

4 あるべき展開方法に近づけるための5つのポイント

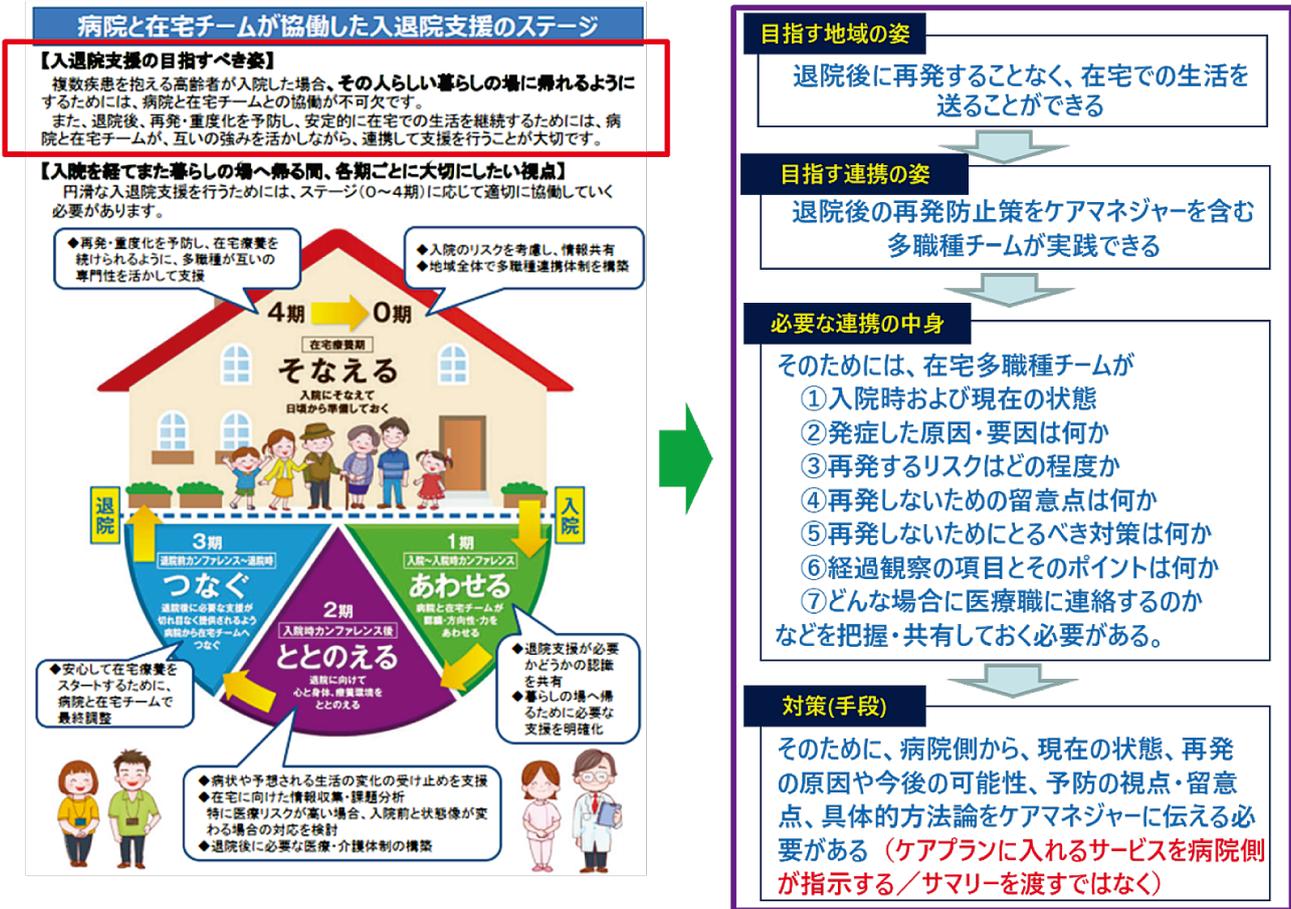
現行の展開方法やその考え方を、本来の展開方法や考え方に近づけるためには何（どこ）をどのように直せばよいでしょうか。

ここでは、5つのポイントを設定したうえで、その方法を解説します。

1 「目指す姿／目的は何か」を関係者と検討した上で、解決手段を考えてみよう

- 連携の目指す姿を検討するにあたって、まず、「連携を強化することによって、何を実現したいのか」を、関係者と一緒に考えてみましょう。
- たとえば、入退院支援であれば、「退院時に病院とケアマネジャーが連携することで何を実現したいのか」です。病院とケアマネジャーは現在も連携していますが、退院後早期に再発し、再入院してしまうケースがあります。これが「地域の解決すべき課題」であり、こうした事例をできるだけ少なくすること（あるいはなくすこと）が、「目指す地域の姿」なのです。
- 次に、目指す地域の姿「退院後に再発することなく、在宅での生活を送ることができる」を実現するために、「どのような連携を目指すのか（＝目指す連携の姿）」を考えましょう。関係者と検討した結果、「退院後の再発防止策を、ケアマネジャーを含む多職種チームが実践できる」となりました。さらに、「目指す連携の姿」を実現するためには何が必要かを考え、具体的な対策を考えていくこととなります。こうした一連の思考展開の一例を図表4-1右に示します。
- このように、「目指す地域の姿、目指す連携の姿を設定し、目指す連携を実現するためには何が必要かを考えながら対策を検討すると、単に「情報共有を図る」といった抽象的な対策ではなく、具体的かつ効果的な対策を打ち出せる」ようになります。
- もし、研修などの場を活用して連携の目指す姿を関係者と検討したいときは、図表4-2のような演習シートを活用してみてください。

