

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
地域要因に基づいた在宅医療・介護連携推進に関する研究
－汎用性の高い在宅医療・介護連携推進・ガイドラインの作成
分担研究報告書

三鷹市における在宅医療推進の促進・阻害要因に関する研究
研究分担者 神崎恒一 杏林大学医学部高齢医学（教授）

研究要旨：汎用性の高い在宅医療・介護連携推進ガイドラインの作成を作成する準備として、本研究では、東京都三鷹市における在宅医療・介護連携推進事業の進捗について、分担研究者自身が在宅医療委員会に参加し、調査を行った。平成 26 年度から計 6 回在宅医療委員会が開催され、医師会医師、病院医師、市役所職員、地域包括支援センター職員などが参加した。また途中、ICT による多職種ネットワーク構築事業検討会が計 3 回開催された。在宅医療委員会活動では、ケアマネタイムの設定、在宅医療に関する医師会所属医師向けアンケートの実施、多職種意見交換会に関する報告、在宅医療・介護推進協議会の立ち上げに向けての準備会（分化会 1, 2）の設置、主治医・副主治医制の導入、後方支援病床の確保などについて協議した。また、ICT 検討会では隣接都市と同じ Medical care station (MCS) が試験的に導入されることが決定した。1 年半の活動を終えるにあたって、在宅医療・介護連携推進事業の進捗は十分とはいえない印象であった。今後、これを推進するためには、行政の積極的関与と、そのための予算化の実現が重要であると考えられる。

A. 研究目的

現在の超高齢者社会において、従来の病院完結型医療から地域完結型医療に転換するための重要な施策のひとつとして、在宅医療・介護連携推進事業の推進がある。しかしながら、各自治体レベルで取り組み実績の蓄積が不足しており、連携体制の構築多くの困難が予想される。

本研究の全体目的は、地域要因を考慮した汎用性の高い在宅医療・介護連携推進ガイドラインの作成であるが、それに先駆けて平成 27 年度は愛知県郊外、千葉県柏市、東京都三鷹市での在宅医療・介護連携推進の実態を調査することとなっている。

そこで、本分担研究では、東京都三鷹市における平成 27 年度までの在宅医療推進

事業の進捗について調査し、どこまで進んだか、もしくは進んでいないか、進んでいないとすれば阻害要因は何かについて調査することを研究の目的とした。

B. 研究方法

東京都三鷹市で開催された在宅医療委員会に参加、実績を調査し、その進捗から、在宅医療・介護連携がどこまで推進しているか、推進していなければ、その阻害要因について分析を行った。

C. 研究結果

三鷹市は東京 23 区の西隣に位置し、人口約 18 万人、高齢化率 20.6%の都市である。医療機関数は約 310 施設、うち病院は 8 つ

である。また、地域包括支援センターは7カ所、訪問看護ステーションは7カ所ある。

三鷹市では、医師会が中心となって平成26年度から在宅医療委員会が発足し、同年6月13日、11月14日、平成27年4月17日、9月4日、10月22日、11月27日の計6回在宅医療委員会を開催した。出席者は医師会医師5～6名、病院医師2～3名、市役所職員2～4名、地域包括支援センター職員1名、その他数名であった。

また、第2回と第3回の間計3回ICTによる多職種ネットワーク構築事業検討会を開催した。この検討会では上記出席者以外に歯科医師会、薬剤師会、訪問看護師なども参加した。

1. 在宅医療委員会での活動

(1) 第2回委員会で、ケアマネタイム（ケアマネジャーが診療所の医師に連絡をとってもよい時間）を各診療所に向けて調査することを決めた。⇒ その結果は、後に医師会ホームページに掲載された。

(2) 第2回委員会で、在宅医療に関する医師会所属医師向けのアンケートを行うことを決めた。⇒ その結果は、第3回委員会で発表された。結果の概要は次の通り

・回答率は48% (58 / 120)

・在宅診療を行っている患者数は在宅療養支援診療所の方が多い傾向にあった。一般診療所で平均月10～15人、20～25人訪問している診療所が1カ所あった。

・看取り患者数は年間1～2人であるところが最も多く、最大80～100人というところがあった。

・在宅療養支援診療所では訪問患者の受け入れにはまだ余裕がある所が多かった。

・在宅療養を行うに当たって、診療報酬の高さ

だけで行っている診療所はなく、すべての診療所では総合的に患者を診ることができてやりがいがあると感じているところが多かった。

・在宅診療を行っていて感じる負担、もしくは在宅診療を行わない理由として、外来との両立、臨時の往診や緊急時の対応、休日の確保が困難であるとの回答が上位を占めた。一方、介護職種との連携に負担を感じるという意見は少数であった。

・訪問診療を行っていない診療所39施設中24施設が状況によっては今後訪問診療を検討すると答え、このうち14施設は内科外科以外の専門科であった。

・在宅医療の負担の軽減するために必要なシステムとして、①緊急時に対応する病院の支援体制、②緊急時に対応する複数の医師によるオンコール体制、③用事で訪問できない時に臨時で代行してくれる医師の派遣（②と③同数）、④在宅診療に関する定期的な研修会、⑤ICTによる介護職種や訪問看護師との情報共有、⑥在宅診療の担当を割り振ったり相談を受ける医師会の窓口の設置などが挙げられた。

(3) 第3回委員会で、平成27年2月20日に開催された多職種意見交換会に関する報告があった。出席者146名、パネルディスカッション形式。

(4) 第4回委員会で、在宅医療・介護連携推進の8つの事業に取り組むために平成28年度以後予算を計上する予定であると行政から話があった。これに関して、第5回委員会で何ら進捗がなかったため、医師会から行政に積極的な推進の要望があった。さらに、第6回委員会では行政側から健康福祉部高齢者支援課主任、係長だけでなく、健康福祉部部長も参加し、在宅医療・介護推

進協議会の立ち上げに向けて、今年度から準備会（分委会 1, 2）を設置することが決まった。

(5) 第 4 回, 第 5 回委員会で、主治医・副主治医制の導入について話し合いが行われた。

(6) 第 4 回, 第 5 回委員会で、後方支援のためのベッド（病院との連携）について話し合いが行われた。その際、行政が補助金を出して運営する病床を確保することができないかとの案がでたが、予算の関係でその後進捗は見られていない。

(7) その他、設置予定の在宅医療・介護推進協議会と既存の地域包括ケア会議との関係をどのようにするか、認知症対策、難病や障害者の扱い、市民への啓発・周知などについても話し合いが行われた。

2. ICT による多職種ネットワーク構築事業検討会の活動

3 回開催された同検討会では、4 社の ICT ベンダーによるシステム説明が行われ、最終的に隣接市である武蔵野市、調布市、小金井市で採用した Medical care station (MCS) が試験的に導入されることが決定された。

