

図4. 在宅療養支援歯科診療所数  
(人口10万人対)

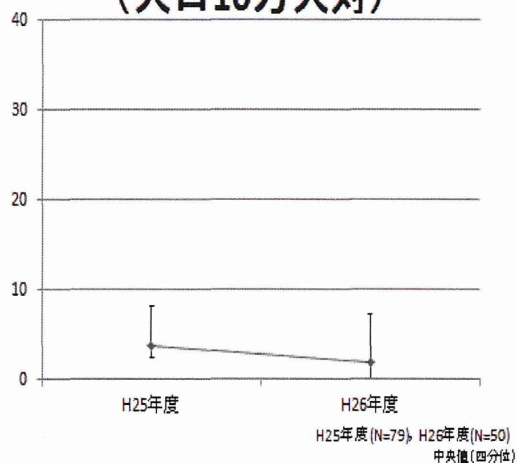


図5. 訪問看護ステーション数  
(人口10万人対)

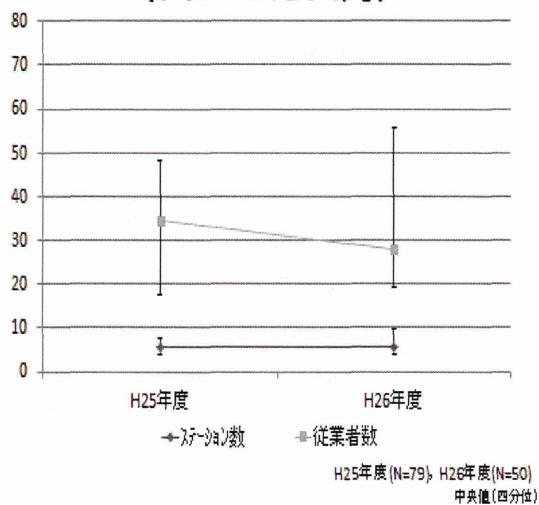


図6. 在宅医療提供体制の基盤  
(人口10万人対)

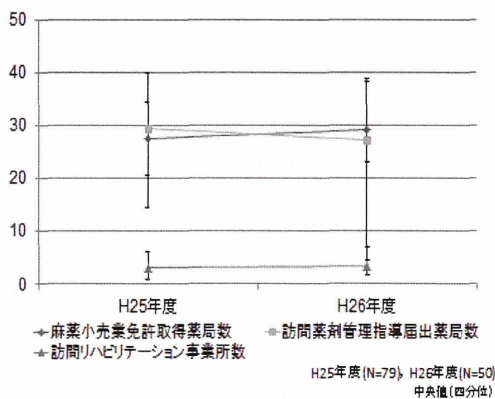


図7. 退院支援担当者を配置している  
医療機関数(人口10万人対)

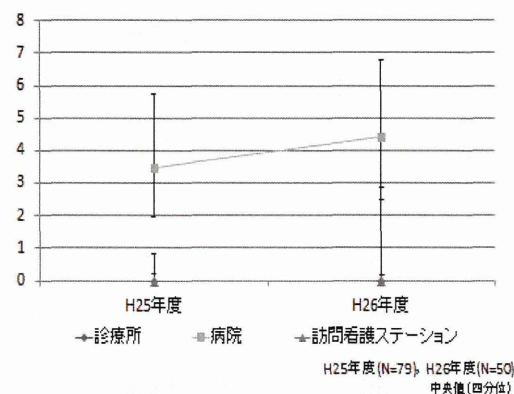


図8. 訪問診療の実患者数  
(人口10万人対)

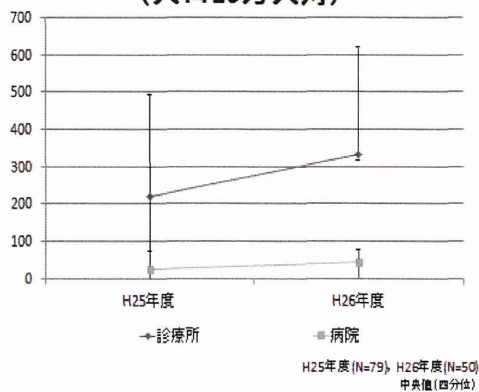


図9. 在宅療養支援体制の基盤  
(人口10万人対)

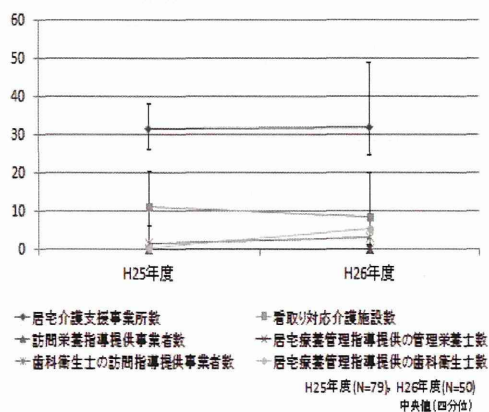


図10. 退院患者平均在院日数  
(人口10万人対)

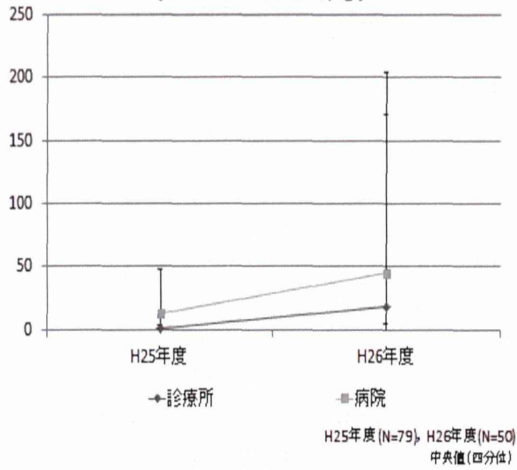


図11. 在宅患者訪問診療料算定件数  
(人口10万人対)

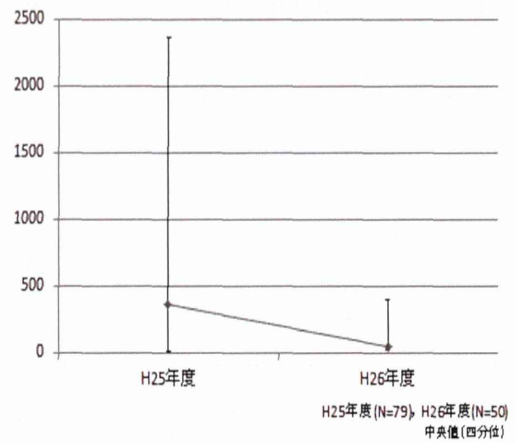


図12. 訪問看護利用者数  
(人口10万人対)

