

令和4年度厚生労働省  
老人保健事業推進費等補助金  
(老人保健健康増進等事業分)

P D C A サイクルに沿った  
在宅医療・介護連携推進事業の具体的方策に  
関する調査研究事業  
報告書

令和5(2023)年3月

公立大学法人埼玉県立大学



## 目次

---

<b>第1章 研究概要</b> .....	<b>2</b>
1. 背景・目的.....	2
2. 検討体制.....	3
<b>第2章 全国調査から見えてきた事業マネジメントの現状と課題</b> .....	<b>5</b>
1. 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況調査の概要.....	5
2. 令和3年度調査の主な結果.....	5
3. 調査から見えてきた現状と課題（まとめ）.....	9
<b>第3章 計画策定状況から見えてきた事業マネジメントの現状と課題</b> .....	<b>10</b>
1. マネジメントの基本構造とPDCAサイクルのあるべき展開方法.....	10
2. PDCAサイクルの展開方法の現状.....	12
<b>第4章 事業マネジメント展開上の諸課題（まとめ）</b> .....	<b>13</b>
1. 思考の展開方法からみた課題.....	13
2. マネジメントの展開方法からみた課題.....	14
3. 体制・教育面からみた課題.....	21
<b>第5章 テキスト・動画教材の作成</b> .....	<b>22</b>
1. テキストの作成.....	22
2. テキスト内容を解説した動画の作成.....	28
<b>第6章 研修の試行</b> .....	<b>29</b>
1. 研修の目的.....	29
2. 対象者／募集方法.....	29
3. 研修の構成／日程／カリキュラム.....	29
4. オンライン研修会のプログラム／演習資料.....	32
5. 参加者の状況.....	38
6. 事後アンケート結果.....	38
<b>第7章 思考強化のためのマニュアル作成</b> .....	<b>47</b>
1. 考え方マニュアル作成に至った背景.....	47
2. 考え方マニュアルの内容について.....	48
<b>第8章 今後に向けて</b> .....	<b>50</b>
1. 市区町村職員のマネジメント力強化に向けて.....	50
2. 在宅医療コーディネーターのコーディネート力向上に向けて.....	50
3. 市区町村担当者とコーディネーターの連携・協働を深めるために.....	51
4. 伴走型支援のあり方について.....	51



## 第1章 研究概要

### 1. 背景・目的

団塊の世代が90代に入る2040年にかけて、85歳以上高齢者が増加し続け、2040年には総人口の約1割を占める状況となる。

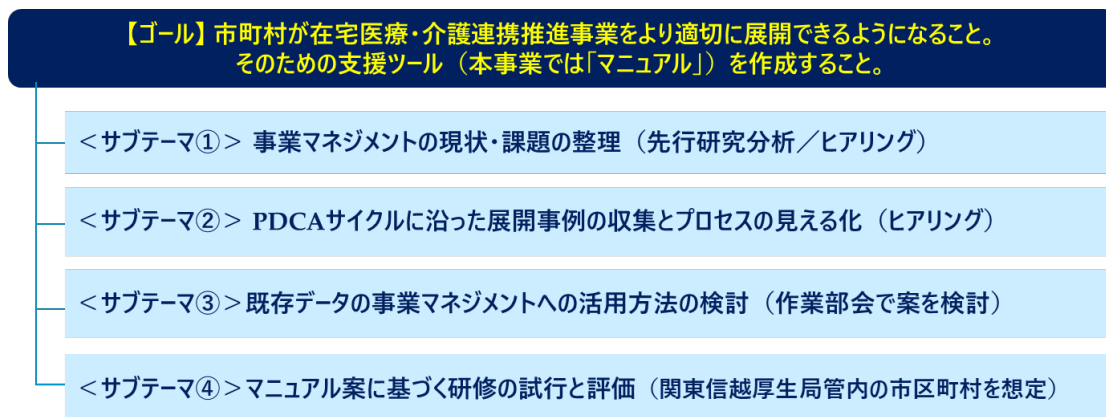
85歳以上高齢者は、①慢性疾患による受療が多い、②複数の疾病にかかりやすい、③入院リスクや死亡リスクが高い、④要介護の発生率が高い、⑤認知症の発生率が高いなどの特徴を有しており、医療と介護の両方のニーズを併せ持つ人が多い。こうした高齢者が、住み慣れた地域で安全かつ安心して暮らし続けるためには、様々な場面（日常療養時、入退院時、急変時、看取り期）における医療関係者（病院・在宅医療関係者）とケアマネジャーを含む在宅介護関係者の連携強化が必要となる。

在宅医療・介護の連携に関しては、これまで厚生労働省医政局施策の在宅医療連携拠点事業（2011～2012年度）、在宅医療推進事業（2013～2015年度）が実施され、一定の成果が得られてきた。こうした流れを受けて、2014年の介護保険法改正により、地域支援事業の一環として「在宅医療・介護連携推進事業」が位置づけられ、2018年4月から、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ、全ての市区町村で取り組むこととなった。

同事業の円滑な推進に向け、厚生労働省は、①在宅医療・介護連携推進事業の手引きの改訂、②データ活用環境の改善、③都道府県による伴走型支援の強化、④保険者機能強化推進交付金の導入などの対策を講じて、PDCAサイクルの適切な展開を促しているものの、同事業を具体的にどのように進めていけば良いか、悩んでいる市区町村は現在でも多い。

そこで、本事業では、①先行研究分析およびヒアリングを通じた事業マネジメントの現状・課題の整理、②ヒアリングを通じたPDCAサイクルに沿った展開事例の収集と展開プロセスの見える化、③既存データの活用方法の検討、④マニュアル案に基づく研修の試行と評価を通じて、PDCAサイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業を推進するためのマニュアルを作成することを目的とした（図1参照）。

図表 1-1. 本事業の目的・ゴールと構成要素（当初の想定）



さらに、委員会での指摘（①市区町村職員は異動が多く、在宅医療・介護連携推進事業の背景や導入経緯、求められる機能、関連するサービスなどを十分には理解できていない、②マネジメント自体をきちんと理解できていない）を受けて、これらを解説したテキストおよび動画も作成することとした。

## 2. 検討体制

本研究の実施に際し、調査研究の具体的進め方、成果物の内容等に関して議論・決定する場として、以下のとおり、「PDCA サイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的推進方策に関する調査研究事業」委員会（以下、「委員会」）及び作業部会（以下、作業部会）を設置した。委員構成は以下の通りである。

### 委員会 委員（敬称略、50音順）

委員長 川越 雅弘	埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科 教授
委員 畦地 美幸	豊田市 福祉部高齢福祉課 担当長
飯野 雄治	稲城市 高齢福祉課 係長
今村 英仁	日本医師会 常任理事
岩澤 由子	日本看護協会 医療政策部 部長
斎川 克之	新潟市医師会 地域医療推進室 室長 業務課 課長
前山 隆史	長崎県 長寿社会課地域包括ケア推進班 係長
山森 みどり	神戸市 健康局地域医療課 担当課長

### 作業部会 委員（敬称略、50音順）

委員長 川越 雅弘	埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科 教授
委員 石井 義恭	白杵市 地域力創生課地域共生グループ 課長代理
斎川 克之	新潟市医師会 地域医療推進室 室長 業務課 課長
吉江 悟	一般社団法人 Neighborhood Care 代表理事

### <オブザーバー>

藤井 麻耶	厚生労働省 老健局老人保健課 課長補佐
渡邊 文子	厚生労働省 老健局老人保健課 主査
石井 佳笑	厚生労働省 老健局老人保健課 主査
井上 雅寛	厚生労働省 医政局地域医療計画課 在宅医療専門官
二見 朝子	厚生労働省 医政局地域医療計画課 主査
平野 真紀	厚生労働省 医政局地域医療計画課 在宅看護専門官
青木 修	関東信越厚生局 健康福祉部地域包括ケア推進課 課長補佐

### <事務局>

- 株式会社富士通総研（委託事業者）
- 株式会社東京法規出版（委託事業者）
- 公立大学法人埼玉県立大学

なお、委員会及び作業部会の開催時期及び議題は以下の通りである。

#### 委員会の開催日および議題

回	開催日	議題
第1回	R4年8月17日(水) 17:00~19:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>本事業の背景</li> <li>事業概要</li> <li>4つのテーマ別にみた実施方法について(案)</li> </ul>
第2回	R4年9月28日(水) 10:00~12:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療・介護連携推進事業の現状・課題と本事業での対応について</li> <li>本事業における成果物及び研修について</li> <li>テキスト・ビデオ教材について</li> <li>事例の整理方法とマニュアルでの活用について</li> <li>研修の試行について</li> </ul>
第3回	R5年1月6日(金) 10:00~12:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療・介護連携推進事業の現状・課題と本事業での対応について</li> <li>研修会の実施状況について</li> <li>演習から見えてきた市町村職員の事業マネジメントの特徴</li> <li>あるべき事業展開手順に近づけるための強化ポイントとイメージを持ってもらうための具体例について</li> <li>マニュアルの目的、範囲、内容について</li> </ul>
第4回	R5年3月9日(金) 16:00~18:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>マニュアル内容について</li> <li>報告書内容について</li> </ul>

#### 作業部会の開催日及び議題

回	開催日	議題
第1回	R4年9月16日(金) 13:00~14:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>本事業の目的</li> <li>作業部会の役割</li> <li>マニュアル案に含む内容について</li> </ul>
第2回	R5年1月6日(金) 16:00~17:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業マネジメントの現状・課題</li> <li>現行の手引きの内容について</li> <li>委員意見／ヒアリングからの指摘事項も踏まえた本事業での対応について</li> <li>研修会の実施状況について</li> <li>あるべき事業展開手順に近づけるためのマニュアル作成について</li> </ul>

## 第2章 全国調査から見えてきた事業マネジメントの現状と課題

### 1. 在宅医療・介護連携推進事業の実施状況調査の概要

#### 1) 調査の背景・経緯・目的

- 在宅医療介護連携推進事業の考え方・進め方について示されている手引きとしては、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き ver.3」（厚生労働省老人保健課 令和2年9月改訂、以下、「手引き」とする）がある。
- 手引きは令和2年9月に改訂されているが、改訂のポイントは、①PDCAサイクルの運用、②事業マネジメントの考え方、③都道府県の役割の明確化、④4つの場面への意識等である。その結果、公表後の令和3年3月に市町村・都道府県に対して実施された「令和2年度 在宅医療・介護連携推進事業 実施状況調査」では「PDCAによる事業推進の意識」や「データ利活用の意向」は総じて高くなり、また「4つの場면을意識」して取り組んでいるとする市町村も増えている状況が確認された。
- 令和3年度調査では、従前からの調査内容を踏襲しつつ、現在必要とされている内容を勘案して設問・選択肢を追加することで、**現在の市区町村及び都道府県の取り組み状況や課題等を把握すべく、実態調査が行われている。**

#### 2) 調査時期・対象・回収状況

- 調査時期は、令和4年2月16日～3月8日である。また、調査対象は1,741市区町村、回答件数は1,717市区町村である（回答率：98.6%）。

### 2. 令和3年度調査の主な結果

#### 1) 協議体の設置状況／事業の委託状況

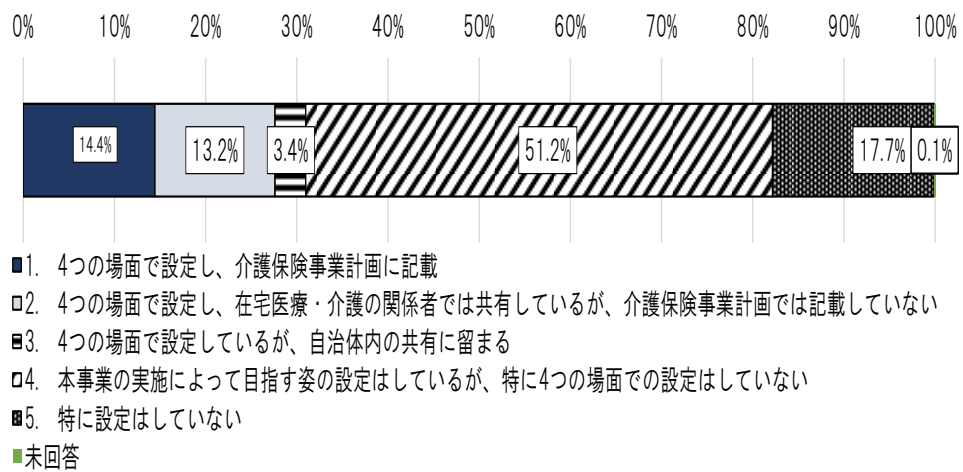
- 在宅医療・介護連携を検討するための**協議体の設置率は68.9%**であった。
- 旧ア～カの委託率をみると、「医療・介護連携に関する相談支援」が50.4%と最も高く、次いで「医療・介護関係者への研修」46.9%、「医療・介護関係者の情報共有支援」43.9%の順であった。**これら7事業の委託率は約4～5割**であった。
- ここで、「在宅医療・介護連携の課題の抽出」に対する委託先をみると、**「医師会（在宅医療・介護連携拠点以外）」が47.7%と最も多く**、次いで「在宅医療・介護連携推進拠点」31.5%、「地域包括支援センター」9.7%の順であった。

#### 2) 目指す姿の設定状況／4場면을意識した取組状況

- 目指す姿の設定状況をみると、**「事業の目指す姿は設定しているが、4つの場面での設定はしていない」が51.2%と最も多く**、次いで「事業全体でも、4つの場面でも設定していない」17.7%、「4つの場面で設定し、介護保険事業計画に記載」14.4%、「4つの場面で設定しているが、計画には未記載」13.2%の順であった。**「めざす姿を4つの場面について設定している」と回答した市区町村は全体の3割程度**であった（図表2-1）。
- しかし、4つの場面の内容を意識した取組を行っているかをみると、最も多い「入退院支援」では7割以上が「取り組んでいる」と回答するなど、**目指す姿は設定していないが取組は行われている**という状況にあった（図表2-2）。

