

2022.03.27

JANPU高等教育行政対策委員会
アカデミック・アドミニストレーション研修会

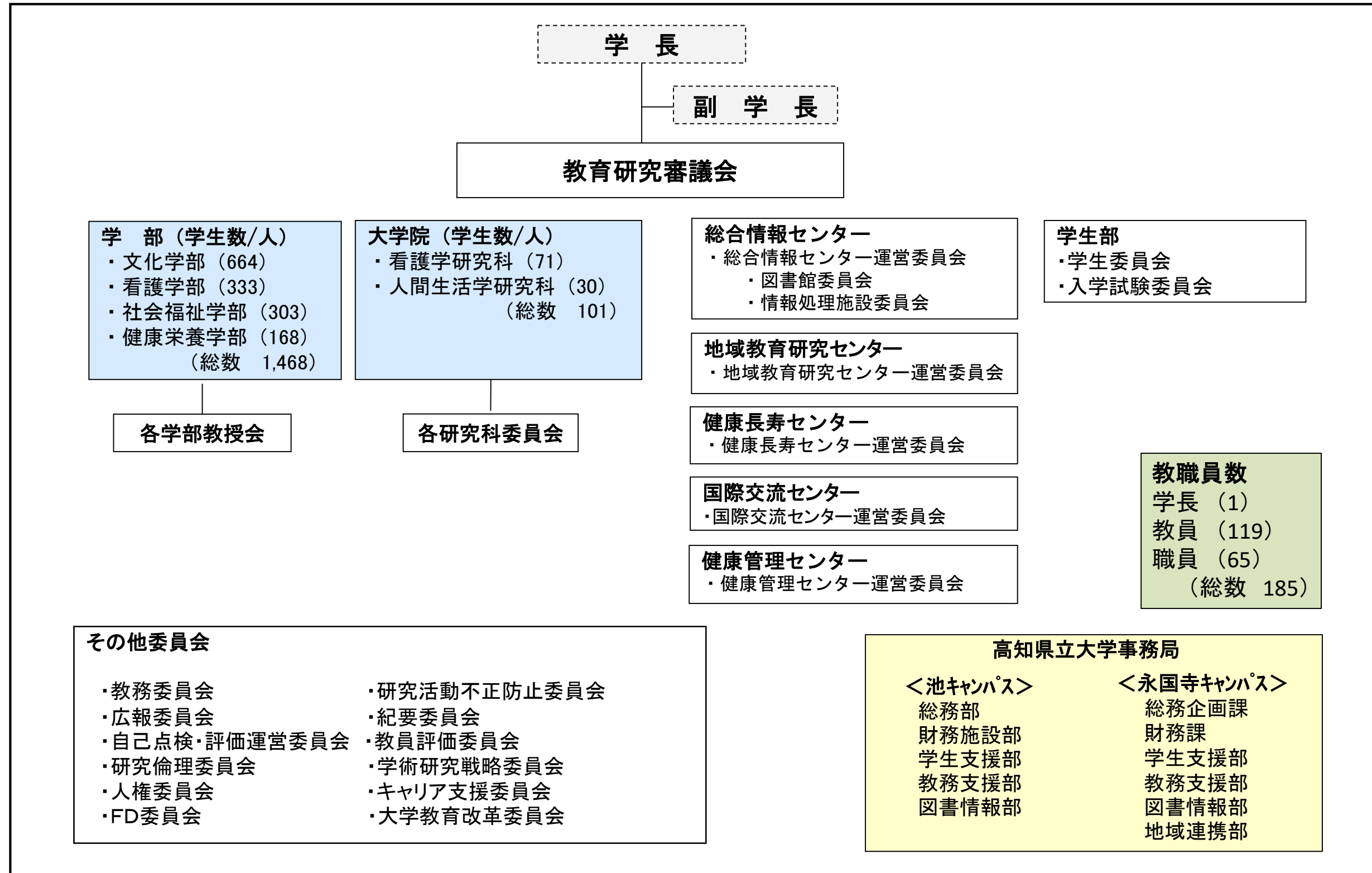
地域医療介護総合確保基金事業の活用

高知県立大学看護学部

森下安子

高知県立大学の紹介、組織図

令和3年5月現在



令和3年度 高知県立大学が受託を受けている 地域医療介護総合確保基金事業と獲得した予算

- 中山間地域等訪問看護師育成講座(寄附) 20,000,000円
- 介護職員喀痰吸引等研修事業(受託事業) 2,770,000円
- 入退院支援事業(受託事業) 13,979,000円
- 糖尿病保健指導連携体制構築事業(受託事業) 5,472,038円
- 高知県キャリア教育推進事業(補助金) 3,812,000円

総額 49,703,038円

高知県の現状と課題

高知県は高齢化、人口減少の先進県



2022年2月1日現在

- 人口：681,241人
- 65歳以上の高齢者：245,081人
高齢化率：35.9%
(75歳以上の割合：53.9%)
- 死亡者数*：10,304人
- 年間出生数*：4,177人
- 認知症高齢者の推計**：42,375人
(17.2%)
- 地勢：中山間地域が9割

*2022高知県調査 **2018高知県推計

日本一の健康長寿県づくり 5つの大目標

～「県民の誰もが住み慣れた地域で、安心して暮らし続けることのできる高知県」の実現を目指して～第3期(H28～H31)

