

平成 27 年度
久留米市在宅医療介護連携推進事業
社会資源情報把握および課題抽出事業
調査報告書

平成 28 年 3 月
久留米市健康福祉部保健所健康推進課

目次

I	調査研究目的・方法.....	2
II	看取り関連情報の全体要約.....	5
III	サービス機関種別・看取り関連情報の小要約.....	14
	医療機関の小要約.....	15
	入所施設の小要約.....	26
	通所サービスの小要約.....	44
	訪問サービスの小要約.....	46
	その他機関の小要約.....	55
IV	資料：記述統計量・度数分布の集計結果.....	59
V	資料：事業報告会資料（抜粋）.....	92
VI	調査票例.....	99

I 調査研究目的・方法

1. 調査目的

事業の目的は「市内医療・介護資源の情報把握」と「課題抽出」である。調査の設計にあたり、2015年6月に実施者（久留米市職員）と調査者（東京大学）で事業目的について討議した。その結果、焦点をあてるテーマを1つ設定し、それを中心に調査を設計することとなった。これにより、調査項目数を削減して回答者の負担を減らし、また調査内容・解析計画を洗練させることで抽出される課題をより具体的なものにすることを狙ったものである。テーマは、「看取り（終末期を含む）事例への各事業所の対応状況とニーズ」とした。本調査の結果を基に、市内関係者が将来に向けて解決策を議論することを想定した場合、「医療職・介護職双方が議論しやすいテーマ」であり、なおかつ「将来急増しそうな課題や対象者」に焦点をあてることが良いと考えたためである。

2. 調査方法

1) 事業名

平成27年度久留米市在宅医療介護連携推進事業社会資源情報把握および課題抽出事業

2) 調査方法

2015年7月1日時点で、久留米市が管理する医療機関情報リストに掲載されているすべての病院、診療所、歯科診療所、調剤薬局、ならびに久留米市介護保険課の介護サービス事業所として登録されている全ての介護事業所を対象に調査を行った。

2015年8月1日、全機関の管理者あてに調査票を郵送し、代表者1名に回答を依頼した。回答は任意とし、調査票の返信をもって調査への同意とみなした。返信先は東京大学大学院医学系研究科地域看護学教室とし、9月末日で回収を中止した。

全1,291事業所に調査票を配布し、806機関（62.4%）から回答を得た。調査対象となった機関数と回答機関数、各機関で調査回答を求めた代表者特性については、次頁の図表の通りである。

3) 調査票・調査項目

調査票は、施設の特性を問う「施設票」と、施設入居者各人の情報を問う「入居者票」の2種類で構成された。調査対象機関種のうち、7種の機関（訪問介護、訪問看護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、居宅介護支援、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、診療所）には「施設票」と「入居者票」の両方について、その他の機関には「施設項目票」のみについて、それぞれ回答を求めた。

(1) 施設票

2015年8月1日時点の施設の設置主体、職員数、入居者数および定員等を尋ねた。

(2) 入居者票

2015年8月1日時点の全利用者（診療所の場合は訪問診療対象患者）、および2015年4月～7月の間の利用終了者（診療所の場合は訪問診療終了患者）について、年齢、性別、要介護度、入所期間、主傷病（複数回答可）、疼痛緩和処置の有無、人工呼吸器の管理の有無、ADL（ベッドから椅子への移乗）、認知症高齢者の日常生活自立度（以後、認知症自立度）、等を尋ねた。

回答負担を軽減する目的で、3種の機関（訪問介護、訪問看護、診療所）には利用者・終了者の両方について、3種の機関（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）には利用者についてのみ、居宅介護支援には終了者についてのみ、回答を求めた。

(3) 一般公開用の項目

調査票項目には、回答結果を市内で一般に公開する資源情報に掲載するための項目（例：開業時間、対応可能処置、等）を特別に設け、それが回答者にわかるよう調査票内に説明を付した。さらに回答結果の一般公開に対する同意も調査票内で問い、別表の「医療・介護資源一覧表」では、調査に回答があり、なおかつ一般公開に対して同意があった事業所の情報のみを公開した。

