

令和 6 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

在宅医療現場における多職種連携課題の把握に関する研究

令和 6 年度 総括・分担研究報告書

令和 7（2025）年 3 月

目 次

I	総括研究報告書	3
	在宅医療現場における多職種連携課題の把握に関する研究	
	研究代表者 岡田就将	
II	分担研究報告書	
	1. 在宅医療現場における医療職種間の連携課題	19
	～令和6年度全国調査を用いた分析から	
	柏木聖代、花田遙、寺嶋美帆、阿部美香、岡田就将	
	2. 訪問看護事業所における利用者の夜間・休日・時間外の急変時	27
	対応に関する医療機関との事前取り決め	
	～令和6年度全国調査を用いた分析から	
	森岡典子、粕谷明日海、柏木聖代、岡田就将	
	3. 医療資源の少ない地域における在宅患者容体悪化時の多職種連携課	35
	題の把握 ～全国の医療資源の少ない地域の診療所、訪問看護ステ	
	ーション、薬局調査～	
	岡田就将、柏木聖代、伊角彩、寺嶋美帆、阿部美香	
	4. 医療資源の少ない地域における在宅医療に係る医療職種間の連携の	77
	現状と課題 ～現地視察の結果から	
	岡田就将、柏木聖代、町田亜子、花田遙、川島能就、宮本 隆史	
III	研究成果の刊行に関する一覧表	82

令和 6 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
総括研究報告書

在宅医療現場における多職種連携課題の把握に関する研究

研究代表者 岡田就将 東京科学大学大学院医歯学総合研究科政策科学分野 教授

研究要旨

【目的】近年、在宅医療のニーズが高まっており、それを担う多職種連携の強化が求められている。2022 年 11 月の規制改革推進会議の医療・介護・感染症対策 WG において、在宅医療の現場において、腹痛を訴える患者への対応について、訪問看護師から医師に連絡を行ったがすぐに連絡が取れず、指示の後も、薬剤の入手に長時間を要した事例が報告され、2023 年 6 月に閣議決定された規制改革実施計画では、在宅医療に関して「①地域の在宅患者に対して最適なタイミングで必要な医療が提供できないため、患者が不利益を被る具体的状況や②そのような具体的状況において医師、看護師が実際に果たしている役割や課題」、「訪問看護師が適時に患者宅を訪問できないことによって、在宅の患者が点滴交換・充填、褥瘡薬の塗布等を円滑に受けられない事例が存在するとの指摘」について、調査を行うこととされた。

これを踏まえ、2023 年度に本研究班が実施したクラスター抽出した 50 医療圏の全診療所、全訪問看護ステーション、全薬局を対象とした質問紙調査では、夜間、休日、時間外における患者の急変時に各連携医療施設との対応で「困ったことがあった」と回答した施設は、在宅医療従事の診療所（719 施設）では、訪問看護ステーションとの間で 5.0%、薬局との間で 6.4%、訪問看護ステーション（281 施設）では、診療所・病院との間で 19.2%、薬局との間で 14.0%、在宅医療従事の薬局（678 施設）では、診療所・病院との間で 10.4%、訪問看護ステーションとの間で 3.9%であったという結果が得られている。さらに、具体的な困難の内容については、主治医への連絡、時間外対応、在宅医療未対応、薬剤の在庫不足などの記載がなされ、在宅医療資源の乏しい地域において、最適なタイミングで対応できない事案がより顕在化しやすい可能性が示唆された。しかし、こうした事案が生じる頻度、その具体的状況や、実際に行われた対応、患者への影響など、その詳細については十分な情報が得られていない。

在宅医療では、訪問看護師が様々な兆候や症状から患者の臨床的变化に気づき、悪化を判断している。質の高い訪問看護は、不必要な再入院や救急外来受診を減らす可能性があり、患者アウトカムの改善やコスト削減につながる事が報告されている。しかし、訪問看護師による患者の観察頻度は病院に比べて低く、容体悪化を認識できない可能性も高い。加えて、訪問看護師が患者の容体悪化を察知し、迅速な対応や指示が必要

と判断した場合には医師にエスカレーションするが、多くの研究で、このプロセスにおける医師と看護師のコミュニケーションや連絡には課題があることが報告されている。このような状況では、訪問看護師は患者の容体悪化に対応して医師と効果的な連携を築くことが難しく、患者アウトカムが悪化する可能性がある。加えて、地域の医療資源の格差も課題になる。先行研究では、農村部は都市部に比べて、ケアの適時開始が困難であり、入院や救急外来受診の割合が高くなるという結果が示されており、医療資源が少ない地域では、患者の容体悪化の発見やエスカレーション、迅速な対応に遅れが生じることが予測される。

2024 年度現在、日本には、医療従事者が少ないことや医療機関が少ないために機能分化が困難である「医療資源が少ない地域」が存在し、37 の二次医療圏（147 市町村）があり（全国 1718 市町村の 8.6%）、診療報酬上その特性に応じた配慮が行われている。しかしながら、こうした「医療資源が少ない地域」において在宅医療を受けている患者の容体悪化を医療職種がどのように認識し、他の医療職と連携しながら対応しているかは十分に理解されていない。

そこで、本研究では、1) 2023 年度に実施した全国調査データについて、在宅医療現場における連携困難事例の詳細分析を進めるとともに、これらの結果ならびに先行研究をもとにした調査項目を用い、2) 「医療資源が少ない地域」に所在する診療所、訪問看護ステーション、薬局を対象とした悉皆調査および現地ヒアリングを実施し、在宅医療における医師、訪問看護師、薬剤師の各職種と他の医療職種との患者の容体変化時における連携の状況、これらの各職種において他の医療職との連携がうまくいかに最適なタイミングで必要な医療が提供できなかった事例の発生頻度ならびにその詳細を明らかにすることを目的とした。

【方法】 1) 2023 年度に実施した全国調査データを用いた詳細分析：診療所、訪問看護ステーション及び薬局の連携困難事例の発生状況について、在宅医療資源・人口密度等の地域特性・施設特性を考慮した実態把握ならびに 2022 年度に発生した困難事例の詳細分析を行った。具体的には、(1)2023 年度に実施した全国調査データを用い、困難事例発生に関連する要因の分析ならびに困難事例について質的記述的分析、(2) 訪問看護ステーションにおける夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応について分析を行った。(2) については、取り決めに交わしている医療機関数/指示書を発行している医療機関数×100 にて各選択肢における割合を算出し、在宅医療密度の地域クラスターに層別し、ヒストグラムを作成した。自由記述は、取り決め内容により以下に区分した。

「夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応に関する医療機関との取り決め有無は、①医療機関との間で共通の取り決めがある、②連携する医療機関ごとに急変時の対応の取り決めは異なる、③同じ医療機関であっても医師によって急変時の対応の取り決めは異なる、④①～③の取り決めはないであり、②を選択した場合には、①～⑥（主治医がファーストコールを担当し、①主治医が対応、訪問看護師へ事後報告、②主治医か

ら連絡・指示を受け、訪問看護師が対応、訪問看護師がファーストコールを担当、③包括指示内で対応、④主治医に連絡し、個別指示を受けながら訪問看護師が対応、⑤主治医に連絡し、主治医が対応、⑥訪問看護師の判断で医療機関を受診し、主治医へ事後報告）に区分された。2) 「医療資源が少ない地域」の診療所、訪問看護ステーション及び薬局を対象とした調査：調査方法は、Web アンケート調査。調査対象は「医療資源が少ない地域」に所在する、診療所、訪問看護ステーション、薬局の管理者とした。最終的に、診療所 1588 か所、訪問看護ステーション 299 か所、薬局 1212 か所を調査対象とした。調査内容は、(1) 各施設の基本属性、(2) 他の医療職と連携がうまくいかずに最適なタイミングで医療が提供できず患者が不利益を被った事案の発生頻度と発生した事例の詳細、(3) 在宅患者の予期しない容体の変化時の対応、(4) 所在地域における医療職種間の連携の現状とした。3) 現地視察による関係者へのヒアリング：2025 年 3 月に、沖縄県島尻郡久米島町ならびに長野県伊那郡高森町での現地視察を行い、関係者からヒアリングを行った。

【結果】 1) 2023 年度に実施した全国調査データを用いた詳細分析

(1) 困難事例発生に関連する要因ならびに困難事例の質的記述的分析の結果：診療所は 2029 件（回収率 20.6%）、訪問看護ステーションは 282 件（回収率 16.1%）、薬局は 1723 件（回収率 25.2%）から回答を得た。回答を得た診療所のうち在宅医療への対応ありと回答したのは 719 件（34.3%）、薬局は 1028 件（59.7%）であった。在宅医療を実施している薬局 1028 件のうち、訪問看護を利用している患者に対応していたのは 678 件（65.7%）であった。在宅医療現場における連携困難事例の 2022 年度の発生は、在宅医療従事の診療所（719 施設）では、訪問看護ステーションとの間で 5.0%、薬局との間で 6.4%の診療所で、訪問看護ステーション（281 施設）では、診療所・病院との間で 19.2%、薬局との間で 14.0%の訪問看護ステーションで、在宅医療従事の薬局（678 施設）では、診療所・病院との間で 10.4%、訪問看護ステーションとの間で 3.9%の薬局で発生していた。診療所が、訪問看護ステーションとの対応で困ったことの具体的な内容としては、「訪問看護師と主治医間の意向・対応の不一致」「訪問看護ステーションとの間での情報共有不足」「訪問看護ステーション側の対応の問題」が抽出された。薬局との対応で困ったことの具体的な内容としては、「薬剤の在庫不足」「夜間、休日、24 時間等に対応できる薬局がない」「薬局側の対応の問題」が抽出された。訪問看護ステーションが、診療所との対応で困ったことの具体的な内容として、「急変時等に主治医に連絡がとれない」「在宅療養支援診療所の主治医が時間外の対応をしない」「訪問看護指示書を作成してくれない」が抽出された。また、病院との対応で困ったことの具体的な内容として、「主治医が往診・急変時の診療に対応できない」「主治医の病院で救急患者を受け入れない」「主治医と連絡がとれない」「病院で院内処方された薬剤の調達に時間がかかる」が抽出された。訪問看護ステーションが薬局との対応で困ったことの具体的な内容としては、「必要な時間に利用者宅に薬剤が届かない」「（薬局に在庫がなく）薬剤が調達できない」「薬局側の対応の問題」が抽出された。

薬局が、診療所との対応で困ったことの具体的な内容として、「在庫がない薬剤の手配を依頼される」「処方箋が予定日・時に届かない」「医師とのコミュニケーションの問題」「主治医と連絡がとれない」「主治医や訪問看護師と連絡がとれない」「医師から薬局への情報提供不足」「医師同士の情報共有不足・意見の不統一によって生じた問題」が抽出され、病院との対応で困ったことの具体的な内容として、「主治医との情報共有」「主治医と連絡がとれない」「訪問看護師/医師からの情報提供不足」「患者情報の把握が困難」が抽出された。薬局が訪問看護ステーションとの対応で困ったことの具体的な内容として、「訪問看護師/医師からの情報提供不足」「患者情報の把握が困難」が抽出された。(2) 訪問看護ステーションにおける夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応：2024年2月1日時点でサービス利用を行っていた269件を分析対象とした。夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応に関して、連携医療機関との間で共通の取り決めを交わしている事業所は30件(11.2%)、連携する医療機関ごとに異なる取り決めを交わしている事業所は121件(45.0%)、同じ医療機関であっても医師ごとに異なる取り決めを交わしている事業所は60件(22.3%)、事前取り決めを交わしていない事業所は58件(21.6%)であった。

2) 「医療資源が少ない地域」の診療所、訪問看護ステーション及び薬局を対象とした調査：診療所は120件(回収率7.9%)、訪問看護ステーションは52件(回収率17.4%)、薬局は119件(回収率9.8%)から回答を得た。記述統計の結果は添付資料に示した。「過去6カ月間に他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案」があったと回答したのは、診療所は6施設、訪問看護ステーションは3事業所、薬局は4施設であった。

3) 現地視察による関係者へのヒアリング：沖縄県久米島町及び長野県高森町ともに、在宅医療を担う関係者が互いに“顔の見える関係”を築いており、連携不足を原因として、患者に不利益が及ぶ事案は生じていないとのことであった。

【考察】 1) 2023年度に実施した全国調査データを用いた詳細分析

(1) 困難事例発生に関連する要因ならびに困難事例の質的記述的分析の結果：診療所が訪問看護ステーションに対して認識する急変時の対応に関する対応困難事例は、訪問看護ステーションとの事前の取り決めや情報共有が十分でないことが背景にある可能性が示唆された。訪問看護ステーションにおける診療所・病院との対応困難事例は、訪問看護指示書を発行している主治医との対応が困難事例の中心となっていることが明らかになった。診療所と訪問看護ステーションと薬局との連携に関しては、薬剤の在庫不足や薬局における在宅患者への薬剤提供体制の問題が困難事例を発生させる背景にある可能性が示唆された。薬局が抱える他の医療職との対応困難事例の多くは在宅患者情報の把握や医療職種間での情報共有に係る内容であり、医療資源の少ない地域や過疎地域といった特定地域に限定した課題ではない可能性が示唆された。

(2) 訪問看護ステーションにおける夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応：事前に取り決めを交わしていない事業所が全体の2割程度存在していた。事前取り決めの

内容としては、医療機関によって異なる取り決めではあるものの、ファーストコールを訪問看護師が担当し、医師に個別連絡をして、指示を仰ぎながら対応するというものが最も多く、特に医療資源が少ない地域や中程度の地域がこの傾向が強かった。包括指示内で訪問看護師が対応をするという事前取り決めは、医療資源が豊富な地域や中程度の地域のごく一部の訪問看護事業所が推進していた。

2) 「医療資源が少ない地域」の診療所、訪問看護ステーション及び薬局を対象とした調査：「過去6カ月間に他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案」があったと回答したのは、診療所6施設、訪問看護ステーション3施設、薬局4施設であり、数は多くないが患者に不利益を生じさせる事案は発生していた。しかし、いずれも対応がなされており、重大な不利益を被る事態には至っていなかった。時間外・休日・深夜は、患者の容体変化については、訪問看護師が在宅患者の容体変化を最初に把握し、医師をはじめとする他の医療職種等にエスカレーションし、初期対応している状況がうかがわれた。

3) 現地視察による関係者へのヒアリング：医療資源が限られた地域では、医師と看護師が顔の見える関係にあり、地域での関係者同士の顔の見える関係づくり、ルールづくり、特定行為研修を修了した看護師等の活躍により連携に対する困難課題を克服する取組がされていた。限られた体制の中でも、なんとか調整を行い、さらに1名を同研修の受講のために派遣中とのことであり、同研修が、医療資源の乏しい地域の在宅医療の提供において一定の効果を有するものと考えられた。同時に、久米島ではなんとか調整が行われていたが、そもそもの体制が厳しいこのような地域から、長期間に及ぶ同研修へ職員を派遣するには大きなハードルが存在すると考えられた。

上記を通じ、在宅医療に係る多職種連携強化のためには、明確な事前指示書の作成・共有を含めた地域におけるルールの明確化が重要と考えられた。他方、医療リソースの乏しい地域においては、今後さらに増大が見込まれる在宅医療ニーズに対応するためには、看護師の資質向上が重要であるが、特定行為研修修了に意義があるものと示唆された。同時に、そもそも限られた体制の中で研修受講のハードルも高いという課題が存在することも分かった。

今後、医療提供側のみならず、患者の視点での深掘りとともに、医療密度の低い地域における特定行為研修終了看護師の果たす役割および、厳しい勤務体制の中での受講のあり方などの更なる検討の必要性が考えられた。

A. 研究目的

近年、在宅医療のニーズが高まっており、それを担う多職種連携の強化が求められている。2022 年 11 月の規制改革推進会議の医療・介護・感染症対策 WG において、在宅医療の現場において、腹痛を訴える患者への対応について、訪問看護師から医師に連絡を行ったがすぐに連絡が取れず、指示の後も、薬剤の入手に長時間を要した事例が報告された。また、同 WG において、日本看護協会の「2019 年訪問看護における看護師のケアの判断と実施に関する実態調査」が引用され、70%以上の訪問看護ステーションが「医師の指示が得られず、症状が悪化した事例がある」との結果や、地域における高齢化率の上昇とともに、「利用者の状態が変化したときの看護師から医師への連絡が困難」と回答した施設の割合が上昇し、今後の高齢化の進展とともに看護師の役割の見直しを検討することの必要性が提起された。一方で、2023 年 2 月の同 WG において、日本医師会から、日本看護協会が実施した調査結果の回収率が約 6%と低いこと、事例の頻度、症状の悪化の程度等が不明確である等、疑義があるとの指摘もなされている。

在宅医療における医師、看護師、薬剤師などの関係職種の連携に関する先行研究では、各職種における連携に対する認識や連携の程度に着目した報告が中心であり、夜間、休日、時間外を含め、患者の状態変化があった際の医師、訪問看護師及び薬剤師間の連携における前述のような課題の把握はいまだ十分ではない。

2023 年 6 月に閣議決定された規制改革実施計画では、在宅医療に関して「①地域

の在宅患者に対して最適なタイミングで必要な医療が提供できないため、患者が不利益を被る具体的状況や②そのような具体的状況において医師、看護師が実際に果たしている役割や課題」、「訪問看護師が適時に患者宅を訪問できないことによって、在宅の患者が点滴交換・充填、褥瘡薬の塗布等を円滑に受けられない事例が存在するとの指摘」について調査を行うこととされた。

これを踏まえ、2023 年度に本研究班が実施したクラスター抽出した 50 医療圏の全診療所、全訪問看護ステーション、全薬局を対象とした質問紙調査では、夜間、休日、時間外における患者の急変時に各連携医療施設との対応で「困ったことがあった」と回答した施設は、在宅医療従事の診療所（719 施設）では、訪問看護ステーションとの間いで 5.0%、薬局との間で 6.4%、訪問看護ステーション（281 施設）では、診療所・病院との間で 19.2%、薬局との間で 14.0%、在宅医療従事の薬局（678 施設）では、診療所・病院との間いで 10.4%、訪問看護ステーションとの間で 3.9%であったという結果が得られている。さらに、具体的な困難の内容については、主治医への連絡、時間外対応、在宅医療未対応、薬剤の在庫不足などの記載がなされ、在宅医療資源の乏しい地域において、最適なタイミングで対応できない事案がより顕在化しやすい可能性が示唆された。しかし、こうした事案が生じる頻度、その具体的状況や、実際に行われた対応、患者への影響など、その詳細については十分な情報が得られていない。

Clinical deterioration（以下、容体悪化）は、迅速な認識と対応を必要とする時間的制約のある医療上の緊急課題である。

容体悪化を認識できず、迅速に対応できない場合、患者の有害事象につながる可能性があり (Kelly, M. A., 2014)、逆に、容体悪化を早期に認識し、対応することで患者の転帰は大幅に改善する (Bellomo, R., 2003; Buist et al., 2002; Jones, 2014)。2353 件の有害事象を詳細分析したオーストラリアの研究では、15.8%が「入手可能な情報を総合的に判断、決定、行動することによる失敗によるもの」、11.8%が「検査、処置、診察を依頼または手配することの失敗によるもの」であったことを示しており (Wilson RM et al., 1999)、患者の容体悪化時のエスカレーションが途切れると患者への適切ケアが遅れ、有害事象発生につながる可能性があることを示唆している。

エスカレーションの遅延は、患者の 20.7% (P. Calzavacca et al., 2008) から 47.1% (E. Peebles et al., 2012) で発生し、遅延時間は 1.15 時間 (E. Peebles et al., 2012) から 56 時間 (P. Calzavacca et al., 2008) であったことが報告されている。エスカレーション遅延の原因には、ヒエラルキー (Sheater B et al., 2012; Pattison N et al., 2012; Jones D et al., 2006; Andrew T et al., 2005) やコミュニケーションの障害 (N. Mackintosh, et al., 2010; R. Endacott, T et al., 2007; J. Cioffi et al., 2006) があることが示されている。これまで報告されてきた知見は、いずれも入院患者の容体悪化について調査したものであり、在宅医療患者については現時点では不明である。

在宅医療では、訪問看護師が様々な兆候や症状から患者の臨床的变化に気づき、悪化を判断している (Rusli KDB et al., 2021; Taniguchi C et al., 2020)。質の高い訪問看護は、不必要な再入院や救急外来受診を減

らす可能性があり、患者アウトカムの改善やコスト削減につながることが報告されている (Vasquez MS., 2009; Ruiz S et al., 2016)。しかし、訪問看護師による患者の観察頻度は病院に比べて低く、容体悪化を認識できない可能性も高い。加えて、訪問看護師が患者の容体悪化を察知し、迅速な対応や指示が必要と判断した場合には医師にエスカレーションするが (Gray E et al., 2018)、多くの研究で、このプロセスにおける医師と看護師のコミュニケーションや連絡には課題があることが報告されている (Allen E et al., 2017)。このような状況では、訪問看護師は患者の容体悪化に対応して医師と効果的な連携を築くことが難しく、患者アウトカムが悪化する可能性がある。加えて、地域の医療資源の格差も課題になる。先行研究では、農村部は都市部に比べて、ケアの適時開始が困難であり、入院や救急外来受診の割合が高くなるという結果が示されており (Chanjuan Ma et al., 2022; Denise DQ et al., 2022; Hsueh-Fen C et al., 2020; Quigley DD et al., 2022)、医療資源が少ない地域では、患者の容体悪化の発見やエスカレーション、迅速な対応に遅れが生じることが予測される。