図表4-1 目指す姿を設定した上で具体的対策を検討した例



出所) 大阪府：大阪府入退院支援の手引き 病院から住み慣れた暮らしの場へ～地域みんなで取り組む入退院支援～(2018年1月)を参考に作成

図表4-2 「連携の目的」を関係者で検討するための演習シートの例

【演習1】連携の目的を考える
 —どう連携するかではなく、まず、何のために連携するのかを考える—

【問1】以下の4場面について、連携の目的(何のために連携するのか)を考えてみよう

【場面1】円滑な自宅退院に向けて、病院スタッフとケアマネジャーが連携する。
 【場面2】在宅療養者に対し、医療職とケア職、ケアマネジャーが連携する。
 【場面3】急変時に、在宅関係者と救急関係者(救急隊、救急病院など)が連携する。
 【場面4】看取り期に、医療職とケア職、ケアマネジャーが連携する。

【問2】各場面について、何を実現するために連携をするのか、その目的を考えてみて下さい。

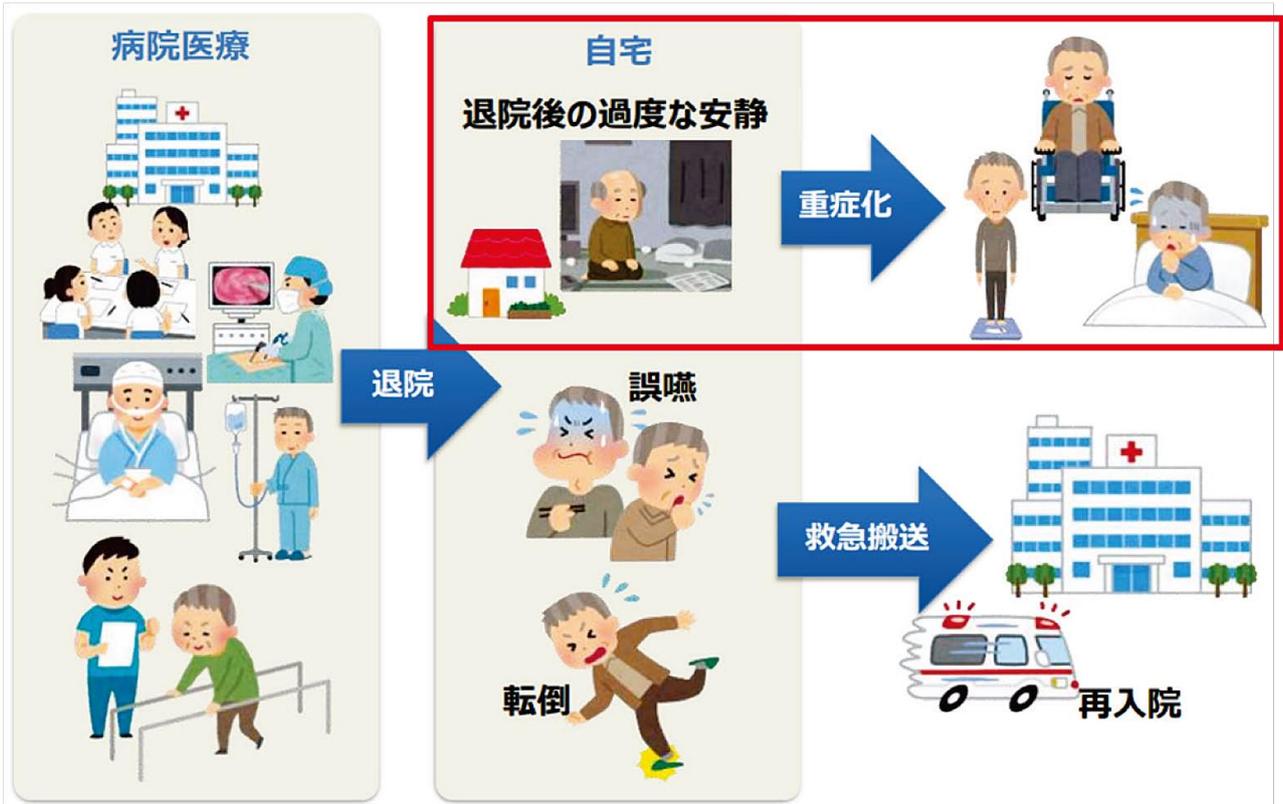
場面 1	・
場面 2	・
場面 3	・
場面 4	・

出所) 埼玉県立大学：「事業マネジメント力を高めよう」オンラインセミナー資料を一部改変

2 解決したいテーマを具体化してみよう

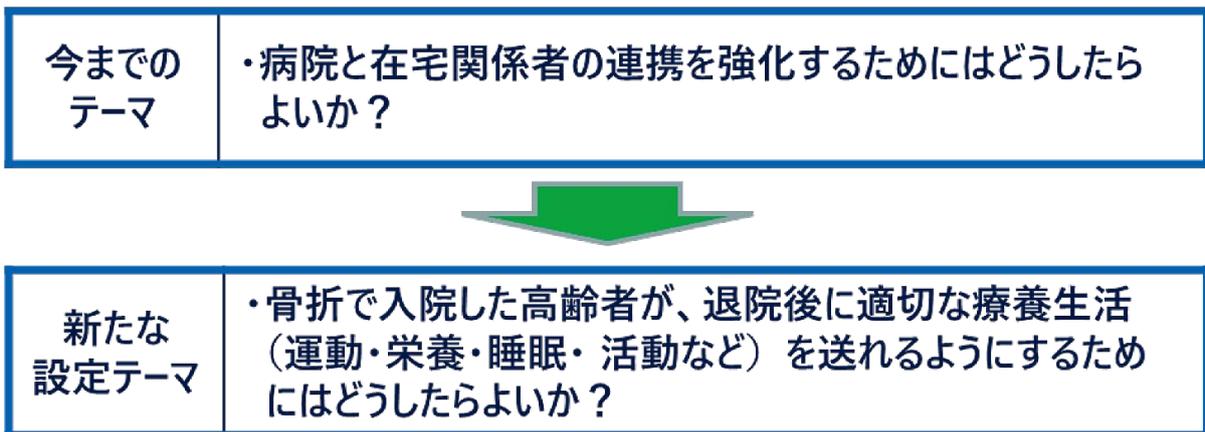
- 在宅医療・介護連携推進事業の8つの事業の中に、「切れ目のない在宅医療・介護連携体制の構築」があります。これは、療養場所やサービス提供者が変わる際に、必要な支援が途切れないことを目指したもので、入退院時などが該当します。
- 図表4-3に、入院～退院～在宅療養までの一連の流れの例を示しますが、入院先の病床だけでも、①急性期病床（高度・一般）、②回復期リハビリテーション病床、③地域包括ケア病床、④療養病床、⑤精神病床などがあります。これら病床の種類によって、入院原因疾患は大きく異なります。たとえば、急性期病床であれば、心疾患、肺炎、脳血管疾患などが、回復期リハビリテーション病床であれば、骨折、脳卒中、廃用症候群などが多いと思われます。皆さんが「切れ目のない提供体制を構築したい」「連携を強化したい」と思っている対象病床や対象疾患は何でしょうか？ 特に課題があるのは、どことどの連携、どの疾患の患者さんに対する連携だと考えておられますか？
