

兵庫県在宅医療・介護連携相談窓口職員研修

在宅医療・介護連携相談窓口に求められる 機能・役割について

2018年3月13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・介護連携推進事業における相談支援
2. 在宅医療・介護に関わる様々なコーディネーター
3. 市町行政担当者に伝えていること：真のPDCAを回す



あらためて

1. 在宅医療・介護連携事業における相談支援

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、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として(ア)～(ク)の全ての事業項目を実施。
- 事業項目を郡市区医師会等(地域の医療機関や他の団体を含む)に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、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、都道府県を通じて実施状況を把握。

○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)地域住民への普及啓発

- ◆ 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、区報、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

(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)

(才)在宅医療・介護連携に関する相談支援

(平成29年10月25日老老発1025第1号 厚生労働省老健局老人保健課長通知)

<目的>

在宅医療・介護連携を支援する相談窓口を設置することにより、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等から、在宅医療・介護連携に関する相談等を受付け、連携調整、情報提供等により、その対応を支援すること。

在宅医療・介護連携推進事業の手引き(ver.2)

(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援

(平成29年10月25日老老発1025第1号 厚生労働省老健局老人保健課長通知)

【ポイント】 ※抜粋

- 設置、運営にあたっては、**郡市区医師会との連携体制を確保**
- 在宅医療・介護連携に関する相談の受付、連携調整、情報提供等の機能を確保し、**在宅医療・介護連携の取組を支援する**
- **介護関係者からの相談については既存の地域包括支援センターの役割を前提として、連携により対応する。**
- **地域住民からの相談等は原則として地域包括支援センターだが、実情に応じて対応しても差し支えない**
- **すでに在宅医療・介護連携を支援する機能が設けてある場合は、活用してよい**
- **受け付けた相談内容や地域の在宅医療・介護連携に関する現状についての情報共有等、市区町村および地域包括支援センターとの連携を図る。**

2. 在宅医療・介護連携に関わる 様々なコーディネーター

連携コーディネート

1. どの分野、場面を主に扱うのか

- ・入退院(移行期)、日常の療養支援、急変時、看取り
- ・医療、医療介護、歯科

2. どの職種を主なターゲットにするのか

- ・ケアマネ、病院、医師、看護師、
- ・住民は含むのかどうか

3. どのレベルの調整を主に扱うのか

- ・ケアに関わるチーム、各職種の間
- ・職種団体の間
- ・地域全体(資源や仕組みの調整)

