

201325044A

厚生労働科学研究費補助金  
地域医療基盤開発推進研究事業

在宅拠点の質の向上のための介入に資する、  
活動性の客観的評価に関する研究

(H24-医療-指定-038)

平成25年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 大島 伸一

平成26 (2014) 年3月

厚生労働科学研究費補助金  
地域医療基盤開発推進研究事業

在宅拠点の質の向上のための介入に資する、  
活動性の客観的評価に関する研究

(H24-医療-指定-038)

平成25年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 大島 伸一

平成26 (2014) 年3月



## 目 次

### I. 総括研究報告

- 在宅拠点の質の向上のための介入に資する、活動性の客観的評価に関する研究 … 1  
大島伸一

### II. 分担研究報告

1. 拠点活動状況調査:客観的評価指標の検討 …… 7  
大島浩子
2. 在宅医療連携拠点事業所のヒアリング評価 …… 15  
三浦久幸  
(資料)在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック
3. 拠点医師活動モデルに関する研究 …… 68  
辻 哲夫
4. 終末期ケアに対する対応 …… 73  
池上直己  
(別添1)終末期医療の国際比較・調査の重点項目  
(別添2-1~3)各国における終末期医療に関する法的事項の比較表  
(別添3)アメリカ合衆国における終末期医療に関する法制度  
(別添4)イギリスにおける終末期医療—治療の不開始又は中止  
(別添5)フランスの終末期医療について  
(別添6)韓国における終末期医療に関する判例と立法の動き

### III. 研究成果の刊行に関する一覧表 …… 161

### IV. 研究成果の刊行物・別刷 …… 163

# I . 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

総括研究報告書

在宅拠点の質の向上のための介入に資する、活動性の客観的評価に関する研究

研究代表者	大島 伸一	国立長寿医療研究センター	総長
研究分担者	鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター	病院長
	三浦 久幸	国立長寿医療研究センター	在宅連携医療部長
	大島 浩子	国立長寿医療研究センター	長寿看護・介護研究室長
	洪 英在	国立長寿医療研究センター	在宅連携医療部医師
	山岡 朗子	国立長寿医療研究センター	在宅連携医療部医師
	辻 哲夫	東京大学高齢社会総合研究機構	特任教授
	池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学	教授

研究要旨

高齢社会において、全国的な在宅医療連携拠点を形成するために、拠点形成に関わる理念、選出方法、結果評価の策定が必要である。H24年度は、拠点事業の進捗管理及び技術的支援、地域特性を考慮し、拠点の取組みの類型化、拠点の活動性の評価指標を検討した。更に、H25年度は、在宅医療連携拠点の活動内容を分類し、地域特性等ごとにその活動が地域の在宅医療・介護に与えた影響の質的、量的な評価を以下の計画で行った。また、諸外国における終末期医療の対応について検討を行なった。

1. 在宅医療連携拠点事業の効果の評価及び今後の各地域における在宅医療・介護連携のための提言に資する資料作成

(1) 質的評価とハンドブックの作成：

H24年度在宅医療連携拠点事業の進捗管理・助言、ヒアリング調査の結果から、各地域の特性や拠点の種別による組みごとを類型化し、各地域の医療計画に基づき在宅医療・介護連携の取り組みを進めるに当たり、在宅医療の充実に資する資料を作成することを目的に、「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」を作成した。

(2) 評価項目の策定と在宅拠点の活動性の評価(量的評価)：

H24年度の知見と医療計画等に関する指標のレビューに基づき、在宅医療介護推進活動を客観的に評価する指標を策定した。次に、H25年度在宅医療推進事業の進捗状況を調査し、H26年1月に当該事業実施主体255(36都道府県)を対象とした、客観的指標を用いた調査を実施した。72主体の活動状況から、地域資源の活用、24時間体制構築の取組みが低いことが明らかになった。行政は他に比して、短期入所利用者の把握、在宅医療多職種連携会議、研修、住民啓発の回答割合が多かった( $p < 0.05$ )。

客観的指標は各々20～80%と幅がみられたことから、指標は概ね把握可能ではあるが過程指標である在宅医療介護推進活動の指標を検討することの必要性が示唆された。

(3) 拠点の医師の拠点医師活動モデルの検討：かかりつけ医師の在宅医療への参画を促す研修会「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」の他地域への転用可能性を検討した結果、暫定版「効果的・汎用的な研修会のあり方」の5つの要素それぞれについて、各地域での実施状況が整理された。同行訪問への課題と対策の方向性、及び、新規開業が一定程度みられる都市部でないと実現が難しいという可能性も示唆された。

2. 終末期医療に対する対応

日本における終末期医療の政策を考えるための参考資料とするために、韓仏英米における終末期医療に関わる法制度、終末期医療の現状についてのヒアリング調査の結果、終末期医療の法律を作る理由、延命医療不開始・中止の要件の2つの論点が整理された。

