

**研究課題：「地域包括ケアにおける在宅入院制度構築の可能性に関する実証的研究」**  
**研究代表者：松繁 卓哉（国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部 主任研究官）**

## 1. 研究の背景と目的

人口高齢化の問題を抱える国々における近年の医療・福祉・保健の制度改革に共通するキーワードとして「在宅」がある。従来、施設で行なわれてきた医療および福祉のサービスを、ケアの受け手にとって住みなれた自宅もしくは自宅に近い環境において行っていく体制の整備の可能性について、多くの国々で検討され、また、実践されている。この「在宅」という条件は従来、疾病等による障害の症状が重篤である場合においてはクリアすることが困難とされてきており、一定範囲内のサービスに限られてきた。例えば、がん治療をはじめ高度の専門性が必要とされるものは、一部の例外を除いて在宅サービスの埒外のものとなることが少なくなかった。

しかしながら近年になり新たな展開が生じつつある。例えば、フランスは諸外国に先駆けて「在宅入院」(Hospitalisation a domicile: HAD)の制度を整えてきた。そこでは、自宅を「病院の延長」として捉え、多職種連携体制のもと、精神疾患以外のポストアキュート期の患者に対する包括的なサービス提供を実施している。

日本でも、例えば広島県尾道市では、「尾道方式」と呼ばれるシステムのもと、がん末期をはじめ、多種多様な疾病に対する在宅でのケアの仕組み着々と整備されてきた。患者の病態に応じて、開業医・地域拠点病院・ケアマネージャー・民生委員らによる多職種協働の在宅ケアチームがつけられ、患者および家族のニーズに応じたサービス提供が行われている。こうして「在宅入院」という語が象徴するように、かつては医療および福祉の施設におけるサービスと想定されてきたものが、急速に在宅ケアの中に包摂されつつある。

こうした在宅入院体制に関する研究は、これまで、主に海外で一定の蓄積がなされてきている。既存の研究を概観すると、その研究視座は大きく分けて2つに類型化できる。一つは、施設入院と在宅入院をコスト効果の面から検証するものである。二つ目は、病院と在宅とを臨床効果の面から比較検討するものである。このように、在宅における包括的ケアサービスの「実態」は、専ら医療経済学的ないしは臨床医学的視点から分析されてきた一方、施設と在宅との間を行き来する患者とその家族が、実際に迎えることになる一連の経験に焦点を当て、在宅入院の仕組みを明らかにしていく取り組みは軽視されてきた。例えば、退院期から在宅移行へと至るプロセスにおいて、患者とその家族がどのような意思決定を迫られ、そこではどのようなサポートが有益であるのか、という点について、患者視点から明らかにしたものは限られている。

言いかえれば、在宅における包括的ケアの体制整備を研究・検討する作業において「利用者の不在」があるとも言える。多職種連携や、その報酬体系、あるいは病診連携の仕組みづくりにより多くの労力が注がれてきた一方で、そうした仕組みによって提供されることになったサービスを、患者とその家族がどのように感じ、また、どのような問題点を見出しているのか、という点に焦点が当てられる機会は少ない。こうした背景から、本研究は、医療ニーズの高い患者が、多職種連携体制のもとに在宅において包括的ケアを受けていく経験を明らかにし、これを支えるサービス提供者の要件について考察する臨床社会学的研究と位置付けた。

## 2. 研究方法

以上の背景を踏まえ本研究は、下記の項目について調査研究を実施した。

(1) 多職種連携に基づく在宅ケア提供の先進地区の一つである広島県尾道市において、フ

フィールド調査を実施し、患者・家族・専門職従事者の相互作用について定性的データの収集を図った。尾道市医師会の協力のもと、患者・家族を対象とする半構造化面接を行い、「施設入院から在宅への移行」「終末期ケア」「看取り」などの経験について詳細な聞き取りを実施した。さらに、尾道市における多職種のケアカンファレンスや往診の観察記録を行い、急性期から在宅移行に至る経緯についてデータを収集した。

- (2) 包括的ケアサービスを提供する前段としての、医療と福祉との連携体制構築における課題を明らかにするために、連携構築の中核的な役割を期待される地域包括支援センターを対象とする質問紙調査をおこなった。全国の地域包括支援センターに調査票を配布し、医療と福祉の連携の取り組みおよび課題について尋ねた。また、一部のセンターの職員を対象にヒアリング調査を実施し、連携体制づくりの実際面について尋ねた。

### 3. 尾道方式における在宅支援体制

面接調査では、事前に協力者の了承を得て録音し、逐語録データを作成したうえで、Grounded Theory Approach を用いた分析を行い、利用者側から見た多職種連携体制の実情についてまとめた。この分析では、急性期病院の退院期から、在宅移行期を経て、(一部の調査協力者の場合) 看取りに至るまでの、患者・家族・サービス提供者間の一連の相互作用の経緯を追い、顕著に見られた出来事、サービス、そのサービス提供を可能にした要因、患者・家族の受けとめ方などを、定性データの中から整理した。分析の結果、以下の 10 の概念が抽出された。

