

平成26年度 地域保健総合推進事業

在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの 推進における保健所の役割に関する研究報告書

平成27年3月

日本公衆衛生協会

分担事業者 大江 浩（富山県砺波厚生センター）

はじめに

平成 26 年 6 月、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」が公布され、同年 9 月、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」が告示されました。在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は、「介護保険事業（支援）計画」や「地域医療構想（ビジョン）」でも重点課題となっており、今後、国策として強力に推進されます。しかし、平成 18 年度に全国保健所長会「医療制度改革における緊急アピール」において、「医療と福祉の連携推進」「地域包括ケアシステムの整備」等を打ち出していたように、保健所にとって全く新しいテーマではなく、これまで、全国各地の保健所では、医療計画を通じた在宅医療の推進、難病対策、地域リハビリテーション対策、がん緩和ケア対策、認知症対策など、様々な取り組みが展開されてきました。

在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は、介護保険の地域支援事業等で市町村主体で進められていますが、市町村内で完結しない広域的連携、医療計画との連動、精神及び難病関連業務や薬事との連携など、市町村だけでは弱い面があります。平成 24 年 7 月の「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」では、保健所の運営について、「地域において保健、医療、福祉に関するサービスが包括的に提供されるよう市町村や関係機関等と重層的な連携体制を構築すること」による健康なまちづくりの推進が要請されています。保健所には、医事・薬事、難病・精神関連業務や各種専門職の配置等、一般の市町村にはない特性があることを踏まえ、各保健所は、市町村・医師会をはじめ、地域における関係機関・団体との連携・協働で、在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進に取り組む必要があります。

平成 26 年度 地域保健総合推進事業「在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進における保健所の役割に関する研究」では、1. 保健所アンケート、2. 参考となる取り組み事例の現地調査、3. 取り組み分野別の推進ポイントの作成、4. ブロック保健所連携推進会議等への協力を行いました。この報告書が少しでもお役に立てれば幸いです。

最後に、大変お忙しい中、現地調査にご協力いただきました皆様方ならびに貴重な資料・アドバイスをいただきました方々に、厚く御礼を申し上げます。

平成 27 年 3 月

平成 26 年度地域保健総合推進事業

在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進における保健所の役割に関する研究

分担事業者 **大江 浩**（富山県砺波厚生センター）

目 次

【はじめに】

【研究総括】	1
--------	-------	---

【提 言】	3
-------	-------	---

【本 編】

保健所アンケート	5
----------	-------	---

保健所現地調査	43
---------	-------	----

情報発信事例	73
--------	-------	----

取り組み分野別の推進ポイント	79
----------------	-------	----

ブロック保健所連携推進会議等への協力	85
--------------------	-------	----

【厚労省資料】	159
---------	-------	-----

【平成 26 年度 地域保健総合推進事業発表会抄録】	169
----------------------------	-------	-----

【研究組織】	185
--------	-------	-----

研究総括

当研究班は、在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進における、①保健所の取組み状況の把握、②保健所が取り組むための課題の明確化、③保健所の取組みの普及・普遍化を目的とし、今年度は、1) 保健所アンケート、2) 保健所現地調査、3) 取り組み分野別の推進ポイントのとりまとめ、4) ブロック保健所連携推進会議等への協力を行った。

県型、市型によって、それぞれの保健所の置かれた立場や組織は異なるが、平成 24 年 7 月の地域保健対策基本指針、平成 26 年 9 月の医療介護総合確保方針を踏まえ、市町村、医師会をはじめ、地域における関係機関・団体との連携・協働で取り組むことが期待される。在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は、今後の保健所における重要な公衆衛生業務である。

【保健所アンケート】

全国保健所 490 カ所（県型 365 カ所、市型 125 カ所）を対象に、インターネット回答によるアンケート調査を行った（回答率 61.8%）。

取り組み実態の把握として、「医療計画の推進」「市町村福祉関係計画への参画」「地域医療再生基金に基づく在宅医療の推進事業への関与」「在宅医療に関する事業への取り組み」「管内の職能団体との在宅医療や医療介護連携に関する協議」について、県型・市型の保健所で比較検討した。その結果、全般的に県型保健所に比べて市型保健所の取り組みは低調であったが、関係機関の連携会議、従事者に対する研修、地域住民への普及啓発、医師会や歯科医師会との協議は過半数の市型保健所で取り組まれていた。

医療計画における在宅医療のテーマ化の割合は平成 24 年度調査と比べて有意に高くなっていたが、指標による評価は 45.5%に留まり、課題と思われた。また、平成 26 年度が計画の策定年であるにもかかわらず、介護保険事業計画、障害福祉計画への保健所の参画率はいずれも 6 割台であり、保健所と市町村と重層的な連携を進めるために、参画率を高める方策が必要と感じられた。

保健所による退院調整支援への関与について、「関与すべき」48.8%の一方で「わからない」30.7%であり、管内の介護支援専門員協議会や看護協会等との協議とともに、厚生労働省「都道府県医療介護連携調整実証事業」の普遍化のための研修やマニュアルの普及が必要と思われた。また、国保データベース（KDB）システムや介護・医療関連情報「見える化」システムの活用について、県型、市型ともに約 8 割の保健所が「活用すべき」としていたが、健康増進計画では「高齢者の健康」に関しても目標を掲げており、健康づくりと介護予防の一体的展開のため、KDB や見える化システムの積極的な活用が期待され、そのための研修やマニュアルの普及が必要と思われた。

保健所が医療介護連携や地域包括ケアシステムの推進に取り組む際に特に必要と思われる項目として、「地域における関係機関や団体との連携の場の設置」は県型、市型ともに 6 割以上の保健所が必要とし、平成 24 年度調査に比べて有意に高くなっており、地域における連携の場が設置されるよう、保健所の取り組み事項を明確化し、担当部署・事務分担の位置づけや予算確保、本庁による指導・支援等を通じて、保健所が取り組みやすい環境整備を図ることが重要な課題と思われた。

なお、今回の調査では「在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は今後の保健所における重要な公衆衛生業務」と「思う」60.7%、「やや思う」30.0%で、大半の保健所が前向きに捉えており、特に市型保健所では平成24年度調査と比べて「思う」割合が有意に高くなっていた。このことから、今後、保健所の積極的な取り組みが期待された。

【保健所現地調査】

保健所アンケートの紹介事例等について、関係機関との協働、わかりやすさ、創意工夫、他保健所での取り組みの参考などの観点から、4事例を選定し、現地調査を行った。

事例1「姫路市保健所 中播磨圏域における医療介護連携の取り組み」は、地域リハビリテーション支援センターが市保健所に設置されたことを契機にして、行政区の枠を越えた中播磨圏域での医療介護連携、退院調整支援に発展し、取り組まれている事例である。

事例2「砺波厚生センター小矢部支所 多職種合同事例検討会の取り組み」は、小規模な保健所支所において、種々の業務で培った人的ネットワークを活用し、市、医師会等の関係機関と協働して、在宅医療介護連携の推進に取り組まれている事例である。

事例3「豊中市保健所 在宅医療介護連携ネットワーク「虹ネット」の取り組み」は、中核市移行を契機に、高齢者支援と同じ部局に設置されている中核市保健所の強みを活かして、多職種協働の在宅医療介護連携の推進に取り組まれている事例である。

事例4「徳島保健所 徳島保健所管内における退院支援調整の取り組み」は、大学病院がある地方都市部において、平成26年度厚生労働省「都道府県医療介護連携調整実証事業」のモデル事業として、二次医療圏域の退院支援ルール策定に取り組まれている事例である。

なお、保健所アンケートで紹介いただいた事例について、ホームページ等で情報発信されている事例を一覧にまとめた。

【取り組み分野別の推進ポイント】

全国保健所長会地域保健の充実強化に関する委員会との協働作業で、医療介護総合確保推進法、総合確保方針等を踏まえ、保健所の具体的取り組みとして、①市町村支援、②圏域医療計画・地域医療構想、③地域リハビリテーション、④退院調整支援、⑤認知症、⑥緩和ケア、⑦難病、障害者の分野別と「本庁との連携」「市型保健所における取り組み」のポイントをとりまとめた。

【ブロック保健所連携推進会議等への協力】

在宅医療・地域包括ケアシステムをテーマにした5カ所のブロック保健所連携推進会議に対して、保健所アンケート集計結果（当該ブロック分）の提供や研究班員による講師・コメンテーターの協力をを行うとともに、全国保健所長会総会の会員協議、全国保健所長会研修会、行政保健師研修会で研究班員が講師として協力した。

提 言

全国保健所長会会員への提言

- 保健所は、医療計画を通じた在宅医療の推進のほか、難病対策、地域リハビリテーション対策、緩和ケア対策、認知症対策など、在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進における役割が大きい。
- 保健所には、医事・薬事、難病・精神関連業務、各種専門職の配置など、一般の市町村にはない特性があり、在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムを推進する上で、絶好の立場にある。
- 地域保健対策の基本指針や医療介護総合確保方針等を踏まえて、保健所の役割を再認識し、それぞれの保健所が置かれた立場で、市町村、医師会をはじめ、地域における関係機関・団体との連携・協働で在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムを推進するべきである。
- 保健所は、管内市町村の関連計画（介護保険事業計画、高齢者保健福祉計画、障害福祉計画等）の推進に関与するとともに、地域包括ケア「見える化」システムや国保データベース（KDB）システム等の活用による、健康づくりと介護予防の一体的推進を図るべきである。
- ヒューマンネットワークによる在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムを推進することが、災害対策をはじめとする健康危機管理の強化にもつながる。
- 在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は、今後の保健所における重要な公衆衛生業務である。

都道府県への提言

- 保健所には、医事・薬事、難病・精神関連業務、各種専門職の配置など、一般の市町村にはない特性があり、保健所と市町村との連携・協働による在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムを推進されたい。
- 保健所を中心に、二次医療圏等ごとの医療計画・地域医療構想において、在宅医療の推進を図られたい。
- 地域保健対策の基本指針や医療介護総合確保方針等を踏まえ、在宅医療・介護連

携、地域包括ケアシステムの推進における保健所の役割が果たせるよう、専門職員の確保のもと、保健所の担当部署を明確化し、事業化を図るとともに、各種の研修（地域医療構想、医療介護情報の分析評価等）を推進されたい。

- 在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムは、様々な分野にまたがっており、保健所と協議しながら、部局横断による取り組みを推進されたい。

国への提言

- 保健所には、医事・薬事、難病・精神関連業務、各種専門職の配置など、一般の市町村にはない特性があり、保健所と市町村との連携・協働による在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムを推進されたい。
- 国の法令等において、在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進における保健所の具体的な取り組み事項について明記するとともに、保健所が取り組むための技術的・財政的な支援を図られたい。
- 在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進における各地（都市部、郡部）の優れた取り組みを普及されたい。
- 在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムは、高齢者に限定せず、健康なまちづくりの一環と位置づけるとともに、自治体に対して部局横断による取り組みの推進を図られたい。

アンケート調査

I. 調査の概要

1. 対象

対象は、全国保健所 490 カ所（県型 365 カ所、市型 125 カ所）で、企画担当等が原案を作成し、保健所長が最終判断の上、回答。※支所がある場合は、本所が支所を含めて回答。

2. 方法

原則、インターネットによる WEB 回答（富山県経営管理部情報政策課の画面を経由）。※回答不可の保健所はメール・FAX・郵送で回答。

3. 調査時期

平成 26 年 6 月 13 日 ～ 平成 26 年 7 月 11 日

4. 回答数

303（回答率 61.8%）；県型 225（同 61.6%）、市型（政令指定都市、特別区、保健所政令市、中核市）78（同 62.4%）

II. 調査結果（調査結果は章末別紙を参照）

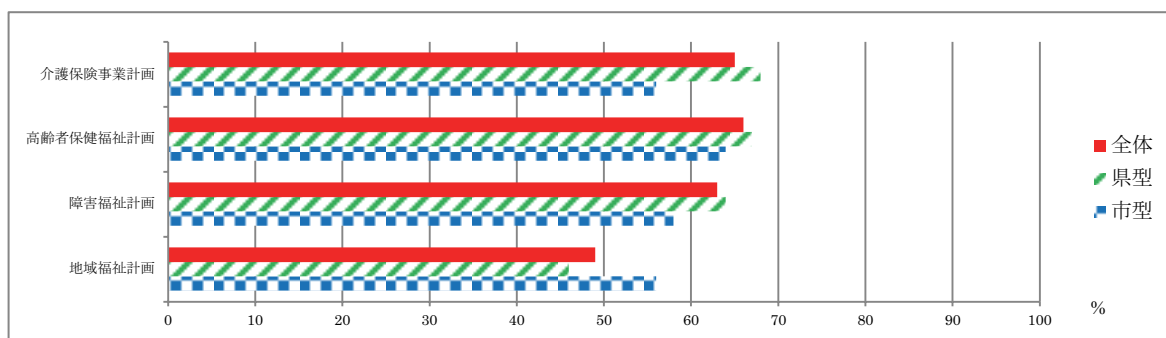
○保健所の基本情報

- 管内人口は、「30 万人以上」97（県型 49、市型 48）が最も多く、次いで、「10 万人～20 万人未満」75（県型 64、市型 11）、「10 万人未満」72（県型 70、市型 2）、「20 万人～30 万人未満」59（県型 42、市型 17）であった。
- 保健所の形態は、「保健と福祉の統合あり」151（県型 135、市型 16）、「保健と福祉の統合なし」152（県型 90、市型 62）であった。県型保健所の方が「保健と福祉の統合あり」の割合が高かった（ $p < 0.001$ ）。
- 二次医療圏と保健所所管区域との関係は、「一致している」150（県型 137、市型 13）が最も多く、次いで、「所属の二次医療圏に複数の保健所」143（県型 78、市型 65）、「保健所所管区域に複数の二次医療圏」10（県型 10）であった。県型保健所の方が「一致している」の割合が高かった（ $p < 0.001$ ）。
- 管内市町村数は、「1」93 が最も多く、次いで、「2」42、「3」35、「4」28、「5」26、「6」21、「8」21、「10 以上」15、「7」13、「9」9 であった。
- 管内郡市医師会数は、「1」146（県型 90、市型 56）が最も多く、次いで、「2」83（県型 76、市型 7）、「3」47（県型 40、市型 7）、「4」14（県型 10、市型 4）、「5」7（県型 6、市型 1）、「6」4（県型 2、市型 2）、「8」1（県型 1）、「10 以上」1（市型 1）であった。

○Q1 医療計画の担当部署

- 医療計画の策定又は推進のための「担当部署有り」は 70.3%（県型 82.2%、市型 35.9%）で、市型保健所と比べて県型保健所の有する割合が高かった（ $p < 0.001$ ）。平成 24 年度調査結果（70.1%；県型 84.8%、市型 29.7%）と比べて、有する割合は県型はやや低くなり、市型はやや高くなった。
- 「担当部署有り」のうち、「在宅医療がテーマとして明確にされている」は 82.6%（県型 84.3%、市型 71.4%）であった。平成 24 年度調査結果（72.3%；県型 73.4%、市型 63.6%）と比べて、テーマ明確化の割合が高くなった（ $p < 0.05$ ）。
- 「担当部署有り」のうち、「指標による評価がされている」は 45.5%（県型 47.0%、市型 35.7%）であった。
- 「担当部署有り」のうち、「担当部署に保健師が配置されている」は 75.6%（県型 75.1%、市型 78.6%）であった。平成 24 年度調査結果（72.3%；県型 72.3%、市型 72.7%）と比べて、配置割合はやや高くなった。

○Q2 市町村福祉関係計画への参画

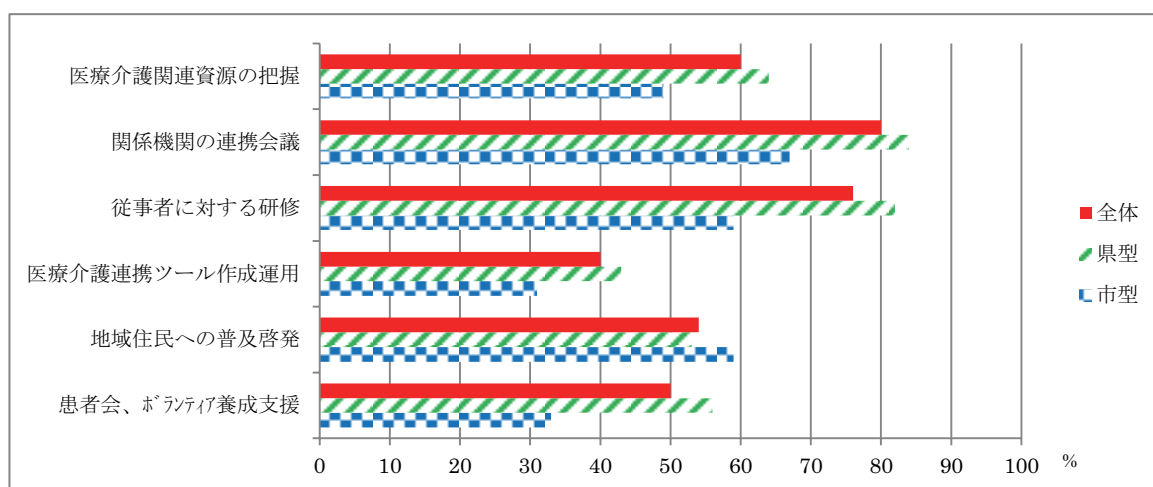


- 管内市町村における福祉関係計画への参画率は、「高齢者保健福祉計画」66.0%（県型 66.7%、市型 64.1%）が最も高く、次いで、「介護保険事業計画」64.7%（県型 67.6%、市型 56.4%）、「障害福祉計画」62.7%（県型 64.4%、市型 57.7%）、「地域福祉計画」48.5%（県型 45.8%、市型 56.4%）であった。
- 平成 24 年度調査結果では、「介護保険事業計画」59.4%（県型 59.8%、市型 58.1%）、「高齢者保健福祉計画」64.0%（県型 64.2%、市型 63.5%）、「障害福祉計画」72.3%（県型 75.5%、市型 63.5%）、「地域福祉計画」50.4%（県型 49.5%、市型 52.7%）であり、「介護保険事業計画」、「高齢者保健福祉計画」への参画割合はやや高くなったが、「障害福祉計画」、「地域福祉計画」への参画割合は低くなった。

○Q3 地域医療再生計画に基づく「在宅医療の推進事業」の実施

- 平成 25 年度に管内で地域医療再生計画に基づく在宅医療の推進事業が実施されたのは 59.1%（県型 67.6%、市型 34.6%）であった。市型保健所管内と比べて県型保健所管内の実施割合が高かった（ $p < 0.001$ ）。
- 管内で実施された保健所のうち、関与した事業があったのは 79.3%（県型 79.6%、市型 77.8%）であった。
- 関与した保健所のうち、「保健所の主体事業として実施」39.4%（県型 39.7%、市型 38.1%）、「保健所以外の主体事業に協力」42.3%（県型 40.5%、市型 52.4%）、無回答 18.3%（県型 19.8%、市型 9.5%）であった。

○Q4 在宅医療に関する事業への取り組み

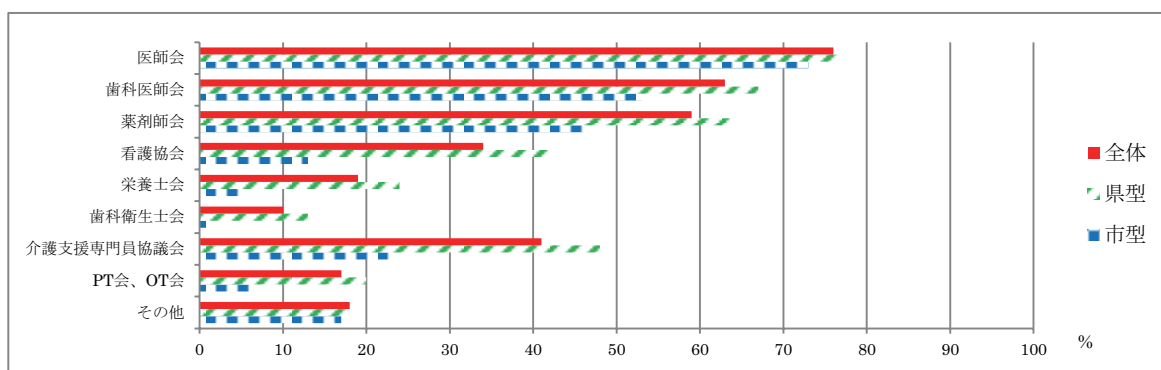


- 在宅医療に関する事業への取り組み有の割合は、「関係機関の連携会議の開催」79.9%（県型 84.4%、市型 66.7%）が最も高く、次いで、「従事者に対する研修」75.9%（県型 81.8%、市

型 59.0%)、「医療介護関連資源の把握」60.1% (県型 64.0%、市型 48.7%)、「地域住民への普及啓発」54.5% (県型 52.9%、市型 59.0%)、「在宅療養を支援するための患者会、ボランティア等の養成・支援」50.2% (県型 56.0%、市型 33.3%)、「医療介護連携ツールの作成・運用」39.9% (県型 43.1%、市型 30.8%)であった。市型保健所と比べて、県型保健所の取り組み割合は「地域住民への普及啓発」以外は高く、「従事者に対する研修」(p<0.001)、「関係機関の連携会議の開催」(p<0.01)、「在宅療養を支援するための患者会、ボランティア等の養成・支援」(p<0.01)、「医療介護連携資源の把握」(p<0.05)で有意差がみられた。

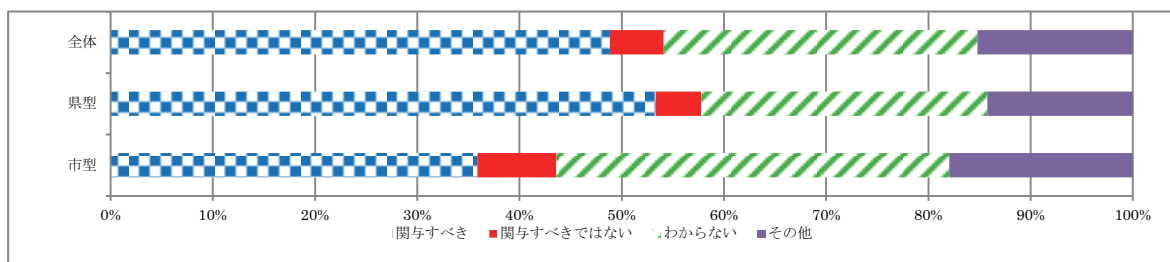
- ・ 上記のいずれかで取り組んでいる場合の分野として、「神経難病」61.1% (県型 68.4%、市型 39.7%)が最も多く、次いで、「認知症」38.3% (県型 38.7%、市型 37.2%)、「がん緩和ケア」26.7% (県型 30.7%、市型 15.4%)、「脳卒中後遺症」21.8% (県型 23.1%、17.9%)であり、「その他」26.4% (県型 29.8%、市型 16.7%)であった。市型保健所と比べて、県型保健所の取り組み割合はいずれも高く、「神経難病」(p<0.001)、「がん緩和ケア」(p<0.01)で有意差がみられた。
- ・ いずれかで取り組んでいる場合の管内市町村や関係施設・機関との連携について、例示した中で「地域包括支援センター」73.6% (県型 79.6%、市型 56.4%)が最も多く、次いで、「市町村」72.9% (県型 86.7%、市型 33.3%)、「訪問看護ステーション」71.9% (県型 79.1%、市型 51.3%)、「認知症疾患医療センター」28.4% (県型 31.1%、市型 20.5%)、「がん診療連携拠点病院」25.4% (県型 28.9%、市型 15.4%)、「広域リハビリ支援センター」22.4% (県型 26.7%、市型 10.3%)であり、「その他」31.0% (県型 32.9%、市型 25.6%)であった。市型保健所と比べて、県型保健所の連携割合はいずれも高く、「市町村」(p<0.001)、「地域包括支援センター」(p<0.001)、「訪問看護ステーション」(p<0.001)、「広域リハビリ支援センター」(p<0.01)、「がん診療連携拠点病院」(p<0.05)で有意差がみられた。

○Q5 管内の職能団体との在宅医療や医療介護連携に関する協議



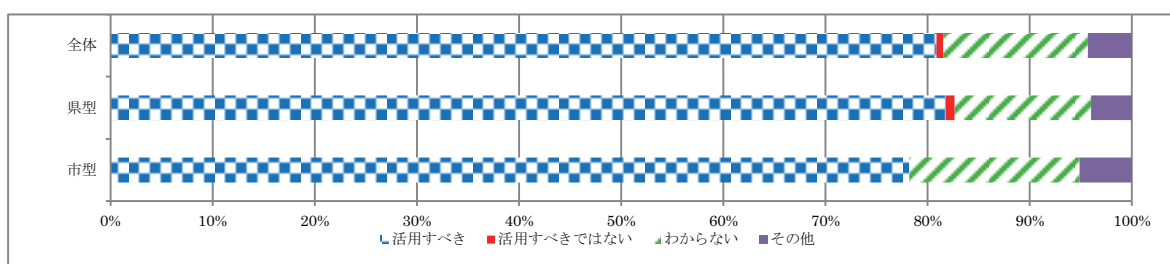
- ・ 管内の職能団体との在宅医療や医療介護連携に関して協議有の割合は、「医師会」76.2% (県型 77.3%、市型 73.1%)が最も高く、次いで、「歯科医師会」63.0% (県型 66.7%、市型 52.6%)、「薬剤師会」59.4% (県型 64.0%、市型 46.2%)、「介護支援専門員協議会」41.3% (県型 47.6%、市型 23.1%)、「看護協会」34.3% (県型 41.8%、市型 12.8%)、「栄養士会」19.5% (県型 24.4%、市型 5.1%)、「理学療法士会又は作業療法士会」16.5% (県型 20.0%、市型 6.4%)、「歯科衛生士会」9.9% (県型 12.9%、市型 1.3%)であり、「その他」は17.8% (県型 18.2%、市型 16.7%)であった。
- ・ 市型保健所と比べて、県型保健所の協議割合はいずれも高く、「歯科医師会」(p<0.05)、「薬剤師会」(p<0.01)、「看護協会」(p<0.001)、「栄養士会」(p<0.001)、「歯科衛生士会」(p<0.01)、「介護支援専門員協議会」(p<0.001)、「理学療法士会又は作業療法士会」(p<0.01)で有意差がみられた。

○Q6 保健所による退院調整支援への関与



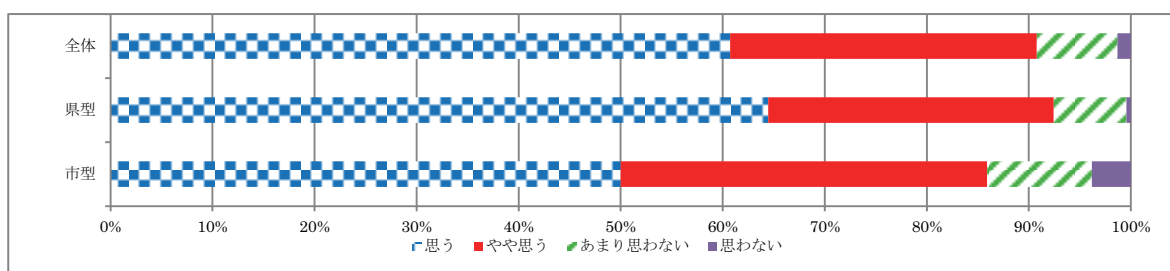
- 保健所による退院調整支援への関与について、「関与すべき」48.8%（県型 53.3%、市型 35.9%）の割合が最も高く、次いで、「わからない」30.7%（県型 28.0%、市型 38.5%）、「その他」15.2%（県型 14.2%、市型 17.9%）、「関与すべきでない」5.3%（県型 4.4%、市型 7.7%）であった。
- 市型保健所と比べて、県型保健所の「関与すべき」とする割合が高かった（ $p < 0.01$ ）。

○Q7 国保データ（KDB）システムや介護・医療関連情報「見える化」システムの活用



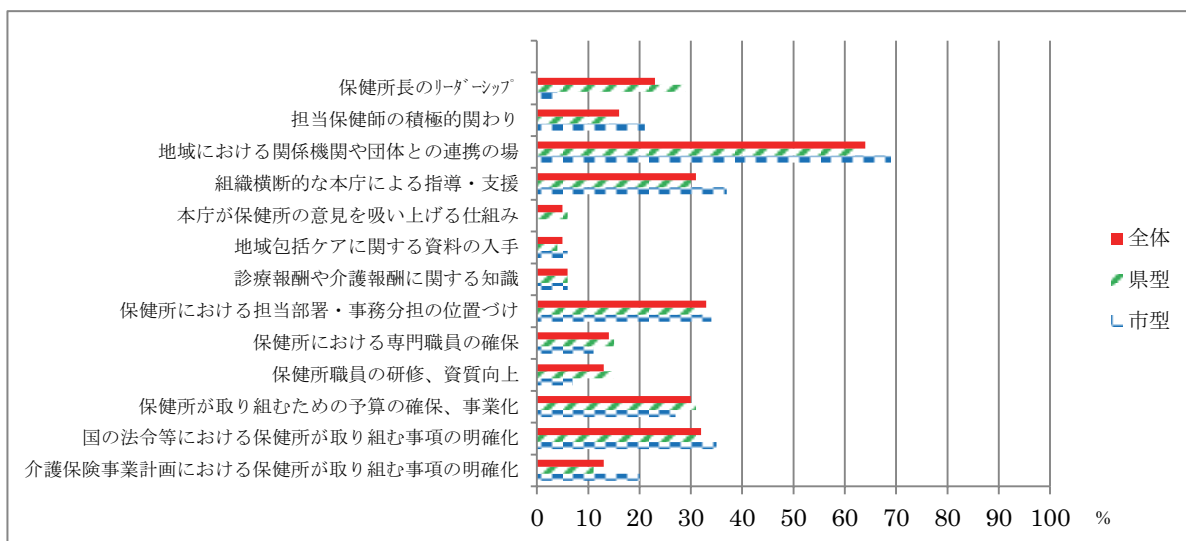
- 国保データベース（KDB）システムや介護・医療関連情報「見える化」システムの活用について、「活用すべき」80.9%（県型 81.8%、市型 78.2%）の割合が最も高く、次いで、「わからない」14.2%（県型 13.3%、市型 16.7%）、「その他」4.3%（県型 4.0%、市型 5.1%）、「活用すべきでない」0.7%（県型 0.9%、市型 0.0%）であった。
- 県型保健所と市型保健所で有意な違いはみられなかった。

○Q8 在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は今後の保健所における重要な公衆衛生業務か？



- 在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は、今後の保健所における重要な公衆衛生業務か、「思う」60.7%（県型 64.4%、市型 50.0%）の割合が最も高く、次いで、「やや思う」30.0%（県型 28.0%、市型 35.9%）、「あまり思わない」7.9%（県型 7.1%、市型 10.3%）、「思わない」1.3%（県型 0.4%、市型 3.8%）であった。
- 市型保健所に比べて、県型保健所の方が「思う」の割合が高かった（ $p < 0.05$ ）。
- 平成24年度調査結果では、「思う」53.2%（県型 61.8%、市型 29.7%）、「やや思う」36.0%（県型 31.9%、市型 47.3%）、「あまり思わない」7.9%（県型 4.9%、市型 16.2%）、「思わない」2.9%（県型 1.5%、市型 6.8%）であり、市型保健所では有意に高くなった（ $p < 0.05$ ）。

○Q9 保健所が医療介護連携や地域包括ケアシステムの推進に取り組む際に特に必要と思われる項目（3つまで選択）



- 保健所が地域包括ケア推進に取り組む際に特に必要と思われる項目として、「地域における関係機関や団体との連携の場の設置」63.6%（県型 61.7%、市型 69.0%）の割合が最も高く、次いで、「保健所における担当部署・事務分担の位置づけ」32.5%（県型 32.1%、市型 33.8%）、「国の法令等における保健所が取り組む事項の明確化」31.8%（県型 30.6%、市型 35.2%）、「組織横断的な本庁による指導・支援」31.4%（県型 29.7%、市型 36.6%）、「保健所が取り組むための予算の確保、事業化」30.0%（県型 31.1%、市型 26.8%）、「保健所長のリーダーシップ」22.5%（県型 28.7%、市型 4.2%）、「担当保健師の積極的関わり」16.1%（県型 14.4%、市型 21.1%）、「保健所における専門職員の確保」14.3%（県型 15.3%、市型 11.3%）、「保健所職員の研修、資質向上」13.2%（県型 15.3%、市型 7.0%）、「介護保険事業（支援）計画における保健所が取り組む事項の明確化」12.9%（県型 10.5%、市型 19.7%）、「在宅医療に関連する診療報酬や介護報酬に関する知識」5.7%（県型 5.7%、市型 5.6%）、「本庁が保健所の意見を吸い上げる仕組み」4.6%（県型 6.2%、市型 0.0%）、「地域包括ケアに関する資料の入手」4.6%（県型 4.3%、市型 5.6%）であった。県型保健所と市型保健所で有意な違いがみられたのは、「保健所長のリーダーシップ」（県型の方が高い； $p < 0.001$ ）、「本庁が保健所の意見を吸い上げる仕組み」（県型の方が高い； $p < 0.05$ ）であった。
- 平成 24 年度調査結果では、「地域における関係機関や団体との連携の場の設置」52.9%（県型 51.8%、市型 55.9%）、「保健所における担当部署・事務分担の位置づけ」40.2%（県型 35.2%、市型 54.4%）、「保健所が取り組むための予算の確保、事業化」32.6%（県型 34.2%、市型 27.9%）、「国の法令等における保健所が取り組む事項の明確化」31.0%（県型 32.6%、市型 26.5%）、「組織横断的な本庁による指導・支援」25.3%（県型 29.0%、市型 14.7%）、「保健所における専門職員の確保」22.6%（県型 23.8%、市型 19.1%）、「保健所長のリーダーシップ」19.5%（県型 22.8%、市型 10.3%）、「保健所職員の研修、資質向上」16.5%（県型 17.6%、市型 13.2%）、「介護保険事業（支援）計画における保健所が取り組む事項の明確化」13.0%（県型 13.0%、市型 13.2%）、「担当保健師の積極的関わり」12.3%（県型 9.8%、市型 19.1%）、「本庁が保健所の意見を吸い上げる仕組み」8.0%（県型 7.8%、市型 8.8%）、「地域包括ケアに関する資料の入手」6.9%（県型 6.2%、市型 8.8%）、「在宅医療に関連する診療報酬や介護報酬に関する知識」5.7%（県型 6.7%、市型 2.9%）であり、「地域における関係機関や団体との連携の場の設置」の割合は高くなり（ $p < 0.05$ ）、「保健所における専門職員の確保」は低くなった（ $p < 0.05$ ）。

Ⅲ. 考察

平成 18 年度に全国保健所長会「医療制度改革における緊急アピール」において、「医療と福祉の連携推進」「地域包括ケアシステムの整備」等を打ち出していたように、在宅医療・地域包括ケアシステムは保健所にとって全く新しいテーマではない。今回のアンケート結果（Q8）では、大半の保健所が「在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は今後の保健所における重要な公衆衛生業務」と既に認識していることが明らかになったが、これは、これまでの保健所における様々な取組みとともに、高齢化の進展、独居・認知症高齢者の増加等といった時代性重視が反映されたものと思われる。以下、アンケート項目に沿って考察する。

1. 医療計画を通じた在宅医療の推進

今回の調査では、医療計画担当部署の設置や担当部署への保健師配属の割合は平成 24 年度調査とあまり変わっていないが、在宅医療のテーマ化の割合は有意に高くなっていった。医療計画では在宅医療は柱の一つであり、平成 27 年度からの地域医療構想（ビジョン）でも構想区域等ごとに在宅医療の推進について協議されることになっている。保健所がその事務局機能を果たすことが期待される。なお、平成 25 年度からの医療計画では PDCA による指標評価が位置付けられているが、今回の調査では指標評価は 45.5%に留まっていた。今後、医療計画作成支援データブックによる NDB や病床機能報告の分析を踏まえた評価も期待され、国や都道府県による保健所職員に対する指標評価に係る研修が必要と思われる。

2. 市町村福祉関係計画への参画

平成 26 年度は第 6 期介護保険事業計画や第 4 期障害福祉計画等の策定年であるが、今回の調査では、管内市町村における各福祉関係計画への保健所の参画率は、平成 24 年度調査と比べてあまり伸びていなかった。特に第 6 期介護保険事業計画では、新たな介護予防・日常生活支援総合事業、在宅医療・介護連携推進事業、認知症施策及び生活支援サービスの体制整備など、地域支援事業が従来計画と大きく変わり、今後、介護保険事業計画と医療計画・地域医療構想（ビジョン）の連携が要請されている。平成 26 年 9 月の「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」では「保健所の活用による市町村の後方支援」が明記されており、保健所が介護保険事業計画をはじめとする管内市町村の福祉関連計画に積極的に参画する必要がある。なお、平成 25 年度に行った保健所アンケートの詳細分析では、市町村の介護保険事業計画や高齢者保健福祉計画への参画の有無によって、県型、市型ともに、保健所の各種取り組みに有意差がみられていることも踏まえたい。

3. 基金事業を通じた在宅医療の推進

平成 25 年度に管内で地域医療再生計画に基づく在宅医療の推進事業が実施されたのは約 6 割であった。そのうち保健所が関与した事業があったのは約 8 割で、「保健所の主体事業として実施」と「保健所以外の主体事業に協力」はほぼ同様の割合であった。平成 26 年度からの医療介護総合確保基金は「在宅医療（歯科・薬局を含む）を推進するための事業」も対象であるが、保健所の主体事業か否かにかかわらず、保健所の積極的な関与が期待される。

4. 重層的な連携体制

在宅医療に関する事業の実施について、「関係機関の連携会議の開催」、「従事者に対する研修」、「医療介護関連資源の把握」、「地域住民への普及啓発」の割合が高かったが、これらは、平成 27 年度からの介護保険の地域支援事業「在宅医療・介護連携推進事業」で位置付けられ、市町村主体で実施されるものである。しかし、医療介護総合確保方針で保健所による市町村の後方支援が明記されているほか、地域保健基本指針において、保健所の運営として、地域において保健、医療、福祉に関するサービスが包括的に提供されるよう、市町村や関係機関との重層的な連携体制の構築が要請されていることを認識する必要がある。

医療計画では、在宅医療のほか、がん（緩和ケア含む）、脳卒中（維持期・生活期含む）、精神疾患（認知症含む）等、在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムに絡むテーマが位置付けら

れており、これらに関連する取り組みは保健所と市町村や関係機関との重層的な連携が重要である。関係機関との連携について、今回の調査では、取り組んでいる場合は、「地域包括支援センター」、「市町村」、「訪問看護ステーション」との連携は7割以上と高かった一方で、「認知症疾患医療センター」、「がん診療連携拠点病院」、「広域リハビリ支援センター」との連携がいずれも3割を下回っていた。また、広域リハビリ支援センターは脳卒中後遺症分野の取り組みがあると半数の連携があり、同様に、認知症疾患医療センターは認知症分野の取り組みがあると6割の連携、がん診療連携拠点病院はがん緩和ケア分野の取り組みがあると7割余の連携があった。専門関係機関は市町村単位で整備される施設ではなく、広域的な連携推進のためにも保健所による支援が期待される。また、今回の調査では保健所の取り組み分野として「神経難病」の割合が最も高い結果であり、難病法で規定された「難病対策地域協議会」の積極的な展開が期待される。

5. 職能団体との連携

今回の調査では、在宅医療や医療介護連携に関して、管内の「医師会」との協議が県型保健所、市型保健所とも7割以上行われていた。平成27年度からの介護保険の地域支援事業「在宅医療・介護連携推進事業」による「在宅医療・介護連携支援センター（仮称）」は郡市区医師会への委託も想定されており、医師会との協議は欠かせない。ただし、実際の取り組みに関して、医師会の事務局体制には大きな格差があるとともに、医師会に所属していない医師の存在も考慮する必要があり、これは他の職能団体にもあてはまる。地域における専門職種の総合調整の観点からも、保健所が果たす役割が重要と思われる。なお、約4割の保健所が「介護支援専門員協議会」との協議を行っていたが、二次医療圏単位での退院調整支援のためには「介護支援専門員協議会」との連携が不可欠であり、重点的な取り組みが期待される。

6. 退院調整支援

今回の調査では、保健所による退院調整支援について約半数が「関与すべき」としていたが、「わからない」が約3割であった。平成26年度の厚生労働省「都道府県医療介護連携調整実証事業」では全国9府県のモデル医療圏において、保健所がコーディネート役となって、二次医療圏の退院支援ルール作成・運用が図られており、事業の普遍化のための研修やマニュアルの普及が必要であろう。

7. 健康づくりと介護予防の一体的展開

今回の調査では、国保データベース（KDB）システムや介護・医療関連情報「見える化」システムの活用について、県型、市型ともに約8割の保健所が「活用すべき」としていた。KDBには特定健康診査・特定保健指導情報、国民健康保険医療情報、後期高齢者医療情報、介護保険情報が含まれ、また、「見える化」システムには、公的統計情報、介護保険情報、日常生活圏域ニーズ調査情報等が含まれている全国共通の分析ツールである。健康増進計画では「高齢者の健康」に関しても目標を掲げており、健康づくりと介護予防の一体的展開のため、KDBや見える化システムの積極的な活用が期待され、そのための研修やマニュアルの普及が必要であろう。

8. 保健所が取り組みための課題

今回の調査では、保健所が医療介護連携や地域包括ケアシステムの推進に取り組む際に特に必要と思われる項目として、「地域における関係機関や団体との連携の場の設置」は県型、市型ともに6割以上の保健所が必要とし、平成24年度調査に比べて有意に高くなった。一方で、「保健所における専門職員の確保」は14.3%に留まり、平成24年度調査に比べて有意に低くなった。また、「保健所における担当部署・事務分担の位置づけ」、「国の法令等における保健所が取り組む事項の明確化」、「組織横断的な本庁による指導・支援」、「保健所が取り組むための予算の確保、事業化」は3割以上の保健所が必要としていた。これらのことから、地域における連携の場が設置されるよう、保健所の取り組み事項を明確化し、担当部署・事務分担の位置づけや予算確保、本庁による指導・支援等を通じて、保健所が取り組みやすい環境整備を図ることが重要な課題と思われる。

9. 市型保健所の取り組み

今回の調査では、「医療計画の担当部署」、「地域医療再生計画に基づく在宅医療の推進事業」、「在宅医療に関する事業の取り組み」、「関係機関との連携」、「職能団体との協議」、「保健所による退院調整支援へ関与の認識」、「今後の保健所における重要な公衆衛生業務との認識」のいずれにおいても、市型保健所は県型保健所に比べて全般的に低い割合であったが、基本的に医療計画や地域医療再生計画は都道府県計画であることや保健所の組織・業務の位置づけの違い等が影響したものと思われる。介護保険事業計画や医療介護総合確保促進法第5条の市町村計画では在宅医療の推進が図られ、市町村の「医療」にかかる役割が大きくなっているが、市型保健所管内は、医療介護資源や職能団体に恵まれており、保健所は介護保険・高齢者福祉等を担当する部局と同じ指揮命令系統にある強みを活かして、在宅医療、地域包括ケアシステムを推進する部局横断的な組織への参画が期待される。また、難病患者支援ネットワークや精神疾患対策の一環としての認知症対策の推進のほか、今回の調査で前向きな意見の割合が高かったように、健康増進計画の「高齢者の健康」を推進する一環として、KDBや「見える化」システムの分析・活用を推進することが考えられる。なお、市型保健所管内は、急性期病院が多く、周辺市町村からの入院患者を受け入れていることが多く、地域の実情に応じて、同一医療圏内の県型保健所や拠点施設等と連携・協働した広域的取り組み（圏域医療計画・地域医療構想、地域リハビリテーション、退院調整支援等）が期待される。

在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムに関するアンケート

1. 保健所設置主体別アンケート回答結果

統計学的検定について：クロス表を検定した結果は、ピアソンのカイ2乗値による有意確率(両側)にて示す。なお、2x2のクロス表で期待度数が5未満のセルがある場合は、フィッシャーの直接法による正確有意確率を示す。(＃)

		保健所設置主体		合計	有意確率(両側) p<0.001
		県型	市型		
* 所属ブロック	1. 北海道	16 (7.1%)	2 (2.6%)	18 (5.9%)	p<0.001
	2. 東北	25 (11.1%)	6 (7.7%)	31 (10.2%)	
	3. 関東甲信越静岡	48 (21.3%)	15 (19.2%)	63 (20.8%)	
	4. 東京	4 (1.8%)	16 (20.5%)	20 (6.6%)	
	5. 東海北陸	32 (14.2%)	16 (20.5%)	48 (15.8%)	
	6. 近畿	33 (14.7%)	8 (10.3%)	41 (13.5%)	
	7. 中国四国	31 (13.8%)	5 (6.4%)	36 (11.9%)	
	8. 九州	36 (16.0%)	10 (12.8%)	46 (15.2%)	
* 管内人口	1. 10万人未満	70 (31.1%)	2 (2.6%)	72 (23.8%)	p<0.001
	2. 10万人以上20万人未満	64 (28.4%)	11 (14.1%)	75 (24.8%)	
	3. 20万人以上30万人未満	42 (18.7%)	17 (21.8%)	59 (19.5%)	
	4. 30万人以上	49 (21.8%)	48 (61.5%)	97 (32.0%)	

* 保健所の形態	1. 保健と福祉の統合あり	135 (60.0%)	16 (20.5%)	151 (49.8%)	p<0.001
	2. 保健と福祉の統合なし	90 (40.0%)	62 (79.5%)	152 (50.2%)	
* 二次医療圏と保健所所管区域との関係	1. 一致している	137 (60.9%)	13 (16.7%)	150 (49.5%)	p<0.001
	2. 所属の二次医療圏に複数の保健所	78 (34.7%)	65 (83.3%)	143 (47.2%)	
	3. 保健所所管区域に複数の二次医療圏	10 (4.4%)	0 (0.0%)	10 (3.3%)	

* 管内市町村数	1	17 (7.6%)	76 (97.4%)	93 (30.7%)	p<0.001
	2	42 (18.7%)	0 (0.0%)	42 (13.9%)	
	3	35 (15.6%)	0 (0.0%)	35 (11.6%)	
	4	28 (12.4%)	0 (0.0%)	28 (9.2%)	
	5	26 (11.6%)	0 (0.0%)	26 (8.6%)	
	6	21 (9.3%)	0 (0.0%)	21 (6.9%)	
	7	13 (5.8%)	0 (0.0%)	13 (4.3%)	
	8	20 (8.9%)	1 (1.3%)	21 (6.9%)	
	9	9 (4.0%)	0 (0.0%)	9 (3.0%)	
	10以上	14 (6.2%)	1 (1.3%)	15 (5.0%)	
* 管内郡市医師会数	1	90 (40.0%)	56 (71.8%)	146 (48.2%)	p<0.001
	2	76 (33.8%)	7 (9.0%)	83 (27.4%)	
	3	40 (17.8%)	7 (9.0%)	47 (15.5%)	
	4	10 (4.4%)	4 (5.1%)	14 (4.6%)	
	5	6 (2.7%)	1 (1.3%)	7 (2.3%)	
	6	2 (0.9%)	2 (2.6%)	4 (1.3%)	
	7	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	8	1 (0.4%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)	
	9	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	10以上	0 (0.0%)	1 (1.3%)	1 (0.3%)	
合計	225 (100.0%)	78 (100.0%)	303 (100.0%)		

Q1 貴保健所に、医療計画の推進のための部署がありますか。 ※5疾病・5事業・在宅医療のいずれか。

		保健所設置主体		合計	有意確率(両側) p<0.001
		県型	市型		
* Q1-1	1. あり	185 (82.2%)	28 (35.9%)	213 (70.3%)	p<0.001
	2. なし	40 (17.8%)	50 (64.1%)	90 (29.7%)	
合計		225 (100.0%)	78 (100.0%)	303 (100.0%)	

Q1-1で「あり」の場合、在宅医療はテーマとして明確にされていますか。 %の分母はQ1-1「1. あり」の数

Q1-2	1. されている	156 (84.3%)	20 (71.4%)	176 (82.6%)	0.102 #
	2. されていない	28 (15.1%)	8 (28.6%)	36 (16.9%)	
	NA	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)	

「1. されている」群と「2. されていない」群の2群で検定

Q1-1で「あり」の場合、指標による評価がされていますか。 %の分母はQ1-1「1. あり」の数

Q1-3	1. されている	87 (47.0%)	10 (35.7%)	97 (45.5%)	0.213
	2. されていない	93 (50.3%)	18 (64.3%)	111 (52.1%)	
	NA	5 (2.7%)	0 (0.0%)	5 (2.3%)	

「1. されている」群と「2. されていない」群の2群で検定

Q1-1で「あり」の場合、担当部署に保健師が配属されていますか。 %の分母はQ1-1「1. あり」の数

Q1-4	1. されている	139 (75.1%)	22 (78.6%)	161 (75.6%)	0.835
	2. されていない	42 (22.7%)	6 (21.4%)	48 (22.5%)	
	NA	4 (2.2%)	0 (0.0%)	4 (1.9%)	

「1. されている」群と「2. されていない」群の2群で検定

Q2 貴保健所は、管内市町村における下記の福祉関係計画の策定・推進に参画(関係会議への参加)していますか。 ※一部の市町村の場合も含む、今年度予定も含む。 ※それぞれの項目についてあてはまる番号にチェック

		保健所設置主体		合計	有意確率(両側)
		県型	市型		
(1) 介護保険事業計画への参画					
* Q2-1	1. している	152 (67.6%)	44 (56.4%)	196 (64.7%)	0.076
	2. していない	73 (32.4%)	34 (43.6%)	107 (35.3%)	
合計		225 (100.0%)	78 (100.0%)	303 (100.0%)	
(2) 高齢者保健福祉計画(介護保険事業計画と一体の場合も含む)への参画					
* Q2-2	1. している	150 (66.7%)	50 (64.1%)	200 (66.0%)	0.680
	2. していない	75 (33.3%)	28 (35.9%)	103 (34.0%)	
(3) 障害福祉計画への参画					
* Q2-3	1. している	145 (64.4%)	45 (57.7%)	190 (62.7%)	0.288
	2. していない	80 (35.6%)	33 (42.3%)	113 (37.3%)	
(4) 地域福祉計画への参画					
* Q2-4	1. している	103 (45.8%)	44 (56.4%)	147 (48.5%)	0.105
	2. していない	122 (54.2%)	34 (43.6%)	156 (51.5%)	

Q3 貴保健所の管内では、平成25年度において地域医療再生計画に基づく「在宅医療の推進事業」が実施されましたか。 ※それぞれの項目についてあてはまる番号にチェック

		保健所設置主体		合計	有意確率(両側)
		県型	市型		
* Q3-1	1. 実施された	152 (67.6%)	27 (34.6%)	179 (59.1%)	p<0.001
	2. 実施されなかった	70 (31.1%)	47 (60.3%)	117 (38.6%)	
	3. わからない	3 (1.3%)	4 (5.1%)	7 (2.3%)	
合計		225 (100.0%)	78 (100.0%)	303 (100.0%)	

「1. 実施された」群とそれ以外の2群で検定

上記Q3-1で「実施された」の場合、貴保健所が関与した事業がありますか。 %の分母はQ3-1で「実施された」数

Q3-2	1. あり	121 (79.6%)	21 (77.8%)	142 (79.3%)	0.779
	2. なし	30 (19.7%)	6 (22.2%)	36 (20.1%)	
	NA	1 (0.7%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	

上記Q3-2で、「あり」の場合、あてはまるものすべてにチェックしてください。%の分母はQ3-2で「実施された」数

Q3-3	1. 保健所の主体事業として実施した	48 (39.7%)	8 (38.1%)	56 (39.4%)	0.556
	2. 保健所以外の主体事業に協力した	49 (40.5%)	11 (52.4%)	60 (42.3%)	
	NA	24 (19.8%)	2 (9.5%)	26 (18.3%)	

Q4 貴保健所は、在宅医療(主にがん緩和ケア、脳卒中後遺症、神経難病、認知症)に関する以下の事業に取り組んでいますか。 ※他施設・機関の取り組みへの支援を含む。 ※それぞれの項目についてあてはまる番号にチェック

		保健所設置主体		合計	有意確率(両側)
		県型	市型		
(1) 医療介護関連資源の把握(リスト化、マップ作成等)					
* Q4-1	1. 取り組んでいる	144 (64.0%)	38 (48.7%)	182 (60.1%)	0.018
	2. 取り組んでいない	81 (36.0%)	40 (51.3%)	121 (39.9%)	
合計		225 (100.0%)	78 (100.0%)	303 (100.0%)	
(2) 関係機関の連携会議の開催(ネットワーク協議会、連絡会等)					
* Q4-2	1. 取り組んでいる	190 (84.4%)	52 (66.7%)	242 (79.9%)	0.001
	2. 取り組んでいない	35 (15.6%)	26 (33.3%)	61 (20.1%)	
(3) 従事者に対する研修(スキルアップ研修、事例検討、グループワーク等)					
* Q4-3	1. 取り組んでいる	184 (81.8%)	46 (59.0%)	230 (75.9%)	p<0.001
	2. 取り組んでいない	41 (18.2%)	32 (41.0%)	73 (24.1%)	
(4) 医療介護連携ツールの作成・運用(地域連携パス、関連マニュアル・ガイドライン等)					
* Q4-4	1. 取り組んでいる	97 (43.1%)	24 (30.8%)	121 (39.9%)	0.055
	2. 取り組んでいない	128 (56.9%)	54 (69.2%)	182 (60.1%)	
(5) 地域住民への普及啓発(住民向けのシンポジウムや市民講座等)					
* Q4-5	1. 取り組んでいる	119 (52.9%)	46 (59.0%)	165 (54.5%)	0.352
	2. 取り組んでいない	106 (47.1%)	32 (41.0%)	138 (45.5%)	
(6) 在宅療養を支援するための患者会、ボランティア等の養成・支援					
* Q4-6	1. 取り組んでいる	126 (56.0%)	26 (33.3%)	152 (50.2%)	0.001
	2. 取り組んでいない	99 (44.0%)	52 (66.7%)	151 (49.8%)	

上記(1)～(6)のいずれかで「取り組んでいる」場合、どんな分野ですか。 ※あてはまる番号すべてにチェック
%の分母は各合計数

Q4-7		保健所設置主体			有意確率(両側)
		県型	市型	合計	
	1. がん緩和ケア	69 (30.7%)	12 (15.4%)	81 (26.7%)	0.009
	2. 脳卒中後遺症	52 (23.1%)	14 (17.9%)	66 (21.8%)	0.341
	3. 神経難病	154 (68.4%)	31 (39.7%)	185 (61.1%)	p<0.001
	4. 認知症	87 (38.7%)	29 (37.2%)	116 (38.3%)	0.816
	その他	67 (29.8%)	13 (16.7%)	80 (26.4%)	0.024

