

平成 24 年度は米国での現状を、研究分担者が過去において医学研修を受けた日本と、レジデントとした参加した米国ピッツバーグ大学家庭医療レジデンシーの現状を比較検討した。しかしながら媒体情報からのみで研修がいかに行われているかは詳細が不明であった。昨年度は研究協力者の廣岡伸隆先生(元ピッツバーグ大学家庭医療レジデンシーリサーチフェロー 現防衛医科大学校准教授)と竹大禎一先生(現ピッツバーグ大学家庭医療レジデンシー講師 神戸大学医学部臨床教授)の協力をいただき米国ならびに英国に赴き、複数大学での在宅医療教育の実情に関して聞き取り調査を行った。また、本年度は神戸大学と学生間交流のある下記 3 施設を訪問した。

タイ シリラート病院

マレーシア マラヤ大学

インドネシア アイルランガ大学

上記 3 大学を拠点に、実際に往診や訪問診療を行っている施設を紹介してもらい、スタッフとともに往診を体験するとともに、医学生や研修医への教育システムの聞き取り調査を実施した。

## B. 研究方法

### (1) 米国での home visit training

米国でのプライマリ・ケアを担う診療科の一つである家庭医医療ならびに内科レジデンシーに在籍する 4 名の日本人医師から聞き取り調査を行った。日本人医師以外ではピッツバーグ大学家庭医療学講座 4 名の教官へのヒアリングを行い、その実態を調査した。

### (2) 英国での home visit training

英国では National Health Service (NHS) が 1948 年設立されプライマリ・ケアを担う診療科は General Practitioner (GP) である。直接話の聞ける GP がいなかったため、GP とも接点を持ち、ロンドンに大学院生として在住する日本人医師から聞き取り調査を行った。

### (3) タイでの home visit training

タイでは神戸大学との学生間交流のあるシリラート病院に連絡し、往診グループと行動を共にし、患者宅に伺った。

### (4) マレーシアでの home visit training

マレーシアでは研究協力者スライマン医師から紹介していただいた実地医家ならびにマラヤ大学教官に同行し、地域医療の体験見学を行った

### (5) インドネシアでの home visit training

インドネシアでは神戸大学との学生間交流のあるアイルランガ大学に連絡し、担当者 Dr. Nyilo (地域医療訪問グループリーダー) と事前協議を行った。個別の往診は患者の容態によって見学日時の特定制が困難なことが示唆された。そこでアイルランガ大学地域医療訪問グループに参加し、インドネシア第 2 の都市スラバヤから車で 3 時間かかる Jombang に訪問した。Jombang では地域住民参加の健康教室に参加し、地域医療施設の見学とその職員

との公衆衛生学的な見地からの協議会に参加した。

(倫理面への配慮)

本研究の上述した通り教育方法やそのシステムに関する調査研究である。そのため個人の患者やそのプライバシーへの配慮といった倫理面の問題は無いものと判断した。

## C. 研究結果

### (1) 米国での home visit training

米国家庭医療学レジデンシーでは3年間の期間に2症例の経験が義務付けされていることを確認した。日本で想定されているような複数疾患を持つ高齢者への home visit はレジデント期間中には限定的とのことであった。学部教育期間に関しては平成24年度の報告同様 LCME は訪問診療のトレーニングに関して、特段の必須事項は定めていないとのことであった。すなわち各医学校において home visit の必要性が高いと判断される場合にはその教育がカリキュラムに組み込まれ、必要性が低いと判断されれば組み込まれていないようである。LCME ではその重要性は指摘されているものの、教育現場では LCME に準拠しながらも医学校レベルの判断となっている。そのため経験症例数の特定がなされていないため、有名無実になっている医学校もある。ピッツバーグ大学では医学部3年時の家庭医療学ローテーション中、大学医療センター付属の家庭医療レジデンシーの指導医の監督下で、最低1度の訪問診療を行うことが義務付けられている。その他大学教員からの座学や講義形式の教育を設定していた。ピッツバーグ大学及び米国軍保健大学 (USUHS) の家庭医療学の作成した Home Visit のカリキュラムは平成24年度の報告書を参照願いたい。

### (2) 英国での home visit training

英国ではプライマリ・ケアを担う診療科は General Practitioner (GP) であり、医学生の頃から GP について実習を行っているようである。詳細な規定や症例数の限定はなく、医学生が研修を受ける GP に依るようである。しかしながらそれぞれの地域のニーズにより home visit を実施しているとのことであった。学部の低学年からの early exposure は貴重な経験になり得るのではないかと感じた。

### (3) タイでの home visit training

今回はシリラート病院往診スタッフ(医師1名、看護師2名、理学療法の学生3名、事務員1名、ドライバー1名)とともに往診に同行した。終日往診グループと行動を共にした。実際の訪問先は市内在住の90歳男性宅。私の訪問日朝8:00のカンファレンスでは2名のナースから当日往診する患者の病状と往診目的の説明が往診スタッフ全員に対して行われた。伝統医療というマッサージやハーブを使う理学療法士となる学生3人も同行した。カンファが終了すると往診グループが患者宅に移動。今回の患者は90歳男性。寝たきりでパーキンソン症候群があり、誤嚥性肺炎と褥創を繰り返しているようである。NGチューブを月1回交換し、当日が交換日であった。患者の家は集合屋敷のような家屋であった。60歳

