

在宅医療推進のための多職種連携研修プログラム開発：都市近郊地域における短期的効果の検証

ツチャルミコ ヨシエ サトル カワゴエ ショウヘイ ヒラハラ サトシ オオニシ ヒロタカ
 土屋瑠見子* 吉江 悟^{2*} 川越 正平^{3*} 平原佐斗司^{4*} 大西 弘高^{5*}
 ムラヤマ ヒロシ ニシナガ マサノリ イイジマ カツヤ ツジ テツオ
 村山 洋史^{6*} 西永 正典^{7*} 飯島 勝矢^{6*} 辻 哲夫^{6*}

目的 在宅医療の推進を目的に作成された「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会（以下：在宅医療推進多職種連携研修会）」を受講した多職種における研修プログラムの短期的効果を検証した。

方法 2012年3月から2013年1月に、東京都近郊の3地域（千葉県柏市・松戸市、東京都大田区大森地区）にて延べ4回の在宅医療推進多職種連携研修会を実施した。本研修会の目的は、「開業医が在宅医療に従事するための動機づけとなること」、「地域における多職種チームビルディングを促進すること」であった。研修会の受講者は、各地域の職種団体の推薦により選ばれた開業医、訪問看護師、介護支援専門員等の在宅医療・介護に関わる多職種であり、各職種が含まれるよう配分されたグループにて延べ1.5日の研修会を行った。研修評価は郵送による自記式質問紙調査を行い、研修内容に関する知識・実践力（26項目、4件法）、在宅医療に対する全般的な意識（4項目、6件法）、連携活動状況（13項目、4件法）について研修受講前後の変化を検証した。分析対象者は、受講前・受講後の調査票が回収でき、「主たる職種」が欠損していない者すべてとした。分析の際には、開業医と開業医以外の職種に分け、Wilcoxonの符号付き順位検定、対応のあるt検定を行い、合わせて効果量を算出した。

結果 研修プログラム受講者256人のうち、有効回答が得られたのは162人（63.3%）であり、開業医は19人（11.7%）、開業医以外の職種は162人（88.3%）であった。研修プログラムを受講することにより、開業医・開業医以外の職種共に専門職連携協働(IPW)に関する知識が向上し、在宅医療に対する具体的イメージが開業医では向上する傾向を示し、開業医以外の職種では向上した。連携活動状況は「業務協力」、「交流」の2因子で構成され、開業医以外の職種における開業医との「交流」が向上し、開業医間、開業医以外の職種間の「業務協力」が向上した。

結論 開業医が在宅医療に従事するための動機付けという目的に対し、本研修プログラムの受講効果は限定的であったが、開業医が在宅医療に対する具体的イメージを持つことにつながっていた。加えて在宅医療・介護に従事する専門職間の連携活動を促進するきっかけ作りとしては、各地域の実情に合わせた活用が可能と考えられた。

Key words : 在宅医療, 在宅介護, 研修プログラム, 多職種連携, プログラム評価

日本公衆衛生雑誌 2017; 64(7): 359-370. doi:10.11236/jph.64.7_359

* 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻地域看護学分野

2* 東京大学医学部在宅医療学拠点

3* あおぞら診療所

4* 東京ふれあい医療生協 梶原診療所在宅サポートセンター

5* 東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター

6* 東京大学高齢社会総合研究機構

7* さいたま記念病院

責任著者連絡先：〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1 医学部5号館地域看護学教室
 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻地域看護学分野 土屋瑠見子

I 緒言

我が国の人口構成は近年急速に変化しており、2025年には65歳以上人口が3,657万人、高齢化率は30.3%にのぼると推計されている¹⁾。この変化は、高度経済成長期に団塊の世代が定住した都市近郊で著しく、東京都、神奈川県、埼玉県、大阪府、千葉県が今後最も変化が大きい地域と言われている²⁾。これに伴い、都市近郊を中心とした病床の飽和や通院できない高齢者の増加が危惧されており、医療・

介護が必要な者が自宅であっても生活できるように在宅医療・介護を充実させることが求められている。

2012年より開始された在宅医療・介護の推進に向けた施策³⁾の一つとして「多職種連携協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業」が厚生労働省で予算化され、2012年には都道府県リーダー研修における地域リーダーの養成、2013年には養成された地域リーダー自身が自地域で在宅医療・介護に従事する多職種に対する研修を開催することが推進されてきた。さらには、市町村の介護保険事業において、在宅医療・介護連携推進事業が進められ、事業項目に「在宅医療・介護関係者の研修」が位置づけられた⁴⁾。当該事業は2015年時点では任意実施であるが、2018年からは必須となるため、各市町村行政が在宅医療・介護関係者を対象とした研修会を運営していくことが求められている。しかし、在宅医療・介護の人材育成のために体系化・汎用化され、効果検証された研修プログラムはないのが現状である。

在宅医療・介護に関わる人材を育成する上では、多職種間での連携が行える人材を育成することが必須である。地域在住高齢者へのケアに多職種連携協働 (Inter-professional work: IPW) が与える効果に関するシステムティックレビュー⁵⁾では、IPW が機能していることは、ケアのプロセスを改善し、再入院やナースホームの利用を抑制する可能性が報告されている。しかし国内では、在宅療養支援診療所の41%で他施設とのカンファレンスが行われておらず⁶⁾、ケアマネジャーは日常業務において「医師との連携が取りづらい」と感じていること⁷⁾、訪問看護師が情報共有の際に医師に対する心理的抵抗を感じていること⁸⁾が報告されている。医師を対象とした調査⁹⁾においても、在宅医療に関する困難点として「他医療機関・介護職との連携」が挙げられている。医療・介護の垣根を越えて多職種が連携する際、医師の存在は重要と考えられるものの、医師を交えた多職種連携は難しい現状が垣間見える。多職種連携を進める上では、在宅医療に従事する開業医を多職種のチーム内に位置づけることが重要である。

さらに2013年8月に発表された社会保障制度改革国民会議報告書¹⁰⁾では、高齢化の進展に伴い、医療は「病院完結型」から地域全体で治し支える「地域完結型」への変換が求められているとし、医療・介護の在り方を地域毎に考える必要性が強調された。市町村を一つの単位とみなし、開業医を交えた多職種での協働の場を作ることは、日々の業務に即した形で連携するきっかけとなることが期待できる。

