

201424038A

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

市町村における在宅医療・介護の連携の促進と  
その客観的評価に関する研究

(H26-医療-指定-025)

平成26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 大島 伸一

平成27（2015）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

市町村における在宅医療・介護の連携の促進と  
その客観的評価に関する研究

(H26-医療-指定-025)

平成26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 大島 伸一

平成27 (2015) 年3月

## 目 次

### I. 総括研究報告

- 市町村における在宅医療・介護の連携の促進とそ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. 市町村における在宅医療介護連携活動のモニタリング …… 9  
大島浩子、鳥羽研二
2. ハンドブックの評価、病診連携・24 時間対応要素抽出 …… 26  
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. 多職種連携研修の普及事業の実施・評価 …… 80  
飯島勝矢、辻 哲夫

### III. 研究成果の刊行に関する一覧表 …… 85

### IV. 研究成果の刊行物・別刷 …… 87

# 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

市町村における在宅医療・介護の連携の促進とその客観的評価に関する研究

(H26－医療－指定－025)

研究代表者	大島 伸一	国立長寿医療研究センター	名誉総長
研究分担者	鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター	総長
	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
	三浦 久幸	国立長寿医療研究センター	在宅連携医療部長
	辻 哲夫	東京大学高齢社会総合研究機構	特任教授
	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	鈴木 隆雄	国立長寿医療研究センター	研究所長
	吉江 悟	東京大学医学部在宅医療学拠点	特任助教
	松本 佳子	東京大学医学部在宅医療学拠点	特任研究員

研究要旨

本研究班は、在宅医療介護連携推進に資することを目的に以下3点について検討した。

- 1) 「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック（以下、ハンドブック）」の有用性の検討：ハンドブックについて、2県2次医療圏8か所の市町村職員と医療・介護・福祉職を対象とした教育効果（理解度、応用可能性）の測定から、医療専門職からの理解は十分に得られたが、介護職の理解の度合いにばらつきがみられた。今後は、介護職をより重視したハンドブックの内容の充実が示唆された。
- 2) 「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会（以下、在宅医療多職種連携研修）」事業の普及とその評価：地域における在宅医療推進と多職種チームビルディングの機運を高めることを目的とした在宅医療多職種連携研修の普及を図り、本研修会受講者を対象としたアンケートによる評価から、概ね良好な反応が得られた。また、フィードバック体制を含めた受講者アンケートの集計システムを試行し構築した。
- 3) 客観的評価指標を用いた在宅医療介護連携の実態の検討：
  - (1) 市町村を中心とした在宅医療連携拠点の事業終了1年後の実態：市町村・医師会、医療機関ともに在宅医療介護連携において、会議催、研修会催、住民啓発活動が中心であり、24時間365日提供体制の構築はほとんど取り組まれていなかったが、かかりつけ医の在宅医療への新規参入活動の機能を有し得ることが示唆された。
  - (2) 医療機関を中心とした在宅医療連携拠点の事業終了2年後の実態：医療機関には在宅療養支援を目的とした病院などの在宅医療連携拠点の機能を有し得ることが示唆された。

A. 研究目的

本研究は、在宅医療介護連携推進に資するために、1)ハンドブック)の有用性の検討、2)在宅医療多職種連携研修事業の普及とその評価、3)客観的評価指標を用いた在宅医療・介護連携の実態の検討を行うことを目的とした。

## B. 研究方法

### 1) ハンドブックの有用性の検討：

協力が得られた以下の8地域(2県 2次医療圏 8か所)の地域包括ケアシステムに関わる市町村自治体職員、各保健所より情報提供を受けた医療・介護・福祉の専門職を対象に、平成26年9月から11月にハンドブックの配布とハンドブックの内容の解説講演(在宅医療を含む地域包括ケアシステム概念説明と今後の政策の動向、先進地域の取組みの解説)を行い、講演後に理解度と応用可能性を測る調査票に回答を得た。調査項目は、在宅医療・介護連携の基礎知識の理解、取組み情報について自地域への応用可能性等であり、これら設問についてマークシートと自由記載により回答を得た。職種別に検討した。

### 2) 在宅医療多職種連携研修会の普及とその評価・評価体制の整備：

#### (1) 研修会開催地域における評価アンケートの実施

在宅医療多職種連携研修の枠組みを踏襲した研修会実施地域の関係者の了解が得られる範囲において、3時点(事前、直後、1年後)のプログラム評価のアンケートを実施した。アンケートは、Kirkpatrick(1975)による教育プログラム評価の4段階の水準を参考に、第1段階 Reaction(研修プログラムに対する反応)、第2段階 Knowledge(研修内容に関する知識)、第3段階 Behavior(多職種連携活動状況、診療報酬の算定状況)等であった。

