

# 大分県における在宅医療・介護連携推進事業 の市町村支援について

～事業マネジメントによる効果的な施策展開を目指して～

大分県 福祉保健部 高齢者福祉課

## 1.大分県の概況

## 2. 取組の経緯

## 3.事業マネジメント研修の内容

# 大分県の概況

## 九州



### ■ 高齢化率の順位

#### 九州 (全国)

1位 (11位)	大分県	32.9%
2位 (12位)	長崎県	32.7%
3位 (15位)	宮崎県	32.3%
4位 (17位)	鹿児島県	32.0%
5位 (23位)	熊本県	31.1%
6位 (27位)	佐賀県	30.3%
7位 (39位)	福岡県	27.9%
8位 (47位)	沖縄県	22.2%

### ■ 市町村数 **18**市町村

※平成の大合併前は**58**市町村 | 11市36町11村 |

### ■ 総人口 **約113**万人

➤ 高齢者人口 約36.9万人

➤ 高齢化率 32.9% | 全国平均 28.4% |

➤ 要介護認定者数 約6.8万人

➤ 要介護認定率 **18.4%** | 全国平均 18.9% |

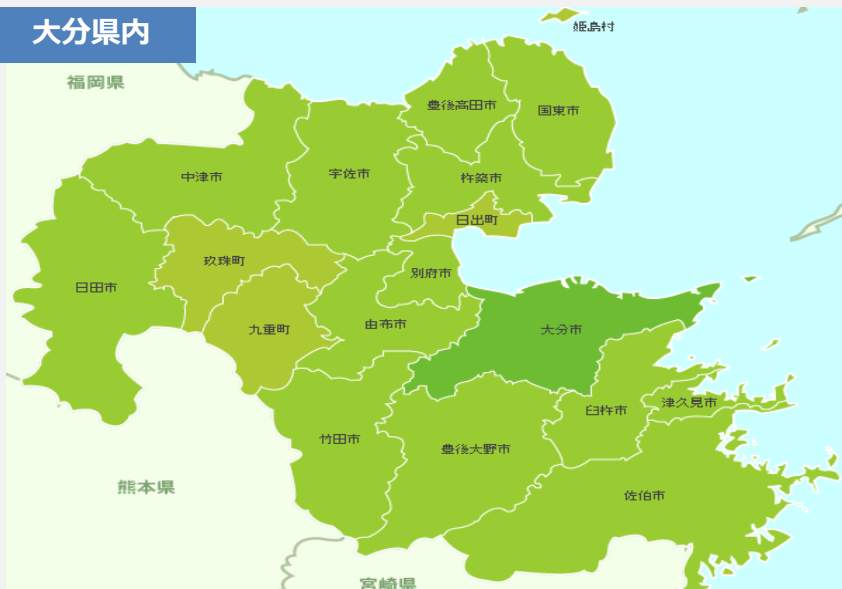
➤ 第7期介護保険料 5,790円 | 全国平均 5,869円 |

### ■ 地域包括支援センター数 **59**

➤ 直営 4

➤ 委託 55

## 大分県内

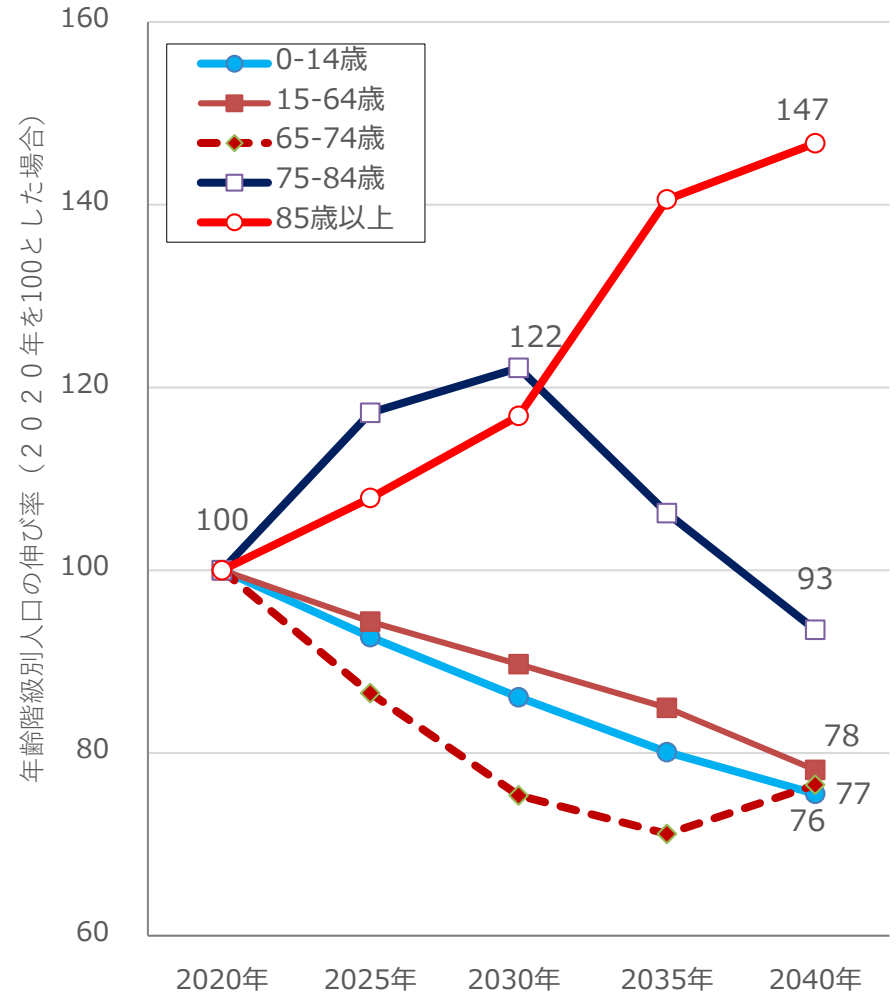
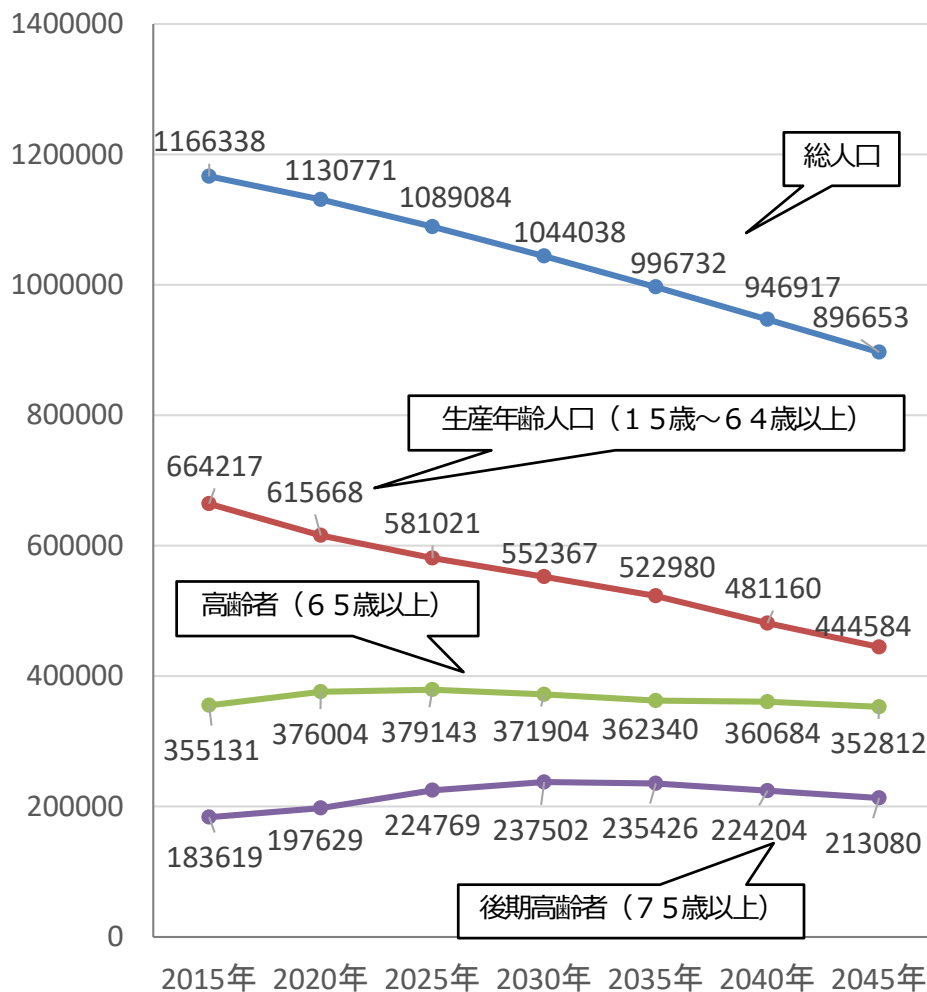


