

PDCAサイクルに沿った 在宅医療・介護連携推進事業の進め方

（内容）

1. 事業のあるべき展開方法と現状・課題
2. マネジメント力強化に向けた改善ポイントとその進め方
3. あるべき事業展開プロセスとは
4. コーディネーター・行政の役割とは
ー生活支援コーディネーターを例に考えるー

令和4年12月14日
埼玉県立大学大学院／研究開発センター
川越雅弘

1. 事業のあるべき展開方法と 現状・課題

事業のあるべき展開方法とは

－厚生労働省「介護保険事業(支援)計画の進捗管理の手引きより」－

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

図. マネジメントの構造とは

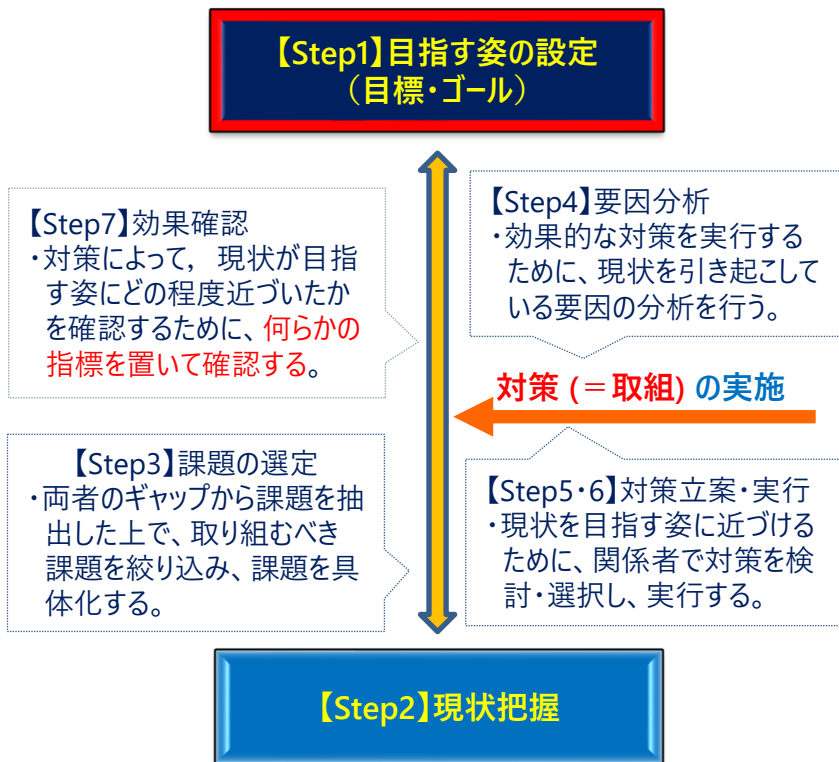
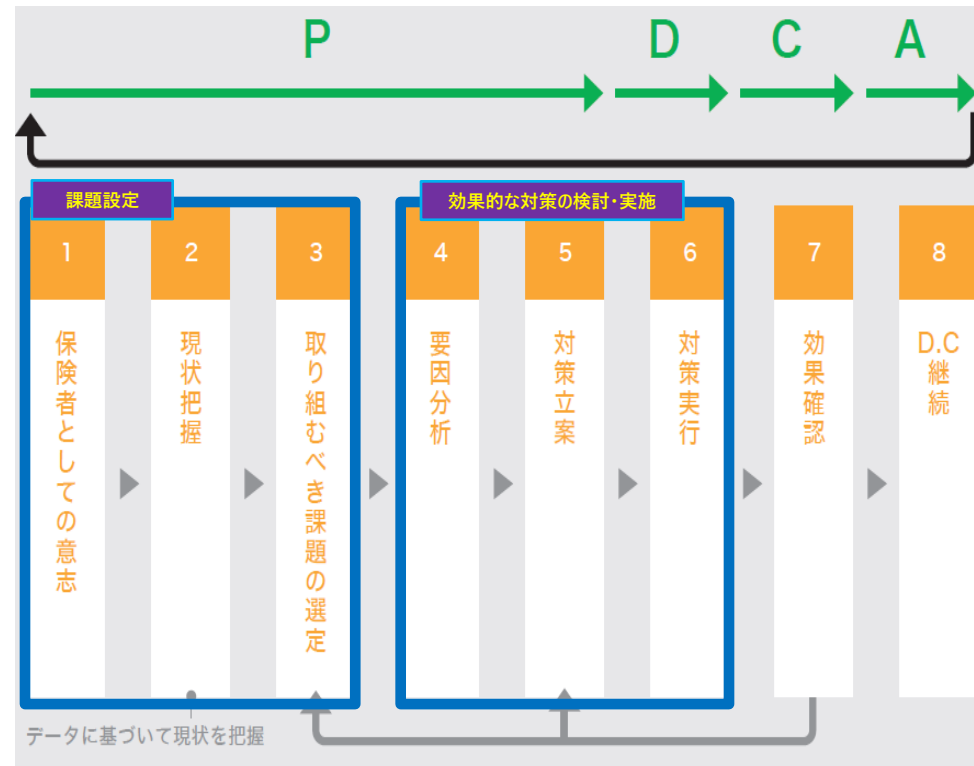
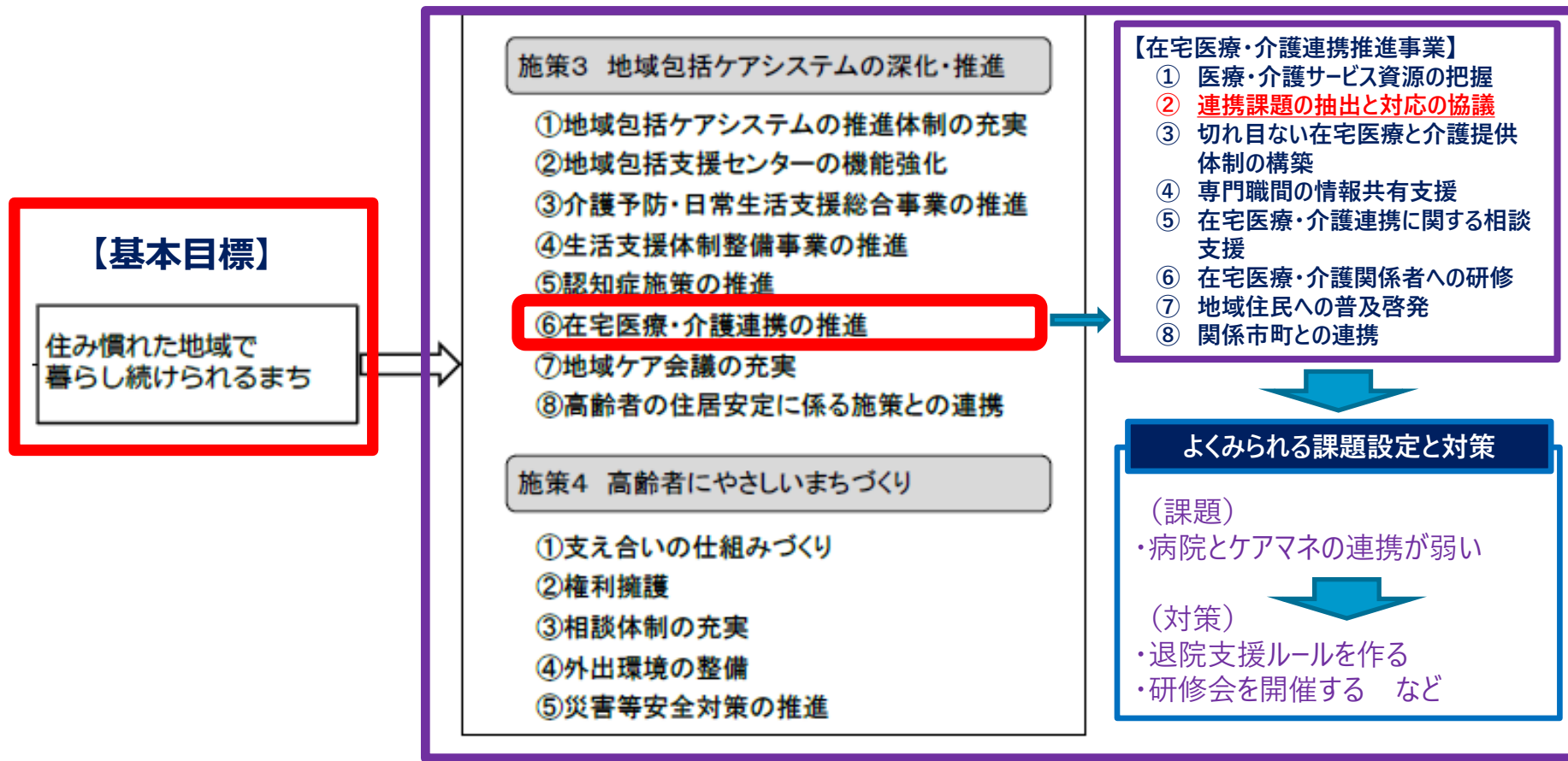


