

201325044B

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24年度～平成25年度 総合研究報告書

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24年度～平成25年度 総合研究報告書

研究代表者 大島 伸一

平成26 (2014) 年3月

目 次

I. 総合研究報告

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

(資料)在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 …………… 59

III. 研究成果の刊行物・別刷 …………… 61

I. 総合研究報告

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）

総合研究報告書

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（H25年度）
	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（H25年度）
	遠藤 英俊	国立長寿医療研究センター	内科総合診療部長（H24年度）
	寺西 正美	国立長寿医療研究センター	看護部長（H24年度）
	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
	武林 亨	慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学	教授（H24年度）

研究要旨

本研究は、今後の全国的な在宅医療連携拠点の形成に向けて、拠点形成に関わる理念、選出方法、論点（結果評価）を策定することを目的とした。また、「終末期医療に関する意識調査等検討会」において活用するための、終末期医療の提供に当たっての課題を明らかにすることを目的とした。

H24年度は、拠点事業の進捗管理及び技術的支援とともに、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、量的な評価を行った。

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

1-1) H24年度在宅医療連携拠点事業の進捗管理、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、実地踏査、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た。次に、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「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。

1-2) 在宅拠点の活動性の評価：客観的評価指標の検討

H24年度在宅医療連携拠点事業所 105ヶ所を対象とした、当該事業開始初期と終了時期の活動性の評価と検討から、会議等実施の活動性が高い一方、24時間体制、在宅看取り、かかりつけ医師の在宅医療への参入活動、地域資源の把握、市町村・医師会からの補完機能が低いことが示唆された。

H25年度は、H24年度の知見と医療計画等関連の指標のレビューから、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。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 を対象に、客観的指標を用いた自記式質問紙調査を実施した。72主体の検討から、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。行政は他より、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。

2) 拠点の医師の拠点医師活動モデルの検討：

2-1) 1人開業の診療所医師への24時間往診体制確保に関する負担軽減策の検討

医師グループ内で24時間往診体制を確保する際の5類型例、病院が担うべき対策として4つの類型例を示した。

2-2) かかりつけ医師の在宅医療への参画を促す研修会の他地域への転用可能性の検討

「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」について、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。

研究背景

現在、在宅療養支援診療所・病院が少しずつ増えているが、24時間対応や緊急時対応、看取りを含めたターミナルケア等の体制の確保が課題である。また、高齢者の希望を尊重し、在宅等での生活を継続するためには、医療と介護が連携した包括的なサービスの提供が必要である。介護側の連携を調整する地域包括支援センターの整備が進められているが、医療・介護のシームレスな連携には不十分である。そのため、医療側から介護への連携を図る仕組みを早急に整備し、地域包括ケア体制の実現が課題である。

一般国民において、医療知識の程度、家族等の看取り経験の有無等により、終末期医療に関する調査かに対する理解の程度や想定する場面等が異なることが想定される。また、終末期医療提供者側における課題は、個々の事例ごとに異なることが想定されることから、国民意識調査等の一律な調査では終末期医療への対応は把握困難である。

期待される成果

本事業は、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を軽減しつつ構築するとともに、医療側からの介護への連携を図る取り組みのモデルを構築する在宅医療連携拠点事業の効果の評価を行うものであり、今後の施策に与える影響は大きいと考えられる。

また、終末期医療への対応を検討することで、終末期医療の提供に当たり、医療者等が抱える課題を明らかにし、今後の患者本人の意思を尊重した医療提供体制の構築に当たっての知見を提供する。なお、本研究で得られた成果については、必要に応じ、「終末期医療に関する意識調査等検討会」において活用するものとする。

A. 研究目的

1) 拠点活動状況調査・助言とその検討：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。

1-1) 在宅連携拠点在宅医療連携拠点事業の進捗管理・評価を通して、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であった。

1-2) 在宅拠点の質を評価する客観的指標の策定と、在宅拠点の活動状況の評価し検討することであった。

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、汎用的方法論の確立のため、(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、を検討することであった。

