

平成 27 年度 老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

**要支援・要介護者に対する入退院時等における  
継続的な支援を実現するための  
介護支援専門員支援ツール開発及び  
効果検証のための調査研究事業報告書**

平成28年3月

株式会社日本能率協会総合研究所



## はじめに

我が国の高齢者人口は、現在 3,000 万人を超え、国民の約 4 人に 1 人が高齢者である。高齢者人口は、2042 年には約 3,900 万人とピークを迎える見込みであるが、その後も医療や介護の需要の高い後期高齢者人口の割合は上がり続けると予想されており、約 800 万人いる団塊の世代すべてが 75 歳以上となる 2025 年以降は、高齢者の単身世帯・高齢者のみ世帯や認知症高齢者も増加し、今まで以上に医療や介護の需要が増加すると見込まれている。疾病を抱えても自宅等の住み慣れた生活の場で療養しつつ、自分らしい生活を続けるには、地域における医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスを提供できる体制の整備が求められている。

平成 26 年度の診療報酬改定では医療と介護の連携が重点化され、平成 28 年度の診療報酬の改定においても退院支援に係わる評価の見直しが抜本的に行われている。これは、介護支援専門員の役割の再考を含めて、医療と介護を横断するケアマネジメント機能を再考し、この機能に基づいて整備すべき体制や各種専門職の係わりについて整理することが喫緊の課題であることを示唆している。

本事業では 11 の地域で脳血管疾患有病者をターゲットに、再発予防のためのセルフマネジメントのモデル事業に取り組んでいる。高齢者の脳血管疾患の再発予防に取り組むことは、重度の要介護者を減らす介護予防の一環としての取組であるだけでなく、既往症が明確であるため医療との連携が求められることが狙いである。

モデル事業に取り組んだ結果、支援者がいることで脳血管疾患を発症した高齢者がセルフマネジメントを行う動機づけとなること、また脳血管疾患という既往症を踏まえて介護職が自立支援型ケアプランを作成するため、医療職との連携が必然的に図られることも確認できた。その一方で、平成 26 年度事業において開発したツールに改善の余地があること、アウトカムをどう設定するか等課題も残されている。

多くの地域のご協力を得てモデル事業に取り組んでいただいた結果、医療と介護の連携における様々な推進の在り方を把握することができた。モデル事業にご参加いただいた地域の関係者のみなさま、また筒井孝子委員長をはじめとする委員及び作業部会メンバーの多大なるご支援ご協力により、本事業を実施することができたことに対し心より感謝申し上げますとともに、本報告書が地域包括ケアシステムにおけるケアマネジメントの推進の一助となれば幸いである。

平成 28 年 3 月

株式会社日本能率協会総合研究所



# 目次

第1章 事業の概要	1
1. 事業の目的	1
2. 実施内容	1
(1) 実施フロー	1
(2) 実施スケジュール	2
(3) 具体的な進め方	2
3. 実施体制	3
(1) 委員	4
(2) 作業部会	5
4. 実施経過	7
5. 委員会及び作業部会における討議内容	8
(1) 委員会	8
(2) 作業部会	8
第2章 モデル事業に向けた準備	9
(1) モデル事業の進め方の検討（作業部会①の開催）	9
(2) 実施要綱の作成（作業部会②の開催）	11
(3) 情報共有体制の整備（サイボウズ）	12
(4) 地域ごとの参加に向けた合意形成	14
第3章 モデル事業の実施（地域における取組成果と課題）	16
1. 千葉県松戸市	18
2. 東京都文京区	30
3. 東京都国立市	35
4. 東京都武蔵野市	42
5. 新潟県上越市	51
6. 福井県越前市	59
7. 長野県駒ヶ根市	66
8. 岐阜県大垣市	75
9. 岐阜県高山市	79
10. 兵庫県多可町	86
11. 広島県庄原市総領地域（旧甲奴町）	98
第4章 Integrated Care とセルフマネジメント	107
別添資料	113
1. 実施要綱	
2. 実施要綱（松戸市版）	



# 第1章 事業の概要

## 1. 事業の目的

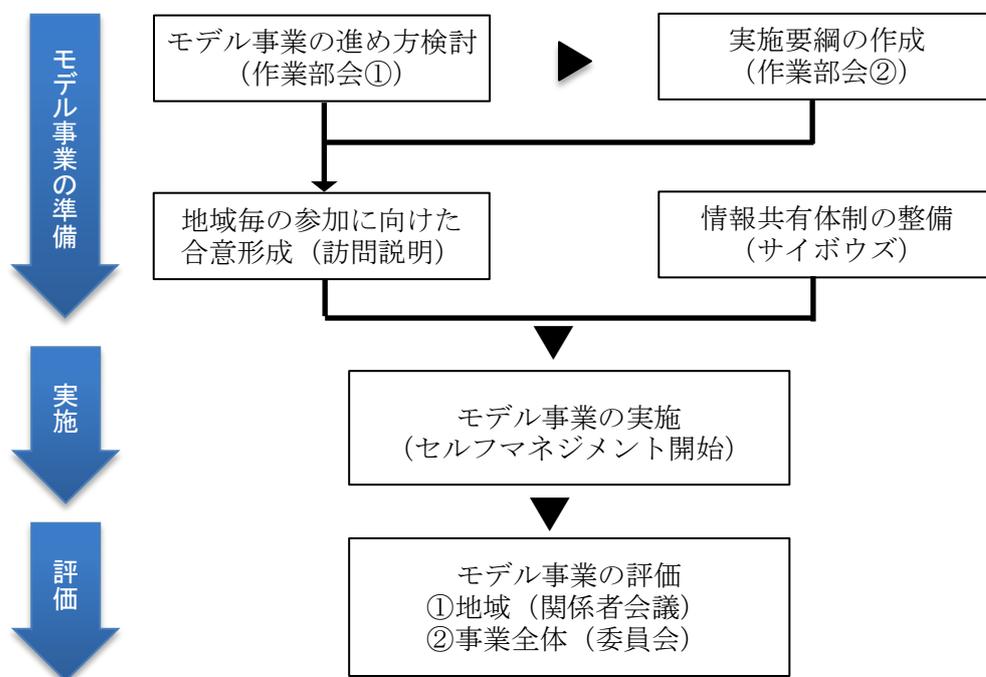
平成 26 年度「ケアマネジメントの質の評価及びケアマネジメントへの高齢者の積極的な参画に関する調査研究」(以下、平成 26 年度事業)<sup>1</sup>において、地域包括ケアシステムの下、医療と介護の連携におけるケアマネジメントの在り方について検討を行うとともに、限られた保健・医療・福祉に係わる資源を有効に使用するため、高齢者本人の積極的な係わり方をケアマネジメント上でどのように位置づけるべきかについて検討を行い、高齢者のセルフマネジメントを支援するツール(入院前、入院中、退院時の情報連携及び継続的なケアマネジメントを可能にする疾病情報に着目したセルフマネジメント支援ツール)の開発を行った。

本事業では、実際に運用するためのガイドラインとなる実施要綱を作成し、平成 26 年度事業において開発したツール案の効果を検証するためのモデル事業に取り組んだ。

## 2. 実施内容

本調査研究事業の実施フロー、スケジュール等は以下の通りである。

### (1) 実施フロー



<sup>1</sup> 平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分)「ケアマネジメントの質の評価及びケアマネジメントへの高齢者の積極的な参画に関する調査研究事業報告」参照 <http://jmar-im.com/healthcare/proposal/result.html>

## (2) 実施スケジュール

		6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
準備	モデル事業参加の検討 (参加に向けた調整)			→							
	実施要項の作成 (作業部会②)			→							
	地域毎の参加に向けた 合意形成(訪問説明)			→							
	情報共有体制の整備 (サイボウズ)						準備 →	運用 →			
実施	モデル事業の実施 ★11 地域で実施					→					
評価	モデル事業の評価 (成果と課題の把握)								→		
委員会等	委員会						●	●			●
	作業部会			①②							

## (3) 具体的な進め方

### <モデル事業の準備>

#### ア.モデル事業の進め方検討

モデル事業の進め方検討作業部会（作業部会①）を開催し、モデル事業の趣旨と進め方の概要について検討を行った。

#### イ.実施要綱の作成（作業部会②）

モデル事業を実施するための実施要綱作成作業部会（作業部会②）を開催し、作業部会①の検討を踏まえ、モデル事業を推進するための標準的な手順書（実施要綱）とモデル事業において必要な様式の作成を行った。

#### ウ.情報共有体制の整備（サイボウズ）

モデル事業に参加する地域は全国を対象としていることから、情報共有ツールとしてサイボウズで運用することとし、サイト画面の作成を行った。

なお、サイボウズにおいては、個人情報に抵触するような情報掲載は行わず、個人情報に係わる内容については、レターパックを使うこととした。

## **エ.地域ごとの参加に向けた合意形成**

作業部会①の検討及び作業部会②で作成した実施要綱に基づき、モデル事業への参加の有無、また参加する場合にどのように進めていくかなど、地域ごとに検討を行った。

合意形成において説明が必要な場合には、委員長、委員または事務局が訪問説明を行っている。

### **<実施>**

#### **オ.モデル事業の実施**

モデル事業の準備ができた地域から、順次モデル事業に着手した。

モデル事業の着手時の課題を把握するため、第1回委員会を開催し、進捗状況とそれまでの取組における課題について、モデル事業参加地域が集まり情報を共有した。

最終的に12地域のうち11地域で、介護支援専門員伴走型セルフマネジメントに取り組んでいる。

### **<評価>**

#### **カ.モデル事業の評価（成果と課題の把握）**

モデル事業については、1月下旬～2月上旬をめどに終了し、地域ごとに関係者会議を開催して、モデル事業についての成果と課題について検討した。（各地域の取組状況並びに課題等については、第3章参照）

第2回委員会で、各地域の取組について報告していただくとともに、モデル事業について総括を行った。（第4章参照）

## **3. 実施体制**

本調査研究の実施に際して、モデル事業の参加地域を中心に、モデル事業の進め方及び効果測定の方法について検討するとともに、モデル事業の総括を行うため委員会を設置した。

委員は、モデル事業参加地域の医療機関及び自治体から各1名、最大2名に対し委嘱を行っている。

また、モデル事業を開始するに先立ち、モデル事業の在り方について検討を行う作業部会（作業部会①）とモデル事業を実施するための実施要綱作成作業部会（作業部会②）を設置した。

## (1) 委員

委員は以下の23名で、委員会を2回開催した。なお、1回目は2回に分け開催している。

### 委員一覧

(敬称略・委員長を除き五十音順、( )は作業部会兼務)

	名前	所属等
委員長	筒井 孝子	公立大学法人 兵庫県立大学大学院 教授
委員	大冢賀 政昭	国立保健医療科学院 研究員

### ■モデル事業参加医療機関・自治体

(敬称略、都道府県コード順)

①	千葉県 松戸市	医	川越 正平	医療法人財団 千葉健愛会 あおぞら診療所 院長
		官	草野 哲也	松戸市 福祉長寿部 審議監
②	東京都 文京区	医	山本 千恵美	東京大学医学部付属病院 看護部 副看護部長
		官	多田 栄一郎	文京区 福祉部 認知症・地域包括ケア担当課長
③	東京都 国立市	医	宮崎 之男	医療法人社団つくし会 新田クリニック 副院長
		官	大川 潤一	国立市 健康福祉部 地域包括ケア推進担当課長
④	東京都 武蔵野市	医	高橋 紳一	武蔵野赤十字病院 リハビリテーション科部長
		官	笹井 肇	武蔵野市 健康福祉部 部長
⑤	新潟県 上越市	官	細谷 早苗	上越市 健康福祉部 高齢者支援課介護指導係長
⑥	福井県 越前市	医	池端 幸彦	医療法人池慶会 池端病院 理事長
		官	芦原 みどり	越前市(市民福祉部)長寿福祉課 地域包括支援センター主幹
⑦	長野県 駒ヶ根市	医	村岡 紳介	昭和伊南総合病院 院長
		官	浜 達哉	駒ヶ根市 地域保健課 健康長寿係長
⑧	岐阜県 大垣市	官	篠田 浩	大垣市 高齢介護課 課長
⑨	岐阜県 高山市	医	竹中 勝信	高山赤十字病院 副院長
		官	倭 一弘	高山市 福祉部高年介護課 課長
⑩	大阪府 吹田市	医	中川原 譲二	国立循環器病研究センター 循環器病統合イメージングセンター センター長
		官	高崎 充代	吹田市 福祉保健部 高齢福祉室 高齢支援課 課長
⑪	兵庫県 多可町	医	森本 敦子	多可赤十字病院 看護部長兼地域医療支援センター長
⑫	広島県 庄原市	医	畑野 悠	庄原市国民健康保険総領診療所 医師
		福祉	神田 民子	社会福祉法人優輝福祉会 居宅介護支援事業所ユーシャイン 主任介護支援専門員

<オブザーバー> 厚生労働省 老健局振興課

<事務局> 株式会社日本能率協会総合研究所

## (2) 作業部会

### ア.モデル事業の進め方検討作業部会（作業部会①）

作業部会メンバーは以下の18名で構成し、作業部会を1回開催した。なお、作業部会は2回に分けて開催している。

#### メンバー一覧

(敬称略・作業部会リーダーを除き五十音順、( )は委員兼務)

名前	所属等	参加日	委員兼任有無
リーダー 筒井 孝子	公立大学法人 兵庫県立大学大学院 教授	8月7日 8月11日	委員長
石川 広己	日本医師会 常任理事	8月7日	
池端 幸彦	日本慢性期医療協会 副会長 医療法人池慶会 池端病院 理事長	8月11日	委員
大冢賀 政昭	国立保健医療科学院 研究員	8月7日 8月11日	委員 作業部会②
神野 正博	公益社団法人全日本病院協会 副会長 社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 理事長	8月11日	
草野 哲也	松戸市 福祉長寿部 審議監	8月11日	委員 作業部会②
榊原 次郎	医療法人真正会 霞ヶ関南病院 医療福祉相談部部长	8月11日	作業部会②
笹井 肇	武蔵野市 健康福祉部 部長	8月7日	委員
篠田 浩	大垣市 高齢介護課 課長	8月7日	委員 作業部会②
多田 栄一郎	文京区 福祉部 認知症・地域包括ケア担当課長	8月7日	委員
中川原 譲二	国立循環器病研究センター 循環器病統合イメージングセンター センター長	8月7日 8月11日	委員
中澤 伸	社会福祉法人川崎聖風福祉会 事業推進部長	8月11日	作業部会②
新田 國夫	全国在宅療養支援診療所連絡会 会長 医療法人社団つくし会・新田クリニック院長	8月11日	
畑野 悠	庄原市国民健康保険総領診療所 医師	8月11日	委員
浜 達哉	駒ヶ根市役所 地域保健課 健康長寿係長	8月11日	委員
東野 定律	静岡県立大学経営情報学部 経営情報イノベーション研究科付属医療経営研究センター 副センター長・講師	8月7日 8月11日	作業部会②
細谷 早苗	上越市 健康福祉部 高齢者支援課介護指導係長	8月11日	委員
森本 敦子	多可赤十字病院 看護部長兼地域医療支援センター長	8月11日	委員

<オブザーバー> 厚生労働省 老健局振興課

<事務局> 株式会社日本能率協会総合研究所

## イ.モデル事業を実施するための実施要綱作成作業部会（作業部会②）

作業部会②メンバーは以下の8名で構成し、2回開催した。

### メンバー一覧

（敬称略・作業部会リーダーを除き五十音順、（ ）は委員兼務）

名前	所属等	参加日	委員兼任有無
リーダー 筒井 孝子	公立大学法人 兵庫県立大学大学院 教授	8月23日	委員長
大冢賀 政昭	国立保健医療科学院 研究員	8月23日 8月30日	委員 作業部会①
草野 哲也	松戸市 福祉長寿部 審議監	8月23日	委員 作業部会①
榊原 次郎	医療法人真正会 霞ヶ関南病院 医療福祉相談部部长	8月23日 8月30日	作業部会①
篠田 浩	大垣市 高齢介護課 課長	8月30日	委員 作業部会①
茅野 泰介	武蔵野市 健康福祉部高齢者支援課 相談支援係主任	8月23日 8月30日	
中澤 伸	社会福祉法人川崎聖風福祉会 事業推進部長	8月23日 8月30日	作業部会①
東野 定律	静岡県立大学経営情報学部 経営情報イノベーション研究科附属医療経営研究センター 副センター長・講師	8月23日	作業部会①

<オブザーバー> 厚生労働省 老健局振興課

<事務局> 株式会社日本能率協会総合研究所

#### 4. 実施経過

本調査事業の大まかなスケジュールは以下の通りである。なお、モデル事業に参加いただいた各地域の大まかなスケジュールについては第3章に記載している（P.16）。

日程	実施内容
平成27年6月2日	採択通知受領
6月2日～	作業部会委嘱着手
7月9日・16日	訪問説明（文京区）
8月7日	作業部会開催① 15:00～18:00 於：八重洲ホール
8月11日	作業部会開催① 18:00～20:50 於：八重洲ホール
8月20日	訪問説明（東京都松戸市 あおぞら診療所）
8月23日	作業部会開催②（1回目） 11:00～18:00
8月25日	訪問説明（日本赤十字社）
8月30日	作業部会開催②（2回目） 18:00～21:00 於：東京
9月4日	訪問説明（兵庫県多可町 多可赤十字病院）
9月13日	訪問説明（東京都武蔵野市 武蔵野赤十字病院）
9月28日	訪問説明（長野県駒ヶ根市 昭和伊南総合病院）
9月29日	訪問説明（長野県飯山市 飯山赤十字病院）
10月～	サイボウズによる運用検討開始
10月22日	日本医師会 ※個人情報に関するご意見聴取
10月27日	訪問説明（岐阜県高山市 高山赤十字病院）
11月24日	訪問説明（東京都八王子市 医療法人社団永生会）
11月25日	訪問説明（秋田県秋田市 秋田赤十字病院）
11月27日	第1回委員会開催 18:00～20:30 於：八重洲ホール
12月～	サイボウズによる運用開始
12月9日	訪問説明（兵庫県洲本市 兵庫県立淡路医療センター）
12月10日	第1回委員会開催 18:30～20:45 於：八重洲ホール
平成28年1月8日	訪問説明（大阪府吹田市 吹田市役所）
1月20日	訪問説明（大阪府吹田市 国立循環器病センター）
1月29日	訪問説明（東京都文京区 ケアワーク弥生）
2月5日	関係者会議訪問（長野県駒ヶ根市 昭和伊南総合病院）
2月16日	訪問説明（広島県庄原市 庄原赤十字病院） 関係者会議訪問（広島県 庄原市国民健康保険総領診療所）
2月17日	関係者会議訪問（東京都武蔵野市 武蔵野赤十字病院）
2月19日	関係者会議訪問（兵庫県多可町 多可赤十字病院）
3月4日	関係者会議訪問（東京都国立市 新田クリニック）
3月11日	第2回委員会開催 13:30～19:00 於：八重洲ホール
3月25日	事業報告書完成

## 5. 委員会及び作業部会における討議内容

### (1) 委員会

委員会の主な議題は以下の通り。第1回委員会は2回開催し、都合の良い日時に参加いただいた。

回	主な議題
第1回 (11月27日・ 12月10日)	1. モデル事業着手について －各地域より取組状況について発表 －質疑応答 2. サイボウズの運用について
第2回 (3月11日)	1. モデル事業成果報告 －各地域より取組状況について発表 －質疑応答 2. モデル事業の取組成果と課題 3. 事業報告書の作成について

### (2) 作業部会

#### ア.モデル事業の進め方検討作業部会

作業部会は、同じテーマの会議を2回開催し、都合の良い日時に参加いただいた。

回	主な議題
第1回 (8月7日・11日)	1. (問題提起) 脳卒中医療の現状と今後の地域連携 (中川原 WG メンバー) 2. (先進事例) 介護保険 新総合事業～上越市の取組について～ (細谷 WG メンバー) 3. (本事業の目的・意義) 要支援・要介護者に対する入退院時等における継続的な支援を実現するための介護支援専門員支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業 (筒井 WG リーダー) 4. (モデル事業の概要) 医療機関・自治体の段階別取組 (大冨賀 WG メンバー)

#### イ.モデル事業を実施するための実施要綱作成作業部会

作業部会の主な議題は以下の通りである。なお、作成した実施要綱 (必要な様式含む) については、別添資料1を参照のこと。

回	主な議題
第1回 (8月23日)	モデル事業を行うための実施要綱 (必要な様式含む) の検討
第2回 (8月30日)	モデル事業を行うための実施要綱 (必要な様式含む) の検討

## 第2章 モデル事業に向けた準備

### (1) モデル事業の進め方の検討（作業部会①の開催）

作業部会①においてモデル事業の進め方について検討を行った。挙げられた課題は以下の通り。

課題認識	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 脳血管疾患の連携パスは急性期から在宅へ戻るためのパスであるが、再発をして重度化するという循環となっている。重度化を防ぐための対策が必要である。</li> </ul>
本事業の目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 本モデル事業はデータで現状を把握し、ターゲットを決めて、伴走をつけた重度化予防の支援を行う。</li> <li>● 短期間のモデル事業であり、入院（中）→退院（在宅）→再入院の循環を対象とはできないため、入院（中）→退院（在宅）を中心に行う。その取組を踏まえ、支援の有効性について検討を行う。</li> <li>● また、介護支援専門員は入院中を対象としたケアプラン作成の経験はなく、セルフマネジメントの支援の経験もないため、実際に支援ができるかを把握するとともに、支援できるようになるための課題についても把握する。</li> </ul>
連携体制の構築について	<p><b>(自治体)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● モデル事業に参加するにあたり、医療機関から自治体への働きかけが一番難しい。自治体は、認知症対策や地域包括ケアシステム、地域医療構想等様々な課題を抱えており、モデル事業を理解し協力が得られるか、特に、現場の部長クラスの理解が得られるかが課題となる。</li> <li>● 様々な地域で医療と介護の連携等の取組が行われており、それらの施策とどう整合性を持たせるかが課題となる。</li> </ul> <p><b>(院内)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護支援専門員が入院中までケアマネジメントをする場合、病棟師長レベルあるいは主治医のモデル事業に対する理解が得られることが必要となる。</li> </ul> <p><b>(他医療機関)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域に急性期病院がない場合、地域を越えて広域でどう連携するが課題となる。</li> <li>● 地域で病院間の病病連携が進んでいない場合、連携先の病院の協力が得られるかが課題となる。</li> <li>● 医師会と自治体の関係が良好でないと、地域の医療機関の協力が得られない。</li> <li>● 連携パスを作ったものの、機能していないところは多い。比較的脳卒中パスは上手くいっているが、在宅まではつながっていない。医療と介護の連携パスも作っただけでは機能しない。どう実効性を持たせるかが課題となる。</li> </ul>
自治体の役割について	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自治体が個別の名簿を管理する必要があるのか。実際に取り組むのは、介護支援専門員や地域包括支援センターになる。自治体が名簿管理を行う前提では、内部の理解が得られにくい。</li> <li>● 情報を地域包括支援センターから自治体へ上げて、自治体は誰に対して支援を行っているか把握しておく必要がある。また、データを集めるに</li> </ul>

	<p>は自治体の関与が前提となる。</p> <p>➤ 名簿を自治体で管理する必要はなく、誰が名簿を管理するかは地域で検討する。但し、コミュニティベースドケアという枠組みの中では、コミュニティは支援対象を把握し、システムとして伴走が行われていることが重要である。また、責任が明確でないところでシステムは機能しないため、コミュニティベースドケアという枠組みの中でもコミュニティの責任の所在を明確にすることが求められる。基本的に自治体の役割となるため、自治体がこの取組を認識し理解していることは最低限求められる。</p>
支援対象者の抽出について (ターゲティング)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 国保データベース (KDB) により国保レセプトと介護データが全部つながった。脳卒中でソートをかけると、既往歴や再発の有無、受診している医療機関なども追えるようになっている。再発を何度も繰り返しているような人は最重要に位置づけ (ハイリスク者)、重症化予防という視点で取組はできる。</li> <li>➤ KDB から特定のリスクを持った人、本モデル事業で言えば脳血管疾患の既往歴のある人を抽出し、検討することを前提としたい。但し、地域ごとの取組であるため、対象者の抽出方法はそれぞれの地域で検討することとする。</li> </ul>
伴走する介護支援専門員について	<ul style="list-style-type: none"> <li>● この事業に取り組むには、介護支援専門員に医療の知識が求められる。従って、介護支援専門員に対する医療教育が必要となる。</li> <li>● 介護支援専門員の医療の知識については過大な期待はできない。むしろモデル事業という医療との共同作業を通じ、介護支援専門員に学んでもらうということになる。</li> <li>● 在宅との連携でキーになるのは介護支援専門員である。医療側から介護支援専門員とコミュニケーションができないという話はよく聞くが、連携のプロセスを踏むことで、具体的な内容について話し合う場となる。</li> <li>● 介護支援専門員がわからないことがあれば、地域の保健師や栄養士に相談できるようなフォロー体制は必要である。</li> </ul>
支援対象者の同意	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 対象者に対して、かかりつけの医師がモデル事業について説明を行い、同意を得る。</li> </ul>

## (2) 実施要綱の作成（作業部会②の開催）

作業部会②において、作業部会①で挙げられた課題を踏まえ、モデル事業を行うための実施要綱の作成を行った。（別添資料 1 参照）

実施要項の構成は以下の通り。

はじめに	(本モデル事業の意義について解説)
I 基本事項	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 目的</li> <li>2. 事業の受託者</li> <li>3. 支援対象者（以下、被支援者）とケース数（目安）</li> <li>4. モデル事業の参加対象と実施期間</li> <li>5. モデル事業の取組パターン</li> <li>6. モデル事業における支援内容</li> <li>7. モデル事業の政策的位置づけ</li> <li>8. 様式等</li> <li>9. モデル事業の流れ（別添「工程表」参照）</li> </ol>
II モデル事業の実施	<p>(関係者別に手順書を用意)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 急性期病院（担当医、かかりつけ医）</li> <li>2. かかりつけ医手順書</li> <li>3. 自治体手順書</li> <li>4. 地域包括支援センター手順書</li> <li>5. 介護支援専門員手順書</li> </ol>
III モデル事業で使用する様式等	<p>(平成 26 年度事業で作成したツールに加え、以下のものを新たに作成)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 区市町村から関係機関への依頼文（例）</li> <li>2. 支援機関リスト</li> <li>3. 支援対象者モデル事業同意書</li> <li>4. 被支援者管理表</li> <li>5. 報告書フォーム</li> <li>6. 謝礼支払い対象者リスト</li> </ol>

### (3) 情報共有体制の整備（サイボウズ）

モデル事業に参加する地域は全国を対象としていることから、サイボウズを活用し情報共有を行った。モデル事業をサイボウズで運用することについては、日本医師会に意見聴取を行い、それを踏まえ個人情報に抵触するような情報掲載は行わないこと、個人情報に係わる内容についてはレターパックを使うこととした。

サイボウズを利用するにあたり、「サイボウズ利用の手引き」を作成し、配布している。  
なお、サイボウズについてその特徴をまとめると以下の通り。

#### ア. 情報共有支援ツールに求められる機能

モデル事業参加地域内また地域間の情報共有支援にあたっては、下記項目に応える機能が必要である。

- i) セキュリティ対策：ツールのセキュリティ、閲覧制限が可能
- ii) 迅速な多方向コミュニケーション：複数の参加者間でのやり取りがスムーズ、相互質問が可能
- iii) 初期導入の簡便性：初期設定が簡便で、環境設定が難しいくない
- iv) データ授受の簡便性：参加者間での容量の重いデータのやり取りが可能
- v) やり取りの可視化：参加者間のやり取りの可視化、データ保存が可能
- vi) 進捗状況の可視化：同時展開する複数プロジェクトの進捗把握が可能

#### イ. サイボウズの機能

上記、機能を満たす情報共有支援ツールとして、グループウェア「サイボウズ Office10」を活用することとした。

##### 《サイボウズ Office10 の概要》

- ・「掲示板」や「ファイル共有」「スケジュール」といった、ビジネスシーンで必要とされる機能を備えたグループウェアサービスとして、サイボウズ株式会社が提供
- ・サイボウズ株式会社が提供するグループウェア（複数）の延べ利用企業は 45,000 社以上
- ・利用者全員あるいは一利用者単位で機能の利用制御が可能のため、不必要な負担感を感じさせない、シンプルな利用が可能

(参考：サイボウズホームページ及びマニュアル)

#### ウ. モデル事業に向けた整備

モデル事業に向け、以下の機能を整備した。

##### 《ファイル共有機能》

利用者間のデータ授受を簡便化し、共有化できる。掲示板でもファイルを添付することが可能なため、ファイル共有機能ではデータ蓄積も可能である。

## 《掲示板機能》

掲示板「問い合わせ窓口」は全体共有用として、地域ごとのフォルダはアクセス制限を設け、地域内限定で情報共有ができるよう整備した。



## 《進捗管理機能》

工程表に基づき、各地域の進捗状況を共有できるよう整備した。

進捗状況	タイトル	コメント	更新者
70%			
50%			
20%			
10%			
80%	駆逐艦		
80%	駆逐艦		
100%	アルコール、内服薬管理		
100%	悪年、悪立支援		
100%	悪年、悪立任、生活訓練中		
100%	雇用性	○◎との共同支援・分譲○	
100%	雇用性	航空・商業士との連携・分譲○	
100%	雇用性	訪問リハ、看護、ヘルパー利用・分譲○	
100%	航空中・悪年	航空支援中、障害サービス	
70%			
70%	悪年		
80%			
80%			
80%			
80%			
80%			

#### (4) 地域ごとの参加に向けた合意形成

モデル事業参加予定地域に対し、厚生労働省依頼状、本事業説明資料、実施要綱等を送付し、モデル事業への参加について地域別に検討を行っていただいた。なお、合意形成において説明が必要な場合には、委員長、委員または事務局が訪問説明を行っている。

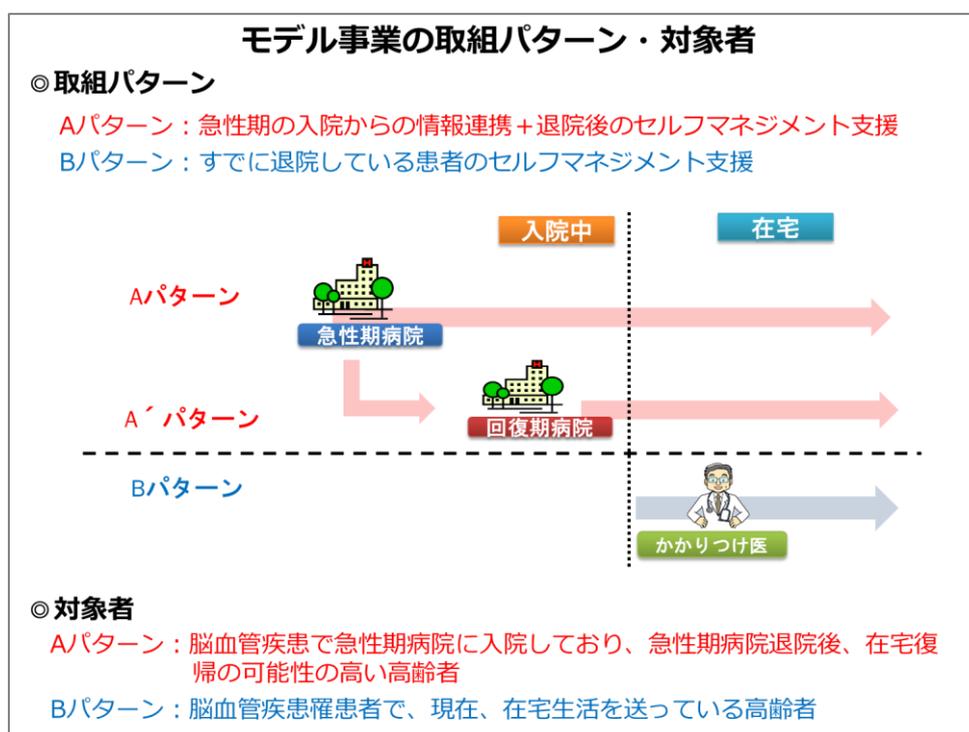
モデル事業参加にあたり、事前に合意すべき点は以下の通り。

1. 内容理解（なぜ必要か、誰がやるか、いつまでに、どのように）
  - ▶ 自治体：在宅医療介護連携事業の一環としての位置づけ
  - ▶ 地域包括支援センターの動機づけ：介護予防・重度化予防、包括的継続的ケアマネジメント業務の一環として
2. 地域内の意思決定（範囲・どうやってやるかを定める）
3. 関係団体への説明（医療機関、地域包括支援センター、医師会、介護支援専門員協議会、在宅医療介護連携協議会、薬局（薬剤師会）等）
4. 関係者会議の開催（工程の確認、目標値の設定等）