- 事業計画をみると、課題を「病院と在宅関係者の連携が弱い」とし、その対策として「多職種研修会を開催する」「退院支援ルールを作る」「情報共有を図る」などの記載がよく見られますが、たとえば、目的が「心疾患の再発予防」の場合と、目的が「誤嚥性肺炎の再発予防」の場合では、共有すべき情報は違います（目的によって手段の中身が変わります）。対象疾患なども具体化せずに、単に「情報共有を図る」という抽象的な対策をとっているのは、連携当事者（医療・介護職、本人・家族）の目標達成に向けたイメージは揃いません。「何をしないといけないのか」のイメージが揃わないと、当然、目標達成に向けた行動も揃いません。その結果、目標達成に至らないということになります。
- まずは、解決したいテーマを具体化しましょう。A市の事業担当者Bさんは、「当市では、何の疾患の入院患者が多いのか？」と疑問を持ち、国保担当者に問い合わせ、「①骨折の入院患者が最も多いこと、②その数も増加していること」を知りました。また、ケアマネジャーに「骨折の入院患者の特徴は何？」と聞いたところ、「骨折を繰り返す高齢者が多い」ことも知りました。訪問・通所リハのリハ職に、「骨折を繰り返す高齢者の課題として何が考えられるのか？」を聞いたところ、「退院時に病院から『安静にするように』と言われて、自宅に戻っても過度に安静にしている人がいる。その結果、筋力低下やバランス低下がより進んで転倒しやすい状態になっているケースがある」こともわかりました。さらに、「骨折を予防するためにはどうしたらよいと思う？」と聞いたところ、「①転倒しにくい環境を整えること、②適度な運動や活動をすること、③骨密度の低下を防ぐような食事摂取などが重要かと思う」というコメントをもらいました。
- 様々な関係者から得られた情報をもとに、Bさんは、解決したいテーマを「骨折で入院した高齢者が、退院後に適切な療養生活（運動・栄養・睡眠・活動）を送れるようにするためにはどうしたらよいか」と設定し直しました（図表4-4）。
- もちろん、骨折だけが対象ではありません。他の疾患、たとえば、誤嚥性肺炎や脳梗塞などへの対策も必要であれば、同様の方法で対策を検討すればよいのです。
- テーマ（対象疾患、対象となる連携当事者など）を具体化すると、対策もより具体的になります。また、連携当事者のイメージも揃うようになります。

図表4-3 あなたは「どこの部分の連携に課題がある」と思っていますか？
 一切れ目のない在宅医療・介護連携体制の構築を目指す場合—



出所) 豊明市：「ふつうに暮らせるしあわせをどう支えるか」地域資源の発掘と新しい価値観の創造を目指して、第136回市町村職員を対象とするセミナー(2018年9月21日)を一部改変

