

平成 27 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

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

平成28年3月

株式会社日本能率協会総合研究所

はじめに

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

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

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

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

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

平成 28 年 3 月

株式会社日本能率協会総合研究所

目次

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

第1章 事業の概要

1. 事業の目的

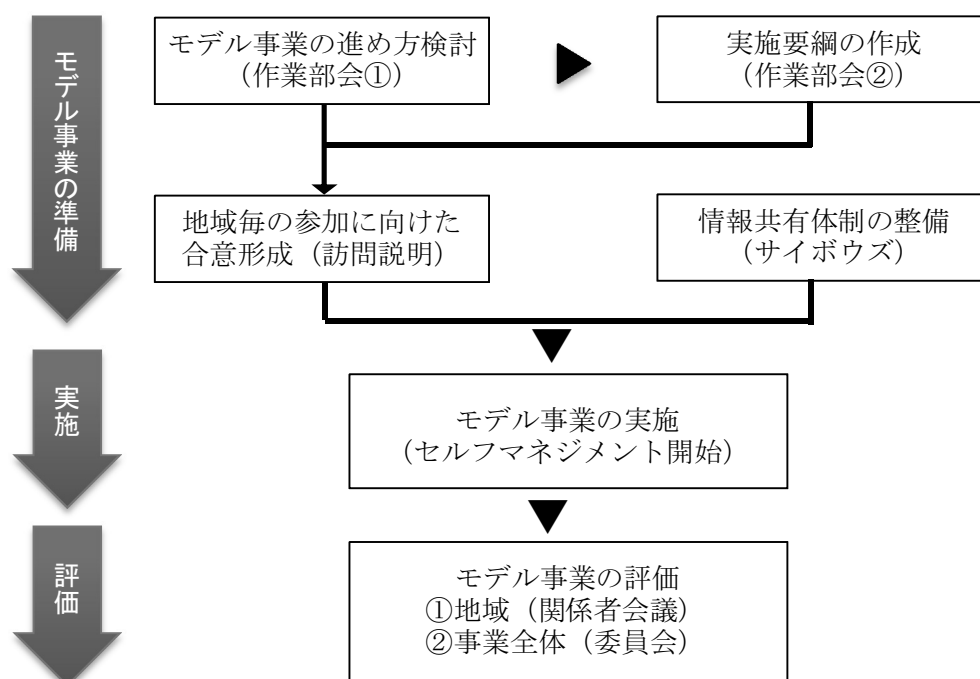
平成 26 年度「ケアマネジメントの質の評価及びケアマネジメントへの高齢者の積極的な参画に関する調査研究」(以下、平成 26 年度事業)¹において、地域包括ケアシステムの下、医療と介護の連携におけるケアマネジメントの在り方について検討を行うとともに、限られた保健・医療・福祉に係わる資源を有効に使用するため、高齢者本人の積極的な係わり方をケアマネジメント上でどのように位置づけるべきかについて検討を行い、高齢者のセルフマネジメントを支援するツール(入院前、入院中、退院時の情報連携及び継続的なケアマネジメントを可能にする疾病情報に着目したセルフマネジメント支援ツール)の開発を行った。

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

2. 実施内容

本調査研究事業の実施フロー、スケジュール等は以下の通りである。

(1) 実施フロー



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

(2) 実施スケジュール

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

(3) 具体的な進め方

＜モデル事業の準備＞

ア.モデル事業の進め方検討

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

イ.実施要綱の作成（作業部会②）

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

ウ.情報共有体制の整備（サイボウズ）

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

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

エ.地域ごとの参加に向けた合意形成

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

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

<実施>

オ.モデル事業の実施

モデル事業の準備ができた地域から、順次モデル事業に着手した。

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

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

<評価>

カ.モデル事業の評価（成果と課題の把握）

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

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

3. 実施体制

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

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

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

(1) 委員

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

委員一覧

(敬称略・委員長を除き五十音順、()は作業部会兼務)

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

■モデル事業参加医療機関・自治体

(敬称略、都道府県コード順)

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

<オブザーバー> 厚生労働省 老健局振興課

<事務局> 株式会社日本能率協会総合研究所

(2) 作業部会

ア.モデル事業の進め方検討作業部会（作業部会①）

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

メンバー一覧

(敬称略・作業部会リーダーを除き五十音順、()は委員兼務)

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

<オブザーバー> 厚生労働省 老健局振興課

<事務局> 株式会社日本能率協会総合研究所

イ.モデル事業を実施するための実施要綱作成作業部会（作業部会②）

作業部会②メンバーは以下の8名で構成し、2回開催した。

メンバー一覧

（敬称略・作業部会リーダーを除き五十音順、（ ）は委員兼務）

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

＜オブザーバー＞ 厚生労働省 老健局振興課

＜事務局＞ 株式会社日本能率協会総合研究所

4. 実施経過

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

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

5. 委員会及び作業部会における討議内容

(1) 委員会

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

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

(2) 作業部会

ア.モデル事業の進め方検討作業部会

作業部会は、同じテーマの会議を2回開催し、都合の良い日時に参加いただいた。

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

イ.モデル事業を実施するための実施要綱作成作業部会

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

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

第2章 モデル事業に向けた準備

(1) モデル事業の進め方の検討（作業部会①の開催）

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

課題認識	● 脳血管疾患の連携パスは急性期から在宅へ戻るためのパスであるが、再発をして重度化するという循環となっている。重度化を防ぐための対策が必要である。
本事業の目標	● 本モデル事業はデータで現状を把握し、ターゲットを決めて、伴走をつけた重度化予防の支援を行う。 ● 短期間のモデル事業であり、入院（中）→退院（在宅）→再入院の循環を対象とはできないため、入院（中）→退院（在宅）を中心に行う。その取組を踏まえ、支援の有効性について検討を行う。 ● また、介護支援専門員は入院中を対象としたケアプラン作成の経験はなく、セルフマネジメントの支援の経験もないため、実際に支援ができるかを把握するとともに、支援できるようになるための課題についても把握する。
連携体制の構築について	（自治体） ● モデル事業に参加するにあたり、医療機関から自治体への働きかけが一番難しい。自治体は、認知症対策や地域包括ケアシステム、地域医療構想等様々な課題を抱えており、モデル事業を理解し協力が得られるか、特に、現場の部長クラスの理解が得られるかが課題となる。 ● 様々な地域で医療と介護の連携等の取組が行われており、それらの施策とどう整合性を持たせるかが課題となる。 （院内） ● 介護支援専門員が入院中までケアマネジメントをする場合、病棟師長レベルあるいは主治医のモデル事業に対する理解が得られることが必要となる。 （他医療機関） ● 地域に急性期病院がない場合、地域を越えて広域でどう連携するが課題となる。 ● 地域で病院間の病病連携が進んでいない場合、連携先の病院の協力が得られるかが課題となる。 ● 医師会と自治体の関係が良好でないと、地域の医療機関の協力が得られない。 ● 連携パスを作ったものの、機能していないところが多い。比較的脳卒中パスは上手くいっているが、在宅まではつながっていない。医療と介護の連携パスも作っただけでは機能しない。どう実効性を持たせるかが課題となる。
自治体の役割について	● 自治体が個別の名簿を管理する必要があるのか。実際に取り組むのは、介護支援専門員や地域包括支援センターになる。自治体が名簿管理を行う前提では、内部の理解が得られにくい。 ● 情報を地域包括支援センターから自治体に上げて、自治体は誰に対して支援を行っているか把握しておく必要がある。また、データを集めるに

	は自治体の関与が前提となる。 ➤ 名簿を自治体で管理する必要はなく、誰が名簿を管理するかは地域で検討する。但し、コミュニティベースドケアという枠組みの中では、コミュニティは支援対象を把握し、システムとして伴走が行われていることが重要である。また、責任が明確でないところでシステムは機能しないため、コミュニティベースドケアという枠組みの中でもコミュニティの責任の所在を明確にすることが求められる。基本的に自治体の役割となるため、自治体がこの取組を認識し理解していることは最低限求められる。
支援対象者の抽出について (ターゲティング)	● 国保データベース（KDB）により国保レセプトと介護データが全部つながった。脳卒中でソートをかけると、既往歴や再発の有無、受診している医療機関なども追えるようになっている。再発を何度も繰り返しているような人は最重要に位置づけ（ハイリスク者）、重症化予防という視点で取組はできる。 ➤ KDB から特定のリスクを持った人、本モデル事業で言えば脳血管疾患の既往歴のある人を抽出し、検討することを前提としたい。但し、地域ごとの取組であるため、対象者の抽出方法はそれぞれの地域で検討することとする。
伴走する介護支援専門員について	● この事業に取り組むには、介護支援専門員に医療の知識が求められる。従って、介護支援専門員に対する医療教育が必要となる。 ● 介護支援専門員の医療の知識については過大な期待はできない。むしろモデル事業という医療との共同作業を通じ、介護支援専門員に学んでもらうということになる。 ● 在宅との連携でキーになるのは介護支援専門員である。医療側から介護支援専門員とコミュニケーションができないという話はよく聞くが、連携のプロセスを踏むことで、具体的な内容について話し合う場となる。 ● 介護支援専門員がわからないことがあれば、地域の保健師や栄養士に相談できるようなフォロー体制は必要である。
支援対象者の同意	● 対象者に対して、かかりつけの医師がモデル事業について説明を行い、同意を得る。

（２）実施要綱の作成（作業部会②の開催）

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

実施要項の構成は以下の通り。

はじめに	（本モデル事業の意義について解説）
I 基本事項	1. 目的 2. 事業の受託者 3. 支援対象者（以下、被支援者）とケース数（目安） 4. モデル事業の参加対象と実施期間 5. モデル事業の取組パターン 6. モデル事業における支援内容 7. モデル事業の政策的位置づけ 8. 様式等 9. モデル事業の流れ（別添「工程表」参照）
II モデル事業の実施	（関係者別に手順書を用意） 1. 急性期病院（担当医、かかりつけ医） 2. かかりつけ医手順書 3. 自治体手順書 4. 地域包括支援センター手順書 5. 介護支援専門員手順書
III モデル事業で使用する様式等	（平成 26 年度事業で作成したツールに加え、以下のものを新たに作成） 1. 区市町村から関係機関への依頼文（例） 2. 支援機関リスト 3. 支援対象者モデル事業同意書 4. 被支援者管理表 5. 報告書フォーム 6. 謝礼支払い対象者リスト

（３）情報共有体制の整備（サイボウズ）

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

サイボウズを利用するにあたり、「サイボウズ利用の手引き」を作成し、配布している。

なお、サイボウズについてその特徴をまとめると以下の通り。

ア．情報共有支援ツールに求められる機能

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

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

イ．サイボウズの機能

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

《サイボウズ Office10 の概要》

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

（参考：サイボウズホームページ及びマニュアル）

ウ．モデル事業に向けた整備

モデル事業に向け、以下の機能を整備した。

《ファイル共有機能》

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

《掲示板機能》

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



《進捗管理機能》

工程表に基づき、各地域の進捗状況を共有できるよう整備した。

進捗率

進捗率: 30 表示 [10] [20] [30] [40] [50] [60] [70] [80] [90] [100]

先頭へ | << 前の20件へ | 次の20件へ >> | 末尾へ

自由体	更新日時	名称・利用費コード	パターン	進行状況	進捗状況	タイトル	コメント	更新者
長野県上田市								
進捗	2015/12/24 10:19	01	おじやーん	確認	70%			
進捗	2015/12/21 11:04	02	おじやーん	確認	80%			
進捗	2015/12/21 11:05	03	おじやーん	確認	20%			
進捗	2015/12/21 11:06	04	おじやーん	確認	10%			
埼玉県熊谷市								
進捗	2016/2/26 17:44	01	おじやーん	確認	80%	おじやーん		
進捗	2016/2/26 17:44	02	おじやーん	確認	80%	おじやーん		
埼玉県上田市								
進捗	2016/3/8 8:24	01	おじやーん	確認	100%	アルコーポ、内務局管理		
進捗	2016/3/8 8:24	02	おじやーん	確認	100%	近世、倉庫支援		
進捗	2016/3/8 8:24	03	おじやーん	確認	100%	近世、倉庫支援、生活訓練中		
埼玉県熊谷市								
進捗	2016/2/27 10:30	01	おじやーん	確認	100%	おじやーん	おじやーんの共同支援・分譲3	
進捗	2016/2/27 10:30	02	おじやーん	確認	100%	おじやーん	おじやーんの共同支援・分譲2	
進捗	2016/2/27 10:31	03	おじやーん	確認	100%	おじやーん	おじやーんの共同支援・分譲4	
進捗	2016/2/27 10:31	04	おじやーん	確認	100%	おじやーん、近世	おじやーんの共同支援・分譲4	
埼玉県熊谷市								
進捗	2016/2/26 18:18	01	おじやーん	確認	70%			
進捗	2016/2/26 19:20	02	おじやーん	確認	70%	近世		
埼玉県熊谷市								
進捗	2016/3/8 15:54	01	おじやーん	確認	90%			
進捗	2016/3/8 15:54	02	おじやーん	確認	90%			
進捗	2016/3/8 15:54	03	おじやーん	確認	90%			
進捗	2016/3/8 15:55	04	おじやーん	確認	90%			
進捗	2016/3/8 15:55	05	おじやーん	確認	90%			

先頭へ | << 前の20件へ | 次の20件へ >> | 末尾へ

（４）地域ごとの参加に向けた合意形成

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

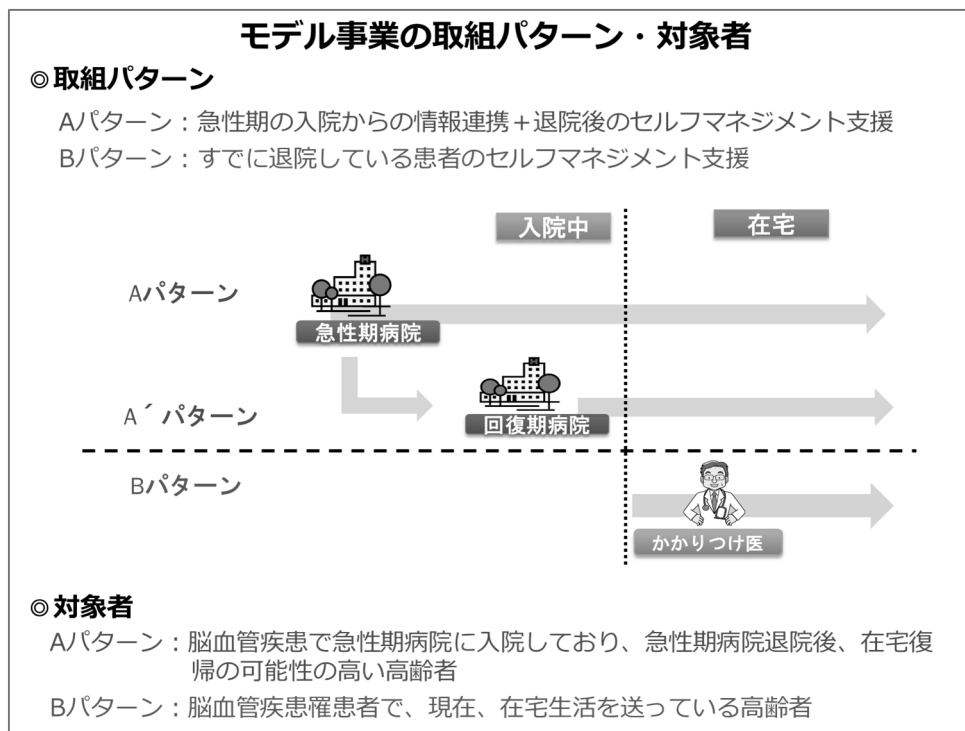
モデル事業参加にあたり、事前に合意すべき点は以下の通り。

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

ア．取組パターン

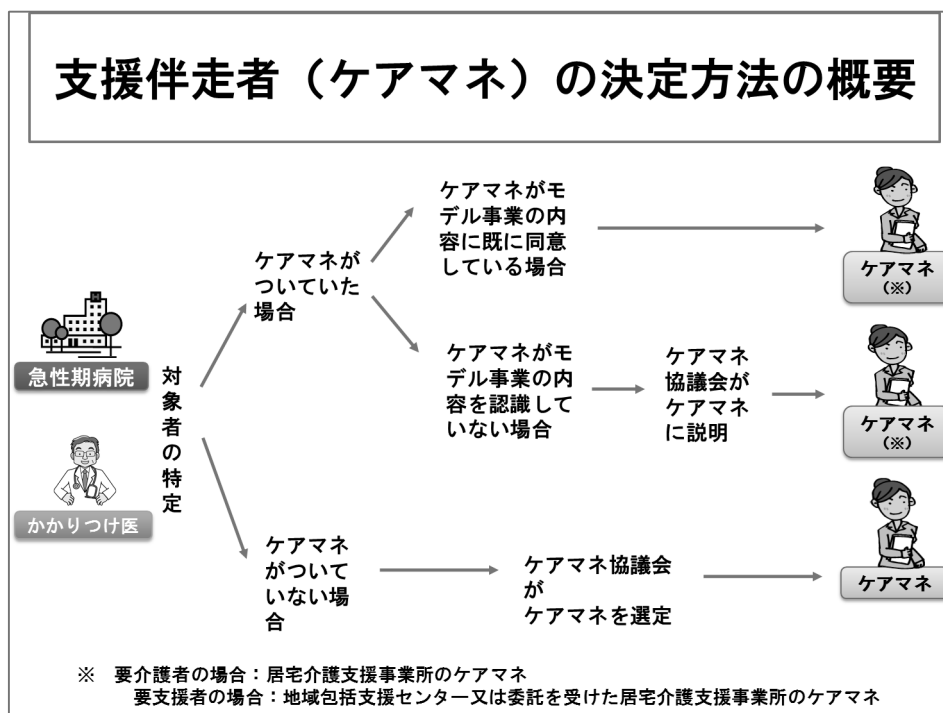
取組パターンとしては、急性期（A パターン）・回復期（A'パターン）の入院から情報連携を進め、退院後にセルフマネジメント支援を行う場合と、在宅（B パターン）におけるセルフマネジメント支援の場合があり、地域で検討し決定する。

なお、対象者は脳血管疾患有病者罹患患者か既往歴のある高齢者とした。



イ. 伴走する介護支援専門員の決定方法

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



第3章 モデル事業の実施（地域における取組成果と課題）

モデル事業に参加表明いただいた地域は以下の12の地域である（セルフマネジメントの対象者決定に至らなかった1地域を含む）。
モデル事業地域地域のおおまかなスケジュールは以下の通り。

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

本モデル事業に取り組んだ地域の取組の特徴は以下の通り。

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

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

※パターンについては P.14 参照のこと

1. 千葉県松戸市

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

(モデル事業実施の前提)

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

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

民間機関主体型モデルの一般モデルとの主な相違点は、以下の 3 点である。

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

(実施体制と経過について)

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

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

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

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

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

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

実施体制構築にあたっての詳細な実施経緯については、資料1の通りである。

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

（目標値の設定）

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

【支援対象者候補の選定の考え方】

①A パターンの場合（入院→退院後のセルフマネジメント支援）

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

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

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

（セルフマネジメント支援者の選定）

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

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

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

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

（セルフマネジメント支援対象者のセルフマネジメント取組内容）

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

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

【セルフマネジメントプラン作成にあたって、医療機関が行った助言の内容】

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

【セルフマネジメントプラン作成にあたって、介護支援専門員が困った点】

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

（セルフマネジメント支援）

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

セルフマネジメントを継続するための工夫としては、ほぼ全ての事例において、様式の簡素化等を積極的に行った。実際、毎日、様式原案通り、全ての項目を記載していた事例（資料 2 の事例 8）では、「様式⑪の記入事項が多く負担であるため、途中でやめたい」との申し出があ

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

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

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

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

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

（モデル事業取組の評価と課題）

（1）モデル事業取組の評価

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

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

（2）今後、継続して取り組む場合の課題

今後、継続して取り組む場合の主な課題としては、3 点、考えられる。

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

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

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

(3) ツールの改善点

ツールの改善点としては、以下の点が列举された。

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

(今後の展望についての意見)

①疾患横断的なアプローチ

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

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

②介護支援専門員の実践的な能力評価等

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

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

松戸市における実施経緯

1. 市役所内の検討

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

2. 医療関係者への説明

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

(2) 個別医療機関への説明・協力依頼

①急性期病院

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

②回復期病院

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

③かかりつけ医

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

3. 医療機関による支援対象者からの同意取得

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

【内訳】

- ・対象者選定数：12人
- ・同意数：9人
- ・拒否数：1人

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

4. 介護支援専門員関係者への説明

(1) 松戸市介護支援専門員協議会への説明

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

(2) 地域包括支援センターへの説明

- 地域包括支援センター連絡会において、保険者より地域包括支援センターに対して、事業内容説明及び協力を依頼。（10月20日）
- 地域包括支援センター連絡会において、保険者より地域包括支援センターに対して、事業内容の詳細説明及び参加意向調査。（11月17日）
- 小金地域包括支援センターより、参加意向が示されるとともに、支援対象者候補の推薦があった（一新松戸中央病院による同意取得へ）

(3) 介護支援専門員への説明

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

5. セルフマネジメント支援

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

6. 医療機関・ケアマネ向けアンケート

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

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

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

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

資料 3

資料2の事例1における支援経過

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

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	担当部署等
自治体	松戸市	福祉長寿部高齢者支援課
医療機関① (急性期)	松戸市立病院	医師、MSW 3例(外来)
医療機関② (急性期)	千葉西総合病院	医師、MSW 1例(外来)
医療機関③ (急性期)	新松戸中央総合病院	医師、MSW 1例(外来)
医療機関④ (回復期)	旭神経内科・リハビリテーション病院	医師、MSW 1例(外来)
医療機関⑤ (かかりつけ医)	あおぞら診療所	医師、MSW 2例(在宅医療)
医師会	松戸市医師会	(記入不要)
ケアマネ事業所①	松戸市常盤平地区在宅介護支援センター	介護支援専門員 1例
ケアマネ事業所②	偕楽園居宅介護支援事業所	介護支援専門員 1例
ケアマネ事業所③	居宅介護支援センターみらい	介護支援専門員 1例
ケアマネ事業所④	やわら木苑居宅介護支援事業所	介護支援専門員 1例
ケアマネ事業所⑤	ハートケア	介護支援専門員 1例
ケアマネ事業所⑥	小金地域包括支援センター	介護支援専門員 1例
ケアマネ事業所⑦	千葉西居宅介護支援事業所	介護支援専門員 1例
ケアマネ事業所⑧	つかよし居宅支援事業所	介護支援専門員 1例
ケアマネ協会	松戸市介護支援専門員協議会	(記入不要)

2. 当該地域における脳血管疾患患者数

当該地域(市町村・特別区等)の脳血管疾患患者数を記入して下さい。

当該地域	患者数(人)	把握方法(推計/実数)を具体的に
		出典:国保データベース(26年度累計)、松戸市作成資料 (住民基本台帳より、27年12月末現在、) [74歳未満被保険者1人当たり脳出血・脳梗塞のレセ件数 431(0.000778)×74歳未満人口(437,325人)] + [70～74歳被 保険者1人当たり脳出血・脳梗塞のレセ件数(0.001739)× 75歳以上人口(52,392人)] = 340+91=431人
うち高齢者数	207	出典同上。 [70～74歳被保険者1人当たり脳出血・脳梗塞のレセ件数 (0.001739)×65歳以上人口(119,189人) = 207人
平成26年度 入院患者数		
うち高齢者数		
期間中の入院患者 数※1		
うち高齢者数		
うち要介護 認定あり		
計		

※1 モデル事業期間中の入院患者数については実績値を記載してください。また、データ収集期間を教えてください。

月	日	～	月	日(データ収集期間)
---	---	---	---	------------

3. 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記載してください。 ※事業開始時の関係者会議は開催せず。

対象者抽出方法	以下の選定の考え方を示した上で、医療機関に選定を依頼した。 【支援対象者候補の選定の考え方】 ①病院の場合(Aパターン／入院→退院後のセルフマネジメント支援) ・入院中の脳血管疾患患者のうち、在宅復帰の可能性が高い患者であって、在宅でセルフマネジメントを行うことができると見込まれる者。 ・なお、要介護認定・要支援認定を受けていて、既に担当のケアマネが付いている患者がより望ましい(ただし、そうしたケースがなければ、担当ケアマネが付いていないケースでも構わない)。 ②かかりつけ医の場合(Bパターン／退院している患者のセルフマネジメント支援) ・脳血管疾患に罹患して入院したのち、退院し、現在は通院している又は訪問診療を受けている患者のうち、在宅でセルフマネジメントを行うことができると見込まれる者。 ・なお、要介護認定・要支援認定を受けていて、既に担当のケアマネが付いている患者がより望ましい(ただし、そうしたケースがなければ、担当ケアマネが付いていないケースでも構わない)。 ※なお、地域包括支援センターから支援対象者候補の推薦があり、医療機関の同意取得につながったケースもあった(1事例)。
対象者選定方法 (条件等)	市域全体で10人程度。1医療機関1例から。可能であれば、1医療機関2～3例の支援を要請。
支援者数の検討	市域全体で10人程度。1医療機関1例から。可能であれば、1医療機関2～3例の支援を要請。
支援者数の決定 (目標値)	市域全体で10人程度。1医療機関1例から。可能であれば、1医療機関2～3例の支援を要請。

4. セルフマネジメント支援者の選定

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、備考欄に記載してください。

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	12人 (備考)
同意数	9人 (備考) 同意取得日時が運かつたため、その後の手続きに遅まなかつた事例があつた(1事例)
拒否数	1人 (備考) 拒否数(1名)のほか、病状の悪化等により、同意取得に遅まなかつた対象者が2名いた。

支援候補者に説明をする際、工夫した点があれば教えてください。

医療機関が支援候補者に事業内容やセルフマネジメント内容を分かりやすく説明する様式(資料①～3の様式⑤～2)を作成し、配布した。

5. 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	○通常のケアマネジメントの一環として行われることが多く、特別の事情はなかった模様。
介護支援専門員	○様式⑧については、初回は医療機関が行うのが良いのではないかとこの意見もあった(1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、助言した内容等教えてください。

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

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

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

6. 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	最長時間	90分	最短時間	20分
時間が長くなり短くなった理由	○支援対象者の理解が進んでいる場合、時間が短くなる。(1例) ○初回は、これまでの生活様式や既往歴等を知るために、長くなる。(2例) ○しっかりと取り組むためには、ある程度長くなることも妥当だとの意見もあった。(1例)				
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	○様式⑪など、様式の簡素化を積極的に行った。詳細は資料①ー4。(ほぼ全ての事例) ○デイサービス事業者との協力(血圧を測ってもらう等)。(1例) ○積極的に対象者を賞賛。サービス事業者からも賞賛してもらう。(1例) ○時間の無い医師の指導を受けられるよう、MSWと緊密に連携(看護師・保健師等との連携も進むとさらによい)。(1例)				
モニタリング着手後、セルフマネジメントを途中でやめたケース	○対象者から、「様式⑪の記入事項が多く負担であるため、途中でやめたい」との申出があり、途中でやめた事例がある。(1例)				

7. 関係会議での検討内容

モデル事業取組の評価	○高齢者本人・家族の健康管理の意識を高めることによって、運動等の生活習慣の改善につなげていくという点で意義がある。 ○特に、医療機関から、様式⑩・⑪は、健康管理面でよくできているとの評価もあった。 ○医療・介護連携の推進の点で、意義がある。 ○脳卒中患者の長い臨床経過に比して、今回の調査期間は短かったことから、大きな変化が無いままに経過した。入院中・退院直後・再入院などの際に、今回の取組の威力を発揮することが期待される。 ○一方、高齢者本人・家族、ケアマネ・医療機関にとって、負担の大きさが課題。コストベネフィットの観点から、効率的な仕組みが必要。 ○本人・家族、ケアマネ・医療機関の負担の軽減。様式(特に、様式⑪)の簡素化。簡素化様式をベースにした上で、ハイスベック様式を参考様式として付すと、複数の記載例を提示するなどの改善も考えられる。 ○本人・家族にとって、医療機関での診察時に血圧を測定したり、お薬手帳や母子手帳を出すのが当たり前であることと同様に、セルフマネジメントを継続することが習慣となり、自分にとっても得があることの周知・普及。 ○医師の時間の確保が難しいので、MSW等と介護支援専門員の緊密な連携。 ○介護支援専門員・医療機関に対するインセンティブの付与(介護報酬・診療報酬等)。
今後、継続して取り組む場合の課題(列挙)	○自治体が関係機関・関係者に説明する際の様式例が不足している。松戸市では、資料①ー③のとおり、関係機関・関係者説明用の資料を豊富に作成しており、これを活用していくことも1つの解決策と考える。 ○実際のデータや状況等について、時系列的に俯瞰できるような一覧表。 ○診療内容と介護サービスの状況、そして本人に帰属するデータや状況等が書き込まれている一覧表が思いつく。 診療：受診状況、採血データ、主な処方とその変更点等 介護サービス：プランや提供内容の変更等 本人・体重・リハビリ実施状況・体調不良エピソード 食事・排泄・睡眠・清潔等に関するモニタリング 趣味や楽しみなど特記すべきこと等 ○様式⑪： ・脈の記載の検討 ・食事・水分の記載単位の明記。 ・運動量やリハの項目の追加の検討。 ・排泄の記載の検討。 ・「O」等での記載の検討。 ○セルフマネジメントツールを血圧手帳のように持参・保管しやすい形にする。
その他、意見要望	○入院医療機関を起点に考えると、疾患別のアプローチになりやすいと思うが、高齢者本人、ケアマネ、かかりつけ医の視点から考えると、疾患横断的なアプローチの方が取り組みやすいのではないかと。実際、今回の様式⑪等は、脳血管障害以外の他の疾患のセルフマネジメントにも適用可能と思われるので、細分化ではなく、総合化する方向で検討できないか。

2. 東京都文京区

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

(東京大学医学部附属病院の入院患者について)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

図表 1

患者住所地	①在宅 (自宅及び居 住系介護施設 等)		②回復期リハ ビリテーション 病棟		③病院、診療 所 (①②④を除く)		④療養病棟		⑤介護老人保 健施設		⑥死亡		全体	
	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数	件数	平均在 院日数
東京都	124	13.9	35	43.5	21	42.3	5	97.8	1	15.0	19	13.4	205	23.9
埼玉県	16	10.0	4	37.5	2	26.5					1	34.0	23	17.3
千葉県	16	11.6			1	67.0					1	31.0	18	15.6
神奈川県	9	9.4									2	5.0	11	8.6
茨城県	2	11.0	1	70.0									3	30.7
群馬県	1	6.0											1	6.0
岩手県	1	14.0											1	14.0
山形県	1	2.0											1	2.0
福島県	1	5.0											1	5.0
新潟県	2	51.5											2	51.5
長野県	2	3.0											2	3.0
静岡県	2	4.5	1	25.0									3	11.3
滋賀県	1	4.0											1	4.0
福岡県	1	4.0											1	4.0
大分県	1	4.0											1	4.0
総計	180	13.0	41	43.1	24	42.0	5	97.8	1	15.0	23	14.3	274	21.7

図表 2

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

区中央部 千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
 区南部 品川区、大田区
 区西南部 目黒区、世田谷区、渋谷区
 区西部 新宿区、中野区、杉並区
 区西北部 豊島区、北区、板橋区、練馬区
 区東北部 荒川区、足立区、葛飾区
 区東部 墨田区、江東区、江戸川区
 西多摩 青梅市、福生市、羽村市、あきる野市、西多摩郡瑞穂町、西多摩郡日の出町、西多摩郡檜原村、西多摩郡奥多摩町
 南多摩 八王子市、町田市、日野市、多摩市、稲城市
 北多摩西部 立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市
 北多摩南部 武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、小金井市、狛江市
 北多摩北部 小平市、東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市
 島しょ 大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅島三宅村、御蔵島村、八丈島八丈町、青ヶ島村、小笠原村

図表 3

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

図表 4

患者住所地	①在宅 (自宅及び居 住系介護施設 等)		②回復期リハ ビリテーション 病棟		③病院、診療 所 (①②④を除く)		④療 養病 棟		⑤介護 老人保 健施設		⑥死亡		総計	
	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし		
連携部介入	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし		
東京都	28.7	12.0	45.1	16.5	57.9	11.0	97.8	15.0	110.0	8.0			239	
埼玉県	17.0	9.5	45.0	15.0	26.5				34.0				17.3	
千葉県	19.0	10.6			67.0				31.0				15.8	
神奈川県	24.0	5.3								5.0			8.6	
茨城県	11.0	11.0	70.0										30.7	
群馬県													6.0	
岩手県													14.0	
山形県													2.0	
福島県													5.0	
新潟県													61.5	
長野県													3.0	
静岡県													11.3	
滋賀県													4.0	
福岡県													4.0	
大分県													4.0	
総計	26.3	11.4	45.2	16.0	54.8	11.0	97.8	15.0	58.3	7.7			21.7	

(モデル事業実施経過)

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

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

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

1 モデル事業実施経過

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

(対象者の概要)

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

2 対象者の概要

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

(セルフケアマネジメントの実施内容)

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

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

3 セルフケアマネジメントの実施内容

(1) セルフケアマネジメント3種類の様式への記入

様式① 「病状・状態セルフチェック表」 初回訪問時に記入

様式② 「セルフマネジメント確認表」 毎日

様式③ 「健康管理表」 毎日

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

(2) ケアマネジャーからの意見等

伴走者としての意見等を求めた（様式なし）。

(参加者からの感想等)

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

○男性 A

様式中の質問内容について疑問を感じるということであった。

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

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

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

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

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

○男性 B

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

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

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

○男性C

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

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

(モデル事業の取組で感じたこと)

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

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

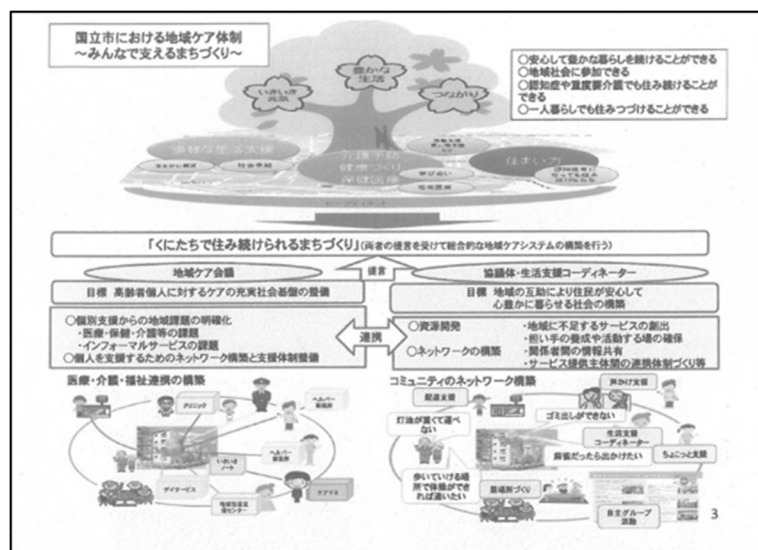
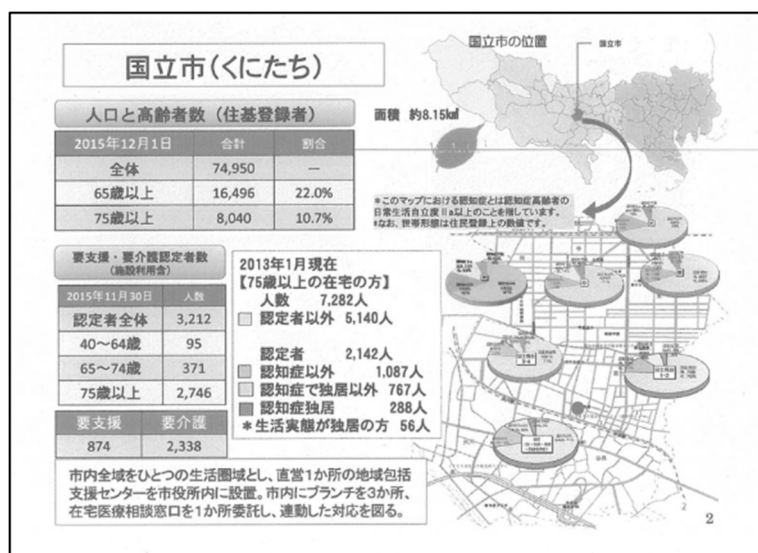
3. 東京都国立市

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

(国立市の概要)

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

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



(おおまかなスケジュール)

12月25日にケアマネジャーを含めて関係者会議を行った。

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

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

(セルフマネジメント支援者の選定)

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

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

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

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

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

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

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

セルフマネジメント報告

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

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

ないというようなコメントも聞かれた。

（セルフマネジメントを継続するための工夫）

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

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

（モデル事業取組の評価）

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

（今後、継続して取り組む場合の課題）

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

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

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

また、生活上の明確な目標が見えづらい方に対する支援も必要ではないだろうか。

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

見えてきた課題

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

(ツールの改善点)

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

(その他、意見要望)

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

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

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	国立市役所	高齢者支援課地域包括支援センター
医療機関① (急・回・慢・か)	新田クリニック	
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	国立市地域包括支援センター	高齢者支援課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		(記入不要)