の妻と甥夫婦、甥夫婦の子供 3 人が同居していた。往診には慣れているせいか、われわれに無関心な様子だった。通常の往診は看護師 2 人で午前中に実施しているとのこと。看護師は女性が多いので、不慮の事故も考慮し午前中の時間帯に往診を実施しているとのことであった。1 週間に 1 度の訪問で、往診患者の医学的問題点を見つけると、シリラート病院に戻った際院内の専門医にコンサルトしているとのことであった。コンサルト後に薬剤を投与するそうだが、患者の経過観察や薬剤の有害事象に関して誰が責任を持つのか不明であった。private general practitioner は固定した患者を受け持つが、シリラート病院では往診看護師は受け持ちの患者があるものの、医師は必要に応じて往診を行っているようである。

タイの医学生は、4 年生は 1 ヶ月間地方の病院実習で Primary Health Care (PHC) の経験、6 年生は 1 週間バンコク市内の病院実習で PHC の経験をするようである。その実習期間中に複数の往診を上級医師やスタッフとともに経験しているようである。

#### (4) マレーシアでの home visit training

マレーシアでは研究協力者スライマン医師から紹介していただいた実地医家ならびにマラヤ大学教官に同行した。マレーシアでは往診は private general practitioner がそれぞれの地域で実施しているようである。見学当日は往診予定が無かったため、診療所と地域に存在する 2 つの政府管轄のクリニックとマラヤ大学を見学した。最近では人口過疎地には mobile clinic が適応され稼働しているとのことであった。mobile clinic は医師ではなく看護師や medical assistant によって運営されているようである。実際には歯科器材を積んだ dental car を見学できた。地域におかれた政府管轄のクリニックでは患者であふれていた。クリニックの医師は通常クリニックで診療にあたるため、往診はしていないようである。そのため地域で開業している private practitioners が個別に往診をしているようである。

マレーシアの医学生は 5 年制とのことで、2 年間は preclinical、3 年間は clinical に割り当てられている。卒後は 2 年間 housemanship (日本の研修医期間に相当) が義務付けられている。医学生や研修医は clinical と housemanship 期間中、地域の実情に応じ上級医師やスタッフとともに往診を経験するようである。

マラヤ大学では Family Medicine が学生に対し Primary Health Care の教育を行い、往診の講義を実施しているようである。マラヤ大学は規模も大きく受診患者で混雑していた。医療制度から高価な薬剤以外はほぼすべて政府支援が受けられるとの説明があった。

今回の研究目的の往診とは直接関係ないが、マラヤ大学教官から聞いた話を一つ。多くのマレーシア人医師は、(政府から) 国外での研修を奨励されているようであり、実際多くの医師が海外留学を体験し帰国後マレーシア国内での医療技術向上に一役買っているようである。医師達の留学先は、欧米や中国、台湾、韓国が多いようである。日本も選択肢にあがるものの、日本の医療施設は外国人医師に対して英語でのコミュニケーションを積極的にしてくれない所が多いため、技術や技能は多少劣っても近隣国では英語で対応してく

れる中国、台湾、韓国へ留学するとのことであった。留学生受入国は異国の留学生から学ぶ点も多く、将来の国際交流も考えると重大な問題点だと実感した。日本の医療機関で海外からの見学者が来た際には、カンファレンスを英語で実施するなどの提案をしたいと実感した。

#### (5) インドネシアでの home visit training

アイルランガ大学地域医療訪問グループに参加し、インドネシア第 2 の都市スラバヤから車で 3 時間かかる Jombang を訪問した。この地域医療訪問は、事前に医学生がその地域に訪れ、医療や公衆衛生的見地からの問題点を地域医療訪問グループのリーダーに報告するそうである。その報告に基づき医療訪問グループのメンバーが構成されるそうである。今回はグループリーダー医師、呼吸器内科医師、公衆衛生医師、書記官、ドライバーの 5 名に私が同行した。Jombang での政府地域医療施設での役人との会合が 9 時から開始されたため、ホテルを朝 5 時 30 分に出発した。地域での個々の患者の往診は政府地域医療施設で勤務する医師や看護師が必要に応じ実施しているとのことであった。今回の地域医療訪問では最初に地域住民への健康教室に参加した。100 名程度収容可能な地域集会所で、地域住民に対し看護師や看護助手が血圧測定、尿検査などを実施していた。Medical staff による個別の健康相談や育児相談も行われていた。日本でのラジオ体操を思わせる健康体操も実施され、参加者全員で身体を動かした。健康教室訪問後 2 か所の政府地域医療施設を見学した。2 つとも外来並びに入院設備も兼ね、小児を含む数人の入院患者がいた。小児患者は原因不明の発熱、成人患者は肝臓癌とアルコール性肝障害であった。Jombang では地域医療施設職員とアイルランガ大学地域医療訪問グループとの間で、医学的公衆衛生的見地からの協議会が月 1 回開催されているそうであり今回参加見学した。

