

**厚生労働科学研究費補助金
長寿科学政策研究事業**

**地域要因に基づいた在宅医療・介護連携推進に
関する研究**

**汎用性の高い在宅医療・介護連携推進・
ガイドラインの作成**

平成29年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 葛谷雅文

平成30(2018)年3月

目 次

・ 総括研究報告

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

葛谷 雅文・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

・ 分担研究報告

1. 三鷹市における在宅医療推進の促進・阻害要因に関する研究

神崎 恒一・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

2. 愛知県の都市以外の地域（郡部）における在宅医療・介護連携推進事業

三浦 久幸・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10

3. 市町村在宅医療・介護連携推進事業担当者の業務内容・役割に関する研究

飯島 勝矢・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18

4. 都市部における在宅医療介護支援部門の相談業務の縦断的検討

- 平成 28 年 平成 29 年度の業務集計結果の比較分析 -

医療・介護の連携指標に関する系統的レビュー

鈴木 裕介・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27

・ 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32

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

在宅医療・介護連携推進事業における連携の客観指標としての相談業務の
縦断的検討 - 平成28年-平成29年度の全国調査の結果の分析

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

本研究の主たる目的は、H27 - H29の間全国で実施されて在宅医療介護連携推進事業について、進捗および連携の現状に関する調査、分析を行い、連携推進を測る客観的指標に関する探索的調査および考察を行うことである。本年度は昨年度に引き続き連携の進捗を客観的に判断できる指標としての相談業務に着目し、昨年同様全国自治体（都市部・郡部合わせて237か所）の事業担当者を対象に質問調査を実施し、事業最終年における経年変化について結果の考察を行った。相談業務に関する調査において以下の結果が得られた。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。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割強であった。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を認め、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。今後、相談部門において地域のニーズに対応した組織横断的な連携職種の配置が望まれる。

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

本研究の主たる目的は、H27 - H29の3年間、全国自治体において実施された在宅医療・介護連携推進事業について、進捗状況および連携の現状について調査し、連携推進に必要な要素についての考察およびそれに基づく提言を行うことである。また連携の進捗を客観的に判断できる指標としての相談業務に着目し、全国の自治体の相談部署を対象にした縦断調査を実施し、現状の把握および回答結果から考える今後の課題に関する考察を行うことを本研究の目的とした。

B. 研究方法

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（H28 - 29）：過去の調査報告において在宅医療・介護連携推進事業の自治体担当者は進捗評価の物差しとして相談件数をあげる件数が最も多く、相談窓口業務のあり方が連携の進捗状況を反映する指標になりうると考え、全国自治体の事業相談窓口の実態調査を経年で2回実施した。調査対象は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（すでに高齢化が進んでいる主に郡部の自治体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（今後高齢の激増が予測される主に都市部およびその周辺自治体53か所）該当する236の自治体の在宅医療・介護連携推進事業担当者に調査票を送付し、窓口設置の有無、設置場所、担当者職種、相談件数、業務時間などの実態および相談内容等と地域性との関連性を比較し考察を行った。

（倫理面への配慮）

本研究のプロトコールに関しては名古屋大学医学部臨床観察研究専門審査委員会の承認を受けている（6810）。実施した調査については無記名での回答であり結果の公表に関しても個人情報扱われることはなく倫理的には何ら問題はないものと考えられた。

C. 研究結果

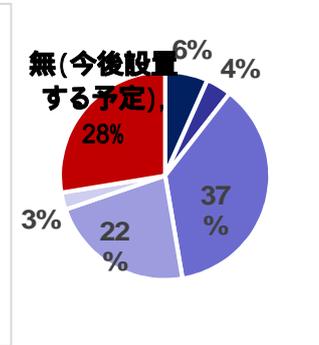
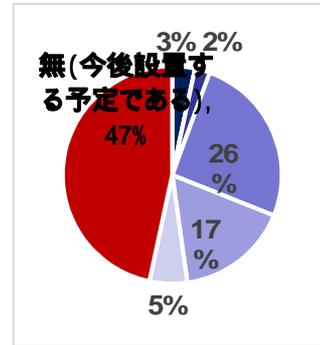
連携指標としての相談部署に関する全国自治体の実態調査（H28 - 29）相談業務に関する調査に関しては以下の結果が得られた。

1) **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

平成28年度

平成29年度

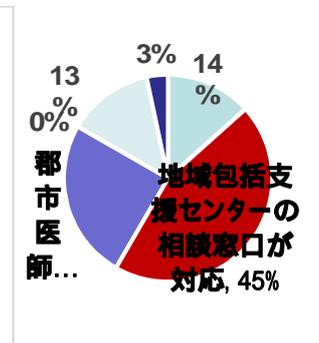
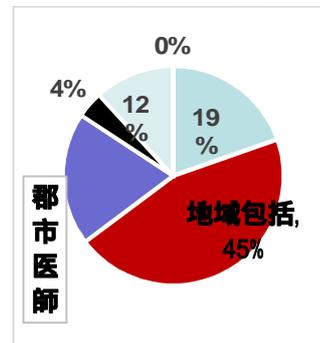


未設置が47%から28%に減少
郡部で未設置が52%から25%に減少
都市部では業務委託31%から40%に増加
2) **設置部署**：設置されている場合、地域包括支援センターでの兼務か医師会への業務委託が多数を占め役所に窓口を設置しているのは全体の1割強。（図2）

