

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）  
（総合）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（H27 - 長寿 - 一般 - 002）

研究代表者 葛谷 雅文 名古屋大学未来社会創造機構 教授

## 研究要旨

本研究班においては各地域で実施された在宅医療介護連携推進事業について、進捗状況と連携の現状を調査し、連携推進において重要な課題の抽出、連携の評価指標に関する探索的な調査研究を目的として以下の研究を実施した。

1) 全国の自治体の事業進捗状況と進捗に関連する要因、相談業務の実態調査（H27-H29）：各職能団体との連携は事業の進捗と有意な相関が観察されたのに対して、地域包括支援センターにおいては相関性が確認されなかった。一方、地域別にみると都市部においては職能団体との連携が必ずしも事業の推進につながっていない可能性が示唆された。

2) 都市部および中山間地における医療介護連携および在宅医療推進における課題の抽出（H27-H29）：都市部および中山間地において在宅医療、医療介護連携推進のための委員会への参加および指標の抽出により課題の明確化を行った。都市部においては在宅医療への参加を促す仕組みづくりの必要性が認識され中山間地においては今後もさらに乏しくなる医療資源の見通しの中で市町村の枠組みを超えた連携機能に拡大、訪問看護など在宅療養を支える機能の集約の必要性が認識された。

3) 医療介護連携推進のために担当する自治体職員に求められる役割の調査（H27-H29）：各地域において Time Study を実施し、業務実態の把握と役割の明確化に対する考察を行った。共通した傾向として、書類の作成などに費やされる時間は多く、都市部とその周辺においても「関係市区町村との連携」は極めて限定的であり、知識や経験の共有がお互いの事業推進に寄与するという段階まで至っていない現状が伺われた。

4) 多職種連携の指標に関する系統的レビュー（H29）：評価尺度としての信頼性、妥当性は検証されているがアウトカム指標を予測する因子としての有効性の検証は行われてはならず医療介護連携におけるアウトカム指標の予測への有効性に関するエビデンスとしての確信性については現時点で不明と判断される。

全国自治体の事業担当者を対象にした調査においては、職種間の連携が事業推進に大きく影響を与えている可能性が示唆されたがそのその関連性には明確に地域差があり、相談業務においては、地域包括支援センターの相談窓口業務との差別化が課題として残ること、関連職種や事業所間をつなぐ横断的な役割を担う機能を賦与する必要性が示唆された。医療介護連携推進により期待されるアウトカムを予測する指標は現時点ではないが、今後の研究により、地域要因の類型化によるベンチマークデータの創出、連携推進のためのプロセス及びアウトカム指標の確立へと発展することが期待される。

## 分担研究者

三浦久幸 国立長寿医療研究センター病院 在宅連携医療部長

神崎恒一 杏林大学医学部高齢医学 教授

飯島勝矢 東京大学高齢社会総合研究機構 教授

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

## A . 研究目的

団塊の世代が75歳を迎える2025年を見据えた新たな医療・介護システムの構築を目指して平成26年には医療及び介護の総合的な確保を推進する一連の法案が可決され、平成27年4月より在宅医療・介護連携推進事業が各市区町村で展開されている。従来、医療と介護はその歴史的経緯からも別々に発展を遂げてきた背景があり、事業展開において医療と介護に関わる各職種を受益者たるサービス利用者のニーズに応えるべくいかに連携する仕組みを構築するかが事業の中核的な課題として認識されている。

当該研究の主たる目的は、全国で現在進行中の在宅医療介護連携推進事業について、進捗状況と連携の現状の調査、分析を行い、地域ごとに連携推進に必要な課題についての考察を行うことである。また連携の進捗を客観的に判断できる指標に関する探索的な調査研究も施行し、事業推進状況の評価に資することを目的とした。尚、研究当初は可能な限り客観的な基準および指標を設けることによる比較を行い、提供されるサービスの質において地域格差の少ないシステム構築のための具体的な提言を意図した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を目的に設定したが、初年度の研究発表における議論や指摘を踏まえて、先述の目的への修正を行った。

## B . 研究方法

本研究は全体研究としての 全国の自治体の在宅医療介護連携推進事業の担当者を対象にした事業の進捗状況および相談部署の現状に関する調査(H27-H29) 地域ごとの医療介護連携推進に関する課題抽出のための調査(H27-H29) 連携あるいは相談部署の担当職種の業務についての現状把握および役割の明確化のための該当職種を対象にしたTimeStudy (H27-H29) 連携の指標検索のための系統的レビュー (H29) から成る。

**全国の自治体の在宅医療介護連携推進事業の担当者を対象にした事業の進捗状況および相談部署の現状に関する調査 (H27-H29)**

**)事業の進捗と各職種との連携に関する調査(H27)**

全国の自治体で進行中の在宅医療介護連携推進事業の担当者を対象に、関係各団体との連携の現状および事業において規定された実施項目の進捗率に関する調査を施行しその結果を分析した。調査対象は2010年の国立社会保障・人口問題研究所の調査において2015年時点での75歳以上の人口比率が15%を超えている自治体(184か所:主に郡部)、2015年から2025年までの75歳以上の人口増加率が60%を超えると予測されている自治体(53か所:主に都市およびその周辺部)の当該事業担当者に対して、調査を実施しその回答結果を分析した。調査項目は以下の通りである。

- 1) 事業の開始時期
- 2) 財源の内訳
- 3) 関係諸団体との連携の程度  
医師会、看護団体、介護団体、ケアマネ団体、地域包括支援センター、保健所、互助団体との連携について とれていない あまりとれていない とれている 非常に緊密の中から選択。
- 4) 事業の具体的取り組みの達成度  
医療・介護連携推進事業において規定されているア～クの8項目の取り組みの達成度について
  - a) 未着手
  - b) ~20% (着手したばかり)
  - c) ~40% (ゴールは設定したが環境が未整備)
  - d) ~60% (ゴールの形ができつつある)
  - e) ~80% (ほぼゴールに近い形)
  - f) ~100% (持続可能なシステムになっている)の6段階で評価

連携の程度に関しては、都市部と郡部の分布を職種団体ごとに比較、連携の程度と項目別の達成度の相関の有意性 (Spearmanの順位相関係数) を検討し、結果の考察を試みた。

**) 連携指標としての相談業務に関する現状調査 (H28-H29)**

全国自治体の在宅医療介護連携推進事業担当者対象の相談業務に関する調査: 年齢別人口の現状および将来予測において 1) 2015年時点における75歳以上の高齢者比率が15%を超える自治体(主に郡部 183か所) 2) 2015年~2025年までの75歳以上の増加率が60%を超える自治体(主に都市部周辺 53か所) を対象に相談業

務に関する調査を実施した。調査内容は平成28/29年度上半期について1)相談窓口設置の有無について2)担当部署について3)配置人員の総数4)配置人員の基礎職種と業務形態について5)部署全体の相談件数6)相談方法7)相談者8)相談内容9)対応の各項目について質問調査を行い結果の考察を行った。

### 地域ごとの医療介護連携推進に関する課題抽出のための調査(H27-H29)

#### 中山間地(愛知県東三河山間部)における事業推進の課題抽出(H27-H29)

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都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應できるかどうかの検討を行った。平成28年度は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東三河北部医療圏(新都市、設楽町、東栄町、豊根村)を対象自治体として、在宅医療・介護連携事業のスタッフ数、事業遂行実態を把握した。並行し、当地域の在宅医療連携の要である新都市訪問看護ステーション看護師へのタイムスタディーを行った。地域介入として、北設楽郡(設楽町、東栄町、豊根村)における、多職種連携研修会(H28年8月6日)と新都市市民病院内で在宅医療移行支援研修会(H29年2月23日)を行った。H29年度は東三河北部医療圏北部の北設楽郡(設楽町、東栄町、豊根村)を対象自治体として、高齢化の現状と北設楽郡医師会におかれている在宅医療・介護連携事業のコーディネーターの3年間の介入後の事業進捗状況を把握した。

#### 都市部(東京都三鷹市)における事業推進の課題抽出(H27-H29)

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(H27)。1.東京都福祉保険局が東京都内の区市町村に対して行った在宅医療・介護連携推進事業の取り組み状況の調査結果(平成28年10月31日時点をもとに、東京都53区市町村の在宅医療推進事業の進捗について分析を行った。2.東京都三鷹市で開催された在宅医療委員会(医師会運営)ならびに在宅医療・介護連携推進協議会(行政運営)に参加し、三鷹市における在宅医療推進事業の進捗について調査し、推進ならびに非推進状況を調べ、推進していない場合その阻害要因について分析を行った(H28)。東京都三鷹市で開催された在宅医療委員会ならびに在宅医療・介護連携推進協議会(計6回開催)に参加し、実績を調査した(H29)。

#### 都市部(名古屋市)における事業推進の課題抽出(H27-H29)

名古屋市中心部(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」において、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っており、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(H27)。

#### 連携あるいは相談部署の担当職種の業務についての現状把握および役割の明確化のための該当職種を対象にしたTimeStudy(H27-H29)

平成27年度: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Time Study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。Time Study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。Time Study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。Time Study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。

平成28年度：2017年1月から3月の10日間、T市およびS町の在宅医療・介護連携推進事業を担当する職員それぞれ1名を対象にTime Studyを実施した。対象となる地域と担当者は、地域の在宅医療・介護連携推進事業の取組みがある程度進められていること、複数年主で担当していること、担当者が在宅医療・介護連携推進事業に加えて他事業（主に地域支援事業）を兼務していること、とした。

T市は、近畿地方にある人口50,019人、高齢化率32.1%（平成27年国勢調査）。在宅医療・介護連携推進事業は、健康福祉部地域包括支援課が所管している。また、地域包括支援課は、市の地域包括支援センター（市内1ヶ所）であり、介護予防日常生活支援総合事業、包括的支援事業、その他任意事業を所管している。調査の対象にした者の職位は「主監」で、在宅医療・介護連携推進事業の主担当で他2名と担当し、5件のケアマネジメント業務と虐待ケースへの対応、地域包

括支援課が所管する事業の統括を行っている。

S町は、関東の都市近郊にある人口21,240人、高齢化率30.2%（平成27年国勢調査）。在宅医療・介護連携推進事業は健康介護課医療介護連携室が所管している。同室は、地域包括支援センターの委託管理と連絡調整の他、生活支援サービス体制整備事業、認知症施策、高齢者虐待への対応を所管している。観察の対象にした者の職位は「室長」で、在宅医療・介護連携推進事業を1名で担当し、室が所管する業務の統括を行っている。

Time Study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。Time Study終了後、記録した業務を「内容」（連絡・報告・相談等の場合）相手」「目的」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。コーディングは、調査員2名が別々に行った後、2つを照合し、整合性と内容の妥当性を図った。また、分析の過程で、平成27年度に実施した、千葉県柏市を対象としたTime Studyの結果を用い、比較を通じて特徴を明らかにした。

平成29年度：本研究は、方法論トライアングレーションを採用した。具体的には、平成27年度、28年度はTime Studyを通じて事業担当職員の業務内容について数量的に把握した。その結果を用い、参照しながら、平成29年は、フォーカスグループインタビューおよびインタビューを行い、具体的な業務内容やその重要性について質的に把握した。量的把握、質的把握の両者の結果を合わせて求められる役割について考察する。量的把握については平成27・28年度に報告しているため、本年度は質的把握について中心に報告する。

2018年3月にフォーカスグループインタビュー、および個別インタビューを行った。

フォーカスグループインタビューは、在宅医療・介護連携に関する地域の取組を5~6年担当している市町村行政担当者3名を対象にした。この3名は、在宅医療・介護連携推進に関わる研修で事例報告や講師を務めた経験のある、いわゆるエキスパートであった。人口約70万人の地方政令指定都市の担当者（#1）、人口約40万人の都市近郊中核市の担当者（#2）、人口約3万人の地方市の担当者（#3）で、いずれも地域支援事業の中では在宅医療・介護連携推進事業のみ

を担当している者であった。フォーカスグループインタビューは、本研究の平成 27・28 年のタイムスタディ調査の結果を示し参照にしながら、担当者の業務・役割として重要な事項、担当者に求められる姿勢、について自由に意見交換を行った。インタビュー時間は 1 時間 51 分であった。フォーカスグループインタビューの対象者が在宅医療・介護連携推進事業を中心に所管する者のみであったため、他の地域支援事業や地域包括支援センター業務も兼務で担う人口約 7 千人の町の担当者（#4）、人口約 5 万人の市の担当者（#5）に個別インタビューを実施した。インタビューは、フォーカスグループインタビューと同様の項目に加えて、域包括支援センター業務や他事業と兼務することの利点と欠点、についても尋ねた。インタビュー時間は、2 名とも約 2 時間であった。フォーカスグループインタビュー、および、個別インタビューは録音し、逐語録を作成した。逐語録は繰り返し読み、事業担当者にとって重要な役割として語られたものを抽出した。

名古屋市在宅医療介護支援センター職員を対象にした Time Study（平成 28 年度）

名古屋市 16 区の医師会が設置した在宅医療介護支援センター職員を対象に 2016 年 10 月～11 月の間の連続 5 日間（月～金）の業務内容を所定の時間割シートに自記式で記載をお願いし、その結果を業務別、医療介護連携推進事業の達成項目別に分類し集計を行った。

在宅医療介護支援センターの業務集計の分析（H28-H29）

名古屋市 16 区が提出した平成 28 年度上半期（4 月～12 月）の業務報告内容から相談件数と各区の医療介護に関する基礎指標（要介護認定率、要支援認定率、未認定率、高齢人口あたりの在宅療養支援診療所数、訪問看護ステーション数）との関連性を検討した。相談業務については 1）相談方法 2）相談者 3）相談内容

4）対応について集計を行った。併せて部署の構成人数別（2 名配置と 3 名配置）設置時期別に集計結果の比較を行った。同様の業務集計が平成 29 年度（4 月～11 月）にも行われ 前年（平成 28 年度）との比較を行った。

#### 連携の指標検索のための系統的レビュー（H29）

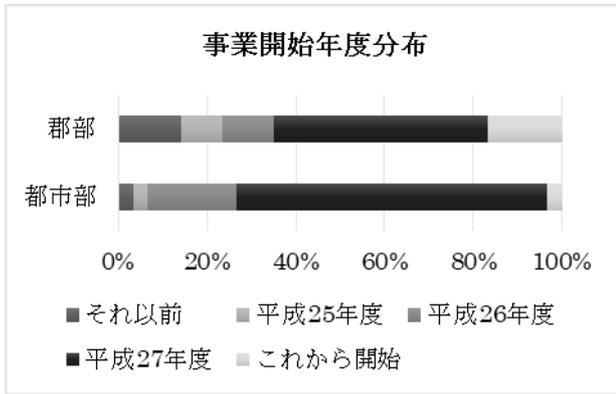
医療・介護連携について以下の 4 つの Clinical Questions（CQ 1：医療・介護の連携推進の指標はあるか？CQ 2：入院診療と在宅診療の連携を測る指標があるか？CQ 3：在宅診療医と訪問看護ステーションとの連携の指標はあるか？CQ 4：在宅診療医と介護支援専門員との連携の指標はあるか？）をたてた上で、医学中央雑誌および過去の厚生労働省老人保健事業の報告書の検索による系統的レビューを実施した。同様の CQ について海外の文献検索データベース（PubMed）を用いた検索も行った。