※総人口、高齢者人口、高齢化率はR元年10月1日現在

要介護認定者数・要介護認定率 | 第2号被保険者含む | はR元年12月末現在、地域包括支援センター数はR2年4月1日現在

# 大分県の将来推計人口

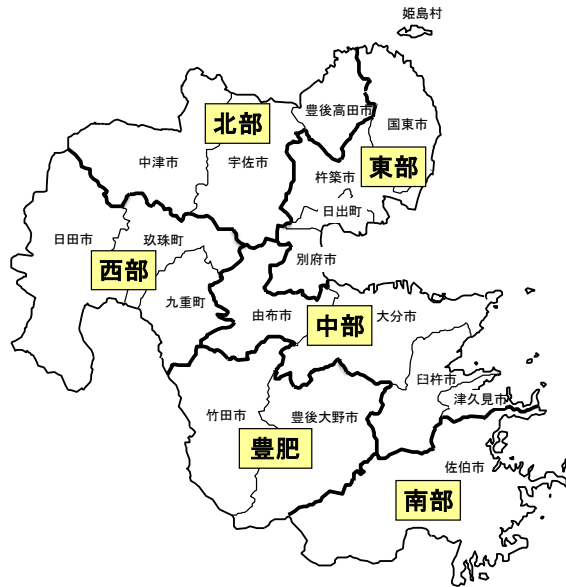
- ・ 県内の総人口は今後減少を続け、約20年後の2040年には2015年と比較して約20%減少する。
- ・ 生産年齢人口（15歳～64歳）は、2040年には2015年と比較して約30%減少する。
- ・ 高齢者（65歳以上）人口は、2025年をピークに減少に転じる。対総人口割合（%）は上昇傾向が続く。
- ・ 医療と介護を必要とする方が多い85歳以上人口数は2020年から2040年にかけて大きく伸び続ける。



# 大分県の在宅医療提供体制等

## 1 在宅医療提供体制

- 在宅医療提供体制は、各市町村が郡市医師会等と連携して在宅医療・介護の連携推進に取り組んでいることから、市町村単位（18医療圏）で整備を進めている。



在宅医療圏	面積 (km <sup>2</sup> )	人口 (2019.10.1)		高齢化率 (%)	要介護認定率 R1.9末 (%)	在宅療養支援診療所数	在宅療養支援病院数	訪問看護ステーション数 (うち機能強化型)
			65歳以上					
大分市	502.39	471,661	126,378	26.8	19.3	96	14	49 (5)
別府市	125.34	117,845	39,350	33.4	17.2	24	5	21
中津市	491.53	82,081	24,469	29.8	18.5	1	1	9
日田市	666.03	63,106	22,005	34.9	18.0	5	2	4
佐伯市	903.11	68,836	27,255	39.6	14.9	8	1	6
臼杵市	291.20	37,108	14,784	39.8	18.3	6	1	6
津久見市	79.48	16,758	7,245	43.2	17.9	5	0	2
竹田市	477.53	20,950	9,880	47.2	19.1	7	1	2
豊後高田市	206.24	22,154	8,616	38.9	17.3	1	1	1
杵築市	280.08	28,790	10,531	36.6	17.1	2	0	5
宇佐市	439.05	54,383	19,593	36.0	19.0	10	1	4
豊後大野市	603.14	34,541	14,983	43.4	22.0	9	1	3 (1)
由布市	319.32	33,250	11,218	33.7	20.6	10	0	3
国東市	318.10	26,966	11,501	42.7	17.2	7	0	4
姫島村	6.99	1,830	920	50.3	12.2	1	0	0
日出町	73.32	27,931	8,497	30.4	17.2	1	1	3
九重町	271.37	9,019	3,957	43.9	17.4	0	0	1
玖珠町	286.51	14,723	5,630	38.2	18.2	1	2	0
県計	6340.73	1,131,932	366,812	32.4	18.4	194	31	123 (6)

人口：大分県「毎月流動人口調査」2019年10月1日現在  
 面積：国土交通省国土地理院調査「全国都道府県市区町村別面積調」2019年10月1日現在  
 要介護認定率：令和元年度介護保険事業状況報告（月報）  
 在宅療養支援診療所・病院数：九州厚生局届出受理医療機関名簿 2019年11月1日現在  
 訪問看護ステーション数：大分県高齢者福祉課「介護保険指定事業所等一覧」2019年4月1日現在  
 機能強化型は九州厚生局届出受理医療機関名簿 2020年2月1日現在

※ 地域医療構想は、二次医療圏（東部、中部、南部、豊肥、西部、北部の6圏域）の区域で推進する。

## 2 県の医療・介護連携に係る推進体制

会議名称	参加者	主な議題	開催回数
医療・介護連携推進協議会 (高齢者福祉課担当)	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師会、歯科医師会、看護協会等の医療関係者</li> <li>ケアマネ、ヘルパー、老人福祉施設等の介護関係者</li> <li>市町村、保健所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○関係団体との協力体制構築や広域的課題の対応策等を協議</li> <li>・入退院時情報共有ルール運用、定着について</li> <li>・県内外の先進事例の紹介</li> </ul>	年2～3回
在宅医療連携協議会 (医療政策課担当)	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師会、歯科医師会、看護協会等の医療関係者</li> <li>・ケアマネ、老人福祉施設等の介護関係者、学識経験者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○在宅医療に係る整備目標の達成状況や今後の取組等を協議</li> <li>・在宅医療を担う医師、看護師等の確保について</li> </ul>	年1～2回

# 大分県のこれまでの取組

## 主な施策

◎：高齢者福祉課事業 ○：医療政策課事業

- 当県では、在宅医療の4つの場面で医療・介護サービスが切れ目なく提供されるよう「人材育成」「基盤整備」「普及啓発」等に関する事業に取り組み、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業を支援

場面	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	
県の取組	<p>【人材育成】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>医療機関に従事する看護師、医療ソーシャルワーカー向け退院支援強化研修</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院患者が安心して在宅移行できるよう、家族支援や介護保険制度に関する知識を習得するための研修会を実施（委託先：大分県看護協会）</li> </ul> </li> </ul>	<p>【人材育成】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>医師を対象とした在宅医療セミナー</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今後、在宅医療を担う意思のある医師を対象としたセミナーを実施（委託先：大分県医師会）</li> </ul> </li> <li>◎ <b>認知症対応力向上に係る地域ケア会議の開催</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症疾患医療センター医師又は認知症サポート医を、市町村が開催する地域ケア会議に助言者として派遣し、ケアマネジャーや介護サービス事業所職員等が認知症の方の原因疾患や容態に応じて適切に対応することを支援</li> </ul> </li> <li>◎ <b>医療・介護従事者を対象とした連携推進のための研修会</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域リーダーの養成を目的に、医療・介護に従事する医師等を対象とした研修を実施</li> </ul> </li> <li>○ <b>人生の最終段階における医療・ケアに関する患者・家族等の相談に適切に対応できる人材の育成</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療・介護従事者向けに、国のガイドラインに沿った対応スキルを習得するための研修会を実施（厚生労働省事業を受託した神戸大学医学部が県内開催した際の運営を支援）</li> </ul> </li> </ul>			
	<p>【基盤整備】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◎ <b>入退院時情報共有ルールの策定、定着支援</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保健所主導で、二次医療圏毎にルールを策定</li> <li>・隔年で運用状況を調査し、調査結果をもとに研修会を開催する等により改善や定着化を図っている。</li> </ul> </li> </ul>	<p>【基盤整備】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>訪問診療に必要なポータブルX線装置など貸出用機器を整備する郡市医師会等に助成</b> H30：大分郡市医師会、臼杵市医師会、津久見市医師会 R1：大分市医師会、大分東医師会</li> <li>◎ <b>ICTを活用した医療介護情報ネットワークの整備</b> H19～27：うすき石仏ねっと運営協議会「うすき石仏ねっと」 H22～27：別府市医師会「ゆけむり医療ネット」 H29：由布市「ゆーふーネット」など</li> <li>○ <b>訪問看護ステーションの新設等に係る設備整備</b></li> </ul>			
		<p>【普及啓発】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>在宅医療推進フォーラムの開催</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・県民向けに、在宅で利用できる医療や介護サービスの展示や、在宅看取りに関する講演会等を実施</li> </ul> </li> <li>○ <b>人生会議（ACP）に関する地域セミナー</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・県民向けに、人生会議（ACP）を普及啓発するためのセミナーを実施</li> </ul> </li> </ul>			

**1.大分県の概況**

**2. 取組の経緯**

**3.事業マネジメント研修の内容**

# 前任者からの引き継ぎ（H31.4末）

?



私



前任

市町村がいわゆるア～クの事業を実施するための支援は出来てきています

一方、県・市町村ともに目指す理想像の検討や指標の設定が出来ていないことが今後の課題です



# 市町村ヒアリング(R1.5~6)

?



私



市町村

評価ですか～、わからないですね

何をどんな風にやれば良いのでしょうか

課題はいっぱいあります

# 令和元年度市町村ヒアリングでの主な声

## 県内市町村の事業評価に関する取組について

- 事業がどうなっていると達成できているのかがわからない。目指している方向性がわからない。そもそも指標設定を自分で判断していいのかもわからない。
- 指標の設定は出来ていない。どんな風に何を載せればよいかわからない。他の市町村はどのようにしているのか、情報提供や提案をしてくれるとありがたい。
- 指標設定は自分の市だけで決めていくのはきつい。県として支援してくれると助かる。
- 当市は施設死亡率が高い特徴があるので、他の市町村と比べられない。一律の指標を作られてもちょっと困る。
- 現状、指標の設定は出来ていないが、設定するなら多職種が食いつく物がいい。あまり指標が高すぎると、従事者が重い腰を上げない。
- 評価は必要だろうとは思いますが手をつけにくい。プロセスの評価はこれからしっかりやっていく。満足度などを把握するため、アウトカム指標設定のための調査項目を二ーズ調査に入れてもいいかなとも思っている。

○ヒアリングを実施した16市町村中、11市町村が指標設定に関する支援を希望

・・・評価??



# 質問①

自分の仕事っぷりを評価してください！どうぞ！



## 質問②

この1年間の自分の仕事っぷりに点数をつけるとすると、

**100点満点中**、何点ですか？





「評価」って、しようと思って出来るものじゃないかも

その度合いを測るための「ものさし」が必要で、

それを集めて市町村へ提供することが県の役割か！

# 在宅医療・介護連携に係る評価指標の検討について

## 在宅医療・介護連携評価指標検討会議

### 【目的】

- 在宅医療・介護連携に係る具体的な指標を抽出・検討すること
- 市町村等の関係者が抽出した指標の特性がわかる解説資料を作成すること
- 評価指標を設定するまでのプロセスについて検討すること

### 【参加者】

- 市町村・保健所担当者、県庁関係各課、アドバイザー（保健所長）

### 【実施状況】

- 第1回会議（令和元年8月25日）
  - ・医療・介護レセプトによる在宅医療・介護連携に係る指標について
- 第2回会議（令和元年10月1日）
  - ・統一質問項目を用いた住民アンケートによる評価指標の設定について



評価指標として活用可能なレセプトデータの項目、住民アンケートの統一質問項目について県・市町村間で一定の共通理解を得た

# 在宅医療・介護連携に係る評価指標案

在宅医療・介護連携推進事業の評価指標としては、下記が考えられる。  
 下記のうち、◎があるものは医療・介護レセプト等よりその数を抽出。○があるものは既存統計等で把握。

	(1)入退院の体制	(2)日常の療養支援体制	(3)急変時の対応体制	(4)看取りの体制
アウトカム		1 住民の在宅療養希望率 ○		1 在宅での死亡率 ○
		2 医療・介護従事者の就業満足度 ×		2 人生の最終段階における在宅療養希望率 ○
		3 要介護者の在宅療養率 ×		
プロセス	1 入退院支援加算(医療)算定件数 ◎	4 医師:在宅患者訪問診療料(医療)算定件数 ◎	1 医師:往診料(医療)算定件数 ◎	3 医師:看取り加算(医療)算定件数 ◎
	2 退院時共同指導料(医療)算定件数 ◎	5 歯科医師:歯科訪問診療料(医療)算定件数 ◎		4 医師:在宅ターミナルケア加算(医療)算定件数 ◎
	3 介護支援等連携指導料(医療)算定件数 ◎	6 看護師:訪問看護費算定件数(介護)(イ(5)を除く) ◎		5 医師:在宅がん医療総合診療料(医療)算定件数 ◎
	4 入院時情報連携加算(介護)算定件数 ◎	7 看護師:訪問看護の夜間・深夜・早朝加算(介護)算定件数 ◎		6 看護師:訪問看護のターミナルケア加算(介護)算定件数 ◎
	5 退院・退所加算(介護)算定件数 ◎	8 リハビリテーション職種:訪問リハビリテーション費及び訪問看護費イ(5)の合算件数(介護) ◎		7 住民のACP理解度、認知度、作成数 ×
	6 圏域入退院時情報共有ルール利用率 ×	9 薬剤師:在宅療養管理指導(介護)算定件数 ◎		
		10 管理栄養士:在宅療養管理指導(介護)算定件数 ◎		
		11 歯科衛生士:在宅療養管理指導(介護)算定件数 ◎		
		12 訪問介護員:訪問介護(介護)算定人数 ◎		
		13 地域密着型:(看護)小規模多機能型居宅介護(介護)、定期巡回・随時対応型訪問介護看護費(介護)算定件数の合算件数 ◎		
	14 ICTによる情報共有ツールの利用状況 ×			
ストラクチャー	7 入退院支援加算届出施設 ○	15 在宅療養支援病院・診療所届出数 ○	2 看護師:緊急時訪問看護加算(介護)算定件数 ○	8 医師:在宅がん医療総合診療料(医療)届出施設数 ○
		16 指定訪問看護事業所数 ○		
	上記各加算算定施設 ◎	17 指定訪問リハビリテーション事業所数 ○	上記各加算算定施設 ◎	上記各加算算定施設 ◎
		上記各加算算定施設 ◎		



・・・評価指標ってどう使うの??



厚労科研「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」中間報告  
**第7次医療計画の現状・課題と改善策について**  
**—PDCAサイクルの適切な展開に焦点を当てて—**

【内容】

1. 研究目的及び方法
2. 主な研究成果
  - 1) マネジメントの視点からみた計画遂行上の課題
  - 2) ロジックモデルの考え方をを用いた在宅医療計画の策定  
(**国立市での試行**)
3. 今後に向けて

2019年9月6日

埼玉県立大学大学院／研究開発センター 川越雅弘

# 衝撃的なご助言

- 市町村の評価指標の設定を支援したい
- 指標のピックアップ、市町村統一質問項目の設定を実施
- ロジックモデルの設定案も作成し、市町村に示したい

- 評価指標もロジックモデルも県が示すべきものではない
- 評価とは、あるべき姿や事業に期待することへの達成状況を測るもので、与えられるものではない
- 単なるデータ集ではなく、意味のある形に変えないと市町村には活用されない
- 市町村を支援するときは、こういうやり方をするとよい、という骨格を示すことが大事



県

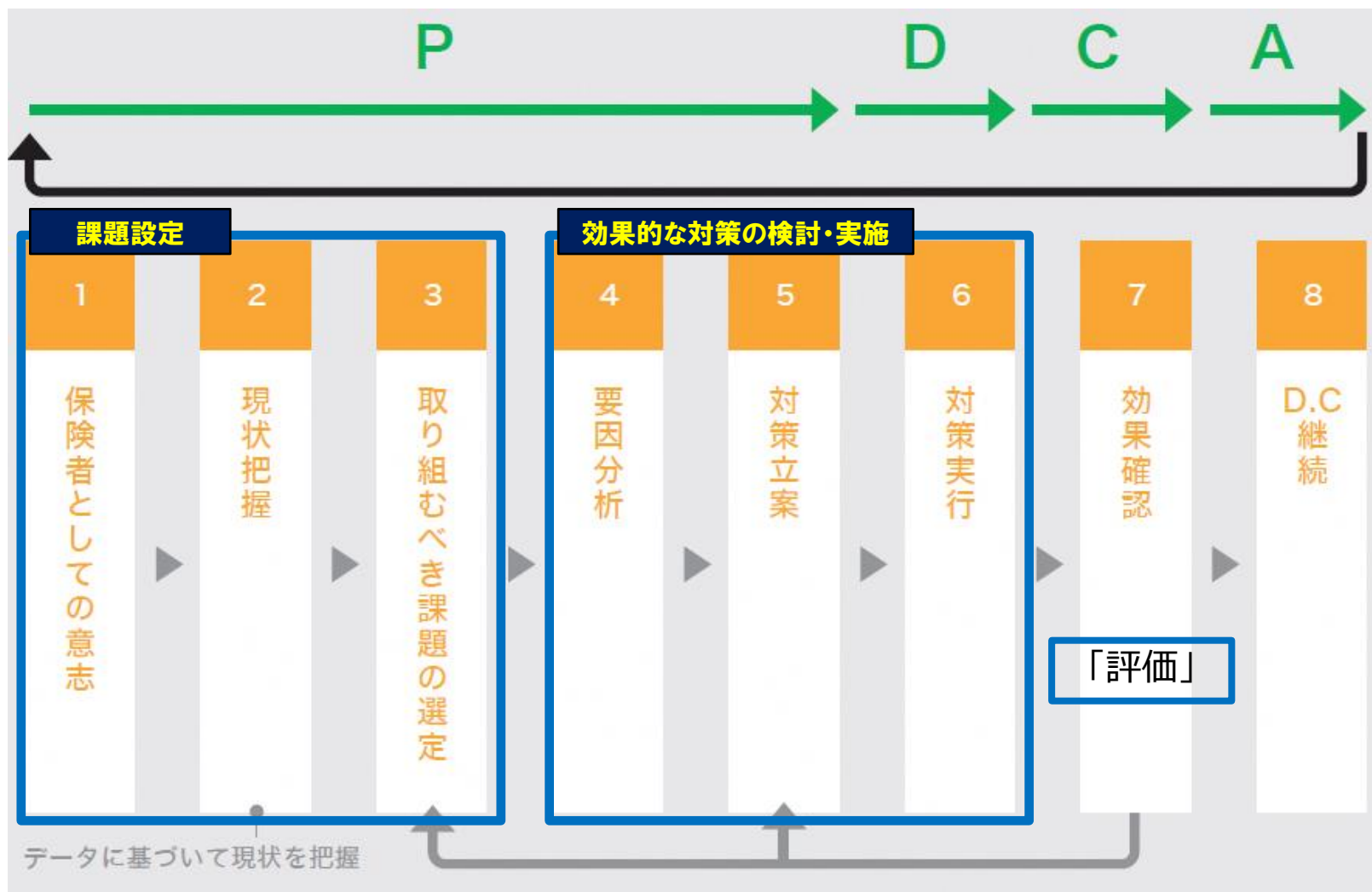
川越教授



## 介護保険事業(支援)計画の 進捗管理の手引き

平成30年7月30日  
厚生労働省老健局介護保険計画課

# PDCAサイクルに基づいた事業マネジメントの進めかた





「評価」って、しようと思って出来るものじゃないかも  
「評価」って、それを単独で考えるべきものじゃないかも

→事業を「マネジメント」する意識・考え方の定着が必要

**1.大分県の概況**

**2. 取組の経緯**

**3.事業マネジメント研修の内容**

# 地域包括ケア推進のための介護保険事業マネジメント研修

## ◎現状・課題

- 介護保険の保険者である市町村には、制度改正等に伴い多様な事業メニューの実施が次々に求められている状況。
- 地域支援事業については、その目的は各種事業そのものを実施することではなく、多様なメニューを用いて保険者として目指す地域をつくり出していくもの。
- 現状では、多忙な業務の中、手段・作業が先行し、各種事業の成果の検証・改善や事業間連携が難しい現状がある。



## ◎取組の方針

- 県内市町村への支援として、介護保険事業のマネジメント(=PDCA)を支援。
- 具体的には、8期計画策定及び計画全体へのマネジメントの意識導入を目指し、単一の事業ではなく地域支援事業のうち「在宅医療・介護連携」「介護予防」「認知症施策」の3事業を対象に複数回の事業マネジメント研修を開催。
- 効果的・効率的な介護保険事業が実施できる体制を目指す。

## ◎事業概要

講師：埼玉県立大学 川越 雅弘 教授

開催予定回数：4回×3事業（すべて上半期に開催）

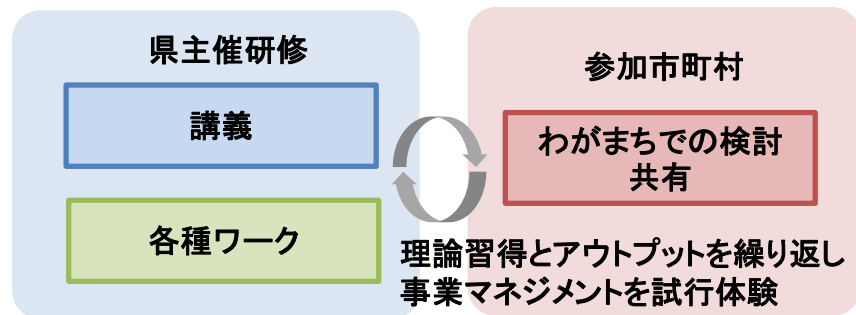
開催時間：各コマ2時間程度

（講義1H+個人ワーク・発表1H）

方法：WEB会議ソフトウェアを使用した遠隔研修

参加者：市町村担当者及び各種事業コーディネーター、事業共同実施者(医療介護連携事業受託者等)

対象事業：「在宅医療・介護連携」「介護予防」「認知症施策」



目指す姿：住み慣れた自分の地域で、自分が望むまで自分らしく暮らし続けることができる

〇〇市の状況

<p>【人口推移】</p> <p>総人口 6000</p> <p>65歳以上 2000</p> <p>75歳以上 1000</p> <p>85歳以上 500</p> <p>95歳以上 200</p>	<p>【生活実態】</p> <p>高齢者の生活実態</p> <p>単身高齢者 15%</p> <p>夫婦高齢者 45%</p> <p>高齢夫婦 60%</p> <p>高齢夫婦 75%</p> <p>高齢夫婦 90%</p>	<p>【生活環境】</p> <p>高齢者の生活環境</p> <p>高齢者施設 10%</p> <p>高齢者施設 20%</p> <p>高齢者施設 30%</p> <p>高齢者施設 40%</p>
---	---	---

目指す姿に対する課題：住み慣れた地域で自分が望むまで住み続けられる理由？

① 町内会の「町内会」に頼りすぎている。介護が必要になったら施設入所しとておろし、在宅生活を継続したくても頼りすぎている。

② 介護保険の「介護予防」に力を入れていない。介護予防の「介護予防」に力を入れていない。介護予防の「介護予防」に力を入れていない。

③ 高齢者の生活実態を把握していない。高齢者の生活実態を把握していない。高齢者の生活実態を把握していない。



# 事業マネジメント研修 スケジュール

日時	内容（予定）	会場（予定）	時間割	備考
6/4 (木)	事業マネジメントに関する講義 7期の振り返り	Zoomを使用したWEB講義 + 個人ワーク + 発表	A M : 【WEB研修-グループ②】 マネジメント研修① 10:00~12:00 P M : 【WEB研修-グループ①】 マネジメント研修① 13:30~15:30	事業別実施 グループ①：医介連携 グループ②：介護予防 グループ③：認知症
6/5 (金)	期待される役割 目指す姿の設定 現状の把握		P M : 【WEB研修-グループ③】 マネジメント研修① 13:30~15:30	
7/8 (水)	課題の把握 データ分析/活用	Zoomを使用したWEB講義 + 個人ワーク + 発表、討議	P M : 【WEB研修-グループ①】 マネジメント研修② 13:30~15:30	事業別実施 グループ①：医介連携 グループ②：介護予防 グループ③：認知症
7/9 (木)			A M : 【WEB研修-グループ②】 マネジメント研修② 10:00~12:00 P M : 【WEB研修-グループ③】 マネジメント研修② 13:30~15:30	
8/26 (水)	目標の設定	Zoomを使用したWEB講義 + 個人ワーク + 発表、討議	P M : 【WEB研修-グループ①】 マネジメント研修③ 13:30~15:30	事業別実施 グループ①：医介連携 グループ②：介護予防 グループ③：認知症
8/27 (木)	8期に向け実施する事業の整理		A M : 【WEB研修-グループ②】 マネジメント研修③ 10:00~12:00 P M : 【WEB研修-グループ③】 マネジメント研修③ 13:30~15:30	
9/30 (水)	まとめ、再度の整理+共有の場	大分市内会議室 (WEB研修検討中)	A M : 【GW-グループ①~③】 マネジメント研修④ 9:30~12:30 P M : 【発表会】 マネジメント研修④ 13:30~16:30	全員対象に実施

# 事業マネジメントの理想的な展開方法とは

図1.事業マネジメントの進め方

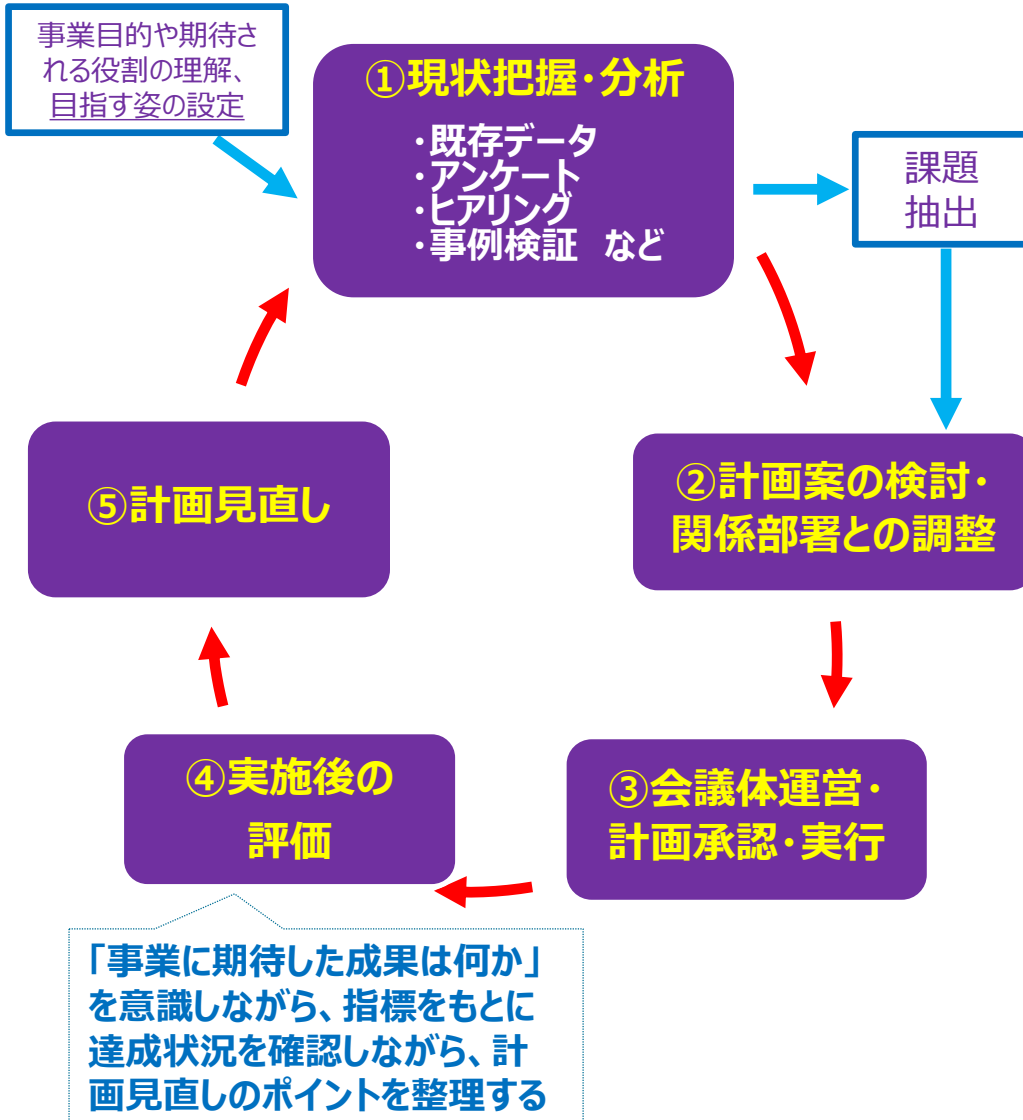
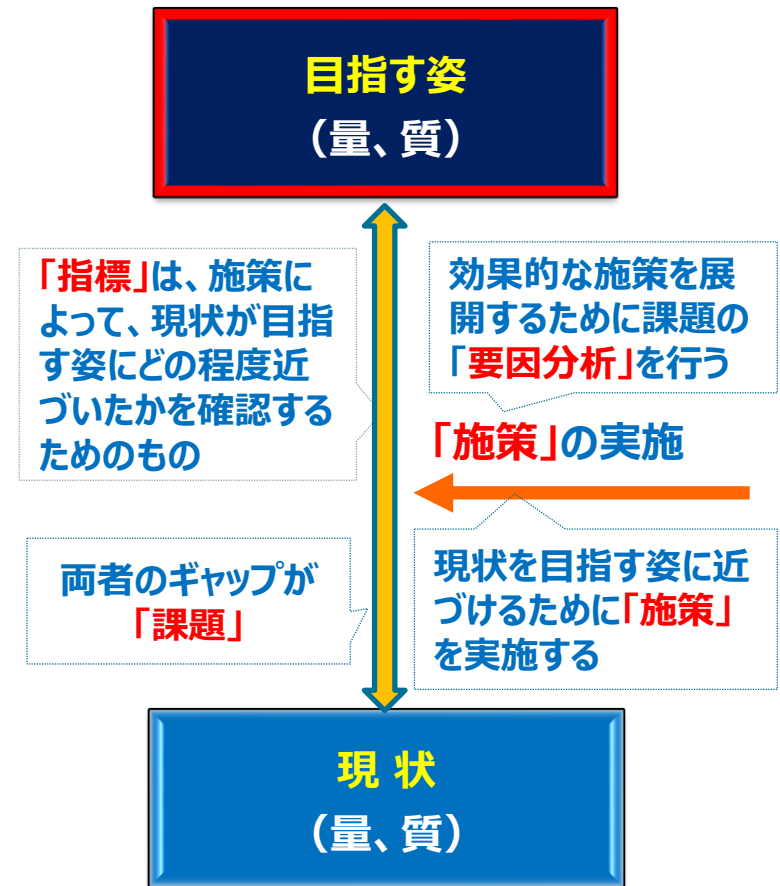


図2.課題と施策と指標の関係性



# 本研修の狙い

強化が必要な機能	現状及び課題
1 地域の現状と課題を把握する力	<ul style="list-style-type: none"><li>• めざす姿を設定した上で、現状をおさえ、課題を把握するといった思考と方法論が身に付いていない     （「できていないこと」を「課題」と設定してしまう）</li><li>• 意図や仮説をもってデータをみるといった思考が弱い</li><li>• データの活用イメージが弱い など</li></ul>
2 効果的な事業・施策を考える力	<ul style="list-style-type: none"><li>• 課題を具体化していない（課題が抽象的なまま）</li><li>• 課題を生じさせている原因を分析していない</li><li>• 抽象的な課題に対し、いきなり施策で対応しようとしてしまう。また、その対策も市町村でできる範囲で考えてしまう など</li></ul>
3 多様な主体（専門職、住民等）が入った会議を適切に運営する力	<ul style="list-style-type: none"><li>• シナリオに沿った会議運営を展開してしまうため、多様なアイデアが集まらない（ファシリテーション力が低い）</li><li>• 多様な主体の関係者の思考や特徴を理解できていない など</li></ul>
4 様々な解決手段を有する組織体をネットワーク化する力	<ul style="list-style-type: none"><li>• 地域の組織体の存在やその機能を知らない</li><li>• これら組織体との適切な接し方がイメージできていない</li><li>• 立ち上げは何とかできるが、継続的運営ができない など</li></ul>
5 一連の事業や施策を円滑に展開する力	<ul style="list-style-type: none"><li>• 課題設定～対策の整合性が取れていない</li><li>• 多様な解決策を総合化できていない など</li></ul>



## 強化のポイント

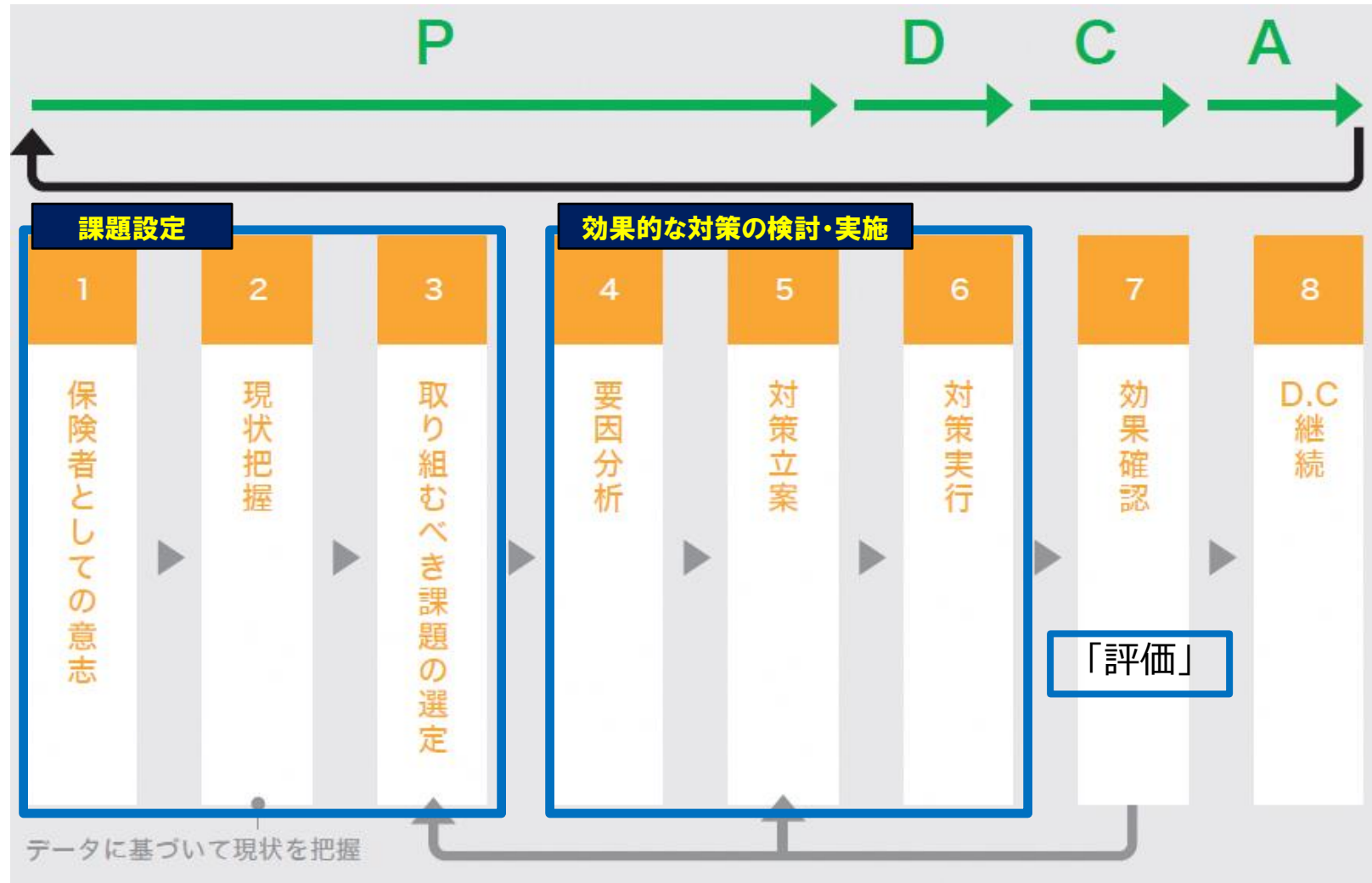
①課題を具体化する力、②対策を適切に選定する力を高めるとともに、課題と対策の整合性を高めていく（⇒その結果、課題解決につながる効果的な対策が行われることになる）<sup>26</sup>

**1.複数回の研修**

**2.参加型の研修**

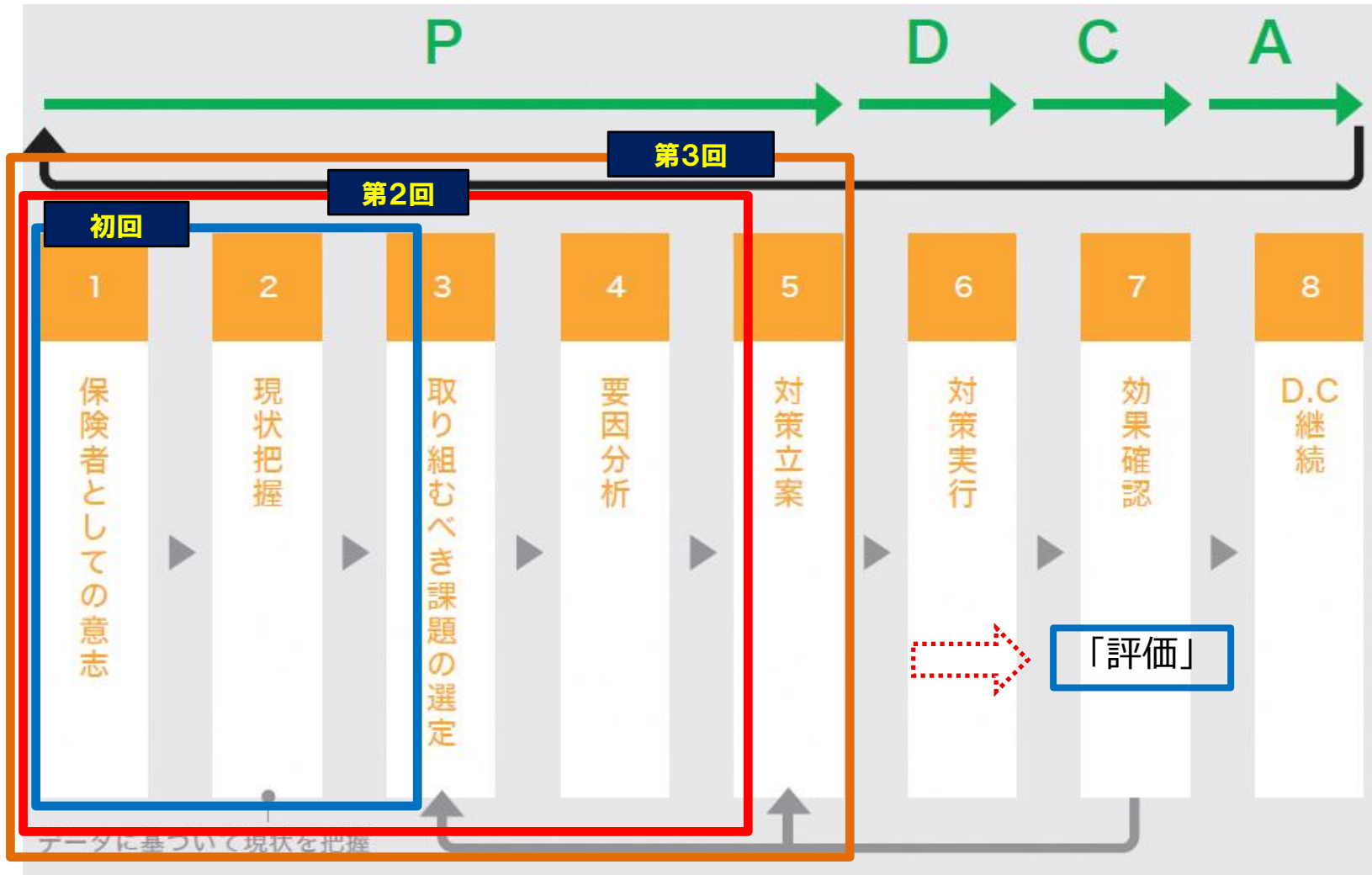
**3.新しい生活様式での研修**

## 1. 複数回の研修



単回の研修ですべてをまかなうことは不可能

## 1. 複数回の研修



前回までの内容をオーバーラップし、フォローしながら研修を進めていく併せて、7期計画で実施したことの振り返り、8期計画の方向性も検討していく

## 2.参加型の研修

日時	内容（予定）	会場（予定）	時間割	備考
6/4 (木)	事業マネジメントに関する講義 7期の振り返り	Zoomを使用したWEB講義 + 個人ワーク + 発表	A M : 【WEB研修-グループ②】 マネジメント研修① 10:00~12:00 P M : 【WEB研修-グループ①】 マネジメント研修① 13:30~15:30	事業別を実施 グループ①：医介連携 グループ②：介護予防 グループ③：認知症
6/5 (金)	期待される役割 目指す姿の設定 現状の把握		P M : 【WEB研修-グループ③】 マネジメント研修① 13:30~15:30	
7/8 (水)	課題の把握 データ分析/活用	Zoomを使用したWEB講義 + 個人ワーク + 発表、討議	P M : 【WEB研修-グループ①】 マネジメント研修② 13:30~15:30	事業別を実施 グループ①：医介連携 グループ②：介護予防 グループ③：認知症
7/9 (木)			A M : 【WEB研修-グループ②】 マネジメント研修② 10:00~12:00 P M : 【WEB研修-グループ③】 マネジメント研修② 13:30~15:30	
8/26 (水)	目標の設定	Zoomを使用したWEB講義 + 個人ワーク + 発表、討議	P M : 【WEB研修-グループ①】 マネジメント研修③ 13:30~15:30	事業別を実施 グループ①：医介連携 グループ②：介護予防 グループ③：認知症
8/27 (木)	8期に向け実施する事業の整理		A M : 【WEB研修-グループ②】 マネジメント研修③ 10:00~12:00 P M : 【WEB研修-グループ③】 マネジメント研修③ 13:30~15:30	

研修時間のうち、半分~2/3の時間をワーク及び発表に充てるようプログラムを設定

## 2.参加型の研修

### 第1回目研修のワーク

- ① 事業実施により、地域がどのような姿になることを目指したか？
- ② 事業の実施を通じて、何が（だれが）どうなることを期待したか？
- ③ 事業に関連して、どのような「現状」を把握したいか？

### 第2回目研修のワーク

- ① 7期の対策は何を実施したか？
- ② 7期対策を実施した上での課題は何か？（対策に対する課題は何か）
- ③ そもそも、どんな退院時連携が望ましいと思っているか？（目指す姿は何か）
- ④ 目指す姿を実現するための課題は何だと思えるか？（目指す姿に対する課題は何か）
- ⑤ なぜ、④の課題が生じているのか？（目指す姿に対する課題の要因）
- ⑥ ⑤の課題を改善するための対策は？（目指す姿に対する課題解決策）
- ⑦ ⑥の対策によって、何がどうなることを期待したか？（目標と指標）
- ⑧ ②～⑦を考える上で、現在把握できていないこと、知りたいことは何か？

- ・ 各回で個人ワーク、発表を繰り返し、講師からのコメントをもらいつつ随時ブラッシュアップ
- ・ 発表しない市町村も、他市町村の発表及び講師コメントを受けて随時内容を修正
- ・ 研修を重ねるごとに、個人ワークの内容を具体化。事業マネジメントの考え方を試行



## 2.参加型の研修

### 第1回目研修のワークシート

#### 個人ワークについて（テーマ：在宅医療・介護連携）

本ワークでは、地域の目指す姿の案を「たとえ重度の要介護状態になったとしても、住み慣れた我が家や地域のなかで療養したいと希望される人が、我が家や地域での療養、さらには看取りという選択ができるまち」とし、本事業はこの目指す姿を実現するための手段と考えて下さい。その上で、以下のことについて、個人ワークを行ってください。

1. 目指す姿の案を、必要に応じて、自分なりに修正してみてください。このままで良いということでも結構です。

--

2. あなたは、この事業を通じて、何が（誰が）どうなることを期待しますか？ 期待する（期待している）ことを出来るだけ具体的に記載してみてください。

•
•
•

3. この事業を展開することで、現状を目指す姿に出来るだけ近づけることを皆さんは行うわけですが、そのためには、まず、様々な「現状」を把握する必要があります。あなたは、何を知りたいですか？ 出来るだけ具体的に挙げてみてください。

•
•
•
•

## 2.参加型の研修

### 第2回目研修のワークシート

1. テーマ（例：退院時連携の推進など）

↵

2. 1のテーマに関する7期の対策を記載下さい（主なもの4つまで。重要と思うものから順に）。

対策1：↵

対策2：↵

対策3：↵

対策4：↵

3. 対策1を行う上での課題は何だと思いますか？（＝対策に関する課題、主なもの4つまで）

課題1：↵

課題2：↵

課題3：↵

課題4：↵

4. ところで、1のテーマの「目指している姿」は何ですか？（何を目指しているのか？）

↵

↵

5. 4の「目指している姿」と「現状」を比べた上での課題（＝ビジョンに対する課題）は何ですか？

課題1：↵

課題2：↵

課題3：↵

課題4：↵

6. 5の課題が生じている原因は何でしょうか？ 考えられるものを挙げてみて下さい（2つまで）。

原因1：↵

原因2：↵

7. 原因を意識しながら、5の課題を改善するための対策を挙げてみて下さい（2つまで）。

対策1：↵

対策2：↵

8. 7の対策を行った場合、何が（誰が）どうなることを期待しますか？（7つまで）。

1：↵

2：↵

3：↵

4：↵

5：↵

6：↵

7：↵

9. 3～8を埋めていくために、何のデータや情報が不足していましたか？ 知りたいことを挙げてみて下さい（9つまで）。

1：↵

2：↵

3：↵

4：↵

5：↵

6：↵

7：↵

8：↵

9：↵

- ・ ビジョンに対する課題の設定（対策に関する課題との考え方の違いの理解）が難しい
- ・ 課題の原因の整理から、改善するための対策を考える過程も難しい
- ・ ワークシートは各回終了後県に提出、講師と共有して次回研修に活かす

## 2.参加型の研修

### 第2回目研修のワークシート

1. テーマ (例:退院時連携の推進など)

具体的な在宅医療の場面の想定→ 退院支援 等

2. 1のテーマに関する7期の対策を記載下さい (主なもの4つまで。重要と思うものから順に)。

対策1 :  
対策2 :  
対策3 :  
対策4 :

7期計画の振り返り  
→ルールの普及啓発、会議、研修の開催

差

7. 原因を意識しながら、5の課題を改善するための対策を挙げてみて下さい (2つまで)。

病院看護師の在宅経験・ケアマネの病棟見学+共有の場の設定

8. 7の対策を行った場合、何が (誰が) どうなることを期待しますか? (7つまで)。

医療機関は退院後のイメージをもった患者支援及び関係者調整  
介護側は医療機能に応じた適切な情報共有や患者調整

ひいては住民が退院時に適切な医療・介護サービスにつながり  
「意向に沿った不安の無い」在宅生活に戻ることが出来ることを期待

3. 対策1を行う上での課題は何だと思えますか? (=対策に関する課題、主なもの4つまで)

課題1 :  
課題2 :  
課題3 :  
課題4 :

7期で講じた対策の課題  
→ルールが活用されない、参加者が固定 等

4. ところで、1のテーマの「目指している姿」は何ですか? (何を目指しているのか?)

適切な医療・介護サービスが調整されたうえで不安を感じることなく、本人の望む場所で在宅生活を送ることが出来る

9. 3~8を埋めていくために、何のデータや情報が不足していましたか? 知りたいことを挙げてみて下さい (9つまで)。

- ・入退院の件数
- ・退院時カンファレンスを受けた件数
- ・退院時に「不安」を感じた住民の割合
- ・「不安」を感じた要因
- ・目指す姿を踏まえた医療職が退院時支援を行う課題
- ・目指す姿を踏まえた介護職の退院時支援を行う課題
- ・上記2課題のギャップ

5. 4の「目指している姿」と「現状」を比べた上での課題 (=ビジョンに対する課題)は何ですか?

「本人の意向に沿わない」「適度・適切なケアが調整されない」  
「退院時カンファのメリットを理解していない」ことがある

6. 5の課題が生じている原因は何でしょうか? 考えられるものを挙げてみて下さい (2つまで)。

医療側の在宅生活イメージ不足、医療介護相互の機能理解不足

- ・ビジョンに対する課題の設定 (対策に関する課題との考え方の違いの理解) が難しい
- ・課題の原因の整理から、改善するための対策を考える過程も難しい
- ・ワークシートは各回終了後県に提出、講師と共有して次回研修に活かす

## 3.新しい生活様式での研修



<これまでの研修>



<新しい生活様式の研修>

- ・対面でなくでも、WEB会議ソフトウェアを用い講義型の研修、参加型の研修どちらも実施可能
- ・WEB会議ソフトウェアの仕様等によるが、画面の共有やホワイトボード、グループ分け機能を使用したグループワークや個人ワーク+発表・共有なども簡易な操作で可能
- ・研修本番前に繰り返し接続テストの機会を設けたため、研修当日のトラブルなどもほぼなく、参加市町村からも概ね好評。→市町村が新しい生活様式下で研修等を実施する参考にもなった

# 研修参加者からの声

- 医療介護連携にとどまらず、行政職員として事業を組み立てていく中で必要な知識が詰まった講義であったと感じた。
- 「昨年もやっていたから」ではだめで、評価し、事業の組み立てから変えていく必要があると考えさせられた。
- なかなか、事業をガラッと変えることは勇気のいることであるが、“目指している姿”は何？と常に意識し続け、事業など展開していかなければならないと再認識した。
- 非常に難しかった。考えていく中で現状把握ができていないことに気付くことができた。
- めざす姿を設定した上で、現状をおさえ、課題を把握する思考と方法論が身につけていないと、できていないことを課題にしてしまうと先生が言われていて、自身の事だと思った。
- 抽象的な表現をよく使用している事に気付くことができた。連携、スムーズは良く利用しているが、誰と誰が何をすることなのか、具体的に示せるよう意識したいと思った。
- 事業をすすめる上で「目的」がわかっていないと感じた。手段が目的にすり替わってしまわないようにしなければならぬと感じた。

# 担当としての感想

## ○在宅医療介護連携推進事業の難しさ

- ①市町村の介護保険部門が医療との橋渡し業務を行う事業であること
- ②具体的な事業メニュー（いわゆるア～ク）が省令や手引きで示されていること
- ③インセンティブ交付金等で、「事業メニューを実施しているか」を評価されること
  - 「示されていることが出来ているか」が評価の視点になりうる
  - 「住民」や「医療介護関係者」がどうなることを目指すという視点が抜けがち

## ○「目指す姿」を意識した事業組み立ての重要性

- ・力の事業項目があるから多職種向け研修をする→参加者が固定されるのが課題・・・
- ・希望する住民を在宅で看取れる地域を目指す→現状は在宅死亡が少ない
  - なぜ？ → ヒアリング →現場体験型の研修をする →評価 → 改善

## ○2種類の「課題」を整理して事業に取り組む必要性

- ・「事業に対する課題」：事務事業実施上の課題（参加者、相談件数、講演内容）
- ・「目指す姿に対する課題」：目指す姿と現状を比較した際のギャップ→取組のビジョン

**これらの考え方の整理を支援するのは都道府県の重要な役割であり機能**

# おわりに

- これまでは、「県として何が出来るか」という点に着目して、在宅医療・介護連携に取り組んできた。
  - ・ 県レベルの医療介護関係団体のネットワークづくり
  - ・ 全国的に著名な講師の招聘、全国トップレベルの取り組み事例の紹介これらは当然必要かつ重要な取組であり、今後も継続していく。
- 一方、「市町村が何を求めているか」「市町村が効果的に事業を実施するにはどういった支援が効果的か」という視点での取組は十分に実施出来ていなかった。  
その原因は、「市町村とともに、事業のあるべき姿や現状を踏まえた課題とその解決策を考える」ための事業が実施できていなかったからではないか。
- 事業をマネジメントするという考え方は、「法に基づいた事業を実施する」という意識をもちがちな地方自治体のマインドには馴染みにくく、簡単に理解・実行できるものでもないため、丁寧かつ繰り返しの、いわゆる伴走型のアプローチが求められる。
- 今回の研修では、各市町村に事業マネジメントを意識したうえで、これまでの取組の振り返り及び次期介護保険事業計画において取り組む事業の方向性等を検討してもらっている。
- 各市町村の事業マネジメントの思考過程をワークシートなどを通じて都道府県が理解することは、市町村が真に求めていること、課題と感じていることの明確化につながり、効果的な都道府県施策を講ずることにもつながる。