

図1 都道府県リーダー研修 受講者背景（職種別）

都道府県リーダー研修のプログラム骨子は、4本柱で構成されている。リーダーとしての資質を育成するリーダー論、在宅医療においては必要不可欠である多職種協働を支えるチームマネジメント論、地域全体の情報を集約し分析し課題を抽出するアセスメント論、そして、在宅医療の臨床技術論である。

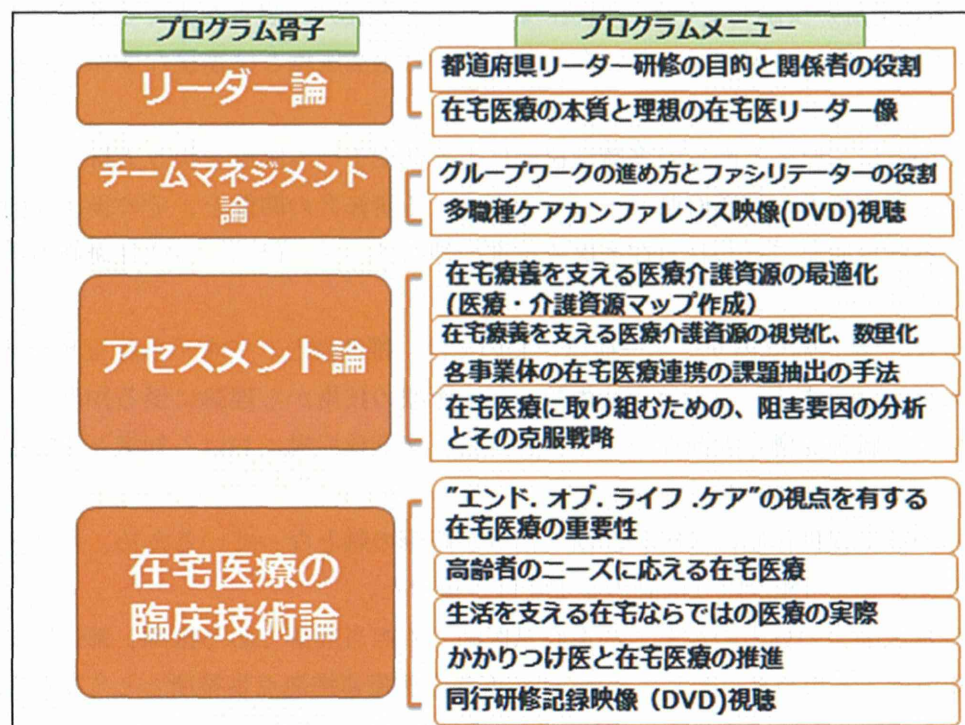


図2 都道府県リーダー研修 プログラム骨子とメニュー 一覧

平成25年度には、在宅医療・介護連携推進事業研修会を開催した。都道府県で行われた地域リーダー研修の後方支援として、行政や関係多職種に向けた全国規模の研修会を実施した。この研修の受講者については、都道府県にその選択を一任した。同年度内には、第5期地域医療再生基金による在宅医療推進事業を都道府県主導にて展開されることが決定しており、都道府県が主体的に在宅医療推進に向けた人材を育成や支援することを担う形をとった。結果、受講者334名であり、事務職が全体の4割を占めた。

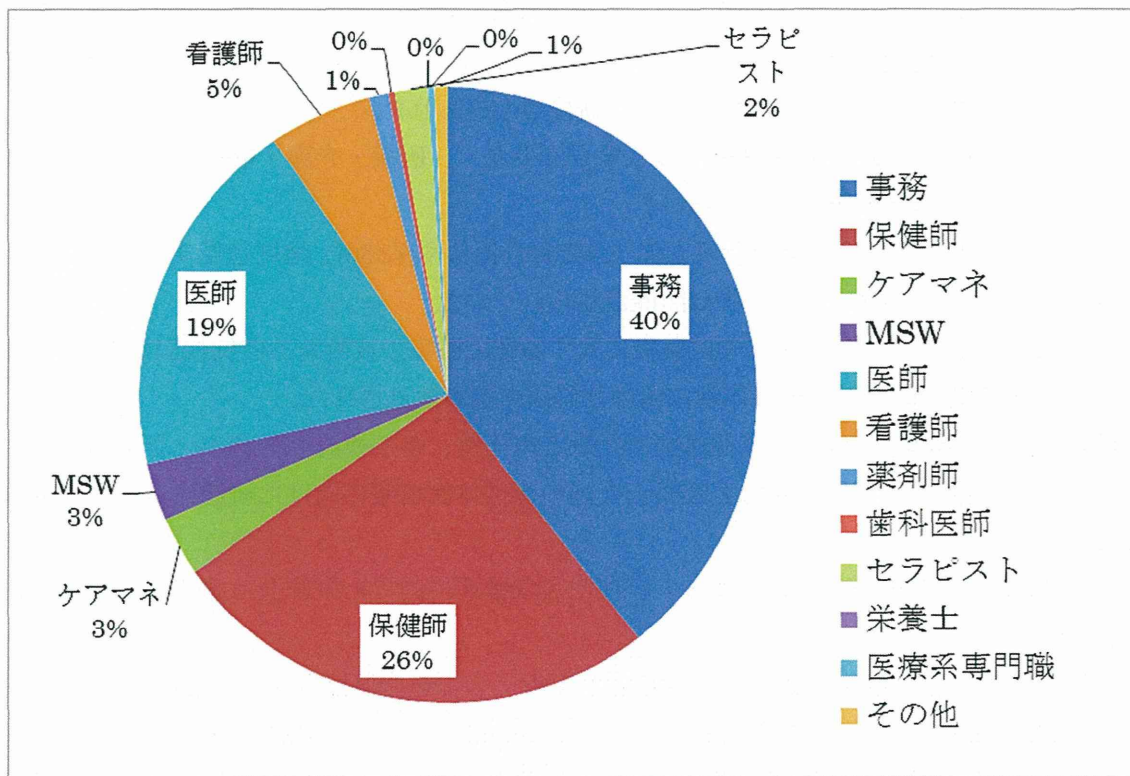


図3 在宅医療・介護連携推進事業研修会 受講者背景（職種別）

在宅医療推進に向けた人材育成の取組み

上記パターンⅠ、Ⅳについては、都道府県や2次医療圏などの広域的範囲で資金や時間をかけて、多くの承認を得たうえでコンテンツが構築され取り進められる必要がある。

パターンⅡ、Ⅲについては、都道府県や2次医療圏等の広域に捉われず地域の実情に応じて柔軟に育成することが求められる取組である。

各都道府県主導で平成24、25年度に実施された、多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業において全国各地の取組状況の把握を、都道府県担当部局を通じて行った。

その結果、平成24年度においては都道府県主催によって36都道府県にて在宅医療推進にかかる研修会（地域リーダー研修）が開催されていた。

その研修内容は当センターが開催した都道府県リーダー研修のコンテンツを基に構築されており、ボリュームは各都道府県によって異なるが、その内容については一律の内容で展開されていた。

平成25年度においては、全国で428回の在宅医療推進に向けた研修会（地域リーダー研修や多職種研修）が開催され、約30,000人が受講していた。（43都道府県のみからの回答に基づく）平成25年度においては、都道府県規模で行った研修会や、2次医療圏レベルで行った研修、市町村自治体で開催した研修会、病院主催や保健所、医師会や各職能団体による研修会などその地域の実行可能性に応じた取組みが展開された。