終末期医療は各国の医療システム全体の中で理解されなければならないが、いずれの国においても、国際的な終末期医療に関する基本的枠組みを認識しながら議論されていた。

## A. 研究目的

- 1) ハンドブックの作成，評価項目の策定と拠点活動状況調査：在宅医療連携拠点事業の進捗管理・評価を通して，在宅医療・介護関係者の円滑な連携のための調整機能を地域に置くことによる地域の在宅医療・介護に与える影響を検証し，今後の介護と連携した地域在宅医療の充実を図るための検討に資することを目的に，下記2点について検討した。
  - 1-1) H24年度の研究成果に基づき在宅医療・介護連携を推進するための市町村ハンドブックを作成することであった(三浦，洪，山岡，研究協力者：千田，後藤)。
  - 1-2) 在宅拠点の質を評価する客観的指標の策定し，H25年度在宅医療推進事業実施主体の活動状況を評価し検討することであった(大島，鳥羽，大島(浩)，研究協力者：鈴木)。
- 2) 各地域の医師が郡市医師会と市町村が協調して展開していく取り組みのモデルを見出し，汎用的な方法論を確立するべく，(1)かかりつけ医の在宅医療への参画を促す研修会の普及に向けた汎用構造，(2)24時間往診体制確保に関する負担軽減策を検討することを目的に，特に(1)に焦点を当て，一定の枠組みが保たれた研修会の取り組みを全国に系統的に普及させていく方策を検討することとした(辻，研究協力者：飯島，吉江，土屋)。
- 3) 諸外国の医療の現場で実際に行われている終末期医療，法的対応について明らかにし，今後の在宅医療等の医療現場における終末期医療のあり方に関する国民的な議論に資する資料を作成することを目的とした(池上，研究協力者：町野，奥田，近藤，橋爪，趙，水留，池田)。

## B. 研究方法

### 1) 拠点活動状況調査・助言とその検討

#### 1-1) 拠点活動状況調査・助言

H25年7月までに，H24年度在宅医療連携拠点事業所105のうち102のヒアリング調査，H24年度在宅医療連携拠点事業所成果報告書評価の点検，及び，抽出した地域におけるH25年度在宅医療推進事業移行後の拠点活動の把握により，在宅医療推進に必要な枠組みやそのプロセスを検討し，ハンドブックにまとめた。

#### 1-2) 在宅拠点の活動状況の評価指標の検討：

H24年度研究成果と医療計画を考慮した評価指標(構造・過程・結果の指標)を策定した。次に，H25年度在宅医療推進事業実施状況を調査し，H25年12月末時点で当該事業実施が決定している255主体を対象に，客観的指標を含めた自記式質問紙調査を実施した。

### 2) 拠点医師活動モデルの検討：かかりつけ医の在宅医療への参画を促す研修会の普及に向けた汎用構造の検討

研究者等が開発した「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」開催構造等について，同研修会の一部または全部を踏襲した研修会を開催する全国の地域を対象に，

他地域への転用可能性を検討した多職種研修会の汎用構造のあり方を探った。

### 3) 終末期医療に対する対応

韓国、フランス、イギリス、アメリカの関係者を対象に、各国における終末期医療に関わる法制度(法的な対応の有無と各々の理由)、終末期医療の現状(「終末期」の患者の状態像、中止の対象となる延命医療、終末期患者の意思に適合した医療を行うための方法)についてのヒアリング調査を行った。

(倫理面への配慮)

1-2：国立長寿医療研究センター研究倫理・利益相反審査委員会の承認(受付 No. 678)

2：東京大学ライフサイエンス委員会倫理審査専門委員会の承認(審査番号:12-90)

3：対象の人権擁護上の配慮の下、不利益、危険性は排除し、説明と同意に基づき実施

## C. 研究結果

### 1) 拠点活動状況調査助言とその検討

1-1) 今後の在宅医療・介護を推進する上での枠組みとして、地域包括ケアシステムと連動した在宅医療推進のプロセス、市町村を全体のコーディネーターとして、在宅医療連携拠点(医師会等)、介護の中核である地域包括支援センターが協働しながら、地域の在宅医療・介護の実践者をサポートして行くという体制の必要性を明確にし、厚生労働省や日本医師会などの助言を得て、H25年12月に完成版「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」を発行した。

1-2) 255主体のうち、締め切り期限内に返信があった72(回収率:28%)を分析対象とした。

#### (1) 当該事業7つのタスクの取組状況

取組むと回答した割合は、地域資源の活用は65%、会議開催は97%、研修実施は85%、24時間体制は46%。地域包括支援センター支援は59%、効率的情報共有は61%、住民啓発76%であった。また、7つのタスクに全て取組むが33%、取組まないが3%であった。

#### (2) 客観的指標による活動性

①構造指標の回答割合は、在宅医療提供体制基盤の指標は約50~80%、退院支援の指標は約50%前後であるが、訪問診療実施医療機関数等は約30%程度と低かった。在宅療養支援体制基盤の指標は、24時間対応訪問看護事業所数等は約50%であるが、緊急時後方支援病床やレスパイトケア対応、管理栄養士等の訪問指導提供事業所数は約30%であった。

②過程指標の回答割合は、在宅療養支援の指標は約20%、看取り支援の指標は約40%と低かった。当該事業のタスクの実施は、会議開催と研修実施が約60%、住民啓発は48%、他4つのタスク、かかりつけ医への後方支援は約20%と低かった。

③結果指標の回答割合は、在宅医療多職種連携会議等は約40%、24時間体制構築、かかりつけ医の在宅医療参入活動、在宅看取り等は約30%、他は約20%と低かった。

④構造指標の短期入所生活・療養介護利用者数，過程指標の在宅医療多職種連携会議の実施，研修実施，住民啓発活動について，行政の回答割合は他より高かった(p<0.05)。

2) 拠点医師活動モデルの検討：かかりつけ医師の在宅医療への参画を促す研修会の検討

昨年度の研究により得られた暫定的「効果的・汎用的な研修会のあり方」の検討から，ほぼ全数は，連続性を考慮した同一市町村内の多職種が対象とし，多職種による議論が意図的に設定されていたが，郡市医師会と市町村行政が研修会運営の中心を担うこと，受講者は原則地域の関係職能団体の推薦を経ること，現役開業医の同行訪問は概ね半数程度であった。同行訪問の有効性は認めつつも，実行にやや難渋していた。

