

資料 1

ロジックモデルを活用した 在宅医療介護連携推進事業の取組み評価

一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
松本佳子

yoshiko.matsumoto@ihep.jp

お話する内容

※1～3は昨年度の復習を含みます

1. ロジックモデルとは

2. 在宅医療・介護連携の「こうなった」の考え方 — 在宅医療の4場面—

3. 評価:「取り組みの価値を見出す」

4. 評価:事実特定

—生駒市の目指す姿を測る指標(モノサシ)を考える—

1. ロジックモデルとは ＝戦略図・設計図・羅針盤・ロードマップ

戦略図・羅針盤・設計図・ロードマップの広がり

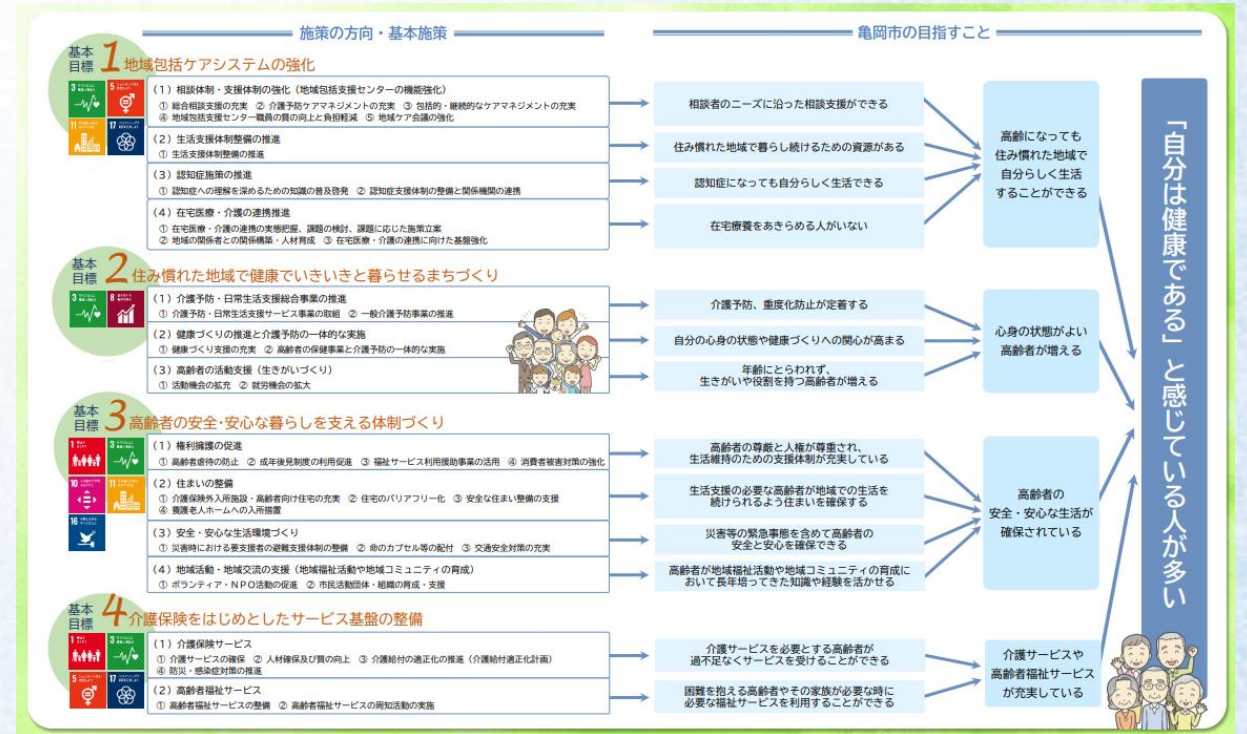
「目指す姿・ありたい姿」とそれを実現するためにどう「取組むか」の関係を可視化・図式化したもの

ロジックモデル マンダラチャート など

全国半数の都道府県が第8次医療計画にロジックモデルを掲載

市町村の介護保険事業計画、健康増進計画、障害福祉計画「にも包括」などでも活用が広がっている

※(患者・住民を含め)多くの関係者が、地域の戦略図を共有できるようになった



亀岡市いきいき長寿プラン（亀岡市高齢者福祉計画・第9期亀岡市介護保険事業計画）概要版 <https://www.city.kameoka.kyoto.jp/soshiki/25/3265.html>

取組み

2027年に目指すこと

2030年頃に目指すこと

2040年に目指すこと

ロジックモデル(案)	
具体化段階(優先施策)	内容(実施)
【入退院支援】 <入退院調整マニュアルの活用>	
(A) 入退院調整マニュアルの活用	運用状況調査の実施
事前検討会	事前検討開催回数/参加者数
【日常の療養支援】	
(B) <多職種連携研修会>	施設・健康福祉内での研修や会議の開催について情報共有(事業部の参加促進を図る)
多職種連携研修会	市内打ち合わせ回数
事業部PPシート作成	事業部PPシート作成数
(C) <同業連合会の開催>	同業連合会の開催
同業連合会の開催	同業連合会の開催回数
在宅部会の開催	在宅部会の開催回数
【急変時の対応】	
(D) <急変時の療養支援の体制構築>	医療・介護・介護予診情報などによる調査
事業部情報更新調査の実施	
【有取り】	
(E) <有取り体制の整備>	有取りを実施している事業所の把握
人生会議の開催	人生会議の開催回数
(F) <専門職への普及啓発>	ファシリテーター養成
ファシリテーター養成	ファシリテーター数
ワーキンググループの開催	ワーキンググループの開催回数
研修会の実施	研修会の開催回数、参加者数
(G) <有取りの市民意識調査>	
(H) <思いを伝える「私ノート」等の普及啓発>	有取りの市民意識調査
どこでも講座の開催	どこでも講座の開催/参加者数
市民フォーラムの開催	市民フォーラムの開催/参加者数
思いを伝える「私ノート」等の普及啓発	思いを伝える「私ノート」配布数/活用数
ファシリテーター養成	ファシリテーター数
(I) <学校における福祉教育>	小・中学生を対象とした出前授業
小・中学生を対象とした出前授業	
小・中学校以外の教育機関における普及啓発	小・中学生を対象とした出前授業開催回数
【災害・新興感染症発生時】 <連携型BCP・地域BCPの策定>	
(J) 研修・グループワークの実施	研修、グループワークの開催回数
シミュレーション訓練の実施	シミュレーション訓練の実施回数(自衛隊、消防、地産など)

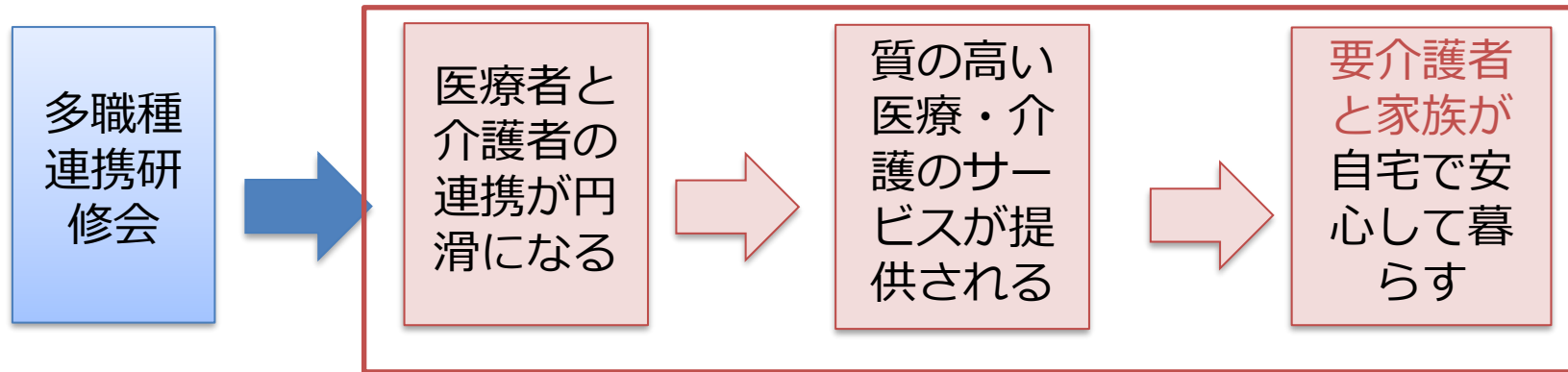
年	令和9年の状態(前期アウトルーム)	内容
c)多職種・多機関連携		
1	入退院調整におけるケアマネ等と病院担当者が入院時に利用者の情報を共有できている	入院時連携案(TL)の活用
2	入退院調整におけるケアマネ等と病院担当者が退院時に療養の情報を共有できている	入院時連携提供書提出案
3	入退院調整におけるケアマネ等と病院担当者が退院によりスムーズな退院調整につながる事例を共有できている	退院調整案 退院時カンファレンスの開催
a)連携型		
1	医療・介護従事者が負担なく気軽に多職種連携のための会議や研修会に参加できている	
b)人材育成・スキルアップ C)多職種・多機関連携		
2	医療・介護従事者が、他事業所のサービスや機能を把握できている	
a)連携型 c)多職種・多機関連携		
3	医療・介護従事者が集まりごとの課題と対応策を検討できている	
4	医療・介護従事者が他業種を理解し、連携体制が強化されている	
a)連携型		
1	医療・介護従事者が夜間・休日も病状の悪化に対応できる体制ができています	在宅療養後方支援病院 在宅療養支援診療所
a)連携型		
1	医療機関、介護事業所(施設等)が、有取りに取り組みることができる	有取り対応が可能な医療機関数 有取り対応が可能な介護事業所数 ターミナルケアに関する診療報酬決定数
c)多職種・多機関連携		
2	医療・介護従事者が有取りを行うときに事業所間で協力できている	
b)人材育成・スキルアップ c)多職種・多機関連携 d)普及啓発		
3	医療・介護従事者が利用者が望む医療・ケアについて共有することができる	調査による認知度・理解度を確証
4	医療・介護従事者がグループワークを実施できている	カンファレンス等実施件数
d)普及啓発		
6	市民が人生最後の医療やケアについて考えることができる	市民の意識調査を実施
a)連携型		
7	小・中学生が人生会議(ACP)について家族と取り組むことができる	
d)普及啓発		
8	福祉(医療)系の学生が人生会議に興味を持つことができる	
a)連携型		
1	医療・介護従事者が連携型BCP・地域BCPについて理解できている	
2	災害が発生したときに医療・介護従事者がBCPの運用ができる	

