数、高齢者有業人数、訪問看護ステーション数との間に有意な正の相関を示し、要介護割合、人口 10 万人当たりの保健師数と看護師数、診療病床数、病床利用率、病院病床数との間に有意な負の相関を示した。また、2009 年の自宅死亡割合は、診療病床数、病院病床数、人口 10 万人当たりの看護師数との間に強い相関を示し、県民所得、人口 10 万人当たりの医師数と保健師数、病床利用率との間に中相関を示し、要介護割合、特別養護老人ホーム在在者数、男女の平均寿命、高齢者有業人数と有業率、介護保険料、訪問看護ステーション数との間に弱い相関を示した（表 1）。

表 1 各指標の関連性

	要介護割合	県民所得	特養老人	男平均寿命	女平均寿命	医師数	保健師	看護師	自宅死亡	診療床	病床利用	病院病床	有業人数	有業率	保険料	訪問18年
2010要介護割合・三月	1															
2007年1人当たり県民所得	-0.544 *	1														
2006年特別養護老人ホーム在在者数	-0.366 *	0.395 *	1													
2005年平均寿命・男性	-0.450 *	0.523 *	0.102	1												
2005年平均寿命・女性	0.193	-0.202	-0.393 **	0.521 **	1											
2009年病床当たり医師数	-0.407 *	0.559 *	0.192	0.525 **	-0.047	1										
2008年人口10万当たり保健師	0.359 *	-0.542 *	-0.583 **	-0.209	0.418 **	-0.524 **	1									
2008年人口10万当たり看護師	0.733 *	-0.650 *	-0.515 **	-0.278	0.475 **	-0.607 **	0.678 **	1								
2009年自宅死亡割合	-0.398 *	0.476 *	0.265	0.302 *	-0.175	0.673 **	-0.499 **	-0.704 **	1							
2009年人口当たり診療病床	0.619 *	-0.636 *	-0.478 **	-0.492 **	0.095	-0.676 **	0.538 **	0.750 **	-0.767 **	1						
2009年病床利用率	0.538 *	-0.348 *	-0.191	-0.220	0.276	-0.409 **	0.230	0.615 **	-0.609 **	0.491 **	1					
2009年人口当たり病院病床	0.731 *	-0.638 *	-0.483 **	-0.416 **	0.333	-0.720 **	0.628 **	0.934 **	-0.781 **	0.821 **	0.659 **	1				
2007年高齢者有業人数(千人)	-0.413 *	0.591 *	0.889 **	0.289 *	-0.339 *	0.322 *	-0.658 **	-0.571 **	0.337 *	-0.522 **	-0.283	-0.534 *	1			
2007年高齢者有業率	0.395 *	-0.349 *	-0.485 **	-0.238	0.209	-0.419 **	0.783 **	0.553 **	-0.261	0.441 **	0.157	0.482 *	-0.512 *	1		
2009-2011年介護保険料	0.791 *	-0.356 *	-0.397 **	-0.193	0.317 *	-0.177	0.150	0.575 **	-0.275	0.406 **	0.538 **	0.537 *	-0.388 *	0.160	1	
平成18年訪問看護ステーション数	-0.192	0.433 *	0.770 **	0.221	-0.276	0.312 *	-0.655 **	-0.454 **	0.345 *	-0.386 **	-0.210	-0.390 *	0.878 *	-0.515 *	-0.179	1

**：p<0.01, *：p<0.05

3.2.2 各指標の記述統計

各変数の記述統計を以下の表2に示した。要介護認定割合の都道府県較差は1.6倍、県民所得は2.2倍、特別養護老人ホーム在籍者数は15.6倍、男性平均寿命は1.05倍、女性平均寿命は1.02倍、医者数は2.3倍、保健師数は2.95倍、看護師数は2.3倍、自宅死亡割合は1.9倍、診療病床数は10.7倍、病床利用率は1.2倍、病院病床数は3.0倍、高齢者有業人数は18.1倍、高齢者有業率は2.1倍、介護保険料は1.4倍、平成18年訪問看護ステーション数は13.0倍の較差がみられた。

