

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 4 人に 1 人が高齢者となった。また、高齢者のうち 1,000 万人以上が 80 歳以上となり、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。

医療体制の再編で入院医療機関の平均在院日数は短縮しており、高齢者が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」「公助」の視点の中でも、少子高齢化を背景に「自助」「互助」の必要性が高まる中で、高齢者自身も自らの健康に意識を向けて、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、高齢者のセルフマネジメントに着目して、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、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。

先行研究から、慢性疾患を抱え、医療と介護を循環する高齢者の支援を行うには、医療と介護の連携は不可欠であることから、モデル事業に参加した地域には、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、地域で再発リスクの高い高齢者が自ら再発防止に取り組むセルフマネジメント支援は、高齢者の潜在的な自助力を引き出すとともに、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。詳しくは本報告書の各地域の取組をご覧いただきたい。なお、高齢者のセルフマネジメント支援に地域で取り組むことで、医療と介護の連携がより強固なものとなったことを付記したい。

最後に、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は、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. 松戸市版実施要綱.....	173

第1章 事業の概要

1. 事業の目的

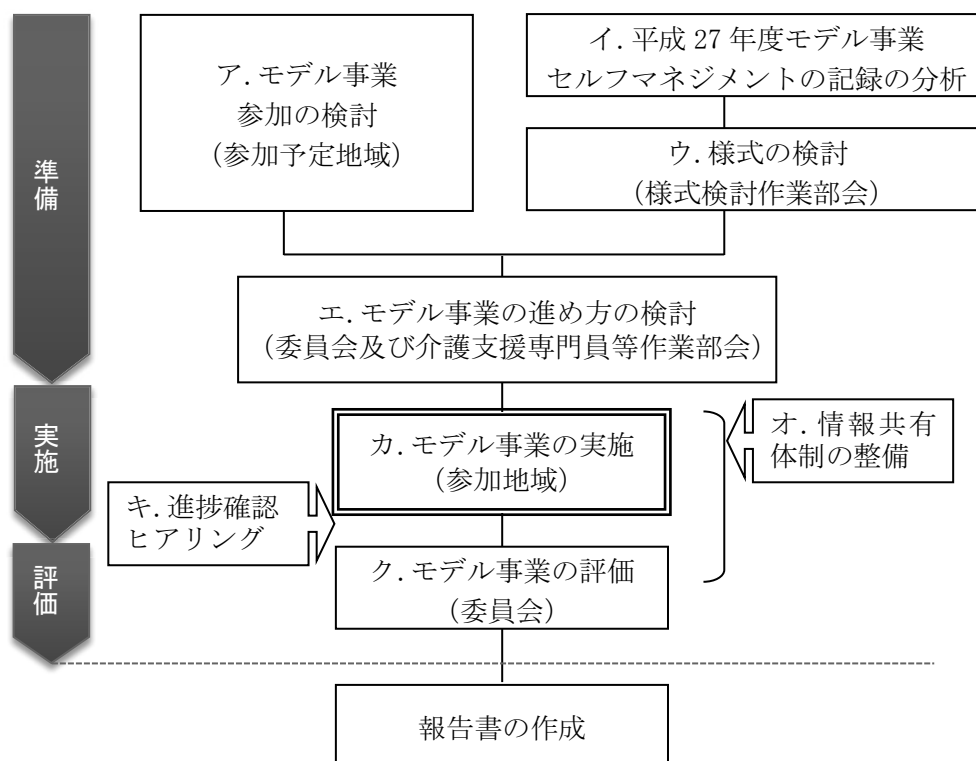
本事業の先行研究である平成 27 年度「要支援・要介護者に対する入退院時等における継続的な支援を実現するための介護支援専門員支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業」(以下、平成 27 年度モデル事業)においては、脳血管疾患有病者をターゲットとして、再発防止のためのセルフマネジメントを支援するモデル事業に取り組んだ。その結果、介護支援専門員(以下、ケアマネジャー)等の伴走者がいることが、再発防止に取り組む動機づけとなること、また脳血管疾患という既往症を抱えた高齢者を介護職が支援するには、医療職と連携することが必要となり、医療と介護の連携が図られることが確認できた。その一方で、使用した各種ツール(情報連携シートやセルフマネジメントシート)には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、他の疾患についてのセルフマネジメントの在り方やその有効性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、脳血管疾患だけでなく、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.モデル事業の進め方の検討											
	オ.情報共有体制の整備 (サイボウズ)			準備	運用							
実施	カ.モデル事業の実施 (12 地域)											
	キ.進捗確認ヒアリング											
評価	ク.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								
	作業部会 様式検討	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	②③								

(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 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、新たな様式の開発を行った(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、MCI¹）をスクリーニングする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. モデル事業の進め方の検討

モデル事業に参加する地域による委員会及び介護支援専門員等作業部会等を組織し、モデル事業の進め方と使用するツールについて検討を行った。

オ. 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、情報共有をサイボウズで行うこととした。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

カ. 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。（第 4 章参照）

キ. 進捗確認ヒアリング

各地域の取組状況を把握するため、現地を訪問し関係者にヒアリングを行った。

評価

ク. 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、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

本事業の実施に際し、学識者及び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 26 名で、参加地域については医療機関及び自治体から各 1 名、最大 2 名を基本に委嘱を行った。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。

¹ Mild Cognitive Impairment

■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	大茅賀 政昭	国立保健医療科学院 研究員

■モデル事業参加（予定）地域

(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	山崎 智子	市民福祉部長寿福祉課 地域包括支援センター 課長
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、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10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
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

<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

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

<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章に記載している。

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	第 1 回様式検討作業部会全体会議 18：00-20：50 於：東京
6 月 24 日	第 1 回認知症様式作成班会議 20：00-22：00 於：兵庫
6 月 29 日	第 1 回様式改訂班会議 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	第 2 回認知症様式作成班会議 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）
	第 3 回認知症様式作成班会議 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	第 1 回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	第 2 回様式改訂班会議 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)	- 平成28年度モデル事業について －実施概要説明 - 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 - 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 - サイボウズの運用について 【配付資料】 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)	- 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 - 平成28年度のまとめと今後に向けて 【配付資料】 ※各地域作成資料
第2回② (3月17日)	- 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 - 平成28年度のまとめと今後に向けて 【配付資料】 ※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)	1. 平成28年度モデル事業について －実施概要説明 2. 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 【配付資料】 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) 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 「サイボウズ利用の手引き」

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)	1. 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 2. 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 3. 今後の進め方 【配付資料】 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） 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 資料3 平成28年度調査研究事業 スケジュール（案） 参考資料1：平成27年度調査研究事業報告書 参考資料2：平成26年度調査研究事業報告書 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） 参考資料4：ICFコード（筒井WGリーダー）

■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

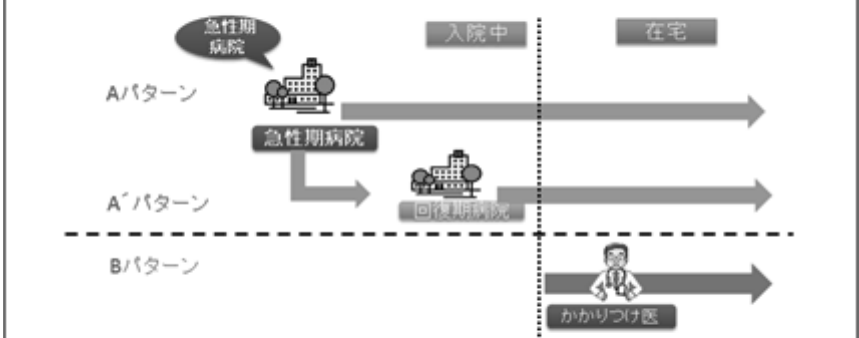
1 回目 (6 月 24 日)	認知症様式の検討①
2 回目 (7 月 1 日)	認知症様式の検討②
3 回目 (7 月 20 日)	認知症様式の検討③

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)	<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> 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。 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。 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。 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。 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 医療機関 地域包括支援センター等 ケース検討会議
支援者	- 市町村及び特別区 - 医療機関（急性期病院、かかりつけ医） - 医師会 - 地域包括支援センター 等
伴走者	ケアマネジャー
支援対象者	【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 【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 【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

	モデル事業の取組パターン・対象者等 ●取組パターン Aパターン：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パターン：すでに退院している患者のセルフマネジメント支援  ●対象者 Aパターン：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パターン：現在、在宅生活を送っている高齢者
伴走で使用した様式	第 2 章-1-（2） 参照
参加した地域	全国の 11 地域 ①千葉県松戸市、②東京都文京区、③東京都武蔵野市、④東京都国立市、⑤新潟県上越市、⑥福井県越前市、⑦長野県駒ケ根市、⑧岐阜県大垣市、⑨岐阜県高山市、⑩兵庫県多可町、⑪広島県庄原市総領地域

（２）使用した様式²

支援対象者及び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发点となるため、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、在宅が出发点となるため、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）

² 様式番号は本報告書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。

■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。

入院時情報聞き取り表			
病状説明	月	日	時 分 ~ 時 分 日
カンファレンス	月	日	時 分 ~ 時 分 日
担当			
病院名	電話番号		
担当科名	(フリガナ)	電話番号	
入院時の所見(重症度判定)			
(通院の見込みについて)			
(年 月 日)			
病状説明			
(通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」など支援対象者の病識等を把握するための様式。伴走者が支援対象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
疾患の理解	
・ 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
悪化因子の理解	
・ 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
予防の方策	
・ 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(~ ng/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いけないか理解している	1. はい 2. いいえ

■様式3：セルフケアプラン（居宅サービス計画書 第2表）

ケアマネジャーが日頃ケアプラン作成時に使用している「居宅サービス計画書 第2表」を活用して、様式1及び様式2の情報から、支援対象者のセルフケアプランを作成いただくことを想定した。なお、セルフケアプラン作成の負荷の軽減を図るため、既にケアプランを作成している支援対象者の場合は、ケアプランにセルフマネジメントの項目を追記いただくこととした。

第2表									
居宅サービス計画書(2)									
利用者の氏名		性別		作成年月日 年 月 日					
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	長期目標	短期目標	短期目標	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
脳卒中を再発せずに在宅生活が継続できる	1 脳卒中の病気を理解することができる	脳卒中の症状を再発予防について説明を受ける	①リスクの説明 ・脳卒中の発生の症状 ・脳卒中の原因 ②予防策の説明 ・服薬管理 ・健康管理(血圧・脈拍) ・食事・運動・睡眠 ・生活リズム ③脳卒中の病気に関する本人の理解状況を確認する ④脳卒中について理解する ⑤脳卒中について、かわらないことを主治医や看護師に質問する	主治医の診療			月〇回		
	2 再発予防に取り組むことができる	・定期的な診察を続ける ・内服薬を処方通りに続ける ・再発予防の取り組みを一緒に確認する	①自分で記録して確認する 血液検査結果を把握する ②モニタリング・セルフケアの記録や取組みの話を聞く ・健康管理(血圧・脈拍) ・食事管理・体重管理 ・運動量管理・生活リズム、睡眠 ・血液検査結果の把握	主治医の診療 本人 家族 訪問看護 本人 本人 家族、訪問看護			月〇回 毎日 毎日 週〇回 毎日 診察時 週〇回		
	3 脳卒中の再発時には早期に対応できる	・脳卒中の再発時には早期に受診行動ができる	緊急時の対応を話しあう ・症状に気がついたときに主治医に連絡する ・体調が気がかりな時に受診する 今後の生活に関する方針や希望を家族と話しあっておく	本人、家族 本人、家族 本人、家族 本人					

■様式4：健康管理表

セルフケアプランに基づいて、支援対象者が日々取り組むべき内容を管理する様式。なお、健康管理表に記載している項目（食事・水分・対中・血圧・薬・体の不具合）は例示であり、支援対象者の状況に合わせ健康管理表を作成いただくこととした。

健康管理表 <脳卒中中用>								
月日	月	火	水	木	金	土	日	頻度
朝食								
昼食								
夕食								
水分								
体重								週1回
血圧	／回	／回	／回	／回	／回	／回	／回	
薬	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	
体の不具合	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	
(具体的に)								

■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り組み内容（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 (本欄空白)	チェック 欄
疾患の理解				
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 つまずいたり、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			
悪化因子の理解				
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		
予防の方策				
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		
血圧測定や血液検査を行った場合				
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。分析対象事例は 37 事例で、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。（視点 1）
- 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。（視点 2）
- 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、4 割にはサービス種別に「本人」の記載がなかった。（視点 4）
- 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。（視点 3・視点 5）
- 1～5 の情報連携に係わる様式が揃っていたのは 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、9 事例中 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に網かけ。

※0は様式はあるが確認できなかったことを、-は様式が無く確認できなかったことを示す。

No.	1.医療機関との連携有無	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
計	12	8	34	23	35	3.03	9

■様式がすべて揃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SM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、SM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する/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ことを確認	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を関係者に周知する	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自身ができ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・躓き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記録や取組の話を聞く ・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/自分の適正值(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・自宅で行え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	-		自宅ですべての体操を行う	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た。一方、再発防止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ける医療職による支援の必要性が示唆された。

■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、状態が悪化した可能性があるケースの対応まで明示しておらず、たとえば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か月後も大半が守られていた。これについては、伴走者から、伴走者がいることがセルフマネジメントの動機づけとなったと、伴走者の存在を評価する意見が寄せられた。

■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、取り組み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かったため、情報が連動していることがわかるよう工夫する。
- ・ 本人が取り組むべき再発防止の取組目標が明確に設定されていない事例が多く見られたことから、目標設定を意識させるよう工夫する。
- ・ 目標達成に向けた取組（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	・ 一般的にケアマネジャーは、医療情報を文章で記入するのは難しい。コメント記入式ではなくチェックリストのようなフォーマットで、医療情報も在宅側がほしい情報に転換できるシートを検討する。
様式 2	病状セルフチェック表	・ 項目が多いため、必要な項目を選択できるようにする。 ・ ケアマネジャーは適正な数値まではわからないため、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か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。
様式 3	居宅サービス計画書	・ 要介護者の場合、ケアプランとセルフケアプランの 2 種類を作成するのは煩雑である。セルフマネジメントの目標例などを示し、ケアプラン作成の効率化を図る。 (明確な目標例：松戸市の例) *ワインを一日 70ml まで *起床時：ベッドで腰上げ 50～70 回(毎日)、屈伸運動 50 回くらい(毎日) *散歩：週 4 回 300m (40～55 分くらいかけて) (注) 散歩中に転倒後の散歩はとりやめる。
様式 4	セルフアセスメント表	・ 確認のタイミングや対象期間が不明確である。 ・ 適正な数値がわからず、適切な数値目標の設定につなげられなかったことから、目標設定における医療職から情報を得られるよう医療との協働を明確にする。
様式 5	健康管理表	・ 本人及び家族の記入負担が大きい（項目数や頻度等）ので、記入しやすいよう工夫する（○×式や選択式等）。 ・ 電子化も検討する（麻痺がある事例では電子媒体が良い場合もある）。 ・ ケアマネジャー（主に福祉系）は健康管理表に記載されている内容を評価できない（食事内容が適切か等）ため、医療職や保健指導担当者（保健師や栄養士等）との連携体制を事前に整備する。 (必要な指導の例) *禁煙 *塩分過剰摂取 *内服薬管理 *調理指導 *食事指導 等

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年度モデル事業の課題を踏まえ、様式の改訂について検討を行った。様式の改訂に際しては、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、また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において、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表とし、提供（1表）と受領（2表）する情報が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した。
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、セルフケアプランを作成する。	居宅サービス計画書 第2表ではなく、介護予防ケアプランの様式をベースに変更した。
	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、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	- 調査日の看護必要度 B 得点 - 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 - 認知症リスクに係わる項目（23 項目） - 血糖に関する情報	- 認知症リスクに係わる項目（23 項目） - 血糖に関する情報

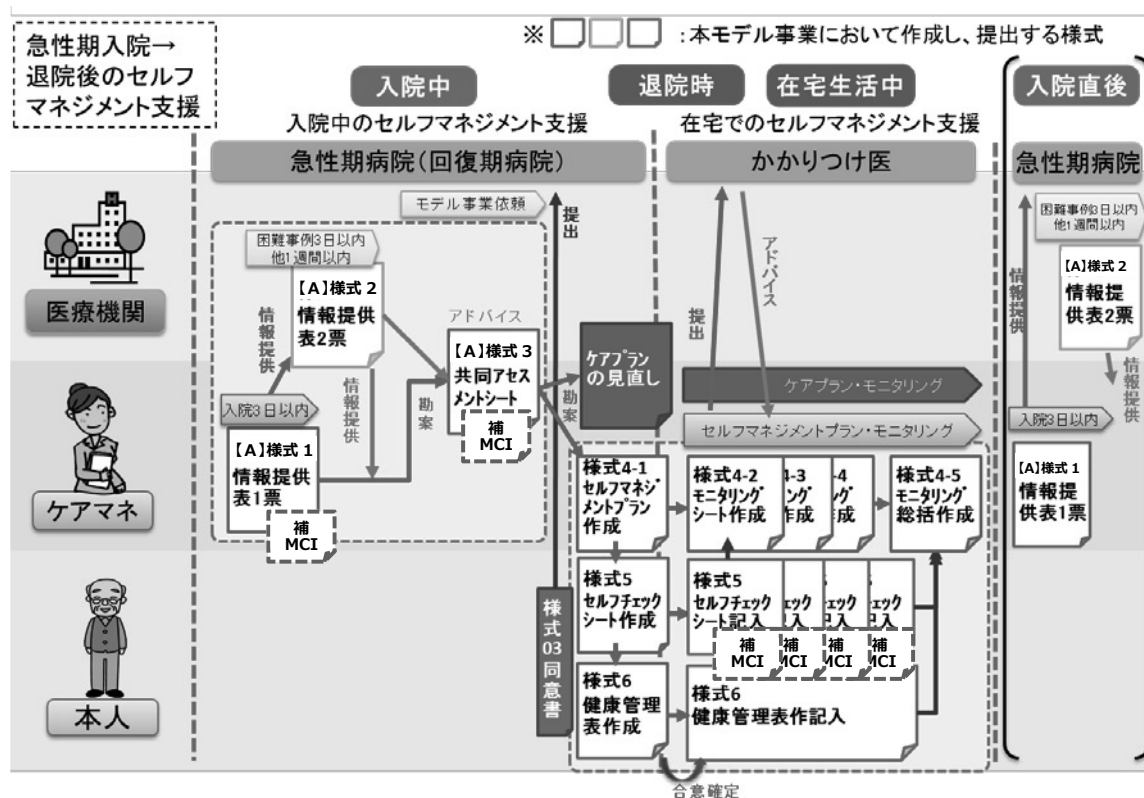
2. 平成 28 年度モデル事業の様式

(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 11 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 ₁ パターン	様式 1	情報提供書 1 表	入院時 (3 日以内)	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 (1 週間以内)	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 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		
	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	使用するタイミング	様式 NO	様式名	使用者(提出先)
(入院中) 情報連携	入院 3 日以内	様式 1	情報提供書 1 票	伴走者(入院医療機関へ)
		様式 1_補	MCI モニタリングシート	
	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	共同アセスメントシート	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)
(在宅) セルフマネジメント	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 ※支援対象者とシートを作成	支援対象者と伴走者で作成
		様式 6	健康管理表 ※支援対象者とシートを作成	
	モニタリング 1 回目	様式 4-2	セルフケアモニタリングシート	伴走者
		様式 4-2_補	MCI モニタリングシート	
		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	セルフケアモニタリングシート	伴走者
		様式 4-3_補	MCI モニタリングシート	
		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	セルフケアモニタリングシート	伴走者
		様式 4-4_補	MCI モニタリングシート	
		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	セルフケア総括シート	伴走者
		様式 4-5_補	MCI モニタリングシート	
		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。

