

令和5年10月19日

PDCAサイクルに沿った 在宅医療・介護連携推進事業の具体的方策について

(内容)

1. 在宅医療・介護連携が求められる背景とは
2. 在宅医療・介護連携推進事業の目的と求められる機能
3. マネジメントの基本を理解する
4. 在宅医療・介護連携推進事業の進め方とは

1. 在宅医療・介護連携が求められる背景とは
－ 85歳以上高齢者の増加によるニーズの変化 －

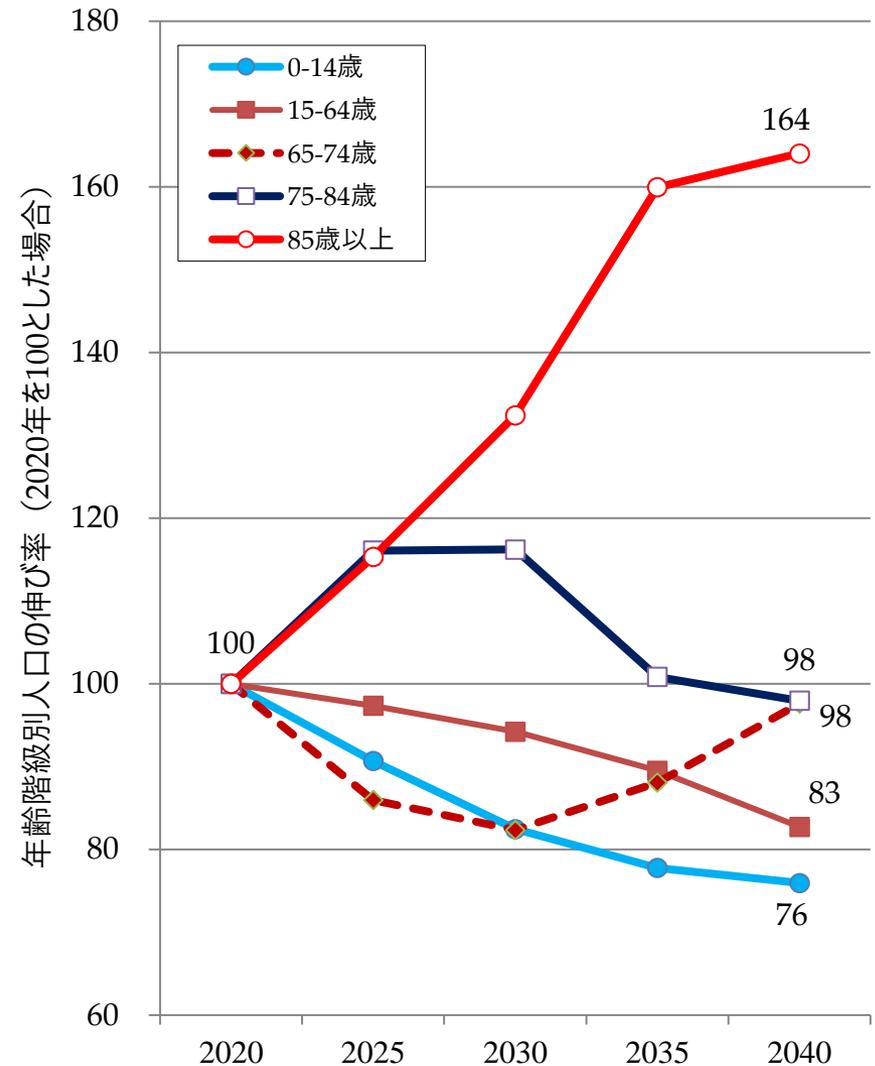
2020～2040年間の人口構造の変化（全国）

－85歳以上人口の急増と生産年齢人口減少の同時進行－

2020年と2040年の年齢階級別人口の変化

	2020		2040		変化量
	(千人)	(%)	(千人)	(%)	
総数	126,146	100.0	112,837	100.0	-13,309 (-10.6%)
0-14歳	15,032	11.9	11,419	10.1	-3,613 (-24.0%)
15-64歳	75,088	59.5	62,133	55.1	-12,954 (-17.3%)
65-74歳	17,425	13.8	17,010	15.1	-415 (-2.4%)
75-84歳	12,468	9.9	12,215	10.8	-254 (-2.0%)
85歳以上	6,133	4.9	10,060	8.9	3,927 (64.0%)
再掲) 65歳以上	36,027	28.6	39,285	34.8	3,258 (9.0%)
再掲) 75歳以上	18,602	14.7	22,275	19.7	3,673 (19.7%)

年齢階級別人口の伸び率の推移



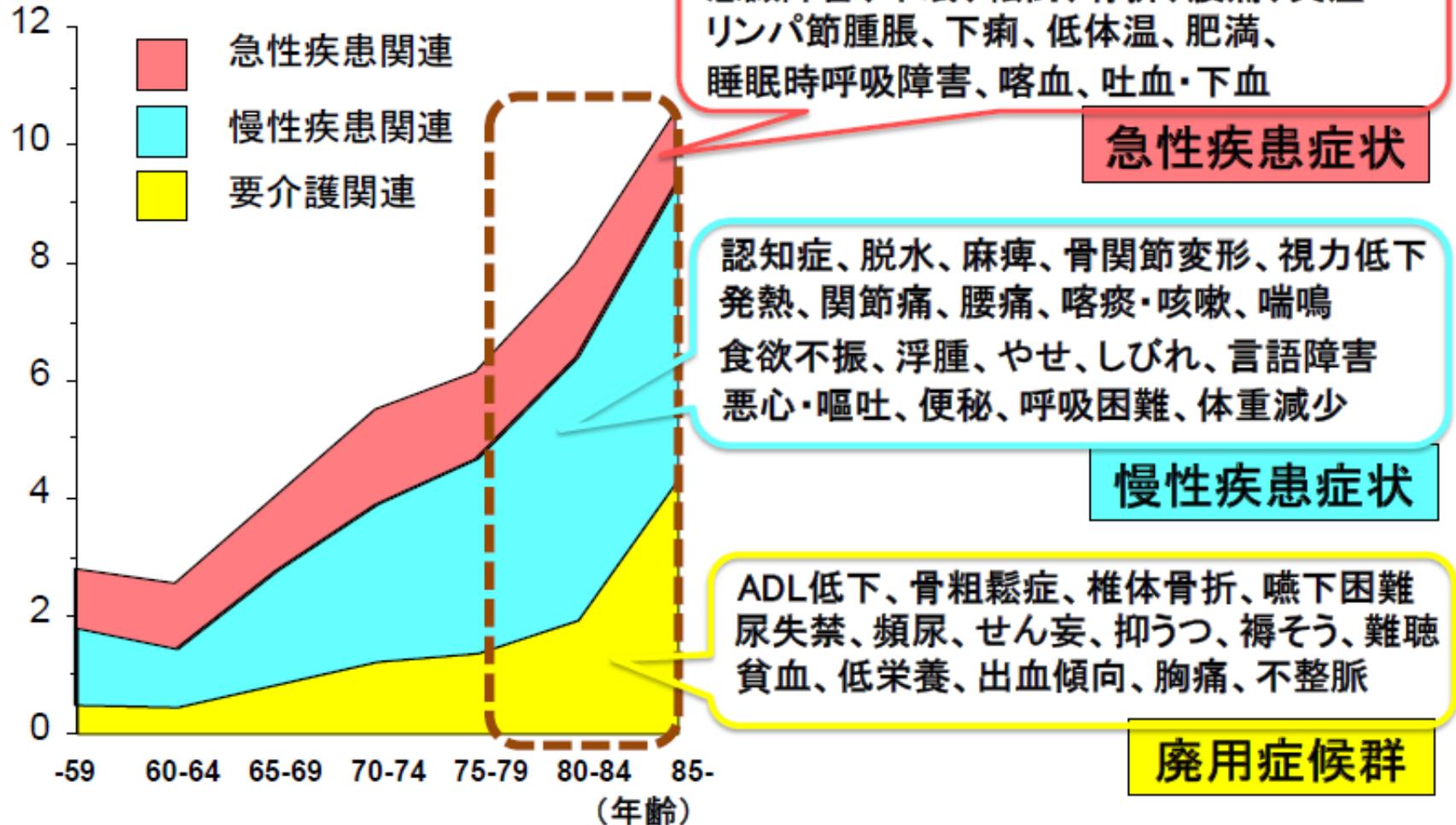
人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響とは
(在宅医療・介護連携に関連する部分を中心に)

人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響①

(複数疾患と介護のニーズを持つ高齢者の増加⇒医療マネジメント、医療・介護連携の強化)

図. 年齢階級と老年症候群の保有数の関係

老年症候群数

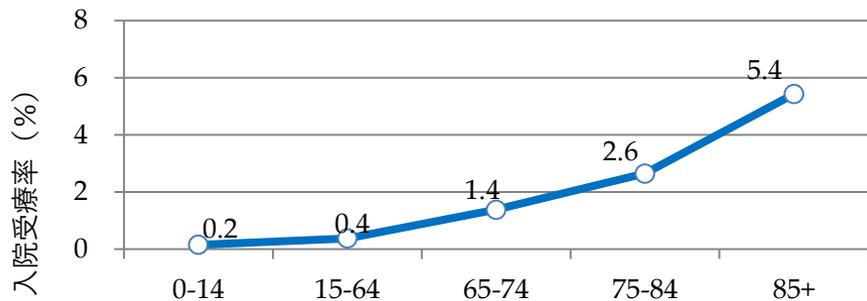


人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響②

(85歳以上入院患者の増加⇒継続的ケアマネジメントによる円滑な退院と再発防止の強化)

