

図1. H24年度からH25年度事業への継続の有無

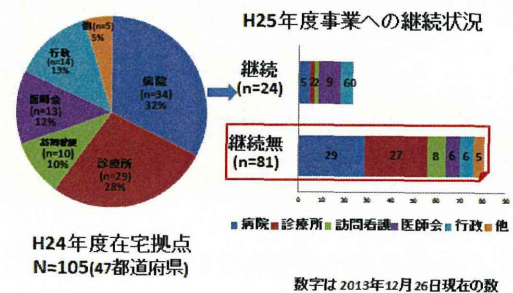
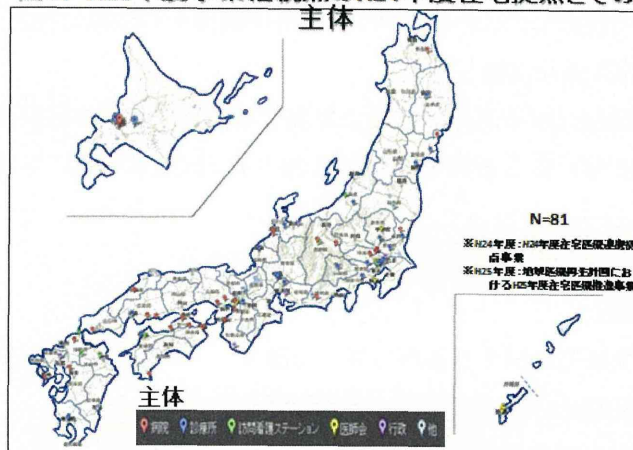


図2. H24年度からH25年度事業への継続の有無



図3. H25年度事業継続無のH24年度在宅拠点とその主体



被災地の再生を考慮した在宅医療教育に関する研究：在宅医療教材の評価

研究分担者：医療法人アスミス 理事長 太田 秀樹

医療法人財団幸実会いらはら診療所 在宅医療部長 和田 忠志

研究要旨

被災地の再生を考慮した在宅医療の教育教材を検討するために、平成 24 年度に作成した教育教材（DVD「はじめよう！在宅医療Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ」）の活用可能性を検討する。

A. 研究目的

本研究は、被災地の再生を考慮した在宅医療の教育教材の開発と検討を目指し、教育教材のひとつである DVD（「はじめよう！在宅医療Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ」）の活用可能性を検討することを目的にし、全国在宅療養支援診療所連絡会会員のうち希望者約 300 名と 2011 年 3 月 11 日東日本大震災後の特定被災地域の在宅医療支援診療所、または往診を実施している診療所等の医師約 400 名を対象とした、教育 DVD の視聴とその評価を実施することで本 DVD の活用可能性、在宅医療多職種連携における教育教材の方向性について検討する。

B. 研究方法

全国在宅療養支援診療所連絡会会員対象のメーリングリストで希望を募り、約 300 名に DVD を発送。さらに、東日本大震災の特定被災地域（*）の在宅療養支援診療所あるいは往診を実施している診療所等を WAM-NET で検索し、およそ 800 ヶ所の医療機関から任意に抽出した 400 名の医師に DVD を送付し、DVD の視聴と評価を実施した。

（*）特定被災地域とは「東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律」（平成 23 年法律第 40 号）第 2 条第 3 項（平成 24 年 2 月 22 日現在）で定義されている 10 県 222 市区町村を指す。

（倫理面への配慮）

- ・本研究は「疫学研究に関する倫理方針」を遵守し、研究対象者個人の尊厳と人権の尊重、個人情報の保護等倫理的観点を十分に配慮し実施する。
- ・本研究への参加、不参加により、回答者が不利益を被ることはない。
- ・得られた個人情報は厳重に管理し、特定されるような個人情報の公表はない。
- ・本研究の趣旨・内容、参加不参加による不利益がないこと等について、調査票に明記する。調査票の返信を以て、本研究への理解及び参加への同意を得たとみなし、個別の同意書は作成しない。

C. 研究結果

2014年2月17日現在で34か所から回答があり、速報ながら結果を報告する。全て診療所からの回答で、東日本大震災の際に、在宅医療を推進する上で被害を受けたと回答した診療所は14件(41.18%)であった。

DVD全体に関する評価(有効回答数32)は概ね良好であった。全体的な出来に関して、31件が良い(「非常に良い=12」「良い=19」と回答していた。各DVDも高い評価を受け、「Ⅰ.在宅医療の心と技」と「Ⅱ.在宅医療の実際」は全員が「非常に良い」「良い」と評価しており、「Ⅲ.病状変化への対応」も34件中33件が「非常に良い」「良い」と評価していた。

各DVDの長さに関しても、全て8割以上が「ちょうどよい長さである」と回答しており、長さも適度であった。ただし、全体になると「長い」との回答が3割を超え、全体としての長さは若干長いと感じるものとなっていたといえる。

「被災地医療に参考になるか」という問に対しても、全体では有効回答の68.75%、「Ⅰ.在宅医療の心と技」は73.53%、「Ⅱ.在宅医療の実際」は76.47%、「Ⅲ.病状変化への対応」は79.41%が、「非常に参考になる」「参考になる」と回答していた。これは被災状況の有無によるt検定による比較を行っても、有意な差は見られず、一般的に被災地医療の参考になると評価を受けたものと考えられる。有意差はないが、特にⅢ.病状変化への対応への評価が高く、在宅医療における病状悪化時のノウハウは、被災地医療に貢献する可能性が示された。