#### (3) home visit の有用性

Home visit がいかに有効であるかを示す個々の症例報告は既に多く存在する。しかしながら客観的にその有効性を示す研究は数が少ないものの、既に報告した 2002 年 JAMA の review article が知られている。この review では meta 解析を行い、予防的に往診を行うことでナーシングホームへの入所と高齢者の機能低下を予防できる可能性が示唆されていた。今回訪問した東南アジア 3 ヶ国でも、往診の客観的有効性を示すデータは入手できなかった。どの地も患者と家族の求めがあるため、それに求めに応えるために往診が行われていた。

#### D. 考察

前回の調査研究では米国、英国でも在宅医療の教育については、上記のような現状と高齢化する社会を反映し、その機会が不足しているのではないかとの問題意識が存在している。実際に、その教育の医学校での機会不足を示すデータは、やや古いものの Academic Medicine (Home Care - The Time to Teach About It Is Now) への投稿が参考になり、既

に報告した通りである。また、最近では Institute of Medicine (IOM) もこの問題に対し報告書を出している (2012 年度報告の資料 4)。その中でページ 137 に記載されているように、自宅を含めた病院以外での環境でのトレーニングが推奨されている。

Recommendation 4-1: The committee recommends that hospitals should encourage the training of residents in all settings where older adults receive care, including nursing homes, assisted-living facilities, and patients' homes.

また、患者訪問自体の有効性は種々示されており、これらの高齢化の環境と教育の不足から、老年科学会でも将来の医師の修得すべきコンペテンスを発表していた。この中に直接患者訪問は述べられていないが、患者訪問により修得できる項目は多々盛り込まれている。

今年度訪問したタイ、マレーシア、インドネシアでも医学生は学生の頃から講義ならびに実習中に往診は組み込まれている。患者と家族からの往診の求めがあり、それに対応する医療者グループとともに実地研修を行いながら know-how を修得していた。

日本の現状では人口過疎地域でも都市部でも往診を必要とする患者は存在し、多くの場合地域で開業されている実地医家の先生や訪問看護グループがその求めに対応している。しかしながら、伝統的に医学生、研修医の実習先は病院単位での研修が多くなされているため、往診の体験そのものが医学生、研修医の伝承されていない。日本の医療を鑑みれば、医学生や研修医の実習先によりプライマリ・ケアにシフトした施設を追加することが求められる。

以上が学生教育を含む医学校を中心とした海外での home visit を取り巻く環境である。往診を含む在宅医療の必要性があり実施されている。その現場に医学生や研修医が参加し、実地体験している。現場で必要な知識や有効な多職種連携 (Inter-professional work) を現場で学んでいる。

home visit が有用であることは認められるものの、レジデンシー教育の中で義務付けられているのは米国では家庭医療のみである。日本では多くの開業医が on the job トレーニングにて多数の往診を実施している。将来日本のプライマリ・ケアを担う総合診療専門医には経験症例、経験時期、指導医やコメディカルの有無を含めた体系的教育がなされる必要性を強く感じた。

## E. 結論

米国と英国では実際に研修を行っている日本人医師にその生の声を聞く機会を得た。タイ、マレーシア、インドネシアでは現地の医師達と共に地域医療の実際を体験することができた。米国や英国では日本と同様往診や在宅医療の必要性が認識され、必修化され実習に組み込まれている。しかしながら医学生への教育では、大学医学部の考え方により内容に差が認められる。往診や在宅医療がいかに有効かを示す客観的指標は限定的に検討され、その指標が介入によって変化するかを示す報告がある。ただし国による医療体制の違いから同一の指標が用いられるべきか検討が必要である。

日本の医学生や研修医は、往診を行っている医師や訪問看護グループに同行し、実地体験することが最も求められていると痛感した。往診を体験することは医療のみならず、老々介護等の日本社会の置かれている現実を直視する絶好の機会となるはずである。

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）なし

H. 参考資料

- 1) Peterson LE, Landers SH, Bazemore A. Trends in Physician House Calls to Medicare Beneficiaries. J Am Board Fam Med. 25(6):862-8 2012.
- 2) ピッツバーグ大学家庭医療学の作成した Home Visit のカリキュラム
- 3) Lim KE. Medical education in Malaysia. Medical Teacher 30 119-123 2008.
- 4) タイでの往診風景



2-7-5)

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

在宅医療多職種研修の普及に関する研究

研究分担者 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 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  
 土屋 瑠見子 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻

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に関する多職種研修プログラム「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」が、被災地を含めた全国において汎用化されたツールとして活用可能となるよう、（1）プログラムの標準化（運営手順書の作成）、（2）関連する資料を一括して掲載するホームページの設置、（3）普及のための全国を対象としたフォーラムの開催、を系統的に行った。またこの実施にあたり、在宅医療を担当するナショナルセンターである国立長寿医療研究センター、在宅医療の最たる担い手である医師という職種を代表する日本医師会、在宅医療の政策を担当する中央省庁である厚生労働省という三者の協力を仰ぎ、運営手順書の発行にあたっては東京大学及びこの三者による共同名義の形をとった。

市町村が行う介護保険事業において、2015年より任意実施、2018年より必須実施となる在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業の一部）には、事業項目の1つとして「在宅医療・介護関係者の研修」が位置付けられるに至った。本研究の取り組みの成果は、2015年以降、同事業の枠組みの中で、市町村行政が制度的後ろ盾を得て、地区医師会等との協調のもと、先行する範例として各地で活用されるものと期待される。