3) 終末期医療への対応

3-1) 望ましい終末期ケア・医療を提供するために、在宅医療における認知症患者、胃瘻患者に関する実態を明らかにし、終末期医療提供体制のあり方を検討することであった。

3-2) 諸外国の終末期医療、法的対応を明らかにし、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であった。

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

H24年度は、H24年度在宅医療連携拠点事業所の進捗管理とヒアリング調査を実施した。H25年度は、H24年度の結果と在宅医療推進事業移行後の拠点活動状況を基に、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年度は、在宅医療連携拠点事業所の活動状況の評価する指標を策定し、全105拠点を対象とし事業の初期と終了期に質問紙質郵送調査による検討を行った。H25年度は、上記の知見を基に、医療計画を考慮した市町村等を対象とした客観的評価指標（構造・過程・結果の指標）を策定し、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の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客観的評価指標を用いた検討を実施した。

2) 拠点医師活動モデルの検討

2-1)) 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：

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、多職種研修会の汎用構造のあり方を検討した。

2-2) 24時間往診体制確保に関する負担軽減策の検討：

1人開業の診療所医師が負担なく24時間体制を確保できるような工夫について、柏市や複数地域の特性に応じたあり方を検討した。

3) 終末期医療に対する対応の検討

3-1) 東京都内の全ての在宅療養支援診療所の医師（以下、在宅医）を対象とするアンケート調査、及び、日本消化器内視鏡学会の専門医（以下、専門医）を対象とする胃瘻患者に関するアンケート調査を行った。

3-3) 諸外国の終末期医療に対する検討：

H25 年度は、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」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)

研究 1-2)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、研究 2)は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を得て実施、研究 3)は、対象の人権擁護上の配慮のもと、不利益、危険性を排除し、説明と同意に基づき実施した。

C. 研究結果

1) 拠点活動状況調査助言とその検討

1-1) H24 年度はヒアリング調査等の結果から、各地域特性や拠点の種類別の在宅医療・介護連携推進の枠組みを考察し提言した(三浦、遠藤、研究協力者：後藤)。また、医師会による「顔の見える関係」を重要視した多職種連携の場の設定と情報共有システム(Net4U)等の活用が円滑な連携に寄与する可能性を明らかにした(武林、研究協力者：原田)。

H25 年度は、上記と、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、今後の在宅医療・介護を推進する上での枠組みを明確にし、「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック案」を作成した。次に、厚生労働省や日本医師会などの有識者より助言を得て校正した後、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(三浦、洪、山岡、研究協力者：千田、後藤)。

1-2) H24 年度は拠点の活動性の評価指標の策定と 105 拠点の評価から、会議・フォーラム開催活動性は高いが、24 時間体制の構築、在宅看取り、かかりつけ医師の参入活動の実施、市町村・医師会からの補完機能が低いことを明らかにした(大島、鳥羽、大島(浩)、寺西、研究協力者：鈴木)。

H25 年度は客観的評価指標を用いた自記式質問紙調査から、H25 在宅医療推進事業実施主体 255 のうち 72(回収率：28%)から回答を得た。当該事業のタスクについて取組予定と回答した割合は、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。客観的指標による活動性の評価から、構造指標の回答割合は、概ね 50～80%だが、訪問診療実施医療機関数、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%と低く、過程指標と結果指標は、概ね 20%～40%と低かった。事業のタスクは、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。主体別の検討から、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、行政の回答割合は他より高かった ($p < 0.05$) (大島，鳥羽，大島(浩)，研究協力者：鈴木)。

2) 拠点医師活動モデルの検討

2-1) 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

H24 年度は、効果的・汎用的な研修会について構造面・内容面の要件を整理し、「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」を開発した。