図. あるべき展開方法



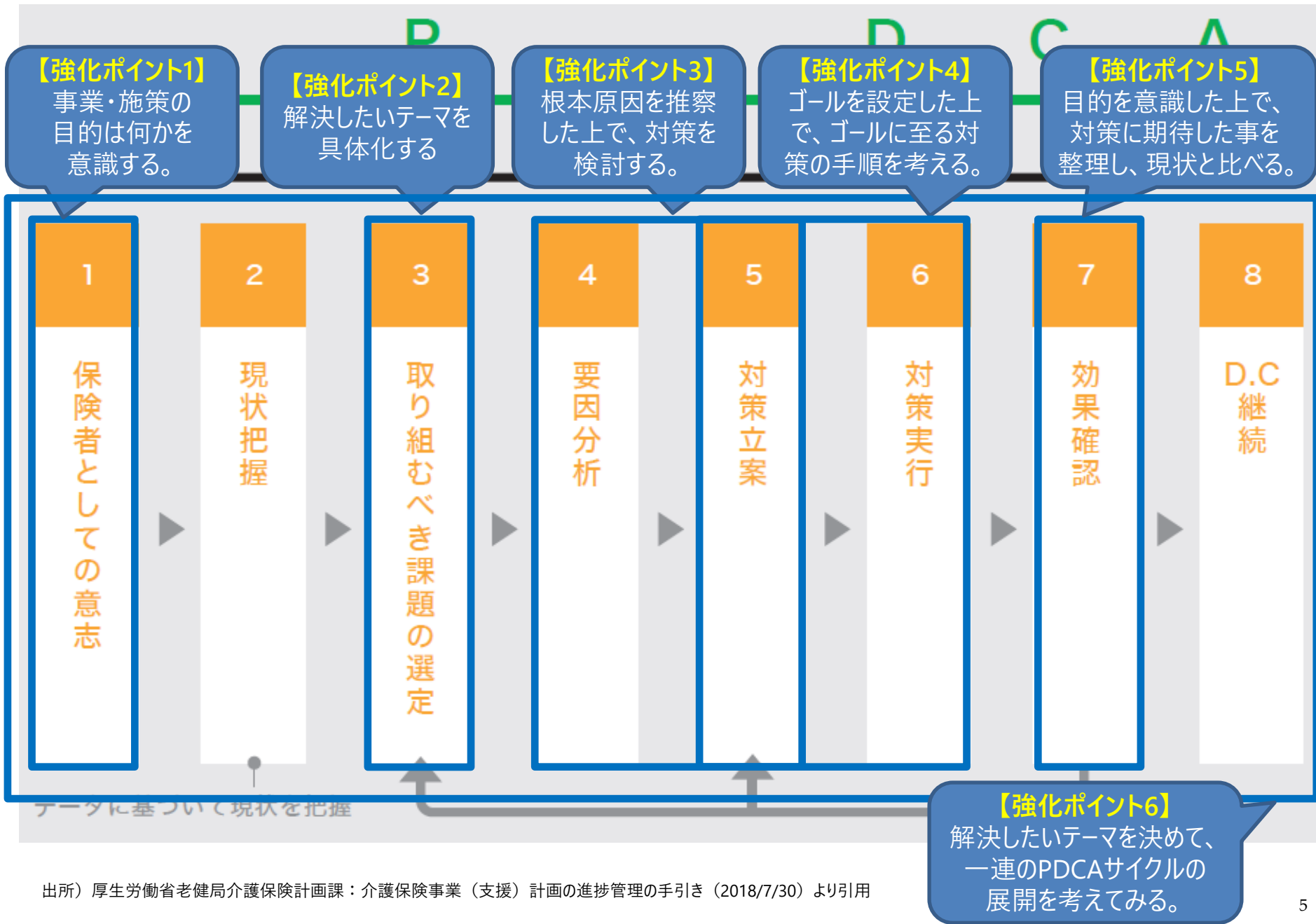
事業計画の策定例からみた事業マネジメントの現状と課題



国の手順とどこが違うのか？

- ・目指す姿を置いているが、抽象的なままで、目標達成に何が必要かが検討されていない（**目的意識が弱い**）。
- ・目指す姿の達成よりも、事業や施策をどう展開するか意識が向いている（**手段から考えるくせが付いている**）。
- ・効果的対策を講じるためには、病院とケアマネの連携が弱い部分の絞り込みや要因分析（どこが弱い？なぜ弱い？）を把握する必要があるが、こうした分析は行われていない（**要因分析がないまま対策が検討されている**）。
- ・対策により「何がどうなることを期待したか」が設定されていない。そのため、①何で効果を確認するのか、②どうやって確認するのか、③確認するためのデータをどうやって入手するのかなども検討できていない（**評価が出来ない**）。

現在の展開方法があるべき展開方法に近づけるための強化ポイント



2. マネジメント力強化に向けた改善ポイントと その進め方

【ポイント1】

事業・施策の目的を
あなたが意識する／関係者に意識させる



その結果

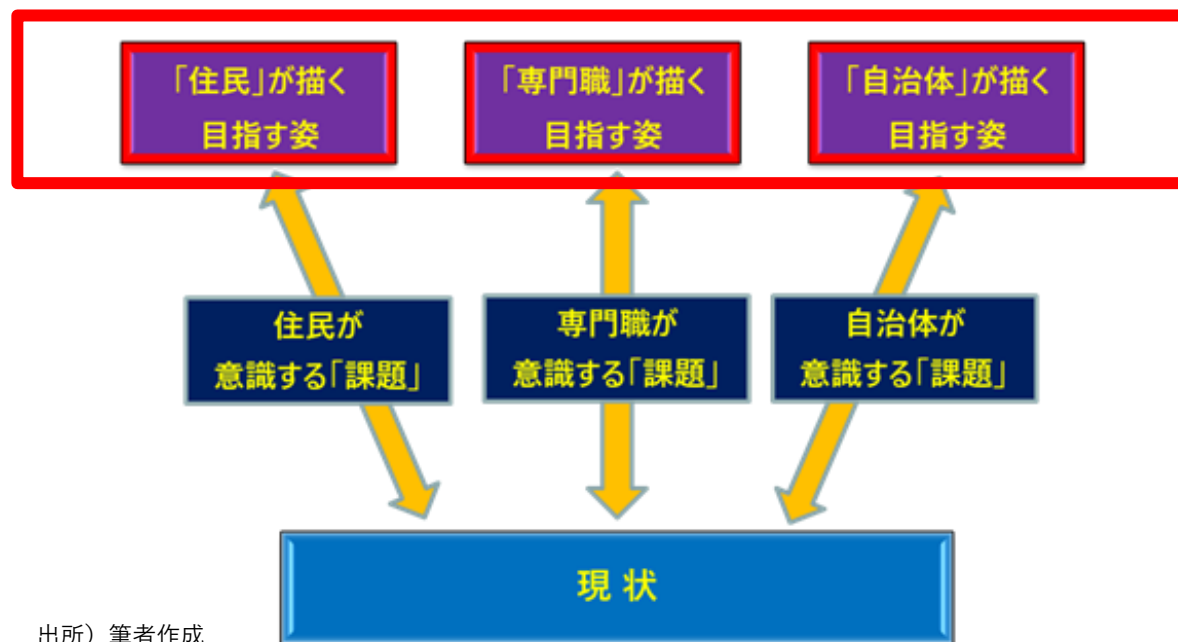
- 関係者のゴールのイメージが揃ってくる。
- 何のために、何を期待して対策を講じてきたのかが意識されるようになる。
- 評価指標を考えやすくなる。