図表 1 調査対象機関と回答者、および回答を依頼した調査票種

サービス機関名	対象機関	回答機関	調査回答を求めた代表者	調査票		
				施：施設票	利：利用者票	終：終了者票
訪問介護	84	47	介護職者のうち、管理者	施	利	終
訪問看護	30	24	看護師のうち、管理者	施	利	終
訪問リハビリテーション	1	(注)	リハ職者のうち、管理者	施		
訪問入浴介護	5	3	管理職に該当する専門職	施		
介護療養型医療施設	5	5	看護又は介護職の、統括者	施		
介護老人福祉施設	9	7	看護又は介護職の、統括者	施	利	
介護老人保健施設	8	7	看護又は介護職の、統括者	施	利	
短期入所生活介護	27	20	看護又は介護職の、統括者	施		
短期入所療養介護	12	9	看護又は介護職の、統括者	施		
通所介護	110	85	看護又は介護職の、統括者	施		
通所リハビリテーション	32	27	看護又は介護職の、統括者	施		
居宅介護支援	104	76	管理者	施		終
特定施設入居者生活介護	13	10	看護又は介護職の、統括者	施		
特定福祉用具販売	24	17	管理者	施		
看護小規模多機能型居宅介護	5	2	看護又は介護職の、統括者	施		
地域包括支援センター	5	5	管理者	施		
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	5	3	看護又は介護職の、統括者	施		
小規模多機能型居宅介護	39	30	看護又は介護職の、統括者	施		
認知症対応型共同生活介護	47	35	看護又は介護職の、統括者	施		
地域密着型介護 老人福祉施設入所者生活介護	12	10	看護又は介護職の、統括者	施	利	
認知症対応型通所介護	13	7	看護又は介護職の、統括者	施		
病院	88	59	地域連携に詳しい医師	施		
診療所	233	132	診療所長	施	利	終
歯科	195	118	歯科院長	施		
調剤薬局	185	115	管理者の方	施		

(注) 訪問リハビリテーションは対象機関が 1 機関しかない。
情報が容易に特定されてしまうため、回答の有無を含め、本報告に含めないこととする。

Ⅱ 看取り関連情報の全体要約

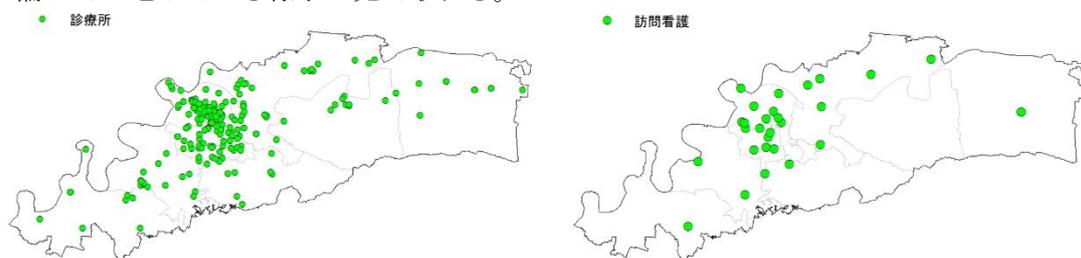
看取り関連情報の要約

1. 介護保険事業所の「看取り」「終末期」事例へのケア提供実績

訪問看護を除くすべての訪問・通所事業所で、「看取り」もしくは「終末期」に類する状態像の利用者に対するケア提供実績はほとんどなかった。以後、診療所・訪問看護を中心にまず在宅看取りと職種間連携に関する問題点を整理する。