表2 各指標の記述統計

	最小値	最大値	平均値	標準偏差
2010要介護割合・三月	13.04	20.94	16.883	1.91354
2007年1人当たり県民所得	2049	4540	2782.36	430.231
2006年特別養護老人ホーム在籍者数	2706	31975	6248.3	4707.796
2005年平均寿命・男性	76.3	79.8	78.642	0.6561
2005年平均寿命・女性	84.8	86.9	85.839	0.4498
2009年病床当たり医師数	8.2	19.2	11.138	2.0487
2008年人口10万当たり保健師	20.5	60.5	41.428	10.2201
2008年人口10万当たり看護師	445	1031.8	766.664	147.2008
2009年自宅死亡割合	8.1	15.7	11.926	2.0352
2009年人口当たり診療病床	37.3	400.4	156.572	106.8337
2009年病床利用率	76.6	88.6	81.6872	3.0759
2009年人口当たり病院病床	826.7	2488.5	1426.1638	358.58871
2007年高齢者有業人数(千人)	37.1	672.3	130.87	118.9399
2007年高齢者有業率	6.34	13.37	10.1253	1.58648
2009～2011年介護保険料	3696	4999	4228.98	329.159
平成18年訪問看護ステーション数	34	441	116.38	97.495

3.2.3 因子分析と共分散構造分析の結果

在宅死を取り巻く関連要因について、共分散構造分析の潜在変数を設定するために、それぞれの相関をみながら、探索的な因子分析を行った(表 3)。それらの結果、第一因子は、「県民所得」、「特養在在者数」、「医師数」となり、第二因子では、「介護保険料」、「要介護割合」となり、第三因子では、「自宅死亡割合」、「病床利用率」となった。しかしながら、訪問看護ステーション数や、看護師数、保健師数などの、地域医療やマンパワーに関する指標を入れると、因子分析ができなかったため、これらの因子分析をもとに、共分散構造分析を行った。

表 3 在宅死と関連する要因の因子分析

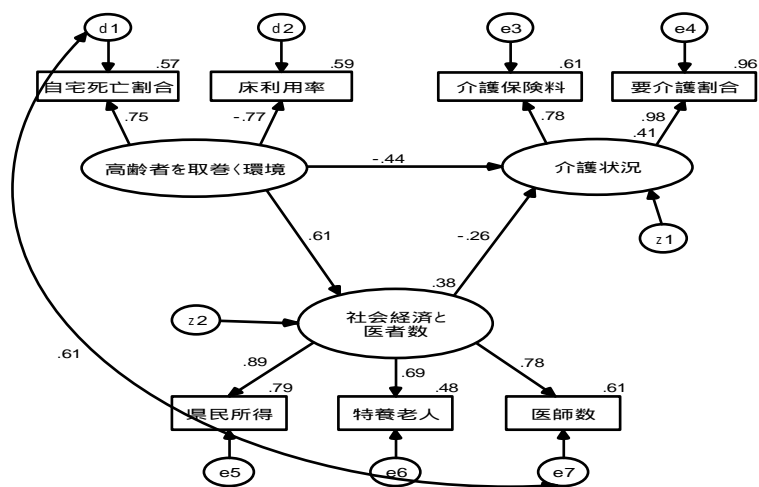
	第一因子	第二因子	第三因子
2007年1人当たり県民所得	0.826	-0.090	0.014
2008年特別養護老人ホーム在在者数	0.815	-0.062	-0.196
2009年病床当たり医師数	0.653	0.137	0.377
2009～2011年介護保険料	0.016	0.981	0.045
2010要介護割合・三月	-0.148	0.713	-0.107
2009年自宅死亡割合	-0.008	0.068	0.963
2009年病床利用率	0.150	0.327	-0.624

因子抽出法：最尤法、回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

共分散構造分析では、先行研究などを踏まえて、仮説モデルを設定し、モデルの修正を繰り返し、適合度が高く説明率が高いモデルを探った。『高齢者を取り巻く環境』としては、「在宅死の割合」「病床利用率」を観測変数とし、介護状況では、「要介護度」と「介護保険料」を観測変数とし、社会経済と医師数は、「県民所得」と「人口10万人当たりの医師数」とした。

『高齢者を取り巻く環境』と『社会経済と医者数』は、『介護状況』に対してマイナスの標準化推定値を示し、それぞれに抑制的に影響する可能性が示唆された。また、『高齢者を取り巻く環境』から『社会経済と医者数』に対する標準化推定値は0.61であった。

本モデルの適合度はAGFI=0.818、NFI=0.928、RMSEA=0.075であり、低くない適合度を得られた。『介護状況』の41%はこのモデルで説明できることが明らかになった。



AGFI=.818 NFI=.928 RMSEA=.075
CMIN=12.610 P=.246

図2 高齢者を取り巻く環境と介護状況、社会経済と医師数の相互関連

次に、在宅死に関連すると思われる医療職として看護師数や保健師数などを項目として入れて、別途探索的な因子分析を行った(表 4)。それらの結果、第一因子は、「病院病床数」、「病床利用率」、「看護師数」、「自宅死亡割合」、「診療所数」といった『医療施設と自宅死亡割合』に関連するものとなり、第二因子では、「県民所得」、「特養在所者数」、「医師数」となり、第三因子では、「高齢者就業割合」、「保健師数」といった、『高齢者を取り巻く環境』となった。しかしながら、先に行った因子分析に入れた項目の介護保険料や要介護率の指標を入れると、因子分析ができなかったため、これらの因子分析を参考に、共分散構造分析を行った。

