

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
-------------------	----

Ⅲ. 平成 26 年度～27年度 総合研究報告

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）

総合研究報告書

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

本研究は、在宅医療・介護連携の推進に資するために、1.『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）』の有用性の検討、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、多職種連携研修）」の普及事業の実施とその評価、3.在宅医療・介護連携に関する客観的評価指標の検討をおこなった。

1. ハンドブックの有用性の検討：

ハンドブックについて、2 県 2 次医療圏 8 か所の市町村職員と医療・介護・福祉職を対象とした教育効果（理解度、応用可能性）の測定から、医療専門職からの理解は十分に得られたが、介護職の理解の度合いにはばらつきがみられた。今後、介護職の理解が進むような研修教材・体制の構築が重要である。

2. 多職種連携研修普及事業の実施とその評価：

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多職種連携研修の普及を図り、本研修会受講者を対象としたアンケートによる評価から、受講者の反応、知識、行動において改善が認められ、本研修プログラムの有用性を示唆できる結果を得ることが出来た。またフィードバック体制を含めた受講者アンケートの集計システムを検討・整備し、全国の都道府県担当者を対象に、本研修プログラムに関するフォーラムを開催した。多職種連携研修は全国で活用されつつあり、地域の在宅医療と多職種連携の推進に一定の効果をえた。今後さらなる普及と、地域特性に合わせた効果的・継続的な展開と効果の検証が必要である。

3. 在宅医療・介護連携に関する客観的評価指標の検討：

(1)市町村等を中心とした在宅医療介護推進の実態：在宅医療介護連携推進事業実施 1 年後の追跡調査（平成 26 年度）：

平成 25 年度在宅医療介護推進事業実施主体のうち、平成 24 年在宅医療連携拠点事業と平成 26 年小児在宅医療連携拠点事業実施主体を除く 230 の事業所を対象に、自記式質問紙調

査を実施した。回答を得た 50（行政 34%、医師会 54%、病院 6%、他 6%）（回収率:23%）を分析対象（以下、市町村等を中心とした拠点）とした結果、市町村・医師会、医療機関ともに在宅医療介護連携において、多職種連携会議や在宅医療従事者研修会の開催、住民啓発活動が中心であり、24 時間 365 日提供体制の構築についてはほとんど取り組まれていなかったが、かかりつけ医の在宅医療への新規参入活動の機能を有し得ることが示唆された。

(2) 医療機関等を中心とした在宅医療介護推進の実態：在宅医療連携拠点事業実施 2 年後追跡調査（平成 26 年度）：

平成 24 年度在宅医療連携拠点事業実施主体のうち、平成 26 年小児在宅医療連携拠点事業実施主体を除く 104 事業所を対象に自記式質問紙調査を実施した。回答が得られた 50（病院 38%、診療所 17%、訪問看護ステーション 8%、医師会 15%、行政 15%、他 6%）（回収率:50%）を分析対象（以下、医療機関等を中心とした拠点）とした結果、医療機関には在宅療養支援を目的とした在宅医療連携拠点の機能を有し得ることが示唆された。

(3) 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 27 年度）：

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。

(4) 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（平成 27 年度）：

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。

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、1. ハンドブックの有用性の検討、2. 多職種連携研修普及事業の実施とその評価、3. 在宅医療・介護連携に関する客観的評価指標の検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

1. ハンドブックの有用性の検討：

協力が得られた8地域（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））の地域包括ケアシステムに関わる市町村自治体職員、各保健所より情報提供を受けた医療・介護・福祉の専門職を対象に、平成26年9月から11月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。調査項目は、在宅医療・介護連携の基礎知識の理解、取組み情報について自地域への応用可能性等であり、これら設問についてマークシートと自由記載により回答を得た（表1）。職種別に検討した。

	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	

表1. 調査表項目

2. 多職種連携研修普及事業の実施とその評価：

(1) 研修会開催地域における評価アンケートの実施：

在宅医療多職種連携研修の枠組みを踏襲した研修会実施地域の関係者の了解が得られる範囲において、『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、第1段階 Reaction として研修プログラムに対する反応、第2a段階 Modification of attitude/perceptions として在宅医療に対する意識、第2b段階 Acquisition of knowledge/skills として研修内容に関する知識および実践・活用、第3段階 Behavioral change として多職種連携活動状況、診療報酬の算定状況を評価した。

(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、受講前後の受講者の意識・行動変化など重要な評価指標について簡

易集計が可能となるシステムの検討・開発を行った。

(3) 全国フォーラムの開催：

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。平成 27 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。