[illegible][illegible][illegible]

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	☐ 受診 ☐ 訪問診療 ()回/月

ジェノグラム(関係図)

--

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

入院前の状況

病識 (本人・家族の理解)	(対象疾患:)
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:)

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	

(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)
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→支援伴走者: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)										
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(病状)
病状在宅生活を視野に入れた記載をお願いします。

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	☐ 1.なし ☐ 2.あり (具体的な状況:)	

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、支援伴走者から提供された、【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+支援伴行者: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)

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)			

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)			

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
排尿	○ 1.自立 ○ 2.見守り等 ○ 3.一部介助 ○ 4.全介助		合/日まで
方法	○ 1.トイレ ○ 2.ポータブルトイレ ○ 3.リハビリパンツ・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.ポータブルトイレ ○ 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.ふつう ○ 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) → 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 (□ 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、「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:)		

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行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)

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)

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、納得感が高まります。また、担当伴行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。

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.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 0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	☐ 1.できる	☐ 2.何かにつかまればできる	☐ 3.できない
j 移乗	☐ 1.介助なし	☐ 2.一部介助	☐ 3.全介助
k 口腔清潔	☐ 1.介助なし	☐ 2.介助あり	
l 食事摂取	☐ 1.介助なし	☐ 2.一部介助	☐ 3.全介助
m 衣服の着脱	☐ 1.介助なし	☐ 2.一部介助	☐ 3.全介助
n 診療・療養上の指示が通じる	☐ 1.はい	☐ 2.いいえ	
o 危険行動	☐ 1.ない		☐ 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	☐ 1.なし	☐ 2.あり	（点数が付いた直近の日付： ）
②「o」について	☐ 1.なし	☐ 2.あり	（点数が付いた直近の日付： ）

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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 物事を忘れてしまう（入院理由、治療予定、入院期間など）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 しまった物がどこにあるのかわからない	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 病室に戻れないことがある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 ななめに寝ている	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 夕方になるとそわそわし出す（落ち着きがない）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 病室（ベッド）を間違えることがある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 テレビを見ない	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 集中してられない/注意が散漫な傾向がある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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）	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 入院中にせん妄を起こしたことがある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12 促しがないと食事がすすまない	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13 ベッドサイドが散乱している	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14 怒りっぽい・疑い深い	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15 被害妄想（お金・物をとられるなど）がある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16 幻視（ないものが見える）がある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18 熱が出たら対応できない	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19 季節感がない服装をしていることがある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20 身だしなみが乱れている	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21 異臭がすることがある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22 化粧が極端に濃いことがある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23 物を無くすことがある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

0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）	☐ 2. 不明
糖尿病に関する診断の有無	☐ 1. 有 ☐ 2. 無	
糖尿病に関するケアの状況（当院）	☐ 1. インスリン治療中 ☐ 2. 内服治療中 ☐ 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

(4) セルフマネジメントシート

セルフマネジメントシートのシート間で情報が連動するよう工夫した。

セルフケアプラン・モニタリング・総括表で情報を連携

シート間の連動

セルフケアプラン (シート1)

モニタリングシート (シート2)

総括シート (シート3)

取組時点で目標設定

モニタリング時に取組状況から評価

取組時点で状況確認

モニタリング時に取組時点との変化を確認

取組時点で取組内容記載

支援対象者が取組状況を記録し、
伴走者はモニタリング時に取組状況を確認

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)

セルフマネジメント(MCI)支援者のモニタリングシートは、以下の調査も合わせて実施をお願いします。

様式4-3に添付してください。

MCI モニタリングシート

1. 全項目に氏名が記入されている。言葉の使い方に違和感がある

2. 物事を忘れてしまう(人忘れ、忘年会、忘年会、忘年会)

3. しまつた物がどこにあるのかわからない

4. 自分で読めることがない

5. 自分が読めることがない

6. 自分が読めることがない

7. 自分が読めることがない

8. 自分が読めることがない

9. 自分が読めることがない

10. 自分が読めることがない

11. 自分が読めることがない

12. 自分が読めることがない

13. 自分が読めることがない

14. 自分が読めることがない

15. 自分が読めることがない

16. 自分が読めることがない

17. 自分が読めることがない

18. 自分が読めることがない

19. 自分が読めることがない

20. 自分が読めることがない

21. 自分が読めることがない

22. 自分が読めることがない

23. 自分が読めることがない

MCI モニタリングシート

MCI モニタリングシート

取組時点で状況確認

モニタリング時に取組時点との変化を確認

共通 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	＜支援件走者記入＞ 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	＜支援件走者記入＞ 再発防止・重症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
運動・移動		1)
		2)
		3)
		4)
コミュニケーション・対人関係		5)

様式3を転記・必要に記し加筆

(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 様式 4-2～様式 4-4ーセルフケアモニタリングシート

(セルフケア モニタリングシート)

様式 4-2

(対象疾患：)

ID： _____

作成年月日： 年 月 日 ～ 年 月 日

		() 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よい	<支援伴走者記入> 再発防止・重症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) ※見直しがあつた場合のみ記載 【目標】
アセスメント領域と取組着手時の状況				
病歴・日常生活全般				
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要否 (追加含む) ☐ 要 ☐ 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。

様式4-5

(セルフケア 総括)

(対象疾患：)

ID：

作成年月日： 年 月 日 ～ 年 月 日

		卒業時	
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	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を転記は、必要に及び加筆

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。

共通一様式 5ー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 (支援伴走者)
疾患の理解	・脳卒中がなぜ起きるか知っている	☐ はい ☐ 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	☐ 知っている ☐ 知らない ☐ 症状はほとんどなかった ☐ 時々症状はあった ☐ 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:	☐ 知っている ☐ 知らない ☐ だいたい当てはまる ☐ あまり当てはまらない ☐ わからない	本人	
	・自分の (	☐ 知っている ☐ 知らない ☐ だいたい当てはまる ☐ あまり当てはまらない ☐ わからない	本人	
	・自分の (	☐ 知っている ☐ 知らない ☐ だいたい当てはまる ☐ あまり当てはまらない ☐ わからない	本人	
	・自分の (LDL	☐ 知っている ☐ 知らない ☐ だいたい当てはまる ☐ あまり当てはまらない ☐ わからない	本人	
	・決められた通院頻度を守る	☐ 重要だと思う ☐ 重要だと思わない ☐ できた ☐ だいたいできた ☐ あまりできなかった	本人	
	・医師の指示通りに薬を飲む	☐ 重要だと思う ☐ 重要だと思わない ☐ できた ☐ だいたいできた ☐ あまりできなかった	本人	
	アクションプラン①	☐ 重要だと思う ☐ 重要だと思わない ☐ できた ☐ だいたいできた ☐ あまりできなかった	本人	
	アクションプラン②	☐ 重要だと思う ☐ 重要だと思わない ☐ できた ☐ だいたいできた ☐ あまりできなかった	本人	
	アクションプラン③	☐ 重要だと思う ☐ 重要だと思わない ☐ できた ☐ だいたいできた ☐ あまりできなかった	本人	
	アクションプラン④	☐ 重要だと思う ☐ 重要だと思わない ☐ できた ☐ だいたいできた ☐ あまりできなかった	本人	
	アクションプラン⑤	☐ 重要だと思う ☐ 重要だと思わない ☐ できた ☐ だいたいできた ☐ 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)	☐ 重要だと思う ☐ 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		☐ はい ☐ 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

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/ ()日	()月 ()日	()月 ()日	()月 ()日	()月 ()日	()月 ()日	()月 ()日	()月 ()日	()月 ()日	頻度
曜日									
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	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	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
たとえば／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

※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。

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

共通一様式 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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 物事を忘れてしまう(入院理由、治療予定、入院期間など)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 しまった物がどこにあるのかわからない	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 自宅に戻れないことがある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 ななめに寝ている	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 夕方になるとそわそわし出す(落ち着きがない)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 家の中で部屋を間違えることがある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 テレビを見ない	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 集中してられない/注意が散漫な傾向がある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 1ヶ月以内でせん妄を起こしたことがある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12 促しがないと食事がすすまない	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13 家の中が散乱している	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14 怒りっぽい・疑い深い	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15 被害妄想(お金・物をとられるなど)がある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16 幻視(ないものが見える)がある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17 自分で買い物はできない	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18 熱が出たら対応できない	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19 季節感がない服装をしていることがある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20 身だしなみが乱れている	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21 異臭がすることがある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22 化粧が極端に濃いことがある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23 物を無くすことがある	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

0点

かかりつけ医提出日

月

日

(「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

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。

	都道府県 市町村		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	単位	式	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 (特別市)	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
密度	面積	km ²	61	11	8	974	231	166	207	2,178	51	185	790	1,246 ※1
	人口密度	人/km ²	7,877	13,181	9,037	202	353	198	774	41	8,923	115	911	30 ※1
	平成27年(2015)人口	人	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	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	%	-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
人口	(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	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	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	%	9.7	7.1	8.3	10.1	9.2	11.0	10.1	10.8	9.4	12.8	9.1	14.9 ※1
	65歳以上75歳未満	人	66,346	15,164	8,319	27,390	10,881	4,553	57,745	21,285	65,493	3,341	90,480	5,816 ※2
	75歳以上	人	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
保険者別 第1号 被保険者数	認定者数	人	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	%	16.0	20.3	19.1	22.9	18.1	14.7	6.4	12.2	21.3	18.1	21.2	25.3 ※2
	要介護34.5	人	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34.5が認定者数に占める割合	%	36.2	39.3	35.6	37.9	39.3	44.7	38.2	39.8	30.5	40.3	33.6	38.2 ※2
	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1号保険料 及びサービス 見込み量 *1	第6期保険料基準額(月額)	円	5,400	5,960	5,850	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)		0.9	1.44	0.99	0.64	0.71	0.57	0.89	0.52	0.82	0.33	0.79	0.26 ※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 月 21 日	10 月 5 日～11 月 30 日	10 月 21 日

モデル事業に取り組んだ地域の特徴は以下の通りである。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	【本事業を活用した発展型】 ・認知症をテーマに「まっ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。 ・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。	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	【既存事業の発展型】 ・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。	A' パターン 2 事例
③	東京都 国立市	心不全	—	【本事業を活用した発展型】 ・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。 ・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。	B パターン 1 事例
④	新潟県 上越市	脳血管疾患	—	【既存事業の発展型】 ・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。 ・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。	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	【体制整備・連携強化型】 ・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。	B パターン 3 事例

	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
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	【本事業を活用した発展型】 ・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	—	【連携強化型】 ・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 ² 413 名 うち高齢者数 353 名 入院患者数 413 名 うち高齢者数 353 名	【連携強化型】 ・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	心不全	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%	【医療機関主導型】 ・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 ³ 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	【医療機関主導+体制整備・連携強化型】 ・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	平成27年度 対象疾患患者数	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	【既存事業の発展型】 ・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。 ・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。 ・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。	B パターン 53 事例
⑫	広島県 庄原市	脳血管疾患	—	【医療機関主導+体制整備・連携強化】 ・昨年度は、庄原市国民健康保険総領診療所とコミュニケーショ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。 ・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。	A パターン 2 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 20 km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：1.9万人（推計）
75歳以上：5.2万人（10.6%）
MCIの人：1.9万人（粗い推計）

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

(まつ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、今回のまつ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。

【居宅サービス受給者の要介護度別のDASC（※）得点の変化】

	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

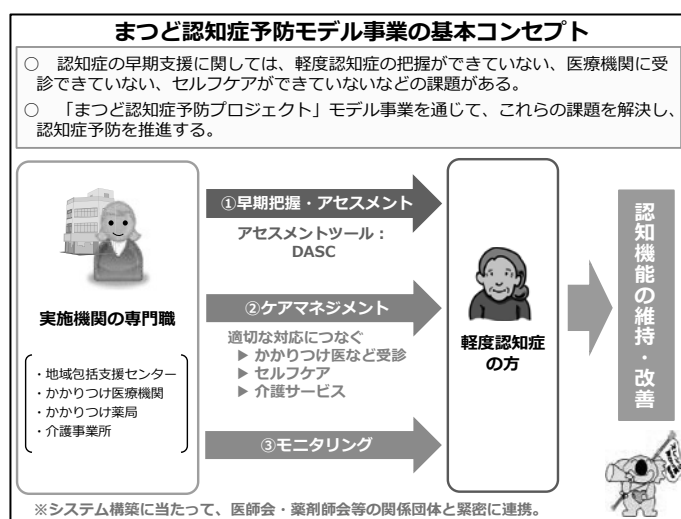
※DASC（Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System：ダスク、地域で生活する認知症の生活機能障害に係わるアセスメントツール）は、得点が高いほど、認知機能が低下していると判断される。

⇒ 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、認知障害を改善できる可能性が高まるものと期待される。

（資料出所） 岡井孝子、東野定律、大野賢政昭「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経時的変化」

（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-21³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

³ The Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System- 21 items

行うことを求めた。医療機関への受診勧奨とあわせて、実施機関の専門職は、本人・家族との相談の下、セルフケアや介護サービスについての目標を立て、セルフケア等報告書に記載する。高齢者は、セルフケア等報告書に沿って、2ヶ月間、セルフケアを実施する。

DASC-21 による判定の結果、合計点が 30 点以下となり、MCI 又は健常の可能性と判定された場合は、セルフケアのみのケアマネジメント（下図の(5)）へ進む。この場合も、上記と同様の形で、セルフケアの目標を立てて、2ヶ月間、実践する。

初回アセスメントの2ヵ月後・4ヵ月後・6ヵ月後に、それぞれモニタリング（下図の(6)・(7)・(8)）を実施する。それぞれのモニタリング時には、DASC-21 を実施するとともに、心身の状況やセルフケアの実施状況をアセスメントし、このアセスメント結果に沿って、医療機関への受診勧奨やセルフケアについてのケアマネジメントを実施する。最終モニタリングとなる6ヵ月後のモニタリングに際しては、これまでの取り組みや成果を踏まえたとりまとめを行い、今後、高齢者がセルフケアを継続的に実施していけるような動機付け支援を行うこととしている。



（まつど認知症予防プロジェクトにおける医療連携の仕組み）

○かかりつけ医の役割と連携

次に、本プロジェクトにおける医療連携の仕組みについて具体的に説明する。

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推奨するが、認知症においては併存疾病や生活習慣的的確な管理が重要であることなどから、本プロジェクトでは、かかりつけ医への受診勧奨を基本としている。

認知症早期支援におけるかかりつけ医の役割として、「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的的確な管理」を期待している。そして、松戸市では、こうした認知症の早期支援に関するかかりつけ医の役割について、松戸市医師会の了解・協力の下、市内の医療機関に対する協力依頼を行っている。これは、地域で生活して

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。

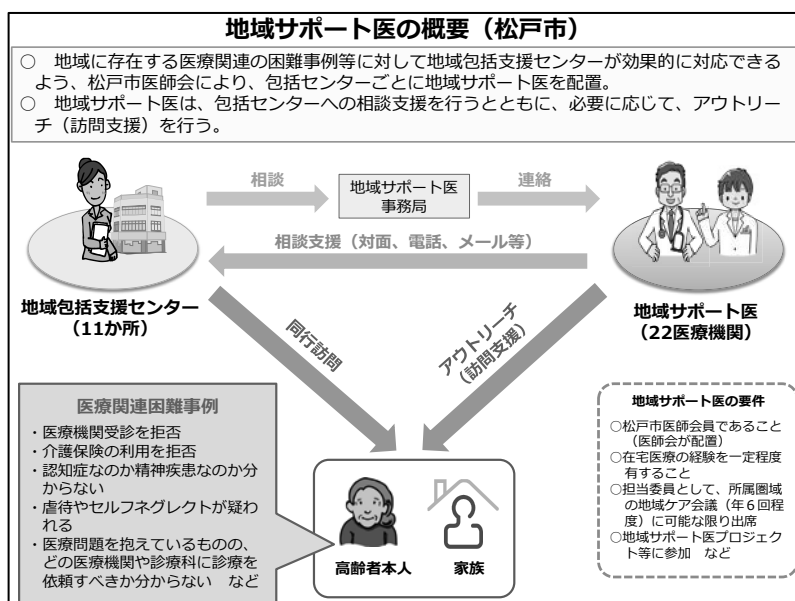
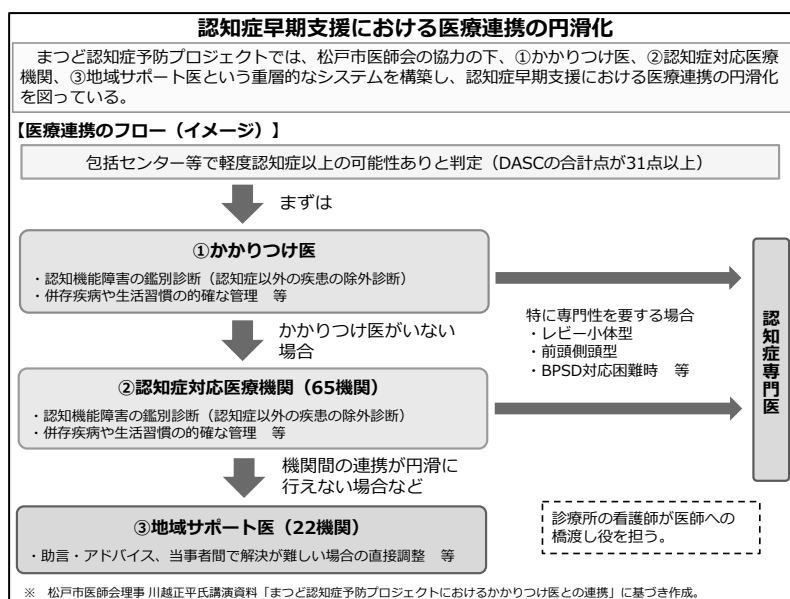
DASC-21の結果が31点以上であれば、実施機関は医療機関への受診を勧奨するが、前述したように、「①かかりつけ医」への受診勧奨を基本としている。

