

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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)	100-106	2015
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)	80-86	2015
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
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

研究成果の刊行に関する一覧表

著書

発表者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
大島浩子	在宅医療の全国展開：モニターと実地指導の効果		これからの在宅医療ガイド - 我々は被災地から何を学んだか -	グリーンプレス	東京	2016	印刷中
大島浩子	在宅医療の全国展開：在宅医療連携拠点事業終了後の追跡調査		これからの在宅医療ガイド - 我々は被災地から何を学んだか -	グリーンプレス	東京	2016	印刷中

V. 研究成果の刊行物・別刷

在宅医療連携拠点の活動性の評価

大島浩子*1・鳥羽研二*2・大島伸一*3・鈴木隆雄*4

abstract

高齢者や家族・介護者が最期まで地域で生活ができるように、地域包括ケアシステムの構築が進められている。また、各地域の市町村等の行政と医師会の連携、在宅医療・介護に関わる多職種連携を調整する機能を有する拠点の整備が必要とされてきた。平成24年度在宅医療連携拠点事業において、当該事業の初期と終了の時期における在宅医療連携拠点の活動状況について、当該事業の5つのタスクを主軸とした半定量的な評価の試みから、各地域の課題抽出への自己評価、行政や医師会参加型の在宅医療多職種連携会議などの活動性は高いが、行政・医師会からの補完機能を有する割合は決して高くはなかった。地域包括ケアシステムの構築に向けて行政と医師会が連携した、24時間体制の構築、在宅看取り体制、かかりつけ医の在宅医療への新規参入活動・支援の必要性が示唆された。在宅医療連携活動を把握し、評価し得るより客観的な指標の開発が喫緊の課題である。

I

緒言

現在、わが国では高齢多死社会を迎えている。2025年には、後期高齢者割合の増加、年間死亡数は170万人と推定されている。高齢者や家族・介護者が最期まで安心して地域で生活ができるような、各地域における在宅医療の基盤整備が進められてきた。高齢者が在宅療養するためには、提供体制としては医療と介護を含む多職種連携が必須であり、現在在宅医療介護連携の推進を目指した、地域包括ケアシステムの構築が進められている。

平成24年度補正予算による地域医療再生交付金の拡充としての在宅医療推進事業において、平成25年度から医療計画には、都道府県が「在宅医療について達成すべき目標、医療体制等」を盛り込むことと

し、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等を含めた連携体制の位置づけがなされた。社会保障制度改革国民会議¹⁾において、地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護保険者である市町村は、平成27年度からの介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけ各種の取り組みを進めるべき、と明記された。それに伴い、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となっている。

上記に先行し、平成23年度より厚生労働省により、在宅医療・介護連携の拠点の整備としての在宅医療連携拠点事業が全国展開²⁾された。次に、平成25年度から、地域医療再生基金による在宅医療・介護推進議事が進められている。

一方、従来、在宅医療・ケアに関するオリジナルデータに基づく検討は少なく、先駆的に在宅医療および多職種連携に取り組む医師や看護師、病院や診

*1 独立行政法人国立長寿医療研究センター老年学・社会科学
研究センター在宅医療開発研究部長寿看護・介護研究
室長

*2 独立行政法人国立長寿医療研究センター総長

*3 独立行政法人国立長寿医療研究センター名誉総長

*4 独立行政法人国立長寿医療研究センター研究所長

療所等による、いわゆる点の活動報告は多いものの、科学的根拠の蓄積は行われてこなかった。また、在宅医療介護連携を推進する拠点（以下、在宅医療連携拠点）の活動に関する定量的データを検討した研究は見当たらず、平成24年度においても、各事業主体別の視点からの活動が報告^{3)~14)}されてきた。そのため、何を以て在宅医療連携が推進されたのかとその効果の評価、要因の検討に至っておらず、各地域における在宅医療の推進や全国への均霑化といった、面展開に向けた課題について具体的に示唆するには十分ではなかった。

そこで、在宅医療連携拠点の活動状況を定量的に評価することで、活動性を具体的な数値目標の設定、活動の評価と見直しを行ううえで喫緊の課題と考えた。また、今後ますます在宅医療連携拠点の質の評価・保証を検討することが求められることが予測される。

そこで本稿では、筆者らが行った「平成24年度在宅医療連携拠点事業」の事業開始初期と終了時期における在宅医療連携拠点の活動性の検討から、在宅医療連携拠点の活動状況と今後の課題について概説する。

II

在宅医療連携拠点の評価

1 平成24年度在宅医療連携拠点事業の概要

在宅医療連携拠点事業とは、厚生労働省の医政局指導課が主管となり、平成23年度から各地域の行政、医師会、在宅医療に関わる多職種連携による在宅医療推進を目指した事業である。平成23年度は全国から10カ所の事業所が当該事業の受託を受けた。

平成24年度在宅医療連携拠点事業の目的は、高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質（QOL）」を重視する医療体制の構築であった。そのため、各地域における在宅医療の課題を明らかにし、その解決に向けた、教育・研修を含む多職種連携を調整する拠点の整備が求められていた。この在宅医療連携拠点は、単に在宅医療・ケアを提供することのみならず、在宅医療の普及・推進のために各地域の行政と医師会と協議し、連携を通

して多職種協働による在宅医療体制の構築、包括的かつ継続的な在宅医療・ケアにおける相談・調整、教育・研修、市民啓発の機能が求められていた¹⁵⁾。さらに、当該事業では、在宅医療連携拠点には、介護支援専門員の資格をもつ看護師等および医療ソーシャルワーカーを配置することや、在宅医療連携拠点が在宅医療多職種連携を推進するために5つのタスクが設定され（図1）、今後の在宅医療の政策立案などに資することを目指した事業¹⁵⁾であった。平成24年5月、各都道府県から2ないし4事業所、全国105の事業所が当該事業に採択された。

2 在宅医療連携拠点の活動性の評価

1) 在宅医療連携拠点の評価の視点

在宅医療連携拠点の活動のポイントは各地域の医師会、市町村を巻き込むことであった¹⁵⁾。例えば当該事業のタスクである在宅医療多職種連携会議や研修会の開催では、それら会の継続的開催や、在宅療養支援に必要な看護・介護等の連携には、介護保険の保険者である市町村との協力関係が必須であり、また各地域の在宅医療を担う医師の新規参入や負担軽減の仕組みづくりには、医師会の協力体制が必須である。

2) 評価項目

まず平成23年度は、「多職種連携の課題に対する解決策の抽出」、「在宅医療従事者の負担軽減の支援」、「効率的な医療提供のための多職種連携」等の活動を計画した10事業所が採択された。この10事業所の報告書等の記述的データの評価から、各地域の関係者による課題抽出ならびに解決体制の重要性と、市町村等が中心となり医師会等の関係団体との協力が適切とされた。また、在宅医療連携拠点の活動について定量的評価、在宅療養者の急変や重症化時、災害時の連携体制の整備等が課題として挙げられた。

