

平成27年度 地域保健総合推進事業

# 圏域の医療ビジョンと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28年3月

日本公衆衛生協会

分担事業者 中本 稔（島根県県央保健所長）

はじめに

平成 27 年 3 月「地域医療構想策定ガイドライン」が出され、2025 年の医療体制の確保に向けて取り組みを始めることとなった。医療計画の一部であるとの位置づけではあるが、これまで全国の保健所は医事業務との関連である医師不足や救急医療体制の整備などの事業以外に医療計画に積極的に関わることは全国的に少なかった。限られた医療資源を活用し開発するために、特に圏域の医療構想が掲げる病床機能の分化と連携には、保健所の役割が期待されている。

一方、高齢者が住み慣れた地域で生涯住み続けるための地域包括ケアシステムの構築は市町村の責任で行うとしているが、医療や介護の資源確保、ネットワークづくりでは、市町村の枠を超えた 2 次医療圏の調整が欠かせない。また、地域医療構想の病床機能の分化と連携には、在宅医療や介護保険事業と深く関連し、地域包括ケアシステムの議論を避けて通れない。ここにも保健所の役割が期待されている。

本研究班では、保健所機能のひとつとしての地域医療構想への取り組み、包括ケアシステムへの取り組みをアンケート調査と事例をまとめ、保健所の役割と課題を整理し、今後の保健所のあり方の議論に寄与することをめざした。

最後に、多忙な中、アンケート調査や聞き取りにご協力いただいた皆様に感謝を申し上げます。

平成 28 年 3 月

平成 27 年度地域保健総合推進事業

圏域の医療ビジョンと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 中本 稔（島根県県央保健所長）

## 目 次

1 研究報告 .....	1
2 アンケート単純集計とグラフ .....	17
自由記入欄 .....	28
アンケートフォーム .....	34
3 取組事例 .....	37
① 富山県砺波厚生センター .....	38
② 島根県県央保健所 .....	42
③ 兵庫県丹波健康福祉事務所 .....	45
④ 大分県中部保健所 .....	50
⑤ 尼崎市保健所 .....	52
⑥ 下関市保健所 .....	56
4 ブロック研修等資料 .....	61
① 北海道ブロック（札幌） .....	62
② 中四国ブロック（高知） .....	79
③ 九州ブロック（鹿児島） .....	82
5 地域保健総合推進事業発表会原稿と資料 .....	87
6 参考資料 1、2 .....	93
7 研究班名簿 .....	97

## 研究報告

### 【要旨】

本研究班では1)全国の保健所の取り組みをアンケート調査、2)取り組み事例をまとめ、3)保健所連携推進会議ブロック研修会等への協力を行った。圏域構想策定の困難では「区域内の調整が複雑で将来像が描けない」が約半数であり、所長として「医療提供課題が大きく調整の手出しできない」が37%と比較的高い。また、市型保健所の病院病床機能の分化と連携の役割が不明確だとの結果だった。医療構想の柱のうち「目指すべき医療体制を実現するための施策」をこの10年間に県・保健所、市町村、医療機関がどう展開するかが重要である。病床機能の分化と連携では事業やデータを通して病院機能や診療の質を押し量り、それを維持確保から開発する施策が求められている。また、地域包括ケアシステムの構築では主体は市町村であるものの広域の医療介護連携が重要であることから保健所、医師としての保健所長の果たす役割が大きい。

### 【目的】

地域医療構想の策定にかかる保健所の取り組み状況を把握し、圏域での病床機能の分化と連携に今後どう取り組むかその課題等を明らかにする。地域包括ケアシステムでは、医療や介護の連携を通して保健所が市町村支援をどう進めるか課題を明らかにする。

### 【方法と結果】

#### 1. アンケート調査

##### (1) 方法

対象は全国保健所長会会員（n=486）、平成27年9月1日現在の状況を記入  
質問紙（エクセルファイル）に入力しメールにて返送

期間 平成27年9月16日から10月23日

回答数 263(都道府県型 210、区市型 53)回収率 54.1%(都道府県型 57.7% 区市型 43.4%)

(断りのない場合を除いて、都道府県型を県型、区市型を市型と略称する)

##### (2) 結果

#### 1) 構想区域（以下圏域という）の調整会議の設置について

9月1日現在で圏域の調整会議を設置している保健所は、170保健所(県型 136、市型 34)であり、71保健所では年度内に設置する予定。一方、17保健所では圏域調整会議を設置する予定はない。

この調整会議の事務局は県型保健所の場合、多くが自身の保健所単独であり、一部は本庁と保健所の共同設置である。市型保健所では自身の保健所単独は少なく、県型保健所との共同、都道府県庁との共同、都道府県庁と県型保健所、あるいは隣接地域を管轄する県型保健所単独が事務局であったり、保健所以外の市の部局が事務局である。

#### 2) 区市型保健所の医療構想への関与

区や市が医療構想に関与できるのは 41 保健所であり、そのうち保健所として関与できるのは 30 保健所であった。医療政策や病院事業を担当する部局が事務局となる市がある。

### 3) 圏域調整会議の構成

調整会議には、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会の 4 団体に加えて、公立病院や公的・民間病院も加わっている。また、県型で 165 保健所（回答 201 保健所中 82.1%）、市型で 30 保健所（回答 40 保健所中 75.0%）で保険者が加わる。委員としての住民の参加は県型 64 保健所（31.8%）、市型 10 保健所（25.0%）と少ない。

圏域内のすべての病院の意見を医療構想に反映させるために工夫しているところは、すべての病院代表者との会議や個別の聞き取りを行う一方、この時点では特に何もしていないとした保健所が 66 保健所（県型 50、市型 16）であった。

### 4) 医療構想策定期間

医療構想策定の見込みの時期を明らかにしているところは 210 保健所（県型 175、市型 35）である。圏域の計画策定期間は、本年度末が 143 保健所（県型 119、市型 24）であり、平成 28 年度末までにはほとんどが策定を行う。

### 5) 圏域における保健所の役割

県型保健所の場合、「調整の場の提供」「病院病床機能の課題とりまとめ」「2025 年推計必要病床数への意見集約」「医療需要データの提供」「医療提供体制実現のための施策とりまとめ」の順に多かった。市型保健所の場合、ほぼ半数で「役割は明確ではない」とあった。

### 6) 計画策定に関連するデータの活用について

医療法にもとづく病床機能区分別病床数の圏域ごとのデータや院所名、2025 年病床機能区分別医療需要や必要病床数推計値は利用が多いが、医療計画作成支援データブックによる疾患データや 2025 年在宅医療の推計データは、およそ半数であった。

### 7) 地域医療構想策定の困難

「構想区域の調整が複雑で将来像が描けない」「国の方針がわからない」「県・本庁の方針がわからない」の順に困難と考えている保健所が多い一方で、「医療機関が構想策定に消極的」「保健所以外の部署が策定を行っているため役割が果たせない」は否定する保健所が多かった。

所長の困難では、「医療提供の課題が大きく関係機関の調整に手出しできない」が肯定的である一方で、「国県の方針が理解できず圏域構想の策定に賛成しかねる」は否定的であった。

### 8) 在宅医療、病院機能の把握

保健所管内の在宅死亡や施設死亡を把握している保健所は 90 保健所（回答 263 保健所の 34.2%）と少ない。また、医療施設静態調査等から在宅サービスを把握しているのは 86 保健所（同 32.8%）であった。

医療法の立入検査等で在宅診療の情報を把握しているのは県型市型も半数以下であった。

### 9) 在宅医療推進の役割、その課題

在宅医療の推進や、その資源の開発にかかわる保健所の役割は重要と答えた保健所は多かった。



推進するための課題では「在宅医療を担う人材の不足」「実施する機関の不足」「住民の理解が不十分」「医療以外の在宅医療を支えるサービス不足」「多職種連携が不十分」「保健所の体制が不十分」の順であった。

#### 10) 地域包括ケアシステム構築にむけた市町村への関与

県型保健所のうち管内市町村の地域包括ケアシステムを支援する担当者を設置しているのは 122 保健所であった。85 保健所では保健師が、37 保健所では事務が担当している。9 保健所では複数担当者を置いている。

市型保健所には、地域包括ケアシステムを進める区市の部署と連携を問うたところ、既に連携している、今後連携するが 41 保健所であった。

県型保健所では管内市町村の、市型保健所では自身の市の、第 6 期介護保険事業計画への関与は、それぞれ 132 保健所(62.9%)、24 保健所 (45.3%) であった。県型保健所の場合は委員として、市型保健所の場合はその部署との連携で関与しているのが多い。

市町村支援としてデータヘルス計画への関与では、県型では 57 保健所、市型では 14 保健所にとどまった。また、支援ツールとして活用できる見える化システムを所長として利用しているのは県型で 31 保健所長、市型で 3 保健所長にとどまった。

在宅医療・介護連携事業では県型保健所では「相談されたときの対応」「情報交換・共有の場の設置」「市町村の会議の委員」が多く、市型保健所では「相談されたときの対応」「会議の委員」が多かった。

市町村から保健所への期待として考えられるのは、県型保健所の場合「医療機関・医師会等との調整」「市町村単独ではない地域課題としての調整」「市町村間の情報交換共有の場の設置」「問題が生じたときの相談対応」が多い。市型保健所では「医療機関・医師会等との調整」「問題が生じたときの相談対応」が多い。

地域包括ケアシステムにかかわる保健所の役割は重要と答えた保健所は多かった。(Q22 と Q34 はほぼ同じ)

自由記入欄に、国のモデル事業として行われた「在宅医療介護連携実証事業」に取り組み今回の医療構想策定に活用しているとの回答もあった。

### (3) 考察

#### 1) 医療構想について

9月初めの時点で県型保健所を事務局に圏域の医療構想の策定が進んでいる。一部の都道府県では保健医療計画の進捗を本庁が一括して進めているところがあるように、今回の医療構想策定についても構想区域の保健所が事務局にならずに本庁一括としているところがあった。(角野班調査や本研究班の班員聞き取りから)

医療構想の 3 本柱のうち、①2025 年の医療需要 (患者数推計)、②2025 年の医療提供体制 (機能別病床数) については国の推計値によるところが大きく保健所の関与は困難とも考えられる。一方、3 本柱のうちの③医療供給体制を実現するための施策 (医療機能の分化と連携) では、構想策定後の事業実施 (特に地域医療介護総合確保基金の運用) が重要で、全県だけではなく圏域単位でも病院診療所や関係機関、市町村、保健所が一体となって地域の

医療を守り、開発する必要が高まると考えられる。保健所が圏域の事務局を担当する場合でも、①②③すべて議論するのか、①②は本庁にまかせ③を調整するのかといった役割分担も都道府県によって異なる。

この医療機能の分化と連携にあたり、少なくない保健所長（県型も市型も）が困難と考えていた。特に市型保健所では医療構想の策定等に関わる事務局の役割がないところが多い。昨年度の大江研究班の調査でも市型保健所が保健医療計画の推進に関わるのは 36%であった。市型保健所ではこれまでの保健医療計画の策定やその進捗に関わることがなかった保健所も多いことから、今回の医療構想の策定や医療機能の分化と連携に関して役割が明らかではなく困難と感じていることが考えられた。困難についての無回答も多かった。

市型保健所がある都市部には病床数の多い基幹病院が多く、周辺地域からの患者の受け入れ（流入）もあり、その分化と調整には課題が大きい。一方で、これまで退院調整や医療介護連携を通して、基幹病院、医師会ほかの関係機関との連携も進めている保健所もあって、保健所（保健所長）の取り組み次第で在宅医療や介護との連携も進むことが考えられる。（事例と関連）市型保健所が管内の医療機能の分化と連携にどう関わるのか整理する必要がある。

困難を伴うものの保健所あるいは保健所長として医療構想への役割が大きいと感じている。これまでの保健医療計画への関わり、医療法にもとづく立入検査や届け出等の事業が保健所で行われていること、首長をはじめ医師会や各種関係機関とのつながりもあることによると考えられる。特に医療機能の分化と連携では、保健所長が医師という専門職であることの特性が期待される。保健所長が地域の医療にどう役割を果たすか、そのための資質をあげる研修等をすすめていく必要がある。

## 2) 地域包括ケアシステムについて

地域包括システムは、高齢者の生活圏域で、保健医療介護と住まいが一体となって高齢者の生活を支援する体制である。その実施には市町村が行うものとされているが、医療や介護が市町村の枠を超えて広域的重層的に行われていることから、保健所（ここでは特に県型）の役割も大きい。今回の調査では県型保健所の 6 割に管内の包括ケアシステム構築の担当者を置いている。担当者の職種としては保健師、事務が多かった。

第 6 期介護保険事業計画の実施や評価に関わっているのは県型保健所の 62.8%、市型保健所の 46.2%であった。市型保健所では、介護保険事業をすすめる担当部署との連携が課題である。

第 6 期介護保険事業計画では地域包括ケアシステムを目指して在宅医療介護連携推進事業を行うとされ、市町村ではその準備と実施を進めている。この事業は質の高い在宅医療介護サービスをどう確保するのがポイントである。保健所として在宅医療を推進する課題を問うたところ県型市型ともに「在宅医療を担う人材が不足」「在宅医療を担う医療機関が不足」「在宅医療への住民理解が不十分」の順で多かった。人口減少地域（主に県型）であっても、増加地域（主に市型）であっても大きな課題だ。

医療構想の病院機能の分化と連携の関連では、急性期から回復期、慢性期の病床機能だけではなく、病院外来やかかりつけ医、在宅で患者家族を支える多職種の役割を明確にしてお

く必要がある。保健所はこれまで多職種の役割を明らかにし連携を高める事業を関係機関とのつながりの中で進めてきた。今後も進めていく必要がある。

また、市町村は第6期事業計画では介護予防だけではなく高齢者保健福祉活動の再編としての総合事業も進める必要があり、保健所が広域的・重層的にどう支援するかが重要である。

## 2. 取り組み事例（詳細は別のページ）

### （1）都道府県型保健所

#### 1) 富山県砺波厚生センター

保健所長、企画班がこれまで医療法にもとづく届出、保健医療計画作成支援データブック、見える化システムなどを用いて、疾病構造や病院機能を整理し、調整会議、連携会議等で活用してきた。今回の圏域医療構想の策定ではこれまでの取り組みをさらに進めることができた。

富山県では本庁担当課と保健所が協働で進めてきた。全国の研修の復命を全県担当者に行うことや、県内のそれぞれの圏域の取り組みをメール等の情報交換が行われている。

包括ケアシステムについては、地域の医療機関、介護事業者・包括、行政と協働し在宅医療・介護連携に保健所も関わってきていたことから、これまでどおりの取り組みを進める。

#### 2) 島根県県央保健所

県内7保健所のうち、3保健所で連携スタッフ1名が配置され、特に中山間地域をかかえる町村部の医療介護連携を担当する。この職員が圏域の医療構想策定にも役割を果たす。

県庁担当課は保健医療計画、医療構想を主管するところであるが、ここに公衆衛生医師がおり全県、圏域のデータを分析しては保健所に提供する。今回の医療構想の策定では、保健所と相談しながら圏域ごとのデータ分析を行う。圏域の調整会議の議事資料も全県で共有できるようサーバーに保管する。慢性期病床患者、介護施設の入所者調査も行った。

包括ケアシステムを構築するには、人口減少地域にあって、基幹病院の診療科を確保することが課題であること、在宅医療・在宅介護を担う医師、看護師、介護職ほかの人材確保・育成が課題である。

#### 3) 兵庫県丹波保健福祉事務所

今回の医療構想の議論は単なる病床数の議論ではなく、病床機能の分化と連携が地域の医療の未来のすがたの議論だと提案し、関係者の主体的な参加を促している。特に在宅医療について医師会をはじめ関係者に緊急アンケート調査を行い、10年後のかかりつけ医の課題を整理し、在宅医療・介護の取り組みをすすめる。

#### 4) 大分県中部保健所

中核市大分市保健所をふくむ医療圏、構想圏において、事務局として医療構想の議論を進める。国のモデル「在宅医療連携拠点整備事業」を活用して、医師会が中心となり1市から4市へと拡大し、在宅医療介護連携をすすめている。全県から患者が流入する基幹病院の分化と連携、在宅医療・介護連携に中核市大分市保健所とどう相談しながら連携をすすめるかが課題。

### （2）区市型保健所



## 1) 尼崎市保健所

圏域の医療構想の策定の事務局は、兵庫県庁担当課と隣接する芦屋健康福祉事務所（芦屋保健所）である。尼崎市保健所長は部会の委員。同じ中核市である西宮市保健所と合わせて、県の芦屋保健所と関係はよい。

兵庫県は医療圏ごとに地域リハ事業に取り組んでおり、特にここ3年、病院の退院調整に市保健所がかかわり、今回の圏域構想の病床機能の分化と連携ではその延長として役割を果たす。市保健所として、他の担当課が主管する認知症ネットワークや地域包括ケアシステムにも参画し、在宅医療・介護連携の分析を担当する。

## 2) 下関市保健所

医療圏は下関市単独であることから、この圏域の事務局は山口県から委託され下関市保健所となる。高齢化が進み、慢性期の病床数が多い。開業医の市街地への偏在、高齢化が顕著で、在宅医療介護連携をすすめる上で関係者の取り組みが困難。今回、圏域内調整の仕組みづくりを山口県からモデル事業として圏域医療構想協議会を設置して、病院病床の分化と調整を進めている。

## 3. 保健所連携推進会議ブロック研修会等への協力（別資料参照）

(1) 北海道ブロック 平成27年8月4日 札幌

(2) 中国四国ブロック 平成27年9月2日 高知

(3) 全国保健所長会九州ブロック研修会 平成28年1月21日 鹿児島

## 【考察】

### 1. 圏域医療構想への保健所の役割

これまで保健所では、都道府県の医療計画策定（特に圏域計画）や5疾病5事業を中心とした計画の進行管理に（特に県型保健所が）関わってきたところであるが、病院診療所の診療体制や経営に及ぶところでは積極的に関わることがなかったといっていよう。平成27年3月に医療構想策定ガイドラインが出され、特に圏域における病院病床機能の分化と連携、在宅医療介護連携には市町村の枠や関係機関の枠をこえた広域的重層的な保健所の役割が重要だ。今回の研究班の調査でも多くの保健所が医療構想に関わることは重要だと回答している。

2025年の地域の医療需要を予測し、適切な医療提供をめざすという点では、地域の近未来のすがたを、住民に提案できるかが問われている。また、医療・福祉が市町村を超えた重層的な取り組みが求められることから、保健所の調整機能を発揮したい。

圏域における病院病床機能は、日常の保健所事業でも確認できる。毎年病院報告を始め、圏域における保健衛生統計は保健所に集約されている。今回の医療構想の議論では、これまでの保健所の病院病床をみる目が問われている。一方、診療報酬をもとにした地域医療構想策定支援ツールは、病院病床の機能を評価するための大事なデータベースである。

病院経営そのものは医療機関が主体だが、必要な医療を適切なタイミングで提供し、かつ、その医療の質を確保するためには、単一の医療機関の努力だけでは限界がある。病院連携、

病診連携はもとより、病院と介護事業者、それらを支援する行政の役割が重要だ。これまでも保健所では保健医療計画推進に関わる各種事業を取り組んできた。限られた資源（ヒト、モノ、カネ）を連携（関係性）や人材育成（研修）で機能を高めることは、これからも続けていきたい。

新たな事業を組み立てて、近未来の地域に医療の確保を進めることも必要となっている。地域医療介護総合基金は、医療機関や介護事業者の診療報酬だけでは立ち向かえない課題を補完できる（可能性がある）。基金の活用について、保健所が地域の医療の分化と連携に対して事業を提案することを進めたい。

都道府県型保健所の多くが保健医療計画の進捗に関わる一方で、区市型保健所の多くが関与できていない。今回のアンケート調査では、指定都市の区型保健所や東京都の特別区保健所の 15%しか回答がなかった。医療構想の策定について、調整会議の事務局ではなく都道府県型保健所が事務局となる会議の委員が比較的多く、役割が明確ではないという区市型保健所が 36%であったこと、データブックの利用も区市型保健所の 12%であった。これらのことから医療構想の策定においても区市型保健所の役割には限界があることがわかった。市が構想区域の一部であったり、医療行政が市本庁で一括実施されていたり、また、医療構想の進捗についての情報が不足していることなどが考えられる。事例として取り上げた尼崎市保健所のように、市という利点を活用して、病院機能の分化と連携、在宅医療・在宅介護連携など、各種事業で医師会や事業者とも連携を進めている。区市型保健所の取り組みへの提言については、平成 26 年度「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 大江浩所長）の取り組み分野別の推進ポイントを参照されたい。

医療構想策定の病院病床の分化と連携では、医療需要の予測が減少するところでは今後医療資源の維持あるいは収れんの議論が主体となる一方で、高齢者人口が増えると予測されている都市部は新たな医療資源の開発が重要となってくる。今回の調査では、人口が集中する都市部にある区市型保健所の回答数が限られており、分析の限界があった。次年度以降の検討課題とする。

## 2. 地域包括ケアシステムへの保健所の役割

医療構想のめざす 2025 年の地域のすがた「健康な地域づくり」をめざすとき、健康増進、介護保険、障がい者施策等の各種事業は一体のものとする。2000 年から始まった介護保険事業の実施は市町村が主体だが、県型保健所では、事業の中で多職種・多機関連携を進めてきたことから市町村の枠を超えた連携に取り組める。広域事業組合でも町村を越える調整が必要となっている。

一方で区市型保健所では、保健所保健部局と介保担当福祉部局と縦割りになっていることが多い。同一の部局内にあるのか、全くの他部局にあるのかによっても保健所の役割は異なる。今回のアンケートでも保健所が第 6 期介護保険事業に関わっているのが、都道府県型保健所の 62.8%に対して、区市型保健所の 46.2%であった。地域包括ケアシステムの推進にあたり保健所に期待されているものが「わからない」「ない」と答えた市型保健所が 19%（県

型保健所では 8.1%) と比較的多かった。市町村が実施主体としながらも担当部局間の関係も課題だ。平成 29 年度末までに総合支援事業の実施が求められている。在宅や慢性期病床と関連する医療介護連携の推進、認知症ケアの推進と課題が大きいなかで、保健所の役割が重要だ。

### 3. 保健所、保健所長の役割を高める

2025 年の医療を確保するために圏域単位で医療構想を策定しその進捗を図ること、また、市町村の地域包括ケアシステム構築に向けて保健と介護・福祉の資源の確保や開発を図ることは、大きな課題となっていることがわかった。

#### 保健所は期待されている。

保健所内で担当者を決め、医療構想の PDCA をまわすこと、市町村と連携し早期に総合支援事業を実施することが求められている。

病床機能の分化と連携には、医療法の報告データや医療計画作成支援データブックの活用が基本である。これらのツールを活用して、病院長を始め、関係機関に医療介護のすがたをどう理解してもらえかが問われている。

「地域支援事業の実施について」（老発 0115 号第 1 号平成 28 年 1 月 15 日）には、「総合事業は、市町村が実施主体となり、保健所その他の関係行政機関、... 等の協力を得て推進する。」と保健所の関与を明記されたことから保健所の役割は重要である。

地域医療介護総合確保基金の特に医療については、医療構想との整合が問われている。言い換えれば、10 年後の地域のすがたへ人材や施設を確保するために、病院や関係団体、市町村関係者と基金の事業化を進める必要がある。

#### 特に保健所長に求められるものは？

なにより、健康な地域づくりをめざすとき、健康増進、介護保険、障害者施策などこれまで行政機関として進めてきた各種事業を継続して進める必要がある。

地域包括ケアシステムは高齢者の地域ケアシステムのひとつとして進められているが、保健所が取り扱う母子保健、精神保健、感染症対策も地域における関係性（ソーシャルキャピタル）が問われており、高齢者の包括ケアシステムと同じ課題も多い。医師会を始めとする地域関係団体とのつながりの強い保健所が介護保険担当福祉部局と連携をとりながら地域づくりを進めることは重要である。医師としての職能を活かし健康な地域づくりをめざす保健所長の役割（プレゼンス）を高めることが重要である。

## 【提案】

医療構想策定後は PDCA サイクルによって医療の分化と連携を進めることが重要である。そのためには、医療法にもとづく病院報告や医療計画作成支援データブックにある医療費からみた医療需要と医療提供を確認し、関係者と共有し、地域づくりを進める必要がある。地域包括ケアの PDCA は、見える化データシステムを活用したい。同じ人口規模の市町村で特徴的な取り組みも事例として確認できる。日常生活圏域ごとの各種サービスの確認ができる。

### 1. 地域包括ケアシステムを進めるにあたっての医療情報の活用について

#### ○医療計画作成支援データブック

「医療計画作成支援データブック」は、データ集（電子データブック、医療提供状況・SCR、アクセスマップ・自己完結率）、解析ツール（受療動向可視化ツール、医療提供体制 SCR\_地図アプリ、救急搬送データ分析ソフト、DPC 公開データ）で構成され、国立保健医療科学院の地域医療構想策定研修でも実践研修されており、医療計画の策定・推進において、最も活用が期待される分析ツールである。

「電子データブック」には、厚生労働省医政局指導課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（医政指発 0330 第 9 号 平成 24 年 3 月 30 日）」の別表「在宅医療体制構築に係る現状把握のための指標例」における指標（参考資料 2 参照）が出ており、この中には「在宅死亡者数【市区町村】」「退院支援担当者を配置している診療所・病院数【市区町村】」「在宅看取りを実施している診療所・病院数【市区町村】」「ターミナルケア対応訪問看護ステーション数【市区町村】」等もある。

NDB からの SCR（年齢調整標準レセプト出現率）や自己完結率（カバー率）は、二次医療圏単位、市町村単位で比較分析が可能となっている。但し、個人情報保護の観点からレセプト件数が小さい場合（二次医療圏 10 件未満、市町村 100 件未満）はデータが出ない制限がある。

在宅医療関連では以下のようなレセプト分析項目がある。

「入院機関との退院時カンファレンス開催（退院時共同指導料）」
「病院従事者が退院前に患者宅を訪問指導（退院前在宅療養指導管理料）」
「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）」
「地域連携診療計画管理料」「地域連携診療計画退院時指導料 1」
「がん治療連携計画策定料 1」「がん治療連携指導料」
「病院が患者に対し退院支援・調整（新生児特定集中治療室退院調整加算、退院調整加算等）」
「診療所・病院、訪問看護、歯科、薬局間の情報共有ネットワーク（在宅患者連携指導料、在宅患者連携指導加算、同一建物居住者連携指導加算）」
「患者における多職種でのカンファレンス（在宅患者緊急時等カンファレンス加算、在宅患者緊急時等カンファレンス料、同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算）」
「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料」「在宅患者訪問薬剤管理指導料」
「在宅患者訪問栄養食事指導料」「在宅で実施されている各指導管理」「往診」



「緊急往診」「在宅支援」「訪問診療」「訪問看護提供」「訪問看護指示」  
「療養病床における急性期や在宅からの患者受け入れ（救急・在宅等支援療養病床初期加算）」  
「在宅療養中の患者の緊急入院受け入れ（在宅患者緊急入院診療加算）」  
「在宅療養中の重症児の入院を受け入れ（救急・在宅重症児（者）受入加算）」  
「在宅ターミナル加算」「看取り加算」「在宅患者訪問点滴注射管理指導料」  
「在宅経管栄養法」「在宅自己注射指導管理料」等

平成 27 年 7 月 28 日医政局地域医療計画課事務連絡「地域医療構想策定支援ツール等から得られる情報の関係者間での共有等について」（参考資料 1 参照）では、医療計画作成支援データブックから得られる情報について、地域医療構想調整会議及び都道府県医療審議会委員、保険者協議会との共有が要請されている。

### ○病床機能報告

医療法による病床機能報告制度では各都道府県が医療機関ごとにデータ公表している。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>

但し、病床機能報告は一般病床または療養病床を有する医療機関に限定されている。

在宅医療関連では以下のような公表項目がある。

「在宅療養支援病院・診療所、在宅療養後方支援病院の有無」  
「往診・訪問診療を実施した患者延べ数（有床診療所）」  
「看取りを行った患者数；医療機関以外（在宅療養支援病院・後方支援病院、有床診療所）」、「退院調整部門の有無、職種別勤務人数」、「退棟・退院先の場所別患者数」  
「退院後 1 ヶ月以内に自院が在宅医療を提供する予定の患者数・他施設が在宅医療を提供する予定の患者数」  
「在宅患者緊急入院診療加算」「地域連携診療計画管理料」「退院調整加算 1・2」  
「救急・在宅等支援病床初期加算」「有床診療所一般病床初期加算」  
「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」

### ○医療機能情報

医療法による医療機能情報提供制度では各都道府県が医療機関ごとにデータ公表している。

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/teikyouseido/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/teikyouseido/index.html)

すべての医療機関についての情報公開であるが、都道府県によって項目が異なっている。

在宅医療関連では以下のような公表項目がある。

対応可能な在宅医療；

#### ① 在宅医療

「往診（24 時間、通常）、地域連携退院時共同指導、在宅患者訪問診療、在宅時医学総合管理、在宅終



末期医療総合診療、救急搬送診療、在宅患者訪問看護・指導、在宅患者訪問点滴注射管理指導、在宅訪問リハビリテーション指導管理、訪問看護指示、在宅患者訪問薬剤管理指導、在宅患者訪問栄養食事指導」

#### ② 在宅療養指導

「退院前在宅療養指導管理、在宅自己注射指導管理、在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅寝たきり患者処置指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理、在宅気管切開患者指導管理、寝たきり老人訪問指導管理」

#### ③ 診療内容

「点滴の管理、中心静脈栄養、腹膜透析、酸素療法、経管療法、疼痛の管理、褥瘡の管理、人工肛門の管理、人工膀胱の管理、レスピレーター、モニター測定、尿カテーテル、気管切開部の処置、在宅ターミナルケアの対応」

#### ④ 連携の有無

「病院、診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、薬局」  
対応可能な介護保険サービス；

##### ①施設サービス

「介護福祉施設サービス、介護保険施設サービス、介護療養施設サービス」

##### ②居宅介護支援

「居宅介護支援」

##### ③ 居宅サービス

「訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、特定福祉用具販売」

##### ④ 域密着型サービス

「夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」

「地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口設置の有無」

「在宅療養支援診療所」「在宅における看取り」

#### ○診療報酬施設基準

各地方厚生局のホームページで、基本診療料、特掲診療料、先進医療についての届出医療機関が公表されている。

在宅医療関連では以下のような項目がある。

「退院調整加算」「新生児特定集中治療室退院調整加算」

「救急搬送患者地域連携紹介加算」「救急搬送患者地域連携受入加算」

「地域包括ケア病棟入院料 1・2、地域包括ケア入院医療管理料 1・2」「地域包括診療料」

「在宅療養支援歯科診療所」「在宅患者歯科治療総合医療管理料」「在宅療養支援病院」

「在宅療養実績加算」「在宅時医学総合管理料、特定施設入居時医学総合管理料」  
「在宅がん医療総合診療料」  
「在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料」  
「在宅療養後方支援病院」「在宅患者訪問褥瘡管理指導料」「保険薬局の無菌製剤処理加算」  
「在宅患者調剤加算」「在宅患者訪問薬剤管理指導料」

※民間ホームページ「医療介護情報局」(<http://caremap.jp/>)では、地方厚生局の医療機関届出情報（診療報酬施設基準）のほか、都道府県の医療機能情報、介護サービス情報がデータベース化されており、機関検索に有用である。

### ○医療施設静態調査

3年ごとに実施している医療施設静態調査の病院票、一般診療所票、歯科診療所票で、医療保険及び介護保険による在宅サービスの有無や実施状況がわかる。調査は保健所が実施しているところが多い。

在宅医療関連では以下のような項目がある。

#### ・医療保険による在宅サービスの有無

「往診、在宅患者訪問診療、歯科訪問診療、救急搬送診療、在宅患者訪問看護・指導、精神患者在宅患者訪問看護・指導、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理、訪問看護ステーションへの指示書の交付、在宅看取り（件数）」

#### ・介護保険による在宅サービスの有無

「居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション（件数）」、  
「在宅療養支援診療所（届出の有無、連携保健医療機関数、受け持つ在宅療養患者数）」

#### ・歯科診療所による在宅医療サービス（件数）

「訪問診療（居宅、施設）、訪問歯科衛生指導、居宅療養管理指導（歯科医師、歯科衛生士）、介護予防居宅療養管理指導（歯科医師、歯科衛生士）、その他」

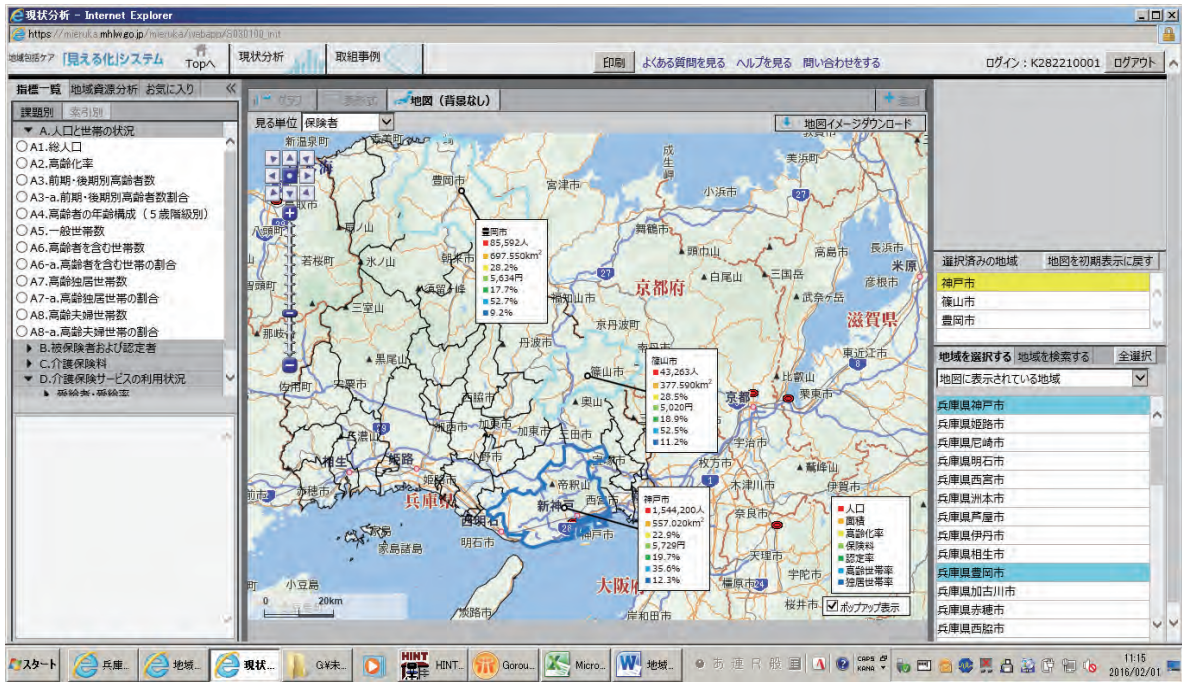
## 2、地域包括ケアシステムを進めるにあたっての「見える化システム」の活用について

厚生労働省が運営する情報公開サイトである。市町村の介護保険に関連する情報をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報が本システムに一元化され、かつグラフ等を用いた見やすい形で提供される。市町村間の比較が容易に行える。平成29年までシステムの仕様がバージョンアップされる予定。

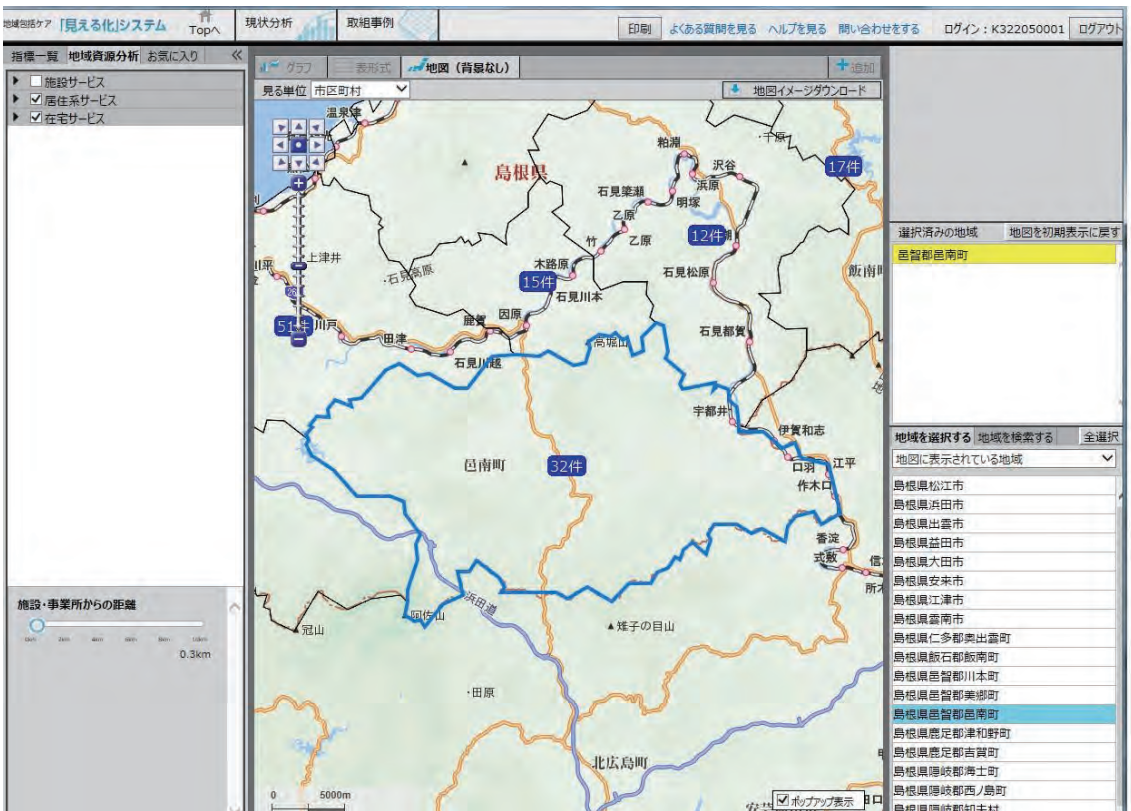
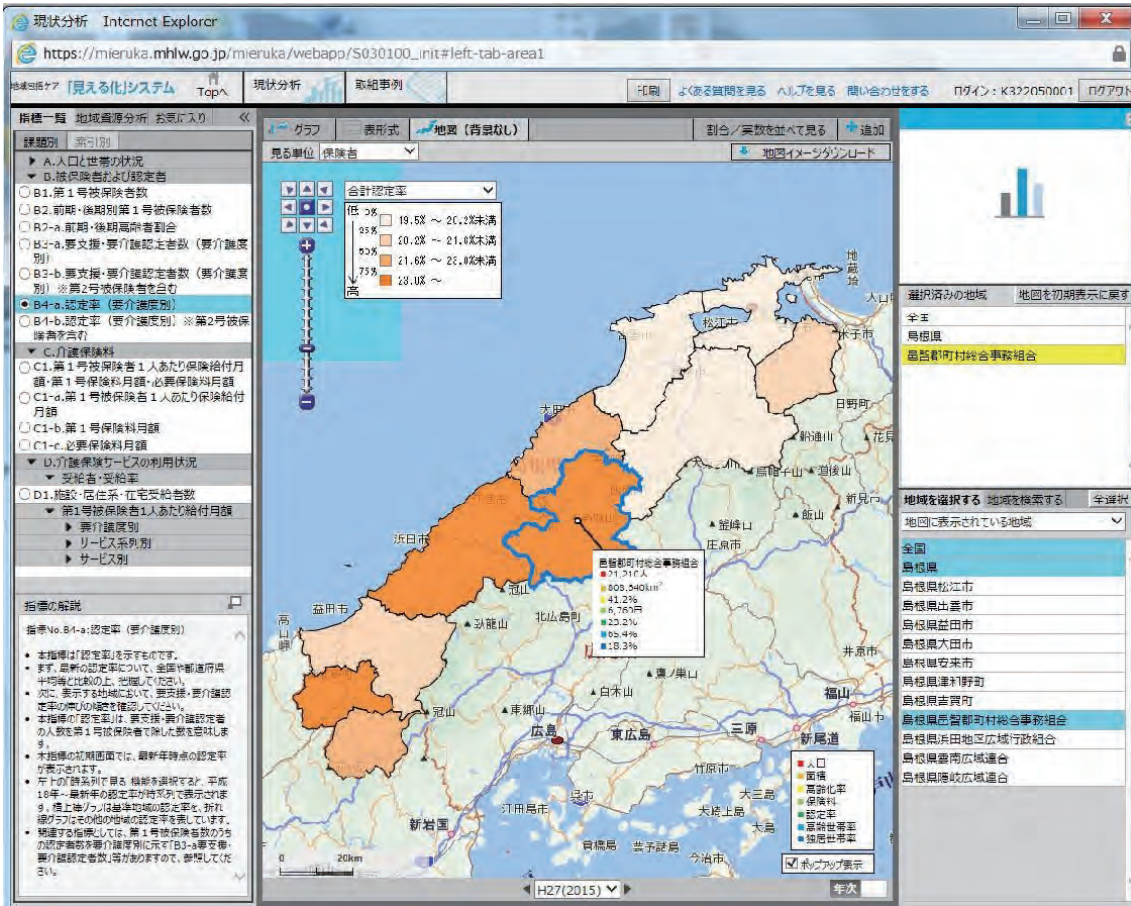
（提供される指標）