なぜ、目指す姿(=目的)を関係者で検討・共有する必要があるのか？

ポイント

- 在宅医療・介護連携推進事業では、住民・家族・専門職・行政等の関係者が、同じゴールを目指して協働することが求められていますが、各関係者の「目指す姿」のイメージも「現状認識」も違います。したがって、両者のギャップである課題認識も、当然異なることになります。
- 課題を共有するため、まず、関係者と一緒に「どのような地域を目指すのか」を検討・共有しましょう。同事業の目的は、「**重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる**」でしたので、この文言を参考に検討するとよいでしょう。
- また、同事業では、4つの場面(日常の療養支援／入退院支援／急変時の対応／看取り)ごとに提供体制等を検討することになっています。入退院支援であれば、「何のために入退院時に連携するのか？」の視点から、目指す姿を検討してみましょう。

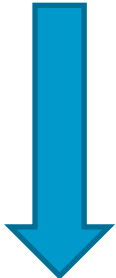
図. まずは、関係者間で、「目指す姿」のイメージを揃えましょう！



目的と手段の関係性は？ なぜ、手段から考えてはいけないのか？

目的・目標・手段の関係性とは

【目的】 成し遂げようと目指す事柄のこと

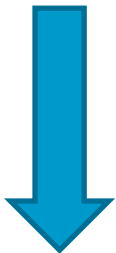


- 「何のために行うのか」に重点が置かれる。

例) 在宅医療・介護連携の目的例 (※誰(何)を意識しているか?)

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

【目標】 目的を達成するために設けた目印・道筋のこと



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

【手段】 目標を達成するための方法のこと (※目的や目標により手段は変わる)

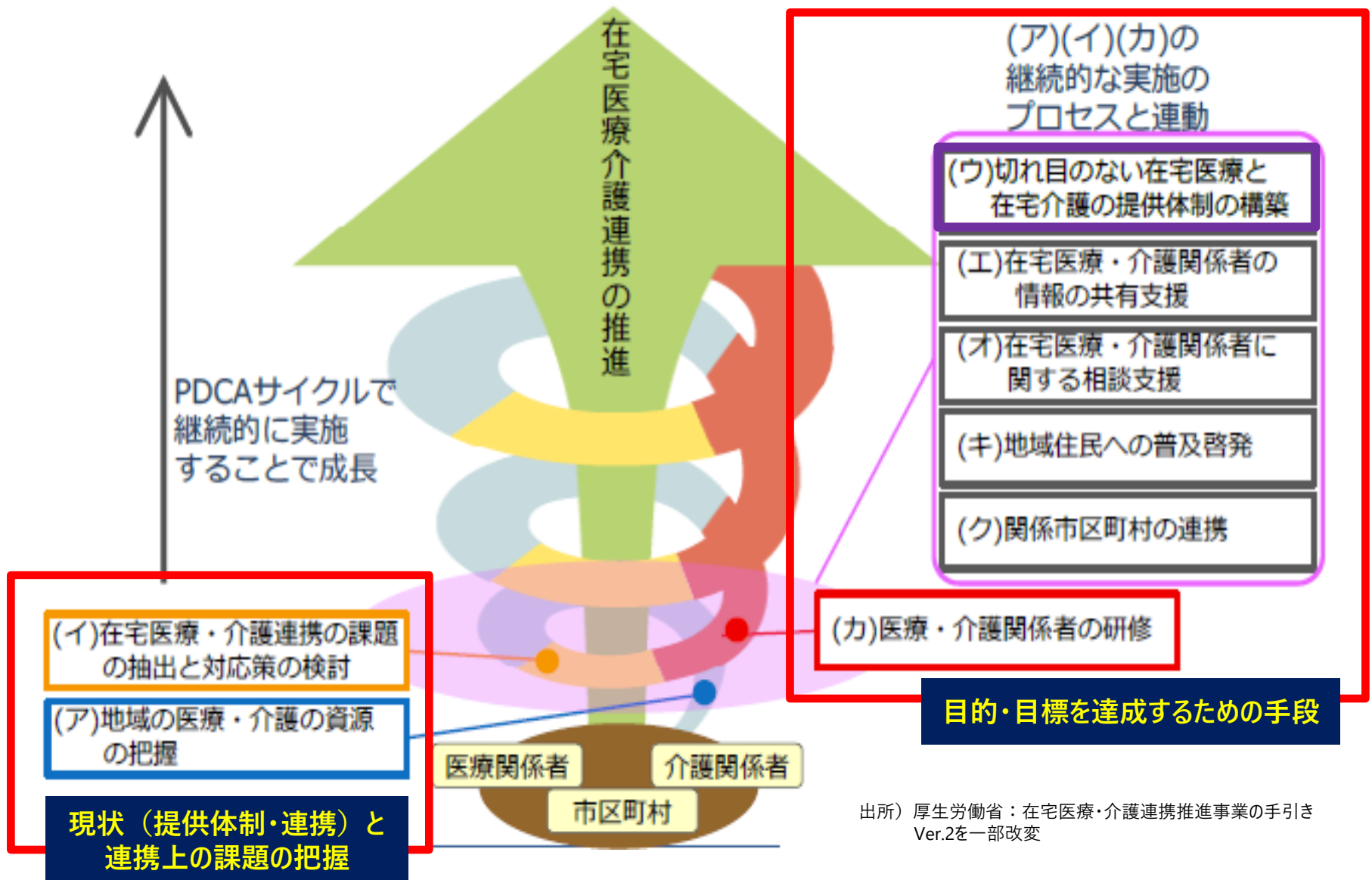
(例：退院支援ルールを作る、情報共有を図る、多職種連携を強化する、...)

⇒ 何のために退院支援ルールを作るのか？

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

なぜ自治体職員は手段から考えがちなのか？

(国が提示する事業・施策の多くは「手段」の話)



