

201520032A・B

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27年度 総括・分担研究報告書

平成26年度～平成27年度 総合研究報告書

研究代表者 大島 伸一

平成28（2016）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27年度 総括・分担研究報告書
平成26年度～平成27年度 総合研究報告書

研究代表者 大島 伸一

平成28（2016）年3月

目 次

－平成27年度 総括・分担研究報告書－

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. 在宅医療介護連携推進活動の継続評価:市町村を中心とした在宅医療介護連携 推進の活動性の追跡調査 ……	15
大島浩子、鳥羽研二、三浦久幸	
2. 在宅医療・介護の客観的評価:在宅医療の質の評価指標としての訪問診療に 関する調査 ……	23
大島浩子、鳥羽研二、三浦久幸	
3. 多職種連携研修の普及事業の実施・評価 ……	29
辻 哲夫、飯島勝矢	

－平成26年度～27年度 総合研究報告書－

III. 総合研究報告

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 ……	41
大島伸一	

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表 ……	57
-----------------------	----

V. 研究成果の刊行物・別刷 ……	59
-------------------	----

I . 平成27年度 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	理事長
	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のとおり検討した。

1. 在宅医療・介護連携に関する客観的評価指標の検討：

(1)市町村を中心とした在宅医療介護連携推進の活動性の追跡調査：在宅医療・介護連携の推移の実態を明らかにすることを目的とし、在宅医療・介護の連携を推進する事業体 102 ヶ所を対象に、自記式質問紙による継続調査を実施した。回答が得られた 59 ヶ所(回収率：58%)を分析対象とした結果、在宅医療の基盤となる医療機関数、在宅療養患者数、在宅看取り数等に有意な経年的変化は認められなかった。全国各地で行政・医師会連携型の在宅医療・介護連携推進を目的とした会議等が開催されているが、高齢者や家族・介護者が 24 時間 365 日安心して最期まで生活できる地域ケアシステムは構築途中と考える。

(2)在宅医療の質の評価指標としての訪問診療に関する調査：在宅医療・介護の連携の客観的評価指標としての訪問診療回数を把握することを目的に、全国在宅療養支援診療所連絡会ホームページに掲載されている 788 ヶ所の診療所を対象に、自記式質問紙郵送調査を実施した。回答が得られた 318 ヶ所（回収率:40%）を分析対象とした結果、訪問診療は概ね月 2 回以上は妥当であることが明らかになった。訪問診療を受ける患者像として、患者の状態安定、訪問看護等との 24 時間体制で対応可能な場合は月 1 回、患者の状態が不安定、癌末期、家族・介護者の不安などを有する場合は月 2 回以上である可能性が示唆された。

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：在宅医療多職種連携研修の普及や評価を目的として、

(1)研修会開催地域における評価アンケートの実施：開催支援や受講者アンケートの実施と受講効果のフォローアップを実施した。

(2)アンケート集計体制の整備：アンケートの回答 csv データからグラフ生成、出力を行うことができるシステムを検討・整備した。

(3)全国フォーラムの実施：研修プログラムの普及と地域の実情に合わせた研修実施を検討するため、都道府県行政担当者を対象にした全国フォーラムを開催した。本研修プログラムを開催する地域は広がりを見せており、中長期的にも多職種連携活動の促進や開業医の在宅医療への参入において一定の効果を有する。引き続き市町村への更なる普及が必要で

ある。

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、以下を目的として研究を進めた。

1. 在宅医療・介護連携に関する客観的評価指標の検討：

(1) 市町村を中心とした在宅医療介護連携推進の活動性の追跡調査：在宅医療・介護の連携を推進する事業体を対象に、在宅医療・介護連携の推移の実態を明らかにすること

(2) 在宅医療の質の評価指標としての訪問診療に関する調査：全国在宅療養支援診療所連絡会ホームページに掲載されている診療所を対象に、在宅医療・介護の連携の客観的評価指標としての訪問診療回数を把握すること

2. 在宅医療多職種連携研修事業の普及とその評価：

(1) 研修会開催地域における評価アンケートの実施：受講者アンケートを実施、評価すること

(2) アンケート集計体制の整備：「在宅医療・介護連携推進事業」の実施主体である市町村（介護保険の保険者）が事業評価を行いやすいよう、受講者アンケートを簡易にフィードバックできる仕組みを検討すること

(3) 全国フォーラムの実施：研修プログラムの更なる普及と地域特性に合わせた研修の運用や展開の在り方を検討する全国フォーラムの開催すること

B. 研究方法

1. 在宅医療・介護連携に関する客観的評価指標の検討：

(1) 市町村を中心とした在宅医療介護連携推進の活動性の追跡調査：平成 24 年度在宅医療連携拠点事業・平成 25 年在宅医療介護連携推進事業の終了後の平成 26 年度において事業の終了後調査に参加した事業体 102 ヶ所を対象とし、在宅医療・介護連携活動に関する自記式質問紙調査を実施した。

調査項目は、在宅医療・介護連携を客観的に評価する指標について、平成 24 年度からの継続検討を踏まえ、1) 事業体の種別、在宅医療介護推進活動開始当初の顔の見える関係性、2) 在宅医療介護連携推進活動の指標（①在宅医療提供体制、②在宅療養患者数と支援回数、③在宅医療介護連携推進活動（年間在宅看取り数を含む））で構成した。分析は、記述統計、変数を各対象の活動地域の人口 10 万対で算出した。

(2) 在宅医療の質の評価指標としての訪問診療に関する調査：訪問診療に関する報告をレビューし項目立てを行い、在宅医療に携わっている医師 2 名よりエキスパートオピニオンを聴取し、項目選定を行った。全国在宅療養支援診療所連絡会のホームページに掲載されている 788 ヶ所の診療所を対象とし、自記式質問紙郵送調査を実施した。調査項目は、1) 診療所の属性：開業形態、機能強化型の有無、併設・連携機関の有無等、2) 対象患者の概要：厚生局に届け出た年間総患者数、対象患者の要介護度、自宅や老人ホームにおける年間看