## C．研究結果

### 全国の自治体の在宅医療介護連携推進事業の担当者を対象にした事業の進捗状況および相談部署の現状に関する調査（H27-H29）

#### ）事業の進捗と各職種との連携に関する調査（H27）

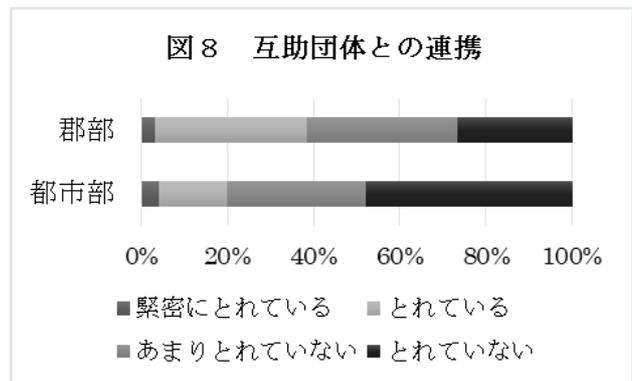
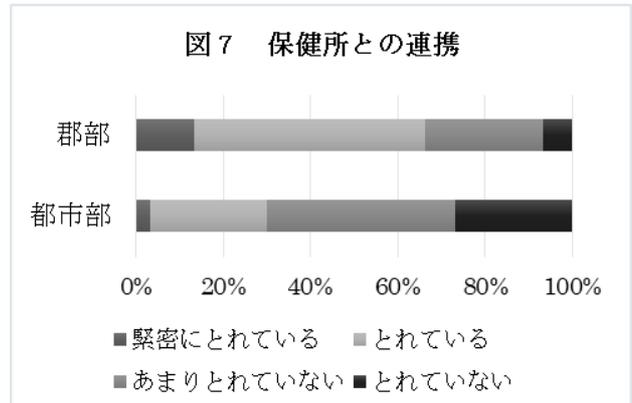
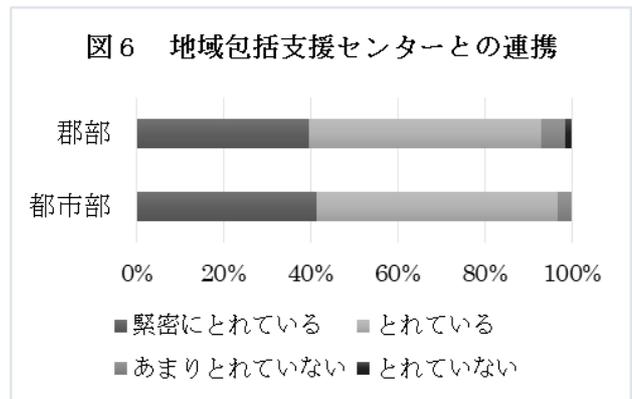
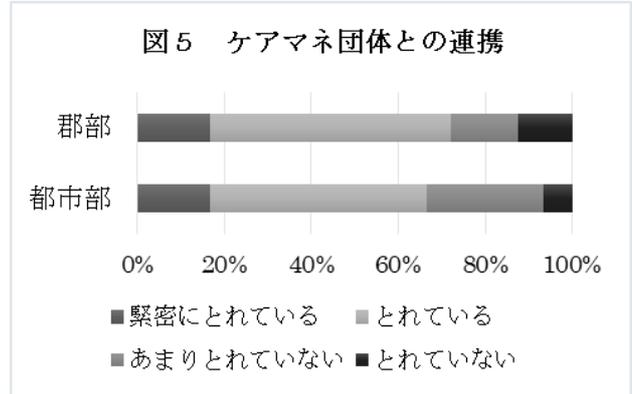
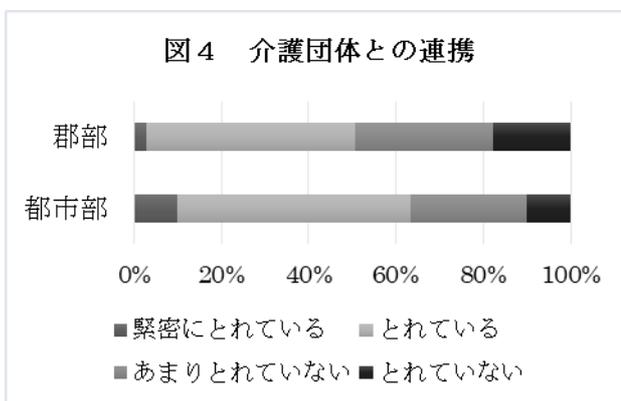
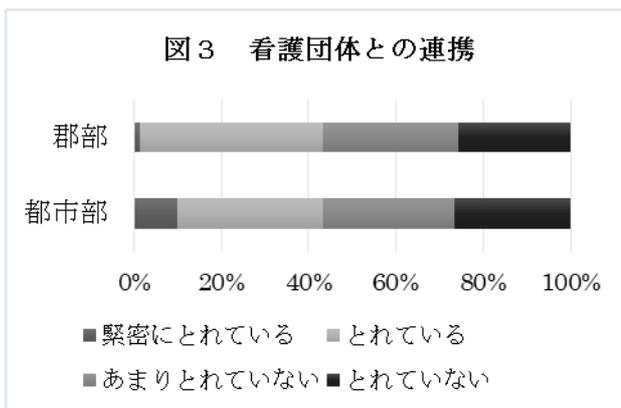
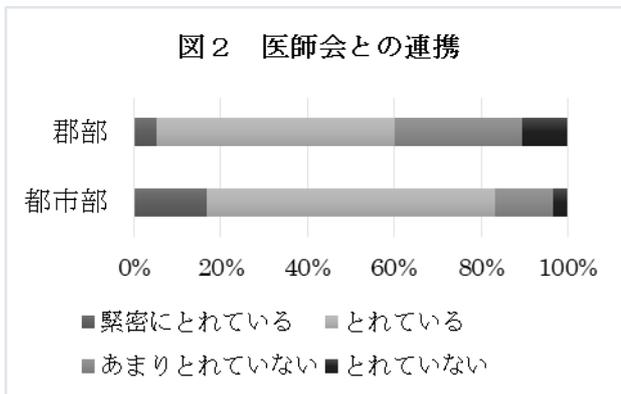
全国 237 自治体の医療・介護連携推進事業担当者宛てに調査票送付し 107 自治体の事業担当者から回答を得た（回収率 45.1%）。内訳は 75 歳以上の高齢者比率が 15% を超える自治体 76 か所（回収率 41.3%）、今後 10 年で 75 歳以上の増加率が 60% を超えると予測される自治体 31 か所（回収率 58.5%）。県別では千葉県（12 か所）埼玉県（10 か所）から最も多くの回答が寄せられた。



事業の開始時期には図1のような分布であった。

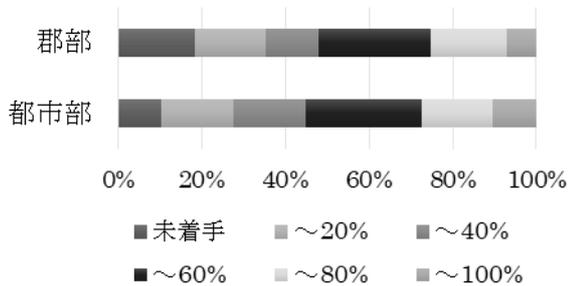
#### 1) 職能団体等との連携状況について

図2～図8は連携の程度に関する回答分布を示す。

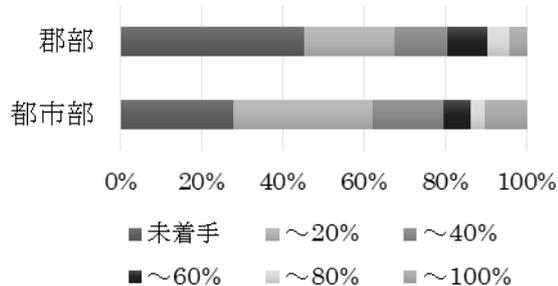


#### 2) 事業実施における項目別の達成率

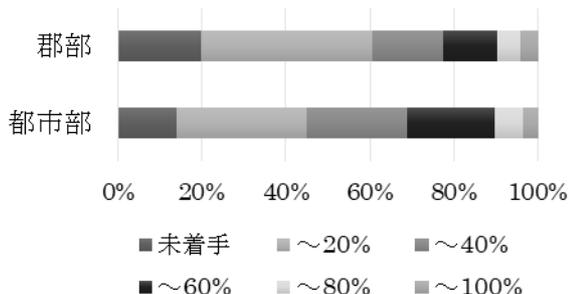
ア) 地域の医療・介護資源の把握



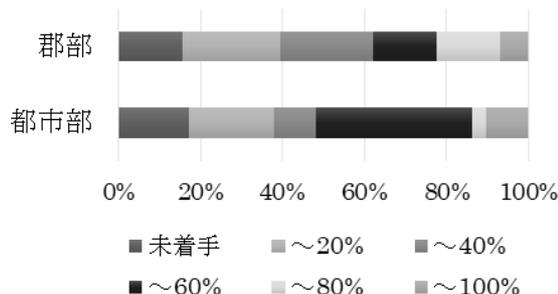
オ) 医療介護連携に関する相談支援



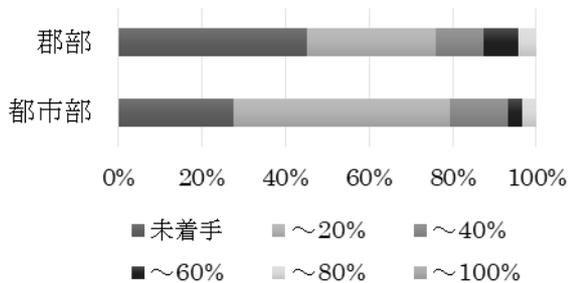
イ) 連携課題の抽出と対応策の検討



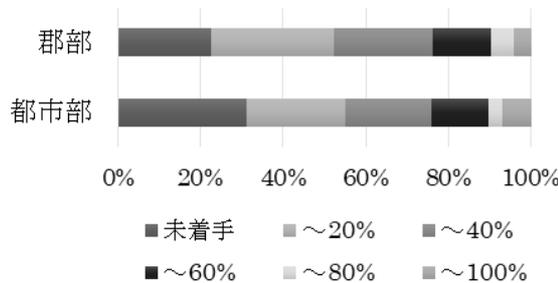
カ) 医療・介護関係者の研修



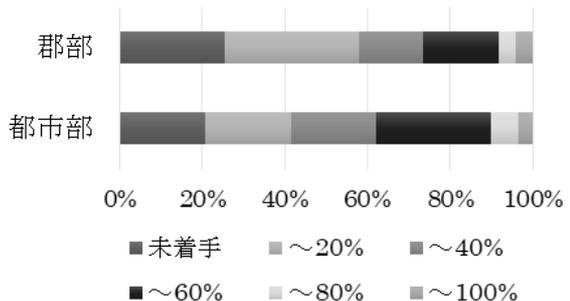
ウ) 切れ目ない提供体制の構築推進



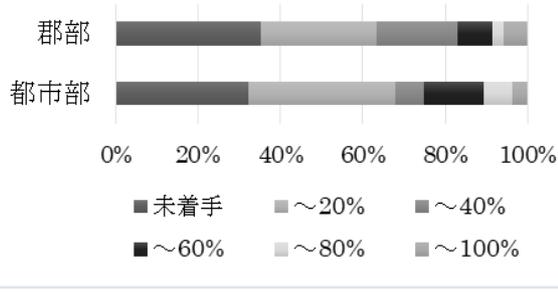
キ) 地域住民への普及啓発



エ) 関係者の情報共有の支援



ク) 関係市区町村の連携



3) 達成項目別の進捗状況と職種・団体との連携状況の相関(全体)

全体の相関 連携先		ア) 医療・ 介護の資源 の把握	イ) 医療・ 介護連携: 問題の対策 と検討	ウ) 医療・ 介護: 切れ 目のない提 供体制の構 築	エ) 医療・ 介護: 情報 共有の支援	オ) 相談支 援	カ) 研修	キ) 住民へ の普及啓発	ク) 関係市 区町村との 連携
医師会	相関係数	.277**	.506**	.416**	.339**	.290**	.321**	.400**	0.033
	有意確率	0.005	0.000	0.000	0.001	0.004	0.001	0.000	0.745
看護団体	相関係数	.405**	.525**	.415**	.216*	.314**	.389**	.422**	0.166
	有意確率	0.000	0.000	0.000	0.033	0.002	0.000	0.000	0.105
介護団体	相関係数	.330**	.470**	.439**	.382**	.364**	.364**	.421**	0.121
	有意確率	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.242
ケアマネ団 体	相関係数	.362**	.518**	.369**	.378**	.282**	.425**	.304**	0.027
	有意確率	0.000	0.000	0.000	0.000	0.006	0.000	0.003	0.799
地域包括	相関係数	.265**	0.095	-0.016	0.089	-0.029	.240*	-0.007	-0.034
	有意確率	0.009	0.358	0.877	0.387	0.783	0.019	0.947	0.746
保健所	相関係数	0.182	0.174	0.080	0.059	0.106	.228*	0.193	0.120
	有意確率	0.074	0.088	0.436	0.564	0.300	0.025	0.058	0.245
互助団体	相関係数	.265*	0.182	.318**	0.159	.284*	0.153	0.122	0.157
	有意確率	0.017	0.104	0.004	0.157	0.010	0.171	0.278	0.163

全体としては4団体(医師会、看護団体、介護団体、ケアマネ団体)においては連携の程度と進捗率に有意な相関を認める一方、1)の回答において地域に関わらず概ね連携が進んでいる地域包括支援センターにおいては、連携と事業の各項目の進捗率にはほとんど

関連が見られないという結果を得た。地域別では主に郡部においては上記4団体および互助団体との連携と事業の進捗率に高い相関が認められたのに対して、都市部では互助団体との連携と事業の進捗には一切関連性はなかった。

4) 達成項目別の進捗状況と職種・団体との連携状況の相関(地域別に分けた場合)

都市部		(ア)	(イ)	(ウ)	(エ)	(オ)	(カ)	(キ)	(ク)
医師会	相関係数	.166	.669**	.440*	.363	.372*	.266	.322	-.294
	有意確率	.389	.000	.017	.053	.047	.163	.089	.129
看護団体	相関係数	.207	.568**	.313	.183	.214	.134	.227	-.049
	有意確率	.282	.001	.098	.342	.264	.488	.236	.804
介護団体	相関係数	.331	.483**	.527**	.366	.318	.398*	.462*	-.036
	有意確率	.079	.008	.003	.051	.093	.032	.012	.855
ケアマネ団体	相関係数	.368*	.618**	.544**	.205	.170	.307	.321	-.198
	有意確率	.050	.000	.002	.287	.379	.105	.090	.313
地域包括	相関係数	.398*	.132	.118	.059	-.192	.126	.018	-.115
	有意確率	.036	.502	.550	.765	.329	.525	.927	.568
保健所	相関係数	.174	.361	.273	.030	.274	.192	.268	.154
	有意確率	.368	.054	.153	.879	.150	.318	.159	.433
互助団体	相関係数	.024	.148	.329	-.076	.013	-.048	-.066	.071
	有意確率	.913	.491	.117	.724	.953	.824	.759	.749

郡部		(ア)	(イ)	(ウ)	(エ)	(オ)	(カ)	(キ)	(ク)
医師会	相関係数	.292*	.383**	.376**	.273*	.225	.302*	.448**	.145
	有意確率	.020	.002	.002	.031	.077	.016	.000	.256
看護団体	相関係数	.557**	.522**	.458**	.223	.439**	.516**	.563**	.294*
	有意確率	.000	.000	.000	.083	.000	.000	.000	.021
介護団体	相関係数	.348**	.464**	.387**	.354**	.413**	.342**	.438**	.204
	有意確率	.006	.000	.002	.006	.001	.008	.000	.119
ケアマネ団体	相関係数	.369**	.472**	.303*	.471**	.322*	.457**	.252	.158
	有意確率	.004	.000	.020	.000	.013	.000	.054	.233
地域包括	相関係数	.104	-.053	-.166	.035	-.054	.202	-.141	.011
	有意確率	.426	.685	.201	.791	.681	.118	.280	.934
保健所	相関係数	.220	.152	.072	.076	.139	.215	.111	.126
	有意確率	.089	.241	.579	.559	.285	.096	.397	.333
互助団体	相関係数	.344*	.209	.383**	.295*	.391**	.278*	.134	.174
	有意確率	.013	.137	.005	.034	.004	.046	.345	.217

連携指標としての相談業務に関する現状調査(H

28)

平成28年度の全国自治体の在宅医療介護連携推進事業担当者対象の相談業務に関する調査に関しては以下の結果が得られた：1) 相談業務を担当する部署が未設置の自治体がいまだに多く存在すし、特に郡部では50%が未設置(図7) 2) 設置されている場合、既存の部署での兼務か医師会への業務委託が多数 3) 郡部では地域包括、都市部では地域包括/都市医師会に設置(図8) 4) 平均職員数は3名弱 看護師の常勤兼務がもっとも多い(図9) 5) 過半数が人員の不足あるいは今後不足すると回答している(図10) 6) 医療機関同士、医療と介護、地域との連携を担う人材が必要という意見 7) 相談件数は平均で1日2件弱(都市部で若干多めだが有意差なし)(図11) 8) 電話、来所が主な相談方法、faxやメールなどでの相談はほとんどない(図12) 9) 相談者は本人、介護者が主体、医療職の相談は殆どない(図13) 10) 都市部ではかかりつけ医紹介、地域住民の啓発に関する相談が多いのに対して郡部では体制・制度、退院調整に関する問い合わせが多い(図14)

図7 (都市)

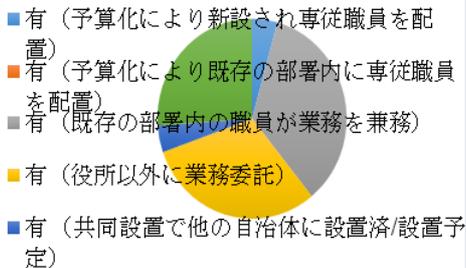


図7 (郡部)