続いて、DVDの内容で各論として取り上げるべき項目について尋ねた所、「緩和医療・終末期ケア」81.25%、「褥瘡」81.25%、「運動器疾患」65.63%、「栄養管理・嚥下障害」71.88%、「人工呼吸器管理・気管切開の管理」46.88%、「経管栄養の管理、カテーテル管理」53.13%、「在宅医療における感染症対応」62.50%と「人工呼吸器管理・気管切開の管理」を除き、5割以上が取り上げるべきと回答していた。特に、「緩和医療・終末期ケア」「褥瘡」「栄養管理・嚥下障害」は7割を超え、教育の必要性を特に感じている項目であることが示された。その他の項目として、「認知症」「家族への指導」「多職種連携」などの記述が見受けられた。

被災地医療に資するかどうかを尋ねると、取り上げるべきとした回答率はそれぞれ、緩和医療・終末期ケア50.00%、「褥瘡」56.25%、「運動器疾患」59.38%、「栄養管理・嚥下障害」50.00%、「人工呼吸器管理・気管切開の管理」28.13%、「経管栄養の管理、カテーテル管理」43.75%、「在宅医療における感染症対応」59.38%となり、「運動器疾患」「感染症」が重視される傾向が見られた。被災地医療になると、その他に認知症をはじめとした「メンタルヘルス」が取り上げられており、精神疾患への対応も視野に入れてまとめる必要があることが示された。

D. 考察

本DVDは、「Ⅰ.在宅医療の心と技」と「Ⅱ.在宅医療の実際」、「Ⅲ.病状変化への対応」という大枠のもと、在宅医療の全体像を示したものであった。視聴した医師からの評価は概ね高く、さらに被災地医療に参考になるものと評価されていた。つまり、在宅医療は生活を営む地域で展開される医療であり、病院を中心としたヘルスケアシステムの崩壊が予想される被災状況では重要だという価値観を多くの医師が共有していることが示されたともいえる。

自由記述の中には、「被災地においても、在宅医療は不可欠となっていく」「テクニックを伝えるだけでなく、在宅医療に取り組む志を持てるような医学教育が必要」などの記載も見られた。このことから、本 DVD を在宅医療・被災地医療の教材として活用する意義は大きいものと考ええる。

課題としては、各論として認知症を含めたメンタルヘルス (PTSD 等) への対応も含める必要性が示唆された。また、今後も様々な職種を対象として活用したいとの声も見られ、他職種に本 DVD がどの程度参考になり、どのような内容が欠けているか確認する必要があるものと考ええる。

E. 結論

在宅医療の精神やノウハウが被災地医療に貢献すると、DVD を視聴した医師の多くが評価していた。DVD そのものへの評価もさることながら、これら DVD に込められた在宅医療への想いが、被災地における医療に備える上で、医師が備えるべき精神であると考えられよう。

今後は、被災状況による比較を詳細に行くと同時に、多くの自由記述欄に貴重な記述回答が見られるため、質的なデータをとりまとめ、考察に移る予定である。これらのデータをもとに、在宅医療、ひいては被災地医療にまで応用が可能な教材作成につなげたいと考える。

F. 健康危険情報

(分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入)

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- ・第 1 回 日本医師会 在宅医リーダー研修会 平成 25 年 7 月 28 日 (日) 講演「在宅医療の過去・現在・未来」

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

3-3) 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

「在宅療養支援診療所を対象とした在宅医療教育に関する調査」

研究分担者 和田忠志 医療法人実幸会 いらはら診療所 在宅医療部長
太田秀樹 医療法人アスミス 理事長 およま城北クリニック 院長
研究協力者 大島浩子 国立長寿医療研究センター在宅医療開発研究部長 看護・介護研究室長

研究要旨

全国の在宅療養支援診療所管理者に対して、被災地の再生に資する在宅医療の妨げになる事柄について、特に教育に焦点をあて、その認識を調査した。全国 13012 ヶ所の在宅療養支援診療所にアンケートを送付し、2541 ヶ所の管理者から回答を得た（回収率 19.5%）。回答した診療所のうち約 5%は調査時点で訪問診療を実施していなかった。

在宅医療開始のハードルとしては医学教育が行われないことが重要な要素と考えられた。在宅医療継続のハードルは 24 時間対応の困難が非常に大きな要素であった。

患者紹介ビジネスは広範に在宅療養支援診療所管理者に接触を行っていた。

また、被災地の特殊性にあわせた在宅医療の再生を行うことの必要性が示唆された。

A. 研究目的

全国の在宅療養支援診療所管理者に対して、被災地の再生に資する在宅医療教育の妨げになる事柄についての認識を調査する。同時に、患者紹介の実態について調査する。

B. 研究方法

往復はがきにアンケート文面を印刷し、全国 13012 ヶ所の在宅療養支援診療所管理者に送付し、回答を得た。アンケート送付先住所は、各厚生支局がインターネット上に公開している在宅療養支援診療所に関するデータを用いた。締め切りは平成 26 年 2 月 16 日消印有効と設定したが、実際には 2 月 21 日金曜日までに分担研究者に届いたはがきすべてを集計した。

企画立案及びアンケート作成は、全国在宅療養支援診療所連絡会教育局および事務局で行い、回収は、いらはら診療所在宅医療部で行い、集計及び分析は、全国在宅療養支援診療所連絡会教育局で行った。アンケートの内容は、回答者属性、在宅医療開始・継続のハードル、在宅患者紹介、多職種連携の阻害要因、被災地の再生に資する在宅医療教育である。