年	令和12年の状態(中期アウトルーム)	内容
1 市民が安心して地域から病院、病院から地域へと療養の場を移行することができる		
2 市民が住み慣れた地域で、後遺、介護度に応じた多職種協働による医療・ケアを受けることができる		
3 市民が在宅療養中に病状の悪化があった時に、日時を問わず診療を受けることができる		
4 市民が住み慣れた自宅や介護施設など利用者が望む場所で有取りの医療・ケアを受けることができる		
5 市民が災害・新興感染症発生時も継続してケアを受けることができる		

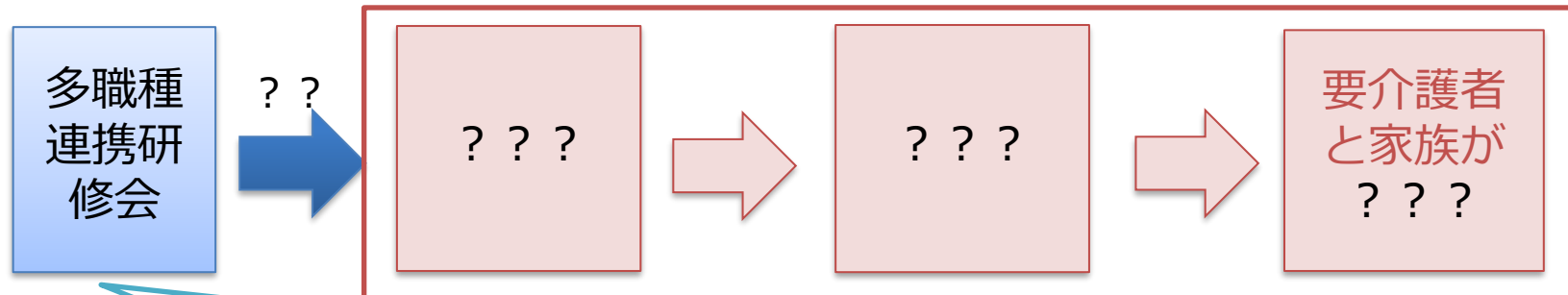
資料 5	内容
1	在宅療養が選択となり、専門職、思い手、サービスの受け手、誰もが暮らしやすくなっている

●生駒市ロードマップ
＝生駒市の在宅医療・介護連携の目標を達成するための設計図

A. 本来は・・・



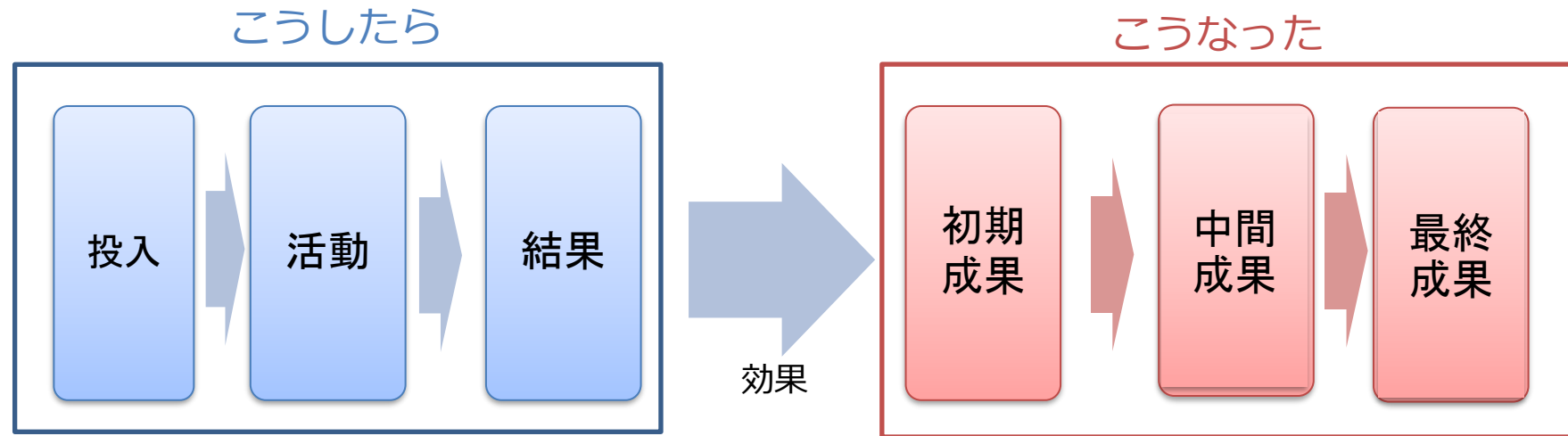
B. 陥りがちなのは・・・



事業実施自体が目的になってしまうと、、、

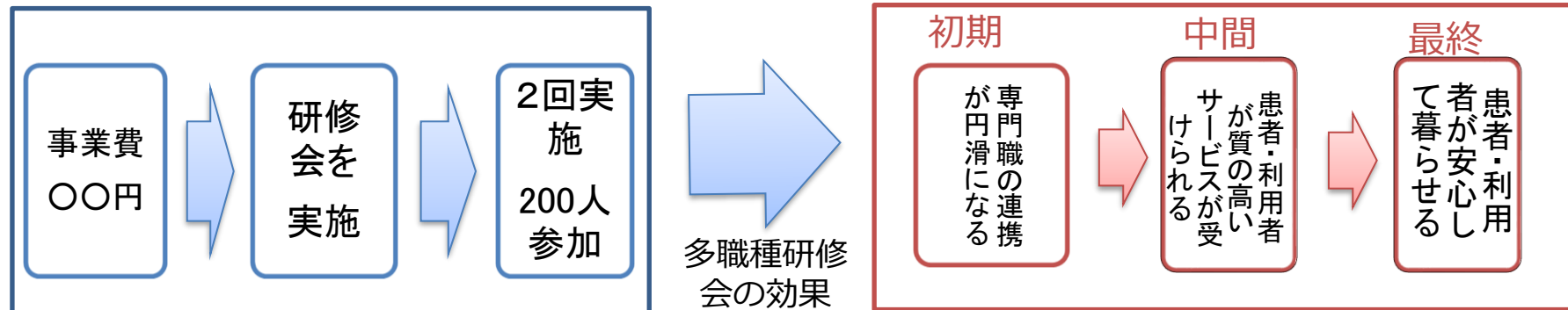
- ・ 成果につながらない取り組みが繰り返される可能性
- ・ 成果につながっているが、成果が見えずにやめてしまう可能性