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



まつ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。

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		様式 4 (報告書用紙 全 5 枚含む)
支障対象者氏名 () 医療者氏名 () 対象年月 (月 年 月) モニタリング回数 (1回目・2回目・3回目)		
項目	チェック項目	記録結果
医師の診察・薬の服用		
☐	認知機能について、医師の診察を受けた	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 (病気、薬の服用など)	
☐	医師の指示通りに、量やなどの間違いがなく、薬を飲むことができた。	1. できた 2. ほとんどいできた 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トレーニングをした	1. できた
☐	目標・内容 (クロスワード) 回数 (5) 回 / 日・週)	2. ほとんどいできた 3. あまりできなかった
薬の服薬の記録		
☐	「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. ほとんどいできた 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 / () 日 1 回 を 1 日 () 本程度まで	1. できた 2. ほとんどいできた 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. ほとんどいできた 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 / 日あたりの摂取カロリー・塩分量 / 日分を記入	1. できた 2. ほとんどいできた 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. ほとんどいできた 3. あまりできなかった
☐	「運動に関する目標」を守れた 目標・運動 () 回 / 日・週 回数 (4) 回 / 日・週	1. できた 2. ほとんどいできた 3. あまりできなかった

● 悪化因子の理解 (アルコール)

病気に実をたらす要因として、運動不足・栄養、喫煙、飲酒などが挙げられます。認知症のきっかけとなる要因を覚えておきましょう。

アルコールは毎日飲むと悪化する可能性が1本、日本酒なら1.5杯、ウイスキーなら1.5杯程度

● 体重の管理

満腹の判定: 体重(kg)/身長 2 [国別の標準体重を参照: BMI (Body Mass Index)]

身長 (単位: センチメートル)	標準体重 (単位: キログラム)
150 cm	45 kg
155 cm	50 kg
160 cm	55 kg
165 cm	60 kg
170 cm	65 kg
175 cm	70 kg
180 cm	75 kg

セルフケア等報告書の記入例②

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／就労／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：期間（ ）回	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
介護サービスの利用	
・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 ・上記で利用した介護サービス事業所の名称	1. はい 2. いいえ
健康管理シートを作成する場合（任意項目）	
・毎週の健康管理の状況を、「健康管理シート」（別添）に記入してみる。 ・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	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）	

予防の方策

●運動習慣

○ウォーキングの回数

○週に5日、1日7,000~8,000歩を目標

○ふだんの歩幅より、1~2割位広げて早歩きすると効果が望めます。

○体調が悪いときは無理しないようにしましょう。



筋トレ水泳体操散歩

社会参加・趣味活動

●社会参加・趣味活動

※能力や性格を考慮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。

まつど認知症予防プロジェクト・モデル事業（第1期）の実施スケジュール	
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・様式の作成
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

まつど認知症予防モデル事業（28年度）の実施件数			
○ 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。 ○ 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。			
	事業に参加した機関数（力所）	実施機関数（力所）	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
合計	50	21	91
※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。

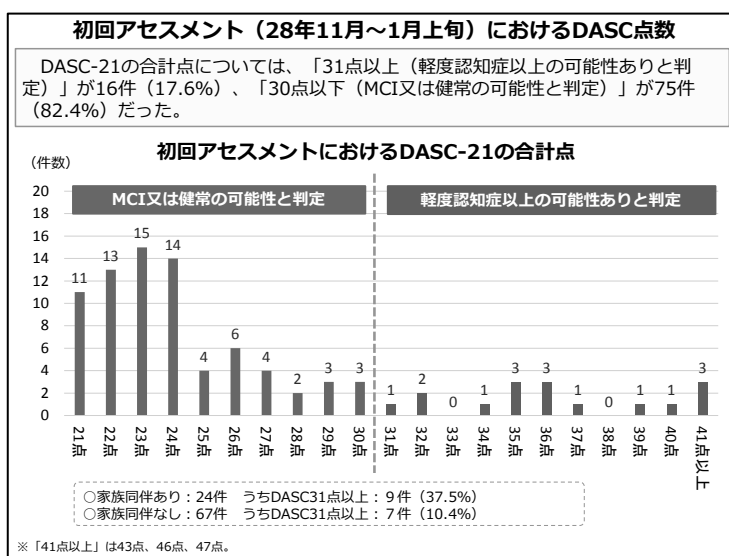
○初回アセスメントにおける DASC-21 の点数

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。

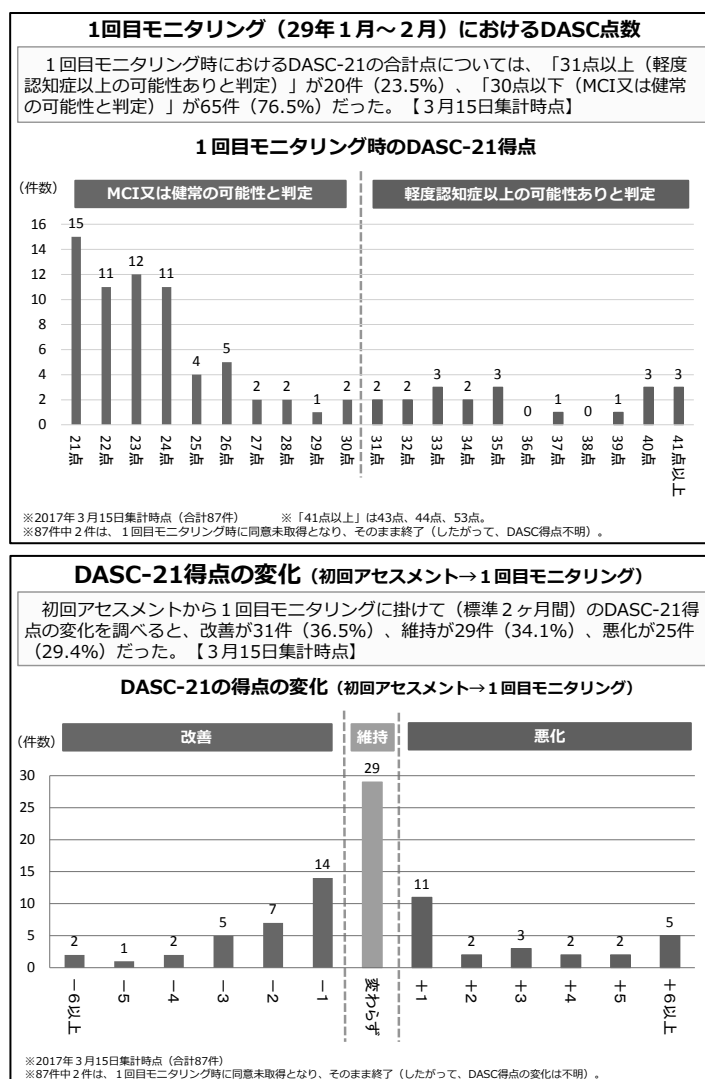
○医療連携の実施状況

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。

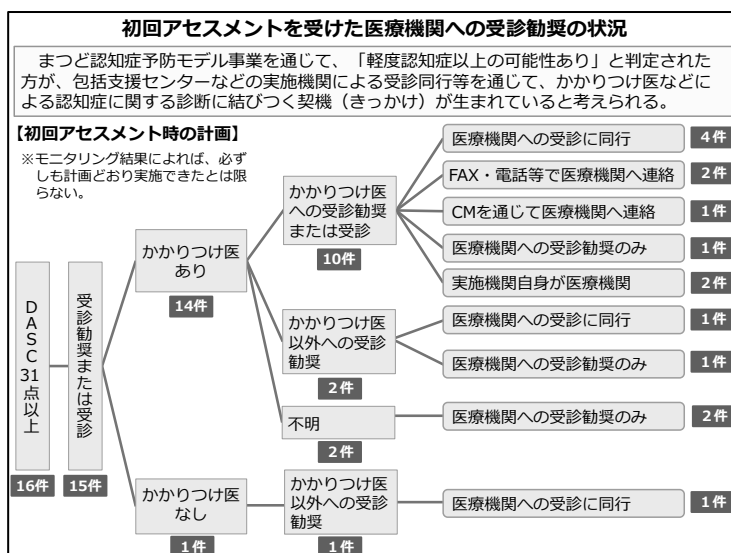
このように初回アセスメント時の計画段階であり、必ずしも計画通りに実施できたとは限らないが、本プロジェクトを通じて、「軽度認知症以上の可能性あり」と判定された方が、包括支援センターなどの実施機関による受診同行等を通じて、かかりつけ医などによる認知症に関する診断に結びつく契機（きっかけ）が生まれているものと評価できる。

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）

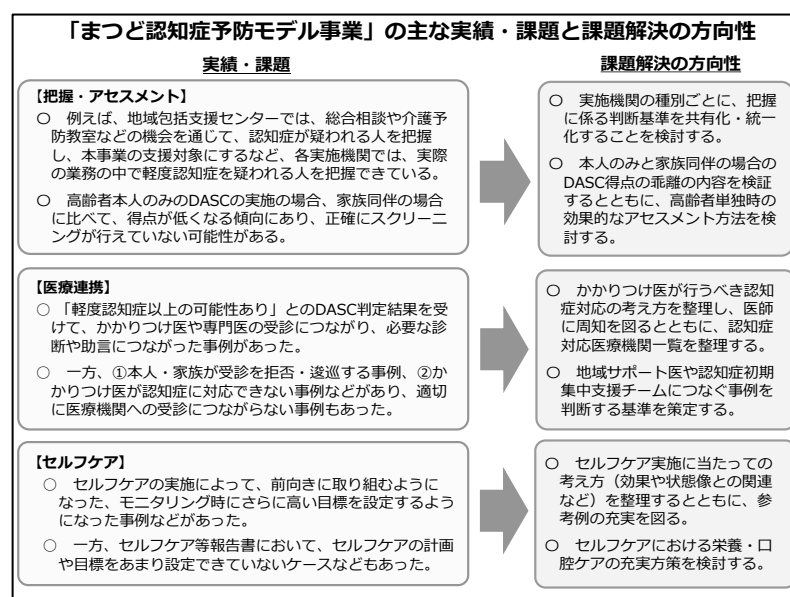
本プロジェクトの進捗状況を踏まえて、①把握・アセスメント、②医療連携、③セルフケアの3つの柱に沿って、本プロジェクトの主な実績・課題と課題解決の方向性をまとめると、以下のとおりとなる。

【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マティックに、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

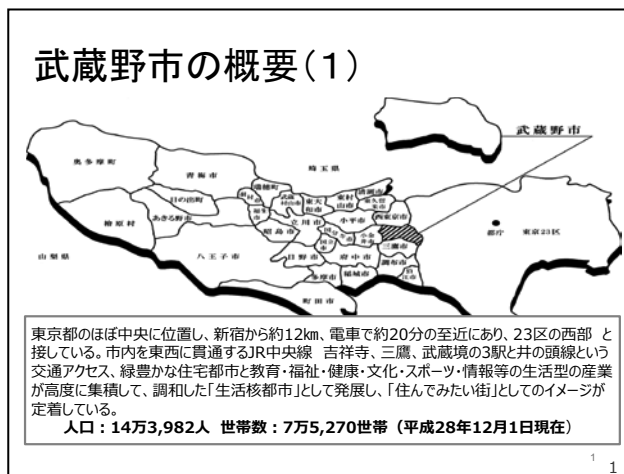
武蔵野赤十字病院 リハビリテーション科部長 高橋 紳一
武蔵野市 健康福祉部 部長 笹井 肇

(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)

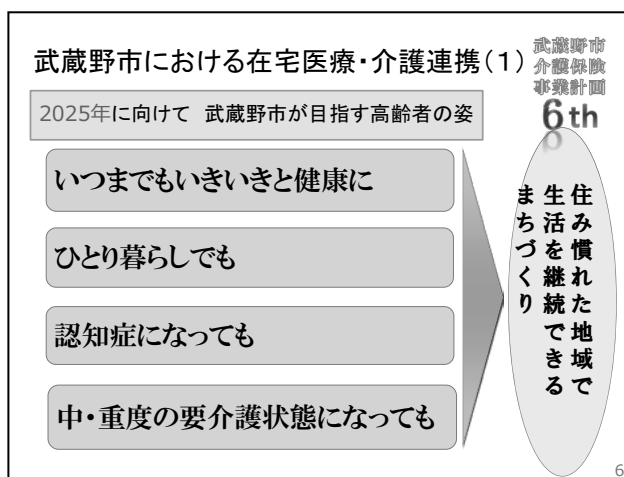
武蔵野赤十字病院を中心とした脳卒中地域連携パスの作成と運用による回復期病院との連携や武蔵野市医師会、介護関係者等との連携が以前から行われており、平成 27 年度に制度化された在宅医療介護連携推進事業は27年4月から開始している。

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。

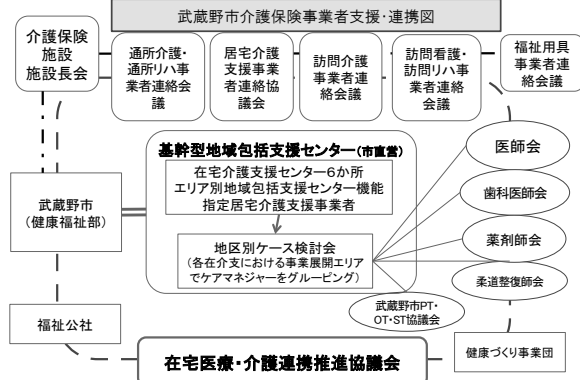
本モデル事業は「ウ 切れ目のない在宅医療と介護サービスの提供体制の構築推進」に位置付けている。

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。



武蔵野市における在宅医療介護連携(3)



8

武蔵野市における在宅医療介護連携(5)



10

武蔵野市における在宅医療介護連携(6) 「入・退院時の課題」



11

(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くても、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。

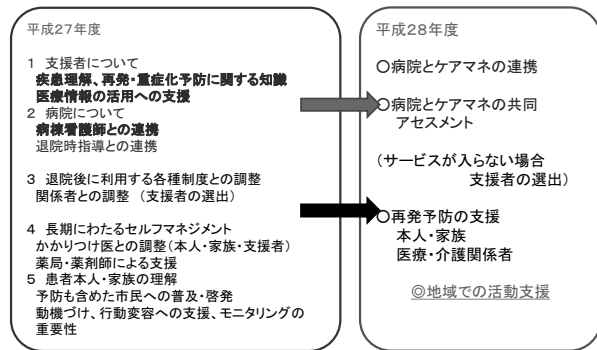
その際、ケアマネジャーだけが頑張るのではなく、病院側もケアマネジャーを支援することを説明するとともに、最終的な目標はご本人・家族のQOLの向上だという点を強調し説明している。

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

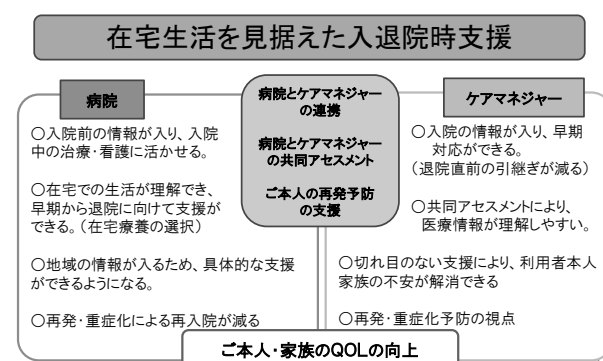
13

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)



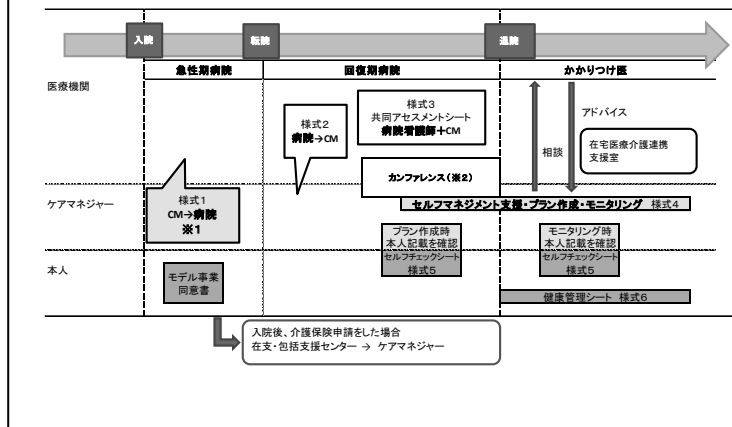
14

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
平成28年	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	事業実施に関する決定と協力依頼
	医療機関等への協力依頼	武蔵野赤十字病院・吉祥寺南病院・武蔵野市医師会
11月～	事業開始	
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
	伴走支援者の所属長へ正式に依頼	伴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いました。

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・着手時の状況	本人・家族の意向	1か月モニタリング 取組成果と意識	
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。退院後は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。	就寝時間が遅くなりがち、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、通院は年数回、薬の処方のみ自分の都合で、必要な検査を受けていなかった。これからは、主治医の指示を守りたい。 今まで食生活に無頓着すぎた。入院中に食事量、食事内容も学んだ。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。	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	趣味やボランティアで前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意識したい。 退院のため、今後も音読ボランティアを続ける。	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		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。		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	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
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) 食事 腹八分 2) 運動 一日3,000歩 3) 早起き・早寝 4) 東京新聞「筆流」の書き写

20

〇2 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男の嫁が受ける等、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(5) 支援の経過

アセスメント・看護・指導の状況		事例2 本人・家族の意向	1か月モニタリング 取組成果と反省
病歴・日常生活全般	前の血管がつまり、足の自由が利かなくなった。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、足が腫れたり、腎臓が悪くなる。食生活に気をつける必要がある。	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。分刻にした薬を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に不安なため、朝・夕の薬方を後出し、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ずに飲めそうである。	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、塩分5g、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、量物が好き。	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7.0以下を目標にしたい。果物の食べ過ぎに注意したい。	血圧測定、体重の値に關心を持って取り組んでいる。
運動・移動	入院前は4キロ歩いていた。病棟内で杖にて移動自立。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いたい。	夏には釣りに行きたいという目標があり、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、間食を減らす 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事ができた。

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には行を追加し記載して下さい。

参加機関	名称	担当事務等
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・看護部長)
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)	地域医療連携室(室長・退院調整看護師) 回復期病棟(看護部長)
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 幹型)	センター長
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. 件定する対象疾患(具体的に)

対象疾患	①脳血管疾患 ②心疾患 ③廣性症候群(ロコモ関連疾患) ④認知症 ⑤その他(具体的に)：
選定理由	1. 脳血管疾患については、H27 年Aパターンに選定し、介護保険、ケアマネジャーの関わりが広がったため、H28はAパターンで実施することとした。 2. 心疾患については、急性期病院から回復、在宅に退院するケースも多く、急性期病院とケアマネジャーの連携強化を推進するものが実施することとした。

