

平成28年度 厚生労働省委託事業在宅医療・介護連携推進支援事業
「在宅医療・介護連携推進事業 プラン作成強化セミナー」
の資料を基本に、一部、最新資料や追加資料を加えたものです。

現状・課題把握と分析を通じた 効果的な事業の進め方

2017年6月6日

山形県 在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー
東京大学医学部在宅医療学拠点 松本佳子



東京大学 医学部 在宅医療学拠点

Center for Home Care Medicine, Faculty of Medicine, The University of Tokyo

お話しすること

1. 在宅医療・介護連携の「評価」

- 1) 地域マネジメント
- 2) 事業評価の枠組み
- 3) 医療計画・地域医療構想と介護保険事業(支援)計画
- 4) 数値化できない情報

誰のための事業？
何のための事業？
なぜ評価する？

2. 効果的な事業の進め方

- 1) (ア)～(ク)から解放される
- 2) 「在宅医療・介護連携推進事業」を越える
- 3) 「組織」を越える

3. 在宅医療・介護連携におけるマネジメント

1. 在宅医療・介護連携の「評価」

1) 地域マネジメント

地域包括ケアシステム（2016）



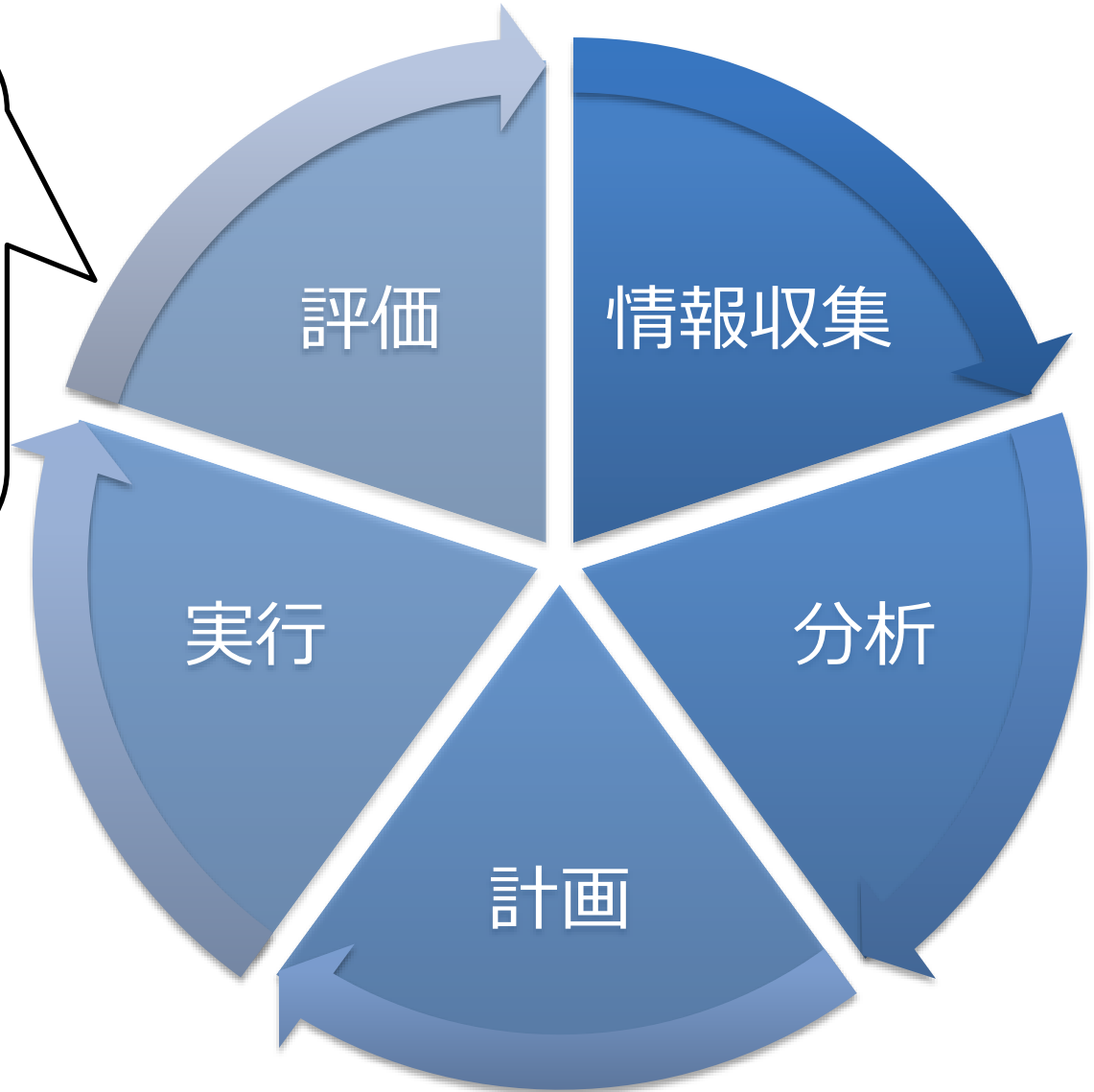
市町村の役割：地域マネジメント

- 「地域の実態把握・課題分析を通じて、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成・実行し、評価と計画の見直しを繰り返し行うことで、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組」
- 「地域包括ケアシステム構築における
工程管理」

マネジメントにおいて重要なこと： PDCAサイクル

- 医師：治療過程
- 看護師：看護過程
- ケアマネジャー：ケアマネジメントサイクル
- 行政職員：事業展開

いずれにも共通

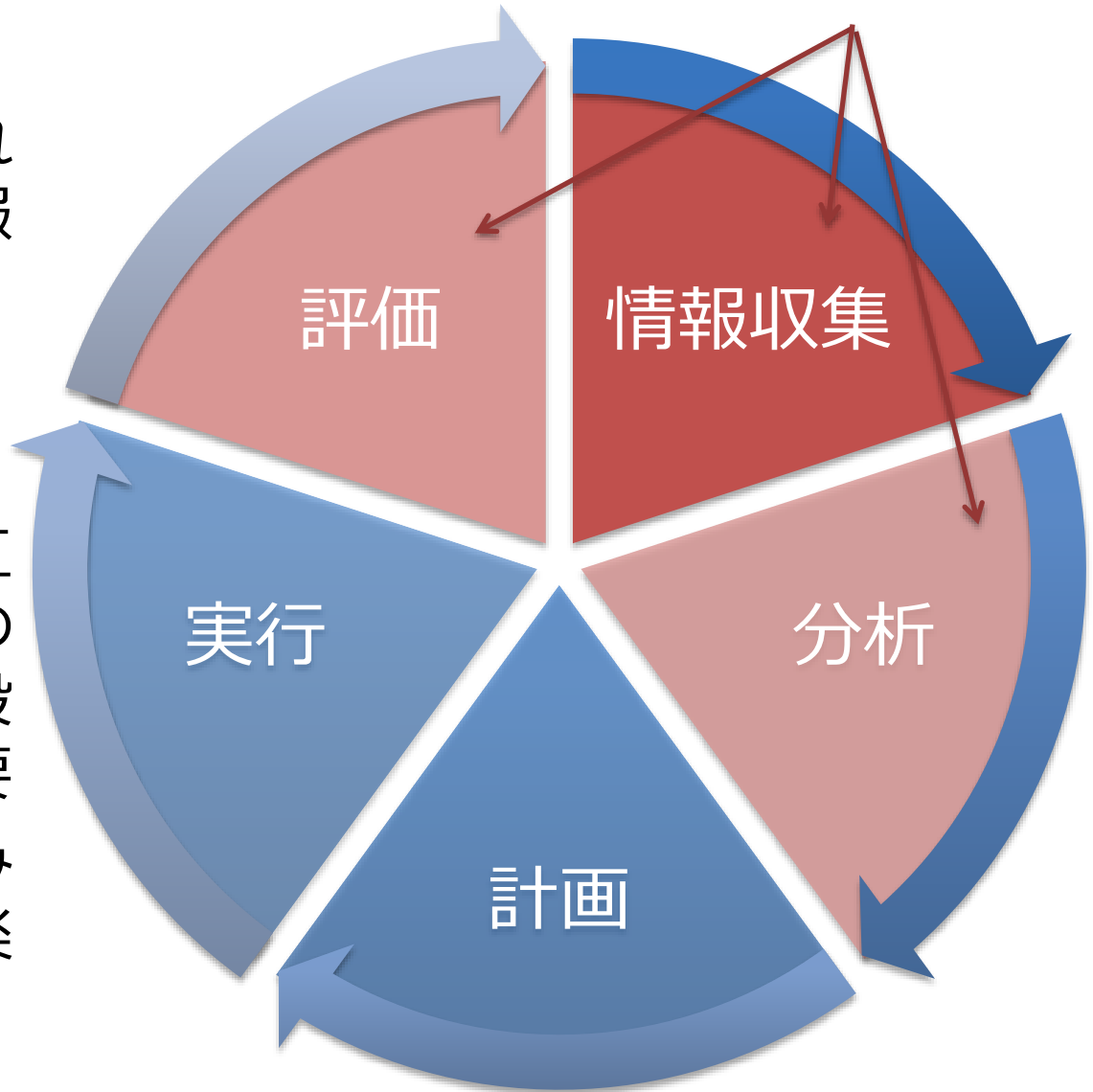


マネジメントにおいて重要なこと： PDCAサイクル

ここでのフォーカス

ポイント

- 評価の枠組みが決まれば概ね収集すべき情報の枠組みも決まる
 - 分析≒評価
- ▼
- 地域マネジメント＝工程管理において評価の枠組みをあらかじめ設定しておくことが重要
 - 冒頭でしっかり枠組みを作っておけば後が楽になる



在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等により、在宅医療・介護に関する相談窓口の設置・運営に取組を支援

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の

- ◆ 地域の医療・介護を通じ、多職種連携
- ◆ 介護職を対象とした等

※ 評価の枠組みを考える際には、（ア）と（イ）を除きいったんこの事業項目は忘れる（この項目は「実行」段階の分類のため）
 ※ 事業項目は「後付け」されていることが多い

在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と郡市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と事業の進め方のイメージ

①地域の医療介護連携の実態把握、課題の検討、課題に応じた施策立案

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集
- 情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討

②地域の関係者との関係構築・人材育成

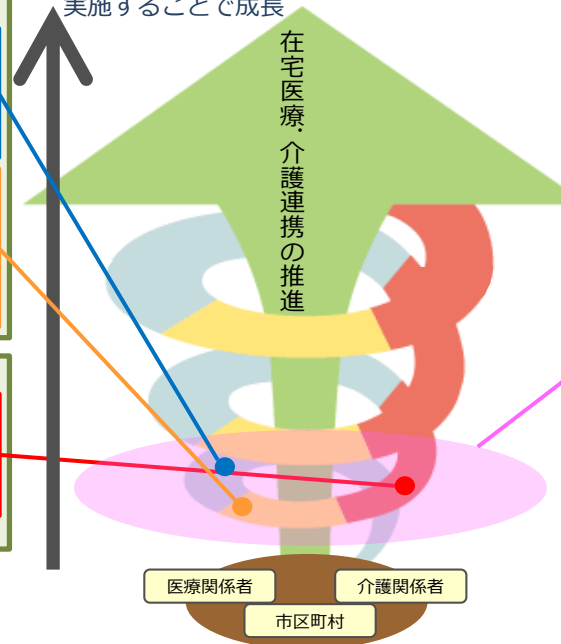
（カ）医療・介護関係者の研修

- 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催 等

* 地域の実情に応じて②と③を同時並行で実施する場合もある。



PDCAサイクルで継続的に実施することで成長



③（ア）（イ）に基づいた取組の実施

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援

（キ）地域住民への普及啓発

- 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- 在宅での看取りについての講演会の開催等

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

1. 在宅医療・介護連携の「評価」

2) 事業評価

評価にあたってのWs&H

- **Why : なぜ / 何のために評価するか**
 - 事業の目的は？
- **What : 何を評価するか**
 - 階層 : ストラクチャー・プロセス・アウトカム
 - 時期 : 移行期 (退院など) ・在宅療養期 (定時・臨時) ・看取り期
 - 対象 : ヒト (人的資源) ・カネ (コスト) ・モノ (物的資源)
- **Who : 誰が評価するか**
 - 患者・利用者 (消費者) ・一般住民 (潜在的な消費者)
 - 医療・介護従事者 (提供者)
- **When : いつ評価するか**
 - 例 : 介護保険事業計画・医療計画の改定に合わせて
- **How : どのように評価するか**
 - アンケートの実施 (日常生活圏域ニーズ調査などを含む)
 - レセプト・要介護認定調査・基本チェックリスト・施設 / 事業所の指定状況など行政等保有データの二次利用

評価のための枠組みの例： ドナベディアン・モデル (Donabedian, 1988)

測定指標例：アウトカムの実現に寄与すると予測される事業所・施設・人材等の量

測定指標例：アウトカムの実現に寄与すると予測されるケアの量や質

SPOの中で最重要と言って良い

ストラクチャー(S)

プロセス(P)

アウトカム(O)

※ ちなみにこの指標は独自にアンケートを行わないと把握できない。

測定指標例：「在宅で生活する認知症高齢者の日常生活自立度II以上の高齢者のうち80%以上が在宅生活の継続に大きな不安を感じない」(MURC. 地域包括ケア研究会：地域包括ケアシステムと地域マネジメント. 2016)

三方よし（近江商人）

- 医療・介護職等へのアンケート

売り手
高い職員満足
低い離職／病欠

買い手
高い利用者満足
ケアの質担保

- かつそれらが接合可能で相互の関連や時系列の変化を深掘することができるデータ構造がベター

- 住民へのアンケート
- ケアプロセスの可視化（アセスメント／ケア介入など）
- 状態像データの解析（要介護認定調査等）

世間（社会）
低い利用者1人あたりコスト
インフォーマル資源の活用

- コストデータ解析（レセプト等）
- 住民アンケートの地区別解析

事業評価の指標をあらかじめ持つておくことが重要

介護予防の推進

現状・課題

◆介護予防の事業評価と改善

- 介護予防の取組については「一般介護予防事業評価事業」において、定性評価に加え定量的指標により事業評価を行うこととしている。具体的には、プロセス指標、アウトカム指標等を用いた評価を行い、事業の改善に活用することとしている。

●地域支援事業実施要綱 別添5 総合事業の事業評価 1 総合事業に示された定量的指標

プロセス指標

- ・介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上参加者数及び割合
 - ・介護予防に資する住民主体の通いの場の状況
- その他の定量的指標の例を以下に示す。
- ①介護予防に関する講演会、相談会等の開催回数・参加者数
 - ②介護予防に関するイベント等の開催回数
 - ③介護予防に関するボランティア育成のための研修会の開催回数・育成数

アウトカム指標

- ・65歳以上新規認定申請者数及び割合
- ・65歳以上新規認定者数及び割合（要支援・要介護別）
- ・65歳以上要支援・要介護認定率（要支援・要介護別）
- ・日常生活圏域ニーズ調査等による健康に関連する指標の状況
- ・介護予防・日常生活支援総合事業の費用額
- ・予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業の費用総額