#### ア. 取組パターン

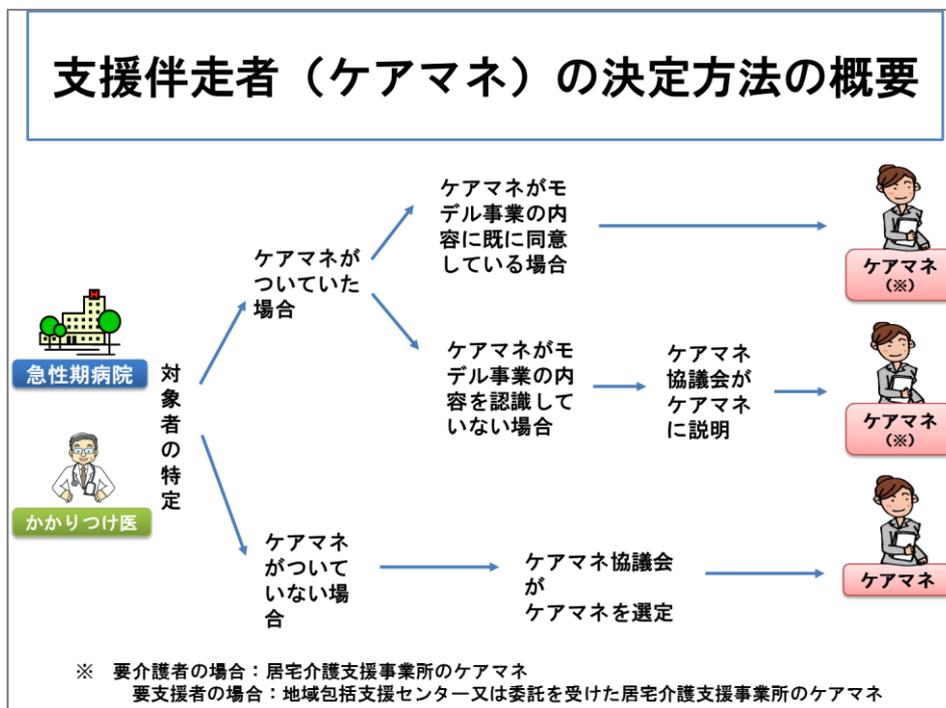
取組パターンとしては、急性期（Aパターン）・回復期（A'パターン）の入院から情報連携を進め、退院後にセルフマネジメント支援を行う場合と、在宅（Bパターン）におけるセルフマネジメント支援の場合があり、地域で検討し決定する。

なお、対象者は脳血管疾患有病者罹患患者か既往歴のある高齢者とした。



## イ. 伴走する介護支援専門員の決定方法

セルフマネジメントに取り組む対象者を、伴走支援する介護支援専門員の主な決定方法は以下の通り。なお、介護支援専門員の決定方法については、地域で検討し地域の実情を踏まえ決定する。



### 第3章 モデル事業の実施（地域における取組成果と課題）

モデル事業に参加表明いただいた地域は以下の12の地域である（セルフマネジメントの対象者決定に至らなかった1地域を含む）。

モデル事業地域地域のおおまかなスケジュールは以下の通り。

	地域	関係者会議 (目標値の設定等)	セルフマネジメント 対象者決定	セルフマネジメント支援 対象者の取組内容決定	セルフマネジメント 支援着手(伴走)	関係者会議
①	千葉県松戸市	開催せず	2015年11月～12月	2015年12月 ～2016年1月	2015年12月 ～2016年2月	未定
②	東京都文京区	2016年1月29日	2016年2月上旬	2016年2月上旬	2016年2月上旬～ (2週間)	開催せず
③	東京都国立市	2015年12月25日	2015年12月25日	2015年12月25日	2015年12月28日 ～2016年2月29日	2016年3月4日
④	東京都武蔵野市	2015年9月28日	2015年9月28日	2015年9月28日	2015年10月22日 ～2016年2月16日	2016年2月17日
⑤	新潟県上越市	開催せず	2015年12月1日	2015年12月1日	2015年12月20日 ～2016年1月25日	開催せず
⑥	福井県越前市	2016年1月7日	2016年1月15日	2016年1月15日	2016年2月1日 ～3月31日	2016年3月31日
⑦	長野県駒ヶ根市	2015年9月28日	2015年10月19日	2015年9月28日	2015年10月19日 ～2016年2月26日	2016年2月5日
⑧	岐阜県大垣市	開催せず	2015年11月1日	2015年11月1日	2015年11月1日 ～2016年2月29日	開催せず
⑨	岐阜県高山市	2015年10月27日	2015年11月19日	2015年12月9日	2015年12月9日 ～2016年3月31日	2016年4月開催予定
⑩	大阪府吹田市	2016年1月20日	未着手	—	—	—
⑪	兵庫県多可町	2015年9月14日	2015年9月18日	2015年10月	2015年10月1日 ～2016年2月28日	2016年2月19日
⑫	広島県庄原市	2015年9月	2015年10月	2015年11月	2015年11月1日 ～2016年1月31日	2016年1月13日

本モデル事業に取り組んだ地域の取組の特徴は以下の通り。

特に注意書きがない場合は、支援対象者は脳血管疾患罹患患者か既往症のある高齢者である。

	地域	取組概要(特徴)	支援対象数 ( )内介護認定がある人数
①	千葉県松戸市	・本事業の趣旨を踏まえつつ、民間機関主体型モデルを検討し取り組む。様式については、支援対象者の負担を軽減するため簡素化している。	B パターン 8名(7名)
②	東京都文京区	・東大病院との連携による A パターンでの取組を目指したが、期間内での対象者の抽出が見込めず、B パターンに変更し取り組んだ。	B パターン 3名(3名)
③	東京都国立市	・新田クリニックの患者を対象に、対象者は医師が選定している。5名中4名が訪問診療を受けており、介護支援専門員との情報共有はスムーズであった。	B パターン 5名(4名)
④	東京都武蔵野市	・このモデル事業を在宅医療・介護連携推進事業に位置づけて取り組んでいる。 ・武蔵野赤十字病院と連携し、脳血管疾患が初発で、介護保険サービスを受けていない患者を対象としている。	A パターン 4名(0名)
⑤	新潟県上越市	・上越市では、独自にハイリスクの基準を設け、ハイリスク者に対する保健指導と保健指導によるセルフマネジメントに既に取り組んでおり、その結果、介護保険認定者数・比率は低下し、介護給付費も低下している。今回のモデル事業は市の既存の取組の延長線上にある。	B パターン 3名(1名)
⑥	福井県越前市	・医療法人池慶会地域支援グループによるモデル事業への参加。法人の居宅介護支援事業所では220～230名の給付管理を行っており、その中から脳卒中の既往があり、要介護1程度の利用者を抽出し依頼している。	B パターン 2名(2名)
⑦	長野県駒ヶ根市	・駒ヶ根市では主に脳卒中で搬送される先が昭和伊南総合病院の脳外科であることから、昭和伊南総合病院に協力を依頼。脳血管疾患で入院中の患者から対象者を抽出し、第1段階として脳外科の医師が依頼し同意を得られた場合、市に情報を提供し、市から説明をして最終的に同意書を得るという手続きを踏んでいる。	A パターン 3名(1名)
⑧	岐阜県大垣市	・大垣市民病院との連携による A パターンでの取組を目指したが、なかなか患者の同意が得られず、B パターンを主に取り組んだ。介護支援専門員約120名に対しモデル事業の趣旨を説明し、伴走する介護支援専門員については自主的な手上げ方式としている。	B パターン 6名
⑨	岐阜県高山市	・高山赤十字病院の入院患者・外来患者から対象者を抽出。A'パターンについては、院内関係者とのウォーキングカンファレンスを行い選定した。Bパターンは、再発予防に取り組みたいという本人の意向があり依頼している。	A'パターン 1名(1名) Bパターン 1名(0名)
⑩	大阪府吹田市	(未着手のため、取組事例は未掲載)	
⑪	兵庫県多可町	・地域の脳血管疾患の患者は西脇市民病院へ搬送され、多可赤十字病院に転院してくる。A'パターンは西脇市民病院からの転院であり、入院中から支援を行っている。Bパターンはモデル事業の実行委員会で選定し、依頼している。	A'パターン 3名(3名) Bパターン 6名(6名)
⑫	広島県庄原市 総領地域	・当該地域では廃用症候群による寝たきりが増えており課題となっていた。モデル事業の取組は廃用症候群へも有効と考え、対象者のうち2名(介護認定あり)が廃用症候群である。退院直後に介入することで、短期間の取り組みながら、寝たきりの状態が改善されている。	B パターン 4名(3名)

※パターンについてはP.14参照のこと

## 1. 千葉県松戸市

医療法人財団 千葉健愛会 あおぞら診療所 院長 川越 正平  
松戸市 福祉長寿部 審議監 草野 哲也

### (モデル事業実施の前提)

松戸市での実施にあたっては、①松戸市が大規模都市（人口約 50 万人）であり、保険者が高齢者一人ひとりを具体的に管理することは難しいこと、②効率的な体制を組む必要があること、③個人情報保護の遵守の観点から、個人情報保護を保有する機会を必要最小限にすることが妥当と考えられることを勘案し、本老健事業の一般モデルよりも民間機関を主体としたモデル（モデル事業Ⅱ（民間機関主体型））を独自に構築した上で、事業を実施した。

具体的には、民間機関主体型モデルに沿った実施要綱等を独自に作成し、これに基づいて事業実施を進めた。民間機関主体型の実施要綱については、別添資料 2 の通りである。

民間機関主体型モデルの一般モデルとの主な相違点は、以下の 3 点である。

- ① 保険者の役割は、「医療・介護連携に基づく継続的なケアマネジメント体制の構築についての関係者間の認識の共有化（規範的統合）」、「医療・介護関係者への事業内容の説明・勧誘」、「医療機関と支援伴走者である介護支援専門員のマッチング」とした（個々の高齢者のリストの管理は行わない）。
- ② 基本的には、医療機関・介護支援専門員（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターに所属）・高齢者本人（家族も含む）の 3 者間でのセルフマネジメント支援とし、介護支援専門員から地域包括支援センターへの定期的な報告等は要しないこととした。
- ③ 担当の介護支援専門員が付いていない場合は、地域包括支援センターが介護支援専門員を斡旋するのではなく、介護支援専門員協議会に協力可能な介護支援専門員の斡旋を求めた（9名のリストが提供された）。また、地域包括支援センターに対しても、協力可能な介護支援専門員のリストの提出を求めた。

### (実施体制と経過について)

本モデル事業については、まずは市役所内での参加決定を行い、担当課（松戸市福祉長寿部 高齢者支援課）を決めることから始まった。

具体的な実施体制については、本事業を松戸市全域における医療・介護連携推進のための一助としたいとの考えから、1つの医療機関と市町村という形ではなく、松戸市医師会や松戸市介護支援専門員協議会の協力を得て、急性期・回復期・かかりつけ医を通じたモデル事業の実施体制の構築を目指した。また、モデル事業類型としては、A パターン・B パターンのいずれのパターンも実施することを目指した。

具体的には、まず、医療関係者への説明・協力要請ということで、松戸市医師会担当理事と事業内容の相談を重ねるとともに、松戸市長より松戸市医師会長宛に協力依頼文書を送付した。この依頼文書を受け、松戸市医師会より、全ての会員医療機関への参加呼びかけを行った。あわせて、脳血管疾患に関して実績のある病院等には、保険者が直接説明に回って、事業参加を呼び掛けた。この結果、急性期病院 3 機関、回復期病院 1 機関、かかりつけ医 1 機関からの協

力を得ることができた。なお、入院患者からは対象を探しにくいとの声もあり、病院の場合も外来での参加となった。

あわせて、支援伴走者となる介護支援専門員の協力を得るため、松戸市介護支援専門員協議会に対しても協力依頼文書を市長名で出し、協議会から会員である介護支援専門員に対して、モデル事業への参加を呼びかけた。支援伴走者の決定にあたっては、通常の介護サービスとの連続性や、モデル事業終了後の継続性等を勘案し、①高齢者本人が要介護者・要支援者・総合事業対象者である場合は、当該介護サービスにおける担当介護支援専門員が支援伴走者となるとともに、②非該当者の場合には、介護支援専門員協議会が推薦した介護支援専門員の中から、支援伴走者を選定する仕組みを採ることとした。このため、この①・②についての協力を、市から介護支援専門員協議会に依頼するとともに、介護支援専門員協議会から会員である介護支援専門員に対して、①・②についての協力を依頼した。②については、介護支援専門員協議会を通じて、9名の介護支援専門員から、協力承諾の回答があった。

地域包括支援センターに対しては、要支援者や総合事業対象者のケアマネジメントを行っている主体という観点から、介護支援専門員協議会と同種の説明を行った。

実施体制構築にあたっての詳細な実施経緯については、資料1の通りである。

この際の関係団体・関係者等への説明にあたっては、各種依頼文・資料等を独自に作成して対応した。こうした依頼文・資料等については、別添資料2の様式②-2から様式②-1の通りである。

#### (目標値の設定)

以下の選定の考え方を示した上で、協力医療機関に対して支援対象者候補の選定を依頼した。

##### 【支援対象者候補の選定の考え方】

##### ①A パターンの場合（入院→退院後のセルフマネジメント支援）

- ・ 入院中の脳血管疾患患者のうち、在宅復帰の可能性が高い患者であって、在宅でセルフマネジメントを行うことができると見込まれる者。
- ・ なお、要介護認定・要支援認定を受けていて、既に担当の介護支援専門員が付いている患者がより望ましい（但し、そうしたケースがなければ、担当の介護支援専門員が付いていないケースでも構わない）。

##### ②かかりつけ医の場合（Bパターン / 退院している患者のセルフマネジメント支援）

- ・ 脳血管疾患に罹患して入院したのち退院し、現在は通院している、または訪問診療を受けている患者のうち、在宅でセルフマネジメントを行うことができると見込まれる者。
- ・ なお、要介護認定・要支援認定を受けていて、既に担当の介護支援専門員が付いている患者がより望ましい（但し、そうしたケースがなければ、担当の介護支援専門員が付いていないケースでも構わない）。

#### (セルフマネジメント支援者の選定)

協力医療機関によって選定されたセルフマネジメント支援対象者候補数は12名となり、そのうち同意取得に至ったのが9名だった。同意取得に至らなかった3名のうち、1名は事業内容の説明聴取後、参加を拒否した。残りの2名は、病状の悪化等により、モデル事業参加が困難と判断されたため、同意手続に入らなかった。同意者9名のうち1名は、同意取得日時が遅

かったため、その後の手続に進まなかった。このため、8 事例について、セルフマネジメント支援を行うこととした。

なお、地域包括支援センターから支援対象者候補の推薦があり、医療機関の同意取得につながったケースもあった（1 事例）。

支援候補者への説明・同意取得の際に工夫した点としては、医療機関が患者に対して事業内容を簡単に説明できる様式（別添資料 2 の様式⑤-2）を作成し、医療機関に配布したことがある。各医療機関では、この様式⑤-2 を活用して、同意取得を進めたものと考えられる。

#### （セルフマネジメント支援対象者のセルフマネジメント取組内容）

8 名の支援対象者におけるセルフマネジメントやセルフマネジメント支援の内容は、資料 2 の通りである。なお、支援伴走者である介護支援専門員の具体的な動きの詳細については、資料 3 を参照されたい。

介護支援専門員によるセルフマネジメントプラン作成にあたっての医療機関や介護支援専門員からの意見としては、以下のような意見が挙げられた。

##### 【セルフマネジメントプラン作成にあたって、医療機関が行った助言の内容】

- 長期間診療している患者等なので、特にアドバイスしていない（2 機関）
- 一般的な内容をアドバイス（2 機関）

##### 【セルフマネジメントプラン作成にあたって、介護支援専門員が困った点】

- コレステロール値など、必要と思われるが確認できなかった。食事に関する目標を具体的に決められず、野菜を多く摂ることを目標とし、メニューの記録による意識付けにとどまった。（1 例）
  - 様式⑩は負担が利用者の負担が大きいとのことで、週 1 記入、食事は未記載となった。（1 例）
  - 様式原案は、記載事項が多く、高齢者に負担。（1 例）
  - 様式⑩のアセスメント項目の「目標」の数値等は、医師のアドバイスを得て書くのが良い。（1 例）
- ※ 一方、医師からのアドバイス（「リハを頑張りすぎること、臍側の関節等に過度の負担がかかることのないようにすべき」など）がすぐにもらえたため、スムーズに様式⑩・⑪の案を作成できたとの意見もあった（1 例）。

#### （セルフマネジメント支援）

セルフマネジメント支援 1 回あたりの平均時間は 45 分、最長時間は 90 分、最短時間は 20 分であった。時間が長くなったり短くなったりした理由としては、支援対象者の理解が進んでいけば時間が短くなること、初回はこれまでの生活様式や既往歴等を知るために長くなることといった意見があった。また、しっかりと取り組むためにはある程度時間が長くなることも妥当であるとの意見もあった。

セルフマネジメントを継続するための工夫としては、ほぼ全ての事例において、様式の簡素化等を積極的に行った。実際、毎日、様式原案通り、全ての項目を記載していた事例（資料 2 の事例 8）では、「様式⑩の記入事項が多く負担であるため、途中でやめたい」との申し出があ

り、途中で中止になったところであり、セルフマネジメントの継続にあたって、様式の負担軽減は重要な方策と考えられる。

様式の中では、特に、毎日のチェックが必要な様式⑩の負担が大きいと考えられることから、この様式の簡素化が積極的に行われた。

様式⑩の改善の内容としては、支援候補者の状況等に応じた項目の加除修正（多くの事例）のほか、○×でチェックできるようにした事例（事例3・7）や、選択肢の中から選択できる方式にした事例（事例5）、項目ごとの凡例を記載した事例（事例1）などがあった。項目追加の場合に追加した項目としては、「運動」欄を追加した事例が多く（事例1・3・5・7）、そのほかには、「排便」（事例3・7）、「血糖値」（事例1）、「睡眠」（事例5）の項目を追加している事例があった。各支援事例における様式簡素化の具体的な内容については、資料2を参照されたい。

なお、様式の簡素化のほか、セルフケアマネジメントの継続のために、以下のような工夫を行ったとの意見もあった。

- デイサービス事業者との協力（血圧を測ってもらう等）。(1例)
- 積極的に対象者を賞賛。サービス事業者からも賞賛してもらう。(1例)
- 時間のない医師の指導を受けられるよう、MSWと緊密に連携（看護師・保健師等との連携も進むとさらによい）。(1例)

## （モデル事業取組の評価と課題）

### （1）モデル事業取組の評価

このモデル事業のメリットとしては、高齢者本人・家族の健康管理の意識を高めることによって、運動等の生活習慣の改善につなげていくということが考えられる。一方で、脳卒中患者の長い臨床経過に比して、今回の調査期間は短かったことから、大きな変化がないままに経過したところであり、入院中・退院直後・再入院などの際に、今回の取組が有効であるかどうかを検証することが必要であろう。

また、医師の立場からすると、外来の患者の生活指導は難しい。生活習慣が、身体の状態や疾病に対するコントロールに大きく関わることは理解していても、外来で生活習慣に主眼を置いた診療を充分に行えていないのが現状だ。そのため、今回のモデル事業のような取組を活用することで、さまざまな情報が医師の診療を助けることにもつながるのではないかと、また、医師もそのような情報があれば効果的なアドバイスをできるのではないかとと思われる。

### （2）今後、継続して取り組む場合の課題

今後、継続して取り組む場合の主な課題としては、3点、考えられる。

1つ目は、高齢者本人・家族の負担の大きさである。様式⑩の全項目のチェックを毎日行うことは、高齢者本人・家族にとって負担である。セルフマネジメントが高齢者の健康にとって利益があることは事実だが、高齢者本人・家族による取組を推進していくためには、コストベネフィットに見合っていると高齢者本人や家族が実感できるようにすることが必要になる。こうした観点から、セルフマネジメント様式類は、必要最小限度のものとする必要がある。例えば、簡素化様式をベースとした上で、ハイスペック様式を参考様式として付す、複数の記載例を提示するなどの改善も有効だと考えられる。

2 つ目は、高齢者本人・家族の意識啓発である。例えば、医療機関の診察時に、血圧を測定したり、お薬手帳や母子手帳を提示することが当たり前であるように、セルフマネジメントを継続することが習慣となり、自分にとっても得があるということを周知・啓発することが重要だと考えられる。

3 つ目は、介護報酬・診療報酬などの介護支援専門員・医療機関に対するインセンティブの付与である。セルフマネジメント支援や助言・アドバイスにあたっては、介護支援専門員や医療機関に相当程度の負担が生じる。医療・介護連携に基づく継続的ケアマネジメントを行い、入院・在宅を通じた連携を図ることについて、介護支援専門員や医療機関へのインセンティブの付与を検討する必要があるだろう。

### (3) ツールの改善点

ツールの改善点としては、以下の点が列挙された。

- 自治体が関係機関・関係者に説明する際の様式例が不足している。松戸市では、資料1の各様式の通り、関係機関・関係者説明用の資料を豊富に作成しており、これを活用していくことも1つの解決策と考える。
- 実際のデータや状況等について、時系列的に俯瞰できるような一覧表を作成する。
- 診療内容と介護サービスの状況、そして本人に帰属するデータや状況等が書き込まれている一覧表を作成する。記載事項としては、以下のような項目が考えられる。
  - ・診療：受診状況、採血データ、主な処方とその変更点等
  - ・介護サービス：プランや提供内容の変更等
  - ・本人：体重、リハビリ実施状況、体調不良エピソード  
食事・排泄・睡眠・清潔等に関するモニタリング  
趣味や楽しみなど特記すべきこと等
- 様式⑩について、以下の点を検討する。
  - ・脈を記載事項とすること。
  - ・食事・水分の記載単位を明記すること。
  - ・運動量やリハの項目を追加すること。
  - ・排泄を記載事項とすること。
  - ・「○×方式」や「選択肢方式」とすること。
- セルフマネジメントツールを血圧手帳のように持参・保管しやすい形にする。

### (今後の展望についての意見)

#### ①疾患横断的なアプローチ

本モデル事業の委員会では、今後、脳卒中モデルだけでなく、生活習慣病モデル、認知症モデルと対象疾患を拡大していくべきとの意見が出た。疾患別のアプローチは、入院医療機関を起点にするAパターンでは想定しやすいだろうが、かかりつけ医や介護支援専門員をベースにしたBパターンでは、必ずしも想定しやすいものではない。なぜなら、高齢者自身は、脳血管疾患だけではなく、他の疾患を抱えていたり、他の疾患に掛るリスクも相当あるからである。

従って、かかりつけ医や介護支援専門員をベースにした B パターンを想定していくなら、疾患横断的・総合化の方向で考えていくべきではないか。こうした観点から、様式⑩等は、多くの疾患に対応できるようにするという方向で、内容を検討していくことが重要だと考えられる（高齢者本人がチェックすべき健康情報は疾患によってそれほど変化しないと思われるので、疾患横断型の様式を作成することも十分可能であると考えられる）。様々な疾患に総合的に対応できるモデルとなれば、高齢者本人・家族、介護支援専門員・かかりつけ医における便益が向上し、結果として、取組を推進していく契機になるものと考えられる。

## ②介護支援専門員の実践的な能力評価等

介護支援専門員の役割として、在宅・入院を通じた医療連携ということがある。今回のモデル事業は、医療機関との連携や高齢者本人・家族への支援にあたって、緊密な連携や本人の心身の状況等に応じた工夫を要する事業であり、介護支援専門員の医療連携能力の実践的な評価につながると考える。

また、事業終了後のアンケートでは、同一の事項について、介護支援専門員と医療機関で認識が一致しているケースと、認識がずれている場合があった。従って、今回の事業の分析を行うことによって、専門職の医療・介護連携能力の評価を考えていく視点につながるのではないかと考えられる。

## 松戸市における実施経緯

### 1. 市役所内の検討

- モデル事業への参加の意思決定（福祉長寿部内）、担当課（高齢者支援課）の決定（8月下旬～9月上旬）
- 松戸市の実情に即した「民間機関主体型モデル」の検討・概略決定（9月～10月上旬）

### 2. 医療関係者への説明

#### (1) 松戸市医師会への説明

- 担当理事（在宅ケア・介護保険担当）との相談・すり合わせ（9月下旬以降随時）
- 医師会長宛協力依頼文書（市長名）を发出（10月19日）
- 医師会在宅ケア委員会で、保険者より、事業内容説明・モデル事業参加呼びかけ。（10月19日）
- 医師会総務会・理事会で、担当理事より、事業内容説明。会員である全医療機関向け周知・参加呼びかけについて了承を得る。（10月20日）
- 医師会在宅ケア委員会で、保険者より、さらに詳細な事業内容の説明・モデル事業参加呼びかけ。（11月9日）
- 医師会事務局より、医師会員である全医療機関への協力依頼文書の发出。（11月下旬）
- 各医療機関からのモデル事業参加の申出、参加医療機関による支援対象者候補である患者への説明・同意取得

#### (2) 個別医療機関への説明・協力依頼

##### ①急性期病院

- 松戸市立病院：11月24日に保険者が往訪し、説明・協力依頼。
- 千葉西総合病院：11月20日に保険者が往訪し、説明・協力依頼。
- 新松戸中央総合病院：12月3日に保険者が往訪し、説明・協力依頼。（小金地域包括支援センターより、モデル事業に参加したいとの意向を受け、保険者が往訪）

##### ②回復期病院

- 旭神経内科リハビリテーション病院：11月18日に保険者が往訪し、説明・協力依頼。

##### ③かかりつけ医

- あおぞら診療所：10月下旬以降、随時相談。
- ※その他、回復期病院1機関及びかかりつけ医1機関に対して、保険者が応訪し、説明・協力依頼。

### 3. 医療機関による支援対象者からの同意取得

11月中旬から12月下旬にかけて、各医療機関により、支援対象者からの同意を取得。

#### 【内訳】

- ・対象者選定数：12人
- ・同意数：9人
- ・拒否数：1人
  - ※ 同意取得日数が遅かったため、その後の手続に進まなかった事例があった（1事例）。
  - ※ 拒否数（1名）のほか、病状の悪化等により、同意取得に進まなかった対象者が2名いた。

### 4. 介護支援専門員関係者への説明

#### (1) 松戸市介護支援専門員協議会への説明

- 介護支援専門員協議会長宛協力依頼文書（市長名）を发出。（10月27日）
- 介護支援専門員協議会役員会において、保険者より、事業内容説明及び協力を依頼。介護支援専門員協議会より、協力について了承を得た。（10月27日）
- 介護支援専門員協議会より、会員である介護支援専門員に対して、協力依頼及び参加意向調査。（11月10日）
- 介護支援専門員協議会より保険者に対し、協力可能な介護支援専門員のリスト（9名）が登録される。（12月1日）

#### (2) 地域包括支援センターへの説明

- 地域包括支援センター連絡会において、保険者より地域包括支援センターに対して、事業内容説明及び協力を依頼。（10月20日）
- 地域包括支援センター連絡会において、保険者より地域包括支援センターに対して、事業内容の詳細説明及び参加意向調査。（11月17日）
- 小金地域包括支援センターより、参加意向が示されるとともに、支援対象者候補の推薦があった（→新松戸中央病院による同意取得へ）

#### (3) 介護支援専門員への説明

- 医療機関から同意を得た患者に担当の介護支援専門員が付いている場合（7名）は、保険者より当該介護支援専門員に対して協力を依頼。（12月上旬、12月下旬）
- 医療機関から同意を得た患者に担当の介護支援専門員が付いていない場合（1名）は、保険者において、介護支援専門員協議会から登録されたリストに基づき、介護支援専門員をマッチング。（12月上旬）
- 支援伴走者となることが決定した介護支援専門員に対して、保険者より、具体の事務を説明。（12月10日等）

### 5. セルフマネジメント支援

12月中旬～2月下旬の間、モデル事業Ⅱ（民間機関主体型）実施要綱（資料1）に基づき、セルフマネジメント支援を実施。

### 6. 医療機関・ケアマネ向けアンケート

セルフマネジメント支援の終了後、医療機関・ケアマネに対して、モデル事業に関するアンケートを実施（3月3日～9日）。

資料 2

セルフマネジメント支援を進めた事例(8例)ごとの支援の概要(2015年11月～2016年3月)

番号	対象者 (支援開始時)	CM	医療 機関	同意 取得	様式⑦ 情報聞き 取り表	様式⑧ 病状・状態 セルフ チェック表	様式⑨ ケアプラン	様式⑩ SM確認表	様式⑪ 健康管理表
1	81歳、男性 要介護1 2005年脳梗塞発症・入院	担当CM	急性期病院(外来)	11月 18日	12月 28日	12月 14日	12月14日(変更)	1月21日 2月22日  項目によってチェック頻度を変えた(毎日、週2、月1) 具体的目標を設定 ・運動:自転車こぎ20分×1回、ベッド上膝腰伸ばし運動30秒×2回等	12月14日～2月21日 毎日、全項目  書きやすいよう、様式を加工。 ・「水分」欄を、500ml何本分であるかで記載。 ・「血糖値」欄・「運動」欄を追加。 ・項目ごとの凡例を記載。 * 食事:パン、ご飯、野菜など簡単に記載。 * 体重:月に1回 デイサービスにて測定 * 血圧:週2回 デイサービスにて * 運動:様式⑩の内容 * 目標:決まった時間に。野菜を積極的に摂る。水分を多く飲む(ペットボトル500ml3本)。  ※支援経過は、別添参照
2	82歳、男性 要介護4 43歳脳血栓、63歳脳内出血、 76歳脳梗塞	担当CM	急性期病院(外来)	11月 20日	—	12月 17日	—	12月17日	1月10日～2月28日 週1、食事項目は除く
3	79歳、男性 非該当 2015年5月上旬脳梗塞発症・ 入院 ※支援開始後、要支援2を申請	協議会 推薦→ 担当CM	急性期病院(外来)	11月 25日	12月 前半?	12月11日	12月前半?作成  「課題に対する具体策」 としてセルフマネジメント 支援の内容を記載	12月18日 1月8日 2月10日	12月21日～2月21日 毎日、全項目  書きやすいよう、様式を加工 ・「食事」欄は、主食・副食ごとに、食べた場合に「○」を記載 ・「水分」欄は、「コップ200ml何杯分かを記載 ・「排便の有無」欄・「排尿」欄を追加。 ・「運動量」欄を追加。
4	82歳、男性 要介護4	担当CM	かかりつけ医(在宅医療)	11月 24日	—	—	12月18日(変更)	1月15日 2月17日  項目によってチェック頻度を変えた(毎日、月2、月1等)  具体的目標を設定 ・ワインを1日70mlまで ・起床時:ベッドで腰上げ50～70回(毎日)、屈伸運動50回くらい(毎日) ・散歩:週4回300m(40～55分くらいかけて) ※散歩中に転倒後は散歩はとりやめ。	12月21日～2月15日 毎日、血圧・薬・体の不具合・体重のみ  記載項目・頻度は、以下のとおり ・血圧・薬・体の不具合:毎日 ・体重:月1回 ・上記以外の項目:記載せず

