

戦略的創造研究推進事業
(社会技術研究開発)
平成24年度研究開発実施報告書

研究開発プログラム
「コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン」
研究開発プロジェクト
「在宅医療を推進する地域診断標準ツールの開発」

研究代表者 太田秀樹
(医療法人アスムス、理事長)

1. 研究開発プロジェクト名

「在宅医療を推進する地域診断標準ツールの開発」

2. 研究開発実施の要約

わが国は、世界に類をみない超高齢社会を迎えている。この超高齢社会において、虚弱化したおびただしい数の高齢者を一体誰がどこで支えてゆくのか、きわめて重い課題が突きつけられている。複数の疾病を併せ持ち、さまざまな生活障害とともに暮らす高齢者たちにとって、この健康課題は従来の入院や外来を中心としたヘルスケアシステムでは解決困難である。このような社会背景のなかで、地方行政主導で、暮らしを上位概念とする地域包括ケアシステムの構築が推し進められている。この地域包括ケアシステムは地域完結型の生活支援システムであり、予防・医療・介護・生活支援・住まいの5つの要素を基軸としたサービス提供体制である。このような地域生活者の健康面を支える上で、地域密着型支援として在宅医療に対する期待が高まっている。

しかし、地域包括ケアシステム自体、いまだ抽象的な項目で成立している。実際には人口数・面積・地域風土などの地域特性から、「この地域では何が求められているのか、何が不足しているのか」というニーズに大きな違いが見られる。そのため、確固とした地域包括ケアシステムの在り方が提示されていない。

加えて、上記の地域包括ケアシステムとしては専門職が大きな担い手となっているが、地域課題に専門職だけではおよそ解決できないことが多いことは、論をまたない。制度に縛られてしまいかねない従来の地域包括ケアシステムをより充実させる上で、公共の隙間を埋める地域住民も巻き込んだコミュニティの在り方はとても重要である。したがって、利用者、あるいは医療消費者としての意識の高さも在宅療養を浸透させる上で、欠かせない。このように従来の地域包括ケアシステムをも俯瞰した、在宅療養支援体制とも呼ぶべきものを地域レベルで評価する必要があるのではないか、と考えた。

そこで地域を客観的に診断することが重要となる。診断に際しては、地域人口が重要な要因となる。地域包括ケアシステム構築は、日常生活圏域(中学校区単位で、人口二万人から三万人を想定)ごとに整備されることが望ましいと言われているが、当然のことながら市区町村ごとの人口規模は様々である。ある村は日常生活圏域そのものである場合もあれば、ある都市では複数の日常生活圏域を持ち、個別に地域包括ケアシステム構築を進めなければならない。地域特性の違いから目をそらし、画一的に地域を評価していくことは、実態とかけ離れた判断となる懸念がある。本研究の実施者である医療法人アスミスとしても、臨床経験の積み重ねから、同質の医療提供にも関わらず、在宅医療の推進程度の地域格差があることを実感してきた。その中でもとりわけ中規模都市の問題は複雑だという認識を持っている。

以上を背景として、本プロジェクトでは、五万人以上二十万人未満の中規模都市である栃木県栃木市と茨城県結城市を研究フィールドとして、在宅医療推進の促進要因および障害要

因を量的・質的データから科学的に抽出し、多角的に地域を評価するツールを開発することを目的としている。

まず、在宅医療を

通院が困難な療養者の生活の場で提供される全人的で包括的な機動力のある医療であり、望まれれば人生の最期まで支え続ける医療

と定義した。そこで、定義とこれまでの活動内容を踏まえ、

- ①在宅医療 ②入院・外来型医療 ③在宅介護 ④市区町村行政 ⑤地域連携
⑥コミュニティ ⑦利用者意識

の7つの評価領域を設定し、包括的な視点から地域の強み・弱みを捉えるツールを目指している。最上位の評価区分を評価領域、各評価領域を数値に落とし込み評価するための具体的な項目を評価項目と呼ぶこととした。

平成24年度は

- 渉猟可能なデータをまとめた二次医療圏域単位による二次分析
- 医療法人アスミスにおけるカルテデータ分析
- 平成23年度栃木県在宅医療実態調査のローデータの申請、取得、分析
- 分析結果に基づいた評価項目の設定
- 在宅医療先進地域への聞き取り調査
- 栃木市・結城市・小山市市民フォーラムでのアンケート調査
- 栃木市・結城市での継続的な在宅医療推進活動

を実施した。診断ツールは 使いやすさの観点から、「渉猟可能なデータに基づく基本版ツール」と「データ収集を必要とする発展版ツール」の2つに分け、完成に向けて検討を進めている。

3. 研究開発実施の具体的内容

(0) ツール全体像の修正

地域診断標準ツールを基本版と発展版の2種類に分けて作成することにした。いずれも地域力評価を目指すものだが、基本版は渉猟可能なデータを活用して大まかな地域力を評価することを目指す。同時に、地域を評価する上で既存データのみでは限界があることを意識し、調査等を用いて収集する必要のある項目を提示するものが発展版ツールとなる。ただし、其々の性格上、両者の開発手法は異なる。基本版では公表されている渉猟可能なデータの二次分析を基本に、統計的な根拠づけを重視する。まず、評価領域と関連する具体的な項目を複数取り上げ、多変量解析から有意な評価項目を絞り込む、という手順をとった。