図表4-4 解決したいと思っているテーマを具体化しよう



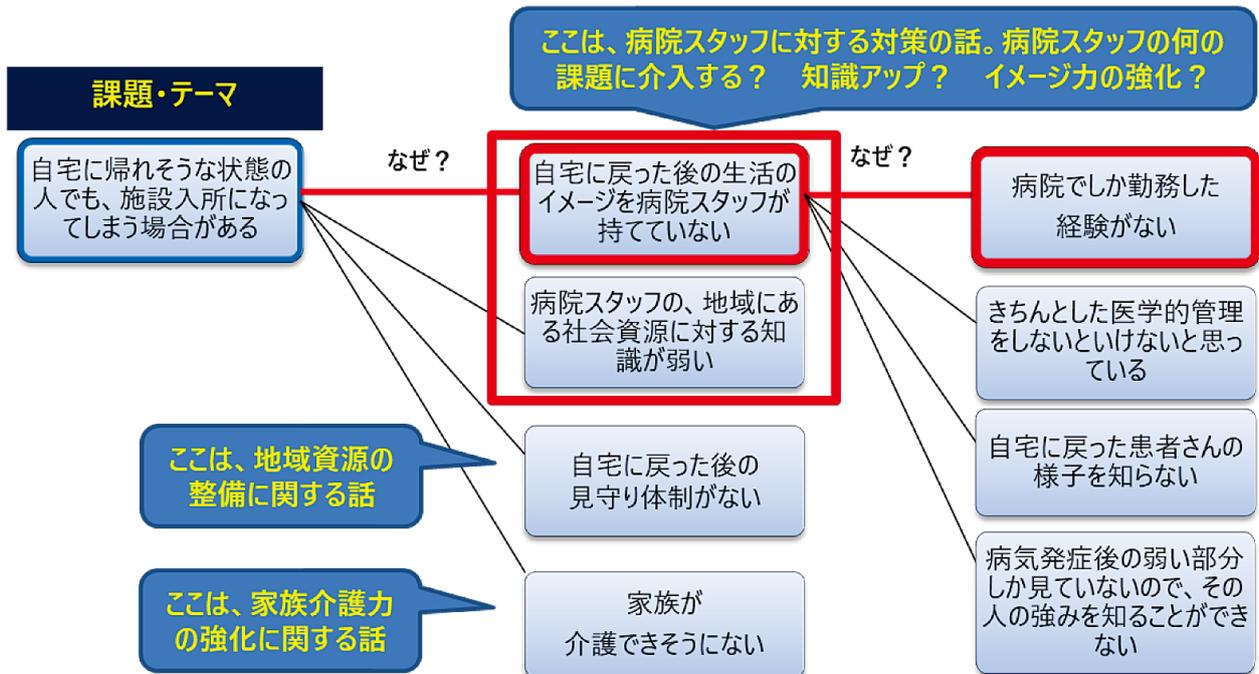
出所) 筆者作成

3 具体化したテーマについて、関係者と一緒に、原因と対策を考えてみよう

- C市の事業担当者Dさんは、3年前に作成された入退院支援ルールを見直すよう、上司に言われています。でも、今年担当になったばかりで、入退院時においてどのような地域課題があるかイメージがわかりません。そこで、市の会議で一緒になったことがある訪問看護師EさんとケアマネジャーFさんに連絡をとり、話を聞くことにしました。
- 入退院時の連携状況がよくわからないDさんは、「担当していた高齢者の退院に向けて、病院とはどんな連携をとっているのですか？」とケアマネジャーのFさんに聞きました。さらに、「退院患者さんにとって解決すべきテーマ、会議で取り上げたほうが良いテーマはありませんか？」と聞いたところ、以下のような意見が出てきました。
 - ◆ 様々なこと（健康面・生活面など）に不安を抱えた人が多い。退院後にゆっくり話を聞ける体制があるとよい。
 - ◆ 病院からは様々な指導（運動・食事など）を受けているけど、ちゃんと理解できていない。理解できていても、それを実践できない人は多い。
 - ◆ 本人は自宅に帰りたと言っていたし、独居だけど近隣の支援もあり自宅に帰れそうな状態にあったにもかかわらず、結果的に施設入所になってしまったケースがある。
- さらに、「3つのテーマのうち、どのテーマの優先度が高いと思う？」と聞いたところ、両名とも、3つ目の「自宅に帰れそうな状態の人でも、施設入所になってしまう場合がある」を挙げられました。
- 次にDさんは、そうした状況を引き起こしている原因をおさえるため、「なぜ、自宅に帰れそうな状態の人でも、施設入所になってしまうのですか？」「その原因は何ですか？」と聞いたところ、以下のような意見が出てきました。
 - ◆ 退院先は病院のスタッフが決めることになる。その決定者が在宅での生活をイメージできていないと「在宅生活は難しい」と判断し、本人・家族に施設入所を勧めてしまう場合がある（病院スタッフのイメージ力に関する課題）。
 - ◆ 病院スタッフは、訪問看護ステーションや看護小規模多機能型居宅介護など、医療ニーズが高くても対応可能な地域資源があることをよく知らない。どのような状態の人を受け入れ可能かも知らない（病院スタッフの知識に関する課題）。
 - ◆ 自宅に戻った後の見守り体制がないと、ご本人は自宅退院を望まれていても難しい場合がある（地域資源の整備に関する課題）。
 - ◆ 独居や日中独居の高齢者で頻回な介護が必要な場合、自宅退院が難しい場合がある（家族介護力に関する課題）。
- ここで、退院先の決定に影響力のある病院スタッフに関する課題に焦点を当てて、「『イメージを持ってないこと』『地域の社会資源を知らないこと』のどちらが、施設入所につながる原因だと思うか？」と聞いたところ、両名とも「在宅生活のイメージを持っていないこと」を挙げられました。
- さらに、「では、なぜ、在宅生活のイメージを持っていないのか？」を聞いたところ、「学校卒業後、病院から勤務がスタートする人がほとんど。そのため、病院でしか勤務した経験がないから」を挙げられました。
- 以上のやり取りをまとめたものを、次頁の図表4-5に、また、原因と結果の関係性を、次頁の図表4-6にまとめます。

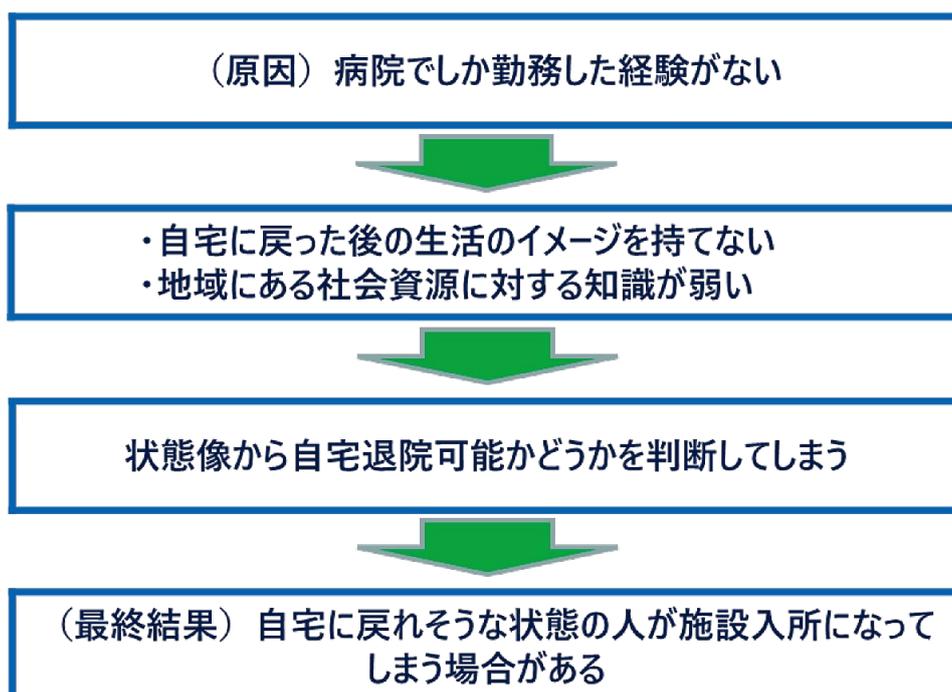
- 「原因：病院でしか勤務した経験がない」に対しては、「訪問看護を経験してもらう」などの対策が、「原因：退院後の生活イメージを持っていない」に対しては、「訪問看護ステーションや看護小規模多機能型居宅介護の看護師と意見交換会を開く（どんな状態像の人に対応しているかを報告してもらう）」などを考えられます。いずれにしろ、地域で実現できそうな対策は何かを関係者と意見交換しながら選択し、実行していきます。

