

平成 28 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

**入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防  
止のためのセルフマネジメントの在り方に関する  
調査研究事業報告書**

平成29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 3,300 万人を超え、国民の約 4 人に 1 人が高齢者となった。高齢者のうち、1,000 万人以上が 80 歳以上であり、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。一方、医療体制の再編によって入院医療機関の平均在院日数が短縮しており、疾病を抱えても自宅等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、医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスを提供する体制の整備が求められるとともに、地域包括ケアシステムにおける「自助」「互助」「共助」「共助」の視点の中でも「自助」「互助」の必要性が高まる中、高齢者自身も自らの健康に意識を向け、健康に留意して、自立的な生活を送り続けられるよう努力することが求められている。

弊社では平成 25 年度「ケアマネジメントへ的高齢者の積極的な参画に関する調査研究事業」、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的高齢者の積極的な参画に関する調査研究事業」、平成 27 年度「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ケアマネジャー支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業」に取り組み、今年度は昨年度のモデル事業をさらに発展させて、医療と介護が連携して慢性疾患を抱える高齢者のセルフマネジメントを支援するモデル事業に取り組んだ。

先行研究に取り組む中で、慢性疾患を抱える高齢者のセルフマネジメント支援を行うには、医療と介護の連携は不可欠であるとして、本モデル事業に参加した地域においては、地域の実情を踏まえつつ、地域にあった医療と介護の連携の在り方を模索し、体制の整備と連携の強化に取り組んでいただいた。その結果、医療と介護が連携しながら、再発リスクの高い対象者に対し再発防止に取り組むことは、介護保険料増加の防止や医療費適正化の観点からも重要な取組となることが示唆された。

本事業の実施にあたって、モデル事業に真摯に取り組んでいただいたモデル事業参加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みなさまに多大なるご支援ご協力をいただき心より感謝申し上げますとともに、多くのみなさまのご尽力により完成した本報告書が、医療と介護の連携に支えられた地域包括ケアシステム構築の一助となれば幸いである。

平成 29 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	3
(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	9
第2章 平成27年度モデル事業で使用した様式の課題の整理	11
1. 平成27年度モデル事業の概要	11
(1) 実施概要	11
(2) 使用した様式	12
2. セルフマネジメントの記録の分析	16
(1) 様式の情報連動状況	16
(2) セルフマネジメントに関する目標の設定状況（抜粋）	18
(3) モニタリングに見るセルフマネジメント支援の効果	19
3. 様式の改善課題	22
第3章 様式の改訂と新たな様式の開発	23
1. 様式の検討	23
(1) セルフマネジメント様式の変更点	23
(2) MCI スクリーニングシート及びMCI モニタリングシートの開発	24
2. 平成28年度モデル事業の様式	24
(1) 本事業で使用した様式	24
(2) A・A'パターンの様式使用例（要介護者でケアプランがすでにある場合）	25
(3) 情報連携シート	26
(4) セルフマネジメントシート	31
第4章 モデル事業の実施	38
1. 千葉県松戸市	43
2. 東京都武蔵野市	55
3. 東京都国立市	64
4. 新潟県上越市	68
5. 福井県越前市	75

6. 長野県駒ヶ根市 .....	84
7. 岐阜県大垣市 .....	91
8. 岐阜県高山市 .....	95
9. 兵庫県立尼崎総合医療センター.....	103
10. 多可赤十字病院.....	111
11. 岡山県岡山市 .....	120
12. 広島県庄原市 .....	132
第5章 入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のための セルフマネジメントの基本的考え方 .....	140
1. はじめに .....	140
2. 入退院を繰り返す可能性のある慢性疾患へのアプローチの必要性 ー患者数の増加、社会保障費用の増加、ケアの継続性の保証.....	140
3. 高齢者へのセルフマネジメントの定義とこれによる影響.....	143
4. 本事業の成果のまとめ.....	144
5. 残された課題 .....	145
資料 .....	147
1. 実施要綱 .....	148
2. 実施要綱（松戸市版） .....	173

# 第1章 事業の概要

## 1. 事業の目的

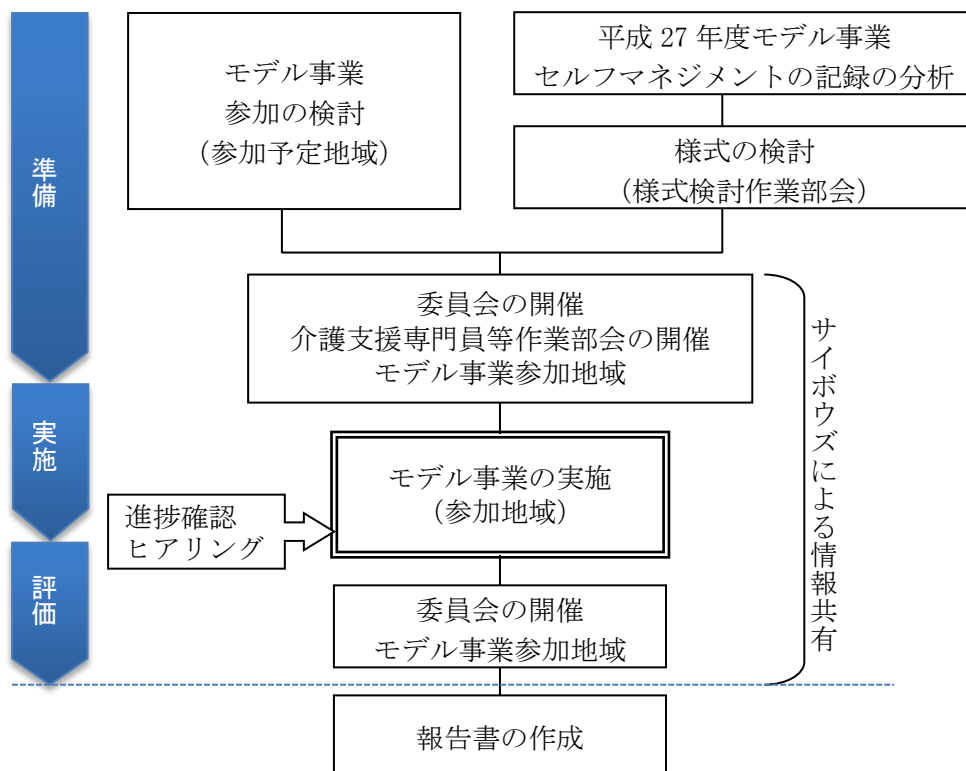
本事業の先行研究事業である平成 27 年度「要支援・要介護者に対する入退院時等における継続的な支援を実現するための介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業」（以下、平成 27 年度モデル事業）において、脳卒中発症経験者をターゲットに、再発予防のためのセルフマネジメントのモデル事業に取り組んだ。その結果、支援者がいることでセルフマネジメント、所謂リスク管理の動機づけとなること、また脳血管疾患という既往症を踏まえ介護職が支援を検討することが求められるため、医療職と介護職の連携が図られることが確認できた。その一方で、使用したツール（情報連携シートやセルフマネジメントシート）に改善の余地があること、また脳血管疾患は介護が必要となった 1 原因であり、脳血管疾患以外の介護が必要となった原因とされる疾患について、セルフマネジメントの在り方やその有効性についてまでは確認できておらず、課題として残された。

本事業においては、平成 27 年度事業の課題を踏まえてツールの改善を図りつつ、新たに認知症、心疾患、廃用性症候群等地域が抱える個別課題に対象を広げ、実施することとした。

## 2. 実施内容

本事業の実施フロー、スケジュール等は以下の通りである。

### (1) 実施フロー



## (2) 実施スケジュール

5/31 採択↓

		6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
準備	ア.モデル事業参加の検討 (参加に向けた調整・訪問説明)	→										
	イ.平成27年度モデル事業 セルフマネジメントの記録の分析	→										
	ウ.様式の検討	→										
	エ.情報共有体制の整備 (サイボウズ)				準備	運用						
実施	オ.モデル事業の実施 (11地域)					→						
	カ.ヒアリングの実施						→					
評価	キ.モデル事業の評価 (成果と課題の把握)								→			
委員会等	委員会 (2回開催)			①							②	
	介護支援専門員等作業部会 (1回開催)			①								
	作業式 部会 検討	全体会議 (1回開催)	①									
		様式改訂班 (2回開催)	①			②						
	認知症様式作成班 (3回開催)	①	② ③									

## (3) 具体的な進め方

具体的な進め方は以下の通りである。

### モデル事業の準備

#### ア.モデル事業参加の検討

本事業の採択を受け、モデル事業参加協力の依頼を行った。なお、新たに参加を検討している地域については、委員長または委員が事務局と訪問し、説明を行った。

#### イ.平成27年度モデル事業セルフマネジメントの記録の分析

本調査研究事業でモデル事業を実施するにあたり、平成27年度モデル事業のセルフマネジメントの記録分析を行い、ツール等の課題の整理を行った。(第2章参照)

#### ウ.様式の検討

平成27年度モデル事業参加地域からの様式に対する指摘や前述の「イ.平成27年度モデル事業モニタリング結果の分析」を踏まえ、平成27年度モデル事業で使用した様式の見直しを行うとともに、新たな様式の開発も行った(様式改訂班)。

また、今後、認知症が増加することを踏まえ、セルフマネジメントを支援する支援者による軽度認知障害（以下、MCI<sup>1</sup>）をスクリーニングのための様式についても検討を行い、入院医療機関で使用する MCI) スクリーニングシート及びセルフマネジメントで使用する MCI モニタリングシートを作成した（認知症様式作成班）。（第 3 章参照）

#### エ. 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、サイボウズの利用においては、個人情報に抵触するような情報掲載は行わないよう留意した。

### 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いただいた。最終的に 12 地域で、ケアマネジャー伴走型セルフマネジメントに取り組んだ。

#### カ. ヒアリングの実施

各地域の取組状況を把握するため現地訪問を行って、関係者に対し進捗等を把握するためのヒアリングを行った。

### 評価

#### キ. 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 月上旬を目途に終了し、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を行って頂いた。（第 4 章参照）

また、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、本モデル事業について総括を行った。（第 5 章参照）

## 3. 実施体制

### （1）委員

本調査研究の実施に際し、モデル事業の参加地域（参加検討含む）による委員会を設置した。委員は以下の 27 名で、学識者及び参加地域の医療機関及び自治体から各 1 名、最大 2 名を基本として委嘱を行った。委員会は 2 回開催しているが、第 2 回委員会については 2 回開催して、都合のよい日時に参加いただいた。

#### ■学識者

（敬称略）

	お名前	ご所属等
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

<sup>1</sup> Mild Cognitive Impairment

■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	福祉長寿部 審議監
②	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	健康福祉部 部長
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	健康福祉部 地域包括ケア推進担当課長
④	新潟県 上越市	官	細谷 早苗	健康福祉部 高齢者支援課介護指導係長
⑤	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	北畑 恵里	市民福祉部長寿福祉課 地域包括支援センター 主査
⑥	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	地域保健課 健康長寿係長
⑦	岐阜県 大垣市	官	篠田 浩	高齢介護課 課長
⑧	岐阜県 高山市	医	竹中 勝信	高山赤十字病院 副院長
		官	石腰 洋平	福祉部高年介護課 課長
⑨	大阪府 吹田市	医	中川原 譲二	国立循環器病研究センター 脳卒中統合イメージングセンター センター長
		官	高崎 充代	福祉保健部高齢福祉室高齢支援課 課長
⑩	兵庫県 尼崎市	医	齊田 宏	兵庫県立尼崎総合医療センター 副院長
		医	鵜久森 妙	看護部 慢性心不全認定看護師
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	岡山県 岡山市	官	福井 貴弘	審議監 (医療・高齢者政策担当)
		官	橋本 淳	医療政策推進課 医療福祉戦略室
⑬	広島県 庄原市	医	藤野 豊寿	庄原赤十字病院 第一内科 副部長
		官	藤井 皇造	生活福祉部 高齢者福祉課 課長
		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 主任ケアマネジャー

<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. 介護支援専門員等作業部会

様式検討作業部会が作成した新様式（案）の検討を行うため、本モデル事業に参加する地域のケアマネジャー等による作業部会を設置した。作業部会メンバーは以下の13名で、作業部会を1回開催した。

(敬称略・作業部会リーダーを除き各班五十音順、(委)委員兼任)

	お名前	ご所属等
WG リーダー	(委)筒井 孝子	公立大学法人 兵庫県立大学大学院 教授
WG メンバー	(委)大冢賀政昭	国立保健医療科学院 研究員

### ■モデル事業参加地域ケアマネジャー等

東京都武蔵野市	荻原 美代子	武蔵野市地域包括支援センター センター長
東京都国立市	高垣 比佐子	ゆいまある国立居宅介護支援事業所 主任ケアマネジャー
新潟県上越市	(委)細谷 早苗	上越市健康福祉部高齢者支援課 介護指導係長
福井県越前市	北畑 恵里	市民福祉部長寿福祉課 地域包括支援センター 主査
長野県駒ヶ根市	中山 教保	複合福祉施設プラムの里 ケアマネジャー
岐阜県大垣市	日比野 潤	大垣市地域包括支援センター 主任ケアマネジャー 兼 社会福祉士
岐阜県高山市	岩佐 由紀子	高山市地域包括支援センター 主任ケアマネジャー
大阪府吹田市	林 美奈子	吹田市福祉部 内本町地域保健福祉センター 主幹
兵庫県多可町	大西 馨	多可赤十字病院 居宅介護支援事業所 ケアマネジャー
広島県庄原市	塚本 麻里	庄原市高齢者福祉課 高齢者福祉係 主任保健師
	(委)神田 民子	(総領地区) 社会福祉法人優輝福祉会 主任ケアマネジャー

### ■招聘

WG メンバー (様式改訂班)	柴山 志穂美	埼玉県立大学 准教授
WG メンバー (様式改訂班)	新戸 祥元	ケアワーク東京 ケアマネジャー

<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様式検討作業部会

本モデル事業を行うにあたり、使用するツールを検討するため様式検討作業部会を設置した。

様式検討作業部会メンバーは以下の10名で、全体会議を1回、様式改訂班会議を2回、認知症様式作成班会議を3回開催した。

(敬称略・作業部会リーダーを除き各班五十音順、(委) 委員兼任)

	お名前	ご所属等
WG リーダー (共通)	(委)筒井 孝子	公立大学法人 兵庫県立大学大学院 教授
WG メンバー (共通)	(委)大冢賀 政昭	国立保健医療科学院 研究員

### ■様式改訂班

WG メンバー	(委)篠田 浩	大垣市 高齢介護課 課長
〃	柴山 志穂美	杏林大学 保健学部 講師
〃	新戸 祥元	ケアワーク東京 ケアマネジャー
〃	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
〃	中澤 伸	社会福祉法人 川崎聖風福祉会 事業推進部 部長

### ■認知症様式作成班

WG メンバー	木下 隆志	芦屋学園短期大学 幼児教育学科 准教授
〃	坂田 薫	京都民医連中央病院 副看護部長
〃	吉田 かおり	社会医療法人財団 聖フランシスコ会 姫路聖マリア病院 外来化学療法室 看護師長

<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4章に記載した。

日程	実施内容
平成28年5月31日	採択（通知受領）
6月1日～	委員及び作業部会委嘱着手
6月13日	様式検討作業部会全体会議 18:00-20:50 於:東京
6月24日	認知症様式作成班会議① 20:00-22:00 於:兵庫
6月29日	様式改訂班会議① 18:00-21:00 於:東京
6月29日～	（様式改訂班 メールにて検討を重ねる）
7月1日	認知症様式作成班会議② 20:00-22:00 於:兵庫
7月10日	委員長・事務局打合せ
7月20日	訪問説明（庄原赤十字病院）
	認知症様式作成班会議③ 20:00-22:00 於:兵庫
7月22日	訪問説明（尼崎総合医療センター）
8月4日	訪問説明（尼崎総合医療センター）
8月8日	訪問説明（製鉄記念広畑病院・姫路市地域包括支援センター）
8月24日	介護支援専門員等作業部会 16:00-17:30 於:東京
	第1回委員会 17:30-20:30 於:東京
9月1日	様式改訂班会議② 18:00-21:00 於:東京
9月～	様式のフォーマット整備
9月23日	訪問説明（尼崎市役所）
9月30日	訪問説明（尼崎総合医療センター）
10月～	サイボウズによる運用検討開始
10月14日	訪問説明（岡山市 東京事務所）
11月10日	進捗確認ヒアリング（庄原赤十字病院）
11月11日	進捗確認ヒアリング（岡山市役所・多可赤十字病院）
12月15日	進捗確認ヒアリング（高山市役所）
平成29年1月13日	進捗確認ヒアリング（新田クリニック）
2月～	各地域で関係者会議を開催
3月～	伴走者謝礼支払い開始 各種様式回収
3月7日	第2回委員会① 13:30-18:00 於:東京
3月17日	第2回委員会② 16:00-19:00 於:東京
3月26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。

回	主な議題
第1回 (8月24日)	1. 平成28年度モデル事業について －実施概要説明 2. モデル事業様式の改訂について（作業部会様式改訂班） －平成27年度様式の改善課題 －平成28年度新様式案 3. MCIの早期把握・継続的ケアマネジメントについて （作業部会認知症班） －認知症班の検討状況 －松戸市の取り組み 4. サイボウズの運用について <b>【配付資料】</b> 資料1 「医療介護連携に基づく継続的ケアマネジメント調査研究事業」 （筒井委員長） 資料2 「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止の ためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業」実施 概要 資料3 平成27年度様式記入状況から見た様式改訂の課題の整理 資料4 平成28年度新様式案（作業部会様式改訂班） 資料5 平成28年度実施要綱案 資料6 作業部会認知症班 検討報告（作業部会認知症班） 資料7 「認知症を予防できるまち・まつど」プロジェクト・モデル事業 （素案）の概要（草野委員） 資料8 「サイボウズ利用の手引き」
第2回① (3月7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 越前市、駒ヶ根市、高山市、兵庫県立尼崎総合医療センター 松戸市、武蔵野市 －質疑応答 2. 平成28年度のまとめと今後に向けて <b>【配付資料】</b> ※各地域作成資料
第2回② (3月17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 上越市、多可赤十字病院、庄原市、国立市、岡山市 －質疑応答 2. 平成28年度のまとめと今後に向けて <b>【配付資料】</b> ※各地域作成資料

## (2) 作業部会

### ア. 介護支援専門員等作業部会

作業部会は、第1回委員会と同日に開催し、新たに作成した様式（案）について検討を行った。

回	主な議題
第1回 (8月24日)	<ol style="list-style-type: none"><li>平成28年度モデル事業について －実施概要説明</li><li>平成28年度様式の改訂について －平成27年度様式の改善課題 －平成28年度新様式案</li></ol> <p>【配付資料】</p> <p>資料1 「医療介護連携に基づく継続的ケアマネジメント調査研究事業」(筒井WGリーダー)</p> <p>資料2 「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業」実施概要</p> <p>資料3 平成27年度様式記入状況から見た様式改訂の課題の整理</p> <p>資料4 平成28年度新様式案(作業部会様式改訂班)</p> <p>資料5 平成28年度実施要綱案</p> <p>資料6 「サイボウズ利用の手引き」</p>

### イ. モデル事業を実施するための様式検討作業部会

作業部会の主な議題は以下の通り。

なお、作成した実施要綱(必要な様式含む)については、資料1を参照のこと。

#### ■全体会議

回	主な議題
(6月13日)	<ol style="list-style-type: none"><li>昨年度様式および実施要綱の修正について －様式 －実施要綱</li><li>今年度モデル事業を行うにあたっての様式の開発について －認知症、廃用症候群、心疾患、大腿骨頸部骨折 など</li><li>今後の進め方</li></ol> <p>【配付資料】</p> <p>資料1 医療介護連携に基づく継続的ケアマネジメント調査研究事業(筒井WGリーダー)</p> <p>資料2 平成27年度モデル事業で利用した様式・実施要綱の課題</p> <p>資料3 平成28年度調査研究事業 スケジュール(案)</p> <p>参考資料1: 平成27年度調査研究事業報告書</p> <p>参考資料2: 平成26年度調査研究事業報告書</p> <p>参考資料3: ICFの活用可能性と課題－研究から得られた知見を通して(筒井WGリーダー)</p> <p>参考資料4: ICFコード(筒井WGリーダー)</p>

■様式改訂班

1回目 (6月29日)	様式の検討①
～	メールにて検討を重ねる
2回目 (9月1日)	様式の検討②

■認知症様式作成班会議

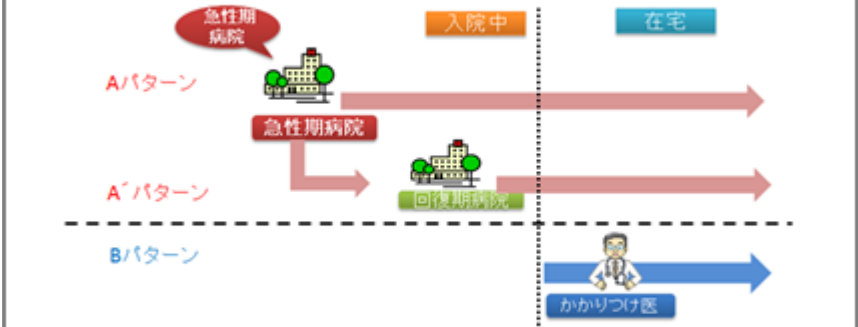
1回目 (6月24日)	認知症様式の検討①
2回目 (7月1日)	認知症様式の検討②
3回目 (7月20日)	認知症様式の検討③

## 第2章 平成27年度モデル事業で使用した様式の課題の整理

### 1. 平成27年度モデル事業の概要

#### (1) 実施概要

項目	概要
目的	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）の有効性を検証するためモデル事業を実施した。
モデル事業の取組方法 (大まかな流れ)	<p>＜医療機関と自治体の協働によるセルフマネジメント支援＞</p> <p>①:実施内容の協議。 ・地域の関係機関を集めて、どのようにモデル事業に取り組むかを協議。</p> <p>②:入院中の情報連携とセルフマネジメントプランの作成 ・協力医療機関を設定し、セルフマネジメント支援の対象となるような状態像、かつ本人が同意した場合、医療機関とケアマネジャー(地域包括支援センター職員)が協働して、入院中の情報連携とセルフマネジメントプランを作成する。</p> <p>③:セルフマネジメント支援のモニタリング ・ケアマネジャー(地域包括支援センター)等は、セルフマネジメントプランの管理を行うが、一か月ごとに進捗報告を地域包括支援センター(自治体職員)に行い、それをもとに後方支援(包括的・継続的ケアマネジメント)を実施する。</p> <p>④:ケース検討会議(地域ケア会議、多職種連携会議)の実施。 ・自治体職員、地域包括支援センター職員がケアマネジャーからの報告に応じて、ケース検討会議(地域ケア会議、多職種連携会議)において、セルフマネジメントに関する部会を設置し、個別ケース会議等を実施。</p> <p>医療機関</p> <p>地域包括支援センター等</p> <p>ケース検討会議</p> <p>モデル事業において急性期病院が取得できる診療報酬上の加算 総合評価加算 退院調整加算 退院時共同指導料 介護支援連携指導料</p>
支援者	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町村及び特別区</li> <li>医療機関（急性期病院、かかりつけ医）</li> <li>医師会</li> <li>地域包括支援センター 等</li> </ul>
伴走者	ケアマネジャー等
支援対象者	<p>【Aパターン】 脳血管疾患で急性期病院に入院しており、急性期病院退院後、在宅復帰の可能性の高い高齢者</p> <p>【A'パターン】 脳血管疾患で急性期病院に入院しており、回復期病院退院後、在宅復帰の可能性の高い高齢者</p> <p>【Bパターン】 脳血管疾患罹患患者で、現在、在宅で（ほぼ）自立した生活を送っている高齢者</p>

	<p style="text-align: center;"><b>モデル事業の取組パターン・対象者等</b></p> <p>◎取組パターン  <b>Aパターン</b>：急性期の入院からの情報連携+退院後のセルフマネジメント支援  <b>Bパターン</b>：すでに退院している患者のセルフマネジメント支援</p>  <p>◎対象者  <b>Aパターン</b>：急性期病院（回復期病院）に入院しており、急性期病院（回復期病院）退院後、在宅復帰の可能性の高い高齢者  <b>Bパターン</b>：現在、在宅生活を送っている高齢者</p>
伴走で使用了様式	第2章-1-（2）参照
参加した地域	全国の11地域

## （2）使用した様式<sup>2</sup>

支援対象者のセルフマネジメントを支援する伴走者（ケアマネジャー等）が、使用した主な様式は以下の通り。モデル事業において、Aパターン（A'パターン）は、支援対象者が入院している医療機関が出発点となるため、様式6については再入院の場合に使用することを想定した。また、Bパターンについては、在宅が出発点となるため、様式2からのスタートとした。

様式	様式名	使用するタイミング	使用者（提出先等）
様式1	情報聞き取り表	入院中	ケアマネジャー（入院医療機関から）
様式2	病状セルフチェック表	退院中～在宅	支援対象者（ケアマネジャーとともに）
様式3	セルフケアプラン	退院中～在宅	ケアマネジャー
様式4	健康管理表	在宅	支援対象者
様式5	セルフアセスメント表	在宅	支援対象者（ケアマネジャーとともに）
様式6	入院時情報提供表	（再）入院時	ケアマネジャー（入院医療機関へ）

### ■様式1：情報聞き取り表

伴走者が支援対象者の「入院時の所見」「病状説明」「カンファレンス」の情報を、医療機関から聞き取るための様式。自由記載形式。

<sup>2</sup> 様式番号は本事業で解説を行うための様式番号であり、平成27年度モデル事業の様式番号とは異なる。

**入院時情報聞き取り表**

病状説明	月	日	時	分	～	時	分	～	時	分	～	時
カンファレンス	月	日	時	分	～	時	分	～	時	分	～	時

**担当**

病院名	電話番号	
担当看護	(FAX)	電話番号

**入院時の所見(重症度判定)**

(退院の見込みについて)

( 年 月 日 )

**病状説明**

(退院の見込みについて)

( 年 月 日 )

**カンファレンス**

( 年 月 日 )

■様式2：病状セルフチェック表

「疾患の理解」「悪化因子の理解」「予防の方策」など支援対象者自身が自身の病識等を把握するための様式。伴走者とともに記載することを想定。

**病状セルフチェック表 <脳卒中用>**

作成年月日： 年 月 日  
確認者： \_\_\_\_\_

チェック項目	チェック
<b>疾患の理解</b>	
・ 脳卒中がなぜ起きるか知っている	1. はい 2. いいえ
・ 脳卒中を発症する際のサイン(前兆の症状)を知っている	1. はい 2. いいえ
<b>悪化因子の理解</b>	
・ 喫煙本数を決めている	1. はい( 本/日) 2. いいえ
・ 飲酒量を決めている	1. はい( ●●換算で: 杯/日まで) 2. いいえ
<b>予防の方策</b>	
・ 食事の時間を決めている	1. はい( ) 2. いいえ
・ 睡眠時間(何時から何時、何時間)を決めている	1. はい( ) 2. いいえ
・ 運動方法を決めている	1. はい( ) 2. いいえ
・ 自分の適正な血圧値を知っている	1. はい( 上: /下: mmHg) 2. いいえ
・ 自分の適正な体重を知っている	1. はい( kg) 2. いいえ
・ 自分の適正な血糖値を知っている	1. はい( ~ mg/dl) 2. いいえ
・ 自分の適正なコレステロール値を知っている	1. はい( LDL ~ ng/dL) 2. いいえ
・ 自分の飲んでいる薬の効用を理解している	1. はい 2. いいえ
・ 自分の飲んでいる薬の副作用を理解している	1. はい 2. いいえ
・ 自分が、なぜ診療を定期的に受けなければならないか理解している	1. はい 2. いいえ





■様式5：セルフアセスメント表

モニタリング時に、支援対象者と伴走者でアセスメントを行い、セルフマネジメントに取り組んだ結果について評価を行うための様式。結果に応じて、セルフマネジメントプランや取組み内容（健康管理表）を見直すこととした。

セルフアセスメント <脳卒中用>		作成年月日： 年 月 日		
		確認者：		
アセスメント項目	アセスメント	種別	確認者 (支援者)	チェック 欄
<b>疾患の理解</b>				
1 食べこぼしや、顔のしびれ等の違和感を感じることがあった	1. はい 2. いいえ			
2 頭痛や吐き気がすることがあった	1. はい 2. いいえ			
3 つまづいたり、転んだりしやすくなった気がする	1. はい 2. いいえ			
4 手に力が入りにくかったりして物を落としたり、しびれがあるような気がする	1. はい 2. いいえ			
5 座っている時に、ひとりでに身体が傾くようになった気がする	1. はい 2. いいえ			
<b>悪化因子の理解</b>				
6 「たばこに関する目標」を守れた (目標：禁煙/一日●本まで)	1. だいたい守れた 2. 半分くらい守れた 3. あまり守れなかった	本人		
7 「お酒に関する目標」を守れた (目標：禁酒/●●を一日●本程度まで)	1. だいたい守れた 2. 半分くらい守れた 3. あまり守れなかった	本人		
<b>予防の方策</b>				
8 「体重に関する目標」を守れた (目標：●kg以下)	1. はい 2. いいえ	本人		
9 「食事に関する目標」を守れた (目標：食事時間/一日あたりの摂取カロリー/塩分量/水分量など)	1. だいたい守れた 2. 半分くらい守れた 3. あまり守れなかった	本人		
10 「睡眠に関する目標」を守れた (目標：●時間/日、●時～●時)	1. だいたい守れた 2. 半分くらい守れた 3. あまり守れなかった	本人		
11 「運動に関する目標」を守れた (目標：種類●●、回数●●回/日・週)	1. だいたい守れた 2. 半分くらい守れた 3. あまり守れなかった	本人		
<b>血圧測定や血液検査を行った場合</b>				
12 ・自分の血圧値を確認した	1. はい( 上: /下: mmHg) 2. いいえ	本人		
13 ・自分の血糖値を確認した	1. はい( ~ mg/dl) 2. いいえ	本人		
14 ・自分のコレステロール値を確認した	1. はい( LDL ~ mg/dL) 2. いいえ	本人		
15 ・医師の診察は約束通りに受けた	1. はい 2. いいえ	本人		
16 ・医師の指示通りに薬を飲んだ	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	本人		
17 ・薬で不具合があって、医師や薬剤師に相談した	1. はい 2. いいえ	本人		

## 2. セルフマネジメントの記録の分析

本事業でモデル事業に取り組むにあたり、平成 27 年度モデル事業で記載した各種シートの記載状況について分析を行った。分析の主な視点は、様式間の情報の連動性である。

### (1) 様式の情報連動状況

#### ■分析の視点

以下の 5 項目について得点化し、情報スコアとして分析を行った。

#### 1. 医療機関との連携有無

病院からの情報をケアマネジャーが受け取った形跡があったか情報連携表他連携シート使用の有無で判断した。なお、実際には医療機関と連携していた場合であっても、様式から読み取れない場合はカウントしなかった。

#### 2. 様式 1「情報聞き取り表」と様式 4「セルフケアプラン」との連動

様式 1 の情報に対応した、セルフケアプラン（長期目標、短期目標、サービス内容）となっているかを判断した。

#### 3. 様式 2「病状セルフチェック表」の有無

病状セルフチェック表をつけていたかどうかで判断した。

#### 4. セルフマネジメントに関する目標の有無

様式 3「セルフケアプラン」のサービス種別に本人が入っているかで判断した。

#### 5. 様式 4「健康管理表」の有無

健康管理表をつけていたかどうかで判断した。

#### ■分析の結果

- 医療機関との情報連携が確認できたのは 37 事例中 12 事例で、3 割は連動していなかった。
- 医療機関の意見がケアプラン（＝セルフケアプラン含む）に反映されていることが確認できたのは 8 事例であった。
- セルフケアプランとわかる目標が入っていたのは 23 事例で（サービス種別に本人が入っている）、4 割には記載がなかった。
- 病状セルフチェック表と健康管理表は概ね作成されていた。
- 1～5 の情報連携に係わる様式がそろっていたのは 9 事例で、うち 6 事例についてはすべての情報が連携していた。なお、3 事例については、いずれもセルフマネジメントに関する目標の記載がなかった。

■情報スコア

※1.2.3.4.5の情報が揃った事例を青く。-は様式が無いなどで、記載できなかったセル。

No.	1.医療機関との連携の有無	2.様式1と様式4の連動の有無	3.様式2の存在有無	4.セルフマネジメントに関する目標の有無	5.健康管理表の有無	情報スコア (1.+2.+3.+4.+5.), 5点満点	1.2.3.4.5. の様式が揃っているか
1	1	-	1	1	1	4	0
2	-	-	1	0	1	2	0
3	1	-	1	1	1	4	0
4	-	-	0	0	1	1	0
5	-	-	0	0	1	1	0
6	1	-	1	1	-	3	0
7	1	1	1	1	1	5	1
8	1	1	1	1	1	5	1
9	1	1	1	0	1	4	1
10	-	-	1	1	1	3	0
11	-	-	1	1	1	3	0
12	-	-	1	0	1	2	0
13	-	-	1	0	1	2	0
14	1	1	1	1	1	5	1
15	-	-	1	1	1	3	0
16	-	-	1	1	1	3	0
17	-	-	1	1	1	3	0
18	-	-	1	1	1	3	0
19	-	-	1	1	1	3	0
20	-	-	1	1	1	3	0
21	-	-	1	-	1	2	0
22	1	-	1	1	-	3	0
23	1	1	1	1	1	5	1
24	-	0	1	1	1	3	0
25	1	1	1	0	1	4	1
26	-	-	0	1	1	2	0
27	1	1	1	1	1	5	1
28	0	-	1	0	1	2	0
29	1	1	1	1	1	5	1
30	0	0	1	0	1	2	1
31	-	-	1	-	1	2	0
32	-	-	1	-	1	2	0
33	-	-	1	-	1	2	0
34	-	-	1	1	1	3	0
35	-	-	1	1	1	3	0
36	-	-	1	1	1	3	0
37	-	-	1	0	1	2	0
	12	8	34	23	35		

■様式がすべてそっている事例の情報スコア

1.2.3.4.5の情報が揃った9事例の連動パターンとその詳細・数

連動パターン	数	スコア	詳細
1○2○3○4○5○	6	5	すべて連動し、健康管理表も記載がされている。
1○2○3○4×5○	2	4	セルフチェック票の記入がなされ、医療機関と連携がとれたSMIに関する取組みのないケアプランが作成され、健康管理表の記載がされている。
1×2×3○4×5○	1	2	セルフチェック票の記入がなされ、カンファレンスや医療機関とのやりとりの内容が反映されていない、SMIに関する取組みもないケアプランが作成されているが、健康管理表の記載はおこなわれている。

## (2) セルフマネジメントに関する目標の設定状況（抜粋）

サービス種別に「本人」の記載があった目標例。

No.	長期目標	短期目標	取組み	サービス内容	サービス種別
27	悪化の予防	健康管理全般	健康管理	医療的な健康管理: 観察	主治医の診療 本人、家族 介護タクシー
27	悪化の予防	健康管理全般	定期受診	定期時の通院: 選挙等の参加	主治医の診療 本人、家族 介護タクシー
27	悪化の予防	健康管理全般	健康管理表の記入	セルフマネジメントの実施、記録	主治医の診療 本人、家族 介護タクシー
14	悪化の予防	食事管理		ベッドにテーブルを置く、又は台所を適温にして、車椅子で姿勢に気を付けて食事をとる/退院時栄養指導の知識を活用して、口腔体操・口腔ケアを行い誤嚥性肺炎に気を付けて食べる	特殊寝台付属品貸与 本人・家族
35	悪化の予防	定期受診		通院/内服薬の処方	本人 家族(妻)
35	悪化の予防	服薬管理		処方通り毎日服薬を行う(本人)/服薬の飲み忘れが無いかを確認	本人 家族(妻)
35	悪化の予防	再発予防の取組みの理解	健康管理表の記入	自分で記録し確認する。血圧検査結果を把握する/モニタリング・セルフケアの記録、聞き取り/健康管理(バイタル)/食事・体重管理・水分量・運動量・生活リズム・睡眠状況の把握・記入	本人・家族(妻) ケアマネージャー
23	悪化の予防	緊急時の対応の事前把握	緊急時の対応策の把握	持病に対して、緊急時の対処を理解する/家族や関係者と緊急時の連絡方法や対処に関係者に周知する	本人
23	悪化の予防	健康管理全般	健康管理表の記入	定期的受診/脳梗塞再発防止の取組に参加し、血圧、血糖値など必要な毎日の記録をして健康管理する	本人
23	悪化の予防	食事管理		規則正しく、野菜を多くとり、塩分控えめの食事をする/血糖値の記録、管理	本人
26	悪化の予防	再発予防の取組みの理解	健康管理表の記入	健康管理表の記入を行う/往診時に主治医にも確認、アドバイスを貰う	本人/家族
22	悪化の予防	悪化の予防	本人が出来る事を増やす	①自身が出来ることを増やしていく(体調が万全になり、娘さんの協力を得て、食事の準備ができるようになれば、訪問介護導入を検討していく)	本人
22	悪化の予防	悪化の予防	食事管理	②食事への配慮(食事(薄味)に気をつける)	本人
22	悪化の予防	悪化の予防	生活環境の整備	③転倒しないようにする(環境整備・踏みやすい履物等を履かない)	本人
14	悪化の予防	服薬管理		・薬を処方通り毎日服用する	本人
14	悪化の予防	再発予防の取組みの確認	健康管理	②記録や取組の話を書く ・健康管理 血圧・脈拍/ ・食事管理、体重管理/ ・運動管理、生活リズム 睡眠/ ・血液検査結果の把握	本人・家族 訪問看護
23	快適な生活を送る	生活環境の整備		食事の後片付けや、洗濯等出来る範囲での家事を続ける	本人
6	健康管理	健康管理全般		薬の内服/健康管理表記入/定期受診	本人
7	健康状態の把握	定期受診		主治医の診療・薬の処方通院	主治医 本人・家族
35	健康状態の把握	再発時の早期受診		緊急時の対応を話し合う病状に気付いたら、すぐに主治医に連絡する/体調が気がかりなときは受診する/今後の生活に関する方針や希望を家族と...	本人・家族
14	健康状態の把握	再発時の早期受診		今後についての希望や道筋を家族と話し合う	本人
14	健康状態の把握	再発時の早期受診		緊急時の対応を話し合う ・症状に気づいたらかかりつけ医に連絡する ・体調がおかしいと思ったら受診する	本人・家族
7	健康状態の把握	健康管理全般		薬の管理・毎日の服用、飲み忘れがないか確認/自分の適正値(上130-80mmhg)のチェック	本人 家族
14	事故の防止	歩行訓練		転倒予防の環境を整え、危険を察知した見守り・介助	本人・家族
35	疾患の理解	再発予防策の説明を受ける		脳卒中の病気に関する本人の理解状況を確認する(家族)/脳卒中について理解する(本人)/脳卒中に対してわからない事の相談や状態について報告を行う(本人)	本人・家族(妻) ケアマネージャー
14	疾患の理解	再発予防策の説明を受ける		④脳梗塞について理解をする/⑤脳梗塞についての質問をする	本人・家族
11	社会参加	仕事をする		仕事(体調を考えながら、無理をしない)	本人・会社
6	食生活の改善	食事管理		野菜を取り入れた献立にする/野菜から食べ始める/早食い、食べ過ぎに注意する	本人
7	生活リズムの安定	家事の手伝い		生活リハビリ	本人
7	生活リズムの安定	早寝早起き		大まかな就寝・起床時間を決めて、心がける	本人
7	生活リズムの安定	食事管理		食事の用意	本人・家族
7	生活リズムの安定	リハビリの機会を作る		介護保険申請 施設の見学・選定	本人・家族
8	清潔の維持	入浴・洗浄		転倒に注意する	本人
24	体力・筋力の維持や向上	歩行訓練		体調管理・自宅でするリハビリを継続する	本人
8	体力・筋力の維持や向上	歩行		朝夕の散歩/ごみを出す	本人
14	体力・筋力の維持や向上	入浴・洗浄		ショートで本人と一緒に介護の仕方を習得する	本人・家族
1	身の回りのことをこなす能力の維持や向上	-		自宅で毎日体操を行う	本人
1	身の回りのことをこなす能力の維持や向上	-		出来る範囲での調理、片付け、洗濯、掃除を行う	本人
23	身の回りのことをこなす能力の維持や向上	歩行		買物の際など利用し、毎日歩く時間を持つ/同じ団地内にあるデイサービスに歩いて通う/外出時等自転車こぎ1日20分/趣味の仲間や老人会など参加する	本人
14	身の回りのことをこなす能力の維持や向上	家族の援助		清拭・オムツ等清潔保持	本人・家族
14	身の回りのことをこなす能力の維持や向上	家族の援助		ヘルパーから安全・安心・安楽で自立した介護の仕方を相談しながら学ぶ	本人・家族
3		-		食器の片付け、散歩、仕事の継続	本人

### (3) モニタリングに見るセルフマネジメント支援の効果

#### ア. 病状セルフチェック表にみるセルフマネジメントスタート時の支援対象者の状況

記載された様式2「病状セルフチェック表」を整理した結果は以下の通りで、8割程度が脳血管疾患について理解していた。悪化因子については「いいえ」の回答が多く、理解していない可能性も考えられる。(なお、様式2の悪化因子の理解において、喫煙・飲酒をしているか否かを確認する項目がなかったことに留意)

予防の方策については、生活習慣、服薬や受診の必要性は概ね理解している。一方、再発予防のターゲットとなる疾患が明確であるものの、血糖値やコレステロール値までは把握しておらず、薬の副作用に対する理解も低く、セルフマネジメントにおいても医療職による支援が必要と思われる。

#### ■ 疾患の理解に関する項目

##### 1. 脳卒中がなぜ起きるか知っている

はい	25
いいえ	6
合計	31

##### 2. 脳卒中を発症する際のサイン(前兆の症状)を知っている

はい	26
いいえ	6
合計	32

#### ■ 悪化因子の理解

##### 1. 喫煙本数を決めている

はい	7
いいえ	7
合計	14

##### 2. 飲酒量を決めている

はい	10
いいえ	6
合計	16

#### ■ 予防の方策

##### 1. 食事の時間を決めている

はい	30
いいえ	2
合計	32

##### 2. 睡眠時間を決めている

はい	29
いいえ	3
合計	32

##### 3. 運動方法を決めている

はい	27
いいえ	5
合計	32

##### 4. 自分の適正な血圧値を知っている

はい	26
いいえ	5
合計	31

##### 5. 自分の適正な体重を知っている

はい	27
いいえ	4
合計	31

##### 6. 自分の適正な血糖値を知っている

はい	8
いいえ	23
合計	31

##### 7. 自分の適正なコレステロール値を知っている

はい	7
いいえ	24
合計	31

##### 8. 自分の飲んでいる薬の効用を理解している

はい	29
いいえ	3
合計	32

##### 9. 自分の飲んでいる薬の副作用を理解している

はい	17
いいえ	15
合計	32

##### 10. 自分が、なぜ診療を定期的に受けなければいけないか理解している

はい	32
いいえ	0
合計	32

## イ. セルフアセスメント表に見る支援対象者の変化

記載された様式5「セルフアセスメント表」を整理した結果は以下の通りで、3か月後のモニタリングで状態が悪化した可能性があるケースが2件見られた。なお、状態が悪化したかもしれないケースにおいて、どのような支援を行うべきかまでは記載をしていなかったため、医療機関へつなげる等記載することが必要であった。

悪化因子や予防の方策については、3か月後も大半が守れていたが、伴走者からは伴走者がいることでセルフマネジメントの意識付けができたと評価する意見があげられた。

### ■疾患の理解に関する項目

1. 食べこぼしや顔の痺れなどの違和感を感じる事があった

1か月後		3か月後	
		はい	いいえ
はい	3	1	2
いいえ	14	0	14

2. 頭痛や吐き気などがすることがあった

1か月後		3か月後	
		はい	いいえ
はい	1	0	1
いいえ	16	1	15

3. つまづいたり、転んだりしやすくなった気がする

1か月後		3か月後	
		はい	いいえ
はい	5	3	2
いいえ	12	0	12

4. 手に力が入りにくかったりして物を落としたり、しびれがあるような気がする

1か月後		3か月後	
		はい	いいえ
はい	4	1	3
いいえ	13	1	12

5. 座っているときに、ひとりでに身体が傾くようになった気がする

1か月後		3か月後	
		はい	いいえ
はい	3	2	1
いいえ	13	0	13

### ■悪化因子の理解

1. 「たばこに関する目標」を守れた

1a. うち、セルフチェックで喫煙本数を決めていると答えた人の回答

1か月後		3か月後		
		大体守れた	半分くらい	あまり
大体守れた	3	3	0	0
半分くらい	0	0	0	0
あまり	0	0	0	0
合計	3	3	0	0

2. 「お酒に関する目標」を守れた

2a. うち、セルフチェックで飲酒量を決めていると答えた人の回答

1か月後		3か月後		
		大体守れた	半分くらい	あまり
大体守れた	3	3	0	0
半分くらい	0	0	0	0
あまり	0	0	0	0
合計	3	3	0	0

### ■予防の方策

1. 「体重に関する目標」を守れた

1a. うち、セルフチェックで適正な体重を知っていると答えた人の回答

1か月後		3か月後	
		はい	いいえ
はい	10	9	1
いいえ	3	0	3
合計	13	9	4

2. 「食事に関する目標」を守れた

2a. うち、セルフチェックで食事の時間を決めていると答えた人の回答

1か月後		3か月後		
		大体守れた	半分くらい	あまり
大体守れた	14	13	1	0
半分くらい	1	1	0	0
あまり	1	0	0	1
合計	16	14	1	1

3. 「睡眠に関する目標」を守れた

3a. うち、セルフチェックで睡眠時間を決めていると答えた人の回答

1か月後		3か月後		
		大体守れた	半分くらい	あまり
大体守れた	15	15	0	0
半分くらい	0	0	0	0
あまり	0	0	0	0
合計	15	15	0	0

4. 「運動に関する目標」を守れた

4a. うち、セルフチェックで運動方法を決めていると答えた人の回答

1か月後		3か月後		
		大体守れた	半分くらい	あまり
大体守れた	13	13	0	0
半分くらい	1	0	1	0
あまり	0	0	0	0
合計	14	13	1	0

また、セルフマネジメントに取り組んだことで、取組前には喫煙本数や飲酒量を決めていなかった支援対象者が、喫煙本数や飲酒量を決めて「だいたいできた」とする回答が見られたり、医療機関の検査の際にコレステロールや血糖値を確認した人も見られ、セルフマネジメントが高齢者の態度変容を促していることが示唆された。

なお、病状セルフチェック表とセルフアセスメント表の選択肢が統一されておらず、認識の変化や取組の変化を正しく把握できなかった点は課題として残された。

#### ■悪化因子の理解

##### 1. 喫煙本数を決めている

はい	7
いいえ	7
合計	14

「いいえ」7名中、期間内に2名が「だいたいできた」と回答

##### 2. 飲酒量を決めている

はい	10
いいえ	6
合計	16

「いいえ」6名中、期間内に3名が「だいたいできた」と回答

##### 7. 自分の適正なコレステロール値を知っている

はい	7
いいえ	24
合計	31

「いいえ」24名中支援期間内の血液検査で8名が確認

##### 6. 自分の適正な血糖値を知っている

はい	8
いいえ	23
合計	31

「いいえ」23名中支援期間内の血液検査で6名が確認

### 3. 様式の改善課題

平成 27 年度モデル事業から得られたツールの改善課題は以下の通りである。

#### ■様式の記録状況から得られた改善課題

- 医療機関と当初狙ったような連携ができていなかったため、連携を強化する。
- 様式間の関係性（様式は連動していること）が十分伝わっておらず、情報が連動していないので、連動していることがわかるよう工夫する。
- 再発予防のために本人が取り組むべき目標が設定されていないので、目標設定を意識させるよう工夫する。
- また、目標達成に向けた取り組み（健康管理表）となるよう、目標と取組の関係がわかるよう工夫する。

#### ■報告会で出された主な改善課題

様式 NO	様式名	課題
様式 1	情報聞き取り表	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 一般的なケアマネジャーは、医療情報を空欄内に自分で記入するのは困難。コメント記入式ではなくチェックリストのような具体的なフォーマットで、医療情報を在宅側がほしい情報へ転換させるようなシートを検討する。</li> </ul>
様式 2	病状セルフチェック表	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 項目が多いため、必要な項目を選択できるようにする。</li> <li>• ケアマネジャーは適正な数値がわからないため、脳卒中の治療ガイドラインの再発予防の数値等適正な数値を示す、あるいは初回は医療機関のチェックや指導を受けられるよう工夫する。</li> </ul>
様式 3	居宅サービス計画書	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 要介護者の場合、ケアプランとセルフケアプランがありセルフマネジメントの目標がわかりにくく、煩雑である。セルフマネジメントの目標例などを示し効率化を図る。 (明確な目標例：松戸市の例)  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ワインを一日 70ml まで</li> <li>✓ 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)</li> <li>✓ 散歩：週 4 回 300m(40～55 分くらいかけて)</li> </ul> </li> <li>※散歩中に転倒後の散歩はとりやめ。</li> </ul>
様式 4	セルフアセスメント表	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 確認のタイミング、確認する対象期間が不明確。</li> <li>• 数値目標がわからず、適切な目標設定ができないため、適正な数値と現状を踏まえた目標設定ができるようにする（目標設定における医療職との協働を明確にする）。</li> </ul>
様式 5	健康管理表	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 本人及び家族の記入負担が大きい（項目数・頻度）</li> <li>• 記入しやすいよう工夫する（○×、選択式、）</li> <li>• 媒体を工夫する（麻痺がある事例では電子媒体が良い場合もある）。</li> <li>• ケアマネジャー（主に福祉系）から、健康管理表に記載されている内容を評価できない（食事内容が適切かなど）との指摘があり、医療職や保健指導担当者（保健師や栄養士など）との連携体制を事前に整備する。（禁煙、塩分過剰摂取への助言、内服薬管理、調理指導、食事指導等）。</li> </ul>



### 第3章 様式の改訂と新たな様式の開発

#### 1. 様式の検討

##### (1) セルフマネジメント様式の変更点

平成27年度モデル事業を踏まえ、様式の検討を行った。様式の改訂においては、入院時情報提供表も含め、伴走者が支援対象者のセルフマネジメントを支援するうえで必要な情報を得ることを重視し、シート間の情報の連携を意識できるよう工夫した。

様式検討作業部会様式改訂班会議で、伴走者がセルフケアプランを作成するうえで、介護予防ケアプランにおけるアセスメント領域の情報が有効であるとの指摘を踏まえ、すべてのシートに以下の情報を記載できるようにした。

(全シート共通記載項目)

- ・病識について
- ・日常生活全般（生活習慣等）
- ・服薬管理
- ・食事栄養管理
- ・運動・移動
- ・コミュニケーション・対人関係

また、医療機関と介護の情報連携を強化するため、「共同アセスメントシート」を新たに開発した。その他、各シートの主な変更点は以下の通りである。

	平成27年度様式	平成28年度様式
情報連携	入院時情報提供表	入院時情報提供書1表
		1表・2表とすることで、対となっていることを意識させるよう工夫した。
	情報聞き取り表	入院時情報提供書2表
	伴走者が入院医療機関から情報を聞き取る。	2表については入院医療機関が伴走者に必要な情報を記載し提供するよう変更した。
	共同アセスメントシート(新)	
		入院医療機関と伴走者が協働して、支援対象者の状態について情報共有をするためのシートを新たに作成。
セルフマネジメント	病状セルフチェック表	セルフチェックシート
	支援対象者と伴走者で支援対象者の病識を把握する。(疾患や悪化因子、予防の方策の理解)	セルフマネジメント開始時とモニタリング時のシートを共通にし、開始時とモニタリング毎の変化がわかるよう工夫した。
	セルフアセスメント表	また、セルフケアプランのアクションプランを記載し、目標達成に向けたアクションプランの取組を確認できるようにした。
	支援対象者と伴走者で支援対象者の変化(疾患や悪化因子、予防の方策の理解)を把握する。	その他、本人のモチベーションや家族の協力などについてもチェックできるようにした。
	セルフケアプラン	セルフケアプラン
	居宅サービス計画書 第2表を活用した。	介護予防ケアプランの様式ベースに変更した。目標とアクションプランを記載するようにし、モニタリング時に確認できるようにした。
健康管理表	健康管理表	
		目標に基づいたアクションプランを行うようシートを工夫した。

## (2) MCI スクリーニングシート及び MCI モニタリングシートの開発

平成 28 年版高齢社会白書（概要版）によると、65 歳以上の高齢者の認知症患者数と有病率の将来推計は、平成 24 年の認知症患者数 462 万人、65 歳以上の高齢者の 7 人に 1 人（有病率 15.0%）から、平成 37 年には約 700 万人、5 人に 1 人になると見込まれている。これには MCI（軽度認知障害）は含まれておらず、平成 24 年の MCI 有病者数は 400 万人（有病率 13%）と認知症を合わせると 65 歳以上高齢者の 28%が軽度以上の認知障害を有する見込みで、入退院を繰り返す高齢者においては、入院の原因となっている疾患だけでなく、認知症有病者である可能性を踏まえ、状態を見極めながら在宅生活へとつなげ、できる限り住み慣れた環境で暮らし続けることができるよう支援することが求められることとなる。

そこで、本調査研究事業で開発した MCI スクリーニングシートを活用し、入院医療機関で MCI スクリーニングを実施するとともに、セルフマネジメント支援の際にも同じシートを使い、MCI の可能性についてモニタリングを行って、MCI の早期発見・早期支援につなげることを試行した。

	MCI スクリーニングシート	MCI モニタリングシート
使用者	医療機関（入院中）	伴走者（在宅）
項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>調査日の看護必要度 B 得点</li> <li>入院期間中に n または o に点数がついた日があれば、直近の日付</li> <li>認知症リスクに係わる項目（23 項目）</li> <li>血糖に関する情報</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症リスクに係わる項目（23 項目）</li> <li>血糖に関する情報</li> </ul>

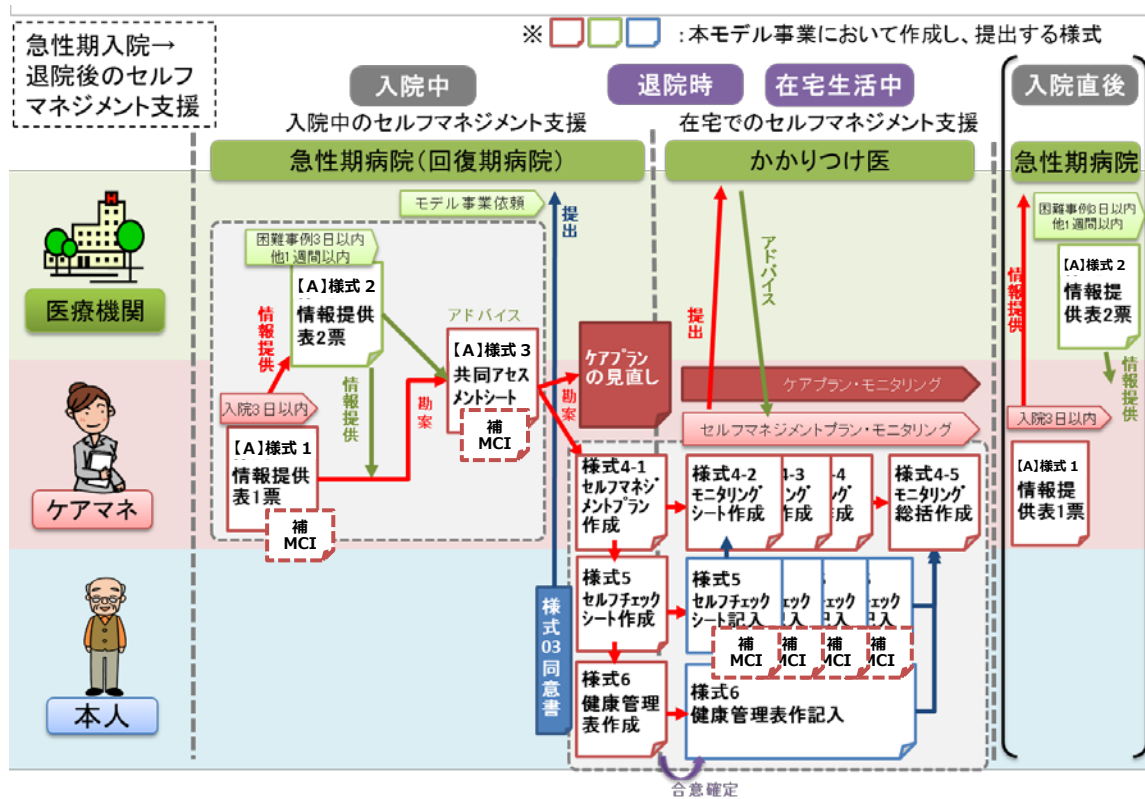
## 2. 平成 28 年度モデル事業の様式

### (1) 本事業で使用した様式

本事業で使用した様式は以下のとおり。（パターンについては 23 頁参照のこと）

用途	パターン	様式 NO	様式名	使用するタイミング	使用者(提出先)
情報連携	A・A <sub>1</sub> パターン	様式 1	情報提供書 1 表	入院時	伴走者(入院医療機関へ)
		様式 1_補	MCI モニタリングシート		
		様式 2	情報提供書 2 表	入院時	入院医療機関(伴走者)
		様式 3	共同アセスメントシート	入院中	入院医療機関+支援伴走者
		様式 3_補	MCI スクリーニングシート		入院医療機関(支援伴走者)
	Bパターン	様式 1	情報提供書(在宅)	在宅	伴走者(かかりつけ医へ)
		様式 1_補	MCI モニタリングシート		
様式 3		共同アセスメントシート(在宅)	在宅	かかりつけ医+支援伴走者	
セルフマネジメント	パターン共通	様式 4-1	セルフケアプラン	在宅	伴走者(医療機関へ)
		様式 4-2~4	セルフケアモニタリングシート	在宅	伴走者(医療機関へ)
		様式 4-2~4_補	MCI モニタリングシート	在宅	伴走者
		様式 4-5	セルフケア総括シート	在宅	伴走者
		様式 5	セルフチェックシート	在宅	支援対象者+伴走者
		様式 6	健康管理表	在宅	支援対象者

(2) A・A'パターンの様式使用例（要介護者でケアプランがすでにある場合）



用途	様式 NO	様式名	使用者(提出先)	
(入院中)	入院 3 日以内	様式 1 様式 1_補	情報提供書 1 票 MCI モニタリングシート	伴走者(入院医療機関へ)
	入院 1 週間以内	様式 2	情報提供書 2 票	入院医療機関(伴走者)
	退院前カンファレンス等	様式 3 様式 3_補	共同アセスメントシート MCI スクリーニングシート	入院医療機関+支援伴走者 入院医療機関(支援伴走者)
セルフマネジメント (在宅)	ケアプラン作成	様式 4-1	セルフケアプラン	伴走者
		様式 5	セルフチェックシート	支援対象者+伴走者
		様式 6	健康管理表	支援対象者
	モニタリング 1 回目	様式 4-2 様式 4-2_補	セルフケアモニタリングシート MCI モニタリングシート	伴走者
		様式 5	セルフチェックシート	支援対象者+伴走者
		様式 6	健康管理表	支援対象者
	モニタリング 2 回目	様式 4-3 様式 4-3_補	セルフケアモニタリングシート MCI モニタリングシート	伴走者
		様式 5	セルフチェックシート	支援対象者+伴走者
		様式 6	健康管理表	支援対象者
	モニタリング 3 回目	様式 4-4 様式 4-4_補	セルフケアモニタリングシート MCI モニタリングシート	伴走者
		様式 5	セルフチェックシート	支援対象者+伴走者
		様式 6	健康管理表	支援対象者
モニタリング 最終回	様式 4-5 様式 4-5_補	セルフケア総括シート MCI モニタリングシート	伴走者	
	様式 5	セルフチェックシート	支援対象者+伴走者	
	様式 6	健康管理表	支援対象者	

以下に主なシートを掲載する。(資料1 実施要綱に全シート掲載)

### (3) 情報連携シート

支援対象者の情報がシート間で連動するよう共通の項目とした。

**【A】様式1 入院時情報提供書1表(支援件走者→病院:入院3日以内)** ID: \_\_\_\_\_ (年 月 日)

※フェースシート(利用者基本情報)を添付してください

連絡窓口・担当者名・連絡先

居宅介護支援事業所 施設電話支援センター	電話番号
支援件走者(氏名)	FAX番号
かかりつけ医機関名	電話番号
医師名(氏名)	診察機度・方法 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ( )回/月

ジェノグラム(関係図)

主介護者(氏名) \_\_\_\_\_ キーパーソン(氏名) \_\_\_\_\_

**入院前の状況**

病識 (本人・家族の理解)

要介護度  なし  申請中 (区分変更を含む) 要支援  1  2  3  4  5

認知症診断の有無  なし  あり → 診断者 =  1.主治医  2.専門医  3.それ以外 ( )

日常生活自立度 障害高齢者  選択して(選択) 認知症高齢者  選択して(選択)

日常生活全般 (生活習慣等)

排便  1.期間なし  2.期間あり ( )本/日 飲酒  1.飲酒なし  2.飲酒あり ( )回/日

睡眠時間と種類(障害)

時間/日  1.なし  2.中途・早期覚醒 (睡眠薬不使用)  3.睡眠薬使用

服薬管理

内服薬  1.なし  2.あり ( )

服薬管理  1.自己管理  2.他者による管理 (管理者: ) 管理方法: \_\_\_\_\_

服薬遵守  1.処方通り服用  2.時々飲み忘れ  3.飲み忘れが多い、処方を守れない

食事・栄養管理

主な調理者 \_\_\_\_\_ 塩分摂取 \_\_\_\_\_

食事回数・1回の量 \_\_\_\_\_ 回/日  1.多い  2.ふつ  3.少ない

運動・移動

歩行状況  1.問題なし  2.問題あり (どんな状況か: \_\_\_\_\_)

福祉用具の使用  1.なし  2.あり ( )  車いす  歩行者  杖  補聴器

コミュニケーション  
対人関係  
認知症状態による生活の不具合などがある場合に記入

言語障害の有無  1.なし  2.あり (どんな状況か: \_\_\_\_\_)

**入院後の今後の生活履歴**

本人・家族の今後の生活に対する意向や在宅生活継続の意向

特記事項 \_\_\_\_\_

**【A】様式2 入院時情報提供書2表** ID: \_\_\_\_\_ (病院→支援件走者:困難事例3日以内、他1週間以内)

連絡窓口・担当者名・連絡先

病院名	電話番号・内線
科棟名	担当看護師所属・氏名
主治医(氏名)	電話番号
病状説明	月 日 時 分 ~ 時 分 場所
カンファレンス	月 日 時 分 ~ 時 分 場所

(カンファレンス内容)

今日の入院の原因と病名

病状(医師の所見・入院時の治療計画など)

現在の状態から進捗

病識 (本人・家族への説明と理解の状況及び本人・家族の意向)

日常生活全般 (生活習慣等)

服薬管理 (どの程度、自己管理ができたか)

食事・栄養管理

運動・移動

コミュニケーション  
対人関係  
認知症状態と認められる生活の不具合などがある場合は記載すること

せん妄の有無  1.なし  2.あり (具体的な状況: \_\_\_\_\_)

(全シート共通記載項目)

- ・病識について
- ・日常生活全般 (生活習慣等)
- ・服薬管理
- ・食事栄養管理
- ・運動・移動
- ・コミュニケーション・対人関係

**【A】様式3 共同アセスメントシート表** ID: \_\_\_\_\_ (看護師・支援件走者:入院7日目～退院直前)

※看護リマリーを添付してください

連絡窓口・担当者名・連絡先

病院名	電話番号・内線
科棟名	担当看護師所属・氏名
主治医(氏名)	電話番号

現在の病状(医師の所見含む)

再発防止のための気をつけて欲しいこと、留意点 ※看護職者に対しては、「介護」についての具体的な留意点を必ず記載する

現在の状況と今後の生活履歴(在宅生活継続の見立て・アセスメント)

病識 (本人・家族への説明と理解の状況及び本人・家族の意向)

日常生活全般 (生活習慣等)

排便ありの場合 本/日まで 指導担当者) 飲酒ありの場合 合/日まで

排便  1.自立  2.見守り等  3.一部介助  4.全介助

方法  1.トイレ  2.ポータルトイレ  3.リハビリ/リツ/おむつ/尿とりパッド

排便  1.自立  2.見守り等  3.一部介助  4.全介助

方法  1.トイレ  2.ポータルトイレ  3.リハビリ/リツ/おむつ  4.ストーマ

便秘の有無  1.便秘  2.ふつ  3.軟便・下痢

認知症状態による生活への不具合  1.なし  2.あり ( )

認知症リスク調査の結果に対する見立て 認知症と診断  3.今回、当院にて  4.既に  5.その他 ( ) (受診予定日: / / )

服薬管理 (様式)を踏まえ

内服薬  1.なし  2.あり ( )

食事・栄養管理 (様式)を踏まえ

食事摂取  1.自立  2.見守り等  3.一部介助  4.全介助

嚥下状況 \_\_\_\_\_ (むせ込み: )あり  なし ( )  2.見守り等  3.できない

食事制限  1.なし  2.あり (塩分制限 g カロリー制限 kcal、その他: ml× )

アレルギー  1.なし  2.あり ( )

運動・移動 (様式)を踏まえ

歩行状況  1.問題なし  2.問題あり (どんな状況か: \_\_\_\_\_)

福祉用具の使用  1.なし  2.あり ( )  車いす  歩行者  杖  補聴器

コミュニケーション  
対人関係  
認知症状態による生活の不具合などがある場合は、「具体的な対応」について記入

言語障害の有無  1.なし  2.あり (どんな状況か: \_\_\_\_\_)

入院直後(3日以内)・入院後(1週間以内)・退院前で情報を連携

Aパターンー様式1ー情報提供書1表

**[A]様式1 入院時情報提供書1表(支援伴走者→病院:入院3日以内)** ID

入院時情報連携加算

※フェースシート(利用者基本情報)を添付してください

(  年  月  日 )

**連絡窓口・担当者名・連絡先**

居宅介護支援事業所 地域包括支援センター		電話番号	
支援伴走者(ルビ)	(フリガナ)	FAX番号	
かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名(ルビ)	(フリガナ)	診察頻度・方法	<input type="radio"/> 受診 <input type="radio"/> 訪問診療 ( <input type="text"/> )回/月

**シノグラム(関係図)**

主介護者(ルビ)		キーパーソン(ルビ)	
----------	--	------------	--

**入院前の状況**

(対象疾患: )

病識 (本人・家族の理解)

要介護度  なし  申請中 (区分変更を含む) 要支援(  1  2 ) 要介護(  1  2  3  4  5 )

認知症診断の有無  なし  あり → 診断者 =  1.主治医  2.専門医  3.それ以外 ( )

日常生活自立度 障害高齢者 【選択してください】 認知症高齢者 【選択してください】

日常生活全般 (生活習慣等)

喫煙  1.喫煙なし  2.喫煙あり → ( 本/日 ) 飲酒  1.飲酒なし  2.飲酒あり → ( 合/日 )

睡眠時間と睡眠障害 時間/日  1.なし  2.中途・早期覚醒 (睡眠薬不使用)  3.睡眠薬使用

服薬管理

内服薬  1.なし  2.あり ( )

服薬管理  1.自己管理  2.他者による管理 (管理者: 管理方法: )

服薬順守  1.処方通り服用  2.時々飲み忘れ  3.飲み忘れが多い、処方が守られていない

食事・栄養管理

主な調理者 塩分摂取  1.塩辛い味を好む  2.好まない

食事回数・1回の量 回/日  1.多い  2.ふつう  3.少ない

運動・移動

歩行状況  1.問題なし  2.問題あり (どんな状況か: )

福祉用具の使用  1.なし  2.あり →  車いす  歩行器  杖  補装具

コミュニケーション・対人関係  
※認知症状による生活の不具合などがある場合はここへ記入

言語障害の有無  1.なし  2.あり (どんな状況か: )

(日常生活全般)  
服薬、食事・栄養管理、運動・移動、コミュニケーション・対人関係などに記載しにくい内容で、かつ伝えるべき内容があれば記載してください。特になければ、自由記載欄には「特になし」と記載して下さい。

**入院前の今後の生活展望**

本人・家族の今後の生活に対する意向や在宅生活継続の条件等

特記事項

(入院前の今後の生活展望)  
体調の急激な変化以外、たとえばご家族の支援、配偶者の有無、生活費など気になる点があれば記載してください。特になければ「体調の急激な変化以外、特になし」と記載してください。