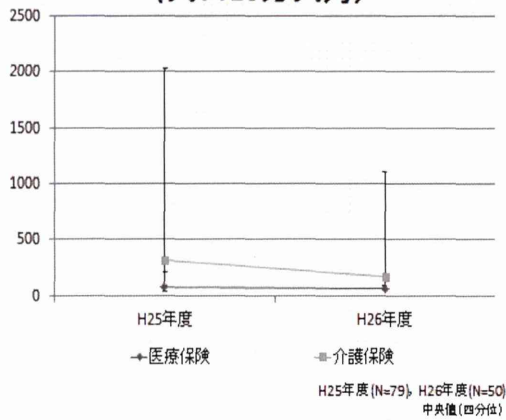


図13. 短期入所生活介護  
(人口10万人対)

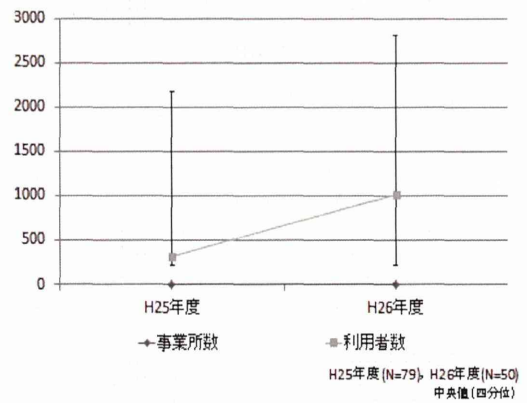


図14. 短期入所療養介護  
(人口10万人対)

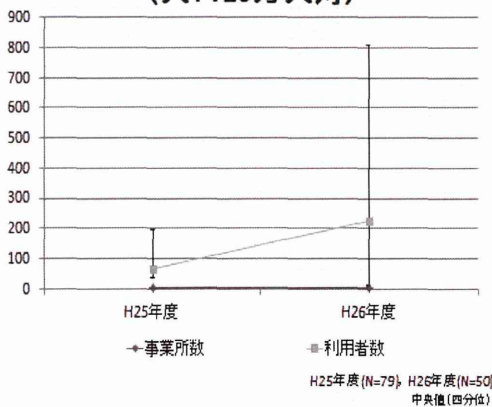


図15. 緊急時等対応(人口10万人対)

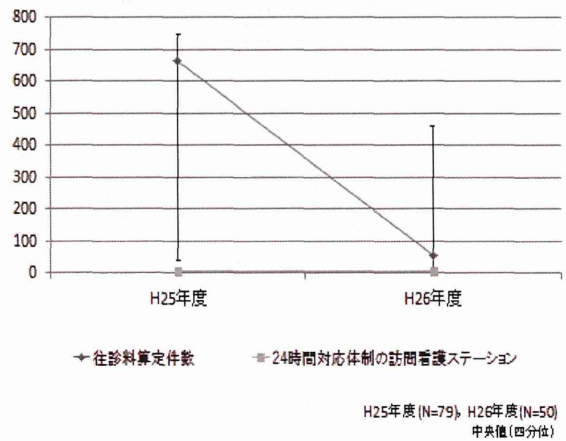


図16. 緊急時等対応(人口10万人対)

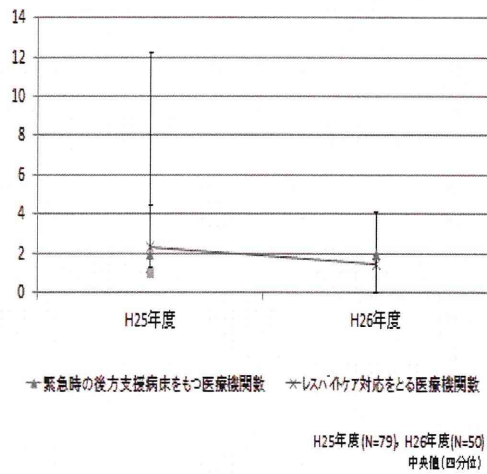


図17. 看取り支援(人口10万人対)

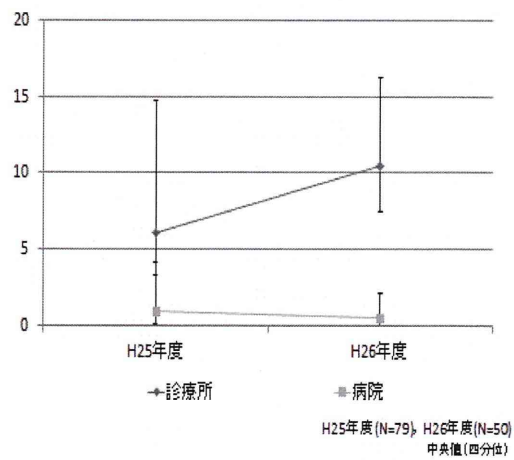


図18. ターミナルケア対応訪問看護ステーション数(人口10万人対)

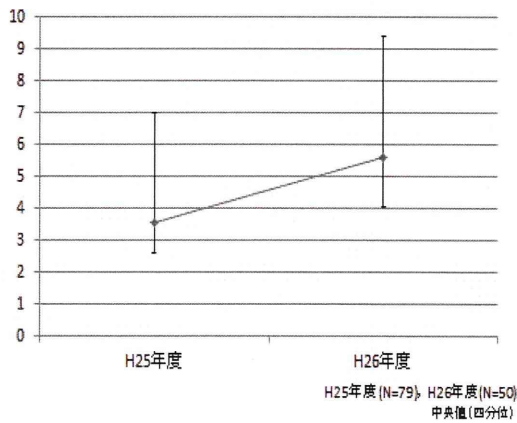


図19. 退院時に在宅医療・介護事業所との連絡調整実施病院数(人口10万人対)

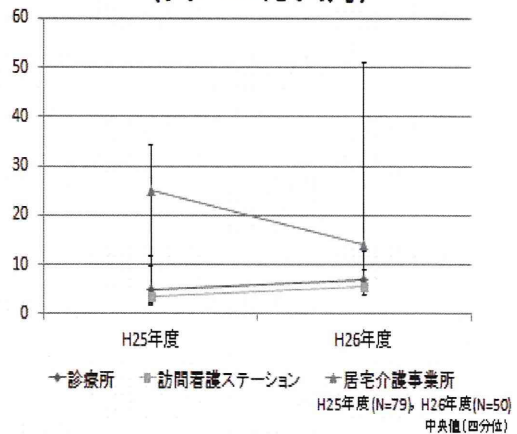


図20. 介護施設の協力病院数(人口10万人対)