次に、平成24年度は前述した5つのタスクのうち、課題の解決活動には、「年4回以上の在宅医療多職種連携会議の実施、そのうち1回以上は行政・関連施設・地区医師会の参加」といった具体的な目標値が設定された。また、一般市民の多くは、在宅医療や訪問看護について十分知らないため、各地域の住民向けの啓発活動や人材育成活動も加わった。

在宅医療連携拠点事業

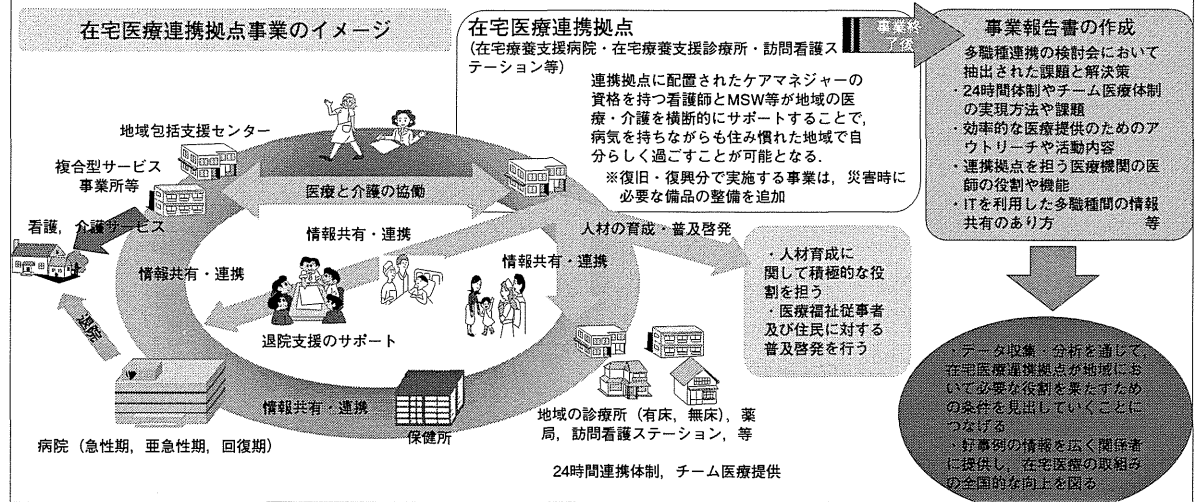
24年度予算 2,058百万円 (H23 109百万円)

重点化分 1,010百万円

復旧・復興分 1,048百万円

■本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



在宅医療連携拠点が行う必須のタスク

- 1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出
 - ・地域の在宅医療に関わる多職種（病院関係者・介護従事者等も含む）が一堂に会する場を設定する（年4回以上）。そのうち一回は、各地域の行政担当官及び各関連施設の管理者が参加する会合を設定する。
- 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
 - 24時間対応が困難な診療所、保険薬局及び小規模ゆえ緊急時や夜間・休日対応の困難な訪問看護ステーション等が在宅医療を提供する際、その負担を軽減するため、各々の機関の連携により、互いに機能を補完する体制を構築する。
 - ・チーム医療を提供するための情報共有システムの整備
 - 異なる機関に所属する他職種が適宜、患者に関する情報を共有できる体制を構築する。
- 3) 効率的な医療提供のための多職種連携
 - ・連携拠点到配置された介護支援専門員の資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーが、地域の医療・福祉・保健資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、様々な支援を包括的かつ継続的に提供するように関係機関に働きかけを行う。
- 4) 在宅医療に関する地域住民への普及啓発
 - ・在宅医療やそれに従事する職種の機能や役割を広く地域住民に紹介し、地域に浸透させるためのフォーラムや講演会等の開催やパンフレットの発行を通して、在宅医療の普及を図る。
- 5) 在宅医療に従事する人材育成
 - ・連携拠点のスタッフは、都道府県リーダーとして、在宅医療に関わる人材の育成に積極的に関与すること。

図1 平成24年度在宅医療連携拠点

〔出典：平成24年度在宅医療連携拠点事業。厚生労働省（http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_01-04.pdf）〕

そこで、平成23年度の結果を踏まえつつ、特に定量的評価を考慮した平成24年度の5つのタスクを主軸とした在宅医療連携拠点の活動性の評価とした。在宅医療連携拠点の各地域の行政・医師会を単位としながらそれらを巻き込んだ在宅医療多職種連携の取り組みを評価することとした。5つのタスク各々の具体的な取り組みについて、実施の有無と実施等の回数、取り組みに対する自己評価、自由記載を含めた半定量的な評価項目を設定した。また在宅医療推進の結果指標である「在宅看取り」と、在宅医療推進の主要な要因である各地域におけるかかりつけ医師の在宅医療への新規参入活動の有無、新規参入医師数、各地域の市町村等の行政と医師会から補完機能を得る活動についても評価項目とした。

ただし、当該事業に応募時の事業所の計画書を事前に確認したところ、各事業所間にはばつきが認められた。そのため、5つのタスクへの取り組みの状況でないことを考慮した設問とした。

3) 調査内容

・目的

本研究は、在宅医療連携拠点全105を対象に、事業初期と終了期の2時点における活動状況の実態を把握し、事業主体別の検討を行うことであった。

・調査時期

当該事業初期と終了期（初期評価後約5カ月後の事業終了約1カ月前）の2時点とした。

・方法

当該事業の2時点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、事業の5つのタスク、①在宅医療多職種連携における課題の抽出と解決活動、②在宅医療従事者支援活動、③効率的な多職種連携活動、④住民啓発活動、⑤在宅医療従事者人材育成活動、について各々の実施状況、在宅看取り割合等や課題等に関する自由記載であった。

・倫理的配慮

本研究は、独立行政法人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。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。

・調査結果のフィードバック

筆者らは、全在宅医療連携拠点を対象とした平成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、本初期評価の結果の概要を説明した。これは、当該事業開始初期における各在宅医療連携拠点が自他の活動状況について、半定量的評価の結果を理解し、今後の活動方向への一助となることを意図してフィードバックを行った。

・結果

(1) 対象：初期は103 (98%)、終了期は105 (100%)より回答を得た。事業主体の種別は、病院34、診療所29、訪問看護事業所10、医師会13、行政14、他5 (薬局1、歯科医師会1、複合施設等3)であった。

(2) 当該事業の5つのタスクを主軸とした半定量的評価¹⁶⁾

当該事業の2時点の比較から、初期より終了期の活動性がおおむね高いが、「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」の活動性は決して高くはなく、終了期においても改善が認められなかった(図2)。また、終了期における主体別の検討から、主体による違いが認められ、病院と診療所は全般的に活動性が高いが、行政は課題可決活動以外は低い傾向が認められた(図3)。

①在宅医療多職種連携における課題の抽出と解決活動

初期において、職種間の敷居の高さや垣根意識、コミュニケーションや場の不足等による在宅医療多職種間の関係性、各地域の在宅医療資源や個別の支援方法等の知識・技術不足と、職種間の情報共有不足や情報通信技術 (ICT) 整備の必要性等の課題が抽出された(図4)。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、「顔の見える関係づくり」が計画されていた。終了期において、9割が課題解決