2. 診療所・訪問看護事業所の立地

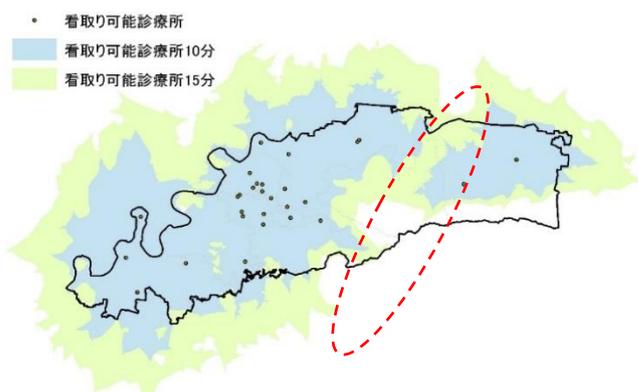
診療所・訪問看護事業所について、本調査への回答を得られなかった事業所も含めてプロットしたものが図表 2 である。市内全域にある程度分布しているが、特に中心部に集中的に偏って立地している様子が見て取れる。



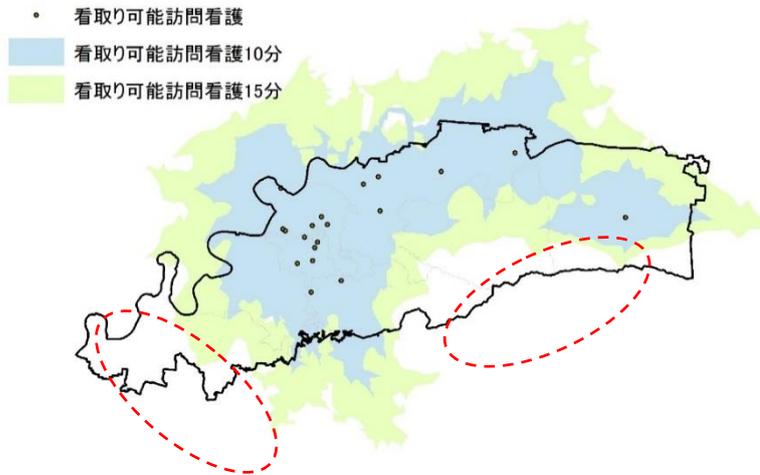
図表 2 無床診療所・訪問看護事業所の配置（調査回答 未回収施設も含む）

3. 診療所・訪問看護事業所の在宅看取り「対応可否」「実績」の現状

診療所施設票より、訪問診療で看取り対応可と回答した施設、訪問看護施設票より、看取り対応可と回答した施設をそれぞれ特定し、久留米市内の地図にプロットした。さらに、各施設（マル●）から自動車で10分以内に到達しうる圏域、15分以内に到達しうる圏域を特定し、1か所以上の施設から久留米市内の地図に色を重ねた。図表 3 は診療所、図表 4 は訪問看護事業所の結果である。それぞれ、1か所以上の診療所／訪問看護事業所から、10分以内／10～15分以内で到達されうる地域を水色／緑色で示した。

