

自治体支援における研究者の役割

－直接支援を通じて感じた課題と対応策－

(内容)

1. 大分県での自治体支援活動状況
 - 1) 平成27年度 (2市への支援の実施)
 - 2) 平成28年度 (全市町に対する支援の展開)
2. 支援を通じて感じた課題と支援のポイント
3. 自治体支援に関する当面の研究課題

国立社会保障・人口問題研究所

川越雅弘

1. 大分県での自治体支援活動状況 (平成27～28年度)

1) 大分県に関わるきっかけ

...平成27年2月28日に、大分県が主催された「第4回地域ケア会議アドバイザースキルアップ研修会」での講演

2) 費用について

...AMED（長寿科学研究開発事業）「地域包括ケアシステム構築に向けた地域マネジメント力の強化手法ならびに地域リーダー養成プログラムの開発に関する研究（H26-28_代表者：川越雅弘）」から拠出

大分県での活動状況（平成27年度）

1. 支援内容

- ・地域ケア会議のスーパーバイズ
- ・地域課題の把握及び施策づくりへの助言等
（したいこと／しないといけないこと、困っていることをヒアリングし、対策と役割分担を検討）

2. 支援対象：①別府市、②日田市

3. 支援の回数・スケジュール等

- ・頻度：毎月1回（H27.6～）
- ・スケジュール
 - ・午前：地域ケア会議の助言・指導
 - ・午後：地域課題に対する施策づくりへの助言・指導、意見交換 等



別府市での様子



日田市での様子

市町村が抱えている課題と助言の一例（在宅医療・介護連携推進事業）

市町村が抱えている課題

- 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。
- ② 2025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。
- ③ 2025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

支援例1：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

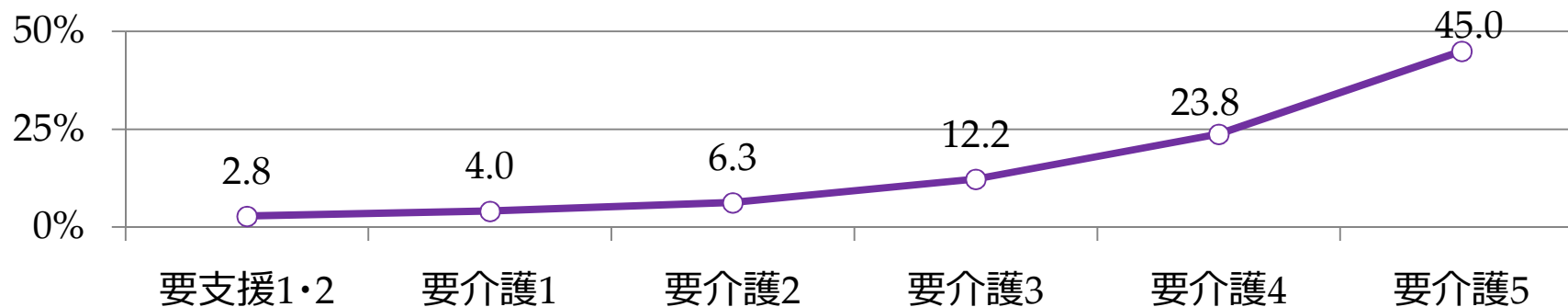
※問3で、「1人以上」と回答された方は、下記表に各利用者に関する情報を記入下さい。どの利用者から書かれても結構です。人数分を記載下さい。

（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
例	3	4	1	1	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.ケアマネ管理 5.透折 6.吸引 7.その他 8.処置なし	5	2回	2回	1.一戸建て 2.集合住宅(UK・民間) 3.集合住宅(府営・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)
1								___回	___回		
2								___回	___回		
3								___回	___回		
4								___回	___回		
5								___回	___回		
6								___回	___回		
7								___回	___回		

分析結果の活用の仕方の紹介（訪問診療の必要量の推計方法）

図. 要介護度別にみた訪問診療受給率



	総数	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者数(人)	22,936	3,078	6,391	5,956	3,676	2,390	1,445
訪問診療受給者数(人)	2,385	85	258	374	450	568	650
訪問診療受給率(%)	10.4	2.8	4.0	6.3	12.2	23.8	45.0