（倫理面への配慮）

本研究への参加・不参加により、回答者が不利益を被ることはない。また、本研究参加により、回答者の所属医療機関や回答者個人が特定されないように配慮した。本研究の内

容は、アンケート発送に先立ち、全国在宅療養支援診療所連絡会暫定倫理委員会、国立長寿医療研究センターの倫理・利益相反委員会で承認を受けた。

C. 研究結果

全国 13012 ヲ所の在宅療養支援診療所に送付し、2541 ヲ所の診療所管理者(医師)から回答を得た(回収率 19.5%)。

1. 在宅療養支援診療所に関する回答内容

(1) 回答医師の年齢と在宅医療経験年数

年齢を回答した医師は 2521 名であった。回答医師の年齢は、20-29 歳 2 名(年齢回答医師のうち 0.1%)、30-39 歳 84 名(3.3%)、40-49 歳 477 名(18.9%)、50-59 歳 996 名(39.5%)、60-69 歳 728 名(28.9%)、70 歳以上 234 名(9.3%)であった。

在宅医療経験年数を回答した医師は 2471 名であった。回答医師経験年数は、5 年未満 323 名(13.1%)、5 年以上 10 年未満 477 名(19.3%)、10 年以上 15 年未満 534 名(21.6%)、15 年以上 20 年未満 406 名(16.4%)、20 年以上 25 年未満 353 名(14.3%)、25 年以上 30 年未満 159 名(6.4%)、30 年以上 219 名(8.9%)であった。

(2) 訪問診療を受ける患者数

当該在宅療養支援診療所において訪問診療を受ける患者数を回答した者は 2430 名であった。当該診療所が回答時に訪問診療を行っている患者数は、20 人未満 1303 診療所(本設問回答者に占める割合は 53.6%)、20 人以上 40 人未満 478 診療所(19.7%)、40 人以上 60 人未満 263 診療所(10.8%)、60 人以上 80 人未満 98 診療所(4.0%)、80 人以上 100 人未満 79 診療所(3.3%)、100 人以上 209 診療所(8.6%)であった。

また、訪問診療患者が 20 人未満の診療所においては、0 人 120 診療所(4.9%)、5 人未満(1-4 人) 425 診療所(17.5%)、5 人以上 10 人未満 344 診療所(14.2%)、10 人以上 15 人未満 248 診療所(10.2%)、15 人以上 20 人未満 166 診療所(6.8%)であった。

2. 医師が在宅医療を開始するにあたってのハードル(重複回答可)

医師が在宅医療を開始するにあたってのハードルについて回答した者は 2506 名、各項目の回答数をあわせた、のべ回答数は 3690 であった。

①「ハードルはない」と答えた回答者は 1050 名(当該設問回答者の 41.9%、のべ回答数の 28.5%)、②「医学部教育で在宅医療が教育されない」は 719 名(回答者の 28.7%、のべ回答数の 19.5%)、③「臨床研修で在宅医療が教育されない」は 877 名(回答者の 35.0%、のべ回答数の 23.8%)、④「適切な教育テキストや映像媒体がない」は 444 名(回答者の 17.7%、のべ回答数の 12.0%)、⑤「その他」は 600 名(回答者の 23.9%、のべ回答数の 16.3%)であった。

3. 医師が在宅医療を業として継続するにあたってのハードル(重複回答可)

医師が在宅医療を業として継続するにあたってのハードルについて回答した者は2518名、各項目の回答数をあわせた、のべ回答数4209であった。

①「ハードルはない」と答えた回答者は386名(当該設問回答者の15.3%、のべ回答数の9.2%)、②「自宅という空間の特殊性」は371名(回答者の14.7%、のべ回答数の8.8%)、③「多職種連携の困難さ」は740名(回答者の29.4%、のべ回答数の17.6%)、④「経営的な困難さ」は348名(回答者の13.8%、のべ回答数の8.3%)、⑤「24時間対応の困難さ」は1896名(回答者の75.3%、のべ回答数の45.0%)、⑥「その他」は468名(回答者の18.6%、のべ回答数の11.1%)であった。

4. 患者紹介業者から在宅患者の接触や紹介

ケアマネジャーや医療・介護の専門職以外の患者紹介業者から在宅患者の接触を受けた経験について回答した者は2508名であった。「接触を受けたことがある」は1184名(47.2%)、「接触を受けたことがない」は1324名(52.8%)であった。

ケアマネジャーや医療・介護の専門職以外の患者紹介業者から在宅患者の紹介を受けた経験について回答した者は2495名であった。「紹介を受けたことがある」は945名(37.9%)、「紹介を受けたことがない」は1550名(62.1%)であった。

5. 自由回答に関して

自由回答欄では、多職種連携に関しては互いの理解が困難なことが指摘された。また、被災地の特殊性にあわせた在宅医療の再生を行うことの必要性が指摘された。

D. 考察

全国の在宅療養支援診療所管理者の約2割からの回答が得られた。回答して下さった在宅療養支援診療所の管理者は、おおむね「比較的意識の高い管理者の集団である」と考えられる。

1. 在宅療養支援診療所に関する回答内容

(1) 回答医師の年齢と在宅医療経験年数

回答管理者は50歳代の医師が最多を占め、次に60歳代、40歳代の順であった。ごくわずか(0.1%)であるが、20歳代の経験の少ない医師が管理者をしている例もあった。