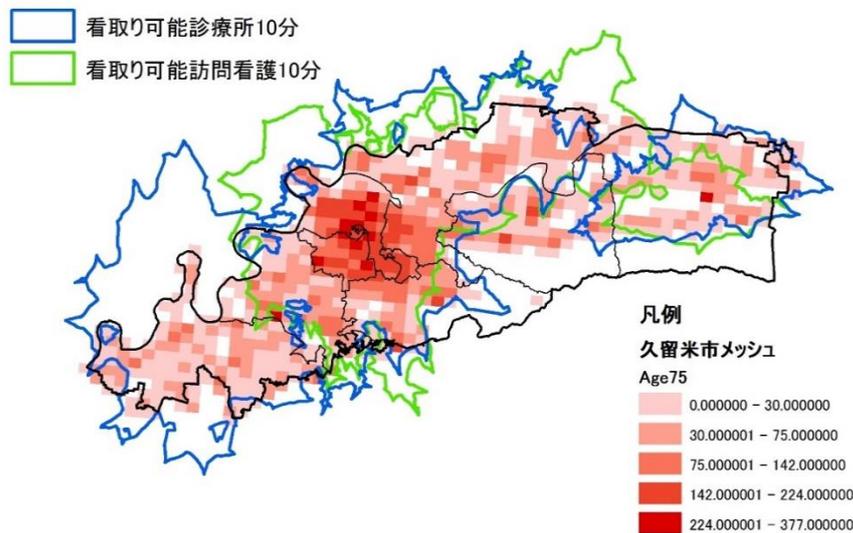


図表 3 看取り対応可能な訪問診療所と到達圏域



図表 4 看取り対応可能な訪問看護事業所と到達圏域

図表 3・4 から、看取り対応可能な訪問診療所は市内のほぼ全域を、看取り対応可能な訪問看護事業所は市内の中心・北部圏域を中心に、カバーしていることがわかる。一方、赤い点線で囲まれた部分はカバーが薄い地域に見える。ただし、このエリアには山林も多く含まれるため、到達圏域=カバーエリアの広さではなく、《どれだけの人口がカバーエリア内に居住しているか=カバー率》、に焦点をあてる。図表 5 は、500m 四方のメッシュで市内を分割し、各メッシュ内に住む 75 歳以上高齢者人口の人数（色が濃いほど人口が多い）と、図表 3・4 で示した 10 分到達圏域を重ねたものである。各圏域に含まれる人口を、全人口で除して求めた「カバー率」を、地域包括支援センターの圏域（東西南北・中央）別に算出した者が図表 6 である。



図表 5 75 歳以上人口の分布と看取り可能施設からの到達圏域

図表 6 看取り対応機関の人口カバー率（地域包括支援センター別集計・㊦暫定版）

	カバー率 (診療所/在宅診療所)	カバー率 (訪問看護)	(参考) カバー率 (看取り実績が年間 12 件以上の 在宅診療所・在宅療養支援機能届け出あり病院)
西	100%/100%	35%	0%
中央	100%/100%	100%	70%
南	100%/90%	80%	20%
北	100%/98%	100%	50%
東	100%/60%	50%	0%

例：A 地域の訪問看護カバー率 80% = 「A 地域の 75 歳以上人口の 80%が、最寄りの訪問看護 St から 10 分以内の場所に居住している」

<カバー率の算出方法>

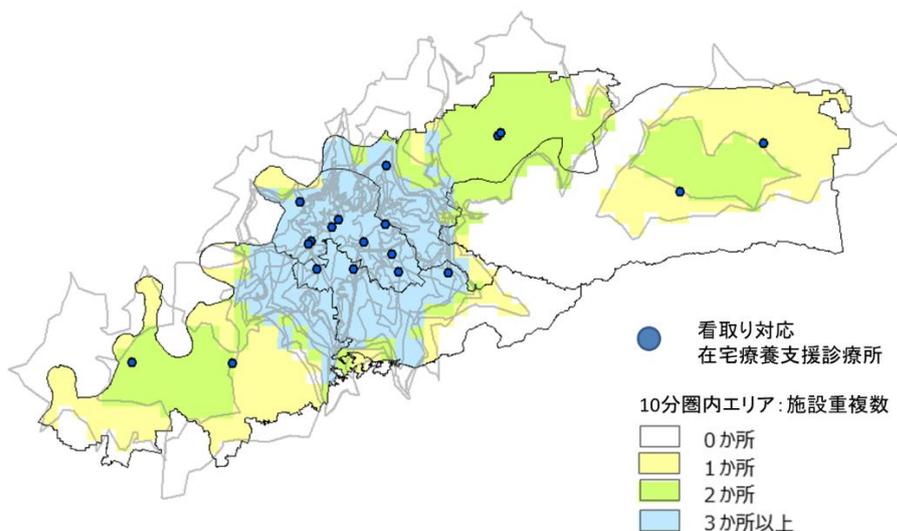
- ① 訪問診療を行っている在宅療養支援診療所のうち、訪問診療について、看取り対応可能と回答した施設の住所を地図上で特定
- ② その施設から自動車で 10 分以内に到達しうる圏域を特定
- ③ 1 か所以上の同種施設から 10 分以内に到達するエリアを「カバーエリア」と定義
- ④ 各地域包括エリア別に、カバーエリア内に居住する後期高齢者の割合を算出した
(例) エリアに住む後期高齢者 100 人のうち、該当施設から 10 分以内に到達しうる圏域に居住する者が 85 人の場合、そのエリアのカバー率は「85%」と算出される
- ⑤ 訪問看護、在宅療養支援機能の届け出を出している病院についても同様に算出した