内容については、地域主催で行う事で、その多様性が顕著に現れていた。市民フォーラムのように講師の講話のみや、グループディスカッションのみ、都道府県リーダー研修とほぼ変わらない内容とボリュームで行われた研修会も見られた。

参加者においては、地域の住民を含める場合は少なく、医療・介護・福祉の関係者と行政の参加を中心とした地域が大半であった。

実施主体では、医師会主催と行政主催（市町村自治体や保健所、地域包括支援センター）の場合は大きく2パターンの研修会開催が見られていた。

医師会主催の研修会では、医師や医療職に対する在宅医療の技術論や症例検討など24時間365日などの安定的な医療提供体制に向けた研修内容が散見された。

自治体主体の研修会では、多職種連携や医療との連携、事例検討等を含み、ディスカッションなど顔の見える関係作りなど医療と介護の連携体制構築に向けた研修内容が散見された。

研修会実施主体や対象エリアによって、在宅医療推進に向けた研修会は多様性を呈していると言える。

平成26年度以降の研修会開催についても9割近くの都道府県担当部局から回答を得たが、半数程度は継続的な研修会開催を言及していたが、他方の半数は未定という回答であった。このことから、経年的な研修会プログラムの策定についても、全国的にばらついている事が明らかとなり、地域による今後の展開に大きな偏りを呈する可能性を示唆している。

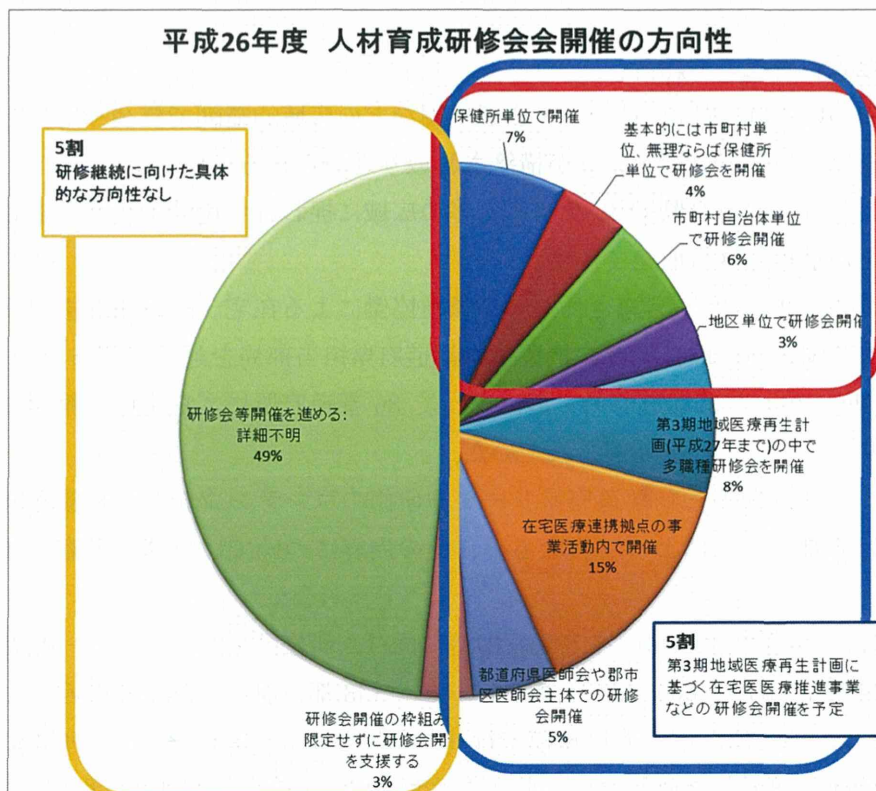


図4 平成26年度人材育成研修会開催の方向性 調査結果

多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業は、イギリスのGSF (Gold Standards Framework: 緩和ケアにおける継続教育のプログラムであり、学びのリレー形式で先導者から関係者に対して教育が繋がれて人材が育成される仕組みを構築している) を参考にし、プロジェクトデザインが設計されていた。

日本における在宅医療推進の取組においては、GSF を参考に、在宅医療の専門性や技術性、芸術性に関する在宅医療専門職集団に対するアプローチと、行政を中心とした生活を支える立場や生活者の立場での在宅医療との関わり方など在宅医療専門職内外に対するアプローチ、そしてそれらの2集団の間を調整する立場、以上の3つに対する教育的アプローチが必要となってきたことから、地域リーダー研修や多職種研修においては多様な研修内容を呈した背景であると言える。

当事業において、在宅医療における学びが各地域の様々な関係職種に対して伝達される仕組みを構築するという事が第1目的であったとするならば、その目的は達成されたとと言える。

現状の課題と今後

在宅医療推進において、全国的に共通した大きな3つの課題が明らかとなっている。

教育する人材の不足、教育するための情報の流通不足、教育する場の不足である。

教育提供人材の不足は、在宅医療にかかわる人材がそもそも不足していることから容易に想定される。現状に沿った在宅医療の実際や経験を含めた在宅医療に関する教育を提供することが出来ない人材によって教育を行わざるを得ない現状がある。

そのため、在宅医療による安心安全な医療と治療の可能性について机上の空論であるといった見方がされる事が少なくない。

在宅医療における正確な知識の流通不足という点は上記に密接に関連している。都道府県レベルでは必ず在宅医療を長年熱心に取り組んでこられた人材が存在する。しかし、その情報が円滑に欲しい所に届けられていない現状がある。情報発信は重要な活動ではあるが、日々の地域医療にかかわる業務と並行して行うには大変な労力を要する。また、情報を発信する側、受ける側双方において講演会や研修会等に参加するために地域を離れなくてはならず、その負担は非常に大きいものになる。また、教育関係者に届けるためにはデータの収集や論理的に情報を組み立てて発信する必要があり考察に要する時間や労力の負担が生じる。そのため、各地域で蓄積された経験に基づく情報が流通していないという課題がある。学びたくても学べない現状がある。

そして、在宅医療に関する学びを得るためには、同行研修のように実際にそのフィールドに出て時間と空間を共有することも効果的である事は様々な先行研究や取組からも明らかにされている。しかし、在宅医療提供者の人材不足や教育負担が大きい現状において、さらに実習や研修を企画し、運営し、継続させるという事は大変な負担を生じさせる。そのため、教育の場の確保が難しく、限られた教育の場への負担がさらに集中している現状が

ある。

在宅医療推進に向けた人材を育成する教育者の不足、必要な情報の流通不足、教育の場の不足が在宅医療推進の課題であり、在宅医療を重要な医療の一部と位置づけた今日では、これらの課題解決に向けた積極的な支援が強く求められる。

具体的には、教育の機会を受けるための支援と同様に、教育を受け入れる側への手厚い支援を展開することが必要である。

また各地の情報については、都道府県レベルで圏域内の先進地域の把握に努め、その活動の実態の把握や効果、空間の在り方について情報を蓄積することが必要である。今後基礎自治体を基盤として在宅医療と介護の連携推進や郡市区医師会との協働体制の構築、病院等の医療提供機関との連携の在り方について主体的に取り組む必要性が明確にされていることから、都道府県はその有効な後方支援を積極的に展開する必要がある。講師の紹介や市町村自治体への考え方の教育指導、研修内容への助言、資料や情報提供など都道府県が担うべき役割は大きいと言える。