概念1. 病院機能・在宅医療機能の相互理解
概念2. 在宅主治医との信頼関係
概念3. 家族による在宅移行決断
概念4. 患者・家族を支える地域の人間関係
概念5. 個々の患者の状態に応じた開業医チーム組織
概念6. 地域内に築かれている人間関係 (社会的包摂力)
概念7. 在宅主治医等による家族教育
概念8. 在宅看護師機能 (看護師、宗教関係者、NPO、社協、民生委員等)
概念9. 患者・家族の充足感
概念10. 疼痛管理による状態安定

これら抽出概念について、内容別の類型化を行った結果、①提供者側のシステム整備の要件 (青枠の概念)、②臨床場面における利用者－提供者間の要件 (赤枠の概念)、③全ての営為が目指すべき到達目標 (緑枠の概念)、の3カテゴリーに分けることが可能となった。この類型化をもとに、さらに医療・福祉の実務担当者らのヒアリングを行い、尾道方式における包括ケア提供体制の基本要件の構造化を行ったものが図1である。

利用者側の患者および家族が考える「前提としてあるべき要素」(前提条件)、そして、多職種連携によって目指されている到達イメージ(目標)、その目標を成し遂げるために整備しておくべき体制(体制整備)が明らかになった。図が示すように、患者・家族が在宅で治療を受けながらおくる生活に充足感を得ている状態こそが、到達されるべき目標として多職種連携に関わる者全ての共有された認識があり、拠点病院と地域開業医との(情報と施設両面における)相互フリー

アクセスと、地域開業医ネットワークが、その目標を成し遂げる上での体制整備の要件となっていた。

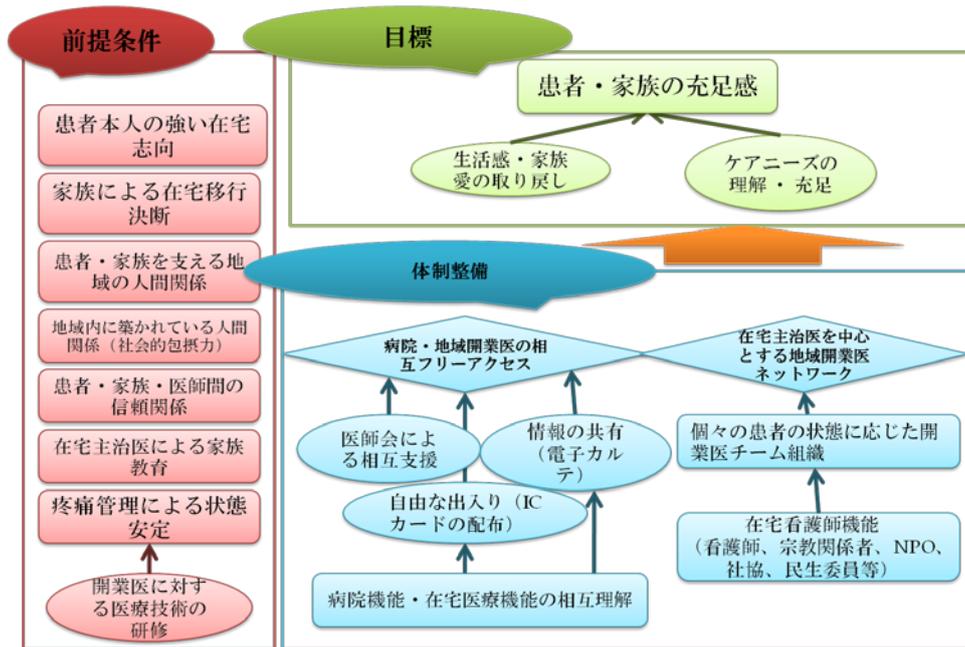
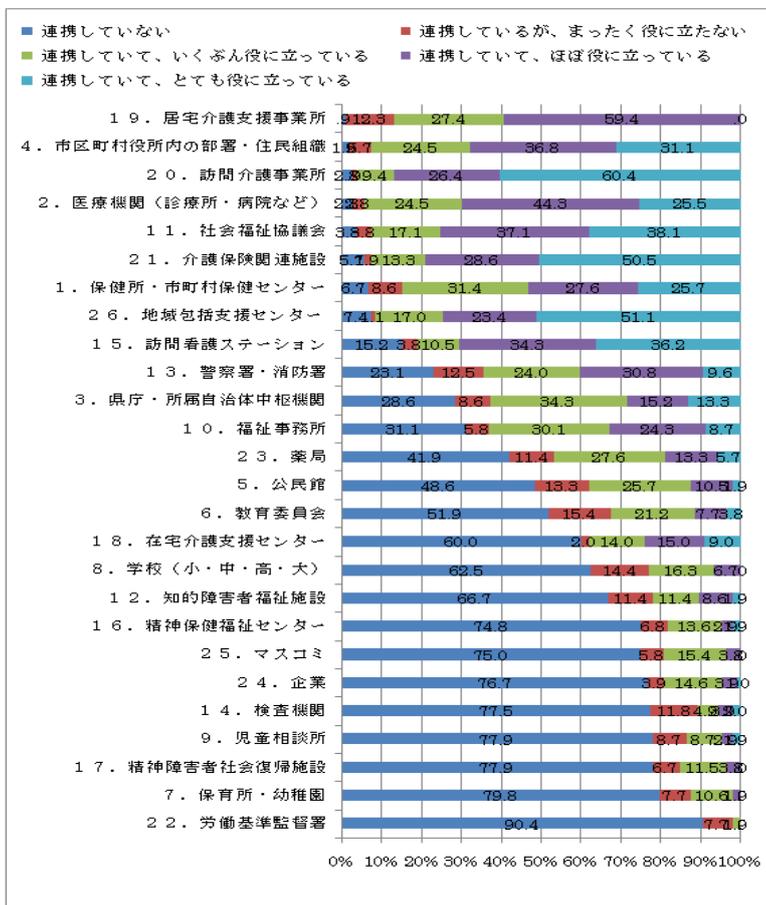