番号	対象者 (支援開始時)	CM	医療 機関	同意 取得	様式⑦ 情報聞き 取り表	様式⑧ 病状・状態 セルフ チェック表	様式⑨ ケアプラン	様式⑩ SM確認表	様式⑪ 健康管理表
5	76歳、男性 要介護3 2008年4月脳梗塞(左半身麻痺)発症・入院	担当CM	かかりつけ医(在宅医療)	11月27日	12月?	12月22日	12月21日(変更) セルフマネジメント支援の内容を1つの項目(課題・目標・援助内容)として新設。	12月22日 項目によってチェック頻度を変えた(毎日、週1、週2、週4、月1等) 具体的目標を設定 ・階段昇降(1日1回) ・散歩(週2回) 妻がチェック項目の確認を行っている。	12月22日～2月19日 毎日、全項目 書きやすいよう、様式を加工し、選択肢形式にした。なお、チェック頻度も、項目ごとに変えた。 ・「食事」欄:「1. だいたいできた」「2. 半分くらいできた」「3. あまりできなかった」の中から選択。【毎日】 ・「水分」欄:「1. 1ℓ以上」「2. 500ml～1ℓ」「3. 500ml以下」の中から選択。【毎日】 ・「体重」欄:目標が守れているかどうか(はい/いいえ)を選択。【月1回】 ・「血圧」欄:「1. 高め」「2. いつも通り」「3. 低め」の中から選択。【週4回(デイケア利用時)】 ・「薬」欄:「1. だいたいできた」「2. 半分くらいできた」「3. あまりできなかった」の中から選択。【毎日】 ・「睡眠(規則正しい)」「運動(階段昇降)」欄を追加:「1. だいたいできた」「2. 半分くらいできた」「3. あまりできなかった」の中から選択。【月1回】 各項目について、「1週間のチェック」欄を設け、チェック結果を記載(妻が記載か?)。
6	78歳、女性 総合事業対象者 2015年6月上・中旬に脳血管障害で入院	担当CM(包括)	急性期病院(外来)	12月9日	—	12月16日 対象者の回答内容を詳細に記録	12月18日(変更) セルフマネジメント支援の内容を1つの項目(支援計画)として新設。	12月18日 1月15日 3月1日	12月18日～2月28日 毎日 様式原案通り全項目 毎日の状況を簡潔に対象者が記載。
7	70歳、男性 要介護4 2015年9月脳梗塞・脳幹部出血・脳腫瘍等発症・入院、12月上旬退院	担当CM	急性期病院(外来)	12月12日	12月?	12月16日	12月25日(変更) セルフマネジメント支援の内容を1つの項目(目標・援助内容)として新設。	1月26日 項目によってチェック頻度を変えた(毎日、週3、月2) 妻がチェック項目を確認。	12月28日～2月末(2月の記録は未確認) 毎日 全項目 書きやすいよう、様式を加工した。 ・「食事」欄:○・△・×で記入。 ・「水分」欄・「体重」欄・「血圧」欄:削除 ・「運動」欄・「排便」欄:追加
8	85歳、女性 要介護3 2015年4月下旬脳梗塞発症 急性期病院:4月下旬入院、6月上旬退院 回復期病院:6月上旬入院、10月末退院	担当CM	回復期病院(外来)	12月19日	1月上旬?	1月8日	—	2月6日 具体的目標を設定。 ・1人のとき、両手にお手玉を持ち、握る～開く(1日10回)	1月8日～2月3日 毎日 様式原案通り全項目 ⇒支援者から「負担が大きいのでやめたい」との申出があり、2月3日まで終了。

資料 3

資料2の事例1における支援経過

日付	支援内容
12月10日	モデル事業説明会参加後、本人に電話し、確認。主治医から説明があったことは理解していた。今後、担当CMが手伝いながら進めていくことを説明。
12月14日	訪問。必要書類に基づき、アセスメント。取組の今後の流れを本人と相談。アセスメントに基づき、仮のケアプランや健康管理表を作成。
12月19日	本人がデイサービス利用中に訪問。自宅に血圧計がないことや、定期的な体重測定、運動に関する相談等のため、協力を依頼。自宅でも取り組みやすい運動を本人と相談。
12月28日	担当医療機関のMSWと面談。現在の病状確認等を行う。仮のケアプランやセルフマネジメント確認表や健康管理表を主治医に確認依頼。後日連絡をもらうこととする。
1月15日	担当医療機関のMSWより連絡あり。主治医より昨日の内容で進めてくださいとの回答。その間も本人記録継続中。
1月21日	訪問。アセスメント。体調特に問題なく過ごしている。健康管理表も記録できている。記録が動機づけとなり、今まであまり定着しなかった自宅での体操や、意識していなかった水分摂取にも効果が見られた。健康管理表をデイサービスに持参し、血圧・体重等記入してもらう。
1月22日	今月、定期受診の予定なく、MSW経由で主治医に確認してもらうため、担当医療機関へ、病状アセスメント・健康管理表を提出。
1月27日	担当医療機関のMSWより回答。主治医確認し、問題ないとのこと。
1月29日	担当者会議及びサービス担当者への照会。本人が健康管理表をデイサービスに持参し、血圧、体重等を記述している。歩行の不安定さはあるが、買い物等も自分でできており、転倒もなく過ごしている。
2月10日	記録を一時中断したが、再開。デイサービス休みが続き、血圧や体重の測定ができなかった。担当医療機関受診立会い。主治医と面談。最近足がつるなど相談→歩行状態確認し、特に心配なし。健康管理表を主治医に確認してもらう。→特に問題なし、このまま継続。
2月22日	自宅訪問。記録は少し負担な様子。記録を始め変わったことを尋ねると、自宅での運動を続けられるようになったと話す。健康管理表を預かり、提出することを説明。2月いっぱい記録を続けると本人。
2月24日	担当医療機関のMSW宛に、健康管理表・ケアプラン・セルフアセスメントを届けた。主治医に確認を依頼。





## 2. 東京都文京区

東京大学医学部附属病院 看護部副看護部長 山本 千恵美  
文京区福祉部 認知症・地域包括ケア担当課長 多田 栄一郎

### (東京大学医学部附属病院の入院患者について)

東京大学医学部附属病院はベッド数 1,217 床、一般床は 1,163 床という大規模病院で、平均在院日数は 13.5 日。平成 26 年度の入院患者数は、27,944 名で、1 日平均入院患者数は 1,000 名程度、外来は平均 3,000 名が来院している。

当初、パターン A で実施する方針で、昨年 9 月ごろから入院患者の中から該当する患者抽出を試みた。しかしながら、脳血管疾患の患者は、必ずしも脳外科や神経内科が受診科となるわけではなく、循環器の疾患がある患者が脳卒中を起こした場合には、受診科は循環器内科になるなど既に入院している患者の所在を確認しようとする、対象者の病棟や依頼をかける医師を絞り込めないという問題に直面した。そこで、当院に緊急入院してきた文京区民患者のうち該当する疾患名の患者をピックアップするという前向き選定とした。

9 月から約 5 ヶ月間前述の方法で患者選定を試みたが、なかなか該当する患者は出てこなかった。わずか 2 名の脳卒中患者が存在したものの 1 名は原疾患(肺がん)の問題が大きいということで対象から外し、もう 1 名は視床出血の方で、軽症とはならなかった。

そこで、当院がこのようなモデル事業の取組が可能かについて改めて入院患者のデータから分析を行った。脳卒中の疑いがある病名を含む DPC データの退院先データと退院支援専門部署である地域医療連携部の支援対象者データからつき合わせて把握を行っている。

結果は(図表 1)、1 年間で脳卒中疑いの病名で入院した患者は 274 名で、うち東京都は 205 名で、内訳は 23 区内 91.7%、多摩地域 8.3%、東京以外の関東 56 件(図表 2)、その他が 13 件。関東近内では、埼玉、千葉、神奈川が多い。

二次医療圏別に見ると(図表 2)、文京区を含む区中央部の患者が最も多いが、区東北部、区西北部からの入院もある。これは他の疾患の入院患者でも同じ傾向である。

図表 3 の専門部署の支援の有無は、地域医療連携部の退院支援の有無別である。回復期リハについては脳卒中パス等があるので、ほぼ地域医療連携部の専門部署が入っている。また一般病床への転院も多い。

文京区の状況については(図表 2)、区中央部で 48.7%を占め、ついで台東区が 44.9%である。文京区で在宅退院は 25 件、回復リハが 9 件、一般床が 2 件、死亡が 5 件。一方台東区は、在宅 15 件、回復リハが 9 件、一般床 4 件、療養 2 件、介護施設 1 件、死亡 4 件。文京区民は 65.8%が在宅に戻るが、台東区は 42.9%で、転院が多いため地域医療連携部が介入するケースが多いが、文京区民は地域医療連携部が介入するケースが少ない。

以上のことから、当院では、A パターンの対象者を抽出するのは困難であると思われる。

図表 1

患者住所地	①在宅 (自宅及び居 住系介護施設 等)		②回復期リハ ビリテーション 病棟		③病院、診療 所 (①②④を除 く)		④療養病棟		⑤介護老人保 健施設		⑥死亡		全体	
	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数
東京都	124	13.9	35	43.5	21	42.3	5	97.8	1	15.0	19	13.4	205	23.9
埼玉県	16	10.0	4	37.5	2	26.5					1	34.0	23	17.3
千葉県	16	11.8			1	67.0					1	31.0	18	15.8
神奈川県	9	9.4									2	5.0	11	8.6
茨城県	2	11.0	1	70.0									3	30.7
群馬県	1	6.0											1	6.0
岩手県	1	14.0											1	14.0
山形県	1	2.0											1	2.0
福島県	1	5.0											1	5.0
新潟県	2	51.5											2	51.5
長野県	2	3.0											2	3.0
静岡県	2	4.5	1	25.0									3	11.3
滋賀県	1	4.0											1	4.0
福岡県	1	4.0											1	4.0
大分県	1	4.0											1	4.0
総計	180	13.0	41	43.1	24	42.0	5	97.8	1	15.0	23	14.3	274	21.7

図表 2

2次医療圏	①在宅 (自宅及び居 住系介護施設 等)		②回復期リハ ビリテーション 病棟		③病院、診療 所 (①②④を除 く)		④療養病棟		⑤介護老人保 健施設		⑥死亡		全体	
	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数
区中央部	44	14.6	15	43.6	7	40.4	2	65.0	1	15	9	20.4	78	24.5
区東北部	19	16.7	7	44.9	5	57.8	1	75.0			5	8.2	37	28.0
区西北部	23	11.0	8	40.9	3	61.7					2	9.0	36	21.7
区東部	10	19.5	1	19.0	2	25.5	2	142.0			2	4.5	17	32.8
区西南部	9	11.0	1	24.0									10	12.3
区西部	4	19.8	1	32.0	3	23.3							8	22.6
区南部	1	22.0	1	56.0									2	39.0
北多摩北	5	3.8	1	96.0									6	19.2
南多摩	3	6.7			1	10.0					1	2.0	5	6.4
北多摩南	4	10.0											4	10.0
北多摩西	2	18.0											2	18.0
関東	44	10.4	5	44.0	3	40.0					4	18.8	56	15.6
その他	12	12.6	1	25.0									13	13.5
総計	180	13.0	41	43.1	24	42.0	5	97.8	1	15	23	14.3	274	21.7

区中央部 千代田区、中央区、港区、文京区、台東区  
 区南部 品川区、大田区  
 区西南部 目黒区、世田谷区、渋谷区  
 区西部 新宿区、中野区、杉並区  
 区西北部 豊島区、北区、板橋区、練馬区  
 区東北部 荒川区、足立区、葛飾区  
 区東部 墨田区、江東区、江戸川区  
 西多摩 青梅市、福生市、羽村市、あきる野市、西多摩郡瑞穂町、西多摩郡日の出町、西多摩郡檜原村、西多摩郡奥多摩町  
 南多摩 八王子市、町田市、日野市、多摩市、稲城市  
 北多摩西部 立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市  
 北多摩南部 武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、小金井市、狛江市  
 北多摩北部 小平市、東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市  
 島しょ 大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅島、三宅村、御蔵島村、八丈島、八丈町、青ヶ島村、小笠原村

図表 3

都道府県	①在宅 (自宅及び居 住系介護施設 等)			②回復期リハ ビリテーション 病棟			③病院、診療 所 (①②④を除 く)			④療養病 棟			⑤介護老 人保 健施設			⑥死亡			総計
	あり	なし	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし		
東京都	13	111	33	2	14	7	5	1	1	18	205								
埼玉県	1	15	3	1	2					1	23								
千葉県	2	14			1					1	18								
神奈川県	2	7								2	11								
茨城県	1	1	1								3								
群馬県											1								
岩手県											1								
山形県											1								
福島県											1								
新潟県											2								
長野県											2								
静岡県			2	1							3								
滋賀県											1								
福岡県											1								
大分県											1								
総計	19	161	38	3	17	7	5	1	3	20	274								

図表 4

都道府県	①在宅 (自宅及び居 住系介護施設 等)		②回復期リハ ビリテーション 病棟		③病院、診療 所 (①②④を除 く)		④療 養病 棟		⑤介護 老人保 健施設		⑥死亡		総計
	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	
東京都	29.7	12.0	45.1	16.5	57.9	11.0	97.8	15.0	110.0	8.0	23.9		
埼玉県	17.0	9.5	45.0	15.0	26.5				34.0		17.3		
千葉県	19.0	10.6			67.0				31.0		15.8		
神奈川県	24.0	5.3							5.0		8.6		
茨城県	11.0	11.0	70.0								30.7		
群馬県			6.0								6.0		
岩手県			14.0								14.0		
山形県			2.0								2.0		
福島県			5.0								5.0		
新潟県			51.5								51.5		
長野県			3.0								3.0		
静岡県			4.5	25.0							11.3		
滋賀県			4.0								4.0		
福岡県			4.0								4.0		
大分県			4.0								4.0		
総計	26.3	11.4	45.2	16.0	54.8	11.0	97.8	15.0	58.3	7.7	21.7		

### (モデル事業実施経過)

東京大学医学部附属病院で対象者の選定が困難であることから、AパターンからBパターンに転換し、文京区で在宅生活を続けられている方のなかで、今回のセルフマネジメントに適した方を中心に実施することとした。方針を転換し、介護支援事業所に依頼したのが昨年12月下旬ごろである。年明けにひとつの事業所が実施可能であるということから、事前に事業説明はしていたが、1月29日に改めて介護支援専門員10名の方に事業説明を行ったところ、2月上旬に支援対象者3名が選定された。

当該事業所は訪問介護の事業所でもあり、利用者と日頃の関係が良好であったことから事業実施に向けた動きが早かったが、自治体からの正式な依頼や顔見せということで担当介護支援専門員と区の担当者が利用者宅を訪問し、事業概要とセルフマネジメントの内容について説明し、了承を得て、事業を開始した。

効果が出るか疑問に思う期間ではあるが、期間は2週間と設定し、実際の取組内容としては実行可能なことに着手していただけるようハードルを下げ、様式も最低限の項目に記入していただくという形で実施した。

#### 1 モデル事業実施経過

平成27年12月下旬	複数の介護支援事業所に依頼開始
平成28年1月中旬	1事業所が参加意向を示す
29日	当該事業所の所属ケアマネジャー10名に説明（説明者：日本能率協会総合研究所 川村氏）
2月上旬	支援対象者3名選出。区担当者が担当ケアマネジャーとともに候補者宅を訪問し、事業概要とセルフマネジメントの内容について説明し了承を得る。
中旬	セルフマネジメント実施（約2週間）

### (対象者の概要)

対象者は3名でいずれも男性。脳出血の方が2名と、脳梗塞の方が1名であり、要介護度は1が1名、2が2名であった。

#### 2 対象者の概要

- 男性A 67歳 脳出血 要介護1
- 男性B 67歳 脳出血 要介護2
- 男性C 84歳 脳梗塞 要介護2

### (セルフケアマネジメントの実施内容)

セルフケアマネジメントの実施内容は、様式の中から最低限のものを選択し、様式の①「症状・状態セルフチェック表」、②「セルフマネジメント確認表」③「健康管理表」を用いた。

①は初回訪問時にご記入いただき、②③はできるだけ毎日の記入をお願いした。ご本人の負担を軽減するため、できる範囲でのお願いとして説明を行った。結果として、1名は妻による代筆、もう1名はパソコンでの記録であった。当初、パソコンでの記入については、介護支援専門員が代筆するかという話もあったが、できるだけご本人の実施した成果を残すという観点から、パソコンで記載したものを用意した。

### 3 セルフケアマネジメントの実施内容

#### (1) セルフケアマネジメント3種類の様式への記入

様式① 「病状・状態セルフチェック表」 初回訪問時に記入

様式② 「セルフマネジメント確認表」 毎日

様式③ 「健康管理表」 毎日

※ご本人の負担にならないように、できる範囲でのお願いであることを説明した。結果として、1名は妻による代筆、1名はパソコンでの記録となった。

#### (2) ケアマネジャーからの意見等

伴走者としての意見等を求めた（様式なし）。

### (参加者からの感想等)

今回のモデル事業は対象者3名で、意識の高い方を選定したということも関係するかもしれないが、3名中2名は食事のメニューをノートに記録する習慣があり、残りの1名も高血圧に配慮した食事メニューを心がけているとのことであった。

#### ○男性A

様式中の質問内容について疑問を感じるということであった。

服薬管理については、飲み忘れのないようにしたいとの話があり、かかりつけ医から服薬管理のロボットを紹介され、デモで使用する事となった。

栄養管理の相談は医師とできており、医師やヘルパーと栄養管理の部分で見通しがついてきたと本人からコメントをいただいた。

担当の介護支援専門員からは、ご本人の努力が医師以外の方に見ただけで非常に良かったこと、食事のボリュームを医師が把握することができ、栄養指導が可視化できたというコメントがあった。

本人的には支援者からの多様なエスコートに困惑を見せながらも非常に喜んでおり、病状の改善につなげていきたいと非常に前向きなコメントをいただいた。

担当の医師からも、2週間は非常に短すぎるので、ぜひ継続してやっていただきたいとのことである。

#### ○男性B

日頃から高血圧に配慮した食生活を送っており、今回の取組では変化はなかったというコメントであった。

介護支援専門員からは、月1回のモニタリングをしているが、聞き取り中心だったため、今回のように毎日の食事や健康を可視化できたことは初めての経験で、こうした記録を取ることで、本人の些細な変化に気付くことが可能になるのではないかというコメントをいただいた。

なお、本人の強い意思で1年半近く断酒していたが、セルフアセスメント表の選択肢の一番よくやった評価が「だいたい守れた」となっている点について、完璧にやっているという意味で、「守れた」という選択肢があってもいいのではないかという指摘があった。

## ○男性C

毎日の振り返りができ、取組は苦にならなかったこと、また妻が入院中でいろいろ心配事があるが気が紛れてよかったなどのコメントをいただいた。

対象者は麻痺がかなり残っており、少し読みにくい字があるものの、記録紙の位置を工夫するなどしてご自身ですべて記録しており、介護支援専門員からは本人の自立に向けた意欲を改めて感じたとのコメントや、本人の丁寧な記録を拝見し、2週間訪問しなかったことを反省したというコメントであった。最後に、通常の訪問で把握できていなかったご本人の身体状況を今回のモデル事業で知ることができた、今後の支援につなげていきたいとのコメントであった。

### (モデル事業の取組で感じたこと)

今回のモデル事業についての反省点として、できれば医師会や地域包括支援センターを巻き込んでいけたら良い。また、今回は実践できなかったが、せめて参加された介護支援専門員が集まり、検証等を行うというような取組を行うことが有効かと感じた。

全体としては、2週間の取組ではあったが、ご本人にも介護支援専門員にもいろいろな反応があり、このような取組について、改めて効果を実感するものであった。

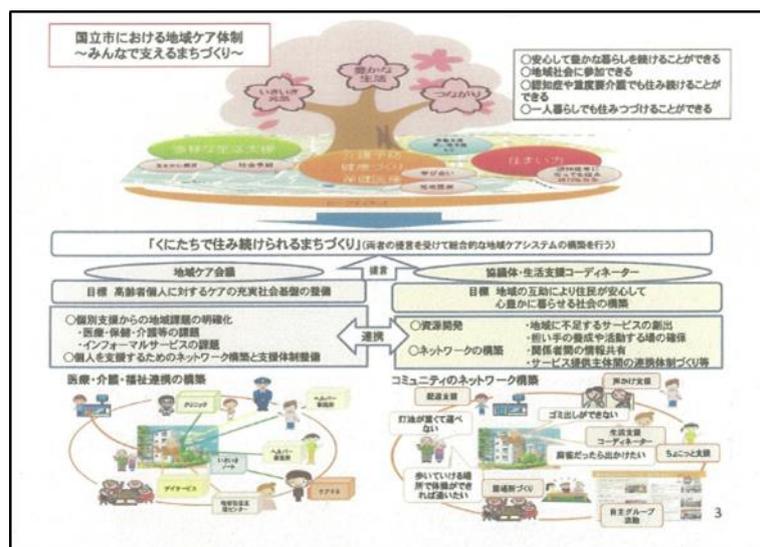
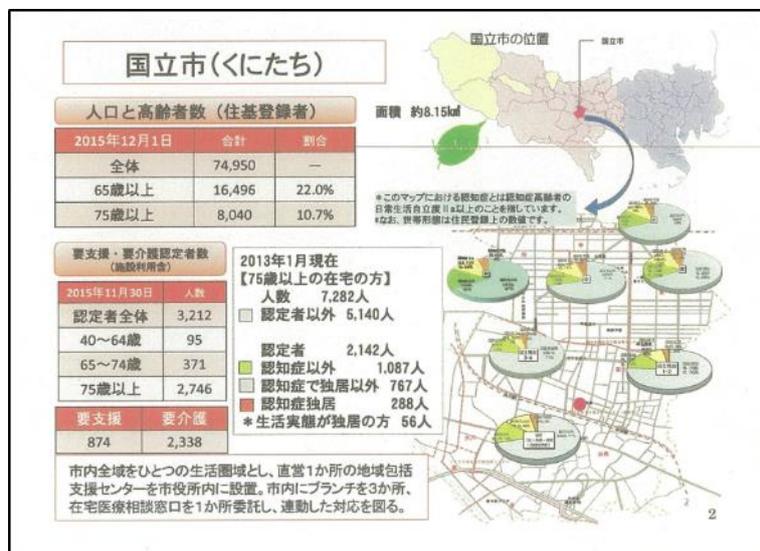
### 3. 東京都国立市

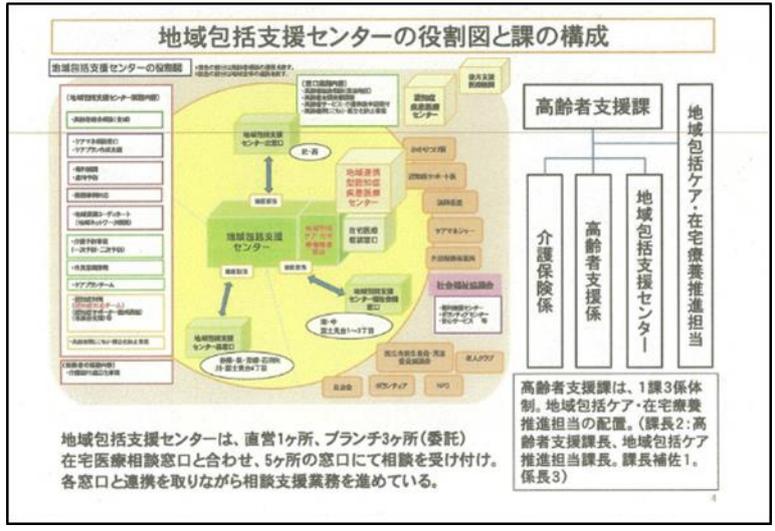
医療法人社団つくし会 新田クリニック 副院長 宮崎 之男  
 国立市 健康福祉部 地域包括ケア推進担当課長 大川 潤一

#### (国立市の概要)

国立市は東京都の西部に位置し、人口7万5000人程度で、高齢者の割合が22%である。地域包括支援センターは市内に1箇所、市役所のなかに設置しており、それ以外に、市内にランチを3箇所と、在宅医療相談窓口を1箇所設けている。さらに、在宅医療相談窓口を併設しているつくし会が、地域連携型の認知症疾患医療センターを設置した。

国立市内に大きな病院はなく、脳梗塞等を起こした場合は市外の立川・府中などの急性期病院に搬送されることが多いという実情がある。





### (国立市)在宅療養の支援体制づくり

平成20～平成21年度 都モデル事業 ⇒ 平成22年度 「国立市在宅医療推進連絡協議会」  
 平成21年)18名の多職種意見交換と連携のあり方の検討～研修・相談事業・在宅医療アンケート  
 Q「病院から退院を迫られた場合、在宅医療を受けながら家で過ごしたいか」  
 A 「はい」57% 「いいえ」「わからない」39% ⇒ 情報不足、急変時の心配

平成23年度～ 国立市在宅療養推進事業 都補助

**国立市在宅療養推進連絡協議会** 市も委託

【委員】医師、歯科医師、薬剤師、看護師、学識経験者、社会福祉協議会、歯科衛生士、介護職、市民、行政、25名。  
 【事務局】つくし会 国立市  
 【内容】多職種連携研修会の企画・実施、認知症独居や24時間対応の仕組みづくりの検討、情報交換ツールのICT化検討、多職種による地域ケア会議、ケアマネ会議、市民勉強会、認知症カフェ、在宅療養ハンドブック作成、等

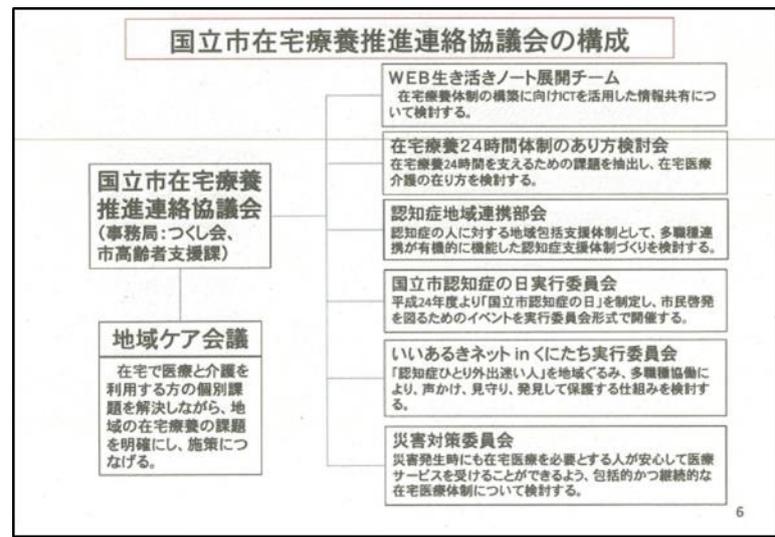
認知症まちづくりプロジェクト「わがまち国立アクションミーティング」  
 「市民理解⇒児童向け認知症理解」「いつでも立ち寄れる場づくり」「若年性認知症の会(こもびの会)」「私は認知症といえるキャンペーン⇒認知症の日イベント(合唱等)」  
 「国立市認知症の日」制定、毎年10月第3土曜日。

在宅医療相談窓口  
 【目的】在宅医療に関する調整、相談、相談及び助言を行うことにより、住み慣れた地域で継続した生活が送れるようサポートする。  
 【内容】  
 ・月～金曜日、午前9時～午後5時、つくし会訪問看護ステーション内。  
 ・専門職による受付、相談対応。  
 ・市報やチラシ、リーフレット、市民向け封筒等で周知。  
 ・地域包括支援センター連絡会議参加。

平成24年度 在宅医療連携拠点事業 国から法人へ直接補助

平成25年10～3月 認知症医療支援診療所地域連携モデル事業  
 ○認知症医療支援診療所地域連携モデル実施委員会  
 ○認知症医療支援診療所における早期診断・早期対応及び危機回避支援の試行的実施 国庫補助 委託

**市民も専門職も行政も みんなでつくる**



### (おおまかなスケジュール)

12月25日にケアマネジャーを含めて関係者会議を行った。

セルフマネジメント支援着手は12月28日から（ケアマネジャーによっては1月から）2月末までとし、3月4日に関係者会議を開催した。

なお、実施体制は、自治体として国立市、医療機関として新田クリニックの宮崎先生にご協力いただいた。

### (セルフマネジメント支援者の選定)

宮崎先生のご協力を得て、支援対象者9名をリストアップし、そのうちの5名の方に協力を依頼した。支援対象者には事前に宮崎先生から話をさせていただき、承諾いただいた5名の方に対し支援を行った。5名中4名にはケアマネジャーがついており、介護サービスを利用していた。なお、1名の方は介護保険の認定が切れており、仕事に復帰されていた。

### (セルフマネジメント支援対象者のセルフマネジメント取組内容及びセルフマネジメント支援)

支援対象者は基本的に宮崎先生が通院や往診対応をされている方々であることから、ケアマネジャーとの情報共有は難しくなかった。また、利用者のなかには、モデル事業にて使用した記録と似たような項目で、血圧や食事の記録をすでに取りられている方もいて、それをまた転記する方もいた。

新田クリニックは外来と在宅があるが、今回の支援対象者5名のうち4名は訪問診療を受けている。今回、独居の患者にも協力いただいたが、月に1~2回の訪問診療の際に食事のことなど話をしていたものの、その場で終わっていた。今回、記録することにより、例えば体重を記録するためダイエットをするなどの効果があった。本人から、自分で実際に数字を記載することでそれが励みになったり、あるいはこれはいけないと反省にもつながる、という話が聞かれた。

ケアマネジャーからは、普段から通所リハビリに通っており、主治医との連携も取れているという話もうかがっている。

セルフマネジメントプランを作成する上で困ったこととしては、ケアマネジャーから、本人の状態が落ち着いており、明確な目標がなかった点があげられた。

セルフマネジメント支援については、1回あたり5分~10分程度で、あまり時間がかからなかった。ケアマネジャーがついていたことで、アセスメントやモニタリングがしやすく、短い所要時間で対応が可能だったと考えられる。また、項目以上に日頃から自分で記録をつけていた方もおり、困ったことは特に

#### セルフマネジメント報告

今回、新田クリニック・宮崎Dr、国立市内のケアマネの協力を得て、9名(介護保険サービス利用者、未利用者)をリストアップし、5名の協力を得た。対象者は男性4名、女性1名

	介護度	年齢	性別	サービス利用
A	要支援2	62歳	男	あり
B	要介護1	58歳	女	あり
C	要介護2(認定切れ)	55歳	男	なし
D	要介護4	70歳	男	あり
E	要介護5	74歳	男	あり

ないというようなコメントも聞かれた。

### (セルフマネジメントを継続するための工夫)

セルフマネジメントを継続するための工夫として、記録を高年齢者が記入する為、用紙をA4からA3に拡大コピーするといった点が挙げられる。

なお、モニタリング中に途中でやめてしまったケースが1件あり、ご本人が老人保健施設に入所されたことから、当該ケースは1月末で終了している。

### (モデル事業取組の評価)

ケアマネジャーから、本人が食事や血圧のことを記入することにより、自己分析が行われ、客観的に自分自身の状態を把握することができたのではないかと、また、文字にすることにより状態の振り返りにつながり、ご本人の意識の変容につながったのではないかとという報告があった。

### (今後、継続して取り組む場合の課題)

今後の課題として、ケアマネジャーからは、発症後、早い段階からのサポートの仕組みが必要ではないかとの話があった。また、年代による支援内容の違いについても話があり、特に若い年代の方にとっては、バランスのとれた栄養保持が課題であり、それらを可能とするために、会食などを含めた居場所づくりが必要ではないかという意見も聞かれた。

今回、食事表もつけているが、その結果を生活に反映させるための支援も具体的に考えていく必要がある。

今回は伴走者としてケアマネジャーが選ばれたが、栄養士の参画も有効ではないかと考えられる。

また、生活上の明確な目標が見えづらい方に対する支援も必要ではないだろうか。

今回、私たちの取組のなかでも栄養士が必要ではないかという話があったが、自宅で生活する男性は料理をあまりしない方もいる。おおむね、弁当などで1日過ごされている方、それもそのような日が週に2回あるという方もいた。最近ではカロリー表示があるものも多くなっているものの、適宜、栄養指導が必要ではないか、場合によっては、男性でも着手しやすい調理指導も必要ではないかという意見もあり、栄養士の介入の必要性を痛感した。

#### 見えてきた課題

- ・対象の年齢・性別による支援内容の検討が必要ではないか。
- ・自宅での生活支援について栄養面・食事作りの支援、居場所(栄養指導ができる食事会等)も必要ではないか。
- ・本人の病気への意識改革が必要ではないか。
- ・伴走者は、どんな人がいいか。
- ・自宅で、食事や健康管理を行っていく伴走者として栄養士の存在が必要ではないか。

### (ツールの改善点)

本人の状況に合わせて、また、年齢や性別なども踏まえて、ツールの内容や項目等を変える必要があるのではないか。さらに、本人に他の疾患もあれば、それもツールに活かすべきではないか。