今回開業医が在宅医療に従事するための動機づけを促し、さらに地域における多職種チームビルディ

ングを促進することを目的とした「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 (以下:在宅医療推進多職種連携研修会)」を開発した。本研究では、開業医、開業医以外の職種それぞれにおける研修プログラムの短期的効果の検証を行った。なお、本研究における「開業医」とは、無床診療所または有床診療所に勤務する医師と定義し、開業医以外の医療・介護専門職すべて (病院勤務の医師を含む) を「開業医以外の職種」とした。また在宅医療・介護では、異なる事業所に所属する同職種間の連携も重要であることから、異なる職種間だけでなく同職種間も含めた連携を「多職種連携」と定義した。

II 研究方法

1. 研修プログラムの概要

1) 研修プログラムの目的

「在宅医療推進多職種連携研修会」は、2011年5月から10月までの約5か月間実施された試行研修プログラム (柏市第1回研修会)¹¹⁾を、各地での実施可能性を高めるために、延べ7.5日から2.5日に大幅に短縮したものである。その目的は、①かかりつけ医の在宅医療参入の動機づけとなること、②市町村単位での多職種チームビルディングを促進することであった。

2) 研修プログラムの特徴

本研修プログラムの構造的特徴は、①できる限り郡市医師会と市町村行政が協力し合い研修会運営の中心を担うこと、②同一の市町村内の多職種を受講対象としたこと、③地域の職種団体の推薦を経て受講者をリクルートしたこと、が挙げられる。また、その内容の特徴として、④受講者である開業医が実地研修 (同行訪問) に赴くこと (任意実施)、⑤講義は最小限とし、多職種で協調して話し合うグループワーク形式 (Group work: 以下GW) の事例検討を意図的に多く盛り込んだことが挙げられる。本プログラムは試行を経て内容の改変を行い、各地域で行う際に最低限の質を保証するために研修会で用いるコンテンツの統一を図った。具体的には、研修会用スライド、講師用読み原稿、研修事務局用運営ガイドを作成し、異なる人員にて開催される研修会であっても同程度の効果が得られるように工夫がなされた。研修会の概要は表1に示した¹²⁾。

3) 受講対象

市町村単位での多職種チームビルディングを促進するため、受講対象者は、研修を実施した自治体で医療・介護に従事する者とした。対象者のリクルートは、地域の各職種団体の推薦を経て行った。これは特定の個人や法人を越えた立場である職種団体を

表1 研修プログラムの概要

テ ー マ	形式
1 日目	
在宅医療が果たすべき役割	講義
在宅療養を支える医療・介護資源	講義
医療・介護資源マップの作成	GW
がん緩和ケア (懇談会)	講義・GW
実地研修 (開業医・病院医師のみ以下から選択) 訪問診療同行/訪問看護同行/ケアマネジャー同行/ 緩和ケア病棟回診	
2 日目	
在宅医療の導入	講義
訪問診療の実際と同行研修の意義 認知症	DVD 視聴 講義・GW
専門職連携協働 (IPW)	講義
在宅医療を推進する上での課題と その解決策	GW
在宅医が知っておくべき報酬・制度 目標設定と発表 修了証書授与	講義

GW：グループワーク。

中心に受講者を構成することで、当該地域における研修の実施効果が最大化されることを目指したためである。研修プログラムの目的に合わせて、医師会から推薦された開業医の受講対象者には、当該地域での在宅医療経験が少なく、今後在宅医療に積極的に従事することが期待される者が多く含まれていた。一方、開業医以外の職種は、GWの活性化を図るために既に在宅医療・介護に従事している者で構成された。また研修会当日は、多職種による議論の場を設定していることから、どのグループにおいても各職種が概ね同数となるようバランスに配慮した。

2. 研修プログラムの評価

1) 評価デザイン

対照群のない前後比較研究デザインとした。

2) 評価方法

研修受講者を対象に質問紙調査を行った。調査時期は研修受講前、受講後の2回であり、受講前調査では研修会の1週間前に受講予定者の所属機関宛てに質問紙を郵送し、研修会当日に回収箱を設けて回収した。受講後調査は、研修会開催からおよそ2週間以内に受講後質問紙を所属機関へ郵送し、質問紙の到着時期から2週間後に提出期限を設け回収した。質問紙は無記名とし、IDを付与して研修前後を通じて対象者の回答が連結できるようにした。

ID管理は分析を担当する者以外に依頼し、連結可能匿名化を行った。

3) 評価項目

評価項目は、基本属性(年齢、経験年数、地域での業務歴、勤務時間、性別、主たる職種、所属機関の種類)と、Kirkpatrick¹³⁾が提唱した教育プログラムの4段階評価モデルを用い設定した。このモデルはプログラム評価の1つとして位置付けられており、プログラム評価とは、社会問題を改善するために設計された社会的介入プログラムを、より効果的なものに改善・発展させるための体系的で科学的なアプローチ法の一つとされる^{14,15)}。本モデルは、プログラムの評価軸を4つの段階(Reaction, Learning, Behavior, Results)で捉えることで、知識・技能だけでなく受講者の行動変容までを、学習者の視点から段階的に評価する理論的枠組みを提示している¹⁶⁾ことから採用した。本研究は研修会受講前後の短期的なアウトカム評価研究であるため、Learningとして「研修内容に関する知識・実践力」、Behaviorとして「連携活動状況」を評価した。Reactionはプロセス評価であり、またResultsは長期的で最終的なアウトカムと位置付けられることから¹³⁾、本研究では取り扱わなかった。各調査項目は、研修プログラム作成に関わった在宅医療経験の長い医師1人が作成した素案をもとに、他の在宅医療経験の長い医師と研究者とで精選した。このプロセスを経ることで内容妥当性が高まるよう努めた。

(1) 在宅医療に対する全般的な意識

在宅医療に対する関心、在宅医療を実践したい気持ち、在宅医療をやっていいと思うか、在宅医療という仕事についての具体的なイメージの4項目を設定し、それぞれ「1. まったくない」から「6. 非常にある」の6件法にて尋ねた。

(2) 研修内容に関する知識・実践力

研修内容をもとに15テーマで構成される26の質問項目を設定した。15テーマはそれぞれ「在宅医療が求められる社会背景」、「在宅医療の開始に先立って得ておくべき情報」、「がん疼痛の評価法」、「がん疼痛に対する鎮痛薬の使用」、「がん疼痛において十分な鎮痛が得られない時の対処法」、「がん終末期のせん妄への対処法」、「アルツハイマー型認知症の評価と治療」、「行動心理徴候の背景にあるご本人の気持ち」、「行動心理徴候に対する薬物治療とその限界」、「アルツハイマー型認知症の終末期ケアの方法」、「在宅医療における専門職連携協働(IPW)の原則」、「在宅医療に関わる制度・報酬」、「在宅医療に関係する書類作成業務」、「医療・介護資源の状況」、「在