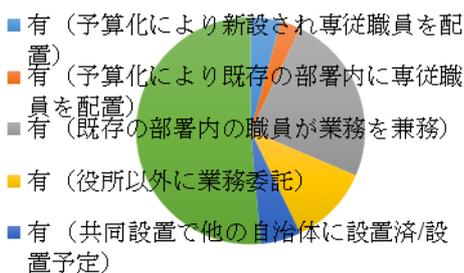


図8 (都市)

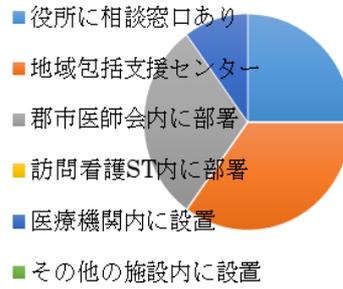


図8 (郡部)



図9 基礎職種構成 2.65±1.7名/部署

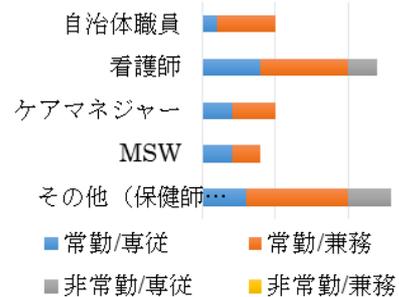


図10 人員配置の現状について

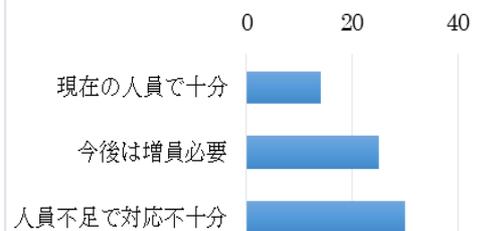


図11 相談件数 (H28年度上半期)

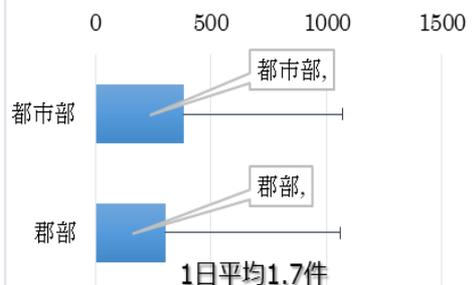


図 1 2 都市部

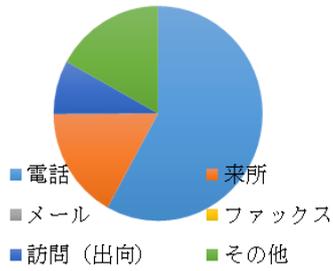


図 1 4 都市部

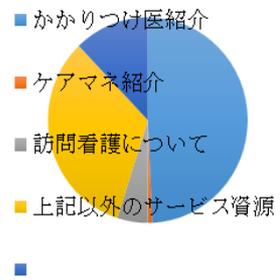


図 1 2 郡部

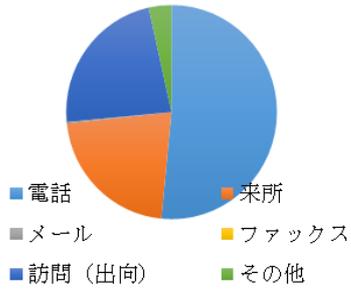


図 1 4 郡部

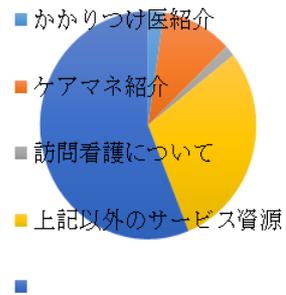
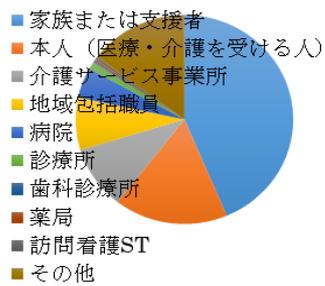


図 1 3 都市部



図 1 3 郡部

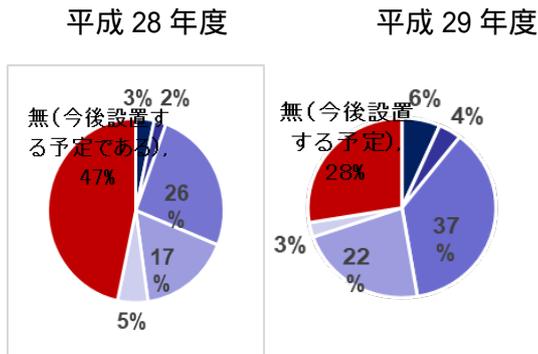


) 連携指標としての相談部署に関する全国自治体の実態調査の比較 (H28 - 29)

相談業務に関する調査の経年比較に関しては以下の結果が得られた。

1) 設置の有無：相談業務を担当する部署が未設置の自治体がいまだに存在するが、郡部では52%から25%まで低下し設置が1年である程度進んだと推察される。(図1)

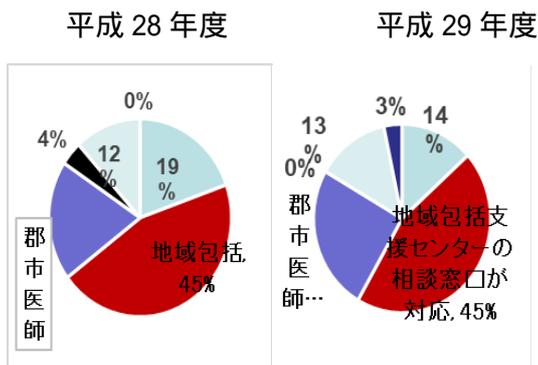
図1. 相談部署設置の有無



未設置が47%から28%に減少  
郡部で未設置が52%から25%に減少  
都市部では業務委託31%から40%に増加

2) 設置部署：設置されている場合、地域包括支援センターでの兼務が医師会への業務委託が多数を占め役所に窓口を設置しているのは全体の1割強。(図2)

図2. 設置部署

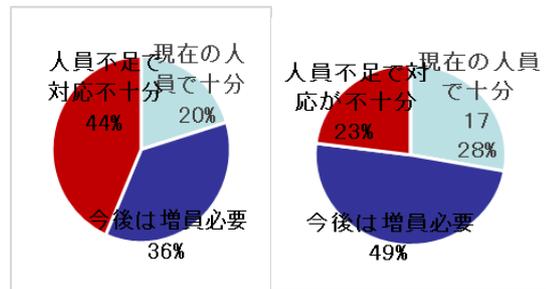


地域包括支援センターの設置が最多 (45%)

3) 人員の充足度：平均職員数は3名弱 看護師の常勤兼務がもっとも多い。4) 人員の数については人員不足という回答は44%から23%へと減少したのに対して今後は増員必要という回答は36%から49%に増加し傾向の逆転がみられた。(図3)

図3. 人員配置について

平成28年度 平成29年度

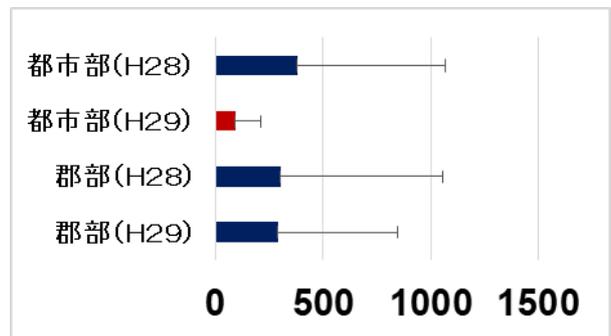


現状の人員不足は減少し今後不足するが増加した。

4) 連携を担う人材として医療ソーシャルワーカーの配置を望む声が多かった。

5) 相談件数：相談件数は半年間の平均が都市部：380 91 郡部：302 291 で郡部では横ばいなのに対して都市部ではむしろ減少が観察された。(図4)

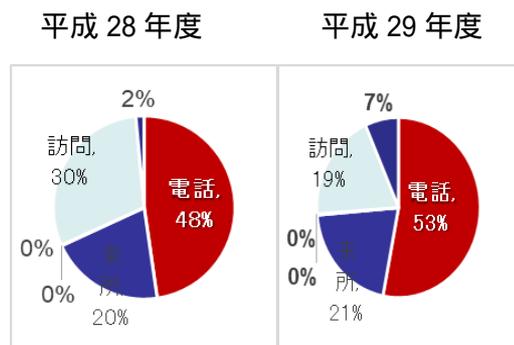
図4. 年度上半期の相談件数



都市部では減少 郡部では横ばい

7) 相談方法：電話、訪問、来所が主な相談方法である (図5)

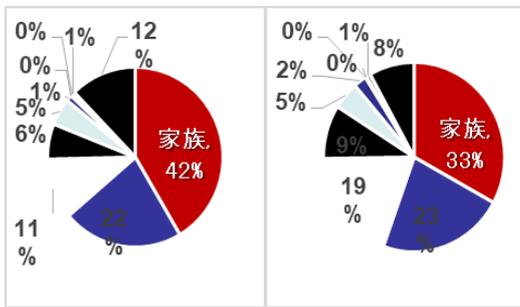
図5. 相談方法



8) 相談者：家族による相談は全体の比率としては減少傾向 (42%から33%に減少) であったが、都市部に限ってはむしろ増加の傾向が観察された。(35%から44%に増加)(図6)

図6. 相談者

平成28年度 平成29年度

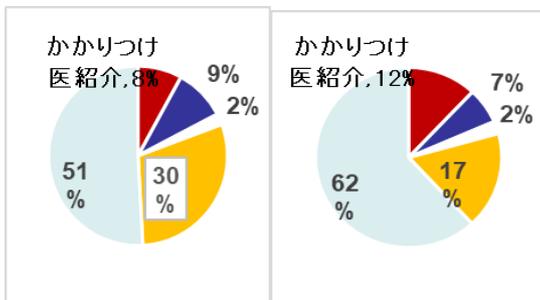


9) 相談内容：都市部では経年的にかかりつけ医紹介、地域住民の啓発に関する相談が多いのに対して、郡部では退院調整に関する問い合わせが多い傾向が確認された。(図7)

図7. 相談内容

平成 28 年度

平成 29 年度



かかりつけ医の問い合わせが増加(8% 12%)都市部で特に多い(39~49%)

10) 相談内容(ア~クの達成項目別): 事業の達成項目別の相談内容を分類すると、都市部では地域住民の啓発に関する問い合わせが多い(72%)のに対して郡部では退院支援に関する問い合わせが過半数(60%)を占める結果となった。

結果まとめ(地域別年次比較)回答率(%)

設置の有無	都市部		郡部	
	H28	H29	H28	H29
*有 新設専従職員	4	5	4	7
*有 既存部署併設専従職員	0	0	3	5
*有 既存部署併設兼務	35	20	24	42
*有 業務委託(医師会等)	31	40	11	18
*有 共同設置	4	0	6	3
*無	26	35	52	25
設置部署	H28	H29	H28	H29
*役所に相談窓口	25	16	7	15
*地域包括支援センター	35	47	29	50
*郡市医師会	30	12	43	20
*訪問看護ST内	0	6	0	0
*医療機関内	10	13	14	13
*その他の施設	0	6	7	2
人員配置の現状について	H28	H29	H28	H29

て

*現在の人員で十分	21	25	18	29
*今後は増員必要	47	58	34	47
*人員不足で対応不十分	32	17	48	24

相談者 H28 H29 H28 H29

*家族または支援者	35	44	44	32
*本人(医療・介護を受ける人)	39	12	17	23
*介護サービス事業所	15	13	10	20
*地域包括支援センター職員	1	10	8	9
*病院	5	10	5	5
*診療所	1	2	1	2
*歯科診療所	0	0	0	0
*薬局	0	0	0	0
*訪問看護ST	0	1	0	1
*その他	4	8	15	8

相談内容 H28 H29 H28 H29

*かかりつけ医紹介	49	39	2	10
*ケアマネ紹介	1	11	11	6
*訪問看護について	5	10	2	2
*上記以外のサービス資源	33	13	29	18
*その他	12	27	56	64

相談内容(項目別) H28 H29 H28 H29

*地域住民の普及啓発	95	82	29	15
*医療介護関係者の研修に関して	1	2	2	18
*退院調整に関して	3	12	57	52
*後方支援病院との連絡調整	1	2	6	5
*情報共有ツールについて	0	2	6	10

対応 H28 H29 H28 H29

*情報提供・助言	50	34	47	33
*相談のみ	19	43	17	14
*他機関との調整	28	22	28	31
*その他	3	1	8	22

地域ごとの医療介護連携推進に関する課題抽出のための調査(H27-H29)

中山間地(愛知県東三河山間部)における事業推進の課題抽出

H27年度: 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。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。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ヶ所のみで、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ヶ所、病院2ヶ所の計5ヶ所のみであった。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。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。連携事業開始後の自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。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。

## 平成28年度

### 1. 東三河北部医療圏の高齢化の現状と人口の推移予測

【人口】新城市 49,007人(H27年3月1日現在)、設楽町 5,274人、東栄町 3,540人、豊根村 1,187人(H27年12月31日現在)であった。また、高齢化率は新城市 31.4%、新城市は大きく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%で全ての地区で高齢者率は高い状況であった。設楽町 46.6%、東栄町 48.1%、豊根村 46.1%であった。

#### 【人口推移予測】(2040年の人口予測)

新城市 35,000人程度、設楽町 3,000人程度、東栄町 1,800人程度、豊根村 700人程度まで減少が予測されている(AJAPA使用)

### 2. 東三河北部医療圏の今後の医療需要予測

人口ピラミッドの推移予測では同圏域の4市町村すべてで、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。

### 3. 東三河北部医療圏の医療資源の現状

新城市：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ヶ所のみで、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ヶ所、病院2ヶ所の計5ヶ所のみであった。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）であった。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。

北設楽郡（設楽町、東栄町、豊根村）：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、在宅療養支援病院が各1ヶ所、参加している医師数は7人であった。診療所訪問看護ステーションは東栄町内に1カ所（常勤1人、非常勤2人）であった。年間在宅看取り数は28件、うち独居1件（H27年7月～H27年6月）であった。

#### 4．新城市訪問看護ステーション看護師に対するTime Study

新城市訪問看護ステーションの準管理者(主任)(1名)に対して、H29年16日(月)～20日(金)の平日1週間のTime Studyを行った(図1)。1日平均での内訳は情報共有1.42h/d、訪問看護2.53h/d、移動2.22h/d、書類1.43h/d、会議0h/d、その他1.06h/dであった。また、1日平均訪問件数：3件、平均訪問時間：50.6分、往復の平均移動時間：41.6分で、移動時間が平均41.6分と長く、移動を含めると1件の訪問あたり約1時間半を要している状況であった。また、ケアマネ等との情報共有と書類記載あわせて3時間近くを要することと、会議の時間等確保できていない状況であった。

#### 5．連携に向けての介入（研修会）

北設楽郡における連携推進の目的でH28年8月6日に3町村の首長、北設楽郡医師会と共同で、多職種連携研修会を行い、3町村が協働して地域医療、在宅医療を支えていくことを専門職皆が共有した。また、新城市においては市民病院が必ずしも、地域住民のニーズにかなった医療提供をしておらず、医師会とは距離のある関係であるため、病院、新城市(市

長出席)、新城市医師会と協働で、市民病院内での在宅医療移行支援研修を行った。

#### 平成29年度

##### 1．東三河北部医療圏北設楽郡の高齢化の現状と人口の推移予測

###### 【人口】

・北設楽郡（設楽町、東栄町、豊根村）全体の総人口将来予想

2015年9,701人(75歳以上3,021人)、2025年7,588人(75歳以上2,674人)、2040年5,220人(75歳以上2,122人)と著明な人口減少が起こると予想されている。

###### 【死亡場所と死因】

H21.1～H26.12に亡くなられた東栄町民506人の状況を調査した。

病院266人(53%)、自宅53人(10%)、施設71人(14%)、診療所1人(0.002%)、その他9人(2%)と地元の病院と施設死亡が多い状況である。病院、自宅別の死因をみると、病院死266人中、老衰63人、悪性腫瘍68人、肺炎48人、心疾患45人、脳血管疾患38人であった。自宅死53人中、老衰17人、悪性腫瘍8人、肺炎3人、心疾患4人、脳血管疾患3人といずれも老衰死と悪性腫瘍が多い状況であった。

##### 2．北設楽郡の医療資源の現状(表1)

北設楽郡（設楽町、東栄町、豊根村）における在宅医療に関わる医療資源については在宅療養支援病院が1ヶ所、診療所、歯科診療所が6カ所であった。診療所訪問看護ステーションは東栄町内に1カ所（常勤1人、非常勤2人）であった。

##### 3．北設楽郡における在宅医療・介護連携の推進イメージ(図1)

設楽町、東栄町、豊根村と北設楽郡医師会（在宅医療サポーター）を中心とした在宅医療・介護連携推進体制を構築している。市民、医療・介護専門職への働きかけを行うと共に、目指す姿を示している。一つとして「重度の医療・介護が必要な状態になっ