### (その他、意見要望)

今回は介護保険スタッフと、主治医に協力をいただきモデル事業を実施した。独居が長く、発症後に支援者につながっていない方の体調管理、意識づけについてどのような方法があるかを考える必要がある。

また、年代と性別に加え、多様な疾患への支援も重要である。また、支援者間の連携の仕方も多様となる。本人自身が体調管理に取り組む上で、本人のモチベーションの維持が重要であり、セルフマネジメントの手法が有効と考えられる。





## 4. 東京都武蔵野市

武蔵野赤十字病院 リハビリテーション科部長 高橋 紳一  
 武蔵野市 健康福祉部 部長 笹井 肇

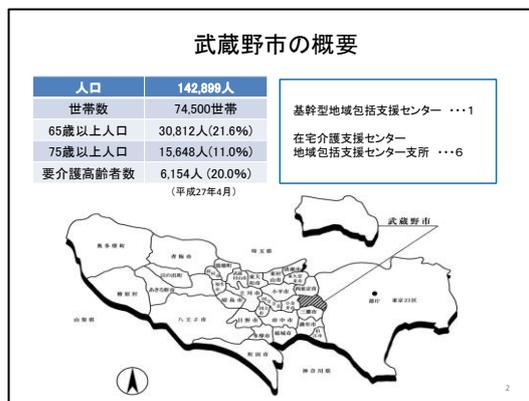
### (武蔵野市の概要)

武蔵野市は人口約 14 万人、65 歳以上人口が約 31,000 人で、75 歳以上人口が 11.0%、高齢化率が 21.6%、認定率は概ね 20%～20%弱ぐらいで推移をしている。

病院は 9 病院、診療所が 195 カ所あり、非常に狭い自治体であるが、医療機関の数は多い。

基幹型の地域包括支援センターは直営で 1 カ所、市役所に設置されており、地域包括支援センターの支所という形で在宅介護支援センターが 6 カ所設置されている。

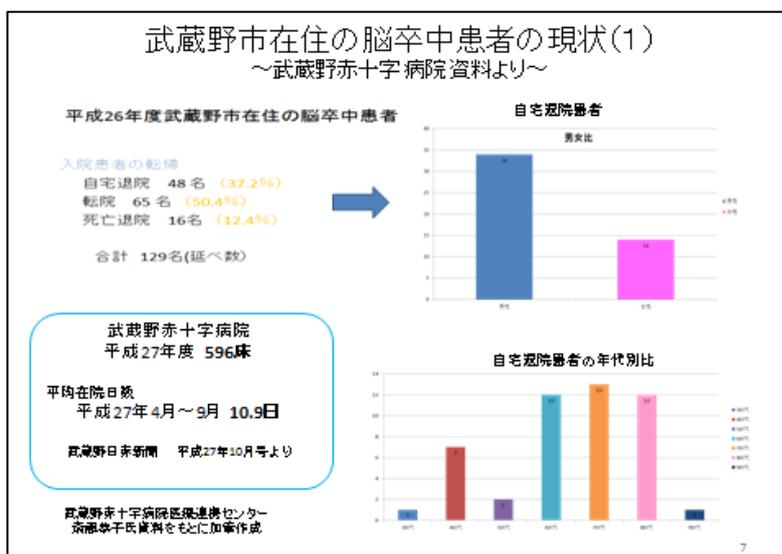
医療と介護の連携については、脳卒中の地域連携パスや認知症の連携シートなどを活用した連携の仕組みがあり、多職種連携という点で比較的進んでいる地域である。



### (武蔵野赤十字病院について)

武蔵野赤十字病院は平成 27 年度の時点で 596 床、平均在院日数は 10.9 日の地域医療支援病院である。平成 26 年度の武蔵野市在住の脳卒中患者について医療連携センターで集計したところ脳卒中患者は合計 129 名、そのうち自宅への退院が 48 名、転院が 65 名、死亡 16 名であった。なお、転院先は 7 割近くが市内の病院である。

自宅に退院される人の大半は、介護保険の申請をしていない。その場合、当院に通い続けることは少なく、地域のかかりつけ医を紹介し、そこで服薬管理等を行うケースが多い。



(脳卒中の再発率等について)

武蔵野赤十字病院には、毎日2名程度のペースで脳卒中患者が入院してくる。武蔵野市民の去年1年間の再発例は20数%見られる。しかし、発病後1年以内の再発は少なく、例えば、この1週間を見ても、およそ半分が再発例だが、大体5年～7年経過してからの再発である。つまり、再発は多いが、1年以内の再発は少ない。脳血管疾患は10年で半数が再発するといわれているが、そのような印象は持っている。

(武蔵野市における在宅医療・介護連携推進事業)

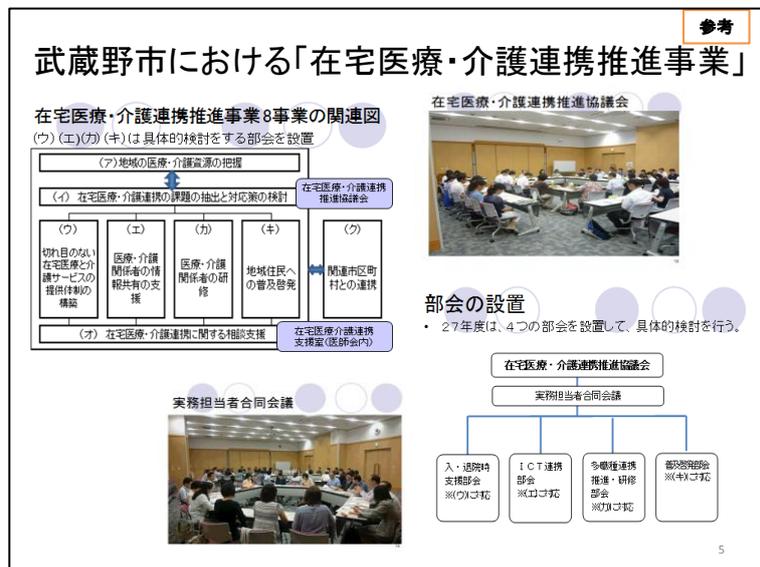
武蔵野市における在宅医療・介護連携推進事業は、国の定める8事業全てを平成27年度から取り組んでいる。8事業中4事業の実施体制としては、入退院時支援部会、ICT連携部会、多職種連携推進・研修部会、普及啓発部会の4つの部会を設けている。在宅医療と介護連携に関する相談窓口として、武蔵野市医師会館内に「武蔵野市在宅医療介護連携支援室」を設置し、医療ソーシャルワーカーを相談員として配置している。ICT連携は「メディカルケアステーション」を使っており、介護職を含めて300ユーザーが登録するネットワークシステムとなっている。

本モデル事業で中心となったのが、入退院時支援部会と多職種連携推進・研修部会、診療所医師とのつなぎ役としての在宅医療介護連携支援室である。

武蔵野市の特徴としては、このモデル事業を在宅医療・介護連携推進事業に位置づけて取り組んだことである。

モデル事業の実施期間として平成27年10月から平成28年1月までの4ヶ月間と設定した。地域全体の取組にするためには規範的統合の構築が重要であることから、11月26日に脳卒中地域連携合同研修会を開催し、今回の事業の中心となった医師と医療連携室看護師長を講師に脳卒中における急性期から在宅の連携パスやセルフマネジメントの重要性、脳卒中防止の十か条を中心に研修を行い、介護支援専門員を中心に医療、介護関係者113名が参加した。

また、今回のモデル事業のうち、1例を参考事例として平成28年2月8日にグループワークを中心とした多職種合同研修会を開催し、「もしあなたがこういうケースの担当でマネジメントをしたらどうするか」というテーマで、支援チームを想定した多職種で事例検討を行った。79名が参加し、脳卒中の予防・再発予防も含めた支援のポイントを確認した。



## (モデル事業の経過)

地域全体の取組として、脳卒中地域連携パスのブラッシュアップとともに、そもそも武蔵野市の脳卒中地域連携パスは急性期、回復期、維持期、在宅というような4種類のパスはあるが、急性期から直接在宅へという連携が難しいということから、本事業のAパターンに取り組んだ。

モデル事業の依頼があった9月に、急性期病院である武蔵野赤十字病院と武蔵野市医師会、市役所の関係者で協議を行い、その後本事業への協力参加について市長等の決定を受けたうえで、関係機関に事業説明を行っている。武蔵野市として、組織的に、どの職種にも、脳卒中の再発・重症化予防の重要性とセルフマネジメントについて理解していただくため、事業所連絡会等、様々な会議を利用し、関係機関に対する説明には多くの時間を取った。

日程	内容	参加機関
平成 27年	9月11日 筒井孝子先生 モデル事業概要説明・協力依頼	武蔵野赤十字病院 武蔵野市医師会 武蔵野市
	9月28日 武蔵野赤十字病院・武蔵野市事業打合せ	武蔵野赤十字病院医療連携センター 武蔵野市医師会・同在宅医療介護連携支援室 武蔵野市地域包括支援センター 市地域支援課
	10月13・14日 市長・副市長 説明・協議	
	10月 モデル事業の概要説明・協力依頼 ※各事業所連絡会幹事会、関係者会議、在宅医療・介護連携推進協議会の各部会等を活用し説明 事業の進捗管理と多職種連携を目的に工程表を武蔵野市版に加筆修正、事務局用管理表を作成	地域包括支援センター 在宅介護支援センター 介護支援事業所連絡会 訪問介護事業者連絡会 訪問看護・訪問リハビリ事業者連絡会 通所介護・通所リハビリ事業者連絡会 市健康福祉部内各課
		10月～平成28年1月 モデル事業の実施 ※4例実施
	11月26日 脳卒中地域連携合同研修会 ○講師：武蔵野赤十字病院医療連携センター副センター長 高橋 紳一 氏、看護師長 斎藤 恭子 氏 ○内容：脳卒中とは、脳卒中地域連携計画書について、セルフマネジメントについて	参加：113名 ケアマネジャー32名 関係機関53名 市職員28名
平成 28年	2月8日 多職種合同研修会 (多職種によるグループワーク) ※モデル事業を参考に事例を作成し、支援について検討	武蔵野市医師会 武蔵野市歯科医師会 武蔵野市薬剤師会 武蔵野赤十字病院 武蔵野陽和会病院 吉祥寺南病院 地域包括支援センター 在宅介護支援センター 居宅介護支援事業者連絡会 訪問看護・訪問リハビリ事業者連絡会 訪問介護事業者連絡会 通所介護・通所リハビリ事業者連絡会 民生児童委員 福祉公社 健康づくり事業団 市健康福祉部内各課 (計79名)
	2月17日 モデル事業関係者会議	武蔵野赤十字病院 武蔵野市医師会在宅医療介護連携支援室 地域包括支援センター 在宅介護支援センター 市地域支援課
	2月23日 入退院時支援部会	

### (セルフマネジメント支援対象者の概要等)

本モデルケースのルールとして、武蔵野市民であること、かかりつけ医が武蔵野市医師会の会員であることとした。

支援対象者は4名。高橋医師が全てのケースの選定を行っている。なお、回復期につながるAパターンを合わせると膨大な数になるため、Aパターンのみとし、かつ全て初発の方とした。結果として介護保険サービスを受けていない方が対象となった。

1 例目は、ご本人含め、家族全員が体格がよい。夫は外国人で、患者である妻を介してコミュニケーションをとったが、なかなかこちらが言いたいことが伝わらなかった。現在でも生活習慣が直せず、また途中で脊柱狭窄症が起こり、その治療で他の病院へ行っている状態である。

2 例目は十数年前に夫を亡くし、一人暮らしをしている方で発病前は活動範囲が広く活動的であったが食生活はかなり乱れていた。入院中の栄養指導では、それを改善しなければと栄養士に言われ、記録を書くよう依頼したが、用紙に自分の生活を書かなければならないことに抵抗を感じ辞退となった。但し、栄養士からの指導が相当堪えたらしく、それなりに生活を改善している。退院後、活動量が落ちてしまい心配していたが、体重コントロールができて血糖値が改善し、血圧も落ち着いて、現在は、再発の心配はない状態である。このケースの介護支援専門員は看護師でもあり、フォローアップの頻度は落ちたものの、月1回様子を見ている。昨年末にめまいで一度受診しており、再発を疑ったが、MRI を撮ったところ再発ではなかった。それなりに生活はできており、HbA1c も正常化している。

3 例目は夫がしっかりしており、妻にヘルパーの仕事に戻ってほしいということを含め、生活全般は夫が支えている。ヘルパー業務に戻れる見込みは立っており、4月から復帰することになっている。なお、モデル事業終了後は、支援は終わりにさせてほしいと言われている。

4 例目は復職目標があり、一番の困りごとが1時間以上かかる通勤であった。電車とバスが必要であり、途中で迷って困ってしまったことがあったため、妻が心配しているということだったが、現在、通院で練習しているところである。この方は76歳だが、技術者であり、工場のなかで彼にしかできない業務があるということで、復職という目標を持っているためセルフマネジメントへの取組意識は高いと感じている。

	1例目	2例目	3例目	4例目
年齢	56歳	75歳	57歳	76歳
性別	女性	女性	女性	男性
病名	アテローム血栓性脳梗塞	アテローム血栓性脳梗塞	視床出血	脳梗塞
発症日	9月30日	11月8日	12月2日	平成28年1月13日
入院期間	10/2～10/24	11/8～11/25	12/2～12/11	1/14～1/30
既往歴	卵巣のう腫	なし	子宮筋腫・胃潰瘍	腎結石
BMI	27.65	23.98	24.08	22.95
高血圧	有	有	無	無
高血糖	有	有	無	無
飲酒歴	機会飲酒	ビール350ml/日	7回/週	無
喫煙歴	有(15本/日 36年間)	無	有(15本/日 35年)	無
家族状況	夫 子供(2人) 実父	独居	夫・子供(2人)	妻・長男
介護保険申請	無	無	無	無
伴走支援者	A在宅介護支援センター 介護支援専門員・看護師	B在宅介護支援センター 介護支援専門員・看護師	C在宅介護支援センター 主任介護支援専門員・介護福祉士	D在宅介護支援センター 介護支援専門員・社会福祉士
退院時カンファレンス実施日	10月22日	11月24日	12月10日	1月28日

### (セルフマネジメント支援実施上の工夫)

武蔵野市の脳卒中地域連携パスの様式については3回程度変更している。

介護支援専門員にとって使いやすい様式とするためのポイントとしては、ケアプランの言葉をそのまま使うと受け入れられやすい。そのような用語に変更すると、介護支援専門員自身、自分たちが使う用紙と受け止めてもらえる。

### (モデル事業取組の評価)

入院中からの支援を実施していくには、病院の理解と院内のコーディネートが重要であり、病院側の調整役がポイントとなる。

また、かかりつけ医や開業医の理解の程度も問題がある。武蔵野市では、在宅医療・介護連携支援室を武蔵野市医師会に設置しており、開業医への情報伝達と連携を推進するための結節点となっている。医師会の在宅医療介護連携支援室のMSWに積極的に関与していただき、そこを媒介にして開業医に情報提供をしたり、連携を支援いただいた。

武蔵野赤十字病院の医療連携センターと医師会の在宅医療介護連携支援室、そして武蔵野市役所の在宅医療・介護連携推進担当の三者が連携を推進し、そのうえで開業医の理解を進めていくことが今回の事業においては重要であった。

### (今後継続して取り組む場合の課題)

課題の第一は、セルフマネジメント支援のための支援者の選出が在宅介護支援センター（地域包括支援センター支所）職員にとって大きな負担であった。原因としては、再発予防や重度化予防に関する知識が必要であること、合併症がある場合は医学的な知識が必要であること、入院中から医療機関との調整が必要で介護職の介護支援専門員は負担と感じたことが挙げられる。

第二は、急性期の在院日数が非常に短くなっており、武蔵野赤十字病院の平均在院日数は10.9日と、退院までの期間が非常に短い時間の中で、タイトな形で介護支援専門員を決めて、カンファレンスをやることとなる。今回のモデル事業では期間が短いなかで対応してもらったが、実際には困難な点多かった。また、期間が短いために患者との十分な関係性ができないまま退院となり、病院としての関わりはそこで終了してしまうため、入院中の評価はできていない。

第三の課題は、伴走型支援者の課題である。モデル事業の4例中、2例は看護資格を持っていた介護支援専門員で、残り2例は介護福祉職あるいは社会福祉士などの介護福祉出身の介護支援専門員が担当であった。福祉系の介護支援専門員は治療や検査データなど医療に関する情報処理がうまくできなかったという課題があった。急性期の医療情報があまりに多く、介護支援専門員の処理が追いつかない。例えば糖尿病の数値や、既往歴などの処理がうまくいかないという問題がある。入院中は患者であるが、在宅に戻ると生活者となるため、主婦であれば家事もそのなかでやらなければいけない。そういう意味では福祉系の介護支援専門員にとって、課題の把握は難しいということと、目標の設定が難しかったという反省点がある。

第四の課題として、情報処理に関連した問題が挙げられる。様式の⑦の聞き取り表については、入院時の初見、病状などの項目があるが、あとは空白の欄となっている。一般的な介護支援専門員からすると、病院からの医療情報をその空欄の中に整理するのは難しい。チェックリ

ストのような形で具体的なフォーマットにするなどして、医療情報を在宅側がほしい情報に転換させるようなシートが必要と感じた。

五番目の課題は、要介護認定の非該当のレベルで、介護サービスに至らない場合のセルフマネジメントのモチベーションやチェックを誰がどのように継続していくか、という非常に大きな課題である。様式⑩について〇×方式とかチェックリスト方式などが必要ではないかと感じている。介護支援専門員自身が重症化予防などのセルフマネジメントの意識を持たなければならない。また、本人のモチベーションに対する働きかけとして、サービスを受けている場合はチームで対応するということができるが、サービスを受けてない場合はかかりつけ医の問題、かかりつけ薬局の問題となる。その意味で、医療保険者が実施する保健指導や、栄養指導の要素の比重が高まる。武蔵野赤十字病院にも NST があるが、在宅へ派遣し、訪問看護師と栄養士がアウトリーチするような仕組みのなかで、医療的なニーズ把握と栄養指導をする仕組みも必要ではないかと感じている。







## 5. 新潟県上越市

上越市 健康福祉部 高齢者支援課介護指導係長 細谷 早苗

### (上越市の状況)

上越市は生活習慣病の重度化による脳血管疾患の発症が多い地域である。全国を見ても東北の日本海側は血圧が高く、脳卒中が多いという特徴があるが、上越市も同様である。脳血管疾患を1回発症したことによって要介護度が4、5になる方はそう多くはない。今回のモデル事業の題材のように、再発を繰り返すことによって介護度が重度化しており、上越市においても体制を整えて支援をしなければ、医療保険と介護保険の財政面が改善されないという危機感に立ち、平成21年から取組を始めている。

上越市が、本モデル事業に参加することになった理由は・・・  
生活習慣病の重度化による脳血管疾患の発症が多い  
脳血管疾患の再発による介護の重度化の人が多い

↓

このことから、専門医と協力し、介護支援専門員への研修や保健師・栄養士との連携体制を構築している

---

**<取組を始める前の上越市の課題>**

- 1 要介護認定率が県・国の平均と比べて高い  
(第1号被保険者・第2号被保険者共に)
- 2 保険給付費の伸びが大きく、第5期の介護保険料は全国で3番目に高い

↓

これまでの保健指導を見直し、抜本的な取組の方向転換が必要。保健師・栄養士等の専門職の力量形成が必要。

### (取組を始める前の課題)

要介護認定率が県や国の平均と比べて高く22.5%。また、第2号被保険者においても全国平均が0.35%~0.4%で推移している中で、上越市は0.55%という高い認定率であった。

保険給付費については、第5期の介護保険料は全国で3番目に高く、第4期から1,500円の増額となった。市民を始め、様々なところで、なぜ保険料が高くなるのか、行政は何をしているのかという意見が寄せられた。そのため、認定率を下げることを目指し、保健指導についての方向性を抜本的に見直すこととした。また、あわせて保健師や栄養士等の専門職の力量形成に取り組むことで効果が上がると考え、勉強会を開催している。

### (介護予防の取組の方向性の検討)

脳血管疾患が多い背景には、血圧が高い人が多いということがあった。特定健診を実施すると、6割近くが高血圧である。認定率が高い第2号被保険者も血圧が高い人が多いが、自覚症状がないため積極的に医療機関を受診することがない。また、健診の際、血圧の数値が高くても、自覚症状が出ないため、自分は大丈夫と思い、何も対策をとらない人がほとんどという実態があった。

### 介護予防の取組の方向性の検討

<実態の分析からわかったこと>

- ①原因疾患は**脳血管疾患**が多い…背景には**高血圧**
- ②医療費：かなりの額がかかっている  
特に**心疾患**による手術や**人工透析**になると**1,000万円を超えるレセプト**が幾つも！
- ③**健診未受診**、または健診で要医療があっても**医療機関を受診しない**  
(高血圧、高脂血症、糖尿病→**自覚症状がないから自分だけは大丈夫**)

↓

◎特定健診などの結果から、**ハイリスク者を抽出し、保健指導の対象者を明確にする。集団指導から個々の生活習慣やデータに沿った、個別保健指導へ**  
生涯を通じた生活習慣に対する**保健指導の実施**

上越市では、独自のハイリスクの基準を設け、健診結果からハイリスク者を抽出して個別の保健指導を実施している。今までは、集団指導をメインに行っていたが、他人事になる傾向があったため、各々の健診データや生活実態に合った個別の指導に切り替えた。妊婦から高齢者まで、生涯を通じた保健指導を、各ライフステージにおいて課題を見つけて展開している。

## (介護支援専門員・地域包括支援センター職員を対象とした取組)

### 研修会の開催

そのような状況の中で、保健師、栄養士の取組に併せて、介護支援専門員と地域包括支援センターの職員を対象に研修会を開催している。

研修会では、自分の担当者の状況把握として、高齢者の実態、要介護認定や保険給付費の推移、それらが保険料とどのような関係性があるのかなどについて説明を行っている。これらに対して、自分たちがいかに関わっているのかを認識しないままでは、他人事になってしまうため、自分の業務と直結していることを理解いただくよう話をしている。

また、8割方の介護支援専門員は福祉職出身のため、疾病の予防や管理について、何をどうしていいか知識や理解が乏しいのが現状である。そのため、平成25年から継続的に医師会と勉強会を開催し、最低限の医療知識の獲得支援を行っている。

研修会は、一方的に話を聞くだけでは身に付かないため、研修会の後で必ずグループワークを行い、今聞いた話の中で介護支援専門員や地域包括支援センターの職員としての業務にどのようなことが生かせるか、ケアプランにどのように反映できるかについてグループワークで確認している。

### 専門職との連携

さらに専門職との連携ということで、最低限の医療知識は獲得したとしても、重症化してくると対応が困難になるため、介護支援専門員にのみその対応を求めるのではなく、地区担当制を採って保健師や栄養士と連携してケアプランを作成することを本年度から開始した。

具体的には、脳血管疾患が原因で要支援1、2や要介護1、2を対象に、ケアプランを作成するときに同行訪問して、本人と家族とともにどういった点を見直すと良いかを検討している。気をつけている点は、押し付けになってしまうと本人が続けられなくなるため、目標を低めに設定し、それをクリアしたら次の段階へ進むようにしている。

この取組には、1件500円のインセンティブを設定した。開始してまだ1年経っていないため、成果を把握できていないが、脳血管疾患以外の心疾患がある方や透析寸前の方から、どうしたら良いのかということで地区担当に連絡が来ており、成果がでるものと期待している。

### (脳卒中連携等についての医療との連携)

病院と介護支援専門員との連携として、脳卒中、地域連携パスの運用を、上越市医師会を中心に実施している。

急性期から慢性期の連携ツールで運用しており、年2回～3回程度、関係者による連携検討

#### 介護支援専門員・地域包括支援センター職員を対象とした取組

##### <研修会の開催>

①当市の高齢者の現状、認定状況の推移、保険給付費の推移、介護保険料との関係などを研修会で説明し、専門職としての役割を再認識する機会をつくる

②最低限の医療知識の獲得

医師会医師による勉強会の開催（高齢者の特徴、脳血管疾患、糖尿病、腎臓・人工透析の予防、認知症等）

研修においては、研修内容をケアマネ業務にどのように生かせるかをグループワークで確認する

##### <専門職との連携>

・地区担当保健師、栄養士との連携

要介護1・2、要支援1・2、チェックリスト対象者で脳血管疾患の既往のある人を対象に、ケアプラン作成時に保健師・栄養士と連携した場合には、インセンティブとして500円を支払う仕組みを作った。

#### 病院と介護支援専門員との連携

##### <脳卒中地域連携パスの運用>

・上越医師会を中心に、運用されている急性期から慢性期までの連携ツール

・年2～3回程度、運用している関係者による連携検討会議を開催し、運用状況の報告や見直しを行っている（介護支援専門員の代表も参加し、介護支援専門員協議会会員に復命を行っている）

##### <地域連携連絡票の活用>

・介護支援専門員が医療機関を始めとした関係機関との情報交換のツールとして作成する。入院時には在宅での様子を記載し、病院に提出し、情報共有を図っている

会議を開催し、運用状況を確認するとともに、見直しについて検討している。その検討会議には市や介護支援専門員協議会の役員も出席し、その会議で出た介護支援専門員への要望や見直し点については、会員の復命を依頼している。

地域連携パスとは異なるが、医療と介護の関係者の連携ツールとして、医師会から発案があり、地域連携連絡票を関係者で検討し作成した。介護支援専門員が医療機関を始めとした関係機関との情報交換で使っている。デイサービスやショートステイに行くとき、または急に入院したときなど、作成した地域連携連絡票を相手方に提供するというもので、日ごろから作成するよう依頼している。

この会議の他に、脳卒中を予防したいという市の考えがあり、最近の入院状況や具体的な疾患（発症者は脳出血が多いのか脳梗塞が多いのか）等、定期的に医師に聞き取りを行い、市の方向性と実態が合ったものになるよう医師からアドバイスを頂いている。

脳卒中による要介護認定が多い中、上越市においても医療系介護支援専門員が少なく、医師との連携や多様な職種との連携を行うにあたって、ハードルが高い状況である。介護支援専門員からは、医療職へのアプローチがしにくいということ、どのような視点で再発予防の指導をしたらよいのか、またプランを作ったら良いのか、実際のところまったくわからないという話であった。

そこで、地域包括支援センターの職員と介護支援専門員向けの、脳卒中予防のための勉強会を開催している。医師会の先生と一緒に、ここ3年くらい毎年実施し、同じような内容で何回も何回も繰り返し刷り込みの研修会を開催している。

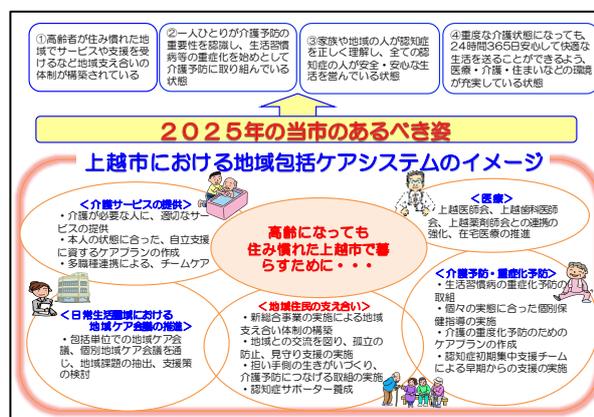
また、病棟の看護師との連携も今年から取り組み始めた。病棟の看護師は退院時カンファレンスの際、在宅のイメージが持てないため、ご家族に対し「施設でないと無理ですね」という話をしてしまい、その後、介護支援専門員と連携室の相談員が在宅に向けて関わったとしても、医療機関から施設と言われた後では、在宅は無理だと家族が思い込むとの話があった。介護支援専門員と連携するためには、専門用語を羅列された記録を渡しても介護支援専門員には意味が分からない、読み取れないということもあるため、病棟の看護師と介護支援専門員の意見交換会を、総合病院3ヶ所程度で開催している。

訪問看護と一緒に病棟の退院調整の看護師に地域に出てもらい、実際に地域でどのように在宅の生活が送れるか、病院の当たり前が在宅の当たり前ではなく、在宅では独自に工夫して生活するという理解を、意識を変えるよう活動しているところである。

### (2025 年の上越市のあるべき姿)

2025 年のあるべき姿を市民や地域包括支援センター、関係機関と規範的統合をして、この中で自分がどの役割を担うのか、またはどこどこを結ぶ役割になるのか、介護支援専門員や地域包括支援センターが考えるよう働きかけている。

平成 21 年から開始した、この取組の成果は、上越市の人口は現在約 198,000 人、高齢化が進み、高齢化率 30% 目前である。



高齢者人口は5,000人以上増えているが、平成23年度は22.3%だった第1号被保険者の認定率が、この1月末には20.4%に低下しており、一定の成果が出ている。

同じく40歳以上64歳以下の第2号被保険者数も平成23年から比べるとマイナス90人で、0.51%~0.42%と改善している。特に第2号被保険者については、介護や医療の費用がかかるだけでなく、これが原因で生活保護の申請に至る場合もあり、介護部門だけでなく、民生費を抱える部全体の課題として取り組んだ結果と受け止めている。

特徴的なのが、平成23年の要介護5は3,161人であったが、1月末では173人少ない2,988人と減少している点だ。率ではわずかながら、人数で見ると大きく減少している。これは、重度化を予防する、認定率を下げる、第2号被保険者の要介護認定者数を減らすという目標を立てて取り組んだ成果である。

同様に成果指標として、介護給付費の推移も評価している。平成21年度から13億、12億と、前年に比べて給付費が伸びていたが、平成24年度頃からの取組の成果が見え始め、平成27年度の決算では、前年度の差額が4億、伸び率も1.3%で、給付費についても成果が見えてきている。

給付費の抑制が見え始め、第6期の介護保険料は6,358円と、167円減らすことができた。今までは全国で高額の3位だったが、現在は100位にまで水準を下げる事ができた。

**<高齢者と介護保険認定状況>**

区分	H23年度	H28.1月末
人口	203,904人	198,228人
65歳以上人口	54,051人 (26.51%)	59,092人 (29.8%)

介護保険の認定状況

区分	H23年度(人)	H28.1月末(人)	H23年度割合(%)	H28.1月末割合(%)
認定者数	65歳以上	12,041	22.3	20.4
	40歳以上64歳以下	349	0.51	0.42
内訳	要支援1・2	3,028	24.5	21.6
	要介護1・2・3	6,201	50.0	54.1
	要介護4・5	3,161	25.5	24.3



### (事業実施)

脳卒中の連携会議の中心的役割の医師2人に相談し、退院時のパスについては進んでいることから、課題は在宅での支援であるとしてBパターンで実施している。

特にセルフマネジメントに積極的に取り組んでいる居宅支援事業所があり、そこに了解を得た。現在、すでに在宅でセルフマネジメントに取り組んでいる方であり、引き続きこの事業で支援することとした。

進行している以下の3事例全てが脳出血が原因疾患である。

#### 事例1

70代の男性で、アルコール依存と喫煙の常習があり、コントロールが難しく、介護支援専門員が苦勞している。なおかつ低栄養も繰り返し、状態が悪くなると入院してしまうため再発リスクがかなり高い。

目標は現状維持で、「これ以上悪くならないようにすることが目標」ということで支援をしている。内服薬の管理もかなりハードルが高いため、薬局と一緒に薬の管理をしてお

り、先日、介護支援専門員から薬局に「きちんと指導をしてほしい」と話をしたとのことである。

一人暮らしのため、なかなか自分では生活の見直しが出来ないことから、ショートステイを利用して、そこでリセットし、家に戻るという形をとっている。

#### 事例 2

若年発症で 40 代の男性。発症当時は要介護 3 であったが、経過が良く、現在は要介護 1 に改善している。薬剤師であり薬の管理は自分で出来るが、栄養管理がうまく出来ないため栄養指導を中心に支援している。最終目標は自立である。

#### 事例 3

若年発症で 60 代の男性。高血圧の既往があったが内服薬の処方されない状態で発症してしまったケースである。4 年経過しているが再発は今のところない。腎機能の低下がみられているため、その点の追加支援を始めている。