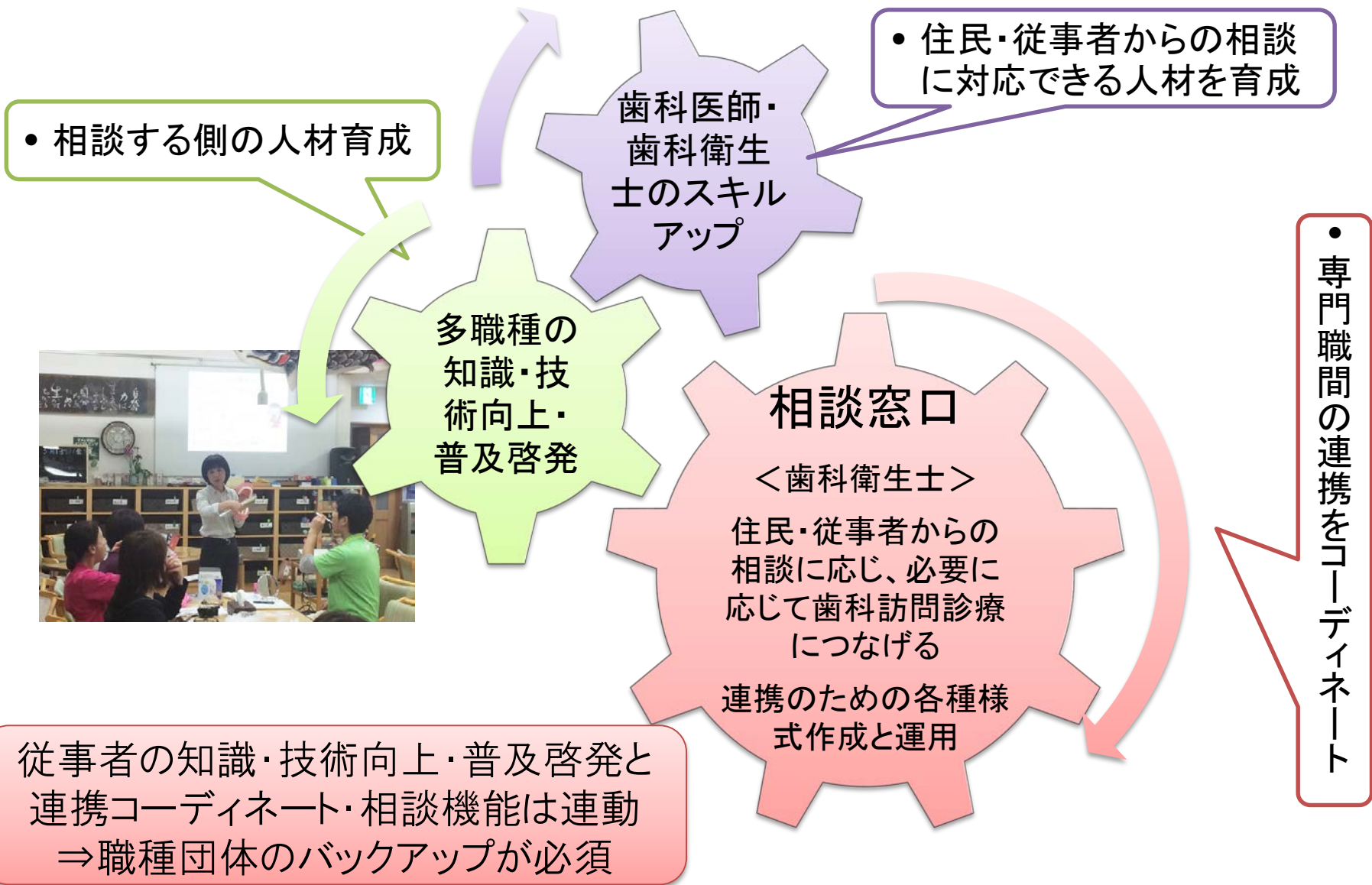
例：高松市在宅医療コーディネーター養成研修

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

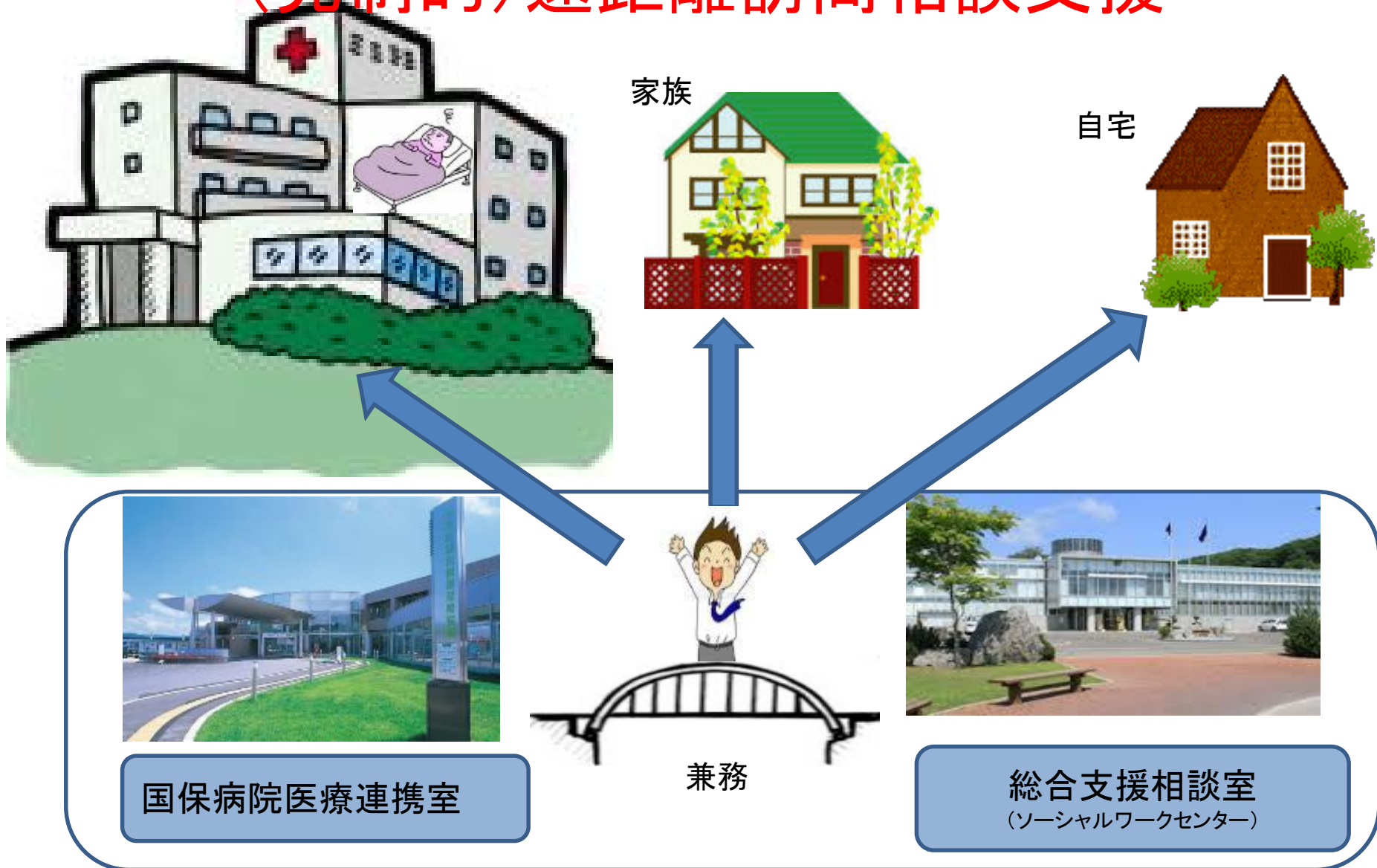
対象：看護師、保健師、薬剤師、ケアマネ、MSW、PT、OT、ST
歯科衛生士

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

例：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：北海道足寄町 (先制的)遠距離訪問相談支援



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				

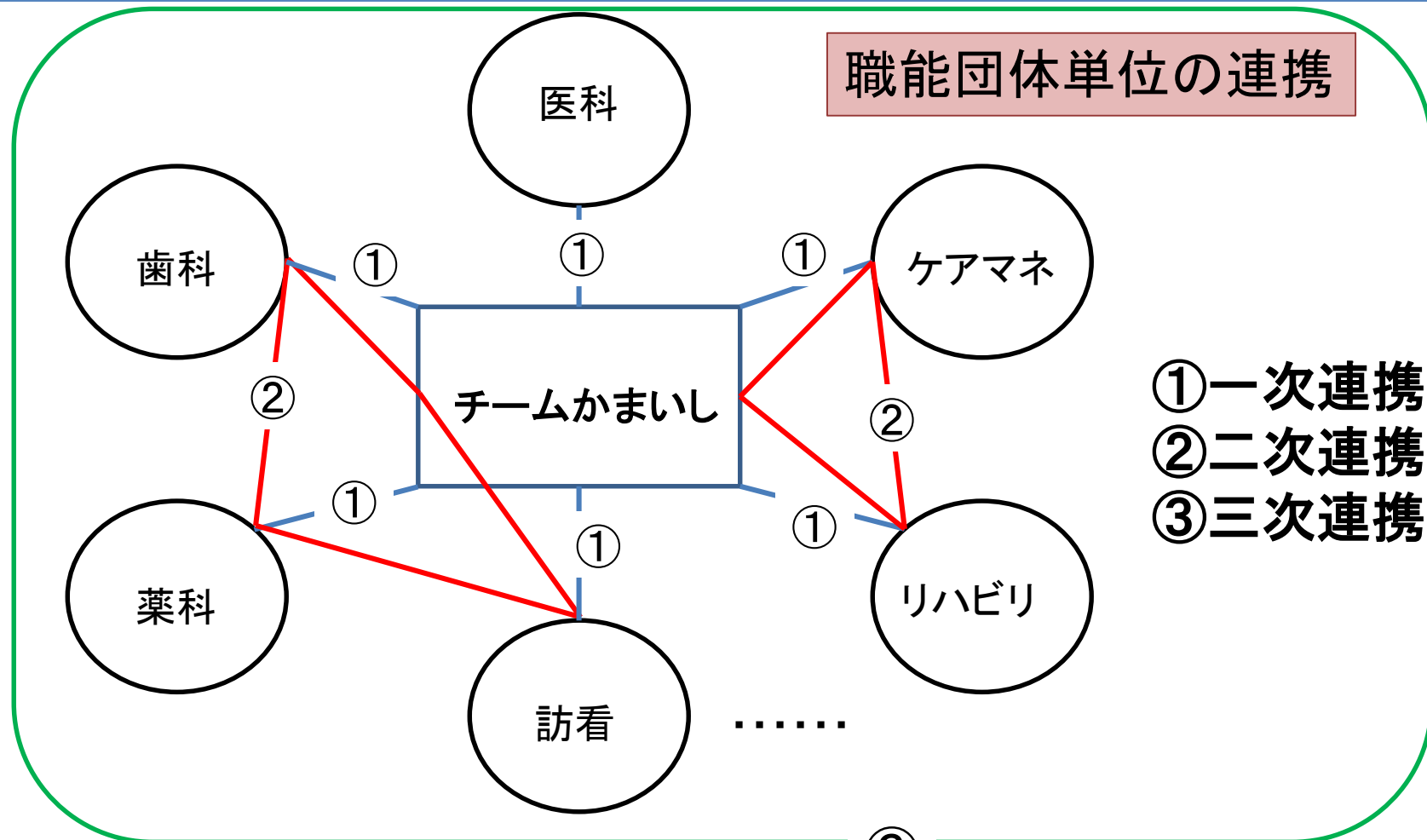
平成28年度厚生労働科学研究「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」研究報告書より引用