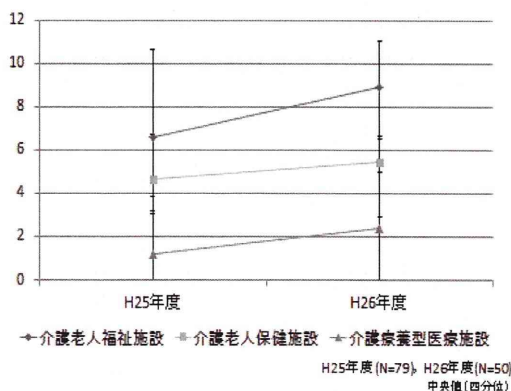


図21. 緩和ケア提供医療機関数(人口10万人対)

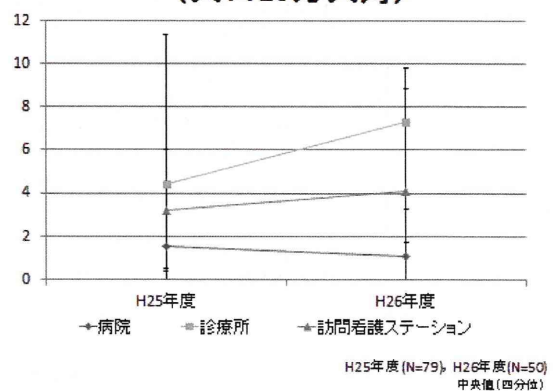


図22. 多職種連携・協働支援(人口10万人対)

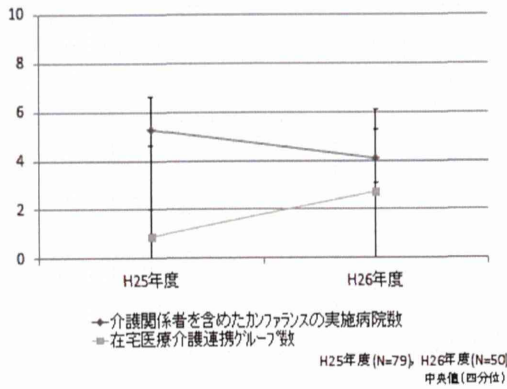


図23. 在宅医療推進事業: 7項目(人口10万人対)

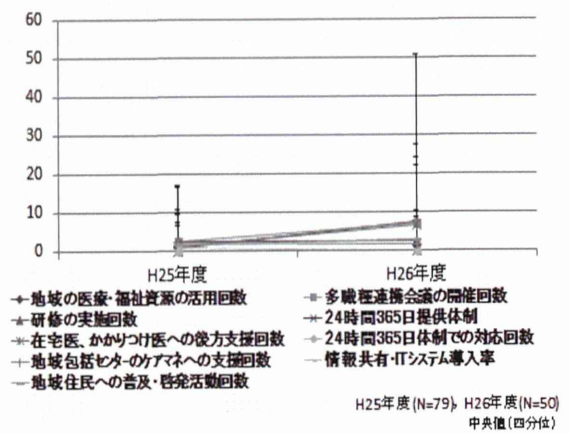


図24. 在宅医療連携拠点機能-1(人口10万人対)

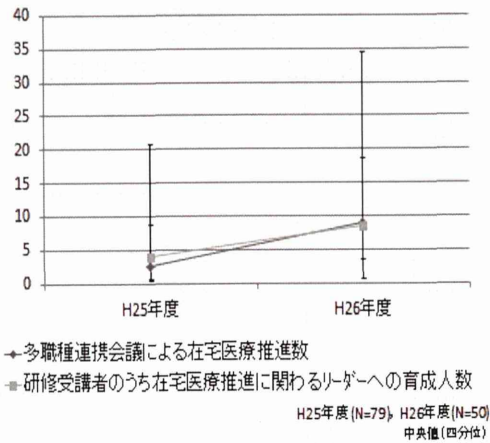


図25. 在宅医療連携拠点機能-2(人口10万人対)

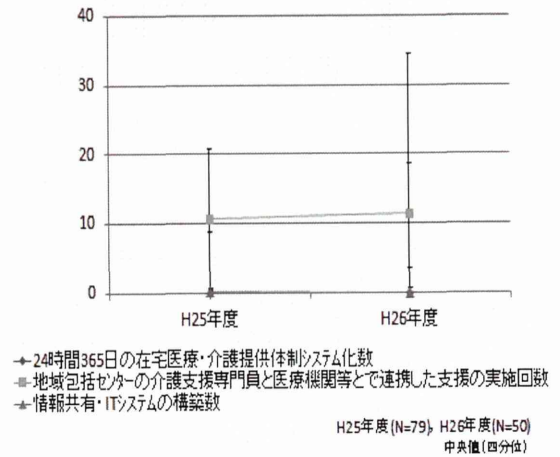


図26. 在宅医療連携拠点機能-3  
在宅医療に新たに参入する各地域のかかりつけ医の数(人口10万人対)

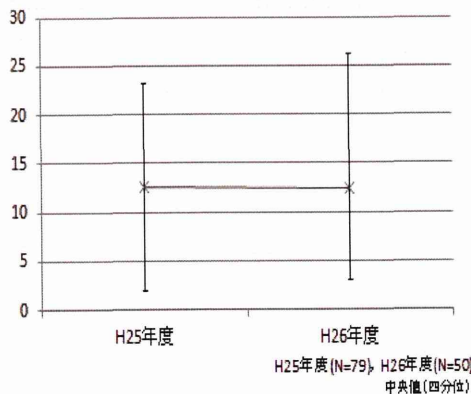


図27. 在宅死亡者数(人口10万人対)

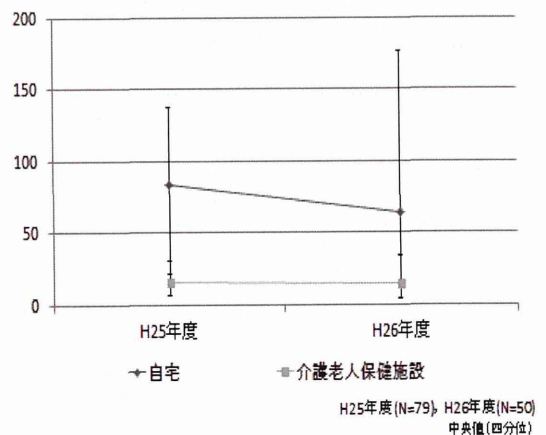


図28. 在宅療養支援診療所数  
(人口10万人対)