表 3 在宅死と関連する要因の因子分析

	第一因子	第二因子	第三因子
2009年人口当たり病院病床	0.923	0.043	0.135
2009年病床利用率	0.887	0.118	-0.216
2008年人口10万当たり看護師	0.763	0.064	0.339
2009年自宅死亡割合	-0.761	0.124	0.094
2009年人口当たり診療病床	0.721	-0.113	-0.006
2007年1人当たり県民所得	-0.150	0.861	0.145
2006年特別養護老人ホーム在所者数	0.219	0.807	-0.116
2009年病床当たり医師数	-0.271	0.623	-0.008
2007年高齢者有業率	-0.083	0.114	0.971
2008年人口10万当たり保健師	-0.049	-0.272	0.769

因子抽出法：最尤法、回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

これらの探索的因子分析の結果を参考にして共分散構造分析を行った(図3)。それらの結果、「社会経済と医者数」は「高齢者を取り巻く環境」に対して、「高齢者を取り巻く環境」は「医療施設と機能と自宅死亡割合」に対してマイナスの標準化推定値を示し、それぞれに抑制的に影響する可能性が示唆された。また、「社会経済と医者数」から「医療施設と機能と自宅死亡割合」に対する標準化推定値は0.62であった。本モデルの適合度はAGFI=0.791、NFI=0.897、RMSEA=0.034であり、低くない適合度が得られた。「医療施設と機能と自宅死亡割合」の56%はこのモデルで説明できることが明らかになった。

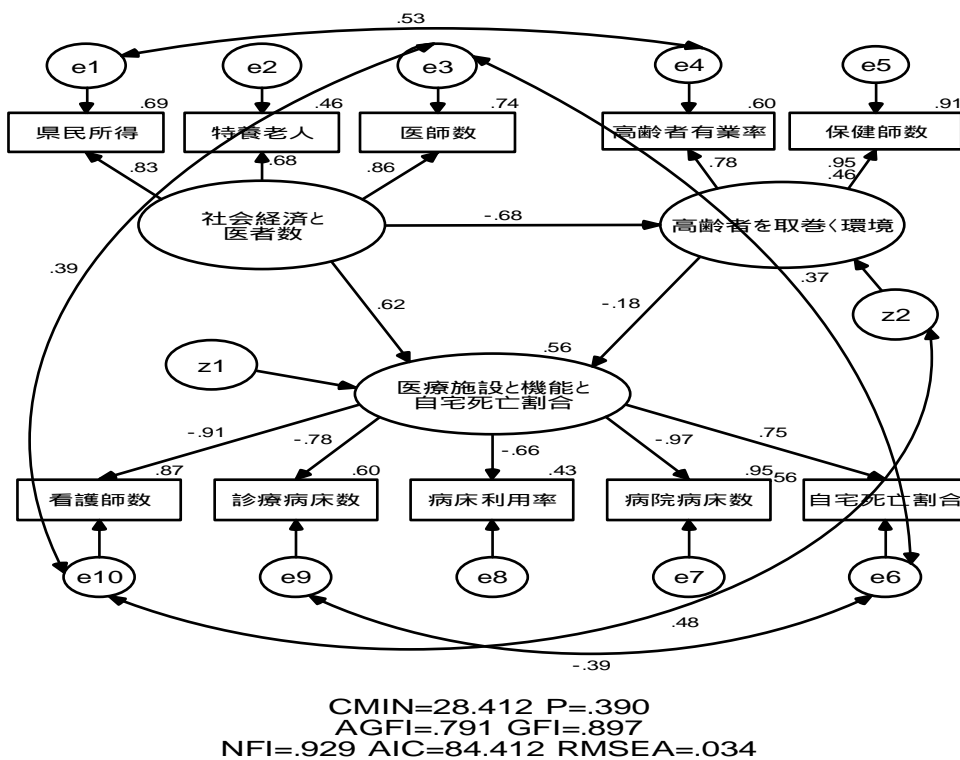


図3 高齢者を取り巻く環境と社会経済と医者数、医療施設と自宅死亡割合の相互関連

3.3 考察

1) 在宅死亡割合とその他の要因

高齢者の在宅死亡割合と要介護認定割合との間では、負の相関が見られた。このことは、要介護度が上がると介護の負担などがあり、在宅では過ごしにくいことから、施設入所等をしていることが考えられる。つまり、介護度が上がり、重症度が高いと在宅でケアすることが難しく、本人が望んだとしても在宅で看取りを迎えることができない可能性が推察される。また、在宅死亡割合は年々低下しつつあり、1993年時点での都道府県較差は3.5倍であったものが、2003年時点では1.9倍に低下し、較差が急速に縮小している。経年的に見た在宅死亡割合が縮小していく傾向が特に鈍っている地域は、東京を初めとして京都、神奈川、広島、千葉、埼玉、愛知の各都府県であった。よって、都市部での在宅ホスピスが普及している可能性が示唆された。