宅医療を推進する上での課題」であった。特に本研修の各論の主テーマとなっている「がん緩和ケア」・「認知症」は、それぞれ4つのテーマを設定した。実践力の評価は難しいと考えられる4テーマは知識のみを問い、その他の11テーマは知識と実践力の2側面から尋ねたため、項目数は26項目となった。知識項目は各項目内容についての知識の程度を「1. 知識がない」から「4. 十分な(体系化・整理された)知識がある」の4件法により尋ねた。実践力は、各項目内容を臨床業務で行えているか、もしくは各項目内容に沿った臨床業務が行えているのかを尋ねる目的で設定し、「1. 実践・活用ができない」から「4. 十分な実践・活用ができる」の4件法により回答を得た。今回分析対象となった研修会のうち、柏市第2回研修会の知識・実践力評価は、試行研修プログラム(柏市第1回研修会)と同様の55項目評価を用いており¹¹⁾、項目の表現に違いがあるため今回の分析から除外した。

(3) 開業医/開業医以外の職種における連携活動状況

筒井らが開発した15項目で構成されている連携活動尺度¹⁷⁻¹⁹⁾を参考にした。変更内容は、在宅医療・介護に関わる専門職では行うことが稀と考えられる「あなたの機関では、新規の保健師が就任した場合、関連する他の機関に挨拶回りをしますか」、「自分の判断で一定の費用を決定していますか」の2項目を除外し13項目とした。受講者には、開業医、開業医以外の職種それぞれとの連携活動状況を「1. まったくしない」から「4. よくする」の4件法にて尋ねた。

変更した13項目を用いた探索的因子分析の結果、因子負荷量が0.35未満であった3項目を除外した。第1因子は「業務協力」(「治療やケアの状況・結果についての開業医(開業医以外の職種)への報告」、「患者・利用者が利用している制度・資源・サービスの把握」、「開業医(開業医以外の職種)からの情報収集」、「患者・利用者に必要なサービスについての開業医(開業医以外の職種)への提案」、「開業医(開業医以外の職種)への協力要請」、「開業医(開業医以外の職種)からの協力要請」、「開業医(開業医以外の職種)が収集した患者・利用者情報の適正な管理」の7項目)、第2因子は「交流」(「開業医(開業医以外の職種)の集まり等への出席」、「開業医(開業医以外の職種)が主催する事例検討会等への参加」、「開業医(開業医以外の職種)との親睦会への出席」の3項目)とし、確認的因子分析を行った。その結果、適合度はGFI = 0.925, AGFI = 0.879, CFI = 0.971, RMSEA = 0.073と良好であっ

たため、本研究では10項目2因子モデルを採用した。信頼性は、内容整合性の検証を行い、第1因子「業務協力」ではCronbach's $\alpha = 0.918$, 第2因子「交流」では $\alpha = 0.871$ であり、各項目を除外した際の α はすべてを含んだ際の α を超えることはなかった。「業務協力」は7~28点、「交流」は3~12点を取り、得点が高いほど各連携活動が活発に行われていることを示す。

4) 分析方法

分析対象者は、2.5日の研修プログラムのうち0.5日以上参加した者で、受講前・受講後の調査票が回収でき、「主たる職種」が欠損していない者とした。無回答項目は分析から除外した。受講前後の回答変化の比較は、Wilcoxonの符号付き順位和検定、対応のあるt検定を用い、同時に効果量 r を算出した。方法はRosenthal²⁰⁾, Field²¹⁾, Cohen²²⁾を参考に以下の式を用いた(n : 標本数, Z : Z 値, t : t 値, df : 自由度)。

$$\text{カテゴリカルデータ} : r = \frac{Z}{\sqrt{n}}$$

$$\text{連続値データ} : r = \sqrt{\frac{t^2}{t^2 + df}}$$

効果量の判断基準は、 $|r| < 0.30$ を「小さい」、 $0.30 \leq |r| < 0.50$ を「中程度」、 $|r| \geq 0.50$ を「大きい」とした²⁰⁻²²⁾。すべての検定において統計的有意水準は5%未満とし、分析ソフトはSPSS16.0Jを用いた。

3. 倫理的配慮

研修前調査・研修後調査共に、質問紙郵送時に説明文書を同封し、研究への参加は任意であること、不参加や中断の場合にもいかなる不利益も被らない旨を明記し、調査に関する問い合わせ先をあわせて記載した。調査協力への同意は返送を以って得た。調査の実施に当たっては、東京大学ライフサイエンス委員会倫理審査専門委員会の承認を得た(審査番号11-4, 2011年4月25日; 12-90, 2013年1月10日)。

III 研究結果

1. 在宅医療推進多職種連携研修会の開催状況

2012年3月から2013年1月に、東京都近郊の3地域(千葉県柏市・松戸市、東京都大田区大森地区)にて、延べ4回の研修が開催された。各地域で開催されたプログラムの概要・特徴は表2に示した。多職種が一同に会して実施する研修会はすべて延べ1.5日、実地研修は延べ1.0日で構成された。柏市における研修会の運営主体は、柏市第2回では東京大学高齢社会総合研究機構であったが、柏市第3回研修会では、柏市医師会と柏市が主体となった。ま

表2 プログラムの概要

	日数	主催団体名	特徴	受講者数
柏市第2回 (2012年3,4月)	1.5+1.0日	東京大学高齢社会総合研究機構	・7.5日の試行プログラムを短縮版に改変後初回の開催	60人
松戸市第1回 (2012年12月)	1.5+1.0日	松戸市医師会 (後援:松戸市)	・柏市以外での初回開催 ・医師会が主体となって運営	41人
柏市第3回 (2013年1月)	1.5+1.0日	柏市医師会 柏市	・柏市医師会と柏市が主催となって研修を運営	50人
大森地区第1回 (2012年12月-2013年1月)	1.5+1.0日	大森地区医師会	・千葉県以外での初回開催	75人

日数は「研修会日数+実地研修日数」を記載。

た、松戸市第1回では松戸市医師会、東京都大田区大森地区第1回では大森地区医師会が中心となり研修を運営した。研修会の講師は一律に、汎用化された研修スライドと講師用読み原稿を参考に講義を行った。各研修会の受講者数は概ね40~70人程度であった。