研修場所の確保についても、地域の医療行政を担ってきた都道府県においては、公平で有効な学ぶ場の確保と調整に動かれる事を期待したい。

医師の同行研修や看護師の同行研修をはじめ、介護職の医療技術の研修の場、保健師や薬剤師、歯科医師、歯科衛生士等の訪問診療への同行については学生や経験者、病院関係者等に対して学びを深められる有効な手段であることから、医師会や看護協会、病院協会、教育機関などとの連携調整の上、公平で有効な学びの確保を行っていくべきである。

別の視点では、これらの課題から生じている現状として、地域包括ケアシステムという、地域を俯瞰的に捉えたうえでの人材の育成という視点が欠けているという現象が見え始めている。

つまり、住民が生きることを支援する全体像の中で、一部の限られたフィールドで人材が育成され、同時に限られた医療というフィールドの中での在宅医療推進の人材が育成されている。地域や教育の状況によって人材の質が大きく変化してきている可能性があるという事が懸念されている。

地域包括ケアシステムという総合的な仕組みの中では、前述のように限られたフィールドの中での人材が育成される現状であるならば、専門特化したリーダーとしての人材と、その調整役や下支えを行う人材がペアで同時に育成されなければ、大きなシステムの中でそれらのリーダー人材が有効に活動できないという事も念頭に置いておかなければならない。

現在は単発的、かつ限られた分野での人材が、とりあえずできるところから育成されているが、今後の社会変化に対応したシステムを構築し充実させるためには、地域全体の構成を踏まえて適材適所に必要な人材に育成し配置することを戦略的に進める必要があると言える。

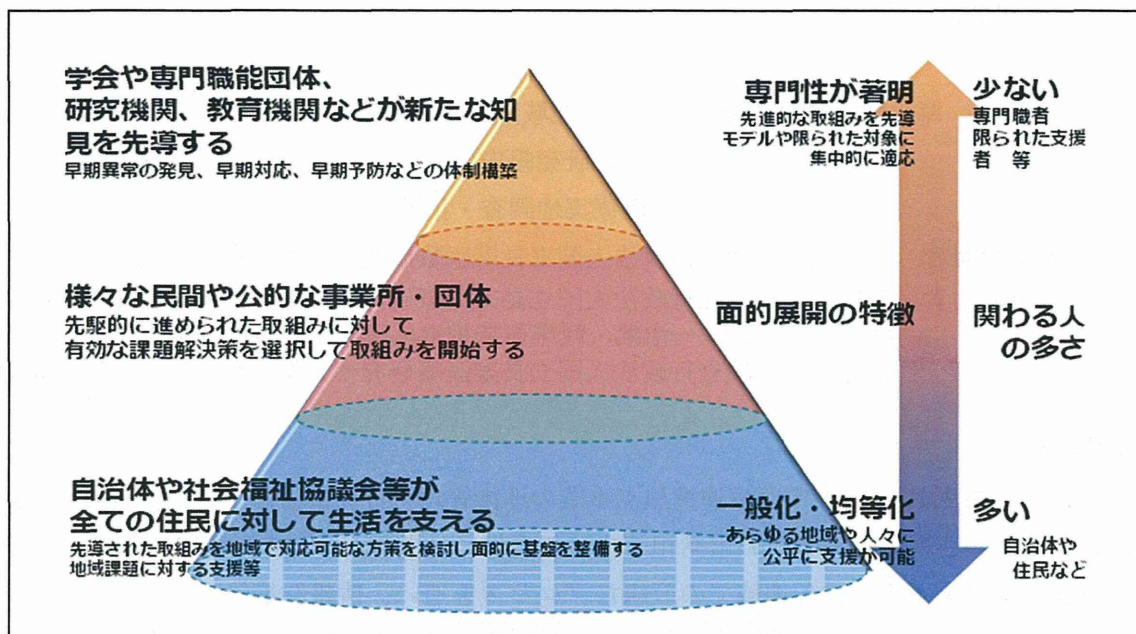


図5 医療介護福祉連携を基盤とする地域包括ケアシステム設計の概念図

これから高齢化が加速する中で、在宅医療や医療と介護を調整する機能は必然的に増加する。

全てをこなせるマルチ能力を備えた人材を育成するという方法も存在するが、各機能を分散して様々な人材に位置づけることも検討する必要がある。地域に医療提供体制を先導する人材と、地域包括ケアの視点から生活支援や地域のネットワーク作りをマネジメントする人材、地域の仕組みと在宅医療体制を接着する調整機能を重視する人材が必要を増すと推測する。

そして、同時に育成した人材が孤軍奮闘で活動するのではなく、高めた能力を活かせる環境整備が求められる。育成する事の喜びや能力が向上した事での職務の質の向上と対象者への利益は、更なる人材の獲得と能力の向上につながりやすく、環境によるメリットは何倍にも増幅することが見込まれる。

結果

推進役のリーダーの育成、調整役の育成、関係職種における連携のための能力の育成、在宅医療提供者としての人的資源の育成を複合的に組み合わせた研修が求められる。在宅医療推進のための人材、リーダーの育成については、長期的戦略をもって、今後各地域の包括的な体制づくりを踏まえて進められる事が重要である。

文献

- 1) 後藤友子、三浦久幸 在宅医療推進に向けた人材育成・リーダー研修、月刊「カレントセラピー」2015, 33(2), in press.

3. 在宅医療の全国展開

3-1)

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

在宅医療実地調査・指導

研究分担者 三浦久幸 独立行政法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長

研究協力者 千田一嘉 独立行政法人国立長寿医療研究センター治験・臨床研究推進センター治験・臨床研究推進部臨床研究企画室長

後藤友子 独立行政法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部研究員

研究要旨

当センターは2012年度在宅医療連携拠点事業の進捗管理を行う事務局として、全国105カ所の在宅医療連携拠点事業所の電話相談や情報提供、訪問相談、定期的な活動の確認、活動発表の支援等を行い、各地域での取組むプロセスを追い、情報を集約した。この拠点事業の進捗管理を通じて、各地域の人材や在宅医療介護支援を地域として同じ方向性を確認し、地域一体となって取り組むためには、自治体や地域の医師会の協力は必要不可欠であり、「地域包括ケアの中核となる在宅医療・介護連携を推進するためには公的機関が中立、公平な立場で中心的役割を担うことが重要であることが示唆された。そして、地域が一丸となり取り組むためには、面的に地域全体を見渡し、地域情報共有や情報発信、課題解決に向けた取り組みを進めることが必要であり、公的機関の役割・位置づけも必要であることが明らかとなった。

研究背景

日本は、戦後の復興と共に懸命な医療技術の向上、衛生環境の整備、予防・福祉事業の充実により、世界一の長寿国となったと同時に、さまざまな要因から少子化も進み、急激な速さで少子高齢化社会を迎えるに至った。このため、今後、限られた人材で社会を支えていくためのしくみ作りが強く求められている。特に第1次ベビーブーム世代が75歳を迎える2025年までに、多くの高齢者を含めた住民が安心して暮らせる街づくりを進めることが喫緊の課題である。特に75歳以上となると、複数の病気を併せ持ち、暮らしの支援と同時に医療支援が必要な高齢者が増加する。