D. 考察

本研究班では、地域要因を考慮した汎用性の高い在宅医療・介護連携推進ガイドラインの作成にむけて愛知県郊外、千葉県柏市、東京都三鷹市での在宅医療・介護連携推進の実態調査を行ったが、各地域で進捗は異なった。柏市はすでに行政主体の在宅医療・介護連携運営部署が機能しており事業が推進している。この点は愛知県郊外や三鷹市とは大きく異なる。一方、愛知県郊外は訪問看護ステーションが主体となって

在宅医療・介護連携の推進を図っているが、あまり進んでおらず、その理由のひとつは行政の関与が弱いことである。今回の調査で明らかになったことは三鷹市では、医師会が主体となって在宅医療・介護連携の推進を図ったが、やはり進捗としては十分とは言いがたい。その理由はやはり行政の積極的関与の低さがあるように感じられた。さらにその背景には、本事業に計上できる予算が十分ないことがあると思われる。第 6 回在宅医療委員会では、はじめて進捗が見られたが、その理由は行政担当者の出席数が多かったことが挙げられる。このように 3 ヶ所で在宅医療・介護連携に差が生じている可能性として“行政の積極的関与”の有無が挙げられる印象であった。

ICT による情報連携については、まだ立ち上がっていないので将来は不透明だが、3 回の検討会の結果、隣接する武蔵野市、調布市、小金井市で採用が決まっている Medical care station (MCS) を試験的に導入することが決まっている。これに関して、確かに隣接市との情報交換ツールが異なるのはよくないので MCS を採用するのは自然であると考えられる。また、他のベンダーと比較して低コストである点も採用の大きな理由になった。

一方、セキュリティーの問題、運用数が増加するのか（入力作業が負担になって運用されない可能性はないか）、現在東京都から在宅療養推進基盤整備事業として予算がついているので推進されているが、将来この予算がなくなったあと、果たして運用が継続できるのか、などの問題を孕んでいる。

E. 結論

東京都三鷹市で開催された在宅医療委員会に参加し、在宅医療・介護連携の推進に関する進捗を調査した。平成26年度から計6回在宅医療委員会が開催され、医師会医師、病院医師、市役所職員、地域包括支援センター職員などが参加した。また、計3回ICTによる多職種ネットワーク構築事業検討会も開催された。これらの在宅医療委員会では、ようやく在宅医療・介護推進協議会の立ち上げに向けて、今年度から準備会(分委会1,2)を設置すること、ICT検討会ではMedical care station (MCS)が試験的に導入されることが決定された。1年半の活動としては、進捗は十分とはいえない印象であった。今後、在宅医療・介護連携を推進するためには、行政の積極的関与と予算化の実現が重要であると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Kumiko Nagai, Hitomi Koshihara, Shigeki Shibata, Toshifumi Matsui and Koichi Kozaki : Correlation between the serum eicosapentanoic acid-to-arachidonic acid ratio and the severity of cerebral white matter hyperintensities in older adults with memory disorder. Geriatr Gerontol Int 15 (Suppl. 1) : 48-52, 2015.

2. 学会発表

- 1) 里村元, 田中政道, 長田正史, 竹下実希, 井上慎一郎, 松井敏史, 長谷川浩, 神崎恒一 : 介護施設入所者の高齢診療科入院前後の服薬状況の検討. 第57回日本老年医学会学術集会, 横浜, 2015年6月14日.
- 2) 小柴ひとみ, 永井久美子, 田中政道, 松井敏史, 神崎恒一 : フレイル研究被験者における3年間の追跡調査. 第57回日本老年医学会学術集会, 横浜, 2015年6月14日.
- 3) 名古屋恵美子, 杉町香, 浦川直美, 赤座麗華, 山田如子, 神崎恒一, 松井敏史, 長谷川浩 : 杏林大学病院もの忘れセンターにおける認知症アウトリーチ(訪問支援)の症例報告. 第34回日本認知症学会学術集会, 青森, 2015年10月2日.
- 4) 山田如子, 松井敏史, 竹下実希, 佐藤道子, 小柴ひとみ, 長谷川浩, 神崎恒一 : もの忘れ外来患者の外来通院継続(健存率)に係わる因子の検討. 第34回日本認知症学会学術集会, 青森, 2015年10月3日.
- 5) Koichi Kozaki : (symposium) COMMUNITY CARE TO SUPPORT OLDER ADULTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENT. The 10th IAGG Asia / Oceania Congress of Gerontology and Geriatrics 2015, Thailand, October 19th. 2015.
- 6) 神崎恒一 : 認知症における医療連携と薬物治療. 杏林近隣地区 薬薬連携講演会, 三鷹, 2016年2月24日.

H. 知的財産権の出願・登録状況

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（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

地域要因に基づいた在宅医療・介護連携推進に関する研究－汎用性の高い在宅医療・介護連携推進・ガイドラインの作成

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

本分担研究は、医療資源の少ない愛知県新城市を対象とした課題抽出や、連携推進の進め方を明らかにすることを目的としている。H27年度研究では、愛知県内の事業進捗の状況等を考慮し、新城市を対象に課題抽出と進捗への介入を開始した。事前のドナペディアンモデル指標（ストラクチャー、プロセス、アウトカム指標）の作成を行い、実際の進捗の把握に適應するかどうかの検討を行った。この結果、事前に作成した在宅医療のみ関わるドナペディアンモデルでは、行政の動きや市民の意識変容等の把握に結びつかないため、さらなる検討が必要であることが明らかとなった。H28年度は、新城市の在宅医療資源の実態の把握を進めるとともに事業進捗をみながら客観的指標をさらに煮詰めて行く予定としている。

A. 研究目的

当研究班全体の最終的な目標は地域要因を考慮した汎用性の高い在宅医療・介護連携推進・ガイドラインの作成である。研究分担者（三浦）の所属する国立長寿医療研究センターは、これまで全国の医療・介護連携の進捗管理を行い、在宅医療連携拠点事業の進捗管理を通じたプロセス評価により、H25年12月に「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」を作成し、全国の市町村、医師会に配布している。他の班員は全国調査及び主に都市部近隣の在宅医療・介護連携の推進の方策について、検討しているが、本研究テーマである、地域性を考慮した在宅医療・介護連携推進事業推進の指針作成の基礎データを提供するためには医療資源の少ない郡部における連

携推進の方策を加える必要がある。このため、本分担研究では、研究分担者が連携推進の事業に関わる市町村のうち、医療資源の少ない愛知県新城市を対象とした課題抽出や、連携推進の進め方を明らかにすることを目的としている。他の班員とのデータを併せ、平成29年度に平成30年度からの全ての市町村で展開される在宅医療・介護連携推進事業推進の指針として適用可能なガイドラインを作成する。

B. 研究方法

平成27年度は愛知県下、32市町村で行われている、地域支援事業下での在宅医療・介護連携推進事業の進捗状況を把握。事業に着手した市町村の内、医療資源が少なく、連携事業がほとんど進んでいない市町村の

把握を行った。この中で、研究分担者による進捗管理や対応に向けてのアドバイスに対しての同意を得た新城市を対象自治体として、現在の在宅医療整備における、課題抽出と今後の方向性について話し合った。進捗管理上の事前のドナペディアンモデル指標（ストラクチャー、プロセス、アウトカム指標）の作成を行い、実際の進捗の把握に適用できるかどうかの検討を行った。