2. 当該地域における脳血管疾患患者数

当該地域(市町村・特別区等)の脳血管疾患患者数を記入して下さい。

患者数(人)		把握方法(推計/実数)を具体的に
当該地域	平成26年度 入院患者数 うち高齢者数	155 市の国保レセプトデータからの推計値。0歳～74歳。転院や再入院の重複あり。くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化、その他の述べ件数
参加医療機関 (急性期)	平成26年度 入院患者数 うち高齢者数	108 国保レセプトデータのため、65歳から74歳の件数。
期間中の入院患者数※1	うち要介護認定あり	

※1 モデル事業期間中の入院患者数については実績値を記載して下さい。また、データ収集期間を教えてください。

4月 1日 ～ 3月 31日(データ収集期間)

3. 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記載して下さい。

対象者抽出方法	新田クリニック・宮崎Dr.の協力を得て抽出。
対象者選定方法(条件等)	新田クリニック通院中で、ケアマネジメント等の支援が入っている方。
支援者数の検討	9名
支援者数の決定(目標値)	5人(12月に合意)

4. セルフマネジメント支援者の選定

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、備考欄に記載して下さい。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ねがいします。

対象者選定数	5人 (備考)
同意数	5人 (備考)
拒否数	0人 (備考)

支援候補者に説明をする際、工夫した点があれば教えてください。

--

5. 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	基本、通院、往診で対応中の方なのでケアマネとの共有は難しくなかった。利用者の方によっては、すでに似たような記録を取っていた方もいた。
介護支援専門員	普段から、主治医、通所リハに通っており、主治医と連携は取れている。

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	本人の状態が落ち着いていて、明確な目標がなかった。
---------	---------------------------

6. 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	5分	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	特に時間はかからなかった		
モニタリングを行う上で、困ったこと	項目以上に、自分で記録をつけていた方もおり、特にないとの意見もある。		
セルフマネジメントを継続するために工夫した点	用紙(A3)を大きくして記録がしやすいようにした。		
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	本人が、老人保健施設に入所した。		

7. 関係会議での検討内容

モデル事業取組の評価	・本人が、記入することで自己分析したり、状態を把握できたのではないか。 ・文章化することによって本人の意識が変わった。 ・記録を付けることによって、本人の振り返りの材料になる。
今後、継続して取り組む場合の課題(列挙)	・ケアマネとして、発症した方の支援になるので、できれば状態悪化してからではなくその前に医療機関等につなげていく必要がある。 ・年代によって、支援の内容が変わってくる。仕事に復帰する方、高齢者で居場所づくりが必要な方もいるので、そういった場所の提供やそこの支援内容も検討が必要。 ・食事表の内容をどのように生活に反映させるか。 ・食事や栄養といった内容が重要なため、伴走車として栄養士も必要ではないか。 ・生活上の明確な目標がまだない方もいるので、そのあたりの支援も必要ではないか。
ツールの改善点(列挙)	・本人の状況に合わせて、ツールの内容(項目等)を変える必要があるのではないか。 ・本人の他の疾患の確認も必要ではないか。
その他、意見要望	・問題がある方への対応等、どのように意識づけをするかが難しい。 ・今後、様々な年代、病気の方の支援が必要になり、専門職支援者の関わり方も多種多様になる。その中で、本人のモチベーションを含む、自身での体調管理がもっとも重要になるため、セルフマネジメントは必要かと思えます。

4. 東京都武蔵野市

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

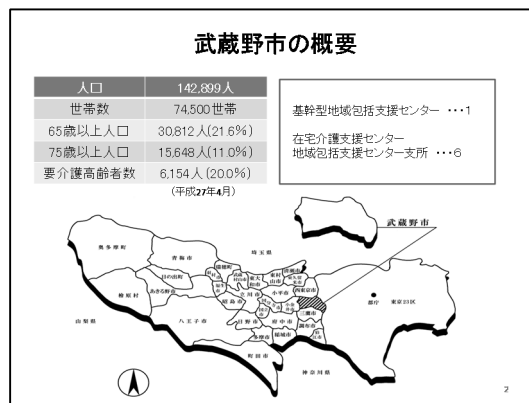
(武蔵野市の概要)

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

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

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

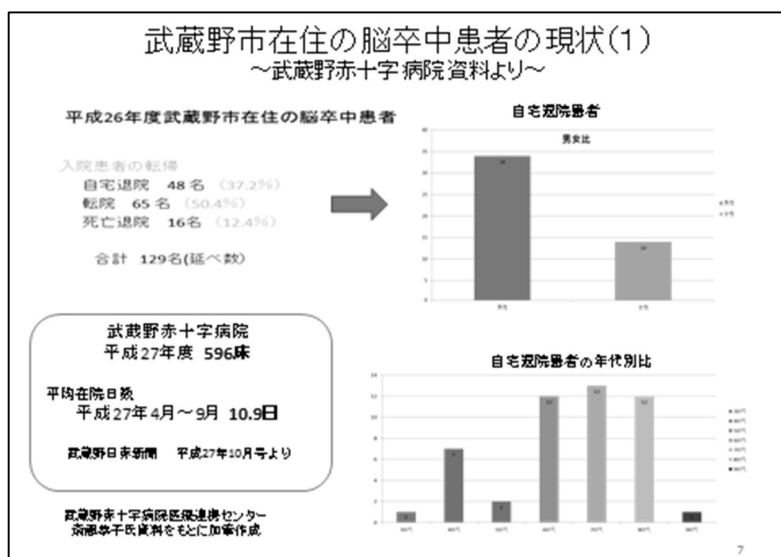
医療と介護の連携については、脳卒中の地域連携パスや認知症の連携シートなどを活用した連携の仕組みがあり、多職種連携という点で比較的進んでいる地域である。



(武蔵野赤十字病院について)

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

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



(脳卒中の再発率等について)

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

(武蔵野市における在宅医療・介護連携推進事業)

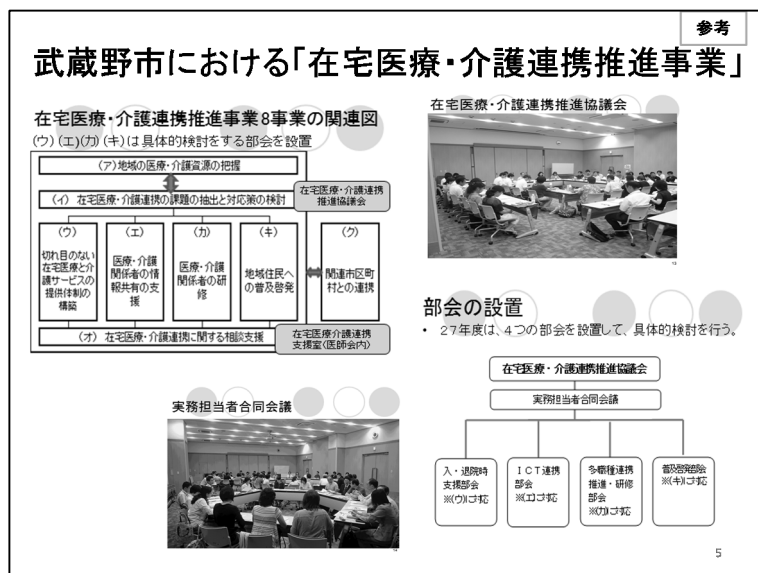
武蔵野市における在宅医療・介護連携推進事業は、国の定める8事業全てを平成27年度から取り組んでいる。8事業中4事業の実施体制としては、入退院時支援部会、ICT連携部会、多職種連携推進・研修部会、普及啓発部会の4つの部会を設けている。在宅医療と介護連携に関する相談窓口として、武蔵野市医師会館内に「武蔵野市在宅医療介護連携支援室」を設置し、医療ソーシャルワーカーを相談員として配置している。ICT連携は「メディカルケアステーション」を使っており、介護職を含めて300ユーザーが登録するネットワークシステムとなっている。

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

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

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

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



(モデル事業の経過)

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

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

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

(セルフマネジメント支援対象者の概要等)

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

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

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

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

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

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

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

（セルフマネジメント支援実施上の工夫）

武蔵野市の脳卒中地域連携パスの様式については3回程度変更している。

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

（モデル事業取組の評価）

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

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

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

（今後継続して取り組む場合の課題）

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

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

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

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

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

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

＜急性期病院退院前モデル事業＞（武蔵野市版）

		必要紙書類		医療機関		市（地域支援課）		地域包括支援センター		地域包括支援センター		本人（家族）	
				武蔵野赤十字病院		在宅医（かかりつけ医）		在宅医療介護連携支援室					
		スケジュール											
1. セルフマネジメント支援対象者決定													
A1	入院直後・入院中	モデル事業セルフマネジメント候補者の選定（脳血管障害患者）	⑫情報提供書 ※入院時情報連携加算	入院患者で在宅復帰の可能性の高い患者を抽出（記録） 介護認定確認（記録）	要介護認定有								
	入院中	モデル事業セルフマネジメント実施者決定		再発のリスクとセルフマネジメントの必要性説明 セルフマネジメント候補者を武蔵野市へ連絡（医療連携室から）									セルフマネジメント承諾書 (5)
A3	入院中	モデル事業セルフマネジメント対象者確定	⑥被支援者管理表		リスト管理開始 ・かかりつけ医と連絡 ・医師会支援室と地域包括支援センターに連絡								併走ケアマネジャー決定
A4	入院中	モデル事業セルフマネジメント実施者の承諾書の共有											承諾書原本コピー保管 承諾書控え保管
2. 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決定（plan）													
A5	退院前	モデル事業セルフマネジメント実施者の病状の共有	⑦情報開き取り表	退院時カンファレンス招集 加又は情報提供を受ける									急性期病院よりモデル事業セルフマネジメント実施者の病状の聞き取り（7）
A6	退院前	（介護認定の申請・区分の見直し検討）											介護認定申請または要介護区分の見直し検討（必要に応じ見直し申請）
A7	退院前	セルフマネジメントの取組内容検討①	⑧病状セルフチェック表										対象者を訪問し、現状を確認する（8）
A8	退院前	セルフマネジメントの取組内容検討②	⑨居宅サービス計画書（介護認定なし・要支援の場合は、介護予防サービス・支援計画書） ⑩セルフケアマネジメント ⑪健康管理表	セルフマネジメントについて、医療的見地からアドバイス（看護計画の情報提供）									⑧を踏まえ、⑨⑩⑪の案を作成する セルフマネジメントについて医療的見地からアドバイスを受けるため、急性期病院を訪問する
A9	退院前	セルフマネジメント取組内容確定	⑨居宅サービス計画書（介護認定なし・要支援の場合は、介護予防サービス・支援計画書） ⑩セルフケアマネジメント ⑪健康管理表										医師等の意見を踏まえ⑨⑩⑪の案を修正し、対象者に説明を行う ※介護サービスを利用している場合、サービス事業者へ説明し、訪問時等⑩の記入状況を確認するよう依頼する
3. セルフマネジメント支援（対象者セルフマネジメント着手）（do）													
A10	退院	セルフマネジメント開始	⑪健康管理表										⑩へ記入（毎日）
A11	退院～1ヶ月目	セルフマネジメント見守り支援・モニタリング開始											※サービス事業者から、⑩の記載状況について報告を受け、必要に応じ介入する（セルフマネジメント継続を支援） ⑪の記載状況確認し、アセスメントを行う（⑩） セルフマネジメントが継続できるよう支援する セルフマネジメント状況について関係者に報告を行う
A12	退院1ヶ月目・2ヶ月目・3ヶ月目・…	セルフマネジメントモニタリング継続	⑩セルフケアマネジメント ⑪健康管理表 レターバック	セルフマネジメント状況の把握									ケアマネ訪問前に⑩へ記入する
A13	（受診）	かかりつけ医へ受診		患者の状態で本人・家族及びケアマネにセルフマネジメントのアドバイスをを行う									かかりつけ医に受診した際、⑩⑪をかかりつけ医に提出する

1. 実施体制(参加機関)について

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

参加機関	名称	健康福祉部 地域支援課 高齢者支援課 地域包括支援センター
自治体	東京都武蔵野市役所	
医療機関① (急・回・慢・か)	日本赤十字社 武蔵野赤十字病院 (急性期)	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	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	武蔵野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	武蔵野市居宅介護支援事業者連絡協議会	(記入不要)

2. 当該地域における脳血管疾患患者数

当該地域(市町村・特別区等)の脳血管疾患患者数を記入してください。

患者数(人)		把握方法(推計/実数)を具体的に
当該地域	平成28年度入院患者数 うち高齢者数	推計：国保レセプトデータ(延件数)から推計(人数ではなく、転院・再入院・月の重複あり) 脳出血、脳梗塞、くも膜下出血の件数 820
参加医療機関	平成28年度入院患者数 うち高齢者数	推計：国保データのため74歳まで、後期高齢者医療についてはデータ 194
急性期(計)	うち高齢者数	把握方法：実数、電子カルテの患者基本情報より、入院時病名 152
慢性期(計)	期間中の入院患者数※1	平成27年10月1日～平成28年1月31日 18
急性期(計)	うち高齢者数	15
慢性期(計)	うち要介護認定あり	7 電子カルテ 患者プロフィールに登録されている情報より集計

※1 モデル事業期間中の入院患者数については実績値を記載してください。また、データ収集期間を教えてください。

10月	1日	～	1月	31日(データ収集期間)
-----	----	---	----	--------------

3. 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
対象者選定方法(条件等)	武蔵野市民、脳血管疾患(初発)で武蔵野赤十字病院に入院、治療後、直接自宅へ退院する患者で、かかりつけ医が武蔵野市医師会会員
支援者数の検討	武蔵野市民の患者数から検討。退院患者は随時あること、回復期病院への転院は対象外のため、患者の状況による。
支援者数の決定(目標値)	10人 (9月28日 合意)

4. セルフマネジメント支援者の選定

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、備考欄に記載してください。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	4人	(備考)
同意数	4人	(備考)
拒否数	0人	(備考)

支援候補者に説明をする際、工夫した点があれば教えてください。

- ・本人、家族の意志を尊重した。
- ・「断る」という選択肢を必ず与えた。
- ・モデル事業の内容はかみ砕いて説明した。
- ・伴走型ではあるが、常に管理されている歌ではないことを強調した。

5. セルフマネジメント支援対象者のセルフマネジメント取組内容

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

医療機関	・入院中は「患者」だが、退院すると「生活者」になる。最初から詳細なプランにすると「できない」と思ってしまう。最初は大きなプランで退院後、調整していく位が良い。
介護支援専門員	・退院が決まってから退院日までの日数が少なく、時間が短い。 ・本人、家族からの情報に偏りがちになってしまふ。 ・医学に関する知識がないと、理解が浅くなってしまふ。

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	・脳梗塞の再発率が高いこと、予防の重要性を助言。 ・今回の4事例ともに症状は軽く、介護保険対象外であったこともあり、喫煙、飲酒、水分摂取量等、生活習慣の改善が主な助言。
------	---

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	・介護保険サービスを利用するわけではないので、モニタリングとの運動など具体的なプラン作成が難しかった。 ・初対面から退院日までの期間が短く、入院スケジュールと支援者スケジュールの調整が難しかった。 ・普段の生活状況を落着いた環境で聞き取ることができず、信頼関係が十分にないまま進めた印象がある。あまり情報がない中で進むので、本人の状態像をきちんと把握できない。
---------	--

6. 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20分	最短時間	5～15分
時間が長くなり短くなった理由	・生活上の困りごと、その他入院時では聞き取れなかった生活習慣の事などを初回 モニタリングなどで確認したため。 ・実施者がモデル事業を辞退したいと訴えたときは長くなった。 ・初対面に近いケアマネに対しての信頼関係がないところで聞き取りを行うのは精神的にきつかったため短時間となった。				
モニタリングを行う上で、困ったこと	・自宅訪問ができなかった。 ・退院後、訪問の約束のため連絡するも連絡がとれない。				
セルフマネジメントを継続するために工夫した点	・本人だけでなく、家族の生活全般の相談が必要(モデル事業辞退者には)負担感を感じさせないよう、かいつまんで聞き取りをした。 ・検査結果の値が良かったことや、毎日血圧測定を行い、手帳に記録している等については、一緒に喜んで、頑張っていると伝えた。				
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	・入院中は非常に受け入れの良かった事例が、退院後数日で辞退となった。毎日の記録が負担である、という発言あり。モデル事業は辞退したが、地域の相談窓口として引き続き緩やかなモニタリングを継続中。(真面目な方で、現在血圧、血糖値、体重ともに改善、活動量の低下がある)				

7. 関係会議での検討内容

モデル事業取組の評価	・期間が短すぎる。 ・脳卒中の再発予防という長期にわたるものを数年間でどのようにフォローすべきか？ ・脳卒中初発、後遺症軽度の患者さんの問題点が抽出された。(かかりつけ医の役割) ・今回は初発の患者に限ったこともあり、ケアマネを決める事から始まった。決まるまでの期間は早く、退院までの期間が短い中で対応して頂けた。(実際は困難な点も多い) ・ケアマネ決定から退院までの期間が短いことで、十分な関係性ができないまま退院となったが、病院としての関わりはそこで終了してしまうため、入院中の評価ができていない。 ・退院前カンファが必須のため、病棟スタッフには経験の機会となった。
今後、継続して取り組む場合の課題(列挙)	・簡便な定期評価にして、長期にすべき ・回復期リハが必要なものではないが、脳卒中急性期治療後フォローなしで在宅生活に不安がある患者の受け皿が現状ない。 ・介護保険は対象ではなく、医療リハはFIMの重症度がとれない。 ・内科・脳外科・整形外科等、他科との連携をどうとって行くか、課題。 ・脳卒中の発症リスク要因と整形疾患リスクは重複するところがあり(肥満等)副次的な疾患と脳卒中後のフォローの両方が必要となる場合がある。 ・今回は、短期間と言う事も有り、病棟スタッフへの周知も十分でなかったが、今後継続するのであれば、病棟スタッフの役割も明確にしておく必要がある。 ・退院してからの病院へのフィードバックの時期と方法を決めておく。そのことにより、病院側のモチベーションも上がるのではないかと思う。 ・介護保険のサービスに乗せられない。健康管理、保健指導の部分が多く、ケアマネジャーの支援は難しいところがある。 ・民間のケアマネジャーに伴走、支援者を依頼するのは難しい。 ・退院後の通院先であるかかりつけ医や薬局、かかりつけ医の外来看護師等がセルフマネジメントに関わる事が重要ではないか。 ・セルフマネジメントにおける栄養指導は重要である。かかりつけ医に栄養指導を求めるのは困難な状況ではあるが、合併症対策においても管理栄養士の関わりは重要。
ツールの改善点(列挙)	・もっと簡便にすべき。 ・件数が少なく、あまり不便は感じなかったが、記録の保管については不明。 ・セルフチェック項目が多く、対象者によっては、もっと緩やかなフォローの方が合っている人もいる。 ・対象者によって、どういう支援が必要かを考えるべき。(それに対応できるツールが必要になる) ・入院中に情報収集する際のフォーマットがあると良い。退院前カンファレンスへの望み方が変わらと思う。 ・退院前カンファレンスの情報処理が上手くできなかった。 ・介護保険のアセスメントシートではほとんど埋まらない。普段の生活習慣を事前に収集できる問診票等があると把握しやすい。 ・マネジメント導入時、情報をきちんと把握するために書面で情報が欲しい。 ・(フォーマットが必要)(基本情報、医師の見解、看護面の情報、今後の見通し)

	・モデル事業の当事者からも、軽度者で在宅に戻った人に対する支援がないとの意見が聞かれた。 ・セルフマネジメントの実施には、その人を取り巻く家族関係や家族構成が関係しているの で、その人に対するものだけでは不十分。 ・セルフマネジメントの問題点を見つけても、それを改善するための動機づけや環境が整わなければ、セルフマネジメント支援は難しい。 ・入院中は前向きであっても、退院後の心理状況が変化することは予測の範囲内ではあった。実施者のタイプにより、モニタリングの頻度やタイミングは検討する必要がある。 ・セルフマネジメント支援の必要性はあると思いますが、ケアマネが行うとしたら現状の知識だけでは難しいのではないか。 ・かかりつけ医との協働、栄養指導後のサポート体制があると思う。 ・評価するには期間が短いと思う。外来やクリニックの看護師のフォロー体制でも分担できるのではないか。 ・1年以内の再発は、合併症によることが多い。糖尿病手帳や高血圧手帳等の活用も考えられる。 ・軽症での再発は5～10年後に多い。 ・脳卒中の悪化よりも合併症による影響の方が問題である。そのマネジメントを誰が、どこで実施するかが課題である。 ・4症例のうち独居1名、家族同居3名。独居の1名がモデル事業を途中離脱。 ・日常生活を身近に支えることが必要と思われる。 ・継続的に追えていないため、評価は難しいが、退院前カンファを行ってみて、地域との情報の共有は重要であると感じた。 ・脳卒中の再発防止にどれくらい影響を及ぼすかも含め興味はあるが、先は長いと思う。 ・今後もモデル事業に参画するようであれば、多くのスタッフの参加を促してみたい。 ・介護保険のケアマネジャーが実施することは難しい。
その他、意見要望	

5. 新潟県上越市

上越市 健康福祉部 高齢者支援課介護指導係長 細谷 早苗

（上越市の状況）

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

上越市が、本モデル事業に参加することになった理由は・・・
生活習慣病の重度化による脳血管疾患の発症が多い
脳血管疾患の再発による介護の重度化の人が多い
↓
このことから、専門医と協力し、介護支援専門員への研修や保健師・栄養士との連携体制を構築している

＜取組を始める前の上越市の課題＞

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

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

（取組を始める前の課題）

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

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

（介護予防の取組の方向性の検討）

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

介護予防の取組の方向性の検討

＜実態の分析からわかったこと＞

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



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

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

（介護支援専門員・地域包括支援センター職員を対象とした取組）

研修会の開催

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

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

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

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

専門職との連携

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

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

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

（脳卒中連携等についての医療との連携）

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

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

介護支援専門員・地域包括支援センター職員を対象とした取組

＜研修会の開催＞

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

②最低限の医療知識の獲得

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

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

＜専門職との連携＞

・地区担当保健師、栄養士との連携

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

3

病院と介護支援専門員との連携

＜脳卒中地域連携パスの運用＞

・上越医師会を中心に、運用されている急性期から慢性期までの連携ツール

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

＜地域連携連絡票の活用＞

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

7

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

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

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

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

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

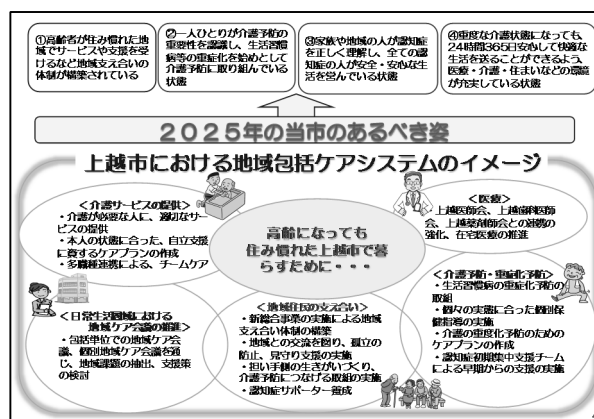
また、病棟の看護師との連携も今年から取り組み始めた。病棟の看護師は退院時カンファレンスの際、在宅のイメージが持てないため、ご家族に対し「施設でないは無理ですね」という話をしてしまい、その後、介護支援専門員と連携室の相談員が在宅に向けて関わったとしても、医療機関から施設と言われた後では、在宅は無理だと家族が思い込むとの話があった。介護支援専門員と連携するためには、専門用語を羅列された記録を渡しても介護支援専門員には意味が分からない、読み取れないということもあるため、病棟の看護師と介護支援専門員の意見交換会を、総合病院3ヶ所程度で開催している。

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

（2025 年の上越市のあるべき姿）

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

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



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

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

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

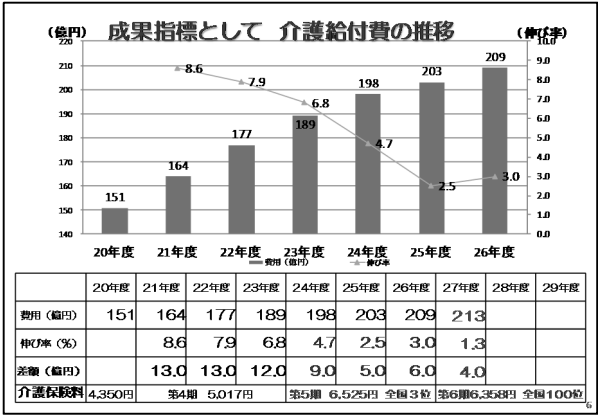
同様に成果指標として、介護給付費の推移も評価している。平成 21 年度から 13 億、12 億と、前年に比べて給付費が伸びていたが、平成 24 年度頃からの取組の成果が見え始め、平成 27 年度の決算では、前年度の差額が 4 億、伸び率も 1.3%で、給付費についても成果が見えてきている。

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

＜高齢者と介護保険認定状況＞				
区 分		H23年度	H28.1月末	
人 口		203,904人	198,228人	
65歳以上人口		54,051人 (26.51%)	59,092人 (29.8%)	

介護保険の認定状況

区 分		H23年度(人)	H28.1月末(人)	H23年度割合(%)	H28.1月末割合(%)
認定者数	65歳以上	12,041	12,035	22.3	20.4
	40歳以上64歳以下	349	259	0.51	0.42
内訳	要支援1・2	3,028	2,656	24.5	21.6
	要介護1・2・3	6,201	6,650	50.0	54.1
	要介護4・5	3,161	2,988	25.5	24.3



（事業実施）

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

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

進行している以下の 3 事例全てが脳出血が原因疾患である。

事例 1

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

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

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

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

事例 2

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

事例 3

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

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

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

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

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

（モデル事業を実施して）

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

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

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

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

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

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

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

モデル事業を実施しての報告

○モデル事業を実施して

①記入において迷ったこと

- ・様式⑧セルフアセスメントについては、いつの時点での状況を記入したらよいか、迷った。
- ・目標及び予防の方策については、そもそもこの項目で目標を立てていなかったため、本人の現状で判断した
- ・血液検査等については、既往歴により年数回の受診の際に確認する程度であり、その状況での記載とした。

②改善した方が良いと考えること

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

③成果

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

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

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	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		(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	上越地域在宅介護支援推進協議会	(記入不要)

2. 当該地域における脳血管疾患患者数

当該地域(市町村・特別区等)の脳血管疾患患者数を記入してください。

患者数(人)		把握方法(推計/実数)を具体的に
当該地域	平成26年度入院患者数	
	うち高齢者数	要介護認定者数のうち新規申請者数 547人
参加医療機関(急性期)計	平成26年度入院患者数	
	うち高齢者数	
	期間中の入院患者数※1	
	うち高齢者数	
うち要介護認定あり		

※1 モデル事業期間中の入院患者数については実績値を記載してください。また、データ収集期間を教えてください。

月	日	～	月	日
日(データ収集期間)				

3. 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記載してください。

対象者抽出方法	地域で実際に予防できている人から抽出する
対象者選定方法(条件等)	実際にセルフケアマネジメントが実施可能な状況の人を対象とする
支援者数の検討	状況が把握しやすい3人程度とする
支援者数の決定(目標値)	3人(12月 1日合意)

4. セルフマネジメント支援者の選定

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、備考欄に記載してください。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	3人 (備考)実際に脳卒中発症後にケアマネの支援のもとセルフマネジメントを行っている人を選定した
同意数	3人 (備考)
拒否数	0人 (備考)

支援候補者に説明をする際、工夫した点があれば教えてください。

対象者には、在宅で生活している人にケアマネと共に日常生活で注意するようになったこと、変わったことを中心に参考とさせていただきたい旨を説明した。

5. 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	医療系ケアマネであり、疾病管理や予防の知識がある。医療機関との連携は日常的に密に取っている。

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ください。

医療機関	通常のケースも医療情報の共有を行っているため、今回のモデル事業実施に当たり、特別に助言は求めていない。
------	---

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	記載のしにくさがあった。(詳細は報告書に赤字で記載あり)
---------	------------------------------

6. 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	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			
継続して担当しているケースのため、改めてモニタリングを行う必要はなかった。			
モニタリングを行う上で、困ったこと			
メンタル面でのフォロー			
セルフマネジメントを継続するために工夫した点			
禁煙、塩分過剰摂取への助言、内服薬の管理 自立支援、栄養面の改善に向けた調理の指導 高血圧、腎機能低下のある人で偏食への食事指導			
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			

7. 関係会議での検討内容

モデル事業取組の評価	・上越市においては、脳卒中連携バスが普及し、回復期までの一連の支援ができているため、在宅で実際に一定期間発症が予防できている人やその支援を継続して行ってきたケアマネを対象とした。 ・モデル事業に取組むことにより、新たな気づきがあったことが良かった。
今後、継続して取り組む場合の課題(列挙)	・原因疾患や背景が様々であるため、疾患管理・再発予防においてはこのツールだけでは不十分である。個々の検査データや生活習慣などに基づいた支援が必要である。 ・本人の力も大事であるが、家族の影響も強いいため、家族を含めた支援が必要となってくる。(家族の協力や考え方など)
ツールの改善点(列挙)	・セルフアセスメントについていつの時点での返答になるのかによって変わる。今なのか発症時なのか分かるようにすると答えやすい。 ・様式の記入については、麻痺があるためPC入力であれば良い。 ・健康管理票の記入が面倒との理由で拒否あり。麻痺があるため記入が困難であった。 PC入力にする、チェック式にするなどすると麻痺があっても記入しやすい。
その他、意見要望	・麻痺の状況や普段の様子から自身での記入は難しいと思われたケースでも、様式を渡したらゆっくりではあったが自分で丁寧に記入することができ、新たな発見であった。

6. 福井県越前市

医療法人池慶会 池端病院 理事長 池端 幸彦

越前市（市民福祉部）長寿福祉課 地域包括支援センター主幹 芦原 みどり

（地域概要）

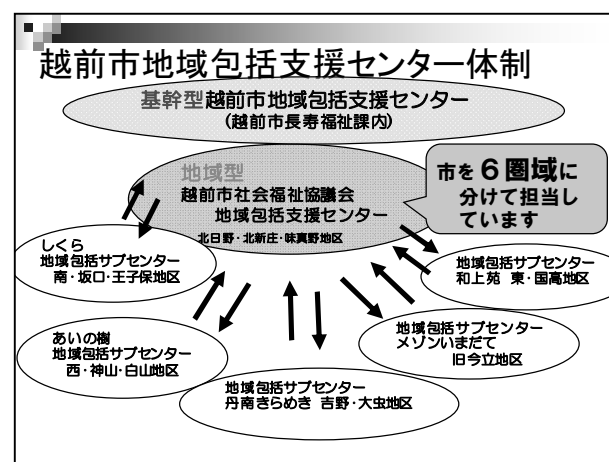
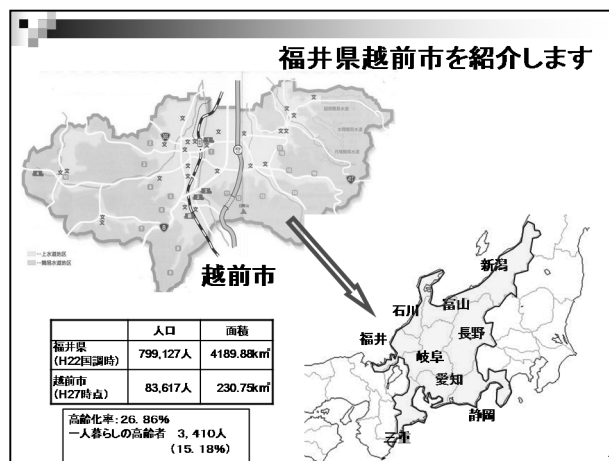
越前市は、健康長寿男性 3 位、女性 7 位、幸福度 No.1 の福井県のほぼ中央に位置し、東西南に、400 から 700m の山に囲まれている盆地である。福井県の人口の約 1 割を占め、1 人暮らしの高齢者が 3,410 人で全体の 15.18%、市の中心部、中山間地域に高齢者が増えており、全体の高齢化率が 26.86%という状況である。

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

（越前市地域包括支援センターの概要）

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

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



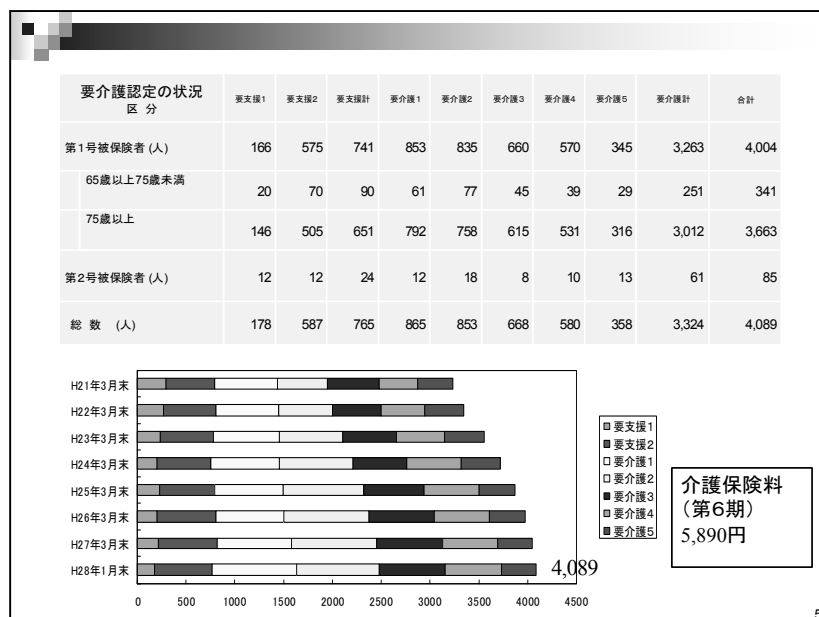
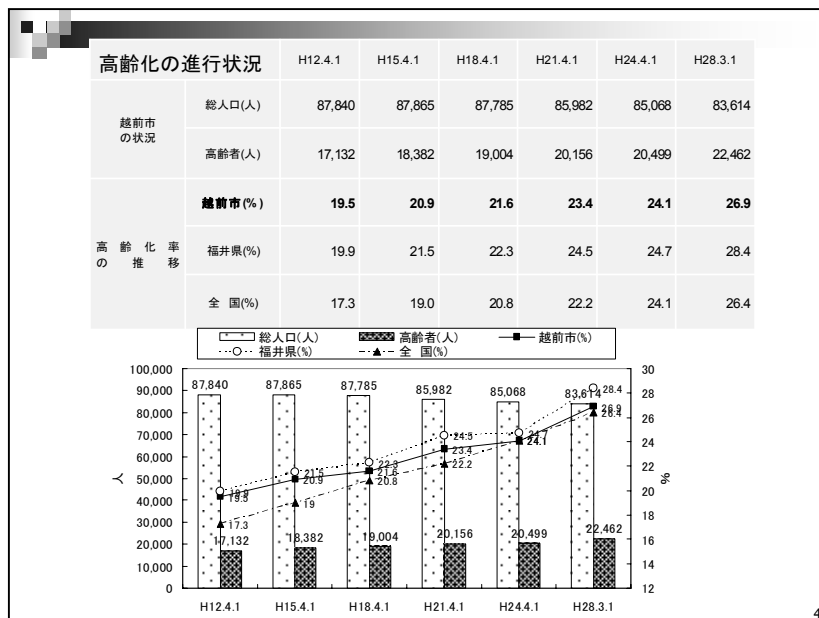
けて、それぞれ地域型の地域包括支援センターと 5 ヶ所のサブセンターで受け持ち、住民の支援体制をとっている。地域包括支援センターの業務については、より困難な事例の相談対応や、介護支援専門員の後方支援、また介護予防事業に力を入れている。

（越前市の状況）

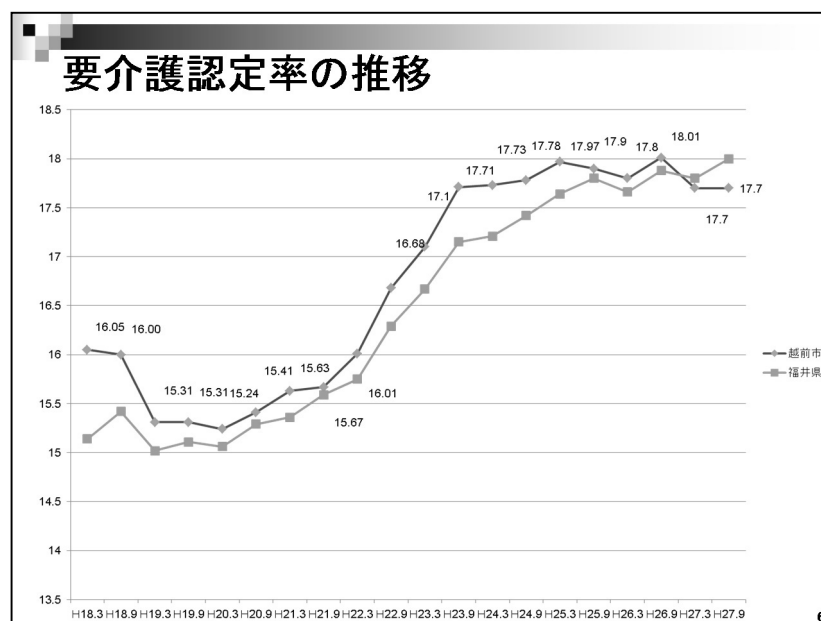
医療状況については、市内に 7 病院と 38 診療所がある。越前市が含まれる二次医療圏は、越前市と 1 市 3 町からなっており、隣接する二次医療圏に入院患者が 28%流れていく。

