

# 地域包括ケアシステム構築に向けた医療法人 A の 経営戦略について

-心疾患患者に対するセルフマネジメント支援を通じて-

柿原 隼

キーワード： 地域包括ケアシステム、セルフマネジメント、心疾患

## 1. はじめに

近年、わが国では、過去に経験したことのない人口構造の変化に直面している。特に高齢化において、日本は、諸外国に例をみないスピードで進行し、65歳以上の人口は、現在3,000万人を超え、2042年の約3,900万人でピークを迎え、その後も、75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている。更に、団塊の世代が75歳以上となる2025年以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。

循環器疾患においても高齢化による医療費の高騰は問題視され、中でも心不全は大きな割合を占める。日本で実施された心不全患者数の予測に関する疫学研究では、2030年に心不全患者は130万人に達すると推計されている<sup>1)</sup>。

広島県呉市の国民健康保険・後期高齢者の医療費データ解析では、心不全を有する患者の医療費は、外来医療費全体の14.6%、入院医療費全体の25.5%を占め、社会的に大きな負担となっている<sup>2)</sup>。更に高齢者心不全患者の治療に関するステートメントでは心不全は根治が望めない進行性かつ致死的な疾患と定義され<sup>3)</sup>、今後、高齢化に伴い心不全を有する患者は増加し、「心不全パンデミック」の状態が予想され、それに伴い、医療・介護費用が増大する事は、国家にとって重要な課題である。

大規模登録観察研究である「慢性心不全の増悪のため入院治療を要する患者を対象とした調査研究：Japanese Cardiac Registry in CHF-CARDiology（以下：JCARE-

CARD)」において、心不全患者の1年死亡率（全死亡）は7.3%、更に、再入院率は、退院後6カ月以内で27%、1年後は35%であり、高い再入院率となっている<sup>4)</sup>。

こういった背景の中、現在多くの先進国で医療や介護といった公的サービスへの投下の前提として考えられているのが心疾患のような慢性疾患のセルフマネジメントの促進である。国が推進する地域包括ケアシステムである「高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で自立した日常生活を営む事が出来る様、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」の構築を推進するため、セルフマネジメントを地域包括ケアシステム内に取り込み、患者のセルフマネジメント機能を高め、再入院を予防する必要がある。こういった試みを実現するためには、患者の行動変容への取り組み、個々人の特性にあったセルフマネジメント法の確立、同時に医療と介護連携が必要とされている（筒井 2014）<sup>5)</sup>。

## 2. 目的

本稿の目的は、心疾患におけるセルフマネジメント支援を通じて、医療法人 A の経営戦略を、地域包括ケアシステム構築の中での役割、課題を明確にし、ポジショニングの確認も含め、今後どのような経営戦略が必要かを検討することである。

このため、3. では「セルフマネジメント」の定義、先行研究レビュー、既存のセルフマネジメント事業から、本稿の立場を示す。4. では泉州医療圏の概要を説明し、5. では医療法人 A が位置する A 市の概要及び医療法人 A の概要を示し、心疾患患者における再入院率の現状及びセルフマネジメント支援の適応患者の可能性を明らかにする。6. では医療法人 A におけるセルフマネジメントのフィールド調査にて得られた結果を用い、当該医療機関の問題点を明らかにする。7. では経営戦略を立案する上での SWOT 分析を行い、8. では、医療法人 A におけるセルフマネジメント支援の必要性及びポジショニングの確認、更には、地域包括ケアシステム構築に向けた規範的統合への示唆を検討する。9. で本稿のまとめを示す。

### 3. 先行研究の検討

#### 3-1. 「セルフマネジメント」の用語の定義

セルフマネジメントという概念は、類語としてあるセルフケアとほぼ同時期の1970年代米国において、禁煙プログラム<sup>6)</sup>や慢性疾患の子供のリハビリテーション<sup>7)</sup>の中で、用いられたのが始まりである<sup>8)</sup>。そして、Corbin and Straussが、医学的な管理に心理社会的側面を組み入れた慢性疾患と生きるための3つの仕事を記述したこと<sup>9)</sup>により、初めてセルフマネジメントのプロセスが確認されたといわれる<sup>10)</sup>。

具体的な活動として、症状の管理、病気の治療、慢性疾患症状特有の身体的又は精神的影響に対しての取り組み、ライフスタイル改善などが含まれるとされている(筒井、東野2015)<sup>11)</sup>。つまり、これは、個人その他が実現しうる最大限の生活の質を維持するため、慢性疾患の症状を緩和する活動のことを意味する。

#### 3-2. 先行研究レビュー

先進国における先行研究においては、複雑なニーズを抱える高齢者のためのケア統合の改善を目指すアプローチとして、全ての国、地域に適応できる唯一無二なモデルは存在しないとされ<sup>12)</sup>、それぞれの国、地域で異なるアプローチの integrated care が実践されている。

本稿で扱うセルフマネジメントは、医療法人Aが目指す、医療・介護の水平的統合における臨床的統合を基に複数のケア提供者をつなぐ連携型モデルによるアプローチと更に目標を統一するための規範的統合への取り組みを示す象徴的な取り組みといえる。

2000年から実施されたイギリスのトーベイのプログラム(Torbay and Southern Devon health and Care NHS Trust)では、トーベイとデボン州南部地域の高齢者を対象とし、学際的なチームによる臨床的統合を基盤に、ケアコーディネーターが地域圏域単位で病院から退院した後のリスクの高い高齢者を対象者とし、一般診療からさまざまなサービスを調整している。更には、リスク予測ツールを使用し、入院前に事前のリスクマネジメントが実施されている。結果、急性期入院が減少し、利用者が在宅で長く生活が出来る様になり、更に、在宅でのケアの提供量が減少したと報告されている<sup>13)</sup>。

また、2011年から実施された、ニュージーランド・テ・ウィンガ・オラのプログラム(Te Whiringa Ora)では、慢性呼吸器疾患患者を対象とし、ケアへのアクセス

の改善、健康アウトカムにおける格差の削減、長期的症状の管理、回避可能な入院や入院期間の削減およびセルフマネジメントの促進を目的とし実施された。具体的には3つの診療所による学際的なチームを中心とし、評価、ケア調整、電話サポート、自己管理のためのツールとして遠隔モニタリングを看護師、地域に配置されているケア調整者によって提供されている。特にセルフマネジメントの教育、支援に注力した事業であり、結果、慢性疾患患者のセルフマネジメント力の向上や入院が必要になる急性期ケアが減少したとされた<sup>13)</sup>。

両者とも、学際的チームによる臨床的統合を基盤とした水平的統合から、複数のケア提供者をつなぐ連携型モデルであり、当該地域にある医療法人Aにおいても慢性心疾患に着目し、適応できる可能性が示唆される。更に、上記モデルを基盤に、一つのビジョンを策定し、介護サービスの提供者や地域の行政の方向性を統一する規範的統合は、地域包括ケアシステムを構築する上で重要な戦略と考えられる。

### 3-3. セルフマネジメント事業について

高齢者のセルフマネジメントに関する研究では、平成27年度「要支援・要介護者に対する入退院時等における継続的な支援を実現するための介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業」において、脳卒中発症経験者をターゲットに、再発予防のためのセルフマネジメントに取り組んだモデル事業がある。この結果、支援者がいることでセルフマネジメント、所謂リスク管理の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介護職が支援を検討することが求められるため、医療職と介護職の連携が図られることが確認できた。

しかし、使用したツール（情報連携シートやセルフマネジメントシート）に改善の余地があること、また脳血管疾患は介護が必要となった1要因であり、脳血管疾患以外の介護が必要となった原因とされる疾患について、セルフマネジメントの在り方やその有効性についてまでは確認できておらず、課題として残された。

このため、平成28年度には老人保健事業推進費等補助金、老人保健健康増進等事業として、上記の課題を踏まえ、「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究」<sup>a)</sup>が報告されている。具体的には、図1、図2に示した内容となる。

慢性疾患を抱える高齢者のセルフマネジメント支援を行うには、医療と介護の連携

<sup>a)</sup> 平成25年度「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」、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事業」などの先行研究がある。

は不可欠であるとして、事業に参加した地域においては、地域の実情を踏まえつつ、地域にあった医療と介護の連携の在り方を模索しなければならない。その際、医療と介護が連携しながら、再発リスクの高い対象者に対し再発防止に取り組むことは、介護保険料増加の防止や医療費適正化の観点からも重要な取組となることが示唆されてきた。

医療機関においては、入退院を繰り返す可能性のある疾患である脳卒中、心不全などを再発予防する事で急性期医療機関が高度な急性期医療に注力する事ができる。また、連携シートを活用し、医療機関スタッフは、入院時から退院支援においてケアマネージャーと連携を密にすることで、医療機関が地域へ、ケアマネージャーが医療機関への視点を持つようになり、スムーズな退院支援及び最適なケアプランの作成において、患者にもメリットがあると考えられている。

また、自治体においては、介護費用の抑制、ケアマネージャーの質の向上、かかりつけ医とケアマネージャーの協働によって在宅医療介護連携体制の構築が出来るメリットがあると報告されている（筒井2017）<sup>14)</sup>。

心疾患におけるモデル事業は、2016年12月より県立尼崎総合医療センターで実施された。3例中2例が脱落しているが、継続された1例において、このモデル事業のメリットとして、以下の4つが挙げられた。①疾患と生活の両側面からケアプランの立案ができ、ケアマネージャーとともに話し合い、提案しながらプランを立案することで、より疾病と生活を見据えたプランとなり、退院直後から長期に活用できる。②早期から患者・介護者・医療者間の顔の見える関係ができる。③セルフモニタリング継続の動機づけが支援できる。④今後の超高齢社会を支えるうえで、訪問看護師だけではマンパワー不足だと考えられているなかで、ケアマネージャーが疾病管理も合わせた介入ができれば地域で慢性心不全患者を支えていくことができる<sup>15)</sup>。

以上の様に、慢性心疾患に対するセルフマネジメントは、医療法人Aにおいても重要課題と認識し、地域において「慢性心疾患に対する適切なセルフマネジメントを実行できる病院」としての位置づけは価値あるものと考えられる。更には、セルフマネジメント支援を通じた医療・介護連携の強化は、当該地域において、地域包括ケアシステムの構築を実現する上で、必要不可欠であると考えた。

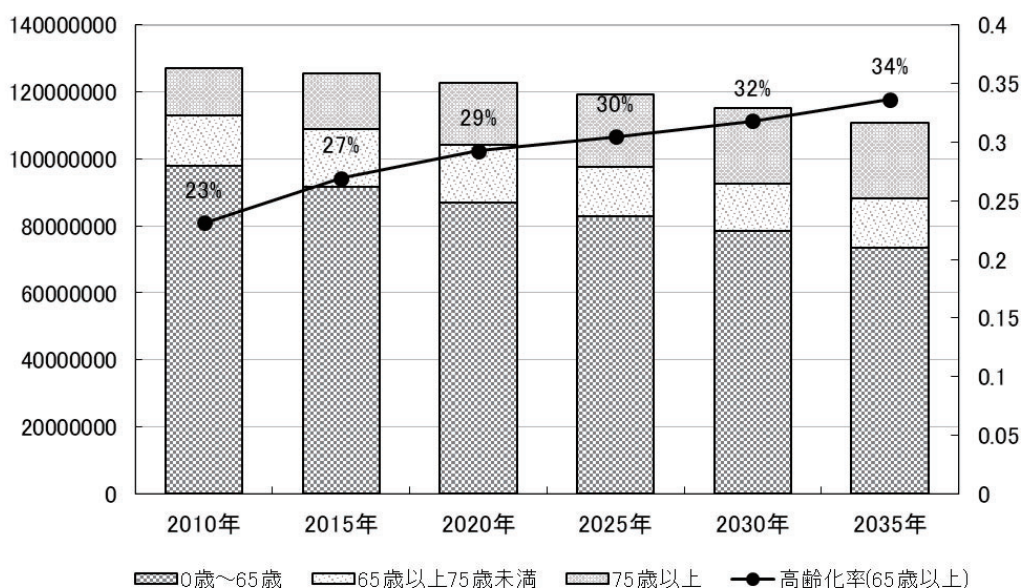




## 4. 医療圏分析

### 4-1. 泉州医療圏の概要と人口推計

泉州医療圏は、8市4町から構成されており、圏域の総人口約906千人(2015年)、面積445km<sup>2</sup>、人口密度は2,036人/km<sup>2</sup>の大都市型二次医療圏である。泉州の総人口は2025年に851千人へと減少し(2015年比-6%)、2040年に738千人へと減少する(2025年比-13%)ことが予想される。一方、75歳以上の人口は、2015年の104千人が、2025年にかけて146千人へと増加し(2015年比+40%)、2040年には142千人へと減少する(2025年比-3%)ことが予想される(図3)。高齢化率は、2010年の23%から2035年には34%まで増加すると予想されている<sup>16)</sup>。



