

岐阜県

在宅医療・介護連携推進コーディネーター養成研修

在宅医療・介護連携推進事業への
取組み方
— 相談支援を中心に —

2017年12月17日

松本 佳子



東京大学 医学部 在宅医療学拠点

Center for Home Care Medicine, Faculty of Medicine, The University of Tokyo

お話しする内容

1. 在宅医療・介護連携に関する相談支援
2. 在宅医療・介護連携におけるPDCA
3. 在宅医療・介護に関わる様々なコーディネーター

あらためて

1. 在宅医療・介護連携に関する相談支援

(オ)在宅医療・介護連携に関する 相談支援

- 地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業
(介護保険法施行規則140条の62の8)

<在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.2 主な変更点>

- 相談員として有資格者の人材確保が困難な場合、郡市区医師会等との連携体制の確保
- 配置する人材が地域の様々な在宅医療・介護連携の取組みに積極的に関与する

(オ)相談支援についてよくある問合せ

- 相談支援窓口をどこに設置してよいか？
- 相談支援窓口の業務を担う人材はどういう人が良いのか？
- 医師会に設置したいけど、医師会の協力が得られない
- 連携コーディネーターを担える人が地域にいない

- 相談窓口を設置したけど相談がない
- 連携コーディネーターの役割がわからない

静岡県での相談支援に関するヒアリングの結果

	H市 (80万人)	I市 (17万人)	FE市 (15万人)	FI市 (9万人)	K町 (7千人)
設置	H市医療公社 (委託)	健康福祉部 健康増進課	市医師会 (委託)	地域包括ケ ア推進課	福祉課地域包括 支援センター
場所	H市医療セン ター	総合健康福 祉会館	F市立総合病 院	FI市総合健 康センター	町役場
担当・資格	<ul style="list-style-type: none"> 看護師 MSW (もと病院患 者相談室) 	行政保健師	<ul style="list-style-type: none"> MSW2名 (1名は診療 所MSWと兼 務) 	<ul style="list-style-type: none"> 行政保健師 看護師(もと 地域包括主 任ケアマネ) 	行政保健師
相談者	従事者	●	●	●	●
	住民			●	●
相談内容	在宅	●	●	●	●
	入退院	●		●	●
その他	センター長 (医師)、事 務2名(1名は 行政から出向)	在宅医療・ 介護連携推 進事業の担 当者	在宅医師へ の支援 他事業項目 も受託	市民総合相 談窓口と一 体化	在宅医療・ 介護連携推 進、地域包 括業務、他
特徴	5医師会、市 内での公平 中立性担保	地域課題の 把握と事業 への反映	医師支援、 入退院時の 連携が迅速	ワンストッ プの相談窓 口	住民に密着 した一体的 サービス

ヒアリング・各地の取組みで共通していたこと

基盤

- 地域の課題・現状が明確になっている
⇒ どういう課題を解決するためか、何を実現するためか、地域の課題と目指す姿が地域内で共有されている
- 地域の在宅医療・介護に関わる資源の数・場所・特徴が把握できている
- 医師(会)との関係構築できる体制・人材がある
- 相談支援や活動の中で出てきた課題を、市町全体の課題として検討できる場＝協議体で検討する仕組みがある
- 相談窓口・コーディネーターの活動を医療・介護関係職種団体がバックアップ・承認している
- 適切な人材が見つからない場合は、行政担当者がとりあえずやってみるといふ潔さ

2. 在宅医療・介護連携推進事業 におけるPDCA

※詳しくは、平成29年度厚生労働省主催
「在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー」
レクチャー1資料をご覧ください。