3) 終末期医療に対する対応

韓仏英米の4ヶ国の現地ヒアリング調査から，終末期医療の法律を作る理由，延命医療不開始・中止の要件の2つの論点に整理された。具体的には，終末期医療の法律を作る理由には，終末期医療の法制化，患者の権利の保護，医療の法的安定性があり，延命医療不開始・中止の要件として，実体的要件と手続的要件，終末期の患者(死期による限定を加える/加えない立法例)，不開始・中止しうる延命医療(一般的な延命医療措置，「不開始と中止」についての考察)，患者の意思の認定(患者の推定的意思に合致した終末期医療，事前指示書，事前指示書によらない意思の推定，終末期患者の意思を知ること)であった。

D. 考察

1) 拠点活動状況調査助言とその検討

1-1) 「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」は，在宅医療に関係する医療機関間の連携を強化し，24時間体制の在宅医療をできるだけ従事者の負担軽減と構築，医療側からの介護への連携を図る取り組みを推進することが期待され，今後の実質的な在宅医療の活性化に十分，寄与すると考えられる。今後，ハンドブックによる，行政，医師会との関係構築や地域の面展開への寄与についての有用性評価・検討が必要である。

1-2) H25年度在宅医療推進事業実施主体の活動性の評価から，H25年度当該事業において取り組むタスクは主に会議・研修・住民啓発であり，H24年度在宅拠点と近似し，地域資源の活用，24時間体制構築の活動が低いことが明らかになった。客観的指標(構造・過程・結果)は，各々ばらつきはあるものの，概ね把握可能であることが明らかになった。在宅医療介護推進活動とその結果の指標のより詳細に検討する必活動性が示唆された。

2) 拠点医師活動モデルの検討：かかりつけ医師の在宅医療への参画を促す研修会の検討

「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」の枠組みの検討から，同一地域内開催と多職種によるディスカッションは，ある程度容易に他地域への転用が可能と考えられた。課題である同行訪問の実現は，ある程度機運が高まった地域での実施が適切であり，地方の場合は医師の固定化による同行不要という意識への考慮が必要と考えられた。市町村



と医師会の共催，多職種団体の協力には，市町村・医師会の共催の実現と多職種団体の協力の附随，次に，都道府県と県下市町村の相互交流の促進等が重要と考えられた。

### 3) 終末期医療に対する対応

終末期医療はそれぞれの国における医療システム全体の中で理解されなければならないが，韓仏英米において，国際的な終末期医療に関する基本的枠組みを認識しながら議論されている。各国の終末期医療の状況等を検討したうえで，我が国においても法律を必要とする事情があるか，どのような医療中止が実際に行われているのかを検討することが必要である。

## E. 結論

### 1) 拠点活動状況調査・助言とその検討

1-1) 今後の市町村による在宅医療・連携推進の提言に資するハンドブックを作成した。この有用性評価については実際の使用を通じて行われる必要がある。

1-2) 在宅拠点の質を評価する指標を策定した。これら客観的評価指標を用いた，H25 年度在宅医療推進事業実施主体の活動性の評価から，H25 年度当該事業実施主体は H24 年度在宅拠点と近似し，主に会議・研修・住民啓発に取組予定であり，地域資源の活用，24 時間体制構築の活動が低いことが明らかになった。客観的指標(構造指標・過程指標・結果指標)，概ね把握可能であることが明らかになった。しかし，過程指標と結果指標(在宅医療介護推進活動とその結果)について，より詳細に検討する必要性が示唆された。

### 2) 拠点医師活動モデルの検討：かかりつけ医師の在宅医療への参画を促す研修会の検討

暫定版「効果的・汎用的な研修会のあり方」の 5 つの要素それぞれについて，各地域での実施状況が整理された。新規開業が一定程度みられる都市部でないの実現が難しいという可能性も示唆された。5 つの要素を一定保った形で多職種研修会を系統的に普及させていくためには，各地の研修会の事務局機能の中心となる市町村行政に加えて，この市町村を指導する都道府県行政の果たす役割も非常に大きいと考えられた。

### 3) 終末期医療に対する対応

終末期医療はそれぞれの国における医療システム全体の中で理解されなければならないが，いずれの国においても，国際的な終末期医療に関する基本的枠組みを認識しながら議論されていた。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 大島浩子, 鳥羽研二, 辻哲夫, 山本さやか, 鈴木隆雄, 大島伸一: 質的評価からみた在宅医療連携拠点のこれからの活動. 日本在宅医学会雑誌. 15(1):61-62. 2013.
- 2) 後藤友子, 洪英在, 三浦久幸: 地域の在宅医療を支える後方支援病床, 病棟の役割と今後の展開. Geriat Med. 51(5):509-513. 2013.
- 3) 大島浩子, 国は在宅医療をどのように普及させようとしているのでしょうか. Geriat Med. 51(5):515-517. 2013.

### 2. 学会発表

- 1) 大島浩子, 鳥羽研二, 山本さやか, 鈴木隆雄, 大島伸一: 在宅医療連携拠点の活動初期における在宅療養患者の受け入れ状況. 日本老年看護学会第18回学術集会. 大阪. 2013年6月6日.
- 2) 後藤友子: 在宅医療連携拠点事業事務局の立場から見た高齢者医療—地域包括ケアにおける多職種の有機的な連携システムに向けて—. 第67回国立病院総合医学会. 金沢. 2013年11月9日.
- 3) 大島浩子: 在宅医療連携拠点における地域在宅医療連携の実態. 第33回日本看護科学学会学術集会. 大阪. 2013年12月6日.
- 4) 池田漠, キセイインリーアン, 吉村公雄, 池上直己: 認知症患者における胃瘻造設の適応についての検討. 第51回日本医療・病院管理学会. 京都. 2013年9月28日
- 5) Ohshima H, Ohshima S, Yamamoto S, Suzuki T, Toba K. Characteristics of home health care liaison centers activities, according to types of business by work contents in Japan. 9th International Nursing Conference & 3rd World Academy of Nursing Science. Seoul. Oct.18, 2013.

