

神奈川県における在宅医療に関する要因分析に関する研究のお知らせ

神奈川県立保健福祉大学ヘルスイノベーション研究科では以下の研究を行います。

本研究は、倫理委員会の審査を受け承認された後に、関連の研究倫理指針に従って実施されるものです。

研究期間	2021年10月11日～2022年3月31日
研究課題	神奈川県における在宅医療に関する要因分析
研究の概要	<p>1. 背景</p> <p>わが国では、2040年には高齢化がピークを迎える見込みとなっている。そうした中、悪性新生物（以下「がん」と言う）の死亡者数は多く、今後の高齢者に伴い、がんによる死亡者数が増加する見込みである。</p> <p>在宅医療は、1992年に居宅が医療の提供の場として位置づけられて以降、診療報酬上の政策誘導、医療計画における規定、医療と介護の連携など様々な推進がされてきた。そうした中、がんの終末期医療の現状を見ると、約7割の者が自宅で最期を迎えたいと思っているが、その多くは病院で死亡している。</p> <p>がんの自宅死における先行研究を見ると、患者や家族の自宅死希望のほか、再入院の有無や医師の訪問頻度が在宅死に影響されているとされてきた。</p> <p>現在の在宅医療は、病気になっても自分らしい暮らしが出来るよう支援するよう政策的に位置づけられており、24時間体制で多職種、多機関が連携し、切れ目ない医療、介護サービスの提供が診療報酬による政策誘導も含めて推進されている。在宅死は、在宅医療を俯瞰する上でのひとつの指標に過ぎないが、当該事項の研究は、在宅医療のさらなる実現に資することができる。しかし、先行研究には、次のような課題がある。</p> <p>第一に、患者や家族の意向、年齢等の属性、個別の医療サービスの提供状況の分析に限定され、政策として推進されている診療報酬と在宅死に関する研究がないこと。第二に、自宅療養移行や在宅死など特定の時点のみを捉えたものに限られ、時系列で患者の状況を取らえた研究がないこと。第三に、各職種による医療提供と在宅療養移行の実現については、などにより明らかにされているものの、病院から自宅への療養に限ったものであり、各職種で見たときの影響力の度合いのみで、それらの連携状況が与える影響については明らかになっていないこと。第四に、在宅医療の推進にあたっては介護保険制度との関係性を考慮する必要があるが、サービスの提供時期や医療との連携など様々な課題が提起されているものの、介護保険サービスの提供と自宅死の実現に関する研究がないこと。第五に、特定の施設やサンプルに限定されたものが多く、サンプルサイズが限定されていること。このように、在宅医療の促進要因に関する研究は存在するものの、限界性が存在し、在宅医療の推進に向けて更なる研究である。</p> <p>* 在宅死は、主に「自宅死」と老人保健施設等で死亡する「施設死」に分けられる。本研究では、自宅死に焦点を当てるが、自宅死、及び施設死の双方を含んだ在宅死一般について述べる場合は「在宅死」、自宅死のみをさす場合は「自宅死」として記載</p>