取り数等、3)訪問診療に関すること：訪問診療時に実施している在宅医療多職種連携の内容、患者1人当たりの月平均訪問診療回数、訪問診療月2回以上の妥当性、自由記載とした。単純集計、記述統計を行った。

2. 在宅医療多職種連携研修会の普及とその評価：

(1)研修会開催地域における評価アンケートの実施：『受講前』、『受講後』、『1年後』のプログラム評価アンケートを実施し、その結果を評価した。アンケート内容は、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作成した。

(2)アンケート集計体制の整備：受講者アンケートの結果集計のうち、事業評価上重要となる指標については簡易に集計が可能となるシステムの検討・開発を行った。

(3)全国フォーラムの実施：平成25年度より全国の関係者が一同に会して本研修プログラムの在り方や展開方法を学び議論し合うフォーラムを開催してきた。平成26年度は、都道府県行政の在宅医療・介護連携推進担当者を対象に「全国在宅医療・介護連携研修フォーラム」を開催した。本年度も同フォーラムを開催し、各地で効果的かつ継続性を持った研修を展開するための方策や、研修の在り方について検討した。

(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）。
2. 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. 736、No. 825、No. 853）。

C. 研究結果

1. 在宅医療・介護連携に関する客観的評価指標の検討：

(1)市町村を中心とした在宅医療介護連携推進の活動性の追跡調査：102ヶ所の対象のうち、回答が得られた59ヶ所(回収率：58%)の内訳は、行政26%、医師会34%、病院29%、診療所5%、訪問看護ステーションと他が各々3%であった。

各地域の在宅医療提供体制の基盤整備の状況は、図1のとおりである。

在宅医療提供体制の基盤(10万人対)

	中央値(四分位)
在宅療養支援診療所数	11.3(7.3-21.1)
在宅療養支援病院数	0.9(0.0-2.1)
在宅療養支援歯科診療所数	2.9(1.6-7.3)
訪問看護ステーション数	6.0(4.4-9.4)
24時間体制をとる訪問看護ステーション数	4.3(3.0-7.7)
麻薬小売業免許取得薬局数	29.6(13.7-37.3)
在宅患者訪薬剤管理指導の届出施設数	27.6(13.0-36.1)
訪問リハビリテーション事業所数	3.4(1.2-6.3)
退院支援担当者を配置している医療機関数	5.6(3.0-8.5)
看取りに対応する介護施設数	9.8(4.1-19.7)

N=59

図1

また、医療機関数は図2、多職種連携が必要な機関数は図3のとおりである。

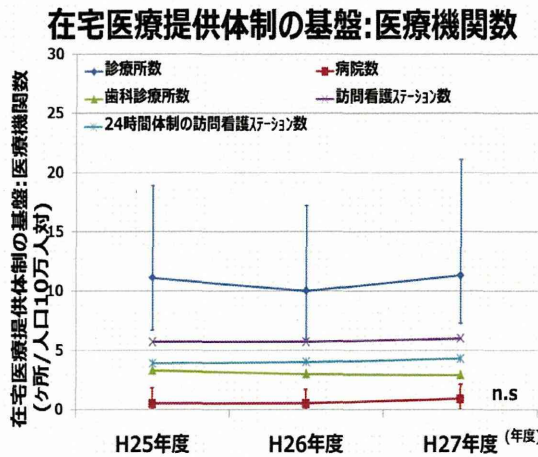


図2

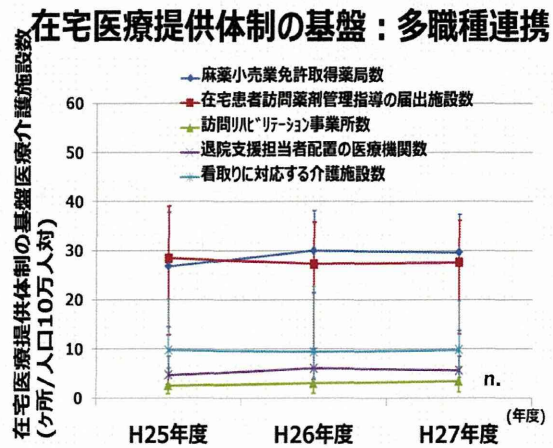


図3

在宅療養患者支援を行う機関として、緊急時後方支援病床の機能を有する機関・施設、レスパイトケア対応、在宅看取りを行う医療機関・施設を有する割合は50%程度であった。

在宅療養患者支援の実施割合は約40%であった。年間在宅療養者支援数については、図4、図5、図6のとおりである。

年間在宅療養者支援数(10万人対)

	n	中央値(四分位)
在宅患者訪問診療料算定件数	23	654.3(71.2-3114.6)
訪問診療回数	22	110.7(32.7-1054.3)
往診料算定件数	22	398.6(12.5-1155.5)
在宅患者訪問看護・指導料算定件数	19	47.0(0.0-249.0)
訪問看護利用者数		
医療保険	28	149.8(33.3-1288.8)
介護保険	31	341.8(99.5-5307.0)
訪問リハビリテーション提供数	29	213.9(2.6-3656.3)