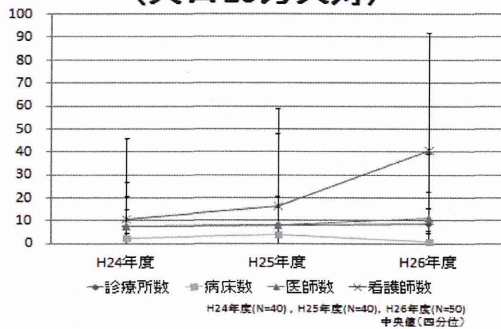


図29. 在宅療養支援病院数  
(人口10万人対)

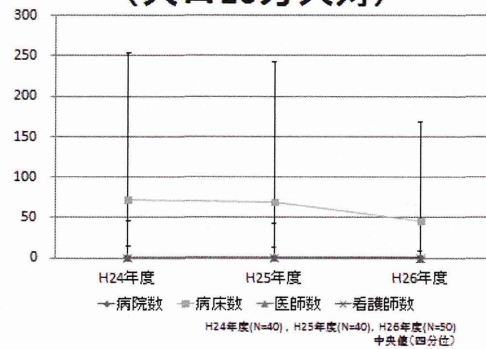


図30. 在宅療養支援歯科診療所数  
(人口10万人対)

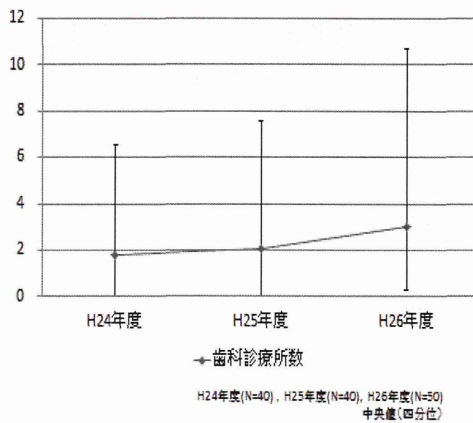


図31. 訪問看護ステーション数  
(人口10万人対)

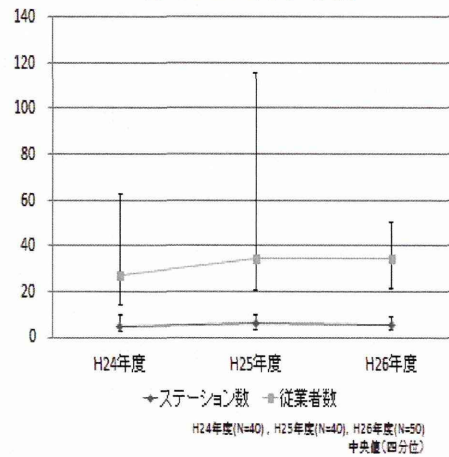


図32. 24時間体制をとっている訪問看護ステーション従業者数  
(人口10万人対)

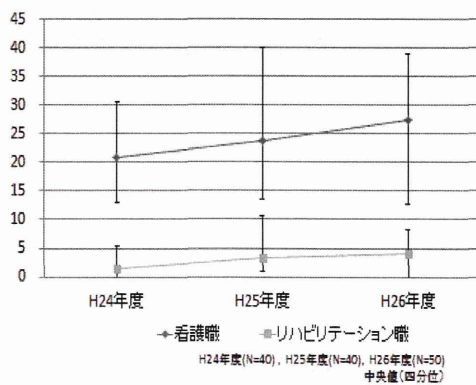


図33. 在宅医療提供体制の基盤  
(人口10万人対)

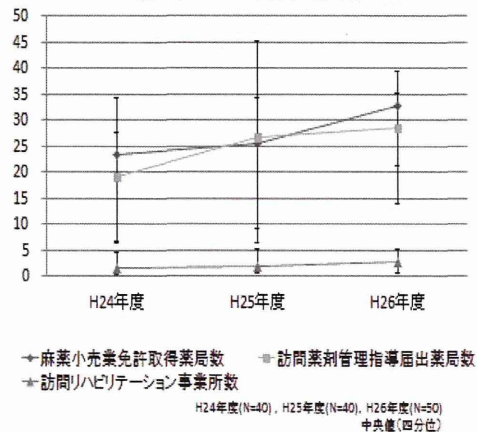


図34. 訪問診療の実患者数  
(人口10万人対)

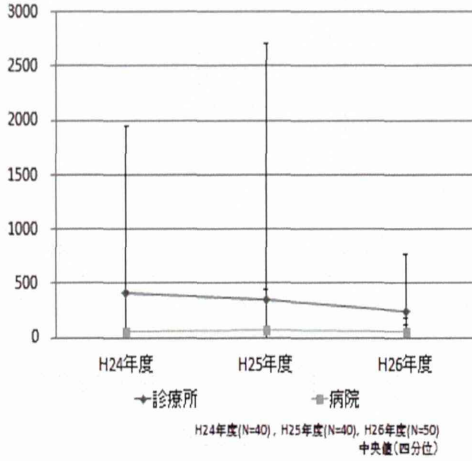


図35. 療養支援体制の基盤  
(人口10万人対)

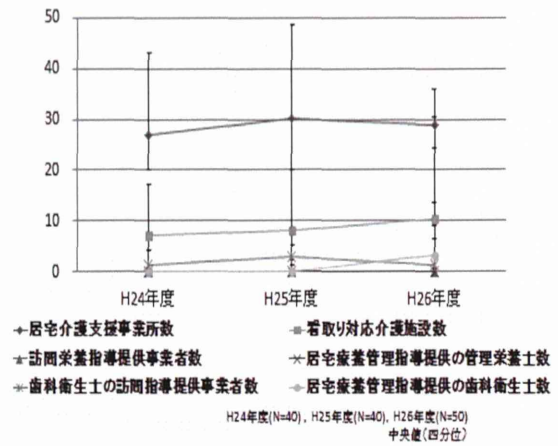


図36. 退院患者平均在院日数  
(人口10万人対)

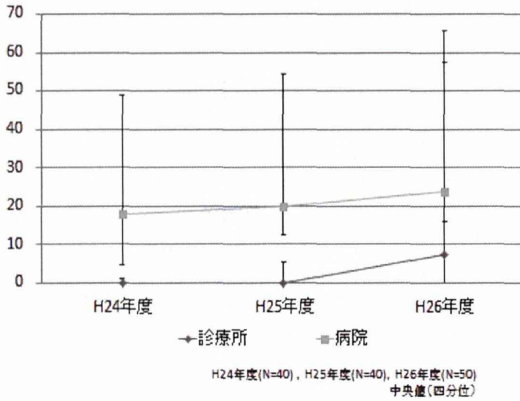


図37. 在宅患者訪問診療料算定件数  
(人口10万人対)