2003年度の在宅死亡割合を観測変数として投入し「有業割合と在宅死」として分析したが、「5年後介護状況」には負の関連が見られたものの高い適合度は得られなかった。在宅死亡割合は、特に都市部での在宅ホスピスが普及していることを反映し、社会的入院による要介護割合を増加させない可能性が示唆されることから、新しい局面を迎えているかもしれない。

2) 医療施設との関連

我が国では、高齢化と共に療養関連施設が整備されてきたが、その整備状況は、都道府県別に見て大きな較差がみられている。療養関連施設の供給体制を充実させたことによって施設入所への需要が喚起され、その結果、高齢者に対する必要以上の介護ないし養護へと繋がり、結果的に廃用症候群となる要介護者を増加させている可能性の有無を詳細に研究し、本質を究明する研究の意義が高まったと考えられる。なぜならば、県別にみた要介護認定割合は、ほぼ5年前の人口当たりあたりでみた病床数だけではなく、療養施設数と強い正の関連性を持つとともに、低くない適合度でその構造が明確にされる可能性が高まったからである。

また、都道府県別較差だけではなく、二次医療圏や自治体別較差について究明すると共に、個別事例を追跡調査することによって、要介護状況が創出される他の要因として、本人の前向きな姿勢や支援環境などとの外部支援環境要因についてより明確にする調査研究も求められよう。また、個人をベースとした追跡研究によって、要介護状況を規定する因果の本質を個別の事例追跡研究を含めて明確にする必要性が高まったと言えよう。

3) 共分散構造分析の結果について

探索的因子分析と共分散構造分析の結果から、色々な要因を含めてモデルの修正を繰り返して分析を実施したものの、解釈しにくい結果が多々見られた。また、「在宅死」を観測

変数として、モデルを作成したものの、うまく収束することができなかった。これらの要因の構造を明らかにするためには、再度詳細な分析と検討が必要であるとする。

3.4 今後の課題

分析結果から見て、時系列の最新データの分析にて、都道府県別に見た要介護認定割合や介護保険料の較差は、その県の医療供給体制や県民所得や高齢者の就業構造と統計学的に有意な関連が見られるとした栗盛ら⁴⁾の断面的な先行研究結果を支持している可能性が示唆された。因果構造を明確にし、さらに介入による実証研究が期待される。

しかしながら、今回用いた都道府県別要介護認定割合は、県別にみた高齢者の年齢構成の違いを調整していないばかりか、介護度レベルを配慮して分析したわけではなかった。今後の研究課題である。また、決定係数の残りを適切に説明する新しい因果構造モデルを構築することも今後の研究課題である。

今後の研究課題として、高齢者の就業の実態を明確に反映する指標を開発すると共に、役割や生きがい感などの指標も開発し、「将来の後介護状況」との因果関係のメカニズムを究明し、要介護認定割合を抑制させるかもしれない就労や所得を含む暮らしの意義を明確にすることが求められるであろう。

．研究

4.1 北九州市における聞き取り結果

日 程；2010年8月

出席者；Mさん（地域包括支援センター担当係長；保健師） 久保美紀（共同研究者）
中山直子

北九州市の概要と地域包括支援センターについて



北九州市は、九州地方の福岡県北部に位置する人口約100万人の都市である。門司区、小倉北区、小倉南区、若松区、八幡東区、八幡西区、戸畑区の7区からなる。総面積は、487.88km²である。門司港などの観光施設や、商業施設、コンベンション施設などが集積した百万都市「北九州」の顔、小倉北区のほか、近代製鉄発祥の地の八幡東区などがある。

北九州市全体の高齢化率は、24.8%であり、小倉南区が21.7%、八幡東区が31.0%と地域によって約10%の差がみられている。出生率（人口千対）は8.8%であり、福岡県では9.3%で、全国では8.7%である。少子高齢社会は全国の様子と同様である。北九州市の保健師数は約130人であり、本庁他、各区役所、保健所に分散配置され、地域づくり