4 場面別に目指す姿(=目的)を考える

何のために、入退院時に関係者が連携するのか？

病院と在宅チームが協働した入退院支援のステージ

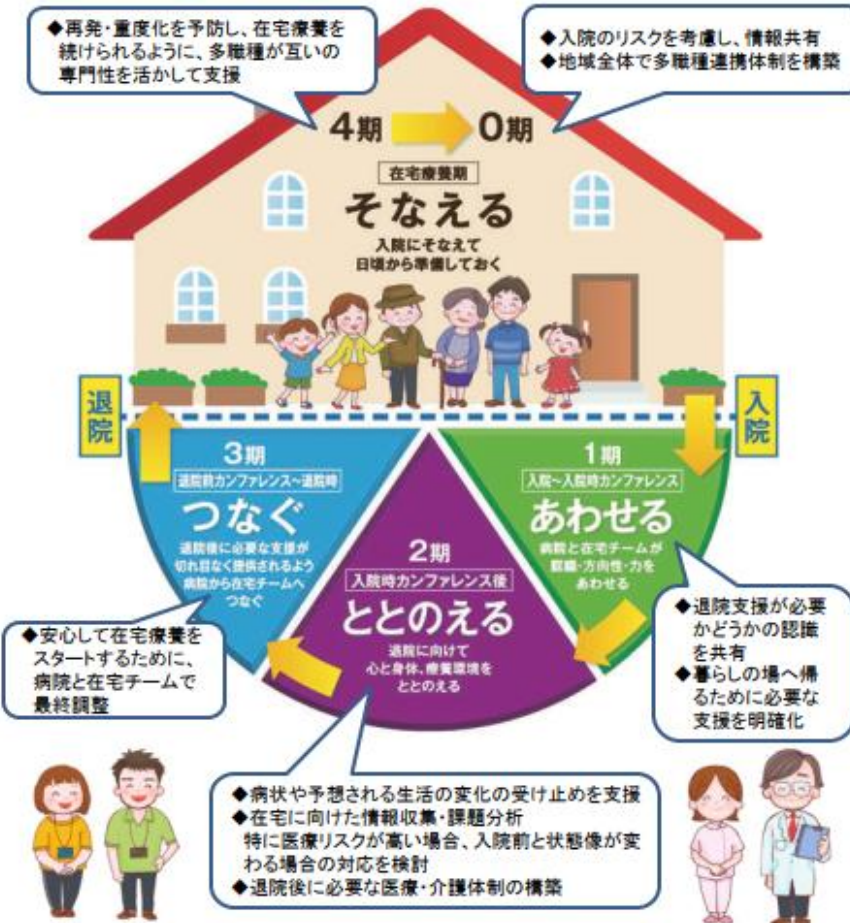
【入退院支援の目指すべき姿】

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

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

【入院を経てまた暮らしの場へ帰る間、各期ごとに大切にしたい視点】

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



病院とケアマネ等がお互いの強みを
生かしながら連携する
(生活情報と医療情報の共有など)

退院後の再発・重症化が
予防される

在宅での生活が継続できる

病院とケアマネ・訪問看護師等が
お互いの強みを生かしながら連携する
(退院後の生活イメージ、活用できる
資源の共有など)

適切な退院先を
病院側が選択できるようになる

入院患者が希望する場所に
退院することができる

どうやって目指す姿(=目的)を関係者と検討・共有するか？

－検討の場(研修会など)を用意し、出てきた意見を整理する－

図. 演習の例

【テーマ】連携の目的を考える

－どう連携するかではなく、まず、なぜ連携をするのかを考える－

【問1】以下の4場面の中から、連携の目的を検討したい場面を2つ選んでください

【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】選択した1つ目の場面について、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。

連携の目的	・
-------	---

【問3】選択した2つ目の場面について、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。

連携の目的	・
-------	---

【ポイント2】

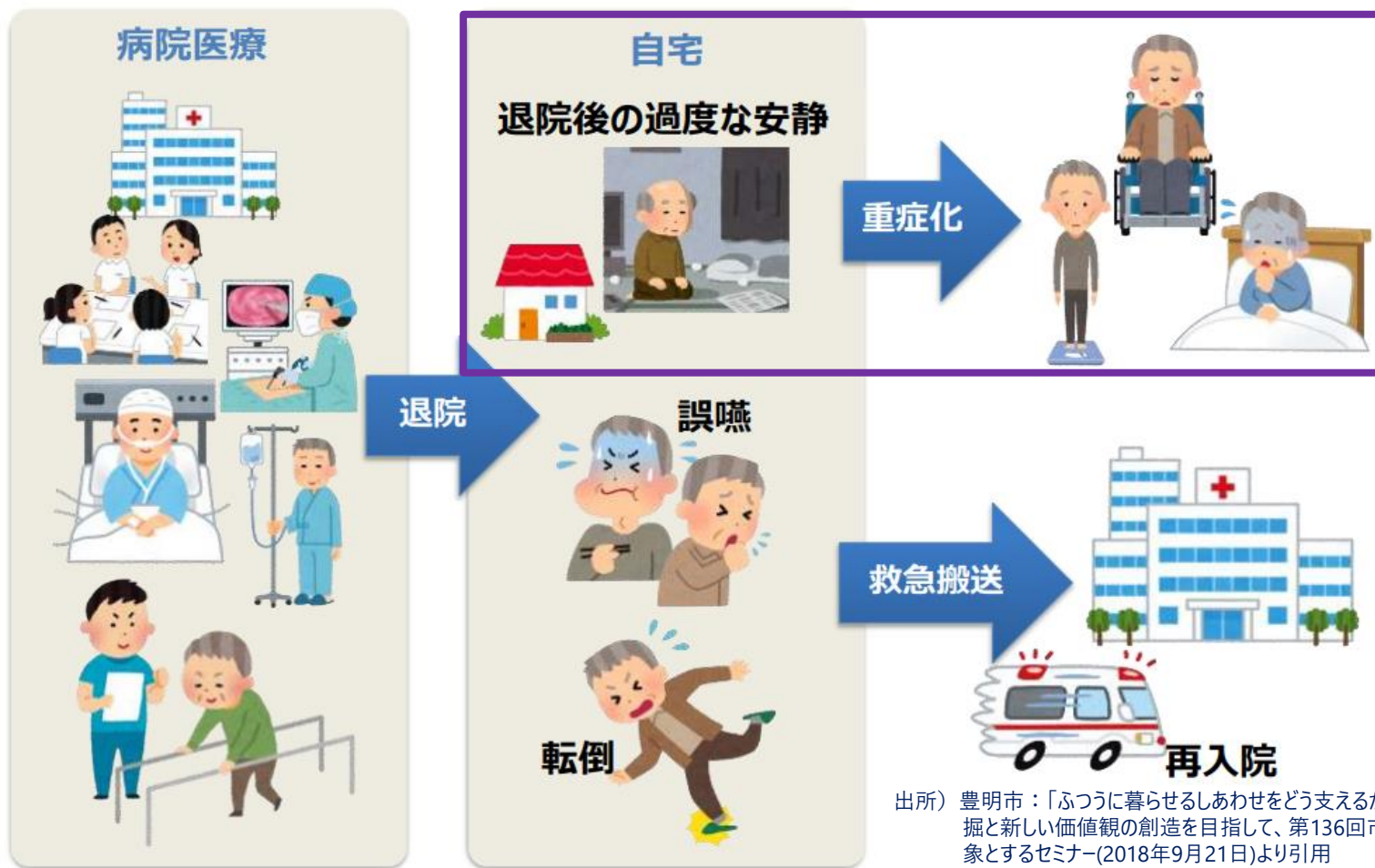
解決したいテーマを具体化する



その結果

- 検討しやすくなる。
- 検討内容、検討結果が具体的になる。
- 一連のPDCAサイクルを展開しやすくなる。

「(ウ) 切れ目のない在宅医療・介護提供体制の構築」に関してあなたが解決が必要だと思っている具体的なテーマは何ですか？



- 当市では転倒・骨折患者が多い。また、要介護度の重度化率も高いことがわかった。
⇒その原因の1つとしてが「転倒を怖がって過度に安静にしている人が多いこと」が挙げられた。
⇒そこで、骨折で入院した人を対象に、状態に応じた適切な活動を促す取組（退院後のリハ職訪問及び生活指導事業）をスタートさせた。

解決が必要だと思われる具体的なテーマをどうやって認識するか？

ー地域ケア会議を活用した例ー

対策を考える際は、①誰に介入するのか、②どのような介入を行うのか(対象者の知識を高める、専門職が指導する)、③誰がそれを行うと効果的なのかを考える。

見えてきた課題	解決に向けた政策へ
利用者や家族が自立支援を理解してくれない	連携強化 リハ職によるケアマネ同行訪問 (地域リハビリテーション活動支援事業)
ケアマネのアセスメントの技量の差が大きい	連携強化 他の職種が把握したい項目を網羅した共通アセスメントシート作成
訪問による栄養指改善指導をしてほしい	公的制度化 市町村特別給付の創設
送迎つきで負荷が少ない運動の場が必要	公的制度化 送迎付き一般介護予防事業の創設
送迎つきで、一人でも楽しめる外出先がないか自分で買い物したいが、行き帰りが辛い	資源発掘 民間企業との連携 保険外サービスの創出・活用促進
男性や知的な活動を好む方が参加したくなる通いの場がない	資源発掘 健康麻雀、プレミアムサロン等

検討テーマが具体化できると、一連のPDCAサイクルが展開しやすくなる (東京都稲城市の検討例)

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ

【看取り】終末期に**本人の意向に沿えず、家族が入院を選ぶことがある**

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿

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

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

原因1

・本人の意向を具体的に確認できていない

原因2

・衰弱すると家族が不安になる

原因3

・看取り経験少ないケアマネも不安になる

原因4

・不安になると在宅医でなく救急車に連絡

最も大きな原因

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

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

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

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

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

【ポイント3】

根本原因を関係者を交えて検討した上で、対策を検討する
(誰に対してどんな対策を打つのか?)