H25 年度は、暫定的結論「効果的・汎用的な研修会のあり方」の検討から、ほぼ全数に、連続性を考慮した同一市町村内の多職種を対象とし、多職種による議論の場が意図的に設定されていた。一方、郡市医師会と市町村行政がタッグを組み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。

2-2) 24 時間往診体制確保に関する負担軽減策の検討：医師グループ内で 24 時間往診体制を確保する際の 5 類型例、病院が担うべき対策として、在宅療養者を一時的に受け入れるバックアップベッドの 4 つの類型例を示した。

3) 終末期ケアに対する対応の検討

3-1) 専門医、在宅医ともに胃瘻抜去後経口摂取可能な患者は 11%と回答し、胃瘻造設患者のうち認知症有りとは回答した割合は、専門医において 70%，在宅医において 76%であった消化器医と在宅医の間に、認知症の進んだ患者への胃瘻の適応の知識や態度に、有意な差はなかった。(池上，研究協力者：吉村，池田)。

3-2) 韓仏英米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 つの論点が整理された。具体的に、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(池上，研究協力者：町野，奥野，近藤，橋爪，趙，水留，池田)。

D. 考察

1) 拠点活動状況調査助言とその検討

1-1) 作成されたハンドブックは、今後、在宅医療に関係する医療機関間の連携強化、24時間体制の負担を軽減しつつ構築するとともに、医療から介護へ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。このハンドブックにより、行政、医師会との良好な関係構築や、地域の面展開にどの程度寄与できるかは、今後、実際の使用による有用性評価・検討が必要である。

1-2) H24年度拠点の活動性の評価から、拠点のみでは24時間在宅医療連携体制の構築困難であり、医師会や行政が全面的に支援する必要性が示唆された。

上記を踏まえた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時間体制構築への取り組みが低いこと、客観的指標(構造・過程・結果)は概ね把握可能であることが明らかになった。更に、在宅医療介護推進活動とその結果の指標について、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：かかりつけ医師の動機付け研修

「かかりつけ医師の動機付け研修」は在宅医療参画への初速を与え、24時間体制負担軽減策は在宅医療参画後の速度を維持し続けるものと言える。かかりつけ医の在宅医療への参画には、この2つの取り組みが車の両輪のように機能することが重要であろう。また、「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」の枠組(要素)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。また課題として、同行訪問の実現にはある程度機運が高まった地域での実施、地方の医師の固定化による同行不要という意識が働いている可能性も考えられた。

3) 終末期ケアに対する対応の検討

3-1) 胃瘻から離脱できる患者は少ないこと、胃瘻造設患者のうちで認知症があると思われる者の割合が高いことが示された。消化器医と在宅医の間に、認知症の進んだ患者への胃瘻の適応の知識や態度に、有意な差はなかった。

3-2) 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、4ヶ国においても、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る。各国の終末期医療の状況等を検討し、我が国における法律を必要とする事情や、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、「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」の作成

1-1) H24 年度在宅医療連携拠点事業では、各事業所に約 2 千万円の助成金が投入された。そこで、当該事業実施主体の活動性の質を担保するために、国立長寿医療研究センターは在宅医療連携拠点事業事務局として、全国の 74 拠点への実地踏査・助言と事業活動の進捗管理、及び、人材育成事業（都道府県リーダー研修）を行った。

また、在宅拠点の質を評価する指標を策定した。当該事業開始初期と終了時期の在宅拠点前 105 ヶ所の活動性の評価を実施したところ、在宅拠点の事業終了期の活動性は初期に比して概ね改善が認められた。一方、24 時間在宅医療連携体制、かかりつけ医の参入活動、市町村・医師会からの補完機能には課題が示唆された。

1-2) H25 年度は、上記の知見を基に、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。今後、実際の使用を通じて有用性を評価する必要がある。