現在、血圧コントロールと内服薬の管理を中心に行っているが、これが出来れば、次は食事の管理を追加すると介護支援専門員は考えている。

3 事例ともに医療機関や介護支援専門員との連携はもちろんだが、介護サービスを利用しており、サービス事業所の職員とも情報を共有し、うまく行っていないことはすぐに介護支援専門員に連絡が入るようになっており、本人の目標に向かってチーム支援を実践中である。

課題は、介護支援専門員への支援体制の強化で、上越市は独自で様々な研修等を実施しており支援体制は出来つつあるものの、全ての介護支援専門員や市民に周知されていないため、今後は漏れがないよう取り組んでいく。

個別地域ケア会議等に事例を挙げて担当者会議等を行うと、どうしても支援者側の視点で固まった支援内容になってしまいがちである。普段関わっていない人からも「こういうふうにはやっていったらよいのでは」等支援のポイントを出してもらったり、再発したりうまくいかないと「自分が悪いのでは」と介護支援専門員が孤立しないよう専門職がいかに支えるか・支援できるのかを考えることが重要である。それにより、介護支援専門員の支援が、市民が再発しない介護予防につながるのではないかと考えている。

#### (モデル事業を実施して)

上越市は既に地域連携連絡票や、脳卒中の連携パスの運用が軌道に乗っていたため、セルフマネジメントの部分を取り上げ、医師会や介護支援専門員協議会の役員と相談をして、B パターンで取り組んだ。

記入においては、様式の⑩のセルフアセスメントを本人と介護支援専門員とで確認しながら記入を行ったが、いつの時点での状況を記入したら良いのか迷った。例えば、発症したときにそういう自覚症状があったのか、今現在なのかというところが、判断しにくかった。

目標及び予防の方策については、そもそもこの項目に合わせて目標を立てていたわけではなかったため、本人とケアプランとの目標にずれがあり、その点は本人の現状で判断する形で良いと解釈して、本人の現状で書いた。

血液検査は既往歴によって毎月検査をする方もいるが、今回選定された 3 名は年に数回の受診の際に検査するだけだったので、4 ヶ月前や半年前の状況での記載となった。

改善すべき点は様式⑧の病状セルフチェック表で、自分の適正な数値については、保健指導も、介護支援専門員も、それぞれの感覚的なものでかなり異なる。脳卒中の治療ガイドラインには、再発予防の数値が載っているので、感覚的にならないよう適正な数値を示したほうが啓発という意味もあり、この範囲に収まるのが望ましいという形で良いと思う。

原因疾患や生活習慣や背景、病歴が様々であるため、疾患管理や再発予防については、このツールだけでは難しい。個々のデータ全てが手元にあるわけではないが、検査データをこの項目だけではなくて、全体的に見た上での支援が必要なのではないかと感じた。

成果としては、上越市は高齢者ではなく、40～60代で記録票を自分で書ける人を前提に選定をした。日々の記録によって、自分がどんな生活をしているかを振り返る機会になっている。介護支援専門員本人からの話になるが、麻痺があって、なかなか字を書くのが無理だと思っていた人も時間をかけて字の練習をしながら書いていた。介護支援専門員もできないと判断をしていたが、意外とできるということで、新しい発見ができたと話していた。1人暮らしの方は継続が難しく、介護支援専門員が2日に1回ぐらい電話をかけないと記入が難しかったが、家族がいる方は家族の声掛けで継続ができたので、家族や支援者を巻き込むことが有効だと感じられた。麻痺がある方は、今回はモデル事業ということだったが、パソコンで入力チェックが簡単にできたら良いと感じた。

## モデル事業を実施しての報告

○モデル事業を実施して

①記入において迷ったこと

- ・様式⑩セルフアセスメントについては、いつの時点での状況を記入したらよいか、迷った。
- ・目標及び予防の方策については、そもそもこの項目で目標を立てていなかったため、本人の現状で判断した
- ・血液検査等については、既往歴により年数回の受診の際に確認する程度であり、その状況での記載とした。

②改善した方が良いと考えること

- ・様式⑧病状セルフチェック表について、自分の適正な〇〇という記載については、脳卒中治療ガイドラインに沿った数値にすべきである。個々で適正なという感覚がことなるため、啓発という意味もきめ、ガイドラインで示された数値が望ましい。
- ・原因疾患や生活習慣、背景や現病歴が様々であるため、疾患管理や再発予防においてはこのツールだけでは不十分であると感じた。個々の検査データや生活習慣に基づいた支援が必要である。

③成果

- ・日々の記録については、記入することで自身の生活を見直す機会となったとの感想があった。
- ・介護支援専門員が本人には記入は無理であると思っていたケースにおいて、記録を付けることにより「字を書く」ことの本人の能力について再認識することができた。
- ・本人自身だけではなく、家族や支援者などを巻き込みながら記録を行うことにより、継続して実施しやすくなった。

④その他 ・麻痺がある方については、PCなどでの入力であると活用しやすいと感じた。





## 6. 福井県越前市

医療法人池慶会 池端病院 理事長 池端 幸彦

越前市（市民福祉部）長寿福祉課 地域包括支援センター主幹 芦原 みどり

### （地域概要）

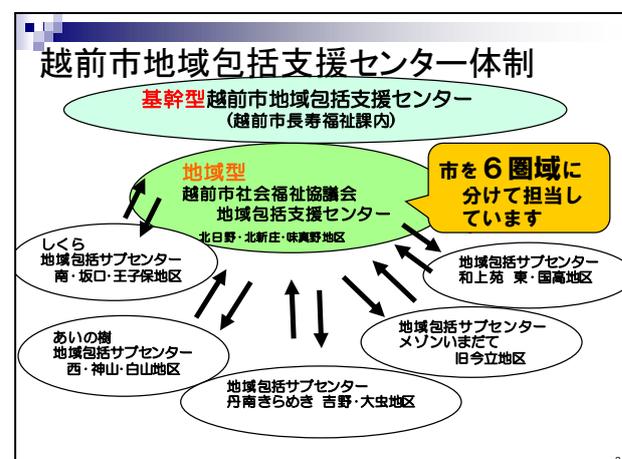
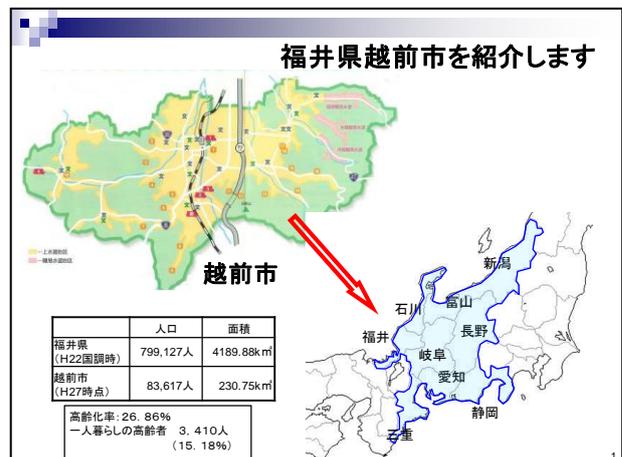
越前市は、健康長寿男性3位、女性7位、幸福度 No.1 の福井県のほぼ中央に位置し、東西南に、400 から 700m の山に囲まれている盆地である。福井県の人口の約 1 割を占め、1 人暮らしの高齢者が 3,410 人で全体の 15.18%、市の中心部、中山間地域に高齢者が増えており、全体の高齢化率が 26.86% という状況である。

越前市の見どころを紹介すると、昔より越前国府が置かれて、文化の中心地だった。1500 年の伝統を誇る越前和紙や、刃物業界では伝統工芸の越前打刃物に代表されるような物作りが盛んな地域であり、食の名物としては、越前おろしそばやボルガライスがある。以前にコウノトリが飛来したことから、コウノトリを呼び戻す農法の取組など、里山の保護に取り組んでいる。越前市でふ化した 3 羽のひなが大きくなって、2 羽のコウノトリは韓国や愛知県など日本上空を飛んでいる。

### （越前市地域包括支援センターの概要）

越前市では、新しい総合事業のスタートを平成 29 年度としており、サービスの移行をできる限り住民が主体的に介護予防の場に参加してもらえるようなスタイルをとって、準備を進めているところである。その一つとしてコウノトリや紙すきの動きを入れた介護予防体操を開発して、越前市つどい体操と銘打って、ホームページ上や YouTube 上にこの体操を上げている。

越前市地域包括支援センターは、市直営の基幹型で 10 名の職員が配置されており、地域に根差した相談、高齢者見守り、事例の対応をしていくために、市内を 6 つの日常生活圏域に分



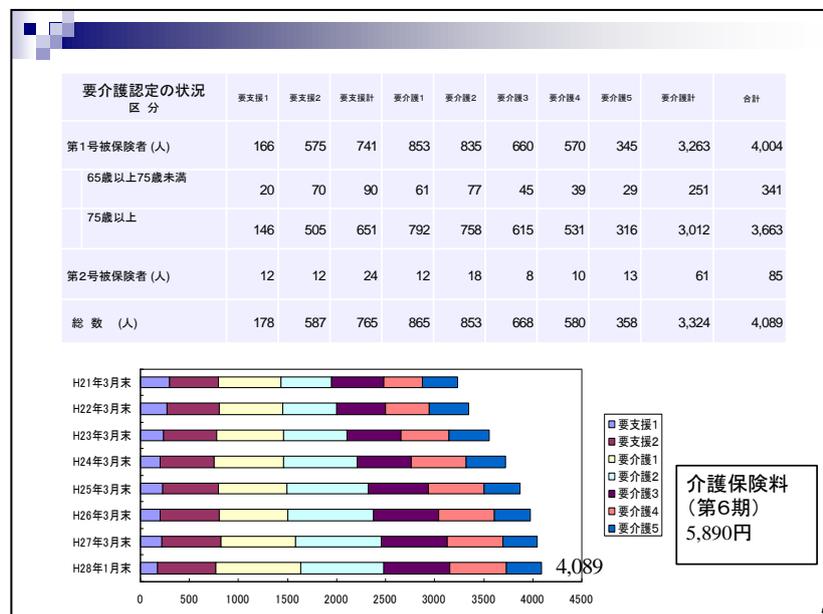
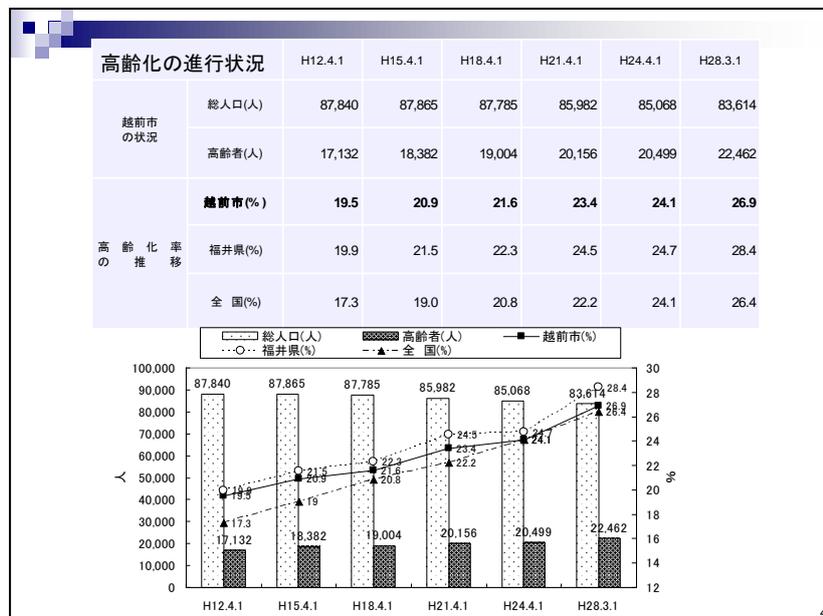
けて、それぞれ地域型の地域包括支援センターと5ヶ所のサブセンターで受け持ち、住民の支援体制をとっている。地域包括支援センターの業務については、より困難な事例の相談対応や、介護支援専門員の後方支援、また介護予防事業に力を入れている。

**(越前市の状況)**

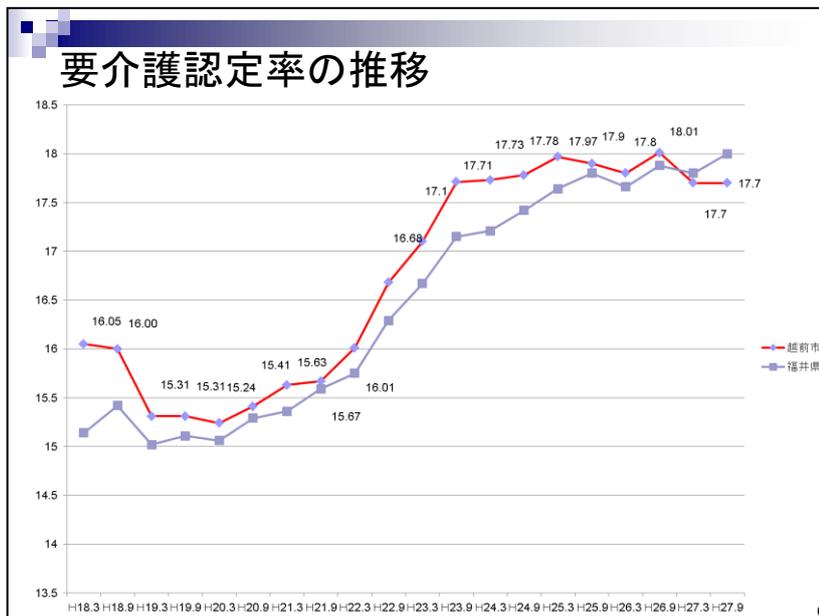
医療状況については、市内に7病院と38診療所がある。越前市が含まれる二次医療圏は、越前市と1市3町からなっており、隣接する二次医療圏に入院患者が28%流れていく。

介護支援専門員が所属する居宅介護支援事業所は25ヶ所あり、そのうち8ヶ所は医療法人が母体で、いずれも訪問看護事業所や通所リハビリ事業所を運営している。介護支援専門員は市内に100名ほどおり、8割以上が福祉系の介護支援専門員で、医療との連携については、介護支援専門員の持つ背景や考え方によって支援の体制に差が出ている。

要介護認定率については、要介護の認定を受ける方の伸びと、23年度以降、要介護5の区分の減少以外は、どこの区分も増加傾向にある。現在の要介護認定者数は4,089名、介護保険料は第6期で5,890円、今年度の予算では、介護特別会計の予算は74億となっている。



越前市は介護予防事業に力を入れており、平成26年9月以降の半年で、越前市が福井県の認定率を下回る結果を出したことは、一つの成果だと私たちは捉えている。



#### (在宅医療と介護の連携強化)

そのような背景を踏まえて、越前市では医療と介護の連携強化を実施した。日常生活圏域ごとに在宅医療を希望する患者と在宅医をマッチングするコーディネート医を配置する体制をとり、顔の見える多職種連携対応の中で、多職種連携会議を推進している。在宅医療コーディネート医は医師会より地域の医師を指名してもらっている。

具体的には癌末期や認知症の事例について、多職種によるグループワーク形式の事例検討に取り組んでいる。今までは在宅サービスを提供する事業所を中心に実施してきたが、ここ最近では病院の退院支援看護師や栄養士も含めた連携が進んでいる。医療ニーズの高い利用者に対する介護支援専門員の質向上を図り、連携しやすい地域作りを進めている。

#### (地域ケア会議の活用)

地域ケア会議の中では、個別の事例について、事例提供介護支援専門員以外の介護支援専門員にもオープン形式で参加してもらっている。これは、介護支援専門員が提供した事例について、各専門職からの様々なアドバイスや、

### 在宅医療と介護の連携強化

平成24年度～

- ①地域医療協議会連絡会を設置し、現状と課題等を検討
- ②医療機関における在宅医療状況の把握(アンケート調査)
- ③在宅医療コーディネート医を、圏域ごとに選任(6人)し、連携体制構築
- ④顔の見える多職種連携会議の推進  
平成25年度2回、平成26年度3回、平成27年度2回

### 地域ケア会議

○地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域ネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進  
○医師、薬剤師、理学療法士、介護福祉士、作業療法士、訪問看護師、管理栄養士、主任介護支援専門員

- 1 地域ケア個別会議  
個別ケースの支援内容を通じた
  - ・地域支援ネットワークの構築
  - ・高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
- 2 地域ケア推進会議
  - ・地域課題の把握
  - ・地域づくり・資源開発
  - ・政策形成

特に医療専門職、また主任介護支援専門員による地域づくりの視点を持ったアドバイスなどを、多くの介護支援専門員に事例を通して見聞きしてもらい、自分の担当している利用者のケアマネジメントに反映してもらうことをねらいとしている。介護支援専門員は、それぞれ自身が学んだことを自分のケアプランに反映する作業がなかなか難しく、「勉強になった」とは言ってもらえるが、プランにどう表現するのか、利用者はどう接するのかというところが、まだまだ弱いところである。

越前市では先日、地域ケア会議で第2号被保険者の脳卒中事後の事例が出た。10年間、要支援で継続されている事例である。提供介護支援専門員からは、栄養面で本人は頑張っているが、自分はどう声を掛けたいか分からない、例えば栄養士の特別指導を受けられないか、という意見が出ている。第2号被保険者が維持、もしくは改善していくために必要なサービスは何であるか、また、その中で介護支援専門員だけではなく、介護サービス事業所のチームケアがどのように発揮されるのかを、様々な事例を踏まえながら、市内の介護支援専門員と共有しつつ、地域包括支援センターも一つひとつの事例について、具体的な指導を実施していきたい。

### (モデル事業への取組経過)

医療機関というより医療法人池慶会の地域支援グループで参加した。病院部門は、30床と小さな病院だが、地域在宅に力を入れており、通所事業部と訪問事業部と地域支援の部門に分かれている。居宅介護支援事業所には、介護支援専門員が8名いるが、給付管理の数は220~230と、多くを担当しているため今回モデル事業に参加をした。

第1回目の委員会の後、200数名からモデル事業の対象者を選択した。

スタートは遅れて、1月7日に会議を開催し、取組開始が2月1日のため、ようやく1ヶ月が経過したところである。第1回目の介護支援専門員のモニタリングを済ませて、医師に報告をする。

モデル事業対象者は200数名いる中で、在宅の脳卒中の方で、この事業に協力と理解が得られることが条件である。さらに、認知症があっても内容が理解できる要介護度1程度の方。それぞれ通所介護や通所リハビリを利用していること、医学管理は医師との連携が取りやすい当院の主治医としているケースを選んだ。伴走者はいずれも担当の介護支援専門員である。



### (モデル事業対象者の変化)

A事例は85歳男性、B事例は80歳女性。まだ1ヶ月しか経過していないが、A事例の介護支援専門員は大変熱心に伴走しており、健康管理の意識が特に向上した。ケアプランの様式を見ると、健康に関する課題が多いが、何をどのようにどうすれば再発防止につながるか、具体的なイメージが持っていない。今回は、健康管理として、例えば、脳卒中の再発であれば、水分補給の量や規則正しい食事の取り方、減塩、内服、睡眠、運動といった具体的な細かい指標があるため、そこをやればいんだなということが、伴走する介護支援専門員も本人、そして家族も認識ができた。結果としては体重が少し増えたが、血圧は安定傾向にある。服薬管理は、家族が管理していたが、現在は本人も管理を意識するようになってきている。運動は、通所介護で継続はできていたが、意識するようになった。

A事例に関しては、健康意識が非常に高まり、血圧コントロールや食事の仕方などを介護支援専門員が訪問する度に詳しく聞いており、再発防止に必要なことを認識できたことと合わせて、セルフマネジメントの意味を理解した。ケアマネジメントは、介護支援専門員だから意識はしており、自分で自分の管理をする、自助、互助、共助、公助の中の概念は分かっているが、自分でやるのが介護支援専門員の中に芽生えた気がする。そして通所のサービスを利用していたので、モデル事業に参加することで、通所事業所にもこの記録用紙を持っていくと、担当している通所のスタッフもこういう意味でバイタルチェックを付けていたのだなという落とし込みができた。初めてこの事例を通して、介護支援専門員、本人、家族、利用している介護サービス事業所も健康管理に対して意識が共有できた。

モデル事業対象者の概要		
	対象者A	対象者B
年齢・性別	85歳・男性	80歳・女性
診断名	ラクナ梗塞・狭心症・肺気腫	脳梗塞
要介護度	要介護1 自立度A2 認知症自立度1	要介護1
利用サービス	通所介護(3回/週) 午後	通所リハ 訪問リハ
医学管理	外来通院(1回/月)	外来通院 通所リハビリ
伴走者	担当ケアマネジャー	担当ケアマネジャー

12

### モデル事業前後の変化(対象者A)

		前	後
本人	健康管理意識		向上
	体重		微増
	Vital Sign (BP)	やや不安定	安定
	服薬管理	家族が管理	本人も意識する
	運動	自主練習、通所時練習	継続している
	睡眠		変化なし
	飲酒・喫煙	なし	なし
家族			健康意識の向上 減塩食の用意など
医療機関(医師)			
ケアマネジャー			再発防止に必要なことを認識できた。セルフマネジメントの意味を理解できた。
その他			通所介護担当職員が健康管理意識向上した

13

### (モデル事業に取り組んで)

脳卒中再発予防に必要なケアプランは認識できた。

また、ツールを使って医療機関や介護サービス事業所との連携が強化された。聞き取りや報告に必要な情報が整理できた。この事業に入る前に、医師から健康管理について、どういったことに気を付けたら良いかという具体的な質問項目も、介護支援専門員と医療機関の先生方とはなかなかハードルが高く、先生どうでしょうか、という漠然とした質問だったが、具体的に血圧管理だとか運動はどれぐらいという、踏み込んだ質問になるなど、医師と共通言語で話ができるようになった。

さらに、セルフマネジメントに対するする動機付けになった。まだ始めて1ヶ月と少し経ったところだが、本人は非常に熱心に記録用紙に書いている。本人は、必ず通所にこれを持っていき、

看護師や担当の介護職員に出して、これを付けてくれと言っている。やはりそれに〇が付いたり、付いていなくても自分が行動を起こしていることを認めてもらっていることが何よりも励みになっているようで、これらの積み重ねによって、このあとセルフマネジメントの効果が出てくると信じている。

#### （今後、事例を増やしていける可能性）

医師会や事業化支援センターが本来のあり方に則って、先生方の理解が得られれば進むと思っている。地域ケア会議は平成 24 年から継続的に開催されており、その中で、脳卒中の再発予防などをはじめとした自立支援型のケアマネジメントに必要な要素などは、発表者だけでなく、オブザーバーで来ている介護支援専門員にとって、学びのチャンスであり、情報を共有する機会である。そのような場で理解を得られるか、あるいは、結果はまだ出ていないが、今回の取組の紹介によって、困っている介護支援専門員や地域包括支援センターやサブセンターの方々が興味を示すのではないかと考えている。当院の 8 人の介護支援専門員に適用者は 2 名だったが、自分自身が非常にいい感触を持っているので、ぜひやりたいとは思っている。



## 7. 長野県駒ヶ根市

昭和伊南総合病院 院長 村岡 紳介  
 駒ヶ根市地域保健課 健康長寿係長 浜 達哉

### (地域概要)

長野県駒ヶ根市は人口 3 万 3 千人程度、うち高齢者数 1 万人、高齢化率 28%で、伊那谷という天竜川が造った溪谷にある。

8 市町村で二次医療圏（上伊那）を構成し、伊那中央病院（伊那市）が 3 次救急を担っている。

### (昭和伊南総合病院)

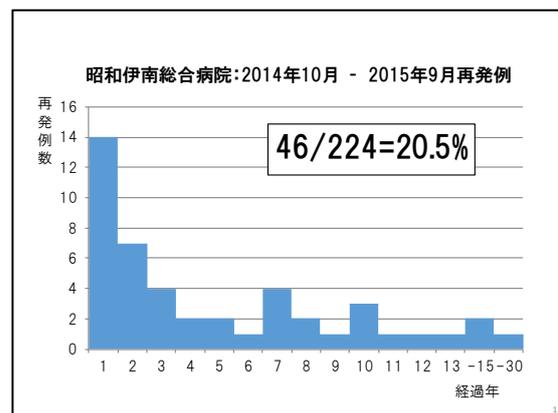
昭和伊南総合病院は上伊那医療圏の南側にあり、4 市町村の組合立病院である。稼動病床 239 床で、病院機能は一般急性期が約 180 床、回復期もあり、平成 28 年 3 月から地域包括ケア病棟を開設している。神経内科がなく、脳卒中は脳外科で診療している。

### (昭和伊南総合病院における脳卒中の再発率)

2014 年 10 月から 2015 年 9 月までの 1 年間の脳卒中症例の再発例は 224 件で、そのうち過去に脳卒中の入院歴がある患者は 46 名みられた。日本では、再発率が 20%といわれているが、当院も同様であった。

再発期間についてはグラフの通りで、再発は 1～2 年以内が多く、年数とともに漸減している。そのため、介入を入院直後である最初の 1 年にセルフマネジメントを実施することで再発件数が下がり、2 年目以降も下がるのではないかと考えており、例えば、2 例から 3 例の平均で推移できれば、再発率は 8%くらいまで下げることができるのではないかと考えている。

再発内訳について、最初の病型と 2 回目の病型を表示しているのが次の図である。初発、脳梗塞で発症した人は 2 回目も脳梗塞で、脳出血で発症した人は 2 回目も脳出血であると想定していたが、想定とは異なり脳血管障害の再発においては脳梗塞が大多数を占めている。



再発病型 \ 初発病型	くも膜下出血	脳梗塞	脳出血	総計
くも膜下出血		1		1
脳梗塞	1	38	1	40
脳出血		4	1	5
総計	1	43	2	46

### (モデル事業実施経過)

関係者会議を 9 月 28 日に開催した。医師会の先生、地域のケアマネジャー、今回の協力医療機関となる病院のスタッフ、行政の関係者が集まった。

10月1日から事業を開始した。

なお、主に脳卒中で搬送される先が昭和伊南総合病院の脳外科であることから、脳外科医の院長をはじめとする脳外科の医師、院内のスタッフを集め、10月8日に改めて事業の打ち合わせを行った。

今回のモデル事業について、駒ヶ根市ではAパターンを実施するため、急性期の昭和伊南総合病院を協力医療機関として事業を進めてきた。駒ヶ根市は閉ざされた地域であるため、基幹型の昭和伊南総合病院が地域の脳卒中患者の大多数を受け入れている。

当該地域の脳血管疾患患者数は、平成26年度の入院患者数をKDBシステムで抽出した結果、患者数42名、そのうち高齢者数が26名で6割を占めている。

今回、モデル事業の期間を10月1日から2月26日としたが、この期間に昭和伊南総合病院に入院した駒ヶ根市の脳卒中患者は32名、うち高齢者数が29名で、9割を占める。

65歳で要介護2以下をモデル事業の対象とし、その中から脳外科の主治医が判断し抽出している。支援者数の検討は、昭和伊南総合病院と前年の実績を踏まえて、10月1日の開始時に7名と決定してスタートした。

対象者7名のうち、3名から同意が得られたが、4名からは同意が得られなかった。今回のモデル事業では、第1段階として脳外科の医師が患者・ご家族に説明し、同意を得られた場合、市に情報を提供し、第2段階として市から説明をして最終的に同意書を得るという手続きを踏んでいる。

同意が得られなかった4名のうち、医師からの説明段階で拒否された方は2名で、何かを書くことや、管理される印象を受け、煩わしいと感じたようだ。市からの説明段階で拒否された方は2名で、医師の説明では了承したものの、市からの説明においてモデル事業であると踏み込んだ説明をした際に、医師からの説明に感じた印象と患者の受け止め方にズレが生じたようだ。例えば、夫が患者の場合、妻は食事にいろいろと介入されるような印象を受け、妻が拒否をしたケースも見られた。同意の取り方、説明の仕方は大事であり、病院ともう少し上手なやり方を探る必要を感じた。

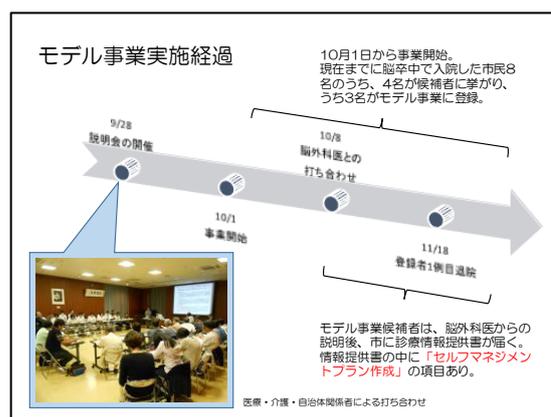
#### （支援候補者への説明の際に工夫した点）

Aパターンは、基本的に病院に入院中であること、また今回は要介護2までの軽度の方を対象としたことから、初回のカンファレンスのときに脳外科の主治医がセルフマネジメントの必要性について説明することにした。医師の協力が必要であるため、院長から、主治医がセルフマネジメントの必要性について患者に説明をするよう話をいただいた。

駒ヶ根市では医師の協力を得て、医師から説明をしていただいたことで、第2段階で市が介入した際、同意を得た3名についてはスムーズに話を進めることができた。

#### （セルフマネジメント支援者の体制整備）

支援者一覧で支援者を明らかにするときに、誰がその支援者となるのかということをはっきりと、その担う役割とその中でチームリーダーを明確にすることが大切であるが、伴走者が支



援チームや支援者のリーダーになり得る場合とそうでない場合があり、支援者一覧を明らかにする作業を丁寧にする必要があると感じている。例えば、3 例目の場合、世帯に精神障害者保健福祉手帳を持つ方がおり、世帯全体を通して支援していく必要があるため、ケアマネジャーがチームのリーダーとなって関係者をとりまとめていくことは難しいケースであった。

また、入院時と退院時で伴走者が変わるケースがあり、病院側から一貫性を持ってほしいという意見が出された。

伴走者となったケアマネジャー側からは、モデル事業を通じ、医療機関や本人・ご家族と現状を共有する場が今まで以上にできたことで、より良い支援につなげるきっかけになったと評価していた。

### （連携パスの作成）

病院、自治体、伴走者、かかりつけ医が実際に何をやるのかということを明確化、見える化する必要があるためモデル事業のパスを作成した（P.72 参照）。

これは、病院の地域連携室や看護部に協力をいただき、縦軸に病院、自治体、伴走者、内科かかりつけ医、本人・家族を、横軸に、入院時から入院中のステップと退院前、退院後という形で、それぞれがどういった役割を担うのかを見える化した。

このパスを用いて自治体の担当者が行程（工程）管理を行っている。

### （モデル事業対象者の概要）

モデル事業の候補者については、主治医から本人・家族への説明について情報提供書をいただく形とした。具体的には、情報提供書のなかにセルフマネジメントプラン作成という項目を病院側で設けていただき、そこにチェックを入れたものを市に情報提供し、その後、市の担当者が本人・家族に面談し同意を取る流れとした。

モデル事業に登録した 3 名のうち、2 例が脳卒中の再発例である。

我々が注目した点は、昭和伊南総合病院から情報提供をいただいた 3 名について、市の地域包括支援センターで実態把握や相談履歴があったかという点である。相談履歴は一元管理されているが、検索した結果、地域包括支援センター側で実態把握や相談履歴が 2 例目にはあったものの、1 例目と 3 例目には履歴はなく、病院から情報を提供していただくことで、今まで未把握だった人を把握することができた。

	性別 年齢	家族構成	病名	入院前の ケアマネ の有無	地域包括 での把握	入院前の様子
1	女性 82歳	娘夫婦・孫との 4人暮らし	脳梗塞 初発	なし	なし	健診・医療機関への受診はほとんどしなかった。 「自分は血圧は低いと思っていた」（本人より）
2	男性 75歳	妻と2人暮らし	脳梗塞 再発 (2回目)	あり 要支援2		平成25年4月初発 医療機関への受診、服薬はできていた。 「まさか再発するとは」（家族より） 週2回デイケアを利用 屋外は歩行器を使用（自立）
3	男性 65歳	妻介護3の母親と弟との3 人暮らし	小脳出血 再発 (2回目)	なし	なし	平成26年12月初発 アルコール依存、過去に精神科受診の既往あり。 「母親の介護に多少負担を感じていた」（本人より）

1 例目は、入院前の健診履歴等を確認したところ、あまり受診しておらず、医療機関の受診もほとんどしていなかった。対象者自身は血圧が低いと思っていたようだが、医師から話を聞いたところ血圧は高かった。