多くの高齢者を含む国民の安心・安全な暮らしを支えるため、厚生労働省は2012年を『在宅医療・介護あんしん2012』と位置づけ、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを全面的に打ち出した¹⁾。さらに、地域包括ケア研究会の報告²⁾では、「2025年に向けては、住民の生活を支援するという視点をより強め、互助・共助に関わる多様なサービスを有機的に連動して提供していくための方法と、そのためのシステム構築を検討していくべきである。」と述べられている。住み慣れた地域で可能な限りいつまでも暮らし続ける体制を地域全体で構築する、『地域包括ケア』は地域特性に基づく医療・介護・福祉連携に

よる一体的な支援提供体制が求められる(図1)。

当センターは国のナショナルセンターとして、国が進める取組みに呼応し、全国の情報集約や発信を行うとともに、地域の後方支援として、知識や技術提供、強力支援を行うという立場にあり、このことは国の政策と各地域との間をつなぎ、情報を通わせ、それぞれの取り組みを有機的に連動させる活動が求められているともいえる。

今回、全国的な動きと各地域の取組みを一元化し把握できるセンターとしての立場で、超高齢化を迎えた日本における新しい街づくりの取組みを報告する。

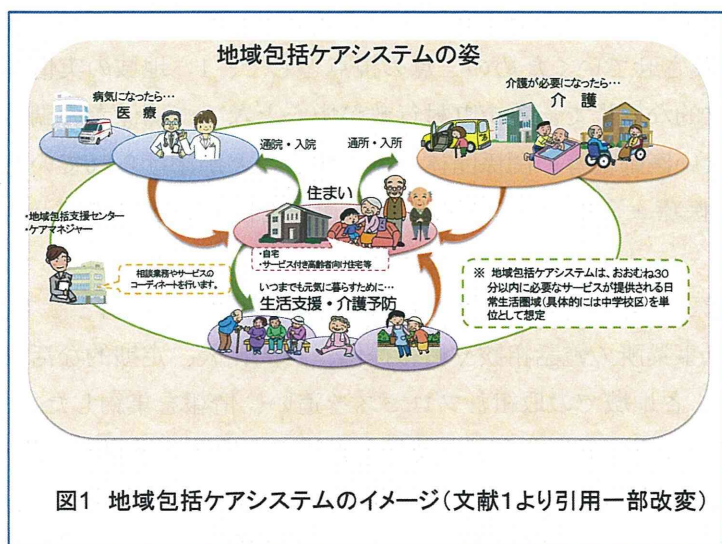


図1 地域包括ケアシステムのイメージ(文献1より引用一部改変)

研究目的

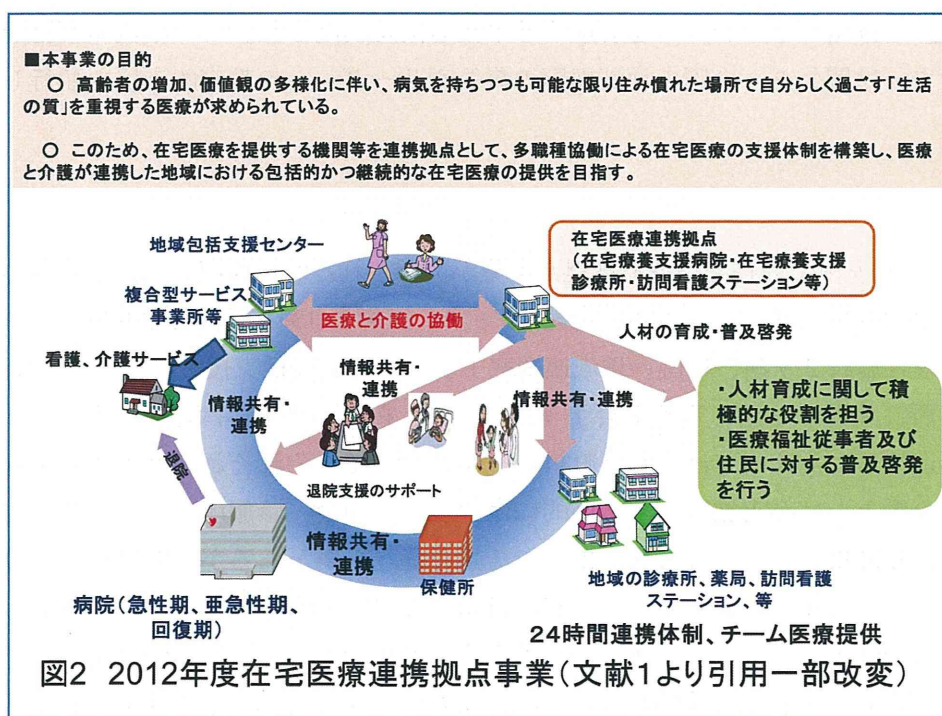


図2 2012年度在宅医療連携拠点事業(文献1より引用一部改変)

在宅医療が全体として広がらない状況の打開を目的として、2011 年度から在宅医療連携拠点事業がモデル的に開始された。在宅医療連携拠点を中心に地域在宅医療を推進することに関しては「2012 年度における都道府県による新たな医療計画（平成 25 年度より実施）」の中で、述べられており、この拠点は病院診療所のみではなく、訪問に関する事業所、医師会、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として位置づけられている。また、標準的な規模の市町村の人口（7～10 万人程度）につき拠点 1 ヶ所を目途に設けられることが想定されており、在宅医療推進に関わる基本は今後市町村単位と考えられる。2011 年度に全国 10 ヶ所で行われた在宅医療連携拠点事業の総括では、地域内で格差なく在宅医療体制を普及させていくための三点の視点として、1: 地域の実情を広い視野で見られること、2: 中立的な立場である市町村行政が中心となって関係者の調整を行うこと、3: 医療には欠かせない医師会等の関係団体と協力することが挙げられている。以上、三点の視点を有しながら、医療・介護関係者間の緊密な連携を図ることが適切という評価が行われている。

当センターはこの 2012 年度在宅医療連携拠点事業(図 2)の進捗管理を行う事務局として、全国 105 カ所の在宅医療連携拠点事業所の電話相談や情報提供、訪問相談、定期的な活動の確認、活動発表の支援等を行い、各地域での取組むプロセスを追い、情報を集約した。全国 105 カ所の在宅医療連携拠点事業所は医療と介護の連携を促進し、地域の医療・介護・福祉を一体的に提供できる体制に向け取り組む地域サービスコーディネーターを設置し、各地域の実情に合わせて、高齢者など暮らしの中で医療や介護の必要性が高い住民でも安心して暮らせるような街づくりにむけて、取り組みを始めた。また、全国の 47 都道府県において、『地域包括ケアシステム』の重要な要素である暮らす場所での医療提供方法である、『在宅医療』を推進するリーダーを育成する事業も同時展開した。この事業の事務局としても当センターは関わり、全国の地域課題の集約やリーダーへの教育的支援を並行し行った。

研究結果

2012 年度は全国 105 ヶ所での在宅医療連携拠点事業が開始されたが、採択された事業主体は様々で、病院 36 ヶ所、診療所 27 ヶ所、行政 12 ヶ所、医師会 13 ヶ所、訪問看護ステーション 9 ヶ所、複合施設 2 ヶ所、病院の地域連携室 1 ヶ所、地域包括支援センター 2 ヶ所、歯科医師会 1 ヶ所、薬局 1 ヶ所、看護協会 1 ヶ所であり、拠点の事業体はさまざまであった。この事業を進めるにあたっては、各市町村レベルにおいて、それぞれの阻害要因を克服していくような働きかけが実施され、最終的には行政、医師会、診療所・病院、訪問看護ステーション、介護機関等が連携した、協働で活動を行う必要があるが、在宅医療連携拠点の事業体の違いにより、点から面への展開に際しての阻害要因はそれぞれ異なっていた。2012 年度は各拠点に 5 つのタスクがもうけられた。すなわち、1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出、2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援（24 時間対応の在宅医療提供