N=59

図4

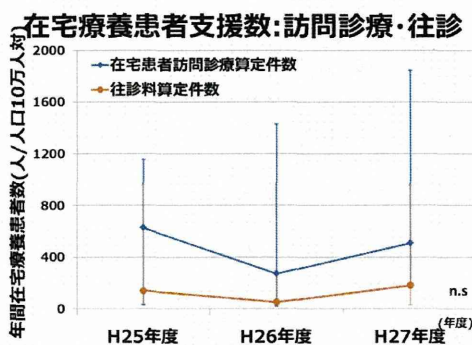


図5

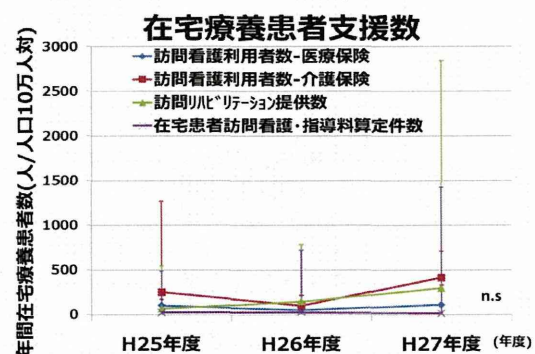


図6

在宅医療介護連携推進活動の年間活動状況は図7のとおりである。

在宅医療介護連携推進活動の年間活動状況

	回数	%	中央値(四分位)
地域の医療・福祉資源の活用回数	14	12.5	(0.3-226.5)
市町村・医師会・介護連携型多職種連携会議の開催数	86	5.0	(3.0-11.0)
在宅医療・介護に関する研修回数	83	4.0	(2.0-11.0)
在宅医療・介護連携型24時間365日提供体制数	32	1.0	(0.0-4.0)
各地域の在宅医、かかりつけ医に対する後方支援数	32	0.0	(0.0-12.0)
24時間365日対応回数	31	0.0	(0.0-41.3)
医療機関から地域包括センター介護支援専門員の支援数	32	12.0	(1.0-51.0)
情報共有・ITシステム導入率	58	1.0	(0.0-2.3)
地域住民への在宅医療・介護の普及・啓発活動回数	81	3.5	(2.0-13.8)

N=59

図7

在宅医療の結果指標である「在宅看取り」への回答割合は40%と低かった。年間在宅看取り数の推移は、図8のとおりである。

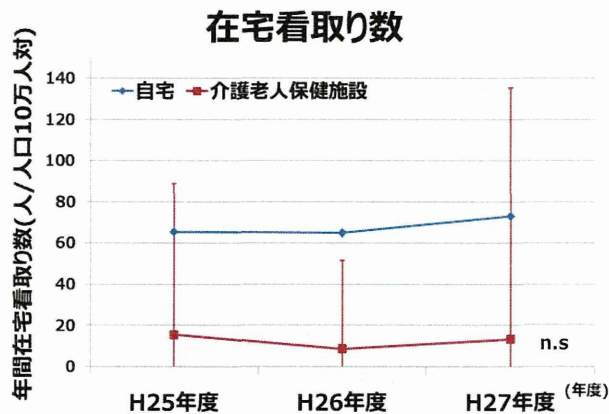


図8

(2) 在宅医療の質の評価指標としての訪問診療に関する調査：

対象788のうち、318(回収率:40%)から回答を得た。設置主体の種類は医療法人が72%、開業形態は新規が78%、開業年数は13(7-21)年、H12年(2000年)～H21年(2009年)の開業が42%と最も多かった。機能強化型診療所が56%であった。

訪問診療時に実施している内容は、全身状態の評価、病状・今後の方針等の説明、医療処置・医療処置の指導、看護職との連携、緊急時対応の指導、家族・介護者との面談が約90%を占め、家族・介護者への介護指導・助言、療養・養生方法の指導 意思決定支援、薬剤師との連携、介護支援専門員との連携が約80%程度、行政との連携は約50%であった(図9)。