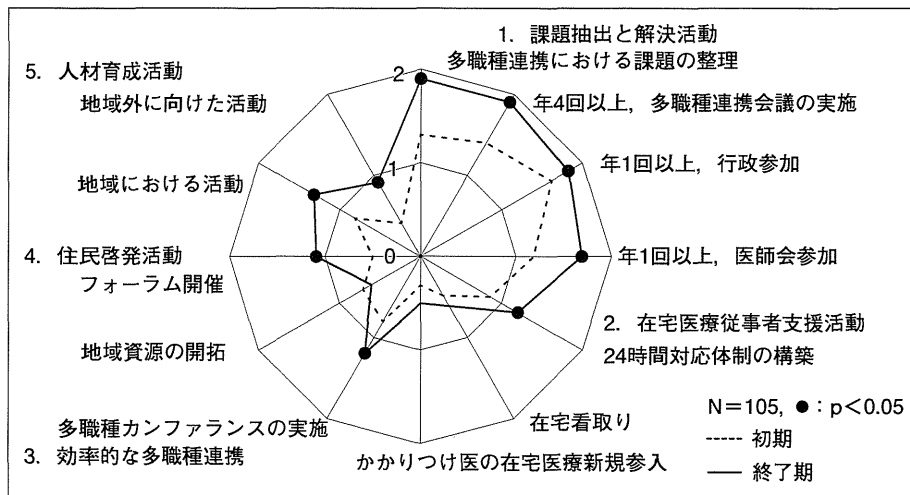


図2
平成24年度在宅医療連携拠点の活動性の評価：5つのタスクの半定量的評価

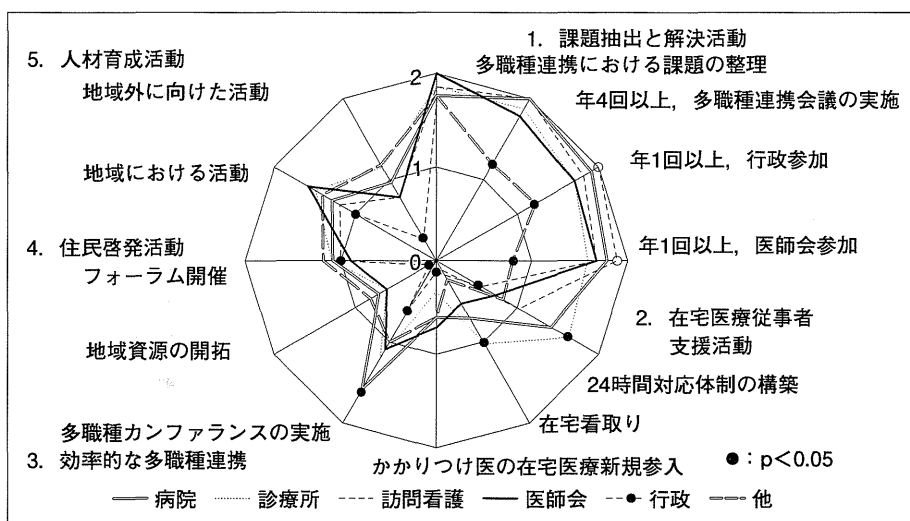


図3
平成24年度在宅医療連携拠点の活動性の評価：終了期の事業主体別の活動状況

のための在宅医療多職種連携会議の開催し、その開催回数、行政・医師会から参加割合と参加回数がともに有意に増えていた。主体別には、終了期におけるその他の主体の活動は十分ではなかった。

②在宅医療従事者支援活動

24時間対応体制の構築ができたと回答した割合は増えていたが、かかりつけ医の在宅医療新規参入活動の実施は2割、在宅看取りの実施は3割、市町村・医師会からの補完機能を有する割合は3割であった。主体別には、診療所の24時間対応体制と在宅

看取り実施割合と看取り率は有意に高かった。次に、24時間対応体制では病院や訪問看護事業所、在宅看取りにも病院の関与が高かった。最後に、医師会においても、かかりつけ医が新たに在宅医療に参画できるような活動等の実施割合が高かった。

③効率的な多職種連携活動

多職種連携による在宅移行支援・退院支援である多職種カンファランスは、終了期における実施割合が有意に増えた。主体別には、病院が有意に多かった。また、終了期における地域資源の開拓の実施割合も増えていた。

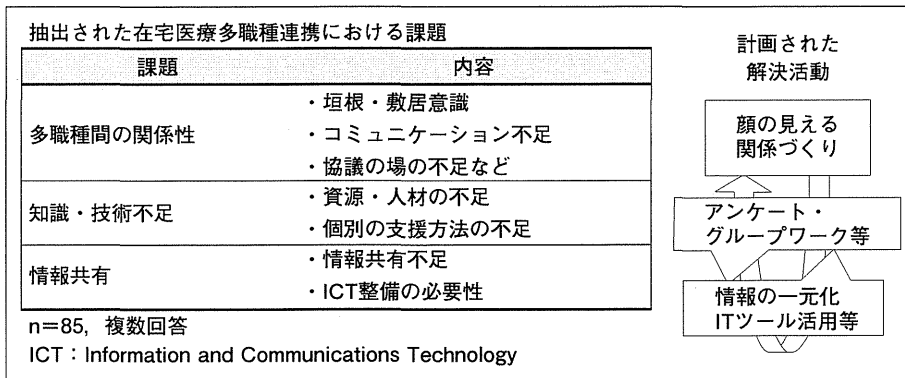


図4 在宅医療多職種連携における課題の抽出と解決活動

④在宅医療に関する地域住民啓発活動

終了期において、在宅医療について住民への普及・啓発活動である在宅医療関連のフォーラム開催やパンフレットの発行等、各々が有意に増えていた。

⑤在宅医療従事者への人材育成活動

終了期の各地域内と地域外に向けた人材活動の実施割合は有意に増えた。

・結論

筆者らは、平成24年度在宅医療連携拠点事業実施主体の全105の在宅医療連携拠点を対象に、事業初期と終了期における半定量的な評価を行った。

当該事業の5つのタスクについて、当該事業初期において抽出した多職種間の関係性等における課題の解決のために、全国のほぼすべての在宅医療連携拠点が、各地域の行政・医師会等から参加と協力を得ながら在宅医療多職種連携会議の開催に取り組む力があることが明らかになった。今後、この会議のあり方や会議を通して在宅医療介護連携が推進されたか否かについての検証は必要であろう。

一方、24時間対応体制の構築、在宅看取り、かかりつけ医が在宅医療に新たに参画できるような活動、各地域の在宅医療・福祉等の資源の把握と不足資源の開拓、人材育成活動については十分でないことも明らかになった。