2024 年度現在、日本には、医療従事者が少ないことや医療機関が少ないために機能分化が困難である「医療資源が少ない地域」が、37 の二次医療圏 (147 市町村) に存在し (全国 1718 市町村の 8.6%)、診療報酬上その特性に応じた配慮が行われている。しかしながら、こうした「医療資源が少ない地域」において在宅医療を受けている患者の容体悪化を医療職種がどのように認識し、他の医療職と連携しながら対応しているかは十分に理解されていない。

そこで、本研究では、1) 2023 年度に実施した全国調査データについて、在宅医療現場における連携困難事例の詳細分析を進めるとともに、これらの結果ならびに先行研究をもとにした調査項目を用い、2) 「医療資源が少ない地域」に所在する診療所、訪問看護ステーション、薬局を対象とした悉皆調査を実施し、在宅医療における医師、訪問看護師、薬剤師の各職種と他の医療職種との患者の容体変化時における連携の状況、これらの各職種において他の医療職との連携がうまくいかずに最適なタイミングで必要な医療が提供できなかった事例の発生頻度ならびにその詳細を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1) 2023 年度に実施した全国調査データを用いた詳細分析

診療所、訪問看護ステーション及び薬局の連携困難事例の発生状況について、在宅医療資源・人口密度等の地域特性・施設特性を考慮した実態把握ならびに 2022 年度に発生した困難事例の詳細分析を行った。具体的には、(1) 2023 年度に実施した全国調査データを用い、困難事例発生に関連する要因の分析ならびに困難事例について質的記述的分析を行った。(2) 訪問看護ステーションにおける夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応については、取り決めに交わしている医療機関数/指示書を発行している医療機関数×100 にて各選択肢における割合を算出し、在宅医療密度の地域クラスターに層別し、ヒストグラムを作成した。自由記述は、取り決め内容により以下に区分した。「夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応に関する医療

機関との取り決め有無は、①医療機関との間で共通の取り決めがある、②連携する医療機関ごとに急変時の対応の取り決めは異なる、③同じ医療機関であっても医師によって急変時の対応の取り決めは異なる、④①～③の取り決めはないであり、②を選択した場合には、①～⑥（主治医がファーストコールを担当し、①主治医が対応、訪問看護師へ事後報告、②主治医から連絡・指示を受け、訪問看護師が対応、訪問看護師がファーストコールを担当、③包括指示内で対応、④主治医に連絡し、個別指示を受けながら訪問看護師が対応、⑤主治医に連絡し、主治医が対応、⑥訪問看護師の判断で医療機関を受診し、主治医へ事後報告）に区分された。

2) 「医療資源が少ない地域」の診療所、訪問看護ステーション及び薬局を対象とした調査

調査方法は、Web アンケート調査であった。調査対象は、「医療資源が少ない地域」に所在する、診療所、訪問看護ステーション、薬局の管理者（院長）である。対象となる「医療資源が少ない地域」は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添 3」の「別紙 2」に掲げる医療を提供している「医療資源の少ない地域（令和 6 年度診療報酬改定）」（37 医療圏、147 市町村とする。北海道、東北、関東信越、東海北陸、近畿、中国四国、四国、九州の各地方厚生（支）局が 2024 年 10 月 1 日時点で公表していた施設の一覧表から、「医療資源が少ない地域」の市町村に所在する全ての診療所、訪問看護ステーション、薬局とする。なお、「医療資源が少ない地域」に

該当する、2024 年 1 月に発生した能登半島地震および 9 月 20 日からの大雨の被災地である、石川県輪島市、珠洲市、穴水町、能登町は本研究対象から除外することとし、最終的に、診療所 1588 か所、訪問看護ステーション 299 か所、薬局 1212 か所を調査対象とする。

調査内容は、①各施設の基本属性、②他の医療職と連携がうまくいかずに最適なタイミングで医療が提供できず患者が不利益を被った事案の発生頻度と発生した事例の詳細（発生を認知した時期、どのように事案を認知したか、事案を認知した者、どのような状況であったか、患者の対応にあたり、他の医療職に連絡をとろうとしたか、どの職種に連絡をとろうとしたか、連絡をとろうとした人は 24 時間対応をとっていたか、どのような方法で連絡をとろうとしたか、連絡がとれるまたは報告をするまでに要した時間、連絡がとれるまでに時間を要した理由、その後の対応（時系列で）、事案発生時の認知から対応開始までに要した時間、患者は緊急受診したか、患者はどのような不利益を被ったか、どのような患者であったか（性別、世帯構成、主疾患名、処置や医療機器の管理が必要な状態、処方薬、在宅サービスの利用状況）、本事案が生じた背景、本事案を踏まえ、患者の不利益を防ぐためにどのような対応策が必要か等、③在宅患者の予期しない容体の変化時の対応、④所在している地域における医療職種間の連携の現状である。

分析方法は、調査項目の量的データについては、基本統計量を算出した。回答施設が所在する市区町村と総務省が公表している市区町村の統計データ（人口、人口密度）と調査データをマージし、「他の医療

職との連携がうまくいかずに最適なタイミングで必要な医療が提供できなかった事例」が発生している施設ならびに地域特性を明らかにする。発生事案など調査項目の自由記載（質的データ）については質的記述的分析をおこなった。

3) 現地視察による関係者へのヒアリング
2025 年 3 月に、沖縄県島尻郡久米島町ならびに長野県伊那郡高森町での現地視察を行い、関係者からヒアリングを行った。

（倫理面への配慮）

医療資源の少ない地域の診療所、訪問看護ステーション、薬局を対象とした調査は、東京科学大学医学系倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：I 2024-193）。

C. 研究結果

1) 2023 年度に実施した全国調査データを用いた詳細分析

(1) 困難事例発生に関連する要因ならびに困難事例の質的記述的分析の結果

①診療所調査

分析対象は、回答のあった 2029 施設のうち、在宅医療への対応ありと回答した施設 719 施設（34.3%）であった。2022 年度 1 年間で訪問看護ステーションとの対応で困ったことがあると回答した施設は 36 施設（5.0%）であり、対応に困った事案数は 1 件が 29 施設で他は未回答であった。また、在宅患者の処方箋を発行している薬局との対応で困ったことがあると回答した施設は 46 施設（6.4%）であり、対応に困った事案数は 1 件が 43 施設、2 件が 3 施設であった。

訪問看護ステーションとの対応で困ったことがあると回答した診療所の特徴として、在宅医療の位置づけとして在宅医療中心もしくは在宅医療専門であること、在宅療養支援診療所の届出を行っていること、夜間（深夜を含む）の救急対応をしていること、土曜・日曜・祝日の外来診療を行っていること、医療用麻薬の処方を行っていること、介護保険による在宅医療サービスを実施していること、在宅医療（訪問診療・往診）を行っている医師数が多いこと、診療所に薬剤師が勤務していること、2024年1月中の全在宅医療患者数・訪問件数が多いこと、訪問看護ステーションに訪問看護指示書を発行していること、2024年2月1日時点で訪問看護指示書を発行している訪問看護ステーション数が多いことが示された（ $p<0.05$ ）。質的記述的分析の結果、訪問看護ステーションとの対応で困ったことの具体的な内容として、「訪問看護師と主治医間の意向・対応の不一致」

「訪問看護ステーションとの間での情報共有不足」「訪問看護ステーション側の対応の問題」がテーマとして抽出された。さらに、これらの事例は、在宅医療資源が中程度で、地方都市型もしくは大都市型の地域に所在する診療所から挙げられており、急変時のファーストコールは訪問看護師による対応が多かったが、半数は急変時における主治医の意向を関係者間で共有していなかったという結果が示された。以上の結果から、在宅医療に従事している診療所における訪問看護ステーションとの対応困難事例は、在宅医療に積極的に取り組んでいる診療所ほど認知しやすく、急変時の対応に関する訪問看護ステーションとの事前の取

り決めや情報共有が十分でないことが背景にある可能性が示唆された。

薬局との対応で困ったことがあると回答した診療所の特徴としては、在宅医療の位置づけとして在宅医療中心もしくは在宅医療専門であること、在宅療養支援診療所の届出を行っていること、土曜・日曜・祝日の外来診療を行っていること、通常時に在宅医療を提供する地域が所在する市町村外であること、医療用麻薬の処方を行っていること、介護保険による在宅医療サービスを実施していること、在宅医療（訪問診療・往診）を行っている医師数が多いこと、2024年1月中の全在宅医療患者数・訪問件数が多いこと、訪問看護ステーションに訪問看護指示書を発行していること、2024年2月1日時点で訪問看護指示書を発行している訪問看護ステーション数が多いことが示された（ $p<0.05$ ）。

質的記述的分析の結果、薬局との対応で困ったことの具体的な内容として、「薬剤の在庫不足」「夜間、休日、24時間等に対応できる薬局がない」「薬局側の対応の問題」がテーマとして抽出された。さらに、これらの事例は、在宅医療資源が豊富もしくは中程度の地域ではあるが、地域区分としては大都市型、地方都市型、過疎地域型に所在する診療所から挙げられた。半数以上が連携している薬局が夜間、休日、時間外の対応を行っていないという結果が示された。以上の結果から、在宅医療に従事している診療所における薬局との対応困難事例は、在宅医療に積極的に取り組んでいる診療所ほど認知しやすく、診療所と薬局との連携というよりはむしろ薬剤の在庫不足や連携する薬局が24時間対応を行っていないといった薬局における在宅患者へ

の薬剤提供体制の問題が困難事例を発生させる背景にある可能性が示唆された。

②訪問看護ステーション調査

分析対象は、回答のあった 282 施設のうち、2024 年 2 月 1 日時点でサービス提供中と回答した 281 施設（99.6%）であった。2022 年度 1 年間で利用者の主治医が所属する医療機関との対応で困ったことがあったと回答した施設は 54 施設

（19.2%）であり、対応に困った事案数は 1 件が 41 施設、2 件が 9 施設、3 件が 2 施設、4 件が 1 施設、6 件が 1 施設であった。また、2022 年度 1 年間で利用者が利用している薬局との対応で困ったことがあると回答とした施設は 38 施設（14.0%）であり、対応に困った事案数は 1 件が 37 施設、3 件が 1 施設であった。

医療機関との対応で困ったことがあると回答した訪問看護ステーションの特徴として、開設主体が医療法人であること、病院に併設していること、2024 年 2 月 1 日時点で連携している薬局があること、連携薬局数が多いことが示された（ $p<0.05$ ）。質的記述的分析の結果、訪問看護ステーションが指示書を発行している医師が所属する診療所との対応で困ったことの具体的な内容として、「急変時等に主治医に連絡がとれない」「在宅療養支援診療所の主治医が時間外の対応をしない」「訪問看護指示書を作成してくれない」がテーマとして抽出された。さらに、これらの事例は、在宅医療資源が少ない、中程度、豊富のいずれの地域の訪問看護ステーションからも挙げられていたが、救急搬送や入院といった転帰となった事例の多くは在宅医療資源が少ない地域に所在する訪問看護ステーションか

ら挙げられていた。また、主治医は 24 時間対応を行っていない診療所との対応事例が多く、半数は急変時における主治医の意向を関係者間で共有していなかったという結果が示された。

一方、訪問看護ステーションが指示書を発行している医師が所属する病院との対応で困ったことの具体的な内容として、「主治医が往診・急変時の診療に対応できない」「主治医の病院で救急患者を受け入れない」「主治医と連絡がとれない」「病院で院内処方された薬剤の調達に時間がかかる」がテーマとして抽出された。これらの事例は、診療所との対応と同様、在宅医療資源が少ない、中程度、豊富のいずれの地域の訪問看護ステーションからも挙げられていた。さらに、主治医が在宅医療（訪問診療・往診ともに）を行っていない病院との対応事例が多く挙げられていた。

以上の結果から、訪問看護ステーションにおける診療所・病院との対応困難事例は、医療機関に併設されている訪問看護ステーションほど認知しやすいことが明らかになった。また、診療所との対応では、24 時間対応を行っていない、病院との対応では在宅医療（訪問診療・往診）を行っていない施設との間で主治医に連絡がとれないことや主治医が急変時の診療に対応できないなど、訪問看護指示書を発行している主治医との対応が困難事例の中心となることが明らかになった。

薬局との対応で困ったことがあると回答した訪問看護ステーションの特徴として、医療機関との対応と同様、開設主体が医療法人であること、病院に併設していること、2024 年 2 月 1 日時点で連携している薬局があること、連携薬局数が多いことが

示された ($p<0.05$)。2024 年 2 月 1 日時点で連携している薬局があること、連携薬局数が多いことが示された。質的記述的分析の結果、訪問看護ステーションが連携している薬局との対応で困ったことの具体的な内容として、「必要な時間に利用者宅に薬剤が届かない」「(薬局に在庫がなく) 薬剤が調達できない」「薬局側の対応の問題」がテーマとして抽出された。これらの事例は、在宅医療資源が少ない、中程度、豊富のいずれの地域の訪問看護ステーションからも挙げられていた。

以上の結果から、訪問看護ステーションにおける薬局との対応困難事例は、医療機関に併設されている訪問看護ステーションほど認知しやすいことが明らかになった。対応困難事例は、訪問看護ステーションと薬局との連携というよりはむしろ薬剤の在庫不足や連携する薬局が 24 時間対応を行っていないといった薬局における在宅患者への薬剤提供体制の問題が困難事例を発生させる背景にある可能性が示唆された。

③薬局調査

分析対象は、回答のあった 1723 施設のうち、在宅患者訪問薬剤管理指導/居宅療養管理指導を実施していると回答した薬局は 1028 施設 (59.7%) のうち、訪問看護を利用している患者に対応していると回答した薬局は 678 施設 (65.7%) であった。2022 年度 1 年間で医療機関との対応で困ったことがあると回答した薬局は 70 施設 (10.4%) であり、対応の困った事案数は 1 件が 43 施設、2 件が 5 施設、3 件が 5 施設、4 件が 1 施設、5 件が 2 施設、8 件が 1 施設、10 件以上が 5 施設であった。また、2022 年度 1 年間で訪問看護ステーシ

ョンとの対応で困ったことがあると回答した薬局は 26 施設 (3.9%) であり、対応に困った事案数は 1 件が 17 施設、3 件が 1 施設、5 件が 2 施設、10 件が 1 施設であった。

医療機関との対応で困ったことがあると回答した薬局の特徴として、同一グループ等の薬局店舗がないこと、無菌製剤処算の施設基準等の届出をしていること、2024 年 1 月の薬局での処方箋の受付枚数が少ないこと、居宅療養管理指導(介護保険)の算定件数が多いことが示された

($p<0.05$)。質的記述的分析の結果、薬局が患者の処方箋を発行している医師が所属する診療所との対応で困ったことの具体的な内容として、「在庫がない薬剤の手配を依頼される」「処方箋が予定日・時に届かない」「医師とのコミュニケーションの問題」「主治医と連絡がとれない」「主治医や訪問看護師と連絡がとれない」「医師から薬局への情報提供不足」「医師同士の情報共有不足・意見の不統一によって生じた問題」がテーマとして抽出されたほか、個別事例として、「ケアマネジャーと主治医との間での訪問薬剤依頼先の相違」「処方された薬剤と患者家族の認識が異なる」

「薬剤に関する疑義照会」「薬剤手配中に死亡した患者の処方箋の取り扱い」等が挙げられた。これらの事案は、在宅医療資源が中程度もしくは少ない地域に所在し、地域区分としては大都市型、地方都市型の地域に所在する薬局から挙げられていた。さらに、診療所の体制としては在宅療養支援診療所が多くを占めていた。

薬局が患者の処方箋を発行している医師が所属する病院との対応で困ったことの具体的な内容として、「主治医との情報共

有」「主治医と連絡がとれない」「訪問看護師/医師からの情報提供不足」「患者情報の把握が困難」がテーマとして抽出された。これらの事案は、在宅医療資源が中程度もしくは少ない地域に所在し、地域区分としては大都市型、地方都市型、過疎地域型の地域に所在する薬局から挙げられていた。病院の体制としては、在宅医療（訪問診療、往診ともに）を行っていない、在宅医療を行っているが、24時間対応体制をとっていない病院との対応事例が多く挙げられていた。

訪問看護ステーションとの対応で困ったことがあると回答した薬局の特徴として、無菌製剤処理加算の施設基準等の届出をしていることが示された（ $p<0.05$ ）。薬局が訪問看護ステーションとの対応で困ったことの具体的な内容として、「訪問看護師/医師からの情報提供不足」「患者情報の把握が困難」がテーマとして抽出された。

以上の結果から、薬局における医療機関との対応困難事例は在宅医療患者に対応している薬局ほど認知しやすい傾向がみられたが、訪問看護ステーションとの対応困難事例は大きな特徴はみられなかった。薬局が抱える他の医療職との対応困難事例の多くは、急変時の対応というよりは、在宅医療連携の基盤となる在宅患者の情報の把握や医療職種間での情報共有に係る内容であり、医療資源の少ない地域や過疎地域といった特定の地域に限定した課題ではないことも明らかになった。

(2) 訪問看護ステーションにおける夜間・

休日・時間外での利用者の急変時の対応
2024年2月1日時点で訪問看護サービスを行っていた訪問看護ステーション269件

を分析対象とした。夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応に関して、連携医療機関との間で共通の取り決めに交わしている事業所は30件（11.2%）、連携する医療機関ごとに異なる取り決めに交わしている事業所は121件（45.0%）、同じ医療機関であっても医師ごとに異なる取り決めに交わしている事業所は60件

（22.3%）、事前取り決めに交わしていない事業所は58件（21.6%）であった。

医療機関ごとに取り決めに異なると回答した121件のうち、①～⑥のうち1つのみ選択している事業所や取り決めの内容に回答していない事業所を除外した82件を分析したところ、訪問看護指示書を発行している医療機関のうち、ファーストコールを主治医が担当するという取り決めに交わしている割合の中央値は0%（四分位範囲0.0-33.3%）、ファーストコールを訪問看護師が担当するという取り決めに交わしている割合の中央値は100%（66.7-100.0%）であった。

在宅医療資源の地域特性別にみると、在宅医療資源が少ない地域では、全取り決めのうち、主治医がファーストコールを75%以上担当している事業所も2割程度存在していた。取り決めの詳細な内容に関しては、ファーストコールを訪問看護師が担当したうえで、主治医に連絡し、個別指示を受けながら訪問看護師が対応する（中央値25%、四分位範囲11.1-41.7%、以下同順）が最も高かった。地域別にみると、医療資源が少ない地域や中程度の地域で、この取り決めに5割を超えている事業所の割合が高かった。この取り決めにに関する課題として、「医師との連絡に時間がかかる」ことや、「担当医師以外が電話で対応した

ための確な指示を得られない」ことが自由記述に挙げられた。次いで多かったのは、訪問看護師の判断で医療機関を受診し、主治医へ事後報告する（16%、0.0-42.3%）であり、どの地域でも同じ分布になっていた。この取り決めに関しては、「受診の目安が不明確である」ことや、「受け入れ先がなかなか見つからない」といった課題が挙げられた。3番目に多かったのは、包括指示内で訪問看護師が対応をする

（11.8%、0.0-35.7%）であった。在宅医療資源が中程度もしくは豊富な地域の5%程度の訪問看護事業所では、この取り組みが80%を超えていた。この取り決めに関しては、課題は挙げられていなかった。その要因として、「事前に訪問看護師が主治医に対して包括指示に盛り込んで欲しい内容を具体的に提案した」、「状態が安定している利用者であっても、指示書内に急変時対応を記載」するなどの工夫をしていることが挙げられた。

2)「医療資源が少ない地域」の診療所、訪問看護ステーション及び薬局を対象とした調査

2025年2月に「医療資源の少ない地域」に所在するすべての診療所、訪問看護ステーション、薬局を対象とした調査を行った。診療所は120件（回収率7.9%）、訪問看護ステーションは52件（回収率17.4%）、薬局は119件（回収率9.8%）から回答を得た。記述統計の結果は添付資料に示した。「過去6カ月間に他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案」があったと回答したのは、診

療所は6施設、訪問看護ステーションは3事業所、薬局は4施設であった。

3)現地視察によるヒアリング調査

久米島では、在宅医療は、公立久米島病院の若手医師と6名の看護師（救急外来、一般外来、病棟のシフトにも入る）が対応していた。看護師のうち1名は特定行為研修修了者であり、シフトの遣り繰り等を行い、現在、さらに1名を同研修に派遣中とのことであった。島内に訪問看護ステーションはなく、病院内のみなし訪問看護のみであった。島内の診療所は1か所であり往診は行うものの、時間外対応などの在宅医療は提供していない。多職種間の連携としては、従事する医師がローテーターのため、患者や家族の意向の引き継ぎ等での混乱がないことはないが、医師と看護師が顔の見える関係にあり、患者の不利益となるような事態は発生していない。

高森町では、中学校区1区の規模で、顔の見える関係性が構築されており、在宅医療における医療専門職種間での連携に関する困難課題はあげられなかった。町内の医療資源は充実しており、中核病院を中心に、さまざまな診療科を標ぼうする多数の診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護保険サービス事業所と連携しながら医療を提供していた。行政をはじめ、飯田医師会や南信州広域連合などの職能団体、そして熱心な開業医が在宅医療を支えていた。連携には、情報共有ツールが活用されており、地域完結型医療を実践していた。

D. 考察

1) 2023 年度に実施した全国調査データを用いた詳細分析

(1) 困難事例発生に関連する要因ならびに困難事例の質的記述的分析の結果

診療所が訪問看護ステーションに対して認識する急変時の対応に関する対応困難事例は、訪問看護ステーションとの事前の取り決めや情報共有が十分でないことが背景にある可能性が示唆された。