在宅医療経験年数に関しては、10年以上の豊富な経験年数を有する医師が大部分を占めており、30年以上の経験を有する医師も219名(8.9%)と1割近くを占めていた。

(2) 訪問診療を受ける患者数

当該医療機関が訪問診療を行う患者数は、半数以上の診療所で20人未満であり、在宅療

養支援診療所の大部分が外来診療を主体としながら在宅医療を行っている実態が明らかになった。一方で、100名以上の患者を訪問診療で管理している巨大在宅療養支援診療所は209診療所(8.6%)と、回答診療所の1割近くを占めていた。

調査時点で訪問診療を行っている患者がいない(0人)診療所は120カ所(4.9%)あった。すなわち、回答した診療所のうち約5%の在宅療養支援診療所は調査時点で訪問診療を実施していなかった。本調査で回答を寄せた管理者は、在宅療養支援診療所管理者のなかでも比較的意識が高い医師と考えられるため、13012ヶ所全体でみると、これ(4.9%)よりも高い確率で訪問診療を実施していない診療所が存在すると推測される。

2. 医師が在宅医療を開始するにあたってのハードル(重複回答可)

3. 医師が在宅医療を業として継続するにあたってのハードル(重複回答可)

開始に関しては、「ハードルはない」と答えた回答者は1050名と設問回答者の4割を占めていたが、継続に関しては「ハードルはない」と答えた回答者は386名にとどまり、開始に比べて継続が困難であることが示唆された。

開始のハードルのうち、医学教育である卒前・卒後教育で在宅医療が教育されないことの問題に関しては、前者に関しては回答者の29%がそれを指摘し、後者に関しては、回答者の25%がそれを指摘した。そして、あわせて、のべ回答数の40%以上を占めており、重大な問題であると考えられた。医学教育での在宅医療教育の必要性が示唆された。

継続のハードルとしては、「24時間対応の困難さ」は1896名と回答者の75.3%を占めており、回答者の3/4は「24時間対応の困難さ」を感じていることが明らかになった。これまでも、「24時間対応の困難さ」は多くの医師から指摘されてきたが、今回の調査でより明確になったと考える。継続のハードルの第2位は「多職種連携の困難さ」で、740名と回答者の3割がそれを感じていた。これらの困難に比べれば、「自宅という空間の特殊性」「経営的な困難さ」は、比較的困難としては少ないものであることが明確になった。

4. 患者紹介業者から在宅患者の接触や紹介

ケアマネジャーや医療・介護の専門職以外の患者紹介業者から在宅患者の接触を受けた経験については、当該設問回答者の47%(本調査全回答者の46.2%)が経験あり、当該設問回答者の37.9%(本調査全回答者の37.2%)が紹介を受けた経験があった。患者紹介ビジネスが広範な接触を行っている実態が明らかになった。

E. 結論

回答した在宅療養支援診療所のうち、半数以上が20名未満の在宅患者を管理しており、また、約1割弱は100名以上を管理しており、約5%は調査時点で定期的な訪問診療を行う在宅医療を実施していなかった。

在宅医療開始のハードルとしては医学教育が行われないことが重要な要素と考えられた。

在宅医療継続の最大のハードルは、24時間対応の困難であった。

患者紹介ビジネスは広範に在宅療養支援診療所管理者に接触を行っていた。

また、被災地の特殊性にあわせた在宅医療の再生を行うことの必要性が示唆された。

F. 研究発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）なし

Ⅱ. 分担研究報告

研究 4

研究4 テキスト作成と研修の実施

4-1)

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

拠点教育システムに関する研究

研究分担者	飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構	准教授
研究協力者	辻 哲夫	東京大学高齢社会総合研究機構	特任教授
	吉江 悟	東京大学医学部在宅医療学拠点	特任助教
	土屋 瑠見子	東京大学高齢社会総合研究機構	学術支援専門職員

研究要旨

本研究では、千葉県柏市を中心に開発した地域単位の在宅医療研修プログラムを汎用化するためのツールとして、研修運営手順を示した「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 研修運営ガイド」を、国立長寿医療研究センター、東京大学高齢社会総合研究機構、公益社団法人日本医師会、厚生労働省の四者名義により、H25年12月に完成させた。さらに、H26年2月には「在宅医療多職種研修会のモデル地域養成検討会（仮称）」を開催し、全国15地域の関係者による積極的な意見交換を通じて、同ガイドに示されたプログラムをはじめとする地域単位の在宅医療研修の枠組みが全国に普及していくための端緒を与えることができた。今後ともこの取り組みが継続されるよう、地域を超えた意見交換の場の設定や資料の更新が重要と考えられる。

A. 研究目的

超高齢化を目の前にして、真の地域包括ケア体制の具現化が必要とされる中で、特に在宅医療の推進が求められる。我々は千葉県柏市を研究フィールドとして、高齢社会へのまちづくりを目指し、様々な課題解決型の社会実証研究の一つとして、地域のかかりつけ医を対象とした動機づけにつながる在宅医療研修の開発に取り組んできた。その中でも、柏市において同行訪問も取り入れた「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」のモデル構築に積極的に取り組み、繰り返し開催した上で効果検証も行ってきた。本研究では、昨年度に引き続き、研修会運営の手順を示した「研修運営ガイド」の作成を続け、この研修の枠組みを1つの参考として、各地の特性に応じた研修会運営が実現されるような資料を提供することを目指した。さらに、この研修運営ガイドが「活かした」資料となるよう、単に冊子の作成のみならず、その趣旨や活用法を周知する場として「在宅医療多職種研修会のモデル地域養成検討会（仮称）」と称した会を開催し、研修運営ガイドならびにそれに沿った形で開催される研修会の汎用性を検討することを目的とした。