#### (2) アンケート集計体制の整備

受講前後の受講者の意識・行動変化など重要な評価指標のみ簡易集計が可能となるシステムの検討・開発を行った。

### 3) 在宅医療連携事業における在宅医療連携拠点について、客観的評価指標を用いた在宅医療介護連携活動に関する客観的指標を用いた自記式質問紙調査を実施した。

#### (1) 市町村等を中心とした在宅医療介護推進の実態：在宅医療介護連携推進事業実施1年後の追跡調査

平成25年度在宅医療介護推進事業実施主体のうち、平成24年在宅医療連携拠点事業と平成26年小児在宅医療連携拠点事業実施主体を除く230の事業所を対象に、回答が得られた(回収率:23%)50を分析対象(以下、市町村等を中心とした拠点)とした。

#### (2) 医療機関等を中心とした在宅医療介護推進の実態：在宅医療連携拠点事業実施2年後追跡調査

平成24年度在宅医療連携拠点事業実施主体のうち、平成26年小児在宅医療連携拠点事業実施主体を除く104事業所を対象に、回答が得られた52(回収率:50%)を分析対象(以下、医療機関等を中心とした拠点)とした。

#### (倫理面への配慮)

#### 1) 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した(審査番

号：12-90)。

3)独立行政法人国立長寿医療研究センター研究倫理・利益相反委員会の承認を得て実施した(受付 No. 759、受付 NO. 733)。

## C. 研究結果

### 1) 「ハンドブック」の有用性の検討：

回答が得られた 263 のうち 217 を分析対象とした。

職種別の全正答数は、医師 (26.0) と保健師 (24.5) の平均値が高く、行政の事務官は全体の平均値をわずかに上回る程度であり、介護支援専門員は最も低く分布は広がった。医療系職種の正答・誤答いずれも多く、事務局系は未記入が多く、その他の職種については、事務系職種に無記入回答が多く、誤答や正答の判断にも至らないケースが多く見られた。

また、質問別にみると、連携準備法の理解と資源把握方法の理解の正答率が低く、医師の医療・介護連携を準備する手順に関する誤答が目立った。

### 2) 多職種連携研修の普及とその評価・評価体制の整備：

(1)全国の 13 地域において多職種連携研修事業の普及が確認された。また、主催者の協力が得られた地域においては、順次評価アンケートを実施、収集、集計分析へと展開した。開催地域においては、事前・直後の結果、第 1 段階 Reaction、第 2 段階 Knowledge のレベルでは総じてポジティブな変化が確認された。

(2)研修事業主催が評価しやすいようなアンケート集計とグラフ自動生成可能なシステムの検討から、開発した。csv 形式の回答データのアップロードにより、Web ブラウザにてグラフの自動生成、グラフは MS Word ファイルにエクスポート可能なシステムを開発した。

### 3) 客観的評価指標を用いた在宅医療・介護連携の実態の検討：

#### (1)市町村等を中心とした在宅医療介護推進の実態

在宅医療介護連携推進に関するタスクへの取り組みは、地域資源の把握 60%在宅医療多職種連携会議と研修の実施は各々90%、効率的情報共有は 40%、地域住民啓発は 80%地域包括支援センターの介護支援専門員対象支援は 50%、であったが、24 時間の在宅医療・介護提供体制構築は 30%であり前年度より取り組む割合が低かった ( $p < 0.05$ )。

在宅医療介護の基盤指標のうち、訪問診療を受けている年間患者数の増加 ( $p < 0.05$ ) 診療所、病院ともに在院日数の延長、短期入所介護利用者数の増加 ( $p < 0.05$ ) が認められた。医療・介護連携による在宅療養支援の指標としての多職種連携・協働による支援のうち、各地域における在宅医療介護連携グループ数の増加 ( $p < 0.05$ )、多職種連携会議による在宅医療推進数、研修受講者のうち在宅医療推進に関わるリーダー育成人数は微増していたが、24 時間在宅医療・介護提供体制や情報共有・IT システム化数は前年同様 0 であった。在宅医療に新たに参入する各地域のかかりつけ医の数は年間 8 名で推移し、年間在宅看取り数

は約 60 名であった。他の指標の推移に有意な差は認められなかった。

#### (2) 医療機関を中心とした在宅医療介護推進の実態

主体の内訳は、病院 38%、診療所 17%、訪問看護ステーション 8%、医師会 15%、行政 15%、他 6%であった。在宅医療連携拠点活動の継続割合は 81%であった。

在宅医療・介護の基盤指標のうち、診療所の在院日数が伸びていた ( $p < 0.05$ ) が、他の指標の推移に有意な差は認められなかった。在宅療養支援の指標のうち、訪問リハビリテーションと訪問看護指導算定件数は増え ( $p < 0.05$ )、医療・介護連携による在宅療養支援の指標として、退院時に在宅医療・介護事業所との連絡調整実施病院数、介護施設への協力病院数は若干増加し、各地域における在宅医療介護連携グループ数は若干減少がみられたが、他の指標の推移に有意な差は認められなかった。在宅療養支援を目的とした病院への年間搬送件の増加、在宅医療に新たに参入するかかりつけ医数の減少、教育・研修システム化数と在宅医療推進リーダー数各々の増加した ( $p < 0.05$ ) が認められた。

### D. 考察

#### 1) 「ハンドブック」の有用性の検討：

介護支援専門員の全正答数にバラつきがみられてことから、介護支援専門員の理解度に応じた説明が必要になると考えられる。また、設問の妥当性の検討とハンドブック内容の見直しが必要である。