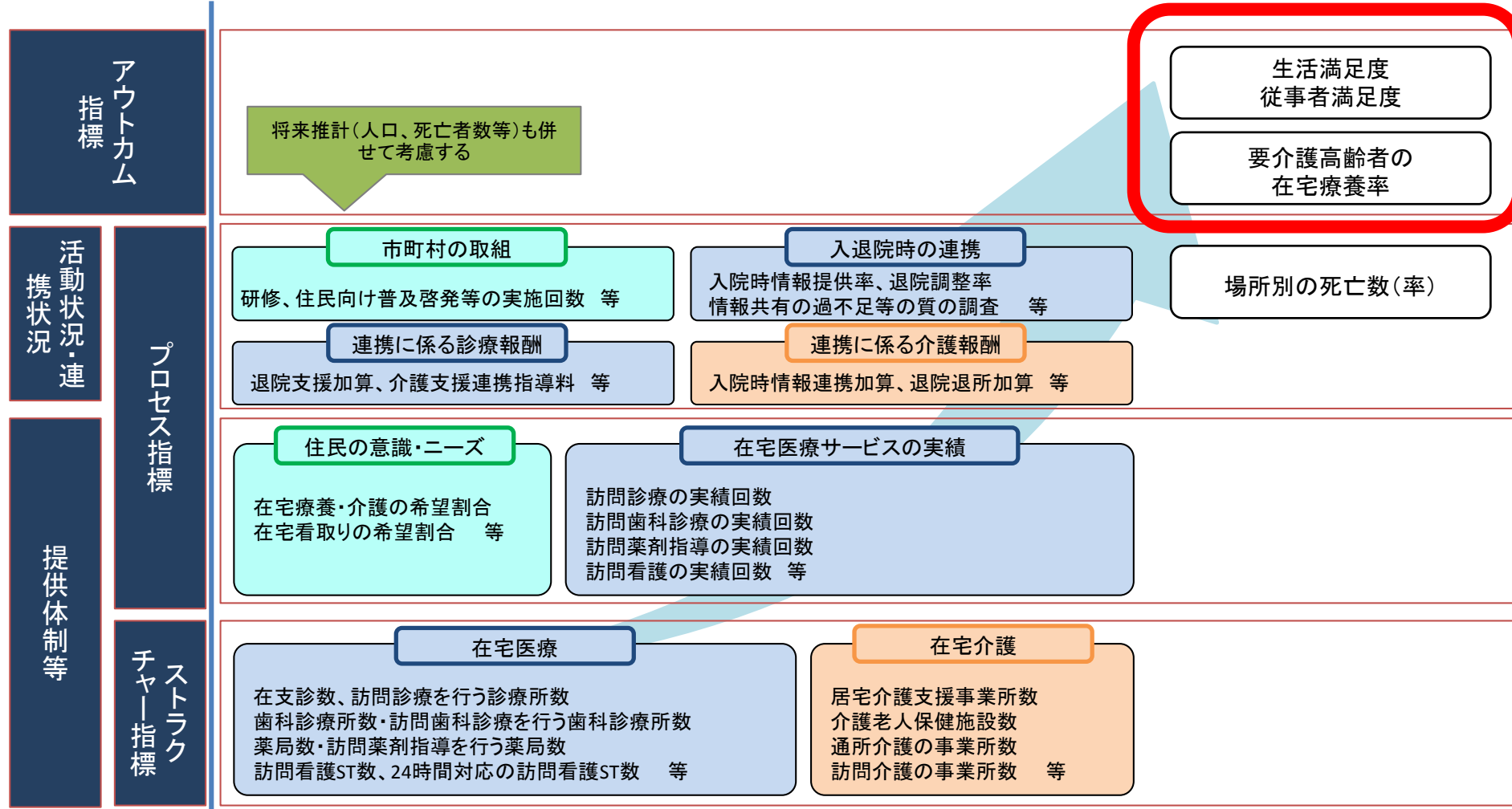
事業評価の指標をあらかじめ持つておくことが重要

別表11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

	退院支援		日常の療養支援		急変時の対応		看取り		
ストラクチャー		退院支援担当者を配置している 診療所・病院数	●	訪問診療を実施している 診療所・病院数	●	往診を実施している診療所・病院数	●	在宅看取り(ターミナルケア)を 実施している診療所・病院数	
	●	退院支援を実施している 診療所・病院数		在宅療養支援診療所・病院数、医師数					
		介護支援連携指導を実施している 診療所・病院数	●	訪問看護事業所数、従事者数		在宅療養後方支援病院		ターミナルケアを実施している 訪問看護ステーション数	
		退院時共同指導を実施している 診療所・病院数		小児の訪問看護を実施している 訪問看護事業所数	●	24時間体制を取っている 訪問看護ステーション数、従事者数			
		退院後訪問指導を実施している 診療所・病院数		歯科訪問診療を実施している 診療所・病院数					
				在宅療養支援歯科診療所数					
			訪問薬剤指導を実施する 薬局・診療所・病院数						
プロセス		退院支援(退院調整)を受けた患者数	●	訪問診療を受けた患者数		往診を受けた患者数	●	在宅ターミナルケアを受けた患者数	
		介護支援連携指導を受けた患者数		訪問歯科診療を受けた患者数				●	看取り数 (死亡診断のみの場合を含む)
		退院時共同指導を受けた患者数	●	訪問看護利用者数					在宅死亡者数
		退院後訪問指導料を受けた患者数		訪問薬剤管理指導を受けた者の数					
				小児の訪問看護利用者数					
アウトカム									

在宅医療・介護連携推進事業における指標のイメージ(案)

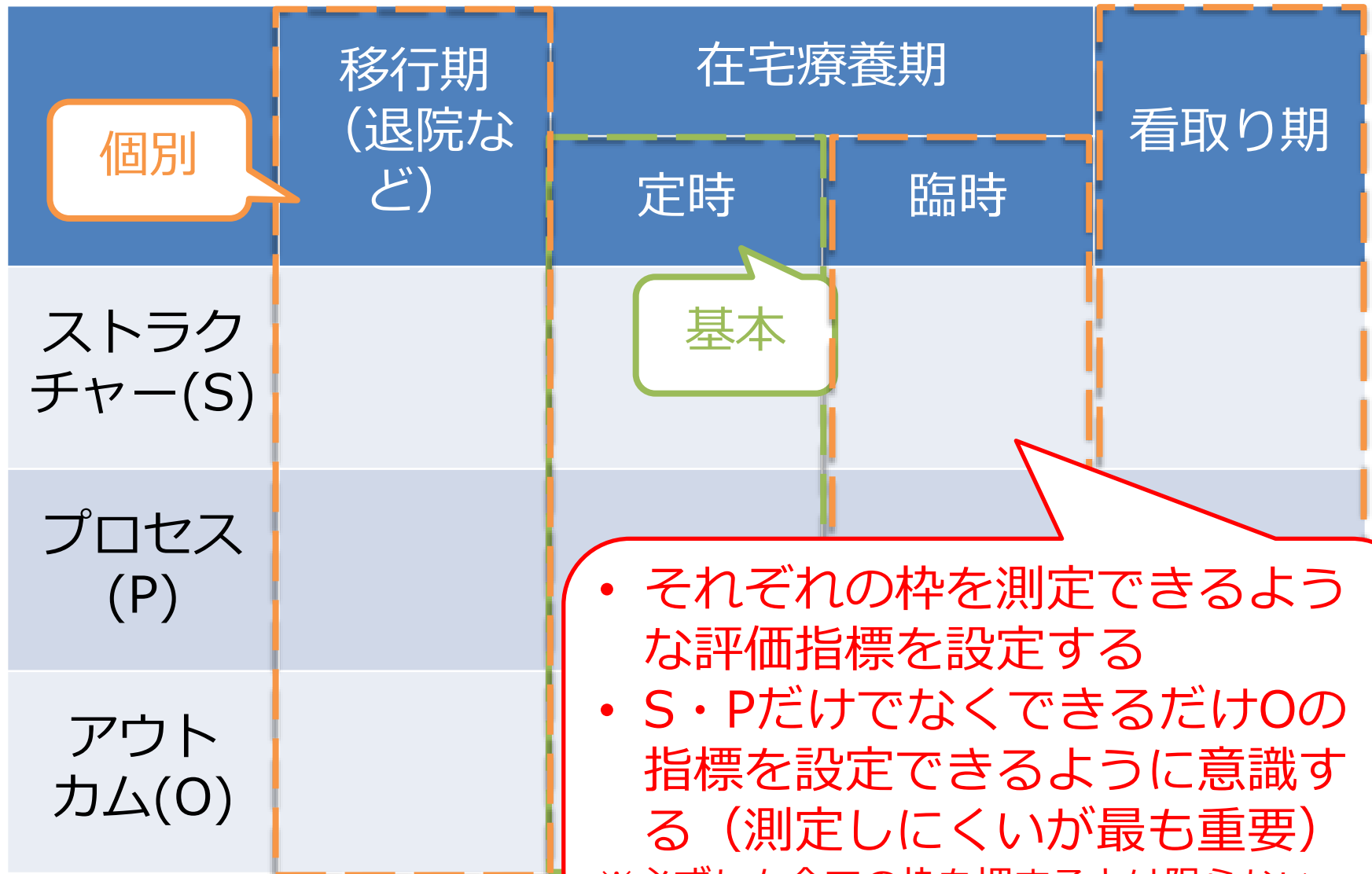
○ 地域の課題や取組に応じて、必要な評価指標を検討、選択することが重要。



※実績値は「後期高齢者1万人対」など人数比で把握するようにして、規模の異なる市町村間での横比較ができるようにする必要あり

参考) <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

評価枠組みの例：時期×SPO



主な評価指標の例

前提として人口等（現在までの推移+将来推計）もおさえておく

（※高齢者対象の在宅医療の需要を反映）

- 後期高齢者数
- 要介護認定者数
- 認知症高齢者数

	移行期 (退院 など)	在宅療養期		看取り期
		定時	臨時	
ストラクチャー(S)	<ul style="list-style-type: none"> • 地域包括ケア病棟の病床数 • 介護老人保健施設の定員 	<ul style="list-style-type: none"> • 訪問診療を行う診療所数 • 在宅療養支援診療所数 • 訪問看護ステーション数・従事者数 	<ul style="list-style-type: none"> • 往診を行う診療所数 • 在宅療養支援診療所数 • 24時間対応の訪問看護ステーション数 	<ul style="list-style-type: none"> • 往診を行う診療所数 • 在宅療養支援診療所数 • 24時間対応の訪問看護ステーション数 • 看護小規模多機能型居宅介護施設数 • 看取りを行う高齢者住宅・グループホーム等
プロセス(P)	<ul style="list-style-type: none"> • 平均在院日数 • 退院時共同指導料の算定人数 	<ul style="list-style-type: none"> • 在宅患者訪問診療料算定人数・回数 • 訪問看護（介護・医療）算定人数・回数 	<ul style="list-style-type: none"> • 往診料算定人数・回数 • 訪問看護の緊急時・夜間早朝・深夜加算の算定人数・回数 	<ul style="list-style-type: none"> • 訪問診療の在宅ターミナルケア・看取り・死亡診断加算の算定人数・回数 • 訪問看護のターミナルケア加算の算定人数・回数 • 自宅での死亡割合※
アウトカム(O)	<ul style="list-style-type: none"> • 患者のQOL・しあわせ • 家族の介護負担 • 従事者のQWL・働きがい • 1人あたり医療費・介護給付費 • 自宅での死亡割合※ 	<div data-bbox="1058 1100 1839 1359" data-label="Text"> <p>さらに…</p> <ul style="list-style-type: none"> • リハビリ：訪問看護I5+訪問リハビリテーション • 薬剤：居宅療養管理指導（薬剤師） • 歯科：歯科訪問診療料 • 口腔ケア：居宅療養管理指導（歯科衛生士） • 栄養：居宅療養管理指導（管理栄養士） </div>		

※自宅での死亡割合は、プロセス項目として捉える見方とアウトカム項目として捉える見方がある。

さらに絞るならば...

前提として人口等（現在までの推移+将来推計）もおさえておく

（※高齢者対象の在宅医療の需要を反映）

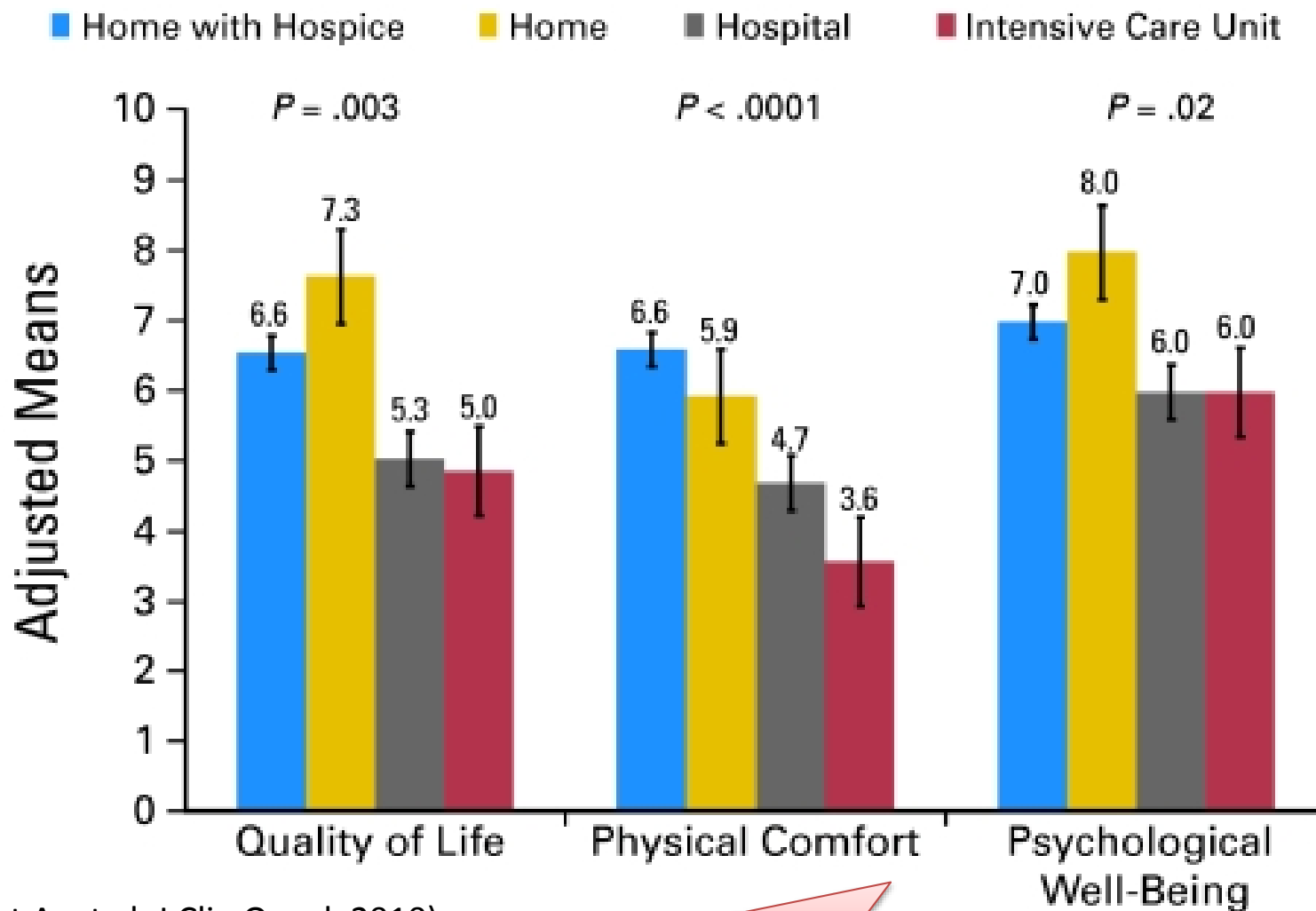
- 後期高齢者数
- 要介護認定者数
- 認知症高齢者数

移行期 (退院 など)	在宅療養期		看取り期
	定時	臨時	
ストラクチャー(S)	<ul style="list-style-type: none"> • 訪問診療を行う診療所数 • 在宅療養支援診療所数 • 訪問看護ステーション数・従事者数 		
プロセス(P)	<ul style="list-style-type: none"> • 在宅患者訪問診療料算定人数・回数 • 訪問看護（介護・医療）算定人数・回数 	<ul style="list-style-type: none"> • 往診料算定人数・回数 • 訪問看護の緊急時・夜間早朝・深夜加算の算定人数・回数 	<ul style="list-style-type: none"> • 自宅での死亡割合※
アウトカム(O)	<ul style="list-style-type: none"> • 患者のQOL・しあわせ：買い手 • 従事者のQWL・働きがい：売り手 • 1人あたり医療費・介護給付費：世間 • 自宅での死亡割合（※）+要介護者（例：3~5）の在宅療養割合：買い手 		