B. 研究方法

(1) 汎用的な研修運営ガイドの作成

昨年作成した案をさらに精練させ、市町村行政と郡市医師会が研修運営事務局となり実

施する際の手順を示した運営ガイドを作成した。

(2) 在宅医療多職種研修会のモデル地域養成検討会（仮称）を通じた汎用性の検討

(1) の作業を終えた後、この運営ガイドが各地での多職種研修会開催を促進するような実効性のあるものとなっているかどうか吟味するべく、「在宅医療多職種研修会のモデル地域養成検討会（仮称）」と称した会を開催した。この検討会には、全国で先行的に在宅医療多職種研修会に取り組んでいる、あるいは取り組む意欲を有している地域の関係者を招集し、運営ガイドに記載されている研修運営を 1 つの例として議論の叩き台を提示しつつ、各地域における在宅医療多職種研修会の効果的なあり方について意見交換を行った。各地域から市町村行政担当者、郡市医師会担当者、在宅医療の実務者、都道府県行政担当者の 4 つのステークホルダーに参加が得られるよう促した。開催後には、参加者に自記式のアンケートへの協力を依頼し、個別のセッションに対する自由意見を収集するとともに、検討会に参加して有用と感じたかどうか、検討会で議論・提案した研修プログラムを自地域に持ち帰って実施できそうか、という点を尋ねた。

(倫理面への配慮)

モデル地域養成検討会（仮称）の開催に際しては、検討会中の意見交換の内容を記録することについて参加者の了解を得た。検討会参加者のアンケートについては、回答をもって協力の意思表示とみなした。

C. 研究結果

(1) 「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 研修運営ガイド」の完成

昨年度からの作業を通じて、H25 年 10 月に国立長寿医療研究センターと東京大学高齢社会総合研究機構の共同名義による「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 研修運営ガイド」を完成させた。特にこのガイドは、在宅医療多職種連携に重きを置いた研修会を開催するために、いつ頃までにどのような方々へご案内し、どのような段取りで参加者を募り、実際の研修会自体に対してどのように進めていくのかという、いわゆる具体的な手順書の位置づけとなる。チェックボックス式になっており、比較的容易に、かつ確実に準備を進めることが出来るガイドである。また、このガイドは、国立長寿医療研究センター主催による「H25 年度在宅医療・介護連携推進事業研修会」の場で配布され、全国の在宅医療・介護連携推進事業担当者へ周知された。

さらに、H25 年 12 月には、公益社団法人日本医師会ならびに厚生労働省より本研修運営ガイドに対する名義使用の了解を得ることができ、国立長寿医療研究センター、東京大学高齢社会総合研究機構、公益社団法人日本医師会、厚生労働省という四者の共同名義による研修運営ガイドとなるとともに、厚生労働省のホームページ上に「在宅医療推進支援ツール」の 1 つとして紹介された。

(2) 在宅医療多職種研修会のモデル地域養成検討会（仮称）を通じた汎用性の検討

研修運営ガイドが完成・公開された後、H26年2月8～9日に、全国15地域の関係者を招集した「在宅医療多職種研修会のモデル地域養成検討会（仮称）」を開催した。

この検討会のプログラムは別紙1の通りである。本学がモデルフィールドとして関与する千葉県柏市を含む全国15地域より、市町村行政担当者19名、郡市医師会担当者22名、在宅医療・介護の実務者13名、都道府県行政担当者10名の参加を得た。これら地域の中には、研修運営ガイドに示された手順に概ね忠実に研修を開催している（あるいは開催する予定である）地域もあれば、その地域で独自に研修会を開発・実施しているところも存在する。都市部から地方部まで地域特性の多様性が保たれるよう配慮しつつ招集が行われた。また、15地域中3地域（柏市を含む）では大学関係者（延べ4名）が人材育成に関与しており、4つのステークホルダーに加えて教育研究の観点から重要な役割を果たしていた。

この検討会は、基本的には全てのセッションにおいて（1）の研修運営ガイドに沿ったプログラムを一例として提示しつつ、地域毎にディスカッションを行う形式をとったが、会の冒頭において、参加者がこのプログラムの骨格と特徴を鳥瞰できるよう、「地域単位の研修会開催例の紹介」という講義・映像視聴のセッションを設け、具体的にイメージしやすいよう配慮した。ただし、運営ガイドの方針に沿って研修を企画することを強く求めるものではなく、あくまで各地域で実効性の高い多職種研修会が企画実施されることが本旨であるため、自由な発想で議論を行うよう検討会の各所で説明するとともに、地域で独自に開発した研修運営の例（研修運営ガイドの手順に基づかないもの）についても積極的に紹介する場面を設けた。

このような一連のセッションを経て、2日間の検討会の最後には、「各地域の実情に応じた研修プログラムの提案」という総括的なセッションを設け、各地域から研修プログラムの提案を受けた。