I 壮年期の死亡率の改善

II 地域地域で安心して住み続けられる県づくり

III 厳しい環境にある子どもたちへの支援

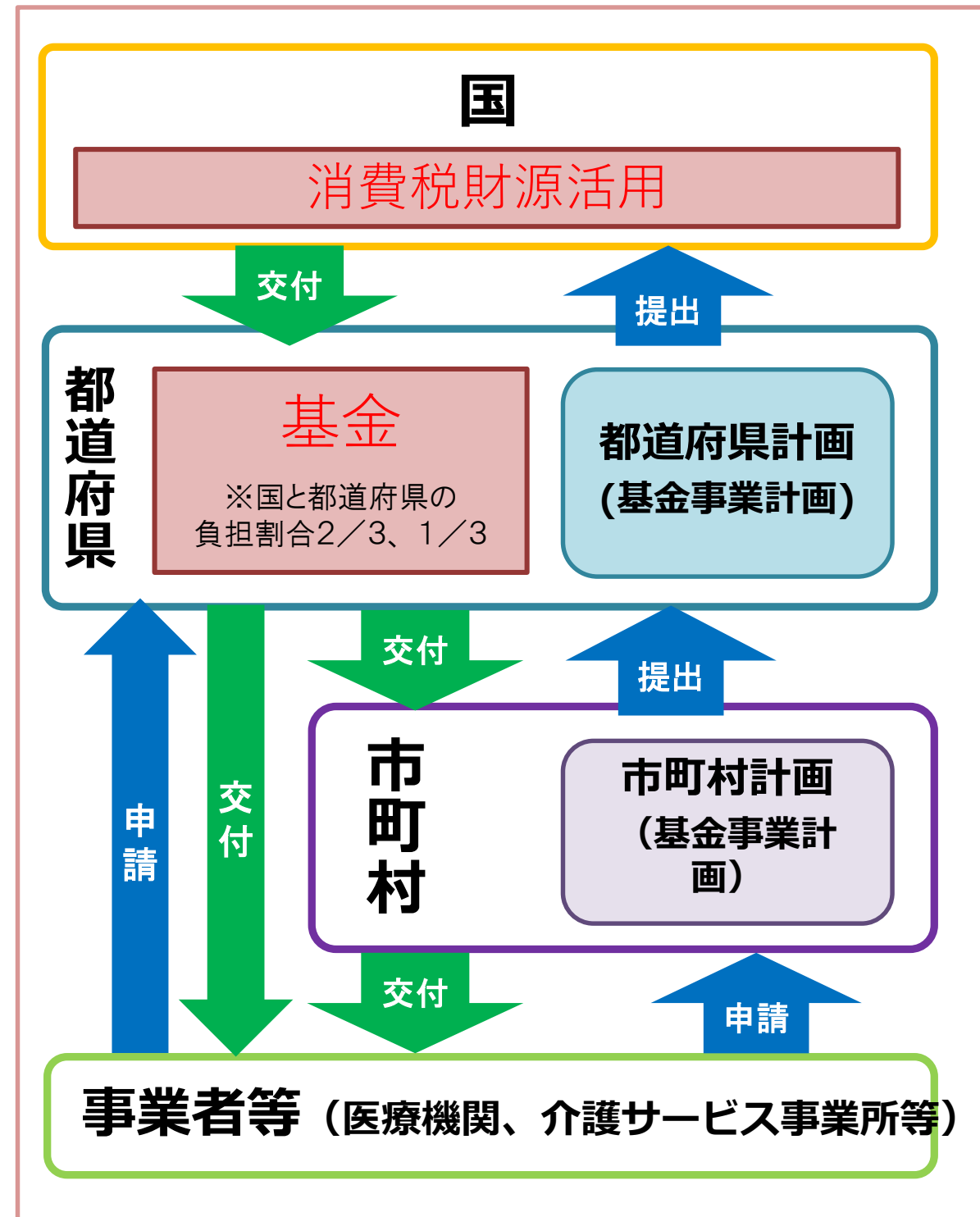
IV 少子化対策の抜本強化

V 医療や介護などのサービス提供を担う人材の安定確保と産業化

**地域医療介護総合確保基金事業
(以下、基金事業) への政策提案まで経過**

地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
 - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間（原則1年間） / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

基金事業提案に向けた平成26年度の動き

●学長企画による学内での研修会

講師：高知県健康政策部副部長 家保 英隆 先生

●学内で検討チーム結成、事業提案へ

県が策定した「日本一の健康長寿県構想」に基づき

* 中山間地域の訪問看護を支援する高知訪問看護コンソーシアム構想(H26提案)