2025年の訪問診療必要者数の推計方法

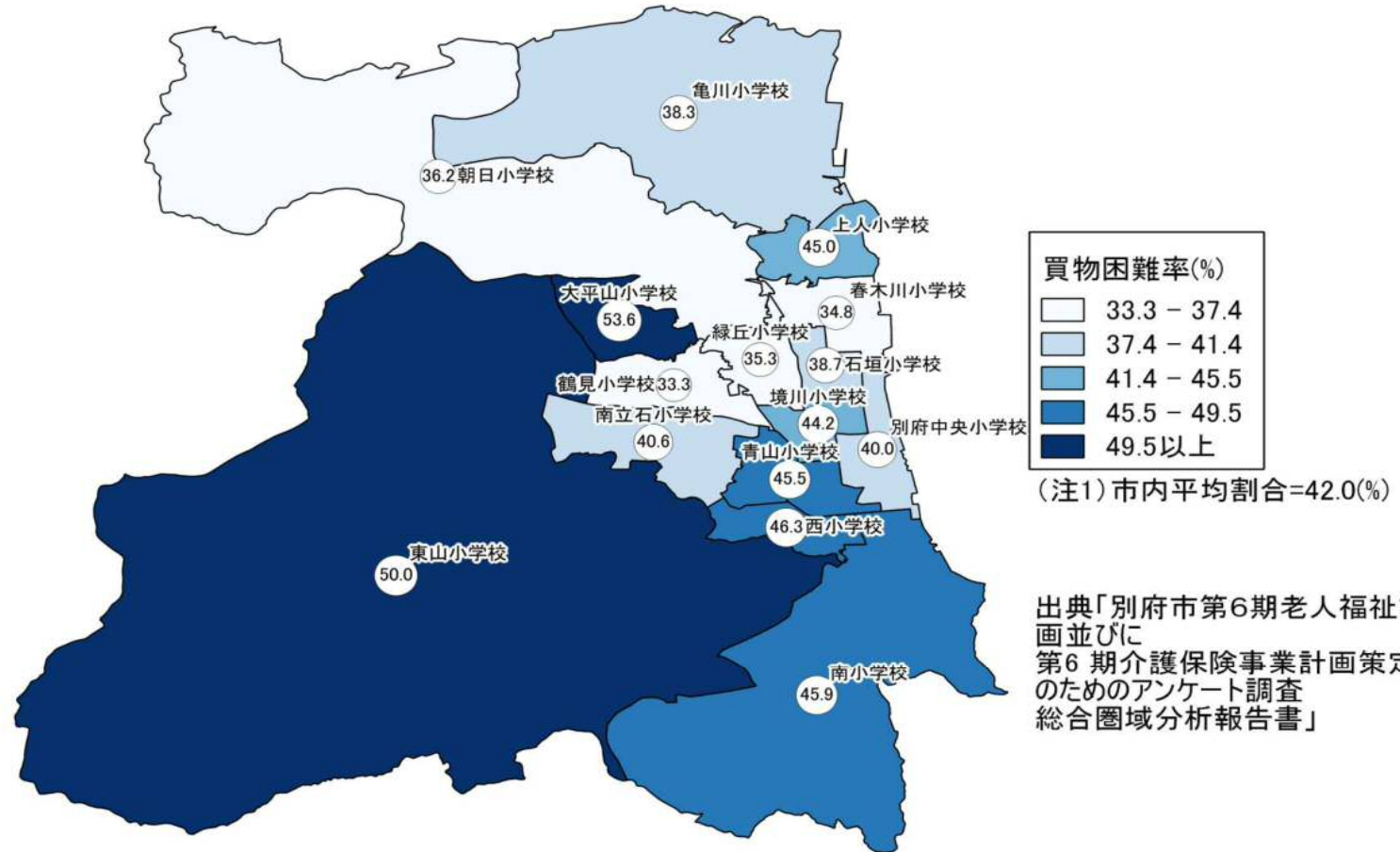
- Step1 : 2025年の要介護度別介護サービス受給者数の推計（ワークシート）
- Step2 : 2025年の要介護度別在宅サービス受給者数の推計（ワークシート）…①
- Step3 : 要介護度別訪問診療受給率の把握（アンケート調査）…②
- Step4 : ①×②で算出した要介護別人数を合計して、訪問診療必要者総数を推計