一方で、発展版は先進地域視察とヒアリング、ブレインストーミングから評価項目を質的に抽出、可能な限り平成23年度に栃木県が実施した在宅医療実態調査のローデータを活

用してその有効性を確認する予定である。

(1) 研究開発目標、(2) 実施方法・実施内容

(ア) 現状と問題の科学的分析に基づく在宅医療の促進要因・阻害要因に関する分析

多変量解析により在宅医療推進に向けた促進要因・阻害要因を明らかとし、地域診断に向けた具体的項目抽出を目指した。

1. 渉猟可能データをまとめた二次医療圏域単位による二次分析
 - ✚ 渉猟可能な公表データを活用した二次医療圏域を単位とした重回帰分析。
 - ✚ 従属変数である在宅看取り率に影響を与える評価項目を探索。
 - ✚ 評価領域は、①在宅医療 ②入院・外来型医療 ③在宅介護 ④市区町村行政 ⑤地域連携、⑥コミュニティ ⑦利用者意識の7領域を用いた。
2. 平成23年度栃木県在宅医療実態調査のローデータの申請、取得、分析(まとめ中)
 - ✚ 平成23年度に栃木県が実施した関連事業所に対するアンケートデータ提供を栃木県に申請。基礎自治体を単位とした二次分析を実施。
 - ✚ 従属変数には人口当たりの在宅看取り人数を市町村ごとに算出し、採用。
3. 栃木市・結城市・小山市での市民フォーラムでのアンケート調査(まとめ中)
 - ✚ 当法人で開催・共催した市民フォーラムにてアンケート調査を実施。
 - ✚ 地域比較、重回帰分析による心理プロセス分析を実施。在宅療養への希望を左右する変数を探索する(どのような意識が在宅志向を高めるのか等)。

(イ) 診療所カルテデータを活用した「望まない在宅中断事例」の原因分析

当医療法人に蓄積されたカルテをデータ化し、在宅療養者の中で望まない形で在宅療養を中断した事例を抽出、その中断原因を探索した。実際の臨床事例を数値化することで科学的に分析した。同質の医療サービス下での実態を読み解く。

(ウ) 学際的・職際的・体系的な成果の創出

在宅医療推進に向け、学際的・職際的な取り組みが重要であると認識している。そこで、地域住民を含めた多様なステークホルダーが認識を共有しながら展開するための具体的な介入方策について検討する。具体的には、以下の3つの活動を通して、多角的に検証する。

1. 平成23年度栃木県在宅医療実態調査のローデータの申請、取得、分析
 - ✚ (ア)ー2と同様のデータを用いて、評価項目に影響を与える項目を抽出、介入方策へとつなげる。実際の分析は平成25年度実施予定である。
2. 在宅医療先進地域聞き取り調査から得られた知見のまとめ
 - ✚ 複数の在宅医療推進地域を選び、訪問。具体的な活動内容に触れることを通じて、介入方策としてまとめる。
 - ✚ 訪問先一覧
 - 在宅医療関連

- ◇ 北海道夕張市 夕張市立診療所
- ◇ 栃木県宇都宮市 ひばりクリニック・うりずん
- ◇ 東京都大田区 鈴木内科医院
- ◇ 岐阜県岐阜市 小笠原内科クリニック
- ◇ 兵庫県尼崎市 さくらいクリニック
- ICTを活用した地域連携関連
 - ◇ 北海道函館市 市立函館病院、高橋病院、北美原クリニック
 - ◇ 鹿児島県鹿児島市 ナカノ在宅クリニック
 - ◇ 沖縄県宮古市 ドクターゴン診療所
- コミュニティ関連
 - ◇ 岩手県陸前高田市 朝日のあたる家
 - ◇ 東京都国立市 地域包括支援センター

3. 栃木市・結城市での継続的な在宅医療推進活動、フォーラム開催

- 県・保健所等の行政や県医師会などの職能団体への働きかけを実施する。
- 普及・推進のためのフォーラムを開催、協力する。
- 栃木市・小山市における在宅医療連携拠点事業と情報共有、協働する。

(エ) 域診断標準ツールの開発と国内外への普及

(ア)～(ウ)の実施内容を整理・分析し、既存の地域診断を参考にしながら、在宅医療を推進する地域力を評価し、普及手法をマニュアル化した「在宅医療推進のための地域診断標準ツール」の開発を目指す。その際、在宅医療推進に向けて地域の改善点が明確となり、介入の方向性が見出せるものとなるよう心がける。