（倫理面への配慮）

疫学研究および臨床研究については、それぞれ厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠して行う。調査は自治体名等以外の個人が特定される可能性のある情報は匿名化を行い個人情報の厳守に努める。多施設で共通の調査を行う場合は主任研究者の所属施設である名古屋大学大学院医学系研究科の生命倫理委員会における審査承認を受けた上で実施する。調査の参加者に対しては調査の目的や検査内容、個人情報の保護などについて十分な文章による説明を実施し、同意（インフォームド・コンセント）を取得した上で実施する。

C. 研究結果

H27 年度中に、愛知県内ですでに在宅医療・介護連携推進事業を行っている自治体の内、医療資源が少ない地域について検討したところ、すでに H26 年度から、連携事業に取りかかっている新城市が対象地域として抽出された。事業協力とともに、本研究について、同市よりの同意が得られたため、H27 年 7 月より、同市により行われている会議等への参加を行い、進捗の把握とさらなる連携推進の方策について、検討を

行った。ちなみに H27 年 9 月における愛知県 54 自治体の在宅医療・介護連携推進事業の実施状況の調査では、8 つの事業の内、未実施 22、年度内開始予定 3、1 つ～8 つ実施がそれぞれ、3, 2, 4, 5, 1, 4, 4, 6 自治体であった。新城市に事業協力をするに際して、新城市の人口と今後の医療需要予測に加え、事前に表 1 のドナペディアンモデルによる評価指標をこれまでの知見を踏まえ作成し、新城市の現状把握を行った。

①新城市の人口と今後の医療需要予測：人口 49,007 人(H27 年 3 月現在)、高齢者数 15,401 人（高齢化率 31.4%）であった。市が大きく 3 つの地区に分かれており、新城地区 34,357 人、鳳来地区 11,329 人、作手地区 2,651 人で高齢化率はそれぞれ、38.6, 39.4, 41.6%で未全ての地区で高齢者は増加していた。新城市の人口推移予測(図 1)では、2040 年には 3 万 5 千人程度に減少することが予想されている。また、人口ピラミッドの推移(図 2)をみると 2040 年にはさらなる少子高齢化が進むと予測されている。また、今後の医療需要予測では循環器疾患を除く、ほとんどの疾患で、外来・入院とも需要が少なくなることが予測されている。

②新城市の医療・介護資源（ストラクチャー指標）医療資源の状況を表 2、介護資源の状況を表 3 に示した。特に在宅医療に関わる医療資源については在宅療養支援診療所が 1 ケ所のみで、訪問診療の実績が確認できたものはものとしては診療所 3 ケ所、病院 2 ケ所の計 5 ケ所のみであった。診療所医師の個々の年齢は調査中であるが、高齢の医師が多い状況であった。訪問看護に

については公設訪問看護ステーション(7人)、民間病院のみなし看護(2人)、公設診療所のみなし看護(4人)で、H26年11月利用者はそれぞれ、38、14、10人と公設の訪問看護ステーションに依存している状態であった。

③新城市の在宅死亡率(アウトカム指標)
H24年度の愛知県厚生年報の報告では同市の598人の全死亡者の内、68人が自宅での死亡数と報告されており、在宅死亡率11.3%であった。連携事業開始後の在宅死亡数については、未だ報告されておらず、把握できなかった。

④訪問看護ステーションにおける連携事業開始後の利用者数等の変化(プロセス指標)
連携活動開始後の公設の訪問看護ステーションの利用者数等の変化を図4に示した。4月同時期で比較すると、利用者数はH26年56人から64人に増え、在宅看取り件数も通年で考えると増加傾向にあった。さらに訪問看護の依頼元の医師(かならずしも自らは訪問診療を行っていない)も15ヶ所から20ヶ所に増加していた。

D. 考察

新城市はH26年から愛知県の地域包括ケア構築のモデル事業(訪問看護ステーションモデル)に採択され、在宅医療推進事業に参画している(図5)。診療所医師の高齢化等のために、在宅診療そのものの充実が困難であるのに比較して、訪問看護ステーションが比較的充実している地区を対象としたモデル事業である。このため、H26年に並行し行われた在宅医療の市民啓発事業等で、訪問看護についての啓発等が積極的に行われた。このため、利用者数の増加等

の成果が上がったと考えられる。この一方、図6に公設の訪問看護ステーションの地図上の位置を示しているが、市の中心街(新城地区)とは離れた鳳来地区に位置するため、利用者までの距離が長く、再遠方利用者への往復が52kmと極めて効率の悪い訪問が行われていた。また、件数が増えたことで図7のように職員体制のキャパシティを越えるようになり、さらなる効率化が必要となった。新城市ではH27年度にさらに事業を円滑に進めるため、図8のように事業体制の強化がはかられたが、肝心の在宅医療連携協議会ではほとんどICT連携ツールについてのみの議論が行われ、診療所、病院含め医師サイドの在宅医療資源や今後の可能性についての十分な把握すら行われなかった。事前に作成したドナペシアンモデル指標ではこのような行政や組織的な動きの把握が含まれておらず、さらなる指標の検討が必要と考えられた。今後、医療資源の詳細な検討を含め、さらなる事業進捗への介入を行い、明確な事業の方向性ガイドライン作成に資する、医療資源の少ない地域特性を考慮した、より確実な事業プロセスを把握したいと考えている。

E. 結論

初年度の実態把握では、個々の在宅医療実施機関(特に病院による支援の可能性など)の詳細な情報の入手には至っておらずさらなる調査が必要であった。人口構成、医療資源のことなる地域では、比較的医療資源の多いところが在宅医療をサポートする必要があるが、この際、遠距離の訪問となり課題は多い。在宅医療のみ関わるドナペシアンモデルでは、行政の動きや市民の意

識変容等の把握に結びつかないため、さらなる検討が必要であり、H28年度は、新都市の在宅医療資源の実態の把握を進めるとともに事業進捗をみながら客観的指標をさらに煮詰めて行く予定としている。

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Hirai H, Kondo N, Sasaki R, Iwamuro S, Masuno K, Ohtsuka R, Miura H, Sakata K. Distance to retail stores and risk of being homebound among older adults in a city severely affected by the 2011 Great East Japan Earthquake. *Age Ageing*. 44(3) 478-84. 2015

Satake S, Senda K, Hong YJ, Miura H, Endo H, Sakurai T, Kondo I and Toba K. Validity of the Kihon checklist for assessing frailty status. GGI 2015 in press

Miura H. Historical Changes in Home Care Service and Its Future Challenges. *Japan Med Assoc J*. 58(1-2) 1-5. 2015

三浦久幸 日本居家医療的變遷及現況 *Taiwan Medical Journal* 58(4):175-177, 2015.