例：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**



3. 市町行政担当者に伝えていること
「真のPDCAをまわす」

市町村の役割：地域マネジメント

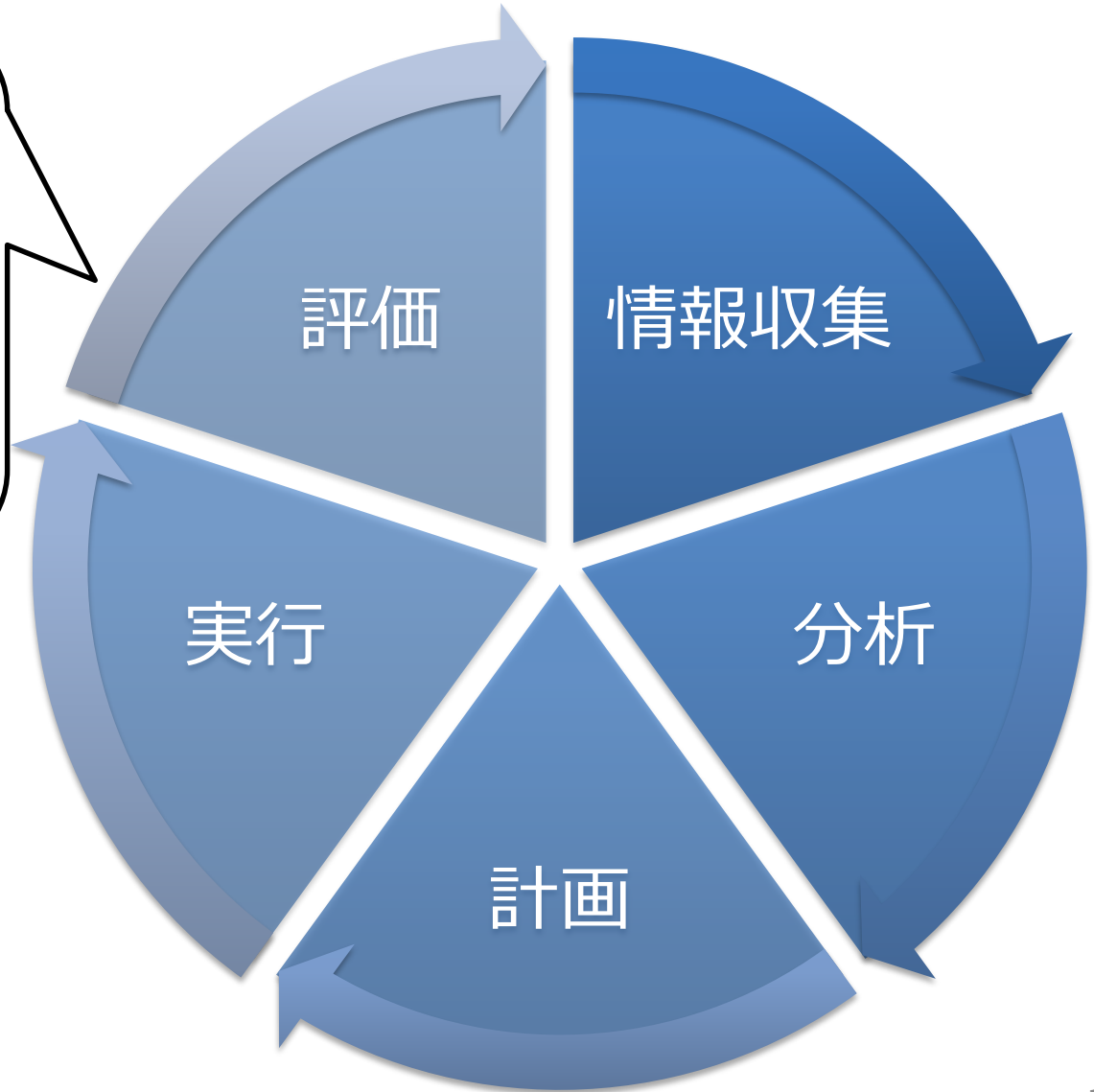
- 「地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し行うことで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組」
- 「地域包括ケアシステム構築における
工程管理」



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



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、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、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、都道府県を通じて実施状況を把握。

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）地域住民への普及啓発

- ◆ 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、区報、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



（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、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

- ◆ 地域の医療・介護関係者を通じ、多職種連携
- ◆ 介護職を対象とした等

- ※ 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

医療・介護の目的(≡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)