これらだけは独自にアンケート等が必要

※自宅での死亡割合は、プロセス項目として捉える見方とアウトカム項目として捉える見方がある。

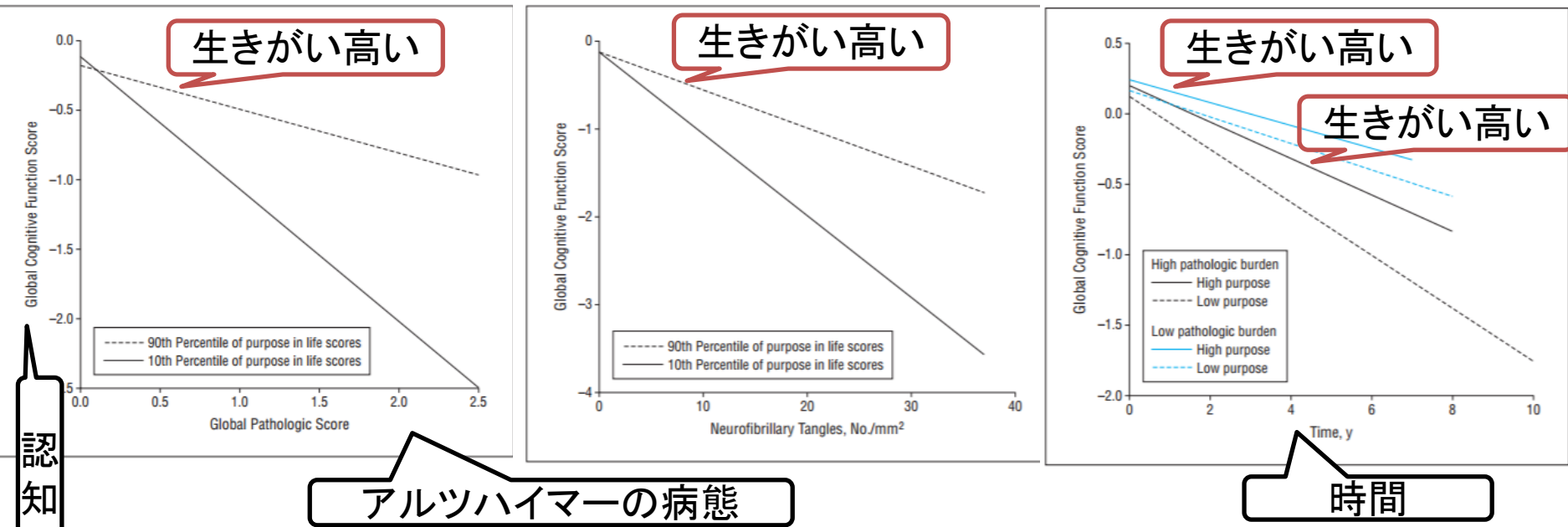
どこで終末期を過ごすのが幸せ？



(Wright A, et al. J Clin Oncol. 2010)

在宅 > 病院。では、あなたの地域はどうか？

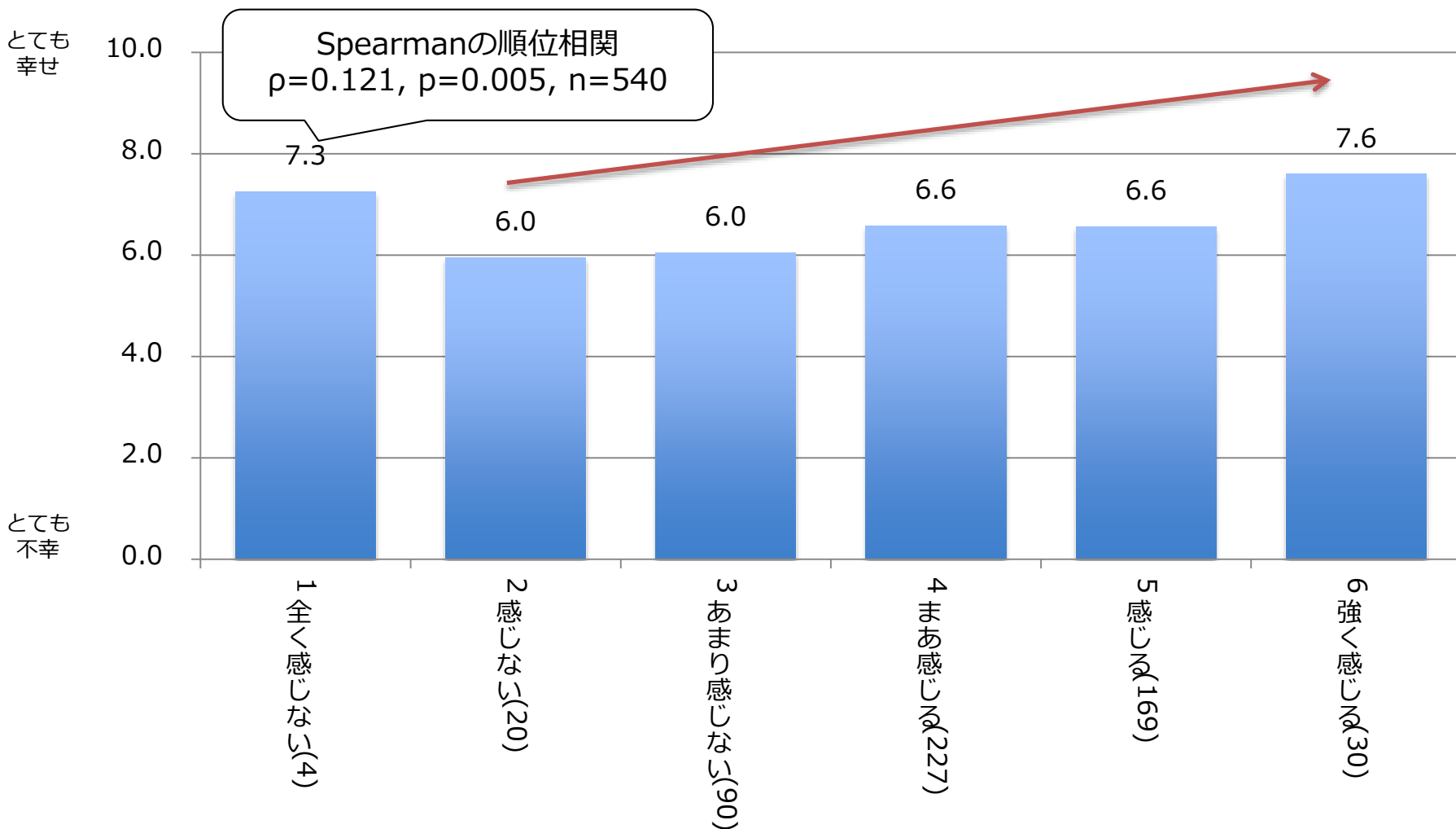
「生きがい、生きる意味」を奪われると、 認知症の進行は加速する



(Boyle PE, et al. J Arch Gen Psychiatry. 2012)

住民は「生きがい、生きる意味」を持って生活できている？
「生きがい、生きる意味」が持てるケアを従事者ができている？

介護サービス利用者の主観的幸福感 (平均値) (介護支援専門員の「職務満足感」別の集計)



※()内の数値：各群の回答者数（度数の小さい群については回答に偏りがある可能性があり平均値の解釈を慎重に行う必要がある）

広島県 市町村別ケアバランス指標

◆ 在宅生活の継続が困難になるのは、身体介護量(特に排泄ケア)が増大する「要介護3以上」と考えられていることから、要介護3以上の認定者の居所(在宅、施設など)をサービス利用割合から分析することにより、地域のケアバランスの特性を把握することができます。