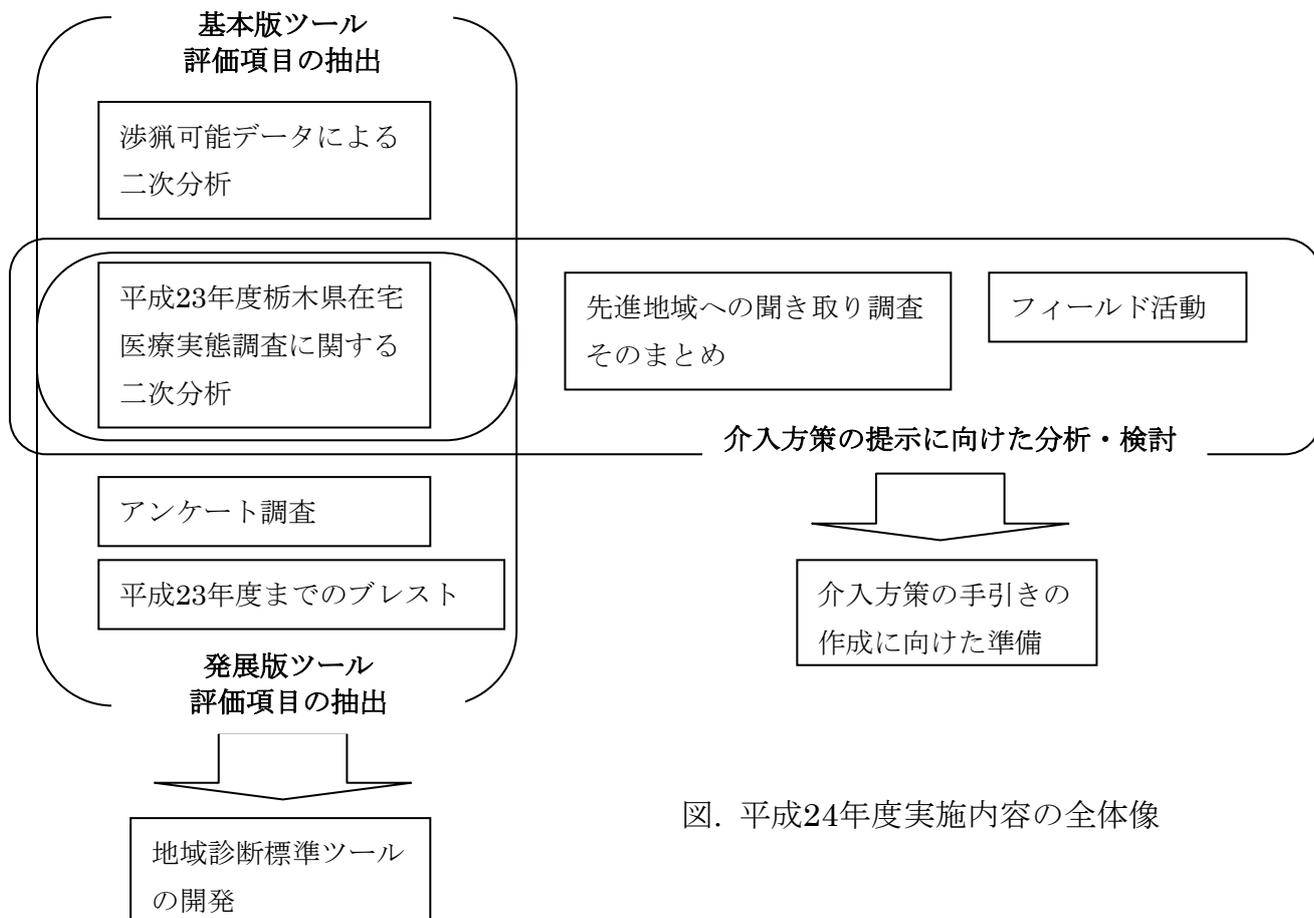


図. 平成24年度実施内容の全体像

(3) 研究開発結果・成果

(ア) 在宅医療の促進要因・阻害要因に関する分析

全国レベルの渉猟可能な量的データを用いた二次分析を実施した。具体的には、数値データから算出した項目を独立変数、在宅看取り率を従属変数とした重回帰分析を実施した。

分析は、二次医療圏域ごとにデータをまとめた。二次医療圏域とは、医療法第30条の4第2項第10号において、都道府県が定める医療提供体制の確保を図るための計画の中で定められている地域区分である。「主として厚生労働省令で定める特殊な医療を提供する病院の療養病床又は一般病床であって当該医療に係るものの整備を図るべき地域的単位としての区域」とされている。以下、圏域と略す。

在宅看取り数が含まれる医療施設静態調査に合わせて2011年9月を分析期間とし、各データを近似年代で収集した。ただし、2011年9月は東日本大震災の直後の影響を考慮し、震災被害の大きかった岩手県・宮城県、および原子力発電所問題で医療施設静態調査データに不備が見られる福島県は分析対象から除いた。以下、上記圏域を除いた地域を対象地域と呼ぶ。

分析結果から在宅看取り率に影響を与える変数を抽出し、基本版ツールの評価項目候補の決定を目指した。

STEP1. 推定在宅看取り率の算出

2011年の厚生労働省医療施設静態調査と、2011年の人口動態調査死亡表の公表データを用いて、推定在宅看取り率を算出した。2011年の時点で、二次医療圏域は349箇所(一部、欠損値がある圏域は除いて分析)。医療施設静態調査は病院票と診療所票があり、その中の9月の在宅看取り件数を地域ごとに加算して、9月の在宅看取り数とした。

$$\text{推定在宅看取り率(二次医療圏域別)} = \frac{\text{9月の在宅看取り件数(医療施設静態調査)}}{\text{9月の推定死亡数(人口動態調査・死亡票)}}$$

分母の推定死亡数に関しては、各圏域の年間死亡数と各都道府県の9月死亡率を掛けあわせて算出した。総圏域数は349箇所(2011年時点)、対象地域に限ると326箇所となった。

まず、日本全体の9月の推定在宅看取り率は6.58%だった。さらに圏域ごとにみると、在宅看取り率の平均が6.07%、標準偏差が4.33%であった(図1)。最大で29.41%、最小で0%とレンジは広く、中央値が5.26%と右に裾が長い分布であった(歪度1.480、尖度4.105)。在宅看取り率0%の20地域で、一時点とはいえ、在宅看取り未実施地域が複数見られた。また、在宅看取り率を地図上にプロットすると図2のようになり、在宅看取り率は斑に分布しており、隣接圏域でも大きく異なる地域もあった。在宅看取り率の分布状況の観点からも、地域の在宅医療推進状況を見通す一つの指標として在宅看取り率が適しているものと考えられる。