図2. 設置部署

平成28年度

平成29年度



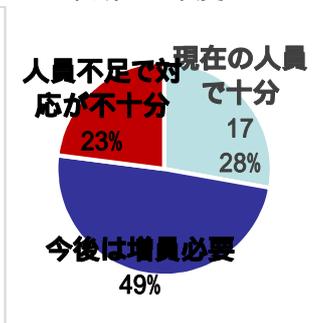
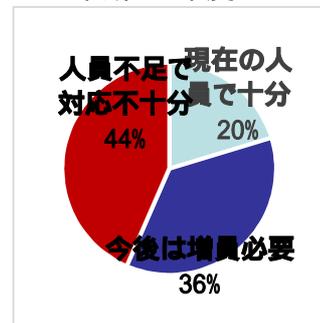
地域包括支援センターの設置が最多（45%）

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

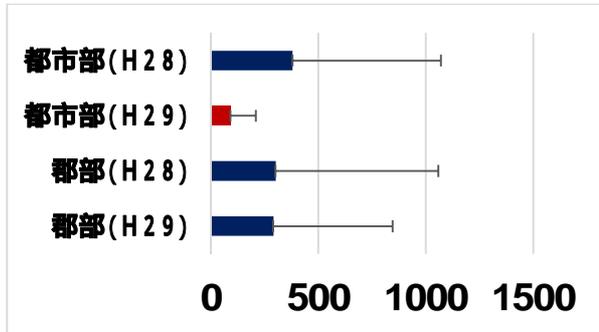


現状の人員不足は減少し今後不足するが増加した

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



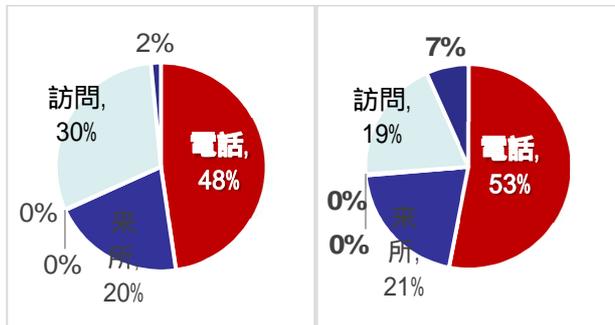
都市部では減少 郡部では横ばい

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

平成28年度

平成29年度

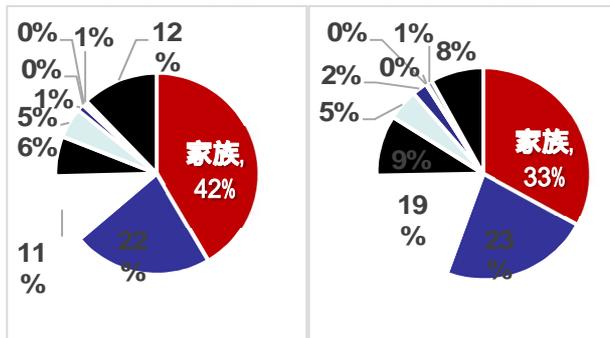


8) 相談者：家族による相談は全体の比率としては減少傾向(42%から33%に減少)であったが、都市部に限ってはむしろ増加の傾向が観察された。(35%から44%に増加)(図6)

図6. 相談者

平成28年度

平成29年度

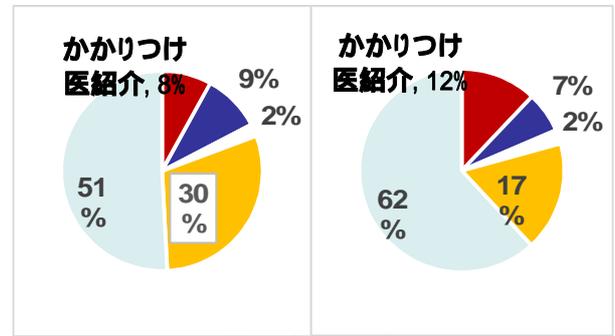


9) 相談内容：都市部では経年的にかかりつけ医紹介、地域住民の啓発に関する相談が多いのに対して、郡部では退院調整に関する問い合わせが多い傾向が確認された。(図7)

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増(8% 12%)
都市部では特に多い(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
*都市医師会	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
*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

D. 考察

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。

E. 結論

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. 健康危険情報

本研究に関して健康危険情報はない

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 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) 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

2) 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

3) 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

H. 知的財産の出願・登録状況 特になし

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

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

研究要旨：【目的】本分担研究では、東京都三鷹市において平成 27 年度から行っている在宅医療推進事業の進捗を確認すること。【方法】在宅医療委員会ならびに在宅医療・介護連携推進協議会に参加し、実績調査を行った。【結果】下部部会と併せて計 44 回の在宅医療・介護連携推進関連委員会が開催された。そのなかで、ア～クの進捗を具体的に確認する作業が行われた。実態調査において、在宅医療（訪問診療・往診）の実施率が低いこと、しかしながら、今後在宅医療に取り組む意向を示す医師は多くないこと、その理由として時間外の業務に対応できないこと、などが挙げられた。したがって今後、休日、夜間等に対応できる複数医師との連携体制の構築や患者の状態変化の受け入れ病床の確保などが必要であることが浮き彫りとなった。このような課題に対して、後方支援病床利用事業の運用が始まった。また、登録制の当番宅直体制の構築が進められていること、連携支援窓口が設置され業務を開始したこと、ICT 連携推進事業として MCS の運用が始まったこと、などが確認できた。3 年の間に一定の成果を挙げるに至ったのは、国が成果を求める形で事業推進を行ったためと考えられる。