設計図(ロジックモデル):投入・活動・結果・成果の論理構造図

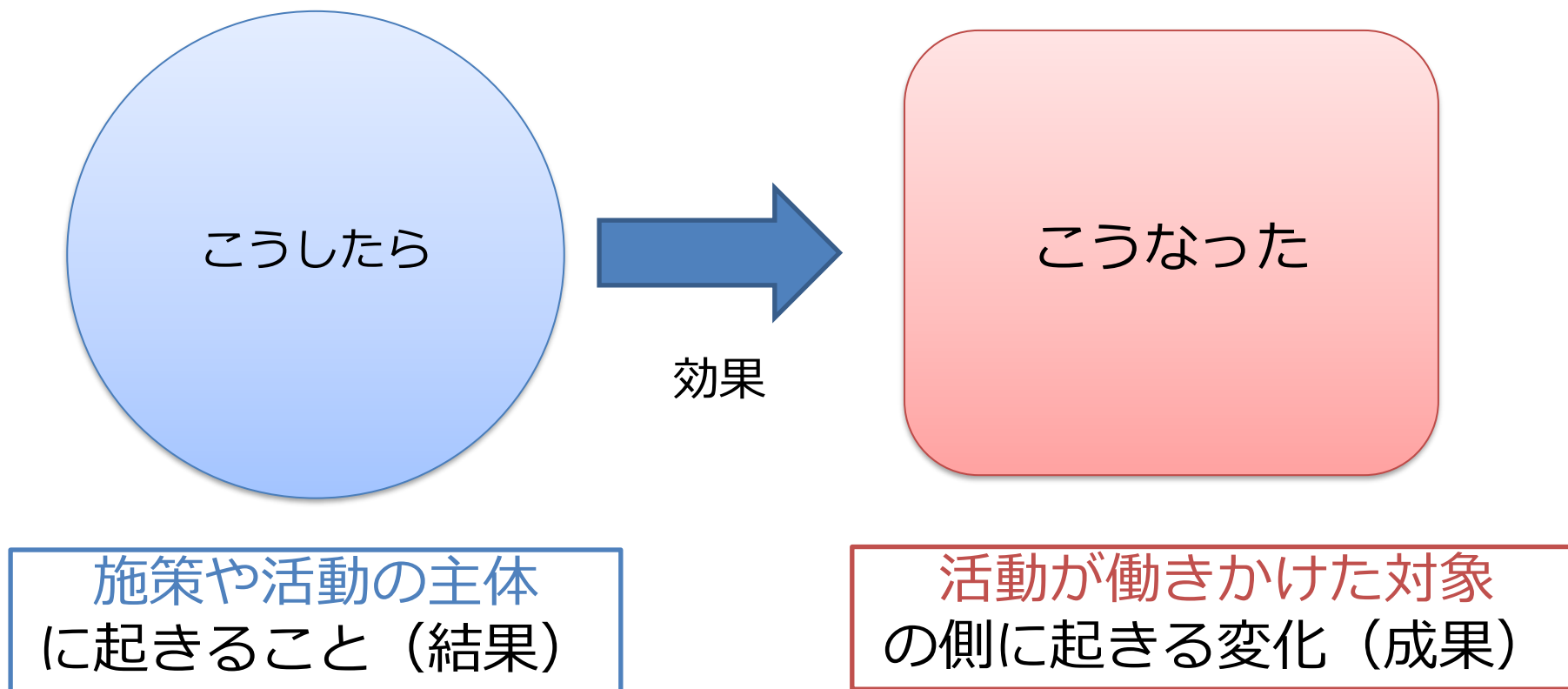


例：多職種連携研修の場合

多職種連携研修会をやったら



「こうしたら」 「こうなった」



2. 在宅医療・介護連携の「こうなった」の考え方 — 在宅医療の4場面—

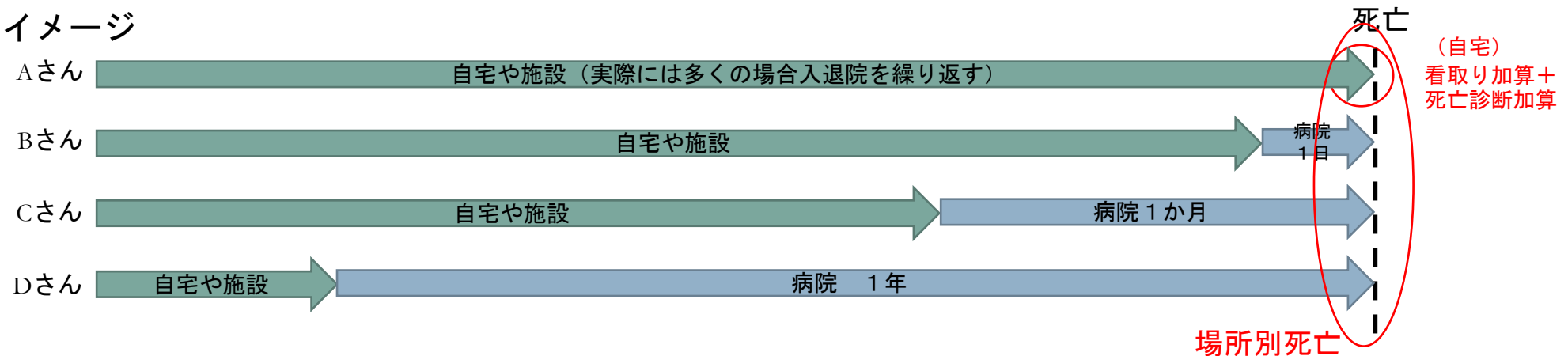
地域包括ケア（特に医療と介護の両方を必要とするような中重度の方が対象）の最終的な「こうなった」の考え方

（在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3）

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる

ポイント１：（場所に寄らず）最期までどれだけ長く暮らしができたか？

※イメージ



ポイント２：ご本人（と家族）の「幸せ・満足・生きがい・尊厳」は高く保たれているのか？

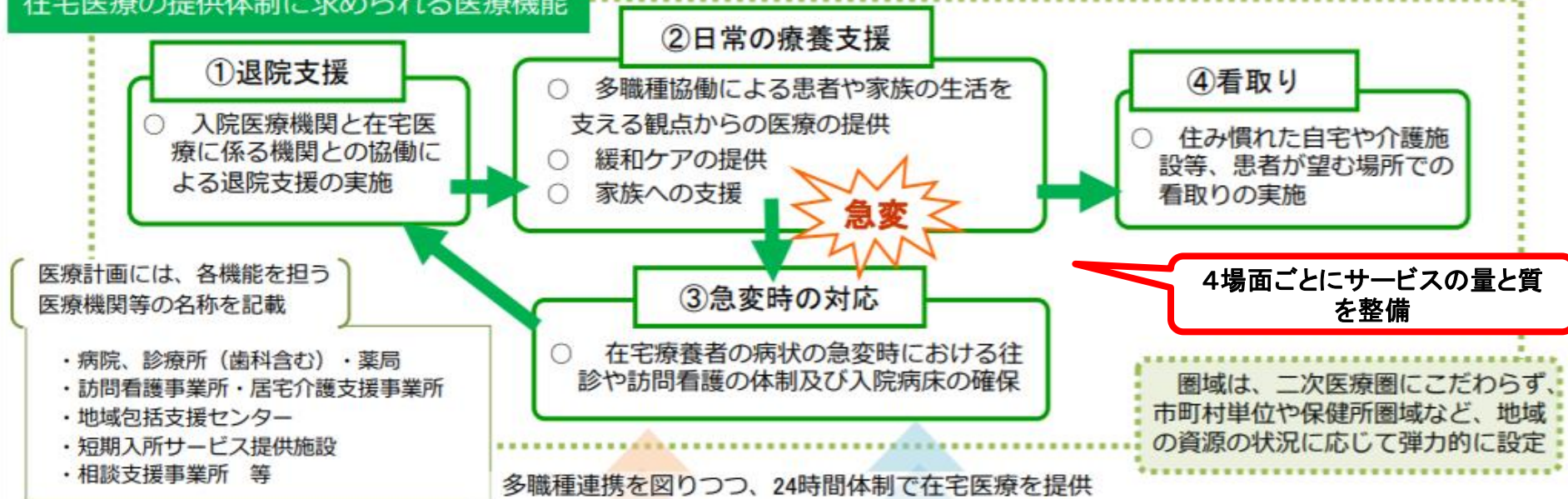
在宅療養者の主観的幸福感

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制構築に当たっては、「①退院支援」「②日常の療養支援」「③急変時の対応」「④看取り」といった場面に応じた4つの医療機能を確保していくことが必要である。
- また、在宅療養支援診療所・病院等の積極的な役割を担う医療機関や、医師会・市町村等の在宅医療に必要な連携を担う拠点等の働きにより、多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供できる体制の確保が重要となる。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・ 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・ 他医療機関の支援
 - ・ 医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

・ 在宅療養支援診療所
・ 在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

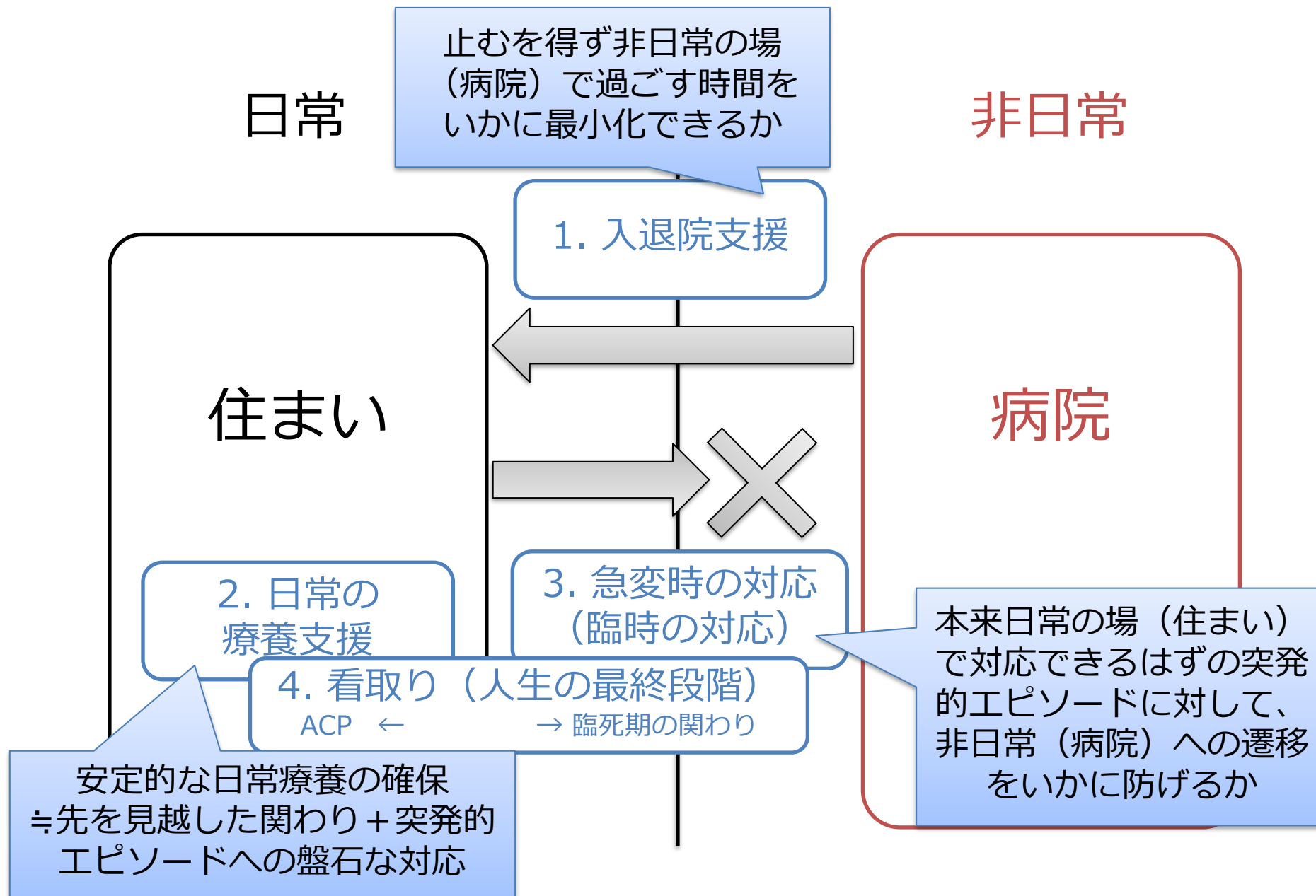
- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・ 地域の関係者による協議の場の開催
 - ・ 包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・ 関係機関の連携体制の構築 等