2. 受講者の基本属性

研修会の総受講者数は256人(開業医37人, 開業医以外の職種219人)であり, そのうち研修前後共に有効回答が得られたのは162人(有効回答率63.3%)であった。分析対象となった受講者の基本属性を表3に示した。受講者は開業医の年齢が高く, 経験年数・地域での業務年数が長かった。受講者の職種は, 開業医, 歯科医師, 薬剤師, 訪問看護師, 介護支援専門員といった在宅医療を行う上で中心となる各専門職が同程度の割合で含まれていた。

3. 研修内容に関する知識・実践力

研修内容に関する知識・実践力の変化を表4に示した。26項目のうち, 「在宅医療におけるIPWの原則(知識)」, 「在宅医療におけるIPWの原則(実践力)」が, 開業医, 開業医以外の職種共に効果量が中程度であった(開業医(知識): $P=0.015$, $r=0.459$; 開業医(実践力): $P=0.034$, $r=0.475$; 開業医以外の職種(知識): $P<0.001$, $r=0.485$, 開業医以外の職種(実践力): $P<0.001$, $r=0.458$)。IPW以外の項目の変化は, 開業医と開業医以外の職種間で異なり, 開業医では「がん終末期のせん妄への対処法(知識)」, 「この地域の医療・介護資源の状況(知識)」, 「この地域で在宅医療を推進する上での課題(知識)」, 開業医以外の職種では, 認知症の講義・事例検討の中で複数回取り上げられた行動心理徴候(BPSD)に関する項目の効果量が他の項目と比較し大きかった。

4. 在宅医療に対する全般的な意識

在宅医療に対する全般的な意識の変化を表5に示

した。開業医では有意な変化は見られなかったが, 在宅医療に対する具体的イメージについて向上する傾向を示し($P=0.058$), 効果量は中程度であった($r=0.317$)。開業医以外の職種では在宅医療に対する具体的イメージについて有意な向上が見られたが($P=0.001$), 効果量は中程度に満たなかった($r=0.208$)。

5. 開業医/開業医以外の職種における連携活動状況

連携活動状況の受講前後の回答変化を表6に示した。開業医における開業医以外の職種との連携活動状況は, 有意な変化は見られず, 効果量も小さかった。開業医間の連携活動状況では, 「業務協力」で有意な向上を認め($P=0.003$) 効果量は大きかった($r=0.705$) が, 「交流」は有意ではなかった($P=0.231$)。一方, 開業医以外の職種における開業医との連携活動状況では, 「業務協力」では有意に向上する傾向を示し($P=0.064$), 「交流」では有意に向上したが($P=0.012$), どちらも効果量は小さかった(業務協力: $r=0.168$; 交流: $r=0.219$)。開業医以外の職種間の連携活動状況は, 「業務協力」のみ有意に向上したが($P=0.006$), 効果量は小さかった($r=0.244$)。

IV 考 察

2018年には, 全市町村の在宅医療・介護連携推進事業の1つとして「在宅医療・介護関係者の研修」を行うことが義務付けられている⁴⁾。その際, 体系化・汎用化された研修プログラムを地域のニーズに合わせて用いることが, 現場の負担を軽減しつつも一定の質を担保するという点で望ましい。今回, 地域行政単位で在宅医療・介護を推進するために, 「在宅医療推進多職種連携研修会」を開発し, 短期的効果を検証した。その結果, 在宅医療に対する具体的イメージが, 開業医では向上する傾向を示し,

表3 受講者の基本属性

	全体 (n=162)		開業医 (n=19)		開業医以外の職種 (n=143)	
	n	平均±標準偏差, %	n	平均±標準偏差, %	n	平均±標準偏差, %
年齢 (歳)	159	46.4±10.3	19	54.4±10.4	140	45.3±9.9
経験年数 (年)	143	14.1±10.3	19	17.8±11.7	124	13.5±10.0
地域での業務年数 (年)	124	11.3±9.4	14	18.2±12.8	110	10.4±8.6
勤務時間 (時間/週)	157	40.6±10.5	19	37.1±12.5	138	41.1±10.2
性別						
男性	61	38.1	14	73.7	47	33.3
女性	99	61.9	5	26.3	94	66.7
主たる職種						
開業医	19	11.7	19	100.0	0	0.0
病院医師	6	3.7	0	0.0	6	4.2
歯科医師	16	9.9	0	0.0	16	11.2
薬剤師	25	15.4	0	0.0	25	17.5
訪問看護師	23	14.2	0	0.0	23	16.1
病院看護師	6	3.7	0	0.0	6	4.2
介護支援専門員	24	14.8	0	0.0	24	16.8
病院ソーシャルワーカー	11	6.8	0	0.0	11	7.7
歯科衛生士	4	2.5	0	0.0	4	2.8
リハビリ関連職種	7	4.3	0	0.0	7	4.9
その他	21	13.0	0	0.0	21	14.7
所属機関						
無床診療所	22	13.8	19	100.0	3	2.1
有床診療所 (19床以下)	1	0.6	0	0.0	1	0.7
病院 (20床以上)	30	18.9	0	0.0	30	21.4
歯科医院	19	11.9	0	0.0	19	13.6
薬局	24	15.1	0	0.0	24	17.1
訪問看護ステーション	20	12.6	0	0.0	20	14.3
居宅介護支援事業所	20	12.6	0	0.0	20	14.3
地域包括支援センター	11	6.9	0	0.0	11	7.9
その他	12	7.5	0	0.0	12	8.6
開催地域						
柏市 第2回	35	21.6	5	26.3	30	21.0
松戸市 第1回	26	16.0	4	21.1	22	15.4
柏市 第3回	41	25.3	3	15.8	38	26.6
大森地区 第1回	60	37.0	7	36.8	53	37.1

リハビリ関連職種：理学療法士，作業療法士，言語聴覚士。
無回答は除く。

開業医以外の職種では向上した。知識・実践力は、開業医・開業医以外の職種共に IPW の原則に対する知識・実践力が最も向上した。また、開業医間・開業医以外の職種間の連携活動では、業務協力が向上し、開業医以外の職種における開業医との交流が促進されることが示唆された。

知識・実践力の変化は、研修プログラムを受講したことによる知識の獲得程度と、各項目の知識に基づいて臨床業務が行えているのかを実践力として尋ねた。その結果、開業医ではがん緩和ケア、IPW、