#### 2) 多職種連携研修の普及事業の実施とその評価・評価体制の整備：

(1) 全国の様々な地域が「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」の枠組みを一部ないし全部踏襲した研修会を開催していたことから、多職種で編成するグループワークを基盤とした多職種間のチームビルディングに大きく貢献していることが推察された。事前・直後のプログラム評価において、4段階中、第1と第2段階は総じてポジティブに変化していたことから、コンテンツも含めた本研修会の構築枠組みの有用と考えられる。

(2) フィードバック体制を含めた受講者アンケートの集計システムを試行し構築した。平成 27 年度以降に全国の市町村が介護保険事業の枠組みで活用することにより、迅速かつ簡便な事業評価を可能とすることが期待される。今後も長期的に支援と検討が必要である。

#### 3) 在宅医療・介護連携の客観的評価指標の検討：

##### (1) 市町村等を中心とした在宅医療介護推進の実態

在宅医療介護連携活動について、昨年同様、各地域における課題解決型の在宅医療多職種連携会議、在宅医療に関する研修、地域住民への普及・啓発への取り組み予定の回答は 80%程度であった。このことから、各地域の在宅医療多職種連携における課題解決に向けて、会議や研修会、地域住民向けの啓発活動が展開されるが、地域包括支援センターの介護支援専門員への支援、情報共有や 24 時間在宅医療・介護提供体制構築への取り組みは、



未だに十分とはいえないことが示唆された。在宅医療の基盤指標のうち、訪問診療を受ける患者数の増加、病院と診療所の在院日数の延長、短期入所介護利用者数の増加から、退院支援や在宅療養支援が必要な高齢者の増加を示唆していると考ええる。これら、退院から在宅療養支援、在宅看取り支援体制を含めた24時間在宅医療・介護連携体制の構築が喫緊の課題と考える。在宅医療に新たに参入するかかりつけ医の数の推移の結果から、かかりつけ医の在宅医療への参入に関して新しい知見が得られた。

## (2) 医療機関等を中心とした在宅医療介護推進の実態

医療・介護連携による在宅療養支援の指標のうち、退院時の連絡調整や介護施設協力病院数に微増増加傾向がみとめられたことから、医療機関中心の在宅医療連携拠点には、医療から介護へのアプローチの機能を有し得ることが考えられるが、在宅医療介護連携のグループ化といった地域づくり活動は課題がある。多職種連携会議、研修会、退院支援や住民主体の在宅医療啓発活動、効率的情報共有化の推移から、当該事業終了後も在宅医療連携拠点としての活動を継続していることが示唆された。また、在宅医療の教育・研修システムやリーダー数の増加から、在宅医療連携拠点が地域の教育的機能を有し得ることを示唆していると考ええる。一方、24時間体制の推移、在宅医療新規参入かかりつけ医数の減少から、高齢者と家族・介護者が24時間安心して最期を迎えられる地域としてのシステムの構築活動には結びつかないことを示唆していると考ええる。医療機関が在宅療養から看取りを見通した支援にシフトしていくことが今後の課題と考える。

## E. 結論

- 1) 『在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック』の活用可能性の検討から、医療専門職における理解は十分に得られていたが、介護職における理解の度合いにばらつきがみられ、今後、介護職をより重視したハンドブックの内容の充実が求められた。
- 2) 地域における在宅医療推進と多職種チームビルディングの機運を高めることを目的としたプログラム「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」は、標準的な教材や運営手順書等のツールをもとに全国で活用されつつあり、短期的には良好な反応を得ている。引き続き評価検証が必要である。
- 3) 在宅医療連携事業における在宅医療介護連携の推移から、下記の傾向が示唆された。
  - (1) 市町村を中心とした在宅医療連携拠点の活動の実態：市町村・医師会、医療機関ともに在宅医療介護連携において、会議催、研修会催、住民啓発活動が中心であり、24時間365日提供体制の構築はほとんど取り組まれていなかったが、かかりつけ医の在宅医療への新規参入活動の機能を有し得ること。
  - (2) 医療機関を中心とした在宅医療連携拠点の活動の実態：医療機関には在宅療養支援を目的とした病院などの在宅医療連携拠点の機能を有し得ること。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 鳥羽研二：【臨床医学の展望 2014】老年病学. 日本医事新報. 4685:44-48. 2014.
- 2) 大島浩子, 鳥羽研二, 大島伸一, 鈴木隆雄：在宅医療連携拠点の活動性の評価. カレントセラピー. 33(2):192-199. 2015.
- 3) 吉江悟, 松本佳子, 土屋瑠見子, 飯島勝矢, 辻哲夫：在宅医療多職種研修とその効果. カレントセラピー. 30(2):172-178. 2015.