3. 取組パターン

着手時の予定	①Aパターン ②A'パターン ③Bパターン
最終的にSMに取組んだパターン別件数(〇は要介護認定者数記載)	1. Aパターン: (〇) 2. A'パターン: (2) 3. Bパターン: (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)	具体的に
平成27年度対象疾患有病者数	脳血管疾患: 1,873人		把握方法(推計/実数): KOB(国保データベース)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	脳血管疾患: 1,429人	把握方法(推計/実数): 65歳以上は1951年4月1日以前生まれで抽出。
平成27年度対象疾患による入院患者数	脳血管疾患: 214人		把握方法(推計/実数): KOB(国保データベース)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	脳血管疾患: 128人	把握方法(推計/実数): 65歳以上は1951年4月1日以前生まれで抽出。
AまたはA'パターンのみ			
平成27年度対象疾患入院患者数	171人(延)		
	うち高齢者数	136人(延)	
参加医療機関	モデル事業期間中の対象疾患入院患者数	54人	データ対象期間: 平成28年10月～平成29年1月 入院中、心不全 入院患者数 主要病名で抽出
	うち高齢者数	41人	
	うち要介護認定あり	13人	把握方法(推計/実数):
		(要介護: 10 要支援: 3)	

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	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'パターン: 対象者選定方法(条件等)	A'パターン: 心不全で入院し、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'パターン: 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'パターンともに、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。
支援者数の検討	武蔵野赤十字病院のチームから、心不全5名前後、脳血管疾患1～2名を想定
支援者数の決定(目標値)	5人 (平成28年 9 月 29 日合意)
対象者抽出方法	
B'パターン: 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)	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'パターン 給付あり	A'パターン 給付なし	B'パターン 給付あり	B'パターン 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	
様式1	人	人	人	人	
様式2	人	2 人	人	人	
様式3	人	2 人	人	人	
セルフ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	人	2 人	人	人	
モニタリングを1回以上実施	人	2 人	人	人	
MGI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	0 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	今回は2例とも伴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、セルフ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。

介護支援専門員	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、4～6回の面接を実施した。
---------	--

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
時間が長くつたり短くなつたりした理由	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っと時間が必要だと思う。			
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	・本人の体況に合わせて、無理のない目標に修正。 ・体調の記載によりご自身の健康に關心が持てるよう助言。			
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	・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。 ・ケアマネジャーが入院中のプラン作成とその過程を通して情報収集を行い、その情報を病棟看護士と共有することにより、入院中に病院で実施する退院指導がより具体的にいった。 ・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。		
今後、継続して取り組む場合の課題（列挙）	・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。 ・経度で認定結果が「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。 ・在宅介護・地域包括支援センターの医療担当とすると「介護」になったときプラン作成ができない。 ・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には難しい。 ・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回の面接を行っていた。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、この面後はケアマネジャーにとっては負担が大きくなり、事業化にあたっては課題となる。 ・様式3の共同アセスメントシートの項目はもっと細かい方がよい、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。 ・書面で目標を確認することは大事だと思う。 ・今回の事例は理解も良く、書くことの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チェックや、〇×をつけるだけという簡単なものが望ましい。 ・セルフチェックシート・健康管理シートについては、退院後、かかりつけ医にも診てもらうために、お薬手帳や糖尿病手帳のような携帯できる「臨床中手帳」「セルフマネジメント手帳」のようなものがあると良い。（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）		
ツールの改善点（列挙）			
その他、意見要望	・2例とも入院前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。入院前にケアマネジャーが決まっていけない場合、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。 ・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、そこでの確認や支援は重要である。		

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。 ・得意類については、昨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使いやすかった。（記載に時間が分からな い、作業が楽な方法にしてほしいという意見あり。） ・件定支援者（ケアマネジャー）のセルフマネジメント支援と病院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接をした。昨年度の急性期病院から退院するモデルと異なり、回復期入院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例ともに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けない場合、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、病院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

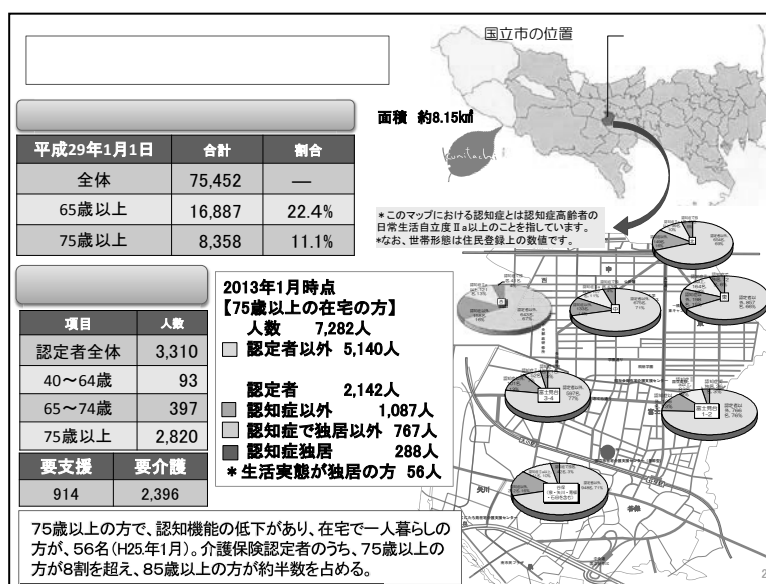
(国立市の状況)

○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8km²ほどである。

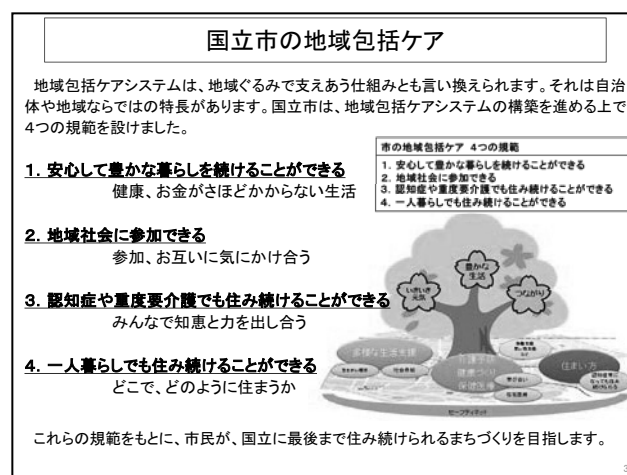
人口は約75,000人、高齢化率は22.4%で東京都のなかではやや低い方である。

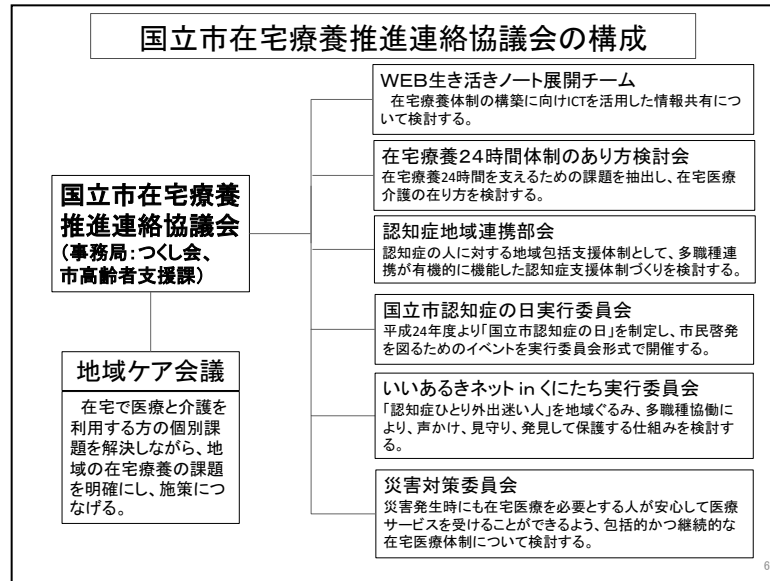
要支援・要介護の認定者数は3,310人、うち第2号被保険者が93人で、要支援認定者は914人、要介護認定者は2,396人である。



○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、国立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、体重を増やさないよ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ところがあれば良いということであった。

〇まとめ

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。

9

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。

10

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>

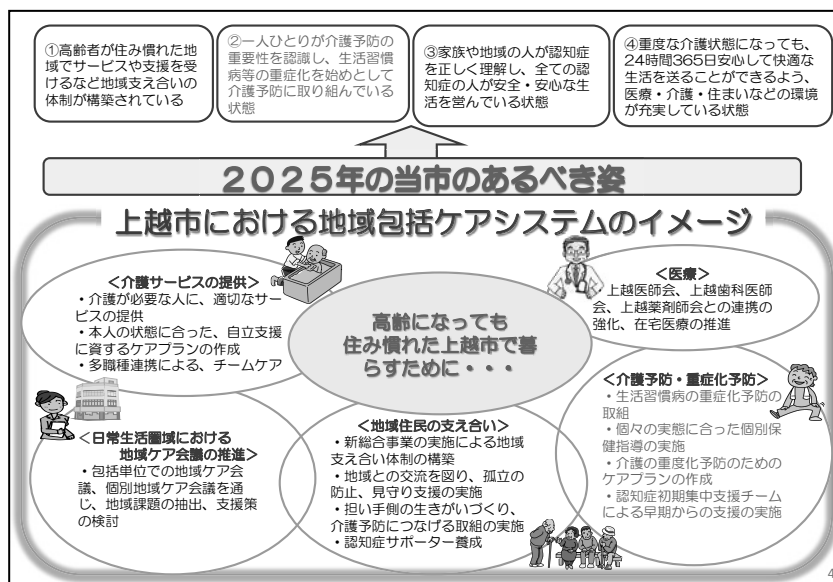
・地区担当保健師、栄養士との連携

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）

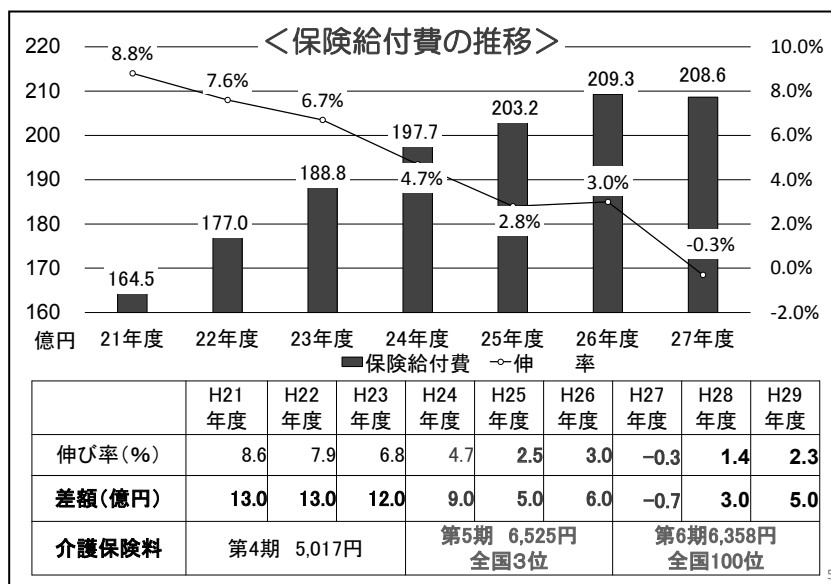
上越市では、地域包括ケアシステムのイメージを図示化し、第6期の介護保険事業計画に掲載するとともに、市民、事業所、医師会とも共有している。本モデル事業における取組みは、「②一人ひとりが介護予防の重要性を認識し、生活習慣病等の重症化を始めとして介護予防に取り組んでいる状態」に位置づけ、すすめている。



（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、当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	担当者署名等
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・慢・か)		
医療機関② (急・回・慢・か)		
医療機関③ (急・回・慢・か)		
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. 糖尿病 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	把握方法(推計/実数): 国保データベースより 348	
当該 地域 による入院患者数	把握方法(推計/実数): 不明	
	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	
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ください。

A 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)	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)
B 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)	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2以下である人、病識・医師からの指示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 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パターン 給付あり	Bパターン 給付なし	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
様式1	人	人	5人	人
様式2	人	人	5人	人
様式3	人	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	人
モニタリングを1回以上実施	人	人	5人	人
MOが関わった件数	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	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	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重症化に向けた保健師・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、助置した内容等教えてください。

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。通常の連携パスの方が良い
---------	------------------------------------

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	昨年と同様のケースにモデル事業に取組んでいたこともあり、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取組を行うが、モデル事業の終了と共に、取組が薄れていく傾向にあったため、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のガイドラインで示された数値で行うことでよいか。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きた。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B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るよ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、障害の受容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症状のコントロールに関する知識を持たない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、症状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

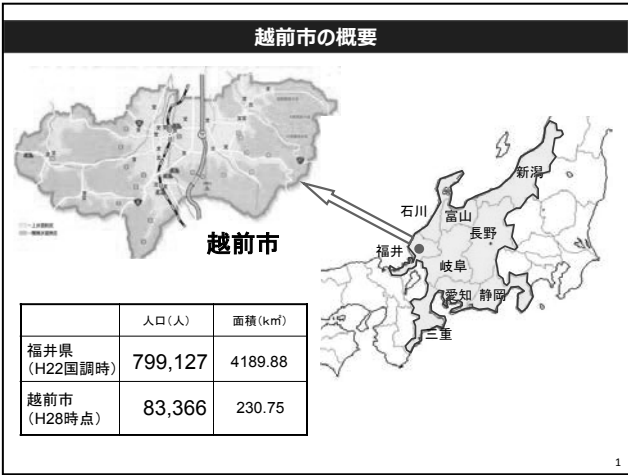
越前市 市民福祉部長寿福祉課 地域包括支援センター主査 北畑 恵里

(越前市の概要)

北陸三県の一歩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 ㎢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。



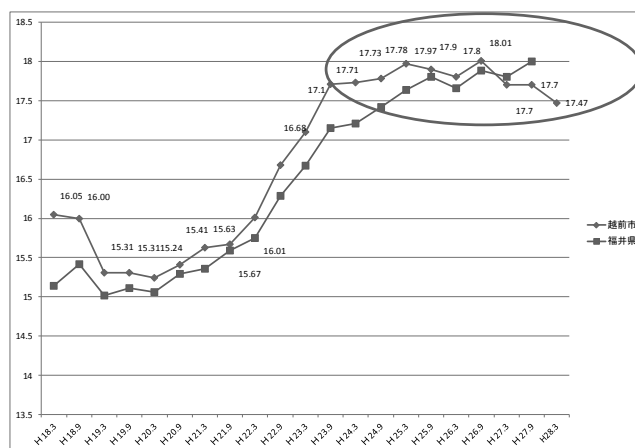
近年の要介護認定率の推移をみると、福井全体では増加しているが、越前市では横ばい、あるいは若干だが減少している。

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。

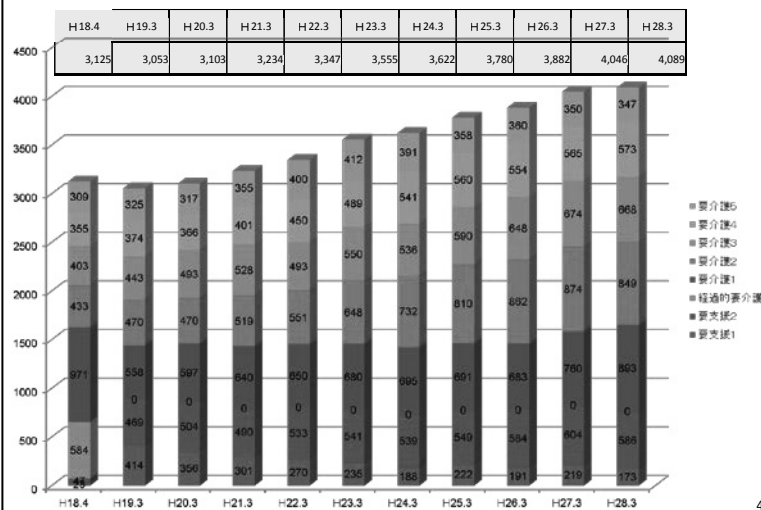
越前市の要介護・要支援認定者数は、高齢化率の増加に伴い増加している。介護度別の割合でみると、要介護 1～3 が多く、要介護 1 の割合が増えている。

要介護認定率の推移（福井県・越前市）



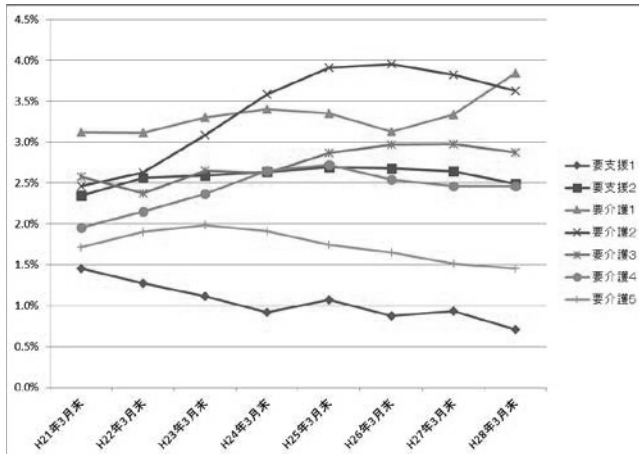
3

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 か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。

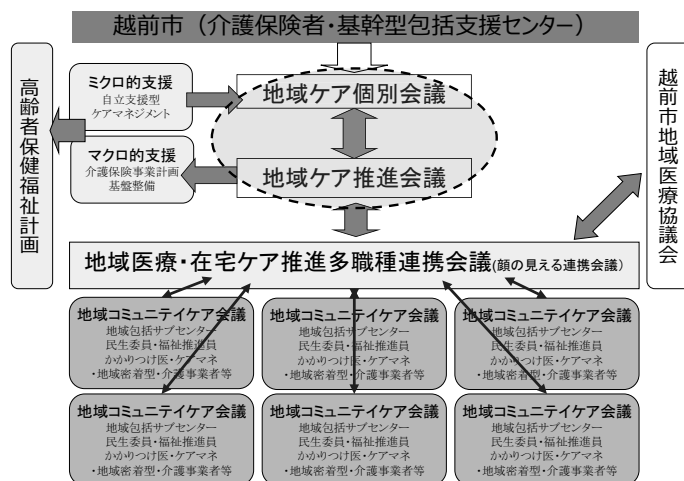
このように、地域ケア会議を実施することによって、ケアマネジャーの医療に関する知識の重要性や、自立支援の理解を含め、ケアマネジャーだけでなく、地域包括支援センターの職員等においても、育成の場となっており、公開方式で行うことで、より効果が高まっていると考えている。