・ 医師会等関係団体
・ 保健所 ・ 市町村 等

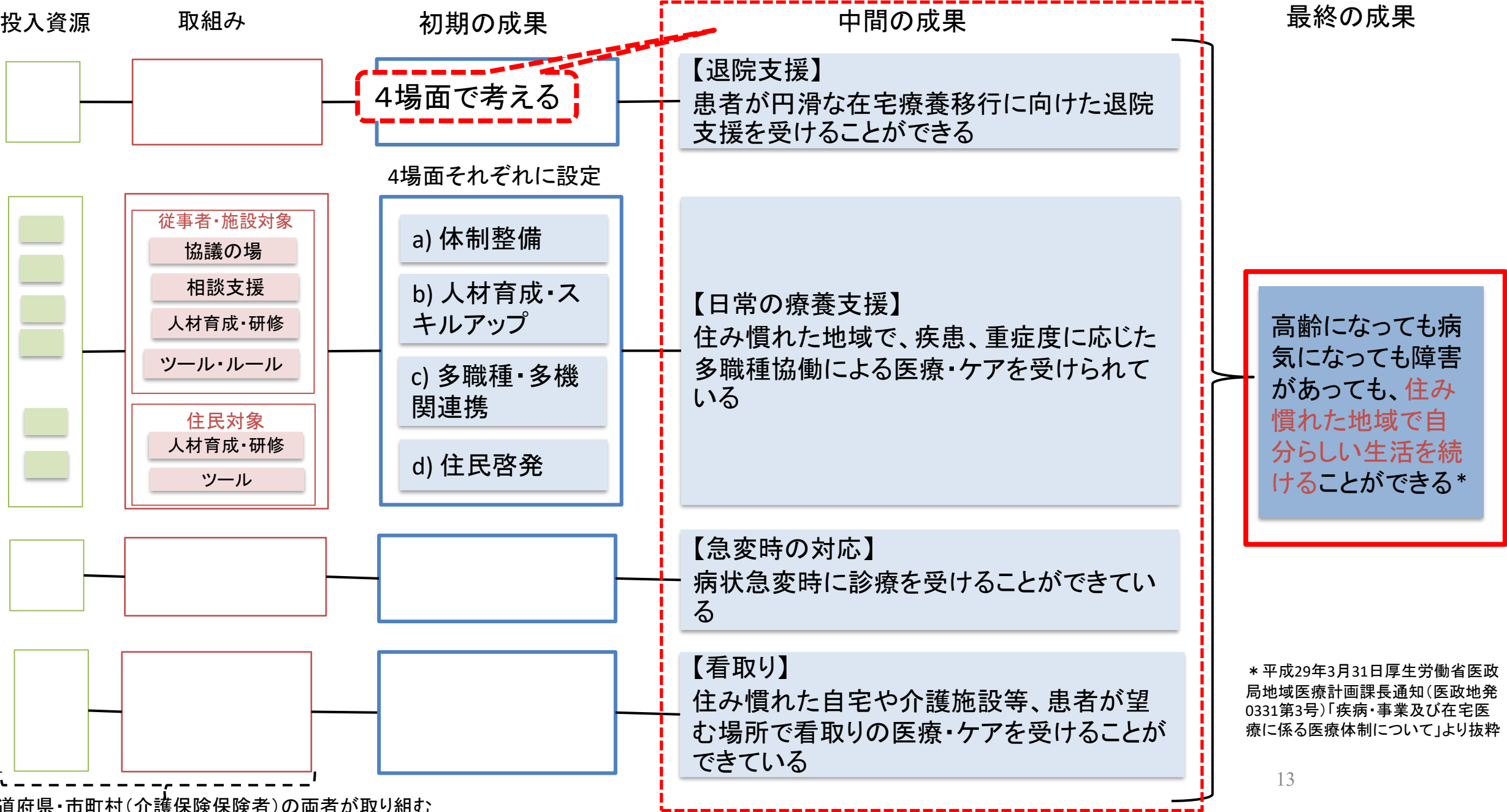


在宅医療の体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（平成29年3月31日医政局地域医療計画課長通知）より

4つの場面を配置すると…



在宅医療・介護の設計図（例）



* 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（医政地発0331第3号）「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」より抜粋

「看取り」の場면을抜粋した例

投入
資源

取組み

初期の成果

中間の成果

最終の成果

a) 体制整備

診療所間の看取り連携体制の構築
(実施: 市医師会・市役所)

訪問看護ステーションの機能強化事業
(実施: 県看護協会)

介護施設職員への看取り研修
(実施: 市医師会・市役所)

地域の診療所、訪問看護ステーション、薬局
が、看取りを実践している

介護施設が看取りを実践している

b) 人材育成・スキルアップ

医師・看護師・薬剤師の緩和ケア研修
(実施: 病院)

医療・介護専門職の意思決定支援研修
(実施: 市医師会・市役所)

医療・介護専門職の看取り事例検討会
(実施: 市医師会・訪問看護連絡会)

専門職が心身緩和ケア技術を向上できている

専門職が患者・利用者の意思決定が支援できている

c) 多職種・多機関連携

救急搬送に関する実態把握
(実施: 市役所)

看取りに関する搬送ルール協議会
(実施: 市医師会・市役所)

看取り期のカンファレンス開催に関する
ルールづくり(実施: 関係団体・市役所)

ICTによる情報共有推進
(実施: 市医師会・県)

医療・介護専門職と救急隊員が、看取りを希望して
いる人の救急搬送ルールを共有し実行できている

医療・介護専門職がチームで本人の意志を
共有し、同じ方向性でケアを提供できている

d) 住民啓発

看取り期に関するパンフレットの作成と家
族や専門職への配布
(実施: 関係団体・市役所)

看取りに関する講演会の開催
(実施: 市医師会・市役所)

住民向けエンディングノート記載の講座
の開催(実施: 3コーディネーター)