市町村の役割：地域マネジメント

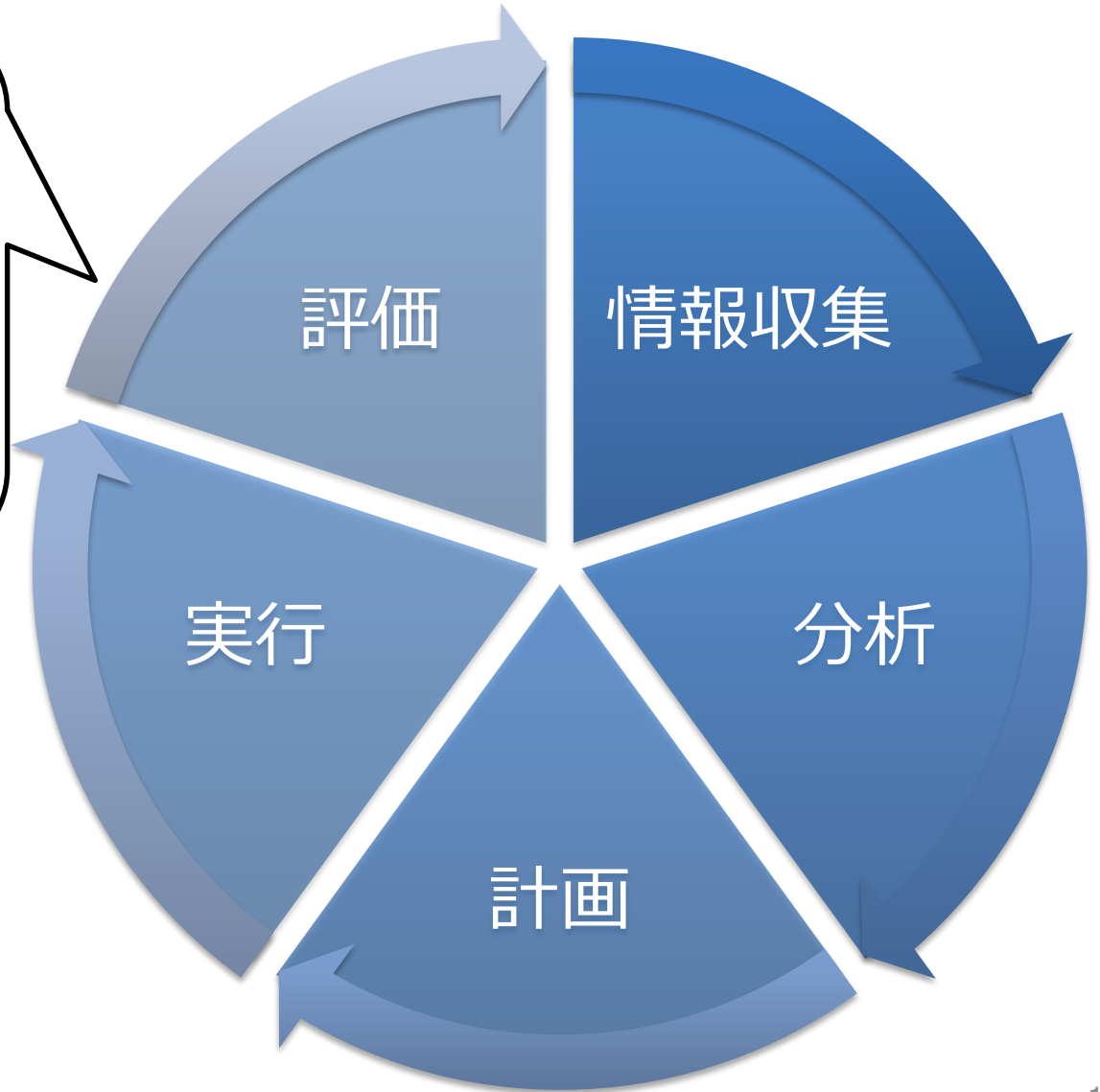
- 「地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し行うことで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組」
- 「地域包括ケアシステム構築における
工程管理」