医療・介護資源に関する知識が有意に向上した。がん緩和ケアに関する講義・事例検討は、開業医の基礎知識と実践力を基準に内容が設定されており、結果からも適当な難易度であったと考えられた。一方、認知症に関する知識・実践力は、開業医では2項目の実践力（「BPSDの背景にあるご本人の気持ち」、「BPSDに対する薬物治療とその限界」）のみ向上する傾向を示し、その他には有意な変化を認めなかったため、内容が易しかった可能性がある。開業医以外の職種では、項目全般に渡り、知識・実践

表4 研修内容に関する知識・実践力の変化

	<i>n</i>	研修前 (平均値±標準偏差)	研修後 (平均値±標準偏差)	<i>P</i> 値	効果量 <i>r</i>
開業医					
1) 在宅医療が求められる社会背景 (知識)	14	2.64±0.93	2.86±0.66	0.366	0.172
2) 在宅医療の開始に先立って得ておくべき情報 (知識)	14	2.29±0.91	2.50±0.76	0.257	0.215
3) がん疼痛の評価法 (知識)	14	2.29±0.99	2.57±0.65	0.102	0.309
がん疼痛の評価法 (実践力)	10	2.20±0.79	2.00±0.47	0.414	0.183
4) がん疼痛に対する鎮痛薬の使用 (知識)	14	2.36±1.01	2.71±0.61	0.096	0.316
がん疼痛に対する鎮痛薬の使用 (実践力)	10	2.40±0.84	1.90±0.57	0.096	0.373
5) がん疼痛において十分な鎮痛が得られないときの対処法 (知識)	13	2.23±0.93	2.54±0.78	0.046	0.393
がん疼痛において十分な鎮痛が得られないときの対処法 (実践力)	10	2.00±0.81	2.00±0.67	1.000	0.000
6) がん終末期のせん妄への対処法 (知識)	14	1.93±1.00	2.57±0.65	0.007	0.513
がん終末期のせん妄への対処法 (実践力)	10	1.90±0.88	2.10±0.57	0.317	0.224
7) アルツハイマー型認知症の評価と治療 (知識)	14	2.43±0.85	2.57±0.76	0.414	0.115
アルツハイマー型認知症の評価と治療 (実践力)	10	2.20±0.79	2.40±0.70	0.317	0.224
8) 行動心理徴候 (BPSD) の背景にあるご本人の気持ち (知識)	14	2.21±0.80	2.43±0.65	0.257	0.215
行動心理徴候 (BPSD) の背景にあるご本人の気持ち (実践力)	10	2.00±0.67	2.30±0.68	0.083	0.388
9) 行動心理徴候 (BPSD) に対する薬物治療とその限界 (知識)	14	2.14±0.86	2.36±0.50	0.257	0.215
行動心理徴候 (BPSD) に対する薬物治療とその限界 (実践力)	10	2.00±0.67	2.30±0.48	0.083	0.388
10) アルツハイマー型認知症の終末期ケアの方法 (知識)	14	2.07±1.07	2.29±0.61	0.380	0.167
アルツハイマー型認知症の終末期ケアの方法 (実践力)	10	1.90±0.99	2.10±0.74	0.480	0.159
11) 在宅医療における専門職連携協働 (IPW) の原則 (知識)	14	1.71±0.91	2.43±0.76	0.015	0.459
在宅医療における専門職連携協働 (IPW) の原則 (実践力)	10	1.54±0.85	2.10±0.87	0.034	0.475
12) 在宅医療に関わる制度・報酬 (知識)	14	2.00±1.04	2.14±0.77	0.480	0.134
在宅医療に関わる制度・報酬 (実践力)	10	2.00±0.82	1.90±0.74	0.317	0.224
13) 在宅医療に係る書類作成業務 (知識)	14	2.14±0.95	2.21±0.98	0.705	0.072
在宅医療に係る書類作成業務 (実践力)	10	2.00±0.81	2.10±0.74	0.564	0.130
14) この地域の医療・介護資源の状況 (知識)	14	1.79±0.80	2.43±0.65	0.014	0.465
15) この地域で在宅医療を推進する上での課題 (知識)	14	1.79±0.89	2.43±0.76	0.021	0.437

無回答は除く。柏市第2回研修会データは項目が異なるため、本分析から除く。分析には比較する2時点のデータが揃っているもののみを使用。Wilcoxonの符号付順位和検定。

共に有意な向上を示し、新たな知識獲得につながっていた。特にIPWの原則では、開業医・開業医以外の職種共に有意に向上し、効果量も大きかった。この項目では、受講前時点での平均点が低かったことから、本研修プログラムがIPWについて新たに学ぶ機会になったと考えられた。

在宅医療に対する全般的な意識の変化は、知識・実践力の変化に伴い向上することが期待されたが、本研究では向上を認めたのは、開業医・開業医以外

の職種共に在宅医療に対する具体的イメージのみであった。本研修プログラムの主要な特徴は、各職種が専門性を生かしGW形式で行う事例検討にある。事例検討の場合は、患者自身の中に起こる病的な事態である「疾病性」ではなく、病者を含む当事者達にとって何が問題となっているかを出発点とする「事例性」²³⁾という視点に立ち、解決策を探る課題解決型アプローチを体験する場である²⁴⁾。GW形式を取ることによって、受講者は、在宅ケアの現場で

表4 研修内容に関する知識・実践力の変化(続き)