## H. 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

## I. 関連事業

- 1) 平成25年度厚生労働省委託事業. 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業. 在宅医療・介護連携推進事業研修会. 東京. 2013年10月22日.

## Ⅱ. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

○拠点活動状況調査：客観的評価指標の検討○

研究分担者 大島 浩子（独）国立長寿医療研究センター 長寿看護・介護研究室長  
研究代表者 大島 伸一（独）国立長寿医療研究センター 総長  
研究分担者 鳥羽 研二（独）国立長寿医療研究センター 病院長  
研究協力者 鈴木 隆雄（独）国立長寿医療研究センター 研究所長

研究要旨

現在、高齢多死社会に向けた在宅医療提供体制の整備が進められており、H23年度から、厚生労働省による在宅医療連携拠点事業が展開された。一方、在宅医療・介護連携を推進するための拠点機能を定量的、客観的に評価する指標を開発することが課題である。

そこで、在宅医療介護推進拠点の活動状況の客観的評価指標の開発を目指し、客観的指標の検討と、H25年度在宅医療推進事業実施主体を対象に活動性の評価を行なった。

H25年12月末に当該事業実施が決定していた36府県、実施主体255（行政94、医師会104、病院25、診療所4、訪問看護ステーション2、他26）全てを対象に自記式質問紙調査を実施し、72（行政39%、医師会42%、病院10%、診療所4%、訪問看護1%、他4%）から回答を得た。

当該事業の7つのタスクを取組予定と回答した割合は、会議開催が97%、研修の実施が85%、地域住民への普及・啓発が76%、地域資源の把握・活用が65%、効率的情報共有が61%、地域包括ケア支援センター・ケアマネ支援が58%、24時間365日の在宅医療・介護提供体制構築が46%であった。7つのタスク全てに取組むが33%であった。

客観的評価指標の把握状況について、構造指標は20～80%、過程指標は20～60%、結果指標は20～40%であった。行政・医師会・他の3つの主体別の検討から、タスクの取組段階に差はなかったが、行政は、構造指標の短期入所生活・療養介護利用者数、過程指標の在宅医療多職種連携会議実施、研修実施、住民啓発活動への回答割合が高かった（ $p < 0.05$ ）。

H24年度事業在宅拠点の効果的な継続・発展性、均霑化が不十分であることが明らかになった。H25年度の当該事業の7つタスクについて、主に活動内容は会議・研修・住民啓発活動である一方、24時間体制構築活動は少なかった。

客観的評価指標を用いたH25年度在宅医療推進事業実施主体の活動性の評価から、H25年度当該事業実施主体はH24年度在宅拠点と近似し、主に会議・研修・住民啓発に取り組むが、地域資源の活用、24時間体制構築の活動が低いことが明らかになった。客観的指標として、構造指標・過程指標・結果指標は概ね把握可能であることが明らかになったが、在宅医療介護推進活動の指標について、より詳細に検討する必要性が示唆された。

A. 研究目的

現在、高齢多死社会に向けた在宅医療提供体制の整備が進められており、H23年度から、厚生労働省による在宅医療連携拠点事業が展開された。一方、在宅医療・介護連携を推進するための拠点機能を定量的、客観的に評価する指標を開発することが課題である。

そこで本研究は、在宅医療・介護連携を推進するための拠点機能を定量的・客観的に評価する指標を開発することを目的とした。具体的には、下記2点について検討を行なった

1. 在宅医療介護推進拠点の活動性の客観的評価指標の開発を目指した、在宅医療介護連携に関する、構造指標・過程指標・結果指標の検討



2. 地域包括ケアに向けた市町村等の現状と課題の検討：H25 年度地域医療再生計画における在宅医療推進事業実施主体を対象に、在宅医療・介護連携に関する客観的評価指標、当該事業におけるタスク 7 項目の取組み段階の実態把握

## B. 研究方法

### (1) 在宅医療・介護連携を評価する客観的評価指標の検討

#### 1) 客観的評価指標の整理

今後の医療計画を考慮した在宅医療多職種連携機能を評価する客観的指標として、厚生労働省医政局「医療計画について(医政発 0330 代 44 号, H24 年 3 月 30 日)」の項目から、約 30 指標から小児領域を除く指標を選定した。

#### 2) 構造, 過程, 結果の 3 つの側面から分類し抽出した。

- ・ 構造 3 領域 27 指標, 過程は 4 領域 24 指標, 結果は 1 領域 2 指標, 計 8 領域 53 指標
- ・ H24 年度在宅医療連携拠点の活動性の検討から、医師会との連携、在宅医療介護 24 時間対応体制、かかりつけ医師の在宅医療への参入状況等の項目を追加した。
- ・ 上記客観的指標について、入手方法・データソースを確認し整理した(図 1)。

#### 3) H25 年度当該事業の 7 つのタスク(①地域の医療・福祉資源の把握および活用(以下、地域資源の活用), ②会議開催, ③研修実施, ④24 時間 365 時間の在宅医療・介護提供体制の構築(以下, 24 時間体制), ⑤地域包括支援センター・ケアマネを対象とした支援の実施(以下, 地域包括支援センター支援), ⑥効率的な情報共有のための取組み(以下, 効率的情報共有), ⑦地域住民への普及・啓発(以下, 住民啓発))の取組み段階と実施状況を加えた。

#### 4) 本研究班員等から意見を収取し「客観的評価指標」を作成した。

### (2) H25 年度在宅医療推進事業実施主体の活動性の評価：客観的評価指標による検討

#### 【対象の選定】

H25 年 11 月に厚生労働省が作成する「地域医療計画における在宅医療推進事業実施事業所リスト(H25 年 8 月末更新と推定)」を入手した。次に、H25 年 12 月 2 日～20 日に全 47 都道府県の当該事業担当者に電話等にて当該事業実施状況を確認した。この時点で当該事業が未実施 2, 実施予定・未定 9 の 11 都道府県であった。後に、H26 年 2 月 3 日に 1 県当該事業担当者より、実施主体が決定した旨の連絡を受けた。