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。東京大学で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多職種研修プログラムの開発に取り組んできた（千葉県地域医療再生基金に基づく東京大学への寄附金により開発）。（図1）

図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」開発の系譜

年	月	内容
2010	5	大島伸一先生（国立長寿医療研究センター名誉総長）とプログラム開発構想について事前打ち合わせ



	7	在宅医療研修プログラム作成小委員会を組織（本研修会の基本骨格の検討をはじめとする実務全般を担当）
	12	多職種連携研修プログラム作成委員会を組織（領域別セッション開発を担当）
2011	1	在宅医療研修プログラム開発委員会を開催（大島伸一委員長）
	5	柏市第1回（試行プログラム）：8.0日版開催
2012	3	柏市第2回（動機付けコース）：2.5日版開催
	10	国立長寿医療研究センター「平成24年度厚生労働省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」にて周知紹介
	12	「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」完成
2013	1	厚生労働省HPに「在宅医療推進支援ツール」として研修会運営ガイドが掲載
	10	国立長寿医療研究センター「平成25年度厚生労働省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」にて周知紹介
2014	4	厚生労働省「第1回都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議」にて全国の都道府県に向けて周知紹介
	～現在	柏市のほか松戸市、大田区、北区、町田市、横須賀市、京都府、大和高田市、東淀川区、浦添市等々にて開催（教材の部分的使用含む）

本研究では、2012年に完成したプログラム「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」が被災地を含めた全国において汎用化されたツールとして活用可能となるような各種ツールの整備を目的とした。具体的には、（1）プログラムの標準化（運営手順書の作成）、（2）関連する資料を一括して掲載するホームページの設置、（3）普及のための全国を対象としたフォーラムの開催、を系統的に行った。

## B. 研究方法

### （1）プログラムの標準化（運営手順書の作成）

「在宅医療推進のための地域における多職種研修会」の開催手順を、単に講師選定やタイムテーブルの作成手順のみならず、開催構造（どの団体が主催、共催となるか）のあり方、受講者選定のあり方なども含めて、当該地域における在宅医療推進全体に効果的に資するような研修会企画の手順を時系列で文章化した。

### （2）関連する資料を一括して掲載するホームページの設置

（1）にて示した運営手順書は、主に研修会を運営する事務局の担当者がそれを活用し、スムーズな研修運営を実現する目的で作成されたものである。他方、この研修プログラムを広く全国の関係者に知ってもらうためには、インターネットによる効果的な情報発信が必要と考えられた。そこで、2013年初頭よりホームページの整備を進め、先行地域での研修映像、研修資料を一般公開するとともに、講師や主催者となる予定の者に対しては、あらかじめ発行されたIDを用いることにより、講義のスライドファイル、講師の読み原稿例、



司会進行の原稿例、研修開催に関連する各種書式などを一括して掲載した。

### (3) 普及のための全国を対象としたフォーラムの開催

(1)、(2)を通じて、各地での研修会開催に向けての基盤整備は整うものと考えられるが、それだけで各地が自発的に研修に取り組んでいくことは考えにくい。各地の特性に合わせた多様性のある運用や、地方ないし都道府県ごとの展開のあり方を検討する必要がある、そのためには全国の関係者が一堂に会して本研修プログラムのあり方を学び議論し合う必要があろうと考えられた。そこで、2014年以降、年1回の頻度で各地域の関係者を集めたフォーラムを開催した。

#### (倫理面への配慮)

(1)(2)については、開発研究であり、人を対象とした調査等を実施しておらず、各種研究倫理指針の適用外である。(3)のフォーラム開催については、フォーラムでの討議内容の記録や参加者向けのアンケートを実施しており、いずれも参加者の了解を得て、個人を特定しない形で実施した。

## C. 研究結果

### (1) プログラムの標準化（運営手順書の作成）

「在宅医療推進のための地域における多職種研修会」の開催手順を、開催の4ヶ月前から時系列で追認することができる「研修運営ガイド」を作成した。このガイドは、2013年10月に、在宅医療を担当するナショナルセンターである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り発行し、同センター主催による「平成25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、同年12月には、在宅医療の最たる担い手である医師という職種を代表する日本医師会、在宅医療の政策を担当する中央省庁である厚生労働省という二者より本ガイドに対する名義使用の了解を得ることができ、計四者による共同名義となった。

なお、研修運営ガイドの本文については、在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会ホームページ（URL：<http://chcm.umin.jp/education/ipw/>）あるいは本報告書末尾の参考資料1を参照されたい。

### (2) 関連する資料を一括して掲載するホームページの設置

本研修プログラムに関する資料を全て掲載し、研修開催を計画する地域の関係者が情報を一元的に入手できるよう、ホームページを整備した。ホームページは大きく一般公開ページと講師・主催者向けページ（閲覧の前にID発行申請が必要）とで構成されており、主催者向け（開催にあたって使用する各種書式、研修運営ガイドなど）、個別単元を担当す