評価枠組みの例

「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

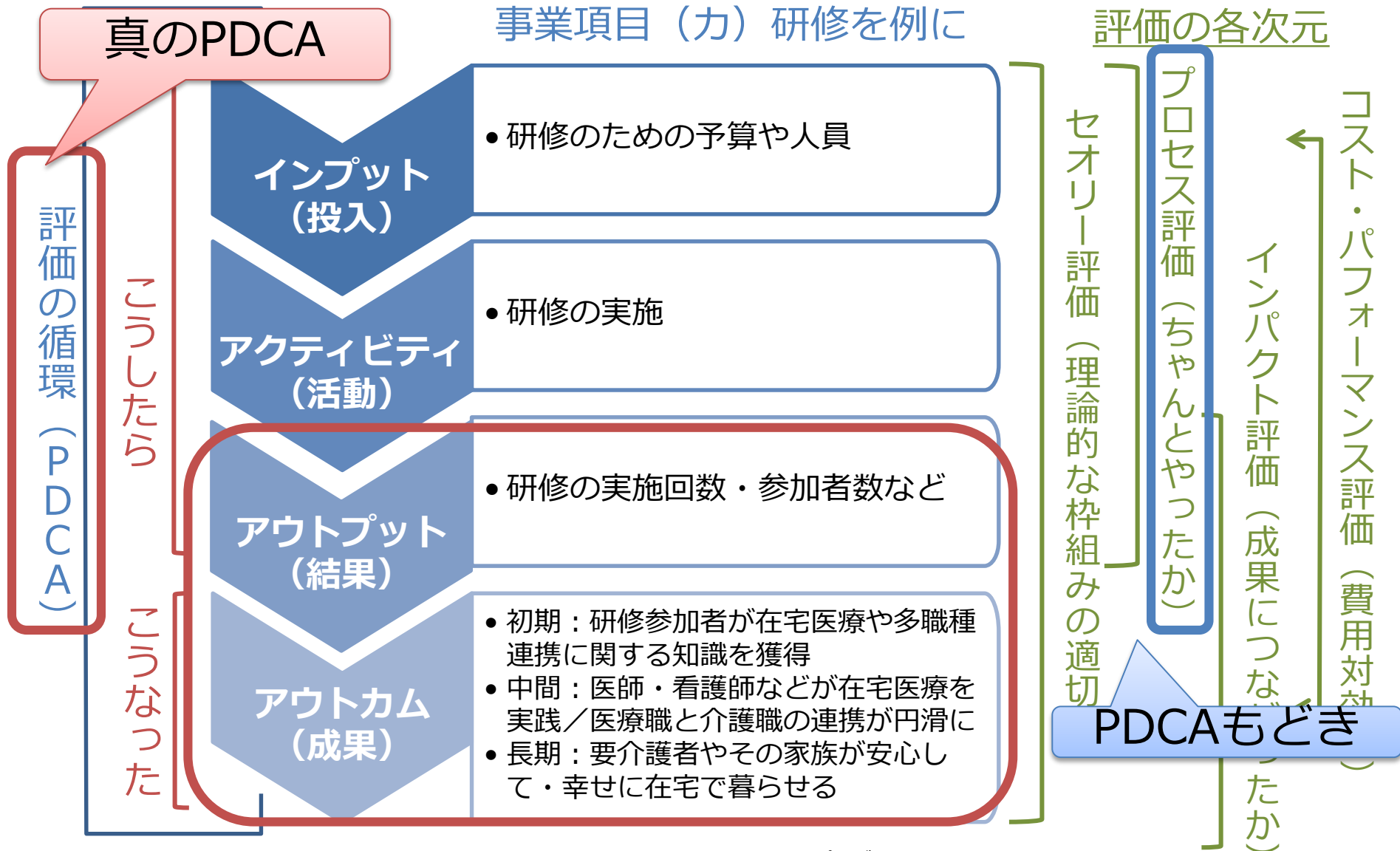
- かつそれらが接合可能
で相互の関連や時系列
の変化を深掘すること
ができるデータ構造が
ベター

- 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

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

医療計画通知におけるロジックモデルの視点

1. 医療体制の政策循環

5疾病・5事業及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、住民の健康状態や患者の状態(成果(アウトカム))などをもって施策の評価を行うことが必要なため、これらを用いた評価を行うことが重要である。具体的には、施策や事業を実施したことにより生じた結果(アウトプット)が、成果(アウトカム)に対してどれだけの影響(インパクト)をもたらしたかという関連性を念頭に置きつつ、施策や事業の評価を1年ごとに行い、見直しを含めた改善を行うこと。都道府県は、この成果(アウトカム)に向けた評価及び改善の仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくことが重要である。

出所: 疾病・事業および在宅医療に係る医療体制について(平成29年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知(平成29年7月31日一部改変))

医療計画通知におけるロジックモデルの視点

アウトカム(成果)

施策や事業が対象にもたらした変化

アウトプット(結果)

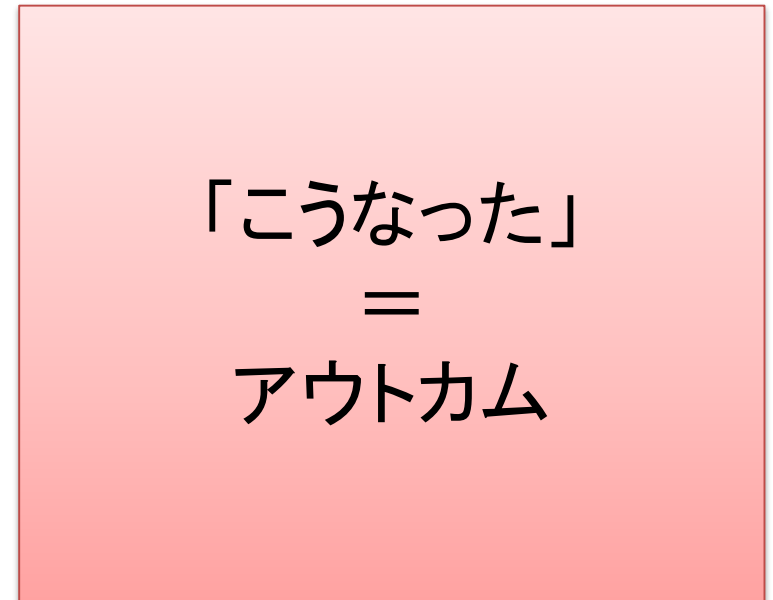
施策や事業を実施したことにより生じる結果

インパクト(影響)

施策や事業のアウトプットによるアウトカムへの寄与の程度

出所: 疾病・事業および在宅医療に係る医療体制について(平成29年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知(平成29年7月31日一部改変))