訪問診療時に実施する医療の内容

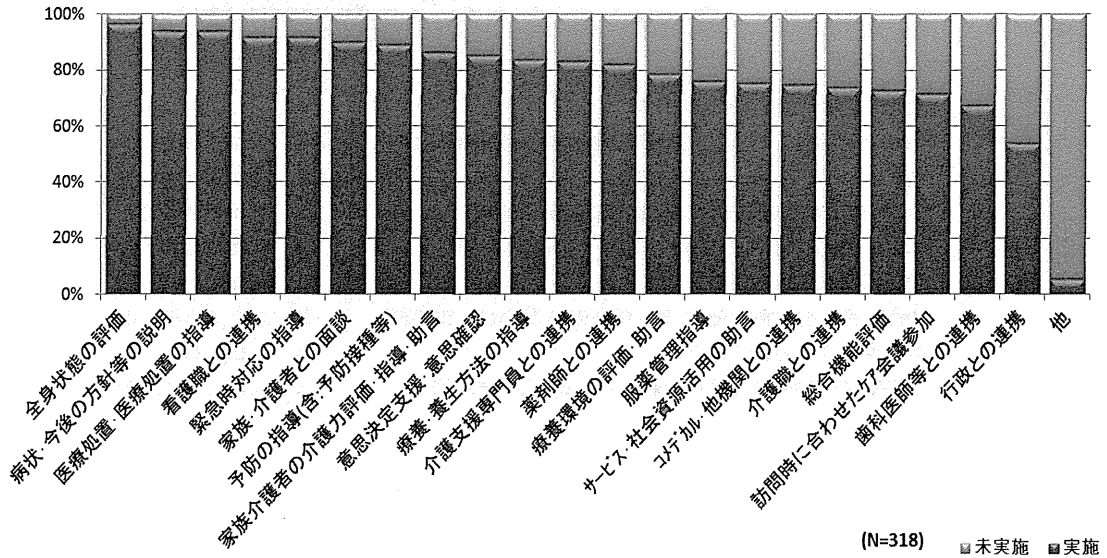


図 9

患者 1 人当たりの月平均訪問診療回数は、次のとおりであった (図 10)。

患者1人当たりの月平均訪問診療回数

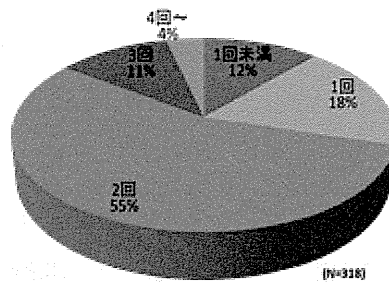


図 10

2. 多職種連携研修の普及とその評価・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：

1) 研修プログラムの普及状況：

同研修会プログラム事務局で把握している範囲の普及状況を図 11 に示す。図中には示していないが、広域で継続開催している滋賀県、東京都、東京都北多摩地域 (9 市広域) では、研修会を開催する市町が出てきている。その他に、県全体で研修プログラムを受講できる仕組みを作ることによって、研修が県全域で開催されるようになっている沖縄のような例もある。

開催地域	主催	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
千葉県柏市	市 地区医師会 ※第1~2回は東大	●	●	●	●	●
千葉県松戸市	地区医師会		●			
東京都大田区	区在宅医療連携推進協議会 ※2012年度は地区医師会		●※大森地区	●※区全域	●	●
沖縄県浦添市	地区医師会 ※2013年度は県医師会		●	●	●	●※県全域に伝播
大阪市東淀川区（府内より傍聴受入）	府 地区医師会				●※この後、府内に伝播	
東京都北区	北区在宅ケアネット			●	●	●
滋賀県（広域）	県 県医師会			●	●	●
福井県坂井地区	地区在宅ケアネット			●	●	
奈良県大和高田市	地区医師会 市立病院			●		
東京都町田市	市 地区医師会			●	●※独自資料使用	●※独自展開
神奈川県横須賀市	市 地区医師会			●	●	●
東京都（広域）	都医師会				●	●
東京都北多摩地区（9市広域）	北多摩地域医師会				●※管内1市で開催	●※管内5市で開催
徳島県徳島市	市 地区医師会				●	
東京都渋谷区	地区医師会				●	
東京都日野市	市 地区医師会				●	●
東京都稲城市	市 地区医師会 ※調査研究事業					●
栃木県栃木市	市 ※調査研究事業					●

図 1 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」開催地域普及状況

2) プログラムの評価：

対象者の属性・特性：受講前、受講後のデータが集まった 12 地域 20 プログラムのプログラム受講者は 1266 名であった。職種の構成は図 1 2 のとおりである。