3. 在宅医療・介護連携に関する客観的評価指標の検討：

在宅医療介護連携活動に関する客観的指標を用いた自記式質問紙調査を実施した。

(1) 市町村等を中心とした在宅医療介護推進の実態：在宅医療介護連携推進事業実施 1 年後の追跡調査（平成 26 年度）：

平成 25 年度在宅医療介護推進事業実施主体のうち、平成 24 年在宅医療連携拠点事業と平成 26 年小児在宅医療連携拠点事業実施主体を除く 230 の事業所を対象に、回答が得られた 50（回収率:23%）を分析対象とした。調査項目は、属性（主体の種別、高齢化率等）、在宅医療介護連携活動における指標についての実施の有無と年間回数、人数等であった。

(2) 医療機関等を中心とした在宅医療介護推進の実態：在宅医療連携拠点事業実施 2 年後追跡調査（平成 26 年度）：

平成 24 年度在宅医療連携拠点事業実施主体のうち、平成 26 年小児在宅医療連携拠点事業実施主体を除く 104 事業所を対象に、回答が得られた 52（回収率:50%）を分析対象とした。調査項目は、属性（主体の種別、高齢化率等）、在宅医療介護連携活動における指標についての実施の有無と年間回数、人数等であった。

(3) 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 27 年度）：

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。

(4) 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（平成 27 年度）：

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

リ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。

(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. 733、No. 736、No. 759、No. 825、No. 853)。

C. 研究結果

1. 「ハンドブック」の有用性の検討：

263 名(医療系 81 名(31%)、介護福祉系 132 人(50%)、その他 50 名(19%))から回答が得られ、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いた、217 を分析対象とした。

職種別の全正答数は、医師(26.0)と保健師(24.5)の平均値が高く、行政の事務官は全体の平均値をわずかに上回る程度であり、介護支援専門員は最も低く分布は広がった。医療系職種の正答・誤答いずれも多く、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(表 2)。

	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

表 2. 職種別の全正答数の合計(N=217) ※職種は複数回答

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く、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（表3）。

	データの個数	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3. 職種別の平均正答数（質問別）

2. 多職種連携研修普及事業の実施とその評価：

(1) 研修会開催地域における評価アンケートの実施：

平成26年度までに全国の13地域、平成27年度までに18地域において多職種連携研修事業の普及が確認された。

そこで、主催者の協力が得られた地域において、『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。平成24年度から実施された研修会のうち、『受講後』までのデータが得られたのは12地域20プログラム、『1年後』までのデータが得られたのは8地域11プログラムであった。

『受講後』まで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名であり、このうち『受講前』と『受講後』の両方に回答した794名（62.7%）を分析対象とした。分析対象者の職種は、図1のとおりである。

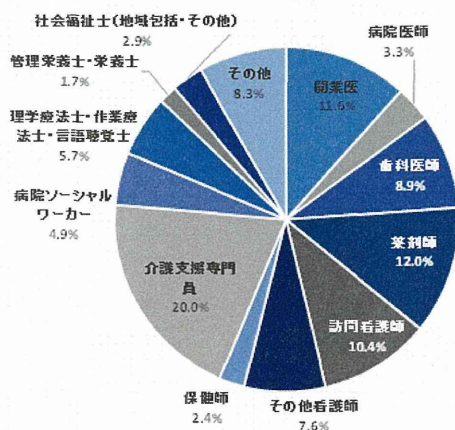


図1. 分析対象者の職種

研修プログラムに対する反応（第1段階）として、『受講後』にプログラムの評価について尋ねた（開業医：n=86～87、多職種：n=643～654）。全体的な感想でネガティブな回答をしたものは少数であった。時間数、難易度も「ちょうどよい」の回答が最も割合が高く、受講者の評価は概ね良好であった。

次に、在宅医療に対する意識の変化（第2a段階）について、『受講前』と『受講後』で比較した（開業医：n=79-87、多職種：n=536-573）。開業医の「在宅医療を実践してみたい気持ち」が「ある」と回答した者は、『受講前』は83.5%から『受講後』には91.1%に増加し、「在宅医療を自分でもやっていけそうだ」「在宅医療という仕事について具体的なイメージが持てる」については、開業医、多職種共に『受講前』に比べて『受講後』で在宅医療に対する意識は前向きに変化した。

さらに、研修内容に関する知識および実践・活用の変化（第2b段階）として、各研修会のプログラムに含まれた単元について、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。全45項目中、受講前後で上昇が見られた項目は、開業医21項目、多職種は全項目であった。