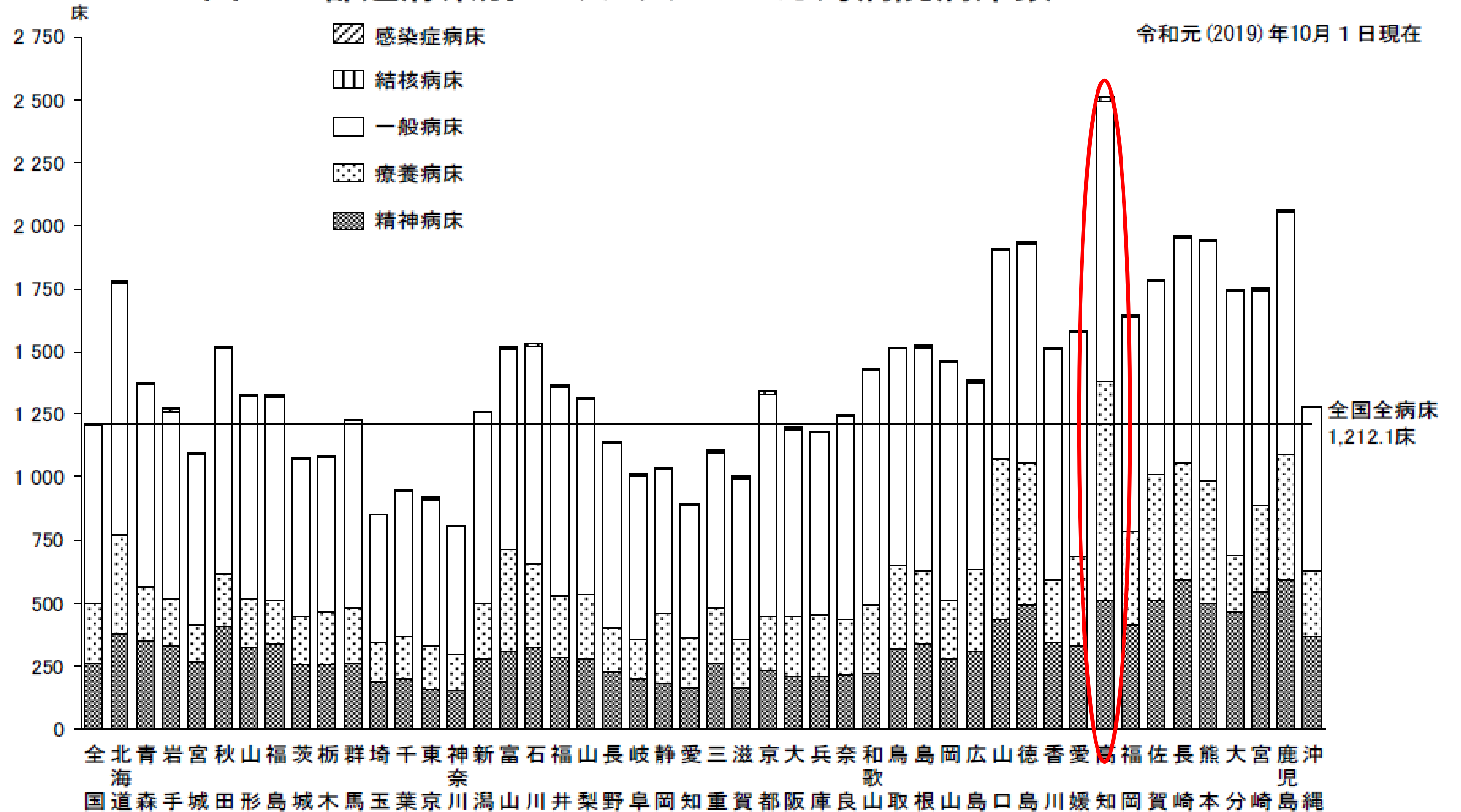
* 退院支援体制推進事業(退院支援事業)(H27年提案) → 入退院支援事業

●行政との事業内容等の綿密な調整

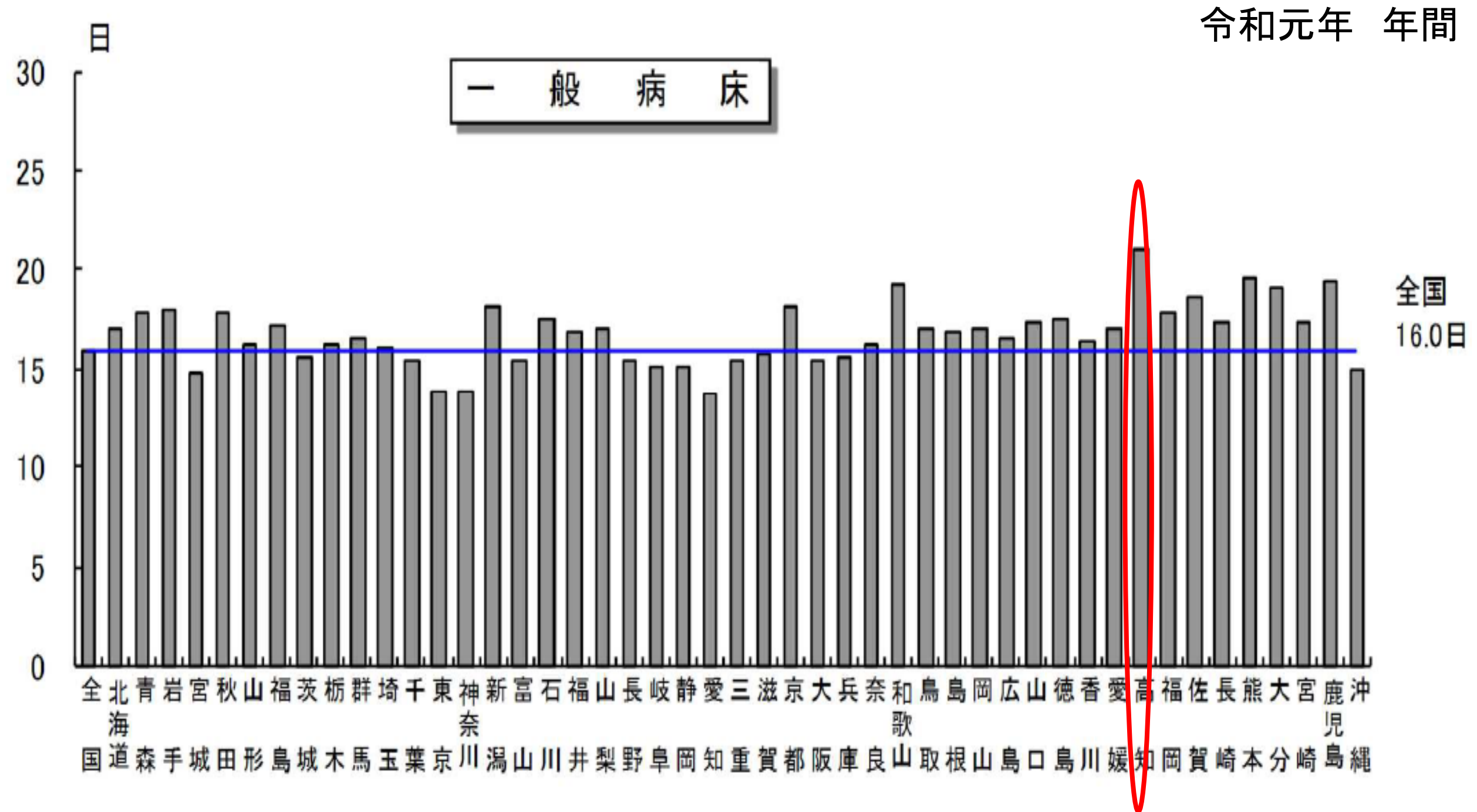
* 「中山間地域等訪問看護師育成講座」に変更

入退院支援事業

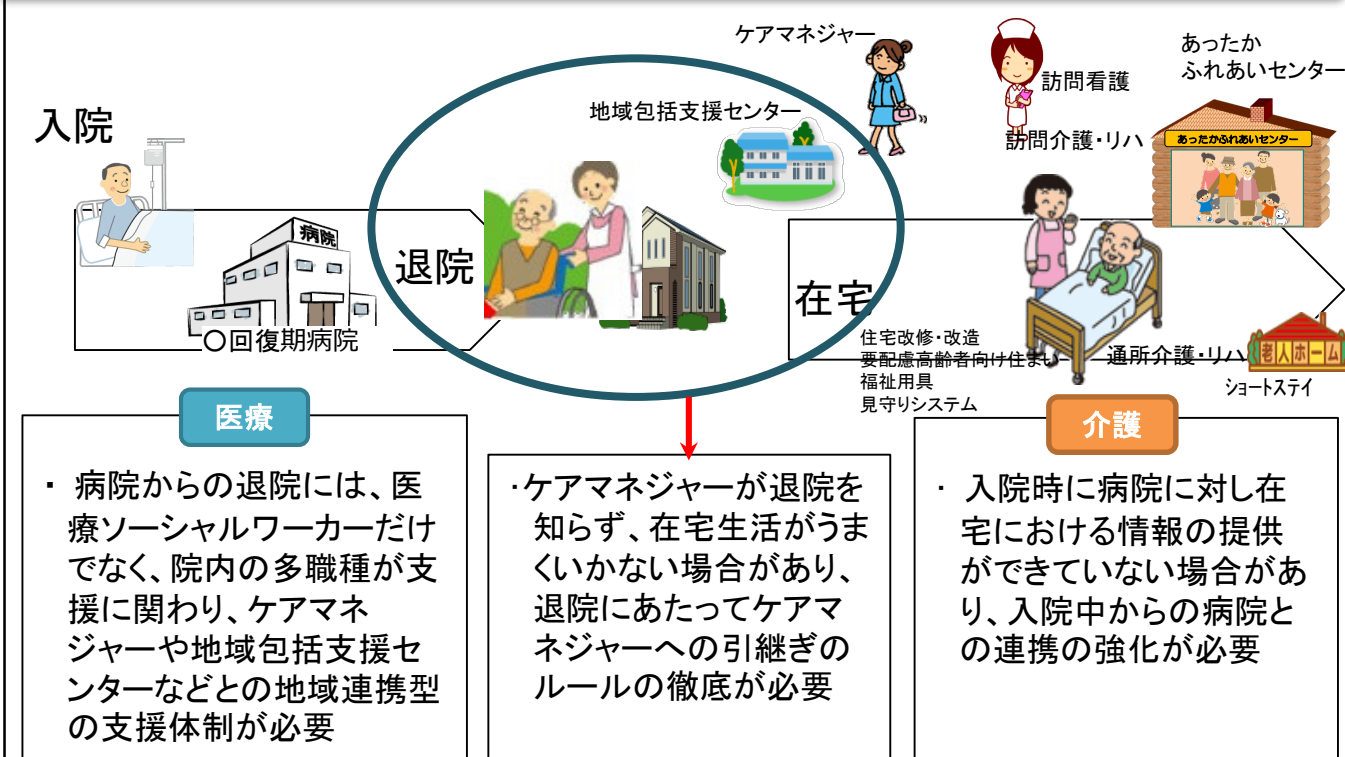
図3 都道府県別にみた人口10万対病院病床数



都道府県別平均在院の日数



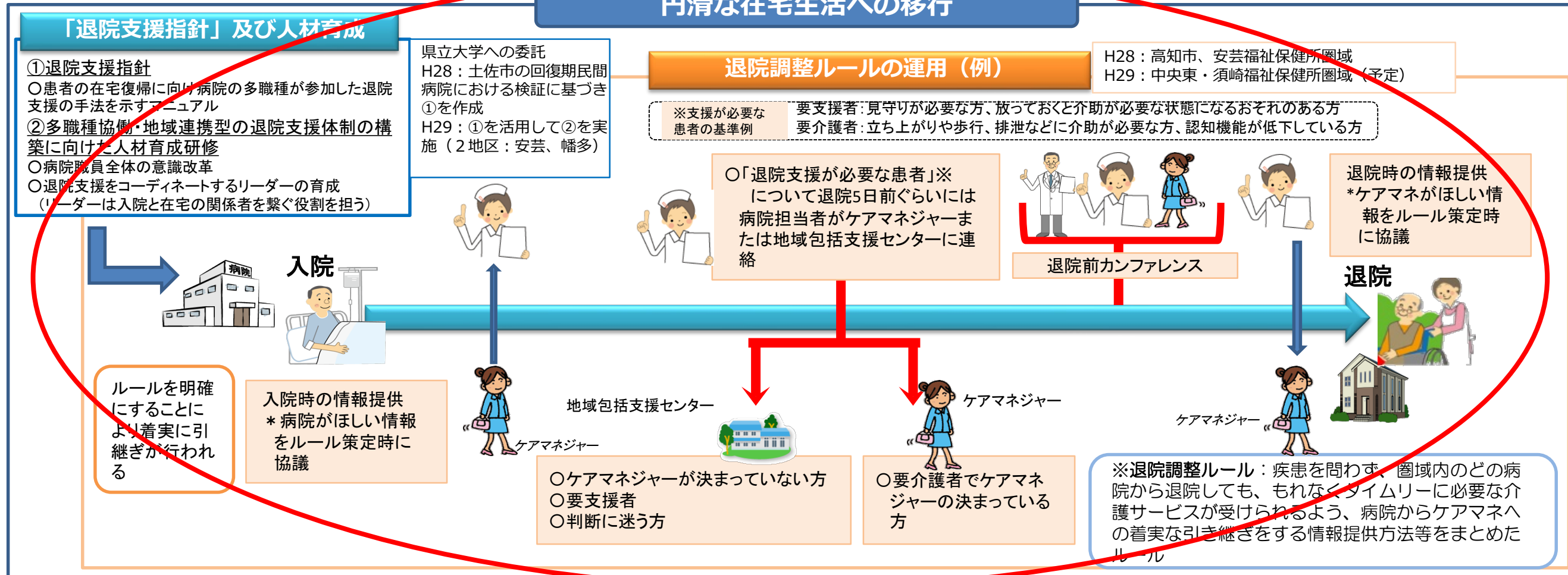
1 現状と課題



2 平成29年度の取り組み

- 「(地域連携型) 退院支援指針」の策定及び人材育成
 - 「退院支援指針」を活用した研修により、病院管理者や看護職等による病院の退院支援体制の構築を推進
 - 病院の機能、地域の状況にあわせた退院支援に向けた研修の実施
 - 病院内の多職種協働による退院支援を推進するコーディネーター役の養成
- 福祉保健所圏域ごとの「退院調整ルール」策定・運用への支援
 - 県と市町村が協働で、病院と介護側（ケアマネジャー・地域包括支援センター）とが協議しながら地域の実情に応じた「退院調整ルール」を策定

円滑な在宅生活への移行



日本一の健康長寿県構想 3つの柱

—高知県が目指す姿—

「県民の誰もが住み慣れた地域で、健やかで心豊かに安心して暮らし続けることのできる高知県」：第4期R2～R5

**I 健康寿命の延伸に向けた意識醸成と
行動変容の促進**

**II 地域で支え合う医療・介護・福祉サービス提供
体制の確立とネットワークの強化**

III 子供たちを守り育てる環境づくり

II 地域で支え合う医療・介護・福祉サービス提供体制の確立とネットワークの強化

【目標】 居宅介護支援利用者の平均要介護度
(R1年度 → R5年度) 2.095 → 2.200
※在宅での生活を希望される介護が必要な方が、住み慣れた地域で暮らし続けられるようにする

1 高知版地域包括ケアシステムの構築

1) あったかふれあいセンターの整備と機能強化 2) 在宅療養体制の充実 ～ネットワーク・システムづくりの推進～

日常生活・予防

拡 あったかふれあいセンターの整備と機能強化



- 拠点とサテライトの整備促進
- 専門職の派遣による介護予防等を推進

②ゲートキーパーのさらなる対応力向上に向けた取組

- ・民生委員・児童委員の活動支援など

③地域包括支援センターの機能強化

④さらなる介護予防・フレイル予防の取組強化

- ・通いの場への参加促進
- ・保健と介護予防の一体的実施の支援

拡 市町村でのフレイルチェックの取り組みへの支援 (オーラルフレイル含む)



発病・入院

①地域のネットワークづくりへの支援

- ・「地域包括ケア推進協議体」等を活用した顔の見える関係づくりへの支援

②入院から退院、在宅までの流れを支援するしくみづくり

- 拡 高知家@ラインを活用した医療と介護の連携の強化
- 拡 入退院支援体制の構築にかかる医療・在宅関係者の人材育成・連携強化

拡 ACP (アドバンス・ケア・プランニング) の推進

③在宅療養体制の充実

- 拡 訪問診療 ※病期に応じた医療連携体制の構築、在宅療養ができる環境整備
 - 訪問看護サービス ※中山間地域等における安定的な訪問看護システムの確立
 - 介護サービス ※中山間地域等の介護サービスの確保
 - 在宅歯科医療 ※在宅歯科連携室を核とした訪問歯科診療等を促進
 - 訪問服薬支援 ※在宅服薬支援事業「高知家お薬プロジェクト」
- 在宅療養推進懇談会 ※新たな施策の提案等を行う有識者等による懇談会の開催

リハビリ・退院

在宅療養

2 障害などにより支援を要する人がいきいきと暮らせる環境づくり

- ①障害の特性等に応じた切れ目のないサービス提供体制の整備
 - 新 医療的ケア児等コーディネーターを活用した相談支援体制の充実
- ②障害の特性等に応じて安心して働ける体制の整備
 - 拡 多様な働き方の推進 (テレワーク、短時間勤務雇用)
 - 拡 農福連携の推進
- ③ひきこもりの人への支援
 - 拡 市町村における相談支援体制の充実
 - 拡 ひきこもり支援従事者等の人材の育成
 - 拡 多様な社会参加に向けた支援
- ④自殺予防対策の推進
 - 拡 包括的な相談支援体制の充実とネットワークの強化
- ⑤依存症対策の推進
 - 拡 地域における相談支援体制の充実及び医療体制の整備

3) 総合的な認知症施策の推進 ～「高知県認知症施策推進計画」を策定して支援を強化～

早期発見

新 行方不明高齢者の早期発見に向けた支援

- ・認知症初期集中支援チームの活動充実への支援

拡 かかりつけ医認知症対応力向上研修及びフォローアップ研修 など

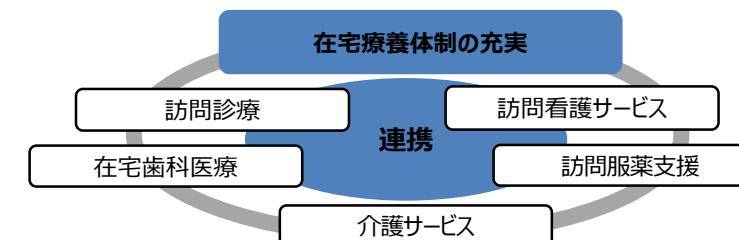
鑑別診断

拡 認知症疾患医療センターの体制強化

- 新 チームオレンジの推進
- ・認知症地域支援推進員の活動支援 など

通院治療 (在宅療養・施設介護)

在宅療養体制 (連携イメージ)



システム全体を下支え

3 医療・介護・福祉インフラの確保

地域医療構想

- ・療養病床の介護医療院等への転換(施設改修等の支援)
- ・防災上の観点も踏まえた耐震化等整備への上乗せ助成
- 拡 病床のダウンサイジングへの支援 (施設改修、処分等)

救急医療

- ・ICTを活用した救急医療体制の充実
- 拡 救命救急センターの機能強化
- 拡 ドクターヘリの円滑な運航の継続



へき地医療

- ・医療従事者の確保・支援
- 拡 医療提供体制への支援
- ・総合診療専門医及び臨床研究医の養成



介護サービス

- ・中山間地域の介護サービスの充実を図るため、訪問介護等のサービス提供への支援
- ・地域の多様なニーズに対応可能な福祉サービス提供施設の整備を支援 (小規模多機能型居宅介護事業所等)

4 医療・介護・福祉人材の確保

人材確保

医療人材

- ・高知医療再生機構と県・大学・医師会・医療機関が連携しながら医師の人材確保・支援施策を実施
- ・奨学金の貸与や専門研修プログラムの実施など、医学生及び若手医師の育成、資質向上の視点を重視した医師支援策の充実

福祉・介護人材

- 拡 ノーリフティングケアの取組拡大とICTの導入支援
- ・福祉・介護事業所認証評価制度を通じた魅力ある職場づくり
- 拡 多様な働き方の推進と資格取得の支援 (介護職員初任者研修など)
- 拡 外国人材の活用 など



