

課題整理と抽出が「まあまあ/非常によくできた」が3割、過半数は「途中」、1割は「抽出できない」であった。抽出された課題の特徴的内容は、療養者個別の地域での支援方法、市民の在宅医療不安・負担軽減、医療依存度の高い者への対応等の在宅医療に関する「知識・技術」であった。課題の取り組み状況について、アンケートやグループワークによる現状把握と課題の明確化の「整理(n=5)」段階、年間スケジュール立案の「計画(n=3)」段階から、【多職種における関係性】について、在宅医療介護に関係する機関・団体との代表者会合の実施、顔のみえる連携の強化、【情報】について、情報伝達や相談機能を有したシステムの導入の検討に「取組(n=5)」段階、更に、【多職種における関係性】について、行政・保健所・開業医との交流増加、協力体制で困難な状況・負担軽減を「評価(n=5)」し、行政との連携不足や評価体制の構築を「課題」として抽出する段階まで評価されていた。

#### (2) 年4回以上在宅医療多職種連携会議の実施とその評価

年4回以上在宅医療多職種連携会議について、「未実施と計画中」が2割、「概ね1ヶ月以内の実施予定」が2割、実施のうち「2回」と「3回以上」が各々3割であった。実施した会議(n=25)について、7割弱「まあまあ」、3割が「よく・非常によく」評価できると回答した。

連携会議1回あたりの参加者数の中央値は、医師会3.0名が最も多く、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護支援専門員協会1.0名、住民0名、行政3.0名、他2.0名であった。

緩和ケア研修会実施割合は3割、研修会参加者数の中央値は、看護職25.0名と最も多く、医師14.0名、社会福祉士と介護福祉士が各々10.0名、介護支援専門員9.0名、他20.5名であった。

更に、地区医師会からの参加状況について、参加無が3割、「1～3回参加」が6割、「4～6回参加」1割で、参加有(n=24)のうち「地区医師会からの推薦を受けた」が5割であった。地区医師会への参加協力を「引き続き働きかけている」2割、「協力が得られなかった/調整がつかなかった」1割であった。

研修会の実施割合と実施数の中央値は、教育研修会実施は5割で実施数は2.0回、多職種参加型の実施は6割で実施数は1.5回、職種別研修会実施は3割で実施回数は3.0回、他の実施1割で実施回数2回であった。

#### (3) 在宅医療多職種連携会議等における、年1回以上の行政・関連施設・地区医師の参加と協力状況とその評価

連携会議における、行政担当者参加が8割、連携他機関の管理者参加が7割、地区医師会参加7割で、未参加のうち、「引き続き働きかけている」、「協力が得られなかった」が各々1割であった。

### ○ 診療所

#### (1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出と解決策

課題整理と抽出が「まあまあ/非常によくできた」が3割、過半数は「途中」、2割が「わからない」であった。抽出された課題の特徴的内容は、コミュニケーションスキルアップの必要性等の「多職種における関係性」、看取りに対する啓蒙活動、在宅医療に対しての能力差等の在宅医療に関する「知識・技術」であった。

課題の取り組み状況について、アンケートやグループワークによる現状把握と課題の明確化の「整理(n=3)」段階、多職種会議参加の推進、多職種対象の研修会開催による【多職種における関係性】、機能強化型在支診連携の促進による【知識・技術】や地域連携医療システム構築による【情報】に「取組(n=9)」、【多職種における関係性】が共通認識できた等「評価(n=4)」する一方、カンファレンス参加者の固定化、関連施設運営状況公開に拒否的という「課題(n=2)」も評価された。

#### (2) 年4回以上在宅医療多職種連携会議の実施とその評価

年4回以上在宅医療多職種連携会議について、「未実施と計画中」が2割、「概ね1ヶ月以内の

実施予定」が2割、実施のうち「3回以上」が3割弱であった。実施のうち「2回」と「3回以上」が各々3割であった。実施した会議(n=19)について、5割「まあまあ」、4割が「よく」1割が「非常によく」評価できると回答した。連携会議1回あたりの参加者数の中央値は、介護支援専門員協会3.0名が最も多く、介護士協会2.5名、医師会2.0名、歯科医師会、薬剤師会、看護協会1.0名程度、住民2.0名、行政3.0名、他8.0名であった。

緩和ケア研修会実施割合は3割、研修会参加者数の中央値は、介護支援専門員36.5名と最も多く、看護職33.0名、医師14.0名、社会福祉士20.0名、介護福祉士23.0名、医師9.0名、薬剤師15.0名、他20.5名であった。

更に、地区医師会からの参加状況について、参加無が5割、「1～3回参加」が3割、「4～6回/11回以上参加」2割で、参加有(n=16)のうち「地区医師会からの推薦を受けた」が7割であった。地区医師会への参加協力について、「引き続き働きかけている」は2割、「協力が得られなかった/調整がつかなかった」1割であった。

研修会の実施割合と実施数の中央値は、教育研修会実施は5割で実施数は1.0回、多職種参加型の実施は6割で実施数は2.0回、職種別実施は2割で実施回数は2.0回、他の研修会実施2割で実施回数2.0回であった。

### (3) 在宅医療多職種連携会議等における、年1回以上の行政・関連施設・地区医師の参加と協力状況とその評価

連携会議における、行政担当者参加が8割、連携他機関の管理者参加が7割、地区医師会参加4割で、未参加のうち、「引き続き働きかけている」、「協力が得られなかった」、「調整がつかなかった」が各々2割であった。

## ○ 訪問看護

### (1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出と解決策

課題整理と抽出が「まあまあできた」、「途中」、「わからない」が各々3割であった。

抽出された課題の特徴的内容は、多職種間の共通理解、医療に関する相談窓口等の「多職種における関係性」、介護職の求められる技術の増加と栄養評価に難渋、認知症患者に対する対応、職種間で在宅医療に関する支援に温度差等の在宅医療に関する「知識・技術」、マニュアル未整備等の「情報」であった。課題の取り組み状況について、多方面から意見が得られた(n=1)、評価体制ができていない(n=1)と評価していた。

### (2) 年4回以上在宅医療多職種連携会議の実施とその評価

年4回以上在宅医療多職種連携会議について、「未実施と計画中」が2割、「概ね1ヶ月以内の実施予定」が2割、実施のうち「2回以上」が5割弱であった。実施のうち「2回」と「3回以上」が各々3割であった。実施した会議(n=6)について、2割弱が「全く評価できない」と回答し、7割が「まあまあ」、1割弱が「よく」評価できると回答した。連携会議1回あたりの参加者数の中央値は、医師会4.0名が最も多く、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護支援専門員協会、介護士協会1.0から1.5名程度、住民16.0名、行政5.0名、他35.0名であった。

更に、地区医師会からの参加状況について、参加無が7割、「1～3回参加」が3割で、参加有(n=5)のうち「地区医師会からの推薦を受けた」が6割であった。地区医師会への参加協力について、「引き続き働きかけている」は1割であった。

緩和ケア研修会実施割合は2割で、研修会参加者数の中央値は、介護福祉士が35.0名と最も多く、看護職16.0名、社会福祉士5.0名、介護支援専門員10.0名、他12.0名、医師・歯科医師・薬剤師の参加はなかった。

研修会の実施割合と実施数の中央値について、教育研修会実施は3割で実施数は10.0回、多

職種参加型実施は3割で実施数は10.0回、職種別実施は2割で実施回数は1.5回、他の研修会実施2割で実施回数1.5回であった。

(3) 在宅医療多職種連携会議等における、年1回以上の行政・関連施設・地区医師の参加と協力状況とその評価

連携会議における、行政担当者参加が5割、連携他機関の管理者参加が5割、地区医師会参加4割で、未参加のうち、「引き続き働きかけている」が1であった。

○ 医師会

(1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出と解決策

課題整理と抽出が「まあまあ/非常によくできた」が3割弱、過半数は「途中」、1割は「できない」であった。抽出された課題の特徴的内容は、医師同士の連携の限界等の「多職種における関係性」であった。課題の取り組み状況について、関係職員グループでの検討による「計画(n=3)」段階、病院と診療所の連携だけでなく、ケアマネージャー等多職種と連携協議会との活動協働による【多職種における関係性】、地域包括支援センターと地域福祉ネットワーク活用による【情報】に「取組(n=2)」、癌末期、脳卒中後後遺症や特定疾患患者への多職種連携強化ができた等「評価(n=2)」し、ネットワーク構築に時間を要する、認知症患者への対応という「課題(n=2)」も評価された。