越前市の地域包括ケア体制構築に向けた取り組み（医療連携を中心に）

- ①地域ケア会議の推進
- ②地域医療協議会連絡会での検討
- ③地域医療コーディネート事業を始めとした連携のための事業の推進
- ④顔の見える多職種連携会議の推進

6

越前市の包括ケアシステム構築に向けた総合的な推進



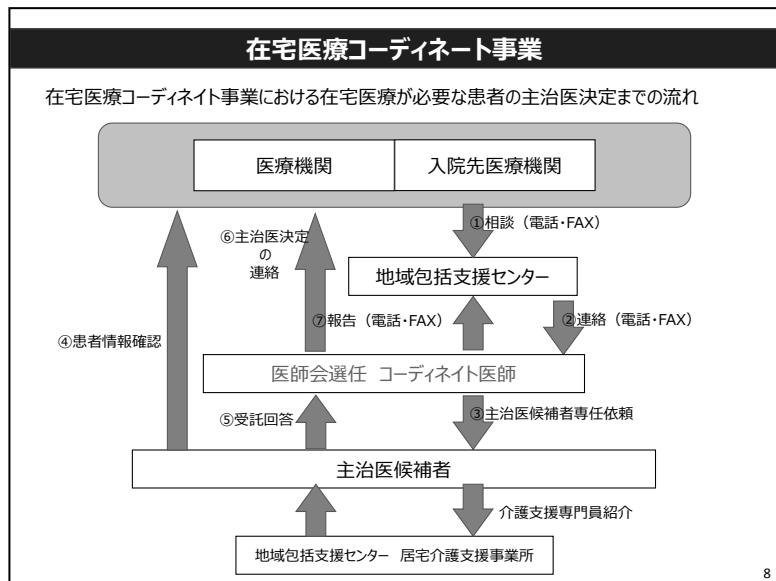
7

(在宅医療コーディネート事業について)

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 か所の日常生活圏域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。

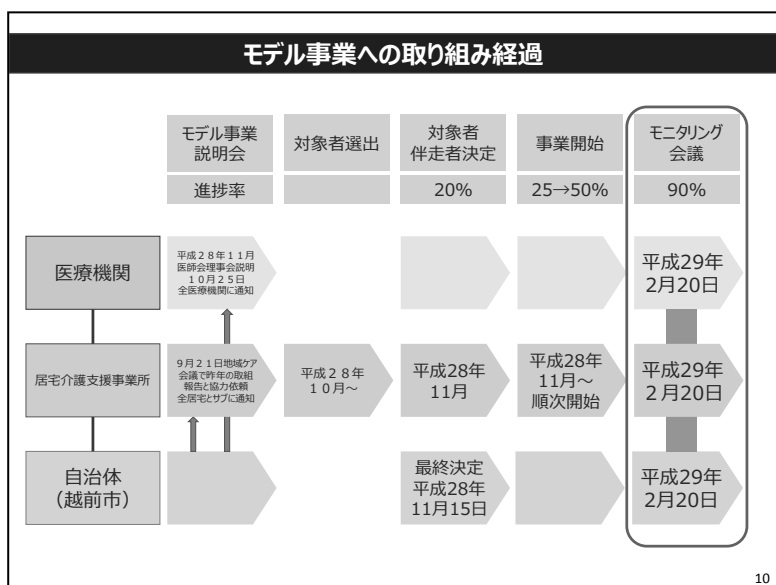
顔の見える多職種連携会議（平成28年度）	
目的	医療と介護の連携を円滑にするため、それぞれの職種が、お互いの分野についての知識等を身につける。
内容	がん末期・精神疾患の事例を提供し、多職種から様々な意見をきくことで、今後の共通の理解をし、在宅におけるチームケアや具体的な連携のイメージがもてるようグループワークを行う。
対象者	医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護保険サービス事業者、医療機関地域連携室、介護支援専門員、県保健所、地域包括支援センター・サブセンター
結果	1回目 147名参加 2回目 139名参加

(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



欠席する人もいたため、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、血圧を図ったこともなく、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、夜まで仕事をしていた。

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」
①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られた。
②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か。
③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して、目標設定や支援体制が必要ではないか。
④医療との連携について 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	越前市	民壽福祉課
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・カ所・サブセンター・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. 難治性症候群(口舌咽喉疾患) 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年度対象疾患有病者数	4,672	把握方法(推計/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	3,632	把握方法(推計/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	1,244	把握方法(推計/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	724	把握方法(推計/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	
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録)

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	
A' : 対象者選定方法 (案件等)	
B' : 対象者選定方法 (案件等)	
支援者数の検討	
支援者数の決定 (目標値)	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加担状況を報告し、介護支援専門員に協力を求めた。
B' : 対象者選定方法 (案件等)	対象者となりうる方に事業の説明をし、同意を得た。
支援者数の検討	
支援者数の決定 (目標値)	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-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	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1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	
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	

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

モデル事業取組組の評価	・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げられた。
今後、継続して取り組む場合の課題(列挙)	・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か。 ・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 ・医療との連携について 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、介入したが、医師の関わりがやや消極的な印象であった。
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。

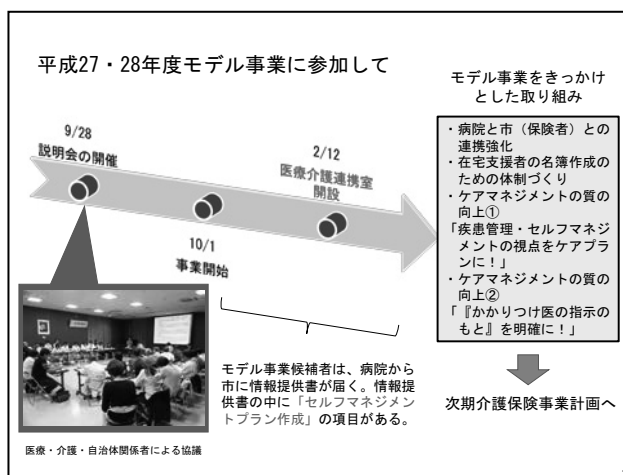
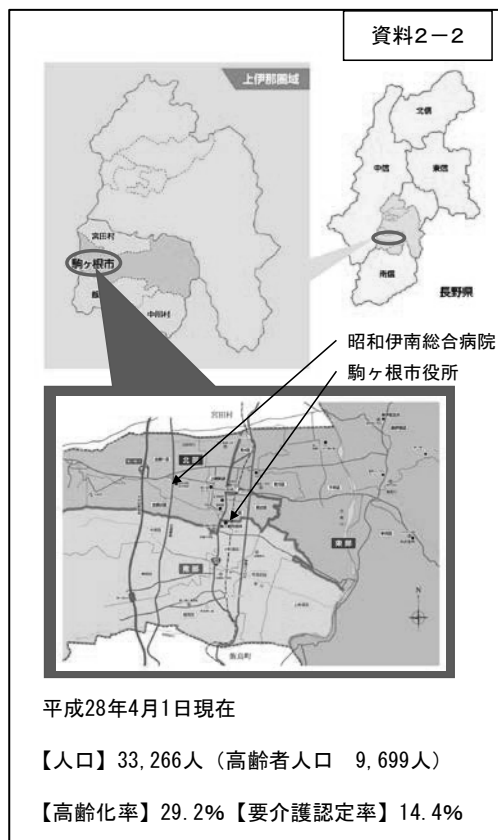
(モデル事業をきっかけとした新たな取組み)

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いております。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ます。

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。



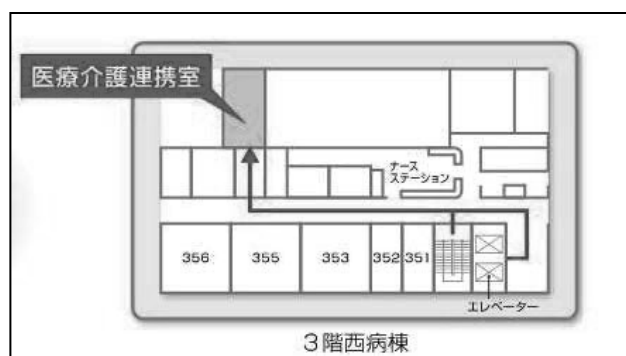
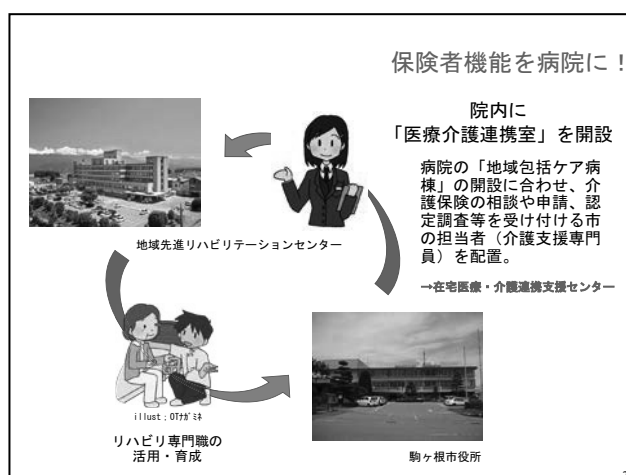
（医療介護連携室を開設し、保険者機能を病院に）

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。

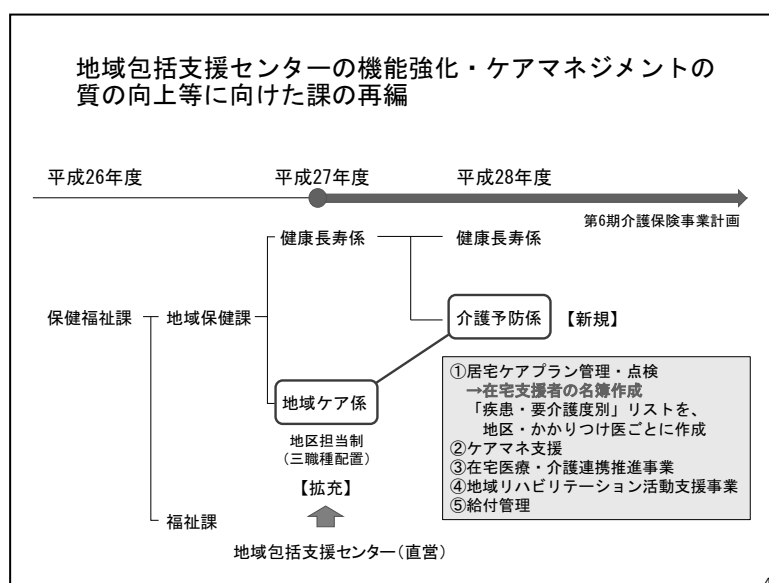
医療介護連携室は、地域包括ケア病棟の一角に設置することで物理的に近い状況下で退院支援をしていくということを狙った。



（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。

疾患別 居宅ケアプラン管理

	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

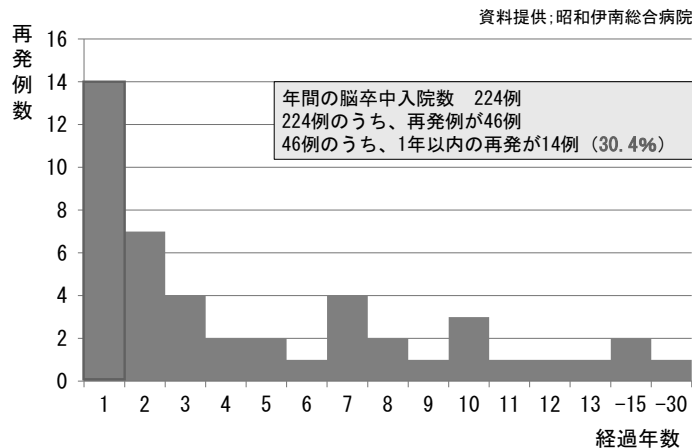
65.1%

5

(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。

昭和伊南総合病院（平成26年10月～平成27年9月）再発例



6

(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。

平成27年度										平成28年度									
A・A'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 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)																			
No10 (要介護1)																			
No11 (要介護1)																			
No12 (要介護1)																			
No13 (要介護1)																			
No14 (要支援1)																			
No15 (要介護2)																			

(今年度の B パターンの取組み)

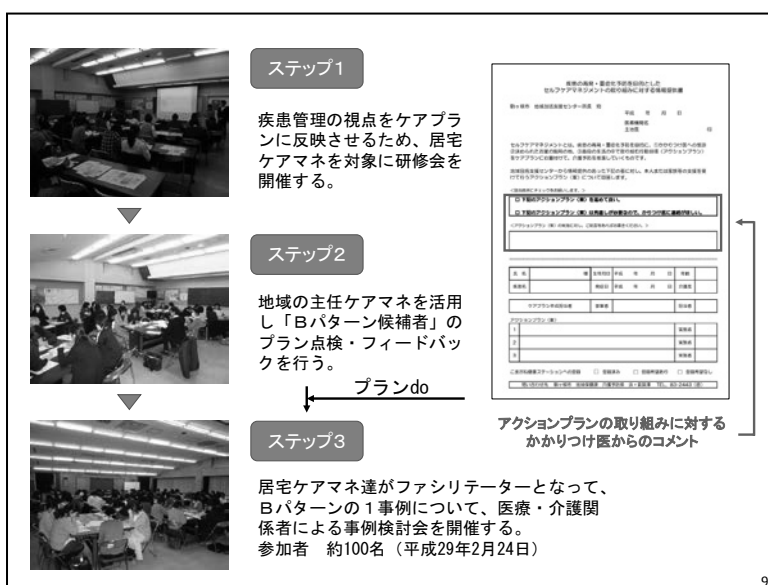
○ステップ 1

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



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)

血压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、血压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いと考えている。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。

アクションプランの取組み内容									
	服薬	血压	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
No 10. 女性 (66歳)		●			●				
No 11. 男性 (77歳)	●	●		●					水分補給
No 12. 男性 (42歳)		●	●	●	●				就労支援A型
No 13. 男性 (76歳)		●			●				水分補給
No 14. 男性 (68歳)	●	●							居間で食事
No 15. 女性 (66歳)	●	●			●				

10

(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すすめていきたい。

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すすめていきたい。

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	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・慢・か)		
医療機関③ (急い・回・慢・か)		
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. 難治性症候群（ロコモ関連疾患） 4. 認知症 5. その他（具体的に）
選定理由	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（〇は要介護認定者数記載）	1. Aパターン：（ 0 ） 2. A'パターン：（ 5 ） 3. Bパターン：（ 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3月～平成28年2月） 国保＋後期高齢者数
当該地域	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3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'パターンのみ

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	データ対象期間：平成28年10月1日～平成29年2月28日
うち高齢者数	58	
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、パターン別に記載して下さい。

A	対象者抽出方法	昭和伊南総合病院に入院した65歳以上の市民。
A'（条件等）	対象者選定方法	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。
B	支援者数の検討	
1	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。
B	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。
1	支援者数の検討	対象者50名を担当している居宅ケアマネジャーは30名。居宅ケアマネジャー1人1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報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パターン 総付あり	Bパターン 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ラン作成	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	
MOI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	

医療機関

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

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

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	最長時間
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		
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		

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合の課題(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る。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る。

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よいと思う。

(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かなかった。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、既に安定した生活が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, 0 8 6, 7 4 0 円	2 1 3, 9 4 7 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る場合には、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)

対象疾患	① 脳血管疾患 2. 心疾患 3. 廃用性症候群(ロコモーション疾患) 4. 認知症 5. その他(具体的に):
選定理由	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	① A'パターン 2. A'パターン 3. B'パターン
最終的にSMに取組むパターンの別件数(①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	把握方法(推計/実数):	確認中
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ください。

対象者抽出方法	大垣市民病院における脳卒中入院患者より選定		
A' (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		
対象者数の検討	1人程度を想定		
対象者数の決定(目標値)	1人 (月 日 合意)		
対象者抽出方法	介護支援専門員による支援ケースより脳卒中患者を中心に選定		
B' (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		
対象者数の検討	6人程度を想定		
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'パターン 給付あり	A'パターン 給付なし	B'パターン 給付あり	B'パターン 給付なし	備考
対象者選定数	人	人	3 人	人	
拒否数	人	人	0 人	人	
同意数	人	人	3 人	人	
情報連携の実施	様式1	人	3 人	人	
	様式2	人	人	人	
	様式3	人	3 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	0 人	人	
モニタリングを1回以上実施	人	人	3 人	人	
MOが関わった件数	人	人	0 人	人	
うち、医療機関からアドバイスを受けたもの	人	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、助言した内容等教えて下さい。

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	40分	最長時間	60分	最短時間	20分
時間が長くなったり短くなったりした理由	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った。				
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。				
モニタリング着事後、セルフ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	A/バ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るも期間内の選定には至らなかった。B/バ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/バターン対象者については、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ずる面があった。				
今後、継続して取り組む場合の課題（列挙）	・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。 ・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。				
ツールの改善点（列挙）	・セルフケアプランモード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とよい。				
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

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。 B/バターンにおいて、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、ツールの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ことと考える。

- 94 -

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)

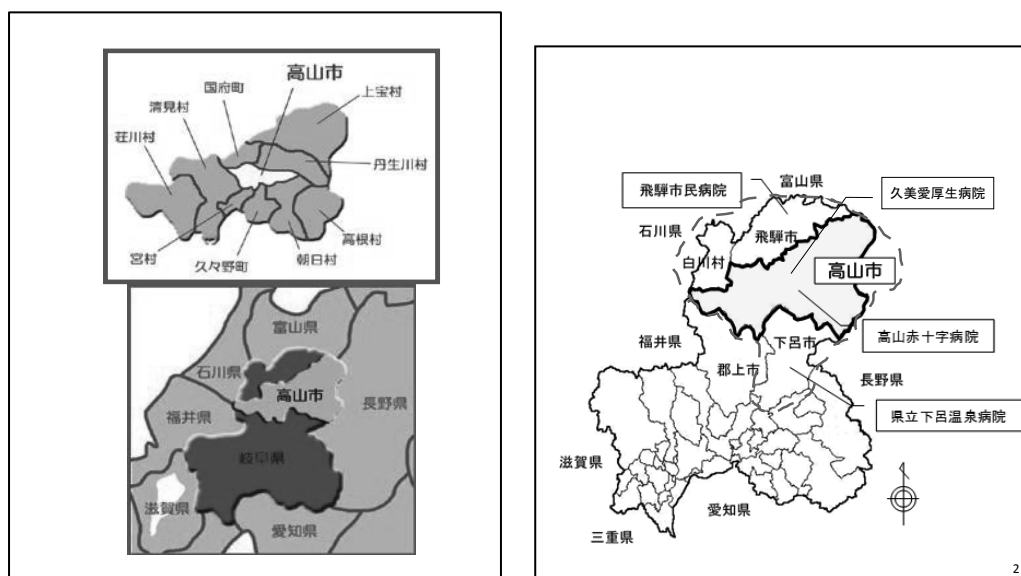
高山市は岐阜県北部に位置し、平成 17 年に近隣の 9 つの町村と合併。面積は東京に匹敵する広さであるが、森林が 92.1%を占めている。人口は合併前の市町村の中心部（旧高山市）に集中し、以外は山間地、過疎地域である。

