

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】 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を報告されている (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、豊富な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