訪問看護ステーションにおける診療所・病院との対応困難事例は、訪問看護指示書を発行している主治医との対応が困難事例の中心となっていることが明らかになった。

診療所と訪問看護ステーションと薬局との連携に関しては、薬剤の在庫不足や薬局における在宅患者への薬剤提供体制の問題が困難事例を発生させる背景にある可能性が示唆された。薬局が抱える他の医療職との対応困難事例の多くは在宅患者情報の把握や医療職種間での情報共有に係る内容であり、医療資源の少ない地域や過疎地域といった特定地域に限定した課題ではないことが可能性が示唆された。

(2) 訪問看護ステーションにおける夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応

事前に取り決りを交わしていない事業所が全体の 2 割程度存在していた。事前取り決めの内容としては、医療機関によって異なる取り決めではあるものの、ファーストコールを訪問看護師が担当し、医師に個別連絡をして、指示を仰ぎながら対応するというものが最も多く、特に医療資源が少ない地域や中程度の地域がこの傾向が強かった。

包括指示内で訪問看護師が対応をするという事前取り決めは、医療資源が豊富な地域や中程度の地域のごく一部の訪問看護事業所が推進していた。

2) 「医療資源が少ない地域」の診療所、訪問看護ステーション及び薬局を対象とした調査

「過去 6 カ月間に他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案」があったと回答したのは、診療所 6 施設、訪問看護ステーション 3 施設、薬局 4 施設であり、数は多くないが患者に不利益を生じさせる事案は発生していた。しかし、いずれも対応がなされており、重大な不利益を被る事態には至っていなかった。

時間外・休日・深夜は、患者の容体変化については、訪問看護師が在宅患者の容体変化を最初に把握し、医師をはじめとする他の医療職種等にエスカレーションし、初期対応している状況がうかがわれた。

3) 現地視察による関係者へのヒアリング

医療資源が限られた地域では、医師と看護師が顔の見える関係にあり、地域での関係者同士の顔の見える関係づくり、ルールづくり、特定行為研修を修了した看護師等の活躍により連携に対する困難課題を克服する取組がされていた。

限られた体制の中でも、なんとか遣り繰りを行い、特定行為研修に職員を派遣する取り組みも行われており、医療資源の乏しい地域での在宅医療において同研修が一定の効果を有するものと示唆された。同時に、受講しやすい環境づくりも重要であると考えられた。

E. 結論

昨年度の研究内容に引き続き、今年度は医療資源の少ない地域の医療機関を対象に、“患者に不利益を生じさせる”課題の有無を悉皆的に調査し、多職種連携を原因と市、患者に不利益を生じさせる事案の発生は確認されたが、数は少なく、いずれも関係者の努力工夫で対応がなされ、重大な不利益は避けられていた。これまで医療提供側での調査を重ねてきたが、今後は、在宅医療を受けている患者像の違いによる影響など患者の視点での深掘りが必要であると考えられた。

また、島嶼医療に関するヒアリングにおいて、厳しい体制の中でも特定行為研修に職員を派遣する取り組みが行われており、特に医師少数区域などの医療密度の低い地域における特定行為研修修了看護師の果たす役割および、厳しい勤務体制の中での受講のあり方などの更なる検討の必要性が考えられた。

謝辞

調査にご協力いただきました、全国の診療所、訪問看護ステーション、薬局の皆様、本研究の実施にあたり、多大なるご支援を賜りました、日本医師会副会長の釜范敏先生、日本看護協会常務理事の井本寛子先生、日本薬剤師会副会長の荻野構一先生に深謝いたします。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

令和 6 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

在宅医療現場における医療職種間の連携課題
～令和 6 年度全国調査を用いた分析から

研究代表者 岡田就将 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 政策科学分野 教授
研究分担者 柏木聖代 東京科学大学大学院保健衛生学研究科
ヘルスサービスリサーチ看護学分野 教授
研究協力者 寺嶋美帆 東京科学大学大学院保健衛生学研究科
ヘルスサービスリサーチ看護学分野 技術支援員
研究協力者 花田 遥 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 政策科学分野 大学院生
研究協力者 阿部美香 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 政策科学分野 大学院生

研究要旨

【目的】在宅医療現場における医師、訪問看護師及び薬剤師の多職種連携に関する課題の具体例を明らかにすることを目的とした。

【方法】2024 年 3 月に、全国の診療所の院長、訪問看護ステーションの管理者、薬局の管理者を対象とした、Web 調査を実施した。クラスター抽出法を用いて対象施設の抽出を行い、最終的に、診療所 9862 件、訪問看護ステーション 1749 件、薬局 6827 件が調査対象として抽出された。調査内容は、各対象施設における概要、届出等の状況、従事者数、各施設の体制、連携施設の体制の把握状況、連携施設との夜間、休日、時間外における在宅患者の急変時の対応に関する取り決め、夜間、休日、時間外における患者の急変時に各連携施設との対応で困ったこと（困ったことの有無、発生件数）、困ったことの具体的事案等であった。量的データについては、基本統計量を算出した。対応に困った事案ならびに自由記載については、クラスターごとに分類して整理した。

【結果】診療所は 2029 件（回収率 20.6%）、訪問看護ステーションは 282 件（回収率 16.1%）、薬局は 1723 件（回収率 25.2%）から回答を得た。回答を得た診療所のうち在宅医療への対応ありと回答したのは 719 件（34.3%）、薬局は 1028 件（59.7%）であった。在宅医療を実施している薬局 1028 件のうち、訪問看護を利用している患者に対応していたのは 678 件（65.7%）であった。在宅医療現場における連携困難事例の 2022 年度の発生は、在宅医療従事の診療所（719 施設）では、訪問看護ステーションとの間で 5.0%、薬局との間で 6.4%の診療所で、訪問看護ステーション（281 施設）では、診療所・病院との間で 19.2%、薬局との間で 14.0%の訪問看護ステーションで、在

在宅医療従事の薬局（678 施設）では、診療所・病院との間で 10.4%、訪問看護ステーションとの間で 3.9%の薬局で発生していた。診療所が、訪問看護ステーションとの対応で困ったことの具体的な内容としては、「訪問看護師と主治医間の意向・対応の不一致」「訪問看護ステーションとの間での情報共有不足」「訪問看護ステーション側の対応の問題」が抽出された。薬局との対応で困ったことの具体的な内容としては、「薬剤の在庫不足」「夜間、休日、24 時間等に対応できる薬局がない」「薬局側の対応の問題」が抽出された。訪問看護ステーションが、診療所との対応で困ったことの具体的な内容として、「急変時等に主治医に連絡がとれない」「在宅療養支援診療所の主治医が時間外の対応をしない」「訪問看護指示書を作成してくれない」が抽出された。また、病院との対応で困ったことの具体的な内容として、「主治医が往診・急変時の診療に対応できない」「主治医の病院で救急患者を受け入れない」「主治医と連絡がとれない」「病院で院内処方された薬剤の調達に時間がかかる」が抽出された。訪問看護ステーションが薬局との対応で困ったことの具体的な内容としては、「必要な時間に利用者宅に薬剤が届かない」「（薬局に在庫がなく）薬剤が調達できない」「薬局側の対応の問題」が抽出された。薬局が、診療所との対応で困ったことの具体的な内容として、「在庫がない薬剤の手配を依頼される」「処方箋が予定日・時に届かない」「医師とのコミュニケーションの問題」「主治医と連絡がとれない」「主治医や訪問看護師と連絡がとれない」「医師から薬局への情報提供不足」「医師同士の情報共有不足・意見の不統一によって生じた問題」が抽出され、病院との対応で困ったことの具体的な内容として、「主治医との情報共有」「主治医と連絡がとれない」「訪問看護師/医師からの情報提供不足」「患者情報の把握が困難」が抽出された。薬局が訪問看護ステーションとの対応で困ったことの具体的な内容として、「訪問看護師/医師からの情報提供不足」「患者情報の把握が困難」が抽出された。

【考察】診療所が訪問看護ステーションに対して認識する急変時の対応に関する対応困難事例は、訪問看護ステーションとの事前の取り決めや情報共有が十分でないことが背景にある可能性が示唆された。訪問看護ステーションにおける診療所・病院との対応困難事例は、訪問看護指示書を発行している主治医との対応が困難事例の中心となることが明らかになった。診療所と訪問看護ステーションと薬局との連携に関しては、薬剤の在庫不足や薬局における在宅患者への薬剤提供体制の問題が困難事例を発生させる背景にある可能性が示唆された。薬局が抱える他の医療職との対応困難事例の多くは在宅患者情報の把握や医療職種間での情報共有に係る内容であり、医療資源の少ない地域や過疎地域といった特定地域に限定した課題ではないこと可能性が示唆された。

A. 研究目的

在宅医療のニーズが高まっており、多職種連携が求められている。在宅医療における医師、看護師、薬剤師などの関係職種の連携に関する先行研究では、各職種における連携に対する認識や連携の程度に着目した報告が中心であり、夜間、休日、時間外を含め、患者の状態変化があった際の医師、訪問看護師及び薬剤師間の連携における前述のような課題の把握はいまだ十分ではない。

2024年3月に本研究班が実施したクラスター抽出した50医療圏の全診療所、全訪問看護ステーション、全薬局を対象とした質問紙調査¹⁾では、夜間、休日、時間外における患者の急変時に各連携医療施設との対応で「困ったことがあった」と回答した施設は、在宅医療従事の診療所（719施設）では、訪問看護ステーションとの間で5.0%、薬局との間で6.4%、訪問看護ステーション（281施設）では、診療所・病院との間で19.2%、薬局との間で14.0%、在宅医療従事の薬局（678施設）では、診療所・病院との間で10.4%、訪問看護ステーションとの間で3.9%であったという結果が得られている。さらに、具体的な困難の内容については、主治医への連絡、時間外対応、在宅医療未対応、薬剤の在庫不足などの記載がなされ、在宅医療資源の乏しい地域において、最適なタイミングで対応できない事案がより顕在化しやすい可能性が示唆された。しかし、こうした事案が生じる頻度、その具体的状況や、実際に行われた対応、患者への影響など、その詳細については十分な情報が得られていない。そこで本研究では、在宅医療現場における多

職種の連携に関する課題の具体例を把握することを目的とした。

B. 研究方法

全国調査データを用いた二次分析を行った。使用した2023年度全国調査の概要は以下のとおりである。

1. 研究対象

政府統計に基づき、二次医療圏ごとの「人口10万人当たりの訪問診療施設数」と「人口10万人あたりの訪問看護事業所数」を算出し、四分位から在宅医療資源を①少ない、②中程度、③豊富の3つのクラスターの医療圏を抽出した。各クラスターに属する医療圏（①41医療圏、②86医療圏、③40医療圏）から、1/3の医療圏を無作為に抽出した（①12医療圏、②26医療圏、③12医療圏）。能登半島地震で被災した石川県の4医療圏は除外した。

地方厚生（支）局の「保険医療機関・保険薬局の指定一覧」から、医科診療所、保険薬局、「指定訪問看護ステーションの指定一覧」から訪問看護ステーションの一覧を作成し、2)で抽出された医療圏にある全ての診療所、薬局、訪問看護ステーションを抽出した。最終的に、診療所9862件、訪問看護ステーション（看護小規模多機能18施設は除外）1749件、薬局6827件が調査対象として抽出された。

2. 調査内容

調査項目は、各対象施設における概要、届出等の状況、従事者数、各施設の体制、連携施設の体制の把握状況、連携施設との夜間、休日、時間外における患者の急変時の対応に関する取り決め、夜間、休日、時間外における患者の急変時に各連携施設と

の対応で困ったこと（困ったことの有無、発生件数）・対応に困った具体的な事案であった。

3. 分析方法

分析対象となった診療所、訪問看護ステーション、薬局の基本属性について記述統計量を算出するとともに、対応に困った事案があったと回答した施設・事業所においては事案数を算出した。対応に困った事案の回答の有無で、各施設・事業所の基本属性を比較した。量的データの分析には、量的データの分析には、SAS, version9.4 (SAS Institute, Cary, NC)を用いた。

自由記載の対応に困った事案の具体例については、各施設・事業所ごとに質的記述的分析を行い、カテゴリーを抽出した。

（倫理面への配慮）本研究は、東京科学大学統合教育機構倫理審査委員会の承認（承認番号：C2023-049）（番号：C2023-049）。

C. 研究結果

1. 調査票の回収状況

診療所からは 2029 件（回答率 20.6%）、訪問看護ステーションからは 282 件（回答率 16.1%）、薬局からは 1723 件（回答率 25.2%）の回答を得た。分析対象施設が所在する地域の特徴は、診療所と訪問看護ステーション、薬局の 3 施設ともに、在宅医療資源中等度が半数を占めていた。

2. 困難事例発生に関連する要因ならびに困難事例の質的記述的分析の結果

1) 診療所調査

分析対象は、回答のあった 2029 施設のうち、在宅医療への対応ありと回答した施設 719 施設（34.3%）であった。2022 年度 1 年間で訪問看護ステーションとの対応で困ったことがあると回答した施設は 36 施設（5.0%）であり、対応に困った事案数は 1 件が 29 施設で他は未回答であった。また、在宅患者の処方箋を発行している薬局との対応で困ったことがあると回答した施設は 46 施設（6.4%）であり、対応に困った事案数は 1 件が 43 施設、2 件が 3 施設であった。

訪問看護ステーションとの対応で困ったことがあると回答した診療所の特徴として、在宅医療の位置づけとして在宅医療中心もしくは在宅医療専門であること、在宅療養支援診療所の届出を行っていること、夜間（深夜を含む）の救急対応をしていること、土曜・日曜・祝日の外来診療を行っていること、医療用麻薬の処方を行っていること、介護保険による在宅医療サービスを実施していること、在宅医療（訪問診療・往診）を行っている医師数が多いこと、診療所に薬剤師が勤務していること、2024 年 1 月中の全在宅医療患者数・訪問件数が多いこと、訪問看護ステーションに訪問看護指示書を発行していること、2024 年 2 月 1 日時点で訪問看護指示書を発行している訪問看護ステーション数が多いことが示された（ $p<0.05$ ）。

質的記述的分析の結果、訪問看護ステーションとの対応で困ったこと具体的な内容として、「訪問看護師と主治医間の意向・対応の不一致」「訪問看護ステーションとの間での情報共有不足」「訪問看護ステーション側の対応の問題」が抽出された。さらに、これらの事例は、在宅医療資

源が中程度で、地方都市型もしくは大都市型の地域に所在する診療所から挙げられており、急変時のファーストコールは訪問看護師による対応が多かったが、半数は急変時における主治医の意向を関係者間で共有していなかった。

薬局との対応で困ったことがあると回答した診療所の特徴としては、在宅医療の位置づけとして在宅医療中心もしくは在宅医療専門であること、在宅療養支援診療所の届出を行っていること、土曜・日曜・祝日の外来診療を行っていないこと、通常時に在宅医療を提供する地域が所在する市町村外であること、医療用麻薬の処方を行っていること、介護保険による在宅医療サービスを実施していること、在宅医療（訪問診療・往診）を行っている医師数が多いこと、2024年1月中の全在宅医療患者数・訪問件数が多いこと、訪問看護ステーションに訪問看護指示書を発行していること、2024年2月1日時点で訪問看護指示書を発行している訪問看護ステーション数が多いことが示された（ $p<0.05$ ）。

質的記述的分析の結果、薬局との対応で困ったことの具体的な内容として、「薬剤の在庫不足」「夜間、休日、24時間等に対応できる薬局がない」「薬局側の対応の問題」が抽出された。さらに、これらの事例は、在宅医療資源が豊富もしくは中程度の地域ではあるが、地域区分としては大都市型、地方都市型、過疎地域型に所在する診療所から挙げられた。半数以上が連携している薬局が夜間、休日、時間外の対応を行っていなかったことが示された。

2) 訪問看護ステーション調査

分析対象は、回答のあった282施設のうち、2024年2月1日時点でサービス提供中と回答した281施設（99.6%）であった。2022年度1年間で利用者の主治医が所属する医療機関との対応で困ったことがあったと回答した施設は54施設

（19.2%）であり、対応に困った事案数は1件が41施設、2件が9施設、3件が2施設、4件が1施設、6件が1施設であった。また、2022年度1年間で利用者が利用している薬局との対応で困ったことがあると回答とした施設は38施設（14.0%）であり、対応に困った事案数は1件が37施設、3件が1施設であった。

医療機関との対応で困ったことがあると回答した訪問看護ステーションの特徴として、開設主体が医療法人であること、病院に併設していること、2024年2月1日時点で連携している薬局があること、連携薬局数が多いことが示された（ $p<0.05$ ）。

質的記述的分析の結果、訪問看護ステーションが指示書を発行している医師が所属する診療所との対応で困ったことの具体的な内容として、「急変時等に主治医に連絡がとれない」「在宅療養支援診療所の主治医が時間外の対応をしない」「訪問看護指示書を作成してくれない」が抽出された。さらに、これらの事例は、在宅医療資源が少ない、中程度、豊富のいずれの地域の訪問看護ステーションからも挙げられていたが、救急搬送や入院といった転帰となった事例の多くは在宅医療資源が少ない地域に所在する訪問看護ステーションから挙げられていた。また、主治医は24時間対応を行っていない診療所との対応事例が多く、半数は急変時における主治医の意向を関係

者間で共有していなかったことが示された。

一方、訪問看護ステーションが指示書を発行している医師が所属する病院との対応で困ったことの具体的な内容として、「主治医が往診・急変時の診療に対応できない」「主治医の病院で救急患者を受け入れない」「主治医と連絡がとれない」「病院で院内処方された薬剤の調達に時間がかかる」が抽出された。これらの事例は、診療所との対応と同様、在宅医療資源が少ない、中程度、豊富のいずれの地域の訪問看護ステーションからも挙げられていた。さらに、主治医が在宅医療（訪問診療・往診ともに）を行っていない病院との対応事例が多く挙げられていた。

薬局との対応で困ったことがあると回答した訪問看護ステーションの特徴として、医療機関との対応と同様、開設主体が医療法人であること、病院に併設していること、2024年2月1日時点で連携している薬局があること、連携薬局数が多いことが示された（ $p<0.05$ ）。2024年2月1日時点で連携している薬局があること、連携薬局数が多いことが示された。

質的記述的分析の結果、訪問看護ステーションが連携している薬局との対応で困ったことの具体的な内容として、「必要な時間に利用者宅に薬剤が届かない」「（薬局に在庫がなく）薬剤が調達できない」「薬局側の対応の問題」が抽出された。これらの事例は、在宅医療資源が少ない、中程度、豊富のいずれの地域の訪問看護ステーションからも挙げられていた。

3) 薬局調査

分析対象は、回答のあった1723施設のうち、在宅患者訪問薬剤管理指導/居宅療養管理指導を実施していると回答した薬局は1028施設（59.7%）のうち、訪問看護を利用している患者に対応していると回答した薬局は678施設（65.7%）であった。2022年度1年間で医療機関との対応で困ったことがあると回答した薬局は70施設（10.4%）であり、対応の困った事案数は1件が43施設、2件が5施設、3件が5施設、4件が1施設、5件が2施設、8件が1施設、10件以上が5施設であった。また、2022年度1年間で訪問看護ステーションとの対応で困ったことがあると回答した薬局は26施設（3.9%）であり、対応に困った事案数は1件が17施設、3件が1施設、5件が2施設、10件が1施設であった。

医療機関との対応で困ったことがあると回答した薬局の特徴として、同一グループ等の薬局店舗がないこと、無菌製剤処理加算の施設基準等の届出をしていること、2024年1月の薬局での処方箋の受付枚数が少ないこと、居宅療養管理指導（介護保険）の算定件数が多いことが示された（ $p<0.05$ ）。

質的記述的分析の結果、薬局が患者の処方箋を発行している医師が所属する診療所との対応で困ったことの具体的な内容として、「在庫がない薬剤の手配を依頼される」「処方箋が予定日・時に届かない」「医師とのコミュニケーションの問題」「主治医と連絡がとれない」「主治医や訪問看護師と連絡がとれない」「医師から薬局への情報提供不足」「医師同士の情報共有不足・意見の不統一によって生じた問題」が抽出されたほか、個別事例として、

「ケアマネジャーと主治医との間での訪問薬剤依頼先の相違」「処方された薬剤と患者家族の認識が異なる」「薬剤に関する疑義照会」「薬剤手配中に死亡した患者の処方箋の取り扱い」等が挙げられた。これらの事案は、在宅医療資源が中程度もしくは少ない地域に所在し、地域区分としては大都市型、地方都市型の地域に所在する薬局から挙げられていた。さらに、診療所の体制としては在宅療養支援診療所が多くを占めていた。

薬局が患者の処方箋を発行している医師が所属する病院との対応で困ったことの具体的な内容として、「主治医との情報共有」「主治医と連絡がとれない」「訪問看護師/医師からの情報提供不足」「患者情報の把握が困難」が抽出された。これらの事案は、在宅医療資源が中程度もしくは少ない地域に所在し、地域区分としては大都市型、地方都市型、過疎地域型の地域に所在する薬局から挙げられていた。病院の体制としては、在宅医療（訪問診療、往診ともに）を行っていない、在宅医療を行っているが、24時間対応体制をとっていない病院との対応事例が多く挙げられていた。

訪問看護ステーションとの対応で困ったことがあると回答した薬局の特徴として、無菌製剤処理加算の施設基準等の届出をしていることが示された（ $p<0.05$ ）。薬局が訪問看護ステーションとの対応で困ったことの具体的な内容として、「訪問看護師/医師からの情報提供不足」「患者情報の把握が困難」が抽出された。

D. 考察

1. 診療所調査

在宅医療に従事している診療所における訪問看護ステーションとの対応困難事例は、在宅医療に積極的に取り組んでいる診療所ほど認知しやすく、急変時の対応に関する訪問看護ステーションとの事前の取り決めや情報共有が十分でないことが背景にある可能性が示唆された。