(2) 年4回以上在宅医療多職種連携会議の実施とその評価

年4回以上在宅医療多職種連携会議について、「計画中」が2割弱、「1回実施」が3割、「2回と3回以上」が各々2割であった。実施のうち「2回」と「3回以上」が各々3割であった。実施した会議(n=11)について、1割が「あまり評価できない」と回答し、「まあまあ」、「よく」が各々4割、1割が「非常によく」評価できると回答した。連携会議1回あたりの参加者数の中央値は、医師会から4.0名が最も多く、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護支援専門員協会から1.0名程度であった。また、住民は0名、行政5.0名、他3.0名であった。

緩和ケア研修会実施割合は1割で、研修会参加者数の中央値は、看護職10.0名と最も多く、医師3.0名、他の参加者はなかった。

更に、地区医師会の参加状況は、参加無が5割、「1～3回参加」が4割、「4～6回参加」1割で、参加有(n=6)のうち「地区医師会からの推薦を受けた」が7割であった。地区医師会への参加協力について、「引き続き働きかけている」は1割であった。

研修会の実施割合と実施数の中央値は、教育研修会実施は5割で、実施数は2.0回、多職種参加型の実施は5割で実施数は1.5回、職種別実施は3割で実施回数は3.0回、他の研修会実施2割で実施回数2.0回であった。

(3) 在宅医療多職種連携会議等における、年1回以上の行政・関連施設・地区医師の参加と協力状況とその評価

連携会議における、行政担当者参加が9割、連携他機関の管理者参加が6割、地区医師会参加2割であった。

○ 行政

(1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出と解決策

課題整理と抽出が「まあまあできた」が3割弱、過半数は「途中」、2割が「できない」であった。抽出された課題の特徴的内容は、多職種内でのキーパーソン存在、情報交換会・退院前カンファレンスへの参加促進等の「多職種における関係性」、共通言語・認識不足等の在宅医療に関する知識・技術」であった。課題の取り組み状況について、関係職員グループでの検討による「計画(

n=3)」段階、病院と診療所の連携だけでなく、ケアマネージャー等多職種と連携協議会との活動協働による【多職種における関係性】、地域包括支援センターと地域福祉ネットワーク活用による【情報】に「取組(n=2)」, 癌末期、脳卒中後遺症や特定疾患患者に対する多職種との連携強ができた等「評価(n=2)」し、ネットワーク構築に時間を要する、認知症患者への対応という「課題(n=2)」も評価された。課題の取り組み状況について、アンケート調査や多職種グループワーク検討による「計画(n=2)」段階、各専門職の代表者による検討会設置による【多職種における関係性】に「取組(n=2)」, 合同連絡会や研修会に多数の参加を得たと「評価(n=1)」と、評価段階ではないと「評価(n=1)」されていた。

#### (2) 年4回以上在宅医療多職種連携会議の実施とその評価

年4回以上在宅医療多職種連携会議について、「計画中」「概ね1ヶ月以内に実施予定」が2割、「3回以上実施」が3割であった。実施した会議(n=10)について、1割が「あまり評価できない」と回答し、4割が「まあまあ」、5割が「よく」評価できると回答した。連携会議1回あたりの参加者数の中央値は、介護士協会10.0名が最も多く、介護支援専門員協会3.0名、医師会、薬剤師会が2.0名、歯科医師会、看護協会が1.0名であった。また、住民は0.5名、行政8.0名、他1.0名であった。

更に、地区医師会からの参加状況について、参加無が2割、「1～3回参加」4割、「4～6回/11回以上参加」4割で、参加有(n=10)のうち「地区医師会からの推薦を受けた」8割であった。地区医師会への参加協力について、「引き続き働きかけている」は1割であった。

緩和ケア研修会実施割合は1割で、研修会参加者数の中央値は、医師と看護職17.0名、介護支援専門員12.0名、介護福祉士6.0名、他の職種は1.0名であった。

更に、地区医師会からの参加状況について、参加無が3割、「1～3回参加」が6割、「4～6回参加」1割であった。

研修会の実施割合と実施数の中央値について、教育研修会実施は5割で、実施数は1.0回、多職種参加型の実施は6割で実施数は2.0回、職種別研修会実施は2割で実施回数は1.0回、他の研修会実施2割で実施回数1.0回であった。

#### (3) 在宅医療多職種連携会議等における、年1回以上の行政・関連施設・地区医師の参加と協力状況とその評価

連携会議における、行政担当者参加が8割、連携他機関の管理者参加が7割、地区医師会参加8割で、未参加のうち何らかの働きかけを実施したものはなかった。

#### ○ 他

##### (1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出と解決策

課題整理と抽出が「まあまあできた」と「途中」が半々であった。

抽出された課題の特徴的内容は、市民の在宅医療不安・負担軽減の在宅医療の「知識・技術」、リアルタイムな情報共有といった「情報」であった。課題の取り組みは、訪問看護間の連携のコーディネートを行った(n=1)、今後の課題が多い(n=1)と評価されていた。

##### (2) 年4回以上在宅医療多職種連携会議の実施とその評価

年4回以上在宅医療多職種連携会議について、「計画中」が4割、「2回実施」が4割、「23回以上実施」が2割であった。実施した会議(n=3)について、「まあまあ(n=1)」、「よく(n=2)」と回答した。連携会議1回あたりの参加者数の中央値は、看護協会、介護支援専門員協会11.0名と最も多く、介護士協会10.5名、医師会6.0名が歯科医師会5.5名、薬剤師会5.5名であった。また、住民は0名、行政3.0名、他5.0名であった。

緩和ケア研修会実施割合は1割で、研修会参加者数の中央値は、看護職10.0名、医師8.0名、

介護支援専門員6.0名、薬剤師と介護福祉士が各々10.0名であった。

更に、地区医師会からの参加状況について、参加無が6割、「1～3回参加」が4割で、参加有（n=2）の全てが「地区医師会からの推薦を受けた」と回答した。地区医師会への参加協力について、「引き続き働きかけている」は4割であった。

研修会の実施割合と実施数の中央値について、教育研修会実施は4割で、実施数は2.0回、多職種参加型の実施は8割で実施数は2.0回、職種別研修会実施は2割で実施回数は2.0回、他の研修会実施4割で実施回数1.5回であった。

(3) 在宅医療多職種連携会議等における、年1回以上の行政・関連施設・地区医師の参加と協力状況とその評価

連携会議における、行政担当者参加が8割、連携他機関の管理者参加が8割、地区医師会参加8割で、未参加のうち何らかの働きかけを実施したものはなかった。

## II. 在宅医療従事者支援活動

### ○ 病院

(1) 在宅医療従事者の負担軽減の支援

かかりつけ医への24時間対応体制構築が5割、拠点の24時間体制構築が6割であった。

(2) 各拠点への補完機能状況

拠点への補完機能を有する割合は、市町村から2割、地区医師会から2割であった。

(3) 連携機関の負担軽減・困難への対応

在宅患者緊急時受入実施が5割で、年間受入患者数59.5名、年間受入率50.1%、緊急時以外受入実施5割で、年間受入患者数40.0名、年間受入率31.1%、在宅看取りの実施2割で、年間在宅看取り数22.5名、31.2%、連携機関の在宅看取り率9.0%であった。

かかりつけ医の在宅医療への参入医師数の中央値は4.0名であった。

(4) チーム医療を提供するための情報共有システムの整備とその評価

患者情報共有体制有が5割、カルテシステムとの連動有が2割であった。

### ○ 診療所

(1) 在宅医療従事者の負担軽減の支援

かかりつけ医への24時間対応体制構築が3割、拠点の24時間体制構築が7割であった。

(2) 各拠点への補完機能状況

拠点への補完機能を有する割合は、市町村から3割、地区医師会から3割であった。

(3) 連携機関の負担軽減・困難への対応

在宅患者緊急時受入実施が8割で、年間受入患者数15.0名、年間受入率2.5%、緊急時以外受入実施5割で、年間受入患者数40.0名、年間受入率31.1%、在宅看取りの実施2割で、年間在宅看取り数22.5名、31.2%、連携機関の在宅看取り率9.0%であった。