参加者アンケートでは、「本検討会の最後に提案した研修プログラムを自地域に戻って実現できそうか」という問いに対して「実現できそう／部分的には実現できそう」と回答した者が83%、「全体として検討会に参加して有用であったか」という問いに対して「大変有用／有用」と回答した者が88%であった（図1及び図2；n=60）。自由意見の中では、他地域の取り組みを知ることができ、また他地域の担当者と交流する機会が得られたことを前向きに評価する意見が多く聴かれた。一方、ネガティブな意見としては、検討会のタイムテーブルがタイトで休憩が少なかったことに言及するものが大半であった。

図1. 検討会で提案した研修プログラムを自地域で実現できそうか

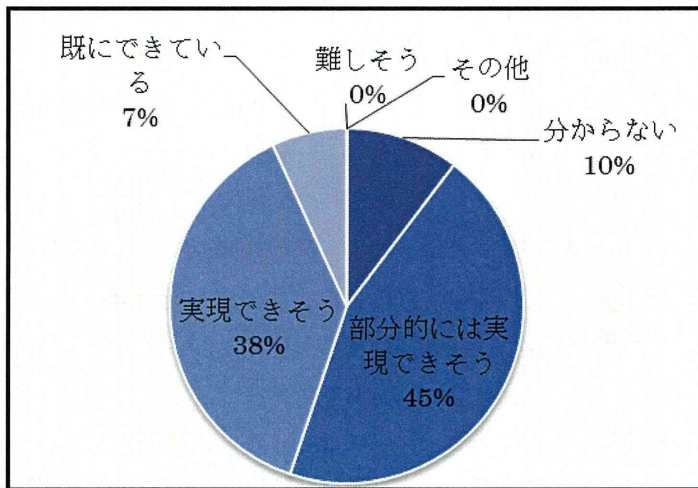
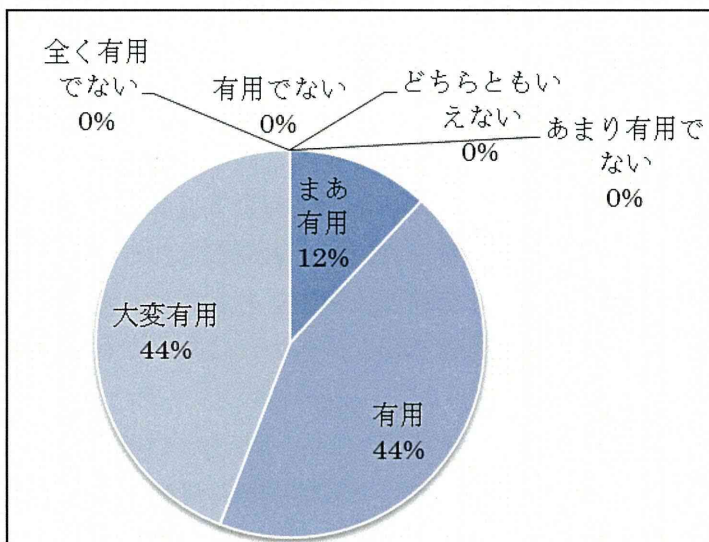


図2. 全体として検討会に参加して有用だったか



D. 考察

本研究を通じ、「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 研修運営ガイド」が完成することができた。われわれ東京大学高齢社会総合研究機構として、以前からより効果的な結果を生む多職種連携研修のモデル構築を目的として精力的に取り組み、特に千葉県柏市をフィールドとして検証してきた。最終的には「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」という形で完成し、かかりつけ医の新規参画および多職種連携のさらなるチームビルディング構築における有効性を確認している。そのために、我々としては、次なるステップとして「いかに汎用性を持たせ、全国の様々な地区が市町村単位で多職種連携研修会の開催にこぎつけられるのか」という点に対しても重きを置いた。同ガイドは、地域包括ケアシステムの構築において中核的な役割を果たす市町村行政や郡

市医師会がこれを参考として地域の研修運営に臨んでもらうことを念頭に置いて作成されたものである。これにより、従来からあまり研修事業を行えていなかった市町村においても、このガイドを活用しながら最初の一步を踏み出しやすくなると推測され、今後の展開が非常に期待される。加えて、作成名義を国立長寿医療研究センター、東京大学高齢社会総合研究機構、公益社団法人日本医師会、厚生労働省という四者のクレジットとしたことで、同ガイドをより波及性の高いものとすることができたと考えられる。

さらに、「在宅医療多職種研修会のモデル地域養成検討会（仮称）」の開催を通じ、同ガイドが多地域において参考資料として活用される端緒を与えることができたと考えられる。今後この検討会に参加したメンバーを中心に、地域単位の多職種研修会の枠組みが全国に普及していくよう、継続的に意見交換の場を設定し、また先進的に取り組まれている地域の情報を迅速に共有できるネットワークづくりにも発展させ、本ガイドも含めた我々の開発した研修プログラムの資料関連をより最新のものに更新していくことが重要と考えられる。

E. 結論

本研究では、昨年度に引き続き地域単位の在宅医療研修の取り組みを汎用化するための手順書づくりに取り組んだ。結果、国立長寿医療研究センター、東京大学高齢社会総合研究機構、公益社団法人日本医師会、厚生労働省という四者の共同名義による「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 研修運営ガイド」をH25年12月に完成させることができた。