薬局との対応困難事例は、在宅医療に積極的に取り組んでいる診療所ほど認知しやすく、診療所と薬局との連携というよりはむしろ薬剤の在庫不足や連携する薬局が24時間対応を行っていないといった薬局における在宅患者への薬剤提供体制の問題が困難事例を発生させる背景にある可能性が示唆された。

2. 訪問看護ステーション調査

訪問看護ステーションにおける診療所・病院との対応困難事例は、医療機関に併設されている訪問看護ステーションほど認知しやすいことが明らかになった。また、診療所との対応では、24時間対応を行っていない、病院との対応では在宅医療（訪問診療・往診）を行っていない施設との間で主治医に連絡がとれないことや主治医が急変時の診療に対応できないなど、訪問看護指示書を発行している主治医との対応が困難事例の中心となっていることが明らかになった。

薬局との対応困難事例は、医療機関に併設されている訪問看護ステーションほど認知しやすいことが明らかになった。対応困難事例は、訪問看護ステーションと薬局との連携というよりはむしろ薬剤の在庫不足や連携する薬局が24時間対応を行っていないといった薬局における在宅患者への薬

剤提供体制の問題が困難事例を発生させる背景にある可能性が示唆された。

2. 薬局調査

薬局における医療機関との対応困難事例は在宅医療患者に対応している薬局ほど認知しやすい傾向がみられたが、訪問看護ステーションとの対応困難事例は大きな特徴はみられなかった。薬局が抱える他の医療職との対応困難事例の多くは、急変時の対応というよりは、在宅医療連携の基盤となる在宅患者の情報の把握や医療職種間での情報共有に係る内容であり、医療資源の少ない地域や過疎地域といった特定の地域に限定した課題ではないことも明らかになった。

E. 結論

診療所が訪問看護ステーションに対して認識する急変時の対応に関する対応困難事例は、訪問看護ステーションとの事前の取り決めや情報共有が十分でないことが背景にある可能性が示唆された。

訪問看護ステーションにおける診療所・病院との対応困難事例は、訪問看護指示書を発行している主治医との対応が困難事例の中心となっていることが明らかになった。診療所と訪問看護ステーションと、薬局との連携に関しては、薬剤の在庫不足や薬局における在宅患者への薬剤提供体制の問題が困難事例を発生させる背景にある可能性が示唆された。薬局が抱える他の医療職との対応困難事例の多くは在宅患者情報の把握や医療職種間での情報共有に係る内容であり、医療資源の少ない地域や過疎地

域といった特定地域に限定した課題ではないこと可能性が示唆された。

謝辞

全国調査にご協力いただきました、全国の診療所、訪問看護ステーション、薬局の皆様、本調査の実施にあたり、多大なるご支援を賜りました、日本医師会副会長の釜范敏先生、日本看護協会常務理事の井本寛子先生、日本薬剤師会副会長の荻野構一先生に深謝いたします。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

文献

- 1) 令和5年度厚生労働科学研究費補助金行政政策研究分野厚生労働科学特別研究. 在宅医療現場における多職種連携ニーズの客観的指標開発研究. 令和5年度総括・分担研究報告書. 2024年3月

令和 6 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

訪問看護事業所における利用者の夜間・休日・時間外の急変時対応に関する医療機関との
事前取り決め ～令和 6 年度全国調査を用いた分析から～

研究分担者 森岡典子 東京科学大学大学院保健衛生学研究科
ヘルスサービスリサーチ看護学分野 准教授
研究協力者 粕谷明日海 東京科学大学大学医学部保健衛生学科看護学専攻 学生
研究分担者 柏木聖代 東京科学大学大学院保健衛生学研究科
ヘルスサービスリサーチ看護学分野 教授
研究代表者 岡田就将 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 政策科学分野 教授

研究要旨

【目的】訪問看護事業所が利用者の夜間・休日・時間外急変時の対応を医療機関とどのように事前に取り決めしているのか、全国的な実態を把握し、それらの取り決めに関する工夫や課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】全国より在宅医療資源量の多寡により層化無作為抽出された対象二次医療圏にある訪問看護事業所 1,749 件の管理者を対象として行われた無記名ウェブ調査（2024 年 3 月実施）にて得られた 282 件（回答率 16.1%）の結果を用いた二次分析を行った。目的変数は、夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応における事前取り決めの有無、またその内容とした。急変時の事前取り決めの内容に関しては、各選択肢における割合の分布を示すために、取り決めを交わしている医療機関数/指示書を発行している医療機関数×100 にて割合を算出し、地域クラスターに層別し、ヒストグラムを作成した。自由記述は、取り決め内容により分類した。

【結果】2024 年 2 月 1 日時点でサービス利用を行っていた 269 件を分析対象とした。夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応に関して、連携医療機関との間で共通の取り決めを交わしている事業所は 30 件（11.2%）、連携する医療機関ごとに異なる取り決めを交わしている事業所は 121 件（45.0%）、同じ医療機関であっても医師ごとに異なる取り決めを交わしている事業所は 60 件（22.3%）、事前取り決めを交わしていない事業所は 58 件（21.6%）であった。

【考察】事前に取り決めを交わしていない事業所が全体の 2 割程度存在していた。事前取り決めの内容としては、医療機関によって異なる取り決めではあるものの、ファーストコールを訪問看護師が担当し、医師に個別連絡をして、指示を仰ぎながら対応するというものが最も多く、特に医療資源が少ない地域や中程度の地域がこの傾向が強かった。包括指示内で訪問看護師が対応をするという事前取り決めは、医療資源が豊富な地域や中程度の地域のごく一部の訪問看護事業所が推進していた。

A. 研究目的

地域包括ケアの構築が進み、医療依存度が高い要介護状態の在宅療養者が増加しており、在宅医療における24時間365日対応可能な多職種の必要性も高まっている。しかし、訪問看護師は、普段から医師への連絡のタイミングや方法に困難を感じており、主治医との連携が難しいために、利用者の苦痛を即座に軽減できない経験をしていることが報告されている¹⁾⁻³⁾。2022年11月の規制改革推進会議医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ（以下、WG）⁴⁾においても、日本看護協会から、在宅医療の現場において、腹痛を訴える患者に、訪問看護師から医師に連絡を行ったがすぐに連絡が取れず、指示の後も、薬剤の入手に長時間を要した事例が報告され、今後の高齢化の進展とともに看護師の役割の見直しを検討することの必要性が提起された。

当研究班が2023年度に行ったヒアリング調査からは、利用者が夜間・時間外・休日に急変した際の対応として、主治医が事前に訪問看護師に包括指示を出し、その範囲で対応するといった多職種間での事前の取り決めを交わしておくなどの利用者の急変への備えを十分に行っているという実態が明らかとなった⁵⁾。しかし、全国的に訪問看護事業所と医療機関との間で急変時の対応に関する取り決めがどの程度交わされているのか、またその具体的な内容は明らかになっていない。加えて、それらの取り決めを運用していく上での工夫や課題なども十分に理解されていない状況である。本研究では、訪問看護事業所が利用者の夜間・休日・時間外急変時の対応を医療機関とどのように事前に取り決めしているの

か、全国的な実態を把握し、それらの取り決めに関する工夫や課題を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

横断研究であり、全国調査データを用いた二次分析を行った。

2. 使用した全国調査の概要

1) 研究対象

政府統計に基づき、二次医療圏ごとの「人口10万人当たりの訪問診療施設数」と「人口10万人あたりの訪問看護事業所数」を算出し、四分位から在宅医療資源を①少ない、②中程度、③豊富の3つのクラスターの医療圏を抽出した。各クラスターに属する医療圏（①41医療圏、②86医療圏、③40医療圏）から、1/3の医療圏を無作為に抽出した（①12医療圏、②26医療圏、③12医療圏）。能登半島地震で被災した石川県の4医療圏は除外した。

以上により抽出された医療圏にあるすべての訪問看護事業所1,749件の管理者を調査対象とし、282件より回答を得た（回答率16.1%）。

2) 調査方法

無記名のWeb調査を2024年3月4日から3月29日に実施した。調査項目には、事業所概要、連携施設との夜間・休日・時間外における利用者の急変時の対応に関する事前取り決め、取り決めに関する工夫や課題等が含まれていた5)。

2) 変数

目的変数は、夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応についてである。具体的には、「夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応に関する医療機関との取り決め有無（①医療機関との間で共通の取り決めがある、②連携する医療機関ごとに急変時の対応の取り決めは異なる、③同じ医療機関であっても医師によって急変時の対応の取り決めは異なる、④①-③の取り決めはない）であり、②を選択した場合には、①-⑥（主治医がファーストコールを担当し、①主治医が対応、訪問看護師へ事後報告、②主治医から連絡・指示を受け、訪問看護師が対応、訪問看護師がファーストコールを担当し、③包括指示内で対応、④主治医に連絡し、個別指示を受けながら訪問看護師が対応、⑤主治医に連絡し、主治医が対応、⑥訪問看護師の判断で医療機関を受診し、主治医へ事後報告）に区分された。そのほか、自由記述の「取り決め遂行のための工夫」、「取り決めに従うための課題」を使用した。

事業所の属性を示す変数として、地域クラスター、事業継続年数、看護職員常勤換算数、届け出上の営業日、利用者実人数、連携している医療機関数、営業日以外の計画的な訪問が可能か、営業時間外の電話等での相談の対応有無、急な病状変化があった場合の訪問看護の有無、併設施設の有無と種類を用いた。

3. 分析方法

訪問看護事業所の属性や急変時の事前取り決めについては、量的変数は中央値と四分位範囲、カテゴリー変数は度数と割合を示した。急変時の事前取り決めの内容に関しては、各選択肢における割合の分布を示す

ために、取り決めに交差している医療機関数/指示書を発行している医療機関数×100にて割合を算出し、地域クラスターに層別し、ヒストグラムを作成した。自由記述は、取り決め内容により分類した。量的解析は Stata ver.18 を、質的分析は Excel を用いた。

（倫理面への配慮）東京科学大学統合教育機構倫理審査委員会の承認（承認番号：C2023-049）（番号：C2023-049）

C. 研究結果

回答のあった 282 件のうち、看護職員常勤換算数が 2.5 人未満の事業所、また 2024 年 2 月 1 日時点でのサービス提供がない事業所を除外した 269 件を分析対象とした。分析対象となった訪問看護事業所の事業継続年数は、中央値 8.9 年、四分位範囲 4.4-23.3 年（以下同順）、看護職員常勤換算数は 4.5 人、3.3-6.6 人、利用者実人数は 61 人、39.0-95.0 であった。（表 1）

夜間・休日・時間外での利用者の急変時の対応に関する医療機関（病院・診療所）との取り決めに関しては、医療機関との間で共通の取り決めに交差している事業所は 30 件（11.2%）、連携する医療機関ごとに異なる取り決めに交差している事業所は 121 件（45%）、同じ医療機関であっても医師ごとに異なる取り決めに交差している事業所は 60 件（22.3%）、上記の取り決めに交差していない事業所は 58 件（21.6%）であった。（表 2）

医療機関ごとに取り決めが異なると回答した 121 件のうち、①-⑥のうち 1 つのみ選択している事業所や取り決めの内容に回答していない事業所を除外した 82 件を分

析したところ、訪問看護指示書を発行している医療機関のうち、ファーストコールを主治医が担当するという取り決めに交わしている割合の中央値は 0%（四分位範囲 0-33.3%）、ファーストコールを訪問看護師が担当するという取り決めに交わしている割合の中央値は 100%（66.7-100%）であった。在宅医療資源の地域特性別にみると、在宅医療資源が少ない地域では、全取り決めのうち、主治医がファーストコールを 75%以上担当している事業所も 2 割程度存在していた。（図 1）

取り決めの詳細な内容に関しては、ファーストコールを訪問看護師が担当したうえで、主治医に連絡し、個別指示を受けながら訪問看護師が対応する（中央値 25%、四分位範囲 11.1-41.7%、以下同順）が最も高かった。地域別にみると、医療資源が少ない地域や中程度の地域で、この取り決めに 5 割を超えている事業所の割合が高かった。この取り決めに関する課題として、“医師との連絡に時間がかかる”ことや、“担当医師以外が電話で対応したための確な指示を得られない”ことが自由記述に挙げられた。

次いで多かったのは、訪問看護師の判断で医療機関を受診し、主治医へ事後報告する（16%、0-42.3%）であり、どの地域でも同じ分布になっていた。この取り決めに関しては、“受診の目安が不明確である”ことや、“受け入れ先がなかなか見つからない”といった課題が挙げられた。

3 番目に多かったのは、包括指示内で訪問看護師が対応をする（11.8%、0-35.7%）であった。在宅医療資源が中程度もしくは豊富な地域の 5%程度の訪問看護事業所では、この取り組みが 8 割を超えて

いた。この取り決めに関しては、課題は挙げられていなかった。その要因として、“事前に訪問看護師が主治医に対して包括指示に盛り込んで欲しい内容を具体的に提案した”、“状態が安定している利用者であっても、指示書内に急変時対応を記載”するなどの工夫をしていることが挙げられた（図 2）。

D. 考察

訪問看護事業所を対象とした全国調査データを用いて、夜間・休日・時間外の急変時対応に関する医療機関との事前取り決めにについて分析したところ、以下 3 つが明らかになった。①事前に取り決めに交わしていない事業所が全体の 2 割程度存在していた。②事前取り決めの内容としては、医療機関によって異なる取り決めではあるものの、ファーストコールを訪問看護師が担当し、医師に個別連絡をして、指示を仰ぎながら対応するというものが最も多く、特に医療資源が少ない地域や中程度の地域がこの傾向が強かった。③包括指示内で訪問看護師が対応をするという事前取り決めは、医療資源が豊富な地域や中程度の地域のごく一部の訪問看護事業所が推進していた。

①に関して、本調査では、医療機関と取り決めに交わしていない事業所のうち 9 割以上の事業所が緊急訪問看護を提供する事業所であり、事前取り決めがないために、緊急訪問時の連絡先や連絡方法が確立されておらず、対応により困難を感じる可能性が高いことが示唆される。先行研究では、リスク・クライシス管理は医療・患者安全の向上に寄与するとされており、これには事前準備が特に必須である⁶⁾と述べられている。また、諸外国では、利用者の急性増

悪を認識し、看護師が同僚や医師・他職種に相談し対処するというケアのプロセス（エスカレーション）の重要な要素として、事前の明確な方針やプロトコル（手順）が挙げられている⁷⁾。医師や他職種との連携の事前準備が不足したまま緊急訪問看護を行うということは、急変時のケアの質、患者安全の上での危険因子にもなり得ると考えられる。今後、利用者の急変時の対応に関して訪問看護事業所・医療機関間での事前取り決めを交わすという取り組みを推進していく必要が示唆された。さらに、本調査の回収率が低く、より多職種連携に力を入れている事業所ほど回答しやすいという回答バイアスがあるため、取り決めを交わしていない事業所割合の結果として過小評価している可能性があり、実際には医療機関と急変時対応の事前協議を行っていない事業所割合は多い可能性がある。

②に関しては、訪問看護師は利用者の急変時にファーストコールを受けるが、他職種や医療機関とのリアルタイムでの連携が必要になり、訪問看護師サイドでは、指示を仰ぐことになっているにもかかわらず連絡がつかない、といった規制改革推進会議WGでも指摘されたような課題⁴⁾が起きやすい状況であることが伺えた。

③の包括指示内で訪問看護師が対応をするという取り決めに関しては、先行研究からも円滑な急変時対応の効果が報告されている。重症心身障害児が自宅療養をするにあたりチームで介入を行ったケースでは、事前に関係機関に書面で急変時の対応について取り決めを交わしていた。これにより、主治医不在時であっても、書面通りのケアプランを実施でき、一時入院はしたものの、家族の介護力を維持したまま自宅で

最期まで過ごすことができた⁸⁾。本研究では、このような包括指示による急変時対応は、在宅医療資源が中程度～豊富な地域に位置する一部の訪問看護事業所で積極的に活用されている傾向があったが、在宅医療資源が少ない地域においては、職員の人数不足などが原因でリアルタイムでの連携が取りづらいことが指摘されており⁹⁾、医療資源が少ない地域でもこのような取り決めが行えるような包括指示の内容・活用方法・訪問看護師の育成を検討していくことが必要である。

最後に、本研究の限界として、本研究で使用了データは全国調査によるものであったが、回収率16%程度と低く、結果の一般化には留意が必要である。

E. 結論

事前に取り決めを交わしていない事業所が全体の2割程度存在していた。事前取り決めの内容としては、医療機関によって異なる取り決めではあるものの、ファーストコールを訪問看護師が担当し、医師に個別連絡をして、指示を仰ぎながら対応するというものが最も多く、特に医療資源が少ない地域や中程度の地域がこの傾向が強かった。包括指示内で訪問看護師が対応をするという事前取り決めは、医療資源が豊富な地域や中程度の地域のごく一部の訪問看護事業所が推進していた。

謝辞

全国調査にご協力いただきました、全国の診療所、訪問看護ステーション、薬局の皆様、本調査の実施にあたり、多大なるご支援を賜りました、日本医師会副会長の釜范敏先生、日本看護協会常務理事の井本寛

子先生、日本薬剤師会副会長の荻野構一先生に深謝いたします。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

文献

- 1) 柴田滋子, 富田幸江, 高山裕子. 訪問看護師が抱く困難感. 日本農村医学会雑誌. 2018; 66(5): 567-572.
- 2) 古瀬みどり. 訪問看護師が終末期がん療養者ケアで感じた困難. 日本がん看護学会誌. 2013; 27(1): 61-66.
- 3) 大園康文, 石井容子, 宮下光令. 訪問看護師が認識する終末期がん患者の在宅療養継続の障害. 日本がん看護学会誌. 2015; 29(1): 44-53.
- 4) 内閣府. 規制改革推進会議 会議情報.
<https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/meeting/meeting.html>
- 5) 令和 5 年度厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野厚生労働科学特別研究. 在宅医療現場における多職種連携ニーズの客観的指標開発研究. 令和 5 年度総括・分担研究報告書. 2024 年 3 月
- 6) 日本看護協会, 日本訪問看護振興財団. 平成 18 年度訪問看護基礎調査報告書. 2007
- 7) Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Essential

element escalation of care.2012.

<https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Low-res-PDF-Essential-element-2-escalation-of-care.pdf>

- 8) 雨宮馨, 高嶋瑞貴, 小沢浩, 富田直, 宮田章子. O-1-D22 急変時における事前の対応決定に基づき, 治療を行った重症心身障害児の一例<1>. 日本重症心身障害学会誌. 2016; 41(2): 241.
- 9) 吉嶺文俊, 原勝人. 診療場面毎の課題と実践 過疎地の地域医療の課題と実践. 日本内科学会雑誌. 2017; 106(6): 1151-1

表1 訪問看護事業所の概要

	n/median	% /四分位範囲
事業所特性		
地域の在宅医療リソース (n,%)		
クラスター1 (医療資源が少ない)	46	17.1
クラスター2 (中程度)	141	52.4
クラスター3 (豊富)	82	30.5
届け出上営業日 (n,%)		
平日	264	98.1
土	117	43.5
日	37	13.8
祝日	94	34.9
年末年始	40	14.9
事業継続年数 (median, IQR)	8.9	4.4-23.3
連携している病院・診療所数(median, IQR)		
利用者の訪問看護指示書を発行している病院数	10.0	6.0 - 21.0
利用者の訪問看護指示書を発行している診療所数	10.0	4.0 - 20.0
営業日以外の計画的な訪問は可能か (n,%)		
必要な方はほぼ対応が可能 (24 時間対応事業所含む)	196	72.9
対応可能だが、できないこともある	55	20.5
対応しない	18	6.7
営業時間外の対応状況 24 時間の電話等での相談の対応状況 (n,%)		
あり	251	93.3
なし	18	6.7
急な病状の変化があった場合の訪問看護の対応状況 (n,%)		
あり	262	97.4
なし	7	2.6
併設施設の有無と種類 (n,%)		
併設施設があり、病院である		
はい	72	26.8
いいえ	197	73.2
併設施設が病院である事業所のうち、併設施設が在宅療養支援病院である		
はい	21	29.2
いいえ	51	70.8
併設施設があり、診療所である		
はい	38	14.1
いいえ	231	85.9
うち、併設施設が在宅療養支援診療所である		
はい	23	60.5
いいえ	15	39.5
従事者特性		
		33

■ 在宅医療資源が少ない ■ 中程度 ■ 豊富

訪問看護指示書を発行している医療機関のうち (N=82)