支援例2：既存データの分析支援（総合事業関連）

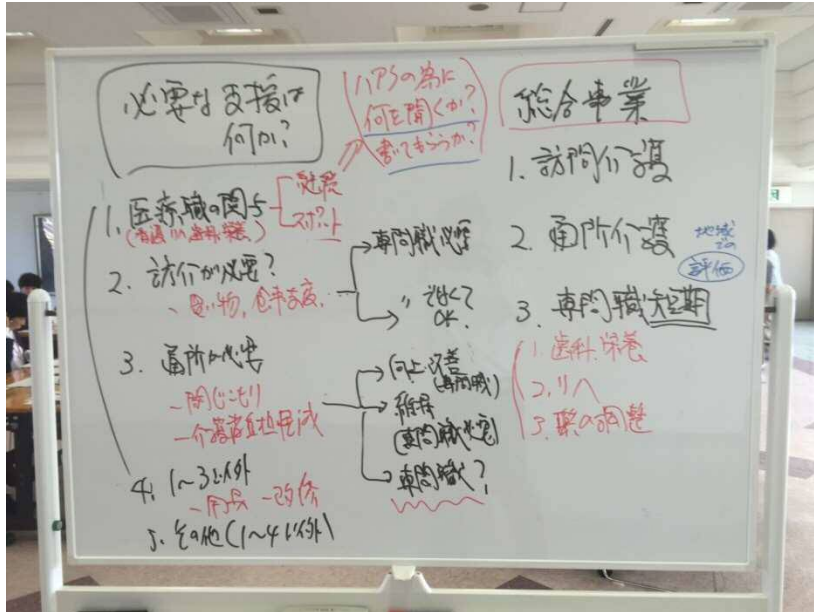
要支援者における買物が困難と答えた人の割合（％） （小学校区別）



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

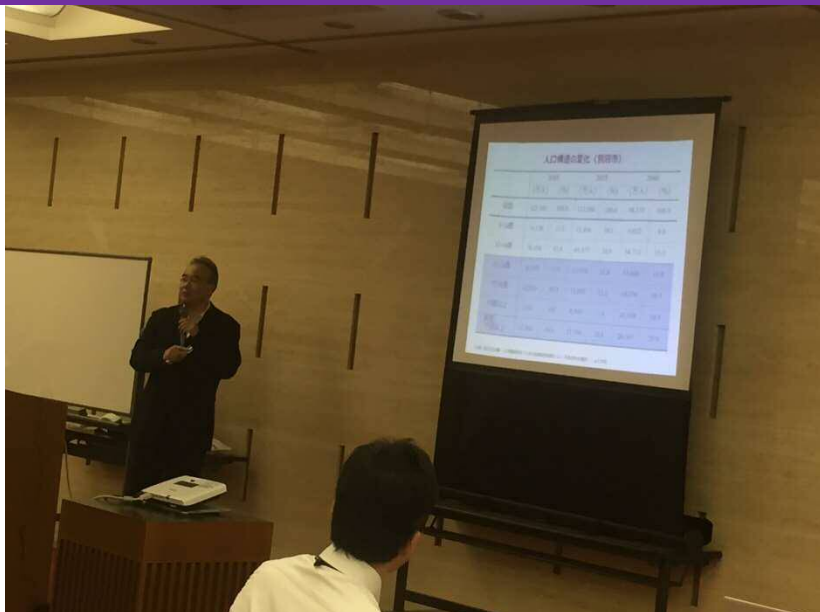


支援例3：要支援者に対する「あるべき支援内容」の検討



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. 医療職の関与 (職種、対象、時間、費用)	X									
2. 訪問介護の必要性 (身体介護、生活援助、その他)	□									
3. 通所介護の必要性 (日中、夜間、入浴、食事、入浴、入浴)	X									
4. 用具改修の必要性 (用具、改修、費用)	X									
5. その他										

支援例4：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)



平成28年度の主な活動状況（①事業別WGの立ち上げ）

（公印省略）

高齢福第1120号

平成28年7月11日

各市町村介護保険主管課長 殿

（地域ケア会議担当者気付）

大分県福祉保健部高齢者福祉課長

ワーキング・グループの設置について（通知）

本県の高齢者福祉行政につきましては、平素から御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

平成27年4月の改正介護保険法施行により、地域支援事業の位置づけが見直され、介護保険サービスが多様化・複雑化する中で、市町村の役割はますます重要になっています。また、今月1日に開催した「第7期介護保険事業計画の策定等にかかる意見交換会」の中で、市町村においては、地域支援事業を実施するにあたって、様々な課題を抱えていると感じたところです。

つきましては、別添1のとおり、ワーキング・グループを設置し、情報及び課題の共有、対策の検討を行いたいと考えておりますので、市町村の積極的な参加をお願いします。

ワーキング・グループのメンバーは、市町村の実務担当者を対象に参加市町村を募集します。また、市町村と連携して各事業を推進するため、可能な限り、保健所にも参加をお願いする予定です。