(出所：株式会社ウェルネス2次医療圏サマリーデータを用いて筆者作図)

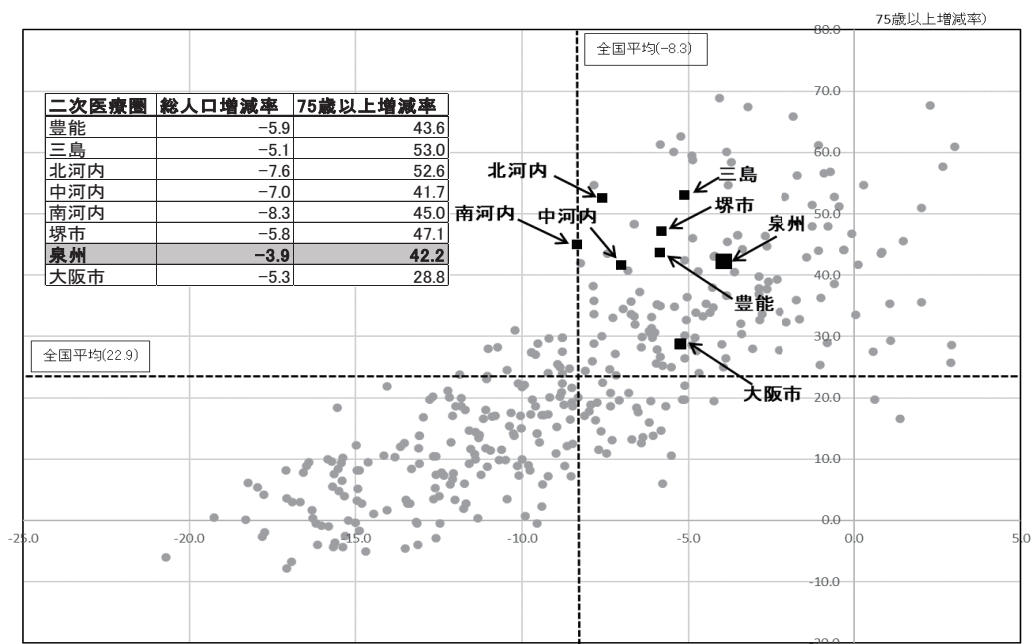
図3：泉州医療圏における人口推計と高齢化率の推移

また、75歳以上の大阪府2次医療圏における2015年から2025年にかけての75歳以上の増減率を比較すると、大阪府2次医療圏の75歳以上の増減率では、三島医療圏が53%と最も高く、泉州医療圏は42.2%と同医療圏内では6番目であるが、全国平均と比較しても75歳以上の増減率は高い傾向にある(図4)<sup>b)</sup>。

患者流入出の状況は、2015年の国保・後期高齢者レセプトデータにおいて、外

<sup>b)</sup> 日本医師会 地域医療情報システム (JMAP) <http://jmap.jp>

来・入院における圏域外の流出において、両者とも5～20%となっており、圏域内での自己完結率は高くなっている。心疾患においては、圏域内において91.1%（外来）、86.8%（入院）と高い現状である<sup>17)</sup>。



(出所：地域医療情報システム<sup>b</sup>より筆者作図)

図4：大阪府2次医療圏別総人口・75歳以上増減率（2015年-2025年）

#### 4-2. 泉州医療圏の医療・介護提供体制

医療の現状は、一人当たりの急性期医療密度指数は0.78、一人当たりの慢性期医療密度指数は1.07で、急性期の医療は少ないが、慢性期の医療は全国平均レベルである。一般病床等における人口当たり偏差値は41で、一般病床は少ない。療養病床における人口当たりの偏差値は60と療養病床数は多い。回復期病床数における人口当たりの偏差値は57と多い。診療所における人口当たりの診療所数の偏差値は47で診療所数はやや少ない現状である。

介護の現状は、泉州の総高齢者施設・住宅定員数(介護療養病床含む)合計は、9,305人(75歳以上1,000人当たりの偏差値41)と全国平均レベルを下回っている。そのうち、介護保険施設の定員が4,608床(偏差値36)、高齢者住宅等が4,697床(偏差値51)である。介護保険施設は全国平均レベルを下回るが、高齢者住宅等は全国平



均レベルである。

在宅ケアの現状は、在宅療養支援診療所は偏差値57と多く、在宅療養支援病院は偏差値64と多い。また、訪問看護ステーションは偏差値62と多い<sup>16)</sup>。

## 5. 研究の対象と範囲

### 5-1. A市の概要

泉州医療圏のA市に、医療法人Aが所在する。A市は、大阪府の泉南地域に位置する市であり、城下町を中心に発展してきた。総面積は、72.68 km<sup>2</sup>で、泉南地域の中心都市でもあり、大阪府の出先機関や企業の支店などが集中している。また、日本3大祭りのひとつであるだんじり祭でも有名である。

A市の総人口は、平成29（2017）年10月1日時点197,142人で減少傾向が続いている。今後も減少傾向が続くと見込まれている。高齢者の内訳をみると、65～74歳の前期高齢者は平成32（2020）年度までゆるやかに減少し、平成37（2025）年度には21,416人となる見込みである。一方で、75歳以上の後期高齢者は今後も増加し続け、平成37（2025）年度には31,475人となる見込みであり、高齢化率（総人口に占める65歳以上の割合）も年々高くなり、平成32（2020）年度には27.6%となると推測されている。認定率についても、今後も上昇傾向がみられ、平成32（2020）年度には22.3%、平成37（2025）年度には25.0%となる見込みである<sup>17)</sup>。

A市における人口10万当たりの病院数は、8.72（全国平均6.65）、一般診療所が74.39（71.57）、在宅療養支援診療所が18.47（11.67）、在宅療養支援病院が2.05（1.17）といずれも全国平均を上回っている（図5）。75歳以上1千人あたりの介護施設数は、訪問型7.18（3.47）、通所型4.74（3.66）、入所型1.03（2.22）、居宅介護支援事業所4.23（2.62）、福祉用具事業所2.01（0.88）となり、入所型を除いて、全国平均を上回っている（図6）<sup>b)</sup>。

A市における主要疾患別将来推計入院患者数においては、呼吸器系疾患（肺炎）は、2015年対で2025年と2045年はそれぞれ18%、4%増加、心疾患は16%、4%増加、悪性新生物は3%増加、22%減少、脳血管疾患は14%、1%増加する。悪性新生物においては2025年の3%増をピークに減少に転じる。肺炎、心疾患、脳血管疾患は、2030年のピークを迎え、その後減少に転じるが、高齢化に伴い、肺炎、心疾患、脳血

管疾患が増加する事が予想される（図7）。

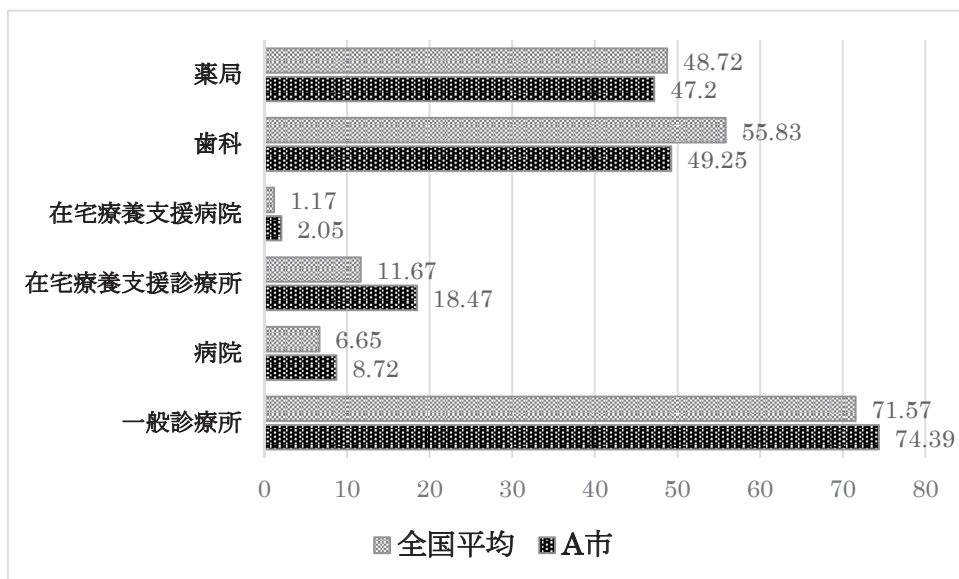
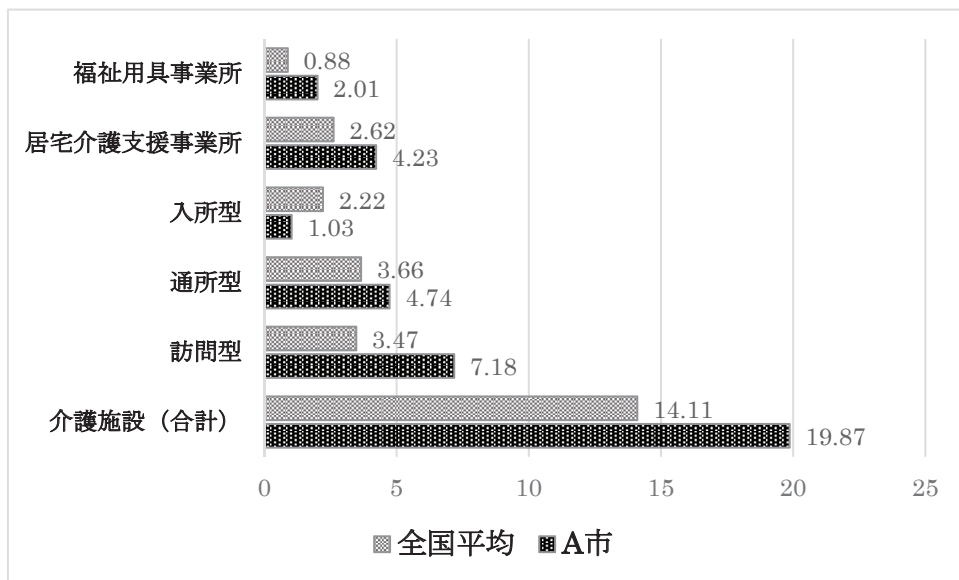


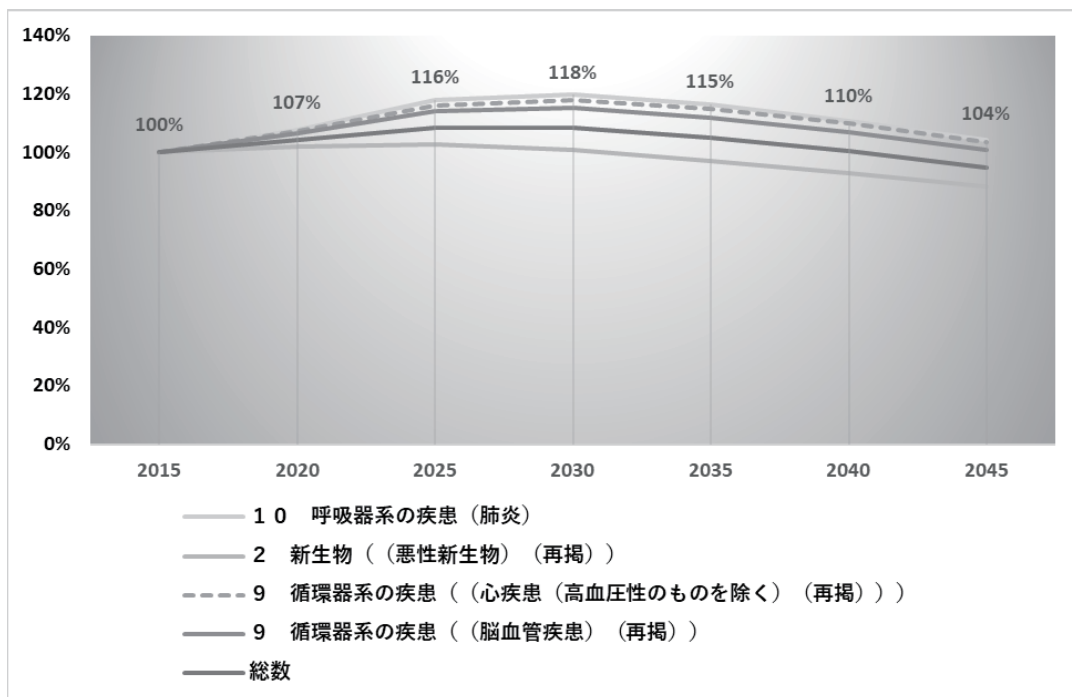
図5：人口10万人あたりの地域医療資源



(出所：地域医療情報システム<sup>b</sup>より筆者作図)

図6：75歳以上1千人あたりの地域介護資源

<sup>c</sup> 産業医科大学公衆衛生学教室：地域別人口変化分析ツール(AJAPA)  
<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/files/chv-1>



（出所：産業医科大学公衆衛生学教室：地域別人口変化分析ツールAJAPA<sup>®</sup>より一部作図）

図7：A市における主要疾患将来推計入院患者数

## 5-2. 医療法人Aの概要

医療法人Aは、99床の地域密着型ケアミックス病院（地域包括ケア病棟25床、医療療養型病棟66床、介護医療院8床）である。2017年に療養病棟25床を地域包括ケア病床に転換し、地域密着型病院として、急性期病院からのポストアキュート機能、在宅（施設）や診療所からのサブアキュート機能を強化している。在宅部門では、訪問診療、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション機能を有し、通所系では、通所リハビリテーション（デイケア）を併設している。

2018年に心臓リハビリテーションを開設したことにより、高齢心疾患患者の受け入れが増え、高齢者慢性疾患に対するセルフマネジメント強化が現在の課題である。

## 5-3. 医療法人Aにおける心疾患患者の現状

JCARE-CARDにおいて、心疾患の再入院率は、退院後6カ月以内で27%、1年後は35%であり、高い再入院率となっている<sup>4)</sup>。

医療法人Aにおいても、2018年3月～2019年12月の期間、退院後追跡可能であっ

た地域包括ケア病棟での心不全入院患者 32 例を調査した結果、心不全増悪による再入院が退院後 6 か月以内で、25%、1 年以内では 34%であり、極めて高い再入院率であった（表 1）。患者の基本属性別分析結果からは、再入院群、非再入院群間では、年齢、性別、併存疾患、入院期間、認知症による周辺症状の有無、介護者の有無には統計学的有意差は認めなかった。

一方、両群間において、看護必要度 A 項目（入院時、退院時）、看護必要度 B 項目（退院時）、栄養指標であるアルブミン（退院時）においては、 $P < 0.05$  と統計学的に有意差を認めた。

以上の結果から、重症度や栄養管理も含め、入院時及び退院時の適切なマネジメントが必要であり、両時期に渡り多職種間連携の重要性が示唆された。この結果については、西井（2017）による栄養領域によるセルフマネジメントに関する研究において同様のことが示唆されており、管理栄養士とケアマネージャーなど多職種間のコラボレーションによって、きめ細かいプランの立案ができることがすでに報告されている<sup>18)</sup>。また、心疾患領域では、入院中の多職種チームの介入によって、介入前と比較して、再入院+全死亡のリスクを 50%低減させたとの報告がある<sup>19)</sup>。

医療法人 A では、心疾患に対するセルフマネジメント支援は不十分であったが、現在、心疾患に対するセルフマネジメント支援チーム（医師：循環器専門医、理学療法士：心臓リハビリテーション指導士、看護師、栄養士、薬剤師、ソーシャルワーカー）が結成され、患者毎に 5 つの適正化（①病状・治療の適正化②自己管理の適正化③薬剤の適正化④リハビリ・栄養の適正化⑤社会背景の適正化）を実施し、これを基に PDCA サイクルを回し、セルフマネジメント支援を強化している。

表 1：医療法人 A における心疾患患者背景と再入院率

	再入院群 ( <i>n</i> = 13)	非再入院群 ( <i>n</i> = 19)	<i>p</i> value
Mean age (year)	83.2 ± 8.6	82.1 ± 7.8	NS
Men [n (%)]	7 (54%)	7 (37%)	NS
BMI	20.3 ± 2.6	21.4 ± 5.2	NS
虚血性心疾患[n (%)]	7 (53%)	7 (36%)	NS
非虚血性[n (%)]	6 (46%)	12 (63%)	NS
再入院 (1 年以内) [n (%)]	11 (84%)	-	

再入院（6か月以内）[n（%）]	8(61%)	-	
看護必要度 A 項目（入院時：点）	0.8 ± 0.8	0.2 ± 0.5	<0.05*
看護必要度 A 項目（退院時：点）	0.7 ± 0.8	0.1 ± 0.2	<0.05*
看護必要度 B 項目（入院時：点）	2.2 ± 2.1	0.9 ± 1.4	NS
看護必要度 B 項目（退院時：点）	2.0 ± 1.9	0.8 ± 1.3	<0.05*
糖尿病	5（38%）	4（21%）	NS
高血圧	8（61%）	12（63%）	NS
脂質異常症	7（53%）	9（47%）	NS
腎不全	10（76%）	13（68%）	NS
心房細動	11（84%）	10（52%）	NS
陳旧性脳梗塞	7（53%）	7（36%）	NS
アルブミン（mg/dl）入院時	3.5 ± 0.3	3.8 ± 0.5	NS
アルブミン（mg/dl）退院時	3.3 ± 0.3	3.7 ± 0.4	<0.05*
入院期間（日）	57.9 ± 32.8	44.2 ± 30.4	NS
周辺症状の有無 [n（%）]	6（46%）	8（42%）	NS
主介護者の有無 [n（%）]	4（30%）	5（26%）	NS

上記に示した分析患者の当院への流入経路は、32名中25名（78.1%）が急性期病院からの紹介入院であった。更に、再入院13人の内、12人（92%）も入院経路は急性期病院であった。

今回の患者分析において、上記以外の当院退院後追跡不能であった同期間内の心疾患患者において、セルフマネジメントが必要<sup>d</sup>であったと推測された患者数は、19人中17人（89%）と一定数、存在していた。また、同患者の入院経路も17人中10人（58%）が急性期病院からの紹介であった。

一般的に、急性期病院からの心疾患紹介患者は、様々な背景により転院を要する患者が多いが、医療法人Aの患者分析においても一定数以上のセルフマネジメント不良例が多く存在する事が示唆された。

これらの患者群に対して、当院におけるセルフマネジメント支援の提供体制の整備と質の向上は、急性期病院からの顧客流入量の増大、顧客維持の観点から病院経営において重要な課題と考えられる。更には、地域包括ケアシステム構築において、病院

<sup>d</sup> ①医学的問題（貧血や腎機能障害等の併存疾患）②自己管理の問題（塩分、水運制限不徹底、内服薬の中断歴等）③社会的・環境的背景（高齢、独居、介護サービスの状況等）の状況から該当するものを抽出した<sup>19)</sup>。



完結型から地域完結型へのシフトからも、退院後在宅でのケアプランを作成するケアマネージャーとの連携も強固なものにする必要がある。

そこで次章では、医療法人 A での心疾患におけるセルフマネジメント支援結果を基に地域包括ケアシステム構築における課題を明確にしていく。

## 6. 医療法人 A におけるセルフマネジメントの実際

### 6-1. 研究・調査方法

#### 6-1-1. 調査対象

調査対象者、つまり「支援対象者（以下、対象者）」は 2020 年 4 月に地域包括ケア病棟に入院した心疾患罹患患者において、過去に 1 回以上の入退院を繰り返した患者 2 名（男性 2 名）を選定した。この対象者を支援した、「支援伴走者（以下、伴走者）」であるケアマネージャーは 2 名とした。患者の伴走者となったケアマネージャーの属性は、女性 2 名、平均年齢 50 歳（SD=5）、ケアマネージャー経験年数 12.5 年（SD=2.5）、基礎職種：介護福祉士 1 名であった。

#### 6-1-2. 調査方法

本稿では、高齢者セルフマネジメントにおける研究である平成 28 年度「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究」<sup>a)</sup> に示されている様式 2（入院 1 週間以内に医療機関が伴走者へ提出）（表 2）、様式 3（共同アセスメントシート：入院医療機関＋伴走者）（表 3）、様式 4-2（セルフケアプラン）（表 4）に焦点を絞り、セルフマネジメントの課題を整理した。さらには、対象者 1 に対して、退院後 1 か月後のモニタリングも含め、事例分析を行った。

また、ケアマネージャーへのフィールドスタディーで得られた調査実施後のインタビューにおいて SCAT (Steps for Cording and Theorization)<sup>20)</sup> を使用し、質的調査を行い医療法人 A におけるケアマネージャーとの連携においての課題を抽出した。

更に、A 市における保険者機能評価及び地域包括支援センター業務達成度評価における結果を元に、地域包括ケアシステム構築の実現に向けたセルフマネジメントの在り方について考察を行った。



## 6-2. 結果

### 6-2-1. セルフマネジメントにおける心疾患に対する取り組み

対象者2名における概要（表5）及び、セルフマネジメント実行状況と、退院時のアクションプランについて要約した（表6）。また、対象者1に対して、退院後1か月後のモニタリング時に、アクションプランの達成、及び患者の状態評価を行った。

表5：対象者の概要

	対象者1	対象者2
年齢	78	82
性別	男性	男性
診断名	慢性心不全増悪	慢性心不全増悪
基礎疾患	虚血性心筋症	拡張型心筋症
心不全入院回数	2回目	2回目
認知症	HDS-R <sup>°</sup> ：23点	HDS-R：24点
介護保険	要介護4	要介護3
家族構成	独居	妻と二人暮らし

対象者1は、男性、年齢78歳、既往歴に、ラクナ梗塞、高血圧、脂質異常症を有し、要介護3、独居で生活し、週3回のデイサービス、週1回の訪問看護、週2回の外来心臓リハビリテーションを利用していた。退院1か月後の状態として、水分制限は厳守されており、体重に関しても54kg（退院時53kg）を維持されていた。採血データにて、脳性（B型）ナトリウム利尿ペプチド（BNP）<sup>†</sup>の値は、60.1pg/ml（退院時58pg/ml：正常値は18pg/ml以下）と著明な増加及び心不全増悪の兆候は認めず、良好であった。

<sup>°</sup> HDS-R：長谷川式簡易知能評価スケール（9項目の設問で構成された簡易知能評価スケール）。30点満点中20点以下で認知症疑い、21点以上を非認知症と判断される。