かかりつけ医の在宅医療への参入医師数の中央値は3.0名であった。

(4) チーム医療を提供するための情報共有システムの整備とその評価

患者情報共有体制有が8割、カルテシステムとの連動有が4割であった。

### ○ 訪問看護

(1) 在宅医療従事者の負担軽減の支援

かかりつけ医への24時間対応体制構築が4割、拠点の24時間体制構築が6割であった。

(2) 各拠点への補完機能状況

拠点への補完機能を有する割合は、市町村から0、地区医師会から1割であった。

(3) 連携機関の負担軽減・困難への対応

在宅患者緊急時受入、緊急時以外受入は0であるが、在宅看取りの実施2割で、年間在宅看取り数7.0名、53.0%、連携機関の在宅看取り率53.0%であった。

かかりつけ医の在宅医療への参入医師数の中央値は0名であった。

(4) チーム医療を提供するための情報共有システムの整備とその評価

患者情報共有体制有が2割、カルテシステムとの連動有が2割であった。

○ 医師会

(1) 在宅医療従事者の負担軽減の支援

かかりつけ医への24時間対応体制構築が5割、拠点の24時間体制構築が5割であった。

(2) 各拠点への補完機能状況

拠点への補完機能を有する割合は、市町村から4割、地区医師会から6割であった。

(3) 連携機関の負担軽減・困難への対応

在宅患者緊急時受入実施が1割で、緊急時以外受入実施1割で、年間受入患者数40.0名、年間受入率31.1%、在宅看取りの実施1割で、年間在宅看取り数45.0名、30.0%、連携機関の在宅看取り率7.0%であった。

かかりつけ医の在宅医療への参入医師数の中央値は23.0名であった。

(4) チーム医療を提供するための情報共有システムの整備とその評価

患者情報共有体制有が8割、カルテシステムとの連動有が1割以下であった。

○ 行政

(1) 在宅医療従事者の負担軽減の支援

地域のかかりつけ医への24時間対応体制構築が2割、拠点の24時間体制構築は0であった。

(2) 各拠点への補完機能状況

拠点への補完機能を有する割合は、市町村から4割、地区医師会から2割であった。

(3) 連携機関の負担軽減・困難への対応

在宅患者緊急時受入実施が1割で、年間受入患者数111.0名、年間受入率24.5%、緊急時以外受入実施1割で、年間受入患者数343.0名、年間受入率76.0%、在宅看取りの実施1割で、年間在宅看取り数40.0名、8.8%、連携機関の在宅看取りはなかった。

かかりつけ医の在宅医療への参入医師数の中央値は4.0名であった。

(4) チーム医療を提供するための情報共有システムの整備とその評価

患者情報共有体制有が4割、カルテシステムとの連動有が1割以下であった。

○ 他

(1) 在宅医療従事者の負担軽減の支援

かかりつけ医への24時間対応体制構築が6割、拠点の24時間体制構築が6割であった。

(2) 各拠点への補完機能状況

拠点への補完機能を有する割合は、市町村から6割、地区医師会から6割であった。

(3) 連携機関の負担軽減・困難への対応

在宅患者緊急時受入実施が2割、緊急時以外受入が0、在宅看取りの実施2割で、年間在宅看取り数31.0名、17.2%、連携機関の在宅看取り率15.0%であった。

(4) チーム医療を提供するための情報共有システムの整備とその評価

患者情報共有体制有が2割、カルテシステムとの連動有は0であった。

### Ⅲ. 効率的多職種連携

#### ○ 病院

##### (1) 介護支援専門員資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーによる調整活動

地域の医療・福祉・保健資源の把握の実施は9割、地域資源マップ作成7割、行政との連携8割、かかりつけ医の調整7割、地域の不足資源の開拓活動の実施は3割であった。多職種カンファの実施は6割で、年間実施回数の中央値は44.0回であった。

##### (2) 効率的な多職種連携のための標準化ツールの導入

多職種連携のための共通記入様式が、「全くない」が3割、「少し・まあまあ有」が5割弱、よく活用された様式が有が3割であり、それらの様式を用いた在宅医療・ケアの評価について、「あまり評価できない」2割、「まあまあ」が4割、「よく/非常によくなった」が4割であった。

#### ○ 診療所

##### (1) 介護支援専門員資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーによる調整活動

地域の医療・福祉・保健資源の把握の実施は8割、地域資源マップ作成8割、行政との連携7割、かかりつけ医の調整6割であり、地域の不足資源の開拓活動の実施は3割であった。多職種カンファの実施は6割で、年間実施回数の中央値は44.0回であった。

##### (2) 効率的な多職種連携のための標準化ツールの導入とその評価

多職種連携のための共通記入様式が、「全くない」が6割、「少し・まあまあ有」が3割弱、「よく活用された様式が有」が1割であり、それらの様式を用いた在宅医療・ケアの評価について、「全く/あまり評価できない」6割、「まあまあ」、「よくなった」が各々1割であった。

#### ○ 訪問看護

##### (1) 介護支援専門員資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーによる調整活動

地域の医療・福祉・保健資源の把握の実施は9割、地域資源マップ作成9割、行政との連携6割、かかりつけ医の調整は0であり、地域の不足資源の開拓活動の実施は2割であった。多職種カンファの実施は2割で、年間実施回数の中央値は2.0回であった。

##### (2) 効率的な多職種連携のための標準化ツールの導入

多職種連携のための共通記入様式が、「全くない」が7割、「少し有」が4割であり、それらの様式を用いた在宅医療・ケアの評価についての回答はなかった。

#### ○ 医師会

##### (1) 介護支援専門員資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーによる調整活動

地域の医療・福祉・保健資源の把握の実施は8割、地域資源マップ作成5割、行政との連携5割、かかりつけ医の調整8割であり、地域の不足資源の開拓活動の実施は2割であった。多職種カンファの実施は2割弱で年間実施回数の中央値は7.5回であった。

##### (2) 効率的な多職種連携のための標準化ツールの導入

多職種連携のための共通記入様式が、「全くない」が4割、「少し・まあまあ有」が5割弱、「作成中」が1割以下で、様式を用いた在宅医療・ケアの評価は、「まあまあ評価できた」が2割であった。

#### ○ 行政

##### (1) 介護支援専門員資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーによる調整活動

地域の医療・福祉・保健資源の把握の実施は8割、地域資源マップ作成5割、行政との連携6割

, かかりつけ医調整1割以下であり, 地域の不足資源の開拓活動は全くできていなかった。多職種カンファレンスの実施は2割弱で, 年間実施回数の中央値は5.0回であった。

(2) 効率的な多職種連携のための標準化ツールの導入

多職種連携のための共通記入様式が, 「全くない」が5割, 「少し・まあまあ有」が4割弱, 「よく活用された様式が有」が1割以下であり, それらを用いた在宅医療・ケアの評価を「よく/非常によかったです」と回答していた。

○ 他

(1) 介護支援専門員資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーによる調整活動

地域の医療・福祉・保健資源の把握の実施は9割, 地域資源マップ作成6割, 行政との連携10割, かかりつけ医の調整6割であった。多職種カンファの実施は6割で年間実施回数の中央値は8.0回であった。

(2) 効率的な多職種連携のための標準化ツールの導入

多職種連携のための共通記入様式が, 「全くない」「少し有」が各々4割, 「よく活用された様式が有」が2割であり, それらの様式を用いた在宅医療・ケアの評価を「まあまあできた」と回答していた。

#### IV. 住民啓発活動

○ 病院

フォーラム等実施は3割で, 開催回数は月1.3回, 参加者の中央値は, 医師会10.0名, 他の職能団体からの参加は少なく, 個人参加では医師7.0名, 看護職16.0名, 介護士10.0名等, 住民30.0名, 行政6.5名, 他7.5名, 合計参加者数93.0名であった。

パンフレット等の発行は3割で, 1回当たりの発行部数の中央値は300部であった。また, 4割が他の住民啓発の工夫を行っていた。

○ 診療所

フォーラム等実施は5割で, 開催回数は月1.5回, 参加者の中央値は, 介護支援専門員協会30.5名, と最も多く, 医師2.5名, 歯科医師会2.5名, 薬剤師会1.0名, 看護協会5.0名, 介護士協会6.0名, 個人参加では医師10.0名, 薬剤師20.0名, 看護職27.5名, 介護支援専門員15.0名, 介護士16.0名等, 住民39.5名, 行政4.0名, 他30.0名, 合計参加者数95.0名であった。

パンフレット等の発行は4割, 発行数の中央値は月1.0回, 500部発行していた。また, 6割が他の住民啓発の工夫を行っていた。

○ 訪問看護

フォーラム等実施は1拠点のみで, 職能団体の参加はなく, 実施した1拠点における参加者の中央値は, 個人参加の医師1.0名, 看護職5.0名, リハビリテーション関係1.0名, 住民108.0名, 他30.0名であった。