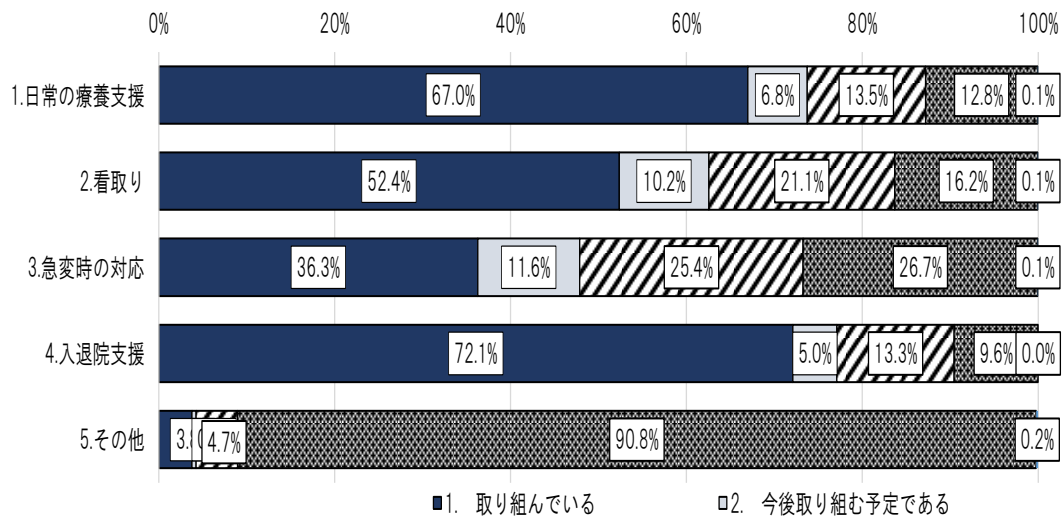


図表 2-1. 「めざす姿」を4つの場面について設定しているか（市町村）



出所) 株式会社富士通総研：令和3年度在宅医療・介護連携推進事業 実施状況調査（令和4年3月）より引用

図表 2-2. 4つの場面を意識した取組を行っているか（市町村）

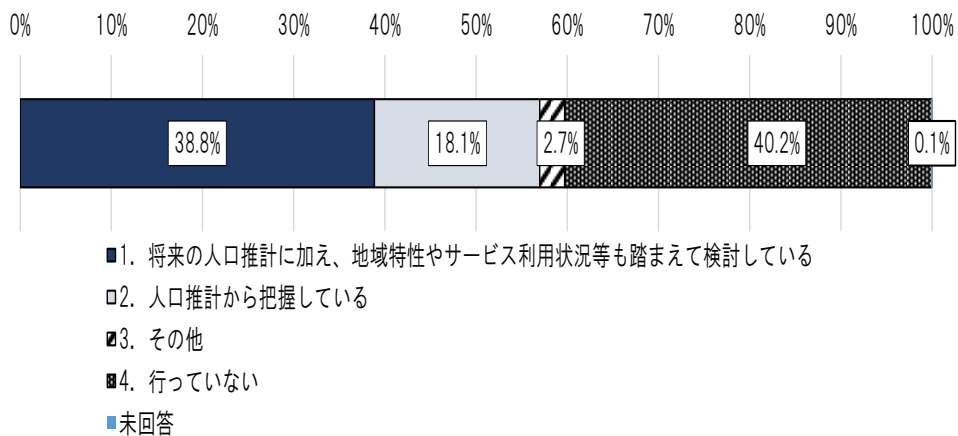


出所) 株式会社富士通総研：令和3年度在宅医療・介護連携推進事業 実施状況調査（令和4年3月）より引用

### 3) 定量的な現状把握方法／活用方法

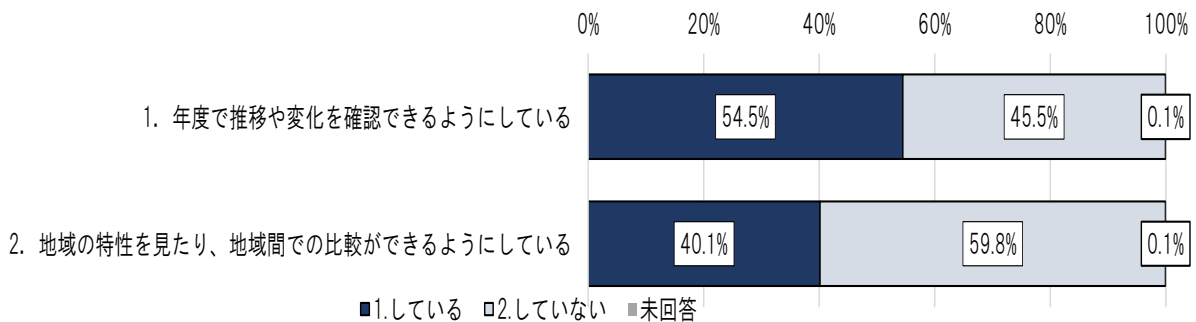
- 在宅医療・介護の将来的な必要量（需要）の把握状況をみると、「行っていない」が40.2%と最も多く、次いで「将来の人口推計に加え、地域特性やサービス利用状況等を踏まえて検討している」38.8%、「人口推計から把握している」18.1%の順であった（図表 2-3）。
- 定量的な現状把握方法としては、「**地域包括ケア『見える化』システムのデータ**」が**49.1%と最も多く**、次いで「人口動態統計(死亡票等)」44.9%、「国保データベース(KDB)の医療・介護レセプトや健診データ」36.0%、「介護保険総合データベースの情報」23.1%の順であった。
- また、データの活用方法をみると、「**年度で推移や変化を確認できるようにしている**」**54.5%**、「地域の特性を見たり、地域間での比較ができるようにしている」40.1%であった（図表 2-4）。

図表 2-3. 在宅医療・介護の将来的な必要量（需要）を把握しているか（市町村）



出所) 株式会社富士通総研：令和3年度在宅医療・介護連携推進事業 実施状況調査（令和4年3月）より引用

図表 2-4. 定量的な現状把握：データをどのように活用しているか（市町村）

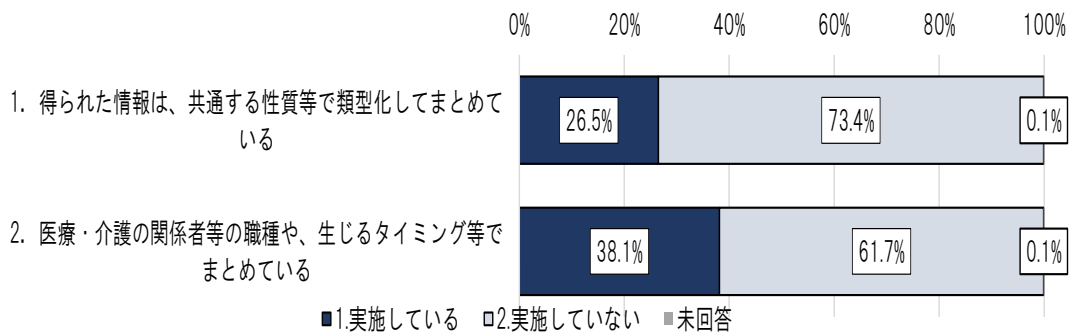


出所) 株式会社富士通総研：令和3年度在宅医療・介護連携推進事業 実施状況調査（令和4年3月）より引用

#### 4) 定性的な現状把握方法／活用方法

- 現場の視察の実施率を4場面別にみると、「日常の療養支援」10.2%、「入退院支援」10.3%、「急変時」5.3%、「看取り」6.1%であった。一方、ヒアリングの実施率をみると、「日常の療養支援」40.0%、「入退院支援」47.7%、「急変時」26.2%、「看取り」33.4%であった。4場面別にみると、**入退院支援に対する現場視察やヒアリングの実施率が最も高い状況であった**。また、4場面とも、ヒアリングの実施率に比べ、**現場視察の実施率は低い水準であった**。
- 得られた情報の活用方法をみると、「得られた情報は、共通する性質等で類型化している」26.5%、「医療・介護関係者等の職種や、生じるタイミング等でまとめている」38.1%であった（図表 2-5）。

図表 2-5. 定性的な現状把握：得られた情報をどのように活用しているか（市町村）



出所) 株式会社富士通総研：令和3年度在宅医療・介護連携推進事業 実施状況調査（令和4年3月）より引用

#### 5) 評価項目の設定状況／活用している評価項目

- 施策評価項目（指標）の設定状況をみると、「現在実施している」26.0%、「現在は未実施だが、来年度設定することを検討している」13.1%、「未実施であり、特に検討していない」60.8%と、**約6割は指標を検討していなかった**。
- 指標を設定している、又は来年度設定を検討している672市区町村の、活用している評価項目をみると、「訪問看護ステーション数」が56.5%と最も多く、次いで「居宅介護支援事業所数」55.2%、「介護老人保健施設数」52.4%の順で、これら**ストラクチャー指標に対するモニタリングの実施率は約半数であった**。
- 一方、サービス利用に関するプロセス指標（利用者数、看取り数など）の設定率は約2～3割、報酬算定による連携状況の把握のための指標設定率は1～2割、在宅療養率や生活満足度などのアウトカム指標の設定率は1～2割であった。

### 3. 調査から見えてきた現状と課題（まとめ）

全国調査から見えてきた現状と課題を図表 2-6 に示す。

図表 2-6. 調査から見えてきた現状と課題（まとめ）

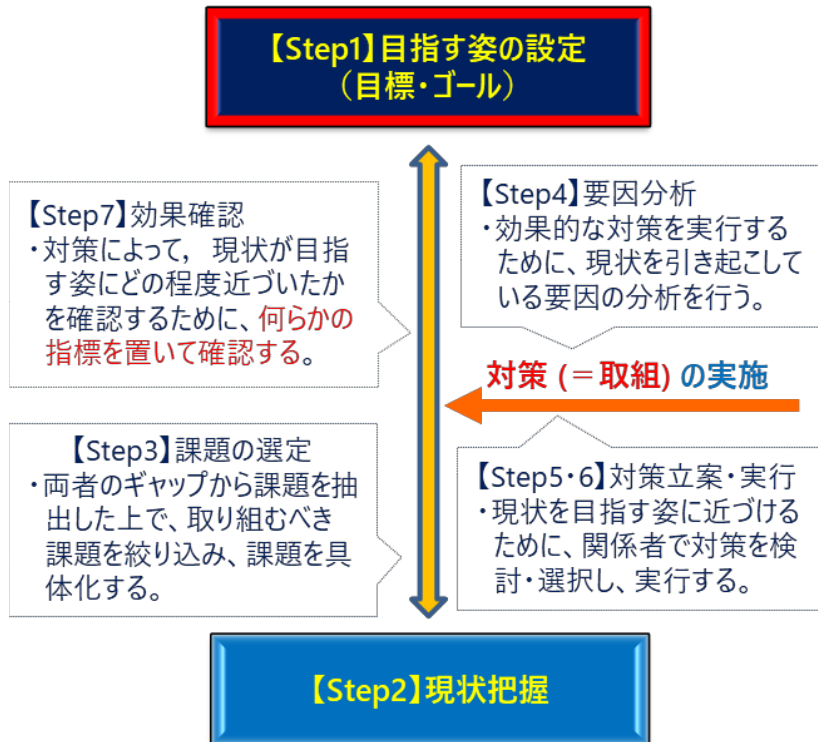
- 約2割は目指す姿が未設定、約5割は4場面別にみた目指す姿が未設定であった。  
⇒関係者と一緒に何を目指すのか(ゴール)のイメージ共有を促す必要がある。
- ヒアリングの実施率は、入退院支援や日常療養支援で約4～5割であったが、現場視察は約1割程度であった。  
⇒①現場の実態を知る、②現場の意見(現状を引き起こしている要因や原因は何か、効果的な対策は何かなど)を聞く機会を増やす必要がある。
- 事業の外部委託率は約4～5割、委託先の約8割は医師会又は在宅医療・介護連携推進拠点であった。  
⇒市区町村の事業担当者と委託先のコーディネーターの協働を促進する必要がある。
- 約6割の市区町村は、評価指標を検討していなかった。また、設定している指標をみると、事業所数などのストラクチャー指標は設定率は高いものの、プロセスやアウトカムに対する指標は相対的に低かった。  
⇒「事業によって何(誰)がどうなることを期待したか」を整理した上で、①既存データとして何があるのか、②既存データをどのように活用するのか、③既存データにない場合、それらデータをどのように収集するかを考えるといった手法と思考を身に付ける必要がある。
- 既存データとしては、①地域包括ケア『見える化』システムデータ、②人口動態統計(死亡票等)、③KDBデータなどの活用率が高かった。また、その利用方法は、年次推移の確認や他の自治体との比較が中心であった。  
⇒既存データをモニタリングする視点や活用方法を学ぶ必要がある。

## 第3章 計画策定状況から見えてきた事業マネジメントの現状と課題

### 1. マネジメントの基本構造とPDCAサイクルのあるべき展開方法

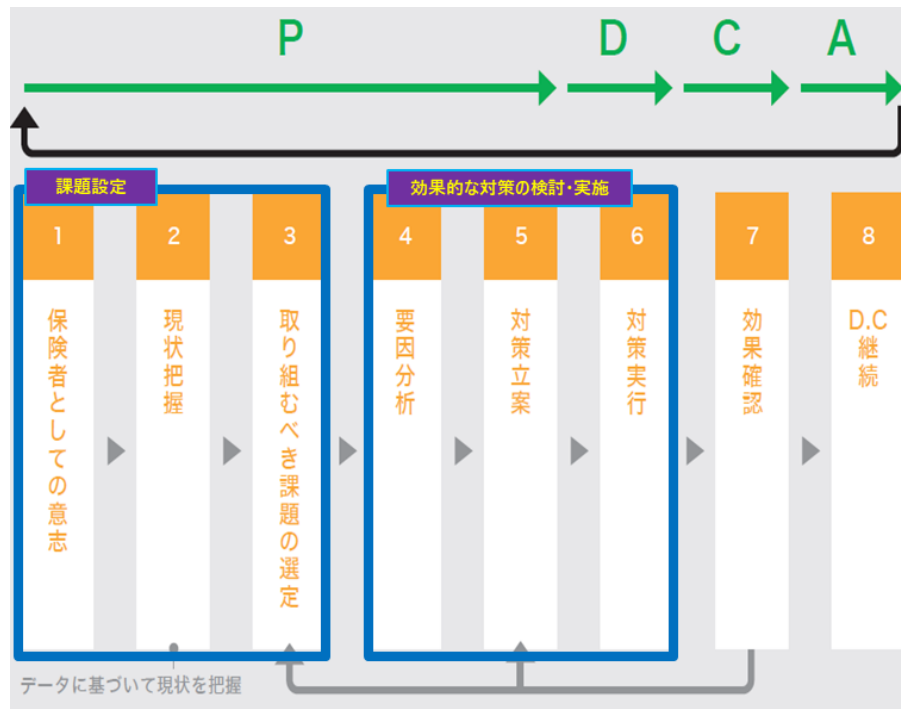
- マネジメントとは「課題を解決すること」、課題とは「目指す姿（ビジョン）」と「現状」のギャップのことをいう。したがって、**マネジメントとは、様々な対策により、現状を目指す姿に近づける行為**といえる。
- 対策は、現状を目指す姿に近づけるために行うものであるが、より効果的な対策をうつためには、現状・課題を引き起こしている原因をおさえる必要がある。これを要因分析という。要因分析をもとに対策をうつが、その対策により、現状が目指す姿にどの程度近づいたのかを確認する必要がある。これを評価といい、確認するために置いた指標のことを評価指標という。これら各要素（「目指す姿の設定」「現状把握」「課題の選定」「要因分析」「対策立案・実行」「効果確認（評価）」）の関係を図式化したものを図表 3-1 に示す。
- これを手順として整理し直すと、
  - ① 関係者と「目指す姿（ビジョン）」を共有する（Step1）
  - ② 目指す姿の実現を意識しながら「現状」を把握する（Step1）
  - ③ 「現状」と「目指す姿」のギャップから課題を抽出し、具体化する（Step3）
  - ④ 課題を生じさせている要因や根本原因を追究する（Step4）
  - ⑤ 現状を目指す姿に近づけるための効果的な対策を検討する（Step5）
  - ⑥ 関係者と役割分担しながら対策を実行する（Step6）
  - ⑦ 指標を使って、現状が目指す姿に近づいたかどうかを確認する（Step7）
  - ⑧ 必要に応じて計画の見直しを図るとなる。これを PDCA サイクルという（図表 3-2）。**これが本来の事業の展開方法である。**

図表 3-1. マネジメントの基本構造



出所) 川越作成

図表 3-2. 厚生労働省が求めている PDCA サイクルの展開方法とは

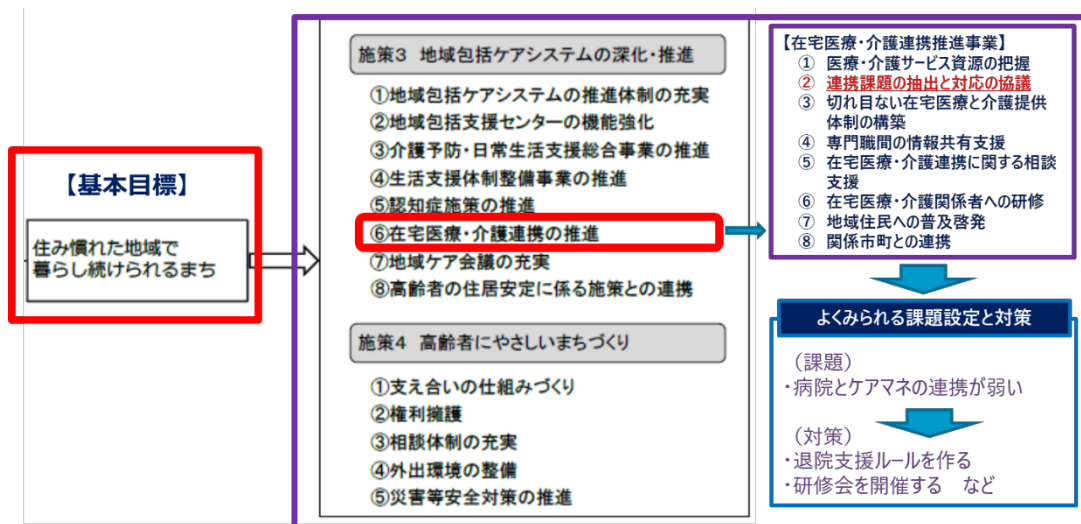


出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018.7.30）を一部改変

## 2. PDCA サイクルの展開方法の現状

- 図表 3-3 に、A 市の事業計画を抜粋したものを示す。
- A 市では、基本目標（＝目指す地域の姿）を「住み慣れた地域で暮らし続けられるまち」と設定した上で、「施策 3：地域包括ケアシステムの深化・推進」を立て、その中に、在宅医療・介護連携の推進などを位置づけ、さらに、その中に、国から指定された 8 つの事業をぶら下げるといった施策体系を構築している。
- また、課題として、「病院とケアマネジャーの連携が弱い」を挙げた上で、①退院支援ルールを作る、②多職種研修会を開催するなどの対策を実施している。
- 問題は、これら展開方法は、国が求めている展開方法とどこがどう違うのかである。展開方法や思考が異なる点を挙げると、
  - ① 目指す地域の姿（基本目標）を置いているものの、抽象的なままで、基本目標を達成するために必要なことが検討されていない
  - ② 目指す姿の達成よりも、**事業や施策をどう展開するかに意識が向いている**
  - ③ 効果的対策を講じるためには、病院とケアマネジャーの連携が弱い部分の絞り込みや**要因分析（どこが弱い？ なぜ弱い？）を把握する必要があるが、こうした分析は行われていない**
  - ④ **対策により「何がどうなることを期待したか」が設定されていない**。そのため、①何で効果を確認するのか、②どうやって確認するのか、③確認するためのデータをどうやって入手するのかなども検討できていない
 などである。