る講師向け（講演や演習のスライドファイル、講師読み原稿例など）、司会進行担当者向け（司会進行の読み原稿例）、単に本研修に興味を持った者向け（先行地域での研修映像、研修資料）など各階層に合わせた情報が網羅されている。コンテンツの中には先行地域における研修動画も含まれており、これは単に自学自習をしたい全国の在宅医療・介護関係者のための教材としても活用できるが、それに加えて、各地域で講師を担う者が、スライドファイルと講師読み原稿を手元に置きながら、先行地域において講師がどのような話し方で臨んでいたか学習するための「講師用予習教材」としての効果も大きい。なお、これら動画コンテンツについては容量が大きく継続的に管理することが困難であるため、民間事業者の無償協力（著作権は各講師及び東京大学側にて保有）により、無料でストリーミング配信（ID 登録のみ必要）され、成果が将来にかけて社会に発信され続けるよう配慮されている。

当該ホームページの URL は <http://chcm.umin.jp/education/ipw/> であり、各地の開催状況などコンテンツは随時更新されている。（図 2）

図 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ホームページトップ画面（2015 年 1 月 28 日アクセス）

[更新履歴](#)
[お問合せ](#)

## 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

トップページ
概要
運営ガイド
実績
資料
全国ネットワーク



かかりつけ医の動機づけ

多職種チームビルディングの促進







### お知らせ

2015年1月28日	2015年2月14日全国在宅医療・介護連携研修フォーラムの傍聴者を募集しています。詳しくは「全国ネットワーク」ページをご覧ください。 <b>NEW</b>
2015年1月23日	2015年2月14日全国在宅医療・介護連携研修フォーラムの都道府県担当者の方の参加お申込みは締め切りました。
2015年1月14日	2015年2月14日に全国在宅医療・介護連携研修フォーラムを開催します。ただいま参加申込みを受付中です。
2015年1月14日	2014年10月14日～12月16日に開催された平成26年度 柏崎市認知症ケア多職種協働研修で本サイト掲載の資料が使用されました。
2015年1月9日	2014年9月7日に東京都医師会 在宅療養地域リーダー研修が開催されました。
2014年12月21日	北多摩医師会 第1回 在宅療養地域リーダー研修会が開催されました。
2014年12月18日	ページのレイアウトが新しくなりました。
2014年12月 4日	第19回日本在宅ケア学会学術集会（2014年11月29-30日,福岡）にて発表しました。
2014年11月 6日	第73回日本公衆衛生学会総会（2014年11月6日,宇都宮）にて発表しました。

### 開催予定

平成26年度厚生労働省科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
**全国在宅医療・介護連携研修フォーラム**

**開催概要 (PDF) »**

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／医学部在宅医療学拠点  
 開催日：2015年2月14日（土）  
 場所：ステーションコンファレンス東京（東京都千代田区）  
 参加対象：都道府県在宅医療・介護連携担当者 他

※ただいま、傍聴者の参加申込みを受付けております。傍聴をご希望の方は、申込み用紙にて**2月4日（水）**までに事務局にお申込みください。（2015年1月28日現在）  
**お申込み用紙はこちら (PDF) »**

※詳細は「全国ネットワーク」ページもご覧ください。

※開催当日、同会場にて「**全国在宅療養支援診療所連絡会 第2回全国大会**」テーマ『療養の個性とそれを支える在宅医療の多様性』が開催中です。  
 詳しくは**大会ホームページ**をご覧ください。



(3) 普及のための全国を対象としたフォーラムの開催

2014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」を、2015年2月14日に、全国の都道府県担当職員を中心とした「全国在宅医療・介護連携研修フォーラム」を、いずれも東京大学高齢社会総合研究機構、同医

学部在宅医療学拠点、国立長寿医療研究センターの主催により開催した。この2つのフォーラムはいずれも、本研修プログラムについて、各地の特性に合わせた多様性のある運用や、地方ないし都道府県ごとの展開のあり方を検討する目的で開催されたものである。年次により対象や内容が異なっているが、これは国の在宅医療や介護に関わる施策の動向を適時踏まえて内容を構成したためである。2014年7月に厚生労働省の改組が行われ、保険局に医療・介護連携政策課が設置されるとともに、介護保険事業における「在宅医療・介護連携推進事業」の概要が事業項目の例示とともに老健局より示され、また同事業の施行年次については、2015～2018年の第6期介護保険事業計画期間中は任意実施、2018年の第7期以降は全ての市町村で必須実施となったことから、本研究としてもその動向に合わせて、2015年は都道府県行政担当者を中心にフォーラムを開催することとした。（なお、2016年以降は本研究の範囲外となるが、2018年の必須実施を念頭に、徐々に都道府県の階層から市町村の階層へと影響が生じるよう計画しているところである。）

両フォーラムのプログラムは表1、表2の通りである。2014年については、東京大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（地理的なバランスに配慮）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。2015年については、30を超える都道府県の在宅医療・介護連携担当者約60名を中心に据え、その他市町村担当者や地区医師会担当者からも出席を得た（報告書執筆時点で未開催であるため、人数は確定しておらず）。