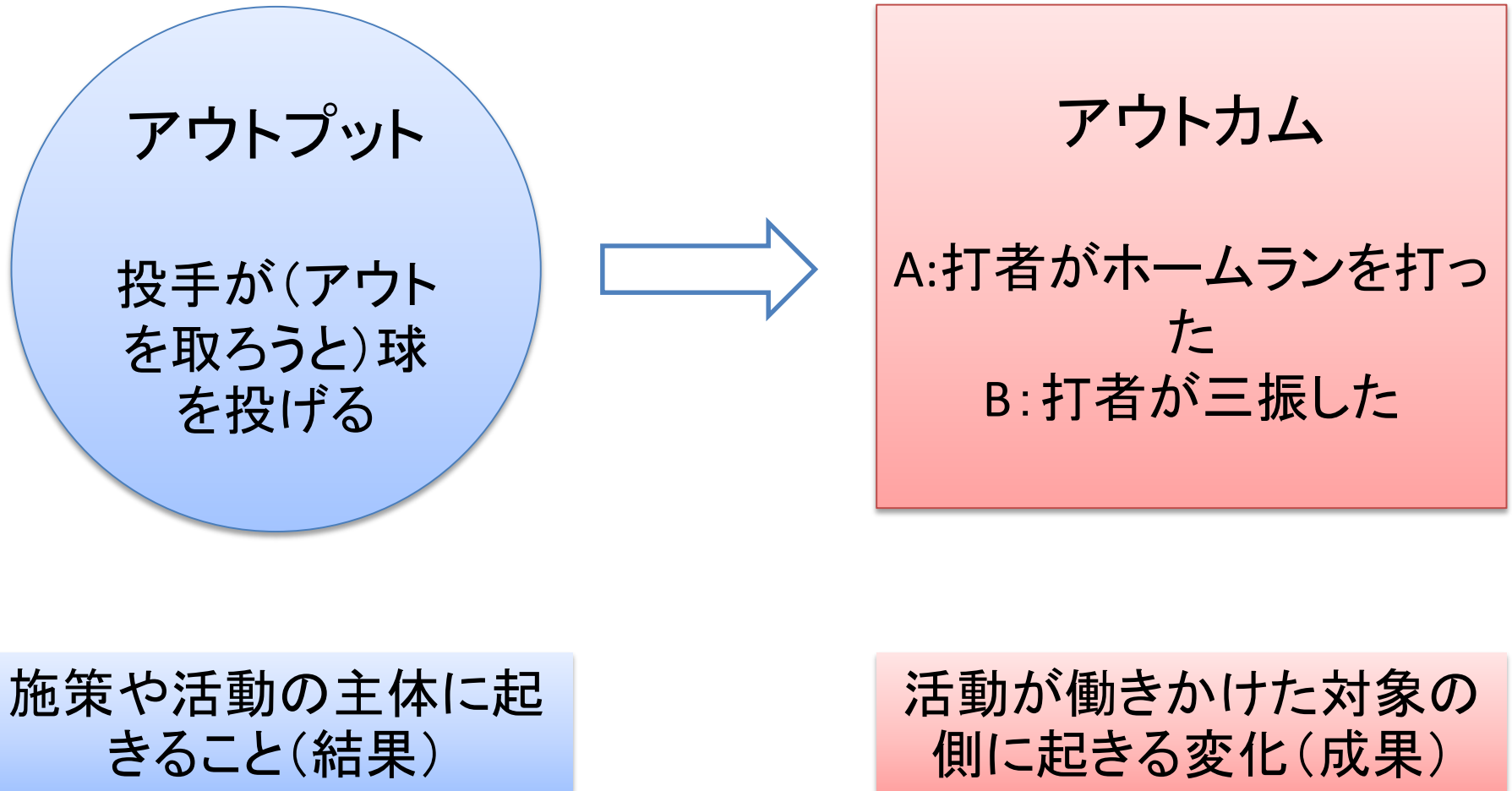
「こうしたら」 = アウトプット
「こうなった」 = アウトカム



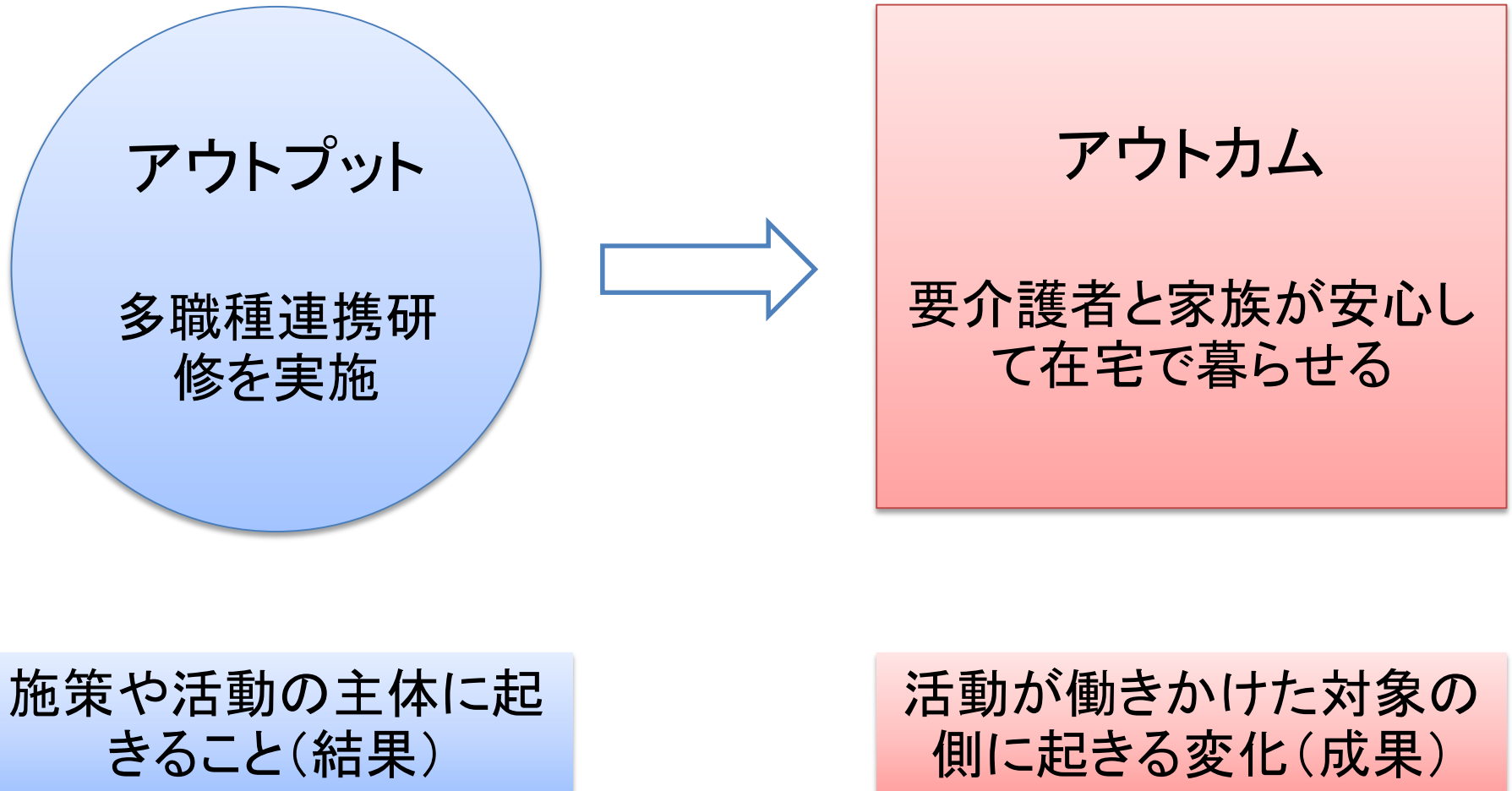
施策や活動の主体に起
きること(結果)

活動が働きかけた対象の
側に起きる変化(成果)