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。

H27年度 介護保険新規申請者の主たる疾患集計（年齢別）							
疾患名	2号	65-74歳	75-79歳	80-84歳	85歳以上	総計	増減
脳血管疾患	15	33	18	19	28	113	12.8%
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%

4

(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)

5

○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。

支援の状況											
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 ～4-1	様式2 -2	様式3 -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ない方で、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きにくかった。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。

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とという意見があった。

いつ・何を・どこまでやればよいのかのかわりにくく、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のかわ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と。

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り、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

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	担当部署等
自治体	高山市	福祉部 高年介護課
医療機関① 【返・回・慢・か】	高山赤十字病院	脳神経外科、遠隔相談課
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. 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. 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)
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(〇は要介護認定者数記載)	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
当該地域	平成27年度対象疾患有病者数	413
	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	413
	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

参加医療機関	平成27年度対象疾患入院患者数	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

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	関係者会議で検討した内容
A ・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)	・対象者が得られる方 ・程度な方・認知症ではない方 ・家族の協力が得られる方 ・ケアマネの協力が得られる方(要介護認定者) 高山赤十字病院において圏域中で入院される方は年間約200～250人(5人以内)である。対象となる人数を200人としてモデル事業を行う4ヶ月に入院される方は60～70人となる。重症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割程度を目標準として設定し、5人とした。
B ・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)	5人 (9月 6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」に変更があった増加や同意した/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。

対象者選定数	A'パターン 給付あり	A'パターン 給付なし	B'パターン 給付あり	B'パターン 給付なし	備考
拒否数	5人	人	人	人	
同意数	0人	人	人	人	
情報連携の実施	様式1	1人	人	人	人
	様式2	5人	人	人	人
	様式3	5人	人	人	人
セルフマネジメントプラン作成	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法で、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。
介護支援専門員	・金曜の夕方に入院するようなケースでは、3日以内に様式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、助言した内容等教えて下さい。

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下さい。

介護支援専門員	・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ものか判断に迷った。			
---------	--	--	--	--

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分	最長時間	1時間	最短時間	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分で済ましたケースがあった。				
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のかかわかりにくいと感じた。 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 今後、継続して取り組む場 合の課題（列挙）	・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うことができるのか不安があった。 ・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るとはともてもありがたい。 ・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。 ・セルフマネジメントを実施していくと、4回目にはだらせてしまう。 ・栄養指導ができれば予防につながると考える。 ・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。 ・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。 ・どのような方にないをするのが効果的なのか検討する必要がある。 ・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。 ・医療や介護の手前の方への支援がなくなる。 ・退院後の関わり方が断片的で、点でしか見れなかったと感じた。				
ツールの改善点（列挙）	・書式が複雑で使いにくい。 ・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 ・認知症の確認は毎回はいらないのではないかな。				
その他、意見要望	・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かったことを感じた。 ・かかりつけ医と連携することで効果上がる。 ・今で行っていた病院における予防の話では理解が十分ではなかったことがわかった。 ・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。 ・基礎資格が医療系（保健師）のケアマネジャーはこの事業に入りやすいが、介護系の基礎資格（社会福祉士など）は保健指導ができない。 ・ケアマネジャーは、サービスを提供するという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。				

10. 昨年度と今年度のモデル事業を通じてのご意見等

・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うになっていた。

- 102 -

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。

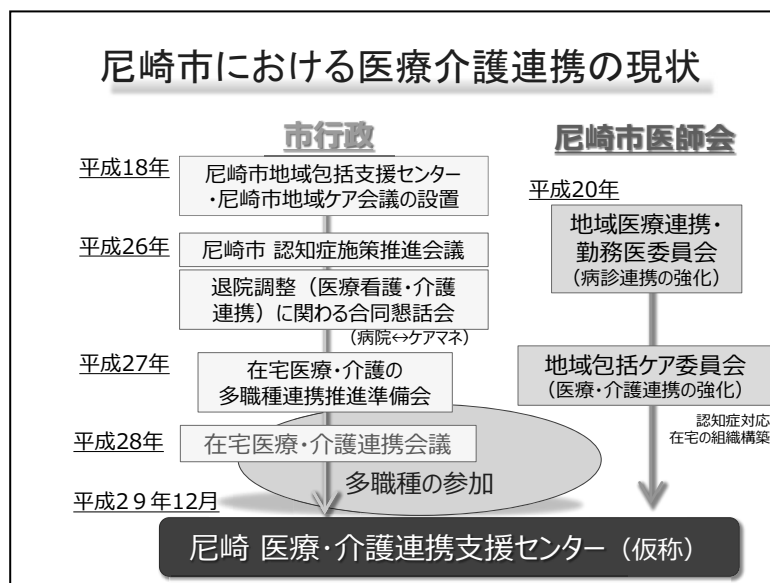
(尼崎市における医療介護連携の現状)

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こと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。

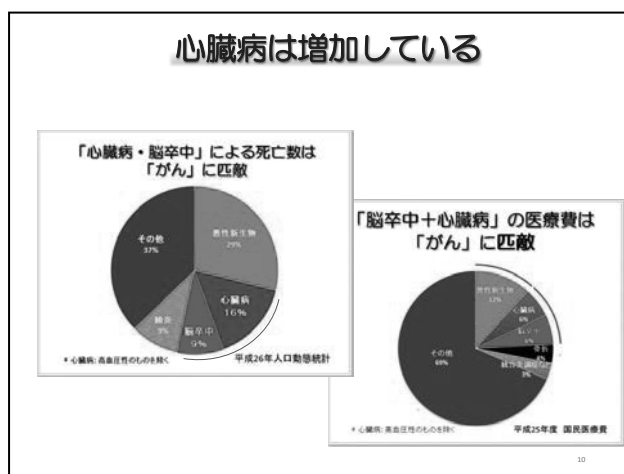
救急患者数は1日63人であり、そのうち救急車の搬送は30人に達する。

（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に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始めている。

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

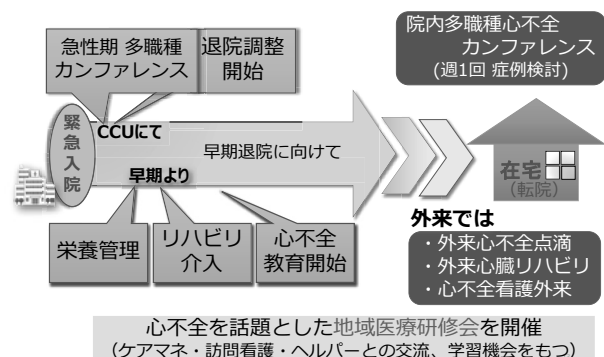
目的：①在院日数の短縮 ②再入院の回避

- ・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

進行中

脱落

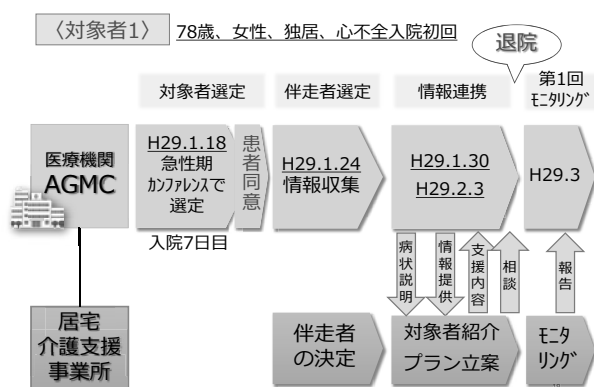
脱落

○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。

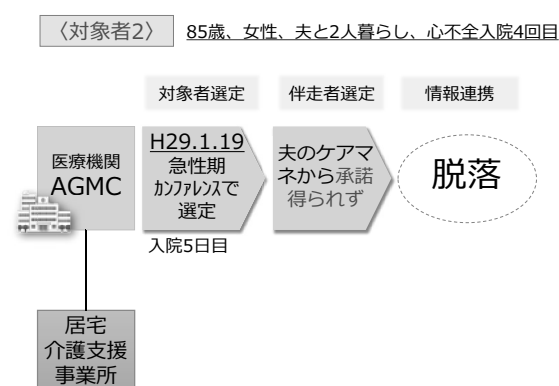
モデル事業への取り組み経過



○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。

モデル事業への取り組み経過



○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)

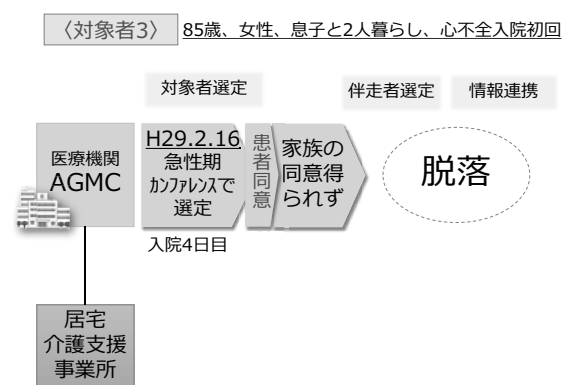
対象者 1 の方は独居で心不全を発症した 78 歳の女性で、初めて大きな病気にかかり、今後の一人暮らしに不安を抱いていたため、ケアマネジャーがいてくれることを心強く思い退院された。

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。

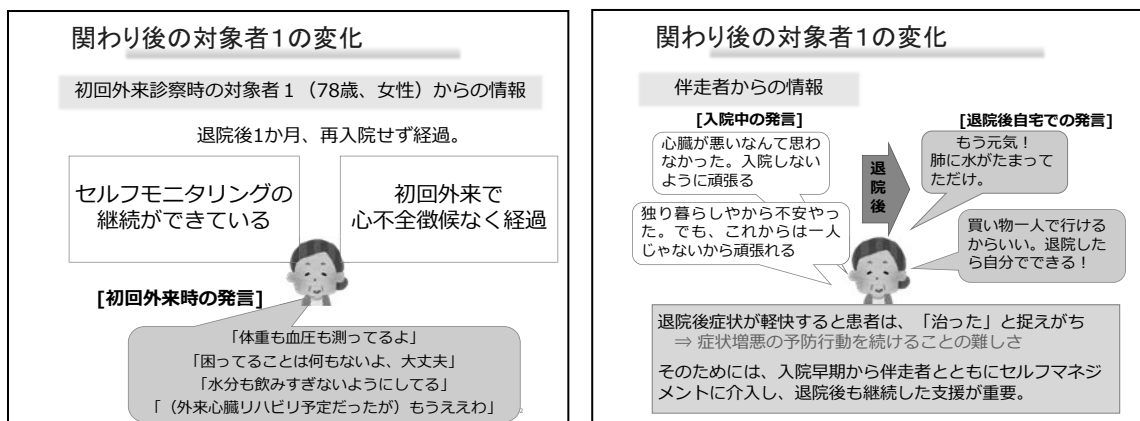
患者自身からも、入院中に説明した心不全増悪予防のため注意点を守りながら生活できている、という発言が聞かれた。

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。

モデル事業への取り組み経過



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）の継続ができていたものの、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。

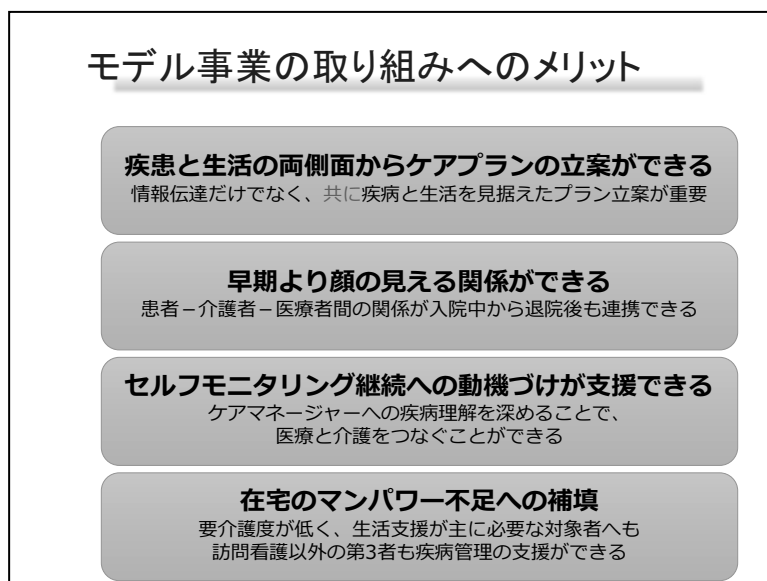
1つは、疾患と生活の両側面からケアプランの立案ができることである。伴走者とともに話し合い、提案しながらプラン立案することで、より疾病と生活を見据えたプランとなり、退院直後から長期に活用できると考える。

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。

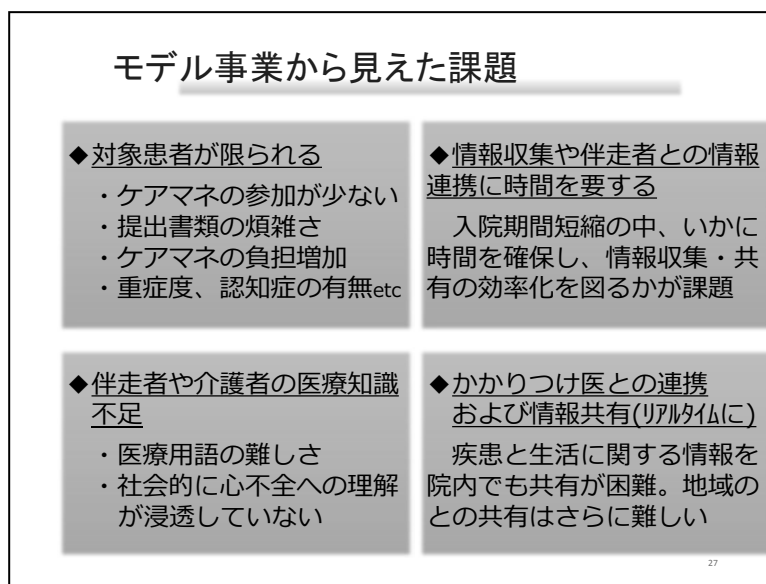
1 つ目は、対象患者が限られてしまうことである。今回、重症度や認知症の程度も影響したこと、また、ケアマネジャーの協力が得られた事業所が少なかったことがあげられる。協力事業所を増やしていくために、煩雑な業務のなかでもモデル事業の取り組みを行えるよう検討が必要である。

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。



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	——	
医療機関① (急・回・慢・か)	兵庫県立尼崎総合医療センター	循環器内科、看護部、地域医療連携センター
医療機関② (急・回・慢・か)	——	
医療機関③ (急・回・慢・か)	——	
医師会	尼崎市医師会	(記入不要)
地域包括支援センター①	連携なし	
地域包括支援センター②	連携なし	
居宅介護支援事業所	尼崎市居宅介護支援事業連絡会	(記入不要)
ケアマネ協会	尼崎市ケアマネジャー協会	(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. 慢性心臓病 (ロコモ関連疾患) 4. 認知症 5. その他 (具体的に)：——
選定理由	以前より心疾患を有する患者の診断・治療・看護・介護等アプローチを積極的に取り組みでいたため。

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 (〇は要介護認定者数記載)	1. A'パターン: 1 (〇 : 非該当) 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年度対象疾患患者数	不詳	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	491 名	データ対象期間：2016年1月から2016年12月
うち高齢者数	421名	
モデル事業期間中の対象疾患入院患者数	169名	データ対象期間：2016年12月から2017年2月24日
うち高齢者数	152名	
うち要介護認定あり	47名	把握方法(推計/実数)：入院患者(または家族)からの聴取(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、パターンの別に記載して下さい。

対象者抽出方法	モデル事業の協定同意が得られた事業所は尼崎市内219事業所のうち6事業所だったので、介護保険給付なしの入院患者から対象者を抽出することにした。		
対象者選定方法 (条件等)	セルフマネジメントに取り組みことが可能な高齢者として、ある程度ADLが自立していること、温厚な方を対象としたが、心不全の重症度が強く、転倒が必要な方は除外した。		
支援者数の検討	？		
支援者数の決定 (目標値)	？人 (月 日合意)		
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)	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、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。

対象者選定数	A'パターン 給付あり	A'パターン 給付なし	B'パターン 給付あり	B'パターン 給付なし	備考
	人	3 人	人	人	
拒否数	人	2 人	人	人	対象者2:介護支援専門員の承諾が得られず(患者には、同意説明なし) 対象者3:患者の同意はとられているが、家族の同意が得られず
同意数	人	1 人	人	人	対象者1に該当
情報連携の実施	様式1	人	人	人	対象者1に該当
	様式2	人	1 人	人	対象者1に該当
	様式3	人	1 人	人	対象者1に該当
セルフマネジメントプラン作成	人	1 人	人	人	対象者1に該当
	うち、医療機関からアドバイスを受けたもの	人	人	人	対象者1に該当
	モニタリングを回以上実施	人	1 人	人	対象者1に該当
MGIが採られた件数	人	1 人	人	人	対象者3に該当
	うち、医療機関からアドバイスを受けたもの	人	人	人	対象者3に該当

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状況を、介護支援専門員と共有するうえで、お気づきの点がなければ記載して下さい。

心不全の病態や時期について、理解を得るには言語だけの説明では難しい。そのため、一定のツールを使用することが必要と考え、当院で作成した心不全入替プリントや心不全手帳を活用した。

医療機関	通院後は、対象者の病状を共有できる機会がほとんど無い。介護支援専門員が、通院後の初回外来に同行するの。そこで情報共有ができれば良い。
介護支援専門員	その間、病状のことだけでなく、生活状況、金銭面、衛生面などの環境的因子やセルフケアマネジメントが家族でまなない阻害因子についても情報共有を行いたい。それが可能となれば、今後の改善策の話へも発展できると思う。

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。

医療機関

例項から考えられる生活上の重要点は、療養の目安にもなる項目を優先順位にのけて助産した。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。

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15分
最長時間30分
最短時間5分

時間が長くなる理由は、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かチェックのみで良いため。

セルフマネジメントを継続するために工夫した点
本人が不在のとき。

モニタリングを行う上で、困ったこと
1)立ち入った質問や踏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)踏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られている。
3)客観的な評価を行う上で、対象者に聞ける友人や介護職からも情報を得るよう心がけている。