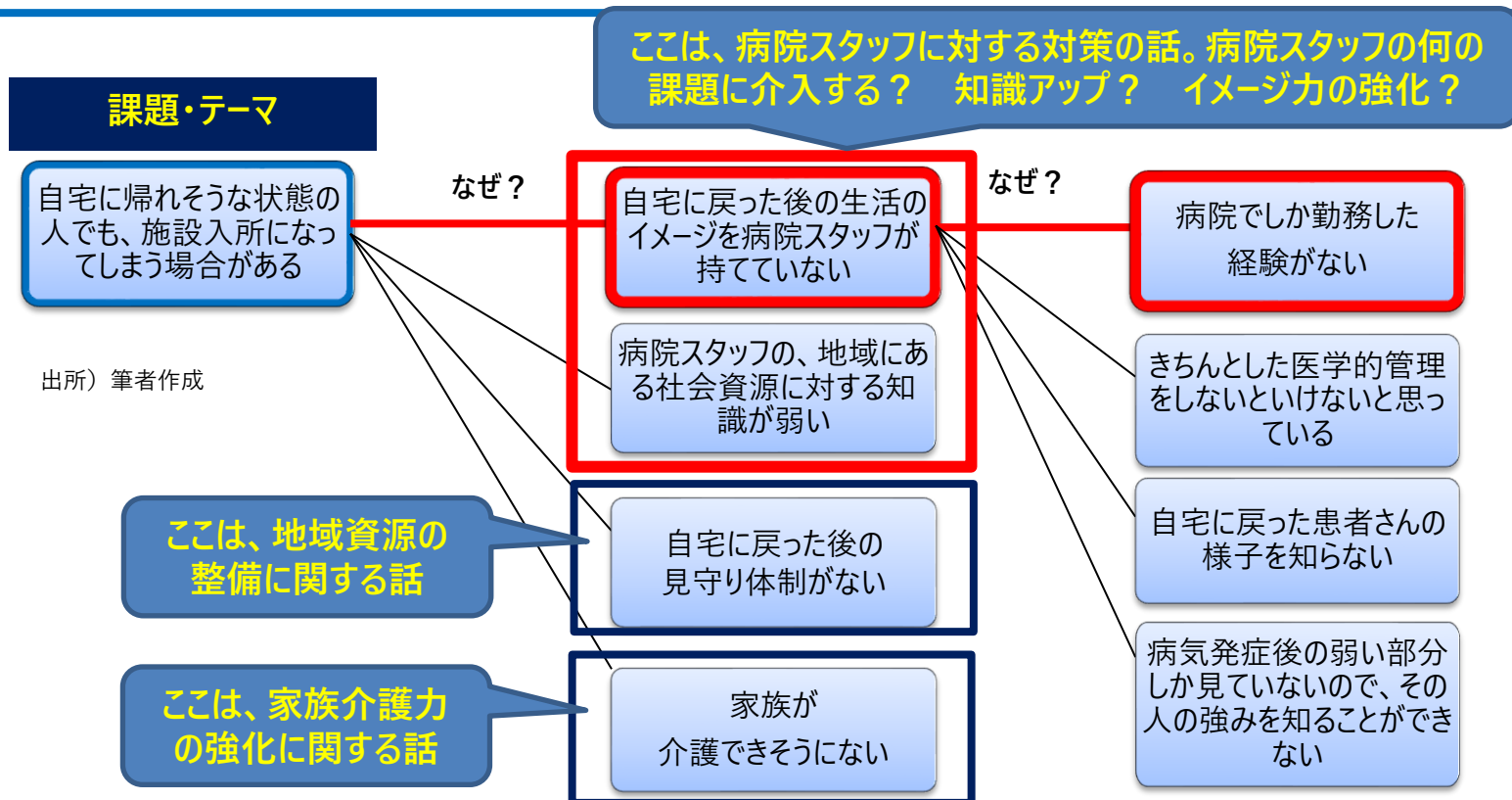
その結果

- 誰・何に対して対策を打つのか、その対象が明確になる。
- 対策の内容が具体的になる。
- 効果的な対策をうつことができる。

ロジックツリーを使って、真の原因を推察し、対策の内容を考える

ポイント

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



誰・何に対して、どんな対策を打つのか？

—効果的な対策になりそうかを意識して—

【演習2】真の原因は何かを考える

(テーマ：誤嚥性肺炎で入院した要介護者に対し、退院後の再発防止に向けた適切なケアプランが作成されるためにはどうしたらよいか？)

目指す姿

誤嚥性肺炎で入院した要介護者に対し、退院後の再発防止に向けた適切なケアプランが作成されることによって、退院後早期に再発を起こす要介護者の割合が減少していくこと。

現状

ケアプランを専門職と一緒に点検したが、その際、誤嚥性肺炎で入院した要介護者の再発防止に向けた検討と対策が十分ではないケアプランが散見された。



【問1】なぜ、誤嚥性肺炎の再発予防に向けた検討が十分ではないケアプランになっているのでしょうか。考えられる原因を挙げてみて下さい(最大3つ)。また、最も解決が必要と思った原因に✓を付けて下さい。

	考えられる原因	最も解決が必要な原因
原因1	・適切な対応策のない本人家族ニーズ中心の「御用聞き」プランになっている	<input type="checkbox"/>
原因2	・嚥下機能評価ができていないため誤嚥の原因と必要な対応がチームで共有されていない	<input type="checkbox"/>
原因3	・再発防止のために評価、支援する人材が不足	<input checked="" type="checkbox"/>



【問2】問1で挙げた「最も解決が必要」と思われた原因はなぜ生じているのでしょうか？考えられる原因を挙げてみて下さい(最大3つ)。また、最も可能性が高いと思った原因に✓を付けて下さい。

	考えられる原因	最も可能性が高いと思った原因
原因1	・NSTチームの拠点となりうる機関や組織が地域にない	<input checked="" type="checkbox"/>
原因2	・病院のNSTチームを地域資源として活用できていない	<input type="checkbox"/>
原因3	・ケアマネがNSTの役割や必要性を知らない	<input type="checkbox"/>

【演習3】 真の原因に対して対策を考える

(テーマ：誤嚥性肺炎で入院した要介護者に対し、退院後の再発防止に向けた適切なケアプランが作成されるためにはどうしたらよいか？)

目指す姿

誤嚥性肺炎で入院した要介護者に対し、退院後の再発防止に向けた適切なケアプランが作成されることによって、退院後早期に再発を起こす要介護者の割合が減少していくこと。



現状

ケアプランを専門職と一緒に点検したが、その際、誤嚥性肺炎で入院した要介護者の再発防止に向けた検討と対策が十分ではないケアプランが散見された。

【問1】演習2で考えた真の原因を記載下さい

真の原因

・NSTチームの拠点となりうる機関や組織が地域にない



【問2】現状を目指す姿に近づけるためにはどうしたらよいでしょうか？

そのための対策（誰に対するどんな対策か）を、真の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
対策1	病院のNSTチーム	地域支援として地域のケアチームの要請により出張アセスメントや支援指導にあたる
対策2	病院のNSTチーム	誤嚥性肺炎の全患者について、退院時に機能評価とケア計画をケアマネに退院時情報として提供する
対策3	区医師会	歯科医師会や関係事業所と協力して誤嚥性肺炎対策チームを組織して、地域ケアチームの要請でチーム支援にあたる

根本原因をおさえると、具体的かつ効果的な対策を検討することができる (東京都稲城市の検討例)