図表4-5 テーマを具体化した上で、その原因を関係者と一緒に考えてみよう



出所) 筆者作成

図表4-6 原因と最終結果の関係

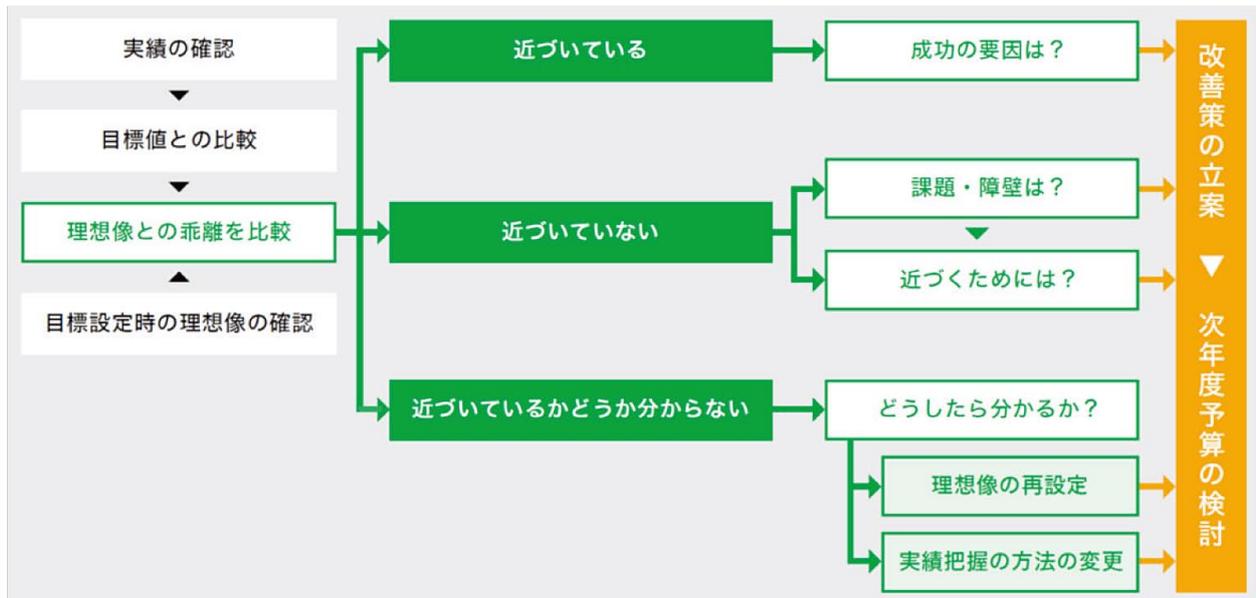


出所) 筆者作成

4 対策に期待したことを整理し、現状と比較してみよう

- G市の事業担当者Hさんは、在宅医療・介護連携推進事業に関する委員会が始まるため、これまで取り組んできた対策の評価をしないといけないのですが、どこから手を付けたらよいのか、どうやって評価したらよいのか、わからなくて困っています。
- ところで、評価とは何でしょうか。評価とは、「期待したこと」と「現状」を比較し、何がどこまで達成できたか（現状が目指す姿に近づいているのかどうか、どの程度近づいたのかなど）を確認する作業のことです（図表4-7）。したがって、まずは、施策や事業に対して「何を期待したか」「目標をどう設定したか」を確認・整理しましょう。
- ここで、図表4-1で示した入退院支援の例（目指す姿：退院後も再発することなく、在宅生活を送ることができる）で考えてみましょう。
- 現在も病院とケアマネジャーは連携をとっていますが、退院後早期に再発する高齢者がいます。なぜこうした事態が起こるのでしょうか。それは「退院後の再発予防策を、ケアマネジャーを含む多職種チームが実践できていないから」です。なぜ実践できていないかという点、再発予防を実現するためには、「何を把握し、関係者と共有しておく必要があるのか」「どのような対策が必要なのか」「そのなかで各専門職は何の役割を果たせばよいのか」などのイメージが関係者間で揃っていないからだと考えられました。これらが整えばより適切なケアプランになっていくはずですが。
- 原因が絞られてきたので、次は対策です。病院向け対策としては「退院前ケアカンファレンス（以下、退院前CC）をできるだけ開催すること」「現在の状態／再発の原因や今後の可能性／予防の視点・留意点／具体的方法論などをケアマネジャーに伝えること」などが、ケアマネジャー向け対策としては「退院前CCに参加すること」「現状や今後の見通し、とるべき対策などを病院関係者から情報収集し、ケアプラン原案に盛り込むこと」「入院中に得られた情報を、サービス担当者会議などの場で主治医を含む在宅チームに伝え、関係者間で共有すること」などが考えられます。
- これら対策がとられた場合、何がどうなることが期待できるでしょうか。考えられることとしては、
 - ① 再入院する高齢者の割合が減少する（再入院率が下がる）
 - ② 必要なサービスがケアプランに盛り込まれる割合が高まる
 - ③ 退院前CCの開催率が上がる
 - ④ ケアマネジャーの退院前CCへの参加率が上がる
 - ⑤ ケアプラン検討に必要な職種の退院前CCへの参加率が上がる
 - ⑥ 入院医療費の伸びが抑えられるなどでしょうか。
- 目指す姿を設定した上で、原因と対策を考え、対策により期待される成果・効果をまとめた例を図表4-8に示します。