モニタリング終了後、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：
・情報伝達だけではなく、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動機づけが支援できた。
・介護支援専門員の付走により、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）
介護支援専門員の立場から：
・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付走およびセルフマネジメントへ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。
・研修会等を企画し、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
今後、継続して取り組む場合の問題（列挙）
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、簡略化を図る必要があるのでは。
この事業中にも多くの心不全患者が入院されているが、事業への選定できる対象数が少ない（限定されている）選定が困難な理由を、医療前背景・介護前背景（ケアマネ）背景・患者背景等に分けて検討する必要がある。
例）医療前背景：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
介護前背景：疾病に関する医療知識不足・ケアマネの数？など
患者背景：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通じてのご意見等

- 110 -

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

○A' 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。

○B 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しての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を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、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。血液検査も定期的に実施して

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いるにもかかわらず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することを伝える。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、干物や塩漬より刺身や素焼きにする。
- ・ 醤油は、直接かけず小皿にいれてつけて食べる。
- ・ 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、肉の食べ過ぎはないが、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っても、「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	〇	〇	〇	〇	〇	〇
食事(quantity)	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
糖分〇g以下	〇/×	〇/×	〇/×	〇/×	〇/×	〇/×
身体の不調 (運動の有無)	〇	〇	〇	〇	〇	〇

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(必要時には、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	担当部署名等
自治体	兵庫県多可郡多可町役場	健康福祉課
医療機関①	市立 西脇病院	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②	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
医療機関③	多可赤十字病院ほか	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	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		（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. 難治性症候群（ロコモ関連疾患） 4. 認知症 5. その他（具体的に）
選定理由	地域性、実施機関の体制が整っているか

3. 組織/パートナー

着手時の予定	1. Aパートナー 2. A'パートナー 3. Bパートナー
最終的にSMに取組んだパートナー別件数（0は要介護認定者数記載）	1. Aパートナー（ ） 2. A'パートナー（ 1 ） 3. B'パートナー（ 6 ）

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 34（後期高齢者のぞく） ※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 20
外来患者数	把握方法（推計/実数）：多可赤十字病院（医事課；ICD10コード分種数からの抽出方法） 56
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コード分種数からの抽出方法） 49

AまたはA'パートナーのみ

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	15 A'パートナー 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	14
うち要介護認定あり	10 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、パートナー別に記載してください。	
A	①市立西脇病院からの紹介（定額リステ）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） な臨床中研究モデル事業実行委員会にて、議論の上、抽出する。
A'（条件等）	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）
ターゲット	2人
支援者数の検討	
支援者数の決定（目標値）	1人（12月16日合意）
対象者抽出方法	①ケアマネ会議（28年9月10日）にて、担当利用者の中から抽出 ②臨床中研究モデル事業実行委員会にて、議論の上、抽出する。
B	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）
B'（条件等）	
ターゲット	7人
支援者数の検討	
支援者数の決定（目標値）	6人（10月1日・11月1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'パートナー 総付あり	A/A'パートナー 総付なし	B/A'パートナー 総付あり	B/A'パートナー 総付なし	備考
対象者選定数	2人	7人	1人	
拒否数	1人	1人	1人	
同意数	1人	6人	1人	A'パートナー介護保険新規申請 2017年2月7日
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	
情報連携の実施	1人	1人	0人	
セルフマネジメントプラン作成	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	6人	
モニタリングを回以上実施	1人	1人	6人	
MCIが疑われた件数	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	

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
介護支援専門員

- 118 -

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、助言した内容等教えてください。

医療機関	多可 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・看護師等に関き取りの時間を確保するのが、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
時間が長くなった理由	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、時間ば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上、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。				
モニタリング実施後、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かった。体調が良ると再開できた。				

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ので、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）が既存の担当利用者の方が、今年度に対象者として不足しなかった結果、体重の増加（1年間で6kg）がみられている。 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（記載項目が多すぎる。）				
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

①医師等の協力が得にくい。行政からの依頼文書の活用があれば、スムーズに進んでいただけないか。 ②介護支援専門員（特任職）に対し、利用者・家族から医療レベルの相談を受ける質問事項が多く、回答に戸惑った。 知識不足であること、安易な発言をする思いが、対象者に申し渡さない状況であった。 ③対象者の適宜（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、地域全域に波及（地域性の問題）するのには、課題が山積ではないか。 ④昨年度にモデル事業対象者の方が、今年度に対象者として不足しなかった結果、体重の増加（1年間で6kg）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、意識の低下が影響しているように察察できる。（家族の忌めだけでは、適当に聞き流している状況あり） 記録し、他者（医師等）に確認してもらう事により、病識に対する意識の高まり、生活習慣改善（継続）につながるように感じられた。					
---	--	--	--	--	--

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。

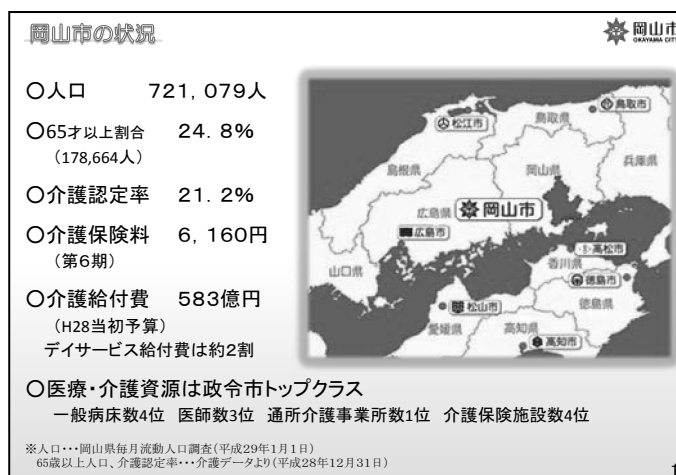
（デイサービス改善インセンティブ事業の概要）

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。



岡山

CITY

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

介護サービスの質

ストラクチャー
(構造)

プロセス
(経過)

アウトカム
(成果)

設備及び組織がどれだけしっかりしているか

サービス提供のプロセスが利用者にとって望ましいものであるか

提供されたサービスが利用者の状態像の改善にどの程度成果があるか

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

CITY

岡山市の通所介護サービスの質の評価階層図

共通理念

介護保険の理念
「自立」

事業所が達成すべき
具体的な目標

状態像の維持・改善
(利用者のQOLの確保)

利用者 従事者 地域

メリットを受ける
当事者の明確化

サービスの質を評価
する項目(価値)

介護技術 事業所の意識向上 従事者支援 地域住民の意識向上

指標(イメージ)

ストラクチャー
(構造)

プロセス
(経過)

アウトカム
(成果)

国家資格
取得者

国家資格
取得者

有給取得率

キャリア
段位

実習生
受け入れ

資格助成

地域交流
家族の交流

状態像
改善

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。

岡山

CITY

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	
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。

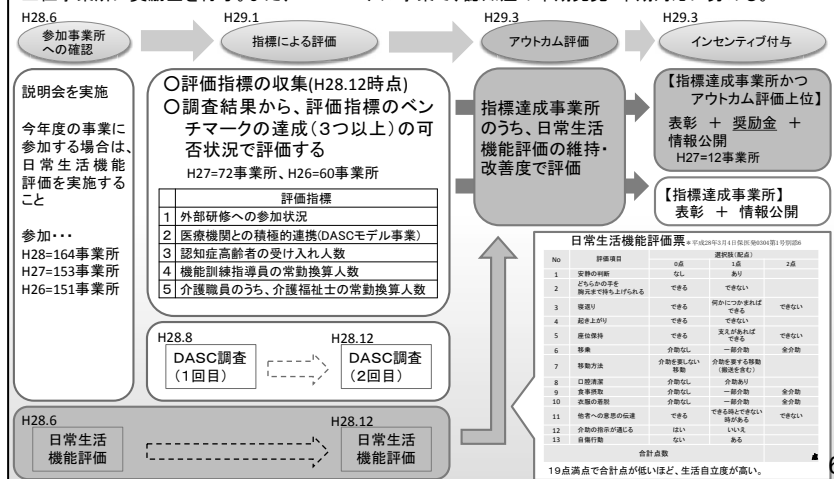
この奨励金の付与は平成 27 年度から実施しており、事業への参加は強制ではないものの、平成 27 年度ではデイサービス事業所のうちおよそ半数の 153 事業所が参加し、翌平成 28 年度においては 164 事業所が参加している。

(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概要

5つの指標で、ストラクチャー・プロセスを評価。評価指標を達成した事業所にはアウトカム評価を実施し、上位事業所に奨励金を付与。また、DASCモデル事業で、認知症の早期発見・早期対応に努める。



デイサービス改善インセンティブ事業の効果

		日常生活機能評価票													合計
		1. 安眠の時間	2. どちらかの手を握り支え持ち上げられる	3. 服を着る	4. 起き上がり	5. 座位保持	6. 移動	7. 移動方法	8. 口開き	9. 食事摂取	10. 衣服の着脱	11. 移乗への意思の伝達	12. 介助の指示が通じる	13. 自衛行動	
調査月	調査日	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率
参加事業所 (153事業所)	H27年9月	0.0636	0.0085	0.2409	0.0742	0.0857	0.2982	0.2188	0.1251	0.1043	0.2930	0.1550	0.0946	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	0.2081	0.1264	0.1043	0.3078	0.1420	0.0995	0.0043	1.7748
	H28年2月	0.0526	0.0104	0.2369	0.0730	0.0807	0.3222	0.1988	0.1184	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	0.0015	-0.0787
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	0.0803	0.2816	0.1580	0.1379	0.0747	0.3218	0.1293	0.0747	0.0029	1.6552
	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	-0.0055	-0.8728

【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年度アウトカム評価上位事業所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

		日常生活機能評価票													合計
		1. 安眠の時間	2. どちらかの手を握り支え持ち上げられる	3. 服を着る	4. 起き上がり	5. 座位保持	6. 移動	7. 移動方法	8. 口開き	9. 食事摂取	10. 衣服の着脱	11. 移乗への意思の伝達	12. 介助の指示が通じる	13. 自衛行動	
調査月	調査日	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率
参加事業所 (153事業所)	H27年9月	0.0636	0.0085	0.2409	0.0742	0.0857	0.2982	0.2188	0.1251	0.1043	0.2930	0.1550	0.0946	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	0.2081	0.1264	0.1043	0.3078	0.1420	0.0995	0.0043	1.7748
	H28年2月	0.0526	0.0104	0.2369	0.0730	0.0807	0.3222	0.1988	0.1184	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	0.0015	-0.0787
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	0.0803	0.2816	0.1580	0.1379	0.0747	0.3218	0.1293	0.0747	0.0029	1.6552
	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	-0.0055	-0.8728

【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年度アウトカム評価上位事業所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く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

単位(人、円)																
	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					
			額				額				額					
			対デイサービス比				対デイサービス比				(増減率) 対デイサービス比					
岡山市	28,388	4,061,613,435	143,176	1.265	30,199	4,220,043,015	139,741	1.270	1,831	158,429,580	△ 3,435	△ 2.40%				
デイサービス	9,267	1,049,204,437	113,219	1.000	10,574	1,163,311,864	110,016	1.000	1,307	114,107,447	△ 3,203	△ 2.83%				
非参加事業所	3,756	466,271,389	124,140	1.096	4,257	515,938,160	121,198	1.102	501	49,666,771	△ 2,942	△ 2.37%				
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%				
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%				

【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月の給付費実績を抽出。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。
- ・四捨五入の関係で端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

岡山市
OKAYAMA CITY

	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 (2割以上) 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

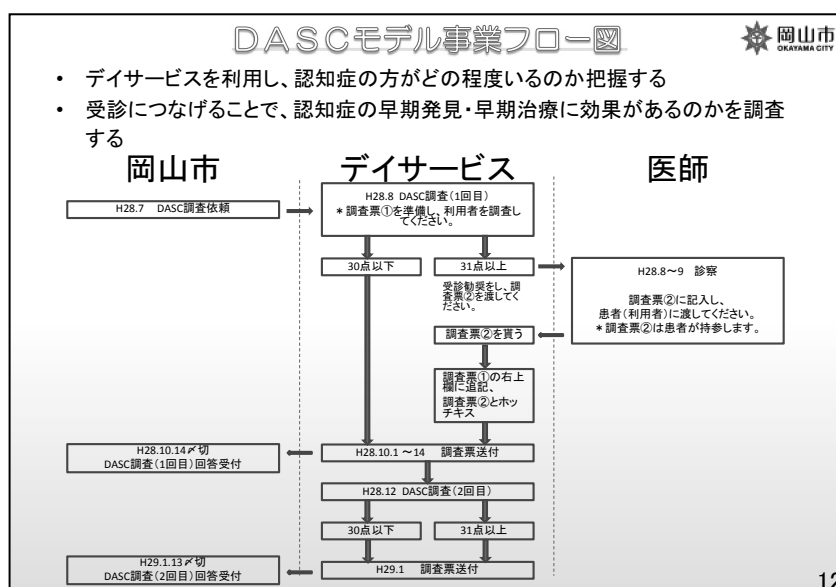
指標達成事業所数

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

しかしながら、認知症の疑いがある方のかかりつけ医につなげることはなかなか難しいというのが、モデル事業の感想である。



調査票① デイサービスDASCモデル事業（ディサービス記入用）

DASCの結果をA1以上10までの場合、回答する箇所は「○」を記入してください。（※Aは正常範囲の項目を指します。）

事業所番号	337099999	受診頻度	受診する曜日又は受診頻度	受診理由	本人の意思 家族 その他	診断結果	認知症では「軽度認知症」「認知症」	医師の対応	医師の対応のあり方に不安があるか
事業所名	岡山市ディサービス	受診頻度	○	受診理由	○	診断結果	○	医師の対応	○
介護保険施設番号	0123456789								

地域包括ケアシステムにおける認知症ケア
The Dementia Assessment Sheet for Community-based Services (DASC-21)

記入日 平成28年7月16日

ご本人の氏名: 山本 太郎

本人以外の情報提供者の氏名: 山本 花子

項目	2年未満		2年以上10年未満		10年以上		1月		1月 (1日)		備考
	1点	2点	3点	4点	1点	2点	3点	4点			
A 1. ものが忘れに思えますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○	記入の要無 軽度認知症	
2. 1年前ほど比べて、ものが覚えられに思えますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
3. 財布や眼鏡、物を置いた場所がわからなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
4. 3分前くらい前の話を思い出せないことがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
B 5. 自分から話を聞かずに他人に話しかけることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○	記入の要無 軽度認知症	
6. 4分前くらい前の話を聞かずに他人に話しかけることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
7. 自分から話を聞かずに他人に話しかけることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
8. 電話や来客や来訪者などについてこれなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
C 9. 電話や来客や来訪者などについてこれなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○	記入の要無 軽度認知症	
10. 電話や来客や来訪者などについてこれなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
11. 電話や来客や来訪者などについてこれなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
12. 電話や来客や来訪者などについてこれなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
D 13. 電話や来客や来訪者などについてこれなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○	記入の要無 軽度認知症	
14. 電話や来客や来訪者などについてこれなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
15. 電話や来客や来訪者などについてこれなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
16. 電話や来客や来訪者などについてこれなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
E 17. 電話や来客や来訪者などについてこれなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○	記入の要無 軽度認知症	
18. 電話や来客や来訪者などについてこれなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
19. 電話や来客や来訪者などについてこれなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
20. 電話や来客や来訪者などについてこれなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
F 21. 電話や来客や来訪者などについてこれなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○	記入の要無 軽度認知症	
22. 電話や来客や来訪者などについてこれなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
23. 電話や来客や来訪者などについてこれなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
24. 電話や来客や来訪者などについてこれなくなることがありますか	○	○	○	○	○	○	○	○	○		

合計点は、この範囲
一番上のA、Bは足
さす

DASC21（1～21項目まで）の合計点 32 点/44点

デイサービスDASCモデル事業（医師記入用） 調査票②

【利用者の氏名】 【介護保険施設番号】 【こはなサービス事業所が介護保険施設に設置されている施設】

岡山 太郎 0123456789

お手紙で、以下に記入のうえ、ご本人様に渡してください。

【医師診療所名】 【受診日】 【二人の同意書が、医師と受診した本人と記入済み】

岡山クリニック 平成 28 年 7 月 16 日

1-1(1) 受診した経緯は、どのようなものでしょうか。
(該当する箇所は○にチェックしてください)

1. 正常または軽度 2. 認知症 3. 認知症 (MCI) 4. 認知症 (痴呆) 5. 認知症 (痴呆) (MCI) 6. 認知症 (痴呆) (MCI) 7. 認知症 (痴呆) (MCI) 8. 認知症 (痴呆) (MCI) 9. 認知症 (痴呆) (MCI) 10. 認知症 (痴呆) (MCI) 11. 認知症 (痴呆) (MCI) 12. 認知症 (痴呆) (MCI) 13. 認知症 (痴呆) (MCI) 14. 認知症 (痴呆) (MCI) 15. 認知症 (痴呆) (MCI) 16. 認知症 (痴呆) (MCI) 17. 認知症 (痴呆) (MCI) 18. 認知症 (痴呆) (MCI) 19. 認知症 (痴呆) (MCI) 20. 認知症 (痴呆) (MCI) 21. 認知症 (痴呆) (MCI) 22. 認知症 (痴呆) (MCI) 23. 認知症 (痴呆) (MCI) 24. 認知症 (痴呆) (MCI) 25. 認知症 (痴呆) (MCI) 26. 認知症 (痴呆) (MCI) 27. 認知症 (痴呆) (MCI) 28. 認知症 (痴呆) (MCI) 29. 認知症 (痴呆) (MCI) 30. 認知症 (痴呆) (MCI) 31. 認知症 (痴呆) (MCI) 32. 認知症 (痴呆) (MCI) 33. 認知症 (痴呆) (MCI) 34. 認知症 (痴呆) (MCI) 35. 認知症 (痴呆) (MCI) 36. 認知症 (痴呆) (MCI) 37. 認知症 (痴呆) (MCI) 38. 認知症 (痴呆) (MCI) 39. 認知症 (痴呆) (MCI) 40. 認知症 (痴呆) (MCI) 41. 認知症 (痴呆) (MCI) 42. 認知症 (痴呆) (MCI) 43. 認知症 (痴呆) (MCI) 44. 認知症 (痴呆) (MCI) 45. 認知症 (痴呆) (MCI) 46. 認知症 (痴呆) (MCI) 47. 認知症 (痴呆) (MCI) 48. 認知症 (痴呆) (MCI) 49. 認知症 (痴呆) (MCI) 50. 認知症 (痴呆) (MCI) 51.