2 例目は、再発で初発は平成 25 年 4 月である。週 2 回デイケアを利用し、歩行器を使用し自立できていた。医療機関に受診し、服薬もできており、家族も再発するとは想像していなかった。

3 例目も再発で初発は平成 26 年 12 月である。アルコール依存と過去に精神科受診の既往があり、母親と息子の 3 人暮らしで、母親の介護をしていた。母親の介護に多少負担を感じていたという話は聞いており、要介護 3 の母親についてはケアマネジャーがついていたものの、今回の取組をきっかけに、市の地域包括支援センターの担当も一緒に係わりながら、世帯を支援することとなった。

### (セルフマネジメントの取組)

現在、3 例のうち 1 例が退院し自宅で生活している。

2 例目、3 例目については、病院からの聞き取りを終えて、現在、本人との面談、ケアプランの作成に入る段階である。

11 月 18 日に退院した 1 例目は、11 月 24 日に伴走者（地域包括支援センターの保健師）が訪問した。今回の取組として、退院 1 ヶ月後に訪問するのではなく、生活が落ち着くまでに回数を重ねて訪問することとした。

病院と協働でセルフマネジメントプランを作成し、また退院後の主治医にもセルフマネジメントプランを確認いただいた。飲酒量をどのくらいにしたらいかが本人が医師に相談し、「缶ビール 1 本までにしよう」となったようだ。

セルフプランを作成するにあたっては病院のほうからは 3 つのアドバイスをいただいた。

- ①薬を確実に飲む
- ②朝夕の血圧を測り、血圧ノートに記入する
- ③夜、トイレに行く時に転倒する危険があるので、環境調整をしっかりとしておく

実施状況を確認するため、地域包括支援センターの保健師が自宅を訪問し様子を確認しているが、退院後寝ていることが多く、身体が硬くなったような気がするという話や、家族から入院前にしていた家事を少しずつ再開しており、今のところ、ふらつき・転倒はないとのことで、運動に関する項目を今後検討していくこととしている。

### (セルフマネジメントを実施する上で工夫した点)

セルフマネジメント支援、モニタリングの実施は、1 回あたりの平均時間が 45 分。最長で 90 分、最短で 30 分。初回訪問時はいろいろと話を聞くため時間を要したようである。回を重ねて、

**モデル事業用パスの作成**

病院・自治体・伴走者・かかりつけ医による役割（やること）を明確化（見える化）する目的でパスを作成。パスを用いて自治体担当者が工程管理をしている。（別紙参照）

	入院時		入院中				退院後		プラン作成にあたり病院からのアドバイス
	STEP 1	STEP 2	STEP 3	STEP 4	STEP 5	STEP 6			
1						○		①抗血栓薬の確実な服薬。 ②朝・夕の血圧測定のリズム化、血圧管理ノートへの記入。 ③夜間、トイレの際に転倒する危険性があるので注意が必要。	
2		○							
3		○							

**セルフケアマネジメント実施例（1例目）**

11月18日退院 11月24日伴走者（地域包括の保健師）が訪問

項目	該当	予防の方策
血圧	○	朝・夕 2回
体重		
喫煙		
飲酒	○	1日ビール350mlまで
食事	○	減塩
運動		(今後検討)
睡眠		
その他		

「退院後、寝ていることも多く、体が硬くなったような気がする。」（本人より）

「入院前にしていた家事を再開した。ふらつき・転倒はなさそう。」（家族より）





聞くことも的を絞れてきたということもあり、時間的には 30 分ぐらいでできるようになった。何をどこまで確認、モニタリングするのか整理をしておくことが必要だと感じている。

ケアマネジャーからの要望があり、2月5日に開催した関係者会議で地域のケアマネジャーに集まっていただき、改めてセルフマネジメントプランについて説明を行っているが、ケアマネジャーには、再発予防に向けた医学的知識と、セルフマネジメントに対する基本的な知識・理解が求められる。

#### （セルフマネジメント様式について）

病院側でも退院にあたって血压手帳などを紹介しており、外来につなげているところもあるため、モニタリングに使用する健康管理表（様式 11）については、病院で紹介している血压手帳に記入してもらい欄を設ける形にして、記録をいくつも増やさずに、現状病院で使われている、患者に紹介されているものを生かすこととした。それにより、医師も見慣れている様式であることから、どこに何が書かれているか分かりやすい。

駒ヶ根市では地域の医療機関と協力し、高齢者の動くこと（活動）への関心を高めるため活動量計を活用して活動量の見える化に取り組んでいる。無線通信付きの活動量計を貸与し、医療機関受診の際、診察室にかざすと、直近 30 日、過去 1 年間分のデータが表示される仕組みで、3 月末をめどに内科の医療機関の 7 割に導入される予定である。普段、記録する必要はなく、時計機能が付いており、身につけているだけで自動的に計測される。この仕組みを、3 例中 2 例の方にも利用していただき、動くことへの関心を高めていくよう支援している。

#### （モデル事業の評価している点）

3 つの視点で疾患管理を診ていくことが分かった。医療機関への受診、服薬、予防の方策という 3 点である。医療機関への受診については、どこの機関で、どのくらいの受診頻度で、どういった形で受診しているのかという受診方法。服薬については、薬の種類と、薬がどのように保管されていて、薬の飲み方がどのようになっているのか。予防の方策として、いくつか上がっていた項目が実際にプランの中にどれだけ盛り込まれているか。

市に提出されるケアプランを見ると、こういう視点が入っているプランは実はそれほど多くない。駒ヶ根市では、現在、要介護認定者 850 名が在宅で生活しており、850 の居宅プランがある。このうち脳血管疾患で要介護認定を受けている方が 173 名いるものの、このような方々が疾患管理として、医療機関の受診、服薬、予防の方策がどれだけプランに盛り込まれていたか改めて見たところ、それらが明確になっているプランは少なかった。ケアマネジャーの気付きとして、今後のプランの生かし方という点で非常に勉強になった。

基本的な疾患管理として、医療機関の受診、服薬、予防の方策がきちんとプランの中に盛り込まれているのかどうかということ、また短期目標の達成時期に医師を含めて達成状況を必ず共有することが重要だということ、今回のモデル事業を通じて感じた。

駒ヶ根市の場合、ケアプラン提供の一環で、短期目標の達成時期に合わせてケアプランが提示されるが、そのときに地域のケアマネジャー、特に主任ケアマネジャーの活用という点でも、プランチェックに協力してもらいながら、地域のケアマネジャーの資質向上につなげたいという話も出ている。今回のモデル事業への参加がそういうことにつなげるきっかけにもなったと思っている。

### （医療との連携）

協力医療機関の脳外科の医師の協力が大きかった。主治医がセルフマネジメントの必要性について患者や家族に説明することで、次に市から同意を取ることがスムーズに行うことができた。

今回、モデル事業を実施するにあたり、病院の看護部・地域連携室と協働して、モデル事業用のパスを作って稼働させたことで、病院と連携して1つの形を作り、それをを用いて実施することができた。作成したパスは、今後の退院支援のルールづくりのベースになると考えている。モデル事業用パスは、病院から退院していくときの流れを明らかにしたが、ケアマネジャーからは、退院した後、地域でどうやって医療と介護が情報共有し支援をしていくのかも検討が必要との意見が出された。短期目標の達成情報等、かかりつけ医とケアマネと市、また家族とどう共有していくのか、どのような形で情報共有すべきかを検討して、見える化するためパスを作成したいとの話も出ている。

伴走者になる地域のケアマネジャーの理解・協力も大きかった。セルフマネジメントについて学ぶ機会を持つことができたのはとてもよかったと思っている。

### （今後に向けて）

協力医療機関である昭和伊南総合病院において3月に地域包括ケア病棟の運用が始まった。昭和伊南総合病院の3階の西側の病棟が地域包括ケア病棟で、この一角に、医療介護連携室を病院側に設置していただくとともに、市の職員が常駐して、介護保険の申請受付などの保険者機能を持たせている。今まで物理的に離れていた状態から、医療と介護の連携の橋渡し役として、医療介護連携室に市の介護支援専門員が常駐している。今回、モデル事業への参加がこういった取組のきっかけにもなった。

昭和伊南総合病院としても地域包括ケア病棟の機能を高めていくとのことで、医療介護連携室の動きに合わせ、元々1階にあった地域連携室を3階のナースステーションの奥に移設し、訪問看護と訪問リハビリも同一のフロアにいるよう体制を再整備しており、モデル事業をきっかけに病院側と具体的な形で進めることができたと思っている。

全国のデータを見ると脳卒中の再発率が2割であり、駒ヶ根市も同様に2割であったことには驚きを感じた。セルフマネジメントはモデル事業への参加にとどめず、普段のケアマネジメントの流れのなかで取り入れ、継続して取り組む仕組みづくりにつなげたい。







## 8. 岐阜県大垣市

大垣市 高齢介護課 課長 篠田 浩

### (実施体制)

モデル事業を実施するにあたって、大垣市民病院と打ち合わせを数度行った。当初、市民病院は「よろず相談室」という地域連携室が担当として動いていたが、Aプランの対象者が出なかったため、原因を検討し、担当を看護部に変更した。

医師会については、副会長に説明のうえ、事業を進めた。

地域包括支援センターは、直営の大垣市包括支援センターが市役所の中にあるほか、委託は2つあるが、大垣市社会福祉事業団の地域包括支援センターにこのモデル事業への参加を依頼した。

ケアマネ協会は、大垣市介護サービス事業者協議会という組織があり、その中にケアマネ連絡部会がある。このケアマネ連絡部会に依頼しモデル事業に着手した。

### (目標値の設定について)

AプランとBプランのうち、Aプランの方が大事と考え、Aプランの件数を多くしたいと思っていたが、なかなか数が上がってこなかった。大垣市民病院の脳血管疾患の入院患者が年間960人ほどおり、モデル事業の対象は当然出てくるだろうと思っていたが、担当課の師長からは、入院患者は状態の重い人が多く、軽症な患者を対象とするこのモデル事業は難しいと言われていた。

打ち合わせの回数を重ねるうちに、重い人ばかりではないことがわかり、看護師長からモデル事業の説明をしていただいたが、なかなか利用者の同意が得られなかった。同意が得られない理由としては、モデル事業の説明をしているうちに、患者や家族が不安を感じたためである。

Bプランも同時進行で動いたが、「要介護認定をもっている軽度の方」あるいは「過去に要介護認定を受けたが、現在は非該当となった方」を中心に脳血管疾患の患者をケアマネジャーからピックアップしていただいた。本市のケアマネは120人ほどおり、その中でモデル事業に参加していただける方という手挙げ方式にして、意識が高いケアマネ4人に参加していただきモデル事業に着手することとなった。

### (セルフマネジメント支援者の選定)

Bプランは6件着手し、セルフプランの支援を行ったが、ケアマネは血圧や体重を測ることの必要性を対象者に説明しにくく、どう説明し、理解してもらうかが問題であった。

Aプランは、担当看護師から説明し、同意のあった1件に着手した。

### (展開していくためのアドバイス)

スタート時には医師の関わりが非常に大事だと思う。医師から、退院に向けて話をする時に、体調管理の上ではこういうことが必要だ、と言ってもらうことで対象者の納得感が得られやすい。退院時に、ある程度の道筋をつけていただくよう主治医に依頼できると、それに応じた次の展開に進むことができる。「医師が言うことだから」「医師が指導しているのだから」と思えばセルフマネジメントに取り組む意欲がわき、動機づけとなる。

医師の役割は、とても重要であるため、医師会に説明し、事業を進めるのが肝要である。

#### **(モデル事業取組の評価)**

支援対象者について、適切な対象者の選定に時間を要し、取組期間が短くなってしまったが、医療機関、担当介護支援専門員、地域包括支援センター及びサービス事業所が事業の意図を十分に理解し、本人や家族のセルフマネジメントの実施に向けてチームで支援することができた。特に健康管理表の活用にあたっては、介護支援専門員を中心に、サービス事業所や家族とも十分に共有が図れるよう配慮されており、今後の継続的なモニタリングに活用していきたい。

支援対象者 B については、既に安定した生活を送れている対象者も多い中、新たにセルフマネジメントの視点を促す難しさを感じる面があった。

いずれにせよ、介護支援専門員が作成する居宅サービス計画において、セルフマネジメントの視点が十分に取り入れられていることが重要である。

#### **(今後、継続して取り組む場合の課題)**

健康管理表の各項目の記載方法について迷うケースが多かったため、記入要領等統一的なものがあるとよい。





## 9. 岐阜県高山市

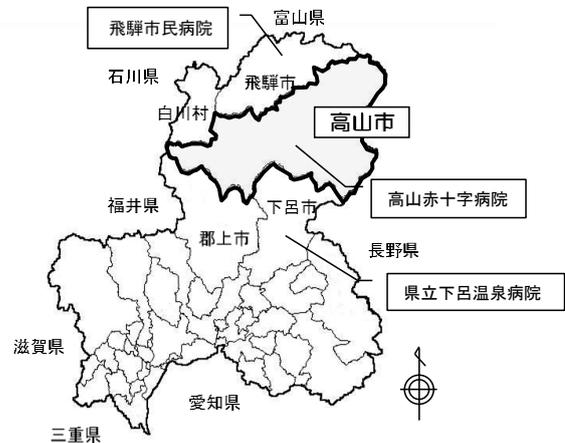
高山赤十字病院 副院長 竹中 勝信  
 高山市 福祉部高年介護課 課長 倭 一弘

### (高山市の概要)

高山市は、平成17年に近隣9町村と合併し、東京都に匹敵する大きさになったが、森林率が92.1%で、人口はそれぞれの市町村の中心部に密集している。

現在の人口は9万938人で、65歳以上人口は2万8,382人、高齢化率は30.1%である。これは県・国の数値より高い状態で、今後も上昇していくと見込んでいる。

要介護認定を受けている方は、高齢者の20%ほどで約5,000人である。



### ■高齢化率の推移（10月1日現在）

	平成17年 65歳以上比率	平成22年 65歳以上比率	平成27年 65歳以上比率	平成37年 65歳以上比率
高山市	23.9%	27.0%	31.0%	34.5%
岐阜県	21.0%	24.1%	28.0%	31.3%
国	20.2%	23.0%	26.8%	30.3%

※H17, H22=国勢調査 H27, H37=市：総合計画の人口推計、県：岐阜県高齢者安心計画、国：高齢社会白書より

### ■介護保険被保険者数（各年度末時点）

年度	第1号 被保険者	内訳	
		65～74歳	75歳以上
平成24年度	26,057人	12,343人	13,714人
平成25年度	26,751人	12,967人	13,784人
平成26年度	27,380人	13,377人	14,003人
認定者	5,035人	564人	4,389人
(割合)	18.4%	4.2%	31.3%

### ■要介護（要支援）認定者数（平成26年度末）

被保険者	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
第1号	487	593	946	964	678	633	652	4,953
65-74歳	67	86	112	100	71	59	69	564
75以上	420	507	834	864	607	574	583	4,389
第2号	5	13	12	11	17	12	12	82
総数	492	606	958	975	695	645	664	5,035

十分な精査は出来ていないが、昨年一年間の新規の要介護認定者の主な原因を調べたところ、やはり脳血管疾患が上位であり、要介護度が高くなるほど多くなるという状況が分かった。

再発によって、重度化しているかは確認が出来ていないが、一因にはなっている状況はうかがえる。

■要介護度別にみた介護が必要となった主な原因（H26.4～H27.3・新規申請分）

介護度	1位		2位		3位	
	要支援1 173名	筋骨格結合 組織疾患	50名 28.9%	脳血管疾患	15名 8.7%	認知症
要支援2 140名	筋骨格結合 組織疾患	43名 30.7%	外傷(骨折)	20名 14.3%	悪性新生物	14名 10.0%
要介護1 250名	認知症	81名 32.4%	筋骨格結合 組織疾患	32名 12.8%	脳血管疾患	26名 10.4%
要介護2 142名	認知症	39名 27.5%	悪性新生物	27名 19.0%	外傷(骨折)	22名 15.5%
要介護3 85名	脳血管疾患	19名 22.4%	外傷(骨折)	12名 14.1%	悪性新生物	11名 12.9%
要介護4 81名	悪性新生物	19名 23.5%	脳血管疾患	16名 19.8%	外傷(骨折)	10名 12.3%
要介護5 59名	脳血管疾患	26名 44.1%	悪性新生物	13名 22.0%	外傷(骨折)	5名 8.5%

※脳血管疾患の主な疾患名：脳梗塞が主たる部分を占める。

（居宅介護（予防）支援事業所）

居宅介護については、高山市から高山市社会福祉協議会に委託をしている高山市地域包括支援センターが伴走に入る形を想定した。

（高山市内及び飛騨医療圏内の病院）

高山市の医療機関で大きな病床を有するのは、高山赤十字病院を筆頭に、久美愛厚生病院、療養病床を持っている高山厚生病院、精神医療機関の須田病院の4施設である。また、高山医師会に所属している開業医が53、国民健康保険の診療所が7という状況である。

（高山赤十字病院の概要）

高山赤十字病院は、明治32年1月に飛騨三郡立大野郡病院として創設し、大正11年11月に日本赤十字社へ寄贈移管された。

病床数は476床（救急救命センター16床、未熟児センター10床、回復期リハビリテーション病棟45床を含む）で、介護老人保健施設「はなさと」や居宅介護支援事業所を併設している。

診療圏は、高山市、飛騨市、下呂市、白川村である。

①外部環境について

- ・対象人口 10万人
- ・急性期の脳卒中診療病院 2つ（当院、久美愛病院）
- 当院の年間救急車 3000台
- t-PA、血管内急性期の血行再建手術は、当院のみ

②当院の内部環境

- ・365日、24時間のMRI撮影可能

- ・脳卒中専門医 3 名
- ・救急外来、救命センター、急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、老人保健施設併設

③2014 年の当院の脳卒中 新規（初発、再発合わせ）303 名

- ・くも膜下出血 22 名
- ・脳出血 88 名
- ・脳梗塞 195 名
- ・t-PA 治療 12 名

高山赤十字病院における発症率は、対象人口 10 万人に対して 300 を超えており、厚生病院も約 100 以上受け入れており、発症率がかなり高い状況の中で再発率を把握していないという課題が明らかになった。

**（候補者の選定にあたって）**

従来から脳卒中については取り組んできたが、セルフマネジメントとして在宅へ戻ったときどのような再発予防をすべきか、という観点から包括的総合的な評価をする必要性を感じた。具体的には、ウォーキングカンファレンスで、一人ひとりの病状やバックグラウンドを把握し、候補者を選定した。

ウォーキングカンファレンスで「この患者はモデル事業の候補者になり得る」という結果になっても、要介護認定を受けていて担当の介護支援専門員がいる候補者の場合には、ソーシャルワーカーから「介護支援専門員の医療的知識に差があり、すべての介護支援専門員に依頼できるわけではない」という意見が出て、話が前に進められない例もあった。

**（モデル事業の開始に向けての課題）**

11 月の段階で、既に患者や家族に話をしてはいたが、同意を取ることは難しかった。

80 代の候補者については、従来の介護保険の固定観念があり、再発予防と言われても理解に苦しむという状況がみられた。本人は病院で治すことが前提であるため、再発に対して介護支援専門員が介入することに抵抗感をもっていたが、本人が家族と相談した上で、結果としては理解していただき同意を得ることができた。

比較的若い場合には再発予防について理解はできると思われるが、「あなたに早期に介入することで、病院で治療するだけでなく退院した後にあきらかに再発が予防できる」ということを、高齢者でも分かりやすい資料を作成する必要があると感じた。また、担当者が患者の窓口になるのは良いが、行政との窓口をどう病院に作るかを明確にする必要があった。

退院したあとの残薬の管理や服薬の指導についても、80 代の候補者の場合にはかかりつけ医が 2 ヶ所とかかりつけ薬局が 2 ヶ所あったため、その間をどう調整するかが難しい。

医療の現場で医師、看護師が使う専門用語が分かりにくいため、共同で勉強をしたり、コミュニケーションをしたりする場を設けたことは、今までなかった取組であり連携をする上で良い機会となった。

一方で、支援する側が分かるだけでなく、患者や家族の理解も重要である。セルフマネジメントとして本人の理解、本人の能力の向上等をどのようにして進めていけるかが課題である。

### (モデル事業の大まかなスケジュール)

モデル事業への参加は10月に決定し、支援者対象の決定が11月、本格的な取組は12月からで、3月2日には担当者会議を開催するとともに、市役所へ結果を報告した。

### (モデル事業実施)

当初は、Aパターンを想定していた。しかし、急性期の現場は、医師、看護師ともに治療以外のことをする余裕はない。当院は急性期病棟のほか、回復期病棟や地域包括ケア病棟もあり、院内完結型と地域完結型のミックスである。そのため、支援対象者の80代の男性はAパターンとして、回復リハビリ病棟に移ってから具体的な話を進めた。

介入をする時は、本人の動機付けが非常に大事である。どのようにサポートしたら再発予防できるかということ、主治医、看護師、リハビリスタッフ、栄養士、薬剤師と本人・家族を交えて徹底的に話をする事で同意を得た。

その中で課題として挙げたことは、セルフマネジメントのメリットが、高齢者にも一目で分かるようなパンフレットなどが必要だということである。これまでの生活や行動を変えることは大変なことで、そのときも1時間以上話をしている。それだけの時間をかけたことは結果として良かったが、同時に理解をえることの大変さも感じた。

もう1つのケースは50代の男性で、脳卒中を発症して既に1年近く経過しており、再発を予防したいとの意向があり、今回のモデル事業を説明し、参加していただくことになった。

振り返りの関係者会議を行った際に、主治医が本人からこのモデル事業に参加して良かったと言われ、主治医自身もうれしかったというコメントをいただいた。

### (モデル事業の課題)

このモデル事業の課題として、動機付けを端的に表すような工夫が必要である。特に、ある程度高齢の方の場合は、この事業の説明を受けている途中でやめておこうという気持ちになってしまうのではないだろうか。

また、食事や服薬に関する共通の視点だけでなく、その患者の特徴的なことも把握すべきとの意見があった。今回の事業に参加した、保健師資格を持つ介護支援専門員2人の意見では、事業のガイドラインに載っていることは説明できるが、特に必要なのはこの患者には何を注意してほしいかという具体的なことであり、それが再発予防につながるということであった。重要指摘であることから、多職種と介護支援専門員との情報共有会を数回実施している。その中で、医療情報カルテと再発予防のための介護や看護カルテ情報に接点がなかったということ認識することができた。

高山赤十字病院として浮かび上がってきた課題は、再発防止をしていくことも医師の役目だということが、研修医のプログラムになかったことである。今後は、再発予防の重要性についても指導することが必要である。

病院に占める急性期病床が多いことや院内に回復期病棟があるなど、地域の中で機能分担できていないという課題も浮かび上がってきた。

また、地域の中で脳卒中が多いとは認識していたが、再発率や再発予防のための取り組むべきことなど、今回のモデル事業に参加したことで気づいた点について、今後、具体的に実践していくことが課題である。

#### (今後に向けて)

高山は、医師会との連携が難しい状況にあったが、この2～3年で在宅医療と介護の連携ということで、国からの基金を活用した事業に積極的に取り組んでおり、医療と介護の障壁が少しずつ低くなってきている。今回の事業についても、医師が早期に在宅を見据えて、多職種で介入することは良いことであるとの評価であった。

この事業に取り組む際には、高山市にある二つの総合病院と、高山市医師会にも声を掛けながら、最終的に本人が病院から在宅へ戻り、かかりつけ医に診ていただきながら、脳卒中の再発だけでなく、医療面のサポートをしていただくと同時に、要介護認定がある場合には介護支援専門員がサポートしていくという形が必要である。

支援対象者については、要介護認定がない50代のケースについては、このモデル事業が終了する3月以降を心配しているが、引き続き、地域包括支援センターで関わっていく、継続案件としている。退院事例となった80代の高齢者のケースでは、退院に向けた栄養指導や服薬指導について、専門職からの話が理解できず、介護支援専門員が同席して通訳したという状況であるが、普段、病院は、本人に理解してもらうための時間を十分掛けていないと認識できた。

今後は退院指導において、フォローすることが重要であり、また在宅や診療所につなげていく中で、介護との連携がスムーズに行えるよう医療側の体制を整える必要がある。





## 10. 兵庫県多可町

多可赤十字病院 看護部長兼地域医療支援センター長 森本 敦子

### (多可町の概要)

多可町は兵庫県の中央部、姫路から1時間、神戸から1時間半ほどの中山間地域に位置しており、車でしか移動ができないような地域である。

人口は約22,000人の小さな町で、高齢化率は平成27年9月時点で32.4%、現在も上昇している。

「敬老の日」の発祥の地であり、高齢者を大切にしていこうという精神が続いている地域である。

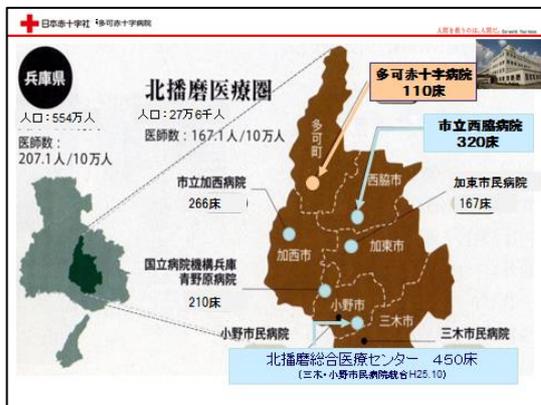


**多可町の概要**

人口：22,069人  
 65歳以上：7,149人  
 75歳以上：3,781人  
 高齢化率：32.4% (平成27年9月現在)  
 独居世帯や老世帯が増加

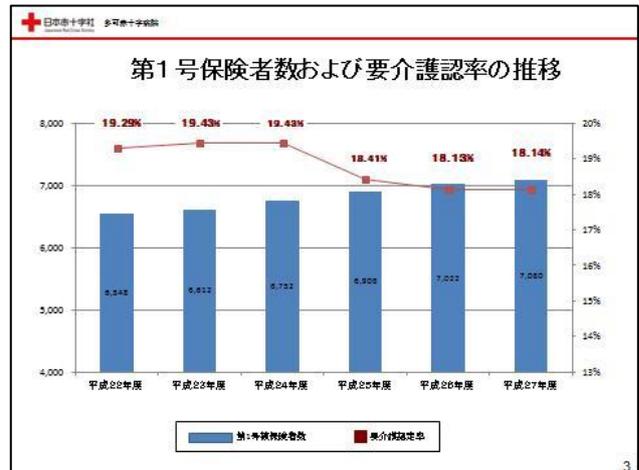
医療機関等  
 病院 1施設 (当院のみ)  
 開業医・診療所 9施設  
 介護老人保健施設 1施設 (当院のみ)  
 介護老人福祉施設 4施設

◆ 田園風景が広がる、日本酒で乾杯言言のまち  
 ◆ 日本一の手漉き和紙「杉原紙」  
 ◆ 『敬老の日』発祥の町



- 【介護保険居宅サービス】**
- ① 訪問介護 (3事業所)
  - ② 訪問入浴 (1事業所)
  - ③ 訪問リハビリ (1事業所)
  - ④ 訪問看護 (2事業所)
  - ⑤ 通所介護 (9事業所)  
認知症対応型 (2事業所)
  - ⑥ 通所リハビリ (3事業所)
  - ⑦ 特養(ショート) (4事業所)
  - ⑧ 特健(ショート) (1事業所)
  - ⑨ 特定施設 (2事業所)  
小規模多機能 (4事業所)
- 【多可町内病院・医院・診療所】**
- ① 病院 (1か所)
  - ② 医院 (6か所)
  - ③ 診療所(無床) (3か所)
  - ④ 歯科医院 (8か所)
- 【介護保険外サービス】**
- ① 外出支援サービス (社協)
  - ② 福祉車両貸出サービス(社協)
  - ③ 買物ツアー・給食 (社協)
  - ④ 緊急通報システム (行政)
  - ⑤ 健康相談・介護教室 (行政・日赤)

当該地域の要介護認定率は平成27年12月で18.14%であり、行政は18%を下回ることを目標に、介護予防の取組を推進している。



### (多可赤十字病院の概要)

多可赤十字病院は110床の病院で、急性期が54床、回復期が33床、療養は23床であり、訪問看護、訪問介護、訪問リハや訪問診療などを行っている。また、介護老人保健施設も持っており、他にも地域の開業医や老人福祉施設と連携を取りながら地域医療を守っている。

脳卒中という脳疾患の病名がついている患者は昨年で64名。うち高齢者が60名と、ほぼ高齢者の入院患者が多い状況である。

20km離れた隣町に320床を有する西脇病院があり、脳血管障害の患者は、まずは西脇市民病院に搬送され、その後多可赤十字病院へと移ってくる。なお、西脇市民病院は西脇多可医師会の活動をしている病院でもあり、多可赤十字病院も医師会が同一であることから、双方連携している。

昨年夏に、病院の一部に短時間通所リハビリのための場所をつくり、運動を行っている。



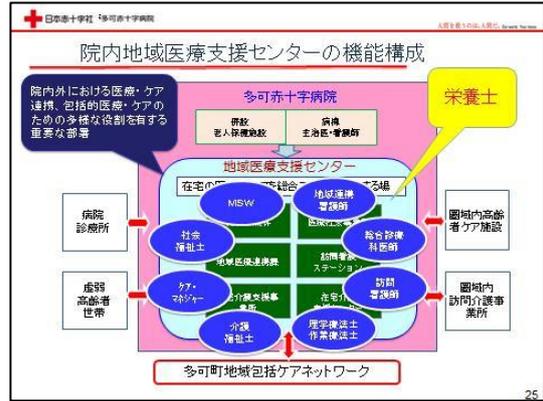
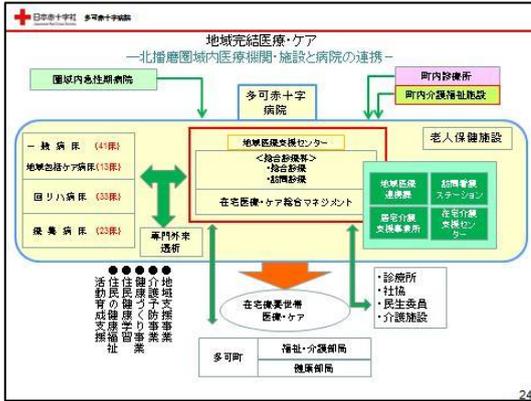
### (地域完結医療・ケアにおける院内地域医療支援センター)

在宅の医療やケアを総合マネジメントする場所として位置づけている。

ここにはソーシャルワーカーや、連携の看護師、医師、訪問看護師、理学療法士、介護福祉士、介護支援専門員が在籍している。なお、栄養士がおらず、栄養士の参画が課題である。

施設内連携として、地域連携室で訪問看護やリハビリ、看護師、介護支援専門員などが毎日情報交換する体制をとっている。

当院は、総合診療科が訪問診療も行っている。生活の場で、医師や看護師などの関連する職種が集まり、実際の生活を見て知恵を集結して、患者家族を支えていく活動を積極的に行っており、施設相談員や福祉職員も在籍している。



### 施設内連携

毎朝のミーティング  
・ベッドコントロール  
・各部署間の情報交換 等

センターメンバー  
外来、各病棟、老人保健施設  
リハビリ職員、栄養士、医事課  
事務職員等



### (実行委員会の立ち上げ)

9月4日に「要支援・要介護者に対する入退院時における継続的な支援を実現するための介護支援専門員ツール開発及び効果検証のための調査研究事業」の説明会を開催した。その場には、多可赤十字病院から9名、西脇市民病院から4名、多可町の健康福祉課から3名、そして地域包括支援センターや市内に介護支援専門員が22名いるが、ほぼすべての介護支援専門員が参加し、モデル事業についての共通理解を得られた。