体制の構築等)、3) 効率的な医療提供のための多職種連携、4) 在宅医療に関する地域住民への普及啓発、5) 在宅医療に従事する人材育成である。各拠点はそれぞれ、これら5つのタスクを実践しながら、面展開を図った。

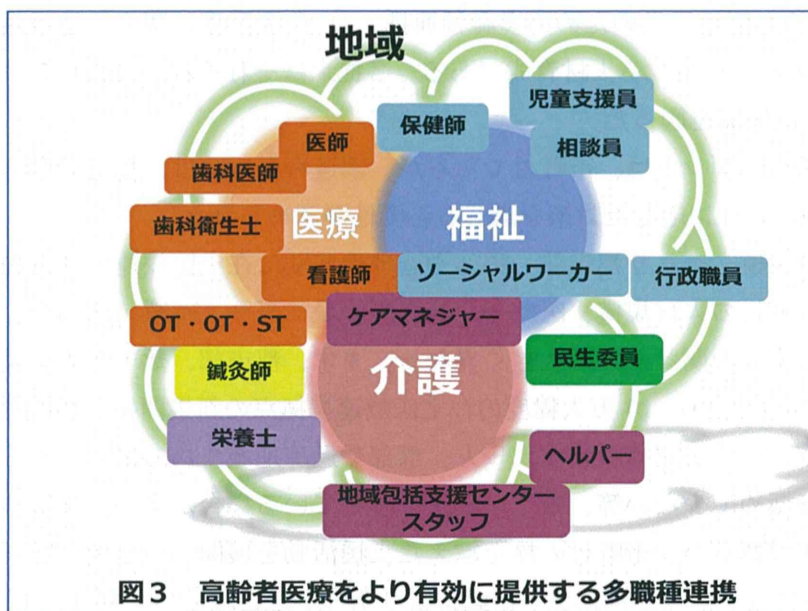
在宅医療連携拠点の一次的ターゲットは、市町村であるが、都道府県行政は、都道府県全体を俯瞰し、各市町村の地域特性に応じた対策を講じる必要性が認められた。

次に、在宅医療連携拠点の規模、つまり都市部、郡部や過疎地域別に在宅医療連携拠点の活動展開を見ていくと、市町村の人口規模、医療や介護資源の量により、行政、医師会、在宅医療連携拠点の在宅医療への関わり方は大きく異なる。まず、都市部、数十万人規模の人口を有する地域では、8万人から10万人程度の在宅医療連携拠点の新規開拓と形成を行い、拠点間の調整を行う必要性が認められた。一方、郡部や過疎地域であるが、これらの地域は医療や介護資源が極めて少ない等、厳しい現状を有している場合が多い。地域の状況に応じて、在宅医療連携拠点が、市町村の枠を越えた支援活動を展開する必要に駆られる場合が多い。このように在宅医療連携拠点の活動により明らかとされるべき事は、1. 地域特性、在宅医療・介護資源の状況、疾患特性、年齢(小児)、事業体の違いに応じた関係機関の連携や多職種連携のあり方と方策、2. 都道府県、市町村、都道府県医師会、郡市医師会の役割、連携の在り方と方策、3. 地域における災害時における対応方策とまとめることができた。

この拠点事業の進捗管理を通じて、各地域の人材や在宅医療介護支援を地域として同じ方向性を確認し、地域一体となって取り組むためには、自治体や地域の医師会の協力は必要不可欠であり、「地域包括ケアの中核となる在宅医療・介護連携を推進するためには公的機関が中立、公平な立場で中心的役割を担うことが重要であることが示唆された¹⁾。そして、地域が一丸となり取り組むためには、面的に地域全体を見渡し、地域情報共有や情報発信、課題解決に向けた取り組みを進めることが必要であり、公的な役割の位置づけも必要であることが明らかとなった。

この点については、社会保障国民会議報告書³⁾の中で、「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。」と述べられ、今後の公的な制度に位置づけられる方向性が示された。

また、各地域の連携を紡ぐための重要な要素として、相互作用を促す人材と事務局機能の存在も明らかにされた。地域を支えていくためには、図3のようにヒューマンネットワークを構築することも求められており、地域の医療・介護を含む関係者が、それぞれの専門性を生かしながら顔の見える関係を構築することが重要であると考えられた。顔の見える関係から協働できる関係に成熟するためには時間の要素も必要であり、地域の将来を見据え、共に信頼し協働できる人間関係を、時間をかけて構築していくことが必要である。



D. 考察

厚生労働省の社会保障審議会介護保険部会⁴⁾では以下のように報告されている。

「地域包括ケアシステムの構築は、「地域づくり・まちづくり」であるとともに、住民・地方自治体・事業者等の「人づくり」でもある。」

地域においては、その地域の暮らす人々が長い時間をかけて構築した文化や習慣、価値観、地域の環境要因や危機等に対応するためのセーフティーネットが存在することが人々の安心・安全に大きく寄与している事も地域づくり・まちづくりを考える上で忘れてはならない要素である。

人と地域は一体であり、地域の仕組みを整えると同時に、人を育成し能力を向上させる取組みが必要である。そして何よりもこの地域作りを最も強く支え、助けてくれる存在は地域の住民であると言える。

地域の仕組みと、人の育成、住民の協力の3点を同時に発展させていく事が、これからの新しい地域づくり・まちづくりに必要な考え方であると言える。

誰もが安心・安全に暮らせる地域づくり・まちづくりに向け、その地域特有の将来が構築されるよう、当センターも一緒に取り組んでいきたいと考える。

E. 結論

全国 105 カ所の在宅医療連携拠点事業所の進捗管理を通じて、各地域の人材や在宅医療介護支援を地域として同じ方向性を確認し、地域一体となって取り組むためには、自治体や地域の医師会の協力は必要不可欠であり、「地域包括ケアの中核となる在宅医療・介護連携を推進するためには公的機関が中立、公平な立場で中心的役割を担うことが重要であることが示唆された。そして、地域が一丸となり取り組むためには、面的に地域全体を見渡し、地域情報能共有や情報発信、課題解決に向けた取り組みを進めることが必要であり、

公的な役割の位置づけも必要であることが明らかとなった。地域においては、その地域の暮らす人々が長い時間をかけて構築した文化や習慣、価値観、地域の環境要因や危機等に対応するためのセーフティーネットが存在することが人々の安心・安全に大きく寄与している事も地域づくり・まちづくりを考える上で忘れてはならない要素であると考えられた。

文献

- 1) 厚生労働省医政局指導課 在宅医療推進室 在宅医療・介護あんしん2012
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/anshin2012.pdf
- 2) 地域包括ケア研究会（平成20年度老人保健健康増進等事業）地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/d1/h0522-1.pdf>
- 3) 社会保障制度改革国民会議 社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>
- 4) 厚生労働省第46回社会保障審議会介護保険部会資料
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000018367.html>
- 5) 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 2012, 14(2), 25-29.
- 6) 三浦久幸 独立行政法人国立長寿医療研究センターにおける在宅医療推進事業の概要
日本在宅医学会雑誌 2013, 15(1), 59, 60.
- 7) 三浦久幸 第54回日本老年医学会学術集会記録 高齢者の在宅医療 日本老年医学会雑誌 2013. 50:164-167.