図表 3-3. 事業計画の展開方法の現状（A 市の場合）



## 第4章 事業マネジメント展開上の諸課題（まとめ）

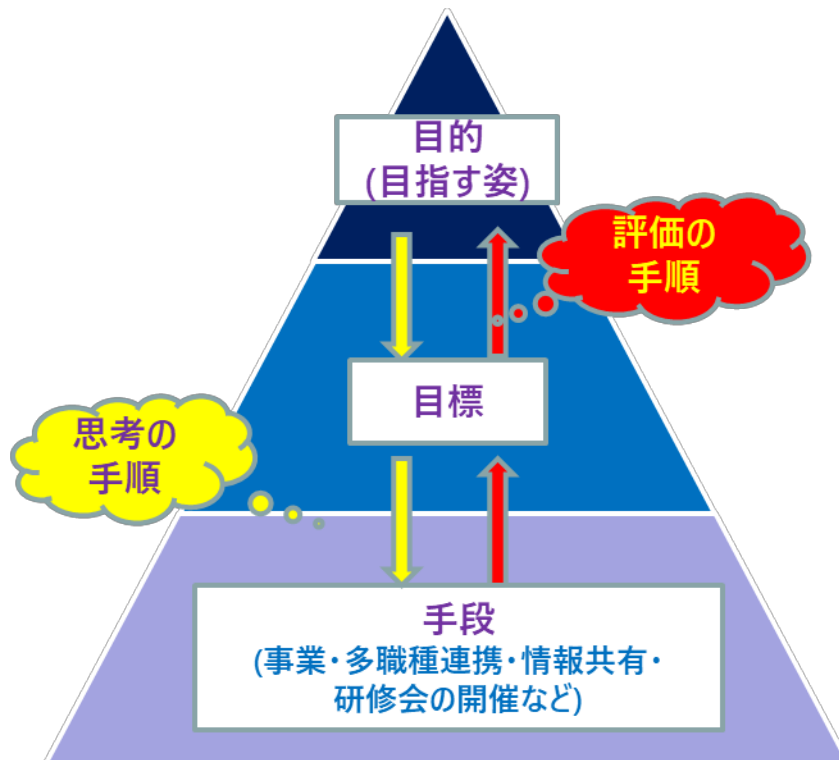
本章では、事業実施状況調査、計画策定状況調査、委員会での指摘事項をもとに、事業マネジメント展開上の課題を、①思考の展開方法、②マネジメントの展開方法、③体制・教育の視点でまとめる。

### 1. 思考の展開方法からみた課題

#### 1) 手段から考える思考になっている

- 本来、事業とは、事業目的を達成するために実施するもので、目的⇒目標⇒手段の順に思考を展開する必要がある。
- 例えば、連携強化の手段としてよく挙がってくる「情報共有を図る」で考えると、目的が「心疾患の再発予防」の場合と、目的が「誤嚥性肺炎の再発予防」の場合では、共有すべき情報は異なる。要するに、目的によって手段の内容は違ってくるため、目的⇒手段の順では考えないといけないのである。
- しかしながら、市区町村の職員は、予算を確保し施策を実行するといった仕事の仕方に慣れているため、手段をどうするかから考えがちである。手段から考える思考を、事業の目的（何を実現するために事業を行うのか）や目標（最終目標・当面の目標）を意識しながら手段を考えるとといった思考に転換する必要がある。

図表 4-1. 目的⇒目標⇒手段の順に考える（手段から考えない！）



出所) 川越作成

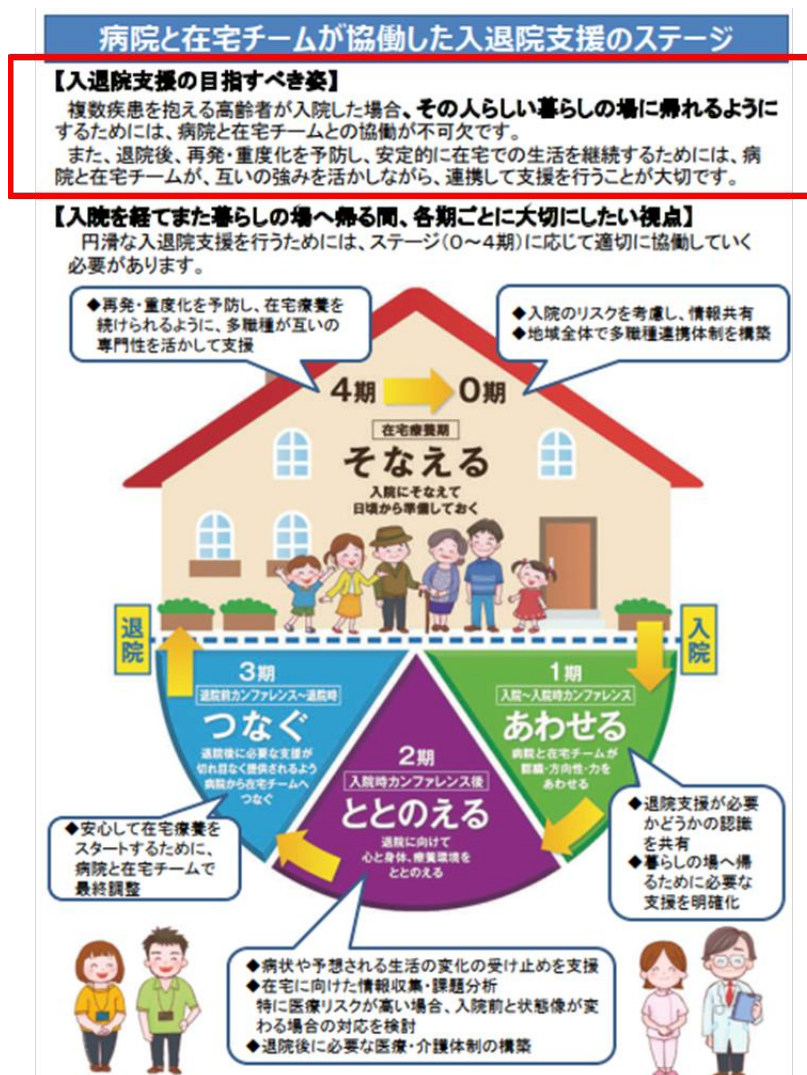


## 2. マネジメントの展開方法からみた課題

### 1) 目指す姿が置いていない／関係者と共有できていない

- 在宅医療・介護連携は、市区町村の職員だけで実現できるものではない。医療・介護職を含めた関係者と一緒に協働しながら達成するものであるが、これら関係者の現状認識、課題認識、関心領域は異なっている。こうした違いを有する関係者と協働していくためには、「みんなで何をを目指すのか(ビジョン)」を揃える必要がある。
- 図表 4-2 に、大阪府が設定した「入退院支援の目指すべき姿」の例を示す。大阪府では、入退院支援の目指すべき姿を、①その人らしい暮らしの場に帰れるようにすること、②退院後の早期の再発や重症化を予防し、安定的に在宅での生活が継続できるようにすることと設定しているが、**こうした目指す姿を、関係者と一緒に検討し、イメージを共有することが重要である。**

図表 4-2. 目指す姿（ビジョン）の設定例

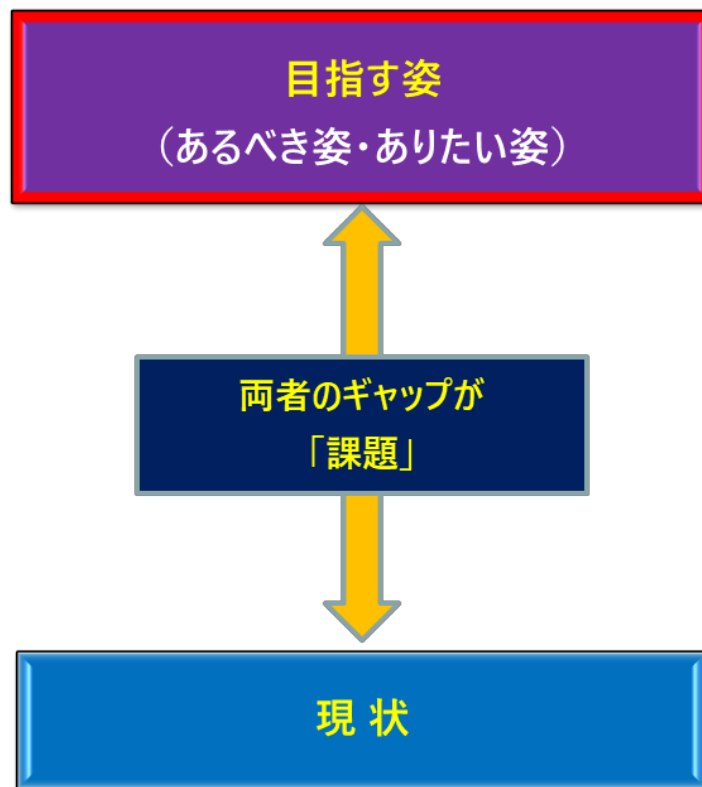


出所) 大阪府：大阪府入退院支援の手引き 病院から住み慣れた暮らしの場へ～地域みんなで取り組む入退院支援～(2018年1月)を一部改変

## 2) できていない現状を課題と捉えてしまっている

- 課題とは「目指す姿」と「現状」のギャップのことである (図表 4-3)。したがって、課題を明らかにしたいのであれば、まず、「目指す姿は何か」を設定する必要がある。その上で、「現状」と比較するのである。
- しかしながら、事業計画をみると、「ケアマネジャーと病院スタッフ間の連携が弱い」ことを「課題」と設定しているケースをよく見る。これは課題ではなく、現在の状態である。目指す姿を意識しないと、「現在できていないこと」を「課題」としてしまいがちである。
- これは、「目指す姿を置くこと」「目指す姿を意識して現状を見に行くように促すこと」で解決できる問題である。

図表 4-3. 課題とは「目指す姿」と「現状」のギャップのこと！



出所) 川越作成

### 3) 在宅医療コーディネーター等との連携が弱い（現状・課題把握／対策検討）

- 連携上の課題を明らかにするためには、①どのような連携が行われているのか（連携の現状）、②どのような連携が望ましいと専門職は考えているのか（専門職が考える目指す連携の姿）、③どのような連携上の課題があるのか（専門職が感じている課題は何か）、④連携強化に向けて、どのような対策が取り得るのかなどは、事業担当者として把握したいことでしょう。
- 問題は、「これら内容をどうやって把握するか」である。方法としては、①既存データを分析する、②独自にアンケートを行う、③関係者にヒアリングする、④退院事例を分析するなどが考えられるが、こうしたときに有効となるのが「ヒアリング」である。
- **市区町村の事業担当者は、実際に連携の場面に関わっているわけではないので、現状や課題を自ら把握するのは困難**である。また、医療制度や業務に対する知識も十分ではないので、**自らヒアリングすることも難しい**。その場合は、①保健師の資格を有する職員、②委託先の在宅医療コーディネーター、③担当ケアマネジャーなどに、代わりにヒアリングをしてもらうなどの対策をとればよいのである。
- 図表 4-4 に、ヒアリング結果の一例を示すが、**専門職と連携しながら、現状・課題の把握、対策の検討を行うことが、効率的かつ効果的な事業を運営する上で重要となる**。

図表 4-4. 在宅医療コーディネーター等によるヒアリング結果の例

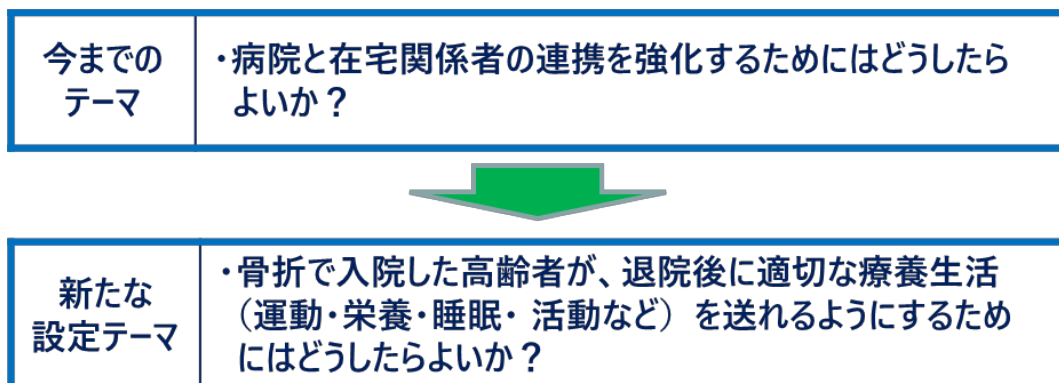
【住民の声から】
<ul style="list-style-type: none"><li>➢ 退院患者や家族は、退院時に、様々な不安（体調のこと、再発のこと、今後の過ごし方、家族に負担をかけること、費用のことなど）を感じていた</li><li>➢ 治療に関すること、薬の飲み方、今後起こり得る症状などの説明は受けていたが、その内容が十分には理解できていなかった</li><li>➢ 急変が起こった場合の対処方法も聞いていたが、出来るかどうか不安を感じていた</li><li>➢ 緊急入院で、自宅から離れた病院に入院した。今後、この病院に通院することになるが、通院時の移動手段など、どうしたらよいか困っていた など</li></ul>
【専門職の声から】
<ul style="list-style-type: none"><li>➢ 患者や家族の不安などの話をじっくり聞ける状況やそのための時間を、病院ではなかなか作りにくい（病院関係者）</li><li>➢ 自宅に退院できるかどうかの判断が、病院と在宅関係者では異なっている。病院は、より難しいと判断しがちである（在宅関係者）</li><li>➢ 病院によっては、退院前ケアカンファレンスが開催されない場合がある。また、開催の連絡が遅くて参加できない場合がある（在宅関係者） など</li></ul>

出所) 厚生労働省老健局老人保健課：在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3 (2020年2月) を一部改変

#### 4) 課題（解決したいテーマ）も対策も抽象的になっている

- 事業計画をみると、解決したい課題（テーマ）を「病院と在宅関係者の連携が弱い」とし、その対策として「多職種研修会を開催する」「退院支援ルールを作る」「情報共有を図る」などの記載がよく見られる。
- このように、解決したい課題（テーマ）が抽象的だと、対策自体も抽象的になる。そのため、**課題（テーマ）を具体化する必要がある**。その一例を図表 4-5 に示すが、テーマの具体化によって、**①対策の検討がしやすくなる、②対策の内容が具体的に**なる、③連携当事者のイメージが揃うようになるといった結果につながる。

図表 4-5. 解決したいと思っているテーマを具体化しよう

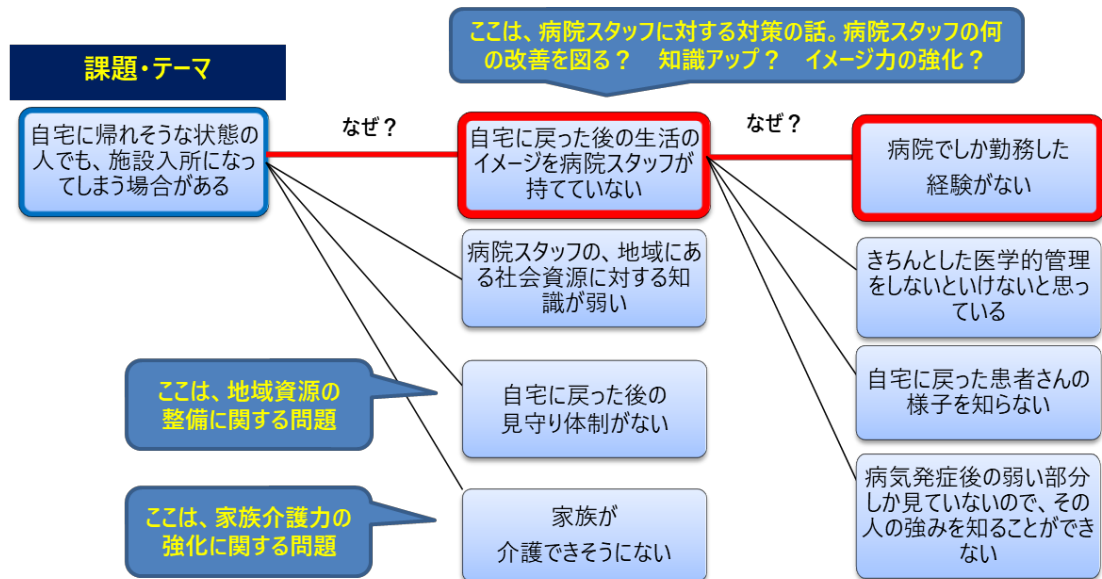


出所) 川越作成

5) 原因を分析していない／対症療法的アプローチになっている

- 対策には、①対症療法的アプローチ、②真因へのアプローチがある。
- 対症療法的なアプローチとは、課題を生じさせた原因を追究しないまま、現在の状態に対して解決策を考えるといったアプローチのことで、例えば、「ケアマネジャーと病院スタッフの連携が弱いので、多職種研修会を開催する」などである。両者の連携のどこが弱いのか、なぜ弱いのかを吟味しないまま、研修会を開催するといった対策を考えるのが対症療法的アプローチである。現在、多くの市区町村が行っているのが、この対症療法的アプローチである。
- 他方、現状・課題を生じさせている原因を分析し、真の原因に対して対策を取ろうとするのが「真因へのアプローチ」である。
- 現在の「対症療法的アプローチ」を、本来とるべき「真因へのアプローチ」に変えていくためには、ロジックツリーなどを使って、関係者と一緒に原因をおさえにくい必要がある（図表 4-6）。