## Aパターンー様式2ー情報提供書2表

### 【A】様式2 入院時情報提供書2表

(病院→支援担当者: 困難事例3日以内、他1週間以内)

ID	退院支援加算 I
----	----------

連絡窓口・担当者名・連絡先	
病院名	
病棟名	電話番号・内線
主治医(ルビ)	(フリガナ) 担当看護師所属・氏名
病状説明	月 日 時 分～ 時 分 場所
カンファレンス	月 日 時 分～ 時 分 場所
(カンファレンス内容)	
( 年 月 日:記 )	
今回の入院の原因と病名	
( 年 月 日:記 )	
病状(医師の所見・入院時の治療計画など)	
( 年 月 日:記 )	
現在の状態から退院後の状況を予測	
病識 (本人・家族への説明と理解の状況及び本人・家族の意向)	(対象疾患: )
( 年 月 日:記 )	
日常生活全般 (生活習慣等) ※喫煙者については、「禁煙」について必ず記載すること	
( 年 月 日:記 )	
服薬管理 (どの程度、自己管理ができそうか)	
( 年 月 日:記 )	
食事・栄養管理	
( 年 月 日:記 )	
運動・移動	
( 年 月 日:記 )	
コミュニケーション・対人関係 ※認知症状と思われる生活の不具合などがある場合は記載すること	
( 年 月 日:記 )	
せん妄の有無	<input type="radio"/> 1.なし <input type="radio"/> 2.あり (具体的な状況: )

(病状)  
病状在宅生活を視野に入れた記載をお願いします。

様式1を踏まえ、医療機関の見立てを記載します

様式1を踏まえ、医療機関の見立てを記載します

(日常生活全般)  
服薬、食事・栄養管理、運動・移動、コミュニケーション・対人関係などに記載しにくい内容で、かつ伝えるべき内容があれば記載してください。特になければ、自由記載欄には「特になし」と記載して下さい。

様式1を踏まえ、医療機関の見立てを記載します

様式1を踏まえ、医療機関の見立てを記載します

様式1を踏まえ、医療機関の見立てを記載します

様式1を踏まえ、医療機関の見立てを記載します

(コミュニケーション・対人関係)  
認知症の見立てについても記載してください。その際、支援担当者から提供された、【A】様式1\_補\_MCIのシートもご参考ください。

Aパターン-様式3-共同アセスメントシート

**[A]様式3 共同アセスメントシート票**

ID	
----	--

(看護師+支援伴走者:入院7日目~退院直前)

※看護サマリーを添付してください。

( 年 月 日 )

退院支援加算II

担当看護師やカンファレンス情報から伴走者が記入することを前提にしていますが、状況に応じ柔軟にご対応いただいで構いません。

様式2(コピペ、変更があれば加筆修正)

様式2(コピペ、変更があれば加筆修正)

様式2(コピペ、変更があれば加筆修正)

連絡窓口・担当者名・連絡先

病院名			
病棟名		電話番号・内線	
主治医(ルビ)	(フリガナ)	担当看護師所属・氏名	

現在の病状(医師の所見含む)

( 年 月 日:記 )

様式2(コピペ、変更があれば加筆修正)

再発防止のための気をつけて欲しいこと・留意点 ※喫煙者に対しては、「禁煙」についての具体的な意見を必ず記載する

( 年 月 日:記 )

(再発防止のための気をつけて欲しいこと・留意点)

セルフマネジメントの目標となること出来るだけ具体的にご記入下さい。なお、退院時には医療機関から支援対象者に目標を伝えていただくと、納得感が高まります。

また、担当伴走者にはどのような状況であれば、かかりつけ医の受診をうながすべきかなど情報提供をお願いします。

現在の状況と今後の生活展望(在宅生活継続の見立て・アセスメント)

病識 (本人・家族への説明と理解の状況及び本人・家族の意向)	(対象疾患: ) (様式1を踏まえ)
日常生活全般 (生活習慣等)	(様式1を踏まえ)
喫煙ありの場合	本/日まで 指導担当者( ) 飲酒ありの場合 合/日まで
排尿	○1.自立 ○2.見守り等 ○3.一部介助 ○4.全介助 方法 ○1.トイレ ○2.ポータルトイレ ○3.リハビリパンツ・おむつ・尿とりパッド ○4.尿カテーテル・ストーマ
排便	○1.自立 ○2.見守り等 ○3.一部介助 ○4.全介助 方法 ○1.トイレ ○2.ポータルトイレ ○3.リハビリパンツ・おむつ ○4.ストーマ
便秘の有無	○1.便秘 ○2.ぶつう ○3.軟便・下痢
認知症状による生活への不具合	○1.なし ○2.あり ( )
認知症リスク調査の結果に対する見立て	○1.疑いなし ○2.疑いあり(要診断) 一専門医へ受診(医療機関名: ) (受診予定日: / ) 認知症と診断(○3.今回、当院にて ○4.既に ) ○5.その他 ( )
服薬管理	(様式1を踏まえ)
内服薬	○1.なし ○2.あり ( )
食事・栄養管理	(様式1を踏まえ)
食事摂取	○1.自立 ○2.見守り等 ○3.一部介助 ○4.全介助
嚥下状況	できる(むせ込み: ○あり ○なし ) ○2.見守り等 ○3.できない
食形態	【選択してください】 (種類: ) 量: ml × (回/日)
食事制限	○1.なし ○2.あり (塩分制限 g カロリー制限 kcal、その他: )
アレルギー	○1.なし ○2.あり ( )
運動・移動	(様式1を踏まえ)
歩行状況	○1.問題なし ○2.問題あり (どんな状況か: )
福祉用具の使用	○1.なし ○2.あり ( <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 補装具 )
コミュニケーション・対人関係 ※認知症状による生活の不具合などがある場合は、「具体的な対応」について記入	(様式1を踏まえ)
コミュニケーション	○1.できる ○2.支障あり (程度: ) コミュニケーションに必要な支援( )
言語障害の有無	○1.なし ○2.あり (どんな状況か: )

様式2(コピペ、変更があれば加筆修正)

様式2(コピペ、変更があれば加筆修正)

(日常生活全般)  
服薬、食事・栄養管理、運動・移動、コミュニケーション・対人関係などに記載しにくい内容で、かつ伝えるべき内容があれば記載してください。特になければ、自由記載欄には「特になし」と記載して下さい。

(認知症状による生活への不具合)  
医療機関が作成する[A]様式3\_補\_MCIを踏まえ記載して下さい。

認知症対応をどうするか医療機関が決定してください。  
・院内で認知症診断を行う  
・在宅医で認知症専門医(診断のできる医師)と連携する  
⇒後方支援加算

様式1共通

様式2(コピペ、変更があれば加筆修正)

(運動・移動)  
現在の環境面も踏まえ記載してください。

様式1共通

様式1共通

様式2(コピペ、変更があれば加筆修正)

様式1共通



# Aパターンー様式 3\_補ーMCI スクリーニングシート

## 【A】様式 3\_補 セルフマネジメント支援候補者のMCIスクリーニング調査(医療機関)

セルフマネジメント(SM)支援候補者について、以下の調査も合わせて実施をお願いします。

ID	
----	--

1.1については病棟看護師が記載します。

【A】様式3に添付してください。

調査対象期間	平成	年	月	～	年	月
--------	----	---	---	---	---	---

1. 調査日の看護必要度B得点  点

点数がついた項目について、以下にご回答ください。

項目	点数		
	0点	1点	2点
i 寝返り	<input type="radio"/> 1.できる	<input type="radio"/> 2.何かにつかまればできる	<input type="radio"/> 3.できない
j 移乗	<input type="radio"/> 1.介助なし	<input type="radio"/> 2.一部介助	<input type="radio"/> 3.全介助
k 口腔清潔	<input type="radio"/> 1.介助なし	<input type="radio"/> 2.介助あり	
l 食事摂取	<input type="radio"/> 1.介助なし	<input type="radio"/> 2.一部介助	<input type="radio"/> 3.全介助
m 衣服の着脱	<input type="radio"/> 1.介助なし	<input type="radio"/> 2.一部介助	<input type="radio"/> 3.全介助
n 診療・療養上の指示が通じる	<input type="radio"/> 1.はい	<input type="radio"/> 2.いいえ	
o 危険行動	<input type="radio"/> 1.ない		<input type="radio"/> 3.ある

入院期間中にnまたはoに点数がついた日があれば、直近の日付を以下に記載してください。

①「n」について	<input type="radio"/> 1.なし	<input type="radio"/> 2.あり	(点数がついた直近の日付: )
②「o」について	<input type="radio"/> 1.なし	<input type="radio"/> 2.あり	(点数がついた直近の日付: )

### 2. 認知症リスクに係わる項目

ご本人の状況や家族または多職種からの聞き取り、看護師の観察を通して、以下にご回答ください。

	はい	いいえ	不明	「はい」の場合の情報源				
				医療	介護	家族	本人	その他
1 会話に代名詞が多い、言葉の使い方に違和感がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 物事を忘れてしまう(入院理由、治療予定、入院期間など)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 しまった物がどこにあるのかわからない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 病室に戻れないことがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ななめに寝ている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 夕方になるとそわそわし出す(落ち着きがない)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 病室(ベッド)を間違えることがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 テレビを見ない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 集中してられない/注意が散漫な傾向がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 同じことを何度も聞く(食事をしたか、薬を飲んだかなど)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 入院中にせん妄を起こしたことがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 促しがないと食事がすすまない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ベッドサイドが散乱している	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 怒りっぽい・疑い深い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 被害妄想(お金・物をとられるなど)がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 幻視(ないものが見える)がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
以下については、自宅にいる時の状況								
17 自分で買い物はできない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 熱が出たら対応できない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 季節感がない服装をしていることがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 身だしなみが乱れている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 異臭がすることがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 化粧が極端に濃いことがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 物を無くすことがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

点

### 3. 血糖に関する情報

直近のグリコアルブミン値	1. ( )% (検査日: 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 2.不明
糖尿病に関する診断の有無	<input type="radio"/> 1.有 <input type="radio"/> 2.無	
糖尿病に関するケアの状況(当院)	<input type="radio"/> 1.インスリン治療中 <input type="radio"/> 2.内服治療中	
	<input type="radio"/> 3.特に治療はしていない(他院で治療中)	

1で1点以上の場合には、2については認知症専門看護師がいる場合には認知症専門看護師が記載を、いない場合は引き続き病棟看護師が記載してください。

「はい」の情報源  
 医療: 医療職種(医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、歯科技工士、臨床工学技士、義肢装具士、薬剤師、歯科衛生士、救急救命士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、言語聴覚士)  
 介護: 介護支援専門員、地域包括ケア職員、介護福祉士、訪問介護員、福祉施設介護職員、介護サービス事業所等  
 その他: 民生員、老人クラブ、ご近所等





共通一様式 4-1ーセルフケアプラン

(対象疾患: )

(セルフケアプラン)

様式4-1

ID:

作成年月日: 年 月 日 ~

アセスメント領域と取組着手時の状況	<支援伴走者記入> 本人・家族の意向 ※アセスメント（現状）をどうとらえているか	<支援伴走者記入> 再発防止・重度化予防のための目標と 具体的な取組内容（アクションプラン）
病識・日常生活全般		【目標】
服薬管理		
食事・栄養管理		【具体的な取組内容（アクションプラン）】 ※健康管理表に転記 1)
運動・移動		2) 3)
コミュニケーション・対人関係		4) 5)

（目標）  
・目標はターゲットとした疾患の再発防止となるよう、医療機関と連携して設定してください。  
例：血圧を下げる（アクションプラン）  
「血圧を下げる」のアクションプラン例  
・決まった時間に血圧を測る（週5回）  
・高圧剤の飲み忘れを減らす（飲み忘れゼロ）  
・たばこの本数を減らす（1日〇本）  
・運動をする（週〇回）  
←100%という高い目標を設定するとなかなか成功体験が得られません。現状に比べ、改善する方向で、今までより少し努力が必要という程度に設定するようにします。  
薬の飲み忘れが多い人であれば「飲み忘れゼロ」はハードルが高いため、「朝の飲み忘れゼロ」など状況に応じ設定します。  
生活習慣として身につけられることを念頭に検討をお願いします。

様式3を転記・必要に応じ加筆

様式3を転記します。  
タイトル列に設定していますので、様式4-2  
~4-5の左側に印刷されます。

共通一様式 4-2～様式 4-4ーセルフケアモニタリングシート

(対象疾患： ) (セルフケア モニタリングシート)

様式4-2

ID:

作成年月日： 年 月 日 ～ 年 月 日

アセスメント領域と取組着手時の状況	( )ヶ月モニタリング *利用者によって期間は調整			
	<支援伴走者記入> 取組成果と意欲(定着) 本人・家族	<支援伴走者記入> 現在の状況・評価	<医療機関> 評価と提案 支援伴走者がヒアリングしてもよい	<支援伴走者記入> 再発防止・重度化予防のための目標の見直し と具体的な取組内容の見直し (アクションプラン見直し)
病識・日常生活全般				※見直しがあつた場合のみ記載 【目標】
服薬管理				
食事・栄養管理				【具体的な取組内容(アクションプラン)】 ※健康管理表に転記 1) 2) 3) 4) 5)
運動・移動				
コミュニケーション・対人関係				
				介護サービス等への繋ぎ(追加含む) <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要

様式3を転記・必要に応じ加筆

様式3を転記します。  
タイトル列に設定していますので、様式4-2  
～4-5の左側に印刷されます。

(取組成果と意欲)  
・健康管理表・セルフチェックシートから  
取組の振り返りを行います。  
・利用者の状態を、モニタリ  
ングするだけでなく、利用者がセル  
フマネジメント出来るようになって  
いるかという<定着>につ  
いても着目してください。

(現在の状況・評価)  
・健康管理表・セルフチェックシートから  
変化した点・変化がなかった  
点について記載し、評価を行  
います。

(評価と提案)  
・1回目のモニタリングについてはかかりつけ医に、健康管理シート・セルフ  
チェック表を踏まえ、この目標や具体策は妥当かどうか項目の妥当性>  
について確認していただき、適宜、目標・具体策の見直しを行ってください。

共通－様式 4-5－セルフケア総括シート

(対象疾患： )

(セルフケア 総括)

様式4-5

ID:

作成年月日： 年 月 日 ~

年 月 日

アセスメント領域と取組着手時の状況	アセスメント領域と取組終了時の状況	卒業時	
		目標の達成状況 (どの程度達成できたか？その背景、要因)	今後に向けて (現状を維持・改善するために①継続して取り組むこと、②その際の留意点)
病識・日常生活全般	病識・日常生活全般		
服薬管理	服薬管理		
食事・栄養管理	食事・栄養管理		
運動・移動	運動・移動		
コミュニケーション・対人関係	コミュニケーション・対人関係		

様式3を転記・必要に応じ加筆

様式3を転記します。  
タイトル列に設定していますので、様式4-2  
~4-5の左側に印刷されます。

(アセスメント領域と取組終了時の状況)  
・取組着手時の状況と現在の状況を比較し、  
変化した点を記載します。

(目標の達成状況)  
・モデル事業の取組成果について、記載し  
ます。

(目標の達成状況)  
・今後、継続して取り組んでいただく内容等  
記載します。

共通－様式5－セルフチェックシート

様式5

セルフチェックシート(プラン作成時・モニタリング時)

様式4-1添付

対象疾患: **脳卒中用**

作成年月日: 年 月 日

ID:

確認者:

プラン作成時

	チェック項目	チェック	種別	確認者 (支援担当者)
疾患の理解	・脳卒中がなぜ起きるか知っている	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	本人	
	・脳卒中を発症する際のサイン(前兆の症状) 食べこぼしや、顔のしびれ等の違和感がある 頭痛や吐き気がする つまずいたり、転んだりしやすい 座っている時に、ひとりでに身体が傾く など	<input type="radio"/> 知っている <input type="radio"/> 知らない <input type="radio"/> 症状はほとんどなかった <input type="radio"/> 時々症状があった <input type="radio"/> 頻繁に症状があった	本人	
予防の理解	・自分の適正な血圧値 (上:	<input type="radio"/> 知っている <input type="radio"/> 知らない <input type="radio"/> だいたい当てはまる <input type="radio"/> あまり当てはまらない <input type="radio"/> わからない	本人	
	・自分の (	<input type="radio"/> 知っている <input type="radio"/> 知らない <input type="radio"/> だいたい当てはまる <input type="radio"/> あまり当てはまらない <input type="radio"/> わからない	本人	
	・自分の (	<input type="radio"/> 知っている <input type="radio"/> 知らない <input type="radio"/> だいたい当てはまる <input type="radio"/> あまり当てはまらない <input type="radio"/> わからない	本人	
	・自分の (LDL	<input type="radio"/> 知っている <input type="radio"/> 知らない <input type="radio"/> だいたい当てはまる <input type="radio"/> あまり当てはまらない <input type="radio"/> わからない	本人	
	・決められた通院頻度を守る	<input type="radio"/> 重要だと思う <input type="radio"/> 重要だと思わない <input type="radio"/> できた <input type="radio"/> だいたいできた <input type="radio"/> あまりできなかった	本人	
	・医師の指示通りに薬を飲む	<input type="radio"/> 重要だと思う <input type="radio"/> 重要だと思わない <input type="radio"/> できた <input type="radio"/> だいたいできた <input type="radio"/> あまりできなかった	本人	
	アクションプラン①	<input type="radio"/> 重要だと思う <input type="radio"/> 重要だと思わない <input type="radio"/> できた <input type="radio"/> だいたいできた <input type="radio"/> あまりできなかった	本人	
	アクションプラン②	<input type="radio"/> 重要だと思う <input type="radio"/> 重要だと思わない <input type="radio"/> できた <input type="radio"/> だいたいできた <input type="radio"/> あまりできなかった	本人	
	アクションプラン③	<input type="radio"/> 重要だと思う <input type="radio"/> 重要だと思わない <input type="radio"/> できた <input type="radio"/> だいたいできた <input type="radio"/> あまりできなかった	本人	
	アクションプラン④	<input type="radio"/> 重要だと思う <input type="radio"/> 重要だと思わない <input type="radio"/> できた <input type="radio"/> だいたいできた <input type="radio"/> あまりできなかった	本人	
アクションプラン⑤	<input type="radio"/> 重要だと思う <input type="radio"/> 重要だと思わない <input type="radio"/> できた <input type="radio"/> だいたいできた <input type="radio"/> あまりできなかった	本人		
その他	・取り組みについて(モチベーション)	<input type="radio"/> 重要だと思う <input type="radio"/> 重要だと思わない	本人	
	・家族や周囲の人は、この取り組みに協力的である	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	本人	
			本人	

※医療機関との共同アセスメントシートを踏まえ、アクションプラン以外のモニタリングする項目を選択・削除・追加してください。

※数値については、医療機関からヒアリングしてください。

※前兆症状や数値に異常が見られた場合には、早期に受診させるか、かかりつけの医療機関に相談すること口

共通—様式6—健康管理表

様式6

健康管理シート：脳卒中用

ID: \_\_\_\_\_

注)曜日は必須ではないので、使いやすいようにカスタマイズしても結構ですが、服薬は出来るだけ毎日こまめに付けて下さい。

( )月/ 曜日	( )日 月	( )日 火	( )日 水	( )日 木	( )日 金	( )日 土	( )日 日	頻度
具体的な取組内容 (アクションプラン)								
1)								
2)								
3)								
4)								
5)								
服薬(飲んだら○)	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	毎日
体の不具合 (具体的に)	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	毎日

CMと立てたアクションプランと実施状況を記載する  
 たばこ/お酒/食事/睡眠/運動/水分 など  
 食事・水分など栄養管理の具体的な記録方法については、栄養士と別途、検討  
 →感想(できた/できなかった)については様式5のセルフチェック表に記載する

利用者のアクションプランに合わせるが、服薬と体の不具合、体重は固定

今週の体重 (週に1回測定)	_____ kg (測定日: / )
-------------------	-----------------------

※不調が見られた場合には、早期に受診するか、かかりつけの医療機関に相談しましょう。

共通－様式 4\_補－MCI モニタリングシート

様式4\_補 セルフマネジメント支援対象者のMCIモニタリングシート(支援伴走者)

ID	
----	--

セルフマネジメント(SM)支援者のモニタリング時に、以下の調査も合わせて実施をお願いします。  
様式4に添付してください。

調査対象期間	平成	年	月	～	年	月
--------	----	---	---	---	---	---

1. 認知症リスクに係わる項目

ご本人の状況や家族からの聞き取り、観察を通して、以下にご回答ください。

	はい	いいえ	不明	「はい」の場合の情報源				
				医療	介護	家族	本人	その他
1 会話に代名詞が多い、言葉の使い方に違和感がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 物事を忘れてしまう(入院理由、治療予定、入院期間など)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 しまった物がどこにあるのかわからない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 自宅に戻れないことがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ななめに寝ている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 夕方になるとそわそわし出す(落ち着きがない)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 家の中で部屋を間違えることがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 テレビを見ない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 集中してられない/注意が散漫な傾向がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 同じことを何度も聞く(食事をしたか、薬を飲んだかなど)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 1ヶ月以内でせん妄を起こしたことがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 促しがないと食事がすすまない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 家の中が散乱している	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 怒りっぽい・疑い深い	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 被害妄想(お金・物をとられるなど)がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 幻視(ないものが見える)がある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 自分で買い物はできない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 熱が出たら対応できない	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 季節感がない服装をしていることがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 身だしなみが乱れている	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 異臭がすることがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 化粧が極端に濃いことがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 物を無くすことがある	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(「はい」の情報源)  
医療:医療職種医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、歯科技工士、臨床工学技士、義肢装具士、薬剤師、歯科衛生士、救急救命士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師、言語聴覚士  
介護:介護支援専門員、地域包括ケア職員、介護福祉士、訪問介護員、福祉施設介護職員、介護サービス事業所等  
その他:民生員、老人クラブ、ご近所等

0	点
かかりつけ医提出日	月 日

## 第4章 モデル事業の実施

モデル事業に取り組んだ12の地域の基本情報は以下の通りである。

				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
				千葉県 松戸市	東京都 武蔵野市	東京都 国立市	新潟県 上越市 (特例市)	福井県 越前市	長野県 駒ヶ根市	岐阜県 大垣市	岐阜県 高山市	兵庫県 尼崎市 (中核市)	兵庫県 多可町	岡山県 岡山市 (政令指定都市)	広島県 庄原市	
		都道府県 市町村														
		単位	式													
密度	面積	km <sup>2</sup>		61	11	8	974	231	166	207	2,178	51	185	790	1,246	※1
	人口密度	人/km <sup>2</sup>		7,877	13,181	9,037	202	353	198	774	41	8,923	115	911	30	※1
人口	平成27年(2015)人口	人	a	483,480	144,730	73,655	196,987	81,524	32,759	159,879	89,182	452,563	21,200	719,474	37,000	※1
	平成22年(2010)人口	人	b	484,457	138,734	75,510	203,899	85,614	33,693	161,160	92,747	453,748	23,104	709,584	40,244	※1
	増減率	%	b/a	-0.2	4.3	-2.5	-3.4	-4.8	-2.8	-0.8	-3.8	-0.3	-8.2	1.4	-8.1	※1
	(年令別)15歳未満	%		11.8	11.4	11.6	12.8	13.5	13.8	13.6	13.4	11.5	12.2	13.7	10.8	※1
	(年令別)15～64歳	%		62.5	66.9	66.3	57.1	58.7	56.9	60.3	55.6	60.8	53.8	61.5	48.5	※1
	(年令別)65歳以上	%		25.6	21.7	22.1	30.1	27.8	29.3	26.1	30.9	27.7	34.0	24.7	40.7	※1
	(年令別)75歳以上	%		11.2	10.9	10.8	15.8	14.1	15.4	12.6	15.9	12.6	18.2	11.8	24.9	※1
(年令別)85歳以上	%		2.7	3.5	3.2	5.6	4.9	5.5	3.7	5.2	3.2	6.4	3.7	10.0	※1	
世帯	総世帯数	世帯	c	215,627	74,022	34,062	71,015	27,889	12,437	60,085	32,670	210,433	6,665	309,409	14,455	※1
	夫婦とも65歳以上の高齢夫婦世帯	世帯	d	20,916	5,235	2,835	7,148	2,570	1,371	6,071	3,531	19,769	850	28,166	2,148	※1
	夫婦とも65歳以上の高齢夫婦世帯率	%	d/c	9.7	7.1	8.3	10.1	9.2	11.0	10.1	10.8	9.4	12.8	9.1	14.9	
保険者別 第1号 被保険者数	65歳以上75歳未満	人	e	66,346	15,164	8,319	27,390	10,881	4,553	57,745	21,285	65,493	3,341	90,460	5,816	※2
	75歳以上	人	f	50,297	15,870	7,992	30,787	11,534	4,820	53,137	19,871	56,014	3,681	82,208	9,347	※2
	認定者数	人	g	18,616	6,285	3,113	13,305	4,046	1,379	7,072	5,035	25,873	1,273	36,579	3,838	※2
	認定率	%	g/(e+f)	16.0	20.3	19.1	22.9	18.1	14.7	6.4	12.2	21.3	18.1	21.2	25.3	
	要介護3,4,5	人	h	6,746	2,473	1,107	5,036	1,589	617	2,701	2,004	7,890	513	12,286	1,465	※2
	要介護3,4,5が認定者数に占める割合	%	h/g	36.2	39.3	35.6	37.9	39.3	44.7	38.2	39.8	30.5	40.3	33.6	38.2	
第1号保険料 及びサービス 見込み量 *1	第5期保険料基準額(月額)*2	円		4,660	5,160	5,100	6,525	5,190	5,190	4,910	5,350	5,341	5,300	5,520	5,686	※4
	第6期保険料基準額(月額)	円		5,400	5,960	5,650	6,358	5,890	5,490	5,560	5,450	5,922	5,500	6,160	6,158	※4
	保険料基準額の伸び率	%		15.9%	15.5%	10.8%	-2.6%	13.5%	5.8%	13.2%	1.9%	10.9%	3.8%	11.6%	8.3%	※4
財政力指数 (基準財政収入額/基準財政需要額)																※3

出典 ※1:平成27年(2015)国勢調査(総務省)

※2:平成26年度(2014年度)介護保険事業状況報告(厚生労働省)

※3:平成27年度都道府県財政指数表(総務省)

※4:第6期計画期間・平成37年度等における介護保険の第1号保険料及びサービス見込み量等について(厚生労働省)

\*1 保険料を経過的に複数設定している保険者については、加重平均により1保険者につき1保険料として掲載している。

\*2 5期保険料については、前回公表(平成24年3月)後に保険料を設定した被災保険者等は、前回公表額と一致しない。



モデル事業の参加地域のおおまかなスケジュールは以下の通りで、期間は平成28年9月～平成29年3月である。

	地域	期首関係者会議 (合意形成)	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)	期末関係者会議 (事業の評価)
①	千葉県松戸市	9月中旬～10月上旬	11月1日～1月10月	11月1日～1月10月	11月1日～3月31月 ※平成29年度継続	3月6日
②	東京都武蔵野市	9月29日	10月18日	10月24日	11月1日～2月28日	2月21日
③	東京都国立市	9月	9月	9月	9月	—
④	新潟県上越市	10月	11月	11月	12月～3月	—
⑤	福井県越前市	9月下旬～11月	10月～	11月～	11月～	2月20日
⑥	長野県駒ヶ根市	9月	9月～	10月1日～	10月1日～	2月24日
⑦	岐阜県大垣市	11月1日	1月7日	1月30日	2月1日～	—
⑧	岐阜県高山市	9月6日	9月6日	9月6日	10月18日～1月15日	2月8日
⑨	兵庫県尼崎市	10月	1月	2月3日	2月～	—
⑩	兵庫県多可町	9月16日	9月17日	9月20日	10月1日～3月31日 ※今後も継続予定	4月開催予定
⑪	岡山県岡山市	—	8月	12月	12月～ ※4月までモニタリングを実施	—
⑫	広島県庄原市	9月14日	9月14日	9年21日	10月5日～11月30日	10月21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。セルフマネジメントは、地域の実情に応じて様々なアプローチ方法がある。

	地域	支援想定対象疾患	平成 27 年度対象疾患患者数	取組概要(特徴)	事例数
①	千葉県 松戸市	軽度認知障害	認知症・MCI 約 4 万人	<p>【本事業を活用した発展型】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症をテーマに「まつど認知症予防プロジェクト・モデル事業(第 1 期)」として実施。様式等(巻末資料 2 参照)も開発している。</li> <li>・平成 29 年度4月以降は、第 2 期として本格実施し、450 件程度支援を行う予定であり、軽度認知症支援のエビデンスとして期待される。</li> </ul>	91 事例 うち DASC31 点以上 16 事例、うち事例に 受診勧奨
②	東京都 武蔵野市	脳血管疾患心 不全患者	(脳血管疾患) 有病者数*1,873 名 うち高齢者数 1,429 名 入院患者数 214 名 うち高齢者数 128 名	<p>【既存事業の発展型】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療・介護連携推進事業に取り組む中で、このモデル事業を「ウ.切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進」に位置づけて取り組んでいる。</li> </ul>	A'パターン 2 事例
③	東京都 国立市	心不全	—	<p>【本事業を活用した発展型】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新田クリニックの協力を得て、心不全罹患者を対象に支援。家族が伴走者となる可能性を示唆した。</li> <li>・なお、現在、認知症にも取り組んでおり(スクリーニングは終了)、成果報告が期待される。</li> </ul>	B パターン 1 事例
④	新潟県 上越市	脳血管疾患	—	<p>【既存の事業の発展型】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険申請の 6 割を脳血管疾患が占め、第 5 期の介護保険料は全国で 3 番目に高く、以前から重症化予防に取り組んでいる。</li> <li>・重症化予防により要介護認定率は低下傾向を示し、介護保険料が改善している。</li> </ul>	B パターン 5 事例 うち平成 27 年度継 続 3 事例
⑤	福井県 越前市	脳血管疾患	有病者数*4,672 名 うち高齢者数 3,632 名 入院患者数 1,244 名 うち高齢者数 724 名	<p>【体制整備・連携強化型】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・昨年度は 1 医療機関、1 居宅支援事業所での実施であったが、今年度はモデル事業の重要性を踏まえ、医師会の協力の下、全医療機関に本事業の通知を行い、実施体制の整備を行って取り組んでいる。地域包括ケア体制構築において医療・介護の連携が整備されており、ケアマネジャーもモデル事業に対し理解しやすい環境が整備されている。</li> </ul>	B パターン 3 事例

	地域	支援想定対象疾患	ターゲット数 H27年度	取組概要(特徴)	事例数
⑥	長野県 駒ヶ根市	脳血管疾患	有病者数*1,482名 うち高齢者数1,375名 入院患者数323名 うち高齢者数305名	<b>【本事業を活用した発展型】</b> ・要介護2までの居宅ケアプランにおいて2/3が脳血管疾患が占める。一方、昭和伊南総合病院の年間脳卒中入院数224例のうち再発が2割を占め、また再発のうち3割が1年以内に発症しており、重度化予防が必要であった。 ・福祉課が昭和伊南総合病院の医療介護連携室で業務をする等医療と連携するための組織的体制も整備した。 ・モデル事業をきっかけに、次期介護保険事業計画につなげる取組にも着手している。	Aパターン5事例 Bパターン10事例 Bパターンのうち3事例は平成27年度Aパターンからの継続事例
⑦	岐阜県 大垣市	脳血管疾患	—	<b>【連携強化型】</b> ・モデル事業を実施するにあたり、医師会、地域の基幹病院である大垣市民病院、地域包括支援センター、大垣市介護サービス事業者連絡会等の協議を行い取り組んでいる。	Bパターン3事例
⑧	岐阜県 高山市	脳血管疾患	有病者数 <sup>2</sup> 413名 うち高齢者数353名 入院患者数413名 うち高齢者数353名	<b>【連携強化型】</b> ・地域の中核病院である高山赤十字病院と連携してモデル事業に取り組んでいる。今後は、セルフマネジメント支援を行うには、かかりつけ医との連携がポイントとなるため、在宅医療介護連携推進事業を活用して取り組むことが期待される。	Aパターン5事例
⑨	兵庫県 尼崎市	尼崎総合医療センターに入院した心不全患者	心不全患者数491名 うち34%が再入院 3回以上再入院率17% 半年以内再入院率16.9%	<b>【医療機関主導型】</b> ・急性期医療機関である尼崎総合医療センターが主体となってセルフマネジメント支援に取り組んだ。モデル事業を通じて心不全におけるセルフマネジメントの重要性を確認できた一方、医療機関のみで取り組むには限界があり、自治体を巻き込んだ取組とすることが期待される。	Aパターン1事例
⑩	兵庫県 多可町	脳血管疾患	有病者数 <sup>2</sup> 34名 うち高齢者数20名 外来患者数56名 うち高齢者数45名	<b>【医療機関主導の体制整備・連携強化型】</b> ・今年度は西脇市と連携を図りつつ、また地域の医師や看護師、保健師などの多職種による研究会を開催するなどかかりつけ医との連携の強化に努めている。今後も多可赤十字病院が中心となって継続して取り組んでいくために、「あんしん連携シート」の開発・活用を検討しているところで、今後の取組が注目される。	A'パターン1事例 Bパターン6事例 Bパターンのうち3事例は平成27年度からの継続事例

	地域	支援想定対象疾患	ターゲット数 H27 年度	取組概要(特徴)	事例数
⑪	岡山県 岡山市	軽度認知障害	26,000 人	<p><b>【既存事業の発展型】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・デイサービス改善インセンティブ事業に取り組んでおり、その中の DASC モデル事業にセルフマネジメント支援を組み込む形で取り組んでいる。</li> <li>・また伴走者は、ケアマネジャーではなく OT・PT が行っている事例でもある。</li> <li>・岡山市は診療報酬や介護報酬と結び付けた事業評価を行っており、セルフマネジメント支援の費用対効果の分析が期待される。</li> </ul>	B パターン 53 事例
⑫	広島県 庄原市	脳血管疾患	—	<p><b>【医療機関主導+体制整備・連携強化】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・昨年度は、庄原市国民健康保険総領診療所とユースライン居宅介護支援事業所で行っていたが、本事業では庄原赤十字病院と市役所が加わり、組織的に体制を整備して取り組んでいる。</li> <li>・窓口を庄原赤十字病院 医療社会事業部に 1 本化し、医療機関が連携を主導している。</li> </ul>	A パターン 1 事例

# 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


## (松戸市の概要について)

千葉県松戸市は、都心から20km圏に位置し、東京駅から常磐線で30分程度の位置である。

人口は約50万人で、うち後期高齢者は5万人ほどだが、2025年には約8万人になると推計されており、後期高齢者が急増する典型的な東京圏の大都市である。

認知症の方は約2万人、MCIの方もおよそ2万人程度、合計で約4万人と推計されるが、2025年には合計5万人になると推計されており、今後、認知症の方も急増していくと予想される。

### 松戸市（千葉県）とは？



**【位置】**  
都心から20km圏に位置。千葉県の東葛地域（北西部）の一翼に位置。

**【名物】**  
梨（二十世紀梨の発祥地）  
ねぎ（全国3位、矢切ねぎ）  
市役所すぐやる課（全国初）

**【人口】**

◎2015年  
 総人口：48.9万人  
 65歳以上：11.8万人（24.2%）  
 認知症の人数：1.9万人（推計）

◎2025年（推計）  
 総人口：46.7万人  
 65歳以上：12.7万人（27.2%）  
 認知症の人数：2.4～2.6万人

75歳以上：5.2万人（10.6%）  
 MCIの人数：1.9万人（粗い推計）

75歳以上：7.7万人（16.6%）  
 MCIの人数：2.4～2.6万人（粗い推計）

## (まっど認知症予防プロジェクトの基本コンセプト)

地域ケア会議での議論などから、認知症に関心が高かったことなどもあり、松戸市では、認知症をテーマに、今回のまっど認知症予防モデル事業を実施した。

まず、軽度認知症の早期把握・ケアマネジメントの意義だが、先行研究では、居宅介護サービスを6か月間継続的に受けていた高齢者について、認知機能のアセスメントを行ったところ、要介護1～5の全てで有意に認知障害が悪化していた一方で、要支援2のみは、有意に認知障害が改善していた。このように、認知障害が軽度の段階では、早期に適切な対応につなげることで、認知障害の改善を期待できる結果が得られていることから、軽度認知症の早期把握・ケアマネジメントのためのモデル事業を実施することとした。

### 軽度認知症の早期把握・ケアマネジメントの意義

居宅介護サービスを6ヶ月間継続的に受けていた高齢者について、認知機能のアセスメント（評価）を継続的に行った（対象者：1,096人）。その結果は下表のとおりであり、要介護1～5の全てで認知障害が悪化していたが、要支援2のみは、有意に認知障害が改善していた。

⇒ 認知障害が軽度の段階では、早期に適切な対応につなげることで、認知障害を改善できる可能性が高まるものと期待される。

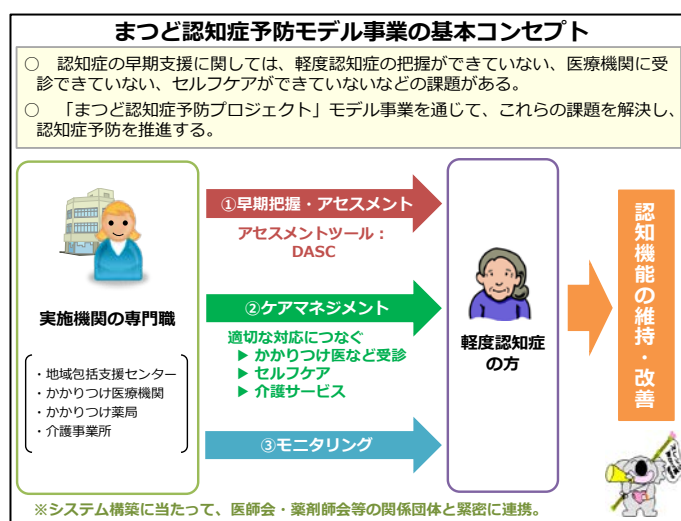
	DASC得点の平均値（第1回調査時）	6か月間でのDASC得点の変化量の平均値	左側の統計的有意性	認知障害の変化
全体	39.7	1.31	有意	悪化
要支援1	21.9	-0.41	有意でない	-
要支援2	26.6	-1.60	有意	改善
要介護1	33.7	0.59	有意	悪化
要介護2	38.1	2.26	有意	悪化
要介護3	46.5	2.25	有意	悪化
要介護4	52.2	2.15	有意	悪化
要介護5	60.5	2.28	有意	悪化

※DASC（Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System：ダスク、地域で生活する認知症の生活機能障害に係わるアセスメントツール）は、得点が高いほど、認知機能が低下していると判断される。

（資料出所） 岡井孝子、東野定律、大野政昭「居宅介護サービス利用者の認知症に係わる生活機能障害の継続的变化」

（注）なお、平成25年10月～平成26年4月の調査であるため、DASC-20が使用されており、満点は80点、29点以上で「認知症の可能性あり」と判定される。

しかしながら、我が国の現状では、認知症の早期支援に関しては、軽度認知症の把握ができていない、医療機関に受診できていない、セルフケアができていないなどの課題があげられる。このため、今回のまつど認知症予防プロジェクトでは、こうした課題に対応するため、かかりつけ医との連携とセルフケアの推進を軸にしながら、軽度認知症について、①早期把握・アセスメント、②ケアマネジメント、③モニタリングを実施することとした。なお、支援対象者を幅広く把握・アセスメントする観点から、松戸市医師会及び松戸市薬剤師会と緊密に連携しながら、地域包括支援センター、かかりつけ医療機関、かかりつけ薬局、介護事業者を実施機関とし、この実施機関の専門職が把握・ケアマネジメント等を行う仕組みとした。



### (まつど認知症予防プロジェクトの流れ)

まつど認知症予防プロジェクトの流れは下図のとおりとなる。

認知症の場合は、まずは、支援対象者がどこにいるのかわからないということがあるため、把握から開始する流れとしている。把握に関しては、松戸市は人口規模も大きいので、広い場面で把握を行うこととした。例えば、地域包括支援センターが実施機関となる場合は、総合相談での対応や包括が実施する介護予防教室の機会などを捉えて、軽度認知症以上と判定される可能性が相当程度あると考えられる方をスクリーニングし、こうした方に事業参加を呼び掛ける仕組みとしている（下図の(1)）。

呼び掛けの後、本人・家族に事業内容を説明し（下図の(2)）、同意が取得できた場合は、DASC-21によるアセスメント（下図の(3)）へ進む。仮に、同意が取得できなかった場合は、その時点で終了となる。軽度認知症の判定ツールとして、DASC-21<sup>3</sup>を用いることとしたが、これは、認知症初期集中支援チームの取組を通じて、既に有用性等が比較的確立していること、国際的に最もよく使われている詳細な判定ツールである CDR（臨床的認知症尺度）と強い相関関係があることを考慮したものである。なお、家族同伴の方が DASC-21 の精度が向上することから、可能な限り、家族同伴での実施を求めた。

DASC-21 では、合計点が 31 点以上であると軽度認知症以上の可能性があるとして判定され、合計点が 30 点以下であれば MCI 又は健常の可能性と判定されるため、この判定結果に沿ったケアマネジメントを行う。具体的には、DASC-21 の合計点が 31 点以上となり、軽度認知症以上の可能性ありと判定された場合は、医療機関への受診勧奨も含めたケアマネジメント（下図の(4)）へ進む。ケアマネジメントにおいては、原則として、かかりつけ医への受診を勧奨する。なお、他市の例では、単に受診勧奨だけでは、受診に結びつかない場合も多かったとのことで、実施機関の専門職に対して、可能な限り、受診同行や電話・FAX 等による医療機関への連絡を

<sup>3</sup> The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System- 21 items



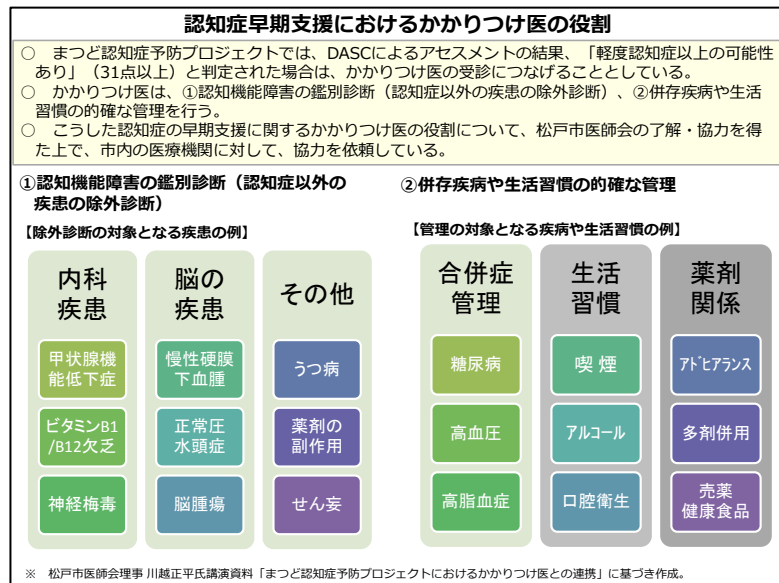


いる認知症者は相当数にのぼることから、認知症を専門とする医師だけでなく、多くのかかりつけ医が協力して診療する体制を整えるという考え方に基づくものである。

具体的には、まず、「①認知機能障害の鑑別診断」に関しては、かかりつけ医には、たとえば甲状腺機能低下症に代表されるような、見逃してはならない認知症以外の疾患や治療可能な疾患について、適切な除外診断を行うことが期待される。認知症以外の病気を除外するということができれば、内科全般を診ている医師であれば除外診断が可能だと考えられる。

次に、「②併存疾病や生活習慣の的確な管理」の面では、例えば、実際に認知症の発症を予防したり、進行を遅らせるため

には、運動が効果的であるということが、さまざまな研究結果で示されており、日ごろの診療のなかで運動を推奨するということが望ましい。同様に、糖尿病を患っている方は認知症の発症率が高いというデータがある。日ごろから糖尿病の管理をしっかりと行うことは、かかりつけ医としての本来の役割である。同様に、高血圧・高脂血症の管理や



禁煙推奨なども、血管性認知症を防ぐことによって、認知症の発症予防や進行予防に貢献することが期待されることから、かかりつけ医が認知症対策に貢献できる重要な役割といえることができる。

また、低栄養や栄養素不足などの栄養の問題や、口腔衛生状態や歯周病、残歯数などの口腔保健が認知症の発症や認知機能低下に関連することがわかってきていることから、狭義の疾患管理にとどまらない生活指導が重要であり、その役割をかかりつけ医が果たすべきだと考えられる。

薬剤においては、服薬のアドヒアランスが悪い方が少なからずいる現実がある。また、ポリファーマシーの問題を抱えている方や、多医療機関を受診している方も多くいる。そういうことまでを含め、かかりつけ医がトータルで管理することが期待される。

このように、かかりつけ医は、「①認知機能障害の鑑別診断（認知症以外の疾患の除外診断）」及び「②併存疾病や生活習慣の的確な管理」を行うが、特に専門性を要し、かかりつけ医のみでの対応が難しい場合には、認知症専門医（認知症疾患医療センター、神経内科や精神科の専門医等）につなぐ。どこまでをかかりつけ医が担い、どの部分を認知症専門医に託すかは、それぞれのかかりつけ医の技量によるが、例えば、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、BPSD対応困難時などに、認知症専門医につないでいくことが考えられる。なお、認知症専門医にかかったとしても、かかりつけ医はかかりつけ医として伴走することを、松戸市医師会として推奨している。



## ○医療連携の円滑化

このように、本プロジェクトにおいては、かかりつけ医をベースにした医療連携を図ることになっているが、かかりつけ医を持っていない場合や、かかりつけ医だけでは対応できない場合もあるため、重層的な医療連携体制を構築している。

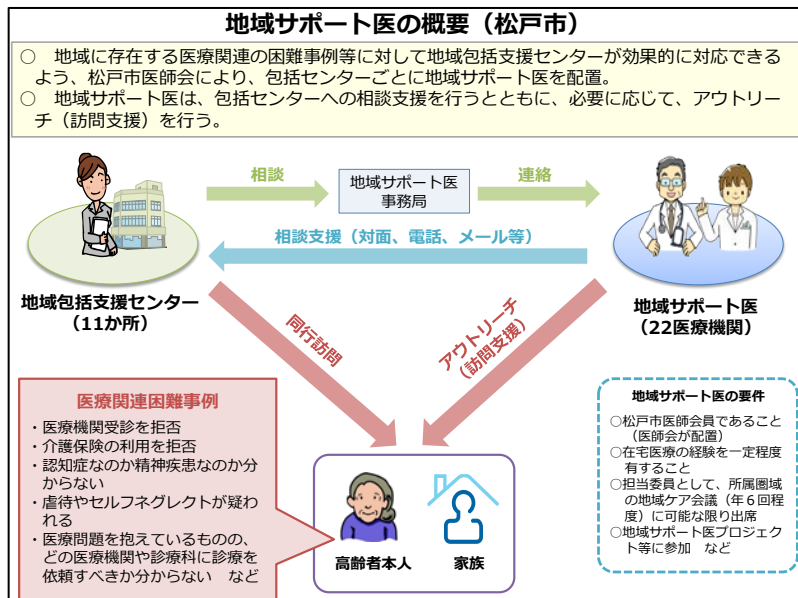
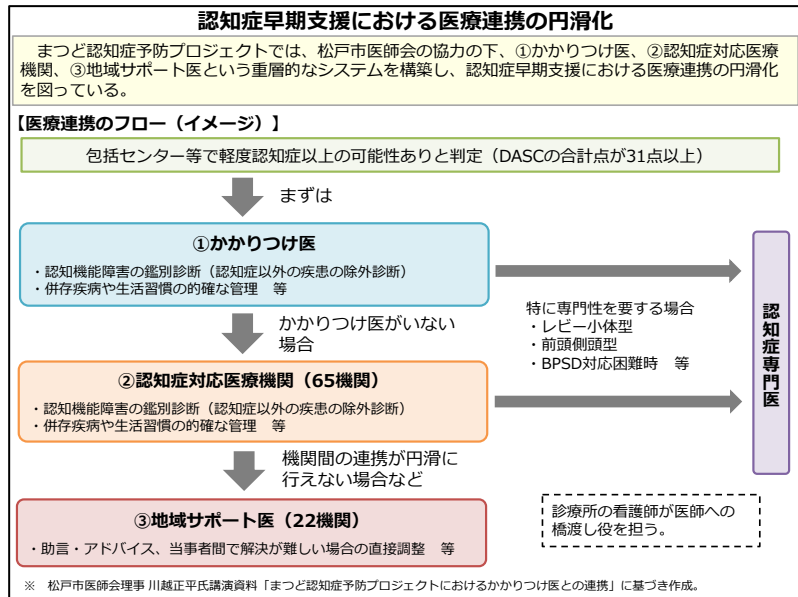
DASC-21の結果が31点以上であれば、実施機関は医療機関への受診を勧奨するが、前述したように、「①かかりつけ医」への受診勧奨を基本としている。

一方、かかりつけ医を持っていない場合は、松戸市医師会が作成した「認知症対応医療機関一覧」というリストを活用して、「②認知症対応医療機関」への受診

を勧奨する仕組みとしている。ただし、このリストは、定期的に行われている松戸市医師会の認知症対応力向上研修を受講した医師の一覧であるため、研修を受講したからといって、「診ることができる」「診てくれる」とは限らない状況があり、実際に「対応できない」と言われた事例もあった。現在、松戸市医師会で実施している「かかりつけ医に関するアンケート調査」を通じて、各医療機関が認知症に対応可能かどうかを調査しているため、今後は、この調査結果を踏まえて、認知症対応医療機関一覧を作り直す予定である。

さらに、かかりつけ医や認知症対応医療機関への受診を勧奨しても、円滑に連携できない場合も想定し得るため、こうした場合においては、松戸市が独自に設置した「③地域サポート医」に対して相談を行える体制を構築した。

地域サポート医は、在宅医療・介護連携推進事業において必須とされた相談事業について、単に窓口を設置し、やって来る相談に対応するのみに止まらず、実際に困っている方の自宅に訪問（アウトリーチ）し、課題解決を図ることまで含めて行う相談窓口として、平成28年度より設置したものである。市内には11か所の地域包括支援センターがあるが、それぞれのセ



ンターに、医師会からの募集に対して手あげを行った医師を配置する形で、すべてのセンターに地域サポート医を配置している。

まっど認知症予防プロジェクトにおいては、かかりつけ医が不在である場合や機関間の連携が円滑に行えない場合などで、医療機関の受診につながる事が困難な場合は、地域サポート医が、助言・アドバイスや、当事者間で解決が難しい場合の直接調整などの相談支援を行うこととしている。

### (まっど認知症予防プロジェクトにおけるセルフケアの仕組み)

認知症の特徴として、人数が非常に多いということがある。このため、他者による支援だけでは対応が困難であり、セルフケアの取組を推奨していくことが大切である。なお、セルフケアについては、認知機能の維持・改善及び認知症予防につながり、重要であることから、DASC-21が31点以上の場合も、30点以下の場合も、いずれの場合でも、セルフケアの取組を行うこととした。

セルフケアの具体的な実施に当たっては、本人・家族と実施機関の専門職との相談の下、取り組むセルフケアの項目と、項目ごとの具体的な目標を定めて、2ヵ月ごとに、6ヵ月後までモニタリングを行う形とした。

セルフケアの項目としては、「認知機能向上」、「悪化因子の理解(たばこ、お酒)」、「予防の方策(体重、食事、睡眠、運動)」、「社会参加・趣味活動」、「健康管理シート」を設定した。なお、DASC-21で31点以上となった場合は、「医師の診断・薬の服用(医師の診察、医療機関名、医師の指示、薬の服用)」及び「介護サービスの利用(サービス種類、介護事業所名)」の項目を設定するとともに、本人の特性や希望に応じた項目を設定できるよう、自由記載欄も設けた。

セルフケアの実施に当たっては、本人・家族が自由に選択できるようにするとともに、本人があまり負担に感じないような仕組みとなるよう留意した。

**セルフケア等報告書の記入例**

支援対象者氏名( ) 確認者氏名( )  
対象年月( 年 月 ~ 年 月 ) モニタリング回数(1回目・2回目・3回目)

医師の診断・薬の服用	チェック項目	実施結果	備考
○	認知機能について、医師の診察を受けた	1. はい 2. いいえ	エピソード記録 一日遅れ日記や記録を毎日記載する
	上記で受診した医療機関の名称		
○	医師の指示の概要(病名、薬の服用など)		悪化因子の理解(アルコール) 脳に病変をもたらす要因として、運動不足や肥満、喫煙、飲酒などが挙げられます。認知症のきっかけになる要因を知っておきましょう。 ※アルコールの目安(成人)は男性1日1杯、女性0.5杯、ワインならグラス1.5杯程度
	医師の指示通りに、重複などの間違いがなく、薬を飲むことができた	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	
<b>認知機能向上</b>			
○	認知機能低下予防のための脳トレをした	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	●悪化因子の理解(アルコール) 脳に病変をもたらす要因として、運動不足や肥満、喫煙、飲酒などが挙げられます。認知症のきっかけになる要因を知っておきましょう。 ※アルコールの目安(成人)は男性1日1杯、女性0.5杯、ワインならグラス1.5杯程度
	目標: 認知機能低下予防のための脳トレをした 回数( 5 )回/日・週		
<b>悪化因子の理解</b>			
○	「たばこに関する目標」を守れた 目標: 禁煙 / 1日( )本まで	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	●悪化因子の理解(アルコール) 脳に病変をもたらす要因として、運動不足や肥満、喫煙、飲酒などが挙げられます。認知症のきっかけになる要因を知っておきましょう。 ※アルコールの目安(成人)は男性1日1杯、女性0.5杯、ワインならグラス1.5杯程度
	「お酒に関する目標」を守れた 目標: 禁酒 / ( )時~( )時 / 本程度まで	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	
<b>予防の方策</b>			
○	「体重に関する目標」を守れた 目標: ( )kg以下	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	●体重の管理 満度の判定: 体重(kg)/身長(m) <sup>2</sup> 【国際的な標準指標であるBMI(Body Mass Index)】 BMI (kg/m <sup>2</sup> ) 18.5 ~ 24.9 標準体重 25.0 ~ 29.9 過体重(1肥) 30.0 ~ 34.9 過体重(2肥) 35.0 ~ 39.9 肥満(1肥) 40.0 ~ 49.9 肥満(2肥)
	「食事に関する目標」を守れた 目標: ( )時間/日 ※食事時間(1日あたりの摂取カロリー/塩分量/水分量など)	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	
○	「睡眠に関する目標」を守れた 目標: ( )時~( )時	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	●体重の管理 満度の判定: 体重(kg)/身長(m) <sup>2</sup> 【国際的な標準指標であるBMI(Body Mass Index)】 BMI (kg/m <sup>2</sup> ) 18.5 ~ 24.9 標準体重 25.0 ~ 29.9 過体重(1肥) 30.0 ~ 34.9 過体重(2肥) 35.0 ~ 39.9 肥満(1肥) 40.0 ~ 49.9 肥満(2肥)
	「運動に関する目標」を守れた 目標: 種類( ) 30分程度の散歩 回数( 4 )回/日・週	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	

**セルフケア等報告書の記入例②**

社会参加・趣味活動	予防の方策
○	●運動習慣 ウォーキングの目標 ○週に1回、1日7,000~8,000歩を目標 ○みだんの歩幅より、1~2割広げれば早歩きすると効果が高まります。 ○体調が悪い日は無理しないようにしましょう。
<b>社会参加・趣味活動</b>	
●社会参加・趣味活動 思考力や想像力を刺激する趣味を持ちましょう 趣味やレクリエーションを楽しむことは、人生が豊かになるだけでなく、認知症を防ぐためにも大変有効です	
音楽 カラオケ 陶芸 俳句 短歌 絵画 コーラス 外出 地域行事	

## (まつど認知症予防プロジェクトの実施スケジュール)

7月20日の松戸市地域ケア会議において認知症早期支援の対応方針を決定するとともに、8月下旬の老健事業委員会において、具体的な事業の実施方針を決定した。その後、具体的な実施要綱や様式を作成した。こうした制度設計の作業と並行して、地域包括支援センター、松戸市医師会、松戸市薬剤師会などの関係機関・関係団体に対して、事業内容の説明や調整、市長名協力依頼文の発出を通じた協力依頼などを行った。

そして、10月19日に、実施機関で実際に把握・ケアマネジメントを実施する者に対する、本プロジェクト及びDASCについての研修会を実施した。あわせて、10月いっぱい、モデル事業の実施機関の参加申し込みを受け付けた。

初回アセスメントは、11月1日～1月10日の間に、各実施機関で実施された。続いて、1月～2月に1回目モニタリング、3月～4月に2回目モニタリング、5月～6月に3回目モニタリングが行われるスケジュールとなっている。

3月6日に、実施機関、医師会・薬剤師会・ケアマネジャー協議会の代表者、学識経験者及び市役所などが参集した関係者会議を開催し、事業成果・課題を検証するとともに、来年度の実施方針を決定した。

日程	内容
7月20日	松戸市地域ケア会議における認知症早期支援の対応方針の決定
8月下旬	厚労省モデル事業（老健事業）の活用・実施方針の決定
8月下旬～10月中旬	実施要綱・様式を作成
9月中旬～10月上旬	関係機関・関係団体への説明・調整、市長名協力依頼文の送付（地域包括支援センター、松戸市医師会、松戸市薬剤師会など）
10月5日	セルフケアの実施方法等に関するワーキンググループ（認知症地域支援推進員である包括職員など）
10月19日	把握・ケアマネジメント実施者に対する認知症予防プロジェクト・DASC研修会
10月31日まで	モデル事業の実施機関の参加申込
11月1日～1月10日	実施機関での軽度認知症の把握・ケアマネジメント（初回アセスメント）
1月10日まで	初回アセスメント結果の市役所への提出
1月～2月	実施機関によるモニタリング①（1回目モニタリング）
2月20日まで	1回目モニタリング結果の市役所への提出
3月6日	市内関係者会議 → 事業成果・課題の検証、来年度の本格実施の方針の決定など（実施機関、医師会・薬剤師会・ケアマネ協議会の代表者、学識経験者、市役所など）
3月～4月	実施機関によるモニタリング②（2回目モニタリング）
4月20日まで	2回目モニタリング結果の市役所への提出
5月～6月	実施機関によるモニタリング③（3回目モニタリング）
6月20日まで	3回目モニタリング結果の市役所への提出

※29年4月以降：まつど認知症予防プロジェクトの本格実施（第2期スタート）

## (まつど認知症予防プロジェクトの実施状況)

### ○28年度の実施機関・実施件数

実施機関の参加募集に対して、地域包括支援センター、医療機関、薬局、ケアマネ事業所及び介護事業所から、合計50機関の参加申込があった。28年11月～29年1月上旬の間に初回アセスメントの実施を求めるなど、実施スケジュールがタイトだったこともあり、実際に初回アセスメントを行った実施機関は合計21機関となったが、総実施件数は91件であった。なお、同意取得に至らず、把握・ケア

<p>○ 28年11月～29年1月上旬の期間に、本モデル事業に基づく把握・ケアマネジメントを行った実施機関は21機関、総実施件数は91件だった。</p> <p>○ タイムスケジュールだったが、相当程度の実績を上げており、本モデル事業の実施方法により、地域において幅広く、軽度認知症の把握・ケアマネジメントを行えるものと考えられる。</p>			
	事業に参加した機関数（カ所）	実施機関数（カ所）	把握・ケアマネジメントの実施件数
包括センター	11	11	52
医療機関	9	5	15
薬局	26	3	6
ケアマネ事業所	3	1	5
介護事業所	1	1	13
<b>合計</b>	<b>50</b>	<b>21</b>	<b>91</b>

※同意取得に至らず、把握・ケアマネジメントが行われなかった件数：25件

マネジメントが行われなかった件数は 25 件だったが、比較的幅広く対象者への呼びかけを行った実施機関において同意未取得となっている場合が多くなっており、呼び掛けの段階で支援対象者を絞り込んでいる場合は、同意取得に至りやすいものと考えられる。

このように、初めてのモデル実施であるとともに、スケジュールがタイトだったが、総実施件数が 91 件となるなど、相当程度の実績を上げていると考えられるところであり、本プロジェクトの実施方法により、地域において幅広く、軽度認知症の把握・ケアマネジメントを行えるものと考えられる。

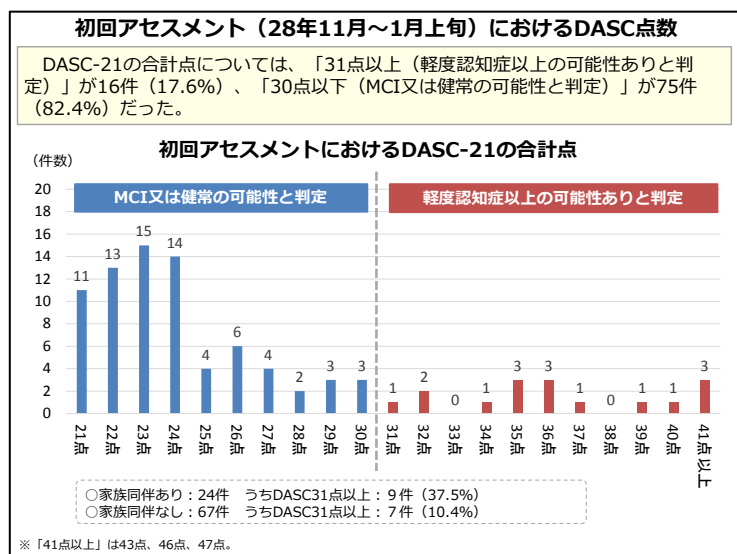
### ○初回アセスメントにおける DASC-21 の点数

28 年 11 月～29 年 1 月上旬に実施した初回アセスメントにおける DASC-21 の合計点については、「31 点以上（軽度認知症以上の可能性ありと判定）」が 16 件（17.6%）、「30 点以下（MCI 又は健常の可能性と判定）」が 75 件（82.4%）となった。軽度認知症以上の可能性ありと判定されるケースを 50%程度にしようと考え、実施機関に対しても、そうした観点からの支援対象者の選定を依頼したが、結果としては、DASC-21 が 31 点以上となったのは 20%弱となった。

ただし、家族同伴の下、DASC を実施した場合は、31 点以上となる確率が 37.5%となる一方で、家族の同伴が無い場合は、31 点以上となる確率が 10.4%となるなど、本人のみの場合、DASC の判定結果が、軽めに出る可能性が想定された。実際、関係者会議における議論では、高齢者本人単独の場合、DASC の判定結果が低めに出ていると考えられるとの意見が多く寄せられた。従来より、DASC の判定結果は、家族同伴の場合の方が精度が高いと言われてきたところであり、高齢者単独の場合や独居の場合の認知障害の判定方法については、精度向上に向けた検討が必要であると考えられる。

### ○1 回目モニタリングにおける DASC-21 の点数と点数の変化

初回アセスメントの概ね 2 ヶ月後に実施された 1 回目モニタリング時における DASC-21 の合計点については（3 月 15 日集計時点）、「31 点以上（軽度認知症以上の可能性ありと判定）」が 20 件（23.5%）、「30 点以下（MCI 又は健常の可能性と判定）」が 65 件（76.5%）となった。DASC-21 の場合、最低点が 21 点で 21 点未満にはならない仕組みとなっており、いわゆる 21 点の場合の認知機能の変化を把握できないので、初回アセスメントと 1 回目モニタリングにおける正確な変化はわからないが、1 つの可能性としては、軽度認知症以上の可能性ありと判定される 31 点以上の比率が高くなっており、時間の経過とともに、認知機能が悪化していく傾向にある可能性が考えられる。





次に、各事例について、初回アセスメントから1回目モニタリングに掛けて（標準2ヶ月間）のDASC-21得点の変化を調べると（3月15日集計時点）、改善が31件（36.5%）、維持が29件（34.1%）、悪化が25件（29.4%）だった。まだ、2ヵ月後のモニタリングのみが終了した段階であり、今後の動向を注視していくことが必要だが、時間の経過とともに、認知機能が悪化していく傾向にあると考えられる中で、改善群や維持群が相当程度存在していることが分かる。

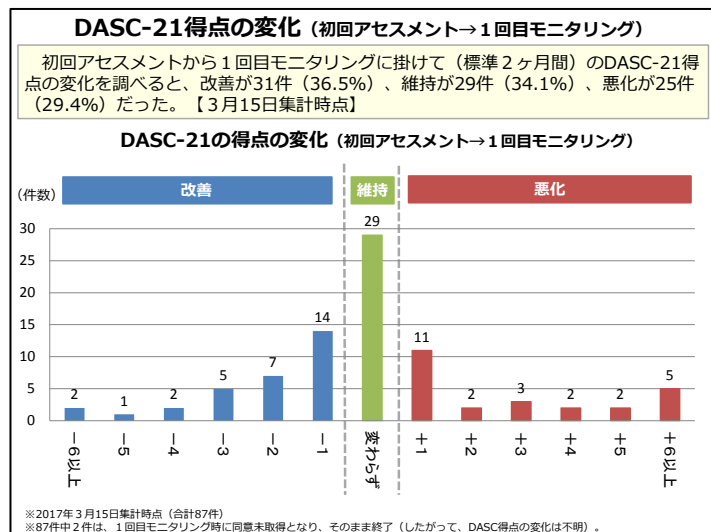
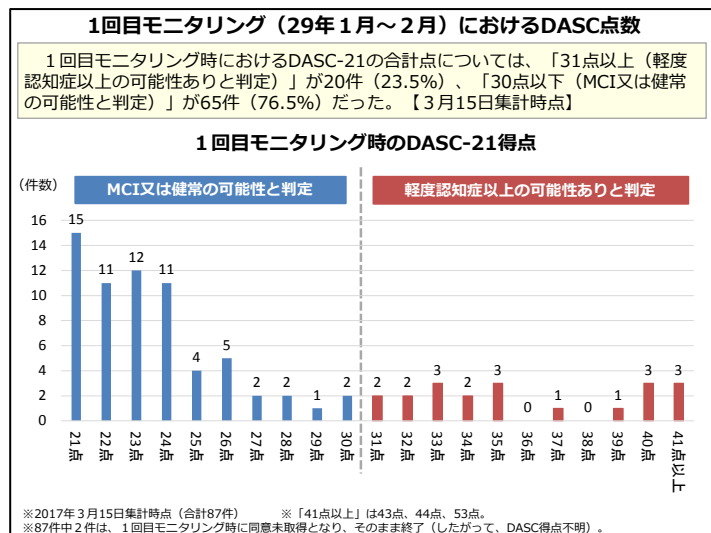
### ○医療連携の実施状況

本プロジェクトにおいては、DASC-21の合計点が31点以上となった場合は、医療機関への受診勧奨又は受診を行う仕組みとなっている。初回アセスメントにおいて31点以上となった事例は16件あったが、このうち15件で、受診勧奨又は受診を行っていた。本プロジェクトでは、原則として、かかりつけ医の受診に結びつけることとしているが、かかりつけ医を持っている14件のうち10件では、かかりつけ医への受診勧奨又は受診が行われていた。

受診勧奨の方法については、他市の例などでは、単に受診勧奨だけでは医療機関の受診に結びつきにくいと言われていたことから、可能な限り、受診同行などの形で、実施機関自身が医療機関に連絡を取ることを求めている。その結果、初回アセスメント時の計画では、受診同行を計画していた事例が6件、FAX・電話等での医療機関への連絡を計画していた事例が2件、ケアマネを通じて医療機関へ連絡していた事例が1件、実施機関自身が医療機関であった事例が2件であった。

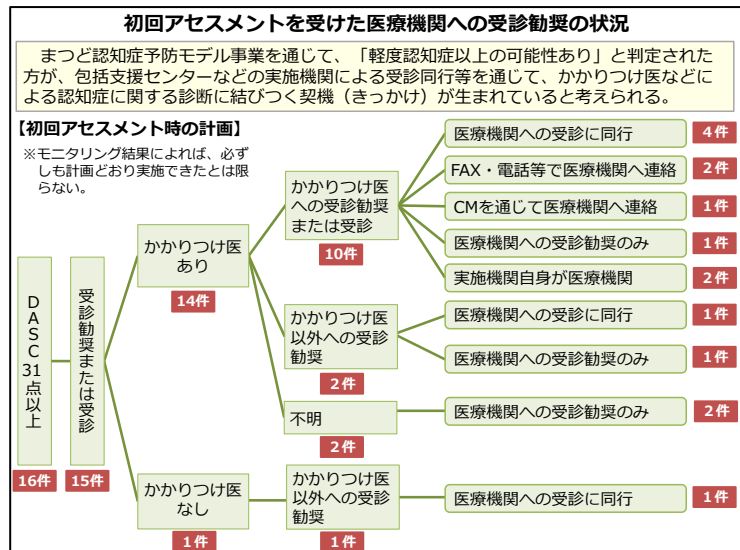
このように初回アセスメント時の計画段階であり、必ずしも計画通りに実施できたとは限らないが、本プロジェクトを通じて、「軽度認知症以上の可能性あり」と判定された方が、包括支援センターなどの実施機関による受診同行等を通じて、かかりつけ医などによる認知症に関する診断に結びつく契機（きっかけ）が生まれているものと評価できる。