図表4-7 評価とは「期待したこと」と「現状」のギャップを確認する作業のこと!



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

図表4-8 目指す姿を設定した上で、対策に期待される効果・成果を挙げてみる

場面	目指したこと(目的)	原因と対策	期待される効果・成果
日常療養支援	今までと同じように、在宅生活を送ることができる	<ul style="list-style-type: none"> 在宅生活を困難化させる要因として、①本人要因(病気の再発、フレイル(身体的・精神的・社会的)の進行)、②家族要因、③サービス要因が考えられた。 そこで、本人要因の改善を目指して、①医療職とケアマネ間、医療職とケア職間の連携強化、②通いの場の拡充、③社会参加の促進などの対策に取り組んだ。 また、家族要因対策として、家族の介護に対する不安軽減策にも取り組んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> 要介護度別にみた重度化割合が減少する 再発する要介護者が減少する 閉じこもり高齢者が減少する 家族の不安感が減少する 通いの場が増える、通いの場への参加高齢者の割合が増える 新規認定者数の伸びを抑制できる など
入退院支援	退院後も再発することなく、在宅生活を送ることができる	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の再発予防策が、病院からケアマネジャーに適切に伝授され、その内容がさらに在宅チームに共有されることによって退院後の再発予防が図られると考えた。 そこで、病院とケアマネ間の連携強化(①退院前ケアカンファレンスの開催率およびケアマネの参加率の促進、②病院とケアマネ間の情報共有の具体化など)の対策にまずは取り組んだ。 また、サービス担当者会議の質向上を目指して、地域ケア個別会議の実施方法の見直しに取り組んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の再入院率が下がる 必要なサービスのケアプランへの導入率が上がる 退院前ケアカンファレンスの開催率が上がる/ケアプラン検討に必要な職種への参加率が上がる 退院前ケアカンファレンスへのケアマネの参加率が上がる 入院医療費の伸びが抑えられるなど

出所) 筆者作成

5 テーマ決定⇒原因と対策の検討⇒評価の一連の展開方法を整理してみよう

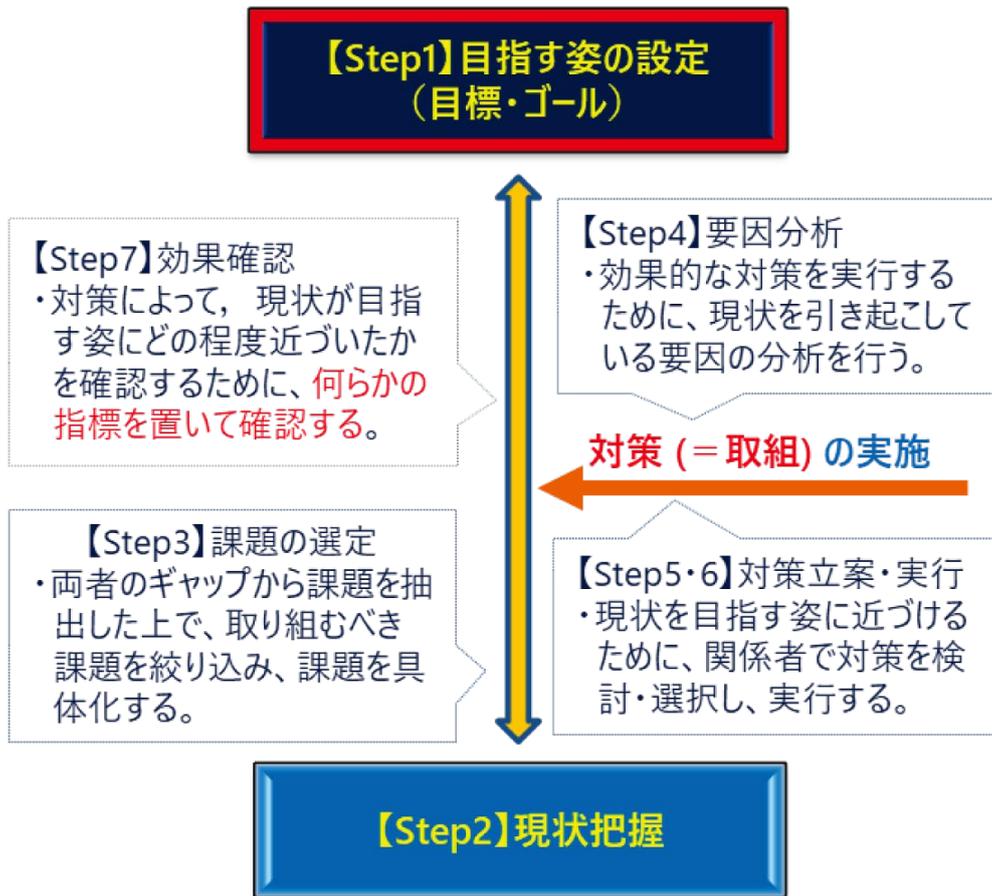
● マネジメントとは

- ① 関係者と「目指す姿（ビジョン）」を共有する【Step1】
- ② 目指す姿の実現を意識しながら「現状」を把握する【Step2】
- ③ 「現状」と「目指す姿」のギャップから課題を抽出し、具体化する【Step3】
- ④ 課題を生じさせている要因や根本原因を追究する【Step4】
- ⑤ 現状を目指す姿に近づけるための効果的な対策を検討する【Step5】
- ⑥ 関係者と役割分担しながら対策を実行する【Step6】
- ⑦ 指標を使って、現状が目指す姿に近づいたかどうかを確認する【Step7】
- ⑧ 必要に応じて計画の見直しを図る