また、H25 年度在宅医療推進事業では、在宅拠点数が 105 から 255 と大幅に増え、拠点の主な種別が病院から行政・医師会へと構造に変化がみられた。これら、H25 年度当該事業実施主体の活動性の評価から、H24 年度在宅拠点と近似し、会議・研修・住民啓発活動が主であり、地域資源の活用、24 時間体制構築、かかりつけ医の在宅医療参入活動が低いことが明らかになった。客観的指標は概ね把握可能であるが、在宅医療介護推進活動とその結果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。更に今後も、H24 年度からの継続課題である 24 時間体制の構築、かかりつけ医師の在宅医療への参入活動の改善に向けて、行政・医師会対象の研修や、上記ハンドブックの活用等の必要性が示唆された。

2) 拠点医師活動モデルの検討

2-1) H24 年度は、かかりつけ医の動機付けのモデルの 1 つとして地域を単位とする研修会「在宅医療研修モデル地域養成検討会（仮称）」の企画、開催に取り組んだ。

H25 年度は、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を整理した。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。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。

2-2) 一般開業医等がグループを組む際の 24 時間往診等体制の確保策のモデルを類型化し、地域の特性に合った選択のための基礎資料を提供した。

3) 終末期医療に対する対応

3-1) 消化器医と在宅医に、認知症の進んだ患者への胃瘻の適応の知識や態度に違いはなかった。胃瘻造設患者のうちで経口摂取に復帰し抜去できる者は約 1 割と極めて低いことが示された。胃瘻造設患者の約 7 割が認知症と推定された。年間胃瘻造設患者数は約 17 ～19 万人と推定された。

3-2) 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：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): 111-123. 2012.
- 2) 三浦久幸:在宅医療連携拠点事業における国立長寿医療研究センターの役割について. 日本在宅医学会雑誌. 14(2): 125-129. 2012.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 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) 大島伸一: 多死社会に向けて在宅医療をどう普及させるか?. 第15回日本在宅医学会大会. シンポジウム(国立長寿医療研究センターとしての取り組み). 基調講演. 松山. 2013年3月31日.
- 2) 三浦久幸: 在宅医療推進事業概要. 第15回日本在宅医学会大会. シンポジウム(国立長寿医療研究センターとしての取り組み). 松山. 2013年3月31日.
- 3) 大島浩子: 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. シンポジウム(国立長寿医療研究センターとしての取り組み). 松山. 2013年3月31日.
- 4) 鳥羽研二, 三浦久幸, 千田一嘉, 後藤友子, 大島浩子, 洪英在: 在宅医療ナショナルセンターとしての国立長寿医療研究センターの取り組み. 第15回日本在宅医学会大会. シンポジウム. 松山. 2013年3月31日.
- 5) 市橋亮一, 三浦久幸, 大島伸一他: 在宅医療連携拠点事業全国大会~他の地域にも広がってほしい取り組み~. 第15回日本在宅医学会大会. シンポジウム. 松山. 2013年3月31日.
- 6) 山本さやか, 大島浩子, 鳥羽研二, 鈴木隆雄, 大島伸一: 在宅医療連携拠点事業開始初期における在宅医療連携拠点の活動状況. 第15回日本在宅医学会大会. 松山. 2013年

3月31日.

- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) 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ー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ー. 第67回国立病院総合医学会. 金沢. 2013年11月9日.
- 10) 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
- 11) 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24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. 都道府県リーダー研修. 東京. 2012年10月13日・14日.
- 2) 国立長寿医療研究センター・勇美記念財団共催: 第8回在宅医療推進フォーラム. 在宅医療連携拠点がめざす地域づくり～新生在宅医療元年～. 東京. 2012年11月23日.
- 3) 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.