家族が、看取りにどう対応するか理解し、不
安の軽減ができている

本人が、望む最期を考え、家族や専門職と
共有できている

【看取り】

住民が、住み慣れ
た自宅や介護施設
など望む場所で、看
取りの医療・ケアを
受けることができ
ている

住民が、高齢に
なっても病気に
なっても障害が
あっても、住み慣
れた地域で自分ら
しい生活続ける
ことができる

3. 評価:「取組みの価値を見出す」

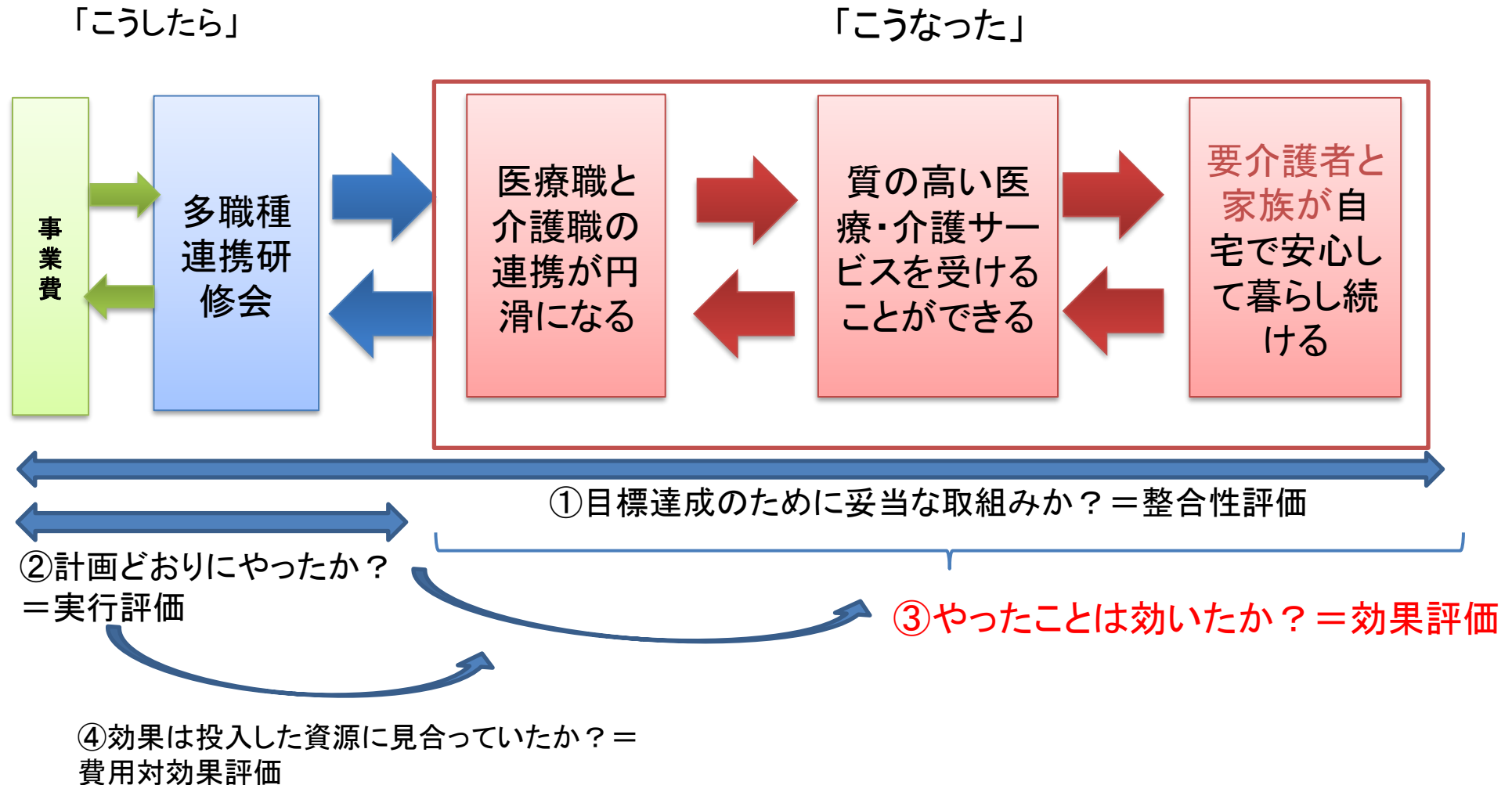
評価

調査などで判明した因果関係を含む物事の価値を判断し、体系的に明らかにすること

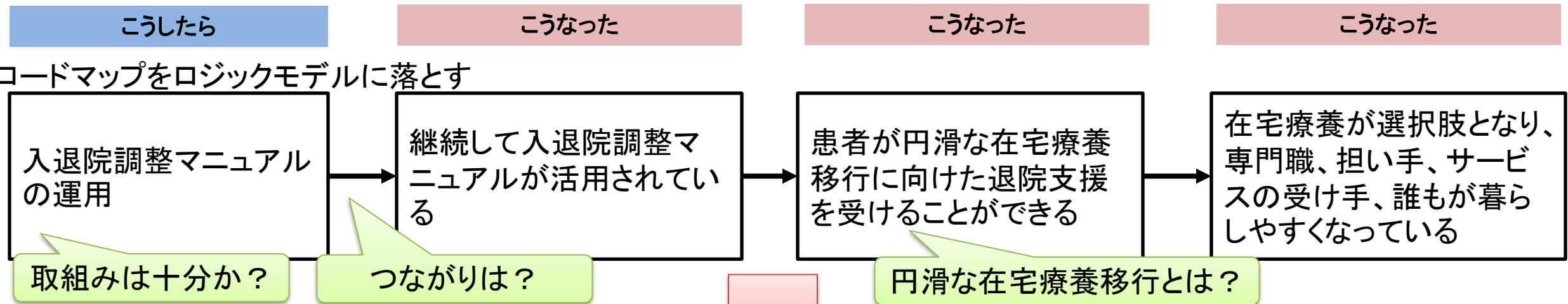
評価 = 事実特定 + 価値判断

データで現実を表しただけでは「評価」にならない。
→施策や事業の関係者による協議・熟議も含めた「価値判断」が必要。

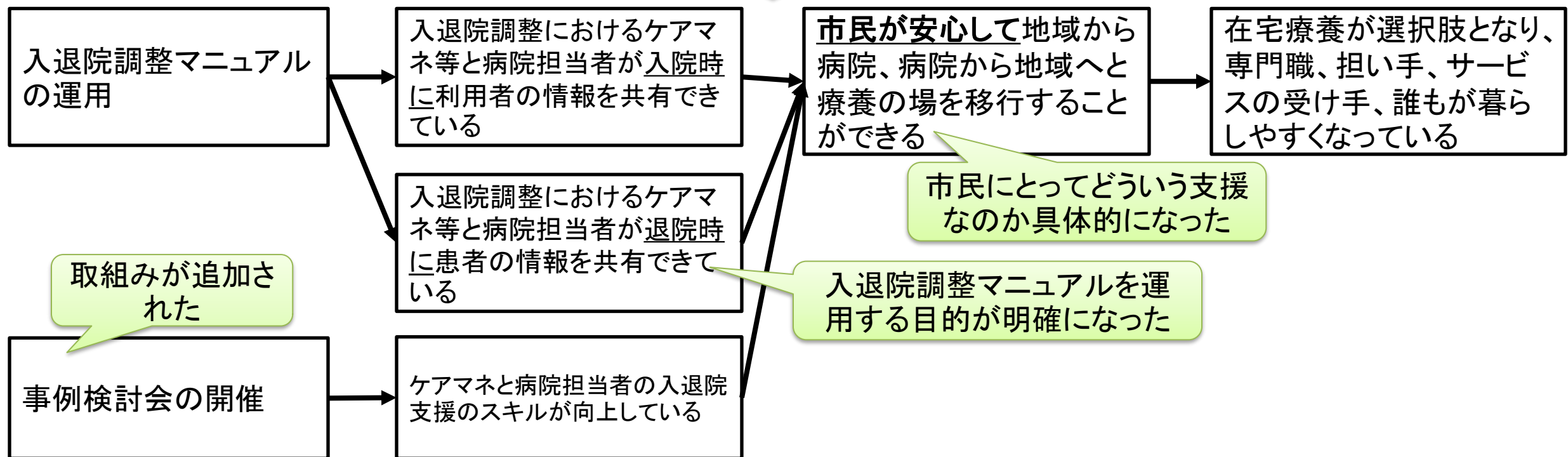
取組みを評価する視点(プログラム評価)



●入退院支援の部分抜粋 「こうなった＝目指す姿」と「こうしたら＝取組み」のつながりは妥当か？

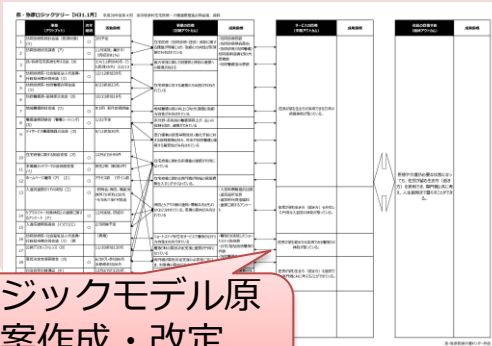


修正後



市町村でのロジックモデル活用例 (在宅医療・介護連携)

燕市 弥彦村
燕・弥彦医療介護センター
(医師会・事業受託者・行政)



目標	活動	成果
1. 在宅医療・介護連携の推進	1.1 関係職種団体の連携強化	1.1.1 関係職種団体の連携強化
2. 在宅医療・介護連携の推進	2.1 関係職種団体の連携強化	2.1.1 関係職種団体の連携強化
3. 在宅医療・介護連携の推進	3.1 関係職種団体の連携強化	3.1.1 関係職種団体の連携強化
4. 在宅医療・介護連携の推進	4.1 関係職種団体の連携強化	4.1.1 関係職種団体の連携強化
5. 在宅医療・介護連携の推進	5.1 関係職種団体の連携強化	5.1.1 関係職種団体の連携強化
6. 在宅医療・介護連携の推進	6.1 関係職種団体の連携強化	6.1.1 関係職種団体の連携強化
7. 在宅医療・介護連携の推進	7.1 関係職種団体の連携強化	7.1.1 関係職種団体の連携強化
8. 在宅医療・介護連携の推進	8.1 関係職種団体の連携強化	8.1.1 関係職種団体の連携強化
9. 在宅医療・介護連携の推進	9.1 関係職種団体の連携強化	9.1.1 関係職種団体の連携強化
10. 在宅医療・介護連携の推進	10.1 関係職種団体の連携強化	10.1.1 関係職種団体の連携強化