三浦久幸 シンポジウム20 「地域包括ケア構築に向けた在宅医療教育」 地域包括ケア構築に向けての多職種研修と病院スタッフ向け教育の重要性について *日本在宅医学会雑誌* 17(1) 117, 2015.

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 *Current Therapy* 33(2) 87-93, 2015.

後藤友子、三浦久幸 特集 先進事例に学ぶ在宅医療・介護連携推進事業 市町村が在宅医療・介護連携を進める際のポイント *保健師ジャーナル* 71(7) 556-561, 2015.

三浦久幸 「在宅医療支援病棟に入院した在宅認知症患者の総合的機能評価」 在宅高齢者の低栄養予防と早期発見 *MNA 在宅栄養ケア* 医歯薬出版株式会社 78-80, 2015.

銘苅尚子、三浦久幸 I章総論 5. 退院支援 入院高齢者診療マニュアル 編集 神崎恒一 文光堂 42-50, 2015.

後藤友子、三浦久幸 在宅ケア 082 在宅療養を支える医療・介護連携の方策について教えてください Q&A かかりつけ医のための老年病100の解決法 *メディカルレビュー社* 182-183, 2015

三浦久幸 I. 総論 1. 医療—総論と背景— 特集・耳鼻咽喉科在宅医療ABC 187: 1-6, 2015

2. 学会発表

三浦久幸、木澤義之、尾藤誠司、小野沢滋、清水哲郎、樋口範雄、高梨早苗、西川満則、原田敦、鳥羽研二. 「人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修プログラム」の有用性—量的質的ミックス法— 第57回日本老年医学会学術集会 2015. 6. 14 横浜
千田一嘉、三浦久幸、飯島勝矢. 高齢者在宅医療における多職種協働を推進する指導者研修体制の構築 第112回日本内科学会講演会 2015. 4. 10, 京都

千田一嘉、佐竹昭介、西川満則、徳田治彦、三浦久幸、遠藤英俊. CPAP外来における高齢睡眠時無呼吸症候群患者の大府研究基準を用いたフレイルの評価 第57回日本老年

医学会学術集会 2015.6.13 横浜

千田一嘉、佐竹昭介、西川満則、徳田治彦、
近藤和泉、三浦久幸、遠藤英俊. 包括的呼吸
リハビリテーション外来における高齢
COPD患者の大府研究基準を用いたフレイル
の評価 第57回日本老年医学会学術集会

2015.6.13 横浜

遠藤英俊、佐竹昭介、三浦久幸、西川満則、
高梨早苗、平野優. 終末期医療に関する医
学・看護教育の現状に関する研究 第57回
日本老年医学会学術集会 2015.6.13 横浜

佐竹昭介、千田一嘉、洪英在、三浦久幸、
遠藤英俊、近藤和泉. 基本チェックスト
総合点による健康障害発生の予測 第57回日
本老年医学会学術集会 2015.6.14 横浜

千田一嘉、西川満則、三浦久幸. 日本版gold
standards framework戦略にもとづく地域包
括ケアシステム実現計画 第57回日本老年
医学会学術集会 2015.6.14 横浜

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

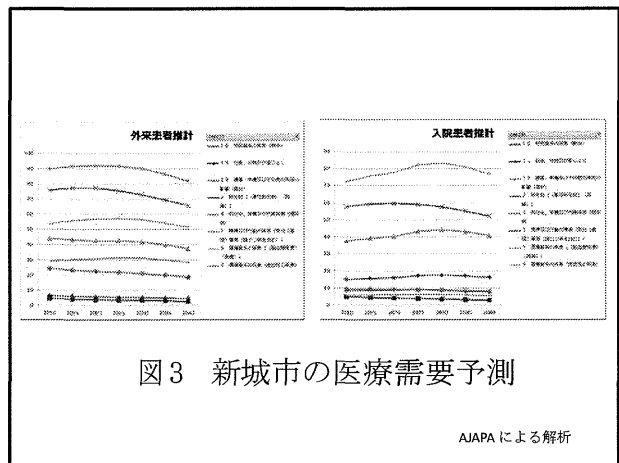
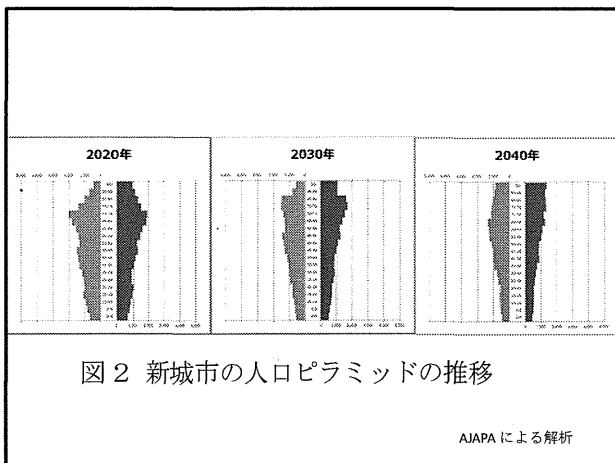
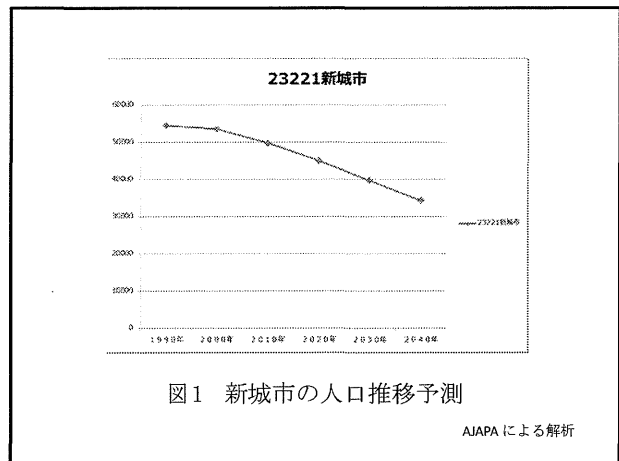
なし

3. その他

なし

項目	内容	要約
ストラクチャー <構造> 人力・組織	在宅医療・介護に関する提供体制：物的資源、人的資源、組織体制等	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 在宅医療基盤体制：在宅診療支援診療所等、訪問看護ステーション等 ◆ 在宅医療支援体制：システム、巡回支援担当者を配置している医療機関等 ◆ 訪問診療患者数等
プロセス <過程> 内容・配置構成・手順目標	実際に行われた在宅医療・介護連携活動の内容、多職種連携体制等の手段や過程	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 在宅療養支援 ◆ 訪問看護利用者数 ◆ 緊急時等対応 ◆ 往診料算定件数等 ◆ 在宅看取り：実施医療機関数等 ◆ 在宅医療多職種連携
アウトカム <結果>	実際に行われた在宅医療・介護連携の結果	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 在宅医療連携状況 ◆ 在宅看取り：在宅死亡者数等