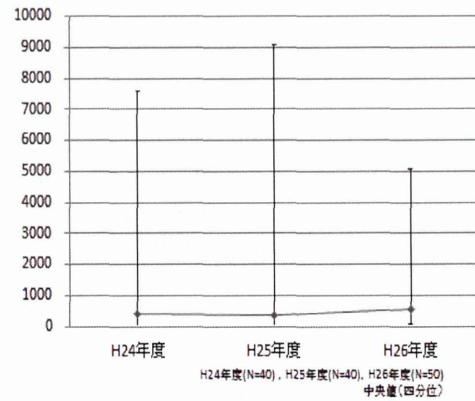


図38. 訪問看護利用者数  
(人口10万人対)

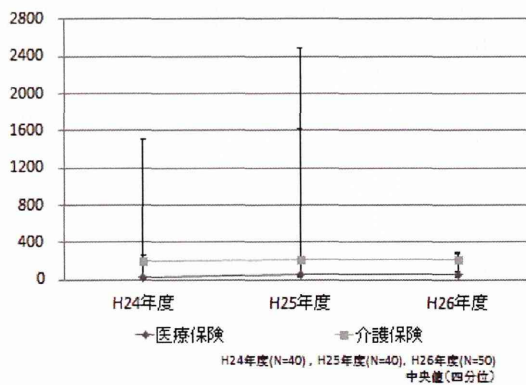


図39. 在宅療養支援  
(人口10万人対)

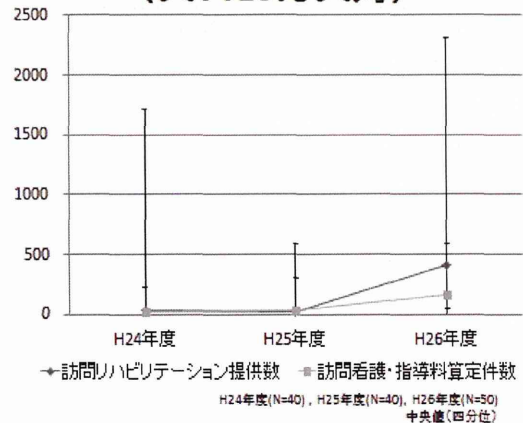


図40. 緊急時等対応  
(人口10万人対)

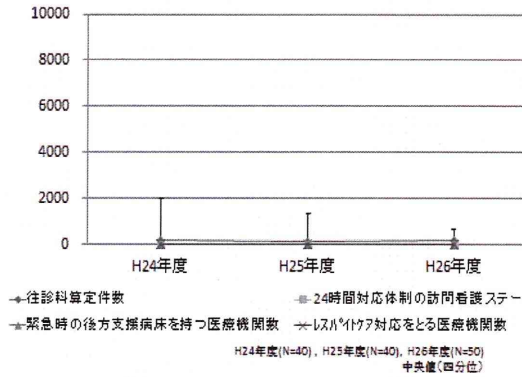


図41. 在宅看取り実施医療機関数  
(人口10万人対)

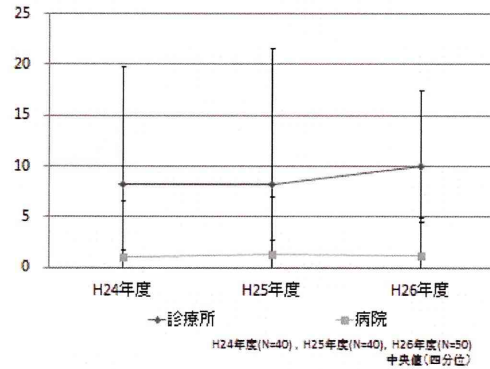


図42. ターミナルケア対応訪問看護  
ステーション(人口10万人対)

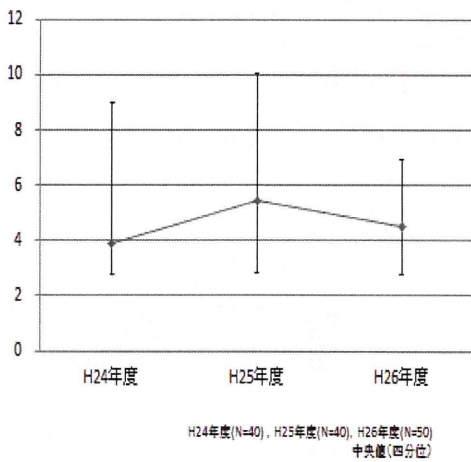


図43. 退院時に在宅医療・介護事  
業所との連絡調整を実施している  
病院数(人口10万人対)

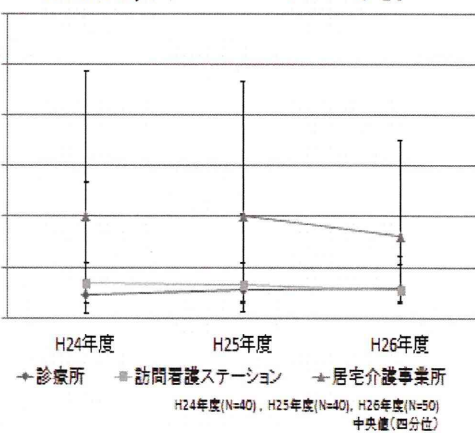


図44. 介護施設の協力病院  
(人口10万人対)

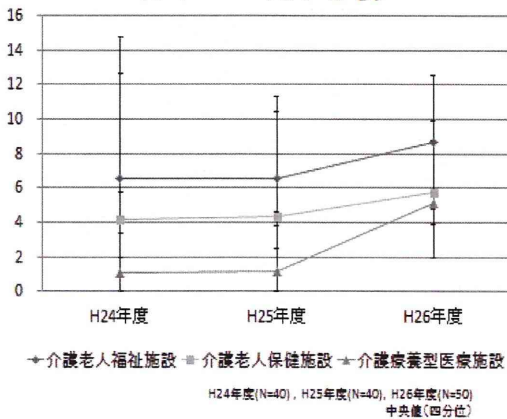


図45. 多職種連携・協働支援  
(人口10万人対)

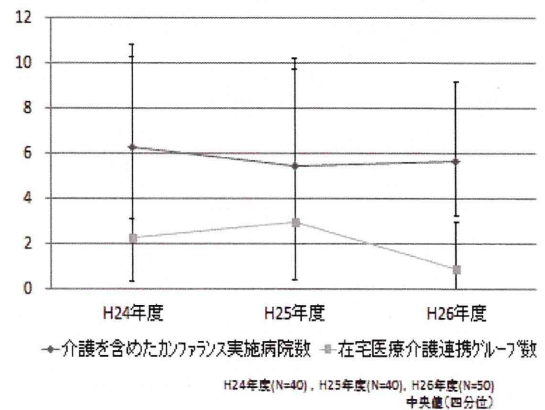


図46. 連携拠点活動-1  
(人口10万人対)