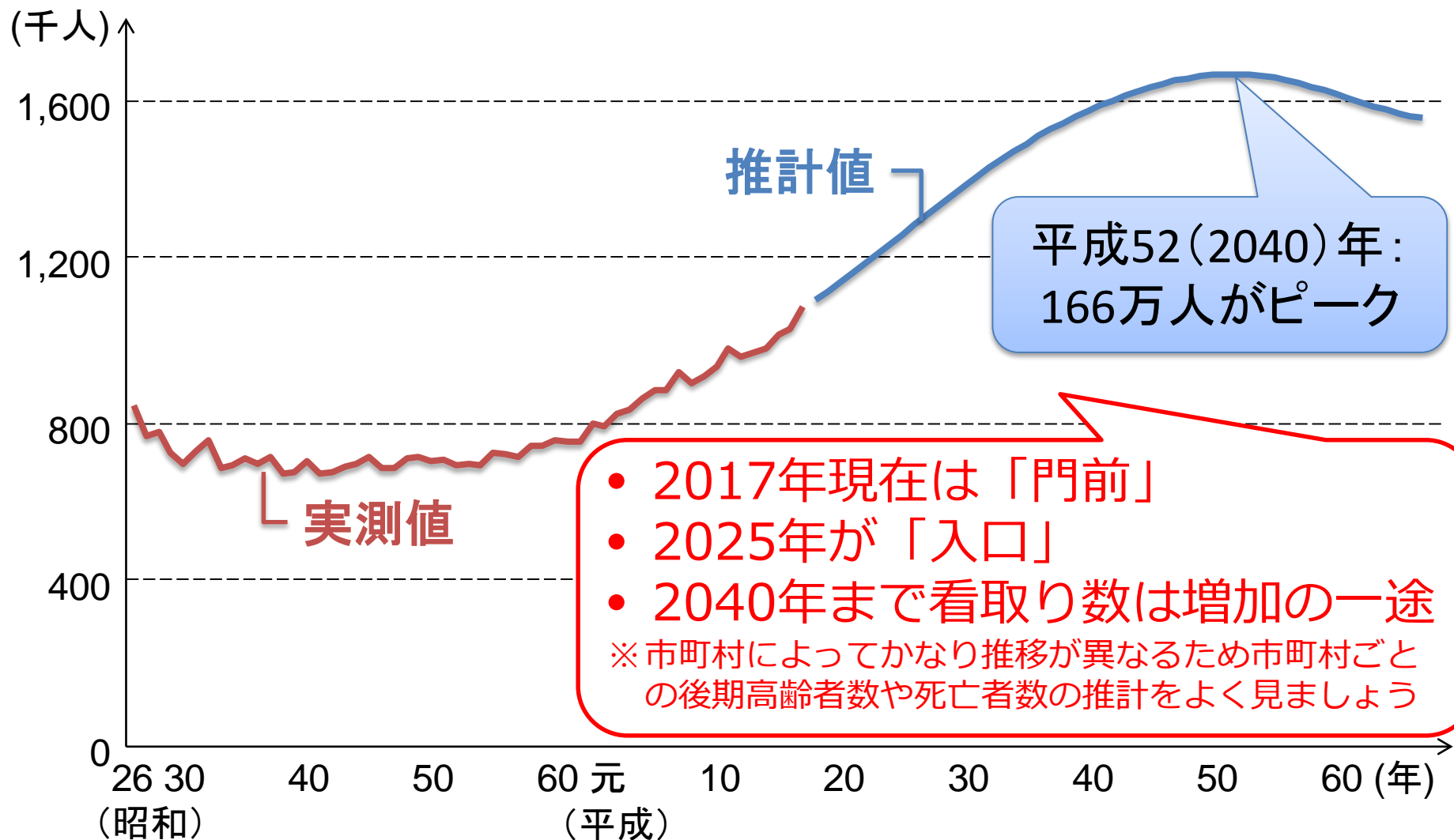
マネジメントにおいて重要なこと： PDCAサイクル

- 医師：治療過程
- 看護師：看護過程
- ケアマネジャー：ケアマネジメントサイクル
- 行政職員：事業展開

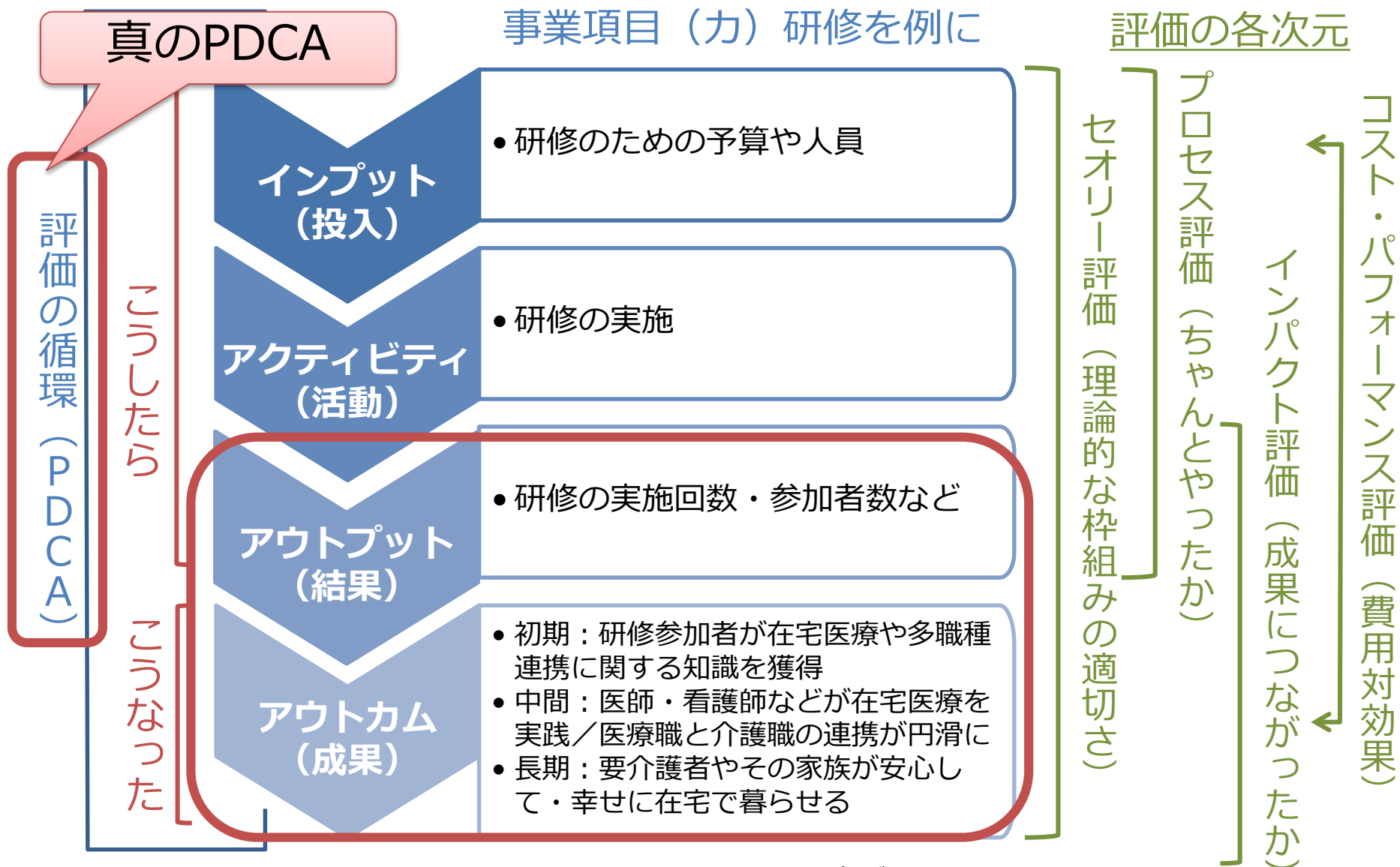
いずれにも共通



前提：在宅医療・介護連携推進事業の ピークは(ある意味では)2040年



ロジックモデル（事業評価の基本枠組み） ≡ 考え方の筋道



図：W.K.Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide, 2003. Rossi, et al. プログラム評価の理論と方法, 2005. 国際医療福祉大学教授埴岡健一氏講演資料をもとに演者作成