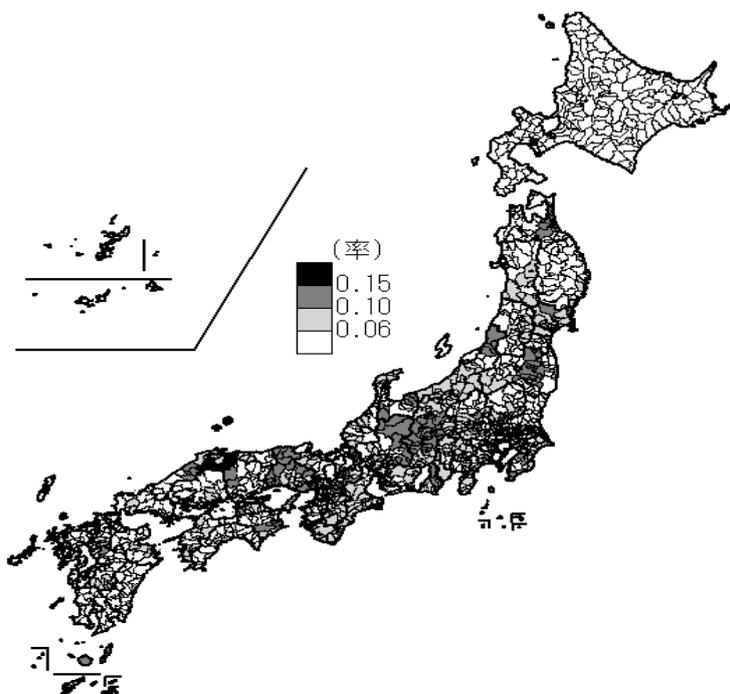


図2. 二次医療圏域別の推定在宅看取り率プロット図

STEP2. 統制変数の抽出

介入が困難な変数に的を絞り、統制変数の抽出を試みた。候補として、

- ・ 機動性ある支援サービス提供の観点から、「面積」「人口密度」
- ・ 地域によって、同じ月の死亡者数にばらつきがあるため、「9月の推定死亡者数」
- ・ 高齢者が在宅療養の代表的な対象者であることから、「65歳以上高齢者率」
- ・ 核家族化による介護力の問題から、「高齢者世帯率」

を候補として取り上げた。

以上の統制変数候補を同時に取り上げることの統計的問題の有無を確認するため、各候補変数を独立変数、在宅看取り率を従属変数とした重回帰分析を実施した。以下、統計分析の有意基準としては5%を採用した。65歳以上高齢者率、および高齢者世帯率の算出には総務省統計局が公表している国勢調査報告(2010年)を活用した。前者は地域の65歳以上高齢者数を総人口数で除したものの、後者は高齢夫婦世帯数と高齢単身世帯数を加算し、一般世帯数で除したものをを用いた。

重回帰分析の結果から、VIF値から65歳以上高齢者率と高齢者世帯率の間に共線性の問題が見られた($VIF \geq 3$)。高齢者率が高い地域ほど、高齢者世帯率が高くなる関係性が考えられることから、高齢者世帯率を残し、再度、重回帰分析を実施した。共線性の問題もなかったため、面積、人口密度、9月の推定死亡数、高齢者世帯率を統制変数とした。

STEP3. 各評価領域における評価項目抽出に向けた多変量解析

評価領域ごとに想定される項目で、渉猟可能なデータを複数取り出し、より説明力の高い指標抽出・作成を目指した。基本的な分析ステップとして、第一に面積・人口密度・高齢者世帯率を統制した偏相関分析を実施し、項目を絞った。続いて、「面積・人口密度・高齢者世帯率」を統制変数、各領域に関する項目を独立変数、在宅看取り率を従属変数とした重回帰分析による統計的検証を試みた。評価項目の抽出に関しては、介入可能であることを第一の条件とした。

また、統計分析において、以下の方針で統一した。

1. 評価項目作成において人口補正を実施する場合、各数値を地域の総人口数で除し、10000人の積を求めることで実施する。
2. 重回帰分析でステップワイズ法を採用する場合、F変化量の基準は.05とする。

評価領域ごとに想定される項目で、渉猟可能なデータを複数取り出し、より説明力の高い指標抽出・作成を目指した。図3はツールの完成イメージである。以下、分析に基づき採用した評価項目を記載する。本報告書に掲載する評価項目は暫定的なものであるため、最終的な評価項目、および詳細な分析結果は、最終報告書にまとめて記載する。

領域1. 在宅医療

- ①ー診療所在宅医療実施指標
(往診、訪問看護・指導、訪問看護指示書交付の実施診療所率から作成)
- ②ーターミナルケア対応訪問看護率

- ① 厚生労働省が公表している医療施設静態調査診療所票の中の、在宅医療サービスの実施状況から算出。圏域ごとに各実施診療所数を総診療所数で除し、そこから主因子分析によって算出された第一主成分スコアを利用。
- ② インターネット上で公表されているwam-net上にターミナル対応可と記載している施設数を活用。wam-net上に登録されている訪問看護実施施設総数で、ターミナル対応可能施設数を除して算出。

領域2. 入院医療

- ①ー退院調整支援担当者採用病院率
- ②ー平均在院日数

- ① 厚生労働省が公表している医療施設静態調査病院票から入手可能なデータ。退院調整支援担当者の有無の項目から算出。
- ② 厚生労働省が公表している病院報告患者票から算出される平均在院日数を活用。

領域3. 在宅介護

- ①ー通所介護施設数(サービス提供体制強化加算2算定/人口補正数)
- ②ー居宅介護支援事業所率(特定事業所1加算)