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

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



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



(在宅医療と介護の連携強化)

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

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

(地域ケア会議の活用)

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

在宅医療と介護の連携強化

平成24年度～

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

地域ケア会議

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

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

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

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

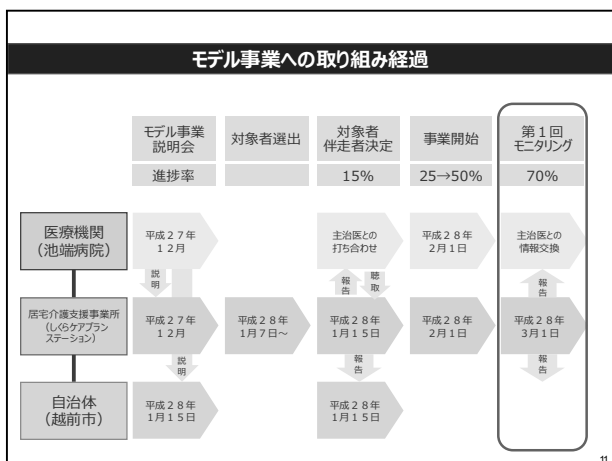
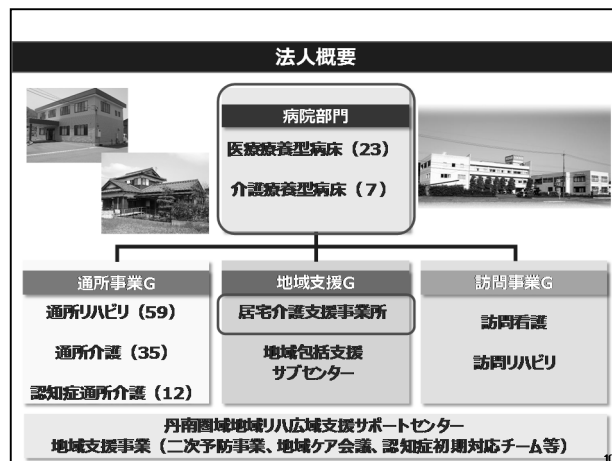
（モデル事業への取組経過）

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

第1回目の委員会の後、200数名からモデル事業の対象者を選択した。

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

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



(モデル事業対象者の変化)

A事例は85歳男性、B事例は80歳女性。まだ1ヶ月しか経過していないが、A事例の介護支援専門員は大変熱心に伴走しており、健康管理の意識が特に向上した。ケアプランの様式を見ると、健康に関する課題が多いが、何をどのようにどうすれば再発防止につながるか、具体的なイメージが持っていない。今回は、健康管理として、例えば、脳卒中の再発であれば、水分補給の量や規則正しい食事の取り方、減塩、内服、

睡眠、運動といった具体的な細かい指標があるため、そこをやればいいんだなということが、伴走する介護支援専門員も本人、そして家族も認識ができた。結果としては体重が少し増えたが、血圧は安定傾向にある。服薬管理は、家族が管理していたが、現在は本人も管理を意識するようになっている。運動は、通所介護で継続はできていたが、意識するようになった。

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

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

12

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

13

(モデル事業に取り組んで)

脳卒中再発予防に必要なケアプランは認識できた。

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

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

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

（今後、事例を増やしていける可能性）

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

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	長寿福祉課
医療機関① (急・回・慢・か)	医療法人池慶会 池端病院	総務部(総務部長)
医療機関② (急・回・慢・か)	なし	
医療機関③ (急・回・慢・か)	なし	
医師会	なし	(記入不要)
地域包括支援センター①	越前市地域包括支援センター	越前市長寿福祉課内
地域包括支援センター②	なし	
地域包括支援センター③	なし	
ケアマネ協会	なし	(記入不要)

2. 当該地域における脳血管疾患患者数

当該地域(市町村・特別区等)の脳血管疾患患者数を記入して下さい。

患者数(人)		把握方法(推計/実数)を具体的に
当 該 地 域	平成26年度 入院患者数 うち高齢者数	※現在、確認中
参 加 医 療 機 関 (急・慢性期)	平成26年度 入院患者数 うち高齢者数	
計	期間中の入院患者 数※1 うち高齢者数 うち要介護 認定あり	

※1 モデル事業期間中の入院患者数については実績値を記載して下さい。また、データ収集期間を教えてください。

月 日 ～ 月 日 (データ収集期間)

3. 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記載してください。

対象者抽出方法	池端病院をかりつけ医療機関とし、池端病院に併設するしくらケアプランステーションがケアマネジャーを担当する患者から対象者を抽出する。
対象者選定方法 (案件等)	かかりつけ医を池端病院であり、脳卒中の既往がある者、かつ当モデル事業への理解・協力が得られる要支援・要介護者。
支援者数の検討	8名のケアマネジャーが対象者候補を1名ずつ抽出し選考した結果、2名の対象者が選定された。対象者を担当するケアマネジャーが支援者と決定した。
支援者数の決定 (目標値)	2人 (1月22日合意)

4. セルフマネジメント支援者の選定

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、備考欄に記載して下さい。
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ねがいします。

対象者選定数	2人 (備考)
同意数	2人 (備考)
拒否数	0人 (備考)

支援候補者に説明をする際、工夫した点があれば教えてください。

なし

5. 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	ケアマネジャーがセルフマネジメントのモニタリング結果を報告することで、在宅での情報が詳しく把握できるようになった。
介護支援専門員	セルフマネジメントのチェックシートを用いることで、主治医に報告すべき内容などを整理することが出来た

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

6. 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	5分	最長時間	5分	最長時間	30分
時間が長くなったり短くなったりした理由	家族が熱心であり、モニタリングの際に話が長くなることがあった。				
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	1週間ごとにセルフマネジメントの記録を確認し、対象者の取り組みを認めたり、励ましたりすること				
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				

7. 長野県駒ヶ根市

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

(地域概要)

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

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

(昭和伊南総合病院)

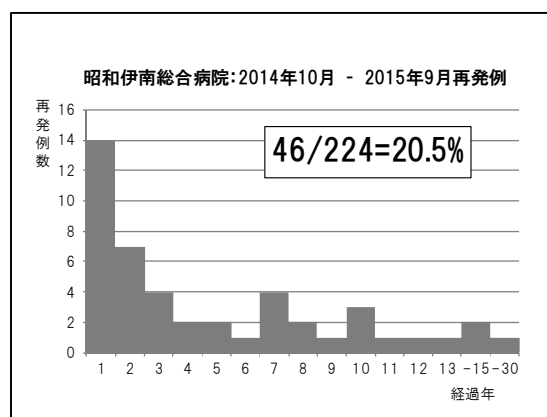
昭和伊南総合病院は上伊那医療圏の南側にあり、4 市町村の組合立病院である。稼動病床 239 床で、病院機能は一般急性期が約 180 床、回復期もあり、平成 28 年 3 月から地域包括ケア病棟を開設している。神経内科がなく、脳卒中は脳外科で診療している。

(昭和伊南総合病院における脳卒中の再発率)

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

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

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



再発内訳一覧				
再発病型 初発病型	くも膜下出血	脳梗塞	脳出血	総計
くも膜下出血		1		1
脳梗塞	1	38	1	40
脳出血		4	1	5
総計	1	43	2	46

(モデル事業実施経過)

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

10月1日から事業を開始した。

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

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

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

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

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

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

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

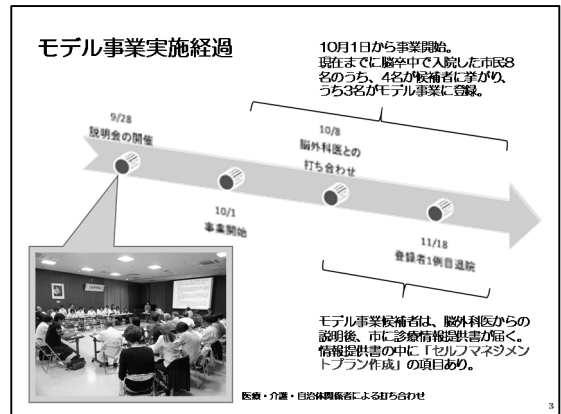
（支援候補者への説明の際に工夫した点）

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

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

（セルフマネジメント支援者の体制整備）

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



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

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

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

（連携パスの作成）

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

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

このパスを用いて自治体の担当者が行程（工程）管理を行っている。

（モデル事業対象者の概要）

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

モデル事業に登録した 3 名のうち、2 例が脳卒中の再発例である。

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

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

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

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

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

（セルフマネジメントの取組）

現在、3 例のうち 1 例が退院し自宅で生活している。

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

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

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

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

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

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

（セルフマネジメントを実施する上で工夫した点）

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

モデル事業用パスの作成						
病院・自治体・伴走者・かかりつけ医による役割（やること）を明確化（見える化）する目的でパスを作成。パスを用いて自治体担当者が工程管理をしている。（別紙参照）						
	入院時	入院中			退院後	
	STEP 1	STEP 2	STEP 3	STEP 4	STEP 5	STEP 6
1					○	プラン作成にあたり病院からのアドバイス
2		○				①抗血栓薬の確実な服薬。 ②朝・夕の血圧測定の習慣化、血圧管理ノートへの記入。 ③夜間、トイレの際に転倒する危険性があるので注意が必要。
3		○				

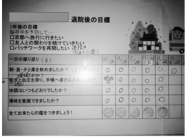
セルフケアマネジメント 実施例（1例目）

11月18日退院 11月24日伴走者
（地域包括の保健師）が訪問

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

「退院後、寝ていることも多く、体が硬くなったような気がする。」（本人より）

「入院前にしていた家事を再開した。ふらつき・転倒はなさそう。」（家族より）



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

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

（セルフマネジメント様式について）

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

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

（モデル事業の評価している点）

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

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

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

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

（医療との連携）

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

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

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

（今後に向けて）

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

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

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

モデル事業パス案

	入院時	入院中 (STEP1)	入院中 (STEP2)	入院中 (STEP3)	退院前 (STEP4)	退院後 (STEP5)	退院後 (STEP6)
病院	☐ 1 脳卒中入院患者全例を対象に、「第1段階」の説明と同意を得る。 ☐ 2 「第1段階」の結果を市担当者に報告する。	☐ 4 「病院チーム」でモデル事業候補者を抽出する。 ☐ 5 候補者に対し、再発のリスクとセルフマネジメント「以下、「SMJ」という。の必要性に関する「病状説明」を行う。 ☐ 6 候補者を市担当者に報告する。 <モデル事業候補者> 第1段階の情報提供に同意した65歳以上の軽症者。 要介護認定非該当～要介護2程度まで。	☐ 12 伴走者からの聞き取りに対し、情報提供を行う。	☐ 15 SMプラン(案)について、必要なアドバイスをする。			
	☐ 3 「第1段階」の名簿作成を行う。	☐ 7 モデル事業候補者に対し、モデル事業の説明と同意を得る。(第2段階) ☐ 8 「第2段階」(モデル事業対象者)の名簿作成を行う。 ☐ 9 必要に応じて、介護保険の申請を受け付ける。 ☐ 10 伴走者を決定する。 要介護認定非該当 要支援1・2 要介護1・2 地域包括 地域包括 居宅ケアマネ	☐ 11 病院担当者と連携して、伴走者の情報収集日を調整する。	☐ 14 伴走者のプラン作成を支援する。 ☐ 14 伴走者のプラン作成を支援する。			
自治体 (地域包括) 主任ケアマネ			☐ 12 様式⑦「情報聞き取り表」を用いて、病院チームから情報を収集する。 ・入院時の所見(重症度等) ・(口5の)病状説明の結果 ・退院の見込みについて ☐ 13 様式⑧「病状セルフチェック表」を用いて、本人(家族)から聞き取る。 <セルフチェックの3つの視点> ・疾患の理解 ・悪化因子の理解 ・予防の方策	☐ 14 様式⑧を踏まえ、以下3つのSMプラン(案)を作成する。 様式⑨ 居宅サービス計画書 様式⑩ セルフマネジメント確認表 様式⑪ 健康管理表 様式⑨・⑩・⑪ <「予防の方策」の具体化> ・受診、服薬に関すること ・血圧管理に関すること ・体重管理に関すること ・喫煙、飲酒に関すること ・食事に関すること ・運動に関すること ・睡眠に関すること	☐ 15 作成したSMプラン(案)を、病院・かかりつけ医に提示して、アドバイスを求める。 ☐ 16 SMプランが完成する。		☐ 20 月1回、様式⑩・⑪の内容を本人(家族)に確認する。 ☐ 21 月1回、モニタリングした結果(様式⑩・⑪)を、かかりつけ医及び市担当者に報告する。 ☐ 23 モデル事業終了時に、様式⑧を用いて、状態の変化を確認をする。
内科 かかりつけ医					☐ 15 SMプラン(案)について、必要なアドバイスをする。		☐ 21 伴走者からの報告を受けて、必要なアドバイスをする。
本人・家族	☐ 「第1段階」に同意する。	☐ 「第2段階」に同意をする。 ☐ 必要に応じて、介護保険の申請を行う。	☐ 伴走者からの聞き取りに答える。	☐ プラン(案)の作成にあたり、意向を伝える。	☐ 16 SMプランを確認する。 様式⑨・⑩・⑪	☐ 18 自宅で様式⑩を記入する。 ☐ 19 かかりつけ医に受診する。	☐ 20 月1回、伴走者からの聞き取りに答える。

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	駒ヶ根市	地域保健課
医療機関① (急・回・慢・か)	昭和伊南総合病院 (急)	地域連携室
医療機関② (急・回・慢・か)		
医療機関③ (急・回・慢・か)		
医師会	上伊那医師会 南部支部	(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		(記入不要)

2. 当該地域における脳血管疾患患者数

当該地域(市町村・特別区等)の脳血管疾患患者数を記入してください。

	患者数(人)	把握方法(推計/実数)を具体的に
平成26年度 当該地域 入院患者数	42	KDBシステムで抽出 (平成26年3月～平成27年2月の間の入院レセプト数)
うち高齢者数	26	
平成26年度 参加医療機関 入院患者数		
うち高齢者数		
期間中の入院患者 数※1	32	
うち高齢者数	29	
うち要介護 認定あり		
計		

※1 モデル事業期間中の入院患者数については実績値を記載してください。また、データ収集期間を教えてください。

10 月 1 日 ～ 2 月 26 日(データ収集期間)

3. 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記載してください。

対象者抽出方法	脳外科の主治医が判断
対象者選定方法 (条件等)	65歳以上で要介護2以下
支援者数の検討	協力医療機関と前年度の実績を踏まえて検討
支援者数の決定 (目標値)	7人 (10月1日 合意)

4. セルフマネジメント支援者の選定

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、備考欄に記載してください。
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	7人 (備考)
同意数	3人 (備考)
拒否数	4人 (備考) 医師からの説明段階で拒否 2人 市からの説明段階で拒否 2人

支援候補者に説明をする際、工夫した点があれば教えてください。

脳外科の主治医がカンファレンス時に説明。 主治医の説明で了解が得られた人に、市の担当者が再度説明/同意を得る手順とした。

5. 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	市の方で、支援者の担う役割や、チームの中で誰をリーダーにするのか等を明らかにする作業をもっとしっかり行う必要があったのではと感じている。
介護支援専門員	医療機関や本人・家族と病状(現状)を共有できたことで、より良い支援につなげることができたと思う。

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、助言した内容等教えてください。

医療機関	1)患者の状態と看護計画等の内容 2)患者・家族に説明・指導した内容
------	---------------------------------------

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	1)再発予防に向けた医学的知識 2)セルフマネジメントに対する知識・理解
---------	---

6. 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	最長時間	90分	最短時間	30分
時間が長くなったり短くなったりした理由	退院後、初回訪問時に、色々様子を聞いたりするのに時間を要した。				
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	病院で紹介している「血圧手帳」に、様式1「健康管理表」の内容を記載してもらうようにして、記録の負担を軽減した。 動くことへの関心を高めるため、3例中2例に活動量計を使用してもらった。				
モニタリング着手後、セルフマネジメントを途中でやめたケース	今のところなし				

7. 関係会議での検討内容

モデル事業取組の評価	1) 病院看護部・地域連携室と協働して「モデル事業用バス」を作ることができた。作成したバスは、今後の「退院調整ルール」のベースにつながるものと考えている。 2) 協力医療機関の脳外科医の協力が大きかった。 ①主治医がセルフマネジメントの必要性について患者・家族に説明を行った。 ②①で同意が得られた人は主治医から市に診療情報提供書の提出があった。 3) 患者となる地域の居宅ケアマネジャーの理解・協力も大きかった。 「セルフマネジメント」について学ぶ機会をもつことができた。 4) 協力医療機関の地域包括ケア病棟の一角に、市の介護支援専門員が常駐して、介護保険の申請等の窓口となる「医療介護連携室」の開設(平成28年2月)につなげることができた。(別紙1・2参照)
今後、継続して取り組む場合の課題(列挙)	今回のモデル事業の結果を関係者間で整理して、継続して取り組む仕組みづくりにつなげたいと考えている。
ツールの改善点(列挙)	様式7 情報聞き取り表 ……特になし 様式8 病状・状態セルフチェック表 ……特になし 様式9 居宅サービス計画書 ……特になし 様式10 セルフマネジメント確認表 ……特になし 様式11 健康管理表 ……特になし (今回は、病院で紹介している「血圧手帳」に書き込む形式で行った。)
その他、意見要望	

8. 岐阜県大垣市

大垣市 高齢介護課 課長 篠田 浩

（実施体制）

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

医師会については、副会長に説明のうえ、事業を進めた。

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

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

（目標値の設定について）

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

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

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

（セルフマネジメント支援者の選定）

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

Aプランは、担当看護師から説明し、同意のあった1件に着手した。

（展開していくためのアドバイス）

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

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

（モデル事業取組の評価）

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

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

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

（今後、継続して取り組む場合の課題）

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

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	大垣市	大垣市役所 福祉部 高齢介護課
医療機関① (急)回・慢・か	大垣市民病院	神経内科、看護部(脳卒中リハビリテーション看護認定看護師・退院調整看護師)
医療機関② (急・回・慢(か)	和田医院	
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	大垣市地域包括支援センターお勝山	
地域包括支援センター③		
ケアマネ協会		(記入不要)

2. 当該地域における脳血管疾患患者数

当該地域(市町村・特別区等)の脳血管疾患患者数を記入してください。

患者数(人)		把握方法(推計/実数)を具体的に
当 該 地 域	平成26年度 入院患者数 うち高齢者数	確認中
参 加 医 療 機 関	平成26年度 入院患者数 うち高齢者数	
(急性期)	期間中の入院患者 数※1	
計	うち高齢者数 うち要介護 認定あり	

※1 モデル事業期間中の入院患者数については実績値を記載してください。また、データ収集期間を教えてください。

月 日 ～ 月 日(データ収集期間)

3. 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記載してください。

対象者抽出方法	A:大垣市民病院における脳卒中入院患者より選定 B: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
対象者選定方法 (条件等)	セルフマネジメントへの理解が得られ、実践につなげられる対象者を選定
支援者数の検討	10人程度を想定
支援者数の決定 (目標値)	10人(月 日合意)

4. セルフマネジメント支援者の選定

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、備考欄に記載してください。
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	7人 (備考)
同意数	7人 (備考)
拒否数	0人 (備考)

支援候補者に説明をする際、工夫した点があれば教えてください。

--

5. 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	(かかりつけ医療機関)退院後の状態に合わせた支援の方向性について情報共有が図れた。
介護支援専門員	サービス提供事業所と密に連携を行い、利用者の状況を慎重に見守りながら、再発予防に向けた意識付けを促した。

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	(急性期病院)患者自身の在宅復帰への意欲を支持し、高められるような支援が行えるよう助言。
------	--

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	利用者自らが自身の病状や障害を受容し、新たなサービスを受け入れていけるまで時間がかかった。支援者への拒否がみられた時期もあった。
---------	--

6. 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	最長時間	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	短期入所利用時にも、事業所担当者に食事量、水分量、日中活動の様子等を記録していただけるよう説明した。				
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	なし				

7. 関係会議での検討内容

モデル事業取組の評価	支援対象者Aについて、適切な対象者の選定に時間を要し、取り組み期間が短く なってしまうが、医療機関および担当介護支援専門員、地域包括支援センター およびサービス事業所が事業の意図を十分に理解し、本人や家族のセルフマネジ メントの実施に向けてチームで支援することができた。特に健康管理表の活用によ りあたっては、介護支援専門員を中心に、事業所、家族とも十分に共有が図れるよ う配慮されており、今後の継続的なモニタリングにあたっても 支援対象者Bについては、既に安定した生活が送れている対象者も多い中、新た にセルフマネジメントの視点を促す難しさを感じる面があった。 介護支援専門員が作成する居宅サービス計画において、セルフマネジメントの視 点が十分に取り入れられていることが重要である。
今後、継続して取り組 む場合の課題(列挙)	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。
ツールの改善点(列 挙)	健康管理表の各項目の記載方法について迷うケースが多かったため、記入要領 等統一したものがあるとうい。
その他、意見要望	

9. 岐阜県高山市

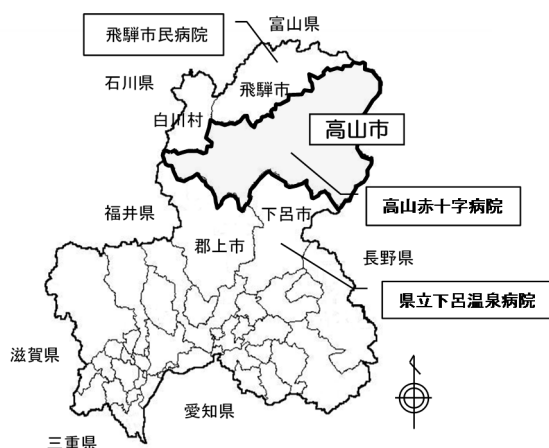
高山赤十字病院 副院長 竹中 勝信
 高山市 福祉部高年介護課 課長 倭 一弘

（高山市の概要）

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

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

要介護認定を受けている方は、高齢者の 20%ほどで約 5,000 人である。



■高齢化率の推移（10月1日現在）

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

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

■介護保険被保険者数（各年度末時点）

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

■要介護（要支援）認定者数（平成26年度末）

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

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

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

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

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

※脳血管疾患の主な疾患名：脳梗塞が主たる部分を占める。

（居宅介護（予防）支援事業所）

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

（高山市内及び飛騨医療圏内の病院）

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

（高山赤十字病院の概要）

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

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

診療圏は、高山市、飛騨市、下呂市、白川村である。

①外部環境について

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

②当院の内部環境

- ・365日、24時間のMRI撮影可能

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

③2014 年の当院の脳卒中 新規（初発、再発合わせ）303 名

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

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

（候補者の選定にあたって）

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

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

（モデル事業の開始に向けての課題）

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

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

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

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

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

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

（モデル事業の大まかなスケジュール）

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

（モデル事業実施）

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

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

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

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

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

（モデル事業の課題）

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

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

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

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

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

（今後に向けて）

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

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

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

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

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	高山市	高年介護課
医療機関① (急・回・慢・か)	高山赤十字病院	脳神経外科、他に救命、脳外科病棟、回復期病棟、地域包括病棟
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	市役所に6名、9支所にプランチとして各1名の専門職を配置
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. 当該地域における脳血管疾患患者数

当該地域(市町村・特別区等の脳血管疾患患者数を記入して下さい)。

患者数(人)		把握方法(推計/実数)を具体的に
当該地域	平成26年度入院患者数	※入院患者数の把握は困難。
	1,389	国保データベース(KDB)システムより、抽出条件: 認定者数のうち有病状況で検索
うち高齢者数	H26. 11月抽出データで、認定者5,018人のうち1,389人	
	1,361	* 上記システムにて抽出したうち、2号被保険者を除く: 28人
参加医療機関(急性期)計	平成26年度入院患者数	
	342	
うち高齢者数	273	
	119	
うち要介護認定あり	97	
	—	

※1 モデル事業期間中の入院患者数については実績値を記載して下さい。また、データ収集期間を教えてください。

10月 1日 ～ 2月 29日(データ収集期間)

3. 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記載して下さい。

対象者抽出方法	脳神経外科医師(4名)、初期研修医(1名)、看護師(4、5名)、退院調整(MSW 1名)、薬剤師(1名)にて、現在入院中の患者から対象者を抽出する。
対象者選定方法(条件等)	ウオーキングカンファレンス(患者の病状、背景、家族構成などCGA/包括的高齢者総合機能評価)を含めて)において対象者を選定、しかりできない背景のうち、重要な項目は、すでにケアマネがいるが、内々の情報で資質に問題ありとの意見で却下となるものがある。

支援者数の検討	高山市地域包括支援センター職員が担当する。介護認定を受けている方については、訪問看護ステーション高山のケアマネジャーとする。
支援者数の決定(目標値)	1人(11月 19日合意)

4. セルフマネジメント支援者の選定

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、備考欄に記載してください。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	4人 (備考) ※事前選定で、住所が高山市でない人をはずした。(飛騨市、白川村)
同意数	2人 (備考)
拒否数	0人 (備考)

支援候補者に説明をする際、工夫した点があれば教えてください。

主治医から(MSW同席)本人、ご家族への面談…モデル事業の理解に時間がかかる(約1時間)、介護保険を使用するとの勘違いで料金が発生すると思われた節がある。同意への理解はできたが、返答は保留したいとのこと。後日、同意の返事があった。事業に対する理解のために丁寧な説明が必要。

5. 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	12月9日初会合。
介護支援専門員	12月9日初会合(医療機関)。 12月16日本人及び家族との初面談(病院にて、Dr. 立会い)。

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	12月9日初会合。
------	-----------

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	セルフケア、セルフマネジメントとして、本人の理解・本人の能力にあった進行など、どのように伝え納得していただいて進めていけるかが課題と考える。
---------	--

6. 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	—	最短時間	—
時間が長くなったり短くなった理由	本人が、理解し、納得できるまでは時間がかかる。 (プランを立てる、身体の状態を理解するなどに時間がかかる)				
モニタリングを行う上で、困ったこと	対象者が83歳と高齢であるため、食事の内容を記載することの必要性や継続性にかかわることに理解してもらったこと				
セルフマネジメントを継続するために工夫した点	最低限、本人が出来ること《血圧測定》《薬をきちんと飲むこと》を徹底したことで継続することが出来た				

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	途中で止めたケースなし。
7. 関係会議での検討内容	
モデル事業取組の評価	・規範的統合をつくることが難しい。大変な作業であると感じたのと同時に、規範的統合が無くても取組は可能であることが分かった。しかし人的資源が必要である。 ・介入するためのツールではあるが、何を持って効果を確認していくかが分かりにくい。 ・モデル事業の対象者になったことがきっかけで本人に「病気について知りたい」という想いが生まれ、自宅へ戻ってからの取組組みも毎日継続できている。 ・モデル事業では、院内で各指導にCMが同席し対象者の理解力に合わせて落とし込んでいったが、通常の院内業務のなかでまとめていくCM役が存在しない課題を感じた。
今後、継続して取り組む場合の課題(列挙)	・すべての対象となり得る患者に対して介入できるわけではなく、本人家族等の協力が必要。高齢独居では非常に難しい。 ・3月でモデル事業が終わることをどのように本人に説明し理解を得るか(モデルを本人的にどのようなように落とし込むか)。 ・病診連携ができるかどうか。 ・なぜ再発防止に努めるのか?を本人に理解できるように伝えていくことが大切。しかし、本人の性格や個性もあるため対象者に合わせていく必要がある。
ツールの改善点(列挙)	・セルフマネジメントを行っていくなかで、対象者自身が続けていく努力をするための目標設定が重要。 ・モデル事業自体が再発を防ぐための「教育ツール」として確立させ、一定期間の入院で指導し、退院後は自身でセルフマネジメントし通院で効果測定をしていくことも考えられる。 ・本人や家族だけでは、情報共有や情報のやりとりが出来ないことを確認した。 ・ツールにすべて合わせるのではなく、高齢であればあるほど、最低限守っていただくことを決めて徹底できる範囲を考えていくことも重要である。
その他、意見要望	・急性期のみでなく、リハ棟や回復期がある高山赤十字であったから事業に対する医師の理解も得やすかったのかもしれない。 ・関わりの多くは重度の退院調整であるが、今回のモデル事業対象のような「軽度ではあるが再発すると重症化するため」と考えたと新たな対象となることを確認した。 ・高齢者によくみられる「医師の先生が言ったから大切に続けなければ」だけでは継続は難しい。どのように医師を筆頭にしたチームからアプローチしていくかが課題であろう。

10. 兵庫県多可町

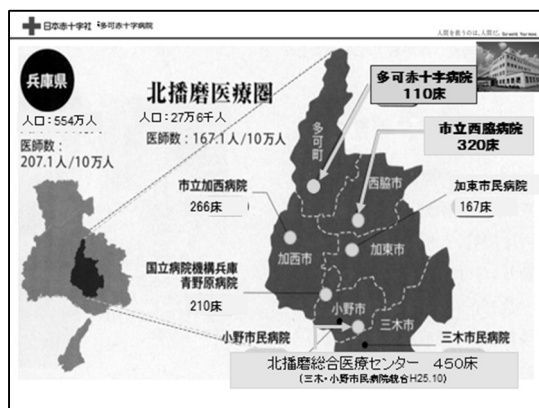
多可赤十字病院 看護部長兼地域医療支援センター長 森本 敦子

(多可町の概要)

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

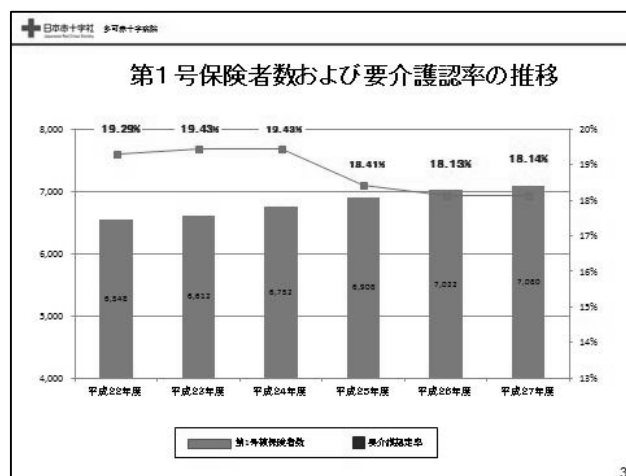
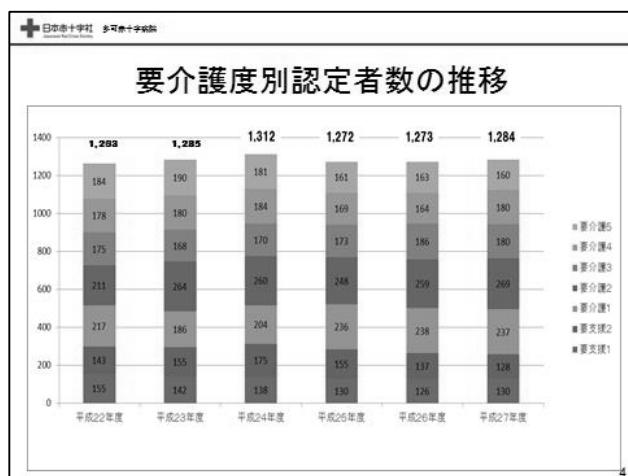
人口は約22,000人の小さな町で、高齢化率は平成27年9月時点で32.4%、現在も上昇している。

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



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

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



(多可赤十字病院の概要)

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

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

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

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



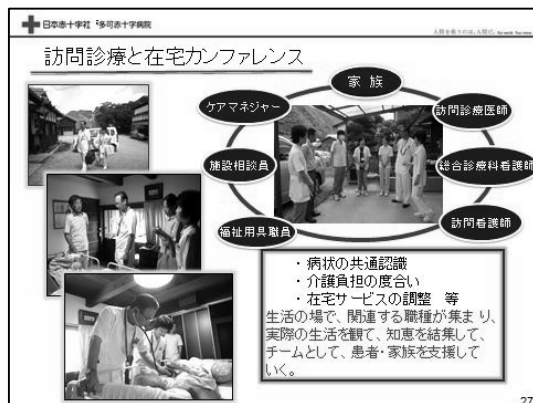
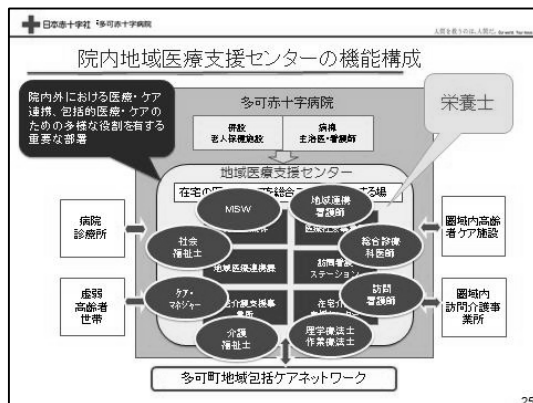
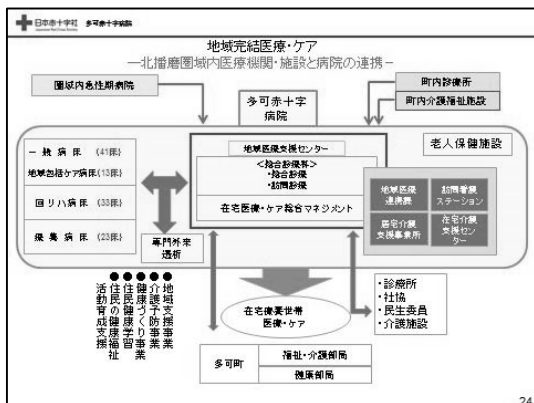
(地域完結医療・ケアにおける院内地域医療支援センター)

在宅の医療やケアを総合マネジメントする場所として位置づけている。

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

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

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



（実行委員会の立ち上げ）

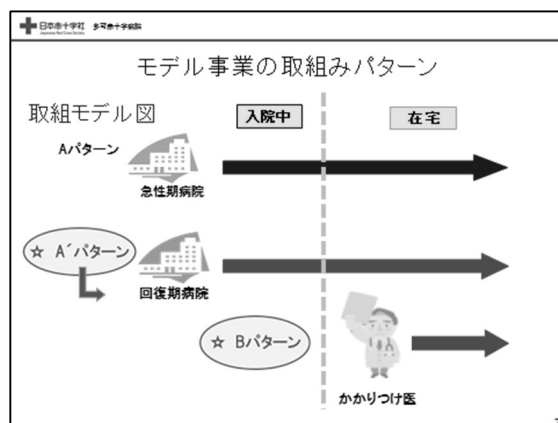
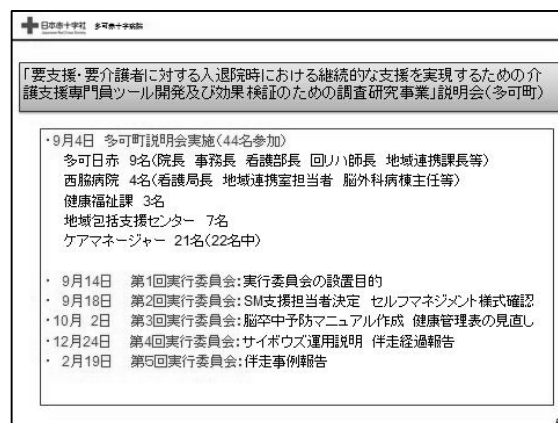
9月4日に「要支援・要介護者に対する入退院時における継続的な支援を実現するための介護支援専門員ツール開発及び効果検証のための調査研究事業」の説明会を開催した。その場には、多可赤十字病院から9名、西脇市民病院から4名、多可町の健康福祉課から3名、そして地域包括支援センターや庁内に介護支援専門員が22名いるが、ほぼすべての介護支援専門員が参加し、モデル事業についての共通理解を得られた。

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

（モデル事業の概要）

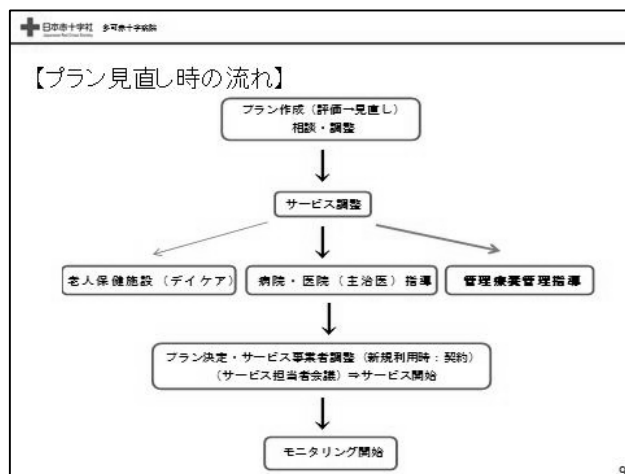
モデルパターンは、西脇市民病院から多可町の自宅に退院する場合はAパターンを考えていたが、今のところAパターンはなく、回復リハビリ病棟からの退院の場合のA'パターンとBパターンという形で動いている。