表1 ドナペディアンモデルによる評価指標



病院	5か所	訪問看護	3か所(公設1)
医科診療所	25か所	訪問リハビリ	3か所
歯科診療所	23か所	通所リハビリ	5か所
調剤薬局	14か所		

市内の病床数

市民病院：一般病床数199床 うち地域包括ケア病床21床
上記以外病院(4カ所合計)
：一般病床数 60床
：療養病床 195床
診療所(4カ所合計)：36床

表2 医療資源の状況

通所介護(デイサービス)	18ヶ所	特別養護老人ホーム	2ヶ所
訪問介護(ホームヘルプサービス)	9ヶ所	介護老人保健施設	2ヶ所
通所リハビリテーション(デイケア)	5ヶ所	介護療養型医療施設	4ヶ所
訪問入浴	1ヶ所	地域密着型介護老人福祉施設	1ヶ所
居宅介護支援事業所	15ヶ所	その他施設(ケアハウス、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅)	4ヶ所
小規模多機能型居宅介護	1ヶ所	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	7ヶ所
訪問看護	1ヶ所	短期入所生活・療養介護(ショートステイ・医療型ショートステイ)	7ヶ所
福祉用具貸与・購入	2ヶ所	地域包括支援センター【プランチ・高齢者ふれあいセンター】	1ヶ所【6か所】

表3 介護資源の状況

訪問看護ステーションの成果

○普及啓発等の活動により、ケアマネ、住民からの依頼・相談等が多くなった。

<訪問状況実績>

H26.4 利用者数 56人 訪問回数 243回
H27.4 利用者数 64人 訪問回数 312回

<在宅看取り件数>

H26年度（1年間） 16人（病院内死亡23人）
H27年度（4～9月） 13人（病院内死亡 7人）

<主治医>

H26年度 15か所
H27年度 20か所

図4 訪問看護ステーションの成果

訪問看護ステーションモデル

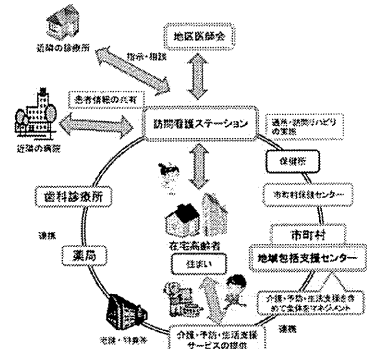


図5 愛知県訪問看護ステーションモデル事業

新城市訪問看護ステーションしんしろの業務実態

看護師 7名(正規6、臨時1)
事務職 1名(臨時)
利用者 55名

利用地域 新城市全域

最遠方利用者までの距離 往復52km
1日の平均移動距離 約40km

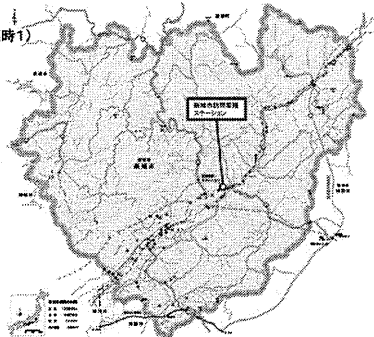


図6 新城市の公設訪問看護ステーション

訪問看護ステーションの課題

○件数の伸びとともに現職員体制では、対応が難しくなった。（需要と供給のバランス）
※利用者を訪問エリア別に示し、効率よく訪問することを検討。

≪新城地区 55 鳳来地区 8 作手地区 1≫

現時点での対応

○昼休憩場所を鳳来保健センターまで帰らず、新城夜間診療所とすることにより、看護師1人の1日の訪問件数を多くすることにより対応可能。

図7 訪問看護ステーションモデルにおける課題

平成27年度 新城市地域包括ケアモデル事業体制 概観図

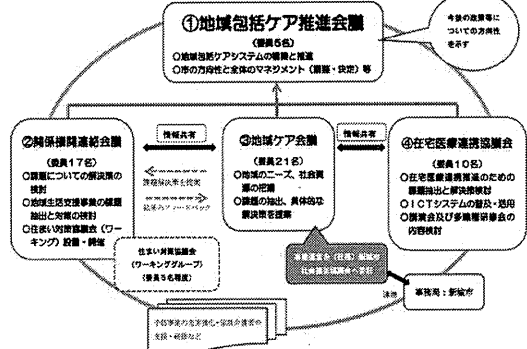


図8 新城市の事業体制

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

市町村在宅医療・介護連携推進事業担当者の業務内容・役割に関する研究

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	吉江 悟	東京大学医学部在宅医療学拠点	特任研究員
	松本 佳子	東京大学医学部在宅医療学拠点	特任研究員
	野口 麻衣子	東京大学大学院医学系研究科成人看護学分野	助教
	太田 沙紀子	東京大学高齢社会総合研究機構	特任研究員
	御子柴 直子	東京大学高齢社会総合研究機構	特任助教

研究要旨

地域包括ケアシステムの構築を目指し、平成 27 年度から在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられ、平成 30 年から全ての市区町村で実施されることとなった。当該事業を担当する市町村職員が果たす役割を帰納的に明らかにすることを目的に、千葉県柏市の担当課室である地域医療推進室職員を対象にタイムスタディを実施し、職員の業務を数量的に把握した。その結果、在宅医療・介護連携推進事業の事業項目別にみると「(カ) 医療・介護関係者の研修」が約 28%、「(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」約 20%を占め、それぞれ事前の打ち合わせ、資料作成・確認といった準備業務が多かった。一方で、当該事業項目以外も約 30%を占め、関係職種団体への活動支援、庁内他課への協力などであった。報告、連絡、相談の相手別にみると、室内が最も割合が高く、医師会関係者と庁内他課も一定割合を占めた。関係職種団体との関係づくり、および従事者間や関係職種団体間の関係を円滑に進めるための働きかけは、当該事業の担当者の中心的役割と考えられた。

A. 研究目的

千葉県柏市において平成 22 年以降、柏市・東京大学・都市再生機構 (UR) の三者が協定を締結し、超高齢社会のまちづくりに取り組んでいる。その柱の一つに「地域包括ケアシステムの構築」があり、在宅医療の推進を核に据えた取組みを、柏市、柏市医師会ほか市内関係団体との協調のもと展開している。柏市は、平成 25 年度末までの取組みを礎として、平成 26 年度より「柏地域医療連携センター」の運営を開始した。同センタ

ーは平成 27 年度より開始された在宅医療・介護連携推進事業を担当する柏市地域医療推進室が出務するとともに、三師会事務所や研修室、相談コーナーなどが設置され、柏市の在宅医療の推進と在宅医療・介護連携の総合調整拠点として機能している。

本研究は、全国的にもまだほとんど明らかになっていない在宅医療・介護連携推進事業の運営実態を、柏市をはじめとして先行的に同事業に取り組む地域の担当職員等へのヒアリング調査やタイムスタディを通

して記述し、担当職員の果たす役割を帰納的に明らかにすることを目的とする。今年度の結果をもとに、次年度以降、当該事業の担当職員が果たすべき役割・業務のリストを作成し、平成30年度から全市町村で実施されることとなる在宅医療・介護連携推進事業を担当する職員が業務に取り組む上でのヒントとなる資料を提供すること、そして同事業の効果的な実施に寄与することを目的とする。