ロジックモデル原
案作成・改定
データ収集・集計

ロジックモデル原案と
指標のデータの提示

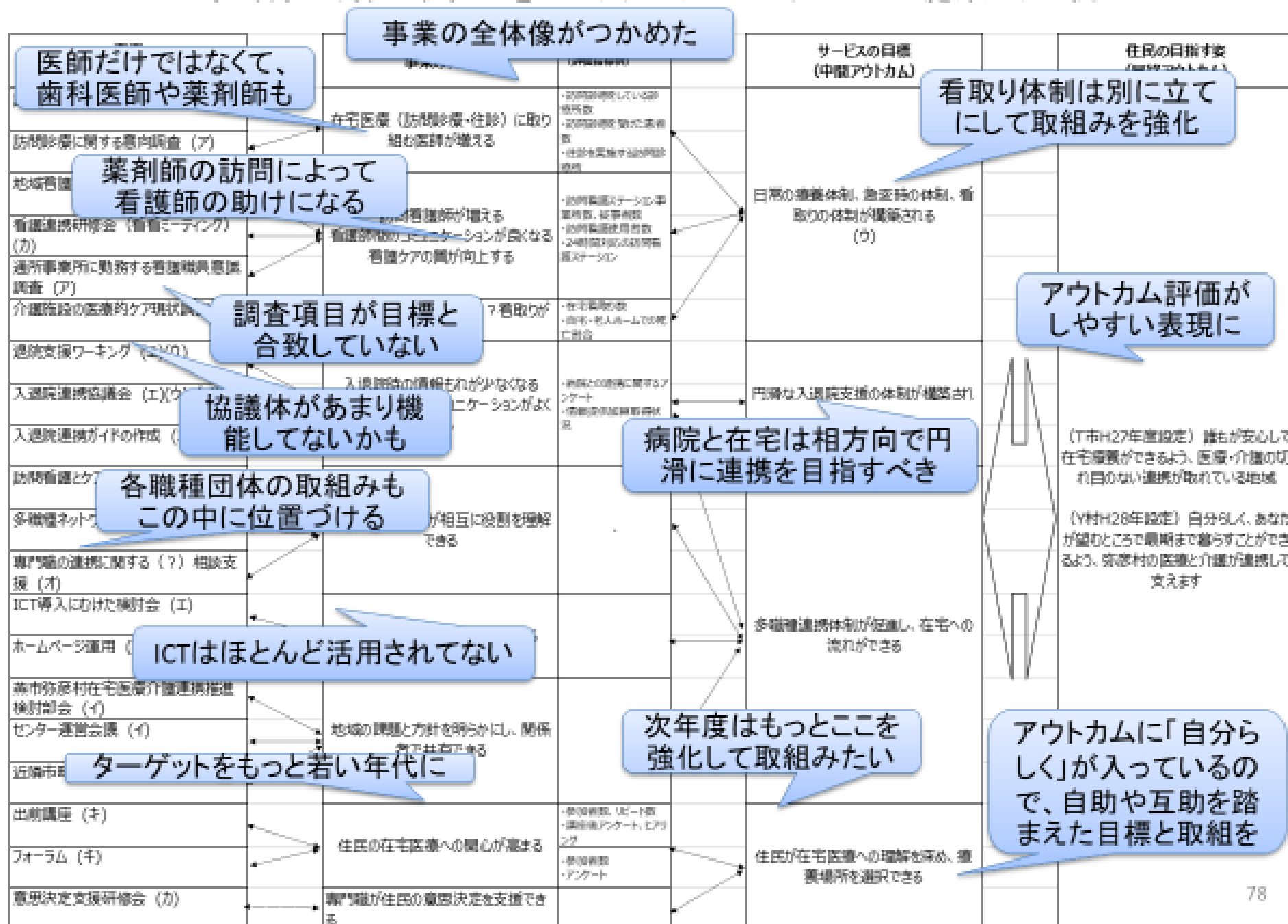
燕市・弥彦村在宅医療・介護
連携推進合同会議
(関係職種団体・組織の代表)



価値判断・
合意形成

H29年度～毎年度の最終回
で、ロジックモデルに基づ
いた議論・修正

市・村担当者が取組みをロジックモデルに当てはめた施策マップ例



4. 評価：事実特定

— 生駒市の目指す姿を測る指標（モノサシ）を考える —

評価

調査などで判明した因果関係を含む物事の価値を判断し、体系的に明らかにすること

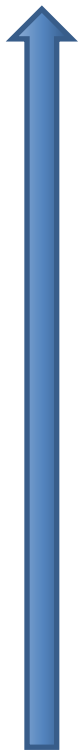
評価 = 事実特定 + 価値判断

データで現実を表しただけでは「評価」にならない。
→施策や事業の関係者による協議・熟議も含めた「価値判断」が必要。

指標＝モノサシ

「こうなった」（成果）を測るためのモノサシ

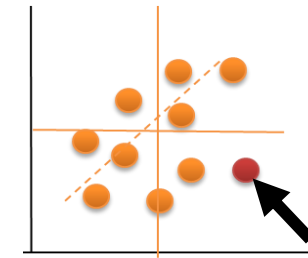
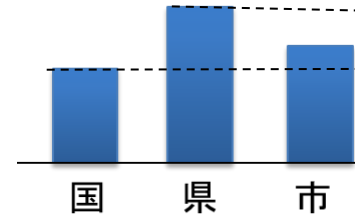
- 1) 住民の健康状態や、患者の状態を測る指標
成果指標（アウトカム指標）＝O（Outcome）
- 2) サービスを提供する主体の活動や連携を測る指標
過程指標（プロセス指標）＝P（Process）
- 3) サービスを提供する物的・人的資源を測る指標
構造指標（ストラクチャー指標）＝S（Structure）



重要

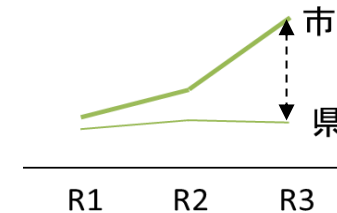
指標設定で大事なこと

1. 目指す姿(測りたいこと)を明確にしてから、必要な指標(モノサシ)を選ぶ。
○適切な指標がなければ作る。(誰かに作ってもらう。)
×ある指標・データを使う。

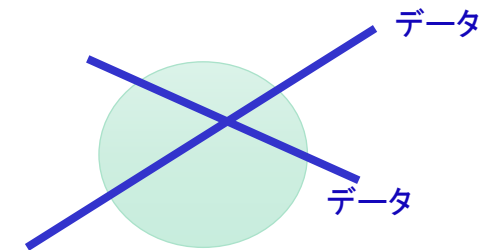


2. 国・都道府県・他地域とできる。

3. 時系列で経年変化を把握できる。
→毎年同じ指標を継続して入手。



4. 住民の声・関係者の声と合わせて評価する
→データは現実を切り取る一側面でしかない。



在宅医療の指標例

別表12 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	退院支援担当者や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		小児の訪問診療を実施している診療所・病院数		在宅療養後方支援病院数		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	
	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数		機能強化型在宅療養支援診療所・病院数、在宅療養支援診療所・病院数					
	退院時共同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	●	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		機能強化型の訪問看護ステーション数					
			小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数					
			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					
			訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数					
			在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数					
			訪問薬剤管理指導を実施している薬局・診療所・病院数					
			在宅医療チームの一員として小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	24時間対応可能な薬局数				
			麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数、無菌製剤（TPN輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数					
			訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数					
訪問栄養食事指導を実施している診療所・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		小児の訪問診療を受けた患者数		訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数			
	退院時共同指導を受けた患者数	●	訪問看護利用者数					●
	退院後訪問指導を受けた患者数		小児の訪問看護利用者数		在宅死亡者数			
			訪問歯科診療を受けた患者数	麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数、無菌製剤（TPN輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数				
			歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数					
			訪問口腔衛生指導を受けた患者数					
			訪問薬剤管理指導を受けた患者数					
小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数								
訪問リハビリテーションを受けた患者数								
訪問栄養食事指導を受けた患者数								
アウトカム								

（●は重点指標）

令和4年度厚生労働科学研究「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」研究報告書より引用

4場面別に指標がしめされている

医療・介護サービスを提供する主体（施設・人）

医療・介護サービス提供量（患者数・レセプト件数）

患者・住民の状態を表す指標は示されていない

生駒市の2040年の目指す姿

番号	最終的に達成したい状況 (2040年) (最終アウトカム)	指標
1	本人が望む場所での生活が可能であり、専門職、担い手、サービスの受け手、誰もが暮らしやすくなっている	在宅療養者のQOL (生活の質) 死亡前一定期間における療養場所が在宅であった者の割合 在宅死亡者数 (自宅死の割合) 在宅死亡者数 (老人ホーム死の割合) 在宅死亡者数(介護老人保健施設死の割合)

<考えられるもの>

- ・在宅療養者のQOL(生活の質、満足度)
- ・家族介護者のQOL(生活の質、満足度)
- ・死亡前一定期間における療養場所が在宅であった者の割合
→最期にどれだけ長く生活の場で療養できたか？
- ・在宅死亡者数(自宅死・老人ホーム死・老人保健施設死の割合)
→医療・介護サービスの質を必ずしも反映しない、という見解もある

<検討したいこと>

- 「専門職、担い手」も含めて暮らしやすさを目指している。
- ・専門職の暮らしやすさ→働きがい？
 - ・担い手の暮らしやすさ→地域住民の暮らしやすさ？

在宅医療・介護の対象者のQOLを測る 例1

社会的ケア関連QOL(ASCOT)

日常生活や社会生活のケア・支援をする人やその介護者のQOLを測定するモノサシ

<ケア・支援のサービス利用者のQOL>

8つの領域によりQOLが把握されます⁴

日常生活のコントロール	日常生活において自分のことを、自分で決められるか
個人の清潔さと快適さ	清潔で見苦しくない身だしなみができているか
飲食	十分な量や食べたいものを、適切な時間にとれているか
個人の安全	虐待や転倒などの恐れがなく安心・安全を感じているか
社会参加と関与	自分が望む人づきあいができているか
有意義な活動	自分の時間を有意義に過ごせているか
居所の清潔さと快適さ	家の中は清潔で快適か
尊厳	ケアや支援を通じて、自分のことを良く思えるようになっているか

<介護者（ケアラー）のQOL>

7つの領域によりQOLが把握されます⁵

自分の時間	大切なことや楽しめることをしているか
日常生活のコントロール	何をするか、いつするかを自分で決めることができるか
セルフケア	自分を大切にしているか
個々人の安全	ケア役割を安全に遂行できているか（暴力や事故などの危険がないか）
社会参加	自分が望む人とのつきあいがあり、社会的に孤立していないか
自分らしくいられる余裕	自分らしくいられる余裕があるか
支援や励ましを受けているという思い	自分が望む支えや励ましがあるか

出典:社会的ケア関連QOL ASCOT 日本語版 <https://scrqol-ascot.jp/index.html>

こういった項目を患者・家族にどうやって聞くのが良いか、検討する。
在宅介護実態調査の機会を活用する、ケアマネや専門職の協力を得る、など。

在宅医療・介護の対象者のQOLを測る 例2

在宅診療を受ける高齢患者のための QOL評価表

Kamitani H, et al. Development and validation of a new quality of life scale for patients receiving home-based medical care: The Observational Study of Nagoya Elderly with Home Medical Care. Geriatr Gerontol Int. 2016 Jan 22.

QOL-HC (所要時間 分 秒) No.