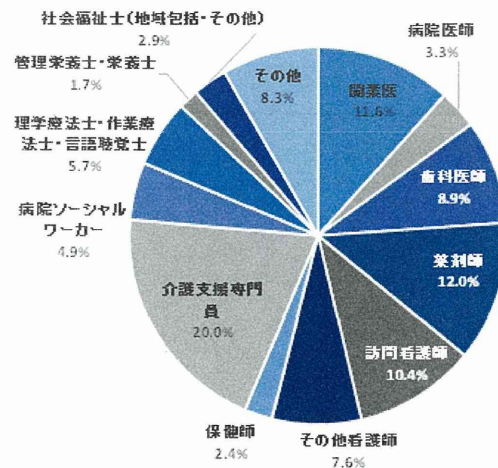


図 1 2 分析対象者の職種

研修プログラムに対する反応：受講後にプログラムの評価について尋ねた結果は、図 1 3 のとおりである。

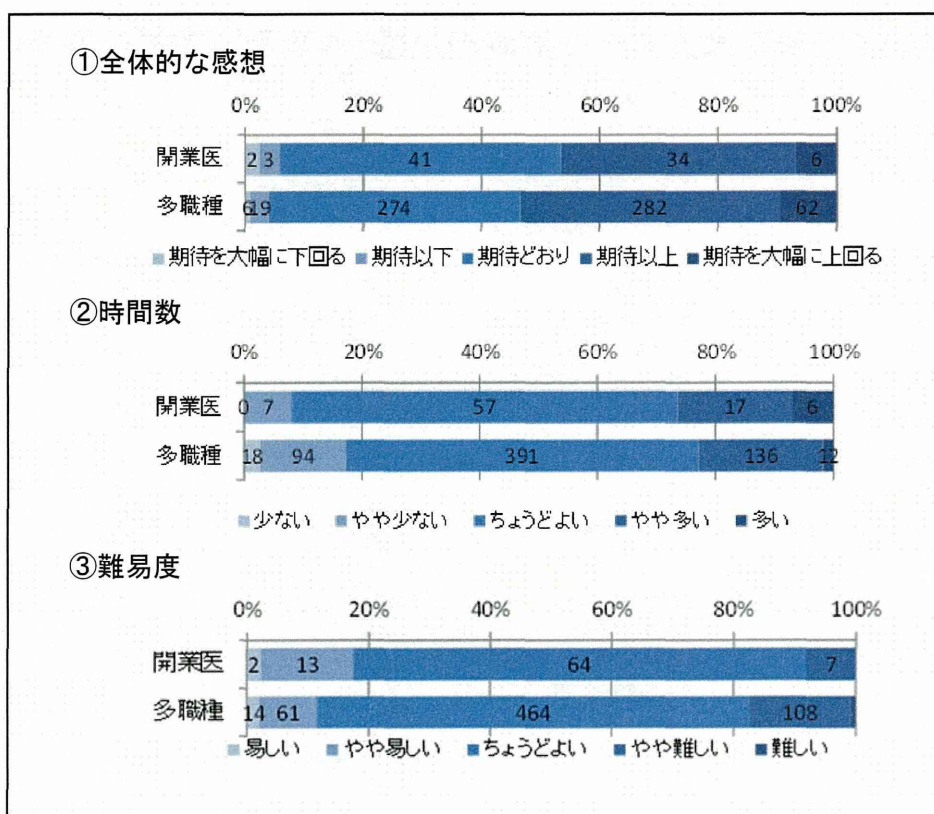


図 1 3 研修プログラムに対する受講者の評価

在宅医療に対する意識の変化：在宅医療に対する意識について、受講前と受講後で比較した（図 1 4）。

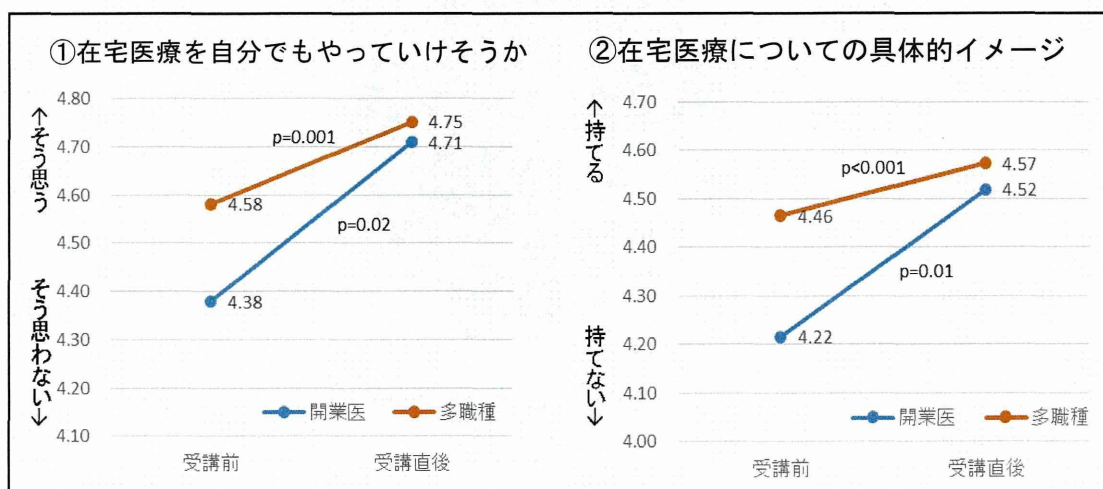


図 1 4 在宅医療に対する意識 受講前後の変化

研修内容に関する知識および実践・活用の変化：知識および実践・活用の程度を尋ね、受講前と受講後で比較した（表1）。

	項目	n	受講前		受講後		平均値の差
			mean ± SD	mean ± SD			
開業医	褥瘡の処置(知識)	13	2.08 ± 0.95	2.85 ± 0.99	0.77	*	
	褥瘡の処置(実践・活用)	10	2.00 ± 1.05	2.70 ± 0.95	0.70	*	
	この地域で在宅医療を推進する上での課題(知識)	73	1.96 ± 0.90	2.60 ± 0.79	0.64	***	
	在宅医療における専門職連携協働(IPW)の原則(知識)	58	1.85 ± 0.89	2.40 ± 0.77	0.55	***	
	がん終末期のせん妄への対処法(知識)	32	1.81 ± 0.82	2.28 ± 0.77	0.47	***	
	この地域の医療・介護資源の状況(知識)	63	2.00 ± 0.84	2.46 ± 0.74	0.46	***	
多職種	在宅医療における専門職連携協働(IPW)の原則(知識)	452	1.79 ± 0.79	2.45 ± 0.75	0.67	***	
	BPSDに対する薬物治療とその限界(知識)	444	1.73 ± 0.79	2.38 ± 0.79	0.64	***	
	在宅医療における専門職連携協働(IPW)の原則(実践・活用)	360	1.68 ± 0.77	2.31 ± 0.77	0.63	***	
	行動心理徴候(BPSD)の背景にあるご本人の気持ち(実践・活用)	324	1.80 ± 0.80	2.39 ± 0.78	0.59	***	
	行動心理徴候(BPSD)の背景にあるご本人の気持ち(知識)	410	1.96 ± 0.84	2.54 ± 0.76	0.58	***	
	リハビリテーションの方法(知識)	38	2.13 ± 1.04	2.71 ± 0.65	0.58	***	

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

注1 得点:1「知識がない／実践・活用ができない」 2「最低限度の知識はある／最低限度の実践・活用はできる」

3「標準的な知識はある／標準的な実践・活用はできる」 4「十分な知識がある／十分な実践・活用ができる」

注2 プログラムに含まれた単元によって項目を構成したため、項目によってnは異なる

表1 在宅医療に関する知識および実践・活用の変化
(受講後の上昇が大きかった上位6項目)