人口の推移（人口、高齢化率、前期・後期高齢者数、生産年齢人口割合）、  
世帯の状況（一般世帯数、高齢者を含む世帯数、高齢独居世帯数・割合、高齢夫婦世帯数・割合）、要介護（要支援）認定者数、要介護（要支援）認定率の推移、介護費用額、保険料額の推移等。その他、全国の取組事例（同一人口規模での検索も可能）

<http://mieruka.mhlw.go.jp/>（新規利用者登録からログイン可能）







取組事例 - Internet Explorer  
 https://mieruka.mhlw.go.jp/mieruka/webapp/S040100\_init

地域包括ケア **見える化システム** Topへ 現状分析 取組事例 印刷 よくある質問を見る ヘルプを見る 問い合わせをする ログイン: K322050001 ログアウト

検索 タグ ダウンロード履歴  
 検索対象 タグ 検索条件 市町村介護予防強化推進事業 検索

並び替え ダウンロード回数 前へ 1 2 次へ 9/13件

<p><b>住民主体の多様な通いの場</b> 三重県 いなべ市</p> <p>・通所事業は社会福祉協議会に、生活支援はシルバー人材センターに委託し、ボランティア養成や住民の自主活動のサポートを、市が地域包括支援センター（委託）協働して実施...</p> <p>介護予防、市町村介護予防強化推進事業、予防モデル事業、モデル事業、地域づくり、通いの場、リハ職の活用、通所、訪問、生活支援...</p> <p>ダウンロード回数：160回</p>	<p><b>自立支援のシステム化の実現</b> 埼玉県 和光市</p> <p>・和光市がこれまでに作り上げてきた介護予防施設（地域支援事業、独自施設）を基に、社会事業と予防モデル事業を構成。（予防モデル事業では、要介護1及び2までを対象とするため、これらの人が必要...）</p> <p>介護予防、市町村介護予防強化推進事業、予防モデル事業、モデル事業、地域づくり、通いの場、リハ職の活用、通所、訪問、生活支援...</p> <p>ダウンロード回数：132回</p>	<p><b>介護予防ボランティアを主軸にした地域づくり</b> 長崎県 佐々町</p> <p>・予防モデル事業で、リハ職の訪問指導を実施し、平成24年度から実施の総合事業を機能強化</p> <p>・通いの場の立ち上げを目的にボランティアを養成、終了者が、各目の地区で再訪...</p> <p>介護予防、市町村介護予防強化推進事業、予防モデル事業、モデル事業、地域づくり、通いの場、リハ職の活用、通所、訪問、生活支援...</p> <p>ダウンロード回数：115回</p>
<p><b>医療・介護の乏しい島の自助・互助の取組</b> 香川県 坂出市</p> <p>・島の高齢者全員に、日常生活の支援ニーズを聞き取り調査</p> <p>・地域包括支援センターが、巡回診療の待ち時間を利用して通所事業を実施。</p> <p>介護予防、市町村介護予防強化推進事業、予防モデル事業、モデル事業、地域づくり、通いの場、リハ職の活用、通所、訪問、生活支援...</p> <p>ダウンロード回数：100回</p>	<p><b>住民主体の活動による生活支援・介護予防の取組例</b> 大分県 竹田市</p> <p>・高齢者が活躍できるコミュニティビジネスを構想し、有償活動の担い手養成を目的とした研修を実施。研修修了者による活動体を組織し、事業を委託。人材養成と実践活動を連動させて、コミュニティ化...</p> <p>訪問、介護予防、市町村介護予防強化推進事業、予防モデル事業、モデル事業、地域づくり、通いの場、リハ職の活用、通所、生活支援...</p> <p>ダウンロード回数：56回</p>	<p><b>地域ケア会議でケアマネジメントのレベルアップを図っている取組...</b> 奈良県 生駒市</p> <p>・通所事業は、従来の二次予防事業を使用して実績のある事業所に委託。一から作り上げるものは、市が立ち上げ、軌道にのせるまで直営で実施。地域包括支援センターは、ケアマネジメントに専念。</p> <p>介護予防、市町村介護予防強化推進事業、予防モデル事業、モデル事業、地域づくり、通いの場、リハ職の活用、通所、訪問、生活支援...</p> <p>ダウンロード回数：46回</p>
<p><b>ボランティアを中心に据えた事業展開</b> 茨城県 神栖市</p> <p>・市民説明会で、事業を実施するかどうかを投げかけ、市民に考えてもらうことからスタート</p> <p>・その後、複数のボランティアグループで構成した団体に、市は、事業の企画から運営...</p> <p>介護予防、市町村介護予防強化推進事業、予防モデル事業、モデル事業、地域づくり、通いの場、リハ職の活用、通所、訪問、生活支援...</p> <p>ダウンロード回数：36回</p>	<p><b>シルバー人材センターを活用した生活支援の取組例</b> 岡山県 岡山市</p> <p>・事業の全てを公社に委託し、公社が、保健師、作業療法士等の専任スタッフを配置して、通所事業と訪問事業を一体的に実施。</p> <p>・生活支援サービスは、公社が、シルバー人材センターに再委託。</p> <p>介護予防、市町村介護予防強化推進事業、予防モデル事業、モデル事業、地域づくり、通いの場、リハ職の活用、通所、訪問、生活支援...</p> <p>ダウンロード回数：30回</p>	<p><b>フィットネス事業者を活用した通所事業</b> 東京都 荒川区</p> <p>・通所事業及び訪問事業のそれぞれを、区が事業者へ委託。事業者がプログラムを実施。</p> <p>・地域包括支援センターは、要支援者等に、事業への参加の呼びかけと...</p> <p>介護予防、市町村介護予防強化推進事業、予防モデル事業、モデル事業、地域づくり、通いの場、リハ職の活用、通所、訪問、生活支援...</p> <p>ダウンロード回数：24回</p>





## アンケート調査結果

保健所基本情報

Q1 所属する保健所ブロック		北海道	東北	関東甲信越静	東京	東海北陸	近畿	中国四国	九州沖縄	計
県型		10	25	40	2	32	28	35	38	210
市型		1	3	12	3	10	11	7	6	53
Q2 設置形態はどれですか？		都道府県型	特別区	指定都市	中核市	政令市				
		210	2	14	32	5				
Q3 福祉と統合設置か？		はい	いいえ							
県型		128	82							
市型		9	44							
Q4 統合設置の場合保健所長は機関長？		はい	いいえ	無回答						
県型		59	60	9						
市型		3	4	2						

地域医療構想

Q5 地域医療構想調整会議は設置しているか？		設置済	年度中に設置	設置予定ない (本庁一括)	無回答					
県型		136	65	7	2					
市型		34	6	10	3					
Q6 圏域調整会議の役割は都道府県本庁から説明あったか？		説明あった	今後予定	説明ない	無回答					
県型		184	14	4	8					
市型		36	2	5	10					
Q7 構想区域調整会議の設置場所(事務局)はどこ？		保健所単独	県型市型 保健所共同	県庁保健所 共同設置	医師会設置	その他				
県型		150	3	30	1	20	都道府県庁単独11、未定2			
市型		7	7	8	1	19	県型HC単独4、都道府県庁単独4、県庁+県型HC3、市の他部局2			
Q8 区、市構想区域の医療構想策定には区、市行政は関与できるか？		はい	いいえ	無回答						
市型		41	10	2						
Q9(Q8はい) 貴保健所は関与できるか？		はい	いいえ	無回答						
市型		30	7	4						

すべての保健所にお聞きします

Q10 調整会議の構成員は？(複数回答)

県型	市型	
199	42	1 医師会
176	35	2 公立病院(新公立病院ガイドライン策定と関連する病院)
184	40	3 公立以外の公的・民間病院
97	19	4 精神(科を含む)病院
45	9	5 有床診療所
195	38	6 歯科医師会
197	38	7 薬剤師会
193	39	8 看護協会・訪問看護
73	10	9 老人保健施設・老人福祉施設
165	30	10 保険者
64	10	11 住民
13	1	12 都道府県・市町村議会
24	11	13 大学・研究機関
52	4	14 居宅介護支援事業者・ケアマネ
194	38	15 市町村
149	34	16 保健所
59	20	17 その他( 社会福祉協議会11、消防8、中核市保健所1、病院団体・有床診ほか)

Q11 構想区域内すべての病院の意見を医療構想に反映させるために工夫していることは？(複数回答)

県型	市型	
73	5	1 すべての病院代表者を集めて会議を開催している。(調整会議を含む)
42	3	2 病院代表者や関係機関を個別にまわり意見を取りまとめ調整会議に出す(予定)。
44	5	3 日常の業務のなかで医療機関の機能を評価し、取りまとめ調整会議に出す(予定)
51	16	4 その他(県型＝病院団体などを幅広く、調整会議と別に実務者会議、市型＝病院団体を会議委員に)
50	16	5 とくに何もしていない

Q12 医療構想策定の見込み時期は明らかか？

	はい	いいえ
県型	175	32
市型	35	13

Q13 圏域計画策定期間は？

	2015.12まで	2016.03まで	2016.09まで	2016.12まで	2017.03まで	2017.03以降	無回答
県型	7	112	28	12	9	1	41
市型	0	24	4	3	2	1	19

Q14 構想区域における保健所の役割は何と考えますか(複数回答)

県型	市型	
187	16	1 調整の場の提供
136	8	2 構想区域の医療需要データの提供
152	10	3 構想区域の病院・病床機能の現状の課題の取りまとめ
140	4	4 構想区域の2025年推計必要病床数への意見集約
105	9	5 構想区域の医療提供体制実現のための施策のとりまとめ
60	14	6 医療構想・医療制度の理解をすすめるための住民への周知
13	8	7 その他(県型＝本庁とのつなぎ役、圏域素案の作成、市型＝在宅医療連携のまとめ役、県との調整 )
24	19	8 役割は明確ではない

Q15 構想区域の計画策定に関連する次のデータを保健所で利用していますか？(複数回答)

県型	市型	
154	16	1 平成26年10月の病床機能報告のうち、構想区域ごとの病床機能区分別病床数
115	12	2 同報告の構想区域内の院所名を含めた病床機能区分別病床数
95	6	3 医療計画作成支援データブック等による構想区域内の疾患データ
144	13	4 構想区域内の2025年の病床機能区分別の医療需要・必要病床数の推計データ
83	6	5 構想区域における2025年の在宅(施設入所を含む)医療の推計データ

Q16 医療構想を策定するにあたり困難は何ですか？

1 構想区域内の関係機関の調整が複雑で将来像が描けない

	そのとおり	どちらか そのとおり	どちらでもない	どちらか ちがう	まったくちがう	無回答
県型	45	53	32	41	10	29
市型	9	15	7	1	2	19

2 医療機関が構想策定の議論に消極的

	そのとおり	どちらか そのとおり	どちらでもない	どちらか ちがう	まったくちがう	無回答
県型	8	10	60	60	30	42
市型	2	3	14	9	5	21

3 行政間・行政内の連携がとれない・情報がない

	そのとおり	どちらか そのとおり	どちらでもない	どちらか ちがう	まったくちがう	無回答
県型	17	26	43	55	30	39
市型	6	5	14	6	5	17

4 保健所以外の部署が策定を行っているため役割が果たせない

	そのとおり	どちらか そのとおり	どちらでもない	どちらか ちがう	まったくちがう	無回答
県型	14	21	25	30	81	39
市型	4	3	7	7	13	19

5 構想をまとめる人材・職員がいない

	そのとおり	どちらか そのとおり	どちらでもない	どちらか ちがう	まったくちがう	無回答
県型	18	35	56	36	24	41
市型	7	6	11	6	3	20

6 国の方針がよくわからない中で議論できない

	そのとおり	どちらか そのとおり	どちらでもない	どちらか ちがう	まったくちがう	無回答
県型	32	41	55	41	17	24
市型	6	7	11	7	1	21

7 県・本庁の方針がよくわからない

	そのとおり	どちらか そのとおり	どちらでもない	どちらか ちがう	まったくちがう	無回答
県型	28	41	43	48	17	33
市型	9	8	12	6	2	16

8 構想区域の設定に無理があり、関係者がまとまらない

	そのとおり	どちらか そのとおり	どちらでもない	どちらか ちがう	まったくちがう	無回答
県型	9	17	49	58	37	40
市型	2	8	10	6	6	21

9 その他 ( )

県型	24	調整会議未設置、隣接区域や隣接県との間で構想区域に無理がある、2次医療圏の中に複数の医療圏				
市型	6	都道府県庁主体で役割不明				

1 圏域の医療構想の策定のために果たす所長の役割がよくわからない

	そのとおり	どちらか そのとおり	どちらでもない	どちらか ちがう	まったくちがう	無回答
県型	25	25	32	56	38	34
市型	10	5	10	9	3	16

2 医療提供に関する課題が大きく関係機関との調整に手出しができない

	そのとおり	どちらか そのとおり	どちらでもない	どちらか ちがう	まったくちがう	無回答
県型	33	42	49	41	15	30
市型	9	14	11	2	1	16



3 国・県の方針そのものが理解できず、圏域の医療構想の策定に賛成し						
	そのとおり	どちらか そのとおり	どちらでもない	どちらか ちがう	まったくちがう	無回答
県型	8	25	46	69	28	34
市型	2	5	14	12	2	18
4 医療構想の策定に参加させてもらえないことから、策定に関われない						
	そのとおり	どちらか そのとおり	どちらでもない	どちらか ちがう	まったくちがう	無回答
県型	6	11	25	44	87	37
市型	7	2	8	6	14	16
5 病院・病床の分化と連携をすすめる上で、診療情報の理解が難しい						
	そのとおり	どちらか そのとおり	どちらでもない	どちらか ちがう	まったくちがう	無回答
県型	21	37	57	42	23	30
市型	3	8	13	8	3	18
6 その他						
県型	24	担当はあっても所長の負担大きい、介護保険情報ない				
市型	4	県が主体、絶対的マンパワー不足				
7 特に困ったことはない						
県型	43					
市型	9					

Q19 管内の在宅死・施設死亡状況を把握しているか？			
	はい	いいえ	計
県型	71	139	210
市型	19	34	53
Q20 医療施設静態調査等を活用し訪問診療 在宅看取りなど在宅サービスを把握しているか？			
	はい	いいえ	計
県型	72	138	210
市型	14	38	52

Q21 医療法の立入検査等で在宅診療(支援)にかかる情報を把握していますか(複数回答)

県型	市型	
97	16	1 地域連携(がん、脳血管疾患、心疾患など)パスの有無
71	8	2 退院調整の窓口、職種と退院調整した患者の割合
71	12	3 退院時カンファレンスの実施と多職種の参加状況
72	8	4 入院中または退院前の要介護者のケアマネとの連携
17	5	5 その他( 県型=立入以外の業務4、診療パス 市型=個別ケースから把握 )
22	8	6 所長は立入検査には参加していない

Q22 在宅医療推進、資源の開発に関わる保健所の役割をどう考える？						
	とても重要	どちらか いうと重要	どちらでもない	どちらかいうと 重要でない	まったく 重要でない	無回答
県型	81	95	24	8	1	1
市型	18	16	14	0	3	2

Q23 保健所として在宅医療を推進するための課題は何か？（複数回答）

県型	市型	
171	32	1 在宅医療を実施する医療機関が不足している
182	32	2 在宅医療を担う人材（医師、看護師、薬剤師、歯科医師など）が不足している
136	24	3 医療機関以外の在宅医療を支えるサービスが不足している
115	22	4 多職種の連携が不十分である
157	31	5 住民の在宅医療への理解が不十分である
103	23	6 在宅医療を進めるための保健所の実施体制が不十分である
11	5	7 その他（ ）

その他内容 県型= 在宅医療の主体は市町村で県型HC役割不明、本庁の担当課が複数、過疎高齢化で在宅は困難、在宅医療はコスト高

市型= 市型保健所として地域医療への関与権限ない、庁内（保健部、介護保険、医療政策）との連携が課題

都道府県保健所（特別区、市型保健所を除く）にお聞きします。

Q25 管内の市町村が推進する地域包括ケアシステムを支援する担当者を設置をしているか？						
すでに設置済み	今後設置する	設置する予定ない	その他			
129	8	45	26			
Q26（Q25設置済みの場合）その職種は？						
医師	歯科医師	薬剤師	保健師	事務	その他	複数配置保健所（再）
1	2	1	85	37	5	9

都道府県型以外の保健所（特別区、市型保健所）にお聞きします

Q27 区や市が推進する地域包括ケアシステムの担当部署と連携しているか？			
すでに連携している	今後連携する	連携する予定ない	その他
33	8	5	4

すべての保健所にお聞きします

Q28 管内市町村（貴区、貴市）の第6期介護保険事業計画の実施、評価等に保健所が関与しているか？		
	はい	いいえ
県型	132	78
市型	24	28
Q29(Q28関与の場合) どういう形で関与？（複数回答）		
県型	市型	
109	12	1 会議等の委員
29	5	2 定期的に行行政担当者と協議
68	8	3 相談されたとき対応
30	14	4 組織内部の福祉部署と情報共有
12	8	5 福祉部署と共同で事業実施
11	1	6 その他（ 圏域連携推進協議会で行う、事務がデータを解析して提供 ）

Q30 管内市町村データヘルス計画の策定に、所長としてデータ解析評価に参与しているか		
はい	いいえ	保健所は関与しない
県型	57	96
市型	14	19

Q31 管内市町村(貴区または貴市)の見える化システムデータを 所長として利用しているか?		
はい	いいえ	
県型	31	172
市型	3	46

Q32 在宅医療・介護連携推進事業について管内市町村(貴区または貴市)に対し保健所としてどのような支援(役割)をしているか(複数回答)

県型	市型	
119	22	1 市町村主催の会議の委員等
134	6	2 管内市町村の情報交換・共有の場の設置
149	23	3 相談されたときの対応
26	13	4 その他( 県型=研修、市と共催で懇談会、市型=事業主体、医院・介護事業所等との研修 )
17	11	5 特に支援をしていない

Q33 地域包括ケアシステムの推進にあたり管内市町村(区市型保健所の場合、担当部署)から保健所に期待されているのはどのようなことか(複数回答)

県型	市型	
171	35	1 医療機関・医師会との調整
138	9	2 市町村間の情報交換・共有の場の設置
157	10	3 市町村単独ではなく地域として解決した方が良い課題の調整
31	9	4 国からの法律、膨大な資料の解説
110	26	5 問題が生じたときの相談等対応
10	6	6 その他( 県型=データ提供、取組例提示、市型=災害・母子事業との連携、ボランティア組織 )
6	5	7 特に期待されているものはない
11	5	8 期待されているものがわからない

Q34 地域包括ケアシステムに関わる保健所の役割についてどう思うか?

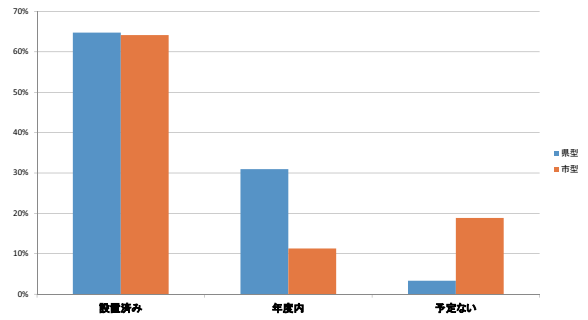
	とても重要	どちらか いうと重要	どちらでもない	どちらか いうと 重要でない	まったく 重要でない	無回答
県型	86	91	24	6	1	2
市型	21	18	11	0	1	2

## 研究班 アンケート調査概要(グラフ編)

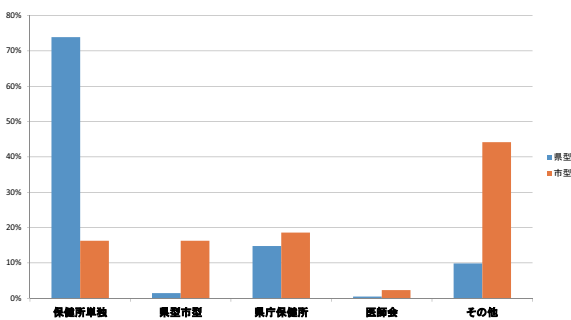
対象 全国保健所 n=486  
 期間 9/16~10/23  
 方法 質問紙(エクセルファイル)をメールにて回収  
 9月1日現在の取り組み状況を調査  
 回収数 全数263 都道府県型210 区市型53  
 (回収率54.1%) (57.7%) (43.4%)

1

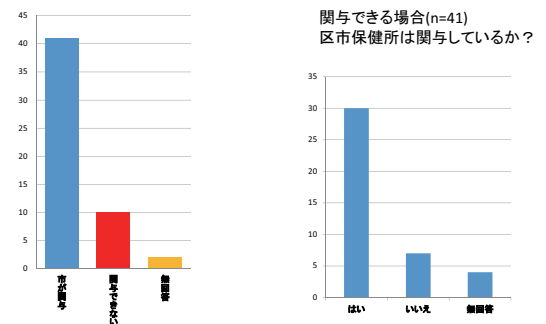
### Q.圏域調整会議を設置しているか? (県型n=210、市型n=53)



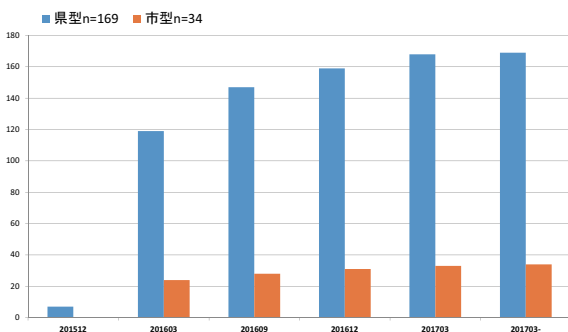
### 圏域調整会議の形態 (県型203、市型43保健所)



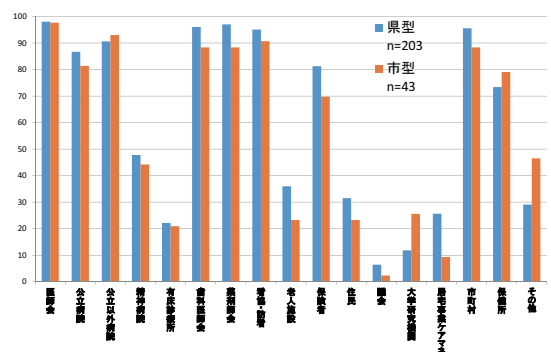
### Q8 区市型保健所 区や市が圏域医療構想に関与できるか?



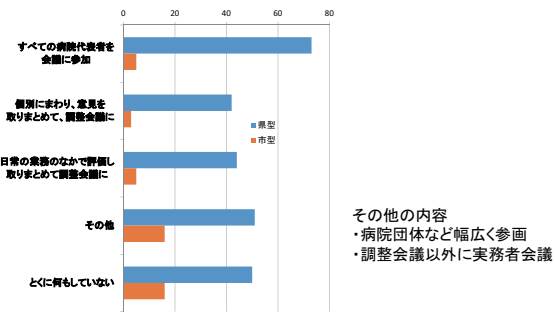
### 医療構想策定の時期(累積)



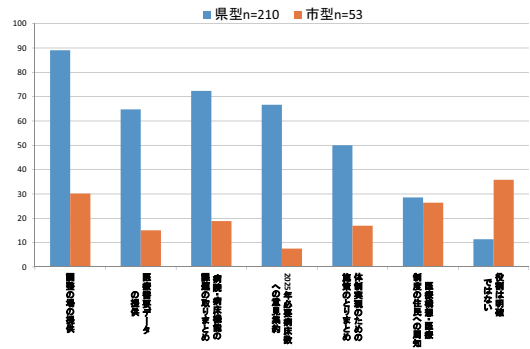
### 圏域調整会議の構成



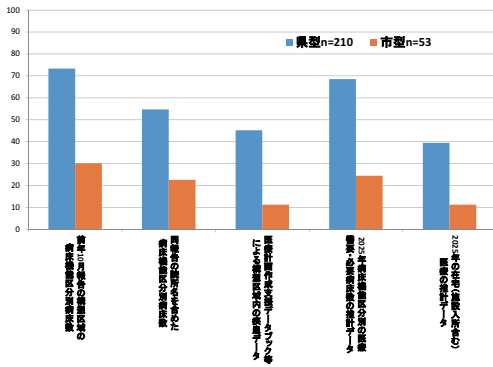
Q11 構想区域内のすべての病院の意見を医療構想に反映させるために工夫していることは何ですか？



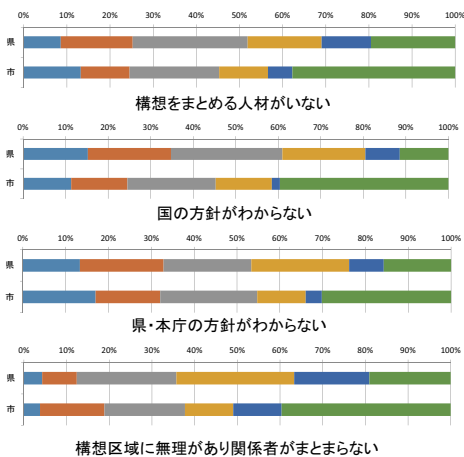
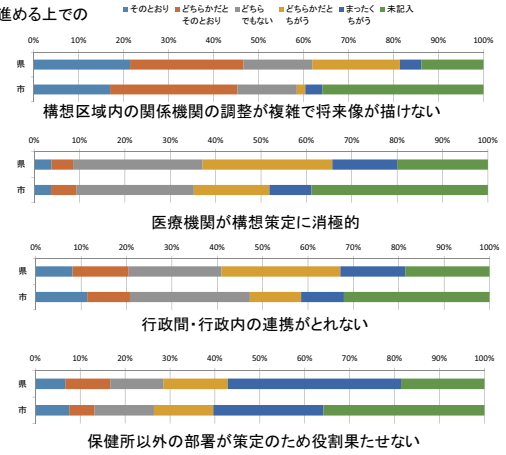
Q.圏域調整会議の役割は何？



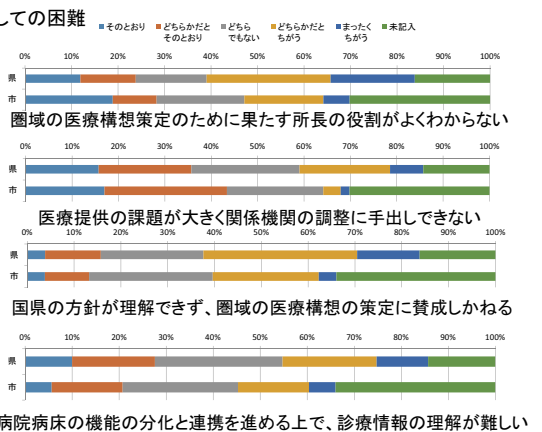
計画策定に利用しているデータ



策定を進める上での困難

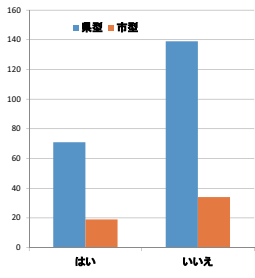


所長としての困難

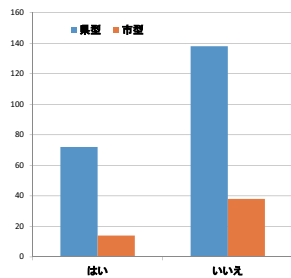




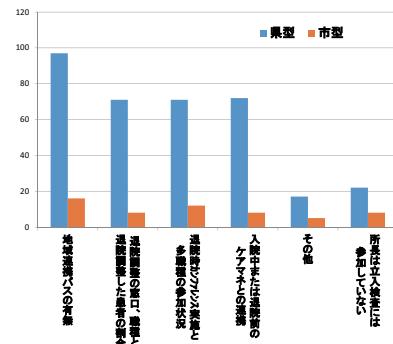
Q. 在宅施設死亡状況を把握しているか



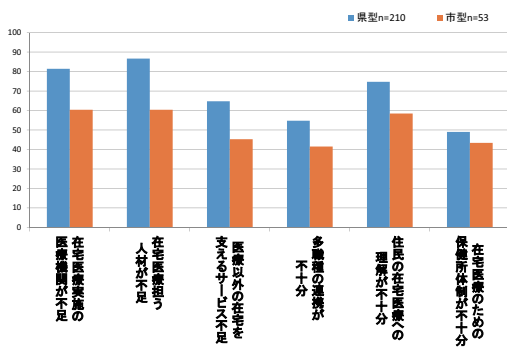
Q. 医療施設静態調査等を活用し訪問診療、在宅看取り等の在宅サービスを把握しているか



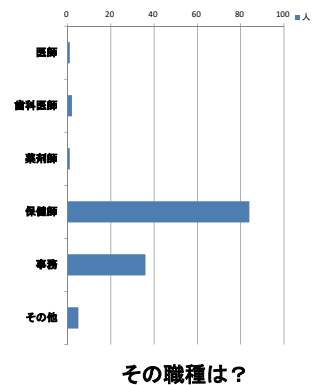
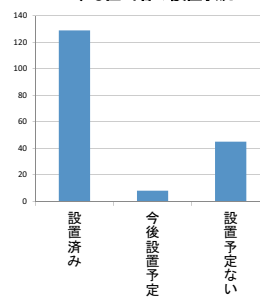
Q21 立入検査等で在宅診療に関する情報を把握しているか？



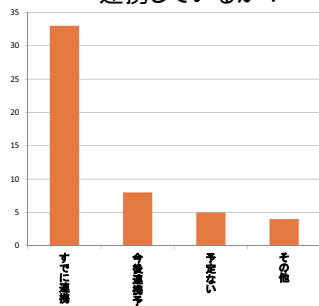
保健所として在宅医療を推進するための課題は何？



県型保健所  
市町村地域包括システムを支援する担当者の設置状況

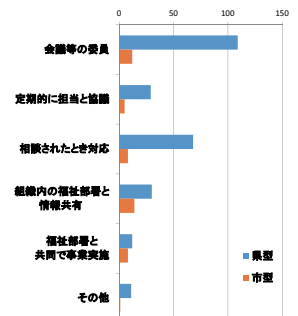
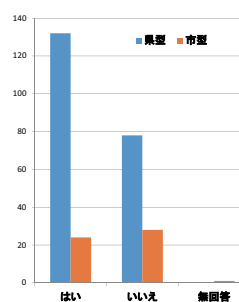


Q27 区市型保健所  
地域包括システムの担当部署と連携しているか？

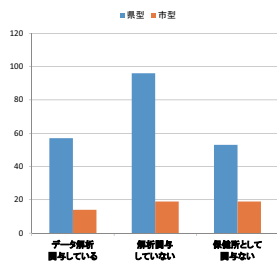


Q28 管内市町村(区市の場合は当該)の第6期介護保険事業計画の実施・評価に保健所として関与しているか？

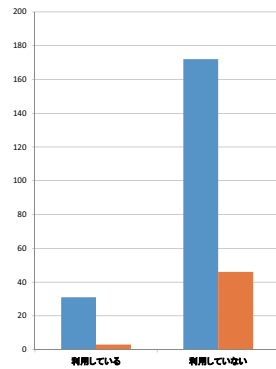
どうかたちで関与？  
(複数回答)  
県型n=132 市型n=24



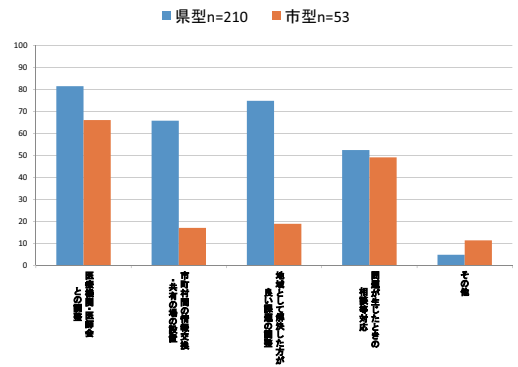
Q市町村データヘルス計画策定に、  
所長としてデータ解析に関与？



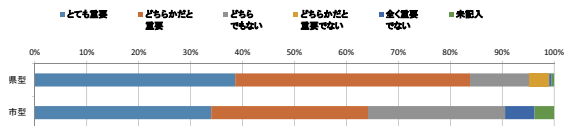
Q見える化システムデータを  
所長として利用しているか？



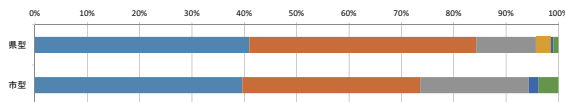
Q. 地域包括ケアシステム推進にあたり、  
市町村(市型では担当部局)から期待されていることは？



Q22 在宅医療推進、資源の開発に保健所の役割をどう思う？



Q34 地域包括システムに関わる保健所の役割をどう思う？



## Q24 在宅医療推進のために実施していること

### 都道府県型保健所

- 会議の開催、参加
  - ケアカフェ等の開催
  - 在宅医療専門部会の開催
  - 在宅医療多職種連携協議会を立ち上げ、各種研修や情報交換を行う
  - 医師会や管内自治体の会議や研修会に出来るだけ参加している
  - 管内市と定期的に在宅医療・介護連携推進事業について会議を開催し、情報交換・共有を実施。その中で、医師会がらみの事柄には保健所としての支援が要請されているので、必要な説明等については保健所も関与しながら推進
  - 医師会等関係団体との話し合い
  - 病院間の横の連携強化のための管内病院看護部長等連絡会議の開催
  - 市町村が実施している在宅医療連携拠点事業への参画及び管内2医師会との情報の共有
  - 担当者会議の開催（情報提供の場提供）
  - 市で在宅医療推進政策を立案・実施する部署の会議にオブザーバーとして毎回出席
  - 在宅医療サポートセンター会議等へ積極的に出席し、顔の見える関係と情報共有できるようにしている
  - 認知症疾患センターとかかりつけ医・認知症サポート医の役割を明確にすること及び現状把握のための会議予定
- 研修会の開催
  - 医療機関や介護関係者を対象とした研修会の開催
  - 個別事例を通じた多職種連携モデル事業の実施
  - 関係職種を対象とした研修会（グループワークを含む）の企画・開催
  - 在宅医療・介護人材育成研修の企画及びその実施・運営
  - モデル地区（町・市）を設定して2カ年でワーキング・研修会の開催
  - 退院支援研修会（管内関係者を対象とした退院支援・退院調整のスキル向上のための研修会）の実施
  - 多職種リーダー研修会、市民公開講座等に講師として参加
- 調査の実施
  - 保健所独自に訪問看護ステーションや居宅介護事業所と医療機関との連携等の実態を調査することを予定
  - 医療・介護連携推進の基礎資料とするため、「退院調整アンケート」の実施
- 関連事業の実施
  - 入退院調整支援ガイドラインの作成
  - ICTを活用した医療情報連携を保健所が事務局となり、推進
  - 訪問看護ステーションなど医療ケアが必要な小児慢性重症児の在宅を支える支援者を増やすための事業に取り組んでいる
  - 摂食嚥下機能支援事業として、協議会の開催、研修（医師・歯科医師向け、コメディカル向け）を実施
  - 退院調整ルール、急性期～生活期の地域連携パス、介護施設における医療ケアの把握・公表など
  - 医療・介護資源等データ、資料を市町に情報提供
  - 全県型IT医療連携ネットワーク（びわこネット）の運営支援
  - バックアップ病院を核とした地域診療所のグループ化による在宅医療連携体制の構築
  - 市町村への進捗状況ヒアリング ・在宅医療資源調査及びその情報提供
  - 終末期医療などに関する住民周知と意思確認のための手帳やパワポ資料作成に関与
  - 保健所の地域医療再生計画の事業の中で、脳卒中連携、糖尿病連携について、それぞれ部会を設けて、医療従事者研修会を通じ、他職種連携を図っている
- 住民向け啓発
  - 住民を対象とした在宅療養推進フォーラムの開催
  - 在宅医療を推進するための普及啓発（講演会・懇談会）を実施
  - 在宅医療への理解を深めるための住民講演会の開催
  - 市町村の首長、部課長や郡市区医師会の幹部、住民代表には、地域包括ケアシステム構築は、待った無しの、自分たちが当事者として取り組む重要課題なんだと、機会がある毎にデータや関連制度等の資料を提供
  - 住民、医師会、消防、行政関係者などへ死生学・看取りの講演、啓発
  - 地域住民を対象とした出前講座を開催

## 都道府県型保健所（続き）

### ○ その他

所内横断的体制を敷いている

多職種連携等を目的とした会議に職員を出席させている

市町村や地区医師会等から求められるアドバイスに地域情報をもとに対応している。保健所長の属人的な業務扱いで、組織的な事務としての位置づけがされていない。

所内でプロジェクトチームを立ち上げ、管内の課題を共有し、市への支援を行っている

推進協議会が県型保健所から市役所に移された上、市役所からは協議会委員にも委嘱されていないため、動きを自制している

医療圏ごとの入院率の格差の一部が社会的入院によるものであれば、その是正のために在宅医療を推進するというのは方法論として適切なのか疑問に思う。患者や家族のQOL向上のために進めるとアナウンスしているが、あまり賛同は得られていない