A．研究目的

超高齢者社会にあるわが国において、従来の病院完結型医療から地域完結型医療に転換するための重要な施策のひとつとして、平成 27 年 4 月より在宅医療・介護連携推進事業が推進されている。具体的には(ア)～(ク)の項目のひとつひとつの進捗を確認する作業が求められている。

在宅医療・介護連携推進事業の項目

- (ア) 地域資源・介護サービス資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の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サービスの提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

本分担研究では、東京都三鷹市において平成 27 年度から行っている在宅医療推進

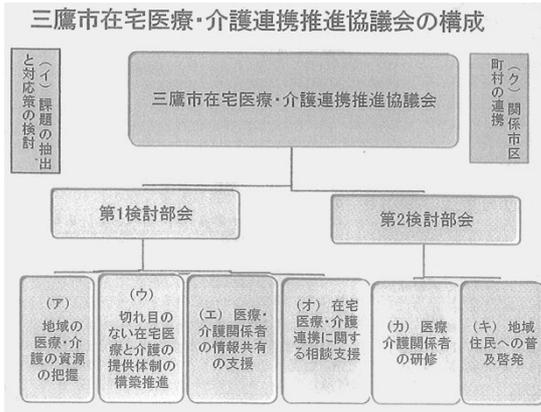
事業の進捗に関する調査を行った。

ちなみに、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。

B．研究方法

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。なお、在宅医療・介護連携推進協議会の下部部会として、ア、ウ、エ、オを扱う第一検討部会とカ、キを扱う第二検討部会に分かれ

ている。



第一検討部会、第二検討部会とも各計 19 回開催された。(この成果はすなわち(イ)の成果に相当する)

C. 研究結果

ア～クの進捗は以下の表のとおり。

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 課題の抽出と在宅医療・介護連携の推進	・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支援	・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

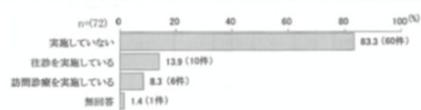
8 項目	平成 27 年度までの取り組み	平成 28 年度の取り組み	平成 29 年度の取り組み
連携した在宅医療・介護推進	・各地域包括支援センター(7ヶ所)による市民向け相談業務	・在宅医療・介護連携支援窓口の設置に向けた課題抽出 ・在宅医療・介護連携支援窓口の運営方針、設置場所等の検討	・4 月 高齢者支援課に専門職(看護師)を配置。 ・在宅医療・介護連携支援窓口「連携窓口みたか」を 10 月に設置・運営開始
カ 医療・介護関係者の研修	・多職種連携 WG による研修(グループワーク) ・地域ケア会議(医師会)	(グループワーク、ミニ講義) ・医療・介護専門職を対象とした研修の把握(事業者連絡協議会各学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 ・ケア専門職交流会(各地域包括支援センター)
キ 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」 ・「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	・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
ク 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	・多摩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

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)を行っている内科、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	郵送数	回答数	回答率
1. 内科調査	100件	72件	86.7%
2. 歯科調査	101件	60件	67.3%
3. 薬局調査	94件	80件	85.1%
合計	301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。

(1) 現在、在宅診療(訪問診療・往診)を実施していますか。(〇は2つまで)

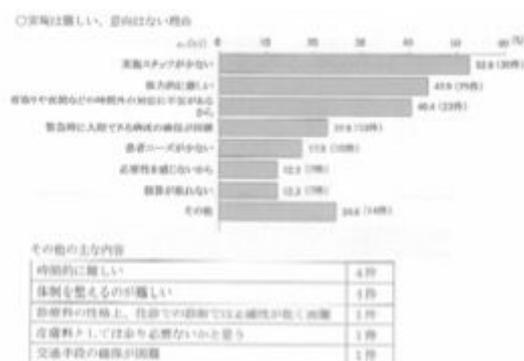


「実施していない」と回答した医師に対して、今後取り組み意向があるか?の問いに

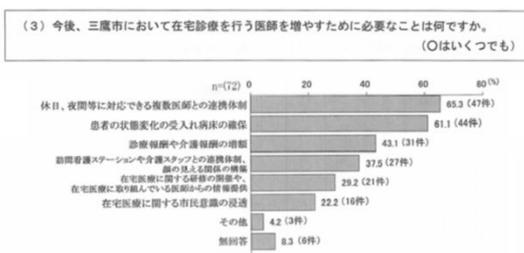
に対する回答は、「意向はない」の回答が70%を占めた。



その理由は、スタッフ不足(53%)、体力的に厳しい(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

- 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)

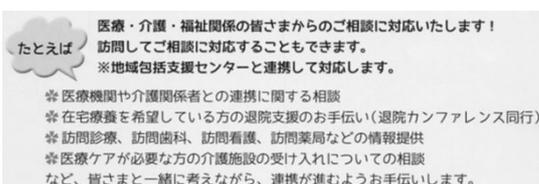
在宅医、後方支援病院とも登録制であり、入院の適応を判断するのは在宅医である。在宅医は入院の適応ありと判断した際、後方支援病院にFAXで連絡し、病院は原則としてこれを受け入れなければならない、但し、入院は緊急性のある場合は除かれ、翌日以降の入院となる。また、入院期間は14日以内であり、退院先は在宅となることが原則担保される。これまでのところ6例が運用された。