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ

【入退院】家族の介護力が活かされず、退院できない、あるいは在宅サービス頼りの事例が多い

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿

・退院時に、必要かつ十分なサービスが提供され、再発が予防でき安心した療養生活を送れる

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

原因1

・家族の介護力が把握できていない

原因2

・ケアマネはサービス不足での悪化防止を重視

原因3

・老々介護や8050等、介護力低い家族増

原因4

・病院スタッフは在宅療養のイメージ乏しい

最も大きな原因

・家族に療養生活の介護を説明し、体験しながら介護力を把握する機会や視点が乏しい

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

	誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1	・病院スタッフ	・ケアマネや訪看だけでなく、家族に療養生活を説明する機会を作る
対策2	・ケアマネ、訪看	・退院後、1カ月以内は家族に介護/看護(吸引等)を教える期間とする
対策3	・病院	・体調の悪化時は、優先して再入院できる体制を取る

【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	・家族に介護方法を説明する事例の増	・ケアマネ向けアンケート
期待値2	・退院事例の増	・病院向けアンケート、ヒアリング
期待値3	・介護に参加する家族の増	・ケアマネ向けヒアリング、介護する家族へのヒアリング

【ポイント4】

ゴールを設定した上で、ゴールに至る対策の手順を考える



その結果

- 関係者間でゴールが共有できる。
- 少しずつゴールに近づくことができる。
- 各期で、何に取り組むのか、何を指標とするかの全体像がイメージできる。

【テーマ】本人が希望する場所で人生の最後まで暮らし続けられるためには どうしたらよいか

<目指す姿>
本人が希望する場所で、人生の最後まで
暮らし続けられる

要因分析

(本人の要因)

- 在宅での看取りは無理だと思っている
(イメージがない)
- 望む看取られ方を語られない
- エンディングノートを継続して書いてもらえない

(専門職側の要因)

- 本人の意思を確認できていない
- 自身の物差しや知識で「在宅は無理」と判断してしまう

対策

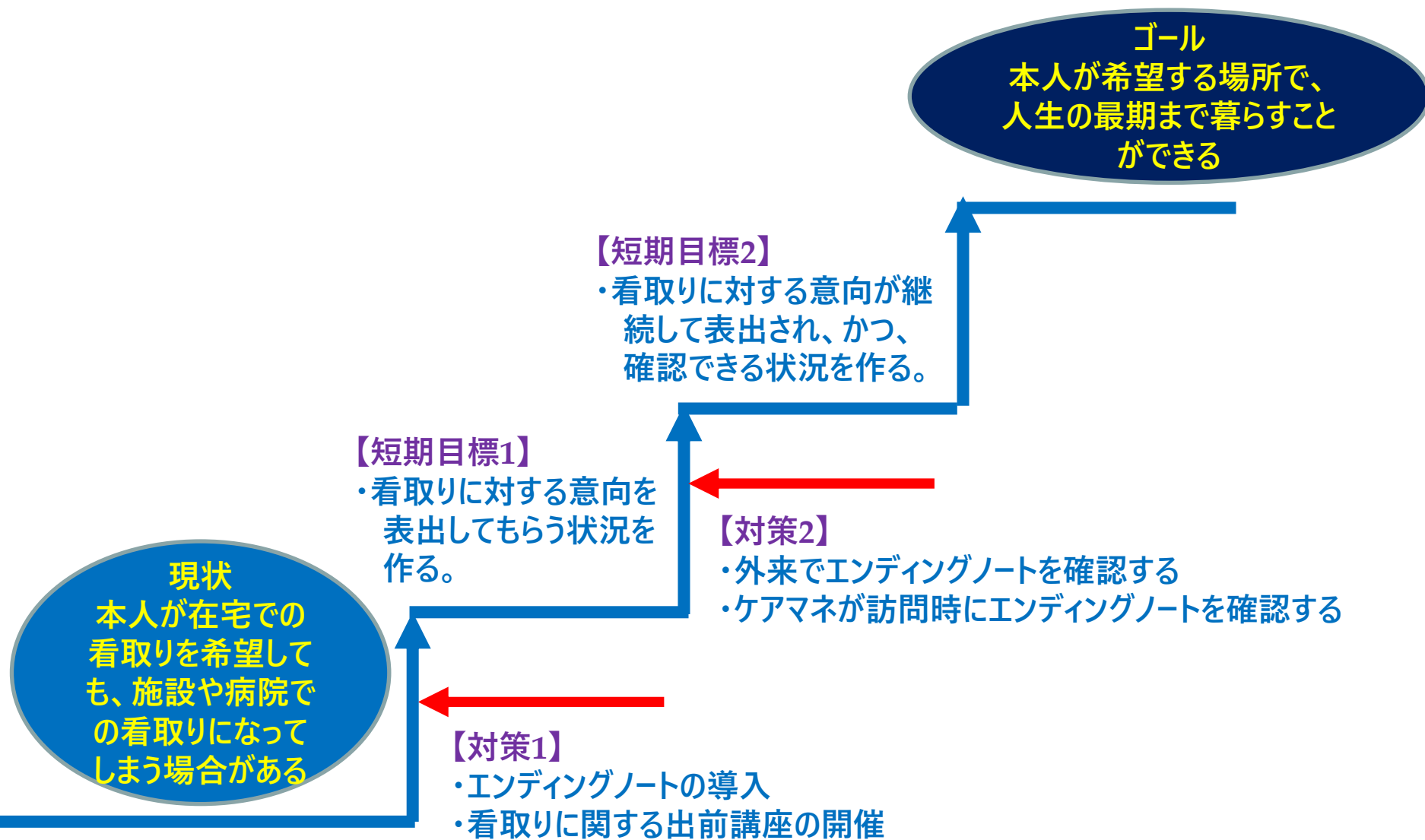
- 【Step1】エンディングノートを普及させ、本人の意思が表出される状況を作る
- 【Step2】本人の意思を把握するキーパーソンを決める
- 【Step3】定期的に関わる職種(外来看護師、ケアマネ、包括支援C等)がエンディングノートの内容を定期的に確認する
- 【Step4】キーパーソンが情報を集約した上で、関係者間で共有する
- 【Step5】本人の意思に沿った支援を展開する(そのための提供体制は必要)

<現状>

様々な理由により、本人が希望する場所で、人生の最期まで暮らし続けられない場合がある

ゴールを意識しながら、短期目標達成に向けた対策を実行する

図. ゴール到達までの展開イメージ



前回の演習に対する回答例

【演習1】ゴール設定とゴールに至るプロセスを考える

目指していること（ゴール）

エンディングノートを活用して、関係者が本人の意向とその変化を確認・共有できること。さらに、これを通じて、本人の意向に沿った看取りが地域で進んでいくこと。



【ゴールに達成するために必要な要素を挙げる】

要素1	・エンディングノート（ENと略）がある
要素2	・ENの存在が住民・専門職・救急隊・救急医療機関に周知されている
要素3	・ENの書き方を住民が知っている（教える場がある）
要素4	・ENの記載内容やその変化を 確認する人 がいる（外来看護師、薬局、ケアマネ・包括...）
要素5	・ENの記載内容やその変化を把握し、必要に応じて 関係者と共有するキーパーソン がいる
要素6	・本人の在宅生活を支えるサービスや支援がある（訪問診療・訪問看護・訪問服薬指導・訪問栄養指導・訪問介護・ショートステイ・短期入院など）
要素7	・救急搬送の要請があった場合に、救急隊も本人の意向を確認するとともに、主治医にも救急隊が確認する仕組みないしルールがある。

Step1

ENを新たに作成する／既存のENを活用する／お薬手帳を活用する



Step2

ENを周知する(住民向け・専門職向け・救急隊向け・救急病院向け)



Step3

ENの記載方法を教える場を用意する(住民向け研修会など)



Step4

ENの内容を確認する担当者と確認方法を検討し、方法を固める(外来Nrs、薬局、CM・包括など)



Step5

ENの内容を把握し、関係者に周知するキーパーソンを決める(住民ごと)