認定者における各サービス利用比率(ケアバランス)(要介護3以上・市区町単位)
平成24(2012).3⇒平成26(2014).3

2012.3データ: H26.2広島県地域包括ケア資源調査報告書
2014.3データ: 広島県EMITAS-Gシステム

■ 在宅サービス(右記ショートステイを除く) ■ ショートステイ15日以上 ■ 施設, 居住系サービス ■ 入院 ■ その他



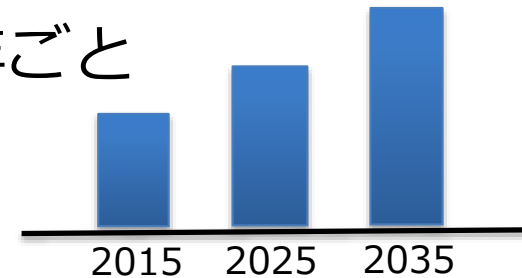
※ 市町村に対しては、日常生活圏域単位のケアバランス指標の集計を提供している。

出典 : <https://www.pref.hiroshima.lg.jp/uploaded/attachment/187050.pdf>

指標の解釈の手法

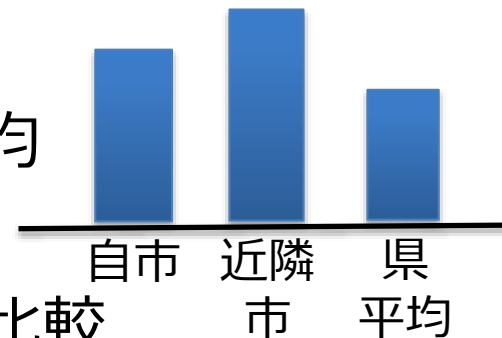
- 時系列でみる（定点観測）／将来推計をする

- 介護保険事業計画や医療計画の策定年ごと
- 2025年：団塊世代が後期高齢期に
- 2040年：日本人の死亡数ピーク



- 地域間で比較する

- 対全国平均・都道府県平均
- 近隣市町村との比較
- コミュニティエリア間の比較



単純な度数比較か、需要（例：75歳以上人口）を母数にした割合比較か、よく確認

- 領域・階層別に見る

- SPOを一連で見る（例：Sは充足したがOは不変）
- 疾患別の比較
- 時期別で見る（例：平常時は充足／臨時は不足）

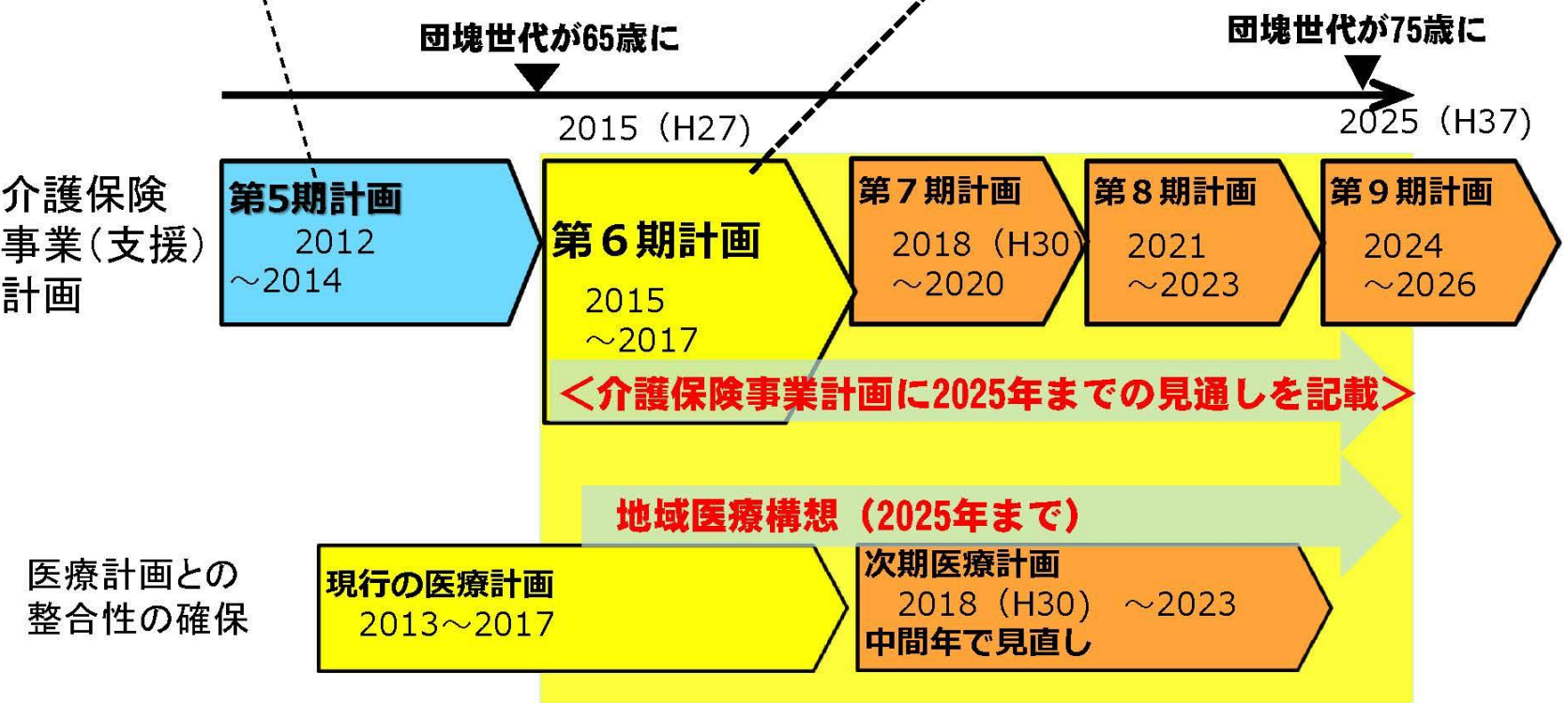
1. 在宅医療・介護連携の「評価」

3) 医療計画・地域医療構想 介護保険事業（支援）計画

2025年を見据えた介護保険事業計画の策定等

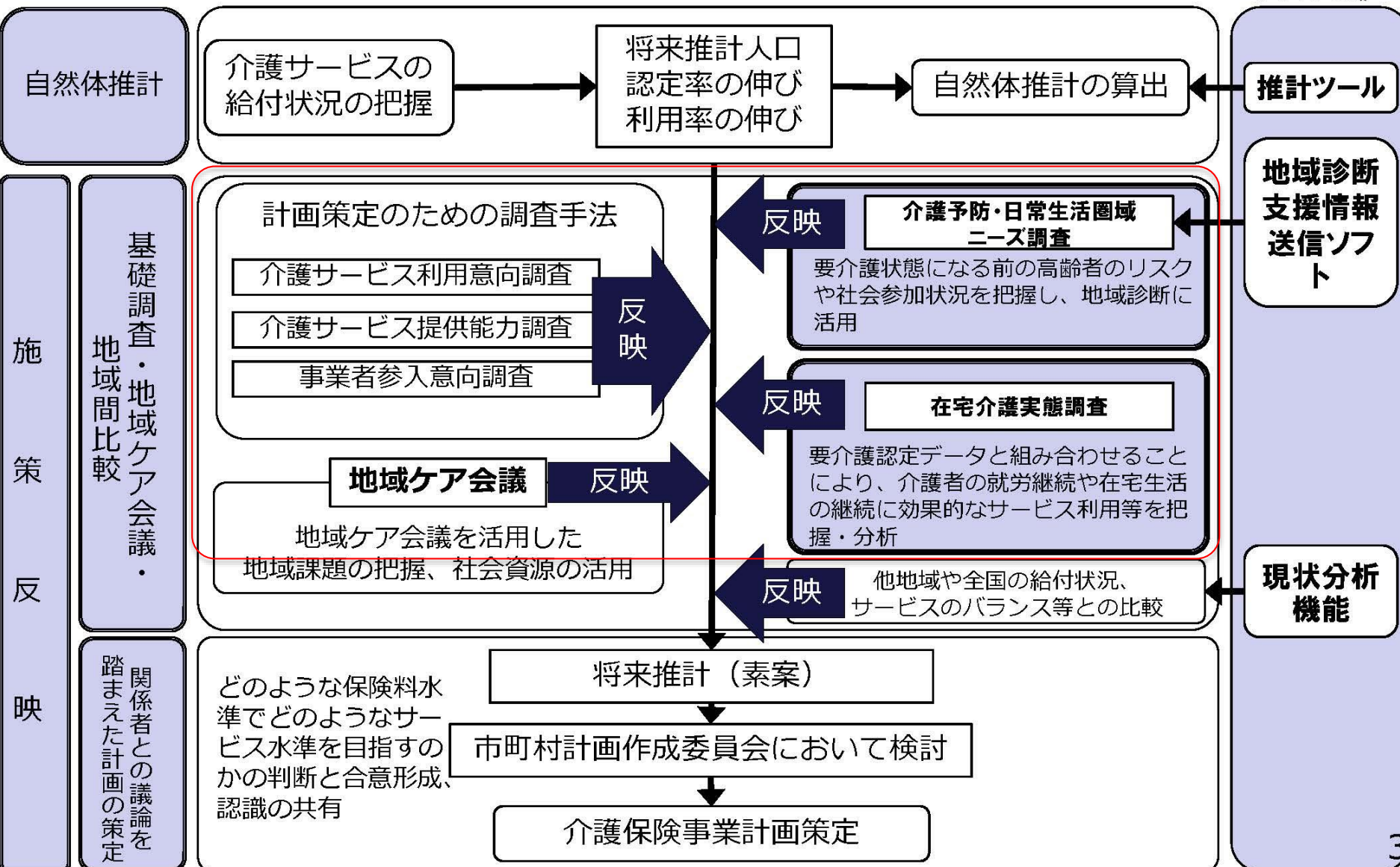
第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載し、中長期的な視野に立った施策の展開を図る。