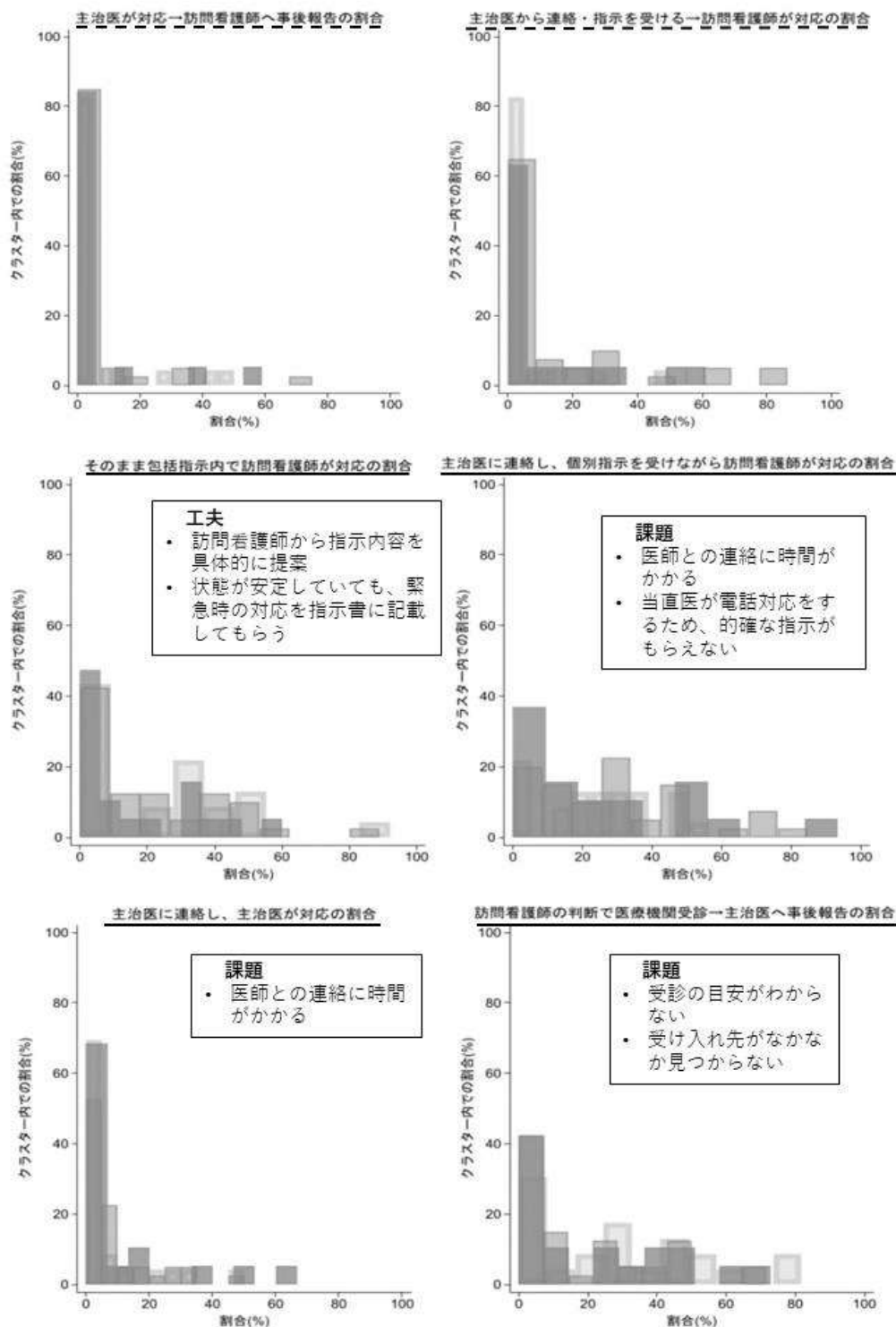


図2 在宅医療資源量に基づく地域別にみた医療機関との事前取り決めの内容の詳細

令和 6 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

医療資源の少ない地域における在宅患者容体悪化時の多職種連携課題の把握
～全国の医療資源の少ない地域の診療所、訪問看護ステーション、薬局調査～

研究代表者 岡田就将 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 政策科学分野 教授

研究分担者 柏木聖代 東京科学大学大学院保健衛生学研究科

ヘルスサービスリサーチ看護学分野 教授

研究分担者 伊角 彩 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 政策科学分野 准教授

研究協力者 寺嶋美帆 東京科学大学大学院保健衛生学研究科

ヘルスサービスリサーチ看護学分野 技術支援員

研究協力者 阿部美香 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 政策科学分野 大学院生

研究要旨

【目的】在宅医療における医師、訪問看護師、薬剤師の各職種と他の医療職種との患者の容体変化時における連携の状況、これらの各職種において他の医療職との連携がうまくいかずに最適なタイミングで必要な医療が提供できなかった事例の発生頻度ならびにその詳細を明らかにすることを目的とした。

【方法】調査方法は、Web アンケート調査であった。調査対象は「医療資源が少ない地域」に所在する、診療所、訪問看護ステーション、薬局の管理者とした。最終的に、診療所 1588 か所、訪問看護ステーション 299 か所、薬局 1212 か所を調査対象とした。調査内容は、1) 各施設の基本属性、2) 他の医療職と連携がうまくいかずに最適なタイミングで医療が提供できず患者が不利益を被った事案の発生頻度と発生した事例の詳細、3) 在宅患者の予期しない容体の変化時の対応、4) 所在地域における医療職種間の連携の現状であった。

【結果】診療所は 120 件（回収率 7.9%）、訪問看護ステーションは 52 件（回収率 17.4%）、薬局は 119 件（回収率 9.8%）から回答を得た。記述統計の結果は添付資料に示した。「過去 6 カ月間に他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案」があったと回答したのは、診療所は 6 施設、訪問看護ステーションは 3 事業所、薬局は 4 施設であった。

【考察】「過去 6 カ月間に他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案」があったと回答したのは、診療所 6 施設、訪問看護ステーション 3 施設、薬局 4 施設であり、数は多くないが患者に不利益を生じさせる事案は発生していた。しかし、いずれも対応がなされており、重大な不利益を被る事態には至っていなかった。

時間外・休日・深夜は、患者の容体変化については、訪問看護師が在宅患者の容体変化を最初に把握し、医師をはじめとする他の医療職種等にエスカレーションし、初期対応している状況がうかがわれた。

A. 研究目的

「医療資源が少ない地域」に所在する診療所、訪問看護ステーション、薬局を対象とした悉皆調査を実施し、在宅医療における医師、訪問看護師、薬剤師の各職種と他の医療職種との患者の容体変化時における連携の状況、これらの各職種において他の医療職との連携がうまくいかずに最適なタイミングで必要な医療が提供できなかった事例の発生頻度ならびにその詳細を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象

調査方法は、Web アンケート調査であり、2025 年 2 月に実施された。配布は郵送法で実施し、Web で回答を収集した。調査対象は、「医療資源が少ない地域」に所在する、診療所、訪問看護ステーション、薬局の管理者である。対象となる「医療資源が少ない地域」は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添 3」の「別紙 2」に掲げる医療を提供している「医療資源の少ない地域（令和 6 年度診療報酬改定）」（37 医療圏、147 市町村とした。

北海道、東北、関東信越、東海北陸、近畿、中国四国、四国、九州の各地方厚生（支）局が 2024 年 10 月 1 日時点で公表していた施設の一覧表から、「医療資源が少ない地域」の市町村に所在する全ての診療所、訪問看護ステーション、薬局とした。なお 2024 年 1 月に発生した能登半島

地震および 9 月 20 日からの大雨の被災地である石川県輪島市、珠洲市、穴水町、能登町は本研究対象から除外した。

最終的に、診療所 1588 か所、訪問看護ステーション 299 か所、薬局 1212 か所を調査対象とした。

2. 調査内容

調査内容は、1) 各施設の基本属性、2) 他の医療職と連携がうまくいかずに最適なタイミングで医療が提供できず患者が不利益を被った事案の発生頻度と発生した事例の詳細（発生を認知した時期、どのように事案を認知したか、事案を認知した者、どのような状況であったか、患者の対応にあたり、他の医療職に連絡をとろうとしたか、どの職種に連絡をとろうとしたか、連絡をとろうとした人は 24 時間対応をとっていたか、どのような方法で連絡をとろうとしたか、連絡がとれるまたは報告をするまでに要した時間、連絡がとれるまでに時間を要した理由、その後の対応（時系列で）、事案発生の認知から対応開始までに要した時間、患者は緊急受診したか、患者はどのような不利益を被ったか、どのような患者であったか（性別、世帯構成、主疾患名、処置や医療機器の管理が必要な状態、処方薬、在宅サービスの利用状況）、本事案が生じた背景、本事案を踏まえ、患者の不利益を防ぐためにどのような対応策が必要か等、3) 在宅患者の予期しない容体の変化時の対応、4) 所在地域における医療職種間の連携の現状であった。

3. 分析方法

量的データについては、記述統計をおこなった。さらに、発生事案の自由記載については記述した。

（倫理面への配慮）本研究の実施にあたって、医学系倫理審査委員会の承認を得た（承認番号：I2024-193）。

C. 研究結果

診療所は120件（回収率7.9%）、訪問看護ステーションは52件（回収率17.4%）、薬局は119件（回収率9.8%）から回答を得た。記述統計の結果は添付資料に示した。

「過去6カ月間に他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案」があったと回答したのは、診療所は6施設、訪問看護ステーションは3事業所、薬局は4施設であった。事例の詳細記載を求めたところ、各施設1事例（計3事例）の記載があったが、いずれも対応がなされており、重大な不利益を被る事態には至っていなかった。

日常の在宅医療における連絡がうまくとれているかについては、診療所と訪問看護指示書交付の訪問看護ステーションとの間では、とれている（40.3%）、だいたいとれている（46.8%）、あまりとれていない（12.8%）、訪問看護ステーションと訪問看護指示書交付の医師との間では、とれている（36.9%）、だいたいとれている（46.8%）、あまりとれていない（12.8%）、薬局と訪問看護指示書交付の医師との間では、とれている（25.2%）、

だいたいとれている（48.7%）、あまりとれていない（26.0%）であった。

時間外・休日・深夜は、患者の容体変化をどのように把握することが最も多いか（上位3位）では、診療所：患者や家族からの連絡（45.5%）、訪問看護師からの連絡（27.7%）、自施設の外来受診時（14.3%）、訪問看護ステーションでは、患者や家族からの連絡（79.2%）、患者宅への訪問時（18.9%）、病院看護師からの連絡（1.9%）、薬局では薬局：患者や家族からの連絡（42.4%）、訪問看護師からの連絡（20.3%）、医師からの連絡（13.6%）であった。

所在地域における医療職種間の連携の現状や課題として、顔の見える関係が構築できているという記述が多い一方、診療所では医療職種間での定期会議の開催やICTを使った情報共有の強化、医師不足や訪問看護ステーションが存在しない、近くにないことなどがあげられた。訪問看護ステーションでは、診療所と同様、医療職種間での定期会議の開催やICTを使った情報共有の強化に取り組んでいることがあげられた。加えて、医療機関の医師同士の連携が十分でないこともあげられていた。薬局では、定期会議への参加等があげられる一方、ケアマネジャー以外の多職種との連携の機会が少ないといった記述も多かった。

D. 考察

過去6カ月間に他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案があったと回答したのは、診療所6施設、訪問看護ステーション3施設、薬局4施設であり、数は多くないが患者に不利益を生じ

させる事案は発生していた。しかし、いずれも対応がなされており、重大な不利益を被る事態には至っていなかった。

時間外・休日・深夜における患者の容体変化は、訪問看護師が在宅患者の容体変化を最初に把握し、医師をはじめとする他の医療職種等にエスカレーションし、初期対応している状況がうかがわれた。

地域における医療職種間の連携の現状としては、診療所と訪問看護ステーション間では医療職種間での定期会議の開催や ICT を使った情報共有に積極的に取り組んでおり、概ね顔の見える関係が構築できていることがうかがわれた。一方、医療資源が限られていることに加え、医師や訪問看護ステーションの不足により在宅医療提供体制の確保や継続に課題を抱えていることも明らかにになった。

E. 結論

過去 6 カ月間に他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案は、数は多くないが発生していた。しかし、いずれも対応がなされており、重大な不利益を被る事態には至っていなかった。

時間外・休日・深夜における患者の容体変化は、訪問看護師が在宅患者の容体変化を最初に把握し、医師をはじめとする他の医療職種等にエスカレーションし、初期対応している状況がうかがわれた。

謝辞

調査にご協力いただきました、全国の診療所、訪問看護ステーション、薬局の皆様、本調査の実施にあたり、多大なるご支援を賜りました、日本医師会副会長の釜范

敏先生、日本看護協会常務理事の井本寛子先生、日本薬剤師会副会長の荻野構一先生に深謝いたします。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

添付資料

【診療所調査の集計結果】

配布数 1588 件 回収数 120 件（回収率：7.9%）

問 1_2 2) 開設してからの年数

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
120	26.6	18.6	0.0	24.5	85.0

問 1_3 3) 病床の有無

	度数	パーセント
有床	15	12.1
無床	109	87.9
合計	124	100.0

欠損値 n=2

問 1_4 4) 設置主体

	度数	パーセント
国	6	4.8
公的（日赤、済生会、厚生連、社協）団体	9	7.3
医療法人	46	37.1
個人	41	33.1
その他（※）	22	17.7
合計	124	100.0

欠損値 n=2

問 1_5 5) 実施している診療科（複数回答）

	度数	ケースの％（n=126）
内科	94	74.6
外科	35	27.8
小児科	37	29.4
産婦人科	5	4.0
眼科	8	6.4
皮膚科	9	7.2
耳鼻科	8	6.4
精神科	5	4.0
その他	44	34.9

問 1_6 6) 外来診療日数

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
125	5.2	1.0	1.0	5.0	6.0

問 1_7 7) 外来患者への処方

	度数	パーセント
処方なし	2	1.6
院内処方	8	6.4
院外処方	80	63.5
院内院外処方両方	36	28.6
合計	126	100.0

問 1_8 8) 医療用麻薬の処方の有無

	度数	パーセント
処方あり	52	41.9
処方なし	72	58.1
合計	126	100.0

欠損値 n=2

問 1_9 9) 平均的な外来患者数（1日あたり）及び時間外の患者数（1か月あたり）

	N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
平均外来患者数	123	61.0	79.3	3.0	40.0	686.0
時間外患者数	122	118.6	700.0	0.0	0.0	5608.0

問 1_10 10) 巡回診療の実施の有無

	度数	パーセント
あり	23	18.6
なし	101	81.5
合計	124	100.0

欠損値 n=2

問 1_11 11) 貴診療所に従事している医師数（実人数）

	N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
常勤医師数	124	1.3	1.3	0.0	1.0	15.0
非常勤医師数	113	1.0	1.9	0.0	0.0	10.0

問 1_12 12) 貴診療所に従事している医師以外の職員数（実人数）

	N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
保健師・助産師・看護師	122	3.5	5.1	0.0	3.0	50.0
准看護師	115	1.3	2.1	0.0	1.0	20.0
薬剤師	101	0.1	0.4	0.0	0.0	3.0
その他の職員	119	5.5	7.6	0.0	3.0	50.0

問 1_13 13) 看護職員のうち特定行為研修を修了した看護師は何人いますか（実人数）

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
124	0.0	0.3	0.0	0.0	3.0

（再掲）問 1_13 13) 看護職員のうち特定行為研修を修了した看護師は何人いますか（実人数）

	度数	パーセント
0 人	121	97.6
1 人	2	1.6
2 人	0	0.0
3 人	1	0.8

欠損値 n=2

問 1_14 14) 在宅医療の実施の有無

	度数	パーセント
実施	66	52.8
未実施	59	47.2
合計	125	100.0

欠損値 n=1

14) 在宅医療の実施の有無_種別 ※14) 「在宅医療の実施の有無」で「実施」と回答

	度数	パーセント
訪問診療のみ	9	15.0
往診のみ	4	6.7
訪問診療と往診の両方を実施	47	78.3
合計	60	100.0

問 1_14_1 貴診療所の在宅医療の位置づけ ※問 1_14 在宅医療の実施の有無で「実施」と回答

	度数	パーセント
外来診療の延長として在宅医療を実施している	64	97.0
在宅医療中心で実施し、外来診療も実施している	2	3.0
合計	66	100.0

問 1_14_2 在宅療養支援診療所の届出 ※問 1_14 在宅医療の実施の有無で「実施」と回答

	度数	パーセント
届出あり	32	49.2
届出なし	33	50.8
合計	65	100.0

問 1_14_3 訪問看護実施の有無 ※問 1_14 在宅医療の実施の有無で「実施」と回答

	度数	パーセント
実施	22	34.4
未実施	42	65.6
合計	64	100.0

問 1_14_3 訪問看護ステーション併設の有無

※問 1_14_3 で「実施」と回答

	度数	パーセント
有	32	49.2
無	33	50.8

問 1_14_4 連携している訪問看護ステーション数（併設している訪問看護ステーションは除く）

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
54	2.4	1.5	0.0	2.0	6.0

問 1_14_5 2024 年 12 月（1 か月間）の在宅医療を実施している患者数

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
60	17.4	23.2	0.0	9.0	116.0

問 1_15 15) オンライン診療の実施の有無

	度数	パーセント
実施	13	10.5
未実施	111	89.5
合計	124	100.0

欠損値 n=2

問 1_15 看護師等遠隔診療補助加算（D to P with N）の算定状況 ※問 1_15 で「実施」と回答

	度数	パーセント
算定	1	7.7
未算定	12	92.3
合計	13	10.4

問 2_1 1) 過去 6 カ月間に、他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案はありましたか。

	度数	パーセント
あった	6	4.8
なかった	118	95.2
合計	124	100.0

欠損値 n=2

問 2_1 1) 患者が不利益を被った事案数

※1) 過去 6 カ月間に、他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案はありましたかに「あった」と回答した 6 件が対象

	度数	パーセント
1 件	4	80.0
2 件	0	0.0
3 件	1	20.0
合計	5	100.0

問 2_2 患者が不利益を被った事案の詳細は、カルテ等の記録に記載されていますか。

※1) 過去 6 カ月間に、他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案はありましたかに「あった」と回答した 6 件が対象

	度数	パーセント
記載されている	1	16.7
記載されていない	5	83.3
合計	6	100.0

問 3_1 1) 日常の在宅医療の実施において、必要なときに訪問看護指示書を発行している訪問看護ステーションとの連絡はうまくとれていますか

	度数	パーセント
よくとれている	44	40.4
だいたいとれている	51	46.8
あまりとれていない	14	12.8
合計	109	100.0

問 3_1 「あまりとれていない」と回答した理由

※1) 日常の在宅医療の実施において、必要なときに訪問看護指示書を発行している訪問看護ステーションとの連絡はうまくとれていますか。」に「あまりとれていない」と回答した 14 件が対象

	度数
在宅医療を行っていない	3

訪問看護対象患者がいない	2
地域に訪問看護ステーションがない	2
連絡をとる必要がないから	3
訪看がまだ電話と FAX だから	1
患者は高齢で診療必要な状態でも来院せず、ホームヘルパーがかかりつけ医に連絡せず、訪問看護ステーションへの連絡してしまい、かかりつけ医の診察なく訪問看護指示書を求められることがある	1

記載なし n=2

問 4_1 1) 貴診療所は、患者の容体急変時の対応マニュアルを作成していますか。

	度数	パーセント
マニュアルあり	20	18.0
マニュアルなし	85	76.6
その他 (※)	6	5.4
合計	111	100.0

欠損値 n=15

※その他 (自由記載)

- ・ 医師へ連絡
- ・ 家族介護者に同意をとる
- ・ 基幹病院への受診を指示
- ・ 急変がありそうな患者に対してはその都度作成

問 4_2 2) 患者の容体急変時の貴診療所の対応について、他の医療職種と事前に共有していますか。

	度数	パーセント
共有している	29	25.9
一部の職種とは共有している	40	35.7
共有していない	43	38.4
合計	112	100.0

欠損値 n=14

2) 患者の容体急変時の貴診療所の対応について、事前に共有している職種 (複数回答)

	度数	パーセント
訪問看護師	55	93.2
薬剤師	9	15.3
その他 (※)	13	22.0

※その他 (自由記載)

- ・ ケアマネジャー

- ・ リハビリスタッフ
- ・ 管理栄養士
- ・ 医師
- ・ 訪問介護士
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 救急救命士
- ・ 後方支援等の病院
- ・ 自治体

問 4_3 3) 患者の容体急変時の対応について患者・家族と事前に話し合いをしていますか。

	度数	パーセント
話し合いをしている	44	36.0
一部の患者・家族とは話し合いをしている	48	38.4
話し合いをしていない	16	12.8
その他	4	3.2
合計	112	100.0

欠損値 n=14

問 4_4 4) 時間外・休日・深夜は、患者の容体変化をどのように把握することが最も多いですか。

	度数	パーセント
自施設の外来受診時	16	14.4
患者宅への訪問時	2	1.8
患者や家族からの連絡	50	45.1
訪問看護師からの連絡	31	27.9
薬剤師からの連絡	1	0.9
その他	11	9.9
合計	111	100.0

欠損値 n=15

問 4_5 5) 他の医療機関へ患者の救急搬送が必要な場合に、その医療機関まで、どのような搬送手段をとることが最も多いですか。

	度数	パーセント
救急車	104	93.7
ヘリコプター	1	0.9
船舶	1	0.9
その他(※)	5	4.5
合計	111	100.0

欠損値 n=15

問 4_5 搬送が完了するまでの平均的な所要時間（時間）

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
63	1.6	3.7	1.0	1.0	30.0

問 4_6 6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したことはありましたか

	度数	パーセント
あった	40	35.7
ない	72	64.3
合計	112	100.0

欠損値 n=14

問 4_6 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇した件数

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
112	1.6	0.5	1	2	2

問 4_6_1 ①患者の容体の急変をいつ把握しましたか。

※問 4_6 6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したと回答した者

	度数	パーセント
診療時間内	19	48.7
診療時間外	20	51.3
合計	39	100.0

問 4_6_2 ②患者の容体の急変をどのように把握しましたか。

※問 4_6 6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したと回答した者

	度数	パーセント
自施設の外来受診時	5	12.8
患者宅を訪問中	1	2.6
患者・家族からの連絡	16	41.0
訪問看護師からの連絡	12	30.8
その他（※）	5	12.8
合計	39	100.0