パンフレット等の発行は2割で, 発行数の中央値は月2.0回, 1,000部発行していた。また, 3割が他の住民啓発の工夫を行っていた。

○ 医師会

フォーラム等実施は5割で, 開催回数は月1.1回, 参加者の中央値は, 職能団体の医師会11.0名, 歯科医師会2.5名, 看護協会10.0名, 介護支援専門員協会10.0名, 介護士協会5.0名, 個人参加では医師10.0名, 歯科医師4.0名, 薬剤師5.0名, 看護職, 介護支援専門員が各々10.0名, 介



護士8.0名等、住民75.0名、行政7.0名、他400.0名、合計参加者数130.0名であった。

パンフレット等の発行は4割で、発行数の中央値は月1.0回、10,000部発行していた。また、6割が他の住民啓発の工夫を行っていた。

#### ○ 行政

フォーラム等実施は3割で、開催回数は月2.0回、参加者の中央値は、職能団体の医師会、介護支援専門員協会、介護士協会が各々10.0名、歯科医師会1.0名、薬剤師会2.5名、看護協会からの参加はなく、個人参加では看護職30.5名と最も多く、介護支援専門員21.5名、介護士20.0名、医師5.0名、歯科医師1.0名、薬剤師3.0名、リハビリテーション関係4.0名、住民26.5名、行政11.0名、他70.0名、合計参加者数225.0名であった。

パンフレット等の発行は2割で、発行部数の中央値は20,165部であった。また、5割が他の住民啓発の工夫を行っていた。

#### ○ 他

フォーラム等実施は6割で、開催回数は月2.0回、参加者の中央値は、職能団体の介護支援専門員協会46.5名と最も多く、看護協会18.0名、介護士協会14.0名、医師会6.0名、歯科医師会と薬剤師会が各々3.0名、個人参加では看護職18.0名と最も多く、介護支援専門員13.0名、医師5.0名、歯科医師3.0名、薬剤師1.0名、介護士5.0名、リハビリテーション関係3.0名、住民57.5名、行政12.5名、合計参加者数125.0名であった。

パンフレット等の発行割合は4割で、発行数の中央値は月1.0回、11,500部発行していた。また、6割が他の住民啓発の工夫をしていた。

### V. 在宅医療の人材育成

#### ○ 病院

##### (1) 都道府県の在宅医療連携リーダー

都道府県リーダーとしての課題抽出が「全くできない」が5割、「できた/よくできた」が3割、他の拠点のリーダー育成活動が「全くできない」「まあまあ」「取組」「よく」が各々1割強、市町村研修のリーダー育成、都道府県リーダーとしての課題解決策の策定が「できた」が2割弱であった。

##### (2) 地域における在宅医療に関わる人材育成

申請地域における人材育成活動が「できた」が5割、リーダー的役割活動が「できた」が4割、近隣・遠隔の地域に向けた在宅医療人材育成活動が「できた」が3割であった。

#### ○ 診療所

都道府県リーダーとしての課題抽出が「全くできない」が6割、他は各々1割、他の拠点のリーダー育成活動が「全くできない」が1割、「まあまあ」が2割、「取り組める」が3割、市町村研修のリーダー育成、都道府県リーダーとしての課題解決策の策定が「できた」が2割弱であった。

申請地域における人材育成活動が「できた」が5割、リーダー的役割活動が「できた」が5割、近隣・遠隔の地域に向けた在宅医療人材育成活動が「できた」が4割であった。

#### ○ 訪問看護

都道府県リーダーとしての課題抽出が「全くできない」と回答し、他の拠点のリーダー育成活動が「全くできない」が1割、「まあまあ」が1割以下、市町村研修のリーダー育成に「まあまあ取り組める」が1割以下、都道府県リーダーとしての課題解決策の策定が「全くできない」と回答した。

申請地域における活動、リーダー的役割活動、近隣・遠隔の地域に向けた在宅医療人材育成活動が「まあまあできた」が各々1割のみであった。

#### ○ 医師会

都道府県在宅医療連携リーダーとしての課題抽出が「全くできない」が7割、他の拠点のリーダー育成活動が「まあまあ」「取組」「よく」が各々1割強、市町村研修のリーダー育成、都道府県リーダーとしての課題解決策の策定が「できた」が2割弱であった。

申請地域における人材育成活動が「できた」が5割、リーダー的役割活動が「できた」が4割、申請地域以外の近隣・遠隔の地域に向けた在宅医療人材育成活動が「できた」が2割であった。

#### ○ 行政

都道府県リーダーとしての課題抽出が「全くできない」が7割、他の拠点のリーダー育成活動が「まあまあ」が1割強、市町村研修のリーダー育成、都道府県リーダーとしての課題解決策の策定が「できた」が2割弱であった。

各申請地域における人材育成活動が「できた」が2割、リーダー的役割活動が「できた」が2割、近隣・遠隔の地域に向けた在宅医療人材育成活動が「できた」が1割弱であった。

#### ○ 他

都道府県リーダーとしての課題抽出が「全くできない」が4割、「まあまあできた」が4割、他の拠点のリーダー育成活動が「まあまあ」4割、「取組める」2割、市町村研修のリーダー育成、都道府県リーダーとしての課題解決策の策定が「できた」が2割であった。

各申請地域における人材育成活動が「できた」が4割、リーダー的役割活動が「できた」が5割、近隣・遠隔の地域に向けた在宅医療人材育成活動が「できた」が2割であった。

### 設置主体別の検討

#### I. 課題抽出と解決活動

年1回以上の会議への医師会の参加・協力活動に差異が認められた( $p=0.034$ )。行政は診療所より、また、行政、病院、他は医師会より参加・協力活動を行っていた( $p<0.05$ )。

#### II. 在宅医療従事者支援活動

24時間体制、年間在宅看取り率に差が認められた( $p<0.05$ )。24時間体制の構築は、病院、診療所、医師会は行政より、また、診療所は訪問看護よりよく構築し( $p<0.05$ )、診療所の年間在宅看取り率は他のどの主体より多かった( $p<0.05$ )。一方かかりつけ医の参入活動には差はなかった。

#### III. 効率的多職種連携

多職種カンファの実施数に差があり( $p=0.001$ )、病院、診療所は訪問看護と医師会より、また、他は訪問看護と医師会と行政より多く実施していた( $p<0.05$ )。一方、各地域の不足資源の開拓活動に差はなかった。

#### IV. 住民啓発活動

フォーラム等の実施状況に差はなかった。

#### V. 在宅医療の人材育成

各地域における人材育成活動, 近隣地域に向けた人材育成活動に差はなかった。

○全体: 合計得点

設置主体別の特徴として, 診療所は行政より「年1回以上, 会議への医師会の参加」は少ない( $p < 0.05$ )が, 「24時間体制」は訪問看護, 医師会, 行政よりも良く構築され( $p < 0.05$ ), 「在宅看取り率」も病院, 訪問看護より多く( $p < 0.05$ ), 「多職種カンファの実施数」も訪問看護, 医師会, 行政( $p < 0.05$ )より多かった。合計得点にも差が認められた( $p < 0.05$ )。病院と診療所に差はないが, 病院は問看護と行政より高く( $p < 0.05$ ), 診療所は訪問看護, 医師会, 行政より高かった( $p < 0.05$ )。

## D. 考察と結論

### 1. 拠点の活動性: 在宅医療連携の実態

#### 1) 基本属性

主な拠点の地域連携担当者が, 看護職, 社会福祉士, 介護支援専門員であった。これは, 拠点に介護支援専門員の資格を有する介護支援専門員や医療ソーシャルワーカーを配することで事業を展開するためと考える。しかし, 配置人数が各々1~2名であったことから, 本来業務と並行し拠点事業を行ううえでは, 十分な人員配置とは言い難いと考ええる。

診療所等の医師や訪問看護と連携活動の実施割合は6~7割であったことから, ほとんどの拠点が診療所等の医師や訪問看護との在宅医療連携の活動性を有するものの, 3~4割は連携活動に至っていないと考えられる。