3-2)

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

在宅医療の全国展開における在宅医療連携拠点事業の活動性の評価

モニターと実地指導の効果（前後比較）

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
鈴木 隆雄（独）国立長寿医療研究センター 研究所長
研究協力者 山本 さやか 愛知県立大学看護学部 老年看護学助手

研究要旨（概要）

超高齢多死社会を迎え、高齢者が最期まで住み慣れた地域で暮らすことができる地域包括ケアシステムの構築が課題となっている。従来、在宅医療・ケアについて科学的根拠に基づく検討は少ない。在宅医療連携拠点に関して定量的データに基づく検討は見当たらない。

そこで本研究では、地域包括ケアにおける在宅医療多職種連携を調整する拠点（在宅医療連携拠点）の活動性を評価する項目を検討した。具体的には、平成 24 年度は平成 24 年度在宅医療連携拠点事業実施主体全 105 拠点を対象とし、質問紙質郵送調査による事業開始前後の活動性の評価と検討を行うとともに、当該事業が展開中に、当センターによる実地指導等の教育的介入を試みている。前後比較の結果から、前期に比して後期の在宅医療多職種連携会議の開催等の活動性は有意に高かったが、24 時間対応体制、在宅看取り、かかりつけ医の在宅医療新規参入、地域資源の開拓等に差はなかった。当センターの実地指導等の効果として、関連する可能性が推測される。また、主体別の活動傾向を明らかにした。

各地域における不足資源をいかに補完しながら、在宅医療を担う医師をいかに巻き込み、各地域の 24 時間対応体制を構築し、在宅での看取りが可能な地域にするのが課題である。また、市町村や医師会の役割の重要性も示唆された。

1. 背景

現在高齢多死社会を迎え、2025 年問題として、後期高齢者割合の増加や推定年間死亡数 170 万人が挙げられている（図 1）。高齢者が最期まで安心して地域で生活ができるような在宅医療体制として、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の創設や、がん対策基本法において在宅医療の明記などの基盤整備が進められているが、在宅死亡率はこの四半世紀の間 12%前後で推移している（図 2）。

高齢者が最期まで安心して在宅療養するために医療と介護を含む多職種連携が必須であり、介護保険者である市町村を単位とした地域包括ケアシステムの構築が急務である。平成 23 年度から在宅医療連携拠点事業が進められた¹⁾。平成 23 年度在宅医療連携拠点事業では、全国 10 事業所の活動事例（図 3）などが記述的に報告され（図 4）。在宅医療連携

活動を評価する共通かつ客観的な評価指標を用いておらず、在宅医療連携に関する要因分析や全国への均霑化に向けた客観的な課題を示すには十分ではなかった。

また従来在宅医療・ケアに関して、科学的根拠の蓄積は行われてこなかった。今後、地域包括ケアシステムにおける質の評価が求められることが予測された。即ち、在宅医療連携拠点の活動状況を定量的に把握し、課題を検討することが課題であった。

2. 前後比較の概要

平成24年度在宅医療連携拠点事業の概要、在宅医療拠点が行う5つの必須のタスク（Ⅰ．多職種連携における課題の抽出と解決、Ⅱ．在宅医療従事者支援、Ⅲ．効率的多職種連携、Ⅳ．住民啓発、Ⅴ．在宅医療従事者人材育成）を図5に示す²⁾。これらのタスクを通して、在宅医療支援体制の構築と、包括的かつ継続的在宅医療の提供の実現が計画されていた。当初は2年計画の事業であったが、政策上の決定により、1年で終了した。

在宅医療連携拠点の活動性の評価の流れを図6に示す。これは、独立行政法人国立長寿医療研究センター（以下、当センター）が在宅医療連携拠点の活動に対する教育・研究の視点で介入しながら、その活動性を評価した研究の流れである。当センターは、同年9月に初期（以下、前）評価を行い、翌10月の平成24年度在宅医療人材育成事業・在宅医療リーダー研修において、今後の活動方向への一助として結果の概要を説明した。その際、当該事業の5つの必須のタスクだけではなく、在宅医療推進における課題であり、重要な結果指標である、各地域のかかりつけ医が新たに在宅医療へ参入できるような仕組みや連携による在宅看取りの支援等についても助言を行った。その後も当センターは助言やサポート等の実地指導を継続した。また、各拠点間の交流、関係諸団体の理解等の副次的効果もみられた。その後約5か月後に終了期（以下、後）評価を行った³⁻⁴⁾。

3. 目的

平成24年度在宅医療連携拠点全105を対象に、当該事業の前後の2時点における活動状況の実態を把握し、在宅医療多職種連携の実態の把握し、主体別の活動性の方向性を検討することであった。

4. 方法

自記式質問紙郵送調査を行った。調査項目は、在宅医療連携拠点の属性、5つの必須タスク、在宅看取り等について半定量的評価と、課題等に関する自由記載であった。

5. 倫理的配慮：(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。またもとより、本研究への参加が当該事業応募の必須条件であった。

6. 結果

(1) 対象

全国 105 の在宅医療連携拠点、各都道府県当たり 2~4 拠点が採択された（図 7）。事業主体の種別を図 8 に示す。主体別には、病院と診療所が各々約 30% を占め、行政と医師会は各々 10% 程度、複合施設や薬局等の他が 5% であった。

本調査へ、前期は 103（回収：98%）、後期は 105（回収：100%）より回答を得た。本調査は当該事業における必須のタスクあったが、前期において、訪問看護ステーション（以下、訪問看護）、行政の各々 1 主体から回答が得られなかった。

(2) 5 つのタスクを主軸とした活動性の評価

・ 多職種連携における課題の抽出と解決

前期において、「職種間の敷居や垣根意識、コミュニケーションや場の不足等」の多職種間の関係性、「資源や個別の支援方法等」の知識・技術不足、「情報共有不足や ICT 整備等」の課題が抽出された。これらの課題解決活動として、アンケートや情報一元化を図りながら、多職種間の顔の見える関係づくりを行うことが計画されていた（図 9）。

・ 住民啓発

在宅医療を地域住民へ啓発するための活動として、地域の医療・福祉資源を把握し、地域資源マップ化する活動が行われた。その際、各在宅医療連携拠点のホームページ上や地域の医師会・行政、連携機関にリンクを貼るなどの ICT の活用と、冊子・リーフレット作成と配布が行われていた（図 10）。

・ 前後比較と可視化

5 つのタスクを主軸とした活動性の半定量的評価について前後比較を蜘蛛の巣図で示す（図 11）。前期より後期の活動性が有意に高くなっていたが、「24 時間対応体制」「在宅看取り」「かかりつけ医の在宅医療新規参入」「地域資源の開拓」「地域外に向けた人材育成」決して高くはなく、前後に有意な差は認められなかった。

(3) 実施主体別の検討

当該事業実施主体を病院、診療所、訪問看護、医師会、行政、他、の 5 種に分類した、後期における主体別の活動性を図 12 に示す。主体別の検討から異なる傾向が認められた。

一般的に病院と診療所は高く、行政は課題可決活動以外が低い傾向にあった。特に、病院は多職種カンファレンスの実施数が有意に高く、診療所の 24 時間対応体制や在宅看取りは有意に高かった。医師会と訪問看護は、かかりつけ医の在宅医療への新規参入数が高く、行政は課題解決のための行政・医師会参加型の多職種連携会議の開催が高い傾向にあった。他は、行政・医師会参加型の多職種連携会議の開催活動が有意に低かった。