1回目モニタリングを通じて、こうした医療連携の実施状況を検証したところ、医療機関への受診勧奨等が計画された15事例のうち、8事例は受診につながったが、4事例は受診につながらず、3事例は今後受診の予定となっていた。医療機関への受診につながった事例では、他



疾患の除外診断が行われた事例、多剤投与が是正された事例、医師の診断・助言につながった事例などがあり、医療連携に基づく支援につながったものと評価できる。

一方、1回目モニタリングの結果、本人・家族が受診を拒否・逡巡する事例、かかりつけ医が認知症に対応できない事例などがあり、適切な医療サービスにつながらなかった事例も把握された。こうした事例に対応していくため、今後は、地域サポート医や認知症初期集中支援チームとの連携による対応や、かかりつけ医が担うべき認知症対応についての考え方の整理などを検討していくことが重要だと考えられる。



### ○セルフケアの実施状況

初回アセスメント時の計画によれば、多くの項目についてセルフケアの目標が立てられている事例がある一方で、セルフケアの目標がほとんど又は全く立てられていない事例もあった。具体的には、セルフケアの目標設定項目数が4個である事例が19件で最多となっているが、7個以上設定している事例が14件あるのに対して、1個のみとなっている事例が6件、全く設定していない事例が4件となっている。これは、実施担当者の知見等に左右される部分も多いものと考えられる。

あわせて、初回アセスメント時の計画で位置づけられたセルフケアの項目を、項目別に検証すると、運動・趣味活動・認知機能について目標が立てられている事例が多くなっている一方で、体重などは比較的少なく、たばこ・酒は極めて少なくなっている。これは、高齢者本人の特性のほか、分野によって、実施担当者に得手・不得手があることを示しているのではないかと考えられる。

### (まつど認知症予防プロジェクトの主な実績・課題と課題解決の方向性)

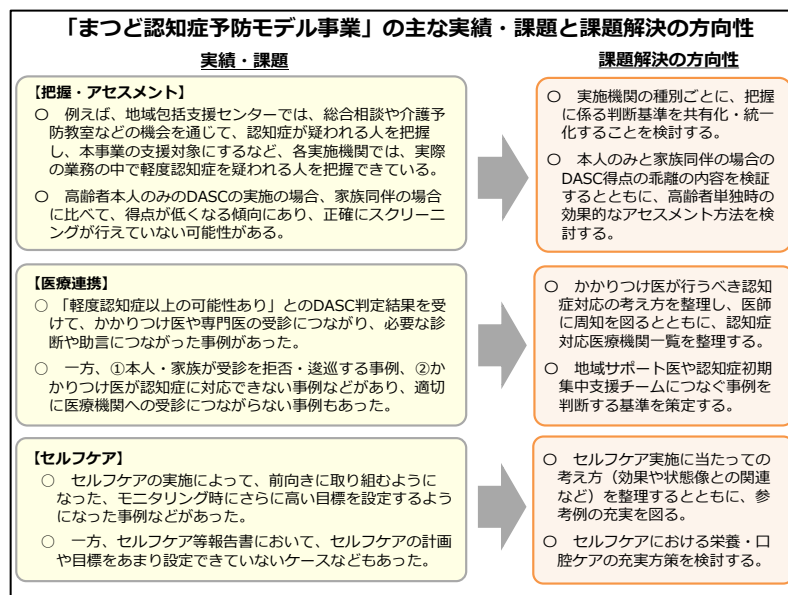
本プロジェクトの進捗状況を踏まえて、①把握・アセスメント、②医療連携、③セルフケアの3つの柱に沿って、本プロジェクトの主な実績・課題と課題解決の方向性をまとめると、以下のとおりとなる。

#### 【①把握・アセスメント】

認知症の早期支援に当たっては、通常、対象者の把握（スクリーニング）が難しいといわれてきた。しかしながら、本事業においては、例えば、地域包括支援センターでは、総合相談や介護予防教室などの機会を通じて、認知症が疑われる人を把握し、本事業の支援対象にするなど、各実施機関では、軽度認知症を疑われる人を把握できている。

一方、高齢者本人のみのDASCの実施の場合、家族同伴の場合に比べて、得点が低くなる傾向にあり、正確にスクリーニングが行えていない可能性があるという課題もある。

このため、さらに広範かつシステムティックに、軽度認知症の把握・アセスメントを行えるよう、実施機関の種別ごとに、把握に係る判断基準を共有化・統一化することを検討する。あわせて、本人のみと家族同伴の場合の DASC 得点の乖離の内容を検証するとともに、高齢者単独時の効果的なアセスメント方法を検討する。



## 【②医療連携】

「軽度認知症以上の可能性あり」との DASC 判定結果を受けて、かかりつけ医や専門医の受診につながり、他疾患の除外診断、多剤投与の是正、医師の診断・助言などにつながった事例が出てきており、本事業を通じて、医療連携に基づく認知症支援が行えているものと評価できる。

一方、本人・家族が受診を拒否・逡巡する事例や、かかりつけ医が認知症に対応できない事例などがあり、適切に医療機関への受診につながらない事例もあった。

このため、松戸市医師会の協力の下、かかりつけ医が行うべき認知症対応についてとりまとめた啓発資料を作成して、医師に周知を図るとともに、認知症対応医療機関一覧を改めて作成する。また、かかりつけ医や本プロジェクトの枠組みだけでは対応できない事例に効果的に対応していくため、地域サポート医や認知症初期集中支援チームにつなぐ事例を判断する基準を策定する。

## 【③セルフケア】

1回目モニタリングの結果によれば、本プロジェクトの実施に伴って、高齢者本人が前向きにセルフケアに取り組めるようになった事例や、モニタリング後にさらに高い目標を設定するようになった事例があるなど、セルフケアの実施によって、認知機能の維持・改善に向けた高齢者本人の活動が促進された可能性が考えられる。

一方、セルフケアの計画や目標をあまり設定できていない事例や項目などもあつた。

このため、セルフケア実施に当たっての考え方（効果や状態像との関連など）を整理するとともに、参考例の充実を図る。あわせて、あまり十分に実施されていない、セルフケアにおける栄養・口腔ケアの充実方策を検討する。

### (まつど認知症予防プロジェクトの平成 29 年度の方向性)

以上のように、初めてのモデル実施であり、かつ、スケジュールもタイトだったが、相当程度の実績を上げていると評価できるため、平成 29 年度以降は、今年度事業の検証結果を踏まえた改善を行いつつ、まつど認知症予防プロジェクトを本格実施する予定である。平成 29 年度については、介護保険の地域支援事業における認知症総合支援事業の一環として、松戸市役所から実施機関への委託契約により実施し、総実施件数の目標を 450 件程度とする予定である。なお、こうした来年度の方向性については、3 月 6 日の関係者会議において、関係団体や実施機関等の関係者の合意を得たところである。

#### 29年度の「まつど認知症予防プロジェクト」の 実施方法イメージ（案）

##### 【実施形式】

- 松戸市役所から実施機関への委託契約により実施。
- 実施機関において、認知症地域支援推進員（※）が、軽度認知症の早期把握・ケアマネジメント・モニタリングを実施した場合に、委託料を支払う。  
※ 今年度のモデル事業を実際に実施した実施担当者、今年度モデル事業の研修受講者及び29年度に実施する所要の研修を受講した者が認知症地域支援推進員になれるものとする予定。
- 委託料は 1 件当たり5,000円を想定。
- 28年度事業の検証結果（課題解決の方向性）を踏まえて、必要な改善を行う。
- 日本医療研究開発機構（AMED）委託費認知症開発研究事業などとタイアップして、学識経験者等による効果の検証等を行いながら進める。

##### 【実施件数の目標イメージ】

- ・ 総数：450件程度
- ・ 地域包括支援センター：300件程度（1センター20件程度）
- ・ 医療機関：60件程度
- ・ 薬局：60件程度
- ・ ケアマネ事業所：60件程度
- ・ 介護事業所：60件程度



## 2. 東京都武蔵野市

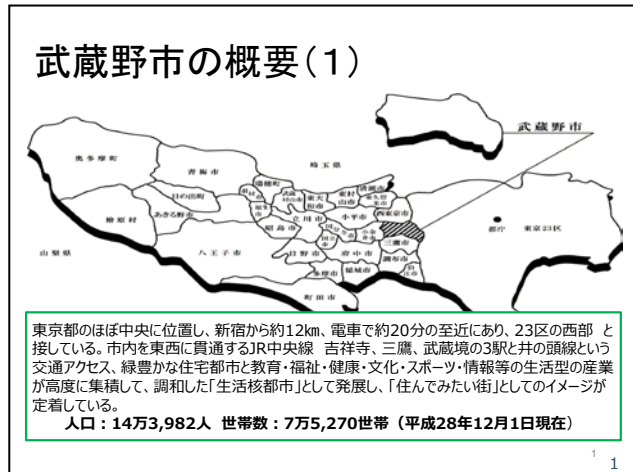
武蔵野赤十字病院 リハビリテーション科部長 高橋 紳一  
武蔵野市 健康福祉部 部長 笹井 肇

### (武蔵野市の概要について)

武蔵野市は東京都のほぼ中央に位置し、新宿から約12km、電車で20分程度の距離である。

人口は14万3,982人(平成28年12月1日現在)で、大型マンションの建築等により、子どもの数も増えている地域である。

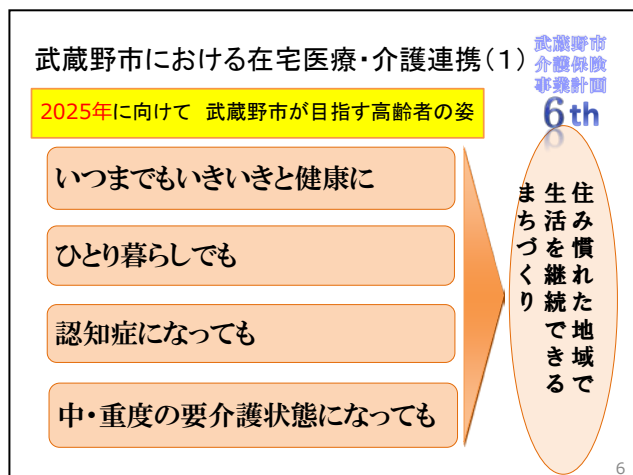
高齢化率は平成28年10月1日現在、22.0%で、要支援・要介護認定者数の被保険者数に占める認定率は平成27年、19.9%である。



### (武蔵野市における本モデル事業の位置づけ)

武蔵野赤十字病院を中心とした脳卒中地域連携パスの作成と運用による回復期病院との連携や武蔵野市医師会、介護関係者等との連携が以前から行われており、平成27年度に制度化された在宅医療介護連携推進事業は27年4月から開始している。

武蔵野市第6期介護保険事業計画には、2025年に向けて武蔵野市が目指す高齢者の姿を右図のように記載されているが、それを実現するための環境整備の一つとして、在宅医療介護連携推進事業を位置付けている。



本モデル事業は「ウ 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進」に位置付けている。

この「ウ 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進」事業に関して、医療・介護関係の実務担当者で構成する「入退院時支援部会」を設けており、この部会で具体的な協議を行った。

在宅医療・介護連携推進事業の開始にあたり、27年4月と6月に、医療、介護の実務担当者が現場で感じる入退院時の課題出しを行った。これらの課題を解決するためのツールの一つとして、本モデル事業を活用することも本事業への期待である。



## (武蔵野赤十字病院における脳卒中・心不全の状況)

武蔵野赤十字病院における平成27年度のデータでは、武蔵野市民の入院件数が3,580件あり、そのうち脳卒中が91件、心不全が63件であった。

27年度のモデル事業では、脳卒中で武蔵野赤十字病院に入院し、そのまま在宅へ退院する方を対象としたところ、軽症例が多かった。

今回は、事業対象者を既に介護保険を利用しケアマネジャーが決まっている心不全の方、脳卒中については、回復期病院（吉祥寺南病院）へ転院する方とした。

ケアマネジャーが決まっていない場合でも、回復期病院の入院中に支援者を選出するという考え方で実施した。

## (平成27年度のモデル事業をふまえて)

28年度は、27年度の課題に対して事前に協議をしながら進め、レベルアップを図ることを目指した。

かかりつけ医との調整や、薬局・薬剤師による支援を検討項目としたが対応できず、28年度も課題を残す結果となった。

## ○ケアマネジャーへの説明

武蔵野市では、在宅医療・介護連携推進事業の一環として、27年7月に医療介護連携の相談窓口として、「在宅医療介護連携支援室」（以下「支援室」）を医師会に設置している。本モデル事業の実施にあたり、支援室には、医師とケアマネジャーの調整役を期待し、準備を進めてきた。

ケアマネジャーに対しては、退院後のかかりつけ医との連携の重要性、在宅生活を見据えた入退院時支援におけるケアマネジャーへの期待等、説明を行ってきた。

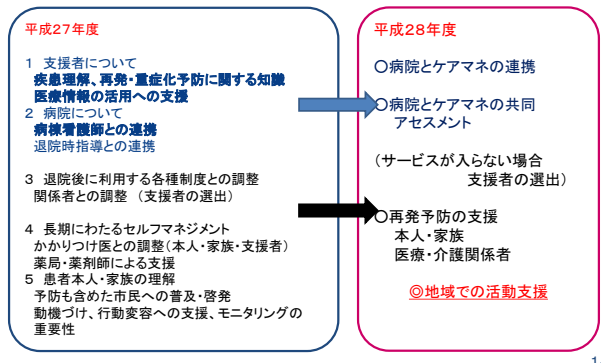
その際、ケアマネジャーだけでなく、病院側もケアマネジャーを支援することを説明するとともに、最終的な目標はご本人・家族のQOLの向上だという点を強調し説明している。

## 脳卒中のセルフマネジメント支援モデル事業への協力から (平成27年度)

- **モデル事業の協力から見えてきた入退院時支援の課題**
- 1 支援者について
  - 支援者には、**疾患理解、再発・重症化予防に関する知識**が必要
  - ケアマネジャーの基礎資格によっては、**医療情報の活用**に支援が必要
- 2 病院について(退院後を見据えた支援の重要性)
  - 医師、**病棟看護師との連携**が重要
  - 退院時指導との連携
  - 急性期病院から在宅への退院バスの必要性
- 3 退院後に利用する各種制度との調整
  - 介護保険等利用するサービス、関係者との調整(支援者の選出)
- 4 長期にわたるセルフマネジメント
  - かかりつけ医との調整(本人・家族・支援者)
  - 薬局・薬剤師による支援
- 5 患者本人・家族の理解
  - 予防も含めた市民への普及・啓発
  - 動機づけ、行動変容への支援、モニタリングの重要性

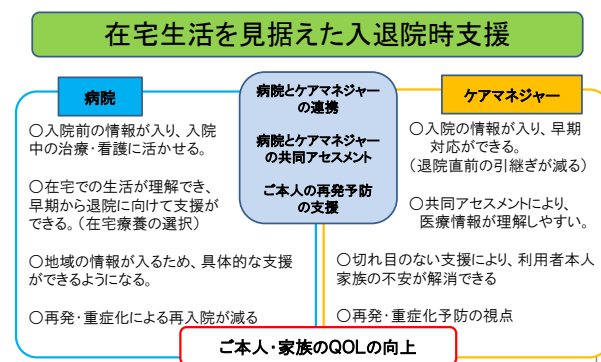
13

## セルフマネジメント支援モデル事業への協力 (平成28年度)



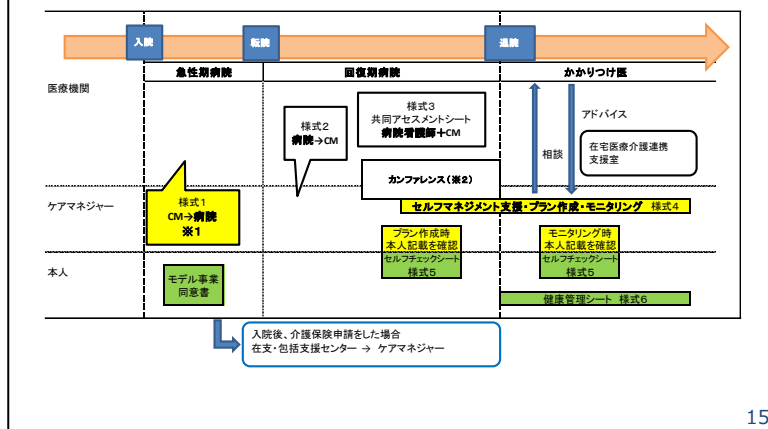
14

## セルフマネジメント支援モデル事業への協力 (平成28年度)



16

## セルフマネジメント支援モデル事業への協力 (平成28年度)



15

### (モデル事業に取り組むにあたって)

第1回委員会後に、医師会を含む関係機関と相談調整を行った。その後、関係者会議を行い、事業内容の確認等を行った。この会議には、医師会の代表として支援室の相談員と武蔵野市地域包括支援センター（基幹型）（直営）のセンター長に参加してもらい、具体的な事業の流れ、帳票類の変更、取組内容の確認を行った。

事業の流れの説明の中で、誰が何をやるのかわからないとい

う意見が聞かれたため、武蔵野市独自にそれぞれの機関や職種の役割や連絡方法、事業の流れ図などを作成した。

モデル事業の概要説明、協力依頼については、それぞれの事業所連絡会において行った。その際いただいた意見については、帳票類の変更等、本事業に反映させていった。

その他、入退院時支援部会、ケアマネジャー全体研修会等で説明する中、ケアマネジャーからは「自分の利用者がモデル事業に該当しないとよい」という意見も聞かれたため、病院と連携しやすくなること、病院のスタッフと一緒にアセスメントできるメリット等を伝えた。

今回の取組を通して、武蔵野赤十字病院と吉祥寺南病院の看護関係者の会議を開催し、地域支援課は事務局として参加した。吉祥寺南病院については、病棟の看護師だけでなく、看護部長、外来の看護師長にもご参加いただき、事業に対する理解と情報共有ができた。

## 平成28年度 モデル事業(1)

日時	内容	参加機関・内容等
8月24日	第1回委員会	武蔵野市地域支援課・地域包括支援センター
	関係機関との相談・調整	武蔵野赤十字病院・吉祥寺南病院・武蔵野市医師会 武蔵野市医師会在宅医療介護連携支援室・地域支援課
9月29日	関係者会議 H28事業の流れ、支援対象者、帳票類、取組内容を確認	武蔵野赤十字病院 医療連携センター 武蔵野市医師会 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(基幹型)・地域支援課
	モデル事業の概要説明・協力依頼・意見聴取	地域包括支援センター 在宅・包括支援センター 介護支援専門員 訪問介護 訪問看護・訪問リハビリ 通所介護・通所リハビリ 市 健康福祉部内各課
10月12日	入退院時支援部会	概要説明・協力依頼・意見聴取
10月14日	居宅介護支援事業者連絡協議会幹事会	概要説明・協力依頼・意見聴取
10月18日	ケアマネジャー全体研修会	事業説明と協力依頼
10月24日	取組内容の決定 医療機関等への協力依頼	事業実施に関する決定と協力依頼 武蔵野赤十字病院・吉祥寺南病院・武蔵野市医師会
11月～		<b>事業開始</b>
11月2日	平成28年度第2回在宅医療・介護連携推進協議会	概要説明・意見聴取
11月4日	看護師連絡会	武蔵野赤十字病院・吉祥寺南病院・地域支援課
		併走支援者の所属長へ正式に依頼 併走支援者に事業説明

17

## ○モデル事業のパターン

武蔵野赤十字病院でAパターン、吉祥寺南病院でA'パターンを実施した。

Aパターンは、心不全で武蔵野赤十字病院に入院し、自宅へ退院する武蔵野市民かつ、入院前から介護保険を利用しており、ケアマネジャーが決まっている者で、A'パターンは脳血管疾患で武蔵野赤十字病院に入院、回復期転院（吉祥寺南病院）後、自宅へ退院する武蔵野市民とした。

28年度は、結果として2例の実施であったが、2例とも脳梗塞で、基礎疾患として糖尿病があり、お一人暮らし、吉祥寺南病院へ転院するケースであった。いずれも入院中に介護保険の申請を行った。

伴走支援者については、いずれもケアマネジャーが決まっていなかったため、それぞれ担当エリアの在宅介護・地域包括支援センターに相談し、それぞれ地域包括支援センターと居宅支援事業所の、主任ケアマネジャー（基礎資格が看護師）が担当となった。

### 平成28年度 モデル事業(3)

	1例目	2例目
年齢	73歳	83歳
性別	女性	男性
病名	脳梗塞	脳梗塞
入院日	11月16日	11月16日
回復期病院転院日	11月29日	12月2日
回復期病院退院日	12月22日	平成29年2月1日
介護保険申請	11月21日申請	11月26日申請
介護度	要支援2	要介護1
既往歴	糖尿病・不整脈	糖尿病
家族状況	一人暮らし	一人暮らし
伴走支援者	在宅介護・地域包括支援センター (主任ケアマネ・看護師)	民間居宅介護支援事業者 (主任ケアマネ・看護師)

19

## ○1例目

1例目の方は、一人暮らしの女性。糖尿病はあるが、定期的な受診はせず、服薬管理もされていなかった。

食事については、食べたいものを好きな時間に食べたいだけ食べるというような生活をしてきた。

今回の入院をきっかけに、病識を持ち生活習慣改善への動機づけができたところに関わることとなり、具体的な目標が立てられたのではないかと考える。

### 平成28年度 モデル事業(4) 支援の経過

		事例1	
		アセスメント領域・着手術の状況	1か月モニタリング
		本人・家族の意向	取組成果と感想
病識・日常生活全般	【入院前】病識乏しく、生活習慣も乱れていた。	日々の生活習慣の大切さを痛感した。退院後は生活習慣を改めたい。今まで、退院は年数回、家の近方のみ自分の都合で、必要な検査を受けなかった。これからは、主治医の指示を守りたい。	就寝時間が遅くなり、23時には眠るようにする。
服薬管理	【入院前】定期的な受診できず服薬管理、不十分	今まで、退院は年数回、家の近方のみ自分の都合で、必要な検査を受けなかった。これからは、主治医の指示を守りたい。	定期受診、服薬管理できている。排便コントロール（健康管理シートに便秘の記載あり、体調との関係に気づく）
食事・栄養管理	【入院前】食べたい物を好きな時間に食べたいだけ食べる生活	今まで食生活に無頓着すぎた。入院中に食事量、食事内容を学んだ。退院後は配食サービスを利用し、食べ過ぎに注意する。食事時間も気をつけたい。	野菜を意識して食べている。配食サービス利用中。体重が減ってきている。
運動・移動	【入院前】運動の意識なし	趣味やボランティアで朝から晩まで毎日出かけていた。退院後は万歩計を利用して運動やリハビリを奨励したい。	寒い時期のため、外出少ない。1日2,000歩前後
コミュニケーション・対人関係	【入院前】以前から音読ボランティアを続けていた。	独居のため、今後も音読ボランティアを続けたい。	2か月ぶりにボランティア再開
	目標	定期受診と服薬を守り、食事に気をつけて運動を心がける	目標の見直し
	具体的な取組内容 (アクションプラン)	1) 食生活 腹八分を守る 2) 運動 一日一万歩を目指す	アクションプランの見直し 1) 定期受診と服薬を守る 2) 生活リズムを整える(食事・運動) 3) ボランティア活動や趣味活動で生活の中での楽しみを増やす 4) 食事 腹八分目 5) 運動 一日3,000歩 6) 早起き・早寝 7) 東京新聞「筆洗」の書き写し

20



## ○2 例目

2 例目の方は、一人暮らしの男性。糖尿病と高血圧がある。1 例目と同様、今回の入院をきっかけに生活習慣改善への動機づけができたところである。

近隣に長男家族が住んでおり、入院中の食事指導を長男と長女の嫁が受ける等、協力的である。数年前まで大学教授。血圧や血糖値については数値目標を設定した。

退院が2月1日であったため、1 か月のモニタリングが終わっ

たばかりで本事業は終了となったが、元気になったら社会貢献活動をしたい、夏に釣りに行きたいと意欲的である。下肢筋力をつけたいと週 2 回の通所サービスを 3 回に増やした。

## 平成28年度 モデル事業(5) 支援の経過

	事例②		1か月モニタリング 取組成果と後援	
	アセスメント領域・着手時の状況	本人・家族の意向		
病識・日常生活全般	痛の血圧が上がり、定足の自由がなくなかった。自分で立つことができなかったが、リハビリにより立てるようになった。 糖尿病があると、足が痛んだり、腎臓が悪くなる。食生活に気をつけなければならない。	まだ80歳なので社会的に貢献したい。そのためには定期的に通院し、健康に気をつけたい。	今回の入院までは、夜遅くまで起きていた。服薬、運動、生活リズム等以前の生活に戻らないように努力する	
服薬管理	入院前は内服を自己調節したり、飲み忘れがあった。分旬にした薬を1週間分装し、1日分のケースに入れて自己管理している。 退院後、1日2食の生活に戻ることが出来たが、朝・夕の薬の服用を後押し、お薬カレンダーも利用する。	薬の飲み忘れに注意したい。薬カレンダーがあると忘れなくて助かる。	家族からの情報では、退院後3回 朝の内服を忘れ、昼に飲んだ。	
食事・栄養管理	糖尿病食 1600kcal。自分の夕食は長男の嫁が作り、一緒に食べる。朝・昼食は夕食の残りやパン、豆乳スープなど、菓物が好き。	HbA1c 8.5が目標だと思っていたが高すぎる分が分かった。現在7.2なので7以下を目標にしたい。菓物の食べ過ぎには注意したい。	血圧測定、体重の値に関心を持って取り組んでいる。	
運動・移動	入院前は4年口癖していた。病棟内で歩いて移動自立。屋外歩行は見守りにて15分可能	読書会などを開くためには体力が必要なので運動して自己管理したい。成康大学にバスを利用して通っていた。	夏には釣りに行きたいと目標があり、下肢筋力をつけるため運動を増やしたい、と意欲的である。	
コミュニケーション・対人関係	認知症なし、コミュニケーション問題なし	読書会など社会に貢献できることをしたい。		
	目標	血圧140/90以下 HbA1c 7.2以下を目標に血圧、血糖をコントロールする。	目標の見直し	
	具体的な取組内容 (アクションプラン)	1) 薬カレンダーを使用し自己管理(飲み忘れゼロ) 2) 血圧測定・・・起床時に測定 3) 血糖・・・甘い飲み物、菓物を食べすぎない、量を減らす 4) 水分・・・一日1,000ml以上 5) 通所サービス週2回 家の前の散歩	アクションプランの見直し	

21

### (平成 27 年度の課題と照らし合わせて)

昨年度の課題と比較して、今回は基礎資格が看護師の主任ケアマネジャーでもあったことから、「支援者には、疾患理解、再発・重症化予防に関する知識が必要」という点は問題なく実施することができた。

病棟看護師との連携という点についても、看護師の連絡会を実施したことにより、目的と情報の共有ができ、回復期病棟の看護師の協力を得て、支援プランをきめ細かく見てもらうことにより、退院時指導との連携も良くなったと感じている。

回復期病棟看護師からは、入院中にケアマネジャーが退院後の生活について具体的な聞き取りをするので、一般的な退院指導ではなく、生活に踏み込んだ指導内容になった、病棟の退院指導にも役立ったという意見が聞かれた。

### (今後の課題)

動機づけ、行動変容への支援、モニタリングの重要性は、理解するが、モニタリングの期間が長期にわたるため、かかりつけ医やその診療所の看護師と連携がとれると良いのではないかと、という意見があった。

## 平成28年度 モデル事業(6)

- 平成27年度 モデル事業の協力から見えてきた入院時支援の課題
- 1 支援者について
  - 支援者には、疾患理解、再発・重症化予防に関する知識が必要
  - ケアマネジャーの基礎資格によっては、医療情報の活用支援が必要
- 2 病院について(退院後を見据えた支援の重要性)
  - 医師、病棟看護師との連携が重要
  - 退院時指導との連携
  - 急性期病院から在宅への退院バスの必要性
- 3 退院後に利用する各種制度との調整
  - 介護保険等利用するサービス、関係者との調整 (支援者の選出)
- 4 長期にわたるセルフマネジメント
  - かかりつけ医との調整(本人・家族・支援者)
  - 薬局・薬剤師による支援
- 5 患者本人・家族の理解
  - 予防も含めた市民への普及・啓発
  - 動機づけ、行動変容への支援、モニタリングの重要性

22

健康管理シート（様式 6）は紙のままだとバラバラになってしまい、かかりつけ医では使いにくい、手帳にしたら良いという意見や、手帳にするにしても、セルフマネジメントに関する市民も含めた、地域のしくみができないと、役に立たない、という意見が出た。

支援者の選出については、今回は2例とも入院前は介護保険を利用していなかったため、要介護度がつくのかつかないのか、微妙な方であればあるほど、ケアマネジャーを支援者に選出するのが難しかった。

本モデル事業では、要支援・要介護認定前に支援を開始する必要があるため、給付管理のない方にはケアマネジャーは関わりづらい。

今回、2例目は在宅介護・地域包括支援センターが、すぐに民間のケアマネジャーを探したが、認定結果が出るまでは「これで良かったのか」と悩んだ。支援者の選出については、現行制度の中では、どのサービスを利用するかによって、ケアマネジャーが伴走支援者になることが難しい場合も考えられる。

今回は2事例とも回復期病院入院中に、ケアマネジャーが3～4回、本人と面接を行っているが、交通費をかけ病院へ行き、報酬もないのでは制度として成り立たない。

支援の継続のためにはそれに見合った報酬が必要であること、報酬に関しては回復期病院からも診療報酬の算定について、同様の意見が出された。

今回は2例ともセルフマネジメントの意識が高く、理解も得られたため、事業の実施が円滑に進んだ。しかし、地域全体で見た場合、ポピュレーションアプローチとしての疾患理解や予防といった、普段からの普及啓発の重要性を改めて感じたところである。

その他、様式について、様式3の共同アセスメントの項目は、さらに細かくして、記入はチェックだけが使いやすいという意見や、健康管理シートを使い目標が管理できたので良かった、というような意見が出た。

A'パターンについては回復期病院に転院してからの期間があるため、そこでケアマネジャーがじっくりと関わることができた。

今回はAパターンが出てこなかったために、比較できないまま終了してしまったが、Aパターンで入院機関が短い場合では、対象者と伴走支援者との関係づくりが難しく、今回の2事例のような関わり方は難しかったのではないかと考える。

退院時は患者本人、家族の不安が強く、また再発予防への意識も強いことから、セルフマネジメントの動機づけには重要なタイミングである。

しかし、この時期は病院、場合によっては複数の病院や施設、在宅等、様々な施設、医療、介護関係者等多くの機関と職種が関わる時期でもある。この時期を対象者に寄り添い、アセスメント、プラン作成、モニタリングする役割を誰が担うかは、地域によっても異なる。

セルフマネジメント支援を事業化するにあたっては、これら関係機関、関係者の目的と情報の共有が何より重要であることを改めて確認した。

## 平成28年度 モデル事業(7) 今後の課題

### 動機づけ、行動変容への支援、モニタリングの重要性

⇒ 本人の状態(中・重度の介護状態、認知症、家族の協力)

⇒ モニタリング期間

○かかりつけ医(診療所の看護師等)・薬局 薬剤師

### 支援者の選出

⇒ 入・退院時の生活を支援

⇒ 本人・家族のニーズをとらえた支援

⇒ 介護保険等、利用するサービスとの調整

### 報酬

市民への普及啓発(疾患の理解、予防、生活習慣改善の支援)

23

1. 実施体制(参加機関)について

本モデル事業で連携していない場合には、記載不要、数が不足している場合は行を追加し記載して下さい。

参加機関	名称	担当部署名等
自治体	武蔵野市	健康福祉部 地域支援課
医療機関① (急・回・慢・小)	日本赤十字社 武蔵野赤十字病院 (急性期病院)	医療連携センター(副センター長・看護師長)
医療機関② (急・回・慢・小)	医療法人 啓仁会 吉祥寺南病院 (回復期病院)	地域医療連携推進(専任・退院調整看護師) 回復期病棟(看護師長)
医療機関③ (急・回・慢・小)		
医師会	一般社団法人 武蔵野市医師会	(記入不要)
地域包括支援センター① (幹事)	武蔵野市地域包括支援センター(基 センター一真)	
地域包括支援センター②	社会福祉法人 武蔵野 地域包括支援センター	在宅介護支援センターセンター長
地域包括支援センター③		
ケアマネ協会	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡 協議会	(記入不要)

2. 併走する対象疾患(具体的)

対象疾患	1. 脳血管疾患	② 心疾患	3. 廣汎性虚脱群(ロコモ関連疾患)	4. 認知症
併走理由	5. その他(具体的に):			
	1. 脳血管疾患については、H27 ば A/A/バターン)に連携、ケアマネジャーの関わりが少なかったため、H28は A/A/バターン)で実施することとした。 2. 心疾患については、急性期病院から連携、在宅に継続するケースも多く、急性期病院とケアマネジャーの連携体制を構築する必要があることとした。			

3. 取組バターン

着手時の予定	① A/バターン	② A/バターン	3. B/バターン
最終的にSMに取組んだバ ターン別件数(〇)は要介護認 定者数(記載)	1. A/バターン: ( 〇 )	2. A/バターン: ( 2 )	3. B/バターン: ( 〇 )

4. 当該地域における対象疾患患者数

当該地域(市町村・特別区等)における対象疾患について記入して下さい。

患者数(人)	患者数(人)		具体的
	脳血管疾患	心疾患	
平成27年度対象疾患患者数	脳血管疾患: 1,873人		把握方法(推計(要数)): KDB(国調データベース)システムに登録されている平成27年度の全てのレセプトから、脳血管疾患にチェックがあるものについて抽出。
当該地域	うち高齢者数: 1,429人		把握方法(推計(要数)): 65歳以上は1951年4月1日以前生まれで抽出。
	脳血管疾患: 214人		把握方法(推計(要数)): KDB(国調データベース)システムに登録されている平成27年度の全てのレセプトから、脳血管疾患にチェックがあるものについて抽出。
	うち高齢者数: 128人		把握方法(推計(要数)): 65歳以上は1951年4月1日以前生まれで抽出。
AまたはA/バターンのみ			
平成27年度対象疾患 入院患者数	171人(延)		
参加 医療 機関	うち高齢者数: 136人(延)		
	データ対象期間:平成28年10月～平成29年1月 脳卒中、心不全、入院症患者数 主要病名で抽出		
	うち高齢者数: 41人		
	把握方法(推計(要数)): うち要介護認定あり		

5. 目標値の設定(関係者会議で検討した内容を記載)

関係者会議で検討した事項について、バターン別に記載してください。

対象者抽出方法	武蔵野赤十字病院医療連携センターで対象者を抽出 (平成28年11月～平成29年1月)
A/バターン 対象者選定方法 (条件等)	A/バターン: 心不全で入院、介護保険をすでに利用し、ケアマネジャーが決まっている。日赤から自宅へ退院する A/バターン: 脳血管疾患で武蔵野赤十字病院へ入院、回復期病棟(吉祥寺南病院)へ自宅へ退院する A, A/バターンともに、武蔵野市長、かかりつけ医は武蔵野市医師会委員に限定しない。
対象者数の検討	武蔵野赤十字病院のデータから、心不全5名前後、脳血管疾患1～2名を想定
対象者数の決定 (目標値)	5人 (平成28年 9 月 29 日合意)
対象者抽出方法	
B/バターン 対象者選定方法 (条件等)	
対象者数の検討	
対象者数の決定 (目標値)	人( 月 日合意)

6. セルママネジメント支援者の選定と実施状況

対象者を選定するに当たり、関係者会議で検討した「対象者選定条件」に変更があった場合や同意した/同意しなかった支援候補者について特徴等が気づくべき点があれば記載をお願いします。

対象者選定数	A/A/バターン 給付あり	A/A/バターン 給付なし	B/バターン 給付あり	B/バターン 給付なし	備考
拒否数	1人	2人	人	人	
同意数	人	0人	人	人	
	人	2人	人	人	
	人	人	人	人	
情報連携の実施	様式1	人	人	人	
	様式2	人	人	人	
	様式3	人	人	人	
セルママネジメントプラン作成	人	2人	人	人	
	うち、医療機関からアド バイスを受けたもの	2人	人	人	
モニタリングを1回以上実施	人	2人	人	人	
MGQが採られた件数	人	0人	人	人	
	うち、医療機関からアド バイスを受けたもの	人	人	人	

7. セルママネジメント支援対象者のセルママネジメント取組内容

モデル事業セルママネジメント実施者の病状を、介護支援専門員と共有するうえで、お気づきの点があれば記載してください。

医療機関	今回は2例とも併走支援者の基礎資格が看護師であったこともあり、事業目的や医療情報の共有が円滑にできた。
介護支援専門員	実施者の病状の確認だけでなく、セルママネジメント支援につなげるために、入院中に何回か本人と面談した。



介護支援専門員がセルフマネジメントプランを作成するうえで、助言した内容を教えてください。

医療機関	服薬、糖尿病の既往による食事（入院中に管理栄養士の指導あり）、水分摂取、規則正しい生活
------	---

セルフマネジメントプランを作成するうえで、困ったことがあれば教えてください。

・実施者とのコミュニケーションを図り、セルフマネジメント支援の目的を理解していただき、その人にあったプラン作成のために、4～5回の面談を実施した。

### 8. セルフマネジメント支援（モニタリングの実施）

1回あたりの平均時間	1時間	最長時間	1時間	1時間
時間が長く行ったり短くなったりした理由	本人は意思疎通ができ、意向も明確であったため、特に問題なし (2例目は退院日が平成29年2月1日、モニタリングは1回のみ) 認知症や家族を通しての支援の場合はもつと時間が必要だと思ふ。			
モニタリングを行う上で、困ったこと	・2例ともに認知症はなく、コミュニケーション、対人関係に問題のない方であったため、特になし。 ・健康管理シートも本人が記載。			
セルフマネジメントを継続するために工夫した点	・本人の体質に合わせて、無理のない目標に修正。 ・体側の記載によりご自身の健康に心がけるよう助言。			
モニタリング着手後、セルフマネジメントを途中でやめたケース	なし			

### 9. 関係会議での検討内容

モデル事業取組の評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般的な退院指導ではなく、本人の生活や状況に合わせて、本人への意識づけと、本人の意識と運動した目標設定ができたことにより、セルフマネジメントとその継続につながった。</li> <li>ケアマネジャーが入院中のプラン作成とその過程を通じた情報収集を行い、その情報を病棟看護士と共有することにより、入院中に病棟で実施する退院指導がより具体的になった。</li> <li>入院中の退院指導が在宅での生活につながり、再発予防につながると感じた。</li> </ul>
今後の課題（改善点）	<ul style="list-style-type: none"> <li>1例はこのモデル事業がなければ、本人に伴走する支援者はいないケース。</li> <li>症度で認定結果が「介護」か「予防」かの予測がつきにくい場合、早期に支援者を決めるのが難しい。</li> <li>在宅介護、地域包括支援センターの医療担当と「介護」になつたときプラン作成ができない。</li> <li>入院前にケアマネジャーが決まっていなかった場合、入院後早期に支援に入ることは難しい。</li> <li>ケアマネジャーはセルフマネジメント支援にあたり、入院中に3～4回の面談を行ってほしい。本人、家族も含め、丁寧な説明により、事業の実施が可能となった。一方、この面談はケアマネジャーにとつては負担が大きく、事業化にあたっては課題となる。</li> <li>様式3の共同アセスメントシートの項目はもつと細かい方がよい、記載するよりもチェックできる書式の方が作業が楽である。</li> <li>書面で目標を提示することは大事なことと思う。</li> <li>今回の事例は理解も良く、書くことも受け入れも良い方であったため、様式について問題はなかったが、できるだけ本人の記載はマニキュアや、Oxをつけるだけという簡単なものが欲しい。</li> <li>セルフチェックシート「健康意識シート」については、退院後、かかりつけ医にも移してもらうために、お薬手帳や糖尿病手帳のような携帯できる「脳卒中手帳」「セルフマネジメント手帳」のようはものがあること良い。（手帳の作成だけでなく、地域の医療機関との取り組みとして、再発予防への仕組みにする必要あり）</li> </ul>
その他、留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>2例とも入院中に介護保険の利用がなかったため、ケアマネジャーの選出が困難であった。入院中にケアマネジャーが決まっていなかった場合、入院後早期に支援に入ることは難しい。（今回は回復期病棟により可能となったが、それでも期間が短かった。）介護保険の認定結果によって支援者が異なる。</li> <li>退院後に受診する医療機関の医師、看護士の理解が必要。退院後も通院は続くので、ここでの確認や支援は重要である。</li> </ul>

### 10. 昨年度と今年度のモデル事業を通じてのご意見等

- ・入院前に介護保険の利用がないケースであったため、入院中に介護保険申請、認定調査、要介護認定が行われた。認定結果や介護サービスの利用がない場合には、ケアマネジャーが支援者にならない場合もあるため、支援者の選定は昨年年度に引き続き課題であった。
- ・職業については、昨年年度に比べて必要な項目が記載され、チェック項目もあるのでも使いやすいか。記載に時間が分からなかった。
- ・作業が楽な方法にしてほしいという意見あり。）
- ・伴走支援者（ケアマネジャー）のセルフマネジメント支援と病棟内の退院指導は一体的に行われるべきものと思う。セルフマネジメントは本人の意識づけが重要。本人とのコミュニケーションが難しい場合や中・重度の介護度の対象者への支援については検討が必要。
- ・セルフマネジメント支援にあたり、ケアマネジャーは何度も本人と面談をした。昨年度の急性期病棟から退院するモデルと異なり、回復期病棟であったため可能な限りであった。結果、セルフマネジメントの動機づけや具体的な目標設定につながり、2例とも再発予防への行動変容につながったと評価するが、特に入院前にケアマネジャーが決まっていなかった場合、ケアマネジャーへの負担が大きかったと感じた。ケアマネジャー、病棟への報酬については、何等かの対応が必要との意見が多かった。

### 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

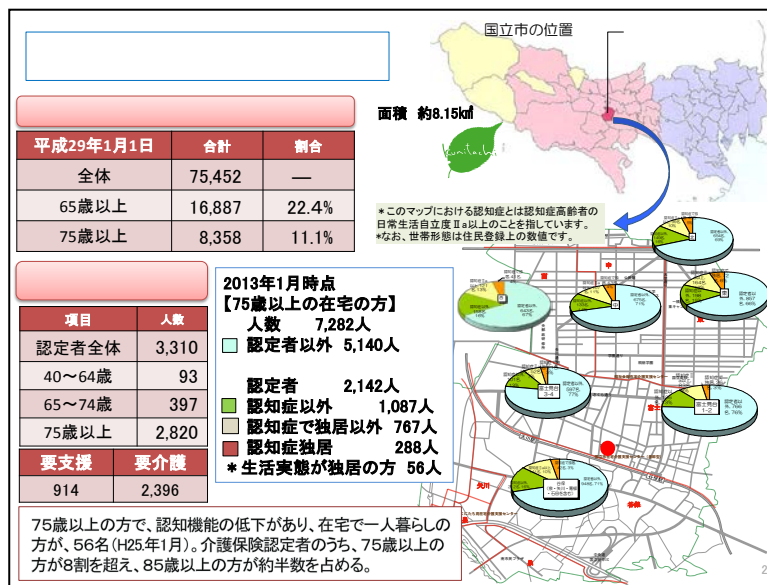
#### (国立市の状況)

##### ○国立市の概要

国立市は東京都内で2番目に小さい市であり、面積としては約8㎢ほどである。

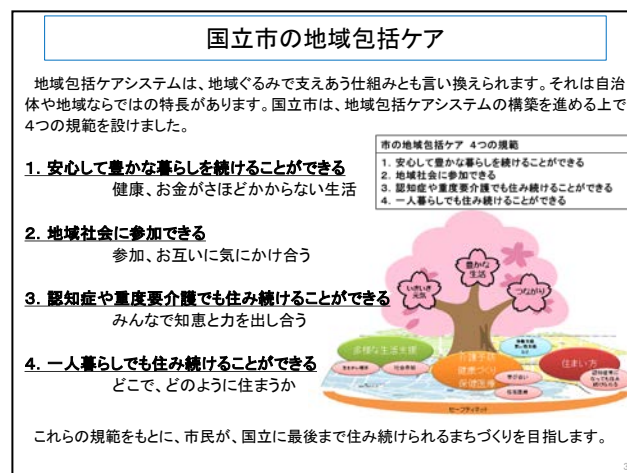
人口は約75,000人、高齢化率は22.4%で東京都のなかではやや低い方である。

要支援・要介護の認定者数は3,310人、うち第2号被保険者が93人で、要支援認定者は914人、要介護認定者は2,396人である。

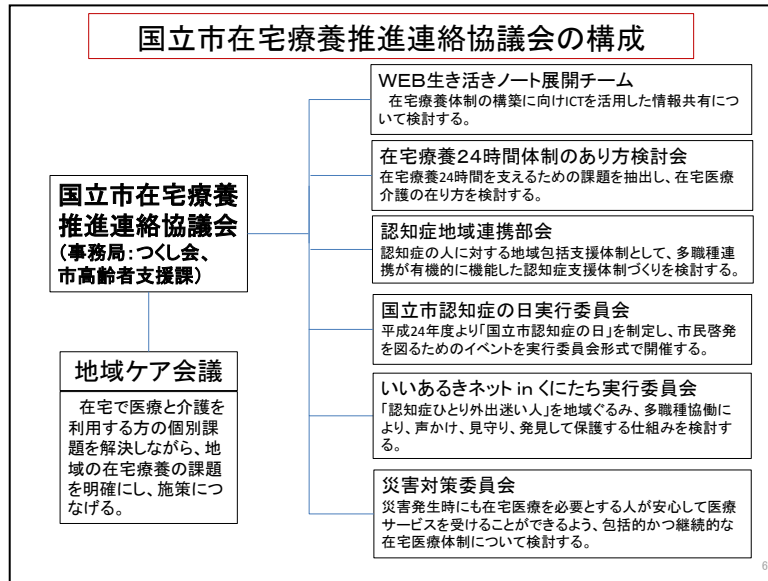


##### ○国立市の地域包括ケア

国立市の地域包括ケアの4つの規範として、「1. 安心して豊かな暮らしを続けることができる」、「2. 地域社会に参加できる」、「3. 認知症や重度要介護でも住み続けることができる」、「4. 一人暮らしでも住み続けることができる」を目指している。







**(セルフマネジメント報告)**

**○事例概要**

今回は1名の方を対象として行った。対象者は97歳女性、要介護度1の独居で、疾患は心不全であった。子どもの状況として、他県に長男夫婦が、市内に長女夫婦がいる。

訪問時に、本人が記録した体重、血圧、水分量の記録を見せていただいている。水分は正確にいうと尿量である。コップに採って、1日何CC出たか計っている。血圧、脈、体重、尿量を毎日計って、2週間に1回の訪問時に、主治医が記録を見て、本人の状況や訴えなどに合わせ、レントゲンの撮影を行い、服薬の調整を行っている。

ご主人がご存命の時から、ご本人とご主人の両方の血圧、脈、体重などをメモしており、現在は一人暮らしとなったが、引き続き尿量や体重を記録している。

**○ケアマネジャーより**

ケアマネジャーからの意見として、情報提供書を使い、本人と話し合うなかで、本人の病識や、家族のかかわりなどを改めて確認することができたという意見が寄せられた。

本人は、以前、心不全で入院したことがあり、再発を防ぐ取組をしている。食事については、長男の妻が塩分を控えた食事を摂るように働きかけており、水分量についても確認していた。

**セルフマネジメント報告**

今回、新田クリニック・宮崎医師、国上市内のケアマネジャーの協力を得て、1名(介護保険サービス利用者)の協力を得た。  
対象者は女性1名。

対象者:女性 97歳 独居  
介護度:要介護度1  
疾患:心不全  
子供:長男(他県)、長女(市内)

**主治医より**

- 訪問時に、本人が記録した体重、血圧、水分量の記録を見せていただいている。
- その結果と、体調不良の訴えで、レントゲン等を行い、服薬の調整をしている。
- この記録をつける事がセルフマネジメントになっている。

また生野菜と温野菜を交互に食べる等、体重を増やさないう気を付けているということも確認できた。さらに、情報提供書を使うことによって、主治医と、本人の状況を共有しやすかったとの意見が聞かれた。

情報提供書の1-Bについては、ジェノグラムの関係図のところについて、家族構成や家族の経過を記載するところがあれば、よりまとめやすいとのことであった。空欄でかなりスペースが大きく、ケアマネジャーがその部分にジェノグラムだけ書いていたが、例えば、ご主人が何年前に亡くなったということや、キーパーソンの息子の年齢等を記載するようなどころがあれば良いということであった。

## ○まとめ

ケアマネジャーやかかりつけ医による本人からの聞き取りのなかで、心不全の再発に対する不安が大きいこと、またそのために血圧や体重、尿量などを計ったり再発防止に向け取り組んでおり、また自ら記録をつけており、再発予防について言葉にして、伝えることがセルフマネジメントを支援するうえで大切だと感じた。

また、チェックシートのなかで、病識、日常生活全般、服薬管理、食事、運動・移動、コミュニケーション・対人関係について、かかりつけ医とケアマネジャーが情報を共有できたことも重要である。

最後に、本人が注意していること（心不全、水分、血圧、体重等）、また、家族の役割を含めて、状況を関係者が共有できたことも大切である。今回のケースの場合、長男の妻が食事を作りに来たり、逆に妻が来られないときは長男が他県からやってきて、服薬の確認などをしており、伴走者はケアマネジャーに限る必要はなく、関係者が連携して伴走することが必要であると感じた。

## ケアマネより

- ・本人との話し合いの中で、本人の病識を確認できた。また、本人の気にしている事(心不全の発作で苦しんだ事)、それを防ぐために取り組んでいる事(塩分を控える、水分量を確認する、青汁、生・温野菜を交互に食べる、3Kg以上体重を増やさない事)についても確認できた。
- ・今回、情報提供書の記載事項に病識についての項目があり、再度注意するようになった。
- ・情報提供書を使うことによって、主治医と本人の状況について、共有化ができた。
- ・家族のフォロー体制も確認できた。
- ・項目として、家族構成や家族の経過(夫死去等)を記載するところがあれば、まとめやすいと感じた。

## まとめ

- ・本人が、聞き取りのなかで、不安や取り組んでいることを記録したり、言葉にして支援者に伝えたことがセルフマネジメントの中では大切。
- ・病識、日常生活全般、服薬管理、食事、運動・移動、コミュニケーション・対人関係について、かかりつけ医、ケアマネジャーが情報を共有した。
- ・本人が注意(心不全、水分、血圧、体重等)していること、家族の役割を含めて、状況を関係者が共有化できた。

## 4. 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、高齢化が進む一方、人口減少が進んでいる地方都市であり、平成 29 年 1 月末現在の人口が 196,796 人、高齢化率は 30.43%で、今後も高くなると予想されている。

要介護認定率の平成 23 年度と平成 29 年度を比較すると、65 歳以上の人口は増えているものの、認定率は 2 ポイント低下し、第 2 号被保険者は、認定者数・認定率ともに下がってきている。

平成 23 年当時は要介護 4、5 が多かったため、要介護 4、5 を減らす取組みを実施してきた結果、平成 29 年 1 月現在で要介護 4、5 は 2,993 人に止まり、平成 23 年度の 3,161 人から改善している。

**<高齢者と介護保険認定状況>**

区 分		H23年度	H29.1月末
人 口		203,904人	196,796人
65歳以上人口		54,051人 (26.51%)	59,886人 (30.43%)

介護保険の認定状況

区 分		H23年度(人)	H29.1月末(人)	H23年度割合 (%)	H29.1月末割合 (%)
認定者数	65歳以上	12,041	12,145	22.3	20.3
	40歳以上64歳以下	349	258	0.51	0.4
内訳	要支援1・2	3,028	2,596	24.5	20.9
	要介護1・2・3	6,201	6,814	50.0	55.0
	要介護4・5	3,161	2,993	25.5	24.1

### (本モデル事業に参加することになった理由)

上越市は平成 27 年度も本モデル事業に参加し、引き続き 2 年目ということで取り組んだ。モデル事業に参加した背景として、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非常に多く、介護保険の申請の 6 割を占めていたため、この点に取り組んでいかないと、根本的な解決にならないと考え、本モデル事業に参加することとした。

脳血管疾患は再発によって要介護度が重度化する傾向がみられ、1 度目の発症時は要支援 1、2 や要介護 1、2 だが、2 回、3 回と発症することによって要介護度が 4、5 と重症化していくため、再発させないための予防に取り組むことが必要であった。取り組みを始める前の要介護認定率は、国や新潟県の平均よりもかなり高く、重度の方が多かったため、保険給付費も大きく伸び、介護保険料もあがっている。第 4 期は 5,000 円だった介護保険料が、第 5 期には全国でも 3 番目に高い 6,525 円となっていた。

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度が重度化した人が多い

↓

○脳血管疾患の発症予防に取り組んでいる  
 ☆専門医やかかりつけ医と協力し、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  
 ☆個別の保健指導を主軸に、生活習慣病の重症化予防の取組を実施している

**<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。

具体的な取組としては、専門医やかかりつけ医と一緒に、ケアマネジャーへの研修や保健師・栄養士との連携体制を構築し、再発予防を進めている。また、必ず個別の保健指導を実施し、生活習慣病の重症化予防に取り組んでいる。また、これまでの保健指導を見直すことや保健師等の力量形成を図るため、勉強会なども開催している。

#### (ケアマネジャー・地域包括支援センターとの連携)

上越市は、介護系の資格を持つケアマネジャーが8割、医療系の資格を持つケアマネジャーが2割である。多くのケアマネジャーが疾病管理という視点をもっていなかったことや服薬状況や残薬状況の確認など服薬管理に重点をおいていなかったため、ケアマネジャーや地域包括支援センター職員に対して研修会を開催している。

研修会では、上越市の高齢者の現状、認定状況の推移、保険給付費の推移などを説明し、ケアマネジャーや地域包括支援センターの役割を再認識してもらえるように促した。

また、医師会の協力を得て、医師による勉強会も開催している。上越市の要介護認定が多い疾患をとりあげ、最低限身に付けてほしい基本的な医療知識の勉強会である。高齢者の特徴、脳血管疾患、糖尿病、腎臓・人工透析の予防、認知症など各1回ずつ開催し、講義を聞いたあとは、ケアマネジャーの業務にどう活かせるかグループワークを行い、振り返りができるようにした。

しかしながら、基本的な医療知識が獲得できたとしても、個別のケースに対応することは難しいため、要介護1と2、要支援1と2、チェックリスト対象者で、脳血管疾患の既往のある場合、保健師と栄養士が連携してケアプランを作成することとしている。これについては、インセンティブとして500円支払う仕組みを作り、3年が経過したところである。

#### 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>

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

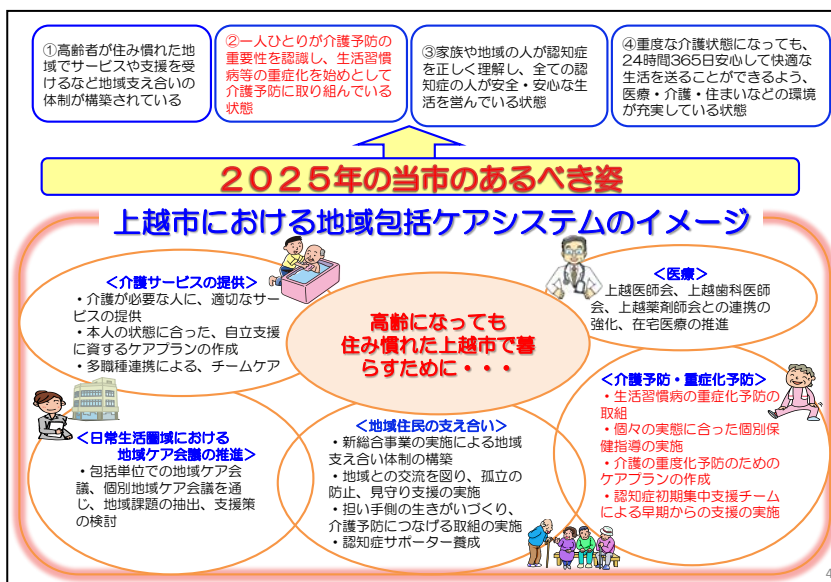
要介護1・2、要支援1・2、チェックリスト対象者で脳血管疾患の既往のある人を対象に、ケアプラン作成時に保健師・栄養士と連携した場合には、インセンティブとして500円を支払う仕組みを作った。

3



## (上越市のあるべき姿)

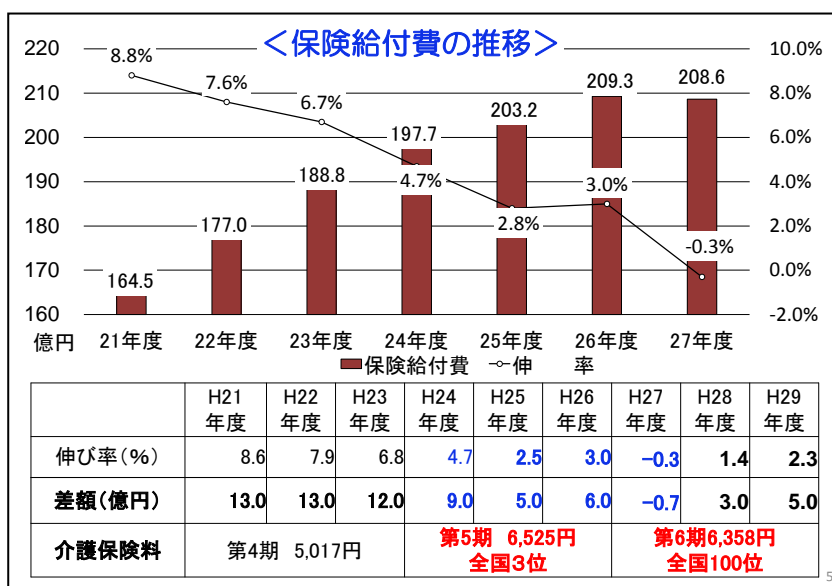
上越市では、地域包括ケアシステムのイメージを図示化し、第6期の介護保険事業計画に掲載するとともに、市民、事業所、医師会とも共有している。本モデル事業における取組みは、「②一人ひとりが介護予防の重要性を認識し、生活習慣病等の重症化を始めとして介護予防に取り組んでいる状態」に位置づけ、すすめている。



## (これまでの成果－保険給付費の推移)

第6期の介護保険料はまだまだ高い状況ではあるものの、少しずつ保険給付費の伸びが抑えられてきており、第6期の介護保険料は全国3位から全国100位の水準まで改善している。

なお、平成27年度をみると、伸び率がマイナス0.3%と平成26年度よりも低くはなっているが、介護報酬改定の影響を受けている可能性もあるため、しっかりと成果を見極めなければならないと考えている。



## (病院とケアマネジャーとの連携)

上越市は、脳卒中地域連携パスを、上越市医師会を中心に急性期から慢性期までの連携ツールとして運用していることから、本モデル事業についてはBパターンで取り組んだ。

連携会議を年に3回程度開催し、急性期病院、回復期病院、慢性期病院、在宅医、老健施設、行政職員、ケアマネジャー協議会の代表なども参加して、このパスの運用状況を確認している。

これは脳卒中に特化した連携パスだが、それ以外にも在宅医療と介護の連携を目的に地域連携連絡票を作成している。これは、疾病に関係なく、ケアマネジャーが作成するもので、例えば、入院時には在宅での様子を記載したものを病院に提供し、情報共有を図る。入院していれば病院、在宅であればかかりつけ医に渡すといった形で運用している。

### 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
- ・運用している急性期病院、回復期病院、慢性期病院、在宅医、老人保健施設、行政などの関係者による連携検討会議を年3回開催し、運用状況の報告や見直し、最近の発症の状況などについての情報交換を行っている（介護支援専門員の代表も参加し、ケアマネ会員に復命を行っている）

<地域連携連絡票の活用>

- ・在宅医療と介護の連携を目的に、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している。入院時には在宅での様子を記載したものを病院に提出し、情報共有を図っている  
(上越医師会ホームページを参照)

6

## (モデル事業を実施して)

本人、家族が脳血管疾患の発症の原因と自分のこれまでの生活習慣の振り返りを行うことが重要であり、それが動機付けにつながり、継続することにつながっていく。その点について、責任をもち指導する役割を誰が担うのが鍵だと考えている。

セルフマネジメントに取り組めるケースには一定の条件が必要で、主治医の適切な指導や指示を理解し、本人を支える専門職や家族の支援がないと、継続することは難しいと感じている。

本モデル事業では、脳血管疾患再発予防のために本人・家族への具体的な支援・指導が必要であることから、保健師資格を有するケアマネジャーを選出している。本モデル事業対象者は平成27年度モデル事業の継続者3名と平成28年度新規2名の計5名だが、全て平成27年度モデル事業に参加した保健師資格を有するケアマネジャーが担当している。

昨年度のモデル事業対象者は、モデル事業中はセルフマネジメントに取り組んでいたものの、事業終了後はやる気が下がってしまった方も見られたが、本年度声かけをしたところ、再び意欲的になりセルフマネジメントに取り組んでいる。取り組むきっかけがないと、意欲を持続させることは難しいと感じている。

ケアマネジャーが取組みの内容を説明したあとに本人が独自の取組みを追加して取り組んでいたケースもみられ、自身で考えて取り組むという好事例となった。

### モデル事業を実施しての報告①

☆本人や家族が自身の脳血管疾患の発症の原因と自分のこれまでの生活習慣などの振り返りが行なうことが重要であり、その部分の動機付けについては、自身で何をどう気をつける必要があるのかを、本人の実態に合った内容で保健指導をする役割を持つ人が必要である

☆セルフマネジメントに取り組めるケースには、一定の条件が必要。  
主治医の適切な生活指導、主治医の指示を理解し本人を支える専門職や家族の支援など

①脳血管疾患再発予防のために本人及び家族への具体的な支援が必要であったことから、保健師資格を有するケアマネジャーを選出

↓

本事業対象者：5名全員が最後までモデル事業に取り組めた

7

記録については面倒という声も聞かれたが、実績が明確に残り、評価してもらえることが意欲につながる効果も見られる。

モデル事業対象者の5ケースは、入院等もなく在宅生活を継続している。

なお、ケアマネジャーにおいては、脳卒中地域連携パスやケアプランの作成などの通常業務に加え、本モデル事業においてアセスメント・プランニング・モニタリングという同じ工程を二重に取り組むこととなり、負担が大きかったという声が聞かれた。

今後については、上越市は高齢化が進み、入退院を繰り返すケースが、脳血管疾患だけでなく、誤嚥性肺炎や転倒によるケースも多くなってきており、対象を広げた支援についても検討すべきではないかと考えている。

## モデル事業を実施しての報告②

### ②昨年度からの継続事例

- ・モデル事業対象者の選定は、セルフマネジメントに継続して取り組むことができるであろうと思われる人を選んで依頼を行った（理解力、意欲、活動量などを考慮）
- ・ケアマネジャーと具体的な支援内容を検討した後、自身で独自の取組内容を追加して取り組んでいた。自発的な行動につながった好事例もあった
- ・モデル事業継続実施中は、意欲的に取り組むが、モデル事業の終了とともに意欲が低下してしまったが、また今年度のモデル事業の話をするとう意欲的に取り組んだ。

↓

定期的な支援（確認程度で良い）が必要。記録用紙の形で実績が明確に残り、評価してもらえることが意欲につながる

### ③その他

- ・入退院を繰り返すケースは、脳血管疾患の再発もあるが、本市においては再発の方が減少しており、誤嚥性肺炎や転倒によるケースが多くなってきている

8

**1. 実施体制（参加機関）について**

本モデル事業を連携していない場合には、記載不要。数が不足している場合には行を追加し記載して下さい。

参加機関	名称	担当部署名等
自治体	上越市役所	健康福祉部 高齢者支援課
医療機関① (急・回・急小)		
医療機関② (急・回・急小)		
医療機関③ (急・回・急小)		
医師会	主治医	(記入不要)
地域包括支援センター①		
地域包括支援センター②		
地域包括支援センター③		
ケアマネ協会		(記入不要)

**2. 伴走する対象疾患（具体的に）**

対象疾患	1. 脳血管疾患 2. 心疾患 3. 療育性症候群（ロコモ関連疾患） 4. 認知症 5. その他（具体的に）:
選定理由	脳血管疾患既往者でセルフマネジメントの取組に前向きであると判断したため

**3. 取組パターン**

着手時の予定	1. Aパターン 2. A'パターン 3. Bパターン
最終的にSMに取組んだパターン別件数(0は要介護認定者数記載)	1. Aパターン: ( ) 2. A'パターン: ( ) 3. Bパターン: ( 5 )

**4. 当該地域における対象疾患患者**

当該地域(市町村・特別区等)における対象疾患について記入してください。

	患者数(人)	具体的に
平成27年度対象疾患有 病者数	348	把握方法(推計/実数): 国保データベースより
当該 地域 による入院患者数	不明	把握方法(推計/実数):
		把握方法(推計/実数):
		把握方法(推計/実数):

AまたはA'パターンのみ

平成27年度対象疾患 入院患者数	
参加 医療 機関	うち高齢者数 モデル事業期間中の対 象疾患入院患者数 うち高齢者数 うち要介護 認定者あり
	把握方法(推計/実数):

**5. 目標値の設定（関係者会議で検討した内容を記載）**

関係者会議で検討した事項について、パターン別に記載して下さい。

A パターン	対象者抽出方法 対象者選定方法 (条件等) 支援者数の検討 (自障阻) 支援者数の決定 (日障阻)	人 ( 月 日合意)
B パターン	対象者抽出方法 対象者選定方法 (条件等) 支援者数の検討 (自障阻)	介護支援専門員と協議し、モデル事業実施に対し、前向きに取組が見込まれる者を選定 在宅であり、要介護認定が以下である人、病歴・医師からの指図などへの理解力がある人 介護支援専門員と協議し、上記条件に該当する支援者を抽出した。
	支援者数の決定 (自障阻)	5人 ( 11月 合意)

**6. セルフマネジメント支援者の選定と実施状況**

対象者を選定するに当たり、関係者会議で検討した対象者選定条件に変更があった場合や同意した/同意しなかった支援候補者について  
特徴等お気づきの点があれば記載をお願いします。

	A/A'パターン 総付あり	A/A'パターン 総付なし	B/A'パターン 総付あり	B/A'パターン 総付なし	備考
対象者選定数	人	人	5人	人	
拒否数	人	人	0人	人	
同意数	人	人	5人	人	
情報連携の実施	様式1	人	5人	人	
	様式2	人	5人	人	
	様式3	人	5人	人	
セルフマネジメントプラン作成	人	人	5人	人	
	うち、医療機関からアド バイスを受けたもの	人	人	人	
モニタリングを1回以上実施	人	人	5人	人	
MCIが疑われた件数	人	人	2人	人	
	うち、医療機関からアド バイスを受けたもの	人	0人	人	

**7. 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**

モデル事業セルフマネジメント支援者の病状を、介護支援専門員と共有するうえで、お気づきの点があれば記載してください。

医療機関	日常的に情報交換しているため、本事業のために改めて指示をもらうなどは行っていない
介護支援専門員	当市においては、脳卒中連携バスや介護の高度化に向けた保健師・栄養士による介護支援専門員と連携してケアプランを作成している現状であるため、モデル事業のような取組は必要ではないと感じた。

介護支援専門員がセルフマネジメントプランを作成するうえで、助産した内容等を教えてください。

医療機関	通常の指示どおり
------	----------

セルフマネジメントプランを作成するうえで、困ったことがあれば教えてください。

介護支援専門員	記入する書式が多すぎて、手間がかかりすぎる。通常の連携ハスの方が良い
---------	------------------------------------

8. セルフマネジメント支援(モニタリングの実施)

1回あたりの平均時間	30分程度	最長時間	最短時間
時間が長くなったり短くなったりした理由			
モニタリングを行う上で、困ったこと			
セルフマネジメントを継続するために工夫した点	ケアマネジャーによる定期的な声掛け		
モニタリング前後、セルフマネジメントを途中でやめたケース	なし		