多職種連携活動状況の変化（第3段階）として、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（開業医：n=15-19、多職種：n=238-243）。連携活動は「報告：治療やケアの状況・結果についてのその職種への報告」「情報収集：その職種からの情報収集」「提案：患者に必要なサービスについてのその職種への提案」「協力要請：その職種への協力要請」「参加：その職種が出席するサービス担当者会議や事例検討会等への参加」の5種を尋ねた。また、開業医には多職種との連携について尋ね、多職種には開業医および自分以外の多職種との連携について尋ねた。その結果、いずれの職種間においても、『受講前』に比べて『1年後』では「参加」の割合が上昇した。多職種間では「提案」の割合が上昇した。

また、診療報酬の算定状況の変化（第3段階）として、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名の推移をみると、在宅患者訪問診療料（同一建物居住者以外）が上昇した者は10名、そのうち0回から上昇した者は4名であった。訪問看護指示料は11名が上昇し、そのうち0回から上昇した者は5名であった。対象者数が少なく、個人差が大きいため解釈には注意を要するが、1年後に在宅医療に関する診療が拡大した医師、新たに在宅医療へ参入した医師の存在が明らかになった。

(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2）。

受講者アンケート集計システム

- 各地のアンケート（事前・直後・1年後）を現地にフィードバック
 - 事業評価のために活用
 - 次回開催に向けての各所説明資料として活用
 - 近隣他地域での開催に向けての各所説明資料として活用

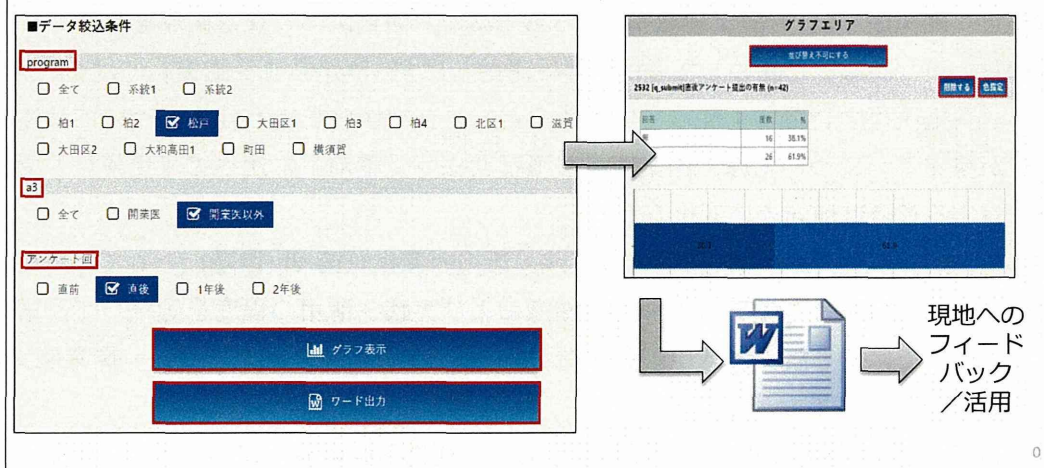


図2：受講者アンケート集計システムの画面イメージ

(3) 全国フォーラムの開催：

2015年2月14日に「第1回全国在宅医療・介護連携研修フォーラム」、同年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。第2回のフォーラムでは、「在宅医療・介護連携推進事業」、「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パターンの類型化」について説明した後、比較的小規模な市町村や地区、および小規模地域への支援を実施している先進地域から事例報告を行った。その後、小規模市町村への開催支援も含め、各地で効果的かつ継続性を持った形での研修展開の在り方について、グループディスカッションを行った。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。

3. 在宅医療・介護連携に関する客観的評価指標の検討：

(1) 市町村等を中心とした在宅医療介護推進の実態：在宅医療介護連携推進事業実施1年後の追跡調査（平成26年度）：

主体の内訳は、行政34%、医師会54%、病院6%、他6%、診療所と訪問看護ステーションは各々0であった。平成26年に在宅医療推進事業を受けた割合は48%であった。在宅医療介護連携推進に関するタスクへの取り組みは、地域資源の把握60%、在宅医療多職種連携会議と研修の実施は各々90%、効率的情報共有は40%、地域住民啓発は80%、地域包括支援

センターの介護支援専門員対象支援は 50%であったが、24 時間の在宅医療・介護提供体制構築は 30%であり前年度より取り組む割合が低かった ($p < 0.05$)。