10月1日から、主治医に介護支援専門員情報



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

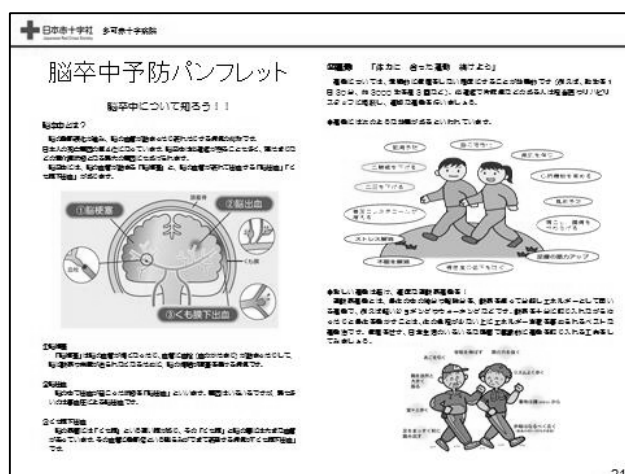
【H27】期間	急性期病院(紹介)⇒日赤(転院)	在宅
2か月後	入院中(2名)	自宅(0名→1名転居)
	説明(退院前カンファレンス参加) (同意書にサインを頂く)	説明(同意書にサインを頂く)
10月1日～	支援開始(モニタリング:月末訪問)	支援開始(月初・月末訪問)
27日～30日	資料回収・主治医・ケアマネ情報照会連絡票(必要時)・提出	※
11月	モニタリング継続 ※入院中(1名退院にて、支援開始)	※
27日～30日	資料回収・主治医経過報告(必要時)・提出	※
12月	モニタリング・プラン(短期目標評価)見直し居宅サービス計画	※
27日～30日	資料回収・主治医経過報告(必要時)・提出	※
【H28】	(実行委員会開催:H27年12月)	
1月	モニタリング継続	※
2月	担当者会議(モニタリング・評価)	※
2月末日	報告書作成(提出)	



(モデル事業開始にあたって)

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

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



(モデル事業で工夫した点)

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

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

(健康管理表)

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

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

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

(セルフマネジメントプラン作成における介護支援専門員の関わり)

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

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

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

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

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

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

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

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

(支援Bパターンについて)

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

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

【登録者の概要】							
〔B〕パターン							
No	性別	年齢	病名	介護歴	包括連携等	ADL	支援機関 併走者
1	女	82	脳梗塞	要介護3	県(筑後)	移動：車いす、 食事：ヘルパー・隣人(給食) 入浴：デイサービス	E介護福祉士
2	男	78	脳梗塞	要介護3	県(4人暮らし)	移動：杖い歩き(手すり活用)、 日常生活動作：自立	E介護福祉士
3	女	78	脳梗塞	要介護3	県(筑後)	移動：杖歩、日常生活自立、 入浴：ヘルパー(見守り程度)	E介護福祉士
4	女	78	脳梗塞	要介護2	県(2人暮らし)	日常生活ほぼ自立、 入浴：見守り	T介護福祉士
5	女	80	脳梗塞	要介護3	県(筑後)	移動：車いす、 入浴・排泄：一部介助 その他：見守り・一部介助	T介護福祉士
6	男	73	脳梗塞	要支援1	市(4人暮らし)	移動：自立、 入浴・排泄：見守り、 その他の動作：自立	O介護福祉士

10

【登録者の概要】								
〔目標数値(項目別)〕								
No	性別	年齢	血圧	体重	喫煙	運動	水分制限	水分(概算)
1	女	82	130/80台	53	9	デイケア	あり	1000~1100
2	男	78	130/80台	88	10	デイケア・訪問リハ	なし	1500
3	女	78	130/70台	42.5	0(服薬あり)	ウォーキング	あり	1400~1500
4	女	78	100~120/ 80~80	85	0(服薬あり)	体操	あり	1400~1500
5	女	80	120/80台	82	7	出歩いていない→ 短時間リハ	なし	1400~1500
6	男	73	130~140/ 70~85	58	7~8	ウォーキング	あり	1500

11

(支援 A' パターンについて)

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

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

一人目は要支援であるため、地域包括支援センターの保健師が支援している。

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

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

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

脳卒中再発予防指導患者(回復期リハ)病棟からの退院患者)			
氏名・年齢・性別	F氏 75歳 男性 (高血圧の既往)	M氏 85歳 女性	K氏 82歳 女性
病 名	心臓性脳梗塞(右脳梗、失語)	心臓性脳梗塞(左脳梗)	左アテローム血栓(右脳梗、失語)
発症日	H27.5.28	H27.10.7	H27.11.28
入院期間	西脇病院 H27.5.28～6.24 当院 H27.6.24～10.20	西脇病院 H27.10.7～11.4 当院 H27.11.4～2.24(予定)	西脇病院 H27.11.28～H28.1.5 当院 H28.1.5～
既往症	HT、DM H25.9左脳梗塞	HT、DM 乳がん(右全摘) 子宮全摘 慢性リウマチ	脳梗塞、脳神経性疾患 子宮頸がん、慢性出血 後遺症なし コレステロールが高いと聞いていた
内服薬	ミカド、タイアート、グリマック、 イグザルクト	ミカルリス、サインテート、セバミット、 フラザチン、マダミット	プラセップタ、ミバロチン、 薬科よりアドオ、カルオグリン
指導内容	パンフレット使用し、担当者 包括支援センター担当者 と連携して、看護士と一対一に 患者・家族に指導実施。	パンフレット使用し、看護師が指導。 年末年始外出時自宅での血圧測定をするなど定例的に指 導したことを生かしている。 栄養指導は栄養士から入院時にパンフレットで指導。 2月4日退院前カンファレンス実施 自宅では血圧測定とカローラー・バーにならないよう、 医師から説明。 退院時から退院指導実施。	パンフレット使用し、看護師が指導。 退院については、入院時と退院時には 注意書の指導書を作成して指導。 退院前に退院時から退院指導実施。 24日退院前カンファレンス実施
かかりつけ医	しばらくは当院内科と脳外科。 その後西脇市民病院	西脇市民病院内科	西脇市民病院の予定
介護度	要支援2	要介護1	要介護1
ケアマネジャー	多可町包括支援センター 係長	多可町+宇治市 大田	なし。包括支援センターに連絡し、経済 福祉サマリーを提出。
サービス利用	当院退院リハビ(8T)	多可町+宇治市通所リハ けいせいの園デイサービスヘルパー	利用しない

19

(モデル事業による変化)

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

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

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

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

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

（今後の課題）

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

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

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

（地域のネットワーク構築に向けて）

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

	利用者 ・血圧計を購入・運動を積極的に行う・間食を減らす ・健康管理意識が高まった
	医師 ・患者・家族に対し、検査データー示し目標値を明確に伝え、セルフマネジメントに向けた指導に変化してきた
	ケアマネジャー ・ケアプランを調整することから、健康管理上何が必要か多職種と連携したケアプランの見直しにつながった。
	保健師・栄養士・薬剤師 ・入院中から各専門職が健康管理指導に参画するようになった

	病棟看護師は、ケアマネに情報を提供するのに新たな書式を使用したため書類が増えたので労力を要した。 利用者も血圧手帳と重複して記載をおこなった。 今後は、血圧手帳や糖尿病手帳を活用し、不足な項目についてのみ記載するよう用紙を見直す必要がある。 地域全体で予防意識を高め、医療者側のコミュニケーションを図ることも重要である。 ケアプランの見直しに多職種が連携し協働することが重要である
---	--

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

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

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

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



日吉総合病院 多摩赤十字病院

松中村塾 平成27年度学習カリキュラム

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



【学習テーマ】

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



日吉総合病院 多摩赤十字病院

はつらつ健康づくり事業(介護予防事業)

健康寿命延伸
「自分の健康は自分で守ろう！」



高齢者の健康管理と
心身機能低下への備え



地域リハ・ケアセンター内覧会での様子

— 95 —

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	多可町	健康福祉課	
医療機関① (急・回・慢・か)	多可赤十字病院(急性期・回復期)	回復期リハビリ病棟 一般病棟	
医療機関② (急・回・慢・か)	西脇市民病院(急性期)	地域連携課 脳外科病棟	
医療機関③ (急・回・慢・か)			
医師会	多可町医師会	(記入不要)	
地域包括支援センター①	多可町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	多可町ケアマネ会	(記入不要)	

2. 当該地域における脳血管疾患患者数

当該地域(市町村・特別区等)の脳血管疾患患者数を記入してください。

		患者数(人)	把握方法(推計/実数)を具体的に
当該地域	平成26年度 入院患者数		
	うち高齢者数		
参加医療機関	平成26年度 入院患者数	64人	ICD10コード別・年齢段階層別・退院患者数
	うち高齢者数	60人	ICD10コード別・年齢段階層別・退院患者数
期間中の入院患者数※1			
	うち高齢者数		
(急性期)計	うち要介護 認定あり		

※1 モデル事業期間中の入院患者数については実値を記載してください。また、データ収集期間を教えてください。

10月 1日 ～ 3月 9日(データ収集期間)

3. 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記載してください。

対象者抽出方法	健康福祉課、地域包括ケアセンター保健師、多可赤十字病院病棟看護師、地域連携職員、居宅介護支援員で、入院中、在宅療養者から情報共有し対象者を出す。
対象者選定方法 (条件等)	多可赤十字病院を退院されたか、かかりつけ医で在宅で療養されるセルフマネジメント意欲のある方を選定。対象者が少ない場合は、数年間の発症者でもセルフマネジメント意欲が高い場合は対象とする。

支援者数の検討	多可赤十字居宅介護支援センターのケアマネジャー3名を対象とする。介護保険を使用しない場合は、地域包括支援センター職員が担当する。
支援者数の決定 (目標値)	10人 (9月 18日合意)

4. セルフマネジメント支援者の選定

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、備考欄に記載してください。
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	10人 (備考)
同意数	8人 (備考)
拒否数	2人 (備考) 病棟の看護師が説明を行ったが、高齢者夫婦世帯で、理解力も乏しくセルフマネジメントが困難であることの確認がなされた

支援候補者に説明をする際、工夫した点があれば教えてください。

- ①セルフマネジメント様式①の健康管理表を記入しやすいように簡素化した。
②できないところは介護支援専門員がお手伝いさせていただくことを丁寧に伝えた。
③主治医が当院の方がほとんどであり、不安なことは看護師や主治医がフォローさせていただくことを伝えた。

5. 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	医師の説明時には、介護支援専門員に連絡を取り、同席をしてもらった。 また「脳卒中再発予防パンフレット」を活用し、病状説明を行った。 ケアマネジャーに保健師からパンフレットの内容を説明し、質問に対応した。 在宅から開始となった場合は、受診に同行し、家族と一緒に病状や検査データを確認し、わからないことは、直接主治医に病状を確認した。 入院中の方は、病院看護師と連携し、詰所で患者家族と共に病状確認を行った。
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ください。

医療機関	体重が5キロ増加がみられたため、食事療法について具体的に指導を行った。 また血圧変動のある方の場合は、コントロールの説明をおこなった。
------	--

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	独居・高齢者世帯のため、理解し協力していただくのに時間を要した。 毎日の健康管理表があることで、健康への意識付けができていっているように感じる。 利用者により、取り組みに意欲差があり、毎日の測定、記録が重荷になっている。 血糖値、コレステロール値の変化について、主治医が定期的な検査(採血)を実施されないことで、依頼するのが大変であった。→患者・家族からかかりつけ医に尋ねていいことを支援している。
---------	--

6. 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～40分	最長時間	90分	最長時間	20分
時間が長くなったり短くなったりした理由	受診に付き添い、医師より今後の経過の説明を聞いたため。				

モニタリングを行う上で、困ったこと	健康管理表と一緒に見直すことで、脳卒中予防、毎日の生活についての振り返りができ良い機会になっている。 食事コントロール(間食を控える等)を指導するが、改善しようとする姿勢が消極的であるが、家族が積極的に協力してくれる。
セルフマネジメントを継続するために工夫した点	高齢者が多く、セルフチェックが行いやすいようにA3に拡大し、文字も大きく、○×でチェックするなど記載しやすいように工夫した。
モニタリング着手後、セルフマネジメントを途中でやめたケース	なし(患病はあったがケアマネが丁寧に支援している)

7. 関係会議での検討内容

モデル事業取組の評価	・市内の行政、全居宅介護支援事業所が参加した中で、本事業の説明会を開催していただいたことで重要性を理解することができた。 ・実行委員会を立ち上げることができ、発症直後に対応可能な急性期病院職員も委員となり脳卒中再発予防の重要なツールであることが理解することができた。 ・多可、西脇病院とも脳卒中再発予防指導マニュアルが十分活用されておらず、新たに多職種で指導マニュアルを作成する機会になった。 ・モニタリングを行うことで、健康管理に繋がっているケースがみられている。 ・地域全体で予防意識を高め、医療者間の連携・コミュニケーションを図ることが重要である。 ・ケアプランの見直しに多職種が連携し協働することが重要である。 ・かかりつけ医が、検査データを示しもひくひおちを明確に伝え、セルフマネジメントに向けた指導に変化してきた。
今後、継続して取り組む場面の課題(列挙)	・今後は、脳卒中の早期治療を実施する急性期病院からの更なる早期における連携が重要となる。 ・ケアマネへの情報を共有する書式は、各地域で従来からの使用している物との共有 ・利用者の健康管理を行う書式も従来から活用している血圧手帳・糖尿病手帳と活用できるよう検討
ツールの改善点(列挙)	
その他、意見要望	

1 1. 広島県庄原市総領地域（旧甲奴町）

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

（モデル事業実施の前提）

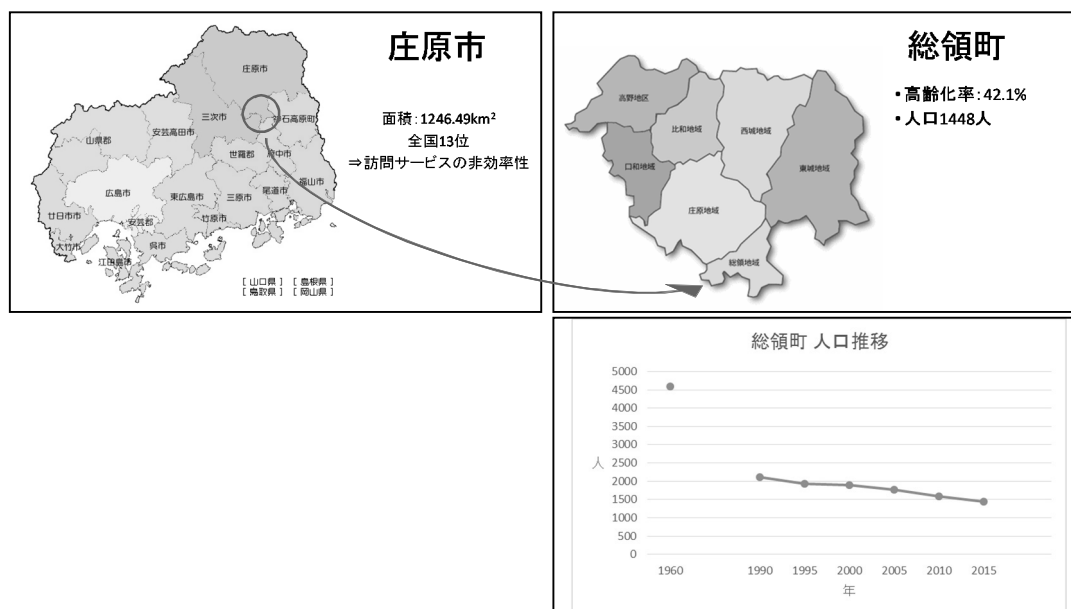
我が国において、脳卒中パターンのみならず、廃用症候群パターンを作り、セルフモニタリングを推進していくことが重要であること、また当該地域の地域性を踏まえ、モデル事業においては、脳卒中パターンだけでなく、廃用症候群パターンのセルフマネジメントについても実施することとした。

（庄原市総領地域の概要）

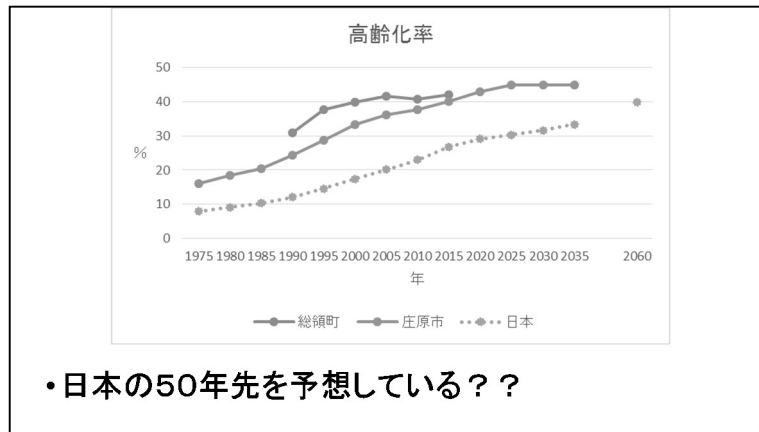
広島県北東部に位置する庄原市は、全国 13 位の面積を有しており、人口は 37,412 人（住民基本台帳人口(平成 28 年 2 月 29 日現在、外国人を含む)）と少ない。そのため、訪問サービスの効率が悪く、介護訪問サービスが市全体に届きにくいという実態がある。

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

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

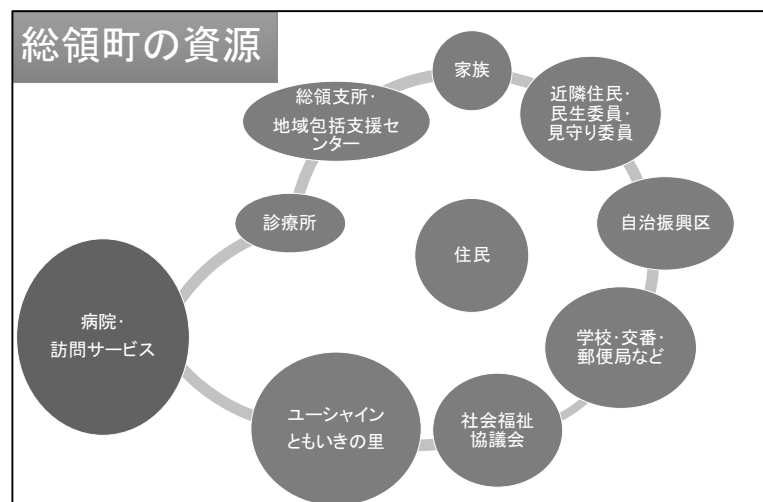


現在の総領地域の高齢化率は 42.22%である。我が国の高齢化率の推移をみると（下図の点線）、2060 年には 40%になる見込みで、日本の 40～50 年先を予想しているような地域である。



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

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



(庄原市総領地域における連携の構築)

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

(庄原市総領地域のリハビリ問題)

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

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

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

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

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

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

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

（セルフマネジメント支援対象者の選定）

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

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

（セルフマネジメント支援と対象者の概要）

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

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

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

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

結論として、車いすを使わなくともつたい歩きが可能となった。重りを 0.5kg 足に付けて上げ下げするという訓練から始

めたが、現在は 1.5 kg になっている。本人も驚いている様子で、自信が回復し、家族もとても喜んでいる。妻に負担を掛けなくなったということがモチベーション維持につながったようだ。

デイサービスでの声掛けの際、「今日はどうだったかな？」

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

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

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

PT より生活を改善させる

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

ケース2

脳出血後遺症 介護2 62歳 福祉用具(ベッド・車椅子) 就労移行サービス 通リハ1/W
 高次機能障害 妻と母との3人暮らし
 (選定理由)
 7年前に発症し、年齢が若くセルフマネジメント能力が高く、妻も協力的であるため、効果が期待された。
 (実施内容)
 主治医より生活上注意する項目を説明して頂き、記録を妻に支援してもらいながら実施。
 (結果)
 妻は、栄養士より実施前に具体的な食事内容の助言や指導を受けたい・また食事の評価・アドバイスを受けたいとの希望があり、施設管理栄養士に協力を依頼するが、業務に負担がかかることと断念。毎日の記録は負担を感じたとの感想あり。リハビリ専門職からのアドバイスが本人にはとても心強く、生活動作の改善が出来たことが安心感や自信に繋がっている。
 今回の主治医からの支援で、服薬管理を自ら行うことと意識付けができ、再発予防への自覚が持てたとのこと。

ケース3

廃用 胸椎・腰椎圧迫骨折・肝硬変 介護4 81歳 訪問リハ(1/W)・看護(3/W)・訪問介護(3/W) 福祉用具(車椅子・スロープ) 妻との2人暮らし。
 (選定理由)
 妻の腰痛が悪化しないようにとの希望もあり、自宅内で支援を受けながらリハビリを行いたいとのことで、再発予防・リハビリ・看護での共同した支援が必要と感じた。本人の認知機能に問題が無いことから、セルフチェックが可能と判断。
 (実施内容)
 主治医より生活上注意する項目を説明して頂き、記録を妻に支援してもらいながら実施。
 サービス機関とも連携を取りながら記録を意識した関わりを依頼。記録用紙にリハビリメニュー項目を追加する。
 (結果)
 記録の様式があったので、記入しやすくモチベーションが維持できたとのこと。1週間の記録が出来たので、サービスの連携と本人が何の目的でサービスを受けているか・自分の体の変化やそれに合わせたサービスの変化等が分かり、自己管理の意識付けができた。リハサービスの導入と日課にした散歩をとても喜ばれていた。

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

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

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

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

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

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

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

(介護支援専門員からの視点)

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

ケース4

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

(選定理由)

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

(実施内容)

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

(結果)

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

27

月日	1-18	19	20	21	22	23	24	25
曜日	月	火	水	木	金	土	日	月
今日の天気(○△×)	△	△	△	△	△	△	△	
日中の過ごし方								
歩数		室内歩行				室内歩行		
起床運動		○						
痛みに対するリハビリ	○	×	×	×	×	×		
今朝の朝ごはんを食べた後、自分でできるストレッチ・体操と実施	○	○	○足ふみ					
外出	×	×	×	×	×	×	×	
他人との会話	○	○	○	○		○	○	
体重	61キロ				61キロ			週1回
血圧	150/79mmHg	124/70mmHg	158/84mmHg	116/69mmHg	148/76mmHg	141/76mmHg	127/83mmHg	
体温	36.1℃	36.9℃	36.7℃	36.0℃	36.4℃	36.7℃	36.7℃	
歩	1000歩	1000歩	1000歩	1000歩	1000歩	1000歩	1000歩	
体の不具合	なし・高血圧	なし・高血圧	なし・高血圧	なし・高血圧	なし・高血圧	なし・高血圧	なし・高血圧	
(肉体的に)						両足のしびれ		
めまい・眩暈	○	○	○	○	○	○	○	

28

ケアマネージャからの視点

【メリット】

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

【デメリット・継続に際して難しかった点・改善点】

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

29

から満足の声をいただいたので良かったと思っている。

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

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

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

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

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

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

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

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

(かかりつけ医からの視点)

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

次に、健康意識の増加・意識付けができたことである。

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

かかりつけ医からの視点

【メリット】

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

【デメリット・継続に際して難しかった点・改善点】

- ・負担感(患者・ケアマネ)：必要な個所のみの記入

29

対象者のなかには、夫婦の会話が増えたという方もいた。

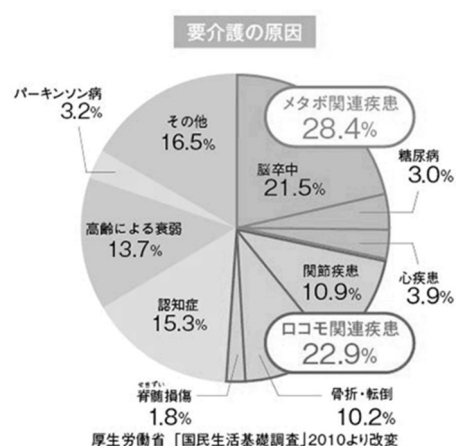
デメリットとしては負担感があることで、患者や介護支援専門員に負担がかかるのは致し方ないが、負担感を軽減することで継続につながる可能性もあり、対策は必要と思われる。例えば、記入する内容は必要なことに限定したり、チェックシートの項目を精査したり、大切な事が記載された紙1枚に集約することも必要である。チェック項目が多いと、対象者には何が大切か伝わりにくい。また、介護支援専門員にしても知識不足で対象者にしっかりと指導できない場合があり、医療者と介護者が共通の意識をもって取り組むためにも情報の整理が必要である。

（廃用症候群に対応したセルフマネジメントについて）

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

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

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



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	庄原市総領町	庄原市介護保険課
医療機関① (急・回・慢・か)	庄原市国民健康保険総領診療所	家庭医
医療機関② (急・回・慢・か)		
医療機関③ (急・回・慢・か)		
医師会	庄原市医師会	(記入不要)
地域包括支援センター①	庄原市包括支援センター	総領支所
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	庄原市介護支援専門員連絡協議会	(記入不要)

2. 当該地域における脳血管疾患患者数

当該地域(市町村・特別区等)の脳血管疾患患者数を記入して下さい。

患者数(人)		把握方法(推計/実数)を具体的に
当該地域	平成26年度入院患者数	
	うち高齢者数	
参加医療機関	平成26年度入院患者数	
	うち高齢者数	
期間中の入院患者数※1		
急性期	うち高齢者数	
計	うち要介護認定あり	

※1 モニター事業期間中の入院患者数については実績値を記載して下さい。また、データ収集期間を教えてください。

月	日	～	月	日
日(データ収集期間)				

3. 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記載して下さい。

対象者抽出方法	話し合い
対象者選定方法(条件等)	脳血管または廃用性症候群(高齢・障害・ケアマネ含める)
支援者数の検討	ケアマネー一人に対して一人
支援者数の決定(目標値)	4 (10 月 日合意)

4. セルフマネジメント支援者の選定

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、備考欄に記載してください。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	6人	(備考)
同意数	4人	(備考)
拒否数	2人	(備考)

支援候補者に説明をする際、工夫した点があれば教えてください。

医師からの説明を行った。

5. 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	医師より脳血管疾患の再発予防に関して、3つの条件(血圧・食事・喫煙)に焦点を絞るようにと負担を増やさないようとの指示あり。
介護支援専門員	進行状況・本人・家族の想いを医師に伝えた。セルフマネジメント様式を、本人の実態に合わせて変更した。

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、助言した内容等教えてください。

医療機関	医師より脳血管疾患の再発予防に関して、3つの条件(血圧・食事・喫煙)に焦点を絞るようにと負担を増やさないようとの指示あり。
------	---

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	具体的な目標値の指示が医師・リハビリ専門職・栄養士等からあると、計画目標がより具体的に、ご本人・家族と共有できた。
---------	---

6. 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	0. 5時間	最長時間	1時間	最長時間	0. 5時間
時間が長くなり短くなった理由	初回の説明は長くなった。やる過程で、どこまで書くのか等の理解や説明に時間がかかった。				
モニタリングを行う上で、困ったこと	高血圧への対策として、専門分野ではないので、食事内容を具体的に評価することが難しかった。				
セルフマネジメントを継続するために工夫した点	本人の出来る範囲でしてもらう。ポイントを絞って本人に指導する。サービスマネジメントメニュー等、記入してもらった。				
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	なし				

7. 関係会議での検討内容

モデル事業取組の評価	形式が決まっていたので、継続できた。 廃用の方の、モチベーション維持・向上につながった。 定期的にチェックが入ることにより、服薬管理や食事等、意識付けになった。 他職種がこの事業に興味を持った。診察のポイントを絞ることができた。 家族の負担が増えた。 結果が目に見えなかった。 達成感が味わいにくかった。
今後、継続して取り組む場面の課題(列挙)	その人の課題を具体的に示し、記録していける様式の作成。 状態に合わせて目標設定を替え評価できる様式の作成。 退院時・在宅復帰時に、医師からの生活上気を付ける点についての指示書的なものを作成し、それにもとづき、専門職が具体的な目標を上げ、ケアマネ計画を作成していく作業が必要。(サービス担当者会議にて情報の共有も行う) 地域での生活を伴走できる人が必要。(ケアマネ以外・障害者は月1回のモニタリングを行っていないため)。 伴走者が変更・複数人協働しても情報や目標が共有できパス・ツールが必要。 いつまで続けるのか、ゴールをどこに持っていくのか、継続のための工夫が必要。 楽しめて結果や評価が見えるものが必要。 食事の評価が難しく、記載も負担がかかっていた。
ツールの改善点(列挙)	その人の課題を具体的に示し、記録していける様式の作成。 状態に合わせて目標設定を替え評価できる様式の作成。本人・家族記載評価しやすいものにする。 どの時点まで行うのか、次のステップが何なのか、具体的にわかるようにする。
その他、意見要望	医師とケアマネが連携できる体制づくり・診療情報提供料・(介護予防)居宅療養管理指導費の算定にて、情報の共有や連携を深め、より具体的な計画を立て目標を明確にしていく。 地域ケア会議・包括との連携により、居宅がついていない方・障害者で在宅生活を送っている方等のフォローも行う必要があるのではないかと。 地域の中で、生活改善・セルフケアを自分でできる支援環境づくりを、医療機関・福祉事業所・行政等の連携により、行う必要があり、地域に合った医療連携クリティカルパス作りが必要。 ケアマネの業務負担を考えると、チームで協働できる体制が必要。(役割分担を持って具体的に関わるメンバーづくり)その中核的指令を医師にお願いいただき、調整をケアマネが図っていく等、工夫が必要。

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

兵庫県立大学経営研究科 教授 筒井 孝子 委員長

（モデル事業における連携の狙い）

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

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

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

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

（本モデル事業を地域でどう位置づけるか）

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

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

図5 リスク対象者の特定のための活動



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

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

（事業体制の整備について）

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

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

図 6 主要な5つの統合の種類とそれに関する統合的プロセスの説明

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

出所：. Shaw, S ,et al. (2011).訳語は筆者による。

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

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

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

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

（モデル事業の課題）

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

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

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

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

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

(最後に)

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

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

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

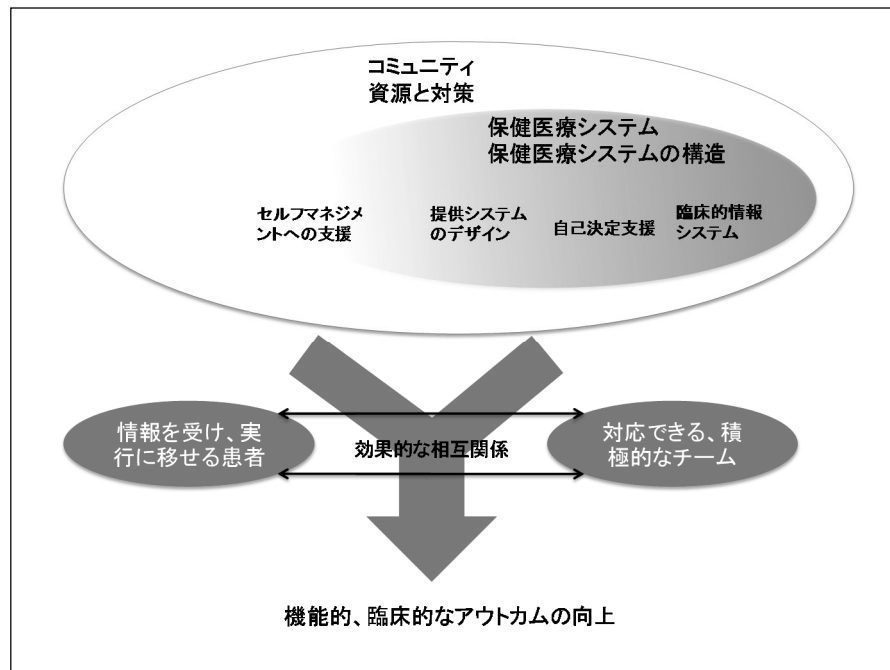
また、ケアマネジメントのサポート戦略がいくつかある中で、セルフマネジメントのアウトカムをどう設定し評価するかも必要になる。

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

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

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

図7 クロニックケアモデル



出所：Wagner EH, et al. (2001).訳語は筆者による。

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

引用文献

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

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

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

別添資料

1. 実施要綱（P. 114）
2. 実施要綱（松戸市版）（P. 138）

1. 実施要綱

2015/9/9

平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）60
厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業
「要支援・要介護者に対する入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」

実施要綱

本調査研究事業作業部会

本件担当：(株)日本能率協会総合研究所
M & M 研究事業本部 医療・介護連携支援室 川村
〒105-0011 東京都港区芝公園 3-1-22 日本能率協会ビル
電話.03-3578-7616 FAX.03-3578-7614
e-mail.shizuka_kawamura@jmar.co.jp

目次

はじめに.....	1
I. 基本事項.....	3
1. 目的.....	3
2. 事業の受託者.....	3
3. 支援対象者（以下、被支援者）とケース数（目安）.....	3
4. モデル事業の参加対象と実施期間.....	4
5. モデル事業の取組みパターン.....	4
6. モデル事業における支援内容.....	5
7. モデル事業の政策的位置づけ.....	5
8. 様式等.....	6
9. モデル事業の流れ（別添「工程表」参照）.....	8
II モデル事業の実施.....	9
II-1-1. 急性期病院手順書.....	9
1. モデル事業への参加表明.....	9
2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定.....	10
3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定（退院前）.....	11
4. SM 支援（対象者 SM 着手）.....	11
5. 取組成果の把握と報告書作成.....	11
II-1-2. 急性期担当医手順書.....	12
1. モデル事業の内容理解.....	12
2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定.....	12
3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定（退院前）.....	12
4. SM 支援（対象者 SM 着手）.....	12
5. 取組成果の把握と報告書作成.....	12
II-1-3. かかりつけ医手順書（急性期病院と同じ病院の場合）.....	13
1. モデル事業の内容理解.....	13
2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定.....	13
3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定（退院前）.....	13
4. SM 支援（対象者 SM 着手）.....	13
5. 取組成果の把握と報告書作成.....	13
II-2. かかりつけ医手順書.....	14
1. モデル事業への参加表明.....	14
2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定.....	14
3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定.....	15
4. SM 支援（対象者 SM 着手）.....	15

5. 取組成果の把握と報告書作成.....	15
II-3. 自治体手順書.....	16
1. モデル事業への参加表明.....	16
2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定.....	18
3. SM 支援対象者のSM取り組み内容決定（退院前）.....	18
4. SM 支援（対象者SM 着手）.....	18
5. 取組成果の把握と報告書作成.....	18
II-4. 地域包括支援センター手順書.....	19
1. モデル事業への参加表明.....	19
2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定.....	19
3. SM 支援対象者のSM取り組み内容決定（退院前）.....	19
4. SM 支援（対象者SM 着手）.....	19
5. 取組成果の把握と報告書作成.....	19
II-5. 介護支援専門員手順書.....	20
1. モデル事業への参加表明.....	20
2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定.....	20
3. SM 支援対象者のSM取り組み内容決定（退院前）.....	20
4. SM 支援（対象者SM 着手）.....	21
5. 取組成果の把握と報告書作成.....	21
III モデル事業で使用する様式等.....	22
様式② 区市町村から関係機関への依頼文（例）.....	23
様式④ 支援機関リスト.....	24
様式⑤ 支援対象者モデル事業同意書.....	25
様式⑥ 被支援者管理表.....	27
様式⑦ 情報聞き取り表.....	28
様式⑧ 病状・状態セルフチェック表.....	28
様式⑨ 居宅サービス計画書.....	29
様式⑨' 居宅サービス計画書（入院中）.....	29
様式⑩ セルフマネジメント確認表.....	31
様式⑩' セルフマネジメント確認表.....	32
様式⑪ 健康管理表.....	32
様式⑫ 入院時情報提供表.....	33
様式⑬ 報告書フォーム.....	33
様式⑭ 謝礼支払い対象者リスト.....	38

はじめに

＜脳血管障害罹患者の再発予防（＝重度化予防）の必要性＞

本モデル事業において、対象を脳血管疾患罹患者に設定している。

2010 年における脳卒中有病者数は 282 万人、そのうち 6 割にあたる 170 万人が要介護者と
なっており、団塊の世代が 75 歳を迎える 2025 年にかけて脳卒中による要介護者数がさらに増
加するとみられています。平成 25 年国民生活基礎調査の概況では、要介護度別介護が必要と
なった主な原因に占める「脳血管疾患（脳卒中）」は、要介護 4・5 では 3 割以上と最も高い
割合を占めています。

■ 脳卒中有病者数と脳卒中による要介護者数の推定

	2010 年	2015 年	2020 年	2025 年
有病者推定数(人)	2,821,728	2,875,893	2,897,850	2,884,445
要介護推定数(人)	1,699,030	1,757,726	1,791,182	1,801,628
発症者推定数(人/年)	304,847	329,055	347,734	360,051

（資料）滋賀医科大学社会医学講座 公衆衛生学部門 喜多義邦 <http://www.stroke-project.com/>

■ 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因（上位 3 位）

(単位:%)		平成25年		
要介護度	第 1 位	第 2 位	第 3 位	
総数	脳血管疾患(脳卒中)	認知症	高齢による衰弱	13.4
要支援者	関節疾患	高齢による衰弱	骨折・転倒	14.6
要支援 1	関節疾患	高齢による衰弱	骨折・転倒	11.3
要支援 2	関節疾患	骨折・転倒	脳血管疾患(脳卒中)	14.1
要介護者	脳血管疾患(脳卒中)	認知症	高齢による衰弱	12.6
要介護 1	認知症	高齢による衰弱	脳血管疾患(脳卒中)	13.9
要介護 2	認知症	脳血管疾患(脳卒中)	高齢による衰弱	13.8
要介護 3	認知症	脳血管疾患(脳卒中)	高齢による衰弱	10.2
要介護 4	脳血管疾患(脳卒中)	認知症	骨折・転倒	14.0
要介護 5	脳血管疾患(脳卒中)	認知症	高齢による衰弱	8.7