本人

あなたの^{さいきん}最近の生活の様子について教えてください。

1. おだやかな^{きも}気持ちで^す過ごしていますか。

はい ₂	どちらとも いえない ₁	いいえ ₀
-----------------	----------------------------	------------------

2. 現在^{げんざい}まで充実^{じゅうじつ}した人生^{じんせい}だった、
と^{かん}感じていますか。

はい ₂	どちらとも いえない ₁	いいえ ₀
-----------------	----------------------------	------------------

3. 話し^{はな}相手^{あいて}になる人^{ひと}がいますか。

はい ₂	どちらとも いえない ₁	いいえ ₀
-----------------	----------------------------	------------------

4. 介護^{かいご}に関するサービス^{かん}に満足^{まんぞく}していますか。

はい ₂	どちらとも いえない ₁	いいえ ₀
-----------------	----------------------------	------------------

ありがとうございました。

生駒市の令和12年に目指す姿

番号	令和12年の状態 (中間アウトカム)	指標
1	市民が安心して 地域から病院、 病院から地域へと 療養の場を移行する ことができる	退院支援(退院調整)を受けた患者数 介護支援連携指導を受けた患者数 退院後訪問指導を受けた患者数 退院退所加算の件数 入院時情報連携加算の件数

＜既存のデータ＞
サービスの提供量を表す

＜検討したいこと＞

- ・「市民が安心して」をどう把握するか？
- ・加算が取れたからといって、良い入退院支援ができたわけではない
- ・防げたはずの繰り返す再入院(計画的ではないもの)とは？
- ・その他

生駒市の令和12年に目指す姿

番号	令和12年の状態 (中間アウトカム)	指標
2	市民が住み慣れた地域で、 疾患、介護度に応じて 必要な多職種協働による 医療・ケアを受けること ができる	訪問診療を受けた患者数
		訪問看護利用者数【医療保険】 (医療機関)
		訪問看護利用者数【医療保険】 (訪問看護ステーション)
		訪問看護利用者数【介護保険】
		在宅療養・介護を継続できていると感じ ている療養者
		適切な時期に効果的なケアをすること で不要な入院を避けられる状態にあ る者の緊急入院・受診・往診・訪問看護 の回数

＜既存のデータ＞※サービスの提供量

- ・ 訪問診療を受けた患者数
- ・ 訪問看護利用者数
- ・ 訪問歯科診療を受けた患者数
- ・ 訪問口腔衛生指導(歯科衛生士による訪問)を受けた患者数
- ・ 訪問薬剤管理指導(薬剤師による訪問)を受けた者の数
- ・ 麻薬(持続注射療法を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数
- ・ 無菌製剤(TPN輸液を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数
- ・ 訪問リハビリテーションを受けた患者数
- ・ 訪問栄養指導を受けた患者数

＜検討したいこと＞

- ・「市民が多職種協働によるケアを受けている」と感じている部分をどう把握するか？
- ・適切な医療・介護ケアを受けることにより、不要な入院や緊急入院・受診・往診・訪問看護を減らしたい

サービスの提供量のデータを経年的にみた例

4場面別 75歳以上人口1000人あたり実人数

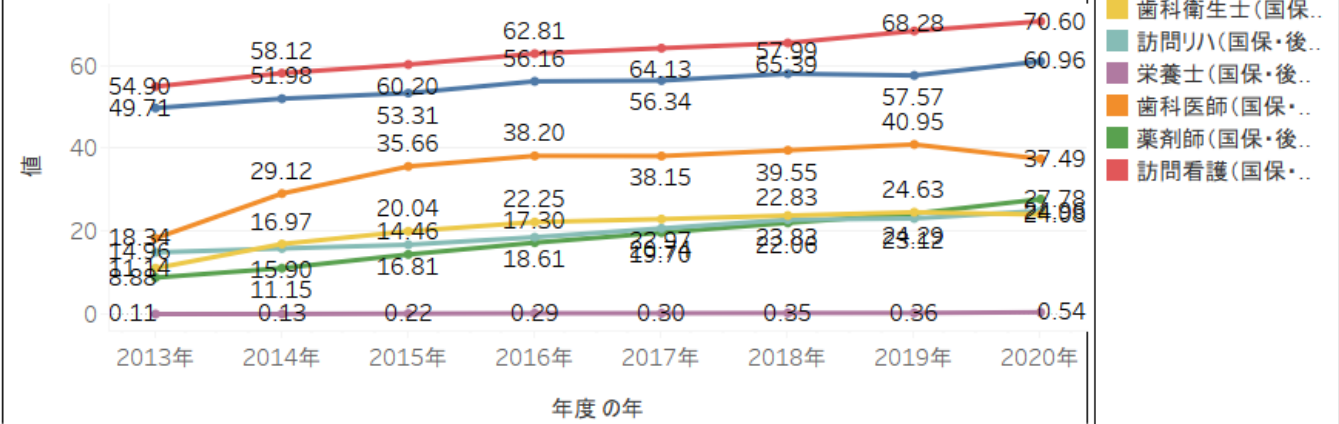
二次医療圏

市町村名

【入退院支援】



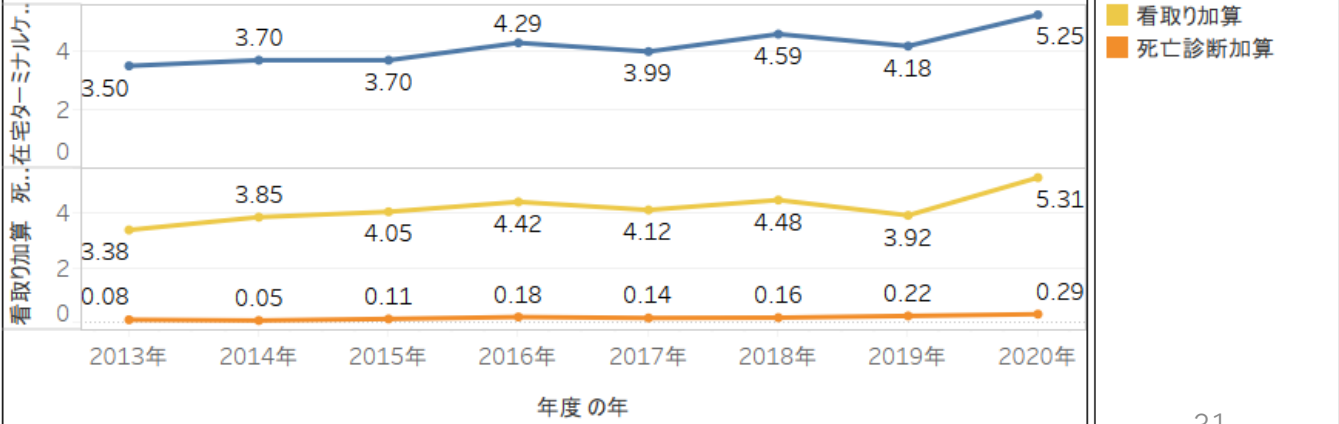
【日常の療養支援】



【急変時の対応】



【看取り】



生駒市の令和12年に目指す姿

番号	令和12年の状態 (中間アウトカム)	指標
3	市民が在宅療養中に 病状の悪化があった時に、 日時を問わず 診療を受けること ができる	往診を受けた患者数
		夜間・休日・深夜の往診を受けた患者数
		在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の診療患者数あたりの緊急往診回数(在宅療養支援診療所)
		在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の診療患者数あたりの緊急往診回数(在宅療養支援病院)
		夜間・早朝・深夜の訪問看護を受けた患者数【医療保険】(医療施設)
		夜間・早朝・深夜の訪問看護を受けた患者数【医療保険】 (訪問看護ステーション)
		夜間・早朝・深夜の訪問看護を受けた患者数【介護保険】

＜既存のデータ＞※サービス提供量
ただし、夜間・早朝・深夜の訪問看護を受けた患者数は把握が難しい 特に介護保険による訪問
→訪問看護ステーションに直接調査する県もある

生駒市の令和12年に目指す姿

番号	令和12年の状態 (中間アウトカム)	指標
4	市民が住み慣れた 自宅や介護施設など 利用者自身が望む場所で 看取りの医療・ケアを 受けることができる	在宅ターミナルケアを受けた患者数 看取り数 (死亡診断のみの場合を含む) 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の診療患者数あたりの看取り件数 (在宅療養支援診療所) 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の診療患者数あたりの看取り件数 (在宅療養支援病院) 訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数【医療保険】(医療施設) 訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数【医療保険】 (訪問看護ステーション) 訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数【介護保険】

＜既存のデータ＞ ※サービスの提供量
ただし、訪問看護によるターミナルケアの実態を把握するのが難しい

＜検討したいこと＞

- ・介護施設での看取り
- ・「利用者自身が望む場所」だったか？
- ・患者・家族にとって看取りの医療・ケアが安心できるものであったか？

生駒市の令和9年に目指す姿

入退院支援

番号	令和9年の状態(初期アウトカム)	指標
)人材育成・スキルアップ		
	ケアマネ等と病院担当者が連携によりスムーズな退院調整につながった事例を共有し、入退院支援のスキルが向上している	ケアマネ等と病院担当者の関係が構築できている(心理的安全性が保たれている)

<検討したいこと>

- ①ケアマネと病院担当者(看護師や社会福祉士)が、どういう入退院支援のスキルを身に着けることができればよいのか？
- ②ケアマネと病院担当者の間で、心理的安全性が保たれているか？(気兼ねなく情報共有や提案ができる)