保健所長が、病院を訪問し、在宅医療推進の必要性を説明している

## 区市型保健所

### ○ 会議の開催，参加

会議への参加，個別の話し合い

在宅療養推進協議会の立ち上げ，多職種連携

会議への参加，個別の話し合い

庁内福祉部局との連携

3か月に1回地域医療に係る病院意見交換会を開催

年3回在宅医療・介護部会を開催

### ○ 調査の実施

在宅医療に関する調査を民間専門調査会社に委託して実施。検討組織の立ち上げ

### ○ 関連事業の実施

地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）の一部を担当している

意見交換会等を開催するとともに入退院調整シートの作成，運用

在宅医療拠点事業の実施

### Q35 地域包括ケアを推進するにあたっての困難

#### 都道府県型保健所

- 管内の社会資源・専門職種の確保（37件）
  - 医療・介護を担う人材の不足
  - 訪問診療医の不足
  - 訪問看護ステーション等社会資源の不足
  - 小規模市町村における人材確保
  - 現在の社会資源では広大な山間部エリアをカバーすることが困難
  - 町村の行政担当職員の不足
  - 人材不足による地域包括支援センターの機能不全
- 保健所の役割が不明確（18件）
  - 地域包括ケアシステムの推進に対する保健所の役割が国や都道府県において明確化されていない
  - 保健所の組織や事務分掌に、地域包括ケアシステムに関する業務が位置付けられていない
  - 地域包括ケアシステムの推進は市町村の役割であり、保健所の役割が見えない
  - 市町村は保健所ではなく、直接県に相談するため、保健所の役割はない
  - 保健所は介護保険事業に直接関わっていないため、仕組みが理解できない
- 関係者間での意識の醸成及び共有化が困難（14件）
  - 主体である自治体（市・町）が、地域包括ケアシステムについてビジョンを持つことが難しいようで、医師会など関係機関にゆだねる傾向がある
  - 複数の自治体にまたがる医師会と、自治体間の調整が困難
  - 病院と介護事業者との認識の差が生じており、意識共有が必要
  - 関係機関に危機意識が薄く、システム構築のモチベーションが低い
  - ケアシステムを議論する場が設けられていない
- 管内市町村間の状況及び意識の相違（10件）
  - 管内市町村が多く、各市町村に具体的な支援を行うための現状把握が困難
  - 市町村の規模によって推進のための人的、物的資源が異なる
  - 管内市町村によって取り組み状況に差があり、それに応じた支援策が必要
  - 管内市町村によって地域包括ケアに関する意識の差が大きい
- 保健所が地域包括ケアシステムを直接所管していないこと（9件）
  - 在宅医療等の保健医療分野は保健所が担っているが、地域包括ケアシステムは市町村が所管しているため、権限がない
  - 介護福祉関係が保健所の所管業務ではないことから、連携が困難
- 保健所のマンパワー不足（5件）
  - 新たな保健所業務が増えており、地域包括ケアシステムの推進にしっかりと関わられるマンパワーが不足している
  - 介護保険に関する情報共有ができていない現状にあり、これをカバーするためには、所内研修や積極的情報収集を行う必要があり、このための作業量（業務量）を確保する必要がある
  - 所掌事務に規定されておらず、人員配置や予算措置がなされていない
- 医療と介護の連携が困難（5件）
  - 介護側からのハードルの高さが解消されていない
  - 行政が縦割りであり、担当部署が異なることから横の連携を図ることが困難
- その他
  - 地域包括ケアシステムの構築は、地域づくりがポイントになるが、地域住民と協議しながらすすめていくことに、市町村が不慣れなため、進まない傾向にある
  - 業務量が膨大である
  - リーダーシップを取る人材、組織が見当たらない
  - 国が提示した地域包括ケアシステムは地方の実情とかい離している
  - 住民の理解が進んでいない
  - 人口減少の中で地域包括ケアシステムの維持は困難と考える
  - 特に困難はない

## 区市型保健所

- 管内の社会資源・専門職種の確保  
在宅医療を担う医療機関の不足。医師をはじめとする医療従事者の不足。  
救急医療対策を含む在宅医療の推進  
高齢者世帯の見守り体制の構築
- 医療と介護の連携  
福祉所管部署との協働  
健康部局と福祉部局の間での課題の共有ができず、十分な連携ができない
- 保健所の役割が不明確  
権限がない  
保健所が所管部署でないため、情報が入りにくい
- 保健所のマンパワー不足  
保健所が統計データの分析を行うなど、システムを推進していくための人員および予算の確保が必要
- 地域コミュニティの活性化  
地域住民が自発的に活動する雰囲気、場の設定  
高齢者どうしが相互に支えあう体制、意識づくり
- その他  
現在進行形で構築中であり、特に困難はない



## Q36 地域包括ケアシステムの推進のため実施していること

### 都道府県型保健所

#### ○内部組織体制の対応

##### ○本庁担当部門との連携(3)

県庁福祉部門と一緒に市町村を訪問して、地域ケアシステムの実施状況等を確認している。

県庁福祉部門が中心になり、地域包括ケア推進マニュアルを作成する予定である。

本庁が主体となって在宅医療の取組の現況調査及び在宅医療・介護に関する県民意識調査を実施。

保健所でも、訪看、介護事業所と医療機関連携の実態調査を行い、今後の取組について関係団体に提案する。

本庁担当部門で「健康長寿まちづくり検討会議」を立ち上げ、県下に5つのモデルプロジェクトを実践の場として設置。その1つが当所管内のプロジェクトで、管内関係者と地域の特性を視野に入れた体制を構築している。

##### ○保健所および福祉事務所を担っているため、従来の業務として対応できている

本来業務として実施している。関連会議に、職員だけでなく、保健所長も出席して、保健所として一貫したメッセージを発信する。

##### ○保健所内地域包括ケア専門チームの立ち上げ(3)

所内でプロジェクトチームを立ち上げ、管内の課題を共有し、市への支援を行っている。

保健所・保健福祉事務所に推進チームを結成した。

所内に「地域包括ケア支援チーム」を設置し、保健師、栄養士、事務職員による担当地域の支援を行っている。

##### ○保健所内の情報共有(2)

毎月、所内で全ての課の代表が参加した所内打ち合わせ・情報共有会議を実施

##### ○県内保健所長の情報共有

##### ○中核市保健所との協働

都道府県医療介護連携調整実証事業の県のモデルとして、中核市保健所と共同で実施している。

#### ○外部関係団体との調整

##### ○市町村支援(29)

市町村の首長、部課長に対し、機会のある毎に関連資料やデータ等の情報提供を行い、

当事者として取り組む重要課題であることを伝える。

地域づくりをしながらすすめる事業と位置付け、早期に事業実施ができるように市町村とともに考え、支援する。

地域包括ケアシステム体制構築のために各市町村の課題を把握して分析したり、取り組み状況を確認する。

介護予防と健康づくりを連携して取り組めるよう、各市町村の介護保険担当課と健康づくり担当課との意見交換の場を設定。

管内での広域的な連携促進協議会を設置。

市町村が実施する地域支援事業のための研修会を企画

管内の市町村の地域包括ケア担当者と適宜協議し、戦略を共有しつつ、支援している

市町村主体で実施している在宅医療連携拠点事業への参画・支援

モデル事業に参加している管内市町村への後方支援・助言。

地域医療介護総合確保基金を活用し、先進地視察等により実地に学び、有用な情報等の市町への還元を図っている

地域包括支援センター連絡会を福祉サイドで支援

##### ○市町村協議会の設置・参加(28)

市町村関係者が情報交換できる場を開催する。

市町村の会議等に参加し、市町と顔の見える関係を築くようにしている。

保健所が主催し所長参加の上、在宅医療推進会議と地域包括ケアシステム体制構築会議を一体的に開催する。

本庁主催の研修会や説明会に出席し、随時市町と情報交換する。

##### ○多職種連携・キーパーソン育成(30)

医療介護連携強化のため、広域的な多職種研修や連携会議を実施。

在宅医療多職種連携協議会を立ち上げ、医療・介護関係者の顔の見える関係づくりを行っている。

管内病院の地域連携担当部門などとの地域連携の課題を把握する。

市町村における在宅医療の推進を協議する場を、次年度から地域包括ケアシステムの構築を目標とした、

介護等の関係者も加えた会議にして、システム構築を進める。

関係団体の取組みへの支援(補助金交付、事業への参画による後方支援等)

圏域内市町村合同の介護保険制度の地域支援事業の取組み検討事業のメンバー。

警察も入った要援護者サポートネットワーク連絡会や管内合同地域ケア会議への出席。

管内保健師等の資質向上のための研修会開催

管内市町の福祉・ボランティア資源やキーパーソンの把握。

所主催の研修会を契機に病院連携室・地域包括支援センター・ケアマネージャー等の自主的な連携協議会が組織された。

## 都道府県型保健所(続き)

- 医師会との連携(21)
  - 医師会との情報共有
  - 多職種連携で医師の関与が少ないので、医師会と協力して事業の展開(キーパーソン医師確保)
  - 医療団体と市・保健所で連携協定を結び、医療・介護を中心とした定例会を開催
  - 医師会が設置する在宅医療連携拠点が速やかに設置できるよう支援を行っている。
- 医療-介護連携(9)
  - 医療と介護の連携推進協議会を設置し、関係機関と協議を進めている。
  - ICTによる医療介護連携の推進
- 退院支援(8)
  - ケアマネジャーが病院や訪問看護と連携しやすいように連絡票の様式を決めたり、利用ハンドブックを作成した。
- 病院・在宅診療連携会議の開催(4)
  
- 住民啓発(6)
  - 地域住民への働きかけ。啓発活動と講演会。地域組織育成。
  - 住民へ啓発のため、フォーラム開催
  - 住民代表・ソーシャルキャピタルとの協働により住民の自主的な生活支援・介護予防の活動を促す。

## ○その他

- 先進事例の収集、情報提供(4)
- 地域保健対策協議会に地域包括ケア推進の部会を立ち上げ、支援。(3)
- 地域医療構想調整会議の中で、在宅医療介護を中心とする地域包括ケアが、重要である点を説明する。
- 市町村における認知症予防への取り組みの状況把握と助言。
- 在宅の小児慢性重症児家族の生活を支えるために必要な医療保健福祉サービスの調整を図っている。
- 介護医療関係者が集まった介護連携の会への出席。
- 24時間訪問のためのグループ連携

## 区市型保健所

### ○内部組織体制の対応

- 保健および福祉部門を保健所が担っているため、従来の業務として対応できている
  - 考えてみれば、いままでの保健所の地区活動の延長である。やるべきことをしっかりやることを肝に銘じている。
  - 業務として保健所、福祉事務所、保健センター、区役所業務を担っている。
  - 地域包括ケアシステム推進は当事者として取り組んでおり、区役所全体を巻き込んだ取り組みとしている。
- 高齢者福祉部門の地域包括ケア専従部門を中心に連携して対応
  - 部内の高齢者福祉課医療介護連携推進室が中心となって実施しており、健康医療課と連携をとっている。
  - 福祉部高齢介護室に地域包括ケア課が設置され、地域支援事業を主に実施している。
  - 地域包括ケア課とともに研修や会議を開催している。
  - 担当課の福祉部局を事務局とした庁内検討会が設置されており、在宅医療の推進に関し積極的に関わっている。
- 福祉部門との意思統合
  - 他課とのすり合わせの会議を開催したい。健康福祉部全体は、旧態依然の考えであり、大変難しい問題である。
  - 市の本庁課が開催する地域包括ケアシステム推進会議への参画。
  - 福祉部門と情報を共有し、保健所としてできることは何か検討している状況。
  - 地域包括ケアシステムの推進にあたり、医療と介護の連携等に関わる部分の担当課からの相談対応等課題を共有し、理解を深めるため、健康部・福祉部の共催での外部講師による職員向けの勉強会の企画。
- 保健所には権限が与えられず、全く関与できない
  - 権限上関与できない保健所もあることを前提にアンケートを作成していただかないと、回答が著しく困難である。

### ○外部関係団体との調整

- 医師会等医療関係団体や介護事業者団体との検討組織の立ち上げ
  - 医師会等関係機関・団体と検討組織を立ち上げ、在宅医療の将来ビジョンの提示や課題解決策を協議し、在宅医療推進のための事業を開始した。
  - 医師会、医療機関との調整。
  - 他職種連携の会議への参加
  - 市内全病院および医師会代表を対象にした地域医療に係る病院意見交換会を3カ月毎に主催している。

### ○情報収集

- 地域包括ケアの視点で、在宅医療に関する調査を、民間専門調査会社に委託して現在実施しており、その調査結果と在宅医療に関する既存データを統合して、医師会等関係機関・団体と協議資料としている。

保健所基本情報

回答欄	
1	所属する保健所ブロックを選んでください。 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、8九州沖縄
2	設置形態はどれですか？ 1都道府県型、2特別区、3指定都市、4中核市、5政令市
3	福祉部門との統合設置ですか？ 1はい、2いいえ
4	→ 統合設置の場合、保健所長の位置づけは？ 1統合部署の長、2その他

地域医療構想

回答欄	
5	構想区域ごとにおける地域医療構想調整会議等(以下、調整会議)は設置されていますか？ 1すでに設置、2平成27年度中、3設置予定はない(本庁一括で構想策定)
6	構想区域ごとに設置(予定)の場合、その圏域調整会議の役割は都道府県あるいは本庁から説明がありましたか？ 1説明があった、2今後予定している、3説明がない
7	構想区域ごとの調整会議の設置場所(事務局)はどこにありますか？ 1保健所単独、2県型と市型保健所共同、3県庁と保健所が共同設置、4医師会、5その他( )

都道府県型以外の保健所(特別区、市型保健所)にお聞きします

8	貴保健所の区、市が含まれる構想区域の医療構想策定には区、市行政は関与していますか 1はい、2いいえ
9	→ 関与の場合、貴保健所は関与していますか 1はい、2いいえ(どの部署が担当?)

すべての保健所にお聞きします

10 調整会議の構成員は次のうち該当するのは？(複数回答:該当する項目に1を入力)

<input type="checkbox"/>	1 医師会
<input type="checkbox"/>	2 公立病院(新公立病院ガイドライン策定と関連する病院)
<input type="checkbox"/>	3 公立以外の公的・民間病院
<input type="checkbox"/>	4 精神(科を含む)病院
<input type="checkbox"/>	5 有床診療所
<input type="checkbox"/>	6 歯科医師会
<input type="checkbox"/>	7 薬剤師会
<input type="checkbox"/>	8 看護協会・訪問看護
<input type="checkbox"/>	9 老人保健施設・老人福祉施設
<input type="checkbox"/>	10 保険者
<input type="checkbox"/>	11 住民
<input type="checkbox"/>	12 都道府県・市町村議会
<input type="checkbox"/>	13 大学・研究機関
<input type="checkbox"/>	14 居宅介護支援事業者・ケアマネ
<input type="checkbox"/>	15 市町村
<input type="checkbox"/>	16 保健所
<input type="checkbox"/>	17 その他( )

11 構想区域内のすべての病院の意見を医療構想に反映させるために工夫していることは何ですか？(複数回答:該当する項目に1を入力)

<input type="checkbox"/>	1 すべての病院代表者を集めて会議を開催している。(調整会議を含む)
<input type="checkbox"/>	2 病院代表者や関係機関を個別にまわり、意見を取りまとめて、調整会議に出している(出す予定)。
<input type="checkbox"/>	3 日常の業務のなかで医療機関の機能を評価し、取りまとめて調整会議に出している(出す予定)
<input type="checkbox"/>	4 その他( )
<input type="checkbox"/>	5 とくに何もしていない

12 策定見込み時期は明らかにされていますか。  
1はい、2いいえ

13 年 ← それはいつまでですか？(西暦)  
月

14 構想区域における保健所の役割は何と考えますか(複数回答:該当する項目に1を入力)

<input type="checkbox"/>	1 調整の場の提供
<input type="checkbox"/>	2 構想区域の医療需要データの提供
<input type="checkbox"/>	3 構想区域の病院・病床機能の現状の課題の取りまとめ
<input type="checkbox"/>	4 構想区域の2025年推計必要病床数への意見集約
<input type="checkbox"/>	5 構想区域の医療提供体制実現のための施策のとりまとめ
<input type="checkbox"/>	6 医療構想・医療制度の理解をすすめるための住民への周知
<input type="checkbox"/>	7 その他( )
<input type="checkbox"/>	8 役割は明確ではない

- 15 構想区域の計画策定に関連する次のデータを保健所で利用していますか？(複数回答:該当する項目に1を入力)
- 1 平成26年10月の病床機能報告のうち、構想区域ごとの病床機能区分別病床数
  - 2 同報告の構想区域内の院所名を含めた病床機能区分別病床数
  - 3 医療計画作成支援データブック等による構想区域内の疾患データ
  - 4 構想区域内の2025年の病床機能区分別の医療需要・必要病床数の推計データ
  - 5 構想区域における2025年の在宅(施設入所を含む)医療の推計データ

- 16 医療構想を策定するにあたり困難は何ですか？(9以外は、1から5の選択)  
(1そのとおり、2どちらかというとそのとおり、3どちらでもない、4どちらかというところが、5まったくちがう)
- 1 構想区域内の関係機関の調整が複雑で将来像が描けない
  - 2 医療機関が構想策定の議論に消極的
  - 3 行政間・行政内の連携がとれない・情報が無い
  - 4 保健所以外の部署が策定を行っているため役割が果たせない
  - 5 構想をまとめる人材・職員がいない
  - 6 国の方針がよくわからない中で議論できない
  - 7 県・本庁の方針がよくわからない
  - 8 構想区域の設定に無理があり、関係者がまとまらない
  - 9 その他 ( 記入の場合は、1を入力 )

- 17 保健所長として困っていることは何ですか？(6,7以外は、1から5の選択)  
(1そのとおり、2どちらかというとそのとおり、3どちらでもない、4どちらかというところが、5まったくちがう)
- 1 圏域の医療構想の策定のために果たす所長の役割がよくわからない
  - 2 医療提供に関する課題が大きく関係機関との調整に手出しができない
  - 3 国・県の方針そのものが理解できず、圏域の医療構想の策定に賛成しかねる
  - 4 医療構想の策定に参加させてもらえないことから、策定に関われない
  - 5 病院・病床の分化と連携をすすめる上で、診療情報の理解が難しい
  - 6 その他 ( 記入の場合は、1を入力 )
  - 7 特に困ったことはない

18 研修、情報提供、技術的助言、専任職員、予算確保等(自由記載)

19  管内の在宅死や施設死亡の状況を把握していますか  
1はい、2いいえ

20  医療施設静態調査等を活用して訪問診療、在宅看取りなど在宅サービスの状況を把握していますか  
1はい、2いいえ

- 21 医療法の立入検査等で在宅診療(支援)にかかる情報を把握していますか(複数回答:該当する項目に1を入力)
- 1 地域連携(がん、脳血管疾患、心疾患など)パスの有無
  - 2 退院調整の窓口、職種と退院調整した患者の割合
  - 3 退院時カンファレンスの実施と多職種の参加状況
  - 4 入院中または退院前の要介護者のケアマネとの連携
  - 5 その他( )
  - 6 所長は立入検査には参加していない

22  在宅医療の推進、関連する資源の開発に関わる保健所の役割についてどうお考えですか？  
1とても重要な役割、2どちらかという重要、3どちらでもない、4どちらかという重要ではない、5まったく重要ではない

- 23 保健所として在宅医療を推進するための課題は何でしょうか(複数回答:該当する項目に1を入力)
- 1 在宅医療を実施する医療機関が不足している
  - 2 在宅医療を担う人材(医師、看護師、薬剤師、歯科医師など)が不足している
  - 3 医療機関以外の在宅医療を支えるサービスが不足している
  - 4 多職種の連携が不十分である
  - 5 住民の在宅医療への理解が不十分である
  - 6 在宅医療を進めるための保健所の実施体制が不十分である
  - 7 その他( )

24 在宅医療推進のため保健所又は保健所長として実施していることがあれば記載して下さい。(自由記載)

都道府県保健所(特別区、市型保健所を除く)にお聞きします。

25  管内の市町村が推進する地域包括ケアシステムを支援する担当者を設置していますか？  
1すでに設置済み、2今後設置する、3設置する予定はない、4その他

26  → (1,2と回答した方) その職種は？ 1医師、2歯科医師、3薬剤師、4保健師、5事務方、6その他( )

都道府県型以外の保健所(特別区、市型保健所)にお聞きします

27  区や市が推進する地域包括ケアシステムの担当部署と連携していますか？  
1すでに連携している、2今後連携する、3連携する予定はない、4その他

すべての保健所にお聞きします

- 28  管内の市町村(貴区または貴市)の第6期介護保険事業計画の実施、評価等に保健所が関与していますか  
1はい、2いいえ
- 29  → どのような形で関与していますか？(複数回答:該当する項目に1を入力)  
 1 会議等の委員  
 2 定期的に行政担当者と協議  
 3 相談されたとき対応  
 4 組織内部の福祉部署と情報共有  
 5 福祉部署と共同で事業実施  
 6 その他( )
- 30  管内市町村(貴区または貴市)のデータヘルス計画の策定に保健所が関与することになっていますが、所長としてデータの解析評価に関与していますか  
1はい、2いいえ、3保健所は関与していない
- 31  厚生労働省の地域包括ケア「見える化システム」がオープンしましたが、管内市町村(貴区または貴市)の見える化システムのデータを所長として利用していますか  
1はい、2いいえ
- 32  在宅医療・介護連携推進事業について管内市町村(貴区または貴市)に対して保健所としてどのような支援(役割)をしていますか(複数回答:該当する項目に1を入力)  
 1 市町村主催の会議の委員等  
 2 管内市町村の情報交換・共有の場の設置  
 3 相談されたときの対応  
 4 その他( )  
 5 特に支援をしていない
- 33  地域包括ケアシステムの推進にあたり管内市町村(区市立保健所の場合、担当部署)から保健所に期待されているのはどのようなことでしょうか(複数回答:該当する項目に1を入力)  
 1 医療機関・医師会との調整  
 2 市町村間の情報交換・共有の場の設置  
 3 市町村単独ではなく地域として解決した方が良い課題の調整  
 4 国からの法律、膨大な資料の解説  
 5 問題が生じたときの相談等対応  
 6 その他( )  
 7 特に期待されているものはない  
 8 期待されているものがわからない
- 34  地域包括ケアシステムに関わる保健所の役割についてどう思われますか？  
1とても重要な役割、2どちらかというと重要、3どちらでもない、4どちらかというと重要ではない、5まったく重要ではない
- 35  地域包括ケアシステムを推進するにあたり困難は何ですか？(自由記載)
- 36  地域包括ケアシステムの推進のため保健所又は保健所長として実施していることがあれば記載して下さい。(自由記載)

適当なファイル名に保存の上、以下のところまで返送ください。ご協力ありがとうございました。(提出締め切り 10月13日)  
[nakamoto-minoru@pref.shimane.lg.jp](mailto:nakamoto-minoru@pref.shimane.lg.jp)

## 取組事例



研究班事例 富山県砺波厚生センター

県と保健所が連携・協働し、地域医療構想の策定を進めるとともに、各市や関係機関・団体と連携しながら、在宅医療・地域包括ケアを推進している事例

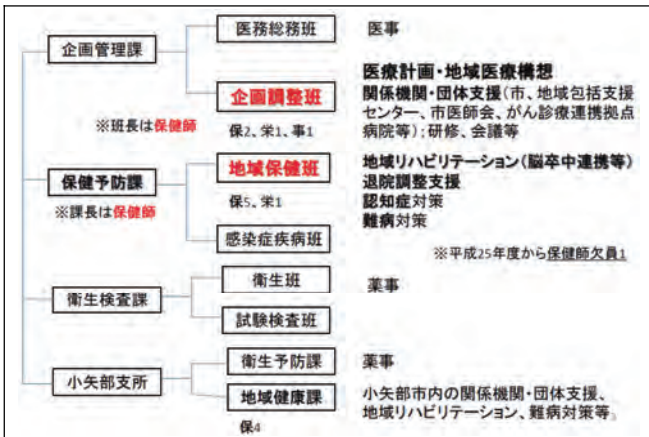
1. 富山県砺波医療圏の概要

富山県砺波医療圏は県南西部に位置し、3市(砺波市、南砺市、小矢部市；930km<sup>2</sup>)で構成され、人口13万1668人、高齢化率31.9%(H16.10.1現在)。厚生センター(保健所)の所管は二次医療圏、介護保険事業単位と一致している。

管内には病院16カ所あり、うち一般病床有する病院は公的病院5カ所(急性期4カ所)で、療養病床のみの病院9カ所である。市立砺波総合病院(514床)ががん診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センター、地域救命センター等の政策医療を担っており、患者調査による入院患者の医療圏完結率(カバー率)は約8割である。

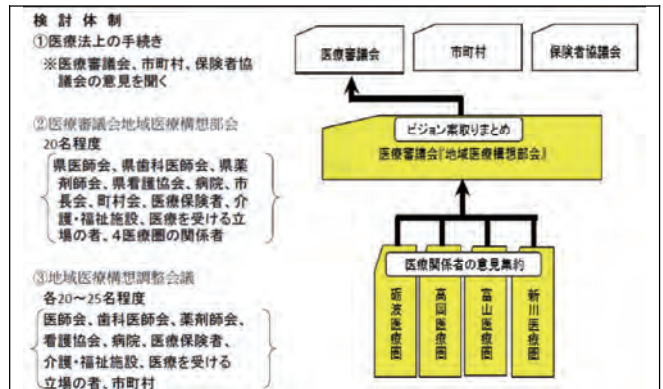
地域包括支援センターは各市直営1カ所で、各市医師会の在宅医療支援センター、厚生センター等と連携し、各市において、多職種研修、定例会議、普及啓発など、在宅医療を推進している。

2. 砺波厚生センターの組織と担当



在宅医療・地域包括ケアの推進に関して、主として企画管理課企画調整班と保健予防課地域保健班が担当し、班長はいずれも保健師である。分野別の担当者と具体的な取り組み内容を明確にし、所内連携・役割分担を重視している。

3. 地域医療構想の策定体制



富山県医療審議会に地域医療構想部会を設置。二次医療圏ごとに各厚生センターが事務局となって地域医療構想調整会議を設置している(県庁の担当は厚生部医務課医療政策班、厚生センターの担当は企画管理課企画調整班)。また、厚生センターに地域医療対策推進協議会(圏域連携会議)・各部会(在宅医療、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患、周産期医療、災害医療)を置き、主な疾病ごとのPDCAを推進している。

県医療審議会の事務局に厚生センター職員が出席するとともに、厚生センターの地域医療構想調整会議・地域医療推進対策協議会に医務課が出席している。県庁から各厚生センターに国立保健医療科学院地域医療構想策定研修資料を提供している。平成27年7月3日、医務課医療政策班と厚生センター企画調整班との「地域医療構想に関する打ち合わせ会」を開催し、研修参加職員による地域医療構想策定支援ツール、医療計画作成支援データブックに関する復命研修を行った。

平成27年8月11日、地域医療構想メーリングリストを開設(地域医療構想に関わる本庁関係課及び各厚生センター職員が登録)し、①双方向による意見交換・問い合わせ、②庁内LAN共有フォルダによる会議・研修資料の共有、③スケジュール・進捗管理を行っている。

毎月定例開催の厚生センター所長・支所長会で地域医療構想について協議しており、平成27年10月23日に厚生部長による勉強会を開催した。

4. 医療機関対象アンケート調査の実施

国から配布されている地域医療構想策定支援ツール（必要病床数等推計ツール、構想区域設定検討支援ツール）によって、2025年の必要病床数が計算されているが、各医療機関において、自機関の機能別病床数等の現状を把握し、今後の自機関のあり方について自主的な検討や取り組みに役立てるため、県独自の医療機関対象アンケート調査を行った。

**実態アンケート調査項目について**

①平成27年3・4月の診療データ  
ア DPC対象医療機関には、平成27年3・4月（2ヶ月分）のDPCデータEファイルエクセルファイル形式で提供してもらう。

②平成27年3・4月1日の療養病床における医療区分別患者数

医療区分	患者数	ADL区分①	ADL区分②	ADL区分③
急性期	①			
回復期	②			
慢性期	③			
介護療養	④			
小児療養	⑤			

③平成27年3・4月1日の要介護度別利用者数（介護療養病床）

要介護度	要介護度②	要介護度③	要介護度④	要介護度⑤
①				
②				
③				
④				
⑤				

④平成26年度の平均在院日数

⑤平成26年度の病床稼働率（各月別）

⑥平成26年度の休床数  
(休床届を出していないが、稼働していない病床を含む。理由も付記。)

⑦医療機関の機能分化・強化と連携  
ア 疾病連携、病診連携の推進のため、県に対する要望事項  
イ 上記⑥について、医療機関としての対策（考え方）  
ウ 上記⑥の対策により、看護職員配置基準の見直しの有無 等

在宅医療等の実施状況調査項目について

- ① 医療機関の訪問診療・訪問看護の有無、医師数、看護師数
- ② 在宅医療・訪問看護等の実施状況（平成27年9月1日から30日までの実績）
- ③ 在宅医療未実施の医療機関の今後の意向
- ④ 今後の意向や意見・要望

区分	ア訪問回数	イ患者数
1訪問診療	回	人
2往診	回	人
3訪問看護（みなし）	回	人

アンケート調査は平成27年10~11月に実施し、1月末現在とりまとめ中である。これにより、不足が見込まれる医療機能をどのように確保するか、在宅医療等の受け皿をどのように確保していくのかの検討に役立てる。

5. 砺波医療圏の必要病床数推計

【B/3ターン】（床）

医療機関	医療機能	現状機能報告結果		推計ツール			現状病床数との差	
		2014年	2015年	2025年		医療圏充足率	C-A	D-A
				必要病床数 (現行流出入)	必要病床数 (現行流出入)			
砺波	高度急性期	16	72	75	101	73.7%	59	85
	急性期	876	293	316	375	84.2%	▲560	▲501
	回復期	36	248	269	310	86.9%	233	274
	慢性期	875	622	378	345	109.7%	▲497	▲530
	計	1,803	1,235	1,037	1,131	91.8%	▲766	▲672

必要病床数等推計ツールで、砺波医療圏は急性期が500床以上過剰とされる点について、①現状の病床機能報告が定性的基準で機能の実態と合っていない、②稼働していない病棟や病床利用率が低い病院の存在（病床機能報告、病院報告、医療機能情報で判明）、③人口減少等によると思われる。また、慢性期が500床前後過剰とされる点については、①療養病床入院受療率の差の解消、②療養病床医療区分Ⅰ患者の存在、③一般病床資源投入量175点未満患者の存在等が大きいのと思われる。

6. 砺波医療圏の地域医療構想に係る取り組み

1) 医師会、医療機関との勉強会・意見交換

平成27年9月1日、管内の各医師会、全病院・有床診療所、各市に地域医療構想に関する勉強会を案内し46名出席した（院長、事務長等）。厚生



センターから、①厚労省「地域医療構想策定ガイドライン」、②総務省「新公立病院改革ガイドライン」、③管内将来人口推計、④昨年の病床機能報告状況、⑤2025年の医療圏別医療推計、⑥地域医療構想策定に係る具体的な取り組み（活用資料、会議）等について説明した。また、平成27年10月29日、管内介護保険主治医研修会で、「地域医療構想と医療介護連携」の講習（約100名出席）を行うとともに、隔月開催している管内公的病院連携室連絡会において、地域医療構想に関わる情報共有と意見交換を毎回行っている。その他、病院立入検査に合わせて、各病院（院長、事務長）と個別に意見交換している。

医師会、医療機関に対しては、なぜ必要病床数の推計がこのようになっているか説明し、医療機能分化・連携、在宅医療の推進に向けた取り組みこそがポイントであることを強調している。また、①療養病床の在り方検討、②病床機能報告の精緻化、③診療報酬改定等、国の動向についても情報共有するように努めている。

## 2) 新公立病院改革プラン策定委員会

地域医療構想と並行して新公立病院改革プランの策定が進められており、管内2市の策定委員会に厚生センター所長が参画し、委員会に限らず、地域医療構想推進の観点から、各市と随時意見交換・資料提供している。各市に対しては、個別の病院ではなく、圏域全体の医療機能で将来を検討するよう要請している。

## 3) ケアマネジャー、住民組織等に対する説明

管内ケアマネジャー協議会総会研修会（平成27年7月3日）、食生活改善推進員研修会（平成28年2月4日）、病院・ケアマネ協議会（平成28年2月15日）、脳卒中連携パス連絡会（平成28年2月17日）等で、地域医療構想と地域包括ケアについて講習を行った。

## 4) 地域医療対策推進協議会（圏域連携会議）

平成27年度は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患、周産期医療、在宅医療、災害

医療の各部会を順次開催してきた。各部会では医療計画作成支援データブックの分析データ（医療計画に規定される評価指標の圏域間比較、主要疾病のSCRの圏域間比較、主要疾病の患者住所地と医療機関住所地のクロス等）を示し（分析担当は企画調整班保健師）、課題抽出と対応の協議を行っている。例えば「管内には心臓血管外科に対応できる病院がないが、現状の道路交通事情によるアクセスを考慮すればなくてもよい」「肺がん患者の他圏域への流出率が高いが、がん診療連携拠点病院での呼吸器診療を充実し、集学的治療を推進すべき」「各市の公的病院での産科分娩が要望されているが、現状の地域周産期母子医療センターの維持・強化を最優先すべき」等の意見がでてい

## 5) 地域医療構想調整会議

平成27年11月10日、第1回砺波地域医療構想調整会議を開催した（従来からの地域医療推進対策協議会（圏域連携会議）をベースに医療保険者等の新たなメンバーを追加）。県庁担当課から国・県レベルの説明、厚生センター所長から医療圏レベルの説明を行い、意見交換した。

平成28年3月17日、第2回砺波地域医療構想調整会議を開催（地域医療対策推進協議会との合同開催）し、地域医療対策推進協議会（圏域連携会議）の各部会で出された意見を報告するとともに、県独自の医療機関対象アンケート調査の結果をもとに、地域医療構想の策定・具体的取り組みについて意見交換する。

## 7. 保健所長として力を入れたこと

### 1) 県庁担当課との意思疎通

県庁担当課と資料・情報を共有し、現場の意見を伝え、意見交換している。

### 2) 地域医療構想に関する誤解解消

医師会・医療機関に対して、勉強会や各種会合を通じて、①人口減少を勘案する、②病床利用率が低い病院の存在を認識する、③在宅医療等であって在宅医療等＝居宅ではない、④自主的な取り

組みが主であって県には稼働している病床を削減する権限はない、⑤10年間のタイムスパンを認識する、⑥必要病床数の計算式は国が決定（県による調整は限られる）等について理解を得るよう努めている。

### 3) 市長に対する働きかけ

新公立病院改革プランにおいて、圏域全体としての取り組みを要請している。

### 4) 所内連携、各市関係機関・団体との連携・協働による組織横断的な地域包括ケアの推進

医師会長や病院長に対する働きかけ・調整は所長の役割で、保健師を主力として所内連携で地域包括ケアを推進している。また、各市地域包括支援センター、職能団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会、ケアマネ協議会等）、中核機関（地域リハビリテーション広域支援センター、がん診療連携拠点病院、認知症疾患医療センター）と連携しながら取り組んでいる。保健師の役割は図のごとくである。



### 5) 地域のデータに基づき、地域で考え取り組む

医療計画作成支援データブック分析結果、病床機能報告、医療機能情報等について、各種会合、研修会等で提供し、関係者と共有し、地域で考え取り組むようにしている。

本庁と保健所が情報の連携をしながら、圏域医療構想策定をすすめる事例

1. 島根県県央保健所管内の概要(数字は策定ガイドラインに掲載のもの)

島根県の人口は71.7万人。東西に長く離島を有することから7つの医療圏と保健所を設置。医療構想圏域もこの医療圏と同一としている。県央保健所の管内人口は5.9万人で、隣接する出雲保健所(人口17.1万人)に依存するところが大きい。高齢者人口は2.2万人(高齢化率37.0%)、後期高齢者も増えずに2025年まで横ばいから減少に。以前は、大田保健所と川本保健所の2つがあった圏域。

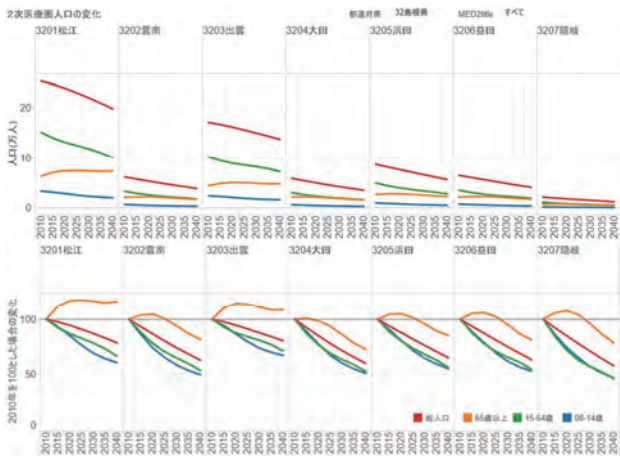


図1 島根県の圏域別人口推移

1) 医療資源では、管内には4病院(急性期2病院(S病院、O病院)、療養・在宅1病院(K病院)、精神科1病院)。急性期2病院の医療サービス圏域(旧2保健所の圏域)は地理的に重ならない。これらの病院が対応できないときは、隣接する出雲圏域基幹病院(一部は浜田)に紹介される。人材では、O病院には自治医科大学の医師が複数配属。S病院は島根大学医学部サテライトキャンパス「大田総合医育成センター」を置き、教員を複数配置。

在宅医療は、大田市医師会とK病院(法人事業体)

がそれぞれ役割を担う。大田市医師会では在宅緩和ケア、糖尿病、認知症の3つが自律的にネットワークを作る。K病院は療養型病床と介護事業所、山間部の診療所を展開する複合型法人。

2) 介護保険では管内1市3町のうち、市は単独で、3町が介護保険事務組合をつくる。老人保健施設、老人福祉施設、サービス付き高齢者住宅は市部に、養護老人ホームが町に偏在。国保の医療費、介護保険料は県内でも上位。脳血管、認知症の基礎疾患が多く、事業者も家族も介護力不足による長期施設入所が原因と考える。

3) 島根県は健康福祉センターから保健所への改組時に、高齢者福祉・介護保健分野は本庁一括の方針とし、保健所から業務を引き上げた。平成27年4月に県内3保健所に「医療介護連携スタッフ」(事務系職員)を配置した。特に郡部町村の総合事業、医療介護連携推進事業を進めるためとしているが、圏域医療構想の議論にも中心的に関与。

2. 医療構想策定の仕組み

全県で医療審議会、2つの専門部会(連携調整と長期療養の検討委員会)(図2参照)。一方、県央保健所大田圏域ではこれまで保健医療計画の進行にかかる地域保健医療対策会議、在宅医療連携推進会議、病院長医師会長会議、医師会病院事務部長会議、医療行政担当者会議があったところに、圏域調整会議を設置。構成は、病院4、医師会2、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護、ケアマネ、保険者(国保、健保)、1市3町。



図2 島根県の医療構想策定の会議



### 3. 医療構想策定の課題

#### 1) 全県

島根県全体では人口減少、後期高齢者は微増だが高齢者全体でも減少の予測。従って、医療構想の必要病床数（医療機関所在地ベース）は現在の30%減と出ている。今回の医療構想では、高度急性期・急性期を医療機関所在地ベース、回復期・慢性期を患者所在地ベースで策定する。事務局は県庁医療政策課で総合確保基金事業も担当。



図3 島根県の医療圏別患者受診圏域（2013年）

#### ☆医療構想を進める推進力＝県庁医療政策課

県庁医療政策課に公衆衛生医師1名がおり、厚労省の説明会、研修に参加。全県のデータ分析はもとより、7圏域のデータを提供する。MDC分類別データから、住所地ベース、医療機関所在地ベースによる分析で、圏域間の動きがわかる。（図3）HPには圏域ごとの届出医療機関名も明示。

すべての圏域調整会議のデータを全保健所に共有（全庁ネット共有フォルダー）。医療構想への全県の柱として、病床数削減をめざすのではなく必要な医療提供体制を確保することをめざす。

本年10月時点での療養病床、保健施設・福祉施設の慢性期患者入所者調査を実施（11月）。慢性期病床の機能の議論や、在宅医療の必要量、医療介護の目標の議論に活用したい。

表1 大田圏域在宅医療患者（2025年）

医療機関	2013年度の医療需要(人/日)	2025年度の医療需要(患者住所別)	2025年における医療供給(医療提供体制)		【参考】病床の伸び(19-25)	【参考】	
			2025年度の医療需要(患者住所別)	必要病床数②+稼働率		看護等定員数(=27.4)	2025年における在宅医療提供体制不足数(人/日)
慢性期	95.6	120.4	66.1	71.9	-30.8	特養	620
在宅医療等①	1327.4	1275.7	1235.3		-6.9	老健	336
訪問診療②	867.1	786.4	787.5		-8.0	有料	106
①-②	460.3	479.3	438.0		-4.8	サ高住	127
小計	1423.0	1396.1	1301.7	71.9	-8.5	小計	1189