年齢階級別にみた入院受療率

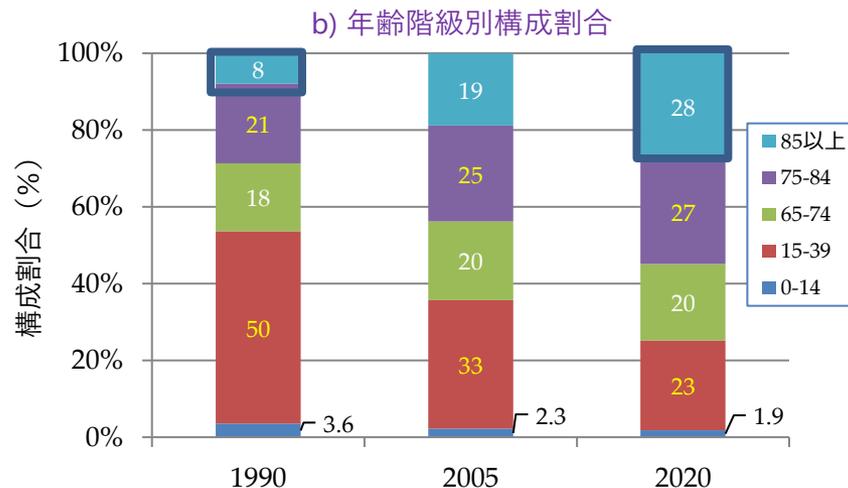
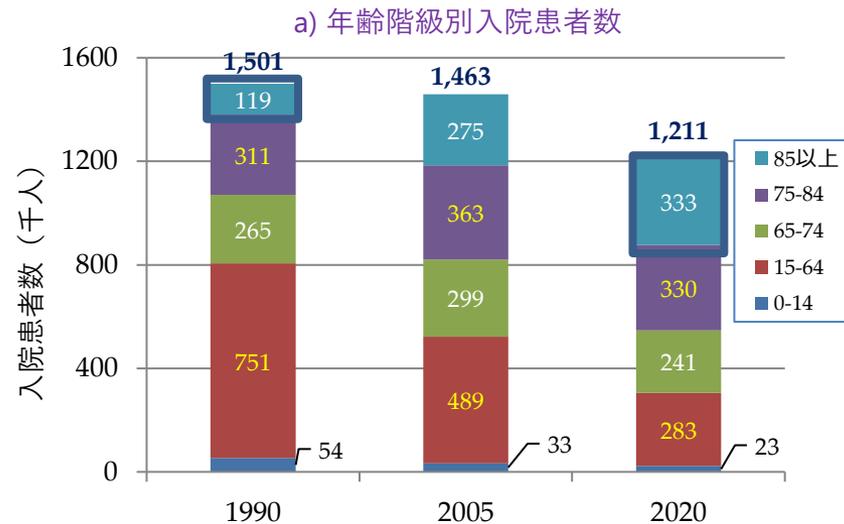
図. 年齢階級別にみた入院受療率



出所) 厚生労働省「2020年患者調査」より自作

年齢階級別にみた入院患者数及び構成割合

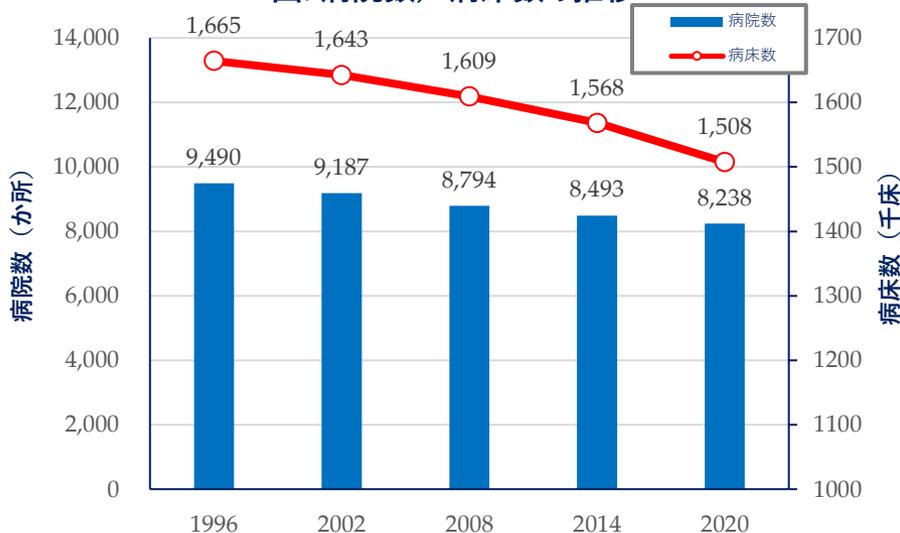
図. 年齢階級別入院患者数／構成割合の推移



出所) 厚生労働省「患者調査」より自作

病院数／病床数の推移

図. 病院数／病床数の推移



出所) 厚生労働省「医療施設調査・病院報告」より自作

人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響③

(多様な場所での看取りの増加 ⇒ 居住系・施設系と在宅医療関係者の連携強化)

死亡場所別死亡者数の推移

図. 場所別にみた死亡者数及び伸び率の推移

a) 場所別死亡者数 (万人)

	2000	2005	2010	2015	2019
総数	96.2	108.4	119.7	129.1	138.1
医療機関	77.9	89.3	96.1	98.8	100.7
自宅	13.4	13.3	15.1	16.4	18.8
老健	0.5	0.7	1.6	2.9	4.1
老人ホーム	1.8	2.3	4.2	8.2	11.8
その他	2.7	2.8	2.8	2.8	2.6

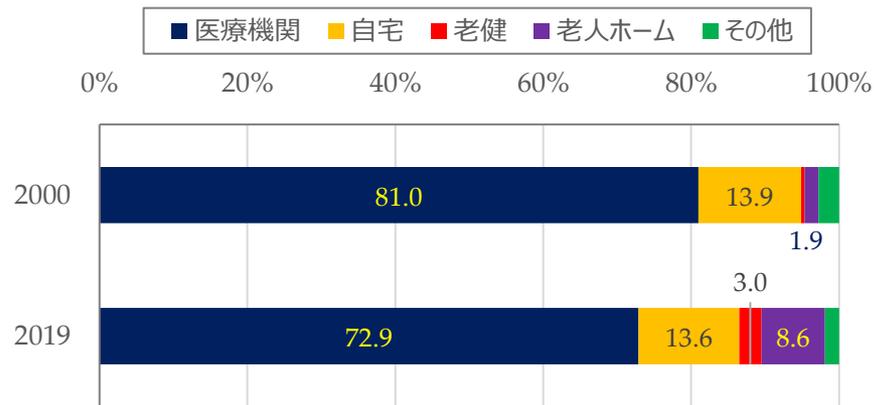
b) 場所別死亡者数の伸び率 (2000年を100とした場合)

	2000	2005	2010	2015	2019
総数	100.0	112.7	124.5	134.2	143.6
医療機関	100.0	114.7	123.4	126.9	129.4
自宅	100.0	99.4	112.9	122.8	140.9
老健	100.0	152.5	324.8	604.6	856.1
老人ホーム	100.0	130.7	236.4	458.7	664.1
その他	100.0	102.7	103.3	102.8	97.3

出所) 厚生労働省：人口動態調査

死亡場所別死亡者構成割合

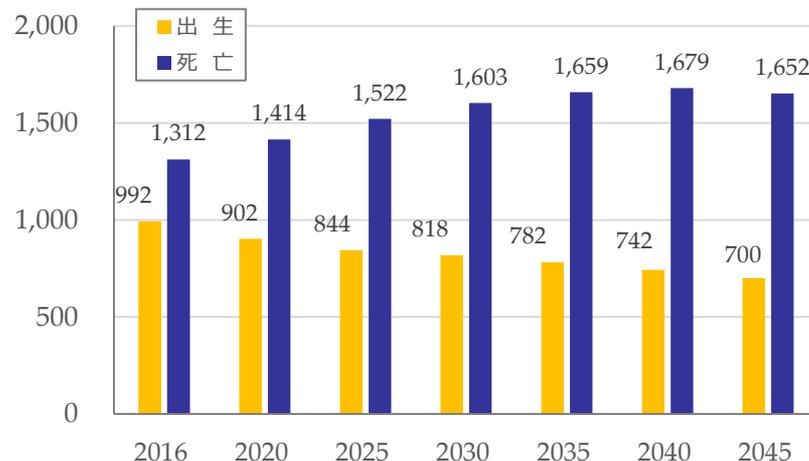
図. 死亡場所別にみた死亡者構成割合の推移



出所) 厚生労働省：人口動態調査

出生数・死亡数の将来推計 (単位：千人)

図. 出生数・死亡数の将来推計



出所) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口 (平成29年推計)

人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響④

(複合課題を持つ高齢者の増加 ⇒ 多職種・多主体の力を総動員したケアマネジメントの推進)

図. ICF (国際生活機能分類) の構成図

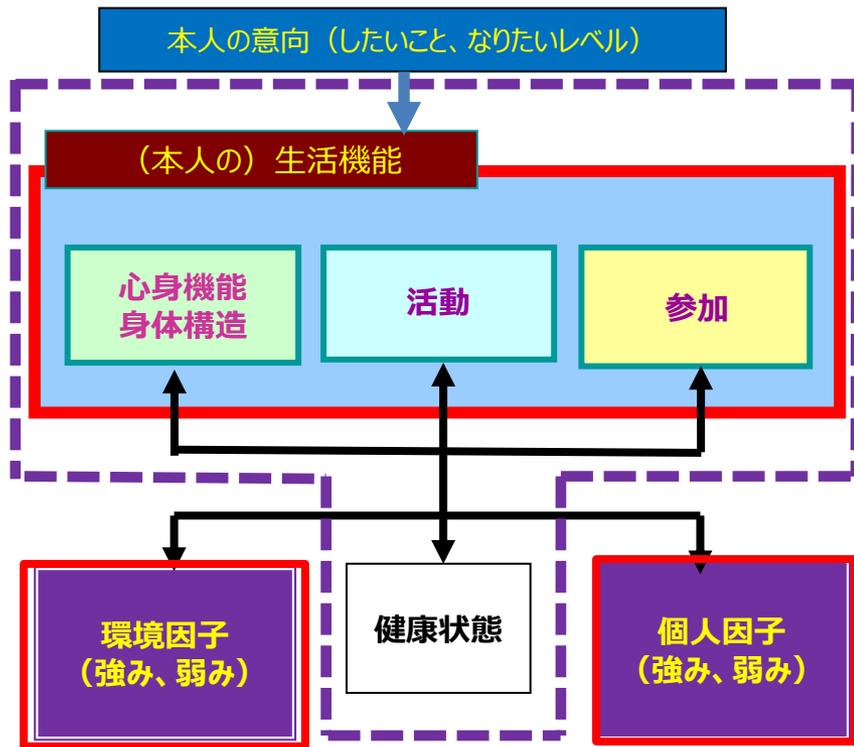
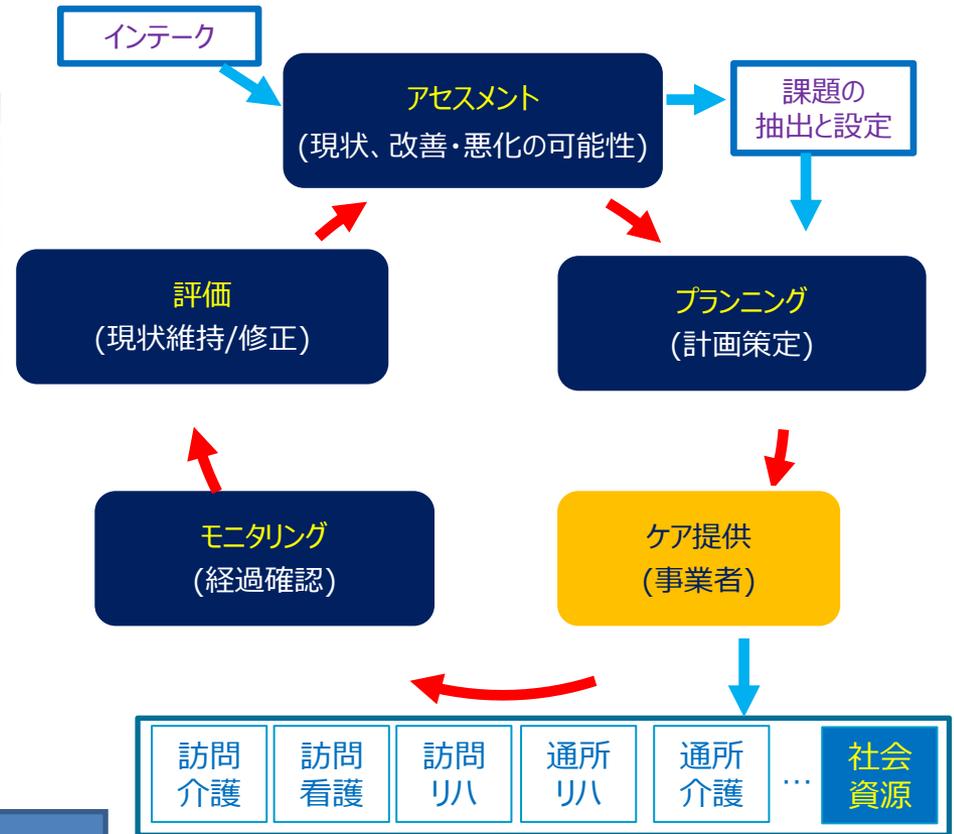