7. 考察

平成 24 年度在宅医療連携拠点の活動性の評価から、在宅医療連携拠点においても当該事業前期には多職種間の関係性等の課題が抽出されていた。多職種連携の志向を有する対象においても、職種間の障壁があることが推察される。これら課題を解決するために後期で

は、行政・医師会参加型の在宅医療多職種連携会議の開催、住民啓発に向けたフォーラム開催等の活動性を有することが明らかになった。この変化に、当センターの実施指導や人材育成事業などが多少なりとも影響した可能性が考えられる。

一方、24 時間対応体制の構築、在宅看取り、かかりつけ医の新規在宅医療参入、各地域不足資源の開拓等の活動は十分でないことも明らかになった。このような地域包括ケアシステムの体制づくりは容易ではないことが示唆された。今後も継続の課題である。

在宅医療の推進に当たっては、在宅医療を受ける国民の意識や、正しい理解が基盤となると考える。医師や看護師が自宅等に訪問することが周知されていないことや、病院医療に在宅医療が劣るのでは、といった誤解や偏見もまだまだある。そのような中、在宅医療の拠点が各地域の資源マップや在宅医療に関する情報を公開することは、各地の地域住民にとって有用な活動と考える。また、その際、各地域の介護保険等の窓口である行政や、在宅医療介護に関連する連携機関や医師会を紹介することは効果的と考える。

次に、主体別の検討から主体別の違いがあることと、行政と他の主体の活動が決して高くはないことが明らかになった。在宅医療多職種連携において、病院、診療所などの医療機関は、24 時間対応体制や在宅看取りへの役割があることが示唆された。多職種連携・協働においては、これら主体別の活動性の強みや補完を要する傾向を理解し補完することが重要となるだろう。在宅医療・地域包括ケアは多職種連携で進めることが大前提である以上、単に、顔の見える関係から一歩進んで、多職種間の敷居意識を克服できるようなコミュニケーションとその場づくりと、各地域の人材や支援技術を含めた不足資源を創る、または、補完すること課題である。

今後ますます、行政を中心とした地域包括ケアシステムの構築が推進される（図 13）。行政は在宅医療多職種連携の課題解決のための会議開催に取り組めることから、会議等を通して、各地域の医療と介護の関係機関と連携を図り地域包括ケアシステムを構築することは可能であろう。従来市町村は医療に取り組んでこなかった。今後も、市町村等が在宅医療に取り組みやすい指導方法や支援の検討が必要である。

最後に、全国的に開催され在宅医療多職種連携会議についての効果検証も課題と考える。

図1. 高齢者人口

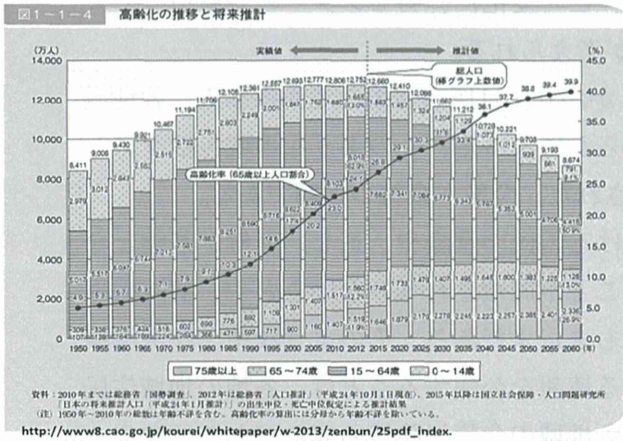


図2. 死亡場所別死亡率の年次推移

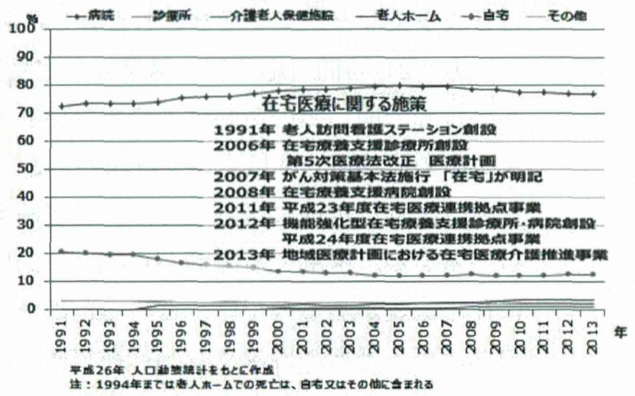


図3. H23年度在宅医療連携拠点事業の成果:事例報告



図4. H23年度在宅医療連携拠点事業の成果

実施主体	実施内容	実施状況	実施効果	実施課題	実施評価	実施改善
...