ノーリフティングケアの推進

平成22年～「退院移行支援コンサルテーション業務」

～病院と地域が協働でかかわる、在宅移行支援に向けたしくみづくり～

平成22年度～ A市地域ケア体制整備事業：円滑な在宅移行支援に向け、**病院と地域が協働で関わる仕組みをつくる**ため、ケアマネジャー及び病院の退院調整に向けた動きについて一定のルール作り。退院時ケアカンファレンスの実施や、連絡票の開発・活用に向けた検討。

平成24年度～ 退院移行支援コンサルテーション業務：地域内に普及するためB保健所管内3ブロック基幹病院(A市民病院、C病院、D病院)の基幹病院コーディネーターの退院支援・調整及び連携能力を高めることを目的に、県立大学による**コンサルテーション**及び**患者満足度調査**研究を実施。

【業務内容】

- ・コンサルテーション業務
- ・患者満足度調査研究
- ・地域病院協働型在宅移行支援フローチャート等の作成



成果：地域病院の情報共有や方向性の検討の推進、カンファレンスの定着、自宅への退院率の向上、平均在院日数の減少

平成26年～ 地域医療連携体制強化業務 平成28年（基金事業として位置づけ）～ 退院支援体制推進事業

【成果】A市民間病院・回復期リハ病棟における退院支援体制の構築、退院支援加算Iの取得、自宅復帰率の上昇、多職種連携の促進・地域連携の定着化

- 平成22年度からの事業で培った実績、研究結果（アクションリサーチ）をもとに「**地域・病院・多職種協働型の退院支援の仕組み作りガイドライン**」を策定に至る

平成29年～ 退院支援事業

- 「**地域・病院・多職種協働型の退院支援の仕組み作りガイドライン**」を活用した地域病院多職種が協働する入退院支援システム作りを**県内に拡充**
- 平成30年度から**急性期-回復期-在宅**へとシームレスに移行するフローシート作成に取り組む
- 令和元年度からは**入退院支援事業モニタリングシート**の作成に取り組む。今までモデル基幹病院として事業に参加した医療機関での入退院支援の定着状況の確認及び自施設の評価、改善に役立てるためのツールとして開発

入退院支援事業における基金事業等の実績額について

実施年度	事業名	実績額等	契約種別
平成24	退院移行支援コンサルテーション業務	1,590,225円	受託
平成25	退院移行支援コンサルテーション業務	2,066,442円	受託
平成25	中央西地域包括ケアシステム構築事業」事業評価調査結果の分析業務	602,784円	受託
平成26	地域医療連携体制強化業務	982,800円	受託
平成27	地域医療連携体制強化業務	982,800円	受託
平成28	退院支援体制推進事業	5,691,395円	受託(基金)
平成29	退院支援事業	8,967,000円	受託(基金)
平成30	退院支援事業	13,950,000円	受託(基金)
令和元	退院支援事業(入退院支援事業)	16,233,000円	受託(基金)
令和2	退院支援事業(入退院支援事業)	13,749,000円	受託(基金)
令和3	退院支援事業(入退院支援事業)	13,979,000円	受託(基金)

事業経過：令和6年まで

目標達成への 取組項目	H26～H29	H30	R1(H31)	R2	R3	R4～R5	R6
体制構築の基となる マニュアルの作成	退院支援指針の 作成		入退院支援 マニュアルの 作成及び配布				
地域における連携の 中心医療機関の確保	中心的な入退院支援体制構築基幹病院を 各地域で確保		高知市内の医療機関で取組の実施(東西南北圏域)				
	幡多地域における取組を実施		安芸地域における取組を実施				
	地域包括支援センター等との連携構築、地域における研修による顔の見える関係作り、多職種による協働支援 など						
人材育成及び 組織体制整備	研修事業による支援担当、リーダー等の人材育成						
	地域・病院・多職種協働型入退院支援 システムモニタリングシートの作成及び 活用		モニタリングシート活用マニュアルの作成及び活用				
	モニタリング運営会議の開催						
各地域での取組	病院・地域・多職種と保健所による連携						

【大学が地域・病院・多職種と取り組むSTEP】

「地域・病院・多職種協働型 入退院支援の仕組み作りガイドライン」に基づく支援内容抜粋

STEP1 地域・病院・多職種協働型の入退院支援体制に向けた基盤整備

- 支援体制を構築するエリアを決定する
- 入退院支援体制強化に向け病院と地域から運営メンバー・参画病院を決定する

STEP 2 入退院支援の優先課題と目指す姿の決定

- 病院・地域・多職種が入退院支援の課題共有と優先順位・目指す姿を決定
- 病院・地域独自の強みを活かした「入退院支援可視化シート(以下、「可視化シート」)を作成し、病院と地域に周知する

STEP 3 入退院支援の事例展開を積み重ね仕組みを定着化

- 「可視化シート」を活用し地域・病院・多職種協働で事例展開を積み重ねる
- 病院と地域で事例展開ごとに丁寧に振り返り会を行う
- 「気づき」や「学び」を「可視化シート」に反映・修正・定着化

STEP4 入退院支援体制の洗練化

- 地域と共に「可視化シート」に基づいた入退院支援の展開を継続し振り返りで明確になった「効果」と「課題」をもとに仕組みを洗練化
- 入退院支援システムモニタリングシートを活用し、更なる入退院支援の質向上と連携強化を目指す

地域・病院・多職種協働型入退院支援とは

地域から病院、病院から地域の過程において
地域と病院の様々な多職種が、**課題と目標を
共有**し、**対等な関係性を築き対話を繰り返**
**しながら互いに持っている知恵や資源を出し
合って活用**し、**早期の社会復帰および在宅生
活の安定に向けたケアを創造・実践していく
仕組み**



**主体的な選択を地域・多職種で支える
仕組みづくり**

病院組織

【入退院支援体制の強化に向けたキーワード】

【既存の仕組みを強化】

各組織の機能や専門性、強みを明確化し病院と地域、多職種をつなぎ、切れ目のない支援体制の構築

【外来部門との連動】

入院前の患者・家族の困りごとや在宅療養状況を地域連携室や病棟と共有し退院に向けた具体的課題をケアに移行する



【運営メンバー会議による病院と地域の連携強化】

病院と地域が考える課題や強みを相互理解した上で地域特性に応じた入退院支援の仕組みを構築する

【多職種協働にむけたコーディネート能力の発揮】

単独では解決できない課題に向け多職種・多領域で支援できる体制構築に向けたコーディネート機能が発揮できる組織へ

【大学が地域・病院・多職種と取り組むSTEP】

「地域・病院・多職種協働型入退院支援の仕組み作りガイドライン」支援内容抜粋

STEP 1 地域・病院・多職種協働型の入退院支援体制に向けた基盤整備

- 支援体制を構築するエリアを決定する
- 入退院支援体制強化に向け病院と地域から運営メンバー・参画病院を決定する

STEP 2 入退院支援の優先課題と目指す姿の決定

- 病院・地域・多職種が入退院支援の課題共有と優先順位・目指す姿を決定
- 病院・地域独自の強みを活かした「入退院支援可視化シート（以下、「可視化シート」）」を作成し、病院と地域に周知する

STEP 3 入退院支援の事例展開を積み重ね仕組みを定着化

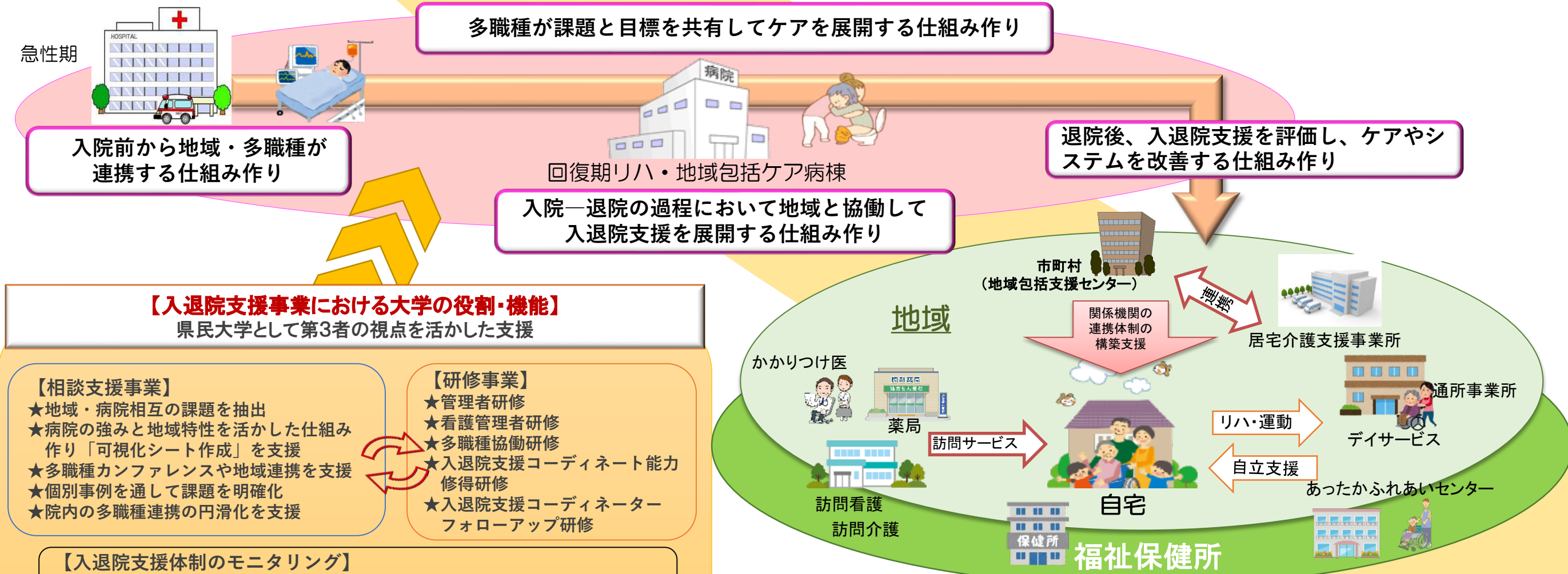
- モデル事例で「可視化シート」を活用し地域・病院・多職種協働で事例展開
- 病院と地域で事例展開ごとに丁寧に振り返り会を行う
- 「気づき」や「学び」を「可視化シート」に反映・修正・定着化

STEP 4 入退院支援体制の洗練化

- 地域と共に「可視化シート」に基づいた入退院支援の展開を継続し振り返りで明確になった「効果」と「課題」をもとに仕組みを洗練化
- 入退院支援システムモニタリングシートを活用し、更なる入退院支援の質向上と連携強化を目指す

地域・病院・多職種協働

【入退院支援体制の構築に向けたキーワード】



【入退院支援事業における大学の役割・機能】

県民大学として第3者の視点を活かした支援

【相談支援事業】

- ★地域・病院相互の課題を抽出
- ★病院の強みと地域特性を活かした仕組み作り「可視化シート作成」を支援
- ★多職種カンファレンスや地域連携を支援
- ★個別事例を通して課題を明確化
- ★院内の多職種連携の円滑化を支援

【研修事業】

- ★管理者研修
- ★看護管理者研修
- ★多職種協働研修
- ★入退院支援コーディネート能力修得研修
- ★入退院支援コーディネーターフォローアップ研修

【入退院支援体制のモニタリング】

これまでに事業を展開した病院・地域における現状把握・課題抽出と継続支援

新 入退院支援体制モニタリングシートの活用

令和3年度 入退院支援事業プロジェクトメンバー

《学内メンバー》

所属	職名等	氏名	備考
看護学部	教授	森下 安子	事業責任者 在宅看護
看護学部	教授	久保田聰美	看護管理
看護学部	准教授	川上 理子	在宅看護
看護学部	助教	竹中 英利子	在宅看護
看護学部	助教	源田 美香	在宅看護
社会福祉学部	准教授	大松 重宏	医療福祉
健康栄養学部	講師	廣内 智子	臨床栄養
教育研究戦略課	事業専任 コーディネーター	乾 由美	看護師・事業窓口
教育研究戦略課	主査	由比 由紀	事務局主担当