多職種連携活動状況の変化：連携活動の有無について、1年後までのデータが揃う8地域11プログラムの結果を比較した（図15）。

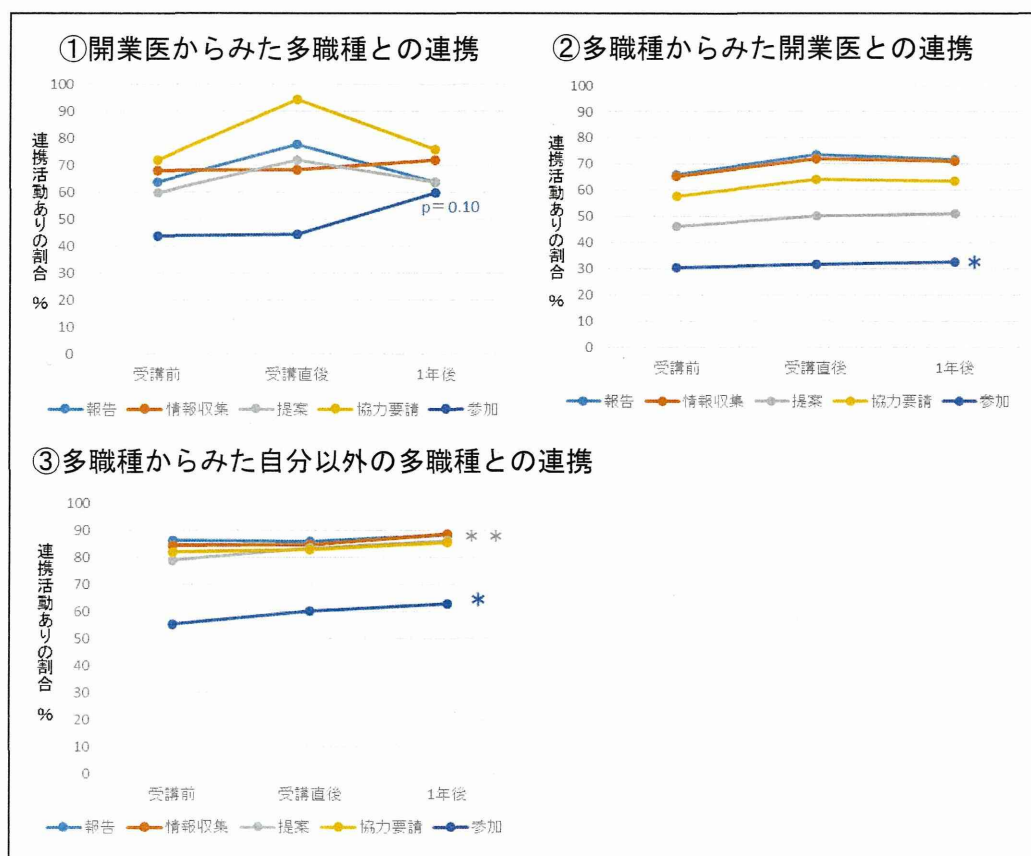


図15 多職種連携活動状況の変化

診療報酬の算定状況の変化：開業医および在宅療養支援病院医師に、在宅医療に関する診療報酬の算定状況を尋ねた。受講前と1年後の2時点とも回答した20名の推移は、図16のとおりである。

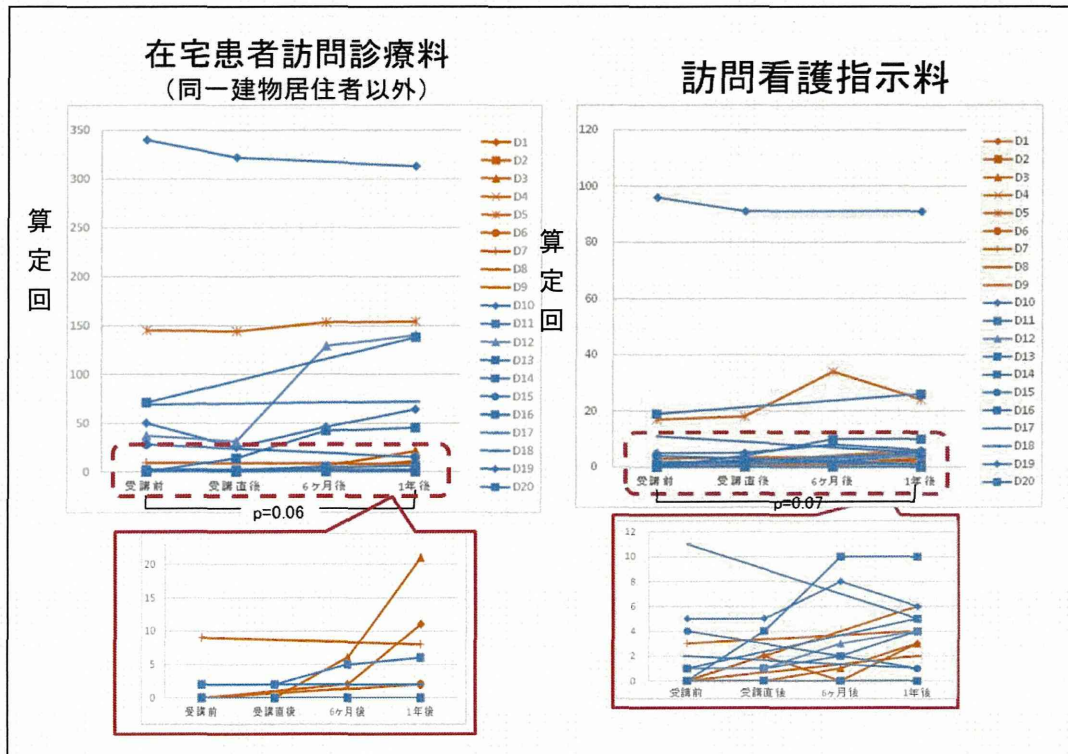


図16 診療報酬算定状況の変化

(2) アンケート集計体制の整備：

アンケート集計のためのシステムを検討、開発した。csv形式でアンケート回答データをアップロードすると、Webブラウザにてグラフを自動生成することができるシステムとなっている(図17)。