表1. 「在宅医療多職種研修会のモデル地域養成検討会」（2014年2月8～9日）プログラム

時間割		内容	構成	担当者
14:00	5分	開会挨拶		佐々木昌弘
14:05	20分	①冒頭趣旨説明	本検討会の設置趣旨を説明（20分） －地域単位の在宅医療研修会が備えるべき理念（医師会・自治体・在宅療養支援診療所等が三位一体で在宅医療研修会の運営に関与し、三者それぞれの役割を果たしながら当該地域における在宅医療推進の基盤を形成する）や枠組みについて概説	辻哲夫
14:25	20分	②地域単位の研修会開催例の紹介	スライド＋映像を20分間放映し同時に解説（20分） 1. 構造的特徴－三位一体の開催構造 / 職種団体を介したリクルート / 市区町村単位の開催 2. 内容的特徴（研修会）－在宅医療の必要性を知る講義 / 多職種グループワーク / 地域資源を見る視点（マッピング等） / 地域課題の整理・解決策検討 3. 内容的特徴（実地研修）－実地研修の映像 HP上からの教材の使い方の説明	飯島勝矢

14:45	60分	③自地域紹介タイム	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 作業内容の説明 (5分) テーマ：各地域の医師の在宅医療の実施状況と医師を含む多職種連携の状況 (特に在宅医の確保)</li> <li>2. 発表内容について討議 (5分)</li> <li>3. 地域毎の発表 (45分：3分×15グループ)</li> <li>4. 調整時間 (5分)</li> </ol>	飯島勝矢
15:45	85分	④在宅医療推進のためのグループワークのあり方とファシリテーターの役割	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本セッションの説明を含めた講義 (35分)</li> <li>2. 多職種によるグループワーク・ファシリテーションの一例 (指導者研修で利用した木村先生の映像を視聴) (5分)</li> <li>3. ①効果を最大化できるようなグループワークの枠組みと②ファシリテーターとなる人材を養成する仕組みについて自地域での展開方法の検討 (20分)</li> <li>4. 全体共有・意見交換 (15分：3分発表×5地域)</li> <li>5. 意見交換を踏まえて更に自地域の企画を詰める (5分)</li> <li>6. まとめ・調整時間 (5分)</li> </ol>	平原佐斗司
17:10	15分	休憩		
17:25	65分	⑤研修会における実習運営	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本セッションについての説明 (5分)</li> <li>2. 実習に係る事務局の運営方法例 (15分：5分×3地域)</li> <li>3. 地域単位で実習の仕組みを形成するために必要な体制の検討 (20分)</li> <li>4. 全体共有・意見交換 (15分)</li> <li>5. 意見交換を踏まえて更に自地域の企画を詰める (5分)</li> <li>6. まとめ・調整時間 (5分)</li> </ol>	川越正平
18:30		1日目終了		
計	255分			

日曜午前 (9時~12時30分)

時間割		内容	詳細	担当者
9:00	5分	冒頭挨拶		
9:05	80分	⑥研修会開催にこぎつけるまでの地ならし・関係づくり	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本セッションの説明 (5分)</li> <li>2. 地域の各団体等との関係づくりの成功例 (15分：5分×3地域)</li> <li>3. 協力が得られやすい働きかけの仕方や協力が得られにくい場合の対処、解決の難しい課題等について検討 (25分)</li> <li>4. 全体共有・意見交換 (20分)</li> <li>5. 意見交換を踏まえて更に自地域の企画を詰める (10分)</li> <li>6. まとめ・調整時間 (5分)</li> </ol>	三浦久幸

10:25	120分	⑦各地域の実情に応じた研修プログラムの提案・総括	1. 作業内容の説明 (5分) 2. 地域毎に自地域の特性に応じた在宅医療研修会のあり方の検討 (35分) - 地域の人材・予算等を加味したプログラム案の作成 - 柏のプログラムをどのように改変するか 3. 地域毎に発表し質疑応答 (75分) - 15地域×計5分 (発表2分と質疑応答3分) 4. 総括 (5分)	飯島勝矢
12:25	5分	閉会挨拶		吉野隆之
12:30		終了		
計	210分			

表2. 「全国在宅医療・介護連携研修フォーラム」 (2015年2月14日) プログラム

時刻	項目	内容・講師等
10:30	プレイベント：担当者意見交換会	テーマ：在宅医療・介護連携事業よもやま話 (仮) いくつかグループを設けてテーマ別に担当者レベルの意見交換会を実施
12:00	受付開始	
12:30	主催者挨拶	国立長寿医療研究センター企画戦略局長 吉野隆之
12:35	来賓挨拶	日本医師会 常任理事 鈴木邦彦
12:40	趣旨説明	東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授 辻 哲夫
12:50	在宅医療・介護連携推進事業について	厚生労働省老健局老人保健課
13:20	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紹介	東京大学高齢社会総合研究機構 准教授 飯島勝矢
13:40	シンポジウム：各地における在宅医療・介護連携研修の取り組み	各地からの報告 (予定) ・ 都道府県レベルの取り組み例：滋賀県 ・ 市町村レベルの取り組み例：横須賀市 ・ 都道府県～市町村レベルの取り組み例：大阪府 総合討論
15:00	休憩	
15:15	ワークショップ：各地で在宅医療・介護連携研修を展開していくために	各地で在宅医療・介護連携研修を効果的に展開していくため、以下のような論点を含みつつ1～2セッションのワークショップを実施 ・ どのような単位 (市町村、二次医療圏、都道府県) で行うか ・ 在宅医療・介護連携推進事業全体の中でどのような位置付けを与え始めていくか ・ どのような体制で運営していくか ・ どのように継続性を保っていくか ※共通する論点：行政と医師会の役割分担と手順、特に医師会関係者の参加意識の醸成 (在宅療養支援診療所の活用を含む) ・ 討議の内容について各グループから発表
16:35	共催者より今後に向けて	全国在宅療養支援診療所連絡会 会長 新田國夫
16:40	閉会挨拶	国立長寿医療研究センター 名誉総長 大島伸一
16:45	終了	会場都合により 17:00 完全撤収厳守