図1. 尾道方式における在宅ケア支援体制

#### 4. 地域包括支援センターによる医療・福祉連携体制の構築

表1. 地域包括支援センターによる他機関との連携の有無と有益性



次に、上記のような地域毎に固有のシステム要件から視点を変え、サービス提供の前段としての多機関連携体制の構築の実態について見てみる。地域包括支援センターを対象に他機関との連携の有無と有益性について尋ねた質問紙調査から、以下の結果が得られた。表1が示しているのは、居宅介護支援事務所、市区町村役所、訪問介護事業所など、福祉サービスに直接的に関与する機関と地域包括支援センターとの連携率は高く、かつ、センターにおいてその連携が「役に立っている」との認識の高さである。医療機関についても、高い連携・高い有益性が示されているものの、別途、センターの職員に対して実施した面接調査では、医療機関との連携体制構築に至るまでの困難に関する意見が顕著に見られ、連携は必須であるものの関係構築は容易ではない現状が示唆された。

## 5. 利用者側の主観的認識への着目

尾道市で見られた知見は、一事例に関するものであり、これがどこの地域でも普遍的に適用されうるものではない。地域毎に、医療・福祉の連携の進展度合いが様々であることは、本研究が実施した地域包括支援センターを対象とする調査でも顕著に示されており、地域の社会資源の状態に応じた体制整備の取り組みがなされるべきと考えられる。

しかしながら、包括的ケアサービスの受け手である患者とその家族が辿る経験は、地域によって著しく変化するものとは考えにくい。このことは、本研究の研究者らが、フランス HAD の利用者調査を実施した際に、尾道とほぼ同様のことが観察されたことからもうかがい知ることのできるものであった。すなわち、地域の拠点病院から自宅へと移行するにあたり、多くの患者にとって、住みなれた場へと帰ることは満足感・充足感をもたらすものであり、それと表裏一体の関係として、多くの家族介護者が移行に伴う不安感を抱き、それが在宅移行における中心的課題となっている。

本研究による 10 の抽出概念が示すように、在宅における包括ケアの基本構造は、患者と家族が自ら在宅移行を選択し、自立的に在宅の療養生活を営んでいくための支援というところにある。このことは、尾道方式のみならず、HAD においても顕著であった。この意味では、患者・家族が退院期から在宅へと、一連のプロセスの中で辿る軌跡は「安定化のプロセス」であると言える。すなわち、在宅主治医による信頼関係の構築、家族教育、疼痛管理が、家族の精神的安定を生み出すことによって家族機能を引き出し、ひいては、それが患者の身体的・心理的安定を生み出していた。

臨床社会的アプローチをとった本研究において、もう一点、特筆すべき知見として得られたのは、患者・家族が施設サービスとは全く異なる価値認識を在宅サービスに見出していた点である。患者・家族の語りからは、拠点病院での入院時のサービス提供を振り返り、設備が充実しているのに反して、提供者との間に感じる距離感が強調された (e.g. 「ナースコールにすぐ対応してもらえない」「他の患者に手を取られて、自分のところにはなかなか来ない」等)。一方、施設ほど物理的には利用者と提供者が密着していない在宅ケアの現場では、異なる職種のケア提供者が日ごとかわるがわるに自宅に訪問してくる状況について、高い満足感が述べられた。

表 2. 施設と在宅： 利用者の主観的認識

	施設	在宅
密着感	物理的密着	感覚的密着
対ケア提供者感覚	多対多	単対多

客観的には対応頻度・人員配置の面において、より機能的につくられている病院において、患者・家族は周囲に多くの他の利用者の存在を目にしている。複数のスタッフが複数の患者に対応している状況に身を置いているわけであり、そこでの「利用者対提供者」の構造は「多対多」として認識される。他方、在宅では、そうした他の利用者の存在は目に見えないものとなっていて、利用者の感覚世界では「単対多」の関係が認識され、それが高い主観的密着感につながっていた。

こうした知見は、従前の医療経済学的・医学的アプローチによる研究とは異なる水準において、今後さらに理解を深めていく必要があるだろう。