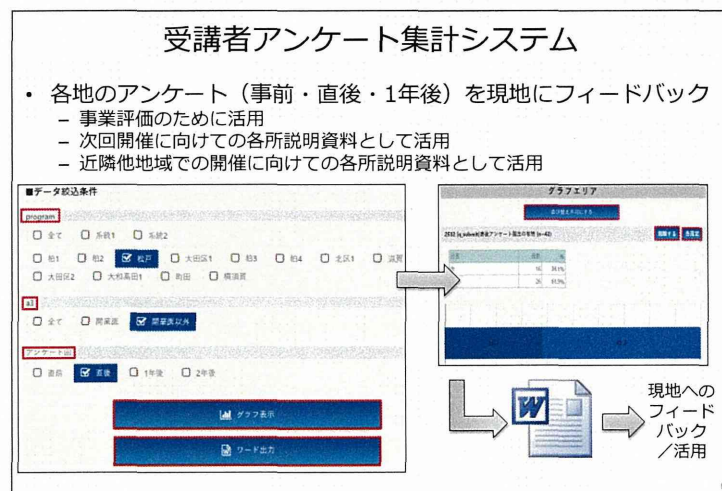


図17：受講者アンケート集計システムの画面イメージ

(3) 全国フォーラムの開催：

2015年10月16日に「第2回 全国在宅医療・介護連携研修フォーラム」を開催した。31の都道府県から59名の参加があった。その他、市町村担当者や郡市区医師会担当者、市町村から在宅医療介護連携推進事業の委託を受けた事業所担当者など25名の出席を得た。また、東京大学、その他が都道府県主催の研修会開催支援に携わったのは、4県にのぼる。

D. 考察

1. 在宅医療・介護連携に関する客観的評価指標の検討：

(1) 市町村を中心とした在宅医療介護連携推進の活動性の追跡調査：

医師会、行政、病院が主になり各地域の在宅医療・介護連携が進められている。各地域の在宅療養支援診療所、24時間体制の訪問看護ステーション、退院支援担当者配置医療機関、看取り対応型介護施設等の検討から、人口10万対2~10か所程度の在宅医療提供体制が整備されていることが明らかになった。

在宅療養患者の支援割合は約40%と実際の支援は多くない。病院が30%を占めていたことから、市町村が中心となる地域包括ケアシステムにおいて、特に医療の必要な療養者支援においては、各地域の在宅医療病院が在宅医療介護連携の機能の一翼を担うことが示唆された。

在宅医療・介護連携推進活動については、全国各地域において毎月何かの在宅医療・介護推進に関する活動が展開されているが、全国各地における24時間365日在宅医療支援活動にはばらつきがある。市町村が中心となる在宅医療介護の連携においては、いかに各地域の在宅医療介護等の資源を把握し活用するかが重要な課題となる。

「在宅看取り」の回答割合が40%と低かったことから、各地域での在宅看取りの実情の把握はまだ十分ではない。年間在宅看取り数には24時間365日体制による対応数のみに強い正の相関が認められた。「最期まで安心して生活できる地域ケアシステム」の構築においては重要な指標と考える。

(2) 在宅医療の質の評価指標としての訪問診療に関する調査：

本研究の対象は全国在宅療養支援診療所連絡会の会員が主であり、対象の78%が新規開業である。訪問診療を受ける在宅療養患者は非がん患者であり、年間看取り数は自宅11名、老人ホーム4名と月1人程度である。

訪問診療時に実施している医療・ケアの内容から、多職種との連携を図っていることが推測される。介護職との連携は約70%であったことから、医師と介護職との連携は他の職種より少ない傾向が明らかになった。

診療訪問について、患者1人当たり月平均2回であり、「医学的に訪問診療が月2回以上であることが妥当」と回答した割合は53%であった。訪問診療回数は、在宅医療の質の評価指標になり得ると考える。

2. 多職種連携研修の普及事業の実施とその評価：

本研修プログラムの効果について、受講前、受講後のアンケート結果を通じ、総じてポジティブな変化が認められた。本研修プログラムの狙いの一つ「かかりつけ医の在宅医療への参入の動機づけ」は概ね達成された。また、知識および実践・活用も受講後に上昇がみられた。本研修プログラムが、開業医も含めた多職種チームビルディングに寄与したことがうかがえる。

E. 結論

1. 在宅医療・介護連携に関する客観的評価指標の検討：

(1) 市町村を中心とした在宅医療介護連携推進の活動性の追跡調査：

全国各地で行政・医師会連携型の在宅医療・介護連携推進を目的とした会議等が開催されているが、高齢者や家族・介護者が 24 時間 365 日安心して最期まで生活できるための地域資源の活用や地域ケアシステムは構築途中と考える。

(2) 在宅医療の質の評価指標としての訪問診療に関する調査：

- 1) 医学的見地からみて「訪問診療回数が月 2 回以上」はおおむね妥当であろう。
- 2) 訪問診療を受ける患者像として、①月 1 回：患者の状態安定、訪問看護等との 24 時間体制で対応可能、②月 2 回以上：患者の状態が急変・不安定、癌末期、家族・介護者の不安などを有する、可能性が示唆された。
- 3) 在宅療養患者とその家族・介護者の状況、診療所や訪問看護との関係性などの多様な要因を知るうえで、客観性を担保した訪問診療回数は在宅医療介護連携推進の客観的評価指標になり得ると考えるが、在宅医療介護連携を客観的に評価し得るものになるかどうかは今後の課題である。

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」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、短期的な効果のみならず、中長期的にも開業医の在宅医療への参入と多職種チームビルディングに一定の効果を果たした。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 大島浩子, 山本さやか, 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. 週刊医学のあゆみ. 253 (9) 925-933. 2015.

- 2) 大島浩子：在宅医療連携拠点事業の活動性の評価。これからの在宅医療ガイド。グリーンプレス，東京。2016（印刷中）。
- 3) 大島浩子：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：追跡調査。これからの在宅医療ガイド。グリーンプレス，東京。2016（印刷中）。
- 4) 山中崇，松本佳子。地域における多職種教育。病院，75（4），印刷中，2016

2. 学会発表

- 1) Ohshima Hiroko, Toba Kenji, Suzuki Takao: The Development of Measures On Home Health Care Collaboration: towards the Construction of Comprehensive Community Care System. IAGG Asia/Oceania 2015. 20 October, 2015, Chiang Mai, Thailand.
- 2) Matsumoto Y, Yoshie S, Tsuchiya R, Kawagoe S, Hirahara S, Yamanaka T, Iijima K, Tsuji T. (2015.11.20). Development of Homecare Interdisciplinary Team Training Program for Health Care Professionals in Japan: Evaluation of the Effects of One Year after the Program. The Gerontological Society of America 2015, Orland, Florida.
- 3) 大島浩子：地域包括ケアシステムの構築における市町村・医師会による在宅医療・介護連携推進活動の検討。第34回日本看護科学学会学術集会，広島。12月6日。2015。
- 4) 飯島勝矢，吉江悟，松本佳子，土屋瑠見子，川越正平，平原佐斗司，大西弘高，山中崇，辻哲夫：在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 受講者の反応および意識・知識・実践の変化。第74回日本公衆衛生学会総会，長崎。11月5日。2015。
- 5) 松本佳子，吉江悟，土屋瑠見子，川越正平，平原佐斗司，大西弘高，山中崇，飯島勝矢，辻哲夫：在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 受講者の職種間連携活動の変化。第74回日本公衆衛生学会総会，長崎。11月5日。2015。
- 6) 吉江悟，松本佳子，土屋瑠見子，川越正平，平原佐斗司，大西弘高，山中崇，飯島勝矢，辻哲夫：在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 開業医の受講1年後の診療報酬算定状況。第74回日本公衆衛生学会総会，長崎。11月5日。2015。

3. 研修、講演など

- 1) 第2回全国在宅医療・介護連携研修フォーラム。東京。10月16日。2015。
- 2) 大島伸一：「超高齢社会これからの医療」～高齢になっても安心して地域や家庭で暮らすには～。もとす医師会・もとす広域連合 地域在宅医療連携推進事業講演会。講演。本巢。11月21日。2015。
- 3) 大島伸一：満足のいく、自分の生き方（終の迎え方）のススメ。大府市在宅医療・介護連携推進事業市民フォーラム2015。基調講演。大府。2月25日。2016。
- 4) 大島伸一：地域包括ケアシステムと在宅医療。鹿児島県医師会 在宅医療推進県民セミナー。講演。奄美。3月18日。2016。

- 5) 大島伸一:2025年医療は間違いなく崩壊する～医療のパラダイム転換～. 大島郡医師会・大島郡歯科医師会共催 地域包括ケア研修会. 講話. 奄美. 3月18日. 2016.

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. 平成27年度 分担研究報告

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（H26-医-指-025）
在宅医療介護連携推進活動の継続評価：市町村を中心とした在宅医療介護連携推進の活動性の
追跡調査

研究分担者 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
鳥羽 研二 国立長寿医療研究センター 理事長
三浦 久幸 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部長
研究協力者 鈴木 隆雄 国立長寿医療研究センター 理事長特任補佐

研究要旨

H24 年度在宅医療連携拠点事業、H25 年在宅医療介護連携推進事業が終了後 2 年以上経過した。これらは各地域の実情に応じた在宅医療介護の連携の拠点となり、地域包括ケアの構築が進められていることが期待されている。しかしながら、在宅医療・介護連携を客観的に評価する指標の開発は十分とはいえない。また、データに基づきの推移を継続的に評価し検討するには至っていない。そこで本研究は、在宅医療・介護の連携を推進する事業体 102 ヶ所を対象に、在宅医療・介護連携の推移の実態を明らかにすることを目的とした。

回答が得られた 59 ヶ所（回収率：58%）を分析対象とした結果、在宅医療の基盤となる医療機関数、在宅療養患者数、在宅看取り数等に有意な経年的変化は認められなかった。在宅医療介護連携活動のタスクについて、対象の約 80%が年間 4-5 回程度、市町村・医師会・介護連携型の多職種連携会議や研修、地域住民啓発活動に取り組むと回答していた。一方、地域資源の活用、24 時間 365 日在宅医療介護連携体制の構築等、各地域の医師への後方支援活動、地域包括支援センターの介護支援専門員支援への取り組みは約 10~30%と低く、年間実施回数は 0~1 回程度であった。24 時間 365 日対応体制の構築数と在宅医等への後方支援回数 ($\rho=0.65, p<0.05$)、介護支援専門員支援回数 ($\rho=0.57, p<0.05$)、IT システム化数 ($\rho=0.59, p<0.05$)、地域資源の活用数と在宅医等への後方支援回数 ($\rho=0.93, p<0.05$)、介護支援専門員支援回数 ($\rho=0.93, p<0.05$)、住民啓発活動回数 ($\rho=0.82, p<0.05$)、研修開催回数と 24 時間 365 日対応年間数 ($\rho=0.69, p<0.05$)、介護支援専門員支援回数 ($\rho=0.47, p<0.05$) 各々に正の相関がみられた。在宅看取り数は 24 時間 365 日対応回数にのみ強い正の相関がみられた ($\rho=0.78, p<0.05$)。

以上のことから、全国各地で行政・医師会を中心とした在宅医療・介護連携推進のための会議が開催される一方で、高齢者や家族・介護者が 24 時間 365 日安心して最期まで生活できる地域ケアシステムの構築は今後も課題であると考え。今後は、会議等により地域の実情や課題をの整理を基に地域ケアシステムづくりが課題である。更に、在宅医療介護連携推進の可否と程度をより客観的に評価する評価指標の開発が重要な継続課題と考える。

A. 研究目的

超高齢多死社会に向け、高齢者が住み慣れた地域で最期まで生活が送れるように在宅医療が推進されている。H24 年度在宅医療連携拠点事業、H25 年在宅医療介護連携推進事業が終了し、各々 2 年以上経過し、在宅医療介護の連携の拠点となり、各地域の実情に応じた地域包括ケアの構築の推進力となることが期待されている。