※その他（自由記載）

- ・ ケアマネジャー
- ・ デイサービスからの連絡
- ・ 施設看護師からの電話連絡
- ・ 搬送先の医療機関

問 4_6_3 ③患者の状態

※問 4_6 6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したと回答した者

	度数
心肺停止	3
呼吸困難	2
呼吸停止	2
めまい発作がひどく動けず飲食出来ない	1
意識消失	1
救急搬送を要する状態	1
血圧低下	1
血圧低下・意識障害	1
呼吸苦、息切れ、傾眠傾向、意識レベル低下	1
呼吸苦、息切れ、傾眠傾向、経口摂取不可	1
呼吸苦、息切れ、傾眠傾向、反応鈍い、経口摂取不可などレベル低下	1
呼吸困難、意識レベル低下、低体温、崖から転落等	1
呼吸状態の悪化、家族の心配	1
呼吸停止	1
腰痛の悪化	1
死亡	1
心肺停止	1
前胸部絞扼感	1
低酸素による呼吸不全	1
脳梗塞	1
肺炎、心筋梗塞、脳梗塞	1
発熱	1
発熱、何らかの感染症の疑い	1
発熱、全身苦痛、意識混濁	1
慢性呼吸不全で在宅人工呼吸管理の患者	1
発熱、倦怠感	1
嘔吐、呼吸状態悪化	1

問 4_6_4 ④どのような対応を行いましたか。

※問 4_6 6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したと回答した者

	度数
救急搬送	11
看取り	6

初期治療後に救急搬送	3
1 度目 診療所受診・点滴処置 2 度目 後方病院へ救急搬送 検査・点滴処置	1
転医	1
電話での容態確認、医師への報告、救急車要の指示、指定医療機関への電話連絡、医療情報提供書の作成送信	1
電話での容態確認、医師への報告。外来診療中のため、救急車要請の指導、搬送病院への連絡、情報提供書作成	1
往診、病院への連絡や入院の依頼	1
報告者よりバイタルサイン等を把握の上、必要に応じて救急車を要請する。	1
往診	1
挿管	1
訪問看護師に連絡、先に行ける方がすぐに伺う	1
訪問看護師の心マッサージを止めて患者家族に説明	1
翌朝に先方から当院で診療状況把握を目的として医療情報提供の依頼	1

問 4_6_5 ⑤患者の転帰

	度数
死亡	10
入院中	10
回復	4
入院後、退院	2
点滴などで回復し、入院せず自宅・施設へ帰った	2
改善して退院、あるいは病院で看取り	1
心臓カテーテル検査などにて救命	1
退院後は、内科疾患の管理を継続	1
入院後在宅へ戻り、2 週間後に看取り	1

問 5 貴診療所が所在している地域における医療職種間の連携の現状と課題、連携推進にむけて自ら取り組んでいることをご記入ください（自由記述）。

訪問看護緊急加算算定者の緊急訪問には要請後 1 時間以上を要す。ステーションが他町・他市にあるため。情報共有の方法が課題(現状：訪問後直接報告・電話・FAX・共有ノート)。IT ツールを用いた方法を検討している。IT ツールを用いた情報共有に向けて 個人情報の取り扱いのルールを検討する必要がある。
医療情報共有ツールが稼働しており、医療介護連携の重要な手段となっている。インターネットを通じて、パソコンを開けば情報はいつでも共有できるが、開かないと共有できないところに、タイムラグが生じている。外来患者数が多いときは 1 日 200 人を超えることもあり、往診に割くことのできる時間がかかなり制限される。

ケアマネジャー、家族を含めて定期的なケア会議を行っている 施設訪問診療は原則月 2 回だが施設職員その他、家族とは適時電話などで話している。
ケアマネジャーを中心に月 1 の会議の場で訪問看護師、薬剤師、デイサービス看護師とヘルパー、地域包括職員等と情報共有をし、課題について話し合いをしている。会議以外でも必要に応じ互いに電話や対面にて情報提供や相談の場を持ち課題解決に取り組んでいる。
タイムリーな情報提供を心掛けている。
なるべく多くの医療機関が在宅医療を行っていただけるよう呼びかけしていきたい。
ネットワークを利用して診療所、訪問看護、ケアマネジャー等との情報共有を行っている。また、いつでも受診入院の受け入れに対応してもらえる後方支援病院と電子カルテで繋がっているため、情報を共有しやすい。健康管理を把握できていない住民へは保健師と連携を深めている。
まずまずうまく行っていると思う。
メディカルケアネットによる多職種連携を構築している。
医師を含めた人員不足 オンライン診療も推進したい。
医師不在、看護師不在となる可能性があり、支援病院とのリモートでの対応方法について検討中。
医師不足が問題である。
医療介護連携、医療連携が極めて粗い。いまだ電話と FAX、患者を介した紙でしか連絡がとれない現状でとても情けない。ビジネス SNS を活用し、動画や音声も共有することで質が上がると思い、一部で行っているが、情報漏洩リスクや高齢医師、IT リテラシーの低い方も多く問題である。
過疎の為、介護施設はそれなりに存在するが、訪問看護ステーションは少なく、医療職種の連携が上手く取れていないのが現状である。
過疎化地域なので、医療従事者も患者も少ない。
当島では医師不足のため、訪問診療をしている暇はなく、どの医療機関も、毎日たくさんの患者さんを捌くのに精いっぱい、訪問診療などやってられないのが現状。一方で、さらに田舎になると、もっと事情は異なり、5 年ほど前まで、人口 10000 人程度の隣の公的医療機関の医師として常勤で働いていた高齢者 4 割で在宅医療が必要な町である。20 年前は、100 人程度の訪問診療をしていた、5 年前、訪問診療は 10 人足らずで現在は 5 人程度と聞いている。現在、高齢化の進んだ町では、訪問診療のニーズがあまりない。そもそも、訪問診療は、高齢の患者とそれを介護する息子夫婦などの家族が必要である。当町では、都会への人口流出が進んでおり、介護が必要な患者は多くても、それを診る家族がいないため、在宅医療は成り立たない。訪問診療、訪問看護の時代は終わっている。超高齢化社会になると、日本中、過疎化の進む地方都市でも、同様の結果になっていくと思う。当市は、現在は訪問診療の需要があるが、これから 20 年程度でそのニーズはだんだんとなくなっていくものと思われる。
急患の収容先の確保すること。認知症の方の相談先として包括支援センターとの良好な関係。認知症の鑑別診断可能な医療機関との連携など。
狭い離島なので、患者や家族から直に携帯に連絡が来る。訪問看護師もすぐに動いてくれ、連携に困ることはない。救急搬送などは連絡受けてから 20 分程度で完了する。
近隣の病院や介護施設などと適宜情報交換している。
月 1 回のミーティング 連絡しやすい雰囲気作り。
月に一回の会合で患者の相談をする。

現状として、訪問看護、ケアマネジャー、包括支援センターと当院との連携会議を2か月に1回実施。また、当院で対応が不可能な場合、市内の病院間でDNAR対象者を受け入れてもらい、看取りをお願いしている。
後方支援病院と連携寄り良く取れている。
高齢となり体力的にも難しいので、今のところ特に取り組んでいない。
国保の地域診療所のため、行政はじめ他職種との連携は大まかとれている。指定医療機関も少なく地域連携とも繋がっている。訪問看護ステーション、ケアマネジャーとも報告しやすい状況である。過疎地域のため今後の課題は多々ある中で、現在の連携の継続を持続したい。
最近、県在宅医療推進センターが創立。今後活動予定。
在宅ネットワークを組んでいる。
在宅医療を実施している医療機関はないと思っている。
在宅医療を提供されている施設が開催する勉強会、研修会に参加するようにはしている。
在宅看取りの実践 介護との連携（ラインを使ったSNSグループ）
状態報告及び指示を密に行っている。
人手不足、看取り体制の構築。
退院カンファレンスやサービス担当者会議に声をかけていただくようお願いし、可能な限り参加するようにしているが、一般診療もあり全てには出席できていない現状がある。
地域の国保診療所のため、行政はじめ他職種との連携は出来ている。訪問看護ステーションやケアマネジャーとも連絡や情報共有も行えている。今後過疎が加速する中継続して医療提供ができるよう連携は強化していきたい。
地域医師会会議等への出席
地域医療ネットワークが震災後10年で終了。当院と連携訪問看護ステーションを中心にメディカルケアステーションMCSを利用して情報共有。
地域診療所ということもあり、行政、指定医療機関、訪問看護ステーション、社会福祉協議会など大まか連携はとれている。過疎地域のため、今後も連携を充実し継続した医療提供ができるよう維持していくことが大切と思う。
定期的に異業種とのオンライン会議で連携している。地域のオンラインネットワークを活用している。
電話、FAXで連絡。
当院だけでは在宅でのお看取りが完遂できないことも多いため、連携方法を探っている。
当地区は山間部に集落が散在したところが多く、訪問診療を行う医療機関はバイタルリンクというソフトを用いて多職種連携網を活用している。
皮膚科専門の外来で在宅医療には参加していない。
僻地、特に島内で働いていただける看護師が減少しており、通常の医療活動が困難になってきており、看護師の育成に関しても、僻地医療に対する理解、教育、さらには長崎県内の基幹病院からの派遣等を考えることが喫緊の課題と感じる。島の医療体制を支えるマンパワーが足りなくなっている。
勉強会などの会合にできるだけ出席するようにしている。
訪問看護ステーションが少なく、守備範囲が狭い。このため、へき地においては訪問看護の恩恵を受けられない。

訪問看護ステーションが当該自治体内（村内）に存在しない。そのため、村外にあるかなり遠方の訪問看護ステーションに何とかお願いをしてターミナル患者のみを対象に訪問して頂いている。このような状態であるので、訪問診療を行っている患者に対して、都市部に比べきめ細かな対応が出来ているとはいいがたい。
訪問看護師、保健師などと連携を取れるように努力している。
毎月ケア会議を実地している。
毎月第1、2、4週の日曜日から水曜日の12日しか診療していない。
当市では病診連携会議を2ヶ月に一度開催している
離島という特殊事情があるため、疑わしい病状の患者については、本土の総合病院に連絡し、情報共有している。
隣接する公的診療所との相互支援を検討している。
連携に関する研修会などには、参加。
連携は、かなり順調です。電話とファックスで、頻繁に連絡する。
連携はほぼなし。中核病院が訪問診療に興味なし。
ICTを活用した多職種連携 顔の見える関係性づくり。

【訪問看護ステーション調査の集計結果】

配布数 299 件 回収数 52 件（回収率：17.4%）

問 1_2 2) 開設してからの年数

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
53	13.6	1.0	1.0	11.0	32.0

問 1_3 3) 開設主体

	度数	パーセント
医療法人	6	11.3
営利法人（会社）	20	37.7
看護協会	2	3.8
その他の社団・財団法人	5	9.4
公的（日赤、済生会、厚生連、社協）団体	3	5.7
地方公共団体	9	17.0
その他（※）	8	15.1
合計	53	100.0

※その他（自由記載）

※ 3) 開設主体に「その他」と回答した 8 件が対象

	度数
一部事務組合	1
社会福祉法人	4

問 1_4 4) 医療機関併設の有無

	度数	パーセント
病院に併設	10	18.9
診療所に併設	5	9.4
病院・診療所には併設されていない	38	71.7
合計	53	100.0

問 1_5 5) サテライト事業所の有無

	度数	パーセント
あり	2	3.8
なし	51	96.2
合計	53	100.0

サテライト事業所数 ※5) サテライト事業所の有無に「あり」と回答した2件が対象

	度数	パーセント
3事業所	2	100.0

問1_6 6) 貴事業所の従事者数（実人数）6) 貴事業所の従事者数（実人数）

	N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
保健師・助産師・看護師	55	7.0	5.8	0.0	5.0	30.0
准看護師	44	0.3	0.5	0.0	0.0	2.0
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	42	1.5	2.2	0.0	1.0	11.0
その他の職員	47	1.0	1.0	0.0	1.0	4.0

問1_7 7) 貴事業所の看護職員常勤換算数（常勤専従＋常勤兼務＋非常勤合計）

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
51	5.4	4.7	0.0	3.8	26.8

問1_8 8) 看護職員のうち、看護の特定行為研修を修了した者は何人いますか（実人数）

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
53	0.2	0.6	0.0	0.0	3.0

（再掲）問1_8 8) 看護職員のうち、看護の特定行為研修を修了した者は何人いますか（実人数）

	度数	パーセント
0人	47	88.7
1人	4	7.5
2人	0	0.0
3人	2	3.8
合計	53	100.0

問1_9 9) 医療保険の機能強化型訪問看護管理療養費の届出

	度数	パーセント
療養費Ⅰ	8	15.1
療養費Ⅱ	3	5.7
いずれも届出なし	42	79.3
合計	53	100.0

問1_10 10) 24時間の電話等での緊急の連絡や相談に対応可能ですか。

	度数	パーセント
必要な方はほぼ対応可能である（24時間365日対応を含む）	46	86.8
対応可能だができないこともある	2	3.8
対応しない	5	9.4

合計	53	100.0
----	----	-------

問 1_11 11) 緊急時の訪問依頼に対応可能ですか。

	度数	パーセント
必要な方はほぼ対応可能である（24 時間 365 日対応を含む）	46	86.8
対応可能だができないこともある	4	7.6
対応しない	3	5.7
合計	53	100.0

問 1_12 12) 2024 年 12 月（1 カ月間）の訪問看護を利用している患者数・訪問回数

	N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
患者実人数	50	76.5	98.8	3.0	45.5	528.0
うち、同月内に医療機関から退院してきた患者実人数	48	3.1	5.0	0.0	2.0	28.0
訪問回数	49	483.2	688.5	2.0	278.0	3921.0

問 1_13 13) 訪問看護指示書を発行している医療機関数：病院

	N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
病院数	50	6.5	7.4	0.0	4.0	42.0
うち、24 時間未対応	42	2.6	5.7	0.0	0.0	31.0
うち、往診未対応	45	4.0	4.6	0.0	3.0	25.0

問 1_13 13) 訪問看護指示書を発行している医療機関数：診療所

	N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
診療所数	49	8.5	11.7	0.0	5.0	62.0
うち、24 時間未対応	47	2.3	3.5	0.0	1.0	16.0
うち、往診未対応	45	2.6	6.1	0.0	1.0	36.0

問 1_14 14) 訪問看護指示書を発行している医師数

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
47	28.4	31.8	1.0	20.0	156.0

問 2_1 1) 過去 6 カ月間に、他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案はありましたか

	度数	パーセント
あった	3	5.8
なかった	49	94.2
合計	52	100.0

欠損値 n=1

患者が不利益を被った事案

※1) 過去6カ月間に、他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案はありましたか「あった」と回答した3件が対象

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
2	1.5	0.7	1.0	1.5	2.0

(再掲) 患者が不利益を被った事案

※1) 過去6カ月間に、他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案はありましたか「あった」と回答した3件が対象

	度数	パーセント
1件	1	50.0
2件	1	50.0

欠損値 n=1

問2_2 その事案の詳細は、カルテ等の記録に記載されていますか。

※1) 過去6カ月間に、他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案はありましたか「あった」と回答した3件が対象

	度数	パーセント
記載されている	1	
記載されていない	1	

欠損値 n=1

問3_1 1) 日常の訪問看護の実施において、必要なときに訪問看護指示書を発行している医師（以下、主治医）との連絡はうまくとれていますか

	度数	パーセント
よくとれている	13	24.5
だいたいとれている	38	71.7
あまりとれていない	2	3.8
合計	53	100.0

「あまりとれていない」理由（自由記述）

※1) 日常の訪問看護の実施において、必要なときに訪問看護指示書を発行している医師（以下、主治医）との連絡はうまくとれていますか「あまりとれていない」と回答した2件が対象

看護師スタッフを介しての報告が多く、医師との直接的なやりとりがない。
看取りになれば、状態報告等を兼ねて、週2〜3回は連絡するが、利用者自体、急変するような悪い容態の方は現在いないため、訪問診療や必要時しか連絡を取っていない。

問4_1 1) 貴事業所は、患者の容体急変時の対応マニュアルを作成していますか。

	度数	パーセント
マニュアルあり	36	67.9

マニュアルなし	15	28.3
その他（※）	2	3.8
合計	53	100.0

※その他（自由記載）

- ・ 個別に緊急対応方法を作成し関係機関と共有している。
- ・ 所長へ連絡。

問 4_2 2) 患者の容体急変時の貴事業所の対応について、他の医療職種と事前に共有していますか

	度数	パーセント
共有している	32	60.4
一部の職種とは共有している	16	30.2
共有していない	5	9.4
合計	53	100.0

2) 患者の容体急変時の貴事業所の対応について、事前に共有している職種（複数回答）

※ 2) 患者の容体急変時の貴事業所の対応について、他の医療職種と事前に共有していますかに対して
「共有している」または「一部の職種とは共有している」と回答した 48 件

	度数	ケースのパーセント
医師	38	95.0
薬剤師	6	15.0
その他（※）	15	37.5

※その他（自由記載）

	度数
ケアマネジャー（介護支援専門員）	35
看護師	4
介護士	1
ケアマネジャー、介護士（ヘルパー）	1
ケアマネジャー、薬剤師、訪問介護、訪問リハビリ、施設	1
看護師、精神保健福祉士	1

問 4_3 3) 患者の容体急変時の対応について患者・家族と事前に話し合いをしていますか。

	度数	パーセント
話し合いをしている	31	58.5
一部の患者・家族とは話し合いをしている	21	39.6
話し合いをしていない	1	1.9
合計	53	100.0

問 4_4 4) 時間外・休日・深夜は、患者の容体変化をどのように把握することが最も多いですか。

	度数	パーセント
患者宅への訪問時	10	18.9
患者や家族からの連絡	42	79.2
その他（※）	1	1.9
合計	53	100.0

※その他（自由記載）

- ・ 病院看護師からの連絡

問 4_5 5) 他の医療機関へ患者の救急搬送が必要な場合に、その医療機関まで、どのような搬送手段をとることが最も多いですか

	度数	パーセント
救急車	51	96.2
その他（※）	2	3.8
合計	53	100.0

※その他（自由記載）

- ・ 介護タクシー
- ・ 救急車と自家用車半々

搬送が完了するまでの平均的な所要時間はどのくらいですか（時間）。

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
53	1.1	0.6	1.0	1.0	4.0

問 4_6 6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したことはありましたか

	度数	パーセント
あった	34	64.2
ない	19	35.9
合計	53	100.0

6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇した件数

※ 6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したことはありましたかで「あった」と回答

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
30	9.9	22.2	1.0	3.5	118.0

6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇した件数 うち、時間外、休日・深夜

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
28	4.9	13.4	0.0	2.0	70.0

問 4_6_3 ①患者の容体の急変をいつ把握しましたか。

※6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したことはありましたか。に「あった」と回答した 34 件が対象

	度数	パーセント
営業時間内	18	56.3
営業時間外	13	40.6
その他	1	3.1
合計	32	100.0

欠損値 n=21

問 4_6_4 ②患者の容体の急変をどのように把握しましたか。

※6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したことはありましたか。に「あった」と回答した 34 件が対象

	度数	パーセント
患者宅を訪問中	12	37.5
患者・家族からの連絡	18	56.3
その他（※）	2	6.3
合計	32	100.0

欠損値 n=21

※その他（自由記載）

- ・ ヘルパー介入時
- ・ 本人からの電話連絡

問 4_6_5 ③患者の状態

※6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したことはありましたか。に「あった」と回答した 34 件が対象

	度数
吐血	2
①呼吸状態の悪化、②呼吸状態の悪化、せん妄(麻薬を使用)、③呼吸状態の悪化	1
①心停止 ②意識消失	1
38℃以上の発熱と酸素飽和度の低下	1
コロナ感染後、低酸素状態	1
パーキンソン病 発熱（39℃台）、いつもより動作緩慢でぼーっとしている	1
ベッドからの転落、医療器機の不具合(尿道カテーテルの事故抜去)	1
意識レベル低下	2
意識が朦朧としていて酸素飽和度 70 台、間質性肺炎既往があり	1
意識レベルの低下と片麻痺が軽度	1

意識レベル低下、いびき様呼吸あり。 血圧低下	1
下血があり、血圧低下	1
肝性脳症によるレベル低下	1
血圧低下	1
呼吸苦、SPO2 80% 浮腫著明 心不全の悪化の疑い	1
呼吸不全、呼吸停止	1
黒色様の胃液を多量に嘔吐し意識がない状態	1
心肺停止	1
体温上昇、酸素飽和度低下、意識混濁	1
知的障害、ストーマあり、独居。訪問すると脱衣所で下着 1 枚で倒れていた。反応はあるが呂律回らず低体温、後頭部皮下血腫あり	1
痛みがあり苦しんでいる	1
定期訪問すると発熱、頻脈、頻呼吸、Spo2 値 80 代 声かけに反応するが鈍い	1
転倒	1
発熱があり、酸素飽和度低下	1
呂律困難	1
嘔吐、発熱、痰のからみ	1

問 4_6_6 ④どのような対応を行いましたか。

※6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したことはありましたか。に「あった」と回答した 34 件が対象

	度数
主治医へ連絡し、救急搬送	7
救急搬送	4
救急搬送 吸引	1
①②は救急搬送、③は自宅看取り方向の方で往診医に連絡	1
① 心停止（心肺蘇生法実施し、救急要請）、②意識消失（回復体位）	1
かかりつけの病院と連絡を取り、救急搬送	1
ケアマネジャーへ連絡し失禁で汚れていたため処置。救急要請	1
下肢挙上 病院看護師は連絡 救急要請で病院へ	1
敗血症のアセスメント、経過の詳細の丁寧な問診、抗パーキンソン病薬も飲めていない。 感染以外の可能性を推論 病院受診方法を検討 。救急搬送し救外受診	1
緊急訪問後、救急搬送の必要があると判断し、救急要請と在宅主治医への報告	1
訪問にて状況確認後、救急車要請	1
ベッドへ戻し、主治医連絡、福祉タクシーを使って受診	1
主治医に報告、本人、夫と相談し救急搬送	1
主治医のいる病院へ連絡し、救急車搬送にて受け入れできる旨対応	1