### 2. 学会発表

- 1) 大島浩子, 鳥羽研二, 鈴木隆雄, 大島伸一：在宅医療介護推進における在宅拠点を評価する客観的な指標の開発に向けた検討. 第56回日本老年医学会学術集会. 福岡. 2014年6月13日.
- 2) 大島浩子, 鳥羽研二, 山本さやか, 鈴木隆雄, 大島伸一：在宅医療を進めるうえで市町村・医師会に求められる機能の検討. 日本老年看護学会学第19回学術集会. 名古屋. 2014年6月29日.
- 3) 大島浩子：平成24年度在宅医療連携拠点事業による在宅医療介護推進の成果と課題. 木村看護教育振興財団平成26年度東京講演会. 東京. 2014年11月8日.
- 4) 大島浩子：在宅医療介護推進における在宅拠点を評価する客観的な指標の開発に向けた検討. 第34回日本看護科学学会学術集会. 名古屋. 2014年11月29日.
- 5) 吉江悟, 土屋瑠見子, 飯島勝矢, 三浦久幸, 鳥羽研二, 大島伸一：在宅医療多職種連携研修会：研修運営ガイドの作成と普及. 第56回日本老年医学会学術集会. 福岡. 2014年6月12-14日.
- 6) 吉江悟, 土屋瑠見子, 飯島勝矢, 辻哲夫, 三浦久幸, 鳥羽研二, 大島伸一：地域における在宅医療介護連携推進のための多職種研修会の普及に向けた汎用構造の検討. 第73回日本公衆衛生学会総会. 宇都宮. 2014年11月6日.
- 7) 土屋瑠見子, 吉江悟, 川越正平, 平原佐斗司, 大西弘高, 村山洋史, 西永正典, 成瀬昂, 永田智子, 飯島勝矢, 辻哲夫：開業医・他職種との協働に対する意識と在宅医療への自信との関連：在宅医療推進多職種連携研修会参加者における検討. 第19回日本在宅ケア学会学術集会. 福岡. 2014年11月29-30日.

## 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

## 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

○市町村における在宅医療介護連携活動のモニタリング○

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  
鳥羽 研二（独）国立長寿医療研究センター 総長  
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、市町村単位での地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題となっている。平成 24 年度在宅医療連携拠点事業により、在宅医療推進の全国展開への機運に高まりをみせたものの、市町村等の在宅医療介護連携が推進されているかは不明であり、指標を用いた検討は皆無である。当該事業実施主体の在宅医療介護連携の実態を把握と検討が必要である。

そこで本研究では、在宅医療推進に関する在宅医療連携拠点機能の活動性を明らかにすることを目的に、1) 平成 25 年度在宅医療介護連携推進事業 1 年後、2) 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 2 年後の在宅医療介護連携の実態を把握し、今後の方向性を検討した。

1) 平成 25 年度在宅医療介護推進事業実施主体のうち、平成 24 年在宅医療連携拠点事業と平成 26 年小児在宅医療連携拠点事業実施主体を除く 230 の事業所を対象に、自記式質問紙調査を実施し、回答を得た 50（行政 34%、医師会 54%、病院 6%、他 6%）（回収率:23%）を分析対象とした。各地域における課題解決型の在宅医療多職種連携会議、在宅医療に関する研修、地域住民への普及・啓発は 80~90%、地域包括支援センターの介護支援専門員の支援は 60%であったが、情報共有化や 24 時間在宅医療・介護提供体制構築への取り組みは 30%程度であり、年間実施回数も 0 回と不十分であることが示唆された。一方、訪問診療を受ける患者数、在院日数、短期入所介護利用者数の増加 ( $p<0.05$ ) から、24 時間在宅医療・介護連携体制の構築が課題である。在宅医療介護連携グループ数、医師の後方支援回数の微増傾向から、在宅医療介護連携が図られている可能性は考えられる。在宅医療に新たに参入するかかりつけ医の数は人口 10 万対年間 8 名程度であることが明らかになった。

2) 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業を対象とした、自記式質問紙調査へ回答が得られた 50（病院 38%、診療所 17%、訪問看護ステーション 8%、医師会 15%、行政 15%、他 6%）（回収率:50%）を分析対象とした。

緊急時対応、在宅看取りの指標に差は認められなかった。医療・介護連携による在宅療養支援の指標、各地域における在宅医療介護連携グループ数は若干減少していた。

市町村・医師会等を含めた在宅医療多職種連携会議、研修会、住民主体啓発活動、効率的情報共有化活動は継続されており、教育・研修システム数、リーダー育成数は増加していた ( $p<0.05$ )。一方、24 時間体制の構築は前年同様約 0 であり、在宅医療に新たに参入する各地域のかかりつけ医の数減少、在宅療養支援を目的とした病院への搬送件数の増加 ( $p<0.05$ ) が認められた。人口 10 万対の年間在宅看取り数は約 60 名であった。

在宅医療推進に関する在宅医療連携拠点機能の活動性の検討から、1) 平成 25 年度在宅医療介護連携推進事業 1 年後、2) 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業 2 年後の在宅医療介護連携の実態とその推移が明らかにした。

A. 研究目的

高齢者が最期まで安心して在宅療養するために、市町村を単位とした地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題である。平成 23 年度から展開されている在宅医療連携事業は、平