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/index.html

図5. H24年度在宅医療連携拠点事業

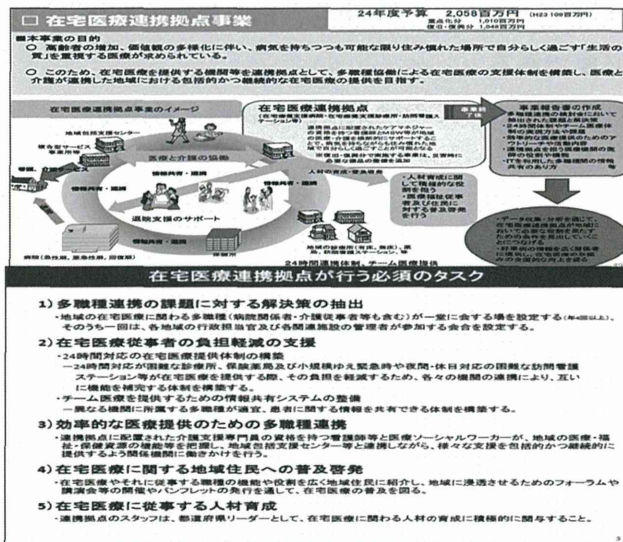


図6. H24年度在宅医療連携拠点の活動性の評価の流れ：前後比較

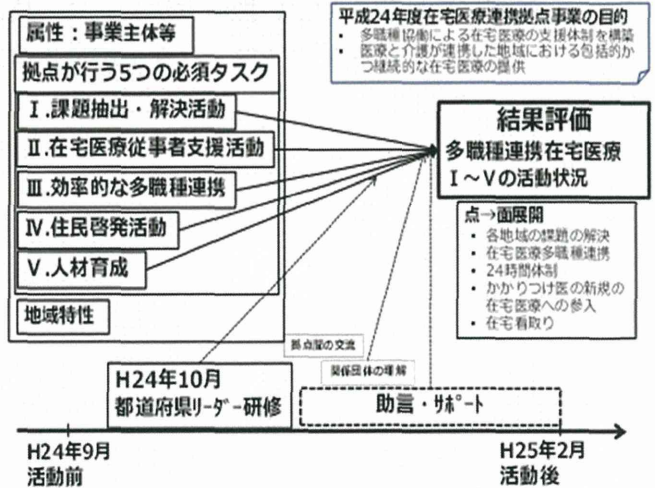


図7. H24年度在宅医療連携拠点
実施主体

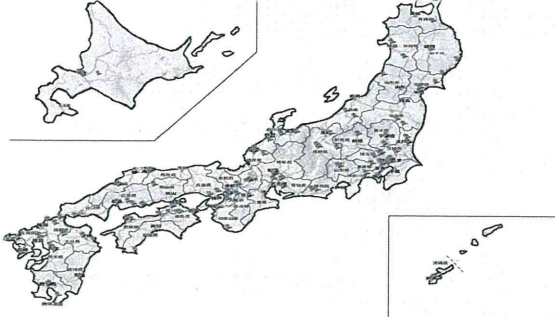


図8. 事業主体の内訳

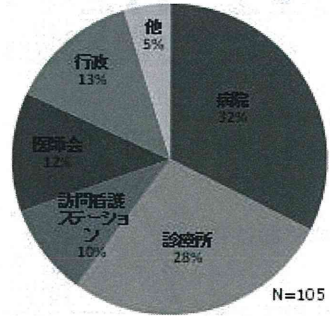


図9. 抽出された在宅医療多職種連携
における課題と解決活動

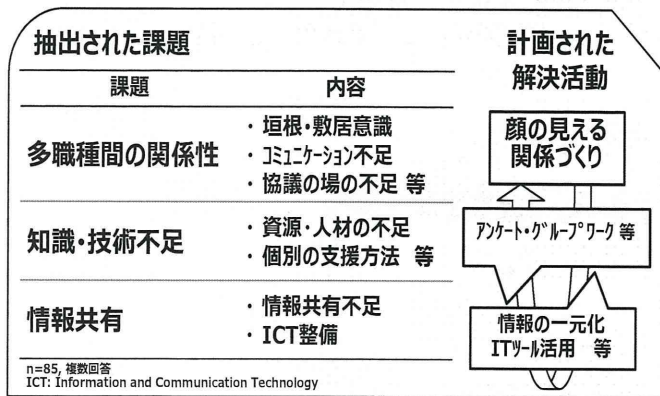


図10. 地域の医療・福祉資源の把握
- 地域資源マップの公開方法 -

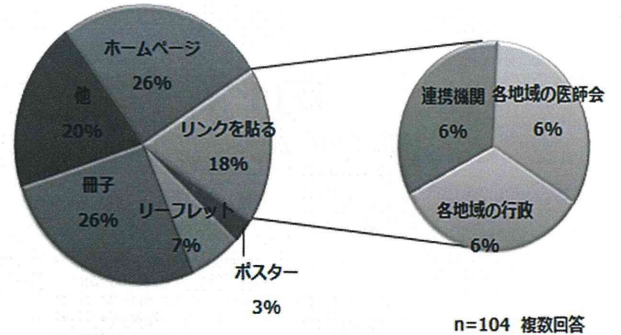


図11. H24年度在宅医療連携拠点の
活動性の評価:前後比較

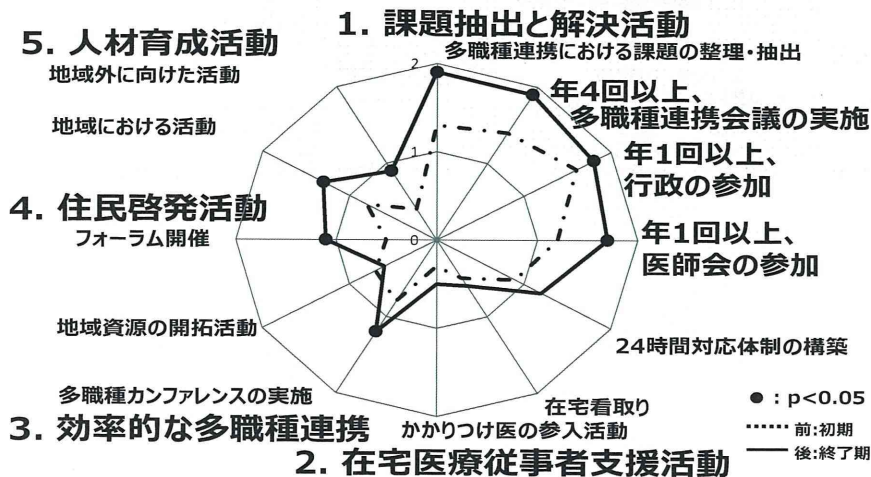


図12. H24年度在宅医療連携拠点の活動性の評価:事業主体別

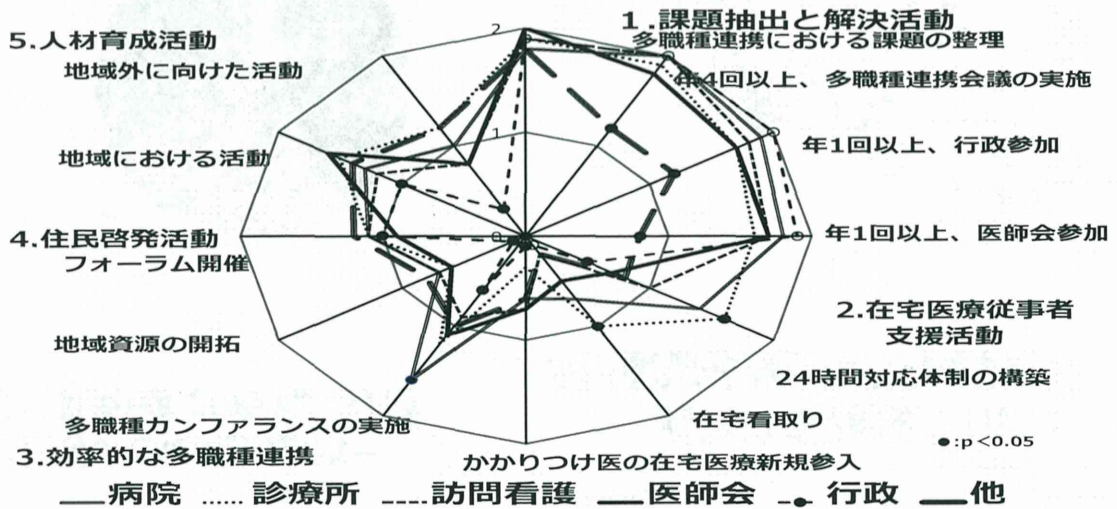
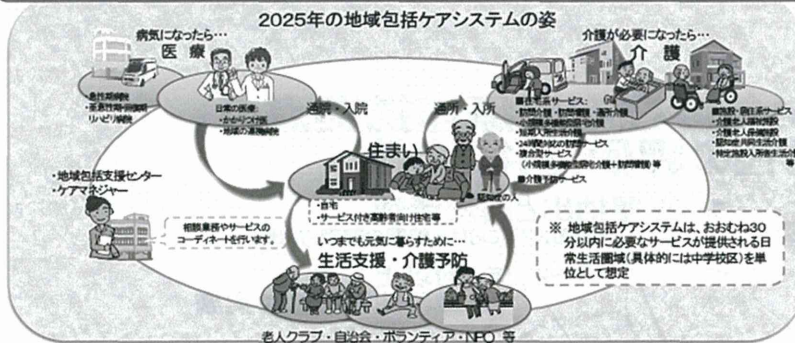


図13. 地域包括ケアシステム

介護の将来像(地域包括ケアシステム)

- 住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差を生じています。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。



http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryou_all.pdf

研究発表

1. 論文発表

- 1) 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. *Geriatric Medicine*. 51(5) : 515-517. 2013.
- 2) 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.
- 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) 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. 学会発表

- 1) 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、12月6日、2013年
- 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.
- 3) 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.