や母子保健、精神保健、感染症などの担当部署にわかれている。

その中でも今回は小倉南区の地域包括支援センターの活動についてヒアリングを行った。小倉南区は、北九州市で一番面積の大きい区であり、日本有数のカルスト台地・平尾台や、日本最大の面積を誇る合馬の竹林菅生の滝など、雄大な自然に囲まれた市内最大の区です。農林水産業も盛んで、タケノコ、小倉牛、大葉春菊、豊前海一粒かきなどが有名である。また、新北九州空港や東九州自動車道などの事業が進行中で、東九州の発展を担う地区として期待されている¹⁰⁾。また、高齢化率も他地区よりは低いことが統計データからうかがえた。

小倉南区地域包括支援センターについて

小倉南区の人口は、214,624人であり、65歳以上の割合は18.9%である（平成22年4月現在）。区内は、またそれぞれ生活圏域で5つに分けられ、それぞれの圏域で住宅街だったり農村だったりと特性があり、高齢化率にも差がみられている。

小倉南区には、地域包括支援センターが5か所あり、さらに統括のセンターが1か所の合計6か所の配置となっている。すべて市の直営のセンターで、保健師は北九州市の保健師が配置され、その他社会福祉士と主任ケアマネは、関係団体より出向され3職種が5か所の地域包括支援センターに配置されている。そして、統括支援センターとして、本庁の介護保険課には、担当係長（保健師）、社会福祉士、主任ケアマネが各1名と、介護予防プランのみを作成する予防給付担当ケアマネ（非常勤）が12名、特定高齢者の訪問担当として介護予防訪問担当員（看護師）が8名、事務が2名おり、現場の地域包括支援センターとは業務が分担されていた。おもに、各センターの取りまとめや、後方支援が主たる業務となっている。

今回ヒアリングに伺った8月の時期は、高齢者の行方不明問題で全国各地が騒がれていた時期であり、北九州市においても同様で、他の地域と同様に地域包括支援センターのスタッフは、本来の業務に追加して高齢者の所在確認や相談に追われている現状であった。

区内の地域包括支援センターでの相談実績としては、平成21年度は来所が4,177件、訪問が12,124件、電話が18,978件で、年々増加している傾向である。相談内容の内訳としては、介護保険について、医療福祉について、権利擁護、その他である。また北九州市では、「地域包括ケア」の確立を目指し、高齢者が住み慣れた地域でできる限り継続して生活を送れるように支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、適切なサービス、多様な支援を提供する事が必要であり、そのためには、自助努力を基本にしながら介護保険を中心としつつも、保健・医療・福祉の専門職相互の連携、さらにはボランティア等の住民活動などのインフォーマルな活動を含めた、地域の様々な支援を統合、ネットワーク化し、高齢者を継続的かつ包括的にケアする必要がある。これらを「地域包括ケア」と考えているとのこと。

その他、「いのちをつなぐネットワーク」といった取り組みも行っており、地域から孤立し、必要なサービスが受けられないまま死に至ることがないように、みんなで「見つける」「つなげる」「見守る」ための取り組みを実施していた。これは、「いのちをつなぐ」をキーワードに既存の地域ネットワークや見守りの仕組みを結びつけて、地域福祉のネットワークを充実強化していく取り組みであるとのことであった。また、区役所では、地域包括支援センターだけではなく、保健福祉局を中心に連携されていた。

そして、「北九州方式」による地域福祉のネットワーク作りをしており、往来の保健福祉の枠組みにとらわれず、総合化、市民本位、ネットワーク作りという3つのキーワードを切り口に、市民サービス全体の向上に努めており、総合的なサービス提供体制を整

えているそうである。これらの「地域福祉ネットワーク」の拠点施設としては、地域（小学校区レベル）では、市民センターが、区レベルでは、各区役所が、市レベルでは、総合保健福祉センターやウェルとばたで、三層構造でそれぞれのレベルで拠点を整備し、地域住民をはじめ、自治会や社会福祉協議会などの地域団体、医師会などの医療関係者、社会福祉関係者、企業、ボランティア、学校、行政などが幅広く連携・協働しながら、支援の必要な人を、地域住民の温かい見守り・ふれあいの中で、地域全体で支え合うネットワークづくりを進めている。

保健・医療・福祉・教育・地域連携の仕組みづくりとしては、各区の『保健・医療・福祉・地域連携推進協議会』があり、小倉南区では25団体で構成されており、地域のネットワークづくりに取り組んでいる。これらの組織の特徴は、高齢者だけでなく、子育て支援も含めて、生きがいや健康づくりなども組織化していた。それぞれ、高齢者支援部会、子育て支援部会、いきがい・健康づくり部会など、より専門的な課題について検討し、活動計画などを立てて協力体制を整えている。