(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。

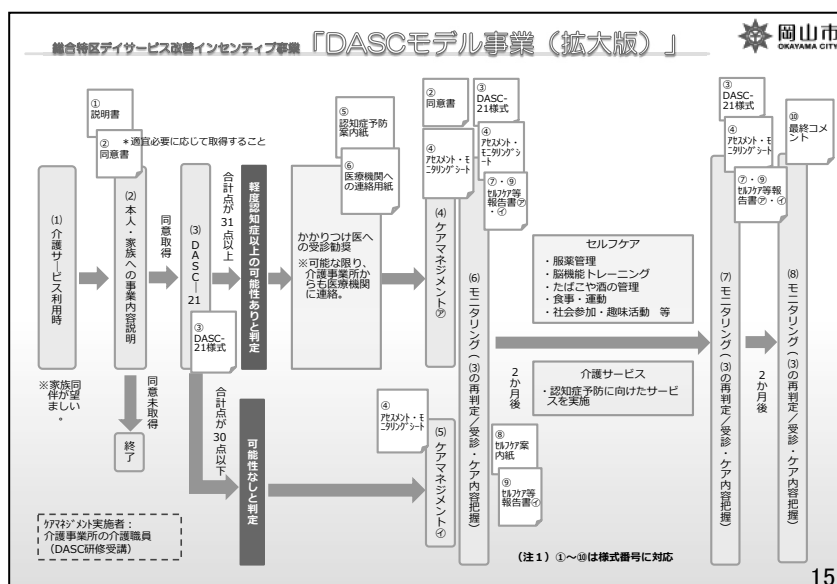
DASC が 31 点以上、30 点以下、どちらであっても伴走することを前提に取り組みを開始した。

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

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

[illegible]

17

セルフケア等報告書		様式① (参加型活動、健康活動)
支援対象者氏名 () 確認者氏名 () 実施日 (年 月 日) モニタリング回数(1回目・2回目・3回目)		
項目	チェック項目	実施結果
医師の診察・薬の服用		
・医師の診察について、医師の診察を受けた ・上記で売却した医療機関の名称	1 はい 2 いいえ	
・医師の指示の服薬(病状、服薬の方法など)		
・医師の指示通りに、服薬などの間違いがなく、 実を数えることができた	1. できた 2. いたっていた 3. ありできなかった	
医師の診察傾向		
・医師の診察傾向が下すための医師の診察を受けた 目標：内服 ()回/月・週	1. できた 2. いたっていた 3. ありできなかった	
薬の服用の回数		
・1日2回に関する目標を受けた 目標：薬 1日 ()回/月・週	1. できた 2. いたっていた 3. ありできなかった	
・お酒に関する目標を受けた 目標：お酒 ()回/月・週	1. できた 2. いたっていた 3. ありできなかった	
その他の方針		
・1週間に関する目標を受けた 目標： ()回/月・週	1. できた 2. いたっていた 3. ありできなかった	
・食事に関する目標を受けた 目標： ()回/月・週	1. できた 2. いたっていた 3. ありできなかった	
・睡眠に関する目標を受けた 目標： ()回/月・週	1. できた 2. いたっていた 3. ありできなかった	
・運動に関する目標を受けた 目標： ()回/月・週	1. できた 2. いたっていた 3. ありできなかった	
社会参加・健康活動		
・社会参加に関する目標を受けた 目標： ()回/月・週	1. できた 2. いたっていた 3. ありできなかった	
・健康活動に関する目標を受けた 目標： ()回/月・週	1. できた 2. いたっていた 3. ありできなかった	
介護サービスの利用		
・介護サービスを利用した 目標： ()回/月・週	1. はい 2. いいえ	
・上記で利用した介護サービス事業所の名称		
健康意識・生活習慣の改善(任意項目)		
・生活習慣の改善の状況(「健康意識シート」 (別添)に記載してある)	1. はい 2. いいえ	
・目標(お酒、健康意識シート)に対して健康意識 に関する目標を記載できた 目標： ()回/月・週	1. できた 2. いたっていた 3. ありできなかった	
その他(自由記載)		

18

18

(DASC 点数)

DASC の結果について、独居か同居かで比較してみてもあまり差はみられない。

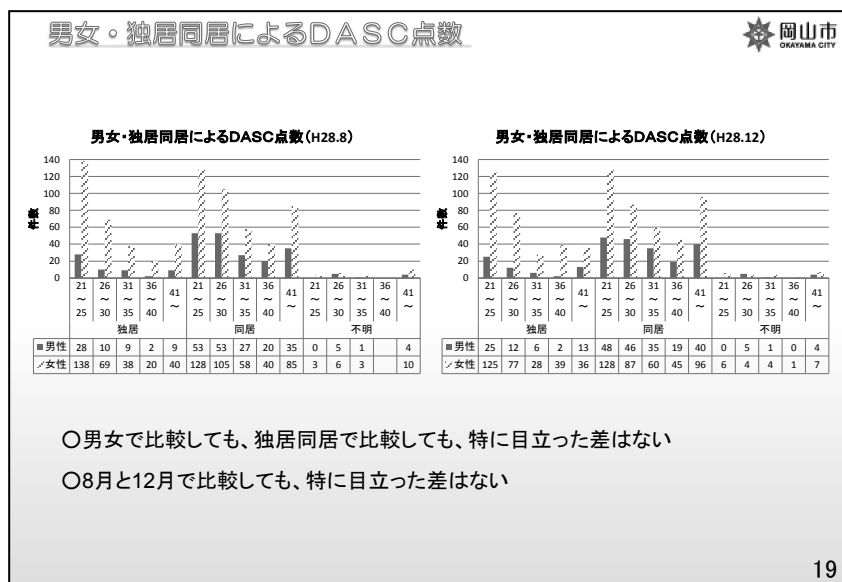
初回アセスメント時と第1回モニタリング時で比較してみると、約33%の方が改善している状況である。セルフケアを行った53名(9か所のデイサービス事業所)は約34%で、それほど違いは見られなかった。引き続き、モニタリングを継続していく中で、数字の変化がみられるか検証していきたいと考えている。

一方、DASC が 31 点以上だった方でかかりつけ医につながった方の 70 名は、セルフケアマネジメントを実施している方も含めて約 50%の方が改善していた。やはり、早期に疑いをみつけて、主治医に介入していただき、本人も含めて意識改善していくということが非常に重要であることがわかった。

セルフマネジメントの項目は、薬の服用、認知機能の向上、喫煙や飲酒など簡素化した。これについては強制していないため、全ての項目を全員が取り組んでいるわけではない。

「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	1人あたり	件	1人あたり	件	1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
得点の変化	②-①	720	0.72	699	0.74	21	0.40
	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	
			1人あたり		1人あたり		1人あたり	
	受診者数	件	70	1	66	1	4	
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

21

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					
	認知機能向上について、医師の診断・薬の服用は受けた	医師の指示通りに薬を服用している	認知機能向上のための理解を深めた	「たばこに」「お酒に」「体質に」「食事」「睡眠」「運動」を守る目標を定めた	「社会参加」「趣味活動」を守る目標を定めた	「社会参加」「趣味活動」を守る目標を定めた	介護サービスを利用した	毎週の「目標と計画」シートに記入し、医師の指示通りに行動した	人数×17項目に占める割合											
改善グループ(マイナス)																				
181→できた(はい)	2	1	1	4	8	3	4	4	9	2	1	7	7	53	17%					
2→だいたいできた(はい)	4				8	1	6	4	5	2	1			31	10%					
3→あまりできなかった						1				2				3	1%					
維持グループ																				
141→できた(はい)	1	1		6		3	4	2	5	1	3	4	4	34	14%					
2→だいたいできた(はい)	3			5	1	2	2	2	2	2	1			20	8%					
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)																				
211→できた(はい)	1	1	1	12		8	8	10	12	11	4	6	6	80	22%					
2→だいたいできた(はい)	6			4	1	2	5	1	6		4			29	8%					
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	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

22

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

23

(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  岡山市

- 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 (市内デイサービス事業所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)

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

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SMCに取組むパターンの別件数(①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: 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年度対象疾患有病者数	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%
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		
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	対象者抽出方法	
・対象者選定方法 (条件等)		
パターン	支援者数の検討	
支援者数の決定 (目標値)	人 (月 日合意)	
対象者抽出方法	デイサービス事業所の利用者	
B	対象者選定方法 (条件等)	・デイサービス改善インセンティブ事業においてDASO部署に協力していただいている等のうち、 セルフケアマネジメントに同意した者 ・DASOの品数は問わない
パターン	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
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'パターン 給付あり	B'パターン 給付なし	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	53 人	人	
	様式3	人	人	人	
セルフマネジメントプラン作成	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、DASO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、助言した内容を教えてください。

デイサービス事業所
医療機関

・1日頃から気になっていることや現在行っていることを振り返って考える

・1日のスケジュールを確認し、できることを目標にする

・目標を具体的ににして、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、困ったことがあれば教えてください。

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	最長時間	90分	最短時間	5分
時間が長くなったり短くなったりした理由	・本人が伝えたいことがたくさんある(家族での状況など) ・難聴や言葉が出てこないなどの状態				
モニタリングを行う上で、困ったこと	・項目が多く、非常に時間がかかる ・経済状況などは聞き取りづらい ・本人がセルフケアプランの必要性を感じていない場合				
セルフマネジメントを継続するために工夫した点	・スタッフ間での共有 ・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				
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	やめたケースは無し				

9. 関係会議での検討内容

モデル事業取組の評価	・セルフケアの評価ポイントが理解できた ・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 ・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) ・早期の認知症対策に、興味を示す利用者が意外と多い。
今後、継続して取り組む場合の課題(列挙)	・本人の意欲を維持できるような周囲の関わりが必要 ・支援者(家族等)の協力が必須
ツールの改善点(列挙)	・DASG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
その他、意見要望	・通常業務への負担が大きい

10. 昨年度と今年度のモデル事業を通じてのご意見等

- 131 -

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)

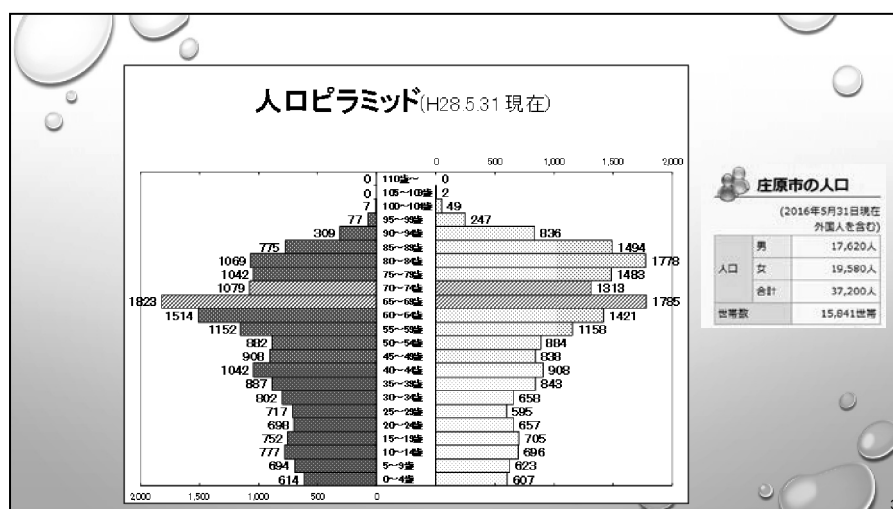
庄原市は、広島県の北東部に位置し、面積は1,246 平方キロメートルと全国で13 番目に大きな面積をもっている。近畿圏では、一番大きく、香川県の3分の2ほどである。

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。

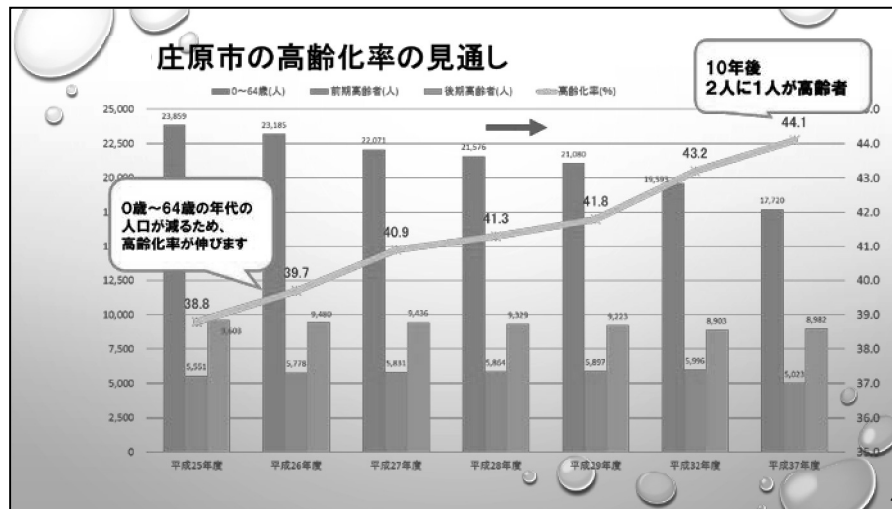


人口ピラミッドをみると、65歳、いわゆる団塊の世代が非常に多い。平成27年の人口は37,200人で、現在は37,000人を割っており、人口が減少している。

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。

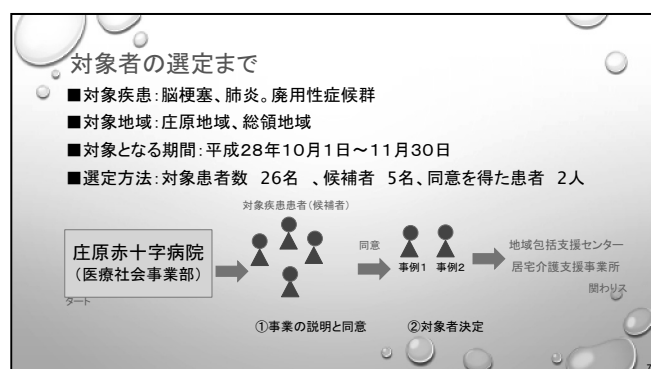


○対象者の選定

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。

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。

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。

(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

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。

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。

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。

12

- ・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。

13

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。

14

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いう反省がある。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事ができれば、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のにとれば、「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)

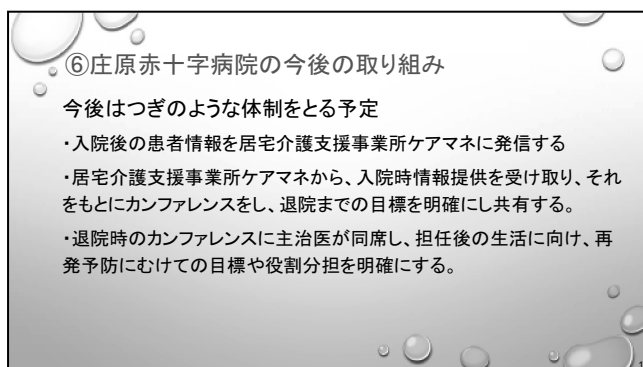
本事業を行ったことを踏まえ、今後は入院後の患者情報を居宅介護支援事業所のケアマネジャーに発信し、居宅介護支援事業所のケアマネジャーから、入院時情報提供を受け、それをもとにカンファレンスを行って、退院までの目標を明確にし、ケアマネジャーと共有していくことを継続しながら、退院

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。



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 (他・回・機・か)	庄原赤十字病院	
医療機関② (他・回・機・か)	庄原市国民健康保険総領診療所	
医療機関③ (他・回・機・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. 虚脱性症候群（ロコモ関連疾患） 4. 認知症 5. その他（具体的に）
選定理由	

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SMW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 (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
当該地域	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・Bパターンのみ

参加医療機関	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ください。

対象者抽出方法	庄原赤十字病院 医療社会事業部が対象疾患である施設等で入院した患者を把握		
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等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パターン	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付さ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パターン（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パターン 給付あり	Bパターン 給付なし	備考
対象者選定数	人	人	人	
拒否数	人	人	人	
同意数	2人	人	人	
情報連携の実施	様式1	人	人	
	様式2	人	人	
	様式3	人	人	
セルフマネジメントプラン作成	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	
		人	人	
モニタリングを1回以上実施	2人	人	人	
MCIが疑われた件数	1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	

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、助置した内容等教えてください。

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	45分	作業時間	1時間	最長時間	30分
時間が短くなった理由	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、取り組む内容も、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。				
今後、継続して取り組む場合の課題(列挙)	事務的なボリュ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⁴。

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^{5,6}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⁷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^{8,9}。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 senario) 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⁹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

⁴ 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)

⁵ Department of Health (2006a) Our Health, Our Care, Our Say: A New Direction for Community Services. London: Stationery Office.

⁶ Department of Health (2006b) Supporting people with long term conditions to self care. Leeds: Department of Health.

⁷ Department of Health (2000) The NHS Plan - Cm 4818-1. London: Stationery Office.

⁸ Wanless D (2002) Securing our Future Health: taking a long-term view. London: Department of Health.

⁹ 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ことは対立するものではなく、一貫した方針の下にある^{10,11}。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¹⁰、それに続く Ian Philp⁵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¹²。

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¹³、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ったが、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¹⁴。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¹⁵。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¹⁶、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。

¹⁰ Department of Health (2001) National Service Framework for Older People. London: Department of Health.

¹¹ Department of Work and Pensions (2005) Opportunity age: opportunity and security throughout life. London: Department of Work and Pensions.

¹² Social Exclusion Unit: Department of Communities (2006) A Sure Start to Later: Ending Inequalities for Older People.

¹³ 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-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/bijon.pdf> (2017 年 3 月 31 日アクセス)

¹⁴ 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.

¹⁵ Government Actuaries Department (2006) Population projection 2006-based.

<http://www.gad.gov.uk/population/index.asp> Access date 28/09/09 Graham C (2009)

¹⁶ Office for National Statistics (2007) Social Trends. London: Palgrave / HMSO. Office for National Statistics (2009a) Office for National Statistics - Census website.

<http://www.statistics.gov.uk/census2001/census2001.asp> Access date 28/09/09.

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¹⁶、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¹⁷。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¹⁰。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¹⁰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^{18,19}。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。

¹⁷ Department of Health (2004) The NHS Improvement Plan: Putting people at the heart of public services Cm6268. London: Stationery Office.

¹⁸ 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.

¹⁹ 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 People¹⁰ が掲げる 4 つの目的、および Sure Start to Later Life¹² 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²⁰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 Institute²¹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^{22, 23}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

²⁰ Kennedy A, Rogers A, & Bower P (2007), "Support for self care for patients with chronic disease". British Medical Journal, vol. 335, pp. 968-970.

²¹ Ellins J and Coulter A (2005) How engaged are people in their healthcare? Oxford: Picker Institute Europe.

²² Coulter A and Ellins J (2006) The Quality Enhancing Interventions Project: Patient focused interventions. London: The Health Foundation.

²³ 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²⁴。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²⁵。

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ト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ト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少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まれた結果、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

²⁴ 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.

²⁵ 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²⁶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²²。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者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²⁷。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²⁸。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²⁹。

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。

²⁶ Joseph Rowntree Foundation (2004) Building a Good Life for Older People in Local communities. York: Joseph Rowntree Foundation.

²⁷ Halpern D 2006, Social Capital Polity Press, Cambridge.

²⁸ 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.

²⁹ 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。