「その他」の内容は別紙参照【その他の回答結果】 当該群とそれ以外の2群で検定

上記(1)～(6)のいずれかで「取り組んでいる」場合、管内市町村や関係施設・機関と連携されていますか。
※形式は問わない、あてはまる番号すべてにチェック (1)～(6)の一部だけでも可) %の分母は各合計数

Q4-8		保健所設置主体			有意確率(両側)
		県型	市型	合計	
	1. 市町村	195 (86.7%)	26 (33.3%)	221 (72.9%)	p<0.001
	2. 地域包括支援センター	179 (79.6%)	44 (56.4%)	223 (73.6%)	p<0.001
	3. 訪問看護ステーション	178 (79.1%)	40 (51.3%)	218 (71.9%)	p<0.001
	4. がん診療連携拠点病院	65 (28.9%)	12 (15.4%)	77 (25.4%)	0.018
	5. 認知症疾患医療センター	70 (31.1%)	16 (20.5%)	86 (28.4%)	0.074
	6. 広域リハビリ支援センター(類似施設含む)	60 (26.7%)	8 (10.3%)	68 (22.4%)	0.003
	その他	74 (32.9%)	20 (25.6%)	94 (31.0%)	0.233

「その他」の内容は別紙参照【その他の回答結果】 当該群とそれ以外の2群で検定

・在宅医療への取り組み分野別にみた管内市町村や関係施設・機関等との連携は別紙参照【在宅医療への取り組み分野別にみた連携している市町村、関係施設・機関等】

Q4-9; 上記のいずれかで「取り組んでいる」場合、ホームページ等で発信されているものがあれば記入してください。<アドレス、取り組み内容等>

※上記で先駆的・モデル的な取り組みがあれば○をつけてください

・情報提供のあった40保健所の取り組みについては別紙参照【保健所現地調査および情報発信事例】

Q5 貴保健所は、管内の職能団体と在宅医療や医療介護連携に関して、協議していますか。 ※形式は問わない、あてはまる番号すべてにチェック %の分母は各合計数

Q5-1		保健所設置主体		合計	有意確率(両側)
		県型	市型		
	1. 医師会	174 (77.3%)	57 (73.1%)	231 (76.2%)	0.447
	2. 歯科医師会	150 (66.7%)	41 (52.6%)	191 (63.0%)	0.026
	3. 薬剤師会	144 (64.0%)	36 (46.2%)	180 (59.4%)	0.006
	4. 看護協会	94 (41.8%)	10 (12.8%)	104 (34.3%)	p<0.001
	5. 栄養士会	55 (24.4%)	4 (5.1%)	59 (19.5%)	p<0.001
	6. 歯科衛生士会	29 (12.9%)	1 (1.3%)	30 (9.9%)	0.003
	7. 介護支援専門員協議会	107 (47.6%)	18 (23.1%)	125 (41.3%)	p<0.001
	8. 理学療法士会または作業療法士会	45 (20.0%)	5 (6.4%)	50 (16.5%)	0.005
	その他	41 (18.2%)	13 (16.7%)	54 (17.8%)	0.757

「その他」の内容は別紙参照【その他の回答結果】 当該群とそれ以外の2群で検定

Q6 今年度の厚生労働省新規事業「都道府県医療介護連携調整実証事業」では、モデル医療圏において(全国で9府県)、保健所がコーディネート役となつて、二次医療圏の退院調整ルールの作成・運用が図られます。今後、保健所が管内の退院調整に資する医療・介護サービス提供施設間の連携体制の構築に関与することについて、どう思われますか? ※最も近い番号にチェック

* Q6-1		保健所設置主体		合計	有意確率(両側)
		県型	市型		
	1. 関与すべき	120 (53.3%)	28 (35.9%)	148 (48.8%)	0.008
	2. 関与すべきではない	10 (4.4%)	6 (7.7%)	16 (5.3%)	
	3. わからない	63 (28.0%)	30 (38.5%)	93 (30.7%)	
	その他	32 (14.2%)	14 (17.9%)	46 (15.2%)	
	合計	225 (100.0%)	78 (100.0%)	303 (100.0%)	

「その他」の内容は別紙参照【その他の回答結果】 「1. 関与すべき」群とそれ以外の2群で検定

Q7 健康増進計画の推進にあたって、昨年度から導入が図られている国保データベース(KDB)システム(特定健診データ、医療レセプト、介護レセプト)や国が進めている介護・医療関連情報の「見える化」システムの活用について、どう思われますか。 ※最も近い番号にチェック

* Q7-1		保健所設置主体		合計	有意確率(両側)
		県型	市型		
	1. 活用すべき	184 (81.8%)	61 (78.2%)	245 (80.9%)	0.489
	2. 活用すべきではない	2 (0.9%)	0 (0.0%)	2 (0.7%)	
	3. わからない	30 (13.3%)	13 (16.7%)	43 (14.2%)	
	その他	9 (4.0%)	4 (5.1%)	13 (4.3%)	
	合計	225 (100.0%)	78 (100.0%)	303 (100.0%)	

「その他」の内容は別紙参照【その他の回答結果】 「1. 活用すべき」群とそれ以外の2群で検定

Q8. 在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は、今後の保健所における重要な公衆衛生業務と見えますか(地域包括ケアの一部も可)。 ※最も近い番号にチェック

		保健所設置主体		合計
		県型	市型	
* Q8-1	1. 思う	145 (64.4%)	39 (50.0%)	184 (60.7%)
	2. やや思う	63 (28.0%)	28 (35.9%)	91 (30.0%)
	3. あまり思わない	16 (7.1%)	8 (10.3%)	24 (7.9%)
	4. 思わない	1 (0.4%)	3 (3.8%)	4 (1.3%)
合計		225 (100.0%)	78 (100.0%)	303 (100.0%)

有意確率(両側)
0.024

「1. 思う」群とそれ以外の2群で検定

※「1. 思う、2. やや思う」群とそれ以外の2群で検定した場合の有意確率(両側)は0.085

Q9 保健所が医療介護連携や地域包括ケアシステムの推進に取り組む際に、特に必要と思われる項目を3つまで、チェックしてください。 ※4つ以上チェックしないこと %の分母は各合計数

		保健所設置主体		合計
		県型	市型	
* Q9-1	1. 保健所長のリーダーシップ	60 (28.7%)	3 (4.2%)	63 (22.5%)
	2. 担当保健師の積極的関わり	30 (14.4%)	15 (21.1%)	45 (16.1%)
	3. 地域における関係機関や団体との連携の場(協議会等)の設置	129 (61.7%)	49 (69.0%)	178 (63.6%)
	4. 組織横断的な本庁による指導・支援	62 (29.7%)	26 (36.6%)	88 (31.4%)
	5. 本庁が保健所の意見を吸い上げる仕組み	13 (6.2%)	0 (0.0%)	13 (4.6%)
	6. 地域包括ケアに関係する資料の入手	9 (4.3%)	4 (5.6%)	13 (4.6%)
	7. 在宅医療に関連する診療報酬や介護報酬に関する知識	12 (5.7%)	4 (5.6%)	16 (5.7%)
	8. 保健所における担当部署・事務分担の位置づけ	67 (32.1%)	24 (33.8%)	91 (32.5%)
	9. 保健所における専門職員の確保	32 (15.3%)	8 (11.3%)	40 (14.3%)
	10. 保健所職員の研修、資質向上	32 (15.3%)	5 (7.0%)	37 (13.2%)
	11. 保健所が取り組むための予算の確保、事業化	65 (31.1%)	19 (26.8%)	84 (30.0%)
	12. 国の法令等における保健所が取り組む事項の明確化	64 (30.6%)	25 (35.2%)	89 (31.8%)
	13. 介護保険事業(支援)計画における保健所が取り組む事項の明確化	22 (10.5%)	14 (19.7%)	36 (12.9%)
合計数(4つ以上チェックした数を除外)	209 (100.0%)	71 (100.0%)	280 (100.0%)	

有意確率(両側)

p<0.001

0.207

0.396

0.333

0.025 #

0.746 #

1.000 #

0.869

0.373

0.069

0.441

0.547

0.055

当該群とそれ以外の2群で検定

2. その他の回答結果(Q4, Q5, Q6, Q7)

Q4ー7

Q4 貴保健所は、在宅医療(主にがん緩和ケア、脳卒中後遺症、神経難病、認知症)に関する以下の事業に取り組んでいますか。いずれかで「取り組んでいる」場合、どんな分野ですか。

1. がん緩和ケア
2. 脳卒中後遺症
3. 神経難病
4. 認知症
- その他

その他の内容 ()内は同じ回答の施設数

○ 分野を限定せず在宅医療全般	○ 連携関係	○ 精神保健福祉
分野を定めていない	在宅医療における医療と介護の連携	精神保健福祉
分野は明確ではない	医療と介護の連携	精神障害者
分野の特定なし	在宅ネットワーク活動	精神疾患 (3)
全体的な内容で特定の分野ではない	関係職種の人材育成_ネットワーク作り	精神 (4)
特に分野を限定せずに取り組を実施しているものもある	多職種連携体制の構築	うつ病
まだ特定の分野に絞り込んでいません	多職種連携推進	うつ診療におけるGPネット
特に分野を限定していない様々な事例を通して在宅医療体制を検討	多職種連携 (2)	
特定の疾病には特化していない		○ 難病
疾病にかかわらず	○ 地域包括ケア	難病 (4)
疾患限定なし	地域包括ケア体制構築推進事業	難治性疾患
	地域包括ケア全般	膠原病友の会
全般 (2)		
在宅医療全般 (5)	○ 小児	○ 大腿骨骨折
在宅医療推進	医療的ケアの在宅療養児	大腿骨骨頭置換術後ケア
在宅医療を必要とする全分野	医療的ケアが必要な重症小児	大腿骨骨折
在宅医療 (2)	医療依存度の高い在宅療養児者	大腿骨頸部骨折
訪問診療	長期療養児人工呼吸器装着時	
在宅療養全般	高度在宅医療児	○ 生活習慣病
在宅療養者全般	高度医療児	生活習慣病予防
在宅ケア全般	NICU長期入院患者	生活習慣病 (2)
	小児等の在宅医療対象者	糖尿病 (5)
○ 終末期医療、看取り等	小児慢性特定疾患	CKD
終末期医療 (3)	障害児	
がんの在宅治療		○ その他
在宅看取り (2)	○ 高齢者	高次脳機能障害
看取り (3)	高齢者全般(対象は絞っていない)	結核
在宅歯科	高齢者	母子
		地域リハビリ

Q4-8

Q4 貴保健所は、在宅医療(主にがん緩和ケア、脳卒中後遺症、神経難病、認知症)に関する以下の事業に取り組んでいますか。いずれかで「取り組んでいる」場合、管内市町村や関係施設・機関と連携されていますか。

1. 市町村
 2. 地域包括支援センター
 3. 訪問看護ステーション
 4. がん診療連携拠点病院
 5. 認知症疾患医療センター
 6. 広域リハビリ支援センター(類似施設含む)
- その他

その他の内容 ()内は同じ回答の施設数

- | | | |
|---|---|--|
| ○ 医師会
医師会 (18)
地域医師会 (2)
地区医師会 (4)
医師会等
医師会ほか
郡市区3師会
市医師会
市連合医師会
地域の医師会
医師会役員 | ○ 在宅療養支援診療所・病院
在宅療養支援医療機関
在宅療養支援診療所
在宅医療支援診療所
在宅医療支援病院
在宅医療連携拠点(病院)
在宅支援診療所

○ 薬剤師会
薬剤師会 (10)
薬局 | ○ 社会福祉協議会
社会福祉協議会 (3)
福祉所管への支援

○ 相談支援機関
県がん相談支援センター等
県難病相談支援センター (2)
難病相談支援センター等
生活サポート事業所
相談支援事業所
相談支援事業所等
指定障害者相談支援事業所 |
| ○ 歯科医師会
歯科医師会 (9)
歯科診療所
歯科医師 | ○ 介護サービス関係
介護支援専門員協会 (2)
介護支援専門員協会等の職能団体
介護支援専門員団体
介護支援専門員連絡会
介護支援専門員連絡協議会
ケアマネジャー協会
介護事業所団体等を構成員とする協議会
介護関係事務所
介護事業所 (2)
介護サービス事業者
介護サービス事業所
介護サービス事業所等
介護保険サービス事務所
介護保険事業所 (4)
介護事業者の職員
居住系事業所
居宅介護支援事業所 (6)
居宅支援事業所 (2)
在宅介護事業所
ケアマネ事業所
居宅介護支援事業所など | ○ 行政
県
消防
消防署 |
| ○ 医療機関
医療機関 (8)
国立病院機構の病院

病院 (5)
病院等 (2)
市民病院群
管内医療機関 (2)
関係医療機関
協力医療機関
地域の公的医療機関
地域の中核病院
病院地域連携室
診療所 | | ○ 患者団体
神経難病患者会
患者家族会
患者団体 |
| ○ 専門医療機関
専門医療機関
難病拠点病院
難病協力基幹病院
難病協力病院
神経難病専門病院
神経医療研究センター
国立精神
がん診療連携指定病院 (2)
緩和ケア病床を持つ病院等 | ○ 施設関係
老健施設
老人保健施設
特別養護老人ホーム (2)
施設 | ○ その他
MSW協会
リハビリテーション協会など
重症神経難病ネットワーク
NPO
NPO団体(県難病団体連絡協議会)
看護系大学
医療機器メーカー
関係諸機関 |

Q5-1

Q5 貴保健所は、管内の職能団体と在宅医療や医療介護連携に関して、協議していますか。

1. 医師会
 2. 歯科医師会
 3. 薬剤師会
 4. 看護協会
 5. 栄養士会
 6. 歯科衛生士会
 7. 介護支援専門員協議会
 8. 理学療法士会または作業療法士会
- その他

その他の内容 ()内は同じ回答の施設数

○ 医療ソーシャルワーカー関係団体 MSW協会 (5) MSW協議会 ソーシャルワーカー協会 □□市ソーシャルワーク連絡会 MSW	○ 訪問看護関係団体 訪問看護ステーション協議会等 訪問看護ステーション連絡協議会 (2) 訪問看護ステーション連絡協議会等 訪問看護事業所連絡会 訪問看護ステーション (2) 県包括ケアモデル事業訪問看護STモデル□□市実施事業内会議委員	○ 医療機関、看護関係団体 管内主要医療機関 医療機関 病院地域連携室 看護管理者連絡会 管内地域連携看護師会
○ 介護関係団体 介護サービス提供事業者連絡協議会 介護福祉サービス事業者協議会 介護保険事業所連絡協議会等 居宅介護支援事業者連絡協議会 訪問介護事業所連絡協議会等 介護事業所連絡会 介護福祉士会 介護福祉士会□□地区支部 ヘルパー協議会 小規模多機能会 認知症高齢者GH協議会 複数の介護関係事業者団体 GH代表 介護サービス事業所 介護支援事業所 介護士 ケアマネ 介護福祉施設関係職員	○ 市町村 管内市町村 市町行政と包括支援センター 市町村 市町等 市 市の協議会への参加 ○ 福祉関係団体 福祉施設協議会 社会福祉協議会 社会福祉士会 社協 社協等 福祉施設代表	○ その他 身障協会 弁護士会 圏域地域リハビリテーション推進協議会 □□在宅ケアネットワーク 地域支援センター 愛育委員 消防署 県としてはあるが保健所単独ではない 保健所は情報収集程度で団体との協議はなし

Q6-1

Q6 今年度の厚生労働省新規事業「都道府県医療介護連携調整実証事業」では、モデル医療圏において(全国で9府県)、保健所がコーディネート役となって、二次医療圏の退院調整ルールを作成・運用が図られます。今後、保健所が管内の退院調整に資する医療・介護サービス提供施設間の連携体制の構築に関与することについて、どう思われますか？

1. 関与すべき
 2. 関与すべきではない
 3. わからない
- その他

その他の内容

○ 他部署、他機関主体で実施している

既に管内主要病院にて医療介護連携実施

本市では他部署が担当している

本市では福祉部門が主体となって進められている

○ 関与すべきだが内容や方法に考慮する必要がある

関与すべきだが介護担当部門との連携・協力による

関与すべきだがコーディネート役が適当かどうかは検討すべき課題

関与すべきだが全市的にかかわるべき

支援する立場として関与すべき

支援する

市町への支援

市の地域包括ケアシステム構築に協力

保健所のみではなく市町村も関わるべきと考える

場合(市町村)により介入が必要な場合もあり

協議の場を設けるのみでよい

退院調整そのものより各種会議で施設間連携調整

○ モデル事業の結果を見て関与を判断する

モデル医療圏での取り組みの成果を見て判断する

モデル事業の結果による

モデル地域の結果による

○ 保健所と地域の実情により関与を検討する

体制が整えば必要に応じて対応したい

圏域の事情による

各地域により事情は異なり一概には言えない

「関与すべき」とは言い難い。関与のあり方を実情にあわせて検討

精神・難病等関与すべき分野もある

ケースバイケース

広域的な共通課題があり現場関係者にニーズがあれば

担当の人材確保(質と量)が得られる前提で関与すべき

人手が必要

○ 他に適当な組織がなければ関与を検討する

他に適当な組織・団体が地域になれば関与せざるをえない(2)

○ 関与は困難である

主導的な関与は困難

現状では困難

○ 地域の医療体制により関与は困難である

二次医療圏で完結しないため関与が難しい

保健所政令市があり二次医療圏域での全体調整は難しい
圏内では患者の受療行動が医療圏で完結しないので困難
難しい

○ 保健所の体制、マンパワー不足で関与は困難である

体制的に困難(人材不足)

重要性は認識しているが現体制ではマンパワー不足である

本事業の重要性は認識しているがそれに充てるマンパワーが不足

マンパワー不足で関与できない

保健所に医療施策などの機能がない

力量がない

保健所は医療介護連携体制に関わっていない為コメントする立場にない

○ 他の関係部署が関与すべき部分がある

関与するとすれば保健所ではなく地域福祉担当の福祉部門であろう

中核市として関係部署との役割分担や協働についての整理が必要

○ その他

すでに動いているものは関与していない

検討中

Q7-1

Q7 健康増進計画の推進にあたって、昨年度から導入が図られている国保データベース(KDB)システム(特定健診データ、医療レセプト、介護レセプト)や国が進めている介護・医療関連情報の「見える化」システムの活用について、どう思われますか。

1. 活用すべき
 2. 活用すべきではない
 3. わからない
- その他

その他の内容

○ 活用すべきだが活用方法の検討が必要

市町村は活用すべき。保健所では直接システムに関わっていない

市町村のデータのため活用方法を検討する必要がある

担当の人材確保(質と量)が得られる前提で活用すべき

検討実施

○ システムの具体的な活用が分かれば検討する

活用すべきとは思が見えるだけで資料化できないのでは意味がない

具体的な使い方を見てから活用等を検討する(2)

KDBの詳細が不明

具体的内容が不明のためコメントし難い

○ 保健所が活用することは困難

個人情報保護のハードルが高い

情報ルートに無いため保健所としての介入は困難

本市では他部署が担当している

3. 在宅医療への取り組み分野別にみた連携している市町村、関係施設・機関等

		がん緩和	脳卒中後遺症	神経難病	認知症	その他分野	全体
広域リハビリ支援センター	連携あり	29 (35.8%)	33 (50.0%)	55 (29.7%)	38 (32.8%)	19 (23.8%)	68 (22.4%)
	なし	52 (64.2%)	33 (50.0%)	130 (70.3%)	78 (67.2%)	61 (76.3%)	235 (77.6%)
計		81 (100.0%)	66 (100.0%)	185 (100.0%)	116 (100.0%)	80 (100.0%)	303 (100.0%)

		がん緩和	脳卒中後遺症	神経難病	認知症	その他分野	全体
認知症疾患医療センター	連携あり	31 (38.3%)	31 (47.0%)	61 (33.0%)	70 (60.3%)	30 (37.5%)	86 (28.4%)
	なし	50 (61.7%)	35 (53.0%)	124 (67.0%)	46 (39.7%)	50 (62.5%)	217 (71.6%)
計		81 (100.0%)	66 (100.0%)	185 (100.0%)	116 (100.0%)	80 (100.0%)	303 (100.0%)

		がん緩和	脳卒中後遺症	神経難病	認知症	その他分野	全体
がん診療連携拠点病院	連携あり	60 (74.1%)	39 (59.1%)	51 (27.6%)	41 (35.3%)	23 (28.8%)	77 (25.4%)
	なし	21 (25.9%)	27 (40.9%)	134 (72.4%)	75 (64.7%)	57 (71.3%)	226 (74.6%)
計		81 (100.0%)	66 (100.0%)	185 (100.0%)	116 (100.0%)	80 (100.0%)	303 (100.0%)

		がん緩和	脳卒中後遺症	神経難病	認知症	その他分野	全体
訪問看護ステーション	連携あり	75 (92.6%)	57 (86.4%)	156 (84.3%)	96 (82.8%)	65 (81.3%)	218 (71.9%)
	なし	6 (7.4%)	9 (13.6%)	29 (15.7%)	20 (17.2%)	15 (18.8%)	85 (28.1%)
計		81 (100.0%)	66 (100.0%)	185 (100.0%)	116 (100.0%)	80 (100.0%)	303 (100.0%)

		がん緩和	脳卒中後遺症	神経難病	認知症	その他分野	全体
地域包括支援センター	連携あり	73 (90.1%)	57 (86.4%)	152 (82.2%)	109 (94.0%)	68 (85.0%)	223 (73.6%)
	なし	8 (9.9%)	9 (13.6%)	33 (17.8%)	7 (6.0%)	12 (15.0%)	80 (26.4%)
計		81 (100.0%)	66 (100.0%)	185 (100.0%)	116 (100.0%)	80 (100.0%)	303 (100.0%)

		がん緩和	脳卒中後遺症	神経難病	認知症	その他分野	全体
市町村	連携あり	72 (88.9%)	55 (83.3%)	155 (83.8%)	99 (85.3%)	68 (85.0%)	221 (72.9%)
	なし	9 (11.1%)	11 (16.7%)	30 (16.2%)	17 (14.7%)	12 (15.0%)	82 (27.1%)
計		81 (100.0%)	66 (100.0%)	185 (100.0%)	116 (100.0%)	80 (100.0%)	303 (100.0%)

4. 平成24年度調査結果と平成26年度調査結果の比較

平成24年度調査と平成26年度調査において、同じ内容の質問に対する回答を比較した。

統計学的検定について：回答割合を比較検定した結果は、ピアソンのカイ2乗値による有意確率(両側)にて示す。なお、2x2のクロス表で期待度数が5未満のセルがある場合は、フィッシャーの直接法による正確有意確率を示す。(＃)

平成26年度 Q1 貴保健所に、医療計画の推進のための部署がありますか。 ※5疾病・5事業・在宅医療のいずれか。

平成24年度 Q1 貴保健所に、医療計画の策定又は推進(圏域連携会議等)のための担当部署がありますか(今年度の予定も含む)。

	保健所設置主体		合計
	県型	市型	
* Q1-1	1. あり	28 (35.9%)	213 (70.3%)
	2. なし	40 (17.8%)	90 (29.7%)
合計		225 (100.0%)	303 (100.0%)

	保健所設置主体		合計
	県型	市型	
	173 (84.8%)	22 (29.7%)	195 (70.1%)
	31 (15.2%)	52 (70.3%)	83 (29.9%)
合計	204 (100.0%)	74 (100.0%)	278 (100.0%)

回答割合の比較
有意確率(両側)
県型 0.472 市型 0.419 合計 0.968

Q1-1で「あり」の場合、在宅医療はテーマとして明確にされていますか。

Q1-2	1. されている	156 (84.3%)	20 (71.4%)	176 (82.6%)
	2. されていない	28 (15.1%)	8 (28.6%)	36 (16.9%)
	NA	1 (0.5%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)

%の分母はQ1-1「1. あり」の数

Q1-1で「あり」の場合、在宅医療はテーマとして明確にされていますか。

	127 (73.4%)	14 (63.6%)	141 (72.3%)
	45 (26.0%)	8 (36.4%)	53 (27.2%)
	1 (0.6%)	0 (4.5%)	1 (0.5%)

「1. されている」群と、「2. されていない」群の2群で検定

Q1-1で「あり」の場合、担当部署に保健師が配属されていますか。

Q1-4	1. されている	139 (75.1%)	22 (78.6%)	161 (75.6%)
	2. されていない	42 (22.7%)	6 (21.4%)	48 (22.5%)
	NA	4 (2.2%)	0 (14.3%)	4 (1.9%)

%の分母はQ1-1「1. あり」の数

Q1-1で「あり」の場合、担当部署に保健師が配属されていますか。

	125 (72.3%)	16 (72.7%)	141 (72.3%)
	46 (26.6%)	5 (22.7%)	51 (26.2%)
	2 (2.3%)	1 (18.2%)	3 (1.5%)

「1. されている」群と、「2. されていない」群の2群で検定

平成26年度 Q2 貴保健所は、管内市町村における下記の福祉関係計画の策定・推進に参画(関係会議への参加)していますか。 ※一部の市町村の場合も含む、今年度予定も含む。 ※それぞれの項目についてあてはまる番号にチェック

	保健所設置主体		合計
	県型	市型	
(1) 介護保険事業計画への参画			
* Q2-1	152 (67.6%)	44 (56.4%)	196 (64.7%)
2. していない	73 (32.4%)	34 (43.6%)	107 (35.3%)
合計	225 (100.0%)	78 (100.0%)	303 (100.0%)

(2) 高齢者保健福祉計画(介護保険事業計画と一体の場合も含む)への参画

* Q2-2	150 (66.7%)	50 (64.1%)	200 (66.0%)
2. していない	75 (33.3%)	28 (35.9%)	103 (34.0%)

(3) 障害福祉計画への参画

* Q2-3	145 (64.4%)	45 (57.7%)	190 (62.7%)
2. していない	80 (35.6%)	33 (42.3%)	113 (37.3%)

(4) 地域福祉計画への参画

* Q2-4	103 (45.8%)	44 (56.4%)	147 (48.5%)
2. していない	122 (54.2%)	34 (44%)	156 (51.5%)

平成26年度 Q8 在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は、今後の保健所における重要な公衆衛生業務と意思(地域包括ケアの一部も可)。 ※最も近い番号にチェック

	保健所設置主体		合計
	県型	市型	
* Q8-1	145 (64.4%)	39 (50.0%)	184 (60.7%)
2. やや思う	63 (28.0%)	28 (35.9%)	91 (30.0%)
3. あまり思わない	16 (7.1%)	8 (10.3%)	24 (7.9%)
4. 思わない	1 (0.4%)	3 (3.8%)	4 (1.3%)
合計	225 (100.0%)	78 (100.0%)	303 (100.0%)

平成24年度 Q2 貴保健所は、昨年度までの管内市町村における下記の福祉関係計画の策定・推進に参画(関係会議への参加)していますか(一部の市町村の場合も含む)。 ※それぞれの項目についてあてはまる番号にチェック

回答割合の比較
有意確率(両側)
県型 0.095
市型 0.833
合計 0.185

	保健所設置主体		合計
	県型	市型	
	122 (59.8%)	43 (58.1%)	165 (59.4%)
	82 (40.2%)	31 (41.9%)	113 (40.6%)
	204 (100.0%)	74 (100.0%)	278 (100.0%)

県型 0.594
市型 0.940
合計 0.617

	131 (64.2%)	47 (63.5%)	178 (64.0%)
	73 (35.8%)	27 (36.5%)	100 (36.0%)

県型 0.013
市型 0.463
合計 0.014

	154 (75.5%)	47 (63.5%)	201 (72.3%)
	50 (24.5%)	27 (36.5%)	77 (27.7%)

県型 0.440
市型 0.646
合計 0.657

	101 (49.5%)	39 (52.7%)	140 (50.4%)
	103 (50.5%)	35 (47.3%)	138 (49.6%)

平成24年度 Q17 在宅医療・介護連携・地域包括ケアの推進は、今後の保健所における重要な公衆衛生業務と意思(地域包括ケアの一部も可)。

回答割合の比較
有意確率(両側)
県型 0.566
市型 0.011
合計 0.068

	保健所設置主体		合計
	県型	市型	
	126 (61.8%)	22 (29.7%)	148 (53.2%)
	65 (31.9%)	35 (47.3%)	100 (36.0%)
	10 (4.9%)	12 (16.2%)	22 (7.9%)
	3 (1.5%)	5 (6.8%)	8 (2.9%)
	204 (100.0%)	74 (100.0%)	278 (100.0%)

「1. 思う」群と、それ以外の2群で検定

平成26年度 Q9 保健所が医療介護連携や地域包括ケアシステムの推進に取り組む際に、特に必要と思われる項目を3つまで、チェックしてください。 ※4つ以上チェックしないこと

	保健所設置主体		合計
	県型	市型	
* Q9-1			
1. 保健所長のリーダーシップ	60 (28.7%)	3 (4.2%)	63 (22.5%)
2. 担当保健師の積極的関わり	30 (14.4%)	15 (21.1%)	45 (16.1%)
3. 地域における関係機関や団体との連携の場(協議会等)の設置	129 (61.7%)	49 (69.0%)	178 (63.6%)
4. 組織横断的な本庁による指導・支援	62 (29.7%)	26 (36.6%)	88 (31.4%)
5. 本庁が保健所の意見を吸い上げる仕組み	13 (6.2%)	0 (0.0%)	13 (4.6%)
6. 地域包括ケアに関係する資料の入手	9 (4.3%)	4 (5.6%)	13 (4.6%)
7. 在宅医療に関連する診療報酬や介護報酬に関する知識	12 (5.7%)	4 (5.6%)	16 (5.7%)
8. 保健所における担当部署・事務分担の位置づけ	67 (32.1%)	24 (33.8%)	91 (32.5%)
9. 保健所における専門職員の確保	32 (15.3%)	8 (11.3%)	40 (14.3%)
10. 保健所職員の研修、資質向上	32 (15.3%)	5 (7.0%)	37 (13.2%)
11. 保健所が取り組むための予算の確保、事業化	65 (31.1%)	19 (26.8%)	84 (30.0%)
12. 国の法令等における保健所が取り組む事項の明確化	64 (30.6%)	25 (35.2%)	89 (31.8%)
13. 介護保険事業(支援)計画における保健所が取り組む事項の明確化	22 (10.5%)	14 (19.7%)	36 (12.9%)
合計数(4つ以上チェックした数を除外)	209 (100.0%)	71 (100.0%)	280 (100.0%)

平成24年度 Q18 保健所が地域包括ケアの推進に取り組む際に、特に必要と思われる項目を3つまで、チェックしてください。

	保健所設置主体		合計	回答割合の比較	
	県型	市型		有意確率(両側)	市型 合計
	44 (22.8%)	7 (10.3%)	51 (19.5%)	0.176	0.399
	19 (9.8%)	13 (19.1%)	32 (12.3%)	0.167	0.205
	100 (51.8%)	38 (55.9%)	138 (52.9%)	0.045	0.012
	56 (29.0%)	10 (14.7%)	66 (25.3%)	0.886	0.114
	15 (7.8%)	6 (8.8%)	21 (8.0%)	0.541	0.103
	12 (6.2%)	6 (8.8%)	18 (6.9%)	0.390	0.260
	13 (6.7%)	2 (2.9%)	15 (5.7%)	0.680	0.987
	68 (35.2%)	37 (54.4%)	105 (40.2%)	0.501	0.062
	46 (23.8%)	13 (19.1%)	59 (22.6%)	0.031	0.012
	34 (17.6%)	9 (13.2%)	43 (16.5%)	0.533	0.286
	66 (34.2%)	19 (27.9%)	85 (32.6%)	0.508	0.520
	63 (32.6%)	18 (26.5%)	81 (31.0%)	0.663	0.851
	25 (13.0%)	9 (13.2%)	34 (13.0%)	0.449	0.953
	193 (100.0%)	68 (100.0%)	261 (100.0%)	%の分母は各合計数	

【参考】 所属ブロック別アンケート回答結果

* 所属ブロック		1. 北海道	2. 東北	3. 関東甲信越静	4. 東京	5. 東海北陸	6. 近畿	7. 中国四国	8. 九州	合計
* 設置主体	1. 都道府県	16 (88.9%)	25 (80.6%)	48 (76.2%)	4 (20.0%)	32 (66.7%)	33 (80.5%)	31 (86.1%)	36 (78.3%)	225 (74.3%)
	2. 政令指定都市、特別区、保健所政令市、中核市	2 (11.1%)	6 (19.4%)	15 (23.8%)	16 (80.0%)	16 (33.3%)	8 (19.5%)	5 (13.9%)	10 (21.7%)	78 (25.7%)
	* 管内人口	9 (50.0%)	10 (32.3%)	13 (20.6%)	2 (10.0%)	5 (10.4%)	7 (17.1%)	13 (36.1%)	13 (28.3%)	72 (23.8%)
	1. 10万人未満	2 (11.1%)	8 (25.8%)	15 (23.8%)	2 (10.0%)	13 (27.1%)	10 (24.4%)	9 (25.0%)	16 (34.8%)	75 (24.8%)
2. 10万人以上20万人未満	3 (16.7%)	5 (16.1%)	12 (19.0%)	5 (25.0%)	12 (25.0%)	7 (17.1%)	7 (19.4%)	8 (17.4%)	59 (19.5%)	
3. 20万人以上30万人未満	4 (22.2%)	8 (25.8%)	23 (36.5%)	11 (55.0%)	18 (37.5%)	17 (41.5%)	7 (19.4%)	9 (19.6%)	97 (32.0%)	
4. 30万人以上										
* 保健所の形態	1. 保健と福祉の統合あり	4 (22.2%)	21 (67.7%)	44 (69.8%)	0 (0.0%)	13 (27.1%)	21 (51.2%)	17 (47.2%)	31 (67.4%)	151 (49.8%)
	2. 保健と福祉の統合なし	14 (77.8%)	10 (32.3%)	19 (30.2%)	20 (100.0%)	35 (72.9%)	20 (48.8%)	19 (52.8%)	15 (32.6%)	152 (50.2%)
	* 二次医療圏と保健所所管区域との関係	11 (61.1%)	19 (61.3%)	34 (54.0%)	4 (20.0%)	13 (27.1%)	19 (46.3%)	23 (63.9%)	27 (58.7%)	150 (49.5%)
1. 一致している	7 (38.9%)	12 (38.7%)	28 (44.4%)	16 (80.0%)	33 (68.8%)	21 (51.2%)	11 (30.6%)	15 (32.6%)	143 (47.2%)	
2. 所属の二次医療圏に複数の保健所	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	2 (4.2%)	1 (2.4%)	2 (5.6%)	4 (8.7%)	10 (3.3%)	
3. 保健所所管区域に複数の二次医療圏										
* 管内市町村数	1	2 (11.1%)	9 (29.0%)	19 (30.2%)	16 (80.0%)	17 (35.4%)	10 (24.4%)	7 (19.4%)	13 (28.3%)	93 (30.7%)
	2	0 (0.0%)	3 (9.7%)	8 (12.7%)	0 (0.0%)	9 (18.8%)	4 (9.8%)	10 (27.8%)	8 (17.4%)	42 (13.9%)
	3	1 (5.6%)	3 (9.7%)	9 (14.3%)	1 (5.0%)	4 (8.3%)	6 (14.6%)	2 (5.6%)	6 (13.0%)	35 (11.6%)
	4	3 (16.7%)	2 (6.5%)	6 (9.5%)	0 (0.0%)	6 (12.5%)	4 (9.8%)	2 (5.6%)	1 (2.2%)	28 (9.2%)
	5	2 (11.1%)	2 (6.5%)	5 (7.9%)	1 (5.0%)	4 (8.3%)	3 (7.3%)	7 (19.4%)	2 (4.3%)	26 (8.6%)
	6	1 (5.6%)	1 (3.2%)	6 (9.5%)	1 (5.0%)	3 (6.3%)	5 (12.2%)	1 (2.8%)	3 (6.5%)	21 (6.9%)
	7	0 (0.0%)	1 (3.2%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	3 (6.3%)	1 (2.4%)	0 (0.0%)	7 (15.2%)	13 (4.3%)
	8	6 (33.3%)	5 (16.1%)	4 (6.3%)	0 (0.0%)	2 (4.2%)	0 (0.0%)	2 (5.6%)	2 (4.3%)	21 (6.9%)
	9	1 (5.6%)	2 (6.5%)	2 (3.2%)	1 (5.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (5.6%)	1 (2.2%)	9 (3.0%)
	10以上	2 (11.1%)	3 (9.7%)	3 (4.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (7.3%)	1 (2.8%)	3 (6.5%)	15 (5.0%)
* 管内郡市医師会数	1	10 (55.6%)	19 (61.3%)	35 (55.6%)	11 (55.0%)	18 (37.5%)	17 (41.5%)	13 (36.1%)	23 (50.0%)	146 (48.2%)
	2	5 (27.8%)	5 (16.1%)	13 (20.6%)	5 (25.0%)	20 (41.7%)	13 (31.7%)	8 (22.2%)	14 (30.4%)	83 (27.4%)
	3	1 (5.6%)	5 (16.1%)	10 (15.9%)	2 (10.0%)	6 (12.5%)	9 (22.0%)	7 (19.4%)	7 (15.2%)	47 (15.5%)
	4	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (6.3%)	0 (0.0%)	3 (6.3%)	1 (2.4%)	4 (11.1%)	2 (4.3%)	14 (4.6%)
	5	1 (5.6%)	2 (6.5%)	1 (1.6%)	1 (5.0%)	1 (2.1%)	0 (0.0%)	1 (2.8%)	0 (0.0%)	7 (2.3%)
	6	1 (5.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (5.6%)	0 (0.0%)	4 (1.3%)
	7	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	8	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.8%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)
	9	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	10以上	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)
合計	18 (100.0%)	31 (100.0%)	63 (100.0%)	20 (100.0%)	48 (100.0%)	41 (100.0%)	36 (100.0%)	46 (100.0%)	303 (100.0%)	

Q1 貴保健所に、医療計画の推進のための部署がありますか。 ※5疾病・5事業・5在宅医療のいずれか。

	1. 北海道	2. 東北	3. 関東甲信 越静	4. 東京	5. 東海北陸	6. 近畿	7. 中国四国	8. 九州	合計
* Q1-1	1. あり 16 (88.9%)	18 (58.1%)	44 (69.8%)	14 (70.0%)	28 (58.3%)	32 (78.0%)	27 (75.0%)	34 (73.9%)	213 (70.3%)
	2. なし 2 (11.1%)	13 (41.9%)	19 (30.2%)	6 (30.0%)	20 (41.7%)	9 (22.0%)	9 (25.0%)	12 (26.1%)	90 (29.7%)
合計	18 (100.0%)	31 (100.0%)	63 (100.0%)	20 (100.0%)	48 (100.0%)	41 (100.0%)	36 (100.0%)	46 (100.0%)	303 (100.0%)

Q1-1で「あり」の場合、在宅医療はテーマとして明確にされていますか。 %の分母はQ1-1「1. あり」の数

Q1-2	1. されている 16 (100.0%)	13 (72.2%)	36 (81.8%)	11 (78.6%)	20 (71.4%)	25 (78.1%)	25 (92.6%)	30 (88.2%)	176 (82.6%)
	2. されていない 0 (0.0%)	5 (27.8%)	8 (18.2%)	3 (21.4%)	8 (28.6%)	7 (21.9%)	1 (3.7%)	4 (11.8%)	36 (16.9%)
	NA 0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.7%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)

Q1-1で「あり」の場合、指標による評価がされていますか。 %の分母はQ1-1「1. あり」の数

Q1-3	1. されている 11 (68.8%)	8 (44.4%)	19 (43.2%)	5 (35.7%)	11 (39.3%)	13 (40.6%)	14 (51.9%)	16 (47.1%)	97 (45.5%)
	2. されていない 4 (25.0%)	9 (50.0%)	23 (52.3%)	9 (64.3%)	17 (60.7%)	19 (59.4%)	12 (44.4%)	18 (52.9%)	111 (52.1%)
	NA 1 (6.3%)	1 (5.6%)	2 (4.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.7%)	0 (0.0%)	5 (2.3%)

Q1-1で「あり」の場合、担当部署に保健師が配属されていますか。 %の分母はQ1-1「1. あり」の数

Q1-4	1. されている 13 (81.3%)	9 (50.0%)	25 (56.8%)	10 (71.4%)	24 (85.7%)	31 (96.9%)	22 (81.5%)	27 (79.4%)	161 (75.6%)
	2. されていない 3 (18.8%)	8 (44.4%)	17 (38.6%)	4 (28.6%)	4 (14.3%)	1 (3.1%)	4 (14.8%)	7 (20.6%)	48 (22.5%)
	NA 0 (0.0%)	1 (5.6%)	2 (4.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.7%)	0 (0.0%)	4 (1.9%)

Q2 貴保健所は、管内市町村における下記の福祉関係計画の策定・推進に参画(関係会議への参加)していますか。 ※一部の市町村の場合も含む、今年度予定も含む。 ※それぞれの項目についてあてはまる番号にチェック

	1. 北海道	2. 東北	3. 関東甲信 越静	4. 東京	5. 東海北陸	6. 近畿	7. 中国四国	8. 九州	合計
(1) 介護保険事業計画への参画									
* Q2-1	1. している 5 (27.8%)	18 (58.1%)	42 (66.7%)	16 (80.0%)	27 (56.3%)	32 (78.0%)	26 (72.2%)	30 (65.2%)	196 (64.7%)
	2. していない 13 (72.2%)	13 (41.9%)	21 (33.3%)	4 (20.0%)	21 (43.8%)	9 (22.0%)	10 (27.8%)	16 (34.8%)	107 (35.3%)
合計	18 (100.0%)	31 (100.0%)	63 (100.0%)	20 (100.0%)	48 (100.0%)	41 (100.0%)	36 (100.0%)	46 (100.0%)	303 (100.0%)

(2) 高齢者保健福祉計画(介護保険事業計画と一体の場合も含む)への参画

* Q2-2	1. している 5 (27.8%)	16 (51.6%)	43 (68.3%)	19 (95.0%)	28 (58.3%)	33 (80.5%)	27 (75.0%)	29 (63.0%)	200 (66.0%)
	2. していない 13 (72.2%)	15 (48.4%)	20 (31.7%)	1 (5.0%)	20 (41.7%)	8 (19.5%)	9 (25.0%)	17 (37.0%)	103 (34.0%)

(3) 障害福祉計画への参画

* Q2-3	1. している 4 (22.2%)	19 (61.3%)	35 (55.6%)	18 (90.0%)	32 (66.7%)	33 (80.5%)	24 (66.7%)	25 (54.3%)	190 (62.7%)
	2. していない 14 (77.8%)	12 (38.7%)	28 (44.4%)	2 (10.0%)	16 (33.3%)	8 (19.5%)	12 (33.3%)	21 (45.7%)	113 (37.3%)

(4) 地域福祉計画への参画

* Q2-4	1. している 1 (5.6%)	7 (22.6%)	36 (57.1%)	17 (85.0%)	23 (47.9%)	23 (56.1%)	17 (47.2%)	23 (50.0%)	147 (48.5%)
	2. していない 17 (94.4%)	24 (77.4%)	27 (42.9%)	3 (15.0%)	25 (52.1%)	18 (43.9%)	19 (52.8%)	23 (50.0%)	156 (51.5%)

Q3 貴健所の管内では、平成25年度において地域医療再生計画に基づく「在宅医療の推進事業」が実施されましたか。 ※それぞれの項目についてあてはまる番号にチェック

	1. 北海道	2. 東北	3. 関東甲信 越静	4. 東京	5. 東海北陸	6. 近畿	7. 中国四国	8. 九州	合計
* Q3-1	1. 実施された 7 (38.9%) 2. 実施されなかった 10 (55.6%) 3. わからない 1 (5.6%) 18 (100.0%)	16 (51.6%) 13 (41.9%) 2 (6.5%) 31 (100.0%)	41 (65.1%) 21 (33.3%) 1 (1.6%) 63 (100.0%)	6 (30.0%) 13 (65.0%) 1 (5.0%) 20 (100.0%)	25 (52.1%) 22 (45.8%) 1 (2.1%) 48 (100.0%)	25 (61.0%) 15 (36.6%) 1 (2.4%) 41 (100.0%)	28 (77.8%) 8 (22.2%) 0 (0.0%) 36 (100.0%)	31 (67.4%) 15 (32.6%) 0 (0.0%) 46 (100.0%)	179 (59.1%) 117 (38.6%) 7 (2.3%) 303 (100.0%)

上記Q3-1で「実施された」の場合、貴健所が関与した事業がありますか。 %の分母はQ3-1で「実施された」数

Q3-2	1. あり 6 (85.7%) 2. なし 0 (0.0%) NA 1 (14.3%)	8 (50.0%) 8 (50.0%) 0 (0.0%) 0 (0.0%)	32 (78.0%) 9 (22.0%) 0 (0.0%) 0 (0.0%)	4 (66.7%) 2 (33.3%) 0 (0.0%) 0 (0.0%)	17 (68.0%) 8 (32.0%) 0 (0.0%) 0 (0.0%)	23 (92.0%) 2 (8.0%) 0 (0.0%) 0 (0.0%)	23 (82.1%) 5 (17.9%) 0 (0.0%) 0 (0.0%)	29 (93.5%) 2 (6.5%) 0 (0.0%) 0 (0.0%)	142 (79.3%) 36 (20.1%) 1 (0.6%) 183 (100.0%)
------	--	--	---	--	---	--	---	--	---

上記Q3-2で、「あり」の場合、あてはまるものすべてにチェックしてください。%の分母はQ3-2で「実施された」数

Q3-3	1. 保健所の主体事業として実施した 5 (83.3%) 2. 保健所以外の主体事業に協力した 1 (16.7%) NA 0 (0.0%)	4 (50.0%) 3 (37.5%) 1 (12.5%) 0 (0.0%)	17 (53.1%) 8 (25.0%) 7 (21.9%) 0 (0.0%)	1 (25.0%) 3 (75.0%) 0 (0.0%) 0 (0.0%)	4 (23.5%) 11 (64.7%) 2 (11.8%) 0 (0.0%)	9 (39.1%) 7 (30.4%) 7 (30.4%) 0 (0.0%)	7 (30.4%) 10 (43.5%) 6 (26.1%) 0 (0.0%)	9 (31.0%) 17 (58.6%) 3 (10.3%) 0 (0.0%)	56 (39.4%) 60 (42.3%) 26 (18.3%) 142 (100.0%)
------	--	---	--	--	--	---	--	--	--

Q4 貴健所は、在宅医療(主にがん緩和ケア、脳卒中後遺症、神経難病、認知症)に関する以下の事業に取り組んでいますか。 ※他施設・機関の取り組みへの支援を含む。 ※それぞれの項目についてあてはまる番号にチェック

(1) 医療介護関連資源の把握(リスト化、マップ作成等)

	1. 北海道	2. 東北	3. 関東甲信 越静	4. 東京	5. 東海北陸	6. 近畿	7. 中国四国	8. 九州	合計
* Q4-1	1. 取り組んでいる 13 (72.2%) 2. 取り組んでいない 5 (27.8%) 18 (100.0%)	11 (35.5%) 20 (64.5%) 31 (100.0%)	35 (55.6%) 28 (44.4%) 63 (100.0%)	14 (70.0%) 6 (30.0%) 20 (100.0%)	18 (37.5%) 30 (62.5%) 48 (100.0%)	31 (75.6%) 10 (24.4%) 41 (100.0%)	21 (58.3%) 15 (41.7%) 36 (100.0%)	39 (84.8%) 7 (15.2%) 46 (100.0%)	182 (60.1%) 121 (39.9%) 303 (100.0%)

(2) 関係機関の連携会議の開催(ネットワーク協議会、連絡会等)

* Q4-2	1. 取り組んでいる 14 (77.8%) 2. 取り組んでいない 4 (22.2%)	22 (71.0%) 9 (29.0%)	51 (81.0%) 12 (19.0%)	17 (85.0%) 3 (15.0%)	32 (66.7%) 16 (33.3%)	36 (87.8%) 5 (12.2%)	28 (77.8%) 8 (22.2%)	42 (91.3%) 4 (8.7%)	242 (79.9%) 61 (20.1%)
--------	--	-------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------	---------------------------

(3) 従事者に対する研修(スキルアップ研修、事例検討、グループワーク等)

* Q4-3	1. 取り組んでいる 15 (83.3%) 2. 取り組んでいない 3 (16.7%)	18 (58.1%) 13 (41.9%)	46 (73.0%) 17 (27.0%)	14 (70.0%) 6 (30.0%)	30 (62.5%) 18 (37.5%)	34 (82.9%) 7 (17.1%)	31 (86.1%) 5 (13.9%)	42 (91.3%) 4 (8.7%)	230 (75.9%) 73 (24.1%)
--------	--	--------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------	---------------------------

(4) 医療介護連携ツールの作成・運用(地域連携バス、関連マニュアル・ガイドライン等)

* Q4-4	1. 取り組んでいる 10 (55.6%) 2. 取り組んでいない 8 (44.4%)	6 (19.4%) 25 (80.6%)	21 (33.3%) 42 (66.7%)	10 (50.0%) 10 (50.0%)	11 (22.9%) 37 (77.1%)	28 (68.3%) 13 (32%)	17 (47.2%) 19 (53%)	18 (39.1%) 28 (60.9%)	121 (39.9%) 182 (60.1%)
--------	--	-------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------	------------------------	--------------------------	----------------------------

(5)地域住民への普及啓発(住民向けのシンポジウムや市民講座等)

	1. 北海道	2. 東北	3. 関東甲信越静	4. 東京	5. 東海北陸	6. 近畿	7. 中国四国	8. 九州	合計
* Q4-5									
1. 取り組んでいる	10 (55.6%)	10 (32.3%)	40 (63.5%)	16 (80.0%)	18 (37.5%)	21 (51.2%)	21 (58.3%)	29 (63.0%)	165 (54.5%)
2. 取り組んでいない	8 (44.4%)	21 (67.7%)	23 (36.5%)	4 (20.0%)	30 (62.5%)	20 (48.8%)	15 (41.7%)	17 (37.0%)	138 (45.5%)

(6)在宅療養を支援するための患者会、ボランティア等の養成・支援

	1. 北海道	2. 東北	3. 関東甲信越静	4. 東京	5. 東海北陸	6. 近畿	7. 中国四国	8. 九州	合計
* Q4-6									
1. 取り組んでいる	9 (50.0%)	10 (32.3%)	35 (55.6%)	4 (20.0%)	24 (50.0%)	23 (56.1%)	21 (58.3%)	26 (56.5%)	152 (50.2%)
2. 取り組んでいない	9 (50.0%)	21 (67.7%)	28 (44.4%)	16 (80.0%)	24 (50.0%)	18 (43.9%)	15 (41.7%)	20 (43.5%)	151 (49.8%)

上記(1)～(6)のいずれかで「取り組んでいる」場合、どんな分野ですか。 ※あてはまる番号すべてにチェック %の分母は各合計数

Q4-7	1. 北海道	2. 東北	3. 関東甲信越静	4. 東京	5. 東海北陸	6. 近畿	7. 中国四国	8. 九州	合計
1. がん緩和ケア	9 (50.0%)	10 (32.3%)	7 (11.1%)	4 (20.0%)	6 (12.5%)	7 (17.1%)	15 (41.7%)	23 (50.0%)	81 (26.7%)
2. 脳卒中後遺症	7 (38.9%)	4 (12.9%)	12 (19.0%)	4 (20.0%)	7 (14.6%)	9 (22.0%)	13 (36.1%)	10 (21.7%)	66 (21.8%)
3. 神経難病	9 (50.0%)	14 (45.2%)	41 (65.1%)	8 (40.0%)	29 (60.4%)	31 (75.6%)	24 (66.7%)	29 (63.0%)	185 (61.1%)
4. 認知症	8 (44.4%)	11 (35.5%)	23 (36.5%)	8 (40.0%)	15 (31.3%)	16 (39.0%)	19 (52.8%)	16 (34.8%)	116 (38.3%)
その他	5 (27.8%)	6 (19.4%)	20 (31.7%)	5 (25.0%)	11 (22.9%)	14 (34.1%)	9 (25.0%)	10 (21.7%)	80 (26.4%)

上記(1)～(6)のいずれかで「取り組んでいる」場合、管内市町村や関係施設・機関と連携されていますか。 ※形式は問わない、あてはまる番号すべてにチェック (1)～(6)の一部だけでも可) %の分母は各合計数

Q4-8	1. 北海道	2. 東北	3. 関東甲信越静	4. 東京	5. 東海北陸	6. 近畿	7. 中国四国	8. 九州	合計
1. 市町村	16 (88.9%)	21 (67.7%)	46 (73.0%)	12 (60.0%)	28 (58.3%)	32 (78.0%)	30 (83.3%)	36 (78.3%)	221 (72.9%)
2. 地域包括支援センター	12 (66.7%)	22 (71.0%)	46 (73.0%)	16 (80.0%)	27 (56.3%)	34 (82.9%)	29 (80.6%)	37 (80.4%)	223 (73.6%)
3. 訪問看護ステーション	12 (66.7%)	18 (58.1%)	45 (71.4%)	16 (80.0%)	26 (54.2%)	32 (78.0%)	29 (80.6%)	40 (87.0%)	218 (71.9%)
4. がん診療連携拠点病院	4 (22.2%)	6 (19.4%)	9 (14.3%)	5 (25.0%)	8 (16.7%)	11 (26.8%)	13 (36.1%)	21 (45.7%)	77 (25.4%)
5. 認知症疾患医療センター	3 (16.7%)	6 (19.4%)	17 (27.0%)	6 (30.0%)	10 (20.9%)	12 (29.3%)	15 (41.7%)	17 (37.0%)	86 (28.4%)
6. 広域リハビリ支援センター(類似施設含む)	5 (27.8%)	4 (12.9%)	6 (9.5%)	4 (20.0%)	6 (12.5%)	19 (46.3%)	4 (11.1%)	20 (43.5%)	68 (22.4%)
その他	8 (44.4%)	8 (25.8%)	25 (39.7%)	5 (25.0%)	16 (33.3%)	12 (29.3%)	6 (16.7%)	14 (30.4%)	94 (31.0%)