9月14日からは実行委員会を設置し、その後2月19日に至るまで5回開催している。

### (モデル事業の概要)

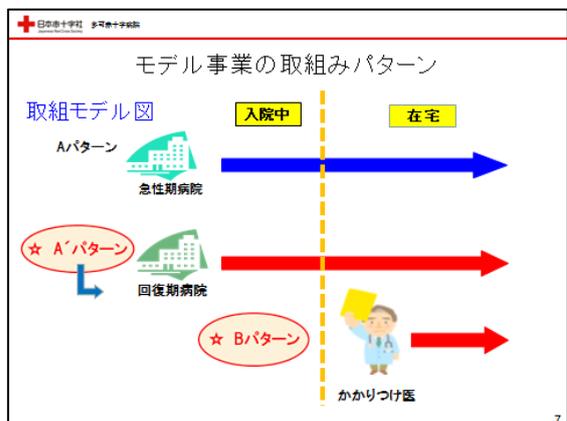
モデルパターンは、西脇市民病院から多可町の自宅に退院する場合はAパターンを考えていたが、今のところAパターンはなく、回復リハビリ病棟からの退院の場合のA'パターンとBパターンという形で動いている。

10月1日から、主治医に介護支援専門員情報

「要支援・要介護者に対する入退院時における継続的な支援を実現するための介護支援専門員ツール開発及び効果検証のための調査研究事業」説明会(多可町)

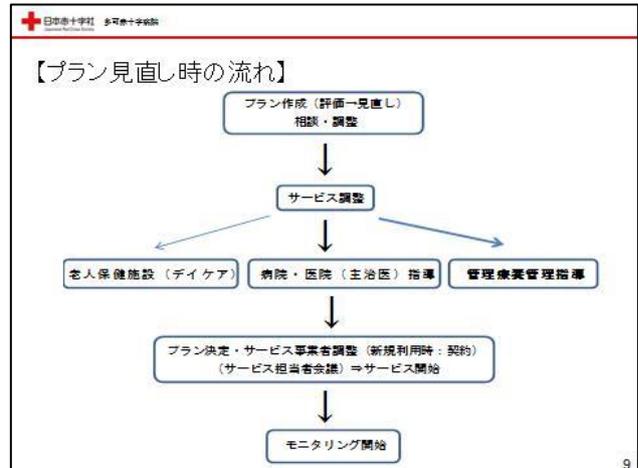
9月4日 多可町説明会実施(44名参加)  
多可赤 9名(院長 事務長 看護部長 回リリ師長 地域連携課長等)  
西脇病院 4名(看護局長 地域連携室担当者 脳外科病棟主任等)  
健康福祉課 3名  
地域包括支援センター 7名  
ケアマネジャー 21名(22名中)

9月14日 第1回実行委員会: 実行委員会の設置目的  
9月18日 第2回実行委員会: SM支援担当者決定 セルフマネジメント様式確認  
10月 2日 第3回実行委員会: 脳卒中予防マニュアル作成 健康管理表の見直し  
12月24日 第4回実行委員会: サイボウズ運用説明 伴走経過報告  
2月19日 第5回実行委員会: 伴走事例報告



を提供しながら、また、開業医の先生に同意をいただきながら進め、モニタリングを開始した。事業の進め方やプランの見直しの流れは以下の通り。

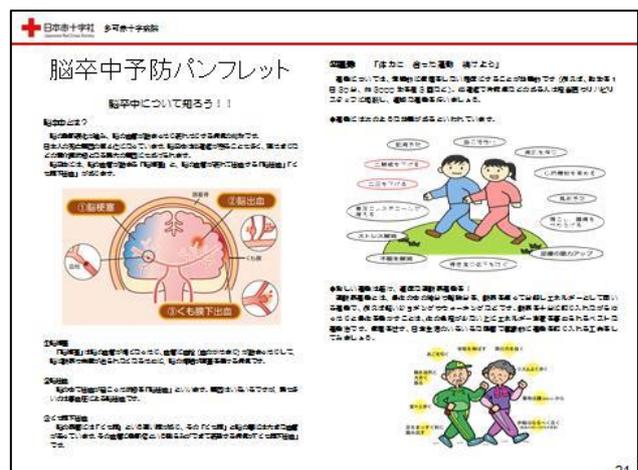
[H27] 期間	急性期病院(紹介)⇒日赤(転院)	在宅
2か月後	入院中(2名)	自宅(5名→1名転居)
	説明(退院前カンファレンス参加) (阿蘇書にサインを頂く)	説明(阿蘇書にサインを頂く)
10月1日～	支援開始(モニタリング:月末訪問)	支援開始(月初・月末訪問)
27日～30日	資料回収・主治医・ケアマネ情報照会連絡票(必要時)・提出	〃
11月	モニタリング紙様 ※入院中(1名退院にて、支援開始)	〃
27日～30日	資料回収・主治医経過報告(必要時)・提出	〃
12月	モニタリング・プラン(短期目標評価)見直し/居宅サービス計画	〃
27日～30日	資料回収・主治医経過報告(必要時)・提出	〃
[H28]	(実行委員会開催:H27年12月)	
1月	モニタリング紙様	〃
2月	担当者会議(モニタリング・評価)	〃
2月末日	報告書作成(提出)	



### (モデル事業開始にあたって)

実行委員会での議論から、退院時にどれだけ医療機関から患者に説明をしているか、それが介護支援専門員にも理解できているかを確認したが、当院でも十分な管理の指導ができていなかったことが見えてきた。西脇市民病院でも、在宅での退院後の生活がどうなっていくか、パンフレットを使って伝えることが実際にはできていないという課題が出てきた。

そのため、当院の栄養士や保健師が急遽「脳卒中再発予防パンフレット」を見直しを行って、パンフレットを活用した病状の説明を行うこととした。



### (モデル事業で工夫した点)

伴走者はすべて、当院の介護福祉士の介護支援専門員である。当初、多可町内の全介護支援専門員を対象にするか検討したが、まずはコンパクトに当院の介護支援専門員3名に依頼することとした。

支援候補者に説明をする際に工夫をした点は、1点目はセルフマネジメント様式11の健康管理表を記入しやすいように簡素化し、自分でチェックしやすくなるように配慮した。2点目は、できないところは介護支援専門員がお手伝いをすると伝えた。3点目は、主治医がほとんど当院の医師だったため、不安なことは看護師や主治医がフォローすると伝えた。

### (健康管理表)

在宅で生活している方にとって、自分が記録した健康管理表を関係者が一緒に見ることで、脳卒中の予防や毎日の生活について振り返る良い機会となっている。また、間食をチェックし

「間食が多いですね」と話をすると、「年寄りだから好きにさせて」などと言われるが、その場で家族も聞いており、家族が支援してくれるケースもある。家族から本人の健康に対する姿勢が前向きになったという話を聞くことができた。

健康管理表については、高齢者が見やすいように用紙や字を大きくしたり(28フォント以上)、○×でチェックできるように工夫した。食事を食べたか、間食をしたか、水分をどれだけ飲んだか、血圧を測定したか、薬を飲んだかなどを書くようになっているが、対象者は真面目に、記録をつけている。

日本赤十字社 多可赤十字病院  
健康管理表の記録

H27年10月8日から記録開始  
本人が計測、妻が記録

- ①食事(有・無:食べた・食べない)
- ②間食(内容)
- ③水分量(1日)
- ④血圧測定
- ⑤服用状況
- ⑥運動内容
- ⑦体重(月1回測定)
- ⑧備考(感想など)

作成時の注意点:  
簡素化、見やすい文字

A3用紙使用 文字: 28フォント以上

15

#### (セルフマネジメントプラン作成における介護支援専門員の関わり)

介護支援専門員は、開業医を受診する際、対象者に同行し、家族と一緒に病状や検査データを確認し、わからないことは直接主治医に病態を確認している。伴走者の介護支援専門員は、月に1回は対象者の自宅を訪問し、状況を確認している。

1回の平均のモニタリング時間は30~40分だが、長い場合は90分要しているが、これは受診に付き添って、医師から経過を聞いたためである。

入院中の方は病院看護師が地域包括支援センターの職員とも連絡をとり、「本日はこのような説明があるので来て下さい」とお願いして、家族と共に病状確認を行っている。

セルフマネジメントプランを作成する上で助言した点は、血圧が上がったり体重が増えている人に関しては、食事療法の内容を具体的に栄養士から説明し、介護支援専門員がプランを立てやすいように指導したり、血圧の変動がある方には日常生活の見直すなどの説明を行っている。

セルフマネジメントプランを作成する上で困った点は、独居や高齢世帯が多いために理解していただくのに大変時間を要したことである。良かった点は、毎日の健康管理表があることで、健康へ意識づけができるようになったことである。

利用者ごとに取組意欲に差があり、毎日の測定や健康チェック表などについて、自分で日記をつけるように楽しく取り組んでいる方もいる一方で、毎日の測定や記録が重荷になっている方もいる。

医師との関係性については、血糖値やコントロールの変化について、主治医が定期的な採血を実施しないため、それを依頼するのが大変だと介護支援専門員が課題を感じている。

多可赤十字病院の介護支援専門員はとてもまじめで、医師に対して検査について話を聞いたところ、逆に医師から注意を受けたりしたこともある。介護支援専門員自身もまじめに取り組み過ぎるところもあるので、病院の看護師とも話し合いながら介護支援専門員を支援することが必要と考えている。

### (支援Bパターンについて)

Bパターンは6名を対象とした。女性4名、男性2名で、年齢は60歳から83歳までであり、要支援の方が1名、要介護が4名で、対象者は実行委員会を選定を行った。同意数は8名あったが、そのうち2名に拒否をされた訳ではなく、高齢者世帯であることや、理解力が乏しくセルフマネジメントが困難ではないかということから対象外とした。

対象者は、自分の血圧や体重はどれぐらいならいいのか、運動はどういうふうにしていくのか、水分制限があるのか、水分摂取はどれぐらいがいいのかということ、主治医と相談し、目標値を決めて、介護支援専門員が伴走している。

【登録者の概要】

〔Bパターン〕

NO	性別	年齢	病名	介護度	包括連携等	ADL	支援機関 伴走者
1	女	83	脳梗塞	要介護3	系(独居)	移動：車いす、 家事：ヘルパー(掃除) 入浴：デイサービス	E介護福祉士
2	男	78	脳梗塞	要介護3	系(4人暮らし)	移動：長い歩を(手すり活用)、 日常生活動作：自立	E介護福祉士
3	女	78	脳梗塞	要介護3	系(独居)	移動：歩車、日常生活自立、 入浴：ヘルパー(見守り程度)	E介護福祉士
4	女	78	脳梗塞	要介護2	系(2人暮らし)	日常生活ほぼ自立、 入浴：見守り	T介護福祉士
5	女	80	脳梗塞	要介護3	系(独居)	移動：車いす、 入浴・排泄：一部介助 その他：見守り一部介助	T介護福祉士
6	男	73	脳梗塞	要支援1	系(4人暮らし)	移動：自立、 入浴・排泄：見守り、 その他の動作：自立	O介護福祉士

10

【登録者の概要】

〔目標数値(項目別)〕

NO	性別	年齢	血圧	体重	喫煙	運動	水分制限	水分(摂取)
1	女	83	130/90台	52	9	デイケア	あり	1000~1100
2	男	78	130/90台	86	10	デイケア(訪問リ)	なし	1500
3	女	78	130/70台	42.5	9(服薬あり)	ウォーキング	あり	1400~1500
4	女	78	100~120/ 80~90	65	9(服薬あり)	体操	あり	1400~1500
5	女	80	120/90台	62	7	出歩いていない→ 短時間リ)	なし	1400~1500
6	男	73	130~140/ 70~85	56	7~8	ウォーキング	あり	1500

11

### (73 歳男性のケースの紹介)

血圧が 130~140 で下は 70~85、体重は 56 kg で、塩分が 6g と厳しく制限された。

デイサービスを利用中であり、栄養改善加算について検討したが BMI が 18.5 未満の方しか対象ではないということで、居宅療養管理指導に変更して進めた。

1 日の流れを整理すると以下の通り。デイサービスを利用している多可老人保健施設の横に散歩コースがあり、ウォーキングをしたり、血圧はデイサービスだけでなく自分でも測る等、自分でも健康管理を行っている。

介護支援専門員は目標体重 56 kg を目指して、訪問時に意識付けができるように声掛けを行っている。運動は、介護支援専門員と本人と妻と一緒に考えながら実施しており、朝 6 時半までにラジオ体操第 2 を行い、その後、朝昼 1 時間ずつ約 5 km ウォーキングを行い、合計 10 km のウォーキングをした。1 ヶ月経ってもなかなか体重が減らず、夕方にウォーキングを増やし 15 km にしたところ体重が少し減ってきている。

なお、このケースについては、関係者会議において保健師から 15km のウォーキングでひざの状態は大丈夫かとの意見が出され、栄養指導やリハビリを踏まえ、専門職と相談した方が良いというアドバイスがあったが、目標の設定においては医療職の積極的な関与の必要性を痛感した。

【事例: NO.6 様の場合】(BMI: 22.5)  
サービス内容: 老健デイケアを利用中である為、栄養改善加算の該当者であるかを検討したが、該当しなかった。  
ご家族とご相談の上、居宅療養管理指導の必要性を検討中。  
(主訴: 食事・運動管理しているが、体重減少に至らない。  
適切な食事療法が解らない。)

【老人保健施設栄養改善加算の算定条件】  
◆ 次のイ~ホのいずれかに該当する者  
イ BMI18.5未満、ロ 8月間で3%以上または、2~3kgの体重減少、ハ 血清アルブミン値3.5/dl以下、ニ 食事摂取量が不良、ホ その他低栄養状態にある又は恐れのがあるもの

【居宅療養管理指導】(薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士訪問)  
◆ 要支援1以上の者、介護方法の指導、助言、療養上の管理、指導、助言 (別紙参考資料添付)

No.6 事例報告

1日の流れ

時間	月・火・水・木・金	土・日(在宅)
5:00	起床	起床
6:00	起床	起床
7:00	朝食	朝食
8:00	洗濯を終わる・TV鑑賞	お迎え
9:00	血圧測定・ウォーキングお菓子	血圧・血糖測定
10:00	(洗濯物: 月曜、妻、付き添い)	夕食
11:00		ラジオ・セッション
12:00	昼食	昼食
13:00	起床	起床
14:00	ウォーキング(グランドゴルフ)	お風呂
15:00	洗濯(洗濯機・お菓子)	おやつ(グループ活動)リハビリ
16:00		送り
17:00	ウォーキング	
18:00	夕食(視察: 毎日)	夕食(視察: 毎日)
19:00	TV鑑賞	TV鑑賞
20:00	入浴・体重測定	入浴・体重測定
21:00	TV鑑賞	TV鑑賞
22:00	起床	起床
23:00		
24:00	トイレの掃除、洗濯(2~3回/週)	トイレの掃除、洗濯(2~3回/週)



多可赤十字老人保健施設



リハビリ散歩コース



デイケアの様子



自宅でも測定しています。

モニタリング報告書(事例報告: No.6)

モニタリング状況: 目標体重(主治医からの指示: 56kg)をめざし、訪問時に意識付けができるよう継続した声掛けを行った。栄養管理指導導入を検討することもあったが、本人・家族の意識変化がみられ、体重に変化がみられるようになった。

【経過説明】

① H27年10月セルフチェック表記入開始 (H27年10月9日、体重61kg)  
生活活動レベル: ラジオ付録(6:30 第1・第2(付録まで))  
ウォーキング(朝・昼: 1時間/回(5km) 速度: 普通からやや早し): 合計10km  
自宅周囲の草引き(軽度)

② H27年12月上旬(電話: H27年12月1日 妻より、電話相談)  
主訴: 体重変動(61kg)なし。11月2日から1日3回 ウォーキング開始する。  
生活活動レベル(変化): ウォーキング(朝・昼・夕(1時間/回(5km) 合計15km)  
間食軽減しても変化がみられない場合、栄養管理指導導入を提案する。

③ H28年1月14日(ご自宅訪問)  
生活活動レベル: ウォーキング(朝・昼・夕: 15km)継続  
体重: 60kg 開始時より2kg減少の為、栄養管理指導の導入見合わせの意向あり。  
(理由: 妻の食事管理に対する意識向上(TVで料理番組参考)、間食軽減の意識向上)

ケアマネの声

- かかりつけの医受診に同行し、検査データや体重の目標値を明確にし、医師の指導内容を共有した。
- 家族からかかりつけ医に質問することができるようになった。
- 妻と共に健康管理に取り組んでいるA氏を支援した。
- 地域での脳卒中予防の学習会に参加し、早期にリハビリを導入することの重要性を学び、積極的にプランに導入するように他のケアマネとも情報を共有した。
- 特に短時間通所リハビリに関しては、良い成果が出ており、希望者が増えている。
- 食生活が乱れないように支援し続けた。

## (支援 A' パターンについて)

当院は回復期リハビリ病棟があり、A' パターンとして3名が入院している。全員西脇市民病院からの転院で、3~4ヶ月ほど当院のリハビリ病棟で支援をしている。

西脇市民病院も実行委員会に参加しており、脳卒中を発症した方に対し、パンフレットを使い在宅での健康管理についてまで支援はできていないということであったが、当院の回復期リハビリ病棟でも指導できていなかったため、脳卒中再発予防パンフレットを作成し、入院中、担当者から説明を行うことにした。

一人目は要支援であるため、地域包括支援センターの保健師が支援している。

二人目は栄養指導や薬剤師の服薬指導の点数は付かないが、薬の服用が必要であることを薬剤師から説明するよう依頼した。また、栄養士も入り、入院時だけでなく退院時にもう一度パンフレットを使用し、説明するようになった。

再発予防について担当の看護師から尋ねると、「塩分を摂り過ぎない、運動、服薬、転ぶなどの怪我をしないようにすることが大事ですね」と自分の言葉で話しができるようになったり、定期受診日の設定や、血圧測定の方法について自分から質問したりするなど、意識に変化が見られた。

三人目は、以前からコレステロールが高いということを理解しており、「今後一番気を付けなくてはいけないのは、薄味の食事と間食に気を付けること」と自分から話すようになった。家族もカンファレンスに参加するなど、孫等若い方も交えた中でのカンファレンスが行われるようになった。さらに、在宅で支援する訪問介護や通所介護の方など、利用施設の方もカンファレンスに参加するなど変化が起きている。

脳卒中再発予防指導患者(回復期リハ)病棟からの退院患者)			
氏名・年齢・性別	F氏 75歳 男性 (退院前仮病棟)	M氏 85歳 女性	K氏 82歳 女性
病名	心臓性脳梗塞(右麻痺、失語)	心臓性脳梗塞(左麻痺)	左アテローム血栓(右麻痺、失語)
発症日	H27.5.28	H27.10.7	H27.11.28
入院期間	脳麻痺科 H27.5.28-6.24 当院 H27.6.24-10.20	脳麻痺科 H27.10.7-11.4 当院 H27.11.4-2.24(予定)	脳麻痺科 H27.11.28-H28.1.5 当院 H28.1.5-
既往症	HT, DM H25年左脳梗塞	HT, DM 乳がん(右全摘) 子宮全摘 慢性リンパ腫	腰痛症、創傷性脳麻痺 子宮形OP、慢性心臓病 糖尿病 コレステロールが高いと聞いていた
内服薬	ミカドロ、タイアート、カリマック、イタリット	ミカルリス、スインテート、セバミット、アラジキチ、マダミット	プラセクソン、シバロドン、薬科よりアト、カリスダリン
指導内容	パンフレット使用 包括支援センター担当者 来院して、看護師と一対一に患者・家族に指導実施。	パンフレット使用し指導が指導。 年末年始外出時自宅で血圧測定をするなど常時時に指導したことを生かしている。 退院指導は退院前から入院時にパンフレット指導 2月9日退院前カンファレンス実施 自宅では塩分制限とカロリーオーバーにならないように注意から説明 退院時から退院指導実施。	パンフレット使用し指導が指導 退院については、入院時と退院時には注意書きの指導書を作成して指導。 退院前に退院時から退院指導実施 24日退院前カンファレンス実施
かかりつけ医	しほら 42歳 脳内科と脳外科、 その退院前退院	脳麻痺科内科	町内医の予定
介護度	要支援2	要介護1	要介護1
ケアマネジャー	多可町包括支援センター 鎌本	多可町+市居宅 大田	なし。包括支援センターに連絡し、継続 看護サマリーを送付。
サービス利用	当院退院リハビリSTI	多可町+市居宅通所リハ はせきの豊テイスサービスルーム	利用しない

19

## (モデル事業による変化)

利用者が血圧計を購入したり、運動を積極的に行ったり、また間食を減らしたりするなど健康管理の意識が高まった。

かかりつけ医も、これまでは高齢者に対し細かい話はしていなかったようだが、検査データを教えたり、目標値を示すなど、対象者に具体的に伝えてくれるようになった。医師も本事業

を通じてセルフマネジメントの具体的な指導をするよう変わってきたと介護支援専門員から聞いている。

介護支援専門員も、プランを立てるときは、サービスを調整することを中心に考えていたが、健康管理上何が必要か、多職種と連携したケアプランにするよう見直す必要があるという意識に変わったと聞いている。このセルフマネジメントを取り組むことによって、21名の介護支援専門員のセルフマネジメントに対する意識が変わり、ケアプランにおいても短時間リハを組み込むなど変化が見られるようになった。

保健師、栄養士、薬剤師は、専門職がどこでどういうところに力を発揮しないといけないのかという意識付けができ、健康管理指導にも参画するようになってきた。また、指導を行う際、1人ずつ行っていたが、同じような指導対象者にはグループ指導を始めた。医師の助言を受けた回復期リハビリ病棟の看護師が、「これからはグループ活動も取り入れ、同じような方が2～3人いたら、みんなで健康管理をやります」と話しており、看護師もやる気が出てきたように感じている。



### (今後の課題)

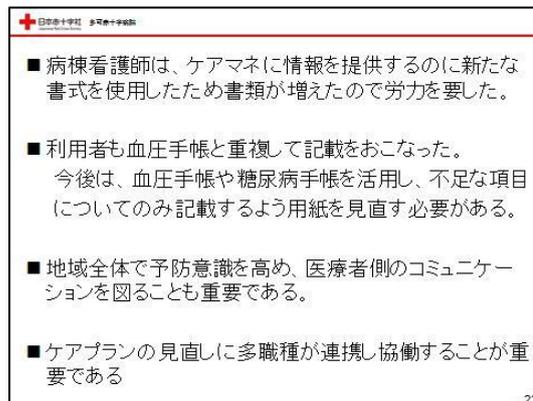
病棟の看護師が介護支援専門員に情報を提供する際、指示されたものに沿って動いたため、用紙が重複して労力を要した。今後は、現在使っているものを効果的に活用できるように見直をしたい。利用者も健康手帳や糖尿病手帳など同じような内容を重複して記録しなければならないため、不足している項目のみ記録するよう用紙を見直していきたい。

今後は、地域全体で予防意識を高め、医師、看護師、薬剤師も含めて医療者側のコミュニケーションを図ることも重要である。ケアプランの見直しについても多職種がより積極的に参加し、介護支援専門員の支援をしていく必要があると感じている。

その体制として、地域医療完結ケアを目指す観点から、居宅介護支援事業所や訪問看護ステーション、在宅介護支援センターが点在していたものを、地域連携室と一緒にして病院のなかに配置し、地域医療連携センターとして開設しており、ここを院外や病棟との連携を図る、中核の場所と位置づけている。

### (地域のネットワーク構築に向けて)

地域のネットワークも、平成25年から連絡協議会でネットワークミーティングを設置し、介護施設との連携を図っている。健康管理をする住民の活動ネットワークが重要であり、両方が共同で活動することが地域ぐるみでの活動を推進すると考えている。住民の方に健康管理を理



解してもらうため「地域医療フォーラム」（現在は名称を、「地域包括ケアフォーラム」に変更）を開催している。

地域住民が住民活動として「地域包括ケア研究会」を立ち上げる一方、当院の松浦院長と中村町が中心となって「松中村塾」を立ち上げた。そこに私たち病院の職員が健康管理のため積極的に参加している。学習テーマは介護の基礎知識などで、1年間活動を行ってきたが、今回の脳卒中予防についても話す機会を作って活動をすることになっている。

中村町が行った活動宣言では、元気なうちからラジオ体操や運動、ウォーキングをして運動をし、食生活の改善といったセルフケアに努めるとしている。地域社会の一員としてコミュニケーションを図り、介護保険サービスを受けない人になるということも明言されている。

健康づくりとして、はつらつ健康生活づくり事業を今年の夏に立ち上げた。自分の健康は自分で守ろうということで、病院としても介護予防に力を入れており、地域リハビリセンターを立ち上げた。地域住民の健康づくりの意識が高まっている中で、当院も元気なうちからの住民の健康管理を支援していく。

日本赤十字社 多可赤十字病院

**松中村塾 平成27年度学習カリキュラム**

<27年度学習の狙いと目標>  
高齢者、障がい者(児)の実際の支援について、その基礎知識と実践力を習得し、地域における住民活動の力量を向上するとともに、中村町における住民活動計画を策定する。

**【学習テーマ】**

- ・介護の基礎知識
- ・身体機能の低下と介護予防
- ・基礎介護技術
- ・摂食嚥下機能障害と食を楽しむ工夫
- ・生活援助に関する知識と方法
- ・**脳卒中予防について**
- ・在宅介護の基礎知識
- ・福祉用具に関する基礎知識
- ・障がい者福祉の現状と課題等



日本赤十字社 多可赤十字病院

**はつらつ健康づくり事業(介護予防事業)**

**健康寿命延伸**  
**「自分の健康は自分で守ろう！」**



地域リハ・ケアセンター内覧会での様子





## 1 1. 広島県庄原市総領地域（旧甲奴町）

庄原市国民健康保険総領診療所 医師 畑野 悠  
社会福祉法人優輝福祉会 居宅介護支援事業所ユーシャイン  
主任介護支援専門員 神田 民子

### （モデル事業実施の前提）

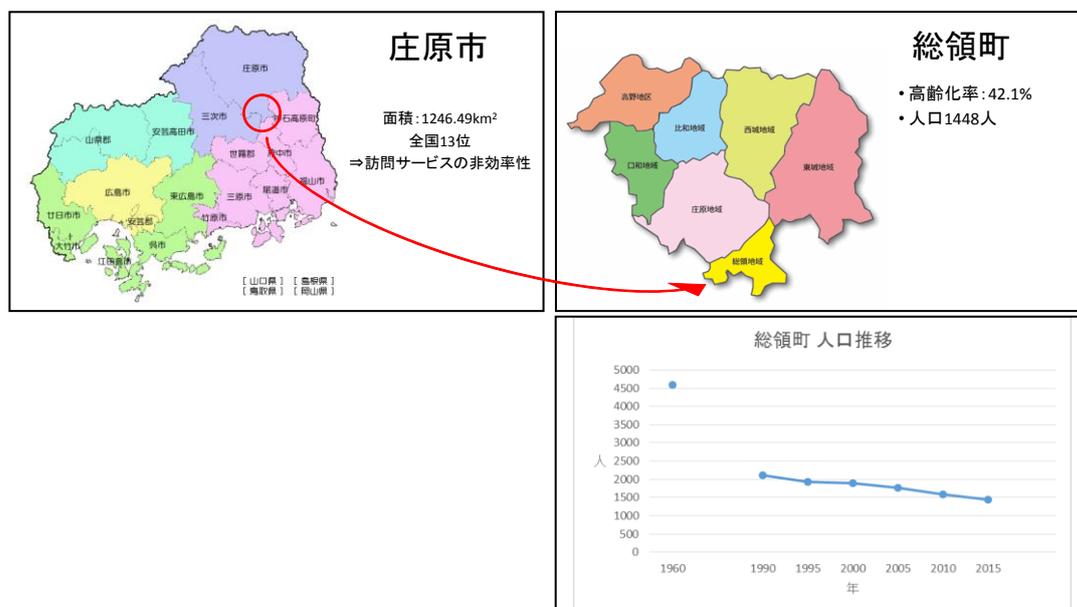
我が国において、脳卒中パターンのみならず、廃用症候群パターンを作り、セルフモニタリングを推進していくことが重要であること、また当該地域の地域性を踏まえ、モデル事業においては、脳卒中パターンだけでなく、廃用症候群パターンのセルフマネジメントについても実施することとした。

### （庄原市総領地域の概要）

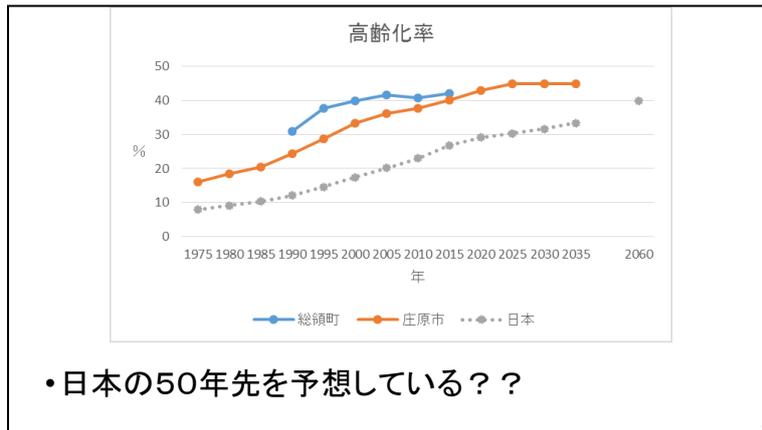
広島県北東部に位置する庄原市は、全国 13 位の面積を有しており、人口は 37,412 人（住民基本台帳人口(平成 28 年 2 月 29 日現在、外国人を含む)）と少ない。そのため、訪問サービスの効率が悪く、介護訪問サービスが市全体に届きにくいという実態がある。

総領地域は庄原市の南端にあり、人口の推移をみると、1960 年の 4,500 人超から、30 年後の 1990 年には半分以下の 2,000 人超にまで減少した。その後も人口は 1 年間におよそ 50 人のペースで減少し続けており、現在、1,448 人となっている。

庄原市国民健康保険総領診療所は総領支所の中にあるが、診療所の周辺以外は家が点々とあるような地域で、近くの川にはオオサンショウウオがいるほど水がきれいで、冬になると雪も降る自然豊かな土地である。

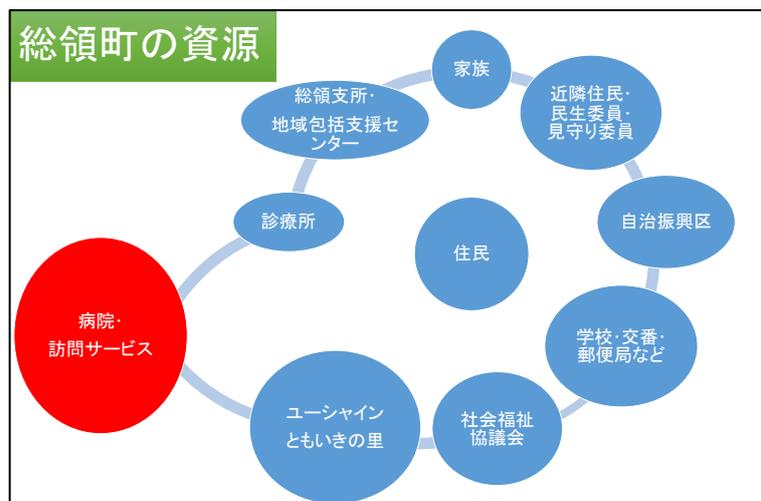


現在の総領地域の高齢化率は 42.22%である。我が国の高齢化率の推移をみると（下図の点線）、2060年には40%になる見込みで、日本の40～50年先を予想しているような地域である。



総領地域の問題点は、地域包括ケアシステムがまだ確立しておらず、その一方で廃用症候群による寝たきりが増加している点である。

総領地域の資源としては、民生委員、自治振興区という団体、学校等公共施設、社会福祉協議会、高齢者福祉総合センターユーシャイン、障害者支援施設ともいきの里、診療所、そして庄原市の支所がある。中核となる入院可能な病院は総領地域にはなく、車で 20 分かけた市の中心部まで行かざるを得ない。訪問看護ステーションや訪問リハ等の医療系訪問サービス事業所はなく、総領地域外からのサービスを利用している実態である。



#### (庄原市総領地域における連携の構築)

総領地域以外の病院も含めた地域連携を構築するため、地域ケア会議を毎週実施している。参加者の都合を考慮し、開催はランチタイムとし、昼食を取りながら行っている。これにより連携が深まり、個別ケースの課題を早期に解決することが可能となっただけでなく、個別ケースそのものを地域全体の課題として、議論や対応を深めることができるようになった。