事業主体別に、在宅医療連携を推進する活動状況に違いがあることも明らかになった。今回は行政の在宅医療多職種連携活動の有用性は十分に確

認されなかったが、今後ますます、行政と医師会を中心とした地域包括ケアシステムが推進されることが期待される。

III 今後の課題

わが国はまったなしで高齢多死社会を迎える。そのため、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で療養できるような地域包括ケアシステムの構築が進められている。

平成24年度在宅医療連携拠点の活動性の評価から、各地域の特性に応じた24時間対応体制の構築、看取り体制の構築、かかりつけ医の在宅医療への参画、地域資源の開拓に取り組むことの必要性が示唆された。そのためには、中立的立場で医療・介護を調整でき得る行政と、医師会がタッグを組んでいくことが必要である。また、前提として、従来言われてきた「地域の特性」をより客観的に把握することも重要課題と考える。

平成24年度は各地で在宅医療多職種連携会議等が盛んに開催されたが、その後の効果検証は見当たらない。今後、効果的な会議の方向性と効果検証が課題である。

在宅医療連携拠点の機能と効果・効率的な活動、具体的な方策とその評価方法についての検討、在宅医療・ケアにおける科学的根拠の蓄積も重要な課題である。その際、従来のように一人の看護師や医師による情緒的な活動報告にとどまることなく、より

客観的、定量的な全国共通の指標を用いて、在宅医療連携・推進について評価することが喫緊の課題と考える。現在、在宅医療が学問となり得るのが問われているとも言えよう。

本稿は、在宅拠点の質の向上のための介入に資する、活動性の客観的評価に関する研究（H24-医療-指定-038）、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）の助成を受けて行われた研究の一部である。

参考文献

- 1) 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～。社会保障制度改革国民会議。平成25年8月6日
- 2) 大島浩子：高齢者医療における在宅医療の新しい展開「在宅医療の新しい展開。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」。Geriatr Med 51：515-517, 2013
- 3) 安東いつ子：在宅医療連携拠点事業 医師会と訪問看護ステーションが中心を担う取り組み。日在医会誌 14：177-182, 2012
- 4) 井川鋭子, 尾嶋里子, 松森浩之ほか：在宅医療連携拠点事業 行政主導による「在宅医療連携拠点事業」について。日在医会誌 14：193-197, 2012
- 5) 山中亮二：在宅医療連携拠点事業 在宅医療連携拠点事業—モデル事業の結果・抽出された課題および解決策について—。日在医会誌 14：139-147, 2012
- 6) 渡邊房枝：在宅医療連携拠点事業 在宅医療連携拠点事業の取り組みについて。日在医会誌 14：149-156, 2012
- 7) 木村幸博, 下地直紀, 板垣園子ほか：在宅医療連携拠点事業 チームもりおかが目指すもの—迷える在宅医療連携拠点事業所—。日在医会誌 14：157-163, 2012
- 8) 板垣園子：「新生在宅医療・介護元年」の成果と展望—“つなぐ機能”を育んだ「在宅医療連携拠点事業」(実践報告4) 2011～2012年度・診療所「チームもりおか」から地域包括ケアの拠点へ。訪問看と介護 19：42-46, 2014
- 9) 木村久美子, 小笠原文雄：「新生在宅医療・介護元年」の成果と展望—“つなぐ機能”を育んだ「在宅医療連携拠点事業」(実践報告3) 2012年度・診療所THP（トータルヘルスプランナー）の機能を地域に広げ「在宅看取り率」を高める。訪問看と介護 19：35-41, 2014
- 10) 白木裕子：「新生在宅医療・介護元年」の成果と展望—“つなぐ機能”を育んだ「在宅医療連携拠点事業」(実践報告2) 2012年度・ステーション「認知症ケア」を中核とする医療・介護連携体制の構築。訪問看と介護 19：29-34, 2014
- 11) 吉井靖子：「新生在宅医療・介護元年」の成果と展望—“つなぐ機能”を育んだ「在宅医療連携拠点事業」(実践報告1) 2012年度・ステーションICTによる「同時情報配信システム」で医療・介護のリアルタイムの情報共有。訪問看と介護 19：24-28, 2014
- 12) 小嶋 一：地域における在宅医療連携拠点活動の実際—全国から選出された11拠点事業所からの報告—平成24年度在宅医療連携拠点事業活動報告手稲家庭医療クリニックの取り組み。日老医誌 50 (Suppl) 21, 2013
- 13) 寺田尚弘：在宅医療連携拠点事業による被災地釜石の在宅医療連携構築の経過と課題。日在医会誌 15：127, 2013
- 14) 中野知美：地域における在宅医療連携拠点活動の実際—全国から選出された11拠点事業所からの報告—在宅医療は地域づくり!! 土佐清水市における在宅医療連携拠点事業—過疎地域モデルを目指した取り組み。日老医誌 50 (Suppl) 24, 2013
- 15) 大島浩子：在宅医療推進のための在宅医療連携拠点事業。日在医会誌 14：11-23, 2013
- 16) 大島浩子, 鳥羽研二, 辻 哲夫ほか：質的評価からみた在宅医療連携拠点のこれからの活動。日在医会誌 15：61-62, 2013

在宅医療多職種研修とその効果

吉江 悟^{*1}・松本佳子^{*2}・土屋瑠見子^{*3}・飯島勝矢^{*4}・辻 哲夫^{*5}

abstract

平成30年度以降、すべての市町村において実施されることになった在宅医療・介護連携推進事業のなかに、「在宅医療・介護従事者の研修」という事業項目が掲げられている。筆者らは平成22年度以降、国立長寿医療研究センター等との連携に基づき、ここで述べられている研修の典型例とも言うべき「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」を開発してきた。このプログラムの最たる特徴は、市町村行政と地区医師会が研修会運営の中心となり、医師をはじめとする地域の多職種を地域包括ケアシステムの担い手として巻き込んでいくことにある。近年では、このプログラムを活用した研修会が開催する地域が少しずつ増えてきており、継続的な開催に至る地域も散見される。同研修会は、従事者が知識を得るための機会であることに加え、地域における在宅医療・介護連携の機運が醸成される場としても大いに活用が期待される。

I 在宅医療・介護連携推進事業と「研修」

厚生労働省は、平成30年4月以降、すべての市町村において「在宅医療・介護連携推進事業」を実施し、市町村単位の取り組みを推進することとしている(図1)¹⁾。各市町村は、この図に示されたとおり、(ア)地域の医療・介護サービス資源を把握したうえで、(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議を行い、(ウ)在宅医療・介護連携支援センター(仮称)の運営、コーディネーターの配置等を通じた連携促進、(エ)在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援、(オ)在宅医療・介護関係者の研修、(カ)24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築、(キ)地域住民への普及啓発、(ク)二次医療圏内・関係市区町村の連携、という事業項

目を、原則としてすべて実施することとされている。

本稿では、この事業項目のひとつである「(オ)在宅医療・介護関係者の研修」の具体的な形として、各地で少しずつ活用されつつある「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」の概要と活用法の解説を行う。