	<i>n</i>	研修前 (平均値±標準偏差)	研修後 (平均値±標準偏差)	<i>P</i> 値	効果量 <i>r</i>
開業医以外の職種					
1) 在宅医療が求められる社会背景(知識)	111	2.50±0.66	2.84±0.64	<0.001	0.291
2) 在宅医療の開始に先立って得ておくべき情報(知識)	110	2.09±0.75	2.57±0.68	<0.001	0.373
3) がん疼痛の評価法(知識)	110	1.79±0.78	2.42±0.77	<0.001	0.452
がん疼痛の評価法(実践力)	83	1.58±0.77	2.14±0.77	<0.001	0.446
4) がん疼痛に対する鎮痛薬の使用(知識)	109	1.91±0.76	2.38±0.76	<0.001	0.402
がん疼痛に対する鎮痛薬の使用(実践力)	80	1.60±0.77	2.04±0.85	<0.001	0.385
5) がん疼痛において十分な鎮痛が得られないときの対処法(知識)	111	1.65±0.75	2.29±0.85	<0.001	0.433
がん疼痛において十分な鎮痛が得られないときの対処法(実践力)	82	1.54±0.76	2.05±0.92	<0.001	0.389
6) がん終末期のせん妄への対処法(知識)	110	1.57±0.75	2.24±0.81	<0.001	0.434
がん終末期のせん妄への対処法(実践力)	81	1.46±0.78	2.01±0.86	<0.001	0.403
7) アルツハイマー型認知症の評価と治療(知識)	109	2.03±0.74	2.50±0.70	<0.001	0.360
アルツハイマー型認知症の評価と治療(実践力)	81	1.73±0.74	2.22±0.78	<0.001	0.373
8) 行動心理徴候(BPSD)の背景にあるご本人の気持ち(知識)	109	1.81±0.80	2.57±0.74	<0.001	0.487
行動心理徴候(BPSD)の背景にあるご本人の気持ち(実践力)	82	1.63±0.78	2.39±0.75	<0.001	0.459
9) 行動心理徴候(BPSD)に対する薬物治療とその限界(知識)	108	1.61±0.71	2.36±0.76	<0.001	0.479
行動心理徴候(BPSD)に対する薬物治療とその限界(実践力)	82	1.44±0.65	2.05±0.78	<0.001	0.405
10) アルツハイマー型認知症の終末期ケアの方法(知識)	110	1.73±0.74	2.42±0.73	<0.001	0.458
アルツハイマー型認知症の終末期ケアの方法(実践力)	83	1.61±0.76	2.23±0.79	<0.001	0.425
11) 在宅医療における専門職連携協働(IPW)の原則(知識)	109	1.64±0.74	2.50±0.66	<0.001	0.485
在宅医療における専門職連携協働(IPW)の原則(実践力)	84	1.61±0.73	2.33±0.67	<0.001	0.458
12) 在宅医療に関わる制度・報酬(知識)	108	1.81±0.74	2.31±0.78	<0.001	0.365
在宅医療に関わる制度・報酬(実践力)	81	1.73±0.81	2.07±0.85	<0.001	0.297
13) 在宅医療に係る書類作成業務(知識)	110	1.85±0.80	2.34±0.86	<0.001	0.395
在宅医療に係る書類作成業務(実践力)	83	1.77±0.87	2.14±0.94	<0.001	0.324
14) この地域の医療・介護資源の状況(知識)	110	2.12±0.79	2.62±0.69	<0.001	0.365
15) この地域で在宅医療を推進する上での課題(知識)	108	1.87±0.79	2.43±0.70	<0.0012	0.417

無回答は除く。柏市第2回研修会データは項目が異なるため、本分析からは除く。分析には比較する2時点のデータが揃っているもののみを使用。Wilcoxonの符号付順位和検定。

ケアを組み立てていく過程を実状に即した形で体験することができ、この体験が開業医、開業医以外の職種どちらにおいても在宅医療の具体的なイメージを持つことにつながったと考えられる。開業医において、全般的な意識の変化の3項目に変化が見られなかった理由は、在宅医療に対する具体的なイメージは知識を獲得することで向上が期待できるのに対し、他の3項目(「在宅医療に対する関心」、「在宅医療を実践してみたい気持ち」、「在宅医療を自分でも

やっていけそうという思い)は知識の獲得に加えて、診療所の運営状況や方針の影響を受けるため、研修プログラムへの参加だけでは変化を認めることができなかった可能性がある。一方、開業医以外の職種においても、在宅医療に対する具体的なイメージ以外の3項目では変化を認めなかった。開業医以外の職種は、各専門職団体の推薦により既に在宅医療経験が十分にある者をリクルートしており、研修前時点で既に平均値が高かったことが影響していると

表5 在宅医療に対する全般的な意識の変化

	<i>n</i>	研修前 (平均値±標準偏差)	研修後 (平均値±標準偏差)	<i>P</i> 値	効果量 <i>r</i>
開業医					
在宅医療にどの程度関心がありますか	19	5.00±0.67	5.11±0.74	0.527	0.103
在宅医療を実践してみたいという気持ちはどの程度ありますか	18	4.89±0.76	4.94±0.80	0.705	0.063
在宅医療を自分でもやっていけそうだと思いますか	18	4.44±0.98	4.56±1.04	0.608	0.086
在宅医療という仕事について具体的なイメージが持てますか	18	4.44±0.92	4.78±0.80	0.058	0.317
開業医以外の職種					
在宅医療にどの程度関心がありますか	141	5.46±0.67	5.41±0.78	0.340	0.057
在宅医療を実践してみたいという気持ちはどの程度ありますか	139	5.16±0.86	5.13±0.89	0.809	0.015
在宅医療を自分でもやっていけそうだと思いますか	139	4.51±1.00	4.57±0.99	0.430	0.005
在宅医療という仕事について具体的なイメージが持てますか	140	4.54±0.97	4.79±0.83	0.001	0.208

無回答は除く。分析には比較する2時点のデータが揃っているもののみを使用。
Wilcoxon の符号付き順位和検定。

表6 連携活動状況の変化

	<i>n</i>	研修前 (平均値±標準偏差)	研修後 (平均値±標準偏差)	<i>P</i> 値	効果量 <i>r</i>
開業医					
開業医以外の職種との連携活動状況					
業務協力	17	19.35±4.21	19.88±4.26	0.565	0.146
交流	17	6.59±2.81	7.12±2.12	0.299	0.260
開業医との連携活動状況					
業務協力	14	16.43±4.75	19.43±3.96	0.003	0.705
交流	14	7.79±2.26	7.07±2.43	0.231	0.329
開業医以外の職種					
開業医との連携活動状況					
業務協力	122	18.35±5.32	18.98±5.02	0.064	0.168
交流	130	5.58±2.21	5.99±2.31	0.012	0.219
開業医以外の職種との連携活動状況					
業務協力	124	21.07±5.20	22.23±5.70	0.006	0.244
交流	131	7.20±2.26	7.41±2.10	0.214	0.109

無回答は除く。分析には比較する2時点のデータが揃っているもののみを使用。
対応のある *t* 検定。

考えられた。「かかりつけ医が在宅医療に従事するための動機づけになること」という本研修プログラムの目的は、在宅医療という仕事についての具体的なイメージの向上という効果があったものの、今後他の3項目の向上を目指した、対象者の選定方法を含めたプログラムの改善が必要と考える。