図. マネジメントプロセスとは



85歳以上高齢者の場合、①医療と介護を併せたニーズを有する、②複数の慢性疾患を有する、③ADLが低下しやすい、④個人／環境因子に個人差が大きい、⑤生活への支援が必要などの特徴を有する。
⇒こうした特徴を持つ高齢者のマネジメント／医療／ケア関係者には、**個人・環境因子、健康状態、心身機能、ADL等を総合的に捉えた上での多職種・多主体による関与が求められる。**

在宅医療・介護を取り巻く状況の変化

ー人口構造の変化とそれに伴うニーズの変化の視点からー

人口構造の変化

- 2040年にかけて85歳以上人口が増加する（その結果、独居や認知症の高齢者が増加していく）。
- 他方、多くの自治体で、生産年齢人口が減少していく。



ニーズの変化

- 複数疾患を有する高齢者、医療と介護のニーズを有する高齢者が増加していく。
- 85歳以上の入院患者が増加していく(病床数の減少、入院期間の短縮化の中で)。
- 死亡者数も2040年頃まで増加していく(病床数が減少する中で)。
- 生活支援を含む多様なニーズを有する高齢者が増加していく。



医療・介護への影響

- 医療マネジメントの機能強化が図られる。
- 多様な場面(日常療養／急変時／入退院時／看取り期)での医療・介護連携が促進される。
- 人材不足のなか、効果的なサービス提供と専門領域の幅だしが推進される。
- 医療と介護の連携促進、地域資源の有効活用を促すためのコーディネート機能が強化される。
- 専門職と専門職以外が有する力を統合し、課題解決に結び付けていくことが求められる。

2. 在宅医療・介護連携推進事業の目的と 求められる機能

－4場面別にみた提供体制構築と連携強化－

地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携の位置づけと目的

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**

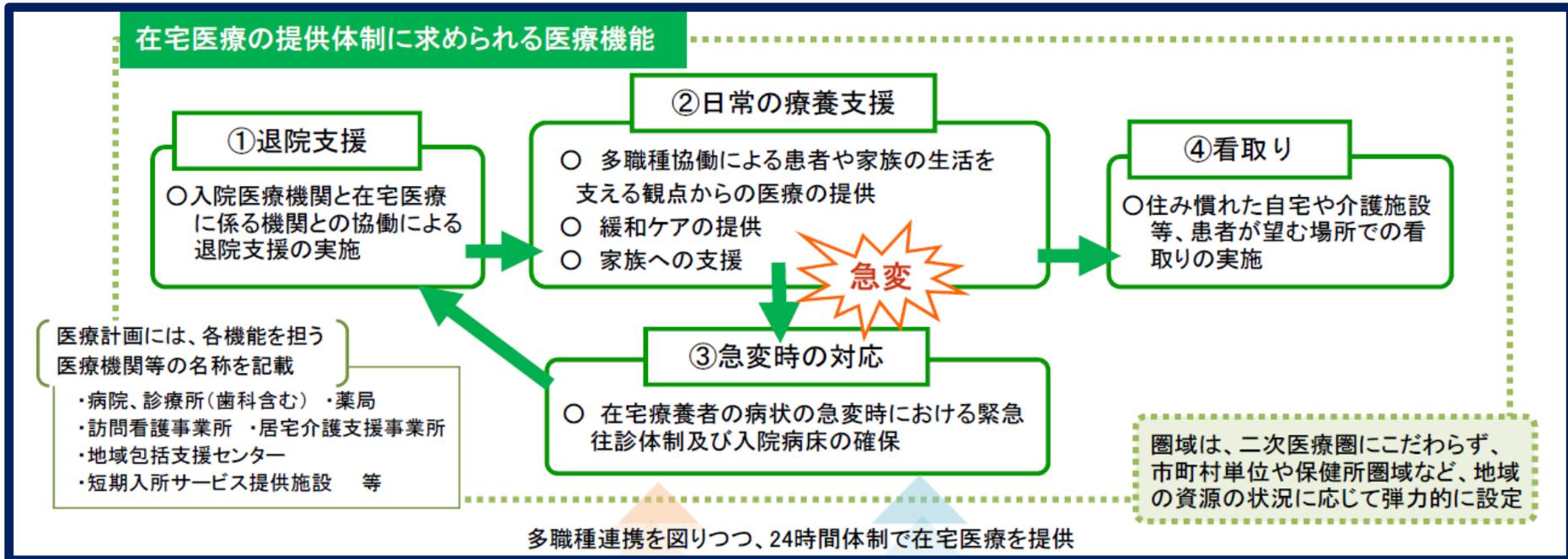
ここが目的



期待されること：在宅医療の4場面別に見た連携の推進

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護の現場での多職種連携の支援
- ・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等
- ・医師会等関係団体
・保健所・市町村 等

3. マネジメントの基本を理解する

【ポイント1】マネジメントでは、常に「目的」を意識しながら「手段」を考える

ポイント

- 目的とは成し遂げようと目指す事柄のこと、目標とは目的を達成するための目印のことです。目的では、「何のために・なぜ(Why)行うのか」に、目標では「何(What)を目指すのか」にポイントが置かれます。
- 他方、手段とは目的や目標を達成するための方法のことで、「どのように(How)行うのか」にポイントが置かれます。介護サービス、多職種連携、アセスメント、情報収集などは、この手段に位置づけられます。当然、目的や目標によって、どのような連携を図るか、どのような情報を共有するかは変わることになります。
- マネジメントでは、通常、目的⇒目標⇒手段の順に思考を展開します。他方、手段によって目的や目標が達成できたかどうかを評価する場合は、手段⇒目標⇒目的の順に確認していきます。

図. 目的・目標・手段
の関係

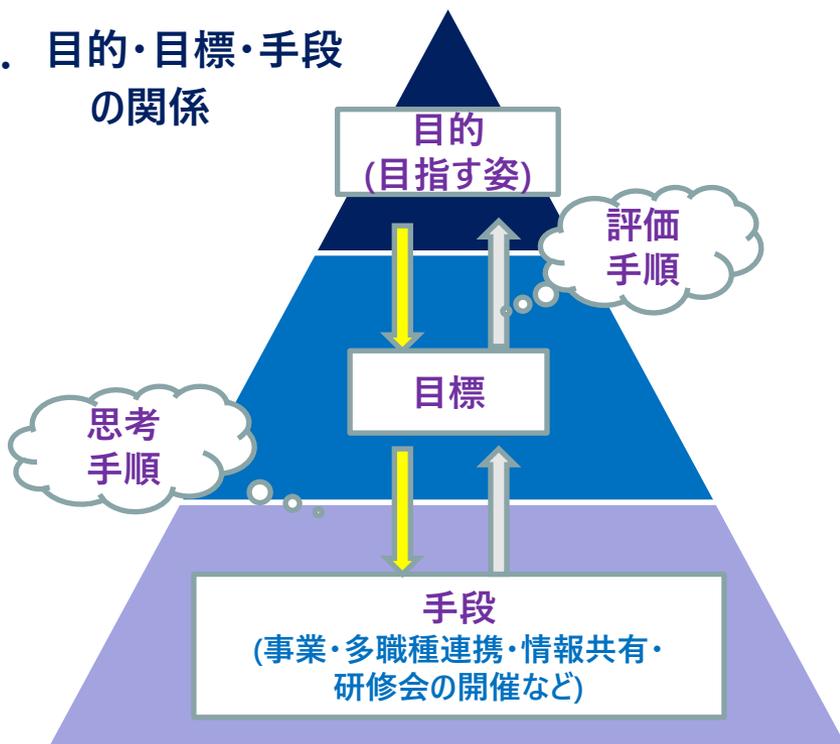
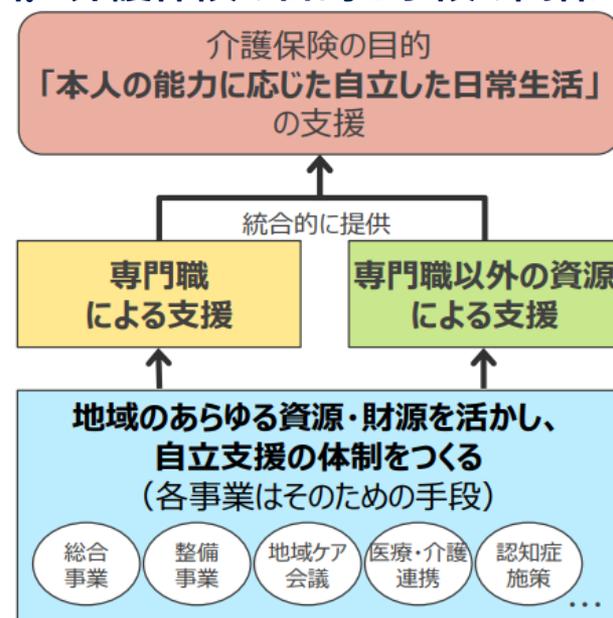


図. 介護保険の目的と手段の関係

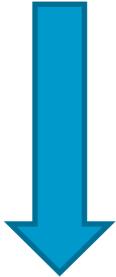


出所) 株式会社NTTデータ経営研究所: 介護予防・日常生活支援総合事業/生活支援体制整備事業 からの推進に向けて～伴走型支援から見えてきた事業推進の方策～、平成30年度老人保健健康増進等事業補助金老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の効果的な推進方法に関する研究事業」報告書(2019年3月)を一部改変

なぜ、手段から考えてはいけないのか？

目的・目標・手段の関係性とは

【目的】成し遂げようと目指す事柄のこと

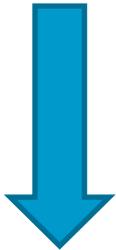


- 「何のために行うのか」に重点が置かれる。

例) 在宅医療・介護連携の目的例 (※誰(何)を意識しているか?)