（出所）平成 25 年 国民生活基礎調査（厚生労働省）

脳血管疾患は再発率が極めて高く、再発した場合の重症化は免れない疾患ですが、地域連携
パスの典型は急性期から回復期までの機能回復を目的としたものが中心となっており、比較的
軽症で急性期医療機関から直接在宅にもどった脳血管疾患罹患高齢者は、その再発率の高さか
ら要介護状態等となる恐れの高い状態にあるにもかかわらず、支援対象となっていないのが現
状です。

■ 脳卒中の累積再発率 (%)

	1 年	5 年	10 年
脳梗塞	10.0	34.1	49.7
脳出血	25.6	34.9	55.6
くも膜下出血	32.5	55.0	70.0

(資料) 久山町研究 http://www.epi-c.jp/entry/a001_0_0018.html

＜再発予防（＝重度化予防）のための支援はだれが担うか？＞

再発予防は重度化予防であり、重度の要介護者を減らすという意味で介護予防の一環として取り組むことが必要です。したがって、これら再発リスクを抱える高齢者に対して支援する役割を担うのは、保険者である市町村、軽度者の介護予防を行っている地域包括支援センターや要介護の重度化予防を担っている介護支援専門員であることから、本モデル事業において再発リスクを抱える高齢者の支援者として位置付けています。

また、医療機関（急性期病院やかかりつけ医）においては、支援者と連携することにより（医療と介護の連携）、循環型の連携パスを構築することができ、再発リスクを抱えるいは再発した高齢者に、より適切な診断や処置が行えるとともに、支援者がいることにより、早期に情報を得ることができ、在宅復帰のためのより適切な判断が行えることとなります。

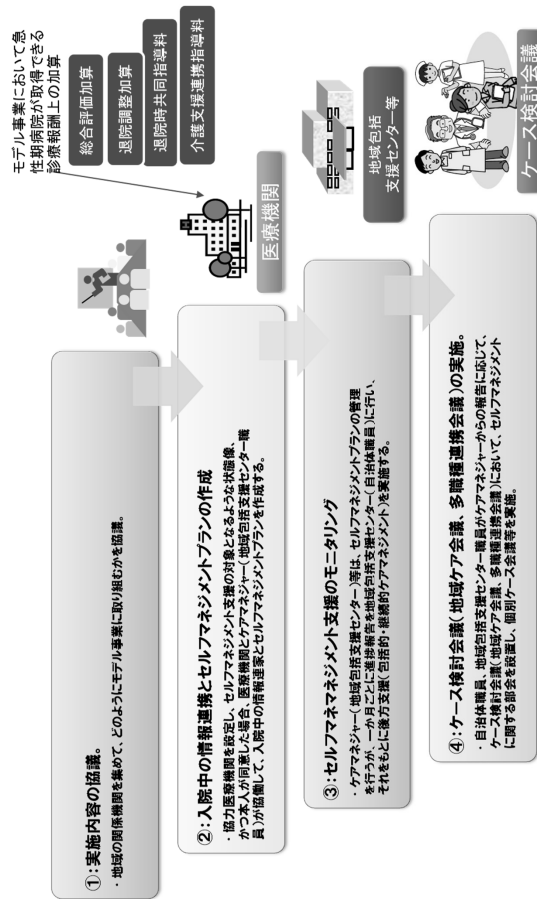
以上、本モデル事業実施の趣旨を踏まえ、実施要項の作成を行っています。

I. 基本事項

1. 目的

この要綱は、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モデル事業の実施について定めたものです。

＜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＞



2. 事業の受託者

自治体

3. 支援対象者（以下、被支援者）とケース数（目安）

脳血管障害で急性期病院に入院したが、地域連携パスに乗らないような状態に改善した人を対象としています。

ケース数は10ケース程度を目標として、本モデル事業では、介護保険対象であるかどうかに関わらず、それらの人へのケアプラン作成を実施していただきます。

- A. 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
 B. 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
 ※「5. モデル事業の取組みパターン」参照

4. モデル事業の参加対象と実施期間

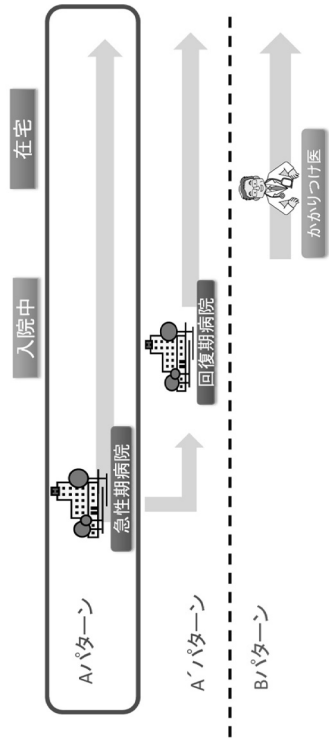
- (1) 参加対象機関（以下、支援機関）
- ・ 市町村及び特別区
 - ・ 医療機関（急性期病院、かかりつけ医）
 - ・ 医師会
 - ・ 地域包括支援センター
- (2) 支援伴走者
- ・ 介護支援専門員等
- (3) 実施内容と実施期間
- ア. 実施内容については、別紙工程表を参照のこと。
 イ. 実施期間は 2015 年 9 月～2015 年 2 月末の 6 ヶ月間で実施する。
- (4) 協力謝礼
- (3) の支援伴走者に対し、1 被支援者毎に 1 万円を、本モデル事業終了時に老人保健健康増進等事業費より支給いたします。なお、それ以外の費用は支給いたしません。

5. モデル事業の取組みパターン

モデル事業の取組みパターンは以下の通りです。

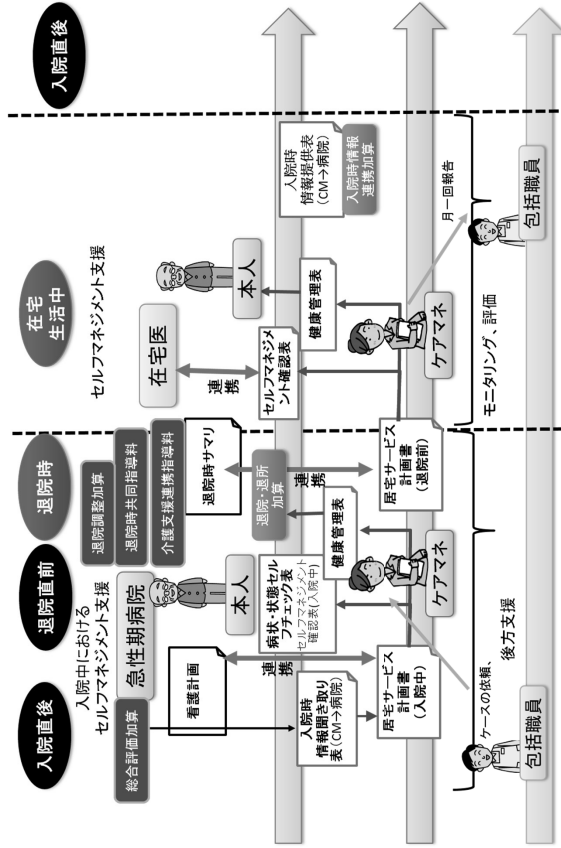
- A パターン：急性期の入院からの情報連携＋退院後のセルフマネジメント支援を基本とします。
 B パターン：すでに退院している患者のセルフマネジメントを支援します。

＜取組モデル図＞



6. モデル事業における支援内容

セルフマネジメントに着目した継続なケアマネジメントと活用様式（「6. 様式等」参照）の関係は以下の通りです。



7. モデル事業の政策的位置づけ

本モデル事業については、介護保険法の地域支援事業である「在宅医療・介護連携推進事業」（平成 30 年 4 月にはすべての市区町村で実施）に位置付け、取り組んでいただくことが可能です。

事業項目（ア）～（ク）のうち、以下の項目などの該当が想定できます。

- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
 (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
 (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
 (カ) 医療・介護関係者の研修

また、「医療介護総合確保基金」として検討することも考えられます。

8. 様式等

(1) 使用する様式等

様式等はサイボウズにてダウンロードをお願いします。

No.	使用する様式等	使用者
①	説明文	市町村・特別区
②	区市町村から関係機関への依頼文 (例)	市町村・特別区
③	手順書 (含む工程表)	市町村・特別区
④	支援機関リスト	モデル事業関係者
⑤	支援対象者モデル事業同意書 (例)	医療機関
⑥	被支援者管理表	市町村・特別区
⑦	情報聞き取り表	介護支援専門員
⑧	病状・状態セルフチェック表	被支援者 (介護支援専門員)
⑨	居宅サービス計画書	介護支援専門員
⑨'	居宅サービス計画書 (入院中)	介護支援専門員
⑩	セルフマネジメント確認表	被支援者 (介護支援専門員)
⑩'	セルフマネジメント確認表 (入院中)	被支援者 (介護支援専門員)
⑪	健康管理表	被支援者
⑫	入院時情報提供表 ※2	介護支援専門員
⑬	報告書フォーム	市町村・特別区
⑭	謝礼支払い対象者リスト	市町村・特別区
⑮	サイボウズ利用の手引き	モデル事業関係者

※1 Aのみただし、モデル事業参加期間中に被支援者が急性期病院へ入院する場合にはBも使用。
※2 A Bともに、モデル事業参加期間中に被支援者が急性期病院に入院した場合に使用。

(2) 送付物

モデル事業関係者に、以下のものを送付します。

No.	送付物	使用者
①	サイボウズ I D・パスワード	モデル事業関係者全員
②	サイボウズ利用の手引き	モデル事業関係者全員
③	返送用レターバック (3)	市町村・特別区のみ

(3) 返送いただく様式等

返送いただくもの、及び返送のタイミングは以下の通りです。

記入もれ、入力もれ等がないかご確認のうえ、返信用レターバックを使って、毎月のモニタリング終了後にご返送いただきます。(返送のタイミング：12月上旬、1月上旬、2月上旬の計3回)

No.	使用する様式等	返送の有無	返送時期
①	説明文	不要	
②	区市町村から関係機関への依頼文 (例)	不要	
③	手順書 (含む工程表)	不要	
④	支援機関リスト	要・サイボウズアップロード	9月末
⑤	支援対象者モデル事業同意書 (例)	不要	
⑥	被支援者管理表	不要	
⑦	情報聞き取り表	要・郵送 ※3	月末締め
⑧	病状・状態セルフチェック表	要・郵送 ※3	月末締め
⑨	居宅サービス計画書	要・郵送	月末締め
⑨'	居宅サービス計画書 (入院中)	要・郵送 ※3	月末締め
⑩	セルフマネジメント確認表	要・郵送	月末締め
⑩'	セルフマネジメント確認表 (入院中)	要・郵送 ※3	月末締め
⑪	健康管理表	要・郵送	月末締め
⑫	入院時情報提供表	要・郵送 ※3	月末締め
⑬	報告書	要・サイボウズアップロード	2月末
⑭	謝礼支払い対象者リスト	要・郵送 (3回目に同封)	2月上旬
⑮	サイボウズ利用の手引き	不要	

※3 使用した場合のみ

返送先：〒105-0011 東京都港区芝公園 3-1-22 日本能率協会ビル
欄日本能率協会総合研究所 医療・介護連携支援室 川村

9. モデル事業の流れ（別添「工程表」参照）

事前準備

1. モデル事業への参加表明（～9月末）・・・関係者会議の開催

配布資料は以下の通り。
①説明文
②区市町村から関係機関への依頼文（例）
③手順書（参加対象機関別）
④モデル事業関係者リスト

2. セルフマネジメント（以下、SM）支援対象者決定（～10月中旬）

使用する様式等は以下の通り。
⑤支援対象者モデル事業同意書（例）

3. SM 支援対象者の SM 取組内容決定（～10月末）

A の使用する様式等は以下の通り。
⑥調査対象者管理表
⑦情報聞き取り表
⑧病状・状態セルフチェック表
⑨居宅サービス計画書（退院前）
⑩セルフマネジメント確認表（退院前）
⑪健康管理表

B の使用する様式等は以下の通り。
⑥調査対象者管理表
⑨居宅サービス計画書（退院後）
⑩セルフマネジメント確認表（退院後）
⑪健康管理表

4. SM 支援（対象者 SM 着手）（11月～1月）・・・モニタリング結果報告

3ヶ月

使用する様式等は以下の通り。
A B 共通
⑩セルフマネジメント確認表
⑪健康管理表
※モニタリング結果を関係者へ報告（月1回）
⑨⑩⑪は入院した場合に使用

1か月ごとに
それまでに記入した様式等
を事務局へ送付
（12月上旬、1月上旬、2月上旬）

報告

5. 取組成果の把握と報告書作成（2月）・・・関係者会議の開催

モデル事業の関係者で会議（例：地域ケア会議、多職種連携会議等）を開催し、取組みの成果と課題についてとりまとめを行う。また、各種様式等について修正点を列挙する。
⑫報告書フォーマット

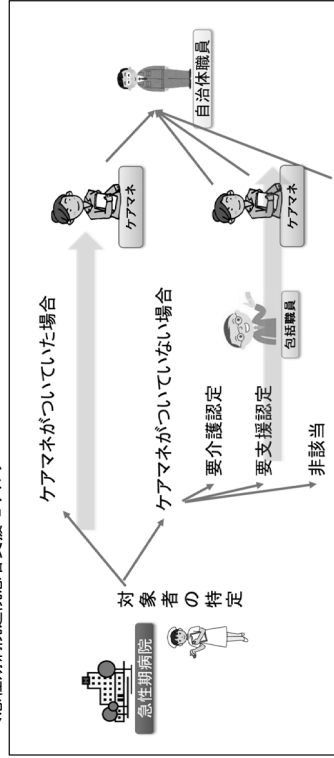
6. 報告データ等の返送

返送〆切日：平成 28 年 2 月 29 日（月）
返送先：〒105-0011 東京都港区芝公園 3-1-22 日本能率協会ビル
（〒105-0011 東京都港区芝公園 3-1-22 日本能率協会ビル 川村 榊日本能率協会総合研究所 医療・介護連携支援室 川村

II モデル事業の実施

II-1-1. 急性期病院手順書

＜急性期病院退院患者支援モデル＞



1. モデル事業への参加表明

- (0) 協力打診（調査研究事業作業部会にて説明）
a. モデル事業の内容について、作業部会参加者が理解する。
（調査研究事業会合へ参加できない場合には、事務局が個別に説明を行う）
b. （作業部会参加者が医療機関の場合）作業部会参加者から自治体へ参加意向を打診し、参加の方向との内諾を得る。

- (1) 協力依頼（自治体からモデル事業に対する協力依頼を行う）
a. モデル事業の内容について、医療機関として参加の意思決定を行う。（病院長）
b. モデル事業の担当者決定する。（モデル事業担当者）
c. モデル事業に係る院内関係者（チーム）に説明を行う。
・医師（モデル事業担当医師） ※患者担当医については、II-1-2 参照
・看護師（モデル事業担当看護師（看護部長、病棟担当看護師））
・退院調整看護師
・MSW（地域連携担当部門）
・事務部門

- (2) 関係者会議への参加（自治体が「関係者会議」を招集する）
a. 担当者は関係者会議に参加する。
b. 関係者会議の合意内容を、チームに報告する。

2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定

モデル事業スタート時、入院中の場合

- (1) モデル事業SM候補者の選定（脳血管疾患患者）

- a. チームでモデル事業SM候補者の選定方法について検討する。

【例】

- ・DPC データから、入院中の脳血管障害疾患患者をリストアップする。
 - ・退院調整看護師やMSW が在宅復帰の可能性の高い患者について、患者担当医等にヒアリング行い、SMの必要性がある患者候補者を絞り込む。
 - ・チームで候補者を検討し、SM候補者の選定を行う。
- b. 選定方法に従って、在宅復帰の可能性の高い患者を抽出する。

モデル事業スタート後、入院した場合

- (1) モデル事業SM候補者の選定（脳血管疾患患者）

- a. 在宅復帰の可能性について見立て

- b. 介護認定を確認

（要介護認定有）担当の介護支援専門員に連絡し、情報提供書の提出を依頼
情報提供書の手帳がない場合には、⑫情報提供書を提出

<報告書に記載するため、以下の情報を記録>

記録する期間：モデル事業SM候補者の選定着手から選定終了後までの期間

記録する内容：

- i 在宅復帰した患者数（介護認定別）
- ii 介護認定なしの場合、介護認定をするよう助言した件数

- (2) モデル事業SM実施者決定

- a. 患者担当医が再発のリスクとSMの必要性についてSM候補者に説明を行う。
- b. モデル事業担当者がモデル事業であること及び承諾書についてSM候補者に説明を行う。
- c. モデル事業担当者が承諾書を得て、事務部門に提出する。＜SM実施者決定＞

- (3) モデル事業SM対象者確定

- a. モデル事業担当者または事務部門がSM実施決定者のリスト（必要情報例）を自治体担当者へ提供する。

【必要情報例】 ⑥被支援者管理表

- ・患者情報（患者名、家族構成、住所）
- ・急性期病院情報（医療機関名、主治医、チーム、電話番号）
- ・かかりつけ医情報（医療機関名、医師名、電話番号）
- ・介護認定の有無（事業所名、ケアマネ名、電話番号）

- b. ケアマネがないSM実施者に対しては、地域包括支援センターがケアマネ選定支援を行い、選定されたケアマネは、自身の情報を医療機関チームのMSWへ連絡。MSWはケアマネ情報をチームで共有する。

- (4) モデル事業SM実施者の承諾書の共有

- a. 医療機関の事務部門は原本を保管するとともに、控え（コピー）を関係機関及びSM実施者に渡す。

3. SM支援対象者のSM取り組み内容決定（退院前）

- (1) モデル事業SM実施者の病状の共有（担当ケアマネ来院）

- a. 退院時カンファレンスにかかりつけ医・担当ケアマネを招集する

- (2) SMの取組内容検討支援（担当ケアマネ来院）

- a. 担当ケアマネが作成した⑨⑩⑪について、担当医等のチームがアドバイスを行う。

4. SM支援（対象者SM着手）

（特になし）

5. 取組成果の把握と報告書作成

- (1) 関係者会議への参加（自治体が「関係者会議」を招集する）

- a. モデル事業担当者は関係者会議に参加するにあたって、チーム会議を開き、取組成果について事前に検討を行う。

- b. モデル事業担当者は関係者会議に参加する。

- c. モデル事業の取組成果について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。

II-1-2. 急性期担当医手順書

1. モデル事業の内容理解

- (1) 医師（モデル事業担当医師）が、SM 候補の患者担当医にモデル事業への協力依頼を行う。

※詳細説明はモデル事業担当者が行う。

2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定

- (1) モデル事業 SM 候補者の選定（脳血管疾患患者）
 - a. 退院調整看護師や MSW が在宅復帰の可能性の高い患者について、患者担当医等にヒアリングを行い、SM の必要性がある患者候補者を絞り込む。

- (2) モデル事業 SM 実施者決定

- a. 患者担当医が再発のリスクと SM の必要性について SM 候補者に説明を行う。

※承諾書はモデル事業担当者が行う。

3. SM 支援対象者の SSM 取り組み内容決定（退院前）

- (1) モデル事業 SM 実施者の病状の共有（担当ケアマネ来院）
 - a. 退院時カンファレンスにかかりつけ医・担当ケアマネを招集する
- (2) SM の取組内容検討支援（担当ケアマネ来院）
 - a. 担当ケアマネが作成した⑨⑩⑪について、担当医等のチームがアドバイスを行う。

4. SM 支援（対象者 SM 着手）

（特になし）

5. 取組成果の把握と報告書作成

- (1) 関係者会議への参加（自治体が「関係者会議」を招集する）
 - a. モデル事業担当者は関係者会議に参加するにあたって、チーム会議を開き、取組成果について事前に検討を行う。

II-1-3. かかりつけ医手順書（急性期病院と同じ病院の場合）

1. モデル事業の内容理解

- (1) 医師（モデル事業担当医師）が、SM 候補の患者担当医にモデル事業への協力依頼を行う。

※詳細説明はモデル事業担当者が行う。

2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定

- (1) モデル事業 SM 候補者の選定（脳血管疾患患者）
 - a. モデル事業担当者が患者担当医等にヒアリングを行い、SM の必要性がある患者候補者を絞り込む。

- (2) モデル事業 SM 実施者決定

- a. 患者担当医が再発のリスクと SM の必要性について SM 候補者に説明を行う。

※承諾書はモデル事業担当者が行う。

3. SM 支援対象者の SSM 取り組み内容決定（退院前）

- (1) SM の取組内容検討支援（担当ケアマネ来院）
 - a. 担当ケアマネが作成した⑨⑩⑪について、担当医等のチームがアドバイスを行う。

4. SM 支援（対象者 SM 着手）

- (1) SM モニタリングの継続
 - a. ケアマネは月 1 回アセスメントを行い、かかりつけ医に報告する。アセスメント状況から、必要と感じた場合は、本人（家族）や担当ケアマネにアドバイスを行う。

5. 取組成果の把握と報告書作成

- (1) 関係者会議への参加（自治体が「関係者会議」を招集する）
 - a. モデル事業担当者は関係者会議に参加するにあたって、チーム会議を開き、取組成果について事前に検討を行う。

II-2. かかりつけ医手順書

1. モデル事業への参加表明

- (c) 協力打診（調査研究事業作業部会にて説明）
 - a. モデル事業の内容について、作業部会参加者が理解する。
（調査研究事業会合へ参加できない場合には、事務局が個別に説明を行う）
 - b. （作業部会参加者が医療機関の場合）作業部会参加者から自治体へ参加意向を打診し、参加の方向との内諾を得る。

- (1) 協力依頼（自治体からモデル事業に対する協力依頼を行う）
 - a. モデル事業の内容について、かかりつけ医療機関として参加の意思決定を行う。
（病院長）
 - b. モデル事業の担当者を決定する。（モデル事業担当者）
 - c. モデル事業に係る院内関係者（チーム）に説明を行う。

- ・医師
- ・看護師
- ・事務部門

- (2) 関係者会議への参加（自治体が「関係者会議」を招集する）
 - a. モデル事業担当者は関係者会議に参加する。
 - b. 関係者会議の合意内容を、チームに報告する。

2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定

- (1) モデル事業 SM 候補者の選定（脳血管疾患患者）
 - a. チームでモデル事業 SM 候補者の選定方法について検討する。
[例]
 - ・自院の患者で、脳血管障害疾患罹患患者をリストアップする。
 - ・チームで候補者を検討し、SM 候補者の選定を行う。
- (2) モデル事業 SM 実施者決定
 - a. 担当医が再発のリスクと SM の必要性について SM 候補者に説明を行う。
 - b. モデル事業担当者がモデル事業であること及び承諾書について SM 候補者に説明を行う。
 - c. モデル事業担当者が承諾書を得て、事務部門に提出する。＜SM 実施者決定＞

- (3) モデル事業 SM 対象者確定
 - a. モデル事業担当者または事務部門が SM 実施決定者のリスト（必要情報例）を自治体担当者へ提供する。

[必要情報例] ⑥被支援者管理表

- ・患者情報（患者名、家族構成、住所）
 - ・かかりつけ医情報（医療機関名、医師名、チーム、電話番号）
 - ・介護認定の有無（事業所名、ケアマネ名、電話番号）
 - ・急性期病院情報（医療機関名、担当診療科、担当医、電話番号）
- b. ケアマネがいない SM 実施者に対しては、地域包括支援センターがケアマネ選定支援を行い、選定されたケアマネは、自身の情報を医療機関チームの MSW へ連絡。MSW はケアマネ情報をチームで共有する。

- (4) モデル事業 SM 実施者の承諾書の共有
 - a. 医療機関の事務部門は原本を保管するとともに、控え（コピー）を関係機関及び SM 実施者に渡す。

3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定

- (1) モデル事業 SM 実施者の病状の共有（担当ケアマネ来院）
 - a. かかりつけ医が担当ケアマネを招集する。
- (2) SM の取組内容検討支援（担当ケアマネ来院）
 - a. 担当ケアマネが作成した⑨⑩⑪について、担当医等のチームがアドバイスを行う。

4. SM 支援（対象者 SM 着手）

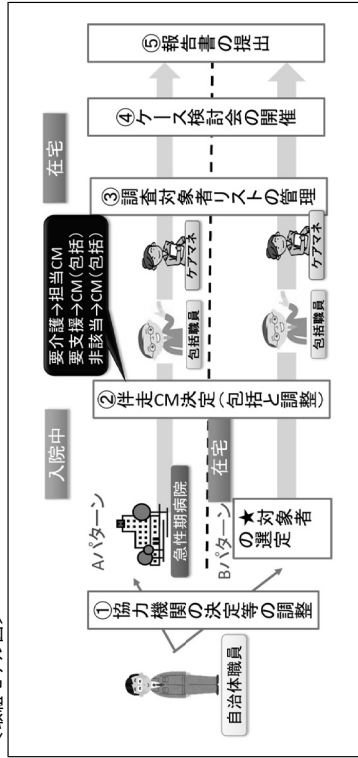
- (1) SM モニタリングの継続
 - a. ケアマネは月 1 回アセスメントを行い、かかりつけ医に報告する。アセスメント状況から、必要と感じた場合は、本人（家族）や担当ケアマネにアドバイスを行う。

5. 取組成果の把握と報告書作成

- (1) 関係者会議への参加（自治体が「関係者会議」を招集する）
 - a. モデル事業担当者は関係者会議に参加するにあたって、チーム会議を開き、取組成果について事前に検討を行う。
 - b. モデル事業担当者は関係者会議に参加する。
 - c. モデル事業の取組成果について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。

II-3. 自治体手順書

<取組モデル図>



1. モデル事業への参加表明

(0) 協力打診（調査研究事業作業部会にて説明）

a. モデル事業の内容について、作業部会参加者が理解する。

b. モデル事業の内容について、老健事業実施団体（事務局、ワーキングチーム）に担当者が確認し、理解する。

(1) 行政内における意思決定

a. 高齢福祉担当課内における意思決定

・担当者が係長にモデル事業の内容を説明し理解を得る。

・課長補佐説明（同じく理解を得る。）

・課長説明（同じく理解を得る。）

・職場の同僚に説明をし、理解を得る。

b. 福祉部としての意思決定

・福祉部長にモデル事業の内容を説明し理解を得る。

（次長がいる場合は、先に次長説明をし、理解を得る。）

c. 行政内の調整業務

・財政課に説明し理解を得る。（財政課福祉部担当、財政係長、財政課課長補佐、財政課長）

・総務部長に説明し理解を得る。（総務部長は財政課を所管する部長）

・政策調整担当課に説明し理解を得る。（政策調整担当課福祉部担当、係長、課長補佐、課長）

・企画部長に説明し理解を得る。（企画部長は政策調整担当課を所管する部長）

d. 自治体としての意思決定<本モデル事業を実施するという意思決定>

- ・副市長に説明し理解を得る。（大規模都市では、福祉部担当の副市長と、財政担当課の副市長が2名いる場合があるので両方に説明が必要。）
- ・市長に説明し理解を得る。
- ・稟議書を担当課で作成し、合議の上、決裁を受ける。

(2) 行政内における事前準備

a. モデル事業実施のための補正予算の編成（高齢福祉担当課と財政課）

b. モデル事業実施のための実施要綱の作成（高齢福祉担当課と行政管理担当課）

※補正予算編成、モデル事業実施要綱の作成は必要に応じて実施

(3) 議会の同意

※自治体によっては、原形予算内あるいは予算流用にて、本モデル事業を行うところもあり、そのような場合は議会の同意を必要としない。

a. 議会の担当委員会（例：文教厚生委員会）の委員長、副委員長に説明し理解を得る。

b. （必要に応じて）議会の各派の幹事長に説明し理解を得る。

c. （必要に応じて）議長、副議長に説明し理解を得る。

d. 担当委員会（例：文教厚生委員会）において、正式に説明し同意を得る。

e. 本会議で正式に説明し同意を得る。

(4) 関係者への説明

a. 急性期病院（基幹病院）への説明

a-1. 病院関係者（モデル事業関係者）への説明（退院調整看護師、退院調整社会福祉士、MSW、病棟看護師、医療福祉相談室長、看護師長、事務局庶務課長、医師）

a-2. （必要に応じて）管理者へ説明（事務局長、看護部長、副院長、院長）

b. ケアマネジャー協会への説明

b-1. ケアマネジャー協会への説明（事務局長、会長、副会長）

b-2. ケアマネジャー協会として、本モデル事業に参加することの意思決定

※自治体によっては、ケアマネジャー協会がなく、個々のケアマネジャーに、本モデル事業の参加を要請する場合もある。

c. 郡市医師会への説明（会長、副会長、担当理事、事務局長）

d. 地域包括支援センターへの説明

※場合によっては、自治体と地域包括支援センターが共同で実施主体になることが考えられる。

- e. 関係団体への説明（必要に応じて）
 - ・介護保険運営協議会
 - ・地域包括支援センター運営協議会
 - ・在宅医療介護連携推進協議会
 - ・地域ケア会議（政策部門）等
- (5) 関係者会議を招集する

2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定

- (1) モデル事業 SM 候補者の選定（脳血管疾患患者）
（特になし）
- (2) モデル事業 SM 実施者決定
 - a. 医療機関から SM 実施者の連絡を受け、リスト管理を開始する。
 - b. 要支援及び介護認定なしの SM 実施者については地域包括支援センターへ連絡する。
 - c. 要介護の SM 実施者については担当ケアマネに連絡する。
- (3) モデル事業 SM 実施者の承諾書の共有
 - a. 医療機関の事務部門から、控え（コピー）を受け取る。

3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定（退院前）

（特になし）

4. SM 支援（対象者 SM 着手）

- (1) SM 状況の把握
 - a. 事務局へ、記入済み様式を、レターパックにて送付

5. 取組成果の把握と報告書作成

- (1) 関係者会議を招集する
 - a. モデル事業担当者は関係者会議を開催する。
 - b. モデル事業の取組成果について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。
- (2) ④謝礼支払い対象者リストを事務局へ送付
- (3) 報告書の作成
 - a. 報告書フォームに従い、モデル事業の成果について取りまとめを行う。
 - b. 事務局へ報告書を提出する。

II -4. 地域包括支援センター手順書

1. モデル事業への参加表明

- (1) 協力依頼（自治体からモデル事業に対する協力依頼を行う）
 - a. モデル事業の内容について、理解する。
 - b. モデル事業の担当者を決定する。
- (2) 関係者会議への参加（自治体が「関係者会議」を招集する）
 - a. モデル事業担当者は関係者会議に参加する。
 - b. 関係者会議の合意内容を、チームに報告する。

2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定

- (1) モデル事業 SM 対象者確定
 - a. 自治体担当者より、SM 対象者について連絡を受ける
 - b. 支援件数候補を選定する
 - c. 支援件数候補にモデル事業について説明を行う
 - d. 支援件数を決定する
- (2) モデル事業 SM 実施者の承諾書の共有
 - a. 医療機関の事務部門から、控え（コピー）を受け取る。

3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定（退院前）

（特になし）

4. SM 支援（対象者 SM 着手）

- (1) SM モニタリングの継続
 - a. ケアマネは月 1 回アセスメントを行い、地域包括支援センターに報告する。アセスメント状況から、必要と感じた場合は、担当ケアマネにアドバイスを行う。

5. 取組成果の把握と報告書作成

- (1) 関係者会議への参加（自治体が「関係者会議」を招集する）
 - a. モデル事業担当者は関係者会議に参加する。
 - b. モデル事業の取組成果について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。

Ⅱ-5. 介護支援専門員手順書

1. モデル事業への参加表明

- (1) 協力依頼（自治体からモデル事業に対する協力依頼を行う）
 - a. モデル事業の内容について、理解する。

2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定

モデル事業スタート後、入院した場合

- (1) モデル事業 SM 候補者の選定（脳血管疾患患者）
 - a. 急性期病院から、担当ケアマネに脳血管疾患で利用者が入院した旨の連絡を受ける
 - b. 情報提供書の提出の依頼を受け、病院へ提出する

※情報提供書のフォーマムがない場合には、病院より「⑩情報提供書」の提供を受ける

- (2) モデル事業 SM 対象者確定
 - a. 自治体担当者より、SM 対象者となったとの連絡を受ける
- (3) モデル事業 SM 実施者の承諾書の共有
 - a. 医療機関の事務部門から、控え（コピー）を受け取る。

3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定（退院前）

- (1) モデル事業 SM 実施者の病状の共有
 - a. 病院から退院時カンファレンスへの招集を受ける
 - b. 退院時カンファレンスに参加し、⑦情報聞き取り表を作成する
- (2) 介護認定の申請・区分の見直し検討
 - a. 退院時カンファレンスから、介護認定の申請または区分の見直しを検討する
- (3) SM の取組内容検討支援<1>
 - a. 被支援者を訪問し、「⑧病状・状態セルフチェック表」で現状を把握する
 - b. 被支援者に SM についての説明を行い、⑧から現状について説明を受ける
- (4) SM の取組内容検討支援<2>
 - a. 「⑧病状・状態セルフチェック表」を踏まえ、⑨居宅サービス計画書（介護認定なし・要支援の場合は、介護予防サービス・支援計画書）、⑩セルフマネジメント確認表、⑪健康管理表の案を作成する
 - b. 被支援者の SM 内容について医療的見地からアドバイスをもらうため、病院の担当者に連絡を入れる。
 - c. 病院の担当者から、訪問日について連絡を受け、病院を訪問し、⑨⑩⑪について

アドバイスを受ける

- (5) SM 取組内容確定
 - a. 病院のアドバイスを受け、⑨⑩⑪について見直しを行う
 - b. 被支援者と面談し、⑨⑩⑪について説明を行い、SM 内容について被支援者と合意する

4. SM 支援（対象者 SM 着手）

- (1) SM モニタリングの継続
 - a. ケアマネは月 1 回アセスメントを行い、被支援者が SM に継続して取り組むよう働きかけを行う。
 - b. アセスメントの結果を、関係者に報告する（様式⑩⑪の提出）。
- (2) かかりつけ医へ受診
 - a. アセスメント内容から、受診の必要性を感じた場合には、被支援者に対し受診を促す。
 - b. 被支援者が、受診する場合には、⑩⑪についてかかりつけ医に提供する。

5. 取組成果の把握と報告書作成

- (1) 関係者会議への参加（自治体が「関係者会議」を招集する）
 - a. 関係者会議に参加する。
 - b. 担当した被支援者について、モニタリング経過と支援状況について報告を行う。
 - c. モデル事業の取組成果について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。

Ⅲ モデル事業で使用する様式等

No.	使用する様式等	ファイルの種類
①	説明文	P D F
②	区市町村から関係機関への依頼文 (例)	ワード
③	手帳書 (含む工程表)	P D F
④	支援機関リスト	ワード
⑤	支援対象者モデル事業同意書 (例)	ワード
⑥	被支援者管理表	ワード
⑦	情報聞き取り表	エクセル
⑧	病状・状態セルフチェック表	エクセル
⑨	居宅サービス計画書	エクセル
⑨'	居宅サービス計画書 (入院中)	エクセル
⑩	セルフマネジメント確認表	エクセル
⑩'	セルフマネジメント確認表 (入院中)	エクセル
⑪	健康管理表	エクセル
⑫	入院時情報提供表	エクセル
⑬	報告書フォーム	エクセル
⑭	謝礼支払い対象者リスト	ワード
⑮	サイボウズ利用の手引き	P D F

※①、③工程表、⑮は別添 ⑮は現在、準備中)

様式② 区市町村から関係機関への依頼文 (例)

〇〇〇〇 第 〇 〇 号
平成 27 年 〇 月 〇 日

〇〇〇〇 〇〇 〇〇 殿

〇〇市長 〇〇 〇〇

平成27年度厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業
「要支援・要介護者に対する入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」
におけるモデル事業へのご協力をお願い

日頃より、〇〇市の介護保険行政及び高齢者福祉行政にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、平成27年度厚生労働省老健局老人保健健康増進等事業において、株式会社日本能率協会総合研究所が「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」を実施することとしております。

当事業は、脳血管疾患罹患高齢者の再発予防・介護（重度化）予防を目的に、脳血管疾患罹患高齢者自らがセルフマネジメントに取り組むとともに、医療機関、区市町村、地域包括支援センター、担当する介護支援専門員等が支援者となって連携しつつセルフマネジメントを支援するというものです。

厚生労働省は、当モデル事業の成果等について、今後の施策検討にあたっての参考として考えているとこのことです。

本市におきましても、介護予防や医療と介護の連携をより一層推進するために、当モデル事業に参加することと致しました。

つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、当モデル事業にご協力をいただきますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

担当
〇〇市〇〇〇〇部〇〇〇〇課
電話番号 〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
担当 〇〇、〇〇

様式④ 支援機関リスト

支援機関リスト

支援機関名	役職	(ふりがな) 担当者名	連絡先	e-mail

様式⑤ 支援対象者モデル事業同意書

平成 27 年度厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業
「要支援・要介護者に対する入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」
における個人情報使用同意書（例）