成 24 年度に全国 105 の事業所による在宅医療多職種連携会議の開催等の活動を中心に展開され、学会等においても在宅医療連携拠点事業のセッションが設けられる等の全国展開の機運の高まりがみられた。

一方、次の展開である平成 25 年度在宅医療介護推進事業の進捗状況調査の結果では、平成 25 年 12 月末時点において 36 都道府県が当該事業の実施が漸く決まった状況であった。

平成 24 年度在宅医療連携拠点事業においても、24 時間体制、かかりつけ医の在宅医療への参入、在宅療養患者支援、在宅看取りについては課題が残っていた。

従来在宅医療連携活動は、関係者の主観的な解釈により「好事例」などの評価が行われてきたが、何を以て「好」なのか否かを示す根拠は不明である。

現在、市町村等の在宅医療介護連携の推進の実態は明らかにされていない。更に、客観的指標等を用いた在宅医療連携活動に関する検討は、筆者等によるもの以外は皆無である。

平成 37 年を迎えるに当たり、市町村と医師会等を中心とした地域包括ケアシステムの要である在宅医療介護連携に関するデータの蓄積とデータに基づく検討が必要である。

在宅医療介護連携の実態を客観的に把握するための評価のための第一歩として、本研究により、定量的な評価指標の検討とともに指標の動向をモニタリングすることで、より具体的な示唆が得られると考える。

そこで本研究では、在宅医療連携事業における在宅医療介護連携活動の実態を明らかにすることを目的とした。具体的には、在宅医療推進を評価する指標を用いて、1) 在宅医療介護連携推進事業実施 1 年後、2) 在宅医療連携拠点事業実施 2 年後、各々の在宅医療介護推進の実態を把握し検討することであった。

## B. 研究方法

### (1) 市町村等を中心とした在宅医療介護推進の実態：在宅医療介護連携推進事業実施 1 年後の追跡調査

平成 25 年度在宅医療介護推進事業実施主体のうち、平成 24 年在宅医療連携拠点事業と平成 26 年小児在宅医療連携拠点事業実施主体を除く 230 の事業所を対象に、自記式質問紙調査を実施し、回答を得た（回収率:23%）50 を分析対象とした。本対象を、以下、市町村等を中心とした拠点とする。

調査項目は、属性（主体の種別、高齢化率、等）、在宅医療介護連携活動における指標についての実施の有無と年間回数、人数等であった。

### (2) 医療機関等を中心とした在宅医療介護推進の実態：在宅医療連携拠点事業実施 2 年後追跡調査

平成 24 年度在宅医療連携拠点事業実施主体のうち、平成 26 年小児在宅医療連携拠点事業実施主体を除く 104 事業所を対象に、自記式質問紙調査を実施し、回答を得られた 52（回収率:50%）を分析対象とした。本対象を、以下、医療機関等を中心とした拠点と

した。調査項目は、属性（主体の種別、高齢化率、等）、在宅医療介護連携活動における指標についての実施の有無と年間回数、人数等であった。分析は、各項目の実施割合と回数について単純集計し、活動地域における人口 10 万対に補正・換算した。

次に、指標の実施割合と年間活動回数の経年推移を McNemar 検定、Wilcoxon signed rank 検定、paired-t 検定等により検討した（有意水準： $p < 0.05$ ）。

（倫理面への配慮）

（独）国立長寿医療研究センター 研究倫理・利益相反委員会の承認を得て実施した（受付 NO. 733、受付 No. 759）。

## C. 研究結果

（1）市町村等を中心とした在宅医療介護推進の実態：平成 25 年度在宅医療介護連携推進事業 1 年後追跡調査

### 1) 対象の概要

主体の内訳は、行政 34%、医師会 54%、病院 6%、他 6%、診療所と訪問看護ステーションは各々 0 であった。本年在宅医療推進事業を受けた割合は 48% であった。活動地域の人口規模は、10 万以下が 54%、10～50 万が 32%、50 万以上が 16% であり、平均高齢化率は  $28.0 \pm 5.3\%$  であった。

### 2) 在宅医療介護連携推進のタスクへの取り組み

在宅医療介護連携のタスクに取り組むと回答した割合は、地域の資源の把握と活用は 60%、各地域の課題を解決するための在宅医療多職種連携会議の開催と研修は各々 90%、地域包括支援センターの介護支援専門員対象の支援は 50%、効率的な情報共有は 40%、地域住民への在宅医療の普及・啓発は 80%、24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制構築は 30% であり前年度より取り組む割合が低かった ( $p < 0.05$ )（図 1）。

### 3) 在宅医療介護連携活動の指標

#### (1) 構造指標

在宅医療・介護の基盤指標として、在宅療養支援診療所数 12 ヶ所であり、在宅療養支援診療所に勤務する医師数 12 名、看護師数 25 名（図 2）、在宅療養支援病院数は 0 と前年度より少なく ( $p < 0.05$ )（図 3）、在宅療養歯科診療所数は 2 ヶ所（図 4）、訪問看護ステーション数は 6 ヶ所、従事者数 27 名と減少傾向にあり（図 5）、麻薬小売免許取得薬局数や訪問薬剤管理指導届出薬局数は約 30 ヶ所、訪問リハビリテーション事業数は 3 ヶ所（図 6）、退院支援担当者配置医療機関は病院のみ 4 名（図 7）であった。