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、皮膚尿管薬(カテーテル管理)、トラマール使用中	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。



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。

D. 考察

本研究班では、地域要因を考慮した汎用性の高い在宅医療・介護連携推進ガイドラインの作成にむけて愛知県郊外、千葉県柏市、東京都三鷹市での在宅医療・介護連携推進の実態調査を行ってきたが、各地域で進捗は異なっている。柏市はすでに行政主体の在宅医療・介護連携運営部署がすでに十分機能しており事業が推進されている。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、それほど進んでおらず、その理由のひとつは行政の関与が弱いことである。一方、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てきたが、行政の積極的関与の低さのためか、連携支援窓口設置がなかなか進まなかった。そのような状況の中、ようやく平成29年10月に「連携窓口みたか」が設置され、業務を開始した。

またこれと前後して、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。ただし、セキュリティの問題は今後検証が必要である。

本研究事業が開始された平成27年時には、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。

E . 結論

東京都三鷹市の在宅医療委員会、在宅医療・介護連携推進協議会に参加し、在宅医療・介護連携の推進の進捗について調査した。下部部会と併せて計 44 回の在宅医療・介護連携推進関連委員会が開催された。そのなかで、ア～クの進捗を具体的に確認する作業が行われた。在宅医療(訪問診療・往診)の実施率が低いこと、今後取り組む意向を示す医師は多くないこと、その理由として、時間外の業務に対応できないこと、したがって、休日、夜間等に対応できる複数医師との連携体制の構築や患者の状態変化の受け入れ病床の確保などが必要であることが浮き彫りとなった。このような課題に対して、後方支援病床利用事業の運用が始まったことは画期的であり、さらに登録制の当番宅直体制の構築が進められている。また、連携支援窓口が設置され、業務を開始している。以上、国の求める事業に対して、一定の成果を挙げるに至ったと考える。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1. 論文発表

1. 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 .

2. 学会発表

なし

H . 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）

（総括・**分担**）研究報告書

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

研究分担者 三浦 久幸 国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長

研究要旨

本分担研究は、医療資源の少ない愛知県新城市を対象とした課題抽出や、連携推進の進め方を明らかにすることを目的としている。H27、28年度では、愛知県内で医療資源が特に少ない東三河北部医療圏新城市をターゲットに課題抽出と事業担当者のタイムスタディーを行った。H29年では東三河北部医療圏の過疎化の著しい北設楽郡（設楽町、東栄町、豊根村）の現状把握と北設楽郡医師会の在宅医療のコーディネーターによる介入後の状況を把握し、今後の対応を検討した。コーディネーターは2町1村での多職種研修会を積極的に行い、医療と行政の連携活動を3年間行ってきたが、未だ自治体自らが医療資源の把握をしていない地域もあり、2町1村の足並みは必ずしもそろっていない状況にある。この地域で唯一の病院が診療所に転換する計画となっており、地域包括ケアの構築にむけて、地域医療そのものの維持をどうするかが喫緊の課題となっている。

A. 研究目的

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

のため、本分担研究では、研究分担者が連携推進の事業に関わる市町村のうち、医療資源の少ない愛知県東三河北部医療圏を対象とした課題抽出や、連携推進の進め方を明らかにすることを目的としている。H27、28年度では、愛知県内で医療資源が特に少ない東三河北部医療圏新城市をターゲットに課題抽出と事業担当者のタイムスタディーを行った。今年度は東三河北部医療圏の過疎化の著しい北設楽郡（設楽町、東栄町、豊根村）の現状把握と北設楽医師会の在宅医療のコーディネーターによる介入後の状況を把握し、今後の対応を検討した。

B . 研究方法

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。

(倫理面への配慮)

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

C . 研究結果

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 ケ所、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において、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。

D . 考察

今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。

E . 結論

H29年では東三河北部医療圏の過疎化の著しい北設楽郡(設楽町、東栄町、豊根村)の現状把握と北設楽郡医師会の在宅医療のコーディネーターによる介入後の状況を把握し、今後の対応を検討した。コーディネーターは2町1村での多職種研修会を積極的に行い、医療と行政の連携活動を3年間行ってきたが、未だ自治体自らが医療資源の把握をしていない地域もあり、2町1村の足並みは必ずしもそろっていない状況にある。この地域で唯一の病院が診療所に転換する計画となっており、地域包括ケアの構築にむけて、地域医療そのものの維持をどうするかが喫緊の課題となっている。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1. 論文発表

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. the Journal of Frailty & Aging 6(2): 113-114.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

2. 学会発表

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 日日東京

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

Goto Y, Miura H, Wada T. Protocol for implementing shared decision making-Q in Japan . 9th International Shared Decision Making Conference, Lyon, France, 2017.

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 .

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 . 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 .

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 .

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 .