9. 関係会議での検討内容

モテリ事業取組の評価	昨年と同様のケースにモデル事業に取組んでいただいたこともあり、介護支援専門員がモニタリング訪問をした際には、話し合った内容以外にも独自で付け加えて取り組んでいただいたこともあり、効果があると感じた。一方で、モデル事業期間内は頑張っておられた方が、モデル事業の終了と共に、取組が薄れていく傾向があったため、介護支援専門員が定期的に確認を行ってきた経緯がある。
今後、継続して取り組む場合の課題(列挙)	様式5の予防の理解における検査データの数値で啓発のために示す目標とする数値の提示は、脳卒中学会、糖尿病学会などの治療ガイドラインで示された数値で行うことでよいが、主治医が具体的な数値を示して説明を行っていないケースも多い。
ツールの改善点(列挙)	書式の見直しをしていただいたが、記載する書類の数が多く、介護支援専門員が負担に感じていた。
その他、意見要望	当市では、介護支援専門員が福祉職出身者が8割であるため、疾患のメカニズムやコントロールについて、望ましい検査データの数値や危険な状態等に関する知識が薄いため、医師会医師の協力のもと研修会や勉強会を行っている。今回のモデル事業の取組も必要であるが、医療知識が十分でない介護支援専門員への支援についても並行して取り組んでいく必要があると思う。

10. 昨年度と今年度のモデル事業を運じてのご意見等

当市では、パターン別に取組んできたが、パターンBを継続して実施することが見込まれる方＝セルフケアマネジメントができてそうな人及び介護支援専門員は保健師の職を有する者を対象としたため、取組の効果が表れやすかった。しかし、実際に本事業を地域に広げて実施していくには、発症後数年が経過し、疾病の需要もでき、前向きに再発予防の取組に意欲のある人から、初回発症⇒在宅療養の要否等と急激な自身の心身の状態の変化に対応すべき時期の人など、対象者が幅広いなるため、支援者の対応は異なる。また、介護支援専門員の疾患や疾患のコントロールに関する知識を有する人と効果的な支援を行うことができないと思う。また、入退院を繰り返す可能性としては、発症の再発もあるが転倒、誤嚥性肺炎などが原因となり、入退院を繰り返すケースもある。

## 5. 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査 北畑 恵里

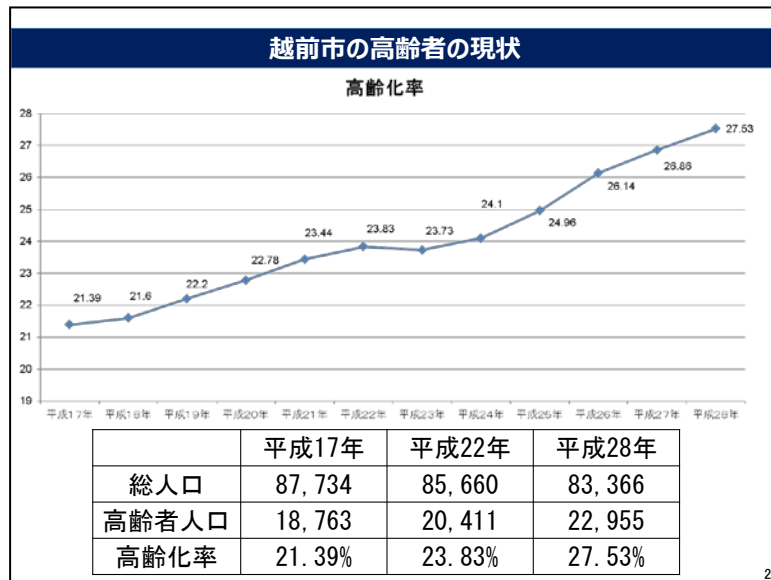
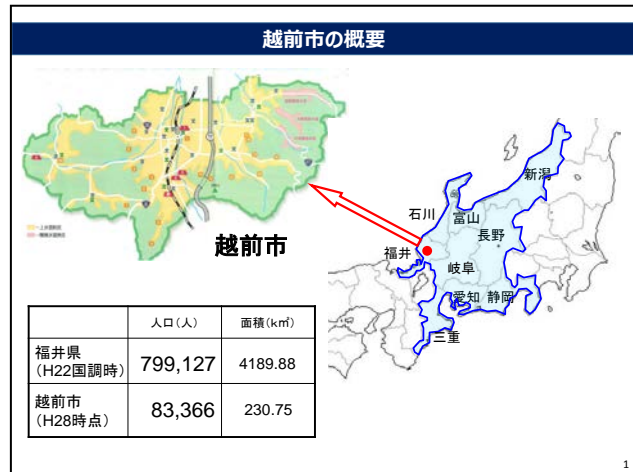
### (越前市の概要)

北陸三県の一番南に位置する福井県は、男女とも健康長寿であり、幸福度上位の県である。

越前市は、福井県のほぼ中央に位置し、人口は福井県の約 1 割の 83,366 人、また面積は、福井県の 5.5%にあたる 230.75 km<sup>2</sup>を有している。

総人口は、1 市 1 町の合併があった平成 17 年に比べると減少してきているが、高齢者の占める割合は

年々増え、平成 28 年の高齢化率は 27.53%である。また、高齢者の独居率は、約 15%となっている。



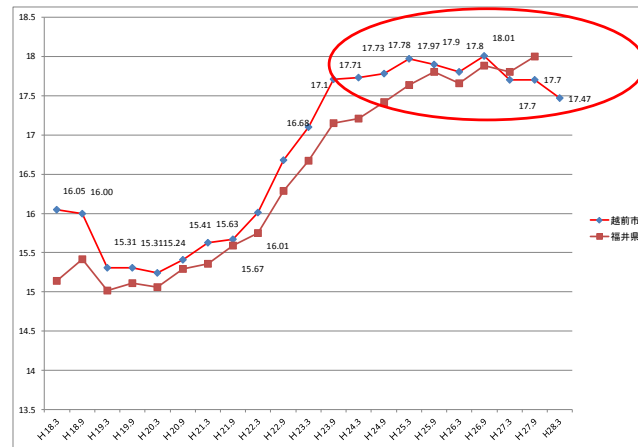
近年の要介護認定率の推移をみると、福井全体では増加しているが、越前市では横ばい、あるいは若干だが減少している。

これは、越前市では介護予防に力を入れており、町内単位で住民主体の「いきいきふれあいのつどい」という身近な集える場所づくりを行っている。そこで越前市が考案したご当地体操「つどい体操」や栄養口腔、音楽療法等を取り入れた介護予防教室や健康相談を行っている。

市内にある約 250 町内の中で約 200 町内が実施しており、このつどいの効果もあるのではないかと考えている。

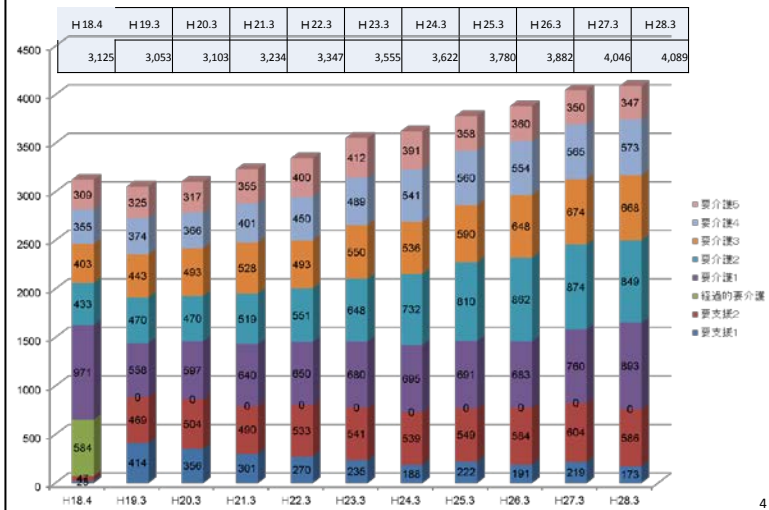
越前市の要介護・要支援認定者数は、高齢化率の増加に伴い増加している。介護度別の割合でみると、要介護 1～3 が多く、要介護 1 の割合が増えている。

### 要介護認定率の推移（福井県・越前市）



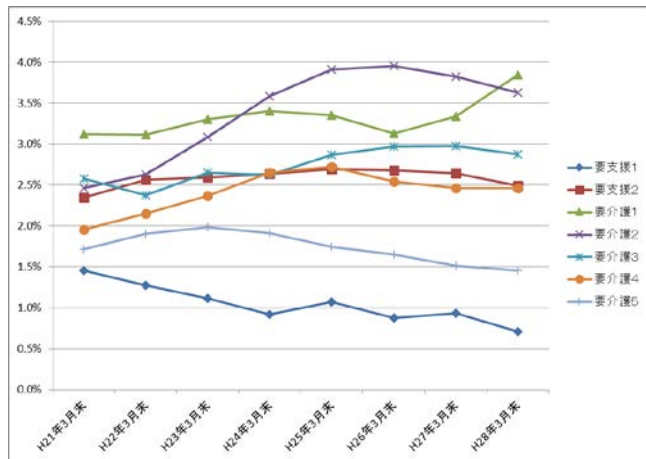
3

### 越前市の要介護（要支援）認定者の推移



4

### 越前市の要介護認定率の推移



5



## (越前市の地域包括ケア体制構築に向けた取り組み)

越前市が取り組んでいる地域ケア会議の特徴は、地域ケア個別会議である。

その開催目的は、ケアマネジャーのケアマネジメントプロセスの強化であり、頻度は隔月1回につき1、2例で、事例は認知症や困難事例、介護予防プランなど、多職種が関わると良いと思われるケースをとりあげている。

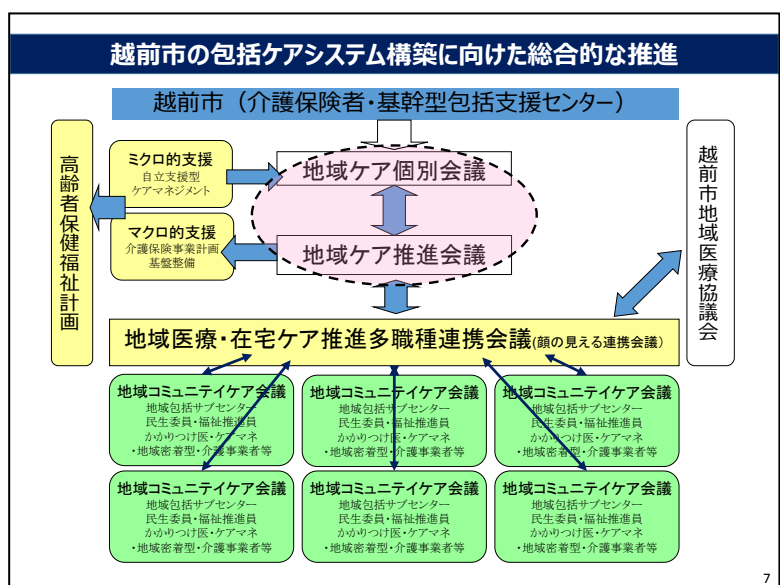
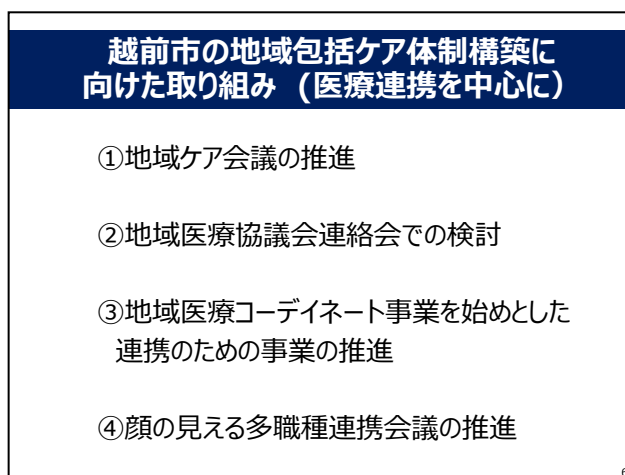
参加者は医師、薬剤師、PT、OT、訪問看護師、介護福祉士、管理栄養士、主任ケアマネジャーなど、事例に応じて精神保健福祉士、社会福祉士などである。

1事例40分程度で、オープン形式で行っており、ケアマネジャーの学習の場としても活用している。

越前市は地域包括支援センターを直営で1か所、日常生活圏域ごとに6カ所の地域包括支援センター及びサブセンターを設置している。

日常生活圏域ごとに地域ケア会議を実施し、関係者や地域住民との顔の見える関係づくり、地域課題の共有や解決策を模索している。

このように、地域ケア会議を実施することによって、ケアマネジャーの医療に関する知識の重要性や、自立支援の理解を含め、ケアマネジャーだけでなく、地域包括支援センターの職員等においても、育成の場となっており、公開方式で行うことで、より効果が高まっていると考えている。

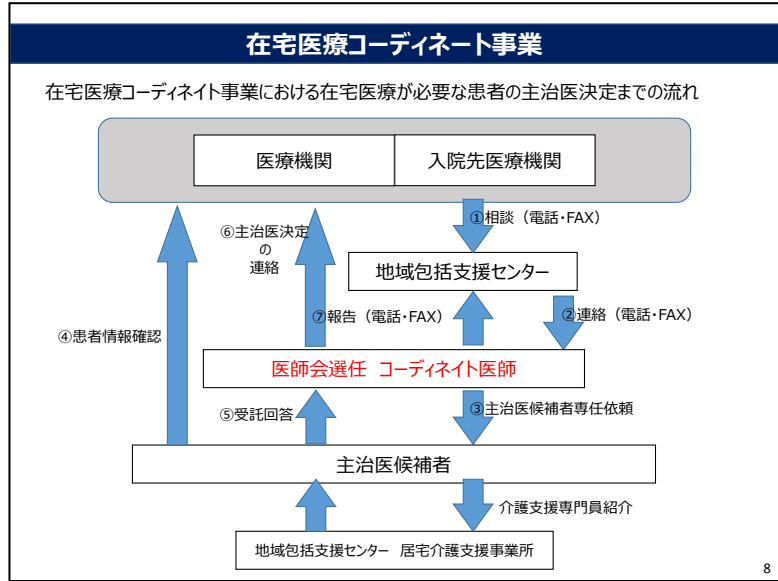


## (在宅医療コーディネイト事業について)

越前市には38の診療所、7つの病院がある。市の中央に基幹となる病院が2か所あり、公立の病院や診療所はない。市外に急性期の総合病院があり、そこで入院加療をされ、在宅に戻ってくる方も多くいる。

市外への通院は難しいが、市内にかかりつけ医がないなどの相談が多いため、医師会の協力を得て、6か所の日常生活圏ごとに医療コーディネーター医師を選出してもらい、その医師を通じてかかりつけ医を紹介してもらうという事業を行っている。

この事業は、住み慣れた地域で医療を受けながら、安心して生活ができるように支援する事業となっている。



### (顔の見える多職種連携会議について)

この連携会議の目的は、医療と介護の連携で、お互いの分野についての理解と関係づくりであり、医師、歯科医師、薬剤師、サービス事業者、医療機関、地域連携室、ケアマネジャー、地域包括支援センター、行政などが参加している。

日ごろなかなか話す機会の少ない医師や歯科医師も多く参加しているため、顔の見える関係づくりが期待されており、150人近くの参加者数となっている。

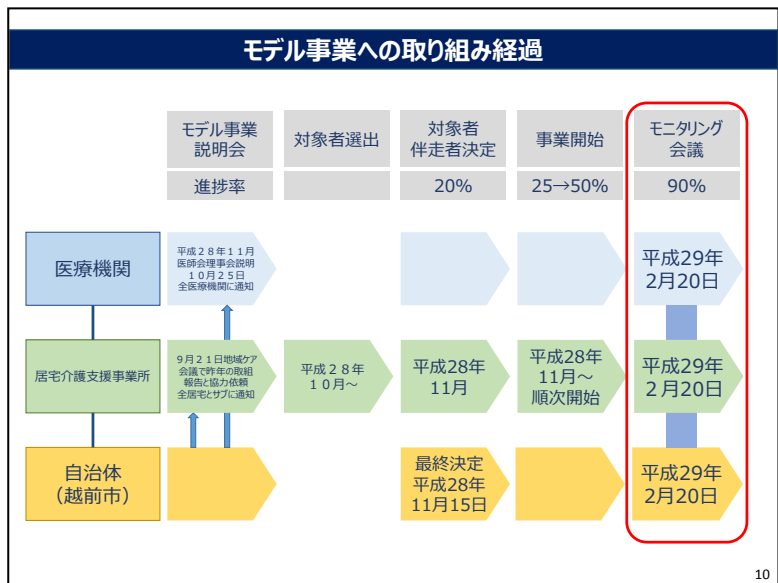
顔の見える多職種連携会議 (平成28年度)	
目的	医療と介護の連携を円滑にするため、それぞれの職種が、お互いの分野についての知識等を身につける。
内容	がん末期・精神疾患の事例を提供し、多職種から様々な意見をきくことで、今後の共通の理解をし、在宅におけるチームケアや具体的な連携のイメージがもてるようグループワークも行う。
対象者	医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護保険サービス事業者、医療機関地域連携室、介護支援専門員、県保健所、地域包括支援センター・サブセンター
結果	1回目 147名参加 2回目 139名参加

### (平成28年度のモデル事業について)

昨年度は1医療機関、1ケアマネジャー事業所での取り組みだったが、今年度は事業の重要性を鑑み、取り組み範囲を広げた。

医療機関への説明は、医師会に説明・協力を求め、全医療機関に対して、本事業の通知を行い、協力を求めた。

ケアマネジャーに対しては、地域ケア個別会議で昨年度の取り組みの効果を説明し、事業協力を依頼した。この会議に



欠席する人もいるため、全ケアマネジャー事業所、地域包括サブセンター等に通知をし、協力を求めた。

対象者・伴走者決定を11月に行い、順次開始し、3回のモニタリング終了後に、2月20日にモニタリング会議を開催した。

対象者はBパターンで、要介護状態の要因であり、セルフケアが必要な疾患であると考えたため、主に脳血管疾患を対象疾患として、在宅で支援や介護を受けている方の中から選出した。

### (モデル事業対象者の概要と事業前後の変化について)

市内の全ケアマネジャー事業所に通知し、対象となり得る方をあげてもらい、対象者は3名となった。

モデル事業対象者の概要			
	対象者A	対象者B	対象者C
年齢・性別	51歳・男性	76歳・男性	79歳・男性
診断名	左被殻出血	脳梗塞	ラクナ脳梗塞
要介護度	要介護1 自立度：A2 認知症自立度：I	要支援1 自立度：J2 認知症自立度：自立	要介護2 自立度：A1 認知症自立度：自立
利用サービス	訪問リハ（週2回）→ 通所リハ（週3回）11月～ 障害福祉サービス（週1回）	通所リハ（週1回）	訪問リハ（週1回）
医学管理	外来通院（1回/月）	外来通院（1回/月）	外来通院（1回/月）
伴走者	担当ケアマネジャー	担当ケアマネジャー	担当ケアマネジャー

11

### ○対象者A

51歳・男性で、左被殻出血のため右不全麻痺と高次脳機能障害があり、既往として高血圧がある。

単身赴任先で発症し、地元に戻り入院、在宅で訪問リハを受けていた。事業前は、血圧を測ったこともなく、家の中でもあまり動かないという状況であった。

セルフケアの取組みとして、血圧測定や服薬管理、デイの準備や運動等を行った。通所リハに切り替え、通所リハ事業所でもフォローをしてもらい、月1回開催するサービス担当者会議で、できるようになったこと・できないことを明確にし、伝えていった。ま

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		変化なし
	Vital Sign (BP)	自分で測定せず	意識的にするようになった（習慣化された）
	服薬管理	自己管理	自己管理
	運動	杖、装具使用	サービス以外でも屋外の歩行訓練をするようになった
	睡眠	問題なし	問題なし
	飲酒・喫煙	なし	なし
家族	妻が調理、特に気にかけていない。	デイケアで薄味・野菜の多い食事を知ってもらった。	
医療機関（医師）		かかりつけ医（転院先）が専門医でないため、連携が必要。	
ケアマネジャー		月1回会議をし、できるようになった事とできない事を明確化して伝えた。目標をもって取り組む事の必要性を理解した。	
その他		高次脳機能障害があり、注意力に欠ける事もあるが、メモをとるようになった。	

12

た、「横断歩道を渡る」などの具体的な目標をたてて実施した。

そのような中で、本人から「4月から復職したい」という話が聞かれるようになったり、通所リハから帰ってくると、外を歩いたり、階段の上り下りを自ら行ったりするなど、さまざまな変化がみられた。今は復職に向けた支援をしている。

### ○対象者B

76歳・男性で、要支援1と認定され、通所リハを利用している。

平成18年に脳梗塞を発症し、右不全麻痺、言語障害がある。

セルフケアの取り組みとして、血圧測定、体重測定を行うほか、飲酒を1日1合半、休肝日を週に2回設ける、喫煙は1日20本など、自ら目標をたてた。

取り組む中で、飲酒や喫煙が増えた日には、自ら原因が何かを考えるなど、意識の変化がみられた。

体重が減らないことを悩んでいたが、「夏に向けて減量したい、春にはタケノコ掘りに行きたい」と運動（スクワット）を朝夕の1日2回行うようになった。

もともと目的意識が高かったが今回この事業に取り組むことで、自ら目標をたて、そのための活動内容まで自らが決めて取り組むことができている。

モデル事業前後の変化（対象者B）			
	前	後	
本人	健康管理意識	あり	あり
	体重		減らない事が悩み 夏に向けて減量しようと思う
	Vital Sign (BP)		やや安定
	服薬管理	自己管理	変化なし
	運動	特に問題はない	体力低下を感じ、運動（スクワット）を朝夕20回ずつ実施するようになった
	睡眠	睡眠薬使用	変化なし
	飲酒・喫煙	飲酒・喫煙ともにあり	目標を決め、増えた日には原因を考えるようになった
家族	調理は妻が行う		
医療機関（医師）			
ケアマネジャー		約10年間要支援の状態を維持しているが、継続してセルフケアに取り組んでいく事の必要性を理解した。	
その他			

13

### ○対象者C

79歳・男性、要介護2で、訪問リハを利用している。ラクナ梗塞を発症するまでは病識がなく、夜まで仕事をしてきた。

セルフケアの取組みとして、血圧測定、内服管理、体操などを行った。訪問リハ事業所のスタッフにも協力してもらい、取組み内容を確認していた。

もともと病識はなかったが、

モデル事業前後の変化（対象者C）			
	前	後	
本人	健康管理意識	なし 暗くなるまで外仕事していた	向上 数値として自覚するようになった
	体重		微増 冬場で外出の機会が減り、体重は増えた
	Vital Sign (BP)		やや安定
	服薬管理	自己管理	飲み忘れがなくなった
	運動	右下肢跛行、下肢筋力低下	体の事を考えて作業するようになった
	睡眠		変化なし
	飲酒・喫煙	なし	なし
家族	調理は妻が行う		
医療機関（医師）			
ケアマネジャー		病識がなかったが、日記をつけるという習慣に着目することで、健康管理の意識をもつ支援ができた。	
その他			

14

血圧を測り、数値で見ることによって自覚するようになった。血圧を意識しながら仕事をするようになっており、血圧が高いとその原因を考えるようになってきている。日記をつけるという習慣に着目したことで、健康に対する意識を向けることができた。

### (モデル事業のまとめ)

目的・目標設定については、対象者の興味・関心ごとをケアプランの目標とすることにより、目標達成のためのセルフマネジメントとして、計画策定することが本人の積極的な取り組みにつながられることができた。

今回の3事例に共通したことは、それぞれのケアプランに掲げられた目標を達成するための手段として、疾病に対する必要な管理を

自ら行うことの重要性を対象者自身が認識するようになったことである。

セルフケアマネジメントを通して、本人が意識して飲酒や喫煙、食事、運動などの生活習慣を改善するよう取り組むことが、健康状態が維持・改善、また、再発予防や望む暮らしにつながっていくことを啓発していくことが重要だと感じた。

血圧管理については、血圧測定や服薬管理は、取り組みやすく、結果として管理できるようになっている。食事については、調理を担う家族等の理解も含めた支援が必要ではないかと考えている。

体重管理については、体重管理の必要性は認識しているようだが、具体的な管理方法（食事管理や運動のめやす等）を理解していないため、管理栄養士やリハビリ職等と連携した目標設定や支援体制が必要ではないかと考えられる。

今回の事例は在宅生活で安定している事例であったため、セルフマネジメントという新たな取り組みとして介入したことから、医師との連携がやや消極的な印象となった。

まとめ「モデル事業に取り組んで」	
<b>①目的・目標設定について</b>	対象者の興味・関心ごとをケアプランの目標とすることにより、目標達成のためのセルフマネジメントとして、計画策定することが本人の積極的な取り組みにつながられた。
<b>②血圧管理について</b>	血圧測定や服薬管理は、取り組み易く、結果として管理できるようになった。食事については、調理を担う家族等の理解も含めた支援が必要ではないか。
<b>③体重管理について</b>	体重管理の必要性は認識しているようだが、具体的な管理方法を理解していない。管理栄養士やリハビリ職等との連携して、目標設定や支援体制が必要ではないか。
<b>④医療との連携について</b>	在宅生活が安定している事例については、セルフマネジメントという新たな取り組みとして、介入したが、医師の関わりがやや消極的な印象であった。

15

**1. 実施体制(参加機関)について**

本モデル事業で連携していない場合は、記載不要。数が不足している場合は行を追加し記載して下さい。

参加機関	名称	担当部署名等
自治体	越前市	長壽福祉課
医療機関① (急・回・慢・か)		
医療機関② (急・回・慢・か)		
医療機関③ (急・回・慢・か)		
医師会	武生医師会	(記入不要)
地域包括支援センター①	地域包括支援センター・サブセンター	直営の地域包括支援センター 地域型の地域包括支援センター(1カ所・サブセンター5カ所)
地域包括支援センター②		
地域包括支援センター③		
ケアマネ協会	市内の居宅介護支援事業所	(記入不要)

**2. 併走する対象疾患(具体的に)**

対象疾患 ①. 脳血管疾患 ②. 心疾患 ③. 脳性性症候群(ロコモ関連疾患) ④. 認知症  
⑤. その他(具体的に):  
選定理由 要介護状態の要因であり、セルフケアが必要な疾患であると考えたため。

**3. 取組パターン**

着手時の予定

1. Aパターン 2. A'パターン ③. Bパターン

最終的にSMIに取組んだパターン別件数(0は要介護認定者数記載)

1. Aパターン: ( ) 2. A'パターン: ( ) ③. Bパターン: 3 ( 2 )

**4. 当該地域における対象疾患患者数**

当該地域(市町村・特別区等)における対象疾患について記入して下さい。

患者数(人)	具体的に
平成27年度対象疾患患者数	把握方法(種別/実数): 国民健康保険、後期高齢者医療のレセプトより
うち高齢者数	把握方法(種別/実数): 国民健康保険、後期高齢者医療のレセプトより
平成27年度対象疾患による入院患者数	把握方法(種別/実数): 国民健康保険、後期高齢者医療のレセプトより
うち高齢者数	把握方法(種別/実数): 国民健康保険、後期高齢者医療のレセプトより

AまたはA'、B'パターンのみ

平成27年度対象疾患入院患者数	
うち高齢者数	
参加医療機関	モデル事業期間中の対象疾患入院患者数
うち高齢者数	把握方法(種別/実数):
	把握方法(種別/実数):

**5. 目標値の設定(関係者会議で検討した内容を記載)**

関係者会議で検討した事項について、パターン別に記載して下さい。

対象者抽出方法	
A 対象者選定方法 (案件等)	
B 対象者選定方法 (目録値)	人 ( 月 日合意)
対象者抽出方法	市内の全居宅介護支援事業所に通知し、対象者となりうる方をあげてもらった。 また地域ケア会議で昨年度の取組状況を報告し、介護支援専門員に協力を求めた。 対象者となりうる方に事業の説明をし、同意を得た。
B 対象者選定方法 (案件等)	
対象者抽出方法	
B 対象者選定方法 (目録値)	10人 ( 月 日合意)

**6. セルフマネジメント支援者の選定と実施状況**

対象者を選定するに当たり、関係者会議で検討した対象者選定条件に要員があった場合や前選した/同意しなかった支援候補者について特徴をお気づきの点があれば記載をお願いします。

	A-Aパターン 総付あり	A-Aパターン 総付なし	B-Aパターン 総付あり	B-Aパターン 総付なし	備考
対象者選定数	人	人	3 人	人	
拒否数	人	人	人	人	
同意数	人	人	3 人	人	
情報連携の実施	様式1	人	人	人	
	様式2	人	人	人	
	様式3	人	人	人	
セルフマネジメントプラン作成	人	人	3 人	人	
うち、医療機関からアドバイスを受けたもの	人	人	人	人	
モニタリングを回以上実施	人	人	3 人	人	
MCIが疑われた件数	人	人	人	人	
うち、医療機関からアドバイスを受けたもの	人	人	人	人	

**7. 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**

モデル事業セルフマネジメント実施者の現状を、介護支援専門員と共有するうえで、お気づきの点があれば記載して下さい。

医療機関	
介護支援専門員	

介護支援専門員がセルフマネジメントプランを作成するうえで、助言した内容を掲載してください。

医療機関	
------	--

セルフマネジメントプランを作成するうえで、困ったことがあれば載せてください。

介護支援専門員	
---------	--

### 8. セルフマネジメント支援(モニタリングの実施)

1回あたりの平均時間	30～60分	最長時間	60～90分	最長時間	30～60分
時間が長くなったり短くなったりした理由	今後についての見通しを含めて話し合いをしたため、長くなった。事業に対して説明し理解を得るのに時間がかかった。				
モニタリングを行う上で、困ったこと	特になし				
セルフマネジメントを継続するために工夫した点	サービス事業所(デイケア・訪問リハ)の職員にも事業の説明をし、協力を得た。週1回確認してもらったり、家族の見守りしてもらった。本人の持っている能力(スキル)を活かすようにした。				
モニタリング着手後、セルフマネジメントを途中でやめたケース	特になし				

### 9. 関係全職での検討内容

モデル事業取組の評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>目的・目標設定について 対象者の興味・関心ごとをケアプランの目標とすることにより、目標達成のためのセルフマネジメントとして、計画策定することが本人の積極的な取り組みにつながった。</li> </ul>
今後、継続して取り組む場 合の課題(列挙)	<ul style="list-style-type: none"> <li>血圧管理について 血圧測定や服薬管理は、取り組み易く、結果として管理できるようになった。食事については、調理を担う家族等の理解も含めた支援が必要ではないが、体重管理について 体重管理の必要性は認識しているようだが、具体的な管理方法を理解していない。 管理栄養士やリハビリ職等との連携について 医師との連携について 在宅生活が安定している事例については、セルフマネジメントという新たな取り組みとして、介入了が、医師の関わりがやや消極的な印象であった。</li> </ul>
ツールの改善点(列挙)	
その他、意見要望	

### 10. 昨年度と今年度のモデル事業を通じてのご意見等

--



## 6. 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 介護予防係 浜 達哉

### (駒ヶ根市の概要について)

駒ヶ根市は、長野県の南信の上伊那という2次医療圏の8市町村の1つである。

人口は約33,226人、内高齢者人口が9,699人、高齢化率が29.2%、要介護認定率が14.4%となっている。

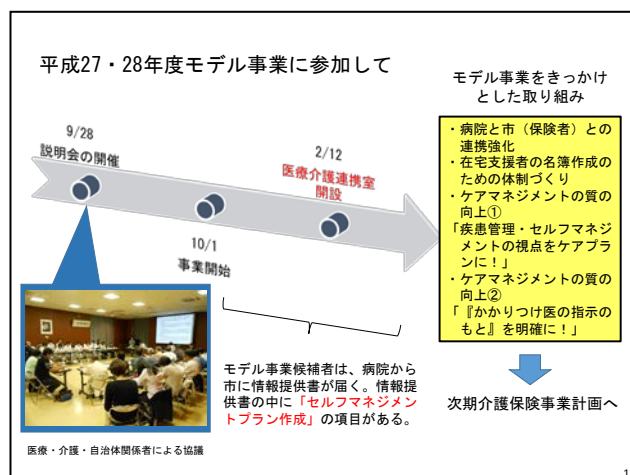
駒ヶ根市内を北部・南部・東部と3つの圏域にわけ、それを直営の地域包括支援センター1か所で担当している。

### (モデル事業をきっかけとした新たな取組み)

モデル事業の参加をきっかけに新たな取組みが始まっている。「病院と市との連携強化」「在宅支援者の名簿作成のための体制づくり」これは、平成27年度のモデル事業のなかで名簿作成や名簿管理について言及された経緯もあり、取組み始めている。「ケアマネジメントの質の向上」の1つとして「疾患管理・セルフマネジメントの視点をケアプランに」ということと、「かかりつけ医の指示のもと」ということを明確にしていこうと、ケアマネ連絡会に協力していただき、こうした取組みを次期介護保険事業計画の策定につなげていきたいと考えている。

平成27年度の9月28日に昭和伊南総合病院において説明会を開催し、医療・介護・自治体による話し合いを経て、10月からモデル事業を開始した。

モデル事業は、病院の主治医から市にモデル事業候補者についての情報提供書が提出され、その後、市の担当者が説明に行き、候補者の同意を得る、という流れである。情報提供書の中にセルフマネジメントプラン作成欄を設け、セルフマネジメントの必要がある場合や、カンファレンスで患者・家族にそういったことを説明した場合にチェックをつけて情報提供書を市に提出する、という病院側からのアクションがでてきた。



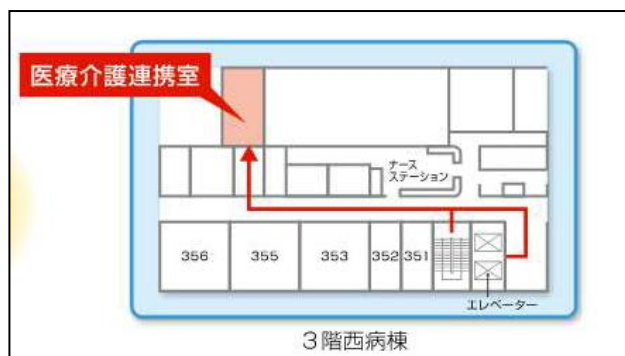
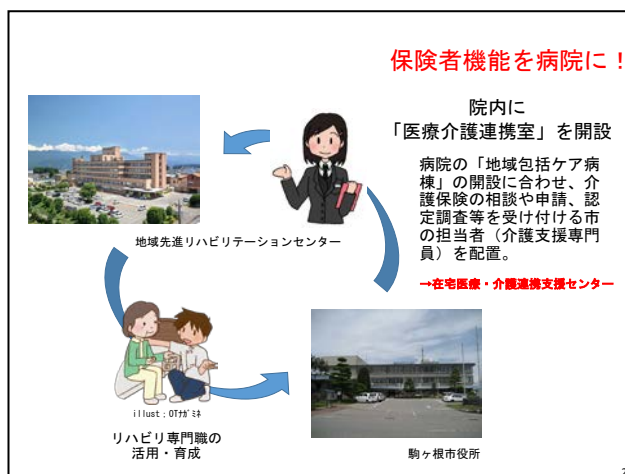
**(医療介護連携室を開設し、保険者機能を病院に)**

市と病院とのより密な連携を図ることをめざし、昭和伊南総合病院の「地域包括ケア病棟」開設にあわせて、平成28年2月、病院内に医療介護連携室を新設した。介護保険の相談や申請、認定調査等を受付・実施する担当者として、市の職員(主任ケアマネジャー)を配置している。

そうしたことで、病院で相談があがった時には、すぐに動くことができる、または、カンファレンスに参加する、退院支援にかかわれるといった体制を整えた。

昭和伊南総合病院とは、地域リハビリテーション活動支援事業の実施にあたり、人事交流も平成28年度からスタートさせている。

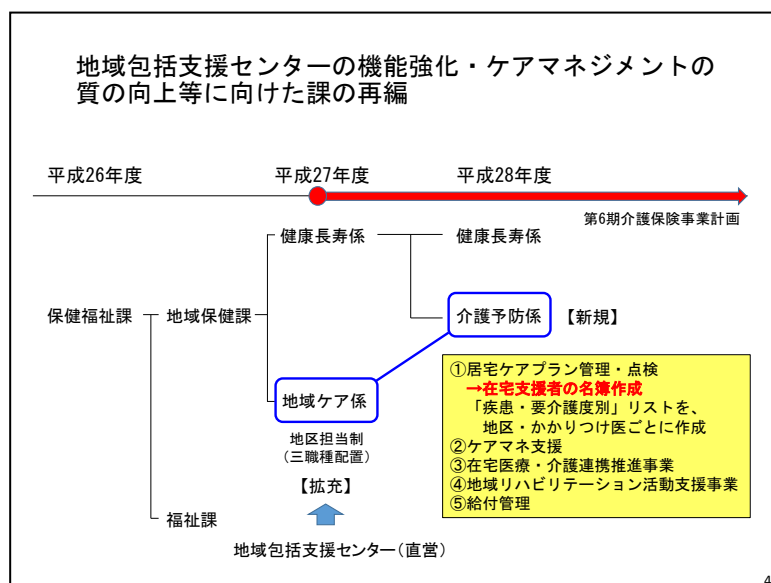
医療介護連携室は、地域包括ケア病棟の一角に設置することで物理的に近い状況下で退院支援をしていくという狙った。



**(行政における体制の再編)**

本モデル事業にあわせて、地域包括支援センターの機能強化やケアマネジメントの質の向上に向けて、駒ヶ根市行政の体制も変えていかなければならないということで、平成26年度までは1つだった課を平成27年度に2課にわけた。

さらに、平成28年度に新設した介護予防係で、居宅ケアプラン管理・点検やケアマネジャー支援、在宅医療・介護連携推進事業等を行うようになった。これらの取組みを、第7期介護保険事業計画にどうつなげていくことができるか考えていきたいと思っている。



### (居宅ケアプラン管理)

在宅支援者の名簿作りの取組みとして、疾患別・要介護度別に、地区ごと・かかりつけ医ごとにリスト化した。ケアマネジャーや地域包括支援センターが受け付けたときに報告してもらい、係内で名簿管理ができる体制づくりを進めてきた。

市全体では890件の居宅プランであり、疾患別でみると脳血管疾患が多いことがわかる。脳血管疾患で要介護2までの方をみると、全体の65.1%である。

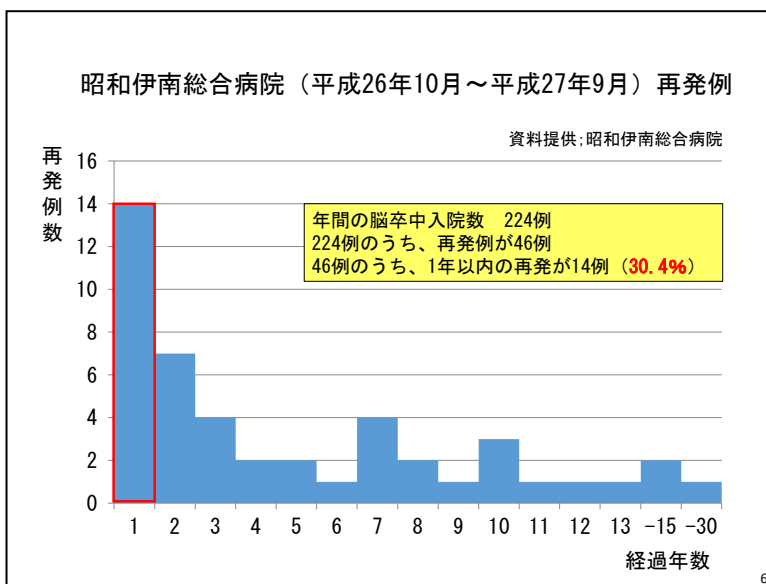
長野県では、要介護2まで「健康」、要介護3から「不健康」として、各市町村の健康寿命を算出しているが、駒ヶ根市は県平均を下回っているため、要介護2までの状態をできるだけ長くしていくことが重要になる。その点からも今回のセルフマネジメントを結び付けたいと考えた。

	総合事業	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	計
脳血管疾患	7	10	26	37	51	30	13	27	201
認知症	4	3	2	59	54	32	14	15	183
関節疾患	18	8	40	25	26	15	5	3	140
心疾患	3	1	12	21	23	13	4	5	82
骨折	7	5	13	14	10	9	6	1	65
加齢による衰弱	3	1	5	3	5	5	3	4	29
糖尿病	2	0	2	4	10	6	3	0	27
がん	2	2	2	4	9	3	2	1	25
パーキンソン病	0	2	2	4	9	3	1	4	25
呼吸器疾患	2	1	1	3	4	1	2	0	14
脊椎損傷	0	1	2	3	2	2	1	2	13
その他 (精神疾患・難病・他)	7	6	10	26	17	11	5	4	86
計	55	40	117	203	220	130	59	66	890

65.1%

### (昭和伊南総合病院の再発例)

昭和伊南総合病院におけるデータをみると、平成26年10月から平成27年9月までの1年間で脳卒中で入院した方が224名。そのうち再発例が46例。再発までの期間は1年以内が14例で、1年以内の再発率が3割と高くなっている。ここに政策的にかかわっていく必要があると考えた。



### (モデル事業対象者の内訳)

モデル事業対象者は、こうした背景から、主に脳血管疾患の方を対象にした。

平成27年度はAパターンで、一般病棟から退院される方3名で実施した。

平成28年度は、一般病棟から地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟に移る方がいるため、これらの病棟からの退院支援に力をいれていきたいと考え、A'パターンを対象とした。

さらに、昨年の3名を加えて、新たにBパターンを設定して実施した。

1年以内の再発率3割ということは、在宅にいる人たちにもセルフマネジメントの取組みの必要性があると考えたためである。そこで、要介護1・2の89名を担当しているケアマネジャーにセルフマネジメントの取組みができないかということで進めてきた。

平成27年度の3例は10月に入院し、1例目は11月に退院、2例目は12月、3例目は2月に退院している。1年経

ち、これまでのデータから考えると1人は再発することになるが、今のところ再発していない。新たに今年10月から始めて、退院していく人たちが5例。このうちNo.7・要介護2の人が、退院後2か月で脳卒中を起こして再入院となった。

A・Bパターン	平成27年度						平成28年度										
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	...	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
No 1 (自立)	入	退															
No 2 (要支援2)	入		退														
No 3 (要介護1)	入				退												
No 4 (自立)												入	退				
No 5 (要介護2)												入	退				
No 6 (要支援2)											入		退				
No 7 (要介護2)									入					退		再	
No 8 (自立)													入	退			
Bパターン	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	...	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
No 9 (要介護1)																	
No 10 (要介護1)																	
No 11 (要介護1)																	
No 12 (要介護1)																	
No 13 (要介護1)																	
No 14 (要支援1)																	
No 15 (要介護2)																	

### (今年度のBパターンの取組み)


#### ○ステップ1

Bパターンは10月から取組み始めた。まず、ケアマネジャーに疾患管理の視点をケアプランに反映させてほしいということで、研修会を開催した。ケアプランにきちんと反映させるという意識付けをした上で、それを、自分たちで評価するという目的でケアプランチェックを主任ケアマネジャー等に依頼した。

#### ○ステップ2


Bパターン候補者89名を担当するケアマネジャー30名にケースを選んでもらい、30名が選ばれた。

候補者はすでに居宅ケアプランがあるため、そのプランを点検してもらい、疾患管理やセルフマネジメントの視点について、担当ケアマネジャーにフィードバックしてもらった。担当ケアマネジャーは居宅ケアプランの見直しを行い、本人・家族に説明をして、3つのアクションプランがあがってきた中で、市の担当者がかかりつけ医に点検後のケアプランと情報提供書を添付




**ステップ1**

疾患管理の視点をケアプランに反映させるため、居宅ケアマネを対象に研修会を開催する。



**ステップ2**

地域の主任ケアマネを活用し「Bパターン候補者」のプラン点検・フィードバックを行う。



**ステップ3**

居宅ケアマネ達がファシリテーターとなって、Bパターンの1事例について、医療・介護関係者による事例検討会を開催する。  
参加者 約100名（平成29年2月24日）

↓

↓

↓

**アクションプランの取組みに対するかかりつけ医からのコメント**

して提出した。

医師はセルフマネジメントのイメージがつきづらかったので、市の担当者が、対象者 10 名のかかりつけ医にセルフマネジメントの説明も行い、かかりつけ医からコメントをもらって支援をスタートした。

### ○ステップ3

ケアマネジャーがファシリテーターとなって、B パターンの 1 事例について、医療・介護関係者による事例検討会を 2 月に開催して 100 名の方に参加してもらった。

#### (アクションプランの取組み)

血圧管理はほとんどの対象者が行っているが、まだ工夫の余地があると思っている。それは、血圧測定の意味づけをかかりつけ医とどう連携するかという点、また、それをチェックする体制として、薬局も含めて取組みができないかと考えている。市内には保険薬局が 14 あるため、薬剤師の活用といった面からも検討していきたいと考えている。

	服薬	血圧	体重	食事	運動	喫煙	飲酒	睡眠	その他・備考
No 1. 女性 (83歳)		●		●	●				
No 2. 男性 (76歳)		●		●	●				
No 3. 男性 (66歳)	●			●					母親の介護
No 4. 女性 (74歳)	●	●		●					仕事の継続
No 5. 男性 (75歳)					●				水分補給
No 6. 男性 (81歳)	●	●					●		
No 7. 男性 (85歳)	●	●		●					(再発例)
No 8. 男性 (56歳)		●		●	●				
No 9. 男性 (84歳)		●			●				口腔ケア
No10. 女性 (66歳)		●			●				
No11. 男性 (77歳)	●	●		●					水分補給
No12. 男性 (42歳)		●	●	●	●				就労支援A型
No13. 男性 (76歳)		●			●				水分補給
No14. 男性 (68歳)	●	●							居間で食事
No15. 女性 (66歳)	●	●			●				

#### (まとめ)

モデル事業に参加したことで、次期介護保険事業計画につながる、いくつかの取組みを行うことができた。

また、病院の医療介護連携室から介護保険対象者だけでなく、「要介護認定前の介護予防対象者」が地域包括支援センターにつながるきっかけとなったのは大きいと考える。介護保険が必要だから市役所に行くということだったが、予防という視点でその前段階の人がつながるきっかけになった。

脳卒中の再発・重症化予防には、地域全体の仕組みや取組みが重要であると改めて感じた。

脳卒中の疑いのある人が早期に病院につながり、退院前指導の充実によって、再び地域に戻り、在宅での再発・重症化予防管理ができる体制づくりを関係者とともにおすすめしていきたい。

#### まとめ

- モデル事業に参加したことで、次期介護保険事業計画につながる、いくつかの取組みを行うことができた。
- また、モデル事業によって、病院の地域連携室から介護保険対象者だけでなく、「要介護認定前の（介護予防）対象者」が地域包括支援センターにつながったのは大きい。
- 脳卒中の再発・重症化予防には、地域全体のしくみや取組みが重要であると改めて感じた。
- 脳卒中の疑いのある者が早期に病院につながり、退院前指導の充実によって、また地域に戻り、在宅での再発・重症化予防管理ができる体制づくりを関係者とともにおすすめしていきたい。



1. 実施体制(参加機関)について

本モデル事業を運轉していない場合には、記載不要。数が不足している場合は行を追加し記載して下さい。

参加機関	名称	担当部署名等
自治体	駒ヶ根市	地域保健課
医療機関① (急い・回)	昭和伊南総合病院	地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟 地域連携室
医療機関② (急い・回・急・小)		
医療機関③ (急い・回・急・小)		
医師会		(記入不要)
地域包括支援センター①	駒ヶ根市地域包括支援センター	
地域包括支援センター②		
地域包括支援センター③		
ケアマネ協会	駒ヶ根市指定居宅介護事業者連絡会	(記入不要)

2. 伴走する対象疾患(具体的に)

対象疾患 ①. 脳血管疾患 ②. 心疾患 ③. 療養性症候群(ロコモ関連疾患) ④. 認知症 ⑤. その他(具体的に):

運送理由 昨年からの継続。病院退院後の再発(再入院)率が高いから。

3. 取組バスター

着手時の予定 1. Aバスター ②. Bバスター ③. Bバスター

最終的にSMに取組んだバスター別件数(〇は要介護認定者数記載)  
1. Aバスター: ( 0 ) 2. A'バスター: ( 5 ) 3. Bバスター: ( 10 )

4. 当該地域における対象疾患患者数

当該地域(市町村・特別区等)における対象疾患について記入して下さい。

	患者数(人)	具体的に
平成27年度対象疾患有病者数	1482	把握方法(推計/実数): KDBシステム(平成27年9月～平成28年2月) 国保+後期高齢者数
うち高齢者数	1375	把握方法(推計/実数):
平成27年度対象疾患による入院患者数	323	把握方法(推計/実数): KDBシステム(平成27年9月～平成28年2月) 国保+後期高齢者数
うち高齢者数	305	把握方法(推計/実数):

AまたはA'バスターのみ

平成27年度対象疾患入院患者数	123
うち高齢者数	97
モデル事業期間中の対象疾患入院患者数	65
うち高齢者数	56
うち要介護認定あり	21

把握方法(推計/実数): 市のシステムで58名の認定の有無を確認

5. 目標値の設定(関係者会議で検討した内容を記載)

関係者会議で検討した事項について、バスター別に記載して下さい。

対象者抽出方法	昭和伊南総合病棟に入院した65歳以上の市民。
対象者選定方法(条件等)	地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟を退院する、要介護2までの患者で、同意が得られた者。
支援者数の検討	
支援者数の決定(目標値)	10人( 月 日合意)
対象者抽出方法	在宅サービスを利用している市民。
対象者選定方法(条件等)	脳血管疾患で、要介護1,2の患者で、同意が得られた者。
支援者数の検討	対象者89名を担当している居宅ケアマネジャー1人/ケース
支援者数の決定(目標値)	20人( 月 日合意)

6. セルフマネジメント支援者の選定と実施状況

対象者を選定するに当たり、関係者会議で検討した「対象者選定条件」に変更があった場合や同意した/同意しなかった支援候補者について、特微等お気づきの点があれば記載をお願いします。

	A'バスター 総付あり	A'バスター 総付なし	Bバスター 総付あり	Bバスター 総付なし	備考
対象者選定数	4人	2人	30人	1人	
拒否数	1人	0人	21人	0人	
同意数	3人	2人	9人	1人	
情報連携の実施	様式1 3人	2人	9人	1人	
	様式2 3人	2人	9人	1人	
	様式3 3人	2人	9人	1人	
セルフマネジメントプログラ作成	3人	2人	9人	1人	
うち、医療機関からアドバイスを受けたもの	3人	2人	9人	1人	
モニタリングを1回以上実施	3人	2人	9人	1人	
MCIが疑われた件数	0人	0人	0人	1人	
うち、医療機関からアドバイスを受けたもの	0人	0人	0人	1人	

7. 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

モデル事業セルフマネジメント実施者の病状を、介護支援専門員と共有するうえで、お気づきの点があれば記載して下さい。

医療機関	
介護支援専門員	

介護支援専門員がセルケアマネジメントプランを作成するうえで、助産した内容等を教えてください。

医療機関	
------	--

セルケアマネジメントプランを作成するうえで、困ったことがあれば教えてください。

介護支援専門員	
---------	--

**8. セルケアマネジメント支援(モニタリングの実施)**

1回あたりの平均時間	最長時間	最短時間
時間が長くなったり短くなったりした理由		
モニタリングを行う上で、困ったこと		
セルケアマネジメントを継続するために工夫した点		
モニタリング着手後、セルケアマネジメントを途中でやめたケース		

**9. 関係会議での検討内容**

モデル事業取組の評価	
今後、継続して取り組む場面の課題(列挙)	
ツールの改善点(列挙)	
その他、意見要望	

**10. 昨年度と今年度のモデル事業を通じてのご意見等**

別紙の資料参照
---------



## 7. 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り、医師会、地域の基幹病院である大垣市民病院、地域包括支援センター、大垣市介護サービス事業者連絡会と協議しながら本事業を進めていった。

具体的には、大垣市医師会については在宅医療を担当される副会長、大垣市民病院では、退院調整の看護師が所属する看護部（看護部長）、地域包括支援センターでは、大垣市の基幹型地域包括支援センターである大垣市地域包括支援センター（直営）と地域型地域包括支援センターである大垣市社会福祉協議会・地域包括支援センター、そして大垣市介護サービス事業者連絡会ではケアマネ部会に説明し協議しながら本事業を実施した。

### (目標値の設定について)

AパターンとBパターンのうち、Aパターンのほうがより重要であると考えてはいたものの、昨年度、Aパターンの件数が1件と少なく、今年度においては、Aパターンについては昨年度と同様とした。Bパターンについては、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。本事業について理解し、そして問題意識が高いケアマネジャー3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パターンは3件着手し、セルフパターンの支援を行った。昨年度の経験を踏まえ、特に服薬管理の重要性を伝え、促すように工夫した。

Aパターン対象者については大垣市民病院の看護部と連携し対象者選定を進めるも期間内の選定には至らなかった。

### (本市の課題)

本事業の場合、多くの医療・介護・福祉関係者の理解が必要であるが、特に本市の場合、医療機関（脳神経外科等）の医師、退院調整看護師の理解が重要である。なかなか、①在宅に帰ることができる身体の状態、②本プロジェクトに関しての本人、家族（介護者）の理解の二つが揃わないと本事業の展開は難しい。本市の場合、他の医療機関に転院する患者も多いが、今後、在宅復帰の患者も増えてくると思われるので、更なる医師・看護師等の理解を得ていきたい。

また、在宅側である主治医、担当ケアマネジャー、訪問看護師等の理解も引き続き求めていきたい。特に本市では来年度、病院から退院する患者さんの情報等について病院チームと在宅チームの医療・介護情報連携を始めるので、本事業についても引き続き関係者に理解を求めていきたい。

様式については、昨年度は、セルフケアパターン様式と既存の居宅サービス計画書等の連動が測られていたが、今年度は様式が変更されたことで、B パターンの場合には既存の居宅サービス計画書等の連動が弱く、ケアマネジャーにとっては負担となる。B パターンについては、セルフケアパターン様式と既存の居宅サービス計画書等の連動がうまく図れるものとなるとういと思う。

(モデル事業取組の評価)

A パターン対象者については医療機関と連携し対象者選定を進めたが、期間内の選定にはいならなかった。医療機関の機能分化が進む中で、急性期病院から、直接在宅に戻る脳卒中のケースが少ないこと、協力をいただけるような対象者が少ないことが原因と思われる。

B パターン対象者についても当初想定していた実施件数には満たなかった。これは、事業開始後、関係機関と速やかに具体的な調整を図る必要があったが、B パターン対象者については、既に安定した生活を送れている対象者が多い中、関係者間でBパターンの支援の共通認識を得るのに時間がかかったためであり、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。

(まとめ)

事業の対象者選定がスムーズに行えなかったため、十分な成果を得て検証が行えるまでには至らなかったことが課題であった。事業開始後速やかに関係機関との調整、情報共有を行える体制の整備が必要であり、日頃から関係構築を行うことが必要である。

また、ツールの活用方法や意図について、支援者で共有することに加え、利用者本人や介護者(家族)へも分かりやすく説明を行い、効果的な活用につなげていくことが必要である。

なお、B パターンにおいては、既にケアマネジャーが実践しているケアマネジメントと、ツール活用の有効性を具体的に目に見える評価指標が設けられるとよいと考える。

【参考】

(入院中に要した医療費と在宅で介護保険サービス(居宅サービス)を利用していたときに要した介護費の比較)

Bパターン対象者の例

○基本データ

[年齢・性別] 90歳、男性

[要介護度] 要介護1

[利用している居宅サービス等] 訪問看護、通所介護、福祉用具貸与、居宅介護支援

○医療保険 後期高齢者医療

区分	入院時の平均医療費 (1ヶ月あたり)	在宅時の平均介護費 (1ヶ月あたり)
医療費または 介護費(公費+自己負担分)	1,086,740円	213,947円

1. 実施体制(参加機関)について

本モデル事業で連携していない場合には、記載不要。数が不足している場合には行を追加し記載して下さい。

参加機関	名称	担当部署名等
自治体	大垣市	福祉部高齢介護課
医療機関① (急・回・慢・か)	大垣市民病院	看護部
医療機関② (急・回・慢・か)		
医療機関③ (急・回・慢・か)		
医師会	大垣市医師会	(記入不要)
地域包括支援センター①	大垣市地域包括支援センター	
地域包括支援センター②	地域包括支援センター大垣市社会福祉協議会	
地域包括支援センター③	大垣市地域包括支援センターお勝山	
ケアマネ協会	大垣市介護サービス事業者連絡会	(記入不要)

2. 伴走する対象疾患(具体的に)

①脳血管疾患 ②心疾患 ③服用性意識障害(ロコモ関連疾患) ④認知症  
⑤その他(具体的に):

セルフマネジメントに「つながりやすい」と考えるため

3. 取組パターン

着手時の予定

最終的にS/Mに取組むパターンの別数(○は要介護認定者数記載)

1. Aパターン: ( ) 2. A'パターン: ( ) 3. B'パターン: ( 3 )

4. 当該地域における対象疾患患者数

当該地域(市町村・特別区等)において記入して下さい。

	患者数(人)	具体的に
平成27年度対象疾患有 病者数	確認中	把握方法(確計/実数):
うち高齢者数		把握方法(確計/実数):
平成27年度対象疾患に よる入院患者数		把握方法(確計/実数):
うち高齢者数		把握方法(確計/実数):

AまたはA'パターンのみ

平成27年度対象疾患 入院患者数	
うち高齢者数	
モデル事業期間中の対 象疾患入院患者数	データ対象期間:
うち高齢者数	
うち要介護 認定あり	把握方法(確計/実数):

5. 目標の設定(関係者会議で検討した内容を記載)

関係者会議で検討した事項について、パターン別に記載して下さい。

対象者抽出方法	大垣市民病院における障害中入院患者より選定		
A 対象者選定方法 (条件等)	セルフマネジメントへの理解が得られ、実践につなげられる対象者を選定		
B 対象者数の検討 (目標値)	1人程度を想定		
C 対象者数の決定 (目標値)	1人( 月 日合意)		
D 対象者抽出方法	介護支援専門員による支援ケースより障害中患者を中心に選定		
E 対象者選定方法 (条件等)	セルフマネジメントへの理解が得られ、実践につなげられる対象者を選定		
F 対象者数の検討	6人程度を想定		
G 対象者数の決定 (目標値)	6人( 月 日合意)		

6. セルフマネジメント支援者の選定と実施状況

対象者を選定するに当たり、関係者会議で検討した対象者選定条件に変更があった場合や同意した/同意しなかった支援候補者について  
特徴等お気づきの点があれば記載をお願いします。

	A/A'パターン 給付あり	A/A'パターン 給付なし	B/B'パターン 給付あり	B/B'パターン 給付なし	備考
対象者選定数	1人	1人	3人	1人	
拒否数	1人	1人	0人	1人	
同意数	1人	1人	3人	1人	
情報連携の実施	構式1	1人	3人	1人	
	構式2	1人	1人	1人	
	構式3	1人	1人	3人	1人
セルフマネジメントプラン作 成	1人	1人	3人	1人	
うち、医療機関からアド バイスを受けたもの	1人	1人	0人	1人	
モニタリングを1回以上実施	1人	1人	3人	1人	
MCIが疑われた件数	1人	1人	0人	1人	
うち、医療機関からアド バイスを受けたもの	1人	1人	0人	1人	

7. 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

モデル事業セルフマネジメント要諦者の病状を、介護支援専門員と共有するうえで、お気づきの点があれば記載して下さい。

医療機関	
介護支援専門員	

介護支援専門員がセルフマネジメントプランを作成するうえで、助置した内容等を教えてください。

医療機関	
------	--

セルフマネジメントプランを作成するうえで、困ったことがあれば教えてください。

介護支援専門員	ツールの活用にあたり、介護者に過度の負担を与えないように配慮が必要なケースもあつ
---------	--

### 8. セルフマネジメント支援（モニタリングの実施）

1回あたりの平均時間	継続時間	80分	継続時間	20分
時間が長くなり短くなり理由	身体・精神状況の安定度が利用者により異なり、1回あたりに要する時間に差が生じる。			
モニタリングを行う上で、困ったこと	ツールの活用にあたり、介護者に過度の負担を与えないように配慮が必要なケースもあつた。			
セルフマネジメントを継続するために工夫した点	特に服薬管理の重要性を伝え、促すように工夫した。			
モニタリング着手後、セルフマネジメントを中断させたケース				

### 9. 関係会議での検討内容

モデル事業取組の評価	<p>A/Bターゲットについては医療機関と連携し対象者選定を進めるも期間内の選定には至らなかった。B/Aターゲットについても当初予定していた実施件数には満たなかったため、事業開始後、関係機関と速やかに具体的な調整を図る必要があったと考える。B/Aターゲットについては、既に安定した生活が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つた。</p>
今後、継続して取り組むべきの課題（列挙）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業開始後、関係機関とのより具体的な調整を速やかに図ることが必要。</li> <li>・ツールの活用方法や意図について、支援者で共有することに加え、利用者本人や介護者（家族）へも分かりやすく説明を行い、効果的な活用につなげていくことが必要。</li> </ul>
ツールの改善点（列挙）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・セルフケアプラン様式と既存の居宅サービス計画書等の運動がうまく図れるものとなること。</li> </ul>
その他、意見要望	

### 10. 昨年度と今年度のモデル事業を通じてのご意見等

<p>事業の対象者選定がスムーズに行えなかったため、十分な成果を得て検証が行えるまでには至らなかったことが課題であった。事業開始後速やかに関係機関との調整、情報共有を行える体制が必要であった。</p> <p>B/Aターゲットにおいて、既にケアマネジャーが実施しているケアマネジメントと、ツール活用の有効性を具体的に目に見えさせる評価指標が設けられることと考える。</p>
---

## 8. 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 石腰 洋平

(高山市の概要について)

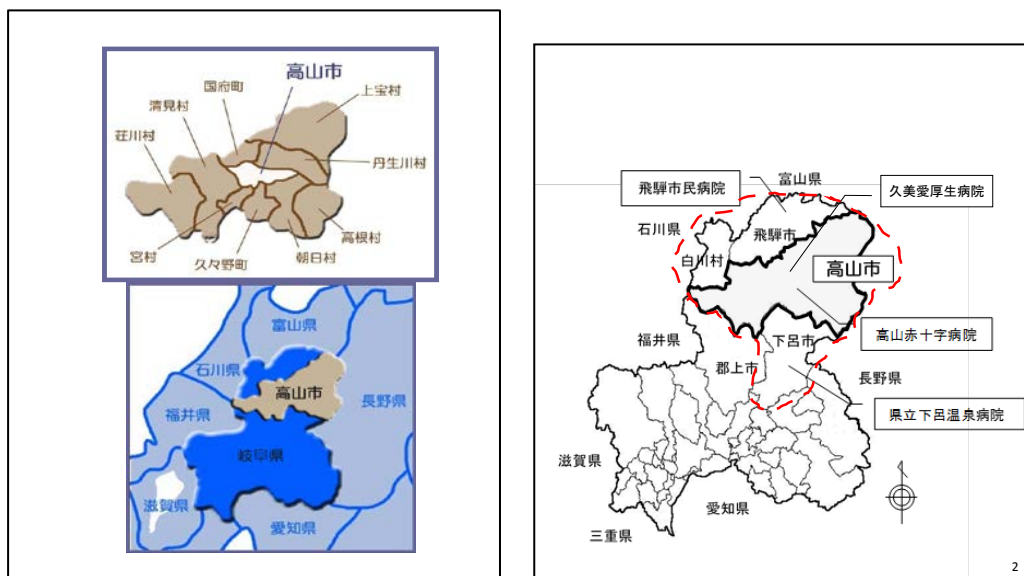
高山市は岐阜県北部に位置し、平成 17 年に近隣の 9 つの町村と合併。面積は東京に匹敵する広さであるが、森林が 92.1%を占めている。人口は合併前の市町村の中心部（旧高山市）に集中し、以外は山間地、過疎地域である。

平成 29 年 1 月 1 日現在の人口は 89,901 人、65 歳人口が 27,962 人、高齢化率は 31.1%となっている。国・県の数値より高い状況で、今後高齢化率は上昇すると見込んでいる。

要介護認定率は 17.7%、4,944 人である。

東京都とほぼ同じ面積を有しているが、200 床を超える病院は、高山赤十字病院（300 床）と久美愛厚生病院（476 床）の 2 か所のみである。図の点線が飛騨地域で、県下でも人口が最も少ない圏域である。

高山市には 12 か所のへき地診療所があり、地域医療を担っている。



平成 28 年 4 月 1 日現在の要介護認定者数は、4,971 名。第 1 号被保険者が 4,888 名、内 75 歳以上の後期高齢者が 4,383 名で全体の 9 割を占めている。

### 要介護（要支援）認定者数

（平成 28 年 4 月 1 日 単位：人）

保険者年齢区分	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 号被保険者	508	537	1,002	903	688	634	616	4,888
65 歳～74 歳	80	67	109	74	50	50	75	505
75 歳以上	428	470	893	829	638	584	541	4,383
第 2 号被保険者	7	10	11	15	14	12	14	83
総数	515	547	1,013	918	702	646	630	4,971

### (介護保険新規申請者の主たる疾患)

平成 27 年度の介護保険の新規申請者 886 名の、主治医意見書にある疾患別の集計をみると、多いのは「認知症」、「筋骨格結合組織疾患」、「脳血管疾患」、「がん・肉腫・白血病など」の順で、脳血管疾患が 3 番目という状況である。

疾患名	2号	65-74歳	75-79歳	80-84歳	85歳以上	総計	増減
<b>脳血管疾患</b>	<b>15</b>	<b>33</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>28</b>	<b>113</b>	<b>12.8%</b>
認知症	0	17	26	55	69	167	18.8%
筋骨格結合組織疾患	8	19	24	44	50	145	16.4%
高血圧性疾患	0	0	6	1	9	16	1.8%
循環器疾患	0	5	12	14	25	56	6.3%
外傷	2	8	17	34	38	99	11.2%
神経系疾患	3	8	3	5	5	24	2.7%
呼吸器系疾患	0	7	5	6	14	32	3.6%
糖尿病	0	4	5	6	4	19	2.1%
分裂病・躁鬱病など	3	6	4	8	4	25	2.8%
感覚器疾患	1	0	1	1	1	4	0.5%
胃・腸・肝	0	2	4	4	11	21	2.4%
がん・肉腫・白血病など	13	26	21	27	22	109	12.3%
腎炎・腎不全など	0	4	7	3	4	18	2.0%
感染症	0	3	1	0	4	8	0.9%
老化・老衰	0	0	1	2	7	10	1.1%
その他	0	3	2	7	6	18	2.0%
病名なし	0	0	0	1	1	2	0.2%
計	45	145	157	237	302	886	100.0%

### (モデル事業の主な流れ)

平成 27 年度のモデル事業は、高山赤十字病院が主導したが、ケアマネジャー事業所を参集した説明会の主催など、市が中心で取り組んだ。

平成 28 年度も高山赤十字病院の協力を得ることができ、モデル事業を実施するにあたって、8 月の委員会終了後、高山赤十字病院と高山市で打ち合わせを行い、平成 27 年度のモデル事業に参加した地域包括支援センターのケアマネジャー 2 名に対して行ったヒアリング結果も含めて検討し、引き続き脳血管疾患を対象とする方針が決まった。

入院された方のうち、①比較的軽度で退院できる方、②セルフケアについて理解できる方、モデル事業の実施期間が限られているため要介護認定者の場合は、③ケアマネジャーの協力が得られる方という要件を定めた。

#### H28.9.6 高山赤十字病院と高山市が打合せ

- ・高山赤十字病院脳神経外科の協力を得て昨年に引き続き脳血管疾患を対象とすることに決定
- ・入院された方のうち
  - ①比較的軽度で退院できる方
  - ②セルフケアについて理解できる方
  - ③ケアマネジャーの協力が得られる方(要介護認定者)

### ○対象者の選定

本モデル事業の対象者を選定するにあたり、効果的な方・効果的でない方ということについて病院内でも議論があった。退院早期支援加算 I で、医師・看護師・SW などで入院早期にカンファレンスなどで情報共有している中で、当時は職員もわからなかったが、対象者何人かを進

めていくうちに、SWの中でこの人はモデル事業でやれそうだということが肌で感じられるようになった。

また対象者のなかには、支援を進めるなかで、ケアマネジャーと約束した時間に来なかったり、同行受診の際に何も言わずどこかに行ってしまうなどもみられ、一概にセルフケアに取り組む意向がある患者を候補者にした点には反省が残る結果となった。