B. 研究方法

2016年1月から2月の9日間、千葉県柏市の在宅医療・介護連携推進事業を所管する地域医療推進室の職員2名を対象にタイムスタディを実施した。2名は、地域医療推進室の常勤職員で、当該事業担当2年目以上、実務に加え企画実施評価を担う者4名から、業務分担と業務量を鑑み選出した。1名は在宅医療全般の管理を担当する専門監、1名は個別相談と多職種連携関係を担当する保健師とした。

タイムスタディは、業務開始時から終了までの業務内容とその所用時間を1分ごとに調査員が記録した。タイムスタディ終了後、記録した業務内容を「内容」「相手」「在宅医療・介護連携推進事業項目」によって分類し、コーディングを行った。コード毎に所要時間を集計した。業務内容に「視察・取材対応」8時間20分が含まれたが、先進的に当該事業を開始した柏市に特有の業務と判断し集計からは除外した。

タイムスタディの計画には、2015年8月から2016年2月にかけて、滋賀県大津市、滋賀県高島市、沖縄県浦添市医師会、岩手県釜石市、岡山県岡山市の在宅医療・介護連携

推進事業担当者に行ったヒアリング調査を参考にした。これらの地域は、在宅医療・介護連携推進事業に先行的に取り組む市町村行政担当者、もしくは、市町村から委託を受けた医師会担当者として、都道府県担当者からの紹介等により選定した。これらにより、在宅医療・介護連携推進事業担当者の役割の大枠を捉え、コーディングの参考とした。

(倫理面への配慮)

本研究は、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行った(審査番号:15-113)。

C. 研究結果

9日間の総勤務時間94時間33分、休憩を除いた総実働時間は86時間46分であった。1日平均実働時間は9時間25分で、最長は13時間48分、最短は8時間42分であった。「視察・取材対応」を除く総実働時間は80時間41分であった。以下、「視察・取材対応」に関する業務は除いた集計結果を示す。

(1) 在宅医療・介護連携推進事業別、業務内容の所要時間(表1)

業務を在宅医療・介護連携推進事業別にみると、「(カ)医療・介護関係者の研修」が23時間15分(28.8%)、「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」15時間51分(19.6%)、「(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援」8時間59分(11.1%)であった。

「(カ)医療・介護関係者の研修」は、事業運営に加えて、資料作成、打ち合わせ、事業準備、連絡・対応など、事業前の調整・準

表1 在宅医療・介護連携推進事業項目および内容別 所要時間

	在宅医療・介護連携推進事業 事業項目 ※										合計	割合 (%)	
	ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	業務管理	事務作業			その他
メール連絡・対応			0:21	0:06		1:49	0:16		0:30	0:18	2:39	5:59	7.4
電話連絡・対応					1:55	0:38	0:08		0:12	0:26	1:56	5:15	6.5
対面連絡・報告・相談	0:02		0:30	0:06	2:47	0:22	0:04	0:01	0:51	0:25	4:14	9:22	11.6
事業準備・片づけ						3:53					0:02	3:55	4.9
資料作成・確認		0:18	10:27		0:17	4:50	0:07			0:16	1:46	18:01	22.3
打ち合わせ			2:27		0:47	4:54			0:09	0:06	0:53	9:16	11.5
会議出席			2:05								2:37	4:42	5.8
事業運営						5:01						5:01	6.2
記録					3:01							3:01	3.7
情報収集・整理・分析	0:04		0:01		0:08	1:45					0:37	2:35	3.2
事務作業・文書処理					0:04	0:03	0:45		0:11	1:09	0:12	2:24	3.0
談話											1:19	1:19	1.6
休憩											9:47	9:47	12.1
その他											0:04	0:04	0.1
合計	0:06	0:18	15:51	0:12	8:59	23:15	1:20	0:01	1:53	2:40	26:06	80:41	100.0
割合 (%)	0.1	0.4	19.6	0.2	11.1	28.8	1.7	0.0	2.3	3.3	32.3	100.0	

※ 在宅医療・介護連携推進事業 事業項目

ア:地域の医療・介護の資源の把握

ウ:切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

オ:在宅医療・介護連携に関する相談支援

キ:地域住民への普及啓発

イ:在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

エ:医療・介護関係者の情報共有の支援

カ:医療・介護関係者の研修

ク:在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

備に関わる内容が主であった。特に、研修の進め方と教材に関する打ち合わせと資料作成が約 10 時間を占めた。

「(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」は、会議開催前の資料作成・確認が約 10 時間、会議前の事前打合せは約 2 時間 30 分であった。

「(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援」では、記録、対面連絡・報告・相談、相談者との電話連絡・対応が多く占めた。対面連絡・報告・相談は、相談ケースに関して地域医療推進室内で情報共有と対応方法や方針の相談が行われた。

事業以外の「その他」は最も長く 26 時間 05 分 (32.3%) で、診療所医師の講義資料や学会抄録作成への協力、訪問看護ステーションからの研修会で使用する教材の相談、診療所医師から相談された地域資源の情報収集と各部署との調整、他課が担当する事業の資料作成への協力、談話などであった。

(2) 報告・連絡・相談の相手別の所要時間 (図 1)

報告・連絡・相談に相当するメール連絡・

対応、電話連絡・対応、対面報告・連絡・相談、打ち合わせ、談話は 31 時間 16 分であった。そのうち、同じ地域医療推進室内の管理職と同僚との対面での連絡・報告・相談が約 45%を占めた。次に、大学研究者 13.1%、福祉政策課を含む庁内他の課が 6.6%であった。関係職種では、診療所医師と医師会事務局と医師会関係者が多く 4.6%であった。「その他」には、医療・介護関係者の研修に企画運営協力している各職種のファシリテーター、病院事務、などが含まれた。

D. 考察

在宅医療・介護連携推進事業担当者の業務内容をタイムスタディにより数量的に把握した。その結果、会議出席や事業実施以上に、事前の連絡調整、講師や関係従事者との進め方に関する打合せ、資料作成・確認、研修会の教材作成が大部分を占めていることが明らかになった。事前の相談、連絡・調整、会議資料の確認、打ち合わせを、意図して多

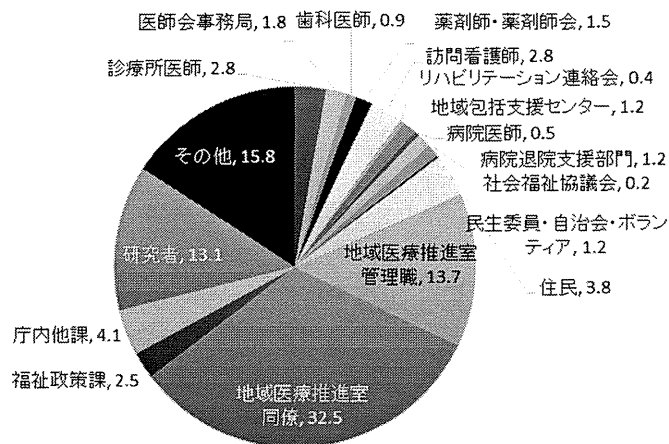


図1 連絡・報告・相談の相手別所要時間の割合(%)