H . 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
- 3.その他
なし

表1 北設楽郡の社会資源

医療	介護	保健・福祉
<ul style="list-style-type: none"> ・病院 1 (入院病床数40床、平成26年より夜間救急受け入れ制限あり) ・公立診療所 3 ・開業医 3 ・歯科医院 6 ・調剤薬局 3 ・訪問看護ステーション 1 (基本的には、夜間・休日訪問は制限あり) 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センター 3 ・居宅介護支援事業所 7 ・訪問介護事業所 3 ・訪問入浴 1 ・デイサービス 8 ・ショートステイ 6 ・グループホーム 4 ・特別養護老人ホーム 2 (定員計180名) ・介護老人保健施設 1(定員計57名) 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所(分室)1 ・保健福祉センター 3 (設楽、豊根、津具) ・福祉移送サービス 5
事項	箇所数	
診療所	一般診療所 8 (有床0、無床8)、歯科診療所 6	
在宅医療提供施設	病院 1 診療所 6 歯科診療所 6	

資料：(診療所)保健所調査、(在宅医療提供施設)愛知県医療機能情報公表システム(平成29年度調査)

図1 北設楽郡における在宅医療・介護連携の推進(イメージ)

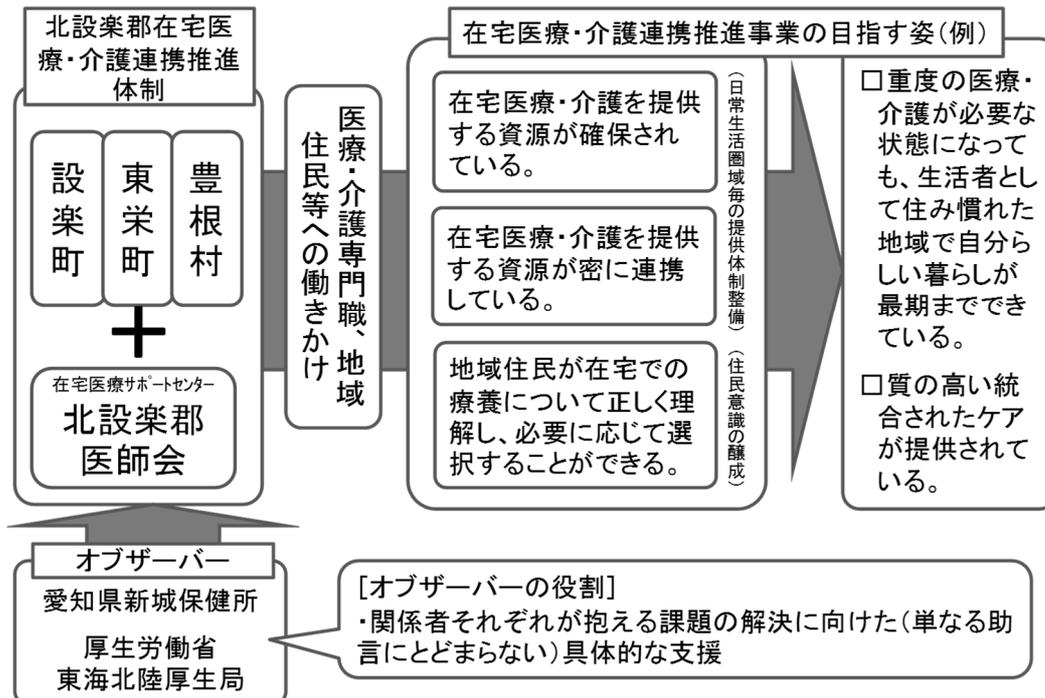


表2 在宅医療・介護連携推進事業8項目と具体的な取組内容①

項目	具体的な取組内容 －在宅医療・介護連携推進事業の手引きver.2より－
(ア)地域の医療・介護の資源の把握	<input type="checkbox"/> 地域の医療機関、介護事業所等の住所・連絡先、機能等の情報収集 <input type="checkbox"/> 地域の医療・介護の資源の情報の整理(リストやマップの作成) <input type="checkbox"/> 地域の医療・介護関係者との情報共有と活用 ⇒さらに、WEBサイトでの公表、情報の定期的な更新 等
(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	<input type="checkbox"/> 「(ア)地域の医療・介護の資源の把握」で得られた情報や市区町村、都道府県及び各関係団体が所持している既存の情報やデータ、在宅医療・介護連携に関連する既存の取組について集約する。 <input type="checkbox"/> 地域の医療・介護の関係団体等が参画する会議を開催する。 <input type="checkbox"/> 会議で地域の医療介護の関係団体等と現状や課題、対応策、地域で目指す理想像(目標)を共有する。
(ウ)切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築	<input type="checkbox"/> 地域における住民等が必要とする、切れ目のない在宅医療と在宅介護のサービス提供体制を想定・検討する。 <input type="checkbox"/> 上記で検討された場面において、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、必要な具体的な取組を企画・立案する。 [切れ目のない体制の例] ⇒主治医・副主治医制の導入 ⇒在宅療養中の患者・利用者の急変時診療医療機関の確保 ⇒訪問診療・往診を提供する医療機関と訪問看護ステーションとの連携