図表 4-6. ロジックツリーなどを使って原因をおさえにくい



出所) 川越作成

## 6) 目的を意識した対策の検討ができていない

- **対策とは、「現状」を「目指す姿」に近づけるために行うこと**である（図表 4-7）。
- ただし、現状を目指す姿に近づけるための方法（対策）としては、多様なものが考えられるため、その中から、要因分析の結果を踏まえて、課題解決の可能性が高いと思われる対策を、事業担当者は関係者と一緒に吟味・選択する必要がある。
- ここで、住民への看取りの普及を目指して、市民向け研修会（＝対策）を開催する案として、以下の3つが出されたとする。
  - 【案1】看取りに関する著名な A 医師を招いて、市民ホールで講演会を開催する
  - 【案2】看取りを行っている市内の B 医師に依頼して、市役所の会議室で、市民向けの講演会を開催する
  - 【案3】公民館に職員が出向いて、看取りに関する映画鑑賞と意見交換会を開催する
- ただし、3案を並べても、どれが良いかは決められない。要は、**「目的を達成できそうな方法はどれかの視点で選ぶ」**である。もし目的が「より多くの人に、看取りの話聞いて欲しい」場合であれば案1が、もし「地域住民に、看取りを自分ごととして考えてほしい」場合であれば案3が最も適した方法となる。
- このように、対策やその内容を考える場合は、「研修の目的は何か?」「研修を行うことで何がどうなることを期待しているのか?」を意識しながら、どの方法がより適切かを判断するのである。

図表 4-7. 目指す姿（目的）を意識しながら対策を考える



出所) 川越作成

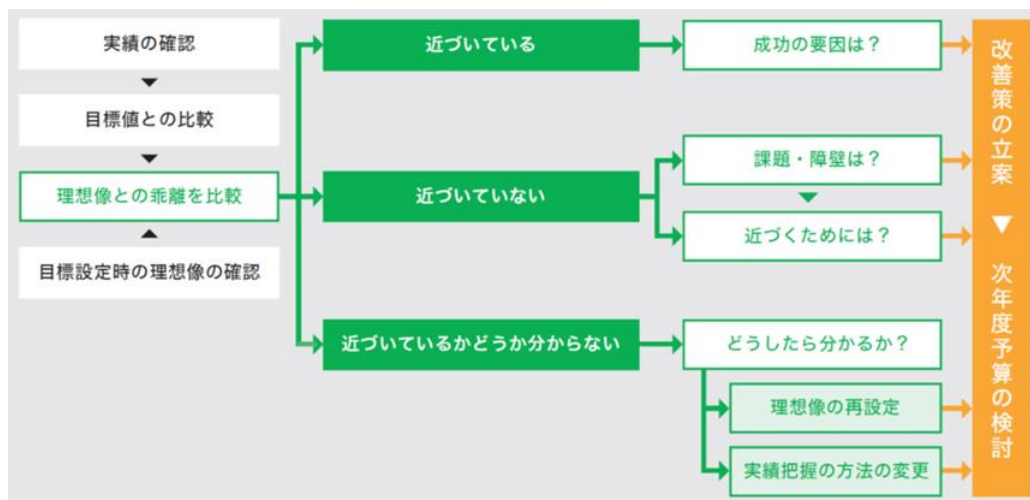
7) 対策に期待したことは何か、何の指標で効果を確認するかが整理できていない

- 評価とは、「期待したこと」と「現状」を比較し、何がどこまで達成できたか（現状が目指す姿に近づいているのかどうか、どの程度近づいたのかなど）を確認する作業のことである（図表 4-7）。したがって、まずは、施策や事業に対して「何を期待したか」「目標をどう設定したか」を確認・整理する必要がある。
- 例えば、退院後の再発予防を目指して、病院関係者やケアマネジャー向けに諸対策をとったとする。これら対策がとられた場合、考えられる効果・成果として、
  - ① 再入院する高齢者の割合が減少する（再入院率が下がる）
  - ② 必要なサービスがケアプランに盛り込まれる割合が高まる
  - ③ 退院前 CC の開催率が上がる
  - ④ ケアマネジャーの退院前 CC への参加率が上がる
  - ⑤ ケアプラン検討に必要な職種の退院前 CC への参加率が上がる
  - ⑥ 入院医療費の伸びが抑えられる

などが考えられる。

- このように、対策に期待することは何かを関係者と一緒に検討・整理した上で、それら効果を具体的に何の指標で確認するかを考え、その指標に関するデータがどこにあるかを確認した上で、指標やデータのモニタリングを行うのである。

図表 4-8. 「期待したこと」を整理した上で「現状」と比較する



出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課：介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き（2018.7.30）より引用

### 3. 体制・教育面からみた課題

#### 1) 在宅医療コーディネーターとの協働ができていない

- 全国調査から、旧ア～カの委託率をみると、「医療・介護連携に関する相談支援」が50.4%と最も高く、次いで「医療・介護関係者への研修」46.9%、「医療・介護関係者の情報共有支援」43.9%の順であった。これら7事業の委託率は約4～5割であった。また、「在宅医療・介護連携の課題の抽出」に対する委託先をみると、「医師会（在宅医療・介護連携拠点以外）」が47.7%と最も多く、次いで「在宅医療・介護連携推進拠点」31.5%、「地域包括支援センター」9.7%の順であった。
- 在宅医療・介護連携推進事業が、専門的視点も必要となるため、医師会等への委託が高い割合で行われているが、市区町村職員および在宅医療コーディネーターの双方から「連携が難しい」との声をよく聞く。
- 市区町村の職員確保拡充が難しいなか、業務量は増加し、内容もルーチンワークから、関係者を巻き込んだ地域課題の解決（地域マネジメント）へと広がってきている。働き方改革、効果的効率的な業務遂行の観点からも、両者の連携強化を促していく仕組みや、協働を促す具体的仕掛けが必要である。

#### 2) 異動が多く、事業の背景や目的、期待されていることが十分には理解できていない

- 市区町村の職員は定期的に異動がある。そのため、医療・介護以外の部署の人が在宅医療・介護連携推進事業を担当することもあり得る。
- こうした背景もあり、在宅医療・介護連携推進事業が導入された背景や経緯、同事業に期待されている役割や求められている機能に対する担当者の理解はなかなか深まらない。前任者や上司からこれらを詳しくレクチャーしてもらう機会もほとんどないのが実情である。
- また、国からは、PDCAサイクルを適切に回すよう強く求められているが、マネジメント自体を学んだ経験も、通常業務で学ぶ機会もほとんどない状況にある。
- 市区町村職員は、①定期的な移動があること、②業務時間内で学ぶ時間を確保することが難しい状況にあることを前提に考えると、勤務時間以外で、施策動向やマネジメントの考え方／展開の仕方を学ぶための教材が必要になる。委員会委員（市区町村担当者、在宅医療コーディネーター）からも、これら教材の必要性に対する意見が強く出されていた。



## 第5章 テキスト・動画教材の作成

これまでの検討により、異動が多く、医療・介護の専門家ではない市区町村職員の事業マネジメント力を高めるには、そのベースとして、まずは、①施策動向や市町村に期待される役割・機能およびマネジメントの考え方／進め方を学ぶための教材、②事業マネジメントの考え方や進め方を解説した教材が必要なことが分かった。

そこで、施策動向やマネジメントの考え方／進め方を学ぶための教材（テキストおよびテキストを解説する動画）の作成を行った。

### 1. テキストの作成

- 知識編Ⅰ（施策動向／在宅医療・介護連携に関連する情報提供）及び知識編Ⅱ（マネジメントの考え方／進め方）に関する合計10本のテキストを作成した。
- 図表5-1にそのタイトルを、図表5-2にテキストの一例（知識編Ⅰ-01\_地域包括ケアの深化／地域共生社会の実現に向けた国の施策動向）を示す。なお、これらテキストは、本事業で実施した研修会の事前学習教材として活用した。

図表5-1. テキストのタイトル

#### （知識編Ⅰ）

- ・知識編Ⅰ-01\_地域包括ケアの深化／地域共生社会の実現に向けた国の施策動向
- ・知識編Ⅰ-02\_事業マネジメントの機能強化に向けた国の施策動向
- ・知識編Ⅰ-03\_在宅医療・介護連携が求められる背景
- ・知識編Ⅰ-04\_在宅医療・介護連携推進事業の目的と求められる機能
- ・知識編Ⅰ-05-1\_地域医療構想と在宅医療
- ・知識編Ⅰ-05-2\_質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・知識編Ⅰ-06\_医療・介護連携強化に向けた報酬改定の動向
- ・知識編Ⅰ-07\_看護小規模多機能型居宅介護の概要と整備／サービス利用状況

#### （知識編Ⅱ）

- ・知識編Ⅱ-01\_マネジメントの基本とその構造
- ・知識編Ⅱ-02\_事業マネジメントの進め方
- ・知識編Ⅱ-03\_PDCA サイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の進め方

## 図表 5-2. テキストの一例

(知識編 I -01\_地域包括ケアの深化／地域共生社会の実現に向けた国の施策動向)

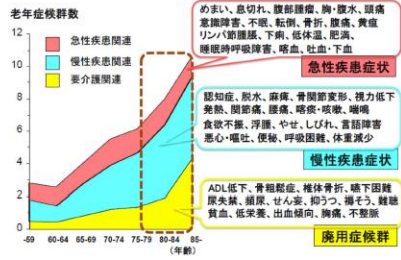
<div style="border: 1px solid blue; padding: 10px; text-align: center;"> <p>&lt;知識編 I (制度)&gt;</p> <p>1. 地域包括ケアシステムの深化／地域共生社会の実現に向けた国の施策動向</p> </div> <p style="text-align: center;">令和 4 年 11 月 24 日 埼玉県立大学</p>	<p style="text-align: right; font-size: small;">知識編 I-1 地域包括ケアシステムの深化／ 地域共生社会の実現に向けた国の施策動向</p> <p>&lt;目次&gt;</p> <p>1-1 地域包括ケアシステムの深化／地域共生社会の実現に向けた国の施策動向</p> <p>1. 人口構造の変化と医療・介護への影響—地域包括ケアが求められる背景— …… 1</p> <p>1) 人口構造の変化 …… 1</p> <p>2) 人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響 …… 3</p> <p>① 医療と介護の両方のニーズを有する高齢者 …… 3</p> <p>② 認知症高齢者の増加 …… 5</p> <p>③ 複合課題を持つ高齢者の増加 …… 7</p> <p>④ 多様な生活支援を要する高齢者の増加 …… 9</p> <p>2. 地域包括ケアシステムが目指していることは何か …… 11</p> <p>3. 地域包括ケアから地域共生社会へ …… 13</p> <p>4. 社会福祉・介護制度改革の全体像 …… 15</p>																																																																					
<p style="text-align: right; font-size: small;">知識編 I-1 地域包括ケアシステムの深化／ 地域共生社会の実現に向けた国の施策動向</p> <p>1-1 地域包括ケアシステムの深化／地域共生社会の実現に向けた国の施策動向</p> <p>1. 人口構造の変化と医療・介護への影響—地域包括ケアが求められる背景—</p> <p>1) 人口構造の変化</p> <p><b>ポイント</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 日本の総人口は、2008 年をピークに人口減少局面に入っています。今後も人口減少は続き、2020 年の 1 億 2,533 万人が 2040 年には 1 億 1,092 万人にまで減少すると予想されています。</li> <li>● 医療や介護に影響を与える人口構造の変化のポイントは、①医療・介護提供体制を支える生産年齢人口（15～64 歳人口）、②医療・介護サービスの受給率が高い高齢者人口がどうなるかの 2 点です。ただし、高齢者の医療・介護ニーズは年齢によって大きく異なります。したがって、少なくとも「65～74 歳」「75～84 歳」「85 歳以上」の 3 区分に分けてみる必要があります。</li> <li>● 生産年齢人口は、2020 年の 7,406 万人が 2040 年には 5,979 万人にまで減少します（減少率 19.3%）。そのため、医療・介護従事者の確保が困難化すると見込まれています（図表 I-1-1、図表 I-1-2）。</li> <li>● 2025 年以降は、75～94 歳人口も減少に転じていくのに対して、85 歳以上人口は、2020 年の 620 万人が 2040 年には 1,024 万人になります（増加率 65.0%）。2040 年には総人口の 9.2%、約 11 人に 1 人が 85 歳以上となるのです。</li> <li>● 85 歳以上は、医療と介護、生活支援に対する包括的なニーズが高い状況にあります。そのため、これらのサービスや支援が包括的に提供される仕組み、いわゆる地域包括ケアシステムが必要となるわけです。また、①医療と介護の両方のニーズを有する人も多く、②認知症になりやすい、という 2 点を踏まえると、医療・介護連携や認知症対策が重要なテーマとなります。</li> <li>● <b>2020～2040 年間は、生産年齢人口の減少と 85 歳以上人口の急増が同時進行します。</b>医療や介護の支え手となる生産年齢人口が減少する中で、医療と介護の両方を必要とする 85 歳以上高齢者が増加していきます。重症化防止、再発防止の観点からも、医療と介護の連携の質の向上が求められることになります。</li> <li>● こうした人口構造の変化は、医療・介護サービス提供体制などに様々な影響を及ぼすことになります。</li> </ul>	<p style="text-align: right; font-size: small;">知識編 I-1 地域包括ケアシステムの深化／ 地域共生社会の実現に向けた国の施策動向</p> <p style="text-align: center;">図表 I-1-1. 年齢階級別将来推計人口の 2020～2040 年間の変化</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">2020 年</th> <th colspan="2">2040 年</th> <th colspan="2">増減量・増減率</th> </tr> <tr> <th>(千人)</th> <th>(%)</th> <th>(千人)</th> <th>(%)</th> <th>(千人)</th> <th>(%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>総数</td> <td>125,325</td> <td>100.0</td> <td>110,919</td> <td>100.0</td> <td>-14,406</td> <td>-11.5</td> </tr> <tr> <td>0～14 歳</td> <td>15,075</td> <td>12.0</td> <td>11,936</td> <td>10.8</td> <td>-3,139</td> <td>-20.8</td> </tr> <tr> <td>15～64 歳</td> <td>74,058</td> <td>59.1</td> <td>59,777</td> <td>53.9</td> <td>-14,281</td> <td>-19.3</td> </tr> <tr> <td>65～74 歳</td> <td>17,472</td> <td>13.9</td> <td>16,814</td> <td>15.2</td> <td>-658</td> <td>-3.8</td> </tr> <tr> <td>75～84 歳</td> <td>12,517</td> <td>10.0</td> <td>12,155</td> <td>11.0</td> <td>-362</td> <td>-2.9</td> </tr> <tr> <td>85 歳以上</td> <td>6,203</td> <td>4.9</td> <td>10,237</td> <td>9.2</td> <td>4,034</td> <td>65.0</td> </tr> <tr> <td>再掲) 65 歳以上</td> <td>36,192</td> <td>28.9</td> <td>39,206</td> <td>35.3</td> <td>3,014</td> <td>8.3</td> </tr> <tr> <td>再掲) 75 歳以上</td> <td>18,720</td> <td>14.9</td> <td>22,392</td> <td>20.2</td> <td>3,672</td> <td>19.6</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: x-small;">出所) 国立社会保険・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成 29 年推計）より作成</p> <p style="text-align: center;">図表 I-1-2. 年齢階級別人口の伸び率の推移（2020 年を 100 とした場合）</p> <p style="font-size: x-small;">出所) 国立社会保険・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成 29 年推計）より作成</p>		2020 年		2040 年		増減量・増減率		(千人)	(%)	(千人)	(%)	(千人)	(%)	総数	125,325	100.0	110,919	100.0	-14,406	-11.5	0～14 歳	15,075	12.0	11,936	10.8	-3,139	-20.8	15～64 歳	74,058	59.1	59,777	53.9	-14,281	-19.3	65～74 歳	17,472	13.9	16,814	15.2	-658	-3.8	75～84 歳	12,517	10.0	12,155	11.0	-362	-2.9	85 歳以上	6,203	4.9	10,237	9.2	4,034	65.0	再掲) 65 歳以上	36,192	28.9	39,206	35.3	3,014	8.3	再掲) 75 歳以上	18,720	14.9	22,392	20.2	3,672	19.6
	2020 年		2040 年		増減量・増減率																																																																	
	(千人)	(%)	(千人)	(%)	(千人)	(%)																																																																
総数	125,325	100.0	110,919	100.0	-14,406	-11.5																																																																
0～14 歳	15,075	12.0	11,936	10.8	-3,139	-20.8																																																																
15～64 歳	74,058	59.1	59,777	53.9	-14,281	-19.3																																																																
65～74 歳	17,472	13.9	16,814	15.2	-658	-3.8																																																																
75～84 歳	12,517	10.0	12,155	11.0	-362	-2.9																																																																
85 歳以上	6,203	4.9	10,237	9.2	4,034	65.0																																																																
再掲) 65 歳以上	36,192	28.9	39,206	35.3	3,014	8.3																																																																
再掲) 75 歳以上	18,720	14.9	22,392	20.2	3,672	19.6																																																																