参加を希望する市町村は、別添2に必要事項を記入の上、ご回答いただきますようお願い申し上げます。

なお、助言者として、国立社会保障・人口問題研究所の川越雅弘氏が参加します。

※在宅医療・介護連携推進事業関連

…H28年度予算で、「訪問診療・訪問看護の実態調査」を全県ベースで実施予定。分析は市町単位で実施。

同調査の結果は、訪問診療・訪問看護の必要量の将来推計などに活用予定（全市町に共通する課題を個別に検討するのではなく、県主導で実施する形にする）。県にとっても、全県ベースでの数字が把握でき、地域医療ビジョンなどにも活用可能となる。

ワーキング・グループの設置及びスケジュール

1 ワーキング・グループの設置

（1）介護予防・日常生活支援総合事業ワーキング・グループ

（2）在宅医療・介護連携推進事業ワーキング・グループ

（3）生活支援体制整備事業ワーキング・グループ

なお、（3）については、既存の「生活支援コーディネーター連絡会議」（対象：全市町村又は市町村が配置しているコーディネーター）を読み替える。

2 スケジュール

（1）介護予防・日常生活支援総合事業ワーキング・グループ

第1回目 平成28年 9月16日（金）13：30～16：00（予定）

第2回目 平成28年10月19日（水）13：30～16：00（予定）

第3回目 平成29年 1月20日（金）13：30～16：00（予定）

第4回目 平成29年 3月17日（金）13：30～16：00（予定）

（2）在宅医療・介護連携推進事業ワーキング・グループ

第1回目 平成28年 7月22日（金）13：30～16：00（確定）

第2回目 平成28年10月18日（火）13：30～16：00（予定）

第3回目 平成28年12月16日（金）13：30～16：00（予定）

第4回目 平成29年 3月17日（金）13：30～16：00（予定）

（3）生活支援体制整備事業ワーキング・グループ

第1回目 平成28年 8月19日（金）13：30～16：00（予定）

第2回目 平成28年11月18日（金）13：30～16：00（予定）

第3回目 平成29年 2月17日（金）13：30～16：00（予定）

第4回目 平成29年 3月17日（金）13：30～16：00（予定）

生活支援体制整備事業でのグループワーク風景 (平成28年8月)

当日の式次第

平成28年度第2回生活支援コーディネーター連絡会議次第

日時：平成28年8月19日(金)
13:30~16:00

場所：大分県土地改良会館大会議室

- 1 各市町村の取り組み状況について
- 2 グループ討議
- 3 意見交換・その他

グループワークの様子



※生活支援を進めるための課題のテーマをまず議論。
その後、関心のあるテーマに手挙げし、グループに分類。

出てきた課題と対応策

生活支援コーディネーターに関する課題と対策案

1 班	2 班
<p>困っていること / 課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域のつながり-築めることも大変 → 養成士の温度差がある。 既存の団体の世代交代がうまくいっていない → 給食ボウ 地域課題は毎年のように何かの形で 地域方に調査できが、具体的な対応に つながっていない 社協の内部の連携 包括 どのように関わるのか、まだ理解してもらえて いない <p>新しい取り組みをするのに、コーディネーターは 孤立感が強い</p>	<p>困っていること / 課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 他市等の取り組みを とれない、具体的に どこに何を誰が知って もろい。大層田社協が 中津市社協の取り組みを 参考にした。 職内での困りごとや ケースについて話す → あるいは職員に声をかける ようにする。 職員が地域づくりの 過程を共有する。 <p>こういって取り組みをして 理解者、共感者を増やす → SC同士の話も増える</p>
<p>対策案</p> <ul style="list-style-type: none"> 今後(のり)の取り組みの 対策案 	<p>対策案</p> <ul style="list-style-type: none"> 組織内での意識の向上 → 田原の業にコーディネーターと 何の連携があるのか、など 地域課題を「出さずの工場の」 ↓ 「分析」の手法 ↓ 「分析」に基づいて地域を「見直し」 → 町議会や行政と連携して「作業」 → 経過時間・成果をみて 今見直しをする! 県内のコーディネーターと話し合いたい