「住民が、住み慣れた地域や望む場所で、不安なく、人生の最後まで暮らし続けられる地域にすること」

【目標】目的を達成するために設けた目印・道筋のこと



- 目指す地点、数値などに重点が置かれた、より具体的なもの
- 何に対する目標かを意識する。
 - ・事業所数に対する目標
 - ・利用者数に対する目標
 - ・住民／患者の意識や気持ち等に対する目標 (目的に対する目標) 等

【手段】目標を達成するための方法のこと (※目的や目標により手段は変わる)

(例：退院支援ルールを作る、情報共有を図る、多職種連携を強化する、...)

⇒ 何のために退院支援ルールを作るのか？

目的を意識しないと、「退院支援ルールを作ること」自体が目的となりやすい
(※これを一般的に、「手段の目的化」という)。

【ポイント2】 マネジメントとは、課題を解決するために行うものである

ポイント

- マネジメントの提唱者であるピーター・F・ドラッカーは、マネジメントのことを、「人と組織を活かして成果を上げること」と定義している。これを言い換えれば、マネジメントとは、課題を解決し、目的・目標を達成することと言える。
- 医療では「病気」を対象に、病気や様々な症状を生じさせている原因を究明し、原因を解決して病気を治す(これが目的・目標)ために「治療」を行う。これに対し、マネジメントでは、「課題」を対象に、課題を生じさせている原因を究明し、原因の解決に向けて、関係者が協働しながら、「効果的な対策」を展開することとなる。

図. マネジメントの定義・目的・担当者の役割について

【マネジメントとは】

- ピーター・F・ドラッカーは、マネジメントのことを「人と組織を活かして成果を上げること(=課題を解決すること)」と定義している。

【介護保険における各種事業の目的（＝目指す姿）】

- たとえ要介護状態や認知症になっても、可能な限り、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるようにすること。

【事業担当者の役割とは】

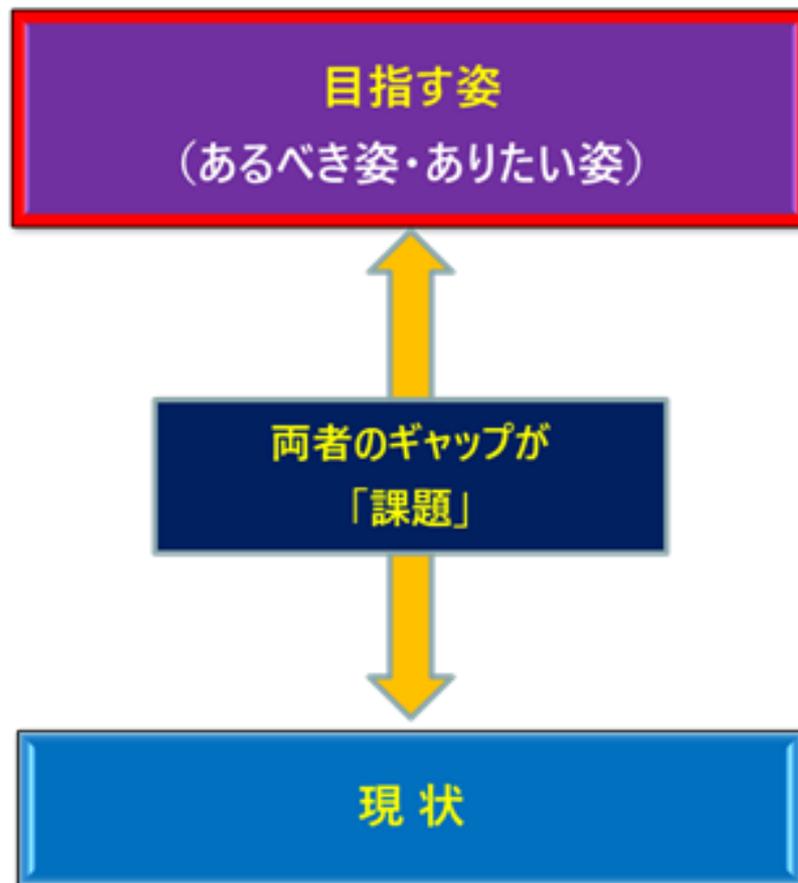
- 事業に期待される役割を理解した上で、①事業を通じて「目指す地域の姿」と「現状」のギャップの評価（課題の抽出）、②解決すべき課題の絞り込みと具体化、③それら課題を生じさせている原因の追求（課題分析）、④課題改善／解決策の検討と各関係者による取組を通じて、課題の改善・解決を図り、事業の目的・目標を達成すること。

【ポイント3】課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのことである

ポイント

- 課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのことです。したがって、課題を明らかにするためには、「目指す姿」を設定した上で、「現状」と比較する必要があります。

図. 課題とは何か

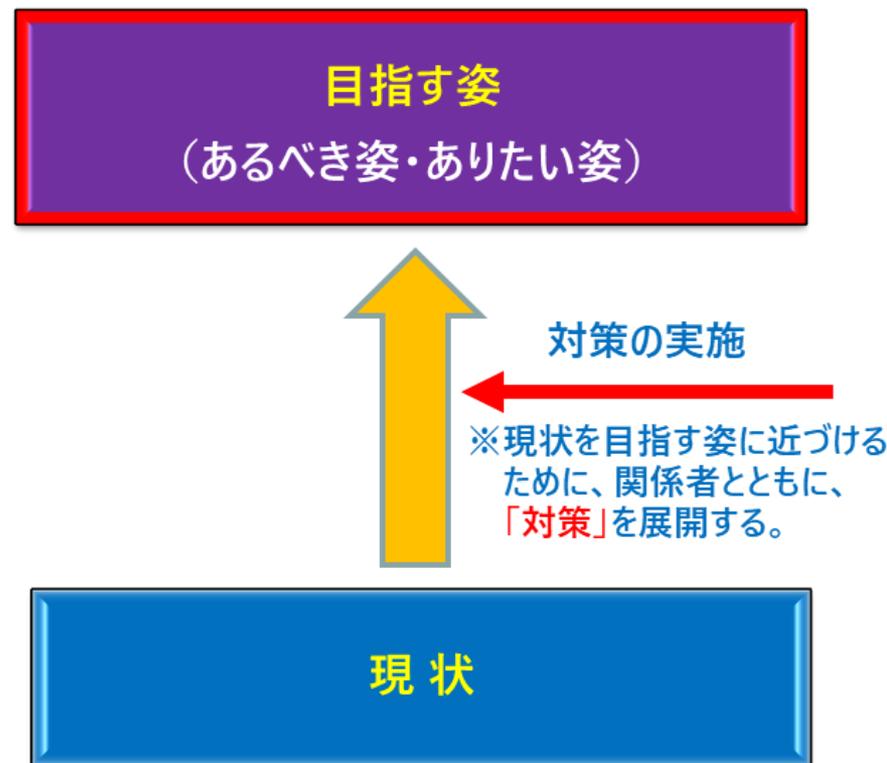


【ポイント4】 対策とは、「現状」を「目指す姿」に近づけるために行う

ポイント

- 対策とは、「現状」を「目指す姿」に近づけるために行うことです。どのようにすれば、現状を「目指す姿」に近づけられるかの展開シナリオを考え、必要な要素を出し、各々の要素を誰が担うかを関係者間で検討し、実行に移していく。こうした展開を促すことが、マネジメント担当者には求められます。
- 現状を「目指す姿」に近づけるための対策としては、多様なものが考えられます。その中から、課題を解決する可能性が高いと思われる対策（効果的な対策）をマネジメント担当者は選択することになります。

図. 対策とは何か



【ポイント5】効果的な対策をうつためには、現状ではなく、原因にアプローチする

ポイント

- 対策には、①対症療法的アプローチ、②真因へのアプローチがあります。
- マネジメントの目的は、課題を解決することです。したがって、対症療法的アプローチではなく、真因へのアプローチを図る必要があります。

図. 対症療法的アプローチと真因へのアプローチの違い

【対症療法的なアプローチとは】

- 課題を生じさせた要因や真因を追究しないまま、現在の状態に対して解決策を考えるといったアプローチのこと。目指す姿をきちんと設定していない場合も多く、その場合は、現状が目指す姿に近づいたかどうか評価できない。

【例1】入浴ができないので、デイサービスをケアプランに入れて、デイで入浴ができるようにした。

【例2】医療職と介護職の連携が弱いので、多職種研修会を開催することにした。

【真因へのアプローチとは】

- 課題を生じさせた要因を分析し、真の原因に対して対策をとろうとするアプローチのこと。

【例1】自宅で入浴ができなくなったのは、コロナ禍での活動性の低下(これが真因)に伴う下肢筋力低下(真因に伴うもの)が原因と考えられた。そこで、再開した通いの場に誘って、通う機会を増やし、活動量の増加を図った。

【例2】医療職と介護職の連携が弱い理由として、介護職が具体的に何を確認したらよいか分からないため(これが真因)、コミュニケーションがうまくとれていない(真因に伴うもの)と考えられた。そこで、主な疾患別に、医療職への確認事項を整理したチェックシートを作成した。