在宅医療・介護連携推進事業(介護保険の地域支援事業、平成27年度～)

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業(平成23・24年度)、在宅医療推進事業(平成25年度～)により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平
- 各市区町村は、原則として(ア)～(ク)の全ての事業項目を
- 事業項目を郡市区医師会等(地域の医療機関や他の団体)
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係
- 事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに

※ 評価の枠組みを考える際には、(ア)と(イ)を除きいったんこの事業項目は忘れる(この項目は「実行」段階の分類のため)

※ 各地の事例発表においても、事業項目は「後付け」されていることが多い

長。国は、事

○事業項目と取組例

(ア)地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

(キ)地域住民への啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、広報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

(カ)医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等

(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

医療・介護の目的(ニアウトカム)とは？

- 医療介護総合確保促進法第一条

- (前略)もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。

- 介護保険法第一条

- (前略)この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう(後略)

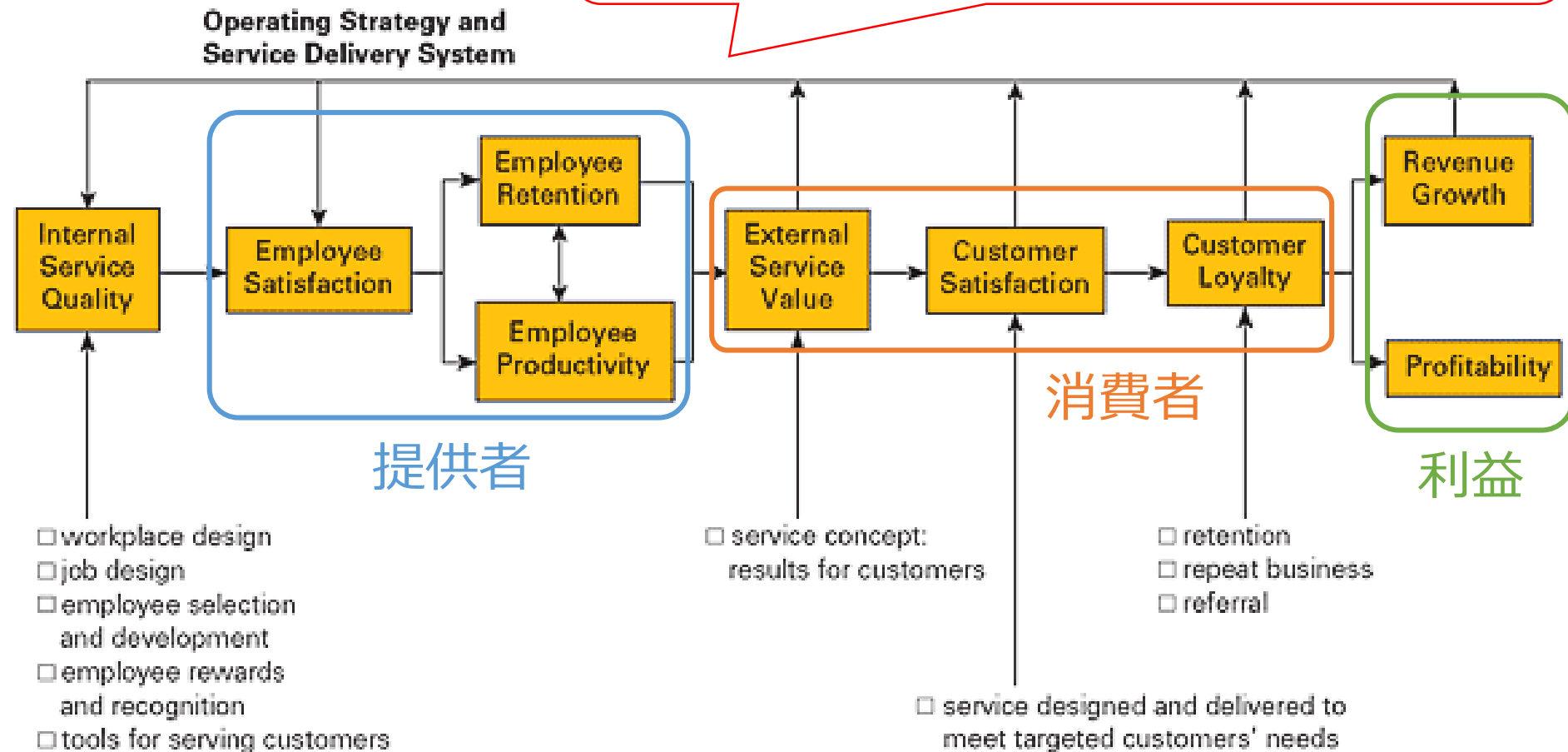
- 医療法第一条の二

- 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし(後略)

これらの要素を総合的に測るためには、生存率の延伸や身体機能の改善といった客観的側面を評価するだけでなく主観的側面(幸せ・安楽・生きがいなど)にも目を向ける必要がないだろうか？(在宅医療・介護の領域においては特に)

評価の枠組み例（1）： サービス・プロフィット・チェーン (Heskett, et al., 1994)