くの時間をかけることによって、地域の従事者間や関係職種団体間に無用な意見の対立などを起こすことなく、円滑に事業や会議が進行できる。これは、地域の多職種、多機関の連携コーディネートの役割の特徴であるといえる。

一方で、在宅医療・介護連携推進事業以外の業務に関しても一定の役割を担っていた。これらは、市医師会や訪問看護ステーション連絡会の要望に応じ、必要な情報や資料を提供することを通じた活動支援であった。これらの支援は、行政と関係職種団体との良好な関係づくりに寄与すると考えられる。

報告・連絡・相談の相手は、室内職員同士での相互相談が多くを占める中、庁内の関係する他課、診療所医師や医師会事務局が一定数を占めた。地域包括ケアシステムの構築には、在宅医療・介護連携推進事業のみではなく、介護予防・日常生活支援総合事業や認知症施策の推進に関わる事業等の多くの事業に関わるため、これらを担当する他課との連携や調整や不可欠である。また、地域の在宅医療の推進において鍵となる市医師会関係者への報告・連絡・相談、さらには日ごろから意図してコミュニケーションを

とることも重要な役割であることがうかがえる。

本研究は、担当者2人延べ9日間の観察による結果のため、観察対象者の担当する事業、および観察時期、日数のより結果に偏りが生じている可能性がある。また、人口規模の異なる市町村担当者では、在宅医療・介護連携推進事業の担当者が他事業を兼務していることも多い。柏地域医療連携センター内の他事業担当者の観察や異なる時期での観察、人口規模の異なる他地域でのタイムスタディにより、さらに結果の妥当性を高める必要がある。

E. 結論

在宅医療・介護連携推進事業担当者の果たす役割を帰納的に明らかにすることを目的に、柏市地域医療推進室の職員を対象にタイムスタディを行った。その結果、在宅医療・介護連携推進事業の項目においては、事業や会議の実施前に、事前の連絡・調整や、打ち合わせ、資料作成と確認が主に行われていた。一方で、在宅医療・介護連携推進事業の事業項目以外の役割も一定の割合を占めていた。これは、地域の在宅医療・介護の

従事者や関係団体との関係づくりに寄与していた。連絡・報告・相談は、室内職員同士にとどまらず、庁内の関係する他課、診療所医師や医師会事務局とも行われており、在宅医療・介護連携推進事業を進める上で不可欠な役割と考えられた。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

- ① 吉江悟, 稲荷田修一, 飯島勝矢, 辻哲夫. (2015. 11. 4-6). ヘルスサービスリサーチの観点からみた柏市の在宅医療推進. 第74回日本公衆衛生学会総会, 長崎.
- ② Yoshiko Matsumoto, Satoru Yoshie, Rumiko Tsuchiya, Shohei Kawagoe, Satoshi Hirahara, Hirotaka Onishi, Takashi Yamanaka, Katsuya Iijima, Tetsuo Tsuji. Development of a Homecare Interdisciplinary Team Training Program for Health Care Professionals in Japan. GSA 2015 Nov.(Florida, Orlando)
- ③ Takashi Yamanaka, Katsuya Iijima, Maiko Noguchi, Anna Tamai, Masato Eto, Daisuke Son1, Hirotaka Onishi, Masahiro Akishita. The Study of Medical Students Learning in Community Setting in Japan. GSA 2015 Nov.(Florida, Orlando)
- ④ M. Kimata, K. Iijima, S. Yoshie, J.

Goto, T. Tsuji. Clarifying information exchange between multidisciplinary healthcare providers in the home medical and nursing care setting. IAGG Asia/Oceania 2015 Oct. (Chiang Mai Thailand)

- ⑤ M. Noguchi-Watanabe, T. Yamanaka, K. Sakurai, A. Tamai, R. Tsuchiya, H. Hirano, S. Yoshie, Y. Matsumoto, K. Iijima, M. Akishita. A Review of Home Care in Asia. IAGG Asia/Oceania 2015 Oct. (Chiang Mai Thailand)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

都市部における在宅医療支援機能構築の試み
在宅療養患者アセスメント入院システムの開発

研究分担者 鈴木裕介 名古屋大学医学部附属病院地域連携患者相談センター病院准教授
研究協力者 中村 了 名古屋大学医学部附属病院地域包括医療連携センター 病院講師

研究要旨

平成 27 年度から各自治体で進行中の在宅医療・介護連携推進事業により、地域包括ケアシステム構築のための基盤作りは進行中である。本年度の分担研究テーマとして、地域の在宅療養をサポートする病床におけるアセスメント入院システムの考案および環境整備を行った。名古屋市医師会連携担当理事との緊密な話し合いのもと、各地域の地域包括ケア病床および一般急性期病床を利用した「アセスメント入院」システムにおいて採用する基本データセットの構築を行った。医師会との議論において、在宅療養患者において適用される具体的なケースの洗い出しとアセスメント結果の在宅療養に与える効果について議論が行われ、次年度以降の実施について合意がなされた。

A. 研究目的

地域包括ケアシステムの構築の中核となる事業課題は 1) 医療・介護の連携統合、2) 在宅医療の普及、3) 認知症ケアの 3 点に集約できると言っても過言ではない。名古屋市の属する名古屋医療圏は、今後最も高齢者の増加の著しい地域のひとつであり、地域における医療、介護の統合的運用のためのシステム整備が喫緊の課題になっている。一方、医療供給体制は急性期病床の供給過多による弊害が慢性化しており、在宅医療の普及とともに取り組むべき課題として認識されている。このような背景のもと、名古屋大学医学部附属病院においては都市部の急性期病床を地域密着型の地域包括ケア病床に転用することにより急性期－亜急性期－在宅へシームレスに繋げるスキームの確立を病院間連携に関する業務提携により

図ることを計画し、現在そのプランを実施中である。本研究の目的は、都市部において既に存在する医療資源としての病床機能が在宅療養支援を目的として有効利用されることにより、在宅医療の量的拡大と質の向上に寄与する可能性の検証である。

B. 研究方法

2015 年 1 月より、名古屋通信病院に設置された「名古屋大学地域包括医療連携センター」のスタッフにより近隣（名古屋市東区）の医療介護関係職種を中心に「JP 都市型多職種連携：通称 JPUC (JP Urban Care Net)」の月例会「葵フォーラム」が開始され、2016 年 2 月時点で計 11 回開催された。月例会においては、毎回参加者による症例検討及び招聘講師による話題の提供が企画されている。症例検討は名古屋大学医学部附