II 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

平成22年度以降、東京大学高齢社会総合研究機構および医学部在宅医療学拠点では、①かかりつけ医の在宅医療参入の動機づけと、②市町村を単位とする多職種チームビルディングの促進という2つの目的を併せもつ研修プログラムの開発に取り組んできた。開発の系譜は表1に示したとおりであり、試行

*1 東京大学医学部在宅医療学拠点特任助教
*2 東京大学医学部在宅医療学拠点特任研究員
*3 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻地域看護学分野

*4 東京大学高齢社会総合研究機構准教授
*5 東京大学高齢社会総合研究機構特任教授

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業，平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については，これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度），在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ，介護保険法の中で制度化し，全国的に取り組む。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ，市区町村が主体となり，都市区医師会等と連携しつつ，取り組む。
- 可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し，平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市町村が，原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 一部を都市医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することができる。
- 都道府県・保健所が，市町村と都道府県医師会等の関係団体，病院等との協議の支援や，都道府県レベルでの研修等により支援。国は，事業実施の手引き書や事例集の作成等により支援。都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例



<p>（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握</p> <p>◆地域の医療機関の分布，医療機能を把握し，地図又はリスト化</p> <p>◆さらに連携に有用な項目（在宅医療の取組状況，医師の相談対応が可能な日時等）を調査した結果を，関係者間で共有，住民にも公表等</p> 	<p>（エ）在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援</p> <p>◆地域連携パス（在宅医療を行う医療機関，介護事業所等の情報を含む）等の活用により，在宅医療・介護の情報の共有支援</p> <p>◆在宅での看取り，急変時の情報共有にも対応等</p>	<p>（キ）地域住民への普及啓発</p> <p>◆地域住民を対象にしたシンポジウムの開催</p> <p>◆パンフレット，チラシ，区報，HP等を活用し，在宅医療・介護サービスに関する普及啓発（鶴岡地区医師会）</p> 
<p>（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議</p> <p>◆地域の医療機関・ケアマネジャー等介護関係者等が参画する会議を開催し，在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出，解決策等を協議等</p>	<p>（オ）在宅医療・介護関係者の研修</p> <p>◆地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じて，多職種連携の実際を学ぶ</p> <p>◆介護職種を対象とした医療関連のテーマの研修会を開催等</p>	<p>（ク）二次医療圏内・関係市区町村の連携</p> <p>◆二次医療圏内の病院から退院する事例等に関して，都道府県，保健所等の支援の下，在宅医療・介護等の関係者間で情報共有の方法等について協議等</p>
<p>（ウ）在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営等</p> <p>◆在宅医療・介護連携の支援窓口の設置・運営により，在宅医療と介護サービスの担当者（看護師，社会福祉士等）の連携を支援するコーディネーターを配置して，連携の取組の支援とともに，ケアマネジャー等から相談受付等</p>	<p>（カ）24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築</p> <p>◆地域の医療・介護関係者の協力を得て，在宅医療・介護サービスの提供体制を整備等</p>	

図1 在宅医療・介護連携推進事業（厚生労働省資料より）

[参考文献1]より引用改変]

的なプログラムの実施等の変遷を経て，平成24年12月に現在の枠組みを示すに至った。開発の過程においては，パイロットフィールドとなった千葉県柏市の在宅医療・介護関係者からのフィードバックや，在宅医療を管轄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による貴重な助言を得た。

以下，この研修プログラムの特徴を，5つの要素から解説する。

1 地区医師会と市町村行政が運営の中心を担うこと

本研修プログラムは，単に個人が知識や技術を学ぶ機会（一般的な研修会の目的）として実施されるだけでなく，地域包括ケアシステムの構築のために特に整備の必要性が高いとも言うことのできる在宅医療を，熱心な個人や法人の努力により支えられていることもまみられる状態から，地域として持続的にその資源が保たれるような形へと少しずつ展開していくことを促す仕掛けとしても意図されてい

年	月	内容
H22	5	国立長寿医療研究センター大島伸一総長（当時）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）
H23	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
H24	3	柏市第2回（動機付けコース）：2.5日版開催
	10	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に基づく「都道府県リーダー研修」（国立長寿医療研究センター主催）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」（汎用版）完成
H25	10	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（国立長寿医療研究センター・東京大学・日本医師会・厚生労働省の共同名義）を掲載
	10	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に基づく「在宅医療・介護連携推進事業研修会」（国立長寿医療研究センター主催）にて周知紹介
H26	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、東京都大田区、東京都北区、町田市、横須賀市、大和高田市、大阪市東淀川区、浦添市、滋賀県等にて本研修会の教材の一部/全部を活用した研修会を開催（主催者は原則として各地の市町村や地区医師会）

表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

る。それを実現していくうえで屋台骨となるのが、この要素である。

地域という単位で在宅医療を考える際には、各地域の資源の多様性に配慮しつつも、汎用的に示すべき雛形としては、全国の地域にあまねく存在する資源をうまく活用して在宅医療の提供体制整備に資する仕組みとする必要がある。この「全国の地域に遍く存在する資源」として筆者らが着目したのが、市町村行政と地区医師会である。当初、本研修会の試行版を千葉県柏市にて本学の主催により開催していたが、第3回目以降のいわゆる「汎用版」プログラムでは、柏市および柏市医師会が主催する形で研修会が運営されている。もし、本学が主催を続けたならば、大学が存在しない、あるいは大学による支援が受けられない地域では、同様の研修会は開催できないことになってしまう。そこで本学では、当初より市役所に研修運営事務局を移管していくことを念頭に教材や運営手順の整備を進め、柏市役所における在宅医療・介護連携担当課（福祉政策課）の体制が拡充されるタイミングに合わせて、第3回以降は柏市・柏市医師会へと運営事務局を移管したのである。

現在までの間に本研修会を活用した地域のなかには、市町村行政が中心となった地域、地区医師会事務所が中心となった地域、両者が同等程度に分担して実施した地域、市立病院の職員が中心となった地域など一定のバリエーションがみられるが、なかには、市町村行政や地区医師会の協力が思うように得られなかった地域も存在する。その理由の最たるものとして挙げられていたのが、「研修を実施する法的根拠がなく担当部課や担当職員を定めることが難しい」というものであった。しかしこの課題については、平成26年6月25日に公布された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）により、平成30年以降、全市町村が介護保険の地域支援事業のひとつとして在宅医療・介護連携推進事業を実施することになったことから、今後市町村行政は法的根拠を得て、順次地域単位の研修体制の整備に取り組んでいくことになる。

2 受講者募集にあたり地域の職種団体の推薦を経ること

1の要素が実現された次の段階として、医師会以外の職種団体もうまく巻き込んでいくことが期待され

る。通常の研修会は、受講者の募集を個人単位で行うが、本研修会では可能な限り地域に存在する職種団体を介して受講者の推薦を得ることを推奨している。この手続きを通じて、各職種団体はこの研修会の運営に関与することとなり、また、いわば各団体の「代表」として受講者を送り出すことにつながり、各団体の人材発掘にもつながる。そして、本研修会の修了者を中心に、各団体の内部に委員会を設置するなどして、同職種間の連携協議が進展するきっかけを与えることも可能となる。例として柏市医師会では、各回の研修修了者に対して、月1回定例開催されている同会在宅プライマリケア委員会への参加を呼びかけ、出張や休暇時の臨時往診を相互補完するなど、医師間の連携を強める機会としている。