2) 人口構造の変化が医療・介護に及ぼす影響  
① 医療と介護の両方のニーズを有する高齢者

ポイント

- 若壮年者にはあまりみられないが、加齢とともに現れてくる身体的および精神的諸症状・疾患のことを老年症候群といいます。
- 鳥羽は、数ある老年症候群を、以下の3つに分類しています（図表 1-1-3）。
- ① 急性疾患関連の症状  
年齢による発生頻度の差が少ないもので、主な症状としては、めまい、息切れ、意識障害、転倒、骨折、吐血・下血などがあります
- ② 慢性疾患関連の症状  
65歳から徐々に増加するもので、主な症状としては、認知症、脱水、骨関節変形、嚥下、食欲不振、浮腫、呼吸困難、体重減少などがあります
- ③ 廃用症候群  
フレイル（虚弱）の進行とともに、75歳以上で急増するもので、主な症状としては、日常生活活動（Activities of daily living: ADL）の低下、骨粗しょう症、嚥下困難、尿失禁、せん妄、抑うつ、低栄養、不整頓などがあります
- 例えば、70～74歳であれば、慢性疾患に関連した諸症状は有するものの、介護に関連する症状まで有する人は少ない状況にあります。
- 一方、**85歳以上になると、慢性疾患や急性疾患、介護に関する諸症状を併せ持つ人が多くなります。**すなわち、医療と介護の両方のニーズを有するものが、85歳以上高齢者の特徴と言えます。
- 2040年にかけて、医療と介護の両方のニーズを有する85歳以上人口が急増します。**こうしたニーズの変化に対応するために、医療と介護を包括的・継続的に提供できる体制が必要となります。**これを促すための事業の1つが、在宅医療・介護連携推進事業なのです。

図表 1-1-3. 高齢者の医療・介護ニーズの特徴



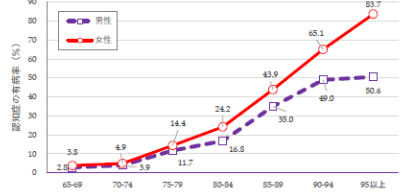
出所) 鳥羽健二：高齢者のニーズに応える在宅医療、平成25年度在宅医療・介護連携推進事業研修会（国立長寿医療研究センター主催、2013年10月22日開催）、資料より引用  
<https://www.nps.go.jp/health/geriatrics/geriatrics/contents/03main/03main.html#11022104>

② 認知症高齢者の増加

ポイント

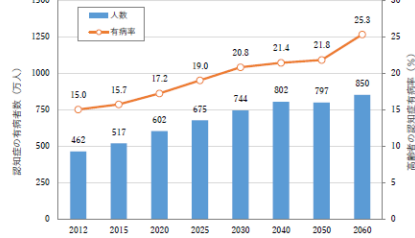
- 図表 1-1-4 は、厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）「都道府県における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応（2009～2012年、研究代表者：朝田 隆）」で報告された性別年齢階級別にみた認知症の有病率、**図表 1-1-5 は、厚生労働科学研究費補助金（特別研究事業）「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究（2014年、研究代表者：二宮治治）」**で報告された認知症の有病者数および高齢者の認知症有病率の将来推計です。
- 二宮らは、朝田らが報告した2012年の認知症の有病者数462万人を前提に、2012年の各年齢の認知症有病率がその後も一定で推移すると仮定した場合、**認知症有病者数は2025年には675万人、2040年には802万人に達すると推計しています（図表 1-1-5）。**
- 認知症高齢者の増加に伴い、認知症施策は今後ますます重要なテーマになっていきます。

図表 1-1-4. 性別年齢階級別にみた認知症の有病率



出所) 内閣府：認知症年齢別有病率の推移等について、第2回認知症施策推進のための有識者会議（2019年3月29日）、資料より筆者作成

図表 1-1-5. 認知症の有病者数および高齢者の認知症有病率の将来推計



出所) 内閣府：認知症年齢別有病率の推移等について、第2回認知症施策推進のための有識者会議（2019年3月29日）、資料より筆者作成

③ 複合課題を持つ高齢者の増加

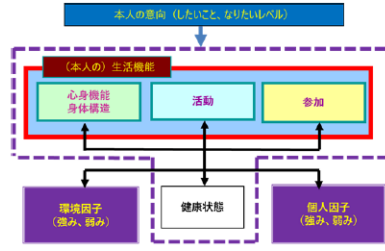
ポイント

- 介護保険では、高齢者の障害の捉え方として、国際生活機能分類（International Classification of Functioning Disability and Health：ICF）の考え方が導入されています（下記コラム参照）。
- ICFでは、生活機能を「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3要素を含む包括用語と定義しています。また、生活機能には、「健康状態」「環境因子」「個人因子」が大きく関係します。そこで、**生活機能3要素とこれら3要素の合計6要素を包括的に捉える**視点の重要性を示したのがICFの生活機能モデルです（図表1-1-6）。
- さて、ケアマネジメントは、①本人の意向確認→②現状把握→③解決すべき課題の抽出と具体化→④今後の見通しに基づく目標設定→⑤目標達成に向けた多職種による対策の検討・実施（ケース担当者会議など）→⑥一定期間のモニタリングと評価→⑦計画の見直しといった手順で展開されます（図表1-1-7）。
- これをケアマネジャーが適切に展開するためには、多職種からアセスメント情報を収集し、今後の見通しに対する見立てを確認し、効果的な対策に関する意見を求めるといった姿勢が重要です。
- 医療と介護の両方のニーズやリスクを有する要支援・要介護高齢者に対応するわけですから、**ケアマネジャーには医療職との連携強化が求められる**こととなります。

【コラム1-1】ICIDHからICFへ

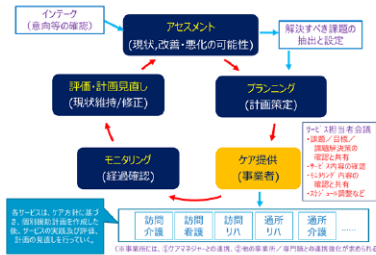
- ◇ 1970年代より、世界保健機関（WHO）において障害に関する分類法の検討が開始され、1980年、①機能障害（impairment）、②能力障害（disability）、③社会的不利（handicap）の3レベルに分けて障害を総合的に捉える視点に立ったWHO国際障害分類（International Classification of Impairment, Disabilities, and Handicaps：ICIDH）が発表されました。
- ◇ この分類法は、当時、障害分野の問題への正しい理解を普及する上で大きな役割を果たしましたが、①生活・人生の問題点を疾病（病状）の結果としてしか捉えていない、②「障害」というマイナス面だけに注目した分類となっている、③機能障害＝能力障害＝社会的不利という一方向の関係で捉えている、④障害に影響を及ぼす背景因子が考慮されていないなどの批判が高まり、1993年から改訂作業が正式に開始されました。これら改訂作業を経て、2001年5月のWHO総会にて採択された新しい分類法がICFです。
- ◇ 介護保険では、「本人の生活機能を知り高めるか（あるいは低下を防ぐか）」の視点で、ケアマネジャーとサービス提供者が協働して課題解決を図っていくことが求められています。

図表 1-1-6. WHOの生活機能（ICF）モデル



出典) WHO：国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－、中央法規（2003）p.17 一筆複製

図表 1-1-7. ケアマネジメントサイクルとは



※事業所別には、①ケアマネジャーの連携、②他の事業者/専門職と連携関係が求められる

出典) 筆者作成

④ 多様な生活支援を要する高齢者の増加

ポイント

- 要支援・要介護高齢者の場合、医療・介護だけでなく、見守り・買い物支援・移動支援などといった様々な生活支援に対するニーズも高い状況にあります。そこで重要となるのが、生活支援体制の整備と、これら資源を活用した生活課題の解決策の推進です（図表1-1-8）。
- 例えば、買い物に困難な高齢者がいたとします。こうした高齢者に対し、医療・介護職であれば、本人の機能面や活動面に介入し、買い物ができる状態にすることを目指します。ただし、買い物にできなくなった理由が、「店から自宅に戻る際に、重いものを持ってしまった」場合、「誰かが買い物に付き添って、重い物を運んであげる」「お店の方で宅配してもらう」といった対策も取り得る訳です。
- こうした地域が有する課題を、地域住民や企業等と共有しながら、課題解決を図っていくといった地域づくりが、今後求められることとなります。

図表 1-1-8. 求められる地域資源を活用した生活課題の解決策の推進の例

○主な取組状況

H25年8月 基礎調査結果の公表  
買い物環境マップなど、市内の買い物環境についての分析結果を公表

○モデル地区での検討（7か所）  
住民参加によるワークショップやアンケートを実施、地域活動計画を検討

H25年11月 意見交換会の開催  
買い物支援に取り組む事業者、地域代表など100名以上が参加

H26年2月 買い物応援ネットワーク会議を設置



出典) 志入所市：志入所市の高齢社会対策一冊やか・安心・支え合いより引用  
[http://spcs.city.fukuoka.lg.jp/download/practical/pdf/10w\\_0\\_kitakyushu.jp.pdf](http://spcs.city.fukuoka.lg.jp/download/practical/pdf/10w_0_kitakyushu.jp.pdf)

知識編 1-1 地域包括ケアシステムの深化／  
地域共生社会の実現に向けた国の政策動向

### 2. 地域包括ケアシステムが目指していることは何か

**ポイント**

- 今後増加する 85 歳以上高齢者は、医療・介護・生活支援に対する包括的なニーズを有しています。そのため、これらサービスや支援を包括的に提供できる体制として、地域包括ケアシステムの構築が現在求められています。
- では、地域包括ケアシステムは何のために構築するのでしょうか。その答えは、厚生労働省の資料（図表 1-1-9）の 1 つ目の〇に書かれています。「**高齢を要介護状態となっても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にすること**」です。
- ただし、これを実現するためには、①医療・介護といった専門職による支援、②老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO・民間企業などといった多様な主体による支援、③両者を連動させながら、要支援・要介護高齢者が抱える様々な課題を解決するためのケアマネジメントという仕組みがあるわけです。そして、①を実現するために在宅医療・介護連携推進事業などが、②を実現するために生活支援体制整備事業などが、③の質向上を図るために地域ケア会議などがあるわけです。
- 各種事業も、地域包括ケアシステムと同様、「たとえ認知症や重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後までつづけることができること」を目指して展開していく必要があります。

知識編 1-1 地域包括ケアシステムの深化／  
地域共生社会の実現に向けた国の政策動向

### 図表 1-1-9. 地域包括ケアシステムの目的と何らか

〇 国境の要件が75歳以上となる2025年を目途に、重要な介護状態となっても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、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進**

〇 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

〇 人口が減少し75歳以上人口が急増する大都市圏、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する農村部等、**高齢化の進展状況は大きな地域差**。

〇 地域包括ケアシステムは、**保健者である市町村や都府県が、地域の自主性や主体性にに基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**。

**専門職による支援**  
 介護・医療・福祉・生活支援  
 介護・医療・福祉・生活支援  
 介護・医療・福祉・生活支援

**多様な主体による支援**  
 老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO・民間企業  
 老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO・民間企業

**生活支援**  
 生活支援  
 生活支援

出所）厚生労働省：介護保険制度もくもく最近の動向について、第 92 回介護保険部会（2022 年 3 月 24 日）、資料 3 に加筆

知識編 1-1 地域包括ケアシステムの深化／  
地域共生社会の実現に向けた国の政策動向

### 3. 地域包括ケアから地域共生社会へ

**ポイント**

- 高齢者が必要とする包括的支援を提供するための仕組みが地域包括ケアシステムですが、「**必要な支援を包括的に提供すること**」は、障害者や生活困難者、子ども・子育て家庭においても必要です。そこで、全世代を対象とした包括支援体制づくりとして、現在、地域共生社会の実現が目指されています（図表 1-1-10）。
- また、地域住民の複合・複雑化した支援ニーズに対応するため、①相談支援（市町村による新たな相談支援体制）、②参加支援（社会とのつながりや参加の支援）、③地域づくりに向けた支援からなる重層的支援体制の整備も進められています（図表 1-1-11）。
- 高齢者に対する生活支援体制整備においても、重層的支援体制整備においても、共通して必要なのは、「**地域の社会資源を活用した個人・家庭・地域が抱える課題の解決**」です。市区町村は、委託先と力を合わせて、①地域の社会資源の把握（機能を含む）と整理、②相談対応者と地域の社会資源のつながりの促進を図っていく必要があります。

知識編 1-1 地域包括ケアシステムの深化／  
地域共生社会の実現に向けた国の政策動向

### 図表 1-1-10. 地域包括ケアから地域共生社会へ

**地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制**

**高齢者**  
 地域包括ケアシステム  
 地域包括ケアシステム  
 地域包括ケアシステム

**生活困難者支援**  
 生活困難者支援  
 生活困難者支援

**子ども・子育て家庭**  
 子ども・子育て家庭  
 子ども・子育て家庭

**障害者**  
 障害者  
 障害者

**土台としての地域力の強化**  
 「他人様」ではなく「我が郷土」を育てる地域づくり

出所）厚生労働省：地域包括ケアシステムの構築に向けて、第 46 回介護保険部会（2013 年 8 月 28 日）、資料 3 を一部改変

4. 社会福祉・介護制度改革の全体像

ポイント

- 厚生労働省社会保障審議会介護保険部会は、令和元年12月27日に、「介護保険制度の見直しに関する意見」を取りまとめました。
- その中で、3つの改革の柱（①介護予防・地域づくりの推進／「共生」・「予防」を両輪とする認知症施策の総合的推進、②地域包括ケアシステムの推進、③介護現場の革新）を打ち出すとともに、これら3つの改革を支えるための3つの改革（①保険者機能の強化、②データ利活用のためのICT基盤整備、③制度の持続可能性の確保のための見直し）を推進するとしています（図表1-1-12）。
- 他方、①包括的な支援体制の構築、③社会福祉連携推進法人の創設といった社会福祉制度改革も進められています（図表1-1-12）。
- これら介護制度および社会福祉制度の改革を通じて、地域共生社会の実現と2040年への備えを図っていくことが、当面の制度改革のゴールということになります。
- 市区町村には、こうした改革の全体像とその方向性を理解した上で、保険者機能を発揮しながら、さまざまな事業や施策を通じて、**関係者とともに地域共生社会の実現を図っていくこと**が求められることとなります。

図表 1-1-12. 社会福祉・介護制度改革の全体像



出所) 厚生労働省「介護保険制度を語る最近の動向について」第 92 回介護保険部会（2022年3月24日）、資料1より引用

令和4年度 老人保健健康増進等事業  
PDCAサイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的な推進方策に関する調査研究事業  
在宅医療・介護連携推進事業をさらに実効性のあるものとするために  
「事業マネジメント力」を高めよう  
オンライン研修会テキスト  
知識編 1 (制度) 1-1 地域包括ケアシステムの深化／地域共生社会の実現に向けた国の施策動向  
発行 公立学校法人 埼玉県立大学  
発行日 令和4年11月24日

## 2. テキスト内容を解説した動画の作成

- テキストだけでは十分理解できない部分もあると考え、10本のテキストに対し、その内容を解説した動画も併せて作成した（図表 5-3）。
- なお、これら動画も、本事業で実施した研修会の事前学習教材として活用した。

図表 5-3. 動画の一例

（知識編 I -01\_地域包括ケアの深化／地域共生社会の実現に向けた国の施策動向）

令和4年度老人保健健康増進等事業「PDCAサイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的推進方策に関する調査研究事業」  
オンライン研修「事業マネジメント力を高めよう」事前学習動画

＜知識編 I\_制度＞

1. 地域包括ケアシステムの深化／地域共生社会の実現に向けた国の施策動向

内容)

1. 人口構造の変化と医療・介護への影響  
-地域包括ケアが求められる背景-
2. 地域包括ケアシステムが目指していることとは何か
3. 地域包括ケアシステムから地域共生社会へ

県立大学大学院／研究開発センター  
川越雅弘

## 第6章 研修の試行

これまでの検討により、異動が多く、医療・介護の専門家ではない市区町村職員の事業マネジメント力を高めるには、そのベースとして、まずは、①施策動向や市町村に期待される役割・機能およびマネジメントの考え方／進め方を学ぶための教材、②事業マネジメントの考え方や進め方を解説した教材が必要なことが分かった。

そこで、施策動向やマネジメントの考え方／進め方を学ぶための教材（テキストおよびテキストを解説する動画）の作成を行った。

### 1. 研修の目的

- 在宅医療・介護連携推進事業をめぐる課題としては、「目的や目標が設定されていない」「取組の効果・成果を検討・評価していない」、「課題の具体化・要因分析を行わず、対策を検討・実施している」などが指摘されている。
- そこで、本研修会は、国の施策動向や事業マネジメントの考え方、進め方、各種データの利活用や実際の事業展開のあり方を学ぶことにより、事業マネジメント力を高めることを通じて実効性のある事業実現を目指すことを目的として実施した。

### 2. 対象者／募集方法

- 関東信越厚生局管内の在宅医療・介護連携推進事業を担当する市区町村職員及び、市区町村から事業を受託されている団体の担当者（在宅医療コーディネーターなど）を対象に募集を行った。
- 募集方法は、関東信越厚生局から管轄 10 都県の担当者に、研修内容や市区町村への周知を依頼したメールを送付し、各都県から市区町村に案内を出してもらう形で実施委した。

### 3. 研修の構成／日程／カリキュラム

- 本研修会は、国の施策動向や事業マネジメントの考え方、進め方を学ぶ「知識編Ⅰ・Ⅱ」と、実際の事業展開のあり方を学ぶ「実践編」で構成した。
- 市区町村職員は多忙なため、①前述したテキスト・動画を事前に配布し、個々に学んでもらう事前学習と、②マネジメントの考え方や方法を、Zoom にて講義と演習で学ぶオンライン研修の形を採用した。
- 事前学習期間は令和 4 年 11 月 24 日（木）～12 月 2 日（金）とした。その後、オンラインにて、3 回の研修会（12 月 2 日（金）、7 日（水）、14 日（水））を開催した。
- 目的、研修構成、日程、カリキュラムなどを記載した案内パンフを図表 6-1 に示す。



図表 6-1. 研修会の目的・方法・内容について

市町村の**在宅医療・介護連携推進事業**のご担当者、  
および同事業**委託先**(地区医師会等)の皆さまへ

第9期 介護保険事業計画にむけて

**在宅医療・介護連携推進事業**を

さらに**実効性のあるもの**とするために

**「事業マネジメント力」を  
高めよう**

**無料!** オンライン研修会のご案内

令和4年度 老人保健健康増進等事業 PDCAサイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的推進方策に関する調査研究事業

在宅医療・介護連携推進事業の実践者からは、「目的や目標の設定というけど、設定の仕方がイマイチわからない」「実践しているものの、効果・成果をどのように検討・評価するかわからない」「課題の具体化・要因分析を行わず、対策を検討・実施している」などの声が聞かれますが、まさにここがポイント(課題)なのです。

本講座では、「知識編」で国の施策動向や事業マネジメントの考え方／進め方を学び、「実践編」で各種データの利活用や実際の事業展開のあり方を学ぶことにより、市町村担当者および事業委託先の皆さまに「事業マネジメント力」を高めていただくことを通じて、真に実効性のある事業の実現を目指します。

＼ 計5回のオンライン研修です! /

**開講  
期間** 2022年**11月24日(木)** ▶ **12月14日(水)**

 [カリキュラムの詳細はP2へ](#)

**11月4日(金)**

**受付開始**

 [お申込み方法はP3へ](#)

◆◆◆ 受講される皆さまへのお願い ◆◆◆

本研修は、埼玉県立大学が厚生労働省から受託した令和4年度老人保健健康増進等事業「PDCAサイクルに沿った在宅医療・介護連携推進事業の具体的推進方策に関する調査研究事業」の一環として実施しております。そのため、受講者の皆さまには、本研修のテキスト・動画、マニュアルの内容に対するご意見や、受講前後の意識・行動の変化などをお聞きする予定です。ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

主催：埼玉県立大学 研究開発センター

## 👉 カリキュラム

### 関連知識を確認したうえで、実践方法を学ぶ、計5回の研修

- 本研修は、以下の方を対象としています。受講料は無料です。
  - ▶ 在宅医療・介護連携推進事業を担当されている市町村職員の方
  - ▶ 在宅医療・介護連携推進事業を市町村から受託されている団体（地区医師会など）のご担当の方
- 「知識編」3回、「実践編」2回の計5回。うち2回は事前学習、3回はZoomを用いたリアルタイム学習です。
- テキストは事前に、PDFにて配信いたします。
- リアルタイム配信（知識編Ⅲ／実践編Ⅰ・Ⅱ）では、グループワークも行います。

配信スケジュール		研修内容	
事前学習	11月24日(木)～ 12月2日(金)の間、 いつでもご覧になれます。	<b>知識編Ⅰ</b> (制度) <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア／地域共生社会の実現に向けた国の施策動向</li> <li>・事業マネジメントの機能強化に向けた施策動向</li> <li>・在宅医療・介護連携推進事業が求められる背景</li> <li>・同事業の目的と求められる機能</li> <li>・提供体制／連携強化に向けた制度改正／報酬改定の動向</li> <li>・主な在宅医療・介護サービスについて など</li> </ul>	
		<b>知識編Ⅱ</b> (マネジメント) <ul style="list-style-type: none"> <li>・マネジメントの基本とその構造</li> <li>・PDCAサイクルを展開する上での基本的考え方</li> <li>・PDCAサイクルの展開方法 など</li> </ul>	
リアルタイム配信 (Zoomによる)	12月2日(金) 13:30～16:30	<b>知識編Ⅲ</b> (振り返り) <ul style="list-style-type: none"> <li>※リアルタイム配信で、知識編Ⅰ・Ⅱの内容を振り返る。</li> </ul>	
	12月7日(水) 10:00～16:00 (昼休憩1時間)	<b>実践編Ⅰ</b> (事業展開) <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在の取組を整理する</li> <li>・事業の目指す姿、事業に期待した成果や効果を整理する</li> <li>・現状を整理した上で、解決すべき課題（真の課題）を考える</li> <li>・現状を引き起こしている原因を考える</li> <li>・原因から対策を考える</li> <li>・期待したことをベースに、モニタリングする指標を考える など</li> </ul>	
	12月14日(水) 10:00～16:00 (昼休憩1時間)	<b>実践編Ⅱ</b> (データの利活用) <ul style="list-style-type: none"> <li>・既存データを使って、提供体制／連携の現状を把握する</li> <li>・アンケートを考える</li> <li>・既存データやアンケートの活用方法を学ぶ</li> <li>・データの活用事例を学ぶ など</li> </ul>	

#### 研修カリキュラム企画・開発／講師



埼玉県立大学大学院／研究開発センター 教授 **川越 雅弘**

日本医師会総合政策研究機構主席研究員、国立社会保障・人口問題研究所部長などを経て、現在に至る。介護保険制度の創設準備期から、医療と介護政策を研究。地域包括ケアやケアマネジメント、介護予防、在宅医療・介護連携等の事業に関する専門家、国の審議会等（社会保障審議会「介護報酬改定検証・研究委員会」委員（2013～）、令和2年度在宅医療・介護連携推進事業「在宅医療・介護連携推進事業に関する検討会」委員長 ほか）のメンバーとしても活躍。自治体においても、介護や地域支援に関する計画の策定や事業の支援を多数行う（島根県、高知県、国立市、川越市、倉敷市 ほか）。

#### 4. オンライン研修会のプログラム／演習資料

- 3回のオンライン研修会のプログラムを図表 6-2 に示す。毎回、講義と演習の組み合わせながら進めていった。
- マネジメントの考え方を身につけるには、座学も大事だが、**演習が非常に重要となる**。今回使用した演習シートを図表 5-6 に示す。

図表 6-2. オンライン研修会のプログラム

「事業マネジメント力を高めよう」オンライン研修 知識編Ⅲ_セミナー（12/2）_スケジュール	
内容	時間（目安）
■ 本日の流れ	13:30～13:32 (2分)
■【講義1】事業マネジメントの機能強化に向けた国の施策動向	13:32～13:52 (20分)
■【講義2】在宅医療・介護連携が必要とされる背景と求められる機能	13:52～14:10 (18分)
■【講義3】事業マネジメントの基本的考え方と事業展開の現状・課題	14:10～14:40 (30分)
休憩	14:40～14:45 (5分)
■【演習1】連携の目的を考える	14:45～15:10 (25分)
■【演習2】真の原因は何かを考える	15:10～15:50 (40分)
■【演習3】真の原因に対して対策を考える	15:50～16:25 (35分)
■ 次回の内容について	16:25～16:30 (5分)

「事業マネジメント力を高めよう」オンライン研修  
**実践編 I \_セミナー (12/7) \_スケジュール**

内容	時間 (目安)
■ 本日の流れ	10:00～10:02 (2分)
■【講義1】前回の振り返り／今日の演習の位置づけと目的	10:02～10:27 (25分)
■【講義2】ゴール設定とゴールに至るプロセスを考える (認知症施策を例に)	10:27～10:32 (5分)
■【演習1】ゴール設定とゴールに至るプロセスを考える	10:32～11:10 (38分)
■【講義3】対策の効果・成果の評価の考え方 (退院時連携を例に)	11:10～11:20 (10分)
■【演習2】退院時連携の目的とその成果・効果を考える	11:20～12:00 (40分)
■【演習3】8期の取組を整理する	13:00～13:30 (30分)
■【演習4】具体的テーマに対し、一連のプロセスを考える	13:30～15:50 (140分)
■ 次回の内容について	15:50～16:00 (10分)

「事業マネジメント力を高めよう」オンライン研修  
**実践編 II \_セミナー (12/14) \_スケジュール**

内容	時間 (目安)
■ 本日の流れ	10:00～10:02 (2分)
■【講義1】前回振り返り／今回演習の位置づけ・目的	10:02～10:30 (28分)
■【演習1】知りたいことは何かを考える	10:30～11:30 (60分)
■【講義2】現状・課題・対策のヒントを得る為の方法とは	11:30～12:00 (30分)
■【講義3】目指す姿について考える	13:00～13:30 (30分)
■ 演習 4 を振り返る	13:30～14:15 (45分)
■【講義4】在宅医療・介護連携推進事業の進め方	14:15～15:30 (75分)
■ 質疑その他	15:30～16:00 (30分)

図表 6-3. 第1回オンライン研修会で使用した演習シート

**【演習1】連携の目的を考える**  
 - どう連携するかではなく、まず、何のために連携するのかを考える -

**【問1】**以下の4場面について、連携の目的（何のために連携するのか）を考えてみよう

- 【場面1】円滑な自宅退院に向けて、病院スタッフとケアマネジャーが連携する。
- 【場面2】在宅療養者に対し、医療職とケア職、ケアマネジャーが連携する。
- 【場面3】急変時に、在宅関係者と救急関係者（救急隊、救急病院など）が連携する。
- 【場面4】看取り期に、医療職とケア職、ケアマネジャーが連携する。



**【問2】**各場面について、何を実現するために連携をするのか、その目的を考えてみて下さい。

場面1	・
場面2	・
場面3	・
場面4	・

**【演習2】真の原因は何かを考える**  
 （テーマ：誤嚥性肺炎で入院した要介護者に対し、退院後の再発防止に向けた適切なケアプランが作成されるためにはどうしたらよいか？）

**目指す姿**

誤嚥性肺炎で入院した要介護者に対し、退院後の再発防止に向けた適切なケアプランが作成されることによって、退院後早期に再発を起こす要介護者の割合が減少していくこと。



**現状**

ケアプランを専門職と一緒に点検したが、その際、誤嚥性肺炎で入院した要介護者の再発防止に向けた検討と対策が十分ではないケアプランが散見された。

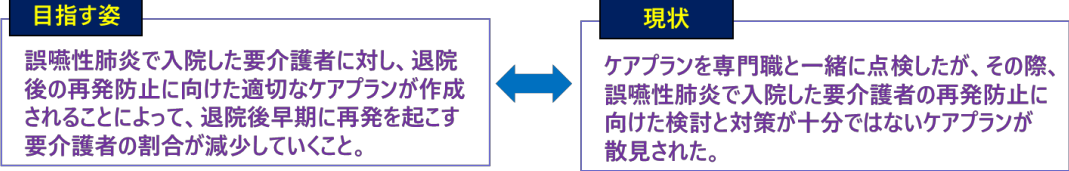


	考えられる原因	最も解決が必要と思った原因
原因1	・	<input type="checkbox"/>
原因2	・	<input type="checkbox"/>
原因3	・	<input type="checkbox"/>



	考えられる原因	最も可能性が高いと思った原因
原因1	・	<input type="checkbox"/>
原因2	・	<input type="checkbox"/>
原因3	・	<input type="checkbox"/>

**【演習3】 真の原因に対して対策を考える**  
 (テーマ：誤嚥性肺炎で入院した要介護者に対し、退院後の再発防止に向けた適切なケアプランが作成されるためにはどうしたらよいか？)



【問1】演習2で考えた真の原因を記載下さい

<b>真の原因</b>	
-------------	--



【問2】現状を目指す姿に近づけるためにはどうしたらよいでしょうか？  
 そのための対策（誰に対するどんな対策か）を、真の原因を意識しながら考えてみて下さい。

	誰に対する対策？	対策の内容
対策1		
対策2		
対策3		

図表 6-4. 第 2 回オンライン研修会で使用した演習シート

**【演習1】ゴール設定とゴールに至るプロセスを考える（本人の意向に沿った看取りの推進）**

**目指していること（ゴール）**

エンディングノートを活用して、関係者が本人の意向とその変化を確認・共有できること。さらに、これを通じて、本人の意向に沿った看取りが地域で進んでいくこと。



**【ゴールに達成するために必要な要素を挙げる】**

要素1	・
要素2	・
要素3	・
要素4	・
要素5	・



**【ゴール到達までの手順を考える】**

手順1	・
手順2	・
手順3	・
手順4	・
手順5	・

**【演習2】自宅退院に向けて、病院関係者とケアマネジャー等が連携しますが、何のために連携するのでしょうか？ また、効果や成果として何を期待しますか？**

<個人ワーク>

- 何のために、自宅退院時に向けて、病院関係者とケアマネジャー等が連携するのでしょうか？ 目的を考えてみて下さい。
- 適切な連携の実現によって、何がどうなることを期待しますか？ 期待することを挙げてみて下さい。

<グループ内での個人ワークの共有>

- 個人ワークで考えた目的や期待することを、皆で共有してみてください。

退院時連携の目的		
	・	
	・	
連携による効果・成果として期待すること（※効果は目的に対する結果、成果は目的以上のものになった結果のこと）		
①患者／家族への効果・成果	・	・
	・	・
②専門職／医療機関への効果・成果	・	・
	・	・
③地域／保険運営等への効果・成果	・	・
	・	・
④その他への効果・成果	・	・
	・	・