更に、当該事業担当者から H25 年 12 月 24 日に確定している「地域医療計画における在宅医療推進事業実施主体リスト：事業所名, 住所, 電話場番号, 担当者名」を入手確認し、対象リストを作成した(最終確認：H25 年 12 月 26 日)。

H25 年 12 月末時点において H25 年度在宅医療推進事業の実施が決定していたのは 36 府県(実施主体数 255), 各県あたり 1 から 23 主体(図 2), H24 年度事業から継続は 24(行政 8, 医師会 6, 病院 4, 診療所 3, 訪問看護 2)(図 3)であった。

尚、実施主体が事業の一部を他の事業所に委託する予定も委託先の事業の取りまとめも含め当該事業そのものを実施する主体を対象とした。

#### 【対象】

H25年度地域医療再生基金による在宅医療推進事業実施255主体(行政94, 医師会104, 病院25, 診療所4, 訪問看護ステーション2, 他26)全てを対象とした(図4)。

#### 【方法】

H26年1月6日に自記式質問紙郵送調査を実施した。返信締切りをH26年2月12日とし、最終受付を2月20日とした。

#### 【調査項目】

1. 属性：主体種別，活動地域の人口・高齢化率，当該事業の7つのタスクの取組み段階等
2. 在宅医療・介護連携機能の指標
  - ・構造指標：在宅医療提供体制の基盤(在宅療養支援診療所・病院数等)，退院支援(退院支援担当者配置医療機関数)，在宅療養支援体制の基盤(訪問診療患者数等)
  - ・過程指標：在宅療養支援(在院日数，在宅患者訪問診療料算定件数等)，緊急時対応(往診料算定件数等)，看取り支援(在宅看取り実施医療機関数等)多職種連携・協働による支援(介護施設協力病院数等)，在宅医療推進事業タスク7項目の実施回数等
  - ・結果指標：在宅医療連携機能(24時間365日在宅医療提供体制等)，在宅看取り等
3. 事業実施にあたってのご感想やご意見について自由記載

#### 【分析】

各変数の実施割合，平均値，中央値，7タスクの実施割合等の単純集計を行った。主体を行政，医師会，それ以外の他の3分類とした(統計ソフト:SPSS統計パッケージVer21)。(倫理面への配慮)

本研究は，国立長寿医療研究センター 研究倫理・利益相反審査委員会の承認を得て実施した(受付No.678)。

本研究の説明と同意：

- ・当該事業開始前の実施主体の申請時に，「H25年度厚生科学研究(国立長寿医療研究センター)において，今後の活動状況の把握と技術的支援に活用する」旨の通達が行われた。また，H25年度人材育成事業にて，研究者が本研究の概要の説明を行った。
- ・本研究の説明と同意について明記した文章を調査票送付に同封し，返信締め切り10日前後に督促状を送付し，それ以外に個別の督促は一切行わなかった。本研究への参加の同意は，調査票の返信を以って同意を得たとみなし個別の同意書は作成しなかった。

### C. 研究結果

#### 1. 客観的評価指標の検討

構造指標27指標，過程指標24指標，結果指標2指標の53指標，当該事業の7つの活動タスク，かかりつけ医の在宅医療への参入活動とした。

2. H25年度在宅医療推進事業実施主体の活動性の評価：客観的評価指標による検討

(1) 255のうちH26年2月20日時点で返信があった72(回収率：28%)を分析対象とした。

(2) 属性

1) 主体別の内訳は、行政32(44%)、医師会31(43%)、病院7(10%)、診療所3(4%)、訪問看護1(1%)、他3(4%)、そのうち、H24年度在宅医療連携拠点事業からの継続は、行政6、医師会3、病院1、診療所2、訪問看護1、他0であった。

2) 活動地域の人口指標の回答割合は99%で(無回答：1)、活動地域の人口の中央値は92,656(57,857-2,387,771)、5万人以下が22%、5~10万人が31%、10~20万人が15%、高齢化率は平均27.2±5.3%、高齢化率20以下が8%、30以上が35%を占めていた。

3) 当該事業7つのタスクの取り組み段階

4) 7つのタスクの取組み状況(図5、図6)

・地域資源の活用は65%、会議開催は97%、研修実施は85%、24時間体制は46%、地域包括支援センター支援は59%、効率的情報共有は61%、住民啓発は76%が取組む予定と回答した。

・7つのタスク全てに取組むが33%、取組まないが3%であった。6タスクの組合せで取り組むが11%で、その内訳は「地域資源の活用・会議・研修・地域包括支援センター支援・効率的情報共有・地域住民啓発」6%、「地域資源の活用・会議・研修・24時間体制・効率的情報共有・地域住民啓発」4%、「会議・研修・地域包括支援センター支援・24時間体制・効率的情報共有・地域住民啓発」1%であった。5つのタスクでの取組が13%で、そのうち「地域資源の活用・会議・研修・地域包括支援センター支援・住民啓発」4%、「地域資源の活用・会議・研修・効率的情報共有・住民啓発」と「会議・研修・地域包括支援センター支援・効率的情報共有・住民啓発」が各々3%等であった。4つは17%、組合せは「会議・研修・住民啓発」と他で、3つ(17%)、2つ(3%)も「会議」が主であった。

(3) 客観的指標による活動性の把握割合

1) 構造指標(図7)