在宅医療介護の基盤指標のうち、訪問診療を受けている年間患者数の増加 ($p < 0.05$)、診療所と病院の在院日数の延長、短期入所介護利用者数の増加 ($p < 0.05$) が認められた。医療・介護連携による在宅療養支援の指標としての多職種連携・協働による支援のうち、各地域における在宅医療介護連携グループ数の増加 ($p < 0.05$)、多職種連携会議による在宅医療推進数、研修受講者のうち在宅医療推進に関わるリーダー育成人数は微増していたが、24 時間在宅医療・介護提供体制や情報共有・IT システム化数は前年同様 0 であった。在宅医療に新たに参入する各地域のかかりつけ医の数は年間 8 名で推移し、年間在宅看取り数は約 60 名であった。他の指標の推移に有意な差は認められなかった。

(2) 医療機関等を中心とした在宅医療介護推進の実態：在宅医療連携拠点事業実施 2 年後追跡調査（平成 26 年度）：

主体の内訳は、病院 38%、診療所 17%、訪問看護ステーション 8%、医師会 15%、行政 15%、他 6%であった。在宅医療連携拠点活動の継続割合は 81%であった。

在宅医療・介護の基盤指標のうち、診療所の在院日数が伸びていた ($p < 0.05$) が、他の指標の推移に有意な差は認められなかった。在宅療養支援の指標のうち、訪問リハビリテーションと訪問看護指導算定件数は増え ($p < 0.05$)、医療・介護連携による在宅療養支援の指標として、退院時に在宅医療・介護事業所との連絡調整実施病院数、介護施設への協力病院数は若干増加し、各地域における在宅医療介護連携グループ数は若干減少がみられたが、他の指標の推移に有意な差は認められなかった。在宅療養支援を目的とした病院への年間搬送件の増加、在宅医療に新たに参入するかかりつけ医数の減少、教育・研修システム化数と在宅医療推進リーダー数各々の増加 ($p < 0.05$) が認められた。

(3) 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 27 年度）：

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。

在宅医療に関する機関数、在宅療養患者数、在宅看取り数等の推移に有意な変化は認められなかった。約 8 割が市町村・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ついて年間 4-5 回程度実施回答していた。一方、地域資源活用、24 時間在宅医療介護連携体制の構築、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活動は約 1~3 割と低く、年間実施数は 0~1 回程度であった。在宅看取り数と 24 時間対応回数各々に正の相関がみられた ($p < 0.05$)。

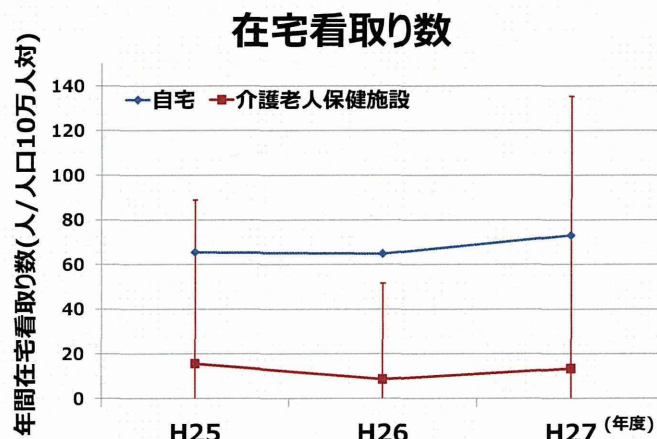


図 3

(4) 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（平成 27 年度）：

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。

患者 1 人当たりの月平均訪問診療回数は図 4 のとおりであり、医学的見地から訪問診療月 2 回以上であることの妥当性は、「妥当」53%、「妥当ではない」30% であった。

患者1人当たりの月平均訪問診療回数

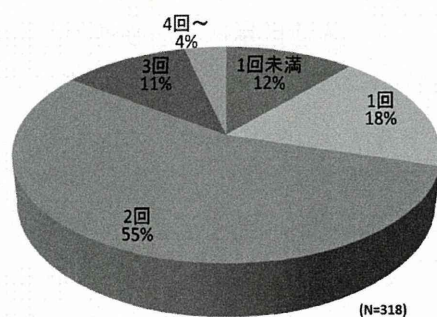


図 4

D. 考察

1. 「ハンドブック」の有用性の検討：

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。

2. 多職種連携研修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。

3. 在宅医療・介護連携の客観的評価指標の検討：

(1) 市町村等を中心とした在宅医療介護推進の実態：在宅医療介護連携推進事業実施1年後の追跡調査（平成26年度）：

在宅医療介護連携活動について、平成25年同様、各地域における課題解決型の在宅医療多職種連携会議、在宅医療に関する研修、地域住民への普及・啓発への取り組み予定の回答は80%程度であった。このことから、各地域の在宅医療多職種連携における課題解決に向けて、会議や研修会、地域住民向けの啓発活動が展開されるが、地域包括支援センターの介護支援専門員への支援、情報共有や24時間在宅医療・介護提供体制構築への取り組みは、未だに十分とはいえないことが示唆された。在宅医療の基盤指標のうち、訪問診療を受ける患者数の増加、病院と診療所の在院日数の延長、短期入所介護利用者数の増加から、退院支援や在宅療養支援が必要な高齢者の増加を示唆していると考ええる。これら、退院から在宅療養支援、在宅看取り支援体制を含めた24時間在宅医療・介護連携体制の構築が喫緊の課題と考える。在宅医療に新たに参入するかかりつけ医の数の推移の結果から、かかりつけ医の在宅医療への参入に関して新しい知見が得られた。