いずれも、wam-net上にて公開されている情報をもとに、データを収集することが可能。

*サービス提供体制強化加算2(通所介護):利用者サービスを提供する職員の勤続年数が3年以上である割合が30%以上

*特定事業所1加算(居宅介護支援事業所):複数の要件を満たした場合に算定可能

4. 市区町村行政

- ①ー会議参加回数(介護保険関連の事業評価/人口補正)
- ②ー衛生教育実施回数(成年・老人対象、歯科対象、および精神対象/人口補正)

いずれも厚生労働省が公表している「地域保健・健康増進事業報告」から、データを収集することが可能。各圏域に属する人口で補正している。

5. 地域連携

①－市区町村会議参加福祉関連機関数(健康増進・障害者福祉/人口補正)

厚生労働省が公表している「地域保健・健康増進事業報告」から、データを収集することが可能。各圏域に属する人口で補正している。

6. コミュニティ

①－公民館数(人口補正) /ハード面
 ②－まちづくり・医療関連のNPO数 /ソフト面

いずれも統計局が公表している「市区町村のすがた」の中のG. 文化・スポーツからデータを収集することが可能。各圏域に属する人口で補正している。

7. 利用者意識

①－介護給付費費用率(福祉用具貸与・短期入所)
 ②－高齢者等設備設置世帯率

① 厚生労働省が公表している介護保険事業状況報告からデータを入手することが可能。全体の介護給付費費用の中で関連する費用が占める割合を算出。

② 総務省統計局が公表している「住宅・土地統計調査」からデータを入手することが可能。

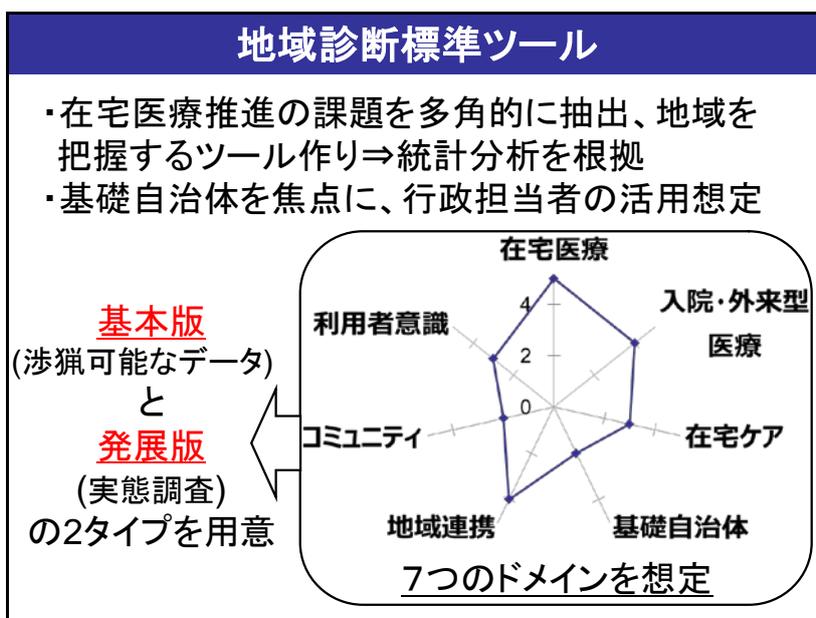


図3. 在宅医療推進のための地域診断標準ツールの完成イメージ

(イ) 診療所のカルテデータを活用した「望まない在宅中断事例」の原因の分析結果

医療法人アスミスに蓄積されたカルテをダミー変数・量的データに落とし込み、在宅療養中断事例に関する分析を実施した。ここでは、中断理由として、病状悪化・緊急搬送・介護力の問題(介護力不足、介護者の疲弊、介護者の虚弱化など)の3パターンを取り上げた。中断理由に関しては、カルテを参照に複数回答にてデータ化した。また、対象は診療所と同じ都市に住んでいる患者に限定した。

まず、介護保険制度実施以前(2000年3月まで)と、在宅療養支援診療所が設置された2006年4月以前と以降の3つの時期に分類し、各時期の中断事例理由の比率を比較した。時期が経過するにつれ、病状悪化による中断事例の比率が少なくなり、他方で、介護力の問題による中断比率が高くなっていった(図4)。さらに、病状悪化がないにも関わらず介護力の問題から中断した事例も顕著に増えており、介護保険制度実施以前は15.79%であったものが、2006年度～2011年度では35.96%と、有意に大きい比率となっていた(残差分析, $p < .05$)。つまり、在宅療養継続に当たり、介護力が重要な因子であるといえ、それを支える専門介護の重要性が示唆された。

続いて、主病の有無ごとに在宅看取り率を比較したところ、癌患者と非癌患者では在宅看取り率は癌患者の方が高く($\chi^2=45.948, p < .001$)、他方で、神経難病と脳血管障害の場合ではいずれも既往者の在宅看取り率が低くなる傾向があった(神経難病: $\chi^2=4.049, p < .05$ 、脳血管障害: $\chi^2=8.314, p < .01$)。特に脳血管障害を有している場合、症状悪化の見られない介護力問題による中断事例が有意に多くなっており($\chi^2=7.969, p < .01$)、介護力が求められる疾病であると考えられる。ここ点からも介護力を支える環境づくりが必要であることが示唆される。