2025年における在宅医療提供体制不足数(人/日)  
=2025年度の医療需要のうち在宅医療等-2013年度の医療需要のうち訪問診療分-老健定員数(H27.4.1)

一、大田圏域の状況: 72.6=1275.7-867.1-336

#### 2) 圏域

医療構想の基礎となる2013年データは基幹病院であるS病院が医師の不足から患者数を減らしていた時期（2次救急病院の返上、初期臨床研修の基幹病院の非該当など）。高度急性期・急性期は隣接の出雲圏域に、一部は浜田圏域、広島県に流れていた。そのため今回の医療構想の医療機関所在地ベースでは、急性期必要病床がとても少ない。現在は勤務する医師が増えつつあり、合わせて患者も回復傾向にある。

S病院の老朽化に対して許可病床に対して50床減の「新病院（建設）プラン」を立てていたが、医療構想の議論を機に見直しを行い、100床減を計画。総合内科、小児科、産婦人科、消化器外科、整形外科の急性期と、回復リハを備えた病院を想定。O病院は、2病棟を急性期一般と包括ケア病床。K病院は、医療療養と包括ケア病床。保健所の役割として、病院ごとに病床維持のための課題を整理した。

医師確保について、勤務医では特に診療科を維持するための専門医は、大学からの派遣は現状維持が精一杯で追加は困難。一方、開業医の後継者がいないところがほとんど。

看護師不足。特に療養（精神科含む）病床を維持するための看護（介護）職や、在宅診療を進める訪問看護の確保が大きな課題。

薬剤師。薬局も1薬剤師がほとんどであり、在宅訪問薬剤診療も困難。

歯科診療では、口腔ケアにかかわる歯科衛生士がいない。K病院、O病院では口腔・嚥下ケアを



テーマに在宅診療の連携事業を進める。

介護事業では、24時間ヘルパー事業所がない。

#### 4. 保健所、保健所長の役割

##### 1) 保健所の役割

病院機能の現状分析と、2025年に向けた機能の整理をめざす医療提供体制の提起を進めた。特にS病院では疾病群別の「流出」データを分析。過去の患者調査で自圏域完結率は平成17年(患者調査)が高いことがわかったことから、当時の診療体制を目標にできないかの提案。

病院機能の議論では人材の議論と同時。保健医療計画や地域医療再生計画にある医師や、看護師、薬剤師、PTOT、歯科衛生士の確保は長い期間を要する課題。S病院の初期研修、総合医育成への提案を行う。K病院は大学派遣とは別に自律的に(法人の目標に共感する)プロパーな医師を確保している。O病院では、自治医大出身の総合医と町保健師、包括センターが「ケアシステム」をめざした検討会を行っていて、保健所連携スタッフも加わる。

医師会かかりつけ医の「包括ケアシステム」には、既存3事業(在宅緩和ケア、認知症、糖尿病)を活用したい。

保健所や関係機関が行う各種研修では「連携」をテーマに実施している。特に、S病院の資源活用を念頭に、リハビリや連携室スタッフに講師となってもらった。

本庁医療政策課との調整(全県構想、圏域間調整)。特に必要なデータを求め、その結果を病院と分析。特にS病院プランへの提案には、情報提供を行う。

中山間地域の医療介護を確保するための医療介護連携推進事業、その先の包括ケアシステムの確立に向けて、8事業(ア)～(ク)の進捗を確認する「見える化シート」を作成し進捗を確認したり、地域包括ケア推進事業「しまね版プロジェクト」で29年実施に向けてPDCAを描く。

##### 2) 保健所長の役割

病院長との会談等で、病院機能の評価を進めた。(地域をみる目と診療をみる目)

保健所や市町村が行う事業を、病院・医師会に参画してもらうため職能としての関心に合うよう調整を行うことが大事。(ex 糖尿病対策、肝炎対策)逆に病院側から提案のあった取り組みもある。(ex「口腔・嚥下・食」支援)

島根県では健康福祉センターから保健所に改組されたとき、介護保険事業が県庁に集約され、保健所には担当がいなかった。包括ケア・在宅医療介護連携推進事業や医療構想を進めるためには、所長みずから動いてきた。今年度、「連携スタッフ」が担当と位置づけられ、所内で協議をすすめることができた。

人材育成の点では、特に、在宅診療を理解する医療人の育成が急務だが、かかりつけ医を中心にネットワークを利用したい。合わせて、地域卒医学生、医学生臨床実習、初期研修で公衆衛生医師をアピール。

市民向け出前講座では「医療構想の3本柱」、特に2025年に向けた取り組みの重要性を話す。

#### 医療構想は「2025年の地域のすがた」

##### 柱1 2025年の患者数を推計する

将来人口、特に、高齢者人口をもとに、入院・外来別・疾患(がん、脳心)別患者数を推計

##### 柱2 2025年に目指すべき医療提供体制＝病院・ベッド数

二次医療圏等(在宅医療・地域包括ケアは市町村)ごとの医療機能別の必要量

##### 柱3 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

(例)医療機能の分化・連携を進めるための施設整備、医療従事者の確保・養成等

※ 毎年の病床機能報告制度による報告された情報を分析して、将来的に見直す。

図4 出前講座での医療構想の紹介スライド

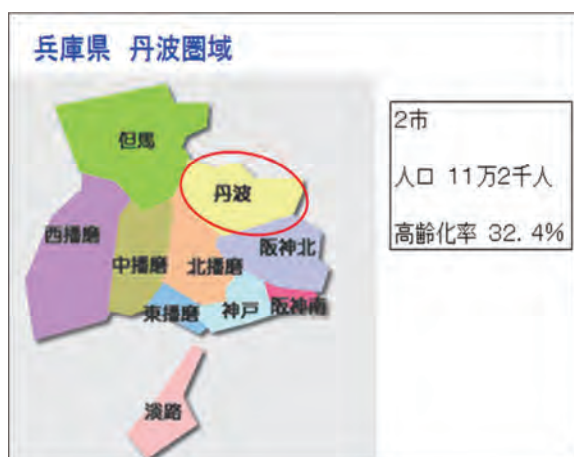
## 研究班事例 兵庫県丹波健康福祉事務所

病院病床の機能の分化と調整に合わせて、医師会アンケートを行い、在宅医療の合意形成を進める事例。

### 1. 管内の概要

兵庫県丹波圏域は兵庫県の北東部に当たり、丹波市、篠山市の2市からなっている。面積は891km<sup>2</sup>で、神戸・大阪・京都から約60kmと京阪神大都市圏に近接している。人口は約11万人であり、高齢化率は32.4%である。人口動態推計では、後期高齢者数は2025年以降も微増に留まるが、生産年齢人口の大幅な減少が推計されている。

図1 丹波圏域の概要



### 2. 関係機関等の資源

#### 1) 病院

管内には県立病院（188床）、赤十字病院（105床）、民間病院6カ所（385、\*266、180、186、48、31床）の8病院（\*精神単科病院）がある。平成30年度には県立病院と赤十字病院を統合し、新病院を開設予定（320床：3次救急を含む急性期199床、回復期117床、感染症4床）である。

平成26年の病床機能報告では、高度急性期4床、急性期612床、回復期44床、慢性期468床であった。

#### 2) 在宅医療

管内の診療所は88カ所あり、在宅療養支援診療所が11カ所ある。また、赤十字病院が在宅療養支援病院となっている。

訪問看護ステーションは、8カ所（24時間対応：7カ所）ある。

在宅医療・介護連携推進事業は、管内2市が実施しているが、目に見える進展はほぼない状況である。

### 3. 地域医療構想について

#### 1) 兵庫県における地域医療構想の進め方

①県庁の医務課を事務局とする保健医療計画部会により、県内10圏域を構想区域に決定した。

②各圏域に保健所を事務局とする地域医療構想圏域検討委員会が結成され、圏域における地域医療構想原案を作成している。圏域での検討の進め方については、各保健所にほぼ任されている。

③県庁からは、2025年の必要病床数の推計として、医療機関所在地ベースと患者住所地ベースの中間？にあたる「県内のみ流動（県外の流出分は県内各圏域で割戻し、県外からの流入はないものとする）」を推奨し、各圏域にこの案でまとめるように要請された。

④今年度中に県内10圏域での検討内容を保健医療計画部会に報告し、これについてパブリックコメントを求める。

⑤最終案について兵庫県医療審議会に報告し、承認を得る。

#### 2) 丹波圏域における地域医療構想の進め方

##### ①保健所での準備会合での合意事項

・病院長や医師会の委員が、病床を削減されることに敏感になっている可能性が高いので、2025年の必要病床数の細かい数値について議論しても、地域にとって有益な検討はできない。

- ・それよりは、2025年へ向けた入院医療の機能分化と役割分担、退院後の受け皿となる在宅医療と介護とその連携、退院支援という地域医療全体の構想を練ることを強調する。
- ・今回、国からの2025年の在宅医療の需要データが出たので、これを活用し在宅医療と介護とその連携についての検討を活性化する。
- ・現在進行中である退院調整ルール策定（病院・ケアマネ協議）について検討委員会に定期報告する。

②第1回検討委員会

圏域内の全病院長、医師会長、医療関係者及び市の関係部長、消防隊代表等が参加した。

保健所から地域医療構想の概要、事務局としてのスタンス案、人口動態推計、2013年の入院患者の流出入率などについて説明した。

図2 丹波圏域における地域医療構想の概念

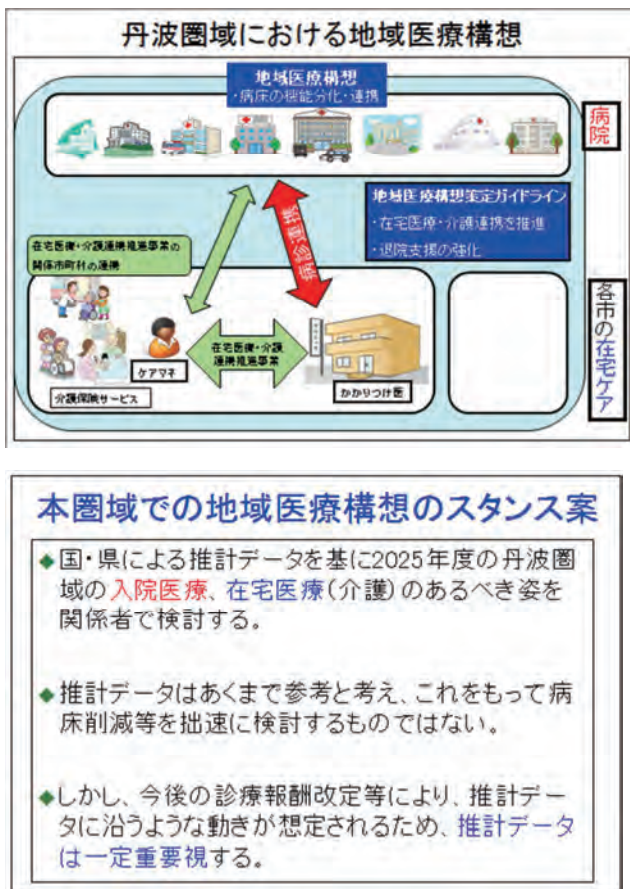


表1 丹波圏域の医療構想の考え方

図3 丹波圏域の人口の変化

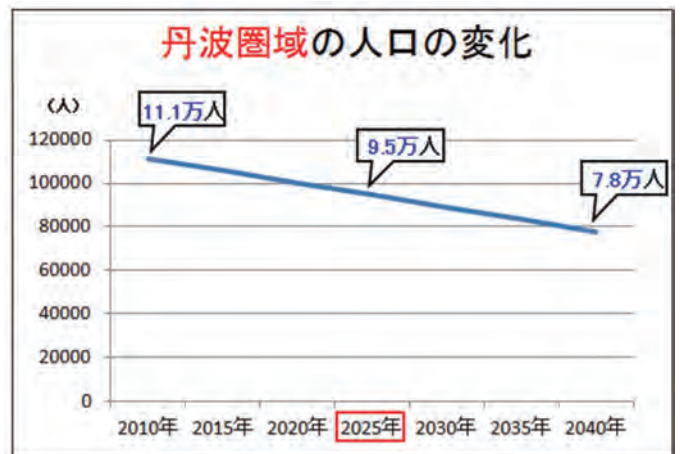
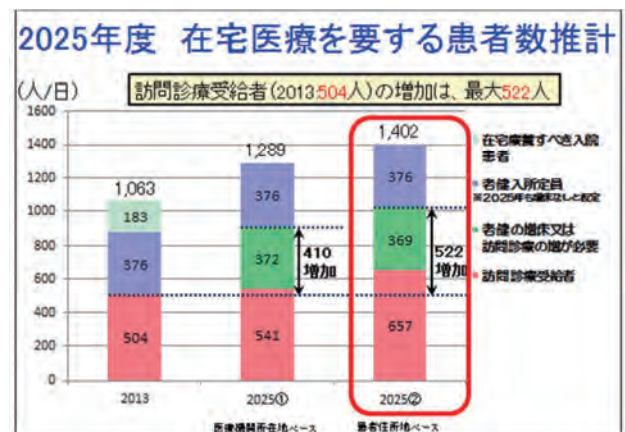


図4 入院患者の流出入



図5 在宅医療を要する患者数推計



続いて、丹波圏域における2025年の必要病床数について検討したが、委員の多くに「国から病床削減を押し付けられること」に対する戸惑いがある。



るようで、議論が進まなかったが、なんとか、慢性期の医療需要はパターンBの特例を、在宅医療を要する患者数推計は患者住所地ベースで合意できた。同時に、2025年の訪問診療受給者は、最大で1026人（2013年は504人）となることにも合意を得た。

③次回会合への準備

i) 病院長へのヒアリング

第1回検討委員会を受けて、医療機関への事前調整が不足していると判断した。まず、主要な慢性期病院を訪問し、理事長に地域医療構想についての考え方や今後の経営方針を聞いた。理事長は「療養病床を削減するかは診療報酬改定で考えることなので、地域医療構想での2025年の必要病床数については重要視していない。適当に決めて頂ければ結構。」とのことだった。また、主要な急性期病院を訪問し、地域医療構想における自院の機能と他院との役割分担についてヒアリングしたところ、相互に役割分担を希望している病院が存在することが分かったため、院長間の直接対話を提案しこれが実現した。

ii) 医師会アンケートの実施

2025年の訪問診療受給者が、最大で1026人（2013年504人の2倍強）となることが合意されたことを受けて、保健所から管内2市の医師会に働きかけ、全医師会員（63診療所、8病院）を対象に、在宅医療に関する緊急アンケートを実施した。回収率は、診療所87%、病院100%であった。

図6 アンケート概要

**アンケートの概要**

1. 主な診療科 \_\_\_\_科

2. 現在の年齢 \_\_\_\_才  
 2015年7月中の訪問診療件数、往診件数、  
 担当する訪問診療患者 \_\_\_\_人 夜間往診の可否

3. 2025年の年齢 \_\_\_\_才  
 同上

4. 10年以内のご子息・ご令嬢の在宅医療への  
 新規参加: あり、なし、未定

④第2回検討委員会

前回結論が得られなかった、丹波圏域における2025年の必要病床数について検討したが、事前に多くの病院に事前調整を行ったせいか、「ここで決定した必要病床数に各病院が強く縛られるものではないし・・・」とのムードとなり、県推奨の「県内のみ流動」により推計することで合意した。また、主要な2つの急性期病院が連携と新病院への医師の増加により、圏域として医療供給体制の弱い3次救急、脳血管障害への手術、ハイリスク分娩、重症児の入院医療が強化される見込みとなった。

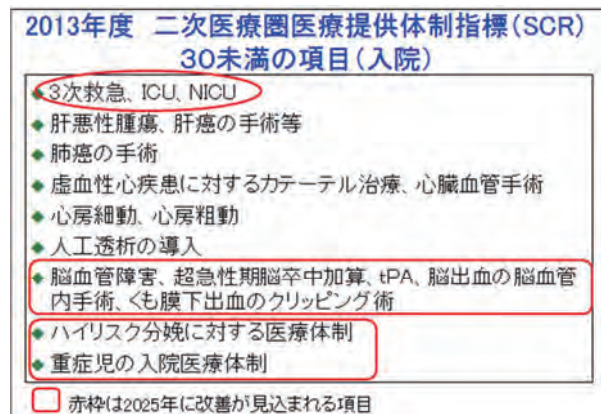
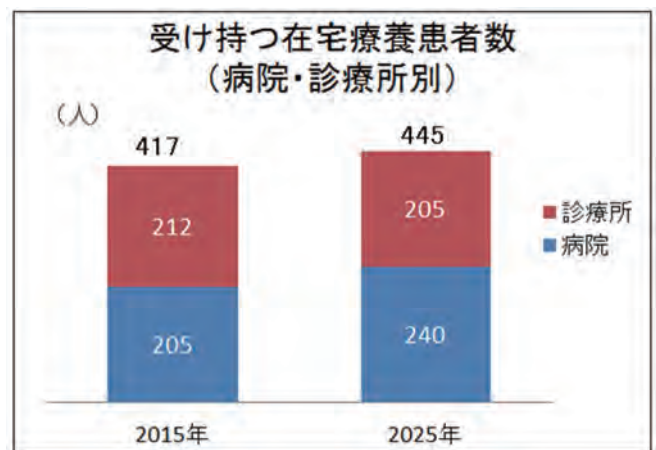


表2 丹波圏域の確保すべき医療 (SCR<30)

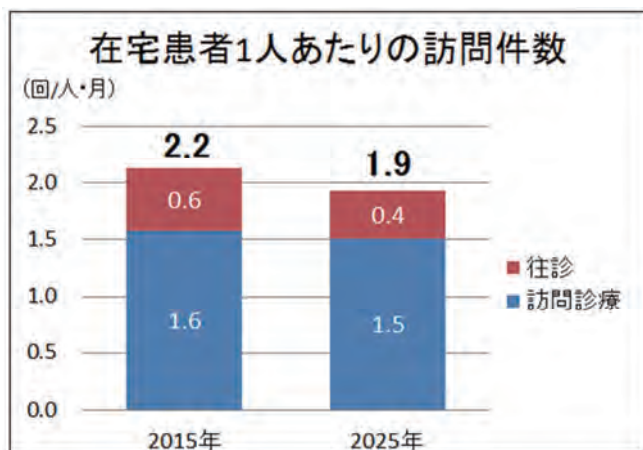
図7 在宅医療患者推計



ついで、全医師会員に対する在宅医療に関するアンケートの結果報告を行った。

診療所について、2025年までの次世代の在宅医療新規参入は10%程度にとどまった。このため、

図8 在宅患者1人あたりの訪問件数

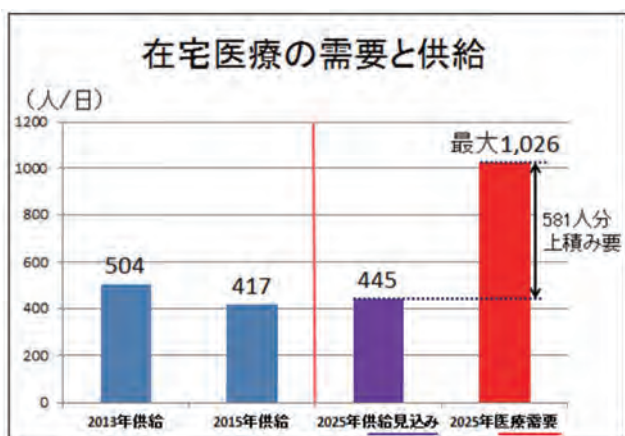


診療所医師の高齢化に伴い、在宅医療を行う診療所数は、現在の39から10年後の26へと減少するとの回答であったが、在宅医療を行う病院数は、4で変動しない見込みであった。

管内の在宅療養患者数を見ると、現在の417人から2025年には445人に増加する見込みとなったが、これは病院が受け持つ患者が増加させると回答したことが要因であった。

在宅患者1人あたりの訪問件数は、往診、訪問診療を足して約2回/月であった。この結果に対しては、在宅医療を行っている委員から、「管理料を算定するために、月2回以上訪問するようにしている」との発言があった。

図9 在宅医療の需要と供給



アンケート結果と在宅医療（往診、訪問診療）を要する患者数推計とをまとめると、当圏域では2013年、2015年の在宅医療を受ける患者数は504、417人であったが、2025年のサービス供給見込みでは445人であった。これに対し、2025年の在宅医療需要は最大1026人であり、倍以上に供給量を引き上げる必要があることが分かった。この結果に対し、委員からは驚きの声が上がったが、委員間で議論した結果、下記の案が合意された。

### 在宅医療の供給不足への対応(案)

- ◆在宅医療を行う病院、診療所を増加
- ◆介護・訪問看護と在宅医の連携(訪問頻度の減)
- ◆在宅療養後方支援病院と在宅医の連携拡大
- ◆ケア付き高齢者住宅への要介護高齢者の集住

表3 2025年に向けての在宅医療への対応案

今後も圏域および各市における在宅医療と介護とその連携について、地域医療構想圏域検討委員会および各市の在宅医療・介護連携事業の会合で検討していくことになった。

これにより、管内医師会が将来への危機感を共有しつつあり、医師会が従来よりも主体的に在宅医療の在り方について関わるようになることを期待している。

#### 4. 保健所長の役割

- 1) 構想策定の進め方についての発案。地域医療構想では、ガイドラインにもとづいて、入院医療、在宅医療・介護、退院支援のすべてについて検討するということを検討委員会に定着させた。
- 2) 入院医療のみならず在宅医療にも重点を置く。



- 3) 医師会アンケートの発案と医師会への提案。
  - 4) 病院長、医師会長、管内市部長への事前説明。
5. 保健所長として力を入れたこと
- 1) 地域医療構想を病院間の病床の奪い合いの場  
にしない。
  - 2) 病院、医師会をはじめとする関係者が、地域の  
将来について考えるきっかけにできるよう  
に進める。
  - 3) 市町村の在宅医療介護連携推進事業に関連す  
る在宅医療、退院支援ルール策定に力を入れ、  
県（保健所）としての市町村支援につなげる。

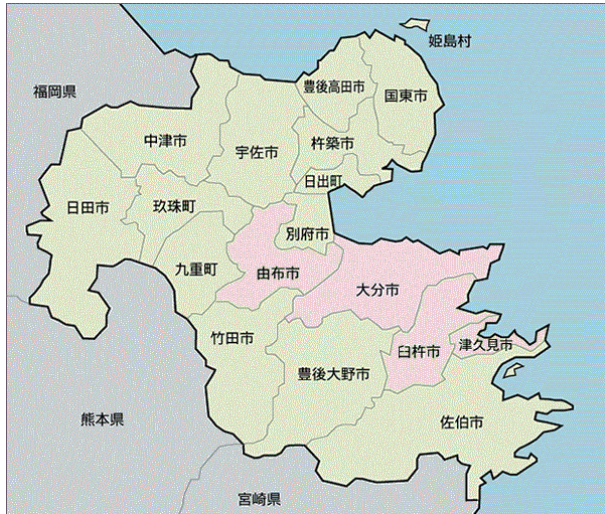
**中核市を含む医療構想圏域で、医療介護連携を軸に中核市保健所と連携している事例**

1 保健所管内の概要

中部医療圏は、大分県の中央部に位置し、大分市、臼杵市、津久見市、由布市の4市からなっている。面積は1,191km<sup>2</sup>で県土の18.8%、人口は約57万人で県人口の48.8%を占め、高齢化率は25.4%である。将来推計人口では、65歳以上人口が約15万人から約17万人に、75歳以上人口が約7万人から約10万人に増加すると推計されている。

大分市が平成9年に中核市となったことから、当医療圏には大分市（人口約48万人）を管轄する大分市保健所と、他の3市（人口約9万人）を管轄する大分県中部保健所がある。

図 大分県中部医療圏（4市）



2 関係機関等の資源

1) 病院

中部医療圏には大分大学医学部附属病院（618床）、大分県立病院（578床）、大分市医師会立アルメイダ病院（406床）、大分赤十字病院（340床）など62病院があり、県内で最も医療資源が充実した医療圏である。なお、53病院が大分市内にある。

平成26年の病院機能報告では、高度急性期788床、急性期3,680床、回復期650床、慢性期995床であった。

2) 在宅医療

中部医療圏には、在宅療養支援病院が7施設、在宅療養支援診療所が120施設あり、訪問看護ステーションが45か所ある。

65歳以上人口あたりの介護保険施設定員は他圏域に比べ少なく、有料老人ホーム定員は他圏域に比べ多い。

在宅医療連携拠点体制整備事業は、4市で医師会等が実施主体となり、多職種連携会議、地域資源マップ作成、市民公開講座、ITネットワークや共通連絡ノートを活用した連携推進、研修などを実施してきた。

来年度から在宅医療・介護連携は、市が実施主体となり地域支援事業として実施されることから、今年度は円滑な移行のための準備を行っている。

3 地域医療構想

1) 大分県における地域医療構想策定の進め方

- ① 県庁医療政策課を事務局とする大分県医療計画策定協議会が構想案の策定などを実施する。
- ② 各医療圏に地域医療構想調整会議を設置し、策定段階から意見聴取・協議を行う。なお、会議の事務局は医療政策課と保健所が合同で担う。
- ③ 大分県医療審議会への諮問・答申を経て地域医療構想策定となる。

2) 大分県における地域医療構想策定の考え方

- ① 2025年の必要病床数は医療機関所在地ベースを用いて定める。
- ② 慢性期病床については、パターンCが選択できる圏域はパターンCで、それ以外の圏域はパターンBで定める。

3) 地域医療構想調整会議に関する医療政策課と保健所の役割分担

① 会議の次第、内容は保健所の意見等を踏まえながら医療政策課で決定する。

② 会場確保、開催日程の調整、会議開催準備は保健所が行う。

#### 4) 中部医療圏における地域医療構想調整会議の進め方

① 会議の事務局に大分市保健所も参加するかどうか協議したが、地域医療構想は県が策定するものであることから、大分市保健所は事務局に入らず他市と同様に委員として参加することになった。

② 8月末の第一回会議では、医療政策課から地域医療構想の説明があり、委員からは調整ができるのかなどの意見が出た。10月の第二回会議では、2025年の必要病床数は医療機関所在地ベースで定めること、慢性期病床についてはパターンBで定めることについて医療政策課から提案があり了承された。

③ 今後、構想実現の方向性や、在宅医療連携の方向性などについて調整会議の中で協議できるように医療政策課と中部保健所とで意見調整する予定。

#### 4 中部保健所の取り組み

##### 1) 在宅医療連携拠点整備事業

① 管内の臼杵市では平成24年度に国のモデル事業を臼杵市医師会が受託し、平成25年度からは、津久見市では津久見市医師会が、由布市ではJCHO 湯布院病院が実施主体となり管内の全3市において本事業が実施されている。

② 当保健所スタッフが当初から本事業の研修班、啓発班など各班のメンバーとして参加し、医療介護地域資源マップ作成や研修会の開催、市民公開講座の企画などに取り組んできた。平成27年度は、本事業が来年度から介護保険の地域支援事業として実施されるこ

とから、これまでの実施主体である医師会等から各市への移行の調整役となっている。

##### 2) 入退院時情報共有ルールづくり

① 平成26年度に当保健所と大分市保健所が共同で中部医療圏における入退院時情報共有ルールづくりに取り組んだ。

② 平成26年度には、病院看護部長・MSWへの説明会、ケアマネジャーへの説明と意見聴取、ケアマネジャーによる検討会(4回)、病院・ケアマネ合同会議(2回)を実施し、入退院時情報共有ルールを作成した。

③ 平成27年度から中部医療圏61病院中38病院の参加でルールの運用が開始された。退院時調整率は平成26年5月の71.7%から、運用開始直後ではあるが平成27年5月には77.0%と増加し、今回初めて調査した入院時連絡率は78.7%であった。

#### 5 保健所長の役割

1) 中部医療圏では、大分市保健所長と連携を図り、情報共有、意見交換を行う。また、郡市医師会、公立病院等との調整を行う。

2) 本県においては、地域医療構想の策定において保健所に企画的な役割が期待されていないため、今後、策定までの間に少しでも地域の専門機関としての役割が果たせるよう県庁医療政策課と協議していきたい。

3) 特に在宅医療介護連携については、大分市保健所も中部保健所も深く関与していることから、これまでの各地域での議論が地域医療構想に反映されるよう調整していきたい。

## 事例 尼崎市保健所

医療構想圏域の事務局は兵庫県芦屋保健所だが、中核市として医療連携を通して病院病床の機能分化と調整にかかわる。また、地域包括ケアにも役割を果たす事例。

### 1 管内の概要

阪神南圏域は、西宮市、芦屋市、本市の3市で構成されており、人口は、103万人である。圏域内には、尼崎市と西宮市の2つの中核市保健所と、芦屋健康福祉事務所（阪神南県民センター）の3つの保健所がある。阪神南圏域の東は大阪市、西は神戸市に接しており、内陸部は、住宅街、臨海部は阪神工業地帯である。

尼崎市は、東西8.3キロメートル、南北11.5キロメートル、総面積50.27平方キロメートルの小さな市である。尼崎市の人口は45万人、高齢化率は平成27年現在、26.3%、高齢者のうち、単身高齢者世帯は25.7%、介護認定率21.1%であり、都市部にして、すでに高齢化が進んでいる。



### 2 関係機関等の資源

#### 1) 医療機関

阪神南圏域には、救急救命センターが3病

院、国のがんの拠点病院が2病院ある。尼崎市の病院は24ヶ所3,957床（一般病床2,715床、療養病床1,226床）であり、そのうち、県立尼崎総合医療センターは、730床（救急救命センター54床、CCU・SCU50床、PICU8床、MFICU6床、NICU・GCU27床、感染症病床8床、精神病床8床）の大規模なER型救急救命センターを持つ病院である。一般診療所501ヶ所、歯科診療所257ヶ所、薬局237ヶ所、訪問看護ステーションは46ヶ所ある。

尼崎市医師会が事務局となり、尼崎市二次輪番病院、消防局、保健所の出席のもと、二次救急輪番体制調整会議を2ヶ月に1回開催している。平成25年8月から、H-Anshin むこねっと2次救急システムの運用を開始し、病院間い合わせ4回以上の割合は、開始前の9.0%から2.6%まで減少している。

#### 2) 介護保険事業所

居宅介護支援事業所225ヶ所、認知症対応型通所介護事業所14ヶ所、認知症対応型共同生活介護事業所24ヶ所、小規模多機能型通所介護事業所8ヶ所、介護老人福祉施設20カ所、介護老人保健施設12ヶ所あるなど、資源には恵まれており、また資源は成熟していて、市内にいくつかのネットワークが形成されている。

### 3 地域医療構想の策定

1) 兵庫県においては平成27年度末までに、各圏域で地域医療構想をまとめることとされている。

2) 阪神南圏域では、阪神南圏域健康福祉推進協議会の部会である地域医療構想検討部会において検討している。

3) 会の運営は、芦屋健康福祉事務所（県民センター）が行い、部会員には、医師会、歯科医師会、薬剤師会、公立病院、公的病院、大



学病院、兵庫県民間病院協会、兵庫県看護協会、市（保健所および福祉部、芦屋市については健康課長と福祉部）、いずみ会、老人クラブ、婦人会、消防局、医療保険団体、学識経験者で構成されている。西宮市、尼崎市保健所長は、部会員として出席している。

4) 会議の進行等は、部会長である西宮市医師会会長が行うが、実務的な調整については、芦屋健康福祉事務所長が行っている。中核市保健所は、市内医療機関の立ち入りやその他会議などを通じて市内医療機関の状況を把握し部会員として意見を述べるとともに、芦屋健康福祉事務所長の要請に対して協力する。

5) 第1回目の全体会議における決定事項及び意見

① 必要な病床数の推計は、「県内のみ流動」推計（医療需要は、患者受療先の医療機関所在地で発生するとし、医療機関所在地で必要病床数を算定し、圏外医療機関の受療は県内に割り戻す）を用いる。

② 阪神南圏域推計病床数は、9,695床である。高度急性期病床、回復期病床の定義が統一されておらず、また、今後の慢性病床の必要数の算定根拠が不透明であるが、阪神南圏域の必要病床数は、全体で△815床であった。

6) 第2回目の全体会議における決定事項及び意見

① 平成27年9月18日の厚生労働省医政局地域医療計画課長通知に基づき、大阪府との患者流出入補正により、阪神南圏域では301床の減となったため、全体で△514床である。

② 事務局より、「電子データブック（厚生労働省医政局地域医療計画課、医師確保等地域医療対策室）より医務課、芦屋健康福祉事務所て抜粋したもの、各疾患における圏域ごとの年齢調整標準化レセプト出現比（SCR）の情報提供があった。

③ 事務局より、5事業5疾病についての現

状と将来の課題について情報提供があった。部会員からは、がんを治療する病院が増えると病床を増やす必要があることや、在院日数が1日短縮すると必要病床数がかなり減少すること、小児科病床の必要数については算定が難しいなど、各疾患の将来像もしぼりによく必要病床数の将来推計はむずかしいとの意見があった。

#### 4 尼崎市保健所の取り組み

##### 1) 退院調整事業

兵庫県では、平成14年から、地域リハビリテーション支援センターを設置し、平成22年度から、健康福祉事務所（保健所）を圏域コーディネータとして位置づけ、地域リハビリテーションの推進体制の強化を図ってきた。各圏域において、地域リハビリ支援センターは、地域リハビリテーション支援体制の推進、リハビリテーション専門職等の資質向上に向けた犬種会の開催、在宅医療介護連携の支援等を行っている。阪神南圏域には、西宮・芦屋地域リハビリテーション支援センターの兵庫医科大学病院と尼崎地域リハビリテーション支援センターの関西労災病院がある。尼崎市保健所では、退院調整（兵庫県地域リハビリテーション事業）を進めるため、平成25年度の病院立ち入り時に各病院の退院調整状況を確認した。また、高齢介護課（福祉部）と連携して、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所のケアマネジャーに退院調整にかかるアンケート調査を実施した結果、退院調整連携率は、要介護1～5は、69%、要支援1～2は、44.1%であった。平成26年度、関西労災病院地域リハビリテーション支援センター、保健所、高齢介護課が事務局となり、25病院の地域連携室及び市内12か所の地域包括支援センター、居宅介護事業所、訪問看護連絡会、看護協会と6回（病院側3回、介



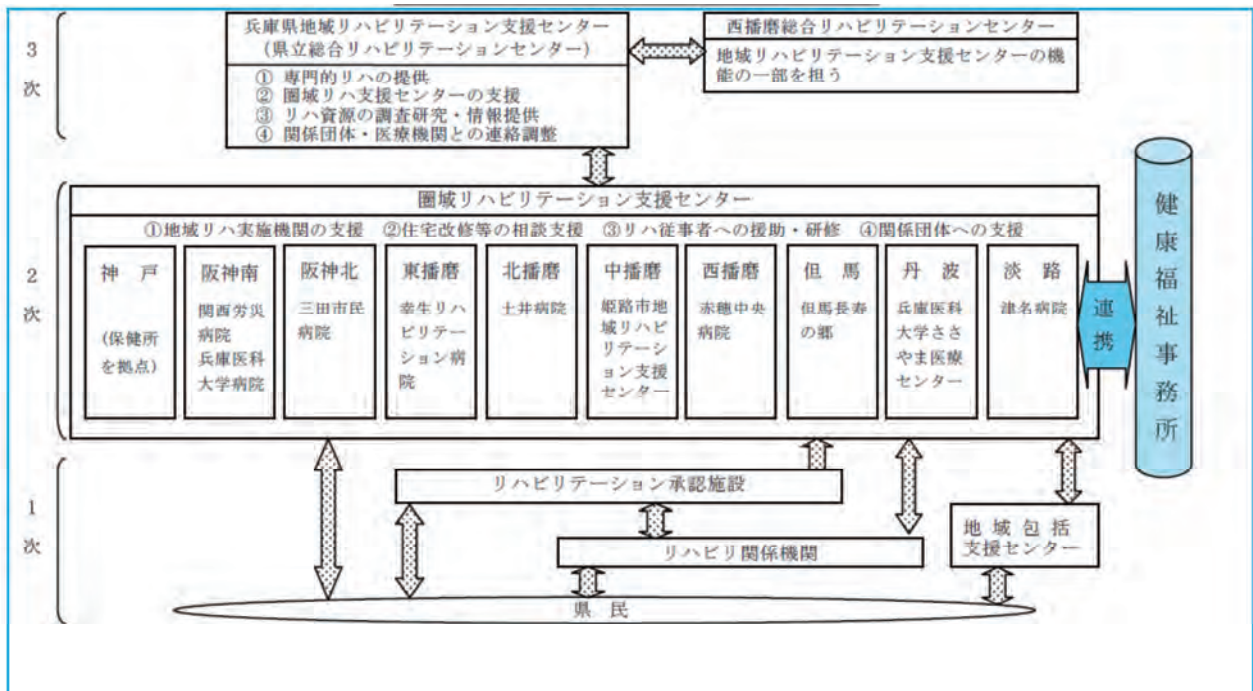


図2 地域リハビリテーション事業

護側3回)の会議、4回の全体ワーキングを行い、退院調整における課題を抽出、入院時・退院調整時の情報共有シートを作成した。平成27年6月から運用を開始し、平成28年1月、ブラッシュアップ会議を予定している。

## 2) 認知症医療・介護ネットワーク

阪神南圏域における認知症疾患医療センターは、西宮市にあり、尼崎市民の受診は少ないため、平成26年度から、市内の関西労災病院に認知症確定診断体制整備事業を委託した。平成27年度、認知症早期発見後の早期支援を進めるため、高齢介護課と医療・介護ネットワーク(案)を作成した上で、医師会、精神科部会及び病院精神科医と意見交換を行い、医療・介護連携の在り方、かかりつけ医の包括的管理の在り方、認知症対応医療機関の支援について検討した。また、尼崎市には、BPSD患者を入院させる医療機関がないことから、周辺市の精神科病床をもつ5医療機関に尼崎市への後方支援の依頼を行った。今後、病院の基本情報を提供してもら

い、尼崎市認知症対応医療機関、地域包括支援センターにその情報を周知することで、円滑な連携を図り、認知症医療・介護ネットワークを構築する。なお、他市の精神科病床をもつ医療機関へ依頼を行うにあたり、各所管の保健所長に相談し、病院へつなげていただいた。

## 3) 地域包括ケアシステム(在宅医療・介護連携)

国の示す在宅・医療介護連携の8つの取り組みを平成30年までに実施するため、平成27年4月より、高齢介護課の政策立案に加わり、保健所の立場で支援している。一方、医師会でも地域包括ケア・勤務医委員会を会催しており、保健所と高齢介護課の職員が出席し、在宅医療・介護連携について現状の分析や情報共有を行っている。平成27年10月22日、高齢介護課、保健所が事務局となり、医師会、歯科医師会、薬剤師会、公的病院、民間病院、看護協会、訪問看護連絡協議会、居宅介護支援事業所連絡会、ケアマネジャー