ても、生活者として住み慣れた地域で自分らしい暮らしが最期までできている」、「質の高い統合されたケアが提供されている」ことをビジョンとして、このために「在宅医療・介護を提供する資源が確保されている」、「在宅医療・介護を提供する資源が密に連携している」、「地域住民が在宅での療養について正しく理解し、必要に応じて選択することができる」ことを当面の行動目標としている。オブザーバーとして管轄の保健所、厚生労働省東海北陸厚生局が参加している。

#### 4. 在宅医療・介護連携推進事業の進捗状況（表2-5）

北設楽郡における在宅医療・介護連携推進事業の内容については表2, 3に示した。北設楽郡医師会において専任の在宅医療推進のサポーターを置いて、H27年度からH29年度まで、行政への働きかけ、多職種連携研修会を開催した。H29年の各市町村の事業進捗の状態のアンケート結果を表4, 5に示した。H29年12月における調査であったが、在宅医療・介護連携推進事業の（ア）～（ク）の8事業について、東栄町は7つの事業を行っていたが、設楽町、豊根村については2～3事業と進んでいない状況が明らかであった。この事業の中で（カ）の事業は医師会サポートセンターと共同で行ったものであり、市町村主体の事業は進められていないことが把握された。

#### ）都市部（東京都三鷹市）における事業推進における課題の抽出

**平成27年度：**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（ケアマネー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、緊急時に対応する病院の支援体制、緊急時に対応する複数の医師によるオンコール体制、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(と同数)、在宅診療に関する定期的な研修会、ICTによる介護職種や訪問看護師との情報共有、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。

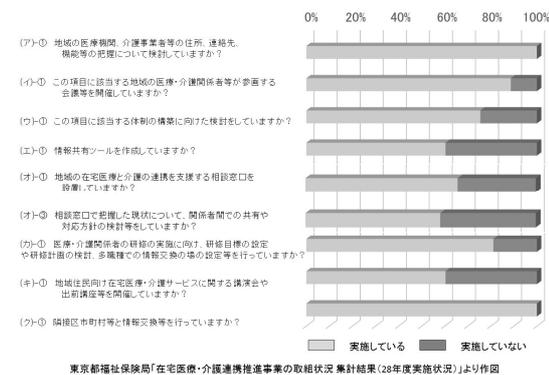
## 2. ICTによる多職種ネットワーク構築事業検討会の活動

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。

### 平成28年度

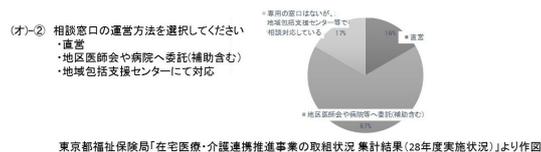
#### 1. 東京都の実態調査

東京都福祉保険局が行った在宅医療・介護連携推進事業の取り組み状況の調査結果(平成28年10月31日時点)に基づく53区市町村の在宅医療推進事業の進捗は下図のようであった。



この結果を見ると情報共有ツールの作成、在宅医療・介護連携相談窓口の設置ならびに相談窓口での情報の関係機関での共有や対応方針の検討、地域住民向けの在宅医療・介護サービスに関する啓発活動あたりがやや遅れていることがわかる。逆に、地域の医療機関、介護事業者等を把握するための検討、隣接区市町村との情報交換については実施率が高いことがわかる。また、「地域の医療機関、介護事業者等を把握するための検討」については資源リスト・マップの作成の着手率も高く(約80%)、比較的手掛けやすい項目なのかもしれない。一方、「隣接区市町村との情報交換」については、「広域連携が必要な課題等について協議・検討を行っていますか」に対する実施率は32%、「検討結果をふまえて関係機関への周知や取り組みを行っていますか」に対する実施率は9%と低く、区市町村をまたぐ情報交換は行っていないことがわかる。

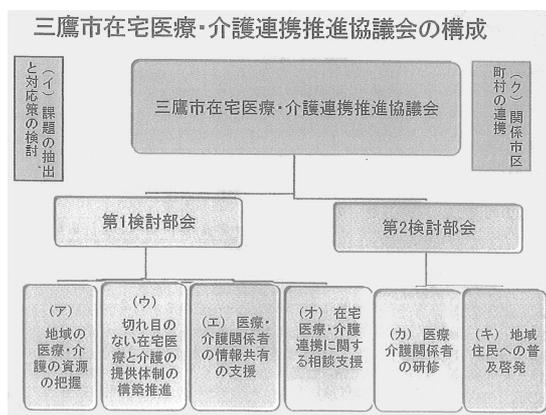
次に、「(オ)地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口を設置している区市町村について、設置場所を調査した結果、67%は各地区の医師会もしくは病院に委託している実態が明らかになった。その他は、直営 16%、地域包括支援センター17%という結果であった。



## 2. 東京都三鷹市の実態調査

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 ヲ所、訪問看護ステーションは 7 ヲ所ある。

三鷹市では、医師会が平成 26 年度からこれまで計 13 回在宅医療委員会を開催した。また、平成 28 年度から在宅医療・介護連携推進協議会を 3 回開催し、同協議会の下部に第 1 検討部会と第 2 検討部会を設置した。それぞれ(ア)～(オ)、(カ)～(キ)の項目について作業を行った(各 9～10 回開催)したが、在宅医療・介護連携推進協議会は親委員会の立場となっている。



平成 28 年度の在宅医療委員会の主な協議内容は、在宅支援相談窓口の設置場所と相談員の選定について、後方支援病床のルール作りであった。

在宅支援相談窓口の設置場所については、医療と

の連携を考えれば医師会に設置すべきとの意見であったが、最終的に在宅医療・介護連携推進協議会の決定で、市役所内に設置されることが決まった。理由は人選を考える上で、予算の出所が市役所であるためであり、身分も高齢者支援系の専門職となった。

後方支援病床は原則 14 日以内の入院であり、三鷹市と協定を結んだ病院が対象となる。利用対象者には制限があり、緊急入院を除いて病状が悪化した時、検査や画像診断等による病状の再評価、終末期の看取り(緩和ケアを含む) 家族支援目的、となっている。このようなベッドがあることで在宅医療が安心して行えるようになる、との考えに基づいている。

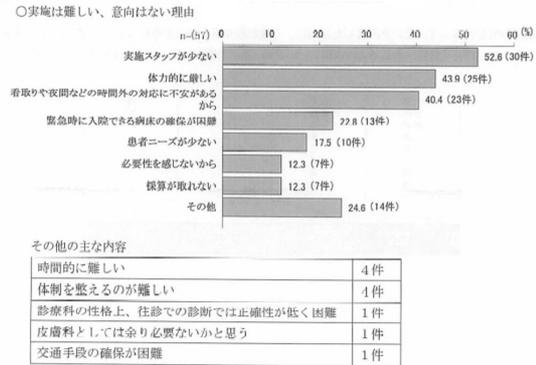
## 平成 29 年度

項目別(ア～ク)の事業進捗は以下の表のとおり。

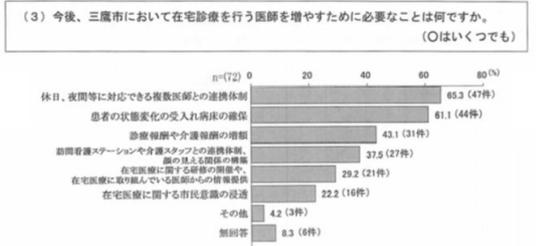
(2) 厚生労働省が示した 8 項目についての、三鷹市における取り組み状況			
8 項目	平成 27 年度までの取り組み	平成 28 年度の取り組み	平成 29 年度の取り組み
ア 地域医療・介護資源の把握	・「介護サービス事業者ガイドブック」と「三鷹市医療マップ」の作成と配布	・訪問診療(往診含む)医療機関への実態調査(聞き取り調査) ・医療機関(病院、診療所、歯科診療所、薬局)の把握及び資源データのリスト化	・訪問診療等在宅医療の提供可能な医療機関の実態把握(内科、歯科、薬局)
イ 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討	・地域包括ケア会議 ・在宅ケア調整小委員会(医師会への委託事業)	・在宅医療・介護連携推進協議会及び検討部会による課題の抽出と対応策の検討	
ウ 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進		・後方支援体制に向けた病院との意見交換 ・後方支援病床のルール(案)検討	・後方支援病床利用事業の開始(利用ルールの作成、病院との協定締結、利用医療機関の登録、協力病院の開拓、事業周知、関係者からの意見聴取・意見交換) ・在宅医療 24 時間体制構築の検討(医師会)
エ 医療・介護関係者の情報共有の促進	・三鷹武蔵野認知症連携(も)の忘れ相談シート) ・医師会HPによるケアマネタイムの掲載(医師会) ・ICT 連携推進事業の検討・活用状況の把握(医師会)		・情報共有ツールの検討

取り組み	平成 27 年度までの取り組み	平成 28 年度の取り組み	平成 29 年度の取り組み
連携に関する相対支援	・各地域包括支援センター（7ヶ所）による市民向け相談業務	・在宅医療・介護連携支援窓口の設置に向けた課題抽出 ・在宅医療・介護連携支援窓口の運営方針、設置場所等の検討	・4月 高齢者支援課に専門職（看護師）を配属。 ・在宅医療・介護連携支援窓口「連携窓口みたか」を10月に設置・運営開始
医療・介護関係者の研修	・多職種連携 WG による研修（グループワーク） ・地域ケア会議（医師会）	（グループワーク、ミニ講義） ・医療・介護専門職を対象とした研修の把握（事業者連絡協議会各委員会による専門職研修等）	（パネルディスカッション、ミニ講義） ・医療・介護専門職を対象とした研修の把握・分析
地域住民への普及啓発	・多職種連携 WG による市民向け講演会等「在宅ケア知得情報」	・市民向け啓発パンフレット及び啓発ノートの検討及び発行 ・「認知症にやさしいまち三鷹」との合同啓発イベント「在宅医療・介護連携フォーラム」の開催 ・市民啓発イベントの把握	・パンフレット「わが家・三鷹で暮らし続けるために」、ノート「わたしの覚え書きノート」の配布、啓発
在宅医療・介護連携に関する	・多療府中保健所による近隣市情報交換等		・リハビリテーション実施機関名簿のWEB化に向けた打ち合わせ ・近隣市連携相談支援窓口担当者と情報交換会

(44%)、看取りや夜間などの時間外の対応に不安がある(40%)が上位を占めた。



さらに、三鷹市において在宅医療を行う医師をふやすために必要なことは？の問いに対して、「休日、夜間等に対応できる複数医師との連携体制」(65%)、「患者の状態変化の受け入れ病床の確保」(61%)が上位を占めた。



「休日、夜間等に対応できる複数医師との連携体制」の必要性の回答を受けて、医師会として、在宅医療を行っている医療機関すべてに対して登録制で当番宅直（オンコールで電話対応もしくは往診を行う）を行う体制の構築を進めている。その際、ファーストコールは主治医で、主治医の指示のもとに当番医が対応すること、当番は患者数ではなく頭割りとするなどが、現在議論されている。

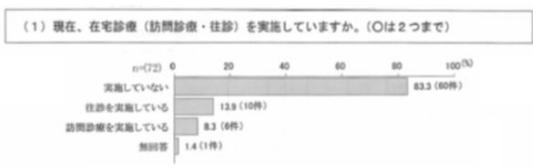
また、(ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進に関して、今年度から後方支援病床利用事業が開始された。これは、以下のようなルールで運営されている。

- 2 入院対象者（対象者の拡大については利用状況を鑑みながら検討していく。）
- (1) 三鷹市在住の者
- (2) 要介護認定の結果、要介護1～5の認定を受けている者
- (3) 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）との契約が済んでいる者
- (4) 訪問診療又は往診を受けている者
- (5) 在宅療養のかかりつけ医が一時入院が必要であると判断した者

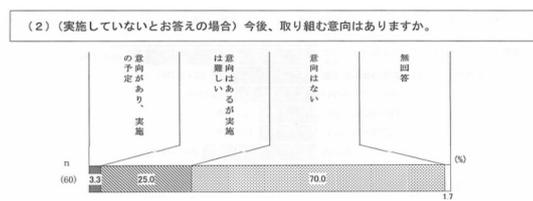
以下、このなかで特筆事項について述べる。  
(ア) 地域の医療・介護資源の把握について：訪問診療（往診を含む）を行っている医科、歯科、薬局向けに実態調査を行った。実施数ならびに回答数（率）は以下のとおり。

調査名	発送数	回答数	回答率
1. 医科調査	108件	72件	66.7%
2. 歯科調査	101件	68件	67.3%
3. 薬局調査	94件	80件	85.1%
合計	303件	220件	72.6%

質問の中で、「現在在宅医療（訪問診療・往診）を実施していますか」の問いに対して、実施していないが83%、往診を実施しているが14%、訪問診療を実施しているが8%であった。



「実施していない」と回答した医師に対して、今後取り組み意向があるか？の問いに対する回答は、「意向はない」の回答が70%を占めた。



その理由は、スタッフ不足(53%)、体力的に厳しい

- 登録医療機関の在宅担当医師（以下「在宅担当医」という。）が、在宅療養者の在宅療養生活を支えるため、次のいずれかの目的のために必要と判断した14日以内の入院
- (1) 家族介護者支援（介護保険施設のショートステイが医療行為の必要性等何らかの理由により利用できない場合）
  - (2) 準救急時の治療や経過観察（準救急とは即日入院の必要はないが2～3日中には必要になる可能性のある状態）
  - (3) 検査や画像診断等、身体状況の評価
  - (4) 看取り（危篤状態等、概ね14日以内と見込まれるもの）

在宅医、後方支援病院とも登録制であり、入院の適応を判断するのは在宅医である。在宅医は入院の適応ありと判断した際、後方支援病院にFAXで連絡し、病院は原則としてこれを受け入れなければならない、但し、入院は緊急性のある場合は除かれ、翌日以降の入院となる。また、入院期間は14日以内であり、退院先は在宅となることが原則担保される。これまでのところ6例が運用された。

(4) 利用実績 (平成29年10月6日～平成30年1月31日)

No.	性別	年齢	医療ケア	入院目的	入院期間
1	男	77	経管栄養、吸引	家族介護者支援	4日
2	男	80	ドレーン管理、皮膚尿管套（カテーテル管理）、トラマル使用中	家族介護者支援 身体状況評価	5日
3	男	67	経管栄養、吸引	家族介護者支援	5日
4	女	91		家族介護者支援 身体状況評価	7日
5	女	89		家族介護者支援	8日
6	男	72	経管栄養	家族介護者支援	4日

この6件については、大きな混乱はなく、予定通り入院している。今後、意見を集約し、事業の改善へつなげていく。

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援の「ICT連携推進事業の検討・活用状況の把握」について、現在、在宅医療多職種連携ICT(Medical care station; MCS)を情報連携ツールとして使用し始めている。これはLINEのように個々の患者に対してスレッドを立てて、そこに医師、看護師、ケアマネをはじめとする関係職種が情報を書き込む形式になっている。

最後に懸案であった(オ)在宅医療・介護連携支援窓口について、「連携窓口みたか」が10月に行政、健康福祉部高齢者支援科内に設置された。ここには専従者1名(看護師)と専任者1名が配置されており、図のような業務を担っている。

医療・介護・福祉関係の皆さまからのご相談に対応いたします！  
訪問してご相談に対応することもできます。  
※地域包括支援センターと連携して対応します。

たとえば

- ※医療機関や介護関係者との連携に関する相談
- ※在宅療養を希望している方の退院支援のお手伝い(退院カンファレンス同行)
- ※訪問診療、訪問歯科、訪問看護、訪問薬局などの情報提供
- ※医療ケアが必要な方の介護施設の受け入れについての相談