支援者代表
(医療機関名)
_____(役職・氏名) 様

○使用の目的
「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、本調査研究事業）におけるモデル事業は、脳血管疾患罹患高齢者の再発予防・介護（重度化）予防を目的に実施します。

○情報共有を行うもの
本調査研究事業におけるモデル事業において、「脳血管疾患罹患高齢者が行うセルフマネジメントを支援する医療機関、区市町村、地域包括支援センター、担当する介護支援専門員等」（以下、支援者）が、セルフマネジメントを行うことに同意した脳血管疾患罹患高齢者（以下、被支援者）の支援に係る情報を共有します。

○使用にあたっての条件
支援者は、被支援者の個人情報について、前述した目的の範囲内で活用するものであり、情報共有において関係者以外に漏れることのないよう適切に管理します。

○情報共有を行う期間
承諾日より、本調査研究事業実施期間である平成 28 年 3 月 31 日末までとします。

○報告書への掲載内容
本調査研究事業の成果を、本調査研究事業の実施主体である株式会社日本能率協会総合研究所が報告書としてとりまとめを行います。報告書においては、個人が特定される情報（個人名、住所、生年月日等）は掲載されません。

○同意の確認

私は、本調査研究事業におけるモデル事業に参加し、セルフマネジメントの支援を受けること、それに伴う支援者間の個人情報の共有に同意します。

被支援者

同意年月日	平成	年	月	日
氏名（自署）				
ふりがな				
生年月日	大正・昭和	年	月	日
住所				
連絡先				

支援者 同意取得施設記載

説明担当者（自署）		部署	
情報共有施設名等	(医療機関名・担当者名・連絡先)		
	(自治体名・担当者名・連絡先)		
	(地域包括支援センター名・担当者名・連絡先)		
介護支援専門員	(介護支援専門員名・連絡先)		

※原本は説明し、同意を得た医療機関が保管するものとします。
※コピー一部を被支援者にお渡しします。
※また、記載の支援者に FAX にて送信してください。

様式⑥ 被支援者管理票

被支援者管理票

被支援者ID								
同意年月日	平成	年	月	日				
氏名								
ふりがな								
生年月日	大正・昭和	年	月	日				
住所								
連絡先								
同居家族構成								
介護認定	なし	支援1	2	要介護1	2	3	4	5
認定有の場合 事業所・連絡先								
認定有の場合 事業所・連絡先								
入退院日	入院：月	日	退院：月	日				
既往歴								
支援者機関	(医療機関名・担当者名・連絡先)							
	(自治体名・担当者名・連絡先)							
	(地域包括支援センター名・担当者名・連絡先)							
支援伴走者	(介護支援専門員名・連絡先)							

様式⑦ 情報開き取り表

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

組織	
病院名	電話番号
担当署名 (ワザナ)	電話番号

医師の所見(病歴判定)

様式⑧ 病状・状態セルフチェック表

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		
- 病室中がなぜ起きるかわかっている	1 はい 2 いいえ	
- 服薬中や発症する際のサイン(前駆)の症状)を知っている	1 はい 2 いいえ	
- 悪化因子の理解		
- 治療本数を決めている	1 はい() 本 /日) 2 いいえ	
- 飲酒量を控えている	1 はい(●●●計算で)	(杯 /日まで)
- 予防の方策		
- 「食事」の時間を決めてしている	1 はい()) 2 いいえ	
- 運動時間 (何時から何時、何日間)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(上) /下: mmHg) 2 いえ	
- 自分の適正な血圧値を知っている	1 はい(kg) 2 いえ	
- 自分の矯正した体重を知っている	1 はい(~ mg/dl) 2 いえ	
- 自分の適正な血糖値を知っている	1 はい(LDL mg/dL) 2 いえ	
- 自分の取んでいる薬の効果を確認している	1 はい 2 いえ	
- 自分の取んでいる薬の副作用を理解している	1 はい 2 いえ	
- 自分が、なぜ診療を定期的に受ける必要があるのかを説明している	1 はい 2 いえ	

株式 横 9 式 居 宅 計 画 書

第2表

住宅サービス計画書(2)

作成年月日

[illegible]

病状説明

(選考の見込みについて)

カンファレンス

--

様式③' 居宅サービス計画書（入院中）

居宅サービス計画書（2）
（ 入院中 ）

作成年月日 年 月 日

利用者の状況				援助目標				援助内容			
生活全般の解決すべき課題（ニーズ）		長期目標	短期目標	（期間）	短期目標	※2	※1	サ―ビス期間	※2	※1	期間
居宅中の再帰の可能性がある（セルフケア不足）											
1. 居宅中の再帰について、リスクについて理解が出来る。また、居宅中の再帰の可能性がある。居宅中の再帰の計画が、今日の入院の計画について考へられることが出来る。											
2. ご本人及びご家族が居宅中の再帰の計画について理解が出来る。また、居宅中の再帰の計画が、今日の入院の計画について考へられることが出来る。											
3. 入院の必要性が理解が出来る。また、居宅中の再帰の計画が、今日の入院の計画について考へられることが出来る。											
4. 居宅中の再帰の計画が、今日の入院の計画について考へられることが出来る。											

様式⑩ セルフマネジメント確認表

セルフマネジメント（観中用）

作成年月日 年 月 日
施設名

実施の場所	アセスメント項目	アセスメント	観察者（受入者）	チェック欄
食へこぼしや、服のしれり等の違和感を感じることがあった	1はい 2いいえ			
頭痛や吐き気がすることがあった	1はい 2いいえ			
つまずいたり、転んだりしやすいことがあった	1はい 2いいえ			
手に力が入りにくかったりして物を持ち上げたり、しびれがあるような気がする	1はい 2いいえ			
座っている時に、ひとりでは身体が傾くようになった気がする	1はい 2いいえ			
認知能力の確認				
「たばこに関する目標」を守れた	1はい 2いいえ	2年分くらい守れた	本人	
「お酒に関する目標」を守れた	1はい 2いいえ	2年分くらい守れた	本人	
「目標：禁煙／●●を一日●●本程度まで」	1はい 2いいえ	2年分くらい守れた	本人	
予防の方策				
「身体に関する目標」を守れた	1はい 2いいえ		本人	
「食事に関する目標」を守れた	1はい 2いいえ	2年分くらい守れた	本人	
「目標：食量減量／一日あたりの摂取カロリー（低分量／水分量など）	1はい 2いいえ	2年分くらい守れた	本人	
「服薬に関する目標」を守れた	1はい 2いいえ	2年分くらい守れた	本人	
「目標：服薬／●●を一日●●回（●●時）	1はい 2いいえ	2年分くらい守れた	本人	
「運動に関する目標」を守れた	1はい 2いいえ	2年分くらい守れた	本人	
「目標：運動／●●を一日●●回（●●時）	1はい 2いいえ	2年分くらい守れた	本人	
血圧測定や血糖検査を行った報告				
・自分の血圧値を確認した	1はい（上） 2いいえ（下）	mmHg	本人	
・自分の血糖値を確認した	1はい（空腹時） 2いいえ（随時）	mg/dL	本人	
・自分のコレステロール値を確認した	1はい（LDL） 2いいえ（HDL）	mg/dL	本人	
・医師の診察は約束通りに受けた	1はい 2いいえ		本人	
・医師の指示通りに薬を飲んだ	1はい 2いいえ	2年分くらい守れた	本人	
・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	

様式⑩ セルフマネジメント確認表

セルフアセスメント＜臨床中用＞
(入院中)

作成年月日 年 月 日
確認者

セルフマネジメントの内容				
本人の取組内容	本人の取組 状況の確認 方法	確認者 (支援者)	取組 頻度	
・今後の生活(在宅生活継続の見立て)について家族(及びOM)と検討する	本人			
・予防の方策を看護師やOMから聞いて、退院後に取り組む計画を家族と考える	本人			
・どのような方策を取り組むか方法を考え、取り組めることから着手する	本人			
・喫煙・飲酒管理 ・血圧・脈拍管理 ・食事管理(塩分や動物性脂肪を制限した食事について) ・体重管理 ・運動量管理 ・血液検査結果の管理				
・在宅での最適な服薬方法を主治医や薬剤師と検討する。	本人			
・症状が認められる時の対応について、(どのタイミングで病院に来るかなど)看護師やOMから聞いて、家族で話し合う。	本人			

様式⑪ 健康管理表

健康管理表 ＜臨床中用＞

月日	月	火	水	木	金	土	日	頻度
曜日								
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 (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	

様式⑫ 入院時情報提供表

入院時情報提供 (在宅→病院)

※フェースシートを添付してください

在宅高齢者用
(臨床中)

担当			
居宅介護支援事業所	電話番号		
担当ケアマネジャー	FAX番号		
かかりつけ医療機関名	電話番号		
医師名		診察頻度・方法	受診・訪問診療、()回/月・週
ジャンル(関係図)			
主治医			
		キーパーソン	
モニタリング			
喫煙量	本 / 日	飲酒量	合 / 日
食事回数	朝： 時頃 昼： 時頃 夜： 時頃		
塩分摂取	1. 塩辛い味を好む 2. 好まない	睡眠時間	時間 / 日
顔や口のゆがみ	1. なし 2. あり(どんな状況か等)	()	
言葉のもつれ	1. なし 2. あり(どんな状況か等)	()	
体のバランス	1. 問題なし 2. 問題あり(どんな状況か等)	()	
日常生活管理			
内服薬	1. なし 2. あり()		
服薬管理	1. 自己管理 2. 他者による管理(管理者：)	、管理方法： ()	
服薬遵守	1. 処方通り服用 2. 時々飲み忘れ 3. 飲み忘れが多い、処方を守れていない		
その他の生活管理			
在宅生活継続の見立て (アセスメント)			
特記事項			

(年 月 日)

平成27年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)60

厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業
「要支援・要介護者に対する入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」
モデル事業参加報告書

<おおまかなスケジュール>

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| 1 関係者会議の開催 | 月 | 日 |
| 2 セルマプロジェクト支援対象者決定 | 月 | 日 |
| 3 セルマプロジェクト支援対象者の開催内容決定 | 月 | 日 |
| 4 セルマプロジェクト支援旗手(奔走) | 月 | 日 |
| 5 関係者会議の開催 | 月 | 日 |

參加自治体名	
住所	
担当部署名	
担当署名	
連絡先	

1. 実施体制(参加機関)について

本モデル事業で運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)		
医療機関②		
(急・回・慢・か)		
医療機関③		
(急・回・慢・か)		
要介護会		(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. 当該地域における脳血管疾患患者数

当該地域(市町村・特別区等)の脳血管疾患患者数を記入してください。

患者数(人)		把握方法(推計/実数)を具体的に	
当 誌 地 域	平成26年度 入院患者数		
	うち高齢者数		
参 加 医 療 機 関	平成26年度 入院患者数		
	うち高齢者数		
期 間 中 の 入 院 患 者 数 ※1			
	うち高齢者数		
計	うち要介護 認定あり		

※1 モデル事業期間中の入院患者数については実績値を記載してください。また、データ収集期間を教えてください。

月 日 ~ 月 日 (データ収集期間)

3. 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記載してください。

対象者抽出方法	
対象者調査方法 (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)

4. セルフマネジメント支援者の選定

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、備考欄に記載してください。
同意した/同意しなかった支援候補者について、特徴等が気づきの点があれば記載をお願いします。

対象者選定数	人	(備考)
同意数	人	(備考)
拒否数	人	(備考)

支援候補者に説明をする際、工夫した点があれば教えてください。

5. 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、助え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	
---------	--

6. 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		
モニタリング直後、セルフマネジメントを途中でやめたケース		

36

7. 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	

37

— 133 —

様式⑭ 謝礼支払い対象者リスト

謝礼支給対象者リスト

(ふりがな) 氏名	自宅住所	連絡先	e-mail	SM 担当者数

※支払いは口座振り込みとなります。振込先については、別途お伺いいたします。

【モデル事業工程表】Aパターン

<工程表Aパターン>

必要帳票類			急性期	在宅医	自治体	地域包括支援センター	介護支援専門員	本人(家族)	スケジュール
1. モデル事業への参加表明									
A1	モデル事業の内容の理解				モデル事業の内容について、なぜ必要か、誰がやるか、いつまでに、どのようにやるかを理解する。				
A2	意思決定				関係者への説明				
A3	関係者への説明と関係者のモデル事業の理解			モデル事業の内容について、関係者が理解する。	モデル事業の内容について、関係者が理解する。				
A4	関係者会議の開催				会議の招集				9月末
2. SM支援対象者決定									
A5	入院直後・入院中	モデル事業SM候補者の選定 ※入院時情報整理費加算	入院患者で在宅復帰の可能性が高い患者を抽出(記録) 介護認定確認(記録)	要介護認定者			担当認定者の情報提供		
A6	入院中	モデル事業SM実施者決定	再発のリスクとSMの必要性説明					SM承諾(⑤)	
A7	入院中	モデル事業SM対象者確定	SM候補者(10ケース程度)を自治体担当者へ連絡	リスト管理開始 ・担当ケアマネまたは地域包括支援センターに連絡			介護認定なし、要支援の場合、併走SM決定		
A8	入院中	モデル事業SM実施者の承諾書の共有	モデル事業SM実施者の承諾書原本保管	モデル事業SM実施者の承諾書コピー保管	モデル事業SM実施者の承諾書コピー保管		モデル事業SM実施者の承諾書コピー保管	SM承諾書控え保管	最長10月分
3. SM支援対象者のSM取組内容決定(plan)									
A9	退院前共有	モデル事業SM実施者の病状の共有	退院時カンファ等に参加または情報提供を受ける						
A10	退院前	SMの取組内容検討<1>						介護認定申請または要介護区分の再見直し検討(必要に応じて見直し申請)	
A11	退院前	SMの取組内容検討<2>						SMについての説明及び⑧を記載し、現状を認識する。	
A12	退院前	SMの取組内容検討<3>						⑧を踏まえ、⑨⑩⑪の策を作成する	
A13	退院前	SM取組内容確定						医師等の意見を踏まえる⑨⑩⑪の策を修正し、対象者に説明を行う ※介護サービスを利用している場合、サービス事業者へ説明し、訪問時等⑪の記入状況を確認するよう依頼する	最長11月分
4. SM支援(対象者SM着手)(do)									
A14	退院	SM開始						⑩へ記入(毎日)	11月上旬
A15	退院後1ヶ月	SM見守り支援・モニタリング開始						※サービス事業者から、⑩の記載状況について報告を受け、必要に応じて介入する(SM継続費受領)	
A16	退院1ヶ月目 2ヶ月目 3ヶ月目 目...	⑩セルフアセスメント ⑪健康状態継続 レターバック			SM状況の把握 事務局へ記入済み様式送付			ケアマネ訪問に⑩へ記入する	12月上旬 1月上旬 2月上旬
A17	(受診)	かかりつけ医へ受診		患者の状況から本人、家族及びケアマネにSMのアドバイスを行う				アセスメントの状況から、必要な場合、受診を促し、またかかりつけ医にモニタリング状況を報告する	
5. 取組成果の把握と報告書作成(see)									
A18		SM地域ケア会議開催			関係者会議(目標値の確認)・事務局ヒアリング				2月上旬
A19		謝礼支払			謝礼支払い対象者リストを事務局へ送付				2月上旬 ※送付物に同封
A20		報告書作成			報告書作成				2月末

<工程表Bパターン>

— 136 —

<モデル事業中、再検査や入院が必要になった場合> A Bパターン共通

6. 急性期病院での再検査(＝モデル事業におけるSM取組内容の見直しを行う)									
C1	在宅・専門医の連携 専門医へ受診	検査等を実施する	必要に応じ、急性期病院へ紹介する						急性期病院を受診した際、⑩⑪を病 院へ提出する
C2	在宅 SMOの取組内容見直し<1>	⑨居宅サービス計画書(介護認定なし・要支援の場 合は、介護予防サービス・支援計画書) ⑩セルフアセスメント ⑪健康管理表						必要に応じ、⑨⑩⑪の見直しを行う SM地域ケア会議の開催を依頼する	
C3	在宅 SMOの取組内容見直し<2> SM地域ケア会議開催	⑨居宅サービス計画書(介護認定なし・要支援の場 合は、介護予防サービス・支援計画書) ⑩セルフアセスメント ⑪健康管理表						SM地域ケア会議を開催する SM地域ケア会議	
C4	在宅 SMOの取組内容見直し内容確定	⑨居宅サービス計画書(介護認定なし・要支援の場 合は、介護予防サービス・支援計画書) ⑩セルフアセスメント ⑪健康管理表						SM地域ケア会議の検討内容を踏ま え、⑦⑨⑩の見直しを行う	見直し内容を了解し、SMに取り込む
7. 入院									
C5	入院直前・ 直後	入院が必要な場合は、本人及びひか かりつけ医に連絡する							
C6	入院直後	⑫情報提供書 ※入院時情報通知加算	早期に患者の情報を入手する					病院へ⑦を提出する	
8. モデル事業における入院時SMへの取組 ★オプション：現在入院患者で実施可									
C7	入院直後	モデル事業SM実施者の病状の共有 (介護認定の申請・区分の見直し検 討)	病状説明・カンファレンスの開催案内					急性期病院よりモデル事業SM実施 者の病状の聞き取り(⑦)	
C8	入院中							対象者を訪問し、現状を確認する (⑧)	介護認定申請または要介護区分の 見直し検討(必要に応じ見直し申請)
C9	入院中	⑨病状セルフチェック表						⑨を踏まえ、⑩⑪の案を作成する	⑧を記載し、現状を認識する。
C10	入院中	⑨居宅サービス計画書(入院中)(介護認定なし・ 要支援の場合は、介護予防サービス・支援計画書) ⑩セルフアセスメント(入院中) ⑪健康管理表						SMIについて医療的見地からアドバイ スを受けるため、急性期病院を訪問 医師等の意見を踏まえ⑧⑨⑩の案 を修正し、対象者に説明を行う	
C11	入院中	⑨居宅サービス計画書(入院中)(介護認定なし・ 要支援の場合は、介護予防サービス・支援計画書) ⑩セルフアセスメント(入院中) ⑪健康管理表	セルフマネジメントについて、医療的 見地からアドバイス(看護計画の情 報を提供)					SM内容(⑨⑩⑪)を了解する	
C12	入院中							⑪へ記入	
C13	退院前	⑦情報聞き取り表	退院時カンファ召集					急性期病院よりモデル事業SM実施 者の病状の聞き取り(⑦)	
C14	退院前	(介護認定の申請・区分の見直し検 討)						対象者を訪問し、現状を確認する (⑧)	介護認定申請または要介護区分の 見直し検討(必要に応じ見直し申請)
C15	退院前	⑨病状セルフチェック表						⑨を踏まえ、⑩⑪の案を作成する	SMIについての説明及び⑧を記載し、 現状を認識する。
C16	退院前	⑨居宅サービス計画書(介護認定なし・要支援の場 合は、介護予防サービス・支援計画書) ⑩セルフアセスメント ⑪健康管理表	SMIについて、医療的見地からアドバイ スを受けるため、急性期病院を訪問 する					医師等の意見を踏まえ⑨⑩⑪案を 修正し、対象者に説明を行う ※介護サービスを利用している場 合、サービス事業者へ説明し、訪問 時等ツールの記入状況を確認す るよう依頼する	SM内容(⑨⑩⑪)を了解する
C17	退院前	SMOの取組内容確定							

★C17～A14またはB12へ

2. 実施要綱（松戸市版）

平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）60
厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業
「要支援・要介護者に対する入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」

モデル事業Ⅱ（民間機関主体型）実施要綱

本調査研究事業作業部会

本件担当：
㈱日本能率協会総合研究所
M & M 研究事業本部 医療・介護連携支援室 川村
〒105-0011 東京都港区芝公園 3-1-22 日本能率協会ビル
電話 03-3578-7916 FAX 03-3578-7614
e-mail.shizuka_kawamura@jmar.co.jp

目次

I. モデル事業の趣旨	1
＜脳血管疾患罹患患者の再発予防（＝介護予防）の必要性＞	1
＜脳血管疾患の再発予防（＝介護予防）のために必要なこと＞	2
＜本モデル事業の趣旨＞	3
II. 基本事項	4
1. 目的	4
2. 支援対象者とケース数（目安）	4
3. モデル事業の参加対象と実施期間	4
4. モデル事業の取組みパターン	5
5. モデル事業における支援内容	5
6. モデル事業に関連すると考えられる主な診療報酬・介護報酬等	6
7. モデル事業の政策的位置づけ	7
8. 様式等	8
9. モデル事業の流れ（別添「工程表」参照）	10
III モデル事業の実施	11
III-1-1. 急性期病院（回復期病院）手順書	12
1. モデル事業への参加表明	12
2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定	12
3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定（退院前）	14
4. SM 支援（対象者 SM 着手）	14
5. 取組成果の把握と報告書作成	14
III-1-2. 急性期（回復期）担当医手順書	15
1. モデル事業の内容理解	15
2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定	15
3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定（退院前）	15
4. SM 支援（対象者 SM 着手）	15
5. 取組成果の把握と報告書作成	15
III-1-3. かかりつけ医手順書（急性期（回復期）病院と同じ病院の場合）	16
1. モデル事業の内容理解	16
2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定	16
3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定（退院前）	16
4. SM 支援（対象者 SM 着手）	16
5. 取組成果の把握と報告書作成	16
III-2. かかりつけ医手順書	17
1. モデル事業への参加表明	17
2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定	17
3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定	18

4. SM 支援（対象者 SM 着手）	18
5. 取組成果の把握と報告書作成	19
III-3. 自治体手順書	20
1. モデル事業への参加表明	20
2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定	20
3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定（退院前）	21
4. SM 支援（対象者 SM 着手）	21
5. 取組成果の把握と報告書作成	21
III-4. 介護支援専門員協議会手順書	22
1. モデル事業への参加表明	22
2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定	22
3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定（退院前）	22
4. SM 支援（対象者 SM 着手）	22
5. 取組成果の把握と報告書作成	22
III-5. 介護支援専門員（※）手順書	23
1. モデル事業への参加表明	23
2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定	23
3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定	24
4. SM 支援（対象者 SM 着手）	25
5. 取組成果の把握と報告書作成	26
IV モデル事業で使用する様式等	27
様式② 区市町村から関係機関への依頼文（例）	28
様式②-2 区市町村から医師会への依頼文（例）	29
様式②-3 個別医療機関向け依頼文書（例）	30
様式②-4 区市町村から介護支援専門員協議会への依頼文（例）	34
様式②-5 介護支援専門員向け依頼文書（例）	35
様式②-6 関係機関・関係者（医療機関・介護支援専門員等）への事業概要説明資料	36
様式④ 支援機関リスト	44
様式⑤ 支援対象者モデル事業同意書（例）	45
様式⑤-2 支援対象者への説明文（例）	47
様式⑥ 支援対象者管理表	51
様式⑦ 情報聞き取り表	52
様式⑧ 病状・状態セルフチェック表	52
様式⑨ 居宅サービス計画書	53
様式⑨' 居宅サービス計画書（入院中）	53
様式⑩ セルフマネジメント確認表	55
様式⑩' セルフマネジメント確認表	56
様式⑪ 健康管理表	56

様式⑫ 入院時情報提供表	57
様式⑬ 報告書フォーム	57
様式⑬-2 医療機関向けアンケート（例）	62
様式⑬-3 介護支援専門員向けアンケート（例）	64
様式⑭ 謝礼支払い対象者リスト	67

I．モデル事業の趣旨

＜脳血管疾患罹患患者の再発予防（＝介護予防）の必要性＞

本モデル事業においては、対象を脳血管疾患罹患患者に設定しています。

2010 年における脳卒中有病者数は 282 万人、そのうち 6 割にあたる 170 万人が要介護者となっており、団塊の世代が 75 歳を迎える 2025 年にかけて脳卒中による要介護者数がさらに増加するとみられています。平成 25 年国民生活基礎調査の概況では、要介護度別介護が必要となった主な原因に占める「脳血管疾患（脳卒中）」は、要介護 4・5 では 3 割以上に最も高い割合を占めています。

■ 脳血管疾患有病者数と脳血管疾患による要介護者数の推定

	2010 年	2015 年	2020 年	2025 年
有病者推定数(人)	2,821,728	2,875,893	2,897,850	2,884,445
要介護推定数(人)	1,699,030	1,757,726	1,791,192	1,801,628
発症者推定数(人/年)	304,847	329,055	347,734	380,051

（資料）認知区科大会医学講座 公衆衛生学部門 喜多義邦郎<http://www.stroke-project.com/>

■ 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因（上位 3 位）

(単位: %)		平成25年				
要介護度		第1位	第2位	第3位		
総数		18.5	認知症	15.8	高齢による衰弱	13.4
要支援者		関節疾患	高齢による衰弱	15.4	骨折・転倒	14.6
要支援1		関節疾患	高齢による衰弱	17.3	骨折・転倒	11.3
要支援2		関節疾患	骨折・転倒	17.6	脳血管疾患(脳卒中)	14.1
要介護者		脳血管疾患(脳卒中)	認知症	21.4	高齢による衰弱	12.6
要介護1		認知症	高齢による衰弱	16.1	脳血管疾患(脳卒中)	13.9
要介護2		認知症	脳血管疾患(脳卒中)	18.9	高齢による衰弱	13.8
要介護3		認知症	脳血管疾患(脳卒中)	23.5	高齢による衰弱	10.2
要介護4		脳血管疾患(脳卒中)	認知症	17.3	骨折・転倒	14.0
要介護5		脳血管疾患(脳卒中)	認知症	23.7	高齢による衰弱	8.7

（出所）平成 25 年 国民生活基礎調査（厚生労働省）

脳血管疾患は再発率が極めて高く、再発した場合の重症化は免れない疾患ですが、地域連携パスの典型は急性期から回復期までの機能回復を目的としたものが中心となっており、比較的軽症で救急医療から直接在宅にもどった脳血管疾患罹患高齢者は、その再発率の高さから要介護状態等となる恐れの高い状態にあるにもかかわらず、支援対象となっていないのが現状です。

■ 脳卒中の累積再発率（％）

	1 年	5 年	10 年
脳梗塞	10.0	34.1	49.7
脳出血	25.6	34.9	55.6
くも膜下出血	32.5	55.0	70.0

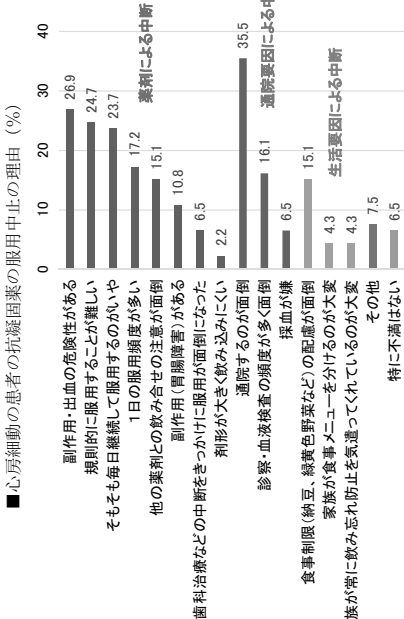
（資料）久山町研究 http://www.epi-c.jp/entry/g001_0_0018.html

実際、健康日本 21 推進フォーラム報道用資料（2013 年 5 月 23 日、※）によれば、抗凝固薬（ワルファリン）を服薬していた心房細動の患者（約 75 万人）のうち、1 年間の観察期間中に抗凝固薬の服用を中止した患者は約 3.3 万人、服用中止率は約 4.3%になると推計されています。

観察期間をさらに伸ばせば、さらに服用を中止する患者数が増えるものと予想されます。中止の理由としては、以下のように、「面倒」、「嫌」といった自己都合に起因する理由が大半を占めています。また、「抗凝固薬を服用しないと脳梗塞の発症リスクが高まること」を知っている者は、服用継続者では 60.0%ですが、服用中止者では 22.6%に止まっています。このように、患者の服薬に関する意識や脳梗塞に関する知識が、必要な薬を継続して服用するかどうか、そして、脳梗塞の再発を予防できるかどうかに影響を与えていると考えられます。

つまり、脳血管疾患の再発予防のためには、高齢者本人によるセルフケアと、そのセルフケアに対する支援が重要になってきます。

※<http://www.kenko-nippon21forum.gr.jp/free/prerelease/contents037.pdf>



（資料）健康日本 21 推進フォーラム報道用資料（2013 年 5 月 23 日）
<http://www.kenko-nippon21forum.gr.jp/free/prerelease/contents037.pdf>

＜脳血管疾患の再発予防（＝介護予防）のために必要なこと＞

脳卒中の再発予防（＝介護予防）を効果的に実施していくためには、高齢者自身がセルフマネジメントを着実に実施するとともに、医療と介護の連携の下、入院・在宅を通じた継続的なケアマネジメントを行うことが重要です。具体的には、①急性期病院やかかりつけ医と連携した医療機関、②ケアマネジメントを行う介護支援専門員や地域包括支援センター、③セルフマネジメントの主体である高齢者本人が緊密に情報連携を図り、入院・在宅を通じた継続的なケアマネジメントを実現していくことが必要になります。

そして、自助（セルフマネジメント）をベースにしつつ、医療と介護の連携に基づく継続的なケアマネジメント体制を構築することは、地域包括ケアシステム構築の一環であり、介護保

願者である市町村の役割が重要になります。具体的には、市町村においては、こうした継続的ケアマネジメント体制の構築に向けて、多様な関係者間の共通認識の醸成を図ること（規範的統合）とともに、各機関・個人の主体的な取組を支える環境整備を図ることが求められています。

＜本モデル事業の趣旨＞

本モデル事業の趣旨は、開発した連携ツール（様式）を用いて、実際に、医療機関（急性期病院、かかりつけ医）、介護支援専門員・地域包括支援センター及び高齢者本人の情報連携を行うことによって、脳卒中の再発予防と、仮に再発してしまった場合の迅速な対応を推進することです。

つまり、本モデル事業の実施を通じて、介護支援専門員・地域包括支援センターが、医師の指示や医療情報を得ながら、高齢者本人のセルフマネジメント支援を行うことができるようになり、セルフマネジメントを通じて脳卒中予防を推進できることとなります。また、医療機関は、循環型の連携パスを構築することによって、脳卒中の再発リスクを抱えるいは再発した高齢者に、より適切な診断や処置が行えるようになるとともに、ケアマネジャー・地域包括支援センターといったセルフマネジメントの支援者を通じて、早期に情報を得ることができ、在宅復帰のためのより適切な判断が行えることとなります。そして、こうした一連の取組を通じて、脳卒中の再発予防と、仮に再発してしまった場合の迅速な対応が可能になり、高齢者本人の自立支援と介護予防につながっていくこととなります。

Ⅱ．基本事項

1. 目的

この要綱は、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モデル事業の実施について定めたものです。

なお、モデル事業Ⅱ（民間機関主体型）は、主に大規模の都市等を想定し、市区町村が医療・介護連携に基づく継続的なケアマネジメント体制の構築についての関係者間の認識の共有化を図りつつ、医療・介護に関わる各種機関が主体的にモデル事業に取り組み類型です。

また、地域の実情は多様であることから、この要綱の内容をベースとしつつ、地域の実情に応じて、柔軟に事業を実施することが可能です。

2. 支援対象者とケース数（目安）

脳血管障害で急性期病院に入院したが、地域連携バスに乗らないような状態に改善した人を支援対象者としています。

A. 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

B. 脳血管疾患患者で、現在、在宅で（ほぼ）自立した生活を送っている高齢者

※「4. モデル事業の取組みパターン」参照

ケース数は10ケース程度を目標として、本モデル事業では、介護保険対象であるかどうかに関わらず、それらの人へのケアプラン作成を実施していただきます。

3. モデル事業の参加対象と実施期間

(1) 参加対象機関（以下、支援機関）

- ・市町村及び特別区
- ・医療機関（急性期病院、かかりつけ医）
- ・居宅介護支援事業者
- ・介護支援専門員協議会
- ・地域包括支援センター

(2) 支援伴走者

- ・介護支援専門員等

(3) 実施内容と実施期間

ア. 実施内容については、別紙工程表を参照のこと。

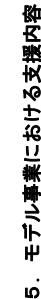
イ. 実施期間は2015年9月～2015年2月末の6ヶ月間で実施する。

(4) 協力謝礼

(2) の支援伴走者に対し、支援対象者1名ごとに1万円を、本モデル事業終了時に老人保健健康増進等事業費より支給いたします。なお、それ以外の費用は支給いたしません。

モデル事業の取組みパターンは以下の通りです。

＜取組モデル図＞



【Aパターンの場合】



※モデル事業期間中(半年弱)に、入院となることは少ないと予想される。

本モデル事業に参加した場合、3(4)の支援件数者に対する協力謝礼のほか、医療機関・介護支援専門員において、例えば、以下の診療報酬・介護報酬の算定を受けられる可能性があります。

[illegible]

【ケアマネ】

モデル事業の協力謝礼・関連すると考えられる主な介護報酬（ケアマネ）			
◎モデル事業の協力謝礼 支援中住居であるケアマネに対し、支援対象者1名ごとに1万円を支給。 （モデル地域7市に、（株）日本福祉協会社会福祉より、老人保健福祉推進等事業費から支給）			
◎モデル事業に関連すると考えられる主な介護報酬			
報酬の名称	点数・単位数	決定要件（概要）	
① 入院時情報連携 加入 <介護報酬>	① 病院又は診療所を訪問し、情報提供している場合 200単位（2,094円） ② ①以外の場合 100単位（1,047円）	要介護者である利用者及び病院又は診療所に入居するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合は、利用者1人につき1ヶ月に1回を限度として加算。 ※要介護者のみ。	
② 療養・通所介護 <介護報酬>	300単位（3,126円）	病院又は診療所に入居している要介護者が退院し、その居宅で居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院に当たって、当該病院又は診療所の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報を提供した場合は、当該要介護者の居宅サービス利用期間中に、当該要介護者は地域密着型サービスを利用する期間を行った場合（同一の利用者に対して、当該居宅サービス及び地域密着型サービスの利用期間中に課税を行う場合に限る。）には、入院又は入所期間中につき3回を限度として所定単位数を加算。 ※要介護者のみ。 ※初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。	

7. モデル事業の政策的位置づけ

本モデル事業については、介護保険法の地域支援事業である「在宅医療・介護連携推進事業」（平成30年4月にはすべての市区町村で実施）に位置付け、取り組んでいただくことが可能です。

事業項目（ア）～（ク）のうち、以下の項目などの該当が想定できます。

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

（カ）医療・介護関係者の研修

また、「医療介護総合確保基金」として検討することも考えられます。

8. 様式等

（1）使用する様式等

NO.	使用する様式等	使用者
①	説明文	市町村・特別区
②	区市町村から関係機関への依頼文（例）	市町村・特別区
②-2	区市町村から医師会への依頼文（例）	市町村・特別区
②-3	個別医療機関向け依頼文書（例）	市町村・特別区
②-4	区市町村から介護支援専門員協議会への依頼文（例）	市町村・特別区
②-5	介護支援専門員向け依頼文書（例）	市町村・特別区
②-6	関係機関・関係者への事業概要説明資料	市町村・特別区
③	手順書（含む工程表）	市町村・特別区
④	支援機関リスト	モデル事業関係者
⑤	支援対象者モデル事業同意書（例）	医療機関
⑤-2	支援対象者への説明文（例） ※1	医療機関
⑥	支援対象者管理表	介護支援専門員
⑦	情報開き取り表	介護支援専門員
⑧	病状・状態セルフチェック表	支援対象者（介護支援専門員）
⑨	居宅サービス計画書	介護支援専門員
⑨'	居宅サービス計画書（入院中）	介護支援専門員
⑩	セルフマネジメント確認表	支援対象者（介護支援専門員）
⑩'	セルフマネジメント確認表（入院中）	支援対象者（介護支援専門員）
⑪	健康管理表	支援対象者（介護支援専門員）
⑬	入院時情報提供表 ※2	介護支援専門員
⑬	報告書フォーム	市町村・特別区
⑬-2	医療機関向けアンケート（例）	市町村・特別区
⑬-3	介護支援専門員向けアンケート（例）	市町村・特別区
⑭	謝礼支払い対象者リスト	市町村・特別区又は介護支援専門員協議会
⑮	サイボウズ利用の手引き	モデル事業関係者

※1 必要に応じて利用

※2 A Bともに、モデル事業参加期間中に支援対象者が急性期病院に入院した場合に使用。

（2）送付物

モデル事業関係者に、以下のものを送付します。

NO.	送付物	使用者
①	サイボウズ ID・パスワード	モデル事業関係者全員
②	サイボウズ利用の手引き	モデル事業関係者全員
③	返送用レターパック（3）	市町村・特別区

(3) 返送いただく様式等

返送いただくもの、及び返送のタイミングは以下の通りです。
記入もれ、入力もれ等がないかご確認のうえ、返信用レターパックを使って、毎月のモニタリング終了後にご返送いただきます。(返送のタイミング：2月上旬、3月上旬の計3回)

