

市町村支援から見えてきた先進事例の特徴と 大学による市町村支援の今後のあり方について

(内容)

1. 研究開発センターの開設経緯、必要機能と主な活動状況
2. 具体的な支援例
3. 先進事例分析から見えてきた特徴とは
4. 大学による今後の支援のあり方について

埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科 兼 研究開発センター

川越雅弘 (kawagoe-masahiro@spu.ac.jp)

1.研究開発センターの開設経緯、必要機能と 主な活動状況

埼玉県立大学研究開発センターの開設経緯

1. 基本理念

陶冶、進取、創発を基本理念として、保健医療福祉に関する教育・研究の中核となって
地域社会に貢献すること。

2. 地域貢献に向けた取り組み（多職種連携力の強化を中心に）

1）地域専門職連携推進会議の開催

地域の医療機関や福祉施設等と連携し、保健医療福祉のネットワーク化を促進。これを通じて地域の課題を解決するための取り組みを推進（県下12地域8エリアで展開）。

2）専門職連携を学ぶ講座の開設

専門領域を超えて連携した上で利用者ニーズに応える人材づくりへの貢献。

①専門職連携ベーシック／スキルアップ／アドバンス講座 ②多職種連携総合課程(全8回)

3. 地域貢献に向けた体制構築

…大学教員の業務は「学生に対する教育」が中心。そのため、市町村支援を行うにしても①委員会の委員就任、②各種研修の開催支援、③データ分析支援（研究者としての関わり方）などに留まってしまう、伴走적かつ継続的な支援は実質困難。

⇒平成28年4月に開設し、翌年、市町村支援のノウハウを有する教員を採用する形で実働を開始したのが「研究開発センター」である。

研究開発センターに必要な機能と機能強化策（市町村等支援に向けて）

1. センターに必要な機能とは（地域貢献を実現するために）

- ・国の施策動向が把握できていること（研究実績と人的ネットワーク構築が必要）
- ・埼玉県／市町村の施策ニーズに応えていくこと
- ・支援に必要な「機能」と「組織体系」と「ネットワーク」を有していること（機能の見える化が必要）
- ・安定した運営資金を継続的に獲得できること

2. センターの機能強化とネットワーク構築に向けた取り組み状況

1) 国／県／市町村の施策ニーズへの関与

（1）国の施策動向の把握に向けて

- ・委員会活動／厚労科研への関与（代表 1 本、分担 2 本）
- ・老人保健健康増進等事業への関与（受託 1 本、委員 3 本）
…H29年度は、在宅医療・介護連携推進事業における各地の展開プロセスを調査

（2）埼玉県の施策ニーズへの関与

- ・糖尿病性腎症重症化予防対策事業におけるデータ分析支援
- ・コバトン健康マイレージ事業におけるデータ分析支援

（3）市町村の施策ニーズへの関与

- ・医療計画／地域包括ケア計画策定支援（東京都国立市／埼玉県川越市）
- ・地域の支えあいの体制づくりに関するアドバイザー（千葉県富津市）
- ・退院支援・在宅療養における多職種連携のあり方検討会 委員長（大阪府）
- ・地域包括ケア構築に関するアドバイザー（岡山県倉敷市、福井県南越前町）
- ・医療・介護連携アドバイザー（大分県） など

研究開発センターに必要な機能と機能強化策（続き）

2) センター機能の発信とネットワーク構築

1) シンポジウムの開催（年1回）

- ・「地域包括ケアの深化に向けて」（2018年10月6日）

2) 地域包括ケア推進セミナーの定期開催（年3～4回）

- ・第1回：在宅医療・介護連携推進事業の展開プロセスを学ぼう！（2018年7月27日）
- ・第2回：ファシリテーション力を高めよう！（2018年11月）
- ・第3回：自立支援の方法論を学ぼう！（2019年2月）

埼玉県立大学
地域包括ケア推進セミナー

第1回 在宅医療・介護連携の展開プロセスを学ぼう！
後援 埼玉県

2018年7月27日(金) 14:00~16:00
埼玉会館 2階(ラウンジ)
●参加費無料 定員90名(お申し込み要)

本セミナーは「地域包括ケアに関わる様々な関係者の実効力を高めること」を目的としています

セミナー開設の説明 川越 雅弘 (埼玉県立大学大学院・研究開発センター 教授)

【第1部】各地の展開プロセスを示す
講演1 横須賀市における在宅医療・介護連携推進の取り組み～最期まで住み慣れた場所まで～
川名理恵子 (横須賀市健康部 地域医療推進課)
講演2 柏市における取り組み～在宅医療と救急医療の連携から意思決定支援へ～
浅野美穂子 (柏市保健福祉部 地域医療推進課)

ディスカッション

【第2部】埼玉県の現状の現状を把握する
調査報告
埼玉県の在宅医療の現状と課題 ～訪問看護ステーションおよび特別介護老人ホームの調査から～
山口乃生子 (埼玉県立大学看護学科 准教授)

※横須賀市と柏市の取り組み報告書を下記のURLに掲載しておりますので、ご参照ください。
「在宅医療・介護連携推進事業に係る効果的な事業の推進方法と評価に関する調査研究事業」
<https://www.spu.ac.jp/research/results/tabid613.html>

●今後のセミナー予定 第2回（11月）ファシリテーション力を高める
第3回（2019年2月）自立支援のための方法論

埼玉県立大学
研究開発センターシンポジウム2018

参加費無料

地域包括ケアの深化に向けて

日程 平成30年10月6日(土) 13:00~16:30
場所 埼玉県立大学 講堂 (定員400名)
主催 埼玉県立大学研究開発センター

団体の世代が75歳以上となる2025年を目途に、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供することを目指して地域包括ケアシステムが動き出しています。市町村では、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを構築し、運用を開始しているところですが、同時にさまざまな課題も見え始めています。本シンポジウムは、地域包括ケアシステム構想が誕生した経緯と目指す姿とは何かを振り返りながら、現状における課題を見つめ、課題解決に向けた取り組みのあり方について議論していきたいと考えます。

第1部
基調講演「地域包括ケアのこれまでとこれから」
田中 滋 (公立大学法人埼玉県立大学 理事長)

第2部
シンポジウム
講演 迫井 正深 (厚生労働省 大臣官房審議官)
川越 雅弘 (埼玉県立大学大学院・研究開発センター 教授)
野崎 伸一 (厚生労働省 社会・保健局 地域福祉課生活困窮者自立支援室長)
齊藤 正身 (医療法人真正会理事長)

パネルディスカッション 座長 田中 滋

お申込み HPお申込みフォーム、メール、またはFAXで、お申込みください
HP: <https://business.form-mall.jp/form/855ed1588445>
E-Mail: Research_center@spu.ac.jp TEL・FAX: 048-970-4383 (裏面の申込書をご利用ください)
問い合わせ先 埼玉県立大学研究開発センター (上記E-Mail または電話番号へ)



2. 具体的な支援例

これまでの主な市町村支援実績（H27以降）

1. 大分県での支援活動（H27～）

- ✓ 医師を交えた地域ケア会議の司会進行
- ✓ 既存データの分析
- ✓ アンケート調査の方法に対するアドバイス
- ✓ 調査票設計に対するアドバイス
- ✓ 各種事業の運営に対するアドバイス

2. 倉敷市での支援活動（H28～）

- ✓ 既存データ分析（市の分析ニーズに基づく分析の実施）
- ✓ データ分析方法、分析結果の解釈に対する助言
- ✓ 計画策定委員会への提出資料の作成支援
- ✓ 各種事業の運営に対するアドバイス

3. 国立市での支援活動（H28～）

- ✓ 医療計画策定方法に対する助言
- ✓ 調査票の設計に対する助言
- ✓ 調査結果の活用方法に対する助言

地域ケア会議の実施風景



市職員との意見交換の実施風景



支援例1：訪問診療の将来推計方法の提案及びデータ分析

市町村が抱えていた課題

- 医師会にどのように話しをもっていってよいかわからない（依頼内容を含めて）
- 訪問診療の現状も把握できていなければ、将来的な必要量もわからない
（第7期計画策定上の課題でもある）
- 医師会から地域ケア会議への参加に対する要望が出ているが、どのように対応すればよいか困っている（現在の会議は、平日の午前中に実施しているので、同じ枠組みでは対応できない）

助言／提案内容

（訪問診療の必要量の把握に関して）

- ①訪問診療は、通院困難者が主対象となるので、重度の要介護者への対策という位置づけになる。
- ②2025年における重度要介護の在宅療養者の将来推計は、第6期計画で作成しているはず。
- ③2025年の訪問診療必要者数を知るためには、「在宅療養者に占める訪問診療受給者割合」を把握し、これに2025年の要介護度別在宅療養者数を掛ければ算出可能（粗い推計）
- ④問題は、「要介護度別訪問診療受給率をどのように算出するか」。これは既存のデータでは難しいので、アンケート調査を行う必要がある。
→他の地域（滋賀県）で先行して行った調査があるので、その調査票と分析結果を紹介。

（地域ケア個別会議への対応に関して）

- ①医師が参加可能な時間帯での開催が必要。また、医師が参加しやすい事例の選定が大事。
- ②事例検討の結果は、「在宅医療・介護連携推進事業の②課題抽出」に活用できるのでは。
- ③事例としては、①退院事例、②医療ニーズが高い事例などが考えられるのでは。
- ④退院事例の検討には、病院側の関係者（退院調整部門、病棟看護師、リハ職、MSWなど）にも参加要請してはどうか→病院関係者と在宅関係者間の相互理解と連携の促進のために

訪問診療の必要量の将来推計のための調査票の紹介

調査票Ⅱ 訪問診療受給者調査（※11月にケアプランを作成したケアマネ1人につき1枚記入下さい）

総数と支援1～介護5の合計が一致しているか、確認下さい。

【問1】あなたが担当していた11月の利用者の要介護度別人数を回答下さい。

	要支援1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
要介護度別利用者数	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人

【問2】あなたの基礎資格を回答下さい（複数回答）。

☐社会福祉士 ☐介護福祉士 ☐訪問介護員 ☐看護職 ☐リハ職 ☐薬剤師 ☐歯科衛生士 ☐栄養士 ☐その他（ ）

【問3】問1の利用者のうち、11月に「医師による訪問診療」を受けた利用者数は何人ですか？

（ ）人

※問3で、「1人以上」と回答された方は、下記表に各利用者に関する情報を記入下さい。どの利用者から書かれても結構です。人数分を記載下さい。

（記載例は、第3圏域のUR住宅に住んでいる88歳の脳血管障害を有する男性に対して、〇〇医院の医師が月2回の訪問診療を行ったケースの場合です）

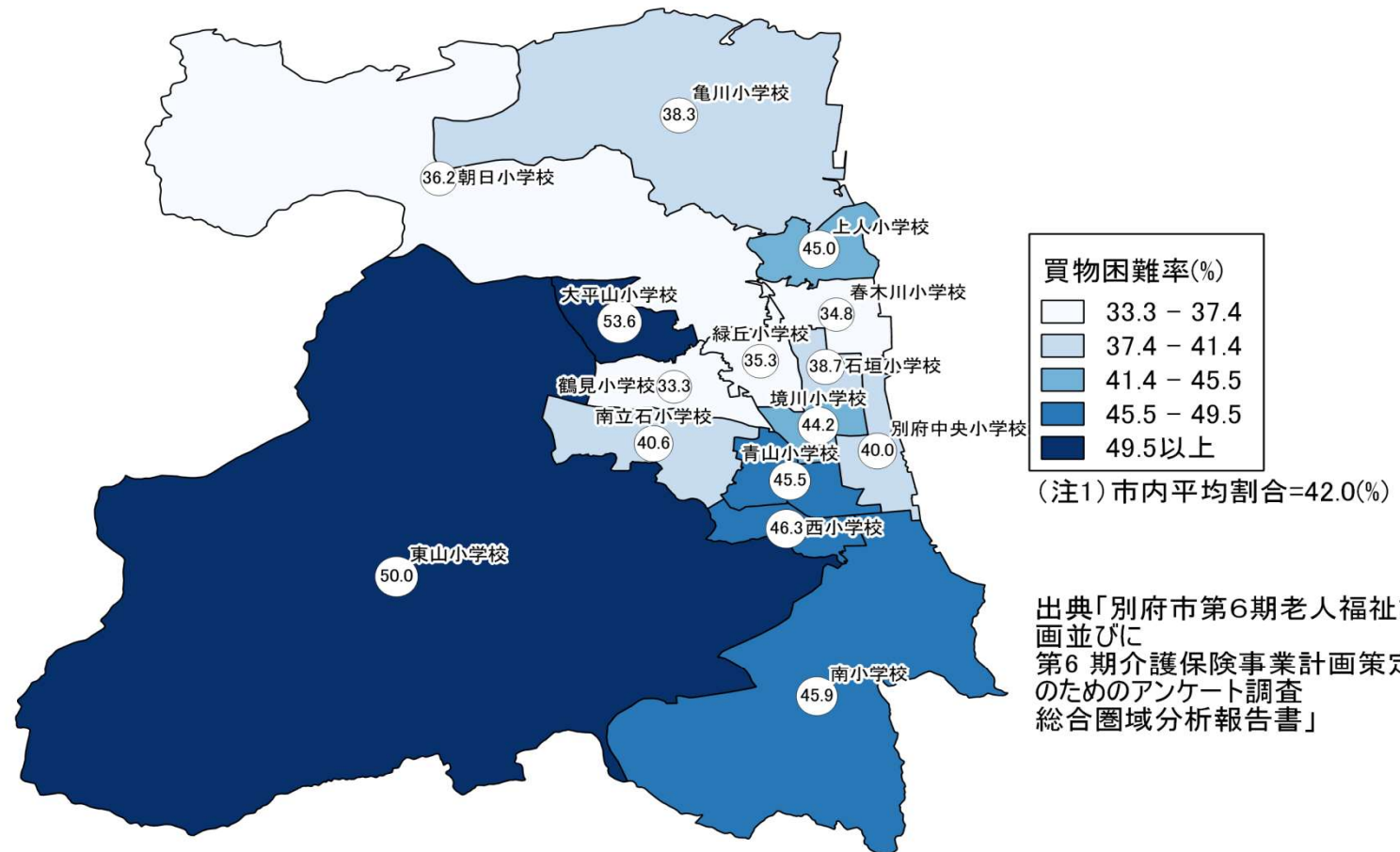
利用者番号	圏域番号	利用者の年齢	性別	家族主介護者(1つ)	主傷病(複数回答)	処置(複数回答)	要介護度	訪問診療	訪問看護	住宅の種類	訪問医師の医療機関
	日常生活圏域1-3の番号を記入	1.65歳未満 2.65-74歳 3.75-84歳 4.85-94歳 5.95歳以上 6.不明	1.男 2.女	1.配偶者 2.子 3.子の配偶者 4.孫 5.兄弟・姉妹 6.その他家族 7.なし	1.脳血管障害 2.がん(末期) 3.がん(末期以外) 4.認知症 5.呼吸器疾患 6.心不全 7.消化器疾患 8.骨折・関節症 9.神経難病 10.腎不全 11.肝不全 12.麻痺障害 13.その他 その他の場合は 具体名を記入	1.経管栄養 2.褥瘡 3.酸素療法 4.カテーテル管理 5.透析 6.吸引 7.その他 8.処置なし	1.支援1-2 2.要介護1 3.要介護2 4.要介護3 5.要介護4 6.要介護5	11月中の 回数を数字 で記入	11月中の 回数を数字 で記入。な かった場合 は“0”を記 入。	1.一戸建て 2.集合住宅(UK・民間) 3.集合住宅(市営・市営) 4.サービス付き高齢者住宅 5.有料老人ホーム 6.ケアハウス 7.その他	※複数の医療機関の 医師(歯科医師は除 く)が訪問した場 合は、それぞれの医 療機関名を記入。 (病院名または診療 所の名称)
例	3	4	1	1	1・12	2・6	5	2回	2回	2	〇〇医院
1								____回	____回		
2								____回	____回		
3								____回	____回		
4								____回	____回		
5								____回	____回		
6								____回	____回		
7								____回	____回		

支援例2：既存データの分析支援（総合事業関連）

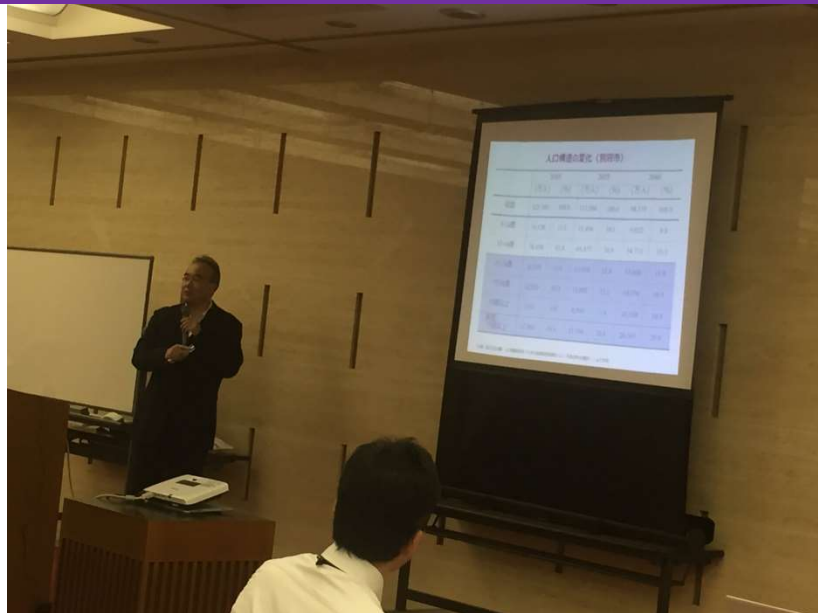
要支援者における買物が困難と答えた人の割合（％） （小学校区別）



小学校区	要支援者数
総数	552
境川小	52
南小	61
西小	41
青山小	22
南立石小	32
鶴見小	48
亀川小	47
上人小	60
朝日小	47
石垣小	31
春木川小	23
緑丘小	17
大平山小	28
東山小	8
別府中央小	35



支援例3：住民を入れたワークショップのファシリテーション (テーマ：各区で「通える場所」を作っていくために)



3. 先進事例分析から見てきた特徴とは

大牟田市の取り組み例

－ 住民とのワークショップを通じた地域課題の解決 －

（※猿渡進平氏の許可を得た上で、同氏スライドより引用）

大牟田人とまちづくり協議会主催 ワークショップ

- ・年間3回～4回開催中
- ・**熱ければ**誰でも、参加可！！

認知症の人にとっては大切な場所。私たちが繋がることで認知症の本人、お店も安心。

農業関係者や住職、パチンコ店などもWS
に参加！！



病院から退院する患者の 退院前訪問指導

*地域の繋がり合いの復元



横須賀市の取り組み例

－在宅療養連携会議を核とした事業の展開－

（※第1回地域包括ケア推進セミナー資料（公表済）を一部改変）

在宅医療・介護連携への取り組みの展開プロセス

2011年度（平成23年度） 事業着手

- ・ 医療、介護の関係職種へのヒアリングを実施
- ・ 在宅療養連携会議を設置（会議開催：年4回）
「テーマ：在宅療養現場における課題の抽出と解決策の検討」

2012年度（平成24年度）

- ・ 在宅療養連携会議にワーキングチームを設置し解決策の具体化を検討
広報啓発WT、連携手法WT、研修・セミナーWTの3チーム
全体会議（開催年4回） 各ワーキング（開催年4～5回）
- ・ **WTで事業を企画 ⇒ 全体会議で承認 ⇒ 市が事業実施** という
取り組みの展開プロセスがほぼ確立

2013年度（平成25年度）

- ・ **拠点体制の整備について、医師会と検討**
センター連携拠点（医師会）と4つのブロック拠点（総合病院）を設置
拠点を事務局として地域の開業医等のネットワーク作りに着手
- ・ 医師会においても、独自事業を展開

2014年度（平成26年度）以降

- ・ **課題抽出⇒解決策検討⇒事業の具体化・実施のプロセスにより
各種事業を継続的に展開**

「横須賀市が目指す方向」をまず関係者で共有

横須賀市が目指す方向

住み慣れた我が家で療養したいという方が、
在宅での療養・さらには看取りという選択が
できるように地域医療の体制づくりを進める



それは市民から見てどのような状況か？

- 在宅療養、在宅看取りの場所は自宅も選択できることを市民はすでに知っている
- 病院から在宅へスムーズに移行できる
- 在宅療養ができる環境（受入態勢）がある



課題解決策の検討へ

市民啓発のための取り組み



①まちづくり出前トーク

職員が地域に出向き、人生の最終段階の医療などについて話し、市民に考えてもらうきっかけづくりをする

テーマ：最期の医療あなたはどうしますか？

②在宅療養ガイドブックの作成

市民が、在宅療養や在宅看取りをイメージできるような情報を盛り込む

Vol 1 最期までおうちで暮らそう

Vol 2 ときどき入院・入所 ほぼ在宅

③在宅療養シンポジウム

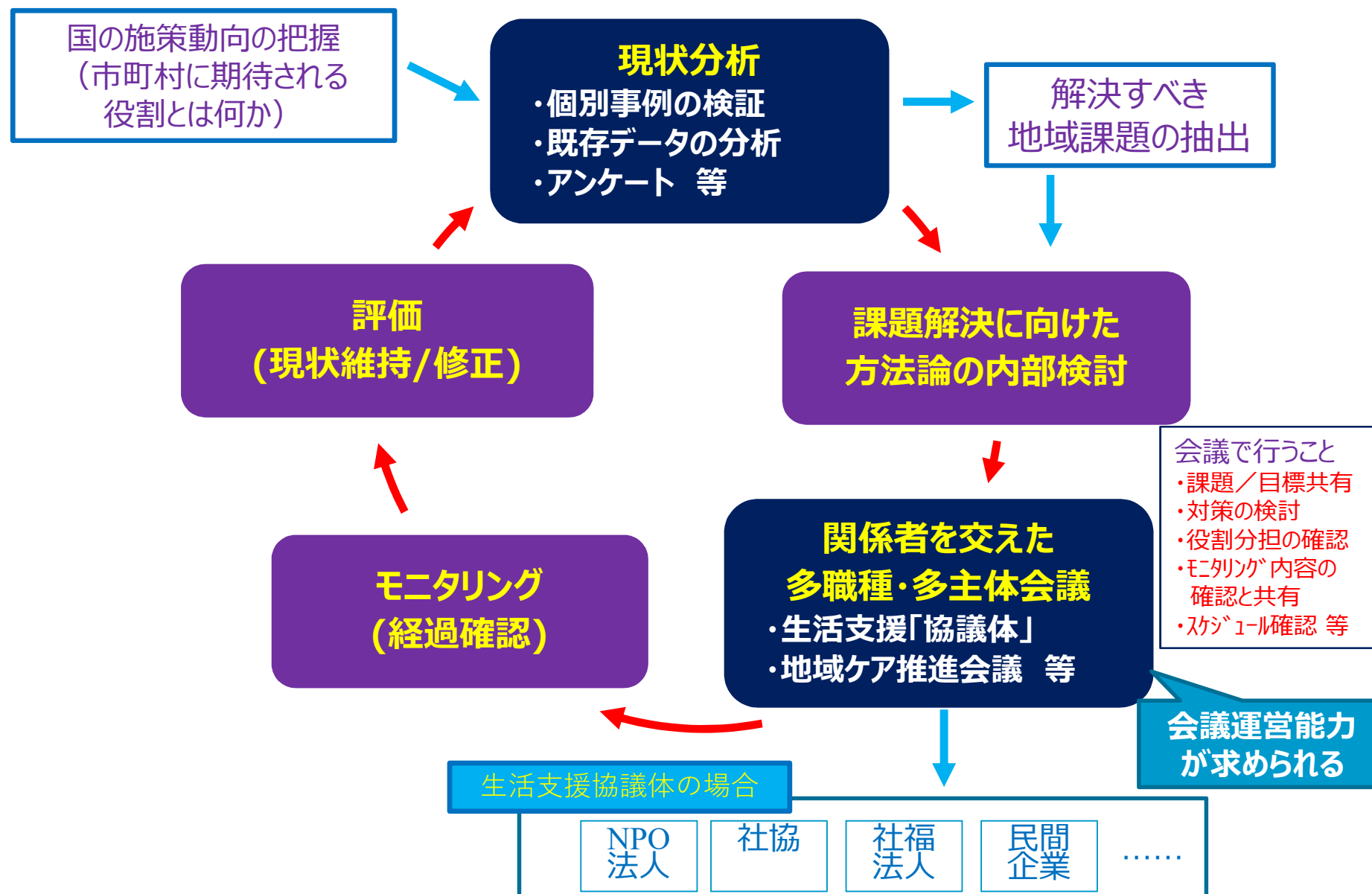
多くの市民を対象とし、在宅療養や在宅看取りをテーマに毎年1回開催



4. 大学による今後の市町村支援について

－ 地域課題解決力の強化への貢献 －

地域包括ケア推進に向けた地域マネジメントの流れ（概念図）



自治体の地域マネジメント力の強化に向けて

基本的視点

地域包括ケア構築を効果的に展開するためには、自治体の地域マネジメント力の強化が必須。
そこで、3つの力（①地域診断力(小地域単位)、②多主体会議の運営力、③先進地区のノウハウの展開力）の強化を図るため、データ分析支援、事業展開方法への支援、会議運営力の強化等を総合的に行う。

地域診断力の強化

【小地域単位での地域診断】

- ・人口・世帯の将来推計
- ・死亡者数の将来推計(市単位)
- ・認知症者数の将来推計
- ・要介護認定率／健康寿命 等

図. 買い物困窮者の割合(ツール分析例)



※老健局の見える化ツールは市町村単位の分析である。本ツールは、小地域(中学校区、小学校区、任意)の分析を可能とするもので、見える化ツールの補完的位置づけとなる。

事業展開力の強化

図. 先進的取り組み例



先進的取り組みのノウハウの抽出・整理

ノウハウ集の作成（事業ごと）

研修方法・内容の検討及び実施、評価

※1.介護予防に関しては、老健局の介護予防活動普及展開事業と連携を図りながら展開していく。