主治医へ報告、往診あり救急搬送依頼	1
状態把握→応急処置→家族に連絡→救急搬送	1
気道確保、吸引、バイタルサイン測定	1
看取り	1
在宅医へコール、看取り	1
臨時訪問	1
cooling、吸引、Dr コール	1

問 4_6_7 ⑤患者の転帰

※6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したことはありましたか。に「あった」と回答した 34 件が対象

	度数
入院	5
入院、死亡	3
①ご逝去された ②意識レベル回復し、療養	1
カテーテル再挿入し帰宅	1
コロナ肺炎、入院加療。	1
コロナ陽性でありそのまま帰宅。家族が自宅で一時的に介護をすることになった。	1
意識レベルの改善みられず死亡	1
回復	1
看取り	1
検査後、外来受診→帰宅	1
現在、入院治療中	1
施設入所中	1
止血術後、退院	1
死亡	1
入院にて治療し、軽快退院	3
搬送後入院	2
病院に入院しそのまま死亡、自宅にて看取り	1

問 5 貴事業所が所在している地域における医療職種間の連携の現状と課題、連携推進にむけ、貴事業所が取り組んでいることをご記入ください（自由記述）。

・訪問介護は知っているが訪問看護を知らない人が多い ・看取りをしてくれる医師がいない・総合病院の医師、看護師が地域医療に関心を持たない ・総合病院の人手不足により接遇が悪い ・連携科がうまく機能していない、病棟の看護師が地域に繋ぐことができていない ・直接、医師に発言できない、連絡することができない ・医師と薬剤師に上下関係があり物申すことができない ・ケアマネジャーが訪問看護の必要性を理解できていない ・看護フォーラムの開催参加・広告、ホームページ、パンフレット配り、各研修会への参加で訪問看護の必要性をアピール ※訪問看護師を中心とした医療連携ドラマが放映されると良いと思う(以前、提案したら予算がないと言われた)
24 時間入院受け入れができず、困難な事例がある(精神科の利用者)
オンラインデバイスの活用
カンファレンスの開催。情報ツールの活用
こまめに連絡をとるようにしている
医師会の医師が高齢化してきており、今後の在宅医の減少の可能性がある。併設している病院の医師などの医療職とは定期的に会議などで連携が比較的とれているが、他病院とはとりにくい状況である。地域連携室を窓口を取っているが時間がかかる
遠距離の場合は、ご家族へ、救急車を利用し対応して頂く
各地域の会議に出席して他職種間での意見交換を行っているが、地域によって差がある。ネットワークシステムを通じて対象者の関係機関と情報共有行なっている。
顔の見える関係づくり。まめに主治医のところへ足を運ぶ(報告・相談等)ようにしている。
救急外来に訪問看護利用者の受診が必要な経過を連絡すると、本当に受診が必要なのかと理解されず、ひどい時には心無い言葉が帰ってくる。在宅では対応できる検査が限られオーバーリアージせざるを得ない状況を救急外来スタッフ(医師、スタッフ看護師、特に救急看護関連の認定看護師や専門看護師)が理解し在宅側の困難に寄り添う支援を求む。例えば、救急外来が訪問看護の判断を支援するシステムなど。訪問看護ステーション側としては、救急外来受診の経過を伝える、勉強会で受診の必要性の根拠を示すアセスメントの質の向上に取り組んでいる
救急隊との情報共有 医療情報共有システムによる利用者の情報共有
啓発
現状としては、病院、診療所は(特に病院)連携室とのやり取りが多く、直接医師とはやり取りできない。直接医師とのやり取りに関しては、利用者様の受診に合わせて行うことが主となっているが、毎回は難しい。ケアマネジャーとのやり取りはできている。課題は、医師との連携は、利用者本人・家族と一緒に受診しなければならず、小さい報告等については連携室とのやり取りが主であるため、医師との連携がとりにくい。取組みとして、受診は毎回となると難しいが、訪問診療は月1回であるため、なるべく同席するよう工夫し、その時に直接医師へ報告している。また、新規依頼時は、同席するようにし顔を覚えてもらい、連携に繋げるように努力している
高齢者が多く、医療施設、介護施設も少ない環境である。また、高齢独居世帯が多く在宅での生活に不安を感じている方も多い中、安心して在宅や住み慣れた地域で生活できるように関係各所との連絡をとることを行なっている
在宅医と総合病院との連携が取れていない。また総合病院と急外との連携が取れていない

事業所が院内にあるため常に主治医や外来看護師と連絡が取れる体制がある。他の病院等の主治医とはなかなか連絡が取れない状況があるため、連携室などと情報共有する事もある。
主治医への報告、相談を密に行っている。
小さな島なので、今のところ問題は、感じない。
情報共有のため、MCS 活用し早めの情報共有できている。
情報共有を密に、タイムリーに行うことを意識している。利用者情報を、事業所内で共有し、カンファレンスの開催を行い、他職種へ看護の視点からの支援の必要性を伝えている。また、主治医への報告も受診に合わせて報告書の送付を行っている
情報交換や共有を積極的に行い顔の見える関係作りに努力している。弊社はかかりつけ医の協力もあり有効な対応が出来ていると評価する。しかし、地域では人材確保問題が深刻化しており職員 1 人ひとりにかかる責任と時間が負担にならない様な工夫をしている。
積極的治療が終了し医療依存度が高く退院後自宅での介護が難しい方を受け入れている。コロナ禍であっても感染対策を行い面会制限は行っていない。また、がん末期で維持療法を希望する方や重度褥瘡の方も受け入れている。病院の退院調整担当者や皮膚排泄ケア認定看護師の方とは顔の見える関係。
地域の医療研修会への参加
地域医療福祉連携室の担当者、開業医の場合は看護師等と連絡を取りあい、主治医へ報告して頂き、指示を確認、対応や次回、受診・往診時に対応して頂いています。直接、伺う他、FAX やメール、MCT など利用し連携に努めている。ただ県立病院の場合、状態変化時、報告し指示を受け、点滴など対応する場合に以前は、午後でも対応して頂け、必要な物品・内服薬など処方して頂けたのですが、現在は午前中（診療受付時間内）に限られており、いったん受付を通ってからとなり、スムーズとは言えない状況である。訪問看護の訪問が午後の予定の場合、翌日まで待てない場合の報告が夕方近くになる為、病院側は時間外対応となる為、会計についても、ご家族様へ説明し理解を得るようにしている。仕方がないことなのかとも思うが、病院側の対応の変化に、こちら側の気持ちの切り替えが追いついていない状況もある。状態変化が予測される利用者様でも、ご家族様が午後の訪問を希望される場合もあり、この点が改善されればと思う。
地域性もあり顔の見える連携ができていると思われる。しかし、在宅をわからない病院との距離が縮まらない印象がある。病院からの依頼は経過などを直接情報提供するようにしている。
地域包括ケアシステム交流会へ参加している
入院中の方へは退院カンファレンスに参加し情報共有をし、課題に対応できるようにしている。MCS 利用可能な医療機関や関係各所とは、普段から電話連絡のほかに、MCS を通じてこまめに情報共有している。お看取りへの支援が必要な方については、会議を開いて情報共有しあい援助を行っている。次回診察前に医療機関受診をすすめる場合には直接医療機関へ電話で相談している。
併設の医療機関や地域のサービス事業所の連携はまずまずとれていると思う。エリアによっては主治医等との連携に ICT 活用されているが事務所のある地域は活用されていない。TEL 等がメインでタイムリーでない場合もあるがタブレットを活用し写真等をメールした直接診てもらったりしている。

併設の診療所の医師や他職種との連携はスムーズに行え、医師も往診などの対応も可能であるため特に問題はないのですが、他の医療機関との連携がスムーズとは言えないところもあります。主治医が不在、診療時間外の対応ができない、予約ができないなどのほかに地域での移送サービス資源が少なく、独居や老夫婦世帯が多く、外来受診がスムーズに行えない。その際は家族・担当ケアマネジャーと協議し救急搬送するか他の受診手段を検討するなど行っています。離島であるために本土の医療機関からの指示書交付もあり天候によっては定期受診も出来ないこともあり、急変時島内の医療機関へ搬送や受診する際に情報提供の書類作成など行っている
訪問でバイタル変化、状態悪化を認めた場合、主治医へ連絡、相談 処方、受診など指示もらう
訪問看護指示書を発行して頂く際に、訪問看護事業所が訪問看護指示依頼書を作成している現状に疑問を抱く。本来指示依頼書とは、主治医の判断のもと訪問看護指示書を発行という手順を踏むはずが、まず訪問看護事業所が依頼書を提出しないと、指示書が発行されない状況であり、訪問の開始が遅れたり、そこの連携が不十分で、算定できない訪問日があったりもする。
訪問看護指示書頂いている病院・診療所内の連携室と頻回にかかわり情報共有している。
訪問診療に切り替えができていない時の週末(外来や地域連携室や医師が休み)での状態変化を相談できないので、状態変化時は救急搬送となる。
連携は取れている地域だと感じています。市の医療介護連携推進委員として参画し、その会議には医師、薬剤師、歯科医師、病院の看護管理者会、訪問看護管理者、訪問介護士等他職種が集まる機会がある。
ICT として、地域内の医療介護連携のツールの利用 ・計画書、報告書の提出 ・状態変化時の報告と共有など
ICT の活用ができるよう、地域で取組み中
ICT を活用した多職種連携。顔の見える関係づくり。規模が大きい病院ほど、主治医との連絡が直に取りにくいいため、状態変化が予測される方は、かかりつけ医に日常的に関わって頂くことを利用者やそのご家族へ勧めている。

【薬局調査の集計結果】

配布数 1212 件

- ・ 在宅医療実施 貴薬局では、在宅医療（在宅患者訪問薬剤管理指導/居宅療養管理指導）を実施していますか。→ 実施している
- ・ 貴薬局では訪問看護を利用している患者への対応を行った経験がありますか。→ 対応したことがある

回収数 119 件（有効回収率；9.8%）

問 1_2 2) 開設してから的年数

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
117	17.5	12.9	0.5	17.0	80.0

問 1_3 3) 開設者

	度数	パーセント
法人	103	87.3
個人	14	11.9
その他（事業協同組合）	1	0.9

開設者の職種

	度数	パーセント
薬剤師	89	76.1
その他（※）	28	23.9
合計	117	100.0

欠損値 n=2

※ その他（自由記載）

- ・ 事務
- ・ 税理士
- ・ 代表取締役
- ・ 代表取締役社長
- ・ 非医療関係者

問 1_4 4) チェーン薬局か否か

	度数	パーセント
はい	58	48.7
いいえ	61	51.3
合計	119	100.0

問 1_5 5) どのような場所に立地していますか

	度数	パーセント
診療所の近隣	72	60.5
大規模病院（400 床以上）の周辺	1	0.8
中小規模病院（400 床未満）の周辺	25	21.0
中小規模病院（400 床未満）の敷地内	3	2.5
同一ビル内に複数の医療機関がある（いわゆる医療モールやビル診療所など）	1	0.8
特に近隣にある医療機関はない	17	14.3
合計	119	100.0

問 1_6 6) 薬局の処方箋の応需状況として最も近いもの

	度数	パーセント
主に近隣にある特定の病院の処方箋を応需している薬局	36	30.5
主に近隣にある特定の診療所の処方箋を応需している薬局	34	28.8
主に不動産賃貸関係のある特定の診療所の処方箋を応需している薬局	1	0.9
主に複数の近隣にある特定の医療機関の処方箋を応需している薬局	18	15.2
様々な医療機関からの処方箋を応需している薬局	28	23.7
その他（※）	1	0.9
合計	118	100.0

欠損値 n=1

※その他（自由記載）

- ・ 地域住民からの処方箋を応需している

問 1_7 7) 麻薬及向精神薬取締法第 3 条の規定による麻薬小売業の免許の取得の有無

	度数	パーセント
有	117	98.3
無	2	1.7
合計	119	100.0

問 1_8 8) 地域連携薬局の認定の有無

	度数	パーセント
有	31	26.1
無	70	58.8
今後予定している	18	15.1
合計	119	100.0

問 1_9 9) 専門医療機関連携薬局の認定

	度数	パーセント
無	114	95.8
今後予定している	5	4.2
合計	119	100.0

問 1_10 10) 2024 年 12 月 1 日時点における地域支援体制加算の届出

	度数	パーセント
地域支援体制加算 1	40	33.6
地域支援体制加算 2	32	26.9
地域支援体制加算 3	1	0.8
地域支援体制加算 4	5	4.2
届出を行っていない	41	34.5
合計	119	100.0

問 1_11 11) 無菌製剤処理加算の施設基準等の届出

	度数	パーセント
届出あり	21	18.0
届出なし	96	82.0
合計	117	100.0

欠損値 n=2

問 1_12 12) 2024 年 12 月 (1 カ月間) の薬局での処方箋受付枚数

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
119	1478.2	1248.4	57.0	1307.0	12000.0

問 1_13 13) 貴薬局の従事薬剤師数 (実人数)

	N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
常勤薬剤師	119	2.4	1.1	1.0	2.0	5.0
非常勤薬剤師	99	1.6	3.8	0.0	1.0	35.0

問 1_14 14) 24 時間対応が可能な体制を整えています

	度数	パーセント
はい	91	76.5
いいえ	28	23.5
合計	119	100.0

「はい」と回答した方に伺います。 どのような体制を整えていますか

※ 「14) 24 時間対応が可能な体制を整えていますか」に「はい」と回答した 91 件が対象

	度数	パーセント
自薬局単独で 24 時間対応が可能な体制を整えている	69	77.5
近隣の薬局と連携して 24 時間対応が可能な体制を整えている	17	19.1
その他 (※)	3	3.4
合計	89	100.0

欠損値 n=30

※その他 (自由記載)

- ・ 緊急電話対応
- ・ 電話対応
- ・ 本店と共同

問 2_1 1) 過去 6 カ月間に、他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案はありましたか

	度数	パーセント
あった	4	3.4
なかった	114	96.6
合計	118	100.0

欠損値 n=1

患者が不利益を被った事案数

問 2_1 1) 過去 6 カ月間に、他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案はありましたか。」に「あった」と回答した 4 件が対象

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
3	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0

(再掲) 患者が不利益を被った事案数

問 2_1 1) 過去 6 カ月間に、他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案はありましたか。」に「あった」と回答した 4 件が対象

	度数	パーセント
1 件	3	100.0

その事案の詳細は、カルテ等の記録に記載されていますか。

問 2_1 1) 過去 6 カ月間に、他の医療職種と連携がうまくいかずに、最適なタイミングで医療が提供できず、患者が不利益を被った事案はありましたか。」に「あった」と回答した 4 件が対象

	度数	パーセント
記載されている	2	50.0
記載されていない	2	50.0
合計	4	100.0

問 3_1 1) 日常の訪問看護の実施において、必要ときに訪問看護指示書を発行している医師（以下、主治医）との連絡はうまくとれていますか

	度数	パーセント
よくとれている	30	25.2
だいたいとれている	58	48.7
あまりとれていない	31	26.1
合計	119	100.0

「あまりとれていない」と回答した理由

1) 日常の在宅医療の実施において、訪問看護ステーションとの連絡はうまくとれていますか。」に「あまりとれていない」と回答した 31 件が対象

	度数
連絡をしたことがない、薬局との連携がない	4
訪問看護ステーションへの連絡ではなく、ケアマネジャーが仲介する事例が多いため	3
急変リスクがある利用者様に対する連携の際は情報共有しているが、慢性期疾患がベースの療養支援の際は、訪問看護師と情報共有する意識が低くなっている。医師やケアマネジャーとは情報共有はしている、	1
現在、訪問看護が関与している患者に訪問していないため	1
現在のところ在宅処方箋受付件数 0 件のため	1
今まで連絡をとる機会がなかった。	1
在宅医療患者が現在 1 名しかおらず、在宅医療に時間を充てられていない	1
在宅患者の絶対数が少ない	1
書面でのやり取りだけ。	1
担当者が分からない	2
必要があまり感じられない	1
必要な時だけとっている。	3
訪問看護の入っている患者がほとんど居ない	1
訪問をはじめてところなので	1
訪問看護サービスを利用されている方では訪問看護師による服薬管理（カレンダーセットなど）が行われていることがほとんどであり、体調変化などがあれば直ちにかかりつけ医療機関へ直接連絡され、中止薬指示などがあった場合でも看護師が対応されるため、薬局側では状況変化の内容などわからないことが多いため。	1
訪問看護利用者への居宅が開始になったばかりで、必要な状況に面していない	1

問 4_1 1) 貴薬局は、患者の容体急変時の対応マニュアルを作成していますか。

	度数	パーセント
マニュアルあり	13	10.9
マニュアルなし	105	88.2
その他 (※)	1	0.8
合計	119	100.0

※その他 (自由記載)

- ・ 詳細マニュアルはないが、臨機応変に対応できる体制になっている

問 4_2 2) 患者の容体急変時の貴事業所の対応について、他の医療職種と事前に共有していますか。

	度数	パーセント
共有している	23	19.3
一部の職種とは共有している	28	23.5
共有していない	68	57.1
合計	119	100.0

2) 患者の容体急変時の貴薬局の対応について、事前に共有している職種 (複数回答)

※患者の容体急変時の貴薬局の対応について、他の医療職種と事前に共有していますかに対して「共有している」または「一部の職種とは共有している」と回答した 51 件

	度数	ケースのパーセント
医師	27	65.9
訪問看護師	24	58.5
その他 (※)	15	36.6

※その他 (自由記載)

	度数
ケアマネジャー	8
介護スタッフ	2
家族	1
介護士、ケアマネジャー	1
病院と施設	1

問 4_3 3) 患者の容体急変時の対応について患者・家族と事前に話し合いをしていますか。

	度数	パーセント
話し合いをしている	22	18.5
一部の患者・家族とは話し合いをしている	27	22.7
話し合いをしていない	68	57.1
その他 (※)	2	1.7

合計	119	100.0
----	-----	-------

※その他（自由記載）

- ・ 家族とは連絡をとれる状態であり、何かと対応を相談している

問 4_4 4) 時間外・休日・深夜は、患者の容体変化をどのように把握することが最も多いですか。

	度数	パーセント
患者宅への訪問時	12	10.2
患者や家族からの連絡	50	42.4
医師からの連絡	16	13.6
訪問看護師からの連絡	24	20.3
その他（※）	16	13.6
合計	118	100.0

欠損値 n=1

※その他（自由記載）

- ・ ケアマネジャー
- ・ 医療機関主導のツール（バイタルリンク）
- ・ 介護者
- ・ 施設職員
- ・ 病院スタッフからの連絡
- ・ 連絡を受けたことがない

問 4_5 5) 他の医療機関へ患者の救急搬送が必要な場合に、その医療機関まで、どのような搬送手段をとることが最も多いですか

	度数	パーセント
救急車	100	90.1
その他（※）	11	9.9
合計	111	100.0

欠損値 n=8

※その他（自由記載）

- ・ 経験なし（10 件）
- ・ 車（1 件）

搬送が完了するまでの平均的な所要時間はどのくらいですか（時間）。

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
34	4.3	9.6	0.0	1.0	40.0

問 4_6 6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したことはありましたか。

	度数	パーセント
あった	7	6.0
ない	110	94.0
合計	117	98.3

欠損値 n=2

問 4_6 6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したことはありましたか。うち、時間外・休日・深夜

	度数	パーセント
あった	7	6.0
ない	110	94.0
合計	117	100.0

欠損値 n=2

問 4_6 6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇した件数

6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したことはありましたか。」に「あった」と回答した 7 件が対象

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
7	4.4	6.9	1.0	2	20.0

問 4_6 6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇した件数。うち、時間外・休日・深夜

6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したことはありましたか。」に「あった」と回答した 7 件が対象

N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
4	3.8	4.3	1.0	2.0	10.0

問 4_6_1 ①患者の容体の急変をいつ把握しましたか。

※6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したことはありましたか。」に「あった」と回答した 7 件が対象

	度数	パーセント
営業時間内	3	42.9
営業時間外	4	57.1
合計	7	100.0

問 4_6_2 ②患者の容体の急変をどのように把握しましたか。

※6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したことはありましたか。」に「あった」と回答した 7 件が対象

	度数	パーセント
患者宅を訪問中	2	28.6
患者・家族からの連絡	1	14.3

医師からの連絡	2	28.6
訪問看護師からの連絡	1	14.3
ケアマネジャーからの連絡	1	14.3
合計	7	100.0

問 4_6_3 ③患者の状態

※6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したことはありませんか「あった」と回答した 7 件が対象

	度数
デイサービスでの看護師からの連絡。心不全の在宅患者で「呼吸苦のため、自ら救急要請され救急外来受診(救急車)、処置の後、入院にはならず当日帰宅された」とのことでした。デイサービスでの看護師による体調確認記録、体重記録など体重他、見せてもらい、定期的に医師、ケアマネジャーと情報共有している。	1
患者は心不全コントロール中であり、訪問時に座位の体位であるにも関わらず、努力様呼吸（肩呼吸、頻呼吸）の様子が見られた。	1
高熱	1
死亡	1
痛みの増強	1
不明（当日午前、昼、午後と訪問したが施錠されていた）	1

問 4_6_4 ④どのような対応を行いましたか。

※「6) 過去 6 カ月間の間の患者の容体の急変に遭遇したことはありませんか。」に「あった」と回答した 7 件が対象

	度数
ケアマネジャー、地域包括、社協の相談員、役場建設課、警察、消防と連携して窓を割って入室、患者を確認（今までの対応から部屋の中にいると確信していた）	1
痛みの急変に応じて薬剤投与	1
薬局での対応なし	2
訪問看護師、ケアマネジャーへの電話連絡。	1
OTC の解熱剤と経口補水液（診療所医師長期休暇で不在のため）	1