在宅医療提供体制の基盤の指標である在宅療養支援診療所数76%、在宅療養支援病院数は60%、在宅療養歯科診療所数47%、訪問看護事業所数75%、麻薬小売業免許所得薬局数・在宅訪問薬剤管理指導届出施設数は約50%、訪問リハビリテーション事業所数67%、退院支援の指標である退院支援担当者配置医療機関のうち診療所数40%、病院数51%、訪問診療実施医療機関数は約20%、居宅介護支援事業所数65%、看取り対応介護施設数35%、短期入所事業所数67%であった。

在宅療養支援体制の基盤の指標である訪問診療患者数等19%、24時間対応訪問看護事業所数53%、緊急時後方支援病床を有する医療機関数33%、レスパイトケア対応医療機関数、24%在宅看取り実施医療機関42%、ターミナルケア対応訪問看護事業所数

51%，管理栄養士や歯科衛生士による訪問指導提供事業所数は各々26%であった。

## 2) 過程指標(図8)

在宅療養支援の指標である在院日数 18%，在宅患者訪問診療料算定件数 17%，訪問看護利用者数は約 30%，緊急時対応指標の往診料算定件数 23%，看取り支援指標の在宅看取り実施医療機関数 42%，緩和ケア提供医療機関の病院 43%，診療所 38%，訪問看護事業所 34%，在宅医療・介護連携グループ数 29%であった。

当該事業のタスクの実施は、地域資源の活用 15%，会議開催 61%，研修実施 56%，24時間体制 24%，地域包括支援センター支援 24%，情報共有システム導入 28%，住民啓発 47%，かかりつけ医への後方支援 24%であった。

## 3) 結果指標(図9)

行政・医師会・介護を含む在宅医療多職種連携会議の実施 42%，開催数 2.0(1.0-12.0)，各地域の在宅医療推進リーダー育成 44%，人数 5.0(0.3-16.6)，24時間体制の構築 27%，体制化数 0(0-1.0)，参入医師数 7.0(2.0-16.0)人，地域包括支援センター支援 19%，回数 4.0(0-103)，情報共有システムの構築 36%，システム化数 1.0(0-1.0)18%，在宅から病院への緊急搬送数 18%，搬送回数 17.0(2.0-58.59)であった。在宅看取り数 32%，介護老人保健施設看取り数 28%であった。

## (4) 主体3分類による活動性の検討

構造指標の短期入所生活介護利用者数と短期入所療養介護利用者数の把握，過程指標のうち、行政・医療・介護を含む在宅医療多職種連携会議の実施，研修実施，住民普及・啓発活動について，行政の回答割合は医師会や他より高かった( $p<0.05$ )。

## D. 考察

### 1) H25年度在宅医療推進事業の進捗状況

H25年12月末におけるH25年度在宅医療推進事業実施事業所の活動状況の検討から，在宅拠点数は大幅に増えたが，各都道府県により，その数と主体の種別に偏りがみられた。また，H24年度在宅医療連携拠点事業実施主体の継続割合が約20%と決して多くなかったことから，H24年度事業からの継続・発展性，全国的な均霑化には至っていないことが明らかになった。これらは，各地域の在宅医療介護推進への取り組み，取り組みの主体・ステークホルダー等の様々な要因が関連すると考えるが，むしろ，行政と医師会が各々半数程度を占めていたことから，地域包括ケアの実現に向かって整備されつつあるとも言えよう。

### 2) H25年度在宅拠点の活動性の評価：客観的評価指標の検討

当該事業の7つのタスクについて，対象の70%以上が会議開催，研修実施，住民啓発を取組予定と回答していた。H24年度在宅拠点の活動性の評価においても，ほぼ近似した結果が得られていたことから，在宅医療多職種連携会議・研修・啓発活動は行政・医師会が取組みやすい在宅医療推進活動であることが示された。これらを一つの機とし在宅医療介護推進に取り組むことは有用と考える。一方，会議等の開催がどの対象にどのように，または，在宅



医療介護推進の何に寄与するかについて科学的に検討された研究は見当たらず、効果的な会議等の検討が今後の課題であろう。

次に、地域資源の活用への取組予定は60%であったが、構造指標の把握は40%程度、過程は30%であった。このことから、「地域全体を見回す」という行政等に求められた機能を十分に果たし得てない可能性が考えられる。評価指標としては、医療機関、医療・介護事業所等の把握は70%と比較的高く、行政等が把握可能な指標であることが示唆された。しかし、在宅療養移行支援の要である退院支援担当者配置が30~40%であったことは、各地域の在宅と医療機関との在宅支援への認知が十分ではないことが明らかになった。更に、薬剤、栄養、歯科衛生などは20%程度と低く、これら指標の把握に課題があることが明らかになった。

地域包括支援センター支援、効率的情報共有への取組みは60%であった。在宅医療多職種連携において、医療と介護の敷居・垣根意識、共通言語不足等が障壁とされてきた。これらの障壁に対し、医療から介護への接近の重要性が挙げられており、今後の効果が期待される。在宅医療推進活動の過程指標・結果指標の把握が30%と決して高くはなかった。これは、当該事業の進捗状況により、事業、即ち、在宅医療介護推進活動開始初期に相当することが関連すると考えられる。そのため、活動の結果を評価し得ているとは言い難いとする。今後も継続に評価することが必要である。

また、24時間体制は40%であった。従来から在宅医療の阻害要因として24時間対応体制の構築が挙げられ、H24年度在宅拠点の評価でも課題であった。会議等の開催だけでは、各地域住民を巻き込んだ在宅医療介護推進の実現は困難と考える。結果指標からも、24時間体制構築化が約20%だったことから、在宅医療推進事業が3年目を迎えても尚、在宅拠点の24時間体制への取組が困難であることが明らかになった。全国的な在宅医療推進の高まりの中、現実課題とし、高齢者と家族が在宅で最期まで安心して暮らせる体制構築の検討の必要性が示唆された。但し、24時間体制については、単に構造のみでは解決できないと考えられる。そこで、地域包括支援センター支援、効率的情報共有を含めた、在宅医療介護推進活動（過程指標）のより詳細な検討の必要性が示唆された。