生駒市の令和9年に目指す姿

日常の療養支援

番号	令和9年の状態(初期アウトカム)	指標
	a)体制整備・b)人材育成・スキルアップ c)多職種・多機関連携	
1	医療・介護従事者が多業種の際ビスや特徴を把握し、本人に必要なサービスを適切に紹介するための連携体制ができてきている	ケアチームの関係が構築できている ・他職種となんでも聞ける関係を築いた数 ・他職種れに対してねぎらいの言葉や肯定的評価を伝えた数

<検討したいこと>

- ①「本人に必要なサービスを適切に紹介するための連携体制」とは、どの職種とどの職種が、どういう行動ができることなのか？
- ②「ケアチームの関係性」とは、どういう関係性が良いのか？

生駒市の令和9年に目指す姿

急変時の対応

番号	令和9年の状態(初期アウトカム)	指標
c)多職種・多機関連携		
2	訪問介護事業所が訪問看護師や医師などの医療従事者と連携体制ができている	利用者の生活状況の変化について、予測し伝えた回数
3	訪問看護事業所が医療機関との連携体制ができている	利用者の病状の変化について、予測し伝えた回数
4	在宅療養者が受診を必要としたときに、医療機関へ受診ができるバックアップ体制ができている	ケアチーム内で連絡網や情報交換ツールを用いて情報共有を行った回数

<検討したいこと>

- ①「連携体制」とは、どの職種とどの職種が、どういう行動ができることなのか？
- ②「バックアップ体制」とは、どの機関がどういう場合に、何をするのか？

生駒市の令和9年に目指す姿

看取り

番号	令和9年の状態(初期アウトカム)	指標
	b)人材育成・スキルアップ c)多職種・多機関連携 d)普及啓発	
2	医療・介護従事者が利用者が望む医療・ケアについて共有することができる	看取りに対するサービス担当者会議開催件数 利用者・家族が病気・病状をどのように理解しているか他職種へ伝えた回数 ※アンケート調査にて認知・理解度を確認

<検討したいこと>

①どの職種が、どうやって共有するのか？

多職種連携を測る 例1

心理的安全性 (psychological safety)

- チームのメンバー一人ひとりがそのチームに対して、他者の反応に怯えたり羞恥心を感じたりすることなく、気兼ねなく発言でき、本来の自分を安心してさらけ出せる、と感じられるような場の状態や雰囲気

Edmondson, AC(1999) Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. Administrative Science Quarterly, 44(2), 350-383.

- 医療チームにおいて、小さいインシデントの報告が多いチームほど、心理的安全性が高く、開かれた雰囲気、メンバーがミスを減らすために常に話し合い、自立的に新しい方法を見出すことができ、職場満足度も高かった。

Edmondson, AC(1999)

- 自分の知識に自信がある職員は、心理的安全性とはあまり関係なく知識共有を行うが、自信のない職員は心理的安全性が高いほど知識共有を行う。

Baer, M and Frese, M(2003) Innovation is not enough: climates for initiative and psychological safety, process innovations, and firm performance. Journal of Organizational Behavior. 24(1), 45-68.

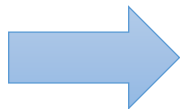
心理的安全性不足による影響

— 看護師と介護職の連携の場合 —

数地域での事例調査より

心理的安全性

- ・ヘルパー、ケアマネ
「看護師は怖い」「看護師は偉い」
- ・看護師の言動や行動が介護職には威圧的。



訪問看護師と介護職の連携

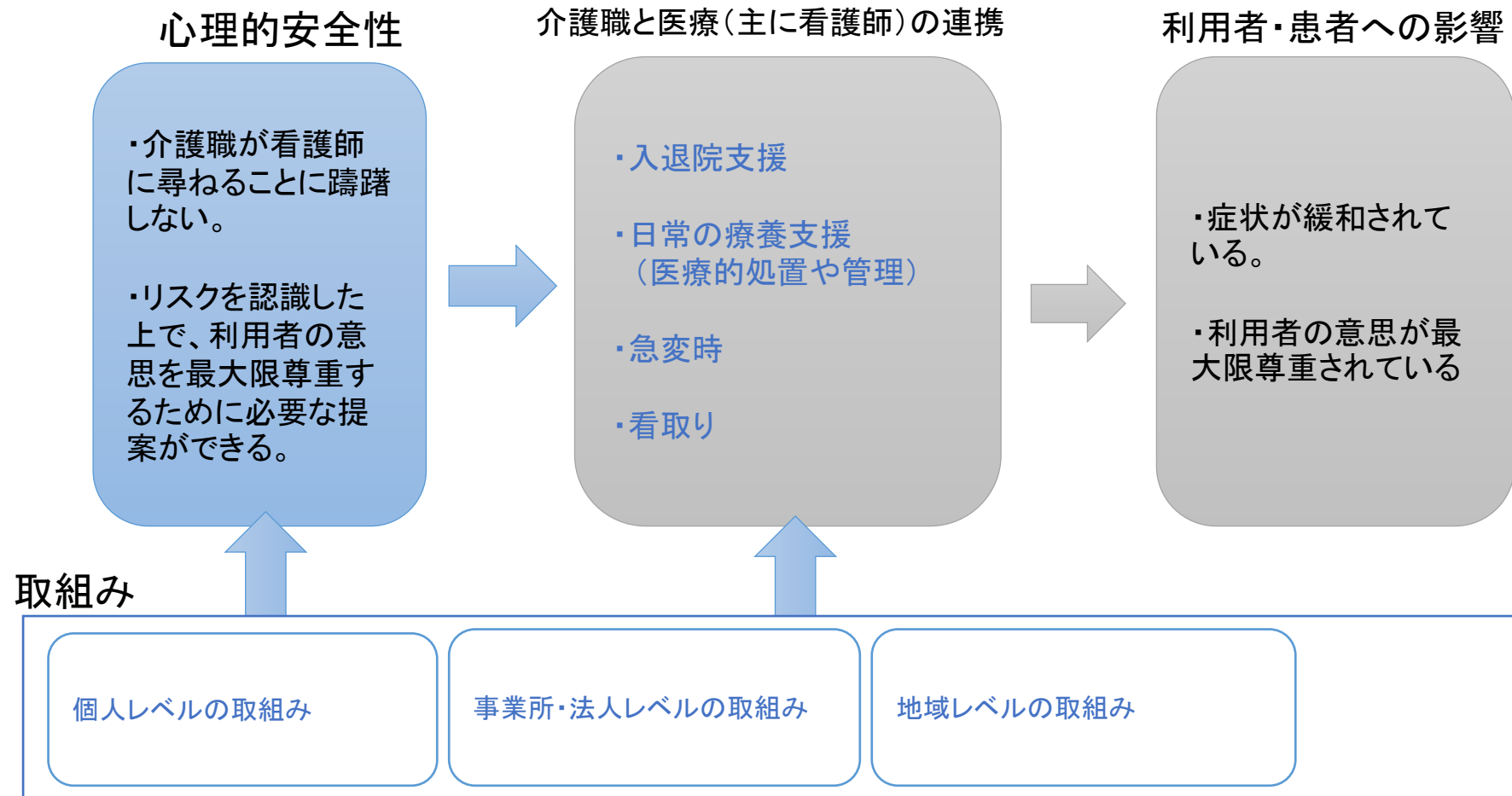
- ・訪問看護師とヘルパーが顔を合わせて直接話をする機会はほとんどない。
- ・訪問看護師からヘルパーに電話相談を促しても実際にはない。
- ・訪問看護師とヘルパーの連絡はケアマネと事業所管理者を介す。



利用者・患者への影響

- ・食事、服薬、排泄、体重、皮膚など健康管理が後手になる。
- ・必要なケアが必要な時に提供されない。
- ・利用者・患者の急変
- ・利用者・患者の不安

心理的安全性の効果



多職種連携を測る 例2

在宅ケアにおける医療・介護職の多職種連携行動尺度(藤田, 2015)

意思決定支援

1. 今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を ②他職種から情報収集した
2. 今後の過ごし方に関する利用者・家族の希望を ①他職種へ伝えた
3. 利用者・家族が病気・病状をどのように理解しているかについて ②他職種から情報収集した
4. 利用者・家族が病気・病状をどのように理解しているかについて ①他職種へ伝えた

予測的判断

1. 今後起こりうる利用者の生活状況の変化(例:食事の摂取量や排泄の自立度の低下など)について,自身の専門性から予測し他職種に伝えた -
2. 今後起こりうる利用者の病状の変化(例:病気の進行に伴って生じる症状の出現など)について,自身の専門性から予測し他職種に伝えた
3. 今後起こりうる家族の状況の変化(例:家族の気持ちや介護負担の増強など)について,自身の専門性から予測し他職種に伝えた

ケア方針の調整

1. ケアの方針・ケア計画についてチーム全体で合意を図った -
2. ケア方針・ケア計画について他職種と意見交換した
3. 病状の変化に応じてケアプランの変更(他職種のサービス内容や頻度も含め)をチームを組んだ他職種に提案した

チームの関係構築

1. 他職種が提供しているサービスの具体的な内容を情報収集した
2. チームを組んだ他職種と気後れせずに何でもきける関係を築いた
3. 自身が提供しているサービスの具体的な内容を他職種に伝えた
4. 普段から定期的に他職種との顔合わせの機会をもった(勉強会やカンファレンスなど)
5. 他職種に対してねぎらいの言葉や肯定的評価を伝えた

24時間支援体制

1. 緊急時において,チームを組んだ他職種間で即座に連絡が可能な体制をとっていた
2. 平常時において,チームを組んだ他職種間で情報共有できる体制をとった(連絡網や情報交換ツールなど)

生駒市での「多職種連連携体制」に合う項目を
(将来的に実施すれば)医療・介護専門職への
アンケート調査に含めることが検討できる