#### 2) 必須タスク取組み状況等

##### I. 課題抽出と解決活動

在宅医療連携における課題抽出が「できた」が3割在宅医療連携の課題抽出ができた割合は3割と少なく, 主な課題は従来から指摘されてきた「顔の見える関係性を構築」にとどまっていた。これは, 初期においても顔の見える関係作りを模索しており, 多職種連携に基づいた在宅医療を展開する段階ではないことを示唆していると考ええる。また, このことが, 後述する必須タスクの実施割合の低さに関連すると考える。しかし, 「在宅療養に関する知識・技術や情報不足」などより具体的な課題が抽出されていたことから, 拠点のある地域の課題が様々であることも明らかになった。

課題解決活動である, 年1回以上の行政・医師会等の参加型在宅医療多職種連携会議の実施予定は6割であった。また, そのうち地区医師会の推薦を受けた医師会の参加が6割であったことから, 初期から面展開に向けた活動に発展する可能性を有すると考える。極一部が年11回以上医師会参加である一方, 1割は医師会の参加協力が得られなかった。今回, 全国の地区会について検討していないが, 地区医師会の在宅医療への参加に関する考え方等に差があることや, それらが, 拠点が行う在宅医療連携会議等への参加状況に関連する可能性は否めない。

在宅医療多職種連携会議への参加職能団体は医師会が多かった。これは, かかりつけ医を含む医師の在宅医療への参画を促すことが課題である中, 医師会が職能団体として医師を在宅医療会議等へ参加を促すことが効果的方策の一つであるとも考えられる。個人参加では, 介護支援専門員と看護師の参加人数が多かったことは, 医師と同様に, 高齢者の在宅療養支援に携わる職種にとって, 各地の課題である「顔の見える関係構築」「在宅療養者個別の支援」「情報共有」を解決するうえでの一助となっていると考ええる。

##### II. 在宅医療従事者支援活動

#### 在宅医療従事者支援活動

地域のかかりつけ医への対応24時間体制構築が4割であった。これは, 拠点の24時間体制構築

が5割と半数が、拠点自体の24時間体制が十分ではなかったことも関連すると考える。従来、在宅療養高齢者や家族介護者の在宅医療を躊躇する要因、または、在宅医療従事者の24時間対応の負担感などが挙げられてきた。本研究の結果からも、在宅医療の促進要因となり得る24時間体制が構築されているとは言えない実態が明らかになった。

また、市町村、師会から拠点への補完機能を有する割合も3割と低かった。初期において各地域の行政と医師会との連携が図られていない可能性と、拠点のみの活動では24時間対応体制の構築は難しいことが推察される。

市町村・医師会共通の補完機能として、行政や医師会が、在宅医療に関する「相談」「情報共有」体制を有し、イベント開催に際し関係者・関係機関へ声かけを行うなどの「参加・協力」している実態が明らかになった。これは、昨年度の拠点事業から得られた結果「地域全体を把握している行政中心となり、医師会等の関係団体と協力して取り組む拠点が適切である」とほぼ近似していたことから、拠点が行政・医師会と連携するうえでの具体的な支援の方向性を示唆している。

以上のことから、拠点だけではなく、行政・医師会と双方向で各地域の在宅医療について協議し、在宅医療従事者に対して24時間対応体制で支援を行う仕組みづくりの必要性が示唆された。

### 連携機関の負担軽減・困難への対応

連携機関の負担軽減・困難対応割合が4割、かかりつけ医の参入活動割合が2割と少なかったことは、拠点の24時間対応体制が十分構築されてなかったことが関連すると考える。拠点の体制を含めて、連携機関の負担軽減等の活動性が低いことが示された。

一方で、全体の約2割が、地域の在宅療養者の対応を行うことで、連携機関の在宅医療従事者支援の活動性を有すると考える。特に、拠点の年間在宅看取り率が39%、拠点活動による連携機関の年間在宅看取り率15%と、全国平均12~13%に比して約3倍と高値であったことから、一部の拠点は地域の在宅療養者の緊急時等対応から看取りまでの活動を有すると考える。

### チーム医療提供するための情報共有システムの整備

患者情報提供体制整備割合が2割、地域連携機能を有する割合が3割と少なかった。これは、「I. 課題の抽出と解決活動」において、在宅医療連携ネットワークの情報共有体制の課題が抽出していたことから、課題解決段階であり、地域連携活動にも関連すると考える。

### III. 効率的多職種連携

#### 介護支援専門員資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーによる調整活動

介護支援専門員資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーによる、地域資源の把握割合が2割、域資源の開拓割合が2割と低く、地域資源活用の仕組み作りの活動性は低いことが明らかになった。

しかし、地域資源マップ作成、マップによる相談、行政・医療機関との連携や調整機能、多職種カンファの実施割合がともに6割であったことから、その時点で把握した地域資源を基に効果的多職種連携を目指した調整活動が行われていたことが推察される。

また、在宅療養患者情報に関する標準化ツールの導入割合は5割であったことから、在宅療養高齢者・家族情報に関する情報共有ツールを導入し、各医療チームと連携を図りながら、地域資源の把握に取り組み始める段階にあったと考える。

### IV. 住民啓発活動

住民啓発活動であるフォーラム等の開催、パンフレット等の発行の割合は3~4割と低かったこと

から初期においては、地域住民への啓発活動までには至っていないと考える。

しかし、活動していた拠点では、月1回程度活動していたことから、会の運営や機関紙発行作業などに精通した人材も必要と考える。

パンフレット等は、拠点の紹介、在宅医療フォーラム開催案内が多かったことから、拠点の活動内容を紹介することを通じた在宅医療の啓発活動を行っていたと考える。これは、拠点が地域に向けて情報発信するとともに、双方向での啓発活動と考える。

## V. 在宅医療の人材育成

教育活動では、都道府県のリーダーとしての課題抽出ができていたのが2割と極めて少なかった。これは、先述した、各地域の課題の抽出も途中の段階で地域の地域資源の把握に至っておらず、拠点の体制が整ってなかったことから、初期においては、拠点が「都道府県在宅医療連携リーダー」としての認識を有するには至らないと考える。初期から、都道府県在宅医療連携リーダーに関する教育・研修等の必要性が示唆されたと考える。

実際の在宅医療人材育成活動について、各地域における活動が4割、各地域外に向けた活動も3割と少なかったことから、初期では難しい活動内容であると考えられる。

以上のことから、事業初期における拠点活動性は低いことが明らかになった。具体的には、かかりつけ医参入活動、住民啓発活動と在宅医療人材育成活動は他に比べて低いことが明らかになった。また、一部の拠点の活動性が高く、103の拠点が均一ではないことも明らかになった。

全国の在宅医療連携拠点の均てん化に向けた教育・研修等の検討の必要性が示唆された。

## 2. 設置主体別の検討

設置主体別の検討から、主体別に活動性の高低の傾向が示唆されたと考える。

設置主体により、年1回以上の会議への医師会の参加、24時間体制、在宅看取り率、多職種カンファの実施数に差がみられた。これは、設置主体による得意・不得意な在宅医療活動があることを示唆していると考えられる。設置主体別に、診療所は「年1回以上の在宅医療多職種連携会議への医師会の参加」が行政より少なかったことから、診療所が地区医師会の参加を得にくく、行政は地区医師会の参加を得やすい可能性が考えられる。行政が地区医師会から参加協力を得ながら、医師会と診療所の連携に関わることが重要であろう。診療所の「24時間体制の構築」「在宅看取り率」「多職種カンファの実施数」が訪問看護、医師会、行政より高かったことから、診療所が24時間体制を整え、在宅医療従事者支援と効果的多職種連携の活動性が高いことが明らかになった。

一方、かかりつけ医の在宅医療への参入活動、各地域の不足資源の開拓活動、フォーラム等による住民啓発活動、在宅医療従事者の人材育成は、全体的に活動性が低く、設置主体による差は認められなかった。これは、初期においては全拠点が十分に活動し得ていない、準備段階であることが考えられる。

拠点が各地域における地域資源を含めた課題を抽出し、解決活動を開始することにより、各地域や住民・在宅医療従事者への教育啓発活動に結びついていくと考える。また、これらの活動を通して、在宅医療の面展開が充実することも期待される。

### ● 終了期評価：結果評価

#### A. 研究目的

終了期の在宅医療連携拠点事業における拠点の活動性を明らかにすること。

#### B. 研究方法

1. 対象:初期と同様,全105拠点

2. 方法

【調査期間】2013年1月15日～2月20日(最終締め切り:2月25日)