最後に、主体3分類による検討から、短期入所生活・療養介護利用者数や会議・研修・住民啓発の実施状況の把握について行政が他よりも有意に多かったことは、行政が、行政指標として把握しやすい指標があると考えられる。また、行政が会議等の実施状況を把握し、各地域での広報や相談窓口、場の提供、それらを各地域の在宅医療介護推進に発展させることの可能性が伺えた。今後は、H25年度の在宅拠点の活動状況における客観的指標について、把握可能性と有用性をより詳細に検討することが課題である。

本研究は、H25年度当該事業の進捗状況が予定よりかなり遅れた状況であったことから、3つの側面での客観的評価指標の把握、在宅拠点の活動性を十分現実を反映していない可能性が考えられる。また、本研究に不参加の約70%の事業所の検討も課題である。

## E. 結論

- ・ 在宅拠点の質を評価する指標を策定した。
- ・ H25 年 12 月末時点において「H25 年度地域医療再生基金による在宅医療推進事業」を実施する都道府県は 36, 事業所数は 255 ヶ所であった。
- ・ 客観的評価指標を用いた H25 年度在宅医療推進事業実施主体の活動性の評価から, H25 年度当該事業実施主体は H24 年度在宅拠点と近似し, 主な取組予定が主に会議・研修・住民啓発であり, 地域資源の活用, 24 時間体制構築の活動が低いことが明らかになった。
- ・ 客観的指標について, 構造指標・過程指標・結果指標において各々ばらつきはあるものの, 概ね把握可能であることが明らかになった。また, 在宅医療介護推進活動とその結果, 即ち, 過程指標と結果指標について, より詳細に検討する必要性が示唆された。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 大島浩子:在宅医療推進における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) 大島浩子, 鳥羽研二, 辻哲夫, 山本さやか, 鈴木隆雄, 大島伸一:質的評価からみた在宅医療連携拠点のこれからの活動.日本在宅医学会雑誌. 15(1), 61-62, 2013.
- 3) 大島浩子:在宅医療の新しい展開. 国は在宅医療をどのように普及させようとしているのでしょうか. Geriatric Medicine, 51(5), 515-517, 2013.

### 2. 学会発表

- 1) 大島浩子, 鳥羽研二, 山本さやか, 鈴木隆雄, 大島伸一:在宅医療連携拠点の活動初期における在宅療養患者の受け入れ状況.日本老年看護学会第 18 回学術集会. 大阪. 6 月 6 日 2013.
- 2) Ohshima H, Ohshima S, Yamamoto S, Suzuki T, Toba K:Characteristics of home health care liaison centers activities, according to types of business by work contents in Japan. 9<sup>th</sup> International Nursing Conference & 3<sup>rd</sup> World Academy of Nursing Science. Seoul, Korea. Oct 18, 2013.
- 3) 大島浩子:在宅医連携拠点事業における在宅医療連携活動の実態. 第 38 回日本看護科学学会学術集会. 大阪. 12 月 6 日 2013.

## 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

客観的指標

ストラチャー指標

指標	測定サイト	測定ツール	集約単位	指標値	説明
在宅療養支援診療所数	各都道府県	e-Stat	平均20年度診療所数(施設・形態・種別)	1,586	一般診療所数、総合診療支援診療所の数(休業・廃業の施設・形態別)
在宅療養支援診療所数	各都道府県	e-Stat	平均20年度診療所数(施設・形態・種別)	1,586	一般診療所数、総合診療支援診療所の数(休業・廃業の施設・形態別)
医師数(在宅診療)	各都道府県	e-Stat	平均20年度在宅診療士数(種別・専攻)	1,586	一般診療所数、総合診療支援診療所の数(休業・廃業の施設・形態別)
在宅療養支援診療所数	各都道府県	e-Stat	平均20年度在宅診療士数(種別・専攻)	1,586	一般診療所数、総合診療支援診療所の数(休業・廃業の施設・形態別)
在宅療養支援診療所数	各都道府県	e-Stat	平均20年度在宅診療士数(種別・専攻)	1,586	一般診療所数、総合診療支援診療所の数(休業・廃業の施設・形態別)

プロセス指標

指標	測定サイト	測定ツール	集約単位	指標値	説明
在宅療養支援診療所数	各都道府県	e-Stat	平均20年度診療所数(施設・形態・種別)	1,586	一般診療所数、総合診療支援診療所の数(休業・廃業の施設・形態別)
在宅療養支援診療所数	各都道府県	e-Stat	平均20年度診療所数(施設・形態・種別)	1,586	一般診療所数、総合診療支援診療所の数(休業・廃業の施設・形態別)
在宅療養支援診療所数	各都道府県	e-Stat	平均20年度診療所数(施設・形態・種別)	1,586	一般診療所数、総合診療支援診療所の数(休業・廃業の施設・形態別)
在宅療養支援診療所数	各都道府県	e-Stat	平均20年度診療所数(施設・形態・種別)	1,586	一般診療所数、総合診療支援診療所の数(休業・廃業の施設・形態別)
在宅療養支援診療所数	各都道府県	e-Stat	平均20年度診療所数(施設・形態・種別)	1,586	一般診療所数、総合診療支援診療所の数(休業・廃業の施設・形態別)