アウトカムとアウトプット 例①



アウトカムとアウトプット 例②



ロジックモデルで実際の事業を考える

ヒト・モノ・カネを投入して活動する

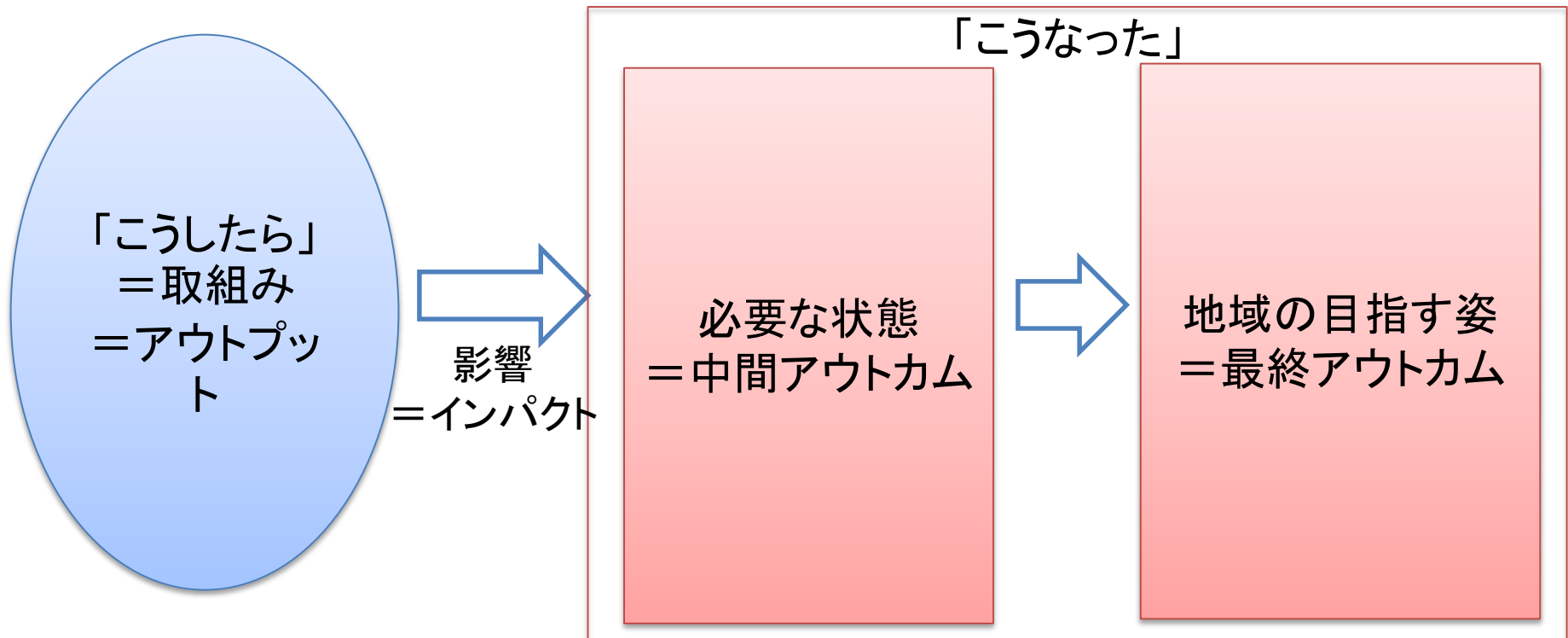
多職種連携研修を実施

サービスが良くなる

医療・介護従事者の連携が円滑になる

住民の状態が良くなる

要介護者と家族が安心して在宅で暮らせる



ロジックモデルと「真のPDCA」

ヒト・モノ・カネを投入して活動する

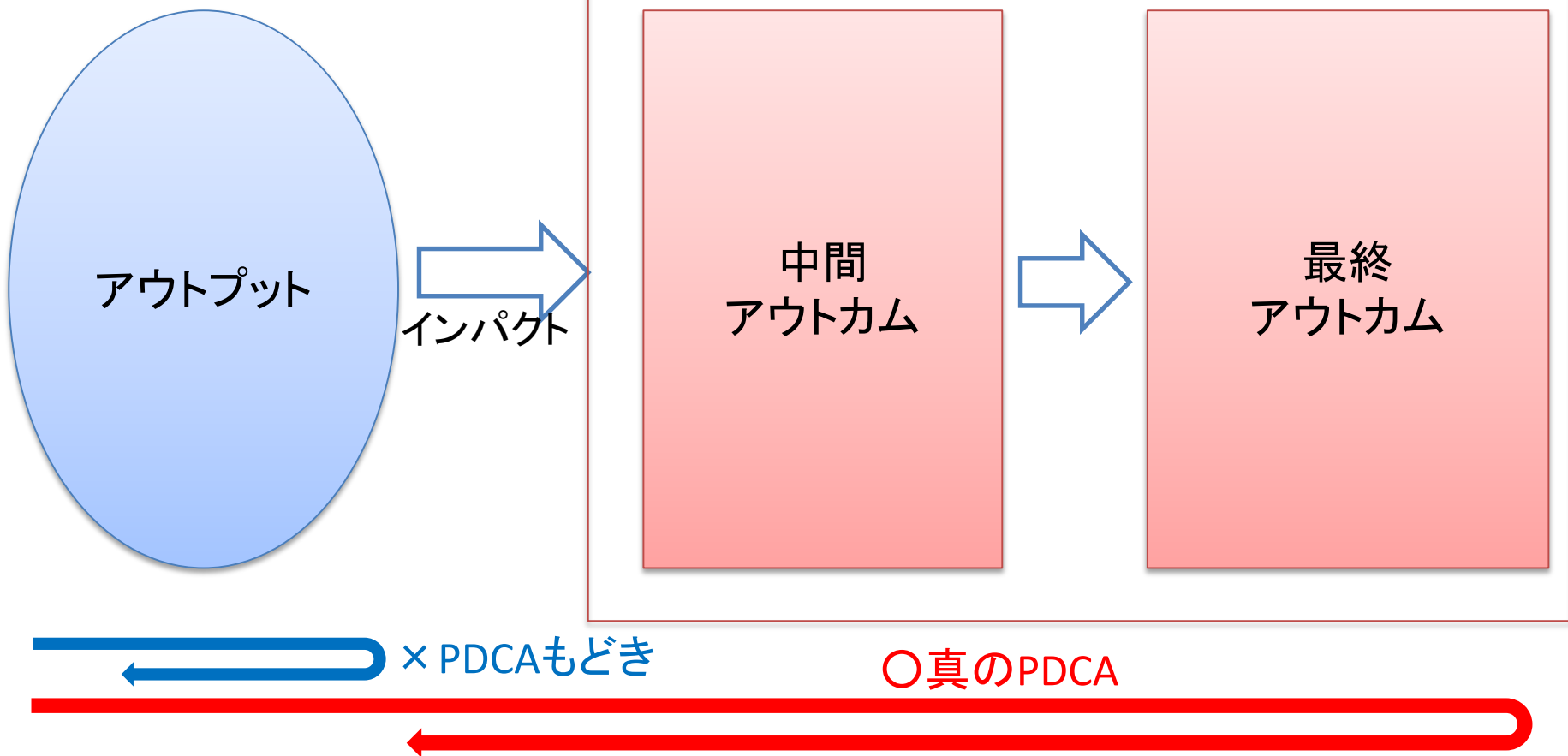
多職種連携研修を実施

サービスが良くなる

医療・介護従事者の連携が円滑になる

住民の状態が良くなる

要介護者と家族が安心して在宅で暮らせる



実際に事業を考える時のツリー