目標人数は、高齢者の脳血管疾患による年間の入院される方が200～250人のため、事業を実施する4か月で60～70人が入院すると推計し、対象者の要件を満たす方は1割程度と見込み、5～10人と設定した。

・目標人数

年間入院患者数(脳血管疾患):200～250人  
事業実施期間中(4ヶ月)⇒60～70人  
目標を入院患者の1割程度として5～10人に設定

・実施に向けた課題

要介護認定者への支援にはケアマネジャーの理解と協力が必要  
⇒ 全ての事業所へ説明し理解を得る時間がないため、医療系の基礎資格のケアマネが多い事業所に協力を依頼

6

### ○実施に向けた課題

実施に向けた課題として、要介護認定者への支援にはケアマネジャーの理解と協力が必要であるため、介護保険事業者の協議会に相談したが、すべての事業所に説明して理解を得るのは難しいだろうということであった。

医療系の基礎資格(看護師、保健師)のケアマネジャーが多い事業所に絞って協力を依頼し、地域包括支援センターを加えて24のケアマネジャー事業所がある中、4つのケアマネジャー事業所から協力が得られた。

また、医師会・歯科医師会・薬剤師会などの研修会の中で本モデル事業の説明を行ったが、完全に協力を得られているという状態ではない。セルフマネジメント支援は、かかりつけ医との連携がないとできないため、医師会とどう連携できるのかが今後の一つの大きなポイントである。医師の一言というのはケアマネジャーからの一言よりも重いようで、退院時に医師がしっかりと話してくれること、また、かかりつけ医がその後のフォロー、ケアマネジャーが介入すること自体も支援してくれれば、もう少し状態も変わるのではないかと考えている。

### ○モデル事業の概要

10月にケアマネジャー事業所に対する説明会を開催した。

10月18日から支援を開始し、5名の方にモデル事業を実施した。

2月8日にケアマネジャーも参加し、事業終了に向けた会議を行った。

#### H28.10.5 協力をいただく事業所に説明会を実施

#### H28.10.18 支援の開始

	入院	退院	支援終了
1人目	70歳男性	H28.10.18～H28.10.27	～H29.2.3
2人目	66歳女性	H28.11.4	～H28.11.10～H29.2.23
3人目	81歳女性	H28.11.6	～H28.11.15～H28.12.9
4人目	66歳女性	H28.11.19～H28.11.26	～H29.2.15
5人目	64歳女性	H28.12.14～H29.1.15	～H29.2.1

#### H29.2.8 事業終了に向けた会議の開催

7



## (モデル事業における支援の状況)

医療系のケアマネジャー事業所に協力をいただいたが、本モデル事業の対象者は介護認定を受けていた方が1名、他はケアマネジャーがついていない方・要介護認定を受けていない方が4名となった。

支援するにあたって、同居家族の協力の有無がその後の支援に影響すると思うため、その内容を資料に追加した。

No.	年齢性別	介護度	同居家族	家族の協力	かかりつけ医との連携	様式1	様式2 ~4-1	様式4 -2	様式4 -3	様式4 -4	様式4 -5	
1	70歳男性	要介護1	○	○		○	○	○	○	○		・同居の妻の支援あり ・再発リスクに対する意識も高い
2	66歳女性		○	○			○	○	○	○	○	・同居の夫の支援あり ・血液検査の結果を病院から受け取っていないため、評価できない
3	81歳女性		○				○	○				・介護認定が付くことを想定し、訪問介護事業所のケアマネが対応 ・退院後2回目の訪問時に「後は自分でやるのでなくても良い。」と言われ終了
4	66歳女性						○	○	○	○	○	・モデル事業への参加に当初は理解を示したものの、毎回説明が必要(性格的な問題か) ・リスクは認識しており体重や血圧の計測などを時々実施している模様
5	64歳女性		○	○	○		○	○				・退院後、かかりつけ医を訪問し説明、協力を得られた

8

## ○共同アセスメントシート

本モデル事業は、共同アセスメントシートを使用し、看護師や多職種が共通のアセスメントを行い、その後アクションプランを作成し、何回かモニタリングしていくという流れである。

共同アセスメントシートは、当初は3日以内に作成すると考えていたが、7日以内での作成であれば、特別大変だということにはなかった。逆に良い機会となり、患者が入院中にケアマネジャーと情報共有できるというメリットがあった。

## ○モデル事業支援対象者

1人目は10月の早い時期に支援を開始、4回の支援を行った。同居の妻の支援があり、本人・妻ともに再発リスク意識も高く協力的で、今後は家族で取り組んでいきたいという声もきかれた。

2人目は同居の夫の支援があり、非常に協力的であった。本人が途中で「やりたくない」と言い始めた時も、夫の励ましがあがり、プランを卒業した。ケアマネジャーがかかりつけ医に入っていくということができている方で、血液検査結果等を本人に確認するが、もらってくれないので数値評価ができなかったと、ケアマネジャーから聞いている。

3人目は入院した段階で要介護認定がつくことを想定して、訪問介護事業所を実施しているケアマネジャー事業所のケアマネジャーが担当した。しかし、要介護認定で非該当になるほどの回復をみせ、退院後2回目の訪問の際、「自分でやるから来なくていい」と本人に言われ、その後の支援を終了した。

4人目は独居で別居の家族がいる。モデル事業の参加について、当初は理解を示していたものの、なかなか協力が得られなかった。リスクが高いということをケアマネジャーが認識していたので、毎回説明をしながら支援回数を重ねたが、支援が難しかったケースであった。最終的にはプラン卒業者となった。本人もリスクを認識しており、自ら血圧や体重などを測っていたが、なかなか時間を取ってもらえなかった。

5人目については、退院後にかかりつけ医へケアマネジャーが同行訪問し、協力が得られたケースである。回数が少ないのは、退院が1月であり、期間が短かったためである。

## (モデル事業に対する意見)

### ○高山赤十字病院の意見

入院後早期に連携につなげるというルールでモデル事業を進めていたが、金曜日・夜の入院の場合、時間的に短い期間だと連携に困難があるという声が聞かれた。

今まで病院で行っている集団指導・個別指導が形ばかりで本人理解が得られていないということが退院調整をしている看護師から聞かれた。

服薬指導は医師との連携が必要だと感じたという意見。

#### モデル事業に対する意見

##### ○高山赤十字病院

- ・金曜夜の入院は、3日以内の連携が困難なケースも出てくる。
- ・病院で行っている再発予防の説明、集団指導、個別指導が十分ではないと感じた。(継続性を確保しないといけない。)
- ・服薬指導など、医師との連携も必要である。
- ・介護職と早期から連携することにより退院につなげやすくなる。
- ・病院と介護事業者の連携につながる事業でありとても良い。
- ・効果が「期待できる方」と「期待できない方」を選択する基準作りが必要である。

介護職と早期から連携することで、退院につなげやすくなるという意見。

病院と介護事業者の連携につながる事業でありとても良いと感じたというのは、紙面での連携は実施していたが、顔を見ながら、家の状況を聞くことができたということでも助かったという意見があった。

対象となる方については、入院される方のうち、効果が期待できる・期待できないだろうということを病院が選定し、市へ連絡をいただき、ケアマネジャーに支援を依頼するという手順を取ったが、その選定が難しかった。

### ○ケアマネジャーの意見

かかりつけ医に入っていくにくかった。これはかかりつけ医がモデル事業のことを理解してくれるか心配だったという意見である。

再発防止のリスクの説明について、看護師やケアマネジャーよりも医師による説明のほうが効果的だとケアマネジャーは感じているということである。

##### ○ケアマネジャー 1

- ・かかりつけ医がモデル事業のことを理解してくれるか心配である。
- ・再発防止(高血圧や糖尿病予防)へのリスクの説明について、医師による説明は効果的であると感じた。
- ・認知症の確認は、毎回必要ではないと思う。
- ・退院後の関わり方が断片的で、状態を点でしか確認できなかった。
- ・再発のリスクについて自覚のない方が多いと感じた。
- ・セルフマネジメントを実施していくと、4回目にはだらけてしまう。
- ・本人への動機付けとご家族による支援が重要である。
- ・制度化された際には業務内容に見合うだけの報酬が必要である。

様式にある認知症の確認は、毎回必要ではないという意見もあった。

退院後のケアマネジャーのかかわり方が断片的で、状態を「点」でしか確認できなかったということで、通常のケアマネジメントとやり方が違うので難しかった。

再発のリスクについて自覚のない方が複数いた。

セルフマネジメントを実施していく中で、4回目の支援時には、本人がだらけてしまう。

本人の動機づけに、家族の支援があると効果があるのではないかな。

制度化された際には業務内容に見合うだけの報酬がないと難しいのではないかなという意見があった。

いつ・何を・どこまでやればよいのかわかりにくく、ケアマネジャーが保健師としてここまでやりたいが、やってよいのかを悩んだ、という意見があった。地域包括支援センターで昨年度事業に参加した主任ケアマネジャーと一緒に考えながら進めてきたが、やはり迷いながら、悩みながら実施したようである。

書式が複雑で使いにくいというのは、そもそも表計算ソフトを使った仕事をしていないので、それをうまく使えなかったということであると思うが、数値を入れても動かないなどの使いにくさに対する意見があった。

基礎資格が介護職のケアマネジャーは、何をどうしてよいのかわかりにくいという意見があったため、そのようなこともあって、医療系の資格のケアマネジャー事業所をお願いしたが、このような意見があがった。

#### ○ケアマネ 2

- ・「いつ」、「何を」、「どこまで」やればよいのか、わかりにくかった。
- ・書式が複雑で使いにくい。
- ・基礎資格が介護職のケアマネはプランを作りにくいのではないかな。

#### この事業に参加して

- ・セルフケアを継続するためには、患者の理解や再発予防のモチベーションを向上させる必要があると感じた。さまざまな立場でのアプローチが大切であると感じた。
- ・事業の実施にあたり、それぞれの立場で支援の目的を共有できる仕組みをつくる必要がある。

11

#### (この事業に参加して)

セルフケアを継続するには、患者の理解や再発予防のモチベーションを向上させる必要があると感じた。さまざまな立場でのアプローチが大切であると感じた。

事業の実施にあたり、それぞれの立場で支援の目的を共有できる仕組みをつくる必要があると感じた。

1. 実施体制(参加機関)について

本モデル事業で運用していない場合には、記載不要。数が不足している場合には行を追加し記載して下さい。

参加機関	名称	担当部署名等
自治体	高山市	福祉部 高齢介護課
医療機関① (急・回・慢・か)	高山赤十字病院	脳神経外科、遠隔診療課
医療機関② (急・回・慢・か)		
医療機関③ (急・回・慢・か)		
医師会	高山市医師会	(記入不要)
地域包括支援センター①	高山市地域包括支援センター	主任介護支援専門員、保健師
地域包括支援センター②		
地域包括支援センター③		
ケアマネ協会	(介護保険事業者連絡協議会)	(記入不要)

2. 対象疾患(具体的に)

1. 脳血管疾患 2. 心疾患 3. 傷用性症候群(ロコモ関連疾患) 4. 認知症  
5. その他(具体的に)

対象疾患	脳血管疾患、心疾患、傷用性症候群(ロコモ関連疾患)、認知症
選定理由	医療機関からの協力を得られたため、脳血管疾患を対象として実施することとした。

3. 取組パターン

着手時の予定	1. Aパターン 2. A'パターン 3. Bパターン
最終的にSMIに取組んだパターン別件数(〇は要介護認定者記載)	1. Aパターン 5 ( 1 ) 2. A'パターン ( ) 3. Bパターン ( )

4. 当該地域における対象疾患者数

当該地域(市町村・特別区等)における対象疾患について記入して下さい。

	患者数(人)	具体的に
平成27年度対象疾患有病者数	413	把握方法(確計/実数):
うち高齢者数	353	把握方法(確計/実数):
平成27年度対象疾患による入院患者数	413	把握方法(確計/実数): 高山赤十字病院(269)・久美愛厚生病院(148) 実数
うち高齢者数	353	把握方法(確計/実数): 高山赤十字病院(221)・久美愛厚生病院(135) 実数

AまたはA'パターンのみ

	平成27年度対象疾患入院患者数
参加医療機関	265
うち高齢者数	219
モデル事業期間中の対象疾患入院患者数	70
うち高齢者数	60
うち要介護認定あり	19

5. 目標値の設定(関係者会議で検討した内容を記載)

関係者会議で検討した事項について、パターン別に記載して下さい。

対象者抽出方法	抽出された方のうち、退院後にある程度自立した生活が可能ならい回復が見込める方であって、家族の理解が得られる方
A	・経度な方・認知症ではない方 ・ケアマネの協力が得られる方(要介護認定者)
A' (条件等)	・家族の協力が得られる方
B	高山赤十字病院において退院中で入院される方は100~250人以内である。対象となる人数は200人としてモデル事業を行うが、4ヶ月に入院される方は60~70人となる。再発の予防ができる方を対象とするため、その方の人物像や退院後の家族の支援などを考慮し、1割程度を目途として設定し、5人とした。
支援者数の検討	
支援者数の決定(目標値)	5人 ( 9月 6日合意)
対象者抽出方法	
B' (条件等)	
支援者数の検討	
支援者数の決定(目標値)	人 ( 月 日合意)

6. セルフマネジメント支援者の選定と実施状況

対象者を選定するに当たり、関係者会議で検討した対象者選定条件に変更があった場合や同意した/同意しなかった支援隊員者について特等をお気づきの点があれば記載をお願いします。

	A/A'パターン 給付あり	A/A'パターン 給付なし	B/A'パターン 給付あり	B/A'パターン 給付なし	備考
対象者選定数	5人	人	人	人	
拒否数	0人	人	人	人	
同意数	5人	人	人	人	
情報連携の実施	構式1 1人	人	人	人	
	構式2 5人	人	人	人	
	構式3 5人	人	人	人	
セルフマネジメントプログラム作成	5人	人	人	人	
うち、医療機関からアドバイスを受けたもの	1人	人	人	人	
モニタリングを1回以上実施	5人	人	人	人	
MCIが疑われた件数	0人	人	人	人	
うち、医療機関からアドバイスを受けたもの	0人	人	人	人	

7. 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

モデル事業セルフマネジメント実施者の病状を、介護支援専門員と共有するうえで、お気づきの点があれば記載してください。

医療機関	・入院時に在宅の状況が確認できるので参考になった。 ・金曜の夕方に入院するようなケースでは、3日以内に構式1の作成することは時間的に困難である。
介護支援専門員	

介護支援専門員がセルフマネジメントプランを作成するうえで、助言した内容等を教えてください。

医療機関	
------	--

セルフマネジメントプランを作成するうえで、困ったことがあれば教えてください。

介護支援専門員	<ul style="list-style-type: none"> <li>セルフマネジメントを実施するにあたり、ケアマネジャーとして日常生活の改善に向けた提案をどの程度実施してよいか判断に迷った。</li> </ul>		
---------	---	--	--

**8. セルフマネジメント支援（モニタリングの実施）**

1回あたりの平均時間	最長時間	1時間	最長時間	5分
時間が短くなったり短くなったりした理由	時間が合わないため診察の待ち合い時間を利用した場合に短くなったケースや、出先で待ち合わせし5分で済ませたケースがあった。			
モニタリングを行う上で、困ったこと	いつ何をやればよいかかわかりにくく感じ、書式が複雑だった。			
セルフマネジメントを継続するために工夫した点	ご家族の協力を得ながら本人のやる気を出すよう努力した。			
モニタリング着手後、セルフマネジメントを途中でやめたケース	参加することに承諾を得ているが、非協力的な方がいた。（家族による支援が得られない場合は継続が難しい。）			

**9. 関係会議での検討内容**

モデル事業取組の評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域医師会には高山赤十字病院と高山市がモデル事業に参加することを説明したが、開業医の先生にケアマネジャーが介入することを理解してもらったことができたのが不安であった。</li> <li>入院時にケアマネジャーから在宅の情報を得ることができているのはとてもありがたい。</li> <li>リスクの高い方に対し予防の取り組みができることについて、賛同する意見が多い。</li> <li>セルフマネジメントを実施していくと、4回目にはだらけてしまう。</li> <li>栄養指導ができれば予防につながると思われる。</li> <li>病院内での集団による指導や、退院後の外来で定期的な指導などが有効ではないか。</li> <li>集団指導でのメリットとデメリット、個別指導でのメリットとデメリットを整理する必要がある。</li> <li>どのような方にならないかを具体的に検討する必要がある。</li> <li>再発防止に行政が行っている保健指導を活用できないか。</li> <li>医療や介護の事前の方への支援がなくなる。</li> <li>退院後の関わり方が断片的で、点でしか真れなかったと感じた。</li> </ul>
ツールの改善点（列挙）	<ul style="list-style-type: none"> <li>書式が複雑で使いにくい。</li> <li>入院時にグリコアルブミンを調べていない。⇒ヘモグロビンA1C</li> <li>認知症の確認は毎回はいらないのではないかと。</li> </ul>
その他、重要要望	<ul style="list-style-type: none"> <li>この事業に参加して、退院前の服薬指導などに関する医師との連携など、十分な取り組みをしていないと感じた。</li> <li>かかりつけ医と連携することで効果上がる。</li> <li>今まで行っていた病院における予防の語では理解が十分ではなかったことがわかった。</li> <li>リスクを自覚していない方が多く、再発のリスクを理解してもらいたい。</li> <li>基礎資格が医療系（保健師）のケアマネジャーは保健指導ができない。</li> <li>ケアマネジャーは、サービスを提供するといった視点ではなくセルフケアを実行してもらうために支援するよう意識を変えないといけない。</li> </ul>

**10. 昨年度と今年度のモデル事業を通じてのご意見等**

<ul style="list-style-type: none"> <li>昨年の管理表と違い、その人にあつた内容を記入できるよになつていた。</li> </ul>
---

## 9. 兵庫県立尼崎総合医療センター

兵庫県立尼崎総合医療センター 副院長 齋田 宏

兵庫県立尼崎総合医療センター 看護部 慢性心不全看護認定看護師 鵜久森 妙

### (尼崎市の概要について)

尼崎市は兵庫県南東部に位置し、大阪市と神戸市に挟まれる阪神間7市の一つである。

狭いエリアに、人口約45万人が暮らしており、人口密度は、兵庫県内の市町村において最も高い。

日本の高度経済成長期に地方都市から就職を目的として流入した多くの人々（団塊の世代）が、現在、65歳以上を迎えようとしている。

2025年には人口減少とともに後期高齢者数が増加し、高齢化率は27.5%に達し、その5年後には30%を超えていくと推計される。

2030年以降は現在の1.3倍、2万5千人以上の死亡者数となり、そのほとんどが後期高齢者であることが推計されている。

要介護・要支援認定調査における日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者は、2025年には高齢者人口の約13%（約1万5千人）となることが推計されている。

要介護者数や要支援者数も増加し、2016年時点の合計約2万6千人から2025年には約1.3倍の約3万2千人となり、認定率は21.1%から26.7%となることが推計される。

高齢者独居世帯は、2005年から2015年の10年間で1.3倍増加し、約2万9千世帯となり、高齢者世帯のうち独居世帯は35%にのぼっている。

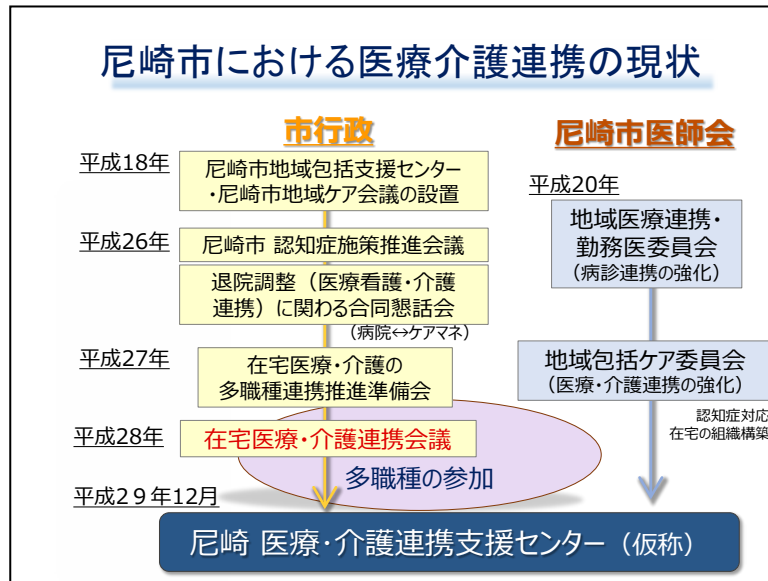
### (尼崎市における医療介護連携の現状)

増加する高齢者・独居者・要介護・要支援者の自立支援を促し、疾病の発症予防と再発予防を行うかが重要な課題であることは言うまでもない。尼崎市では、在宅医療・介護連携推進事業の一環として、多職種参加による退院調整に関わる合同会議や医療介護連携会議が開催されている。

医師会においても、市内統一した認知症対応及び在宅医療の運営、組織構築が行われてきた。

2017年12月には多職種の団体組織の会議や活動をコーディネートし、地域包括ケアシステムを円滑に稼働させることを目的として尼崎医療・介護連携支援センター（仮称）が医師会内に設置されることとなった。





#### （県立尼崎総合医療センターの概要）

県立尼崎総合医療センターは、県立尼崎病院と県立塚口病院が統合再編し平成27年7月に開院した。診療科数は42、病床数は730床、そのうちICUは2割の145床である。1次～3次まで、24時間365日断らないER型救命救急の提供など、5事業・5疾病の対応を担う阪神間の基幹病院としての高度急性期病院である。

2016年1月から12月の1年間の入院患者数は延べ約25万8千人、1日当たり707人、病床稼働率は96.8%、平均在院日数は11.3日である。外来受診は1日当たり1,727人、そのうち初診は135人、紹介率は95.9%、逆紹介率は80.9%である。

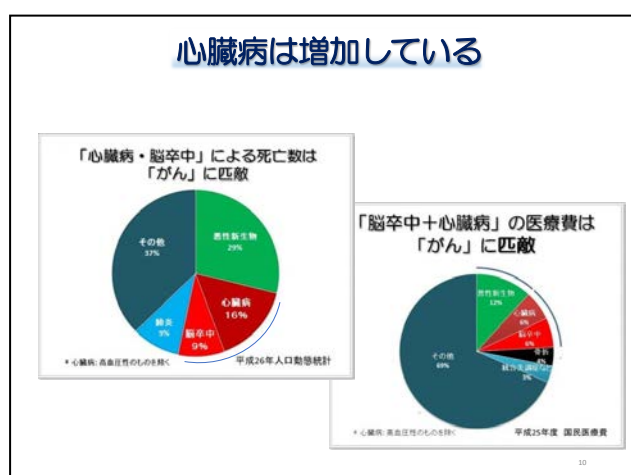
救急患者数は1日63人であり、そのうち救急車の搬送は30人に達する。

#### （多職種による心不全チームでの心不全治療への取り組み）

わが国は心臓病が増加しており、心臓病と脳卒中を合わせるとがん匹敵するほど増えている。医療費においても同様である。また、高齢者数の増加に伴い、今後のさらなる増加が予想される。

心不全の経過の特徴は、増悪と寛解を繰り返しながら心機能が徐々に悪化していく進行性の病気である。JCARE-CARD (Tsutsui H, et al. Circ J. 2006; 70:1617-23) 研究によると、慢性心不全患者の予後は、1年で8.3%の死亡率であり、再入院は半年で3割近くであると報告されている。

心不全患者を支えるためには増悪予防、増悪時の早期対処、増悪回数の減少が重要であり、患者が病気とともに生きていけるよう、長期にわたる継続的な支援が必要となる。





県立尼崎総合医療センターでは心不全患者を支えるため、多職種によるチーム医療を提供しており、その目的は、在院日数の短縮と再入院の回避である。2010年より心不全多職種カンファレンスをスタートさせた。

患者が入院すると、CCU では朝に急性期カンファレンスを行い、治療や支援の方向性などが話し合われ、退院支援も開始される。同時に、栄養管理やリハビリテーションの介入が開始され、状態を見ながら心不全教育を行い、退院となる。

外来では、外来心不全点滴や外来心臓リハビリテーション、心不全看護外来を行い、継続的な支援に取り組んでいる。

院内では症例検討を中心とした多職種心不全カンファレンスを週1回開催し、症例を深め、ケアの統一を図っている。

地域に向けては、地域医療研修会を開催し、ケアマネジャーや訪問看護師、ヘルパー等と交流しながら学習する機会をもちはじめている。

多職種でセルフマネジメントを進めていくツールとして、欧米のガイドラインに記載されている疾病管理プログラムに準じた、心不全パンフレットや心不全手帳を用いて患者や家族に説明し、セルフケアを促している。

AGMC の 2016 年 1 年間での心不全患者数は 491 名、平均年齢は 77.2 歳、平均在院日数は 16.8 日と全国平均より短くなっている。新規入院は 61%、再入院は 34% であり、3 回以上の再入院がおよそ半数の 17% である。また、半年以内に再入院をする心不全患者の割合は、16.9% になっている。

### (モデル事業対象者)

今回のモデル事業には、行政は参加していない。県立尼崎総合医療センターをはじめ、尼崎市医師会、尼崎市居宅介護支援事業所、尼崎市ケアマネジャー協会などに協力依頼し行った。

2016年12月よりモデル事業を開始し、3例が対象となった。そのうち2例は脱落となり、現在1例のみ進行している。

## 多職種チームによる心不全ケアの提供

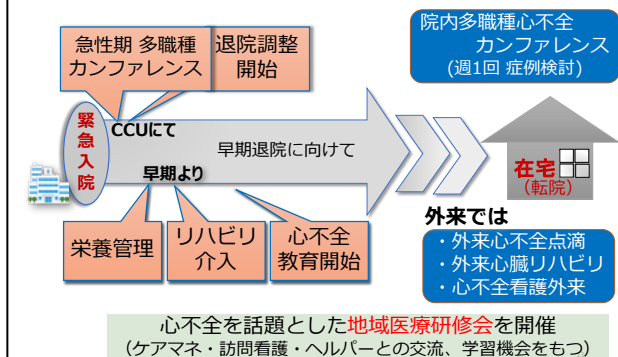
目的：①在院日数の短縮 ②再入院の回避

- 平成22年、心不全多職種カンファレンスを開始（日本初）
- 活動状況
  - 多職種による心不全患者・家族の教育
  - 多職種での心不全緩和ケアの検討
  - 困難事例に対する多職種症例検討会
- 構成メンバー（職種）
  - 循環器内科医師
  - 心不全看護認定看護師
  - 病棟・ICU看護師
  - 地域医療連携看護師
  - 薬剤師、栄養士、理学療法士
  - 心臓リハビリ室スタッフ



## 心不全治療への取り組み

(入院から外来へ)



## モデル事業対象者の概要

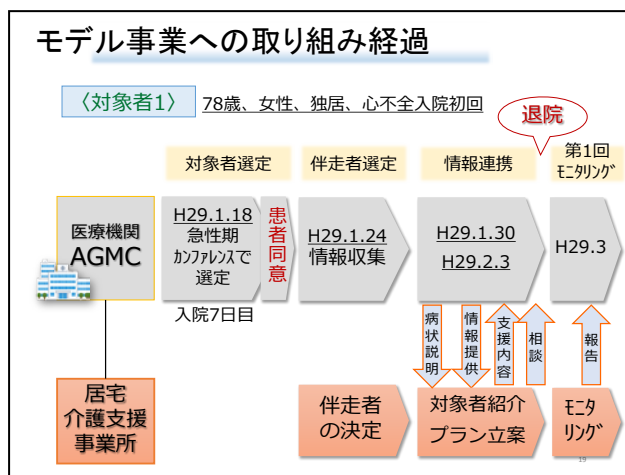
	対象者1	対象者2	対象者3
年齢	78歳	85歳	85歳
性別	女性	女性	女性
診断名	急性非代償性心不全	急性非代償性心不全	急性非代償性心不全
心不全入院回数	初回	4回目	初回
認知症の疑い	なし	なし	あり
介護保険	給付なし	給付なし	給付なし
家族構成年齢	独居	夫と2人暮らし	次男と同居

対象者1: 進行中  
対象者2: 脱落  
対象者3: 脱落

### ○対象者 1

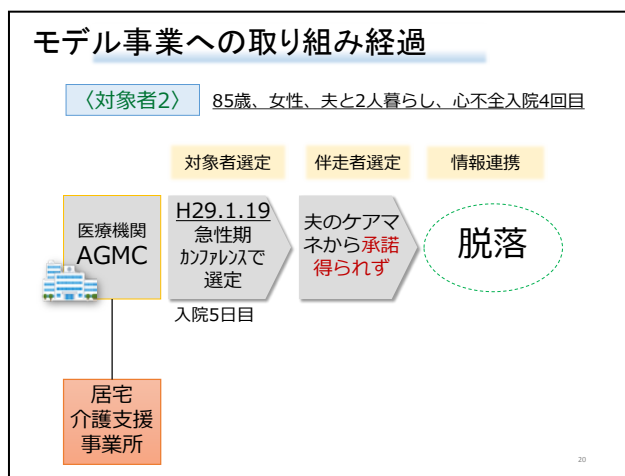
対象者 1 は、入院 7 日目に急性期カンファレンスで選定後、患者同意も得られ、介護給付がなかったため、申請のうえで伴走者を決定し、情報収集・連携を開始した。

入院中にケアマネジャーが 2 回来院し、病状説明や情報提供を行い、ともに支援内容を検討し、プランについても相談した。3 月の時点で第 1 回のモニタリングまで終了した状態である。



### ○対象者 2

対象者 2 は、入院 5 日目にカンファレンスで選定後、夫にケアマネジャーがついていたため、夫婦で同じケアマネジャーに、と検討し伴走者を依頼したが、事業参加の負担が大きいことを理由に承諾が得られず、脱落となった。



### ○対象者 3

対象者 3 は、認知機能低下が疑われた事例で、本人の同意は得られたが、同居する息子の同意が得られず、脱落となった。

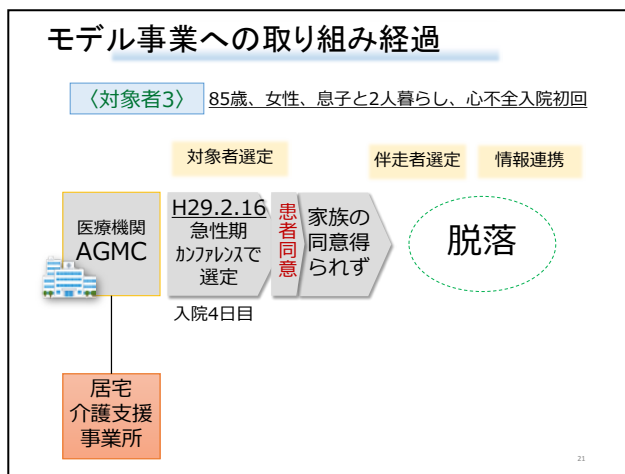
#### (対象者の変化)

対象者 1 の方は独居で心不全を発症した 78 歳の女性で、初めて大きな病気にかかり、今後の一人暮らしに不安を抱いていたため、ケアマネジャーがいてくれることを心強く思い退院された。

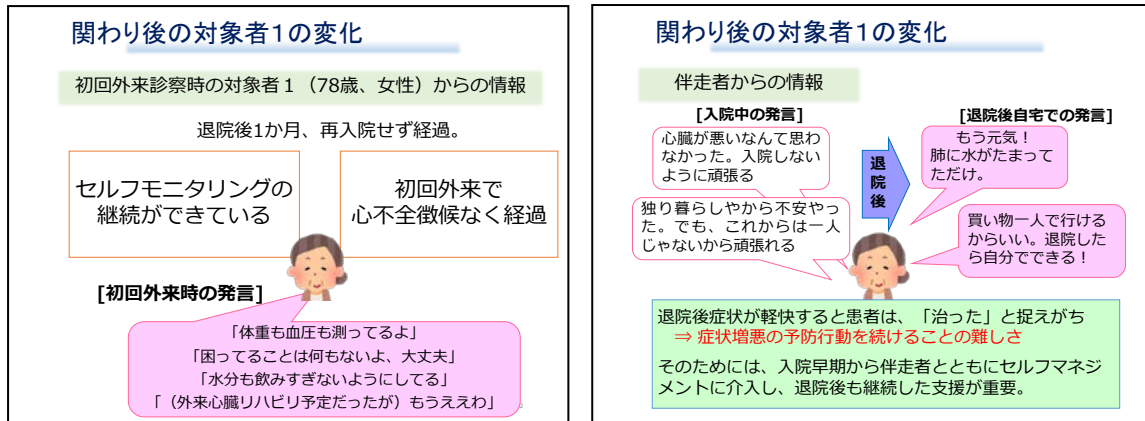
退院後一か月が経過した現在、初回外来では体重・脈拍や心不全症状のモニタリングを継続できており、心不全増悪なく過ごせている。

患者自身からも、入院中に説明した心不全増悪予防のため注意点を守りながら生活できている、という発言が聞かれた。

しかし、ケアマネジャーに退院後の様子を聞くと、自宅では「元気、退院したら自分でできる」とヘルパーを帰してしまうことがあり、入院中に医療者が聞いていた発言から変化が見られた。



心不全は内部疾患であり、症状が軽快すると患者は治ったと捉えがちである。本対象者もセルフモニタリング（血圧、脈拍、水分摂取量・塩分摂取量などの数値目標を設定）の継続ができてきているものの、今後長期的に継続することに難しさを感じており、伴走者が入院早期からセルフマネジメントに介入し、継続支援を行うことの重要性を改めて感じた。



### （伴走者ケアマネジャーの変化）

伴走者からの感想として、「心不全は治らない病気で管理が重要だとわかった。」「体重や症状をモニタリングするだけでも病気の悪化に早く気づけるのだとわかった。」などの声が聞かれた。疾病としての心不全を理解することで、医療者でないケアマネジャーであってもセルフモニタリングの伴走を通じて、心不全患者と向き合える手ごたえを感じていた。

### （モデル事業取組みへのメリット）

モデル事業の取組のメリットを4つあげた。

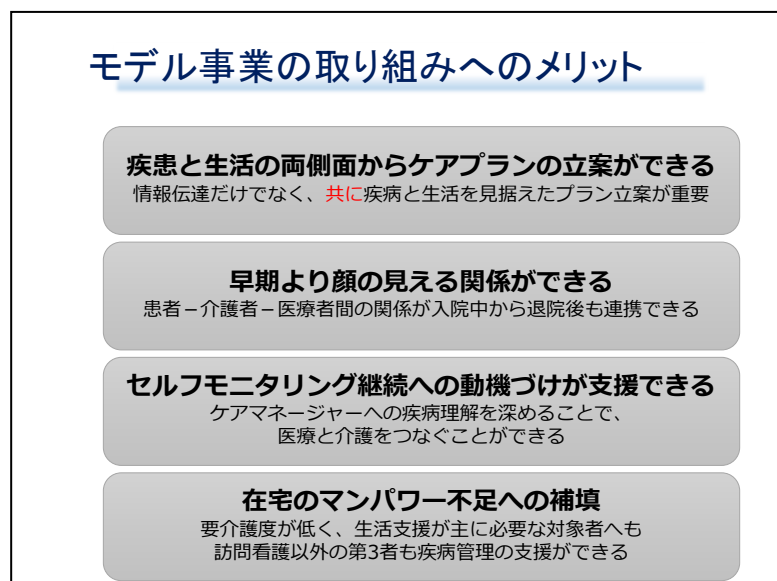
1つは、疾患と生活の両側面からケアプランの立案ができることである。伴走者とともに話し合い、提案しながらプラン立案することで、より疾病と生活を見据えたプランとなり、退院直後から長期に活用できると考える。

2つ目は早期から患者・介護者・医療者間の顔の見える関係ができることである。

3つ目はセルフモニタリング継続の動機づけが支援できることである。

4つ目は、今後の超高齢社会を支えるうえで、訪問看護師だけではマンパワー不足だと考えられているなかで、ケアマネジャーが疾病管理も合わせた介入ができれば地域で慢性心不全患者を支えていくことができるのではないかと感じたことである。

今回経験した事例でも、要介護度が低く、ヘルパー介入が優先される患者へも、疾病管理の視点での介入が継続で



きることで増悪予防ができると考える。

### (モデル事業からみえた課題)

県立尼崎総合医療センターにおけるこれまでの心不全入院患者の背景をみても、独居者が28%に及び、安定した治療と介護の継続には、第三者の介入の必要性が高くなることが予想される。また、32%の患者が介護保険を未申請であり、該当なしを含めると45%の患者がケアマネジャーを探すところからの介入が必要となる。

また、モデル事業の取組から見えた課題を4つあげた。

1 つ目は、対象患者が限られてしまうことである。今回、重症度や認知症の程度も影響したこと、また、ケアマネジャーの協力が得られた事業所が少なかったことがあげられる。協力事業所を増やしていくために、煩雑な業務のなかでもモデル事業の取り組みを行えるよう検討が必要である。

2 つ目は、情報収集や伴走者との情報連携に時間を要することである。これは次の項目とも連動する。

3 つ目は、伴走者や介護者の医療知識不足である。その背景として心不全患者は増加傾向であるにも関わらず、そのなかで心不全の社会的理解が浸透していないことが考えられる。現在、当院では地域に向けての研修会も行っているが、さらなる推進・強化の必要性を感じた。

4 つ目は、かかりつけ医との連携や情報共有をいかにリアルタイムに行っていくかが課題である。

今後も検討しながら、モデル事業の継続ができるよう取り組んでいきたい。

モデル事業から見えた課題	
<p>◆<u>対象患者が限られる</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ケアマネの参加が少ない</li><li>・提出書類の煩雑さ</li><li>・ケアマネの負担増加</li><li>・重症度、認知症の有無etc</li></ul>	<p>◆<u>情報収集や伴走者との情報連携に時間を要する</u></p> <p>入院期間短縮の中、いかに時間を確保し、情報収集・共有の効率化を図るかが課題</p>
<p>◆<u>伴走者や介護者の医療知識不足</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・医療用語の難しさ</li><li>・社会的に心不全への理解が浸透していない</li></ul>	<p>◆<u>かかりつけ医との連携および情報共有(リアルタイムに)</u></p> <p>疾患と生活に関する情報を院内でも共有が困難。地域との共有はさらに難しい</p>



介護支援専門員がセルフマネジメントプランを作成するうえで、助産した内容等教えてください。  
 依頼から考えられる生活上の注意事項は、最終の目安に当たる項目を優先順位に沿って助産した。  
 セルフマネジメント行動が継続して取れるように、対象者が実施できそうな項目をプランに反映させるよう提案した。

セルフマネジメントプランを作成するうえで、困ったことがあれば教えてください。  
 介護支援専門員 電話やメールなども活用しながら、リアルタイムに相談できれば良い。

B. セルフマネジメント支援(モニタリングの実施)					
1回あたりの平均時間	15分	最長時間	30分	最短時間	5分
時間が長くはなったり短くなったりした理由	長くなる理由は、情報収集のための聞き取りに時間が掛かるため。 短くなる理由は、対象者がセルフマネジメントを遂行できているがチェックのみで良いため。				
モニタリングを行う上で、困ったこと	本人が不在のとき。				
セルフマネジメントを継続するために工夫した点	1) 立ち入った質問や悩み込んだ支援をおこなうために、対象者と信頼関係が築けるようコミュニケーションを図っている。 2) 痛み込んだ支援を行う時は、心のブレーキを緩めるためにも、まず「試しにどうですか」と提案するよう心掛け 3) 客観的な評価を行う上で、対象者に聞かれる友人や介護職からも情報を得るよう心がけている。				
モニタリング着手後、セルフマネジメントを途中でやめたケース	現時点では、該当無し。				

**9. 関係会議での検討内容**  
 医療機関の立場から：  
 ・情報伝達だけでなく、疾病と生活をより反映したプランの立案ができた。  
 ・入院中の早期より、患者を中心とした介護者－医療者間の顔の見える関係を構築できた。  
 ・介護支援専門員への疾病理解を深めたことで、セルフモニタリング継続への助産づけが支援できた。  
 ・介護支援専門員との対話により、在宅療養でのマンパワー不足への補填  
 (生活支援が主な対象者へも、訪問看護以外で第3者の疾病管理が介入できるのでは)  
 ・退院後の対象者の病状を共有できる機会がほとんど無いので、共有できる場の設定が必要。  
 多くの患者に均一的な伴走およびセルフマネジメント支援を提供するために  
 1) 介護支援専門員の医療(疾病)知識の向上を図る必要がある。  
 ・研修等を実施し、介護支援専門員の知識の底上げが必要  
 2) 一部の介護支援専門員に頼らないように、多くの介護支援専門員の協力が必須。  
 情報共有の仕方について  
 1) 事業を遂行するにあたって、必要書類(様式2-3-4-1、4-2)の記載に労力を要するので、簡便化を図る必要があるのでは。  
 今後の、継続して取り組む場  
 合の課題(列挙)  
 この事業にも多くの心不全患者が入院されているが、事業への満足できる対象者が少ない(限定されている)運定が困難な理由を、医療側(ケアマネ)側、患者側等に分けて検討する必要がある。  
 例) 医療側(ケアマネ)側：治療多忙な中での煩雑さ? セルフマネジメントへの認識 など  
 介護側(ケアマネ)側：疾病に關する医療知識不足、ケアマネの数? など  
 患者側：重症度、要介護(ケアマネ)の有無、セルフマネジメントへの認識 など  
 ・様式の簡素化、実際に介護支援専門員が活用している様式を活用できれば負担は軽減できる。

ツールの改善点(列挙)  
 その他、意見要望

**10. 昨年度と今年度のモデル事業を運じてのご意見等**



## 10. 多可赤十字病院

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  
 多可赤十字病院 居宅介護支援事業所 ケアマネジャー 大西 馨

### (多可町の概要)

多可町は兵庫県の中央部、姫路市から1時間、神戸から1時間半ほどの山間部に位置している。

人口は 22,000 人、世帯数は 6,685 世帯の小さな町で、高齢化率は 32.4% であり、現在も上昇している。

病院は 1 病院、医院（診療所）9 か所、歯科医院 8 か所である。病院・医院での往診対応医療機関は 4 か所である。近隣の市町村にある医療機関との連携を図り、住民の医療・介護の支援に取り組んでいる。

要介護・要支援認定数は合計 835 名で、多可町の要介護認定率 18.14% であり、行政は 18% を下回ることを目標に介護予防事業を推進している。

### (本モデル事業の関係機関)

実施体制として、自治体は多可町役場健康福祉課で、医療機関は急性期病院の市立西脇病院と連携を取っている。この事業に取り組むにあたり、市立西脇病院の脳神経外科の看護師、医療連携室の MSW や多可赤十字病院の一般病棟と回復期病棟の医師・看護師・SW と連携を密に図ってきた。

多可赤十字居宅介護支援事業所のケアマネジャー4名、うち3名が介護職の資格を有するケアマネジャー、うち1名は一般病棟で看護師を兼務するケアマネジャーを中心に取り組んだ。看護師を選定した理由は、医療知識のある看護師に携わってもらい、病院と在宅におけるケアマネジャーとの連携を密に図るためである。

### 兵庫県多可郡多可町の概要

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いる。人口は約22,000人、世帯数6,685世帯の小さな町で、高齢化率は32.4%であり、現在も上昇している。病院は1病院、医院（診療所）9か所、歯科医院8か所である。病院・医院での往診対応医療機関は、4か所である。近隣の市町村にある医療機関との連携を図り、住民の医療・介護の支援に取り組んでいます。

1

### 要介護・要支援認定数

要介護区分	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
総数	242	280	256	195	183	148	835

### 居宅サービス受給者数

要介護区分	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
1号被保険者	204	201	189	111	73	35	813
2号被保険者	1	1	4	1	5	—	12
総計	205	202	193	112	78	35	835

【多可町介護保険外サービス:多可赤十字病院の取り組み】  
 多可町(行政)は、要介護認定率18.14%(H28年10月)であり、行政は18%を下回ることを目標に介護予防事業を推進している。

2

### 実施体制(参加機関)について

- 自治体:多可町役場(健康福祉課)
- 医療機関(急性期病院):市立西脇病院(近隣医療機関)  
脳神経外科(看護師)・地域医療連携室(医療ソーシャルワーカー)
- 医療機関(一般・回復期・慢性期病棟):多可赤十字病院  
一般病棟・回復期リハビリ病棟(医師・看護師・社会福祉士)  
指定居宅介護支援事業所(介護支援専門員4名(うち1名病棟看護師兼務))  
※病棟から在宅(介護支援専門員)へ連携を密にするため、病棟看護師を選定している。
- 医療機関(在宅医)
- 個人医院(医師・看護師)
- 多可町包括支援センター(保健師)

3



その他、在宅医、個人医院の医師・看護師、地域包括支援センターの保健師とも連携を図った。

**(対象者の選定)**

脳血管疾患の伴走として、Bパターンを6名、A'パターンを1名、合計で7名を対象者として選定した。

選定理由として、多可町という地域柄を考えたなかで、体制が整っている地域の患者であることを条件とした。

平成27年度の対象疾患患者数については、多可赤十字病院の外来患者数は56名で、そのうち高齢者は45名。A'パターンの平成27年度における入院患者数は15名、そのうち高齢者は14名で、14名中要介護認定者は10名である。

**伴走疾患について**

**脳血管疾患を伴走 (Bパターン:6名、A'パターン:1名)**  
(選定理由) 地域性・実施機関の体制が整っているか  
 ※伴走者の7割が、多可赤十字病院の患者様であり、多可赤十字病院の体制(総合診療科・内科・外科・整形・脳外科(週1:西脇病院からの応援体制)・皮膚科(週1:西脇病院からの応援体制)を考慮した際に、脳血管疾患患者の伴走が適切であると判断された為

**当該地域における対象疾患患者数(H27年度)**

**多可町(多可赤十字病院外来患者数):56名(高齢者数:45名)**  
※ICDコード分類表から抽出(医事課集計)

**A'パターン(H27年度入院患者数:15名)**  
**高齢者:14名 要介護認定者数:10名)**  
※地域連携室:回復期リハビリ病棟入院患者統計から抽出

4

**(支援の経過)**

平成28年10月から2名、11月から4名、合計6名をBパターンの対象とした。このうちの3名は、平成27年度からこの事業に取り組んでいる。

12月に入り、西脇病院からA'パターンの患者の紹介があった。12月5日に西脇病院の急性期病院から多可赤十字病院の地域医療連携室に相談があり、本モデル事業の対象として適切か、看護師、SMW、医師にて検討を行い受け入れることとなった。12月13日に一般病棟へ転院、12月19日に回復期病棟に転院し、現在も入院中である。

【経過報告】対象者: Bパターン(6名)・A'パターン(1名)					実施期間				
伴走開始⇒現在まで					予定期間				
H28年9月	H28年10月	H28年11月	H28年12月	H29年1月	H29年2月	H29年3月	H29年4月	H29年5月	
<small>関係機関への説明 (多可赤十字病院支援専門員)</small> (公募説明会実施) 多可町事業所(全域)				12/5 連絡(西脇病院:急性期)					
<small>再発予防事業会議 (多可赤十字病院)</small>				多可赤十字病院 (地域連携室)					
<small>ケアマネ(担当)会議 (多可赤十字病院)</small>				転院調整					
<small>支援対象者選定 Bパターン利用者選定 2名</small>				転院(12/13一般病棟)					
<small>支援対象者選定 Bパターン利用者選定 4名</small>				再発予防事業会議 (多可赤十字病院)					
<small>B:6名(伴走者:多可日赤CM)</small>				伴走担当者決定					
<small>西脇赤十字病院転院 急性期病棟</small>				本人・家族への説明 同意					
1. 様式5 セルフチェックシート アセスメントケアプラン作成 2. セルフマネジメント(モニタリングシート) ※モニタリングシート <small>(開始月から1か月以内に確認) その後は、2~3か月毎。            3. 健康管理シート(利用者)            ※定期(1か月訪問)            (必要時には、随時訪問し問題解決に対応)            モニタリングシートのチェック/回収</small>				<small>転院: 12/19(12/19)へ転院            連絡調整開始            (連絡先: 未定)</small> A'パターン利用者 1名 A':1名(多可日赤CM)	A'パターン 入院中	A'パターン カンファレンス: 2/15開催 入院中	A'パターン 入院中	A'パターン 退院前 カンファレンス	在宅

5

## OA' パターン

A'パターンは、69歳の女性、I型糖尿病・脳梗塞を発症された方である。市立西脇病院から紹介を受け、多可赤十字病院地域連携室においてスクリーニングを行い、実行委員で検討し、対象者として選定した。

平成28年12月16日に合意を得て、平成29年2月に介護保険を新規申請した。

脳卒中予防事業の継続協力を依頼したが、家庭の事情により、介護保険の訪問系サービスの利用をすべて拒否される状況にあり、在宅に戻った後の伴走は難しい状況となっている。伴走者不在となる可能性があることから、今後は多可町の保健師に依頼をし、伴走をしてもらう予定である。

## OBパターン

Bパターン6名については、毎月1回行っているケアマネジャーの定例会議において、既存の利用者33名から抽出している。選定理由は、疾患状況、年齢、家族構成、家族・本人の意欲の有無（協力体制）が整っているかなどを重視して選定した。

## (事例報告)

84歳、女性、一人暮らしの方である。

月2回の平均訪問時間は30～50分で、本人の思いをしっかりと受け止めて、話を聞くという体制を取った。

平成28年12月に、内閣府が行った「一人暮らし高齢者に関する意識調査結果」では、一人暮らしの高齢者の76.3%が、一人暮らしで良いと考えており、今後は一人暮らしが増加すると考えられる。

一人暮らしは人に迷惑をかけなくて良いと考えがちであるが、一度脳梗塞を起こすと、再発に対する不安を抱える方が多い。そのため、面会時には、体調面で不安なことや困っていることを中心に傾聴し、健康管理シートに沿って話を聞いていきながら、毎日の運動継続や食事記入がしっかりできているか、という点に注意を置いて評価をしていくように心がけた。

### 目標値の設定(関係者会議で検討した内容)

#### A'パターン(1名:69歳 I型糖尿病・脳梗塞発症)

- 市立西脇病院からの紹介を得て、多可赤十字病院地域連携室(看護師)によるスクリーニングを行い、実行委員会で検討し、対象者を決定した。
- H28年12月16日合意を得る。H29年2月、介護保険新規申請。脳卒中予防事業の継続協力を依頼するが、家庭の事情により介護保険(ケアマネ訪問も含め、訪問系サービスの導入)利用を拒否され、伴走中止の意向あり。H29年3月、回復期リハビリ病棟退院調整中であるが、福祉用具購入(入浴補助道具)・住宅改修(手すり設置)のみの利用予定である。退院後のリハビリについては、医療保険適用にて通院リハ(家族対応)を継続予定となっている。今後の支援として、伴走者不在になってしまう可能性があるため、多可町保健師に支援依頼を検討している。

#### B'パターン(6名)

- 介護支援専門員定例会議(H28年9月20日)にて、担当利用者(3名介護支援専門員の総数:33名)から対象者を選出(対象者:H28年10月1日、11月1日に合意)
- 選定理由:疾患・対象時期・年齢・家族構成・ご家族・ご本人の意欲の有無(協力体制)など

6

## 事例報告

- K氏(女性)84歳
- 一人暮らし(月2回訪問 平均訪問時間:30～50分)最長1時間訪問
- H28年10月から介入

H28年12月の内閣府が行った「一人暮らし高齢者に関する意識調査結果」では、一人暮らしの高齢者の76.3%が一人暮らしでよいと考えている調査結果が出ている。

一人暮らしは、人に迷惑をかけなくてよいという反面、F氏のように一度脳梗塞を起こしており再発に対する健康面の不安を抱えていることが多い。

面会時は、体調面で不安なことや困っていることを中心に傾聴、健康管理シートに沿って話を聞いていき、毎日の運動継続や食事記入がしっかりできている部分の評価し接していくよう心がけた。

7

## ○指導内容

脳梗塞再発予防の指導内容として、水分摂取がある。夏頃はあまり水分を摂取できていなかったため、「一日の必要な飲量は食事水分量を除き、約1000ml程度であり、身体の水分が足りなくなると、血液が濃縮され、ドロドロに固まり、血管が詰まりやすくなる」ということを、資料を用いて説明するとともに、寝る前や朝起きたとき、食事のときなどに、水分をこまめに摂るように指導した。

細かな、わかりやすい言葉で指導していった結果、水分摂取を心がけるように姿勢が変わり、一日マグカップ3~4杯を摂取することが習慣となっていた。

対象者は降圧剤を服用しており、血圧100~130台を推移していた。日本人の一日平均食塩摂取量は11~12gといわれている中で、煮魚や漬物、味噌汁を毎食とり、塩分の摂り過ぎが見られたため、食事内容について指導を行った。伴走を続けるなかで、どういった食材であれば塩分が少ないのか、何で代用するとよいか、という意欲的な質問も聞かれるようになったため、ケアマネジャーとしても、インターネットで調べたり、病院の看護師や医師に相談したり、具体的にこういった食材で代用されるのが良いのではないか、というわかりやすい言葉で説明していった。

## ○具体的な変化

10月1日時点のBMIが20.3から12月29日時点には22.3に改善した。夏に一時的に体調を壊し、食事が美味しくないということで、3か月に4キロ近く体重の変化があったが、下肢や顔の浮腫はなく、労作後の息切れなどもなく、元気に過ごしている。

動物性脂肪、卵、肉などを食べ過ぎないようにアドバイスをし、青魚や大豆などの野菜を多く摂るように指導を行った。血液検査も定期的実施して

### 脳梗塞再発予防の指導内容

#### ①水分摂取

- 聞き取り、夏でもあまり水分を摂取出来ていないことがわかった。高齢者は体の水分が少なくなってきたとしても喉の渇きをあまり感じないという特徴がある。一日必要な飲量は食事水分量を除いて約1000ml程度。
- 体の水分が足りなくなると、血液が濃縮されドロドロになり固まり、血管が詰まりやすいとわかりやすい用語と資料を用いて説明。
- 寝る前、朝起きた時、食事の時など水分をこまめに摂取するように伝えた。

#### 結果

- 水分摂取を心がけ、一日コップ3~4杯程度水分摂取が習慣になっている。

8

### 脳梗塞再発予防の指導内容

#### ②過度の塩分摂取を避ける

- 降圧剤服用し、K氏の血圧は、100~130台で経過。
- 日本人の一日平均食塩摂取量は11~12gと言われており、塩分の取りすぎが問題となっている。K氏の食事内容も煮魚に、お漬物と味噌汁などの組み合わせが多く指導が必要。
- 味噌汁1杯で塩分1.8g、たくわん塩分1.3gのため合計すると一日の半分以上の塩分を摂取となることを伝える。また、実践しやすい内容として味噌汁は具沢山にする。
- 加工食品、インスタント食品は控える。
- 魚は、干物や塩漬けより刺身や素焼きにする。
- 醤油は、直接かけず小皿にいれつけて食べる。
- 塩の代わりに、酢、香辛料、薬味で味を使用することを訪問時指導し、出来ている所を評価していきました。

#### 結果

- 味噌汁は摂取するが、漬物は食べないなど食生活の変化が見られた。また、ねりものなど加工食品に塩分が多いことについて理解され、自らの食品に塩分が多いかなど質問するなど意欲が見られた。

9

### 脂質異常症

内服薬を継続しており、9月の検査データは正常範囲内であるが、体重が増加あり。  
BMI (体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))  
10月1日157cm 50.1kg BMI20.3  
12月29日157cm 55kg BMI 22.3 正常範囲内

- 夏風邪後一時的に食量減少に伴い体重の低下があったが、それ以降、ご飯がおいしいと話し3ヶ月で4キロ近く体重増加あり。下肢や顔の浮腫はなく労作後の息切れなどの症状なく元気に過ごしている。
- 動物性脂肪、卵、肉の食べすぎはないが、朝、菓子パンが多いので、食パンに変更するなどのアドバイスや、青魚や、大豆など野菜を多く摂取する指導が必要と判断。
- 血液検査も定期的に必要であることを伝え、かかりつけ医の受診をすすめた。また運動面では運動習慣を身につけることで善玉のコレステロールを増やす効果があるが、84歳と高齢なこともあり、生活活動時間として40分以上は動いているが、下肢の痛みはあるため、20分程度の毎日歩行を心がけている。外出できない時は家でできる運動を続けていることを認め、このまま維持し経過観察していく。

10

もらう必要があり、かかりつけ医の受診を確実に行っていただくよう説明を行った。運動面では、自分で家の周りを散歩したり、家の中で運動したりといった前向きな姿勢に変わっていった。

## ○考察

脳卒中は再発しやすい病気の一つで、年間再発率は5%だが、10年間になると、約半数以上という結果が出ているが、脳梗塞が再発しやすいという点について、本人の知識が不十分である場合には、生活習慣の改善を指導する必要がある。

今回、健康管理チェックシートの記入を依頼し、ケアマネジャーが月1回訪問した時に、一緒に記入内容を確認した。その際にアドバイスをもらえることで、本人の意識がとても高まったと聞いている。

訪問時には高齢ということもあり、理解しにくい点や、あまり気にかけてもらえなかった点もあったが、ケアマネジャーがその都度寄り添って説明していくなかで、意識も少しずつ変化していった。特に変化が見られたのは、運動や食事内容で、塩ではなく代用できるものには代用する、運動に参加をするなど、自身の健康のためにできるだけ頑張っていこうと前向きに続けている。

## ○まとめ

このケースに関しては、健康管理チェックシートを通じて他者に認めてもらうことが、自分の役割意識として見出されたように感じている。その結果、普通の生活がよりよく、質の高いものに変化していているように感じた。

一人暮らしは、生活が乱れやすい傾向があるなか、生活記録をつけ、それをケアマネジャーが月に1回訪問し、アドバイスをすることで、少しずつ気持ちに変化が見られ、意欲的な取り組みに変化していった。

### 考察

脳卒中は再発しやすい病気の一つ。その年間再発率は約5%だが、10年間になると約半数以上という結果が出ている。

K氏とのかかわりのなかで見えてきたのは脳梗塞が再発しやすいという点については知識が不十分であり生活習慣についての改善の必要性があった。

今回、健康管理チェックシートの記入をお願いし、月1回訪問時にチェックを一緒に行う事で、「ケアマネジャーが面会し、話をするのでしっかり記入しないといけないし、あまり変わった食生活はできないと思い、食生活に気をつけた」という意見を聞いた。また、訪問時に改善していく点や理解しにくかった点を確認し、あまり厳しい制限をかけず続けられることを提案していく事としました。食事内容も少しずつ変わっていき、脳梗塞予防についての意識も少しずつ変化していった。

特に変化が見られたのは、運動(活動)食事内容である。膝が痛く外に出て、運動するのが億劫になっていたが、毎日休まず続けられるようになっていった。また、食事についても、塩分を注意するような発言も見られるようになり生活習慣について改善される点が見えた。

11

### まとめ

K氏は、健康管理チェックシートを通じて認めてもらうことで自分の役割意識を見出し一緒に問題点を考えそれを改善していくことで、普通の生活が毎日続けられる幸せを感じている。

一人暮らしでは、生活が乱れやすい傾向にあるなか、毎日生活記録を記入し、それをケアマネが評価する地道な作業を繰り返すことで、高齢者であっても疾患に対する知識が少しずつ身につくこと、生活習慣を見直し暮らすことが脳卒中再発予防にとってもっとも重要なことであることを実感した。

12

## (本モデル事業の取組みから見えてきたこと)

良かった点として、対象者が健康管理シートを記載することで意識が高まったことがあげられる。

気づきや反省点としては、医師（在宅医）との連携の中で、このモデル事業への理解を得られない部分があり、ケアマネジャーが苦勞したという点である。

ケアマネジャーからは、通常の業務の一連のシートがあるなかで、並行してこのモデル事業に取り組む必要があり、時期を見逃さず、適切な時期に進めていくということが、非常に難しかったという意見があげられた。

### 関係会議での検討内容

- ① モデル事業取組の評価：利用者は、健康管理シートを記載する事で、意識の高まりが確認できた。
- ② 医師との連携が困難
- ③ 介護支援専門員も通常業務と並行して、モデル事業に取り組んでいるため、作業の導入時期を意識して進めていくことが難しかった。

13

## (今後の課題)

多可赤十字病院の医師にはある程度、理解してもらっている部分もあるが、開業医の医師に関しては、「どうしてこのような取組を、今の時期にやらないといけないのか」という意見も聞かれた。

ケアマネジャーや福祉職が医療的なことについて具体的に教えてほしいとお願いにいても、「そのあたりは医療職に任せてほしい」ということで、なかなか受け入れていただけない現状もあった。

このことから、地域の医師、看護師、保健師、他の職種も含めて、合同研究会を行い、知識や理解を深めていく必要があるのではないか、という話し合いがなされた。

ケアマネジャーのスキルアップのための勉強会については、その場で多職種が話し合うことができる地域ケア会議を積極的に活用するとともに、多可町と西脇市合同でケアマネ部会を3か月に1回開催している場を活用し、介護に必要な医療知識の習得を進め、勉強会を継続していく必要があることが話し合われた。

地域のケアマネジャーからの意見として、在宅の利用者を伴走するにあたっての疑問点等を相談する窓口がないため、相談窓口を設けて欲しいという意見が見られた。また、受診前にケアマネジャーが在宅での様子を医師や看護師に伝え、スムーズに在宅と病院の診療中の内容について意見交換ができるような連携を密にしていく必要があるのではないか、という意見も見られた。

多可町役場の保健師との話し合いのなかでは、糖尿病重症予防施策が平成27年度から継続的に取り組まれているため、保健医療分野で連携が必要な場合には、保健師が積極的に関わる仕組みをつくっていく必要があるのではないか、という意見も出された。

### 今後の課題

#### ①医師(在宅医)との連携が難しく、モデル事業への理解が得られない

対応策:依頼文書の作成 地域に根付かせるための工夫  
医師・多職種参加による合同研究会の開催

#### ②介護支援専門員のスキルアップの為に勉強会開催方法について

対応策:・地域ケア会議の場を活用して、多職種での話し合いの機会を積極的に活用する。  
・ケアマネ部会(多可町・西脇市合同勉強会)で、介護に必要な医療知識習得のための勉強会開催など

#### ③相談窓口の設置

対応策:多可赤十字病院が中核となって、地域に根付いていくように取組の継続化を目指す。  
例)担当ケアマネが、患者様の受診前に外来看護師に在宅状況(身体状況の変化)を伝え、医師と相談しやすい環境を整えていく。

14



このモデル事業を多可町で継続化して取り組んでいくために、「あんしん連携シート」を作成し、その内容を月1回の受診時に医師に確認して助言をもらうというのも、一つの方法ではないかという意見が出ている。また、多可町高齢者部会という会議が平成24年から発足されており、第1月曜日の夜に多職種が話し合う場があるが、その場を活用し、「あんしん連携シート」の作成を具体化（目標や注意事項などを記入）していく方向で、医師との連携を密にする材料にするべきではないかという意見も出されており、今後、対応策を検討しつつ、多可町では継続して取り組んでいく予定である。

### 今後の課題

④多可町役場(健康福祉課:保健師)との連携  
 対応策:糖尿病重症予防施策(H27年度~)への取り組みに力を注がれている。  
 保健医療分野での連携が必要な場合には、相談し連携を図るよう積極的に取り組んでいく。

⑤モデル事業を継続化するための当地域での取り組み方法  
 対応策:様式の簡素化  
 あんしん連携シートの作成(具体策:定期受診の際に在宅での背景を医師に報告出来る手段として活用)  
 →高齢者在宅プロジェクト(多可町高齢者部会(H24年発足):多可町関係機関の定例会議:第1月曜日18:30~)であんしん連携ノート詳細について検討

15

(イメージ)

生活の記録

再発予防:目標(具体的内容)

注意事項:

体重:○○kg(測定日)

記載日	2017〇/〇	2017〇/〇	2017〇/〇	2017〇/〇	2017〇/〇	2017〇/〇
血圧	〃	〃	〃	〃	〃	〃
食事(熱量)	〇/×	〇/×	〇/×	〇/×	〇/×	〇/×
水分量	コップ〇杯	コップ〇杯	コップ〇杯	コップ〇杯	コップ〇杯	コップ〇杯
塩分〇g以下	〇/×	〇/×	〇/×	〇/×	〇/×	〇/×
身体の不調 (運動の有無)	〃	〃	〃	〃	〃	〃

ツール:急性期病院退院時に『あんしん連携ノート』を患者様にお渡しする。→  
 通所系サービス・訪問介護・介護支援専門員が日々の状況をチェック(必要時は、記載)。  
 →定期受診(月1回)の際に、医師に確認してもらい、意見を頂く。(本人・家族の病状理解を深める事できる)。

16

兵庫県多可町

1. 実施体制(参加機関)について

参加機関	名称	担当部署等
自治体	兵庫県多可町役場	健康福祉課
医療機関① (急い、急い)	臨神産外科(看護師)、 地域医療連携室(医療ソーシャルワーカー)	
医療機関② (急い、急い)	一般診療・回復期/ゼリ病棟(医師・看護師、社会福祉士) 指定居宅介護支援事業所	
医療機関③ (急い、急い)	内科、総合診療科(医師・看護師)	
医師会		(記入不要)
地域包括支援センター①	多可町包括支援センター	
地域包括支援センター②		
地域包括支援センター③		
ケアマネ協会		(記入不要)

2. 伴走する対象疾患(具体的に)

① 脳血管疾患 ② 心疾患 ③ 痛用性症候群(ロコモ関連疾患) ④ 認知症  
⑤ その他(具体的に):

地域性、実施機関の体制が整っているか

3. 取組パターン

着手時の予定

1. Aパターン 2. Aパターン 3. Bパターン

最終的にSMに取組んだパターン別件数(0は要介護認定者数記載)

1. Aパターン ( ) 2. Aパターン ( ) 3. Bパターン ( )

4. 当該地域における対象疾患者数

当該地域(市町村、特別区等)における対象疾患について記入してください。

患者数(人)	具体的に
平成27年度対象疾患有病者数	把握方法(推計/実数): 国保(0~74歳)で把握(国保KDBシステムより実数) ※推計は、100人程度の可能性あり
うち高齢者数	把握方法(推計/実数): 国保KDBシステムより実数 ※推計は、40人程度の可能性あり
外来患者数	把握方法(推計/実数): 多可赤十字病院(医事課)ICD10コード分類からの抽出方法
うち高齢者数	把握方法(推計/実数): 多可赤十字病院(医事課)ICD10コード分類からの抽出方法

参加医療機関

参加医療機関	対象疾患	把握方法(推計/実数)
うち高齢者数		
モテル事業期間中の対象疾患入院患者数		Aパターン データ対象期間: 2016年10月1日~2017年2月10日
うち高齢者数		
うち要介護認定あり		把握方法(推計/実数): 地域連携室、回リハ病棟入院患者統計から抽出

5. 目標値の設定(関係者会議で検討した内容を記載)

関係者会議で検討した事項について、パターン別に記載してください。

対象者抽出方法 (条件等)	支援者数の検討	支援者数の決定 (目標値)	対象者抽出方法 (条件等)	支援者数の検討	支援者数の決定 (目標値)
①市立西脇病院からの紹介(定額)と、対象者からスクリーニング(多可赤十字病院 地域医療連携課) ②福中再発モテル事業実行委員会にて、議論の上、抽出する。	2人	1人 (12月16日合意)	①ケアマネ会議(2018年9月10日)にて、担当利用者の中から抽出 ②福中再発モテル事業実行委員会にて、議論の上、抽出する。	7人	6人 (10月1日・11月1日合意)
疾患・発症時期・年齢・家族構成・協力体制(ご家族、御本人の意欲の有無)			疾患・発症時期・年齢・家族構成・協力体制(ご家族、御本人の意欲の有無)		

6. セルフマネジメント支援者の選定と実施状況

対象者を選定するに当たり、関係者会議で検討した対象者選定条件に変更があった場合や同意した/同意しなかった支援候補者について情報をお気づきの点があれば記載をお願いします。

対象者選定数	A/Aパターン 総付あり	A/Aパターン 総付なし	B/Aパターン 総付あり	B/Aパターン 総付なし	備考
拒否数	2人	7人	1人	1人	
同意数	1人	1人	6人	6人	Aパターン介護保険新申請 2017年2月7日
情報連携の実施	様式1	1人	1人	0人	
	様式2	1人	1人	0人	
	様式3	1人	1人	0人	
セルフマネジメントプラン作成	1人	1人	1人	6人	
うち、医療機関からアドバイスを受けたもの	1人	1人	1人	6人	
モニタリングを回以上実施	1人	1人	1人	6人	
MCIが疑われた件数	1人	0人	1人	0人	
うち、医療機関からアドバイスを受けたもの	1人	1人	1人	1人	