### 【演習3】4場面別に、第8期計画及び現在取り組んでいることを整理する

【問1】「入退院支援」に関し、取り組んでいることを挙げて下さい（最大3つまで）

	取組内容
取組1	・
取組2	・
取組3	・

【問2】「日常の療養支援」に関し、取り組んでいることを挙げて下さい（最大3つまで）

	取組内容
取組1	・
取組2	・
取組3	・

【問3】「急変時対応」に関し、取り組んでいることを挙げて下さい（最大3つまで）

	取組内容
取組1	・
取組2	・
取組3	・

【問4】「看取り」に関し、取り組んでいることを挙げて下さい（最大3つまで）

	取組内容
取組1	・
取組2	・
取組3	・

### 【演習4】目指す姿⇒原因と対策⇒評価までの一連のプロセスを考える

【問1】解決したい具体的なテーマを1つ決めて下さい。

テーマ	・
-----	---

【問2】問1のテーマの「目指す姿」は何ですか？

目指す姿	・
------	---

【問3】「現状」は「目指す姿」になっていません。考えられる原因(最大4つ)、根本原因を挙げて下さい。

原因1	・	原因2	・
原因3	・	原因4	・



根本原因	・
------	---

【問4】現状を目指す姿に近づけるための対策を、最も大きな原因を意識しながら考えてみて下さい。

	誰に対する対策？	対策の内容は？
対策1	・	・
対策2	・	・
対策3	・	・

【問5】問4の対策をとることで何がどうなることを期待しますか。また、それを何の指標で測りますか？

	何がどうなることを期待しますか？	何の指標で測る？
期待値1	・	・
期待値2	・	・
期待値3	・	・



図表 6-5. 第3回オンライン研修会で使用した演習シート

<b>【演習1】知りたいことは何かを整理しよう</b> <b>テーマ：要介護4・5の在宅療養者の受け皿を作るためにはどうしたらよいか？</b>		
知りたいこと／把握したいこと		
①現状を把握する	・	・
a) 利用者・家族 (特性・意向など)	・	・
	・	・
b) 提供体制	・	・
	・	・
c) サービス利用状況	・	・
	・	・
d) その他	・	・
	・	・
②将来の必要量を推計する	・	・
	・	・
③現状を引き起こしている 要因・原因を把握する	・	・
	・	・
④対策に関するヒントを得る	・	・
	・	・

## 5. 参加者の状況

- 参加者は123名で、その内訳は、「都道府県」6名、「医師会」26名、「市区町村」86名、「その他」5名であった。

## 6. 事後アンケート結果

研修会終了後、市区町村の代表者に対し、①研修会に参加した理由、②事前学習に対する評価、③研修会の内容等に対する評価などに関するアンケートを実施した（回答者数：38名）。その結果その結果を示す。

### 1) 参加理由について

- 研修会に参加した理由としては、「在宅医療・介護連携事業の実施に不安／悩みを感じているから」が33名（86.8%）と最も多く、次いで「講義内容が魅力的だったから」30名（78.9%）の順であった。
- 具体的な理由（自由記載）を以下に紹介する。

図表 6-6. 研修会への参加理由 (n=38)

	選択肢	該当数 (名)	割合 (%)
①	講義内容が魅力的だったから	30	78.9
②	講師が魅力的だったから	16	42.1
③	在宅医療・介護連携事業の実施に不安／悩みを感じているから	33	86.8
④	次期（第9期）介護保険事業計画の策定に不安／悩みを感じているから	10	26.3
⑤	他の団体と交流したかったから	4	10.5
⑥	料金が無料だったから	14	36.8
⑦	その他	4	10.5

(自由記載)

- ・ より連携がスムーズになるように学びたい、情報収集したいと思い参加した。
- ・ 11月に入職したが、前任者はすでに退職しており、市担当者は他の業務事業も抱えていて多忙で、業務内容を知る手段が手引きやネット情報等しかなかったため。
- ・ 各事業を取り組んでいるが、全体的に連動ができていないと感じている。全体を整理して各事業が連動するようにしたいが、具体的な形が見えていない状況で、何をしたら良いのかわからないのでヒントになるものがあればと思った。
- ・ 令和4年度の異動で事業担当となり、自身の知識が不足していると感じたため。また、予想より業務量が多く、効率的なマネジメントを学びたかったため。
- ・ 事業をどう進めていくのかを悩んでいるときにあったので、ちょうどよかった。
- ・ 医療介護連携にかかわるPDCAの考え方や、介護保険事業計画の概要について学べるいい機会だと思ったため。
- ・ 在宅医療推進支援センターとして、市町がPDCAサイクルに沿った事業展開、4つの場面毎に考えていくための具体的な支援方法を学びたかった。
- ・ 在宅医療・介護連携推進事業の実施内容や、事業における指標の活用について課題を感じており、今後の事業実施に向けたヒントを得ることを期待した。
- ・ ここ数年どう進めたらよいのか迷いながら進めていたため。
- ・ 8月に開催された埼玉県立大学の第9期計画策定に向けた事業マネジメントに関するオンラインセミナーを受講し、市町支援を行うにあたって、より詳しく学びたいと考えたため。

## 2) 事前学習に対する評価

- 事前学習については、「あって良かった」36名(94.7%)で、その理由としては「事前の心構えができた」「研修内容の理解が深まった」の順であった。一方、必要ないと回答した1名は、その理由として「時間確保が難しかった」を、もう1名は「リアルタイム配信の方が、力点を置いて説明している箇所がわかりやすかった」を挙げている。

(自由記載)

- ・ 思ったよりも本格的で内容が濃く、実践編が楽しみになる内容でした。

- ・ 振り返りに活用できます。動画の期間延長も有り難いです。ただ、やはり当日の講義を拝聴しないと課題をこなすのは難しいと感じました。業務都合で出席困難な時間が多く、残念でした。
- ・ 今後、85歳以上人口が増えるといった基本的なことを知らなかったため、研修に先立ち、知れてよかった
- ・ 基本的な前任者から引き継ぎがなく、基本的な知識がなかったので非常にたすかりました。

図表 6-7. 事前学習に対する評価 (n=38)

	選択肢	該当数 (名)	割合 (%)
①	事前学習があつて良かった	36	94.7
②	事前学習は必要ないと感じた	2	5.3

図表 6-8. 事前学習があつて良かった理由 (n=36、複数回答)

	選択肢	該当数 (名)	割合 (%)
①	事前の心構えが出来た	24	66.7
②	研修内容の理解が深まった	15	41.7
③	使用したテキスト／動画が分かりやすかった	14	38.9
④	その他	8	22.2

### 3) 研修会全体に対する評価

- 研修会全体の感想としては、「非常に有意義だった」29名(76.3%)、「有意義だった」9名(23.7%)であった。

図表 6-9. 研修会全体に対する評価 (n=38)

	選択肢	該当数 (名)	割合 (%)
①	非常に有意義だった	29	76.3
②	有意義だった	9	23.7
③	あまり良くなかった	0	0
④	良くなかった	0	0

(自由記載)

- ・ 今まで参加した研修とは違い、本格的な実践編だったので、ものすごく緊張感のある研修で、研修が終わった後も達成感を感じるものでした。
- ・ 今まで行ってきたことをより発展させる…という考えで参加したが、まず考え方や視点を変えてみる…という事に気づいた気がします。まずは、今やっていることが適切かどうかなどを振り返ってみようと思います。
- ・ 入職したばかりで、事業の内容を全く知らない状態だったため、事業のすすめ方を理解する機会となった。また、以前から事業に従事している他地域の取り組みを知ることができたため

- ・目標の立て方やケアマネジメントの考え方を知ることができたため。
- ・研修内容が多く事前学習の中だけですべてを理解することは難しいと感じたが、演習で個々にPDCAサイクルに取り組めたことで理解が深まったと思う。これからの業務に活かしていきたい。
- ・今までは、後期高齢者というくくりで考えていたが、医療と介護の需要が増える85歳以上の方にも注目する必要があるということを知り、参考になった。
- ・事業展開の考え方として、事業ありきの考え方ではなく、何が必要なのかということから考えていくことが重要ということを知った。事業計画や目標設定、評価方法など、今のやり方では事業を行うことが目的となるような設定のため、必要なことを行えるような評価方法等を考えていく必要があると感じた。
- ・委託先と参加したことで、事業の在り方について一緒に考える機会となって良かった。
- ・今後の方向性についてふんわりとしていたものが明確化された。
- ・私は市役所から委託を受けた医師会に臨時職員として採用していただいております。相談窓口担当者として、一人で対応しております。もちろん周囲からの支援はありますが、この取組みが進んでいる他エリアのような対応が出来ていないこと・1人で何が出来るのだろうか・・・と日々考えながら、会議資料を作成している状況です。今回の研修を受講させていただき、そんな状況でも出来そうなことを探して、少しでも現場の担当者の困っていることに対応していきたいと思いました。具体的に何をすればいいかという事例を学べて、とても有意義でした。
- ・自分の立ち位置がわかった。現場の人を目的まで引き上げていくことなどが理解できたこと。講義を聞いた後に演習があり、講義の考え方を入れて自分が実際にやってみることができた。全国の地域の実情や考え、講師からアドバイスがありさまざまな意見が聞けたこと。
- ・講義と演習を通して、物事を手段から考えないことがポイントと学びました。何のために行うのか、成し遂げようと目指す【目的】、目的を達成するために設けた見印・道筋が【目標】、目標を達成するための方法が【手段】で目的を意識しないと「連携すること」「情報共有すること」自体が目的となってしまう。今後は手段からではなく目的を意識して取組み事を学びました。
- ・今までは自分自身のための研修が多かったが、今回コーディネーターとして、目的達成のために相手の考え、力を導き出していか。確認しながら（相手も納得しながら）進めていく事の難しさを学んだ。
- ・根本原因を探るその術と対策についても、表面的な物でない事。PDCAサイクルを上手く回すことなど。
- ・「講座や研修会を開くという手段が目的になっていないか」、「出来ていないことは現状であり、課題ではない」、「真の原因に対してアプローチ出来ているか」、「どんな対策であれ実施することで何かしらの変化があるのに、毎年同じ目的はおかしい」など、私自身に思い当たる節が多々あり、とても心に突き刺さる有意義な研修会でした。
- ・個人作業、グループ共有、全体共有という流れが、実践に直結する学びとなると感じた。
- ・PDCAサイクルの考え方が理解できた。

- ・ 演習で他市町村の発表に対する先生のコメントがあり理解が深まった
- ・ 他都市における事例を紹介いただいたこと、また他都市の方と交流してグループワークを実施できて有意義だった。
- ・ PDCA サイクルについての理解ができた。対策に走るのではなく、めざす姿を考えて真の原因がどこにあるのかを調べ、「なんのために」を繰り返すことが重要であることを知ることが出来た。
- ・ 先駆的な取組をしている自治体の情報を知ることができたため。
- ・ 課題と対策の考え方が学べ、それを実際に現場に活かそうなため。
- ・ 先生の説明や熱意があつてとてもわかりやすかった。事業進捗方法については庁内では前踏襲以外、誰も教えてくれないので、とてもよかった。
- ・ 全国各地の医療介護連携業務にとりかかる行政や医師会の取り組み、各市町村が抱える課題点など共有し、医療介護連携の新しい情報を取り入れることができたのが非常によかったと思う。
- ・ 保健所は介護保険法に係わる実務をほとんどやっておらず、在宅医療・介護連携推進事業との関係性が理解できていないため、事業の成り立ちや目的を学んだ上で、本題に入ったのが勉強になった。
- ・ 内容については事業における留意点や各市町村における事業実施上の課題を踏まえたものとなっており有意義だったと考えるが、レベルの高さゆえ、事務職員のみでの参加では十分に理解できないのではないかと思われる。またグループワークも、1名のみでの参加の場合、個人作業のみとなってしまう、グループワークの中で知識や意識を高め合う効果が十分に得られないのではないかと感じた。
- ・ 時期が議会の開期と重なったこともあり、事前学習も含めて、研修に要する時間の確保に苦慮した。
- ・ 手段の目的化が印象に残っています。本来の目指す姿が頭にあったものの、実務とかけ離れていた部分があったと自覚することができました。頭の切り替えに多少の時間がかかり、セミナー終了までには整理しきれなかった部分も正直あります。できるところから1歩ずつ進んでいきたいと感じています。
- ・ 非常に耳の痛い話でした。一方である程度これまでの積み重ねがある中で、関係団体・関係者にあるべき姿を4つの場面毎に設定する必要性をどのように説明し、理解してもらおうかが課題だと思いました。
- ・ わかったつもりになっていて、実は正しく理解していなかった、データに基づく施策の立案や進行管理、評価に不可欠な視点を改めて学びなおす良い機会になったと感じる。
- ・ 目指すべき姿と現状との差が生じている原因を分析するという、マネジメントの手法を学ぶことができたため。
- ・ 演習を通して具体的な事業の進め方について考えることが出来た。一方、同じ自治体の方（行政事務職）とペアで受講したことがかえってやりづらく、演習は一人で行いたかった。
- ・ 短時間でテンポよく課題が出されて考え抜くことができたため
- ・ 他の方の意見を多く聞くことができたため
- ・ 具体的な内容も多く、大変わかりやすい講義だったと思います。

#### 4) 業務への活用に対する評価

- 業務に役立つかに対する感想としては、「非常にそう思う」25名(65.8%)、「ややそう思う」13名(34.2%)であった。

図表 6-10. 研修会全体に対する評価 (n=38)

	選択肢	該当数 (名)	割合 (%)
①	非常にそう思う	29	76.3
②	ややそう思う	9	23.7
③	あまり思わない	0	0
④	思わない	0	0

(自由記載)

- ・ 4場面の意識をしていたと思いましたが、講師がおっしゃる良くない例のように、「連携を深める」という着地点が多かったように感じました。今回の研修を通じて、まずは各職種での連携を深めるとは、具体的に何をどう深めたいのかなどを考えるように、研修内容を見直していきたいと思います。
- ・ 市担当者も一緒に参加して業務のすすめ方を共有できたことで、事業計画立案の工程を、目指す姿、課題から考え、施策に結びつけようと、一緒に考えられているため
- ・ 4つの場面事業推進の事例集があるとマネジメントの理解がしやすい。
- ・ 個別支援
- ・ 9期計画策定期間中に何度か同様の企画があるとありがたいです。
- ・ 在宅医療・介護連携に限らず、この研修で学んだ考え方については、他の事業でも同じように考える必要があると感じたので、事業を行うことにできる限りとらわれずに業務に取り組んでいきたい。
- ・ 具体的に何をするのか考える機会を得ることが出来ました。その内容を市担当者と共有出来たので、その内容を少しでも実現できるように対応していけたらと思います。
- ・ 立ち位置がわかったことで、業務に対する姿勢に気づくことができた。次年度、研修企画や入退院連携ガイド等の見直しに、事業マネジメントの考え方を紐解きながら少しずつ実践してみたい。
- ・ 現在コーディネーターという立場から、行政・医療・介護関係者との間で物事がスムーズに取組めるように、今回の研修会は本当に勉強になりました。一人ひとりの考え方も違うが、何のためにやるのか目的をしっかりと持ち関係者と連携を行なっていこうと思います。
- ・ 目標にたびたび振り返るようになった
- ・ 事業の進め方、考え方について考えさせられました。ただ、講師の助言がない状態で行政が仕切って検討するにはまだ自分自身の考え方がシフトできていないため、他機関と検討しまとめあげるのは難しいと思います。

- ・研修会に参加し、目的から手段を考えることが大切であり、それを関係者にも意識するよう促す必要があると学んだ。このことを、まず上司に理解してもらい体制を整えたいと思うが、上司へうまく説明する力量が自分にはないため、上司・管理職向けの研修も連動してあると良いと思う。
- ・今後も引き続き、繰り返しの学習機会がないと、実践はなかなか困難と思う
- ・課題には複合的な要因があるが、何から取り組めばよいか優先順位をつけたり、段階的に取り組んでいったりする際の指標の設定が難しいと感じている。
- ・課題が山積みなため、「どれから手を付けようか」「どの課題の重要度が高いのか」など、どのように事業に反映させたらよいか分からなかったが、事業立案のプロセスを学べたので、実際に役に立てられそう。
- ・事業の進め方の基本的な考えた方がとても役に立つ。
- ・これまで開催してきた研修において「研修自体を開催すること」を目的としていました。今回の講義にて解説されていた「手段」と「目的」を意識し、その研修をすることでどんな効果が周囲にもたらされるのか、結果も見据えた事業を計画できるよう努めてまいりたいと思います。
- ・都道府県の立場で聴講させていただきましたが、都道府県として、努力はしているところですが、4場面の実態について直接、認知できる場面が少なく市町村の感覚とだいぶ乖離している気がいたします。今後の進め方、地域医療構想への組み込み方など研鑽していく必要があると感じております。
- ・管内市町は4つの場面毎に目標を設置していないため、課題の解消に即した事業（対策）になっていない。また、目的と課題が整理できていないため評価指標も定まらない状態です。研修結果の概要を市町担当者会議で共有し、事業（対策）から、なぜ行うのかを掘り下げて目的を見いだす方法を提示したいと思います。
- ・資料については、事業実施にあたってのポイントを広汎にとらえていると考えられ、今後の事業の実施にあたってのテキストとしても活用できるのではないかと感じた。
- ・手段が目的化している箇所の切り替えに時間がかかりそうと感じている。すぐに業務に活かしていけるのか自信がない。ただ、今回で考え方や手法を学ぶことができたので、エッセンスを取り入れたいと思っている。
- ・実際に業務マネジメントの概念図を使って、業務を進めるようになりました。また、打合せの中でもどのレイヤーの話をしているのかより意識するようになりました。
- ・施策の策定理由・施策の実施結果に係る評価などについて、対外的に提示する場面において、説得力を持った説明に不可欠な視点を改めて学ぶことができたと感じる。
- ・さっそく、2月に医療・介護事業所とICT(バイタルリンクというツール)に関する勉強会を開催しました。限られた時間ではありましたが、参加者の方に現状から目指すべき姿についての意見をお聞きすることができました。