対人サービス領域では提供者・消費者の双方の要素がアウトカムに影響する



評価の枠組み例（２）：

「三方よし」（売り手よし・買い手よし・世間よし）

- 医療・介護職等
へのアンケート

売り手（従事者）
高い職務満足
低い離職／病欠

買い手（利用者）
高い利用者満足
ケアの質担保

- かつそれらが接合可能
で相互の関連や時系列
の変化を深掘すること
ができるデータ構造が
ベター

- 住民へのアンケート
- ケアプロセスの可視化（アセスメント／ケア介入など）
- 状態像データの解析（要介護認定調査等）

世間（社会）
低いコスト

- コストデータ解析（レセプト等）
- 住民アンケートの地区別解析

地域の目指す理想像（例）

- 長生きするなら●●区が一番
- みんなが楽で疲れない在宅医療
- 在宅看取りを地域の文化に
（在宅で亡くなるのが当たり前の地域を目指す）

⇒これらがどの位達成されたのかを測る
「ものさし」が「指標」

評価指標 = ものさしの分類： ドナベディアン・モデル (Donabedian, 1988)

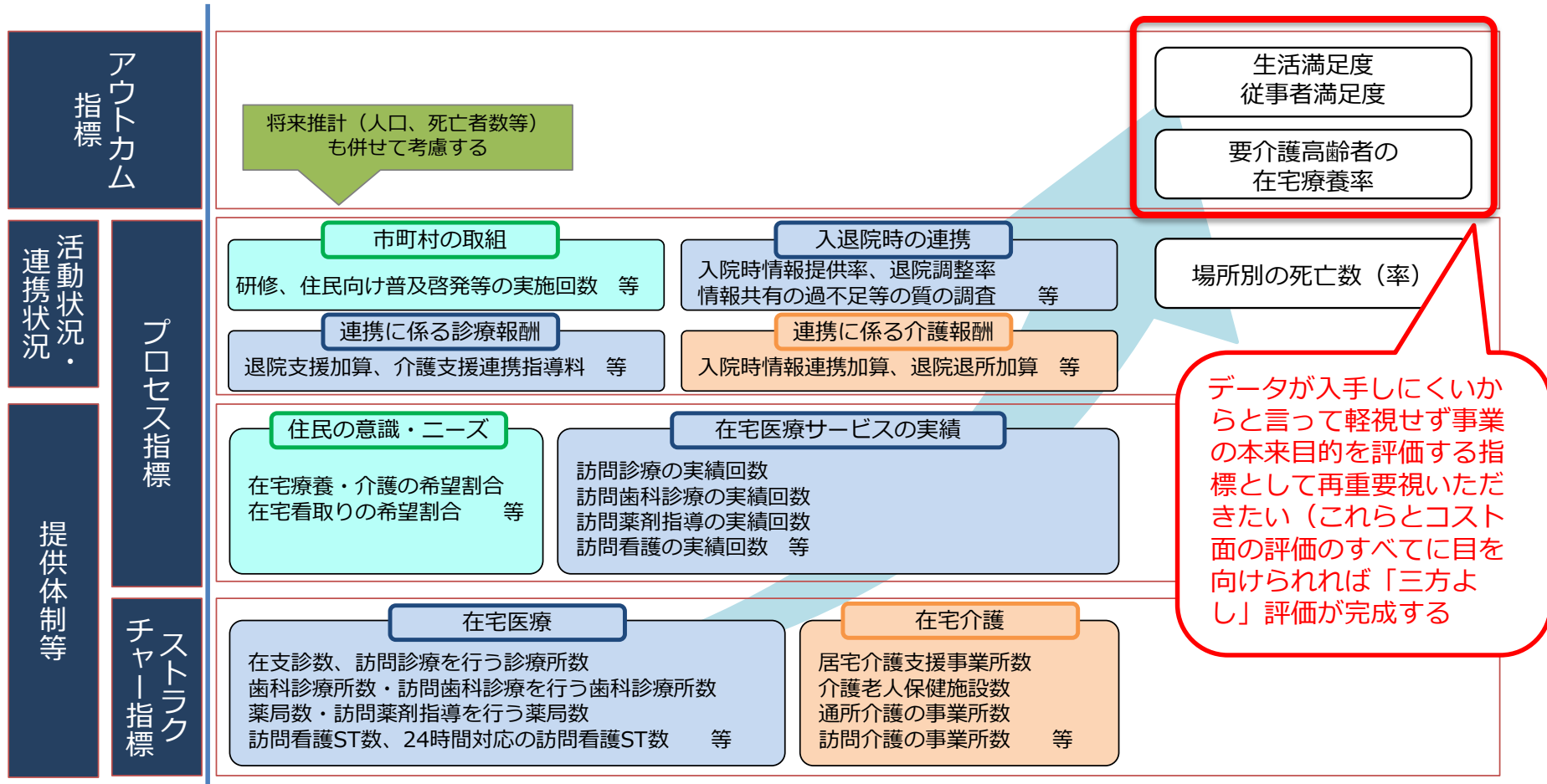
レベル	指標例	出典例	限界点
ストラクチャー(S)	<ul style="list-style-type: none"> 施設・事業所数 各職種の数 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機能情報提供制度 介護サービス情報公表制度 病床機能報告 など 	<ul style="list-style-type: none"> <u>ハコがあっても稼働していないかもしれない</u>
プロセス(P)	<ul style="list-style-type: none"> 各職種により提供されるサービスの量や内容 	<ul style="list-style-type: none"> 医療レセプト 介護レセプト 病床機能報告 など 	<ul style="list-style-type: none"> <u>質は問わず量しか確保されていないかもしれない</u>
アウトカム(O)	<ul style="list-style-type: none"> 住民の幸福感等 医療・介護従事者のやりがい等 住民1人あたり医療・介護費 <p>※詳しくは後掲のサービス・プロフィット・チェーンや三方よしのスライドを参照</p>	<ul style="list-style-type: none"> 住民アンケート 従事者アンケート 医療レセプト 介護レセプト など 	<ul style="list-style-type: none"> 住民や提供者の主観的側面を調査した系統的なアンケートがまだ多くない