図表 5・6 より、看取り対応可能な機関からみた人口カバー率に関して、中央・北部・南部では診療所・訪問看護ともにカバー率が高い一方、西部では訪問看護が、東部では診療所・訪問看護ともにカバー率が低いことがわかる。

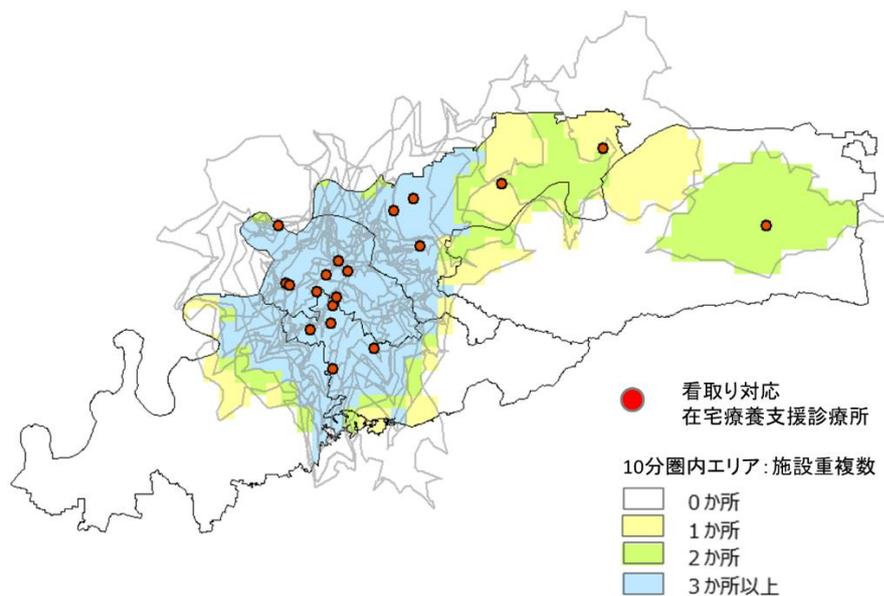
診療所の施設票より、年間 12 件以上の在宅看取り実績がある診療所 4 施設が特定でき、それはいずれも中央・北部・南部にあった。このことから、東部・西部では診療所の看取り体制が他地区に比べて未整備である可能性が高い。このエリアは、診療所そのものが存在しないわけではなく、無回答・非在宅療養支援診療所も含めてポイントしてみれば、一定数施設が配置されている。こうした施設が「看取り可・在宅療養支援診療所」となることを勧めるか、新たな施設を誘致するか、いずれかの介入が望まれる。

(再計：参考) 看取り対応可能施設の偏在

図表 3~6 の結果について、さらに掘り下げ、看取り対応可能な施設が中央部に偏在していることを可視化することをこころみた。具体的には、3 か所の診療所/訪問看護事業所から 10 分以内で到達されうる地域を水色、2 か所の診療所/訪問看護事業所から 10 分以内で到達されうる地域を緑色、1 か所の地域を黄色、0 か所の地域を白色で示した。