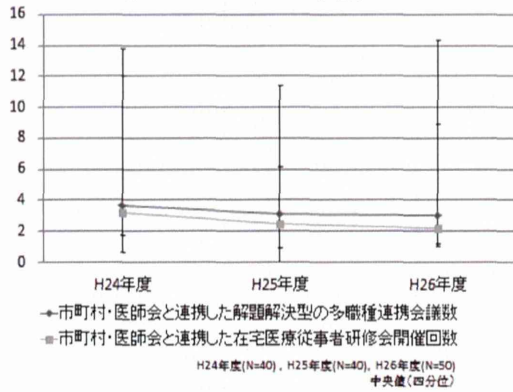


図47. 連携拠点活動-2  
(人口10万人対)

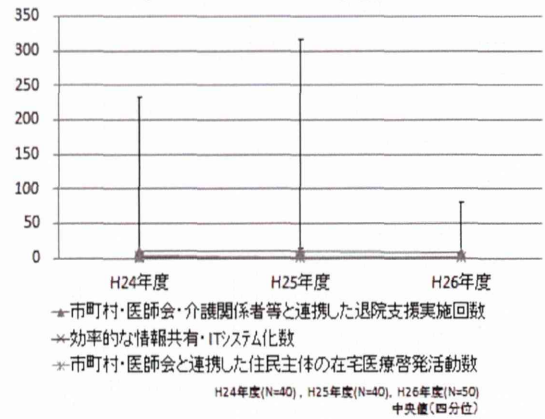


図48. 在宅医療連携拠点機能-1  
(人口10万人対)

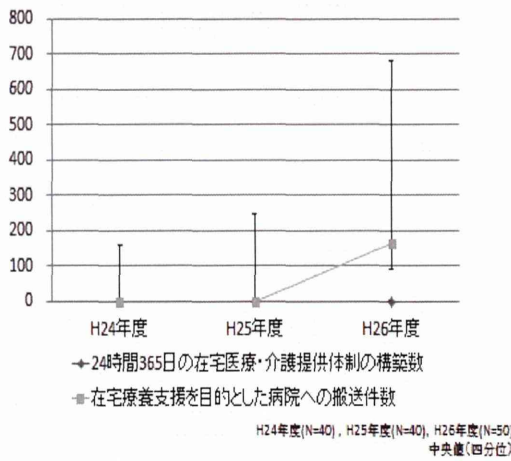


図49. 在宅医療連携拠点機能-2  
(人口10万人対)

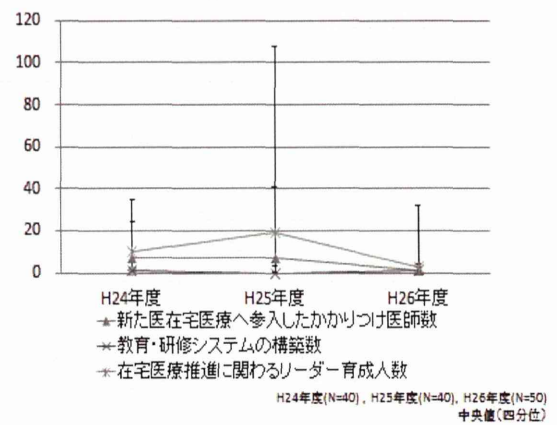
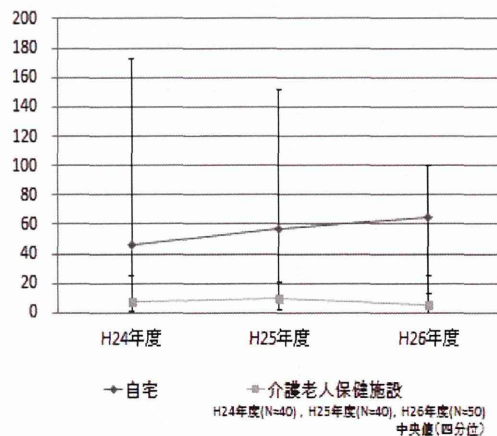


図50. 在宅死亡者数  
(人口10万人対)





F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 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. 32(2). 100-106. 2015.
- 2) 大島浩子, 鳥羽研二, 鈴木隆雄: 高齢者の医療介護体制とイノベーション. 地域包括ケアシステム構築への取組. 医学の歩み. 253(9). 2015 (印刷中)

2. 学会発表

- 1) 大島浩子: 【基調講演】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.
- 2) 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

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

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・介護の連携の促進とその客観的評価に関する研究

—ハンドブックの評価、病診連携・24時間対応要素抽出—

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）

#### 研究要旨

昨年度平成 25 年 12 月に作成した『在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック（以下、ハンドブックとする）』の解説講演を合せた、ハンドブックの教育効果（理解度、応用可能性）を測定し、活用における課題を明らかにすることを目的とした。本分担研究では埼玉県 2 次医療圏 1 カ所（西部第一）、宮城県 2 次医療圏 7 カ所（栗原、仙台黒川、仙南、仙台岩沼、仙台塩釜、気仙沼、北部）、対象職種は、地域包括ケアシステムに関わる市町村自治体職員と、各保健所より情報提供を受けた医療・介護・福祉の専門職に対し講義直後に講義内容に関するアンケート形式での理解度調査を行った。その結果、医療専門職においては、ハンドブックの理解は十分に得られていたが、特に、介護職については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。

#### A. 研究目的

昨年度平成 25 年 12 月に作成した『在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック（以下、ハンドブックとする）』の解説講演を合せた、ハンドブックの教育効果（理解度、応用可能性）を測定し、活用における課題を明らかにすることを目的として、調査を行った。

#### B. 研究方法

協力が得られた以下の地域において、平成 26 年 9 月から 11 月の間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。

○埼玉県 2 次医療圏 1 カ所（西部第一）

○宮城県 2 次医療圏 7 カ所（栗原、仙台黒川、仙南、仙台岩沼、仙台塩釜、気仙沼、北部）

対象職種は、地域包括ケアシステムに関わる市町村自治体職員と、各保健所より情報提供を受けた医療・介護・福祉の専門職とした。

#### 調査票の構成及び内容

調査票の構成は以下のとおりであり、在宅医療・介護連携を図る上での基礎知識と、先行事例の検証を踏まえた取組み情報を自らの地域に適応させることができるかを測る応用可能性の項目を含んでいる（添付書類参照）。マークシートで回答する項目は、複数項目から正しい回答を複数選択する回答様式とした。