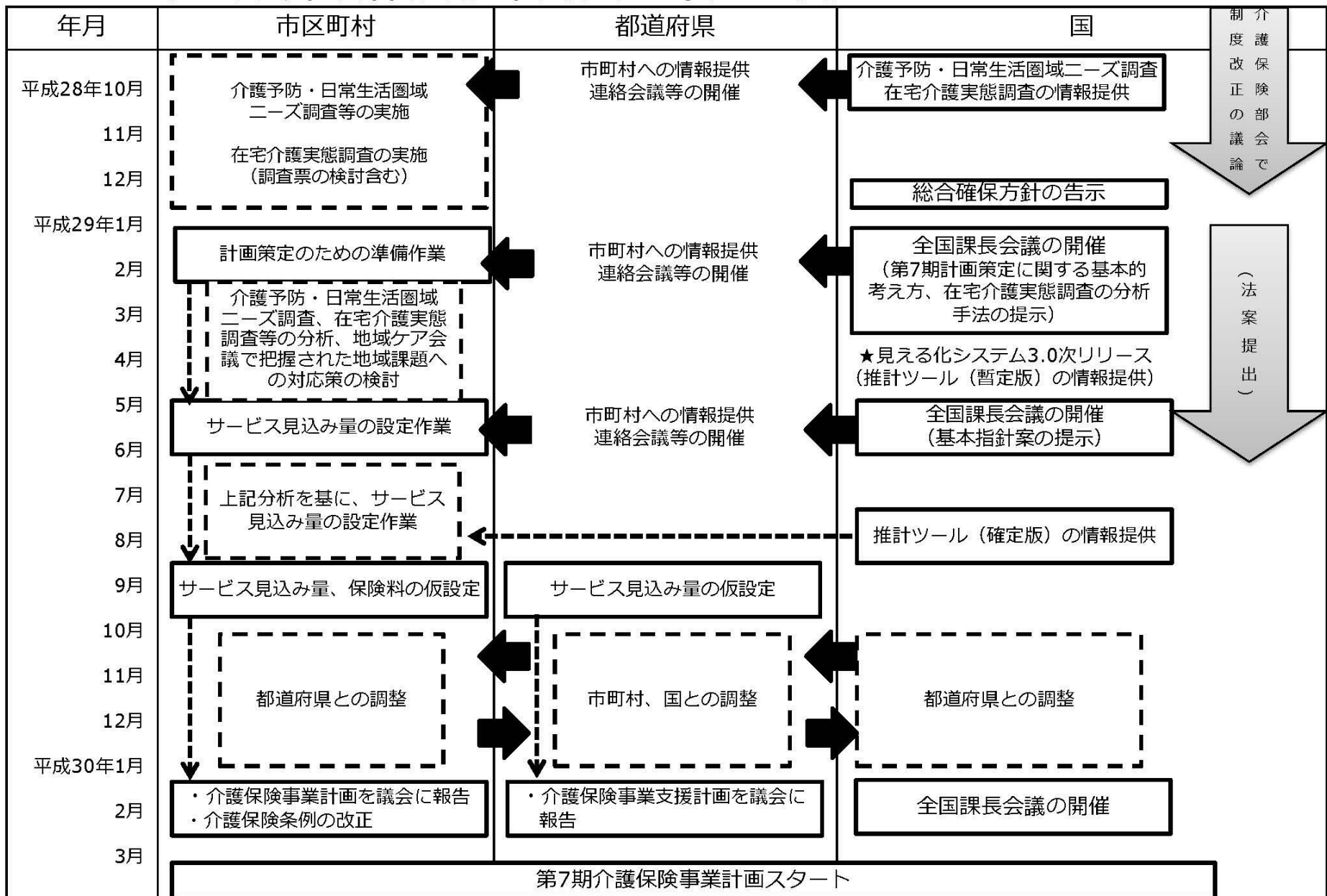
第7期介護保険事業計画の策定プロセスと支援ツール

《「見える化」システム》



出典：平成28年10月31日厚生労働省第8回医療介護総合確保促進会議資料より

第7期介護保険事業計画の策定に向けたスケジュール



出典：平成28年10月31日厚生労働省第8回医療介護総合確保促進会議資料より

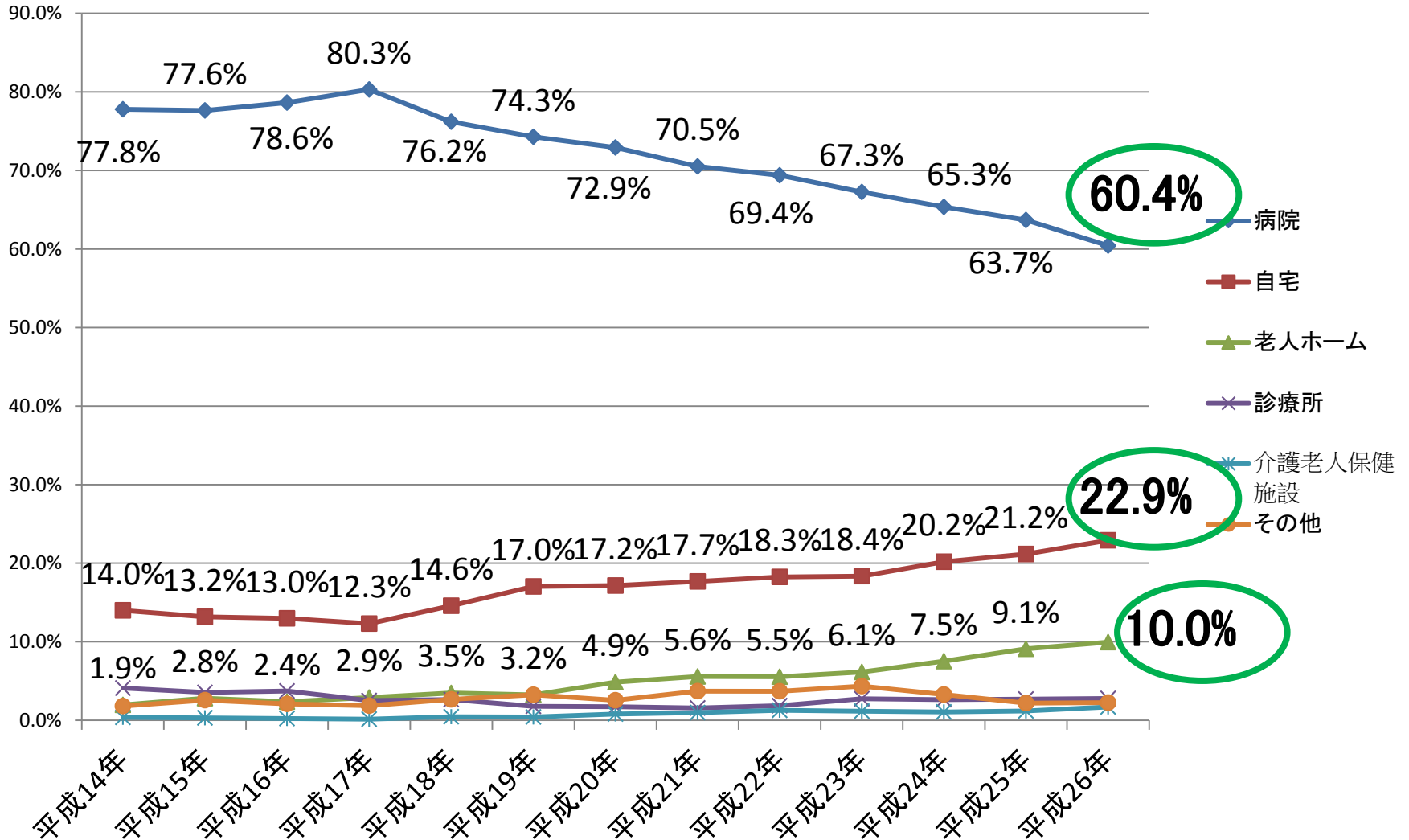
医療計画・地域医療構想データ利用の例

- 訪問診療算定者数
 - 2013年実績
 - 2025年推計
- 在宅医療等（入院病床からの移行も含めたもの）
 - 2013年実績
 - 2025年推計

※さらに、患者住所地ベース・医療機関所在地ベースのデータ双方が提供されている場合には、両者を比較することによりある程度の患者動態を知ることができる。

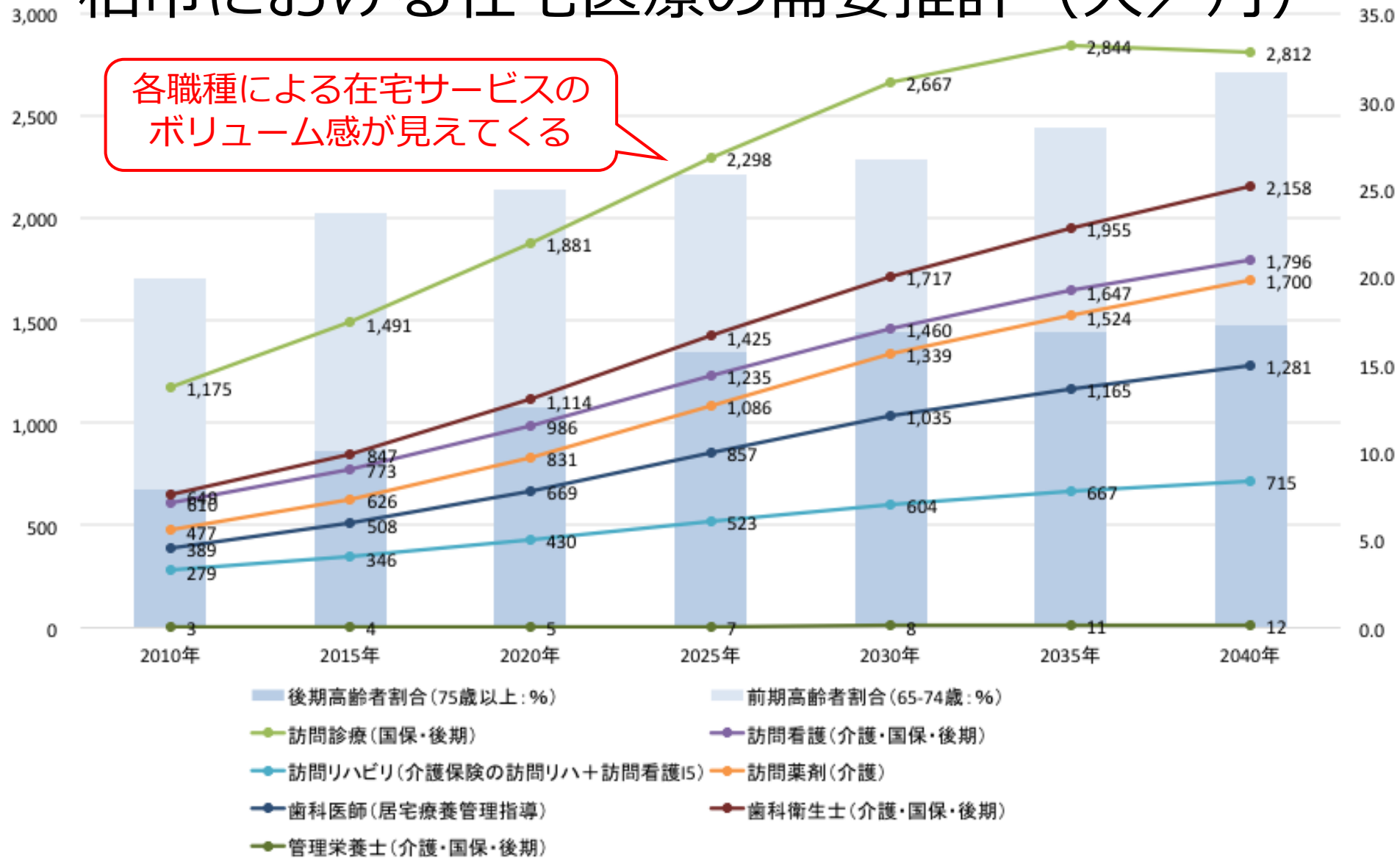
市町村別データがなく地域医療構想圏域データのみの場合には、人口で割るなどの対応

横須賀市の死亡場所構成比推移



柏市における在宅医療の需要推計（人／月）

各職種による在宅サービスのボリューム感が見えてくる



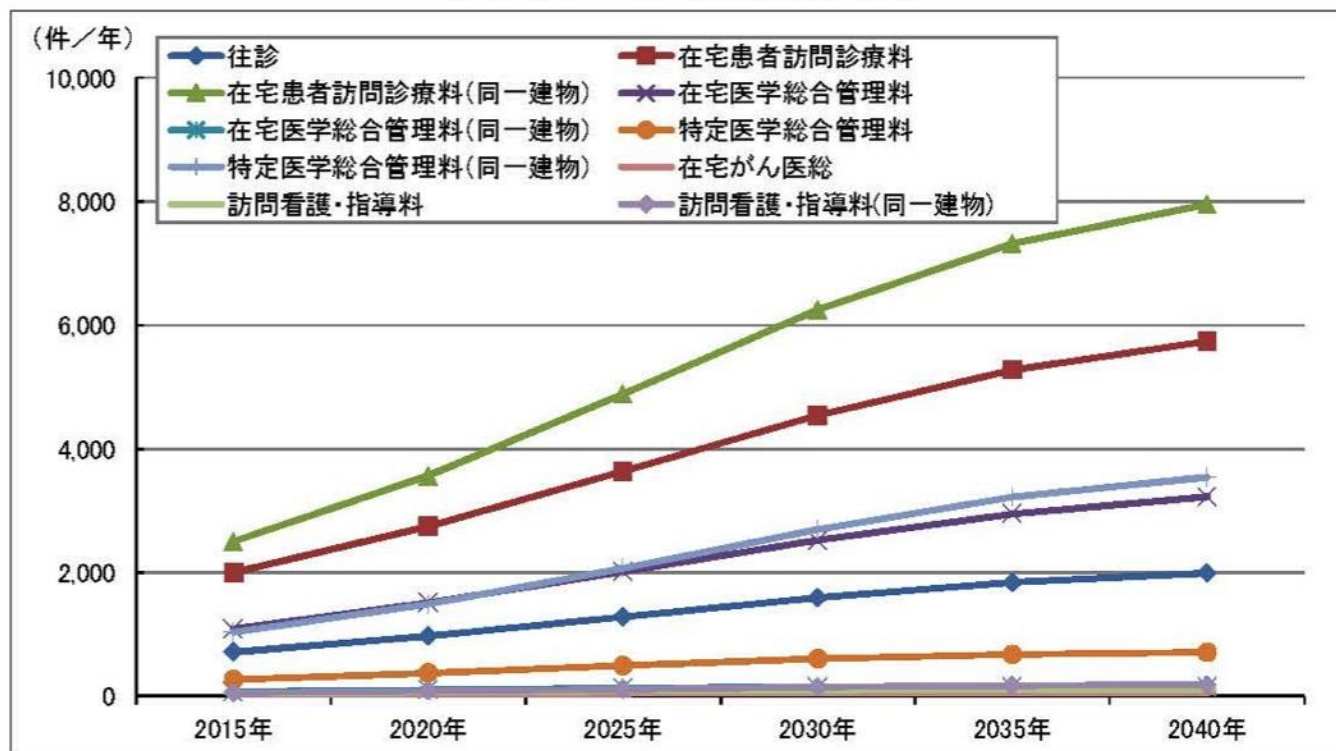
※ 薬剤師・歯科医師については、一部データの入手範囲に限界があり、今回の推計では介護保険レセプトしか用いていない。本来は、医療保険においてそれに相当する点数の算定実績についても加味して推計を行う必要がある。

※ 訪問看護の推計値には、リハビリテーション職種が実施する介護保険の訪問看護I5や訪問看護療養費が含まれる。

稲城市の訪問診療等対象患者数の推計

◆ 在宅医療全体の将来需要は、2025年(188.5%)に約2倍、2040年(302.1%)に約3倍の在宅需要が見込まれます。療養病床の転換や見直しが進めば、在宅医療の需要はさらに大きくなると見られます。

【市の在宅医療需要推計】



出典)平成26年度市国保及び後期高齢者レセプトデータ、平成26年度稲城市人口推計

東近江市 死亡場所と医療サービス・ 介護保険サービスの利用状況

人生の最期を自宅で迎えたいと思う割合は 50%を超えていますが、2012 年中の死亡場所は、79.9%が医療機関となっており、自宅で死亡した割合はわずか 14.7%となっています。

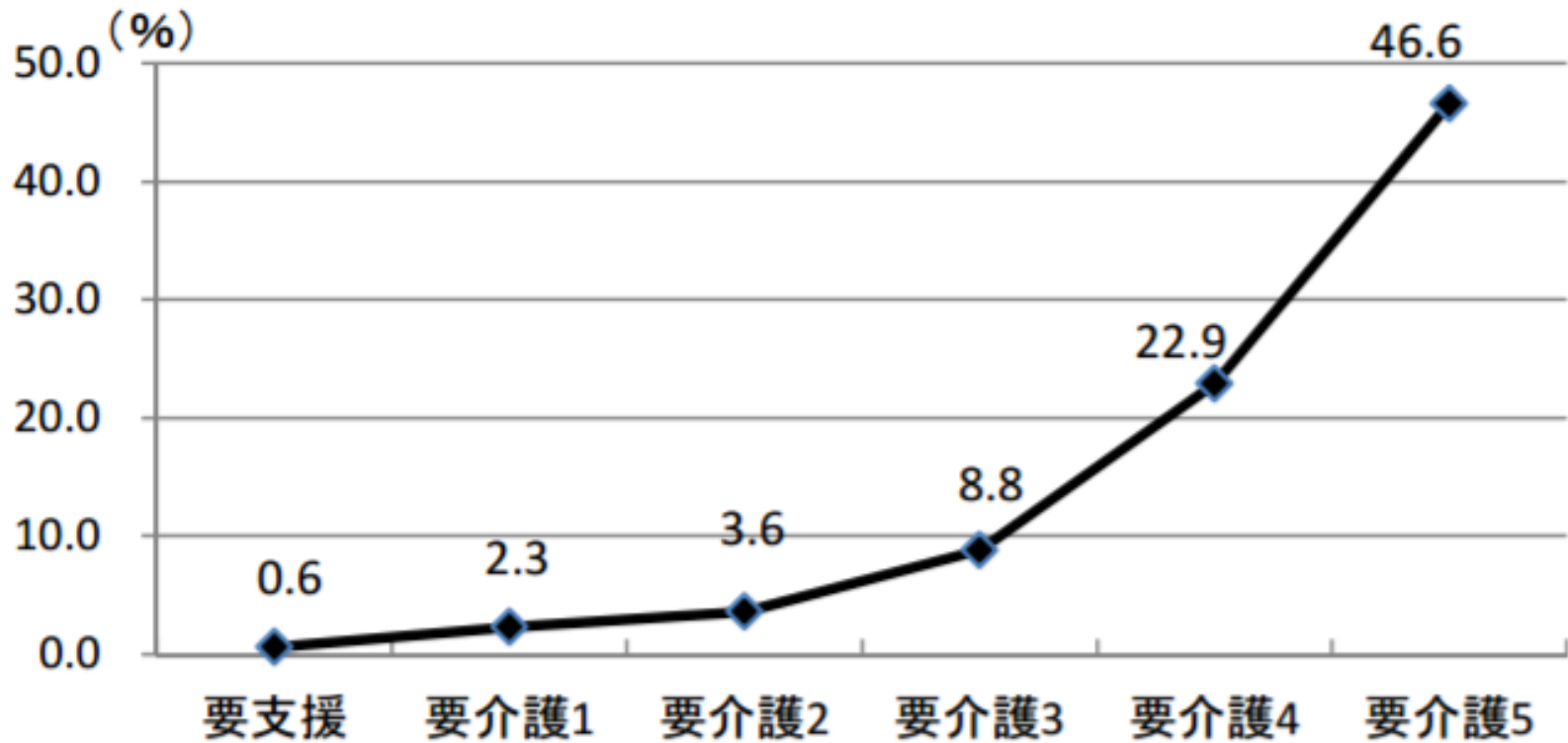
■図表 2-4-6 死亡場所と医療機関・介護保険サービスの利用状況 【単位：人、％】

死亡場所	死亡時の状況	実人数(人)	割合(%)	構成比(%)
施設等	特別養護老人ホームで死亡	37	3.4	3.7
	介護老人保健施設で死亡	2	0.2	
	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)で死亡	2	0.2	
医療機関	介護認定のない状況で病院で死亡(若年も含む)	282	25.7	79.9
	介護保険サービスを使わず病院で死亡 (介護認定して18カ月以内に介護サービス利用なし)	154	14.0	
	3～18カ月前まで介護保険サービスを利用	129	11.7	
	2カ月前まで介護保険サービスを利用	55	5.0	
	1カ月前まで介護保険サービスを利用	96	8.7	
	死亡月まで介護保険サービスを利用	161	14.7	
自宅	介護保険サービスを使わず自宅で死亡(64歳未満)	21	1.9	14.7
	介護保険サービスを使わず自宅で死亡(65歳以上)	33	3.0	
	介護保険サービス利用して自宅で死亡	107	9.7	
その他		19	1.7	1.7
		1,098	100.0	100.0

【出典】人口動態調査(2012年1月1日～2012年12月31日)

近江八幡市 訪問診療受給者数推計 － 要介護度別にみた訪問診療受給率 －

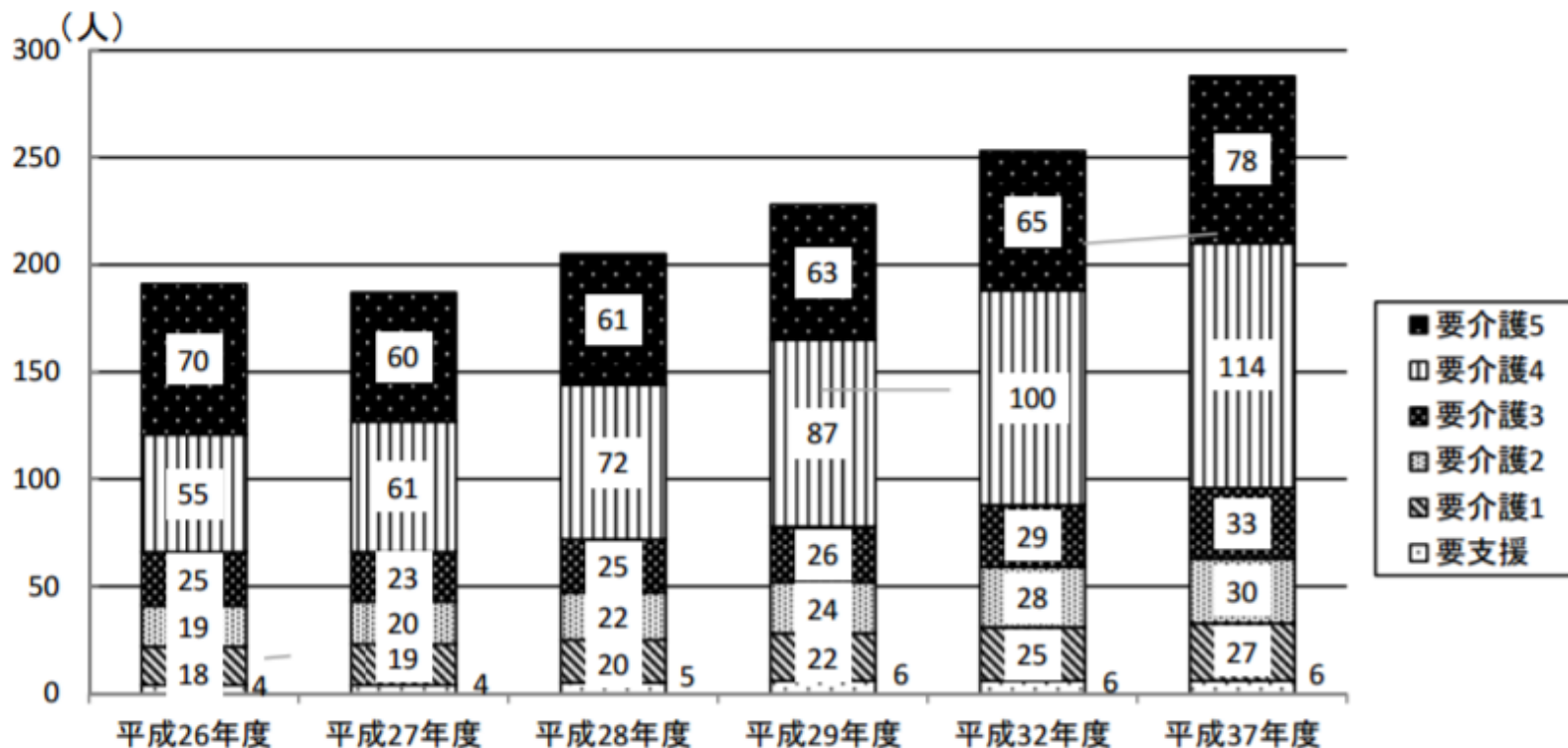
図表 120 要介護度別にみた訪問診療受給者率（平成 26 年 8 月現在）



近江八幡市 訪問診療受給者数推計

— 要介護度別 訪問診療受給者数の推計 —

図表 121 要介護度別 訪問診療受給者数の推計（一月あたり）



注) 訪問診療受給者数は、在宅サービス対象者数に要介護度別の訪問診療受給率を乗じて算出しました。

東京都北区の住民意識

高齢者保健福祉計画・第4期介護保険事業計画

●健康づくり・介護予防の推進

「北区版お口元気体操」の普及・高齢者ふれあい食事会・介護予防リーダーの育成等

●社会参加の促進

シニア元気塾の開催・住宅改造費用助成事業

●安全・安心な生活の確保

地域包括支援センターの機能強化・おたがいさまネットワーク・北区地域包括ケア連絡会の創設・認知症もの忘れ相談・認知症サポーター養成講座等
高齢者の見守りや認知症高齢者と介護者への対応に関する事業を展開していた。



北区全高齢者実態把握調査(平成23年度実施)

●介護が必要となった場合の暮らし方

「自宅で暮らしたい」全体の45%

75歳以上は、48.9%が希望している

在宅療養支援の仕組みづくりが重要

●生活上の不安

「病気になった時の在宅生活」30.9%

参考：厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」



The screenshot shows the official website of the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. The page is titled '在宅医療の推進について' (About the Promotion of Home Medical Care) under the '健康・医療' (Health and Medical Care) category. The main content area contains a paragraph about the policy and a section titled '在宅医療にかかる地域別データ集' (Regional Data Collection on Home Medical Care). This section explains that the data is based on 1,741 municipalities and includes a link to a data file (0000134105.xlsx) with a note about corrections. At the bottom, there is a download link for the data file (514KB).