といった一連の作業のことです（図表4-9）。

- このプロセスのなかで、特に重要なことは、①目指す姿を設定すること、②原因をおさえて対策を考えること、③対策によって期待した成果・効果は何かを考えることです。この部分が、現在市区町村が展開している方法の問題点です。
- また、解決したいテーマが抽象的だと対策も抽象的になり、評価ができなくなります。したがって、解決したいテーマは何かを関係者と検討し、具体化する必要があります。
- 連携の現場にいない市区町村の担当者にとって、自身で、解決したいテーマを考えたり、原因・対策を考えたり、期待される成果・効果を考えることは困難です。したがって、行政の保健師、委託先の在宅医療コーディネーターなどと一緒に、これら検討を進めていきましょう。
- 図表4-10は、解決したいテーマを決めて、原因・対策・評価方法を考えるための演習シートです。こうしたシートも活用しながら、関係者と一緒に、議論を深めてみてください。

図表4-9 マネジメントの基本構造とは



出所) 筆者作成

図表4-10 テーマを決めて、原因・対策・評価方法を考えるための演習シート

解決したい具体的なテーマを決めて、原因・対策・評価方法を考える

【問1】解決したい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

解決したいテーマ	
-----------------	--

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿	
-------------	--

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

原因1		原因2	
原因3		原因4	

根本原因

--	--

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

	誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1		
対策2		
対策3		

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

	何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1		
期待値2		
期待値3		

出所) 筆者作成

5 I市における検討状況／活用状況(事例紹介)

本事業で実施した研修会に、複数職員（事務職、在宅医療コーディネーター）で参加されたI市では、演習シート（図表4-10）を使って、4つの場面ごとに、「解決したい具体的テーマの設定⇒目指す姿の設定⇒原因と対策の検討⇒評価方法の検討」を実施、その内容を「I市在宅医療・介護連携推進協議会」で報告し、第9期介護保険事業計画の作成に当たっての議論に活用されています。

ここでは、I市の検討内容、協議会での活用および委員等の反応などについて紹介します。なお、以下は、事務系担当者の語りや思考を文面にしたものです（一部脚色あり）。

1 検討状況

(1) 解決したい具体的テーマをどう設定したか

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

【日常療養支援】

- 家族が代理で外来受診し続けており、訪問診療に切り替えられていない。

【入退院支援】

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

【急変時】

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

【看取り】

- 本人の意向に沿えずに、家族が入院を選ぶことがある。

- 今回は、優先度が高いテーマをそれぞれ1つ設定したが、他の検討すべきテーマが関係者から挙がってきたら、同様の方法で、原因と対策、評価方法を検討することとした。

(2) 目指す姿をどう設定したか

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

【日常療養支援】

- 訪問診療を必要とする患者に対し、訪問診療を提供することができる。

【入退院支援】

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

【急変時】

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

【看取り】

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

(3) 原因／解決すべき原因（根本原因）をどう設定したか（看取り場面）

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

(4) 対策をどう設定したか

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

(5) 対策に期待したこと／評価指標をどう設定し、どう把握しようと考えたか

- 対策を実施することで、
 - ① ケアマネジャー等が家族に看取りプロセスを説明する機会が増える
 - ② ケアマネジャー等の看取りに対する知識が上がる
 - ③ ケアマネジャー等の看取りプロセスに対する説明スキルが上がる
 - ④ ケアマネジャー等の看取りに対する不安が減少する
 - ⑤ 家族の不安が減少する
 - ⑥ 家族が「もっとこうしてあげればよかった」などと後悔することが減る
 - ⑦ 救急車が呼ばれる回数ないし率が下がる
 - ⑧ 看取りに関する報酬の算定回数が増えるなどが期待されると考えた。
- このうち、①～④に関してはケアマネジャーを対象としたアンケートなどで、⑤～⑥に関しては、家族向けアンケート（ケアマネジャーが家族に聞き取りながら記載するもの）で、⑦に関しては救急隊へのヒアリングや公表データなどで、⑧に関しては地域包括ケア見える化システムのデータや介護報酬の算定回数などでモニタリングしていきたいと考えている。

以上の、看取りをテーマとした思考展開プロセスを、図表5-1に示す。

図表5-1 看取りに関する思考の展開例 (I市)

解決したい具体的テーマを決めて、原因・対策・評価方法を考える

【問1】解決したい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ	【看取り】終末期に本人の意向に沿えず、家族が入院を選ぶことがある
------------	----------------------------------

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

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

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

原因1	・本人の意向を具体的に確認できていない	原因2	・衰弱すると家族が不安になる
原因3	・看取り経験少ないケアマネも不安になる	原因4	・不安になると在宅医でなく救急車に連絡



根本原因	専門職が看取るプロセスを十分説明しきれていないため、家族の不安が高まってしまっている
-------------	--

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

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

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

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

出所) I市担当者作成資料を一部改変

2 検討結果の活用とその反応

(1) 活用に至った経緯は

- 当市では、医師会や基幹病院、歯科医師会、薬剤師会、保健所、居宅介護支援事業者等連絡会（ケアマネ部会、訪問看護部会、地域密着型サービス）、在宅医療コーディネーター、地域包括支援センターの委員で構成される「I市在宅医療・介護連携推進協議会」を設けている。
- 今回の研修（令和4年12月開催）で学んだことや検討した内容を上司に報告したところ、第3回の協議会（令和5年1月開催予定）に報告するとともに、委員からも意見をもらってはどうかという話になった。
- そこで、第3回在宅医療・介護連携推進協議会の検討事項の1つに取り上げ、事務局から説明を行った（図表5-2）。