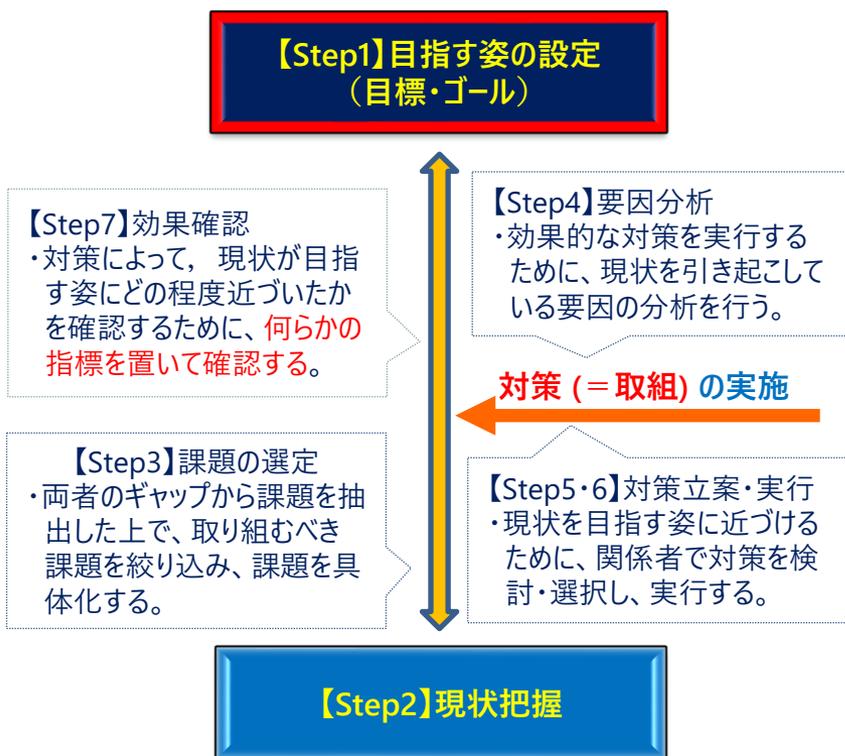
4. 在宅医療・介護連携推進事業の進め方とは

マネジメントの基本構造と厚生労働省が推奨するPDCAサイクルの関係

－厚生労働省「介護保険事業(支援)計画の進捗管理の手引きより」－

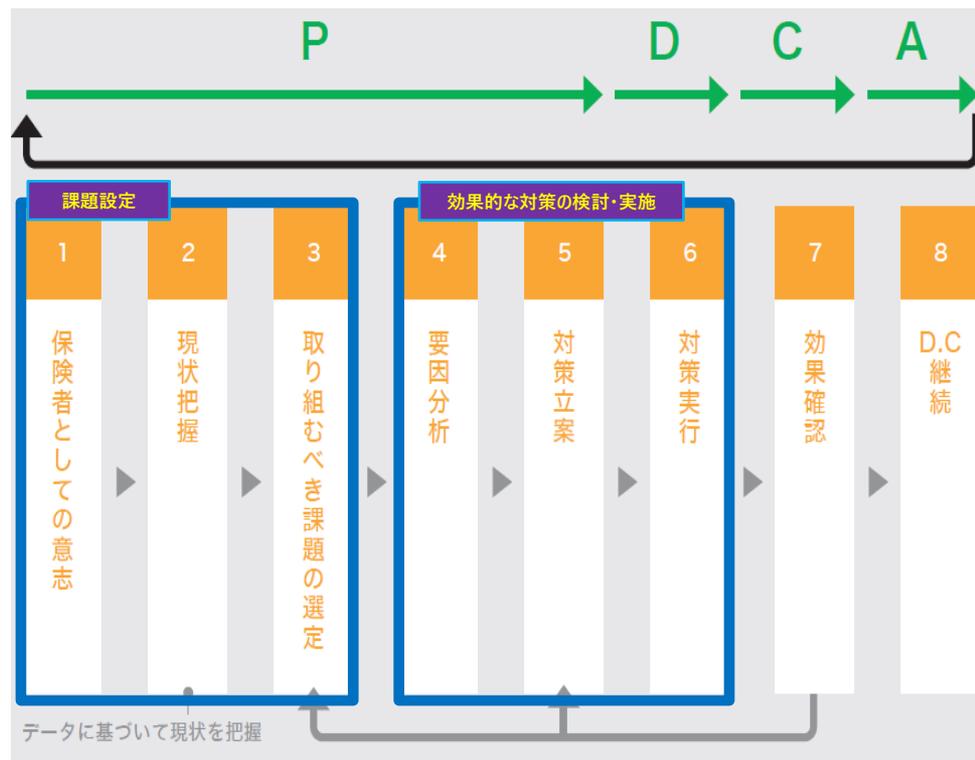
- 課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと。マネジメントとは、様々な対策により、現状を目指す姿に近づけること（＝課題を解決すること）である。
- 様々な対策の中から、効果的な対策を選択するためには、現状を引き起こしている要因や原因をおさえる必要がある。これを「要因分析」という。これら分析を通じて、より結果的な対策を関係者で検討・選択し、実行していくことになる。
- 課題解決に向けた一連の展開手順を示したものが「PDCAサイクル」で、①課題設定(Step1～3)、②効果的な対策の検討・実施(Step4～6)、③評価(Step7)から構成される。

図. マネジメントの構造とは



出所) 川越作成

図. PDCAサイクルとは



出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018.7.30）を一部改変

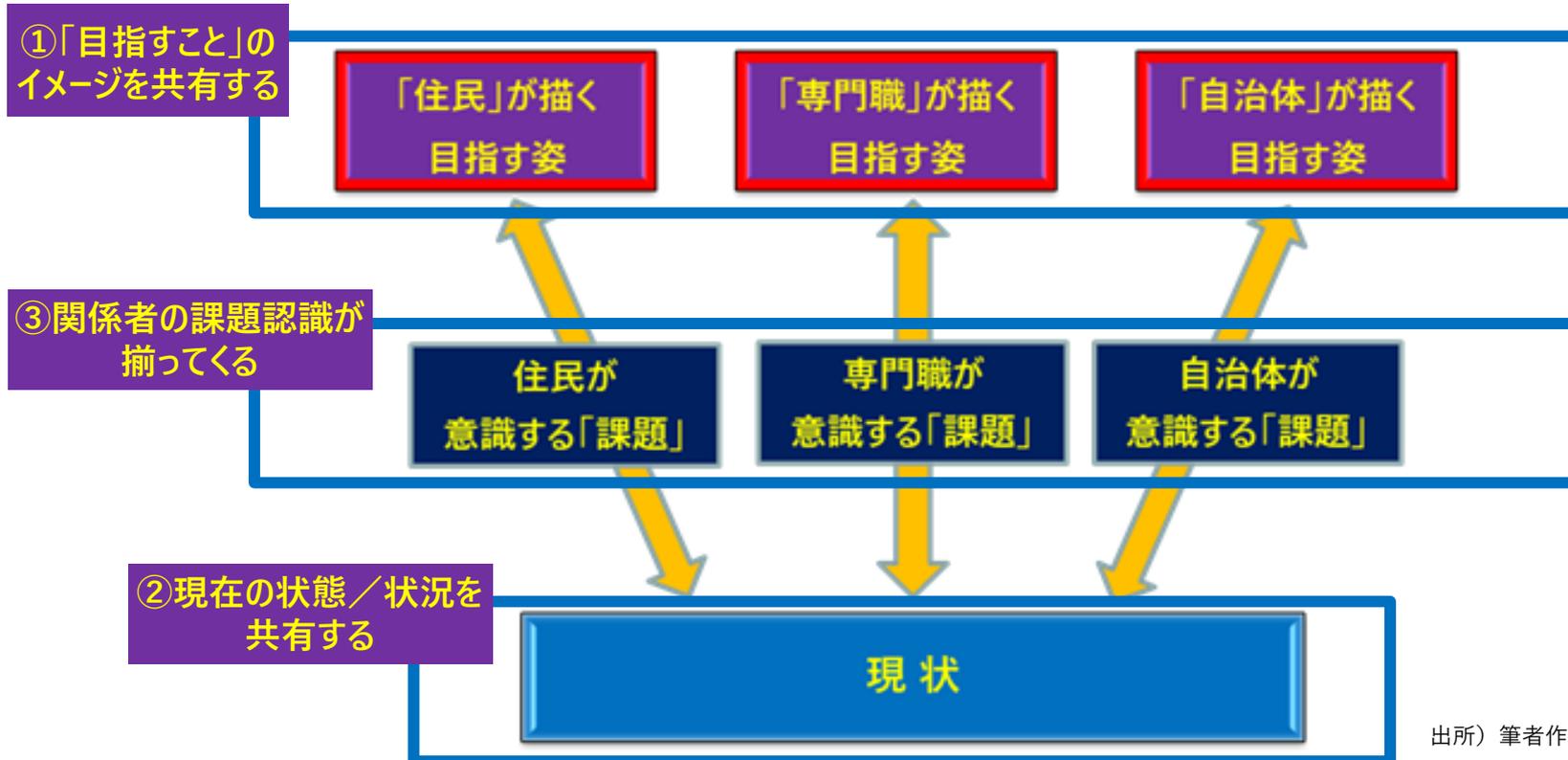
主なStep別にみた具体的な進め方

【Step1】目指す姿・目標・期待することを関係者で共有する

ポイント

- 保険者(事業担当者)として、以下のことを確認する。
 - ✓ 事業を通じて、どんな地域にしたいですか？ どんな連携を目指していますか？
 - ✓ 事業のゴールや短期目標をどこに設定しましたか？
 - ✓ 事業を実施することで何がどう変わることを期待していましたか？
(事業参加者、家族、地域住民、介護保険運営、費用、...)

図. 各関係者が描く「目指す姿」のイメージ、「現状・課題認識」は異なっている



参考) 目指す姿の設定例 (入退院支援の場合)

病院と在宅チームが協働した入退院支援のステージ

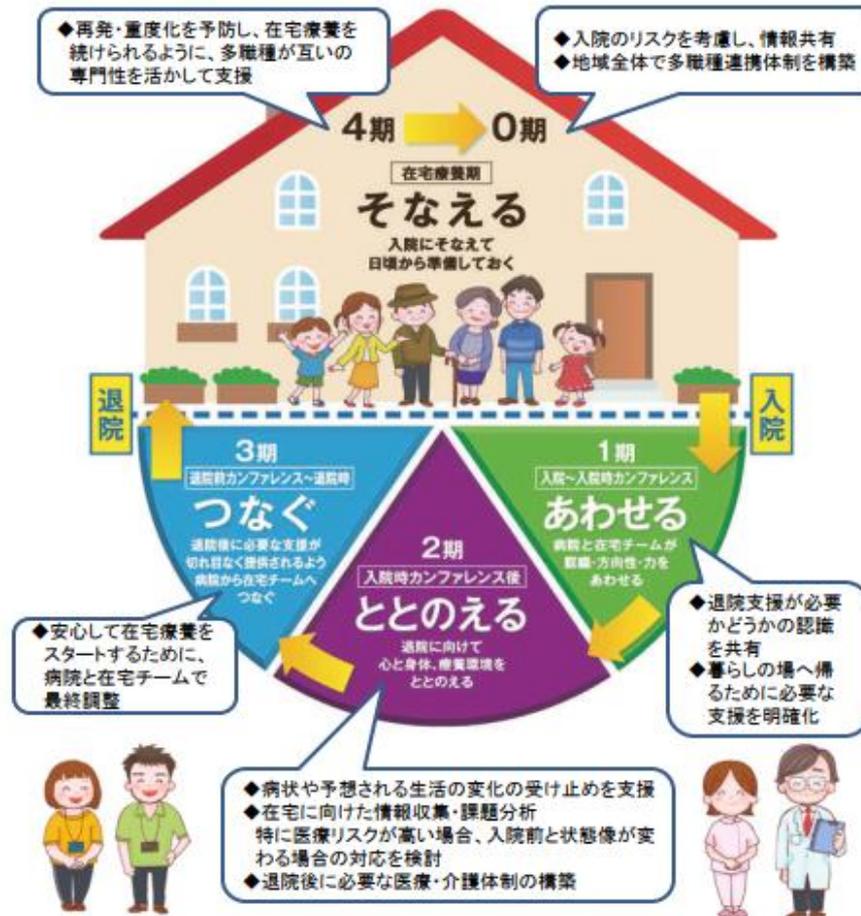
【入退院支援の目指すべき姿】

複数疾患を抱える高齢者が入院した場合、その人らしい暮らしの場へ帰れるようにするためには、病院と在宅チームとの協働が不可欠です。

また、退院後、再発・重度化を予防し、安定的に在宅での生活を継続するためには、病院と在宅チームが、互いの強みを活かしながら、連携して支援を行うことが大切です。

【入院を経てまた暮らしの場へ帰る間、各期ごとに大切にしたい視点】

円滑な入退院支援を行うためには、ステージ(0~4期)に応じて適切に協働していく必要があります。



【Step2】 目指す姿を意識しながら、現状を把握する

ポイント

- 施策や事業に関し、保険者として「知りたいことは何か」をまず整理しましょう！
その上で、目的意識をもってデータを収集しましょう！
- 知りたいことには幾つかのレベルがある。あなたの知りたいことはどのレベルですか？
 - ✓ 現状がわからないので、現状をまずは知りたい！
 - ✓ 課題があることは漠然と知っている。より具体的な対策を検討するために、課題の具体的な内容を知りたい！
 - ✓ これまでの施策や事業の効果を知りたい！ など