図表 7 看取り対応可能な訪問診療所と到達圏域（エリア重複で色分け）



図表 8 看取り対応可能な訪問看護事業所と到達圏域（エリア重複で色分け）

図表 7・8 から、中央に住む住民は、自宅から 10 分圏内に在宅看取り対応可能な診療所・訪問看護事業所が 3 か所以上（青色）あることがわかる。この圏域では、住民が受療事業所を選択する余地があると言える。一方、他地域では、0~1 か所（白・黄色）のエリアが多く、カバーが手薄である。

診-診連携の視点で見れば、10 分圏内を基準にした場合、複数の診療所が支えあって在宅看取りをするにしても、中央以外の地域では「在宅看取り」対応可能な診療所が少なく（つまり住民の自宅から近くにない）、実現しにくい可能性がある。

4. 診療所・訪問看護事業所の在宅看取り体制からみた、両者間の連携強化の必要性

診療所施設票と訪問看護事業所施設票より、各施設の【対象別看取り対応可否】を図表 9 に整理した。診療所では、神経難病・精神疾患を持つ利用者への看取り対応が難しい施設が多い一方、訪問看護ステーションはいずれの対象に対しても 70%以上の施設が対応可能と回答している。診療所は、訪問看護との連携を強化する事で、自施設では対応が難しいと考える対象者に対しても、訪問診療による看取りを提供できる可能性がある。また、訪問看護事業所は、診療所主治医との連携が良好であるほど、入院ではなく在宅看取りにつながりやすいことが、終了者個票の分析から明らかになった。

一方、訪問看護以上に利用者数・事業所数の多い訪問介護について、施設票・終了者票の回答状況から、終末期・看取り期の利用者への準備性・実績が十分ではなかったことから、久留米市内では、「家事援助や身体介護に関しても訪問看護がそれを担っている可能性」がある。これらの結果から、在宅看取り体制の整備、看取り件数の増加という目標実現に対して、まず優先する取組課題として【診療所の看取り不可対象像を減らすための介入策を明らかにすること】【診療所と訪問看護事業所の連携を強化すること】を掲げる。これは特に、東部・西部でより重点的課題となろう。次いで、同目標に対して【訪問介護に期待する機能を整理し、必要に応じて訪問看護／介護の役割を明確にすること】が出来れば、より効率的な役割分担に基づき、目標達成のための介入策を提示できる可能性がある。

図表 9 対象別看取り体制の比較

	在宅療養診療所 (n=30) 【対応可 or 要相談】の件数	訪問看護事業所 (n=24) 【対応可 or 要相談】の件数
末期がん×看取り	25 施設 (83.3%)	21 施設 (87.5%)
神経難病×看取り	14 施設 (46.7%)	22 施設 (91.7%)
精神疾患×看取り	13 施設 (43.3%)	17 施設 (70.8%)
認知症×看取り	20 施設 (66.7%)	22 施設 (91.7%)
麻薬疼痛管理×看取り	19 施設 (63.3%)	19 施設 (79.2%)

5. 診療所・介護支援事業所・訪問看護事業所間の連携

(1) 診療所医師は連携しやすいか？：診療所・訪看・ケアマネ事業所からの評価

診療所施設票で診療所主治医(他施設)との連携しやすさを既存尺度(日本語版 Relational coordination 尺度)で評価した結果、西部・南部では診療所間連携に対する評価が低いことが明らかになった。訪問看護施設票でも同様に評価した結果、南部・東部にある訪問看護事業所は、診療所との連携しやすさの評価が相対的に低かった。居宅介護支援事業所(以後、ケアマネ事業所)施設票では、東部にある事業所が、診療所との連携しやすさの評価が低かった。

(2) ケアマネ事業所は連携しやすいか？：診療所・訪看・ケアマネ事業所からの評価

同様に、地域のケアマネ事業所との連携しやすさを評価した結果、訪問看護事業所の方が、診療所よりも、居宅介護支援事業所を「連携しやすい」と評価していた。訪問看護事業所は、いずれの地域包括エリアでも押しなべて高い評価であった。一方、診療所では、特に西部にある事業所は、ケアマネ事業所を「連携しにくい」と評価する傾向にあった。

図表 10 診療所医師・居宅介護支援専門事業所との連携しやすさ
地域の診療所との連携しやすさ

	中央	東	西	南	北	合計
診療所の回答	n=31	n=5	n=7	n=9	n=9	n=61
	3.16	3.66	2.80	2.83	3.41	3.15
	(0.82)	(0.39)	(1.08)	(1.07)	(0.73)	(0.87)
居宅介護支援事業所の回答	n=22	n=8	n=18	n=9	n=9	n=66
	3.36	3.09	3.26	3.81	3.57	3.39
	(0.66)	(0.61)	(0.49)	(0.20)	(0.78)	(0.61)
訪問看護事業所の回答	n=10	n=2	n=1	n=5	n=5	n=23
	3.80	3.36	4.57	3.31	3.80	3.69
	(0.71)	(0.71)		(0.79)	(0.68)	(0.72)

地域の居宅介護支援事業所との連携しやすさ

	中央	東	西	南	北	合計
診療所の回答	n=23	n=5	n=9	n=9	n=7	n=53
	3.18	3.71	3.10	3.46	3.43	3.30
	(0.81)	(0.51)	(0.66)	(0.74)	(0.69)	(0.73)
訪問看護事業所の回答	n=10	n=2	n=1	n=5	n=5	n=23
	4.10	3.79	4.57	3.94	4.03	4.04
	(0.49)	(0.91)		(0.34)	(0.76)	(0.53)

表中の値は、上段が平均点、下段 () が標準偏差

(3) 連携しにくい理由：特に評価が低いポイント

「連携しやすさ」を7つの側面に分けて詳細に集計し、相対的に評価が低い＝連携しにくいことのネックになっている項目を特定した。それぞれ、連携しにくいポイントとそれに対する対応策を図表に示す。

① 診療所医師と連携しにくいと感じるポイント

誰から見て	連携しにくいポイント	対応策
診療所から見て	情報提供がタイムリーになされない	主治医間の 情報共有システム 目標設定・共有上の課題を 特定し解決、主治医と訪看 ／ケアマネ間の関係改善
訪看から見て	利用者の目標を共有できていない 訪問看護に対する態度が尊重的でない	
ケアマネから見て	利用者の目標を共有できていない ケアマネに対する態度が尊重的でない	

② ケアマネ事業所と連携しにくいと感じるポイント

誰から見て	連携しにくいポイント	対応策
診療所から見て	提供される情報が不正確である 情報提供がタイムリーになされない	ケアマネから主治医への情 報提供方法の改善
訪看から見て	とくになし	—

それぞれの「対応策」の具体的な介入プログラムを【主治医・訪問看護・ケアマネ等関係者と一緒に創出していく】ことで、より良い連携関係を構築できる可能性がある。

6. 病院と診療所の連携

(1) 情報交換の実態

病院施設票より、診療所主治医に対する情報提供の方法として、59 病院のうち 25 施設は「直接会う」ことを「全く利用しない」、15 施設は「無回答」であった。ここから、あわせて 40 施設 (67.8%) では、病院と主治医が、患者に関する情報提供を目的として会うことが一切ない、という状況にあると推測された。これらの施設では、「退院時カンファ」への「診療所主治医の参加」が全く・もしくはほとんど生じていないのだと考えられ、参加の程度の低さが窺える結果である。ただし、「退院時カンファへの参加状況」を問うたものではないので、参考程度にとどめておく必要がある。

(2) バックベットの確保

病院施設票より、看取りが迫った療養者の入院申請に対する受け入れ状況について、下記のような集計結果を得た：「誰でも積極的に受ける、9 施設 (15.3%)」、「受診歴があれば積極的に受ける、18 施設 (30.5%)」、「受診歴があっても積極的には受けない、14 施設 (23.7%)」、「無効・無回答、18 施設 (30.5%)」。このうち、「積極的に受ける」に該当する 27 施設 (45.8%) とその他の 32 施設に分けて比較する。

在宅支援機能を持つ 4 か所の病院 ((強化機能型) 在宅療養支援、後方支援病院のいずれかを届け出ている) では、そのうち 3 施設 (75.0%) が「積極的に受ける」と回答した一方、同機能を持たない病院では「受けない」施設が半数以上を占めた。また、自機関からの訪問診療に「対応可・要相談」と回答した 31 か所の病院では、そのうち 20 施設 (64.5%) が「積極的に受ける」と回答した一方、「不可」と回答した 26 病院では、「受けない」施設が 19 施設 (73.1%) と多数を占めた。在宅療養・訪問診療に取り組んでいる病院ほど、看取りのためのバックベットの確保している状況が明らかになった。

ただし、本調査の結果は、本調査テーマに関心の高い施設からの回答に偏っている可能性があり、「積極的に受ける」施設＝病院全体の 45.8%、という結果は過剰推定である、つまり、「積極的に受ける」病院はこれよりもっと少ない可能性が高い。

7. 総括

(1) 在宅看取りの準備性…診療所・訪問看護

在宅看取りに対応可能な診療所・訪問看護を地理的に見てみると、中央部を除く他 4 つの地域包括支援センター圏域では、まだフォローが薄い (近くに対応可能な施設がない、もしくは 1 か所しかない)。さらに、看取り対応可能な診療所であっても、対応不可能な対象像が一定種類あった。また、診療所同士の連携のネックになっているのが、診療所間の情報共有がタイムリーでないこと、であった。診・診連携による在宅看取りの推進が話題となっているが、その前に、①看取り対応可能な診療所が近隣に少ないエリア (東西南北) をどうフォローするか、②対応不可能な対象の看取りを診療所に実施してもらうにはどうすればよいか、③診療所同士の情報共有をタイムリーにするしかけをどう創出するか、の 3 点に検討・介入が必要であろう。

訪問看護は、診療所の他に看取り・終末期に最も対応している医療・介護機関であり、ほぼすべての事業所が看取り対応可で、小児を除くあらゆる対象像の看取りに対応できる。診療所とよく連携できている事業所ほど、利用者の在宅看取りが実現しやすいという解析結果があり、診療所と訪問看護の連携を強化することで、市内の在宅看取り率を向上させられる可能性がある。その際、優先的介入点として、診療所と訪問看護の間の (利用者の) 目標共有を促すこと、診療所主治医が訪問看護に対して尊重的態度を示すように促すこと、の 2 点

があった。しかし、訪問看護も診療所とおなじく、中央部に偏在している。他の包括エリアでは事業所数が少なく、訪問看護事業所を選べない。

東西南北エリアでは、1~2か所の診療所と訪問看護事業所が、集中的に周辺住民の終末期・看取りニーズを請け負っている可能性がある。ここに対して、新規診療所・訪問看護事業所の誘致以外では、①他事業所の看取り対応喚起、②訪問介護・通所介護等サービス事業者の看取り・終末期ケアへの参入促進、③離れた診療所とも診診連携できるような仕掛けづくり、の3点が挙げられる。

（２）病院と診療所の連携…情報交換・バックアップ

診療所主治医と病院の間で、退院時カンファなどで顔をあわせる機会が多くないこと、看取りが迫った療養者を積極的に受け入れる病院が半数未満であることから、在宅終末期・看取りに対して、市内の病院と診療所の間で十分なコミュニケーション・対策が取られていないと推測される。本調査の結果を基に、診療所、病院への聞き取りを加え、問題点と課題をナラティブに整理する必要がある。