表3 在宅医療・介護連携推進事業8項目と具体的な取組内容②

項目	具体的な取組内容 －在宅医療・介護連携推進事業の手引きver.2より－
(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援	<input type="checkbox"/> 情報共有ツールの確認・作成 <input type="checkbox"/> 情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握 ※情報共有ツール:情報共有を目的として使用される、情報共有シート、連絡帳、地域連携クリティカルパス等
(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援	<input type="checkbox"/> 在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の設置、運営 <input type="checkbox"/> 医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談への対応等 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターとの連携
(カ)医療・介護関係者の研修	<input type="checkbox"/> 市区町村や医療・介護関係団体が既存で実施している研修の整理 <input type="checkbox"/> 研修の実施 ①多職種が連携するためのグループワーク等を活用した研修 ②医療・介護関係者に対する研修 ③地域の医療・介護関係者による同行訪問研修 ④多職種連携が必要な事例検討による研修
(キ)地域住民への普及啓発	<input type="checkbox"/> 在宅医療や介護に関する講演会やパンフレット等の作成・配布等、地域住民に届く媒体や手法を選択し、普及啓発を行う。
(ク)在宅医療・介護連携に関する関連市町村の連携	<input type="checkbox"/> 市区町村や郡市区医師会等関係団体等から出されている広域的な取組を要する課題について整理する。 <input type="checkbox"/> 課題を踏まえて、市区町村・都道府県や郡市区医師会等関係団体と連携しつつ、複数化の関係市区町村を参集し、広域的な連携が必要な事項について協議する。

表4 在宅医療サポートセンターによるこれまでの取組①

項目	在宅医療サポートセンター による取組状況	3町村の認識		
		設 楽 町	東 栄 町	豊 根 村
(ア)地域の医療・ 介護の資源の 把握	・各医療機関・サービス事業所等のリスト化 ・医療・介護資源マップの作成	△	○	×
(イ)在宅医療・介 護連携の課題 の抽出と対応 策の検討	・各医療機関への定期訪問による対象者、課題の把握 ・「郡内医療介護保険等担当者会」の開催	○	○	△
(ウ)切れ目のな い在宅医療と 介護の提供体 制の構築	・「郡内医療介護保険等担当者会」の開催 ・主治医・副主事医制の構築 ・「問題・相談・依頼シート」を作成し、各医療機関、サービス 事業所等へ配布 ・訪問看護、訪問介護との連携について協議 ・各地域の会議への参加 ・認知症ケアパスの作成	×	○	×

○実施済み、△検討中、×未実施

表5 在宅医療サポートセンターによるこれまでの取組②

項目	在宅医療サポートセンター による取組状況	3町村の認識		
		設 楽 町	東 栄 町	豊 根 村
(エ)医療・介護関 係者の情報共 有の支援	・「問題・相談・依頼シート」を作成し、各医療機関、サービス 事業所等へ配布 ・情報共有の方法についての勉強会 ・在宅医療連携シートの作成・「緊急連絡先シート」の作成 ・ホイップネットワーク(別紙参照)の周知	△	△	×
(オ)在宅医療・介 護連携に関す る相談支援	「問題・相談・依頼シート」を作成し、各医療機関、サービス 事業所等へ配布	×	○	×
(カ)医療・介護関 係者の研修	・各種研修会の開催 ・情報共有の方法・方針についての勉強会	○	○	○
(キ)地域住民へ の普及啓発	・認知症ケアパスの作成 ・講演会(H27.8.6地域コミット型研修)の開催 ・住民、多職種向け出前講座、勉強会の講師 ・「看取りパンフレット」の作成	○	○	×
(ク)在宅医療・介 護連携に関す る関連市町村 の連携	・「郡内医療介護保険等担当者会」の開催 ・在宅医療・介護連携推進事業勉強会の開催	×	○	×

○実施済み、△検討中、×未実施

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）
分担研究報告書

市町村在宅医療・介護連携推進事業担当者の業務内容・役割に関する研究

研究分担者 飯島 勝矢 東京大学高齢社会総合研究機構 教授
研究協力者 松本 佳子 東京大学医学部在宅医療学拠点 特任研究員
吉江 悟 東京大学高齢社会総合研究機構 特任研究員

研究要旨

平成 30 年度より全市町村において、在宅医療・介護連携推進事業によってその取組みが開始される。そこで、当該事業を担当する市町村職員が果たす役割と求められる態度について明らかにすることを目的とした。方法論トライアングレーションを採用し、タイムスタディを通じて数量的に把握し、その結果を用いて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って質的に把握した。フォーカスグループインタビューおよびインタビューの結果、重要で特徴的な役割は、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、に大別された。在宅医療・介護従事者が連携の課題と解決策を議論し事業を企画する過程を支援し、多職種のつながりと同時に職種団体としての凝集性を高めるものであった。在宅医療・介護連携推進事業の行政担当者に特有の役割や姿勢であり、当該事業担当者が業務を遂行する上で重要な資料となるよう、今後さらに洗練させていく。

A. 研究目的

我が国における在宅医療・介護連携は、制度上では、介護保険地域支援事業の中に位置づけられている在宅医療・介護連携推進事業で推進されている。平成 30 年にはすべての市区町村で取り組みが開始される。医療と介護の従事者の多職種協働により医療と介護が一体的に提供できる体制構築を図る事業でもある。そのためには、地区医師会をはじめとする各職種団体との連携が不可欠になってくるが、市町村行政にとってはこれまで都道府県が中心的に所管してきた医療提供体制整備にこの事業を通じて初めて関わることになることもあって、郡市区

医師会をはじめとする関係機関との協力体制の構築、事業実施のためのノウハウ不足について課題を抱える市町村行政担当者も一定数存在する。本事業が継続性を保ちつつ、質の高い取組みの継続を目指すには、行政担当者の役割や求められる資質について、明確にすることが必要であろう。

本研究では、平成 27 年度、平成 28 年度を通して、在宅医療・介護連携推進事業担当者の業務実態と果たす役割を数量的に明らかにすることを目的に、行政担当者を対象にしたタイムスタディ調査を行った。その結果、事業実施にあたって、地区医師会を中心とした関係する職能団体との事前の連絡