<sup>†</sup> ナトリウム利尿ペプチドにはANP、BNP、C型ナトリウム利尿ペプチド（C-type natriuretic peptide; CNP）がある。ANPは主として心房で、BNPは主として心室で合成される心臓ホルモンである<sup>21-23</sup>。ANPは心房の伸展刺激により、BNPは主として心室の負荷により分泌が亢進し、血中濃度が上昇する。つまり、BNPは心室への負荷の程度を鋭敏に反映する生化学的マーカーとなる<sup>24-26</sup>。

表 6：セルフマネジメント支援と退院時のアクションプランの要約

対象者	セルフマネジメント支援の状況	アクションプラン
1	<p>① 病状・治療の適正化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・既存の利尿剤ではコントロール不良</li> <li>→作用機序の異なる利尿剤を導入</li> </ul> <p>② 自己管理の適正化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・塩分制限の不徹底</li> <li>・心不全に対する病識が乏しい</li> <li>・症状増悪時の判断と行動の理解が不十分</li> <li>→自己管理ツールの導入、病状指導</li> </ul> <p>③ 薬剤の適正化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬の自己管理は適正であるが多剤</li> <li>→ポリファーマシー</li> </ul> <p>④ リハビリ・栄養の適正化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カロリーは適正であるが、麺類等が多い</li> <li>→塩分制限の徹底を説明</li> </ul> <p>⑤ 社会背景の適正化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・独居</li> <li>・体重管理の不徹底</li> <li>→介護サービスを利用し、監視体制強化</li> </ul>	<p>① 水分制限の厳守（1200ml／日）</p> <p>② 体重測定の徹底（予定外体重55kg）</p> <p>③ 予定外体重時の医療機関への連絡の徹底（予定外体重時の連絡手順を予め決定）</p>
2	<p>① 病状・治療の適正化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・頻脈性不整脈による心不全悪化</li> <li>→利尿剤の調整と心拍数コントロール</li> </ul> <p>② 自己管理の適正化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・塩分・水分制限の不徹底</li> <li>・症状増悪時の判断と行動の理解が不十分</li> <li>→メモリ付き水分測定の導入</li> <li>→自己管理ツールの導入</li> </ul> <p>③ 薬剤の適正化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・多剤、怠薬が多い</li> <li>→ポリファーマシー、薬剤指導</li> </ul> <p>④ リハビリ・栄養の適正化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・運動で心拍数上昇（過負荷）</li> <li>→心臓リハビリで適正な運動量を指導</li> </ul> <p>⑤ 社会背景の適正化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・妻と二人暮らし、亭主関白、外出拒否</li> <li>→外付け介護サービス利用を増やす</li> <li>→心臓リハビリテーション通院</li> </ul>	<p>① 水分制限の厳守（1000ml／日）</p> <p>② 体重測定の徹底（予定外体重62kg）</p> <p>③ 予定外体重時の医療機関への連絡の徹底（予定外体重時の連絡手順を予め決定）</p> <p>④ 訪問看護による状況連絡の徹底</p>

今回、退院時の多職種カンファレンスにおいて、①水分制限 1200ml／日の厳守②厳格な体重管理③体重増加時の医療機関への連絡方法厳守の3つのアクションプランを作成した。①に関しては、モニタリング可能なデイサービスにおいて、予め上限水分量を話し合いで決定、②に関しては心不全増悪の早期発見ツールである手帳「ハートノート」<sup>※</sup>を利用し、誰が測定し、誰が評価するかを設定した。③に関しては、予

<sup>※</sup> NPO 法人大阪ハートクラブが管理している心不全増悪早期発見ツールである。通常の心不全手帳の項目に多職種で共有できるように日々点数評価を行い、5点以上はかかりつけ病院の救急外来へ受診、4点以上は当日もしくは翌日にかかりつけ受診、3点以上は1週間以内に受診となっており、心不全早期発見、早期受診を促す「大阪モデル」の自己管理ノートである。

め決定していた予定体重よりも超過した場合に速やかに医療機関へ連絡する方法、手段（具体的な連絡網など）を決定し、多職種における目標を統一し、退院後実行に移すことができた。

上記カンファレンス内容を踏まえ、担当ケアマネージャーが病状をより詳細に把握し、最適なケアプランを作成でき、何より、カンファレンスに同席した本人自身が、このような話し合いに参加する事で、セルフマネジメントの意識が高くなったとの考察がなされた。

### 6-2-2. 伴走者インタビュー調査における SCAT 分析結果

フィールドスタディで得られた伴走者のインタビューをもとに、言語記録（質的データ）を作成し、分析し結論を得る手法である SCAT 分析を用いた。SCAT 分析は、マトリクスの中にセグメント化したデータを記述し、そのそれぞれに、〈1〉データの中の着目すべき語句→〈2〉それを言い換えるためのデータ外の語句→〈3〉それを説明するための語句→〈4〉そこから浮き上がるテーマ・構成概念の順にコードを考え付していき、4つのコーディングからストーリーラインを記述し、そこから理論を記述する手続きとからなる手法であり、比較的小規模の質的データの分析にも有効とされている<sup>20)</sup>。以下に、SCAT 分析において得られた4つの概念と代表的なテキストデータを示す（表7）。

そして、4つの構成概念から導き出されたストーリーラインとして、以下の結果を得た。伴走者は、医療機関とのタイムリーな情報共有を必要としており、入院中の早期介入による患者情報の共有により退院をスムーズに行う事ができる。早期情報共有による連携強化は、伴走者の医学的知識の向上を促し、結果、ケアプラン作成における質の向上に寄与すると考えられた。また、退院時に多職種において目標の共通認識を統一し、目標設定を行う事で、伴走者のサポート体制を構築する事ができると示された。



表 7：SCAT 分析により得られた代表的な 4 つの概念と主なテキストデータ

テキスト	テキストの言い換え	構成概念
<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当患者が入院したら出来るだけ早い段階で情報提供書を作成し、医療機関へ提出している</li> <li>・入院した事を教えてくれない医療機関もある</li> </ul>	入院時のケアマネージャーと医療機関の情報共有	情報共有
<ul style="list-style-type: none"> <li>・今回、入院中にカンファレンスの状態や患者の状況、認知面やADLなどの情報を提供いただいたとき、そのことによりじっくり担当患者のケアプランを作成する事ができた</li> <li>・スムーズな在宅生活への移行を可能とし、信頼関係が築けた</li> </ul>	入院中の患者情報の共有	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当患者が入院したら、中々医療機関には患者の状態を聞けない、遠慮してしまう、聞いてはダメと思ってしまう</li> <li>・医師は忙しいので中々患者の状態を聞けない</li> <li>・退院前になったら連絡をくれる様に伝えることが多い</li> </ul>	医療機関とケアマネージャー間での連携不足問題	連携強化
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関によっては、家族から担当患者が自宅へ退院されたことを告げられることがある</li> <li>・急な退院を依頼してくる医療機関がある</li> </ul>	医療機関の地域視点の欠如	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院時アクションプランを作成したのは初めてであり、多職種にもわかりやすいレベルでの目標であり、受け入れが容易であった</li> <li>・書類の記載項目が多く困難であった</li> </ul>	アクションプラン作成	目標設定 目標の共通認識
<ul style="list-style-type: none"> <li>・共通ツールを使用する事により更に共通認識が高まった</li> <li>・だれでもわかりやすいツールであったため、事業所でも説明しやすかった</li> <li>・高齢者には少し難しいか。家族は可能と思われる</li> </ul>	共通ツール	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院後共通目標に対して、各事業所からの異常の際の伝達は確保されている。異常があったらよくケアマネージャーに連絡がある</li> </ul>	異常早期発見システム	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関が親身になってケアプラン作成を支援していただけて、頼りになり、安心した</li> <li>・退院時カンファレンスで専門的知識と多職種で何が出来るかを議論したので、現場でケアプランの修正を行った</li> </ul>	連携による医学的知識の向上 ケアプランの質の向上	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院カンファレンスが早期に行えたことはメリットである。</li> <li>・退院直前に初めて病院に呼ばれ、退院カンファレンスがあるも</li> <li>・せめて1~2週間前に退院カンファレンスを行って欲しい</li> </ul>	退院カンファレンスの適正時期	伴走者のサポート体制
<ul style="list-style-type: none"> <li>・迅速な地域連携室が重要、今回、問題点に対して、地域連携室は迅速に対応してくれた</li> </ul>	地域連携室	

以上のデータから、次のような理論記述を得ることができた。

伴走者は、担当患者が医療機関に入院した際、医療機関側への情報提供は心がけてはいるが、一方向性であり、医療機関との壁を感じている。これは、地域では伴走者と患者との個々での関係であったが、入院する事で、個人と組織間でのやり取りに移行するため、容易にはアクセスできない現状となる。

しかし、今回の事例においては、早期から医療機関が伴走者に対して、診療情報を提供する事で医学的知識の向上や退院後のケアプラン作成において、質の向上に寄与できたと考えられる。

それは、多職種カンファレンスを早期に行い、その場で統一された目標設定を行う事で、伴走者が気づかなかつた、または知らなかつたりハビリや在宅での治療方法に気付く事ができたことである。また、医療機関や多職種が議論し、ケアプラン作成に寄与する事で、伴走者は、頼りになる、安心であるという感情が芽生え、専門職がバックアップとなることで、伴走者における患者に対するセルフマネジメント支援の継続的な実行の支えになる可能性もあると考えられた。

今後、地域包括ケアシステム構築において、個々のケアマネージャーの役割は非常に大きく、これをサポートする医療機関、多職種連携の在り方はさらに重要となる。入退院支援における様々なインセンティブは設定されているものの、今一度、介護・医療連携の本質を再度、認識することは重要であり、今後、医療法人 A においても検討すべき課題といえる。

### 6-3. A 市における地域包括支援センター業務達成度評価と保険者機能評価の分析

2017 年 4 月に成立した「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」<sup>h)</sup>においては、地域包括支援センターが自ら事業評価を行い事業の質の向上を図るとともに、市町村が定期的に地域包括支援センターの運営方針の改正などの必要な措置を講じることが義務化された<sup>i)</sup>。

評価項目数は、市町村 80 項目、地域包括支援センター 86 項目からなり、そのうち、51 項目は市町村と地域包括支援センターとで直接対応のある設問項目であり、市町村と地域包括支援センターとの連携評価を目的に構成されており、つまりは、市町村が個々の地域包括支援センターの実態を把握し、効率よく業務を運営し、十分な連携がなされているかを評価する事ができる。

しかし、項目の多さと各項目の難易度の標準化が困難であり、適正な業務評価がなされていないとされ、本稿では、筒井らが開発した 25 項目（簡易版）地域包括支援センター評価項目<sup>j)</sup>を用いて、市町村評価項目を検討し、課題を明確化することとし

<sup>h)</sup> 2017 年 4 月 18 日に衆議院本会議にて可決された法案。高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図ると共に、制度の持続可能性を確保する事に配慮し、サービスを必要とする人に必要なサービスが提供されるようにすることを目的とする。

<sup>i)</sup> 介護保険法第 115 条の 46 第 4 項・第 9 項、2018 年 4 月施行

<sup>j)</sup> 地域包括支援センターの業務達成度を評価する 86 項目による得点と、新たに開発された 25 項目版との相関係数は 0.98 と高い相関があり、25 項目の評価によって点検項目 86 項目の実施の程度が把握できる事が示されている<sup>27)</sup>。

た。

地域包括支援センター（簡易版）の25項目において、それぞれ、Ⅰ－1：組織、運営体制、Ⅰ－2：個人情報保護、Ⅰ－3：利用者満足度の向上、Ⅱ－1：総合相談支援、Ⅱ－2：権利擁護、Ⅱ－3：包括的・継続的ケアマネジメント支援、Ⅱ－4：地域ケア会議、Ⅱ－5：介護予防ケアマネジメント・指定介護予防支援、Ⅱ－6：在宅医療・介護連携、Ⅱ－7：認知症高齢者支援、Ⅱ－8：生活支援体制整備の categories に分け、2019年度におけるA市にある6か所（A～F）の地域包括支援センターと全国平均を比較した（表8）。

この結果、Ⅰ－1：組織・運営体制、Ⅱ－4：地域ケア会議以外の項目に関しては全国平均を上回っていた。全国平均より下回っていたⅠ－1の設問は、「夜間・早朝の窓口（連絡先）を設置し、窓口を住民にパンフレットやホームページ等で周知しているか」、Ⅱ－4の設問は「センター主催の地域ケア会議において、地域課題に関して検討しているか」であった。組織・運営体制においてはその他の設問においてほぼ100%実施されていたため、今後セルフマネジメント支援においても重要な項目と考えられる地域ケア会議の項目に対して、各設問項目の達成率を検討し、更には、同項目において市町村指標との突合評価結果を分析した（表9）。

地域ケア会議項目においては、市指標としてすべての項目は実施されているが、センター指標として、全国平均より下回っていた設問は、「センター主催の地域ケア会議において、個別事例について検討しているか」、「センター主催の地域ケア会議において、地域課題に関して検討しているか」の2項目であった。

この結果からは、地域包括支援センターにおける個別課題、または地域課題の抽出、検討を市との連携をさらに強化する必要が示唆された。

表8：25項目（簡易版）地域包括支援センター評価項目

カテゴリー	設問	地域包括支援センター						達成率	
		A	B	C	D	E	F	A市	全国平均
I-1	事業計画の策定に当たって、市と協議し、市から受けた指摘がある場合、これを反映しているか。	1	1	1	1	1	1	100%	88.80%
I-1	市の支援・指導の内容により、逐次、センターの業務改善が図られているか。	1	1	1	1	1	1	100%	84.10%
I-1	担当圏域の現状やニーズに基づき、センターの実情に応じた重点業務を明らかにしているか。	1	1	1	1	1	1	100%	72.50%
I-1	市から、年度当初までに、センター職員を対象とした研修計画が示されているか。	1	1	1	1	1	1	100%	48.40%
I-1	センター職員に対して、センター又は受託法人が、職場での仕事を離れての研修を実施しているか。	1	1	1	1	1	1	100%	72.50%
I-1	夜間・早朝の窓口（連絡先）を設置し、窓口を住民にパンフレットやホームページ等で周知しているか。	0	0	0	0	0	0	0%	56.10%
I-2	個人情報保護に関する責任者（常勤）を配置しているか。	1	1	1	1	1	1	100%	81.40%
I-2	個人情報の持出・開示時は、管理簿への記載と確認を行っているか。	1	1	1	1	1	1	100%	47.30%
I-3	センターが受けた介護サービスに関する相談について、市に対して報告や協議を行う仕組みがあるか。	1	1	1	1	1	1	100%	87.10%
II-1	相談事例の終結条件、分類方法を、市と共有しているか。	1	1	1	1	1	1	100%	87.70%
II-2	成年後見制度の市長申し立てに関する判断基準が、市から共有されているか。	1	1	1	1	1	1	100%	64.70%
II-3	担当圏域の居宅介護支援員のニーズに基づいて、多様な関係機関・関係者との意見交換の場を設けているか。	1	1	1	1	1	1	100%	80.60%
II-3	介護支援専門員の研修会・事例検討会等の開催計画を策定し、指定居宅介護支援事業所に示しているか。	1	1	1	1	1	1	100%	58.20%
II-3	市からの情報提供において地域の介護支援専門員のニーズや課題の情報提供がある。	0	1	1	1	1	1	83.30%	79.50%
II-3	介護支援専門員から受けた相談事例の内容を整理・分類した上で、経年的に件数を把握しているか。	1	1	1	1	1	1	100%	58.40%
II-3	市による研修会の内容を踏まえ、個別事例を検討する地域ケア会議等を開催しているか。	0	1	1	1	1	1	83.30%	79.50%
II-4	センター主催の地域ケア会議において、地域課題に関して検討しているか。	0	0	1	1	1	1	66.6%	74.80%
II-4	センター主催の地域ケア会議の運営方針を、職員・会議参加者・地域の関係機関に対して周知しているか。	0	1	1	1	1	1	83.30%	68.60%
II-5	ケアプラン作成で委託する際の事業所選定の公平性・中立性確保のための指針が市から示されているか。	1	1	1	1	1	1	100%	71.20%
II-6	医療関係者と合同の事例検討会に参加しているか。	1	1	1	1	1	1	100%	79.10%
II-6	医療関係者と合同の講演会・勉強会等に参加しているか。	1	1	1	1	1	1	100%	93.10%
II-6	在宅医療・介護連携推進事業における相談窓口に対し、相談を行っているか。	1	1	1	1	1	1	100%	65.20%
II-7	認知症初期集中支援チームと訪問支援対象者に関する情報共有を図っているか。	1	1	1	1	1	1	100%	72.60%
II-7	認知症高齢者支援携わるボランティアに対して助言を行っている。	1	1	1	1	1	1	100%	71.40%
II-8	生活支援コーディネーター・協議体と地域における高齢者のニーズや社会資源について協議をしているか。	1	1	1	1	1	1	100%	71.40%
25項目の得点		80	82	86	86	86	86		

\* A, B, C, D, E, Fの列はそれぞれ1（達成）、0（未達成）を示す

表9：地域ケア会議項目の詳細と市指標との突合表

市指標	A市	センター指標	地域包括支援センター						達成率	
			A	B	C	D	E	F	A市	全国平均
地域ケア会議が発揮すべき機能、構成員、スケジュールを盛り込んだ開催計画を策定し、センターに示しているか。	1	地域ケア会議が発揮すべき機能・構成員、スケジュール等を盛り込んだ開催計画が市から示されているか。	1	1	1	1	1	1	100.0%	68.5%
センター主催の地域ケア会議の運営方法や、市町村主催の地域ケア会議との連携に関する方針を策定し、センターに対して周知しているか。	1	センター主催の地域ケア会議の運営方針を、センター職員・会議参加者・地域の関係機関に対して周知しているか。	0	1	1	1	1	1	83.3%	68.6%
センター主催の個別事例について検討する地域ケア会議に参加しているか。	1	センター主催の地域ケア会議において、個別事例について検討しているか。	0	1	1	1	1	1	83.3%	86.5%
地域ケア会議において多職種と連携して、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか。	1	センター主催の地域ケア会議において、多職種と連携して、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか。	0	1	1	1	1	1	83.3%	73.2%
センターと協力し、地域ケア会議における個人情報の取扱方針を定め、センターに示し、市町村が主催する地域ケア会議で対応しているか。	1	市から示された地域ケア会議における個人情報の取扱方針に基づき、センターが主催する地域ケア会議で対応しているか。	0	1	1	1	1	1	83.3%	81.0%
地域ケア会議の議事録や検討事項を構成員全員が共有するための仕組みを講じているか。	1	センター主催の地域ケア会議において、議事録や検討事項をまとめ、参加者間で共有しているか。	0	1	1	1	1	1	83.3%	73.9%
地域ケア会議で検討した個別事例について、その後の変化等をモニタリングするルールや仕組みを構築し、かつ実行しているか。	1	地域ケア会議で検討した個別事例について、その後の変化等をモニタリングしているか。	0	1	1	1	1	1	83.3%	72.7%
センター主催の地域課題に関して検討する地域ケア会議に参加しているか。	1	センター主催の地域ケア会議において、地域課題に関して検討しているか。	0	0	1	1	1	1	66.6%	74.8%

\* A市, A, B, C, D, E, Fの列はそれぞれ1（達成）、0（未達成）を示す

（出所：令和元年 第2回介護保険事業運営等協議会・地域包括支援センター運営協議会・地域密着型サービスなど運営委員会、令和元年11月27日の資料から抜粋改変）

次いで、2019年度におけるA市の保険者機能評価表を（表10）に示す。保険者機能評価は、前述した「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」<sup>1)</sup>により、全市町村の保険者機能を強化する一環として、保険者の様々な取り組みの達成状況を評価することである。この評価に応じて、各市町村に財政的インセンティブを付与し、介護サービスの提供に対してのmanaged careの強化が必須の取り組みとなった。

保険者機能評価の項目においては、Ⅰ：PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制などの構築、Ⅱ：自立支援、重度化防止などに資する施策の推進、Ⅲ：介護保険運営の安定化に資する施策の推進に大別される。A市は、3項目共に、全国平均値を上回っていたが、Ⅱの小項目である在宅医療・介護連携において、全国平均点より下回っていた。下回っていた設問項目は、「地域の医療・介護関係者等が参画する会議において、市町村が所持するデータのほか、都道府県等や郡市区医師会等関係団体から提供されるデータ等も活用し、在宅医療・介護連携に関する課題を検討し、対応策が具体化されているか」、「医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向けて必要に応じて、都道府県等からの支援を受けつつ、必要となる具体的取組を企画・立案した上で、具体的に実行するとともに、実施状況の検証や取組の改善を行っているか」、「関係市区町村や郡市区医師会等関係団体、都道府県等と連携し、退院支援ルール等、広域的な医療介護連携に関する取組を企画・立案し、実行しているか」、「居宅介護支援の受給者における「入院時情報連携加算」又は「退院・退所加算」の取得率の状況はどうか」であった。

つまり、今後A市において地域包括ケアシステムを構築する上で、市のmanaged careの強化として、切れ目のない医療・介護連携を提供するため、都道府県や市が所有するデータを活用し、在宅医療、介護連携における課題を抽出、検討、更に対策案を具現化する機能を強化する必要性が示唆された。これは先で述べた地域包括支援センターでの地域ケア会議の在り方においても、同様の事が示唆されており、A市においての共通の課題と認識された。



表10：2019年度A市における保険者機能評価（開示内容から筆者作図）

カテゴリー	指標	配点（点）	A市	全国平均
I	PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化に向けた体制などの構築			
			80	70
II	自立支援・重度化防止などに資する施策の推進			
	(1) 地域密着型サービス	52	28	18.2
	(2) 介護支援専門員・介護サービス事業所	35	30	14.9
	(3) 地域包括支援センター	169	111	102.0
	(4) 在宅医療・介護連携	78	42	49.7
	(5) 認知症総合支援	69	46	28.4
	(6) 予防介護日常生活支援	97	89	57.6
	(7) 生活支援体制の整備	46	46	30.6
	(8) 要介護状態の維持・改善の状況等	60	60	38.0
	III	介護保険の安定化に資する施策の推進		
(1) 介護給付の適正化		55	32	21.1
(2) 介護人材の確保		28	22	13.6
合計		692	576	428.6

## 7. 経営戦略を立案する上での SWOT 分析

医療法人 A の経営戦略を立案する上で根拠となる事象を明らかにする目的で SWOT 分析を実施した（表 11）。

まず、＜積極的攻勢＞としては、A 市における高齢化率の上昇、それに伴い心疾患などの慢性疾患が増加することが推測される。医療法人 A は循環器専門医 2 名在中し、心臓リハビリテーション、地域包括ケア病棟を有しており、慢性疾患の中でも心疾患に特化した専門的治療やマネジメントが可能と判断される。

また、自院が訪問診療や訪問看護ステーションなどを有しており、近隣の診療所との連携も強化し、在宅部門においても心疾患を中心とした診療が可能となる。慢性心疾患の再入院率は高く、医療法人 A では、入院時から退院にかけての心疾患に対するマネジメント支援を強化するとともに、在宅部門・介護との連携において、医療～介護連携を強化、在宅での心疾患のフォローアップ体制から、異常の早期発見を行い、早期治療介入または、入院治療が必要な際は、短期間の入院により ADL 低下を招くことなく、在宅へ復帰できるシステムを構築する必要がある。

さらに、急性期病院での在院日数短縮により、短期間では不十分なセルフマネジメント支援や早期転院による専門的治療の継続も可能となることで、急性期病院がより高度な専門的治療に注力する事ができる。

このような体制を構築する事で、当医療機関が地域に対しての視野を広げることが

でき、他疾患においてもセルフマネジメント支援の体制を応用できる可能性が広がる。また、地域で長く過ごせるようマネジメントする事は、患者及び職員の喜びとなり、医療法人 A が地域で必要とされ存続するために、必要不可欠な体制であると考えられる。

次に、＜段階的施策＞では、心疾患に対するセルフマネジメント強化において、院内の体制を強化する必要がある。現在、結成されている多職種からなるセルフマネジメント支援チームのスタッフのスキルアップを図る必要がある。

今後、看護師においては、心不全療養指導士の資格を取得、また訪問看護師においては、退院した患者に対して看護を通じてモニタリングできる体制を構築する。

また、診療所や在宅医療からの入院が少ないため、近隣の診療所と連携し、在宅療養支援病院（連携型）を取得することで在宅、地域からのサブアキュート機能を強化していく。ただし、入院経路の半数を占める急性期病院からの転院患者に適切なセルフマネジメント支援を実行し、近隣医療機関からの信頼を勝ち取る必要がある。

さらに、今回のセルフマネジメント支援を通じて、ケアマネジャーとの連携を強固なものとし、入院時からの介入及び、退院後のモニタリングでの情報共有など含め、入院から在宅までシームレスな介入ができる体制を整備、システム化する必要がある。

この他に、地域包括支援センターとの連携により、心疾患におけるセルフマネジメント支援において、コントロール困難な個別事例に対して、地域ケア会議等で議題とし、地域全体において心疾患患者を支援できるシステムを検討、構築する取り組みが必要となると考えられる。

＜差別化戦略＞としては、総人口の減少の中、高齢化率は上昇し、特に心疾患の増加が予想されることから、心不全パンデミックに備え、医療法人 A では、地域において、慢性心疾患に対する適切なセルフマネジメント支援を実行できる病院として差別化を図る。

また、地域包括ケア病棟などを利用し、慢性疾患増悪患者の速やかな受け入れ態勢を整備しておく準備をしておく。要介護者の認定率の上昇も予想され、在宅からのレスパイト（短期入院）の受け入れ、介護困難や医療度が高い重症患者の受け入れ態勢を強化し、緊急時（特に夜間など）にかかりつけ患者に対して、スムーズな入院体制を構築し、更なる地域密着型病院へ強化する必要がある。

＜根本的改善又は撤退＞として、2030年以降の高齢者数の減少、適応疾患の減少が懸念され、人口動態や診療報酬などを鑑み、ダウンサイジングなども視野にいれ、

施策を進めていく必要がある。

表 11：経営戦略の根拠となる医療法人 A の SWOT 分析

		外部要因	
		<機会>	<脅威>
内部要因	<強み>	<積極的攻勢>	<差別化戦略>
	<弱み>	<段階的施策>	<根本的改善又は撤退>

## 8. 考察

前節で検討した SWOT 分析を基に、今後医療法人 A がセルフマネジメント支援を通じ、地域密着型ケアミックス病院として、地域での役割を明確化し、地域包括ケアシステム構築、実現に向け、自院のポジショニングを含め、どのようなマネジメントが今後、必要かを考察した。

### 8-1. セルフマネジメント支援の必要性と地域密着型ケアミックス病院の差別化集中戦略

国際的に、セルフマネジメントは高齢者の自立した生活の促進、高齢者の幸福や生活の質をよりよくするものと考えられている<sup>28)</sup>。浅井 (2017) は、わが国における慢性疾患のセルフマネジメントについて、「慢性疾患と共に生きる人が医療者とのパートナーシップに基づく協働により、疾患特有の管理とその影響の管理という課題に対処する活動であり、その人が問題とすることに主体的に取り組み、対処法が洗練されていくプロセスである」と定義づけている<sup>29)</sup>。

また、高齢社会において個々のセルフマネジメント能力の向上なしには、質の高い医療・社会サービスの提供はできないと考えられている。筒井は、今後、地域包括ケ

アシシステムにおいて重要なプレーヤーは、従来、医療や介護サービスの受け手としてのみ認識されていた利用者であると述べている。つまりは、保険者や市町村において、各種サービスの標準化と透明性が担保されているという前提で、利用者自身がセルフマネジメント能力を向上させる事は、自らが購入するサービスの効率性を向上させる事を意味する。セルフマネジメント支援は最も有望なサービスであり、利用者のニーズに沿ったサービス提供体制の構築において、統合を図る際に推進すべき手法の一つと述べられている<sup>30)</sup>。

このような背景を鑑み、＜差別化戦略＞で述べたように、慢性心疾患に対するセルフマネジメント支援が可能な回復期病院として特化し、他の後方支援病院との差別化を図る戦略は重要であると考ええる。更には、＜積極的攻勢＞において、慢性心疾患のセルフマネジメント支援の特化に加え、専門的治療の提供が可能となる。具体的には、高度急性期治療を脱した心疾患患者に対し、早期の転院による専門的治療の継続（専門的な調整が必要であり、ある程度長期での点滴などを含めた薬剤管理が必要な場合など）が可能となると考えられる。

例えば、連携強化において、転院相談の際、複雑な症例に対して、直接医師間でのやり取りが可能な専用の回線を設定、また、心不全連携パス内にセルフマネジメント支援が必要な患者の要件を取り入れるなど、急性期病院が当院へ転院させる基準を明確にしなければならない。

日本の一般急性期病院では、看護師が補助する医療処置がほとんどないにもかかわらず、長期に入院している患者が50%を超えており<sup>31)</sup>、高度急性期サービスと長期・介護ケアが混在しており、医療の効率性が低下している。

このような現状より、現在急性期病院が、在院日数短縮などで十分に患者のマネジメントが出来なかった領域に対して、後方支援病院である当院がその役割を担い、更には、明確な機能分化で急性期医療機関がより高度な専門的治療に注力できるよう、急性期病院との垂直連携を更に強化する必要があると考える。

また、セルフマネジメント支援を地域で支えていくためには、当院でのセルフマネジメント支援を強化するとともに、診療所、訪問看護との臨床的統合を基盤とし、複数の介護事業所との調整をケアマネージャーが行う、水平的統合が必要となる（図8）。A市においては、在宅支援診療所は全国平均より多いため、診療所に所属する多職種間の臨床的統合は可能であり、医療法人Aは、すでに強化型在宅支援病院（連携型）も取得している。このような状況からみて、臨床的統合の推進は可能と考えている。

また、訪問看護に関しては、まずは、自院のスタッフから心疾患再発予防に向けた規範的統合を行い、その後他事業所へ展開していく必要があると考える。このようなフォローアップ体制の中、心疾患増悪の際、高度急性期治療が必要でない場合は、当院での受け入れを強化していく必要がある。

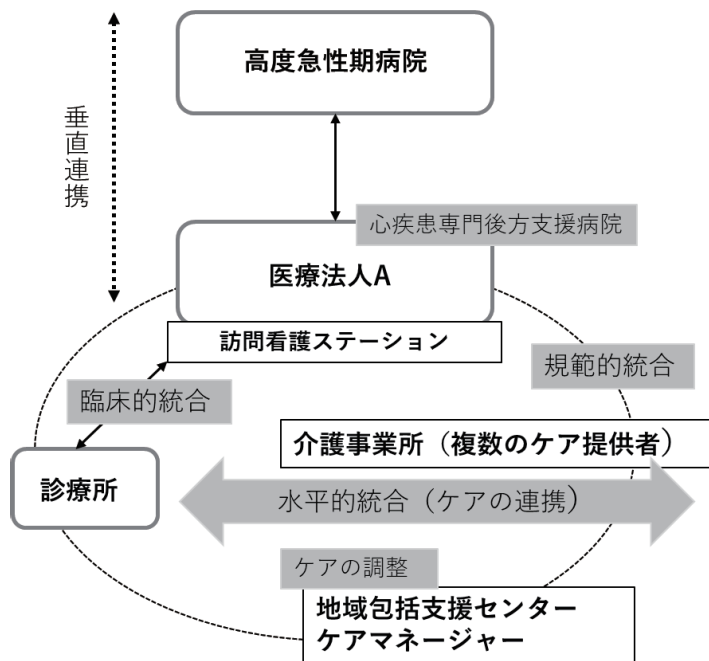


図8：統合のかたち、ケア統合のイメージ図（筆者作図）

戦略ポジショニングマップ（図9）において、現在の自院から将来の自院へ競争優位性をもたらすためには、セルフマネジメント支援という差別化戦略において特定の集団である心疾患に特化する差別化集中戦略を基本戦略とし、医療・介護連携において、多職種間の臨床的統合を基盤に、介護領域との水平的統合を行い、地域包括ケアシステムの構築を推進したいと考える。

また、統合を円滑にするために、当院は、今後、新たなICT(Information and Communication Technology)として、SaaS型地域医療ネットワークを導入する予定である。具体的には、急性期病院と当院との相互ネットワークによる診療情報、検査結果などの患者情報の共有を行い垂直連携の強化、更には、診療所、介護施設、薬局などにネットワーク内の医療機関の情報閲覧を可能にし、臨床的統合から水平統合を円滑にし、診療所から当院への紹介、当院と急性期病院間での入院患者の移動などをスムーズに行い、地域全体で患者の情報を共有し、医療の効率化を実現していくことが



重要と考える。

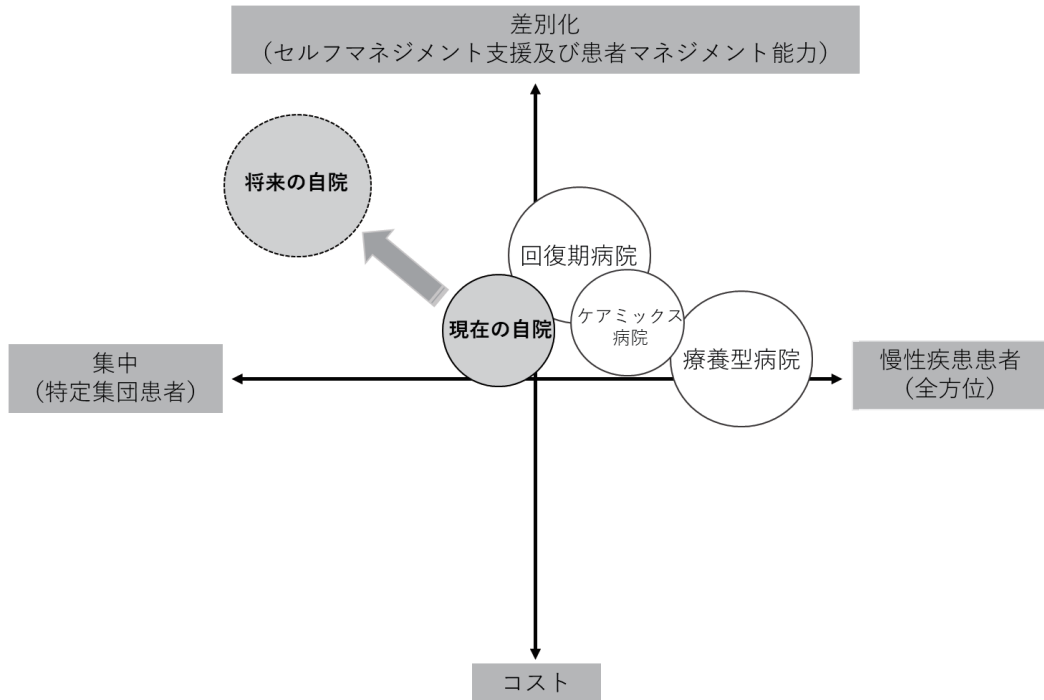


図9：後方支援病院間における自院の戦略ポジショニングマップ（筆者作図）

しかし、セルフマネジメント支援において、患者自身の理解や同意を十分に得ることは中々、困難である。慢性心不全には継続的に必要な療養行動が多数あり、適切に行えない場合は慢性心不全の増悪や再入院をもたらす可能性が高まる。現在、高齢化と共に単独世帯や高齢夫婦のみの世帯が増加しており、高齢者が自身の疾患をコントロールする必要性が高まっている。

また、高齢者は身体的機能や認知機能の低下により疾患のコントロールが困難となり、よりQOLの高い生活を送るためには、周囲のサポートを活かしながら低下した能力を補う必要があるが、それには個々のセルフマネジメント能力の向上が必要となる<sup>32)</sup>。その能力の獲得を支援していくにあたっては行動変容モデルが重要な示唆を与えてくれる。

柴（2013）は、心不全患者は、入院した体験がきっかけとなり、生活パターンについて省み、再度生活を変えようという機能が高まると考えられている<sup>33)</sup>。また、山中（2018）は心不全をもつ高齢者を対象に半構成的面接を行った結果、セルフマネジメントにおけるセルフモニタリングを形成していくプロセスを促進する要因として、

死を想起させる「不整脈の体験」「生きがいを大切にしたい」「救急車を呼びたいと思うほどの不安」の3つのカテゴリーを示しており、自分で対処しなければという思いから自己のモニタリングを発展させていたと報告している<sup>34)</sup>。

本稿で分析対象となった者(対象者1)も実際、自宅において呼吸困難に陥り救急車を呼んだ経験がある。このような経験がきっかけとなり、セルフマネジメントへの意識が高まり、更には、セルフマネジメントを継続した先には、自宅で長く生活ができ自身のQOL向上につながることを説明し、患者にとってメリットがあり「快」につながることを個人個人に丁寧に説明し、納得する事が重要と考察できる。

また、こうしたプロセスを構築、促進していくために、セルフマネジメント支援チームにおいて、特に看護師は、入院中から患者自身が症状や兆候をどのようにとらえているかを確認し、体験した症状と心不全を結びつけ関わり続ける努力が必要であると考えられる。こうした学習支援を継続していくことや更には、セルフマネジメントを継続した先にある個人の目指す生活をイメージする事で、再入院を予防する事につながるのではないかと考える。筒井は、医療・介護におけるintegrated careの推進において、サービス提供者からの論理を展開するだけではなく、サービスを受ける側からの変革を伴って進行させていかなければ、従来の多職種連携による臨床的統合では新たなシステムを構築することはできないと述べている<sup>35)</sup>。

このような考え方を基盤として、医療法人Aにおいても、各々の患者に対し、多職種によるセルフマネジメント支援を行い、慢性心不全による再入院を予防し、更には、地域で長く生活できるように継続してマネジメントすることは、患者、地域経済的にも有益であると考えられ、その事実は、地域密着型ケアミックス病院における地域価値を高めるものと考えられ、医療法人Aにおいて重要な経営戦略となり得る。

患者一人ひとりに対して、丁寧なセルフマネジメント支援を行う事で、顧客満足を超えた顧客ロイヤルティを生み出し、当院におけるリピーターを増やすことに繋がる。今後、入院中のセルフマネジメント支援の強化を図るとともに、地域で継続した学習支援を行えるシステムの構築が必要と考えられる。

そこで、当院の訪問看護ステーションを活用し、セルフマネジメント支援継続を行うための臨床的統合の案を次章で考察した。

## 8-2. セルフマネジメント支援継続のための訪問看護ステーションの活用

高齢慢性心不全患者に対して、退院後看護師の介入は、入院リスクの軽減、患者のQOL向上に寄与することは報告されている。石橋らは、高齢慢性心不全患者におい

て、退院後遠隔看護介入モデルの実践で患者の入院リスクの軽減、QOLの向上に寄与できたと報告されている<sup>36)</sup>。また Davidson らによれば、退院後心臓リハビリや心不全指導士である看護師らによる電話相談の介入により再入院率、生活の質を向上に寄与したと報告されている<sup>37)</sup>。

医療法人 A では、入院時のセルフマネジメント支援強化と共に、退院後、併設している訪問看護ステーションとの臨床的統合を基盤とした水平的統合を実現するために、他の複数のケア提供者との調整をケアマネージャーが行う、水平的統合における調整型モデルを実現したいと考えた。

そこで、入院時のセルフマネジメント支援チームによる介入から、退院後当院における訪問看護ステーションとの連携において、セルフマネジメント支援を強化するため、実行に向けての採算性のシミュレーションを行った。

収入は、訪看 I 2 (30 分未満) である 467 単位/回 (4670 円)<sup>k</sup>のみとする。通常の加算である初回加算 (初回のみ) の 300 単位 (3000 円) + 退院時共同加算 (初回のみ) 600 単位 (6000 円) は今回除外する。頻度は、退院から 1 か月間までを基本とし、一人週に 1 回 (1 か月間に 4 回) の介入を想定した。頻度は、再入院率が最も高い退院後 1 か月間を基準とした。稼働日数は 20 日、労働時間数 160 時間/月、最大指導件数は 1 日 7 件とした。支出として、固定費は、看護師 1 名の平均年間支払人件費 555 万 (法定福利費、交通費、退職金などを含む)<sup>l</sup>、車両経費 17000 円/月 (自動車税、車両の減価償却費、その他車検や保険費用)、駐車場代は敷地内でありカウントしないと仮定した。変動費はガソリン代 125 円/L、訪問範囲は病院から 30 分以内 (半径 20 km) とし、訪問看護 1 回の走行距離を 40 km とし、交通費 1 回 250 円とした (軽自動の平均燃費 20 km/L として計算)。

以上の仮定されたデータを簡易 CVP (cost-volume-profit) シミュレーションを用いて算定した結果 (図 10)、損益分岐点 (BEP: Break Even Point) 収益は、506,688 円、108 件/月で、1 日 5.4 件の指導が必要となることがわかった。心疾患専任の看護師を配置すれば、1 日 5.4 件以上の訪問は可能と判断された。

費用構造は、固定費型であり、損益分岐点までは遠いが、変動費が低く、限界利益率が高いため、それを超えれば利益が生まれやすい構造であることがわかった。

また、1 か月でセルフマネジメントの継続が困難な事例に関しては、2 月以降も引

<sup>k</sup> 簡易シミュレーションのため地域区分は考慮せず、1 単位=10 円で計算とした。

<sup>l</sup> 簡易的に平均年収を 30 万円×16 か月賃金体制、及び法定福利費は平均年収の 13% で計算、その他は当院の規定に準じて計算とした。

き続き看護指導を行う必要があり、継続して患者に対するセルフマネジメント支援における学習支援を行う事ができる。

さらに、適宜、進捗状況をモニタリングし主治医との連携の強化、担当ケアマネジャーとも情報を共有し、患者自身のニーズに沿ったサービスを構築し、患者と提供者の双方がサービスや資源の価値を共に高めていく「共創型価値」<sup>38)</sup>を形成し、最適なケアプランの作成のもと医療・介護サービスを提供する必要があると考えられた。

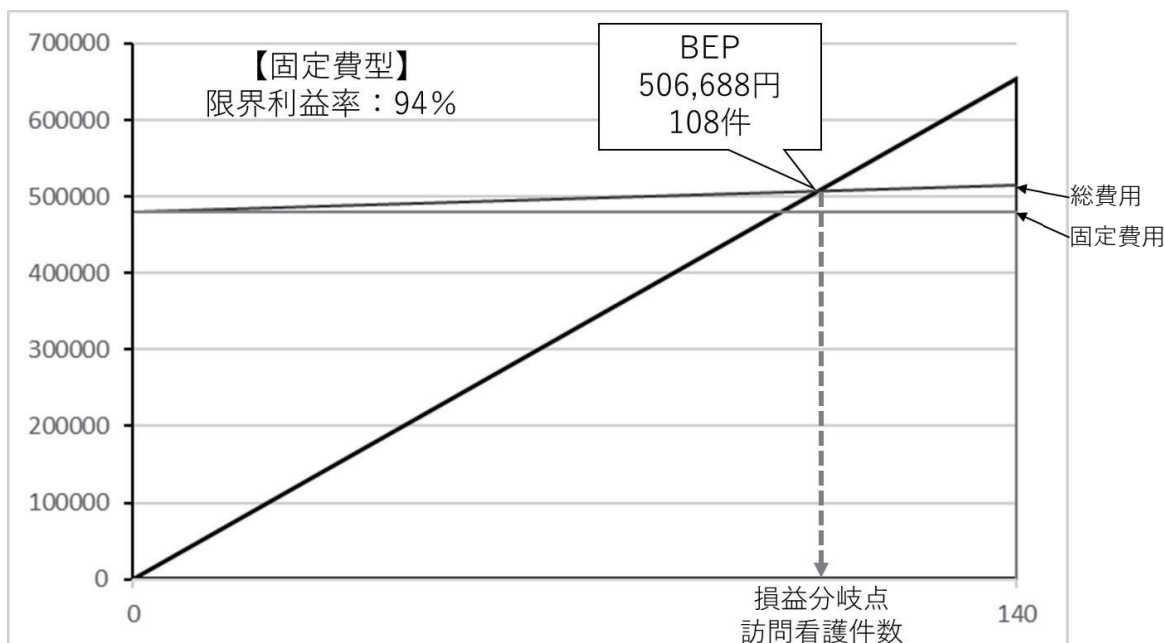


図 10：訪問看護ステーション CVP シミュレーション結果

### 8-3. 規範的統合による地域包括ケアシステム構築への示唆

先行文献でも示されている Te Whiringa Ora プログラム<sup>13)</sup>では、慢性呼吸器疾患患者を対象としたケアへのアクセスの改善や、入院回避や入院期間の削減、セルフマネジメントの促進などを目的とした規範的統合を基に、学際チームからなる臨床的統合によって水平的統合から複数のケア調整者をつなぐ調整型モデルが採用されている。これは、ケアスタッフのケアの連続性を高める臨床的統合はセルフマネジメントを継続し、地域で生活を長く継続させるために必要であり、また integrated care を進める上でも重要な方法であるとされる。

しかし、A 市のような都市型では、臨床的統合を基にしても、調整すべき医療・介

護サービスが多数、存在し、様々なステークホルダー間での利害関係を完全に調整する事は現状困難である。今後、自治体による managed care 機能の強化が期待されるが、現状、このような新たなモデルを機能、実行している市町村は少ない。

今回の分析の中で、慢性心疾患におけるセルフマネジメント支援の事例を中心に述べてきた。2例の事例を通していずれも多職種間において、共通ビジョンである「高齢心不全患者の再入院を防止し、地域で長く生活が継続できる事」を統一目標とし、多職種共通のミッションであるアクションプランを事例ごとに設定した。

この結果からは、ケア提供側は実行すべきことが明確化され、退院2か月後においても2例の事例は、再入院なく、在宅生活を継続している。このことは、今までの医療法人Aの退院支援に関して、連携レベルで弱い連携である linkage（つながり）レベルから、coordination（調整）レベルでの調整が行われたことを示しており、効果があった事例となった。

前述のように臨床的統合から水平統合を展開し、各サービス提供者との調整を行うケアマネージャーが重要な役割を担うと考える。＜段階的施策＞で述べたように、当院の課題は、ケアマネージャーとの連携の弱さもあり、今後、ケアマネージャーが入院から退院そして在宅へとシームレスな関わりをもてるシステムを構築する必要がある。今回の SCAT 分析では医療機関とケアマネージャーとの連携において重要な示唆を得た。具体的には、ケアマネージャーは医療機関との連携に壁を感じている事、入院中のケアマネージャーとの情報提供により、医学的知識が向上し、在宅でのケアプランの質が向上するといった事が分析結果となった。よって、今後当院は、入院～退院、在宅に向けてのセルフマネジメント支援フローを作成し、退院後、組織間で共有されるべき業務を工程管理できるようにする。これにより、現在当院の連携で弱い linkage（つながり）レベルであったものが、coordination（調整）レベルでの連携が可能になると考える。更には、このような連携を強化し、フォローアップ体制を構築する事で、早期異常の発見、治療の介入、また、たとえ、入院が必要になった際も、短期間の入院での治療が可能となる。

今後、full integration（完全統合）を実現するためには、A市における保険者機能評価の項でも述べたように、市町村による保険者機能強化および managed care の強化が必要とされるが、医療法人Aにおいての役割としては、今後、さまざまな事例に対してセルフマネジメント支援を行い、どのような事例が linkage レベルで可能か、または、coordination レベルでの連携でコントロールできない患者がどのくらいの規模で存在しているかなどのエビデンスを構築し、そのような個別事例を基に、

地域ケア会議などの会議体を活用し、個別課題から地域課題へのシフトチェンジが必要でないかと考えられる。

しかし、こういったケアの変革によるシステム化及びスケールアップする方法は十分に検討されておらず、まずは出来るだけ小規模なプログラムから移行する方が効果的であると示されている<sup>39)</sup>。A市における地域包括支援センター業務達成項目では、地域ケア会議項目において全国平均より下回っていた。中でも全国平均より低下していた設問項目は、「センター主催の地域ケア会議において、個別事例について検討しているか」、「センター主催の地域ケア会議において、地域課題に関して検討しているか」の2項目であった。このことは、地域包括支援センターにおける、個別課題、または地域課題の抽出、検討を市との連携のもと強化する必要が示唆された結果といえる。

A市においては、地域ケア会議を通じて、慢性心疾患におけるセルフマネジメント支援の必要性の認識、また再入院率を含めた評価、分析から、再入院率を下げ、対象患者が地域で長く生活できることを統一目標とした規範的統合への展開を基に、心疾患患者という特定集団に焦点をあてたケアモデルを構築する事は、A市において integrated care を実現する上で適応可能なシステムと考えられた。

## 9. おわりに

本稿では、医療法人Aにおいて、慢性心疾患という特定集団を「価値ある対象」と考え、それに対するセルフマネジメントを通じて、地域で患者が長く生活できる事を支援することが、当院が地域での明確な役割を持ったケアミックス病院の在り方として望ましいという示唆を得た。

今後、慢性疾患をもった高齢者が増加する中、患者にとって何が最適なサービスかを考え、医療機関・介護施設が提供するサービスの機能強化及び機能分化を図り、地域包括ケアシステムを構築する必要があると考える。医療法人Aは、慢性心疾患に対するセルフマネジメント支援サービスを通じて、急性期病院との垂直連携を更に強化し、コントロールが難しいとされる慢性心疾患に対して適切なマネジメントを行う事は、他の後方支援病院にない差別化に繋がっていくと考える。

また、医療・介護連携において、今後、診療所、訪問看護との臨床的統合を基に、複数の介護事業所との連携を、ケアマネージャーが調整する連携型モデルを構築し、coordination レベルでの連携を実現し、病院完結型から地域完結型における地域包



括ケアシステム構築を行う必要があると考える。よって、医療法人 A が思案する経営戦略は、後方支援病院として、「慢性心疾患に対する専門的治療及びセルフマネジメント支援という付加価値サービス」を患者や連携医療機関、クリニックに提供することで差別化し、更に、それを地域に展開することで患者が在宅で長く生活できるよう支援し、地域において存在価値のある病院を目指すことと考える。

最後に、当院は心疾患以外にも高齢者で多い誤嚥性肺炎や骨折、認知症、廃用症候群といったコモディティーズが多く存在する。当然心疾患にも上記の疾患が併存しており、避けては通れない領域である。

本研究での心疾患という特定集団におけるセルフマネジメント支援のノウハウを生かし、他領域の併存疾患においての患者マネジメント能力を向上させることが重要である。具体的には、多職種から構成される嚥下チームや認知症チームによる多面的な介入を行い、組織における患者マネジメント能力の更なる向上を目指していく必要がある。病院内から地域全体へ視野を向け、治療する医療から生活を支える医療ヘシフトチェンジ<sup>40)</sup>し、地域マネジメントの強化から、地域包括ケアシステム構築に向けた施策の中で、推進のモデルとなる医療機関を目指していきたいと考える。

## 謝辞

本稿をまとめるにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科、筒井孝子教授、小山秀夫特任教授、貝瀬徹教授、木下隆志教授に御示唆いただき、熱心なご指導を賜りましたことに感謝申し上げます。また、兵庫県立大学大学院経営研究科、医療マネジメントコース、介護マネジメントコースでご教授いただきました教員、講師の皆様、そして、共に支え合い勉学に励んだ同期の皆様には多くの学びや支援をいただき、本稿をまとめることができました。重ねて御礼申し上げます。

## 参考文献（引用文献、引用ホームページ含む）

- [1] Okura Y, Ramadan MM, Ohno Y, et al. Impending epidemic-future projection of heart failure in Japan to the year 2055-. *Circ J*. 2008; 72: 489-91.
- [2] 森山美知子. 自治体の国民健康保険・後期高齢者医療制度；医療・介護費分析から見えてくる医療費の使われ方.（経済・財政一体改革推進委員会第9回社会保

障ワーキング・グループ提出資料)

- [3] 高齢者心不全患者の治療に関するステートメント. 2016;10-11.
- [4] Tsutsui H, Tsuchihashi-Makaya M, Kinugawa S, et al. Clinical characteristics and outcome of hospitalized patients with heart failure in Japan: rationale and design of Japanese Cardiac Registry of Heart Failure in Cardiology (JCARE-CARD) *Circ J.* 2006; 70: 1617-23.
- [5] 筒井孝子 (2014) 「地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略」中央法規。
- [6] Chapman, R., Smith, J., Layden, T. : Elimination of cigarette smoking by punishment and selfmanagement training, *Behaviour Research and Therapy*, 9 (3) , 255-264, 1971.
- [7] Creer, T. : *Chronically Ill and Handicapped Children*, Champaign, Illinois, Research Press, 1976.
- [8] Lorig, K. , Holman, H. : Self-management education : history, definition, outcomes, and mechanisms, *Ann Behav Med* 26 : 1-7, 2003.
- [9] Corbin, J., Strauss, A. : *Managing Chronic Illness at Home : Three Lines of Work*, *Qualitative Sociology*, 8 (3) , 224-247, 1985.
- [10] Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., et al. : *Processes of Self-Management in Chronic Illness*, *Journal of Nursing Scholarship*, 44 (2) , 136-144, 2012.
- [11] 筒井孝子、東野定律 (2015) 「日本の地域包括ケアシステムにおける「セルフマネジメント支援」の確立」『経営と情報』27(2), 27-35。
- [12] Curry, N., Ham, C. (2010). *Clinical and service integration: the route to improved outcomes*(1-64). London:King' s Fund.
- [13] Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G., Wodchis, W. (2014). *Providing integrated care for older people with complex needs; lessons from seven international case studies*. London:King' s Fund.
- [14] 筒井孝子 (2017) 「地域包括ケアシステムの基本的な考え方と自治体への提案」多可町地域包括ケアネットワーク研修会資料。
- [15] 株式会社日本能率協会総合研究所 (2017) 「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業報告書」 p107。

- [16] 日医総研日医総研ワーキングペーパー地域の医療提供体制の現状 - 都道府県別・二次医療圏別データ集 - (2020年 4月 第8版)P56-60。
- [17] 第7次大阪府医療計画 (2018 年度～2023 年度)  
<http://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/keikaku/7osakahuiryokeikaku.html>  
(2020年7月29日アクセス)
- [18] 西井 穂 (2017)「地域包括ケアシステム推進における栄養領域のセルフマネジメントに関する研究～兵庫県多可町のケースを通じて～」P133-167。
- [19] Kinugasa et al. Multidisciplinary Intensive Education in the Hospital Improves Outcomes for Hospitalized Heart Failure Patients in a Japanese Rural Setting. BMC Health Serv Res 2014.
- [20] 大谷尚 (2011)「質的研究シリーズSCAT: Steps for Coding and Theorization 明示的手続きで着手しやすく小規模データに適応な質的データ分析手法」155-160。
- [21] Sudoh T, Kangawa K, Minamino N, et al. A new natriuretic peptide in porcine brain. Nature 1988; 332: 78-81. PMID: 2964562.
- [22] Mukoyama M, Nakao K, Hosoda K, et al. Brain natriuretic peptide as a novel cardiac hormone in humans. Evidence for an exquisite dual natriuretic peptide system, atrial natriuretic peptide and brain natriuretic peptide. J Clin Invest 1991; 87: 1402-1412. PMID: 1849149.
- [23] Nakao K, Ogawa Y, Suga S, et al. Molecular biology and biochemistry of the natriuretic peptide system. I: Natriuretic peptides. J Hypertens 1992; 10: 907-912. PMID: 1328371.
- [24] Yoshimura M, Yasue H, Okumura K, et al. Different secretion patterns of atrial natriuretic peptide and brain natriuretic peptide in patients with congestive heart failure. Circulation 1993; 87: 464-469. PMID: 8425293.
- [25] Yasue H, Yoshimura M, Sumida H, et al. Localization and mechanism of secretion of B-type natriuretic peptide in comparison with those of A-type natriuretic peptide in normal subjects and patients with heart failure. Circulation 1994; 90: 195-203. PMID: 8025996.
- [26] Maisel AS, Nakao K, Ponikowski P, et al. Japanese-Western consensus meeting on biomarkers. Int Heart J 2011; 52: 253-265. PMID: 22008432.

- [27] 筒井孝子 (2019) 「地域包括ケアシステムの深化」第7章p245-p246から引用。
- [28] Department of Work and Pensions. (2005) Opportunity age: opportunity and security throughout life. London: Department of Work and Pensions.]
- [29] 浅井三千子 (2017) 我が国における「慢性疾患のセルフマネジメント」の概念分析 順天堂大学医療看護学部 医療看護研究19 P. 10-21。
- [30] 筒井孝子 (2019) 「地域包括ケアシステムの深化」第8章p312から引用。
- [31] Tsutsui T., Higashino, S., Nishikawa, M., et al (2015). Medical and long-term care services provided to hospitalized patients in Japan: Date analysis from a 2012 national survey. 経営と情報27 (2) ,51-61.
- [32] 武田恵子 (2010) : 看護学からみた高齢者への健康生活支援—人生の最終章を生きる高齢者への看護—川崎医療福祉学会誌45-55。
- [33] 柴珠美 (2013) 高齢者に対する歩数増加のための行動変容プログラムの効果。愛知県立医療技術大学紀要, 10, 1, 1-10。
- [34] 山中智尋 (2018) 慢性心不全をもつ高齢者がセルフモニタリングを形成していくプロセス、高知女子大学看護学会誌VOL44, No. 1, pp156-165。
- [35] 筒井孝子 (2019) 「地域包括ケアシステムの深化」第8章p304から引用。
- [36] 石橋信江 (2018) 高齢慢性心不全患者のセルフモニタリングを促す遠隔看護介入モデルの実践と有用性の検証：日本看護科学会誌。J. Jpn. Acad. Nurs. Sci., Vol. 38, pp. 219-228, 2018
- [37] Patricia M Davidson et al. Can a Heart Failure-Specific Cardiac Rehabilitation Program Decrease Hospitalizations and Improve Outcomes in High-Risk Patients? Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 2010 Aug;17(4):393-402.
- [38] 筒井孝子 (2020) 兵庫県立大学大学院経営研究科 講義資料「地域包括ケアシステムを必要とした社会～人口減少社会への対応～」p95から引用。
- [39] Ham, C. (2011). ' the NHS needs to avoid the wrong kind of integration. Health service Journal.
- [40] 小山秀夫 (2020) 病院運営管理論・介護施設経営論 講義資料「医療の質 組織の質 経営の質」p27。