#### D. 考察

本研究を通じ、千葉県柏市を中心に開発した地域単位の在宅医療に関する多職種研修プログラム「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」が、被災地を含めた全国において汎用化されたツールとして活用可能となるよう、(1)プログラムの標準化(運営手順書の作成)、(2)関連する資料を一括して掲載するホームページの設置、(3)普及のための全国を対象としたフォーラムの開催、という3つを系統的に行われたことになる。狭義のプログラム開発というものは、一部の限定された対象に対して、ある新規性をもった手法によるプログラムを用いて試験的に介入を行い、その効果を実証するものである。本研究は、ある意味では既に定型化されていると言える「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」を、開催支援のためのツール開発を中心に発展的にブラッシュアップし、全国で活用されやすいプログラムとなるようにした広義のプログラム開発研究である。また、通常は、プログラム開発を研究として行う際には、当該プログラムを提供する主体はあまり問われることがないが、本研究では、例えば研修運営ガイドについては東京大学、国立長寿医療研究センター、日本医師会、厚生労働省という四者による共同名義とし、全国向けのフォーラムについても国立長寿医療研究センターとの共同実施とするなど、政策的に影響力を有するステークホルダーに都度協力を得ながら取り組んできていることは最たる特徴である。協議の研究としては些細かもしれないが政策的には重要な意味をもつこの配慮により、各地の市町村行政や地区医師会がしっかりと二人三脚を組む形をとりながら本プログラムを活用するにあたり、より円滑な利用が期待される。

本研究の中期的成果は、結果の項に記載した通り、2018年に在宅医療・介護連携推進事業が全市町村で実施されるようになってから明らかになるため、本研究期間内において評価できることは限られるが、東京大学としては、本研究終了後もこの経過を追跡し、中長期の評価につなげていく予定である。

#### E. 結論

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に関する多職種研修プログラム「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」が、被災地を含めた全国において汎用化されたツールとして活用可能となるよう、(1)プログラムの標準化(運営手順書の作成)、(2)関連する資料を一括して掲載するホームページの設置、(3)普及のための全国を対象としたフォーラムの開催、を系統的に行った。2018年より全国の全ての市町村において必須実施となる在宅医療・介護連携推進事業では、「在宅医療・介護関係者の研修」が行われることが決まっている。本研究で整備された開催支援ツールと研修プログラムは、市町村行政による介護保険事業という制度的後ろ盾を得て、地区医師会等との協調のもと、地域単位の多職種研修会の先行する範例として各地で活用されるものと期待される。



## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 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), 印刷中, 2015
- 2) 飯島勝矢. 在宅医療との連携をどう進めるか. ガバナンス, 929-931, 2014
- 3) 飯島勝矢. 高齢化社会と在宅医療推進を見据えた医療者教育医学. 教育白書 2014 年版, 160-167, 2014
- 4) 飯島勝矢. 地域包括ケアとそのシステム構築のためには. 総合診療ノート, 6(2), 254-258, 2014
- 5) 飯島勝矢. 地域包括ケアとしての在宅医療: 行政、医師会、地域のネットワークへのアプローチ. G ノート, 2(1), 印刷中, 2015
- 6) 飯島勝矢. 在宅医療における多職種連携. Geriatric Medicine, 53(2), 印刷中, 2015
- 7) 吉江悟, 土屋瑠見子. 多職種連携の土台づくり—2 つの取り組み: 多職種連携研修. in (東京大学高齢社会総合研究機構編) 地域包括ケアのすすめ. pp73-91. 東京: 東京大学出版会, 2014
- 8) 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
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) 吉江悟, 飯島勝矢, 辻哲夫: 地域包括ケアシステムをどう作るか〜柏市における取り組みの現状と展望〜. ホスピス・緩和ケア白書 2013, 24-27, 2013
- 13) 辻哲夫: 地域包括ケアシステムのモデルが 2014 年に千葉県柏市で実現. コミュニティケア. 14(6): 4-11. 2012.
- 14) 吉江悟, 西永正典, 川越正平, 平原佐斗司, 藤田伸輔, 苛原実, 安西順子, 小野沢滋, 大石善也, 鈴木央, 沼田美幸, 片山史絵, 村山洋史, 土屋瑠見子, 木全真理, 柴崎孝二, 飯島勝矢, 辻哲夫: 開業医及び多職種を対象とした在宅医療研修の試行及び評価〜千葉県柏市における在宅医療推進の取り組み〜. 癌と化学療法. 39(supplement I): 80-85. 2012.
- 15) 飯島勝矢, 吉江悟, 木全真理, 井堀幹夫, 山本拓真, 後藤純, 藤田伸輔, 高林克日己, 鎌田実, 辻哲夫: 在宅医療推進における円滑な情報共有システムを導入した新たな多職種連携の試み〜千葉県柏市における在宅医療の推進〜. 癌と化学療法. 39(supplement I): 51-54. 2012.