さらに、H26年2月には「在宅医療多職種研修会のモデル地域養成検討会（仮称）」を開催し、全国15地域の関係者による積極的な意見交換を通じて、同ガイドに示されたプログラムをはじめとする地域単位の在宅医療研修の枠組みが全国に普及していくための端緒を与えることができた。今後ともこの取り組みが継続されるよう、地域を超えた意見交換の場の設定や資料の更新が重要と考えられる。

今後の全国に向けての在宅医療推進活動において、各地における多職種のチームビルディング構築およびかかりつけ医の新規参画を大きな目標として掲げる中、今回の両取り込みは今後のさらなる推進活動の展開に大いに資することは間違いない。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 飯島勝矢, 辻哲夫: 在宅医療と連携した地域包括ケアのまちづくり・家づくり.
Geriatric Medicine, 52(1), 2014
- 2) 飯島勝矢, 吉江悟, 辻哲夫: 加速する高齢化の中で「治し、支える医療」とは: Aging in Placeを目指して. 月刊公衆衛生情報, 43(6), 4-5, 2013.
飯島勝矢, 辻哲夫. 国として終末期を支えるには 医療施策の立場から. 内科, 112(6),

1400-1405, 2013.

- 3) 吉江悟, 土屋瑠見子, 飯島勝矢, 辻哲夫: 在宅医療を担う人材を「地域」で養成する. 月刊公衆衛生情報, 43(6), 6-7, 2013.
- 4) 辻哲夫, 飯島勝矢: 超高齢社会を迎えるにあたって、現在、何をすべきか. Geriatric Medicine, 51(5), 463-470, 2013.

2. 学会発表

- 1) Iijima, K., Yoshie, S., Kimata, M., Ihori, M., Yamamoto, T., Goto, J., Fujita, S., Takabayashi, K., Kamata, M., & Tsuji, T. New attempt to achieve seamless multidisciplinary cooperation using information and communication technology (ICT) in aggressive promotion of home medical care in Japan. The 20th International Association of Gerontology and Geriatrics World Congress, Seoul. June, 25, 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

本研究の成果物である「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 研修運営ガイド（国立長寿医療研究センター，東京大学高齢社会総合研究機構，公益社団法人日本医師会，厚生労働省）」が「在宅医療推進支援ツール」として厚生労働省ホームページにリンク掲載

別紙 1

在宅医療多職種研修会のモデル地域養成検討会

○趣旨

厚生労働省は、市町村を単位として在宅医療を推進する方針を打ち出しているが、多くの地域では具体的な推進の方策を見出せず、暗中模索の状況にある。そんな中、在宅医療連携拠点事業の評価を担当する国立長寿医療研究センターは、平成24年度事業の総括として、市町村行政と地区医師会がうまく連携できている地域において、在宅医療推進の取り組みが活発であることを示唆している。そこで、市町村行政と地区医師会が中心となる市町村単位のモデル的活動を見出し、汎用化していく具体的な方策を検討する必要がある。

市町村単位の在宅医療推進を考える上での1つの切り口が、「地域単位の在宅医療研修会」である。厚生労働省は、平成24～25年度にかけて「多職種協働による在宅チーム医療を担う人材養成事業」を実施し、また社会保障審議会介護保険部会（平成25年8月28日）資料において「在宅医療・介護連携に関する研修の実施」を例示するなど（別紙1参照）、地域単位の研修会普及の方針を有しているものと解される。このことから、この方針に沿った形で、市町村を単位とする多職種による在宅医療研修会に関する検討会を設置するものである。検討会の参加者が自地域で開催すべき研修会の構成について具体的に検討を行い、各地から視察者が訪れるような研修会のモデル地域を生み出すことを本検討会の主たる目的としている（別紙2参照）。

○地域を単位とした在宅医療研修会のあり方を検討する具体的方策

地域の特性に応じた在宅医療研修会のあり方を検討するために、在宅医療推進の活動に精力的に取り組む全国5～10地域程度を召集し、延べ1日間（土曜午後～日曜午前）にわたる集中的な討議を行う（別紙3参照）。

検討の手順としては、別紙3に示したような項目ごと、論点提起と討論の時間を設ける。論点提起の際には、千葉県柏市等で開催実績のある「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」（千葉県地域医療再生基金及び平成24～25年度厚生労働科学研究費補助金により開発、ホームページ URL：<http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/>）などの例を参考とする。

以上を通じ、各地域の特性に応じた汎用的な在宅医療研修会のあり方（※地域の特性に応じた多様なあり方を許容したもの）を見出す。

在宅医療多職種研修会のモデル地域養成検討会 概要

名称	在宅医療多職種研修会のモデル地域養成検討会
目的	自地域で開催すべき研修会の構成について具体的に検討を行い、各地から視察者が訪れるような研修会のモデル地域を生み出すこと
主催	国立長寿医療研究センター／東京大学高齢社会総合研究機構／東京大学医学部在宅医療学拠点
日程	1日目：平成26年2月8日（土）14:00～18:30（開場 13:30） ※1日目の研修終了後に交流を目的とした懇談会を予定 2日目：平成26年2月9日（日） 9:00～12:30（開場 8:30）
会場	TKP 大手町カンファレンスセンター22階ホール 22B 室 〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-8-1 KDDI 大手町ビル 22F
参加対象	在宅医療推進の活動に精力的に取り組む全国の、①市町村地域包括ケア担当者もしくは地域医療担当者、②地区医師会担当理事、③在宅医療推進事業（平成24年度補正予算地域医療再生交付金によるもの）を実施する診療所の医師または平成24年度厚労省在宅医療連携拠点事業受託者等、④都道府県在宅医療・介護連携担当者、等
受講費用	無料 ※1日目の懇談会参加費については、別途実費負担（3000円程度）を頂く予定です。
予算根拠	平成24～25年度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／文部科学省未来医療研究人材養成拠点形成事業
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・本検討会参加者の皆様には、受講前後の教育効果評価を目的として、アンケートやインタビュー調査へのご協力をお願いすることがあります。何卒ご了解くださいようお願いいたします。 ・本研修は本研修会内容の今後の活用を念頭に（株）ケアネットによる撮影及びWebストリーミング配信（非独占的利用許諾）を予定しております。そのため、当日場内にて講義風景を撮影させていただきたく、何卒ご了解をいただきたく存じます。不都合がございます場合には、東京大学高齢社会総合研究機構（担当：土屋・櫻井・吉江、電話：04-7136-6676）までご連絡くださいますようお願い申し上げます。