また、なかには市町村単位の団体が存在しない職種も存在するが、市町村行政がうまく後方支援をすることで、同一職種内の自発的な活動や連携強化を促すきっかけになることが期待される。

3 現実の連携との連続性を考慮して

同一市町村内の多職種を受講対象とすること

これまで本研修プログラムが活用された地域は、一部を除き、基本的に市（区）町村や地区医師会の管区が単位となっている。実際に患者・利用者を担当する各職種は、おおむね市町村や地区医師会の範囲内で連携していることが多いことがその所以である。当然市町村の境を越えて連携が行われる場合もみられるので、厳格な線引きはむしろ連携の足かせとなる可能性があるが、大雑把なイメージとしては、介護保険の保険者である市町村の単位で開催していくことが妥当であろう。

ただし、市町村の人口規模によっては、研修会を単独開催するのが困難である場合も想定される。その場合には、近隣市町村が合同して開催する形も現実的であり、都道府県や保健所等が市町村間の調整を担うことが望まれるだろう。具体的な開催の仕方としては、回によって開催地や運営事務局を輪番制で回していく形などが想定される。

4 医師が同行訪問という形で実習に赴くこと

ここまでの1～3の要素は、本研修会の「構造面」の特徴であったが、4、5は「内容面」の特徴を示

している。そのひとつが「同行訪問」である。講義を聴講するなどの受動的な学習に比べ、体験を伴うような能動的な学習のほうが効率的であると指摘されることがあるが、その要素を採用したものである。実際、本研修プログラムの開発当初に行われた試行プログラムの受講医師は、同行訪問を通じて学んだ「体感」としての知識を有用と評価していた。

しかしながら、全国各地での実現可能性を考えると、この同行訪問という要素はやや困難を伴う。同行訪問の受け入れに応じてくれる機関が地域内で限られる場合があり、また、運営事務の観点からも、1対1のペアによる同行の日程調整を行う手間が生じる。このことから、多くの地域では、同行訪問をオプションとし、特に希望のある医師を対象として実施している。また地域によっては、あえて同行訪問の受け入れ機関を地域外の機関に依頼する場合もある。

5 多職種による議論の場が研修のなかに埋め込まれていること

4と同じく、研修の学習効果を高めるために、グループディスカッションを通じた能動的学習のスタイルをとることが有効である。また本研修プログラムでは、医師を含めた多職種による議論の機会が提供されることも大きな意味をもつ。本研修会に参加した多職種、特に介護支援専門員等から多く聞かれる感想として、「医師と同じテーブルを囲んでフラットに意見交換する機会が貴重であった」という内容が挙げられる。地域の医療・介護従事者は、それぞれ熱心に研修会に参加しているが、その多くは同一職種の範囲内での研鑽にとどまり、同じ地域で働いていながら、職種の枠を越えた研鑽の機会は意外と少ないものである。本研修会を通じて、多職種が相互にその存在をより身近に感じられるとともに、「どのようなときに、どの職種に相談するとよいか」という視点がお互いに育つことが期待される。

なお、受講者の定員については、職種別におおむね同数ずつ募集することとしている。それにより、各グループには各職種で約1名ずつが配置されることとなり、グループ内での議論において特定職種の声が大きくなることを予防することができる(特に、1グループ内に医師が多数配置されると、医師以外

○多職種研修1.5日+同行訪問（千葉県柏市など）

1日目（午後半日）	同行訪問 （オプション）	2日目（終日）
在宅医療が果たすべき役割（講義，30分）	訪問診療 同行（実習， 2～3時間）	在宅医療の導入（講義，20分）
在宅療養を支える医療・介護資源（講義，20分）		訪問診療の実際と同行研修の意義（講義，20分）
医療・介護資源マップの作成（GW，40分）	多職種同行 （実習，2～ 3時間） ※訪問看護， ケアマネ ジャーなど	在宅医が知っておくべき報酬や制度（講義，20分）
なぜIPW（専門職連携協働）が必要なのか？（講義，20分）		認知症（講義+GW，100～120分） ^注
がん緩和ケア（講義+GW，100～120分） ^注		在宅医療を推進するうえでの課題とその解決策（GW，90分）
懇親会		目標設定，発表（その他，20～30分）
		修了証書授与（その他，10分）

○多職種研修1.0日+同行訪問（神奈川県横須賀市など）

2日目（終日）	同行訪問 （オプション）
在宅医療が果たすべき役割（講義，30分）	訪問診療同行 （実習）
なぜIPW（専門職連携協働）が必要なのか？（講義，20分）	
認知症（講義+GW，100分） ^注	
がん緩和ケア（講義+GW，100分） ^注	
在宅医が知っておくべき報酬や制度（講義，20分）	
訪問診療の実際と同行研修の意義（講義，20分）	
在宅医療を推進するうえでの課題とその解決策（GW，90分）	
目標設定，発表（その他，20～30分）	
修了証書授与（その他，10分）	
懇親会	

注：地域のニーズに応じて、摂食嚥下、栄養、リハビリテーション、褥瘡などに置換可能

図2 研修会の開催例

の職種が発言しにくくなるなどの弊害が生じる場合がある）。

III 各地での活用

地域包括ケアシステムを具現化していくうえで、各地の特性を重視することが必要であり、全国で一貫的に実施することは望ましくない。本研修会はその理念を前提に構成されており、前項の要素がある

程度満たすことができれば、基本的には地域の教育ニーズに応じて単元を取捨選択できる形となっている。

地域単位での開催の仕方の典型例としては、柏市等で実施されている0.5日+1.0日＝計1.5日間（オプションである同行訪問は含まない）と、神奈川県横須賀市等で実施されている1.0日間という2種類が挙げられる（図2）。前者のメリットとしては、間に同行訪問を挟むことで2日目に同行の経験や感想を共有することが可能となることが挙げられるが、多