#### (庄原市総領地域のリハビリ問題)

廃用症候群による寝たきりが増えているが、総領地域のなかで在宅リハビリが利用可能な地域はおよそ半分の面積である。庄原市から総領地域にデイケアの送迎バスや訪問リハのサービスに来ているものの、半分はカバーできておらず、その地域に関しては、例えば一度病院で寝

たきりになってしまうと、在宅リハビリができないため、そのまま寝たきりになってしまうケースが目立つ。

整形外科や脳外科に入院した場合には、リハビリをしっかりと実施した上で在宅に戻るが、肺炎や心不全などの場合が問題となる。例えば胆嚢炎で手術を受け、2ヶ月程度入院した場合、その間にリハビリを行っていないケースがあり、入院中に寝たきり状態になってしまう。つまり、疾患は治ったが、受け皿として訪問リハビリのサービスがないため、そのまま自宅で寝たきりになってしまうのが総領地域の現状である。

総領地域にリハビリスタッフがおらず、かつ老老介護の状態であること。面積が大き過ぎ、人口が減少している上に、訪問サービスが非効率的なためサービスが不足していること。また、庄原市全体としての地域包括ケアシステムが確立していないため連携不足であることが挙げられる。

＜リハビリ問題＞ 廃用症候群による寝たきりの増加	
<b>【原因】</b>	
・総領町内のリハビリスタッフ不在・老々介護	
・面積大・人口減 ⇒訪問サービスの非効率性 ⇒サービス不足	
・庄原市包括ケアシステムの非確立(連携不足)	
<b>⇒内科・外科疾患による退院後の寝たきり</b>	

対応策として、庄原市に隣接する三次市のリハビリスタッフを集め、総領地域で会議を行い、庄原市以外の訪問リハビリサービスを総領地域で受けられるようにするとともに、退院の際には診療所で診療を行い、庄原市以外の訪問リハのサービスを使いながら早い段階からリハビリを行うことができるよう体制を整備した。また、これらの取組に平行して、住民の意見として拠点病院にリハビリの提供について嘆願書も提出している。

このような地域の現状を踏まえ、今回のモデル事業においては、地域課題である廃用症候群のケースにおけるセルフマネジメントを検討し、実施することとした。

### (セルフマネジメント支援対象者の選定)

モデル事業には、高齢者の居宅介護支援専門員 2 人、障害者の相談員 1 人が関わっている。対象者を 6 名選定し、4 名から同意をいただいた。同意を得られなかった 2 名は記録が負担ということであった。

医師と居宅介護支援専門員が協議した上で、廃用症候群のみならず脳血管疾患の予防という観点からも対象者選定を行った。医師からは選定要件に再発予防のセルフマネジメントとして、血圧、食事、喫煙に焦点を絞り、対象者が負担とならないよう配慮するよう指示があった。

### (セルフマネジメント支援と対象者の概要)

ケース 1 は、B パターンで、87 歳男性で妻と二人暮らし、廃用症候群で要介護 3 である。福祉用具は歩行器、デイサービスは週に 4 回利用している。他の病気もあるが、入院するたびに退院時には寝たきりの状態となるケースで、本人の回

セルフマネジメントケース内容	
Bパターン：かかりつけ医	
ケース01	
廃用 介護3 87歳 妻と二人暮らし 福祉用具(歩行器)DS4/W	
肺炎腫・変形性膝関節症・前立腺癌	
(選定理由)	
本人の意欲低下と環境設定(自宅で寝て過ごす)により、機能訓練が進まない傾向あり。ショートステイを利用すると、機能低下が防げる状態であり、機能維持の可能性を感じたため。	
(実施内容)	
主治医より、機能訓練の必要性を本人・家族に伝えモチベーションを上げるとともに、DSにてPTによる週1回の訓練を実施。居宅・DSが共同して支援できるよう記録様式を工夫。声かけを行いながらモチベーションの維持を図った。	
(結果)	
記録・機能訓練は本人が途中で休みたいとの希望もあったが、主治医からの説得やDSでの声かけ、家族の支援があり継続できた。	
本人は、機能の維持が出来たこと・家族より高く評価されたこと・迷惑をかけなくて済んだことはうれしかったと言われる。褥瘡も改善。	
主治医・リハビリ専門職に説明を受けたり、支援してもらったことはとてもうれしく励みにもなったとのことだったが、難しい事はわからないし、この歳で良くなると思わないので維持できていればよい程度に頑張らず自分のペースで行いたいと感じを言われ、これ以上の継続は困難と思われた。今後は、生活のなかで体を動かさず機会の設定に計画内容をかえていくことも検討。	

復能力があるもののリハビリに対するモチベーションが低下していた。介護者の妻は腰痛が増悪しており、対策が必要と感じ選定している。本人に説明し、承諾を得たが、家族も希望していた。

本人のモチベーションをどのように向上させようかと考え、医師の強い指導に加え、リハビリ PT に週 1 回デイサービスに来てもらい機能訓練を行った。

結論として、車いすを使わなくともつたい歩きが可能となった。重りを 0.5kg 足に付けて上げ下げするという訓練から始めたが、現在は 1.5 kg になっている。本人も驚いている様子で、自信が回復し、家族もとても喜んでいる。妻に負担を掛けなくなったということがモチベーション維持につながったようだ。

デイサービスでの声掛けの際、「今日はどうだったかな？」

「今日は元気かな？」と楽しくなるような対応を心がけ（そうしないとだんだん気分が下がってしまう）、モチベーションを低下させないようデイサービススタッフにも協力いただいた。しかしながら、1ヶ月、2ヶ月と経過するに従い、記録も負担になったようで、「今日は体が痛いからやめる」等中断も見られたが、医師から日常的に助言をしてもらい何とか最後までたどり着くことができた。

感想を聞くと、「維持する自信はついたが、年を取って良くなるわけでもないし、出来れば自分のペースでやりたい」と感じていたとのことだった。記録に負担を感じていたが、リハビリの先生に指導していただいた結果が見えて来たため、何とか今後も続けられるのではないかと感じている。

ケース 2 は、62 歳男性で、高齢者サービスと障害者サービスを利用している。脳出血発症が 7 年以上前だったことから、もう自分は再発しないという自信を持ち、それが今の意欲につながっていた。通所リハビリを受けている。

PT より生活を改善させる

月日	h27・12・7	8	9	
曜日	月	火	水	頻度
今日の元気度(OΔ×)	Δ			
日中の過ごし方	DS			
歩数				
屈伸運動				
痛みに対するリハビリ	ホットパック			
移動が難しいと感じる場所・できなくなったと感じる行為				
自宅のできるストレッチ・体操と実施				
外出	DS			
他人との会話	○			
体重				週1回
体温				
血圧	／回	／回	／回	
薬	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	
体の不具合	なし・あり	なし・あり	なし・あり	
(具体的に)	足の痛みがあったが昼から少し良くなった			

### ケース2

脳出血後遺症 介護2 62歳 福祉用具(ベット・車椅子) 就労移行サービス 通リハ1/W  
高次機能障害 妻と母との3人暮らし

(選定理由)

7年前に発症し、年齢が若くセルフマネジメント能力が高く、妻も協力的であるため、効果が期待された。

(実施内容)

主治医より生活上注意する項目を説明して頂き、記録を妻に支援してもらいながら実施。

(結果)

妻は、栄養士より実施前に具体的な食事内容の助言や指導を受けたい・また食事の評価・アドバイスを受けたいとの希望があり、施設管理栄養士に協力を依頼するが、業務に負担がかかることと断念。毎日の記録は負担を感じたとの感想あり。リハビリ専門職からのアドバイスが本人にはとても心強く、生活動作の改善が出来たことが安心感や自信に繋がっている。  
今回の主治医からの支援で、服薬管理を自ら行うことと意識付けができ、再発予防への自覚が持てたとのこと。

### ケース3

廃用 胸椎・腰椎圧迫骨折・肝硬変 介護4 81歳 訪問リハ(1/W)・看護(3/W)・訪問介護(3/W)福祉用具(車椅子・スロープ)妻との2人暮らし。

(選定理由)

妻の腰痛が悪化しないようにとの希望もあり、自宅内で支援を受けながらリハビリを行いたいとのことで、再発予防・リハビリ・看護での共同した支援が必要と感じたため。本人の認知機能に問題が無いことから、セルフチェックが可能と判断。

(実施内容)

主治医より生活上注意する項目を説明して頂き、記録を妻に支援してもらいながら実施。

サービス機関とも連携を取りながら記録を意識した関わりを依頼。記録用紙にリハビリメニュー項目を追加する。

(結果)

記録の様式があったので、記入しやすくモチベーションが維持できたとのこと。1週間の記録が出来たので、サービスの連携と本人が何の目的でサービスを受けているか・自分の体の変化やそれに合わせたサービスの変化等が分かり、自己管理の意識付けができた。リハサービスの導入と日課にした散歩をとても喜ばれていた。

ための具体的な指導を受けたことで大きな自信へとつながり、更なる改善を目指して、介護支援専門員に頼らずに、専門職に助言を求めるなどしていた。管理栄養士から専門的な助言や留意点などの指導や、記録に関しても赤ペンで評価してほしいなどの強い希望があったため、実施側で管理栄養士に相談したが実現に至らなかった。

ケース 3 は、81 歳の男性で、廃用症候群で、要介護 4 の寝たきりの状態であった。ベッドから起きるということを目標に訪問リハビリ、訪問看護を始めたところ、要介護 4 から要支援 2 に改善し、現在では 1 人で外に出ら、歩くことができるまでに改善した。認知症もないため、記録をととても喜んで付けていた。

1 週間の訪問サービスを見て、自分はどういうサービスを受け、どういうことに気を付けないといけないか意識付けができた。

また、自分の病気についてもきちんと把握され、主治医の先生と相談しながら治療が前進していると感じている。

ケース 4 は、61 歳男性、脳卒中中で、障害の就労系サービスしか利用していない。リハビリにあまり期待しておらず、介護支援専門員等にも家にきてほしくないとのことであった。しかし、自分の生活を振り返る良い機会ということで同意し、取り組んできた。

家には持ち込みたくないという要望があり、就労事業所において〇×という形でセルフチェックをしている。

結果として、調子が良くなると喫煙するなどの行動があり、改善は望めないが、自身のペースで取り組んでおり、地域ではいろいろな障害者団体の活動についてもリーダーシップを発揮し、生活意欲は高い。

### (介護支援専門員からの視点)

セルフマネジメントに取り組んだ対象者については、自身の病気に対する意識付けができたことで、自己管理することができるようになり、さらには全員

### ケース4

脳卒中(10年前) 61歳 左上肢機能全廃2級 下肢4級 就労支援日利用(5/W)妻と子供との3人暮らし。

#### (選定理由)

認知機能に問題なくセルフチェックが可能と判断。生活管理(喫煙・体重・運動等)が困難で調子が良くなるとかえって不摂生する面があり、これを機会に自己管理の意識付けが出来るように考えた。また、障害サービスしか使っていない人の再発予防とケアマネの伴走について考察する為。

#### (実施内容)

主治医より生活上注意する項目を説明して頂き、自己管理の意識付けを行う。本人が自宅で行うより、事業所にての管理を希望するため、サービス事業所にて記録を行う。

#### (結果)

障害CMの訪問は半年に1回であり、自宅への訪問はほとんどなく、家族の支援も必要ない状態であることから、事業所利用日だけの記録となった。それが本人には負担なく行えたとのことで継続が可能であった。セルフチェックをし身体が良くなると喫煙の本数が増える為、改善の見込みは望めないが、誰かに評価してもらえることで、自分の生活を振り返り再発を予防する意識付けにはなった。若年の脳卒中中の再発予防の伴走はCMには困難な面があり、地域や医療機関でのサポートが必要と考えた。

27

月日	1-18	19	20	21	22	23	24	25
今日の元気度(〇△×)	△	△	△	△	△	△	△	△
日中の過ごし方								
歩数		家内歩行				家内歩行		
精神運動		○						
痛みに対するリハビリ		×	×	×	×	×		
寝る場所・寝具・姿勢・起床・起床後の準備・食事・入浴・トイレ・着替え・洗濯・掃除・買い物・外出・通院・通学・通勤・通社・通園・通塾・通学・通社・通園・通塾						ゆつり歩行		
外出	×	×	×	×	×	×	×	×
他人との会話	○	○	○	○	○	○	○	○
体重	81キロ				81キロ			減1回
血圧	160/79mmHg	124/70mmHg	158/84mmHg	116/59mmHg	148/75mmHg	141/75mmHg	127/69mmHg	
体温	36.1℃	35.9℃	35.7℃	36.0℃	35.4℃	35.7℃	35.7℃	
脈	72回/分							
体の不具合	なし・あり							
(具体的に)						肩のしびれ		
めまい・眩暈	○	○	○	○	○	○	○	○

28

### ケアマネージャからの視点

#### 【メリット】

かかりつけ医と連携関係がとれた  
本人への意識付けができ、自分が積極的に参加する計画目標の作成ができた  
本人・家族・関係機関との連携により、各自の役割分担が明確になった  
セルフマネジメントを支援してもらえたことに全員が満足し、現状を維持できていることが自信につながるようになった

#### 【デメリット・継続に際して難しかった点・改善点】

記録は本人・家族の負担になっていた(記録方法・頻度)  
いつまで続けるのか・ゴールをどこに持つのか等、継続の工夫が必要  
結果が目に見えず、達成感が味わいにくかった  
居宅だけでなく、各事業所の支援が必要  
個別の対応・チーム作り等、居宅の負担は大きかった  
発症からの期間・年齢によって、リハビリに対する希望が異なり、地域での活動と参加が提供できるように医療・介護・地域・行政の連携が必要

28

から満足の声をいただいたので良かったと思っている。

介護支援専門員にとっては、これまでケアプランには医師との関わりが希薄で十分な記載ができなかったが、かかりつけ医と連携がとれたことで具体的に記載ができるようになったことは大きい。また、本人・家族・関係機関で計画を立てたり協議をしたりするなかで、それぞれの役割が明確になり、チームで推進していくことの重要性を改めて理解できた。

セルフマネジメントに取り組んだことで支援者も被支援者も全員がとても満足との感想で、意義深い結果が得られた。

デメリットとしては、記録の負担があげられている。○×方式にすることや、週1回や月1回程度の頻度にするなど、記録が負担にならないよい方法がないかと思う。

また、いつまで続けるか、ゴールをどこに持っていくかという工夫も必要で、同じような体制や内容では継続は難しいのではないかと思われる。例えば、要介護4から要介護2になったケース3の方は、リハビリについてはゴールしており、今後は新しいことに取り組みたいと話をされ、地域などでの活動や参加に力を入れたいと言われている。その意味で、ゴールの設定は、目標の達成や改善状況に応じ、利用者が自発的に更なる別のゴールを設定する可能性もある。

他に、結果が見えにくく、記録では達成感が味わいにくかったという声が聞かれた。

介護支援専門員については、個別の対応やチーム作りにおいて居宅の負担が大きく、今回関わった3名の介護支援専門員は相当な時間と労力を費やしてもらった。

発症からの期間や年齢により異なるリハビリへの対応や、地域での活動への参加など、医療・介護・地域・行政の連携が不可欠であるが、特に今回の取組を通じ、各事業所の個別支援もさることながら、各事業所の相互連携がとても必要であることがわかった。

今後、ICFで言う「活動や参加」へ移行する場合には地域力が必要であり、伴走という資源についても地域のなかで育成することが必要である。この点については、地域ケア会議でも今後は是非検討すべきと考える。

### (かかりつけ医からの視点)

メリットとしては、まずはモチベーションの維持につながったことが挙げられる。ケース1の車いすから歩けるようになった例は、改善意欲が低く、このセルフマネジメントを行うことによりモチベーションを維持することができ、その結果、車いすからつたい歩きに改善することができた。

次に、健康意識の増加・意識付けができたことである。

また、医師の立場として、脳卒中の患者を診察する際に、健康管理表を用いることで、薬を飲み忘れないこと、血圧をしっかりチェックすること、たばこをやめることが大切だと伝えるようになり、医師自身の診察時の説明にもよい影響をもたらすと感じている。

#### かかりつけ医からの視点

##### 【メリット】

- モチベーションの維持
- 健康意識の増加・意識づけ
- 診察スタイルの変化
- 夫婦の会話が増えた

##### 【デメリット・継続に際して難しかった点・改善点】

- 負担感(患者・ケアマネ): 必要な個所のみ記入

対象者のなかには、夫婦の会話が増えたという方もいた。

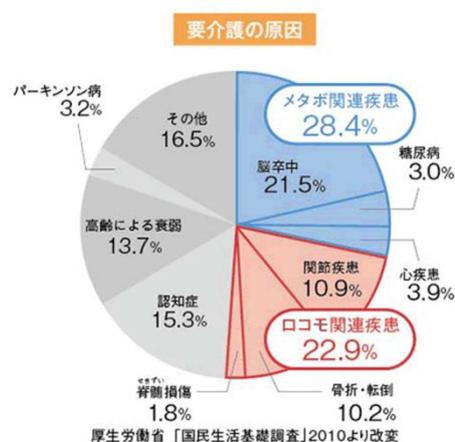
デメリットとしては負担感があることで、患者や介護支援専門員に負担がかかるのは致し方ないが、負担感を軽減することで継続につながる可能性もあり、対策は必要と思われる。例えば、記入する内容は必要なことに限定したり、チェックシートの項目を精査したり、大切な事が記載された紙1枚に集約することも必要である。チェック項目が多いと、対象者には何が大切か伝わりにくい。また、介護支援専門員にしても知識不足で対象者にしっかりと指導できない場合があり、医療者と介護者が共通の意識をもって取り組むためにも情報の整理が必要である。

### (廃用症候群に対応したセルフマネジメントについて)

今回、総領地域では廃用症候群モデルを実施し、数名ではあるが寝たきり状態の改善と、退院後の寝たきり予防に成功することができた。

我が国では、要介護の原因として脳卒中が21%、ロコモ関連が22%、高齢による衰弱が13%という比率であるが、今後さらに高齢化率が増加すると、ロコモ関連や高齢による衰弱の比率が増加するとみられている。つまり、衰弱や骨折による要介護状態になる高齢者が増えると推測され、廃用症候群モデルのセルフマネジメントの必要性は高まってくると思われる。

今後、各地域で推進する場合には、どのように対象者を選定するかがポイントになる。今回、特に退院前後で歩行機能が悪化し、家での生活が困難となった方をターゲットとして選定しているが、その他の展開例としては、介護認定の際にロコモチェックを行い、例えば片足で立てない高齢者や、ロコモチェックに該当する高齢者に対し、早期にセルフマネジメント支援を行うことで効果的な介護予防ができると考えている。







## 第4章 Integrated Care とセルフマネジメント ～モデル事業の総括として～

兵庫県立大学経営研究科 教授 筒井 孝子 委員長

### (モデル事業における連携の狙い)

今までの医療連携の典型的な取組は、①地域医療連携室の設置、②医療連携を重視した診療・事務体制の見直し、③院内医療スタッフとのコミュニケーション、④連携医療機関とのコミュニケーション、⑤患者とのコミュニケーションであり、これらは継続的に取り組まれてきたものの、期待するような成果は得られていない。

医療と介護の連携の場である退院支援についての課題は明確であり、平成28年度の診療報酬の改定においても退院支援にかかわる評価の見直しが抜本的に行われている。退院支援に係わる人員体制の整備や院外連携などによる効果はわかっているものの、病院単体で取り組むには限界があり、また、在宅医との連携推進が求められる地域包括ケアシステムにおいては、介護保険の保険者である市町村の関与が必須となる。

様々な疾患を抱え病院と在宅を循環する高齢者人口が増加する中で、「一方向型の地域連携パス」ではなく、「地域循環型地域連携パス」を整備することが、高齢者のケアマネジメントには求められる。

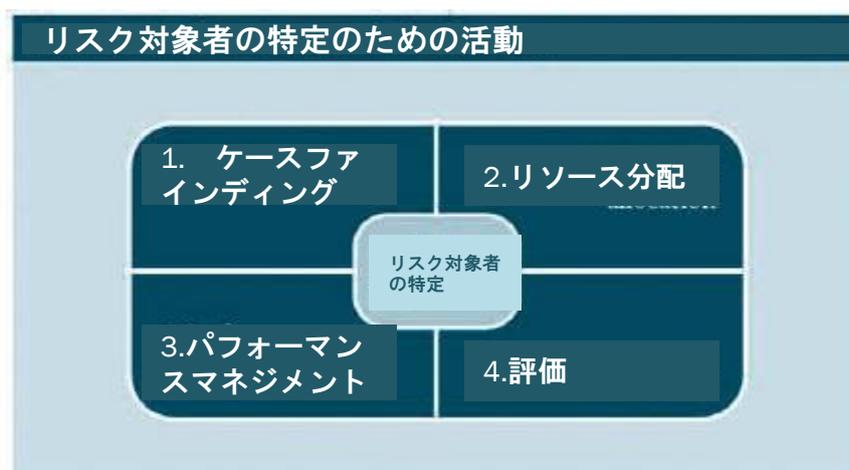
今回、モデル事業の目的は「地域循環型地域連携パス」を構築し、医療と介護が連携して、ハイリスクの高齢者を支援するというものである。ハイリスク高齢者として、脳血管疾患の罹患患者や既往症のある高齢者をターゲットに取り組んだが、既往症が明確であることから、医療と連携を図ることがより求められるということ、また脳血管疾患についてはすでに地域連携パスが整備されていること、その一方で脳血管疾患は再発率が高く、重度要介護者の介護が必要となった主な原因の3割以上を占めており、脳血管疾患の罹患患者や既往症のある高齢者は再発の高いリスクを抱えているにもかかわらず、薬の継続した服用や生活習慣の改善が不十分であり、ケアマネジメントが求められることも、これらをターゲットとした理由である。

### (本モデル事業を地域でどう位置づけるか)

地域包括ケアシステムを構築中の市町村が、この事業に取り組む場合、重要なことは特定の集団となる対象人口の規模と、それをセグメントした理由を明確に示すことである。そのうえで特定の集団における問題を把握し、社会資源を分配することが求められる。

社会資源の分配先を特定するには、リスク対象者を特定するケースファインディングが必要であるが、対象となる人口規模が大きくなればなるほどケースファインディングが複雑になる。

図5 リスク対象者の特定のための活動



出所：The Nuffield Trust (2011) 訳語は筆者による。

今回のモデル事業に参加している自治体では、武蔵野市は在宅医療・介護連携推進事業に位置づけて取り組んでおり、資源配分についての整理がされた。松戸市や国立市は人口規模も大きく、核となる協議体を設定しなかったが、今後は、自治体として、対象とするハイリスク対象者をどう特定し、どう資源配分をするか、そのうえで自治体が意思決定できるかが課題となる。

#### (事業体制の整備について)

本モデル事業では、関係者が事業の全体像を理解し合意すること（規範的統合）に時間がかかったことがわかった。地域内で意思決定をするには、ステークホルダーとなる資源が多ければ多いほど利害関係の調整が多くなるため困難になる。総領地域のように総領診療所と介護事業所という極めて限られた資源のところもあったが、2つのプレーヤーだけで規範的統合が図られる例はむしろ少ないかもしれない。このような事業に取り組む場合、多くのプレーヤーが存在する事業体制をどう整備するかが課題となる。

統合的プロセスとは、複数の提供者間による重複や分裂を最小にし、アウトカムと患者体験の質を向上してサービス提供を行っていくという integrated care の概念と、専門家の集団、チーム、組織間で掲げられている目標を連携させるために用いる方法やアプローチといった意味の integration の概念をつなげるものであり、統合的プロセスの主な種類としては、システムの統合、規範的統合、組織統合、運営的統合、臨床的統合の5つが挙げられる。

図6 主要な5つの統合の種類とそれに関する統合的プロセスの説明

主要な5つの統合の種類とそれに関する統合的プロセスの説明	
1.システムの統合	<b>政策、ルール、そして規制のフレームワークの協調と提携</b> 例、病院外の協調的ケアを推し進める政策、多様化する（サービス）提供者のための中心的起動力の形成、国による刺激策（インセンティブ）の開発、または、コストの高いケアに代わってコストパフォーマンスや医療的必要性のあるケアに置換するための財政的刺激策
2.規範的統合	<b>組織、専門家集団、個人の間で価値観、文化、視点の共有</b> 例、共通の統合目的の設置、コミュニケーションの際に生じるギャップを説明し対応、現地でのイベントを通じた臨床的関係と信頼の構築、またはサービス使用者やより広いコミュニティと関係を持つ。
3.組織的統合	<b>組織間での構造、統治システム、関係の協調</b> 例、資金のプールやPBC（業務歩合制）といった公的・私的な契約的・協調的取り決め。または、プライマリケア連合や地方の臨床的パートナーシップといった参加型組織構造の形成。
4.運営的統合	<b>事務管理業務、予算、財政システムの提携</b> 例、説明責任方法、資金提供、情報システムの共有を行う。
5.臨床的統合	<b>情報とサービスの協調、又は患者のケアの統合をし、一つの過程にまとめる。</b> 例、臨床的役割・ガイドライン・専門的教育の拡大。または、患者との共有の意思決定における患者の役割を促進する。

出所：. Shaw, S ,et al. (2011).訳語は筆者による。

統合していく順番としては、通常、システムの統合→規範的統合→組織統合→運営的統合→臨床的統合の順であるが、どれがいいという優劣はなく、地域の統合の状況を踏まえ、取組の内容と照らし合わせて選択することとなる。

システムができているか(システムの統合)、行動の中での規範ができているか(規範的統合)、さらにチームワークができているか(組織的統合)という3つの視点で各地域のモデル事業の取組を俯瞰すると、システムの統合については駒ヶ根市や上越市は元々ベースになる仕組みがあった。

規範的統合については、専門職がどう動くかというチームワーク作り(規範的統合・組織的統合)が必要となり、時間はかかるが、駒ヶ根市、多可町、高山市、武蔵野市、総領地域などはおおむね統合されつつあり、良い結果を生んでいる。

次のステップは臨床的統合となる。これは、専門職が患者と情報共有する仕組みを持っているかということであるが、ここまで統合が進んでいるのは武蔵野赤十字病院(武蔵野市)であるが、昭和伊南総合病院(駒ヶ根市)や多可赤十字病院(多可町)も統合されつつあり、期待が持てるモデルと言える。なお、総領地域には専門家が少ないため、今後は地域外に専門家を求めることとなるが、概ね、方針は一致しており、推進の障害は少ないと考える。

### (モデル事業の課題)

本モデル事業では、利用可能な資源が少ない地域と、かなり多い地域が混在しており、この地域毎に統合のプロセスは同じであるが、多い地域のほうが時間はかかることがわかった。

また、脳血管疾患患者の地域包括ケアシステムへの入口は、急性期、回復期や慢性期と機能が異なっても、介護支援専門員の伴走は可能であること、連携については地域の実情を踏まえることが必要であり、そのため多様な連携方法があることも分かった。

課題としては、まずは様式については見直しが必要であり、医療との協働ケアプランニングを進めるための方法論(目標を設定する、会議のときに何を話したらいいかなど)を示すこと

も必要とされた。また、個人の目標とプロジェクト全体の目標を設定して、その乖離を確認することも必要となる。

今回のモデル事業では脳血管疾患をターゲットに取り組んだが、今後はそれぞれの地域のケースファインディングを踏まえ、認知症、廃用症候群、糖尿病、心不全等に取り組むことになるため、どのような既往症においてセルフマネジメントが可能であるかを確認することも必要となる。

#### (最後に)

介護保険制度においては、利用者の尊厳の保持を旨とした自立支援を実現していくことが重要であり、そのためには、介護支援専門員による適切なケアマネジメントは必要不可欠なものとされる。

ケアマネジメントは「要介護者がさまざまな状態にあって固有のニーズを持っていても、できるかぎり本人が自分らしく、自立した日常生活を送ることができるように支援する」仕組みであり、介護支援専門員はこの自立支援を促すケアマネジメントの担い手として位置づけられ、ケアマネジメントの質の向上に向けた不断の努力が求められている。

もし、セルフマネジメント支援がケアマネジメントにおけるリスク管理に有効であるとすれば、セルフマネジメント支援ができる介護支援専門員を評価することも必要になる。

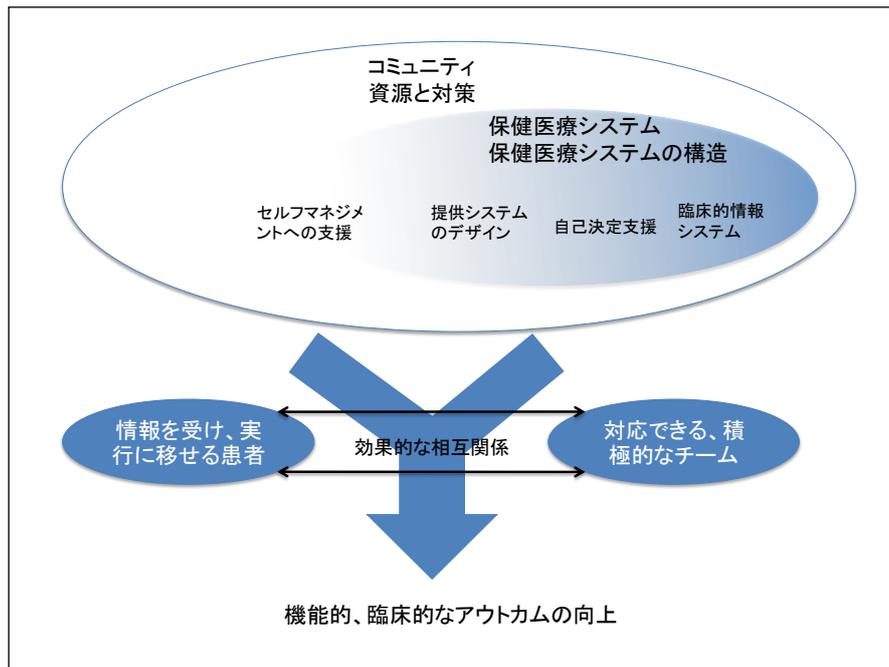
また、ケアマネジメントのサポート戦略がいくつかある中で、セルフマネジメントのアウトカムをどう設定し評価するかも必要になる。

アウトカムを検討するにあたっては、支援対象者は何のためにセルフマネジメントに取り組んでいるのか考えることを求めることが必要となる。今回のモデル事業を通して、実施した地域の介護支援専門員からは「支援対象者自身の負担が重い」という指摘が見られたが、セルフマネジメントは自分自身の健康管理のために取り組んでいるという認識は、一般のサービス利用者にはほとんどないことに留意が必要である。

ほとんどの高齢者が慢性症状を持っている中で、日常生活においては高齢者自らが自分自身のためにセルフマネジメントに取り組んでいくのであり、自分の健康のための取組に対して自らが関与し、改善されなければ協働責任者として責任を分担するという考え方への転換が求められている。

クロニックケアモデルで今回のモデル事業を説明するならば、コミュニティと医療システムを自己管理サポートで結びつけたモデルと言える。この効果（財政的臨床的成果）を把握するためには、セルフマネジメントに取り組む高齢者自身の考え方を転換させることが求められることや事業自体に協働責任制を組み込み、サービス利用者と介護者に理解してもらうことが求められる。

図7 クロニックケアモデル



出所：Wagner EH, et al. (2001).訳語は筆者による。

セルフマネジメントのアウトカムを把握するまでには時間はかかるかもしれないが、超高齢社会の我が国において必要な取組であり、複数の専門家集団の協働と、リーダーシップにより継続的に取り組むことが重要であると考えます。

#### 引用文献

Shaw, S, Rebecca R, B Rumbold. (2011)"What is integrated care." An overview of integrated care in the NHS. London: The Nuffield Trust.

The Nuffield Trust (2011) Predictive risk and health care: an overview. London: The Nuffield Trust. A

Wagner, EH., Austin, B., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., Bonomi, A. (2001)"Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence into Action", *Health Affairs*, Vol. 20, No. 6, Pages 64-78.



## 別添資料

1. 実施要綱 (P. 114)
2. 実施要綱 (松戸市版) (P. 138)

## 1. 実施要綱

## 2. 実施要綱（松戸市版）



平成 27 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

---

**要支援・要介護者に対する入退院時等における継続的な支援を実現するための  
介護支援専門員支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業  
報告書**

---

平成 28 年 3 月 31 日

株式会社日本能率協会総合研究所

〒105-0011 東京都港区芝公園三丁目 1 番地 22 号 TEL03 (3578) 7947 FAX03(3578)7614