表 1. 調査表項目

	分類	回答様式	狙い
質問 1	基礎知識の理解	マークシート	連携準備法の理解の確認
質問 2	応用可能性	マークシート	連携のための情報リテラシーの確認
質問 3	基礎知識の理解	マークシート	資源把握方法の理解の確認
質問 4	基礎知識の理解	自由記載	理解度の質的な程度把握
質問 5	基礎知識の理解	自由記載	理解度の質的な程度把握
質問 6	応用可能性	マークシート	地域包括ケアシステムの理解の確認
質問 7	応用可能性	マークシート	研修会企画に活用する知識・技量の確認
質問 8	応用可能性	自由記載	活用できる理解の有無の確認
質問 9	基礎知識の理解	自由記載	理解度の質的な程度把握
質問 10	基礎知識の理解	自由記載	理解度の質的な程度把握
ご意見		自由記載	

## C. 研究結果

### 1. 結果回答数と分析対象数

回答 263 件（自由参加型の会であり、全受講者数は把握できなかった）。うち、職種に回答がなかったものと、選択回答の質問においてどの選択項目にもチェックが入っていないもの、選択回答の質問においてすべての選択項目にチェックが入っていたものを除き、最終的に 217 件を分析対象とした。

### 2. 選択回答の質問に対する回答集計結果

回答様式がマークシートである質問 1, 2, 3, 6, 7 について回答集計を行った。

#### 1) 職種別の成績（選択式の質問の正答合計数）

質問 1, 2, 3, 6, 7 の選択項目を合計すると正答が 20、誤答が 16 であったが、正しいものすべてにチェックし、誤っているものにチェックをしなければ正しい選択数（正答数）は合計 36 となる。職種別の正答状況の図表を作成した。

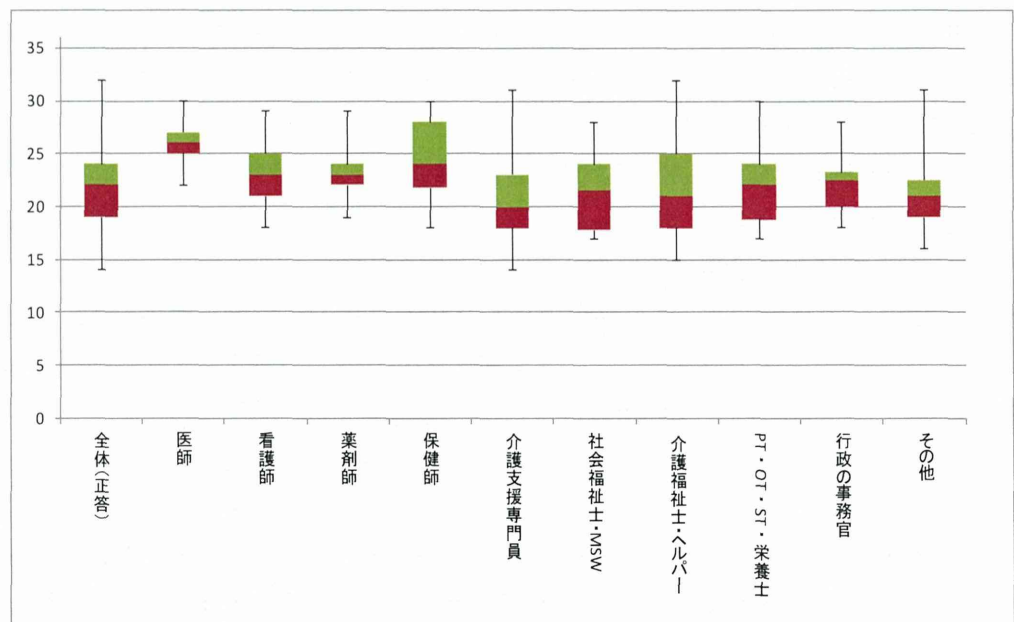
全正答数の平均値が高かった職種は、医師（26.0）と保健師（24.5）であった。ハンドブックの主なターゲットであり正答数が多いことが期待される行政の事務官については、全正答数の平均値は全体の平均値をわずかに上回るにとどまっていた。

介護支援専門員は全正答数の平均値が最も低かったが、分布は広く、全体の最小値から最大値に近い正答数までが含まれていたため、対象とする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。

表 2. 職種別の全正答数の合計（N=217）

	回答数 (複数回答)		正しい選択 平均	正しい選択 (Max36)		
		(%)		最小値	最大値	標準偏差
医師	6	(2.8 %)	26.0	22	30	2.4
看護師	27	(12.4 %)	23.0	18	29	2.9
薬剤師	9	(4.1 %)	22.9	19	29	2.7
保健師	24	(11.1 %)	24.5	18	30	3.5
介護支援専門員	66	(30.4 %)	20.8	14	31	3.9
社会福祉士・医療相談員	24	(11.1 %)	21.3	17	28	3.4
介護福祉士・ヘルパー	34	(15.7 %)	21.5	15	32	4.3
PT・OT・ST・栄養士	12	(5.5 %)	22.0	17	30	3.6
行政の事務官	20	(9.2 %)	22.3	18	28	2.5
その他	15	(6.9 %)	21.3	16	31	3.3
全体	217(実数)	(100.0 %)	22.0	14	32	3.7

※職種は複数回答



最大値	32	30	29	29	30	31	28	32	30	28	31
第3四分位	24	27	25	24	28	23	24	25	24	23.25	22.5
中央値	22	26	23	23	24	20	21.5	21	22	22.5	21
第1四分位	19	25	21	22	21.75	18	17.75	18	18.75	20	19
最小値	14	22	18	19	18	14	17	15	17	18	16
平均値	22.0	26.0	23.0	22.9	24.5	20.8	21.3	21.5	22.0	22.3	21.3
回答数	217	6	27	9	24	66	24	34	12	20	15

図1. 職種別の全正答数合計の分布 (範囲0-36)

## 2) 職種でみた質問別の正答数

質問1, 2, 3, 6, 7のそれぞれについて、職種別の平均正答数を求めた。また、最大正答数を100とした場合の平均正答率を求めた。全体でみると、質問1の平均正答率は49.1、質問3の平均正答率は56.5とその他と比較して低い値であった。質問1は活動開始準備段階における担当者の活動を問うものであり、質問3は活動の開始時期において地域の医療・福祉資源の把握及び活用について問う内容である。設問の妥当性を検討すると同時に、これらの活動がスムーズに行われるようハンドブック内容の見直しをすることが必要である。