在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック

平成25年12月



独立行政法人

国立長寿医療研究センター

目 次

1 在宅医療・介護連携の必要性について	1
(1) 地域包括ケアシステムの構築がますます重要に	1
(2) 在宅医療は地域包括ケアシステムの不可欠の要素	1
(3) まずは、自らの市町村で課題の確認を	2
2 在宅医療・介護連携の進め方	3
(1) はじめに ― それぞれの市町村の状況に応じた施策の展開を	3
(2) 市町村での事業の取組みのフローチャート	4
(3) 市町村における担当課の決定	6
(4) 郡市区医師会との協働	9
(5) 地域包括支援センターの位置づけ	10
3 具体的取組み	11
A. 会議の開催（会議への医療関係者の参加の仲介を含む）.....	12
B. 地域の医療・福祉資源の把握及び活用	17
C. 研修の実施.....	20
D. 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築	24
E. 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施....	29
F. 効率的な情報共有のための取組み （地域連携パスの作成の取組み、 地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式や方法の統一など）..	31
G. 地域住民への普及・啓発	33
H. 年間事業計画.....	35
4 今後に向けて	39
(1) 市町村事業のさらなる向上のために	39
(2) 制度改正の動向.....	41
資料 1) 各市町村の取組みに関する図表等の出典一覧.....	42
資料 2) 地域包括ケアシステム構築への取組みにおいて参考にされたい情報紹介	45

1 在宅医療・介護連携の必要性について

(1) 地域包括ケアシステムの構築がますます重要に

- 2025 年に向け高齢化がさらに進展することが予想されている。

	2012 年 8 月		2025 年
65 歳以上の高齢者	3,058 万人	→	3,657 万人
75 歳以上の後期高齢者	1,511 万人	→	2,179 万人

- 独居の高齢者世帯や高齢者のみの世帯が増加し、さらに首都圏をはじめとする都市部において急速に後期高齢者人口が増えることが予測されている。
- そのような中、多くの国民が自宅等住み慣れた環境での療養を望んでいることから、できる限り住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す必要がある。

そのためには、介護、医療、住まい、生活支援、予防が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築することがますます重要となる。

「市町村が中心となって介護、医療、住まい、生活支援、予防にわたる支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進める」

「経済財政運営と改革の基本方針」（平成 25 年 6 月）

(2) 在宅医療は地域包括ケアシステムの不可欠の要素

- 医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくためには、居宅等において提供される訪問診療等の医療（在宅医療）の提供が、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素となる。
- 今後 2025 年までに団塊の世代が 75 歳以上となり、地域において疾病や要介護状態にある高齢者数が大きく増加することは避けられない状況である。このような中で、在宅医療の提供を含む包括ケアシステムを日常生活圏域の中でこれまでの生活との継続性をもって実現するためには、各々のかかりつけ医がその力を在宅医療の分野で十分に発揮することが重要であり、多くのかかりつけ医の参画を得られるよう、市町村が地域医師会等と協働することにより、面的な提供体制を整えることを目標とする。
- また、従来の在宅医療連携拠点事業の主体をはじめ、それぞれの地域で従前から在宅医療に取り組んでいる医療機関等の豊富な経験は、各地域における事業展開にとって大変貴重であるので、これらの医療機関等の協力を得られるような体制を考慮することが望ましい。

- 在宅医療は、医師に加え、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ関係職種等多くの職種によって提供される。これに介護関係職種を加えた多職種による真に包括的なケアのための協働・連携の体制を整えることが必要である。
- 市町村は、このようなシステムの扇の要として、積極的にその役割を果たしていくことが期待されている。

「地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。」

「これまで取り組んできた在宅医療連携拠点事業について、地域包括推進事業として制度化し、地域包括支援センターや委託を受けた地域医師会等が業務を実施することとすべきである。」

「地域包括ケアシステムの確立は医療・介護サービスの一体改革によって実現するという認識が基本となる。」

社会保障制度改革国民会議報告書(平成 25 年 8 月)

- なお、政府においては、社会保障制度改革国民会議の報告書等をうけて、在宅医療・介護の連携が市町村の介護保険法における地域支援事業の中に位置づけられるよう、あるいは医療計画の中で市町村の在宅医療に向けた取組みを反映させるための制度改革の検討が進められている。