7. 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

モテル事業セルフマネジメント実施者の病状を、介護支援専門員と共有するうえで、お気づきの点があれば記載してください。

医療機関	
介護支援専門員	



介護支援専門員がセルフマネジメントプランを作成するうえで、助置した内容等教えてください。

医療機関	多赤十字病院 心疾患の既往がある利用者様に対する水分摂取量(1日)の確認など
------	---

セルフマネジメントプランを作成するうえで、困ったことがあれば教えてください。

介護支援専門員	検査データ数値の把握が不十分で、具体的な目標値を設定する際に苦労した。 関係者：家族・看護師等に関する時間の確保が難しかった。
---------	--

### 8. セルフマネジメント支援(モニタリングの実施)

1回あたりの平均時間	30～50分	最長時間	1時間	最短時間	30分
時間が長くなり短くなり理由	必要事項を家族に確認しようとするが、本題以外の話になったり、意図した質問の回答が得られず、時間がかりを費やす結果になることがあった。				
モニタリングを行う上で、困ったこと	留意点の説明を行っているが、専門的な回答を求められることがあった。				
セルフマネジメントを継続するために工夫した点	本人の強みを引き出し、意欲を高められるような促しを行った。				
モニタリング着手後、セルフマネジメントを途中でやめたケース	Bパターンの対象者のうち、1名(協力者であるご家族)が、体調を崩し、1週間程度継続できない期間があった。体調が良くなると再開できた。				

### 9. 関係会議での検討内容

モデル事業取組の評価	①利用者には、健康管理シートを記載することで、意識の高まりが確認できた。 ②医師との連携が困難 ③ケアマネジャーも通常業務と並行して、モデル事業を実施しているため、常に様式書類の導入時期・担当者会議開催等を意識しながら作業に取り組むのが、難しい。
今後、継続して取り組む場合の課題(列挙)	①医師との連携、モデル事業への理解が得られない場合が多い。 ②様式の簡素化 ③モデル事業に参加できる対象患者(セルフマネジメントが継続できるレベルの方)が限定されてしまう。者様は、後期高齢者・要介護者・独居(高齢者2人暮らし・認知症あり)が多い為。 ④行政が率先した取り組みがなかった。(理由：多忙なため)
ツールの改善点(列挙)	①様式の簡素化(記載項目が多すぎず。)
その他、意見要望	医師会への理解・協力が難しいため、医師会(医師)への行政からの説明(実施前)が必要。

### 10. 昨年度と今年度のモデル事業を通じてのご意見等

<p>①医師等の協力が増え、行政からの依頼文書の活用がよくなった。スムーズに進んでくれたのではないかと介護支援専門員(担当職員)に対し、利用者・家族から医療職レベルの相談を要する質問事項が多く、回答に戸惑った。知識不足であること、不安な発言をする際はいかに、対象者に理解のない状況であった。</p> <p>②対象者の動向(セルフマネジメントが継続できる可能性のある利用者)が難しい、地域各所に遠慮(地域性の問題)するのには、課題が山積ではないが、昨年年度にモデル事業対象者の方が、今年度に対象者として特定しなかった結果、体重の増加(1年間で5kg)がみられている。担当ケアマネとして、声かけは継続していたが、意識の低下が懸念しているように観察できる。(家族の品物だけでは、適当に閉じ込めている状況あり)記録し、申し(医師等)に確認してもらった事により、病棟に対する意識の高まり、生活習慣改善(継続)につながるよう感じられた。</p>
--

## 1 1. 岡山県岡山市

岡山市 審議監（医療・高齢者政策担当） 福井 貴弘

岡山市 医療政策推進課 医療福祉戦略室 橋本 淳

### （岡山市の概要について）

岡山市は、合併もあり、約 790 平方キロメートルと非常に広い面積を有している。

人口が約 72 万人、介護認定率は 21.2%である。介護保険料は 6,160 円と政令指定都市が全国 20 市あるなかで、上から 3 番目に高い額となっている。

岡山市の特徴は、病院の数や介護事業所の数が多いことであり、特にデイサービスが非常に多く、岡山市内に約 300 か所ある。

本事業に参加するにあたって、岡山市はもともとデイサービス改善インセンティブ事業を進めており、その中で、DASC-21 を使った DASC モデル事業を実施している。今回、デイサービス改善インセンティブ事業の DASC モデル事業にセルフマネジメントを加える形で取り組むこととした。

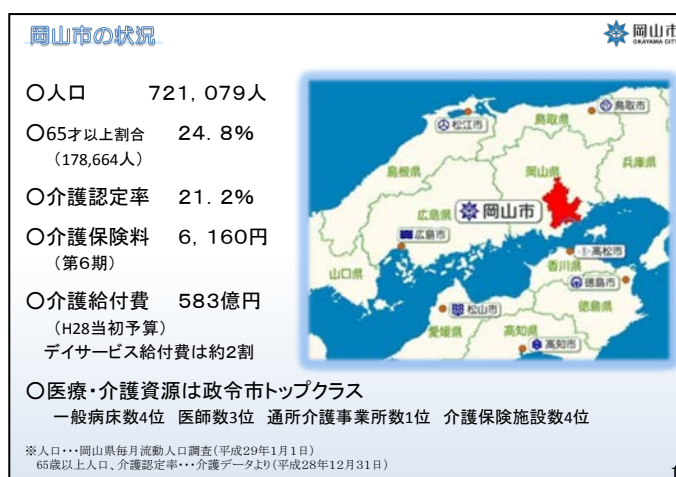
### （デイサービス改善インセンティブ事業の概要）

デイサービス改善インセンティブ事業とはデイサービスを対象にした成功報酬を付与する制度である。岡山市は平成 25 年 2 月に国から総合特区の指定を受けているが、その際、在宅介護に特化した規制緩和等を求める提案の一つとして挙げたものである。

総合特区の指定を受け、デイサービス改善インセンティブ事業に着手したが、事業を評価するアウトカムが確立されていないため、デイサービスの質をどう評価すべきか指標の検討から取り組んだ。

規範的統合を進める中で、行政が上から依頼するのではなく、みんなで作り上げていくという気運を大切にすることが重要と考え、市内にある約 300 のデイサービス事業所と理念の共有から始めた。基本理念とは、介護保険法にもある自立支援である。

質を評価する項目（価値）や指標については、関係者でブレインストーミング等により検討を行い、事業所が達成すべき具体的な目標として「利用者の状態像の維持・改善（利用者の QOL の確保）」を目標とするとともに、目標達成に向けた指標については、単にアウトカムだけに着目するのではなく、ストラクチャーやプロセスも重要と考え、指標の設定を行った。

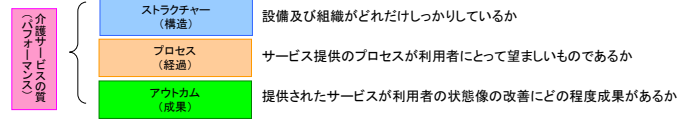


平成25年度より 通所介護サービスの質の評価方法を検討



質を評価する項目(価値)・指標の考え方

通所介護サービスの質を評価する場合、そのアウトカムだけに着目するのではなく、ストラクチャーやプロセスを評価することが重要



質を評価する項目(価値)・指標の問題

デイサービスには様々な事業所があり、その質を評価するには、複数の項目(価値)が存在し、その項目(価値)の中に各指標が存在する。

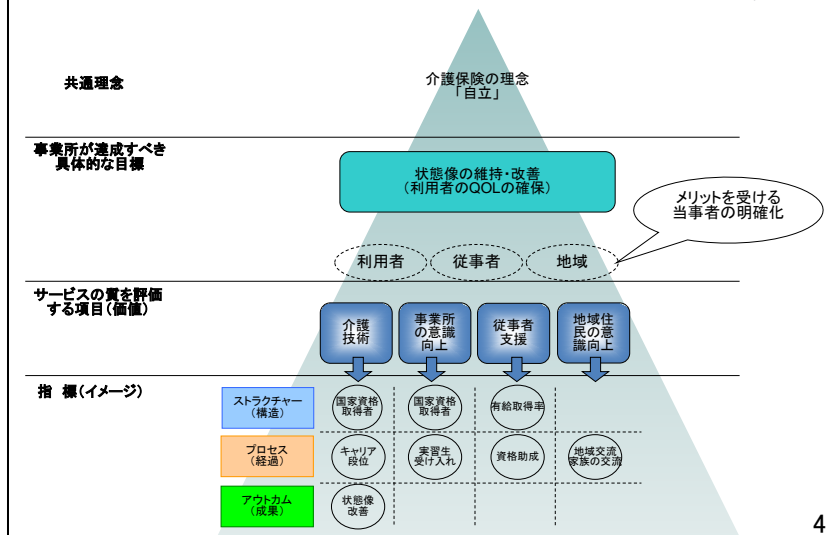
- ・預かり機能(レスパイト)に特化したサービス
- ・機能訓練を中心とした自立支援の要素の強いサービス
- ・専門性を持って認知症ケアに特化したサービス
- ・ナーシング機能を持つサービス 等

規範的統合

まずは市内全通所介護事業所が質の評価に取り組むことが大事。  
そして、質の高い取組みの情報公開等を実施することで、介護サービスのボトムアップを図り、利用者の状態像の維持・改善につなげ、将来的には利用者の「自立」を目指す。

3

岡山市の通所介護サービスの質の評価階層図



4

デイサービスにはいろいろな形態の事業所があるため、ストラクチャー・プロセスについては共通的な5つの指標で評価することとした。また、評価を行うに当たって、5つの指標の目標値、全てをクリアするのは難易度が高すぎると考え、3つ以上の目標値をクリアすれば合格とした。

平成28年度デイサービス改善インセンティブ事業 評価指標



評価指標	考え方	ベンチマーク
1 外部研修への参加状況 (延べ人数/職員数(常勤換算人数))	外部研修の参加人数(対象研修は次のとおり) ・キャリア段位アセッサー講習研修 ・認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修 ・岡山市主催 介護職員スキルアップ研修(全5回) ・岡山市主催 多職種連携会議  *介護職員スキルアップ研修及び多職種連携会議については、1回の会議に何人出席しても、1人と数えます。	「評価対象事業所の平均値以上」とする予定
2 医療機関との積極的連携 (DASCモデル事業への参加の有無)	DASCモデル事業に参加しているかどうか  *第3回介護職員スキルアップ研修(DASO)についての研修に参加すること	
3 認知症高齢者の受け入れ人数 (実人数/利用定員)	岡山市が抽出した「日常生活自立度Ⅲ以上の利用者」の人数	
4 機能訓練指導員の常勤換算人数 (常勤換算人数/職員数(常勤換算人数))	機能訓練指導員の常勤換算人数 (従業員勤務一覧表から算出)	
5 介護職員のうち、介護福祉士の常勤換算人数 (常勤換算人数/職員数(常勤換算人数))	介護職員のうち、介護福祉士の常勤換算人数 (従業員勤務一覧表から算出)	

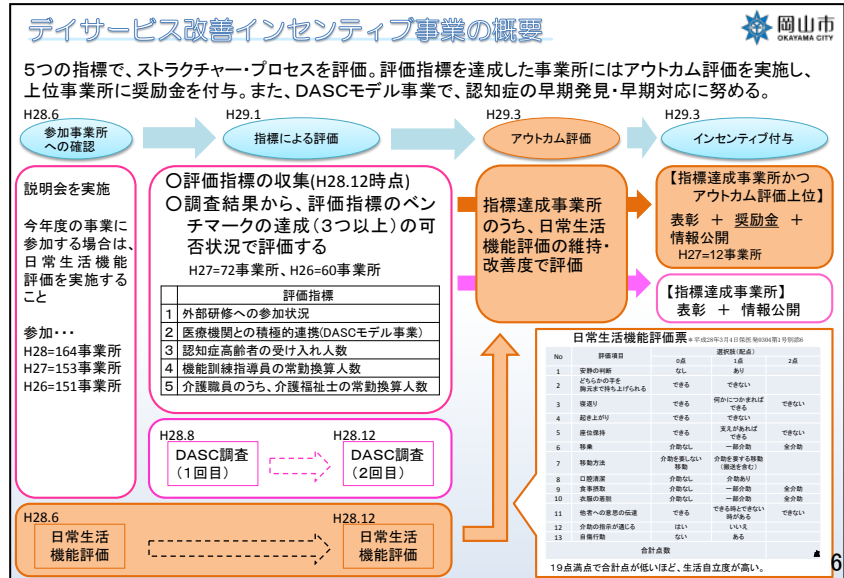
5

アウトカムである利用者の状態像の維持・改善を図る指標としては、利用者の要介護度ではなく、日常生活機能評価を活用することとし、アウトカムの上位事業所に対し奨励金を付与している。

この奨励金の付与は平成 27 年度から実施しており、事業への参加は強制ではないものの、平成 27 年度ではデイサービス事業所のうちおよそ半数の 153 事業所が参加し、翌平成 28 年度においては 164 事業所が参加している。

### (デイサービス改善インセンティブ事業の効果)

このデイサービス改善インセンティブ事業には一定の効果がみられた。平成 27 年度の事業に参加した 153 のデイサービス事業所全体と、指標を達成した 72 のデイサービス事業所と 12 のアウトカム上位事業所を比較すると要介護者の状態像の変化は、評価指標を達成した指標達成事業所の方が、より改善していることが明らかとなった。具体的には、日常生活機能評価 13 項目のうち、なかなか改善しにくい移乗、移動方法、食事摂取、衣服の着脱の 4 項目でも、アウトカム評価上位事業所では改善がみられた。なお、これらは 1 年間のデータのため、2 年目に向かってさらなる精査を



### デイサービス改善インセンティブ事業の効果

項目	調査月	日常生活機能評価票													合計
		1:安物の利用	2:足元の安全	3:移乗	4:服装の着脱	5:食事摂取	6:移動	7:移動方法	8:口嚥	9:食事摂取	10:衣服の着脱	11:移乗への意欲の伝達	12:介助の指示の伝達	13:移動行動	
参加事業所 (153事業所)	H27年9月	0.0636	0.0085	0.2409	0.0742	0.0897	0.2982	0.2188	0.1251	0.1043	0.2930	0.1950	0.0846	0.0091	1.7503
	H28年2月	0.0422	0.0076	0.2272	0.0659	0.0735	0.3010	0.2192	0.1209	0.1053	0.3031	0.1401	0.0724	0.0097	1.6882
	差	-0.0215	-0.0009	-0.0137	-0.0083	-0.0121	0.0027	0.0005	-0.0042	0.0010	0.0101	-0.0149	-0.0122	0.0006	-0.0621
指標達成事業所 (72事業所)	H27年9月	0.0725	0.0090	0.2567	0.0802	0.1025	0.3220	0.2061	0.1264	0.1043	0.3078	0.1420	0.0995	0.0043	1.7741
	H28年2月	0.0526	0.0104	0.2369	0.0720	0.0807	0.3222	0.1988	0.1164	0.1027	0.3064	0.1284	0.0929	0.0058	1.6961
	差	-0.0199	0.0013	-0.0199	-0.0082	-0.0218	0.0002	-0.0094	-0.0100	-0.0016	0.0014	-0.0136	0.0035	0.0115	-0.0781
アウトカム上位事業所 (12事業所)	H27年9月	0.2113	0.0084	0.3006	0.0955	0.1011	0.4775	0.2809	0.1882	0.1433	0.4551	0.1938	0.0843	0.0084	2.5279
	H28年2月	0.1006	0.0057	0.2289	0.0776	0.0603	0.2816	0.1580	0.1379	0.0747	0.3218	0.1293	0.0747	0.0029	1.6522
	差	-0.1107	-0.0027	-0.0717	-0.0179	-0.0408	-0.1959	-0.1229	-0.0503	-0.0685	-0.1332	-0.0645	-0.0096	-0.0056	-0.8757

【条件】  
・平成27年度の事業実績で作成  
・参加事業所(153事業所)・・・H27年度デイサービス改善インセンティブ事業に参加した事業所  
・指標達成事業所(72事業所)・・・H27年度デイサービス改善インセンティブ事業における評価指標を達成した事業所  
・アウトカム上位事業所(12事業所)・・・H27年度デイサービス改善インセンティブ事業におけるアウトカム評価の上位事業所  
・上記の数値は、各日常生活機能評価票の平均値  
・差の欄は、マイナスが改善したことを示す  
・各調査月で、対象となる人は同一ではない。また、複数のデイサービスを利用している人は、それぞれの項目に含まれる。  
・四捨五入の関係で端数が合わない場合がある。

### 日常生活機能評価票を活用したアウトカム評価の効果

項目	調査月	日常生活機能評価票													合計
		1:安物の利用	2:足元の安全	3:移乗	4:服装の着脱	5:食事摂取	6:移動	7:移動方法	8:口嚥	9:食事摂取	10:衣服の着脱	11:移乗への意欲の伝達	12:介助の指示の伝達	13:移動行動	
参加事業所 (153事業所)	H27年9月	0.0636	0.0085	0.2409	0.0742	0.0897	0.2982	0.2188	0.1251	0.1043	0.2930	0.1950	0.0846	0.0091	1.7503
	H28年2月	0.0422	0.0076	0.2272	0.0659	0.0735	0.3010	0.2192	0.1209	0.1053	0.3031	0.1401	0.0724	0.0097	1.6882
	差	-0.0215	-0.0009	-0.0137	-0.0083	-0.0121	0.0027	0.0005	-0.0042	0.0010	0.0101	-0.0149	-0.0122	0.0006	-0.0621
指標達成事業所 (72事業所)	H27年9月	0.0725	0.0090	0.2567	0.0802	0.1025	0.3220	0.2061	0.1264	0.1043	0.3078	0.1420	0.0995	0.0043	1.7741
	H28年2月	0.0526	0.0104	0.2369	0.0720	0.0807	0.3222	0.1988	0.1164	0.1027	0.3064	0.1284	0.0929	0.0058	1.6961
	差	-0.0199	0.0013	-0.0199	-0.0082	-0.0218	0.0002	-0.0094	-0.0100	-0.0016	0.0014	-0.0136	0.0035	0.0115	-0.0781
アウトカム上位事業所 (12事業所)	H27年9月	0.2113	0.0084	0.3006	0.0955	0.1011	0.4775	0.2809	0.1882	0.1433	0.4551	0.1938	0.0843	0.0084	2.5279
	H28年2月	0.1006	0.0057	0.2289	0.0776	0.0603	0.2816	0.1580	0.1379	0.0747	0.3218	0.1293	0.0747	0.0029	1.6522
	差	-0.1107	-0.0027	-0.0717	-0.0179	-0.0408	-0.1959	-0.1229	-0.0503	-0.0685	-0.1332	-0.0645	-0.0096	-0.0056	-0.8757


【条件】  
・平成27年度の事業実績で作成  
・参加事業所(153事業所)・・・H27年度デイサービス改善インセンティブ事業に参加した事業所  
・指標達成事業所(72事業所)・・・H27年度デイサービス改善インセンティブ事業における評価指標を達成した事業所  
・アウトカム上位事業所(12事業所)・・・H27年度デイサービス改善インセンティブ事業におけるアウトカム評価の上位事業所  
・上記の数値は、各日常生活機能評価票の平均値  
・差の欄は、マイナスが改善したことを示す  
・各調査月で、対象となる人は同一ではない。また、複数のデイサービスを利用している人は、それぞれの項目に含まれる。  
・四捨五入の関係で端数が合わない場合がある。

しているという状況である。

また、給付費にも変化がみられた。給付費が下がることは行政の立場としては有り難いことではあるが、それ以上にベンチマークとした5つの指標それぞれの項目が平成27年度・平成28年度と比較したときに改善傾向にあり、デイサービスが維持・改善に前向きに取り組んでいることが何よりの結果だと思われる。

岡山市では、デイサービスが介護給付費の約17%を占めているが、より質のレベルアップをめざして、維持・改善に前向きに取り組む事業所が今後も評価されていくという仕組みをつかっていきたいと考えている。

### デイサービス改善インセンティブ事業の効果




	平成25年12月調査…a						平成27年12月調査…b						差(b-a)					
	人数	給付費	一人当たり給付費			人数	給付費	一人当たり給付費			人数	給付費	一人当たり給付費					
			総	対デイサービス比	対サービス外比			総	対デイサービス比	対サービス外比			総	(増減率)	対サービス外比			
岡山市	28,388	4,061,613,435	143,176	1,265	30,189	4,220,043,015	139,741	1,270	1,831	158,429,580	△ 3,435	△ 2.40%	0.006					
デイサービス	9,267	1,049,204,437	113,219	1,000	10,574	1,163,311,884	110,016	1,000	1,307	114,107,447	△ 3,203	△ 2.83%	0.000					
非参加事業所	3,756	466,271,389	124,140	1,096	4,257	515,938,180	121,198	1,102	501	49,666,771	△ 2,942	△ 2.37%	0.005					
参加事業所	5,773	629,951,537	109,120	0,964	6,602	695,764,650	105,387	0,958	829	65,813,113	△ 3,733	△ 3.42%	△ 0.006					
指標達成事業所	2,858	324,185,686	113,431	1,002	3,310	357,663,649	108,055	0,982	452	33,477,963	△ 5,376	△ 4.74%	△ 0.020					

【条件】  
 ・平成27年度の事業実績で作成  
 ・デイサービス(298事業所)・・・H27年度デイサービス改善インセンティブ事業実施時に存在した事業所  
 ・参加事業所(153事業所)・・・H27年度デイサービス改善インセンティブ事業に参加した事業所  
 ・指標達成事業所(72事業所)・・・H27年度デイサービス改善インセンティブ事業における指標達成事業所  
 ・各年度12月の給付実績を抽出。給付費はデイサービス以外に係る経費も含む。  
 ・各年度12月に各デイサービス事業所を利用していた人に係る給付費を抽出している。  
 ・各年度で、対象となる人は同一ではない。また、複数のデイサービスを利用している人は、それぞれの項目に含まれる。  
 ・四捨五入の関係で増数が合わない場合がある。

8

### 平成28年度 評価指標による結果



評価指標	考え方	ベンチマーク	ベンチマーク達成事業所数
1 外部研修への参加状況 (延べ人数/職員数(常勤換算人数))  ベンチマーク推移 H26 0.73 → H27 0.44 → H28 1.01 *各年度で外部研修の対象が異なる	外部研修の参加人数(対象研修は次のとおり) ・キャリア段位アセッサー講習研修 ・認知症介護指導者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修 ・岡山市主催 介護職員スキルアップ研修(全5回) ・岡山市主催 多職種連携会議  *介護職員スキルアップ研修及び多職種連携会議については、1回の会議に何人出席しても、1人と数えます。		71事業所
2 医療機関との積極的連携 (DASCモデル事業への参加の有無)	DASCモデル事業に参加しているかどうか  *第3回介護職員スキルアップ研修(DASC)についての研修)に参加すること	「評価対象事業所の平均値以上」とする予定	67事業所
3 認知症高齢者の受け入れ人数 (実人数/利用定員)  H26(ベース) 1.48 → H27 0.41 → H28 0.45	岡山市が抽出した「日常生活自立度Ⅲ以上の利用者」の人数		66事業所
4 機能訓練指導員の常勤換算人数 (常勤換算人数/職員数(常勤換算人数))  H26 0.10 → H27 0.10 → H28 0.11	機能訓練指導員の常勤換算人数 (従業員勤務一覧表から算出)		68事業所
5 介護職員のうち、介護福祉士の常勤換算人数 (常勤換算人数/職員数(常勤換算人数))  H26 0.21 → H27 0.24 → H28 0.28	介護職員のうち、介護福祉士の常勤換算人数 (従業員勤務一覧表から算出)		83事業所

**指標達成事業所数**  
 H28は、72事業所/164事業所参加○○○

5つ達成・・・4事業所  
 4つ達成・・・16事業所  
 3つ達成・・・52事業所

10





(DASC モデル事業拡大版 セルフマネジメント支援の実施)

岡山市では、本事業に参加するに当たり、デイサービス改善インセンティブ事業でDASC 事業を実施しており、その中でセルフマネジメント支援に取り組むこととした。そのため、伴走者は、ケアマネジャーではなくデイサービス職員の OT や PT が大半である。

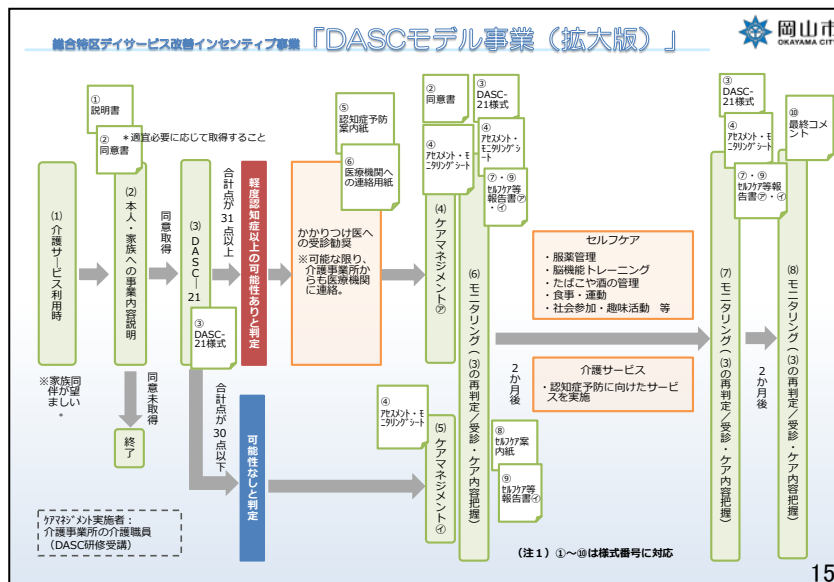
DASC が 31 点以上、30 点以下、どちらであっても伴走することを前提に取り組みを開始した。

平成 28 年 8 月に DASC 調査を実施。12 月に今回のモニタリングを松戸市の様式を活用して実施した。他の取組みに比べると簡素化した様式となっており、だからこそデイサービス事業所でも実施することができたと考えている。

しかしながら簡素化した様式とはいえ、モニタリングに平均 30 分要していた。これは、利用者本人が伝えたいことが多くある中で、介護職側のペースでモニタリングを進められない状況があったためである。

セルフマネジメントを継続させるために工夫した点は、スタッフ間の共有と、本人に対する定期的な声かけを実施したことである。その効果もあり、セルフマネジメントを途中でやめたケースはなかった。

今後は、平成 29 年 2 月、4 月に、モニタリングを継続していく予定である。



「DASCモデル事業（拡大版）」スケジュール

岡山市 OKAYAMA CITY

日程	内容
平成28年8月	DASCを実施 軽度認知症者等の把握
平成28年12月	ケアマネジメントを実施 第1回モニタリング
平成29年1月23日(月)まで	ケアマネジメントの提出 モニタリング結果の提出
平成29年2月	第2回モニタリング
平成29年3月21日(火)まで	モニタリング結果の提出
平成29年4月	第3回モニタリング
平成29年5月22日(月)まで	モニタリング結果の提出

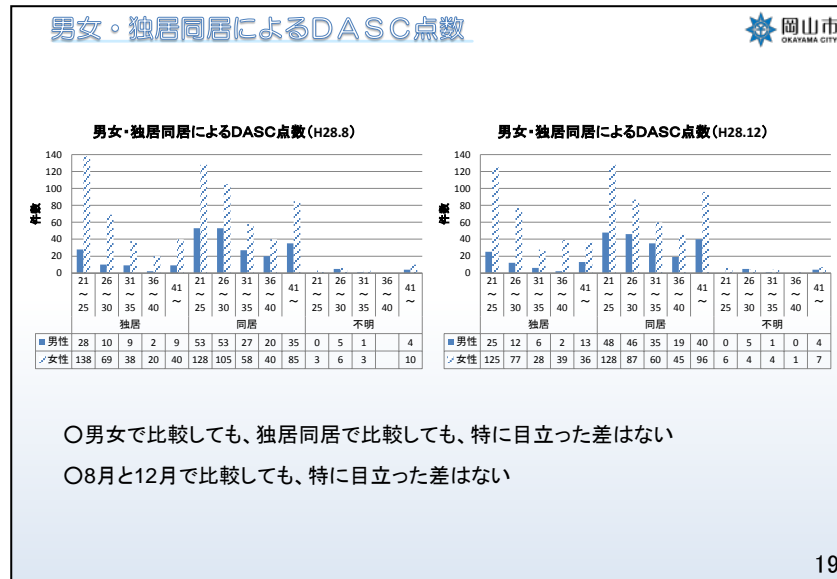
16





「医師の指示どおりに薬を飲むことができた」という項目では、「できた」という方が改善につながっているように思われる。

認知機能については、脳トレに取り組んでいる方も多いが、悪化したグループにも「できた」人がいるので、一概にはこれだけでは検証は難しい。



### 平成28年度DASCモデル事業集計結果

	単位	全体		通常		セルフケアマネジメント	
		件	人あたり	件	人あたり	件	人あたり
初回アセスメント (H28.8調査)	調査対象者数	999	1	946	1	53	1
	得点…①	32,617	32.65	31,096	32.87	1,521	28.70
	31点以上の件数	401	0.40	384	0.41	17	0.32
	31点未満の件数	598	0.60	562	0.59	36	0.68
第1回モニタリング (H28.12調査)	得点…②	33,337	33.37	31,795	33.61	1,542	29.09
	31点以上の件数	436	0.44	418	0.44	18	0.34
	31点未満の件数	563	0.56	528	0.56	35	0.66
	②-①	720	0.72	699	0.74	21	0.40
得点の変化	改善	334	0.33	316	0.33	18	0.34
	31点以上 → 31点未満	49	0.05	48	0.05	1	0.02
	維持	250	0.25	236	0.25	14	0.26
	悪化	415	0.42	396	0.42	21	0.40
31点未満 → 31点以上	84	0.08	82	0.08	2	0.04	

\* 数値は四捨五入

20

平成28年度DASCモデル事業集計結果（医療機関受診者）



	単位	全体		通常		セルフケアマネジメント		
		件	1人あたり	件	1人あたり	件	1人あたり	
受診者数	件	70	1	66	1	4	1	
初回アセスメント (H28.8調査)	得点…①	点	3,274	46.77	3,141	47.59	133	33.25
	31点以上の件数	件	68	0.97	64	0.97	4	1.00
	31点未満の件数	件	2	0.03	2	0.03	0	0.00
第1回モニタリング (H28.12調査)	得点…②	点	3,147	44.96	3,010	45.61	137	34.25
	31点以上の件数	件	59	0.84	55	0.83	4	1.00
	31点未満の件数	件	11	0.16	11	0.17	0	0.00
得点の変化	②-①	点	-127	(1.81)	-131	(1.98)	4	1.00
	改善	件	35	0.50	33	0.50	2	0.50
	31点以上 → 31点未満	件	9	0.13	9	0.14	0	0.00
	維持	件	13	0.19	12	0.18	1	0.25
	悪化	件	22	0.31	21	0.32	1	0.25
31点未満 → 31点以上	件	0	0.00	0	0.00	0	0.00	

\* 数値は四捨五入  
\* 受診者とは、デイサービスが受診勧奨した人数を含む

セルフマネジメント取組み内容集計結果



	医師の診断・薬の服用		認知機能向上		悪化因子の理解		予防の方策				社会参加・趣味活動		介護サービスの利用		健康管理シート		計	
	認知機能向上のため 医師の診察・薬の服用 が適切に行われている	医師の診察・薬の服用 が適切に行われていない	認知機能向上のため 医師の診察・薬の服用 が適切に行われている	認知機能向上のため 医師の診察・薬の服用 が適切に行われていない	「たばこ」「お酒」を控えている	「たばこ」「お酒」を控えていない	「食事」「睡眠」を控えている	「食事」「睡眠」を控えていない	「運動」を控えている	「運動」を控えていない	「社会参加」「趣味活動」を控えている	「社会参加」「趣味活動」を控えていない	介護サービスの利用を控えている	介護サービスの利用を控えていない	健康管理シートに記入している	健康管理シートに記入していない		
改善グループ(マイナス)																		
1) 1-1) できた(はい)	2	1	1	4	8			3	4	4	9	2	1	7	7		53	17%
2) 1-2) だいたいできた(はい)	4				8			1	6	4	5	2	1				31	10%
3) 1-3) あまりできなかった								1			5	2					3	1%
維持グループ																		
1) 2-1) できた(はい)	1	1			6			3	4	2	5	1	3	4	4		34	14%
2) 2-2) だいたいできた(はい)	3				5	1		2	2	2	2	2	1				20	8%
3) 2-3) あまりできなかった					1			2	1	2	4						10	4%
悪化グループ(プラス)																		
1) 3-1) できた(はい)	1	1			12			8	8	10	12	11	4	6	6		80	22%
2) 3-2) だいたいできた(はい)	6				4			1	2	5	1	6	4				29	8%
3) 3-3) あまりできなかった					1			1	1	1	1	2					6	2%
計																		
53	17	3	1	5	45	1	1	22	31	26	44	22	14	17	17	0	266	30%

- 多くの方が、認知機能向上のため脳トレを実施しているが、改善・維持・悪化への影響はここではみられない
- 医師の指示通りに服薬できた方の多くは、改善している

DASCモデル事業から見えてきたもの



- DASCは、デイサービスにおいて、認知症への取組みのきっかけとなる
- DASC31点未満でも、認知症への配慮が始まる → 早期対応
- 受診した者はDASC点数が改善している 全体33% → 改善率50%
- セルフマネジメントは、途中のため、効果分析は今後の課題

(デイサービス改善インセンティブ事業からみえてきたもの)

このような事業に取り組むには規範的統合が前提となる。そして岡山市全体で個々の事業所が目標意識をもって取り組んでいくことが重要となる。

参加事業所の熱意がどんどん変わっていったことも効果の一つだと考えている。

岡山市では独自で研修を行っているが、今後も続けていくべきであろう。

こういった制度上にはない評価の仕組みを、今後、制度の見直しにつなげていけたら、現場のモチベーションアップにもつながるのではないかと考えている。

デイサービス改善インセンティブ事業からみえてきたもの 

- 規範的統合の必要性  
(市全体、個々の事業者)
- 参加事業者の熱意の変化
- 資質向上のための研修等の継続
- 取組み⇒国へ提言⇒制度見直しへ

24

1. 実施体制(参加機関)について

本モデル事業で連携していない場合には、記載不要。数が不足している場合には行を追加し記載して下さい。

参加機関	名称	担当部署名等
自治体	岡山市	医療政策推進課 (市内プライマリービス事業所9ヶ所)
医療機関①	(急・回・慢・か)	
医療機関②	(急・回・慢・か)	
医療機関③	(急・回・慢・か)	
医師会		(記入不要)
地域包括支援センター①		
地域包括支援センター②		
地域包括支援センター③		
ケアマネ協会		(記入不要)

2. 伴走する対象疾患(具体的に)

1. 脳血管疾患 2. 心疾患 3. 降圧性症候群(ロコモ関連疾患) 4. 認知症  
5. その他(具体的に):

対象疾患	
選定理由	

3. 取組パターン

着手時の予定	1. Aパターン 2. A'パターン 3. Bパターン
最終的にS/Mに取組む対象者(個別数)は要介護認定者数(%)	1. Aパターン: ( ) 2. A'パターン: ( ) 3. Bパターン: 53( 53. )

4. 当該地域における対象疾患患者数

当該地域(市町村・特別区等)における対象疾患について記入して下さい。

	患者数(人)	具体的に
平成27年度対象疾患患者数		把握方法(確計/実数):
当該地域	26,000	把握方法(確計/実数): 推計 H27.12末高齢者数17.5万人×認知症有病率推定値15% 平成27年度対象疾患による入院患者数 把握方法(確計/実数): 把握方法(確計/実数):
AまたはA'パターンのみ		
平成27年度対象疾患入院患者数		
うち高齢者数		
モデル事業期間中の対象疾患入院患者数		データ対象期間:
うち高齢者数		
うち要介護認定あり		把握方法(確計/実数):

5. 目標値の設定(関係者会議で検討した内容を記載)

関係者会議で検討した事項について、パターン別に記載して下さい。

対象者抽出方法	人(月 日合意)
A 対象者選定方法(条件等)	
B 対象者選定方法(条件等)	
対象者数の検討	
支援者数の決定(目標値)	
対象者抽出方法	
対象者選定方法(条件等)	
支援者数の検討	
支援者数の決定(目標値)	50人(月 日合意)

6. セルフマネジメント支援者の選定と実施状況

対象者を選定するに当たり、関係者会議で検討した「対象者選定条件」に変更があった場合や同意した/同意しなかった支援候補者について情報をお気づきの点があれば記載をおねがいします。

	A/A'パターン 総付あり	A/A'パターン 総付なし	B/A'パターン 総付あり	B/A'パターン 総付なし	備考
対象者選定数	人	人	53 人	人	
拒否数	人	人	0 人	人	
同意数	人	人	53 人	人	
情報連携の実施	様式1	人	人	人	
	様式2	人	人	53 人	人
	様式3	人	人	人	人
セルフマネジメントプログラム作成	人	人	53 人	人	
うち、医療機関からアドバイスを要したもの	人	人	4 人	人	
モニタリングを1回以上実施	人	人	53 人	人	
MCIが疑われた件数	人	人	17 人	人	
うち、医療機関からアドバイスを要したもの	人	人	4 人	人	

7. 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

モデル事業セルフマネジメント実施者の病状を、介護支援専門員と共有するうえで、お気づきの点があれば記載して下さい。

医療機関	
介護支援専門員	医療機関等と共有するうえで、DASCの認知度を上げる必要がある。

介護支援専門員がセルフマネジメントプランを作成するうえで、助産した内容を教えてください。  
 デイサービス事業所  
 ・1日のスケジュールを確認し、できることを目標にする  
 医療機関  
 ・目標を具体的に示して、本人と共有すること  
 ・服薬を適正にできるよう、朝食時間を指導する

セルフマネジメントプランを作成するうえで、困ったことがある場合は教えてください。  
 介護支援専門員  
 ・本人がセルフケアプランの必要性を感じていない場合は、非常に困難。  
 ・社会参加の項目は作りづらい

**8. セルフマネジメント支援(モニタリングの実施)**

1回あたりの平均時間	30分	標準時間	90分	最長時間	5分
時間が長くなったり短くなったりした理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人が伝えたいことがたくさんある(家族での状況など)</li> <li>・難聴や言葉が出てこないなどの状態</li> </ul>				
モニタリングを行う上で、困ったこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>・項目が多く、非常に時間がかかる</li> <li>・経済状況などは聞き取りづらい</li> <li>・本人がセルフケアプランの必要性を感じていない場合</li> </ul>				
セルフマネジメントを継続するために工夫した点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スタッフ間での共有</li> <li>・本人に対して、実施状況の確認や声掛けを定期的に(こまめに)行った</li> </ul>				
モニタリング前後、セルフマネジメントを途中でやめたケース	<ul style="list-style-type: none"> <li>・やめたケースは無し</li> </ul>				

**9. 関係会議での検討内容**

モデル事業取組の評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・セルフケアの評価ポイントが理解できた</li> <li>・時間はかかるが、認知機能の評価とともに、生活への評価を同時に実施できる</li> <li>・市が認知症対策の取組みを実施することで、デイサービス事業所は認知症対策に取り組みやすくなる(本人・家族への後押し)</li> <li>・早期の認知症対策に、興味を示す利用者が意外と多い。</li> </ul>
今後、継続して取り組む場合の課題(列挙)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の意欲を維持できるような周囲の関わりが必要</li> <li>・支援者(家族等)の協力が必須</li> </ul>
ツールの改善点(列挙)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・DASCの項目とセルフケアの項目を関連付けると効果的ではないか</li> </ul>
その他、意見要望	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通称業務への負担が大きい</li> </ul>

**10. 昨年度と今年度のモデル事業を通じてのご意見等**

--	--

## 1 2. 広島県庄原市

庄原赤十字病院 第一内科 副部長 藤野 豊寿

庄原市 生活福祉部 高齢者福祉課 課長 藤井 皇造

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 主任ケアマネジャー 神田 民子

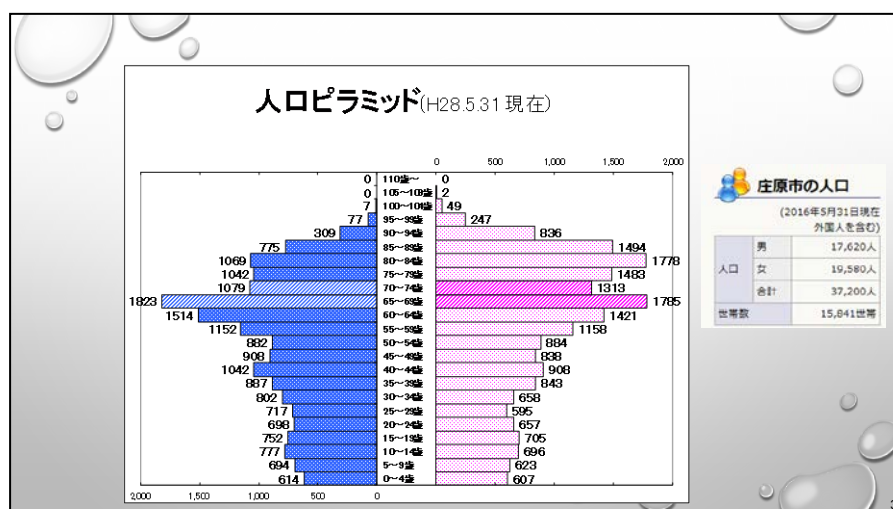
### (庄原市の概要について)

庄原市は、広島県の北東部に位置し、面積は1,246平方キロメートルと全国で13番目に大きな面積をもっている。近畿圏では、一番大きく、香川県の3分の2ほどである。

広島県というと気候は温かいイメージを持つかもしれないが、庄原市は中国山地の中央部にあり、雪が多くスキー場も4か所あり、非常に寒いところである。

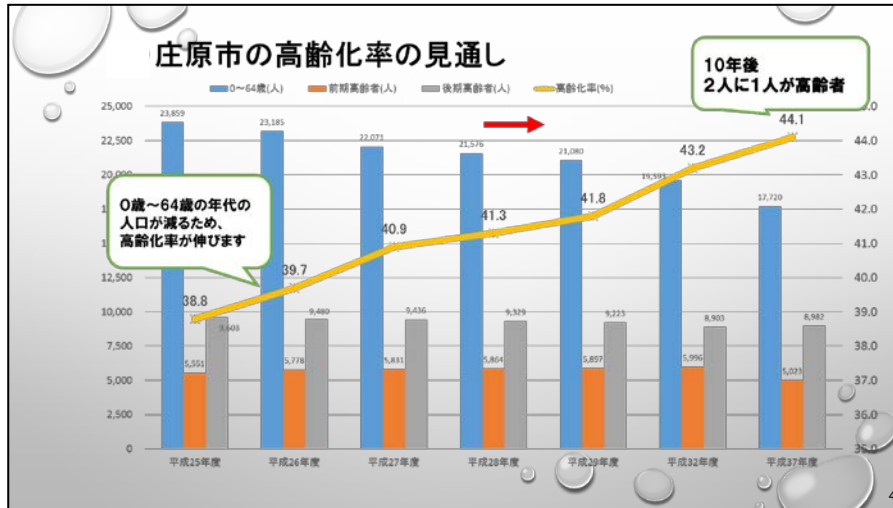
人口ピラミッドをみると、65歳、いわゆる団塊の世代が非常に多い。平成27年の人口は37,200人で、現在は37,000人を割っており、人口が減少している。

高齢化率の見通しは、平成28年度で41.2%とこのモデル事業に参加されている市町の中で一番高い高齢化率ではないかと思う。日本は何十年か先に40%台に達するといわれているが、庄原市は高齢化率では先進地という状況にある。平成37年度の高齢化率は44.1%と見込まれており、市民の2人に1人が高齢者となる見通しである。



庄原市の65歳以上の高齢者は、15,100人、要介護・要支援認定者は昨年度の3月末で3,839名。その他に、40名が第2号被保険者の特定疾病によって認定を受け、合計すると3,879名が要介護・要支援の認定を受けている。第1号被保険者に占める割合は25.3%で、高齢者の4人に1人が要介護認定を受けている。





## (本モデル事業の概要)

### ○関係機関

平成 27 年度から参加している庄原市国民健康保険総領診療所の医師、そしてユーシャイン居宅介護支援事業所、そこに行政と庄原赤十字病院が今年度から加わって取り組んだ。



### ○対象者の選定

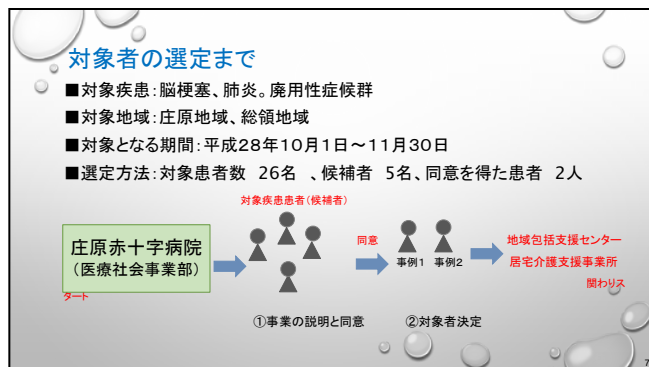
対象疾患は、庄原赤十字病院、総領診療所と調整し、脳梗塞、肺炎、廃用性症候群の3つの疾患とした。

対象地域は、庄原市には7つある地域の中から、庄原赤十字病院がある庄原地域と、総領診療所がある総領地域の2つの地域とした。

対象となる期間は、平成 28 年 10 月から 2 月の 5 か月間。

選定方法は、庄原赤十字病院医療社会事業部と連携し、庄原赤十字病院に搬送された対象患者 26 名のうち、候補者を 5 名に絞り込んだ。本人や家族に本事業の説明し、最終的に同意がとれた対象者が 2 名である。

庄原市高齢者福祉課直営の地域包括支援センター、ユーシャイン居宅介護支援事業所がかかわりをスタートさせた。



## (本モデル事業のケース)

### ○事例 1

事例 1 は、地域包括支援センターの保健師がかかわったケースである。71 歳、女性、要介護認定はなし。本来、要介護認定を受けてケアマネジャーがついていれば、ケアマネジャーを伴

走者と考えていたが、要介護認定がなかったため地域包括支援センターの保健師が伴走者となった。

セルフチェックプランは、脳梗塞の再発予防プランをたてた。主治医は赤十字病院の内科の医師である。

高齢者夫婦二人暮らしで、もともと、塩気の辛い漬物やみそ汁などを好んで食べていた。

市の健康診断で高血圧を指摘され受診し、その後、平成 28 年 10 月に脳梗塞を発症、翌 11 月末に肺がんが見つかり手術を受けた。現在は退院されて、自宅で生活をしている。

**ケース紹介**

**事例 1**

- 性別:女性 ●年齢:71歳 ●要介護度:認定無し
- セルフチェックプラン:『脳梗塞』再発予防
- 主治医:庄原赤十字病院(内科)
- 伴走者:庄原市地域包括支援センター
- 生活層等:高齢者夫婦二人暮らし。

元々、辛い食べ物(味噌汁、漬物等)を好んで食べていた。市の健康診断で高血圧を指摘され受診。その後、発症。途中、肺がんが見つかり、手術となる。

### ○事例 2

92 歳、女性、要介護 2 で、軽度認知症の症状がみられる。

セルフチェックプランは、肺炎、さらに廃用性症候群の再発予防プランをたてた。

主治医は、総領診療所の医師。伴走者は、ユーシャイン居宅介護支援事業所をお願いした。

**事例 2**

- 性別:女性 ●年齢:94歳 ●要介護度:要介護2(軽度認知症有)
- セルフチェックプラン:『肺炎』・『廃用性症候群』再発予防
- 主治医:庄原市国民健康保険総領診療所
- 伴走者:ユーシャイン居宅介護支援事業所
- 生活層等:独居。トータルケアホームに入所。

亡夫の介護中より、診療所の往診や居宅介護支援事業所とのつながりがあった。以前は糖尿病もあり食生活に気をつけていたが、年々判断力や理解力低下も見られるようになり、食事や内服管理も不十分となっていた。

トータルケアホームに入所しており、独居である。トータルケアホームとは、ユーシャイン居宅介護事業所にあるケアホームである。同じ敷地内に特養も併設されている。

### (本モデル事業の取組みから見えてきたこと)

#### ①工夫した点

窓口を庄原赤十字病院の医療社会事業部に一本化したことである。

窓口である、医療社会事業部で必要な情報、患者、家族、病院の意向等を確認し、ケアマネジャーに情報提供してくれたことで、患者・家族、ケアマネジャーの負担軽減につながった。これは、今までは担当する利用者が入院

**①工夫した点**

- ・窓口を庄原赤十字病院 医療社会事業部 に一本化した。
- ・窓口である 庄原赤十字病院 医療社会事業部が必要な情報(患者、家族、病院の意向等)を確認し、居宅介護支援事業所ケアマネに情報提供してくれたことで、患者や家族、ケアマネの負担の軽減につながった。

した場合や退院する場合にケアマネジャーが本人や家族に会いに行き確認等をしていていたが、本モデル事業では病院側がまとめたものを、カンファレンスでケアマネジャーと共有するという流れであった。

#### ②良かった点

庄原赤十字病院の医師と医療社会事業部が核となり、医療スタッフやかかりつけ医との調整、連携を図ることで取組みがしやすかった。

在宅生活での計画を考える際に、アセスメント領域ごとのチェックすべき事項を病院側から提示していただいたことで、方向性が明確で立案しやすい状況であった。

かかりつけ医である総領診療所で肺炎予防のための口腔ケアの必要性の指示があったため、計画に位置づけることができた。

医療社会事業部がセルフチェックシートを作成し、総領診療所に示してくれたことが良かった。

モデル事業と同時に退院支援加算 I をとり、早期から退院に向けて調整できるようになった。

事例 1 では、受診の際に医療社会事業部のスタッフに同席してもらうことで、状況把握やみそ汁の塩分測定なども行うことができた。

事例 2 では、トータルケアホームから隣接する特養へ毎食食事をとりに行っていたが、特養のスタッフによる見守りや服薬などの支援体制がとれたことで、再発予防につながったと考えている。

総領診療所の医師が診療の合間などに、患者の状況等について把握し、ケアマネジャーに情報提供してくれたため、頻回に訪問できなくても状況を把握することができた。

このモデル事業に取り組む中で、医師が伴走者としてかかわる上で、家族を新たな伴走者として育て、医師が地域ケア会議で PT に働きかけることで、PT からデイサービス事業者に意識付けができ、特養の相談員が特養の職員に対して伴走するように働きかけるなど、本人の周りに新たな伴走者が自然とでき、伴走者から伴走者へつながっていったことは大きな成果である。

### ③気づき、反省点

居宅ケアマネジャーの業務のなかで、この事業に取り組むには時間的に厳しく、頻繁に患者の自宅を訪問することがなかなかできなかった。

セルフチェックシートをファイリングしたり、字を大きくするなどして、チェックしやすいよう工夫をしたが、実際には本人がチェックすることは十分にできていなかった。

家族に対して、病院から再発予防に必要なセルフケアについての説明等の働きかけをしていただいたことで、疾患の原因と患者のすべきことが、本人や家族において明確になった。

#### ②良かった点

- ・庄原赤十字病院の医師と医療社会事業部が核となり、医療スタッフやかかりつけ医との調整、連携を図ることで、取り組みがしやすかった。
- ・在宅生活での計画立案の際に、各アセスメント領域ごとのチェックすべき項目を、病院側から提示してくれたことで、方向性が明確で、立案しやすかった。
- ・かかりつけ医（総領診療所）、肺炎予防のための口腔ケアの必要性の指示があったため、計画に位置づけられた。
- ・医療社会事業部がセルフチェックシートを作成し、かかりつけ医（総領診療所）にも示してくれたのが良かった。

- ・モデル事業と同時に退院支援加算 I をとり、早期から退院に向けて調整できるようになった。
- ・事例 1 において、定期受診の際に、医療社会事業部のスタッフに同席してもらうことで、状況把握や味噌汁の塩分測定なども行えた。
- ・事例 2 において、トータルケアホームから隣接する特養へ毎食食事をするため、特養スタッフが見守りや内服管理などの支援体制がとれたことで、再発予防が確実に行えた。
- また、関係するスタッフ間で「自身ができることはしてもらう」と共通認識を持てた。また隣接する特養へ自身で歩いて行けるよう、理学療法士によるリハビリを行い、実際に歩いて行けた。
- ・かかりつけ医（総領診療所）が診察の合間などに患者の状況等について把握し、ケアマネに情報提供してくれたので、頻回に訪問できなくても状況が把握できた。

#### ③気づき、反省点

- ・居宅ケアマネの業務の中でこの事業に取り組むには、時間的にも厳しく、頻回に患者の自宅を訪問することが出来なかった。
- ・セルフチェックシートをファイリングしたり、文字を大きくするなど、チェックしやすいよう工夫をしたが、実際には本人自身が「○」をつけることが十分に出来ていなかった。
- ・家族に対して庄原赤十字病院から、再発予防に必要なセルフケアについて説明等の働きかけをしてくれたことで、「疾患の原因」「すべきこと」が、本人や家族に明確になった。
- ・患者に対して取り組むことは、2つ位が取り組みやすい。
- ・患者を支える人が誰なのかを見極め、地域ケア会議なども活用して支えることができれば、再発予防につながると思う。

患者に対して取り組むことは、2つくらいが取り組みやすいのではないかと反省がある。3つも4つも取り組む内容をあげても、実際は2つくらいが限度ではないかというケアマネジャーの意見があった。

患者を支える人が誰なのかを見極めて、地域ケア会議なども活用して支えることができれば、再発予防につながると考えている。

#### ④本人・家族の変化

事例1は、血圧を朝と晩にきちんと測ってノートに記録するようになり、本人が再発予防の意識を持てるようになってきていると感じている。さらに、夫が味噌汁の塩辛さについて、食べた感想から助言するようになり、本人も気を付けるようになった。

事例2は独居だが、別居の家族が再発予防を意識して、早期発見、早期対応、受診同行など、行動に変化がみられた。

#### ④本人・家族の変化

事例1:

- ・血圧を朝・晩きちんと測り、ノートに記録されるようになった。
- ・本人が、『再発してはいけない』という意識を持つようになった。
- ・家族(夫)が味噌汁の塩辛さについて食べた感想を助言するようになり、本人も気を付けるようになった。

事例2:

- ・家族が再発予防を意識し、早期発見、早期対応、受診の際に同行する等、行動に変化がみられた。

#### ○今後に向けて

今回の事業の取り組みを通して、入院中から在宅生活に至るまで、医療と居宅介護支援事業所が情報共有して再発防止に向けためざす方向を明確にすることで、それぞれが役割を分担して取り組むことができたと考えている。

今後、このような体制が常態化すれば再発防止に近づけていけるのではないかと考えている。

現在、要介護は医療連携情報提供加算があるが、要支援は対象外ということになっている。しかし、セルフマネジメントに着目した再発防止を考えるのであれば、要支援レベルの方も加算体制をとって、医療と連携をする必要があるのではないかと感じた。

医療、福祉、保健が一つのところに集まって関わることができれば、このような取り組みがしやすいと考えているが、現実問題としては難しい状況もある。居宅でもサービス事業所でも取り組むことで加算がつくなどの仕組みができれば取り組みやすいと考えている。

#### ⑤今後に向けて

- ・今回の事業の取り組みを通して、**入院中から在宅生活に至るまで**、医療と居宅介護支援事業所が**情報共有**し、「**再発予防**」に**むけた目指す方向性を明確**にすることで、それぞれが**役割分担**して取り組む事ができた。今後このような体制が通常的にとれば、「再発予防」に近づけると思う。
- ・現在、要介護の方は医療連携情報提供加算があるが、要支援の方は対象外。しかし、セルフマネジメントに着目した再発予防を考えるのであれば、**要支援レベル**の方も、加算体制をとり医療と連携をする必要があると感じた。

- ・**医療・福祉・保健**がひとつのところに集まって、関わる事ができれば、このような取り組みがしやすいと思う。
- ・居宅でもサービス事業所でもチェックすれば加算ありなどの対策がとれば、取り組みやすいと思う。
- ・セルフチェックした事に対して、医療だけでなく**患者本人にも、何か特典**があれば、やる気も出て取り組みやすいのでは。



セルフチェックしたことに対して、健康ポイントが付加されるなどの患者本人にも何らかの特典があれば、やる気も出て目標への取組みがしやすいのではないかと考えている。

### (庄原赤十字病院の今後の取組み)

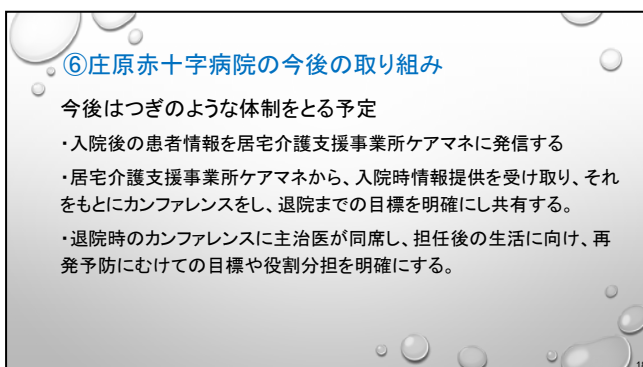
本事業を行ったことを踏まえ、今後は入院後の患者情報を居宅介護支援事業所のケアマネジャーに発信し、居宅介護支援事業所のケアマネジャーから、入院時情報提供を受け、それをもとにカンファレンスを行って、退院までの目標を明確にし、ケアマネジャーと共有していくことを継続しながら、退院

時のカンファレンスに主治医が同席し、退院後の生活に向けて再発予防の目標や役割分担を明確にすることに取り組んできたが、今後も恒常的に行えるようにしていこうと考えている。

急性期の総合病院は、庄原市内には庄原赤十字病院のみであるため、窓口の一元化については容易であった。

候補者が5名で、うち2名の方に同意をいただいたが、同意をいただけなかった患者の中には、いまさら喫煙や飲酒についてとやかく言われたくないという方、家族の受入拒否で、入院したことをきっかけに、とにかく施設に入れてくれ、家には帰したくないという、断固として家に帰さないというケースもあった。入院してからの、本人・家族の動機付けや啓発をしていくことが非常に難しい。

また、開業医にこういった取組みの話をして温度差が感じられたことも事実で、医療側の理解を得ることも難しいと感じた。開業医の高齢化も深刻で、高齢者を患者よりも年上の医師が診るという状況もあるため、こういった取組みの理解やバックアップをしていくという体制が必要であると考えている。



⑥庄原赤十字病院の今後の取組み

今後はつぎのような体制をとる予定

- ・入院後の患者情報を居宅介護支援事業所ケアマネに発信する
- ・居宅介護支援事業所ケアマネから、入院時情報提供を受け取り、それをもとにカンファレンスをし、退院までの目標を明確にし共有する。
- ・退院時のカンファレンスに主治医が同席し、担任後の生活に向け、再発予防にむけての目標や役割分担を明確にする。

1. 実施体制(参加機関)について

本モデル事業で連携していない場合には、記載不要。数が不足している場合には行を追加し記載して下さい。

参加機関	名称	担当部署名等
自治体	広島県庄原市	高齢者福祉課 高齢者福祉係
医療機関① (急・回・慢・か)	庄原赤十字病院	
医療機関② (急・回・慢・か)	庄原市国民健康保険総診療所	
医療機関③ (急・回・慢・か)		
医師会		(記入不要)
地域包括支援センター①	広島県庄原市	高齢者福祉課 高齢者福祉係
地域包括支援センター②		
地域包括支援センター③		
ケアマネ協会		(記入不要)

2. 件とする対象疾患(具体的に)

対象疾患	1. 脳血管疾患 2. 心疾患 3. 廃用性虚脱群(ロコモ関連疾患) 4. 認知症
選定理由	5. その他(具体的に):

3. 取組パターン

着手時の予定	1. Aパターン 2. Aパターン 3. Bパターン
最終的にSMUに取組んだパターン別件数(○は要介護認定者数記載)	1. Aパターン ( ) 2. Aパターン ( ) 3. Bパターン ( )

4. 当該地域における対象疾患患者数

当該地域(市町村・特別区等)における対象疾患について記入して下さい。

	患者数(人)	具体的に
平成27年度対象疾患有患者数	把握方法(推計/実数):	
うち高齢者数	把握方法(推計/実数):	
平成27年度対象疾患による入院患者数	把握方法(推計/実数):	
うち高齢者数	把握方法(推計/実数):	

AまたはA'パターンのみ

平成27年度対象疾患入院患者数	
うち高齢者数	
モデル事業期間中の対象疾患入院患者数	データ対象期間:
うち高齢者数	
うち要介護認定あり	把握方法(推計/実数):

5. 目標値の設定(関係者会議で検討した内容を記載)

関係者会議で検討した事項について、パターン別に記載して下さい。

対象者抽出方法	把握方法
A'・A (条件等)	庄原赤十字病院 医療社会事業部が対象疾患である施設で入院した患者に当事業の主旨等を説明し、理解された方を対象者とする。
B (条件等)	対象期間中(10月~11月)に該当する患者で、事業の主旨を理解し同意を得られた者を支援者とする。
支援者数の検討	
支援者数の決定(目標値)	10人程度 ( 月 日合意)
対象者抽出方法	
B'・B (条件等)	
支援者数の検討	
支援者数の決定(目標値)	人 ( 月 日合意)

6. セルフマネジメント支援者の選定と実施状況

対象者を選定するに当たり、関係者会議で検討した対象者選定条件に変更があった場合や同意した/同意しなかった支援候補者について情報をお気づきの点があれば記載をお願いします。

	A/A'パターン 給付あり	A/A'パターン 給付なし	B/A'パターン 給付あり	B/A'パターン 給付なし	備考
対象者選定数	人	人	人	人	
拒否数	人	人	人	人	
同意数	2人	人	人	人	
情報連携の実施	様式1	人	人	人	
	様式2	人	人	人	
	様式3	人	人	人	
セルフマネジメントプラン作成	2人	人	人	人	
うち、医療機関からアドバイスを受けたもの	2人	人	人	人	
	2人	人	人	人	
モニタリングを1回以上実施	2人	人	人	人	
MCIが疑われた件数	1人	人	人	人	
うち、医療機関からアドバイスを受けたもの	1人	人	人	人	

7. 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

モデル事業セルフマネジメント実施者の病状を、介護支援専門員と共有するうえで、お気づきの点があれば記載して下さい。

医療機関	
介護支援専門員	病院医療社会事業部が、様となり、事前に情報提供していただき、共有することが出来たので、患者から必要な情報のみを確認することが出来た。そのため居宅ケアマネ、患者それぞれが負担の軽減が図れた。

介護支援専門員がセルフマネジメントプランを作成するうえで、助置した内容を教えてください。

医療機関	
------	--

セルフマネジメントプランを作成するうえで、困ったことがあれば教えてください。

介護支援専門員	目標値を具体的な数値で示すなど評価しやすいようにと思ったが、難しかった。
---------	--------------------------------------

**8. セルフマネジメント支援(モニタリングの実施)**

1回あたりの平均時間	標準時間	1時間	最長時間	30分
45分				
時間が長くなったり短くなったりした理由	最初は、患者とケアマネの関係性がまだ確立していない中では、中々話が盛り上がりたため短時間となった。しかし、段々関係性が出来てくると話題が広がり時間もかかった。			
モニタリングを行う上で、困ったこと	業務内で、モニタリングを行うことが、日程調整も含めて厳しかった。			
セルフマネジメントを継続するために工夫した点	個人用のファイルを作成し、また、文字を大きくするなどしてチェックしやすい様にした。また、取り進む内容も、とっかかり易いものにした。			
モニタリング着手後、セルフマネジメントを途中でやめたケース	関わっている間に、肺がんが見つかり、手術、入院となり途中終了した。			

**9. 関係会議での検討内容**

モデル事業取組の評価	入院後間もなくから、在宅生活に戻られるまで、医療機関と連携をしながら関わる事ができたこと、また病院側から再発予防に必要なセルフケアについて説明等の動きかけをしてくれたことで、「疾患の原因」「すべきこと」が、本人や家族に明確になった。
今後、継続して取り組む場合の課題(列挙)	事務的なボリユームが多いと感じた。実際の業務の中で継続して取り組むのであれば、事務的な負担を軽減できるように、様式等の簡素化を図る必要があると思われる。
ツールの改善点(列挙)	重複して同じようなことを記入したりするのは、負担であるので、できるだけコンパクトな内容のものにした方が良いと思われる。
その他、意見要望	

**10. 昨年度と今年度のモデル事業を通じてのご意見等**

--	--



## 第5章 入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの基本的考え方

兵庫県立大学経営研究科 教授 筒井 孝子

### 1. はじめに

近年、先進諸国では、慢性疾患患者の増大が大きな問題となっている。日本においても、この解決策について、平成21年度に厚生労働省で「慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会」の報告が取りまとめられたように、多様な議論がされている<sup>4</sup>。

また、慢性疾患の予防に対する取組としては、国民の自由な意思決定に基づく健康づくりに関する意識の向上及び取組を促すことを趣旨とする「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」等が進められているが、英国を中心とした患者本人がどのような役割を果たすべきかという議論<sup>5,6</sup>は、わが国とっても重要な示唆を与えるものといえる。

本研究事業では、要介護認定を受けている慢性疾患患者に対するセルフマネジメント支援を実施してきたが、その成果を検討する上で、患者本人の役割やこれに対応する手法としてのセルフマネジメントの定義やその影響を整理することは重要である。

そこで、本章では、英国における上記テーマに係わる政策動向や先行研究を概括した上で、本研究事業の成果を総括することとした。

### 2. 入退院を繰り返す可能性のある慢性疾患へのアプローチの必要性 —患者数の増加、社会保障費用の増加、ケアの継続性の保証

英国では、国民保険サービス計画<sup>7</sup>や、これに続くナショナルサービスフレームワーク(National Service Frameworks)においても患者個人だけでなく、その家族や介護者にまでも踏み込んだ健康を維持するための役割が示されてきた。こういったアプローチはWanless Reportsによって強調されてきた<sup>8,9</sup>。このため、医療サービスへの投資を増やすことは、「完全にかみ合ったシナリオ」(fully engaged scenario)でのみ最適であり、このほかには選択されないと考えられてきた。

この背景には、Wanlessが示したように、「自らの健康に対して、最終的な責任を負うのは個人であり」、最終的な責任を負うのは、個人の行動の集積である<sup>9</sup>とされたことに因るものといえよう。セルフマネジメントが発展すべきことと、高齢者の自立した生活の促進、高齢者の幸福や生

<sup>4</sup> 厚生労働省(2009). 慢性疾患対策の更なる充実に向けた検討会検討概要.

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/08/h0826-2a.html> (2017年3月31日アクセス)

<sup>5</sup> Department of Health (2006a) Our Health, Our Care, Our Say: A New Direction for Community Services. London: Stationery Office.

<sup>6</sup> Department of Health (2006b) Supporting people with long term conditions to self care. Leeds: Department of Health.

<sup>7</sup> Department of Health (2000) The NHS Plan - Cm 4818-1. London: Stationery Office.

<sup>8</sup> Wanless D (2002) Securing our Future Health: taking a long-term view. London: Department of Health.

<sup>9</sup> Wanless D (2004) Securing Good Health for the Whole Population. London: HM Treasury.

活の質をより良いものとするは対立するものではなく、一貫した方針の下にある<sup>10,11</sup>。長期的に高齢者が増加する社会において、質の高い医療・社会サービスは、人々のセルフケア・セルフマネジメント能力の発展なしに高齢社会のニーズを満たすことはできないからである。

高齢者のためのナショナルサービスフレームワーク (National Service Framework) は 2001 年に始まり<sup>10</sup>、それに続く Ian Philp<sup>5</sup>によるレポート (National Director for Older People from 2000 to 2008) は終末期の慢性疾患管理の問題を強調し、さらに個々から生じる課題、即ち個人やその家族への支援サービス提供者の課題にも目を向けてきた。

また、Sure Start to Later Life のような他のプログラムは、高齢者をより広い文脈で捉える必要性が強調されている<sup>12</sup>。

個人のケアマネジメントを適正化するために、個人的予算を割り当てるといった論点は、「社会との関係」(ここでは、余暇、学習、ボランティア活動を指す)、住宅(孤独感、事故の予防)、地域(犯罪や良質な地方交通機関に関連した安全性に対する「社交資本」)を改善するという必要性から設けられたものであり、平成 27 年 9 月に厚生労働省が取りまとめた「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」にも書かれ<sup>13</sup>、昨今、さかんに取り上げられている「地域共生社会の確立」と同じ文脈にあるといえよう。

英国におけるセルフマネジメントというアプローチの目的は、より個人を重視したサービスを提供し、「(国庫負担の軽減など) 経済的利益を生み出すことであつたが、高齢化がすすむにつれ、これらの要求に対するサービスを失敗した場合、そのコストは無視するにはあまりにも大きいとも指摘されている<sup>14</sup>。このサービスコストに関する問題の大きさが、この議論には内在しており、同時に、この議論の重要性を示しているともいえる。

英国では、2010 年以降、60 歳以上の高齢者の割合が人口の 20%以上を占めている状況であるが、他の先進諸国同様、終末期の高齢者の割合も急激に伸びている<sup>15</sup>。これは、渋滞の高齢者の身体能力の急激な低下を予防する試みが大きく成功してきたからともいえる。ただし、英国国家統計局は「1981 年から 2002 年の間に、英国国内の人々が不健康な状態で生活したと予測される年数は、男性では 6.4 から 8.8、女性では 10.1 から 10.6 に増加した」と報告しており<sup>16</sup>、長寿化がすなわち、健康寿命の長期化とはなっていないことを示唆した。

---

<sup>10</sup> Department of Health (2001) National Service Framework for Older People. London: Department of Health.