Step6

通常対応(訪問診療・訪問看護・訪問介護など)と緊急対応できる医療機関を把握する
医療的対応+ショートステイできる医療機関や事業所を把握・確保する



Step7

救急関係者と医師会などを入れた検討会で救急搬送時の対応手順を検討し、ルール化する

【ポイント5】

目的を意識した上で、対策に期待したことを整理し、
現状と比べる



その結果

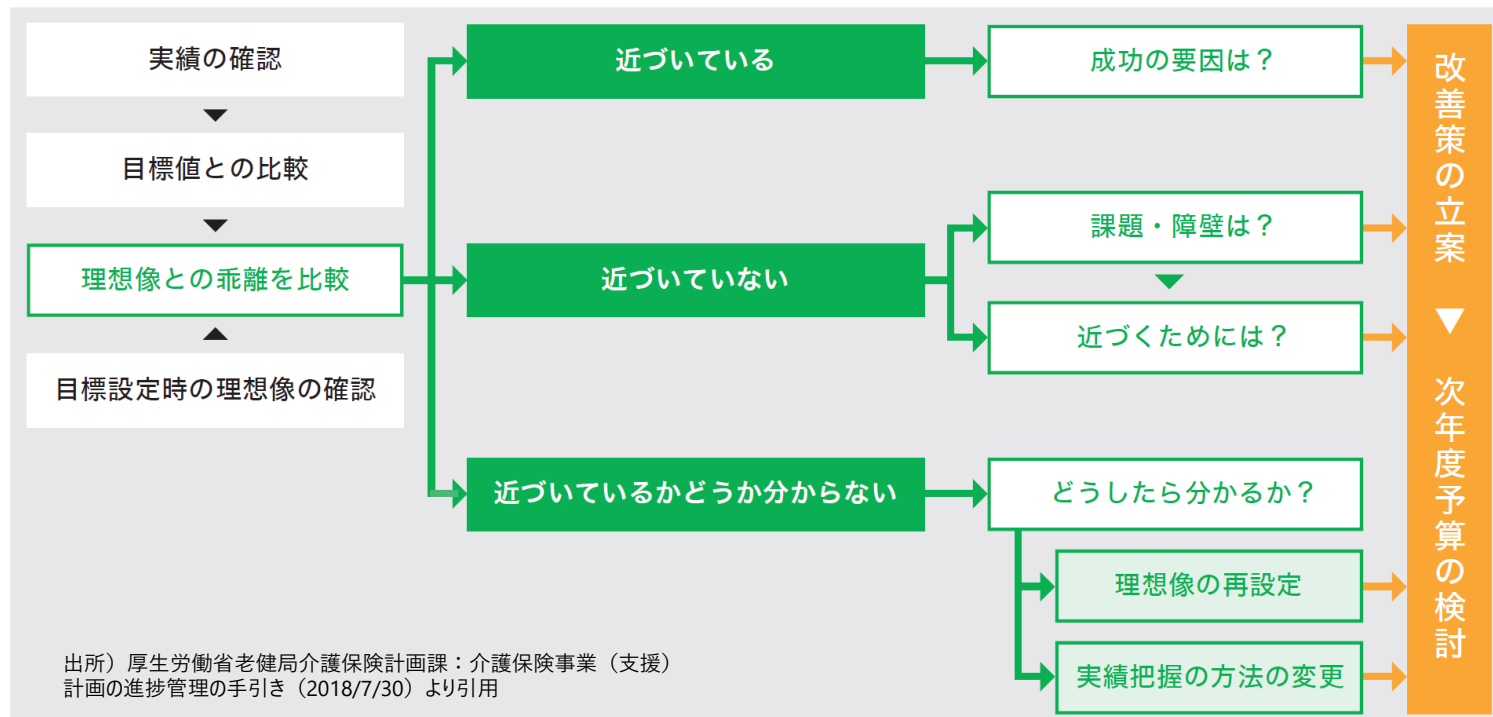
- 対策に期待したことを再認識できる。
- 何の現状を見に行けばよいかのイメージを持つことができる。
- 何が達成できたのか、できなかったのかを整理することができる。

「評価」とは、期待した効果・成果の達成状況を確認する作業のこと

ポイント

- 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。
- 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！
- 効果確認は、「現在の施策や事業のどの部分をどのように改善するか」のヒントを得るために行うもの。効果確認自体が目的ではありません！

図.評価の手順



どうやって対策に期待したことを整理するか？

－現行の手段から目的を考えてみよう！－

図. 施策(手段)から目的を考える思考の展開例

目的は「施策に期待したこと(評価の視点)」でもある

認知症サロンを整備する (手段)

何のために整備する？
【対本人】

- ① 外出機会を増やす
- ② 楽しい時間を過ごす
- ③ 生活リズムを作る など

何のために整備する？
【対家族】

- ① 負担軽減(身体・精神)
- ② 自由時間の確保
- ③ 仲間作り など

何のために整備する？
【対専門職・行政】

- ① 家族へのヒアリングを通じた本人の意向の把握
- ② 本人及び家族の支援ニーズの把握 など

何のために外出機会を増やす？

- ・ 活動量を増やす ため
- ・ 認知機能の進行を遅らせる ため

何のために仲間作りをする？

- ・ 悩みを共有する ため
- ・ 対応のコツを共有する ため
- ・ 相談相手を見つける ため

何のために支援ニーズを把握する？

- ・ 本人／家族の意向やニーズに沿った支援策を検討する ため

何のために、①支援ニーズの把握、②外出機会の確保、③家族同士の交流促進を図るのか？
⇒ **在宅生活の継続性を確保するため(これが上位の目的)**

【ポイント6】

解決したいテーマを決めて、一連のPDCAサイクルの展開を
考えてみる



その結果

- 目指す姿の設定～解決したい具体的テーマの設定～要因分析と対策の検討～評価までの一連のPDCAサイクルを意識することができる。
- 今の対策で課題が解決できそうかを確認できるので、より整合が取れた対策、効果につながる対策が打てるようになる。

4つの場面別に、目指したこと～原因と対策～期待した効果・成果を整理する

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、スムーズに在宅生活をスタートさせることができる	<ul style="list-style-type: none"> 退院後のケアプランが適切に作成されることによって、①退院後の再発予防、②必要サービスの導入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退院支援ルール作成、②退院前ケアカンファレンスへのケアマネの参加促進、③病院とケアマネ間の情報共有の具体化など）の対策に取り組んだ。 また、介護人材不足を鑑み、家族の介護力向上を図る対策にも取り組んだ。 	<ul style="list-style-type: none"> 再入院する要介護者が減少する 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

個々の具体的なテーマに対し、一連のPDCAサイクルを考えてみる (東京都稲城市の検討例)

【問1】取り組みたい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ

【入退院】家族の介護力が活かされず、退院できない、あるいは在宅サービス頼りの事例が多い

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿

・退院時に、必要かつ十分なサービスが提供され、再発が予防でき安心した療養生活を送れる

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

原因1

・家族の介護力が把握できていない

原因2

・ケアマネはサービス不足での悪化防止を重視

原因3

・老々介護や8050等、介護力低い家族増

原因4

・病院スタッフは在宅療養のイメージ乏しい

最も大きな原因

・家族に療養生活の介護を説明し、体験しながら介護力を把握する機会や視点が乏しい

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

	誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1	・病院スタッフ	・ケアマネや訪看だけでなく、家族に療養生活を説明する機会を作る
対策2	・ケアマネ、訪看	・退院後、1カ月以内は家族に介護/看護(吸引等)を教える期間とする
対策3	・病院	・体調の悪化時は、優先して再入院できる体制を取る

【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	・家族に介護方法を説明する事例の増	・ケアマネ向けアンケート
期待値2	・退院事例の増	・病院向けアンケート、ヒアリング
期待値3	・介護に参加する家族の増	・ケアマネ向けヒアリング、介護する家族へのヒアリング

3. あるべき事業展開プロセスとは

事業のあるべき展開プロセスとは

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



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

①提供体制

②連携

③住民・専門
職の意識

④情報共有
など

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



最終ゴール及び当面の到達点を設定する



要因分析を行い、目標達成につながる効果的な対策を考える



対策を実行する (専門職・住民・行政が役割分担をしながら)