《外部メンバー》

職種	氏名
薬剤師	阿部恭宜氏 伊藤悠人氏
理学療法士	下元佳子氏

**多職種・多領域での
サポート体制**

【入退院支援事業：3つの事業】



大学は県民大学として

第3者の視点を活かした支援を展開

【モデル病院における相談支援事業】

- ★地域・病院相互の課題を抽出
- ★病院の強みと地域特性を活かした
仕組み作り「可視化シート」作成支援
- ★多職種カンファレンスや地域連携を支援
- ★個別事例を通して課題の明確化をサポート
- ★院内の多職種連携の円滑化を支援

【研修事業】

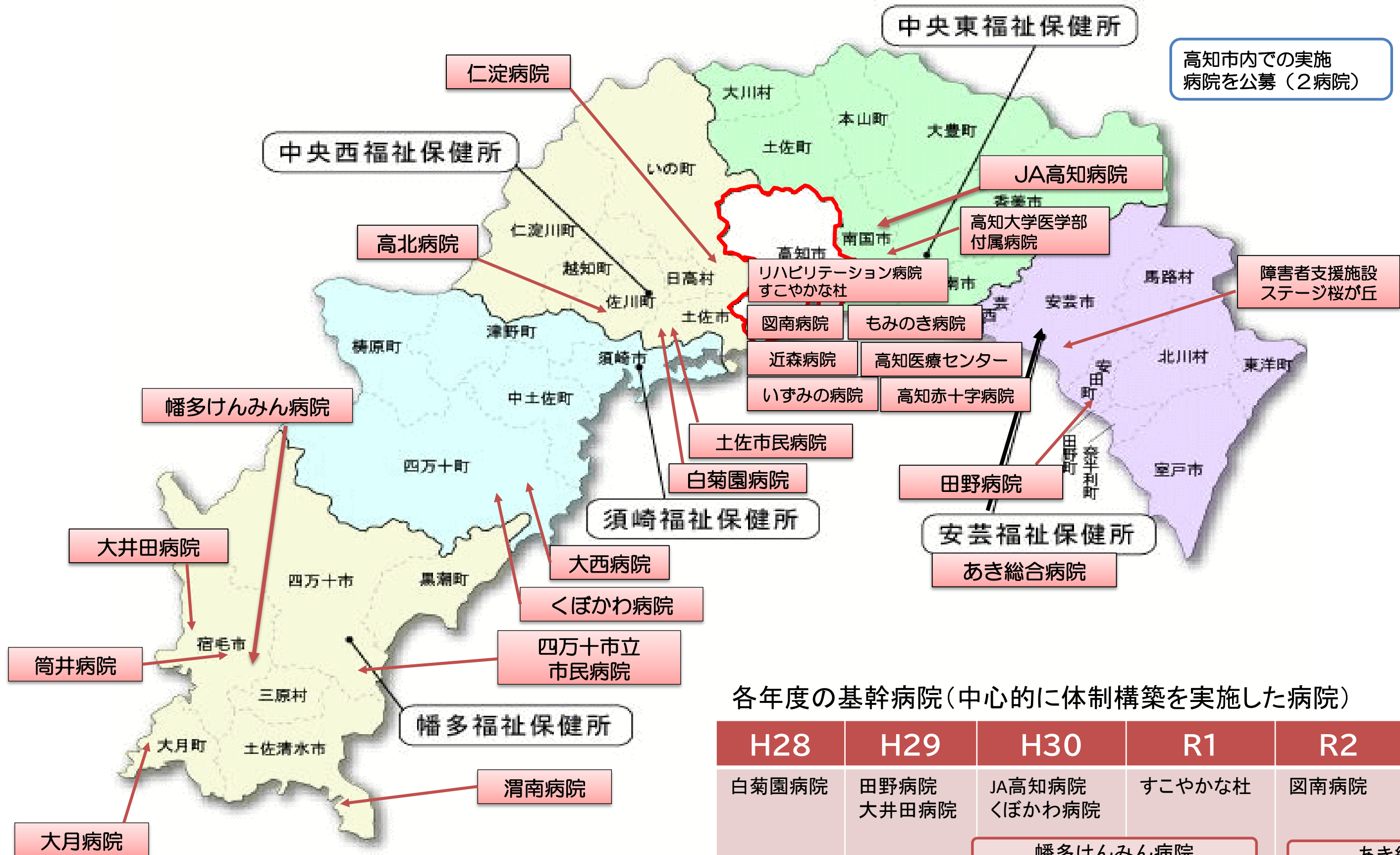
- ★管理者研修
- ★看護管理者研修
- ★多職種協働研修
- ★入退院支援コーディネーター
能力修得研修
- ★入退院支援コーディネーター
フォローアップ研修

地域特性、
組織特性
診療報酬の動き
を十分に考慮

【入退院支援体制のモニタリング事業】

これまでに事業を展開した病院・地域における現状
把握・課題抽出と継続支援
入退院支援体制モニタリングシートの活用支援

入退院支援事業 参加病院・施設



各年度の基幹病院（中心的に体制構築を実施した病院）

H28	H29	H30	R1	R2	R3
白菊園病院	田野病院 大井田病院	JA高知病院 くぼかわ病院	すこやかな社	函南病院	いずみの病院
		幡多けんみん病院		あき総合病院	

改めて大学の役割を考えてみると

- 現場の支援を第一にしつつ、多様な価値観において連携が必要な関係機関の調整を第三者の視点で関わる
- 専門家集団の「知」を地域に広げる
- 現場で見えてきた課題に対し、研究を重ね実働可能な仕組みづくりにつなげて行く
- 未来の地域を支える専門職者の育成を通して・・・

地域課題の解決・県民のライフデザインを支える

基金事業展開・発展に繋がった背景

- 大学トップのリーダーシップ
- 県行政との強いコネクション、信頼関係
- 県の健康課題とその施策との連動性
- 大学内事務職との協働
 - 県の事務の動き、予算の動き、用いる言語を熟知
- PDCAサイクルを確実に回し、発展していくことを念頭に置き、事業成果を確実に出す
- 卒業生とのネットワーク

令和3年度入退院支援事業報告会を
オンデマンド配信中(3/21-4/20)
高知県立大学健康長寿センターHPから
申し込みください。

ご清聴ありがとうございました