ヒアリングに伺ってみたいの感想

北九州市は、100万人都市であり、九州全土のなかでも大規模都市である。今回のヒアリングの情報から、地域包括支援センターおよび統括センターが市直営であることから保健・医療・福祉などに対する市としてのフレームと、区におけるフレーム等がしっかりしているなど感じた。また、各区においての特性に合わせ様々な活動をしていることも担当保健師の方からうかがえた。今回は、地域包括支援センターの活動を中心にヒアリングを行ったが、様々な課題もあるものの、高齢者の総合相談窓口としての機能の充実を図り、地域医療を含む在宅医療・在宅ケアのネットワークづくりも地域包括支援センターで行うことができたらよいなど感じた。そのためには、マンパワーの問題、社会資源の問題なども含めて、考えて行かなければならない。

4.2 宮城県北部保健福祉事務所における聞き取り結果

日 程；2010年12月

出席者；Iさん（北部保健福祉事務所；保健師）

Sさん（北部保健福祉事務所；総括保健師）

久保美紀（共同研究者）、中山直子

北部保健福祉事務所の概要¹¹⁾について

1市4町を管轄する保健福祉事務所兼大崎保健所である。保健師は、総括担当のほか、高齢者、母子、障害者、健康づくり支援班、疾病対策班にそれぞれ分散配置となっており、

全 11 名である。そのうち、緩和ケア・地域医療を担当するのは、健康づくり支援班保健師の I さんである。



管轄市町は、大崎市、色麻町、加美町、涌谷町、美里町である。宮城県の北西部に位置し、豊かで広大な田園地帯を形成している。管内の総面積は、1523.95km²である。大崎市は、平成 18 年に 1 市 6 町が合併して、現在の大崎市となり、大崎保健所全体の 64% の人口が大崎市である。人口は、色麻町が 7,596 人で最小であり、大崎市が 135,975 人で最大で、管轄市町の総人口は 213,320 人である。高齢者人口については、大崎町が 24.1% であり、加美町が 29.4% と高齢化率が高く、平均すると 25.6% であり、4 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者である。そのうち、一人暮らしの割合は、5.9~12.4% であり、平均 11.3% が 65 歳以上の独居高齢者である。人口の推移としては、年々微減している状況であるが、65 歳以上の人口比率は、増加している傾向である。その他人口動態としては、出生率は、大崎市で 8.47 と最大で、涌谷町では 5.48 である。

医療施設については、圏域では、病院 22 施設、以下診療所 16 施設、歯科診療所 82 施設、助産所 1 施設、訪問看護ステーション 7 施設である。介護保険事業所の状況については、介護給付については、居宅介護支援が 63 事業所、訪問介護事業所が 40 事業所、訪問介護入浴が 15 事業所、訪問看護が 7 事業所、通所介護が 9 事業所、通所リハビリテーションが 4 事業所、短期入所生活介護が 13 事業所、特定施設入居者生活介護が 1 事業所、福祉用具貸与が 14 事業所、特定福祉用具販売が 12 事業所となっている。地域包括支援センターについては、大崎市に 4 センター(すべて法人へ委託)、その他町には 1 センターずつが設置され、すべて直営であり、町の保健師が職員としている。

大崎地域における在宅ケアの実態について

大崎地域では、がん拠点病院として大崎市民病院があり、そこでは緩和ケア認定看護師が 1 人おり、緩和ケアチームが活動している。在宅療養支援診療所は大崎市に 5 施設、美里町に 1 施設の計 5 か所となっている。

平成 19 年度からは緩和ケア研修会を実施し、平成 20 年度からは在宅緩和ケア推進連絡会議を開催し、在宅緩和ケアに関する現状と課題についてそれぞれの地域からの意見交換会を実施した。平成 21 年度には、主な在宅支援診療所、訪問看護ステーション、訪問薬剤管理指導薬局、歯科医師会等にもヒアリングを実施した。

在宅における看取り率については、年々減少している現状である。平成 20 年度は、大崎管内では、7.72% (55/709 名) であり、宮城県平均の 10.83% よりも低くなっている。

大崎管内の課題としては、医療体制の整備、サービス情報の問題、ケアスタッフの技術向上、家族問題、地域格差の5点があがっており、今後の方向性・目標としては、『安心して在宅療養を選択できる地域づくりを行う。各病気に応じた在宅緩和ケアのサービス情報を入手できる。』ことを挙げ、平成22年度は、緩和ケア研修の推進・情報提供の充実、患者家族支援を強化して行うことが示されている。課題の医療体制の整備については、管内の担当だけでは対応することができないため、随時各団体や地域対策医療委員会などと連携を取りながら、長期的に働きかけていくこととしている。

これらの課題については、宮城県がん対策推進計画を推進するための主な取り組み(アクションプラン)に沿って、中期計画が立てられ、それぞれについて目標を設定し、年度ごとに活動されていた。経過としては、会議を持ったり、普及啓発のための研修会を開催したり、情報提供としては、「入退院という患者にかかる連絡窓口一覧」を作成し配布したり、ホームページに在宅医療実施機関(診療所・訪問看護ステーションなど)を公開した。地域の資源としては、がん拠点病院の大崎市民病院のほか、宮城在宅支援ドクターネット研修会、在宅緩和ケアコーディネーター養成・講演会を開催したり、患者発の宮城版退院時サポートプロジェクトに参加したりしている。

また、宮城県内の先進的な活動としては、仙南地区在宅ホスピスケア連絡会にて、『仙南地区における在宅ホスピスケア患者受け入れのための手引き¹²⁾』が作成されている。これらの手引には、緩和ケアおよび在宅緩和ケアの定義と理念から、在宅緩和ケアチームの体制と各機関の役割(体制図)、訪問薬剤管理、医療福祉(社会資源の活用方法、各地域の相談支援センター、在宅緩和ケアの窓口)のほか、緩和ケアの基本的技術を学ぶための参考資料が示され、また、患者連絡票や看護連絡票、新慮情報提供書、訪問看護指示書の各種様式も掲載され、報告書のみならず活動の評価表も作成されている。この手引きは平成13年に初版が発行され、その後2年ごとに改訂版が発行されている。それぞれの地域特性があるものの、大崎圏域の現状や特徴に合わせて、ホームページ上に掲載している情報なども整理して、これらの手引きを参考にしたものを作成することも可能であると思われた。

北部保健福祉事務所における今後の課題

それぞれの管轄市町においても、地域特性があり、また、保健医療従事者における様々な問題のとらえ方の差があるため、一概に統一したものを作成するのは困難である。しかし、これまでの経緯やそれぞれの活動を大事にしながら、大崎圏域にあった在宅ケア、在宅医療推進ネットワーク構築を進めて行くことが重要である。これらは、なかなか難しいことではあるとは思われるが、現場のスタッフ等関係者とともに、当事者となりうる地域住民をいかに巻き込み、今後のネットワークを構築していくかがとても重要な要因となるのではないかと考える。それには、保健福祉事務所(大崎保健所)と、各管轄市町の保健師をはじめとする保健医療スタッフとの連携を密にしていくことが重要であると考えられる。

ヒアリングで伺った感想

北部保健福祉事務所では、緩和ケアのみならず、在宅医療・在宅ケアのネットワーク作りに取り組んでいる最中であり、それぞれの地域の医療機関と連携を試みたり、活動計画を立てて長期計画で取り組んでいた。すぐに解決できることではないが、今までの活動を大事に、地域や住民を巻き込んで、仙南地区を見本として、北部保健福祉事務所圏域の特徴を踏まえたネットワークづくりを行えたらいいのではないかと感じた。

．考察

研究 1 と研究 2 において、明らかになったことを踏まえ、考察を以下に述べる。

5.1 高齢者や在宅死に関連する指標について

今回分析に利用できた指標は、わが国でのすべての指標を収集できたわけではないが、主なデータからみると、都道府県により較差が生じている。これらのことは、引き続き詳細な分析を行い、わが国の都道府県別にみた特性などを考慮して、考察を進めていくことが必要である。

また、日置ら¹³⁾は、在宅死亡割合の地域差の要因として、病院病床数、老衰死亡率、老年人口割合および持家在宅率が関与を示している。これらのことについては、研究 1 にてすべてを検証することはできなかったが、今回の分析結果からは、県民所得や特養老人数、医者数といった『社会経済要因』、高齢者有業率と保健師数といった『高齢者を取り巻く環境』、看護師数や診療所病床数、病床利用率、病院病床数と自宅死亡割合といった、『医療施設と機能と自宅死亡割合』との関連をみた。しかしながら、それらのメカニズムは不明であり、今後詳細な分析を行い検討していく必要がある。

5.2 各地域における実態調査

次に研究 2 では聞き取り調査を行った。それぞれ、地域性の違い、規模の違い、地域包括支援センターからの視点と保健所との視点での違いはあるものの、在宅死を可能にする地域を取り巻く環境としては、まだまだ今後の課題が山積していることが明らかになった。