など、皆さまと一緒に考えながら、連携が進むようお手伝いします。

平成29年10月1日～平成30年1月31日の実績は、ケアマネからの相談8件、看護師からの相談3件(病

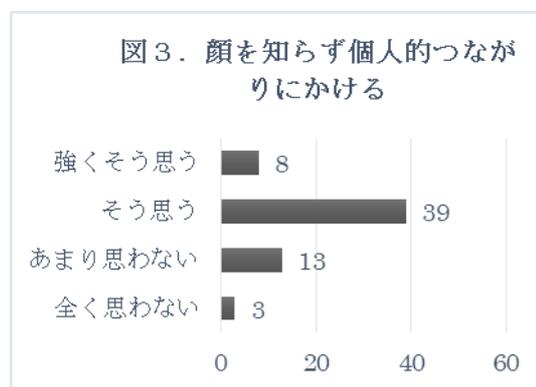
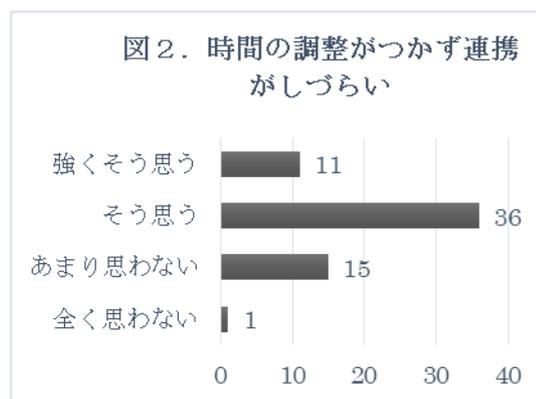
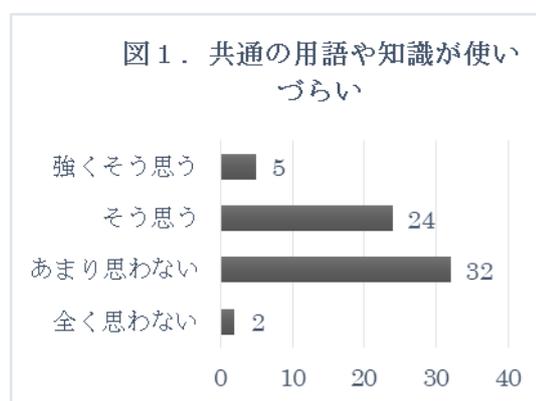
院2件、訪問1件) 医師からの相談2件、地域包括支援センターからの相談2件、他市の窓口からの相談1件、薬剤師からの相談1件、市民からの相談1件となっている。

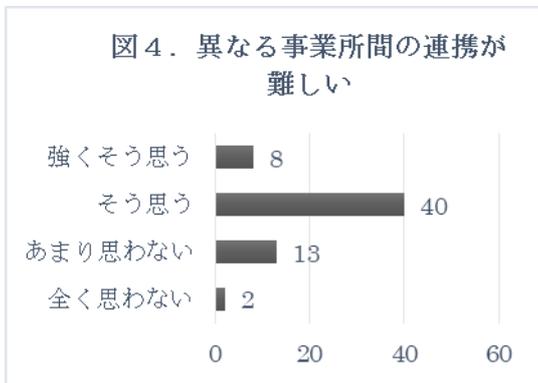
### 名古屋市都心部における事業推進の課題抽出 平成27年度

医療介護従事者に対する意識調査

-多職種連携の阻害要因について-

平成27年度：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。





平成28年度：名古屋市在宅医療介護支援センター職員を対象にしたTime Studyの結果

各区の結果にばらつきが大きかったが、概ね業務の中で書類作成に費やされる時間が多く、相談業務は1日平均15.7分であった。項目別においても在宅医療介護連携に関する相談支援は1日平均13.9分という結果であった。関係市町村との連携にはほとんど時間が費やされていないこともわかった。(図1、2)



図1. Time Study 結果 (業務別時間)



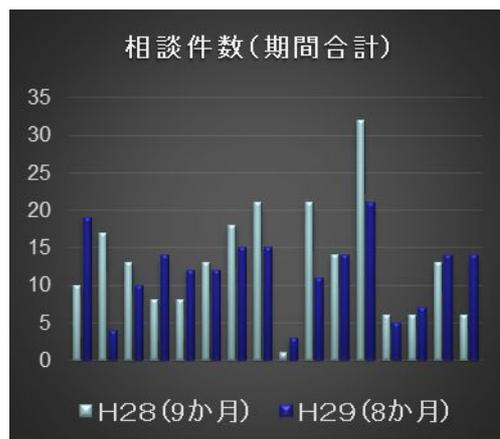
図2. Time Study 結果 (相談内容別)

平成28年度：在宅医療介護支援センターの業務集計の分析

高齢人口あたりの訪問看護ステーション数と相談件数は有意な相関が認められた ( $r = 0.571$   $p = 0.021$ ) (図3) が在宅療養支援診療所数、要介護認定率、要支援認定率との関連性は認めなかった。相談方法は電話がほとんどを占め2割が直接来所、fax やメールでの相談はごく少数であった。相談者の8割近くが本人や家族以外、医療機関(31%)と介護サービス事業所(31%)が同じ比率であった(図4)。相談内容は在宅医療・介護支援システムに関する問い合わせが最も多かった(40%)(図5)。相談部署が医療機関内に設置されている場合、他機関との調整業務が多く、開設時期が早いほど地域包括支援センターとの連携が少ない傾向が観察された。

平成 29 年度：名古屋市の在宅医療介護支援センター  
相談業務の分析（H28 と H29 の比較）

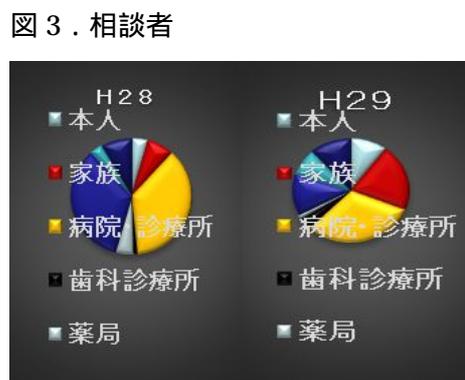
- a) 相談件数は区によりばらつきが大きく 全体の傾向を把握することは困難であった。  
( 図 1 )



- b) 相談方法は電話が最も多かった。( 図 2 )



- c) 相談者は医療機関/事業所が減少し家族相談が増加した。( 図 3 )



- d) 相談者の続柄は子供、兄弟姉妹の順で不変  
( 図 4 )

図 4 . 相 談 者 の 続 柄

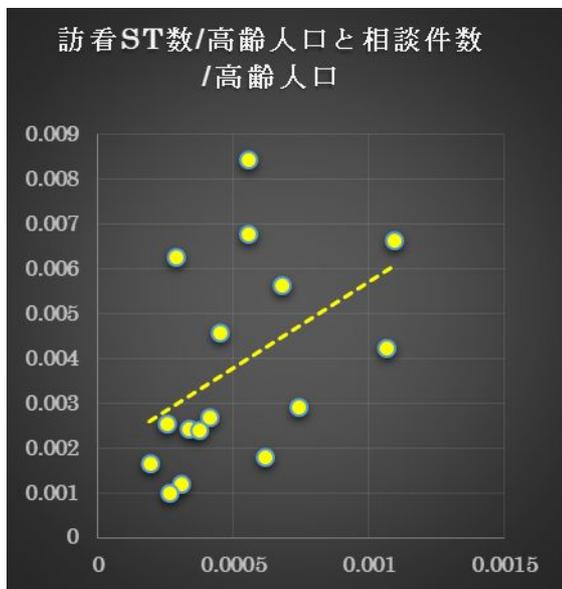


図 3

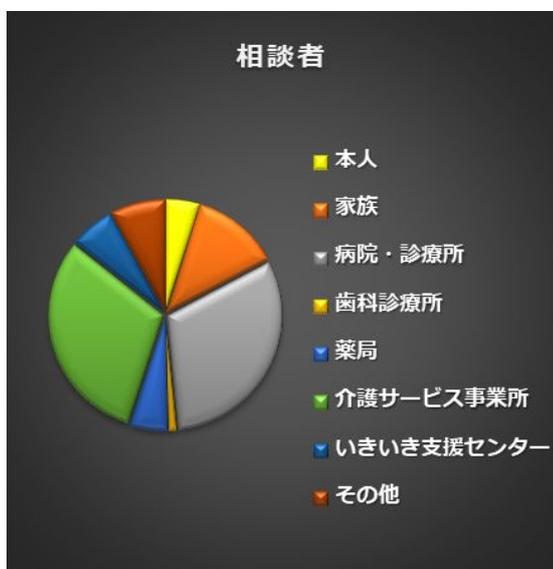
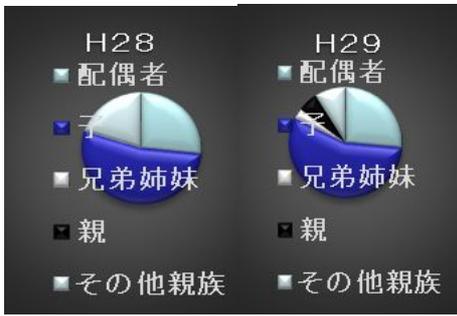


図 4

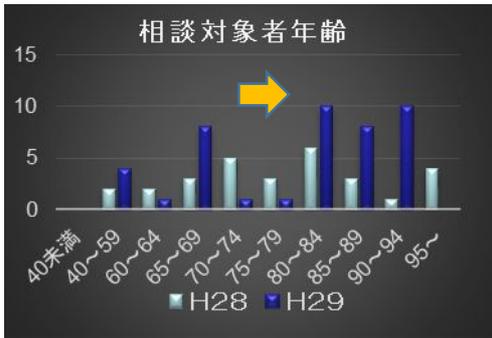


図 5



e) 相談対象年齢は高齢化の傾向が見て取れる  
(図5)

図5. 相談対象者の年齢分布



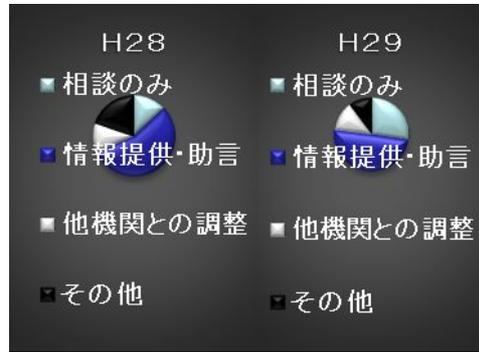
f) 相談内容は初年度のシステムに関する相談質問が顕著に減少し、在宅療養に関する相談件数が増加した。(図6)

図6. 相談内容



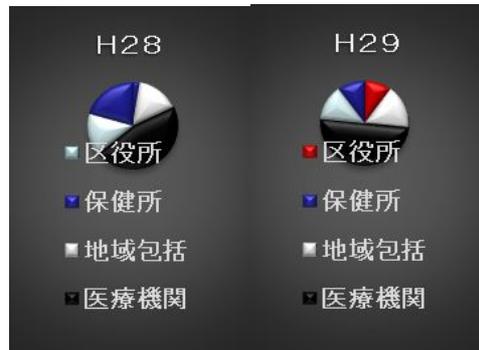
g) 相談への対応は相談のみと助言情報提供が大部分を占め他機関との連携は限定的(図7)

図7. 相談への対応



h) 調整先は平成29年に行政との連携が観察された(図8)

図8. 調整先



以上の結果をまとめると

- 1) 相談件数は概ね横ばい
- 2) 地域差は経年で変化なし
- 3) 病院・診療所の相談が若干減少し家族相談が増加
- 4) 相談対象者の年齢が高齢化
- 5) システムに関する問い合わせが減って在宅療養相談が増加
- 6) 次年度(平成29年度)に行政(区役所)との調整がみられた
- 7) その他として研修会等の問い合わせが増加した

連携あるいは相談部署の担当職種の業務についての現状把握および役割の明確化のための該当職種を対象にしたTimeStudy(H27-H29)

平成27年度：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

したTime Study。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。

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							業務管理	事務作業	その他	合計	割合(%)
	ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ					
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	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	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	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

「(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。

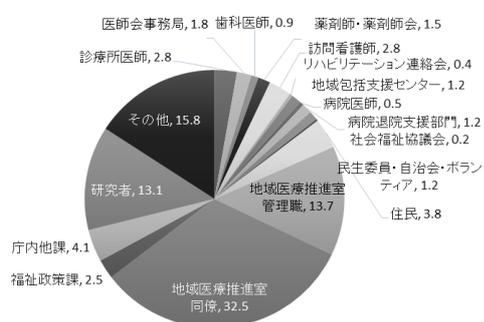
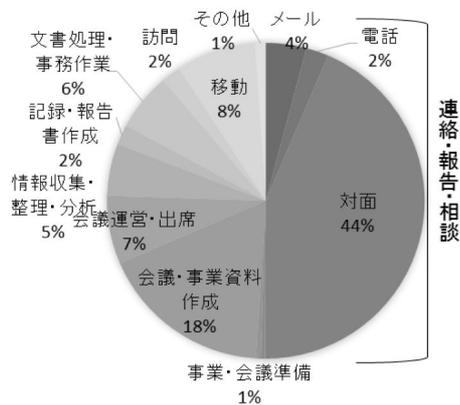


図1 連絡・報告・相談の相手別所要時間の割合(%)



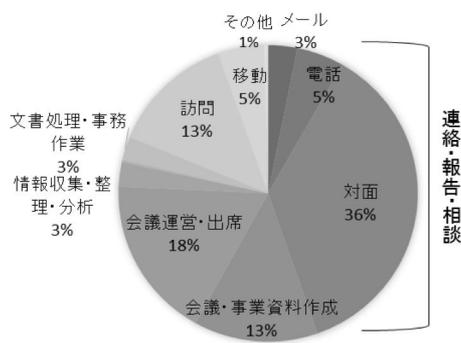
合計時間：43時間9分

図2:S町 業務内容別所要時間の割合

平成28年度：T市、S町のTime Study：5日間の勤務時間数は、T市では、総時間数：56時間55分、実働時間数：52時間3分、1日平均実働時間数：10時間24分36秒、であった。S町では総時間数：48時間17分、実働時間数：43時間9分、1日平均実働時間数：8時間37分48秒であった。観察期間中に時間外（夜間）の会議や事業があったのは、T市は2日、S町は1日であった。

(1) 業務内容別所要時間の割合(図1・2)

業務内容別の所用時間の割合をみると、「連絡・報告・相談」がT市41%、S町60%で最も割合が高く、中でも「対面」での「連絡・報告・相談」が全体の約40%前後を占めた。次に多くを占めたのが「会議運営・出席」「会議・事業資料作成」であった。また、住民への「訪問」とそれに伴う「移動」が含まれた。



合計時間：52時間3分

図1:T市 業務内容別所要時間の割合

平成29年度： 個別/フォーカスグループへの聞き取り調査

在宅医療・介護連携推進事業担当者が果たすべき役割で重要なものとして語られたものは、1)複数の手法により情報を収集して活用する、2)目的と機能を明確にした会議を企画・運営する、3)職種団体の活動を支援する、4)関連する事業や部署を横串で刺す、の4つに大別された。以下、詳細を示す。斜字はインタビュー対象者の実際の語りを、(# )は語った対象者のIDを示す。

1) 複数の手法により情報を収集して活用する

医療・介護サービスが提供される現場に直接は居合わせない行政担当者が地域の実情を把握するために、従事者と直接対面でのヒアリング、既存データの活用、独自のアンケート調査の企画、等の手法を用いていた。

(1) 医療・介護従事者のもとに出向き直接対面で話を聞く

この事業に取り組み始めから一貫して基本的で重要な役割が、医療・介護従事者のもとへ出向き、直接話を聞きに行くことであった。ヒアリングに出向く、会議や事業で対面した時に話をする、など積極的に対面でのコミュニケーションを取りにくい姿勢が事業担当者にも必要とされた。

これによってデータでは得られない様々な情報が入手できると共に、従事者との関係づくりにも寄与していた。

そこで各職種が抱える連携の課題や現場での課題を把握し、従事者が多職種で協議する場の設定につながる。

実態を調査するっていうのは、まずはヒアリングです。データを駆使して実態調査をするのではなくて、個別に話を聞く。そこで出てくるのが、データでは見えない他の職種への要望がいっぱい出る。( #2)

(中略)みんな現場の仕事を今やっているわけじゃないですか。事務はだったら、皆さん忙しいでしょうから、こっちから伺いますよっていうスタンス。皆さんの時間を無駄遣いにしないようなスタンスで、うちから出向く。( #3)

(担当者に求められるのは)機動性、机に座っているだけじゃダメなの。やっぱり基本はヒアリングっていうか、出かけしていく、その機動性。( #2)

電話で聞くこともできる。でも電話で聞いた情報と顔見て聞いた情報と、情報量が全然違うんだよ。だってしゃべるほうも、聞いている人の表情見て、こういうことしゃべればいいだって、プラスアルファの情報をくれる。会った時のプラスアルファは、こんなこともあるのか知らなかった、という視点があって、そこで気づきがあるから。( #2)

どうしても関わるべき専門職が出てくるから、その立場を理解するっていうのがある。( #4)

## (2) 取組みの段階に応じ既存データによって実態を把握する

データによって実態把握を行う場合は、人口動態統計や国勢調査、将来推計人口などの国の統計、庁内他の部署が持つデータなど、まずは既存のものを集め、自治体の将来の姿を把握することから始められる。ただし、庁内や関係機関のどこにどのようなデータがあるか、新任者や取組みを始めた当初に把

握するのは難しい。データ収集に偏り過ぎず、できる所から始め、事業に取り組みながら、データ収集と分析を積み重ね、段階に応じて必要なデータを入力し、実態把握と事業評価を行う。