図表5-2 第3回在宅医療・介護連携推進協議会の式次第（I市）

第3回在宅医療・介護連携推進協議会	
次 第	
1	開会のあいさつ
2	議事
	(1) 事業報告
	① 第2回専門職向け研修
	② 令和4年度市民向けシンポジウム
	③ 医師会主催の市民健康教育講座
	④ いなぎ在宅医療・介護相談室に寄せられた相談(8月~12月)から見える課題等
	⑤ エンディングに向けた準備に関する住民意識調査
	⑥ 令和5年度多職種連携研修会(予定)
	(2) 第9期介護保険事業計画の作成に向けた議論について
	① 令和5年度のスケジュール(案)
	② 現時点での「4つの場面」ごとの目標や課題
	③ 当協議会に設置されている部会の在り方
	④ 「稲城市民のための訪問診療医ガイド」や稲城在宅医療介護連携マップの更新や活用
配布資料	
資料1	令和4年度 第2回医療・介護職向け研修会 開催報告
資料2	令和4年度 市民向けシンポジウム「医師に自宅に来てもらうという選択肢」 開催報告
資料3	市民健康教育講座「心不全に負けず健康長寿を目指す」チラシ
資料4	相談室に寄せられた相談(令和4年8~12月分)から見える課題等
資料5	エンディングに向けた準備に関する住民意識調査について
資料6-1	令和4年度 在宅医療・介護連携を推進するための多職種連携研修会(案)
資料6-2	令和4年度多職種研修アンケート(回答はwebアンケートで)(案)
資料6-3	グループワーク用シート「連携の目的を考える」
資料7	第9期介護保険事業計画の作成に向けた議論について

出所) I市提供

(2) 委員の反応はどうだったか

- 複数の委員から、「4つの場面に分けて、具体的に議論する必要性が分かった」とのコメントがあった。
- 総合病院の医師からは「代理受診が長く続く患者について、在宅医療を検討したほうがよいという気付きにつながった」などのコメントが、訪問診療医師からは「困難事例が増えているが、この協議会では総論的な議論になってしまうため整理できない。2-3カ月に1回程度カンファレンスを開き、個々の困難事例をみんなで共有できる機会を作ってはどうか」との提案があった。
- また、総合病院の看護師からは、「事務局が示した考察に対しては、同意できる部分と意見が異なる部分があるが、各職種がいろんな意見を出し合ってまとめていけばよいのではないかな。看護師は、シートのような思考の整理法に慣れているので、抵抗はない」などの意見・コメントがあった。
- 看護小規模多機能型居宅介護のケアマネジャーからは、「他市では、急変時に必要な医療情報を筒に入れて冷蔵庫に保管することとしており、当市でも採用してはどうか」、居宅のケアマネジャーからは、「医療介護用SNSのような既存のICTを活用し、情報連携できる関係作りを進めたいと思っていたことを思い出した」などの提案やコメントがあった。
- また、在宅医療コーディネーターからは、「具体例が示されると、原因や対策を考えやすくなる。このシートを活用することで、一つの課題を検討しやすくなる。事例検討などにも活用できるのではないかな」、市の保健師からは「相談・対応事例があるたびに、このシートを用いて分析することを積み重ねることで課題を見つけやすくなるのではないかな。小さい一つの事例から、シート等を活用して課題や対策を抽出する仕組みを作りあげられるとよいと感じた」とのコメントがあった。

おわりに

介護保険の保険者の役割は、当初、①被保険者の資格管理、②要介護認定、③保険給付、④保険料徴収、⑤介護保険事業計画策定などのルーチン業務がメインでしたが、2006年に地域支援事業が、2015年からは在宅医療・介護連携推進事業をはじめとした様々な事業が創設されるとともに、保険者機能強化推進交付金の創設などを通じて、より効果的な事業を展開する力が求められるなど、保険者に期待される役割、求められる機能が大きく変わってきています。

ルーチン業務であれば、国から示された手引きなどに従って業務内容を適切にこなしていけばよいのですが、事業の場合、取り巻く状況も、地域資源も異なるなか、効果的かつ現実的な対策を関係者とともに展開する必要があるため、マネジメントの視点を持つことが非常に重要となります。

さて、在宅医療・介護連携推進事業を進めるにあたっては、①どのような手順で進めるのか（行為の手順）、②どのように考えながら進めていけばよいのか（思考の手順）の両方が必要です。前者が、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3」であり、後者が本マニュアルです。

本マニュアルは、在宅医療・介護連携推進事業をテーマにしていますが、その考え方や手法は他の事業でも同様に使えます。要は、解決したいテーマが変わるだけの話です。また、他の職種と意見交換しながら進める方法も示していますので、自分自身で考えて展開するよりも、より短時間で、より結果につながる対策を考えることができるようになります。人員体制が限られるなか、効率的な仕事の展開にも寄与することになるでしょう。

最後に、本事業で行った研修会に参加いただいた市区町村の方々、4つの場面の演習や活用状況に関して情報提供いただいた稲城市の関係者の皆様、研修会の開催にご協力いただいた関東信越厚生局の方々に感謝申し上げます。

令和4年度 老人保健健康増進等事業
PDCAサイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的推進方策に関する調査研究事業

効果的な計画を策定するための考え方マニュアル

—在宅医療・介護連携の推進に向けて—

発行 公立大学法人 埼玉県立大学
発行日 令和5年3月31日