訪問診療を受けている年間患者数は、診療所が約 300 名と前年より増加し ( $p < 0.05$ )、病院も約 40 名と微増傾向であった（図 8）。居宅介護支援事業所数は約 30 ヶ所、看取り対応型の介護施設数は約 10 ヶ所であるが、訪問栄養指導提供事業者数は 0 名で推移していた（図 9）。在院日数は診療所、病院ともに延長していた ( $p < 0.05$ )（図 10）。

## (2) 過程指標

在宅療養支援の指標として、年間在宅患者訪問診療料算定件数（図 11）、年間訪問看護利用者数（図 12）も前年と同程度に推移していたが、短期入所生活介護年間利用者数（図 13）、短期入所療養介護年間利用者数（図 14）は増加していた（ $p < 0.05$ ）。

緊急時対応の指標として、24 時間対応訪問看護ステーション数は約 4 ヶ所で推移しているが、年間往診算定料は約 60 件と激減していた（ $p < 0.05$ ）（図 15）。

緊急時の後方支援病床や、レスパイトケア対応を行う医療機関数は各々 2 か所程度であった（図 16）。宅看取りの指標として、看取り支援を実施している診療所は約 10 ヶ所と増加傾向にあり（図 17）、ターミナルケア対応訪問看護ステーション数は約 6 ヶ所であった（図 18）。

医療・介護連携による在宅療養支援の指標として、退院時に在宅医療・介護事業所との連絡調整実施病院数、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設への協力病院数は若干増えていた（図 20）。緩和ケア提供医療施設数では、病院と訪問看護ステーションはほぼ前年度と同程度であったが、診療所数若干増加していた（図 21）。多職種連携・協働による支援のうち、各地域における在宅医療介護連携グループ数は約 3 グループと増えていた（ $p < 0.05$ ）（図 22）。

## (3) 結果

在宅医療介護連携活動の年間実施回数は、24 時間 365 日提供体制と情報共有は前年同様に 0 回、地域資源の活用、多職種連携会議、各地域の在宅医やかかりつけ医への後方支援回数は約 7 回と微増傾向にあり、研修や地域住民への普及・啓発活動回数は約 2 回程度に推移していた（図 23）。これら活動による機能として、多職種連携会議による在宅医療推進数、研修受講者のうち在宅医療推進に関わるリーダー育成人数は微増傾向にあり（図 24）、24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制や情報共有・IT システム化数は前年同様 0 であった（図 25）。

在宅医療に新たに参入する各地域のかかりつけ医の数は年間 8 名で推移していた（図 26）。年間在宅看取り数は、自宅看取りが約 60 名、介護保険施設での看取りが約 15 名であった（図 27）。

## (2) 医療機関等を中心とした在宅医療介護推進の実態：在宅医療連携拠点事業実施 2 年後追跡調査

### 1) 対象の概要

主体の内訳は、病院 38%、診療所 17%、訪問看護ステーション 8%、医師会 15%、行政 15%、他 6%であった。在宅医療連携拠点活動を継続と回答した割合は 81%、活動中止の主な理由は人材確保困難などであった。活動地域の人口規模は、10 万以下が 79%、10～50 万が 10%、50 万以上が 11%であり、平均高齢化率は  $28.1 \pm 7.2\%$ であった。

### 2) 在宅医療介護連携活動の指標



### (1) 構造

在宅医療・介護の基盤指標として、在宅療養支援診療所数 8 ヶ所であり (図 28)、在宅療養支援病院数は 0.3 病院 (図 29)、在宅療養歯科診療所数は 3 ヶ所 (図 30) と推移していた。訪問看護ステーション数は 6、従事者数は 34 名と微増傾向にあり (図 31)、24 時間体制をとっている訪問看護ステーションの従業員数看護職、リハビリテーション職各々微増傾向にあった (図 32)。麻薬小売免許取得や訪問薬剤管理指導届出薬局数は約 30 ヶ所で微増傾向であった (図 33)。

訪問診療を受けている年間患者数は、診療所が約 200 名、病院が約 40 名であった (図 34)。居宅介護支援事業所数、看取り対応型の介護施設数、訪問栄養指導提供事業者数ともに前年度と同程度に推移していた (図 35)。在院日数は診療所が約 7 日と長くなっていた ( $p < 0.05$ ) (図 36)。

### (2) 過程

在宅療養支援の指標として、年間在宅患者訪問診療料算定件数 (図 37)、年間訪問看護利用者数 (図 38) も前年度と同程度に推移していたが、訪問リハビリテーションと訪問看護指導算定件数ともに増えていた ( $p < 0.05$ ) (図 39)。

緊急時対応の指標として、年間往診算定料は約 190 件、24 時間対応訪問看護ステーション数は約 4 ヶ所、緊急時の後方支援病床やレスパイトケア対応を行う医療機関数は各々数ヶ所程度であった (図 40)。