調整や打合せ、資料作成に多くの業務時間が費やされていた。これらにより、各職能団体の意向や活動内容を確認し、職能団体間を調整していくことで、在宅医療・介護連携の主体である医療・介護従事者が事業に参画しながら事業が実施されていた。

また、小規模自治体の場合など、在宅医療・介護連携推進事業に加えて他の地域支援事業や地域包括支援センター業務を合わせて所管している担当者は、医療・介護専門職ネットワークと地域の生活支援や住民ネットワークを組み合わせることで連絡と調整を行い、事業を推進していることが特徴であった。これによって、医療・介護・生活支援が事業ごとではなく、一連のものとして取り組まれることができる。

以上より、事業担当者が行う業務の種類と量、連絡・調整の相手について明らかになったが、一方で、業務の重要性や優先順位といった質的な部分は明らかになっていない。数量的な業務内容と同時に、その具体的な内容や重要性など質的な位置づけを明らかにすることによって、在宅医療・介護連携推進事業担当者が果たすべき役割や姿勢について、より汎用性のあるリストや資料作成に寄与すると考えられる。よって、本研究では、在宅医療・介護連携推進事業を担当する市町村担当者の業務内容と役割について、具体的な内容や重要性を質的に明らかにすることを目的とした。

B . 研究方法

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 年度はタイムスタディ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

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。

(倫理面への配慮)

本研究は、東京大学ライフサイエンス委員会倫理審査専門委員会の承認を得て行った(審査番号:15-113)。

C. 研究結果

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いく姿勢が事業担当者にまず必要とされた。

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与える。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手し、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こそ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かない。(#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、データを入手していた。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枚で回答できるぐ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っていう項目を設けて。(#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んじゃない。(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もらった。(#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、本当の意味の議論の場。役所っていうのは、本当の意味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に、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いいのか分からない、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、ぷらっ行って(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っ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がる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)

D . 考察

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地域でのタイムスタディ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。

タイムスタディの結果では、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。

タイムスタディでは、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。

本研究は、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。

E . 結論

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、タイムスタディ調査による数量的な業務内容を踏まえて、行政担当者のフォーカスグループインタビューとインタビューを行った結果、1)複数的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、が重要な役割として大別された。現場の在宅医療・介護従事者が連携の課題と解決策を議論し事業を企画していく過程を支援するものであった。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資質でもあり、さらに業務内容の数量的結果と合わせて洗練させていくことによって、当該事業担当者が業務を遂行する上でも重要な資料となると考えられる。

F . 健康危険情報

該当なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

該当なし

2 . 学会発表

1. 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 .

H . 知的財産権の出願・登録状況

1 . 特許取得

該当なし

2 . 実用新案登録

該当なし

3 . その他

該当なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
地域要因に基づいた在宅医療・介護連携推進に関する研究
- 汎用性の高い在宅医療・介護連携推進・ガイドラインの作成
分担研究報告書
都市部における在宅医療介護支援部門の相談業務の縦断的検討
- 平成28年-平成29年度の業務集計結果の比較分析
医療・介護の連携指標に関する系統的レビュー

研究分担者
鈴木裕介
名古屋大学医学部附属病院 地域連携・患者相談センター 病院准教授
葛谷雅文
名古屋大学未来社会創造機構・教授

研究要旨

本分担研究においては、連携の進捗を客観的に判断できる指標としての相談業務に着目し、都市部（N市）の在宅医療介護支援センター（医師会内に設置）の相談業務について平成28年度、29年度の集計結果を比較し、結果に関する考察を行った。また連携の指標探索を目的として4つのClinical Questions（CQ）を設定し、各CQに対する国内外の文献検索による系統的レビューを実施した。相談業務の推移に関しては診療所や事業者からの相談が減少し家族からの相談が増えた 相談対象者の高齢化の傾向が観察された 連携システムに関する相談は減少し、在宅療養に関する相談が増加した。連携に関する5つの指標が過去の文献から抽出され、いずれも信頼性、妥当性は検証されていたが、多職種連携の定義づけは統一されてはいなかった。都市部の医師会に設置された相談部門においては連携システムに関する相談は開始初年度より減少し経過とともに個別の相談を増加していく傾向が伺われる。国内外の文献において、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。

A. 研究目的

本分担研究の主たる目的は、連携の進捗を客観的に判断できる指標としての相談業務に着目し、昨年同様都市部(N市)の在宅医療介護支援センター(医師会内に設置)の相談業務集計について平成28年度、29年度の比較し結果に関する考察を行い、都市部における相談業務のニーズの推移を把握し、相談支援部門の方向性について考察を加えること、また連携の指標探索を目的として4つのClinical Questions(CQ)を設定し、各CQに対する国内外の文献検索による系統的レビューを実施した。

B. 研究方法

都市部(N市)の在宅医療介護支援センター相談業務の分析

A件N市の16区において医師会への委託業務として在宅医療・介護連携推進事業の基金を用いて医師会/医療機関/社会福祉協議会内に設置された在宅医療・介護支援センターの業務報告(平成28年4月~12月、平成29年4月~11月)の比較を行った。報告項目は a)相談件数 b)相談方法 c)相談者 d)相談者の続柄 e)相談対象者の年齢 f)相談内容 g)対応 h)調整先であった。