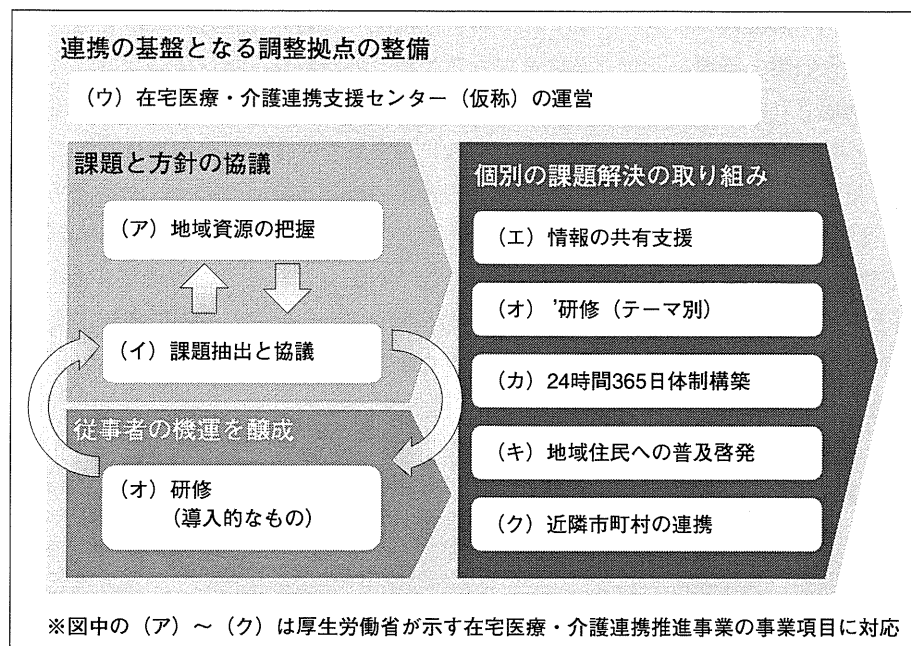


図3
在宅医療・介護連携推進に取り
組む手順の例

忙な開業医等を2日間にわたり拘束することが難しいという判断がある場合には、後者が選択される。このほか、一部地域では0.5日×4回といった形で1日あたりの拘束時間は短く保ちつつ展開しているケース（東京都北区）も存在する。いずれの場合も、地域で開催する場合には、休診日を選択するのが現実的であるため、日曜日に開催されることが多い。

また、単元の選択の仕方として、各地域の特性が現れるのが「領域別セッション」というテーマ別の単元である。領域別セッションは、がん緩和、認知症、摂食嚥下、栄養、リハビリテーション、褥瘡といったテーマが存在し、基本講義（約40分）と事例検討（約80分）で構成される。柏市では、在宅医療のなかで最も典型的とも言えるがん緩和、認知症の2テーマを組み込んでいるが、地域によっては、がん緩和はがん診療連携拠点病院を中心に研修会が行われているため別テーマとする、介護職が馴染みやすい認知症から始める、歯科医師を巻き込んでいくため摂食嚥下や栄養を意図的に組み込んでいく等々、さまざまな理由で自地域に合ったテーマを選択する。この領域別セッションは、1.5日間の集中的な研修会の際に活用することができるが、平日夜の19～21時の2時間

で1テーマに限った研修会を展開する場合にも活用が可能であるため、基本研修として1.5日間ないし1.0日間の研修を実施した後、フォローアップ研修として平日夜に別テーマを取り扱うことも有効である。

なお、これら研修の教材は、すべてホームページ（<http://chcm.umin.jp/education/ipw/>）に公開されており、主催者・講師向けページのパスワード発行を申請していただければ、講義スライド、講師読み原稿まで自由に利用できる状態となっているため、ぜひ活用されたい。

Ⅳ 研修会をきっかけとした在宅医療・介護連携推進の手順

冒頭に示した在宅医療・介護連携推進事業の事業項目にいくつかの階層・序列をつけたものが図3である。まず、連携コーディネーターとして各取り組みの総合調整役となる人員の配置が必要となり、その人員は市町村職員、あるいは市町村からの委託により運営される在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の職員として活動することになるものと想像される。これをひとつの連携調整のプラットフォーム

としつつ、地域資源の把握や課題抽出・協議については、市町村行政が根拠データを適宜収集・整理しつつ、関係団体の代表者等により構成される市町村在宅医療・介護連携協議会（仮称）等の場で協議が行われることになろう。そして、優先順位をつけながら個別事業に取り組んでいくわけだが、本稿のフォーカスである研修は、地域の従事者の機運を醸成するための導入的な取り組みとして位置づける場合と、単にテーマ別の知識・技術を深める学習の場合として位置づける場合とで、おそらく階層が異なってくる。前者の位置づけで行われる場合（本稿で解説したものが該当）には、個別事業の推進を円滑にしていく前段の地ならしの機会として、他の個別事業より一足先に開始することも有用であろう。繰り返しになるが、平成30年度以降はすべての市町村に

においてこの在宅医療・介護連携推進事業が実施されることになるため、各市町村・地区医師会は、これを念頭に、平成27～29年度（第6期介護保険事業計画期間）の間においても、少しずつ地域における在宅医療・介護連携の機運を高めていくことが求められる。筆者らとしては、やや漠として具体の活動イメージがつきにくいかもしれないこの事業を具体化するひとつの契機として、「まず多職種研修会より始める」ことを推奨するものである。

参考文献

- 1) 厚生労働省老健局老人保健課：平成26年度 第2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 資料1-1. (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000061019.pdf>) (2014年11月2日アクセス)

地域包括ケアシステム構築への取り組み

Trends and efforts on community comprehensive care system building



大島浩子(写真) 山本さやか 鳥羽研二 鈴木隆雄

Hiroko OHSHIMA¹, Sayaka YAMAMOTO², Kenji TOBA³ and Takao SUZUKI⁴

国立長寿医療研究センター老年学・社会科学研究センター長寿看護・介護研究室¹, 愛知県立大学老年看護学², 国立長寿医療研究センター理事長³, 同研究所長⁴

◎高齢多死社会を迎え、高齢者が最期まで安心して在宅療養するために、2012年から在宅医療多職種連携を推進するための機能を有する拠点づくりが全国展開されてきた。また、市区町村を単位とし、市町村が医師会などと連携し、各地域の在宅医療介護の課題や地域特性に応じたケアシステムの構築が進められている。著者らの在宅医療連携拠点を対象とした検討から、市町村などが各地域の課題解決のための会議や研修会の開催への取り組みを行うことは可能であるが、地域資源の把握、24時間対応体制や在宅看取り、かかりつけ医の在宅医療への関与などへの取り組みは十分でないことを明らかにした。今後、地域住民が最期まで安心して住まうためには、24時間・365日の在宅医療介護サービス提供体制の構築がますます求められるであろう。2025年を迎えるまでに、全国各地の市町村と医師会が中心となり、これらを内包した地域包括ケアシステムを構築することが課題である。

Key word : 地域包括ケアシステム、在宅医療、多職種連携

わが国は他国に類をみないスピードで高齢化し、2015年ごろより総人口の減少、2025年には高齢化率が30%を超え、年間死亡数が170万人になると推定されている(図1)。このように高齢多死社会を迎え、在宅医療体制として2006年に在宅療養支援診療所の創設、2008年に在宅療養支援病院の創設、2007年にはがん対策基本法において“在宅医療”が明記された。また、厚生労働省の政策誘導のもと、2012年から在宅医療の全国展開に向けた在宅医療連携拠点事業や地域医療再生計画における在宅医療介護推進事業などの基盤整備が進められている。しかし、死亡場所別にみると、病院が80%前後、介護保険施設や老人ホームの数%を含め、自宅は13%前後で推移している(図2)。