【調査方法】郵送調査,自記式質問紙調査

【調査項目】質問紙は初期評価同内容で,自由記載を全て削除した。

【分析方法】初期評価に準じる。初期と終了期における実施数等について, Wilcoxon符号検定等により比較を行った(有意水準: $p<0.05$ )。

(倫理面への配慮) 初期と同様。

【研究参加の説明と同意】初期評価と同様。

【個人情報の管理】初期評価と同様。

## C. 結果

全105から回答があった(回収率100%)

1. 拠点の活動性:在宅医療連携の実態

◇ 初期と終了期の比較

1) 基本属性

職種別地域連携担当者の割合と人数に差は認められなかった。医師,訪問看護との連携活動の実施状況に差は認められなかった。

2) 必須タスク取組み状況等

I. 課題抽出と解決活動

多職種連携における課題の整理と抽出ができた割合が各々8割強と,初期より終了期が有意に多かった( $p<0.05$ )。また,抽出課題に対して実施中を含み取り組んだ割合が8割,取り組みに対する評価をできたと回答した割合が9割,同・多職種間の理解と理解に基づく連携,今後の活用可能性のいずれも,初期よりもよく取り組まれていた( $p<0.05$ )。

年4回以上の在宅医療多職種連携会議等の実施割合とその評価も初期よりもよく取り組まれていた( $p<0.05$ )。一方,未実施,計画中,1ヶ月以内に実施予定が各々1拠点,1回のみが4拠点,2回のみが6拠点と1割がタスクを実施していなかった。連携会議への職種別の参加割合と参加者数に差はなかった。緩和ケア,緩和ケア以外の教育研修会,多職種研修会,職種別研修会等の実施割合いずれも,初期より終了期が多く( $p<0.05$ ),教育と多職種参加型の研修会への参加人数は,初期よりも多かった( $p<0.05$ )。

これらの会議への地区医師会からの参加割合は8割強と,参加割合と回数も,初期より終了期が多かった( $p<0.05$ )。一方,地区医師会からの推薦を有する割合,地区医師会から参加がなかった場合の参加協力活動の実施割合に差は認められなかった。

更に,年1回以上の年1回以上の行政・関連施設・地区医師会の参加による会議の実施割合は9割,うち2回以上参加が7割強,実施した会議をよく評価する割合のいずれも,初期よりも多く( $p<0.05$ ),特に地区医師会の参加割合が多く( $p<0.05$ ),会議等への医師会の理解や協力,今後の発展可能性のいずれも,初期よりもよくなっていた( $p<0.05$ )。

II. 在宅医療従事者支援活動

24時間対応の在宅医療提供体制構築の割合は,かかりつけ医の対応,拠点の24時間対応ともに6割と,初期より多いが( $p<0.05$ ),市町村,医師会からの補完機能を有する割合が2割と,差は認められなかった。連携機関の負担軽減・対応を実施した割合は6割弱,在宅療養者の緊急時・緊

急時以外の受入、在宅看取り、連携機関の在宅看取りを実施した割合は、有意差はないものが増えていた。また、疾患別の在宅療養者の支援割合と年間の支援患者数に有意な差はなかった。

拠点活動によるかかりつけ医師の在宅医療への参入活動の実施割合は増えていた。

チーム医療提供のための、患者情報共有体制(IT化)整備、カルテシステムとの連動の実施割合に有意な差はなかった。地域連携機能としての、診診、在宅医のマッチング、病診、訪問看護、薬局、歯科との連携を行った割合は増えていた。

### III. 効率的な多職種連携

介護支援専門員の看護師と医療ソーシャルワーカーによる、地域資源の把握、地域資源のマップ作成とマップの活用割合は、初期よりも多かった(p<0.05)。また、退院支援を除く、行政・行政を含めた医療機関との連携の実施割合初期よりも多かった(p<0.05)。拠点の調整機能としてのかかりつけ医の調整の実施割合は初期よりも多かった(p<0.05)。

また、地域ケア会議への参加割合は初期よりも多く(p<0.05)、多職種カンファレンスの実施割合と実施回数各々が初期よりも多かった(p<0.05)。また、これらの活動を通じた、地域の不足資源の開拓、地域資源活用の仕組みづくりに取り組んだ割合が初期よりも多かった(p<0.05)。

更に、多職種連携のための標準化ツール、共通の記入様式の導入割合は初期よりも多いが(p<0.05)、効果は十分ではなかった。

### IV. 住民啓発活動

在宅医療に関する住民啓発活動である、フォーラムの実施割合は初期よりも多かった(p<0.05)。フォーラムの1回当たりの参加人数に差はなかった。開催したフォーラムによる住民への効果、地域への在宅医療の浸透、意識変容の評価について差は認められなかった。

パンフレット等の発行割合が初期よりも多いが(p<0.05)、発行による住民への効果についての評価に差はなかった。他の住民啓発活動の実施割合は8割強と初期より多かった(p<0.05)。

### V. 在宅医療の人材育成

教育活動では、都道府県のリーダーとしての課題抽出と課題への取り組み割合、課題解決策の策定の実施状況は初期よりも多かった(p<0.05)。また、在宅医療人材育成活動について、各地域における活動の実施割合は8割、リーダー的役割の遂行が8割、各地域外に向けた活動実施も6割と、初期よりも多かった(p<0.05)。

## 2. 設置主体別の検討

初期より終了期の「Ⅰ. 課題抽出と解決活動:課題整理、多職種連携会議等の開催、年1回以上の医師会参加」、「Ⅱ. 在宅医療従事者支援活動:拠点の24時間対応体制の構築」、「Ⅲ. 効果的な多職種連携:多職種カンファレンスの実施」、「Ⅳ. 住民啓発活動:フォーラム等の開催」、「Ⅴ. 人材育成活動:地域、地域外に向けた人材育成活動」が高かったが(p<0.05)、「Ⅰ. 課題抽出と解決活動」に比して他の項目の平均得点は低かった(p<0.05)。

主体別の検討から、病院は、「Ⅱ. 在宅看取り、かかりつけ医の参入」、「Ⅲ. 地域の不足資源の開拓」以外は初期よりも高かった(p<0.05)。

診療所は、「Ⅰ. 年1回以上の行政参加」、「Ⅱ. 在宅医療従事者支援活動」、「Ⅲ. 効果的な多職種連携」以外は初期よりも高かった(p<0.05)。訪問看護は、「Ⅱ. 在宅医療従事者支援活動」、「Ⅲ. 効果的な多職種連携」以外は初期よりも高かった(p<0.05)。医師会は、「Ⅰ. 課題の整理、年1回以上の行政参加」、「Ⅱ. 在宅医療従事者支援活動」、「Ⅲ. 地域資源の開拓」、「Ⅴ. 地域の人

材育成活動」以外は初期よりも高かった(p<0.05)。

行政は、「Ⅰ. 課題整理年1回以上の行政・医師会参加」、「Ⅱ. 在宅医療従事者支援活動」、「Ⅲ. 効果的な多職種連携」、「Ⅴ. 地域の人材育成活動」以外は初期よりも高かった(p<0.05)。他は、「Ⅲ. 地域資源の開拓」、「Ⅳ. 住民啓発活動」、「Ⅴ. 人材育成活動」以外は初期よりも高かった(p<0.05)。

更に、病院、診療所、訪問看護、行政の「在宅医療連携会議の実施回数」は、医師会と他より高く、病院、診療所の「24時間体制構築」は医師会、行政よりよく、診療所の「在宅看取り率」は行政より高く、病院の「多職種カンファの実施回数」が行政より多く、他の「地域資源開拓活動」が行政より多く、病院と診療所の「地域外に向けた人材育成活動」が行政より多かった(p<0.05)。

#### D. 考察と結論

在宅医療連携事業において、初期より終了期において、「課題抽出と解決活動」、「効果的な多職種連携:多職種カンファレンスの実施」、「住民啓発活動:フォーラム開催」、「人材育成活動」の活動が高かったことから、初期よりもその後半年間で拠点がこれらのタスクについては概ね取り組めたと考えられる。

しかし、「課題抽出と解決活動」に比して、「在宅医療従事者支援活動」、「効果的な多職種連携:地域の不足資源の開拓」、「人材育成活動:地域外に向けた活動」の活動性が低く、かかりつけ医への24時間対応、市町村・医師会からの補完機能、在宅患者支援、連携機能、標準化ツールの導入、かかりつけ医の在宅医療参入活動の活動性は低く、終了期にも有意な改善が認められなかった。これらの活動は、在宅医療体制の構築と面展開の重要な要因とされてきたが、本研究の結果から、設置主体に共通で、他のタスクよりも難易度が高いことを示唆していると考えられる。特に、かかりつけ医の参入は全設置主体共通の困難な課題であることを示唆している。

事業終了期において、拠点が在宅医療の面展開に影響し得るとは言い難いと考ええる。

今後は、設置主体に適した評価時期評価項目の検討が課題である。

#### E. 健康危険情報:なし

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表(予定を含む)

- 1) 大島浩子:在宅医療推進のための在宅医療連携拠点事業. 日本在宅医学会雑誌, 14(2), 11-23, 2013.

##### 2. 学会発表(予定を含む)

- 1) 大島浩子, 鳥羽研二, 辻哲夫, 鈴木隆雄, 大島伸一:国立長寿医療研究センターの取り組み. 質的評価からみた在宅医療連携拠点のこれからの活動. 第15回日本在宅医学会大会. 愛媛県. 2013年3月31日.
- 2) 大島浩子, 鳥羽研二, 山本さやか, 鈴木隆雄, 大島伸一:在宅医療連携拠点事業初期における在宅医療連携拠点の在宅医療連携状況. 第15回日本在宅医学会大会. 愛媛県. 2013年3月31日.

#### G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得:なし
2. 実用新案登録:なし
3. その他:なし



## 在宅医療連携拠点の基本属性

### ◆在宅医療活動状況

問1-3 地域連携を担当する職種別の割合

問2 在宅医療活動状況

## 職種別の地域連携担当者割合

職種	初期 (N=103)	終了期 (N=105)	
医師	58.3	57.1	n.s.
看護師・保健師・助産師	95.1	92.4	n.s.
社会福祉士	69.9	70.5	n.s.
精神保健福祉士	6.8	8.6	n.s.
介護福祉士	7.8	12.4	n.s.
介護支援専門員	62.1	61.9	n.s.
他の職種	77.7	74.3	n.s.

数字は%  
初期:2012年9月,終了期:2013年2月  
n.s.:not significant

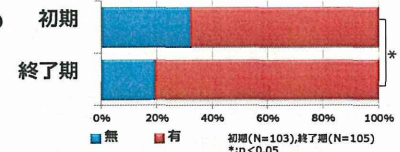
## 地域連携担当職種別の人数

職種	n	初期	n	終了期	
医師	60	2.0(1.0-3.0)	60	1.0(1.0-3.0)	n.s.
看護師等	96	2.0(1.0-3.0)	97	2.0(1.0-3.0)	n.s.
社会福祉士	72	1.0(1.0-1.8)	74	1.0(1.0-2.0)	n.s.
精神保健福祉士	14	0.5(0.0-1.0)	9	1.0(1.0-1.0)	n.s.
介護福祉士	14	1.0(0.0-1.3)	13	2.0(1.0-3.5)	n.s.
介護支援専門員	62	1.0(1.0-2.0)	65	1.0(1.0-2.0)	n.s.
他の職種	80	2.0(1.0-3.0)	78	2.0(1.0-3.0)	n.s.

数字は人数,または中央値(四分位)  
初期:2012年9月,終了期:2013年2月  
n.s.:not significant

## 在宅医療活動状況

病院・診療所等の  
医師との連携

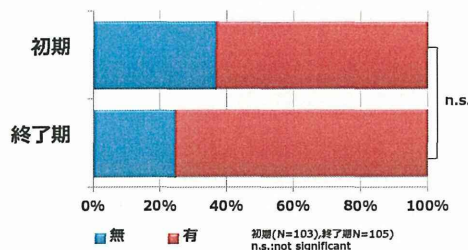


連携内容	初期 (N=103)	終了期 (N=105)	
連携総件数(回/週)	2.0(1.0-6.0)	1.2(0.6-5.0)	n.s.
連携医師数(人/月)	6.0(3.0-15.0)	6.0(1.0-17.0)	*
他の連携回数(回/年)	12.0(5.5-79.5)	12.0(5.0-22.0)	n.s.

数字は中央値(四分位)  
初期:2012年9月,終了期:2013年2月  
\*:p < 0.05, n.s.:not significant

## 在宅医療活動状況

訪問看護ステーションとの連携



初期(N=103),終了期(N=105)  
n.s.:not significant

## 在宅医療活動状況

訪問看護ステーションとの連携

連携内容	初期 (n=65)	終了期 (n=79)	
連携総件数(回/週)	8.0(3.0-26.5)	5.0(2.0-15.0)	n.s.
連携看護師数(人/月)	10.0(5.3-23.0)	6.0(0.0-15.0)	n.s.
指示書発行枚数(件/年)	150.0(41.8-612.5)	113.0(22.3-456.8)	n.s.
連携施設数(箇所/年)	6.0(3.0-13.0)	4.0(1.0-10.0)	n.s.
他の連携回数(回/年)	6.0(2.0-18.0)	7.0(2.3-19.8)	n.s.

数字は中央値(四分位)  
初期:2012年9月,終了期:2013年2月  
n.s.:not significant

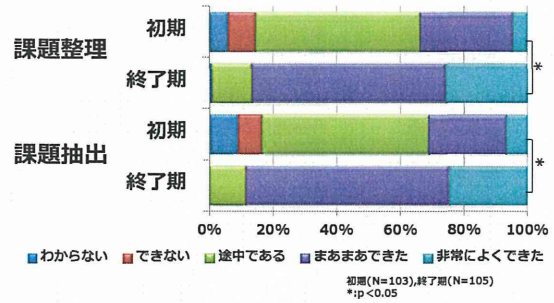
# I. 課題抽出と解決活動

## 多職種連携の課題に対する解決策の抽出と解決策

### 問1. 多職種連携における課題抽出と解決策の実施の程度

- 問1.-1 課題整理
- 問1.-2 課題抽出
- 問1.-3 課題への取り組み状況
- 問1.-4 課題への取り組みへの全体的な評価
- 問1.-5 課題への取り組み

## 多職種連携における課題の整理と抽出



## 初期の課題整理:主方法

方法	内容
アンケート (n=11)	・ 合同会議・地域の関連する施設へのアンケート調査 (メールや郵送) 等
グループワーク (n=5)	・ 合同会議・福祉従事者とのグループワーク等
ヒアリング (n=8)	・ 地域包括支援センター等の関連事業所や訪問活動による調査
多職種会議 (n=17)	・ 多職種交流会や在宅連携協議会での地域医療の現状、関連職種間での要望等
専門職間の検討 (n=2)	・ 保健所等、関連する事業所や拠点内においても各部門に課題抽出を依頼
他 (n=2)	・ 昨年度からの継続課題

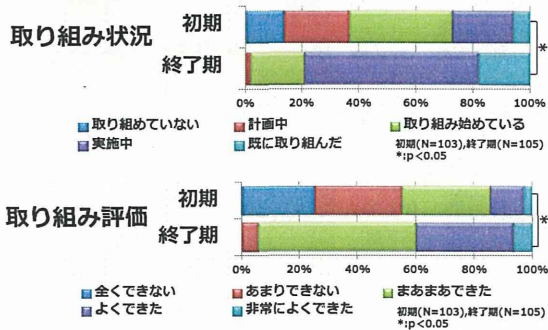
n=39, 複数回答

## 初期の課題抽出内容

課題	内容
多職種における関係性 (n=66)	<ul style="list-style-type: none"> <li>役割理解不足 相互理解・連携不足 等</li> <li>垣根・敷居意識 職種・機関間、医療・介護・行政・医師会等</li> <li>コミュニケーション不足 共通言語がない 等</li> <li>協議の場の不足 顔の見える関係作り</li> </ul>
知識・技術 (n=28)	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療の資源・理解不足 療養者個別・地域での支援方法</li> <li>市民の在宅医療の情報把握</li> <li>社会資源、人材不足</li> </ul>
情報 (n=23)	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報共有不足 情報不足</li> <li>一元化・標準化、ITツールの活用</li> </ul>

n=72, 複数回答

## 多職種連携における課題への取り組み状況とその評価



## 初期の全体的な評価

### -取り組み段階別の評価-

段階	内容
整理 (n=8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>現状把握 多職種へのアンケート等</li> <li>課題の明確化 解決策を抽出</li> </ul>
計画 (n=5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>年間スケジュールを立案 多職種と関係する関係機関や団体との調整</li> </ul>
取組 (n=19)	<ul style="list-style-type: none"> <li>多職種における関係性 役割理解促進</li> <li>コミュニケーション強化</li> <li>協議の場の設定や場の拡大</li> <li>知識・技術 在宅医療に関する資源の理解促進</li> <li>情報 情報共有体制構築</li> </ul>
評価 (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>取組評価 各事業所としての取組評価実施</li> <li>地域全体としての取組評価実施</li> <li>さらなる課題の抽出</li> </ul>

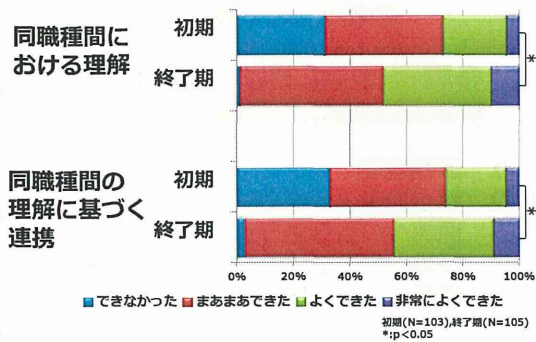
n=30, 複数回答

## 初期の全体的な評価-効果と課題-

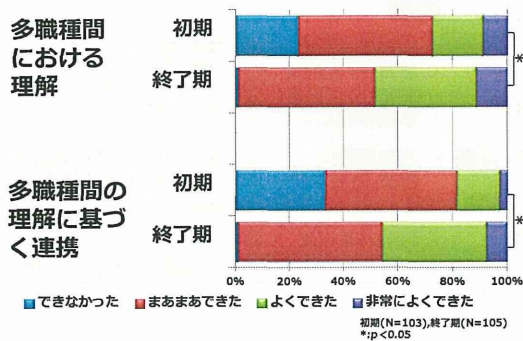
段階	課題内容
効果 (n=16)	<ul style="list-style-type: none"> <li>多職種における関係性: 参加者(行政・保健所・開業医)の増加 「顔の見える連携」は強化 課題の共通認識・役割相互理解</li> <li>知識・技術: 介護職側からの具体的な課題の認識強化</li> <li>情報</li> </ul>
課題 (n=5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>多職種における関係性: 行政との連携が不十分 取組参加者の固定化</li> <li>知識・技術: 拠点事業の活動を地域に拡大</li> <li>情報: ネットワーク構築は時間を要する</li> </ul>

n=19, 複数回答

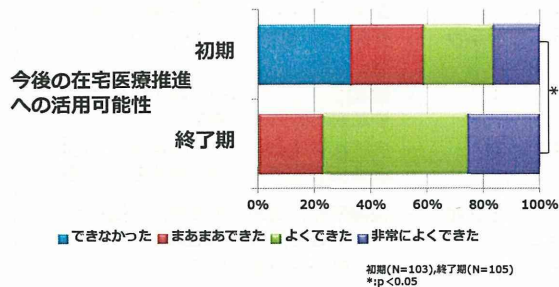
## 多職種連携における課題への取り組み



## 多職種連携における課題への取り組み



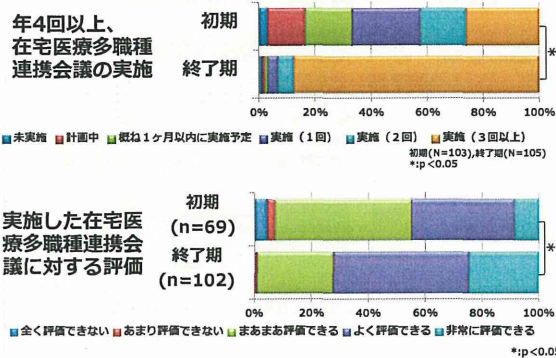
## 多職種連携における課題への取り組み



## 問2. 年4回以上の在宅医療多職種連携会議の実施とその評価

- 問2-1 年4回以上、在宅医療多職種連携会議を実施
- 問2-2-1 実施した在宅医療多職種連携会議に対する評価
- 問2-2-2 在宅医療多職種連携会議参加状況
- 問2-2-3 緩和ケア研修会実施状況
- 問2-2-4 緩和ケア以外の研修会の実施状況
- 問2-3 地区医師会からの参加状況

## 年4回以上の在宅医療多職種連携会議の実施とその評価



### 在宅医療多職種連携会議1回あたりの参加者数:職能団体

職種	初期 (n=69)	終了期 (n=102)	
医師会	3.0(1.0-6.0)	2.0(1.0-5.0)	n.s.
歯科医師会	1.0(1.0-2.0)	1.0(1.0-2.0)	n.s.
薬剤師会	1.0(1.0-3.0)	1.0(1.0-3.0)	n.s.
看護協会	1.0(0.0-4.8)	2.3(1.0-10.0)	n.s.
介護支援専門員	1.0(1.0-9.5)	3.0(1.0-15.0)	n.s.
介護士	1.0(0.0-3.8)	2.0(0.8-8.0)	n.s.
他	2.0(1.0-6.0)	5.0(2.0-8.0)	n.s.

数字は中央値(四分位)  
初期:2012年9月,終了期:2013年2月  
n.s.:not significant

### 在宅医療多職種連携会議1回あたりの参加者数:職能団体以外

職種	初期 (n=69)	終了期 (n=102)	
医師	4.0(2.0-6.0)	5.0(2.0-9.0)	n.s.
歯科医師	1.0(0.0-4.5)	2.5(1.0-4.0)	n.s.
薬剤師	2.0(1.0-5.0)	4.0(2.0-8.0)	n.s.
看護師等	6.0(2.5-14.5)	10.0(3.5-17.0)	n.s.
介護支援専門員	10.0(4.0-19.0)	12.2(5.0-20.0)	n.s.
介護士	3.0(1.0-11.5)	2.5(0.0-10.0)	n.s.
リハビリ関係	2.0(1.0-3.0)	2.0(1.0-5.0)	n.s.
歯科衛生士等	0.0(0.0-2.0)	1.9(1.0-2.0)	n.s.
他	6.0(2.0-14.0)	9.0(2.9-15.3)	*

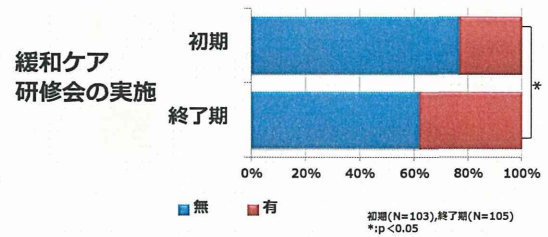
数字は中央値(四分位)  
初期:2012年9月,終了期:2013年2月  
\*p<0.05, n.s.:not significant

### 在宅医療多職種連携会議1回あたりの参加者数:住民等

参加者	初期 (n=69)	終了期 (n=102)	
地域住民	0.0(0.0-2.0)	2.0(1.0-5.0)	n.s.
行政関係	4.0(2.0-6.5)	4.0(2.0-8.3)	n.s.
他	2.0(1.0-8.0)	4.0(1.0-8.0)	n.s.

数字は中央値(四分位)  
初期:2012年9月,終了期:2013年2月  
n.s.:not significant

### 緩和ケア研修会実施状況



### 緩和ケア研修会実施参加者状況

職種	初期 (n=24)	終了期 (n=40)	
医師	10.0(4.0-15.5)	11.5(4.0-21.0)	n.s.
歯科医師	1.0(0.0-4.0)	3.0(1.5-6.5)	n.s.
薬剤師	4.5(1.0-30.0)	5.0(3.8-13.5)	*
看護師等	29.0(10.0-62.0)	39.0(18.0-80.0)	n.s.
社会福祉士	10.0(4.0-20.0)	6.0(3.0-11.5)	*
介護福祉士	14.0(6.0-25.0)	25.0(5.5-48.0)	n.s.
介護支援専門員	14.5(6.8-48.5)	20.0(8.0-46.0)	*
他の職種	12.0(2.0-30.0)	20.0(9.0-54.0)	*

数字は中央値(四分位)  
初期:2012年9月,終了期:2013年2月  
\*p<0.05, n.s.:not significant

### 緩和ケア以外の研修会の実施状況

研修内容	n	初期	n	終了期	
教育研修会	47	2.0(1.0-4.0)	65	2.0(1.0-6.0)	*
多職種参加型研修会	58	2.0(1.0-5.0)	88	3.5(2.0-6.0)	*
職種別研修会	27	2.0(1.0-3.0)	46	3.0(1.0-6.0)	*
他	19	1.0(1.0-2.0)	25	2.0(1.0-3.0)	n.s.

数字は数,または中央値(四分位)  
初期:2012年9月,終了期:2013年2月  
\*p<0.05, n.s.:not significant