在宅看取りの指標として、看取り支援を実施している診療所数と病院数 (図 41)、ターミナルケア対応訪問看護ステーション数に差は認められなかった (図 42)。

医療・介護連携による在宅療養支援の指標として、退院時に在宅医療・介護事業所との連絡調整実施病院数 (図 43)、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設への協力病院数は若干増えていた (図 44)。

多職種連携・協働による支援のうち、介護を含めたカンファランスを実施している病院数は約 6 ヶ所で推移していたが、各地域における在宅医療介護連携グループ数は若干少なくなっていた (図 45)。

### (3) 結果

在宅医療介護連携活動について、市町村・医師会と連携した解題解決型の多職種連携会議と在宅医療従事者研修会の年間開催回数ともに約 3 回程度に推移していた (図 46)。また、市町村・医師会・介護関係者等と連携した退院支援や住民主体の在宅医療啓発活動、効率的情報共有・IT システム化数ともに前年同様に推移していた (図 47)。24 時間 365 日提供体制の構築数は前年同様約 0 であり、在宅療養支援を目的とした病院への年間搬送件数は約 160 件と増加していた ( $p < 0.05$ ) (図 48)。在宅医療に新たに参入する各地域のかかりつけ医の数は年間約 1 名と減少していたが ( $p < 0.05$ )、教育・研修システム化数と在宅医療推進に関わるリーダー数は増加していた ( $p < 0.05$ ) (図 49)。最後に、年間在宅看取り数は、自宅看取りが約 60 名と微増傾向にあった (図 50)。

## D. 考察

### (1) 市町村等を中心とした在宅医療介護推進の実態：平成 25 年度在宅医療介護連携推進事業 1 年後追跡調査

#### ・ 対象

本研究の回収率 23%と低いことから、意識の高い対象である可能性は否めない。しかし、行政と医師会とで 90%を占めていたことから、地域包括ケアシステムを検討するうえでは重要な対象と考える。

#### ・ 在宅医療介護連携推進活動の実態

在宅医療介護連携活動について、昨年同様、各地域における課題解決型の在宅医療多職種連携会議、在宅医療に関する研修、地域住民への普及・啓発への取り組み予定の回答は 80%程度であった。このことから、各地域の在宅医療多職種連携における課題解決に向けて、会議や研修会、地域住民啓発活動が展開されている実態が明らかになった。一方、地域包括支援センターの介護支援専門員への支援は 60%、情報共有・IT システム化や 24 時間在宅医療・介護提供体制構築への取り組みは 30%程度であり前年度より低下し、年回実施回数も 0 であったことから、未だに十分とはいえないことが示唆された。地域包括ケアシステムに向けて、市町村等の行政や医師会にとって喫緊の課題である。

在宅医療の基盤である在宅医療・介護を提供する施設等の数は一定に推移していた。訪問診療を受ける患者数の増加、病院と診療所の在院日数の延長、短期入所介護利用者数の増加から、退院支援や在宅療養支援が必要な高齢者の増加を示唆していると考えられる。これら、退院から在宅療養支援、在宅看取り支援体制を含めた 24 時間在宅医療・介護連携体制の構築が喫緊の課題と考える。

多職種連携による支援について、宅看取り支援実施診療所数、在宅療養支援提供機関等の数、在宅医療介護連携グループ数、医師への後方支援回数が若干増えつつあった。本研究の結果から因果関係を示すことはできないが、在宅医療・介護連携が図られている可能性は考えられる。在宅医療に新たに参入するかかりつけ医の数の推移から、各地域において人口 10 万対・年間 8 名のかかりつけ医が在宅医療に参画していることが明らかになった。かかりつけ医に関するデータは皆無である。本研究の結果から、かかりつけ医の在宅医療への参入に関して新しい知見が得られたと考えられる。

### (2) 医療機関等を中心とした在宅医療介護推進の実態：在宅医療連携拠点事業実施 2 年後追跡調査

#### ・ 対象

本研究の対象は、医療機関の病院、診療所、訪問看護ステーションが 63%であった。平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業を踏襲した在宅医療連携拠点と考えられる。当該事業終了後 2 年目も 81%が在宅医療連携拠点活動を継続していたことが明らかになった。

#### ・ 在宅医療介護連携推進活動の実態

在宅医療・介護の基盤指標のうち、訪問看護ステーション従事者数、麻薬小売免許取得薬局数や訪問薬剤管理指導届出薬局数は微増傾向にあった。在宅医療提供体制が少しずつでも整えられている可能性が考えられる。在宅医療において、看護師だけではなく薬剤師の役割や、それらとの連携体制の検討が今後ますます重要となるだろう。

医療・介護連携による在宅療養支援の指標では、退院時の連絡調整や介護施設協力病院数に若干の増加傾向であった。従来医療から介護へのアプローチの重要性が指摘されている。本研究の結果から、医療機関中心の在宅医療連携拠点には、医療から介護へのアプローチの機能を有し得るためと考えられる。一方、医療機関の場合、各地域の在宅医療介護連携のグループ化といった地域づくり活動は課題がある。