医療・介護の連携指標に関する系統的レビュー

医療・介護連携について以下の4つのClinical Questions(CQ1: 医療・介護の連携推進の指標はあるか? CQ2: 入院診療と在宅診療の連携を測る指標はあるか? 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? 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?)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。

C. 研究結果

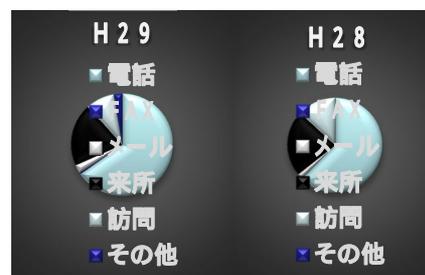
都市部(N市)の在宅医療介護支援センター相談業務の分析

- 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)



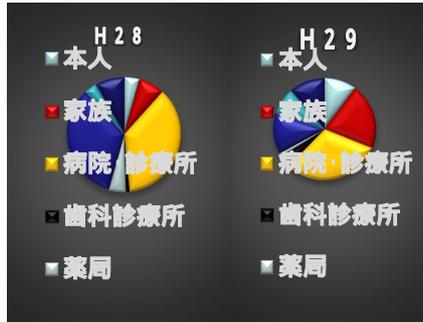
- b) **相談方法**は電話が最も多かった。(図2)

図2. 相談方法



- 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)

図 3 . 相談者



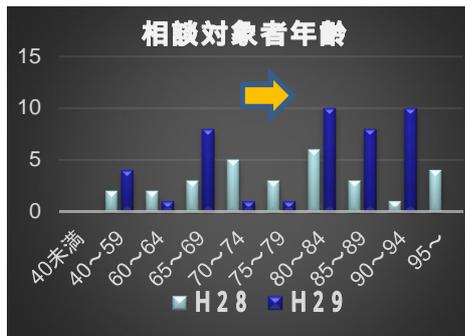
d) **相談者の続柄**は子供、兄弟姉妹の順で不変 (図 4)

図 4 . 相談者の続柄



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



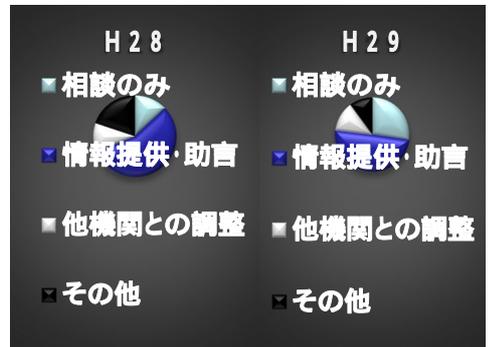
f) **相談内容**は初年度のシステムに関する相談質問が顕著に減少し、在宅療養に関する相談件数が増加した。(図 6)

図 6 . 相談内容



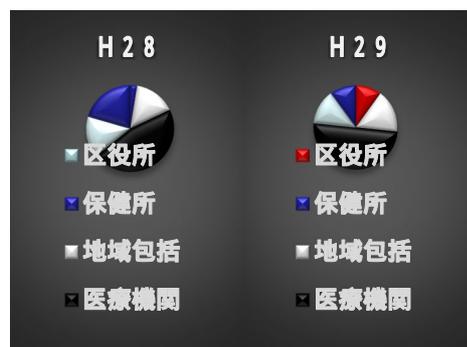
g) **相談への対応**は相談のみと助言情報提供が大部分を占め他機関との連携は限定的 (図 7)

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

医療・介護の連携指標に関する系統的レビュー

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はあるか？

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。

D. 考察

相談業務という視点からはN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。系統的レビューにおいては信頼性や妥当性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指標をのぞけば皆無であった。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から設定目標とする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、その予測因子としての指標設定が今後の課題となる。

E. 結論

都市部(A県N市)の在宅医療介護支援センターの相談業務の集計を基に、経年変化を比較した結果、事業推進のための相談から個別相談へのシフト傾向が観察され、当初意図されていた地域包括支援センターにおける個別相談機能との差別化をどう図るかという課題が認識された。多職種の連携を推し量る指標はあるがその指標が何(アウトカム)を予測するためのものかという本質的な問いに対する回答は系統的レビューからは見いだせなかった。地域要因の類型化によるアウトカム指標設定を課題として提起したい。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

1)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)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

2)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

3)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

H. 知的財産の出願・登録状況 特になし

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

書籍

著者氏名	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
鈴木裕介	抗精神病薬	小島太郎	高齢者医療ハンドブック	南江堂	東京	2018	939-942
鈴木裕介 葛谷雅文	認知症患者の在宅医療	荒井啓行	実地診療のための最新認知症学	日本臨床社	東京	2018	306-309
三浦久幸	2-51病診連携・退院支援	北村惣一郎 猿田享男	1336専門家による私の治療 2017-2018 年度版	日本医事新報	東京	2017	174-175
後藤友子、 三浦久幸	第1章 在宅医療の臨床的、QOL評価 第2節 在宅医療におけるQOL評価		在宅医療市場に向けたマーケティングと製品開発	(株)技術情報協会	東京	2017	20-28

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
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	2	2017
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	糖尿病診療マスター	15(12)	1030-1033	2017
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
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.	The Journal of Frailty & Aging	6(2)	113-114	2017
Ohno T, Heshiki Y, Kogure M, Ssumi 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

渡辺恭子、 <u>三浦久幸</u>	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(1)	70-79	2017
<u>三浦久幸</u>	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