測定指標の一例：「在宅で生活する認知症高齢者の日常生活自立度II以上の高齢者のうち80%以上が在宅生活の継続に大きな不安を感じない」 (MURC. 地域包括ケア研究会: 地域包括ケアシステムと地域マネジメント. 2016)

※不安の有無はアンケートにより聴取するしか把握の方法がない

在宅医療・介護連携推進事業における指標のイメージ

○ 地域の課題や取組に応じて、必要な評価指標を検討、選択することが重要。



※実績値は「後期高齢者1万人対」など人数比で把握するようにして、規模の異なる市町村間での横比較ができるようにする必要あり

参考) <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

出所) 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況および先進事例等に関する調査研究事業 (平成28年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所)

重要と思われる評価軸のまとめ

- ストラクチャー・プロセス・**アウトカム**
- 住民側・従事者側・コスト面
- 以上の定点観測（時系列評価）

定期的に測定して初めて変化が見える
（1回測っただけでは見えない）
+
担当者が異動しても視点が維持される

3. 在宅医療・介護連携に関わる 様々なコーディネーター

在宅医療の提供体制の整備

厚生労働省「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」

4側面

別表11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
ストラクチャー	● 退院支援担当者を配置している診療所・病院数	● 訪問診療を実施している診療所・病院数	● 往診を実施している診療所・病院数	● 在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数
	● 退院支援を実施している診療所・病院数	在宅療養支援診療所・病院数、医師数		
	● 介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	● 訪問看護事業所数、従事者数	在宅療養後方支援病院	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
	● 退院時共同指導を実施している診療所・病院数	● 小児の訪問看護を実施している訪問看護事業所数	● 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数	
	● 退院後訪問指導を実施している診療所・病院数	● 歯科訪問診療を実施している診療所・病院数		
		在宅療養支援歯科診療所数		
		● 訪問薬剤指導を実施する薬局・診療所・病院数		
プロセス	● 退院支援(退院調整)を受けた患者数	● 訪問診療を受けた患者数	● 往診を受けた患者数	● 在宅ターミナルケアを受けた患者数
	● 介護支援連携指導を受けた患者数	● 訪問歯科診療を受けた患者数	● 看取り数 (死亡診断のみの場合を含む)	● 在宅死亡者数
	● 退院時共同指導を受けた患者数	● 訪問看護利用者数		
	● 退院後訪問指導料を受けた患者数	● 訪問薬剤管理指導を受けた者の数		
		● 小児の訪問看護利用者数		
アウトカム				