協議体づくり 3 班	通いの場づくり 4 班
<p>困っていること / 課題</p> <p>第1層協議体に入り 第2層協議体からスタート 話し合うテーマが決まらず メンバーが決まらず 行政内の調整が取れず</p>	<p>困っていること / 課題</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 地域課題の把握方法 → 地区の人と話す → 現状(高齢化率等)と将来について話す ② 移動支援等の学習 今から何ができるのか? 住民に聞き出し → 何をしてほしいのか? アンケート実施 アンケートの回収率、回収は (協議体の中心となる人々外実際に 行なった) ③ 協議体について → 竹田氏 ~ くらしのサポートセンターの 取り組みについて

平成28年度の主な活動状況 (②医師を入れた多職種事例検討会の実施)

1. 支援内容：司会進行
2. 対象地区：別府・日田・杵築・中津の4市
3. 支援の回数・スケジュール等
 - ・頻度：各市で2ヶ月に1回開催
 - ・時間：平日の19-21時(※中津は14-16時)

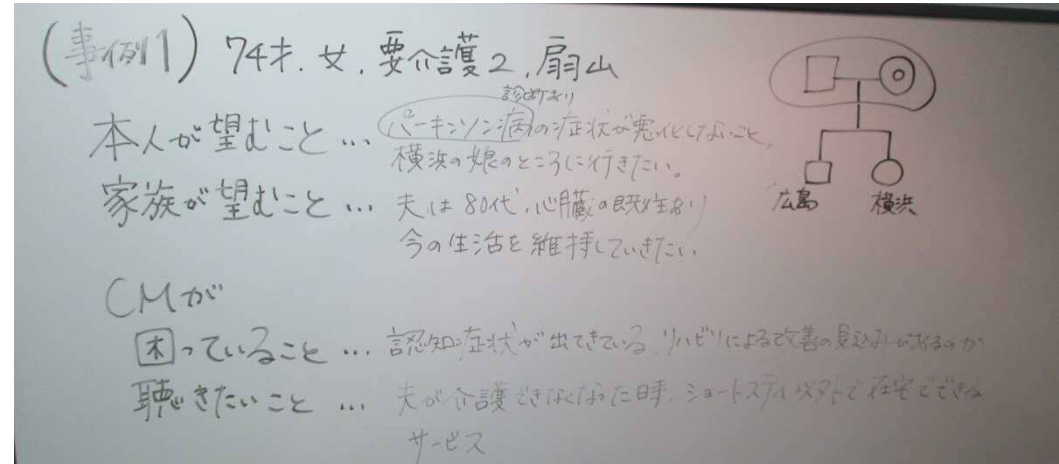


(実施手順)

1. 基本情報、本人・家族の意向を事前にホワイトボードに記入
2. CMの自己紹介
3. CMが支援上困っていること、専門職に聞きたいことを確認
4. 解決すべき課題の項目を確認し、ホワイトボードに記入
5. 資料の読み込み
6. 解決すべき課題に関連する事実の確認
7. 対応策に対する助言
8. まとめ

ホワイトボードの記載内容①

(基本情報/本人や家族の意向/CMが聞きたいこと等)



ホワイトボードの記載内容②

(解決すべき課題/課題に関する事実関係/原因と対策等)

順位	課題	事実関係	今後の変化	原因と対策
1	家事動作に支障がでている	ためぐり、浴室保存、食器利用 両手首と金属固定 → 可動域制限 → 能力低下 BKI (89) 使用、水分? 栄養? 排泄問題 代着の必要性と家事動作支援に繋がれば、夫は望む。 薬の管理が難しい → 本人が苦手	リウマチ症状の悪化	専門(医師)の診察に依頼する。 リウマチ薬の服用、薬の味覚や飲みやすさの可能性をみる。 本人が自分でできる範囲で、食事の準備などできる程度に、運動の活用
2	精神的に落ち込みが強い	認知症は本人が自覚、以前は呼ばれず、家族に頼っていた。 気にならない、安定剤の内服中。 リウマチ薬による副作用、 パーキンソン病、以前はリウマチ湯中薬に悩んでいたが、今は効果が減っている。 薬の管理が難しい → 本人が苦手	人と関わることで笑顔が増えている	専業主婦としての役割を、 パソコン等での作業なども 本人が得意なことから、 認知症ケアサービス(認知症の支援)の活用 認知症ケアサービス → 関係性
3	歩行動作が不安定	足がふらふら → 歩行器による負担は減少 歩行器が不安定 (リウマチ、認知症が原因)	整形外科へ変更 リウマチ症状の悪化	定期的な運動の場を持つ。 歩行器の活用を促す。本人の足元を確保。生活支援サービス。 病院へ通って → 薬の整理 Dr.へ相談 歩行器の活用 → 本人