問 4_6_5 ⑤患者の転帰

	度数
改善	1
救急搬送なく好転（5 日要した）	1
死亡	1

死亡を確認	1
入院を要する容体悪化はなく、自宅に戻った	1
訪問看護師より患者本人へ電話連絡されたが、緊急受診までには至らなかった	1

問 5 貴事業所が所在している地域における医療職種間の連携の現状と課題、連携推進にむけ、貴薬局が取り組んでいることをご記入ください（自由記述）。

多職種研修に参加するなど顔が見える関係の構築に努めている。医療施設、介護施設の連絡先一覧が整備されているので、必要時に迷わず連絡を取ることができる。施設で連休中に感染症が流行した際、インフルエンザ治療薬・コロナウイルス治療薬を至急で用意する必要があるが、病院の入院病棟のような配置薬の概念が施設や訪問看護ステーションに適応できると業務がスムーズになると思う。
本地域では高齢者の在宅医療に課題よりも、むしろ周産期医療及び小児医療側の課題の方が大きい状況である。その上で在宅医療の面では、ケアマネジャーの業務負担が非常に大きく労働集約型産業の典型的な問題点が表面化している。他方で周産期医療でも休日当番日に妊娠後期妊婦が一類医薬品の検査キットで陽性でも、かかりつけの医療施設が医師不在のため受け入れが出来ず、検査キットを販売した弊薬局でパルスオキシメーターによる血中酸素濃度や破水の有無を本人・家族と連絡しながら夜間管理をした事例もある。さらに小児医療に関しては開業医が主に休日当番日などでは、まるで生活保護申請の水際作戦のように受付を断られる事例も多発しており、事例を複数聞き取った場合には市町村、中核病院、保健所に対してクレーム内容の情報提供を行っている。総じて高齢過疎地区の潜在的な課題として、間接的に将来の担い手のほうが不利益を被っている印象を受ける。
2ヶ月に一度、地域ケア会議で心配な方に対しての意見交換をしている。中核病院とは入院前、退院後の薬に関する情報交換はしている。近隣診療所とは月に1回のミーティングで情報共有をしている。1つの医療職で困っている事も多々あるが、それぞれに忙しい業務のなでの連携の難しさを痛感している。
ケアマネジャー以外の多職種との連携の機会が少ない。
ケアマネジャーと密に連絡を取り、患者様の状態を共有するようにしている。主治医の先生やケアマネジャーへの報告書には訪問時や電話対応などで知り得た情報を細かく、分かりやすく記載するよう心がけている。
ケア会議や退院時カンファレンス、施設の運営推進会議などになるべく参加して、他職種の人達との関係を密にする努力をしている。
ケア会議参加、報告書を作成し、文書での情報提供などで課題を共有するように心掛けている。
この地域では訪問看護が中心でケアしている。まだその必要がない患者で薬局のケアを希望する方を訪問していることが多い。
バイタルリンクを使用して随時連携が取れるようになっている。
メール、LINEWORKSによる相互連絡の他、FAXやペーパー持ち込みによる直接の方法で相互連絡を取るようにしている。しかし、患者の入退院を知ることが後手になることが多く、入院時の情報提供ができないケースが大半で退院時カンファレンスへの声掛けがなく参加できないなど、患者さんにとっての不利益が発生するため薬局は能動的な情報収集が必要である。日頃から医療職種以外にケアマネジャーや地域包括への情報提供の依頼、研修会への協力など関係を構築するよう努めている。

医師および薬剤師の数が不足している。県の薬剤師会で定期的に会議や勉強会を開催して自己研鑽に努めている。
医師会・薬剤師会等と連携は取れているが、細かいところは臨機応変となっている。
医師不足により、本来であれば訪問診療が望ましい患者さんに対応できていない。課題は医師不足。
医療機関・訪問看護ステーションに訪問して、情報交換をしている。
医療機関の連携では、最寄りの診療所とは、相談しやすく個別にも連絡を取れる状況。また、総合病院等とは薬剤部を通して退院情報の共有で連絡を取り合っている。夜間と土日は連絡をとりづらいので、薬局に患者から相談の連絡が来た場合は、状況に応じて対応している。消防署が近くにあるため救急に連絡した時はすぐに対応してもらえた。独居高齢者で交通手段ないときに自家用車で救急受診に付き添ったこともある。地理的に土日夜間の受診勧奨は難しい。豪雪地帯で不便な土地で、介護度が高い方は転居され、ある程度元気な高齢者でないと住めない。従ってターミナルケアは難しい。訪問看護ステーションとの連携 主に当地域を担当している方が1人なので、直接その看護師さんと必要時に連絡を取り合っている。通所介護施設との連携 看護師さんと薬剤情報や送迎時のお薬服用状況等の共有をしている。日頃から訪問薬剤管理指導の患者や、気になる患者さんについて連絡をとっている。また、ケア会議に参加して、取り組みを発信している。
医療資源に乏しく、繁忙の中、急ぐ場合は主に電話連絡をしている。繋がらない場合、一部の職種の方とライン利用したことがあったが、MCSは今のところ、あまり使いこなしていない状況である。
医療職種間の情報共有内容・量が不足している。
当市は、かなり以前から多職種間連携がとれていると感じている。研修会や会議も多い。自分自身が薬剤師会の地域包括委員であり、今年度より県で発足した在宅推進協議会の委員でもあるので、任務に取り組んでいる
各種会合への出席。
患者を訪問した後の報告書をできるだけ早く送信するようにしている。
患者の状態を報告する。
患者の服薬アドヒアランスの向上のため、自身でできることは精一杯する。
顔が見える関係を作ることができるよう、他職種とコミュニケーションをとっている。勉強会などには参加するように心がけている。
顔が見える関係をいかに作るのが課題である。
顔合わせできる機会には積極的に参加する。
現在は在宅訪問患者がちょうど不在の状態、今後また在宅訪問の機会を得れば訪問をしたい。今は在宅訪問できる患者さんを探している状態
合同研修会などの実施。必要な場合の連携はとれていると感じる。
些細なことでも相談するし、気になることは言ってくださいと伝えてある。
些細な事でもケアマネジャー中心に医師に連絡してもらったり、こちらから医師に相談したりしている。
在宅医療に積極的な医師の確保

在宅医療への薬剤師の参入に対して、訪看はまだそこまで必要性は感じていない。よって他職種連携会議や退院カンファなど 薬局薬剤師が積極的に参加することが求められる。
在宅専門薬局ではないので日常業務中に連携の時間をとることが非常に困難だが、極力時間を併せて連携するようにしている。
積極的に訪問薬剤管理を実施している。また、ウェブで定期的に多職種と情報共有を行っている。
全ての訪問患者は、病院主導の情報共有アプリ（バイタルリンク）を利用し情報共有している。このツールを活用し、随時、他職種に共有が必要な事項を発信している。
全職種の人と顔合わせができないことも多いため直接連絡をとることがなく、訪問時に患者から得られた他職種に必要な情報を情報提供書としてケアマネジャーに送付している。訪問のタイミングで情報提供・共有できることがあれば積極的に行なっている。
多職種間で良い関係が出来ている。
担当している患者様の医療機関との連携と他の医療機関や施設の多職種連携会議に参加して現状確認、また自局でできること、しなければいけないことなど検討して対応、対策を考えるようにしている。
地域で開催されている他職種の研修会に積極的に参加している。
地域会議に積極的に出席している。
町の開催する他医療職種との研修会や懇親会に積極的に参加し、連携が取りやすいようにしている。
町内は院外処方箋を発行しない 院内処方の医療機関の為 隣町の院外処方せん発行医療機関との連携を模索中。
通信機器を使用したシームレスな連携を取る必要がある。
得られた情報を供用するよう努めている。
平素からケア会議に参加、市主催の集まりにも参加し、顔の分かる存在になれるように努めている。
報告書を毎回関連部署に F A X 送付。 デイサービスでの状況把握。独居が多く、家族が島外遠方に居住が多い離島へき地では見取りまでの在宅推進は困難と痛感する。医療介護関係の人手不足は深刻、都心部の状況で在宅を考えているとしたら、へき地地方の医療介護は崩壊すると思います。一人医療者に 24 時間対応を強いることは尋常とは思えない。
訪問看護師、ケアマネジャー、ヘルパーなど様々な職種の人に話を聞くように心がけている。
訪問薬剤管理指導を他職種や患者側に認知してもらい、必要性や有益性を理解していただけるよう動いているのが現状。お互い忙しい中でも連携しあい、緊急時等のきめ細かい対応をできるようになるための運用を充実させることが課題である。地域個別ケア会議に参加できる際は、参加している。
薬局が開設して間もないこともあり知名度が低く、勉強会等に参加し、薬局を知ってもらうようにしている。
薬剤師の在宅医療に関する情報の発信。宅医療を提供できる薬局の把握。
連携のハブになっているケアマネジャーと情報共有をしっかりとしている。生活状態なども情報共有するようにしている。
連携の会に参加している。

連携は病院、包括、訪問看護、民間の支援業者等連絡しあって進んできている。マンパワー不足が一番の課題。
連携強化に向けて活動している医師が立ち上げた NPO 法人に協力している。
MCS を利用している。

令和 6 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

医療資源の少ない地域における在宅医療に係る医療職種間の連携の現状と課題
～現地視察の結果から～

研究代表者 岡田就将 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 政策科学分野 教授
研究分担者 柏木聖代 東京科学大学大学院保健衛生学研究科
ヘルスサービスリサーチ看護学分野 教授
研究協力者 町田亜子 東京科学大学大学院保健衛生学研究科
ヘルスサービスリサーチ看護学分野 大学院生
花田 遥 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 政策科学分野 大学院生
川島能就 東京科学大学医学部医学科 学生
宮本 隆史 東京科学大学医学部医学科 学生
寺嶋美帆 東京科学大学大学院保健衛生学研究科
ヘルスサービスリサーチ看護学分野 技術支援員

研究要旨

【目的】現地視察による関係者へのヒアリング等を通じ、医療資源の少ない地域における在宅医療における医療職種間の連携課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】2025 年 3 月に、沖縄県島尻郡久米島町ならびに長野県伊那郡高森町での現地視察を行い、関係者からヒアリングを行った。

【結果】久米島では、在宅医療は、公立久米島病院の若手医師と 6 名の看護師（救急外来、一般外来、病棟のシフトにも入る）が対応していた。島内に訪問看護ステーションはなく、病院内のみなし訪問看護のみであった。島内の診療所は 1 か所であり往診は行うものの、時間外対応などの在宅医療は提供していない。多職種間の連携としては、従事する医師がローテーターのため、患者や家族の意向の引き継ぎ等での混乱がないことはないが、医師と看護師が顔の見える関係にあり、患者の不利益となるような事態は発生していない。高森町では、中学校区 1 区の規模で、顔の見える関係性が構築されており、在宅医療における医療専門職種間での連携に関する困難課題はあげられなかった。町内の医療資源は充実しており、中核病院を中心に、さまざまな診療科を標ぼうする多数の診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護保険サービス事業所と連携しながら医療を提供していた。行政をはじめ、飯田医師会や南信州広域連合などの職能団体、そして熱心な開業医が在宅医療を支えていた。連携には、情報共有ツールが活用されており、地域完結型医療を実践していた。

【考察】医療資源が限られた地域では、医師と看護師が顔の見える関係にあり、地域での関係者同士の顔の見える関係づくり、ルールづくり、特定行為研修を修了した看護師の活躍により連携に対する困難課題を克服する取組がされていた。限られた医療人材で、今後さらに増大が見込まれる在宅医療ニーズに対応するためには、特定行為研修修了など、看護師の資質向上が重要であるが、そもそも限られた体制の中で研修受講のハードルも高いという課題も存在していた。

A. 研究目的

現地視察による関係者へのヒアリング等を通じ、医療資源の少ない地域における在宅医療における医療職種間の連携課題を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

沖縄県島尻郡久米島町ならびに長野県伊那郡高森町での現地視察により実態把握をおこなった。

C. 研究結果

視察の結果は以下のとおりであった。

1. 沖縄県島尻郡久米島町

1) 概要

沖縄本島から西に約 100 km（飛行機約 30 分、フェリー約 3 時間）。人口は約 6600 人（2020 年は約 7200 人）。面積は 65 km²（島 1 週は車で約 1.5 時間）。高齢化率約 33%。合計特殊出生率 2.07（平成 30 年-令和 4 年、市町村別で全国 7 位）。働き盛り世代は本島へ移住するため、独居高齢者が多い。沖縄県が指定する「医師少数スポット」に該当する。

2) 地域医療の現状

院長は地域医療振興協会の人事により赴任した総合診療医であり、地域住民約 3,000 人の顔と名前を把握している。看護

師は 33 名（非常勤を含む）であり、地元出身者は 3 名、10 名は島に嫁いできた看護師はであるとのこと。

病床数は 40 床であり、病床稼働率は約 67%である。外来患者受診件数 1 日あたり約 100 件である。透析室は 10 床であり、現在 26 名の患者を対応している。旅行者の透析は対応していない。

年間の救急車受け入れ数は約 300 件であり、本島へのヘリ搬送は年間 100 件、うち重症の緊急搬送は 20～30 件程度である。主な搬送先は浦添総合病院であり、基本的には浦添総合病院の医師がヘリに同乗して久米島に患者を迎えにくる。ヘリは有視界飛行のため、夜間や悪天候時には運航できず、院内で対応している。

医師の体制は、総合診療医である院長と小児科医の 2 名が在籍している。その他の医師は、地域医療振興協会から派遣された若手のローテーション医である。24 時間 365 日救急対応を行い、常勤 5 名で当直を担当している。医師の働き方改革への対応として、2024 年度より外来看護師によるオンコール体制となり、電話でトリアージし、必要に応じて医師が対応する体制をとっている。

在宅医療は、若手医師と 6 名の看護師（救急外来、一般外来、病棟のシフトにも入る）が対応していた。訪問看護部門の責

任看護師は、特定行為研修修了者である。看護師確保に課題を抱えており、遣り繰りが厳しい中ではあるが、なんとかシフトの調整等を行い、現在、1名を同研修のため派遣中である。

島内に訪問看護ステーションはなく、久米島病院のみなし訪問看護のみである。利用者は約30名（常時対応約20名）で、2023年度の看取りは16件（在宅死亡率は約70%）。夜間、休日の患者からの1stコールは携帯当番の看護師に入り、必要な対応を行う。包括指示で対応困難な場合には、当直医師に電話連絡し、指示を仰いで島の在宅医療ニーズは高いが、医療資源不足と人材不足のため対応しきれていない状況にある。島内の診療所は、1か所のみであり往診は行うものの、時間外対応などの在宅医療は提供していない。訪問看護の要望はさらにあるが、現状の体制では精いっぱいな状況である。

また、看護師長によると、同院における“在宅医療”は、患者・家族の求める医療の中で、限られたスタッフで対応可能なものの一形態であり、看護師に期待される役割として、救急外来のトリアージ機能なども加わっており、資質向上の重要性は増しているとのことであった。いわゆるACPも意識はしているが、島の医療の限界もあり、要望に対し、現実的にどこまで応えられるかにも葛藤があるとのことであった。

3) 在宅医療職種間の連携課題

多職種間の連携としては、従事する医師がローテーターのため、患者や家族の意向の引き継ぎ等での混乱がないことはないが、医師と看護師が顔の見える関係にあ

り、患者の不利益となるような事態は発生していない。

2. 長野県伊那郡高森町

1) 概要

面積45.36km²、総人口12,596人、世帯数4,616世帯、高齢化率32.6%（2020年）、合計特殊出生率1.6（2023年）、65歳以上世帯数2,706世帯、うち655世帯が独居である。

居宅介護支援専門員は、社会福祉協議会に所属しており、町内に居宅介護事業所はない。要介護保険認定率（約600人）16%、うち在宅サービス利用率70%、要介護度3以上の在宅サービス利用者は長野県内で5番目に多い。「安心介護負担サービス」という町独自の取組みを行っており、介護保険サービスの自己負担を軽減している。福祉施設は、特別養護老人ホーム（定員64名）1か所に加え、ショートステイ（定員16名）とデイサービス（定員30名）を併設している。

2) 地域医療の現状

中核病院として、飯田市立病院（一般病床407床）と下伊那厚生病院（透析16ベッド、一般病床53床、医療療養病床20床、介護医療院36床、24時間対応訪問看護ステーションを併設）の2か所がある。診療所が多く、診療科も多岐に渡っている。特定検診受診率60%で、基本的には飯田市立病院で実施している。

在宅医療については、在宅療養支援診療所はないが、下伊那厚生病院の医師1名と在宅医療を実施している診療所の医師の2名が往診形式で訪問診療を行っている（利用人数1.3千人/10万人）。診療所の医師

は地元出身で、常に携帯を所持し患者対応を行うほか、飯田医師会の休日当番医としての役割も担っている。

当町には、独立型の居宅介護支援事業所はなく、高森町社会福祉協議会居宅介護支援事業所が居宅介護支援を担っている。地域包括支援センターと密な連携が図られており、入院中に介護保険サービスなど在宅調整が必要な場合、病院の医療連携室から町役場内の地域包括支援センターへ一報が入り、介護保険認定の手続きや必要なサービスの調整が行われている。

訪問看護ステーションは4か所あり、2025年2月は81回の訪問実績があった。

具体的な数値は分からないが、高森町は在宅での看取り取りも多いとのこと。二次医療圏と同じ単位である南信州広域連合と飯田市医師会が主導となり『イムズリンク』というWeb情報共有システムがある。これは、患者の同意を得て、中核病院、診療所、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センターや介護事業所間で、医療（処方歴、血液検査結果、画像情報など）、看護、介護の情報共有を行っている。

3) 在宅医療職種間の連携課題

視察ならびに関係者へのヒアリングの結果、在宅医療における医療専門職種間での連携に関する困難課題はあげられなかった。町内の医療資源は充実しており、中核病院を中心に、さまざまな診療科を標ぼうする多数の診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護保険サービス事業所と連携しながら医療を提供していた。これを支えているのは、行政をはじめ、飯田医師会や南信州広域連合などの職能団体、そして熱

心な開業医の存在がある。連携には、情報共有ツール『イムズリンク』を活用し、地域完結型医療を実践している。

この地域は中学校区1区の規模で、医療機関や介護サービスが密接に連携していた。医療や介護の関係者はそれぞれの役割を明確に認識しており、住民に対してスムーズな医療提供ができる体制が整っている。住民にとって、どこで医療を受けるか、誰に介護の相談をするかといった選択に迷いがなく、そのルートが明確に決まっていることが特徴であった。都市部のように医療資源が豊富で選択肢が多いわけではないが、地域の医療・介護関係機関・者間や住民間のつながりが強く、顔の見える関係が築かれていることが、医療・介護の円滑な連携につながっていた。

D. 考察

視察した2地域では、医師と看護師が顔の見える関係にあり、地域での関係者同士の顔の見える関係づくり、ルールづくりにより課題を克服する取組がされていた。

一方、島嶼では、特定行為研修を修了した看護師等の活躍により患者に不利益を生じさせる課題が生じないよう、取り組みがされていた。

遣り繰りの厳しい状況の中においても、なんとか調整を行い、さらに1名を同研修の受講のために派遣中とのことであり、同研修が、医療資源の乏しい地域の在宅医療の提供において一定の効果を有するものと考えられた。同時に、久米島においては、なんとか調整を行っていたが、そもそもの体制が厳しいこのような地域から、長期間に及ぶ同研修へ職員を派遣するには大きなハードルが存在すると考えられた。

E. 結論

医療資源が限られた地域では、医師と看護師が顔の見える関係にあり、地域での関係者同士の顔の見える関係づくり、ルールづくり、特定行為研修を修了した看護師等の活躍により連携に対する困難課題を克服する取組がされていた。

一方で、限られた医療人材で、今後さらに増大が見込まれる在宅医療ニーズに対応するためには、上記で示唆された、特定行為研修の意義や、修了看護師の果たす役割および、厳しい勤務体制の中での受講のあり方などの更なる検討が必要だと考えられた。

謝辞

ヒアリングにご協力いただきました関係者の皆様に深謝いたします。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

なし

雑誌

なし

令和7年1月24日

厚生労働大臣殿

機関名 国立大学法人東京科学大学
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 大竹 尚登

次の職員の令和6年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 在宅医療現場における多職種連携課題の把握に関する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 大学院医歯学総合研究科・教授
（氏名・フリガナ） 岡田 就将・オカダ シュウショウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：疫学研究に関する倫理指針）	☒ 有 ☐ 無	☐		☒

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項） 現在準備中

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣殿

機関名 国立大学法人東京科学大学
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 大竹 尚登

次の職員の令和6年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 在宅医療現場における多職種連携課題の把握に関する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 大学院保健衛生学研究科・教授
（氏名・フリガナ） 柏木 聖代・カシワギ マサヨ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：指針対象外倫理審査委員会）	☒ 有 ☐ 無	☐	東京科学大学	☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年1月24日

厚生労働大臣殿

機関名 国立大学法人東京科学大学
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 大竹 尚登

次の職員の令和6年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 在宅医療現場における多職種連携課題の把握に関する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 大学院保健衛生学研究科・准教授
（氏名・フリガナ） 森岡 典子・モリオカ ノリコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：指針対象外倫理審査委員会）	☒ 有 ☐ 無	☒	東京科学大学	☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年1月24日

厚生労働大臣殿

機関名 国立大学法人東京科学大学
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 大竹 尚登

次の職員の令和6年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 在宅医療現場における多職種連携課題の把握に関する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 大学院医歯学総合研究科・講師
（氏名・フリガナ） 伊角 彩・イスミ アヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：疫学研究に関する倫理指針）	☒ 有 ☐ 無	☐		☒

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項） 現在準備中

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。