実態把握は、手に入るデータをまず手に入れて加工する。自分の所が持っていないデータでもそれぞれ人口動態のデータとか保健所が持っていたり、政策部門がその年の人口推定とか、死亡推定とかっていうデータをもっているから、まずそういうものを入手する。そして、今後この市はどうなっていくのか、人口構成や世帯数はどうか。そういうデータ、役所のどこかが持っているデータをかき集めれば、危機感っていうのは共有できると思う。( #2)

役所にあるデータだけでも探し出すのは難しい。新任者は分からないと思う。(中略)データを集めて、整理して、分析して、またそれを専門職団体に提示するのは、相当年月たないと固まっていけない。( #3)

(レセプトデータによるサービス提供量の実態把握が)やっとな3年目にして、やっぱりそれが必要だっていう所が見えてきて。(中略)この事業を始めて3年目だから、すごく財政部局が厳しい。きちんと取組みを評価すること、それも行政の自己評価ではなく、きちんとしたデータを基に、協議会の中でもんだものについて持っていこうということで。( #1)

## (3) 独自の調査実施を企画し実態を把握する

既存のデータが入手困難な場合、または既存にはデータがない場合は、担当者自らが調査を設計し、データを入力していた。その場合、調査対象となる従事者や住民ができるだけ簡便に回答できる形が留意されていた。

サービス提供量に関するデータは医療・介護レセプトデータで把握できるが市町村行政では入手困難な状況にある。また多職種連携の状況や質、住民の生活満足度などを評価するデータについても既存のものはない。これらについて、事業所や従事者向け、住民向けの調査を実施していた。

(市内でどのくらいのサービスが提供されているのか)どこかにデータがあるのかもしれないけど、探すのが面倒だったから、もう実態調査をファックス1枚か2枚で回答できるくらいの中身に絞って、例えば、訪問看護の件数とかを回答してもらって。(中略)今年度の調査は多職種連携に関する満足度という項目を設けて。( #3)

連携が進んだ進んだって感覚的には従事者はみんな言っているんだけど、そういう実態っていうのがデータでないから、今、調査票を作っているところ。( #2)

自宅死亡率が県下一って報道されたけど、率が高ければいいというものじゃない。(中略)良くない例が多いというのをみんな分かっていたから、ただなし崩しに「あの看取りは悪かった」とか「あれは良かった」とか言ってるよりも、1回、数として挙げてみて、亡くなった後にどうしているのか改めて見てみようと思って。地域包括が関わって亡くなった人の記録を集計して、その遺族を全員訪問して看取りの時の状況を聞いてまわった。( #4)

#### (4)従事者の考えに合わせて、共通認識を持ち、地域課題が考えられる形で提示する

収集したデータは、単に提示するのではなく、ヒアリング等で得た地域の従事者の考え方に合わせ、地域で共通認識を持ち、課題や解決策が議論できる形にして提示されていた。

共通認識を持つのに役立つデータを集めて加工して、それをもとに方向性を探っていくっていう意味であれば同じなんだけど、その中身が自治体によって、やり方が違う。( #2)

医師会としての考えが、在支診(在宅療養支援診療所)をとるよりは、先生方が訪問診療行ってる、それを1人の先生が1件でも増やしていけばっていう考え方。そうなると、やっぱり在支診のデータより、みんなが行ける往診や訪問診療の数を出さないと。( #1)

#### 2)目的と機能を明確にした会議を企画・運営する

##### (1)従事者が本音で協議をする場をつくる

在宅医療・介護連携推進事業に特徴的で基本的な会議の持ち方は、現場でケアを提供している従事者たちが課題に感じていることを本音で話し合い、従事者たち自身で解決策を見出していく場を設けることであった。この場の設定し、ここで出てきた解決策を事業化し企画していくことが行政担当者としての役割であった。

従事者が本音で協議し解決策を見出すプロセスによって、事業が行政だけによるものではなく、地域の従事者と一緒にやっていくものになることが、この事業の重要な点であった。

諮問会議のように事前調整を繰り返しシナリオのある会議が比較的多い行政担当者にとっては、本音で協議する会議は新しい形態のもので、前例にとらわれず、企画していく力が求められていた。

本当の意味での協議がしたい、本当の意味での議論の場。役所ってというのは、本当の意味での議論をする会議って少ないんです。本当は、だって資料作ってある時点である程度もう決まっている、役所の会議は。でもそうではなくて、本当に意見が欲しい、意見を出してもらいたいような会議にする( #3)

行政ってそういうの(本音で議論する会議)慣れてないっていうか。医師会の先生方もはじめは慣れてなくて。( #1)

行政がやるべきことは、みんなが集まるテーブルを用意すること。だって私たち現場行かない。だから現場の課題なんかわかるわけない。現場の課題を考えて、解決するのはどうしたらいいかって、みんなで考えるためのテーブルを用意するのが行政の役割だって私は思っている。( #2)

どの部署でも、会議の資料をつくって、役所の担当官が作っているとおり、結局そう決めるんだったら、それをやるのは役所でしょって思うのは当たり前な気がしませんか。でも在宅医療・介護連携を進めるためには、いろんな立場の人たちにも協力してもらわないと進まない。包括ケアはね。そういう意味で、その人たちの、当事者たちの意見をいかに吸い上げて、それを見える形にして、じゃあみんなで何するのがいいかとかわかる形にする場があればいいんだよね。(従事

者たちが) こういうことをやろうって決めて、自分たちも一緒に企画して事業になっていく。そのプロセスが大事。( #2)

## ( 2 ) 各会議の目的と機能を明確にして整理した上で協議体を構成する

自治体によって会議の目的や機能、設置の趣旨は異なる。各会議が地域全体のコンセンサスを得るための場なのか、地域の課題を抽出し解決策を見出す場なのか、情報交換の場なのか、その会議の目的と機能を明確にし、整理した上で、協議体を企画構成することが求められる。

自治体によって協議体の目的が違う。それぞれの自治体でその会議をどうやって使っていくかを、まず、初任者の人は考えるべき。( #3)

何のためにこの会議を設置して、何をやるのか。どんな機能を持たせるのかっていう。それでうちは会議をやってます( #2)

## 3 ) 職種団体の活動を支援する

職種の中には、地域の中で活動したい、世の中から求められているがどう活動してよいのか分からない、職種団体の中がまとまらない、などの課題を抱える場合が多い。職種団体の中で課題に気づき、円滑に解決できるようなきっかけや場づくりを行政担当者が支援し、在宅医療・介護連携への取組みや、職種団体としてのまとまりを促していた。

職種団体から呼ばれて、市の取組みの話をして、認識してもらうことがある。その場合に、その団体向けのことをちょっと入れたりする。例えば、栄養士会に呼ばれたら、多職種が連携して「食べる」を支えることも重要で、「食べる」を支えるのは皆さんですよ、というようなことを含める。そうすると、栄養士会が市の協議会に入りたいと自ら申し出てくれました。( #2)

( ヒアリングの結果を ) 職種団体内部の温度差を解消するた

めに、あえてフィードバックしている所もあります。職種団体の中で在宅推進派と推進派じゃない人があって、結構温度差がある。職種団体の内部で軋轢を生むよりは、行政を活用してくださいと言っています。職種団体の中で共通認識を持ってもらって、自分たちの課題に気づいてもらえるように。( #3)

職種団体としての地域での活動を促したり、関係を調整する上では、各職種団体の関係は良く考慮する必要がある。

団体間の力関係は良くみておかないといけない。その力関係は自治体によって違うから、気遣った方が良い。( #2)

さらに、多職種連携においては、各職種団体にデータを示すことによって、自分たちの職種団体の活動を振り返り、課題と解決策を考えることを支援する場面もあった。

医療介護連携の必要性とか難しさのような焦点でアンケート調査を実施したものを、それぞれの専門職団体に、それぞれの焦点で抜粋して結果をまとめて返しました。例えば、診療所の先生方はこう思っていますよ、( 訪問診療を ) やっていない先生はこう思っています、とかそういうものを提供して、考えてもらえるように使っています。逆に、他の職種団体からこうみられてますよ、っていう所に気づいてもらうためにも使っています。( #1)

## 4 ) 関連する事業や部署を横串で刺す

地域包括ケアシステム構築や地域共生社会の実現を目的とすると、在宅医療・介護連携推進はその一部であり、他の地域支援事業さらには関連するあらゆる部署と連携し、事業を連動させていくことが役割として重要とされた。

互いの会議に出席するなどには行われているが、実際に連動していくのは難しく、物理的に担当課が離れていることも難しさの一つとしてあがった。

今、( 生活支援体制整備事業の ) 第2層( 協議体 ) がぼちぼち

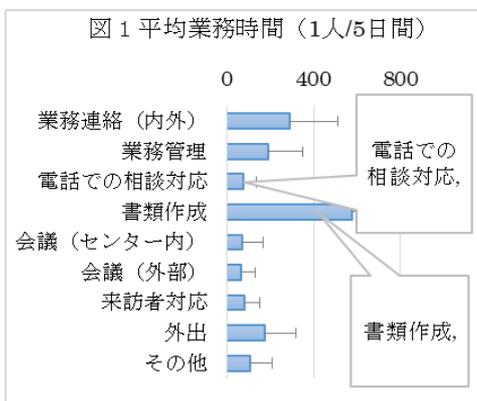
つくられてる。(中略)でもそれ、大きな地域包括ケアシステムの中だから、あの絵(地域包括ケアシステムの植木鉢の図)の一番下の生活支援っていうところにある会議。我々やっているのは、この医療と介護を連携させることだけ。これを一緒に考えないといけない。( # 1 )

庁内の各協議体に私が入っていたりとか、うちの在宅医療連携会議に福祉課の課長が入っていると、お互いの会議に出たりという連携はしているんだけど、やっぱり、具体的な細かい所となると、なかなか組めないね。ましてや、(担当部署が入る庁舎の)場所がまず違う。本庁にないから、ぶらっと行って(相談する)っていうのがなかなかできない、物理的に。( # 2 )

実際の連動は難しい中でも、在宅医療・介護連携推進事業の担当者だからこそ、積極的に他の部署、福祉を担う部署に連動を促していくことが語られた。

福祉の中も(事業の)量が多いから、認知症だったら認知症のことだけ。生活支援なら生活支援だけ。生活支援と介護予防が一緒にやっているっていう感じがする。福祉の方が(医療・介護連携に比べたら)歴史が長いから、縦割りで続けてきた歴史も長い。それに比べると(医療・介護連携は)まだ新参者なので「こっちがやってることは向こうとやたらうまくいくんじゃないの?」って気付く。だからこちらが横串を刺すことを意識しないと。( # 2 )

(自分の市の)福祉部って縦割りが強いんです。でも今の自分たちの所は、わりと横串を刺しやすいって



わりと横串を刺しやすいっていうか、逆にいうと、刺してもらいたい。例えば「こういうのありますよね」みたいな感じで、こちらから福祉部を引き寄せてます。( # 3 )

一方、地域包括支援センター業務と他の地域支援事業も兼務する担当者からは、医療・福祉のネット

ワークを多様に持つことが、住民に一体的なサービスを提供する上で強みであるとされた。

地域包括はそれぞれ色々なネットワークを持っているので、医療だけじゃなくて。やっぱり入院費が払えないとか、そういう時にどこにつなぐとよいかというネットワークも3職種がそろっている強みがある。在宅療養する体制を整えるにも一番早いのかなって思います。( # 4 )

平成28年度：名古屋市各区に設置された16か所の在宅医療・介護連携支援センターに配置された全専属職員の業務分析(自記式のタイムスタディ)：以下の傾向が明らかになった。1)センター間、職員間のばらつきが大きい2)書類作成に費やされる時間が最も多い3)電話による相談対応の時間は総じて少ない(1日平均16分弱)4)関係市区町村との連携業務は際立って少ない5)部署の規模による比較では業務連絡(内外)は少ない人員の部署の方が多い傾向を認めた。一方各センターの業務報告集計(平成28年度上半期)においては、1)高齢人口あたりの訪問看護ST数と相談件数は有意な正の相関を認める(図2)。2)相談方法は電話が過半数を占め、2割超が直接来所(図3)3)相談者は本人・家族以外の医療機関(31%)、介護サービス事業所(31%)が多い(図4)。4)在宅医療・介護支援システムに関する問い合わせが最多(40%)(図5)5)過半数の対応が情報提供と助言(54%)、後は相談のみ、調整の順6)調整先の他機関は医療機関(44%)介護保険事業所(20%)7)医療機関内に設置の場合、他機関との調整が多い(連携の促進)8)地域包括との調整は開設から時間経過で減少傾向(役割分担の促進)という結果が得られた(図6)。

図2 訪看ST数/高齢人口と  
相談件数/高齢人口の関連

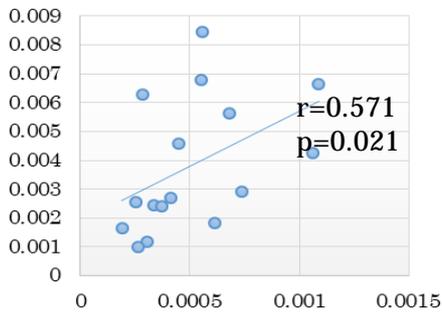


図3 相談方法

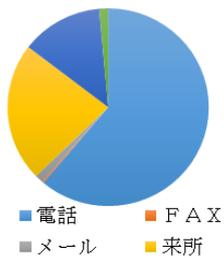


図4 相談者

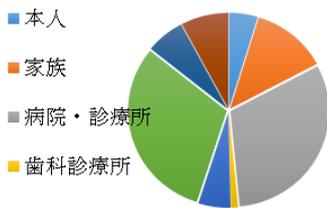


図5 相談内容

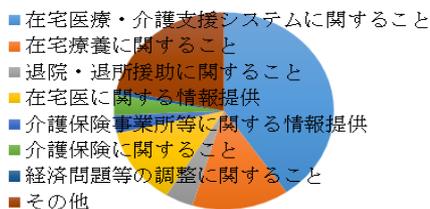
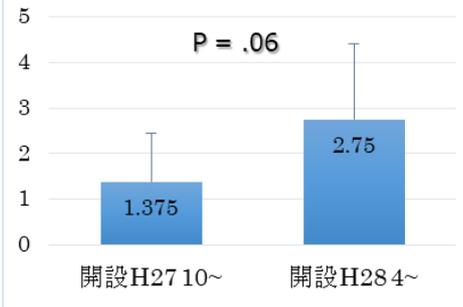


図6 地域包括との調整割合



#### 4. 連携の指標検索のための系統的レビュー(平成29年度)

CQ1: 医療・介護の連携推進の指標はあるか?

15本の報告を検索: 系統的レビュー(1) ケースコントロール研究(1) 症例報告・ケースシリーズ(11) 唯一の系統的レビューにおいて多職種連携における評価尺度(11文献で8の評価尺度)があり、そのうち特定の疾患(認知症や緩和ケアなど)を対象にしたものを除く6文献で5つの尺度が存在する。評価尺度としての信頼性、妥当性は検証されているが特定のアウトカム指標の予測因子としての有効性の検証などは行われてはいない。また多職種連携の定義が統一されていない問題点も指摘されている。

CQ2: 入院診療と在宅診療の連携を測る指標があるか?