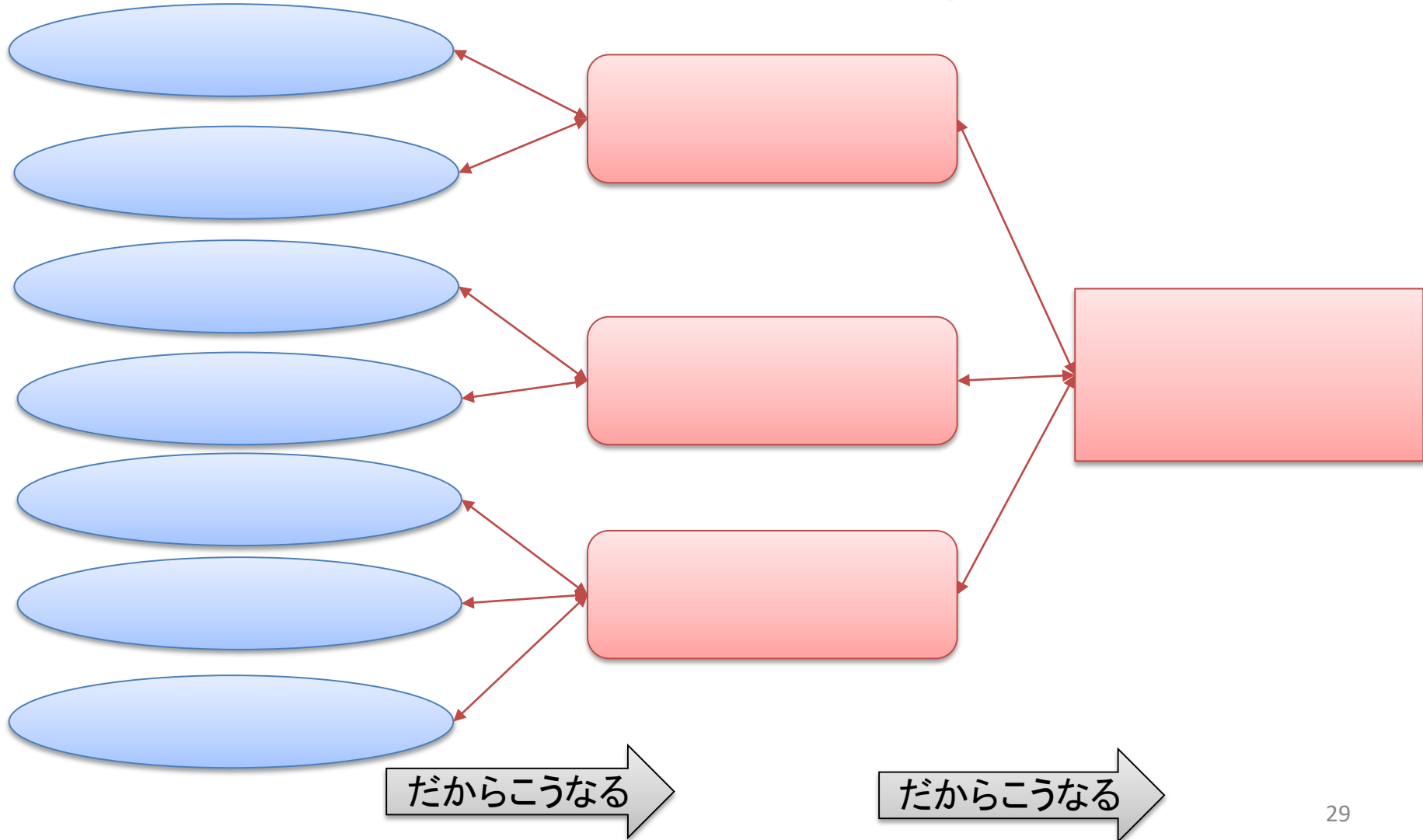
取組み
= 施策アウトプット

必要な状態
= 中間アウトカム

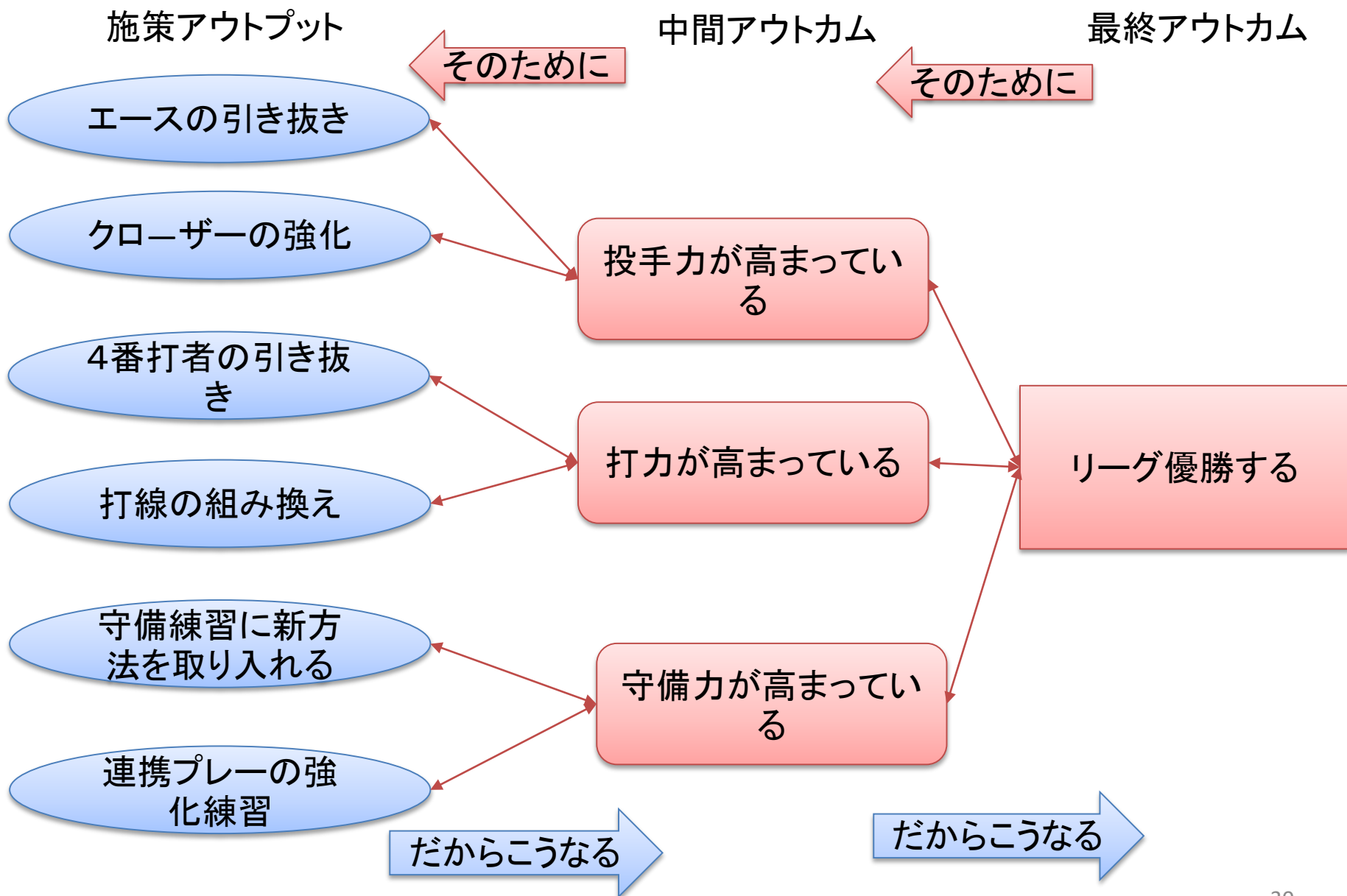
地域の目指す姿
= 最終アウトカム

← そのために

← そのために



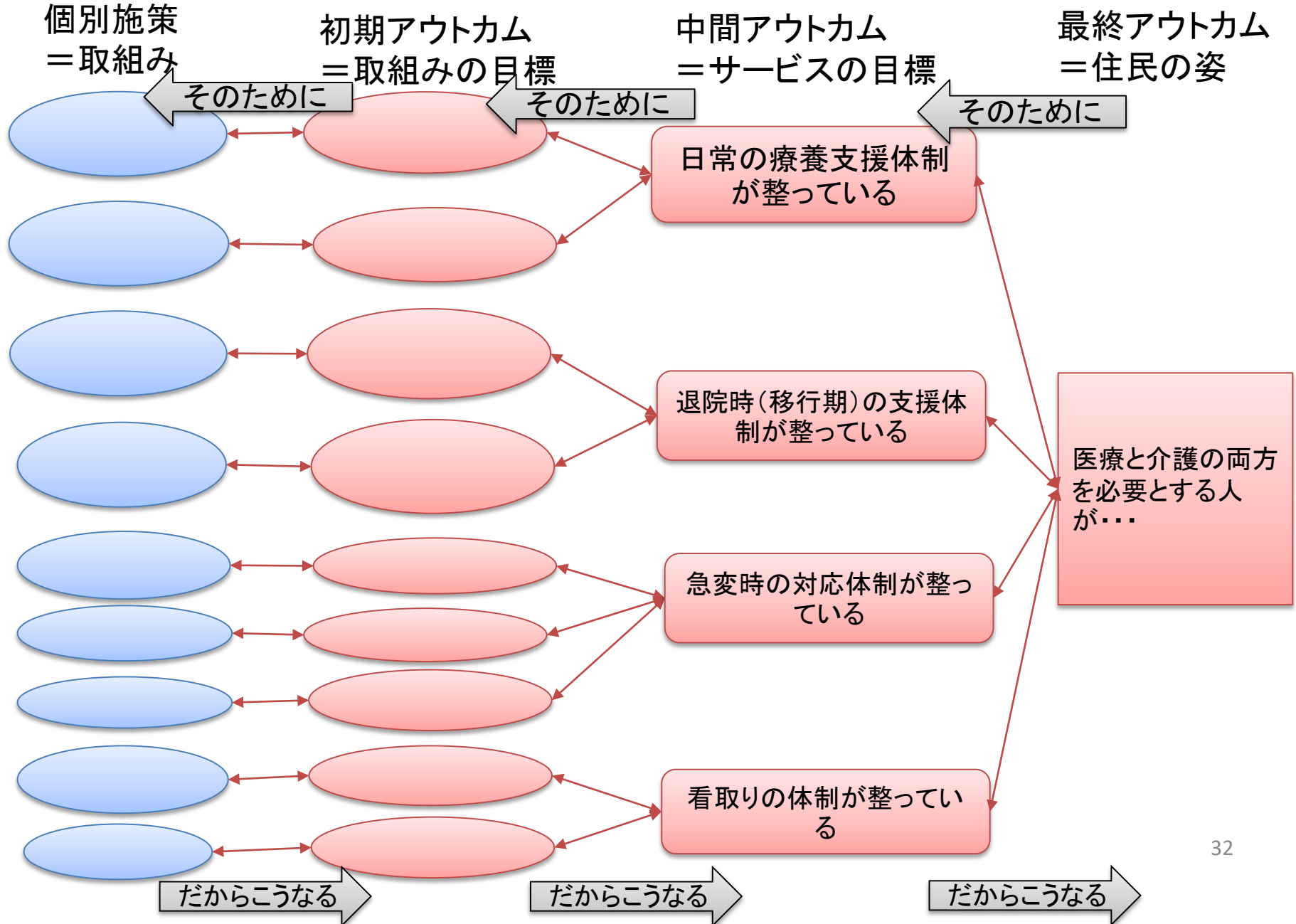
実際に事業を考える時のツリー



<グループワーク>

ロジックモデルを活用してアウトカムと取組み
を整理してみましよう。

在宅医療・介護連携の施策マップ例



進め方

1. 「最終アウトカム」
= 住民・患者・利用者の目指すべき姿
※ 「自分が受けたい医療・介護」「住民になって欲しい姿」
2. 「中間アウトカム」を「日常の療養支援体制が整備されている」した場合の「初期アウトカム」
= 「最終アウトカム」「中間アウトカム」を達成するために必要な状態 取り組みの目標
3. 「施策アウトプット」 = 「初期アウトカム」を達成するための取組み
4. 「最終アウトカム」「中間アウトカム」「施策アウトプット」が論理的につながっているか確認・吟味

お話しした内容

1. 在宅医療・介護連携推進事業における相談支援
2. 在宅医療・介護に関わる様々なコーディネート
 - 地域のどういう場面のどういう連携を調整するのか。
ご自身の所属、立場での強みは何か
 - 市町村と関係職種団体と共に、地域の目指す姿を明確にすることが必須
3. 市町行政担当者に伝えていること: 真のPDCAを回す
 - 地域の連携の現場の課題を知るパートナーとして、市町村行政として一緒に取り組む