- ・この事業に関わらず、取組がうまく機能しない理由を「対象者に周知が足りていない」こととしがちであるが、周知が足りないのであればどうすれば対象者に届くのか考え実践することが対策であると理解できた。また周知を前提に考えるばかりではなく、経年的に計画を立てること（エンディングノート周知→専門職側からの確認→救急隊の確認等）の必要性が具体的でわかりやすかった。
- ・「なぜかそうになっているか」を二回考える、というキーワードが印象的であった。（問題はこの研修に参加できた自分は理解しているが、参加していない方が現状と課題を直結して考えてしまうため、話が通じず困っています）
- ・介護保険事業計画の立て方がよくわかったが、多職種の関係者で共有して議論している時間はないので、研修で学んだことすべてを取り入れるのは困難だと思います。
- ・市町支援を行う際の事業マネジメントの考え方、手法など、大変勉強になりました。また、県内保健所担当者も本研修を受講しており、県の本庁と出先機関が同じ方向性で支援を考えるきっかけとなりました。

## 5) 今後実施してほしい支援について

- 今後実施してほしい支援としては、自由記述で以下のような回答があった。

(自由記載)

- ・ 今回のような実践さながらの研修は、何回参加しても学べるものだと実感しました。今後も開催予定がありましたら、ぜひまた参加させていただきたいです。
- ・ 多様なデータ解析等による、客観的な当市の事業の方向性を理解できるような個別支援。
- ・ 今後もこのような研修会があれば、参加したいと思います。
- ・ 当自治体において介護や地域支援に関する計画や支援について研修会が開かれると良い。
- ・ 地域共生社会について
- ・ 事業担当者と連動した管理職向けの研修会
- ・ 評価指標として、具体的なアンケートなど成功例の報告
- ・ 概念理解は進んだので、より事業の具体からマネジメントを学ぶ機会があると有難いです。
- ・ 4つの場面の目標設定や PDCA サイクルをまわしていくうえで研修会等を開催いただきたい。
- ・ 事業展開に向けた個別支援
- ・ 非常に有意義でしたが、まだまだ自分の中に落とし込むのに時間がかかりそうです。講師のご講義を聴いているとわかったような気になります。しかし、実際に教わった考え方で事業を進めて行くには、その目的や方法などを市民や関係機関に説明をする場面がありますが、その場になるとまだまだ自分が理解しきれてい



ないことを実感します。また、わたしたちの職場は委託を受けている医師会ですが、研修会で行政と一緒に考えることを強調してくださったのは大変ありがたかったです。委託先にお任せでなく、行政も一緒に考えるところから関わってくださるようになった気がしています。

- ・ 市町村では頻繁に人事異動があるため、このような研修会は動画にして、毎年公開してほしい。前任者から言われるより、先生のような外部の方に言われた方が、素直に聞いてくれる。
- ・ 地域住民へ普及啓発活動する際、どのように取り組んでいけたらいいか悩んでいます。普及啓発活動に関する研修会など開催していただけると幸いです。
- ・ 都道府県、市町村の事業の実際についての好事例や研修
- ・ 都道府県の後方支援についての学習会等
- ・ 市町支援の方法や市町の事業展開に関するアドバイザー派遣。
- ・ 事業担当に必要な基礎知識として、同様の内容を毎年開催又はDVD等で配布を希望。
- ・ 研修会は今後も開催してほしいが、その際には日数・時間が少々短いとありがたい。また、開催時期も議会の会期以外の時期に設定していただけるとありがたい。
- ・ 今回のような考え方を教えてもらえるようなセミナーがあると継続できそう。
- ・ 当課に異動してきた職員への最初の研修として非常に適した動画（研修）だと感じているので、データを提供していただけると大変ありがたく思います。もしくは、準備等の難しさがあるとは思いますが、年度初めに開催していただけるとありがたいです。
- ・ 県や国から提供される KDB データの分析方法についての研修
- ・ 現在は、市で保有しているデータを使って医療・介護連携に関する分析をしていますが、事務の持続可能性を高めるためにも、国から提供される KDB データを活用できるといいと考えています。活用できている自治体も少ないと思いますし、私自身含めデータについて集計できても解釈できる人材が不足しているという問題意識があります。どのような切り口で、どのように分析したらよいか研修いただけますとありがたいです。
- ・ ZOOM 等による研修会(参加者に向けた規範的統合)の講師など
- ・ 昨年度のセミナーで講師に提供いただいた訪問診療受給者実態調査を行いました。分析が難しいです。他の自治体での取り組みで分析をどのように行ったか、あるいはデータの読み方（バイアスのかからない見方のコツ等）を学ぶ機会があると大変ありがたいです。
- ・ 事例発表

## 第7章 思考強化のためのマニュアル作成

### 1. 考え方マニュアル作成に至った背景

- 2014年、地域支援事業の充実などを目指した介護保険法改正が行われ、翌年4月から在宅医療・介護連携推進事業がスタートした。2017年には地域包括ケア強化法が成立、翌年には保険者機能強化推進交付金が導入された。これは、地域特性に応じた様々な取組が進められていくとともに、こうした取組が市町村の間で共有され、より効果的な取組に発展されていくことを目指したものであり、現在、各種事業への取組状況や進捗状況を管理するための指標を定期的に評価するようになっている。単に事業を行うのではなく、より成果や結果につながる取組を行うことが、市区町村には強く求められているのである。
- こうした動きと並行して、国は、各種事業の適切な展開を推進するため、「介護保険事業（支援）計画策定の手引き」や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」などを作成してきた。さらには、都道府県による伴走型支援の推進も現在推進されている。
- このように、事業マネジメント力強化に向けた様々な対策がとられているが、市区町村の事業担当者からは、「現状や課題がよくわからない」といった現場の実態把握に関する悩み、「委託先とうまく連携がとれない」「庁内連携が図れない」といった庁内外の組織との連携に関する悩み、「事業をどう評価したらよいかわからない」といったマネジメントの考え方や手法に関する悩みをよく聞く。
- では、なぜ、こうした状況になっているのか。筆者はこれまで10数年、市区町村の介護保険事業計画の策定や事業運営への支援に携わってきましたが、その経験から、①異動が多いため、事業導入の背景や目的、経緯を理解することが難しい、②マネジメントの考え方や手法を教わっていない／イメージできていない、③通常業務において、マネジメントの考え方や手法を学ぶ環境が整っていないなどが主な原因であると感じている。
- これら3つの原因のうち、特に強化が必要と感じているのが、「マネジメントの考え方や手法がイメージできていないこと」である。現在国が策定している多くの手引きは、「何をやるべきか、どういった手順でやるのか」といった方法論を解説するもので、「どのように考えて展開すればよいのか」といった考え方の展開方法を具体的に解説するものにはなっていない。
- そこで、「現在の事業展開の考え方はどこが間違っているのか」に気づいてもらうとともに、「本来の考え方に沿った事業展開方法」がイメージでき、実践してみようと思えるようなマニュアルの作成を試みた。

## 2. 考え方マニュアルの内容について

- 市区町村職員が適切に事業を展開するためには、
  - ① 在宅医療・介護連携が必要な背景を知り、関係者に説明できる
  - ② マネジメントの基本がわかっている
  - ③ あるべき展開方法を知った上で、現在行っている方法のどこが間違っているかを自覚している
  - ④ あるべき展開方法に近づくためには、現在の方法のどこをどのように変えないといけないかを知っていることが必要となる。また、他地域の担当者の思考プロセスやその活用方法なども知っているとよりイメージが高まることになる。
- そこで、これら内容を盛り込んだマニュアルを作成した。このうち、他地域の担当者の思考プロセスやその活用方法については、研修会参加者に協力いただく形でまとめた。
- 詳細については、本事業の成果物である「効果的な計画を策定するための考え方マニュアルー在宅医療・介護連携の推進に向けてー」を参照されたい。

図表 7-1. マニュアルの目次について

<目次>

はじめに .....	1
1. なぜ、在宅医療・介護連携が必要なのか.....	2
1) 人口構造は今後どう変わるのか .....	2
2) なぜ医療・介護連携が必要なのか .....	2
2. マネジメントの基本構造と PDCA サイクルのあるべき展開手順 .....	4
1) 求められる事業マネジメント力の向上 .....	4
2) マネジメントの基本構造とは .....	5
3) 厚生労働省が示す「PDCA サイクルのあるべき展開手順」とは .....	6
4) 本マニュアルの範囲について .....	7
3. 現在の展開方法／考え方の問題点はどこか .....	8
1) 「手段をどうするか」から考えてしまっている .....	8
2) 目指す姿(ビジョン)が置けていない／関係者と共有できていない .....	9
3) 課題の捉え方が間違っている .....	10
4) 連携当事者／住民へのヒアリングが不十分である .....	11
5) 原因を関係者と検討・共有できていない .....	12
6) 目的を意識した対策の検討ができていない .....	13
4. あるべき展開方法に近づけるための5つのポイント .....	14
1) 「目指す姿／目的は何か」を関係者と検討した上で、解決手段を考えてみよう ..	14
2) 解決したいテーマを具体化してみよう .....	16
3) 具体化したテーマについて、関係者と一緒に、原因と対策を考えてみよう .....	18
4) 対策に期待したことを整理し、現状と比較してみよう .....	20
5) テーマ決定⇒原因と対策の検討⇒評価の一連の展開方法を整理してみよう .....	22
5. I市における検討状況／活用状況(事例紹介) .....	24
1) 検討状況 .....	24
(1) 解決したい具体的テーマをどう設定したか .....	24
(2) 目指す姿をどう設定したか .....	25
(3) 原因／解決すべき原因(根本原因)をどう設定したか(看取り場面) .....	25
(4) 対策をどう設定したか .....	26
(5) 対策に期待したこと／評価指標をどう設定し、どう把握しようと考えたか .....	26
2) 検討結果の活用とその反応 .....	28
(1) 活用に至った経緯は .....	28
(2) 委員の反応はどうだったか .....	29
おわりに .....	30

## 第8章 今後に向けて

### 1. 市区町村職員のマネジメント力強化に向けて

- 市区町村の事業マネジメント力強化に向け、国は、様々な対策（①各種手引きの作成、②データの利活用の促進、③財政的インセンティブの付与、④都道府県による伴走型支援の強化など）を展開してきたが、事業担当者からは、「現状や課題がよくわからない」といった現場の実態把握に関する悩み、「委託先とうまく連携がとれない」「庁内連携が図れない」といった庁内外の組織との連携に関する悩み、「事業をどう評価したらよいかわからない」といったマネジメントの考え方や手法に関する悩みをよく聞く。
- では、なぜ、こうした状況になっているのか。その原因としては、①異動が多いため、事業導入の背景や目的、経緯を理解することが難しい、②マネジメントの考え方や手法を教わっていない／イメージできていない、③通常業務において、マネジメントの考え方や手法を学ぶ環境が整っていない、④内外の人や組織を動かす経験が少ないなどが考えられる。
- したがって、とるべき対策は、「①学ぶための環境を整える」「②考える力を強化する」「③内外の人や組織を動かす方法を学ぶ／体感する」である。
- 対策①「学ぶための環境を整える」ために、本事業では、各種テキスト及びビデオ教材を作成した。異動が多く、かつ、業務時間内に学ぶ時間を確保することが難しい市区町村職員にとって、時間外でも学ぶことができる教材があることは重要と考える。このことは、在宅医療・介護連携推進事業だけでなく、他の事業でも同様であり、**事業ごとに、こうした教材を用意する必要がある。**
- 対策②「考える力を強化する」ために、本事業では、研修会の試行と考え方マニュアルの作成を行った。研修会参加者のアンケートをみても、演習を通じて「どのように事業を展開するのか」はある程度イメージできたと考えるが、一部参加者からは、「演習に落とし込む際に悩むことも多く、現場で実際に取り組めるかどうか、自信がない」という意見もあった。考える力は、繰り返し実施しないと身につかない。国が進めている**厚生局や都道府県による伴走型支援の枠組みを使って、考える力を高める取組を継続的に進めていく必要がある。**

### 2. 在宅医療コーディネーターのコーディネート力向上に向けて

- 在宅医療コーディネーターは、医療機関や訪問看護ステーションなどでの勤務経験者が多く、個々の利用者を支援することには慣れているが、必ずしも、**「関係者と目的を共有しながら、チームを機能させていくこと」には必ずしも慣れていない。**
- 「自分が動く」場合と、「相手に動いてもらう」場合では、必要なスキルが違う。後者では、特に、マネジメントの考え方やファシリテーション力（マインド・スキル）が重要となる。**在宅医療コーディネーターには、これら力を高めるための、実践的研修を行う必要がある。**
- 在宅医療コーディネーターは、委託元の市区町村と、委託を受けた地区医師会の間に入って活動を行う場合が多い。こうした活動を円滑に進めるためには、組織運営方法（意思決定方法、体制など）が異なる両組織の特徴、組織に属する人の思考や仕事の仕方の特徴を理解しながら、立ち振る舞うことが求められる。まずは、相手

(組織・人)を理解する必要があるが、そのためには、こうした対応ができていない在宅医療コーディネーターの業務方法を学ぶ必要がある。また、地区医師会には、孤立しがちな在宅医療コーディネーターを支援する体制も整える必要もある。

### 3. 市区町村担当者とコーディネーターの連携・協働を深めるために

- 本事業で行った研修会では、市区町村担当者と委託先の在宅医療コーディネーターなどが一緒に参加することを促した。そして、両者の相互理解と協働を促すために、同じテーマについて一緒に考える演習を多く取り入れた。その際、まず、個人ワーク（それぞれが考えたこと）を行った後、各人の考え方などをグループ内で共有する形とした。これは、「お互いの関心領域、考え方が違うこと」を認識するとともに（相互理解の促進）、「異なる意見を出し合った方が、よりよい意見につながる」ことを体感するため（成功体験の獲得）である。
- 両者の連携・協働を深めるためには、まず、こうした「一緒に考える場」を用意することから始めればよい。市区町村担当者にとって、「委託すること」イコール「すべてを任せること」に近い。一緒に進めるといった感覚はそもそも弱いのである（自分らには物理的・能力的にできないから委託しているという発想）。だからこそ、一緒に考える状況を作るのである。一度成功体験を獲得すると、別のテーマでも多様な意見を取り入れながら意見をまとめるような仕事の仕方をするようになる。
- 厚生労働省は、毎年、在宅医療・介護連携推進事業の実施状況調査を行っているが、その設問に、例えば「在宅医療コーディネーターと連携しているか」ではなく、「在宅医療コーディネーターと一緒に原因を検討しているか？」などを入れると、連携の実態がより明らかになる。実施の有無を聞くのではなく、どのような連携をしているのかを聞くのである。こうした問いは、「何をどのようにしないといけないのか」を学ぶ教育的意味合いを持つ。次年度以降の調査では、実施の有無ではなく、連携の質を問うような設問も入れていくべきである。また、こうした問いの内容は、インセンティブ交付金の評価指標とも連動させるべきである。

### 4. 伴走型支援のあり方について

- 現在、厚生局や都道府県による伴走型支援（実質的には、有識者が直接支援を行い、厚生局や都道府県がそのための仕組みを整える形が多い）が強化されている。
- 伴走型支援を効果的に展開するためには、厚生局や都道府県自身も、マネジメント力やコーディネート力を高める必要があるが、異動が多く、医療・介護サービス提供の現場から距離もあるため、市区町村同様、マネジメント力には課題が多い。
- したがって、厚生局や都道府県を対象としたマネジメント力強化の研修、両者を伴走支援するための仕組みも必要と考える。仕組みを作れば機能するわけではない。機能させるためには、そのためのスキル（マネジメント力、ファシリテーション力など）を身に付ける必要がある。