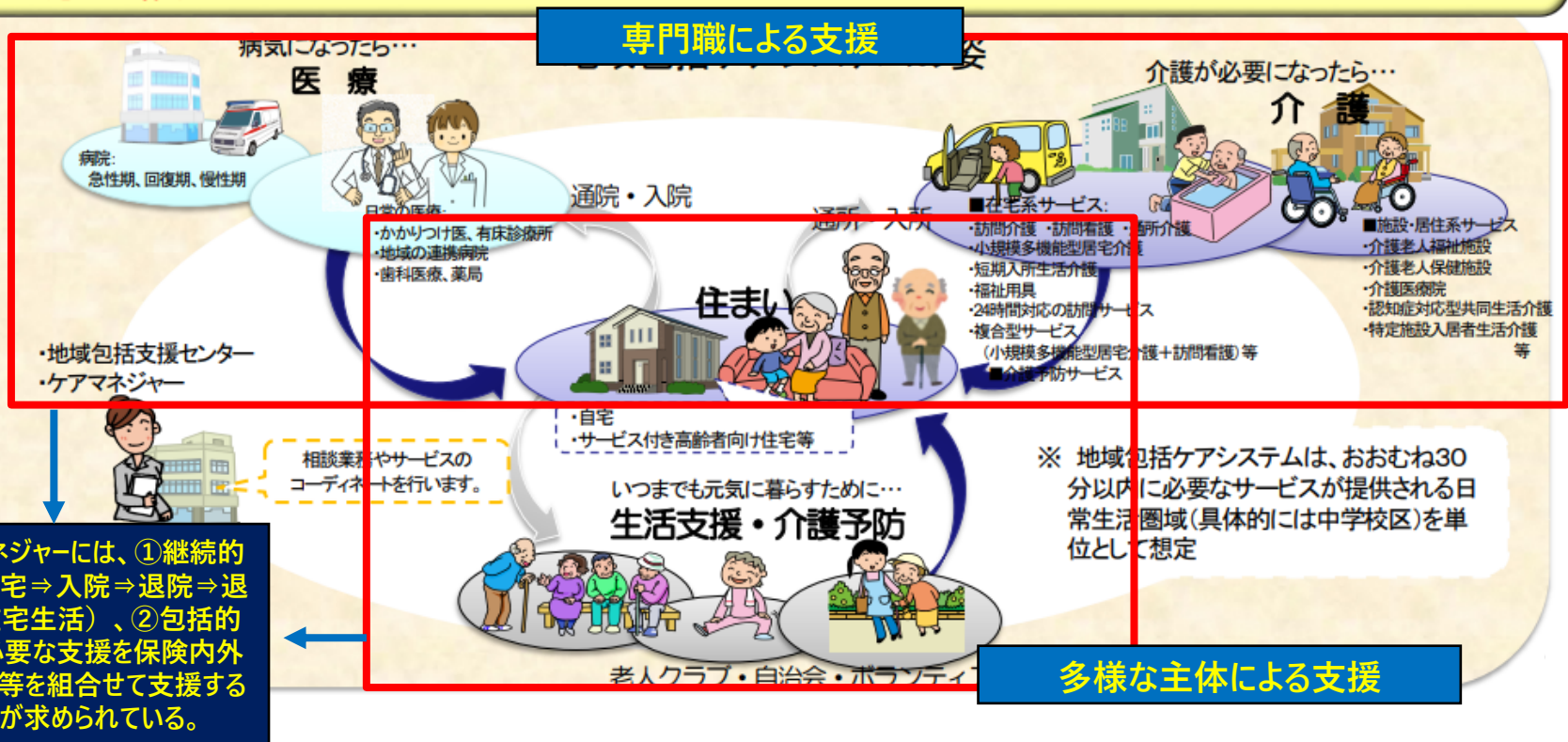
進捗状況 (体制・利用状況・効果など) を、指標を置いて確認する

4. コーディネーター・行政の役割とは

ー生活支援コーディネーターを例に考えるー

地域包括ケアシステムの目的を達成するためには、 「専門職による支援」と「多様な主体による支援」の両方が必要

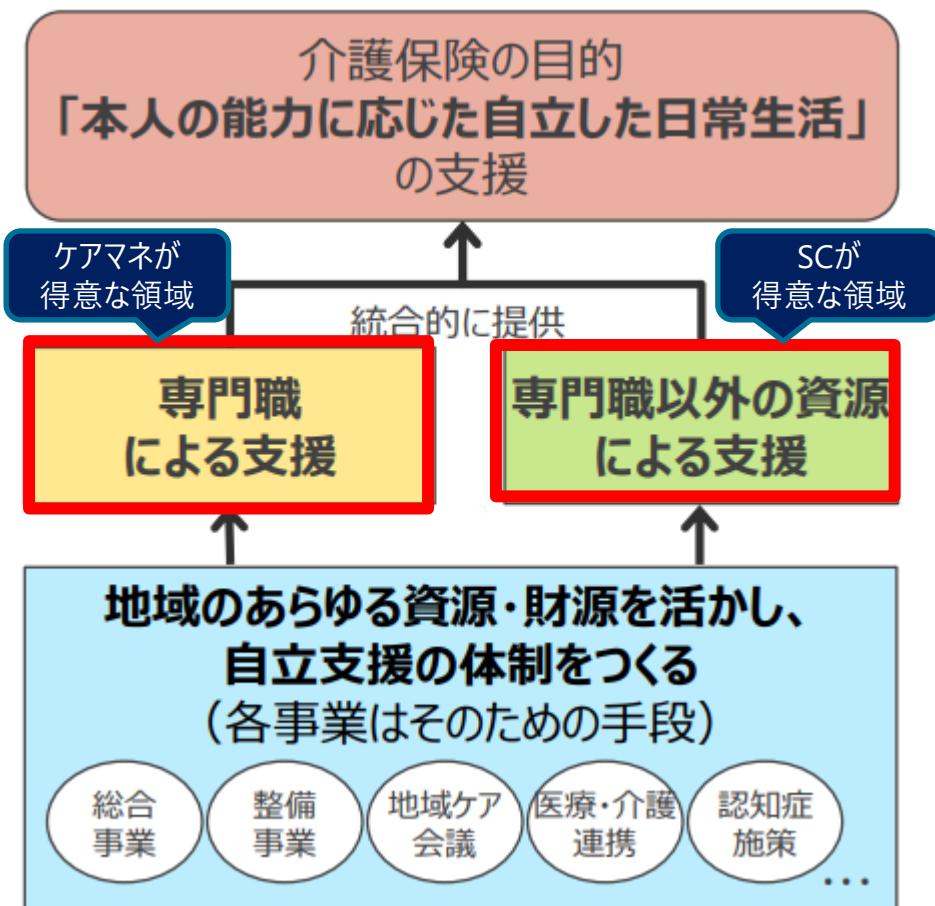
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、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



生活支援コーディネーターと協議体に求められる機能とは何か

―目指す姿を達成するためには、得意領域を生かしあった両者の連携が必須―

図. ケアマネとSCの協働の必要性



SCと協議体に求められる機能

- 日常生活ニーズ調査や地域ケア会議等により、地域の高齢者支援のニーズ及び地域資源の状況について十分把握し、地域における以下の取組を総合的に支援・推進する。
 - ① 地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起
 - ② 地縁組織等、多様な主体への協力依頼などの働きかけ
 - ③ 関係者のネットワーク化
 - ④ 目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一
 - ⑤ 生活支援の担い手の養成やサービスの開発
 - ⑥ ニーズとサービスのマッチング（2層のみ）

- 行政は、会議を招集する強い力を有している。
- 行政は、シナリオに沿った会議運営は慣れているが、参加者の意見をまとめる手法は苦手。
- 参加者の意見をまとめたい場合は、①研修会などを活用する、②会議の司会やグループワークの進行を包括やSCに任せるなど、それぞれの得意分野を生かした連携・協働が必要となる。

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