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

文字サイズの変更 標準 大 特大 調べ

御意見募集やパブリックコメント

テーマ別に探す 報道・広報 政策について 厚生労働省について 統計情報・白書 所管の

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療 > 在宅医療の推進について

健康・医療 在宅医療の推進について

重度の要介護状態となってもできる限り住み慣れた地域で療養することができるよう、在宅医療を推進施策を講じています。

施策紹介

在宅医療にかかる地域別データ集

在宅医療に関連する統計調査等のデータについて、1,741の基礎自治体別に再集計し、集約したデータ集です。

(第1回全国在宅医療会議(平成28年7月6日)資料4参照)

※ データの一部に誤りがあったことから、修正をしております。詳細は、正誤表(0000134105.xlsx)をご確認ください。

下に掲載しているデータファイルには、修正が反映されております。(平成28年8月23日)

在宅医療にかかる地域別データ集[514KB]

評価指標として活用し得るデータソース

	指標	データソース（収集主体：調査名等）
人口等	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者数 要介護認定者数 認知症高齢者数 	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省：人口動態調査 厚生労働省：介護保険事業状況報告 市町村：主治医意見書記載の「認知症高齢者の日常生活自立度」情報の集計（IIまたはIII以下の者）
	<ul style="list-style-type: none"> 病床数（地域包括ケア病床など） 介護保険施設数・定員（老健施設など） 	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省：医療施設調査 厚生労働省：介護サービス施設・事業所調査
	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療を行う診療所数 在宅療養支援診療所数 往診を行う診療所数 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県：医療機能情報提供制度
S	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護ステーション数・従事者数 24時間対応の訪問看護ステーション数 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県：介護サービス情報公表制度
	<ul style="list-style-type: none"> 看護小規模多機能型居宅介護施設数 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県：介護サービス情報公表制度
	<ul style="list-style-type: none"> 平均在院日数 退院時共同指導料の算定人数 	<ul style="list-style-type: none"> 国保連等：医科レセプト（KDBなどの活用）
P	<ul style="list-style-type: none"> 在宅患者訪問診療料の算定人数・回数 往診料の算定人数・回数 訪問診療の在宅ターミナルケア・看取り・死亡診断加算の算定人数・回数 	<ul style="list-style-type: none"> 国保連等：医科レセプト（KDB・地域医療構想策定支援ツールなどの活用）
	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護（介護・医療）の算定人数・回数 訪問看護の緊急時・夜間早朝・深夜加算の算定人数・回数 訪問看護のターミナルケア加算の算定人数・回数 	<ul style="list-style-type: none"> 【介護保険分】市町村・国保連等：介護レセプト（KDBなどの活用） 【医療保険分】国保連等：訪問看護療養費レセプト（紙媒体／集計情報を国保連から入手できる場合も）
	<ul style="list-style-type: none"> 患者のQOL・しあわせ 家族の介護負担 従事者のQWL・働きがい 	<ul style="list-style-type: none"> 独自調査が必要（既存の社会調査と同一項目を用いることで比較が可能となる）
O	<ul style="list-style-type: none"> 1人あたり医療費・介護給付費 	<ul style="list-style-type: none"> 医療レセプト・介護レセプト（KDBなどの活用）
	<ul style="list-style-type: none"> 自宅での死亡割合 	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省：人口動態調査（「在宅医療にかかる地域別データ集」などの活用）

1. 在宅医療・介護連携の「評価」

4) 数値化できない情報

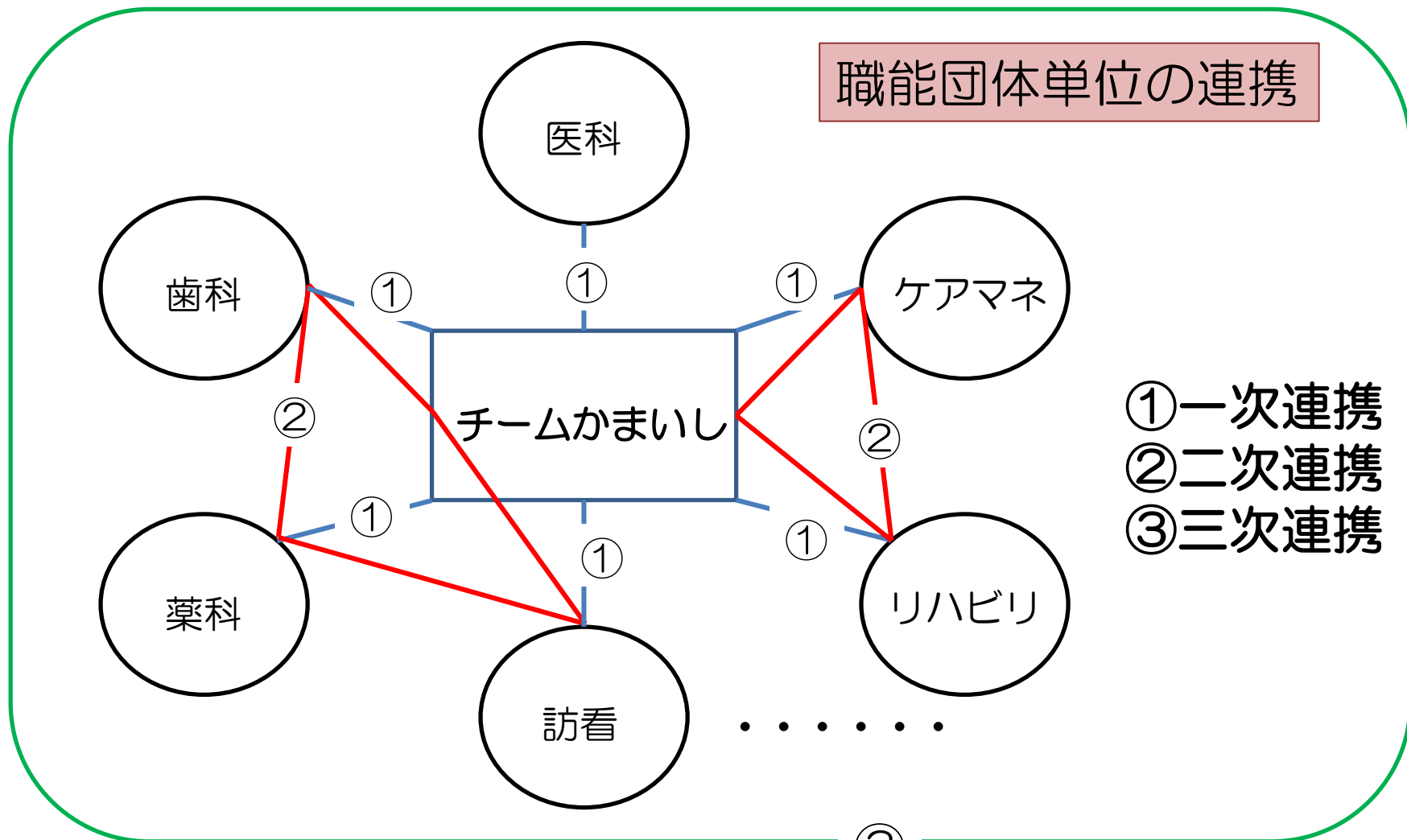
さらに

数値化できない情報の重要性

- 地域には数値化されていない情報が数多くある
 - 既存の統計やアンケート等から把握できることは全体のごく一部
 - 地域の従事者が肌で感じていることを市町村担当者も感じる（徐々に感じられるようになる）必要がある
 - 有効な手法：地域ケア会議など実事例が議論される場に赴き体感を得る／ときには従事者と1対1で話す
- 数値化できる情報とできない情報がある
 - 数値化しようと思えばできるが多くの場合数値化されていない情報：患者のQOL（Quality of Life）、従事者のQWL（Quality of Working Life）など
 - そもそも数値化できない情報もある：「○医師と△医師はあまり関係がよくない」など

2) 具体的な連携手法とその実践例

チームかまいし 連携コーディネートの中心手法：連携の段階と役割



2. 効果的な事業の進め方

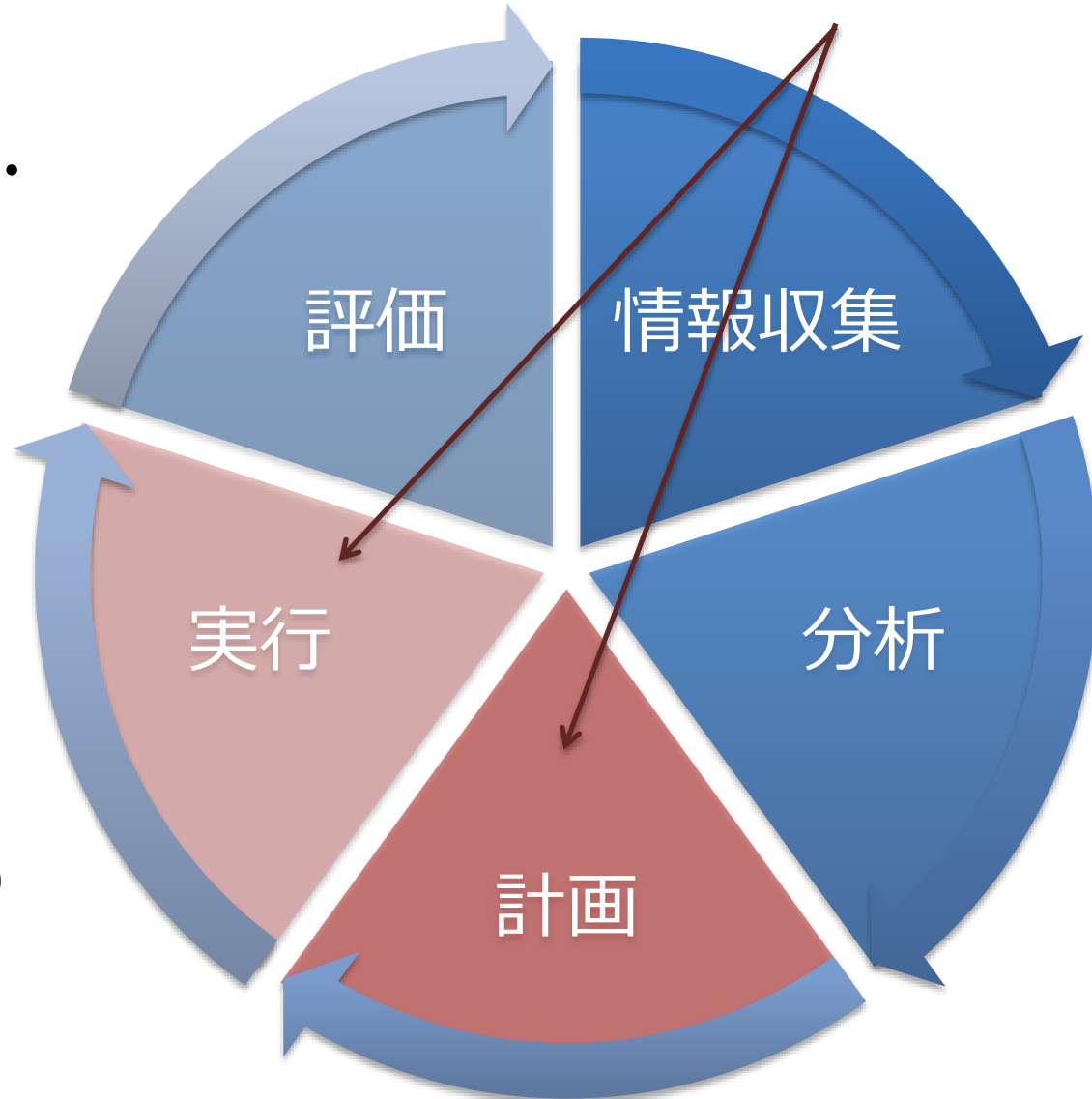
1) (ア) ~ (ク) から解放される

マネジメントにおいて重要なこと：

PDCAサイクル ここでのフォーカス

ポイント

- 分析が済んだら、計画・実行へと移行する
- 分析の結果設定された目標をできるだけ達成しやすい計画を立てる
- 計画通りに実行する
- (実行結果の評価は、あらかじめ評価の枠組みが設定されていれば比較的簡単にできる。)