アウトカム指標

指標	測定サイト	測定ツール	集約単位	指標値	説明
在宅療養支援診療所数	各都道府県	e-Stat	平均20年度診療所数(施設・形態・種別)	1,586	一般診療所数、総合診療支援診療所の数(休業・廃業の施設・形態別)
在宅療養支援診療所数	各都道府県	e-Stat	平均20年度診療所数(施設・形態・種別)	1,586	一般診療所数、総合診療支援診療所の数(休業・廃業の施設・形態別)
在宅療養支援診療所数	各都道府県	e-Stat	平均20年度診療所数(施設・形態・種別)	1,586	一般診療所数、総合診療支援診療所の数(休業・廃業の施設・形態別)
在宅療養支援診療所数	各都道府県	e-Stat	平均20年度診療所数(施設・形態・種別)	1,586	一般診療所数、総合診療支援診療所の数(休業・廃業の施設・形態別)
在宅療養支援診療所数	各都道府県	e-Stat	平均20年度診療所数(施設・形態・種別)	1,586	一般診療所数、総合診療支援診療所の数(休業・廃業の施設・形態別)

図1. 客観的指標一覧

図2. H25年度在宅医療推進事業所実施主体別

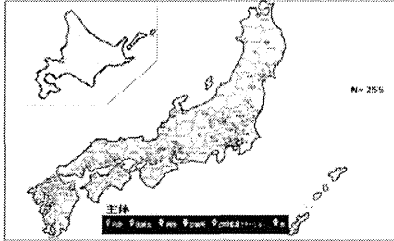


図3. H24年度からH25年度事業へ継続

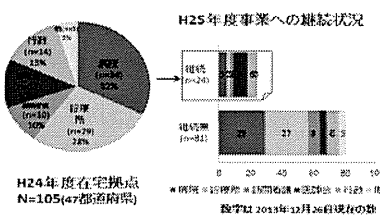


図4. H25年度在宅医療推進事業：都道府県別実施主体数

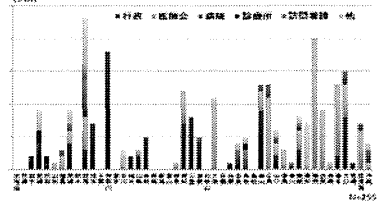


図5. H25年度在宅医療推進事業7つの取り組み状況

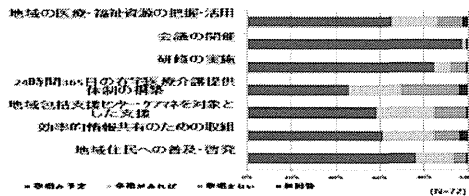


図6. 取組むタスクの数

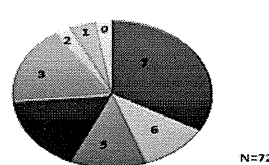


図7. 構造指標

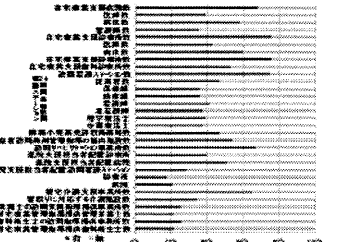
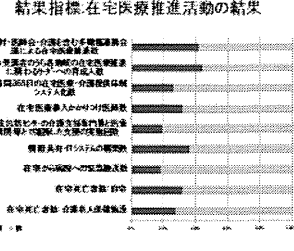


図8. 過程指標



図9. 結果



厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

「在宅拠点の質の向上のための介入に資する、活動性の客観的評価に関する研究」

(H24-医療-指定-038) 分担研究名「在宅医療連携拠点事業所のヒアリング評価」

研究分担者： 三浦 久幸（国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長）  
洪 英在（国立長寿医療研究センター在宅連携医療部医師）  
山岡 朗子（国立長寿医療研究センター在宅連携医療部医師）  
研究協力者： 千田 一嘉（国立長寿医療研究センター在宅連携医療部医師）  
後藤 友子（国立長寿医療研究センター在宅連携医療部研究員）

#### 研究要旨

H24 年度の在宅医療連携拠点事業所への訪問等による進捗管理（全体）及び H25 年度の県の再生基金による在宅医療推進事業移行後の拠点活動の把握（抽出した地域）により、今後、在宅医療・介護を推進する上での枠組みとして、一つには、地域での生活を支えつつ医療を提供するという、地域包括ケアシステムと連動した在宅医療推進のプロセスが必要であるということ、さらには、市町村を全体のコーディネーターとして、在宅医療連携拠点（医師会等）、介護の中核である地域包括支援センターが協働しながら、地域の在宅医療・介護の実践者をサポートして行くという体制が必要であるということを取りまとめた。この内容を骨格として、関係機関や県、市町村担当者等の校正後に、最終的に冊子としてとりまとめ「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」を作成した。

#### A. 研究目的

H23年度に行われた、全国10カ所の在宅医療連携拠点事業では、拠点となり得る事業体（在宅療養支援診療所・病院、訪問看護ステーション、一般病院、医師会、行政）ごとに検討されたが、今後、全国的な在宅医療連携拠点を形成するためには、その拠点形成に関わる理念、選出方法、論点（アウトカム評価）を策定する必要がある。

本研究では、平成 24 年度に全国 105 ヶ所の拠点組織に対して、拠点からの問い合わせや事業所訪問によるインタビュー調査により、拠点に与えられた 5 つのタスクすなわち、1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出、2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援、3) 効率的な医療提供のための多職種連携、4) 在宅医療に関する地域住民への普及啓発、5) 在宅医療に従事する人材育成についての進捗状況管理を行うとともに、地域差、組織の違いによる得手不得手の分野などを考察し、事業を進める上での課題の明確化と類似組織の成功例を考慮したアドバイスを行った。これらの活動を通じて質的評価を行った結果、地域で面的に連携構築ができる要素としては、1) 地域の関係者に信頼が得られやすい組織と基盤を持つ、2) 地域の実情(人材や機関、経済状況等を包括)に精通し、地域ニーズに基づいた助言や支援が提供できる、3) 拠点事業所内で、決定機関や決定者とも対等に意見交換ができ、地域や関係者