2. 支援を通じて感じた課題と 支援のポイント

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）。



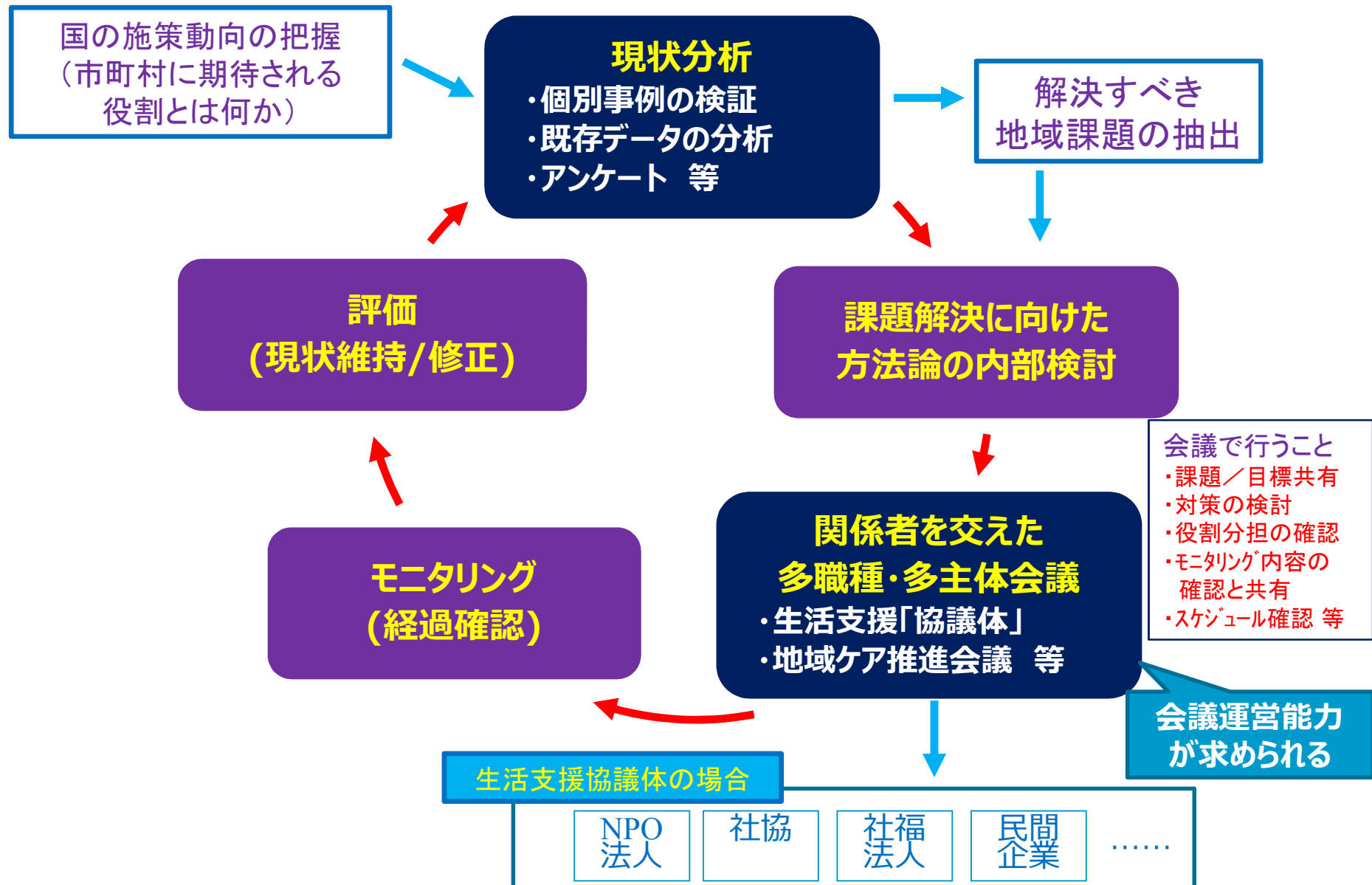
支援のポイント

- 「したいこと」、「困っていること」をインタビューした上で、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。

3. 自治体支援に関する当面の研究課題

－地域マネジメント力の強化に向けて－

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（当面の研究テーマ）

研究目的

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、ツール開発、研修方法の開発、ノウハウ集の作成等を総合的に行う。

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。

ノウハウの展開力強化

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