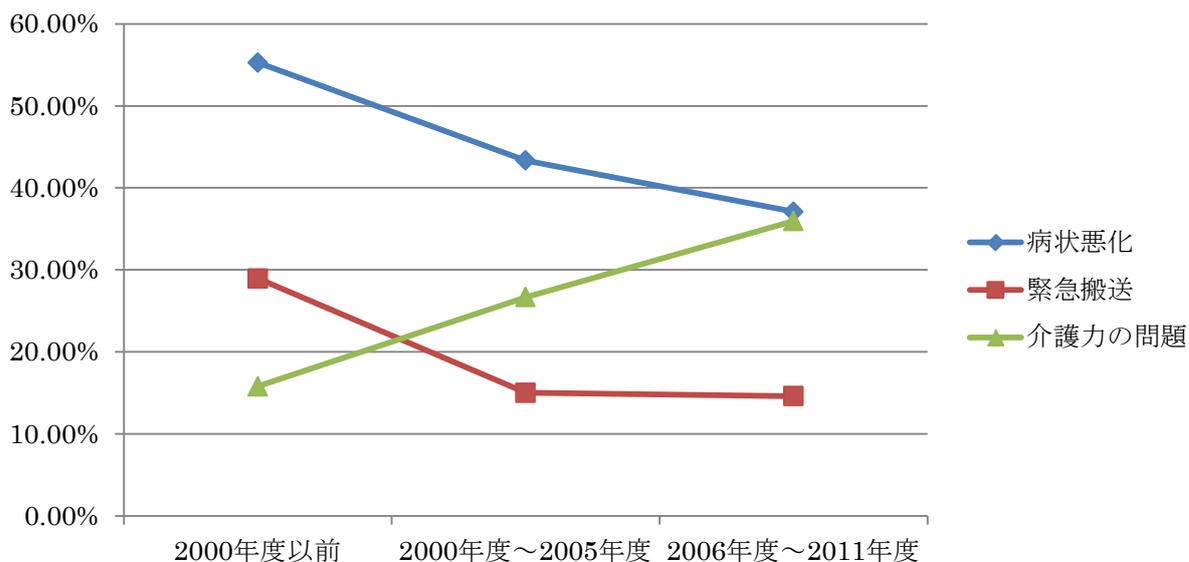


図4. 在宅療養中断理由比率の変遷

(ウ) 先進地域での聞き取り調査

- 法人として受託している厚生労働省による在宅医療連携拠点事業による活動を通して、実際のフィールド活動の在り方を模索した。
- 具体的な先進地域視察
北海道から沖縄まで、日本各地の在宅医療先進地域を視察し、在宅医療推進のヒント(阻害要因、促進要因に留まらず、在宅医療を推進する具体的な手段・方策まで)を得るよう試みた。
 - ✓ 北海道夕張市 夕張市立診療所
 - ◇ 村上智彦医師が主導的に在宅ケアを基軸に地域再生を試み、予防医療やプライマリ・ケアの仕組みを構築していた。他にも、行政の地域保健に関する会議に参加し、積極的な意見・提案を行っている姿も見た。
 - ◇ 全ての活動は、目の前の診療に留まらず、地域全体にとって何が必要かという視点を持っていた。診療報酬・制度の枠にとらわれずに、地域保健を考えた際に必要などころに支援を行うことの重要性を実感した。
 - ✓ 北海道函館市 市立函館病院、北美原クリニック、高橋病院
 - ◇ 急性期の市立函館病院、回復期の高橋病院が中心となって情報共有システムを構築し、入院時からの情報が川下である在宅にまで行き届く形をとっている(道南MedIka)。さらに在宅の現場で、医療関係者のみならず介護関係者、利用者とのコミュニケーションツールとしても機能していた。在宅では欠かせない重要なツールになっており、多職種連携において、リアルタイムな情報共有以上の意義を持っていることを感じた。
 - ✓ 岩手県陸前高田市
 - ◇ 東日本大震災によって医療システムが崩壊した陸前高田市において、東京都国立市で新田クリニックを開業している新田國夫医師が中心となり、NPO 法人福祉フォーラム・東北が「朝日のあたる家」という新たなコミュニティの拠点作りを目指していた(2013年2月開所)。医療に関わる前からコミュニティの中で医師が入ることで、介護予防につなげる視点の重要性を実感した。
 - ✓ 栃木県宇都宮市 ひばりクリニック・うりずん
 - ◇ 重症障がい児者医療的ケア施設「うりずん」の運営主体である「ひばりクリニック」では、主たる介護者である母親が体調不良で介護が出来なくなったときに代わりに父親が仕事を休んで介護をしていた現状から、レスパイトを主な目的として「うりずん」を開設した。地域へのニーズ把握が地域発展に大切な要素であり、それに応えるための実現を、地域全体で行うことが重要であることを実感した。
 - ✓ 東京都大田区 鈴木内科医院
 - ◇ 都市部にある鈴木内科医院では中学校区を単位として訪問診療を実施しており、地方と都市部の対応地域の差を実感した。また、都市部の方が、関わる事業所数・

人数が多い分だけ連携が負担となるが、このような実直な取り組みが円滑な地域連携につながっていた。

- ✓ 岐阜県岐阜市 小笠原内科クリニック
 - ◇ 住み慣れた地域や家庭で暮らし続ける地域作りを市としても推進している。小笠原内科では、主に療養の方針の決定に、トータルヘルスプランナーとしての看護師が中心的役割を果たしており、一人暮らしのガン患者まで在宅で看取っていた。キュアとケアのバランスを取りながら、患者の生活に寄り添って療養の支援をできる職種として、看護師の役割が大きいことを実感した。
- ✓ 兵庫県尼崎市 さくらいクリニック
 - ◇ さくらいクリニックでは在宅療養患者を受け入れるに当たり、退院時共同指導へ参加することを前提にしている。こうして病院医と顔を合わせることで、在宅医の立場を理解してもらい、顔の見える連携づくりにもつなげている。医療従事者間のネットワーク構築には、一例一例の症例の積み重ねから、地域のシステムを作っていくことが、一つの方法論であることを感じた。
- ✓ 沖縄県宮古島市 ドクターゴン診療所
 - ◇ ドクターゴン診療所は、独自の電子カルテシステムを導入し、現場から患者の情報を発信し、スタッフ間で共有するなど電子カルテで効率化を図っている。地域ごとに、在宅医療の資源・連携体制など環境が異なることが多いため、このシステムを普遍化するには何が必要か、考えるきっかけとなった。