事業項目（ア）～（ク）とマネジメントサイクル

「何のための」（＝目的・目標）
を具体化して取り組むことが重要

（ウ）切れ目のない体制構築^注

（エ）情報共有の支援

（オ）相談支援

（カ）研修

（キ）地域住民への普及啓発

（ク）関係市区町村の連携

（ア）地域資源の把握

評価

情報収集

実行

分析

（イ）課題抽出と対応策の検討

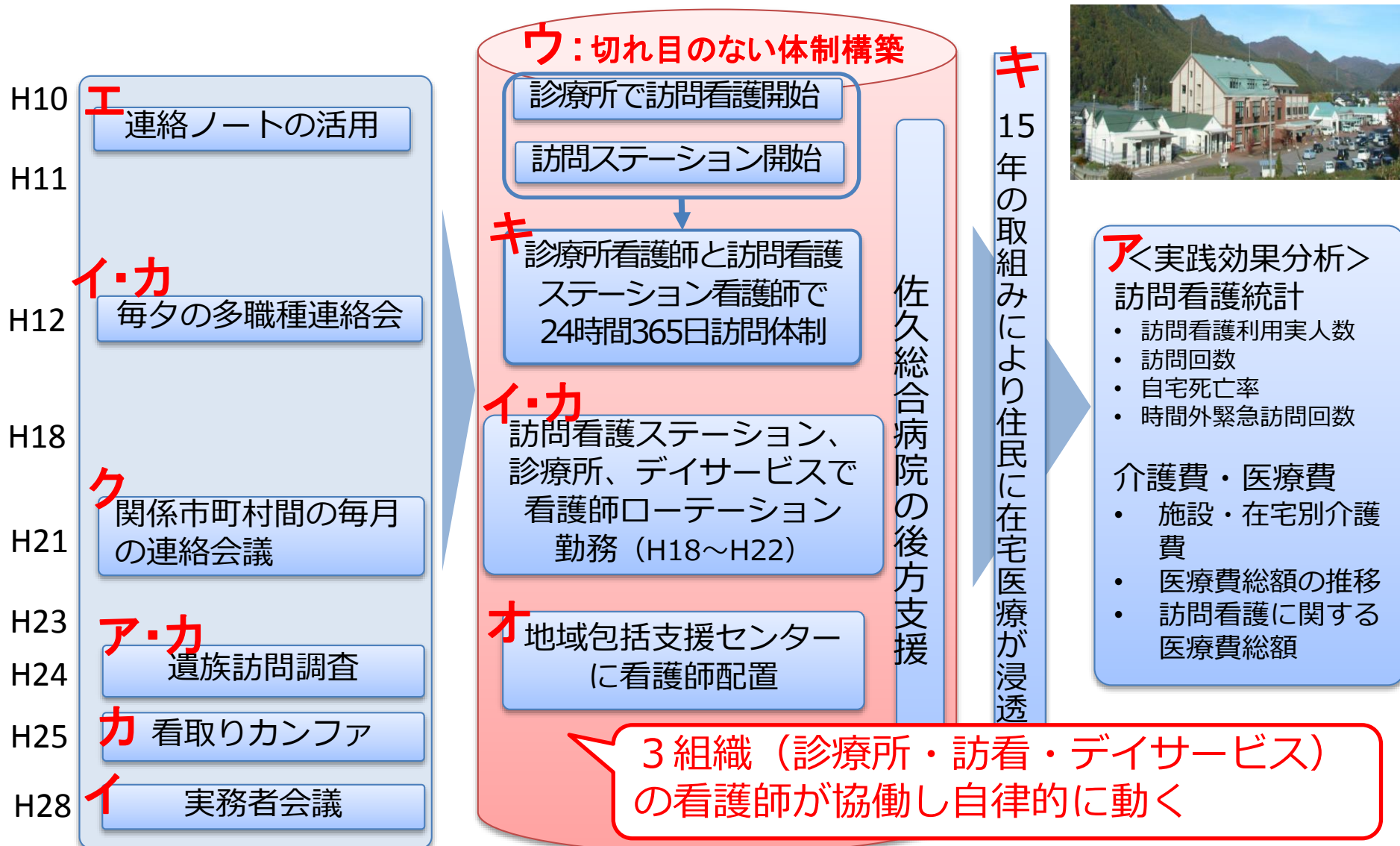
計画

すべての実施事項が評価指標（特にアウトカム）と論理的につながっていることを確認しながら進める

注（ウ）だけは実施事項というより「目標」に近い。「誰・どこ・何の」切れ目をなくしたいのか明確にしてから取り組むよう注意。

長野県川上村

資源に限られる→切れ目のない体制構築による効率化



富山県上市町

課題分析に基づく三本柱

家庭医療センター
訪問診療

医療職を含めた
多職種ネット
ワーク

在宅看取り
のハブ機関
として発展

たてやまつるぎ
在宅ネットワー
ク

ナイト
スクール

ナイトスクール：一関市国保藤沢病院
など他地域においても実践されている
住民啓発（兼課題抽出）の取り組み



釜石市

平成27年度プロジェクトリスト

事業名	カテゴリー	プロジェクト番号	プロジェクト名	
I) 連携基盤形成事業	1) 連携資源	I)-1-①	①地域の医療・介護資源の把握・更新・開発	
	2) 住民啓発	I)-2-①	①市民公開講座 (キ)	
		I)-2-②	②出前講座	
	3) 研修・人材育成	I)-3-①	①従事者研修 (ク)	
		I)-3-②	②連携コーディネーター研修	
	4) 広報	I)-4-①	①機関誌発行	
I)-4-②		②ホームページ・ブログ更新 (ア)(キ)		
5) 情報連携ツールの活用	I)-5-①	①拠点－職種間連絡ツールの活用		
	I)-5-②	②多職種間情報共有システムの活用推進		
6) 広域連携	I)-6-①	①県内連携 (カ)(ク)(ウ)		
	I)-6-②	②県外連携		
II) 連携コーディネート事業	1) 連携に関わる専門窓口	I)-7-①	①継続	
	2) 職種間連携コーディネート	II)-7-2)		
		一次連携	II)-2-①	①栄養士連携 ②病院連携室連携 (エ)
		二次連携	II)-2-②	①栄養士歯科連携 ②連携室ケアマネ連携 (エ)
	三次連携	II)-2-③	①在宅医療連携体制検討会 ②協議会	
	3) 連携手法	II)-3)	開発・更新	
III) 地域包括ケア関連事業	1) 地域包括ケア推進本部連携	III)-1-①		
	2) 地域ケア会議連携	III)-2-①		
IV) 成果管理事業	1) 成果の分析・考察・まとめ	IV)-1-①	①プロジェクト報告書 ②事業報告書	
	2) 成果の公開・発表	IV)-2-①	①成果の公開・発表	
	3) データの管理	IV)-3-①	①データベース化推進と活用 (オ)	

岡山市

H17 市民病院の建替えとあり方の協議が始まる

H22 新市民病院の基本構想に「保健・医療・福祉の連携機能」が加わる

H23 保健医療福祉関係機関ヒアリングの実施(市内76ヶ所) **ア**
医療連携のあり方等に関する協議会開催 **イ**

在宅医療基盤整備 (人材育成)

H24 訪問診療スタート支援 **カ**

- 訪問看護体験事業 **カ**
- 認定在宅介護対応薬局認定事業 **カ**

H26 施設看取り研修 **カ**

- H27
- ケアマネ向け医療研修 **カ**
 - 退院調整看護師研修 **カ**
 - 病院看護部長在宅医療研修 **カ**

在宅への流れを作る (多職種連携と情報共有の促進)

- 協議会在宅医療分科会を設置 **イ**
- 市内3地区で多職種連携会議 **イ・カ・キ**
- 医療連携ネット事業 **イ・カ**

- 市内6地区で多職種連携会議 **イ・カ・キ**
- ICTを活用した多職種情報交換 **イ・カ・キ**
- 有床診療所の空きベッド情報の提供 **ウ**

- 身体・精神合併症救急連携モデル事業 **ウ**

- 6地区合同多職種連携交流会 **イ・カ・キ**
- 小エリアでの多職種連携会議 **イ・カ**

市民の安心 (普及啓発)

市民や医療・介護の専門機関
に対する意識調査 **ア**

市民と専門職の在宅医療介
護意見交換会 **キ**

在宅医療・介護推進方針の策
定 **ア・イ**

市民版 在宅医療介護のすす
め作成 **キ**

- 在宅医療シンポジウム **キ**
- 地域での出前講座 **キ**

在宅医療・介護展示イベント **キ**

地域ケア総合推進センター(在宅医療推進・多職種連携拠点、総合相談窓口、など) **ア・イ・オ**

- 在宅医療・介護資源マップ **ア**

柏市

多職種研修を取り組み開始当初の軸に

課題と方針の協議

(ア) 地域資源の把握



(イ) 課題抽出と
対応策の検討

従事者の意識・機運を醸成

(カ) 研修
(導入的なもの)

個別の課題解決の取り組み

(ウ) 切れ目のない提供体制構築

(エ) 情報共有の支援

(オ) 相談支援

(カ) '研修 (テーマ別)

(キ) 地域住民への普及啓発

(ク) 関係市区町村の連携

詳しくは厚生労働省第118回市町村セミナー（2016年3月18日）資料「多職種研修の実施を通じた在宅医療・介護連携の推進について」を参照

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

主催： 柏市医師会、柏市
共催： 柏歯科医師会、柏市薬剤師会、柏市訪問看護連絡会、
柏市介護支援専門員協議会、柏市在宅リハビリテーション連絡会
後援： 国立長寿医療研究センター 協力： 東京大学高齢社会総合研究機構

柏市での開催例

1日目

○午後半日で開催

※近年は1日

○内容

- ・在宅医療が必要とされる背景(講義)
- ・地域資源マッピング (GW)
- ・領域別セッション (講義・GW)
- ・懇親会



多職種によるGW

実習

(医師のみ)

○3時間×2回

○以下のメニューから選択

- ・訪問診療同行
- ・訪問看護同行
- ・ケアマネジャー同行
- ・緩和ケア病棟回診



訪問診療同行

2日目

(1日目の1～1.5ヶ月後)

○終日開催

○内容

- ・在宅医療の導入(講義)
- ・多職種連携協働：IPW(講義)
- ・領域別セッション(講義・GW)
- ・実習振り返り(GW)
- ・在宅医療推進の課題とその解決策(GW)
- ・制度・報酬(講義)
- ・修了証書授与



受講者一同による集合写真

柏市在宅医療多職種連携研修会の継続

- ① 第1回目が（結果的に）地域リーダー研修として機能

第1回 試行プログラム

- ・多職種研修：0.5日×6日間+1.0日＝計4.0日
- ・訪問診療同行研修：1回4時間×8回＝計32時間



第1回
2011年

第2回
2011年

第3回
2012年

第4回
2013年

第5回
2013年

第6回
2014年

第7回
2015年

第8回
2016年

第2回（動機づけプログラム）～第7回

- ・多職種研修：1.5日～2.0日
- ・訪問診療同行研修：1.0日



- ② 以降、動機付け・入門研修を継続開催＋別途顔の見える関係会議（平日夜2時間×年数回）を開催

在宅医療・介護連携推進事業開始以前から取り組んできた地域における進め方の手順

1
年目

必要に迫られる

例：病院の機能整理、医師会（従事者）から問われる、住民の要望、など

地域の実態を把握してみる

- ・客観的データの収集
- ・ヒアリング
- ・実態調査
- ・先進地への視察

仲間を見つける

- ・コアになって一緒にやってくれる人（庁内外や医師会）

2
年目

地域の課題を吸い上げ、方向性を共有していく場
（=会議体）を作る

優先度が高く、できそうな事業を、小規模・小エリアでやってみる

新たな地域の課題が出てくる

3
年目

エリアや規模を拡大したり、事業内容を修正したり、
新規事業を始めたり、必要な職種団体を巻き込んだり・・・

（結果的に）地域に必要な事業が大体揃う →ア～クに当てはめる

2. 効果的な事業の進め方

2) 「在宅医療・介護連携推進事業」 を越える

新しい地域支援事業の全体像

<改正前>

介護保険制度

<改正後>

【財源構成】

国 25%
都道府県 12.5%
市町村 12.5%
1号保険料 22%
2号保険料 28%

【財源構成】

国 39%
都道府県 19.5%
市町村 19.5%
1号保険料 22%

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)
訪問看護、福祉用具等
訪問介護、通所介護

介護予防事業
又は介護予防・日常生活支援総合事業
○ 二次予防事業
○ 一次予防事業
介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

包括的支援事業
○ 地域包括支援センターの運営
・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業
○ 介護給付費適正化事業
○ 家族介護支援事業
○ その他の事業

改正前と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

介護予防・日常生活支援総合事業 (要支援1~2、それ以外の者)
○ 介護予防・生活支援サービス事業
・訪問型サービス
・通所型サービス
・生活支援サービス(配食等)
・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
○ 一般介護予防事業

包括的支援事業
○ 地域包括支援センターの運営 (左記に加え、**地域ケア会議の充実**)
○ **在宅医療・介護連携推進事業**
○ **認知症総合支援事業** (認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等)
○ **生活支援体制整備事業** (コーディネーターの配置、協議体の設置 等)

任意事業
○ 介護給付費適正化事業
○ 家族介護支援事業
○ その他の事業

地域支援事業

市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策など地域支援事業の充実 118億円(公費:236億円)

- 地域包括ケア実現に向けた、充実・強化の取組を地域支援事業の枠組みを活用し、市町村が推進。
 - あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し、サービスの多様化を図る。
 - これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。
- ※「医療・介護連携強化」「認知症施策の推進」「生活支援体制整備」に係る事業については、地域包括支援センター以外の事業主体に事業委託も可能

平成30年度までに全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

在宅医療・介護連携 13億円(公費:26億円)

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進

認知症施策 28億円(公費:56億円)

初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症の本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる地域の構築を推進

地域ケア会議 24億円(公費:47億円)

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進

生活支援の充実・強化 54億円(公費:107億円)

生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

- ※1 平成30年度からの完全実施に向けて段階的に予算を拡
- ※2 上記の地域支援事業(包括的支援事業)の負担割合は
- ※3 金額は四捨五入により、億円単位にまとめているため

在宅医療・介護連携推進事業以外にも
視野を広げることが重要


事業間で関連する（ように見える）項目

	在宅医療・介護連携推進事業	認知症施策	新総合事業・生活支援体制整備	地域ケア会議	その他施策
情報収集・課題抽出・対応検討	在宅医療推進協議会等の設置（ア・イ）	？	協議体の設置	地域ケア推進会議	<ul style="list-style-type: none"> • 人生の最終段階における医療体制整備事業 • 地域医療介護総合確保基金事業 • その他？
連携体制・情報共有	切れ目のない体制・情報共有（ウ・エ・ク）	認知症ケアパス・情報共有ツール	支え合い会議	地域ケア会議本体	
コーディネータ配置	相談支援（オ）	認知症地域支援推進員	生活支援コーディネーター	地域ケア会議コーディネーター	
人材養成	多職種グループワーク（カ）	認知症ライフサポート研修 かかりつけ医対応力向上研修	生活支援コーディネーター向け研修	地域ケア会議本体	
住民啓発	住民啓発（キ）	認知症サポーター他	（事業全体として住民参画を重要視）	—	
事業推進マニュアル等	厚労省：手引き 国立長寿医療研究センター他：研修運営ガイド	？	三菱UFJR&C：総合事業の移行戦略	長寿社会開発センター：地域ケア会議運営マニュアル	

守山市 在宅医療・介護連携の取組みのステージ別整理

ステージ	取組み
I 介護予防	<ul style="list-style-type: none"> 健康の保持・増進に関する啓発(出前講座、窓口での啓発) キ エンディングノートの配布・活用 在宅医療・在宅看取りの啓発(講演会 専門職による出前講座 家族介護者教室(地域包括支援センター)) キ
II 医療・介護サービスの利用	<p><切れ目のない医療・介護サービスの提供></p> <ul style="list-style-type: none"> 介護サービス事業所情報、地域医療介護マップの配布 ア・相談窓口対応 オ 機能強化型在宅療養支援診療所の検討(守山野洲医師会) ウ 地域包括ケア病床、開放型病床、在宅支援病床の運用(守山市民病院) ウ 診診、病診連携の充実 ウ・退院後の療養・指導體制の充実 ウ <p><多職種連携></p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養手帳・ICTの活用 エ ・ 守山顔の見える会の開催 カ 介護支援専門員研修の開催 カ サービス担当者介護への歯科関係者・薬剤師・地域支援者の参画 ウ <p><在宅歯科保健></p> <ul style="list-style-type: none"> 口腔ケアサービス等在宅歯科保健を推進するための仕組みの構築 イ (すこやか生活課の歯周病健診(訪問型)等関連部署と連携) 口腔内の健康に関する市民向け研修会(家族介護者教室、出前講座) キ
III 状態の変化に伴う救急対応	<ul style="list-style-type: none"> 窓口相談対応 オ 医療・介護緊急相談体制の整備(病診連携) ウ
IV 痛みのコントロール	<ul style="list-style-type: none"> 疼痛緩和を目的とした服薬管理ができる医療環境の充実 ウ 24時間対応・麻薬管理を行う薬局の活用(窓口で啓発、介護支援専門員研修) ウ・キ・カ
V 看取り支援	<ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員研修の開催 ターミナル期支援研修会 カ 相談窓口対応 オ・看取り支援体制強化 ウ
VI 遺族ケア	<ul style="list-style-type: none"> 遺族ケア研修会の開催とケアの提供 ウ・カ