16) 辻哲夫：「まちづくり」の視点から見た地域包括ケア．公衆衛生．76：518-522．2012．

## 2. 学会発表

1) 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．11月29-30日．2014．

2) 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．11月6日．2014．

3) 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．6月12-14日．2014．

4) 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.

5) 吉江悟，西永正典，川越正平，平原佐斗司，藤田伸輔，多職種連携プログラム作成委員会，村山洋史，土屋瑠見子，木全真理，柴崎孝二，飯島勝矢，辻哲夫：開業医及び多職種を対象とした在宅医療研修の試行及び評価～千葉県柏市における在宅医療推進の取り組み～．第23回日本在宅医療学会学術集会．横浜．6月30日．2012．

6) 飯島勝矢，吉江悟，木全真理，井堀幹夫，山本拓真，後藤純，柴崎孝二，藤田伸輔，高林克日己，鎌田実，辻哲夫：在宅医療推進における円滑な情報共有システムを導入した新たな多職種連携の試み～千葉県柏市における在宅医療の推進～第23回日本在宅医療学会学術集会．横浜．6月30日．2012．

7) 吉江悟，土屋瑠見子，西永正典，川越正平，平原佐斗司，藤田伸輔，大西弘高，多職種連携プログラム作成委員会，村山洋史，木全真理，柴崎孝二，飯島勝矢，辻哲夫：市町村単位の在宅医療多職種連携研修会を受講した開業医の意識変化～8.0日版と2.5日版の比較を含めた検討～．第15回日本在宅医学会大会．松山．3月31日．2013．

8) 土屋瑠見子，吉江悟，川越正平，平原佐斗司，大西弘高，多職種連携プログラム作成委員会，村山洋史，木全真理，柴崎孝二，飯島勝矢，辻哲夫：市町村単位の在宅医療多職種連携研修会を受講した多職種の意識変化．第15回日本在宅医学会大会．松山．3月31日．2013．

9) 飯島勝矢，吉江悟，木全真理，後藤純，井堀幹夫，山本拓真，久保真人，平江良成，鎌田実，辻哲夫：Aging in Place を目指した在宅医療推進～千葉県・柏モデルにおいて市

町村行政・地区医師会と一緒に推し進める中での大学の役割と意義～. 第15回日本在宅医学学会大会. 松山. 3月31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

1) 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. (2013). 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.

2) 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」ホームページが「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

3) 厚生労働省による「第1回都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議」(2014年4月24日)において全国の都道府県担当者に向けて本研究の成果である研修開催支援ツールを行政説明の一環として周知紹介

# 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

平成 25 年 12 月

- 本運営ガイドは、市町村行政と郡市医師会が並立して研修会の主催者兼運営事務局となる場合を想定し、作成しています。
- 地域の状況によっては、市町村行政が主催者となって医師会は共催者となる場合や、逆に医師会が主催者となって市町村行政が共催者となる場合なども想定されます。
- 研修会事務担当者についても、市町村担当者が担う場合以外に、郡市医師会事務局スタッフ、各都道府県の在宅医療推進事業（平成 24 年度補正予算地域医療再生交付金）を実施する診療所等スタッフが担うことも想定されます。

はじめに  
－この研修運営ガイドについて－

政府の社会保障制度改革国民会議は、「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」と題する報告書を、平成25年8月6日にとりまとめた。

報告書においては、老齡期の患者が中心となる時代の医療は、かつての「病院完結型」から、住み慣れた地域や自宅での生活を継続するための医療、地域全体で治し支える「地域完結型」の医療に変えていく必要があること、また、単身や高齡者のみ世帯が増加していくことを踏まえると、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められていること、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齡者を地域で支えていくためには、かかりつけ医機能を担う地域医師会等の協力を得つつ、在宅医療と介護の連携を推進することも重要であり、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こと等、在宅医療の推進、在宅医療・介護の連携について多くの具体的提言がなされている。

また、日本医師会・四病院団体協議会は同年8月8日に、「医療提供体制のあり方」について合同提言を行い、その中で、「地域包括ケア」に医療提供者として積極的に参加していくことや、在宅医療の推進のため、今後率先して、在宅医療の中心的役割を担う「かかりつけ医」をはじめとする在宅利用に関わる医師及び医療関係職種の養成、研修を支援すること等を明らかにした。

このような中、厚生労働省では、平成21年度に造成した地域医療再生基金について、平成24年度に介護と連携した在宅医療体制を整備する在宅医療推進事業を内容に明記し、これを各都道府県では平成25年度から進めている。本事業は、市町村と地域医師会の連携により面的な在宅医療・介護連携を図るという国民会議の方向に沿うものとなっている。そして、この事業の内容として、在宅医療に関する研修の実施が重要な要素となっている。

また、日本医師会では、平成25年7月に「在宅医リーダー研修」を開催した。そして、現在、この研修の成果を踏まえて各地域においてリーダーを養成すべく、都道府県医師会が中心となって研修を進めているところである。

在宅医療・介護連携を進めていくに当って、これに関わる医師をはじめとする多職種研修の重要性については、論を俟たないところである。東京大学高齡社会総合研究機構においては、市町村と地域医師会が並立して在宅医療推進のための多職種連携を主目的とした研修を行う場合に効果的な研修プログラムを、国立長寿医療研究センターと連携して開発し、実践してきた。