N0.	使用する様式等	返送の有無	返送時期
①	説明文	不要	
②-1	区市町村から関係機関への依頼文 (例)	不要	
②-2	区市町村から医師会への依頼文 (例)	不要	
②-3	個別医療機関向け依頼文書 (例)	不要	
②-4	区市町村から介護支援専門員協議会への依頼文 (例)	不要	
②-5	介護支援専門員向け依頼文書 (例)	不要	
②-6	関係機関・関係者への事業概要説明資料	不要	
③	手順書 (含む工程表)	不要	
④	支援機関リスト	要	12月末
⑤	支援対象者モデル事業同意書 (例)	不要	
⑤-2	支援対象者への説明文 (例)	医療機関	
⑥	支援対象者管理表	不要	
⑦	情報聞き取り表	要・郵送 ※3	20日締め
⑧	病状・状態セルフチェック表	要・郵送 ※3	20日締め
⑨	居宅サービス計画書	要・郵送	20日締め
⑨'	居宅サービス計画書 (入院中)	要・郵送 ※3	20日締め
⑩	セルフマネジメント確認表	要・郵送	20日締め
⑩'	セルフマネジメント確認表 (入院中)	要・郵送 ※3	20日締め
⑪	健康管理表	要・郵送	20日締め
⑫	入院時情報提供表	要・郵送 ※3	20日締め
⑬	報告書	要	3月
⑬-2	医療機関向けアンケート (例)	不要	
⑬-3	介護支援専門員向けアンケート (例)	不要	
⑭	謝礼支払い対象者リスト	要・郵送 (3回目に同封)	3月上旬
⑮	サイボウズ利用の手引き	不要	

※3 使用した場合のみ

返送先：〒105-0011 東京都港区芝公園 3-1-22 日本能率協会ビル
㈱日本能率協会総合研究所 医療・介護連携支援室 川村

9. モデル事業の流れ (別添「工程表」参照)

事前準備

1. モデル事業への参加表明 (～11月) ～必要に応じて関係者会議開催

配布資料は以下の通り。
①説明文
②市区町村から関係機関への依頼文 (例)
③手順書 (参加対象機関別)
④モデル事業関係者リスト

2. セルフマネジメント(以下、SM)支援対象者決定 (～12月上旬)

使用する様式等は以下の通り。
⑤支援対象者モデル事業同意書 (例)
⑤-2 支援対象者への説明文 (例)

実施

3. SM 支援対象者の SM 取組内容決定 (～12月中旬)

A・Bターンで使用する様式等は以下の通り。
⑥支援対象者管理表
⑦情報聞き取り表
⑧病状・状態セルフチェック表
⑨居宅サービス計画書
⑩セルフマネジメント確認表
⑪健康管理表
Bターンで使用する様式等は以下の通り。
⑥支援対象者管理表
⑦情報聞き取り表
⑧病状・状態セルフチェック表
⑨居宅サービス計画書 (退院後)
⑩セルフマネジメント確認表 (退院後)
⑪健康管理表

4. SM 支援(対象者 SM 着手) (12月～2月) ……モニタリング結果報告

使用する様式等は以下の通り。
A・Bターン共通
⑩セルフマネジメント確認表
⑪健康管理表
※モニタリング結果を関係者へ報告 (月1回)
⑨⑩⑪は入院した場合に使用
1か月ごとに
それまでに記入した様式等を事務局へ送付 (2月上旬、3月上旬)

報告

5. 取組成果の把握と報告書作成 (3月) ……関係者会議の開催

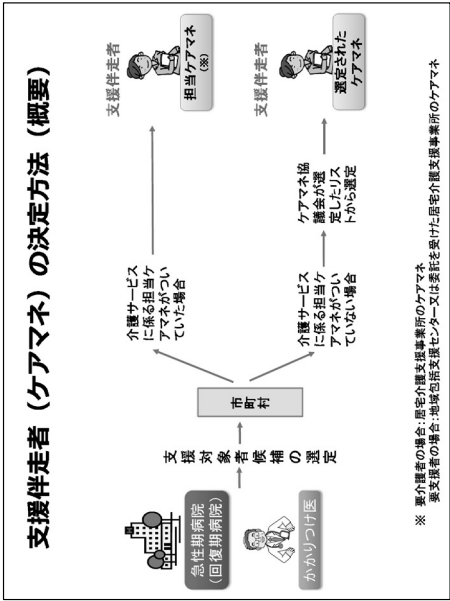
モデル事業の関係者で会議 (例：地域ケア会議、多職種連携会議等) を開催し、取組みの成果と課題についてとりまとめを行う。また、各種様式等について修正点を列挙する。
⑬報告書フォーム

6. 報告データ等の返送

返送〆切日：平成28年3月上旬
返送先：〒105-0011 東京都港区芝公園 3-1-22 日本能率協会ビル
㈱日本能率協会総合研究所 医療・介護連携支援室 川村

Ⅲ モデル事業の実施

【支援伴走者（ケアマネ）の決定方法の概要】



Ⅲ-1-1. 急性期病院（回復期病院）手順書

1. モデル事業への参加表明

- (1) 協力依頼（自治体からモデル事業に対する協力依頼を行う）
- a. モデル事業の内容について、医療機関として参加の意思決定を行う。（病院長）
 - b. モデル事業の担当者を決する。（チーム）に説明を行う。
 - c. モデル事業に係る院内関係者（チーム）に説明を行う。
 - ・医師（モデル事業担当医師） ※患者担当医については、Ⅲ-1-2 参照
 - ・看護師（モデル事業担当看護師（看護部長、病棟担当看護師））
 - ・退院調整看護師
 - ・MSW（地域連携担当部門）
 - ・事務部門

2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定

- (1) モデル事業 SM 候補者の選定（脳血管疾患患者）
- ア. モデル事業スタート時、入院中の場合
- a. チームでモデル事業 SM 候補者の選定方法について検討する。
- [例]
- ・DPC データから、入院中の脳血管疾患患者をリストアップする。
 - ・退院調整看護師や MSW が在宅復帰の可能性の高い患者について、患者担当医等にヒアリングを行い、SM の必要性がある患者候補者を絞り込む。
 - ・チームで候補者を検討し、SM 候補者の選定を行う。
- b. 選定方法に従って、在宅復帰の可能性の高い患者を抽出する。

イ. モデル事業スタート後、入院した場合

- a. 在宅復帰の可能性について見立て
- b. 介護認定を確認
- （要介護認定有）担当の介護支援専門員（要支援者の場合は、地域包括支援センター）に連絡し、情報提供書の提出を依頼
- 情報提供書のフォーマットがない場合には、②情報提供書を提供

<報告書に記載するため、以下の情報を記録>

記録する期間：モデル事業 SM 候補者の選定着手から選定終了後までの期間

記録する内容：

- i 在宅復帰した患者数（介護認定別）
- ii 介護認定なしの場合、介護認定をするよう助言した件数

- (4) モデル事業 SM 実施者の承諾書の共有
- a. 医療機関の事務部門は原本を保管するとともに、控え（コピー）を関係機関及び SM 実施者に渡す。

3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定（退院前）

- (1) モデル事業 SM 実施者の病状の共有（介護支援専門員来院）
- a. 退院時カンファレンスにかかりつけ医・介護支援専門員を招集する
- (2) SM の取組内容検討支援（介護支援専門員来院）
- a. 介護支援専門員が作成した⑩⑪の案（※）について、担当医等のチームがアドバイスを行う。
- ※様式に沿って記載を行うほか、病状や生活環境に応じて、自由に様式の内容を加除修正することも可能。

4. SM 支援（対象者 SM 着手）

（特になし）

5. 取組成果の把握と報告書作成

- (1) 関係者会議への参加（自治体が「関係者会議」を招集する）
- a. モデル事業担当者は関係者会議に参加するにあたって、チーム会議を開き、取組成果について事前に検討を行う。
- b. モデル事業担当者は関係者会議に参加する。
- c. モデル事業の取組成果について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。

- (2) モデル事業 SM 候補者決定
- a. 患者担当医が再発のリスクと SM の必要性について SM 候補者に説明を行う。
- b. モデル事業担当者がモデル事業であること及び承諾書について SM 候補者に説明を行う。
- c. モデル事業担当者が SM 候補者からモデル事業実施についての同意書（「⑤支援対象者モデル事業同意書」）を得て、事務部門に提出する。

(3) モデル事業 SM 対象者確定

- a. SM 候補者の連絡
- モデル事業担当者または事務部門は、SM 候補者を自治体担当者へ連絡する。その際、担当の介護支援専門員がわかっている場合は、当該介護支援専門員の氏名等も同時に連絡する。
- また、担当の介護支援専門員との間で、直接、本モデル事業の実施について相談し、支援伴走者となることについて合意を得られる場合は、当該介護支援専門員とすり合わせたのち、自治体担当者に、確定した SM 対象者及び支援伴走者となる介護支援専門員の氏名・連絡先等を事後的に連絡することでも構わない。

b. 支援伴走者の決定・モデル事業 SM 対象者の確定

自治体担当者によって、支援伴走者である介護支援専門員が決定される。これによって、当該 SM 候補者についてモデル事業を実施することが確定され、当該 SM 候補者がモデル事業 SM 対象者となることが確定する。＜モデル事業 SM 対象者確定＞原則として、SM 候補者に介護サービスに係る介護支援専門員がついている場合は、当該介護支援専門員が支援伴走者となり、介護サービスに係る介護支援専門員がついていない場合は、介護支援専門員協議会から推薦された介護支援専門員が支援伴走者となる。

c. 必要情報例の介護支援専門員への連絡

モデル事業担当者または事務部門がモデル事業 SM 対象者に関する情報（必要情報例）を介護支援専門員へ提供する。

〔必要情報例（介護支援専門員が⑥支援対象者管理表に記載するために必要な情報の例）〕

- ・患者情報（患者名、家族構成、住所）
- ・急性期病院情報（医療機関名、主治医、チーム、電話番号）
- ・かかりつけ医情報（医療機関名、医師名、電話番号）
- ・介護認定の有無（事業所名、ケアマネ名、電話番号）

Ⅲ-1-2. 急性期（回復期）担当医手順書

1. モデル事業の内容理解

- (1) 医師（モデル事業担当医師）が、SM 候補の患者担当医にモデル事業への協力依頼を行う。

※詳細説明はモデル事業担当者が行う。

2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定

- (1) モデル事業 SM 候補者の選定（脳血管疾患患者）
 - a. 退院調整看護師や MSW が在宅復帰の可能性の高い患者について、患者担当医等にとアリング行い、SM の必要性がある患者候補者を絞り込む。

- (2) モデル事業 SM 実施者決定

- a. 患者担当医が再発のリスクと SM の必要性について SM 候補者に説明を行う。

※承諾書はモデル事業担当者が行う。

3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定（退院前）

- (1) モデル事業 SM 実施者の病状の共有（介護支援専門員来院）
 - a. 退院時カンファレンスにかかりつけ医・介護支援専門員を招集する
- (2) SM の取組内容検討支援（介護支援専門員来院）
 - a. 介護支援専門員が作成した⑨⑩⑪の案（※）について、担当医等のチームがアドバイスを行う。

※様式に沿って記載を行うほか、病状や生活環境に応じて、自由に様式の内容を加除修正することも可能。

4. SM 支援（対象者 SM 着手）

（特になし）

5. 取組成果の把握と報告書作成

- (1) 関係者会議への参加（自治体が「関係者会議」を招集する）
 - a. モデル事業担当者は関係者会議に参加するにあたって、チーム会議を開き、取組成果について事前に検討を行う。

Ⅲ-1-3. かかりつけ医手順書（急性期（回復期）病院と同じ病院の場合）

1. モデル事業の内容理解

- (1) 医師（モデル事業担当医師）が、SM 候補の患者担当医にモデル事業への協力依頼を行う。

※詳細説明はモデル事業担当者が行う。

2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定

- (1) モデル事業 SM 候補者の選定（脳血管疾患患者）
 - a. モデル事業担当者が患者担当医等にとアリング行い、SM の必要性がある患者候補者を絞り込む。

- (2) モデル事業 SM 実施者決定

- a. 患者担当医が再発のリスクと SM の必要性について SM 候補者に説明を行う。

※承諾書はモデル事業担当者が行う。

3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定（退院前）

- (1) SM の取組内容検討支援（介護支援専門員来院）
 - a. 介護支援専門員が作成した⑨⑩⑪の案（※）について、担当医等のチームがアドバイスを行う。

※様式に沿って記載を行うほか、病状や生活環境に応じて、自由に様式の内容を加除修正することも可能。

4. SM 支援（対象者 SM 着手）

- (1) SM モニタリングの継続

- a. 支援対象者の受診時に提出された⑩セルフマネジメント確認表及び⑪健康管理表の内容を確認し、必要な場合は、本人（家族）や介護支援専門員にアドバイスを行う。
- b. 介護支援専門員から直接相談があった場合は、介護支援専門員のアセスメント結果等を踏まえて、介護支援専門員にアドバイスを行う。

5. 取組成果の把握と報告書作成

- (1) 関係者会議への参加（自治体が「関係者会議」を招集する）
 - a. モデル事業担当者は関係者会議に参加するにあたって、チーム会議を開き、取組成果について事前に検討を行う。

Ⅲ-2. かかりつけ医手順書

1. モデル事業への参加表明

- (1) 協力依頼（自治体からモデル事業に対する協力依頼を行う）
 - a. モデル事業の内容について、かかりつけ医療機関として参加の意思決定を行う。（病院長）
 - b. モデル事業の担当者を決定する。（モデル事業担当者）
 - c. モデル事業に係る院内関係者（チーム）に説明を行う。
 - ・医師
 - ・看護師
 - ・事務部門

2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定

- (1) モデル事業 SM 候補者の選定（脳血管疾患患者）
 - a. チームでモデル事業 SM 候補者の選定方法について検討する。

〔例〕

- ・自院の患者で、脳血管障害疾患罹患患者をリストアップする。
- ・チームで候補者を検討し、SM 候補者の選定を行う。

- (2) モデル事業 SM 実施者決定

- a. 担当医が再発のリスクと SM の必要性について SM 候補者に説明を行う。
- b. モデル事業担当者がモデル事業であること及び承諾書について SM 候補者に説明を行う。
- c. モデル事業担当者が SM 候補者からモデル事業実施についての同意書（「⑤支援対象者モデル事業同意書」を適宜活用）を得て、事務部門に提出する。

- (3) モデル事業 SM 対象者確定

- a. SM 候補者の連絡

モデル事業担当者または事務部門は、SM 候補者を自治体担当者へ連絡する。その際、担当の介護支援専門員がわかっている場合は、当該介護支援専門員の氏名等も同時に連絡する。

また、担当の介護支援専門員との間で、直接、本モデル事業の実施について相談し、支援伴走者となることについて合意を得られる場合は、当該介護支援専門員とすり合わせたのち、自治体担当者に、確定した SM 対象者及び支援伴走者となる介護支援専門員の氏名・連絡先等を事後的に連絡することでも構わない。

- b. 支援伴走者の決定・モデル事業 SM 対象者の確定
自治体担当者によって、支援伴走者である介護支援専門員が決定される。これに

よって、当該 SM 候補者についてモデル事業を実施することが確定され、当該 SM 候補者がモデル事業 SM 対象者となることが確定する。＜モデル事業 SM 対象者確定＞原則として、SM 候補者に介護サービスに係る介護支援専門員がついている場合は、当該介護支援専門員が支援伴走者となり、介護サービスに係る介護支援専門員がついていない場合は、介護支援専門員協議会から推薦された介護支援専門員が支援伴走者となる。

- c. 必要情報例の介護支援専門員への連絡

モデル事業担当者または事務部門がモデル事業 SM 対象者に関する情報（必要情報例）を介護支援専門員へ提供する。

〔必要情報例（介護支援専門員が⑥支援対象者管理表に記載するために必要な情報の例）〕

- ・患者情報（患者名、家族構成、住所）
- ・急性期病院情報（医療機関名、主治医、チーム、電話番号）
- ・かかりつけ医情報（医療機関名、医師名、電話番号）
- ・介護認定の有無（事業所名、ケアマネ名、電話番号）

- (4) モデル事業 SM 実施者の承諾書の共有

- a. 医療機関の事務部門は原本を保管するとともに、控え（コピー）を関係機関及び SM 実施者に渡す。

3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定

- (1) モデル事業 SM 実施者の病状の共有（介護支援専門員来院）
 - a. 介護支援専門員がかかりつけ医を往訪する（又は、かかりつけ医が介護支援専門員を招集する）。

- (2) SM の取組内容検討支援（介護支援専門員来院）

- a. 介護支援専門員が作成した⑩⑪の案について、かかりつけ医がアドバイスを行う。

※様式に沿って記載を行うほか、病状や生活環境に応じて、自由に様式の内容を加除修正することも可能。

4. SM 支援（対象者 SM 着手）

- (1) SM モニタリングの継続

- a. 支援対象者の受診時に提出された⑩セルフマネジメント確認表及び⑪健康管理表の内容を確認し、必要な場合は、本人（家族）や介護支援専門員にアドバイスを行う。

b. 介護支援専門員から直接相談があった場合は、介護支援専門員のアセスメント結果等を踏まえて、介護支援専門員にアドバイスを行う。

5. 取組成果の把握と報告書作成

- (1) 関係者会議への参加（自治体が「関係者会議」を招集する）
 - a. モデル事業担当者は関係者会議に参加するにあたって、チーム会議を開き、取組成果について事前に検討を行う。
 - b. モデル事業担当者は関係者会議に参加する。
 - c. モデル事業の取組成果について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。

Ⅲ-3. 自治体手順書

1. モデル事業への参加表明

- (1) 関係者への説明
 - a. 急性期病院（基幹病院）への説明
 - a-1. 病院関係者（モデル事業関係者）への説明
 - a-2. （必要に応じて）管理者へ説明
 - b. 介護支援専門員協議会への説明
 - b-1. 介護支援専門員協議会への説明
 - b-2. 介護支援専門員協議会として、本モデル事業に参加することの意思決定
※自治体によっては、ケアマネジャー協会がなく、個々のケアマネジャーに、本モデル事業の参加を要請する場合もある。
- c. 郡市医師会への説明
- d. 地域包括支援センターへの説明
※場合によっては、自治体と地域包括支援センターが共同で実施主体になることが考えられる。
- e. 関係団体への説明（必要に応じて）
 - ・ 介護保険運営協議会
 - ・ 地域包括支援センター運営協議会
 - ・ 在宅医療介護連携推進協議会
 - ・ 地域ケア会議（政策部門）等

(2) 支援機関リストの作成

2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定

医療機関（急性期病院、かかりつけ医）からの連絡を受けた後、以下の場合に応じて、担当となる介護支援専門員を決定する。担当となる介護支援専門員の決定をもって、SM支援対象者が確定する。

ア. 介護サービスに係る介護支援専門員が付いている場合

- ア-1. 担当の介護支援専門員が既にモデル事業の内容に同意している場合
自治体担当者は、当該介護支援専門員を担当（支援伴走者）として決定し、医療機関に、当該介護支援専門員の氏名・連絡先等を連絡する。

ア-2. 担当の介護支援専門員がモデル事業の内容を認識していない場合

自治体担当者が、当該介護支援専門員にモデル事業の内容・趣旨を説明し、当該介護支援専門員によるモデル事業参加を決定。自治体担当者は、当該介護支援専門員を担当（支援担当者）として決定し、医療機関に、当該介護支援専門員の氏名・連絡先等を連絡する。

イ. 介護サービスに係る介護支援専門員が付いていない場合

介護サービスに係る介護支援専門員が付いていないSM実施者については、自治体担当者が、介護支援専門員協議会から推薦された名簿の中から、モデル事業の支援担当者となる介護支援専門員を決定。自治体担当者は、医療機関に、当該介護支援専門員の氏名・連絡先等を連絡する。

3. SM 支援対象者のSM取り組み内容決定（退院前）

- (1) 各機関で不明な点がある場合
適宜、各機関から照会を受け、対応する。

4. SM 支援（対象者 SM 着手）

- (1) 各機関で不明な点がある場合
適宜、各機関から照会を受け、対応する。

(2) SM 状況の把握

介護支援専門員から、1月末・2月末（それぞれ20日締め）に、記入済み様式の提出を受ける（市役所又は地域包括支援センターへの持込）。提出された様式をレターパックにて事務局へ送付（2月上旬、3月上旬）。

5. 取組成果の把握と報告書作成

- (1) 関係者会議を招集する
 - a. モデル事業担当者は関係者会議を開催する。
 - b. モデル事業の取組成果について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。
- (2) ⑩謝礼支払い対象者リストを事務局へ送付（介護支援専門員協議会が行う場合もある）
- (3) 報告書の作成
 - a. 報告書フォームに従い、モデル事業の成果について取りまとめを行う。
 - b. 事務局へ報告書を提出する。

Ⅲ-4. 介護支援専門員協議会手順書

1. モデル事業への参加表明

- (1) 協力依頼（自治体からモデル事業に対する協力依頼を行う）
 - a. モデル事業の内容について、協議会として参加の意思決定を行う。（会長）
 - b. モデル事業の担当者を決定する。（モデル事業担当者）
 - c. モデル事業について、会員である介護支援専門員（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターに所属）に説明を行う。
 - d. cとあわせて、介護サービスに係る介護支援専門員が付いていない患者について支援担当者となることを了承する介護支援専門員のリスト（「支援伴走候補者リスト」）を作成する。

2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定

- 1のdで作成した「支援伴走候補者リスト」を自治体担当者へ提出する（自治体担当者が、当該リストの中から、支援伴走者を決定）。

3. SM 支援対象者のSM取り組み内容決定（退院前）

- (1) 各介護支援専門員に不明な点がある場合
適宜、各介護支援専門員から照会を受け、対応する。

4. SM 支援（対象者 SM 着手）

- (1) 各介護支援専門員で不明な点がある場合
適宜、各介護支援専門員から照会を受け、対応する。

5. 取組成果の把握と報告書作成

- (1) 関係者会議への参加（自治体が「関係者会議」を招集する）
 - a. モデル事業担当者は関係者会議に参加するにあたって、チーム会議を開き、取組成果について事前に検討を行う。
 - b. モデル事業担当者は関係者会議に参加する。
 - c. モデル事業の取組成果について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。

Ⅲ-5. 介護支援専門員（※）手順書

※居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターに所属

1. モデル事業への参加表明

- (1) 協力依頼（介護支援専門員協議会及び市町村からモデル事業に対する協力依頼を行う）
 - a. モデル事業の内容について、理解する。
 - b. 介護支援専門員協議会又は市町村からの協力依頼を受けて、担当する患者が SM 実施者に選定された場合に、モデル事業の支援伴走者となることを了承する。

2. SM（セルフマネジメント、以下同様）支援対象者決定

- (1) モデル事業 SM 候補者の選定（脳血管疾患患者）

※ A パターン（急性期入院→退院後のセルフマネジメント支援）において、モデル事業

業スタート後、入院した場合のみ

- a. 急性期病院から、担当の介護支援専門員に脳血管疾患で利用者が入院した旨の連絡が入る
- b. 情報提供書の提出の依頼を受け、病院へ提出する

※情報提供書のフォーマムがない場合には、病院より「⑩入院時情報提供表」の提供を受ける

- (2) モデル事業 SM 対象者及び支援伴走者確定

- a. 自治体担当者からの連絡を受け、医療機関が選定した SM 実施者について、支援伴走者となることを了承する。これによって、モデル事業 SM 対象者が確定する。
※支援伴走者確定のケースとしては、以下の3つのケースが考えられる。

- ① 介護支援専門員協議会又は市町村からの事前協力依頼を受けて、支援伴走者となることを了承していた場合であって、介護サービスに関して自らが担当する患者が SM 実施決定者として選定されたケース。
- ② 医療機関が選定した SM 実施決定者について担当の介護支援専門員であった場合に、市町村から協力依頼を受け、支援伴走者となることを了承するケース。
- ③ 医療機関が選定した SM 実施決定者に担当の介護支援専門員が付いていない場合に、介護支援専門員協議会作成のリストに基づき、市町村から協力依頼を受け、支援伴走者となることを了承するケース。

- (3) 支援対象者管理表の作成

医療機関から提供された SM 対象者に関する情報（必要情報例）等に基づき、⑥支援対象者管理表を作成する。

〔必要情報例（介護支援専門員が⑥支援対象者管理表に記載するために必要な情報の例）〕

- ・ 患者情報（患者名、家族構成、住所）
- ・ 急性期病院情報（医療機関名、主治医、チーム、電話番号）
- ・ かかりつけ医情報（医療機関名、医師名、電話番号）
- ・ 介護認定の有無（事業所名、ケアマネ名、電話番号）

- (4) モデル事業 SM 対象者の同意書の共有
 - a. 医療機関の事務部門から、同意書（⑤支援対象者モデル事業同意書等）の控え（コピー）を受け取る。

3. SM 支援対象者の SM 取り組み内容決定

ア. A パターン（急性期入院→退院後のセルフマネジメント支援）の場合

※退院前に実施

- (1) SM 支援対象者の病状の共有
 - a. 病院から退院時カンファレンスへの招集を受ける
 - b. 退院時カンファレンスに参加し、⑦情報聞き取り表を作成する
- (2) 要介護認定の申請・区分の見直し検討
 - a. 退院時カンファレンスから、要介護認定の申請または区分の見直しを検討する

- (3) SM の取組内容検討支援<1>

- a. 支援対象者を訪問し、「⑧病状・状態セルフチェック表」で現状を把握する
- b. 支援対象者に SM についての説明を行い、⑧から現状について説明を受ける

- (4) SM の取組内容検討支援<2>

- a. 「⑧病状・状態セルフチェック表」を踏まえ、⑨居宅サービス計画書（介護認定なし・要支援の場合は、介護予防サービス・支援計画書）の案、⑩セルフマネジメント確認表の案及び⑪健康管理表の案を作成する
- b. 支援対象者の SM 内容について医療的見地からアドバイスをもらうため、病院の担当者に連絡を入れる。
- c. 病院の担当者から、訪問日について連絡を受け、病院を訪問し、⑨⑩⑪の案について、担当医等のチームからアドバイスを受ける

- (5) SM 取組内容確定

- a. 担当医等のチームからのアドバイスを受け、⑨⑩⑪の案について見直しを行う
- b. 支援対象者と面談し、⑨⑩⑪の案について説明を行い、SM 内容について支援対象者と合意し、⑨⑩⑪を確定させる。

イ. Bパターン（退院している患者のセルフマネジメント支援）の場合

- (1) SM 支援対象者の病状の共有
 - a. かかりつけ医を往訪する（又は、かかりつけ医から招集を受ける）
 - b. かかりつけ医から、病状を聞き取り、⑦情報聞き取り表を作成する※かかりつけ医がサードパーティ会議に参加して情報提供を行う場合や、診療情報提供料（診療報酬）に係る情報提供を行う場合は、これらの情報提供の内容を通じて、SM 支援対象者の病状を共有することでも構わない。
- (2) SM の取組内容検討支援<1>
 - a. 支援対象者を訪問し、「⑧病状・状態セルフチェック表」で現状を把握する
 - b. 支援対象者に SM についての説明を行い、⑧から現状について説明を受ける
- (3) SM の取組内容検討支援<2>
 - a. 「⑧病状・状態セルフチェック表」を踏まえ、⑨居宅サードパーティ計画書（介護認定なし・要支援の場合は、介護予防サードパーティ・支援計画書）の案、⑩セルフマネジメント確認表の案及び⑪健康管理表の案を作成する
 - b. 支援対象者の SM 内容について医療的見地からアドバイスをもらうため、かかりつけ医に連絡を入れる。
 - c. かかりつけ医から、訪問日について連絡を受け、かかりつけ医を訪問し、⑨⑩⑪の案についてアドバイスを受ける
- (4) SM 取組内容確定
 - a. かかりつけ医のアドバイスを受け、⑨⑩⑪の案について見直しを行う
 - b. 支援対象者と面談し、⑨⑩⑪の案について説明を行い、SM 内容について支援対象者と合意し、⑨⑩⑪を確定させる。

4. SM 支援（対象者 SM 着手）

- (1) SM モニタリングの継続
 - a. ケアマネは月 1 回アセスメントを行い、支援対象者が SM（⑩セルフマネジメント確認表及び⑪健康管理表の作成）に継続して取り組むよう動機づけを行うとともに、⑩・⑪の内容をチェックし、アセスメントを行う。
- (2) かかりつけ医への受診等
 - a. アセスメント内容から、受診の必要性を感じた場合には、支援対象者に対し受診を促す。
 - b. 支援対象者が受診する場合には、支援対象者から⑩⑪をかかりつけ医に提供する。

- c. 必要がある場合やかかりつけ医と緊密に情報交換できている場合は、介護支援専門員からかかりつけ医に、アセスメント結果を直接報告し、アドバイスを受ける。

- (3) SM 状況の提出
 - 提出が求められている様式の写しについて、1 月・2 月の 20 日締めで、各月末までに、市役所又は管内の地域包括支援センターへ提出する。
 - ・ 1 月 20 日締め→1 月末までに提出
 - ・ 2 月 20 日締め→2 月末までに提出

5. 取組成果の把握と報告書作成

- (1) 関係者会議への参加（自治体が「関係者会議」を招集する）
 - a. 関係者会議に参加する。
 - b. 担当した支援対象者について、モニタリング経過と支援状況について報告を行う。
 - c. モデル事業の取組成果について関係機関・関係者と確認するとともに、今後に向けた課題について検討する。

Ⅳ モデル事業で使用する様式等

N0.	使用する様式等	ファイルの種類
①	説明文	P D F
②	区市町村から関係機関への依頼文 (例)	ワード
②-2	区市町村から医師会への依頼文 (例)	ワード
②-3	個別医療機関向け依頼文書 (例)	ワード
②-4	区市町村から介護支援専門員協議会への依頼文 (例)	ワード
②-5	介護支援専門員向け依頼文書 (例)	ワード
②-6	関係機関・関係者への事業概要説明資料	P P T
③	手順書 (含む工程表)	P D F
④	支援機関リスト	ワード
⑤	支援対象者モデル事業同意書 (例)	ワード
⑤-2	支援対象者への説明文 (例)	ワード
⑥	支援対象者管理表	ワード
⑦	情報聞き取り表	エクセル
⑧	病状・状態セルブチェック表	エクセル
⑨	居宅サービス計画書	エクセル
⑨'	居宅サービス計画書 (入院中)	エクセル
⑩	セルフマネジメント確認表	エクセル
⑩'	セルフマネジメント確認表 (入院中)	エクセル
⑪	健康管理表	エクセル
⑫	入院時情報提供表	エクセル
⑬	報告書フォーム	エクセル
⑬-2	医療機関向けアンケート (例)	ワード
⑬-3	介護支援専門員向けアンケート (例)	ワード
⑭	謝礼支払い対象者リスト	ワード
⑮	サイボウズ利用の手引き	P D F

※①、③工程表、⑮は別添

様式② 区市町村から関係機関への依頼文 (例)

〇 〇 〇 〇 第 〇 〇 号
平成 27 年 〇 月 〇 日

〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 殿

〇 〇 市長 〇 〇 〇 〇

平成27年度厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業
「要支援・要介護者に対する入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」
におけるモデル事業へのご協力をお願い

日頃より、〇〇市の介護保険行政及び高齢者福祉行政にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、平成27年度厚生労働省老健局老人保健健康増進等事業において、株式会社日本能率協会総合研究所が「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」を実施することとしております。

当事業は、脳血管疾患罹患高齢者の再発予防・介護（重度化）予防を目的に、脳血管疾患罹患高齢者自らがセルフマネジメントに取り組むとともに、医療機関、区市町村、地域包括支援センター、担当する介護支援専門員等が支援者となって連携しつつセルフマネジメントを支援するというものです。

厚生労働省は、当モデル事業の成果等について、今後の施策検討にあたっての参考として考えているとのことでした。

本市におきましても、介護予防や医療と介護の連携をより一層推進するために、当モデル事業に参加することと致しました。

つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、当モデル事業にご協力をいただきますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

担当
〇〇市〇〇〇〇部〇〇〇〇課
電話番号 〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
担当 〇〇、〇〇

様式②-2 区市町村から医師会への依頼文（例）

〇〇〇〇 第〇〇号
平成 27 年 〇月 〇日

〇〇〇医師会長 〇〇 〇〇 殿

〇〇〇市長 〇〇 〇〇

平成 27 年度厚生労働省老健局老人保健健康増進等事業「要支援・要介護者に対する入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」におけるモデル事業へのご協力をお願いについて（依頼）

日頃より、〇〇市の介護保険行政及び高齢者福祉行政にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、平成 27 年度厚生労働省老健局老人保健健康増進等事業において、「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」が実施されます。

当事業は、脳血管疾患罹患高齢者の再発予防・介護（重度化）予防を目的に、脳血管疾患罹患高齢者自らがセルフマネジメントに取り組むとともに、医療機関、市区町村、担当する介護支援専門員等が支援者となって連携しつつセルフマネジメントを支援するというものです。厚生労働省は、当モデル事業の成果等について、今後の施策検討にあたる参考とする考えとのことです。

本市におきましても、介護予防や医療と介護の連携をより一層推進するために、当モデル事業に参加することと致しました。

つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、当モデル事業にご協力をいただきますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

なお、ご協力を検討いただける医療機関につきましては、下記担当までご連絡いただければ、担当部署から事業内容等の詳細なご説明をさせていただきますので、貴会内に幅広く周知いただければ大変幸いです。

担当
〇〇市〇〇部〇〇〇〇課
電話番号 〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
担当 〇〇、〇〇

様式②-3 個別医療機関向け依頼文書（例）

医療機関に御協力をお願いしたいこと
(厚労省モデル事業「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」)

1. モデル事業への参加の検討・表明

〇 別添（スライド）の内容をご覧いただき、本モデル事業への参加をご検討いただき、参加していただける場合又は参加を積極的にご検討いただける場合は、〇月〇日（〇）くらいまでに、〇〇市役所の下記担当までご連絡ください。

〇 なお、必要に応じて、モデル事業についてのより詳細な説明を行わせていただきますので、〇〇市役所の下記担当までご連絡ください。

〇 〇〇市全域で 10 例程度行う予定になっていますので、各医療機関 1 例ずつでも結構ですので、積極的な参加をご検討願います。

2. セルフマネジメント支援対象者候補（患者）の選定

〇 以下の考え方を参考にさせていただいて、セルフマネジメント支援対象者候補となる患者を選定し、モデル事業の内容を説明した上で、モデル事業への参加について患者からの同意書を取得してください。なお、同意書については、別紙の「個人情報使用同意書（例）」を適宜ご活用ください。

【支援対象者候補の選定の考え方】

①病院の場合（Aパターン / 入院→退院後のセルフマネジメント支援）

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

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

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

- なお、ケアマネとのマッチングが必要であるため、可能であれば、多目に（例えば、2～3例など）、支援対象者候補となる患者を選定いただければ幸甚です。また、モデル事業であり、これまで開発してきたツールの有効性等を検証する事業ですので、選定の考え方を踏まえつつ、柔軟に支援対象者候補を選定していただければと存じます。
- 患者から同意書を取得したのち、〇月〇日（〇）くらいまでに、支援対象者候補となる患者の氏名等の情報を、〇〇市役所の下記担当までご連絡ください。なお、支援対象者候補となる患者の担当ケアマネの氏名・連絡先等を把握している場合は、ケアマネの氏名・連絡先等もあわせてご連絡ください。

3. 支援件走者の決定、セルフマネジメント支援の実施

- 医療機関より支援対象者候補についてのご連絡をいただいたのち、市役所においてマッチングを行い、支援件走者となっていたくださいケアマネを決定します。支援件走者となっていたくださいケアマネが決定されたら、市役所より、医療機関に連絡いたします。
- その後、実際のセルフマネジメント支援（ケアマネや患者等に対するアドバイスなど）に入らせていただきますが、その具体的な内容については、支援件走者の決定後、連絡させていただきます。

※参考（モデル事業に関連すると考えられる診療報酬・介護報酬）

本モデル事業の実施に伴い、病院においては総合評価加算・退院調整加算・介護支援連携指導料（いずれも診療報酬）、かかりつけ医（外来）においては診療情報提供料（Ⅰ）（診療報酬）、かかりつけ医（在宅医療）においては居宅療養管理指導費（介護報酬）等の算定を受けられます可能性があります（別添を参照）。

担当	〇〇市〇〇部〇〇〇〇課
電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
Mail	〇〇
担当	〇〇・〇〇

平成27年度厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業
「要支援・要介護者に対する入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」
における個人情報使用同意書（例）

支援者代表
(医療機関名) _____ 様
(役職・氏名) _____

○使用の目的

「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、本調査研究事業）におけるモデル事業は、脳血管疾患罹患高齢者の再発予防・介護（重度化）予防を目的に実施します。

○情報共有を行うもの

本調査研究事業におけるモデル事業において、「脳血管疾患罹患高齢者が行うセルフマネジメントを支援する医療機関、市区町村、地域包括支援センター、担当する介護支援専門員等」（以下、支援者）が、セルフマネジメントを行うことに同意した脳血管疾患罹患高齢者（以下、支援対象者）の支援に係る情報を共有します。

○使用にあたっての条件

支援者は、支援対象者の個人情報について、前述した目的の範囲内で活用するものであり、情報共有において関係者以外に漏れることのないよう適切に管理します。

○情報共有を行う期間

承諾日より、本調査研究事業実施期間である平成28年3月31日未までとします。

○報告書への掲載内容

本調査研究事業の成果を、本調査研究事業の実施主体である株式会社日本能率協会総合研究所が報告書としてとりまとめを行います。報告書においては、個人が特定される情報（個人名、住所、生年月日等）は掲載されません。