※人口1200人の村役場職員が行った棚卸し作業

総務課	建設課	農林振興課	議会事務局・会計室
<p>○ 人事（職員研修）</p> <p>○ 法制執務（条例等）</p> <p>○ 財政全般（予算・決算・交付税等）</p> <p>○ <u>定例区長会（毎月）</u></p> <p>○ 消防防災</p> <p>→ 防災訓練・操法大会・夏季訓練・出初式</p> <p>→ 災害危険地調査・<u>防火調査</u></p> <p>○ 選挙</p> <p>○ 広報（月刊カリコポーズ）</p> <p>○ <u>行政座談会</u></p> <p>○ 公用車管理</p> <p>○ 消防詰所</p> <p>○ 松之本集会所</p> <p>○ 公用車（積載車）</p> <p>○ 防災ヘリ・ドクターヘリ</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>◎ 消防団（支援団）</p> <p>◎ <u>区長会</u></p> <p>◎</p> <p>◎</p>	<p>★ <u>基盤整備・ライフライン</u></p> <p>○ 村道・林道維持管理</p> <p>○ <u>水道メーター検針</u></p> <p>○</p> <p>○</p> <p>○</p> <p>◎ 土木事務所</p> <p>◎ <u>村道・林道作業員</u></p> <p>◎</p> <p>◎</p> <p>◎</p> <p>○・・・行事・事業・イベント等</p> <p>□・・・関連施設・機材等</p> <p>◎・・・各種組織・団体・グループ等</p> 	<p>○ <u>農林座談会</u></p> <p>○ 有害獣駆除</p> <p>○ 有害獣駆除</p> <p>○ 作業道維持管理</p> <p>○</p> <p>◎ 森林組合</p> <p>◎ 農協</p> <p>◎ 農林振興局</p> <p>◎ 普及センター</p> <p>◎ 農業委員会</p> <p>○ シビ工施設</p> <p>○ 森林館</p> <p>○ <u>百草屋</u></p> <p>○ 畜産センター</p> <p>○ ゆず団地</p> <p>◎ ゆず部会</p> <p>◎ ほおずき部会</p> <p>◎ しいたけ部会</p> <p>◎ 和牛部会</p> <p>◎ 漁業組合</p> <p>◎ 猟友会</p> <p>★ <u>西米良版総合戦略</u></p> <p>★ <u>四季まつり</u></p> <p>○ 米良三山山開き</p> <p>○ 山菜まつり（小川）</p> <p>○ ふるさと村民味発送（観光協会）</p> <p>○ 菊池公益祭り（菊池氏奉賛会）</p> <p>○ やまびこ花火大会（観光協会）</p> <p>○ スカイランニングクエスト</p> <p>○ 山まつり</p> <p>○ 月の神楽（小川）</p> <p>○ 都市間交流（菊池・遠野）</p> <p>○ 移住定住促進</p> <p>○ 統計（国勢調査等）</p> <p>○ 小川（米良の庄）</p> <p>○ 神楽公演</p>	<p>★ <u>村議会定例会</u></p> <p>○ 現金出納検査（毎月）</p> <p>○ 定期監査</p> <p>○ 決算審査</p> <p>○ 補助団体監査</p> <p>○ 村・議会・県職員・教職員合同会議</p> <p>□ 議場</p> <p>◎ 村議会議員（各委員会）</p> <p>◎ 監査委員</p> <p>○ <u>西米良温泉（米良の庄）</u></p> <p>○ キャンプ場（米良の庄）</p> <p>○ おがわ作小屋（小川）</p> <p>○ 菊池記念館</p> <p>○ <u>ホイホイライン</u></p> <p>◎ <u>地区担当班</u></p> <p>◎ <u>商工会</u></p> <p>◎ 観光協会</p> <p>◎ 菊池氏奉賛会</p> <p>◎ ふるさと交流の会</p> <p>◎ 語り部の会</p> <p>◎ 中山間盛り上げ隊</p> <p>◎ 地域おこし協力隊</p> <p>◎ <u>いきいき集落</u></p>
<p>村民課</p> <p>○ <u>交通安全・地域安全</u></p> <p>→ 街頭指導・法令講習</p> <p>→ 高齢者交通安全グラウンド・ゴルフ</p> <p>○ <u>ゴミ収集</u></p> <p>○ <u>村営バス</u></p> <p>○ <u>新庁舎建築</u></p> <p>○ 税（申告）</p> <p>○ 年金</p> <p>→ 年金友の会？</p> <p>○ <u>清潔調査</u></p> <p>○ <u>密着湿敷</u></p> <p>○ 食品衛生</p> <p>○ 村所驛</p> <p>○ <u>各地区公民館・集会所</u></p> <p>○ 村営住宅（<u>空き住宅</u>）</p> <p>○ 防犯灯</p> <p>○ <u>学校跡（小川・越野屋・坂谷）</u></p> <p>○ <u>集落センター</u></p> <p>○ 公用車（バス・<u>青パト</u>等）</p> <p>○ 火葬場</p> <p>◎ 人権擁護員</p> <p>◎ 交通安全協会（警察署）</p> <p>◎ 食品衛生協会</p> <p>福祉健康課</p> <p>★ <u>地域包括ケアシステム</u></p> <p>★ <u>介護予防・日常生活支援総合事業（新総合事業）</u></p> <p>○ <u>生きがいディサービス</u></p> <p>○ <u>タクシー・バス券</u></p> <p>○ <u>見守り事業</u></p> <p>○ 金婚式</p> <p>○ 敬老会・敬老年金</p> <p>○ <u>買い物支援（商工会・ヤマト運輸）</u></p> <p>○ <u>基本・若者健診</u></p> <p>○ <u>各種がん検診</u></p> <p>○ ミニ人間ドック</p> <p>○ 眼科検診</p> <p>○ 健康づくり推進啓発</p> <p>○ <u>献血</u></p> <p>○ <u>予防接種</u></p> <p>○ 歯科保健</p> <p>○ <u>ふれあい交流事業（社協）</u></p> <p>○ <u>生きがい体カづくり（社協）</u></p> <p>○ <u>歴史再発見の旅（社協）</u></p> <p>○ <u>ふれあいリフレッシュ事業（社協）</u></p> <p>○ <u>心配ごと相談</u></p> <p>○ 米寿祝</p> <p>○ <u>訪問看護・小川出張診療</u></p> <p>○ 一時預かり（ふたば園）</p> <p>○ 土曜保育（ふたば園）</p> <p>○ <u>ディサービス・介護ヘルパー（天包荘）</u></p> <p>○ <u>活き活き教室</u></p> <p>□ <u>保健センター</u></p> <p>□ <u>診療所・歯科診療所・小川出張診療所</u></p> <p>□ ふたば園</p> <p>□ <u>天包荘</u></p> <p>□ <u>介護予防拠点施設（米良の庄）</u></p> <p>□</p> <p>□</p> <p>◎ <u>民生委員・児童委員</u></p> <p>◎ <u>地域ケア会議</u></p> <p>◎ <u>保健医療連携協議会</u></p> <p>◎ <u>生活支援コーディネーター・協議体</u></p> <p>◎ <u>子育てサークル</u></p> <p>◎ <u>老人クラブ</u></p> <p>◎ <u>シルバー人材センター</u></p> <p>◎ <u>社会福祉協議会</u></p> <p>◎ <u>商工会</u></p> <p>◎ <u>ヤマト運輸</u></p> <p>◎ <u>包括支援センター</u></p> <p>◎ <u>てごり部</u></p> <p>◎ <u>介護予防運動サポーター</u></p> <p>◎ <u>認知症サポーター</u></p> <p>◎ <u>健康づくり推進員</u></p> <p>◎</p> <p>○ 学校施設（調理場）</p> <p>○ <u>児童クラブ専用施設</u></p> <p>○ トレーニング施設</p> <p>○ 山村広場</p> <p>○ 鍊心館・管理棟</p> <p>○ <u>あさよび号・宅配車</u></p> <p>○ 歴史民俗資料館</p> <p>◎ 教育委員会（評価委員会）</p> <p>◎ <u>公民館長会（自公連）</u></p> <p>◎ 体育協会・<u>メラスポ</u>・スポーツ推進委員</p> <p>◎ 競技団体（バレー・ソフト・剣道・陸上）</p> <p>◎ <u>郷人会</u></p> <p>◎ <u>青年会</u></p> <p>◎ スポーツ少年団（小中剣道）</p> <p>◎ 村子連（郡子連）</p> <p>◎ スポーツ推進委員</p> <p>◎ 生涯学習推進会議</p> <p>◎ 放課後子どもプラン運営委員会</p> <p>◎ PTA（家庭教育学級）</p> <p>◎ 学校支援地域コーディネータ</p> <p>◎</p> <p>◎</p> <p>◎</p>	<p>むら創生課</p> <p>★ <u>西米良版総合戦略</u></p> <p>★ <u>四季まつり</u></p> <p>○ 米良三山山開き</p> <p>○ 山菜まつり（小川）</p> <p>○ ふるさと村民味発送（観光協会）</p> <p>○ 菊池公益祭り（菊池氏奉賛会）</p> <p>○ やまびこ花火大会（観光協会）</p> <p>○ スカイランニングクエスト</p> <p>○ 山まつり</p> <p>○ 月の神楽（小川）</p> <p>○ 都市間交流（菊池・遠野）</p> <p>○ 移住定住促進</p> <p>○ 統計（国勢調査等）</p> <p>○ 小川（米良の庄）</p> <p>○ 神楽公演</p> <p>教育総務課</p> <p>★ <u>教育委員会・総合教育会議</u></p> <p>○ <u>村民ミニバレー大会（体育協会）</u></p> <p>○ <u>メラリンピック</u></p> <p>○ <u>スポーツフェスタ（体育協会）</u></p> <p>○ <u>にしまらイキイキ祭</u></p> <p>○ <u>小中合同学習発表会</u></p> <p>○ <u>ほのほの学級（毎月）</u></p> <p>○ 村営塾</p> <p>○ <u>にしまら児童クラブ</u></p> <p>○ <u>スマイル！にしまら</u></p> <p>○ <u>学校支援地域本部</u></p> <p>○ 成人式</p> <p>○ あさよびツアー・フェスタ</p> <p>○ 菊池公追悼剣道大会（村・鍊心館）</p> <p>○ 県スポ少剣道ブロック大会（スポ少）</p> <p>○ 県民総合スポーツ祭</p> <p>○ 県市町村対抗駅伝大会（体育協会）</p> <p>○ <u>ヨガ・シェイプ・ボディ（メラスポ）</u></p> <p>○ 商工会長杯ソフト大会（ソフト協会）</p> <p>○ 村長旗ソフト大会（ソフト協会）</p> <p>○ 9人制囲いバレー交流大会（メラスポ）</p> <p>○ 村婦連ミニバレー大会（婦人会）</p> <p>○ 村婦人大会（婦人会）</p> <p>○ やまびこロードレース大会（青年会）</p>		

図：宮崎県長寿介護課医療・介護連携推進室甲斐氏資料より

在宅医療多職種連携と認知症施策の連動

例：柏市「顔の見える関係会議」

保健
福祉部

福祉活動
推進課

- 地域包括
- 介護予防
- 認知症

認知症施策

- 認知症ケアパスの作成など

- 在宅医療・介護連携推進事業

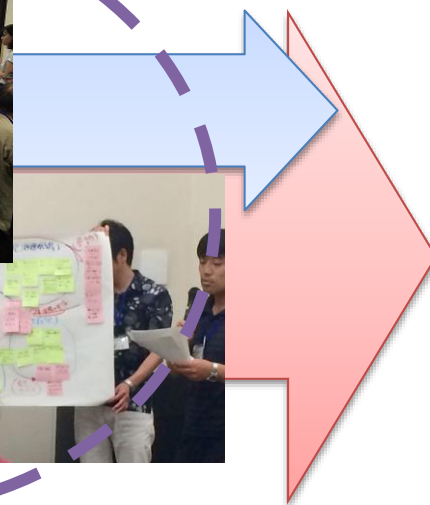
地域医療
推進課

顔の見える関係会議

- H24年から年4回、継続して実施
- 医療・介護関係者が一同に会して多職種グループワークにより、顔の見える関係を深める
- 毎回約200人が参加
- 延べ参加者数3131名

「福祉活動推進課」と「地域医療推進課」が企画段階から連携。認知症をテーマにグループワーク。

第17回 顔の見える関係会議
「認知症の早期発見・早期対応に向けて多職種ができること」



2. 効果的な事業の進め方

3) 「組織」を越える

県の事業と市町事業の連動 例：滋賀県

全県規模の多職種研修＋市町村規模の軽い研修

① 県全域を対象とした多職種研修会を開催

滋賀県在宅医療セミナー

高島市（人口約5万人）

顔の見える関係づくり(研修会)

在宅医療介護連携事業研修会

【H26. 12/19】
講演会「地域医療守城の取り組み
～新潟県魚沼地域における住民ととむに作る地域包括ケア～」
講師 地域医療推進学校長(新潟県立小出病院院長) 石原 良和 氏 71名出席
【H27. 1/31】 多職種参加によるグループワーク
「わがまちの在宅医療を推進する上での課題」 47名出席

介護保険関係者研修会

【H27. 1/27】
講演会「在宅医療を支える」～よりよい連携のために～
講師 NPOみなくち訪問看護ステーション所長 藤井 和子氏 38名出席

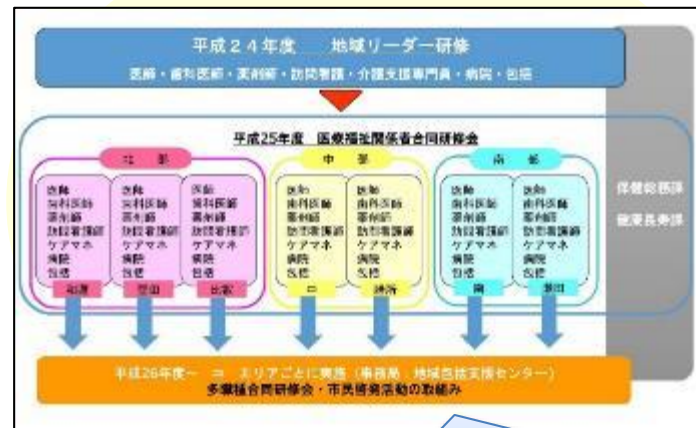
認知症ケア多職種連携研修会

認知症支援に関する事例検討
～レビー小体型認知症の方への支援について～
講師 藤本クリニック 藤本直規医師 奥村 典子 看護師
【H26. 12/18】 24名出席
【H27. 3/12】 28名出席

県よりも小規模の多職種研修を複数回実施



大津市（人口約34万人）



② 市町単位で（県の研修より軽い）研修会や会合を、**市町村規模に合わせて**開催し、つながりを強める

県の研修会受講者を地域リーダーとして、さらに、地区単位で研修会を開催

グループワーク

地域の課題を踏まえた在宅医療・介護連携

在宅医療・介護連携推進のための地域資源整理表

平成27年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種連携プログラムによる調査研究事業」（株式会社 富士通総研）にて開発 →一部改変

	1.在宅医療	2.入院医療	3.在宅介護	4.基礎自治体	5.地域連携	6.地域コミュニティ	7.利用者意識
現 状	① 量的充足 ニーズに対する資源・提供サービス等の量						
	② 質的充足 提供されているサービスの質等の確保						
	③ 取組の有無 必要と考えられる取組が行われているか						
	④ 利用状況 利用されているか						
	⑤ 人材 担う人材の育成や実施に際しての意識啓発はされているか						
	⑥ 環境の醸成 利用に際しての意識醸成・取組の環境づくりはされているか						
2)	強み						
	弱み						

地域包括ケアに関わる7領域
 1. 在宅医療 2. 入院医療 3. 在宅介護 4. 基礎自治体 5. 地域連携
 6. 地域コミュニティ 7. 利用者意識



視点
 ①量的充足 ②質的充足 ③取組みの有無 ④利用状況 ⑤人材
 ⑥環境醸成



自治体の強み・弱みを整理



・行政担当者間で地域包括ケアシステム構築上での課題やあるべき姿を検討し、認識の整理と統一を図る
 ・医療・介護関係者らに自治体としての認識を提示・説明し、意識の統一、連携のための関係を醸成

3) 7領域の現状と「強み」「弱み」統括し、市・町・村全体としての「強み」「弱み」を簡単にまとめてください。

()市・町・村の強み

()市・町・村の弱み

グループワーク

地域の現状・課題把握と在宅医療・介護連携の目標

1. グループ内プレゼンテーション

- 事前課題を通じて分かった地域の実情・課題・強みなど

2. 意見交換

1) プレゼンを聞いた感想や疑問点

- ・ここはもう少し詳しく聞いてみたい。
- ・ここはわたしの地域も困っている。
- ・ここがあなたの地域のウリでは？
- ・この地域の課題、強み・弱みは、庁内や地域従事者と共有できているか？ など

2) 在宅医療・介護連携の目標と評価（指標）

3. 発表