(エ) 市民フォーラムを利用した在宅医療に関するアンケート調査

- 既存のデータで把握しきれない利用者意識の中で、在宅医療推進に影響を与える要因を確認するため、平成24年3月に小山市、11月に栃木市で開催した市民フォーラムの中でアンケート調査を追加で実施した。アンケートでは、在宅志向に関しては、家族の場合と自分の場合、それぞれ病院と在宅、どちらで最期を過ごすことを希望するかについて尋ねた。取得したアンケートデータに基づき、在宅医療に関する知識や不安の程度によって在宅志向(最期を在宅で過ごすことを希望する傾向)が異なると仮定し、分析・検討を行った。

(オ) 栃木市、および結城市における在宅医療推進活動

- 栃木県栃木市
 - 栃木市と地区医師会が協働で在宅医療推進協議会の立ち上げへ(医療一介護連携の足掛かりに)
 - 厚生労働省による在宅医療連携拠点事業の下、「地域包括ケアシステムを考える」と題したフォーラム開催。平成25年度は2回の市民フォーラムを小山市と栃木市で実施、参加者の意識調査アンケートを実施した。

- 茨城県結城市
 - 地域ケア研究会が当プロジェクトから独立して運営開始。
 - 市民フォーラム「この結城(まち)で最期まで生きること」を2013年2月5日に開催。この市民フォーラムは RISTEX 事業の共催のもと、運営が独立した CTI 主催によるものとなった。
 - ◇ 宮崎県宮崎市でケアハウス「かあさんの家」を作り、NPO 法人ホームホスピス宮崎による市民活動を通して医療のあり方に提言を続けている宮崎美穂氏を招いて講演会を開催した。
 - ◇ シンポジウムでは、地域の支援関係者に集まっていただき、シンポジウムを開催、結城市での在宅医療の在り方を考える機会を設けた。

(4)平成25年度の事業実施項目

- 平成24年度までの成果と課題を踏まえた平成25年度は以下の目標。
 - (1) 在宅医療推進に関連する要因の分析
 - 1. 渉猟可能なデータの二次分析を引き続き実施、基本版ツールの項目の妥当性の検討、評価領域ごとの重み付けの検討等を実施する。
 - 2. 平成23年度栃木県在宅医療実態調査の二次分析を進め、介入方策について検討する。
 - 3. 医療法人アスムスに蓄積された診療データ等をさらにまとめ、在宅医療の望まれぬ中断が生じた要因等を分析し、中断理由から阻害要因を明確にする。
 - 4. アンケート調査および聞き取り調査のデータを分析する。
 - (2) (1)によって得られた結果から、ブレインストーミングを通して、在宅医療を推進する地域診断標準ツールの完成、特に発展版の検討・完成を目指す。
 - (3) 結城市と栃木市への実践的な介入モデルを模索する。
 - (4) 引き続き在宅医療に関する啓発イベント(コミュニティと対話)を実施する。研究成果を分かりやすくコミュニティに還元する方法を模索する。

5. 研究開発実施体制

(1). 研究代表者 及びその率いるグループ (太田秀樹)

医療法人アスミス 理事長 (医師)

実施項目：●本研究全体の企画及びステークホルダーとの調整

- 各事業の統括とマネジメント (進捗状況管理)
- 調査研究委員会の事務局

概要：●調査研究委員会の事務局

- 全体の企画調整、進行管理を行うこと。

(2). 在宅医療推進地域診断標準ツールの調査・開発グループ (大澤 光司)

(株)メディカルグリーン 代表取締役

実施項目：●「在宅医療の推進」の定義

- 定義に基づく領域の設定
- 評価項目
- 諸調査を実施し基礎データを整備、分析する
- 分析結果からツールを完成させる

概要：●各種文献や先進事例を参考にし、「在宅医療の推進」についての定義を議論。

- この定義を基に、診断ツールの基となる領域を設定する。
- 在宅医療の推進の定義と領域設定と並行して、パラメータとなる項目を設定していく。年度内に具体的なパラメータを設定することが目的であり、次年度からの在宅医療が普及しない要因の調査・分析のための基盤整備である。
- 当該パラメータはカルテの分析やケアマネジャーへのインタビュー、看取り経験のある家族へのインタビューなどと並行して進めていく。
- 以上の分析を基に実際のツール完成に向けたブレインストーミングを実施する。

(3). 地域組織化グループ (中島 幸子)

オリーブ訪問看護ステーション 所長 (看護師・ケアマネ)

実施項目：●在宅医療推進協議会の設置 (栃木市および結城市において)

- 啓発イベントの実施、普及方策のPR

概要：●栃木市および結城市においてそれぞれ在宅医療推進協議会を設置するものとし、市行政の理解の下で、現に在宅医療を提供している者、行政、医師会、訪問看護関係団体等の医療関係者、介護事業者連絡会等介護関係者、社協等地域福祉関係者などで構成する。