市町村・医師会等を含めた多職種連携会議と在宅医療従事者研修会、退院支援や住民主体の在宅医療啓発活動、効率的情報共有化は前年同様に推移していたことから、当該事業終了後も在宅医療連携拠点としての活動を継続していることが示唆された。また結果として、在宅医療の教育・研修システムやリーダー数も増加していたことは、在宅医療連携拠点が地域の教育的機能を有し得ることを示唆していると考ええる。一方、24時間体制の構築数は0、在宅医療新規参入かかりつけ医の数に減少がみられた。これは、平成24年度から、各地域の在宅医療多職種連携会議や研修等の人材育成が展開されているが、高齢者と家族・介護者が24時間安心して最期を迎えられる地域としてのシステムの構築活動には結びつかないことを示唆していると考ええる。しかしながら、在宅療養支援を目的とした病院への年間搬送件数の増加や自宅看取り数の微増から、医療機関が在宅療養から看取りを見通した支援にシフトしていくことが今後の課題と考える。

従来、政策的な事業について、当該事業終了後の追跡評価することは極めて稀である。本研究は、在宅医療介護多職種連携の拠点となりうる対象について、国内外を問わず初めて共通の指標を用いて各当該事業終了後の活動性を評価し検討した点がオリジナルである。在宅医療関連事業を実施した対象であり選択バイアスなどがあり一般化には限界がある。本研究の対象にのみ限定された知見ではあるが、市町村・医師会、医療機関を中心とした在宅医療連携拠点各々の活動の傾向を示したことに意義があると考ええる。

## E. 結論

- 1) 在宅医療連携事業における在宅医療介護連携の推移から、下記の傾向が示唆された。
  - (1) 平成25年度在宅医療介護連携推進事業1年後：市町村・医師会、医療機関ともに在宅医療介護連携において、会議催、研修会催、住民啓発活動が中心であり、24時間365日提供体制の構築はほとんど取り組まれていなかったが、かかりつけ医の在宅医療への新規参入活動の機能を有し得ること。
  - (2) 平成24年度在宅医療連携拠点事業2年後：医療機関には在宅療養支援を目的とした病院などの在宅医療連携拠点の機能を有し得ること。

図1. 在宅医療推進事業の7つのタスク

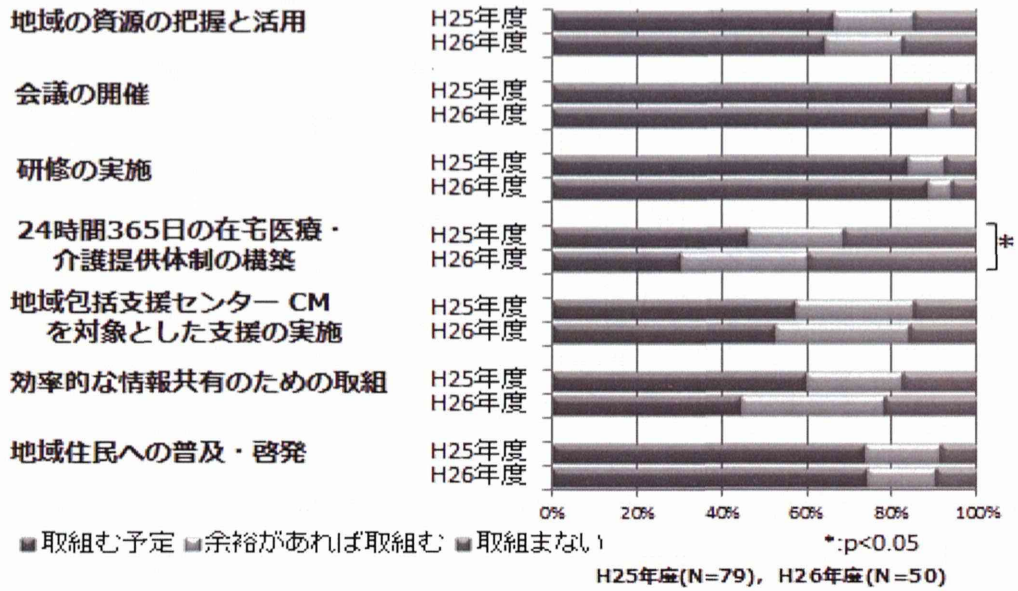


図2. 在宅療養支援診療所数 (人口10万人対)

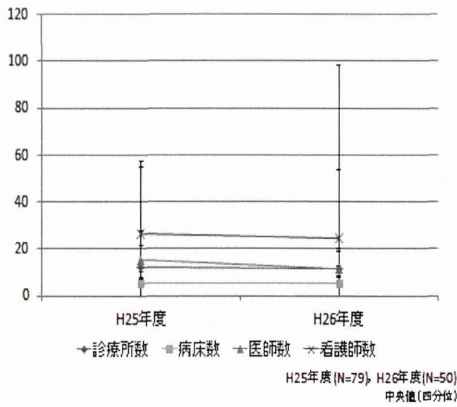


図3. 在宅療養支援病院数 (人口10万人対)