<sup>11</sup> Department of Work and Pensions (2005) Opportunity age: opportunity and security throughout life. London: Department of Work and Pensions.

<sup>12</sup> Social Exclusion Unit: Department of Communities (2006) A Sure Start to Later: Ending Inequalities for Older People.

<sup>13</sup> 厚生労働省・新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム (2016). 誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現 -新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン-. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougai-hokenfukushibu-Kikakuka/bijon.pdf> (2017 年 3 月 31 日アクセス)

<sup>14</sup> Parsons, S., et al (2010). Self management support amongst older adults: The availability, impact and potential of locally based services and resources. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme.

<sup>15</sup> Government Actuaries Department (2006) Population projection 2006-based.

<http://www.gad.gov.uk/population/index.asp> Access date 28/09/09Graham C (2009)

<sup>16</sup> Office for National Statistics (2007) Social Trends. London: Palgrave / HMSO. Office for National Statistics (2009a) Office for National Statistics - Census website.

これは慢性疾患 (LTCs) の有病率が年齢と共に増加することからも明らかであろう。実際には、英国では 75 歳までに 40%を越える男女が慢性疾患に苦しんでいると報告され<sup>16</sup>、こういった高齢者が相当数、存在することは、患者自身やその家族だけでなく、医療、介護、福祉といった関連機関にとっても対処が難しい問題として認識されている。これは英国では、60 代以降の年齢層における民族性、文化、習慣等の多様性という社会的背景という問題も抱えているからである。それでも全体的に言えば、高齢者人口が医療サービスや社会サービスの主要なユーザーであることは日本と同様である。

英国の国民保険サービス改善計画 (NHS Improvement Plan) によると、プライマリケアでは GP (かかりつけ医) 診療業務の約 80%が慢性疾患患者のために行われている<sup>17</sup>。21 世紀の始めまで、65 歳以上の高齢者は国民保険サービス予算の 40%を占めていたにすぎない。すでに社会サービス支出では約 50%を占めていた<sup>10</sup>。そして、二次医療では、その数値はさらに高まり、ほぼ 3 分の 2 の緊急入院や病院用ベッドが 65 歳以上の高齢者によって利用されている。

これらのことを背景として、英国では、高齢者に対するサービスレビュー<sup>10</sup>の中で、国民保険サービスや地方自治体が健康的で活動的な生活を促進するためのアクションの 4 つの分野を特定してきた。

すなわち、①発病の予防と抑制、②疾患や身体障害の影響の軽減、③健康的な生活に対する障害の特定、④より健康的なコミュニティを発展させるためのパートナーシップとされている。これらはあくまで主な取り組みであり、健康状態が重要である限り、サービスの姿勢や構造の根本的な改革が前提とされる。

高齢社会が到来し、進展をみせる中、慢性疾患の増加の影響により、多くの発展途上国も含みながら、全ての社会において、新たな形態の医療ケアを適応させる必要性に直面している。

公的サービスへの投資と共有された意思決定、決定選択、慢性疾患のセルフマネジメントを促進することの結合は「ケアへの移行 (care transition)」と呼ばれる<sup>18,19</sup>。この用語は、医療や医療ケアに関する考察の根本的な転換を示している。さらに、別の観点からは、患者目線での「消費者」行動を促がすための早期行動を拡大し、患者自身、介護者、ボランティア団体、公的サービスに、より新たなパートナーシップとして健康管理が行なわれるという、共同的なケアの生成への移行を推進しようとしている。

こういった背景を持つ慢性疾患を対象としたセルフマネジメントが本研究事業で実施されたものであり、この新たな分野での重要な役割を担うこととなると考えられる。

---

<http://www.statistics.gov.uk/census2001/census2001.asp> Access date 28/09/09.

<sup>17</sup> Department of Health (2004) The NHS Improvement Plan: Putting people at the heart of public services Cm6268. London: Stationery Office.

<sup>18</sup> Bury M & Taylor D (2008), "Towards a theory of care transition: from medical dominance to managed consumerism". *Social Theory and Health*, vol. 6, pp. 201-219.

<sup>19</sup> Taylor D & Bury M (2007), "Chronic illness, expert patients and care transition". *Sociology of Health and Illness*, vol. 29, pp. 27-45.

### 3. 高齢者へのセルフマネジメントの定義とこれによる影響

本研究事業では、類語として、セルフケアもある中で、「セルフマネジメント」という用語を優先的に用いた。

これは、個人その他が実現しうる最大限の生活の質を維持するため、慢性疾患（LTDs）の症状を緩和する活動のことである。

また、「セルフケア」は、健常者とあまりそうでない者の両者が行なうより広範囲の行動を指し、疾病や身体障害の発生の防止、また、セルフマネジメントと同様に生活の質を維持という目的で行われる活動の総称であり、定義そのものは明確とはいえない。

本事業では、これまでに慢性疾患や、それらに対処することを目的としたいくつかの医療介入に焦点を置くことから、セルフマネジメントが抱える問題により重点を置くこととなった。

個人とセルフマネジメントについて話をする場合、人々の生活環境、人々の行動に影響する要素に注意する必要がある。

上記で概説した NSF for Older People<sup>10</sup> が掲げる 4 つの目的、および Sure Start to Later Life<sup>12</sup> といった取組みは、高齢者が健康管理をする際の支援提供の成功に結びつくものとなっている。つまり、実際に医療と社会ケアの統合を行う、そして、可能であればボランティア部門との共に取り組み、地域の薬局といった地域資源も活用するということである。しかし、こうした目標は容易に達成できるものではないということも広く認識されている。

このような観点からは、本事業で実施された松戸市における認知症の早期発見のためのプログラムは国内外に見当たらない、極めて先駆的な取り組みであったと概括できる。

Kennedy 等<sup>20</sup>は、セルフケア・セルフマネジメントへの「全体的なシステムアプローチ」を行なうには、医療・社会ケアサービスのすべてのレベルで改革を行なう必要があると主張している。これは同時に、政策目標に必ずしも沿わない高齢者の期待や態度を改革していくという意味もある。

Picker Institute<sup>21</sup>が行なった以前の研究では、セルフマネジメントの知識、自信、スキルは年齢とともに低下するという発見があった。この部分的な説明として、終末期が近づくにつれ健康状態が不調になっていくこともあるとされている。また高齢者の自らの健康状態に対する評価は、若年層と比べ低く、慢性疾患を一つ以上抱えている割合が多かった。さらに、高齢者は、インターネットといった媒体でなく、直接自らの GP などに会って健康に関する情報、支援、アドバイスを受けたいと望んでいる。このことからわかるように、Picker Institute の調査では、75 歳以上の高齢者は若年層よりも健康に関する情報を信頼していないということも分かっている。

先行研究における文献レビュー<sup>22, 23</sup>では、近年、慢性疾患のセルフマネジメントに関する政策主導の活動や介入が急速に増加しているということも示されている。例えば、英国の Expert Patient Program（患者自身が自らの疾病を自己管理するための目標設定や技術訓練などを行う 6

---

<sup>20</sup> Kennedy A, Rogers A, & Bower P (2007), "Support for self care for patients with chronic disease". British Medical Journal, vol. 335, pp. 968-970.

<sup>21</sup> Ellins J and Coulter A (2005) How engaged are people in their healthcare? Oxford: Picker Institute Europe.

<sup>22</sup> Coulter A and Ellins J (2006) The Quality Enhancing Interventions Project: Patient focused interventions. London: The Health Foundation.

<sup>23</sup> Newbould J, Taylor D, & Bury M (2006), "Lay-led self management in chronic illness: a review of the evidence". Chronic Illness, vol. 2, pp. 249-261.

週間のコースプログラム)は、介入のアウトカムの影響規模は大きくないにせよ、費用対効果のある介入ということも示された<sup>24</sup>。また、同チームによれば、質的評価により、上記のEPPの参加者の多くが経験についてプラスの意思表示をしたが、慢性疾患にどう影響があったかを詳述できるものは少なかったとも示された<sup>25</sup>。

このことは、本研究事業の評価を行う際にも、慢性疾患の再発予防による費用対効果に加え、慢性疾患にどう影響があったかというアウトカムについて、長期的に検討する研究が必要なことを示唆している。

#### 4. 本事業の成果のまとめ

本研究事業で行ったことをまとめると、当該地域の中核的な医療機関と介護事業所等とのコーディネーションレベルの連携を実現するとともに、これら連携する協働体を介護保険制度の保険者である市町村が中核となってコーディネーションするというシステム(このシステムは、「セルフマネジメント支援システム」ともいうことができる。)を創るという国際的にも稀な取り組みを実施してきた。さらに、この連携のプロセスを可視化するとともに、高齢者へのセルフマネジメントへの効果をも明らかにしたということができよう。

本調査において期待された重要な成果は、以下の通りである。

1. 高齢者のセルフマネジメントを実施するための様式を開発し、専門職がどのように関わり、その結果患者個人がどのように関与したかを記録した。
2. 慢性疾患患者に利用可能なサポートの内容を検討した、これは、日本におけるセルフマネジメント支援を実現するためのサポートとして、どのような種類があるかを明らかにすることとなった。
3. セルフマネジメント支援の利用者像を検討した、これは効率的にサポートを提供できるのはどのような特徴をもった集団かを明らかにすることとなった。

1. で示した記録の様式は、昨年度のモデル事業の結果を踏まえ、修正された様式が開発され、今年度は新たな様式を用いて、千葉県松戸市、東京都国立市、東京都武蔵野市、新潟県上越市、福井県越前市、長野県駒ヶ根市、岐阜県大垣市、岐阜県高山市、兵庫県尼崎市、兵庫県多可町、岡山県岡山市、広島県庄原市の12地域でセルフマネジメント支援が実施された。

その結果、慢性疾患患者に利用可能なサポートの内容に係わるデータが集積されたと共に、セルフマネジメント支援の対象となった利用者の状態に係わるデータも収集された。

さらに、モデル事業に取り組みされた結果、支援伴走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ったことや、脳血管疾患という既往症を踏まえて介

---

<sup>24</sup> Kennedy, A. & Reeves, D. (2007), "The effectiveness and cost effectiveness of a national lay led self care support programme for patients with long term conditions: a pragmatic randomised controlled trial". *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 61, pp. 254-261.

<sup>25</sup> EPP evaluation team (2005) Process evaluation of the expert patient programme - Report II. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre.

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たことといった定性的なアウトカムが報告された。

これに加えて、今年度から本事業に取り組んだ松戸市、岡山市など、いくつかの都市においては定量的なアウトカムも示されつつある。

## 5. 残された課題

残された課題は、セルフマネジメントの実態と地域の各種サービスやコミュニティ資源に基づいたサポートの連携手法に関するものといえる。

先行研究でも示唆されてきた<sup>26</sup>ように、高齢者にとってコミュニティ内の日常的なネットワークや資源が特に重要なのは明らかである。

英国のEPPのような取組みを、コミュニティ内の日常的なネットワークや資源へ統合するといったことが行なわれていないため、高齢者にとってのコミュニティ内の日常的なネットワークや資源の効用性を制限している可能性が示された。これに加え、患者が自らの健康状態を監視、管理することを目的とした医療従事者による見守りやガイダンスがしばしば欠落していることも分かった<sup>22</sup>。特に、患者サポートの発展の妨げとなるこれらの要因については、より深く理解する必要がある。高齢者がかかりつけ医のような人達との関係を大事にしているということを考慮すると、医療従事者による見守りやガイダンスは重要といえよう。

また、代替的サポート資源（例、地域薬剤師を薬剤使用における重要な存在とすることなど）がより基準に合ったものとなっているか否かについても理解する必要がある。

最後に、医療保険や介護保険といったフォーマルなサービス提供者のみが、慢性疾患を抱えた高齢へのコミュニティ内の日常的なネットワークや資源ではないことを認識する必要がある。社交資本理論に基づけば、社会ネットワーク（家族、友人、隣人）の重要性だけでなく、地域組織、地域活動への会員となったり参加したりすることは極めて重要と示されている<sup>27</sup>。また、隣人が健康状態にもたらす影響には、経済状況、サービス供給、住宅供給、安全性なども含まれる<sup>28</sup>。これらの要因の重要性（即ち、上記のサポートの特定地域での形態、特定個人への突出性）は、患者の健康管理の仕方や、適切なサポートが利用可能か否かに大きく影響する<sup>29</sup>。

これまでの研究によって、社交資本の水準がどのようにセルフマネジメントを取り巻く信用、活動、アウトカムと関連しうるかが示されてきた。とくに、介入研究は、慢性疾患に対するセルフマネジメント内で社会サポートが果たす役割を示してきたといえよう。

しかしながら、セルフマネジメント、コミュニティ内の日常的なネットワークや資源との関係性については、依然として依然として明らかになっていることが少ない。

---

<sup>26</sup> Joseph Rowntree Foundation (2004) Building a Good Life for Older People in Local communities. York: Joseph Rowntree Foundation.

<sup>27</sup> Halpern D 2006, Social Capital Polity Press, Cambridge.

<sup>28</sup> Cattell V (2001), "Poor people, poor places and poor health: the mediating role of social networks and social capital". Social Science and Medicine, vol. 52, pp. 1501-1506.

<sup>29</sup> Shaw M & Dorling D (2004), "Who cares in England and Wales? The positive care law: cross sectional study." British Journal of General Practice, vol. 54, pp. 899-903.

また、非専門家が自らの症状の自己管理に積極的に介入しているかどうかを調査している研究や、また、日常的なセルフマネジメントを示す研究がほとんどないことも課題である。さらに、セルフマネジメント支援をどのように展開するかという戦略について研究をしているほとんどの内容が、専門職による評価をベースとしているため、実際の生活環境との差異が大きい。さらには、ほとんどの研究が、自ら志願して募った参加者で構成した介入を対象としているため、志願者にはすでに動機があり、積極的に取り入れる態勢ができているということも対象者の選定をいかに行うかという課題を残している。

この結果として、日常的环境でのセルフマネジメントに関しては、現状ではほとんど情報が無く、また個人・社会・医療制度といった（プラス・マイナスどちらの）影響要素に関する情報もない。今後のセルフマネジメント支援に係わる研究は、こうした知識のギャップを埋めていくことが求められる。

これらの課題については、モデル事業の取り組みを基に各地域でいくつか自主財源の事業として引き継がれている事業に着目していくことで、引き続き検討していきたいと考えている。



## 資料

1. 実施要綱 (P. 148)
2. 実施要綱 (松戸市版) (P. 173)

# 1. 実施要綱

## 目次

I. モデル事業の趣旨	1
II. 基本事項	4
1. 目的	4
2. 支援対象者	4
3. 支援ケース数(目安)	4
4. 参加機関と支援件数	5
5. 実施期間	5
6. 協力謝礼	5
7. 取組み/ハターン	5
8. 支援件数者の選定方法	6
9. モデル事業で使用する主な様式と支援内容	6
10. モデル事業の流れ	10
III. モデル事業の実施	11
III-1-1. 急性期病院手順書(A)-①:入院中・給付あり	11
III-1-2. 急性期病院手順書(A)-②:入院中・給付なし	13
III-2-1. かかりつけ医手順書(B)-①:在宅・給付あり	14
III-2-2. かかりつけ医手順書(B)-②:在宅・給付なし	15
III-2-3. かかりつけ医手順書(A)-①②の場合	16
III-3. 自治体手順書	17
III-4. 地域包括支援センター手順書	19
III-5. ケアマネジャー手順書	20
IV. モデル事業で使用する様式等	22
様式 0-1:区市町村から関係機関への依頼文(例)	24
様式 0-2:支援機関リスト	25
様式 0-3:支援対象者モデル事業同意書	26
様式 0-4:支援対象者管理表	28
様式 0-5:謝礼支払い対象者リスト	29
Aパターンで使用する様式	
[A]様式 1:入院時情報提供書 1 票	31
[A]様式 1.補:セルフマネジメント支援候補者の MCI スクリーニング調査	32
[A]様式 2:入院時情報提供書 2 票	33
[A]様式 3:共同アセスメントシート票	34
[A]様式 3.補:セルフマネジメント支援候補者の MCI スクリーニング調査	35
Bパターンで使用する様式	
[B]様式 1:情報提供書	36
[B]様式 1.補:セルフマネジメント支援候補者の MCI スクリーニング調査	37
[B]様式 3:共同アセスメントシート票	38

2016/9/28

平成 28 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) 116

### 厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業

## 入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のための セルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業

### モデル事業実施要綱

### 本調査研究事業作業部会

本件担当:

株式会社日本能率協会総合研究所

福祉・医療政策支援部 川村、布施、政岡、田村

〒105-0011 東京都港区芝公園 3-1-22 日本能率協会ビル

電話:03-3578-7616 FAX:03-3432-1837

e-mail:shizuka\_kawamura@jmar.co.jp (川村)

## I. モデル事業の趣旨

平成27年度厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業「要支援・要介護者に対する入浴・時等における継続的な支援を実現するためのケアマネジャー支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業」において、脳血管疾患有病者の再発予防（＝介護予防・重度化予防）にフォーカスをしたセルフマネジメントを支援するモデル事業に取り組みました。

脳血管疾患をターゲットに設定した理由は、脳血管疾患は再発率が高く、重要介護者の介護が必要となった主な原因の3割以上を占めていること、脳血管疾患有病者は再発のハイ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ること等によりです。

### ■ 脳卒中有病者数と脳卒中による要介護者数の推定

	2010年	2015年	2020年	2025年
有病者推定数(人)	2,821,728	2,875,893	2,897,850	2,884,445
要介護推定数(人)	1,699,030	1,757,726	1,791,182	1,801,628
発症者推定数(人/年)	304,847	329,055	347,734	380,051

(資料) 滋賀医科大学社会学部 公衆衛生学部門 豊多摩邦 <http://www.stroke-project.com/>

### ■ 要介護区分にみた介護が必要となった主な原因（上位3位）

(単位:%)	平成25年		
	第1位	第2位	第3位
総要介護者数	要介護1	要介護2	要介護3
要支援者	要支援1	要支援2	要支援3
要介護1	脳血管疾患(脳卒中)	認知症	高齢による衰弱
要介護2	脳血管疾患(脳卒中)	認知症	骨折・転倒
要介護3	脳血管疾患(脳卒中)	認知症	骨折・転倒
要介護4	脳血管疾患(脳卒中)	認知症	骨折・転倒
要介護5	脳血管疾患(脳卒中)	認知症	骨折・転倒

(山形) 平成25年 国民生活基礎調査(厚生労働省)

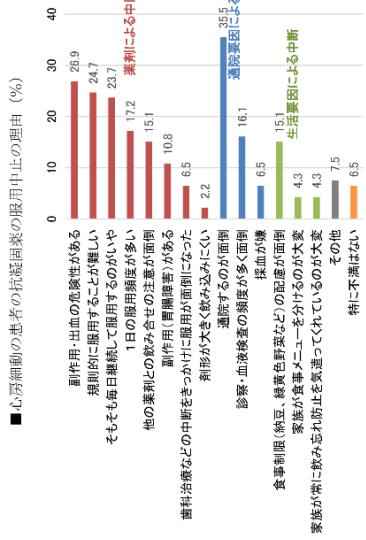
### ■ 脳卒中の累積再発率 (%)

	1年	5年	10年
脳梗塞	100	34.1	49.7
脳出血	25.6	34.9	55.6
くも膜下出血	32.5	55.0	70.0

(資料) 久山町研究 [http://www.opf-c.jp/entry/001\\_0\\_0018.html](http://www.opf-c.jp/entry/001_0_0018.html)

AB共通様式	
様式4-1:セルフマネジメントケアプラン	39
様式4-2~4:セルフマネジメント モニタリングシート	40
様式4-5:セルフマネジメント モニタリングシート(総括)	41
様式4-2~5:補:セルフマネジメント MCI モニタリングシート	42
様式5:セルフチェックシート(プラン作成時・モニタリング時)	43
様式6:健康管理表(例)	44

参考1. モデル事業に関連すると思われる主な診療報酬・介護報酬等	45
参考2. モデル事業の政策的位置づけ	46



(資料) 熊本県 21 推進フォーラム 報告資料 (2023 年 6 月 23 日)  
[http://www.kerko-ni.jp/press/press\\_issue/content5687.pdf](http://www.kerko-ni.jp/press/press_issue/content5687.pdf)

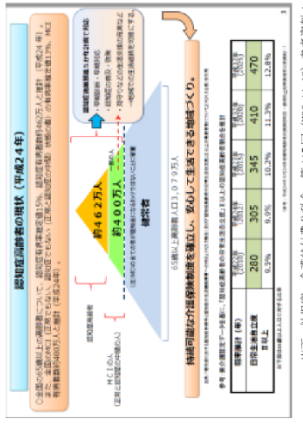
モデル事業に取り組んだ結果、支援者がいることで脳血管疾患を発症した高齢者がセルフマネジメントを行う動機づけとなること、また脳血管疾患という既往症を踏まえて介護職が自立支援型ケアプランを作成するため、医師職との連携が必然的に図られることが確認できました。その一方で、平成 26 年度事業において開発したツールに改善の余地があること、アウトカムをどう設定するか、また脳血管疾患は介護が必要となった原因の 1 つであり、その他介護の原因となる疾患についての取り組み等が課題として残りました。

そこで今年度は、ツールの改善を図りつつ、入退院を繰り返す可能性が高い心疾患、肺病性症候群（ロコモ関連疾患）等地域の実情を踏まえ取り組んでいただくモデル事業を実施いたします。

なお、今年度のモデル事業においては、要介護度別にみた介護が必要となった主な原因として脳血管疾患に高い割合を占めている認知症についても着目しています。

平成 28 年版高齢社会白書（概要版）によると、65 歳以上の高齢者の認知症患者数と有病率の将来推計は、平成 24（2012）年の認知症患者数 462 万人、65 歳以上の高齢者の 7 人に 1 人（有病率 15.0%）から、37（2026）年には約 700 万人、5 人に 1 人になると見込まれています。

これには MCI（軽度認知障害）は含まれておらず、平成 24（2012）年の MCI 有病者数は 400 万人（有病率 13%）と推計されており、認知症と MCI を合わせると 65 歳以上高齢者の 28%が軽度以上の認知障害を有していると考えられます。



出所：社会保障一介護給付費分科会 第 115 回 (H26.11.19) 参考資料 1

入退院を繰り返す高齢者において、入院の原因となっている疾患だけでなく、認知症有病者である可能性を踏まえ、状態を見極めながら在宅生活へとつなげ、できる限り住み慣れた地域でのよい環境で暮らし続けることができるよう支援することが求められています。

本調査研究事業では認知症リスクに関する MCI スクリーニングツールについて検討を重ねてきましたが、モデル事業において、そのツールを活用し、MCI の可能性の有無を考慮したセルフマネジメント支援を行うことと致します。

<岡山市の取組事例>

- ①認知症の診断を受けていないダイサイユーザー 334 人に DASC 調査を行ったところ、133 人が軽度の認知症の疑いが見られた。<1 回目 DASC31 点以上 40%>
- ②軽度の認知症の疑いがある 133 人に受診勧奨を行い、33 人（約 25%）が在宅医やかかりつけ医で診断を行った。
- ③①の軽度の認知症の疑いがあった 133 人に 2 回目の調査を実施したところ点数が維持改善した人が 60 人見られた。

出所：平成 27 年度「要支援・要介護者に対する入退院時等における機動的な支援を実現するためのケアマネジャー支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業」第 2 回委員会 岡山市発表より

本モデル事業の支援を通じて、ケアマネジャー・地域包括支援センターが、医師の指示や医療情報を得ながら、高齢者本人のセルフマネジメント支援を行うことができようになり、セルフマネジメントを通じて「再発予防・重症化予防」が推進できることとなり、また、医療機関は、複雑型の連携パスを構築することによって再発リスクを抱える、あるいは再発した高齢者について、ケアマネジャーや地域包括支援センターといったセルフマネジメントの支援者（本事業では「支援伴走者」と称する）を通じて早期に情報を得ることができると、患者の意思決定を支援し、より適切な退院支援を行えることとなります。

こうした一連の取組を通じ、疾患の再発予防と、仮に再発してしまった場合の迅速な対応が可能となることで、高齢者本人の自立支援と介護予防につながります。

## II. 基本事項

### 1. 目的

この要綱は、入退院を繰り返し返す可能性のある疾患のある疾患の再発防止のため、医療と介護の連携により要介護者等を支援（セルフマネジメント支援）するとともに、入退院を繰り返す可能性のある疾患で入院した要介護者について医療と介護の連携を促進し、在宅復帰に向けた適切な退院支援となるモデル事業の実施について定めたものです。

なお、本モデル事業は、市区町村が医療・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を図りつつ、医療・介護に関わる各種機関が主体的に取り組むものであり、この要綱の内容をベースとしつつ、多様な地域の実情を踏まえ、柔軟にモデル事業に取組むことができます。

（取組内容）

- ・入退院を繰り返し返す可能性のある疾患の再発防止のため、医療と介護の連携により要介護者等を支援（セルフマネジメント支援）する。
- ・入退院を繰り返し返す可能性のある疾患で入院した要介護者について、医療と介護の連携による退院支援を実施する。

### 2. 支援対象者

支援対象疾患（地域の実情を踏まえ地域毎に設定）で入院し、かつ在宅復帰の可能性が高く、セルフマネジメントに取り組むことが可能な高齢者（65歳以上）、または支援対象疾患に罹患し、現在、在宅で（ほぼ）自立した生活を送っている高齢者（65歳以上）を支援対象とします。なお、本モデル事業では、介護保険の給付対象者であるかどうかに関わらず支援対象者となります。

（支援対象者）

- ・介護保険の給付対象者であるかどうかに関わらず以下の条件に合う高齢者（65歳以上）
- ・支援対象疾患で入院し、退院後、在宅復帰の可能性の高い高齢者（65歳以上）
- ・支援対象疾患罹患し、現在は在宅で（ほぼ）自立した生活を送っている高齢者（65歳以上）

（支援対象疾患）

- 入退院を繰り返し返す可能性のある疾患を地域で検出し選定
- ・脳血管疾患（平成27年度から継続して実施）
- ・廃用症候群（平成27年度総額地域で実施）
- ・心疾患
- ・認知症
- 等

### 3. 支援ケース数（目安）

ケース数（目安）は1.0ケースとします。なお、1.2ケースを超える場合や7ケースを下回る場合は、事前に事務局までご連絡ください。

### 4. 参加機関と支援担当者

（参加機関（以下、支援機関）例）

- ・市町村及び特別区
- ・医療機関（急性期病院、回復期病院、かかりつけ医等）
- ・医師会
- ・応宅介護支援事業者
- ・ケアマネジャー協議会
- ・地域包括支援センター（支援担当者）
- ・ケアマネジャー等

### 5. 実施期間

実施期間は2016年9月～2015年2月末の6ヶ月間とします。

### 6. 協力謝礼

支援担当者に対し、本モデル事業終了時に、老人福祉味味講座等事業費より1支援対象者毎に以下の金額を謝礼として支給いたします。なお、それ以外の支給はございません。

セルフケアプラン作成につき：7,000円（様式1、様式3、様式4-1の作成料として）  
モニタリング1回につき：2,500円（様式4-2～4-5、および様式5の作成料として）

※金額は手取り金額です。1支援対象者につき最大17,000円を上限とします。

※記入済み様式をご提出いただきます。

※支給は、平成29年3月に指定の口座にお振り込みいたします。個人ではなく法人へのお支払いも可能です。法人支払いについては、請求書を事務局宛てお送りください。

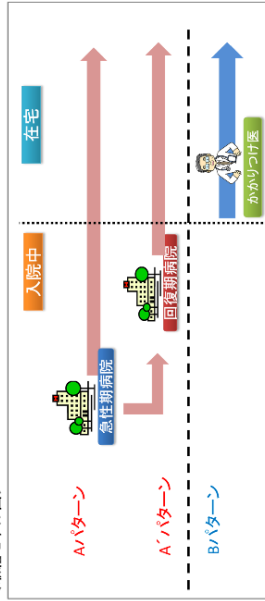
### 7. 取組みパターン

モデル事業の取組みパターンは以下の通りです。

Aパターン：入院中から医療と介護の情報連携+退院後のセルフマネジメント支援

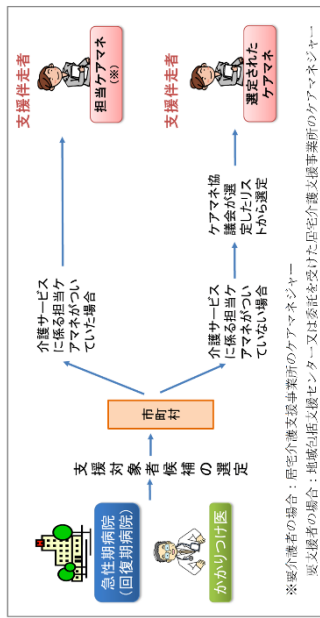
Bパターン：かかりつけ医との情報連携に基づくセルフマネジメント支援

<取組モデル図>



8. 支援伴走者の選定方法

支援伴走者の選定方法は以下の通りです。  
 支援対象者が介護保険の給付対象者であるかどうかに関わらずセルフマネジメントの支援を行うため、支援対象者が介護保険の給付対象者でない場合には、支援伴走者をどのように選定するか、事前に協議し、ルーティン化することが必要です。



9. モデル事業で使用される主な様式と支援内容

(1) モデル事業で使用される主な様式  
 様式は情報連携で使用する様式とセルフマネジメント支援で使用する様式に大別されます。情報連携で使用する様式1~3については、AAシステム【A】・Bパターン【B】で使用する様式が異なります。

用途	パターン	NO.	使用する様式等	使用者
情報連携	【A】	様式1	情報提供書1票(入院時)(支援伴走者→病院)	支援伴走者
		様式1補	MCIスクリーニング調査	支援伴走者
		様式2	情報提供書2票(入院時)(病院→支援伴走者)	医療機関
		様式3	共同アセスメントシート(入院中)	医療機関+支援伴走者
		様式3補	MCIスクリーニング調査	医療機関
		様式1	情報提供書(在宅)(支援伴走者→かかりつけ医)	支援伴走者
セルフマネジメント	【B】	様式1補	MCIスクリーニング調査	支援伴走者
		様式3	共同アセスメントシート(在宅)	医療機関+支援伴走者
		様式4-1	セルフマネジメントプラン	支援伴走者(医療機関)
		様式4-2'5	モニタリングシート	支援伴走者(医療機関)
		共通	様式4-2'5補 MCIモニタリングシート	支援伴走者
		様式5	セルフチェックシート	支援対象者+支援伴走者
様式6	健康管理表	支援対象者		

(2) 情報連携の流れと使用する様式

情報連携の流れと使用する様式は、取組パターン×介護保険給付の有無により異なります。取組パターン×介護保険給付別情報連携の流れは以下の通りです。  
 なお、支援対象者にケアプランがある場合、情報連携により必要が生じた場合は、ケアプランの見直しを実施します。

パターン	使用する様式	情報連携の流れ(イメージ)
【A】-① (入院中・給付あり)	【A】様式1 【A】様式1補 【A】様式2 【A】様式3 【A】様式3補	<ul style="list-style-type: none"> <li>担当ケアマネジャーは、医療機関から支援候補者が支援対象疾患にて入院した連絡を受ける。</li> <li>同意の有無にかかわらず、医療・介護の連携を要請(左記のすべての様式を作成)する。</li> <li>同意の有無にかかわらず、【A】様式3を作成し、必要に応じて、介護認定の申請または区分の見直しやケアプランの見直しを行う。</li> <li>同意が得られた場合、担当ケアマネジャーは支援伴走者としてセルフマネジメント支援に着手する。</li> <li>※情報連携については診療報酬、介護報酬での算定を検討</li> <li>医療機関より支援候補者に対し、モデル事業への協力依頼を行う。</li> <li>医療機関は支援候補者の同意を受け(支援対象者)、自治体と連絡し、支援伴走者の選定を行う。</li> <li>支援伴走者は、医療機関から【A】様式2により情報提供を受けるとともに、支援対象者と面談する。(その際、【A】様式1を使用し、情報を収集してもよい。)</li> <li>医療機関と連携し、【A】様式3を作成する。</li> <li>医療機関より支援候補者に対し、モデル事業への協力依頼を行う。</li> <li>医療機関は支援候補者の同意を受け、自治体を通じて、担当ケアマネジャーに連絡する。</li> <li>担当ケアマネジャーは、支援対象者と面談し、【B】様式1の作成を行い、医療機関と連携し【B】様式3を作成する。</li> <li>【B】様式3を踏まえ、必要に応じてケアプランの見直しを行うとともに、セルフマネジメント支援に着手する。</li> </ul>
【A】-② (入院中・給付なし)	【A】様式2 【A】様式3 【A】様式3補	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関より支援候補者に対し、モデル事業への協力依頼を行う。</li> <li>医療機関は支援候補者の同意を受け、自治体と連絡し、担当ケアマネジャーに連絡する。</li> <li>医療機関より支援候補者に対し、モデル事業への協力依頼を行う。</li> <li>医療機関は同意を受け、自治体と連絡し、支援伴走者の選定を行う。</li> <li>支援伴走者と担当ケアマネジャーは、医療機関と連携し、【B】様式1の作成を行い、医療機関と連携し、【B】様式3を作成する。</li> <li>【B】様式3を踏まえ、セルフマネジメント支援に着手する。</li> </ul>
【B】-① (在宅・給付あり)	【B】様式1 【B】様式1補 【B】様式3	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関より支援候補者に対し、モデル事業への協力依頼を行う。</li> <li>医療機関は同意を受け、自治体と連絡し、支援伴走者の選定を行う。</li> <li>支援伴走者と担当ケアマネジャーは、医療機関と連携し、【B】様式1の作成を行い、医療機関と連携し、【B】様式3を作成する。</li> <li>【B】様式3を踏まえ、セルフマネジメント支援に着手する。</li> </ul>
【B】-② (在宅・給付なし)	【B】様式1 【B】様式1補 【B】様式3	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関より支援候補者に対し、モデル事業への協力依頼を行う。</li> <li>医療機関は同意を受け、自治体と連絡し、支援伴走者の選定を行う。</li> <li>支援伴走者と担当ケアマネジャーは、医療機関と連携し、【B】様式1の作成を行い、医療機関と連携し、【B】様式3を作成する。</li> <li>【B】様式3を踏まえ、セルフマネジメント支援に着手する。</li> </ul>

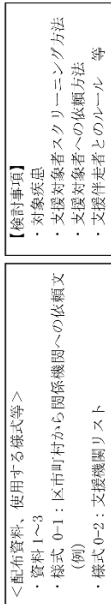




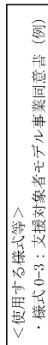
10. モデル事業の流れ

【事前準備】

1. モデル事業の進め方検討（～9月末）・・・関係者会議の開催



2. セルフマネジメント支援対象者決定（～12月中旬）

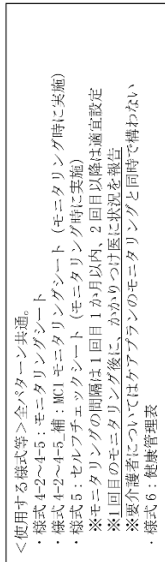


【実施】

3. 支援対象者のセルフマネジメント取組内容決定（～12月末）

パターン	様式1補	様式2	様式3補	様式4-1
[A]-①(入院中・給付あり)	○	○	○	○
[A]-②(入院中・給付なし)	△	△	△	△
[B]-①(在宅・給付あり)	○	○	○	○
[B]-②(在宅・給付なし)	○	○	○	○

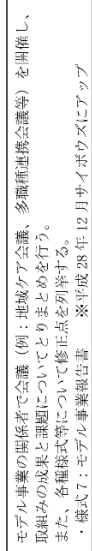
4. セルフマネジメント支援の実施（～2月上旬）



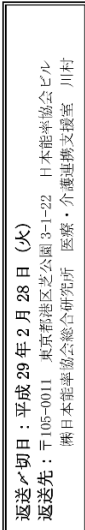
最大5ヶ月

【報告】

5. 取組成果の把握と報告書作成(2月中～下旬)・・・関係者会議の開催



6. 報告シート等の返送



10

Ⅲ. モデル事業の実施

Ⅲ-1-1. 急性期病院手順書【A】-①: 入院中・給付あり

※自治体が医療機関に対しモデル事業への協力依頼を行う。  
※自治体が関係者会議を開催する。

1. モデル事業の進め方検討

(1) 参加表明と院内体制整備	1. モデル事業の進め方検討
a. モデル事業の内容について、医療機関として参加の意思決定を行う。(病院長)	a. モデル事業の内容について検討を行う。
b. モデル事業の担当者決定する。(モデル事業担当者別)	(検討事項)
・医師(モデル事業担当医師)	・支援対象疾患
・看護師(モデル事業担当看護師)	・支援対象者への依頼方法
・退院調整看護師	・支援担当者選定ルール
・MSW(地域連携担当部門)	・情報連携の窓口や手順等
・事務部門	
c. モデル事業担当者(チーム)はモデル事業の内容を理解する。	b. 関係者会議で決定した事項を踏まえ、モデル事業開始中のターゲットの見込み数を把握する。

(2) モデル事業の進め方検討

関係者会議の開催	2. セルフマネジメント支援対象者決定
a. モデル事業担当者は関係者会議に参加し、支援機関関係者とモデル事業の進め方について検討を行う。	(1) 支援候補者の選定と支援対象者の決定
	a. 院内手順書に沿って、支援候補者を選定する。 →同意の意思にかかわらず、消滅連携に着手する
	b. 支援候補者に、モデル事業の協力依頼を行う。(説明事項)
	・担当医が母体のリスクとセルフマネジメントの必要性についてセルフマネジメント支援候補者に説明を行う。
	・モデル事業担当者からモデル事業の趣旨について説明を行う。
	c. 支援候補者からモデル事業協力の同意書を得る。⇒支援対象者決定(「様式0-3: 支援対象者モデル事業同意書(例)」参照)
	d. 支援対象者の支援対象者管理表を作成する。 (「様式0-4: 支援対象者管理表(例)」参照)
	e. 支援対象者について支援機関と共有する。(様式0-3および様式0-4の原簿は医療機関にて保管し、支援機関に対し控えを配布)

11

<p><b>3. 支援対象者のセルフマネジメント取組内容決定</b></p> <p>(1) 情報連携の実施</p> <p>a. 医療機関は、担当ケアマネジャー（支援件走者）に連絡し、「[A] 様式1」 「[A] 様式1_補」の提出を依頼する。その際、困難事例が否か、何日以内に提出してもらいたい担当ケアマネジャーに伝える。</p> <p>b. 医療機関は、依頼した期間内に「[A] 様式1」 「[A] 様式1_補」を受け取る。</p> <p>c. 医療機関は、困難事例は入院3日以内に、その他は1週間以内に「[A] 様式2」を作成し、担当ケアマネジャーに情報提供を行う。</p> <p>d. 医療機関は、支援対象者の退院の見込みが立った時点で「[A] 様式3_補」に記入する。</p> <p>e. 認知症（MCI含む）が疑われる場合には、対応を検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院内で認知症診断を行う。</li> <li>・ 在宅医で認知症専門医（診断のできる医師）と連携する。</li> </ul> <p>f. 担当ケアマネジャーに連絡し、共同で「[A] 様式3」の作成を行う。</p> <p>【同意が得られた場合】</p> <p>g. 医療機関は、担当ケアマネジャーが作成する「様式4-1（目標とアクションプラン）」 「様式5（チェック項目）」についてアドバイスをを行う。なお、認知症（MCI）が疑われる場合には、担当ケアマネジャーに留意点について説明を行う。</p>	<p>a. 医療機関は、担当ケアマネジャーが作成した「様式4-1」 「様式5」にケアプランの作成</p>
<p>(2) セルフマネジメント</p>	<p>a. 医療機関は、担当ケアマネジャーが作成した「様式4-1」 「様式5」にケアプランの作成</p>
<p>(1) 情報連携の実施</p>	<p>a. 医療機関は、モニタリング結果について、担当ケアマネジャーから意見を求められた場合にはアドバイスする。</p>
<p><b>5. 取組成果の把握と報告書作成</b></p>	<p>a. モデル事業担当者は関係者会議に参加するにあたって、チーム会議を開き、取組成果について事前に検討を行う。</p> <p>b. モデル事業担当者は関係者会議に参加する。</p> <p>c. モデル事業の取組成果について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。</p>

**Ⅲ-1-2. 急性期病院手順書（[A] -②：入院中・給付なし）**

※自治体が医療機関に対しモデル事業への協力依頼を行う。  
 ※自治体が関係者会議を招集する。

<p><b>1. モデル事業の進め方検討 ⇒ [A] -①参照</b></p>	
<p><b>2. セルフマネジメント支援対象者決定</b></p> <p>(1) 支援候補者の選定と支援対象者の決定</p> <p>a. 院内手順書に沿って、支援候補者を選定する。</p> <p>b. 支援候補者に、モデル事業の協力依頼を行う。</p> <p>(説明事項)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当医が昇進のリスクとセルフマネジメントの必要性についてセルフマネジメント候補者に説明を行う。</li> <li>・ モデル事業担当者がモデル事業の趣旨について説明を行う。</li> </ul> <p>c. 支援候補者からモデル事業協力の同意書を得る。＝支援対象者決定（「様式0-3」；支援対象者モデル事業同意書（例）」参照）</p> <p>→自治体に連絡。自治体は支援件走者の選定に着手する</p> <p>d. 医療機関は、支援対象者の支援対象者管理表を作成する。（「様式0-4」；支援対象者管理表（例）」参照）</p> <p>e. 支援対象者について支援機関と共有する。（様式0-3および様式0-4の原本は医療機関にて保管し、支援機関に渡し控えを配布）</p>	
<p><b>3. 支援対象者のセルフマネジメント取組内容決定</b></p>	
<p>(1) 支援件走者の決定</p>	
<p>(2) 情報連携の実施</p>	<p>a. 医療機関は、「[A] 様式2」の作成を行う。</p> <p>→支援件走者から連絡を受ける</p> <p>b. 医療機関は、「[A] 様式2」を用いて支援対象者について支援件走者に説明を行う。</p> <p>c. 医療機関は、支援対象者に支援件走者を紹介する。</p> <p>→支援件走者が支援対象者にヒアリングを行えるよう支援する</p> <p>d. 医療機関は、支援対象者の退院の見込みが立った時点で「[A] 様式3_補」に記入する。</p> <p>e. 認知症（MCI含む）が疑われる場合には、対応を検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院内で認知症診断を行う。</li> <li>・ 在宅医で認知症専門医（診断のできる医師）と連携する。</li> </ul> <p>f. 医療機関は、支援件走者に連絡し、共同で「[A] 様式3」の作成を行う。</p> <p>g. 医療機関は、支援件走者が作成する「様式4-1（目標とアクションプラン）」 「様式5（チェック項目）」についてアドバイスする。なお、認知症（MCI）が疑われる場合には、支援件走者に留意点について説明を行う。</p>
<p>(3) セルフマネジメント</p>	<p>a. 医療機関は、支援件走者が作成した「様式4-1」 「様式5」にケアプランの作成</p>
<p><b>4. セルフマネジメント支援の実施 ⇒ [A] -①参照</b></p>	
<p><b>5. 取組成果の把握と報告書作成 ⇒ [A] -①参照</b></p>	

### Ⅲ-2-1. かかりつけ医手順書（【B】-①：在宅・給付あり）

※自治体がかかりつけ医に対し、モデル事業への協力依頼を行う。  
 ※自治体が関係者会議を招集する。

1. モデル事業の進め方検討	<p>a. モデル事業の内容について、医療機関として参加の意思決定を行う。（病院長）</p> <p>b. モデル事業の担当者決定する。                  (モデル事業担当者例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師</li> <li>・看護師</li> <li>・事務部門</li> </ul> <p>c. モデル事業担当者（チーム）はモデル事業の内容を理解する。</p> <p>a. モデル事業担当者（チーム）はモデル事業の進め方について検討し、院内手順書を作成する。                  (検討事項)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援対象疾患</li> <li>・支援対象者スクリーニング方法</li> <li>・支援対象者への依頼方法</li> <li>・支援対象者選定ルール</li> <li>・情報連携の窓口や手順 等</li> </ul>
2. モデル事業の進め方検討	<p>a. 院内手順書に沿って、支援候補者を選定する。</p> <p>b. 支援候補者に、モデル事業の協力依頼を行う。                  (説明事項)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当医が再発のリスクとセルフマネジメントの必要性についてセルフマネジメント候補者に説明を行う。</li> <li>・モデル事業担当者がモデル事業の趣旨について説明を行う。</li> <li>・支援候補者からモデル事業協力の同意書を得る。＝支援対象者決定（「様式0-3：支援対象者モデル事業同意書（例）」参照）</li> <li>・支援対象者の支援対象者管理表を作成する。                  （「様式0-4：支援対象者管理表（例）」参照）</li> <li>・支援対象者について支援機関と共有する。（様式0-3および様式0-4の原本は医療機関にて保管し、支援機関に対し控えを配布）</li> </ul>
3. 支援対象者のセルフマネジメント取組内容決定	<p>a. 医療機関は、担当ケアマネジャー（支援伴走者）から「【B】様式1」「【B】様式1補」を受け取る。</p> <p>b. 認知症（MCI含む）が疑われる場合には、対応を検討する。                  ・認知症専門医（診断のできる医師）と連携する。</p> <p>c. 医療機関は、担当ケアマネジャーと共同で「【B】様式3」の作成を行う。</p> <p>d. 医療機関は、担当ケアマネジャーが作成する「様式4-1（目標とア</p>

クシヨンプラン）」「様式5（チェック項目）」についてアドバイスする。なお、認知症（MCI）が疑われる場合には、支援伴走者に留意点について説明を行う。
(2)セルフマネジメント
ケアプランの作成
4. セルフマネジメント支援の実施
(1)セルフマネジメント支援
a. 支援対象者は受診時に様式4-2～6、様式4-2～6、補、様式5および様式6を医師に提出し、医療機関が必要な場合に支援対象者（患者）や家族、または担当ケアマネジャーにアドバイスを行う。
b. 医療機関は、モニタリング結果について、担当ケアマネジャーから意見を求められた場合にアドバイスを行う。
5. 取組成果の把握と報告書作成
(1)関係者会議への参加
a. モデル事業担当者は関係者会議に参加するにあたって、チーム会議を開き、取組成果について事前に検討を行う。
b. モデル事業担当者は関係者会議に参加する。
c. モデル事業の取組成果について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。

### Ⅲ-2-2. かかりつけ医手順書（【B】-②：在宅・給付なし）

※自治体がかかりつけ医に対し、モデル事業への協力依頼を行う。  
 ※自治体が関係者会議を招集する。

1. モデル事業の進め方検討	⇒【B】-①参照
2. セルフマネジメント支援対象者決定	<p>(1)支援候補者の選定と支援対象者の決定</p> <p>a. 院内手順書に沿って、支援候補者を選定する。</p> <p>b. 支援候補者に、モデル事業の協力依頼を行う。                  (説明事項)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当医が再発のリスクとセルフマネジメントの必要性についてセルフマネジメント候補者に説明を行う。</li> <li>・モデル事業担当者がモデル事業の趣旨について説明を行う。</li> <li>・支援候補者からモデル事業協力の同意書を得る。＝支援対象者決定（「様式0-3：支援対象者モデル事業同意書（例）」参照）</li> <li>・支援対象者の支援対象者管理表を作成する。                  （「様式0-4：支援対象者管理表（例）」参照）</li> <li>・支援対象者について支援機関と共有する。（様式0-3および様式0-4の原本は医療機関にて保管し、支援機関に対し控えを配布）</li> </ul>
3. 支援対象者のセルフマネジメント取組内容決定	⇒【B】-①参照
4. セルフマネジメント支援の実施	⇒【B】-①参照
5. 取組成果の把握と報告書作成	⇒【B】-①参照

### Ⅱ-2-3. かかりつけ医手順書（【A】-①②の場合）

※自治体がかかりつけ医に対し、モデル事業への協力依頼を行う。  
 ※自治体が関係者会議を招集する。

<b>1. モデル事業の進め方検討</b> (1)参加表明と院内体制整備 a. モデル事業の内容について、医療機関として参加の意思決定を行う。(病院長) b. モデル事業の担当者を決定する。(モデル事業担当者例) ・医師 ・看護師 ・事務部門 c. モデル事業担当者（チーム）はモデル事業の内容を理解する。	
<b>2. セルフマネジメント支援対象者決定（急性期病院で実施）</b>	
<b>3. 支援対象者のセルフマネジメント取組内容決定（急性期病院で実施）</b> (1)セルフマネジメントケアプランの作成 a. 医療機関は、担当ケアマネジャーが作成した「様式4-1」「様式5」に対する意見を求められた場合にはアドバイスする。	
<b>4. セルフマネジメント支援の実施</b> (1)セルフマネジメント支援 a. 支援対象者は受診時に様式4-2～5、様式4-2～5、補、様式5および様式6を医師に提出し、医療機関は必要の場合に支援対象者（患者）や家族、または担当ケアマネジャーにアドバイスを行う。 b. 医療機関は、モニタリング結果について、担当ケアマネジャーから意見を求められた場合にアドバイスを行う。	
<b>5. 取組成果の把握と報告作成</b> (1)関係者会議への参加 a. モデル事業担当者は関係者会議に参加するにあたって、チーム会議を開き、取組成果について事前に検討を行う。 b. モデル事業担当者は関係者会議に参加する。 c. モデル事業の取組成果について関係機関・関係者と確認するとともに、介後に向けた課題について検討する。	

### Ⅱ-3. 自治体手順書

※自治体が開関係機関に対し、モデル事業への協力依頼を行う。  
 ※自治体が開関係者会議を招集する。

<b>1. モデル事業の進め方検討</b> (1)参加表明 a. 庁内における、モデル事業への参加の意思決定を行う。(庁内調整先) ・担当課内 ・担当部内 ・その他必要な調整先（医療機関との連携が必要なことから、在宅医療介護連携推進の庶務担当課等）	
(2)関係者への説明、協力依頼 a. モデル事業の内容について、関係機関に対し説明を行う。(関係機関例) ・急性期病院 ・精神科病院（基幹病院）への説明 ・*病院関係者（モデル事業関係者）への説明 ・*（必要に応じて）管理者へ説明 ・介護支援専門員協会への説明 ・*介護支援専門員協会への説明（事務局長、会長、副会長） ・*介護支援専門員協会として、モデル事業に参加することの意思決定 ※自治体によっては、介護支援専門員協会がなく、個々のケアマネジャーに、モデル事業の参加を要請する場合もある。 ・都市医師会への説明 ・地域包括支援センターへの説明 ※場合によっては、自治体と地域包括支援センターが共同で実施主体になることが考えられる。 ・関係団体への説明（必要に応じて） ・*介護保険運営協議会 ・*地域包括支援センター運営協議会 ・*在宅医療介護連携推進協議会 ・*地域ケア会議（政策部門）等 ・協力を得られた機関（支援機関）に対し、正式な依頼を行う。（「様式0-1：区市町村から関係機関への依頼文（例）」） c. 支援機関リストの作成を行う。 （「様式0-2：支援機関リスト」参照）	
(3)モデル事業の進め方検討 -関係者会議の開催 a. 関係者会議を開催し、モデル事業の進め方について検討する。(検討事項) ・支援対象疾患 ・支援対象者スクリーニング方法 ・支援対象者への依頼方法 ・支援対象者選定ルール ・情報連携の窓口や手順 等	

	<p>b. モデル事業の進め方について合意内容を、関係者に文書にて周知する。特に、支援担当者となるケアマネジャーに対しては、介護支援専門員協議会等を通じ、モデル事業について介護支援専門員の理解を得ておくとともに、必要に応じ、介護支援専門員を対象とした説明会を実施する。</p>
<b>2. セルフマネジメント支援対象者決定</b>	
(1) 支援候補者の選定と支援対象者の決定	<p>a. 医療機関の事務部門から、控え（コピー）を受け取る。  b. 医療機関からセルフマネジメント実施者の連絡を受け、リスト管理を開始する。</p>
<b>3. 支援対象者のセルフマネジメント取組内容決定</b>	
(1) 支援担当者決定	<p>a. 支援担当者については事前に決定した選定ルールに従い、連絡を行う。  (選定ルール等)  要介護者の場合：居宅介護支援事業所のケアマネジャー  要介護者の場合：地域包括支援センター又は委託を受けた居宅介護支援事業所のケアマネジャー  介護給付なし：介護支援専門員協議会等を通じ、協力を依頼するか、直営の地域包括支援センター等が担当する。</p>
(2) 情報連携の実施	<p>a. 関係者からの問い合わせがあった場合に対応する。</p>
(3) セルフマネジメントケアプランの作成	<p>a. 関係者からの問い合わせがあった場合に対応する。  b. 12月末に、記入済み様式（様式1～様式4-1）を、事務局あて送付する。（レターパック）。</p>
<b>4. セルフマネジメント支援の実施</b>	
(1) セルフマネジメント支援	<p>a. 関係者からの問い合わせがあった場合に対応する。</p>
<b>5. 取組成果の把握と報告書作成</b>	
(1) 関係者会議の開催	<p>a. モデル事業担当者は関係者会議を開催する。  b. モデル事業の取組成果について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。</p>
(2) 報告書の作成	<p>a. 報告書フォーマットに従い、モデル事業の成果について取りまとめを行う。  b. 事務局へ報告書および記入済み様式等を送付する（レターパック）。  ・様式7：モデル事業報告書  ※平成28年12月サイボウズにアップ  ・（支援対象者毎）様式4-2～4-5、様式5、様式6  c. 委員会に参加し、モデル事業取組結果について報告を行う。</p>

#### Ⅲ-4. 地域包括支援センター手順書

※自治体が地域包括支援センターに対し、モデル事業への協力を依頼を行う。

※自治体が関係者会議を開催する。

<b>1. モデル事業の進め方検討</b>	
(1) 参加表明	<p>a. モデル事業の担当者を決定する。  b. モデル事業の内容について理解する。</p>
(2) モデル事業の進め方検討	<p>a. モデル事業担当者は関係者会議に参加する。  b. 関係者会議の合意内容をセンター内で共有する。</p>
<b>2. セルフマネジメント支援対象者決定</b>	
(1) 支援候補者の選定と支援対象者の決定	<p>a. 自治体担当者から、支援対象者の承諾書等の控え（コピー）を受け取る。</p>
<b>3. 支援対象者のセルフマネジメント取組内容決定</b>	
(1) 支援担当者決定	<p>a. 事前に決定した選定ルールに従い、支援担当者候補を選定する。  b. 支援担当者候補にもモデル事業について説明を行う。  c. 支援担当者を選定する。</p>
(2) 情報連携の実施	<p>a. 関係者からの問い合わせがあった場合に対応する。</p>
(3) セルフマネジメントケアプランの作成	<p>a. 支援担当者より、様式1～様式4-1の控え（コピー）を受け取る。  b. 自治体から求められた場合、確定した様式1～様式4-1の控え（コピー）を自治体に提出する。</p>
<b>4. セルフマネジメント支援の実施</b>	
(1) セルフマネジメント支援	<p>a. 支援担当者より、モニタリング後に様式4-2～5、様式4-2～5_補、様式5の控え（コピー）を受け取る。  b. モニタリング結果から必要と感じた場合には、アドバイスを行う。さらに医師との連携の必要性を感じた場合には、医療機関との連携を促す。  c. モデル事業終了時点で、支援担当者より様式6の控え（コピー）を受け取る。  d. 自治体から求められた場合、様式4-2～5、様式5、様式6の控え（コピー）を自治体に提出する。</p>
<b>5. 取組成果の把握と報告書作成</b>	
(1) 関係者会議の開催	<p>a. モデル事業担当者は関係者会議に参加する。  b. モデル事業の取組成果について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。</p>

	<p>「健康管理」の案を作成し、支援対象者と面談し、「様式4-1（セルフケアプラン）」「様式5（セルフチェックシート）」「様式6（健康管理表）」を確定する。</p> <p>c. 支援件北者は確定した様式1～様式4-1の控え（コピー）を自治体または地域包括支援センターに提出する。</p> <p>※提出ルールは地域で決定したルールに従う。</p>
<b>4. セルフマネジメント支援の実施</b>	
(1) セルフマネジメント支援	<p>a. 支援対象者がセルフマネジメントに継続して取り進むよう動機づけを行う。</p> <p>b. モニタリング後は様式4-2～5、様式4-2～5_補、様式5の控え（コピー）を自治体または地域包括支援センターに提出する。</p> <p>※提出ルールは地域で決定したルールに従う。</p> <p>c. モニタリングの結果に対し、医療的見地からアドバイスが必要と感じた場合には、かかりつけ医に連絡しアドバイスをもたう。</p> <p>d. モニタリングの結果から受診の必要性を感じた場合には、支援対象者に受診を促す。支援対象者が受診する場合には、様式4-2～5、様式4-2～5_補、様式5、様式6をかかりつけ医に確認してもらおう。</p>
<b>5. 取組成果の把握と報告書作成</b>	
(1) 関係者会議の開催	<p>a. モデル事業担当者は関係者会議に参加する。</p> <p>b. 担当した支援対象者について、モニタリング経過と支援状況について報告を行う。</p> <p>c. モデル事業の取組成果について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。</p>

<b>Ⅲ-5. ケアマネジャー手順書</b>	
<b>1. モデル事業の進め方検討</b>	
(1) 参加説明	a. モデル事業の内容について、概要を理解する。
(2) モデル事業の進め方検討	<p>a. モデル事業の進め方について、自治体から説明（文書等）を受ける。</p> <p>b. モデル事業の進め方について、理解する。</p>
<b>2. セルフマネジメント支援対象者決定</b>	
(1) 支援候補者の選定と支援対象者の決定	a. 自治体担当者から、支援対象者の承諾書等の控え（コピー）を受け取る。
<b>3. 支援対象者のセルフマネジメント取組内容決定</b>	
(1) 支援件北者の決定	<p>【【A】-①の場合】</p> <p>a. 担当ケアマネジャーは、医療機関から支援候補者が支援対象疾患に入院した連絡を受け、 【上記以外】</p> <p>b. 支援候補者の同意を受け、自治体を通じ、支援件北者に連絡が入る。</p> <p>c. （介護保険の給付対象でない場合）自治体よりモデル事業について改めて説明を受ける。</p> <p>d. 支援件北者となることを決定する。</p>
(2) 情報連携の実施	<p>【【A】-①の場合】</p> <p>a. 同意の有無にかかわらず、情報連携を実施（【【A】様式1】「【A】様式1_補】を作成し医療機関に提出）する。</p> <p>b. 同意の有無にかかわらず、支援対象者の退院の見込みが立った時点で、医療機関から連絡を受け、「【【A】様式3】を共同で作成する。</p> <p>c. 必要に応じ、介護認定の申請または区分の見直しやケアプランの見直しを行う。</p> <p>【【A】-②の場合】</p> <p>a. 医療機関から【【A】様式2】により情報連携を受けるとともに、支援対象者と面談する。（その際、「【【A】様式1】」を使用してよい）</p> <p>b. 医療機関と連携し【【A】様式3】を作成する。</p> <p>【【B】-①の場合】</p> <p>a. 【【B】様式1】「【B】様式1_補】の作成を行い、医療機関に提出し、また医療機関と連携し【【B】様式3】を作成する。</p> <p>【【B】-②の場合】</p> <p>a. 支援対象者と面談し、「【【B】様式1】」【【B】様式1_補】を作成する。</p> <p>b. 医療機関と連携し、「【【B】様式3】」を作成する。</p>
(3) セルフマネジメントケアプランの作成	<p>a. 【【A】様式3】または【【B】様式3】を医療機関と共同で作成する際に、「様式4-1（セルフケアプラン）」「様式5（チェック項目）」について、医療機関から、疾患についてアドバイスを受ける。</p> <p>b. 支援件北者は、医療機関のアドバイスを踏まえ、「様式4-1（セルフケアプラン）」「様式5（セルフチェックシート）」「様式6（健</p>



#### IV. モデル事業で使用する様式等

(1) 説明資料  
説明資料はサイボウズ（資料3参照）にてダウンロードできます。

NO.	使用する様式等	使用者
資料1	説明文(老健事業116実施概要)	モデル事業関係者
資料2	モデル事業実施要綱	モデル事業関係者
資料3	サイボウズ利用の手引き	モデル事業関係者

(2) 使用する様式等  
様式等はサイボウズにてダウンロードできます。(様式1～6は再掲)

NO.	使用する様式等	使用者
様式0-1	区市町村から関係機関への依頼文(例)	市町村・特別区
様式0-2	支援機関リスト	モデル事業関係者
様式0-3	支援対象者モデル事業同意書(例)	医療機関
様式0-4	支援対象者管理表	市町村・特別区
様式0-5	謝礼支払い対象者リスト	市町村・特別区
様式1	情報提供書1票(入院時)(支援件走者→病院)	支援件走者
様式1.補	MCIスクリーニング調査	支援件走者
【A】様式2	情報提供書2票(入院時)(病院→支援件走者)	医療機関
様式3	共同アセスメントシート(入院中)	医療機関
様式3.補	MCIスクリーニング調査	医療機関
様式4-1	情報提供書(在宅)(支援件走者→かかりつけ医)	支援件走者
【B】様式1.補	MCIスクリーニング調査	支援件走者
様式3	共同アセスメントシート(在宅)	医療機関+支援件走者
様式4-1	セルフマネジメントプラン	支援件走者(医療機関)
様式4-2・5	モニタリングシート	支援件走者(医療機関)
共通様式4-2・5.補	MCIモニタリングシート	支援件走者
様式5	セルフチェックシート	支援対象者+支援件走者
様式6	健康管理表	支援対象者
様式7	モデル事業報告書 ※平成28年12月サイボウズにアップ	市町村・特別区

(3) 送付物  
モデル事業関係者に、以下のものを送付します。

方法	送付物	使用者
電子メール	サイボウズ ID・パスワード	モデル事業関係者全員
郵送	返送用レターパック	市町村・特別区のみ

(4) 返送いただく様式等  
返送いただくもの及び返送いただくタイミングは以下の通りです。1回目はケアプラン作成に関する資料(様式1～様式4-1)、2回目はモニタリング関係資料(様式4-2～4-5、様式5、様式6)およびモデル事業報告書(様式7)を、記入もれ、入力もれ等がないかご確認のうえ、返信用レターパックを使って、ご返送ください。

(返送のタイミング：1回目 12月下旬、2回目 2月下旬、3回目 2月下旬の計2回)  
なお、個人情報(氏名、住所等)については、ご提供は不要です。様式等に記載した場合には、黒く塗りつぶす等してご提供くださいますようお願いいたします。

NO.	使用する様式等	返送の有無	返送時期
様式0-1	区市町村から関係機関への依頼文(例)	不要	
様式0-2	支援機関リスト	要	12月末
様式0-3	支援対象者モデル事業同意書(例)	不要	
様式0-4	支援対象者管理表	不要	
様式0-5	謝礼支払い対象者リスト	要	2月下旬
様式1	情報提供書1票(入院時)(支援件走者→病院)	要	12月末
様式1.補	MCIスクリーニング調査	要	12月末
【A】様式2	情報提供書2票(入院時)(病院→支援件走者)	要	12月末
様式3	共同アセスメントシート(入院中)	要	12月末
様式3.補	MCIスクリーニング調査	要	12月末
様式4-1	情報提供書(在宅)(支援件走者→かかりつけ医)	要	12月末
【B】様式1.補	MCIスクリーニング調査	要	12月末
様式3	共同アセスメントシート(在宅)	要	12月末
様式4-1	セルフマネジメントプラン	要	12月末
様式4-2・5	モニタリングシート	要	2月下旬
共通様式4-2・5.補	MCIモニタリングシート	要	2月下旬
様式5	セルフチェックシート	要	2月下旬
様式6	健康管理表	要	2月下旬
様式7	モデル事業報告書 ※平成28年12月サイボウズにアップ	要	2月下旬

返送先：〒105-0011 東京都港区芝公園3-1-22 日本能率協会ビル  
横浜本能率協会総合研究所 福祉・医療政策支援部 川村





**様式 0-3：支援対象者モデル事業同意書**

平成 28 年度厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業  
 「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のための  
 セルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業」  
 における個人情報使用同意書（例）

支援者代表  
 (医療機関名) \_\_\_\_\_ 様  
 (役職・氏名)

○使用の目的

「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジ  
 メントの在り方に関する調査研究事業」（以下、本調査研究事業）におけるモデル事業は、  
 脳血管疾患罹患高齢者の再発予防（介護予防・重度化予防）を目的に実施します。

○情報共有を行うもの

本調査研究事業におけるモデル事業において、「入退院を繰り返す可能性のある疾患罹患  
 高齢者が行うセルフマネジメントを支援する医療機関、区市町村、地域包括支援センター、  
 担当するケアマネジャー等」（以下、支援者）が、セルフマネジメントを行うことに同意  
 した脳血管疾患罹患高齢者（以下、支援対象者）の支援に係る情報を共有します。

○使用にあたっての条件

支援者は、支援対象者の個人情報について、前述した目的の範囲内で活用するものであり、  
 情報共有において関係者以外に漏れることのないよう適切に管理します。

○情報共有を行う期間

承諾日より、本調査研究事業実施期間である平成 28 年 3 月 31 日未までとします。

○報告書への掲載内容

本調査研究事業の成果を、本調査研究事業の実施主体である株式会社日本能率協会総合研  
 究所が報告書としてとりまとめを行います。報告書においては、個人が特定される情報（個  
 人名、住所、生年月日等）は掲載されません。

○同意の確認

私は、本調査研究事業におけるモデル事業に参加し、セルフマネジメントの支援を受ける  
 こと、それに伴う支援者間の個人情報の共有に同意します。

支援対象者

同意年月日	平成	年	月	日
氏名（自署）				
ふりがな				
生年月日	大正・昭和	年	月	日
性別				男 ・ 女
住所				
連絡先				

支援者 同意取得施設記載

説明担当者（自署）	部署
(医療機関名・担当者名・連絡先)	
情報共有施設名等	
(自治体名・担当者名・連絡先)	
(地域包括支援センター名・担当者名・連絡先)	
ケアマネジャー	(ケアマネジャー名・連絡先)

※原本は説明し、同意を得た医療機関が保管するものとします。

※コピー部を支援対象者にお渡しします。

※また、記載の支援者に FAX にて送信してください。

様式 0-5：謝礼支払い対象者リスト

謝礼支給対象者リスト

(ふりがな) 氏名	自宅住所	連絡先	e-mail	セルフマネジメント担当者 数

※支払いは口振振り込みとなります。振込先については、別途お伺いいたします。

様式 0-4：支援対象者管理票

支援対象者管理票

支援対象者ID			
同意年月日	平成	年	月 日
氏名			
ふりがな			
生年月日	大正・昭和 年	月	日 性別 男・女
住所			
連絡先			
同居家族構成			
介護認定	なし	支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5
認定者の場合 事業所・連絡先			
認定者の場合 事業所・連絡先			
入退院日	入院： 月 日	退院： 月 日	
既往歴			
支援者機関	(医療機関名・担当者名・連絡先)		
	(自治体名・担当者名・連絡先)		
	(地域包括支援センター名・担当者名・連絡先)		
支援伴走者	(ケアマネジャー名・連絡先)		













様式4-5：セルフマネジメント セルフケア総括

(対象疾患： ) ID: (総括) 作成年月日： 年 月 日 ~ 年 月 日

アシメント領域取組着手時の状況	アシメント領域取組終了時の状況	卒業時	
		目標の達成状況 (どの程度達成できたか？その背景、要因)	今後に向けて (現状を維持・改善するために①継続して取り組むこと、②その際の留意点)
病識・日常生活全般	病識・日常生活全般		
薬事管理	薬事管理		
食事・栄養管理	食事・栄養管理		
運動・移動	運動・移動		
コミュニケーション・対人関係	コミュニケーション・対人関係		