現状把握方法とヒアリングの例

ポイント

- 現状を把握する方法としては、①既存データ分析、②アンケート、③事例検討、④ヒアリングなどがある。
知りたいこと、知りたいレベルに応じて、最適な方法を選択する。
- 連携の現状を把握する方法としては、住民や専門職へのヒアリングも有効な手法である(下図参照)。

図. ヒアリングを通じて現状を把握する (入退院支援の例)

<住民の声から>

- 退院患者や家族は、退院時に、様々な不安（体調のこと、再発のこと、今後の過ごし方、家族に負担をかけること、費用のことなど）を感じていた。
- 治療に関すること、薬の飲み方、今後起こり得る症状などの説明は受けていたが、その内容が十分には理解できていなかった。
- 急変が起こった場合の対処方法も聞いていたが、出来るかどうか不安を感じていた。
- 緊急入院で、自宅から離れた病院に入院した。今後、この病院に通院することになるが、通院時の移動手段など、どうしたらよいか困っていた。

<専門職の声から>

- 患者や家族の不安などの話をゆっくり聞ける状況やそのための時間を、病院ではなかなか作りにくい（病院関係者）。
- 自宅に退院できるかどうかの判断が、病院と在宅関係者では異なっている。病院は、より難しいと判断しがちである（在宅関係者）。
- 病院によっては、退院前ケアカンファレンスが開催されない場合がある。また、開催の連絡が遅くて参加できない場合がある（在宅関係者）。

事例検討を活用した現状把握・課題抽出の例
(東京都国立市)

事例検討による現状・課題把握の例

めざす看取り期の姿
を明確化

〈めざす看取り期の姿〉

本人の住み慣れた地域、本人の望む場所で不安なく最期まで暮らす

あるべき姿



現状

めざす姿に対する
事例の達成度をみる

- 各事例で達成できていること
- 各事例での目指す姿とのギャップ ⇒ **課題**

めざす姿の達成に
必要な要素を抽出

- 事例を通じて得られた課題を吟味し、共通要素を抽出
- 1場面（例：看取り）につき4つの要素にまとめた

具体的目標の設定

- めざす看取り期の姿を達成するための目標を設定

事例1 本人が自宅での最期のときの迎え方について同意をしていたが、看取り時に本人の意思が家族に伝わらない事例

（概要）90歳代、女性、最期を過ごすために家族と同居、大腸がんの末期

（経過）

同居家族（娘夫婦・夫）とかかりつけ医とでACP*（医師を含む、家族全員のサイン入り）に取り組み、看取りについて家族で決めていた。最期は検査や延命処置は行わないことを希望していた。別居の息子が帰省中、状態の変化（下血）があり、同居家族が不在だったため、かかりつけ医と連絡が取れないまま救急搬送される。別居の息子もACPにサインし承知してはいたが、普段生活をともにしていなかったこともあり動揺して対応に追われ、救急搬送依頼をしてしまった。その後、ご本人は自宅に帰れず、病院で亡くなられた。同居の家族は本人の意思に沿うことができなかったことを後悔している。

（本事例で達成できていること）

- ・関係者全員でACPに取り組み、本人と家族の意思を明確にしている

（本事例から見える課題）

- ・本人の意思の決定と共有（家族及び支援チーム）
- ・家族及び支援チーム間での複数回の確認
- ・かかりつけ医の役割
- ・かかりつけ医と病院の連携
- ・がん末期の搬送における判断基準及び救急搬送先の対応
- ・看取り後の家族支援

めざす姿の達成に必要な要素

- 家族や医療・介護専門職及び近隣関係者（ボランティアなど）間での、本人の意思の適宜把握かつ共有
- 本人が望む看取りを実現するための医療・介護提供体制及び地域支援体制の整備

めざす姿に対する事例の達成度をみる

めざす姿の達成に必要な要素を抽出

※ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：年齢や病期を問わず、本人が自身の価値観、目標、今後の治療に対する意向を理解・共有することを支援するプロセス（2019年現在、ACPの愛称は「人生会議」となっています）。

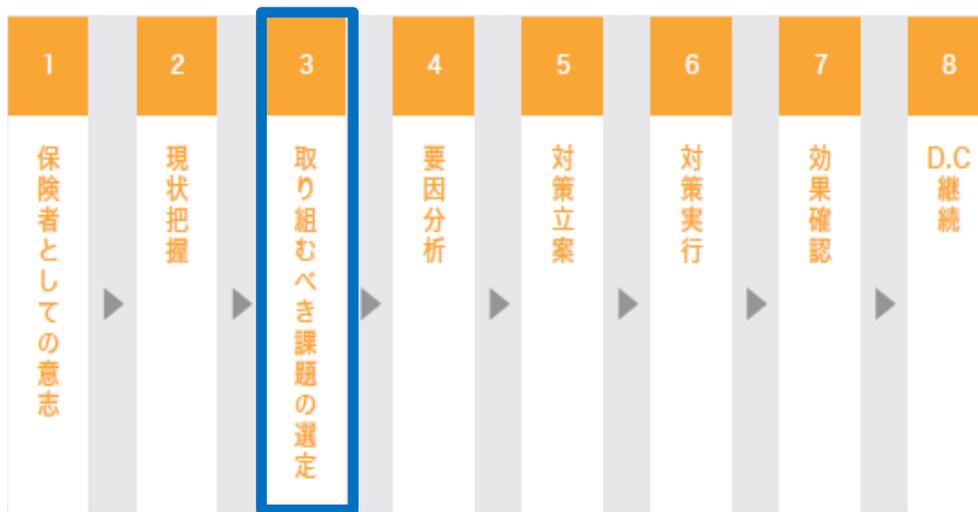
注：人物像の一部を脚色するなど、人物が特定されないよう配慮

【Step3】取り組むべき課題を選定するとともに、課題の具体化を行う

ポイント

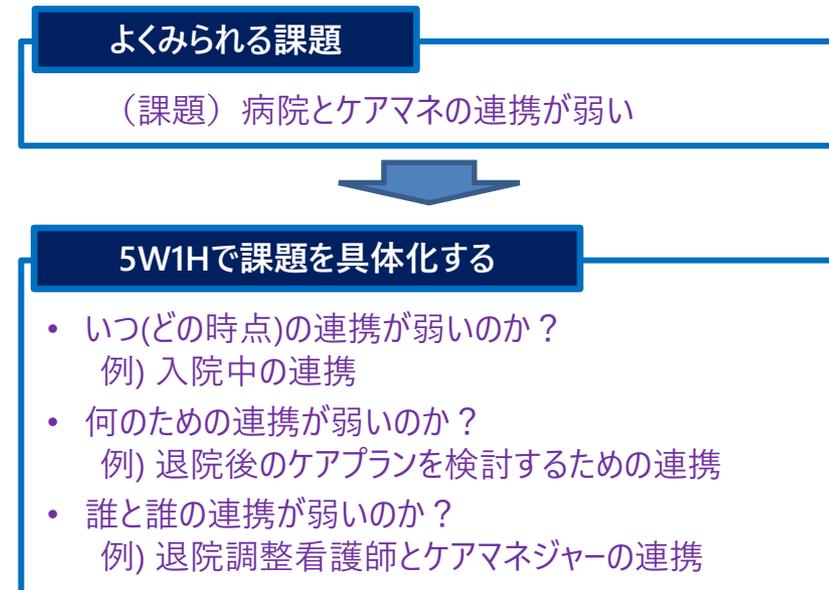
- 課題とは、「目指す姿」と「現状」のギャップのこと。
- 課題は通常複数ある。複数ある課題の中で、下記の視点から取り組むべき課題の優先順位を決めていく。
 - ✓ 課題としての**緊急性**
 - ✓ **課題の重要性（目的や目標達成に直結する課題かどうか）**
 - ✓ 課題としての取り組みやすさ（緊急性や重要性を鑑みた上で）
- 課題が抽象的だと対策も抽象的になる。そのため、取り組むべき課題を具体化することが重要となる。5W1Hを使って、課題を具体化する。

図. PDCAサイクルにおける「課題選定」の位置づけ



出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018/7/30）より引用

図. 課題の具体化の例

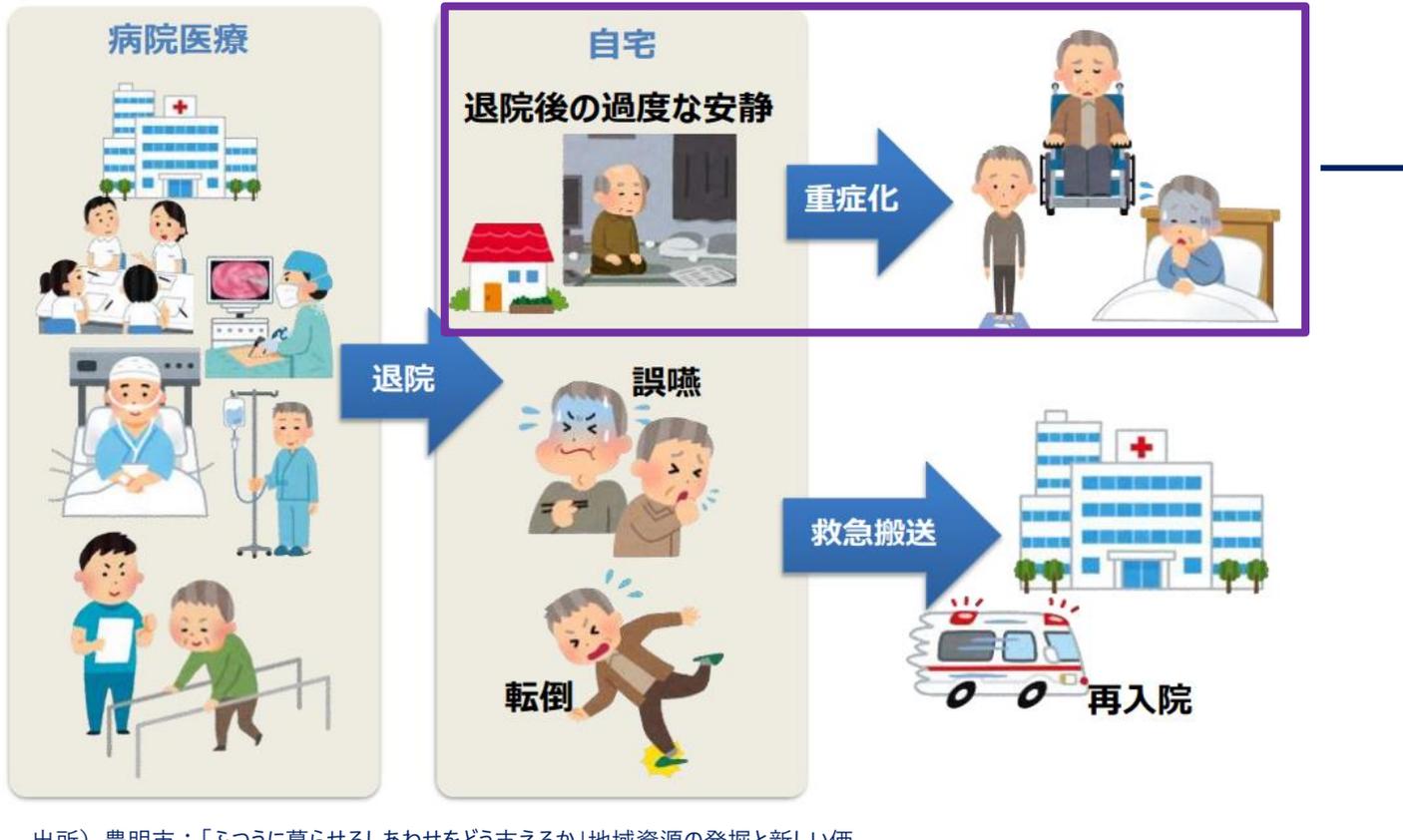


- いつ(どの時点)の連携が弱いのか？
例) 入院中の連携
- 何のための連携が弱いのか？
例) 退院後のケアプランを検討するための連携
- 誰と誰の連携が弱いのか？
例) 退院調整看護師とケアマネジャーの連携

出所) 筆者作成

課題の具体化の例

(テーマ：切れ目のない在宅医療・介護提供体制の構築)



出所) 豊明市：「ふつうに暮らせるしあわせをどう支えるか」地域資源の発掘と新しい価値観の創造を目指して、第136回市町村職員を対象とするセミナー(2018年9月21日)より引用

今までのテーマ	・病院と在宅関係者の連携を強化するためにはどうしたらよいか？
---------	--------------------------------



新たな設定テーマ	・骨折で入院した高齢者が、退院後に適切な療養生活（運動・栄養・睡眠・活動など）を送れるようにするためにはどうしたらよいか？
----------	---

【Step4】課題を生じさせている要因を分析する

ポイント

- A市では、自宅に帰れそうな状態にも関わらず、施設入所になってしまう例が多い状況にあります。その要因としては、①病院スタッフが、自宅に戻った後の生活のイメージを持っていない、②病院スタッフが、地域にある社会資源に対する知識が弱いなどが考えられました。このうち、どの要因の可能性が高いかを考え、①が原因である可能性が高いなどと判断するわけです。
- 次に、同様の手順で、なぜ病院スタッフが在宅生活をイメージできないかを考えます。その結果、病院でしか勤務経験がないことが原因だと思えば、この原因をどうやって改善するかで、対策を考えていくこととなります。

課題・テーマ

自宅に帰れそうな状態の人でも、施設入所になってしまう場合がある

出所) 川越作成

なぜ？

自宅に戻った後の生活のイメージを病院スタッフが持てていない

病院スタッフの、地域にある社会資源に対する知識が弱い

自宅に戻った後の見守り体制がない

家族が介護できそうにない

なぜ？

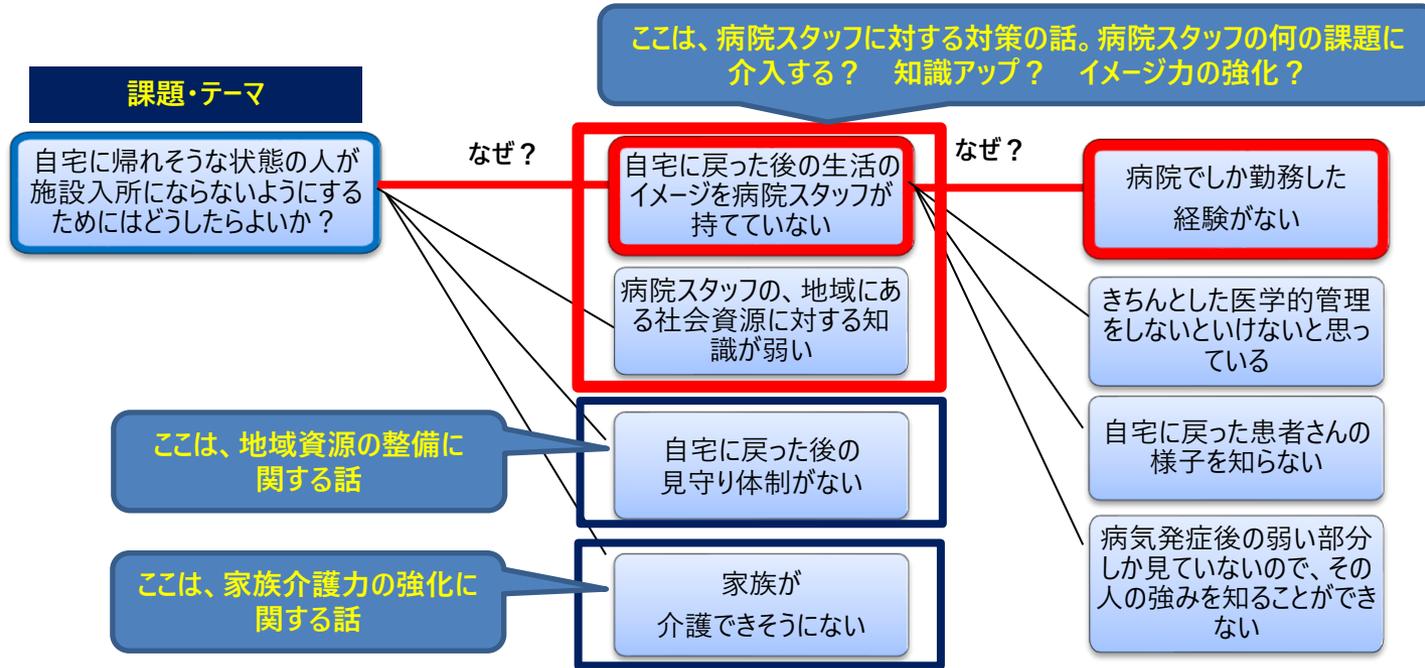
病院でしか勤務した経験がない

きちんとした医学的管理をしないといけないと思っている

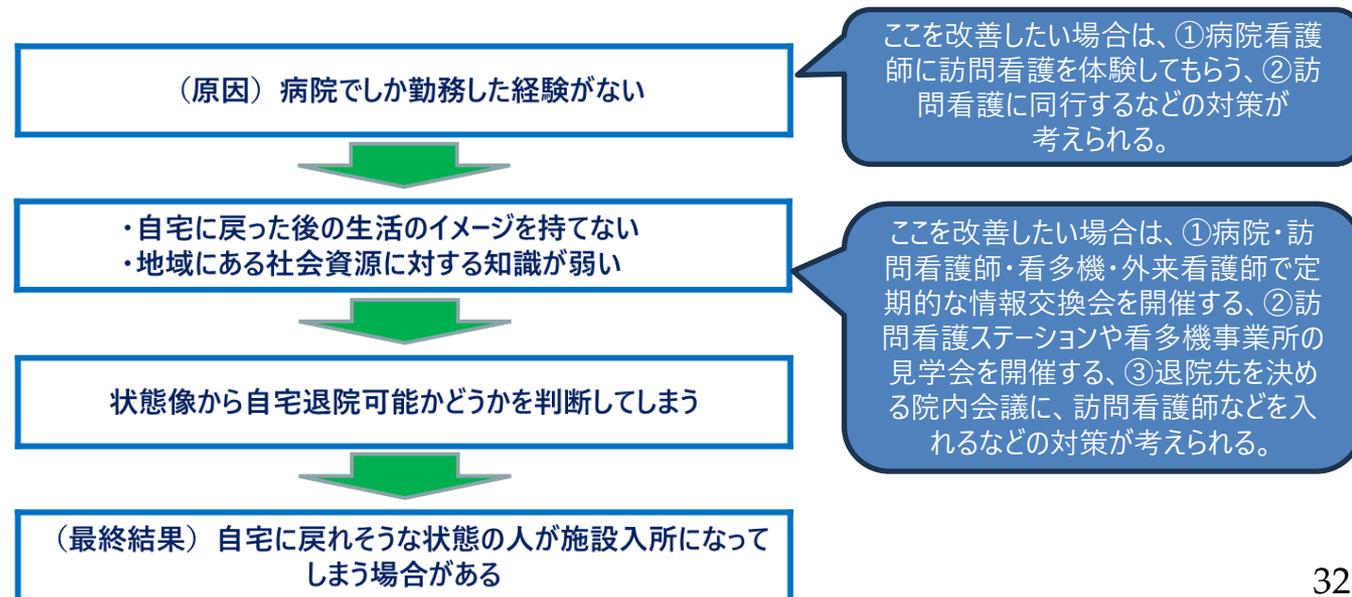
自宅に戻った患者さんの様子を知らない

病気発症後の弱い部分しか見ていないので、その人の強みを知ることができない

【Step5・6】原因から対策を検討し、実行する（実行可能性も加味した上で）



出所) 川越作成

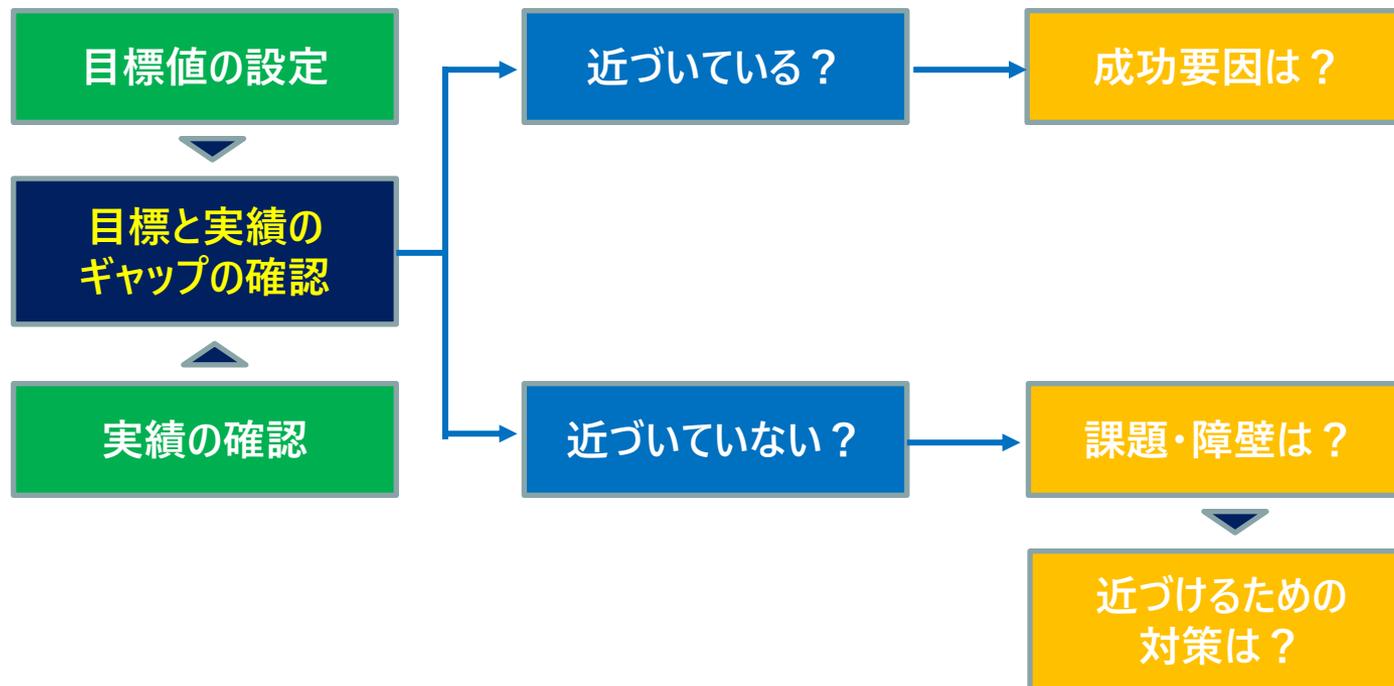


【Step7】講じてきた対策による「効果」を確認する

ポイント

- 評価とは、「事業に期待したこと」と「事業で達成できたこと」のギャップを確認する作業のこと。したがって、事業を実施することで、「何がどうなることを期待したか」「目標をどこに設定したか」をまずは整理する。
- その上で、目標（期待したこと、期待したレベル）と現状を比較し、「何がどこまで達成できたか（現状が目指す姿に近づいているのかどうか、どの程度近づいたのかなど）」を確認する。
- 効果確認は、現在の事業のどの部分をどのように改善するかのヒントを得るために行うもの。効果があったかどうかの確認だけが目的ではない。

図. 評価方法のイメージ



市担当者と在宅医療コーディネーターの協働による
課題解決シナリオの検討例
(東京都稲城市)

(1) 解決したい具体的テーマをどう設定したか

- 研修では、4場面のうち「看取り」を選択し、演習シート（図表4-10）を使って、「解決したいテーマの設定⇒目指す姿の設定⇒原因と対策の検討⇒評価方法の検討」を行った。研修会終了後、協議会での活用を視野に、残り3場面についても演習シートを使って検討した。
- 具体的テーマの決定には少し時間がかかった。まず、小職（事務職）から、現場を知っている在宅医療コーディネーターに対し、「看取り期にある本人や家族にとって、解決した方がよいテーマって何かありますか？」と質問、それに対して、感じている課題を在宅医療コーディネーターに回答してもらった。その内容に対してさらに質問しながら、テーマを具体化していった。最終的には、**「本人の意向に沿えずに、家族が入院を選ぶことがある」**をテーマとした。残り3場面についても、同様の方法でテーマを決めていった。

【日常療養支援】

- 家族が代理で外来受診し続けており、訪問診療に切り替えられていない。

【入退院支援】

- 家族介護力を生かすことができずに退院できない事例がある。また、在宅サービスに依存した事例もある。

【急変時】

- 急変時に救急隊がケアマネジャーを頼るため、対応が遅れる場合がある（情報を把握したいときにケアマネジャーに連絡がいく。呼び出される場合もある）。

【看取り】

- 本人の意向に沿えずに、家族が入院を選ぶことがある。

(2) 目指す姿をどう設定したか

- 上記テーマに対して、目指す姿を在宅医療コーディネーターと一緒に検討し、看取りに関しては、「終末期であっても、在宅サービスを使うことで、本人の意向を尊重した在宅生活を送ることができる」とした。残り3場面についても、同様の方法で目指す姿を決めていった。

【日常療養支援】

- 訪問診療を必要とする患者に対し、訪問診療を提供することができる。

【入退院支援】

- 退院時に必要かつ十分なサービスが提供されることで、再発が予防でき、安心した療養生活を送ることができる。

【急変時】

- 急変時に必要な情報が救急隊や入院先と共有されることで、本人の意向に沿った救急対応をすることができる。

【看取り】

- 終末期であっても、在宅サービスを使うことで、本人の意向を尊重した在宅生活を送ることができる。

(3)原因／解決すべき原因（根本原因）をどう設定したか（看取り場面）

- 看取りの目指す姿を「終末期であっても、在宅サービスを使うことで、本人の意向を尊重した在宅生活を送ることができる」としたが、実際には、本人は在宅での看取りを希望されていても、様々な理由により、病院への入院や施設への入所になってしまう場合がある。
- 「こうした現状・課題を生じさせている原因として何が考えられるか？」を質問したところ、在宅医療コーディネーターから、
 - ① 本人の意向を確認できていない／意向を具体化できていない
 - ② 看取り経験が少ないケアマネジャーも多く、自身も不安を感じている
 - ③ 本人が衰弱してくると家族は不安になる
 - ④ 家族は、不安が強くなると、在宅医ではなく、救急車を呼んでしまうなどが原因として考えられるのではないかと回答があった。
- さらに、「解決が必要な原因は何だと思う？」と質問したところ、在宅医療コーディネーターから、「ケアマネジャーの質の問題、本人の意向確認の問題もあるが、キーとなるのは「家族の不安の軽減」だと思う」との意見が出された。
- さらに、「なぜ、家族は不安になるの？」と聞いたところ、「原因としては、①本人の状態の変化、②ケアマネジャーの経験値や説明・対応力の低さなどが考えられる。ただ、家族は、想定していたことが起こる分には慌てないが、想定していないことが起こると慌てたり、不安が増強したりする。その結果として救急車を呼んでしまっているのではないかと思う。」との考えであった。
- そこで、解決すべき原因を、「家族に対し、専門職が看取りに関するプロセスを十分説明しきれていないために、家族の不安が高まってしまうこと」とした。

(4)対策をどう設定したか

- これまでの在宅医療コーディネーターとのやりとりから、「専門職の看取りプロセスに対する説明能力をいかに高めるか」が対策のポイントだと考えた。今後の見直しを含めた説明能力が高まれば、結果的に家族の心理的準備性（想定範囲や内容の拡大）も高まり、慌てることも減り、不安の軽減、救急車を呼ぶ機会の減少につながるのではないかと考えた。
- ただし、説明能力が高まるまでには時間を要するので、家族に対して、心理的準備性を高めるための対策も必要と考えた。
- そこで、第9期計画では、【対策1】専門職の説明能力向上、【対策2】家族の看取りプロセスに対する知識やイメージ力の向上を重点テーマに設定した。
- 対策1に関しては、①説明スキルを高めるための研修会の開催（ロールプレイを中心としたもの）、②説明に使用するための資料作成（演習資料を含む）が必要と考えた。後者に関しては、医師・訪問看護ステーションの看護師・ケアマネジャーをメンバーとした作業部会で作成していくこととした。また、研修会の内容に関しても、同作業部会で案を考えることとした。
- 対策2に関しては、看取りプロセスを知るための家族向け研修会を開催することにした。その際の資料として、対策1で作成予定の資料を活用することとした。
- 本年度は家族向け研修会を開催するが、来年度は、ケアマネジャー、在宅・居住系・施設で看取りにかかわる可能性のあるケア職員等を対象に、同様の研修会を開催する予定である。

(5)対策に期待したこと／評価指標をどう設定し、どう把握しようと考えたか

●対策を実施することで、

- ① ケアマネジャー等が家族に看取りプロセスを説明する機会が増える
- ② ケアマネジャー等の看取りに対する知識が上がる
- ③ ケアマネジャー等の看取りプロセスに対する説明スキルが上がる
- ④ ケアマネジャー等の看取りに対する不安が減少する
- ⑤ 家族の不安が減少する
- ⑥ 家族が「もっとこうしてあげればよかった」などと後悔することが減る
- ⑦ 救急車が呼ばれる回数ないし率が下がる
- ⑧ 看取りに関する報酬の算定回数が増える

などが期待されると考えた。

- ### ●このうち、①～④に関してはケアマネジャーを対象としたアンケートなどで、⑤～⑥に関しては、家族向けアンケート（ケアマネジャーが家族に聞き取りながら記載するもの）で、⑦に関しては救急隊へのヒアリングや公表データなどで、⑧に関しては地域包括ケア見える化システムのデータや介護報酬の算定回数などでモニタリングしていきたいと考えている。

東京都稲城市の検討例（テーマ：看取り）

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ

【看取り】終末期に本人の意向に沿えず、家族が入院を選ぶことがある

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿

・終末期であっても、在宅サービスを使うことで本人の意向を尊重した在宅生活を継続できる

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、最も大きな原因を挙げて下さい。

原因1

・本人の意向を具体的に確認できていない

原因2

・衰弱すると家族が不安になる

原因3

・看取り経験少ないケアマネも不安になる

原因4

・不安になると在宅医でなく救急車に連絡

最も大きな原因

・専門職が家族に看取るプロセスを説明していないため、家族の不安が高まり入院へ

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、最も大きな原因を意識しながら考えてみて下さい。

	誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1	・家族	・看取るプロセスを知り、在宅看取りの心理的準備性を高める
対策2	・ケアマネ、訪看	・痩せる等、在宅看取りまでのプロセスを家族に説明するスキル獲得支援
対策3	・ケアマネ、訪看、医師	・在宅看取りプロセスを家族に説明する演習や資料の作成

【問5】問4の対策をとることで何がどうなることを期待しますか。また、それを何の指標で測りますか？

	何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1	・ケアマネ等が説明できるスキルがあがる	・説明スキルのアンケート、試験
期待値2	・ケアマネ等が家族に実際に説明するようになる	・説明した経験等の確認(アンケート)
期待値3	・説明により家族等が理解し、安心する	・家族の安心感等のヒアリング、アンケート

5. 事業のあるべき展開プロセスとは

事業のあるべき展開プロセスとは

事業を通じて目指している「地域の姿」を設定する
(住民・専門職・行政等の共通ゴール)



目指す地域の姿を実現するために必要な要素を出す
(※下記の4要素はあくまで例示です)

①提供体制

②連携

③住民・専門
職の意識

④情報共有
など

各要素に対して、目指す姿と現状から、具体的なテーマを設定する
(例：「目指す連携」と「連携の現状」のギャップから「**連携上の課題**」を設定する)



最終ゴール及び当面の到達点を設定する



要因分析を行い、目標達成につながる効果的な対策を考える



対策を実行する（専門職・住民・行政が役割分担をしながら）



進捗状況（体制・利用状況・効果など）を、指標を置いて確認する