在宅医療から地域包括ケアシステムの構築へ

1. 在宅医療連携拠点

高齢者が最期まで安心して在宅療養するためには、医療と介護を含む多職種連携が必要不可欠で

ある。医療介護多職種連携により高齢者を支援するために、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喫緊の課題となっている。

これら在宅医療・介護連携の推進の実現と全国展開に向けて、平成23年度(2011)と平成24年度(2012)には在宅医療連携拠点事業が進められた¹⁾。このうち、平成23年度在宅医療連携拠点事業では、全国10事業所における在宅医療連携活動の事例について報告が行われ、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、病院などの実施主体別にまとめられた(図3)。また、各地域で抽出された在宅医療多職種連携における課題などが報告された(表1)。これら質的なデータをもとに、厚生労働省は在宅医療連携拠点の取組みとその効果などを評価し、各事業者が各地域の課題を抽出し取り組むことが可能であること、市町村などが中心となり、医師会などの関係団体と協力しながら取り組む拠点が適切であること、急変や重症化時の対応検討の必要性と、今後は拠点の取組みの定

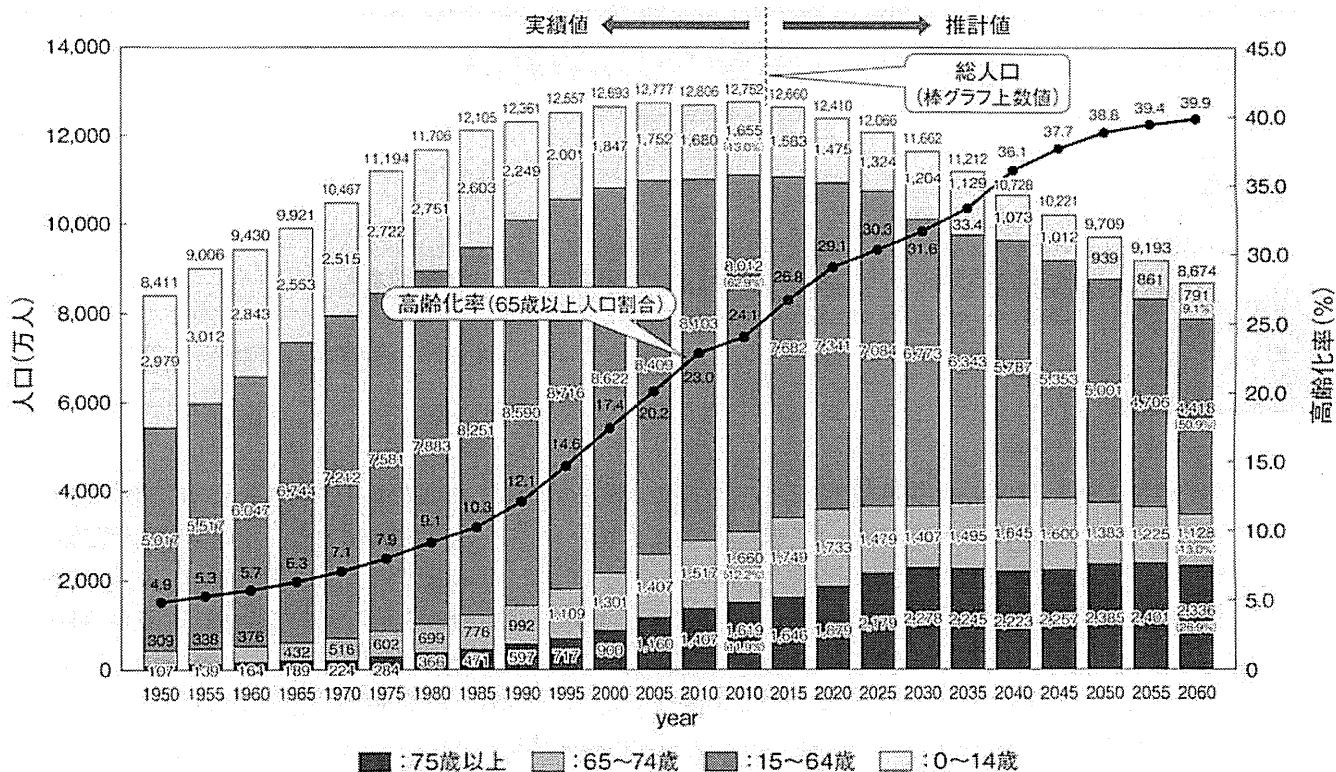


図 1 高齢者人口の推移と将来推計⁵⁾

注：1950～2010年の総数は年齢不詳を含む。高齢化率の算出には分母から年齢不詳を除いている。

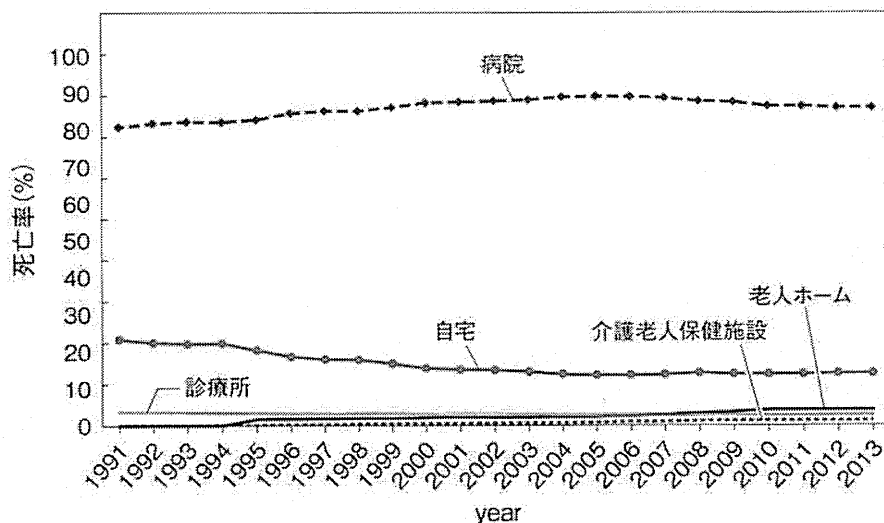


図 2 死亡場所別死亡率の年次推移

平成 26 年人口動態統計をもとに作成。

注：1994 年までは老人ホームでの死亡は自宅またはその他に含まれる。

量的評価とその可視化が課題である、と結論づけた。在宅医療における市町村と医師会の重要性を明記した。

平成 23 年度は 10 事業所で展開されたが、その際、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いなかった。そのため、在宅医療連携に関する実態を定量的に把握しておら

ず、在宅医療多職種連携における阻害・促進要因の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。

つぎに、平成 24 年度は在宅医療を提供する医療機関などを連携拠点とした多職種協働による支援体制の構築をめざし²⁾(図 4)、各都道府県 2~4 事業所、全国 105 の事業所により展開された。主体