別紙 1：在宅医療研修会に関連した厚生労働省資料

- ・「多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業」（厚生労働省在宅医療・介護推進プロジェクトチーム「在宅医療・介護の推進について」より抜粋）

25年度予算 100百万円

■ 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業

■ 本事業の目的

- 在宅医療においては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職種、ケアマネジャー、介護士などの医療福祉従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築することが重要である
- 国が、都道府県リーダーに対して、在宅医療を担う多職種がチームとして協働するための講習を行う（都道府県リーダー研修）
- 都道府県リーダーが、地域リーダーに対して、各地域の実情やニーズにあった研修プログラムの策定を念頭に置いた講習を行う（地域リーダー研修）
- 地域リーダーは、各地域の実情や教育ニーズに合ったプログラムを策定し、それに沿って各市町村村で地域の多職種への研修を行う。これを通して、患者が何処にいても医療と介護が連携したサポートを受けることができる体制構築を目指す

※WHO(世界保健機関)は、「多職種協働のためには、多職種の研修が重要である。」と推奨している。(2002年)

都道府県リーダー研修
都道府県の行政担当者、在宅医療支援診療所運営者等

市区町村単位でリーダーを養成

地域のリーダー

地域のリーダー

○ 都道府県の役割

- ・ 都道府県リーダーとなりうる地域の在宅医療関係者の推薦
- ・ 都道府県リーダー研修への参加
- ・ 地域リーダー研修の実施

■ 都道府県リーダー研修
(国が、在宅医療に関する高い専門性を有する機関に委託して実施)

- 国立長寿医療研究センターが、各都道府県で中心的な役割を担う人(都道府県の行政担当者、地域の在宅医療関係者)に対して、リーダー講習を行うための研修を実施

■ 地域リーダー研修(国が、47都道府県に委託して実施)

- 各都道府県リーダーは、各都道府県で約150人の地域リーダーを養成(医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリ職種、ケアマネジャー等の職能別に市町村単位で研修に参加)
- プログラム策定方法に関する研修
- 教育展開の手法に関する研修

24年度はここまで

平成25年度

■ 地域リーダーによる地域の多職種に対する研修

- 地域指導者は、各地域の実情や教育ニーズに合ったプログラムを策定
- 策定されたプログラムに沿って、市町村の多職種を対象に研修を実施

- ・「在宅医療・介護連携に関する研修の実施」（平成 25 年 8 月 28 日，厚生労働省第 46 回社会保障審議会介護保険部会資料より抜粋，赤枠のみ加筆）

在宅医療・介護の連携推進について(イメージ)

(参考) 想定される取組の例

- ① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
 - ・ 地域の医療機関等の分布を把握し、地図又はリスト化し、関係者に配布
- ② 在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介
 - ・ 関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討
- ③ 在宅医療・介護連携に関する研修の実施
 - ・ グループワーク等の多職種参加型の研修の実施
- ④ 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
 - ・ 主治医・副主治医制等のコーディネーター
- ⑤ 地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業者等への支援
 - ・ 介護支援専門員からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応

等

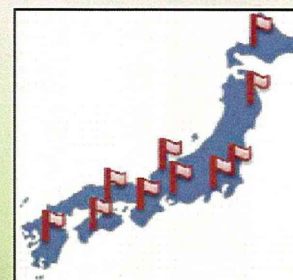
在宅医療多職種研修会の普及手順(案)

①全国への意識づけ

- 全国の市町村・地区医師会関係者等を召集した研修会の開催
- 市町村単位での開催をイメージした研修会の運営ガイドを提示

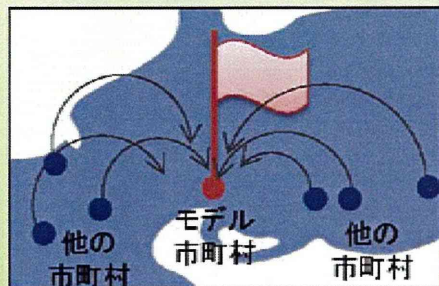
②研修会先進開催モデル地域の整備

- 地方毎(全国8~10ヶ所程度)に①の開催ガイドを踏まえた研修会の開催先進モデル地域「在宅医療多職種研修会モデル市町村(仮称)」を整備



③モデル研修会の傍聴

- 各市町村・地区医師会関係者等が先進地域の研修会を傍聴し、運営ノウハウを獲得



④市町村単位での研修会開催

- 各市町村が③の研修会を参考として市町村単位の研修会を開催(地域特性に合わせて適宜改変)