58本の報告のうちデータに基づかない意見が大多数(37) 症例報告・ケースシリーズ(15) コホート研究・ケースコントロール研究(6)であった。6本のコホート・ケースコントロール研究も地域連携パスの効果検証(4) 特定職種の連携(看護師、医師)(2)に関する報告であり本CQの問いに答えるものではない。

CQ3: 在宅診療医と訪問看護ステーションと

の連携の指標はあるか？

51本の報告のうち2報はタイトルのみ(報告内容閲覧不可)症例報告・ケースシリーズ(42)データに基づかない意見(5)コホート・ケースコントロール研究(2)であった。2本のコホート・ケースコントロール研究のうち1報は訪問看護師の介入効果に関するもの、もう一方はCQ1のレビューに含まれる連携尺度開発に関する報告であった。

**CQ4： 在宅診療医と介護支援専門員との連携の指標はあるか？**

3本とも症例報告・ケースシリーズで多職種連携における連携の評価尺度に関する報告で

CQ1の系統的レビューに含まれる。

以上のCQに対する検索結果からは連携の指標(評価尺度)の考案と評価尺度としての統計学的妥当性(再現性と因子妥当性)の検証はされているが、医療介護連携におけるアウトカム指標の予測の有効性に関するエビデンスとしての確信性は不明と判断された。(参考：システマティックレビュー構造化抄録参照)

## D. 考察

**全国の自治体の医療介護連携推進事業の担当者を対象にした事業の進捗状況および相談部署の現状に関する調査(H27-H29)**

全国で展開中の在宅医療介護連携推進事業の進捗状況および関連各種組織の連携状況の把握を試みた。調査対象として現在高齢化に直面している郡部および今後高齢化が飛躍的に進行する主に都市およびその周辺部を選定した。全体の回答率は50%近く、特に今後高齢化に伴う諸問題に直面する都市部からの回答は58%と比較的高い回収率が達成されたと考え

る。事業開始時期は過半数が平成27年度を初年とする回答であったが、一部既に事業化を行っているとする回答が得られたのは、事業のための基金の予算化の時期が自治体により異なることを示唆する。

### 【各種団体との連携状況に関して】

事業に関わる各種職能団体および組織との連携状況に関しては、高齢化の現状の異なる地域(都市部と郡部)間での比較を試みた。全体的な傾向としては地域包括支援センターとの連携はおしなべて進んでいる傾向がうかがわれ、「緊密にとれている」と「とれている」を加えると全体の9割以上の事業担当者は連携が十分とれていると考えていることが明らかになった。地域包括支援センターが本事業を遂行する上で中核となる組織であること、運営母体が民間委託以外に各地区の社会福祉協議会や行政機関の直営など公的色彩の強い組織によって運営されていることも連携に対する高い評価の背景にあると考えられる。一方看護団体、保健所との連携は概ね進んでいない傾向がうかがわれ、特に看護団体との連携に関しては回答者の過半数が「あまりとれていない」か「とれていない」とする回答であった。看護団体については、従来より組織化されている看護協会などは病院勤務の看護師を対象にした事業を展開してきた経緯もあり、訪問看護などの当事業により密接に関連した業務への関与の差異が回答結果に表れた可能性も考えられる。一方、行政(事業担当者)と医師会との連携に関しては、都市部での連携はある程度進んでいる傾向が今回の回答結果からうかがわれた。在宅医療の推進は本事業の遂行にとって大変重要な要素であり、行政と医師会が緊密に連携することは必須である。今後、各地医師会内に立ち上がりつつある在宅医療介護支援センターが行政といかに有効な連携関係が構築できるかが各地域における事業推進の鍵になると考えられる。

### 【事業の各項目の進捗率に関して】

地域の医療介護資源の把握に関しては地域を問わず比較的高い進捗率が観察されたが他の項目に関しては大きな地域差は認めなかった。特にウ)切れ目のない連携体制の構築、オ)医療・介護に関する相談支援、ク)関係市区町村の連携については「未着手」とする回答が目立った。以上の結果はほとんどの地域において本事業が、現状を把握し、連携の仕組みを構築する準備段階であることを示唆する。一方、都市部においてカ)関係者の研修が進んでいること背景には、事業者が多く、研修を主導する人的資源を当該地域から調達することが比較的容易であることなどが考えられる。分担研究においても明らかにされたように、事業推進における課題には地域性を反映した要因が存在することが示唆された。すなわち、都市部においては関係する各職種の連携を行政が主体となって推進することであり、郡部においては限られた資源を有効に活用するための施策を講じることである。また行政においてはTime Studyの結果が示唆するように、組織内職員同士の報告・連絡・相談にとどまらず、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することが在宅医療・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。

### 【連携状況と事業の進捗率との関連性に関して】

本調査の回答に関する限りは在宅医療、介護保険に関わる各職種団体においては、連携と事業の進捗には高い関連性が認められた一方、比較的進んでいる地域包括支援センターと行政との連携が必ずしも事業の進捗につながっていないことを示唆する今回の結果は注目に値する。背景として考えられる要因としてはセンターにおけるスタッフ構成や与えられた役割が本事業の遂行に求められる機能を必ずしも充足するものではない事も類推される。特に組織間の調整機能をセンターに賦与するためには相応のスタ

ッフ配置が必要と考えられ、センターが本事業の中核を担う組織のひとつであることを考えると、今後の課題として認識される。地域別に関連性を比較したところ、郡部においては医療、看護、介護、互助団体との連携と事業推進には密接な関連性が認められたのに対して、都市部においてはこれらの団体との連携の構築が必ずしも事業の推進につながっていない可能性が示唆された。推察される要因として、都市部においては利用者およびサービス提供者の活動範囲が不特定であり、行政と関連団体との連携や情報共有が直接的な活動に必ずしも結びつかないことなどが考えられる。今回観察された差異の背景にある地域要因を明らかにすることは、今後のさらなる検討における重要な課題であると考えられる。

### 【相談業務の全国調査について 平成28年～29年度】

全国自治体の調査においては相談業務の部署は都市部では医師会と地域包括支援センターがほぼ同数ののに対して郡部では全体のほぼ半数が地域包括支援センターに設置されていることが分かった。相談業務の内容は多岐にわたり、相談内容も地域の事情を如実に反映していることが今回の名古屋市の業務分析と全国の調査結果の相違から明らかになった。地域包括ケアシステムを各地域で定着させるためには医療の連携、利用者を中心とした一体的運用は各職種の行動における規範となる。各自治体の基礎指標（高齢化率、独居率等）、医療・介護資源の需給状況やアウトカム指標の類型化により、各自治体の事業推進における指針を明確にしていく必要がある。

相談部署の設置は概ね進んではいるが相談内容には地域による差異があり、ニーズに対応した連携職種の配置が望まれる。都市部における相談内容にかかりつけ医紹介が多いことは、在宅医療を担う医師需要の増加と現状における都市部でのかかりつけ医機能について今一度考える余地を示唆

する。今回の全国自治体の事業担当者を対象にした調査において、あらためて地域による医療・介護資源、行政と職能団体の関係性など地域個別の要因が事業推進に大きく影響を与えている可能性を確認する結果となった。相談業務においては、地域包括支援センターの相談窓口業務との差別化が郡部において課題として残ること、相談部門に関連職種や事業所間をつなぐ横断的な役割を担う機能を賦与する必要性が示唆された。都市部における相談内容にかかりつけ医紹介が多いことは、今後高齢者が急激に増加する都市部におけるかかりつけ医のあるべき姿に関する議論に一石を投じる結果となった。

### 地域ごとの医療介護連携推進に関する課題抽出のための調査（H27-H29）

#### ）中山間地（東三河地域）における事業推進の課題

愛知県内でもっとも医療資源の少ない、東三河北部医療圏の医療・介護資源の把握し、住民が在宅医療を選択できる状況であるかを検討した。新城市は診療所医師の高齢化もあり、訪問看護ステーションが在宅医療の下支えをしている状況であった。この一方で、市民病院の地域支援が充実しておらず、新城市の住民が、豊川市民病院、豊橋市民病院など、新城市以外の受診も多い状況であった。東栄町においては病院による訪問診療、訪問看護（みなし）と1カ所の訪問看護ステーションにより在宅医療の対応がされ、現時点では不足は認められないが、設楽町、豊根村の在宅医療資源は乏しく、設楽町と豊根村の在宅医療資源をどう確保するかは重要な課題であった。そのような状況下、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。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、公設の訪問看護ステーションは市の中心街（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、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。

平成 28 年度に実施した新城市の訪問看護ステーションの Time Study では、移動時間を含め 1 件の訪問あたり平均 1 時間半程度要しており、非効率な訪問にならざるを得ない状況であり、公的機関でもあり、行政の支援によるより効率化を図る取り組みが必要と考えられた。そこで同地域への連携を促進する介入方策として、北設楽郡と新城市民病院における多職種研修会を行った。両研修会とも首長出席の下、市町村と医師会長がタッグを組む形での多職種研修会を開催した。今後研修会を継続し、連携の深化を図ることが必要と考えられた。平成 29 年度は愛知県内でもっとも医療資源の少ない、東三河北部医療圏北設楽郡の医療・介護資源の把握し、住民が在宅医療を選択できる状況であるかを検討した。北設楽郡全体で見ると病院 266 人(53%)、自宅 53 人(10%)、施設 71 人(14%)、診療所 1 人(0.002%)、その他 9 人

(2%)と全国の在宅死亡率(12%前後)と比べ、同程度の死亡率を示しており、地元住民が在宅医療を希望すれば可能な状況であることが推測された。病院、在宅とも死因は老衰と悪性腫瘍が多く、今後も疾患末期にADLが低下するなど、通院困難となる患者が多いことが予想されることから、在宅医療提供体制の維持が必要である。今回の行政に向けての調査では2町1村のうち、1町1村の在宅医療。介護連携推進事業がなかなか進められていないことが明らかとなった。特に豊根村の自力での体制整備は困難のため、郡全体での強調した動きが求められる。在宅医療に大きな貢献をしてきた東栄病院が、将来診療所に転換する計画となっており、県、厚生局、さらには同郡の南部に位置する新城市のさらなる支援体制が求められる。

### ）都市部（東京都三鷹市）における事業推進の課題

本研究では、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、他地域とは異なる課題も見いだされた。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いえない。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ヵ所で在宅医療・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、セキュリティの問題、運用数が増加するか(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。

平成29年度実施の東京都53区市町村に対する調査の結果、(ア)~(ク)の取り組み状況に差があることを確認することができた。情報共有ツールの作成、在宅医療・介護連携相談窓口の設置ならびに相談窓口での情報の関係機関での共有や対応方針の検討(ここには情報共有ツールも必要と思われる)地域住民向けの在宅医療・介護サービスに関する啓発活動は取り組み率が低く、地域の医療機関、介護事業者等を把握するための検討、隣接区市町村との情報交換については取り組み率が高かった。ちなみに昨年度との比較では(ア)100% 100%、(イ)88% 88%、(ウ)62% 76%、(エ)60% 60%、(オ)60% 66%、(カ)79% 87%、(キ)64% 76%、(ク)59% 100%となっていた。したがって、注目される窓口設置率は60% 66%という推移をとっている。平成30年度には100%になることが求められるため、各区市町村は迅速に進めてはまずである。ちなみに三鷹市では平成28年度の段階で未設置であり、これについては三鷹医師会在宅医療委員会と在宅医療・介護連携推進協議会で協議を続け、平成29年4月に職員設置、10月に窓

口開設の予定となっている。隣接する武蔵野市ではすでに平成 27 年から窓口が設置され積極的に活動している。同窓口に来る相談の 7 割はケアマネジャーからであり、医療との連携の必要性の高さが伺われる。その意味で窓口が武蔵野市医師会にあるのは理にかなっている。東京都全体でも相談窓口の 2/3 は地区医師会もしくは病院（委託）となっているので機能的ではないかと考えられる。武蔵野市相談窓口職員が特に力を入れているのは、さまざまな医療機関、歯科医師会、薬剤師会との顔の見える連携であり、相談員が直接関係各所に出向いて連携先のリスト、データベースを充実したものにするよう積極的に奔走している。このような業務のやり方は他の市も大いに参考にすべきと考える。

平成 29 年度には、後方支援病床利用事業の運用が開始され、在宅医療医の主体で入院病床が確保できる体制が構築されたことは特筆点である。後方支援病床は病状悪化（緊急時は除く）だけでなく、レスパイト、看取りも適応となる点で、在宅医を支援する事業として有用と考える。さらに、未開始ながら、オンコールの当番性宅直システムは、これもアンケート結果から有用なシステムになることが予想される。

ICT による情報連携に関しては、ようやく Medical care station（MCS）の運用が開始され、登録者は 200 名近くにまで上っている。一部の医師は heavy user になっており、このシステムが広がることが予想されるが先述したセキュリティーの問題は今後検証が必要である。この 3 年間で総括すると、本研究事業が開始された平成 27 年時には、達成項目（ア～ク）について何も存在しなかった三鷹市において平成 29 年度には、かなりの成果が得られつつある。成果報告を求める形で国が事業展開を推進することで、このような成果が得られたのではないかと考える。

### ）名古屋市都心部における事業推進の課題

平成 27 年度は医療・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が抽出された 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がこの点は事業担当職員を対象にした全国調査において郡部では職種間連携が事業推進につながりやすいという調査結果を支持するのではと考えられる。相談業務という視点からは名古屋市の場合は連携支援拠点が医療機関内に設置された場合の方が、他の機関との調整が多く、相談部署の役割の地域包括支援センターとの役割の差別化が図られていることも設置時期による比較から伺われた。部署設置初年度はシステムに関する質問や研修会の開催案内についての医療機関や事業所からの問い合わせが多かったが次年度は個別のケースの在宅療養に関する個人からの問い合わせが増加して印象があり、地域包括支援センターの相談業務との棲み分け（役割分担）が不明確になることが懸念される。

### 連携あるいは相談部署の担当職種の業務についての現状把握および役割の明確化のための該当職種を対象にしたTimeStudy（H27-H29）

在宅医療・介護連携推進事業担当者の業務内容を Time Study 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。今回の Time Study 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 Time Study により、さらに結果の妥当性を高める必要がある。

平成 28 年度は在宅医療・介護連携推進事業担当で他事業と兼務している比較的小規模自治体の担当者の業務内容を Time Study により把握し、分析した。その結果、他の地域支援事業と在宅医療・介護連携推進事業では、業務内容と連携する相手に特徴がみ

られ、在宅医療・介護連携推進事業担当者に特有の役割が明らかになった。在宅医療・介護連携推進事業では「会議運営・出席」以上に、事前の連絡調整、資料作成・確認が多くを占めていた。この結果は、平成 27 年度に千葉県柏市で調査した結果と同様の傾向であった。事前の関係団体との相談、連絡・調整、会議や事業の資料作成と確認などの事務局機能は、人口規模によらず在宅医療・介護連携推進事業担当者に共通する役割であると考えられる。この事務局機能を果たすことによって、地域の関係職種団体間の意向をすり合わせ、地域で同じ方向性を持って円滑に事業や会議が実施できる。地域の多職種、多機関の連携コーディネートを担う役割の特徴であるといえる。在宅医療・介護連携推進事業における「報告・連絡・相談」の相手には、医師や医師会、病院関係者に代表される医療系職種団体とのやり取りがやや多めに、介護系職種団体と双方が含まれることが特徴であった。千葉県柏市（図 14）と T 市では、1 市に 1 医師会で、医師会内で在宅医療担当が決められており、比較的連携しやすいと考えられる。一方、S 町は、郡医師会で広域であり、町内の医療資源も限られる。そのため町内の病院や、連携を深めてきた歴史のある消防署（救急隊）との調整が特徴であった。このように、地域の医療資源の状況によって異なるものの、地域の医療をまとめる存在である機関や団体（多くの場合は医師会）との連絡・調整は、当該事業担当者にとって中心的な役割といえる。他の地域支援事業と兼務する担当者は、多様な介護サービス提供事業所や、「住民」や「民生委員」、「社会福祉協議会」などの住民に身近な機関、さらには住民の生活に関わる地域のあらゆる事業所とやり取りがあった。在宅医療・介護連携推進事業担当者は、これらの介護、生活支援に関わる団体と医療をつなぎ、地域包括ケアシステムを構築する上で要となる役割が期待される。一方、千葉県柏市に代表されるように大規模な自治体では、各事業は各課で

分担されているため、庁内での連携体制を整えることがより一層重要になると考えられる。平成 28 年度の Time Study も 2 地域それぞれ 1 担当者、延べ 10 日間の観察による結果のため、平成 27 年度と同様、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。分析結果の代表性については、観察対象者から概ね合意を得ているが、調査実施が年度末であったため、次年度に向けての予算と事業計画に関わる業務が比較的多く含まれていることは否めない。対象地域を増やす、観察時期を考慮するなど、結果の妥当性を高める必要がある。平成 29 年度は在宅医療・介護連携推進事業の行政担当者が果たす役割について、3 地域での Time Study の結果を参考にインタビューを行った結果、1) 複数の手法により情報を収集して活用する、2) 目的と機能を明確にした会議を企画・運営する、3) 職種団体の活動を支援する、4) 関連する事業や部署を横串で刺す、に重要な役割が大別された。中には、在宅医療・介護連携推進事業の担当者に特有な役割や求められる姿勢も指摘されていた。これらをさらに整理し洗練させて、数量的に把握した担当者の業務内容と合わせて繰り返し考察することで、当該事業担当者が業務を遂行し、その役割が継続性を持つために重要な資料となると考えられる。Time Study の結果では、職種団体の代表者としての従事者との報告・連絡・相談、中でも対面でのやり取りが業務の一定時間を占め、事業実施や会議の前の調整が行われていた。インタビューにおいても、医療・介護従事者の場に出向き直接話を聞くことが重要であること、そして従事者が本音で課題と解決策を議論し事業が企画されていく過程が重要であることが指摘されていた。この役割は、在宅医療・介護連携推進事業を実施する上で、業務としても時間をかけるべき重要なものと考えられる。職種団体として多職種連携の課題を解決していくような場をつくり、横のつながりを支援すると同時に、