平成28年度厚生労働科学研究「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」研究報告書より引用

例：高松市在宅医療コーディネーター養成研修

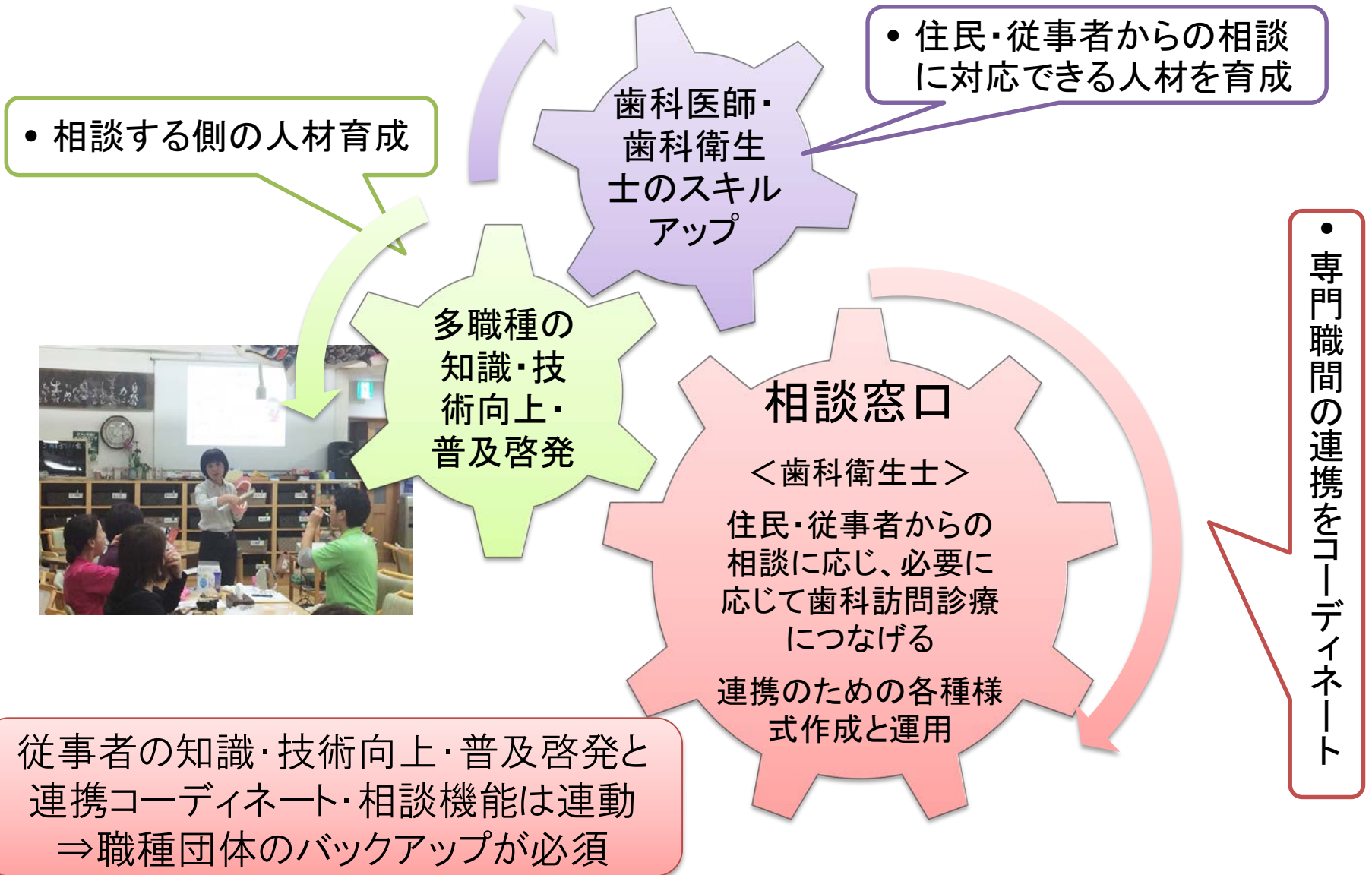
目的：在宅医療への移行およびそのマネジメントのための人材育成

対象：看護師、保健師、薬剤師、ケアマネ、MSW、PT、OT、ST
歯科衛生士

座学	内容
第1回	在宅医療コーディネーターの役割と業務内容を学ぶ ①在宅医療コーディネーター養成事業について ②在宅医療コーディネーターの役割 ③患者・家族の意思決定支援のポイント
第2回	医療処置が必要な療養者の場の選択肢とケアコーディネーション 訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導(薬局)について
第3回	慢性期療養者のコーディネーション 訪問リハビリ、訪問歯科について
第4回	認知症高齢者のコーディネーション
第5回	在宅医療連携と成年後見制度について
第6回	外部講師による講演会
	研修視察、現場実習、意思決定支援スキルアップ研修