様式3を転記・必順に記入

様式3を転記します。  
タイトル列に設定していますので、様式4-2～

(アシメント領域と取組終了時の状況)  
・取組着手時の状況と現在の状況を比較し、変化した点を記載します。

(目標の達成状況)  
・モデル事業の取組成果について、記載します。

(目標の達成状況)  
・今後、継続して取り組んでいただく内容等記載します。

41

様式4-2～4：セルフマネジメント モニタリングシート

(対象疾患： ) ID: (モニタリングシート) 作成年月日： 年 月 日 ~ 年 月 日

アシメント領域取組着手時の状況	( )ヶ月モニタリング・利用者による(期間)評価			
	<支援担当者記入> 取組効果と課題 (利用者) 本人・家族	<支援担当者記入> 現在の状況・評価	<医師/看護師 評価と提案 支援者(主治医/ケアプラン)ともよい	<支援担当者記入> 再発防止・悪化予防のための目標の見直し と具体的な改善計画の立案 (アクションプラン)見直し
病識・日常生活全般				※写真・動画・音声等の追加 【写真】
薬事管理				
食事・栄養管理				【具体的な取組内容 (アクションプラン)】 ① ② ③ ④ ⑤
運動・移動				
コミュニケーション・対人関係				介護サービス等への要望 (追加含む) <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要

様式3を転記・必順に記入

様式3を転記します。  
タイトル列に設定していますので、様式4-2～

(取組成果と課題)  
・健康管理表・セルフチェックから取組の振り返りを行います。  
・利用者の状態を、モニタリングするだけでなく、利用者がセルフマネジメント出来るようになっているかという点等についても振り返りしてください。

(現在の状況・評価)  
・健康管理表・セルフチェックから変化した点・変化がなかった点について記載し、評価を行います。

(評価と提案)  
・1回目のモニタリングについてはかかりつけ医に、健康管理シート・セルフチェック表を届かせ、この目標や具体策は妥当かどうか項目の妥当性について確認していただき、適宜、目標・具体策の見直しを行ってほしい。

40

様式 4-2 ~ 5-5 補: セルフマネジメント [MC] モニタリングシート

様式 4. 補 セルフマネジメント支援対象者のMC[モニタリングシート(支援件走者)]

セルフマネジメント(SEL)支援対象者のモニタリング時に、以下の項目(全て)は実施をお願いします。  
様式4.1に添付して下さい。

支援対象期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日

2. 認知成果に反映する項目

ご本人の状況や変更からの動き取り、観察を通して、以下に回答ください。

項目	はい	いいえ	不明	はいの割合の概算
1 最近1か月間の多い、言葉の使い方に違いがある	1	2	3	1 2 3 4 5
2 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
3 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
4 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
5 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
6 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
7 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
8 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
9 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
10 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
11 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
12 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
13 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
14 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
15 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
16 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
17 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
18 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
19 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
20 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
21 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
22 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5
23 言葉が通じにくく、言葉が通じにくい	1	2	3	1 2 3 4 5

※この項目は、支援対象者の状況や、支援内容に応じて、項目を削除していただく場合があります。

※この項目は、支援対象者の状況や、支援内容に応じて、項目を削除していただく場合があります。

※この項目は、支援対象者の状況や、支援内容に応じて、項目を削除していただく場合があります。

様式 5: セルフチェックシート (プラン作成時・モニタリング時)

セルフチェックシート(プラン作成時・モニタリング時)

作成者: 関 年 月 日

作成日: 年 月 日

作成者: 関 年 月 日

項目	チェック項目	チェック	プラン作成後 確認
係 の 理 解	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
予 防 策	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人
	・自分の役割が明確である	□はい □いいえ	本人

※この項目は、支援対象者の状況や、支援内容に応じて、項目を削除していただく場合があります。

※この項目は、支援対象者の状況や、支援内容に応じて、項目を削除していただく場合があります。

※この項目は、支援対象者の状況や、支援内容に応じて、項目を削除していただく場合があります。

参考1. モデル事業に関連すると考えられる主な診療報酬・介護報酬等  
 本モデル事業に参加した場合、支援提供者に対する協力謝礼のほか、医療機関・ケアマネジ  
 ヤーにおいて、例えば、以下の診療報酬・介護報酬の算定を受けられる可能性があります。

- (診療報酬)
  - ・ 退院支援加算 1・2

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

**退院支援に関する評価の充実**

患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で暮らし生活を継続できるように、  
 医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するため  
 の評定を新設する。

(特) 退院支援加算1  
 イ 一般高齢入居基本料等の場合 600点  
 ロ 産業高齢入居基本料等の場合 1,200点

(改) 退院支援加算2  
 イ 一般高齢入居基本料等の場合 190点  
 ロ 産業高齢入居基本料等の場合 635点

[算定要件・施設基準]

退院支援加算1	退院支援加算2
退院支援加算1の算定要件	退院支援加算2 (現在の退院支援加算と同要件)
3月31日現在に退院支援加算の算定要件を算出 した施設に退院支援加算1を算出する施設	7月31日現在に退院支援加算の算定要件を算出 した施設に退院支援加算2を算出する施設
多職種によるカンファレンスの実施 退院支援加算1の算定要件	カンファレンスの実施 専任1名(退院支援加算2は専任2名)
退院支援加算1の算定要件 退院支援加算1の算定要件	退院支援加算2の算定要件 退院支援加算2の算定要件
退院支援加算1の算定要件 退院支援加算1の算定要件	退院支援加算2の算定要件 退院支援加算2の算定要件
退院支援加算1の算定要件 退院支援加算1の算定要件	退院支援加算2の算定要件 退院支援加算2の算定要件

(「平成28年度診療報酬改定の概要」厚生労働省より)

- (介護報酬)
  - ・ 退院時共同指導料 2
  - ・ 介護支援連携指導料
  - ・ 診療情報提供料 1
  - ・ 入院時・情報連携加算
  - ・ 退院退所加算

様式6

健康管理シート：脳卒中用

ID: \_\_\_\_\_

注)曜日必須ではないので、使いやすいようにカスタマイズしても結構ですが、服薬は出来るだけ毎日ごまめに付けて下さい。

日	(月)日	(火)日	(水)日	(木)日	(金)日	(土)日	(日)日	頻度
1)								
2)								
3)								
4)								
5)								
服薬(飲んだら○)	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	毎日
体の不具合 (具体的に)	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	毎日
今の体重 (週に1回測定)	_____ kg (測定日: / / )							

CMと立てたアクションプランと実施状況を記載する  
 たばこ/お酒/食事/睡眠/運動/水分 など  
 食事・水分など栄養管理の具体的な記録方法については、栄養士と別途、検討  
 →感想(できた/できなかった)については様式5のセルフチェック表に記載する

利用者のアクションプランに合わせるが、服薬と体の不具合、体量は固定

※不調が見られた場合には、早期に受診するか、かかりつけの医療機関に相談しましょう。

**参考 2. モデル事業の政策的位置づけ**

本モデル事業については、介護保険法の地域支援事業である「在宅医療・介護連携推進事業」（平成 30 年 4 月にはすべての市区町村で実施）に位置付け、取り組んでいただくことが可能です。

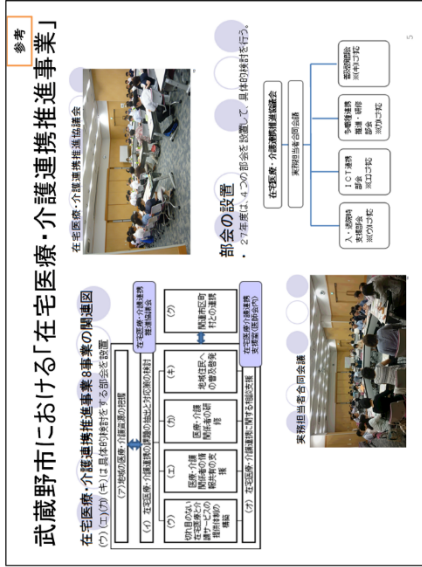
事業項目（ア）～（ク）のうち、以下の項目等の該当が想定できます。

- （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- （ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援
- （カ）医療・介護関係者の研修

また、「医療介護総合確保基金」として検討することも考えられます。

（武蔵野市の例）

武蔵野市では、平成 27 年度のモデル事業を「在宅医療・介護連携推進事業」に位置づけ取り組んでいます。



# 「認知症を予防できるまち♡まっどプロジェクト」 モデル事業 実施要綱

～「医療・介護連携に基づく認知症の早期把握及びケアマネジメント」モデル事業～

## 【第1版改訂版】

※ 本モデル事業は、平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業116「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業」(事務局：(株)日本能率協会総合研究所)の一環として行うものである。

平成28年11月29日

松戸市

## 2. 実施要綱 (松戸市版)

### 目次

I. モデル事業の趣旨	2
1. 認知症の継続的ケアマネジメントに取り組み意義	2
2. 軽度認知症の早期把握・継続的ケアマネジメントに取り組み意義	2
II. モデル事業の基本的枠組み	5
1. モデル事業の基本コンセプト	5
2. 取組パターン	5
3. 軽度認知症の判定方法 (DASC の活用)	6
4. 把握・ケアマネジメント実施者に対するプロジェクト・DASC 研修会	7
5. モデル事業の協力関係	7
6. モデル事業のスケジュール	8
7. 雑則	8
III. 具体的な実施方法	9
1. 取組パターンごとの基本的流れ	9
(1) パターンA (地域包括支援センタールート) の基本的流れ	9
(2) パターンB (かかりつけ医療機関ルート) の基本的流れ	10
(3) パターンC (かかりつけ薬局ルート) の基本的流れ	11
(4) パターンD (介護事業所ルート) の基本的流れ	12
2. 具体的な実施手順	13
(1) アセスメントを実施する機会の設定	13
(2) 本人・家族への事業内容説明	13
(3) DASC-21によるアセスメントの実施	14
(4) ケアマネジメント⑦ (「軽度認知症以上の可能性あり」と判定された場合)	14
(5) ケアマネジメント④ (「MC」又は「通常の可能性」と判定された場合)	18
(6) 1回目モニタリング (2ヵ月後)	19
(7) 2回目モニタリング (4ヵ月後)	20
(8) 3回目モニタリング (6ヵ月後)	20
3. 市役所への書類提出、モデル事業の成果検証等	20
(1) 初回アセスメント実施時の書類の提出	20
(2) 1回目モニタリング実施時の書類の提出	21
(3) 市内関係者会議、モデル事業の成果検証など	21
IV. 様式・記入例一覧	22

## I. モデル事業の趣旨

### 1. 認知症の継続的ケアマネジメントに取り組み意義

○ 地域包括ケアシステムを構築し、高齢者が住み慣れた地域で生活し続けられるようにするためには、疾患等の利用者の状態に即して、様々な医療・介護サービスが緊密に連携しながら提供されることが必要である。つまり、医療・介護の緊密な連携に基づき、継続的なケアマネジメントを行っていくことが必要である。

○ こうした中で、高齢者の様々な疾患に対応していくことが重要だが、中でも、認知症は、多くの高齢者に関係するとともに、本人・家族・ケアに与える影響も非常に大きい。

松戸市における認知症の人は、2015年には1.9万人と推計され、2025年には2.4万人～2.6万人に増加すると推計されている。また、国の推計に基づけば、認知症の前段階であるMCI（軽度認知障害/Mild Cognitive Impairment）の人も、認知症の人とほぼ同数と推計されることから、非常に早く推計すると、現状で1.9万人程度、2025年には2.4万人～2.6万人程度になると考えられる。

○ 松戸市では、平成27年度より、医療・介護連携に基づく継続的ケアマネジメントについての厚生労働省老人保健健康増進等事業に参加し、平成27年度は脳血管疾患（脳卒中）に関するモデル実施に取り組んだ。

高齢者を支える継続的ケアマネジメントの実施については、様々な疾患について取り組んでいくことが必要だが、上記のように、認知症は極めて重要な課題である。特に、東京圏は、全ての団塊世代が75歳以上になる2025年に向けて、急激に75歳以上（後期高齢者）人口が増加し、認知症やMCIの人も急激に増加していくことが予想されており、認知症対応の必要性が極めて大きい。

こうした状況を受け、厚生労働省老人保健健康増進等事業委員会からの要請に基づき、平成28年度は、松戸市においては認知症に関する継続的ケアマネジメントのモデル実施に取り組むこととした。

### 2. 軽度認知症の早期把握・継続的ケアマネジメントに取り組み意義

○ 本プロジェクトでは、認知症関連の中でも、軽度認知症の早期把握及び継続的ケアマネジメントに取り組むことにしている。

介護保険の創設等を契機に、認知症の人に対するケアは推進されてきたが、一方で、認知症予防に関する取組は必ずしも十分な取組を上げてきたとは言えない。認知症は「治らない疾患」とされ、認知症になった後の対応に主眼が置かれてきたためだと考えられる。

○ こうした中で、今回、松戸市において、軽度認知症の早期把握及び継続的ケアマネジメントに取り組むこととした主な理由は2つある。

○ 1つは、近年の研究により、認知障害が軽度の段階では、早期に介護サービスの利用につなげることで、認知障害を改善できる可能性が高いことが判明したことである。

「居宅介護サービス利用者の認知症に係わる生活機能障害の継続的変化」(筒井孝子氏、東野定律氏、大参賀政昭氏)では、居宅介護サービスの利用者について、DASC (Dementia Assessment Sheet in Community-based integrated care system : ダス) 地域で生活する認知症の生活機能障害に係わるアセスメントツール)を実施し、その経年的変化を取っている。本調査においては、6か月間・計4回の全調査を受けた1,096人のデータに基づき、分析を行っているが、以下の結果を得られたところであり、軽度認知症段階での早期対応が、認知症予防にとって重要であることが示唆された。

- ・ 全4回いずれの調査でも、要介護度が上がるとDASCの得点も上昇していた(生活機能障害の程度が重くなっていた)。

- ・ 居宅介護サービスを受けていた6か月間のDASCの得点の変化を要介護度別にみると、要介護1～要介護5では得点が増加(生活機能障害が悪化)していたが、要介護2では得点が増加(生活機能障害が改善)していた(要介護1は統計的に有意ではない)。このことから、認知障害が軽度の段階では、介護サービスの利用によって、認知障害が改善しやすいと考えられる。

- ・ 2か月ごと、全4回の調査ごとのDASCの得点の変化を見ると、徐々に「変化なし」が増加し、逆に、「上昇(悪化)」と「下降(改善)」が減少している。サービスが増える方が生活機能の変化を押しやすくと推察される。

- ・ 以上の結果から、認知機能が軽度の段階で、早期に必要なサービスにつなぐことが、認知症予防につながるかと推察される。

〔表：要介護度別のDASC得点の変化〕

	第1回調査時(25年10月)のDASC得点の平均値	6か月間でのDASC得点の変化の平均値	変化量平均値の統計的有意性
全体	39.7	1.31	有意
要介護1	21.9	-0.41	有意でない
要介護2	26.6	-1.60	有意
要介護3	33.7	0.59	有意
要介護4	38.1	2.26	有意
要介護5	46.5	2.25	有意
要介護6	52.2	2.15	有意
要介護7	60.5	2.28	有意

(注) なお、平成25年10月～平成26年4月の調査であるため、DASC-20が使用されており、満点は80点、29点以上で「認知症の可能性あり」と判定される。



〔表：2か月ごとのDASC得点の変化〕

	変化なし	上昇（悪化）	下降（改善）
0か月～2か月後（1回目～2回目）	21.8%	42.6%	35.6%
2か月後～4か月後（2回目～3回目）	28.3%	38.3%	33.4%
4か月後～6か月後（3回目～4回目）	36.4%	34.2%	29.4%

○ もう1点は、地域ケア会議を通じて、MCI段階など、認知症の早期把握・早期対応の推進が地域の課題となっていることが明らかになった点である。  
 松戸市では、①市レベルの課題の解決を目指す市地域ケア会議、②地域レベルの課題の解決を目指す地域包括ケア推進会議、③困難事例等の個別事例の課題の解決を目指す地域個別ケア会議の3層構造の会議で地域課題の把握・解決を図っている。この地域ケア会議の議論の中で、以下のような個別事例が複数議論され、この個別事例から、以下のような課題が抽出された。認知症の早期把握・早期対応を行うことにより、地域での困難事例を未然に防止することにつながると考えられる。

〔表：地域個別ケア会議における個別事例と抽出された市レベルの課題〕

個別事例の概要	市レベルの課題
○ 独居の認知症高齢者で、頼れる身内がいない。金銭管理ができていないため、食費の滞りや食の確保ができていない。週6日デイサービスを利用。独居の認知症高齢者で、生活課題が深刻化するまで顕在化しなかった。 ○ 認知症高齢者を配偶者が1人で介護。症状が悪化し、配偶者の介護負担が重くなっている。介護保険は未申請で、配偶者は人の世話になることを嫌がり、1人で介護を担え込んでいく。今後は、認知症高齢者を把握する手段を検討することが必要。	市レベルの課題 ○ 認知症の場合、軽度認知障害（MCI）の段階など、早期の段階で把握することによって、予防を図りやすいことから、認知症の早期把握・早期対応を推進していくことが必要。

（資料出所：平成28年度第1回松戸市地域ケア会議資料）

○ このように、軽度認知症の早期把握及び継続的ケアマネジメントに取り組むことによって、認知症予防を推進するとともに、地域課題の解決を図ることが、モデル事業の趣旨である。

## II. モデル事業の基本的枠組み

### 1. モデル事業の基本コンセプト

- 認知症の早期支援に関しては、軽度認知症の把握ができていない、医療機関に受診できていない、セルフケアができていないなどの課題がある。
- 「まっつと認知症予防プロジェクト」モデル事業では、こうした課題を解消し、認知症予防を推進するため、実施機関（地域包括支援センター、かかりつけ医療機関、かかりつけ薬局、介護事業所）の専門職が、①軽度認知症の早期把握・アセスメント、②ケアマネジメント、③モニタリングを実施する。あわせて、こうしたシステムを市内全域で構築するため、松戸市医師会・松戸市薬剤師会等の関係団体と緊密な連携を図る。

これが、本モデル事業の基本コンセプトである。

〔図：モデル事業の基本コンセプト〕



### 2. 取組パターン

- 本プロジェクトは、軽度認知症の早期把握を行う機関に着目して、地域包括支援センタールート（パターンA）、かかりつけ医療機関ルート（パターンB）、かかりつけ薬局ルート（パターンC）、介護事業所ルート（パターンD）の4つのルートに

より実施する。それぞれのパターンの基本的事項を整理すると、下表のとおりとなる。

[表：取組パターンごとの基本的事項]

パターン	形式	把握・ケアマネジメント実施者	軽度認知症以上の アセスメント・モニタリング 実施件数の目標
パターンA	地域包括支援センター ールート ※高齢型（市役所）を含む	認知症地域支援推進員 であるセンター職員な ど（DASC研修受講必要）	50件以上 ※1セクター：5件以上
パターンB	かかりつけ医療機関 ルート	看護師など（DASC研修受 講必要）	10件以上
パターンC	かかりつけ薬局ル ート	かかりつけ薬剤師（DASC 研修受講必要）	5件以上
パターンD	介護事業所ルート	介護職員（DASC研修受講 必要）	5件以上

※ 軽度認知症のアセスメント・モニタリングに主眼を置いた事業なので、軽度認知症以上と判定される可能性が相当程度あると考えられる方に事業参加を呼び掛ける。

※ DASCによる判定の結果、MCI または健康である可能性が高いと判定された場合についてもアセスメント・モニタリングを実施する。

### 3. 軽度認知症の判定方法（DASCの活用）

- 軽度認知症の判定は、以下の理由により、DASC-21（Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System：ダスク、地域で生活する認知症の生活機能障害に依るアセスメントツール）を用いて実施する。
  - ・ アセスメントツールとしてできるだけ簡便で、短時間で情報が収集でき、認知症初期集中支援チームの取組を通じて、既に有用性等が比較的確立している。介護職員やコメディカルでも施行可能。
  - ・ 粟田主一氏などによる「Development of the dementia assessment sheet for community-based integrated care system」によれば、DASC-21は、国際的に最もよく使われている詳細な判定ツールであるCDR（臨床的認知症尺度、Clinical Dementia Rating）と強い相関関係（※）があり、その妥当性が報告されている。
- ※ CDR total score と DASC-21 の相関係数：0.69（情報提供者である家族同伴の場合は0.73、家族同伴でない場合は0.30）

- 次年度以降は、より広範なアセスメントを実施するため、厚労省老人保健健康増進等事業や他自治体の成果を踏まえつつ、DASC-21実施の前に簡易アセスメントを実施する仕組みを検討する。

### 4. 把握・ケアマネジメント実施者に対するプロジェクト・DASC研修会

- 把握・ケアマネジメント実施者が、本モデル事業の内容・意義等を把握するとともに、可能な限り密着したアセスメントを実施できるようにするため、把握・ケアマネジメント実施者には、プロジェクト・DASC研修会又はこれに準ずる研修として松戸市が認める研修の受講を求める。

なお、パターンB（かかりつけ医療機関ルート）では、医療機関として実施することに鑑み、研修受講者から実施者に対して本研修の内容を伝達することによって、研修受講者以外の者が把握・ケアマネジメントを実施することも認められる。

- プロジェクト・DASC研修会は、下図の内容により行う。

[図：プロジェクト・DASC研修会の日程・カリキュラム等]

時間	内容	講師
13:30~13:35	開催挨拶	松戸市福祉長寿部長 渡辺 忠
13:35~14:00	まつど認知症予防プロジェクトの概要と実施方法	松戸市福祉長寿部副部長（厚労省モデル事業委員） 野野 昌也
14:00~15:30	認知症の総合アセスメント 休憩（15:30~15:40）	東京府健康長寿医療センター「研究所自立促進と介護予防研究チーム」研究部長 粟田 主一先生
15:40~16:25	地域包括ケアシステムにおけるまつど認知症予防プロジェクトの意義	長崎県立大学大学院教授 筒井 孝子先生
16:25~16:40	まつど認知症予防プロジェクトにおけるかかりつけ医との連携	松戸市医師会理事（厚労省モデル事業委員） 川邊 正平先生
16:40~17:00	閉会挨拶	

【講師紹介】  
 粟田主一先生：東京府健康長寿医療センター「研究所自立促進と介護予防研究チーム」研究部長、認知症初期集中支援チームの副所長、DASC研修会にてアセスメントの活用について講演された。  
 筒井孝子先生：長崎県立大学大学院教授、地域包括ケアシステムの認知症領域などに従事された。

### 5. モデル事業の協力謝礼

- モデル事業の実施機関に対し、アセスメント・モニタリングシートの作成件数1件につき3,000円の謝礼を支給する。具体的には、実施機関が（株）日本能率協会総合研究所に請求書を出し、同研究所より、老人保健健康増進等事業費の中から支給されることとなる。

※ DASCによる判定の結果、MC]または健康である可能性が高いと判定された場合に実施されるアセスメント・モニタリングにについても協力謝金は支払われる。

○ なお、平成29年度以降は、認知症早期把握・ケアマネジメントの取組を、地域包括支援センター等に配置する認知症地域支援推進員の役割として明確に位置づけることを検討する。

### 6. モデル事業のスケジュール

日程	内容
8月24日	実施方針の決定(老健事業委員会)
8月下旬～10月中旬	実施要綱・様式の作成
9月中旬～10月上旬	関係機関・関係団体への説明
10月5日	セルフケアの実施方法等に関するワーキンググループ(認知症地域支援推進員である包括職員等)
10月19日	把握・ケアマネジメント実施者に対する認知症予防プロジェクト・DASC研修会
10月31日(月)まで	モデル事業の実施機関の参加登録
11月1日(火)～12月20日(火)	実施機関での軽度認知症の把握・ケアマネジメント
12月20日(火)まで	把握・ケアマネジメント結果の市役所への提出
1月～2月中旬	実施機関によるモニタリング
2月20日(月)まで	モニタリング結果の市役所への提出
2月中旬～3月上旬	市内関係者会議、モデル事業の成果検証

※次年度(29年度)の動き

- ・ 2回目・3回目のモニタリング実施
- ・ 認知症予防プロジェクトの本格実施 など

※上記以外の今年度スケジュール

- ・ 在宅医療機関向け研修会(10月24日(月)、於:あおぞら診療所)
- ・ かかりつけ薬局向け研修会(11月29日(火)、於:衛生会館)
- ・ かかりつけ薬局向けスケジュールを弾力化(参加登録:12月6日(火)まで、把握・ケアマネジメント:1月10日(火)まで、モニタリング:2月中)

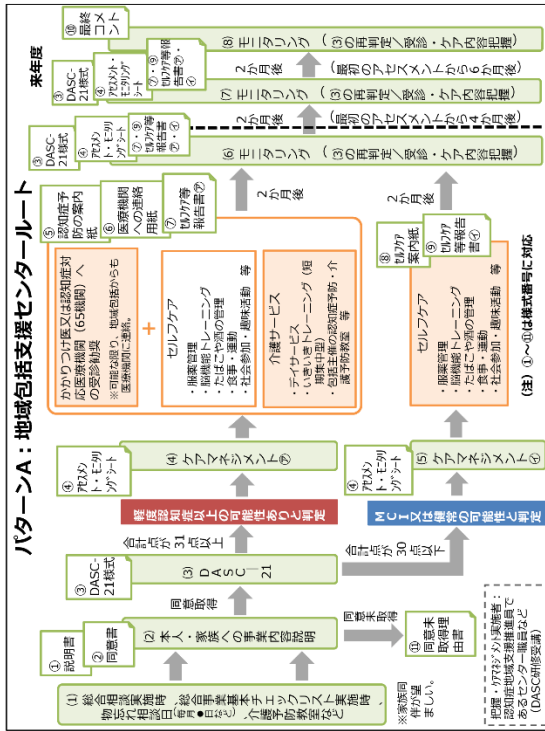
### 7. 雑則

○ この要綱に定めるもののほか、本モデル事業の実施に関して必要な事項は、松戸市が別途定める。

### Ⅲ. 具体的な実施方法

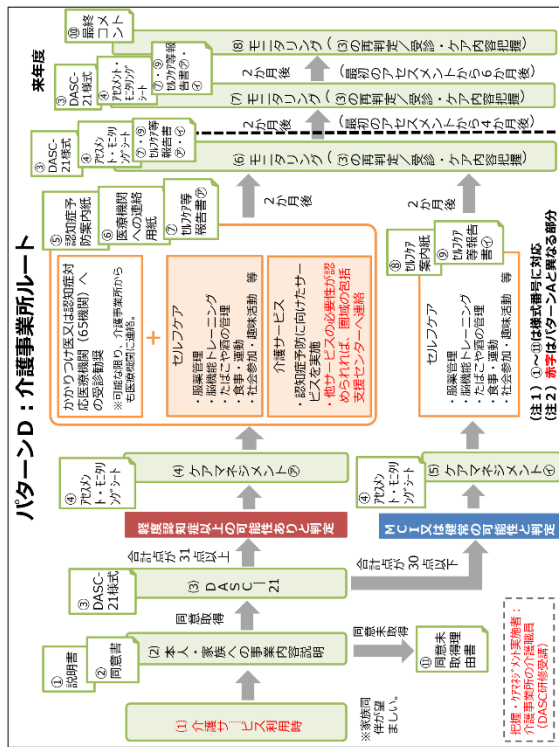
#### 1. 取組パターンごとの基本的流れ

##### (1) パターンA(地域包括支援センター)の基本的流れ





(4) バターンD (介護事業所ルート) の基本的流れ



2. 具体的な実施手順

※いずれの取組バターンにおいても、基本的な流れは同一なので、全てのバターンについて一括して記載するとともに、各バターンにおいて特徴的な事項があれば、特出して記載する。

※以下の(1)～(8)は、基本的な流れ図の(1)～(8)に対応している。

(1) アセスメントを実施する機会の設定

○ 各実施機関において、DASCによる軽度認知症のアセスメントを行う機会を設定する。取組バターンごとに考えると、以下のような機会が想定される。なお、以下は例示であり、各実施機関における業務の実情等に応じて、柔軟に判断することが可能である。

- ・バターンA (包括ルート)：総合相談実施時、総合事業基本チェックリスト実施時、物忘れ相談日の設定 (毎月●日など)、介護予防教室など
- ・バターンB (医療機関ルート)：かかりつけ医療機関受診時など
- ・バターンC (薬局ルート)：かかりつけ薬局訪問時など
- ・バターンD (介護事業所ルート)：介護サービス利用時など

○ なお、DASCによるアセスメントは、家族同伴の場合の方が精度が高くなることから、可能な限り、家族同伴でのアセスメントを目指す。  
また、今般のモデル事業では、軽度認知症の早期把握及びケアマネジメントに主眼を置いていることから、これまでの経験等を踏まえて、軽度認知症以上と判定される可能性が高そうな者についてアセスメントを行うようにする。

(2) 本人・家族への事業内容説明

○ 本人・家族に対して、適宜、様式① (事業内容説明書) を用いながら、モデル事業内容を説明する。

○ 事業内容の説明の後、様式② (個人情報使用同意書) を通じて、支援者間での個人情報共有やモデル事業の成果 (個人情報を除く) を報告書にまとめることに関して、本人の同意を取得する。同意が取得できたら(3)のDASC-21によるアセスメントへと進む。

○ 同意が取得できなかった場合は、様式⑩ (同意未取得理由書) に必要事項を記入の上、当該支援者への支援は終了する。



**(3) DASC-21 によるアセスメントの実施**

○ 事業参加について同意が得られた場合は、様式③(DASC-21 様式)を用いて、DASC-21 によるアセスメントを実施する。なお、DASC-21 によるアセスメントは、プロジェクト・DASC 研修会等の研修内容に沿って、適切に実施する。

○ DASC-21 によるアセスメントの結果、合計点が 31 点以上であった場合は「軽度認知症以上の可能性あり」と判定して、(4) ケアマネジメント④へ進む。一方、合計点が 30 点以下の場合は「MCI 又は健康の可能性」と判定して、(5) ケアマネジメント④へ進む。

**(4) ケアマネジメント④ (「軽度認知症以上の可能性あり」と判定された場合)**

**ア. 情報の聞き取り**

○ DASC の判定結果や、DASC の実施前後で、本人・家族から聞き取った認知機能などの心身の状況に関する情報を様式④(アセスメント・モニタリングシート)に記載し、支援対象者についてのアセスメントを進める。

**イ. 本人・家族への説明**

○ 軽度認知症以上の可能性ありと判定された場合は、原則として、医療機関への受診を勧奨するとともに、支援対象者の心身の状況等を踏まえて、セルフケアの取組を推進し、必要に応じて介護サービスの利用を図る。

○ こうした観点から、まずは、適宜、様式⑤(認知症予防案内紙)などを利用して、今後、行うべき取組を本人・家族に説明する。なお、様式⑤は、使用してもなくてもよく、また、使用する場合には内容を自由に改変しても構わない。

○ こうした状況説明に当たって、認知症の可能性がある旨の説明を行うかどうか、行う場合にどのような点について、それぞれ本人・家族の状況を勘案しつつ、実施担当者において適切に判断する。

**ウ. 医療機関への受診勧奨**

○ 「軽度認知症以上の可能性あり」と判定された場合は、かかりつけ医などの医療機関を受診することにより、認知機能障害の鑑別診断(認知症以外の疾患の除外診断)を受けるとともに、ポリファーマシー(1人の患者が一度に多くの薬を服用している状況)の弊害への対策を含め、医師から、診断やアドバイスを受けることが重要である。

なお、認知症早期支援におけるかかりつけ医の具体的な役割については、松戸市医師会の川越正平理事によれば、以下の図のように整理される。

「軽度認知症以上の可能性あり」と判定された場合の医療機関への受診勧奨の手順は、ルートごとに異なることから、以下、ルートごとに分類して説明する。

**【図：認知症早期支援におけるかかりつけ医の役割】**



**(i) パターンA・C・Dの場合(地域包括・薬局・介護事業所の場合)**

○ 支援対象者にかかりつけ医が居る場合は、認知機能に係る診断について、かかりつけ医への受診を勧奨する。

一方、支援対象者にかかりつけ医が居ない場合は、様式⑤-2(認知症対応医療機関一覧表)を活用し、認知機能に係る診断に関して、いずれかの認知症対応医療機関への受診を勧奨する。様式⑤-2は、一覧表を参照しつつ、実施担当者がアドバイスを行う形で活用することもできるし、様式⑤-2自体を本人・家族にそのまま渡す形で活用することもできる。

○ これまでの他自治体で行われてきた先行的な事業においては、支援対象者に受診勧奨しても、受診に行かなかったケースが少なくなかった。このため、実施機関(地域包括支援センター・薬局・介護事業所)は、可能な限り、「支援対象者の受診に同行する」、「FAX・電話等で医療機関に連絡する」などの形で、実施機関自身でも、医療機関に対して、DASC の判定結果を伝えるとともに、DASC の判定結果を参照した、認知機能の診断を行うよう依頼する。





に記載する。

- ・デイサービス＜要介護者・要支援者・事業対象者＞
- ・いきいきトレーニング（通所型短期集中サービス）＜要支援者・事業対象者＞
- ・地域包括支援センター主催の認知症予防教室・介護予防教室＜対象者の限定なし＞ など

- 要介護・要支援認定や総合事業対象者特定が新たに必要となる場合は、市役所や地域包括支援センターに連絡を行う。  
また、介護保険サービスを使う際には、実施機関自体がケアプラン作成を行う場合はケアプラン作成を行い、実施機関自体がケアプラン作成を行わない場合は、地域包括支援センター又はケアマネにつなぐ。

#### カ. 様式⑦の完成、ケアマネジメント結果の記録

- 要否や具体的な目標を記入することによって、様式⑦（様式⑦-2も作成する場合は様式⑦-2も含む。以下同じ。）を完成させる。様式⑦の完成版については、複写を取った上で、原本を支援担当者に渡す。

- 上記イ～オの内容を整理し、様式④の「ケアマネジメント」欄に記載する。

#### キ. 認知症予防のための取組の実施

- 完成した様式⑦に基づき、支援対象者は、2ヶ月間、医療機関への受診やセルフケア等を実施し、その実施状況を様式⑦に記入する。

#### (5) ケアマネジメント④（IMCI）又は健康の可能性と判定された場合

##### ア. 情報の聞き取り

- DASCの判定結果や、DASCの実施前後で、本人・家族から聞き取った認知機能などの心身の状況に関する情報を様式④（アセスメント・モニタリングシート）に記載し、支援対象者についてのアセスメントを進める。

##### イ. 本人・家族への説明

- IMCI又は健康の可能性と判定された場合は、原則として、支援対象者の心身の状況を踏まえて、セルフケアの取組を推進し、認知症予防を推進する。

- こうした観点から、まずは、適宜、様式⑧（セルフケア案内紙）などを利用して、今後、行うべき取組を本人・家族に説明する。なお、様式⑧は、使用してもなくてもよく、また、使用する場合には、内容を自由に改変しても構わない。

#### ウ. セルフケア

- アセスメント結果に基づき、本人・家族と相談しながら、様式⑨（セルフケア等報告書④）により、セルフケアの目標や計画を策定する。

- 様式⑨については、チェック項目のうち、セルフケアを行う項目のみを取り出して使用する。具体的には、実際にセルフケアを行う項目については、「要否」欄に「○」を付した上でセルフケアを行い、逆に、セルフケアを行わない項目については、「要否」欄に「×」を付した上で、セルフケアは行わないものとする。

- 様式⑨のうち、目標欄に空欄がある項目については、本人・家族と相談しながら、具体的な目標を定めて記入する。

「健康管理シートを作成する場合」の項目については、毎週の健康管理の実施を希望する場合に用いることとし、希望する場合には、様式⑨-2（健康管理シート（毎週））に具体的な取組内容を記載した上で、毎週の状況をチェックする。

「その他」の項目については、チェック項目を自由に記載することができる。

- なお、本実施要綱の末尾に様式⑦（セルフケア等報告書⑦）の記入例を掲載しているため、様式⑨（セルフケア等報告書④）の作成に当たって、適宜、参照されたい。

#### エ. 様式⑨の完成、ケアマネジメント結果の記録

- 要否や具体的な目標を記入することによって、様式⑨（様式⑨-2も作成する場合は様式⑨-2も含む。以下同じ。）を完成させる。様式⑨の完成版については、複写を取った上で、原本を支援担当者に渡す。

- 上記イ～ウの内容を整理し、様式④の「ケアマネジメント」欄に記載する。

#### オ. 認知症予防のための取組の実施

- 完成した様式⑨に基づき、支援対象者は、2ヶ月間、セルフケアを実施し、その実施状況を当該様式に記入する。

#### (6) 1回目モニタリング（2カ月後）

- 初回アセスメントから概ね2カ月後に、1回目のモニタリングを実施する。モニタリングは対面で行う。モニタリングにおいては、再度、DASC-21によるアセスメントを実施するとともに、様式⑦又は⑨を通じて、受診やセルフケア等の実施状況を把握する。なお、本人・家族が様式⑦又は⑨に取組状況を記載していない場合は、モニタリングの際に聞き取って記載する。

○ モニタリングの結果を踏まえて、再度、今後2ヶ月間に向けてのセルフケア等の目標を立てるため、チェック項目の要否や具体的な目標を記載することにより、今後2か月間のための様式⑦又は⑨を完成させる。様式⑦又は⑨の完成版については、複写を取った上で、原本を支援担当者に渡す。

○ モニタリング結果を様式④に記入する。

○ 完成した様式⑦又は⑨に基づき、支援対象者は、2ヶ月間、セルフケアを実施し、その実施状況を当該様式に記入する。

**(7) 2回目モニタリング (4か月後)**

○ 1回目モニタリングから概ね2か月後(初回アセスメントから概ね4か月後)に、2回目のモニタリングを実施する。モニタリングの実施方法は、(6) 1回目モニタリングと同じ。

**(8) 3回目モニタリング (6か月後)**

○ 2回目アセスメントから概ね2か月後(初回アセスメントから概ね6か月後)に、3回目のモニタリングを実施する。モニタリングは対面で行う。モニタリングにおいては、DASC-21によるアセスメントを実施するとともに、様式⑦又は⑨を通じて、受診やセルフケア等の実施状況を把握する。なお、本人・家族が様式⑦又は⑨に記載状況を記載していない場合は、モニタリングの際に聞き取って記載する。

○ これまで6ヶ月間の取組みを総括し、今後の取組みに関するコメントをまとめた上で、様式⑩(最終コメント)に記載する。コメントに記載した様式⑩は、複写を取った上で、原本を支援担当者に渡す。コメントは、今後、セルフケア等を継続していただけるような、本人・家族を鼓舞する内容を心がける。

**3. 市役所への書類提出、モデル事業の成果検証等**

**(1) 初回アセスメント実施時の書類の提出**

○ 初回アセスメント実施時に作成した各支援対象者に係る様式の写しを、12月20日(火)までに、市役所高齢者支援課又は地域包括支援センターへ提出する。地域包括支援センターは、他の実施機関(医療機関、薬局、介護事業所)から提出された書類も含めて、市役所へ提出する。

【写しを取って提出する様式】

- ・様式②(個人情報使用同意書)
- ・様式③(DASC-21様式)

- ・様式④(アセスメント・モニタリングシート)
- ・様式⑦(セルフケア等報告書⑦)
- ・様式⑦-2(健康管理シート(毎週))
- ・様式⑨(セルフケア等報告書④)
- ・様式⑨-2(健康管理シート(毎週))
- ・様式⑩(同意未取理理由書)

**(2) 1回目モニタリング実施時の書類の提出**

○ 1回目モニタリング実施時に作成した各支援対象者に係る様式の写しを、2月20日(月)までに、市役所高齢者支援課又は地域包括支援センターへ提出する。地域包括支援センターは、他の実施機関(医療機関、薬局、介護事業所)から提出された書類も含めて、市役所へ提出する。

【写しを取って提出する様式】

- ・様式③(DASC-21様式)
- ・様式④(アセスメント・モニタリングシート)
- ・様式⑥-2(認知症治療薬の処方状況)
- ・様式⑦(セルフケア等報告書⑦)
- ・様式⑦-2(健康管理シート(毎週))
- ・様式⑨(セルフケア等報告書④)
- ・様式⑨-2(健康管理シート(毎週))

**(3) 市内関係者会議、モデル事業の成果検証など**

○ 2月下旬～3月上旬に市内関係者会議を開催し、これまでの実施状況、モデル事業参加者等の討議から、1回目モニタリングまでの実施状況を検証するとともに、次年度におけるモデル事業の検証方法を検討する。

#### IV. 様式・記入例一覧

##### 【様式一覧】

様式番号	略称	使用方法
様式①	事業内容説明書	使用するかどうか自由。変更も自由。
様式②	個人情報使用同意書	使用必須。変更不可。
様式③	DASO-21 様式	使用必須。変更不可。
様式④	75分トモリングシート	使用必須。変更不可。
様式⑤	認知症予防案内紙	使用するかどうか自由。変更も自由。
様式⑤-1	認知症対応医療機関一覧表	使用するかどうか自由。変更不可。
様式⑤-2	認知症対応医療機関への連絡用紙	使用するかどうか自由。変更も自由。
追加様式⑥-1	認知症治療薬の処方状況	可能な限り使用。変更不可。
様式⑦	セルフケア等報告書⑦	使用必須。変更自由。
様式⑦-1	健康管理シート（毎週）	使用するかどうか自由。変更も自由。
様式⑧	セルフケア案内紙	使用するかどうか自由。変更も自由。
様式⑨	セルフケア等報告書⑨	使用必須。変更自由。
様式⑨-1	健康管理シート（毎週）	使用するかどうか自由。変更も自由。
様式⑩	最終コメント	使用するかどうか自由。変更も自由。
様式⑩	同意未取得理由書	使用必須。変更不可。

##### 【記入例一覧】

- ・様式⑦（セルフケア等報告書⑦）の記入例

#### 高齢者やご家族の皆様へ

### 「認知症を予防できるまち♡まつどプロジェクト」 モデル事業へのご参加のご案内

様式①  
(使用自由・変更自由)

松戸市では、国のモデル事業を活用し、認知機能の変化を早期に発見して、認知症の予防につなげる取組を開始します。

認知機能の変化は、早期に発見し、医師の診断やセルフケア、介護サービスに早期に取り組むことで、認知症が予防しやすくなります。物忘れが気になる高齢者の皆様は、ご参加を検討ください。



#### アドバイスの担当者

次のいずれかの機関の専門職（介護職員、看護師、薬剤師など）が、認知機能のチェックやケアマネジメントを担当し、認知症予防のアドバイスを行います。

- ①松戸市高齢者いきいき安心センター（地域包括支援センター）
- ②医療機関
- ③薬局
- ④介護事業所

#### 高齢者やご家族の皆様に行っていただく主な事項

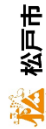
▲ 松戸市、高齢者いきいき安心センター、医療機関、薬局、介護事業所などの支援者が、支援のために必要な個人情報を共有するとともに、モデル事業の成果（個人情報を除く）を報告書にまとめると同意していただきます。

▲ 実施機関の専門職による認知機能チェック（21項目）を受けていただきます。

▲ チェック結果に応じて、専門職から、医療機関への受診やセルフケア（自分で行うケア）、介護サービスの利用などについてのアドバイスを受けていただきます。

▲ アドバイスに沿って、セルフケアや医療機関への受診を行い、その状況を「セルフケア等報告書」に記載していただきます（2カ月ごと）。

▲ アドバイス後の状況をチェックするため、2カ月後・4カ月後・6カ月後に、専門職が、認知機能チェックと、セルフケアや医療機関受診の取り組み状況についてのチェックを行います。



様式②  
(使用必須・改変不可)

「医療・介護連携に基づく認知症の早期把握及びケアマネジメント」モデル事業（「認知症を予防できるまち」プロジェクト「モデル事業」）における  
個人情報使用同意書

支援者代表  
(機関名) \_\_\_\_\_ 様  
(役職・氏名)

- 使用の目的  
「医療・介護連携に基づく認知症の早期把握及びケアマネジメント」モデル事業（「認知症を予防できるまち」プロジェクト「モデル事業」）以下、モデル事業）は、厚生労働省調査研究事業（※）の一環として、軽度認知症の早期把握及びケアマネジメントを行うことにより、認知症予防を推進することを目的とする。  
※ 平成28年度厚生労働省老健局老人保健健康増進等事業「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業」

- 情報共有を行うもの  
本モデル事業において、高齢者の認知症予防を支援する松江市、松江市高齢者いきいき安心センター（他歳包括支援センター）、医療機関、薬局、介護事業所等の支援者（以下、支援者）が、本モデル事業の参加に同意した高齢者（以下、支援対象者）の支援に係る情報を共有します。

- 使用にあたっての条件  
支援者は、支援対象者の個人情報について、前述した目的の範囲内で活用するものであり、情報共有において関係者以外に漏れることのないよう適切に管理します。

- 情報共有を行う期間  
承諾日より、本モデル事業における最終のモニタリングが終了する平成29年7月31日未までとします。

- 報告書への掲載内容  
本モデル事業の成果を、厚生労働省調査研究事業の実施主体である株式会社日本能率協会総合研究所が報告書としてとりまとめを行います。報告書に

おいては、個人が特定される情報（個人名、住所、生年月日等）は掲載されません。

- 同意の確認  
私は、本モデル事業に参加し、認知機能のアセスメント（評価）、医療機関受診・介護サービス利用・セルフケアに関するケアマネジメントなどの支援を受けること、セルフケアの実施状況等に関するモニタリングを受けること、それに伴い支援者間で個人情報共有することに同意します。

支援対象者

同意年月日	平成	年	月	日
氏名（自署）				
ふりがな				
生年月日	大正・昭和	年	月	性別
住所				
連絡先				

- ※原本は説明し、同意を得た実施機関が保管するものとします。  
※コピー1部を支援対象者にお渡しします。  
※本モデル事業に必要な範囲内で、支援者に本同意書のコピーを渡します。

様式④  
(使用必須・  
改変不可)

認知症予防プロジェクト アセスメント・モニタリングシート

実施機関名

実施担当者

新規・継続	平成 年 月 日 ( )	時間	電話・住所・訪問・その他 ( )
対比日時	男	性別	電話・住所・訪問・その他 ( )
フリガナ	女	性別	電話・住所・訪問・その他 ( )
本人氏名	年齢	年齢	M・T・S 年 月 日生
本人住所	電話	電話	
相談者	本人との関係	本人の状況	在宅・病院 ( )・施設 ( )・その他 ( )
氏名	【住宅形態】 【家族構成】 【介護サービス】 【経済状況】 【生活状況】 【家族関係】 【家族関係】	家族構成	
住所	【家族構成】 【介護サービス】 【経済状況】 【生活状況】 【家族関係】 【家族関係】	家族構成	
電話	【家族構成】 【介護サービス】 【経済状況】 【生活状況】 【家族関係】 【家族関係】	家族構成	
医師氏名	【家族構成】 【介護サービス】 【経済状況】 【生活状況】 【家族関係】 【家族関係】	家族構成	
病名	【家族構成】 【介護サービス】 【経済状況】 【生活状況】 【家族関係】 【家族関係】	家族構成	
認知症 ( ) 自立度 ( )	【家族構成】 【介護サービス】 【経済状況】 【生活状況】 【家族関係】 【家族関係】	家族構成	
介護保険 自立・未申請・申請中	【家族構成】 【介護サービス】 【経済状況】 【生活状況】 【家族関係】 【家族関係】	家族構成	
①前回アセスメント時	【家族構成】 【介護サービス】 【経済状況】 【生活状況】 【家族関係】 【家族関係】	家族構成	
DASC-21	【家族構成】 【介護サービス】 【経済状況】 【生活状況】 【家族関係】 【家族関係】	家族構成	
認知機能 との心身の 状況	【家族構成】 【介護サービス】 【経済状況】 【生活状況】 【家族関係】 【家族関係】	家族構成	
医師氏名	【家族構成】 【介護サービス】 【経済状況】 【生活状況】 【家族関係】 【家族関係】	家族構成	
医師氏名	【家族構成】 【介護サービス】 【経済状況】 【生活状況】 【家族関係】 【家族関係】	家族構成	
ケアマネジ メント(医療機 関委託)ア ス・介護ケ ア・サービス利用 など)	【家族構成】 【介護サービス】 【経済状況】 【生活状況】 【家族関係】 【家族関係】	家族構成	

27

認知症総合アセスメント DASC-21

様式③

(使用必須・改変不可)

The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-21 items (DASC-21)

記入日 年 月 日

ご本人の氏名:		生年月日: 年 月 日 ( 歳 )		男・女	独居・同居
本人以外の情報提供者氏名:		(本人との続柄: )		記入者氏名: (所属・職種: )	
		1点	2点	3点	4点
A	ものが忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる
B	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる
1	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがあります	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
2	5分前に聞いた話を思い出せないうことがありますか	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
3	自分の生年月日がわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
4	今日が何月何日かわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
5	自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
6	道に迷って家に帰ってこられなくなることがありますか	1. まったくない	2. とまどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
7	風呂やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない
8	一日の計画を自分で立てることができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない
9	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない
10	一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない
11	バスや電車、自転車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない
12	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない
13	電話をかけることができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない
14	自分で食事の準備はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない
15	自分で、薬を決まった時間に決まった分量を飲むことができますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない
16	入浴は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する
17	着替えは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する
18	トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する
19	身だしなみを整えることは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する
20	食事一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する
21	家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する

DASC 21:(1~21項目までの)合計点

点/84点

掲載色刷アセスメントにおける認知症総合アセスメント(DASC-21) © 第1版 東京都健康長寿医療センター研究所

②1回目モニタリング時(2ヵ月後)	日時:	場所:	家族同様の有無:
DASC-21 総得点( )	記憶:( )、見当識:( )、問題解決判断力( ) 家庭外の IADL( )、家庭内の IADL( )、身体的 ADL2( )		
認知機能な ど、心身の 状況			
ケアマネジ メント(医療機 関受診動 向、セルフケ ア、介護サ ービス利用 など)			
③2回目モニタリング時(4ヵ月後)	日時:	場所:	家族同様の有無:
DASC-21 総得点( )	記憶:( )、見当識:( )、問題解決判断力( ) 家庭外の IADL( )、家庭内の IADL( )、身体的 ADL2( )		
認知機能な ど、心身の 状況			
ケアマネジ メント(医療機 関受診動 向、セルフケ ア、介護サ ービス利用 など)			
③3回目モニタリング時(6ヵ月後)	日時:	場所:	家族同様の有無:
DASC-21 総得点( )	記憶:( )、見当識:( )、問題解決判断力( ) 家庭外の IADL( )、家庭内の IADL( )、身体的 ADL2( )		
認知機能な ど、心身の 状況			
ケアマネジ メント(医療機 関受診動 向、セルフケ ア、介護サ ービス利用 など)			
利用者及び 家族へのモ ニタリング終 了後のコメン ト			

## 認知症予防に向けた取組のご案内

株式会社⑤  
(使用自由・改定自由)



早期に取り組むほど、認知症予防に効果があるとされています。認知症予防に向けて、以下のような取組を積極的に行ってみましょう。

### 医療機関の受診

- ▲ 医師により、疾患の鑑別診断と、薬の服用の仕方などの医療や生活の確認が行われ、今後の対応方針を決められますので、まずは、かかりつけの医師の先生に相談してみましよう。
- ▲ かかりつけの先生がいない場合は、認知症対応医療機関の中から受診してみましよう。

### セルフケア（自分で行うケア）

- ▲ 認知症予防のためには、①服薬管理、②脳機能トレーニング、③たばこやお酒などの悪化因子の減少、④食事や運動などの予防策、⑤社会参加・趣味活動などが効果的です。このため、日々のセルフケア（自分で行うケア）が非常に重要になります。
- ▲ 支援担当者と相談し、無理の無い範囲で、「セルフケア等報告書」を活用して、セルフケアの目標を立てて、日々実践してみましよう。

### 介護サービスの利用

- ▲ 心身の状況によっては、認知機能向上のための教室やトレーニングに通うことが効果的である場合もあります。
- ▲ 心身の状況によって受けられるサービスや通える教室が異なりますので、支援担当者と相談して、認知症予防のために必要な介護サービスの利用を検討してみましよう。

### 取り組み状況のチェック

- ▲ 取り組み状況を「セルフケア等報告書」に記載しましょう。
- ▲ 2ヵ月後・4ヵ月後・6ヵ月後に、認知機能と、セルフケアや医療機関受診の取り組み状況について、専門職のチェックを受けていただきます。

様式⑥  
(使用自由・改変自由)

御中

実施機関名： \_\_\_\_\_

認知機能に係る診断のお願い

平素よりお世話になっております。  
当機関では、松戸市が実施するモデル事業「認知症を予防できるまち●まつどプロジェクト」モデル事業に参加し、軽度認知症の早期把握及びケアマネジメントに取り組んでいます。

このモデル事業においては、DASC (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System : ダスク) という、地域で生活する認知症の生活機能障害に係わるアセスメントツールを用いて、認知機能のアセスメントを行うことになっております (DASCでは、31点以上で「認知症の可能性あり」と判定されます)。

今般、貴院をかかりつけ医療機関とする●●●●●●●●●●様について、DASCを実施したところ、別添のDASC判定結果のとおり、認知機能の低下の可能性ありと判定されました。つきましては、●●●●●●●●●●様の受診の際、認知機能障害の鑑別診断 (認知症以外の疾患の除外診断) を行っていたかどうかにも、ポリファーマシー (1人の患者が一度に多くの薬を服用している状況) の障害への対策を含め、診断やアドバイスを行っていただきますようお願い申し上げます。

DASCの判定を含め、ご不明の点については、担当までお問い合わせください。何卒よろしくお願ひ申し上げます。

担当： ●●●●●●●●●●  
電話： - - - - - FAX： - - - - -  
E-Mail： \_\_\_\_\_

※DASCの判定結果を次ページのとおり添付いたします。

様式⑤-2  
(使用自由・改変不可)  
認知症対応医療機関一覧表 (平成28年3月)  
(松戸市医師会作成)

- ▶ 認知症を疑った場合は、まずは、かかりつけの先生にご相談ください。なぜなら、かかりつけの先生が、信頼関係に基づき、認知症の観点でも診察するのが最善と考えられるためです。
- ▶ かかりつけの先生がいらっしゃらない場合は、この認知症対応医療機関一覧表をご活用ください。認知症対応医療機関は、おおむね、以下の役割を果たすものと位置づけられています。  
① 認知症の評価や治療で一定の役割を果たす。 ② 認知症の人の日常的な身体管理や病状管理を行う。  
③ 早通しや対処法について説明するなど、一定の役割を果たす。  
④ 介護保険に関わる主治医・かかりつけ医を介して、より専門的な医療機関を紹介する。  
⑤ 対応困難な人では、より専門的な医療機関を紹介する。

地区	医療機関名	医師名	住所	電話	FAX
	あおぞら診療所		〒125-1708 松戸市栄町1-1-1	369-1248	369-1247
秋山	秋山			9912	
阿部	阿部			334	
奥野	奥野			25	
加藤	加藤			06	
栗原	栗原			02	
小坂	小坂			60	
さくら	さくら			21	
徳下	徳下			47	
津久	津久			35	
田代	田代			95	
東松	東松			10	
松戸	松戸			66	
松戸	松戸			97	
宮前	宮前			67	
八柱	八柱			00	
梨香	梨香			03	
若林	若林			78	
地区				<	
一条	一条			16	
高田	高田			65	
丹野	丹野			31	
東高	東高			52	
ほつち	ほつち			62	
三矢	三矢			77	
矢切	矢切			60	
柳澤	柳澤			2200	
					1



追加様式⑥—2  
(可能な限り使用・改変不可)

認知症治療薬の処方状況

(「認知症を予防できるまち♥まつどプロジェクト」モデル事業関係)

- 「認知症を予防できるまち♥まつどプロジェクト」モデル事業では、対象者（患者）に対して最善の対応を行う観点から、仮に、認知症治療薬の処方が必要であると医師が判断された場合は、認知症治療薬を処方していただきます。
- その上で、処方状況を把握する観点から、認知症治療薬を処方された場合は、2か月後のモニタリング（1月～2月中旬ごろ）までの状況に基づき、以下の欄に必要事項を記載の上、松戸市役所又はモデル事業実施機関（地域包括支援センターなど）まで提出いただきますよう、ご協力の程、お願いいたします。

医療機関名	
担当医師氏名	
本文書作成日	平成 年 月 日
対象者（患者）氏名	
認知機能に関する初回診断日	
認知機能の鑑別診断の結果	
処方した認知症治療薬の名称と用量	薬剤名 用量 処方した日付
認知症治療薬を処方した理由	
認知症治療薬処方後の経過	
※2か月後のモニタリングまでの経過を記載	
備考	

セルブケア等報告書⑦

支援対象者氏名 ( ) 確認者氏名 ( )	様式⑦ (使用必須・高潔自由)
対象年月 ( 年 月 ) モニタリング回数(1回目・2回目・3回目)	
薬名	チェック項目 実施結果 確認
医師の診断・薬の服用	
・認知機能について、医師の診察は受けた	1. はい 2. いいえ
・上記で受診した医療機関の名称	
・医師の指示の概要(病名、薬の服用など)	
・医師の指示通りに、重症などの間違いがなく、薬を飲むことができた。	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった
認知機能向上	
・認知機能低下予防のための脳トレをした	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった
悪化因子の理解	
・「たばこに関する目標」を守れた 目標：禁煙 / 1日( )本まで	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった
・「お酒に関する目標」を守れた 目標：禁酒 / ( )を1日( )本程度まで	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった
予防の方策	
・「体重に関する目標」を守れた 目標：( )kg以下	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった
・「食事に関する目標」を守れた 目標：( )※食事時間/一日あたりの摂取カロリー/塩分量/水分量など	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった
・「睡眠に関する目標」を守れた 目標：( )時間/日、( )時～( )時	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった
・「運動に関する目標」を守れた 目標：種類( )回数( )回/日・週	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった



様式⑧  
(※印刷用紙・複製自由)

## セルフケアに向けた取組のご案内

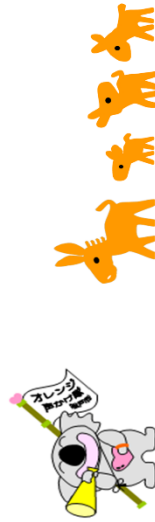
早期に取り組みむほど、認知症予防に効果があると言われています。認知症予防に向けて、以下のような取組を積極的に行ってみましょう。

### セルフケア（自分で行うケア）

- ▶ 認知症予防のためには、①服薬管理、②脳機能トレーニング、③たばこやお酒などの悪化因子の減少、④食事や運動などの予防策、⑤社会参加・趣味活動などが重要です。このため、日々のセルフケア（自分で行うケア）が非常に重要になります。
- ▶ 支援担当者とは相談し、無理のない範囲で、「セルフケア等報告書」を活用して、セルフケアの目標を立てて、日々実践していきましょう。

### 取り組み状況のチェック

- ▶ 取り組み状況を「セルフケア等報告書」に記載しましょう。
- ▶ 2カ月後・4カ月後・6カ月後に、認知機能と、セルフケアの取り組み状況について、専門職のチェックを受けていただきます。



様式⑨  
(※印刷用紙・複製自由)

## セルフケア等報告書④

支援対象者氏名 ( ) 確認者氏名 ( )  
 対象年月 ( 年 月 ) モニタリング回数(1回目・2回目・3回目)

要否	チェック項目	実施結果	確認
認知機能向上	・認知機能低下予防のための脳トレをした 目標：内容( ) 回数( )回/日・週( )	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	
悪化因子の理解	・「たばこ」に関する目標を守れた 目標：禁煙 / 1日( )本まで ・「お酒」に関する目標を守れた 目標：茶酒 / ( )を1日( )本程度まで	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった  1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	
予防の方策	・「体重」に関する目標を守れた 目標：( )kg以下 ・「食事」に関する目標を守れた 目標：( ) ※食事時間/一日あたりの摂取カロリー/塩分量/水分量など ・「睡眠」に関する目標を守れた 目標：( )時間/日、( )時～( )時 ・「運動」に関する目標を守れた 目標：種類( ) 回数( )回/日・週( )	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった  1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった  1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった  1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	
社会参加・趣味活動	・「社会参加」に関する目標を守れた 目標：種類( ) 回数( )回/週( ) ※サロンへ通う/ボランティア/献務/生涯学習など ・「趣味活動」に関する目標を守れた 目標：種類( ) 回数( )回/日・週( )	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった  1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	

健康管理シート(毎週)


様式⑨-2  
(使用自由・改定自由)

※支援担当者と相談し、たばこ/お酒/食事/睡眠/運動/水分などについての週ごとのアクションプランを策定する。

( )月	第1週	第2週	第3週	第4週	第5週
	( )日~( )日	( )日~( )日	( )日~( )日	( )日~( )日	( )日~( )日
具体的な取組内容 (アクションプラン)					
1)					
2)					
3)					
4)					
重複などの間違いなく薬を飲めた (できたら○)					
体重(kg)					
体の不具合 (具体的に)	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり

※不調が見られた場合には、早期に受診するか、かかりつけの医療機関に相談しましょう。

健康管理シートを作成する場合(任意項目)		1. はい	2. いいえ
毎週の健康管理の状況を、「健康管理シート」(別添)に記載してみる。			
目標とおり、「健康管理シート」(別添)に健康管理に関する情報を記載できた 目標・記載回数( )回/月		1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった	
その他(自由記載)			

様式① <small>(使用必須・改変不可)</small>
<b>●●●様・ご家族の皆様へ</b> <b>「認知症を予防できるまち♡まっどプロジェクト」</b> <b>モデル事業の終了に当たって</b>
 <p>6ヶ月間、セルフケアや医療機関への受診などに積極的に取り組んでいただき、お疲れ様です。セルフケアの取り組みは、継続していくことが重要ですので、引き続き、積極的に取り組んでください。</p>
<p>これまでの取り組みと今後の取り組みに関するコメント</p>
実施機関名： _____ 支援担当者名： _____

様式① <small>(使用必須・改変不可)</small>
<b>認知症予防プロジェクト同意未取得理由書</b> 担当者名： _____
事項 記入欄
日時
場所
性別・年代
要介護度
家族同伴の有無
同意未取得の理由

社会参加・趣味活動		予防の方策	
<ul style="list-style-type: none"> <li>「社会参加に関する目標」を守れた 目標：種類( ) 回数( )回/週 ※サロンへ通う/ボランティア/就労/生涯学習など</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>できた</li> <li>だいたいできた</li> <li>あまりできなかった</li> </ol>	<p>●運動習慣</p> <p>ウォーキングの目安</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>週に5日、1日7,000-8,000歩を目標</li> <li>ふだんの歩幅より、1-2割位広げて早歩きすると効果が異なります。</li> <li>体調が悪いときは無理しないようにしましょう。</li> </ul> <p>筋トレ 水泳 体操 散歩</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>「趣味活動に関する目標」を守れた 目標：種類( カラオケ・陶芸 ) 回数・期限( 2回 )</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>できた</li> <li>だいたいできた</li> <li>あまりできなかった</li> </ol>		
介護サービスの利用		社会参加・趣味活動	
<ul style="list-style-type: none"> <li>計画どおり、介護サービスを利用した 目標：サービス種類( ) 回数( )回/週・月</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>はい</li> <li>いいえ</li> </ol>	<p>●社会参加・趣味活動</p> <p>思考力や想像力を刺激する趣味を持ちましょう</p> <p>趣味やレクリエーションを楽しむことは、人生が豊かになるだけでなく、認知症を防ぐためにも大変有効です</p> <p>音楽 カラオケ</p> <p>陶芸 俳句 短歌 絵画 コーラス</p> <p>外出 地域行事</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>上記で利用した介護サービス事業所の名称</li> </ul>			
健康管理シートを作成する場合(任意項目)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>毎週の健康管理の状況を、「健康管理シート」(別添)に記載してみる。</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>はい</li> <li>いいえ</li> </ol>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>目標どおり、「健康管理シート」(別添)に健康管理に関する情報を記載できた 目標：記載回数( )回/月</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>できた</li> <li>だいたいできた</li> <li>あまりできなかった</li> </ol>		
その他(自由記載)			

45

セルフケア等報告書⑦ 記入例				様式⑦ (使用必須・改変自由)															
支援対象者氏名 ( ) 確認者氏名 ( ) 対象年月 ( 年 月 ~ 年 月 ) モニタリング回数(1回目・2回目・3回目)				認知機能向上															
要否	チェック項目	実施結果	確認	<p>エピソード記憶 二日遅れ日記や記憶を頼りに家計簿をつける</p> <p>注意分割 複数の料理を同時に作る、5-6人のグループで会話する。</p> <p>計画力 旅行の計画、将棋、頭脳ゲームなど</p>															
<b>医師の診断・薬の服用</b>				<p>●認知機能向上</p> <p>自分でできる脳機能トレーニングをやってみましょう。 クロスワードや計算、漢字などを得意なものでまずはやってみましょう。</p>															
○	認知機能について、医師の診察は受けた	1. はい 2. いいえ																	
○	上記で受診した医療機関の名称			<p>●悪化因子の理解(たばこ)</p> <p>タバコを吸うと血管が収縮して、血圧が上がり、血圧の変動が大きければ「脳出血」や「脳梗塞」のリスクにつながる恐れがあります。また、喫煙により、動脈硬化そのものも進行するため、「脳卒中」や「心筋梗塞」が起こりやすくなります。かかりつけ医や禁煙相談・禁煙外来を利用しましょう。</p> <p>●悪化因子の理解(アルコール)</p> <p>脳に病変をもたらす要因として、運動不足や肥満、喫煙、飲酒などがあります。認知症のきっかけになる要因を知っておきましょう。</p> <p>※アルコールの目安：ビールなら中ビン1本、日本酒なら1合、ワインならグラス1.5杯程度</p>															
○	医師の指示の概要(病気、薬の服用など)																		
○	医師の指示通りに、重複などの間違いがなく、薬を飲むことができた。	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった		<p>●悪化因子の理解</p>															
<b>認知機能向上</b>																			
○	認知機能低下予防のための脳トレをした 目標：内容( クロスワード ) 回数( 5 )回/日( 週 )	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった		<p>●体重の管理</p> <p>満度の判定：体重(kg)/身長(m)<sup>2</sup>【国際的な標準指標であるBMI(Body Mass Index)】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>BMI (数値の範囲)</th> <th>(別表末)判定</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt; 18.5</td> <td>低体重</td> </tr> <tr> <td>18.5 ≤ BMI &lt; 25.0</td> <td>普通体重</td> </tr> <tr> <td>25.0 ≤ BMI &lt; 30.0</td> <td>肥満(1度)</td> </tr> <tr> <td>30.0 ≤ BMI &lt; 35.0</td> <td>肥満(2度)</td> </tr> <tr> <td>35.0 ≤ BMI &lt; 40.0</td> <td>肥満(3度)</td> </tr> <tr> <td>40.0 ≤ BMI</td> <td>肥満(4度)</td> </tr> </tbody> </table>		BMI (数値の範囲)	(別表末)判定	< 18.5	低体重	18.5 ≤ BMI < 25.0	普通体重	25.0 ≤ BMI < 30.0	肥満(1度)	30.0 ≤ BMI < 35.0	肥満(2度)	35.0 ≤ BMI < 40.0	肥満(3度)	40.0 ≤ BMI	肥満(4度)
BMI (数値の範囲)	(別表末)判定																		
< 18.5	低体重																		
18.5 ≤ BMI < 25.0	普通体重																		
25.0 ≤ BMI < 30.0	肥満(1度)																		
30.0 ≤ BMI < 35.0	肥満(2度)																		
35.0 ≤ BMI < 40.0	肥満(3度)																		
40.0 ≤ BMI	肥満(4度)																		
<b>悪化因子の理解</b>				<p>予防の方策</p>															
○	「たばこに関する目標」を守れた 目標：( 本数 ) / 1日( )本まで	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった																	
○	「お酒に関する目標」を守れた 目標：禁酒 / ( )を1日( )本程度まで	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった		<p>●体重の管理</p>															
<b>予防の方策</b>																			
○	「体重に関する目標」を守れた 目標：( )kg以下	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった		<p>●体重の管理</p>															
○	「食事に関する目標」を守れた 目標：( ) ※食事時間/一日あたりの摂取カロリー/塩分量/水分量など	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった																	
○	「睡眠に関する目標」を守れた 目標：( )時間/日、( )時~( )時	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった		<p>●体重の管理</p>															
○	「運動に関する目標」を守れた 目標：種類( 30分程度の散歩 ) 回数( 4 )回/日( 週 )	1. できた 2. だいたいできた 3. あまりできなかった																	

44

平成 28 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

---

**入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のための  
セルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業  
報告書**

---

平成 29 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) 7500 FAX03(3432)1837