本研修プログラムのもう1つの主要な目的は、「市町村単位での多職種チームビルディングを促進

すること」であった。本研究では、多職種でのチームビルディングの構築を、開業医間、開業医以外の職種間、開業医と開業医以外の職種間それぞれの連携活動状況の短期的な変化から検証した。その結果、開業医における開業医以外の職種との連携活動状況は有意に向上しなかったが、開業医以外の職種における開業医との連携活動状況のうち、「交流」が有意に向上し、「業務協力」も向上する傾向を示

した。ケアマネジャーが感じる医師との連携の取りづらさ⁷⁾や訪問看護師が情報共有時に医師に対して感じる心理的抵抗感⁸⁾など、医療・介護専門職にとって開業医との円滑な連携を図ることは重要な課題である。Barr²⁵⁾は、単一職種による多職種連携研修は、研修効果が十分に期待できないと指摘し、様々な専門職と一緒に学ぶことの重要性を強調している。今回、開業医を交えたGWが開業医との交流をもつきっかけとなり、開業医以外の職種の困難感を軽減した可能性が考えられる。開業医における開業医以外の職種との連携活動状況は向上しなかったが、知識・実践力の変化のうち、「在宅医療における専門職連携協働 (IPW) の原則」が有意な向上を示しており、先行研究では、専門職種間の協力態度は多職種研修後、時間経過に伴って向上した²⁶⁾との報告もあることから、今後長期的な効果を見ていくことが必要と考えられた。

開業医間、開業医以外の職種間での連携活動状況は、どちらも「業務協力」で有意な向上を示し、「交流」では有意な変化を認めなかった。本プログラムで「業務協力」の向上を認めた背景には、開業医間、開業医以外の職種間では、日常的に一定程度の「交流」が図られており、研修への参加が直接的に「業務協力」の向上につながったと考えられた。武林ら²⁷⁾は24時間往診可能な医師がいることは、在宅看取りの実現と関連すると報告している。本研修会を開催することで、市町村単位での開業医同士の業務協力が促進されることは、開業医同士の連携体制構築に向けた第一歩ともなり得ると考えられた。

本研究の限界としては、第1に開業医・開業医以外の職種共に回収率が高いとは言えない点が挙げられる。開業医・開業医以外の職種共に、対象者は医療・介護現場で働く専門職であり、業務内で回答することの負担があったと思われる。そのため選択バイアスを生じ、意識が高い集団に偏った可能性が否定できず、結果の解釈には注意を要する。今後、研修終了時に郵送質問紙による研修後調査を実施する旨説明して周知したり、現場で働く専門職にとっての負担を軽減できるよう研修時間内にアンケート回答時間を設けるなどの工夫が必要と思われた。第2に、連携活動は自己申告であるため、客観的な行動変化と差異がある可能性が否定できない。地域での会合への出席数などより客観的なデータを用いた検証を行っていく必要がある。第3に本研究は研修受講者のみの変化を検証しており、対照群を設定した比較試験が求められる。第4に医師を対象に任意で行われた同行研修の効果については、対象者数が少なく、今回の分析に含めることができなかった。加

えて、開業医以外の職種は既に在宅医療・介護経験が一定以上ある者をリクルートしたことにより、受講者は在宅医療・介護に対する意識の高い集団と考えられ、効果を大きく見積もっている可能性がある。しかしこれらの限界はあるものの、本研修は体系化された初めての多職種連携研修プログラムであり、既に多地域で行えるように汎用化がなされている。結果は限定的であったが、本研修プログラムにより、開業医・開業医以外の職種における在宅医療に対する具体的イメージが向上し、開業医以外の職種における開業医との交流を促す短期的効果を認めたことから、在宅医療・介護に従事する専門職間の連携活動を促進するきっかけ作りとなると考えられる。

V 結 語

開業医が在宅医療に従事するための動機づけを促し、市町村単位での多職種によるチームビルディングを目的とした「在宅医療推進多職種連携研修会」を開発し、その短期的効果を検証した。その結果、開業医・開業医以外の職種共にIPWに対する知識・実践力が向上し、在宅医療に対する具体的イメージをもつことにつながった。また、開業医以外の職種における開業医との交流を促し、開業医間の業務協力、開業医以外の職種間の業務協力を促すきっかけとなることが示唆された。開業医の在宅医療参入の動機づけとしての効果は限定的であるものの、在宅医療・介護に従事する専門職間の連携活動を促進するきっかけ作りとしては、各地域の状況に合わせた活用が可能と考える。

研修の開催に当たり多大なご協力を頂きました柏市医師会、柏市保健福祉部福祉政策課、柏歯科医師会、柏市薬剤師会、柏市訪問看護連絡会、柏市介護支援専門員協議会、柏市在宅リハビリテーション連絡会、市内病院等の柏市内関係者の皆様、評価アンケートにご協力くださいました松戸市医師会、大田区大森地区医師会および各研修会受講者の皆様に心より御礼申し上げます。また、研修プログラム開発に当たりご指導を賜りました国立長寿医療研究センター名誉総長大島伸一先生、千葉県医師会副会長土橋正彦先生、千葉大学医学部附属病院教授高林克日己先生始め多くの先生方に深謝いたします。本研究は、千葉県地域医療再生基金及び平成24年厚生労働省科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）の一部として実施されました。本研究では、共著者である大西弘高が多摩市医師会から委託研究費を受領しております。その他の共著者につきましては開示すべきCOI状態はありません。

(受付 2016. 3. 2)
採用 2017. 4.25)