※2.在宅医療・介護連携推進事業につながる「医師を交えた地域ケア個別会議」は先進事例がないため、大分県で試行しノウハウ獲得を図る（認知症者に関する地域ケア個別会議も同様）。

多主体会議の運営力強化

テキスト作成／カリキュラム検討

ファシリテーション研修の実施



各自治体での実践

専門家を交えた振り返り会の開催

市町村への支援活動を通じて見えてきた課題と支援のポイント

見えてきた課題

- 保有する様々なデータの使い方（計画への反映方法）がイメージできていない。
- 計画策定の手順が十分には理解できていない（計画のワークシートを埋めている感じ）
- 会議の運営がシナリオ展開方式（参加者の意見をまとめていく方法に慣れていない）
- 行政職と専門職間、部署間に「壁」がある（協働の形で動いていない。自分の守備範囲を限定。）
- 複数ある事業を網羅的に対応しようとする（例：在宅医療・介護連携の8事業）
- 事業を縦割りでとらえているため、各事業間の関連性がみえていない（メリットが理解できていない）
（例：地域ケア個別会議と認知症支援策）。
- 事業というくりで考え、それにユーザーを当てはめようとする（事業の継続に無理が生じる）。



支援のポイント

- 「したいこと」、「困っていること」をインテークした上で、課題解決策を側面支援する。
（他人事から自分事への転換が必要）
- ツールを与えるだけでは駄目。したいことを踏まえた、ツールの使い方に関する支援が必要。
- 会議運営を「真似る」ための仕掛けが必要（例：ファシリテーターの活用）
- 職種、部署、職場を超えた、「皆で課題を考える会議」の場の設定と会議運営に関する継続支援が必要→協働することの楽しさを体感させること（成功体験）が必要。

市町村支援に対する基本スタンスとは？（＝人材育成）

1. 基本的方向性＝「伴走型支援」かつ「継続型支援」の実現

- ✓ 市町村の「したいこと」「して欲しいこと」に沿った支援の展開
⇒単なる「委託受託」の関係ではなく、「協働」の関係性を目指す。
- ✓ 相談したい時に、気軽に相談できる体制の確保
⇒メールでの相談に関しては無料で対応する。
- ✓ 調査票の検討段階からの関与による調査の質の担保
⇒調査の質は調査票で決まる。そこで、分析から関わるのではなく、調査票の検討段階からの関与を原則とする（調査票の設計に関する相談は無料。調査票の設計だけの相談にも対応可能）。
- ✓ どのような委託の形にも対応可能
⇒計画策定全般に対する委託でも、データ分析のみの委託でもどちらでも対応可能。