○同意の確認

私は、本調査研究事業におけるモデル事業に参加し、セルフマネジメントの支援を受けること、それに伴う支援者間の個人情報の共有に同意します。

支援対象者

同意年月日	平成	年	月	日
氏名（自署）				
ふりがな				
生年月日	大正・昭和	年	月	日
住所				
連絡先				

※原本は説明し、同意を得た医療機関が保管するものとします。

※本同意書のコピー1部を支援対象者にお渡しします。

※本調査研究事業に必要な範囲内で、支援者に本同意書のコピーを渡します。

様式②-4 区市町村から介護支援専門員協議会への依頼文（例）

〇〇〇〇第〇〇号
平成27年〇月〇日

〇〇〇〇介護支援専門員協議会
会長 〇〇 〇〇 殿

〇〇市長 〇〇 〇〇

平成27年度厚生労働省老健局老人保健健康増進等事業「要支援・要介護者に対する入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」におけるモデル事業へのご協力をお願いについて（依頼）

日頃より、〇〇市の介護保険行政及び高齢者福祉行政にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

さて、平成27年度厚生労働省老健局老人保健健康増進等事業において、「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」が実施されます。

当事業は、脳血管疾患罹患高齢者の再発予防・介護（重度化）予防を目的に、脳血管疾患罹患高齢者自らがセルフマネジメントに取り組むとともに、医療機関、市区町村、担当する介護支援専門員等が支援者となって連携しつつセルフマネジメントを支援するというものです。厚生労働省は、当モデル事業の成果等について、今後の施策検討にあたる参考とする考えとのことです。

本市におきましても、介護予防や医療と介護の連携をより一層推進するため、当モデル事業に参加することと致しました。

つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、当モデル事業にご協力をいただきますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

なお、支援対象者に係る介護支援専門員をはじめ、多くの介護支援専門員にご協力をいただきたいため、貴会内に幅広く周知いただければ大変幸いです。

担当
〇〇市〇〇部〇〇〇〇課
電話番号 〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
担当 〇〇、〇〇

様式②-5 介護支援専門員向け依頼文書（例）

厚労省モデル事業「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」について（ご協力依頼）

1. 本モデル事業の概要

○ 今般、厚生労働省のモデル事業として、「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」が実施されることがとなり、本市におきましても、介護予防や医療と介護の連携をより一層推進するために、当モデル事業に参加することと致しました。なお、厚生労働省は、当モデル事業の成果等について、今後の施策検討にあたっての参考とする考えとのことですので。

○ 当事業は、脳卒中患者である高齢者の再発予防・介護（重度化）予防を目的に、患者自らがセルフマネジメントに取り組むとともに、医療機関、担当する介護支援専門員、市区町村等が支援者となって連携しつつ、セルフマネジメントを支援するというものです。モデル事業の詳細については、パワーポイント資料をご参照ください。

2. 介護支援専門員にご協力いただきたいこと

○ 本モデル事業では、医療機関が対象となる患者を選定し、患者から同意を得ます。医療機関において同意を取得した患者について、介護支援専門員がセルフマネジメント支援を行っていただくこととなります。

○ 介護支援専門員に行っていたセルフマネジメント支援の主な内容は、以下のとおりです（詳細については、別途、説明させていただきます）。

【セルフマネジメント支援の主な内容】

- ・医療機関・患者からの病状等の聞き取り
- ・こうした情報を勘案したセルフマネジメント様式案・ケアプラン案の作成、医療機関・患者との相談
- ・セルフマネジメントについての患者への動機付け、アセスメント、アセスメント結果の関係者等への報告
- ・必要に応じた受診勧奨、かかりつけ医への相談 等

○ 支援伴走者を担当いただいた介護支援専門員に対し、支援対象者1名ごとに1万円が支給されます（モデル事業終了時に、（株）日本能率協会総合研究所より支給）。

※参考（関連すると考えられる介護報酬）

支援対象者が要介護者であった場合は、本モデル事業の実施に伴い、入院時情報連携加算、退院・退所加算等の介護報酬の算定を受けられる可能性があります。（パワーポイントを参照）

担当 ○○市○○部○○○○課 ○○・○○
電話：○○ Mail：○○

様式②-6 関係機関・関係者（医療機関・介護支援専門員等）への事業概要説明資料

厚生労働省老健局 平成27年度老人保健健康増進等事業

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・モデル事業（概要）

（要支援者・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開発及び効果検証のための調査研究事業）

◎ 脳血管疾患の再発予防のために必要なこと

- 脳卒中の再発予防（＝介護予防）を効果的に実施していくためには、高齢者自身がセルフマネジメントを着実に実施するとともに、医療と介護の連携の下、入院・在宅を通じた継続的なケアマネジメントを行っていくことが重要。
- 具体的には、①急性期病院やかかりつけ医といった医療機関、②ケアマネジメントを行う介護支援専門員、③セルフマネジメントの主体である高齢者本人が緊密に情報連携を図り、入院・在宅を通じて継続的なケアマネジメントを表現していくことが必要。

◎ 本モデル事業の趣旨

開発した連携ツール（様式）を用いて、実際に、医療機関（急性期病院、かかりつけ医）、介護支援専門員及び高齢者本人の情報連携を行うことによって、循環型の連携パスを構築し、脳卒中の再発予防と、仮に再発してしまった場合の迅速な対応を推進する。

◎ 調査研究事業委員会メンバー（敬称略）

※事務局：（株）日本能率協会総合研究所

前井孝子	公立大分県立大学	川越江平	あおぞら診療所院長
大野真正昭	国立保健医療科学院研究員	新田剛夫	全国在宅療養支援診療所連絡会会長
中川原二	国立循環器病研究センター脳卒中総合センター部長	畑野悠	（医社）つくし会新田クリニック院長
中澤伸	（社）川崎型臨済社会事業推進部長	草野隆也	庄原市国民健康保険総診療所医師
東野定律	静岡県立大学経営情報学部講師	笹井博	松戸市福祉長寿部看護長
石川広己	日本医師会常任理事	細谷早苗	塩瀬野市健康福祉部長
神野正博	（社）全日本病院協会副会長	篠田浩	上越市健康福祉部高齢者支援課介護指導係長
	（社）重仙会徳寿総合病院理事長	村岡伸介	大田市高齢介護課長
松浦尊盛	多可赤十字病院副院長	筑速成	昭和伊南総合病院院長
森本敦子	多可赤十字病院看護部長兼地域医療センター長	山本千恵美	脚ヶ根市役所地域保健健康課長寿係長
榊原次郎	（医）真正会徳之原南病院医療福祉相談部長	多田栄一郎	東京大学医学部付属南病院看護部長
地端幸彦	日本重症症明医療協会副会長		文京区福祉部認知症・地域包括ケア担当課長
	（医）地産会地産病院理事長		

脳血管疾患（脳卒中）の再発予防の必要性和セルフマネジメント支援の重要性

- 脳血管疾患は、有病者数が多く、要介護の原因となることが多いとともに、再発率が極めて高い。
 - 脳血管疾患の患者の中には、必要な薬の服用をやめてしまう者が相当程度存在しているが、服用中止の理由として、服用に関する理解が足りない場合や服用の手間を嫌がっている場合が非常に多い。
- ⇒脳血管疾患の再発予防が必要であるとともに、セルフマネジメント支援が重要。

◎脳血管疾患有病者数と脳血管疾患による要介護者数の推定（2015年）

有病者推定数	要介護推定数	発症者推定数
288万人	176万人	33万人／年

◎介護が必要となった主な原因（上位3位）

	1位	2位	3位
要介護・要支援計	脳血管疾患 18.5%	認知症 15.8%	高齢による衰弱 13.4%
要介護5	脳血管疾患 34.5%	認知症 23.7%	高齢による衰弱 8.7%

◎脳血管疾患の累積再発率（%）

	1年	5年	10年
脳梗塞	10.0	34.1	49.7
脳出血	25.6	34.9	55.6
くも膜下出血	32.5	55.0	70.0

（資料出所）
滋賀医科大学社会医学講座 公衆衛生学部門 喜多義邦
<http://www.stroke-project.com/>
厚生労働省「平成25年 国民生活基礎調査」
久山町研究 http://www.epi-c.jp/entry/e001_0_0018.html
健康日本21推進フォーラム報道用資料（2013年5月23日）
<http://www.kenko-nippon21forum.gr.jp/free/prerelease/contents037.pdf>

◎心房細動の患者（約75万人）のうち、1年間の観察期間中に抗凝固薬の服用を中止した患者

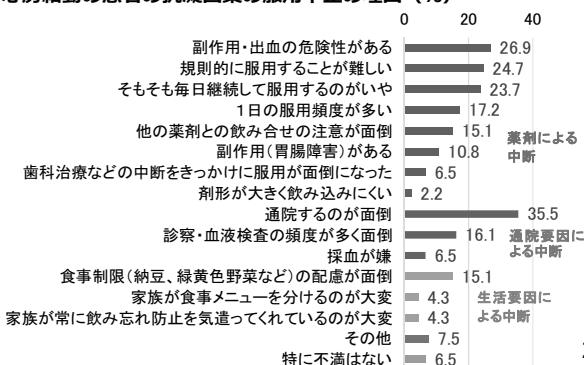
患者数：約3.3万人 服用中止率：約4.3%

※観察期間を伸ばせば、さらに中止者が増える予想される。

◎服用中止者と継続者の脳梗塞に関する理解

	服用中止者	継続者
「抗凝固薬を服用しないことで脳梗塞の発症リスクが高まる」ことを知っている者の割合	22.6%	60.0%

◎心房細動の患者の抗凝固薬の服用中止の理由（%）



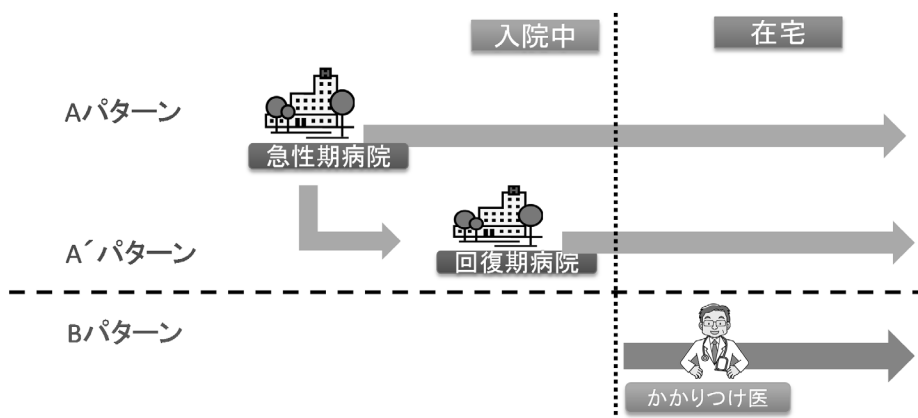
37

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

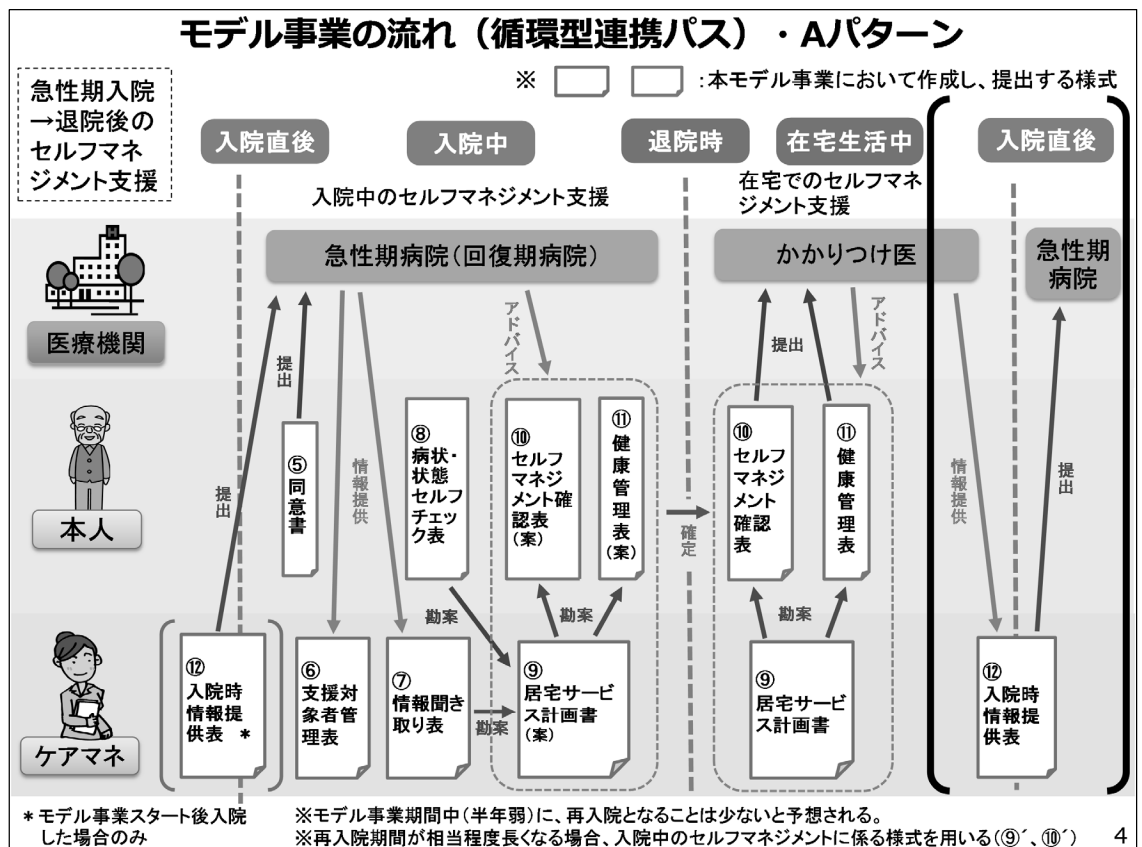
Aパターン：脳血管疾患で急性期病院（回復期病院）に入院しており、急性期病院（回復期病院）退院後、在宅復帰の可能性の高い高齢者

Bパターン：脳血管疾患患者で、現在、在宅生活を送っている高齢者

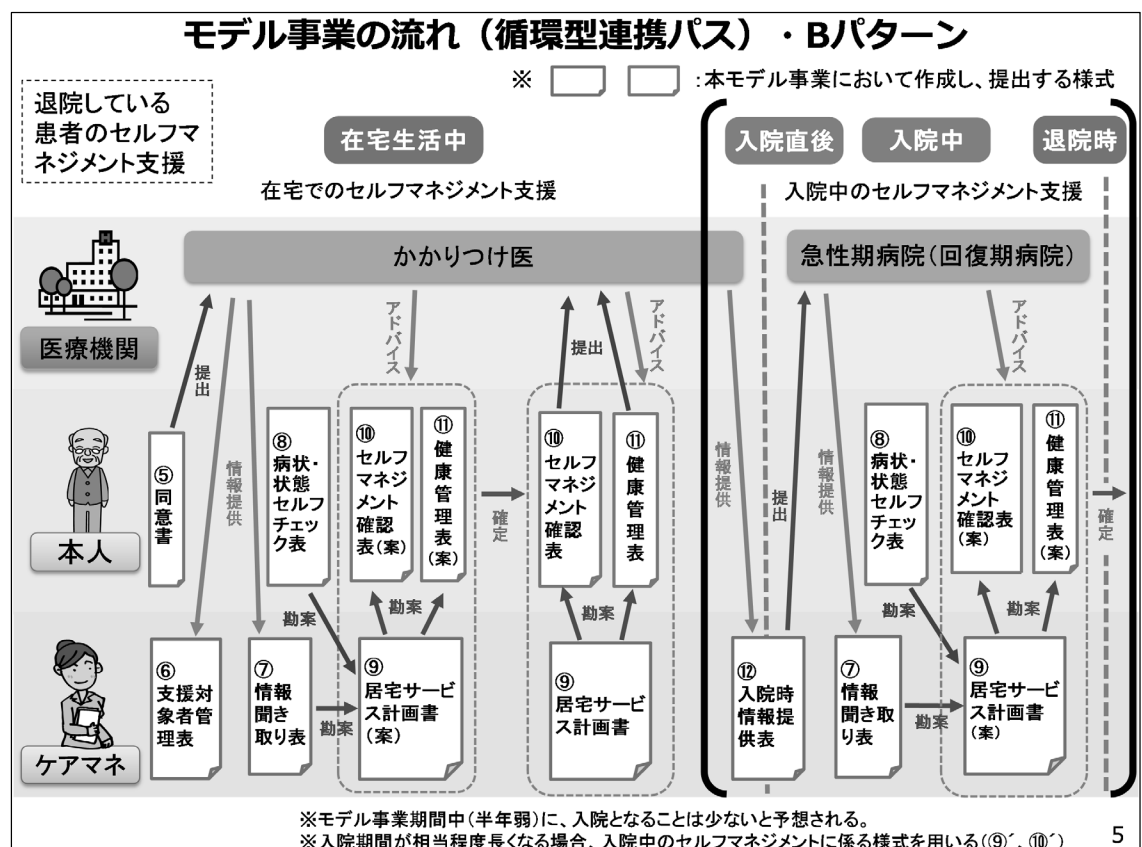
◎支援伴走者：介護支援専門員等

3

38

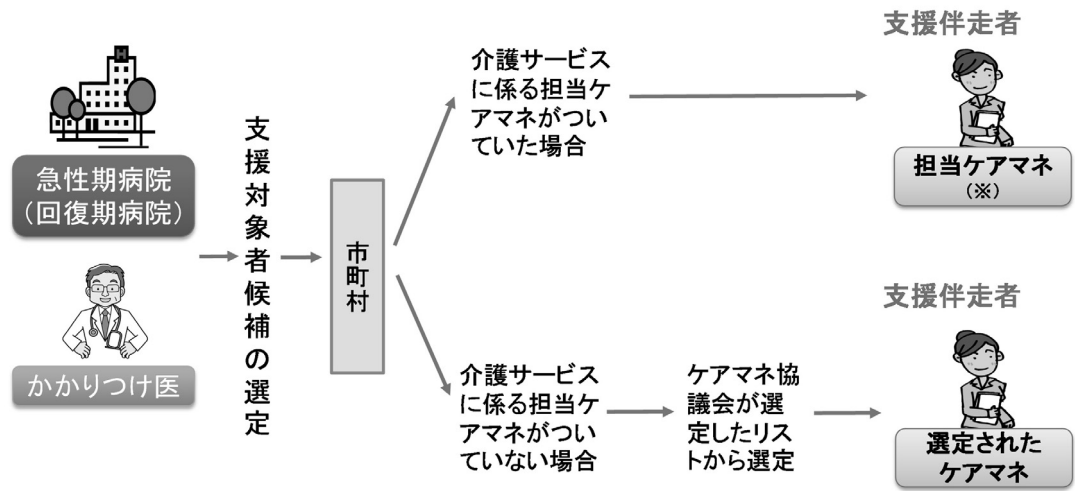


39



40

支援伴走者（ケアマネ）の決定方法（概要）



※ 要介護者の場合：居宅介護支援事業所のケアマネ
要支援者の場合：地域包括支援センター又は委託を受けた居宅介護支援事業所のケアマネ

6

41

モデル事業に関連すると考えられる主な診療報酬・介護報酬（医療機関）

対象	報酬の名称	点数・単位数	算定要件（概要）
病院	総評価加算 ＜診療報酬＞	100点	65歳以上の者等である入院患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中1回に限り加算。
	退院調整加算 ＜診療報酬＞	① 一般病棟等の場合 14日以内：340点 15日～30日：150点 31日以上：50点 ② 療養病棟等の場合 30日以内：800点 31日～90日：600点 91日～120日：400点 121日以上：200点 ※地域連携計画加算： 上記点数に300点を加算	退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望する者に対して、退院調整を行った場合に、入院期間に応じ、退院時1回に限り加算。 ※ 患者の同意を得て、退院支援計画（疾患名、自院の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した計画）を策定し、当該患者に説明し、文書で提供するとともに、退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合は、地域連携計画加算を更に加算できる。
	介護支援連携 指導料 ＜診療報酬＞	300点	入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定。
かかりつけ医 （外来）	診療情報提供 料（Ⅰ） ＜診療報酬＞	250点	診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村、ケアマネ事業者（指定居宅介護支援事業者）又は地域包括支援センターに対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定。
かかりつけ医 （在宅医療）	居宅療養管理 指導費・ 介護予防居宅 療養管理指導 費 ＜介護報酬＞	① ②以外の場合 503単位（5,030円） ② 在宅時医学総合管理料又は 特定施設入居時等医学総合 管理料を算定する利用者の場合 292単位（2,920円） 注：①・②とも、同一建物居住 者以外の場合の単位数	在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、医師が、当該利用者の居宅を訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、ケアマネに対するケアプランの策定等に必要の情報提供（利用者の同意を得て行うものに限る。）並びに利用者又はその家族等に対する指導及び助言（居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言）を行った場合に、1ヶ月に2回を限度として算定。 ※ケアマネに対する情報提供は、サービス担当者会議への参加により行うことを基本とする（必ずしも文書等による必要はない）。当該会議への参加が困難な場合や当該会議が開催されない場合は、文書等による情報提供でも足りる。

7

42

モデル事業の協力謝礼・関連すると考えられる主な介護報酬（ケアマネ）

◎モデル事業の協力謝礼

支援伴走者であるケアマネに対し、支援対象者1名ごとに1万円を支給。
 （モデル事業終了時に、（株）日本能率協会総合研究所より、老人保健健康増進等事業費から支給）

◎モデル事業に関連すると考えられる主な介護報酬

報酬の名称	点数・単位数	算定要件（概要）
入院時情報連携加算 ＜介護報酬＞	① 病院又は診療所を訪問し、 情報提供している場合 200単位（2,084円） ② ①以外の場合 100単位（1,042円）	要介護者である利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合は、利用者1人につき1ヶ月に1回を限度として加算。 ※要介護者のみ。
退院・退所加算 ＜介護報酬＞	300単位（3,126円）	病院又は診療所に入院していた要介護者が退院し、その居宅で居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院に当たって、当該病院又は診療所の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、ケアプラン（居宅サービス計画）を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合（同一の利用者に対して、当該居宅サービス及び地域密着型サービスの利用開始月に調整を行う場合に限る。）には、入院又は入所期間中につき3回を限度として所定単位数を加算。 ※要介護者のみ。 ※初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。

8

43

様式④ 支援機関リスト

支援機関リスト

支援機関名	役職	(ふりがな) 担当者名	連絡先	e-mail

44

様式⑤ 支援対象者モデル事業同意書（例）

平成 27 年度厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業
「要支援・要介護者に対する入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」
における個人情報使用同意書（例）

支援者代表
(医療機関名) _____ 様
(役職・氏名)

○使用の目的
「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、本調査研究事業）
におけるモデル事業は、脳血管疾患罹患高齢者の再発予防・介護（重度化）予防を目的に
実施します。

○情報共有を行うもの
本調査研究事業におけるモデル事業において、「脳血管疾患罹患高齢者が行うセルフマ
ネジメントを支援する医療機関、市区町村、地域包括支援センター、担当する介護支援専
門員等」（以下、支援者）が、セルフマネジメントを行うことに同意した脳血管疾患罹患
高齢者（以下、支援対象者）の支援に係る情報を共有します。

○使用にあたっての条件
支援者は、支援対象者の個人情報について、前述した目的の範囲内で活用するものであ
り、情報共有において関係者以外に漏れることのないよう適切に管理します。

○情報共有を行う期間
承諾日より、本調査研究事業実施期間である平成 28 年 3 月 31 日末までとします。

○報告書への掲載内容
本調査研究事業の成果を、本調査研究事業の実施主体である株式会社日本能率協会総合
研究所が報告書としてとりまとめを行います。報告書においては、個人が特定される情報
（個人名、住所、生年月日等）は掲載されません。

○同意の確認
私は、本調査研究事業におけるモデル事業に参加し、セルフマネジメントの支援を受け
ること、それに伴う支援者間の個人情報の共有に同意します。

支援対象者	
同意年月日	平成 年 月 日
氏名（自署）	
ふりがな	
生年月日	大正・昭和 年 月 日
性別	男 女
住所	
連絡先	

※原本は説明し、同意を得た医療機関が保管するものとします。
※本同意書のコピー 1 部を支援対象者にお渡しします。
※本調査研究事業に必要な範囲内で、支援者に本同意書のコピーを渡します。

「脳血管疾患の再発予防に向けたモデル事業」（厚生労働省）
へのご協力をお願い（例）

●●●●（医療機関名）

脳血管疾患（脳卒中）は再発率の高い病気（※）ですが、再発予防を効果的に実施していくためには、患者さんやご家族によるセルフマネジメント（自己管理）が重要になります。

このたび、〇〇市において、再発予防に向けたセルフマネジメントを支援するモデル事業（厚生労働省）が実施されることになり、当院でも参加することといたしました。

つきましては、患者さんの再発予防にも役立つと考えられますので、このモデル事業について、ご協力いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

【患者さんやご家族にご協力いただく主な事項】

- 病状の自己チェックを行っていただき、セルフマネジメントの方法について、ケアマネと相談し、決定していただきます。
- 健康状態などを記録していただき（様式②・③）、ケアマネのチェックを受けていただきます。
- 医師への受診の際、健康状態などの記録表（様式②・③）を提出し、医師からのアドバイスを受けていただきます。
- セルフマネジメント支援に当たって、医療機関、ケアマネ、〇〇市役所などの支援者が、セルフマネジメントに必要な個人情報を共有することに同意していただきます。

※脳血管疾患（脳卒中）の5年再発率

脳梗塞：34.1％ 脳出血：34.9％ くも膜下出血：55.0％

患者さん・ご家族に記入いただくセルフマネジメント様式

様式① 病状・状態セルフチェック表

⇒ セルフマネジメント方法の相談・決定の前に、記入いただきます。

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(~ mg/dl) 2.いいえ	
・自分の適正なコレステロール値を知っている	1.はい(LDL ~ mg/dL) 2.いいえ	
・自分の飲んでいる薬の効用を理解している	1.はい 2.いいえ	
・自分の飲んでいる薬の副作用を理解している	1.はい 2.いいえ	
・自分が、なぜ診療を定期的に受けなければならないか理解している	1.はい 2.いいえ	

様式② セルフマネジメント確認表

⇒ 定期的に記入していただいて、ケアマネのチェックを受けます。

作成年月日: 年 月 日

確認者: 医師

セルフアセスメント <臨床中用>

疾患の理解	アセスメント項目	アセスメント	確認者 (医師)	チェック 頻度
疾患の理解	食べにほい、飲みにほい等の違和感を感じるようになった	1はい 2いいえ		
	頭痛や吐き気がするようになった	1はい 2いいえ		
	つまずいたり、転んだり、やすくなった気がする	1はい 2いいえ		
	手にかが入れにくく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		
	座っている時に、むりやり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	「たばこに關する目標」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	
	「お酒に關する目標」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」 ・「体重に關する目標」を守れた (目標:●●kg以下)	1はい 2いいえ	本人	
予防の方策	・「食事に關する目標」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	
	・「睡眠に關する目標」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	
	・「運動に關する目標」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 ・自分の血圧値を確認した	1はい(上: /下: mmHg) 2いいえ	本人	
	・自分の血糖値を確認した	1はい(~ mg/dl) 2いいえ	本人	
血圧測定や血液検査を行った場合	・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	
	・医師の診察は約束通りに受けた	1はい 2いいえ	本人	
	・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	
	・薬で不具合がなくて、医師や薬剤師に相談した	1はい 2いいえ	本人	

様式③ 健康管理表

⇒ 定期的に記入していただいて、ケアマネのチェックを受けます。

健康管理表 <臨床中用>

月日 曜日	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 (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	

様式⑥ 支援対象者管理表

支援対象者管理票

被支援者ID					
同意年月日	平成	年	月	日	
氏名					
ふりがな					
生年月日	大正・昭和	年	月	日	性別
住所	男 ・ 女				
連絡先					
同居家族構成					
介護認定	なし	支援 1	2	要介護 1	2 3 4 5
認定有の場合 事業所・連絡先					
認定有の場合 事業所・連絡先					
入退院日	入院： 月 日	退院： 月 日			
既往歴					
支援者機関	(医療機関名・担当者名・連絡先)				
支援伴走者	(介護支援専門員名・連絡先)				
その他の支援者 (必要に応じて)	(機関名・担当者名・連絡先)				
	(機関名・担当者名・連絡先)				

様式⑦ 情報聞き取り表

病状説明	月 日 時 分 ~ 月 日 時 分 於:
カンファレンス	月 日 時 分 ~ 月 日 時 分 於:
担当	
病院名	電話番号
担当者名 (フリガナ)	電話番号
入院時の所見(重症度科等)	
(退院の見込みについて)	
(年 月 日)	
病状説明	
(退院の見込みについて)	
(年 月 日)	
カンファレンス	
(年 月 日)	

様式⑧ 病状・状態セルフチェック表

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	
・病名がなぜ起きているか知っている	1はい 2いいえ
・病名を発症する際のサイン(前駆の症状)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/日単位) 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(mmHg) 2いいえ
・自分の適正な体重を知っている	1はい(kg) 2いいえ
・自分の適正な血糖値を知っている	1はい(~ mg/dl) 2いいえ
・自分の適正なコレステロール値を知っている	1はい(LDL ~ mg/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る必要があるか理解している	1はい 2いいえ

様式⑨ 居室サービス計画書

作成年月日 年 月 日

[illegible]

様式⑨' 居宅サービス計画書（入院中）

居室サービスピス計画書(2)
(入院中)

作成年月日

[illegible]

様式⑩ セルフマネジメント確認表
 セルフアセスメント＜臨床中用＞
 （入院中）

セルフマネジメントの内容				
本人の取組内容	種別	本人の取組状況の確認方法	確認者（支援者）	取組頻度
・今後の生活（在宅生活継続の基立で）について家族（及びCM）と検討する	本人			
・予防の方策を看護師やCMから聞いて、退院後に取り組む計画を家族と考える	本人			
・どのように取り組むか手法を考え、取り組めることから着手する	本人			
・喫煙・飲酒管理 ・血圧・脈拍管理 ・食事管理（塩分や動物性脂肪を制限した食事について） ・体重管理 ・運動量管理 ・血液検査結果の管理				
・在宅での確実な服薬方法を主治医や薬剤師と検討する。	本人			
・症状が認められた時の対応について、（どのタイミングで病院に来るかなど）看護師やCMから聞いて、家族で話し合う。	本人			

作成年月日
 確認者

様式⑩ セルフマネジメント確認表
 セルフアセスメント＜臨床中用＞

実施の理解	アセスメント項目	アセスメント	確認者（支援者）	チェック頻度
食べこぼしや、咽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		
頭痛や吐き気がすることがあった		1はい 2いいえ		
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		
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		
座っている時に、むくみに身体が傾くようになった気がする		1はい 2いいえ		
薬化服薬の理解				
「たばこに関する目標」を守れた		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	
「お酒に関する目標」を守れた		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	
「睡眠に関する目標」を守れた		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	
「運動に関する目標」を守れた		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	
「目標・種類・回数」を達成した		1はい 2いいえ	本人	
血圧測定や血液検査を行った場合				
・自分の血圧値を確認した		1はい 2いいえ	本人	
・自分の血糖値を確認した		1はい 2いいえ	本人	
・自分のコレステロール値を確認した		1はい 2いいえ	本人	
・医師の診察は約束通りに受けた		1はい 2いいえ	本人	
・医師の指示通りに薬を飲みだ		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	
・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	

様式⑪ 健康管理表

健康管理表 ＜臨床中用＞

項目	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 （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	

様式⑩ 入院情報提供表

入院情報提供(在宅→病院)

※フエースシートを添付してください

在宅高齢者用 (脱卒中)									
居宅介護支援事業所		電話番号							
担当ケアマネジャー		FAX番号							
かかりつけ医機関名		電話番号							
医師名		診療頻度・方法		受診・訪問診療、()回/月・週					
ジョングラム(関係図)									
主介護者		キーパーソン							
モニタリング									
喫煙量		本 / 日		飲酒量		合 / 日			
食事回数		朝:		時頃		星:		夜:	
場分採取		1. 塩辛い味を好む		2. 好まない		睡眠時間		時間 / 日	
顔や口のゆがみ		1. なし		2. あり(どんな状況か等:					
言葉のもつれ		1. なし		2. あり(どんな状況か等:					
体のバランス		1. 問題なし		2. 問題あり(どんな状況か等:					
日常生活管理									
内服薬		1. なし		2. あり(					
服薬管理		1. 自己管理		2. 他者による管理(管理者:		、管理方法:			
服薬遵守		1. 処方通り服用		2. 時々飲み忘れ		3. 飲み忘れが多い、処方が守られていない			
今後の生活支援									
在宅生活継続の見立て (アセスメント)									
特記事項									

様式⑪ 報告書フォーム

平成27年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)60	
厚生労働省老健局 老人保健健康増進等事業	
「要支援・要介護者に対する入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」	
モデル事業参加報告書	
＜おおまかなスケジュール＞	
1 関係者会議の開催	: 月 日
2 セルフマネジメント支援対象者決定	: 月 日
3 セルフマネジメント支援対象者の取組内容決定	: 月 日
4 セルフマネジメント支援着手(併走)	: 月 日
5 関係者会議の開催	: 月 日
参加自治体名	
住所	
担当部署名	
担当者名	
連絡先	

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)		
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. 当該地域における脳血管疾患患者数

当該地域(市町村・特別区等)の脳血管疾患患者数を記入して下さい。

	患者数(人)	把握方法(推計/実数)を具体的に
当該地域	平成26年度 入院患者数	
	うち高齢者数	
参加医療機関	平成26年度 入院患者数	
	うち高齢者数	
期間中の入院患者数 (急性期) ※1		
	うち高齢者数	
	うち要介護 認定あり	
計		

※1 モデル事業期間中の入院患者数については要綱値を記載して下さい。また、データ収集期間を教えてください。

月日～月日(データ収集期間)

3. 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記載して下さい。

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)

59

4. セルフマネジメント支援者の選定

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、備考欄に記載してください。
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	人	(備考)
同意数	人	(備考)
拒否数	人	(備考)

支援候補者に説明をする際、工夫した点があれば教えてください。

5. 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書の両方を、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ください。

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

6. 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		最短時間	
時間が長くなり短くなった理由					
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					
モニタリング終了後、セルフマネジメントを途中でやめたケース					

60

— 169 —

7. 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	

様式⑬-2 医療機関向けアンケート（例）

厚労省モデル事業「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」

医療機関向けアンケート

医療機関名：_____

氏名：_____

職種：_____

質問項目	ご回答
① ケアマネによるセルフマネジメント様式（様式⑨・⑩・⑪）の作成に当たって、医療機関として、どのようなアドバイスをしましたか。	
② セルフマネジメントに当たって利用者本人又は家族が作成した様式（様式⑩・⑪）をチェックした後、本人・家族・ケアマネに対して、どのようなアドバイスを行いましたか。	
③ 医療機関として、このモデル事業による取組の成果・課題をどのように感じましたか。	

質問項目	ご回答
④ 今回の取組を今後も継続していく場合には、どのような点が課題になりますか。	
⑤ 本モデル事業で用いた様式について、どのような点を改善すべきですか。	
⑥ その他、ご意見・ご要望等あれば、ご自由に記載ください。	

※3月9日（水）正午までに、以下のいずれかまでご返信いただければ幸いです。

メール：〇〇
FAX：〇〇

様式⑬-3 介護支援専門員向けアンケート（例）

厚労省モデル事業「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」
ケアマネジャー向けアンケート

事業所名： _____
氏名： _____

質問項目	ご回答
① セルフマネジメント様式（様式⑨・⑩・⑪）の作成に当たって、工夫した点・困った点はどのようなことですか。	【工夫した点】
	【困った点】
② セルフマネジメント様式（様式⑨・⑩・⑪）の作成に当たって、医療機関からどのようなアドバイスを受けましたか。（アドバイスを受け修正した場合は、修正点もあわせて記載ください。）	
③ 利用者本人又は家族へのセルフマネジメント支援1回につき要した時間はどれくらいですか。また、その時間が長い／短いと感じ場合は、その理由もあわせて記載ください。	【セルフマネジメント支援に要した時間（平均）】 分
	【時間が長い／短いと感じた場合の理由】

質問項目	ご回答
④ 利用者本人又は家族が作成した様式（様式⑩・⑪）をチェックした上で、本人又は家族に対してどのようなアドバイスを行いましたか。	
⑤ 様式のチェック等を通じて、医療機関から、利用者本人又は家族に対して、どのようなアドバイスがありましたか。	
⑥ 本人又は家族によるセルフマネジメントを継続するために工夫した点や、困った点等があれば記載してください。	
⑦ 支援伴走者である介護支援専門員として、このモデル事業による取組の成果・課題をどのように感じましたか。	

65

質問項目	ご回答
⑧ 今回の取組を今後も継続していく場合には、どのような点が課題になりますか。	
⑨ 本モデル事業で用いた様式について、どのような点を改善すべきですか。	
⑩ その他、ご意見・ご要望等あれば、ご自由に記載ください。	

※3月9日（水）正午までに、以下のいずれかまでご返信いただければ幸いです。

メール：〇〇

FAX：〇〇

66

様式⑭ 謝礼支払い対象者リスト

謝礼支給対象者リスト

(ふりがな) 氏名	自宅住所	連絡先	e-mail	SM 担当者数

※支払いは口座振り込みとなります。振込先については、別途お伺いいたします。

平成 27 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

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

平成 28 年 3 月 31 日

株式会社日本能率協会総合研究所

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