文 献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口 (平成24年1月推計). 2012. <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/sh2401smm.html> (2014年12月9日アクセス可能).
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所. 『日本の都道府県別将来推計人口』(平成19年5月推計)について. 2007. <http://www.ipss.go.jp/pp-fuken/j/fuken2007/t-page.asp> (2017年5月7日アクセス可能).
- 3) 厚生労働省. 在宅医療の推進について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html> (2015年4月2日アクセス可能).
- 4) 厚生労働省老健局老人保健課. 平成26年度都道府県医療介護連携調整実証事業 第2回都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議 資料1-1 在宅医療・介護連携の推進について. 2014. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000061019.pdf> (2015年4月2日アクセス可能).
- 5) Trivedi D, Goodman C, Gage H, et al. The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. *Health Soc Care Community* 2013; 21(2): 113-128.
- 6) 武林 亨. 在宅療養と病院, 診療所の機能: 現状の評価と推進への課題. *病院* 2012; 71(3): 182-188.
- 7) 三菱総合研究所. 平成21年度老人保健健康増進等事業 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書. 2010.
- 8) 藤原和成, 高橋賢史, 藤原悠子, 他. 出雲地域の訪問看護師における医師との情報共有の困難さに関する調査. *島根大学医学部紀要* 2015; 37: 61-66.
- 9) 新城拓也, 清水政克, 小林重行, 他. 在宅医療に関する医師の困難・負担感の実態調査: 神戸市内の医師の調査報告. *Palliative Care Research* 2014; 9(1): 107-113.
- 10) 社会保障制度改革国民会議. 社会保障制度改革国民会議報告書(概要): 確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋. 2013. http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo_gaiyou.pdf (2015年4月2日アクセス可能).
- 11) 吉江 悟, 西永正典, 川越正平, 他. 開業医および多職種を対象とした在宅医療研修の試行および評価: 千葉県柏市における在宅医療推進の取り組み. *癌と化学療法* 2012; 39(Suppl I): 80-85.
- 12) 東京大学高齢社会総合研究機構, 東京大学医学部在宅医療学拠点. 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会ホームページ. <http://chcm.umin.jp/education/ipw/> (2016年7月3日アクセス可能).
- 13) Kirkpatrick DL. *Evaluating Training Programs: The Four Levels*. 2nd ed. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers. 1998; 3-67.
- 14) Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. プログラム評価の理論と方法: システマティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド [Evaluation: A Systematic Approach (7th ed)] (大島 巖, 平岡公一, 森 俊夫, 他訳). 東京: 日本評論社. 2005; 280-293.
- 15) Frye AW, Hemmer PA. Program evaluation models and related theories: AMEE guide no.67. *Med Teach* 2012; 34(5): e288-e299.
- 16) 米原あき. 研修評価における「行動変容」への視点: 「4レベルアプローチ」を手掛かりに. 国立教育政策研究所紀要 2014; 143: 209-219.
- 17) 筒井孝子. 平成15年度厚生労働科学研究費補助金(がん予防等健康科学総合研究事業) 研究報告書 地域保健サービスの担当職員における連携評価指標開発に関する統計的研究(主任研究者 筒井孝子) 2004.
- 18) 筒井孝子. 地域福祉権利擁護事業に携わる「専門員」の連携活動の実態と「連携活動評価尺度」の開発(上). *社会保険旬報* 2003; 2183: 18-24.
- 19) 筒井孝子. 地域福祉権利擁護事業に携わる「専門員」の連携活動の実態と「連携活動評価尺度」の開発(下). *社会保険旬報* 2003; 2184: 24-28.
- 20) Rosenthal R. *Meta-Analytic Procedures for Social Research (Revised ed)*. Newbury Park, CA: Sage Publications. 1991; 19.
- 21) Field A, Graham H. *How to Design and Report Experiments*. London: Sage Publications. 2003; 238-243.
- 22) Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1988; 75-84.
- 23) 加藤正明. *社会と精神病理*. 東京: 弘文堂. 1976; 134.
- 24) 星野 晋. 医学教育における行動科学・社会科学の諸議論 変容する日本の医療環境を生き抜くために: 医学教育と社会科学の協働の可能性. *医学教育* 2015; 46(4): 308-314.
- 25) Barr H, Koppel I, Reeves S, et al. *Effective Inter-professional Education: Argument, Assumption & Evidence*. Oxford: Blackwell Publishing. 2005; 43-87.
- 26) 朴 賢貞. 保健・医療・福祉分野の現任者を対象にした連携教育の研修による態度変化に関する研究. *保健医療福祉連携: 連携教育と連携実践* 2010; 3(2): 60-67.
- 27) 武林 亨. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業) 総括・分担研究報告書 在宅療養支援の実態把握と機能分化に関する研究(研究代表者 武林 亨) 2011.

Development of an inter-professional educational program for home care professionals: Evaluation of short-term effects in suburban areas

Rumiko TSUCHIYA^{*}, Satoru YOSHIE^{2*}, Shohei KAWAGOE^{3*}, Satoshi HIRAHARA^{4*}, Hirotaka ONISHI^{5*}, Hiroshi MURAYAMA^{6*}, Masanori NISHINAGA^{7*}, Katsuya IJIMA^{6*} and Tetsuo TSUJI^{6*}

Key words : Home Health Care, Long-term Care, Educational Programs, Inter-professional Work, Program Evaluations

Objective To examine the short-term effects of an inter-professional educational program developed for physicians and other home care specialists to promote home care in the community.

Methods From March 2012 to January 2013, an inter-professional educational program (IEP) was held four times in three suburban areas (Kashiwa city and Matsudo city in the Chiba prefecture, and Omori district in the Ota ward). This program aimed to motivate physicians to increase the number of home visits and to encourage home care professionals to work together in the same community areas by promoting inter-professional work (IPW). The participants were physicians, home-visit nurses, and other home care professionals recommended by community-level professional associations. The participants attended a 1.5-day multi-professional IEP. Pre- and post-program questionnaires were used to collect information on home care knowledge and practical skills (26 indexes, 1–4 scale), attitudes toward home care practice (4 indexes, 1–6 scale), and IPW (13 indexes, 1–4 scale). Data from all of the participants without labels about the type of professionals were excluded, and both pre-test and post-test responses were used in the analysis. A Wilcoxon signed-rank test and a paired t-test were conducted to compare pre- and post-program questionnaire responses stratified for physicians and other professionals, and the effect size was calculated.

Results The total number of participants for the four programs was 256, and data from 162 (63.3%) were analyzed. The physicians numbered 19 (11.7%), while other professionals numbered 143 (88.3%). Attending this program helped participants obtain home care knowledge of IPW and a practical view of home care. Furthermore, indexes about IPW consisted of two factors: cooperation and interaction; non-physician home care professionals increased their interactions with physicians, other professionals increased their cooperation with other professionals, and physicians increased their cooperation with other physicians.

Conclusion Short-term effects to motivate physicians to increase home visits were limited. However, physicians obtained a practical view of home care by attending the IEP. Also, the participation of physicians and other home care professionals in this program triggered the beginning of IPW in suburban areas. This program is feasible when adapted for regional differences.

^{*} Department of Community Health Nursing, Division of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

^{2*} Center for Home Care Medicine, Faculty of Medicine, The University of Tokyo

^{3*} Aozora Clinic

^{4*} Home Care Support Center, Kajiwara Clinic

^{5*} International Research Center for Medical Education, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

^{6*} Institute of Gerontology, The University of Tokyo

^{7*} Saitama Memorial Hospital