- 栃木市および結城市それぞれで、在宅医療推進協議会が中心となって本格的な啓発イベントを実施し、地域住民に普及方策をPRしつつ、在宅医療推進協議会の下で普及方策を実施する。

6. 研究開発実施者

研究代表者 及びその率いるグループ

	氏名	フリガナ	所属	役職(身分)	担当する研究開発実施項目
○	太田 秀樹	オオタ ヒデキ	医療法人アスムス	理事長 (医師)	プロジェクト統括
	長島 晃司	ナガシマ コウジ	医療法人アスムス	コミュニテイケア研究所(所長)	プロジェクト総括補佐
	長島 洋介	ナガシマ ヨウスケ	医療法人アスムス	特任研究員	プロジェクト総括補佐
	大澤 光司	オオサワ コウジ	(株)メディカルグリーン	代表取締役	地域診断標準ツール調査・開発研究統括
	荒井 康之	アライ ヤスユキ	いきいき診療所(在宅療養支援診療所)	院長 (医師・ケアマネ)	地域診断標準ツール統括補佐
	中島 幸子	ナカジマ サチコ	オリーブ訪問看護ステーション	所長 (看護師・ケアマネ)	住民組織化 G 統括
	小園江一代	オソノエ カズヨ	わくわく訪問看護ステーション	所長 (看護師)	プロジェクト統括補佐

在宅医療推進地域診断標準ツールの調査・開発グループ

	氏名	フリガナ	所属	役職(身分)	担当する研究開発実施項目
○	大澤 光司	オオサワ コウジ	(株)メディカルグリーン	代表取締役	地域診断標準ツール調査・開発研究統括
	長島 晃司	ナガシマ コウジ	医療法人アスムス	コミュニテイケア研究所(所長)	地域診断標準ツール調査・開発研究統括補佐
	森山 貴志	モリヤマ タカシ	街かどクリニック・世田谷	院長 (医師)	調査研究統括補佐
	飛田 清毅	トビタ キヨタケ	アスムス老人保健施設	施設長 (医師)	調査研究統括補佐
	荒井 康之	アライ ヤスユキ	いきいき診療所(在宅療養支援診療所)	院長 (医師・ケアマネ)	地域診断標準ツール統括補佐
	福地 将彦	フクチ マサヒコ	医療法人アスムス	医師・ケアマネ	地域診断標準ツール統括補佐

	大島 浩子	オオシマ ヒロコ	国立長寿医療研究センター	特任研究員	調査、データ収集及び分析、検討
	長島 洋介	ナガシマヨウスケ	医療法人アスミス	特任研究員	調査、データ収集及び分析、検討
	岩本佳代子	イワモトカヨコ	医療法人アスミス	研究補助員	調査、データ収集及び分析、検討
	毛塚 栄子	ケヅカエイコ	医療法人アスミス	理学療法士	調査、データ収集及び分析、検討
	中村 路子	ナカムラミチコ	医療法人アスミス	看護師・ケアマネ	調査、データ収集及び分析、検討
	菅野真由美	カンノマユミ	居宅介護支援事業所	所長(看護師・ケアマネ)	調査、データ収集及び分析、検討
	太田 秀樹	オオタヒデキ	医療法人アスミス	理事長(医師)	地域診断標準ツール開発
	小園江一代	オソノエカズヨ	わくわく訪問看護ステーション	所長(看護師)	地域診断標準ツール開発
	三木 次郎	ミキジロウ	三木歯科医院	院長(歯科医・ケアマネ)	地域診断標準ツール開発

地域組織化グループ

	氏名	フリガナ	所属	役職(身分)	担当する研究開発実施項目
○	中島幸子	ナカジマサチコ	オリーブ訪問看護ステーション	所長(看護師・ケアマネ)	地域組織化統括
	岩本佳代子	イワモトカヨコ	医療法人アスミス	研究補助員	地域組織化推進(補助)
	小園江一代	オソノエカズヨ	わくわく訪問看護ステーション	所長(看護師)	地域組織化推進
	菅野真由美	カンノマユミ	居宅介護支援事業所	所長(看護師・ケアマネ)	地域組織化推進

7. 研究開発成果の発表・発信状況、アウトリーチ活動など

7-1. ワークショップ等

なし

7-2. 社会に向けた情報発信状況、アウトリーチ活動など

- ①書籍、DVD（タイトル、著者、発行者、発行年月等）
- ②ウェブサイト構築（サイト名、URL、立ち上げ年月等）
 - ホームページ作成
コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン：在宅医療を推進する地域診断標準ツールの開発
<http://www.oota-ristex.jp/> / 平成23年1月
 - 法人内ホームページ
医療法人アスムス コミュニティー・ケア研究所
<http://www5.ocn.ne.jp/~kiboukai/komyu.html> / 平成22年11月
- ③学会（7-4.参照）以外のシンポジウム等への招聘講演実施等

7-3. 論文発表（国内誌 0 件、国際誌 0 件）

7-4. 口頭発表（国際学会発表及び主要な国内学会発表）

- ①招待講演（国内会議 1 件、国際会議 0 件）
- ②口頭講演（国内会議 0 件、国際会議 0 件）
- ③ポスター発表（国内会議 0 件、国際会議 0 件）

（招待講演）

第4回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 仙台
シンポジウム6 再び問う 老いのケア
太田秀樹「在宅医療を推進する地域診断標準ツールについて」

7-5. 新聞報道・投稿、受賞等

- ①新聞報道・投稿
- ②受賞
- ③その他
 - ・ 報告書「在宅医療を推進する地域診断標準ツール」の作成

7-6. 特許出願

- ①国内出願（ 0 件）