歯科連携コーディネーター

滋賀県湖東歯科医師会「在宅歯科医療連携室」

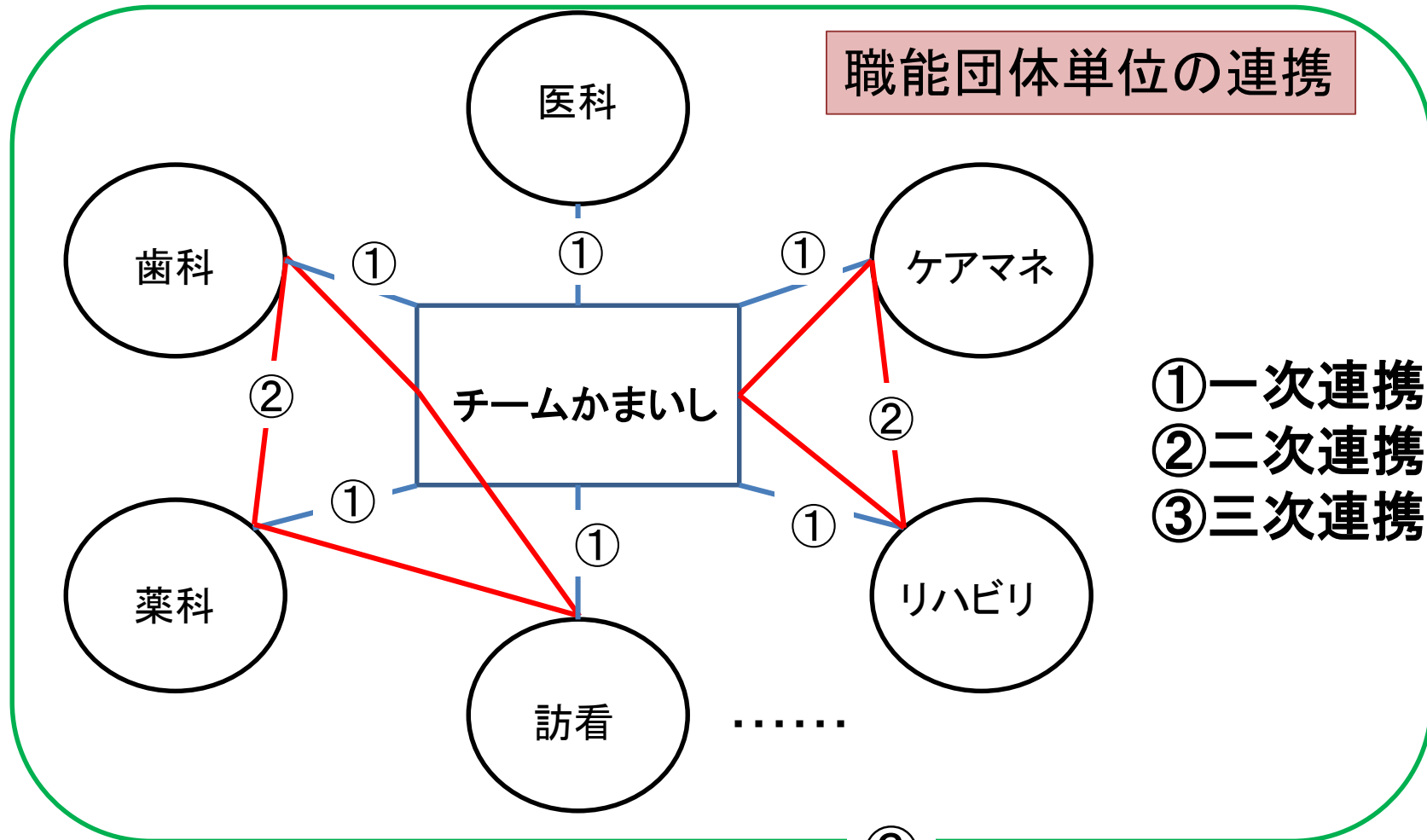


例：釜石市の連携コーディネート

2) 具体的な連携手法とその実践例

チームかまいし

連携コーディネートの中心手法：**連携の段階と役割**



さらに、地域支援事業を横断的に見てみると…

(在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー 事前課題2記入例)

〇〇県〇〇市町村 介護保険事業計画における基本理念・基本目標

【基本理念】 健やかに暮らし、みんなで支え合うまち

【基本目標】 地域包括ケアシステムの確立による、介護保障と自立支援のさらなる発展を目指して

	在宅医療・介護連携 推進事業	認知症施策	総合事業 生活支援体制整備事 業	地域ケア会議	その他
情報収集 課題抽出 対応策の検討	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護連携推進協議会の設置 多職種連携研修の活用 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症に関する検討会（医療福祉の代表者で構成） 	<ul style="list-style-type: none"> 第1層協議体 第2層協議体 	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア推進会議 地域ケア個別会議（市町村単位・包括単位開催） 	<ul style="list-style-type: none"> 地域福祉計画 高齢者居住安定確保計画 障害福祉計画 健康増進計画
連携体制 情報共有	<ul style="list-style-type: none"> 二次医療圏単位の医療福祉等の関係職種が集まる会 医療福祉推進センターの運営（二次医療圏域） 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症早期診断・早期支援マニュアル 認知症初期集中支援チームの配置 「もの忘れ相談シート」 	<ul style="list-style-type: none"> 生活支援コーディネーターの地域ケア会議への参加 地域リハビリテーション支援体制（県） 	<ul style="list-style-type: none"> 自立支援、介護予防の観点からの地域ケア個別会議 支援困難ケースに関する地域ケア会議 	<ul style="list-style-type: none"> ボランティア団体交流会（社協） 退院支援ルール(県) 関係市区町村連絡会（県）
コーディネーター配置	<ul style="list-style-type: none"> 郡市区医師会にコーディネーターの配置 医療介護関係職種からの相談支援 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症地域支援推進員 	<ul style="list-style-type: none"> 生活支援コーディネーターの配置 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村職員 地域包括支援センター職員 	<ul style="list-style-type: none"> 権利擁護サポートセンター ボランティアセンター
人材養成	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携研修 介護関係職種への医療に関係する研修 	<ul style="list-style-type: none"> キャラバン・メイト養成講座 認知症サポーター養成講座 	<ul style="list-style-type: none"> リハ職等への介護予防に関する研修 従事者向け研修（地域リハビリテーション活動支援事業の活用） ボランティア養成 	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア会議によるOJT 地域ケア会議に関する介護サービス事業所向け研修 	<ul style="list-style-type: none"> 健康推進員養成講座 在宅医療・介護連携推進セミナー（県） 専門職養成研修（県）
住民啓発	<ul style="list-style-type: none"> 市民向けフォーラム 在宅医療や介護、看取りに関する出前講座 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症サポーター 出前講座等 市民フォーラム 	<ul style="list-style-type: none"> ご当地体操啓発講座 ご当地体操フォローアップ講座 		<ul style="list-style-type: none"> 病院主催のふれあいまつり 介護予防手帳

お話しした内容

1. 在宅医療・介護連携に関する相談支援
→「何を解決するためか」「何を実現するためか」
まずは目的を明確に。目的と手段を取り違えない。
 2. 在宅医療・介護連携におけるPDCA
→「アウトカム」を設定した「真のPDCA」。
 3. 在宅医療・介護に関わる様々なコーディネーター
→どのレベルのどの分野の調整を担うのか、
互いに共通理解した上で連動を。
- ※連携コーディネーター、残念ながら答えはありません。
コーディネーター同士、自治体を越えて交流を。