今後は、この改革の動向にも十分留意をしながら、事業を進めていく必要がある。

(3) まずは、自らの市町村で課題の確認を

- 事業の開始に当たっては、上記の事項が自らの市町村で具体的にどのような現状にあり、何が課題となっているのかを担当者が確認することがその第1歩となる。

例えば、市町村の年齢別人口や死亡数等は今後どのように推移するのか、在宅医療に携わる医師、看護師等は充足している状況か、医療と介護の連携は十分図られているか、在宅医療について医療介護関係者そして何より住民の十分な理解は得られているかなどの基本的事項について、統計の活用や現場からの聞き取りなど多様な手法で確認しておくことが重要である。

このことは、その後の市町村内の調整や、関係団体に協力を求める際にも有益である。

{3-A (会議の開催) の項参照}

2 在宅医療・介護連携の進め方

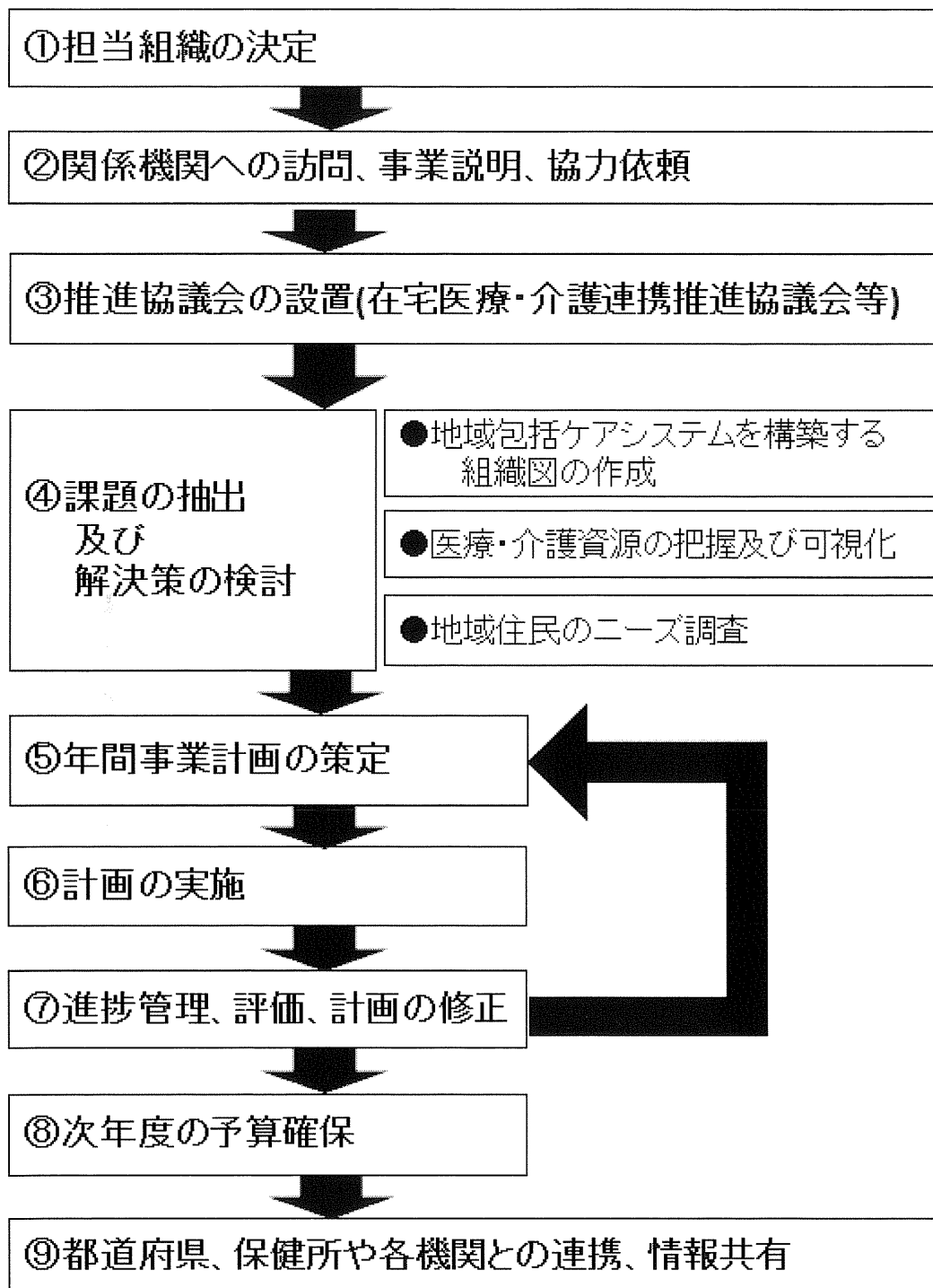
(1) はじめに — それぞれの市町村の状況に応じた施策の展開を

- 言うまでもなく、市町村における状況は一様ではない。人口の状況や地勢、医療・介護資源、これまでの取組み等に応じて、取りうる施策は変わってくる。
- 市町村においては、各種の研修、先行市町村の視察等を通じて様々な実施例を学びながら、地域包括ケアシステムの実現というゴールは踏まえつつ、自らの市町村らしいシステムの構築について検討し、将来的な在宅医療・介護連携のあり方を見据えた上で、実施していくことが基本である。

※ これまでの取組みについては、
(独)国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部のウェブサイト
<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/index.html>
にまとめているので、参考にされたい。

※ 今後、在宅医療の推進、医療・介護連携を市町村中心で進めていくに当たっては、ノウハウの提供や研修の支援等が一層求められているところであり、国立長寿医療研究センターとしては、これまでも厚生労働省から在宅医療に係る人材育成事業の進捗管理等の委託を受けてきたナショナルセンターとして、厚生労働省とともに、市町村等の支援にさらに努力していくこととしている。