各職種団体としての凝集性や縦のつながりを支援することも役割として指摘されていた。一部の従事者の努力によって地域の在宅医療・介護が担われるのではなく、各専門職団体が地域の中で専門性を発揮し、連携体制を構築していくために、行政担当者として重要な役割と考えられる。Time Study では、他事業を担当する他課とのやり取りや資料提供・会議出席にも一定の時間が費やされていた。また、他の地域支援事業と兼務する場合は、専門職ネットワークと生活支援・住民ネットワークをリンクさせ事業を進められることが特徴であった。これらの地域包括ケアシステム構築に関わる他課との連携について、インタビュー調査においても重要な役割と指摘されていた。さらに、この事業や担当部署のいわゆる「縦割り」に横串に刺していく必要性は、在宅医療・介護連携推進事業の担当者だからこそ認識できるものであった。当該事業担当経験者には地域包括ケアシステム構築に向けて積極的に果たす役割として今後さらに期待される。今回は 5 地域の行政担当者へのフォーカスグループインタビュー、およびインタビューによる結果であり、より汎用性を高め、洗練させるためには、他地域の市町村行政担当者からの意見聴取、都道府県行政や在宅医療・介護連携コーディネーターなど他立場でこの事業に関わる者からの意見聴取、医療・介護従事者からの意見聴取も行っていく必要がある。さらにデルファイ法などによってさらに項目を洗練させ、結果の妥当性を高める必要がある。

名古屋市においては医師会に業務委託で設置された在宅医療介護支援センターの担当職員を対象に Time Study 及び業務集計の解析を行った。Time Study の結果から部署における相談業務は書類作成などと比較して業務全体からみて決して大きな比重を占めているものではないことが把握された。相談者および相談内容から類推する限り、医療機関や介護サービス事業所からの問い合わせ大半を占めており、相

談内容も名古屋市が運用している在宅医療介護支援システムに関する問い合わせが中心であることが明らかとなった。名古屋市においては在宅医療をうける患者およびその家族との契約の基にコンタクトセンター（外注）による時間外の相談を受け付けており、診療所や介護サービス事業所がそのシステムに関する問い合わせに相談窓口を利用したケースがその大半を占めると考えられたが、本調査では個々の相談の具体的な内容について掘り下げた調査はできなかった。解説時期の早い部署に関しては地域包括支援センターとの連携が少ない傾向から、相談業務の役割分担（当該部署ではシステムに関する問い合わせと他機関の紹介、地域包括支援センターは患者や家族の個別ケースへの対応）が進んでいることが推察される。訪問看護ステーションの設置と相談件数の関連は担当区域の地域性を示唆し、今後各地域における医療介護連携のニーズがどのように異なるのかさらなる検討が必要であると考えられる。全国の自治体を対象とした相談業務に関する調査においても都市部では部署が医師会主導で設置され、かかりつけ医紹介などの問い合わせが多いのに対して、郡部では地域包括支援センターに業務を委託し、事業推進に関する問い合わせが多いことから、郡部における事業推進のための人的支援の不足を示唆する結果となった。

#### 連携の指標検索のための系統的レビュー（平成29年度）

連携に関する系統的レビューにおいては多職種連携における信頼性や妥当性（評価者間の一致率や因子分析の結果）の検証された指標は抽出されたが、アウトカム指標（未設定）の予測因子としての妥当性を検証した報告は一部の限定的な臨床指標をのぞけば皆無であった。そもそも多職種連携の定義が統一されておらず概念的な相違が報告間で予想される。各自治体の基礎指標（高齢化率、

独居率等）、医療・介護資源の需給状況等から地域要因を考慮した医療介護連携により期待されるアウトカムを明確にし、その予測因子としての指標設定を行うことが今後の課題となる。

## E．結論

本研究で実施した全国自治体の事業担当者を対象にした調査では、あらためて地域による医療・介護資源、行政と職能団体の関係性など地域個別の要因が事業推進に大きく影響を与えている可能性を確認する結果となった。相談業務においては、地域包括支援センターの相談窓口業務との差別化が郡部において課題として残ること、各地域のTime Studyの結果からは相談部門に関連職種や事業所間をつなぐ横断的な役割を担う機能を賦与する必要性が示唆された。また都市部における相談内容にかかりつけ医紹介が多いことや診療所医師の意識調査の結果から、今後高齢者が急激に増加する都市部におけるかかりつけ医のあるべき姿に関する議論に一石を投じる結果となった。多職種連携に関する指標において妥当性の検証が行われた報告はあるが、医療介護連携によって期待されるアウトカム指標を予測しうるかは未知数である。今後の研究により、当該事業の目的である医療介護の連携推進のためのベンチマークデータとして地域要因の類型化とそれに基づく連携推進のためのプロセス及びアウトカム指標の確立へと発展することが期待される。

## F．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 , 2

- 2) 鈴木裕介 地域包括ケアシステム構築における地域ケア会議の位置づけ 地域包括ケアシステムの成功の鍵 公益財団法人 日本都市センター-27-49, 2015
- 3) 鈴木裕介 在宅医療からみた病診連携 Geriatric Medicine 53(2) 1341-1344, 2015
- 4) 鈴木裕介 在宅医療 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 日本老年医学会編 152-155, 2015
- 5) 鈴木裕介 在宅医療における医療連携、多職種連携 Aging & Health 76 17-19, 2016
- 6) Sakakibara M, Suzuki Y, Kamei H, Nabeshima T Expertise of pharmacists expected in the framework of long-term care Insurance. Geriatr Gerontol Int. 15(6):814-5, 2015
- 7) 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. Geriatr Gerontol Int. 16(6):709-715, 2016.
- 8) Miura H, Kizawa Y, Bito S, Onozawa S, Shimizu T, Higuchi N, Takanashi S, Kubokawa N, Nishikawa M, Harada A, Toba K. Benefits of the Japanese Version of the Advance Care Planning Facilitators Education Program. Geriatr Gerontol Int. 17(2):350-352, 2017
- 9) Senda K, Nishikawa M, Goto Y and Miura H. Asian collaboration to establish a provisional system to provide high-quality end-of-life care by promoting advance care planning for the elderly. Geriatr Gerontol Int. 17(4):672-673 2017
- 10) Senda K, Satake S, Nishikawa M, Miura H. Letter to the Editor: Promotion of a proposal to incorporate advance care planning conversations into frailty prevention programs for frail older people. J Frailty & Aging 6(2):113-114, 2017
- 11) 三浦久幸 老年科医から見た高齢者医療における在宅医療の意義：シンポジウム「Assisted PDの科学と実践」 腹膜透析 2016 81: 44-46, 2016.
- 12) 三浦久幸 III 高齢者医療と在宅医療」特集 高齢者の腹膜透析 臨床透析 32(10): 1245-1250, 2016.
- 13) 三浦久幸 「救急隊の心肺蘇生中止を考える」 医療と介護 Next 2(5): 44-45, 2016.
- 14) 三浦久幸 「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」Clinic Bamboo 429:30-31, 2016.
- 15) 後藤友子、三浦久幸 「多職種連携にICTは必要？リアルタイムで共有したい重要な情報とは」：『地域包括ケアシステム成功の秘訣&失敗の理由』 地域連携入退院支援, 9(5):96-102, 2016
- 16) 西川満則、三浦久幸 「7アドバンス・ケア・プランニングの取り組み - 病院の側から - 」特集 終末期の意思決定 - アドバンス・ケア・プランニングの実践をめざして Modern Physician 36(8):845-848, 2016.
- 17) Kumiko Nagai, Hitomi Koshiba, Masamichi Tanaka, Toshifumi Matsui, Koichi Kozaki: Unsteady gait is a determinant for progression in frailty among the elderly. Geriatr Gerontol Int 16(5): 655-657, 2016.
- 18) 神崎恒一, 望月諭: 認知症・これからの在宅医療 - 指針と実務. 監修 大島伸一, 編集代表 鳥羽研二. 東京, グリーン・プレス, 2016. 80-84.
- 19) 田中政道、永井久美子、小柴ひとみ、松井敏史、神崎恒一: 杏林大学病院高齢診療科、もの忘れセンターに通院中の患者におけるサルコペニアの実態調査ならびに転倒との関連についての検討. 日本老年医学会雑誌 54(1): 63-74, 2017.
- 20) Ohno T, Heshiki Y, Kogure M, Sumi Y, Miura H. Comparison of oral assessment results between non-oral and oral Feeding: A preliminary study. Journal of Gerontological Nursing. 43(4): 23-28, 2017.
- 21) 渡辺恭子、三浦久幸 家族の視点による音楽療法の効用に関する質的研究 日本芸術療法学会誌 48: 70-79, 2017.
- 22) 三浦久幸 地域包括ケアにおける多職種連携の実際と課題 Medical View Point (MVP) 38(12):2, 2017.
- 23) 三浦久幸、川嶋修司 地域包括ケアと糖尿病性腎症 今後の展望 糖尿病マスター 15(12): 1030-1033, 2017.
- 24) 西川満則、三浦久幸. 非がん、高齢者疾患のエンド・オブ・ライフケアにおける意思決定支援 地域におけるアドバンス・ケア・プランニングの進め方 ファルマシア 53(12): 1177-1181, 2017.
- 25) 三浦久幸 アドバンス・ケア・プランニングを考える みるみる 1:14-16, 2018.
- 26) 神崎恒一: 専門職の養成強化 日本老年医学会専門医. 実地診療のための最新認知症学 76: 334-338, 2018.
- 27) 鈴木裕介 廣瀬貴久 辻典子 中嶋宏貴 葛谷雅文 医療・介護連携推進事業の進捗状況についての全国調査 日本在宅医学会雑誌 (印刷中)
2. 学会発表
- 1) 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
- 2) 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
- 3 ) 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
  - 4 ) 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
  - 5 ) 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
  - 6 ) 佐竹昭介、千田一嘉、洪英在、三浦久幸、遠藤英俊、近藤和泉 . 基本チェックリ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
  - 7 ) 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
  - 8 ) 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 .
  - 9 ) 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 .
  - 10 ) 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 .
  - 11 ) 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 .
  - 12 ) 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 .
  - 13 ) 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 .
  - 14 ) 吉江悟、稲荷田修一、飯島勝矢、辻哲夫 . (2015.11.4-6) . ヘルスサーブ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.
  - 15 ) 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)
  - 16 ) 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)
  - 17 ) 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)
  - 18 ) 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)
  - 19 ) 千田一嘉、佐竹昭介、西川満則、徳田治彦、三浦久幸、遠藤英俊 . 高齢閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者のCPAP外来における基本チェックリストを用いたフレイル評価に基づく包括ケアによるアドヒランス向上 第58回日本老年医学会学術集会 H28年6月8日日金沢
  - 20 ) 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 . 高齢COPD患者の呼吸リハビリテーション外来における基本チェックリストによるフレイルを活用した包括ケア 第58回日本老年医学会学術集会 H28年6月9日日金沢
  - 21 ) 千田一嘉、西川満則、三浦久幸 . 地域包括ケアシステム構築におけるアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の啓発・普及を基礎とする患者支店立脚型人生最終段階のケア提供体制の拡充 第58回日本老年医学会学術集会 H28年6月9日日金沢
  - 22 ) 小原淳子、田中由利子、三浦久幸、富田雄一郎、膽畑敦子、銘苅尚子、和田忠志、原田敦 . 病院から地域へのシームレスな移行モデルの構築 第27回日本老年医学東海地方会 平成28年9月17日 名古屋
  - 23 ) 長屋央子、元木薫、大島浩子、三浦久幸 . 在宅医療支援病棟における看護サマリーと介護・医療処置の指導に関する病棟看護師と訪問看護師の認識の相違 第36回日本看護科学学会学術集会 H28年12月11日 東京
  - 24 ) 小島太郎、松井敏史、神崎恒一、富田尚希、荒井啓行、竹屋泰、樂木宏実、鈴木裕介、葛谷雅文、秋下雅弘 : 高齢入院患者における薬物有害作用の危険因子の包括的検討 (第2報) . 第58回日本老年医学会学術集会, 金沢, 2016年6月9日 .

- 25) 松本佳子, 吉江悟, 稲荷田修一, 山中崇, 飯島勝矢, 辻哲夫 (2016. 10.27). 在宅医療・介護連携推進担当者の医療・介護職との関係構築 タイムスタディによる検討 . 第75回日本公衆衛生学会総会, 大阪. (ポスター賞受賞)
- 26) 松本佳子, 吉江悟, 稲荷田修一, 山中崇, 飯島勝矢, 辻哲夫. (2016.6.4). 在宅医療・介護連携推進事業担当者の業務内容・役割 タイムスタディによる検討. 第27回日本在宅医療学会学術集会, 横浜.
- 27) 広瀬 貴久, 辻 典子, 鈴木 裕介, 葛谷 雅文 診療所に所属する介護支援専門員(CM)の作成するケアプランの特徴と課題 第58回日本老年医学会学術集会 2016年6月8日金沢
- 28) 武藤 恵美子, 鈴木 裕介, 辻 典子, 広瀬 貴久, 葛谷 雅文 癌終末期を自宅で過ごすために必要な要件 排泄自立の重要性 第58回日本老年医学会学術集会 2016年6月8日 金沢
- 29) 鈴木 裕介, 辻 典子, 広瀬 貴久, 服部 孝二, 葛谷 雅文 在宅医療介護連携推進事業の進捗状況と地域要因に関する調査報告 第58回日本老年医学会学術集会 2016年6月9日 金沢
- 30) 辻 典子, 鈴木 裕介, 広瀬 貴久, 中嶋 宏貴, 葛谷 雅文 運営母体による訪問看護ステーションの業務実態に関する調査 第58回日本老年医学会学術集会 2016年6月9日 金沢
- 31) 鈴木 裕介 地域で診る認知症 診療 第58回日本老年医学会学術集会 2016年6月9日 金沢
- 32) 辻 典子, 廣瀬 貴久, 鈴木 裕介, 中嶋 宏貴, 葛谷 雅文 Increase of medical social workers (MSWs) employed at support clinics of home health care SWSD 29 Jun Seoul South Korea 2016
- 33) 千田一嘉, 西川満則, 和田忠志, 三浦久幸 アドバンス・ケア・プランニング)に基づく患者視点立脚型の人生最終段階(EOL)における在宅医療 第114回日本内科学会講演会H29年4月14日 東京
- 34) 千田一嘉, 西川満則, 三浦久幸 患者視点立脚型地域包括ケアシステム構築懇話会におけるアドバンス・ケア・プランニング(ACP)を多職種で共有するためのICTツールの開発 第59回日本老年医学会学術集会 H29年6月15日 名古屋
- 35) Goto Y, Miura H, Wada T. Protocol for implementing shared decision making-Q in Japan . 9th International Shared Decision Making Conference, Lyon, France, 2017.
- 36) Goto Y, Senda K, Nishikawa M, Miura H. Examination of problems in insufficient education of skills in shared decision-making for treatment options in Japan . The 2017 ACPEL Conference, 2017.9.6-9 . Banff, Canada .
- 37) Mikoshiba N, Okada H, Kizawa Y, Tanimoto M, Izumi S, Nishikawa M, Miura H. Characteristics of Advance Care Planning Conversation with Trained Facilitators in Japan. The 2017 ACPEL Conference, 2017.9.6-9 . Banff, Canada .
- 38) Tanimoto M, Nishikawa M, Miura H, Experiences of Advance Care Planning Facilitators at community Home Healthcare Clinics Participated in Japan. The 2017 ACPEL Conference, 2017.9.6-9 . Banff, Canada .
- 39) Nishikawa M, Senda K, Miura H, Nagae H, Osada Y, Oya S, Kato T, Watanabe T, Matsuoka S, Otsuka Y, Yamaguchi M, Watanabe K, Kito K, Ooi H, Suzuki N. Promotion of Advance Care Planning using Regional Medical Alliance's Training Package in Japan. The 2017 ACPEL Conference, 2017.9.6-9 . Banff, Canada .
- 40) Senda K, Nishikawa M, Miura H. Facilitation of Advance Care Planning in Japanese local community: Activities in the Respecting View of the Patient, Integrated Community Care System Planning Association/Assembly. 2017.9.6-9 . Banff, Canada .
- 41) 松本佳子, 吉江悟, 山中崇, 飯島勝矢, 辻哲夫 (2017. 11.1). 在宅医療・介護連携推進担当者の地域支援事業の一体的推進 タイムスタディによる検討 . 第76回日本公衆衛生学会総会, 鹿児島 .
- 42) 中嶋宏貴 鈴木裕介 梅垣宏行 葛谷雅文 大学病院におけるかかりつけ医紹介窓口: 活動報告 第59回日本老年医学会学術集会 2017年6月18日 名古屋
- 43) 鈴木裕介 辻典子 葛谷雅文 都市部における相談業務の実態調査 -名古屋市在宅医療介護支援センターの業務分析をもとに- 第28回日本在宅医療学会学術集会 2017年9月18日 東京
- 44) 鈴木裕介 辻典子 葛谷雅文 全国自治体の医療介護連携推進事業担当者を対象にした調査 -相談業務の実態把握- 第28回日本在宅医療学会 2017年9月18日 東京

## G . 知的所有権の取得状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし