

# 事業のマネジメント基本的考え方・進め方

## ～在宅医療・介護連携推進事業を中心に～

### 【目的・目標の共有】

1. 在宅医療・介護連携が求められる背景とは
2. 在宅医療・介護連携推進事業に求められていることとは何か  
(日常療養／退院時／急変時／看取りの4場面別にみた連携の強化)
3. 4場面別にみた連携に期待されていることとは何か  
－退院時連携を例に－

### 【PDCAの進め方】

4. 事業マネジメントの基本と理想的な進め方
5. 在宅医療・介護連携推進事業の進め方

2020年1月

埼玉県立大学大学院／研究開発センター 川越雅弘

**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 －**

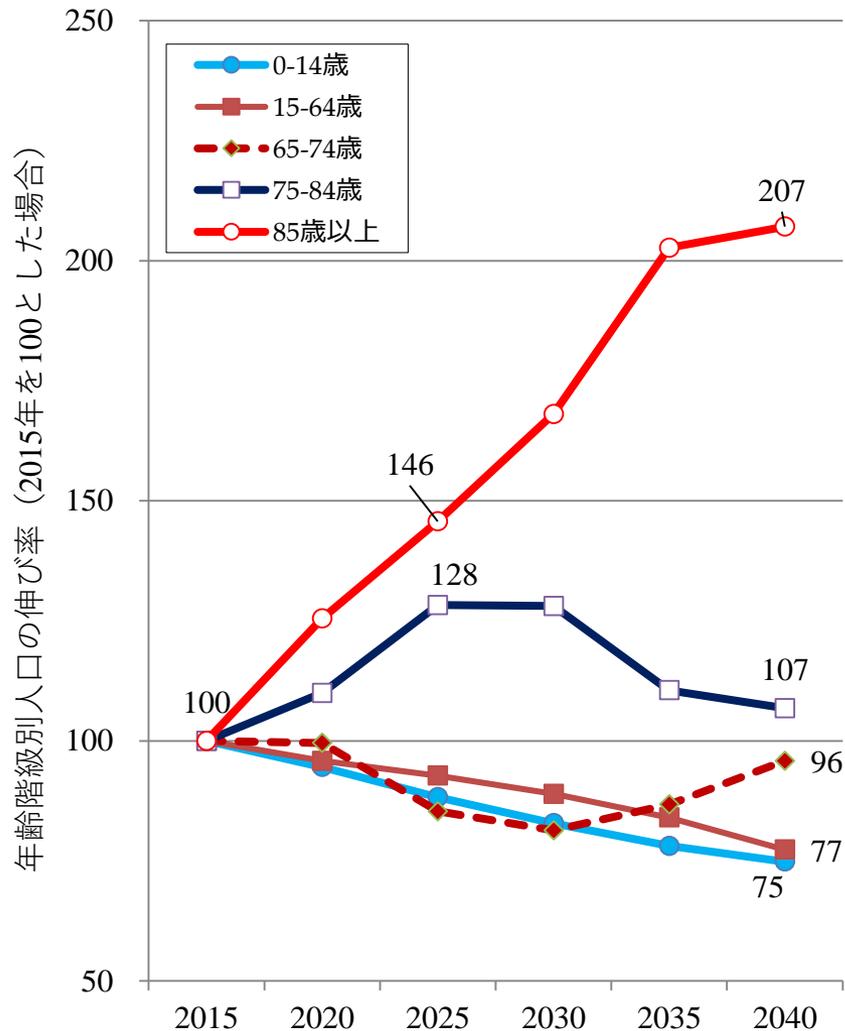
# 人口構造の変化

# 人口構造の変化（全国）

## 年齢階級別人口の推移

	2015		2040	
	(万人)	(%)	(万人)	(%)
総数	12,709	100.0	11,092	100.0
0-14歳	1,595	12.5	1,194	10.8
15-64歳	7,728	60.8	5,978	53.9
65-74歳	1,755	13.8	1,681	15.2
75-84歳	1,138	9.0	1,216	11.0
85歳以上	494	3.9	1,024	9.2

## 年齢階級別人口の伸び率の推移

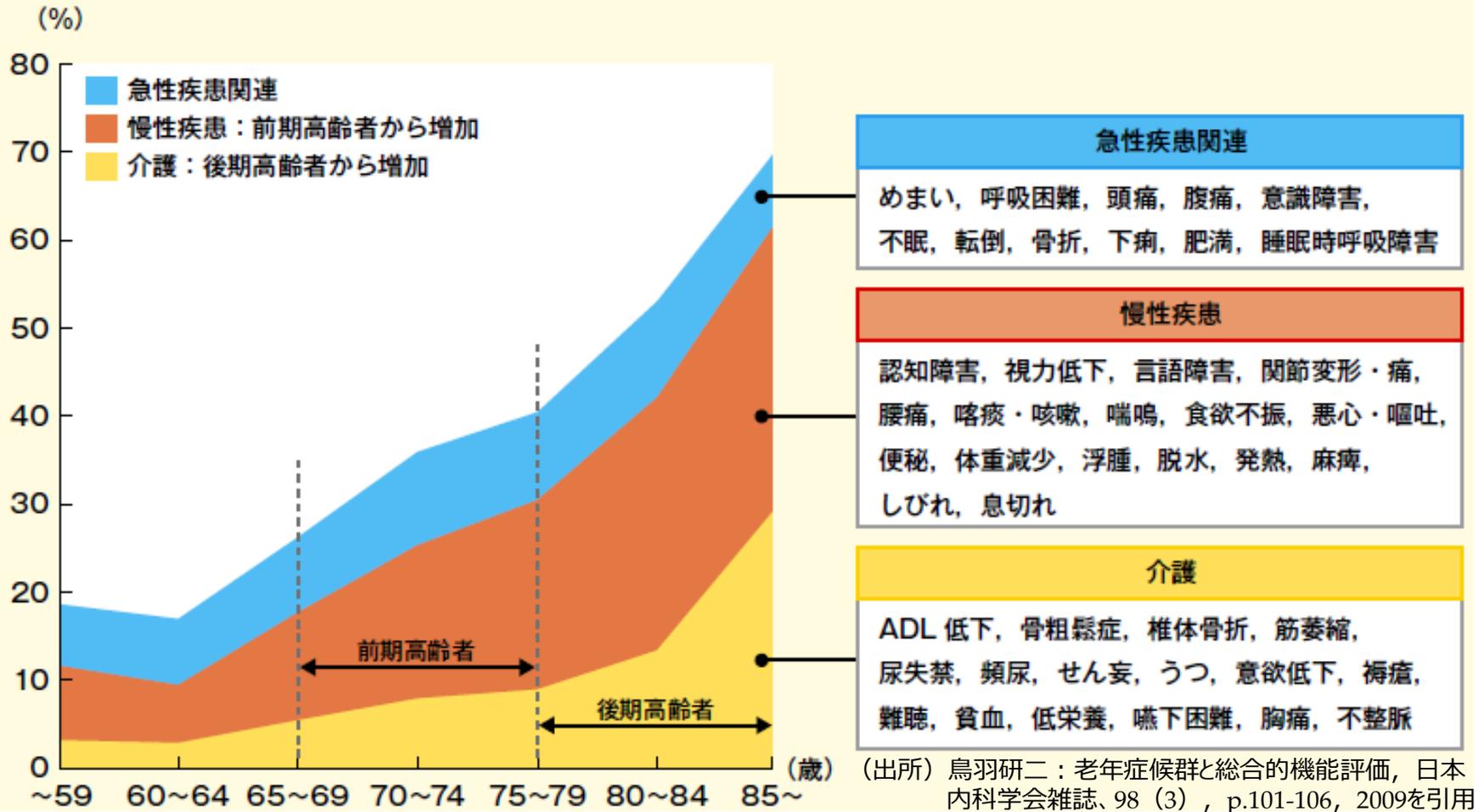


(出典) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成29年推計）より作成

# 人口構造の変化と 医療・介護連携強化の関係性

# 人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響①

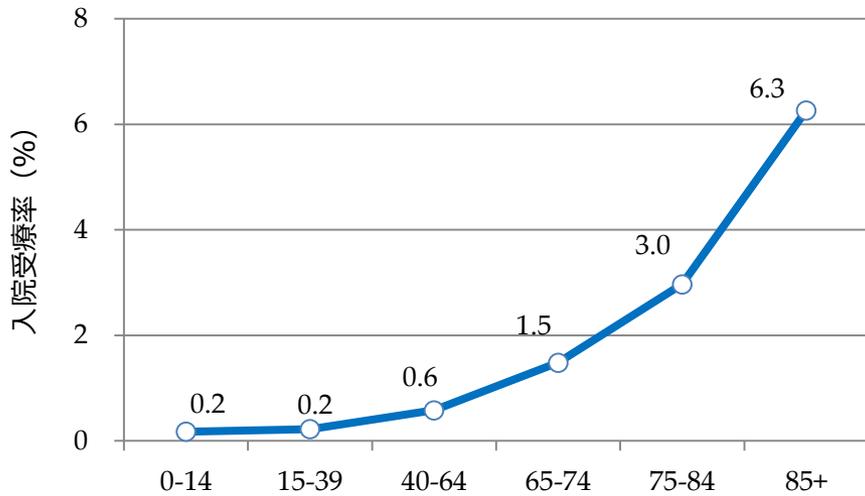
(医療と介護の両方のニーズを有する高齢者の増加)



利用者の全身状態（生活機能、健康状態）と「個人・環境因子」を総合的に捉えた上で、「本人の生活課題」の解決に向け、多職種チームでアプローチしていくことが専門職には求められる。

# 人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響② (入院)

## 年齢階級別にみた入院受療率



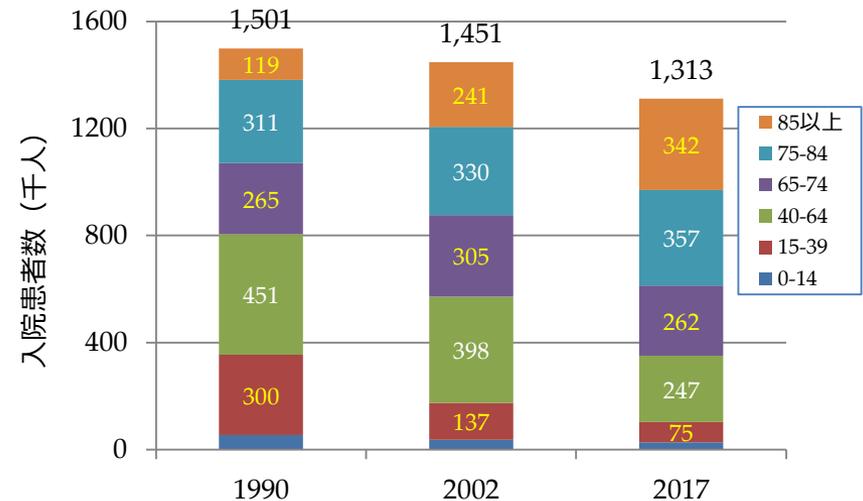
出所) 厚生労働省「2017年患者調査」

## 入院の現状と超高齢化の影響

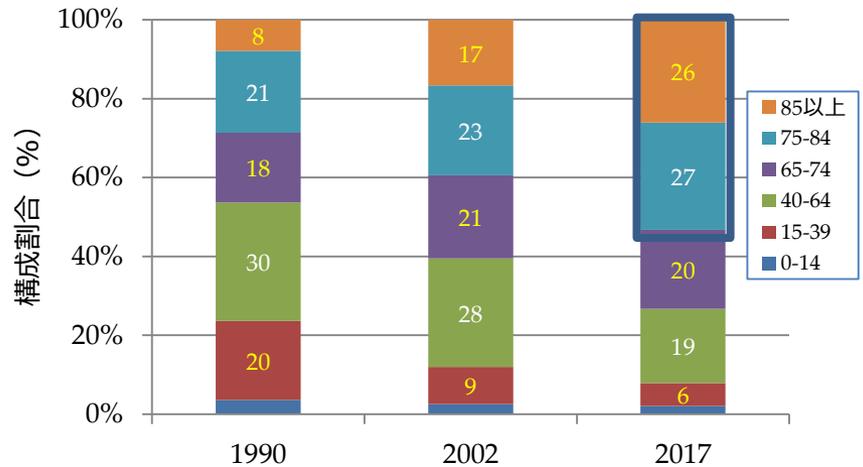
- ✓ 病院病床数は1993年の168万床をピークに減少し、2017年現在155万床となっている。
- ✓ 病床数の減少に伴い、入院患者数（調査日）も1990年の150万人から2017年現在131万人に減少している。
- ✓ 入院受療率をみると、75-84歳の3.0%に対し、85歳以上は6.3%と、2倍以上入院しやすい状況にある。
- ✓ 高齢化の進展により、入院患者に占める85歳以上の割合は、1990年の8%から2017年の26%に急増している。

## 年齢階級別にみた入院患者数及び構成割合

### a) 年齢階級別入院患者数



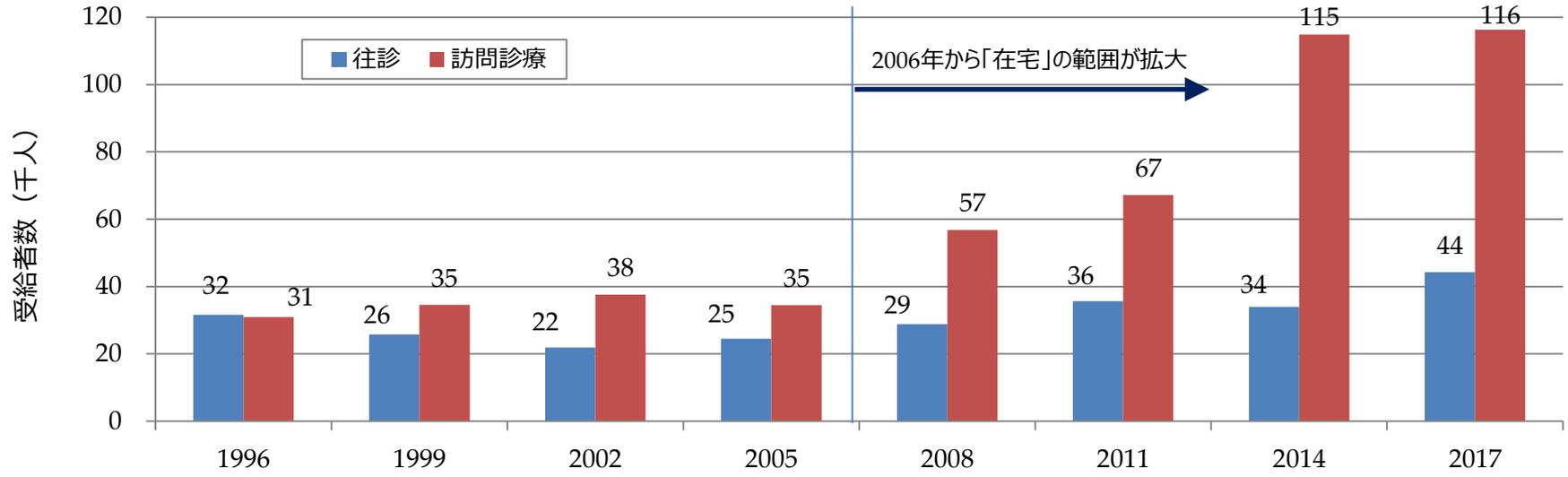
### b) 年齢階級別構成割合



出所) 厚生労働省「患者調査」

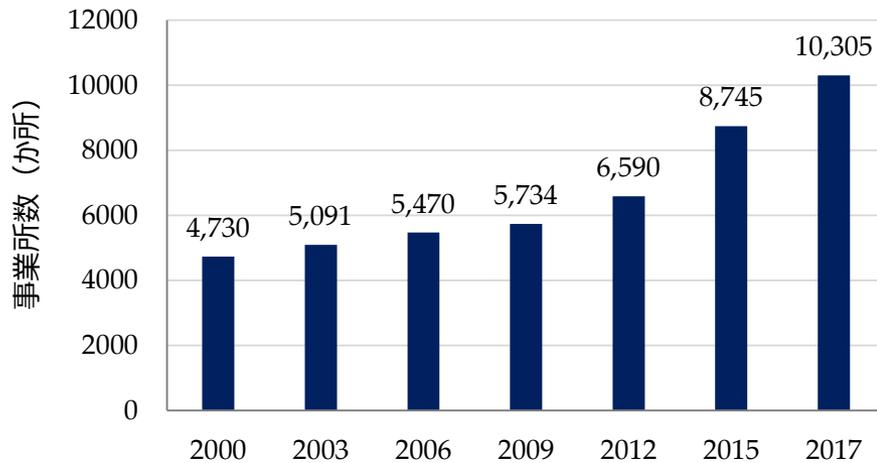
# 人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響③ (在宅医療)

訪問診療／往診患者数の推移



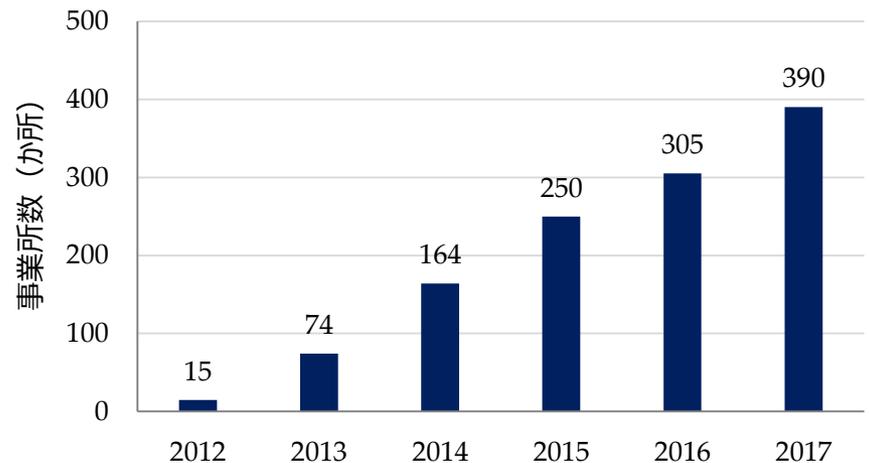
出所) 厚生労働省：患者調査

訪問看護ステーション事業所数の推移



出所) 厚生労働省：介護サービス施設・事業所調査

看護小規模多機能事業所数の推移



# 人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響④

## (死亡者数の急増と看取り体制の強化)

### 死亡場所別死亡者数の推移

a) 場所別死亡者数 (万人)

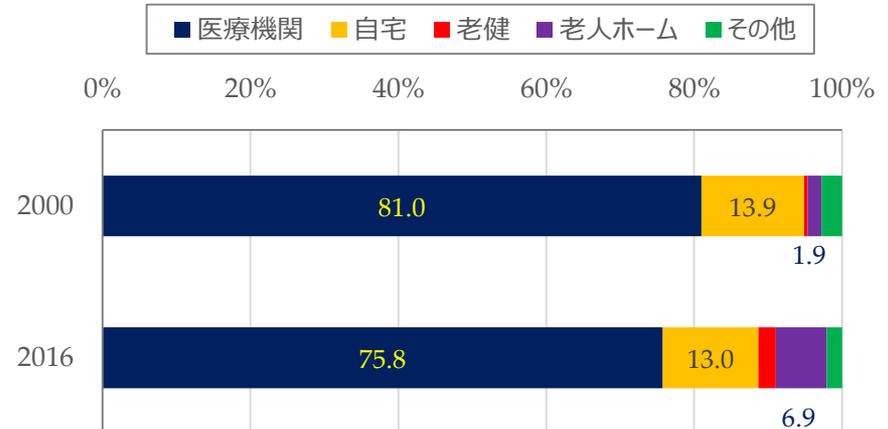
	2000	2004	2008	2012	2016
総数	96.2	102.9	114.2	125.6	130.8
医療機関	77.9	84.6	92.7	98.8	99.1
自宅	13.4	12.7	14.5	16.1	16.9
老健	0.5	0.6	1.1	2.2	3.1
老人ホーム	1.8	2.1	3.3	5.8	9.0
その他	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7

b) 場所別死亡者数の伸び率 (2000年を100とした場合)

	2000	2004	2008	2012	2016
総数	100.0	107.0	118.8	130.6	136.0
医療機関	100.0	108.7	119.0	126.9	127.2
自宅	100.0	95.4	108.4	120.7	126.9
老健	100.0	134.7	226.7	447.2	637.5
老人ホーム	100.0	119.7	186.0	327.2	505.8
その他	100.0	101.3	100.0	101.6	100.4

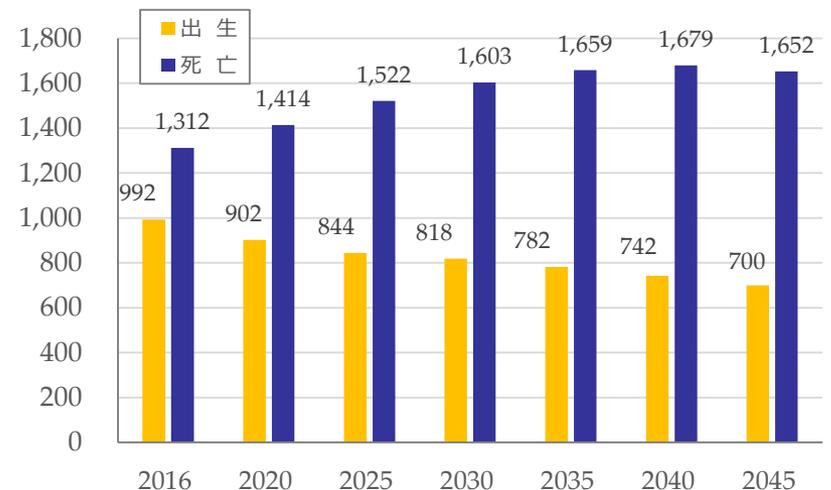
出所) 厚生労働省「平成29年人口動態調査」

### 死亡場所別死亡者構成割合



出所) 厚生労働省「平成29年人口動態調査」

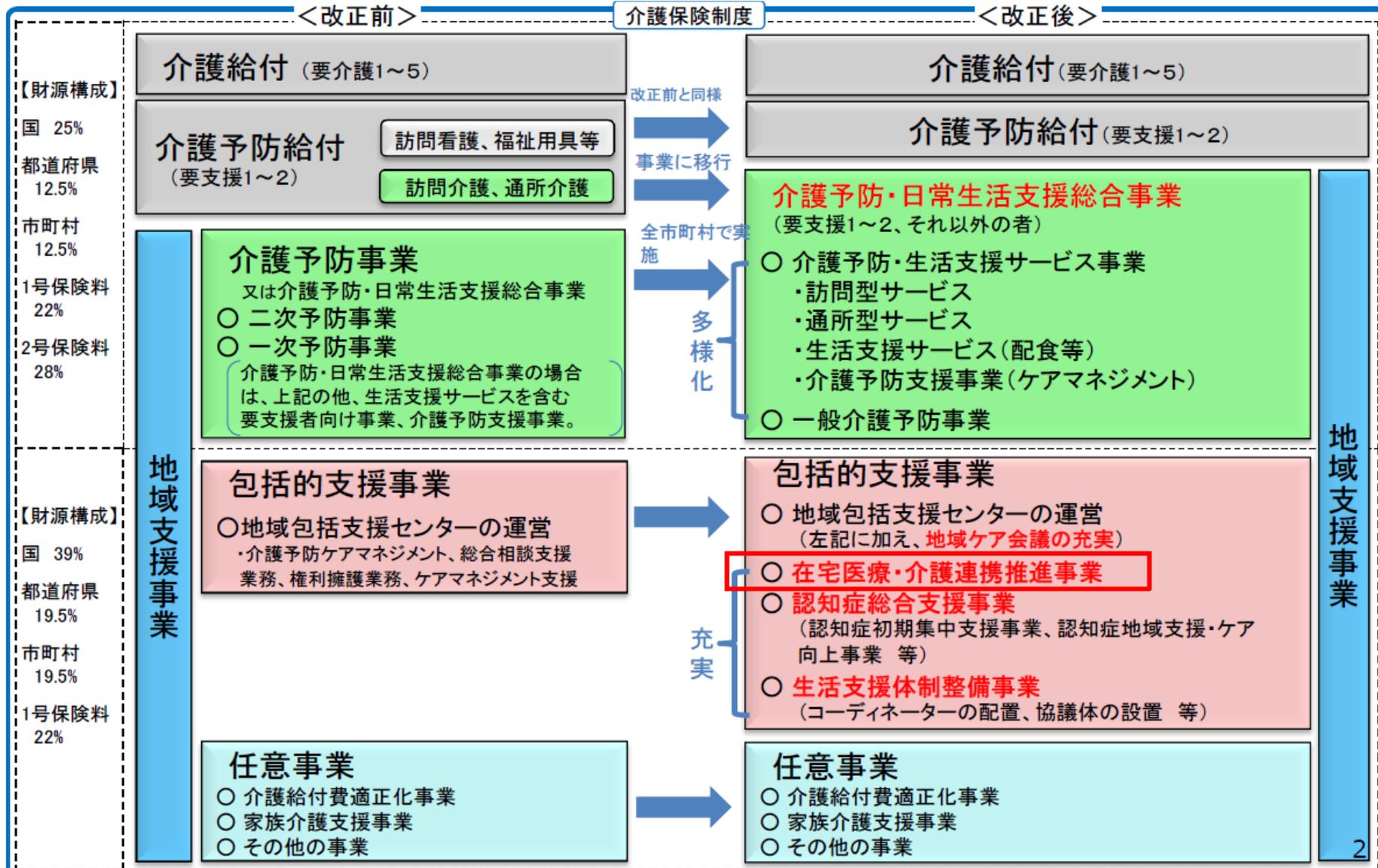
### 出生数・死亡数の将来推計 (単位: 千人)



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)

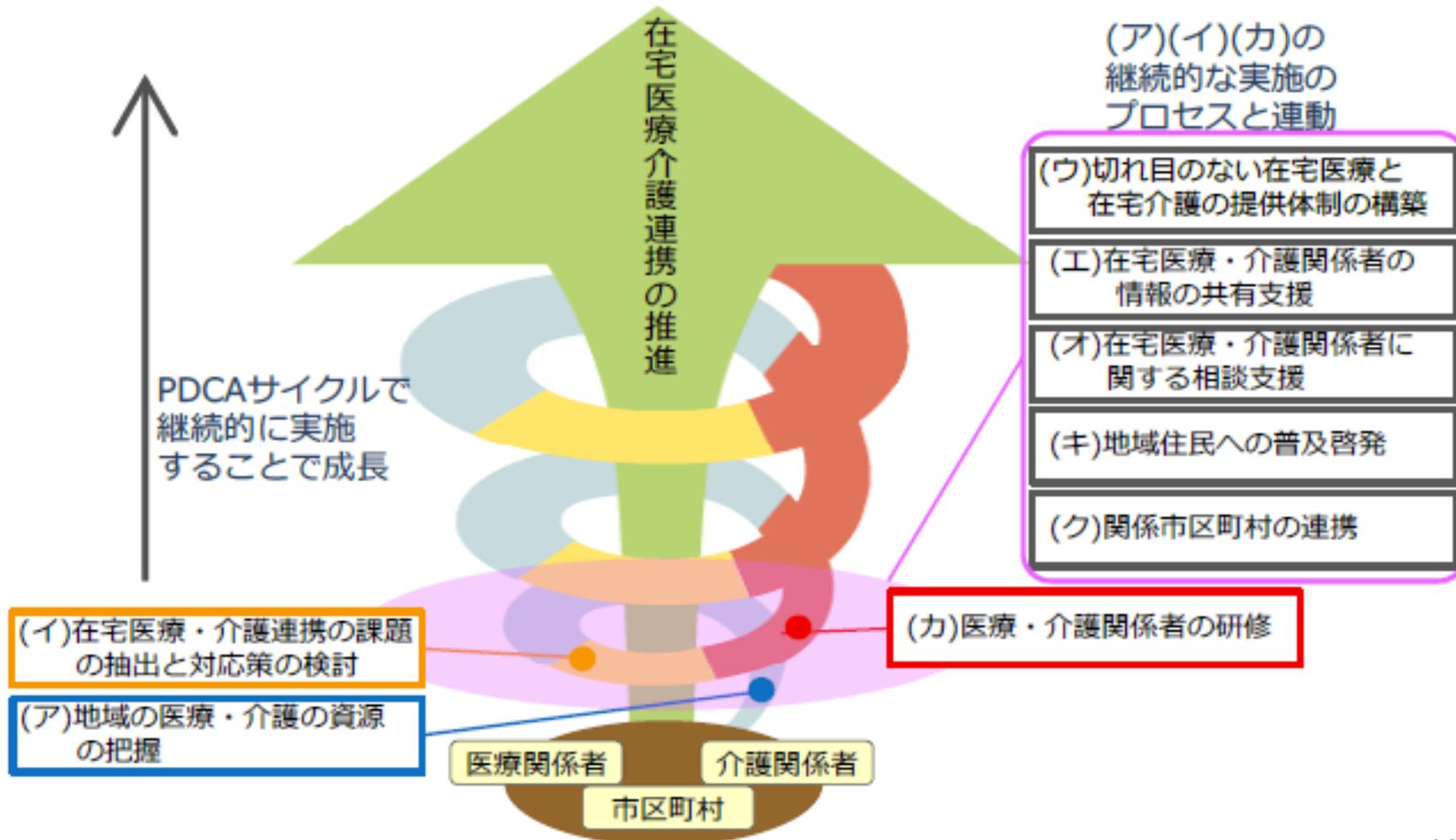
**2. 在宅医療・介護連携推進事業に  
求められていることとは何か  
－ 4 場面別にみた連携の強化－**

# 地域支援事業における在宅医療・介護連携事業の位置づけ



# 在宅医療・介護連携推進事業の進め方のイメージ

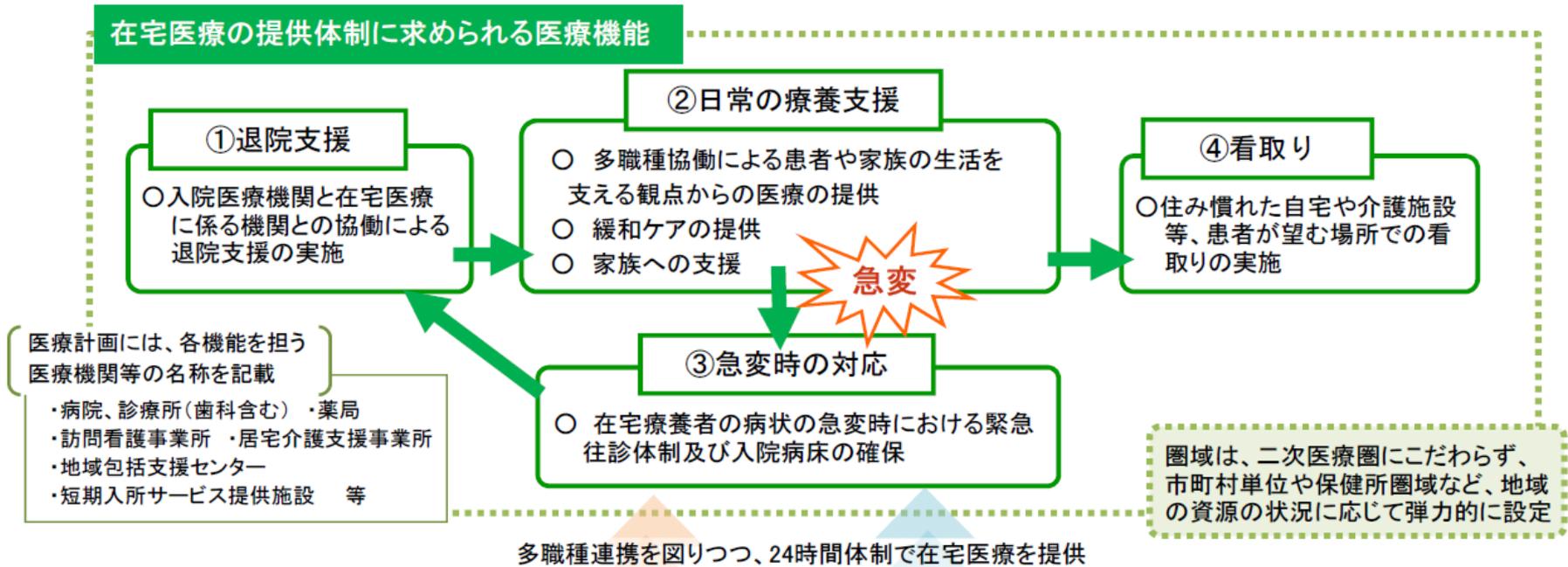
- ・事業の取組順序としては、まずは「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」により地域の実態を把握し、「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出や対応策の検討」で地域の医療・介護関係者と実態の共有、課題の抽出、対応策の検討を実施し、(ウ) から (ク) の事業項目を活用して実施することが効果的な事業の進め方として考えられる。



# 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



別表11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

	退院支援		日常の療養支援		急変時の対応		看取り	
ストラクチャー		退院支援担当者を配置している 診療所・病院数	●	訪問診療を実施している 診療所・病院数	●	往診を実施している診療所・病院数	●	在宅看取り(ターミナルケア)を 実施している診療所・病院数
	●	退院支援を実施している 診療所・病院数		在宅療養支援診療所・病院数、医師数				
		介護支援連携指導を実施している 診療所・病院数	●	訪問看護事業所数、従事者数		在宅療養後方支援病院		ターミナルケアを実施している 訪問看護ステーション数
		退院時共同指導を実施している 診療所・病院数		小児の訪問看護を実施している 訪問看護事業所数	●	24時間体制を取っている 訪問看護ステーション数、従事者数		
		退院後訪問指導を実施している 診療所・病院数		歯科訪問診療を実施している 診療所・病院数				
				在宅療養支援歯科診療所数				
			訪問薬剤指導を実施する 薬局・診療所・病院数					
プロセス		退院支援(退院調整)を受けた患者数	●	訪問診療を受けた患者数		往診を受けた患者数	●	在宅ターミナルケアを受けた患者数
		介護支援連携指導を受けた患者数		訪問歯科診療を受けた患者数			●	看取り数 (死亡診断のみの場合を含む)
		退院時共同指導を受けた患者数	●	訪問看護利用者数				在宅死亡者数
		退院後訪問指導料を受けた患者数		訪問薬剤管理指導を受けた者の数				
				小児の訪問看護利用者数				
アウトカム								

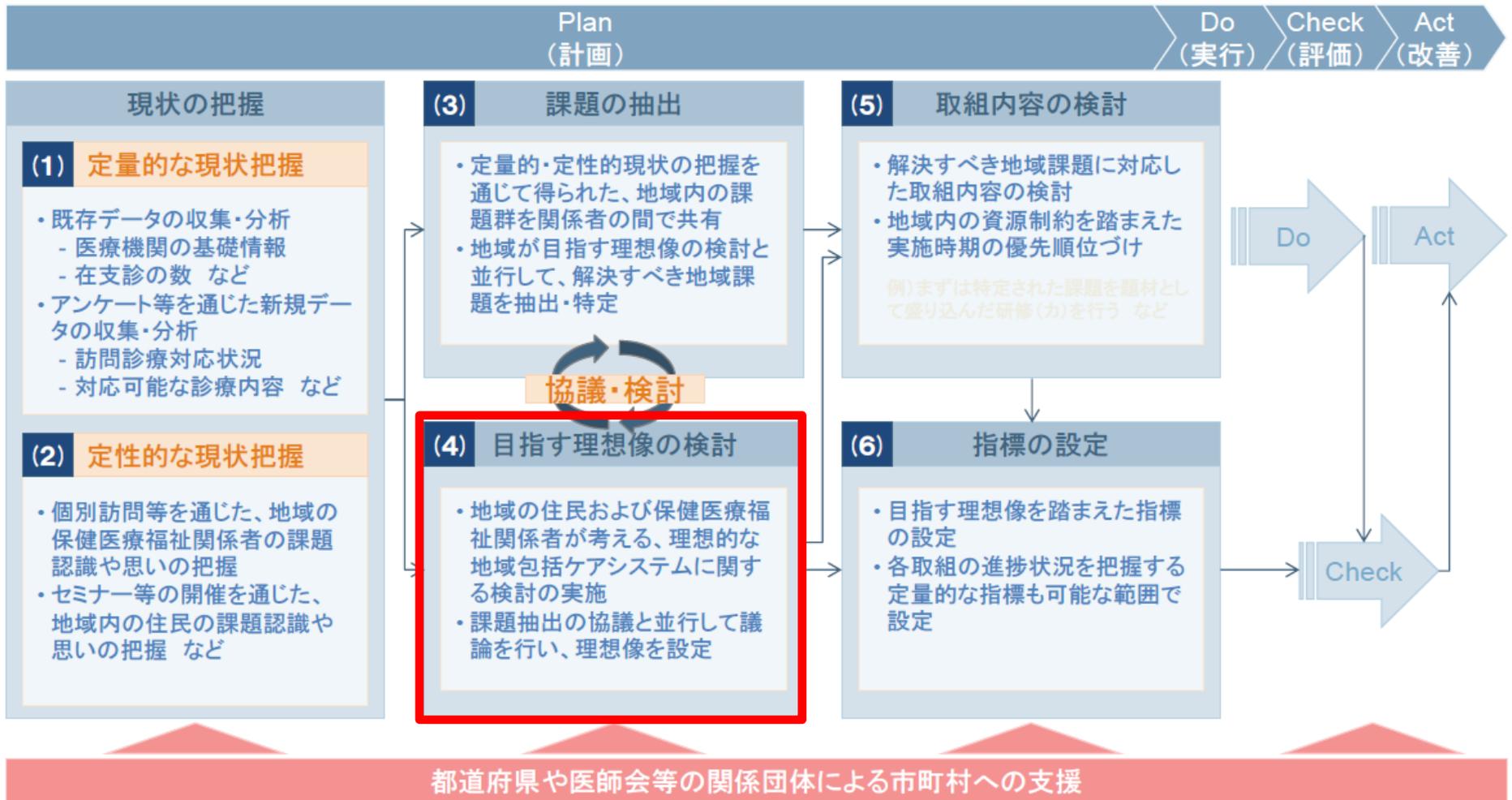
平成28年度厚生労働科学研究「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」研究報告書より引用

14

出典：平成29年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知(医政地発0331第3号)「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」別表11

# 在宅医療・介護連携推進事業における計画立案のプロセス案

- 計画立案のプロセスについては、「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」と「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」を活用して、地域の医療・介護関係者と連携しながら実施することが望ましい。



### 3. 4場面別にみた連携に期待されていることとは何か —退院時連携を例に—

# 退院支援加算の創設（2016年診療報酬改定）

## 退院支援に関する評価の充実①

- 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

### (新) 退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

### (改) 退院支援加算2

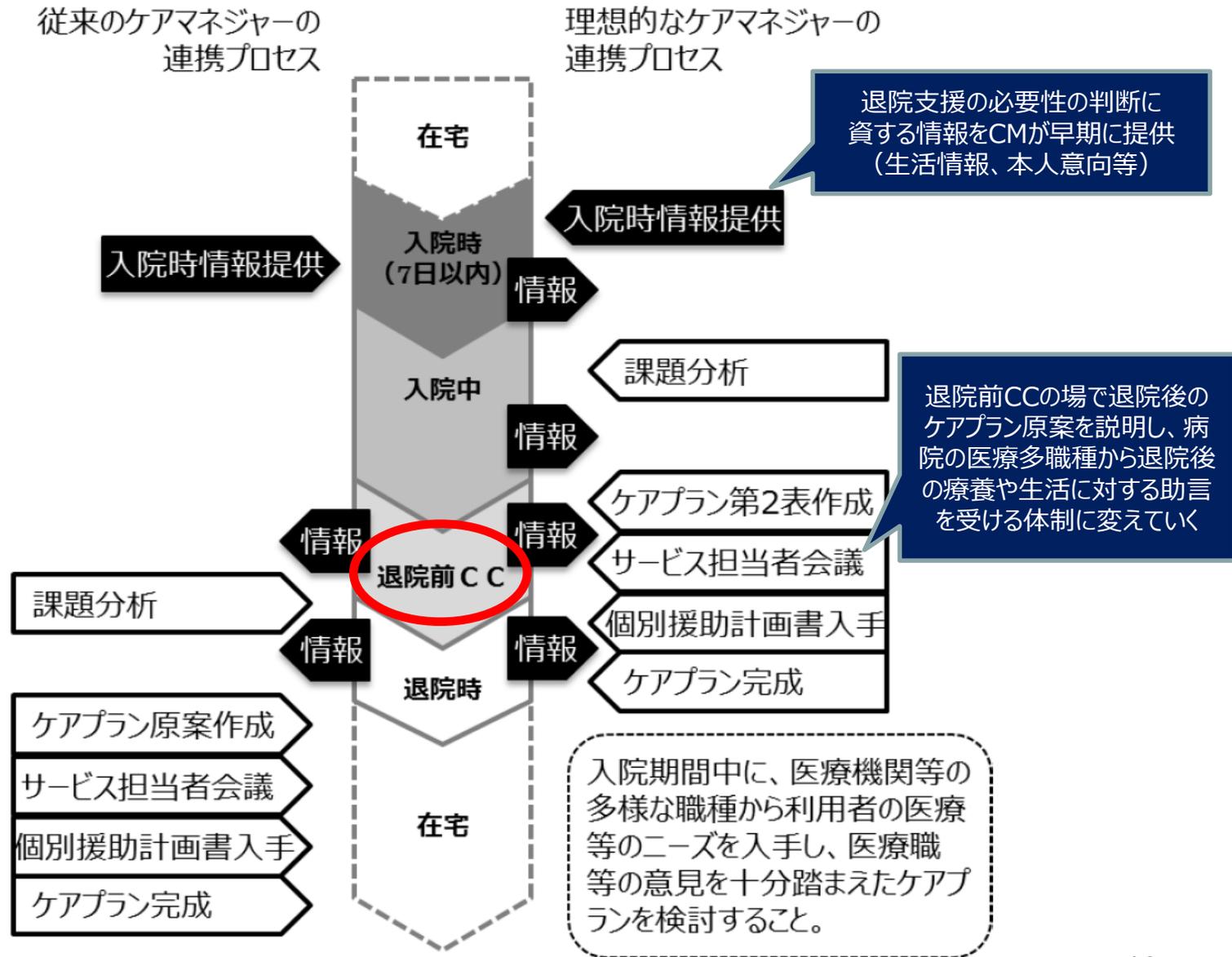
イ 一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635点



### [算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名（看護師又は社会福祉士）	専従1名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置（2病棟に1名以上）</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等（20か所以上）の職員と定期的な面会を実施（3回/年以上）</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	—

# 病院とケアマネジャーの連携プロセスの見直し（2016年老健事業）



# 医療・介護連携の強化（2018年介護報酬改定）

## 論点 1

- 医療機関へ入院した人の退院後の円滑な在宅生活への移行を促進するため、入退院時における医療・介護連携をさらに強化するための対応を行ってはどうか。
- 加えて、入退院時に限らず、平時からの医療機関との連携の促進を図るための対応を行ってはどうか。

## 対応案

- 入院時における医療機関との連携を促進する観点から、
  - ・ 利用者やその家族に対して、利用者が入院した場合に担当ケアマネジャーの氏名や連絡先等の情報を入院医療機関の職員等に提供しよう協力を依頼することについて、運営基準で明確化してはどうか
  - ・ 入院時情報連携加算について、現行の入院後7日以内の情報提供に加えて、入院後3日以内に利用者の情報を医療機関に提供した場合を新たに評価するとともに、情報提供の方法（訪問又は訪問以外）による差は設けないこととしてはどうか。また、より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示してはどうか。

出所）第152回介護給付費分科会：資料1「居宅介護支援の報酬・基準について（案）」、H29.11.22より引用

## 医療・介護連携の強化（2018年介護報酬改定）

### 対応案（続き）

○ 退院・退所後の円滑な在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算の評価を充実させてはどうか。具体的には、以下の仕組みとしてはどうか。

- ・ 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価
- ・ 医療機関等との連携回数に応じた評価
- ・ 加えて、医療機関におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価

また、退院時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄（医療処置、看護・リハビリの視点等）を充実させることによって、退院・退所後の在宅生活へのより円滑な移行に資するよう、必要な見直しを行ってはどうか。

○ 平時からの医療機関との連携の促進を図る観点から、

- ・ 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを、運営基準で明確化してはどうか。

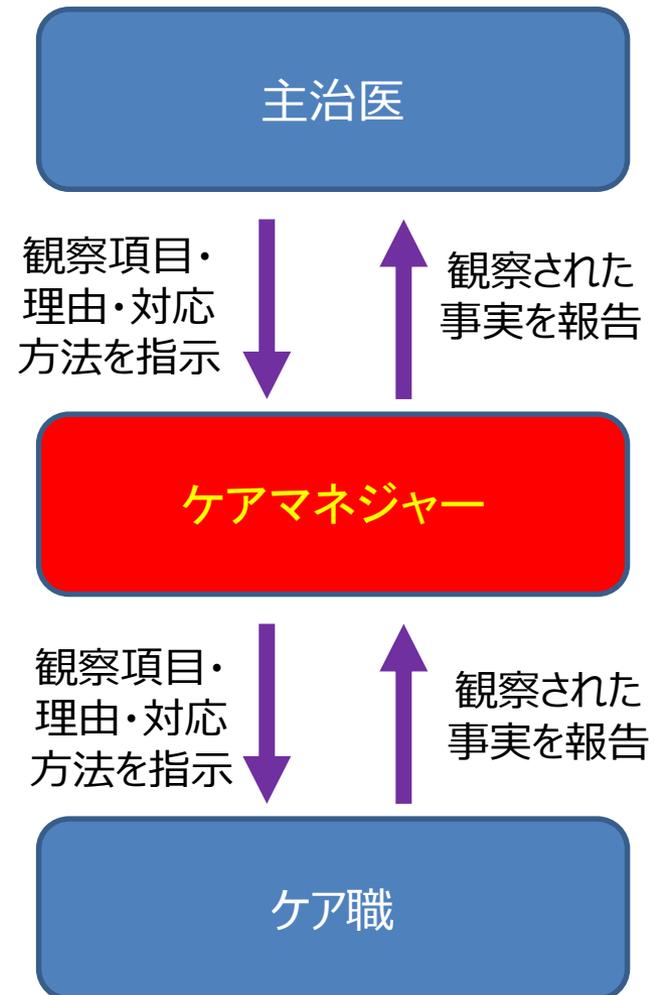
- ・ 主治の医師等が適切な判断を行えるよう、訪問介護事業所等から伝達を受けた口腔に関する問題や薬剤状況等の利用者の状態や、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを運営基準で明確化することで、主治の医師等がケアプランに医療サービスを位置付ける必要性等を判断できるようにしてはどうか。

# ケアマネジメントに求められる通訳機能

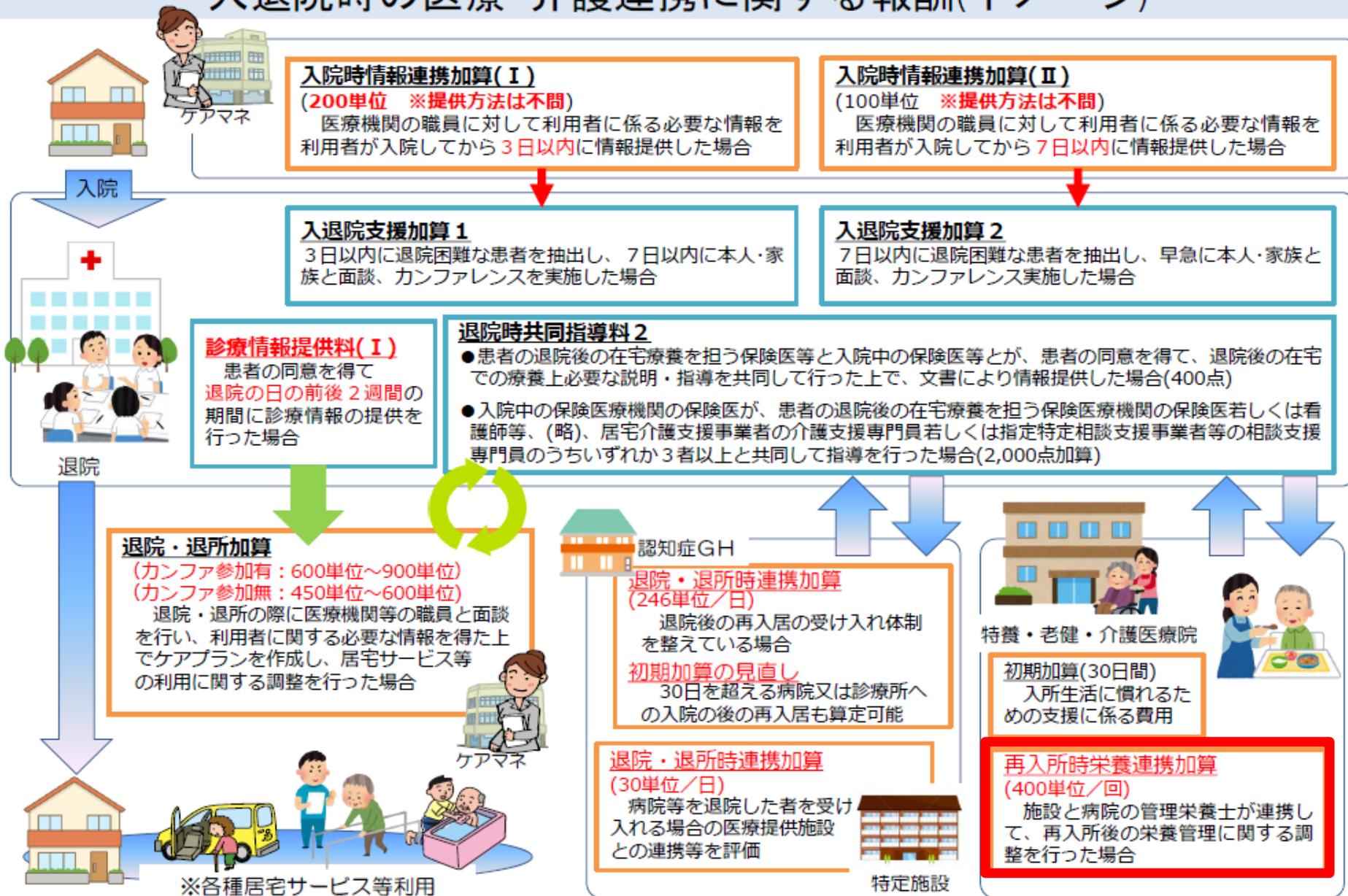
(主治医の指示の内容と意図を理解し、翻訳した上で、ケア職に伝える機能)

## 通訳機能とは

- 第152回介護給付費分科会(2017.11.22)では、**平時からの医療との連携強化**の観点から、「**主治の医師等が適切な判断を行える**よう、訪問介護事業所等から**伝達を受けた利用者の状態**（口腔に関する問題や服薬状況等）や、モニタリングの際にケアマネジャー自身が**把握した利用者の状態**等について、ケアマネジャーから主治の医師等に必要な**情報伝達**を行うことを運営基準で明確化することで、主治の医師等がケアプランに医療サービスを位置付ける必要性等を判断できるようにしてはどうか」との提案が行われ、今回の見直しに反映された。
- 主治医とケア職の中間に位置するケアマネジャーには、適切な情報収集に対するケア職への指示と、客観的事実の主治医への報告機能が求められる。
- ただ、伝達には、①**報告レベル**（主治医からの指示をそのままケア職に伝える、ケア職から聞いたことをそのまま主治医に伝える）、②**通訳レベル**（**指示された内容とその意図を理解し、ケア職がその意味を理解し、意識をもって観察していくといった行動に移せるように翻訳して伝える**）がある。マネジメントの専門家であれば、本来、通訳レベルが期待されることになる。



# 入退院時の医療・介護連携に関する報酬(イメージ)



## 4. 事業マネジメントの基本と理想的な進め方

# 事業マネジメントの基本とは

# マネジメントとは

## 【マネジメントとは】

- ピーター・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。

## 例：ケアマネジメントの目的とケアマネジャーの役割

### 【ケアマネジメントの目的】

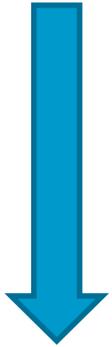
- 本人が望む自分らしい生活が送れるよう（＝成果）、本人の生活機能の維持・向上を出来るだけ支援すること。  
→このことが、結果として、要介護度の維持・向上にも貢献する。  
（※重症化予防も、医療費削減自体が目的ではなく、重症化を予防することにより結果として医療費が下がることを期待しているもの）

### 【ケアマネジャーとは】

- 本人が望む自分らしい生活とは何か」を情報収集した上で、①現状とのギャップの評価（課題の抽出）、②解決すべき課題の絞り込み、③それら課題を生じさせている原因の追求（課題分析）、④多職種による課題改善／解決策の検討と実践を通じて、課題を実際に改善・解決できる人のこと

# 目的・目標・手段の関係性

**【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) 認知症施策の目的**

→たとえば認知症になっても、その人らしい暮らしを安全かつ安心して送ることができる地域を作ること

**【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、より具体的ななもの。  
(抽象的な目標では、目標が達成できたかどうか判断ができない)



**【手段】** 目標を達成するための方法のこと。  
(例：サポーターを養成する、サロンを作る、…)  
⇒誰のために、何を目指してサロンを作るのか？  
目的を意識しないと、「サロンを作ること」自体が目的となりやすい (手段の目的化)。

# 「達成したいことは何か」を常に意識することが重要！

## － 間違っただ目標設定が引き起こす問題の例 －

### 介護予防事業が目指すこととその手段

- 地域住民が、元気な状態を保ちながら、住み慣れた地域のなかで自分らしく暮らし続けることができるようにしたい（＝これが本来達成したいこと）。これを達成するために「通いの場を増やす」（＝これは手段）。



### 担当者が意識する目標

- 通いの場を10か所増やす（これは手段に対する目標。目的に対する目標は？）



### 間違っただ目標設定の問題点とは

- これが目標の場合、担当者の関心は「**年内に10か所増えたかどうか**」になる。もし、年内に10か所増えたら、目標は達成したことになる。
  - ただ、10か所増えたからといって、「地域住民が、元気な状態を保ちながら、住み慣れた地域のなかで自分らしく暮らし続けることができるようにする」といった目的（本来達成したかったこと）が達成できたとは限らない。
- ⇒**モニタリングにて、①目標は達成されたか、②目的は達成されたかを確認することが重要（事業実施により、誰にどんな効果や成果がもたらされることを期待したか？）**

## 事業マネジメントの理想的な進め方とは

# 事業マネジメントの理想的な展開方法とは

図1. 事業マネジメントの進め方

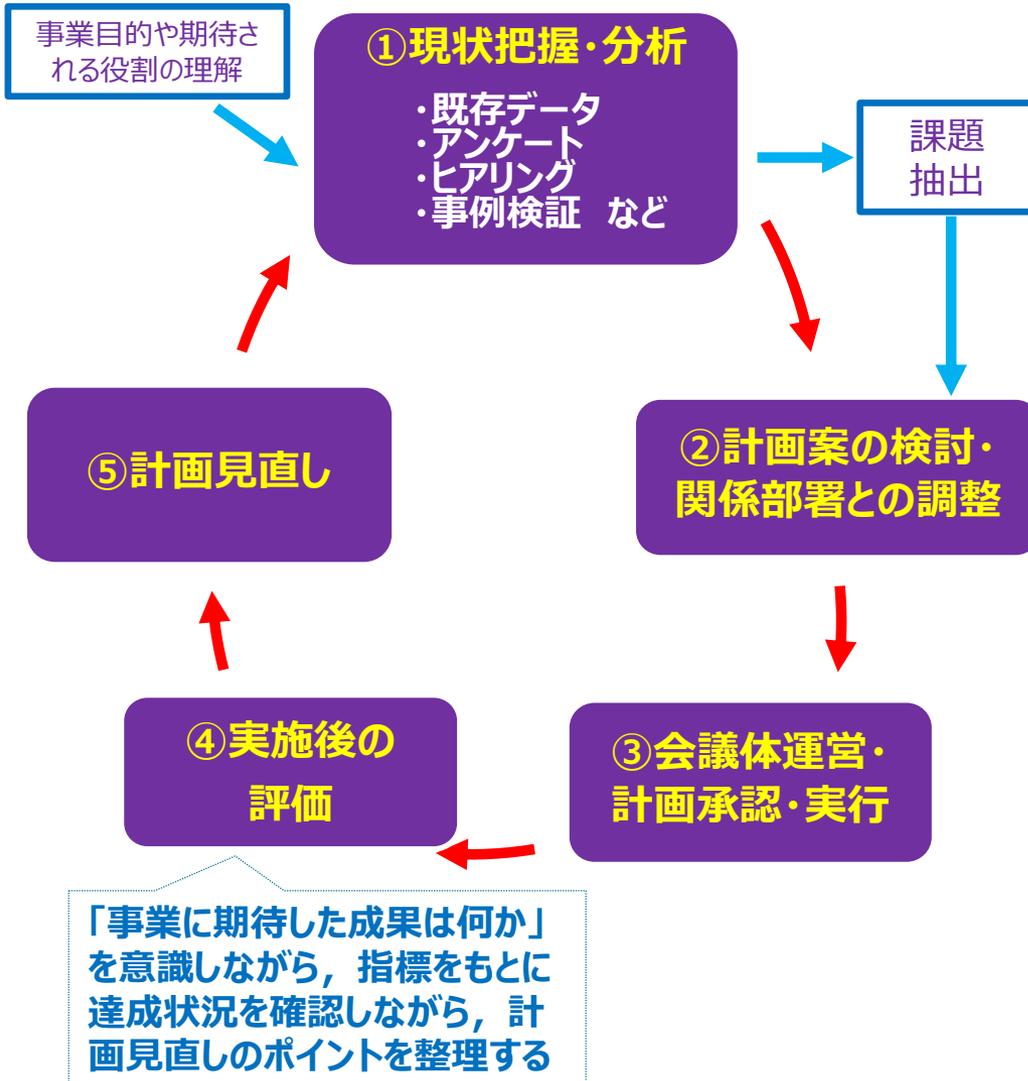
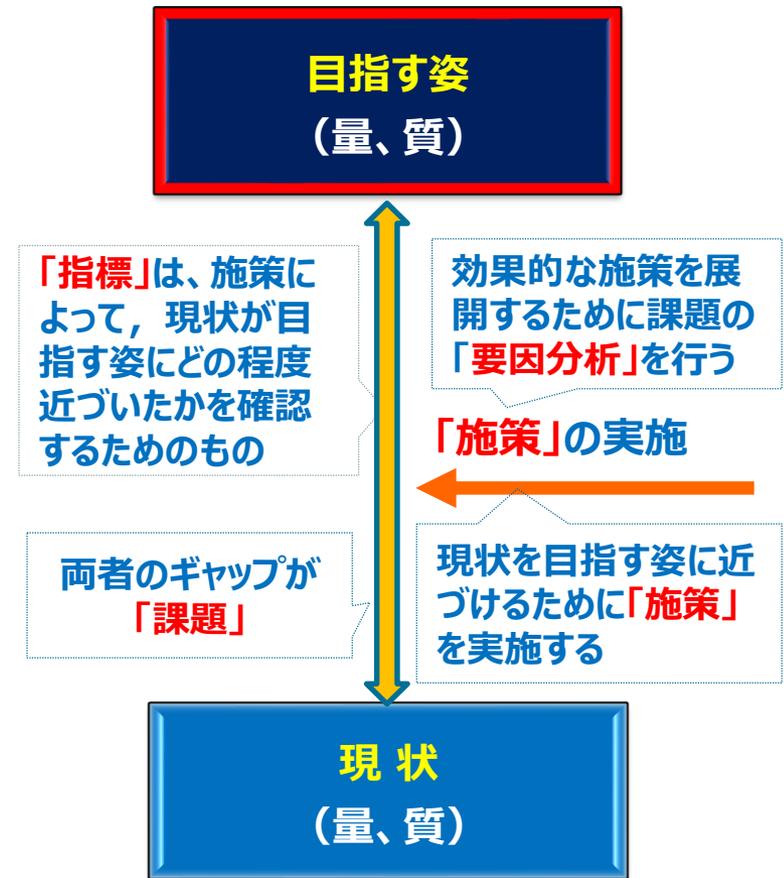
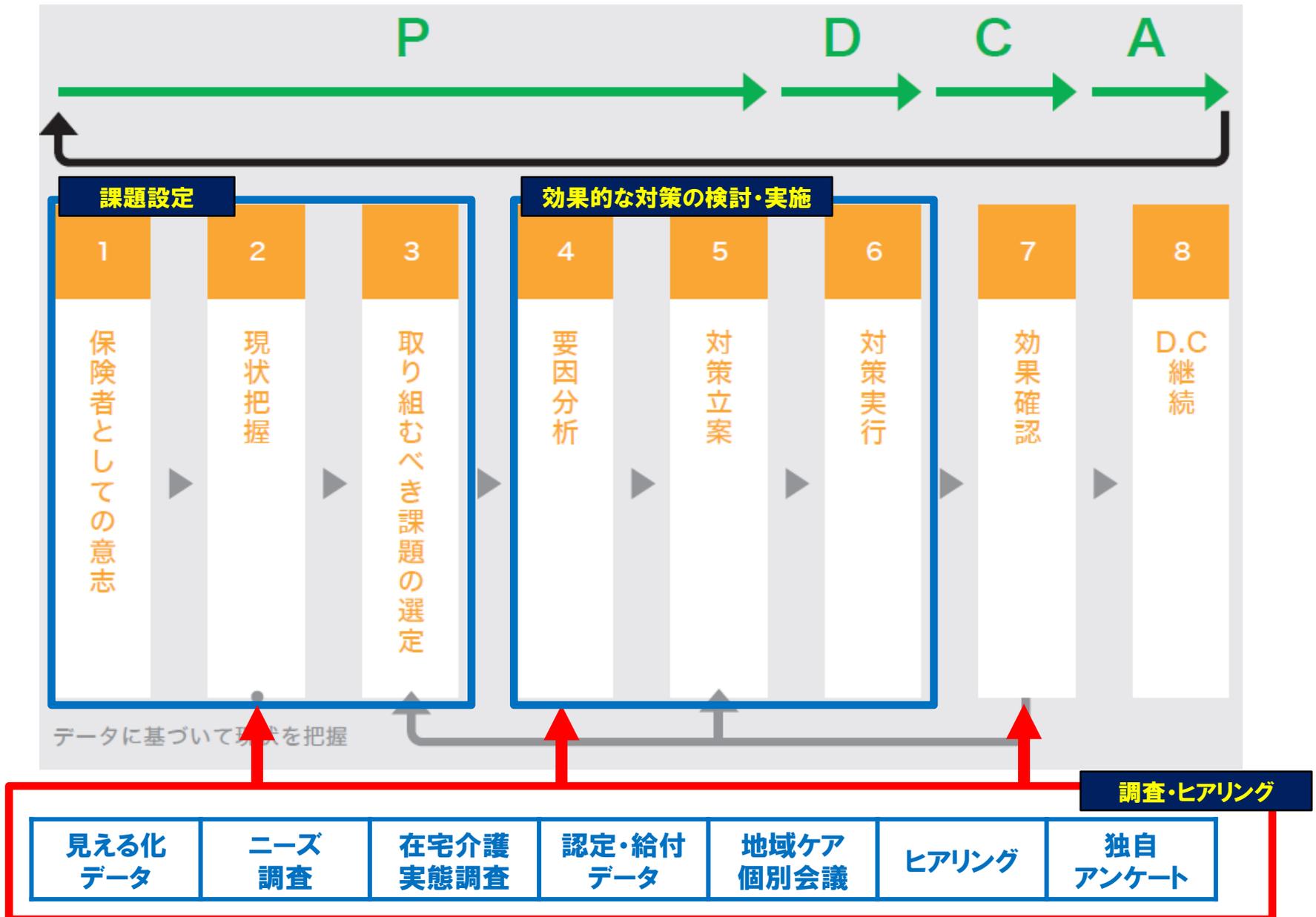


図2. 課題と施策と指標の関係性



# PDCAサイクルとは



## Step2 : 現状把握

### 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



# Step4 : 要因分析 / Step5 : 対策立案

## ポイント

- 要因分析は、具体的かつ効果的な施策・事業を展開するために行うもの。そのためには課題をより具体化することが必要です！
- 具体化された課題に対し、課題が生じた要因をロジックツリーなども参考に検討し、根本的な課題は何かを考えましょう！ その結果、対策もより具体化できます！

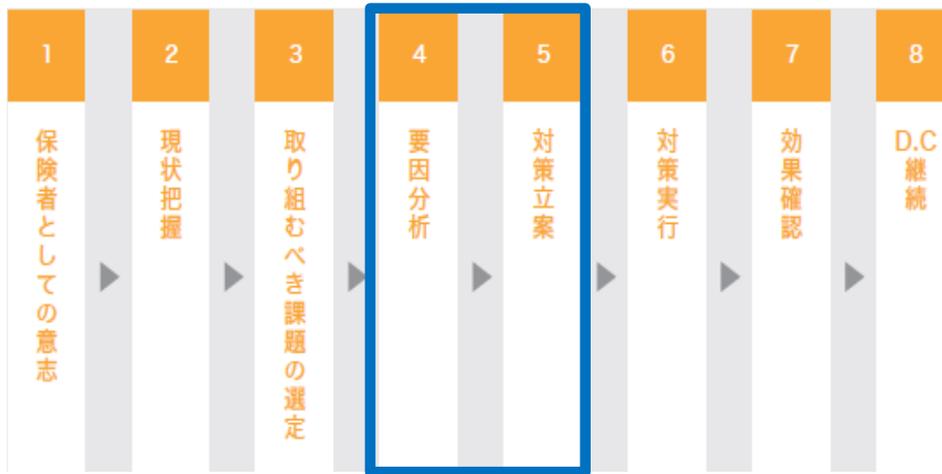


図2.ロジックツリーとは

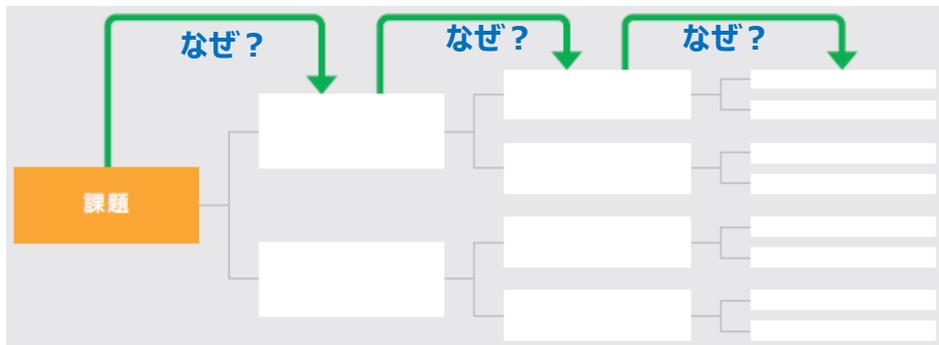
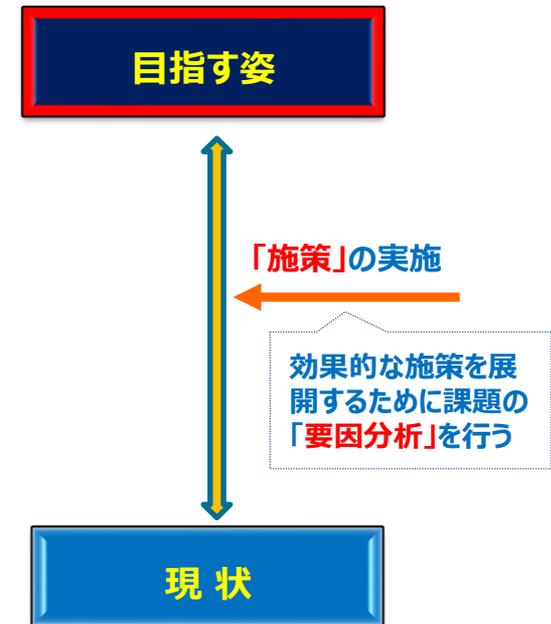


図1.「課題」「施策」と「要因分析」の関係

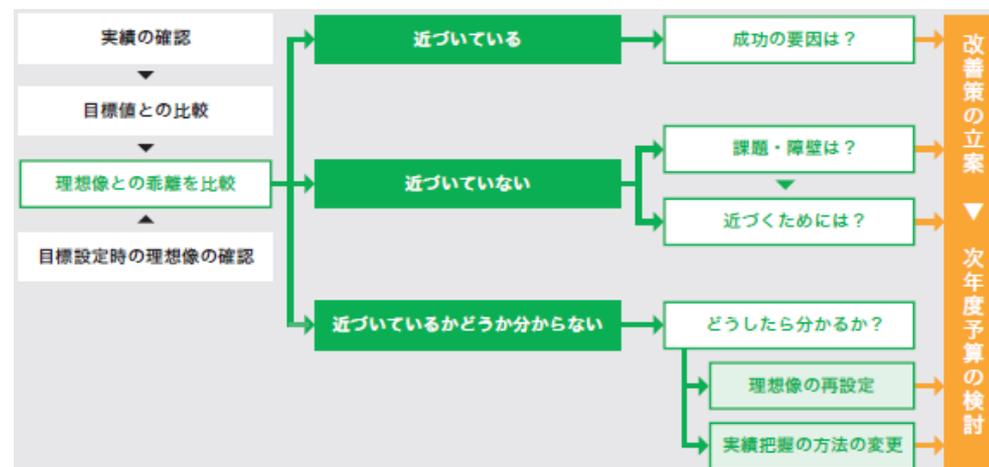


# Step7 : 効果確認

## ポイント

- まずは施策や事業に対して「何を期待したか」「目標をどう設定したか」を確認・整理しましょう！
- その上で、期待した事・目標と現状を比較し、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）を確認しましょう！
- 効果確認は、「現在の施策や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。効果確認自体が目的ではありません！

図.効果確認の手順



## 計画策定の現状とは

# 現行の計画遂行上の問題点とは

## 【施策】

## 【事業】

### 【基本目標】

住み慣れた地域で暮らし続けられるまち

#### 施策3 地域包括ケアシステムの深化・推進

- ①地域包括ケアシステムの推進体制の充実
- ②地域包括支援センターの機能強化
- ③介護予防・日常生活支援総合事業の推進
- ④生活支援体制整備事業の推進
- ⑤認知症施策の推進
- ⑥在宅医療・介護連携の推進
- ⑦地域ケア会議の充実
- ⑧高齢者の住居安定に係る施策との連携

#### 施策4 高齢者にやさしいまちづくり

- ①支え合いの仕組みづくり
- ②権利擁護
- ③相談体制の充実
- ④外出環境の整備
- ⑤災害等安全対策の推進

#### 【在宅医療・介護連携推進事業】

- ① 医療・介護サービス資源の把握
- ② 連携課題の抽出と対応の協議
- ③ 切れ目ない在宅医療と介護提供体制の構築
- ④ 専門職間の情報共有支援
- ⑤ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- ⑥ 在宅医療・介護関係者への研修
- ⑦ 地域住民への普及啓発
- ⑧ 関係市町との連携

### 問題点

- ・ 抽象的な「目標」に対し、目標や課題の具体化、課題が生じている要因分析が行われないまま、施策や事業が設定されている。

# 課題解決に向けた論理展開の現状と課題（B市の場合、一部改変）

## 計画策定の現状

- B市では「在宅医療・介護連携の推進」に向けて、3テーマ（①医療と介護の連携の推進、②情報提供による連携支援、③提供体制の構築）別に対策が設定されている。また、目標の達成状況のモニタリング指標としては、①医療・介護関係者への研修会の開催回数、②市民への講演会の開催回数の2つが設定されている。



## 計画策定上の課題

### 【課題1】 目的⇒目標⇒手段という思考展開ができていない（対策：ロジカルシンキングの強化）

⇒在宅医療・介護連携の推進は「目的」ではなく「手段」である。何のために連携を図るのかといった目的、どのような連携を目指すのかといった目標を設定した上で、どのように連携を図っていくのかの手段を考える必要がある（目的⇒目標⇒手段の順に考える）。

### 【課題2】 連携の場面が設定されていない（対策：4場面別検討の指示）

⇒連携が目指す姿は、場面（①日常療養、②急変時、③入退院時、④看取り）によって異なる。これら場面別に、目的、目標、手段を検討する必要がある。

### 【課題3】 現行指標では連携が深まったかどうかを検証できない（対策：指標の例示）

⇒現在の指標は、「市が主体で行う研修会や講演会の実施状況を、目標回数と比較する形で検証する」といったもの。ただし、研修会を実施したからと言って連携が深まるとは限らないし、深まったかどうかの検証もできない。そもそも、在宅医療・介護連携は、利用者にメリットを享受する（例：不安なく退院ができる）ことを目的に行うものである。したがって、こうした目的や目標が達成できたか<sup>36</sup>（あるいは近づいたか）を確認するための指標を設定する必要がある。

## 参考) ロジックモデル (因果関係図) とは

- 原因と結果の関係を表す流れ図
- 目的とそれに向けた施策 (事業) とを一望できる
- 全体像の共有により論点が明確になり、円滑な議論ができる
- 施策の評価を行う際の基盤となる



## 5. 在宅医療・介護連携推進事業の進め方

# テーマ1：現状を把握する



## 第1段階

まずは「何を知りたいか」を考える

# 例1：65歳以上人口1人当たりの介護給付費が県平均より高い。 要因を把握し、対策を検討したい

## 【データから知りたいことは何か？】

### 1. 認定率はどうなっているのか？

- ✓ 認定率はどう推移しているのか？（65歳以上，性別年齢階級別，要介護度別）

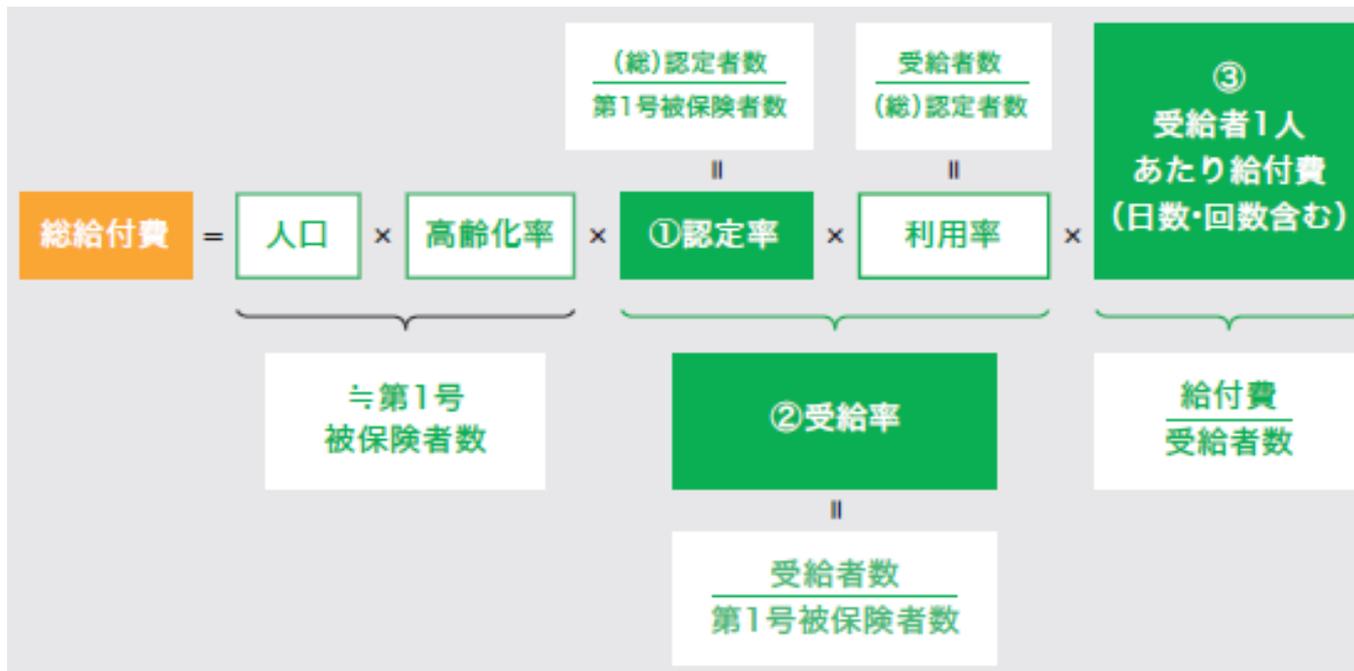
### 2. サービス受給率はどうなっているのか？

- ✓ 受給率はどう推移しているのか？（65歳以上，性別年齢階級別，要介護度別）

### 3. 受給者1人当たり給付費はどうなっているのか？

- ✓ 受給者1人当たり給付費はどう推移しているのか？（65歳以上，サービス種類別）

図.介護給付費と3つの要素との関係



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

## 例2：介護予防・重度化防止に関する実態を把握したい (※「医療・介護連携で知りたいことは何か」は本日のGWで検討)

### 【データから知りたいことは何か？】

#### 1. 新規認定者の実態はどうなっているのか？

- ✓ 新規認定者数はどう推移しているのか？
- ✓ 新規認定の理由は何か？ その理由はどう推移しているのか？
- ✓ 新規認定者の特徴は何か？（年齢、性別、家族構成、圏域…）
- ✓ どんな特性が低下すると新規認定につながるのか？ など

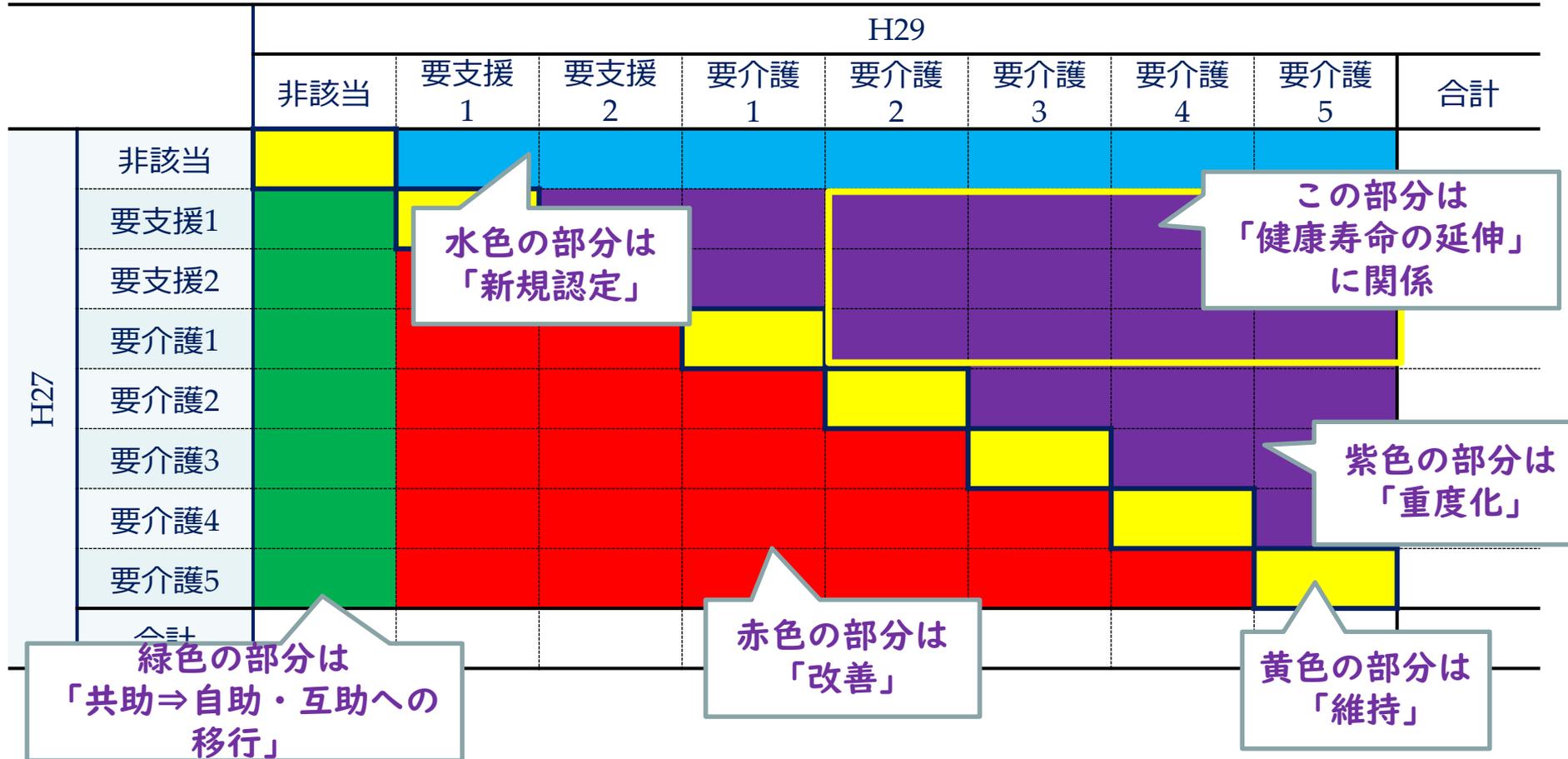
#### 2. 要支援者の重度化の実態はどうなっているのか？

- ✓ 要支援者の重度化率はどの程度か？ また、どう推移しているのか？
- ✓ 重度化した要支援者の特徴は何か？
- ✓ どんな特性が低下すると重度化につながるのか？
- ✓ 要支援状態から改善した人は何が改善したのか？ など

#### 3. 要介護者の重度化の実態はどうなっているのか？

- ✓ 要介護者の重度化率はどの程度か？ また、どう推移しているのか？
- ✓ 重度化した要介護者の特徴は何か？
- ✓ どんな特性が低下すると重度化につながるのか？
- ✓ 要介護状態が改善した人は何が改善したのか？ など

# 「介護予防・重度化防止」の実態把握のためのイメージ図 (重度化率は何%か？ どの項目が重度化しやすいのか？ など)



- 要支援／要介護者の重度化は、2時点の認定データ（約80項目）で分析が可能
- 新規認定に関しては、2時点の認定データが存在しないので、それ以外のデータ（例：基本チェックリスト、ニーズ調査）があれば分析可能

## 第2段階

「知りたいこと」をどうやって把握するかを考える

# テーマ：介護予防・重度化防止に関する現状を把握したい

把握したい事項	見える化	認定データ	給付データ	ニーズ調査	在宅介護実態調査	事例検討
<b>1. 新規認定者の実態はどうなっているのか？</b>						
・新規認定者数はどう推移しているのか？		○				
・新規認定の理由は何か？						○
・新規認定者の特徴は何か？		○		※1		
・どんな特性が低下すると新規認定につながるのか？				※1		○
<b>2. 要支援者の重度化の実態はどうなっているのか？</b>						
・要支援者の重度化率はどの程度か？		○				
・重度化した要支援者の特徴は何か？		○				
・どんな特性が低下すると重度化につながるのか？		○				
・要支援状態から改善した人は何が改善したのか？						○
<b>3. 要介護者の重度化の実態はどうなっているのか？</b>						
・要介護者の重度化率はどの程度か？		○				
・重度化した要介護者の特徴は何か？		○				
・どんな特性が低下すると重度化につながるのか？		○				
・要介護状態から改善した人は何が改善したのか？		○				○

# 認定・給付データを用いた 認知症に関する現状把握の一例

## 【データから知りたいことは何か？】

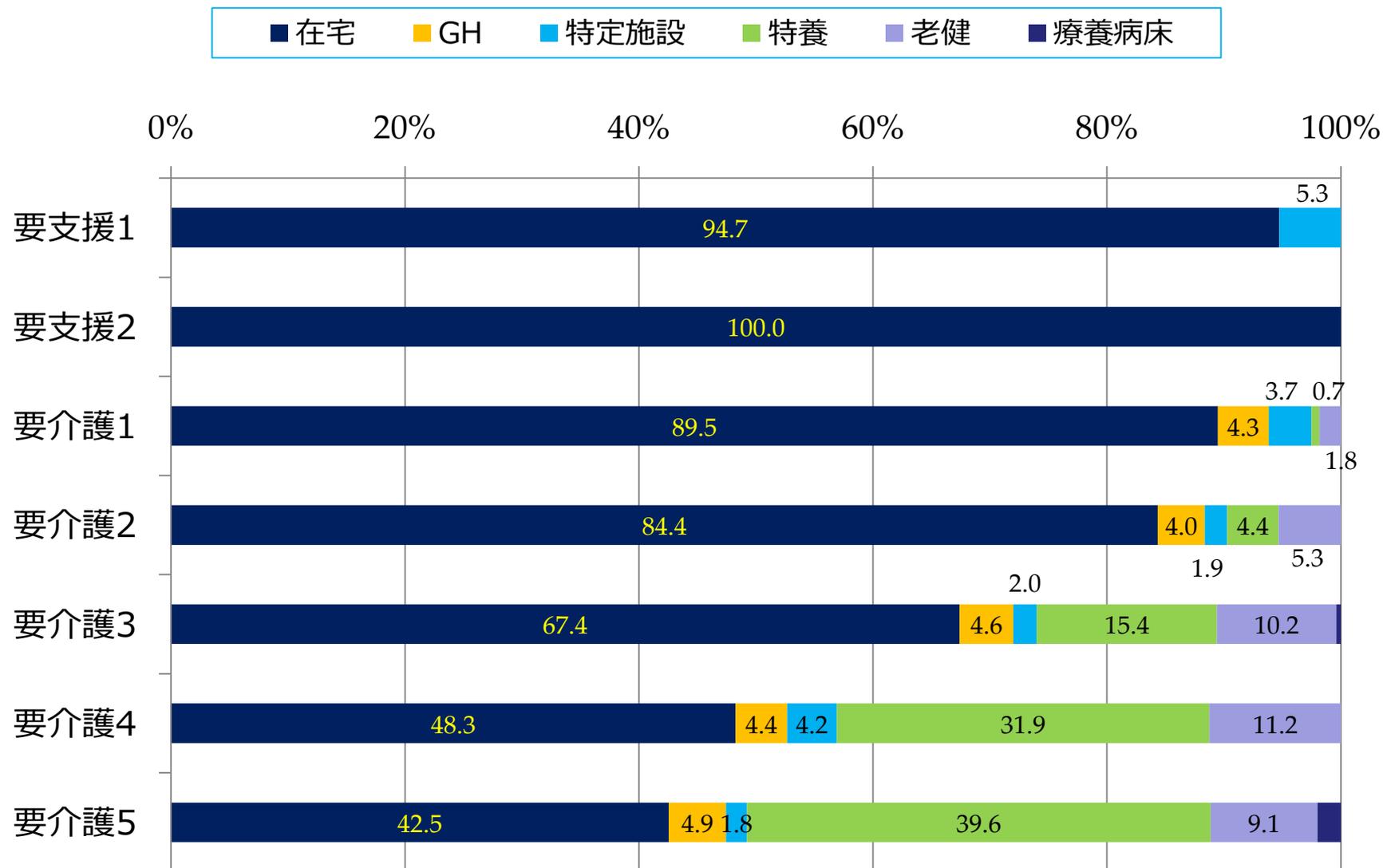
1. 将来、認知症の人数は何人になるのか？
2. 認定者に占める認知症の人の割合は圏域ごとで異なっているのか？
3. 認知症の人の特性はどうなっているのか？
4. **認知症の人の療養場所はどうなっているのか？ また、認知症以外の人と違いはあるのか？**
5. 認知症の人の生活機能の低下の特徴は？

## 知りたいこと（４）

**認知症の人の療養場所はどうなっているのか？**

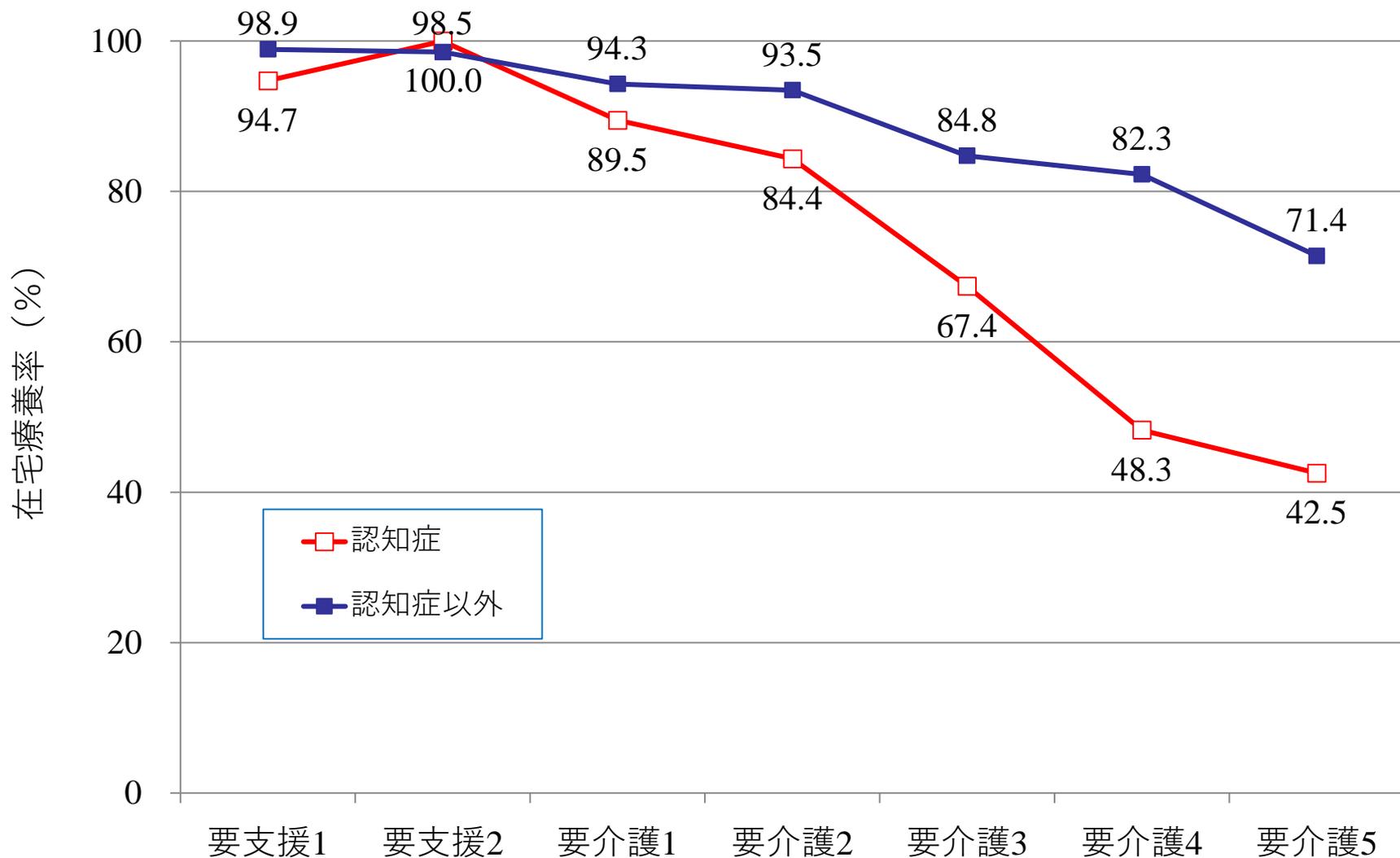
# 認知症の人の要介護度別にみた療養場所は？（B市）

図. 要介護度別にみた認知症の人の療養場所



# 認知症の人と認知症以外で在宅療養率に差があるのか？（B市）

図. 在宅療養率の比較

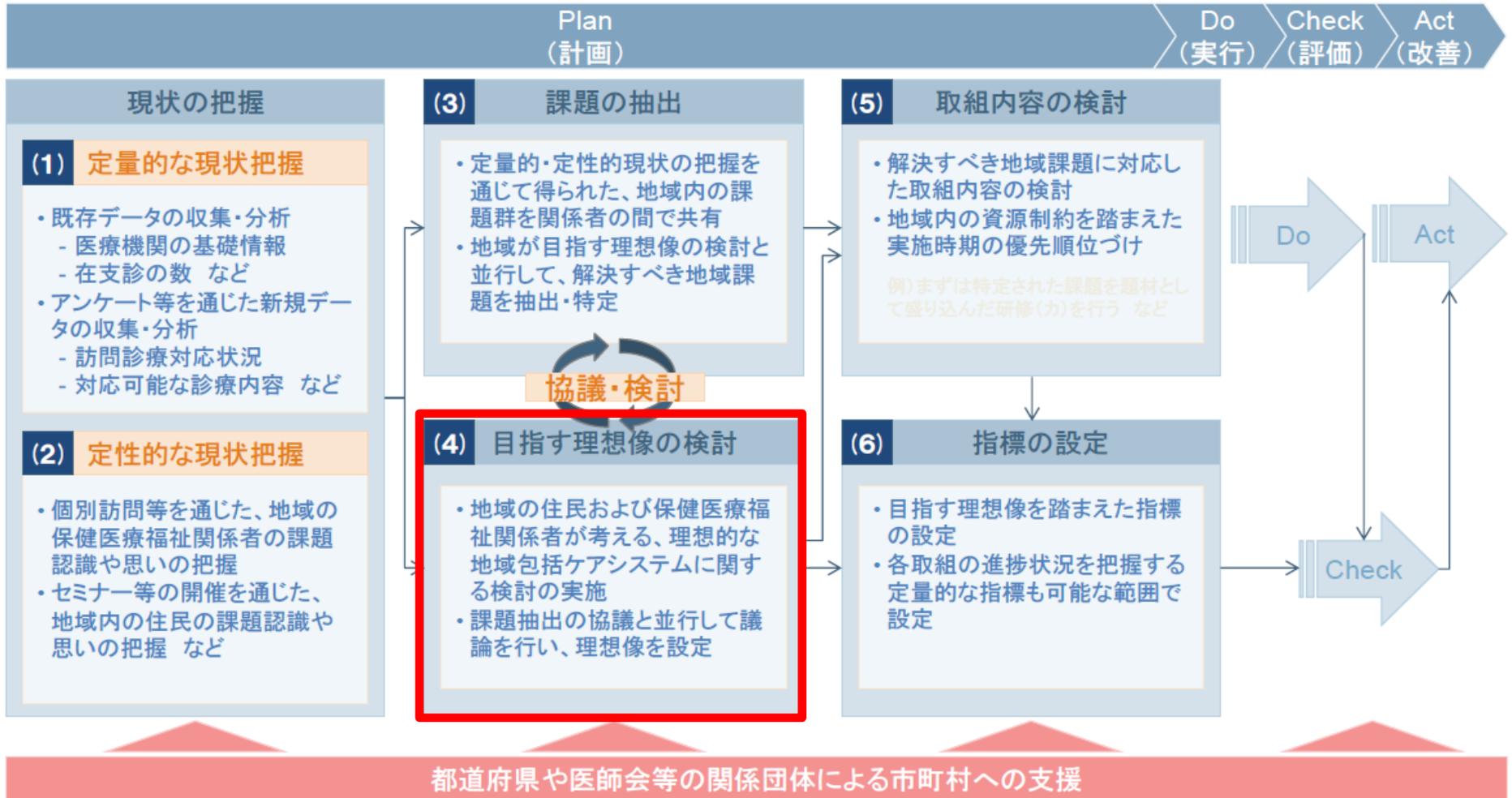


## テーマ2 : 「医療・介護連携上の課題」を把握する



# 在宅医療・介護連携推進事業における計画立案のプロセス案

- 計画立案のプロセスについては、「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」と「(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」を活用して、地域の医療・介護関係者と連携しながら実施することが望ましい。



## 参考) ロジックモデル (因果関係図) とは

- 原因と結果の関係を表す流れ図
- 目的とそれに向けた施策 (事業) とを一望できる
- 全体像の共有により論点が明確になり、円滑な議論ができる
- 施策の評価を行う際の基盤となる



## 方法 1

医療・介護連携に関わっている専門職を集めて  
検討してもらう

# 対策：専門職によるグループワークで「目指す姿（ゴール）」を設定する

## 専門職を交えたグループワークで出された3つの「目指す姿」

- 本人が「**不安なく**」退院を迎えている  
(病気・症状・今後の経過に対する適切な説明、退院後の相談体制、退院後の支援体制、急変時の対応方法や医療機関の受け入れなど)
- 本人が「**納得して**」退院を迎えている  
(治療内容・方針、説明内容・方法（カンファレンス含む）、専門職の接し方など)
- 「**望む場所への退院**」「**本人の状態や状況にあった退院先の選択**」ができる  
(患者の思いへの傾聴、在宅関係者を交えた適切な退院先の検討、地域資源とその有する機能の適切な把握など)



## 目指す姿（全体案）

- キーパーソンが適切に関わった上で、本人が納得して、不安なく、適切な場所（本人が望む場所、本人が納得した上で状態や状況に応じて選択される場所）に退院することができる。

# 「目指す姿」の実現に向けた要件について（案）

## 目標別にみた必要要素

### 【目標1】本人が「不安なく」退院を迎えることができる

- 病気・症状・今後の経過に対して、適切な説明が行われている
- 病院と在宅関係者間で、治療方針やケア方針が統一されている
- 相談できる体制があり、かつ、患者・家族がアクセスしやすい状況となっている  
（相談できる担当者の明確化、窓口の明確化、相談がしやすい環境づくり）
- 本人・家族が、退院後の生活をイメージできている
- 退院後の状態や状況に応じた適切な支援体制が準備できている
- 退院後に起こり得る事象を本人・家族が知っており、かつ、その対応方法を理解している  
（緊急時の連絡先、対応方法など）
- 急変時の入院医療機関での受け入れが可能であることを知っている

### 【目標2】本人が「納得して」退院を迎えている

- 患者の意向／価値観／考え方が表出（表明）されている
- 患者の意向／価値観／考え方を対応した専門職が傾聴し、理解している
- 患者の意向／価値観／考え方を、病院及び在宅関係者間で共有している
- 患者が必要とする情報が専門職から適切に提供されている
- 本人の意向に沿った様々な提案が行われている（自宅退院が困難な場合の代替案などを含めて）

## グループワークで出てきたキーワード

- ▶本人が「不安なく」退院を迎える。  
(病気・症状・今後の経過に対する適切な説明、退院後の相談体制、退院後の支援体制、急変時の対応方法や医療機関の受け入れなど)
- ▶本人が「納得して」退院を迎える。  
(治療内容・方針、説明内容・方法(カンファレンス含む)、専門職の接し方など)
- ▶「望む場所への退院」「本人の状態や状況にあった退院先の選択」ができる。  
(患者の思いへの傾聴、在宅関係者を交えた適切な退院先の検討、地域資源とその有する機能の適切な把握など)

## 目指す姿(案)

▶キーパーソンが適切に関わった上で、本人が納得して、不安なく、適切な場所(本人が望む場所、本人が納得した上で状態や状況に応じて選択される場所)に退院することができる。

## (仮) 目標

### 【目標1】

本人が「不安なく」退院を迎えることができる。

### 【目標2】

本人が「納得して」退院を迎えることができる。

### 【目標3】

「望む場所への退院」「本人の状態や状況にあった退院先の選択」ができる。

以下の①②③④の策定に向けて、現在、「仮目標別にみた必要要素」を検討中

### 【目標1の必要要素】

- 1 病気・症状・今後の経過に対して、適切な説明が行われている。
- 2 病院と在宅関係者間で、治療方針やケア方針が統一されている。
- 3 相談できる体制があり、かつ、患者・家族がアクセスしやすい状況となっている。  
(相談できる担当者の明確化、窓口の明確化、相談がしやすい環境づくり)
- 4 本人・家族が、退院後の生活をイメージできている。
- 5 退院後の状態や状況に応じた適切な支援体制が準備できている。
- 6 退院後に起こり得る事象を本人・家族が知っており、かつ、その対応方法を理解している。  
(緊急時の連絡先、対応方法など)
- 7 急変時の入院医療機関での受け入れが可能であることを知っている。

### 【目標2の必要要素】

- 1 患者の意向/価値観/考え方が表出(表明)されている。
- 2 患者の意向/価値観/考え方を対応した専門職が傾聴し、理解している。
- 3 患者の意向/価値観/考え方を、病院及び在宅関係者間で共有している。
- 4 患者が必要とする情報が専門職から適切に提供されている。
- 5 本人の意向に沿った様々な提案が行われている。  
(自宅退院が困難な場合の代替案などを含めて)

### 【目標3の必要要素】

- 1 退院先に関する患者の意向を傾聴し、理解している。
- 2 在宅関係者を交えた適切な退院先の検討が行われている。
- 3 病院関係者が、地域資源(機能を含む)を適切に把握している。
- 4 関係者が、患者の状態や家族の状況等に応じて適切に地域資源を紹介できている。

① 目指す姿と現状から課題を抽出する

② 抽出された課題の中から、優先的に取り組むべき課題を設定する

③ 設定された優先課題に対し、具体的目標と指標を設定する

④ 対策を検討する

## 方法 2

# 事例検討から課題を把握する (地域ケア個別会議の応用編)

# テーマ：看取りに関する課題を把握したい

—事例分析を用いて—

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
- 各事例でのめざす姿とのギャップ ⇒ **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

めざす姿の達成に必要な要素を整理  
：4要素

＜事例から抽出されためざす姿の達成に必要な要素＞

- 要素1：○家族や医療・介護専門職に対する、早い段階からの本人の意思表示
- 要素2：○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
- 要素3：○家族や専門職に対する不安を解消できるような情報の事前提供及び十分な理解
- 要素4：○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
  - 24時間対応のかかりつけ医の存在
  - 地域の身近な支援者の存在
  - 見守り支援体制の構築

＜めざす姿の達成に向けた具体的目標＞

- ① 本人の意思の表出
- ② 関係者間での把握と共有
- ③ 希望に沿った看取りの実施
- ④ 提供体制整備

具体的目標の設定

出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

# 「看取り」のロジックモデル



※グリーフケア：身近な人を亡くし悲嘆にくれる人を癒すため、心を開放し気持ちを整理する場を作る試み。  
 ※死後カンファレンス：看取り終了後（本人の死後）、本人や家族へ提供した緩和ケアの評価等を行う会議。

# 事業の展開プロセスのまとめ—課題の解決に向けて—