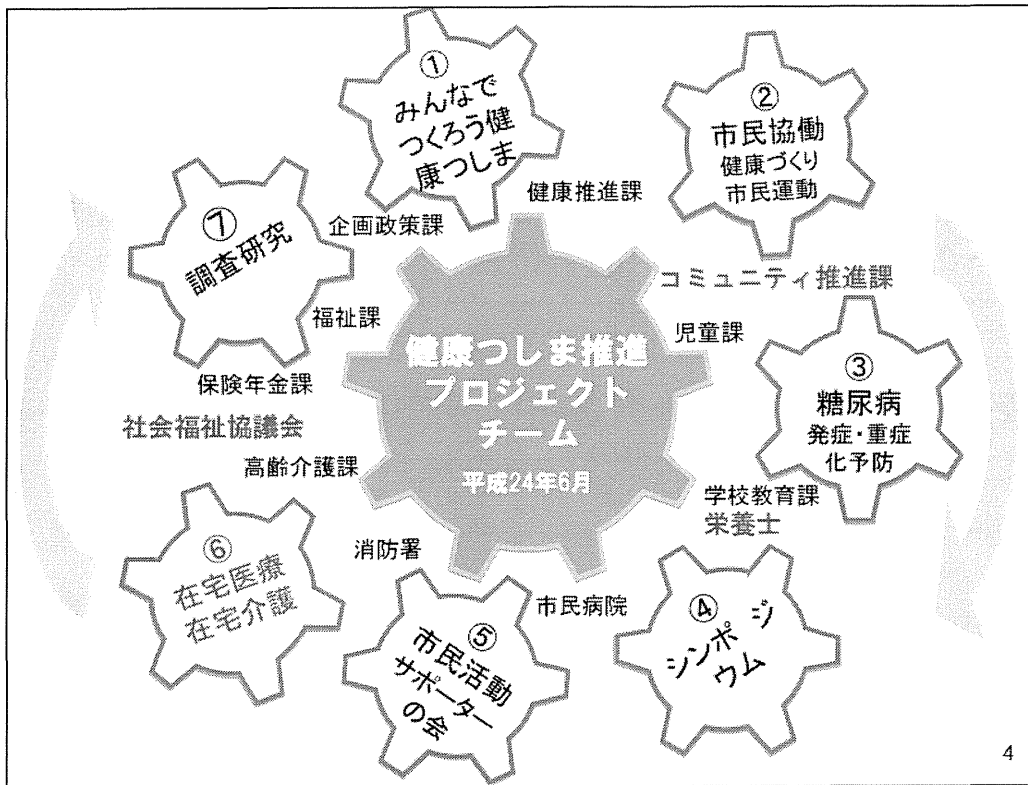
(2) 市町村での事業の取組みのフローチャート



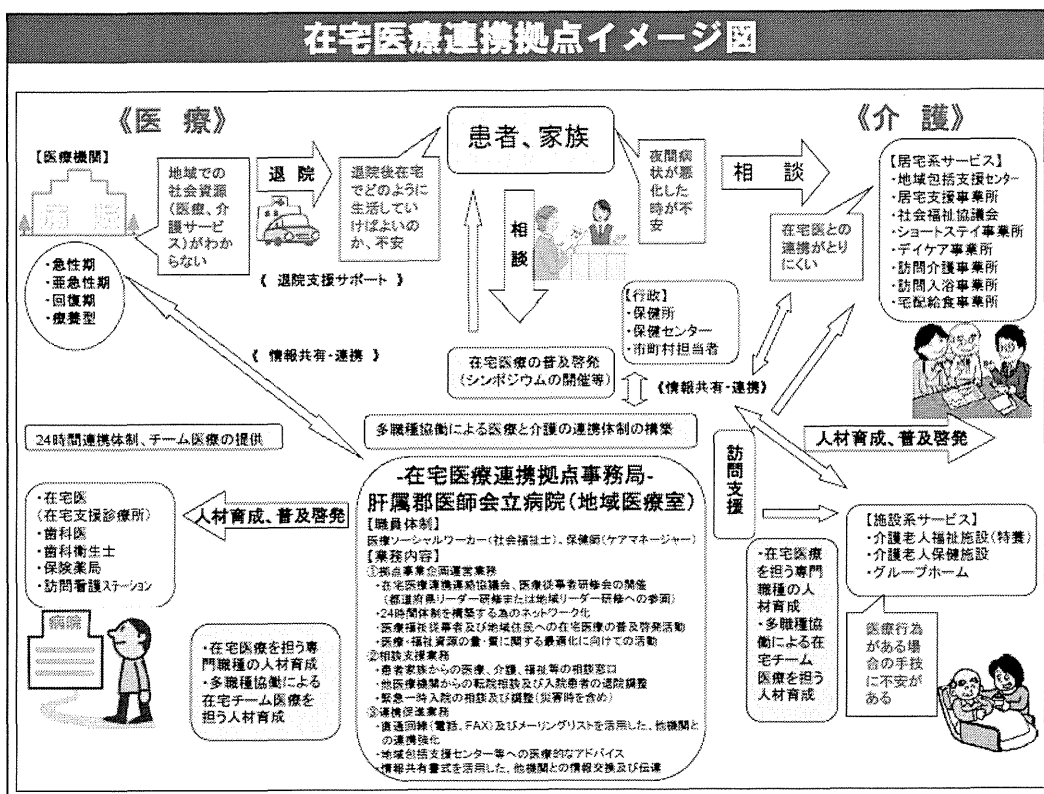
※ 地域包括ケアシステムを構築する組織図とは、地域を構成する資源やつながりを可視化させたものである。

現状においても組織図を作成することで連携状況が把握しやすくなる。

例) 愛知県 津島市における地域の組織図 (図1)



例) 鹿児島県 肝属郡医師会立病院における地域の組織図 (図2)



※地域のどの機関や部署がどのような役割を担い、どのように繋がっているのかを示す