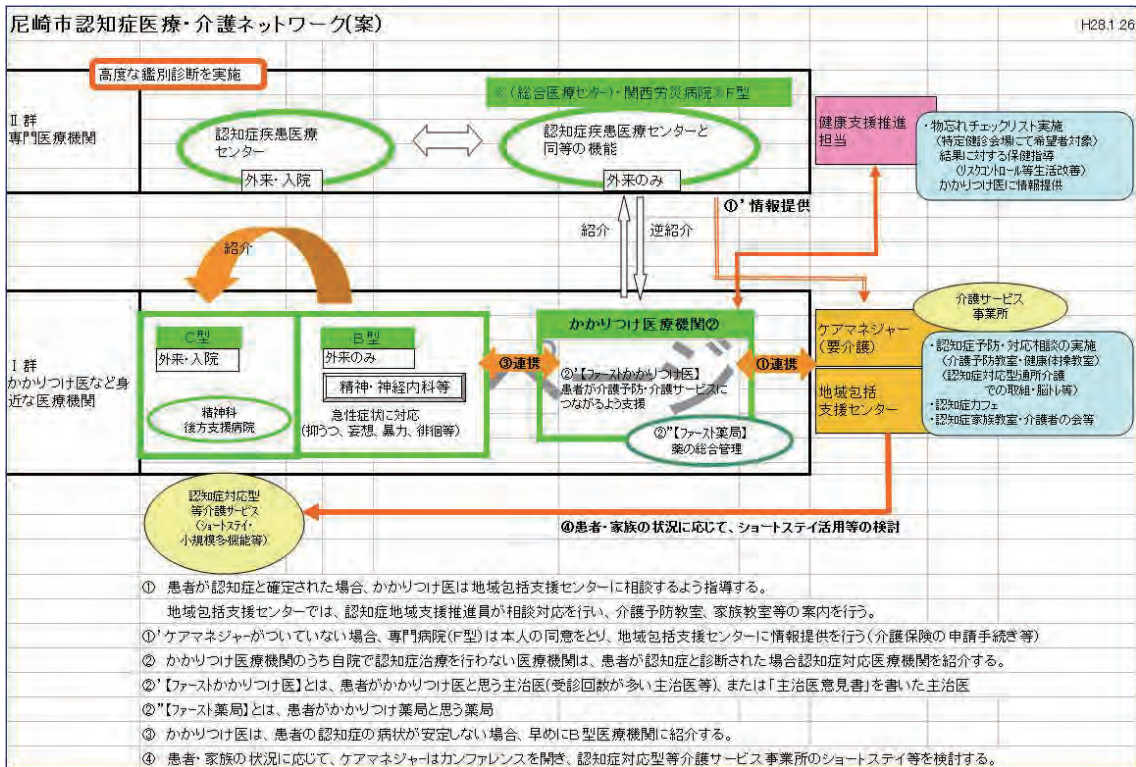


図3 尼崎市認知症医療介護ネットワーク関連図

協会、特養等施設長会、地域包括支援センターと一緒に、尼崎市在宅医療・介護の多職種連携推進のためのキックオフミーティングを行った。今年度中に課題を抽出し、平成28年度、顔の見える関係会議、および、ワーキング部会を開催し、課題解決のためのルール作りや、市民啓発等検討していく。

### 5. 保健所長の役割

- 1) 圏域においては、芦屋健康福祉事務所(県民センター)、西宮市の保健所長と連携を図り、圏域の医療体制の整備について、情報共有、意見交換を行い、最善をめざす。
- 2) 当該保健所においては、保健所職員に保健所の役割(国の動向)を理解してもらう。
- 3) 当該市においては、保健所の役割を明確にし、福祉部の政策立案(とりわけ、医療・介護連携)において、医師会、公的病院、民間病院協会等との調整を支援する。

### 6. 保健所長として力を入れたこと

地域包括ケアシステムにおける保健所の役割について、県の保健所だけがその責務を担っているのではなく、尼崎市のことは、尼崎市保健所が担う部分があることを職員に理解してもらうことに最も力を注いだ。

尼崎市保健所において、対物サービス、対人サービス、健康危機管理は、業務担当が決まっていたが、広域的調整機能については県の保健所が行うと考えられていた。今回の地域医療構想、地域包括ケアシステム、医療・介護連携については、国、県、保健所長会からの多くの情報提供があり、それを職員と共有する中で尼崎市保健所としてやるべきことが見えてきた。また、福祉部担当と一緒に退院調整事業(兵庫県地域リハビリテーション事業)を進めたことで、医療・介護連携を推進していくための保健所の役割が明確になり、福祉部と連携して取り組む下地ができたと思う。

## 事例 下関市保健所

中核市保健所が事務局となり構想圏域の病院病床の分化と調整を進める事例。

### 1. 下関市の状況

下関市は本州最西端に位置する人口 27 万 3086 人の中核市である。人口の 32.4%が 65 歳以上であり、中核市の中で最も高い高齢化となっている（平成 27 年 7 月末）。特に北に位置する豊北町の高齢化率は 48.3%となっており、超高齢化社会がすでに到来している状況となっている【図 1】。

### 2. 管内の概要

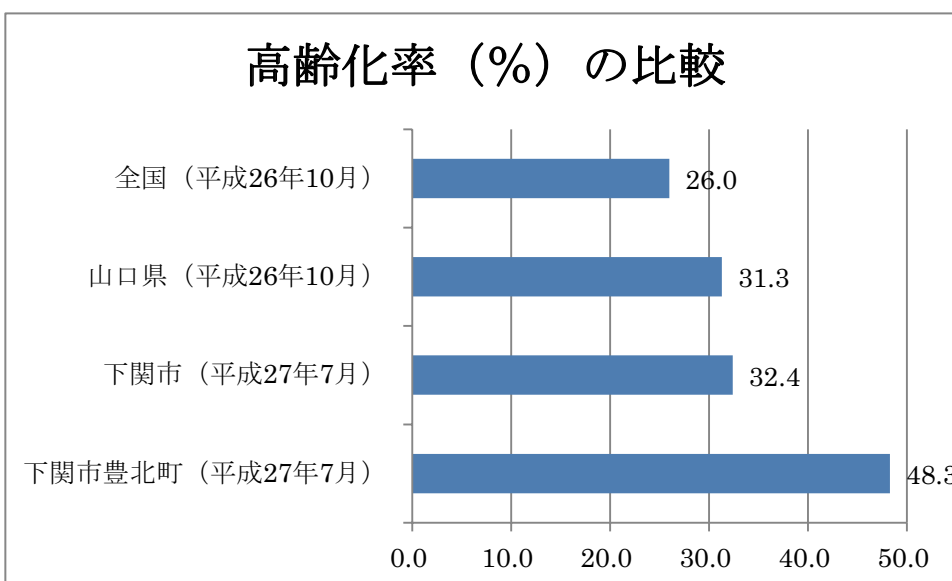
下関市は、昭和 23 年 6 月に保健所法施行令（平成 23 年政令第 77 号）に基づき、市立の保健所が設置されている。下関市と下関医療圏の領域が一致していることから、下関医療圏における医療提供体制に関する議論は、下関市が主催する下関市医療対策協議会において行われている。

### 3. 地域医療構想策定協議会と下関市立保健所の役割

山口県は、地域医療構想策定に当たって、各二次医療圏において各保健所が事務局となって議論を行うこととなった。下関医療圏については下関市保健部（下関保健所）が事務局となって下関市地域医療策定協議会を開催している。会長には下関市医師会長が着任し、医療機関関係者、介護関係者、保険者、市民代表等が委員として参加、山口県職員がオブザーバーとして参加している。

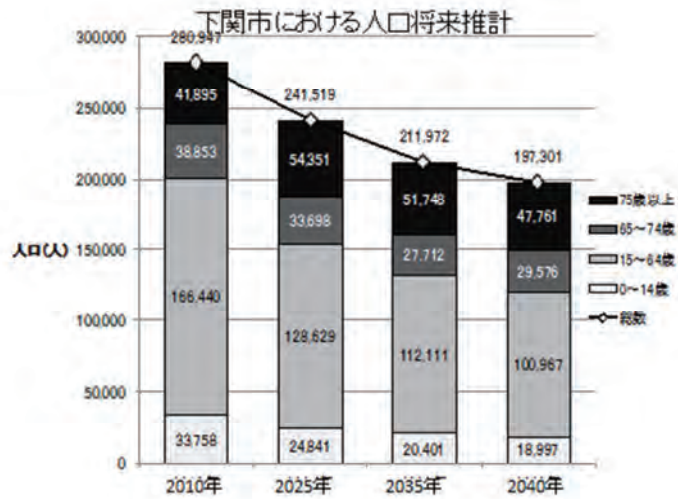
### 4. 下関医療圏の将来推計

下関市は将来、人口が減少することが見込まれている。2025 年までに約 14%の減少が予想【図 2】されているが、65 歳以上の高齢者については約 9%の増大が予想されている。将来人口の推移と現在の年齢階級ごとの受療率等をもとに、下関医療圏の医療・介護の将来需要を推計したところ、2025 年まで医療・介護ニーズは増大することが確認された。入院医療、救急搬送は約 13%の増【図 3】、要介護者は約 26%の増【図 4】、死亡者は約 14%増の見込みである。

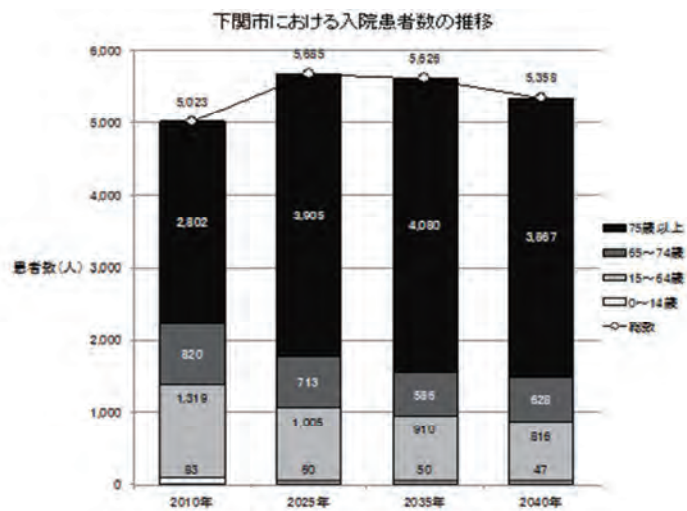


【図 1】 高齢化率の比較

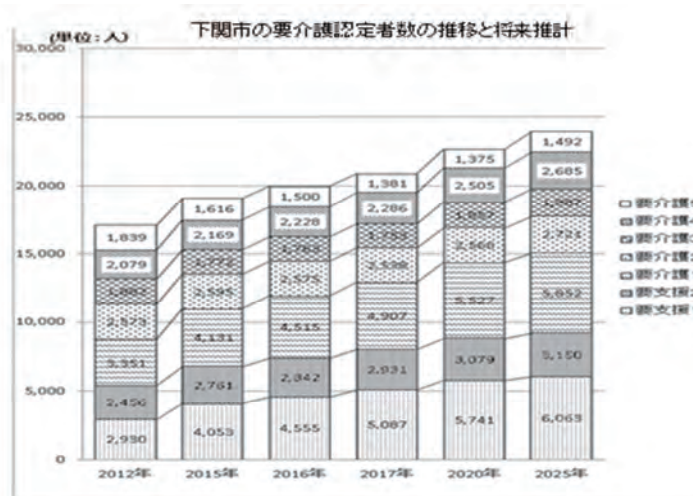




【図2】 下関市の人口将来推計



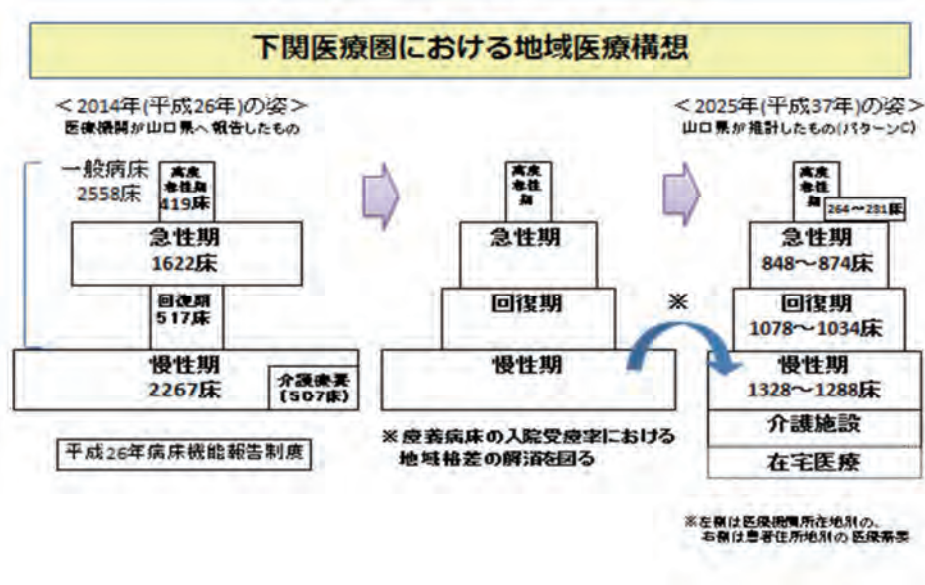
【図3】 下関市における入院患者数の推移



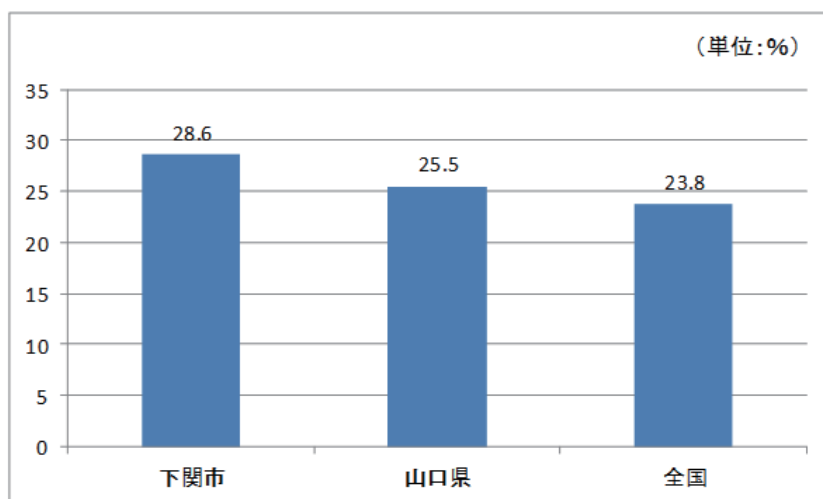
【図4】 下関市の要介護認定者数の推移と将来推計







【図6】 国、県が示した下関医療圏における機能別病床数  
介護保険1号被保険者の低所得者割合(%) 2013年度末



所得段階「第1段階」「第2段階」「特例第3段階」を低所得者とした。

【図7】 下関市における低所得者割合

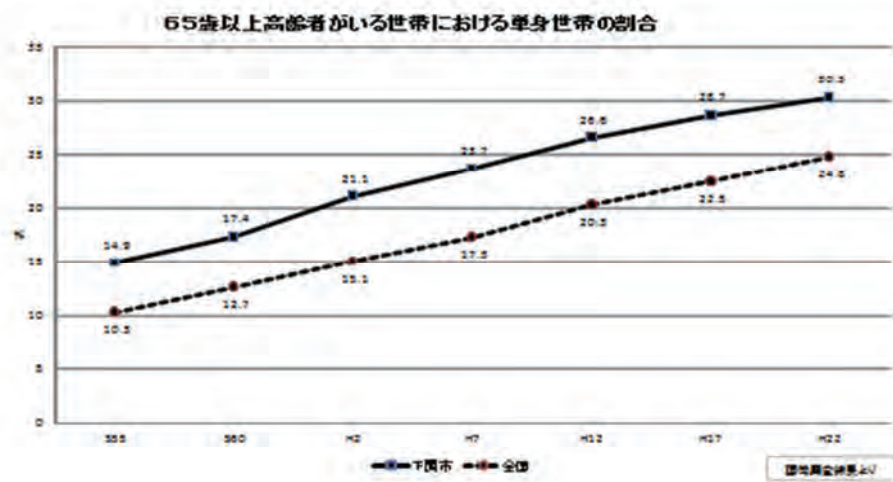
6. 在宅医療・地域包括ケアを取り巻く状況

下関市においては、開業医の高齢化が顕著であり、開業医による訪問診療については今後の展開が厳しい状況である。また、訪問看護については、下関市では人口密度が低い山間部があることから、効率的な訪問が難しく、こちらについても厳しい状況にある。

一方で、下関市民の負担能力、家庭内介護力については、全国と比べ、高齢者の低所得者割合が

高く(非課税世帯割合:下関市29%、全国24%)【図7】、さらに独居世帯の割合が高い。(下関市30%、全国25%)【図8】。これらの割合は、上昇傾向にあり、下関市民のコスト負担、家庭内介護力ともに期待が難しい状況である。

このように提供側、受け手側共に、在宅での療養、看取りが厳しい状況となっている。このような中、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築できないまま、慢性期の病床数の絞り込み



【図8】 高齢者単身世帯の割合

を行えば、社会保障制度の枠を外れ、自宅で孤立する高齢者が発生することとなる。

#### 7. 今後の議論

一般的に、国民には可能な限り住み慣れた自宅等で過ごし、状態が悪くなれば病院や施設で療養したいという思いがある。

急性期医療に関しては総合病院の役割分担、病院再編等の議論を進め、医療資源の集中、生産性向上、効率化を図ることが出来るかがポイントとなる。

慢性期医療、介護の提供については、需要が増大する中、提供体制の充実が図れないとなると大変厳しいこととなる。

限られた資源を最大化する提供体制構築が求められている。特に、患者・利用者の医療ニーズ、介護ニーズ、家庭内介護力、経済状況に応じて、療養する場所を選択してもらうことが重要となる。具体的には、療養病床、介護施設、有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅、在宅等に適切に割り振ることが出来るかにかかっている。

下関市地域医療構想協議会については、これまで4回の本会と3回の専門部会を開催してきたが、いまだ、結論は見えていない状況であり、更なる議論が必要な状況である。

(下関市保健部長・下関市保健所長 長谷川学)

保健所連携推進会議ブロック研修会等資料

## 地域医療構想と保健所の取り組み

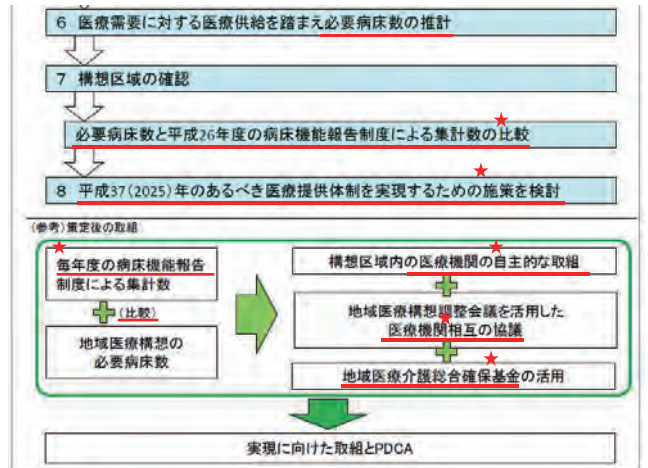
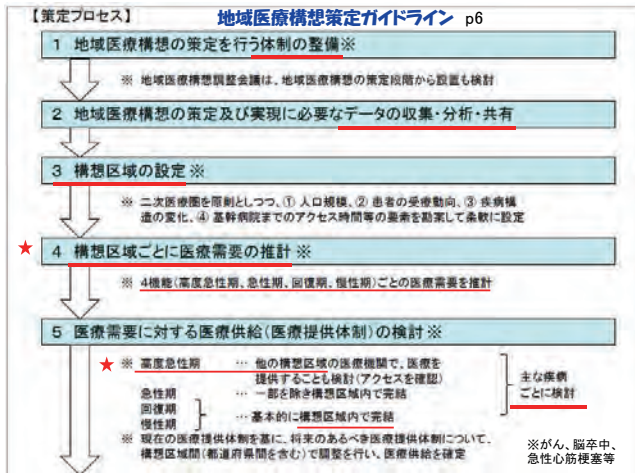
他県の地域医療構想の策定状況を知り、北海道での計画策定の進め方を考える

富山県砺波厚生センター(保健所)  
大江 浩

地域保健充実強化委員(県型保健所)管内の状況(H27.6.27現在) 抜粋

項目	A県	B県	C県	D県	E県	F府	G県	H県	I県	J県	K県
県庁との協議	○				○	○	○	○		○	○
構想区域の提示	○				○	○	○	○		○	○
(二次医療圏と一致)	○				○	○	○	○		○	○
区域会議事務局決定	○				○	○	○	○		○	○
(事務局が保健所)					○	○	○			○	○
(担当部署)					○	○	○			○	○
(事業予算)					○	○	○			○	○
(部会設置)	○				○		○				
(調整会議委員の決定)	○					○	○	○		○	○
(市型保健所の関与)						○				○	○
策定見込み時期	H28.3				H28.3	H28.3	H28.2	H28.3			H28.10
病床機能報告の提示	○		○	○	○	○		○		○	
区域毎の推計の提示					○			○			
県庁から基金の説明	○		○	○	○	○		○	○		○
科学院研修の復命					○			○			
データブックの提示					○			○	○		

※全国衛生部長会の研究班(角野班)で詳細な実態調査

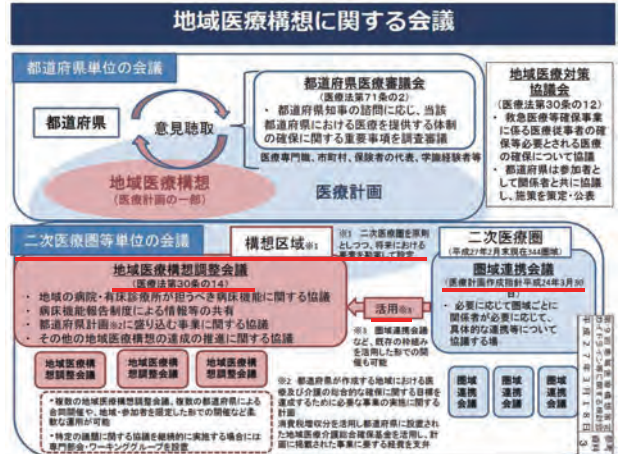


## 地域医療構想の策定後の年間スケジュールのイメージ (保健医療科学院研修資料 H27.6.16)

- 3月 病床機能報告制度の集計結果の提示
- 3月～ 医療機関の自主的な取組  
医療機関同士の協議(調整会議における協議を含む)
- ※可能な限り、次期病床機能報告制度に間に合うように、10月までに上記の対応を行う。
- 10月 病床機能報告制度における報告
- 年内 各構想区域における対応を踏まえた基金の都道府県計画(案)のとりまとめ
- 2月 都道府県定例議会への次年度当初予算案に基金の予算を計上
- ※地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会で、病床機能報告の方法等を見直す場合には、8月開催予定の検討会終了後ただちに医療機関に通知発出

体制の整備

厚労省資料



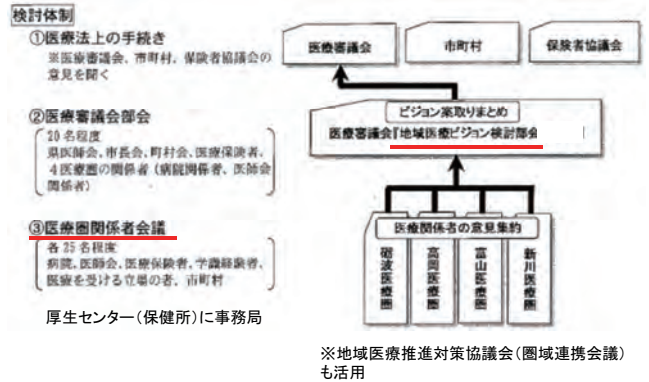


**医政局長通知「医療計画について」**  
(医政発0330第28号 平成24年3月30日)

**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者との調整を行うなど、積極的な役割を果たすものとする。**

※「医療計画の推進に係る都道府県調査結果(速報)：平成25年7月」  
(<http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=148716&name=0000014431.pdf>)では、圏域連携会議は最大13回～0回(実績なしは15都府県)  
※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班」調査では、保健所に医療計画推進のための部署があるのは70.3%、県型82.2%、市型35.9%

**富山県の地域医療構想策定方針**



データの収集・分析・共有

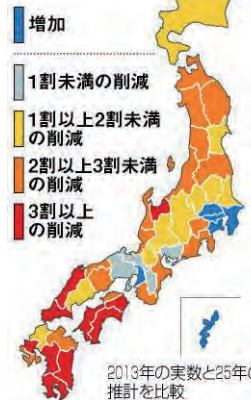
地域医療構想策定ガイドライン p56~57

**地域医療構想の策定及び実現に必要な情報(データ)**

1. 推計の前提となる現状の入院受療に関する基礎データ
2. 2025年における二次医療圏別の人口推計
3. 病床機能報告制度に基づく医療提供体制の状況
4. 病床の機能区分ごと(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)の医療需要に対する医療供給(医療提供体制)の状況
5. 疾病別(がん、脳卒中、急性心筋梗塞等)の医療需要に対する医療供給(医療提供体制)の状況
6. 疾病別(がん、脳卒中、急性心筋梗塞等)のアクセスマップと人口カバー率
7. 介護保険関係の整備状況

※地域医療構想策定支援ツール(必要病床数等推計ツール、構想区域設定検討支援ツール)と医療計画作成支援データブックも活用  
⇒本庁と保健所との連携が重要

**都道府県別のベッド数の削減割合**  
政府の推計



平成27年6月16日 朝日新聞朝刊

平成27年6月15日、政府の社会保障制度改革推進本部医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会で、都道府県単位の医療推計が公表

[http://www.kantei.go.jp/jip/singi/shakaihoshou/kaikaku/chousakai\\_dai5/siryou.html](http://www.kantei.go.jp/jip/singi/shakaihoshou/kaikaku/chousakai_dai5/siryou.html)

※地域医療構想策定ガイドラインに示す方法と同様の方法で推計したが、構想区域間の調整がない

※病床数を「減らされる」ではなく、患者数が「減る」のに対してどのように取り組むのかということの共通認識となる数値(佐々木室長)

内閣府資料(抜粋)

**【後継期(パターンA・パターンB・パターンC)】**

- ・パターンA:全ての二次医療圏の療養病床の入院受療率(※3)を全国最小値(県単位)にまで低下するとして、推計。  
※3 療養病床の入院患者の3割(医療区分1)の患者の70%に相当する者及び回復期/リハビリテーション/病棟入院科を算定する者を除く。以下同。
- ・パターンB:全ての二次医療圏において療養病床の入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合(全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合)解消するとして、推計。
- ・パターンC:要件(※4)に該当する全ての二次医療圏は、パターンBの目標入院受療率の達成年次を2030年(平成42年)とし、2025年(平成37年)においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率まで低下するとし、その他の二次医療圏は、2025年までにパターンBの目標入院受療率まで低下するとして、推計。  
※4 パターンBより入院受療率の目標を定めた場合における当該二次医療圏の慢性期療養病床の減少率が全国中央値より大きいこと。かつ、当該二次医療圏の高齢者単身世帯割合が全国平均より大きいこと。

**【将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での追加に対応する患者数】**

- ・4つの医療機能に分類されない医療資源投入量が175点未満の一般病棟の患者数(※5)、療養病床の入院患者のうち医療区分1の70%に相当する患者数及び療養病床の入院受療率の地域差解消分(パターンA～C)に相当する患者数の合計。  
※5 医療資源投入量が175点未満の医療を受ける入院患者であっても、リハビリテーションを受ける入院患者であってリハビリテーション科を含んだ医療資源投入量が175点以上となる医療を受ける場合は、回復期に分類されるため、除かれる。

※地域医療構想策定ガイドラインp21「在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となること想定。」  
※都道府県内でも地域の実情が大きく異なる ⇒ 二次医療圏(構想区域)ごとの推計が重要


都道府県	2025年の必要病床数(※)										2025年の必要病床数(※)									
	一般・療養病床(2013)					4医療機能(合計2025)					一般・療養病床(2025)					4医療機能(合計2025)				
合計	うち療養	うち一般	うち回復	うちリハ	うち療養	うち一般	うち回復	うちリハ	うち療養	うち一般	うち回復	うちリハ	うち療養	うち一般	うち回復	うちリハ	うち療養	うち一般	うち回復	うちリハ
全国計	1346.9	1006.2	340.7	1148.5	1181.8	1191.2	▲186.4	▲163.3	▲150.7	130.3	400.6	379.2	242.3	275.5	285.1	336.8	306.1	297.3		
北海道	82.8	60.1	22.5	68.7	72.1	73.2	▲14.9	▲11.5	▲10.3	7.3	21.9	20.4	19.0	22.4	23.5	27.7	24.6	23.5		
青森県	18.5	13.5	3.0	11.7	11.8	11.8	▲4.0	▲4.7	▲4.7	1.2	4.1	4.2	2.2	2.3	2.4	2.9	2.8	2.8		
岩手県	19.0	12.2	2.8	10.5	10.7	—	▲4.9	▲4.4	—	1.0	3.3	2.7	2.9	2.8	—	2.8	2.4	—		
宮城県	21.1	17.9	3.2	16.7	16.8	—	▲2.4	▲2.4	—	2.3	6.6	6.0	5.6	5.9	—	5.0	5.0	—		
秋田県	12.6	10.2	2.4	9.0	8.1	—	▲3.6	▲3.6	—	0.9	3.3	2.5	2.3	2.4	2.4	2.1	2.0	1.9		
山形県	12.0	9.8	2.1	9.2	9.3	—	▲2.8	▲2.7	—	0.8	3.1	2.9	3.3	3.3	—	1.4	1.4	—		
福島県	21.5	17.2	4.2	15.1	15.3	15.4	▲6.4	▲6.2	▲6.1	1.5	5.4	5.2	3.0	3.2	3.3	3.8	3.4	3.3		
茨城県	27.0	21.0	6.0	21.4	21.7	—	▲5.9	▲5.9	—	2.2	7.4	7.1	4.7	5.0	—	4.8	4.6	—		
栃木県	18.8	14.1	4.2	15.2	15.5	—	▲3.2	▲2.9	—	1.7	5.4	5.2	2.9	3.2	—	3.7	3.4	—		
群馬県	21.0	18.1	4.9	17.2	17.5	17.8	▲2.2	▲2.0	▲1.4	1.7	5.5	5.1	4.0	4.3	4.3	4.1	3.8	3.9		
埼玉県	80.8	58.4	22.3	53.1	54.2	—	▲23.5	▲24.6	—	5.5	18.0	16.7	12.9	14.0	—	12.5	11.5	—		
千葉県	47.0	37.2	9.8	40.3	39.0	39.0	▲6.3	▲6.9	▲6.0	3.6	17.9	16.3	10.8	11.2	11.2	9.1	8.5	8.5		
東京都	1062.3	857.7	204.6	1118.1	1138.1	—	▲20.5	▲20.4	—	15.9	42.3	34.7	19.0	21.1	—	22.1	20.2	—		
神奈川県	62.9	49.2	13.5	71.0	72.2	—	▲8.1	▲8.4	—	3.4	25.9	20.9	14.8	16.0	—	13.4	12.3	—		
新潟県	23.1	18.1	5.1	18.1	18.3	—	▲5.1	▲4.9	—	1.7	5.1	5.0	3.0	3.2	—	4.3	4.1	—		
富山県	14.4	9.2	5.2	9.9	9.5	9.6	▲5.3	▲4.9	▲4.9	0.9	3.3	2.7	2.0	2.9	2.8	5.2	4.7	4.6		
石川県	15.9	11.4	4.5	11.3	11.9	11.9	▲4.6	▲4.0	▲4.0	1.2	3.9	3.7	2.4	3.0	3.1	5.0	4.4	4.4		
福井県	10.3	7.8	2.5	7.4	7.6	—	▲2.9	▲2.7	—	0.7	2.8	2.6	1.4	1.8	—	2.5	2.3	—		
山梨県	9.2	6.9	2.3	8.7	8.8	8.9	▲2.3	▲2.3	▲2.3	0.5	2.0	2.0	1.8	1.8	1.8	1.7	1.6	1.5		
長野県	20.4	16.2	4.2	16.7	16.8	—	▲4.2	▲4.1	—	1.9	6.9	6.1	3.2	3.3	—	2.7	2.7	—		
岐阜県	18.5	14.7	3.8	14.9	15.0	—	▲3.8	▲3.3	—	1.7	5.8	4.8	2.6	2.7	—	2.8	2.7	—		
静岡県	34.4	23.8	10.6	25.0	26.9	—	▲10.3	▲7.5	—	3.2	9.1	8.0	5.8	6.6	—	9.2	7.4	—		
愛知県	42.8	45.0	14.2	59.8	57.8	57.8	▲2.8	▲1.4	▲1.4	0.9	20.6	19.5	9.8	10.8	10.8	12.8	11.7	11.7		

※都道府県間の流出率(H23患者調査)  
北海道 流出率0.2%、流入率0.7% 富山県 流出率2.5%、流入率3.2%



### 病床の機能別分類の境界点(C1～C3)について

機能別	医療資源投入量	基本的考え方	患者像の例
高度急性期	C1 3,000点	致命性疾患やICU、HCUで実施するよう重症者に対する診療密度が特に高い診療一般病棟等で実施する診療における医療資源投入量	● 心不全に対して呼吸補助人工呼吸器による呼吸補助を行い、機動搬送装置（ベッド）や人工心臓、血液浄化、シントロン等で重症な状態を維持しながら、有酸素運動による治療を実施している状態。また心呼吸器から離脱出来ず、検査や評価の頻度も下げていくことである。 【詳細】 非経腸的人工呼吸器＋心モニター＋動脈血酸素飽和度測定＋胸動心電図＋点滴管理＋薬剤＋血液浄化
急性期	C2 600点	急性期における治療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ちた段階における医療資源投入量	● 急性期室に対し、緊急で内服薬の投与調整を行った。引き続き、抗凝固治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。 ● 重症感染症に対し、抗生薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を取ることが出来ている。 【参考】 NDBのレセプトデータ及びDPCデータから「医療資源投入量がおおよそ横ばい」なことで、患者（病棟）の平均医療資源投入量を計算。 ※ 具体的には、DPCの入院期間及び入院期間間における全患者の平均医療資源投入量、入院期間間及び入院期間間のそれぞれの患者数で加重平均。その後、NDBのレセプトデータを加えて、さらに補正。
回復期	C3 225点	在宅においても実施できる医療ケア（リハビリテーション）の密度における医療資源投入量	● 顕微鏡肺炎に対する抗生薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取が不安定で補食が必要。看護が専ら行っている。 ● 大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸管重なり、便秘となり、排便およびリハビリテーションによるリハビリテーションを行っている。 【例】 補食＋点滴管理＋リハビリ
在宅等		● 境界点に達してからの退院調整等を行う期間の医療資源を要し、175点で区分	



※平成26年度は医療計画PDCA研修（7月、9月実施）  
※平成27年度の前期研修では、**地域医療構想策定支援ツール**  
**必要病床数等推計ツール**  
**構想区域設定検討支援ツール**  
**医療計画作成支援データブック**等の実際の演習

※佐々木室長「地域医療構想策定支援ツール」は都道府県職員のほかに地域医療構想調整会議や医療審議会等の委員、委託事業者も使用できる。専門家連携の研修を受講した専門家の所属する団体の事務所等で厚労省に登録した場所でも利用できる。【保健衛生ニュース 6月29日号】

※調整会議メンバーでの情報共有が重要

● **目的**  
都道府県において医療計画の立案・評価に携わる職員が、地域の保健医療関連データを分析し、医療計画及び地域医療構想を策定する能力を取得することを目的とする。

● **対象者**  
都道府県において医療計画の立案・評価に携わる職員

● **定員**  
47名

● **研修期間**  
前期：7月16日～18日（火）～18日（木） 3日間  
中期：専門家連携研修 平成27年 7月13日（月）～14日（火） 2日間  
後期：プラクティス編 平成27年10月13日（火）～15日（木） 3日間

● **受付期間**  
平成27年4月15日（水）～4月30日（木）（必着）  
都道府県の主管部署を経由して申込みとなります。

● **一般目標**  
地域の保健医療関連データを分析し、医療計画及び地域医療構想を策定する能力を取得する。

● **到達目標**  
（前期）1. 地域医療構想策定ガイドラインの内容を理解し、データ分析による医療提供状況の現状把握ができる。  
2. 地域医療構想策定ガイドラインの内容に基づき構想区域における医療需要の推計を行うことができる。  
（中期）3. 都道府県の行政職員と都道府県における公衆衛生等の専門家及び保健医療の専門家が地域医療提供における課題と目標を共有できる。  
（後期）4. 地域の保健医療関連データに基づき分析し、医療計画及び地域医療構想の策定を行うことができる。

奉 還 書  
平成27年7月13日

地域医療構想策定研修（専門医研修編）を先陣した専門医、他

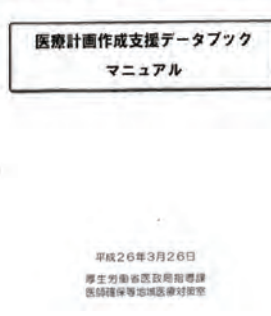
厚労省事務官等が地域医療構想

地域医療構想策定研修（専門医研修編）を先陣した専門医の出席する研修等の事後高等での地域医療構想策定支援ツール等の利用について

平成より厚生労働行政に転換の期に迫り、厚くお礼申し上げます。  
さて、先日は、7月13日（日）及び14日（月）に出席した地域医療構想策定研修（専門医研修編）を先陣した専門医が出席する研修等の事後高等として先陣いただいた事お礼申し上げます。データブックの活用、研修等の開催を地域医療構想策定支援ツール及び医療計画作成支援データブック（以下「支援ツール」といふ）の活用を促すこととしました。  
支援ツールの活用を促すには、バックデータのアクセスパスワードの届きを促すため、研修及び研修後の研修等とともに、適切な利用を促す必要があり、研修の目的等を明確に設定した上で、適切な研修を行います。この研修の目的、効果、支援ツール等を研修資料（CD-ROM）を添付いたします。  
なお、支援ツールの活用を促すには、研修後の研修等についても必要に応じて研修を行うことが可能です。  
また、支援ツールの活用を促すには、地域医療構想策定支援ツール等の作成に必要な会議（地域医療構想調整会議、推進府県医療審議会等）の資料等として活用することができます。その資料等の公表を行う際の留意事項にのみ限らねばならず、研修資料の活用を促すには取り扱うべきでないことがございます。支援ツール等の適正な利用を確保するため研修資料を添付いたします。

事務官 佐々木 洋平  
〒100-8508 東京都千代田区千代田1-2-2  
厚生労働省医政局医務課  
医療提供等地域医療対策室  
医務、医事、研修  
代表 03-6263-1811（内線3063）  
直通 03-6266-2194  
メール jpy-itsukub@hoh.go.jp

平成26年度に、都道府県庁担当職員が医療計画PDCA研修受講（7月、9月実施）



医療計画作成支援データブック  
マニュアル

平成26年3月26日  
厚生労働省医政局医務課  
医療提供等地域医療対策室

【目次】

I部 データブック作成の概要.....1

1. データブック作成の概要.....1
2. データブック作成の目的.....2
3. データブック作成における工夫 ～ご利用に当たっての留意事項～.....3
4. データブックの活用.....5

II部 データブック.....7

1. データブックについて.....7
2. 医療提供状況・SCRデータ ～指標の構成と集計方法～.....23
3. 平成24年度医療費DPC調査に基づくアクセスマップと人口カバー率.....27
4. 平成24年度医療費DPC調査に基づく.....30  
八つモジロ分析による患者数集計の自動エリア割当

III部 解析ツール.....33


1. NATIONAL DATABASEから抽出された各種データの活用について.....33
2. 患者数データ分析ソフト.....46
3. 平成24年度厚生労働省DPC分析データに基づく.....47  
患者数およびがん患者の可視化ツールの活用方法

資料集.....52

1. データブックの活用について.....52
2. 研修資料 ～医療提供の現状把握～.....56
3. 研修資料 ～医療提供の現状把握～.....60

## 医療計画作成支援データブック

- データ集
  - **電子データブック：指標**（厚労省通知の体制構築に係る現状把握のための指標）、分野（がん、脳卒中、急性心筋梗塞等）、指標分類（必須・推奨・その他、ストラクチャー・プロセス・アウトカム）、集計単位（都道府県・二次医療圏 ※在宅医療は一部市区町村別）、出典資料名（医療施設調査、国民生活基礎調査、医師・歯科医師・薬剤師調査、人口動態調査、診療報酬施設基準、NDなど）、出典資料調査年、情報源（e-Stat、厚労省、ホームページ等）
  - 医療提供状況・SCRデータ（年齢調整標準化レセプト出現比 Standardized Claim Ratio）；医療圏別にNational Databaseを加工
  - アクセスマップ、人口カバー率
- 解析ツール
  - 受療動向可視化ツール
  - 医療提供体制SCR\_地図アプリ
  - 救急搬送データ分析ソフト
  - DPC公開データ



電子データブック  
マニュアル

都道府県を単位とする必須指標

【目次】

1 データブックの目的.....1

2 データブックの内容.....1

- (1) がんの指標.....1
- (2) 脳卒中の指標.....2
- (3) 急性心筋梗塞の指標.....4
- (4) 救急搬送の指標.....4
- (5) 医療提供の指標.....4
- (6) 人口動態の指標.....4
- (7) 医療費の指標.....4
- (8) 医療提供の指標.....4
- (9) 医療提供の指標.....10
- (10) 医療提供の指標.....11
- (11) 医療提供の指標.....12

3 データブックの活用.....14

- (1) 指標の活用.....14
- (2) トップページの活用.....16
- (3) 資料集の活用.....16
- (4) 資料集の活用.....16
- (5) 資料集の活用.....16
- (6) 資料集の活用.....16
- (7) 資料集の活用.....16
- (8) 資料集の活用.....16
- (9) 資料集の活用.....16
- (10) 資料集の活用.....16
- (11) 資料集の活用.....16

表1-1 がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標

項目	単位	指標	留意事項	
2010年 がん 医療	がん 医療	① がん診療連携推進計画の策定率	① がん診療連携推進計画の策定率	① がん診療連携推進計画の策定率
		② がん診療連携推進計画の策定率	② がん診療連携推進計画の策定率	② がん診療連携推進計画の策定率
		③ がん診療連携推進計画の策定率	③ がん診療連携推進計画の策定率	③ がん診療連携推進計画の策定率
		④ がん診療連携推進計画の策定率	④ がん診療連携推進計画の策定率	④ がん診療連携推進計画の策定率
		⑤ がん診療連携推進計画の策定率	⑤ がん診療連携推進計画の策定率	⑤ がん診療連携推進計画の策定率
		⑥ がん診療連携推進計画の策定率	⑥ がん診療連携推進計画の策定率	⑥ がん診療連携推進計画の策定率
		⑦ がん診療連携推進計画の策定率	⑦ がん診療連携推進計画の策定率	⑦ がん診療連携推進計画の策定率
		⑧ がん診療連携推進計画の策定率	⑧ がん診療連携推進計画の策定率	⑧ がん診療連携推進計画の策定率
		⑨ がん診療連携推進計画の策定率	⑨ がん診療連携推進計画の策定率	⑨ がん診療連携推進計画の策定率
		⑩ がん診療連携推進計画の策定率	⑩ がん診療連携推進計画の策定率	⑩ がん診療連携推進計画の策定率

表1-2 がん診療連携推進計画に係る現状把握のための指標

項目	単位	指標	留意事項	
2010年 がん 医療	がん 医療	① がん診療連携推進計画の策定率	① がん診療連携推進計画の策定率	① がん診療連携推進計画の策定率
		② がん診療連携推進計画の策定率	② がん診療連携推進計画の策定率	② がん診療連携推進計画の策定率
		③ がん診療連携推進計画の策定率	③ がん診療連携推進計画の策定率	③ がん診療連携推進計画の策定率
		④ がん診療連携推進計画の策定率	④ がん診療連携推進計画の策定率	④ がん診療連携推進計画の策定率
		⑤ がん診療連携推進計画の策定率	⑤ がん診療連携推進計画の策定率	⑤ がん診療連携推進計画の策定率
		⑥ がん診療連携推進計画の策定率	⑥ がん診療連携推進計画の策定率	⑥ がん診療連携推進計画の策定率
		⑦ がん診療連携推進計画の策定率	⑦ がん診療連携推進計画の策定率	⑦ がん診療連携推進計画の策定率
		⑧ がん診療連携推進計画の策定率	⑧ がん診療連携推進計画の策定率	⑧ がん診療連携推進計画の策定率
		⑨ がん診療連携推進計画の策定率	⑨ がん診療連携推進計画の策定率	⑨ がん診療連携推進計画の策定率
		⑩ がん診療連携推進計画の策定率	⑩ がん診療連携推進計画の策定率	⑩ がん診療連携推進計画の策定率

表1-3 がん診療連携推進計画に係る現状把握のための指標

項目	単位	指標	留意事項	
2010年 がん 医療	がん 医療	① がん診療連携推進計画の策定率	① がん診療連携推進計画の策定率	① がん診療連携推進計画の策定率
		② がん診療連携推進計画の策定率	② がん診療連携推進計画の策定率	② がん診療連携推進計画の策定率
		③ がん診療連携推進計画の策定率	③ がん診療連携推進計画の策定率	③ がん診療連携推進計画の策定率
		④ がん診療連携推進計画の策定率	④ がん診療連携推進計画の策定率	④ がん診療連携推進計画の策定率
		⑤ がん診療連携推進計画の策定率	⑤ がん診療連携推進計画の策定率	⑤ がん診療連携推進計画の策定率
		⑥ がん診療連携推進計画の策定率	⑥ がん診療連携推進計画の策定率	⑥ がん診療連携推進計画の策定率
		⑦ がん診療連携推進計画の策定率	⑦ がん診療連携推進計画の策定率	⑦ がん診療連携推進計画の策定率
		⑧ がん診療連携推進計画の策定率	⑧ がん診療連携推進計画の策定率	⑧ がん診療連携推進計画の策定率
		⑨ がん診療連携推進計画の策定率	⑨ がん診療連携推進計画の策定率	⑨ がん診療連携推進計画の策定率
		⑩ がん診療連携推進計画の策定率	⑩ がん診療連携推進計画の策定率	⑩ がん診療連携推進計画の策定率

表1-4 がん診療連携推進計画に係る現状把握のための指標

項目	単位	指標	留意事項	
2010年 がん 医療	がん 医療	① がん診療連携推進計画の策定率	① がん診療連携推進計画の策定率	① がん診療連携推進計画の策定率
		② がん診療連携推進計画の策定率	② がん診療連携推進計画の策定率	② がん診療連携推進計画の策定率
		③ がん診療連携推進計画の策定率	③ がん診療連携推進計画の策定率	③ がん診療連携推進計画の策定率
		④ がん診療連携推進計画の策定率	④ がん診療連携推進計画の策定率	④ がん診療連携推進計画の策定率
		⑤ がん診療連携推進計画の策定率	⑤ がん診療連携推進計画の策定率	⑤ がん診療連携推進計画の策定率
		⑥ がん診療連携推進計画の策定率	⑥ がん診療連携推進計画の策定率	⑥ がん診療連携推進計画の策定率
		⑦ がん診療連携推進計画の策定率	⑦ がん診療連携推進計画の策定率	⑦ がん診療連携推進計画の策定率
		⑧ がん診療連携推進計画の策定率	⑧ がん診療連携推進計画の策定率	⑧ がん診療連携推進計画の策定率
		⑨ がん診療連携推進計画の策定率	⑨ がん診療連携推進計画の策定率	⑨ がん診療連携推進計画の策定率
		⑩ がん診療連携推進計画の策定率	⑩ がん診療連携推進計画の策定率	⑩ がん診療連携推進計画の策定率

表1 がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標 (全国共通指標)

項目	指標名	全国	愛知県	岐阜県	静岡県	富山県	石川県	福井県	滋賀県	岐阜県
A-1	放射線治療(体外照射)の9月中の患者数(例数)	207,282	1,825	30	1,281	476	29			2008
	人口10万別	163.7	172.8	23.2	288.8	148.1	20.3			
A-1	放射線治療(体外照射)の9月中の患者数(例数)	239,469	1,813	54	794	539	230			2011
	人口10万別	188.5	148.9	41.8	131.4	171.8	171.0			
A-2	放射線治療(体外照射)の9月中の患者数(例数)	1,236	8	-	5	-	1			2008
	人口10万別	1.1	0.6	-	1.0	-	0.7			
A-2	放射線治療(体外照射)の9月中の患者数(例数)	7,942	8	-	6	-	-			2011
	人口10万別	5.5	0.5	-	1.2	-	-			
A-3	放射線治療(体外照射)の9月中の患者数(例数)	130,916	1,408	188	592	510	146			2008
	人口10万別	103.9	128.1	130.0	115.4	158.6	105.8			
A-3	放射線治療(体外照射)の9月中の患者数(例数)	11,866	1,82	4	36	20	-			2011
	人口10万別	9.8	18.6	3.1	18.8	23.5	-			
A-4	放射線治療(体外照射)の9月中の患者数(例数)	197,815	2,397	209	1,287	258	229			2008
	人口10万別	155.7	214.7	160.9	270.9	170.8	183.7			
A-4	放射線治療(体外照射)の9月中の患者数(例数)	70,542	926	-	640	-	284			2011
	人口10万別	55.5	84.4	-	128.9	-	207.2			
A-5	放射線治療(体外照射)の9月中の患者数(例数)	18,249	124	12	56	44	71			2008
	人口10万別	12.9	11.2	10.1	11.1	13.5	8.9			
A-5	放射線治療(体外照射)の9月中の患者数(例数)	87,485	918	-	908	-	12			2011
	人口10万別	68.9	93.6	-	179.6	-	8.7			
A-6	放射線治療(体外照射)の9月中の患者数(例数)	23,274	222	8	123	38	-			2008
	人口10万別	18.4	20.2	7.9	10.3	27.7	27.5			
A-7	がん患者リハビリテーション科の算定件数	6,131	180	-	180	-	-			2010.10
	人口10万別	4.8	14.6	-	31.7	-	-			-2011.3
A-8	がん診療連携推進計画の算定件数	1,833	85	43	32	-	-			NDB
	人口10万別	1.5	7.7	8.5	9.8	-	-			-2011.3
A-9	がん診療連携推進計画の算定件数	3,314	110	24	79	-	-			2010.10
	人口10万別	2.6	10.0	4.8	23.8	-	-			-2011.3

【治療～療養支援：地域連携クリティカルパス】 がん

指標名	必須指標	全国	愛知県	備考
がん診療連携推進計画策定率	年齢調整標準化レセプト出現比	100	85.7	NDB 22.10～23.3診療分 全国平均：100
がん診療連携推進計画策定率	年齢調整標準化レセプト出現比	100	31.5	NDB 22.10～23.3診療分 全国平均：100

【急性期：治療】 脳卒中

指標名	必須指標	全国	愛知県	備考
救命救急センターを有する病院数	人口10万別	0.19	0.24	23年医療施設調査 中核病院・救急医療
脳卒中の専用病室を有する病院数	SCUを有する病院数(人口10万別)	0.09	0.05	23年医療施設調査 中核病院・救急医療
脳卒中ケアユニット入院医療管理科届出施設数(人口10万別)	脳卒中ケアユニット入院医療管理科届出施設数(人口10万別)	0.07	0.04	24年1月診療報酬施設基準
脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法	超急性期脳卒中中加算届出施設数(人口10万別)	0.58	0.50	24年1月診療報酬施設基準
脳動脈瘤内手術算定件数	t-PA投与算定件数(年齢調整標準化レセプト出現比)	100	74.8	NDB 22.10～23.3診療分 全国平均：100
脳動脈瘤内手術算定件数	年齢調整標準化レセプト出現比	100	91.9	NDB 22.10～23.3診療分 全国平均：100
脳動脈瘤内手術算定件数	年齢調整標準化レセプト出現比	100	112.8	NDB 22.10～23.3診療分 全国平均：100

※年齢調整標準化レセプト出現比(SCR)は全国値を100  
※医療計画作成支援データベースには二次医療圏別・市町村別の分析データがある  
※厚労省通知の指標項目に限定しない









2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策を検討  
 地域医療介護総合確保基金の活用

地域医療構想策定ガイドラインp28

※特にソフト事業には保健所の関与が期待(分析データをもとに)

病床の機能分化・連携に係る具体的な取組例

	体制構築	人材確保
病床の機能の分化	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病床機能の重点化・明確化</li> <li>➢ クリニカルパス(クリニカルパス)の活用による病床機能に応じた入院医療の標準化・効率化のための体制整備・研修等の支援</li> <li>➢ 病床機能に応じた臨床指標(Quality Indicator)を用いた医療の質評価・向上の支援</li> <li>➢ 高度急性期から在宅療養まで地域の医療提供体制について住民(患者)への情報提供・普及啓発</li> <li>○ 病床機能の変更</li> <li>➢ 病床機能の変更のための財政的・技術的支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病床機能の分化・転換に伴う医療関係者の研修・教育</li> <li>➢ キャリアパスとして異なる病床機能の職種及び在宅医療で働くことを意識した研修・教育の支援</li> </ul>
病床の機能の連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病床機能の異なる関係機関の連携強化</li> <li>➢ 地域の創工夫を活かした地域連携パスの作成・活用のための体制整備・連携の支援</li> <li>➢ 救急外来から患者の病状に応じた他の医療機関への紹介入院等の地域連携の支援</li> <li>➢ 在宅医療から地域包括ケア病床を持つ医療機関等への緊急連絡・搬送体制の整備・支援</li> <li>➢ 認知症、特に行動・心理症状(BPSD)を伴う患者に対する地域での医療提供体制の整備・支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 連携に係る人材の確保・養成</li> <li>➢ 地域の医療・介護連携において中心的役割を担うリーダーやコーディネーターとなる人材の養成</li> <li>➢ 遠隔支援、在宅介護支援のため地域における多職種連携、人車交流の支援</li> </ul>

地域医療構想策定ガイドラインp31~32

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
遠隔支援(地域側)	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 必要な事例の遠隔時カンファレンスへの参加。</li> <li>・ 遠隔調整担当者との定例会議の開催。</li> <li>・ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 遠隔後の療養生活の相談に乗る窓口を設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。</li> </ul>
	行政・医師会等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 遠隔(遠隔)先の医療機関・施設と、在宅医療・介護を提供する医療機関・事業所が情報交換できる場の設定。</li> </ul>	
日常の療養生活の支援	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療所間の連携や、病院医師による支援により、在宅での不在時の代診等の支援体制の構築。</li> <li>・ 重症患者の多い患者や小児患者等への対応力向上のための研修。</li> <li>・ 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材料等の規格・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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療に取り組み医師確保のための同行訪問を含んだ導入研修。</li> <li>・ 訪問看護師の確保のための採用時研修に対する支援、研修時間の集約化(拠点となる訪問看護事業所が地域の教育機能を担う)、愛媛県大学と連携した教育体制の構築。</li> <li>・ 在宅診療を推進する歯科診療所の歯科医師や歯科衛生士の確保。</li> <li>・ これまで訪問薬剤管理指導に取り組みた経験のない薬局に対する研修。</li> <li>・ 関係者と協働した在宅医療に取り組み人材確保の支援。</li> </ul>
	行政・医師会等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域の在宅医療の課題等の解決を目指した関係者(多職種)による「在宅医療推進協議会」の設置・運営。</li> </ul>	

	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"> <li>・ 診療所等が24時間体制を確保するための、病院と診療所(病診)、診療所同士(診診)、診療所と訪問看護事業所の連携の構築。</li> <li>・ 後方病床を確保するため、かかりつけ医を遠くへ入院を希望する病院など必要な情報をあらかじめ登録するシステムの構築。</li> <li>・ 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、医療機関等が一堂に介する協議会の実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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、介護従事者を対象とした救命講習。</li> </ul>
	行政・医師会等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>	
看取り	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者や家族に対する、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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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、多職種の研修や施設との合同開催の研修。</li> </ul>
	行政・医師会等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者や家族に対する、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。</li> </ul>	

※ 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。

これまでの圏域連携会議や研修会等における地域医療構想に対する主な意見

- ① 不足する機能の充足を優先するべきではないか
- ② 不足機能の充足は過剰とされる機能からの転換を優先するべきではないか
- ③ 公立病院は民間病院でカバーできない機能に対応するべきではないか
- ④ 各市の配分に配慮するべきではないか(回復期、慢性期)
- ⑤ 病床利用率が特に低い公立病院の対応が課題になるのではないか、など

### 新公立病院改革ガイドライン(H27.3.31)

[http://www.soumu.go.jp/menu\\_news/s-news/01zaisei06\\_02000103.html](http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/01zaisei06_02000103.html)

<新改革プランの策定期期>

- ・ 平成27年度又は平成28年度中に策定

- ・ 地域医療構想調整会議の合意事項と齟齬が生じた場合には、速やかに新改革プランを修正

<新改革プランの対象期間>

- 策定年度又はその次年度から平成32年度までの期間

<新改革プランの内容>

これまでの「経営効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」に、「**地域医療構想を踏まえた役割の明確化**」を加えた4つの視点

- ① **地域医療構想を踏まえた当該病院の果たすべき役割**  
**当該公立病院の将来の病床機能のあり方**
- ② 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割  
 在宅医療に関する役割、住民の健康づくり、緊急時における後方病床の確保、人材育成など
- ③ **一般会計負担の考え方**  
**一般会計が負担すべき経費の範囲**についての考え方及び一般会計等負担金の算定基準(繰出基準)
- ④ 医療機能等指標に係る数値目標の設定  
 救急患者数、手術件数、臨床研修医の受入件数、医師派遣等件数、紹介率・逆紹介率、訪問診療・看護件数、在宅復帰率、リハビリ件数、分娩件数、クリニカルパス件数、患者満足度、健康・医療相談件数等
- ⑤ 住民の理解

※病床利用率が過去3年間連続して70%未満の病院に対して抜本的な見直しを要請  
 ※公立病院の運営費に係る地方交付税措置の算定基礎を許可病床数から稼働病床数に見直し  
 ※公営病院の稼働していない病床に対する削減命令(医療法第7条の2第3項)が規定

医療処第0730001号  
 老 発第0730001号  
 平成19年7月30日

各都道府県知事 取



病院又は診療所と介護老人保健施設等との併設等について

病院又は診療所と介護老人保健施設又は特別養護老人ホームとの併設等については、「病院又は診療所と老人保健施設又は特別養護老人ホームを併設する場合等における医療法上の取扱いについて」(昭和63年1月20日付保健発第23号厚生省健康政策局長発通知)及び「病院又は診療所と老人保健施設又は特別養護老人ホームを併設する場合等における運用上の留意点について」(平成8年3月4日付け第4号厚生省健康政策局長発通知)により取り扱っているところであるが、今後、これを廃止することとし、今後、病院又は診療所と介護老人保健施設等とを併設する場合等については、下記の事項に留意されたい。



### 病床の在宅転換が労働環境改善などに貢献-厚労省・鈴木技術総括審議官

厚生労働省の鈴木技術・技術総括審議官は23日、看護学会等社会保険連合(看護連)の情報交換会で講演し、医療機関の病床の一部を高齢者向けの住宅に転換させていくことが、医療費の適正化や職員の労働環境の改善につながることを述べた。また、訪問看護ステーションの大規模化を進める必要性を指摘

厚生労働省の鈴木技術・技術総括審議官は23日、看護学会等社会保険連合(看護連)の情報交換会で講演し、医療機関の病床の一部を高齢者向けの住宅に転換させていくことが、医療費の適正化や職員の労働環境の改善につながることを述べた。また、訪問看護ステーションの大規模化を進める必要性を指摘

厚生労働省の鈴木技術・技術総括審議官は23日、看護学会等社会保険連合(看護連)の情報交換会で講演し、医療機関の病床の一部を高齢者向けの住宅に転換させていくことが、医療費の適正化や職員の労働環境の改善につながることを述べた。また、訪問看護ステーションの大規模化を進める必要性を指摘

厚生労働省の鈴木技術・技術総括審議官は23日、看護学会等社会保険連合(看護連)の情報交換会で講演し、医療機関の病床の一部を高齢者向けの住宅に転換させていくことが、医療費の適正化や職員の労働環境の改善につながることを述べた。また、訪問看護ステーションの大規模化を進める必要性を指摘

厚生労働省の鈴木技術・技術総括審議官は23日、看護学会等社会保険連合(看護連)の情報交換会で講演し、医療機関の病床の一部を高齢者向けの住宅に転換させていくことが、医療費の適正化や職員の労働環境の改善につながることを述べた。また、訪問看護ステーションの大規模化を進める必要性を指摘

厚生労働省の鈴木技術・技術総括審議官は23日、看護学会等社会保険連合(看護連)の情報交換会で講演し、医療機関の病床の一部を高齢者向けの住宅に転換させていくことが、医療費の適正化や職員の労働環境の改善につながることを述べた。また、訪問看護ステーションの大規模化を進める必要性を指摘

厚生労働省の鈴木技術・技術総括審議官は23日、看護学会等社会保険連合(看護連)の情報交換会で講演し、医療機関の病床の一部を高齢者向けの住宅に転換させていくことが、医療費の適正化や職員の労働環境の改善につながることを述べた。また、訪問看護ステーションの大規模化を進める必要性を指摘

厚生労働省の鈴木技術・技術総括審議官は23日、看護学会等社会保険連合(看護連)の情報交換会で講演し、医療機関の病床の一部を高齢者向けの住宅に転換させていくことが、医療費の適正化や職員の労働環境の改善につながることを述べた。また、訪問看護ステーションの大規模化を進める必要性を指摘

厚生労働省の鈴木技術・技術総括審議官は23日、看護学会等社会保険連合(看護連)の情報交換会で講演し、医療機関の病床の一部を高齢者向けの住宅に転換させていくことが、医療費の適正化や職員の労働環境の改善につながることを述べた。また、訪問看護ステーションの大規模化を進める必要性を指摘

厚生労働省の鈴木技術・技術総括審議官は23日、看護学会等社会保険連合(看護連)の情報交換会で講演し、医療機関の病床の一部を高齢者向けの住宅に転換させていくことが、医療費の適正化や職員の労働環境の改善につながることを述べた。また、訪問看護ステーションの大規模化を進める必要性を指摘

厚生労働省の鈴木技術・技術総括審議官は23日、看護学会等社会保険連合(看護連)の情報交換会で講演し、医療機関の病床の一部を高齢者向けの住宅に転換させていくことが、医療費の適正化や職員の労働環境の改善につながることを述べた。また、訪問看護ステーションの大規模化を進める必要性を指摘

厚生労働省の鈴木技術・技術総括審議官は23日、看護学会等社会保険連合(看護連)の情報交換会で講演し、医療機関の病床の一部を高齢者向けの住宅に転換させていくことが、医療費の適正化や職員の労働環境の改善につながることを述べた。また、訪問看護ステーションの大規模化を進める必要性を指摘

厚生労働省の鈴木技術・技術総括審議官は23日、看護学会等社会保険連合(看護連)の情報交換会で講演し、医療機関の病床の一部を高齢者向けの住宅に転換させていくことが、医療費の適正化や職員の労働環境の改善につながることを述べた。また、訪問看護ステーションの大規模化を進める必要性を指摘

厚生労働省の鈴木技術・技術総括審議官は23日、看護学会等社会保険連合(看護連)の情報交換会で講演し、医療機関の病床の一部を高齢者向けの住宅に転換させていくことが、医療費の適正化や職員の労働環境の改善につながることを述べた。また、訪問看護ステーションの大規模化を進める必要性を指摘

厚生労働省の鈴木技術・技術総括審議官は23日、看護学会等社会保険連合(看護連)の情報交換会で講演し、医療機関の病床の一部を高齢者向けの住宅に転換させていくことが、医療費の適正化や職員の労働環境の改善につながることを述べた。また、訪問看護ステーションの大規模化を進める必要性を指摘

※厚労省「療養病床の在り方等に関する検討会」に注目(年内に報告書)



日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：平成27年7月16日 15：00～  
場所：東京研修センター

1. 新しい病院内施設（SNW）の提案
2. SNWの条件を考える
3. 病院や施設の格差
4. 病院病棟から施設への転換による減収を考える
5. 病床の自然減はどのくらいか

https://jamcf.jp/chairman/2015/150716kaiken.pdf



地域医療構想と診療報酬との連動必要-日病・堺会長、ホスピタルショウで

日本病院会の常務幹事長は15日に開幕した「国産モダンホスピタルショウ2015」で、「今、求められている医療提供体制改革」と題して講演した。この中で、今後は地域医療構想と診療報酬を連動させる必要があると述べた。【大戸量】



高齢者の医療の確保に関する法律

(診療報酬の特例)

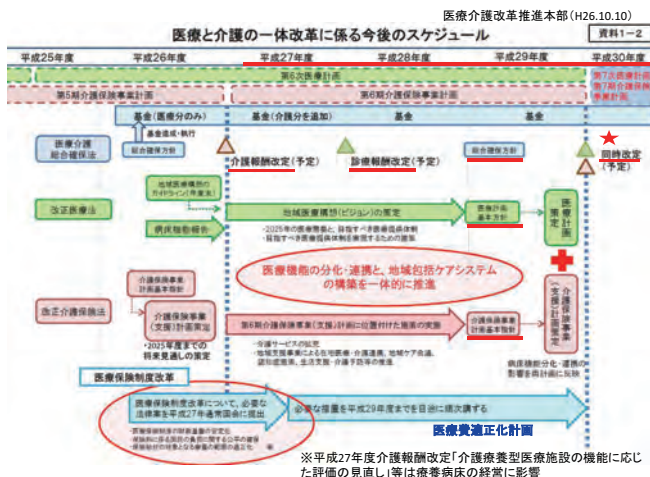
第十四条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第三項第二号に掲げる目標を達成し、**医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは**、一の都道府県の区域内における診療報酬について、**地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。**

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

※「経済財政運営と改革の基本方針2015」

医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用<sup>の在り方の検討</sup>、地域医療構想と整合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定  
※医療法において、都道府県が医療計画を策定又は変更する際には、あらかじめ、保険者協議会の意見を聴かなければならない

※都道府県が医療費適正化計画を作成又は変更する際には、あらかじめ、保険者協議会に協議しなければならぬ



地域医療構想に定める事項として、**構想区域における将来の居宅等における医療の必要量**

医政局長通知「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」の一部の施行について(平成27年3月31日) p7

- 慢性期入院患者のうち医療区分Iの70%相当数
- 慢性期入院受療率の地域差解消による需要
- 医療資源投入量175点未満の入院患者
- 訪問診療患者推計
- 介護老人保健施設入所者推計 の合計数

※地域医療構想策定ガイドラインp21

「在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。」

在宅医療は医療計画の柱の一つ 在宅医療の体制構築に係る指針(厚労省通知H24.3)



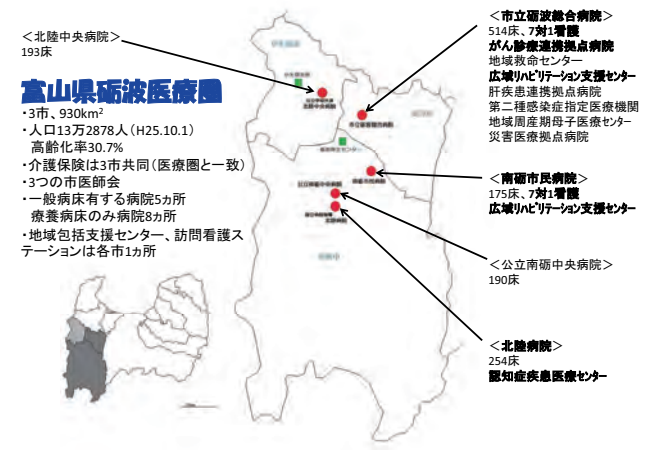
※「退院支援(退院前からの連携)」は市町村完結か? ⇒ 広域的連携が必要

## 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

49



51

## 砺波地域医療推進対策協議会（圏域連携会議）在宅医療部会



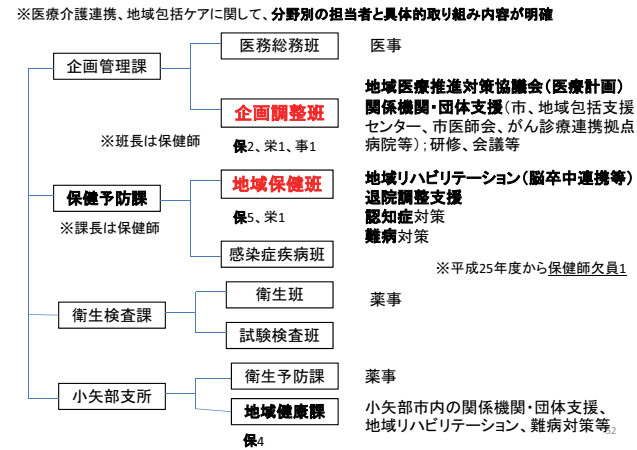
平成27年2月5日 砺波厚生センター講堂  
 公的病院（医師、連携室）、医師会、歯科医師会、薬剤師会、ケアマネ協議会、訪問看護ステーション、地域包括支援センター・市

○主な協議内容  
 在宅医療の指標、各機関・団体における在宅医療及び医療介護連携の取り組み、管内の課題と対応など

※がん、脳卒中、急性心筋梗塞、精神疾患、在宅医療等の各部会を開催  
 ⇒地域医療構想についても協議

※県医療審議会には厚生センター担当が出席、圏域連携会議には県庁担当が出席

## 砺波厚生センター（保健所）の組織と担当



## 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\\_iryou/iryou/teikyouseido/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/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\\_iryou/iyahuhin/kinoujouhou/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyahuhin/kinoujouhou/index.html)

※本庁との連携による指標評価



主な在宅医療指標(H24:全国値100で調整 SCR;年齢調整レセプト出現率)

指標名	レセプト	県	A	B	C	D
入院機関との退院時ケア連携	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
緊急住診	緊急住診加算	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

※保健医療科学院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

医療施設静態調査

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

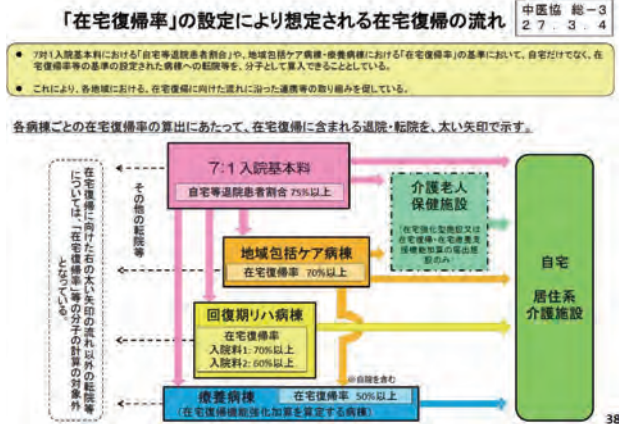
※保健所が調査実施 → 病院、医科診療所、歯科診療所

IV  
在宅医療の  
実態

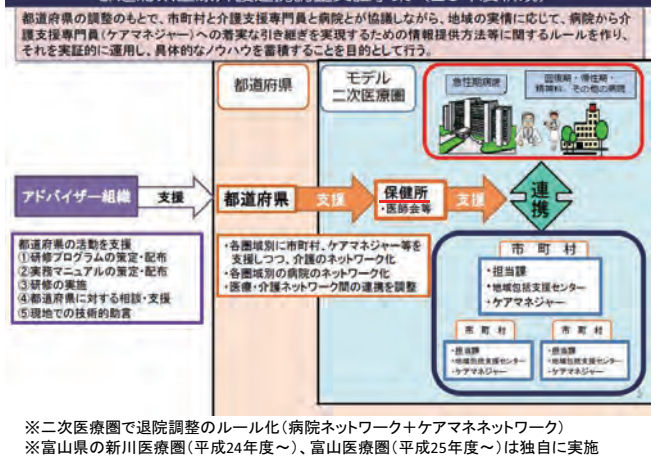
(24)在宅医療サービスの実施状況		医療施設によるサービスを除く	
実施の有無に問わず、9月中の稼働を記入してください。		1 実施している	2 実施していない
往診	01	3	件
在宅患者訪問診療	02	20	件
歯科訪問診療	03		件
救急搬送診療	04	1	件
在宅患者訪問看護・指導	05		件
精神科在宅患者訪問看護・指導	06		件
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	07		件
訪問看護ステーションへの指示書の交付	08	3	件
在宅看取り	09		件
介護保険等による在宅サービス		1 実施している	2 実施していない
居宅療養管理指導(介護予防サービスを含む)	10		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○ 複数には自由記号を付す。			
1 有		連携医療機関等の数 (4施設)	
		受け持つ在宅療養患者の数 (2人)	
2 無			

平成26年度診療報酬改定で病床機能分化と連携の促進  
→急性期・回復期を含めた医療・介護連携が実質的にスタート

厚労省資料



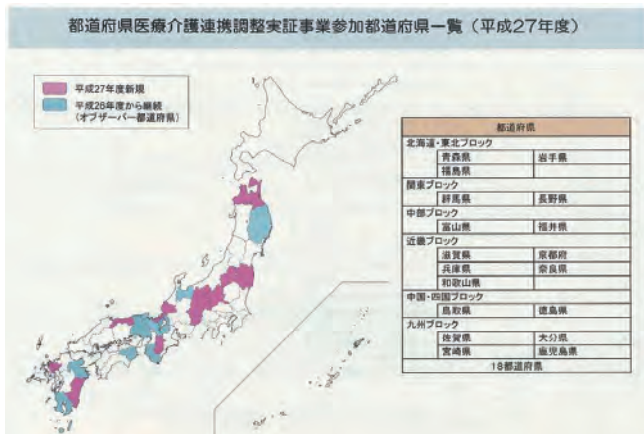
都道府県医療介護連携調整実証事業 (26年度新規)



※二次医療圏で退院調整のルール化(病院ネットワーク+ケアマネネットワーク)  
※富山県の新川医療圏(平成24年度～)、富山医療圏(平成25年度～)は独自に実施

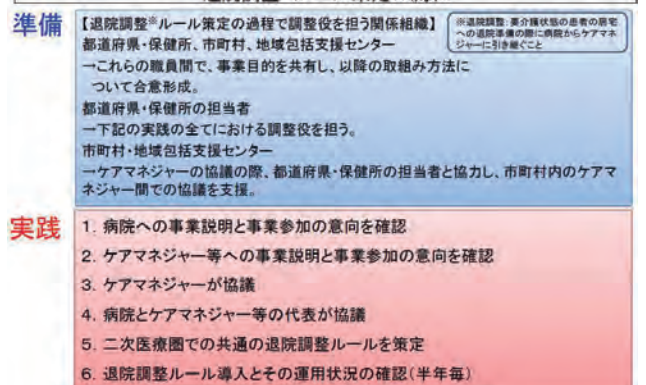
都道府県医療介護連携調整実証事業参加都道府県一覧 (平成27年度)

厚労省資料



※独自に取り組んでいる県もある

都道府県医療介護連携調整実証事業における  
退院調整ルール策定の流れ



※厚労省のマニュアルで具体的な取り組み手順が示されている

**ケアマネジャーへのアンケート用紙(例)**

アンケート項目

1. 現在の担当ケース数 (介護) \_\_\_\_\_ 件  
(予防) \_\_\_\_\_ 件

2. 担当ケースのうち〇月中に病院から退院したケース数 (介護) \_\_\_\_\_ 件  
(予防) \_\_\_\_\_ 件

\* 今後の病院連携のため、上記2の件数(〇月中に病院から退院したケース数)の内訳等をご記入ください。

利用者	退院された病院名(〇〇地区外の病院も)	病院からの引き継ぎの連絡	介護・予防の区分
1		有・無	介護・予防
2		有・無	介護・予防
3		有・無	介護・予防
4		有・無	介護・予防
5		有・無	介護・予防
6		有・無	介護・予防
7		有・無	介護・予防
8		有・無	介護・予防
9		有・無	介護・予防
10		有・無	介護・予防

3. 現在担当している利用者のうち、〇月中に病院に入院した件数 (介護) \_\_\_\_\_ 件  
(予防) \_\_\_\_\_ 件

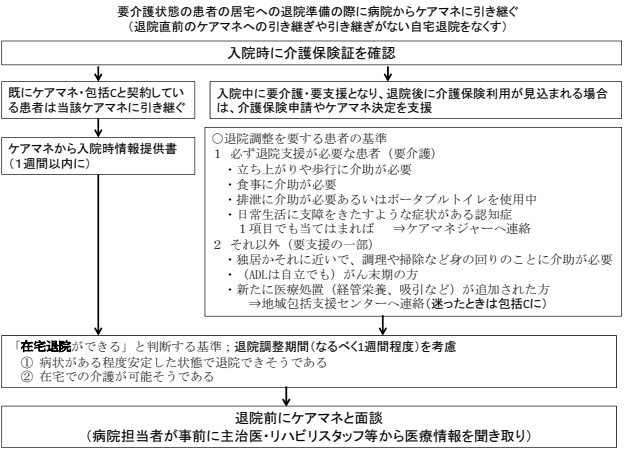
〇月中に入院したケースのうち、病院に入院時情報提供をおこなった件数 (介護) \_\_\_\_\_ 件  
(予防) \_\_\_\_\_ 件

**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)



平成26年7月調査 退院支援もれ率 県全体 23.3% (砺波圏域17.5%)  
⇒継続的なモニタリングを実施

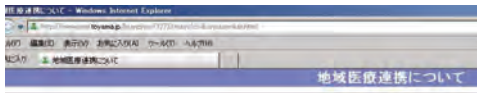
**退院調整ルールの概要**



各病院における退院調整ルール

医療機関	1 介護保険利用	2 入院中の退院調整	3 退院後のケアマネ決定	4 退院後のケアマネ決定	5 退院後のケアマネ決定	6 退院後のケアマネ決定
地域包括支援センター	○	○	○	○	○	○
保健所	○	○	○	○	○	○
地域包括支援センター	○	○	○	○	○	○
保健所	○	○	○	○	○	○
地域包括支援センター	○	○	○	○	○	○
保健所	○	○	○	○	○	○
地域包括支援センター	○	○	○	○	○	○
保健所	○	○	○	○	○	○
地域包括支援センター	○	○	○	○	○	○
保健所	○	○	○	○	○	○
地域包括支援センター	○	○	○	○	○	○
保健所	○	○	○	○	○	○
地域包括支援センター	○	○	○	○	○	○
保健所	○	○	○	○	○	○
地域包括支援センター	○	○	○	○	○	○
保健所	○	○	○	○	○	○
地域包括支援センター	○	○	○	○	○	○
保健所	○	○	○	○	○	○
地域包括支援センター	○	○	○	○	○	○
保健所	○	○	○	○	○	○
地域包括支援センター	○	○	○	○	○	○
保健所	○	○	○	○	○	○
地域包括支援センター	○	○	○	○	○	○
保健所	○	○	○	○	○	○
地域包括支援センター	○	○	○	○	○	○
保健所	○	○	○	○	○	○
地域包括支援センター	○	○	○	○	○	○
保健所	○	○	○	○	○	○

※各病院の退院調整の状況をケアマネに周知



**砺波厚生センターのホームページに掲載**

- 医療介護連携
  - 退院調整ルール
  - 入院・入所時情報提供書
  - 居宅介護(予防)支援計画作成にかかる診療情報提供書
  - 各病院における退院調整ルール
- 地域リハビリテーション活動推進
  - 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
  - 介護保険施設等の受け入れ基準案内
  - 地域リハビリテーション活動推進事業
- かかりつけ医から精神科医への紹介システム
  - かかりつけ医から精神科医への紹介システム(試案)...
  - 紹介状 様式...
- 砺波医療圏 脳卒中地域連携パス
  - 砺波医療圏 脳卒中地域連携パス活用に関する手引...
  - 砺波医療圏 脳卒中地域連携診療計画書(患者説明用)...
  - 砺波医療圏 脳卒中地域連携パス...
  - 保険関係通知文...
- 砺波医療圏 急性心筋梗塞地域連携パス

<http://www.pref.toyama.jp/branches/1273/main/chiikiiryounkei.html>

**介護施設における医療的ケアの対応状況を把握**

◆ 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

特別介護老人ホーム

施設名	所在地	床	介護保険施設等における受け入れ基準														
			① 24時間常時介護	② 居宅介護支援(ケアマネ)	③ 介護職員1対1の介護	④ 介護職員2対1以上の介護	⑤ 介護職員3対1以上の介護	⑥ 介護職員4対1以上の介護	⑦ 介護職員5対1以上の介護	⑧ 介護職員6対1以上の介護	⑨ 介護職員7対1以上の介護	⑩ 介護職員8対1以上の介護	⑪ 介護職員9対1以上の介護	⑫ 介護職員10対1以上の介護	⑬ 介護職員11対1以上の介護	⑭ 介護職員12対1以上の介護	
特別介護老人ホーム 霞ヶ丘1	霞ヶ丘1	250	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
特別介護老人ホーム 霞ヶ丘2	霞ヶ丘2	100	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
特別介護老人ホーム 霞ヶ丘3	霞ヶ丘3	150	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
特別介護老人ホーム 霞ヶ丘4	霞ヶ丘4	120	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
特別介護老人ホーム 霞ヶ丘5	霞ヶ丘5	180	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
特別介護老人ホーム 霞ヶ丘6	霞ヶ丘6	100	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
特別介護老人ホーム 霞ヶ丘7	霞ヶ丘7	120	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
特別介護老人ホーム 霞ヶ丘8	霞ヶ丘8	150	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
特別介護老人ホーム 霞ヶ丘9	霞ヶ丘9	100	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
特別介護老人ホーム 霞ヶ丘10	霞ヶ丘10	150	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
特別介護老人ホーム 霞ヶ丘11	霞ヶ丘11	100	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

※保健所が地域リハビリテーション広域支援センターと連携して、地域連携パス(急性期～生活期)を推進;協議会、連絡会、事例検討会、研修会、支援ガイド等



**地域連携診療計画管理料900点、地域連携診療計画退院時指導料 (I)600点及び(II)300点に関する施設基準**

- (1) **あらかじめ**計画管理病院において疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、**連携保険医療機関と共有**されていること。
- (2) **計画管理病院と連携する保険医療機関との間で**、地域連携診療計画に係る**情報交換のための会合が年3回程度定期的に開催**され、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。
- (3) **複数の計画管理病院で共通の内容の地域連携診療計画を作成し運用している場合は、地域連携診療計画に係る情報交換のための会合を合同で行っても差し支えない。**
- (4) 脳卒中において地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定する際には、医療法第30条の4の規定に基づき**各都道府県が作成する医療計画において脳卒中に係る医療提供体制を担う医療機関として記載されている保険医療機関**であること。なお、計画管理病院と連携する保険医療機関が別の都道府県の医療計画に記載されている保険医療機関であっても差し支えないこと。

※都市部では複数の計画管理病院がある場合が多いことに留意  
 ⇒調整されなければ、連携会議が乱立  
 ※維持期(生活期)との連携が課題  
 (連携バスは介護報酬でも評価;地域連携診療計画情報提供加算)

67

**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**

※地域連携バスは急性期病院が**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



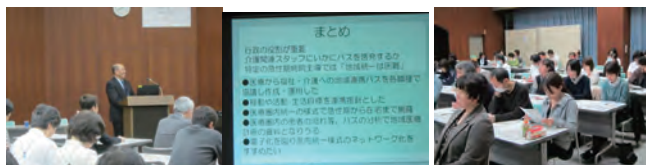
※維持期(生活期)スタッフ、ケアマネに対する基本的な研修が必要  
 ⇒医療連携から医療介護連携へ  
 ※平成26年度は**ケアマネに対する連携パスアンケート実施**  
 ※**リハビリメーリングリスト**でコミュニケーション  
 ※**症例検討会**も必要 ⇒急性期～回復期～生活期のスタッフの連携

69

**砺波圏域連携バス研修会**

※圏域全体の連携バス研修会は平成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、介護保険事業計画、診療報酬改定等  
 ○講演  
 「地域連携バスの稼働までの道のりと現状・今後の展望」  
 池田リハビリテーション病院 院長 **“療養病床は回復期も選択肢”**  
 ※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、地域包括ケア病床1に在宅復帰率7割要件、療養病床に在宅帰機能強化加算など  
 ⇒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  
 ※老健施設職員や病院の事務長も参加

70

**富山県砺波医療圏**

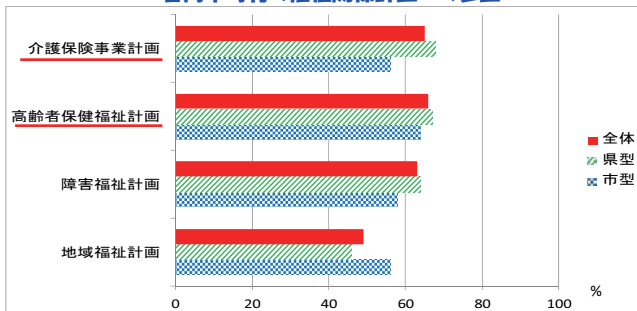
- \*急性期医療の現状: 人口当たりの一般病床の偏差値**54**で、一般病床はやや多い。砺波には、年間全身麻酔件数が1000例以上の市立**砺波総合病院**がある。全身麻酔数**49**と全国平均レベルである。一般病床の流入一流出差が**-16%**であり、富山や高岡への患者の流出が多い。
- \*療養病床・リハビリの現状: 人口当たりの療養病床の偏差値は**67**と非常に多い。療養病床の流入一流出差が**+10%**であり、周辺医療圏からの患者の流入が多い。総療法士数は偏差値**51**と全国平均レベルであり、回復期病床数は偏差値**44**と少ない。
- \*精神病床の現状: 人口当たりの精神病床の偏差値は**56**と多い。
- \*診療所の現状: 人口当たりの診療所数の偏差値は**44**と少ない。
- \*在宅医療の現状: 在宅医療施設については、在宅療養支援診療所は偏差値**35**と少なく、在宅療養支援病院は偏差値**47**とやや少ない。また、訪問看護ステーションは偏差値**29**と非常に少ない。
- \*医療需要予測: 砺波の医療需要は、2015年から25年にかけて増減なし、2025年から40年にかけて**12%**減少と予測される。そのうち0-64歳の医療需要は、2015年から25年にかけて**14%**減少、2025年から40年にかけて**28%**減少、75歳以上の医療需要は、2015年から25年にかけて**19%**増加、2025年から40年にかけて**7%**減少と予測される。

日医総研 **地域の医療提供体制の現状と将来—都道府県別・二次医療圏別—** **二次医療圏別データ集—(2014年度版)** [http://www.jmari.med.or.jp/research/working/wr\\_553.html](http://www.jmari.med.or.jp/research/working/wr_553.html)

※公開資料をもとに地域医療構想に関する勉強会;公的病院連携室連絡会、ケアマネ協議会、連携バス研修会、保健福祉保健師リーダー連絡会など

H26 保健所アンケート「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」

**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**

72

## 砺波地方日常生活圏域ニース調査結果

	一般高齢者	要介護認定者(2以下)
虚弱	15.3%	35.4%
運動機能	29.2%	48.2%
栄養改善	1.3%	3.2%
口腔機能	26.3%	35.7%
閉じこもり	10.1%	17.4%
認知症予防	41.3%	51.7%
うつ予防	39.6%	49.6%
転倒	33.4%	48.2%

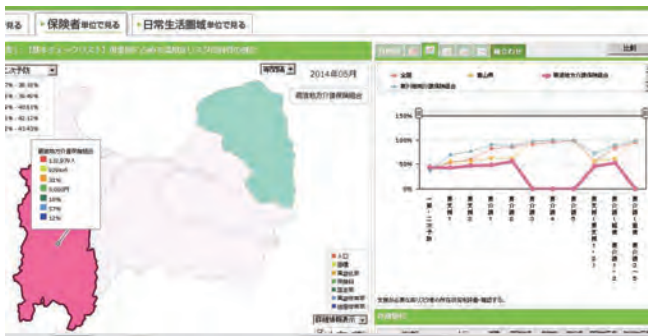
※平成26年6月 配布数8000、有効回収6117

※介護保険予備費が非常に多い ⇒ 地域包括ケア「見える化」システムで評価

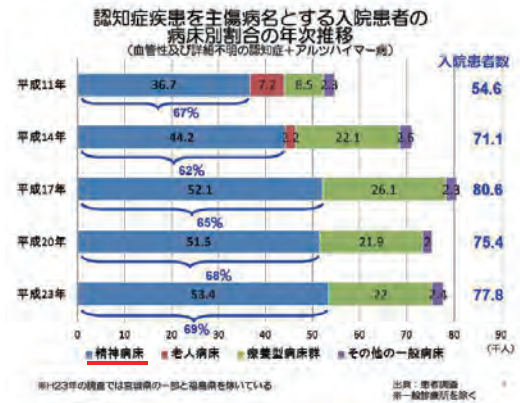
<http://mieruka.mhlw.go.jp/>



<http://mieruka.mhlw.go.jp/>



母集団に占める認知症リスク高齢者の割合



※砺波厚生センター管内の平成26年度の医療保護入院285件のうち認知症137件(48.1%)

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

県砺波厚生センター「ケアパス」作成

認知症支援3市連携

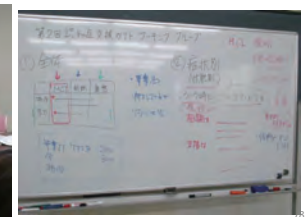
砺波・南砺 小矢部 段階別サービス紹介

認知症支援ガイド  
ワーキンググループ

- ①平成26年11月
- ②平成27年1月
- ③平成27年2月

参加機関  
認知症疾患医療センター、公的病院、地域包括支援センター、サービス事業所、ケアマネ協会の、厚生センター等

職種  
医師、保健師、看護師、医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士、ケアマネ、介護福祉士等





# 地域で支える！ 認知症支援ガイド

～砺波市・小矢部市・南砺市～  
～家族みんなが笑顔で暮らすために～



高齢者の方でも、できる範囲の日常生活支援で  
安心し暮らすことが出来るように

この支援ガイドは、認知症の人やその家族が、認知症と暮らされる現状が現状をわきまに  
ながら、生活の安心・安全・快適に、どこでも、どのような生活・暮らし・介護サービス  
を受けたいかをわかりやすく図解したものです。

—— 高齢者のあしたを考える会 ——  
富山県認知症センター、認知症初期対応支援センター  
砺波市・小矢部市・南砺市認知症支援センター  
（事務局）

## 目次

- I 認知症の進行期の生活状況・対応 02
- II 砺波地域認知症ケアパス 04
  - 1 砺波地域認知症ケアパスの目的 04
  - 2 砺波地域認知症ケアパスの構成 06
    - ① 砺波市 06
    - ② 小矢部市 07
    - ③ 南砺市 08
- III 認知症の自助支援 09
  - 1 認知症ってどんな病気？ 09
  - 2 認知症と暮らす生活のめざし 09
  - 3 認知症の進行～地域社会で暮らすための行動・心構え～ 09
  - 4 代表的な認知症（認知症の種類） 10
  - 5 認知症の対応 10
  - 6 認知症の自助支援 11
  - 7 認知症自助支援センターに相談しよう！ 12
  - 8 やってみたい！認知症チェック 13
- IV 認知症に備える生活づくり（若づき～若中） 14
  - 1 予備群・軽度認知障害（MCI）について 14
  - 2 軽度認知障害（MCI）のサインをチェック 14
  - 3 予備群について 15
  - 4 地域づくりの考え方 16
- V 中核的認知症について（軽度～中核） 17
  - 1 中核的認知症の現状について 17
  - 2 生活への影響 17
  - 3 認知症とご家族の関わり 17
  - 4 認知症初期対応支援センターと認知症地域支援推進員について 18
  - 5 認知症の人と暮らすときに大切なこと 18

- VI 認知症初期について（重度～重度） 21
  - 1 重度認知症の現状について 21
  - 2 生活への影響 21
  - 3 認知症の人と暮らすときに大切なこと 21
- VII 認知症関係機関一覧 22
  - 1 砺波市 22
  - 2 小矢部市・南砺市 24
  - 3 富山県 26
  - 4 生活支援 28
  - 5 身体介護 32
  - 6 介護保険 介護保険 32
  - 7 介護 34
  - 8 権利擁護 35
  - 9 医療支援 36
  - 10 住まい 36
  - 11 介護保険制度一覧 39
- VIII 資料 40
  - 1 認知症検査の診断ツール等 40
  - 2 認知症検査の身体生活支援センター 46
  - 3 認知症検査の身体生活支援センター 46
  - 4 アセスメントツール（認知症初期対応支援センター） 48
  - 5 地域対応アセスメント（認知症初期対応支援センター） 48
  - 6 認知症初期対応支援センター（認知症） 51
  - 7 認知症初期対応支援センター（認知症） 51
  - 8 身体介護のチェック表 52
  - 9 権利擁護ツール 53
  - 10 権利擁護ツール（認知症） 53
  - 11 権利擁護ツール（認知症） 54
  - 12 認知症初期対応支援センター（認知症） 55
  - 13 認知症初期対応支援センター（認知症） 55
  - 14 ケアパス 60

## II 砺波地域認知症ケアパス概念図



認知症支援ガイドでは程度に応じた各種サービスをリスト化（民間サービス、インフォーマル含む）

サービス名	提供主体	電話番号
<b>4. 生活支援</b>		
<b>M</b> ライオネット	砺波市、小矢部市、南砺市	0763-32-0284
<b>M</b> 高齢者生活支援サービス	砺波市、小矢部市、南砺市	0763-33-1111
<b>M</b> 福祉生活支援事業	砺波市、小矢部市、南砺市	0763-33-1111
<b>M</b> 認知症の自助支援	砺波市、小矢部市、南砺市	0763-33-1111
<b>M</b> 認知症の自助支援	砺波市、小矢部市、南砺市	0763-33-1111
<b>M</b> 買い物支援サービス	砺波市、小矢部市、南砺市	0763-33-1111
<b>M</b> シルバ一元化センター、人材センター	砺波市、小矢部市、南砺市	0763-33-1111
<b>M</b> 高齢者福祉施設	砺波市、小矢部市、南砺市	0763-33-1111
<b>M</b> 高齢者福祉施設	砺波市、小矢部市、南砺市	0763-33-1111

※地域包括ケア見える化システムで高齢者の生活支援ニーズを評価



母集団に占める**食事の用意ができません**の高齢者の割合

## 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



講師「認知症初期集中支援チームの構築に向けて」

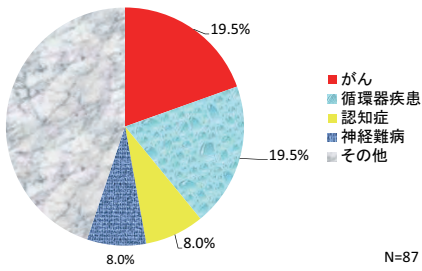
在宅介護支援センターからの事例提供  
テーマ「認知症初期の方を地域で支援するには」

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

## 在宅がん緩和ケアのニーズが高まっている 管内砺波市訪問看護ステーションの新規利用者 (平成26年度事業報告から)



※死亡直前まで住まいで過ごし、最期の1~2週間程度を病院(療養病床含む)で過ごし看取るケースが多くなっている

※医療計画がん作業部会において、がんの医療連携・医療介護連携について協議

## 在宅での疼痛管理

国立長寿医療研究センター資料



※PCA (Patient Controlled Analgesia); 自己調節鎮痛法

## 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)

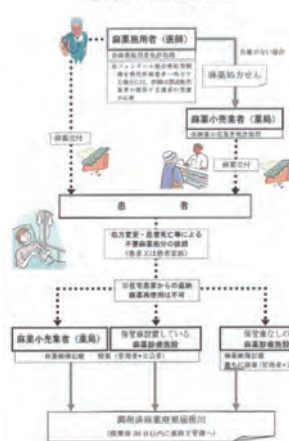
※診療所、薬局、訪問看護ステーションに麻薬管理や医療機器・衛生材料の取扱いを周知  
※患者死亡時の残薬回収徹底  
→薬事監視での指導

※医療連携、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

24年度報告書p146

<在宅患者での麻薬の流れ>



記載例	調剤済麻薬発案書
発案者の番号	調剤済麻薬発案書番号
発案者の種別	調剤済麻薬発案書
調剤済麻薬発案書の名称	調剤済麻薬発案書
調剤済麻薬発案書の発案者	調剤済麻薬発案書
調剤済麻薬発案書の発案日	調剤済麻薬発案書
調剤済麻薬発案書の発案場所	調剤済麻薬発案書
調剤済麻薬発案書の発案内容	調剤済麻薬発案書
調剤済麻薬発案書の発案理由	調剤済麻薬発案書
調剤済麻薬発案書の発案結果	調剤済麻薬発案書
調剤済麻薬発案書の発案経過	調剤済麻薬発案書
調剤済麻薬発案書の発案評価	調剤済麻薬発案書
調剤済麻薬発案書の発案コメント	調剤済麻薬発案書

## 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



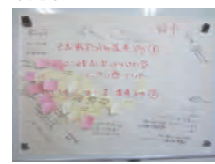
講義「外来化学療法について」



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

※研修医や医学生の保健所研修でもメニューとしても活用



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





## 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ミ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**(医療計画作成支援テ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KDB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)

研究班とりまとめ

- 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](http://www.phcd.jp/02/soukai/html/iinkai_chihokenjyu.html#H25)



### 在宅医療・地域包括ケアシステムの推進に関する提言

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27年2月23日

平成26年6月25日、「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12日、「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・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(地域医療ビジョン)」でも重点課題となっており、消費税増収分を用いた「地域医療介護総合確保基金」も活用されます。また、難病法の制定によって、難病対策地域協議会による患者支援ネットワーク等が法定化されました。

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

## 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

[http://www.phcd.jp/02/soukai/html/iinkai\\_chihokenjyu.html](http://www.phcd.jp/02/soukai/html/iinkai_chihokenjyu.html)

## 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・地域医療構想**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

97

地域保健法第四条

## 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

※県型保健所、市型保健所共通

### 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。

#### (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。



昨年度までの報告書は全国保健所長会ホームページで公開  
[http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiihikohen/html/2014\\_H26.html](http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiihikohen/html/2014_H26.html)

平成27年度「圏域の医療ビジョンと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」(中本班)にバージョンアップ  
 ※全国保健所長会 地域保健の充実強化に関する委員会と合同開催



※公衆衛生情報 平成27年3月号、6月号で特集

# 地域医療ビジョンと 地域包括ケアシステムの構築

医療構想の策定を通して、保健所の役割を再確認する

島根県県央保健所  
中本 稔



病床の機能別分類の境界点 (C1~C3)について

医療資源投入量	基本的考え方	患者様の例
高次急性期 C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い部署→急性期等で実施する診療へ転移する段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> <li>心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で精密な診療を行っているが、劇症高熱による治療を実施している状態、また人工呼吸器から離脱出来ず、検査や評価の頻度も下がっていきそうである。</li> </ul> <p>【例】非侵襲的人工呼吸器+心エコー+心電図+観血動脈圧測定+肺動脈カテーテル+点滴管理+薬剤+血液検査</p>
急性期 C2 600点	急性期における治療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期室に対して、緊急で内視鏡的処置が終了した、引継ぎ、抗がん治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。</li> <li>尿路感染に対して、抗生薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を行うことが出来る。</li> </ul> <p>【参考】NDBのレセプトデータ及びOPデータから、「医療資源投入量がおおよそ横ばいとなる。常にも著しく経路の平均医療資源投入量を計算。 ※ 具体的には、UPGの入院期間及び入院期間における全患者の平均医療資源投入量、入院期間及び入院期間のそれぞれの患者数で加重平均。その後、NDBのレセプトデータも加えて、さらに補正。</p>
回復期 C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳機能不全に対する抗痙攣療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補食が必要。寝がいが多いが吸引を行っている。</li> <li>大がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、便秘食とし、補食およびイレウス管によるリネージを行っている。</li> </ul> <p>【例】補食+点滴管理+ドレーン</p>

## 構想柱1 圏域の「医療需要」の議論

ある病院長

これまでも自院のレセプト分析は行っている。  
この度の圏域データにより、自院の役割機能がよりわかる。  
特に、患者がいながらも他の圏域に流れている分野は伸ばしたい。

別の病院長

人口減少地域では病床数が減ることは、当たり前だろう。  
患者家族に選ばれる病院になるためには、在宅医療をすすめること。  
病院と在宅の選択を提示することが医療者の責務だ。

ある事務長

民間病院は、経営を優先する。毎日が分析だ。  
一方で、不採算部門を公的病院に担ってもらうことも大事だと考える。



## 構想柱2 圏域の「病床数」の議論

- ・交通が不便で病院の診療圏は重ならない。(不便なところは医療過疎) 調整といってもパイが小さすぎる。
- ・現状の機能を維持するためには、現在の病床数を削減することはできない。  
⇨ 在宅医療支援など「流れに沿った」医療を取り入れることで、病床削減=収入減を補うよう考えるべき。
- ・科長部長が1名いることが圏域で唯一の専門診療科体制。既に機能分化されている。  
⇨ 医師の相互派遣交流はできないだろうか。
- ・開業医の高齢化により、在宅医療は基幹病院でも積極的に展開すべき。
- ・有床診療所は、スプリングラー設置、管理栄養士採用を課せられ現状維持が困難になっている。
- ・在宅医療を進めたくても、そこに携わる看護師、薬剤師、歯科衛生士がいない。
- ・住民は県境を越えて、受診する。2次医療圏の構想圏域では、整理がつかない。
- ・独居、老々介護や認知介護では限界ある。計画的な居住区域づくりが行政の課題。

地域医療構想策定ガイドラインp50~

公表しなければならぬ項目の整理について

(別表)

○ 都道府県知事は、以下の項目について、医療機関ごとの情報を公表しなければならないものとする。  
○ また、医療機関と病院の状況については、二次医療圏等の地域単位の情報も公表しなければならないものとする。  
(注) 大溝画に反映している項目であっても、レセプト活用無しの場合については、集計対象外の患者数(滞在病床数は公表しなければならない項目)と異なる。

医療機能	[内訳項目]	単位	
		床数	医師数
総合診療科		○	○
内科		○	○
外科		○	○
産科		○	○
小児科		○	○
救急医療		○	○
消化器科		○	○
泌尿器科		○	○
循環器科		○	○
呼吸器科		○	○
神経科		○	○
皮膚科		○	○
形成外科		○	○
整形外科		○	○
泌尿器科		○	○
眼科		○	○
耳鼻科		○	○
口腔外科		○	○
放射線科		○	○
麻酔科		○	○
病理診断		○	○
画像診断		○	○
臨床検査科		○	○
緩和ケア科		○	○
その他		○	○

※ 医療機能情報 (http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\_iryuu/iryuu/teikyouseido/index.html) も参考



構想 柱3 地域医療構想策定ガイドラインp28  
 2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策を検討  
 地域医療介護総合確保基金の活用  
 ※特にソフト事業には保険所の関与が期待(分析データをもとに)

病床の機能分化・連携に係る具体的な取組例

病床の機能の分化	体制構築	人材確保
<ul style="list-style-type: none"> <li>病床機能の重点化・明確化</li> <li>クリティカルパス(クリニカルパス)の活用による病床機能に応じた入院医療の標準化・効率化のための体制整備・研修等の支援</li> <li>病床機能に応じた臨床指標(Quality Indicator)を用いた医療の質評価・向上の支援</li> <li>高度急性期から在宅医療まで地域の医療提供体制について住民(患者)への情報提供・普及啓発</li> <li>病床機能の変更</li> <li>病床機能の実現のための財政的・技術的支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供</li> <li>緩和ケアの提供</li> <li>家族への支援</li> <li>病院・診療所、訪問看護事業所、薬局、在宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護老人保健施設、短期入所サービス提供施設</li> <li>在宅医療において積極的役割を担う医療機関</li> <li>在宅医療に必要な連携を担う拠点 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院機能の分化・転換に伴う医療関係者の研修・教育</li> <li>キャリアパスとして異なる病床機能の病棟及び在宅医療で働くことを意識した研修・教育の支援</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>病床機能の異なる関係機関の連携強化</li> <li>地域の創業工夫を活かした地域連携バスの作成・活用のための体制整備・連携の支援</li> <li>救急外来から患者の病に合った他の医療機関への紹介入院等の地域連携の支援</li> <li>在宅医療から地域包括ケア病院を持つ医療機関等への緊急連絡・搬送体制の整備・支援</li> <li>認知症、特に行動・心理症状(BPSD)を伴う患者に対する地域での医療提供体制の整備・支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>連携に係る人材の確保・養成</li> <li>地域の医療・介護連携において中心的役割を担うリーダーやコーディネーターとなる人材の養成</li> <li>遠隔支援、在宅復帰支援のため地域における多職種連携、人車交流の支援</li> </ul>	

在宅医療は医療計画の柱の一つ 在宅医療の体制構築に係る指針(厚労省通知H24.3)



※「遠隔支援(退院前からの連携)」は市町村完結か? ⇒広域的連携が必要

2025年のあるべき医療提供体制を実現するための施策を検討  
 地域医療介護総合確保基金の活用  
 地域医療構想策定ガイドラインp31~32

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
遠隔支援(地域別)	医療機関等	<ul style="list-style-type: none"> <li>必要な事例の遠隔時カンファレンスへの参加。</li> <li>遠隔調整担当者との定例会議の開催。</li> <li>医療機関との連携のための地域側の一元的窓口の設置。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>遠隔後の療養生活の相談に乗る窓口に対応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。</li> </ul>
日常の療養生活の支援	行政・医師会等	<ul style="list-style-type: none"> <li>遠隔(遠所)元の医療機関・施設と、在宅医療、介護を提供する医療機関、事業所が情報交換できる場の設定。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>訪問看護職員の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。</li> <li>在宅医療を実施する歯科診療所の拡充支援を行う歯科医師等の歯科医師や歯科衛生士の確保。</li> <li>これまで訪問薬剤管理指導に取り組みが困難な薬局に対する研修。</li> </ul>
	行政・医師会等	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の在宅医療の課題等の解決を目指す関係者(多職種)による「在宅医療連携協議会」の設置・運営。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>関係者と協働した在宅医療に取り組む人材確保の支援。</li> </ul>

実施主体※	体制構築	人材確保
急患時の対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療所等が24時間体制を確保するための、病院と診療所(病院、診療所併設(診療)、診療所と訪問看護事業所の連携の構築、後方病床を確保するため、かかりつけ医を連して入院を希望する病院に必要な情報をあらかじめ登録するシステムの構築、在宅療養患者の安全な緊急搬送体制を確保するため、行政機関や消防機関、医療機関等が一層に介する協議会の実施。</li> <li>行政・医師会等</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護従事者に必要な急患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。</li> </ul>
看取り	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者や家族に対する、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薬品について、地域の関係者間で高目・規格統一等に関する協議会の開催や供給拠点の設置。</li> <li>行政・医師会等</li> <li>患者や家族に対する、在宅で受けられる医療や介護、看取りに関する広範な情報提供。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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、多職種の研修や施設との合同開催の研修。</li> </ul>

※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。

- これまでの圏域連携会議や研修会等における地域医療構想に対する主な意見
- ①不足する機能の充足を優先するべきではないか
  - ②不足機能の充足は過剰とされる機能からの転換を優先するべきではないか
  - ③公立病院は民間病院でカバーできない機能に対応するべきではないか
  - ④各市の配分に配慮するべきではないか(回復期、慢性期)
  - ⑤病床利用率が特に低い公立病院の対応が課題になるのではないか、など

在宅医療の需要予測

慢性期・在宅医療等の医療需要の推移					
医療機能	2025年における医療供給(医療提供体制)		【参考】		【参考】
	2025年度の医療需要(患者住所)	2025年度の医療需要(患者居住地)	必要病床数①+稼働率②	必要の伸び(13~25)	
慢性期在宅医療等①	95.6	120.4	66.1	71.9	-30.8
訪問診療②	1327.4	1275.7	1235.5	-9.3	特養 620
①+②	1423.0	1396.1	1301.7	71.9	老健 336
小計	1423.0	1396.1	1301.7	71.9	老健 108
					サ高住 127
					小計 1189

2025年における在宅医療提供体制不足数(人/日)  
 =2025年度の医療需要のうち在宅医療等-2013年度の医療需要のうち訪問診療分-老健定員数(H27.4.1)  
 一大田圏域の状況: 72.6=1275.7-867.1-336

人口減少地域のため、在宅医療需要の急増はない。  
 しかし、現在の在宅医療・施設入所を維持するための施策はさけておれない

主な在宅医療指標(H24;全国値100で調整 SCR;年齢調整レセト出現率)

指標名	レセト	県	A	B	C	D
入院機関との退院時カフラス	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ブックから抜粋

※保健医療科学院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



**地域連携診療計画管理料900点、地域連携診療計画退院時指導料 (I)600点及び(II)300点に関する施設基準**

- (1) **あらかじめ**計画管理病院において疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、**連携保険医療機関と共有**されていること。
- (2) **計画管理病院と連携する保険医療機関との間で**、地域連携診療計画に係る**情報交換のための会合が年3回程度定期的に開催**され、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。
- (3) **複数の計画管理病院で共通の内容の地域連携診療計画を作成し運用している場合は、地域連携診療計画に係る情報交換のための会合を合同で行っても差し支えない。**
- (4) 脳卒中において地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定する際には、医療法第30条の4の規定に基づき**各都道府県が作成する医療計画において脳卒中に係る医療提供体制を担う医療機関として記載されている保険医療機関**であること。なお、計画管理病院と連携する保険医療機関が別の都道府県の医療計画に記載されている保険医療機関であっても差し支えないこと。

※都市部では複数の計画管理病院がある場合が多いことに留意  
 →調整されなければ、連携会議が乱立  
 ※維持期(生活期)との連携が課題  
 (連携バスは介護報酬でも評価;地域連携診療計画情報提供加算)

13

※各病院の退院調整の状況をケアマネに周知

**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**

※地域連携バスは急性期病院が**退院後を医職するツール**  
 ※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

**中本班的方向**

- 1) 保健所が保わる事で、地域医療構想は、病床規制だけでなく、地域医療の体制づくりが本格的に実施できるはずである
- 2) 保健所には、地域医療にかかわるデータが既に相当あるが、それらを分析評価するスキルが不十分である。また、今後、国から示される各種データについても、分析能力を高める必要がある。しかし、重要なのは、そのデータが、地域医療のどの実態を反映しており、何を改善すればいいのかを具体的に提案できる能力が保健所だけしか持てないものである。(岡本「DWHの構築」)
- 3) 在宅医療・介護連携は、市町村が本来保険者として責任を持って取り組む内容であるが、特に医療機関との調整や、市町村のエリアを越えたシステムの調整は、保健所にしかできないことであり、その分野での市町村支援が求められている。また、連携という曖昧なものをシステムに作りあげるための実証的なデータ化は、保健所の役割である。
- 4) このような機能を全国の保健所の多くが果たせるように、保健所長会としては研修等を含めて支援する必要がある。

圏域の医療ビジョンと  
地域包括ケアシステムの  
推進における保健所の役割  
—全国保健所長会研究班の立場から

島根県県央保健所  
中本 稔

全国保健所長会九州ブロック研修会  
平成28年1月21日 鹿児島県医師会館

1

## 本研究班の方向

- 1) 保健所が係わる事で、地域医療構想は、病床規制だけでなく、地域医療の体制づくりが本格的に実施できるはずである
- 2) 保健所には、地域医療にかかわるデータが既に相当あるが、それらを分析評価するスキルが不十分である。また、今後、国から示される各種データについても、分析能力を高める必要がある。しかし、重要なのは、そのデータが、地域医療のどの実態を反映しており、何を改善すればいいのかを具体的に提案できる能力が保健所だけしか持てないものである。
- 3) 在宅医療・介護連携は、市町村が本来保険者として責任を持って取り組む内容であるが、特に医療機関との調整や、市町村のエリアを越えたシステムの調整は、保健所にしかできないことであり、その分野での市町村支援が求められている。また、連携という曖昧なものをシステムに作り上げるための実証的なデータ化は、保健所の役割である。
- 4) このような機能を全国の保健所の多くが果たせるように、保健所長会としては研修等を含めて支援する必要がある。

2

## 地域医療構想(地域医療ビジョン)の内容

- 地域医療ビジョンについては、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度等により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏等ごとに、各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すものとし、これを都道府県が医療計画の一部として策定する。

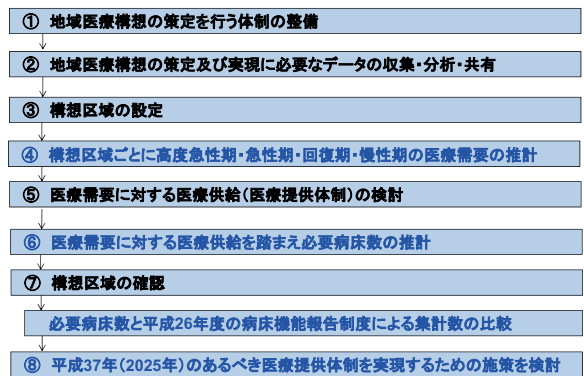
### [地域医療ビジョンの内容について]

- 地域医療ビジョンで定める具体的内容としては、主に以下のものが考えられる。

- 1 2025年の医療需要**  
入院・外来別・疾患別患者数等(住所地ベースの患者数)
  - 2 2025年に目指すべき医療提供体制**  
医療圏等(在宅医療・地域包括ケアについては市町村)ごとの医療機能別の必要量
  - 3 目指すべき医療提供体制を実現するための施策**  
(例) 医療機能の分化と連携を進めるための施設整備、医療従事者の確保・養成等
- ※ なお、地域医療ビジョンの内容については、病床機能報告制度による報告された情報を分析して、各医療機能の客観的な定義が検討されるようになること併せて、将来的に見直すとともに、各項目がより精緻に定められていくようになると考えられる。

3

## 地域医療構想の策定プロセス



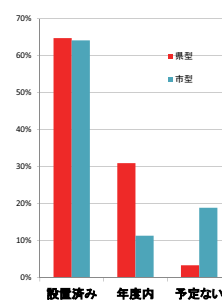
4

## 研究班 アンケート調査概要

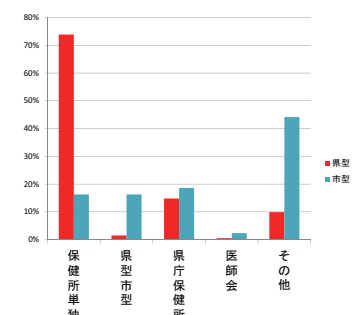
対象 全国保健所 n=486  
期間 9/16~10/13、(再要請)10/15~10/23  
方法 質問紙(エクセルファイル)をメールにて回収  
9月1日現在の取り組み状況を調査  
回収数 全数263 都道府県型210、区市型53  
(回収率54.1%) (57.7%) (43.4%)

5

### Q.圏域調整会議を設置しているか?(県型210、市型53)

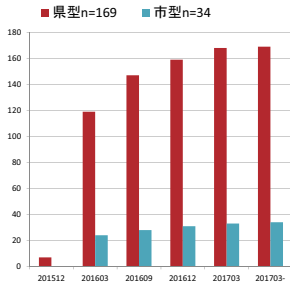


### 圏域調整会議の形(県型203、市型43)

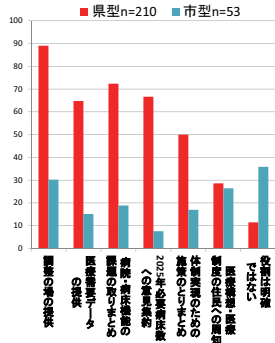


6

### 医療構想策定の時期(累積)

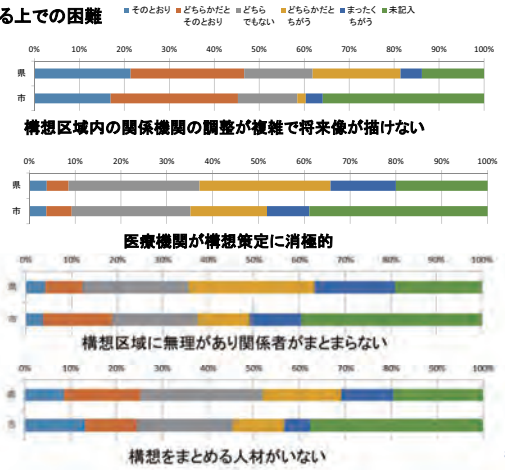


### Q.圏域調整会議の役割は何？

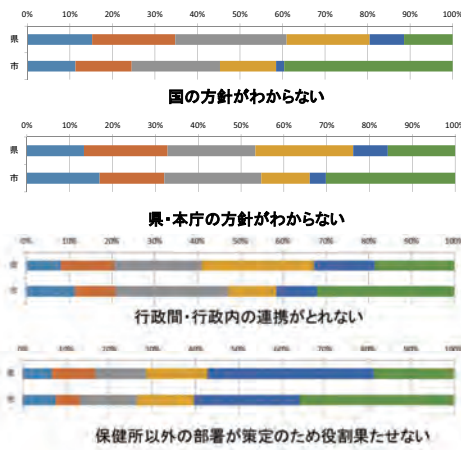


7

### 策定を進める上での困難

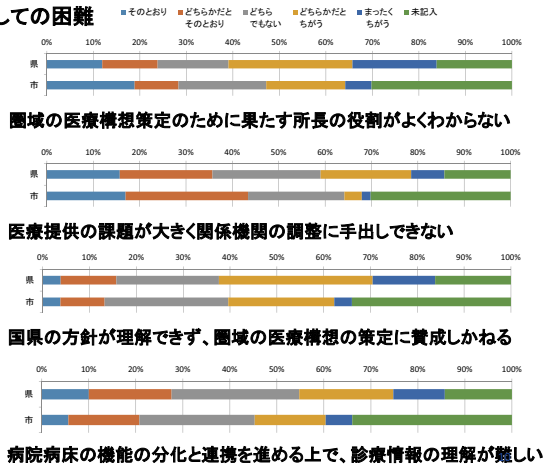


8

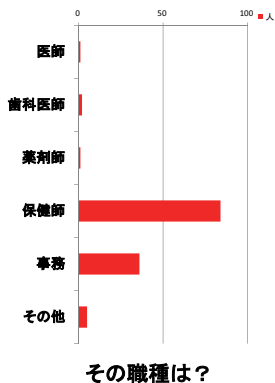
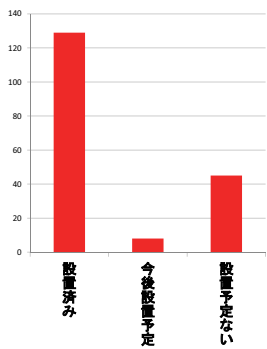


9

### 所長としての困難

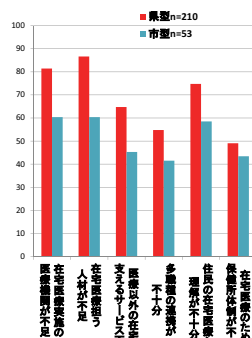


### 県型保健所 市町村地域包括システムを支援する担当者の設置状況

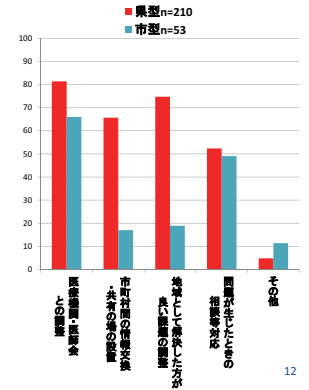


11

### Q.保健所として在宅医療を推進するための課題は？



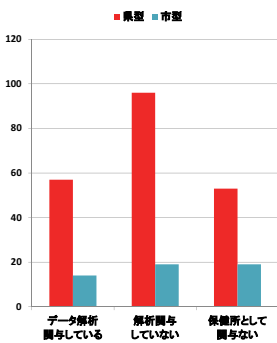
### Q.地域包括ケアシステム推進にあたり、市町村(市型では担当部局)から期待されていることは？