表3. 職種別の平均正答数（質問別）

	データの数	平均正答数					（平均正答数/最大正答数）×100				
		質問1	質問2	質問3	質問6	質問7	質問1	質問2	質問3	質問6	質問7
医師	6	6.0	5.3	4.0	3.7	7.0	66.7	66.7	66.7	73.3	87.5
看護師	27	4.7	5.6	3.2	3.6	5.9	52.7	69.9	53.7	71.1	73.1
薬剤師	9	4.8	5.3	3.3	3.7	5.8	53.1	66.7	55.6	73.3	72.2
保健師	24	5.1	6.3	3.6	3.5	6.0	56.5	78.6	59.7	70.8	75.0
ケアマネ	66	4.1	5.3	3.5	3.1	4.9	45.3	66.3	58.1	61.8	60.8
社会福祉士・医療相談員	24	4.3	5.3	3.1	3.1	5.5	47.2	66.1	52.1	62.5	68.8
介護福祉士・ヘルパー	34	4.1	5.5	3.4	3.3	5.2	45.4	69.1	56.9	65.3	65.4
PT・OT・ST・栄養士	12	4.9	5.2	3.2	3.3	5.5	54.6	64.6	52.8	65.0	68.8
行政事務官	20	4.6	5.4	3.6	3.5	5.3	50.6	67.5	60.0	70.0	65.6
その他	15	3.9	5.7	3.3	3.4	5.1	43.7	70.8	54.4	68.0	63.3
全体	217	4.4	5.5	3.4	3.3	5.4	49.1	68.5	56.5	66.7	67.3

表より、医療系職種（医師、保健師）の正答率が高い傾向だが、誤答も医療系職種は高い傾向であり、介護支援専門員と介護福祉士・ヘルパーでは成績の良い者と芳しくない者の幅が広がった。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、質問1の連携準備法の理解と質問3の資源把握方法の理解の正答率が低かった。特に医師の医療・介護連携を準備する手順に関する誤答が目立った。

#### D. 考察・結論

昨年度平成 25 年 12 月に作成した『在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック（以下、ハンドブックとする）』の解説講演を合せた、ハンドブックの教育効果(理解度、応用可能性)を測定し、活用における課題を明らかにすることを目的とした。本分担研究では埼玉県 2 次医療圏 1 カ所（西部第一）、宮城県 2 次医療圏 7 カ所（栗原、仙台黒川、仙南、仙台岩沼、仙台塩釜、気仙沼、北部）、対象職種は、地域包括ケアシステムに関わる市町村自治体職員と、各保健所より情報提供を受けた医療・介護・福祉の専門職に対し講義直後に講義内容に関するアンケート形式での理解度調査を行った。その結果、医療専門職においては、ハンドブックの理解は十分に得られていたが、介護職については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。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### 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・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

<b>1</b>	<b>在宅医療・介護連携の必要性について</b> .....	<b>1</b>
(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
<b>2</b>	<b>在宅医療・介護連携の進め方</b> .....	<b>3</b>
(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
<b>3</b>	<b>具体的取組み</b> .....	<b>11</b>
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
<b>4</b>	<b>今後に向けて</b> .....	<b>39</b>
(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 of 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、

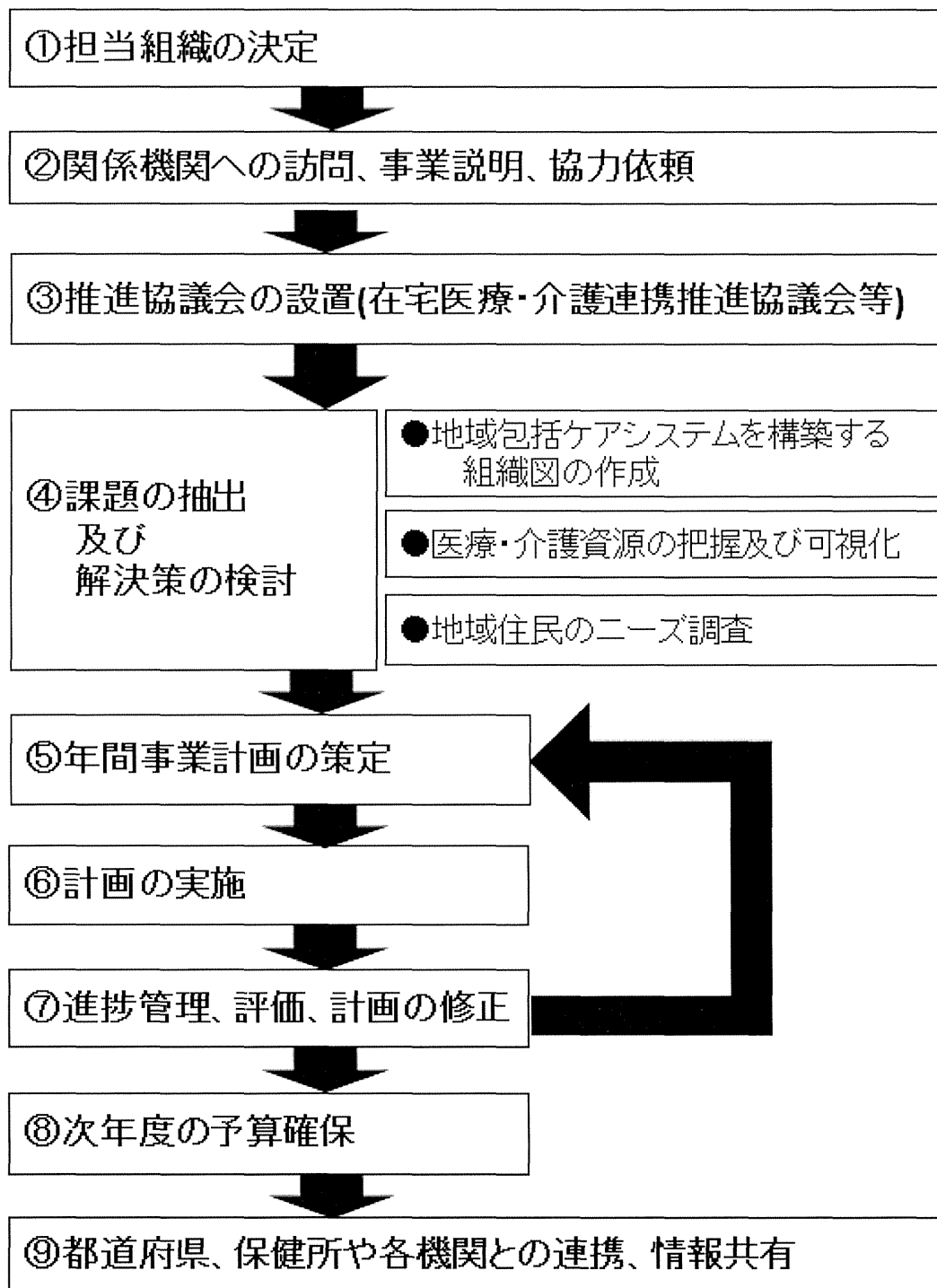
(独)国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部のウェブサイト

<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。