属病院を退院し名古屋通信病院を經由して在宅あるいは居宅系の施設で療養に至った（あるいは経過中その逆のケースもあり）の症例について、毎回ランダムに割り付けられた多職種よりなる小グループ（6人編成）が与えられた症例に関する課題について議論を展開し、その内容を全体で共有するという形をとった。月例会の終了後に、多職種より構成される運営委員による JPUC 連絡協議会が開催され、月例会の運営に関する話し合いの場が持たれた。月例会の開始に際して、多職種が連携する上での阻害要因に関する意識調査を実施した。JPUC の活動には同地区（名古屋市東区）の地域包括支援センターおよび 2015 年 10 月より発足した名古屋市医師会在宅医療介護支援センター（名古屋市医師会館内に設置）と密接に連携して活動を続けて来ており、月例会における活動を東区の医療・介護連携推進事業の一環として一体的に運営する方針が JPUC 連絡協議会によって確認され、来年度から運営母体が医師会の支援センターに移管する方針となっている。併せて医師会連携理事との話し合いの結果、各区で展開中の事業において、在宅療養を支援するための「在宅療養アセスメント入院システム」の運用の方向性が確認されるに至った。本年度の分担研究として、多職種による月例会実施のフィードバックおよびアセスメント入院システムの具体的内容の考案を設定した。

C. 結果

1) 多職種連携の阻害要因について

JPUC 月例会の開催に当たり、多職種連携を阻害する要因に関する調査を実施した。結果は図 1～4 の通りであった。

図 1. 共通の用語や知識が使いづらい

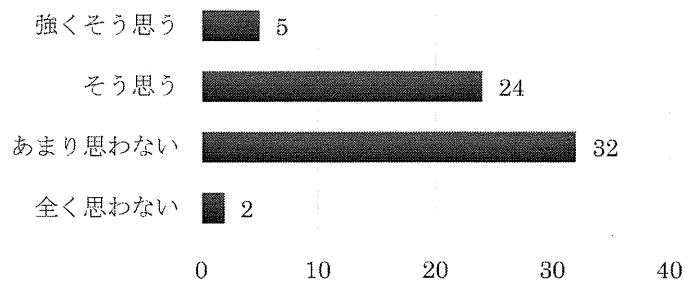


図 2. 時間の調整がつかず連携がしづらい

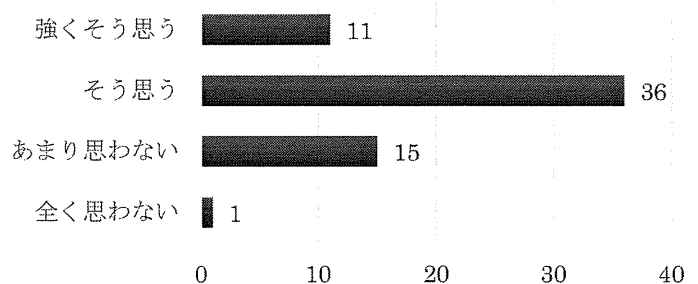


図 3. 顔を知らず個人的つながりにかける

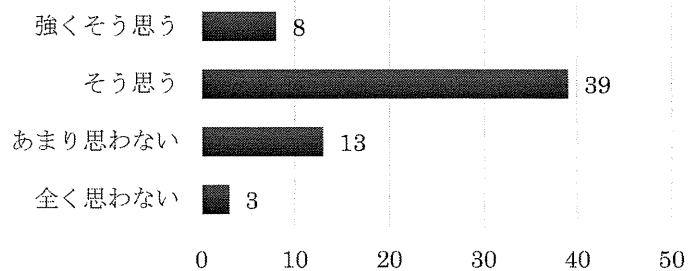
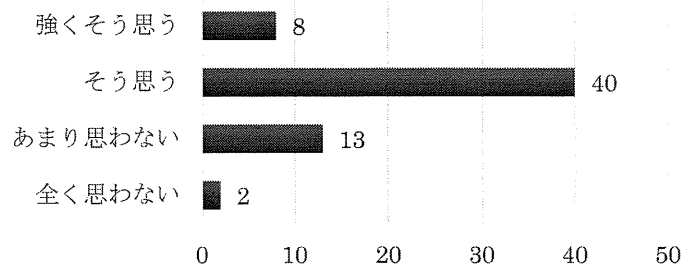


図 4. 異なる事業所間の連携が難しい



2) 名古屋市在宅療養支援アセスメント入院システム

在宅医療を受けている患者、あるいはこれから受ける予定の患者を対象に、在宅医療を受ける原因となる基礎疾患および在宅療養中に発生した急性の病態（肺炎などの感染症や 転倒による外傷、褥瘡の発生等）の入院治療に際して、退院から在宅移行時における患者の状態像を適格に把握し、在宅療養におけるリスク（再入院、ADL 低下、新規の病態発生、在宅介護者の負担増等）の軽減と在宅スタッフ間の情報共有を目的とし

D. 考察

本年度は事業推進に当たり医療・介護連携における阻害要因を事業に関わる多職種への調査により明確にした。抽出された4つの要因（時間、言語、組織、面識）はおそらく全ての地域に共通する普遍的な阻害要因であると考えられるが、敢えて地域性でその差別化をはかるとすれば、時間および言語はより普遍的であるのに対して、郡部においては事業に関与する事業所や組織の構成員が都市部と比較すればある程度限られていることが予想され、組織と面識における困難要因は少ないことも類推される。この点を明確にするためには地域差を念頭においたさらなる調査が必要であると考えられる。

名古屋市における在宅療養支援入院アセスメントシステムは現在、実施前の最終段階に入っており、調査項目は本研究班の主任、分担研究者および研究協力者によって吟味された言わば Minimum Data Set であるが、過不足を補うために追加の評価項目を加えることにより、在宅療養をサポートするスタッフに必要な情報が提供できるよう配慮されている。このシステムは運用する

た評価のためのデータセットを考案した。アセスメント項目及び在宅スタッフへの結果のフィードバックについては図の通りである。項目は基本項目に加えて在宅医の要請に応じて必要と考える追加検査も行いその結果を報告する。本アセスメント結果は退院時に必ず施行する退院前カンファレンスにおいて共有され、必要な対応は在宅診療内容、介護計画に反映されるようにする。

病院や在宅スタッフに対する説明の機会を経て次年度以降本格的運用を予定している。今後の課題として1) 運用面での実用性、2) 在宅療養における有用性 の検証が必須である。今回のアセスメントを通して在宅療養に関わるスタッフが同じ情報を共有することにより、多職種への調査により明確になった「言語による連携の阻害要因」を払拭することも本アセスメントシステムの意図するところであり、運用により再入院率やADL、QOLなど様々な主観的、客観的指標の改善を観察できるとすれば、本システムの有用性がより確かなものとして実証されると考える。

E. 結論

都市型の多職種連携事業の対象者を対象に調査を実施し、多職種連携の阻害要因として「時間」「言語」「組織」「面識」の4つの阻害要因が抽出された。医療・介護連携推進事業の一環として名古屋市在宅療養支援アセスメント入院システムの調査項目（基本データセット+追加個別項目）の考案を行い、来年度以降の本格的運用に向けての準備を行った。