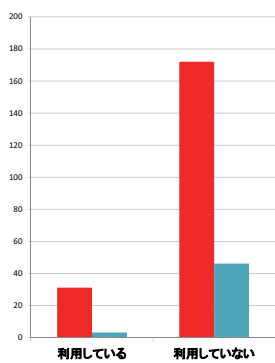
12



Q市町村データヘルス計画策定に、  
所長としてデータ解析に関与？



Q見える化システムデータを  
所長として利用しているか？



## アンケート調査のまとめ

### 医療構想について

- 県型保健所を事務局に圏域の医療構想の策定が進んでいる。
- 医療の分化と連携にあたり、困難がある。特に市型保健所では事務局の役割がないところも多い。
- 構想策定には保健所長があると考えられる所長が多い。(ただし 県型>市型)
- 市型保健所は圏域構想への関与が明らかでないところもある。医療介護連携事業に関わっている(事例とも関連)。

### 地域包括ケアシステムについて

- 県型保健所の6割に管内の包括ケアシステム構築の担当者を置いている。
- 包括ケアシステムの構築には資源(在宅診療に関わる人、関係機関)や住民への周知が課題と考えている。

14

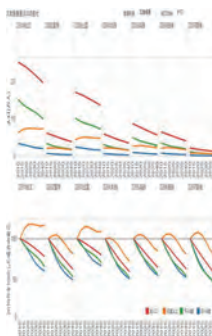
## 医療構想取り組み事例(案)

- 県型では、
  - 国のDB研修を活用して本庁が圏域事務局の保健所と連携し進めている**島根県県央保健所**
  - 保健所が事務局となり圏域機関や本庁と情報交換して連携を進めている**富山県砺波厚生センター**
  - 在宅医療の需要と供給を切り口に議論を進めている**兵庫県丹波健康福祉事務所**
  - 圏域に中核市保健所があり保健所連携を必要としている**大分県中部保健所+大分市保健所**
- 市型では
  - 退院調整から医療構想へ議論がすすむ**尼崎市保健所**
  - 病院機能の分化・調整の県モデルを進める**下関市保健所**

15

## 事例 島根県県央保健所

### データの活用は 県庁と保健所



16

## 事例 地域医療推進対策協議会（圏域連携会議）の各分会 （富山県砺波厚生センター）

- 急性心筋梗塞(9/2)
- がん(10/13)
- 脳卒中(11/26)
- 周産期
- 在宅医療
- 糖尿病
- 精神疾患



- 構成メンバー  
公的病院(医師、連携室)、医師会、歯科医師会、薬剤師会、ケアマネ協議会、訪問看護ステーション、地域包括支援センター・市
- 主な協議内容  
指標評価、各機関・団体における取り組み、管内の課題と対応など

※各分会で**医療計画作成支援データブック**の分析データを活用

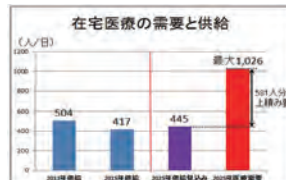
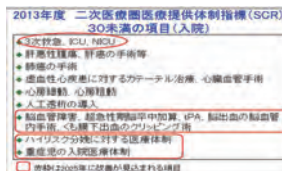
- 医療計画に規定される評価指標の圏域間比較
- 主要疾病のSCRの圏域間比較(市町村比較も)
- 主要疾病の患者住所地と医療機関住所地のクロス(流入)など

連携会議で  
自身の役割が  
明らかになる

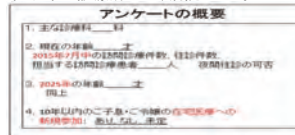
17

## 事例 丹波健康福祉センター

### データから2025年の在宅医療を議論



保健所から管内2市の医師会に働きかけ、全医師会員(63診療所,8病院)を対象に、在宅医療に関する緊急アンケートを実施。回収率は診療所87%、病院100%。



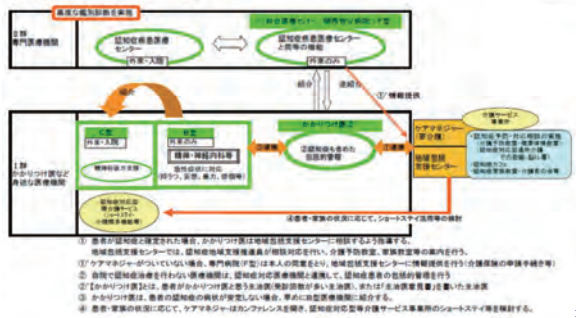
- ### 在宅医療の供給不足への対応(案)
- 在宅医療を行う病院、診療所を増加
  - 介護・訪問看護と在宅医療の連携(訪問頻度の減)
  - 在宅医療後方支援病院と在宅医療の連携拡大
  - ケア付き高齢者住宅への要介護高齢者の集住

18

**事例 中核市 尼崎市保健所**

**退院調整システムづくりから医療構想、3保健所連携**  
(兵庫県芦屋保健所、尼崎市保健所、西宮市保健所)

尼崎市認知症医療・介護ネットワーク(案)



地域対策の推進に関する基本的な指針(H24)  
保健所の運営

- (1) 健康なまちづくりの推進
- (2) 専門的かつ技術的業務の推進
- (3) 情報の収集、整理及び活用の推進
- (4) 調査及び研究等の推進
- (5) 市町村援助、市町村相互の連絡調整
- (6) 健康危機管理の拠点としての機能強化
- (7) 企画及び調整の機能の強化

政令市・特別区保健所は保健センター及び福祉部局との情報交換等の有機的な連携

**医療構想への保健所の役割**

地域の医療需要を予測し、医療提供をめざす

- 保健医療計画指標と合わせて、近未来の地域病床機能の分化と調整
  - 医療機関が主体だが、それを支援する。
  - 病床や在宅医療の確保と質向上
- 医療介護総合基金の事業化(人材、施設ほか)
- 10年後の地域のすがたへの事業の推進

**医療構想編 保健所長の役割(私案)**

1. 行政機関として、健康なまちをつくる  
住民目線で医療需要を評価し、住民をサポート、疾病を予防する  
**まち、生活、住民・患者をみる目**
2. 行政機関の長として、医療システムをみる目  
医療提供のシステムを開発・維持する  
医療を理解するために職員にリーダーシップ
3. 医療者として、診療をみる目  
医師等の医療者との協働  
診療・連携の開発、医療システムへの適応
4. 生活者として、生活をみる目  
地域の文化を楽しみながら発展させる

**地域包括ケアシステム  
保健所の役割**

医療構想のめざす2025年の地域のすがた

- 「健康な地域づくり」をめざすとき、健康増進、介護保険、障がい者施策等は一体のもの

介護保険事業の実施は市町村の仕事だが、

- 県型保健所では、事業の中での連携
- 広域事業組合で町村を越える調整
- 市型保健所でも、介保担当部局との連携

<参考> 見える化システム <http://mieruka.mhlw.go.jp/>





## 地域保健総合推進事業発表会

## 圏域の医療ビジョンと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

研究代表者（分担事業者） 中本 稔（島根県県央保健所長）

【事業協力者】 高橋清実（盛岡市保健所長）、藤井 充（岐阜保健所長）、加藤浩康（北信保健福祉事務所長）、城所敏英（東京都島しょ保健所長）、大井 洋（町田市保健所長）、大江 浩（砺波厚生センター所長）、谷口 隆（吹田保健所長）、森脇 俊（守口保健所長）、永井仁美（枚方市保健所長）、柳 尚夫（豊岡健康福祉事務所長）、逢坂悟郎（丹波健康福祉事務所長）、伊地智昭浩（神戸市保健所長）、郷司純子（尼崎市保健所長）、中川昭生（出雲保健所長）、大木元 繁（徳島保健所長）、堀川俊一（高知市保健所長）、中原由美（糸島保健福祉事務所長）、内田勝彦（大分県中部保健所長）

【アドバイザー】 山中朋子（弘前保健所長）、倉橋俊至（荒川区保健所長）、宇田英典（伊集院保健所長）

【要旨】 本研究班では1) 全国の保健所の取り組みをアンケート調査、2) 取り組み事例をまとめ、3) 保健所連携推進会議ブロック研修会等への協力を行った。圏域構想策定の困難では「区域内の調整が複雑で将来像が描けない」が約半数であり、所長として「医療提供課題が大きく調整の手出しできない」が37%と比較的高い。また、市型保健所の病院病床機能の分化と連携の役割が不明確だった。医療構想の柱のうち「目指すべき医療体制を実現するための施策」をこの10年間に県・保健所、市町村、医療機関がどう展開するかが重要である。病床機能の分化と連携では事業やデータを通して病院機能や診療の質を推し量り、それを維持確保から開発する施策が求められている。また、地域包括ケアシステムの構築では主体は市町村であるものの広域の医療介護連携が基本であることから保健所、医師としての保健所長の果たす役割が大きい。

### 【目的】

平成27年3月「地域医療構想策定ガイドライン」が出され、2025年の医療体制の確保に向けて取り組みを始めることとなった。圏域における病床機能の分化と連携には、保健所の役割が期待されている。

一方、高齢者が住み慣れた地域で生涯住み続けるための地域包括ケアシステムの構築は市町村の責任で行うとしているが、医療や介護の資源確保、ネットワークづくりでは、市町村の枠を超えた2次医療圏の調整が欠かせない。また、地域医療構想の病床機能の分化と調整には、在宅医療や介護保険事業と深く関連し、地域包括ケアシステムの議論を避けて通れない。ここにも保健所の役割が期待されている。

本研究班では、保健所機能のひとつとしての地域医療構想への取り組み、包括ケアシステムへの取り組みを調査し役割と課題を整理し、今後の保健所のあり方の議論に寄与することをめざす。

### 【方法と結果】

#### 1. アンケート調査

##### (1) 方法

対象 全国保健所長会会員（n=486）

質問紙（エクセルファイル）に入力しメールにて返送

期間 平成27年9月16日から10月23日

回答数 263（都道府県型210、区市型53）

回収率 54.1%（都道府県型57.7% 区市型43.4%）

（以下、都道府県型を県型、区市型を市型と略称する）

##### (2) 結果

#### 1) 構想区域(以下圏域という)調整会議の設置について

9月1日現在で圏域の調整会議を設置している保健所は、170保健所(県型136、市型34)であり、71保健所では年度内に設置する予定。一方、17保健所では圏域調整会議を設置する予定はない。

この調整会議の事務局は県型保健所の場合、多くが自身の保健所単独であり、一部は本庁と保健所の共同設置である。市型保健所では自身の保健所単独は少なく、県型保健所との共同、都道府県庁との共同、都道府県庁と県型保健所、あるいは隣接地域を管轄する県型保健所単独が事務局であったり、保健所以外の市の部局が事務局である。

#### 2) 区市型保健所の医療構想への関与

区や市が医療構想に関与できるのは41保健所であり、そのうち保健所として関与できるのは30保健所であった。医療政策や病院事業を担当する部局が事務局となる市がある。

#### 3) 圏域調整会議の構成

調整会議には、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会の4団体に加えて、公立病院や公的・民間病院も加わっている。また、県型で165(201保健所中82.1%)、市型で30(40保健所中75%)の保健所で保険者が加わる。

圏域内のすべての病院の意見を医療構想に反映させる

ために工夫しているところは、すべての病院代表者との会議や個別の聞き取りを行う一方、この時点では特に何もしていないとした保健所が66保健所(県型50、市型16)であった。

#### 4) 医療構想策定期期

医療構想策定の見込みの時期を明らかにしているところは210保健所(県型175、市型35)である。圏域の計画策定期間は、本年度末が143保健所(県型119、市型24)であり、平成28年度末までにはほとんどが策定を行う。

#### 5) 圏域における保健所の役割

県型保健所の場合、「調整の場の提供」「病院病床機能の課題とりまとめ」「2025年推計必要病床数への意見集約」「医療需要データの提供」「医療提供体制実現のための施策とりまとめ」の順に多かった。市型保健所の場合、ほぼ半数で「役割は明確ではない」とあった。

#### 6) 計画策定に関連するデータの活用について

医療法にもとづく病床機能区分別病床数の圏域ごとのデータや院所名、2025年病床機能区分別医療需要や必要病床数推計値は利用が多いが、医療計画策定データブックによる疾患データや2025年在宅医療の推計データは、およそ半数であった。

#### 7) 医療計画策定の困難

「構想区域の調整が複雑で将来像が描けない」「国の方針がわからない」「県・本庁の方針がわからない」の順に困難と消えている保健所が多い一方で、「医療機関が構想策定に消極的」「保健所以外の部署が策定を行っているため役割果たせない」は否定する保健所が多かった。

所長の困難では、「医療提供の課題が大きく関係機関の調整に手出しできない」が肯定的である一方で、「国県の方針が理解できず圏域構想の策定に賛成しかねる」は否定的であった。

#### 8) 在宅医療、病院機能の把握

保健所管内の在宅死亡や施設死亡を把握している保健所は90(263保健所中34.2%)と少ない。また、医療施設静態調査等から在宅サービスを把握しているのは86(262保健所中32.8%)であった。

医療法の立入検査等で在宅診療の情報を把握しているのは県型市型ともに半数以下であった。

#### 9) 在宅医療推進の役割、その課題

在宅医療の推進や、その資源の開発にかかわる保健所の役割は重要と答えた保健所は多かった。

推進するための課題では「在宅医療を担う人材の不足」「実施する機関の不足」「住民の理解が不十分」「医療以外の在宅医療を支えるサービス不足」「多職種連携が不十分」「保健所の体制が不十分」の順であった。

10) 地域包括ケアシステム構築にむけた市町村への関与  
県型保健所のうち管内市町村の地域包括ケアシステムを支援する担当者を設置しているのは122保健所であった。85保健所では保健師が、37保健所では事務が担当し

ている。9保健所では複数担当者を置いている。

市型保健所には、地域包括ケアシステムを進める区市の部署と連携を問うたところ、既に連携している、今後連携するが41保健所であった。

県型保健所では管内市町村の、市型保健所では自身の市の、第6期介護保険事業計画への関与は、それぞれ132保健所(210保健所中62.9%)、24保健所(53保健所中45.3%)であった。県型保健所の場合は委員として、市型保健所の場合はその部署との連携で関与しているのが多い。

市町村支援としてデータヘルズ計画への関与では、県型では57保健所、市型では14保健所にどまった。また、支援ツールとして活用できる見える化システムを所長として利用しているのは県型で31保健所、市型で3保健所長にとどまった。

在宅医療・介護連携事業では県型保健所では「相談されたときの対応」「情報交換・共有の場の設置」「市町村の会議の委員」が多く、市型保健所では「相談されたときの対応」「会議の委員」が多かった。

市町村から保健所への期待として考えられるのは、県型保健所の場合「医療機関・医師会等との調整」「市町村単独ではない地域課題としての調整」「市町村間の情報交換共有の場の設置」「問題が生じたときの相談対応」が多い。市型保健所では「医療機関・医師会等との調整」「問題が生じたときの相談対応」が多い。

在宅医療の資源開発や地域包括ケアシステムにかかわる保健所の役割は重要と答えた保健所は多かった。

自由記入欄に、国のモデル事業として行われた「在宅医療介護連携実証事業」に取り組み関係ができたことから、この医療構想の議論を進めているという意見もあった。

## 2. 事例検討

### (1) 都道府県型保健所

#### 1) 富山県砺波厚生センター

県庁と保健所(センター)が全県で医療構想に取り組む。これまでの医療介護のデータ分析を構想策定に活かす。

#### 2) 島根県県央保健所

県庁と保健所が連携して、圏域のデータを解析する。

#### 3) 兵庫県丹波保健福祉事務所

10年後の在宅医療を調査し、圏域構想を議論する。

#### 4) 大分県中部保健所

国モデル事業を活用しながら中核市と連携をとる。

### (2) 区市型保健所

#### 1) 尼崎市保健所

医療介護連携や市事業と医療構想のつなぎ役を果たす。

#### 2) 下関市保健所

基幹病院、医師会等の分化と連携の協議の場を提供する。

### 3. 保健所連携推進会議ブロック研修会等への参加

#### (1) 北海道ブロック 平成27年8月4日 札幌

#### (2) 中国四国ブロック 平成27年9月2日 高知

#### (3) 九州ブロック 平成28年1月21日 鹿児島

## 【考察】

### 1) 医療構想について

9月初めの時点で県型保健所を事務局に圏域の医療構想の策定が進んでいる。一部の都道府県では保健医療計画の進捗を本庁が一括して進めているところがあるように、今回の医療構想策定についても構想区域の保健所が事務局にならずに本庁一括としているところがあった。

医療構想の3本柱のうち、①2025年の医療需要(患者数推計)、②2025年の医療提供体制(機能別病床数)については国が決めた推計値によるところが大きく保健所の関与は困難とも考えられる。一方、3本柱のうちの③医療供給体制を実現するための施策(医療機能の分化と連携)では、構想策定後の事業実施(特に医療介護総合確保基金の運用)が重要で、全県だけではなく圏域単位でも病院診療所や関係機関、市町村、保健所が一体となって地域の医療を守り、開発する必要があると考えられる。保健所が圏域の事務局を担当する場合でも、①②③すべて議論するのか、①②は本庁にまかせ③を調整するのかといった役割分担も都道府県によって異なる。

この医療機能の分化と連携にあたり、少なくない保健所

長(県型も市型も)が困難と考えていた。特に市型保健所では医療構想の策定等に関わる事務局の役割がないところが多い。昨年度の大江研究班の調査でも市型保健所が保健医療計画の推進に関わるのは36%であった。市型保健所ではこれまでの保健医療計画の策定やその進捗に関わることがなかった保健所も多いことから、今回の医療構想の策定や医療機能の分化と連携に関して役割が明らかではなく困難と感じていることが考えられた。困難についての無回答も多かった。

市型保健所がある都市部には病床数の多い基幹病院が多く、周辺地域からの患者の受け入れ(流入)もあり、その分化と連携には課題が大きい。一方で、これまで退院調整や医療介護連携を通して、基幹病院、医師会ほかの関係機関との連携も進めている保健所もあって、保健所(保健所長)の取り組み次第で在宅医療や介護との連携も進むことが考えられる。(事例と関連)市型保健所が管内の医療機能の分化と連携にどう関わるのか整理する必要がある。

困難を伴うものの保健所あるいは保健所長として医療構想への役割が大きいと感じている。これまでの保健医療計画への関わり、医療法にもとづく立入検査や届け出等の事業が保健所で行われていること、首長をはじめ医師会や各種関係機関とのつながりもあることによると考えられる。特に医療機能の分化と調整では、保健所長が医師という専門職であることの特性が期待される。保健所長が地域の医療にどう役割を果たすか、そのための資質をあげる研修等をすすめていく必要がある。

### 2) 地域包括ケアシステムについて

地域包括システムは、高齢者の生活圏域で、保健医療介護と住まいが一体となって高齢者の生活を支援する体制である。その実施には市町村が行うものとされているが、医療や介護が市町村の枠を超えて広域的・重層的に行われていることから、保健所(ここでは特に県型)の役割も大きい。今回の調査では県型保健所の6割に管内の包括ケアシステム構築の担当者を置いている。担当者の職種としては保健師、事務が多かった。

市型保健所では、介護保険事業をすすめる担当部署との連携が課題である。

第6期介護保険事業計画では地域包括ケアシステムを目指して在宅医療介護連携推進事業を行うとされ、市町村ではその実施(多くは準備)を進めている。この事業は質の高い在宅医療介護サービスをどう確保するのかがポイントである。保健所として在宅医療を推進する課題を問うたところ県型市型ともに「在宅医療を担う人材が不足」「在宅医療を担う医療機関が不足」「在宅医療への住民理解が不十分」の順で多かった。人口減少地域(主に県型)であっても、増加地域(主に市型)であっても大きな課題だ。

医療構想の病院機能の分化と連携との関連では、急性期から回復期、慢性期の病床機能だけではなく、病院外来やかかりつけ医、在宅で患者家族を支える多職種の役割を明確にしておく必要がある。保健所はこれまで多職種の役割を明らかにし連携を高める事業を関係機関とのつながりの中で進めてきた。今後も進めていく必要がある。

また、市町村は第6期事業計画では介護予防だけではなく保健活動の再編としての総合事業も進める必要があり、保健所が広域的・重層的にどう支援するかが重要である。

## 【結論】

2025年の医療を確保するために圏域単位で医療構想を策定しその進捗を図ること、また、市町村の地域包括ケアシステム構築に向けて保健と介護・福祉の資源の確保や開発を図ることは、大きな課題となっていることがわかった。

10年後の地域のすがたへ人材や施設を確保するために医療介護総合基金の事業化とその活用を進める必要がある。なにより、健康な地域づくりをめざすとき、健康増進、介護保険、障害者施策などこれまで行政機関として進めてきた各種事業を継続して進める必要がある。医療構想の議論を通して、保健所機能を見直し高めたい。

また、医師としての職能を活かし健康な地域づくりをめざす保健所長の役割を高めることも重要である。

【発表】論文発表、学会発表は、ない。

圏域の医療ビジョンと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 中本 稔(鳥根県県央保健所)

事業協力者

高橋清実 (盛岡市保健所長)	藤井 充(峡東保健所長)
加藤浩康 (北信保健福祉事務所長)	城所敏英(東京都島しょ保健所長)
大井 洋 (町田市保健所長)	大江 浩(砺波厚生センター所長)
谷口 隆 (吹田保健所長)	森脇 俊(守口保健所長)
永井仁美 (枚方市保健所長)	柳 尚夫(豊岡健康福祉事務所長)
逢坂悟郎 (丹波健康福祉事務所長)	伊地智昭浩(神戸市保健所長)
郷司純子 (尼崎市保健所長)	中川昭生 (出雲保健所長)
大木元 繁 (徳島保健所長)	堀川俊一(高知市保健所長)
中原由美 (糸島保健福祉事務所長)	内田勝彦(大分県中部保健所長)

アドバイザー

山中朋子 (弘前保健所長)	倉橋俊至 (荒川区保健所長)
宇田英典 (伊集院保健所長)	

1

研究の目的と方法

地域医療構想への取り組み、包括ケアシステムへの取り組みを調査し、保健所の役割と課題を整理し今後の保健所のあり方の議論に寄与することをめざす。

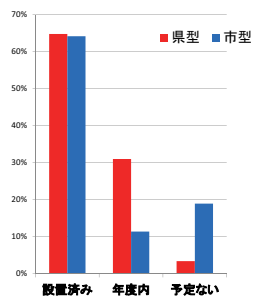
- 1 アンケート調査
- 2 事例の紹介
- 3 保健所連携推進会議ブロック研修会への協力

班会議

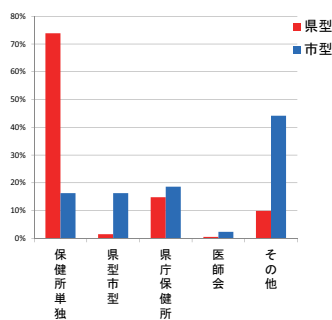
- 第1回 平成27年6月27日(土) 公衆衛生協会
- 第2回 平成27年11月4日(水) ニューうらかみホテル
- 第3回 平成28年1月29日(金) タワーホール船堀
- 第4回 平成28年2月14日(日) 多目的ビジネススペースAP品川

2

Q.圏域調整会議を設置しているか?(県型210,市型53)

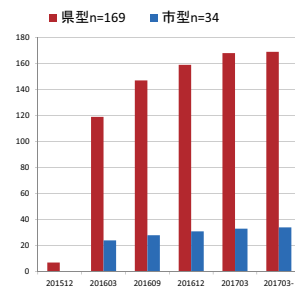


圏域調整会議の形(県型203,市型43)

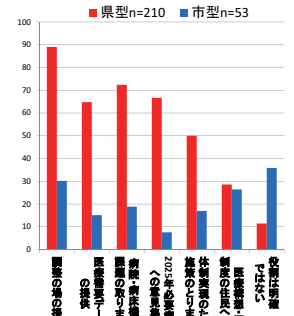


3

医療構想策定の時期(累積)

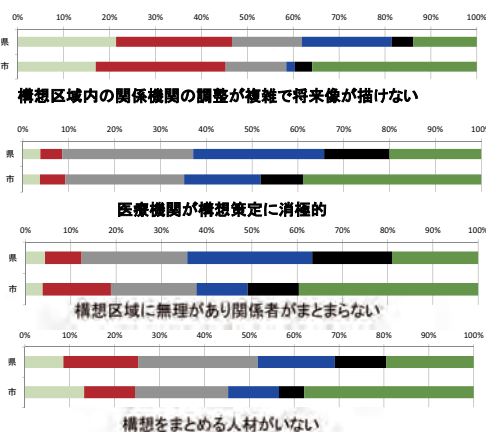


Q.圏域調整会議の役割は何?



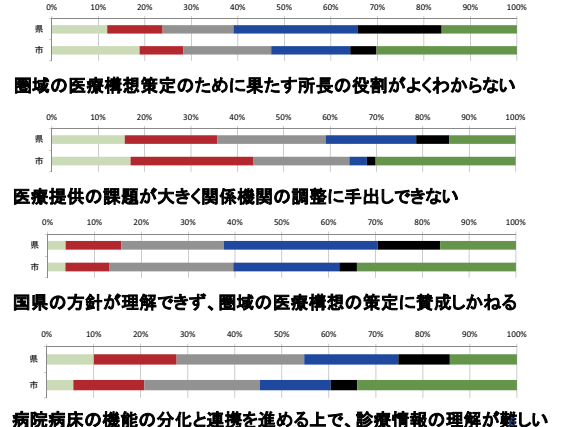
4

策定を進める上での困難



5

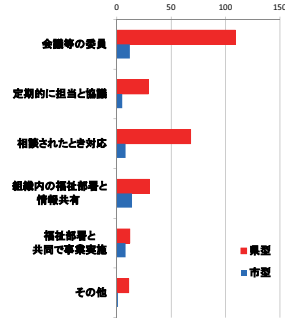
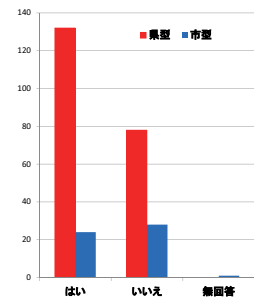
所長としての困難





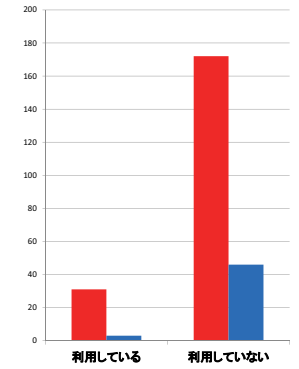
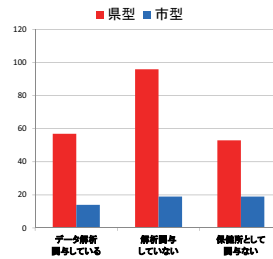
Q28 管内市町村(区市の場合は当該)の第6期介護保険事業計画の実施・評価に保健所として関与しているか？

どうかたちで関与？  
(複数回答)  
県型n=132 市型n=24

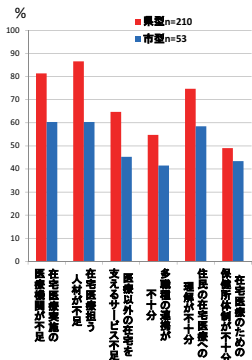


Q見える化システムデータを所長として利用しているか？

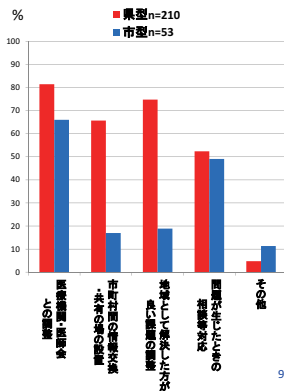
Q市町村データヘルス計画策定に、所長としてデータ解析に関与？



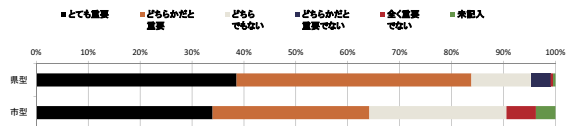
Q.保健所として在宅医療を推進するための課題は？



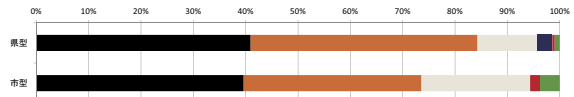
Q.地域包括ケアシステム推進にあたり、市町村(市型では担当部局)から期待されていることは？



Q22 在宅医療推進、資源の開発に保健所の役割をどう思う？



Q34 地域包括システムに関わる保健所の役割をどう思う？



## 医療構想取り組み事例

### 県型

- ①保健所が事務局となり圏域機関や本庁と情報交換して連携を進めている **富山県砺波厚生センター**
- ②国のDB研修を活用して本庁が圏域事務所の保健所と連携を進めている **島根県県央保健所**
- ③在宅医療の需要と供給を切り口に議論を進めている **兵庫県丹波健康福祉事務所**
- ④圏域に中核市保健所があり保健所連携を必要としている **大分県中部保健所+大分市保健所**

### 市型

- ①退院調整から医療構想へ議論がすすむ **尼崎市保健所**
- ②病院機能の分化・調整の県モデルを進める **下関市保健所**

### ★医療構想への保健所の役割

地域の医療需要を予測し、医療提供をめざす  
保健医療計画指標と合わせて、近未来の地域  
2025年に向けて、PDCAサイクル

#### 病床機能の分化と連携

医療機関が主体だが、地域住民の医療需要の視点で医療提供をよう協議の場や情報共有のツールを使って、保健所が医療機関を支援する。  
限られた資源を連携や人材育成で、機能を高める。

病床や在宅医療の確保と質向上

地域医療介護総合確保基金の事業化(人材、施設ほか)

### ★地域包括ケアシステムへの保健所の役割

医療構想のめざす2025年の地域のすがた

「健康な地域づくり」をめざすとき、

健康増進、介護保険、障がい者施策等は一体のもの

介護保険事業の実施は市町村の仕事だが、

県型保健所では、事業の中で医療介護連携を切り口に市町村支援

広域事業組合で町村を超える調整

市型保健所も、介保担当部局との連携



## 参考資料

事務連絡

平成27年7月28日

各都道府県衛生主管部（局） 御中

厚生労働省医政局地域医療計画課

地域医療構想策定支援ツール等から得られる情報の  
関係者間での共有等について

平素より厚生労働行政に格段の御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、地域医療構想の策定及び医療計画の作成に必要な情報については、ナショナルデータベース（NDB）等の情報を含む地域医療構想策定支援ツール及び医療計画作成支援データブック（以下「支援ツール等」という。）として都道府県へ配布しています。

この支援ツール等から得られる情報については、地域医療構想の策定及び医療計画の作成に関わる多くの関係者で共有し、地域医療構想の策定や医療計画の作成のための議論に活用していただくことが求められています。

そのため、医師会等の医療関係者や医療保険者等の地域医療構想調整会議及び都道府県医療審議会の委員から、支援ツール等から得られる情報を地域医療構想の策定又は医療計画の作成に参画するために提供してほしい旨依頼があった場合には、これに応じ、情報を提供していただくようお願いいたします。

また、今般の医療法改正により、医療計画の作成又は変更を行う場合には、都道府県は保険者協議会の意見を聴くこととされており、地域医療構想調整会議には医療保険者が参画することとなっております。都道府県においては、地域医療構想調整会議や医療審議会の運営に当たり、保険者協議会にも、適宜情報を共有するなど、必要な連携を図っていただきますようお願いいたします。

なお、支援ツール等から得られる情報の公表を行うのは都道府県のみに限られているので、関係者及び委員が十分に配慮して情報を取り扱うよう、ご配慮願います。

連絡先 厚生労働省医政局地域医療計画課  
廣澤、伊藤  
代表 03-5253-1111（内線 2661）  
直通 03-3595-2194



＜在宅医療＞

下線は医療計画作成支援データベースで分析されている指標

◎:必須指標 ○:推奨指標

看取り

急変時の対応

日常の療養支援

退院支援

ストラクチャー指標  
医療サービスを提供  
する物質資源、人的  
資源および組織体制  
を測る指標

◎ 在宅療養支援診療所数、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

- 在宅療養支援診療所 (1) 届出施設数【市区町村】
- 在宅療養支援診療所 (2) 届出施設数【市区町村】
- 在宅療養支援診療所 (3) 届出施設数【市区町村】
- 在宅療養支援診療所 (1) 届出施設病床数【市区町村】
- 在宅療養支援診療所 (2) 届出施設病床数【市区町村】
- 在宅療養支援診療所 (3) 届出施設病床数【市区町村】
- 在宅療養支援診療所 (1) 医師数【市区町村】
- 在宅療養支援診療所 (2) 医師数【市区町村】
- 在宅療養支援診療所 (3) 医師数【市区町村】

◎ 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

- 在宅療養支援病院 (1) 届出施設数【市区町村】
- 在宅療養支援病院 (2) 届出施設数【市区町村】
- 在宅療養支援病院 (3) 届出施設数【市区町村】
- 在宅療養支援病院 (1) 届出施設病床数【市区町村】
- 在宅療養支援病院 (2) 届出施設病床数【市区町村】
- 在宅療養支援病院 (3) 届出施設病床数【市区町村】
- 在宅療養支援病院 (1) 医師数【市区町村】
- 在宅療養支援病院 (2) 医師数【市区町村】
- 在宅療養支援病院 (3) 医師数【市区町村】

◎ 在宅療養支援歯科診療所数

- 在宅療養支援歯科診療所数【市区町村】

◎ 訪問看護事業所数、訪問看護ステーション従業員数

- 訪問看護事業所数【都道府県】

○ 訪問看護ステーション従業員数、24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従事者数

- 訪問看護ステーション従業員数【市区町村】
- 24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従事者数【市区町村】
- 24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従事者数（保健師）【市区町村】
- 24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従事者数（助産師）【市区町村】
- 24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従事者数（看護師）【市区町村】
- 24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従事者数（准看護師）【市区町村】
- 24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従事者数（理学療法士）【市区町村】
- 24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従事者数（作業療法士）【市区町村】

麻薬小売業の免許を取得している薬局数、訪問薬剤指導を実施する薬局数

- 在宅患者訪問薬剤指導届出施設数【市区町村】

管理栄養士による訪問栄養指導を実施している事業所数、居宅療養管理指導を実施している管理栄養士数

歯科衛生士による訪問指導を実施している事業所数、居宅療養管理指導を実施している歯科衛生士数

訪問リハビリテーション実施施設数

- 退院支援担当者を配置している診療所・病院数
  - ↳ 退院支援担当者を配置している一般診療所【市区町村】
  - ↳ 退院支援担当者を配置している病院数【市区町村】

プロセス指標  
 実施にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

- ◎ 退院患者平均在院日数
  - ↳ 退院患者平均在院日数 病院【都道府県】
  - ↳ 退院患者平均在院日数 一般診療所【都道府県】

- 短期入所サービス（ショートステイ）実施施設数
  - ↳ 短期入所サービス（ショートステイ）実施施設数【市区町村】

- 訪問診療を受けた患者数
  - ↳ 訪問診療を受けた患者数（レセプト件数）【二次医療圏】

訪問歯科診療を受けた患者数

- 訪問看護利用者数
  - ↳ 介護保険による訪問看護利用者数（提供回数）【都道府県】
  - ↳ 在宅患者訪問看護・指導料算定件数【二次医療圏】

訪問薬剤管理指導を受けた者の数

訪問栄養食事指導を受けた者の数

訪問歯科指導（歯科衛生士）を受けた者の数

小児（乳幼児・幼児）の訪問看護利用者の数

- 訪問リハビリテーション利用者数
  - ↳ 訪問リハビリテーション提供数【都道府県】

- 短期入所サービス（ショートステイ）利用者数

アウトカム指標  
 医療サービスの結果としての住民の健康状態を測る指標

- 在宅死亡者数
  - ↳ 在宅死亡者数【市区町村】

- 在宅看取りを実施している診療所・病院数
  - ↳ 在宅看取りを実施している一般診療所【市区町村】
  - ↳ 在宅看取りを実施している病院数【市区町村】

- ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数
  - ↳ ターミナルケア対応訪問看護ステーション数【市区町村】

看取りに対応する介護施設数

- 往診を受けた患者数
  - ↳ 往診料算定件数【二次医療圏】

## 研究班名簿

分担事業者	中本 稔	島根県県央保健所 所長
事業協力者	高橋 清実	盛岡市保健所 所長
事業協力者	藤井 充	山梨県峡東保健所 所長
事業協力者	加藤 浩康	長野県北信保健福祉事務所 所長
事業協力者	城所 敏英	東京都島しょ保健所 所長
事業協力者	大井 洋	町田市保健所 所長
事業協力者	大江 浩	富山県砺波厚生センター 所長
事業協力者	谷口 隆	大阪府吹田保健所 所長
事業協力者	森脇 俊	大阪府守口保健所 所長
事業協力者	永井 仁美	枚方市保健所 所長
事業協力者	柳 尚夫	兵庫県豊岡健康福祉事務所 所長
事業協力者	逢坂 悟郎	兵庫県丹波健康福祉事務所 所長
事業協力者	伊地智 昭浩	神戸市保健所 所長
事業協力者	郷司 純子	尼崎市保健所 所長
事業協力者	中川 昭生	島根県出雲保健所 所長
事業協力者	大木元 繁	徳島県徳島・吉野川保健所 所長
事業協力者	堀川俊一	高知市保健所 所長
事業協力者	中原 由美	福岡県糸島保健福祉事務所 所長
事業協力者	内田 勝彦	大分県中部保健所 所長
アドバイザー	宇田 英典	鹿児島県伊集院保健所 所長
アドバイザー	山中 朋子	青森県弘前・上十三保健所 所長
アドバイザー	倉橋 俊至	荒川区保健所 所長

# 圏域の医療ビジョンと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

分担事業者 中本 稔（島根県県央保健所長）

## 【事業協力者】

高橋清実（盛岡市保健所長）  
藤井 充（山梨県峡東保健所長）  
加藤浩康（長野県北信保健福祉事務所長）  
城所敏英（東京都島しょ保健所長）  
大井 洋（町田市保健所長）  
大江 浩（富山県砺波厚生センター所長）  
谷口 隆（大阪府吹田保健所長）  
森脇 俊（大阪府守口保健所長）  
永井仁美（枚方市保健所長）  
柳 尚夫（兵庫県豊岡健康福祉事務所長）  
逢坂悟郎（兵庫県丹波健康福祉事務所長）  
伊地智昭浩（神戸市保健所長）  
郷司純子（尼崎市保健所長）  
中川昭生（島根県出雲保健所長）  
大木元繁（徳島県徳島・吉野川保健所長）  
堀川俊一（高知市保健所長）  
中原由美（福岡県糸島保健福祉事務所長）  
内田勝彦（大分県中部保健所長）

## 【アドバイザー】

宇田英典（鹿児島県伊集院保健所長、全国保健所長会長）  
山中朋子（青森県弘前・上十三保健所長、全国保健所長会副会長）  
倉橋俊至（荒川区保健所長、全国保健所長会副会長）

## 【事務局】

米山克俊（日本公衆衛生協会総務課長）  
井上尚子（日本公衆衛生協会、全国保健所長会）



平成 27 年度地域保健総合推進事業（全国保健所長会協力事業）

圏域の医療ビジョンと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 28 年 3 月

発行者 分担事業者 中本 稔（島根県県央保健所）

〒694-0041 島根県大田市長久町長久ハ 7 - 1

TEL (0854)84-9800 FAX (0854)84-9819