地域包括支援センターにおいては、高齢者における総合相談窓口の機能が期待されているものの、現時点では、介護予防ケアプランやその他の事業、また、2010 年の夏に新聞等マスコミで話題となった「高齢者の行方不明」の問題については、北九州市においては地域包括支援センターの方での対応されており、在宅死や終末期医療に関することを地域包括支援センターで対応することは、現状では困難な状況であることがうかがえた。しかしながら、高齢者の総合相談窓口としての機能や、在宅医療などのネットワーク構築などについては、今後どうしたら可能となるか、それぞれの地域で検討していく必要があると

考える。

また、宮城県北部保健福祉事務所においては、同じ県内でもそれぞれの地域において、在宅医療に関する取り組みやネットワーク構築に差があることがわかった。とくに、がん対策基本法が施行され、在宅医療ネットワーク構築は急務であるものの、地域においてのがん拠点病院だけでは、マンパワー不足とともに、地域でのマンパワーの不足もうかがえた。

．まとめ

在宅死を可能にするには、さまざまな要因が関連していることが明らかになった。法律においては、地域性の考慮等はされずに一律に施行されるものであり、各地域の状況に合わせて柔軟に対応していかなければならない。また、本研究のプライマリーエンドポイントとして、在宅死の増加を上げたが、在宅死が増えればいいという問題ではなく、地域の医療・保健・福祉を取り巻くネットワーク構築がとても重要であることが分かった。

また、要因のひとつとして、要介護度も在宅死と関連する重要な要因であることが明らかになった。つまり、要介護度が上がると在宅で生活することが難しくなるという現状がある。したがって、今後は介護度や重症度が上がっても、本人や家族が望めば住み慣れた我が家や地域で在宅療養が可能となり、また、終末期をも在宅で過ごせるようなネットワーク構築が必要である。今後は、わが国の保健医療を取り巻く環境を整備して、在宅死を可能にできるそれぞれの地域での取り組みが必要であろう。

今回は研究1の結果を踏まえ、地域での量的調査を実施するのが当初の計画であったが、まずは地域の現状を捉え、今後の量的調査実施へとするため、研究2については、2地区において聞き取り調査を行った。北九州市では、地域包括支援センターの現状や、期待されている終末期医療や在宅医療の支援機関としての可能性について聞き取り調査から現状を把握した。宮城県北部では、在宅死や地域医療ネットワーク構築の地域での取り組みについて聞き取りを行った。

これらの結果を活かし、フィールドでの実態把握のための量的な調査と、地域における還元資料の作成、地域における保健医療福祉職のサポートについては、今後の課題として、取り組んでいきたいと考えている。

最後に、本研究は、「公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団」の助成を受けて実施しました。ここに感謝申し上げます。また、お忙しい中、現地聞き取り調査にご協力いただきました北九州市地域包括支援センター、宮城県北部保健福祉事務所のスタッフのみなさまに感謝申し上げます。

さらに、本研究のデータの収集・分析に協力していただきました、首都大学東京修士課程1年の金一品さんに感謝申し上げます。

. 文 献

- 1) 平成 20 年版 高齢社会白書、p6
- 2) 終末期医療に関する調査等検討会報告書、2004
- 3) 平成 19 年版 厚生労働白書、p34 - 35
- 4) 栗盛須雅子・渡部月子・高燕・星旦二；都道府県別要介護認定割合の較差と関連する要因の総合解析、厚生労働省の指標、56、p22-28、2009 年 4 月
- 5) 医療施設動態調査・病院報告(厚生労働省 2002)
- 6) 衛生行政報告(厚生労働省 2002)
- 7) 人口動態統計・主要統計表第 6 表(厚生労働省 2003)
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii03/index.html>
- 8) 就業構造基礎調査(総務省統計局 2002)
<http://www.stat.go.jp/data/shugyou/2002/1.htm>
- 9) 内閣府経済社会総合研究所県民経済計算 2003
- 10) 北九州市ホームページ：
(http://www.city.kitakyushu.jp/pcp_portal/PortalServlet?DISPLAY_ID=DIRECT&NEXT_DISPLAY_ID=U000000)
- 11) 宮城県北部保健福祉事務所、平成 22 年度保健福祉・環境衛生統計資料；
[http://www.pref.miyagi.jp/nh-hwfz/kikaku/平成 22 年度保健福祉・環境衛生統計資料.pdf](http://www.pref.miyagi.jp/nh-hwfz/kikaku/平成22年度保健福祉・環境衛生統計資料.pdf)
(2011/02/01 アクセス可能)
- 12) 仙南地区在宅ホスピスケア連絡会、仙南地区における在宅ホスピスケア患者受け入れのための手引き、平成 21 年 11 月改訂版
- 13) 日置敦巳；都道府県間での比較に基づいた在宅死亡決定要因、医学と生物 129、p185-188、1995 年 10 月