(2) 医療機関等を中心とした在宅医療介護推進の実態：在宅医療連携拠点事業実施2年後追跡調査（平成26年度）：

医療・介護連携による在宅療養支援の指標のうち、退院時の連絡調整や介護施設協力病院数に増加傾向がみとめられたことから、医療機関中心の在宅医療連携拠点には、医療から介護へのアプローチの機能を有し得ることが考えられるが、在宅医療介護連携のグループ化といった地域づくり活動は課題がある。多職種連携会

議、研修会、退院支援や住民主体の在宅医療啓発活動、効率的情報共有化の推移から、当該事業終了後も在宅医療連携拠点としての活動を継続していることが示唆された。また、在宅医療の教育・研修システムやリーダー数の増加から、在宅医療連携拠点が地域の教育的機能を有し得ることを示唆していると考ええる。一方、24時間体制の推移、在宅医療新規参入かかりつけ医数の減少から、高齢者と家族・介護者が24時間安心して最期を迎えられる

地域としてのシステムの構築活動には結びつかないことを示唆していると考え。医療機関が在宅療養から看取りを見通した支援にシフトしていくことが今後の課題と考える。

(3) 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 27 年度）：

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。

(4) 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（平成 27 年度）：

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。

E. 結論

1. ハンドブックを用い研修会を行うことで、医療職を中心に理解が進むことが明らかとなったが、介護職においては、理解度のばらつきが大きく、今後、介護職を対象としてより

理解が進むような研修教材・体制の構築が重要である。

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。

3. 在宅医療・介護連携に関する客観的評価指標の検討：

(1) 市町村等を中心とした在宅医療介護推進の実態：在宅医療介護連携推進事業実施 1 年後の追跡調査（平成 26 年度）：

市町村・医師会、医療機関ともに在宅医療介護連携において、会議や研修会の開催、住民啓発活動が中心であり、24 時間 365 日提供体制の構築についてはほとんど取り組まれていなかったが、かかりつけ医の在宅医療への新規参入活動の機能を有し得ることが示唆された。

(2) 医療機関等を中心とした在宅医療介護推進の実態：在宅医療連携拠点事業実施 2 年後追跡調査（平成 26 年度）：

病院などの医療機関には在宅療養支援を目的とした在宅医療連携拠点の機能を有し得ることが示唆された。

(3) 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 27 年度）：

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。

(4) 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（平成 27 年度）：

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。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 鳥羽研二：【臨床医学の展望 2014】老年病学. 日本医事新報. 4685:44-48. 2014.
- 2) 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. 33(2):192-199. 2015.
- 3) 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. 33(2):172-178. 2015.
- 4) 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.
- 5) 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).
- 6) 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).
- 7) 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, 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.
- 4) 大島浩子, 鳥羽研二, 山本さやか, 鈴木隆雄, 大島伸一：在宅医療を進めるうえで市町村・医師会に求められる機能の検討. 日本老年看護学会学第19回学術集会. 名古屋. 2014年6月29日.
- 5) 大島浩子：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.
- 6) 大島浩子：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34回日本看護科学学会学術集会. 名古屋. 2014年11月29日.

- 7) 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. 2014年6月12-14日.
- 8) 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. 2014年11月6日.
- 9) 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. 2014年11月29-30日.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) 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. 講演

- 1) 大島伸一: 治す医療から、治し支える医療へ. 白山市の在宅医療連携を考える会. 特別講演. 白山. 2014年10月25日.
- 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. 本巣. 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.

4. 普及・啓発

- 1) 在宅医療先進地域情報フェスタ 2014 先進地域から学ぶ在宅医療推進と地域包括ケアの取組み～平成 24 年度以前に取組みを開始した地域の 3 年後の姿を学び、自らの地域の未来を描く～. 名古屋. 3 月 1 日. 2015.
- 2) 第 1 回全国在宅医療・介護連携研修フォーラム. 東京. 2 月 14 日. 2015.
- 3) 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.

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