	<p>2. 目的</p> <p>第一に、先行研究を踏まえ、自宅死について、「24 時間体制でのサービス提供、病院と診療所の連携体制の構築、専門医による医療提供体制、多職種が連携した医療サービスが提供及び介護保険サービスの提供による家族の負担軽減を図ることにより、自宅死の実現率が高まるのではないか」という仮説として設定し、個人に対する時系列での医療、介護サービスの提供状況と自宅死の状況を分析することによって、自宅死の促進要因を明らかにすることを目的とする。第二に、当該分析結果を基に在宅医療を俯瞰し、2040 年を展望した神奈川県における保健医療政策の提言を行うことを目的とする。</p> <p>3. 意義</p> <p>第一に、地域医療構想により在宅医療について、切れ目ない医療・介護サービスの提供が推進されてきたが、当該サービスが退院から自宅療養、自宅死という一連の流れの中で分析させた研究はなかった。そのため、本研究では、レセプトデータを用い、切れ目なく時系列的に自宅死の促進要因を分析することによって、自宅死の実現に向けて診療報酬上の医療・介護サービスの提供という観点から、在宅死の実現要因を明らかにすることが出来る。</p> <p>第二に、各医療職種による医療提供の状況に加えて、当該職種間が連携した医療・介護サービスの提供が自宅死の実現に影響しているか測ることが出来る。</p> <p>第三に、地域包括ケアが推進される中で、医療保険レセプトと介護保険レセプトを突合して分析することにより、在宅死の実現と介護保険サービスの関係性を踏まえた在宅医療の促進要因を個人レベルで、明らかにすることが出来る。</p> <p>第四に、当該研究では国民健康保険データベース（KDB）データに基づき分析を行い、既存の研究に比べて大きなサンプルサイズを確保できることから、より一般的な知見を導くことが出来る。</p> <p>このように、本研究では、先行研究では明らかにされていない新たな知見の発見及び政策推進にあたっての検討に資することが出来るため、意義がある研究である。</p> <p>4. 方法</p> <p>2016 年 4 月～2020 年 3 月において、神奈川県 の KDB に登録のある 65～75 歳以上のがん患者のうち、病院からの退院後、在宅医療の提供を受け、自宅で死亡した者をケース、病院で死亡した者をコントロールとしたケースコントロールスタディとし、自宅死をアウトカムとしたロジスティック回帰分析により評価を行う。当該期間前に罹患し、在宅医療の提供を受けた者も対象とし、死亡場所が病院、施設の場合は、自宅死とはしない。</p>
研究組織	<p>研究代表者 ヘルスイノベーション研究科 2 年、 イノベーション政策研究センターインターン 江頭 勇紀</p> <p>研究分担者 ヘルスイノベーション研究科准教授、 イノベーション政策研究センター研究員 渡邊 亮</p>
個人情報	神奈川県立保健福祉大学の「人を対象とする医学系研究における人体から取得された

取扱い	<p>試料及び情報等の提供及び保管に関する手順書」及びヘルスイノベーション研究科の「個人の医療等分野の情報をを用いた調査・研究等における情報システム運用管理規程」に従ってデータを管理する。</p> <p>(1) 情報の内容</p> <p>名称：国民健康保険データベース (KDB)</p> <p>内容：国民健康保険レセプトデータ、介護保険レセプトデータ、被保険者マスターデータ</p> <p>種類：無記名、対応表は作成しない、匿名化するため個人情報に含まない</p> <p>(2) 情報の匿名化</p> <p>データ提供元において、個人を特定できる情報（氏名、住所、生年月日）を除外した形で研究用番号を付し、匿名加工されている。</p> <p>(3) 情報の利用方法及び持出し</p> <p>研究データは本計画書に記載された研究目的に利用し、他の目的には利用しない。データ分析は本学殿町キャンパス3階サーバールームにおいてのみ実施し、データは研究室外に持ち出さない。</p> <p>(4) 運用責任者（情報システム運用責任者）</p> <p>研究分担者であるヘルスイノベーション研究科 准教授 渡邊亮が運用責任を負う。</p> <p>(5) 情報の取扱者</p> <p>データを取り扱うのは、上記に記載した研究組織のメンバーに限られる。</p> <p>(6) 死者の情報を取り扱う場合と配慮</p> <p>死亡患者が対象に含まれる場合もある。データの取扱いは生存患者のデータと同様に行う。</p>
その他	

対象となる方で、研究の内容や、ご自身の検査結果などの研究への使用に関して、より詳しい情報をお知りになりたい場合は、下記の問い合わせ先までご連絡下さい。ご協力よろしくお願い申し上げます。

〔問い合わせ先〕

研究代表者：

ヘルスイノベーション研究科2年、イノベーション政策研究センターインターン 江頭 勇紀

TEL：044-589-8100（代表）