Q5 貴保健所は、管内の職能団体と在宅医療や医療介護連携に関して、協議していますか。 ※形式は問わない、あてはまる番号すべてにチェック %の分母は各合計数

Q5-1	1. 北海道	2. 東北	3. 関東甲信越静	4. 東京	5. 東海北陸	6. 近畿	7. 中国四国	8. 九州	合計
1. 医師会	14 (77.8%)	14 (45.2%)	51 (81.0%)	16 (80.0%)	32 (66.7%)	36 (87.8%)	27 (75.0%)	41 (89.1%)	231 (76.2%)
2. 歯科医師会	9 (50.0%)	14 (45.2%)	43 (68.3%)	15 (75.0%)	26 (54.2%)	30 (73.2%)	20 (55.6%)	34 (73.9%)	191 (63.0%)
3. 薬剤師会	9 (50.0%)	13 (41.9%)	42 (66.7%)	15 (75.0%)	22 (45.9%)	27 (65.9%)	18 (50.0%)	34 (73.9%)	180 (59.4%)
4. 看護協会	8 (44.4%)	10 (32.3%)	24 (38.1%)	0 (0.0%)	6 (12.5%)	18 (43.9%)	12 (33.3%)	26 (56.5%)	104 (34.3%)
5. 栄養士会	2 (11.1%)	10 (32.3%)	16 (25.4%)	0 (0.0%)	4 (8.3%)	7 (17.1%)	4 (11.1%)	16 (34.8%)	59 (19.5%)
6. 歯科衛生士会	0 (0.0%)	5 (16.1%)	4 (6.3%)	0 (0.0%)	4 (8.3%)	7 (17.1%)	4 (11.1%)	6 (13.0%)	30 (9.9%)
7. 介護支援専門員協議会	7 (38.9%)	10 (32.3%)	27 (42.9%)	3 (15.0%)	11 (22.9%)	22 (53.7%)	17 (47.2%)	28 (60.9%)	125 (41.3%)
8. 理学療法士会または作業療法士会	4 (22.2%)	6 (19.4%)	7 (11.1%)	2 (10.0%)	4 (8.3%)	11 (26.8%)	4 (11.1%)	12 (26.1%)	50 (16.5%)
その他	3 (16.7%)	3 (9.7%)	9 (14.3%)	5 (25.0%)	4 (8.3%)	6 (14.6%)	9 (25.0%)	15 (32.6%)	54 (17.8%)

Q6 今年度の厚生労働省新規事業「都道府県医師介護連携調整実証事業」では、モデル医療圏において(全国で9府県)、保健所がコーディネーター役となり、二次医療圏の退院調整ルールの作成・運用が図られます。今後、保健所が管内の退院調整に資する医療・介護サービス提供施設間の連携体制の構築に関与することについて、どう思われますか? ※最も近い番号にチェック

	1. 北海道	2. 東北	3. 関東甲信越 越静	4. 東京	5. 東海北陸	6. 近畿	7. 中国四国	8. 九州	合計
* Q6-1	1. 関与すべき	11 (61.1%)	13 (41.9%)	28 (44.4%)	7 (35.0%)	18 (37.5%)	19 (52.8%)	24 (52.2%)	148 (48.8%)
	2. 関与すべきではない	1 (5.6%)	2 (6.5%)	2 (3.2%)	2 (10.0%)	3 (7.3%)	1 (2.8%)	1 (2.2%)	16 (5.3%)
	3. わからない	2 (11.1%)	12 (38.7%)	23 (36.5%)	5 (25.0%)	5 (12.2%)	9 (25.0%)	14 (30.4%)	93 (30.7%)
	その他	4 (22.2%)	4 (12.9%)	10 (15.9%)	6 (30.0%)	5 (12.2%)	7 (19.4%)	7 (15.2%)	46 (15.2%)
合計		18 (100.0%)	31 (100.0%)	63 (100.0%)	20 (100.0%)	41 (100.0%)	36 (100.0%)	46 (100.0%)	303 (100.0%)

Q7 健康増進計画の推進にあたって、昨年度から導入が図られている国保データベース(KDB)システム(特定健診データ、医療レセプト、介護レセプト)や国が進めている介護・医療関連情報の「見える化」システムの活用について、どう思われますか。 ※最も近い番号にチェック

	1. 北海道	2. 東北	3. 関東甲信越 越静	4. 東京	5. 東海北陸	6. 近畿	7. 中国四国	8. 九州	合計
* Q7-1	1. 活用すべき	13 (72.2%)	23 (74.2%)	48 (76.2%)	17 (85.0%)	35 (85.4%)	33 (91.7%)	36 (78.3%)	245 (80.9%)
	2. 活用すべきではない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.4%)	0 (0.0%)	1 (2.2%)	2 (0.7%)
	3. わからない	2 (11.1%)	8 (25.8%)	13 (20.6%)	0 (0.0%)	3 (7.3%)	3 (8.3%)	8 (17.4%)	43 (14.2%)
	その他	3 (16.7%)	0 (0.0%)	2 (3.2%)	3 (15.0%)	2 (4.9%)	0 (0.0%)	1 (2.2%)	13 (4.3%)
合計		18 (100.0%)	31 (100.0%)	63 (100.0%)	20 (100.0%)	41 (100.0%)	36 (100.0%)	46 (100.0%)	303 (100.0%)

Q8. 在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は、今後の保健所における重要な公衆衛生業務とご思いますか(地域包括ケアの一部も可)。 ※最も近い番号にチェック

	1. 北海道	2. 東北	3. 関東甲信越 越静	4. 東京	5. 東海北陸	6. 近畿	7. 中国四国	8. 九州	合計
* Q8-1	1. 思う	14 (77.8%)	24 (77.4%)	33 (52.4%)	11 (55.0%)	24 (50.0%)	25 (69.4%)	28 (60.9%)	184 (60.7%)
	2. やや思う	4 (22.2%)	5 (16.1%)	20 (31.7%)	7 (35.0%)	19 (39.6%)	11 (30.6%)	14 (30.4%)	91 (30.0%)
	3. あまり思わない	0 (0.0%)	2 (6.5%)	9 (14.3%)	1 (5.0%)	5 (10.4%)	0 (0.0%)	3 (6.5%)	24 (7.9%)
	4. 思わない	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	1 (5.0%)	1 (2.4%)	0 (0.0%)	1 (2.2%)	4 (1.3%)
合計		18 (100.0%)	31 (100.0%)	63 (100.0%)	20 (100.0%)	41 (100.0%)	36 (100.0%)	46 (100.0%)	303 (100.0%)

Q9 保健所が医療介護連携や地域包括ケアシステムの推進に取り組む際に、特に必要と思われる項目を3つまで、チェックしてください。 ※4つ以上チェックしないこと %の分母は各合計数

* Q9-1	保健所が医療介護連携や地域包括ケアシステムの推進に取り組む際に、特に必要と思われる項目を3つまで、チェックしてください。 ※4つ以上チェックしないこと %の分母は各合計数									
	1. 北海道	2. 東北	3. 関東甲信越静	4. 東京	5. 東海北陸	6. 近畿	7. 中国四国	8. 九州	合計	
1. 保健所長のリーダーシップ	4 (22.2%)	6 (20.0%)	10 (16.9%)	0 (0.0%)	8 (18.6%)	11 (31.4%)	13 (38.2%)	11 (24.4%)	63 (22.5%)	
2. 担当保健士の積極的関わり	4 (22.2%)	3 (10.0%)	12 (20.3%)	3 (18.8%)	8 (18.6%)	7 (20.0%)	0 (0.0%)	8 (17.8%)	45 (16.1%)	
3. 地域における関係機関や団体との連携の場(協議会等)の設置	13 (72.2%)	18 (60.0%)	42 (71.2%)	13 (81.3%)	19 (44.2%)	29 (82.9%)	20 (58.8%)	24 (53.3%)	178 (63.6%)	
4. 組織横断的な本庁による指導・支援	5 (27.8%)	10 (33.3%)	16 (27.1%)	6 (37.5%)	16 (37.2%)	7 (20.0%)	14 (41.2%)	14 (31.1%)	88 (31.4%)	
5. 本庁が保健所の意見を吸い上げる仕組み	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (6.8%)	0 (0.0%)	3 (7.0%)	1 (2.9%)	2 (5.9%)	3 (6.7%)	13 (4.6%)	
6. 地域包括ケアに関係する資料の入手	2 (11.1%)	0 (0.0%)	2 (3.4%)	2 (12.5%)	2 (4.7%)	1 (2.9%)	1 (2.9%)	3 (6.7%)	13 (4.6%)	
7. 在宅医療に関連する診療報酬や介護報酬に関する知識	4 (22.2%)	1 (3.3%)	3 (5.1%)	1 (6.3%)	1 (2.3%)	3 (8.6%)	1 (2.9%)	2 (4.4%)	16 (5.7%)	
8. 保健所における担当部署・事務分担の位置づけ	4 (22.2%)	10 (33.3%)	18 (30.5%)	7 (43.8%)	14 (32.6%)	11 (31.4%)	14 (41.2%)	13 (28.9%)	91 (32.5%)	
9. 保健所における専門職員の確保	1 (5.6%)	8 (26.7%)	9 (15.3%)	3 (18.8%)	3 (7.0%)	1 (2.9%)	8 (23.5%)	7 (15.6%)	40 (14.3%)	
10. 保健所職員の研修、資質向上	2 (11.1%)	7 (23.3%)	10 (16.9%)	3 (18.8%)	7 (16.3%)	4 (11.4%)	3 (8.8%)	1 (2.2%)	37 (13.2%)	
11. 保健所が取り組むための予算の確保、事業化	5 (27.8%)	8 (26.7%)	12 (20.3%)	3 (18.8%)	17 (39.5%)	10 (28.6%)	11 (32.4%)	18 (40.0%)	84 (30.0%)	
12. 国の法令等における保健所が取り組む事項の明確化	3 (16.7%)	11 (36.7%)	16 (27.1%)	6 (37.5%)	20 (46.5%)	10 (28.6%)	9 (26.5%)	14 (31.1%)	89 (31.8%)	
13. 介護保険事業(支援)計画における保健所が取り組む事項の明確化	2 (11.1%)	4 (13.3%)	6 (10.2%)	0 (0.0%)	6 (14.0%)	6 (17.1%)	4 (11.8%)	8 (17.8%)	36 (12.9%)	
合計数(4つ以上チェックした数を除外)	18 (100.0%)	30 (100.0%)	59 (100.0%)	16 (100.0%)	43 (100.0%)	35 (100.0%)	34 (100.0%)	45 (100.0%)	280 (100.0%)	

在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムに関するアンケート

※ご記入方法

1. それぞれの設問に対する回答は、あてはまる番号にチェックするか、該当する項目に記入していただく形式になっています。アンケートは、富山県経営管理部情報政策課の画面を經由して、WEB から回答するシステムにしております。添付しました「アンケート手順書.xls」の指示を参照の上、ご回答くださるよう、お願いします。

2. WEBへの回答に時間がかかった場合、タイムアウトになり回答が無効となる場合があります。アンケート手順書.xlsにある「保存」、「読込」機能を使って、途中保存を行うことで、確実に最終確認、送信をして頂くようお願いいたします。

3. 画面操作する際には、同一セッションで複数ブラウザ(ウインドウおよびタブ)を開いての操作は行わないでください。また、ブラウザの「戻る」ボタン、またはキーボードの「BackSpace」を使用しないでください。

4. 設問に対する回答は、企画担当等が原案を作成し、保健所長が最終判断の上、ご回答ください。また、支所がある場合は、本所が支所を含めてご回答ください。

5. 自由記載欄は入力画面では文字制限はありません。

6. 特に断りがない限り、平成 26 年 5 月 1 日現在の状況についてご記入ください。

7. 回答は、平成 26 年 7 月 11 日(金)までに、お願いいたします。

保健所情報

* 保健所名

* 所属ブロック

- 1. 北海道
- 2. 東北
- 3. 関東甲信越静
- 4. 東京
- 5. 東海北陸
- 6. 近畿

	<input type="checkbox"/> 7. 中国四国 <input type="checkbox"/> 8. 九州
* 問合せ先電子メールアドレス	<input type="text"/>
* 設置主体	<input type="checkbox"/> 1. 都道府県 <input type="checkbox"/> 2. 政令指定都市、特別区、保健所政令市、中核市
* 管内人口	<input type="checkbox"/> 1. 10 万人未満 <input type="checkbox"/> 2. 10 万人以上 20 万人未満 <input type="checkbox"/> 3. 20 万人以上 30 万人未満 <input type="checkbox"/> 4. 30 万人以上
* 保健所の形態	<input type="checkbox"/> 1. 保健と福祉の統合あり <input type="checkbox"/> 2. 保健と福祉の統合なし
* 二次医療圏と保健所所管区域との関係	<input type="checkbox"/> 1. 一致している <input type="checkbox"/> 2. 所属の二次医療圏に複数の保健所 <input type="checkbox"/> 3. 保健所所管区域に複数の二次医療圏
* 管内市町村数	<input type="text"/>
* 管内郡市医師会数	<input type="text"/>
Q1 貴保健所に、医療計画の推進のための部署がありますか。 ※5疾病・5事業・在宅医療のいずれか。	

* Q1-1	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
Q1-2	<p>Q1-1 で「あり」の場合、在宅医療はテーマとして明確にされていますか。</p> <input type="checkbox"/> 1. されている <input type="checkbox"/> 2. されていない
Q1-3	<p>Q1-1 で「あり」の場合、指標による評価がされていますか。</p> <input type="checkbox"/> 1. されている <input type="checkbox"/> 2. されていない
Q1-4	<p>Q1-1 で「あり」の場合、担当部署に保健師が配属されていますか。</p> <input type="checkbox"/> 1. されている <input type="checkbox"/> 2. されていない
<p>Q2 貴保健所は、管内市町村における下記の福祉関係計画の策定・推進に参画(関係会議への参加)していますか。 ※一部の市町村の場合も含む、今年度予定も含む。 ※それぞれの項目についてあてはまる番号にチェック</p>	
* Q2-1	<p>(1) 介護保険事業計画への参画</p> <input type="checkbox"/> 1. している <input type="checkbox"/> 2. していない
* Q2-2	<p>(2) 高齢者保健福祉計画(介護保険事業計画と一体の場合も含む)への参画</p> <input type="checkbox"/> 1. している <input type="checkbox"/> 2. していない

* Q2-3	<p>(3) 障害福祉計画への参画</p> <p><input type="checkbox"/> 1. している</p> <p><input type="checkbox"/> 2. していない</p>
* Q2-4	<p>(4) 地域福祉計画への参画</p> <p><input type="checkbox"/> 1. している</p> <p><input type="checkbox"/> 2. していない</p>
<p>Q3 貴保健所の管内では、平成 25 年度において地域医療再生計画に基づく「在宅医療の推進事業」が実施されましたか。 ※それぞれの項目についてあてはまる番号にチェック</p>	
* Q3-1	<p><input type="checkbox"/> 1. 実施された</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 実施されなかった</p> <p><input type="checkbox"/> 3. わからない</p>
Q3-2	<p>上記 Q3-1 で「実施された」の場合、貴保健所が関与した事業がありますか。</p> <p><input type="checkbox"/> 1. あり</p> <p><input type="checkbox"/> 2. なし</p>
Q3-3	<p>上記 Q3-2 で、「あり」の場合、あてはまるものすべてにチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 保健所の主体事業として実施した</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 保健所以外の主体事業に協力した</p>
<p>Q4 貴保健所は、在宅医療(主にがん緩和ケア、脳卒中後遺症、神経難病、認知症)に関する以下の事業に取り組んでいますか。 ※他施設・機関の取り組みへの支援を含む。 ※それぞれの項目についてあてはまる番号にチェック</p>	
* Q4-1	<p>(1) 医療介護関連資源の把握(リスト化、マップ作成等)</p>

	<input type="checkbox"/> 1. 取り組んでいる <input type="checkbox"/> 2. 取り組んでいない
* Q4-2	(2) 関係機関の連携会議の開催(ネットワーク協議会、連絡会等) <input type="checkbox"/> 1. 取り組んでいる <input type="checkbox"/> 2. 取り組んでいない
* Q4-3	(3) 従事者に対する研修(スキルアップ研修、事例検討、グループワーク等) <input type="checkbox"/> 1. 取り組んでいる <input type="checkbox"/> 2. 取り組んでいない
* Q4-4	(4) 医療介護連携ツールの作成・運用(地域連携パス、関連マニュアル・ガイドライン等) <input type="checkbox"/> 1. 取り組んでいる <input type="checkbox"/> 2. 取り組んでいない
* Q4-5	(5)地域住民への普及啓発(住民向けのシンポジウムや市民講座等) <input type="checkbox"/> 1. 取り組んでいる <input type="checkbox"/> 2. 取り組んでいない
* Q4-6	(6)在宅療養を支援するための患者会、ボランティア等の養成・支援 <input type="checkbox"/> 1. 取り組んでいる <input type="checkbox"/> 2. 取り組んでいない
Q4-7	上記(1)～(6)のいずれかで「取り組んでいる」場合、どんな分野ですか。 ※あてはまる番号すべてにチェック <input type="checkbox"/> 1. がん緩和ケア

	<input type="checkbox"/> 2. 脳卒中後遺症 <input type="checkbox"/> 3. 神経難病 <input type="checkbox"/> 4. 認知症 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
Q4-8	<p>上記(1)～(6)のいずれかで「取り組んでいる」場合、管内市町村や関係施設・機関と連携されていますか。 ※形式は問わない、あてはまる番号すべてにチェック ((1)～(6)の一部だけでも可)</p> <input type="checkbox"/> 1. 市町村 <input type="checkbox"/> 2. 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 3. 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 4. がん診療連携拠点病院 <input type="checkbox"/> 5. 認知症疾患医療センター <input type="checkbox"/> 6. 広域リハビリ支援センター(類似施設含む) <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
Q4-9	<p>上記のいずれかで「取り組んでいる」場合、ホームページ等で発信されているものがあれば記入してください。 <アドレス、取り組み内容等 ></p> <div data-bbox="549 1603 1110 1727" style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"> <input type="text"/> </div> <p>※上記で先駆的・モデル的な取り組みがあれば○をつけてください</p>
<p>Q5 貴保健所は、管内の職能団体と在宅医療や医療介護連携に関して、協議していますか。 ※形式は問わない、あてはまる番号すべてにチェック</p>	
Q5-1	<input type="checkbox"/> 1. 医師会

	<input type="checkbox"/> 2. 歯科医師会 <input type="checkbox"/> 3. 薬剤師会 <input type="checkbox"/> 4. 看護協会 <input type="checkbox"/> 5. 栄養士会 <input type="checkbox"/> 6. 歯科衛生士会 <input type="checkbox"/> 7. 介護支援専門員協議会 <input type="checkbox"/> 8. 理学療法士会または作業療法士会 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
<p>Q6 今年度の厚生労働省新規事業「都道府県医療介護連携調整実証事業」では、モデル医療圏において(全国で9府県)、保健所がコーディネータ役となって、二次医療圏の退院調整ルールを作成・運用が図られます。今後、保健所が管内の退院調整に資する医療・介護サービス提供施設間の連携体制の構築に関与することについて、どう思われますか？ ※最も近い番号にチェック</p>	
<p>* Q6-1</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 関与すべき <input type="checkbox"/> 2. 関与すべきではない <input type="checkbox"/> 3. わからない <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
<p>Q7 健康増進計画の推進にあたって、昨年度から導入が図られている国保データベース(KDB)システム(特定健診データ、医療レセプト、介護レセプト)や国が進めている介護・医療関連情報の「見える化」システムの活用について、どう思われますか。 ※最も近い番号にチェック</p>	
<p>* Q7-1</p>	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 活用すべき

	<input type="checkbox"/> 2. 活用すべきではない <input type="checkbox"/> 3. わからない <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
Q8. 在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は、今後の保健所における重要な公衆衛生業務とご思いますか(地域包括ケアの一部も可)。 ※最も近い番号にチェック	
* Q8-1	<input type="checkbox"/> 1. 思う <input type="checkbox"/> 2. やや思う <input type="checkbox"/> 3. あまり思わない <input type="checkbox"/> 4. 思わない
Q9 保健所が医療介護連携や地域包括ケアシステムの推進に取り組む際に、特に必要と思われる項目を3つまで、チェックしてください。 ※4つ以上チェックしないこと	
* Q9-1	<input type="checkbox"/> 1. 保健所長のリーダーシップ <input type="checkbox"/> 2. 担当保健師の積極的関わり <input type="checkbox"/> 3. 地域における関係機関や団体との連携の場(協議会等)の設置 <input type="checkbox"/> 4. 組織横断的な本庁による指導・支援 <input type="checkbox"/> 5. 本庁が保健所の意見を吸い上げる仕組み <input type="checkbox"/> 6. 地域包括ケアに関する資料の入手 <input type="checkbox"/> 7. 在宅医療に関連する診療報酬や介護報酬に関する知識 <input type="checkbox"/> 8. 保健所における担当部署・事務分担の位置づけ

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 9. 保健所における専門職員の確保<input type="checkbox"/> 10. 保健所職員の研修、資質向上<input type="checkbox"/> 11. 保健所が取り組むための予算の確保、事業化<input type="checkbox"/> 12. 国の法令等における保健所が取り組む事項の明確化<input type="checkbox"/> 13. 介護保険事業(支援)計画における保健所が取り組む事項の明確化 |
|--|--|

以上です。ご協力有難うございました。

保健所現地調査

○調査事例の選定方法

保健所アンケートで紹介いただいた 40 事例（県型保健所 33、市型保健所 7）について、各保健所ホームページを閲覧し、関係機関との協働、わかりやすさ、創意工夫、他保健所での取り組みの参考等の観点から現地調査事例を選定するとともに、紹介事例に限らず班員による推薦事例を追加。

○現地調査事例

- 姫路市保健所 中播磨圏域における医療介護連携の取り組み
- 砺波厚生センター小矢部支所 多職種合同事例検討会の取り組み
- 豊中市保健所 在宅医療介護連携ネットワーク「虹ネット」の取り組み
- 徳島保健所 徳島保健所管内における退院支援調整の取り組み

現地調査事例 1

中播磨圏域の医療介護連携の取組み ― 所管地域を越えた地域への保健所の関与 ―

1 所管地域及び保健所

○所管地域の概要

- ・ 姫路市は兵庫県南西部に位置し、瀬戸内海に面する中核市（1996年4月中核市に移行）
- ・ 人口：534,066人、高齢化率23.3%（2013年9月30日現在）、面積534.43km²
人口は漸増傾向が続いている
- ・ 中播磨医療圏（姫路市、神河町、市川町、福崎町、人口580,870人（2012年10月1日現在）、面積865.23km²）に属する
- ・ 医療資源：病院35、診療所412、許可病床数6,099（うち、精神982、感染症6、療養1,229）（2013年度）
基幹病院（急性期病院）は姫路市内に集中しており、隣接圏域（西播磨医療圏）から多くの救急患者が流入
- ・ 医師会等の職能団体：姫路市医師会、兵庫県看護協会西播支部
- ・ 中播磨医療圏には、神河町、市川町、福崎町を管轄する兵庫県福崎保健所がある

○保健所の概要

- ・ 1948年7月保健所設置
- ・ 職員数：150名、医師3名（所長、副所長、予防課）
- ・ 組織：4課、3保健センター、1環境衛生研究所
- ・ 姫路市地域リハビリテーション支援センターを併設（2008年開設）
- ・ 中播磨圏域リハビリテーション支援センターを県より受託（2008年より）

2 調査事例の取組み

○経緯

- ・ 2006年 脳卒中を中心とした病院間ネットワーク構築を目的とした中播磨シームレス研究会が発足
- ・ 2008年 保健所内に姫路市地域リハビリテーション支援センター開設
同センターが中播磨シームレス研究会の事務局となる
保健所が事務局となり、脳卒中に関する病院と在宅医療介護との連携協議を開始
介護サービス関係者（介護支援専門員（ケアマネジャー）、地域包括支援センター、介護サービス事業所）のネットワーク構築を目的に会議開催

- ・2010年 退院調整ルールや情報提供書様式を作成し運用開始
- ・2011年 退院調整アンケート調査実施（実態調査）
脳卒中に関するネットワークを発展させる形で、疾患を問わない地域全体のネットワーク作りを開始。しかしながら、医療機関の窓口（担当者）が異なるため同じ枠組みでは無理なことが判明し軌道修正
- ・2012年 疾患を問わない病院と在宅医療介護との連携協議を開始
保健所が事務局となり、入退院連携ルールや情報提供書様式（「入院時情報提供書」「退院調整共有情報」）を作成
 - ・ケアマネ・包括部会（4回）：ケアマネジャー、地域包括支援センターで構成
 - ・病院・在宅連携委員会（4回）：病院（主として看護部）、ケアマネジャー、地域包括支援センターで構成

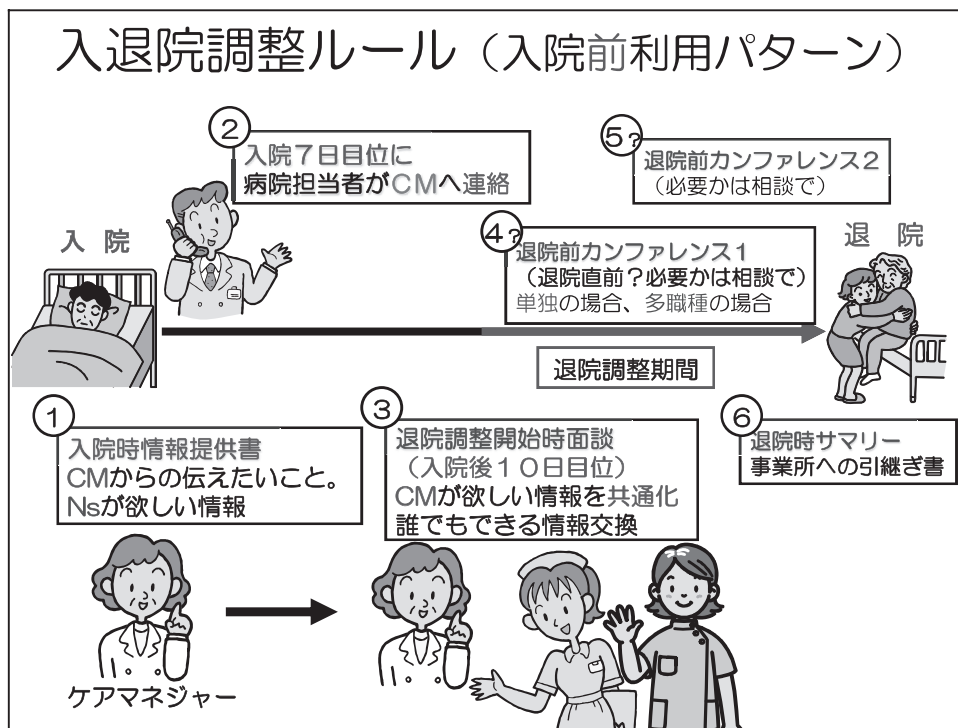
経過（2012年）

日時	会議等	内容
1月	ケアマネ・包括部会	・退院調整不良事例 ・ケアマネジャー代表選出
2月	姫路市地域リハビリテーション推進会議	・入退院連携ルール策定の取組み
3月	兵庫県看護協会西播支部訪問	・取組みに関する支援要請
4月	病院・在宅連携委員会	・在宅要介護者の入退院連携ルール
5月	ケアマネ・包括部会	・退院調整に係るケアマネジャーの役割
6月	退院調整アンケート調査 病院・在宅連携委員会	（2011年に続き2回目） ・入退院連携ルールの運用方針
7月	ケアマネ・包括部会	・入院時情報提供書の内容
9月	病院・在宅連携委員会	・退院調整開始時面談方法
10月	姫路市地域リハビリテーション推進会議	・入退院連携ルール策定状況
11月	ケアマネ・包括部会	・退院調整開始時面談方法の内容
12月	病院・在宅連携委員会	・入退院連携ルールの運用方針の確認
2013年 1月	入退院連携ルール説明会	（ケアマネジャー、地域包括支援センター向け）

- ・2013年 入退院連携ルールの運用開始

- ・現状（2014年7月現在）
 - 中播磨圏域の34病院が参加（不参加は5病院：産科単科病院等）
 - 病院間・在宅ネットワーク連携協議会を2回／年開催予定

入退院連携ルール



○人、組織、予算など

- ・地域医療連携に熱心であった病院勤務医がキーパーソンの一人
- ・病院と介護の連携が主であったため、地域医師会の関わりは大きくなかった
- ・保健所が「脳卒中を中心とした病院間ネットワーク化」に係る事務局を担っていたことや中播磨圏域リハビリテーション支援センター事業を受託していたことから事務局は保健所が担った（行政区を越えた（中播磨地区）取組みであったが、反対はなかった）
- ・会議は関係する病院・事業所等から医師、看護師、リハビリテーションスタッフ、医療ソーシャルワーカーなどが参加（訪問看護ステーションは入っていない）。幹事会は病院・事業所の代表者で構成（職種は特定していない）
- ・中播磨圏域リハビリテーション支援センター運営関係予算（約200万円、県1/2、市1/2）はあるが、医療介護連携のためのものではない。大きな予算は必要ない
- ・連絡・情報共有：主として電子メールを利用

○保健所の関与・寄与

- ・2008年に姫路市地域リハビリテーション支援センターが設置されたことが地域医療介護連携に関わる大きな契機
- ・何をやっていくかと思案していたときに、地域医療連携に熱心であった病院勤務医からも保健所が関わってくれるよう働きかけがあった
- ・保健所担当者が情熱を持って取組んだ。また、医療介護連携に保健所が関わることについて反対意見がなかった
- ・事務局機能を担っている
- ・人的資源の投入は、概ね0.5人分位

○上手くいった点（促進要因）

- ・地域医療連携に熱心な医師がいたこと
- ・市内の医療機関に連携の気運があったこと
- ・各関係機関・団体のキーパーソンを把握していたこと
- ・担当者にこの仕事への情熱があったこと。また、担当者に異動がなかったこと
- ・取組みにあたり保健所内に否定的な意見がなかったこと
- ・退院調整調査を実施し、数字でその実態を示すことが出来たこと
- ・保健所から働きかけることで、関係機関の参加が促進されたと思われること
- ・保健所が県の地域リハビリテーション広域支援センター（中播磨圏域リハビリテーション支援センター）の委託を受けていることから、自市以外の市町村の介護関係者を集めることが出来たこと

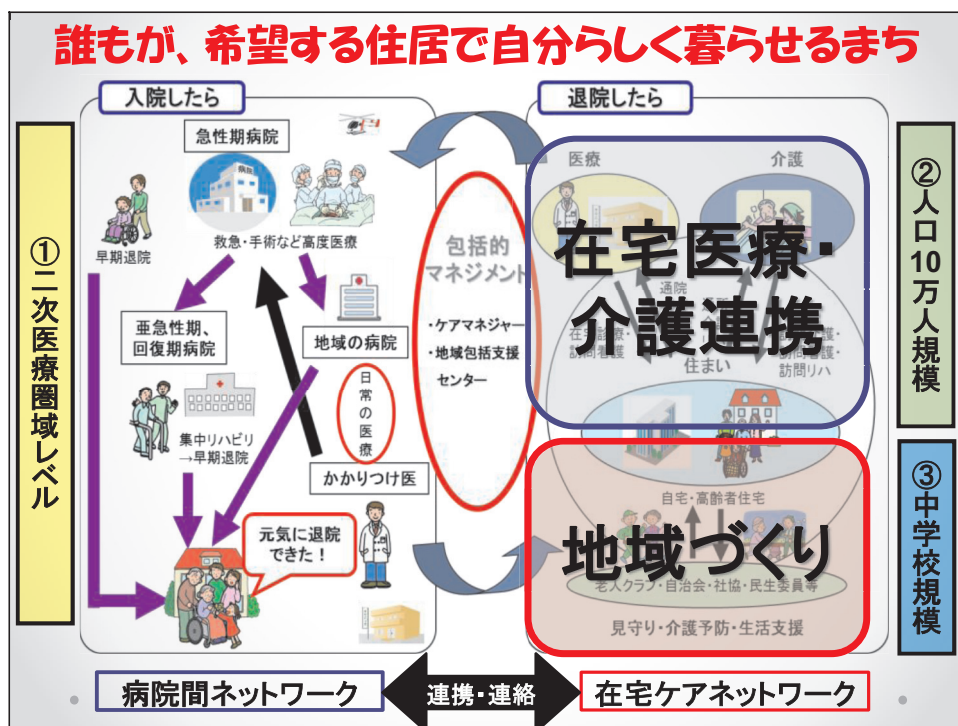
○苦労した点（阻害要因）

- ・担当職員がすぐに異動してしまうのではという懸念を示した関係団体があったこと
- ・過去に行政と軋轢があった関係団体があり、対応に苦慮したこと
- ・県保健所と事業の考え方について温度差が見られたこと

○現在の課題と今後の展望

- ・持続的なメンテナンスが必要。そのため、協議は継続していく
- ・質の向上が今後の課題の1つ
- ・アンケート調査を2回/年実施し連携の実態をモニタリングしていく予定
- ・医療圏レベルの取組みに加えて、市町レベル（人口10万人規模）での在宅医療介護連携、中学校区レベル（人口1~2万人規模）での地域づくりに取り組むことにより「誰もが、希望する住居で自分らしく暮らせるまち」を目指す。

兵庫県中播磨圏域における医療介護連携の戦略



○ その他

- ・「入院時情報提供書」の主な内容
緊急時連絡先、家族構成、住環境、在宅主治医、要介護度、サービス利用状況
ADL（日常生活動作）：移動方法、口腔清潔、食事、更衣、入浴、排泄
服薬管理、療養上の問題、医療処置、連絡事項等
- ・「退院調整共有情報」の主な内容
入院病名、合併症、病院主治医、在宅主治医、病院から患者・家族への説明内容
ADL（日常生活動作）：移動方法、口腔清潔、食事、更衣、入浴、排泄、
服薬管理、療養上の問題、医療処置、家族への介護指導、感染症、リハビリテーション目標、その他
- ・この取組み（中播磨圏域の医療介護連携の取組み）からの派生で
認知症に関して精神科病院とケアマネジャー・地域包括支援センターの連携強化

「食」の提供ルールの統一化
に取組み中

3 所感

2000年代後半から医療介護連携に取り組んできたこと、また、その際市型保健所にも拘らず医療圏を俯瞰した取組みを進めてきた歴史があったことがこの取組みの素地になっていると思われる。

また、既存の枠組みを活用した更なる医療介護連携の構築が上手くいかないと判断すると、新たな関係者の参加を図り実態調査結果をもとに取組みを進めていっていた。成功体験に拘らず素早く軌道修正できる臨機応変さ柔軟さがこの取組みの成功の一つの要因と思われた。

圏域での医療連携・医療介護連携を進めていくにあたり、医療圏域と中核市の管轄が異なるとどこがその推進役を担っていくかが問題となる場合がある。調査事例では、中核市の保健所が地域の医療を守るという視点から都道府県からリハビリテーション支援センター事業を受託したことを上手に活用し、関係機関の連携の取組みを牽引していっていた。行政区の枠を越えた医療機関連携及び医療介護連携の取組みの参考となる事例と思われた。

現地調査事例 2

富山県砺波厚生センター小矢部支所における多職種合同事例検討会の取組み －小規模保健所（支所）が市、市医師会と協働した地域医療介護連携－

1 所管地域及び保健所

○所管地域の概要

- ・ 所管地域は小矢部市。同市は富山県西部に位置し、富山と石川をつなぐ交通の要所として発展してきた内陸市
- ・ 人口：31,008 人、高齢化率 32.1%（2013 年 10 月 1 日現在）、面積 134.11 km²
人口は減少傾向が続いている
- ・ 砺波医療圏（小矢部市、砺波市、南砺市、人口 132,878 人（2013 年 10 月 1 日現在）、面積 929.93 km²）に属する
- ・ 医療資源：病院 6、診療所 17、許可病床数 644（うち、精神 249、感染症 0、療養 255）（2014 年 3 月末現在）
1 公的病院（193 床、うち療養 53、ドック 30）があるが、救急患者の多くは同一医療圏及び隣接医療圏（高岡医療圏）の基幹病院（急性期病院）へ流出
- ・ 医師会等の職能団体：小矢部市医師会（事務局は非常勤職員 1 名）

○保健所の概要

- ・ 1944 年 富山県石動^{いするぎ}保健所として設置（1962 年小矢部市発足に伴い富山県小矢部保健所に改称）
- ・ 1998 年 保健所再編に伴い富山県砺波保健所小矢部支所となる（後に富山県砺波厚生センター小矢部支所に改称）
- ・ 職員数：10 名、医師 1 名（支所長）
- ・ 組織：2 課（衛生予防課、地域健康課）

2 調査事例の取組み

○経緯

- ・ 2010 年 在宅医療に係る開業医グループ設立を目指し、市（健康福祉課）とともに市医師会との協議開始
市内の保健・医療・福祉関係者から成る「小矢部市在宅医療推進連絡会」（以下、「連絡会」）を組織し、連絡会（第 1 回）を開催：在宅医療推進のための体制整備を進めることを合意
- ・ 2011 年 在宅医療に係る市内全医療機関実態調査、市内公的病院地域連携室への聞き取り調査

- 連絡会（第2回）：調査結果の報告、連携体制の検討
- 連絡会（第3回）：「メルヘン在宅あんしんネットワーク」設立
- 連絡会（第4回）：在宅医療に係る市民フォーラム開催の検討
市民フォーラム開催
- ・2012年 連絡会（第5回）：多職種合同事例検討会の実施について検討
多職種合同事例検討会開催（第1回）

・現状

多職種合同事例検討会を定例開催

- ・実施主体：小矢部市在宅医療推進連絡会
- ・日程：年5回（4月を除く偶数月の第3水曜日 19時～21時）
- ・参加者：市内の在宅医療に係る保健・医療・福祉関係者等
毎回50～60名が参加
- ・内容：事例検討（グループワーク）、事例に関連する話題の小講義、その他
小矢部市在宅医療推進連絡会は年2回開催

○人、組織、予算など

- ・市医師会事務局員（一人事務局）がキーパーソンの一人。在宅医療の必要性を理解し、取組みに積極的に関与
- ・市医師会担当理事（後に医師会長）が「行政が力を貸してくれるのなら」と在宅医療推進連絡会長に就任
- ・保健所職員（地域健康課長：保健師）が予算事業ではないが必要性を感じ取組みを推進
- ・小矢部市在宅医療推進連絡会のもとに、多職種合同事例検討会打合せ会を組織
- ・多職種合同事例検討会打合せ会
事務局：市医師会、初期は保健所が全面的に支援
構成：地域包括支援センター代表（市直営）、居宅介護支援事業所代表、公的病院医療ソーシャルワーカー、訪問看護ステーション管理者、市医師会（医師の参加はなし）、市、保健所
頻度：検討会開催前に2回
第1回（2か月前）：提示症例の検討・依頼、その他
第2回（1か月前）：提示症例内容の検討、課題及び論点整理、その他
第3回（当日）：グループワーク司会者打合せ：課題及び論点確認、その他
- ・2012年度：地域医療体制整備事業費（10万円、市）を活用
- ・2013年度：市医師会への在宅医療支援センター運営費（120万円、県地域医療再生基金）及び包括ケアネットワーク構築事業費（10万円、市）を活用
- ・連絡会・事例検討会参加者への報償費等の支払いはなし。多職種合同事例検討会は市施設、同打合せ会は保健所、市あるいは医師会施設利用のため費用は不要。小講

義に外部講師を招いた場合は謝礼及び交通費を支払っている。大きな予算は必要ない

- ・連絡・情報共有：主として電子メールを利用。市医師会事務局は近距離にあるため、会って話をするようにしている

○保健所の関与・寄与

- ・在宅医療に係る開業医グループが県内では当市のみないことに疑問を持ったことが取組みの契機
- ・関係者から情報収集するなかで、地域医療介護連携推進について保健所が関与することの必要性を感じ、また、要望があった
- ・保健所職員（地域健康課長）が、これまで築いてきたネットワークを生かして関係者を組織
- ・初期は、事務局（市医師会）の作業（文書作成、調査実施）は全て保健所で担った。現在も必要に応じて支援をしている
- ・人的資源の投入は、概ね1人分
- ・保健所が関わっている難病患者事例についても検討

○上手くいった点（促進要因）

- ・医師の参加及び協力を得やすいよう市医師会を事務局としたこと（開催案内等は全て市医師会から発送）
- ・保健所が関与することで、関係機関の参加（特に開業医）が促進されたと思われること
- ・市内全医療機関実態調査を実施し、数字で現状を示すことが出来たこと
- ・打合せ会はコメディカル主体で行ったこと（医師は支所長のみ）
- ・事例検討会に向けて必要十分な事前打合せを行ったこと
- ・初期の検討症例は、ケアプラン作成等を通じて多職種と繋がりがある介護支援専門員（ケアマネジャー）から提出することとし、人選は市に依頼したこと
- ・参加者の要望を聞きながら、症例選択や小講義を実施してきたこと。また、小講義の講師は出来る限り所管地域の人に依頼したこと

○苦勞した点（阻害要因）

- ・市医師会全体として協力が得られるまで時間が必要であったこと
- ・事例提出者の力量（特に介護支援専門員）に差があり、事例の論点整理に時間を要したこと
- ・多職種が参加するため、用語の統一を図るとともに達成感の得られる内容となるよう配慮が必要であったこと

○現在の課題と今後の展望

- ・ 検討症例のその後を確認、評価していく必要がある。また、この取組みの成果を評価する仕組みを整えていく必要がある
- ・ 医師の参加者に偏りがある（来てほしい医師に来てもらえない）
- ・ 病院からの参加者の増加を図る必要がある

○ その他

- ・ 市医師会員や介護支援専門員（ケアマネジャー）との繋がりができ、現状や課題を把握しやすくなった。また、保健所が対応している難病等の患者の連携等が円滑になった
- ・ 在宅医療推進の取組みの中で、多職種合同事例検討会の他に、
 - 在宅医療に係る開業医のグループ化
 - 医師会立訪問看護ステーションの設立（24時間対応）
 - 医師会在宅医療支援センターの設置
 - 在宅歯科診療窓口の設置（市歯科医師会）など在宅医療に係る体制整備につながった
- ・ 小矢部市在宅医療推進連絡会のメンバー
 - 医師会長及び会員、公的病院長、歯科医師会長及び会員、薬剤師会長、病院医療ソーシャルワーカー、訪問看護ステーション管理者、介護支援専門員代表、地域包括支援センター代表
 - 市及び保健所はオブザーバー

3 所感

遅れていた点（在宅医療に係る開業医グループがない）を整備すべく始めた取組みの中で、医療介護連携推進の一つの方法として多職種合同事例検討会を開始され、短期間で他の参考となるまでの成果を上げておられる事例である。

保健所が、医療分野に情報を持つ市医師会と介護分野に情報を持つ市（市役所）のそれぞれの得意不得意を理解し、それらを上手に調整しながら取組みを推進されたことが成功の一つの要因と思われる。また、初期には事務局機能を積極的に支援したことも重要であったと思われる。

医療介護連携の推進は従来の保健所業務には無かったことから、業務としての位置付けが曖昧なことや必要な人員の配置がないことなどの問題が言われている。調査事例では、職員が10名という小規模な保健所支所において、種々の業務で培った人的ネットワークを活用し、関係する機関のキーパーソンを見つけ出し協働して取組みを牽引していった。保健所の規模に依らない、市区町村及び地元医師会と協働した医療介護連携推進の取組みの参考となる事例と思われる。

(参考)

多職種合同事例検討会の様子

【1. 事例紹介】

看護師や薬剤師、ケアマネ、ソーシャルワーカー等の様々な職種の者が、テーマに沿った事例を紹介する。



【2. グループワーク】

5~8人程度の多職種混合のグループをつくり、事例についての意見交換や、同様の事例への今後の対応を考える



【3. 講義・質疑応答】 外部講師等を招き、テーマの参考となる講義を受ける。



【4. 連絡事項】 多職種が集まるこの機会を利用して、事業所のイベント等の連絡や紹介を行う。



小矢部市医師会「メルヘン在宅あんしんネットワーク」

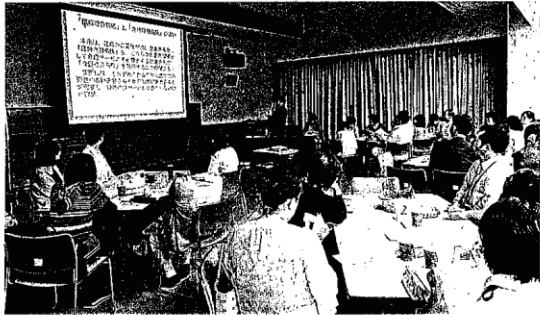
地域医療の体制強化

開業医や訪問看護師ら多くの職種が連携して在宅医療に取り組み小矢部市医師会の「メルヘン在宅あんしんネットワーク」がスタートして3年半がたった。団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる「2025年問題」を見据え、訪問看護の充実、合同研修会の開催など、医療・介護関係者がスクラムを組み、地域に根差した質の高い在宅医療の体制づくりを進めている。
(小矢部支局長・近江龍一郎)

情報共有状態を把握

2011年4月に創設した同ネットワークは開業医、訪問看護師、薬剤師、薬局、居宅介護支援事業所、介護サービス事業者、訪問歯科診療所などで構成する。互いの情報を共有し合うことで、患者の最新の状態を把握できる仕組みになっている。

ネットワークの核になるのが内科系開業医による「主治医・副主治医制」だ。同医師会の12医療機関が参加。主治



医1人、副主治医2人でグループを組み、患者の往診依頼に主治医が応えられない場合、副主治医が代わりに対応する。

今のところ、副主治医が診断を代行するケースはまだだが、辻内科医院（同市津沢）の辻外幸院長（65）は「将来のために必要な制度」と言い切る。今後、高齢化が進む中、在宅医療に対するニーズの高まりが予想されるからだ。「休暇や学会に出掛

けて不在にしても、副主治医に患者を頼むことができる」と辻院長。代わりに診察してくれる医師が確保されることで、

在宅医療に関わる関係者を集めた合同事例検討会、医師やケアマネジャーや幅広い職種が意見交換できる貴重な場になっている。8月、小矢部市総合保健福祉センター

患者も安心できる。

同医師会の訪問看護ステーションもサービスを拡充した。昨年9月、市社会福祉協議会から運営を引き継いだのを機に、24時間365日連絡体制となった。営業時間は従来通り午後5時半までだが、緊急時は夜間でも看護師に直接電話がつながる。新体制になって最初の1カ月は訪問者数が47人、訪問回数は202回だったが、1年後のことは9月は65人、315回と利用が広がっている。

同医師会が特に力を入れるのが、在宅医療に関わる関係者を集めた合同事例検討会だ。13年度は5回開き、在宅療養者のリハビリ、薬局薬剤師との連携など幅広いテーマを扱った。普段顔を合わせる機会が少ない医師とケアマネジャーや薬剤師が直接意見交換できる貴重な機会となっている。

同医師会事務局の酒井裕子さんは「顔が見える関係になり、相談しやすくなった。結果として地域医療の体制強化にもつながっている」と話している。

(参考資料)

多職種合同事例検討会のすすめ方

1 年間計画に基づいて実地

年間計画は、原則、前年度末に*関係者で協議し策定する。

2 事前準備

関係者が数回打ち合わせを行って行う作業

- ①事例提出者の選定を1か月前までに行い、規定様式をベースに事例の取りまとめを依頼
- ②提出された事例を、事例提出者と関係者で論点を整理
- ③研修会の講師やその内容について検討
- ④当日の実地方法（メルヘンカフェ方式含めて）やスケジュール等確認

事務局（小矢部市医師会在宅医療支援センター）の作業

- ①市内の在宅支援サービス実地事業者等へ案内
- ②事例提出事業所へ事例提出の依頼
- ③出席予定者を取りまとめグループに分ける
- ④当日資料（レジメ・出席者名簿・事例・講師資料等）の準備
- ⑤必要に応じ、飲み物等の準備 等

3 当日

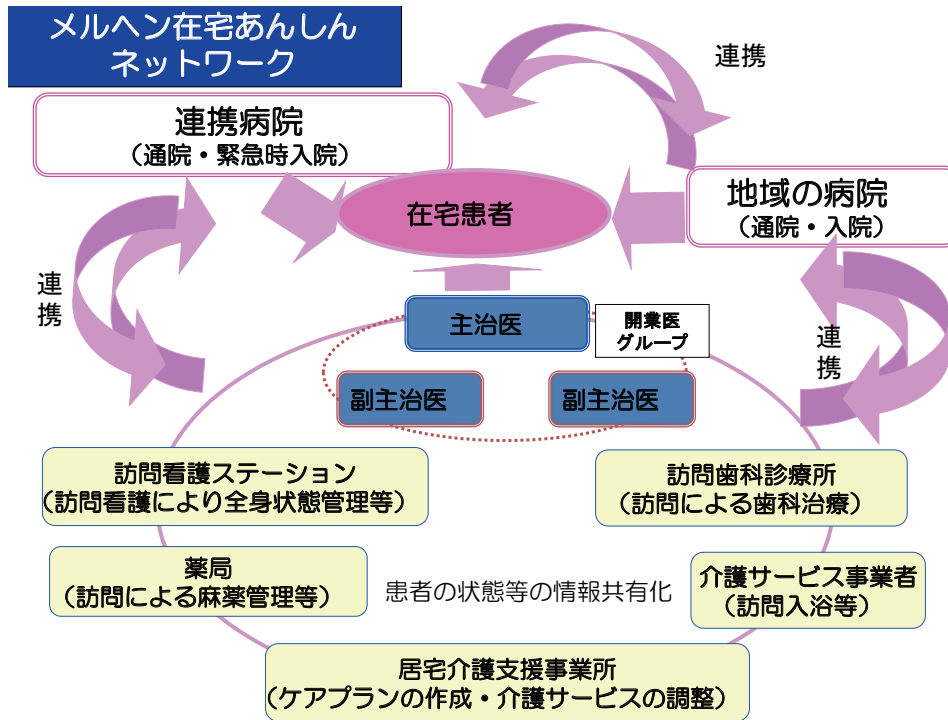
- ①会場準備は、関係者が協力して実地
- ②必要に応じて、開始前に事前打ち合わせを実地
- ③話しやすい雰囲気になるよう配慮

4 その他

事例検討後、連絡の時間を設け、他団体等に周知したい事柄があれば周知を図る。

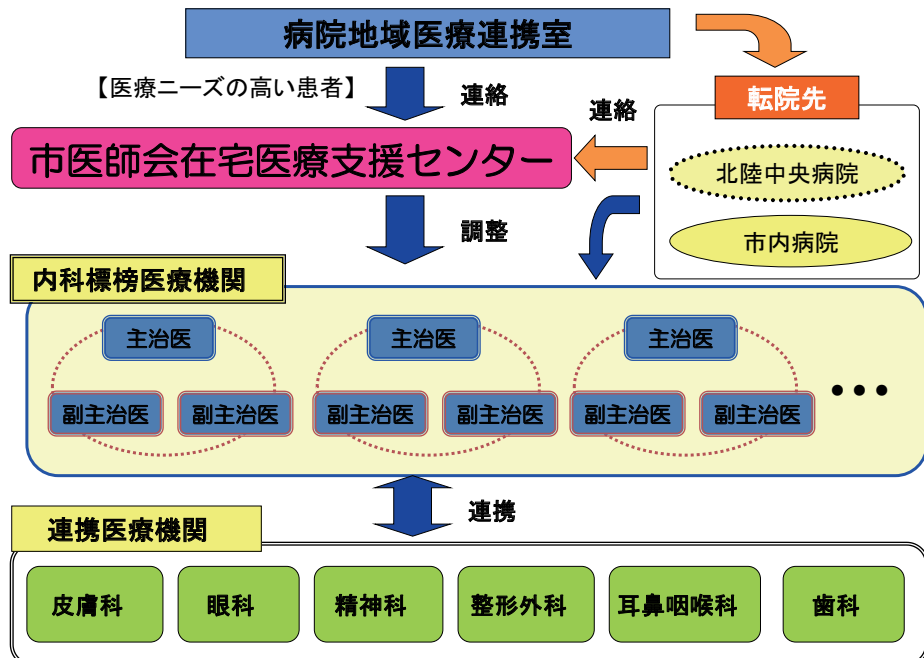
*関係者とは：小矢部市在宅医療推進連絡会を構成する所属のコメディカル

メルヘン在宅あんしんネットワーク



小矢部市在宅医療支援

小矢部市在宅医療支援の流れ



現地調査事例 3

大阪府豊中市における医療介護連携「虹ねっと」の取り組み

1 所管地域および保健所

○所管地域の概要

- ・豊中市は大阪府北部に位置し、豊能二次医療圏域（吹田市、豊中市、池田市、箕面市、豊能町、能勢町）に属する。市南部で大阪市に接している。
- ・面積 36.6/km²、人口 394,983 人（平成 26 年 10 月 1 日現在）で人口は漸増傾向にある。
- ・高齢者人口は 92,281 人（平成 25 年度）で高齢化率は 23.2%であり、今後さらに増加することが予測されている。
- ・管内には地域がん診療拠点病院の役割を担う市立病院のほか、急性期、回復期、療養型の各医療機関が計 20 箇所、さらに近隣市には大阪大学医学部附属病院、国立循環器病研究センターなどの高度医療を担う専門医療機関が存在する。
- ・平成 24 年 4 月 1 日に中核市に指定されたことを受けて保健所が開設された。

○保健所の概要

- ・職員数：107 名（正規職員のみ）、医師 2 名（所長、保健予防課所属）
- ・保健センターは保健所の組織内にある
- ・保健所の組織：保健企画課、保健予防課、衛生管理課、地域保健課の 4 課

2 調査事例の取組み

○経緯

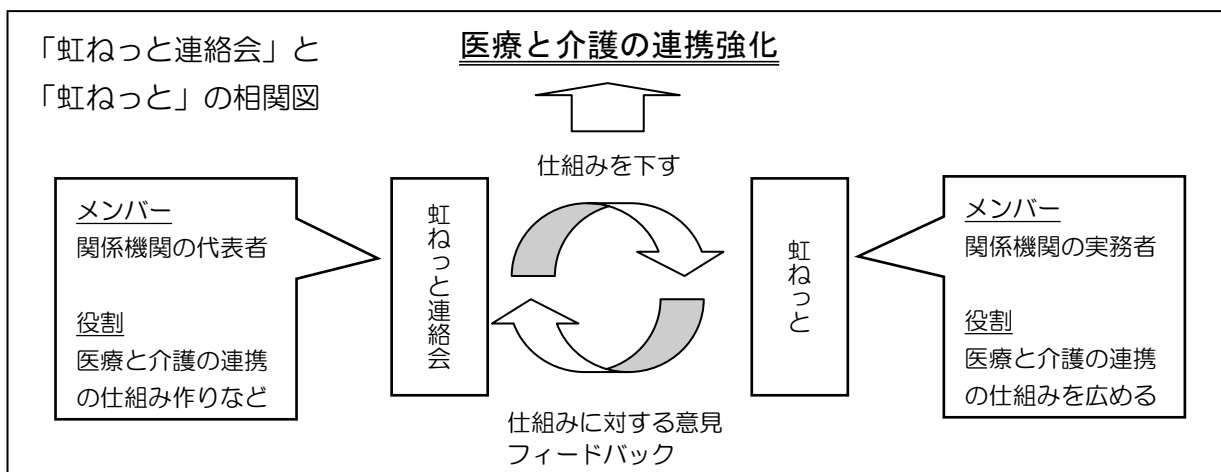
- ・平成 19 年度 市及び地域包括支援センターが主催して「医師・歯科医師、
～ 薬剤師とケアマネジャーの意見交換会」を開始。
- ・平成 21 年度 7つの生活圏域を虹にたとえて 7 団体の関係機関が架け橋となり
～ 医療と介護のネットワークが広がることを目指して愛称を
「虹ねっと」と定めた。
市内を 3つの圏域に分けて意見交換会を開催。また、関係機関
の意見交換会を定期的に開催。
- ・平成 23 年度 医療介護連携のツールづくりや研修会等を多職種協働ですすめる
～ ために関係団体の代表者で構成される 「虹ねっと連絡会」を立ち
上げる。

○人、組織、予算など

- ・豊中市医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡協議会、介護保険事業者連絡会、地域包括支援センター連絡協議会と豊中市で構成。平成 26 年度から新たに豊中市病院連絡協議会（市内の全ての病院が加入。事務局は市立豊中病

院) が参画

- ・事務局は豊中市高齢者支援課が担当。保健所は市に移管された平成 24 年から参加
- ・「虹ねっと」としての予算は無く、課の予算の中から費用を捻出。
- ・平成 27 年度以降は地域支援事業に係る予算として計上。



3 現在の主な取組内容

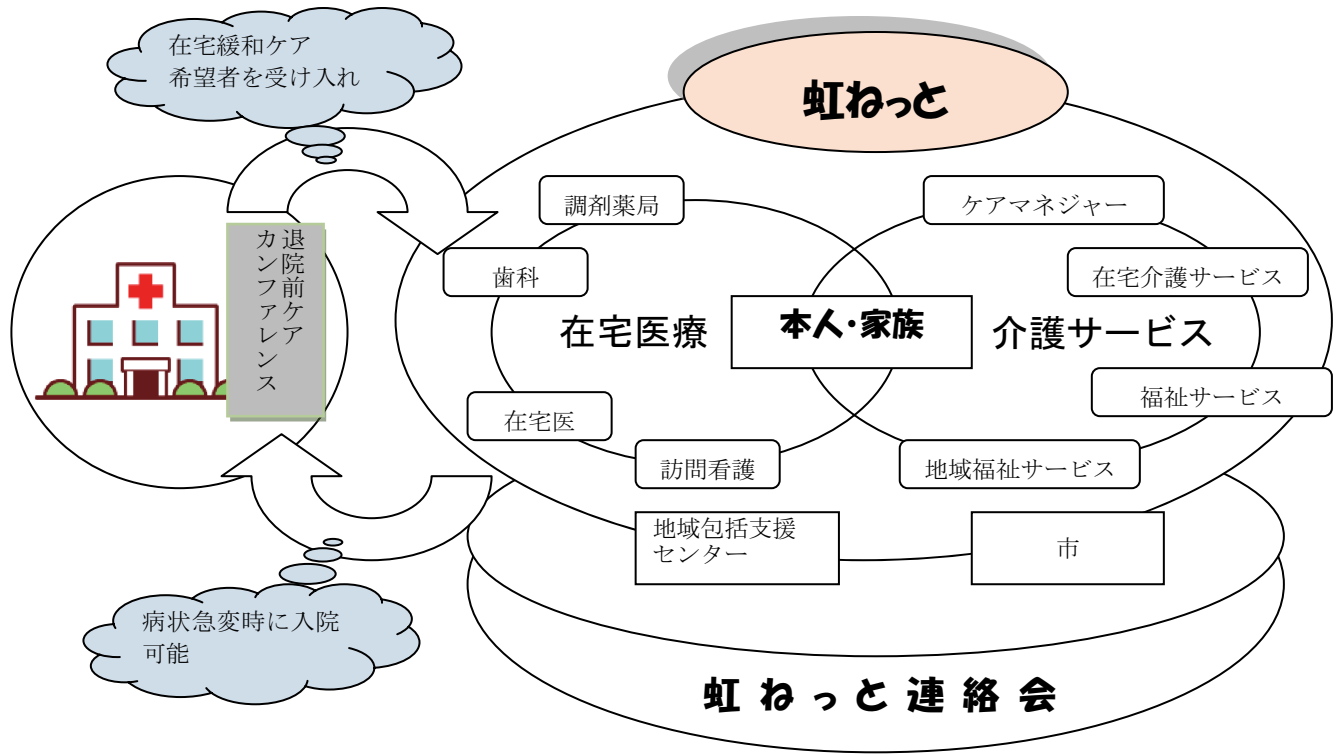
○退院前ケアカンファレンスの充実

- ・患者およびご家族の退院後の在宅生活を円滑に送るためには病院と地域の意思疎通の場として退院前ケアカンファレンスの開催が重要であり、現状の課題を整理。
- ・先進地の実践に関する勉強会や退院前ケアカンファレンスに関するアンケートの実施等を通じてマニュアルの素案を作成。
- ・素案の検証と「虹ねっと」における討議を経て「退院前ケアカンファレンスマニュアル」を平成 25 年 3 月に策定。評価を行いながら改訂作業を実施中。

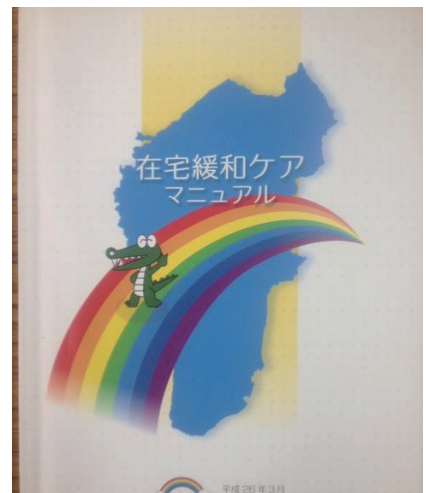
○在宅緩和ケアの取り組み

- ・自宅療養を希望する人の増加を背景に、地域における質の高い在宅ケアや看取りを受けることの体制について「虹ねっと」で検討を開始。
- ・在宅緩和ケアを担う人材の把握を目的として三師会、訪問看護ステーション連絡会、介護保険事業者を対象にアンケート調査を実施。
- ・関係機関が参集した意見交換会で在宅緩和ケアが円滑に進むための方向性、チームケアを担う多職種参加の必要性を確認。
- ・以上を踏まえ、「虹ねっと連絡会」に加入している団体が役割を分担し、「在宅緩和ケアマニュアル」を策定。
- ・「虹ねっと全体会」で多職種連携による在宅緩和ケアの推進をテーマとした研修会を開催。

「虹ねっと」在宅緩和ケアのモデル図



退院前ケアカンファレンス寸劇



在宅緩和ケアマニュアル
平成 26 年 3 月策定

4 「虹ねっと」に関する保健所の取り組み

○在宅医療ワーキング

- ・平成 24 年に保健所が市に移管された後は「虹ねっと」および「虹ねっと連絡会」のメンバーに加わり、保健の立場から医療介護連携に積極的に関与。
- ・「虹ねっと連絡会」および「虹ねっと全体会」に常時出席し、マニュアルの作成、

研修会の企画立案を行うとともに意見交換および事例に関する検討に参画。

- ・平成 25 年に保健所が中心となり、在宅医療に関する現状分析、課題の把握、方向性に関する研究を集中的に行い、目指すべき姿を提言としてまとめることを目的として「虹ねっと連絡会」の下に「在宅医療推進ワーキンググループ」を設置し、事務局を担当した。

開催日	場所	内容	参加者数 (事務局含む)
第 1 回 平成 25 年 9 月 30 日	豊中市保健所 2 階 講堂	<ul style="list-style-type: none"> ■ 社会保障制度改革国民会議における医療分野の考え方について ■ 豊中市の医療・介護資源について ■ 市における在宅医療の課題について 	14 名
第 2 回 平成 25 年 12 月 10 日	豊中市保健所 2 階 講堂	<ul style="list-style-type: none"> ■ 社会保障審議会医療部会における検討状況について ■ 大阪府医師会 会員意見調査について ■ 在宅医療推進に向けた課題の検討 	14 名
第 3 回 平成 26 年 1 月 27 日	豊中市保健所 2 階 講堂	<ul style="list-style-type: none"> ■ 歯科医師・薬剤師の役割・取り組み等 ■ 在宅医療推進に向けた課題の検討 	14 名
第 4 回 平成 26 年 2 月 28 日	豊中市保健所 2 階 講堂	<ul style="list-style-type: none"> ■ 薬剤師の業務について ■ 大阪府医師会実施「医療制度改革に関する府民意識調査」の結果について ■ 在宅医療推進に向けた課題の検討 	13 名
第 5 回 平成 26 年 6 月 3 日	豊中市保健所 2 階 講堂	<ul style="list-style-type: none"> ■ 在宅医療ワーキンググループ会議からの提言(案)について 	14 名

以上の議論を踏まえ、平成 26 年 7 月に「在宅医療の推進に向けた提言」を「虹ねっと」に提出した。

○保健所の取り組みの促進要因

- ・市が中核市に移行し、保健所が事務局を担当している高齢者支援担当課と同じ部局内に設置されたため、意思疎通が極めてスムーズに行うことができている。
- ・市のトップが医療介護連携の重要性、今後の市における医療体制のあり方について関心が深く、コーディネーターとしての役割を担うように指示があった。
- ・保健所は保健医療計画、地域連携クリティカルパス策定の事務局を担っていることから三師会、医療機関との関係が密接であり、顔の見える関係ができていた。
- ・医師会だけでなく、歯科医師会と薬剤師会が元々熱心に「在宅医療連携」活動を行っており、三師会の連携体制が確立していた。
- ・市内の全ての病院が参加する「病院連絡協議会」が虹ねっとに参画したことから、院長まで情報が行き渡り、担当者のみが参画するのではなく病院としての取り組みと位置付けられている。

○保健所の取り組みの阻害要因・課題

- ・メンバーが多数となり、医療機関でも診療所、病院でそれぞれ「在宅医療介護連携」に関する考え方が異なることから、意見の集約が困難。
- ・在宅専門医療機関の中には医師会に加入していない医療機関も多く、その役割をどのように取り入れるかについては議論が必要。
- ・在宅医療に積極的な考え方を持つ医療機関も増加しているが、今後もさらに増やしていく必要がある。

○保健所の取り組みで配慮・工夫している点

- ・所内の担当部署に「虹ねっとへの参画」を業務として位置付けた。
- ・所長以外の医師も「在宅医療推進ワーキンググループ」の委員として加え、また会議にはできるだけ多数の職員の参加を呼びかけて自由に考えを発言する機会を設けた。
- ・医療機関立入検査や地域連携クリティカルパス会議等、病院や三師会関係者と顔を合わせる機会を捉えて在宅医療介護連携に関して積極的に意見交換を行った。

○今後の方向性

- ・今後とも虹ねっと、虹ねっと連絡会の主要メンバーとして、特に医療分野に関する施策について中心的な役割を果たしていく

虹ねっと連絡会の今後の基本方針

■ トータルケアネットワークの確立

入退院や転院などで療養場所が変化しても、疾患ごとに複数の医療機関を受診していても互いに役割分担と連携をしながら切れ目のないネットワークの確立を目指す

■ 安心できる医療・介護サービスの提供

限られた医療・介護資源全体の最適化を図り、高齢者が望む療養場所で 24 時間 365 日の切れ目のない医療・介護サービスを目指す

■ 虹ねっとの主流化

「虹ねっと」を通じて、市内で医療と介護に関わる全ての主体が、同じ目標に向かい、オールとよなかで 2025 年（平成 37 年）問題に立ち向かう

5 所感

「虹ねっと」では医療介護連携や在宅医療に関する講演会のほか、在宅療養に関する関係機関の役割を寸劇でわかりやすく演じるなど、啓発に力を入れており、少しずつ

つ住民の中にも「在宅で療養する」ことへの理解が深まってきていることが伺える。

豊中市では三師会の活動が非常に活発であり、かつ50年の歴史があり、市内全病院が加入する「豊中市病院連絡協議会」が単なる情報交換の場ではなく、「院長部会」「看護師長部会」「病病連携部会」等に分かれて実務的な取り組みを行っている。このため、2025年に向けた在宅医療介護連携の必要性に関する問題意識を当初から共有しており、自然発生的に医療介護連携の推進を目指す組織が立ち上げられた。事務局機能を持つ高齢者支援課と保健所は同じ部局に設置されていることから、意思疎通は良好であり、相互に意見しあえる関係にある。保健所は医療機関や三師会とのつながりが深く、また府とのつながりもあることから、医療機関及び三師会との調整役および国や府の動きに関する情報提供、医療に関するシンクタンク的な役割が期待されている。行政が都道府県と市町村に分離せず、一体となっていることが中核市保健所の大きな強みであると感じた。

現地調査事例 4

徳島保健所管内における退院支援調整の取り組み — 二次医療圏域における退院支援ルールの策定 —

1 所管地域及び保健所

○所管地域の概要

- ・管内市町村：徳島市、鳴門市、小松島市をはじめとする 3 市 9 町 1 村
- ・医療圏：東部 I 医療圏域及び南部 I 医療圏域に属する一部市町（小松島市、勝浦町、上勝町）
- ・人口：498,717 人、高齢化率 27.2%（2014 年 10 月 1 日現在）、面積 906.04km²（2013 年 10 月 1 日現在）
人口は減少傾向にある
- ・医療資源：病院 75、診療所 437（有床 95 無床 342）、許可病床数 10,237（うち、精神 2,829、感染症 13、療養 3,061）（2014 年度）
病院の半数以上は徳島市に集中しており、大学病院や県立病院、市民病院等の基幹病院も市内に存在する。また、小松島市に徳島赤十字病院が存在する。
- ・医師会等の職能団体：管内には県医師会のほか、郡市医師会として徳島市医師会をはじめ 6 医師会が、そのほか看護協会、介護支援専門員協会、ソーシャルワーカー協会などがある。

○保健所の概要

- ・職員数：62 名（正規職員のみ）、医師 2 名（所長、医療企画担当）
- ・徳島保健所は東部保健福祉局に所属し、所長は副局長兼任
- ・保健所の組織：6 担当制（医療企画担当、食品衛生担当、環境試験検査担当、健康増進担当、こころの健康担当、疾病対策担当）

2 調査事例の取組み

○経緯（2014 年）

月	実施内容	具体的な方法
3 月	事業応募	・ 国が平成 26 年度にモデル事業として実施する「都道府県医療介護連携調整支援実証事業」に応募
4 月	事業説明	・ 徳島県医療政策課から徳島あんしんタッグ（徳島県、徳島市、徳島市医師会が官民一体となって在宅医療における多職種連携を推進するための協議の場）の席上で事業について説明
5 月	事業説明 情報収集	・ 医師会、看護協会、介護支援専門員協会へ説明 ・ ケアマネジャー、地域包括支援センター、市町村へのヒアリ

		ング、連携状況の把握
6月	事業説明 合意形成	<ul style="list-style-type: none"> 市町村、地域包括担当者会議の開催 介護支援専門員協会に協力依頼、アンケート調査の検討 ソーシャルワーカー協会に事業説明
7月	組織形成 情報収集	<ul style="list-style-type: none"> 参加病院の連携会議開催（医師会等もオブザーバー参加） ケアマネジャーの退院支援状況に関するアンケート調査の実施
8月～ 9月	情報収集 方策検討	<ul style="list-style-type: none"> 急性期病院へのヒアリング 第1回介護支援専門員部会開催 アンケート結果の説明、退院支援ルール案、引継ぎが必要な患者の基準、欲しい情報等について検討
10月	連携会議	<ul style="list-style-type: none"> 第2回介護支援専門員部会開催 退院支援状況、退院支援ルール案等について検討 第1回病院・介護支援専門員代表者会議の開催 退院支援ルールに関する意見交換、病院側窓口の確認
11月	意見調整 連携会議	<ul style="list-style-type: none"> 徳島大学病院、徳島赤十字病院との協議 第3回介護支援専門員部会開催 第1回代表者会議の報告、退院支援ルールの検討、各事業所等一覧作成について
12月	方策検討 状況報告 組織形成	<ul style="list-style-type: none"> 第2回病院・介護支援専門員代表者会議の開催 経過報告及び退院支援ルール、病院側窓口の確認 各事業所等一覧作成の検討 医師会理事等への報告 連携会議へ参加していない病院への説明及び参加依頼
1月 以降 (予定)	連携会議 組織形成	<ul style="list-style-type: none"> 第4回介護支援専門員部会開催 代表者会議の報告、最終の退院支援ルール案の説明等 連携会議へ参加していない病院への説明及び参加依頼

○人、組織、予算など

- ・ 開始時点では管内 75 病院中 48 病院が協議に参加意向
- ・ 保健所の医療企画担当職員（課長、課長補佐、担当者）がキーパーソン
- ・ 所長をはじめとする保健所職員が事業の必要性や具体的な方策について、医療機関や関係機関に直接こまめに説明を行った。
- ・ 厚生労働省担当者から適時事業に関する指導が入っている。
- ・ 予算は「在宅医療・介護連携体制構築事業」から 200 万円（全額国庫）を拠出。
モデル事業としての国の予算は交通費程度
- ・ 人的資源の投入は概ね 1.3 人を超える

○保健所の関与・寄与

- ・ 県庁の医療政策担当の医師が保健所にモデル事業の受託を打診
- ・ 保健所が事務局を担い、各団体への説明、調整、会議の開催等を主担
- ・ 各病院や医師会へは直接保健所職員が出向き、説明を行うとともに協力を依頼

○上手くいった点（促進要因）

- ・ 徳島市医師会は従前より医師会内に在宅医療連携拠点室を設置し、相談支援センターを開設するなど在宅医療連携に熱心に取り組むとともに、課題解決に向けて行政との協議の場を設置していたことから、医師会との話し合いがスムーズにおこなうことができたこと
- ・ 医師会に在宅医療連携に熱意を持つ医師が存在し、その協力が得られたこと
- ・ 病院サイド、介護支援専門員サイドともに患者退院時の支援について、現状では課題があると問題意識を有していたこと
- ・ 診療報酬上、病院側にもメリットがあることを説明することにより、モチベーションの向上が図られたこと
- ・ 退院支援の有無に関するアンケート調査により、その実態が明らかになったこと
- ・ 県の介護支援専門員協会の会長から全面的な協力が得られたこと
- ・ 今年度保健所に着任した保健師（課長補佐級）の前任が県庁介護保険担当であり、人脈を活かすことができたこと
- ・ 担当職員が本来業務の他に急に付加された業務であるにも関わらず、熱意を持って取り組んだこと

○苦労した点（阻害要因）

- ・ 会議や打ち合わせなどの業務量が膨大であり、担当職員は全業務量の3割程度以上をこの事業に充てる必要があったこと。特に会議の前には必ずその前に打ち合わせ会議を行うなどの意見集約が必要となり、月に複数回の会議とその準備に追われたこと
- ・ 介護支援専門員代表者の決定にあたっては、事業所の設置主体（病院、福祉施設、単独設置）及び地域が偏らないように配慮したこと
- ・ 病院側も必要性は理解しつつも、この事業を完全に実施するには、特に大規模病院では負担が大きいとの意見があったこと
- ・ 個人情報取り扱いについて、行政内部で大きな壁があったこと
- ・ 病院と居宅事業所の施設数が多いため、十分意見が反映できるような会議の持ち方を工夫したこと

○現在の課題と今後の展望

- ・手引きと様式を管内の全事業所、病院への周知を完了すること
- ・最初から全面的に展開することは困難と思われるので、無理をせず、出来る範囲で少しずつ改良を加えながら進めていく方針
- ・介護保険に関する情報が病院職員の間はまだ浸透していない点もあり、今後は必要な知識習得のための研修を実施していくことが必要
- ・管内で参加していない病院にも声をかけ、普及に努めるとともに、次年度には県下全域への拡大を予定
- ・医療介護連携は、今後地域支援事業として市町村が実施する業務のひとつに規定されているが、市町の間で温度差が大きいこと

○ その他

- ・「退院支援の手引き」のポイント
各病院の窓口、担当を公開
病院側の担当者は看護師または医療ソーシャルワーカー
在宅側の担当者は介護支援専門員または地域包括支援センター
入院から 7~10 日前後で退院時に「在宅」が可能かを判断
- ・「入院時情報提供シート」の主な内容
緊急時連絡先、家族構成、住環境、かかりつけ医、要介護度、サービス利用状況
ADL(日常生活動作)：移動方法、口腔清潔、食事、更衣、入浴、排泄、服薬管理、療養上の問題、医療処置、連絡事項等
- ・「退院調整共有情報シート」の主な内容
入院病名、合併症、病院主治医、在宅主治医、病院から患者・家族への説明内容
ADL(日常生活動作)：移動方法、口腔清潔、食事、更衣、入浴、排泄、服薬管理
療養上の問題、医療処置、家族への介護指導、感染症、リハビリ目標、その他

3 所感

平成 27 年度以降、各市町村は地域支援事業の実施項目に「医療介護連携」を加えることが定められているが、福祉部門は医療機関との繋がりがこれまで薄かったことから、医療機関も含めた体制の構築にやや躊躇しているところが見受けられる。このため、日ごろから医療機関との関係がある保健所が前に出て、その橋渡しを行う役目を果たすことが期待されている。一方、医療機関側も制度上の問題から患者を自宅へ早期に帰していく必要性に迫られているが、福祉制度の理解がまだ不十分な点もあり、同じ行政機関として福祉部局と関係のある保健所が間に入り、退院支援に向けたルールづくりを主導することは大変望ましいことである。

現在、各地域で同様な取り組みが進められており、徳島保健所も国からのモデル事業を受ける形で取り組みを進めているが、今回作成された「退院支援ルール」は大学

病院も含まれる大規模なモデルであり、今後全国に普及させるうえで大変参考になる取り組みであると感じた。

最も重要なポイントは元来の資格により考え方の異なる介護支援専門員を一本化したこと、病院の病棟責任者（看護師長、看護部長）を説得し、協働の組織をつくったことにある。連携会議がスムーズに行くように事前に調整会議を開催するなど、大変丁寧な運営を心掛けたこともこの事業がスムーズに進行している要因のひとつであるとする。

一方、ほぼ全ての病院が退院支援事業の必要性、重要性を理解しつつも、全ての対象者に適用することは、特に患者数の多い医療機関では業務量が膨大であるとの意見があり、どこまで対象者を絞っていくのかも大きな課題である。

併せて事務局を担う保健所職員の負担は相当大きいことから、今後は高齢化社会を控えた医療介護連携の推進の意義と保健所の果たす役割を県の中核にも理解してもらい、今後は保健所事業として正式に位置付けることが必要と感じた。

徳島保健所管内退院支援(医療と介護の連携)の手引き

【入院後 1～2 週間時点で、「在宅退院ができる」と判断する基準】

- ①病状がある程度安定した状態で退院できそうである
- ②在宅での介護が可能そうである



顔を合わせて
よりよい支援に！

【入院前に介護保険を利用していた場合】

(1) 入院時

居宅介護支援事業所・地域包括支援センター担当者(以下、在宅担当者)は、入院時情報提供書(様式1 入院時情報提供シートを参照)を病院が指定する担当窓口へ電話連絡の後、指定の方法で持参又はFAX番号に送信する。

※事前に利用者本人に同意を得ておくこと。

(2) 退院支援の開始

病棟看護・地域連携室(以下、病院担当者)は下記(ア)(イ)の2パターンで退院支援の開始を在宅担当者に電話する。

(ア) 入院時情報の提供があった場合

病院担当者は、可能な範囲で在宅担当者の退院支援に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間)を考慮して、在宅担当者と退院支援開始面談の日程などの調整を行う。

(イ) 入院時情報の提供がなかった場合

家族又は介護保険証で在宅担当者を確認し、退院支援に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間)を考慮して、在宅担当者と退院支援開始面談の日程などの調整を行う。

※ 病院担当者から在宅担当者への連絡は、要支援から要介護への変更の可能性等に関係なく入院時情報提供元、介護保険証の記載事業所に連絡する。

(3) 退院前面談〔実施の要否は、病院担当者と在宅担当で調整し病院が決定する〕

- ①病院担当者は、在宅担当者がケアプラン修正に必要な情報(様式2 退院支援共有情報シートを参照)を面談日までに院内の関係者から収集する。
- ②病院担当者は、面談時に退院支援共有情報を在宅担当者に提供し、患者情報を説明する。
- ③退院前に追加の退院前カンファレンスや多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認する。
- ④本人の同意を得て、病院の看護・リハビリ・栄養などと在宅での看護、リハなど必要なサービスとの引継ぎとして実施する。

<報酬> 病院＝介護支援連携指導料 300点(入院中2回に限り算定可能)
(算定の要件は、各病院で判断する。)
在宅＝退院・退所加算 300単位(1, 2回目)

(4) 退院前カンファレンス〔実施の要否は、病院担当者と在宅担当で調整し病院が決定する〕

<報酬> 病院＝退院時共同指導料2 2,300点 *詳細は「参考資料」参照
在宅＝退院・退所加算 300単位(3回目)

(5) 在宅担当者は退院後にケアプランの写しを病院に提供する。

【退院後、新たに介護保険の利用が見込まれる場合】

(1) 介護保険申請

病院担当者は、患者が下記の状態にある場合、家族などに介護保険証を持って本人・家族が契約を希望する居宅介護支援事業所又は住所地の地域包括支援センターへ介護保険申請の相談をするように説明する。

(介護保険申請の目安)

(ア) 必ず退院支援が必要な患者(要介護) ⇒ 1項目でも当てはまれば、居宅介護支援事業所へ相談

- ①立ち上がりや歩行などに介助が必要な方(例えば、常時介助者が手を引いたり体を支えるなどの介助)
- ②食事に介助が必要な方(調理や配膳のみの場合は除く)
- ③排泄に常時介助や見守りが必要な方
- ④認知症の周辺症状や全般的な理解の低下があり、介助が必要な方

(イ) それ以外で見逃してはいけない患者(要支援の一部) ⇒ 地域包括支援センターへ相談

- ⑤在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要な方
- ⑥(ADLは自立でも)がん末期の方
- ⑦(ADLは自立でも)新たに医療処置(経管栄養、吸引など)が追加された方

《40歳以上65歳未満の患者》

病院担当者は、介護保険の対象となる特定の疾病(参考資料参照)で上記の状態であった場合は、家族などに医療保険証を持って本人・家族が契約を希望する居宅介護支援事業所又は住所地の地域包括支援センターへ介護保険申請の相談にするように説明する。

(2) 在宅担当者との決定支援

病院担当者は、介護保険申請と並行して、下記の(ア)(イ)(ウ)のパターンで在宅担当者を決定するための支援を行う。

(ア) 居宅介護支援事業所を紹介(要介護)するパターン

介護保険申請の目安①～④に該当する患者は、住所地の居宅介護支援事業所のリストを元に居宅介護支援事業所(在宅担当者)との契約を支援する。

(イ) 地域包括支援センターを紹介(要支援)するパターン

介護保険申請の目安⑤～⑦に該当する患者は、住所地の地域包括支援センターのリストを元に地域包括支援センター(在宅担当者)との契約を支援する。

(ウ) 要介護か要支援か迷う場合

介護保険申請の目安の①～④に該当するか迷う患者は、住所地の地域包括支援センターのリストを元に地域包括支援センター(在宅担当者)との相談を支援する。

以降の流れは、「入院前に介護保険を利用していた場合」の(2)以降と同じ。

※本様式は、介護報酬の各加算の主旨や厚生労働省標準様式に沿った内容を備えていますが、介護報酬は、国の定めるところに拠って、必要な情報を提供する、あるいは必要な情報の提供を得て、サービス計画を作成・サービスの利用に関する調整を行った場合に算定されるものですので、請求にあたっては国の通知をよくご確認ください。

※「様式1 入院時提供シート」及び「様式2 退院支援共有情報シート」は、医療と介護の円滑な連携を推進するための標準様式であり、他に独自の様式を用いることを妨げるものではありません。

※ この退院支援の手引きを活用して、患者・家族が安心して退院後の在宅生活をスタートするよう退院前カンファレンス(面談)を推進しましょう。

【介護保険の対象となる疾病】（40歳から64歳）

- ① がん末期
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症
- ④ 後縦靭帯骨化症
- ⑤ 骨折を伴う骨粗しょう症
- ⑥ 初老期における認知症
- ⑦ 進行性核上性麻痺, 大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑧ 脊髄小脳変性症
- ⑨ 脊柱管狭窄症
- ⑩ 早老症
- ⑪ 多系統萎縮症
- ⑫ 糖尿病性神経障害, 糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬ 脳血管疾患
- ⑭ 閉塞性動脈硬化症
- ⑮ 慢性閉塞性肺疾患
- ⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

【退院支援における介護支援専門員の役割】

対象者:介護(要支援)認定を受けている人・見込の人, かつ, 事業所との契約が整った人

条件:本人・家族が在宅退院(自宅とは限らない)の意思を持っている人

業務:ケアプランを策定し適正なサービスの提供の支援を行うこと。

※退院支援の報酬を得るのは, 在宅退院となりケアプランを作成した場合のみ
(介護保険施設, 転院先の紹介などは規定された業務ではない)

【ケアプラン作成の流れ】

- ① 契約・面談(本人・家族)
 - 退院後の住居, 家族支援の状況確認, 本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握をしながら, 契約の手続きを行う。
- ② 病院からの情報収集
 - 身体機能の低下の状況, 要因の分析, 生活機能の予後予測
- ③ ケアプラン原案作成
 - 自立支援, 課題解決に向け必要なサービスを想定
- ④ サービス事業所との調整
 - 事業所の選定, 事業所へ利用者情報の提供
- ⑤ 退院前カンファレンス
 - サービス事業所を交えた病院との引継ぎ
- ⑥ サービス担当者会議
 - サービス事業所間で目標・課題を共有, 事業所の役割分担を確認
- ⑦ サービス提供開始(退院)

【医療・介護連携に係る報酬(例)】

〔診療報酬〕

(1) 退院調整加算

- ①入院早期より、退院困難な要因を有するものを抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び退院支援計画に基づき退院した場合に算定。
- ②スクリーニング体制整備，入院 7 日以内に退院支援計画策定着手，連絡・退院調整，調整内容を文書で提供すること。

退院調整加算 1 (急性期)

～ 1 4 日 3 4 0 点， 1 5 日～ 3 0 日 1 5 0 点， 3 1 日～ 5 0 点 (退院時 1 回)

退院調整加算 2 (慢性期)

～ 3 0 日 8 0 0 点， 3 1 日～ 9 0 日 6 0 0 点， 9 1 日～ 1 2 0 日 4 0 0 点， 1 2 1 日～ 2 0 0 点 (退院時 1 回)

(2) 介護支援連携指導料：300点

- ①退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業所等の介護支援専門員と連携し退院後のケアプラン作成につなげることを評価するもの。
- ②医師・看護師・社会福祉士・薬剤師・理学療法士・作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望まし介護サービスから考え適切な医療関係職種が、介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービス等の情報を提供した場合に入院中 2 回に限り算定。
- 初回：介護サービス利用の見込みがついた段階
2 回：実際の退院前
- ③患者の同意を得て、介護支援専門員から情報提供を求めるとし、ケアプランの写しを診療録に添付。また、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付。

(3) 退院時共同指導料 2

- ①入院中の病院の医師又は看護師等が入院中の患者に対して、患者の同意を得て、在宅担当医もしくは訪問看護ステーションの看護師等と共同指導を行った上で文書により情報提供した場合、入院中 1 回に限り 3 0 0 点を算定。
- ②①において、入院中の医師及び退院後の在宅療養を担う医療機関の医師が共同して指導を行った場合は 3 0 0 点を加算。
- ③①において、入院中の病院の医師が、在宅担当医若しくは看護師等、歯科医師若しくは歯科衛生士、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、居宅介護支援事業所の介護支援専門員のうちいずれか 3 者と共同して指導を行った場合に 2, 0 0 0 点を加算(ただし、②の 3 0 0 点は加算できない)。

〔介護報酬〕

(1) 入院時・情報連携加算

- ①利用者が病院又は診療所に入院する際、利用者の心身の状況や生活環境等の利用者に必要な情報を提供した場合は利用者 1 人に付き 1 月に 1 回を限度として算定。
- ②利用者が入院してから遅くとも 7 日以内に情報提供した場合に算定。
- 入院時情報連携加算Ⅰ (訪問) 2 0 0 単位
入院時情報連携加算Ⅱ (訪問以外) 1 0 0 単位

(2) 退院退所加算：300単位

- ①病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設に入所していた者が退院又は退所し、居宅において介護サービスを利用する場合、入院・入所施設の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報提供を受けた上で居宅でのサービス利用について調整を行った場合、3 回を限度として算定。
- ②ただし、1 回は「退院時共同指導料 2 の③」にあたる会議(カンファレンス)に参加し、居宅サービス計画を作成し、サービス利用に関する調整を行った場合に限る。

情報発信事例

保健所アンケートで紹介いただいた事例についてホームページ等で情報発信されている事例を一覧にまとめた。

保健所名	情報発信	分野	内容
福岡県宗像遠賀保健福祉環境事務所	ムーミンネット(宗像医師会)	在宅医療	宗像医師会 在宅医療連携拠点事業室 ・多職種連携:研修会、事例検討会 ・医療・介護資源の調査・公表 ・ベッド確保 ・普及啓発
山形県村山保健所	在宅医療に関する手引きの発行掲載 http://www.pref.yamagata.jp/ou/sogoshicho/murayama/301023/muraho-top/murahotop.html	在宅医療	・在宅療養連携推進会議 ・山形在宅ケア研究会 ・住み慣れた地域に帰ろう-在宅療養の手引き 20ページ ・在宅療養支援のための手引き 70ページ ・看取りに関する手引き(在宅及び高齢者施設等における看取り) 52ページ ・在宅療養推進に向けた取り組み 116ページ
福島県県北保健所	福島県県北地域在宅緩和ケア推進の手引き、県北地域緩和ケア地域連携パス活用マニュアル、在宅緩和ケア社会資源情報、地域診断シート	緩和ケア	・県北地域在宅緩和ケア推進の手引き 109ページ ・県北地域緩和ケア地域連携パス活用マニュアル 23ページ ・在宅緩和ケア社会資源情報 23ページ ・地域診断シート
茨城県筑西保健所	茨城県筑西保健所管内在宅医療連携推進会議	在宅医療	筑西保健所管内在宅医療推進連絡会議 ・研修会開催 ・情報通信技術(ICT)導入 ・各市の取組み
山梨県中北保健所	○想いのマップ http://www.pref.yamanashi.jp/ch-hokenf/omoinomap.html ○在宅療養のしおり http://www.pref.yamanashi.jp/ch-hokenf/documents/siori.pdf ○避難所要援護者支援チェックリストモデル http://www.pref.yamanashi.jp/ch-hokenf/hinanjyo_youshiensya.html	在宅医療	療養支援 ・想いのマップ ・在宅療養のしおり
滋賀県長浜保健所	○長浜米原地域医療支援センター:地域包括ケアを推進する上での医療サイドの拠点の整備 ○琵琶湖メディカルネット(湖北・湖東医療ネット):全県型の病病診・介護の連携ITネット ・湖北健康福祉事務所(長浜保健所):各種在宅医療等の関係の事業	在宅医療	・長浜米原地域医療支援センター(湖北医師会に事務局) ・びわ湖メディカルネット(電子カルテ共有:全県)

保健所名	情報発信	分野	内容
福岡市東保健所	福岡東在宅ケアネットワーク (在宅に関わる医療・介護その他の多職種の人によって構成されたMLによる情報交換から始まったネットワーク)との連携事業によって、取り組みの充実と深化が図られてきている。 http://www.interq.or.jp/japan/fhma/zaitaku/	在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ開設 ・メーリングリスト ・症例検討会(福岡市東保健所との共催)
熊本市保健所	熊本市ホームページ(知っていますか？在宅医療) http://www.city.kumamoto.jp/HpKiji/pub/detail.aspx?c_id=5&id=2866&class_set_id=2&class_id=128	在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療資源マップ ・医療施設・介護施設一覧 ・熊本市在宅支援ハンドブック ・くもと在宅医療・介護ネットワーク検討会 ・在宅ケア多職種連携活動発表会 ・多職種連携研修会
山形県置賜保健所	地域医療連携への取り組み	在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> ・パンフレット『地域医療連携ってななに』 4ページ ・資源調査
宮城県大崎保健所	http://www.pref.miyagi.jp/soshiki/nh-hwfz/zaitakuiryou.html 在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション等リスト 在宅医療用語説明等	在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション等リスト ・在宅医療用語説明等
宮城県仙南保健所	http://www.pref.miyagi.jp/soshiki/sn-hohuku/hospis.html	緩和ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・仙南地区在宅ホスピスケア連絡会 ・仙南地区における在宅ホスピスケア連絡会患者受け入れのための手引き ・仙南地区在宅ホスピスケア連絡会における災害時の対応指針
新宿区保健所	http://www.city.shinjuku.lg.jp/fukushi/index02_04.html 新宿区ホームページ 在宅療養支援	在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援 ・在宅療養相談 ・訪問看護ステーション ・かかりつけ医・かかりつけ歯科医 ・緊急一時入院病床の確保 ・がんの緩和ケア ・家で安心してすごすために ～在宅療養ハンドブック～ 16ページ ・新宿ごつくんプロジェクト ～摂食・嚥下機能支援～ (支援者向け) ・リハビリテーションでいつまでも自分らしい生活を！(リハビリテーションリーフレット) 4ページ

保健所名	情報発信	分野	内容
杉並区杉並保健所	昨年度から在宅療養の部会として緩和ケアを保健所で担当(認知症部会が高齢福祉。)関係機関サポートブックの作成を行っている。	在宅医療 緩和ケア	・医療と介護の連携「すぎなみガイドライン」10ページ
東京都多摩立川保健所	訪問看護ステーション情報	在宅医療	・糖尿病患者診療情報提供書 ・訪問看護ステーション情報 ・生き生きノート 38ページ(生き生きノート脳卒中用 39ページ)
山梨県峡東保健所	http://www.pref.yamanashi.jp/kt-hokenf/ganjouhou.html	緩和ケア	・峡東地域がん患者・家族のための在宅療養情報 ・往診・訪問診療の実施診療所一覧 ・緩和ケア継続連絡票 ・リーフレット 5ページ ・患者団体一覧
京都府南丹保健所	http://www.pref.kyoto.jp/ntan/ho-kikaku/index.html	脳卒中	・患者・家族説明用(療養計画書)「わたしの道しるべ」 ・「脳卒中療養ガイド」
鳥取県米子保健所	真誠会コスミックリンク連携ガイド:マップ 鳥取県西部医師会:地域連携パス、もしもの時のあんしん手帳	連携パス 在宅医療	・鳥取県西部地区医療連携協議会:シンポジウムの開催 ・医師会:連携パス:がん、脳卒中、糖尿病、心筋梗塞 ・医師会:もしもの時のあんしん手帳 12ページ ・コスミックリンク:在宅医療連携拠点事業
徳島県徳島保健所	保健所ホームページ: our.pref.tokushima.jp/kenkou/subtop.php?area=1	脳卒中	・徳島脳卒中シームレスケア研究会 ・脳卒中あんしん連携ノート ・徳島急性心筋梗塞地域連携研究会 ・心血管手帳
高知県安芸福祉保健所	ケアマネージャー事業所情報、在宅歯科実施医療機関名簿、日本一の長寿県構想安芸地区推進協議会	在宅医療	・居宅介護支援事業所情報 ・訪問薬剤管理指導対応可能薬局一覧 ・在宅歯科診療ネットワーク
大分県東部保健所	別府市医師会 ゆけむりネット		・医療と介護の連携推進のための入院・退院時連絡票 ・ゆけむり医療ネット(別府市医師会)

保健所名	情報発信	分野	内容
北海道岩見沢保健所	地域情報の発信 http://www.sorachi.pref.hokkaido.lg.jp/hk/hgc/index.htm	在宅医療	南空知保健医療福圏域連携推進会議在宅医療専門部会 南空知圏域在宅医療関係者ネットワーク協議会 ・住み慣れたまちで暮らすために 4ページ ・脳卒中の早期発見と速やかな119番通報2ページ
北海道室蘭保健所	保健所ホームページに認知症	歯科	・認知症支援情報 ・訪問歯科診療(含む地図)
大田区保健所	脳卒中区民公開講座	脳卒中	
新潟県糸魚川保健所	http://www.pref.niigata.lg.jp/itoigawa_kenkou/1356780410065.html	在宅医療	・地域在宅医療連携協議会(準備委員会) ・地域における在宅医療多職種連携研修会 ・地域看護連携研修会 ・先進地視察
富山県富山中部厚生センター	上市町ホームページ	在宅医療	・在宅医療地域資源マップ
愛知県一宮保健所	http://www.pref.aichi.jp/cmsfiles/contents/0000039/39554/26fureai.pdf http://www.pref.aichi.jp/cmsfiles/contents/0000039/39554/26himawari.pdf	神経難病	・患者、患者家族教室
愛知県知多保健所	知多保健所ホームページ、神経系難病患者、家族のつどい	難病	・患者会、家族会
愛知県江南保健所	www.pref.aichi.jp/iryofukushi/konan-hc/	神経難病	・家族教室 神経系難病 膠原系難病 消化器系難病
愛知県西尾保健所	難病患者家族の集い	難病	・患者会、家族会
愛知県衣浦東部保健所	難病患者・家族の教室について	難病	・患者会、家族会 ・アルコール健康障害救急医療連携マニュアル
大阪府四條畷保健所	北河内圏域脳卒中・大腿骨頸部骨折医療機関ネットワーク http://www.pref.osaka.lg.jp/shijonawatehoken/tiikiriha/tiikiriha.html	脳卒中	・北河内圏域脳卒中・大腿骨頸部骨折医療機関ネットワーク(クリティカルパス)

保健所名	情報発信	分野	内容
大阪府泉佐野保健所	地区医師会ホームページ	在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> ・地域連携パス:急性冠症候群 ・地区医師会:在宅医療資源情報
鹿児島県川薩保健所	鹿児島県のホームページにて 地域医療連携計画に項目立てして「在宅医療の取り組み」などについて掲載している。	在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療計画 第6章 第2節 在宅医療・終末期医療の体制整備
兵庫県洲本健康福祉事務所 (洲本保健所)	淡路圏域地域リハビリテーション支援センター	リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> ・研修会 ・症例検討会 ・地域活動・住民相談会 ・連絡協議会 ・連絡会
奈良市保健所	連携機関へは直接案内を送付。市民向け講座及び患者会の紹介はホームページで発信したことがある。	精神	<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉家族教室
福岡市城南保健所	認知症サポーター養成講座	認知症	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーター養成講座
福岡県粕屋保健所	粕屋保健福祉事務所ホームページ (粕屋地域在宅医療支援センター)	在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> ・粕屋保健福祉事務所内に粕屋地域在宅医療支援センター設置:相談窓口
富山県砺波厚生センター	地域リハビリテーション活動推進、脳卒中地域連携パス http://www.pref.toyama.jp/b-ranches/1273/main/chiikiiry-ourenkei.html	脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> ・地域リハビリテーション支援ガイド・実施機関紹介ガイド ・脳卒中地域連携パス

取り組み分野別の 推進ポイント

在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進に保健所が取り組む際のポイントを分野別に簡潔にまとめた。

在宅医療・地域包括ケアシステムの推進に関して（平成 26 年度研究班報告）

I はじめに

- ・ 全国保健所長会地域保健の充実強化に関する委員会が、平成 26 年 3 月、「在宅医療・地域包括ケアシステムの推進に関する見解（平成 25 年度報告）」を出しているが、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」（平成 26 年 6 月 25 日公布）、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」（平成 26 年 9 月 12 日告示）等を踏まえて見直した。
- ・ 保健所の具体的取り組みについて、分野別にポイントをとりまとめた。

II 総合確保方針と在宅医療・地域包括ケアシステム

- ・ 平成 27 年度からの第 6 期介護保険事業計画において、地域包括ケアシステム構築のための重点取組事項として、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進等。
- ・ 介護保険地域支援事業「在宅医療・介護連携推進事業」では、保健所による後方支援、広域調整等の支援が明記。

<介護保険地域支援事業「在宅医療・介護連携推進事業」>

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

※上記事業の推進に際して、下記の報告書が出ている。

<平成 26 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>

- ・ 地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・介護連携の推進における、実践的な市町村支援ツールの作成に関する調査研究報告書
http://www.nri.com/jp/opinion/r_report/pdf/201502_report_1.pdf
- ・ 医療・介護分野における都道府県が行う市町村支援の好事例の収集に関する調査研究報告書
http://www.nri.com/jp/opinion/r_report/pdf/201502_report_2.pdf
- ・ 病床機能報告を踏まえて、構想区域圏等ごと、関係機関・団体等で組織される協議の場において、在宅医療を含む地域医療構想（ビジョン）を協議。
- ・ 総合確保方針において、保健所の活用による市町村の後方支援等が明記。

<医療介護総合確保方針（抜粋）>

在宅医療体制の整備、医療及び介護の連携に向けた取組等はこれまで市町村になじみが薄かったことから、都道府県がより広域的な立場から、**保健所の活用**等により、市町村の後方支援等を積極的に行うことが重要である。

III 具体的な保健所の取り組み

- ・ 地域包括ケアシステムには、医療、介護、予防、生活支援、住居の 5 つの視点があり、保健所には、市町村等と連携・協働で、特に「医療・介護連携」、「予防（介護予防、疾病予防）」の推進が期待。
- ・ 従来から保健所は、在宅医療・地域包括ケアの推進に取り組んでおり、厚生労働省「平成 24 年度 在宅医療連携拠点事業 総括報告書（平成 25 年 10 月）」において、分野別にこれまでの保健所の実績を評価。

<平成 24 年度 在宅医療連携拠点事業 総括報告書（抜粋）>

保健所は、これまでに医療計画を通じた在宅医療の推進に留まらず、難病対策、地域リハビリテーション対策、がん緩和ケア対策、認知症対策、介護予防対策等の**実績**があり、地域の関係機関・団体に働きかけやすく、これらの技術的なノウハウがある等の強みがある。これまで取り組みの経験がない市町村に対して市町村どうしの情報交換を促し、市町村を越えた広域での調整を行うなど、積極的な支援が期待される。

- ・ 保健所は、市町村の後方支援や広域調整だけではなく、関係機関・団体と連携した主体的な取り組みが期待。
- ・ 保健所が推進する在宅医療・地域包括ケアシステムは高齢者に限定せず、健康なまちづくりの一環として取り組み。

<地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律 第二条>

この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の实情に応じて、**高齢者が**、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

<地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成 24 年 7 月 31 日告示）>

第二 保健所及び市町村保健センターの整備及び運営に関する基本的事項

2 保健所の運営

（1）健康なまちづくりの推進

イ 地域の健康課題を把握し、医療機関間の連携に係る調整、都道府県による医療サービスと市町村による保健サービス及び福祉サービスとの連携に係る調整を行うことにより、地域において保健、医療、福祉に関するサービスが包括的に提供されるよう市町村や関係機関等と**重層的な連携体制を構築**すること。

- ・ 保健所が取り組むためには、所管部局の明確化、企画調整部門の強化、組織横断的取組み、本庁関係部局との連携・協働が重要。

1. 市町村支援

- ・ 市町村、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、医療機関、職能団体（三師会、看護協会等）などの在宅医療・地域包括ケアシステムにかかる取り組み状況を把握（資料収集、会議参加、聞き取り等）し、保健所による協力・支援について検討。

<活用できる資料例>

- ・ 人口動態死亡小票による死亡場所の状況
- ・ 医療施設静態調査による在宅医療サービスの実施状況
- ・ 医療機能情報ホームページによる在宅療養支援診療所・病院状況等
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/teikyouseido/index.html
- ・ 介護サービス情報ホームページによる介護施設状況等
<http://www.kaigokensaku.jp/>
- ・ 薬局機能情報ホームページによる訪問薬剤指導薬局等
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/kinoujouhou/index.html
- ・ 平素から、管内市町村の首長をはじめ、各部門（高齢福祉、障害福祉、児童福祉、健康増進、国保等）、住民組織（民生・児童委員、ボランティア団体等）と良好な関係を構築。
- ・ 管内の介護保険事業計画、高齢者保健福祉計画、障害福祉計画、地域福祉計画等の策定・推進に関与。
- ・ 在宅医療・地域包括ケアシステムの推進にかかる中心人物（医師に限定しない）を見極め、中核組織（コア会議）を結成。
- ・ 今後、介護保険地域支援事業「在宅医療・介護連携推進事業」の 8 事業について、先進事例を参考に、具体的取り組みを協議し、必要に応じて、作業班を組織。

- ・ 地域の実情に応じて、関係機関・団体と連携・調整し、広域的取り組みを推進。
- ・ 地域住民への普及啓発は、住民組織（民生・児童委員、ボランティア団体等）と連携し、シンポジウム、講習会、パンフレット、ホームページ掲載、ケーブルテレビ等を活用。

2. 圏域医療計画・地域医療構想（ビジョン）

- ・ 医療介護連携関連のテーマとして、在宅医療、脳卒中（急性期～生活期）、がん（緩和ケア含む）、精神疾患（認知症含む）等。
- ・ 必要に応じて、実働メンバーによる部会を活用。
- ・ 既存事業（地域リハビリテーション、緩和ケア、精神関連事業等）と連携。
- ・ 指標による評価 ⇒ 今後、医療計画作成支援データブック等を活用；研修が必要。
- ・ 今後、病床機能報告制度を踏まえた地域医療構想（ビジョン）を協議；研修が必要。
- ・ 診療報酬による病床機能分化（7対1入院基本料、地域包括ケア病棟、療養病棟在宅復帰機能強化加算等）と連携（介護支援連携指導料、退院時共同指導料等）を理解。
- ・ 医療機関立入検査を通じた情報収集、意見交換。

3. 地域リハビリテーション

- ・ リハビリテーション支援センター（類似施設含む）、地域包括支援センターと連携。
- ・ 地域の実情に応じて、広域的な協議会、資源把握（マップ、ガイド作成等）、研修、情報共有、普及啓発等。
- ・ 地域連携パス（脳卒中、大腿骨頸部骨折；急性期～生活期）を推進。
- ・ 医療計画（脳卒中、精神疾患・認知症、在宅医療）と連動。
- ・ 介護予防事業と連携 ⇒ 地域包括ケア「見える化」システム、国保データベース（KDB）システムによる評価。
- ・ 平成27年度からの介護保険地域支援事業の地域リハビリテーション活動支援事業と連携・調整。
- ・ 退院調整支援の取り組みと連携。

4. 退院調整支援

- ・ 退院支援の定義、退院支援ルールの周知。

<退院支援の用語の定義；厚生労働省マニュアル抜粋>
 要介護状態の患者の居宅への退院準備の際に、病院から介護支援専門員（ケアマネ）に引き継ぐこと
 <退院支援ルール；厚生労働省マニュアル抜粋>
 簡単な退院調整は病棟Nsが担当
 MSW、退院調整Nsは難しい患者を担当しつつ、病棟Nsをサポート

- ・ 戦略会議；リハビリテーション支援センター、地域包括支援センター等と連携。
- ・ ケアマネ協議会を通じて退院支援もれ実態調査を実施。
- ・ 病院の組織化、ケアマネの組織化、病院－ケアマネ協議を通じて、退院支援が必要な患者の基準、病院・ケアマネ間の連絡方法や連絡窓口等を調整。
- ・ 地域の実情に応じて、同一医療圏内の他保健所（市型保健所含む）と連携。

5. 認知症

- ・ 医療計画の「精神疾患（認知症含む）」と連動。
- ・ 医療保護入院（認知症）にかかる指導・支援。
- ・ 認知症疾患医療センター、地域包括支援センターと連携した取り組み。
- ・ 地域の実情に応じて、広域的な協議会、資源把握（マップ、ガイド、ケアパス作成等）、研修、情報共有、普及啓発等。
- ・ 介護保険地域支援事業による認知症施策（初期集中支援チーム、地域支援推進員等）や生活支援と連携。

- ・ 介護予防事業と連携 ⇒地域包括ケア「見える化」システム（日常生活圏域ニーズ調査含む）、国保データベース（KDB）システムによる評価。

6. 緩和ケア

- ・ 医療計画の「がん（緩和ケア含む）」、「在宅医療」と連動。
- ・ がん診療連携拠点病院（緩和ケアセンター）、訪問看護ステーション等と連携した取り組み。
- ・ 地域の実情に応じて、広域的な協議会、資源把握（マップ、ガイド作成等）、研修、情報共有、普及啓発等。
- ・ 薬事（在宅麻薬管理、医療機器、衛生材料）と連携。

7. 難病、障害者

- ・ 法定業務として推進 ⇒難病対策地域協議会（難病医療法第 32 条）、療養生活環境整備事業（難病法第 28 条）、小児慢性特定疾病児童等自立支援事業（児童福祉法第 19 条の 22）。
- ・ 難病医療の基幹病院や在宅療養後方支援病院と連携。
- ・ 地域の実情に応じて、広域的な協議会、資源把握（マップ、ガイド作成等）、研修、情報共有、普及啓発等。
- ・ 障害者ケアマネジャー、障害者地域自立支援協議会と連携。

IV 本庁との連携

- ・ 本庁における在宅医療、地域包括ケアシステムを推進する部局横断的な組織に保健所（代表者）が参画。
- ・ 本庁各部局による保健所担当者会議やメーリングリスト等を活用した本庁－保健所の双方向の情報共有、意思疎通。
- ・ 本庁による保健所職員に対する研修（医療計画作成支援データブックや病床機能報告制度等を踏まえた地域医療ビジョンに関する研修、地域包括ケア「見える化」システムや国保データベース（KDB）システムに関する研修、ICT 連携に関する研修等）。
- ・ 本庁との連携・協働による、医療圏を超えた広域的な協議会、資源把握（マップ、ガイド作成等）、研修、情報共有、普及啓発等。

V 市型保健所における取り組み（案）

- ・ 区市の在宅医療、地域包括ケアシステムを推進する部局横断的な組織に公衆衛生を所管する立場で参画。
- ・ 管内の関係機関・団体の取り組みに支援・協力。
- ・ 難病患者・障害者（児）支援ネットワークの推進。
- ・ 精神保健福祉対策の一環として認知症対策の推進。
- ・ 健康増進計画の「高齢者の健康」を推進する一環として、地域包括ケア「見える化」システムや国保データベース（KDB）システムの分析・活用の推進。
- ・ 地域の実情に応じて、同一医療圏内の県型保健所や拠点施設等と連携・協働した広域的取り組み（圏域医療計画・地域医療構想、地域リハビリテーション、退院支援等）。

VI 終わりに

- ・ 地域において、医療計画・地域医療構想（ビジョン）、がん対策推進計画、介護保険事業計画・高齢者保健福祉計画、障害福祉計画、地域福祉計画、医療費適正化計画、健康増進計画、データヘルス計画等を一体的に推進 ⇒保健所の総合調整が期待。
- ・ 保健所と市町村の連携・協働による在宅医療、地域包括ケアシステムの推進は、災害対策をはじめとする健康危機管理の強化にもつながる。

ブロック保健所連携推進会議 等への協力

ブロック保健所連携推進会議等への協力

1. ブロック保健所連携推進会議

在宅医療・地域包括ケアシステムをテーマにした下記ブロック保健所連携推進会議に対して、

- ① 保健所アンケート集計結果（当該ブロック分）の提供
- ② 研究班員による講師・コメンテーター
の協力をおこなった。

ブロック	開催日
東北ブロック	平成 26 年 5 月 23 日
中四国ブロック	9 月 5 日
九州ブロック	9 月 12 日
近畿ブロック	11 月 21 日
関東甲信越静岡ブロック	11 月 28 日

2. 全国保健所長会総会、全国保健所長会研修会

全国保健所長会総会の会員協議（平成 26 年 11 月 4 日）及び全国保健所長会研修会（平成 27 年 1 月 30 日）で研究班員（保健所長）が講師として協力した。

3. 行政保健師研修会

行政保健師研修会（平成 27 年 1 月 30 日 山口、平成 27 年 2 月 5 日 静岡）で研究班員（保健師）が講師として協力した。

在宅医療連携の推進に向けて 保健所が果たすべき役割

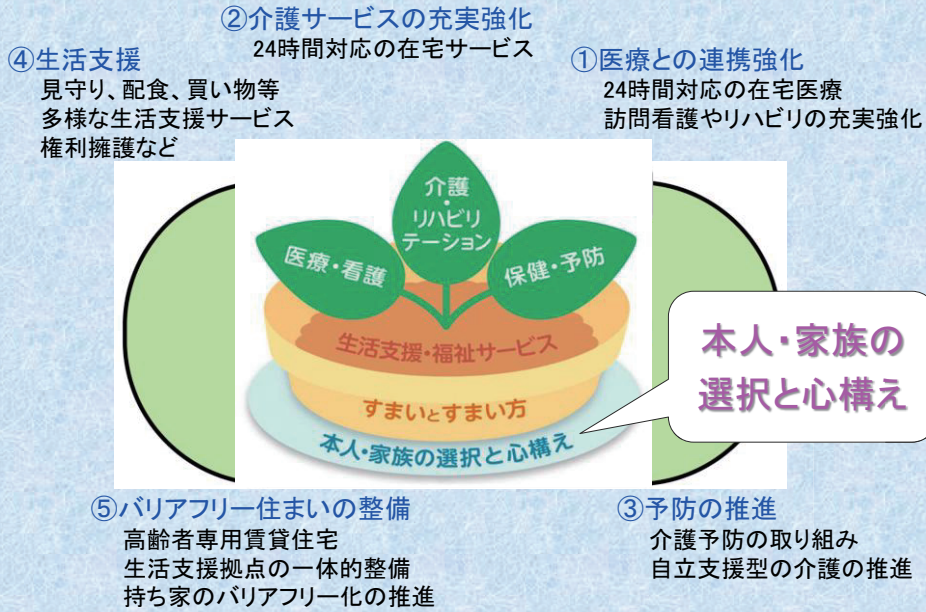
大分県中部保健所
藤内 修二

地域医療介護総合確保推進法

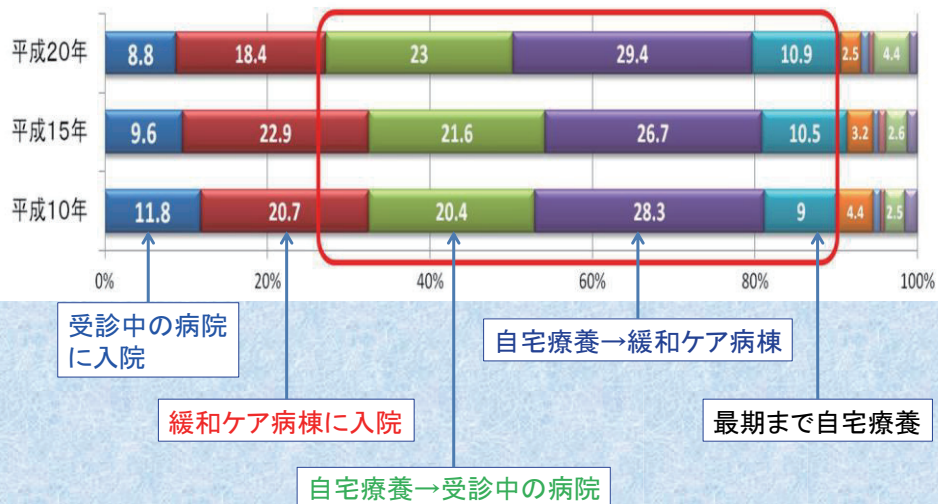
(平成26年6月18日成立)

- 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化
消費税増税分(平成26年度は904億円)
- 効率的かつ効果的な地域医療提供体制の確保
 - ①医療機関が病棟ごとの医療機能を県に報告
高度急性期, 急性期, 回復期, 慢性期
 - ②県は地域医療構想(ビジョン)を策定
このビジョンに沿った施設整備を基金で助成
- 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化
 - ①予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業
地域支援事業に在宅医療・介護連携の推進も
 - ②特別養護老人ホームは要介護3以上に
 - ③低所得者の保険料軽減を拡充
 - ④一定以上所得のある利用者の自己負担を2割へ

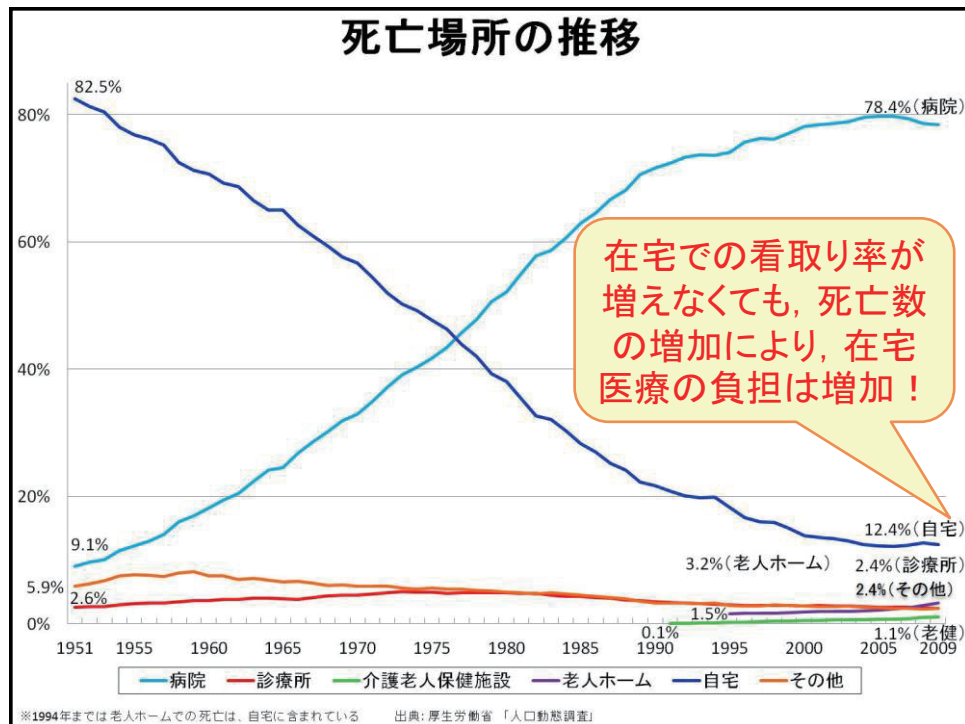
地域包括ケアシステムについて



人生の最後を迎えたい場所の希望



6割の国民が在宅での療養を希望している
最期まで、自宅での療養を希望しているのは、約1割



家族から見た在宅医療をめぐる課題

- 介護してくれる家族に負担がかかる
→ 家族への支援
 - 介護してくれる家族がいない
→ 老人ホームなどでの看取りの体制づくり
 - 症状が急変した時の対応に不安がある
→ 24時間在宅医療提供体制の構築
 - 症状が急変した時にすぐに入院できるか不安
→ 在宅療養における後方ベッドの確保
- 往診してくれる医師がいない
 - 訪問看護体制が整っていない
 - 訪問介護体制が整っていない

}

在宅医療・介護の供給体制の構築

医師から見た在宅医療をめぐる課題

- 個別で多様な医療ニーズに応えなければならない
→ 病診連携, 診診連携の推進
- 医療以外の多様なニーズに応えなければならない
→ 訪問看護師やケアマネジャーとの連携
- 24時間365日拘束されることが負担
→ 24時間在宅医療提供体制の構築
他の医療機関や訪問看護Stとの連携
- 急変した時などに, すぐに入院させられるか不安
→ 在宅療養における後方ベッドの確保
- 在宅での看取りでは, 臨終に立ち会わねばならない
ので, 負担が大きいという「誤解」
→ 医師法20条, 21条についての正しい解釈を

ケアマネから見た在宅医療をめぐる課題

- 地域にかかりつけ医を持たない患者の場合, 往診してくれる医師の確保が大変
→ 主治医がいない場合のルールづくり
- 病院からの退院時連絡が遅い(ないことも…)
→ 退院前の情報提供のルールづくり
- 退院前カンファレンスに呼ばれないことも多い
→ 退院前の情報提供のルールづくり
- 退院サマリーなどに使われる医学用語が難解
→ 在宅医療に必要な医学知識の学習
- 患者のことで, 主治医に尋ねたいが, 忙しそう…
→ 連携のための時間帯の設定
「ケアマネタイム」この時間に相談を

退院時連絡が漏れたり、遅れると……

病院と自宅の環境の違いに配慮なく、退院(多数)

- 病院では車いす移動で、排泄が自立していたが、自宅ではベッドがなく、布団に寝ることになった。
- しかし、床からの立ち上がりができないので、トイレに行けず、失禁状態になってしまった。

誤嚥性肺炎で入退院を繰り返す患者例

- 誤嚥性肺炎で入院し、抗生剤点滴で肺炎は治癒。嚥下(飲み込み)障害の評価や退院後の食事形態について家族への指導はなかった。
- 退院7日後に家族がケアマネに連絡し、サービスの調整を開始したが、退院10日後に肺炎で再入院。

退院時の連絡漏れが起こる理由

- 病院としては、退院時連絡が必要と判断したケースについては、地域連携室に退院支援を依頼
医療ソーシャルワーカーは頑張っている
- 退院時連絡が必要だと判断するのは誰？
病棟の看護職が判断をしている
- その判断基準は？
独居や経済状態に不安がある等社会的にリスクのあるケースや在宅で医療処置が必要なケース
- ケアマネが引継ぎを必要と感じるケースの基準は？
- 退院前カンファレンスを行うケースの基準は？
退院前カンファレンスには誰を呼ぶのか？
- こうした判断や手続きのルールが病院でまちまち

退院直前の連絡が発生する理由

- ケアマネジャーが病院に足を運んで、調整を試み、「退院が決まったら、連絡しますね」と言ってくれたのに、いざ、退院するという時にしか連絡がない
どの時点で、誰が、担当のケアマネに連絡するのかが決まっていない
- そもそも、入院時にケアマネジャーから情報をもっていない場合には、ケアマネが誰かわからないまま退院を迎えることも・・
- 入院中に介護保険サービスが必要になり、担当するケアマネジャーが決まっていない時にどこに連絡すればいいかが分からない場合も・・

→ 退院時にいよいよ困って連絡することになる

在宅医療・介護連携の推進のために

- 市町村を支援して、在宅医療・介護連携を進めよう
平成30年4月には全ての市町村で実施すること
- 地域医療再生基金を活用した在宅医療連携の推進や新たな基金による医療介護連携事業の推進を
増大する在宅医療ニーズを多職種でカバー
在宅に取り組む医師への負担軽減を
入退院時の情報共有や多職種カンファレンス等の連携システムの構築を進める
医療・介護サービスの効率的な活用を促し、
医療費・介護給付費の適正化を図る
多職種協働による研修会の開催
医療職種と介護職種の相互研修も有効
住民に対する在宅医療の普及啓発も必要

平成27年1月30日 全国保健所長会研修会

※研修会資料を一部修正・追加



医療介護連携における 保健所の取り組みの現状と課題

富山県砺波厚生センター(保健所)

大江 浩

**医療介護連携は介護保険地域支援
事業等で、市町村主体で取り組ま
れるが、従来から保健所の役割と
しても位置付けられている。**

保健所の取り組み根拠を論じる必要はない！

地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成24年7月31日）

第一 地域保健対策の推進の基本的な方向

3. 医療、介護、福祉等の関連施策との連携強化

- (2) 都道府県及び保健所（都道府県が設置する保健所に限る。）は、**広域的な観点から都道府県管内の現状を踏まえた急性期、回復期及び維持期における医療機関間の連携、医療サービスと介護サービス及び福祉サービス間の連携による地域包括ケアシステムの強化に努めることが必要であること。**
- (3) **医療機関間の連携体制の構築においては、多くの医療機関等が関係するため、保健所が積極的に関与し、地域の医師会等との連携や協力の下、公平・公正な立場からの調整機能を発揮することが望まれること。**なお、**保健所は、所管区域内の健康課題等の把握、評価、分析及び公表を行い、都道府県が設置する保健所にあつては所管区域内の市町村と情報の共有化を図るとともに、当該市町村と重層的な連携の下、地域保健対策を推進するほか、介護及び福祉等の施策との調整についても積極的な役割を果たす必要があること。**

第二 保健所及び市町村保健センターの整備及び運営に関する基本的事項

2 保健所の運営 ※県型保健所、市型保健所共通

(1) **健康なまちづくりの推進**

イ **地域の健康課題を把握し、医療機関間の連携に係る調整、都道府県による医療サービスと市町村による保健サービス及び福祉サービスとの連携に係る調整を行うことにより、地域において保健、医療、福祉に関するサービスが包括的に提供されるよう市町村や関係機関等と重層的な連携体制を構築すること。**

(2) **情報の収集、整理及び活用の推進**

ア **所管区域に係る保健、医療、福祉に関する情報を幅広く収集、管理、分析及び評価するとともに、関係法令を踏まえつつ、関係機関及び地域住民に対して、これらを積極的に提供すること。**

医政局長通知「医療計画について」

(医政発0330第28号 平成24年3月30日)

圏域連携会議は、各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施するものである。その際保健所は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互または医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすものとする。

地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針

平成26年9月12日告示



在宅医療体制の整備、医療及び介護の連携に向けた取組等はこれまで市町村になじみが薄かったことから、都道府県がより広域的な立場から、保健所の活用等により、市町村の後方支援等を積極的に行うことが重要である。

厚労省資料

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～）

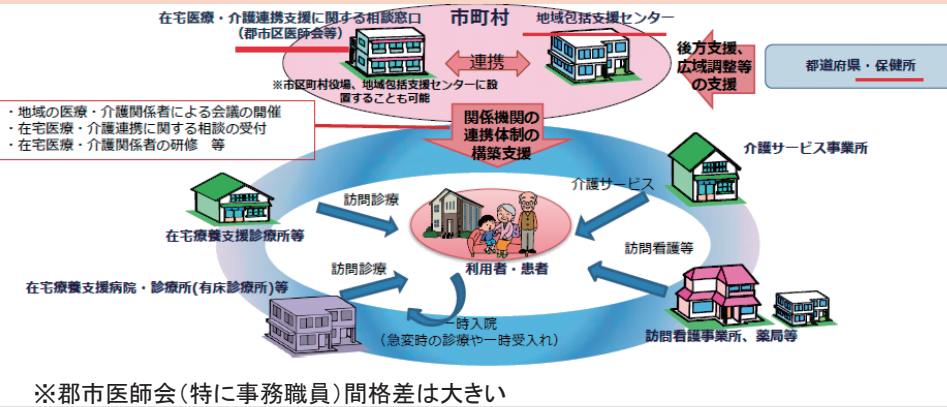
- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府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

<p>（ア）地域の医療・介護の資源の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	<p>（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	<p>（キ）地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 
<p>（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	<p>（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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。 	
<p>（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	<p>（カ）医療・介護関係者の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実践を習得 ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等 	<p>★（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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

在宅医療・介護連携の推進

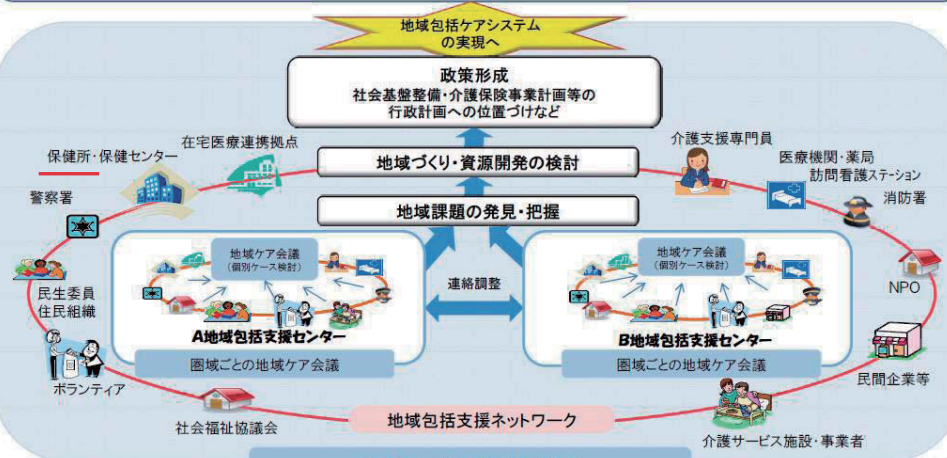
- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 (※) 在宅療養を支える関係機関の例
 - ・ 診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・ 病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・ 訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・ 介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



※郡市医師会(特に事務職員)間格差は大きい

「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

- 地域包括支援センター(又は市町村)は、多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じて、そこで蓄積された最適な手法や地域課題を関係者と共有するための地域ケア会議を開催する。
- 市町村は、地域包括支援センター等で把握された有効な支援方法を普遍化し、地域課題を解決していくために、代表者レベルの地域ケア会議を開催する。ここでは、需要に見合ったサービス資源の開発を行うとともに、保健・医療・福祉等の専門機関や住民組織・民間企業等によるネットワークを連結させて、地域包括ケアの社会基盤整備を行う。
- 市町村は、これらを社会資源として介護保険事業計画に位置づけ、PDCAサイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげる。



※市町村格差が非常に大きい、介護サイドだけでは医療介護連携は弱い

国立長寿医療研究センター「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」
<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/handbook/handbook2013.pdf>

目 次

1 在宅医療・介護連携の必要性について	1
(1) 地域包括ケアシステムの構築がますます重要に	1
(2) 在宅医療は地域包括ケアシステムの不可欠の要素	1
(3) まずは、自らの市町村で課題の確認を	2
2 在宅医療・介護連携の進め方	3
(1) はじめに - それぞれの市町村の状況に応じた施策の展開を	3
(2) 市町村での事業の取組みのフローチャート	4
(3) 市町村における担当課の決定	6
(4) 郡市区医師会との協働	9
(5) 地域包括支援センターの位置づけ	10
3 具体的取組み	11
A. 会議の開催（会議への医療関係者の参加の仲介を含む）	12
B. 地域の医療・福祉資源の把握及び活用	17
C. 研修の実施	20
D. 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築	24
E. 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施	29
F. 効率的な情報共有のための取組み （地域連携バスの作成の取組み、 地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式や方法の統一など）	31
G. 地域住民への普及・啓発	33
H. 年間事業計画	35
4 今後に向けて	39
(1) 市町村事業のさらなる向上のために	39
(2) 制度改正の動向	41

平成26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

**地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・介護連携の推進
における、実践的な市町村支援ツールの作成に関する調査研究
事業**

株式会社 野村総合研究所

平成27(2015)年1月

http://www.nri.com/jp/opinion/r_report/pdf/201502_report_1.pdf

平成26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

医療・介護分野における都道府県が行う市町村支援の好事例の収集に
関する調査研究事業

株式会社 野村総合研究所

平成27(2015)年1月

http://www.nri.com/jp/opinion/r_report/pdf/201502_report_2.pdf

在宅医療・介護連携の体制構築に関するアンケート調査 報告書

平成26年3月 東京大学高齢社会総合研究機構医学部在宅医療学拠点

http://chcm.umin.jp/education/ipw/enquete/140521iryokaigo_report.pdf

<市区町村調査:有効回答率 14.1%>

○在宅医療・介護連携の業務を担当する部門/担当者

担当者の配置のみ(独立した課・室・係は存在しない) 51.7%

部門も担当者も存在しない 35.1%

○在宅医療・介護連携団体間の交流状況;「ほぼ行われていない」

関係団体の「代表者」が公式に出席する会議 40.5%

関係団体の「役員」が公式に出席する会議 53.3%

○第6期計画の中で在宅医療・介護連携において地区医師会が果たす役割を記載する予定

記載予定あり 13.3%

○地域連携バスの活用

病院・施設・在宅ともほとんど使用されていない 64.2%

○在宅医療・介護連携を進めていくうえでの障害

担当者が介護保険など他の業務で手いっぱい **余裕がない** 60.9%

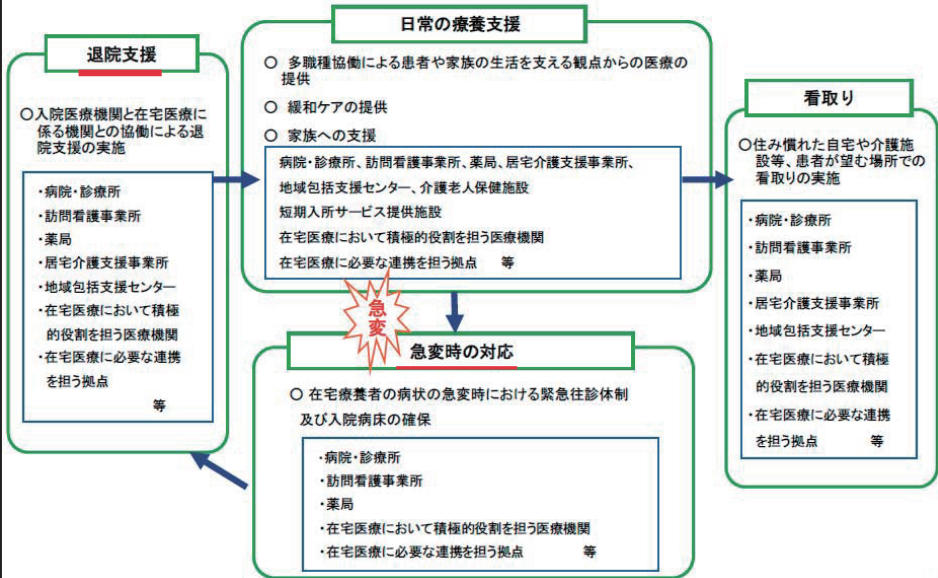
市区町村の担当職員に在宅医療・介護連携 **専任職員がない** 57.2%

市区町村担当職員に在宅医療・介護連携に関する **基礎知識が不足している** 46.5%

※平成26年3月「介護保険の保険者機能強化に関する調査研究報告書」保険者機能評価指標調査結果でも同様 http://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c1.pdf

※在宅医療・介護連携は市町村主体だけでは弱い面がある!

在宅医療の体制



※「退院支援(退院前からの連携)」は市町村完結か？ ⇒広域的連携が必要

システムとしての医療介護連携

- ① 複数医師・グループ化 (主治医・副主治医)
- ② 多職種によるチーム (医師、ケアマネジャー、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリ、調剤薬局、訪問歯科医、歯科衛生士、管理栄養士等)
- ③ 退院前からの連携 (退院支援)
- ④ 緊急時にバックアップする病院等
- ⑤ 対応方針とタイムリーな情報の共有 (連携ノート、ICT連携等) など

※経営母体の異なる施設間の連携が不可欠

※地域住民への普及啓発が不可欠

平成26年6月25日 官報告示

「**地域包括ケアシステム**」とは、**地域の实情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。**

※地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律 第二条に規定

年齢階級別にみた在宅医療を受けた推計外来患者数(平成23年10月 患者調査)

(単位:千人)

年齢階級	推計外来患者数 総数	在宅医療	(総数)		
			往診	訪問診療	医師・歯科医師以外の訪問
総数	7 260.5	110.7	35.7	67.2	7.8
0～14歳	789.7	1.0	0.8	0.1	0.1
15～34	695.3	2.5	1.3	1.0	0.3
35～64	2 411.3	13.2	5.2	6.2	1.8
65歳以上	3 329.9	93.7	28.2	59.8	5.7
(再掲)					
70歳以上	2 649.4	89.8	27.1	57.5	5.3
75歳以上	1 829.9	82.9	25.1	53.4	4.5

・「**往診**」とは、患家の求めに応じて患家に赴いて診療
・「**訪問診療**」とは、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療

在宅医療の15%は高齢者以外

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/dl/01.pdf>

- ・地域包括ケアシステムは「**高齢者だけ**」ではない!
⇒がん緩和ケア、難病患者・障害者(児)等の支援ネットワークなど
- ・予防は「**高齢者から**」ではない!
⇒「65歳分断からの脱却」が重要

二次医療圏単位で保健所の役割が必要な主な理由

保健所による市町村支援が規定

⇒地域保健法第8条、介護保険法第38条、精神保健福祉法第49条3、母子保健法第8条、健康増進法第18条2等

- 市町村内で完結しない場合の**広域的連携**(退院前調整、緊急時バックアップ含む)
- **専門中核的機関**(**がん診療連携拠点病院**、**認知症疾患医療センター**、**リハビリテーション広域支援センター**等)との連携
※中核的機関は二次医療圏単位で整備
- **地域連携パス**における中核的病院同士の調整
※中核的病院と地域の医療・介護施設は1対1の関係ではない
※医療介護連携は同一経営グループで完結しない
- **圏域医療計画・地域医療ビジョン**と連動した取り組み
- **精神**(認知症含む)や**難病**関連業務との連携
- **薬事**(在宅麻薬管理、医療機器・材料等)との連携

17

保健所の医療関連業務

- **圏域医療計画**
- **立入検査**(**医療監視**)
※保健所保健師が病院看護部長と毎年コンタクト
- **医療安全相談**
※保健所に医療安全支援センター
- **医療従事者免許事務**
- **医療統計事務**(医師・歯科医師・薬剤師調査、病院報告、**医療施設調査**、患者調査、受療行動調査等)
- **各種届出事務**(医療施設の届出、看護職員業務従事者届、**歯科衛生士・歯科技工士業務従事者届**、等) など

※保健所には**市町村にはない特性**がある

⇒医療・介護連携には、**市町村と保健所の協働**が必要

厚労省

平成24年度在宅医療連携拠点事業 総括報告書 p60
平成25年10月発行

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/seika/dl/h24soukaifu.pdf

保健所は、これまでに医療計画を通じた在宅医療の推進に留まらず、難病対策、地域リハビリテーション対策、がん緩和ケア対策、認知症対策、介護予防対策等の実績があり、地域の関係機関・団体に働きかけやすく、これらの技術的なノウハウがある等の強みがある。これまで取り組みの経験がない市町村に対して市町村どうしの情報交換を促し、市町村を越えた広域での調整を行うなど、積極的な支援が期待される。

- ※保健所のこれまでの取り組み実績が評価されている
- ※分野別の取り組みを通じた連携・協働はわかりやすい
- ※**保健所は市町村等に支援・協力するだけではない！**

医療介護連携、地域包括ケアにおける保健所の役割



平成26年度 地域保健総合推進事業
在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの
推進における保健所の役割に関する研究

保健所アンケート調査集計概要

調査対象 全国保健所490カ所(県型365、市型125)
調査期間 平成26年6月13日～平成26年7月11日
調査方法 WEB回答調査

回答 303(県型225、市型78)

回収率 61.8%(県型61.6%、市型62.4%)

※集計結果について、**県型保健所と市型保健所との比較検討**、一部、**24年度調査と26年度調査との比較検討**を行った。

21

H26 保健所アンケート

保健所に医療計画推進のための部署

○部署がある

70.3% (県型**82.2%**、市型**35.9%**)

参考 24年度調査 70.1%(県型84.8%、市型29.7%)

⇒ **テーマとして在宅医療が明確**

82.6% (県型**84.3%**、市型**71.4%**)

参考 24年度調査 72.3%(県型73.4%、市型63.6%)

⇒ **指標による評価がされている**

45.5% (県型**47.0%**、市型**35.7%**)

⇒ **担当部署に保健師が配属されている**

75.6% (県型**75.1%**、市型**78.6%**)

参考 24年度調査 72.3%(県型72.3%、市型72.7%)

- ・ 県型保健所に比べて市型保健所の担当部署有の割合が低い($p < 0.001$)
- ・ 24年度に比べて在宅医療のテーマの明確化の割合は高くなった($p < 0.05$)

22

砺波地域医療推進対策協議会 (二次医療圏医療計画の推進事務局:圏域連携会議)

※平成24年度策定の医療計画では、**在宅医療**、**脳卒中**(急性期～生活期)、**精神疾患**(**認知症**含む)、**がん**(**緩和ケア**含む)もテーマに
 ※各市、関係機関・団体とともに、**PDCA**による医療計画の推進 (下線は24年度から)

＜協議会委員＞

- ・各副市长
- ・各医師会長
- ・各公的病院長
- ・歯科医師会長、県歯科医師会理事
- ・圏域薬剤師会長
- ・訪問看護ステーション所長
- ・公的病院看護部長
- ・老人保健施設長
- ・社会福祉協議会長
- ・連合婦人会長
- ・消防組合消防長
- など24名

平成26年2月21日 砺波厚生センター(保健所)講堂



実働メンバーによる部会を順次開催 ⇒ 計画策定後も部会継続

23

在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例

厚労省通知

	通院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り	
S	○	在宅療養支援診療所、在宅療養支援診療所(有床診療所)の病床数、在宅療養支援診療所で在宅医療に携わる医師数(市区町村別)【診療報酬施設基準】			
	○	在宅療養支援病院数、在宅療養支援病院の病床数、在宅療養支援病院で在宅医療に携わる医師数(市区町村別)【診療報酬施設基準】			
	○	在宅療養支援歯科診療所数(市区町村別)【診療報酬施設基準】			
	○	訪問看護専門医数(都道府県別)【介護給付費実態調査】、訪問看護ステーションの従業員数(都道府県別)【介護サービス施設・事業所調査】			
	○	24時間体制を取っている訪問看護ステーションの従業員数(市区町村別)【介護サービス施設・事業所調査(個別解析)】			
	○	商業小売業の免許を取得している薬局数(市区町村別)【都道府県調査】、訪問薬剤指導を実施する薬局数(市区町村別)【診療報酬施設基準】			
	○	管理栄養士による訪問栄養指導を提供している事業所数、居宅療養管理指導を提供している管理栄養士数(市区町村別)【市区町村調査】			
	○	歯科衛生士による訪問指導を提供している事業所数、居宅療養管理指導を提供している歯科衛生士数(市区町村別)【市区町村調査】			
	○	訪問リハビリテーション事業所数(都道府県別)【介護給付費実態調査】			
	○	遠隔支援指導を担っている診療所・機関数(市区町村別)【医療施設調査(個別解析)】	○ 短期入所サービス(ショートステイ)事業所数(市区町村別)【介護サービス施設・事業所調査(個別解析)】		○ 在宅看取りを実施している診療所・病院数(市区町村別)【医療施設調査(個別解析)】 ○ ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数(市区町村別) ○ 介護サービス施設・事業所調査(個別解析) ○ 看取りに対応する介護施設数(市区町村別)【都道府県調査】
P	○	○ 通院患者平均在院日数(都道府県別)【患者調査】	○ 訪問診療を受けた患者数(二次医療圏別)【NDB】	○ 住診を受けた患者数(二次医療圏別)【NDB】	
			○ 訪問歯科診療を受けた患者数		
			○ 訪問看護利用者数(二次医療圏別、都道府県別)【NDB、訪問看護実態調査、介護給付費実態調査】		
			○ 訪問薬剤指導を受けた者の数		
			○ 訪問栄養指導を受けた者の数		
			○ 訪問歯科衛生指導(歯科衛生士)を受けた者の数		
			○ 小児(乳幼児、乳児)の訪問看護利用者数(都道府県別)【訪問看護実態調査】		
O			○ 訪問リハビリテーション利用者数(都道府県別)【介護給付費実態調査】		
			○ 短期入所サービス(ショートステイ)利用者数(市区町村別)【介護サービス施設・事業所調査(個別解析)】		
				○ 在宅死亡者数(市区町村別)【人口動態統計(個別解析)】	

○:必須指標、○:重要指標

※指標評価には本庁担当部局との連携が必要

主な在宅医療指標 (H24; 全国値100で調整)						
指標名	レセプト	県	圏域1	圏域2	圏域3	圏域4
入院機関との退院時カンファレンス	退院時共同指導料	115.0	234.8	95.8	129.3	71.8
入院機関とケアマネジャーとの連携	介護支援連携指導料	77.1	99.3	80.4	68.9	66.5
地域連携バス第1入院機関	地域連携診療計画管理料	122.9	316.4	189.0	14.4	71.1
病院が患者に対し退院支援調整	退院調整加算	96.4	88.5	109.2	90.6	77.5
訪問薬剤指導	訪問薬剤管理指導料	157.6			526.5	
在宅での各種指導	患者指導管理料等	105.8	101.3	104.7	105.8	113.6
緊急往診	緊急往診加算	42.1	27.1	20.4	41.2	129.3
訪問診療	訪問診療料等	71.3	60.8	74.3	75.9	62.9
訪問看護提供	訪問看護指導料	165.7	246.6	230.2	59.8	117.1
看取り	看取り加算	51.9	40.8	35.9	63.7	91.8
訪問点滴注射管理指導	訪問点滴注射管理指導料	45.7	40.2	42.6	28.7	105.6
在宅経管栄養法	経管栄養法指導管理料等	21.3	18.1	33.4	12.0	38.6

医療計画作成支援
データベースから抜粋

※国で都道府県職員対象に医療計画PDCA研修 ⇒ 県が保健所職員対象に研修

活用できる資料例

- 人口動態死亡小票による在宅死亡状況
- 医療施設静態調査による在宅医療サービスの実施状況
- 医療機能情報ホームページによる在宅療養支援診療所・病院状況等
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/teikyouseido/index.html
- 介護サービス情報ホームページによる介護施設状況等
<http://www.kaigokensaku.jp/>
- 薬局機能情報ホームページによる訪問薬剤指導薬局等
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iyakuhin/kinoujouhou/index.html

例えば、

IV
調査票の記入例

医療施設静態調査

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/oshirase/140627.html>

※各保健所が調査実施

※各保健所は調査結果をみているか？

(24) 在宅医療サービスの実施状況 併設施設によるサービスを除く
実施の有無に○をつけ、9月中の件数を記入してください。

医療保険等による在宅サービス	① 実施している	② 実施していない	
往診	01	3	件
在宅患者訪問診療	02	20	件
歯科訪問診療	03		件
救急搬送診療	04	1	件
在宅患者訪問看護・指導	05		件
精神科在宅患者訪問看護・指導	06		件
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	07		件
訪問看護ステーションへの指示書の交付	08	3	件
在宅看取り	09		件

介護保険による在宅サービス	① 実施している	② 実施していない	
居宅療養管理指導(介護予防サービスを含む)	10		件
訪問看護(介護予防サービスを含む)	11	3	件
訪問リハビリテーション(介護予防サービスを含む)	12		件

在宅療養支援診療所の届出 いずれかに○ 施設数には自施設を含む。

① 有

- 連携保険医療機関等の数 (4 施設)
- 受け持つ在宅療養患者の数 (2 人)

② 無

病床機能報告制度 報告項目(抜粋) <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>

担う役割	具体的な項目	病床単位で報告を 求める項目		病院単位で 報告を求め る項目	備考
			レセプト を活用		
★ 病床数・人員配置・ 機器など	在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院の届出の有無			○	
	上記届出を行っている場合、医療機関以外での看取り数、医療機関での看取り数			○	介護老人保健施設等の入所施設は医療機関以外に含む
入院患者の状況	# 新規入院患者数	○			
	# 在床患者延べ数	○			
	# 退床患者数	○			
	入院前の場所別患者数	○			①～⑥毎に人数を記載する ①院内の他病棟からの転棟、②家庭からの入院、③他の病院、診療所からの転院、④介護施設・福祉施設に入所中、⑤院内の出生、⑥その他
★ 予定入院及び緊急入院の患者数	○				
	退床先の場所別患者数	○			①～⑥毎に人数を記載する ①院内の他病棟への転棟、②家庭への退院、③他の病院、診療所への転院、④介護老人保健施設に入所、⑤介護老人福祉施設に入所、⑥社会福祉施設に入所、⑦終了(死亡を含む)、⑧その他
★ 退院後に在宅医療を必要とする患者数	○				他施設から提供される場合も含む
	救急医療の実施				
★ 急性期後の支援・在宅復帰への支援	* 院内ドリアージ実施料		○		
	* 夜間休日救急搬送医学管理料		○		
	* 精神科疾患患者等受入加算		○		
	* 救急医療管理加算1及び2		○		
	* 在宅患者緊急入院診療加算		○		
	* 救急搬送患者地域連携紹介加算		○		
	* 地域連携診療計画管理料		○		
	* 退院調整加算1		○		
	* 退院調整加算2		○		
	* 救急・在宅等支援(療養)病床初期加算		○		
* 救急搬送患者地域連携受入加算		○			
* 地域連携診療計画退院時指導料1		○			
* 退院時共同指導料2		○			
* 介護支援連携指導料		○			
* 退院時リハビリテーション指導料		○			
* 退院前訪問指導料		○			

地域医療構想策定ガイドラインに盛り込む事項について

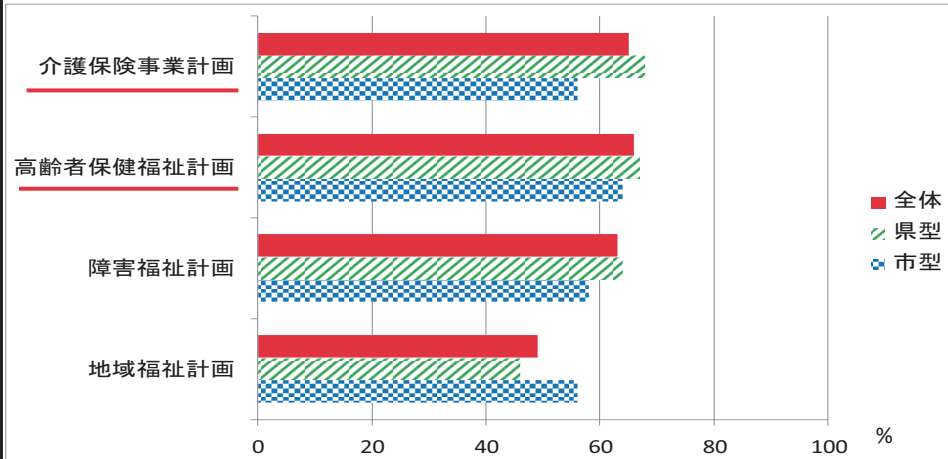
地域医療構想策定ガイドライン
(平成26年度中にとりまとめ)
⇒医療需要・必要量推計、施策等

- (1) あるべき将来の医療提供体制の姿について
 - ・ 今後の地域の医療提供体制の方向性
 - ・ 構想区域の設定の考え方
- (2) 2025年の医療需要の推計方法について
 - ・ 2025年時点の医療需要(入院・外来、疾病別)の推計方法
(在宅医療を含む。推計は、原則として、都道府県及び二次医療圏を単位として行う。)
- (3) 2025年の各医療機能の必要量の推計方法について
 - ・ 2025年時点の各医療機能(高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能)の必要量の推計方法
(在宅医療を含む。推計は、原則として、都道府県及び二次医療圏を単位として行う。)
- (4) あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策等について

(構想策定後の具体的な方策の例)

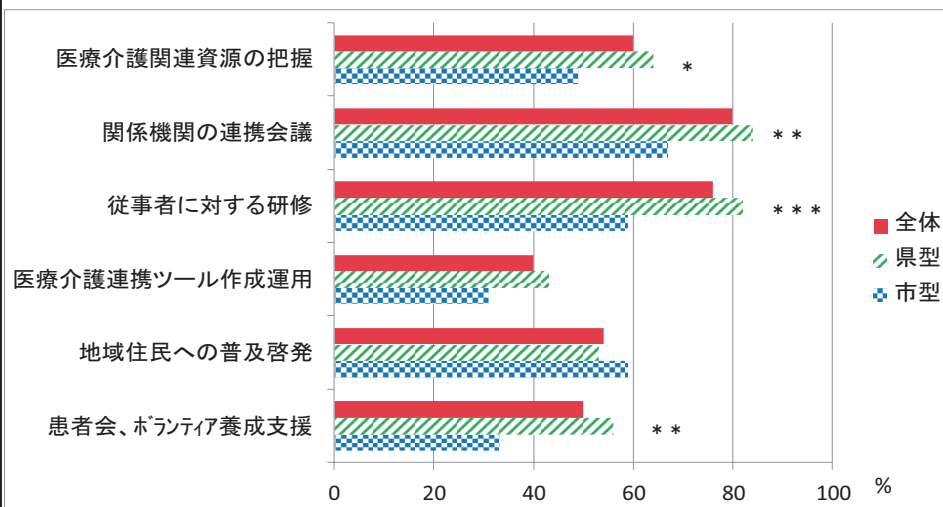
 - ・ 病床の機能の転換等医療機能の分化・連携の推進
 - ・ 急性期経過後の受け皿となる病床の整備・在宅医療の推進
 - ・ 医療従事者の確保・養成等
 - ・ 都道府県の役割の適切な発揮
- (5) 都道府県において地域医療構想を策定するプロセスについて
 - ・ 幅広い関係者との協議や住民の意見の聴取等

管内市町村の福祉関係計画への参画



- ・ 県型保健所と市型保健所で有意な違いはみられない。
 - ・ 24年度と比べて介護保険事業計画、高齢者保健福祉計画の参画率はやや増加したが有意差はない。
 - ・ 24年度と比べて障害福祉計画の参画割合は低下(p<0.05)。
- ※25年度の保健所アンケート詳細分析では、介護保険事業計画、高齢者保健福祉計画の参画の有無で保健所の各種取り組み割合に有意差

在宅医療に関する取り組み



県型と市型との比較 * p<0.05、** p<0.01、*** p<0.001

- 「地域住民への普及啓発」以外は県型保健所と比べて市型保健所の取り組み割合が低い。
- 市型保健所でも「関係機関の連携会議」「従事者に対する研修」「地域住民への普及啓発」の実施割合は過半数を超えている。

31

地域医療再生計画に基づく在宅医療の推進事業(平成25年度)

○実施された

59.1%(県型67.6%、市型34.6%)

⇒保健所が関与した事業がある

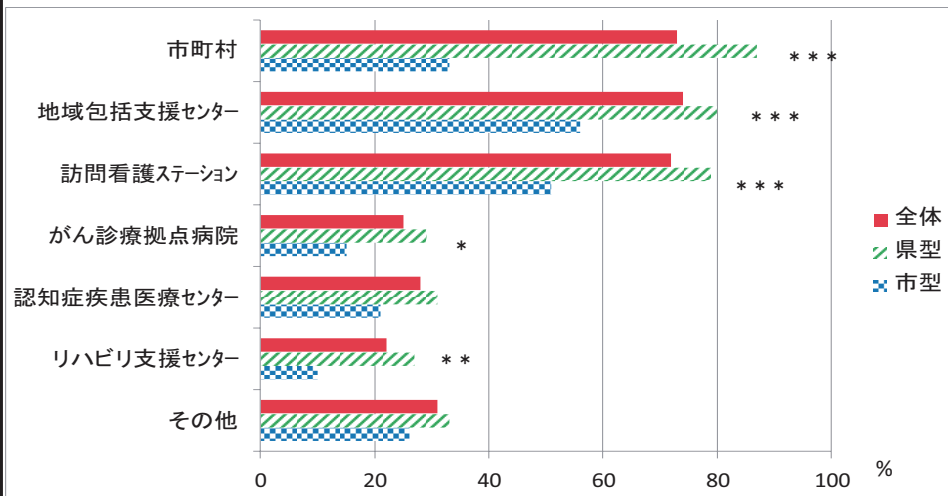
79.3%(県型79.6%、市型77.8%)

- ・保健所主体事業として実施 39.4%(県型39.7%、38.1%)
- ・保健所以外の主体事業に協力 42.3%(県型40.5%、52.4%)

- ・ 県型保健所と比べて市型保健所管内での実施割合が低い(p<0.001)。
- ・ 実施されていれば、保健所の関与割合はほぼ同様。

32

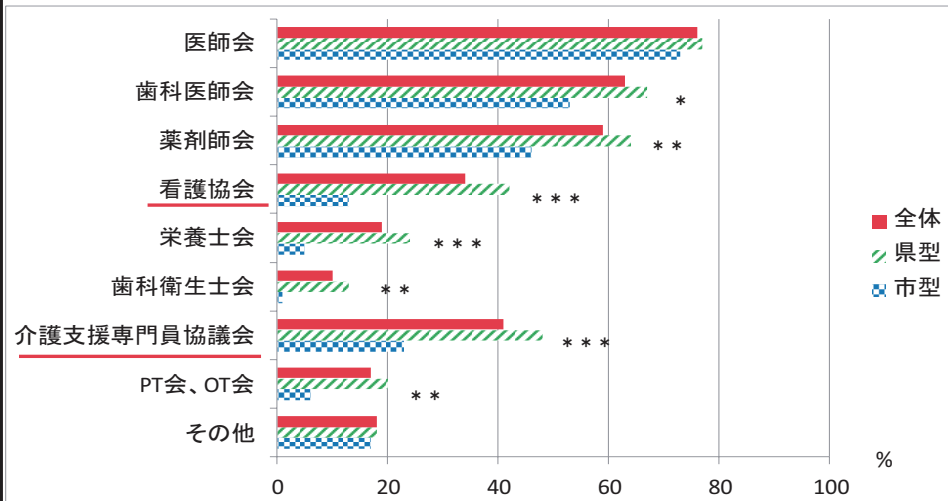
取り組んでいる場合の関係施設・機関との連携



県型と市型との比較 * p<0.05、** p<0.01、*** p<0.001

- 取り組んでいる場合の連携は県型保健所と比べて市型保健所の連携の割合がいずれも低い。
- 取り組んでいる場合は、「市町村」「地域包括支援センター」「訪問看護ステーション」との連携割合は高いが、専門拠点施設との連携割合は低い。

職能団体との協議 (在宅医療や医療介護連携に関して)

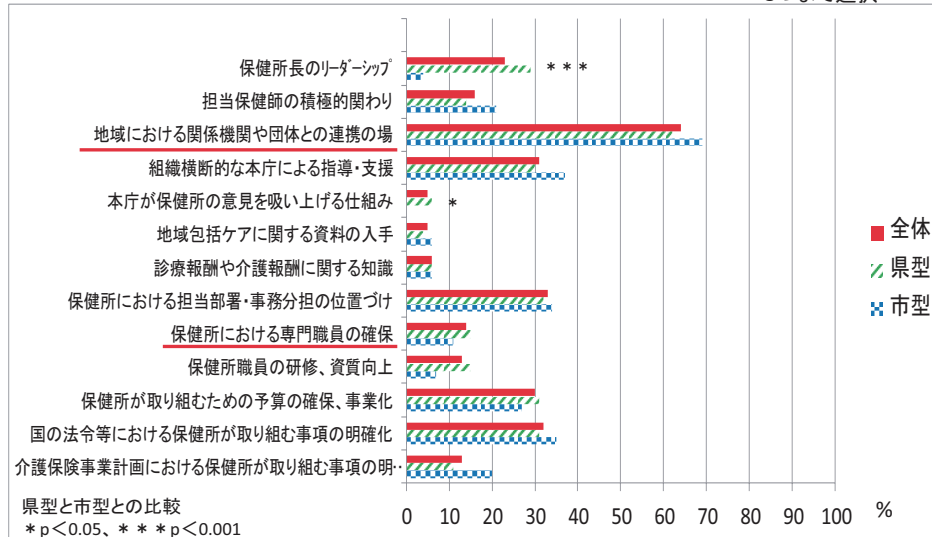


県型と市型との比較 * p<0.05、** p<0.01、*** p<0.001

- 職能団体との協議について、県型保健所と比べて市型保健所の実施割合はいずれも低く、特に看護協会、栄養士会、介護支援専門員協議会では大きな違いがみられる。

保健所が地域包括ケア推進に取り組む際に特に必要と思われる項目

3つまで選択



県型と市型との比較

* p<0.05、*** p<0.001

- 「地域における関係機関や団体との連携の場」の割合が圧倒的に高い。
- 「保健所長のリーダーシップ」「本庁が保健所の意見を吸い上げる仕組み」は県型が高い。
- 24年度調査と比べて、「地域における関係機関や団体との連携の場」は高くなり(p<0.05)、「保健所における専門職員の確保」は低くなった(p<0.05)。

35

取組例

砺波市在宅医療・ケアリーダー研修会

平成25年2月10日 砺波市文化会館多目的ホール

主催 医療法人社団ナラティブホーム(在宅療養支援診療所、平成24年度在宅医療連携拠点事業受託事業所)

共催 砺波市、砺波医師会、砺波厚生センター

※当初は厚生センター(保健所)に対する
厳しい意見 “保健所はあてにしない”
⇒“保健所といっしょにやって良かった”

ワールドカフェ「顔も見えない関係をつくろう」



※厚生センター(保健所)保健師が企画段階から研修会実行委員会に参画

⇒保健師が多職種グループワークのノウハウをマスターする必要

※厚生センターが、医師会長、歯科医師会長、薬剤師会長に協力要請

36

小矢部市多職種合同事例検討会(年間5回)

市医師会(事務局 非常勤1名)の在宅医療支援センター(地域医療再生基金)やの設立・運営に保健所支所が市とともに支援

【1. 事例紹介】

看護師や薬剤師、ケアマネ、ソーシャルワーカー等の様々な職種の者が、テーマに沿った事例を紹介する。



【3. 講義・質疑応答】 外部講師等を招き、テーマの参考となる講義を受ける。



【2. グループワーク】

5~8人程度の多職種混合のグループをつくり、事例についての意見交換や、同様の事例への今後の対応を考える



【4. 連絡事項】 多職種が集まるこの機会を利用して、事業所のイベント等の連絡や紹介を行う。



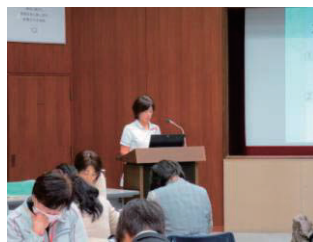
37

砺波地域在宅がん緩和ケア研修会

平成26年12月3日 市立砺波総合病院(がん診療連携拠点病院)と共催



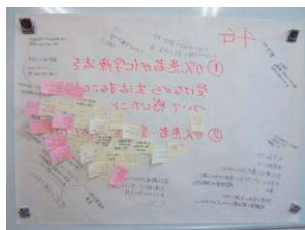
講義「外来化学療法について」



事例提供



グループワーク(ワールドカフェ方式)



発表、がん相談支援センターからの報告

※保健所保健師が提供事例の選定やグループワークでの協議について指導
⇒病院担当看護師をサポート

※医師や医学生の保健所研修でもメニューとしても活用

在宅緩和ケアには薬事との連携が重要

1. 服薬指導、衛生材料の供給

※平成26年度診療報酬改定による基準調剤加算の評価の見直しで、24時間調剤及び在宅業務をできる体制整備、加算2では衛生材料を供給できる体制等の整備、在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・ケアマネージャーとの連携体制

※薬剤師法施行規則改正(平成26年4月施行)で、患者の居宅等において、処方医の同意を得て、当該処方箋に記載された医薬品の数量を減らして調剤する業務が可能に

2. 在宅麻薬管理

※平成24年度診療報酬改定で医療用麻薬処方日数が14日から30日に緩和

3. PCAポンプによる持続皮下注(無菌調剤)等に対応が必要

※平成26年度診療報酬改定で在宅医療における無菌製剤処理を推進(無菌製剤処理加算の評価対象を医療用麻薬についても拡大、無菌調剤室の共同利用を評価)

※診療所、薬局、訪問看護ステーションに麻薬管理や医療機器・衛生材料の取扱いを周知

※患者死亡時の残薬回収徹底

⇒薬事監視での指導

※医薬連携、薬業連携を推進

⇒多職種研修に薬局参加要請、薬業連携会議・研修会など

39

砺波地域認知症ケア研修会

平成26年11月18日 北陸病院(認知症疾患医療センター)と共催



講義「認知症初期集中支援チームの構築に向けて」



在宅介護支援センターからの事例提供
テーマ「認知症初期の方を地域で支援するには」



グループワーク(ワールドカフェ方式)と発表



認知症疾患医療センターからの報告

※保健所保健師が提供事例の選定やグループワークでの協議について指導

認知症ケアに広域対応

県防厚生センター（南砺市葛城・福野）は認知症対策の充実に向け、管内の砺波、南砺、小矢部3市の地域包括支援センターなどと協力して、症状に応じた医療や介護の手順を示した「ケアパス」を、本年度中に作成する。3市の住民の利用が見込まれる専門医療機関があることから、広域的な対応をスムーズにするのが狙い。発症後の適切なケアにより、症状悪化を防ぐ考えだ。

砺波厚生センター
認知症は発症に至る前の「軽度認知障害」の段階での予防や、発症初期での適切な対応により進行を遅らせることも可能だ。そのためには早期の相談と診断が不可欠となる。

認知症ケアパスは、症状に応じて、必要な医療ケアや介護サービス内容を示した説明書。住民に認知症の特徴や治療法などを示すことにより、早期診断や適切な医療・介護サービスにつなげるのが狙いだ。

県防厚生センター管内では、認知症に関する専門的な相談や診断、治療を行う認知症疾患診療センターとして北陸病院（南砺市橋本・城野）

症状別の「パス」作成
砺波、小矢部、南砺3市と協力

があるほか、特養老人ホームなど介護施設についても市の枠組みを超えた利用が見込まれることから、厚生センターは3市との連携強化が必要と判断。各地域包括支援センターや向陽園など共にワーキンググループを今年中に設立し、共通のケアパスをつくることにした。

パスに沿った連携体制を示したガイドも作成する。厚生センターによると、複数の市などが連携してケアパスをつくる取り組みは「あまり聞いたことがない」としている。

厚生センターの大江所長は「介護保険組合や次医療圏のエリアが一括する管内の特性を生かし、医療と介護の連携強化で適切なサービスに近づきたい」と話している。

※認知症医療を含むケアパス

dasc.jp

dasc.jp

地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメント

地域包括ケアシステムにおける
認知症総合アセスメント (DASC) とは

<http://dasc.jp/>

Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System

「認知症初期集中支援チーム」テキスト <http://vexon-intnl.com/dasc/h25text.pdf>

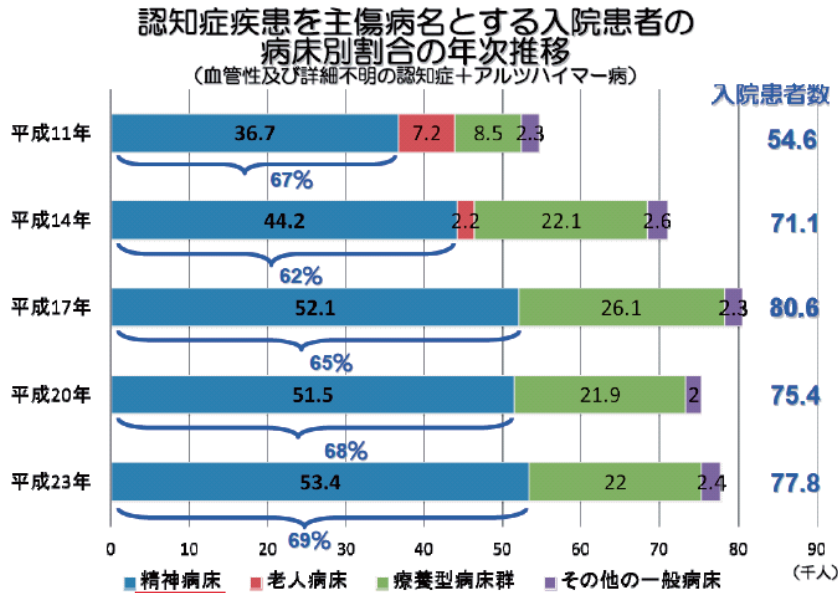
※認知症初期集中支援チームに向けた勉強会が重要
⇒認知症の基礎知識、アセスメント、集中支援チームの具体的な取り組みなど

※市医師会に対して、認知症研修への参加要請 ⇒医療計画(精神疾患)の一環

※認知症に関する普及啓発、初期集中支援チームに関する広報活動

※認知症の約7割は精神病床に入院

厚労省資料



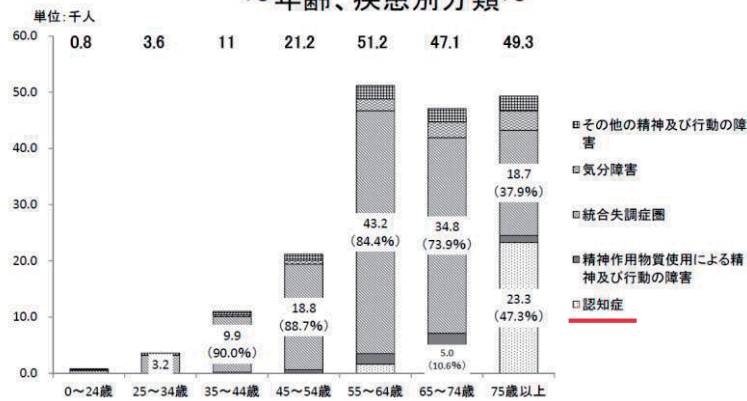
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

出典：患者調査
※一般診療所を除く

4

第8回 精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会
平成26年3月28日 資料4

1年以上精神病床に入院している精神疾患患者 ～年齢、疾患別分類～



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
※上記集計は、不詳は除いている

資料：平成23年患者調査

※精神病床が施設の代用をしている現状 ⇒精神医療改革とセットで対応

①市町村域を超えた広域的連携、②精神医療改革との連動、③医療計画(精神疾患)との連動の観点から、認知症対策は市町村と保健所の連携・協働が不可欠



地域難病ケア連絡会



難病ボランティア講座



難病療養相談会



難病患者交流会

※難病対策地域協議会(難病医療法第32条)等が**法定化**
 ※難病医療の**基幹病院**・在宅療養後方支援病院と連携
 ※**難病患者支援ネットワーク**は**地域包括ケア推進モデルの一つ** “最後まで人間らしさを追及”

砺波圏域**地域リハビリテーション**連絡協議会

砺波厚生センター(保健所)が事務局
 2カ所の**地域リハビリテーション広域支援センター**と連携して運営
 圏域医療計画の脳卒中作業部会としても活動

平成26年2月5日 福野体育館研修室

<構成メンバー>

- 各市医師会長
- 各公的病院長
- 訪問看護ステーション連絡協議会代表
- 民間病院リハビリ課長
- 老人福祉施設協議会代表
- 居宅介護支援事業者連絡協議会長
- ホームヘルパー連絡協議会長
- 建築士会代表
- 各市保健センター所長
- 各市リハビリ友の会長

計20名



※**脳卒中の詳細な指標評価**は平成24年度の計画策定作業から

※**リハビリテーション広域支援センター**(砺波総合病院、南砺市民病院)において、

- ①ケアマネからの相談対応(FAX、メール等)、実技指導
- ②定期的に研修会、事例検討会、運営協議会を開催
- ③フォーラム、普及啓発(情報誌)、福祉機器貸し出し等 ⇒厚生センター(保健所)が支援

46

連携ツールとしての地域連携パス

平成18年度診療報酬改定
で大腿骨頸部骨折で導入



平成20年度診療報酬改定
で脳卒中を追加



平成22年度診療報酬改定
で維持期まで拡充



平成24年度介護報酬改定で
地域連携情報提供加算

地域連携診療計画に基づく連携の評価

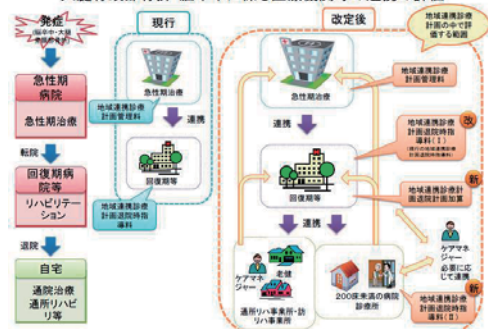
大腿骨頸部骨折、脳卒中に関する地域連携診療計画において、亜急性期・回復期の病院を退院後に通院医療・在宅医療を担う病院・診療所や、リハビリテーション等の医療系サービスを担う介護サービス事業所までも含めた連携を行うことにより、退院後も切れ目ない医療・介護サービスを提供することを評価する。

現行	
急性期	地域連携診療計画管理料 900点
回復期等	地域連携診療計画退院時指導料 600点



改定後	
急性期	地域連携診療計画管理料 900点
回復期等	地域連携診療計画退院時指導料(I) 600点 地域連携診療計画退院計画加算 100点
在宅復帰後	地域連携診療計画退院時指導料(II) 300点

大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



計画管理病院(砺波総合病院)が連携する保険医療機関の分も併せて毎年報告

ア 計画管理病院

- (イ) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用した患者数
- (ロ) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用しなかった患者数
- (ハ) (イ)及び(ロ)の患者に係る自院における平均在院日数
- (ニ) (イ)及び(ロ)の患者に係る地域連携診療計画に沿った平均総治療期間
- (ホ) (イ)及び(ロ)の患者のうち、最終的に在宅復帰した患者数(連携する保険医療機関における治療を終えた患者を含む。)及び連携する保険医療機関に転院した患者数

イ 連携する保険医療機関

- (イ) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用した患者数
- (ロ) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用しなかった患者数
- (ハ) (イ)及び(ロ)の患者に係る自院における平均在院日数
- (ニ) (イ)及び(ロ)の患者のうち、退院した患者数

※地域連携パスは急性期病院が退院後を認識するツール
※医療計画の評価指標としても活用 ⇒政策科学としての展開

「退院支援」の用語の定義

要介護状態の患者の居宅への退院準備の際に、病院から介護支援専門員(ケアマネ)に引き継ぐこと

厚労省資料

ケアマネへの引き継ぎのない患者例

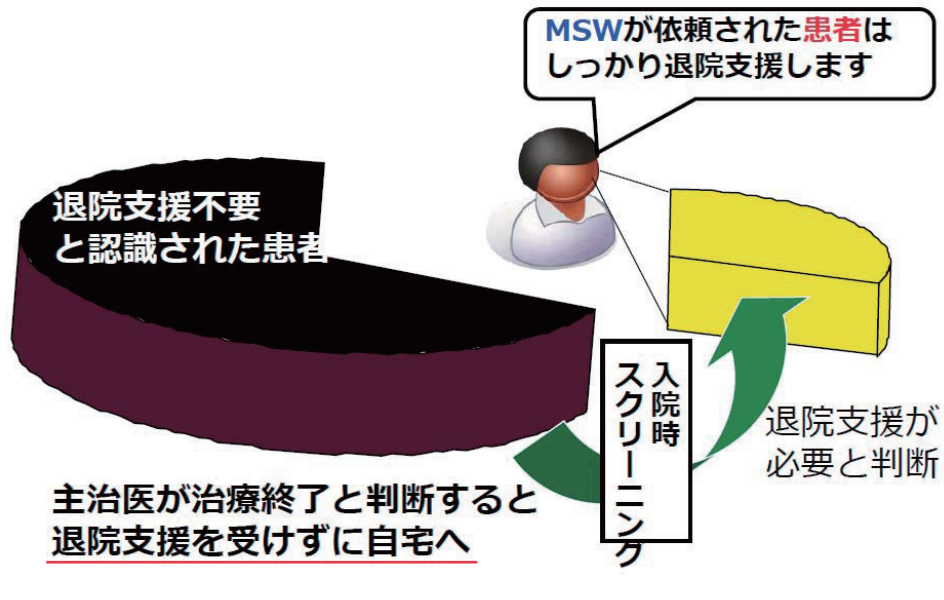
◆事例1. 病院と自宅の環境の違いに配慮しない退院例(多数)

病院では車いす移動で、排泄が自立していたが、自宅ではベッドがなく布団に寝ることになった。しかし、床からの立ち上がりができないので、トイレに行けず失禁状態になる。民生委員が発見しケアマネへの連絡を行い、退院10日目にベッド、通所介護が提供された。しかし、本人及び家族の介護負担は重度化していた。

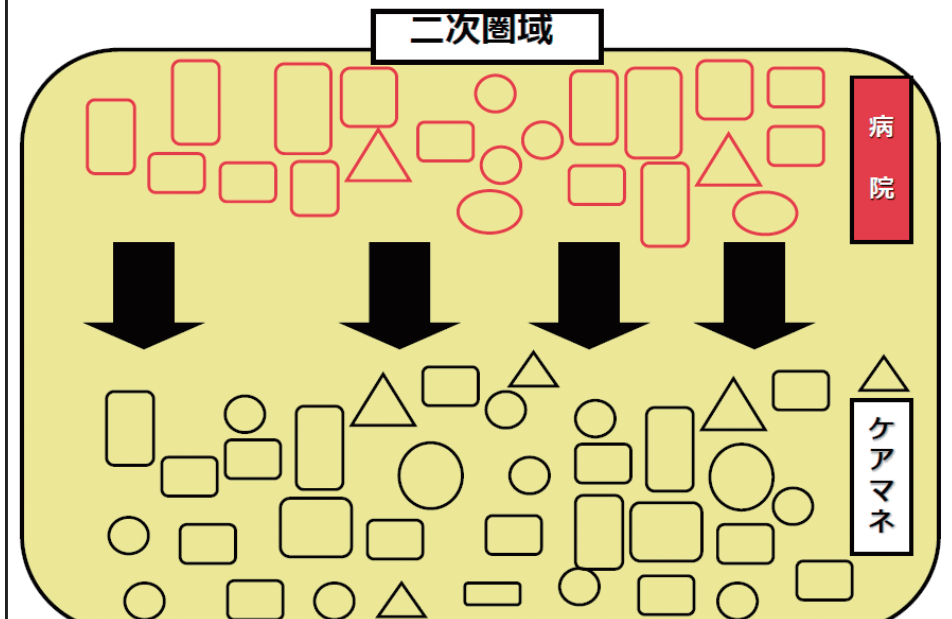
◆事例2. 誤嚥性肺炎で入退院を繰り返す患者例

誤嚥性肺炎で入院し、抗生剤点滴で肺炎は治癒。嚥下(飲み込み)障害の評価や家族への食事形態の指導はなかった。おむつ交換が必要な状態で退院。退院7日後に家族がケアマネに連絡し、サービス調整開始したが、退院10日後には肺炎で再入院となった。

地域連携室が整備も、退院支援がない原因



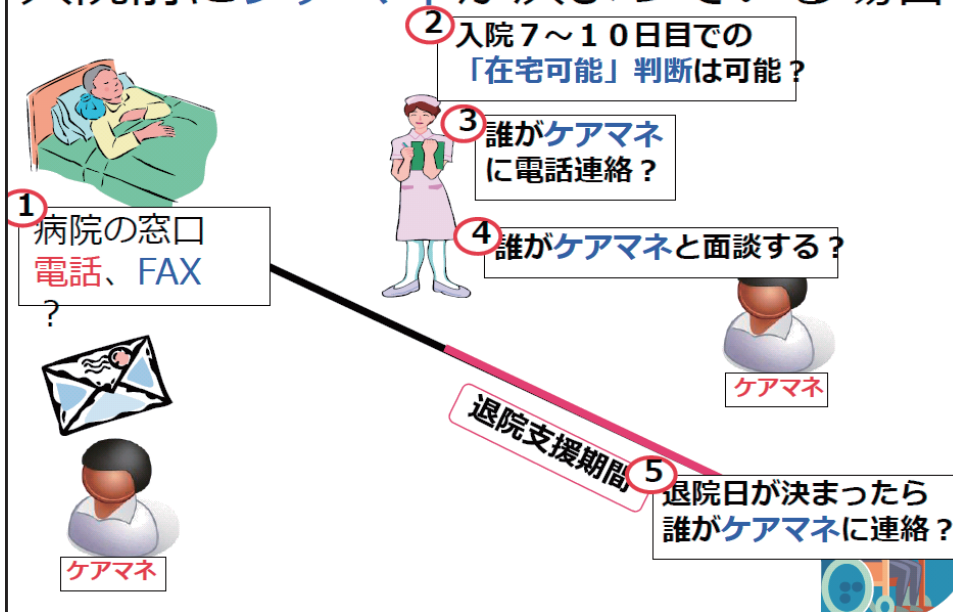
病院とケアマネはバラバラでは協議できない



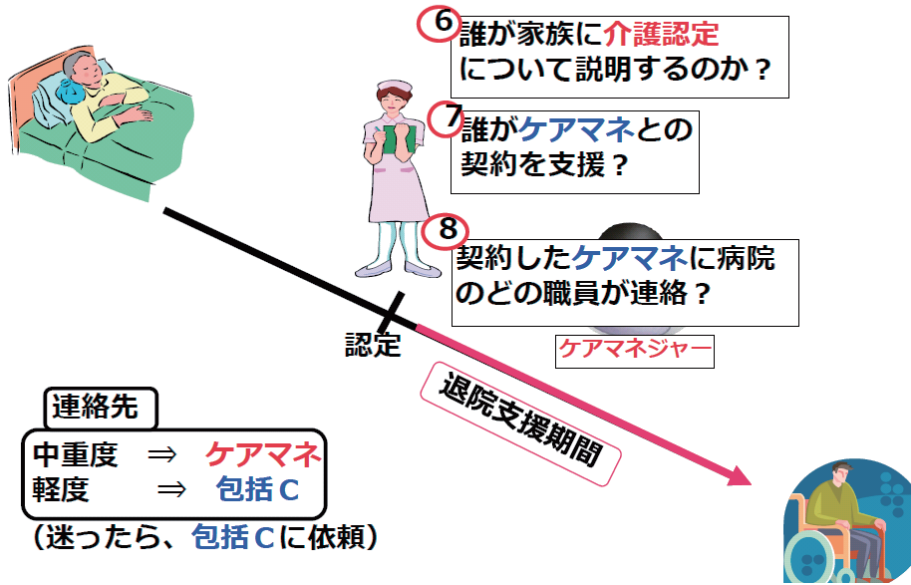
院内での運用ルール

8つのチェックポイント

入院前にケアマネが決まっている場合

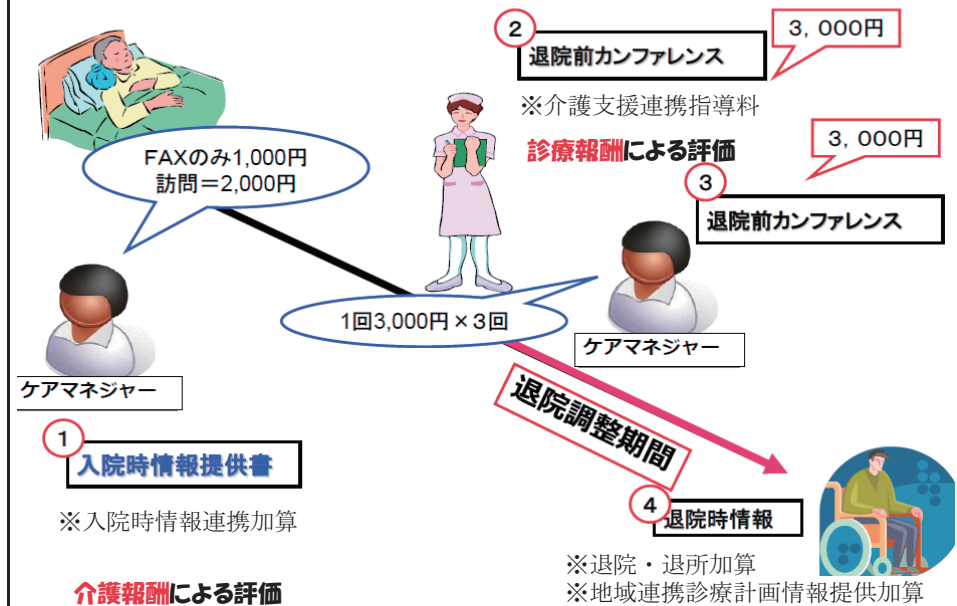


ケアマネが決まっていない場合



※各病院に対して、1～8についての協議を要請

退院支援での報酬 (概要)



医療介護連携（退院支援）調整会議

厚労省マニュアル
(抜粋)

コーディネーター：県、保健所、市町村（包括C）、県アドバイザー

	テーマ	参加者		
		看護部長ら	ケアマネ代表	ケアマネ
1	病院の組織化	●		
2	ケアマネの組織化			○
3	退院支援ルールの確認			○
4	病院から欲しい情報確認			○
5	病院、ケアマネ双方の状況と要望発表	●	●	
6	病院からの要望、反応を報告し協議			○
7	書式案検討、病院の運用方法確認	●	●	
8	ルール、書式案の最終確認			○
9	退院支援ルールの手引きを確認	●	●	

保健所等

- ・モデル二次医療圏のコーディネーター
- ・退院支援状況確認アンケート結果を圏域として集計、報告
- ・病院、ケアマネ事業所を組織化し、両者の協議を調整

砺波厚生センターでのこれまでの主な取り組み

厚労省「退院支援ルール策定マニュアル」を参考に取り組み

1. 地域診断

圏域入院完結率（患者調査）、圏域将来人口推計、管内医師会・ケアマネ協議会・地域包括支援センター、介護支援連携指導料等

2. 戦略会議

公的病院連携室連絡会（隔月） ⇒ 各病院内での退院支援状況を把握

管内保健師長会；保健所、保健センター、地域包括支援センター（3か月ごと）

管内保健福祉部課長会議（5月8日）

3. 病院組織化

各公的病院（院長、事務長、看護部長）に個別説明・協力要請（5月）

各医師会長に個別説明・協力要請（5月）

管内病院看護部長会議；民間含む（6月10日）⇒ 各病院内で退院支援ルール確認を要請

南砺市医師会地域連携部会（6月18日）

4. ケアマネ組織化

居宅介護支援事業者連絡協議会（7月4日）⇒ 退院調整もれ実態調査の協力を要請

※下線は研修会と併せて実施（医療法改正による病床機能報告制度・地域医療ビジョン、介護保険法改正による新たな地域支援事業等、診療報酬改定による医療機能分化・連携など）

5. 退院調整もれ実態調査（7月） ※全県下で実施

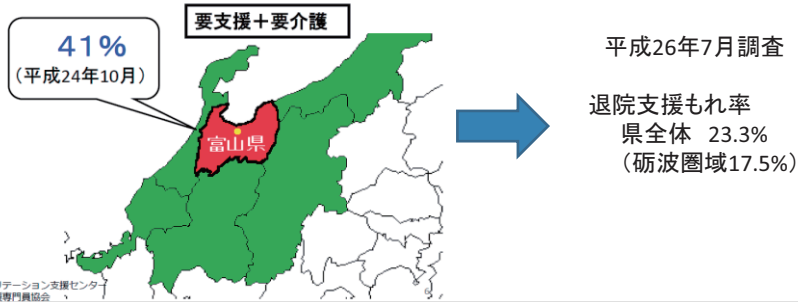
6. 病院－ケアマネ協議会（10月6日、2月27日）

ケアマネへのアンケート

利用者	退院された病院名 (市外の病院も含めて)	要支援・要介護 の区別	病院からの 引継ぎの連絡
1		支援・介護	有・無
2		支援・介護	有・無
3		支援・介護	有・無
4		支援・介護	有・無
5		支援・介護	有・無
6		支援・介護	有・無
7		支援・介護	有・無
8		支援・介護	有・無
9		支援・介護	有・無
10		支援・介護	有・無

「先月の退院患者について教えてください」

富山県での退院支援なし退院率



砺波医療圏病院・ケアマネ協議会

(平成26年10月6日 市立砺波総合病院会議室)



退院調整ルール概要

要介護状態の患者の居宅への退院準備の際に病院からケアマネに引き継ぐ
(退院直前のケアマネへの引き継ぎや引き継ぎがない自宅退院をなくす)

入院時に介護保険被保険者証を確認

既にケアマネ・包括Cと契約している患者は当該ケアマネに引き継ぐ

入院中に要介護・要支援となり、退院後に介護保険利用が見込まれる場合は、介護保険申請やケアマネ決定を支援

ケアマネから入院時情報提供書
(1週間以内に)

○退院調整を要する患者の基準

1 必ず退院支援が必要な患者 (要介護)

- ・立ち上がりや歩行に介助が必要
 - ・食事に介助が必要
 - ・排泄に介助が必要あるいはポータブルトイレ使用中
 - ・日常生活に支障をきたすような症状がある認知症
- 1項目でも当てはまれば →ケアマネジャーへ連絡

2 それ以外 (要支援の一部)

- ・独居かそれに近いで、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
 - ・(ADLは自立でも) がん末期の方
 - ・新たに医療処置 (経管栄養、吸引など) が追加された方
- 地域包括支援センターへ連絡(迷ったときは包括Cに)

「在宅退院ができる」と判断する基準；退院調整期間(なるべく1週間程度以上)を考慮

- ① 病状がある程度安定した状態で退院できそうである
- ② 在宅での介護が可能そうである

退院前にケアマネと面談

(病院担当者が事前に主治医・リハビリスタッフ等から医療情報を聞き取り)

協議の主な決定事項

管内病院－ケアマネ協議会(平成26年10月6日、平成27年2月27日)

○病院の代表者として「看護部長」をあてること

病院によって看護部長の力量が異なる。

⇒保健所から院長・事務長に説明・協力要請し看護部長を支援。

看護部長会議には連携室も参画(事前に連携室連絡会で調整)。

○病院の担当者は「看護師・MSW」とし、医療情報を聞き取ること

病院によって連携室まかせになっている。

⇒看護部長を病院の代表者として看護師の役割を明確化する。

○病院単位の具体的運用方法を決め、ケアマネに公表すること

病棟ごとで患者の状況、スタッフの状況が異なる。

⇒ポイントを絞る。各病院の対応方針は継続的に見直す。

○管内病院全体の統一ルールを示すこと

病院によっては独自の退院支援を実施。病院で患者の状況、スタッフの状況が異なる。

⇒あまり細かく決めすぎない。ルールは継続的に見直す。

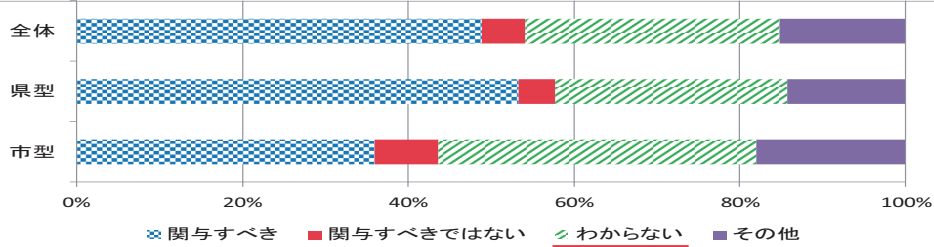
○管内居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの統一ルールを示すこと

事業所によって運営方針が異なる。地域包括支援センターに余裕がない。

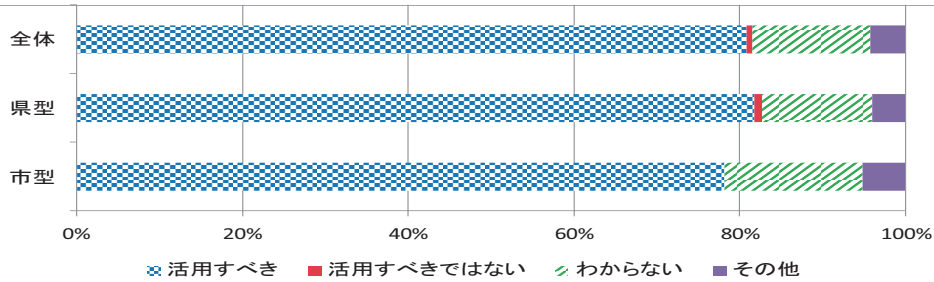
⇒あまり細かく決めすぎない。ルールは継続的に見直す。要支援は弾力的。

保健所アンケート(H26)

保健所による退院調整への関与



介護・医療関連情報の「見える化」システムの活用

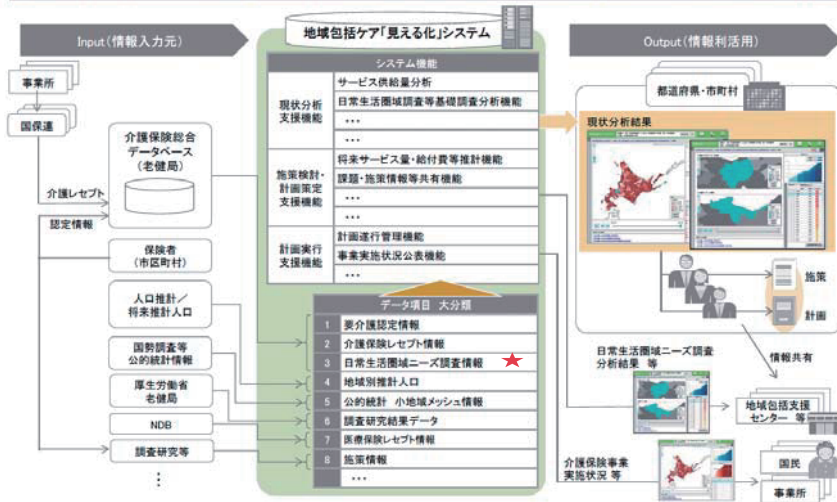


老健局 地域包括ケア「見える化」システム

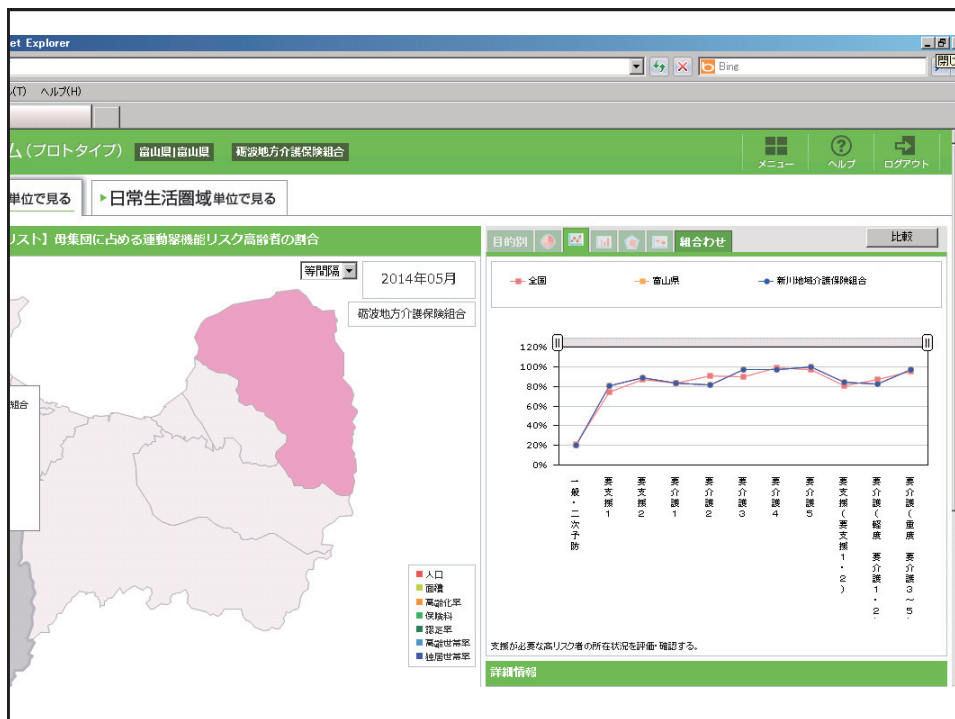
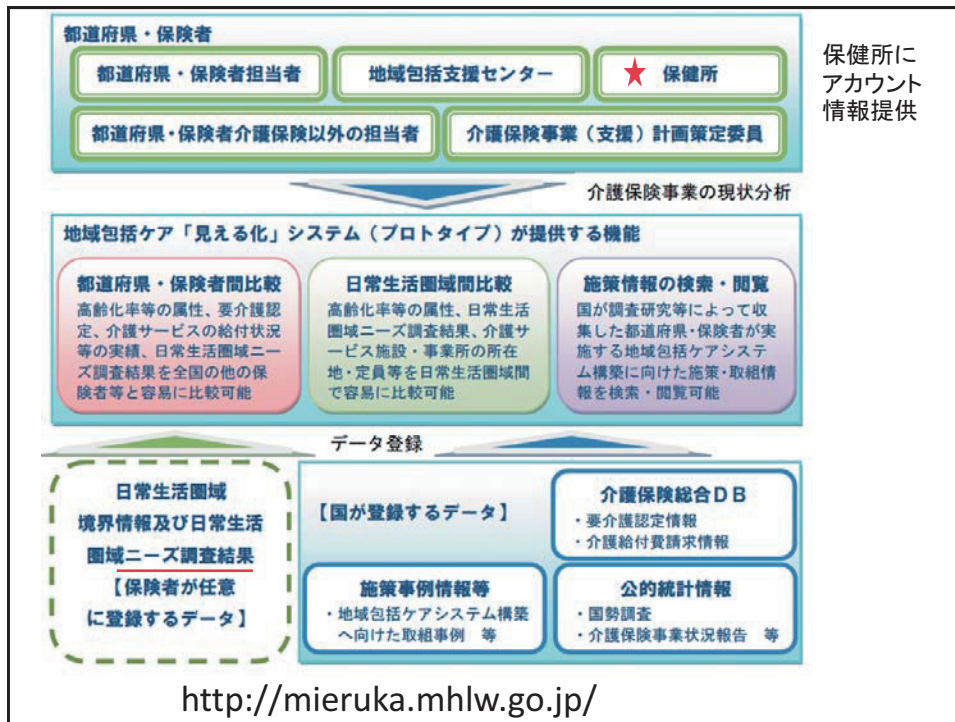
厚労省資料

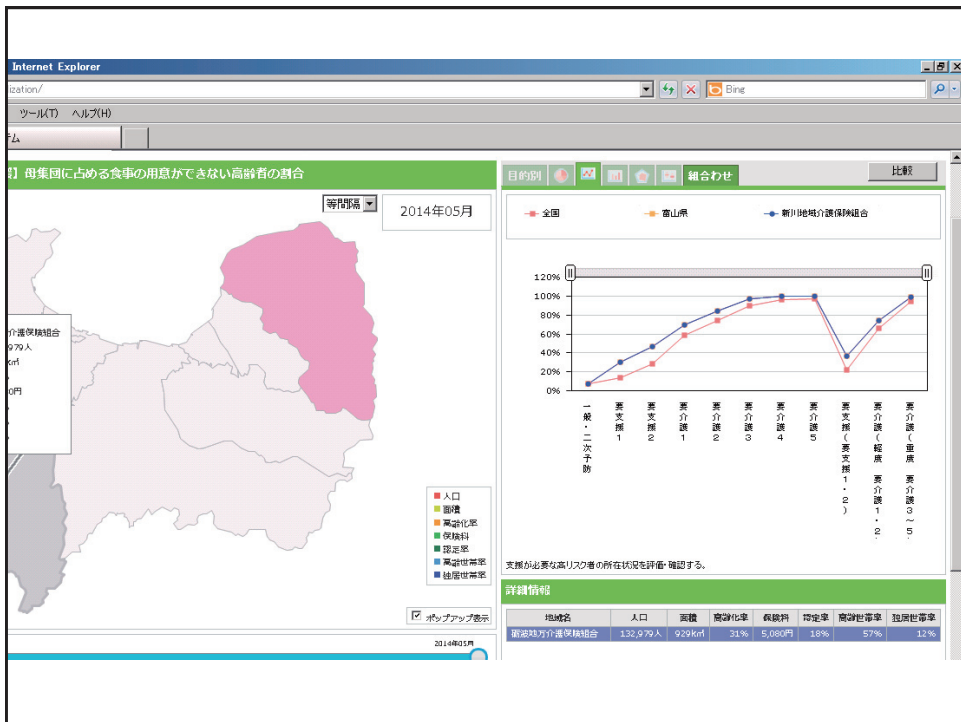
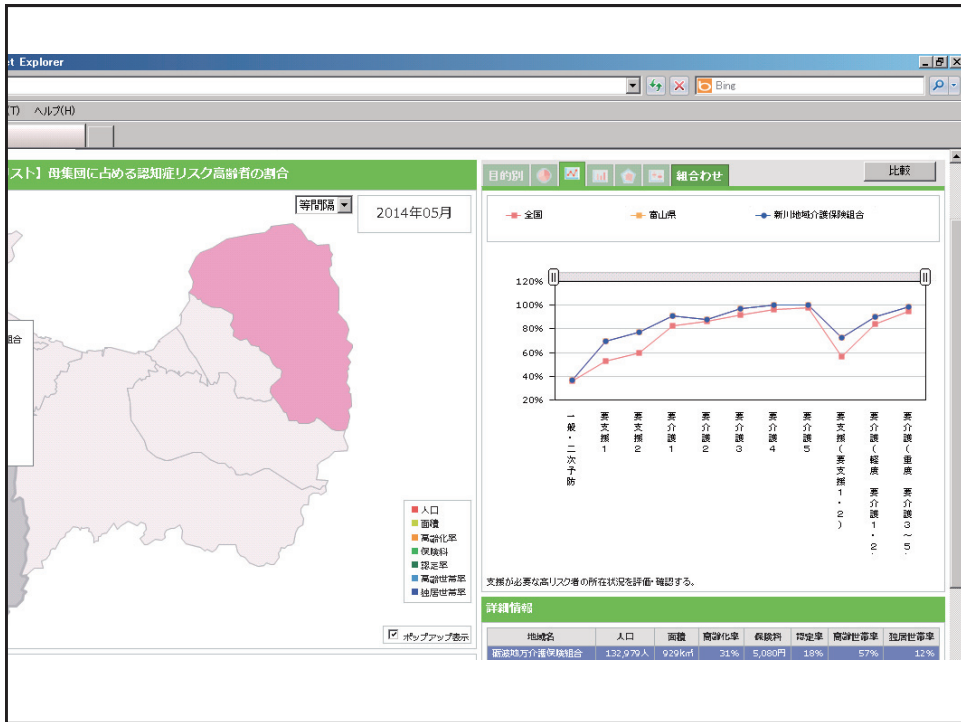
平成26年度以降の介護・医療関連情報の「見える化」の推進（イメージ）

地域包括ケアシステムの構築に向けて、全国・都道府県・二次医療圏・老人福祉圏・市町村・日常生活圏別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるように、介護・医療関連情報を、国民も含めて広く共有（「見える化」）するためのシステムの構築等を推進する



http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/sankou5_1.pdf





※分析連携ツールとして保険局「**国保データベース(KDB)システム**」

【重点課題の抽出(健康課題の明確化)】(出介護データから重点課題を抽出する)

活用方法 要介護(支援)者における、有病割合の大きい疾病や有所見割合の大きい項目を確認し、高齢期の要介護状態と生活習慣病との関連(重症化や要介護状態に至る要因)を把握するとともに、介護予防事業の展開につなげる。

「要介護(支援)者有病状況」(検索ID:P24_002) 要介護(支援)認定者[※]の有病状況を見ることができます。 [※]「受給者台帳」に登録されている被保険者に限る。

保険者番号: 保険者名: 市町村別 印刷件数: ページ

疾病状況	1号被保険者						計
	要介護1	要介護2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	
推定者	2,096	2,039	2,248	2,347	1,887	1,738	1,522
有病状況	677 (32.5)	663 (32.5)	686 (30.5)	706 (30.1)	495 (26.2)	350 (20.1)	503 (32.9)
糖尿病	159 (7.6)	159 (7.8)	159 (7.1)	159 (6.8)	159 (8.4)	159 (9.1)	159 (10.4)
心臓病	1,450 (71.4)	1,450 (71.4)	1,450 (64.5)	1,450 (61.8)	1,450 (77.1)	1,450 (83.4)	1,450 (95.3)
脳疾患	423 (20.5)	423 (20.7)	423 (19.0)	423 (17.8)	423 (22.5)	423 (24.3)	423 (27.8)
がん	335 (16.1)	335 (16.4)	335 (15.0)	335 (14.0)	335 (17.8)	335 (19.3)	335 (22.0)
精神疾患	388 (18.6)	388 (19.0)	388 (17.2)	388 (16.1)	388 (20.6)	388 (22.3)	388 (25.5)
脳・脊髄疾患	1,493 (71.8)	1,493 (73.5)	1,493 (66.5)	1,493 (60.1)	1,493 (79.1)	1,493 (85.9)	1,493 (98.1)
腎臓病	87 (4.2)	87 (4.3)	87 (3.9)	87 (3.7)	87 (4.6)	87 (4.9)	87 (5.7)
その他	2,234 (107.1)	2,234 (110.0)	2,234 (100.0)	2,234 (91.2)	2,234 (118.8)	2,234 (126.5)	2,234 (146.6)
計	7,241 (347.1)	7,241 (356.4)	7,241 (325.5)	7,241 (298.6)	7,241 (390.1)	7,241 (410.1)	7,241 (478.1)

※ 2号被保険者の有病状況も確認可能です。
 ■ 1号被保険者と2号被保険者の有病状況を比較することにより、予防活動の重要性を見出すことができます。

※厚生センター(保健所)での研修や連絡会でKDB活用研修

520_002 国保データベース(KDB)システム メニュー

健康課題の把握	特定健診・保健指導集計	疾病別医療費分析	健診・医療・介護の突合	その他
地域全体の把握	特定調査様式出力	医療費分析(1) 細小分類	要介護(支援)者認定状況	CSVデータ出力
指定・国庫・市町村からみる地域別の把握調査	厚労省様式出力	医療費分析(2) 大・中・細小分類	要介護(支援)者有病状況	帳票出力
市町村別データ	保健指導対象者の把握	六分類	要介護(支援)者突合状況	基本コース
同規模保険者比較	保健指導対象者の取込み(国保・市保)	中分類	経年比較	オプション設定
	保健指導対象者一覧	細小分類	質問票調査の経年比較	ユーザ管理
	被保険者管理台帳	生活習慣病	保健指導対象と非保健指導対象の経年比較	
	疾病管理一覧		医療費分析の経年比較	
	保健指導担当別		医療・介護の突合の経年比較	

全国共通の特定健診、国保・後期高齢者医療レセプト、介護レセプトの分析システム

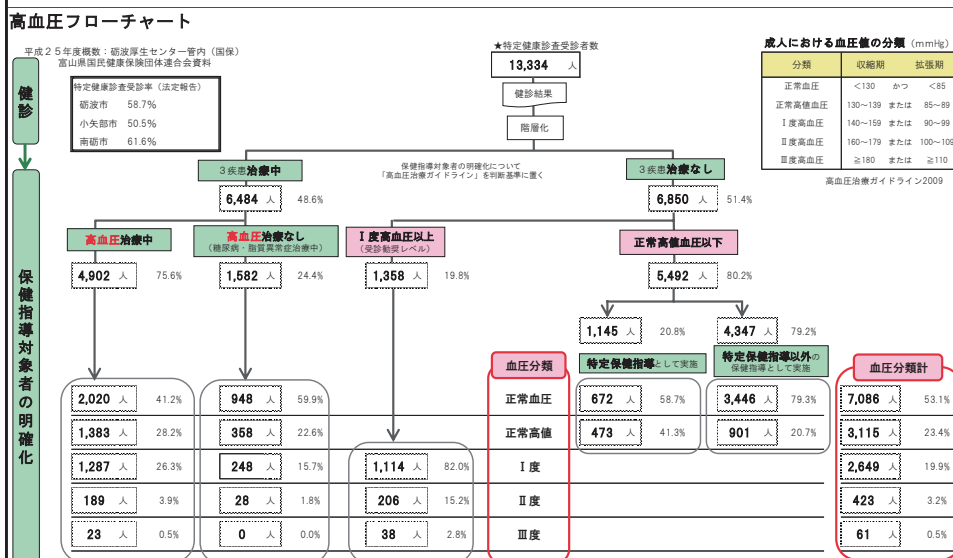
取組例

南砺市 KDBシステムの活用

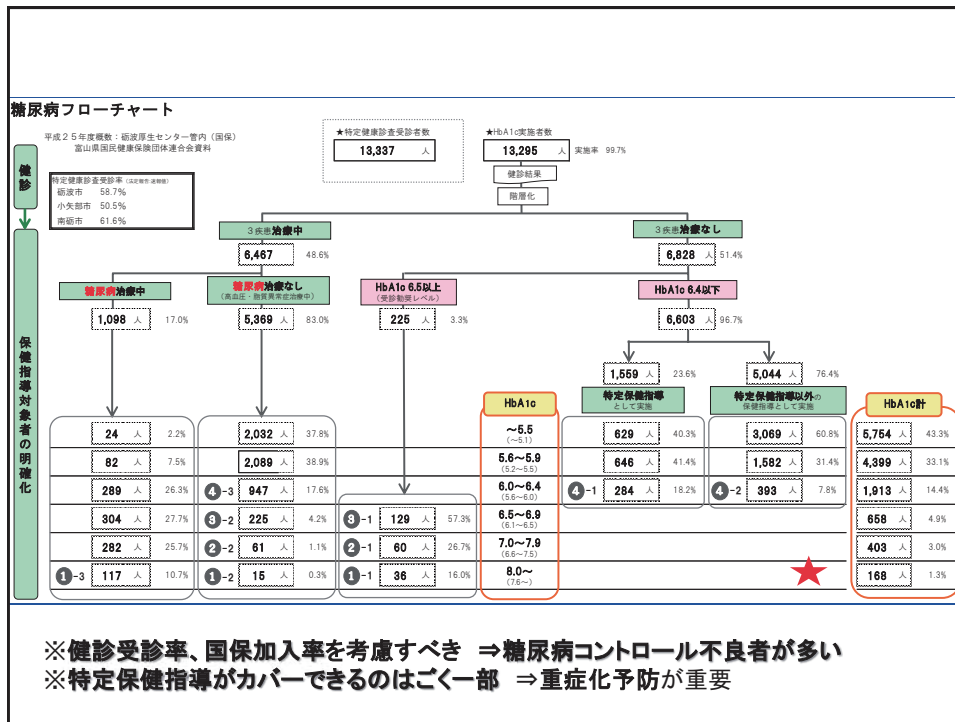
(南砺市健康づくり推進協議会資料から)

- **要介護認定者**のレセプト(平成26年3月分)
⇒脳卒中65.0%
- **脳血管疾患の基礎疾患**(平成25年5月分)
⇒**高血圧**74.0%、**糖尿病**53.3%
- **虚血性心疾患の基礎疾患**(平成25年5月分)
⇒高血圧70.5%、糖尿病56.9%、脂質異常症62.6%
- **人工透析**268件、1億1574万円
⇒糖尿病性腎症144件(53.7%)
- **高額疾患**(80万円レセプト)484件(6億6132万円)
⇒脳血管疾患59件(6570万円)、虚血性心疾患26件(4241万円)

砺波厚生センター管内国保特定健診結果



※国保の健診受診者ではIII度高血圧で約6割が未治療



※健康増進計画では「高齢者の健康」もテーマに

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成24年7月10日）

(3) 高齢者の健康

項目	現状	目標
① 介護保険サービス利用者の増加の抑制	452万人 (平成24年度)	657万人 (平成37年度)
② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	0.9% (平成21年)	10% (平成34年度)
③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加	(参考値) 17.3% (平成24年)	80% (平成34年度)
④ 低栄養傾向（BMI 20以下）の高齢者の割合の増加の抑制	17.4% (平成22年)	22% (平成34年度)
⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり）	男性 218人 女性 291人 (平成22年)	男性 200人 女性 260人 (平成34年度)
⑥ 高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）	(参考値) 何らかの地域活動をしている高齢者の割合 男性 64.0% 女性 55.1% (平成20年)	80% (平成34年度)

※健康増進部門と介護保険・介護予防・高齢者福祉部門との連携 ⇒ 健康づくり推進協議会等の活用

地域において、
医療計画・地域医療ビジョン、がん対策推進計画
介護保険事業計画、高齢者保健福祉計画
障害福祉計画、地域福祉計画
医療費適正化計画、健康増進計画、データヘルス
計画等
を一体的に推進



保健所の総合調整が期待

※砺波厚生センター（保健所）では管内**保健・福祉**保健師リーダー等連絡会（年間4回）、地域**保健・福祉**関係職員キャリアアップ研修（3～4回；新任、中堅）を実施

※保健師助産師看護師法第36条の「**保健所長による管内保健師に対する指示**」の一環として、地域包括ケアシステム推進を期待 ⇒医師会長、病院長、首長等には保健所長が働きかけ

研究班とりまとめ案

本庁との連携(案)

- ・ 本庁における在宅医療、地域包括ケアシステムを推進する**部局横断的な組織**に保健所(代表者)が参画
- ・ 本庁各部局による保健所担当者会議やメーリングリスト等を活用した本庁－保健所の**双方向**の情報共有、意思疎通
- ・ 本庁による保健所職員に対する**研修**(医療計画作成支援データブックや病床機能報告制度等を踏まえた地域医療ビジョンに関する研修、地域包括ケア見える化システムやKDBIに関する研修、ICT連携に関する研修等)
- ・ 本庁との連携・**協働**による、医療圏を超えた広域的な協議会、資源把握(マップ、ガイド作成等)、研修、情報共有、普及啓発等

市型保健所の取組(案)

- 区市の在宅医療、地域包括ケアシステムを推進する**部局横断的な組織**に参画
- 管内の関係機関・団体の取組みに**支援・協力**
- **難病患者・障害者(児)支援ネットワーク**を推進
- **精神保健福祉対策**の一環として認知症対策を推進
- **健康増進計画**の「高齢者の健康」を推進する一環として、**地域包括ケア見える化システム**やKDBの分析・活用を推進
- 地域の実情に応じて、同一医療圏内の**県型保健所**や**拠点施設**等と連携・協働した**広域的取組み**(**圏域医療計画・地域医療ビジョン、地域リハビリテーション、退院支援**等)など

在宅医療・地域包括ケアシステムの推進に関する見解

全国保健所長会 地域保健の充実強化に関する委員会 平成26年3月10日 抜粋

- ヒューマンネットワークによる在宅医療・医療介護連携・地域包括ケアを推進することが、地域における**健康危機管理の強化にもつながる**。
- 在宅医療・地域包括ケアシステムの推進は、平成24年3月の地域保健対策検討会報告書に記載された「**地域性・時代性を重視した高度な非定型業務**」にあたり、**県型・市型にかかわらず、今後の保健所にとって重要な公衆衛生業務の一つである**。保健所が福祉関係部署等の機関と組織統合されている場合は、**保健福祉の統合組織として保健所機能の推進が期待される**。また、保健所の役割が果たせるよう、適切な人員配置、予算の確保が必要である。
- 今後、新たな医療計画や地域保健対策基本指針等を踏まえて、**保健所の役割を再認識し、それぞれの保健所が置かれた立場で、市町村、医師会をはじめ、地域における関係機関・団体との**連携・協働で、主体的・能動的に、創意工夫しながら、チーム力で取り組む**ことが期待される**。

http://www.phcd.jp/02/soukai/html/iinkai_chihokenjyu.html#H25

在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステム推進における7つのA

保健所のアクション(Action)

- **アプローチ(Approach)**
カギとなる人物への接触・面会、意見交換
- **アピール(Appeal)**
関係機関に保健所の役割をアピール
- **アシスト(Assist)**
関係機関・団体に対する支援、研修や会合の共催など
- **アレンジ(Arrange)**
既存の関連事業の工夫、関連機関・団体の事業との調整
- **アナリシス(Analysis) & アセスメント(Assessment)**
指標分析、地域課題の評価、事業評価

※「所管部局の明確化と企画調整部門の強化」「組織横断的取組み」「本庁関係部局との連携・協働」「市町村と保健所の連携・協働」「関係機関・団体ネットワーク」による7つのAの実践

81

地域保健にとって、地域包括ケアシステムの推進は大きなチャンス

- **組織横断的取組み**
医療・看護、介護・リハビリ、予防・保健、生活支援・福祉、住まい
- **2025年を見据えた中長期的計画**
介護保険事業計画、地域医療構想(ビジョン)
- **全国共通の分析評価ツール**
地域包括ケア見える化システム、KDB、医療計画作成支援データブックなど
※今後のがん登録、難病データベース等にも期待
- **非定型的業務の展開**
地域性を重視した創意工夫
- **地域住民とともに進める「まちづくり」**
自助、互助、共助、公助

平成27年1月30日(金)山口県健康づくりセンター
山口県行政保健師研修

地域包括ケアシステムに向けての 保健所(厚生センター)の取り組み ～在宅医療・介護連携推進を意図した活動～

富山県砺波厚生センター(保健所)
福井 貴実子

1

厚労省

平成24年度在宅医療連携拠点事業 総括報告書 p60

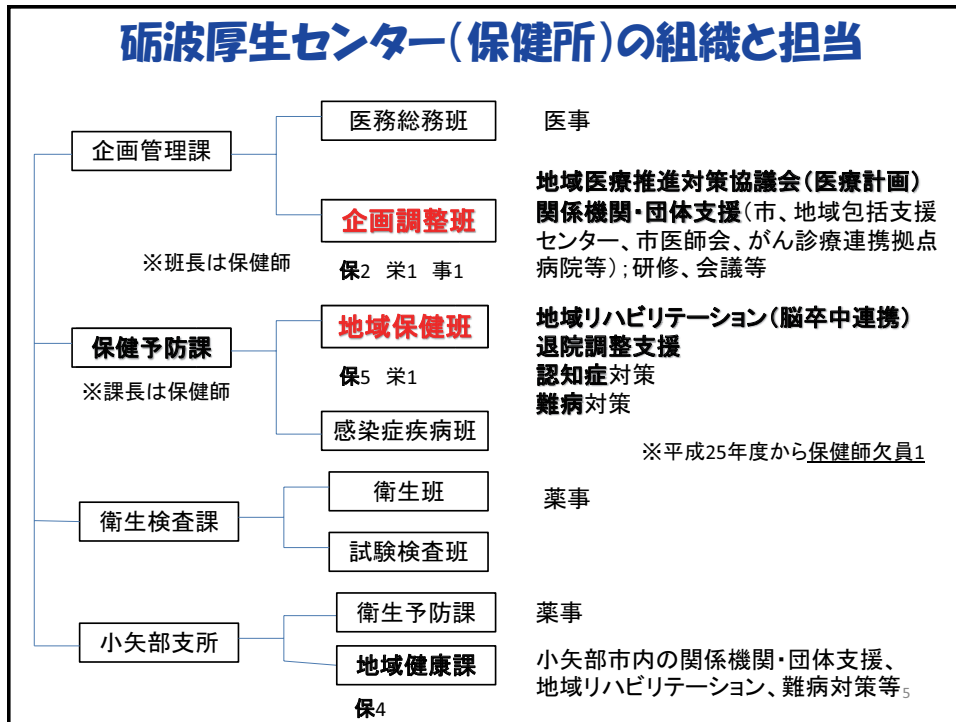
平成25年10月発行

http://www.mhlw.go.jp/seisakuni suite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/seika/dl/h24soukatsu.pdf

保健所は、これまでに**医療計画**を通じた**在宅医療**の推進に留まらず、**難病**対策、**地域リハビリテーション**対策、**がん緩和ケア**対策、**認知症**対策、**介護予防**対策等の実績があり、地域の関係機関・団体に働きかけやすく、これらの技術的なノウハウがある等の強みがある。これまで取り組みの経験がない市町村に対して**市町村どうし**の情報交換を促し、**市町村を越えた広域での調整**を行うなど、**積極的な支援**が期待される。

- ※保健所のこれまでの取り組み実績が評価されている
- ※分野別の取り組みを通じた連携・協働はわかりやすい
- ※**保健所は市町村等に支援・協力するだけではない!**

砺波厚生センター(保健所)の組織と担当



主なポイント

圏域医療計画

研究班とりまとめ案

- 医療介護連携関連のテーマとして、在宅医療、脳卒中(急性期～生活期)、がん(緩和ケア含む)、精神疾患(認知症含む)
- 実働メンバーによる部会を活用
- 既存事業(地域リハビリ、緩和ケア、精神関連事業等)と連携
- 指標による評価 ⇒ 今後、医療計画作成支援データブックを活用; 研修が必要
- 今後、病床機能報告制度を踏まえた地域医療ビジョンを協議; 研修が必要
- 診療報酬による病床機能分化(7対1入院基本料、地域包括ケア病棟等)と連携(介護支援連携指導料、退院時共同指導料等)を理解
- 医療機関立入検査を通じた情報収集、意見交換

砺波地域医療推進対策協議会 (二次医療圏医療計画の推進事務局:圏域連携会議)

※平成24年度策定の医療計画では、在宅医療、脳卒中(急性期～生活期)、精神疾患(認知症含む)、がん(緩和ケア含む)もテーマに
 ※各市、関係機関・団体とともに、PDCAによる医療計画の推進 (下線は24年度から)

＜協議会委員＞

- ・各副市长
- ・各医師会長
- ・各公的病院長
- ・歯科医師会長、県歯科医師会理事
- ・圏域薬剤師会長
- ・訪問看護ステーション所長
- ・公的病院看護部長
- ・老人保健施設長
- ・社会福祉協議会長
- ・連合婦人会長
- ・消防組合消防長
- など24名

平成26年2月21日 砺波厚生センター(保健所)講堂



実働メンバーによる部会を順次開催 ⇒ 計画策定後も部会継続

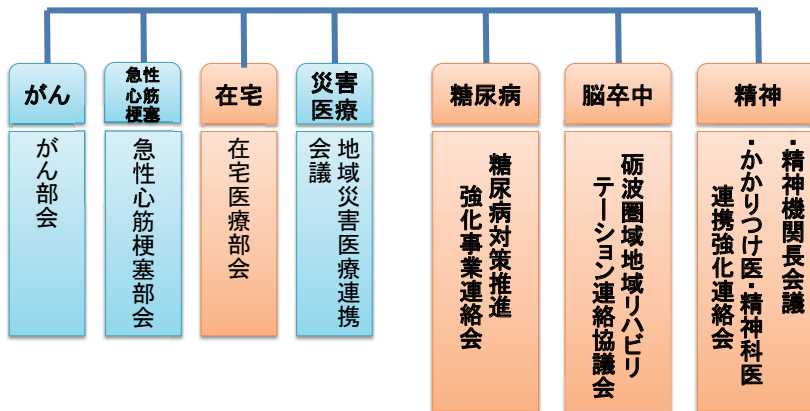
7

二次医療圏医療計画の推進

砺波地域医療推進対策協議会

医療・保健・福祉・行政等の委員で構成

○砺波医療圏における地域医療計画の策定及び計画の推進、保健・医療・福祉の連携の確保充実を図る。



8

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～）

- 介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ。
- 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。
- 各市町村が、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 一部を都市医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することができる。
- 都道府県・保健所が、市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、事業実施の手引き書や事例集の作成等により支援。都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目

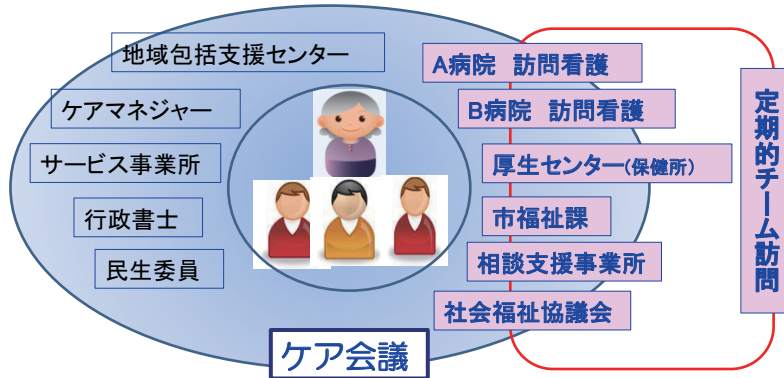
- (ア) 地域の医療・介護サービス資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応の協議
- (ウ) 在宅医療・介護連携に関する相談の受付等
- (エ) 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援
- (オ) 在宅医療・介護関係者の研修
- (カ) 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
- (キ) 地域住民への普及啓発
- ★ (ク) 二次医療圏内・関係市町村の連携

※医療介護連携は市町村内で完結しないことが少なくない

精神保健福祉対策

項 目	事 業	回数	項 目	事 業	回数
ア 地域の医療・介護サービス資源の把握	・認知症高齢者実態調査	-	カ 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築	・精神科救急医療体制	-
	・精神保健福祉関係資料	1		・精神科救急情報センター	-
	・困った時にはまずここへ～相談窓口一覧表～	1		・訪問看護	-
	・医療情報情報	1		・認知症啓発普及リーフレット	1
イ 在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応の協議	・医療機関リスト	1	キ 地域住民への普及・啓発	・精神障害者のための生活支援ガイド	1
	・管内精神医療保健福祉機関長等連絡会議	11		・精神保健福祉ボランティア養成事業	10
	・精神保健福祉推進協議会（推進協）	11		・地域住民対象の講演会等	5
	・かかりつけ医・精神科医連携強化連絡会	1		・地域研修会・出前講座	14
ウ 在宅医療・介護連携に関する相談受付	・通院支援連絡会議	3	ク 二次医療圏内関係市町村の連携	・精神保健福祉研修会（推進協）	5
	・ケア会議	5		・認知症疾患医療センター	1
	・通院支援推進者会議	2		・高齢者のあしたを考える会	7
	・地域包括支援センター	-		・認知症地域精神保健福祉推進協議会	3
エ 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援	・精神保健福祉相談	24	・認知症地域精神保健福祉推進協議会	17	
	・認知症情報共有ツール・手引き書	1	・管内精神保健福祉推進者連絡会	4	
	・かかりつけ医と精神科医の紹介システム	1	・認知症地域医療推進対策協議会・精神科（管内精神保健福祉機関長等連絡会・かかりつけ医・精神科医連携強化連絡会）	2	
	・入院診療計画書	-	・管内市町村保健衛生福祉主管部長会議（保健衛生福祉主管部長）	1	
オ 在宅医療・介護関係者の研修	・認知症初期集中支援チーム	1	・管内保健・福祉長幹部リーダー等連絡会（保健福祉等リーダー協議会）	4	
	・事例検討会	54	・在宅医療支援センター支援（主治医・副主治医制、多職種連携研修等）	24	
	・コンサルテーション	6	・小規模施設運営管理運営連絡会（民間病院・有床診療所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設）	1	
	・ケアプラン研修会	3			
	・地域連携支援研修会	6			
	・ケア会議	27			
	・同行訪問（チーム訪問）	11			
	・市主体の精神保健福祉事業への支援	5			
	・管内精神障害者社会復帰施設への支援	34			
	・認知症疾患医療センターとの連携体制の構築				
展 覧					
	・在宅医療のシステム化				
	・在宅医療介護のICT連携				
	・連携バスの推進				

精神保健事業（個別支援）



	24年度		25年度		26年(4~12月)	
	実数	延数	実数	延数	実数	延数
相談件数	129	962	105	498	140	293
訪問件数	35	171	37	214	38	190
ケア会議 事例数	16	29	14	25	17	27
参加者	280		229		204	

(支所含まず) 集計方法異なる

11

管内精神医療保健福祉機関長等連絡会議

精神保健福祉に関わる保健機関、医療機関、福祉機関の関係者との連携を図り、各関係機関がそれぞれの役割を果たせるよう支援し、もつて、精神保健福祉事業の充実を図ることを目的とする。医療計画の精神部会としても位置付けている

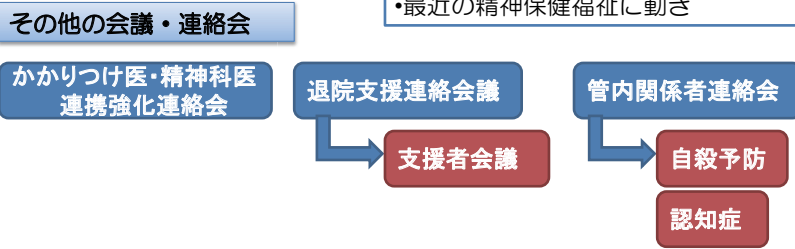
<構成メンバー>

- 各医療機関の長
- 各市医師会長
- 社会復帰施設の長
- 各市の保健・福祉担当課長
- 各地域包括支援センター長 等

計31名

<議題> 平成26年6月4日開催

- 管内精神保健福祉の状況
- 医療計画の進捗状況
 - 医療計画の指標
 - 精神科医と一般かかりつけ医の連携について
 - 認知症対策について
- 今年度の取り組み
 - 第4期障害福祉計画について
 - 精神保健福祉法改正後の動きについて
 - 認知症高齢者実態調査について
- 最近の精神保健福祉に動き 等



12

- 医療計画の精神疾患（認知症）と連動
- 医療保護入院（認知症）にかかる指導・支援
- 認知症疾患医療センター、地域包括支援センターと連携
- 地域の実情に応じて、**広域的な協議会、資源把握**（マップ、ガイド作成等）、研修（認知症初期集中支援チームに向けた準備；基礎、アセスメント、具体的取り組み、関係機関連携）、情報共有、普及啓発等
- **介護予防事業と連携** ⇒ 地域包括ケア見える化システムによる評価

①市町村域を超えた広域的連携、②精神医療改革との連動、③医療計画(精神疾患)との連動の観点から、認知症対策は市町村と保健所の連携・協働が不可欠

認知症パンフレット

やっぱり
我が家がいいよね!!
～家族みんなが笑顔で暮らすために～



知っていますか?

- 65歳以上の4人に1人が、認知症とその予備軍
- 85歳の約半数、95歳以上の約8割は認知症と推定

認知症は早期に対応すれば、良い状態のまま自宅で長く過ごせる時代です。

—— 高齢者のあしたを考える会 ——
富山県砺波厚生センター、北陸病院認知症医療センター
富山市・小矢部市・南砺市地域包括支援センター

※北陸病院（**認知症疾患医療センター**）、各市地域包括支援センターとともに、平成25年9月「**高齢者のあしたを考える会**」を組織；事務局は砺波厚生センター（保健所）
⇒ 認知症パンフレットを共同作成

早めに相談することが、何より大切です。
「認知症かもしれない」「どうしよう、困ったな」と思ったら、
※ まずは「**かかりつけ医**」にご相談ください。
※ 他にも相談できる場所があります。お気軽にご相談ください。

—地域の相談窓口—

〈かかりつけ医〉ご自分のかかりつけ医にご相談ください

医療機関名	電話番号	住所
《地域包括支援センター》高齢者の健康・医療・福祉・介護についての相談をお受けしています		
名 称	電話番号	住 所
砺波市地域包括支援センター	(0763)33-1111	砺波市東町7-3 (砺波市役所高齢介護課併設)
小矢部市地域包括支援センター	(0766)67-6905	小矢部市東島1-5 (小矢部市総合保健福祉センター健康福祉課内)
南砺市地域包括支援センター	(0763)23-2034	南砺市北郷1009 (若口行政センター内)

《認知症疾患医療センター》認知症に関する専門的な相談・診断・治療を行っています

医療機関名	電話番号	住所
独立行政法人国立病院機構 北陸病院	(0763)62-1340	南砺市窪米6963

《専門医療機関》

医療機関名	電話番号	住所
市 立 砺 波 加 齢 病 院	(0763)32-3320	砺波市新島町1-61
砺波サナトリウム 富井 病院	(0763)33-1322	砺波市太田570
新 潟 県 南 砺 市 立 病 院	(0766)67-0028	小矢部市島中4-10
小 矢 部 大 塚 病 院	(0766)67-2002	小矢部市島中321
南 砺 市 民 病 院	(0763)82-1415	南砺市和泉938
公 立 南 砺 中 央 病 院	(0763)53-0001	南砺市梅野2007-5

《厚生センター（保健所）》心の相談をお受けしています

名 称	電話番号	住 所
富 山 県 砺 波 厚 生 セ ン タ ー	(0763)22-3512	南砺市富康147
富山県砺波厚生センター(小矢部支所)	(0766)67-1070	小矢部市島中250-1

— 認知症介護情報ネットワーク —: <http://www.dcnnet.gr.jp/>

①認知症について ②相談先リンク ③研修情報 ④お役立ちリンク集等が掲載されています。

※この内容は 富山県砺波厚生センターのホームページからも見ることが出来ます。

砺波圏域認知症ケアパス概念図（案）

		認知症の進行（右にいくほど発症から時間が経過し、進行している状態）			
		認知症疑い	日常生活は自立 誰かの見守りがあれば 日常生活は自立	日常生活に手助け 介護が必要	常に介護が必要
主なサービス	相談	要介護、要支援状態 地域包括支援センター、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所、 医療機関（認知症疾患医療センター、もの忘れ外来等、かかりつけ医）			
	介護予防・悪化予防	地域支援事業 介護予防事業		介護保険サービス	
	安否確認・見守り	民生委員 高齢者福祉推進員 認知症サポーター 高齢者等見守り支援事業 認知症高齢者徘徊支援 食の自立支援事業 ケアネット活動			
	生活支援	居宅介護支援 訪問介護 訪問看護 通所介護 通所リハビリ 短期入所生活介護 短期入所療養介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 日常生活自立支援事業・ケアネット活動・高齢者経済生活支援事業（除排雪支援等）			
		食の自立支援事業		県総合支援事業（おむつ支給、寝具洗濯事業等） 在宅空介介護高齢者福祉金 外出支援サービス	
	身体介護	予防給付		介護給付	
		訪問介護 訪問看護 通所介護 通所リハビリ 短期入所生活介護 短期入所療養介護 認知症対応型通所介護 福祉用具貸与 特定福祉用具購入 小規模多機能型居宅介護 精神科訪問看護、精神科デイケア			
	保健指導	*特定健康診査・後期高齢者健康診査 認知症疾患医療センター 専門医療機関			
	医療	かかりつけ医 認知症サポート医 かかりつけ歯科医 かかりつけ薬局 日常生活自立支援事業 成年後見制度			
	権利を守る	（社協）命のバトン事業・ケアネット活動、地域での見守り活動支援、警察・消防等による訪問活動、友愛訪問 認知症の人と家族の会 認知症サポーター、キャラバン・メイト			
家族支援	家族介護教室 介護保険サービス				
住まい	高齢者向け住宅（軽費老人ホーム・介				

砺波圏域の特徴を！

- ・認知症の状態を中心に展開
- ・気づきや生活のしづらさを提示する
- ・MCI(軽度認知症)を重要視
- ・本人の思い&家族の思いを盛り込む

平成26年11月12日 北日本新聞朝刊

認知症ケアに広域対応

砺波圏域厚生センター（南砺市高橋・福野）は認知症対策の充実に向け、管内の高橋、南砺、小矢部3市の地域包括支援センターなどと協力して、症状に応じた医療や介護の手続きをまとめた「ケアパス」を、本年度中に作成する。3市の住民の利用が見込まれる専門医療機関があることから、広域的な対応をスムーズにするのが狙い。発症前後の適切なケアにより、症状悪化を防ぐ考えだ。

砺波圏域厚生センター

認知症は発症に至る前の「軽度認知障害」の段階での予防や、発症初期の軽微な対応により進行を遅らせることも可能だ。そのためには早期の相談と診断が不可欠となる。

認知症ケアパスは、症状に応じて、必要な医療ケアや介護サービス内容を示した説明書。住民に認知症の病状や治療法などを示すことにより、早期診断や適切な医療・介護サービスにつなげるのが狙いだ。

砺波圏域厚生センター管内では、認知症に関する専門的な相談や診断、治療を行う認知症疾患医療センターとして北陸病院（南砺市信楽・城端）

症状別の「パス」作成

砺波、小矢部、南砺3市と協力

があるほか、特養老人ホームなど介護施設についても市の枠組みを超えた利用が見込まれることから、圏域厚生センターは3市との連携強化が必要と判断。各地域包括支援センターや同病院などと共にワーキンググループを今年中に設立し、共通のケアパスをつくることにした。

パスに沿った支援内容を示したガイドも作成する。圏域厚生センターによると、複数の市などが連携してケアパスをつくる取り組みは「あまり聞いたことがない」としている。圏域厚生センターの大江浩所長は「介護保険組合と2次医療圏のエリアが一致する管内の特性を生かし、医療と介護の連携強化で適切なサービスにつなげたい」と話している。

砺波地域認知症ケア研修会

※平成25年度から認知症
ケアパスの普及推進

平成25年12月4日 市立砺波総合病院3F講堂

- 1 講義 「認知症のケアについて」
北陸病院 認知症疾患医療センター医療社会事業専門員
- 2 事例紹介 事例提供者 南砺市井波在宅介護支援センター
- 3 **グループワーク(ワールド・カフェ方式)**
「地域で認知症患者・家族を支えるために ～私たちができる事、しなければいけない事～」
- 4 情報提供 「**認知症の情報共有ツール**の普及について」
砺波厚生センター地域保健班



※県が作成した認知症情報共有ツール(ケアパス)を研修会を通じて普及
※医師会に対して、認知症情報共有ツールの普及に協力要請

砺波地域認知症ケア研修会

在宅医療・保健・福祉地域連携支援研修会

平成26年11月18日 北陸病院(認知症疾患医療センター)と共催



講義「認知症初期集中支援チームの構築に向けて」



在宅介護支援センターからの事例提供
テーマ「認知症初期の方を地域で支援するには」



グループワーク(ワールドカフェ方式)と発表



認知症疾患医療センターからの報告

※保健所保健師が提供事例の選定やグループワークでの協議について指導

富山県認知症高齢者実態調査

【目的】

この調査は、認知症高齢者の増加が加速する中、県内在住の認知症高齢者の実態を把握し、高齢化・重度化に応じた、より適時適切かつきめ細かな認知症ケアを提供するための基礎資料とする。

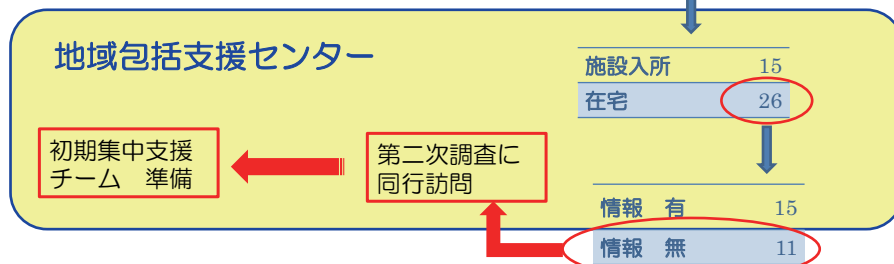
【調査対象及び調査方法】

	第一次調査	第二次調査
対象者	県内に居住する65歳以上の高齢者の中から住民基本台帳等により無作為抽出した約1,500人（65歳以上人口約0.5%）を調査対象とする	第一次調査により全般的に認知能力の低下等があるとみられる高齢者を調査対象とする
調査事項	日常生活状況 身体・精神面の健康状態 認知機能の状況 等	高齢者認知症の種類・程度 健康状態 介護保険サービス利用状況 等
調査方法	調査対象者宅等を訪問し、本人及び家族等から聞き取り調査を行う	調査対象者宅等を訪問し、直接本人に面接して調査を行う
調査期間	平成26年6月～8月	平成26年10月～12月初め
調査員	県厚生センター職員及び富山県が委託した市町村調査員等	富山県が依頼した精神科医及び保健所・厚生センター保健師

21

砺波厚生センターの状況

	高齢者人口	対象者数 0.5%抽出	第一次調査 有効回等数	第二次調査 対象者数	実施数 (概数)
県	307,582	1,537	1,303	252	180
砺波圏域	40,829	204	183	41	34



22

砺波地域精神保健福祉推進協議会（H7.1月～）

【目的】地域住民の精神保健福祉に関する知識の普及と精神的健康の保持増進を図る

理事会

- ・社会福祉協議会
 - ・民生委員児童委員
 - ・自治振興会
 - ・ボランティア団体
 - ・人権養護委員協議会
 - ・自助グループ
 - ・家族会
 - ・医療機関
 - ・福祉施設・事業所
 - ・相談支援事業所
 - ・行政
- 計23名

幹事会

- ・医療機関 PSW
 - ・相談支援事業所 相談員
 - ・地域活動支援センター 相談員
 - ・作業所 相談員
 - ・福祉課 保健師
 - ・保健センター 保健師
 - ・厚生センター（保健所）保健師
- 計11名

23

	25年度	26年度
テーマ	認知症の正しい理解と接し方を学ぼう！	地域に広げる障がい者の絆 inとなみ ～安心して地域で暮らさるづけるために～
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・寸劇とお話 認知症の人との関わり方 ・お話 認知症の正しい理解 ・展示 各施設の紹介 	<ul style="list-style-type: none"> ・当事者から地域への発信 ・地域における社会資源のご紹介 利用者へのインタビュー ・展示 各施設の紹介
参加者	104名	113名



寸劇とお話 劇団やまだん野（A病院スタッフ）
認知症認定看護師（B病院）

お話 医師（認知症疾患医療センター）



24

地域リハビリテーション対策(脳卒中含む)

項目	事業	回数	項目	事業	回数
ア 地域の医療介護サービス資源の把握	脳卒中登録情報システム	517	カ 24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築 地域住民への普及・啓発	訪問看護ステーション支援	—
	地域リハビリテーション支援ガイド・実施機関紹介ガイド	1		地域リハビリフォーラム(支援センター)	1
	困った時にはまずここへ～相談窓口一覧表～	1		研修会(支援センター)	1
	医療機関情報	1		機関誌発行(支援センター)	1
	医療機関リスト	1		地域住民対象の講演会等	3
イ 在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応の協議	福波圏域地域リハビリテーション連絡協議会	1	ク 二次医療圏内関係市町村の連携	福波地域リハビリテーション広域支援センター運営会議	2
	脳卒中地域連携パス連絡会	8		関係者連絡会議	7
	公的病院地域医療連携連絡会	8			
ウ 在宅医療・介護連携に関する相談受付	地域リハビリテーション広域支援センター	—		福波地域医療推進対策協議会・在宅部会(福波圏域地域リハビリテーション連絡協議会)	2
	地域リハビリテーション連絡会専門部会	1			
	地域包括支援センター	—			
エ 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援	脳卒中地域連携パス・手引書	1		管内市町村保健衛生福祉主管部課長会議(保健衛生福祉主管課長)	1
	脳卒中地域連携パス連絡会メーリングリスト	1		管内保健・福祉保健師リーダー等連絡会(保健福祉等リーダー協議会)	4
	ケース相談シート(支援センター)	—			
オ 在宅医療・介護関係者の研修	事例検討会	13		在宅医療支援センター支援(主治医・副主治医制、多職種連携研修等)	24
	脳卒中地域連携パス研修会	1		小規模施設管理運営者連絡会(民間病院・有床診療所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設)	1
	リハ実施事業所の支援(支援センター)	15			
	従事者研修会(支援センター)	20			
	実技・技術支援(支援センター)	145			
	介護予防ケアマネジメント研修	1			
課題	脳卒中連携パスの推進				
	在宅医療のシステム化				
	在宅医療介護のICT連携				
	連携パスの推進				

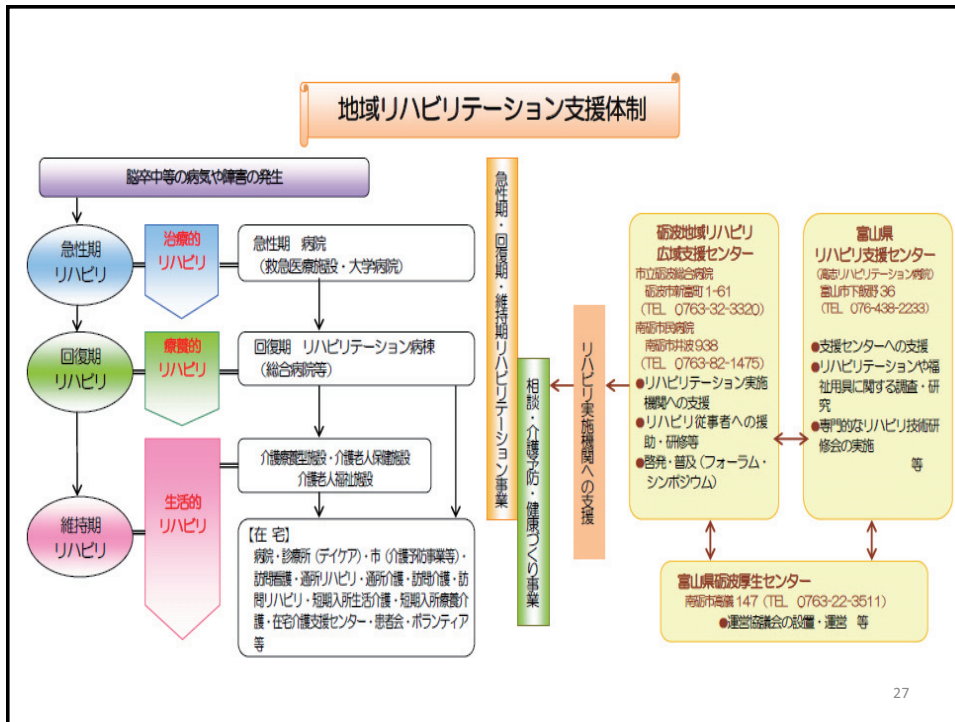
25

主なポイント

研究班とりまとめ案

地域リハビリテーション

- リハビリテーション支援センター、地域包括支援センターと連携
- 地域の実情に応じて、広域的な協議会、資源把握(マップ、ガイド作成等)、研修、情報共有、普及啓発等
- 地域連携パス(脳卒中、大腿骨頸部骨折)を推進;急性期～生活期
- 医療計画(脳卒中、精神疾患・認知症、在宅医療)と連動
- 介護予防事業と連携 ⇒ 地域包括ケア見える化システム、KDB(国保データベースシステム)による評価
- 退院調整支援と連携 ⇒ 退院支援もれ実態調査、病院ネットワークとケアマネネットワーク等



砺波圏域地域リハビリテーション連絡協議会

砺波厚生センター(保健所)が事務局
2カ所の地域リハビリテーション広域支援センターと連携して運営
圏域医療計画の脳卒中作業部会としても活動

平成27年1月20日 福野体育館研修室

<構成メンバー>

- ・各市医師会長
- ・各公的病院長
- ・訪問看護ステーション連絡協議会代表
- ・民間病院リハビリ課長
- ・老人福祉施設協議会代表
- ・居宅介護支援事業者連絡協議会長
- ・ホームヘルパー連絡協議会長
- ・建築士会代表
- ・各市保健センター所長
- ・各市リハビリ友の会長
- ・各市地域包括支援センター 計23名

※脳卒中の詳細な指標評価は平成24年度の計画策定作業から

※リハビリテーション広域支援センター(砺波総合病院、南砺市民病院)において、

- ①ケアマネからの相談対応(FAX、メール等)、実技指導
- ②定期的に研修会、事例検討会、運営協議会を開催
- ③フォーラム、普及啓発(情報誌)、福祉機器貸し出し等

⇒厚生センター(保健所)が支援

28

地域リハビリテーション支援ガイド・実施機関紹介ガイド

砺波圏域地域リハビリテーション連絡協議会
 砺波地域リハビリテーション広域支援センター
 (市立砺波総合病院・南砺市民病院)
 富山県 砺波 厚生センター

平成25年6月現在

※砺波圏域地域リハビリテーション連絡協議会で作成、改訂；2カ所のセンターと共同
 ※砺波厚生センターホームページに掲載(地域連携パス手引きとともに)
<http://www.pref.toyama.jp/branches/1273/1273.htm>

29

(4) 通所リハビリテーション

NO.	名称	スタッフ			連絡先 電話番号(ふたふた)	営業日	営業時間		定休日	リハビリテーションに関する体制(加算)等状況										所在地	
		理学療法士	作業療法士	福祉士			営業時間	定休日		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	老人保健施設あかり苑	○	○	○	0763-33-0808 (0763-33-0550)	月曜～土曜	8:00～17:00 ※但し延長可	日曜、9/15～9/16、 12/31～1/3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	石、寿町2-38
2	砺波徳友病院	○	○	○	0763-33-7266 (0763-33-6787)	月曜～土曜	9:00～17:00	日曜、祝祭日、7/1、 12/31～1/4、長夏2日曜	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	石、大塚17-1
3	とんみ三輪病院デイケアセンター	○	○	○	0763-37-1000 (0763-37-0800)	月曜～土曜	9:00～17:00	日曜、祝祭日	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	石、堀成905
4	介護老人保健施設ケアポート庄川	○	○	○	0763-82-5870 (0763-82-4152)	月曜～土曜	8:00～17:00	日曜	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	石、庄川南金屋字岩倉39-1
5	にしの老人保健施設	○	○	○	0766-67-4450 (0766-67-5333)	月曜～土曜 祝祭日	8:00～17:30	日曜 お盆、年末年始	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	小、本町3-38
6	介護老人保健施設ゆゆうハウス	○	○	○	0769-67-8008 (0769-67-8002)	月曜～金曜	8:30～17:30	土曜、日曜	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	小、島322
7	南砺市民病院デイケアセンター	○	○	○	0763-82-1475 (0763-82-1853)	月曜～金曜	8:30～17:15	二曜、日曜、祝祭日	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	南、井原830
8	介護老人保健施設城塚うららち	○	○	○	0763-82-8555 (0763-82-8356)	月曜～金曜	9:00～17:00	二曜、日曜、祝祭日	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	南、理休270
9	ふくの若葉病院	○	○	○	0763-23-1011 (0763-23-1026)	月曜～土曜	8:00～16:30	月曜、日曜、祝祭日 長夏、12/30～1/3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	南、吉島387
10	介護老人保健施設 葵の園・なんと	○	○	○	0763-52-0500 (0763-52-6710)	月曜～土曜 (祝日も営業)	8:00～17:00	日曜、6/15、1/1～1/3	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	南、天池字二善野島1555-3

※リハビリテーションに関する体制(加算)等状況

【通所リハビリテーション】

- 1 リハビリテーションマネージメント加算
- 2 短期集中リハビリテーション加算
- 3 個別リハビリテーション実施加算
- 4 認知症短期集中リハビリテーション実施加算
- 5 栄養改善加算
- 6 口腔機能向上加算

【介護予防通所リハビリテーション】

- 7 運動機能向上加算
- 8 栄養改善加算
- 9 口腔機能向上加算
- 10 専業支援加算

30

◆ 介護保険施設等における受け入れ基準案内 ◆

施設受け入れ基準

特別養護老人ホーム

◎:可能、○:条件付きで受け入れ可、△:検討中、×:不可能

施設名	所在地	TEL	定員		医療処置等の内容														
			入所	短期入所	①認知症周辺症状の対応	②未梢点滴の管理	③中心静脈栄養の管理 (CVC・GVP)	④酸素療法管理	⑤褥瘡管理	⑥鼻飼栄養管理	⑦胃瘻管理	⑧尿瘻管理	⑨人工肛門管理	⑩透析管理	⑪気管切開管理	⑫人工呼吸器管理	⑬オシリンの管理、留置力	⑭褥瘡管理	⑮感染症の対応 (MRSAなど)
1 特別養護老人ホーム 福波ふれあいの社	福神島756-1	0763-33-0602	80	20	○	×	×	○	○	×	○	×	○	○	×	×	○	○	○
2 特別養護老人ホーム やなげ苑	福柳瀬3	0763-32-3050	98	44	◎	◎	×	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
3 特別養護老人ホーム 清波園	小法楽寺1800-1	0766-67-6664	80	10	◎	◎	×	△	◎	×	○	×	△	×	×	×	◎	×	△
4 特別養護老人ホーム ほつとはうす子羽	小浅地121	0766-61-8310	80	20	◎	○	×	○	◎	◎	◎	×	◎	◎	×	×	◎	○	◎
5 特別養護老人ホーム いなみ	南井波1310-1	0763-62-7040	80	30	○	○	×	×	◎	×	○	○	◎	×	×	×	○	×	◎
6 特別養護老人ホーム きらら	南理休247-1	0763-62-2323	80	20	○	×	×	×	○	×	○	×	○	×	×	×	○	×	○
7 特別養護老人ホーム 福寿園	南松原678-1	0763-22-3556	142	22	○	○	×	△	◎	○	◎	×	◎	○	△	×	◎	×	◎
8 特別養護老人ホーム やすらぎ荘	南天池1570	0763-52-6166	100	20	○	×	×	×	◎	◎	◎	◎	◎	×	×	×	◎	×	○

※介護施設における医療的ケアの対応状況の把握が必要 ⇒ガイド改訂(H27.1月)

※平成24年度から、一定の研修を受けた介護職員が、たん吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)、経管栄養(胃ろう・腸ろう・経鼻)を行うことが可能に(平成28年からカリキュラム受講卒業生)

※介護報酬改定で、通所介護における重度者対応機能充実の方向

南砺市地域リハビリテーションフォーラム

※各市において普及啓発に取り組みされている

平成26年3月8日 福野体育館研修室

南砺市市民病院地域リハビリテーション広域支援センターが開催

砺波厚生センター(保健所)、北陸病院(認知症疾患医療センター)が後援

○開会挨拶

南砺市医師会 会長

○講演「認知症ケアから始まるまちづくり」

福井県若狭町地域包括支援センター 看護師

※地域の認知症ケアがしっかりとすると病床利用が減少した取り組みを紹介

○パネルディスカッション

※テーマ「認知症になっても安心して暮らせる街を目指して」

座長:南砺市市民病院 院長、砺波厚生センター 保健師

※パネリスト

①南砺市地域包括支援センター 保健師

②南砺市社会福祉協議会 ケアネット活動

コーディネーター

③南砺市市民病院地域リハビリテーション科

④居宅介護事業所

○閉会挨拶 砺波厚生センター 所長

※認知症は初期対応が重要、BPSDでも長期

入院は不要 ⇒住民への普及啓発

※認知症啓発寸劇も活動



砺波圏域脳卒中連携パス研修会

※圏域全体の連携パス研修会は平成24年度から開催

平成26年3月24日 市立砺波総合病院3F講堂

○ミニ講義

「医療法、介護保険法の改正と急性期から維持期(生活期)の医療連携」

砺波厚生センター所長 ※病床機能報告・地域医療ビジョン、地域包括ケア計画、診療報酬改定等

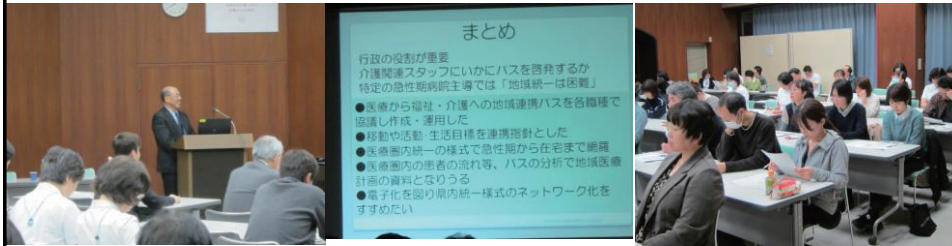
○講演

「地域連携パスの稼働までの道のりと現状・今後の展望」

“療養病床は回復期リハも選択肢”

池田リハビリテーション病院 院長

※富山県黒部市で回復期リハビリテーションに取り組んでいる民間病院(療養病床)



※平成26年度診療報酬改定で、7対1入院基本料の施設基準に自宅等退院患者割合75%要件、地域包括ケア病棟1に在宅復帰率7割要件、療養病棟に在宅復帰機能強化加算、紹介率・逆紹介率の低い500床以上病院の初診料等の適正化など

⇒介護施設も含めて、地域全体で急性期～生活期の医療連携、医療介護連携を推進する必要

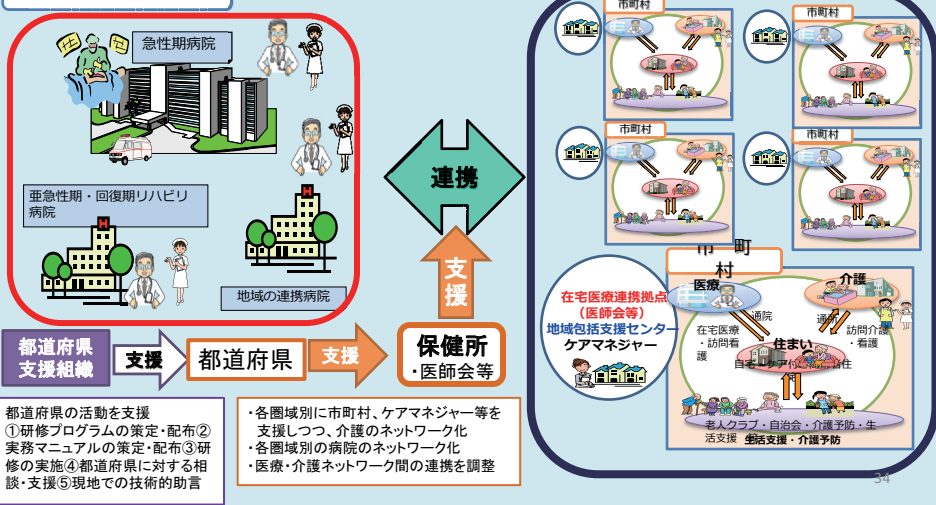
都道府県医療介護連携調整実証事業 (26年度新規)

厚生労働省資料

都道府県の調整のもとで、市町村と介護支援専門員と病院とが協議しながら、地域の実情に応じて、病院から介護支援専門員への着実な引き継ぎを実現するための情報提供手法等のルールを作り、それを実証的に運用し、具体的なノウハウを蓄積することを目的として行う。

全国9府県(岩手、富山、滋賀、和歌山、京都、兵庫、徳島、大分、鹿児島)

二次医療圏



医療介護連携（退院支援）調整会議

厚労省マニュアル
(抜粋)

コーディネーター：県、保健所、市町村（包括C）、県アドバイザー

	テーマ	参加者		
		看護部長ら	ケアマネ代表	ケアマネ
1	病院の組織化	●		
2	ケアマネの組織化			○
3	退院支援ルールの確認			○
4	病院から欲しい情報確認			○
5	病院、ケアマネ双方の状況と要望発表	●	●	
6	病院からの要望、反応を報告し協議			○
7	書式案検討、病院の運用方法確認	●	●	
8	ルール、書式案の最終確認			○
9	退院支援ルールの手引きを確認	●	●	

保健所等

- ・モデル二次医療圏のコーディネーター
- ・退院支援状況確認アンケート結果を圏域として集計、報告
- ・病院、ケアマネ事業所を組織化し、両者の協議を調整

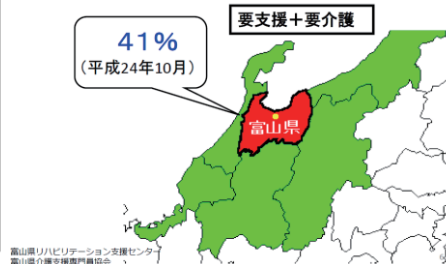
ケアマネへのアンケート

利用者	退院された病院名 (市外の病院も含めて)	要支援・要介護 の区別	病院からの 引継ぎの連絡
1		支援・介護	有・無
2		支援・介護	有・無
3		支援・介護	有・無
4		支援・介護	有・無
5		支援・介護	有・無
6		支援・介護	有・無
7		支援・介護	有・無
8		支援・介護	有・無
9		支援・介護	有・無
10		支援・介護	有・無

「先月の退院患者について教えてください」

富山県での退院支援なし退院率

41%
(平成24年10月)



富山県リハビリテーション支援センター
富山県介護支援専門員協会

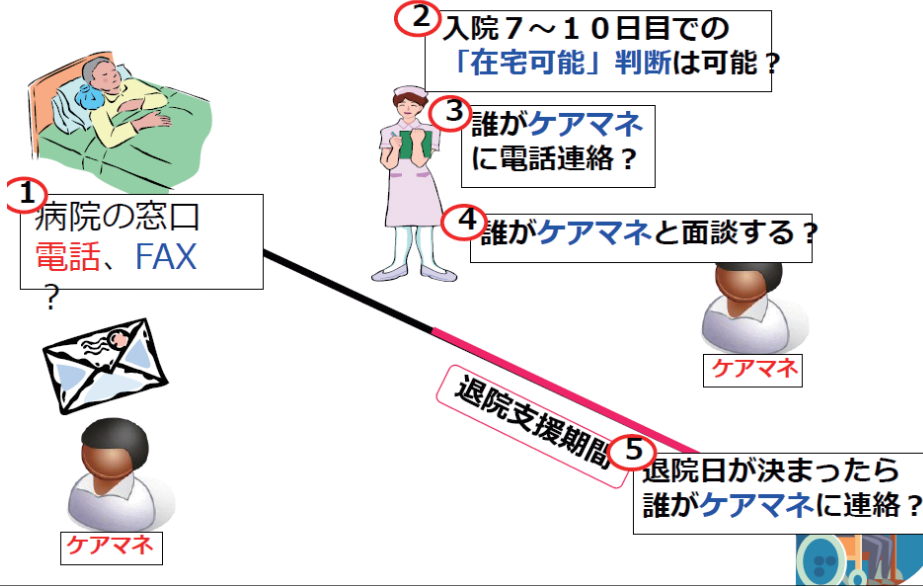
平成26年7月調査

	退院支援もれ率			入院時の情報提供もれ率		
	全体	要支援	要介護	全体	要支援	要介護
砺波圏域	17.5	25.0	16.5	33.3	50.0	31.5
富山県	19.9	39.1	20.1	37.8	61.5	33.5

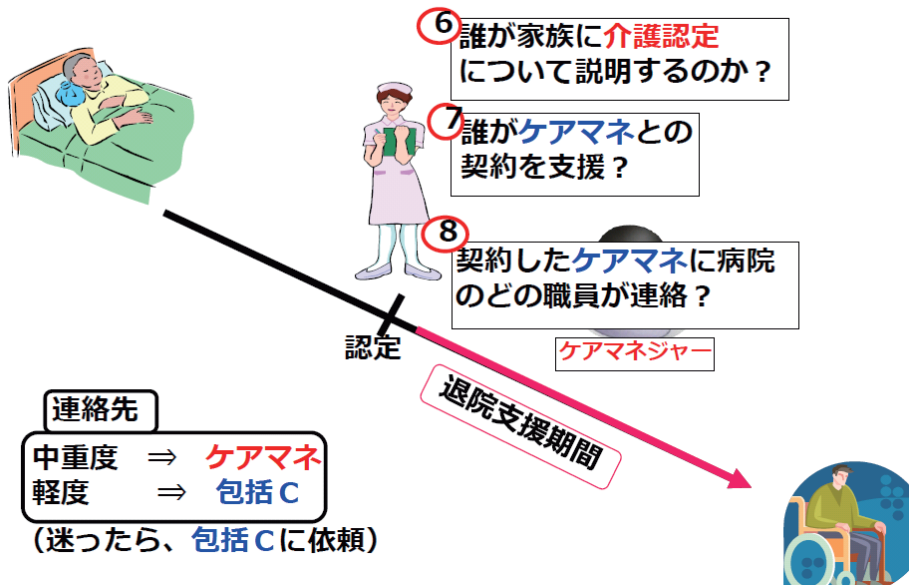
※市町村内の退院調整だけでは厳しい

※砺波医療圏の入院カバー率は85% ⇒他圏域への流出率15%

入院前にケアマネが決まっている場合



ケアマネが決まっていない場合



連絡先
 中重度 ⇒ ケアマネ
 軽度 ⇒ 包括C
 (迷ったら、包括Cに依頼)

※各病院に対して、1~8についての協議を要請 ⇒病院・ケアマネ協議会で周知

砺波厚生センターでのこれまでの主な取り組み

厚労省「退院支援ルール策定マニュアル」を参考に取り組み

1. 地域診断

圏域入院完結率(患者調査)、圏域将来人口推計、管内医師会・ケアマネ協議会・地域包括支援センター、介護支援連携指導料等

2. 戦略会議

公的病院連携室連絡会(隔月) ⇒各病院内での退院支援状況を把握

管内保健師長会;保健所、保健センター、地域包括支援センター(3カ月ごと)

管内保健福祉部課長会議(5月8日)

3. 病院組織化

各公的病院(院長、事務長、看護部長)に個別説明・協力要請(5月)

各医師会長に個別説明・協力要請(5月)

管内病院看護部長会議;民間含む(6月10日) ⇒各病院内で退院支援ルール確認を要請

南砺市医師会地域連携部会(6月18日)

4. ケアマネ組織化

居宅介護支援事業者連絡協議会(7月4日) ⇒退院調整もれ実態調査の協力を要請

※下線は**研修会**と併せて実施(医療法改正による病床機能報告制度・地域医療ビジョン、介護保険法改正による新たな地域支援事業等、診療報酬改定による医療機能分化・連携など)

5. 退院調整もれ実態調査(7月) ※全県下で実施

6. 病院-ケアマネ協議会(10月6日 次回2月27日)

居宅介護支援事業者連絡協議会(平成26年7月4日)

医療介護連携研修、各病院から連携方法について説明



※普段からケアマネ協議会、地域包括支援センター等とのコミュニケーションが重要 ⁴⁰

砺波医療圏病院・ケアマネ協議会

(平成26年10月6日 市立砺波総合病院会議室)

県庁担当課

ケアマネ協議会役員

介護保険組合

地域包括支援センター

保健所

病院看護部長

病院連携室



退院支援におけるポイント

◇ 各病院における退院支援ポイント								平成28年9月30日現在	
医療機関	すでに介護保険を利用している場合(入院前にケアマネが決まっている場合)				新たに介護保険を利用する場合(ケアマネが決まっていない場合)				
	1 病院の窓口(電話・FAX)は?	2 入院7~10日までの「在宅復帰」は可能か?	3 誰がケアマネに電話連絡する?	4 誰がケアマネと連絡する?	5 退院日が決まったら誰がケアマネに連絡する?	6 誰が家族に介護要旨について説明する?	7 誰がケアマネとの契約を支援する?	8 契約したケアマネに病院の職員が連絡する?	
市立砺波総合病院	前棟看護部または地域医療連携室(FAXは地域医療連携室) FAX:0763-33-1591	大方は可能だが疾患によっては今の段階では判断が困難な場合がある	前棟看護部または地域医療連携室	患者様または前棟看護部	前棟看護部または地域医療連携室	申請の窓口は前棟看護部利用の説明は地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	
南砺市市民病院	地域医療連携科	専門職としての判断は可能。当院では内科、産科、小児科でダブルチェックが機能している。	入院後1週間以内に地域医療連携科MSWにて連絡する。家族がケアマネを把握していることで連携も入院前住所等から事業所へ問い合わせる。	入院時帯状診断書を得る。その旨は地域医療連携科MSW、その他は前棟看護部、必要に応じて前棟看護部へ必要に応じて面談する。	地域医療連携科MSW or 家族	説明は主治医、Nurses説明。退院後は地域医療連携科MSWへ依頼する。	地域医療連携科MSW	初診等新規導入時は地域医療連携科MSW、その他は前棟看護部、必要に応じて連携	
公立南砺中央病院	地域連携室	基本は在宅支援、カンパニース等で自宅を検討している。おむたは判断は可能だが困難な場合がある。	地域連携室 入院したことの連絡は基本患者家族	地域連携室または患者の担当看護師	患者家族 地域連携室	主に地域連携室 前棟看護部からも説明する必要がある	地域医療連携室	地域医療連携室	
北陸病院	地域医療連携室(前棟担当PSW)	治療上不可能な場合が多々。看護職の力量の問題もあるが、可能な場合もあると見られる。退院期間で判断することは可能と考えられる。	ほとんど前棟担当PSWもしくは看護部	介護認定調査時の聞き取りは看護部。退院調整はPSW、必要時が面談することもある。	前棟担当PSW(ほとんど)もしくは看護部	医師・看護師・PSW	PSW	PSW(ほとんど) (医師は医師や部長)	
北陸中央病院	地域医療連携センター	難い場合もある	地域医療連携センター	MSW 退院支援№	MSW 退院支援№	MSW 退院支援№	MSW 退院支援№	MSW 退院支援№	
あらい病院	TEL:0763-33-7888 FAX:0763-33-7900	病状、高齢、認知症の危険性、ケル・ペイケースだが、短期入院が少ないうえ不明	医療ソーシャルワーカー(介護支援相談員)	医療ソーシャルワーカー(介護支援相談員)	医療ソーシャルワーカー(介護支援相談員)	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	
津波サレヤン病院	入院相談担当者 今川 TEL:0763-33-0900 FAX:0763-33-1385	入院が少ないうえ不明	家族	当院のケアマネ	家族	(該当なし)	(該当なし)	(該当なし)	
津波津波病院	支援サービス課 TEL:0763-33-1766 FAX:0763-33-4787	不可	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	
とらみ三輪病院	事務所	不明	相談員(窓口)	相談員	相談員	相談員	相談員	相談員	
ふくの言葉病院	相談員(地域連携機能あり)	ほぼ可能	相談員(窓口)	相談員(窓口)	相談員(窓口)	相談員(窓口)	相談員(窓口)	相談員(窓口)	
太田病院	病院受付電話	病状は看後によりケースケースで、可能もめ。	看護部	看護部	看護部	病院のケアマネ	病院のケアマネ	看護部(病状によって事務、事務的なこと)	
小矢野大宮病院	ソーシャルワーカー(地域連携部)	可能な場合はカンパニースで相談している	ソーシャルワーカー(地域連携部)	ソーシャルワーカー(地域連携部)	ソーシャルワーカー(地域連携部)	ソーシャルワーカー(地域連携部)	ソーシャルワーカー(地域連携部)	ソーシャルワーカー(地域連携部)	
つばき津田病院	連携担当者 事前に電話を入れてほしい	可能な人いるが、業務上在宅が難しい可能性がある人が紹介入院される	連携担当者	連携担当者	連携担当者	連携担当者 家事の入院担当者	連携担当者	連携担当者	
西野内科病院	医療福祉相談室 TEL:0766-67-1730 FAX:0766-67-1728	特定疾患については判断可能な事もある	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー、担当看護師	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー	

住民に対する普及啓発

地域住民が、

- ①在宅医療・介護にかかる**地域の実情**を知る
- ②在宅医療・介護に従事する**職種**の**機能**や**役割**を知る
- ③在宅医療・介護で利用できる**サービス内容（コスト含む）**や**相談場所**を知る
- ④療養場所として「**在宅**」が**選択肢**にあることを理解する
- ⑤自分のこととして**終末期医療**について考えられる

「24時間365日 安心して暮らし続けられる地域に向けて ---看護がすすめる地域包括ケア」
<http://mokuseisya.com/pg339.html>

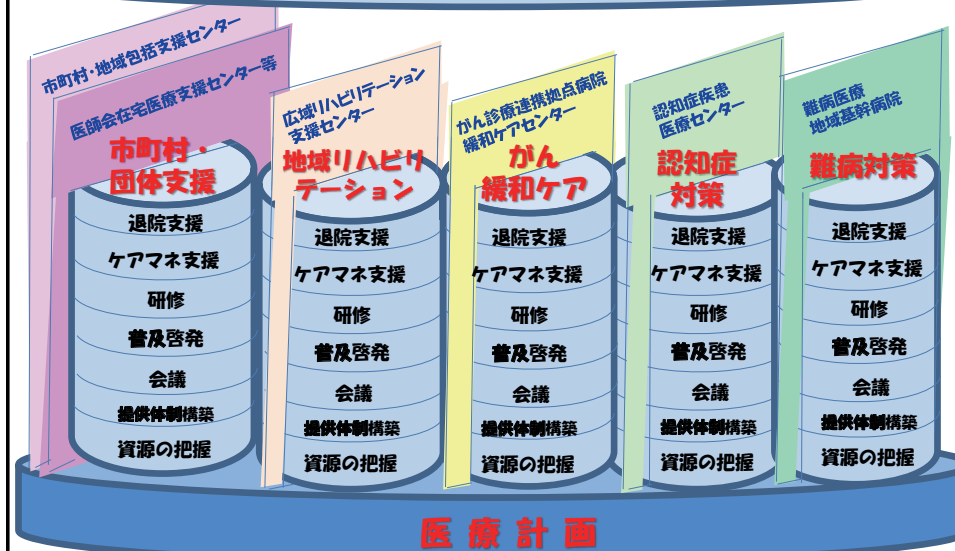


平成26年7月8日 高波公民館

地域包括ケアにおける保健所保健師の役割

砺波医療圏

医療介護連携、地域包括ケア



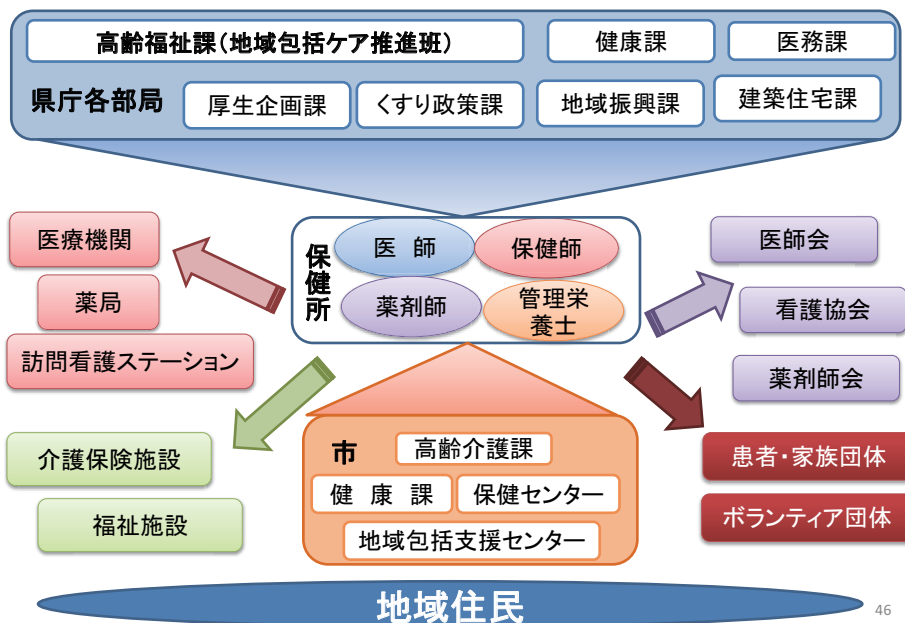
地域において、
医療計画
介護保険事業計画、高齢者保健福祉計画
障害福祉計画
医療費適正化計画
健康増進計画 等 を一体的に推進



保健所の総合調整が期待

※厚生センター(保健所)では管内**保健・福祉**保健師リーダー等連絡会(年間4回)、
 地域**保健・福祉**関係職員キャリアアップ研修(3~4回;新任、中堅)を実施

保健所の強み



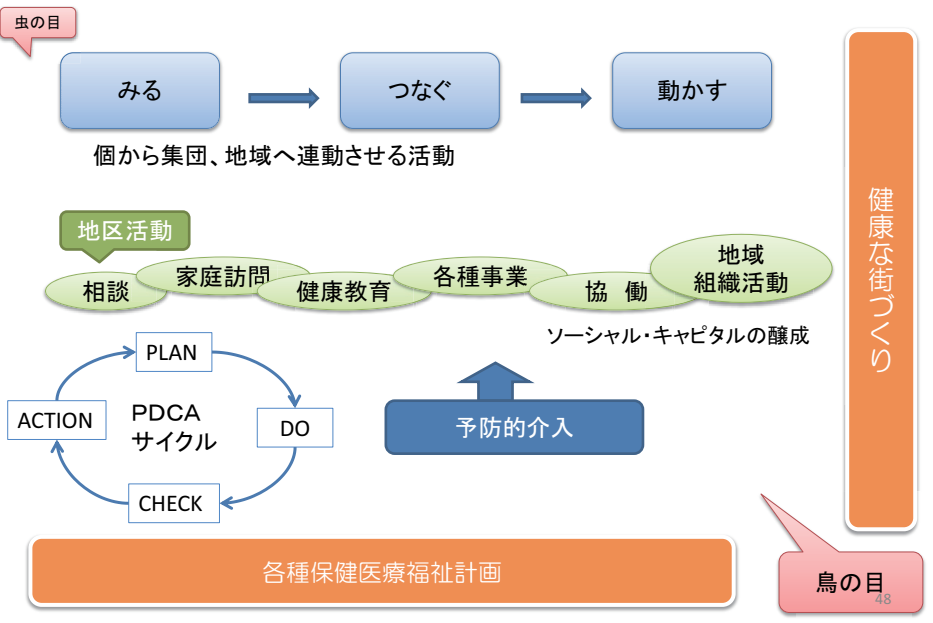
在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステム推進における7つのA

保健所のアクション(Action)

- **アプローチ(Approach)**
カギとなる人物への接触・面会、意見交換
- **アピール(Appeal)**
関係機関に保健所の役割をアピール
- **アシスト(Assist)**
関係機関・団体に対する支援、研修や会合の共催など
- **アレンジ(Arrange)**
既存の関連事業の工夫、関連機関・団体の事業との調整
- **アナリシス(Analysis) & アセスメント(Assessment)**
指標分析、地域課題の評価、事業評価

※「所管部局の明確化と企画調整部門の強化」「組織横断的取組み」「本庁関係部局との連携・協働」「市町村と保健所の連携・協働」「関係機関・団体ネットワーク」による7つのAの実践

地域包括ケアシステム構築と保健師の役割



厚勞省資料

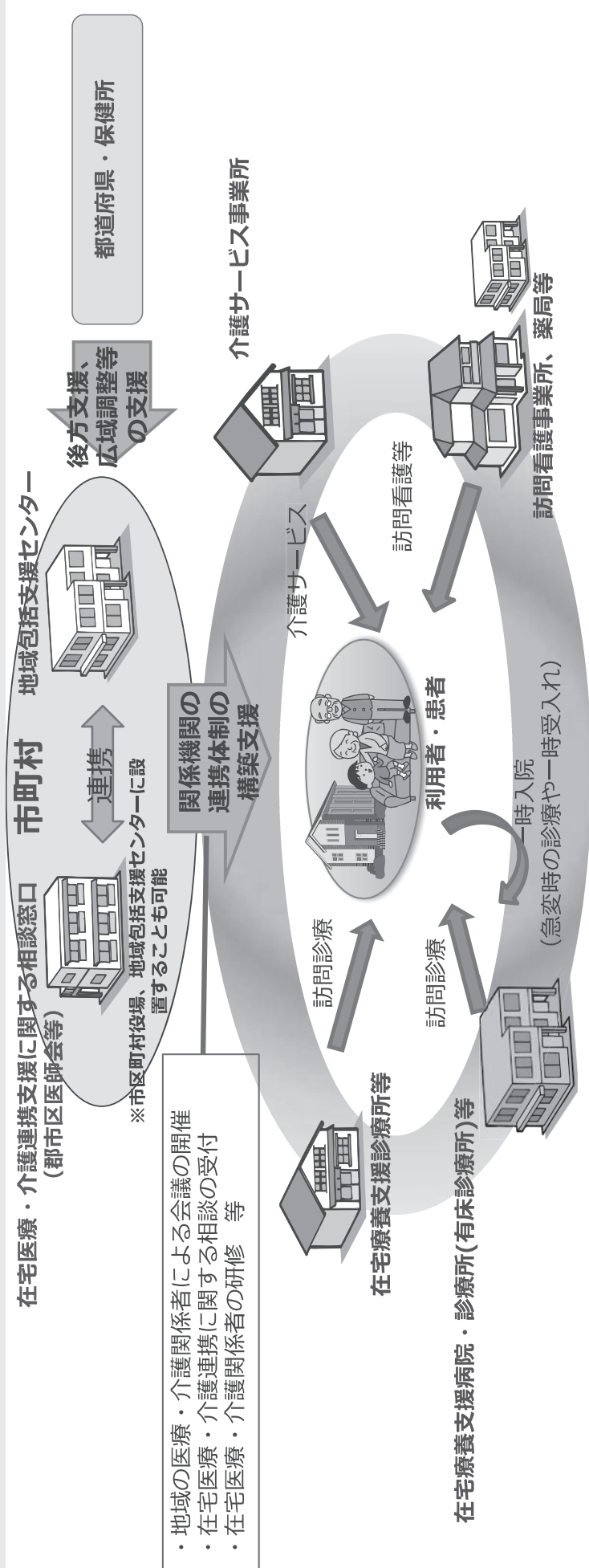
在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

（※）在宅療養を支える関係機関の例

- ・ 診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
- ・ 病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
- ・ 訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
- ・ 介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



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。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の中核的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



（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

（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

（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ト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。

（ウ）切れ目のない在宅医療と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

（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

第 8 回 地 域 医 療 構 想 策 定 ガイドライン等に関する検討会	資料
平 成 2 7 年 2 月 1 2 日	3

地域医療構想策定 ガイドライン(案)

平成 2 7 年 2 月
地域医療構想策定ガイドライン等
に関する検討会

(4) 在宅医療の充実

- 地域包括ケアシステムの構築のためには、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう医療と介護の連携を推進し、医療と介護の提供体制を一体的に整備する必要がある。
- また、病床の機能の分化及び連携を推進することにより、入院機能の強化を図るとともに、患者の状態に応じて退院後の生活を支える外来医療、在宅医療の充実は一層重要であり、退院後や入院に至らないまでも状態の悪化等により在宅医療を必要とする患者は今後増大することが見込まれる。特に、慢性期医療については、在宅医療の整備と一体的に推進する必要がある、地域における推進策を検討するためには、整備状況の把握だけではなく、具体的な施策につながる調査を行うなど、きめ細かい対応が必須となる。
- さらに、患者・住民の視点に立てば、日頃から身近で相談に乗ってもらえる「かかりつけ医」を持つことが重要であり、「かかりつけ医」はその機能を地域で十分に発揮することが期待される。
- こうした点を踏まえ、在宅医療の提供体制は、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域で整備する必要があることから、都道府県は、保健所等を活用して市町村を支援していくことが重要である。また、在宅医療・介護の連携を推進する事業については、市町村が地域包括ケアシステムの観点から円滑に施策に取り組めるよう都道府県の保健・医療担当部局及び介護・福祉担当部局による技術的支援等のさまざまな支援が必要である。
- 在宅医療の提供体制の充実のためには、病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所等との連携が不可欠であり、関連する事業の実施や体制整備に加え、人材の確保・育成を推進する観点から、都道府県が中心となって、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等に対しての在宅医療への参入の動機付けとなるような研修や参入後の相談体制の構築等を行う必要がある。
- また、在宅医療は主に「(地域側の)退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「看取り」という機能が求められており、緊急時や看取りに対応するための24時間体制の構築に向けた役割分担等の協議や、医

療依存度の高い患者や小児等患者に対応するための研修等により各機能を充実させることが必要である。このため、地域の関係者の連携のみならず、患者の急変時等に対応するために、病院が在宅医療を担う診療所等を後方支援することが重要である。

- こうした在宅医療の充実に係る具体的な取組としては、次頁のような施策が考えられるので、参考にされたい。

在宅医療の充実に係る具体的な取組例

	実施主体※	体制構築	人材確保
退院支援(地域側)	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> 必要な事例の退院時カンファレンスに参加。 退院調整担当者との定例会議の開催。 医療機関との連携のための地域側の一元的な窓口の設置。 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の療養生活の相談に乗る窓口配置する看護職員や医療ソーシャルワーカーを育成するための研修。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> 退院(退所)元の医療機関や施設と在宅医療や介護を提供する医療機関や事業所が情報交換できる場の設定。 	
日常の療養生活の支援	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> 診療所間の連携や、病院医師による支援により、在宅医の不在時の代診等の支援体制の構築。 医療依存度の高い患者や小児等患者への対応力向上のための研修。 在宅医療における衛生材料・医療材料の円滑供給のため、地域で使用する衛生剤料等の規格・品目統一等に関する協議を地域の関係者間で行うとともに、供給拠点を整備。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療に取り組む医師確保のための同行訪問を含んだ導入研修。 訪問看護師確保のための採用時研修に対する支援、研修機関の集約化(拠点となる訪問看護事業所が地域の教育機能を担う)、看護系大学と連携した教育体制の構築。 在宅歯科医療を実施する歯科診療所の後方支援を行う病院歯科等の歯科医師、歯科衛生士の確保。 これまで訪問薬剤管理指導に取り組んだ経験のない薬局に対する研修。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の課題等の解決をめざした関係者(多職種)による「在宅医療推進協議会」の設置・運営。 	<ul style="list-style-type: none"> 関係者と協働した在宅医療に取り組む人材確保の支援。

	実施主体※	体制構築	人材確保
急変時の対応	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> 診療所等が24時間体制を構築できるよう、診療所のグループ化や診療所と訪問看護事業所の連携。 後方病床確保として、かかりつけ医を通して入院を希望する病院など必要な情報を予め登録するシステムの構築。 在宅療養患者の安全な救急搬送体制を確保するため、行政機関や消防機関、医療機関等が一箇に介する協議会を実施。 関係団体等と協働で、24時間体制構築のためのコーディネートや支援。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護従事者に必要な急変時の知識とスキルの向上を図るための、介護従事者を対象にした救命講習。
看取り	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> 患者や家族に対して、在宅で受けられる医療や介護、看取りに関する適切な情報提供。 地域で使用する医療用医薬品について、地域の関係者間で品目・規格統一等に関する協議会の開催や供給拠点の設置。 	<ul style="list-style-type: none"> 看取りに対応できる医師、看護職員、介護関係者を養成するための、多職種との研修や施設との合同開催の研修。
	行政	<ul style="list-style-type: none"> 患者や家族に対して、在宅で受けられる医療や介護、看取りに関する広報や情報提供。 	

※ 実施主体については、一般的な例を示したものであり、地域の実情に応じて柔軟に役割分担をする必要がある。

平成 26 年度
地域保健総合推進事業発表会
抄録

平成 27 年 3 月 2 日

都市センターホテル コスモスホール

在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進における保健所の役割に関する研究

分担事業者 大江 浩（富山県砺波厚生センター所長）

【事業協力者】福井 貴実子（富山県砺波厚生センター 地域保健班長）、長瀬 博文（同 小矢部支所長）、松倉 知晴（富山県高岡厚生センター氷見支所長）、吉田 智子（富山県厚生部高齢福祉課副主幹）、笹井 康典（枚方市保健所長）、森脇 俊（大阪府守口保健所長）、中原 由美（福岡県嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所保健監）、藤内 修二（大分県中部保健所長）、柳 尚夫（兵庫県豊岡保健所長）、伊地智 昭浩（神戸市保健所長）、中本 稔（島根県浜田保健所長）

【アドバイザー】宇田 英典（鹿児島県伊集院保健所長、全国保健所長会会長）

【要旨】今年度の研究班は、1) 保健所アンケート、2) 参考となる取り組み事例の収集・現地調査、3) 取り組み分野別の推進ポイントの作成、4) ブロック保健所連携推進会議等への協力を行った。それぞれの保健所の置かれた立場や組織は異なるが、医療計画や福祉関係計画を通じた在宅医療・介護連携、地域包括ケアの推進、退院調整支援、健康づくりと介護予防の一体的展開等、保健所は絶好の立場にあり、地域における関係機関・団体との連携・協働で取り組むことが期待される。在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は、保健所における重要な公衆衛生業務である。

A. 目的

在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進における、保健所の ①取り組み状況の把握、②取り組むための課題の明確化、③取り組みの普及・普遍化を目的とする。

B. 方法と結果

I. アンケート調査

対象	全国保健所長会会員
方法	インターネット回答によるアンケート調査
調査期間	平成 26 年 6 月 13 日～平成 26 年 7 月 11 日
回答数	303 (61.8%) ; 県型 61.6%、市型 62.4%

1) 医療計画の推進体制

保健所に担当部署 70.3% (県型 82.2%、市型 35.9%)

- 在宅医療がテーマとして明確 82.6%
- 指標による評価の実施 45.5%
- 担当部署に保健師配置 72.3%

2) 管内市町村の福祉関係計画への参画

計画	全体	県型	市型
介護保険事業計画	64.7%	67.6%	56.4%
高齢者保健福祉計画	66.0%	66.7%	64.1%
障害福祉計画	62.7%	64.4%	57.7%
地域福祉計画	48.5%	45.8%	56.4%

3) 管内で地域医療再生計画による在宅医療の推進

実施された 59.1% (県型 67.6%、市型 34.6%)

- 保健所が関与した事業がある 79.3%
 - 保健所主体事業として実施 39.4%
 - 保健所以外の主体事業に協力 42.3%

4) 在宅医療に関する取り組み

取り組み内容	全体	県型	市型
関連資源の把握	60.1%	64.0%	48.7%
関係機関の連携会議	79.9%	84.4%	66.7%
従事者に対する研修	75.9%	81.8%	59.0%
連携ツールの作成・運用	39.9%	43.1%	30.8%
地域住民への普及啓発	54.5%	52.9%	59.0%
患者会、ボランティア支援	50.2%	56.0%	33.3%

5) 取り組んでいる場合の関係機関・団体との連携

関係機関・団体	全体	県型	市型
市町村	72.9%	86.7%	33.3%
地域包括支援センター	73.6%	79.6%	56.4%
訪問看護ステーション	71.9%	79.1%	51.3%
がん診療連携拠点病院	25.4%	28.9%	15.4%
認知症疾患医療センター	28.4%	31.1%	20.5%
リハビリ支援センター	22.4%	26.7%	10.3%
その他	31.0%	32.9%	25.6%

6) 職能団体との協議 (在宅医療や医療介護連携)

職能団体	全体	県型	市型
医師会	76.2%	77.3%	73.1%
歯科医師会	63.0%	66.7%	52.6%
薬剤師会	59.4%	64.0%	46.2%
看護協会	34.3%	41.8%	12.8%
栄養士会	19.5%	24.4%	5.1%
歯科衛生士会	9.9%	12.9%	1.3%
介護支援専門員協議会	41.3%	47.6%	23.1%
PT 会、OT 会	16.5%	20.0%	6.4%
その他	17.8%	18.2%	16.7%

7) 保健所による退院調整支援への関与

項目	全体	県型	市型
関与すべき	48.8%	53.3%	35.9%
関与すべきではない	5.3%	4.4%	7.7%
わからない	30.7%	28.0%	38.5%
その他	15.2%	14.2%	17.9%

8) 介護・医療関連情報の見える化システムの活用

項目	全体	県型	市型
活用すべき	80.9%	81.8%	78.2%
活用すべきではない	0.7%	0.9%	0.0%
わからない	14.2%	13.3%	16.7%
その他	4.3%	4.0%	5.1%

9) 在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は今後の保健所における重要な公衆衛生業務か

項目	全体	県型	市型
思う	60.7%	64.4%	50.0%
やや思う	30.0%	28.0%	35.9%
あまり思わない	7.9%	7.1%	10.3%
思わない	1.3%	0.4%	3.8%

10) 保健所が地域包括ケアの推進に取り組む際に特に必要と思われる項目 (3つまで選択)

項目	全体	県型	市型
関係機関・団体と連携の場	63.6%	61.7%	69.0%
担当部署・事務分担位置付	32.5%	32.1%	33.8%
法令等での取組事項明確化	31.8%	30.6%	35.2%
本庁による組織横断的指導	31.4%	29.7%	36.6%
予算の確保・事業化	30.0%	31.1%	26.8%
保健所長のリーダーシップ	22.5%	28.7%	4.2%
担当保健師の積極的関与	16.1%	14.4%	21.1%
専門職員の確保	14.3%	15.3%	11.3%
職員の研修、資質向上	13.2%	15.3%	7.0%
介護保険事業計画で明確化	12.9%	10.5%	19.7%
診療報酬・介護報酬の知識	5.7%	5.7%	5.6%
本庁が保健所の意見採用	4.6%	6.2%	0.0%
資料の入手	4.6%	4.3%	5.6%

II. 参考となる取り組み事例の収集・現地調査

保健所アンケートで紹介された40事例について、関係機関との協働、わかりやすさ、創意工夫、他保健所での取組みの参考等の観点から現地調査事例を選定。

- ・豊中市保健所；在宅医療介護連携初ワーク「虹ネット」
- ・姫路市保健所；中播磨圏域における医療介護連携
- ・砺波厚生センター小矢部支所；多職種合同事例検討会
- ・徳島保健所；徳島保健所管内における退院支援調整

III. 取り組み分野別の推進ポイント

全国保健所長会 地域保健の充実強化に関する委員会との協働で取り組み分野別の推進ポイントをとりまとめた。

＜構成＞
I はじめに
II 医療介護連携総合確保推進法と在宅医療・地域包括ケアシステム
III 具体的な保健所の取り組み
1. 市区町村支援
2. 二次医療圏医療計画・地域医療構想
3. 地域リハビリテーション対策
4. 退院調整支援
5. 認知症対策
6. 緩和ケア対策
7. 難病、障害者支援
IV 本庁との連携
V 市型保健所における取り組み
VI 終わりに

IV. 保健所連携推進会議等に対する協力・支援

在宅医療・地域包括ケアシステムをテーマにしたブロッ

ク保健所連携推進会議（東北、中四国、九州、近畿、関東甲信越静）に対して、保健所アンケート集計結果（当該ブロック分）の提供や研究班員による講師・コメントーターの協力を行った。

【C. 考察】

- ・在宅医療・地域包括ケアシステムは保健所にとって全く新しいテーマではなく、アンケート調査では、医療計画・福祉関係計画・基金事業を通じた在宅医療の推進、重層的な連携体制、職能団体との連携等に取り組んでおり、大半の保健所が在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は保健所における重要な公衆衛生業務と認識していることが明らかとなった。
- ・保健所による退院調整支援について約半数が「関与すべき」とする一方で、「わからない」が約3割であり、事業の普遍化のための研修やマニュアルの普及等が必要である。
- ・大半の保健所がKDBや見える化システムの活用に前向きであり、健康づくりと介護予防の一体的展開のため、それらの研修やマニュアルの普及が重要である。
- ・全般的に県型保健所と比べて市型保健所の取り組みは低調であったが、医療計画が都道府県計画であることや保健所の組織・業務の位置づけの違い等が影響したと思われる。
- ・介護保険事業計画等の市町村計画で在宅医療の推進が図られ、市町村の「医療」に係る役割が大きくなっており、市型保健所管内は医療介護資源や職能団体に恵まれ、保健所は介護保険・高齢者福祉等を担当する部局と同じ指揮命令系統にある強みを活かして、「在宅医療・地域包括ケアシステムを推進する部局横断的な組織への参画」、「難病患者支援ネットワークや認知症対策の推進」、「健康増進計画の高齢者の健康を推進する一環としてのKDBや見える化システムの分析・活用の推進」、「地域の実情に応じて同一医療圏内の県型保健所や拠点施設等と連携・協働した広域的取り組み」等が期待される。
- ・保健所が取り組む際に特に必要な事項として「地域における関係機関や団体との連携の場の設置」が圧倒的に多く、保健所の担当部署・事務分担の位置づけ、予算確保、本庁による指導・支援等を通じて、地域における連携の場の設置や保健所が参画しやすい環境整備を図ることが重要と思われる。

【D. 結論】

在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は今後の保健所における重要な公衆衛生業務である。

【E. 今後の計画】

先進的取り組み事例の収集・提供等を通じて保健所の取り組みの普及・普遍化を図る。

【F. 発表】

研究の一部は、公衆衛生情報（平成27年3月号特集）、第74回日本公衆衛生学会（長崎）にて発表予定。

在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進における 保健所の役割に関する研究 平成27年3月2日(月) 発表会

分担事業者 大江 浩(富山県砺波厚生センター所長)
事業協力者 福井 貴実子(同 地域保健班長)
長瀬 博文(同 小矢部支所長)
松倉 知晴(富山県高岡厚生センター水見支所長)
吉田 智子(富山県厚生部高齢福祉課副主幹)
笹井 康典(枚方市保健所長)
森脇 俊(大阪府守口保健所長)
中原 由美(福岡県嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所保健監)
藤内 修二(大分県中部保健所長)
柳 尚夫(兵庫県豊岡保健所長)
伊地智 昭浩(神戸市保健所長)
中本 稔(島根県浜田保健所長)

アドバイザー 宇田 英典(鹿児島県伊集院保健所所長、全国保健所長会長)
事務局 井上 尚子(日本公衆衛生協会、全国保健所長会)

第1回研究会議 平成26年6月28日(土) 東京八重洲ホール512会議室
第2回研究会議 平成26年11月29日(土) 東京八重洲ホール512会議室
第3回研究会議 平成27年1月30日(金) タワーホール船堀応接会議室

※全国保健所長会地域保健の充実強化委員会との合同会合

研究班の取り組み

- ① 保健所の取り組み状況の把握
- ② 保健所が取り組むための課題の明確化
- ③ 保健所の取り組みの普及・普遍化 のため、

- I 保健所アンケート
- II 参考となる取り組み事例の収集・現地調査
- III 取り組み分野別の推進ポイントの作成
- IV フロック保健所連携推進会議等への協力を
実施

取り組み I

平成26年度 地域保健総合推進事業
在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの
推進における保健所の役割に関する研究

保健所アンケート調査集計概要

調査対象 全国保健所490カ所(県型365、市型125)
調査期間 平成26年6月13日～平成26年7月11日
調査方法 WEB回答調査

回答 303(県型225、市型78)

回収率 61.8%(県型61.6%、市型62.4%)

※集計結果について、**県型保健所と市型保健所との比較検討**、一部、24年度調査と26年度調査との比較検討を行った。

保健所に医療計画推進のための部署

○部署がある

70.3% (県型82.2%、市型35.9%)

参考 24年度調査 70.1%(県型84.8%、市型29.7%)

⇒テーマとして在宅医療が明確

82.6% (県型84.3%、市型71.4%)

参考 24年度調査 72.3%(県型73.4%、市型63.6%)

⇒指標による評価がされている

45.5% (県型47.0%、市型35.7%)

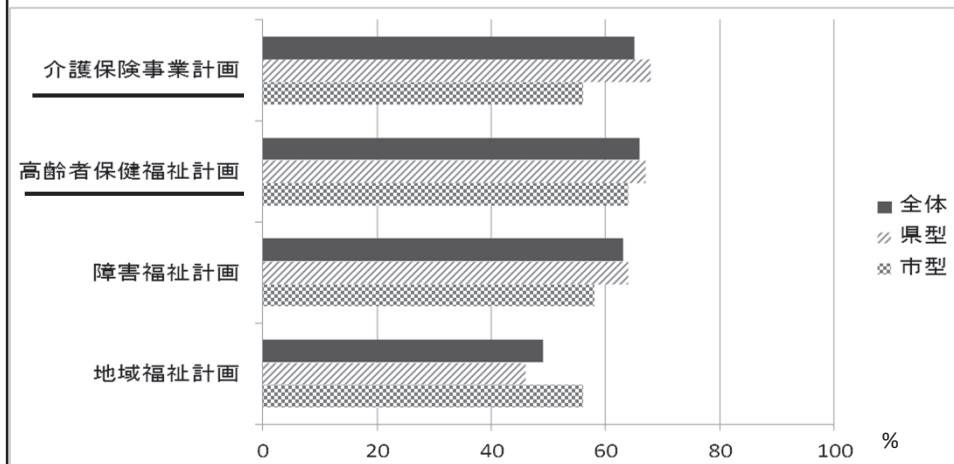
⇒担当部署に保健師が配属されている

75.6% (県型75.1%、市型78.6%)

参考 24年度調査 72.3%(県型72.3%、市型72.7%)

- 県型保健所に比べて市型保健所の担当部署有の割合が低い($p < 0.001$)
- 24年度に比べて在宅医療のテーマの明確化の割合は高くなった($p < 0.05$)

管内市町村の福祉関係計画への参画



- ・ 県型保健所と市型保健所で有意な違いはみられない。
 - ・ 24年度と比べて介護保険事業計画、高齢者保健福祉計画の参画率はやや増加したが有意差はない。
 - ・ 24年度と比べて障害福祉計画の参画割合は低下 ($p < 0.05$)。
- ※25年度の保健所アンケート詳細分析では、介護保険事業計画、高齢者保健福祉計画の参画の有無で保健所の各種取り組み割合に有意差

地域医療再生計画に基づく在宅医療の推進事業(平成25年度)

○実施された

59.1%(県型67.6%、市型34.6%)

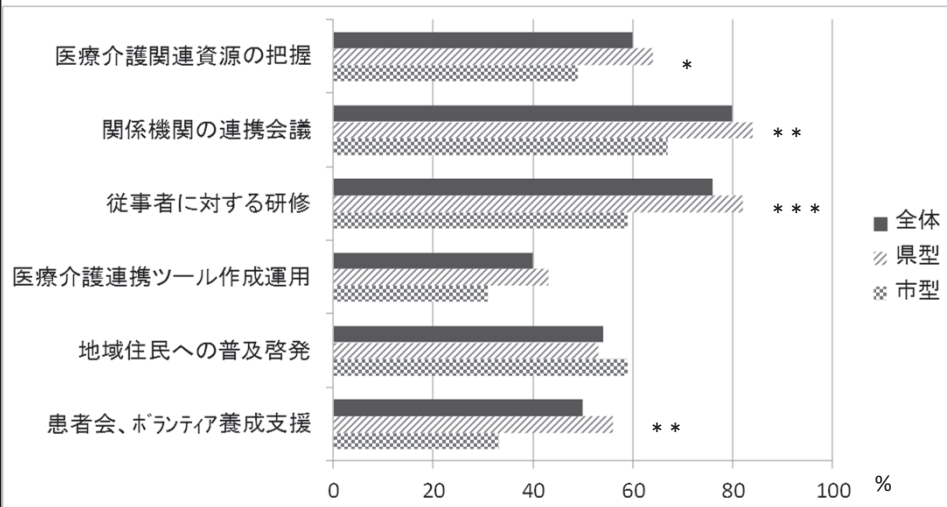
⇒保健所が関与した事業がある

79.3%(県型79.6%、市型77.8%)

- ・保健所主体事業として実施 39.4%(県型39.7%、市型38.1%)
- ・保健所以外の主体事業に協力 42.3%(県型40.5%、市型52.4%)

- ・ 県型保健所と比べて市型保健所管内での実施割合が低い($p < 0.001$)。
- ・ 実施されていれば、保健所の関与割合はほぼ同様。

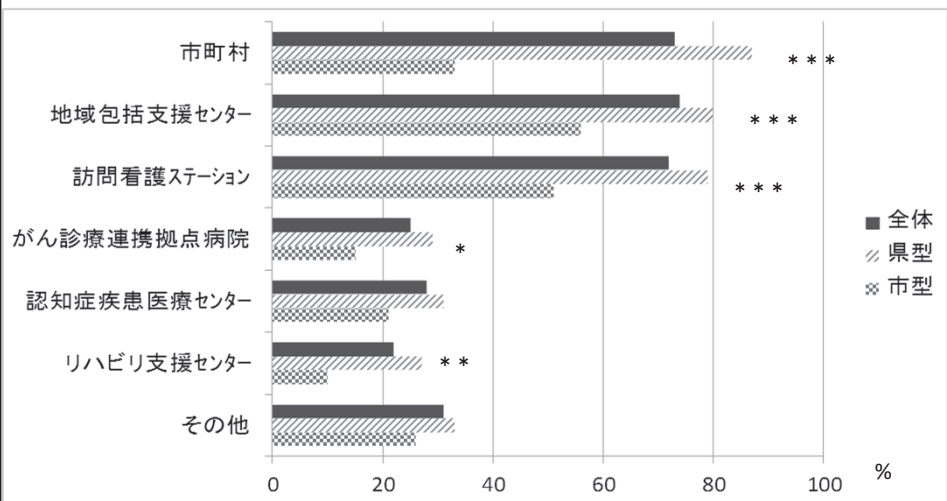
在宅医療に関する取り組み



県型と市型との比較 * p<0.05、** p<0.01、*** p<0.001

- ・「地域住民への普及啓発」以外は県型保健所と比べて市型保健所の取り組み割合が低い。
- ・市型保健所でも「関係機関の連携会議」「従事者に対する研修」「地域住民への普及啓発」の実施割合は過半数を超えている。

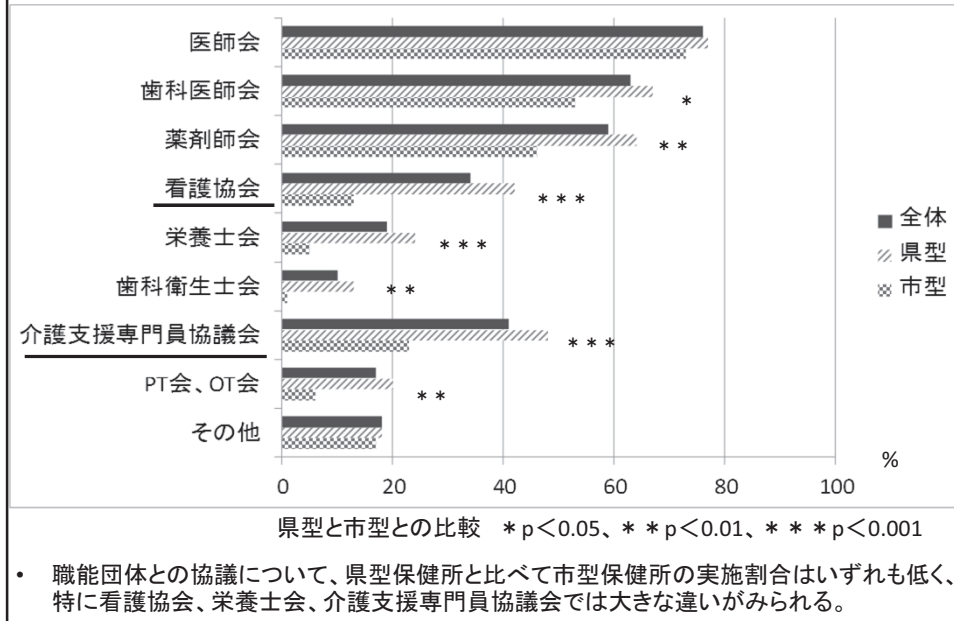
取り組んでいる場合の関係施設・機関との連携



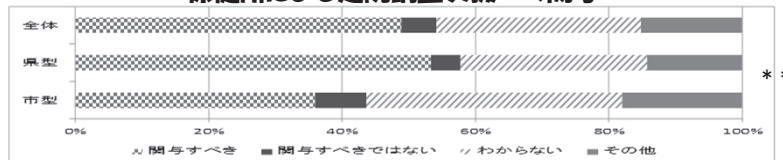
県型と市型との比較 * p<0.05、** p<0.01、*** p<0.001

- ・取り組んでいる場合の連携は県型保健所と比べて市型保健所の連携の割合がいずれも低い。
- ・取り組んでいる場合は、「市町村」「地域包括支援センター」「訪問看護ステーション」との連携割合は高いが、専門拠点施設との連携割合は低い。

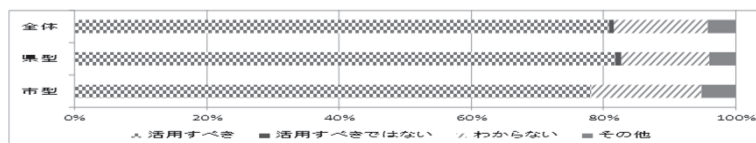
職能団体との協議 (在宅医療や医療介護連携に関して)



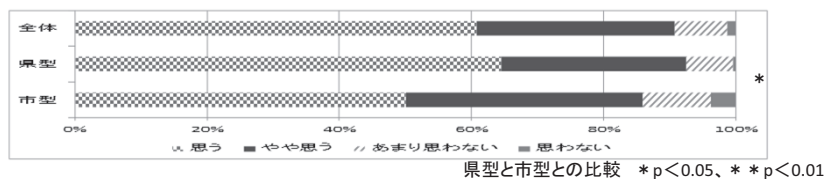
保健所による退院調整支援への関与



KDBや見える化システムの活用



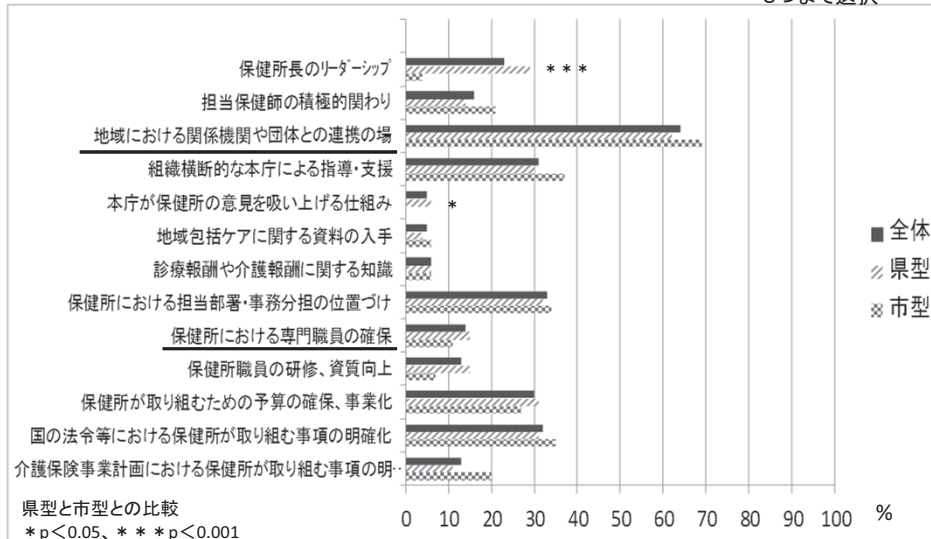
在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は今後の保健所における重要な公衆衛生業務か？



- 24年度と比べて、市型保健所では「思う」割合が有意に高くなった; 29.7% ⇒ 50.0%(p<0.05)。

保健所が地域包括ケア推進に取り組む際に特に必要と思われる項目

3つまで選択



- ・ 「地域における関係機関や団体との連携の場」の割合が圧倒的に高い。
- ・ 「保健所長のリーダーシップ」「本庁が保健所の意見を吸い上げる仕組み」は県型が高い。
- ・ 24年度調査と比べて、「地域における関係機関や団体との連携の場」は高くなり(p<0.05)、「保健所における専門職員の確保」は低くなった(p<0.05)。

取り組み II

参考となる取り組み事例の現地調査

○調査事例の選定方法

保健所アンケートで紹介いただいた40事例(県型保健所33、市型保健所7)について、各保健所ホームページを閲覧し、**関係機関との協働、わかりやすさ、創意工夫、他保健所での取り組みの参考等の観点**から現地調査事例を選定するとともに、紹介事例に限らず班員による推薦事例を追加。

○現地調査事例

- ・ 豊中市保健所 在宅医療介護連携ネットワーク「虹ネット」の取り組み
- ・ 姫路市保健所 中播磨圏域における医療介護連携の取り組み
- ・ 砺波厚生センター小矢部支所 多職種合同事例検討会の取り組み
- ・ 徳島保健所 徳島保健所管内における退院支援調整の取り組み

○調査項目

- ・ 概要;経緯、組織、予算、関係機関との協働等
- ・ 保健所の関与・寄与;促進要因、阻害要因等
- ・ 課題と今後の展望 など

※現地調査事例以外の紹介事例は、**報告書**にホームページアドレスを掲載し紹介

姫路市保健所 中播磨圏域における医療介護連携の取り組み

経過 (2012 年)

日時	会議等	内容
1 月	ケアマネ・包括部会	・退院調整不良事例 ・ケアマネジャー代表選出
2 月	姫路市地域リハビリテーション推進会議	・入退院連携ルール策定の取組み
3 月	兵庫県看護協会西播支部訪問	・取組みに関する支援要請
4 月	病院・在宅連携委員会	・在宅要介護者の入退院連携ルール
5 月	ケアマネ・包括部会	・退院調整に係るケアマネジャーの役割
6 月	退院調整アンケート調査 病院・在宅連携委員会	(2011 年に続き 2 回目) ・入退院連携ルールの運用方針
7 月	ケアマネ・包括部会	・入院時情報提供書の内容
9 月	病院・在宅連携委員会	・退院調整開始時面談方法
10 月	姫路市地域リハビリテーション推進会議	・入退院連携ルール策定状況
11 月	ケアマネ・包括部会	・退院調整開始時面談方法の内容
12 月	病院・在宅連携委員会	・入退院連携ルールの運用方針の確認
2013 年 1 月	入退院連携ルール説明会	(ケアマネジャー、地域包括支援センター向け)

・2013 年 入退院連携ルールの運用開始

徳島保健所 徳島保健所管内における退院支援調整の取り組み

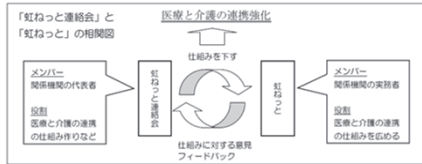
○経緯 (2014 年)

月	実施内容	具体的な方法
3 月	事業応募	・国が平成 26 年度にモデル事業として実施する「都道府県医療介護連携調整支援実証事業」に応募
4 月	事業説明	・徳島県医療政策課から徳島あんしんタッグ（徳島県、徳島市、徳島市医師会が官民一体となって在宅医療における多職種連携を推進するための協議の場）の席上で事業について説明
5 月	事業説明 情報収集	・医師会、看護協会、介護支援専門員協会へ説明 ・ケアマネジャー、地域包括支援センター、市町村へのヒアリング、連携状況の把握
6 月	事業説明 合意形成	・市町村、地域包括担当会議の開催 ・介護支援専門員協会に協力依頼、アンケート調査の検討 ・ソーシャルワーカー協会に事業説明
7 月	組織形成 情報収集	・参加病院の連携会議開催（医師会等もオブザーバー参加） ・ケアマネジャーの退院支援状況に関するアンケート調査の実施
8 月～ 9 月	情報収集 方策検討	・急性期病院へのヒアリング ・第 1 回介護支援専門員部会開催 アンケート結果の説明、退院支援ルール案、引継ぎが必要な患者の基準、欲しい情報等について検討
10 月	連携会議	・第 2 回介護支援専門員部会開催 退院支援状況、退院支援ルール案等について検討 ・第 1 回病院・介護支援専門員代表者会議の開催 退院支援ルールに関する意見交換、病院側窓口の確認
11 月	意見調整 連携会議	・徳島大学病院、徳島赤十字病院との協議 ・第 3 回介護支援専門員部会開催 第 1 回代表者会議の報告、退院支援ルールの検討、各事業所等一覧作成について
12 月	方策検討 状況報告 組織形成	・第 2 回病院・介護支援専門員代表者会議の開催 経過報告及び退院支援ルール、病院側窓口の確認 各事業所等一覧作成の検討 ・医師会理事等への報告 ・連携会議へ参加していない病院への説明及び参加依頼
1 月 以降 (予定)	連携会議 組織形成	・第 4 回介護支援専門員部会開催 代表者会議の報告、最終の退院支援ルール案の説明等 ・連携会議へ参加していない病院への説明及び参加依頼

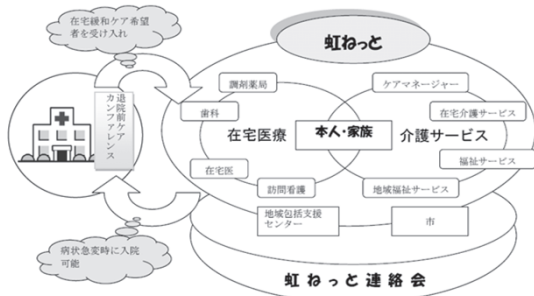
大阪府豊中市における医療介護連携「虹ねっと」

虹ねっと連絡会 構成団体	
(一社) 豊中市医師会	(一社) 豊中市歯科医師会
(一社) 豊中市薬剤師会	豊中市介護保険事業者連絡会
豊中市訪問看護ステーション連絡協議会	豊中市病院連絡協議会
豊中市：市立豊中病院、保健所、高齢施策課	
事務局：高齢者支援課	

開催日	場所	内容
第1回 平成25年9月30日	豊中市保健所 2階 講堂	<ul style="list-style-type: none"> ■ 社会保障制度改革国民会議における医療分野の考え方について ■ 豊中市の医療・介護資源について ■ 市における在宅医療の課題について
第2回 平成25年12月10日	豊中市保健所 2階 講堂	<ul style="list-style-type: none"> ■ 社会保障審議会医療部会における検討状況について ■ 大阪府医師会 会員意見調査について ■ 在宅医療推進に向けた課題の検討
第3回 平成26年1月27日	豊中市保健所 2階 講堂	<ul style="list-style-type: none"> ■ 歯科医師・薬剤師の役割・取り組み等 ■ 在宅医療推進に向けた課題の検討
第4回 平成26年2月28日	豊中市保健所 2階 講堂	<ul style="list-style-type: none"> ■ 薬剤師の業務について ■ 大阪府医師会実施「医療制度改革に関する府民意識調査」の結果について ■ 在宅医療推進に向けた課題の検討



市保健所設置を機に、医療介護ネットワーク「虹ねっと」(平成21年度設置)に参画(平成24年度)
⇒市保健所にワーキング会議事務局(平成25年度～)



小矢部市多職種合同事例検討会(年間5回)

市医師会(事務局 非常勤1名)の在宅医療支援センター(地域医療再生基金)や訪問看護ステーションの設立・運営に保健所が市とともに支援

【1. 事例紹介】

看護師や薬剤師、ケアマネ、ソーシャルワーカー等の様々な職種の者が、テーマに沿った事例を紹介する。



【3. 講義・質疑応答】 外部講師等を招き、テーマの参考となる講義を受ける。



【2. グループワーク】

5～8人程度の多職種混合のグループをつくり、事例についての意見交換や、同様の事例への今後の対応を考える



【4. 連絡事項】 多職種が集まるこの機会を利用して、事業所のイベント等の連絡や紹介を行う。



取り組みⅢ

取り組み分野別の推進ポイント

※全国保健所長会地域保健の充実強化委員会との協働作業

構成案

- I はじめに
- II 医療介護総合確保推進法と在宅医療・地域包括ケアシステム
- III 具体的な保健所の取り組み
 - 1. 市区町村支援
 - 2. 二次医療圏医療計画・地域医療構想
 - 3. 地域リハビリテーション対策
 - 4. 退院調整支援
 - 5. 認知症対策
 - 6. 緩和ケア対策
 - 7. 難病、障害者支援
- IV 本庁との連携
- V 市型保健所における取り組み
- VI 終わりに

※保健所での実践を踏まえた取りまとめ

厚生労働省「都道府県医療介護連携調整実証事業」

全国9府県で実施；研究班員・協力者（富山、兵庫、大分、鹿児島）の保健所において実施
病院組織化、ケアマネ組織化、退院調整もれ実態調査、病院-ケアマネ協議会等による
二次医療圏内の退院調整ルールを推進

第1回砺波医療圏病院-ケアマネ協議会（平成26年10月6日 市立砺波総合病院会議室）



取り組みIV

保健所連携推進会議等に対する協力・支援

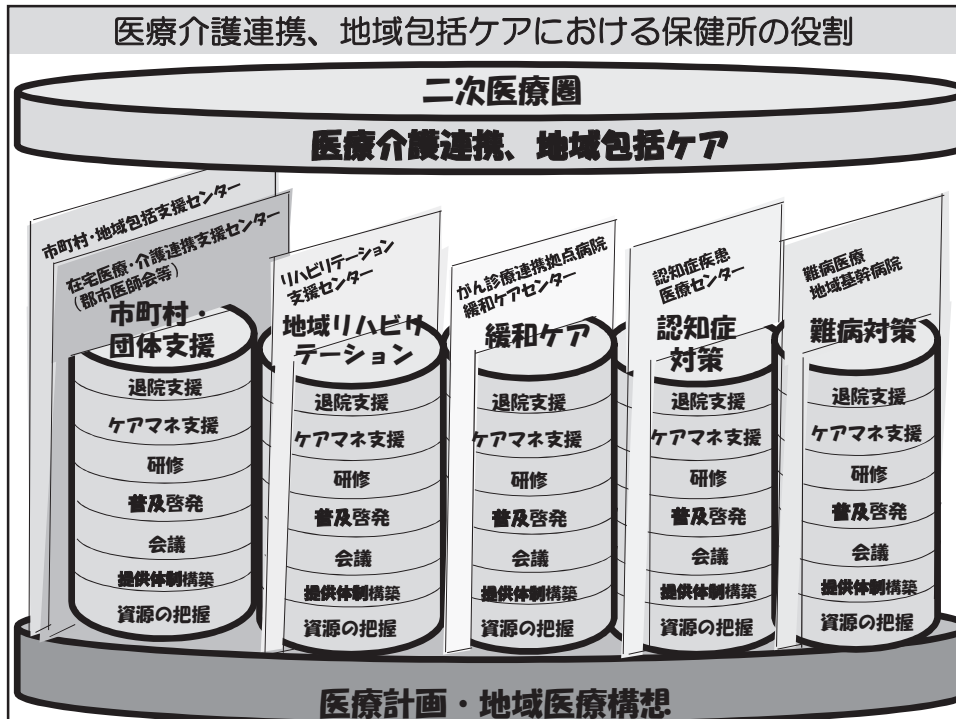
1. ブロック保健所連携推進会議

在宅医療・地域包括ケアシステムをテーマにした下記ブロック保健所連携推進会議に対して、①保健所アンケート集計結果(当該ブロック分)の提供、②研究班員による講師・コメンテーター

ブロック	開催日	アンケート集計結果の提供	研究班員による講師・コメンテーター
東北ブロック	5月23日		柳
中四国ブロック	9月5日	○	大江
九州ブロック	9月12日	○	藤内
近畿ブロック	11月21日	○	柳、伊地智
関東甲信越静岡ブロック	11月28日	○	大江

2. 全国保健所長会総会(平成26年11月4日 東京)
会員協議での座長(藤内)、講師(大江)
3. 全国保健所長会研修会(平成27年1月30日 東京)
講師(大江)
4. 行政保健師研修会(平成27年1月30日 山口、平成27年2月5日 静岡)
講師(福井)

医療介護連携、地域包括ケアにおける保健所の役割



市型保健所の取組(案)

- 区市の在宅医療、地域包括ケアシステムを推進する部局横断的な組織に参画
- 管内の関係機関・団体の取組みに支援・協力
- 難病患者・障害者(児)支援ネットワークを推進
- 精神保健福祉対策の一環として認知症対策を推進
- 健康増進計画の「高齢者の健康」を推進する一環として、地域包括ケア見える化システムやKDBの分析・活用を推進
- 地域の実情に応じて、同一医療圏内の県型保健所や拠点施設等と連携・協働した広域的取組み(圏域医療計画・地域医療ビジョン、地域リハビリテーション、退院支援等)など

まとめ

- 保健所アンケートで、保健所の取組み状況、保健所の意向・認識、課題が明らかになった。
- 参考となる事例として、市型保健所、県型保健所、保健所支所の4例の現地調査を行った。
- 全国保健所長会地域保健充実強化委員会と協働で、取組み分野別の推進ポイントをまとめるとともに、全国保健所長会の会議・研修会等に対する協力・支援を行った。
- 医療計画・地域医療構想や基金事業を通じた在宅医療の推進、福祉関係計画による医療介護連携・地域包括ケアの推進、関係機関や職能団体との連携、広域的な退院調整支援、健康づくりと介護予防の一体的展開等、保健所は絶好の立場にあり、それぞれの保健所が置かれた立場で、主体的・能動的に、市町村・関係機関・団体と連携・協働しながら実践することを期待する。

結論

在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進は今後の保健所における重要な公衆衛生業務である。

在宅医療・介護の連携を どう進めるか

保健所の立場から

富山県砺波厚生センター(保健所長)

大江 浩

市町村、関係機関・団体との 連携・協働が不可欠

平成18年度に全国保健所長会「医療制度改革における緊急アピール」において、「医療と福祉の連携推進」「地域包括ケアシステムの整備」を打ち出していたように、保健所にとってまったく新しいテーマではなく、これまで全国各地の保健所では、医療計画を通じた在宅医療の推進、難病対策、地域リハビリテーション、がん緩和ケア、認知症対策など、さまざまに取り組みが展開されてきた。

一方、27年度からの介護保険事業計画では、地域支援事業として「在宅医療・介護連携推進事業」が実施される。在宅医療・介護連携は、基礎的自治体である市町村の責務として地域包括支援センター

を中心に郡市医師会と連携して推進されるが、一口に「市町村」郡市医師会といっても格差が非常に大きく、①市町村内で完結しない広域的連携 ②医療計画・地域医療構想との連動 ③精神および難病関連業務や薬事との連携など、市町村だけでは弱い面がある。「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」では、保健所の運営(県型、市型共通)として「地域において保健、医療、福祉に関するサービスが包括的に提供されるよう市町村や関係機関等と重層的な連携体制を構築すること」による健康なまちづくりの推進が要請されている。保健所には、医事・薬事、難病・精神関連業務や各種専門職の配置等、一般の市町村にはない特性があることを踏まえ、市町村、関係団体との連携・協働で、在宅医療・介護連携の推進に取り組み必要がある。

保健所の取り組み分野と ポイント

在宅医療・介護連携は、地域の実情に応じて、①多職種チームや医師グループ ②入院前・退院前からの連携 ③緊急時バックアッ

表 「在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステム推進における7つのA」

保健所のアクション (Action)	
● アプローチ (Approach)	カギとなる人物への接触・面会、意見交換
● アピール (Appeal)	関係機関に保健所の役割をアピール
● アシスト (Assist)	関係機関・団体に対する支援、研修や会合の共催など
● アレンジ (Arrange)	既存の関連事業の工夫、関連機関・団体の事業との調整
● アナリシス (Analysis) & アセスメント (Assessment)	指標分析、地域課題の評価、事業評価

プ ④対応方針とタイムリーな情報共有等のシステムとして体制構築を図る必要がある、(1)医療計画・地域医療構想 (2)市町村・関係団体支援 (3)地域リハビリテーション (4)がん緩和ケア (5)認知症対策 (6)難病対策等の各分野において、関係機関と連携しながら、資源把握・評価、連携会議、普及啓発、研修、ケアマネ支援、退院支援等を進めたい。その際には7つのA(表)が期待される。保健所において在宅医療・介護連携を推進

する主力は保健師であるが、医師会長や病院長等に対しては、原則医師である保健所長からの働きかけや調整が重要である。以下、分野別の主なポイントを示す。

(1) 医療計画・地域医療構想

①在宅医療、脳卒中(急性期・生活期)、がん(緩和ケア含む)、精神疾患(認知症含む)をテーマに、②実働メンバーによる部会の活用 ③既存資料(医療施設調査、人口動態死亡小票、医療機能情報、介護サービス情報等)や医療計画作成支援データベースによる実態把握・指標評価 ④本庁による研修 ⑤診療報酬による病床機能分化と連携を理解 ⑥医療機関立入検査を通じた情報収集・意見交換等

(2) 市町村・関係団体支援

①管内の介護保険事業計画や障害福祉計画等の策定・推進に関する市町村、地域包括支援センター、職能団体(三師会、看護協会、介護支援専門員協議会等)の取り組み状況を把握 ③平素から市町村首長・各部門(高齢福祉、障害福祉、児童福祉等)や住民組織(民生児童委員、ボランティア団体等)と良



保健所が病院ネットワーク+ケアマネネットワークによる医療圏内の退院支援ルールを推進

好な関係を構築 ④在宅医療・介護連携推進にかかる中心人物(医師に限定しない)を見極め、中核組織を結成 ⑤普及啓発は住民組織と連携し、シンポジウム、講習会、パンフレット、ケーブルテレビを活用等

(3)地域リハビリテーション
①リハビリテーション支援センター等と連携し地域連携パス(脳卒中、大腿骨頸部骨折)を推進

②多職種による急性期～生活期の症例検討を推進 ③地域の実情に応じて広域的な取り組み(協議会、資源把握・評価、研修等) ④地域包括支援センターと連携し介護予防事業を推進 ⑤退院調整支援の取り組み(写真)との連携等

(4)がん緩和ケア
①医療計画「がん」と連動 ②訪問看護ステーションの実態を把握 ③がん診療連携拠点病院と連携し地域の実情に応じて広域的な取り組み ④薬事(在宅麻薬管理、医療機器、衛生材料)と連携等

(5)認知症対策
①医療計画「精神疾患(認知症)」と連動 ②認知症疾患医療センターと連携し地域の実情に応じて広域的な取り組み ③医療保護入院(認知症)にかかる指導・支援 ④地域包括支援センター等による介護予防・認知症対策の取り組みを支援 ⑤地域包括ケア「見える化」システムによる分析評価等

(6)難病対策
①難病患者支援ネットワークを地域包括ケアのモデルの

ひとつと位置づけた取り組み ②難病医療の基幹病院と連携し地域の実情に応じて広域的な取り組み ③障害者ケアマネジャー、障害者地域自立支援協議会と連携等

在宅医療・介護連携は幅広い分野にまたがっており、たとえば、
①本庁における地域包括ケアを推進する部局横断的な組織に保健所(代表者)が参画 ②本庁各部局による保健所担当者会議やメーリングリストを活用した双方向の情報共有・意見交換 ③本庁による保健所職員に対する研修や本庁との連携・協働による資源把握・評価等が重要である。また、市型保健所の取り組みとして、①市の在宅医療、地域包括ケアを推進する部局横断的な組織に参画 ②管内の関係機関・団体の取り組みに支援・協力 ③難病患者・障害者(児)支援ネットワークを推進 ④精神保健福祉対策の一環として認知症対策を推進 ⑤健康増進計画の「高齢者の健康」を推進する一環として、地域包括ケア「見える化」システムや国保データベース(KDB)システムの分析・活用を推進 ⑥地域の実情に応じて、同一医療圏内の県型保健所や拠点施設等と連

携・協働した広域的取り組み(圏域医療計画・地域医療構想、地域リハビリテーション、退院調整支援等)などを提案したい。

地域保健にとって地域包括ケアシステムの推進は大きなチャンス

地域包括ケアシステムには、医療、介護、予防、生活支援、住まいの5つの視点がある中で、在宅医療・介護連携はその中核であるとともに、予防や生活支援とも連動した取り組みは地域住民とともに進めるまちづくりの一環でもあり、地域性が重視されなければならぬ。①組織横断的な取り組みの推進 ②2025年を見据えた中長期的計画 ③全国共通の分析評価ツール等の動向は、地域保健にとっても大きなチャンスととらえたい。今後、それぞれの保健所が置かれた立場で、市町村、関係機関・団体との連携・協働で、主体的・能動的に創意工夫しながら、非定型的業務に前向きに取り組まれることを期待したい。

■参考文献
1) 地域保健総合推進事業「在宅医療・医療介護連携、地域包括ケアの推進における保健所の役割に関する研究報告書」(分担事業者 大江浩一、平成24年度、平成25年度)

平成 26 年度 地域保健総合推進事業

在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進に
おける保健所の役割に関する研究

分担事業者 大江 浩（富山県砺波厚生センター所長）

【事業協力者】

福井 貴実子（富山県砺波厚生センター 地域保健班長）
長瀬 博文（同 小矢部支所長）
松倉 知晴（富山県高岡厚生センター氷見支所長）
吉田 智子（富山県厚生部高齢福祉課副主幹）
笹井 康典（枚方市保健所所長）
森脇 俊（大阪府守口保健所所長）
中原 由美（福岡県嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所保健監）
藤内 修二（大分県中部保健所所長）
柳 尚夫（兵庫県豊岡保健所所長）
伊地智 昭浩（神戸市保健所所長）
中本 稔（島根県浜田保健所所長）

【アドバイザー】

宇田 英典（鹿児島県伊集院保健所所長、全国保健所長会会長）

【事務局】

井上 尚子（一般社団法人日本公衆衛生協会、全国保健所長会）

平成 26 年度 地域保健総合推進事業（全国保健所長会協力事業）

在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステムの推進における保健所の役割に関する研究報告書

発行 平成 27 年 3 月

発行者 分担事業者 大江 浩（富山県砺波厚生センター）

〒 939-1506 富山県南砺市高儀 147

TEL 0763-22-3511

FAX 0763-22-7235

