

令和3年度 在宅医療・介護連携推進支援事業
都道府県等担当者研修会議（2022.3.1）

都道府県・市町村連携支援

テーマ2：将来設計を見据えた在宅医療・介護提供体制の整備について

～地域医療計画も踏まえながら～

市町村が「我がごと」として将来推計を活用するには？

大分県

1. 大分県の概況

2. 取組の経緯

3. 実施した支援の内容

大分県の概況

九州



■ 高齢化率の順位

九州 (全国)

1位 (10位)	大分県	33.3%
2位 (12位)	長崎県	33.0%
3位 (14位)	宮崎県	32.6%
4位 (16位)	鹿児島県	32.5%
5位 (23位)	熊本県	31.4%
6位 (26位)	佐賀県	30.6%
7位 (39位)	福岡県	27.9%
8位 (47位)	沖縄県	22.6%

大分県内



■ 市町村数 **18**市町村

※平成の大合併前は **58**市町村 | 11市36町11村 |

■ 総人口 **約112**万人

- 高齢者人口 **約37.4**万人
- 高齢化率 **33.3%** | 全国平均 28.6% |
- 要介護認定者数 **約7.0**万人
- 要介護認定率 **18.6%** | 全国平均 19.1% |
- 第8期介護保険料 **5,956**円 | 全国平均 6,014円 |

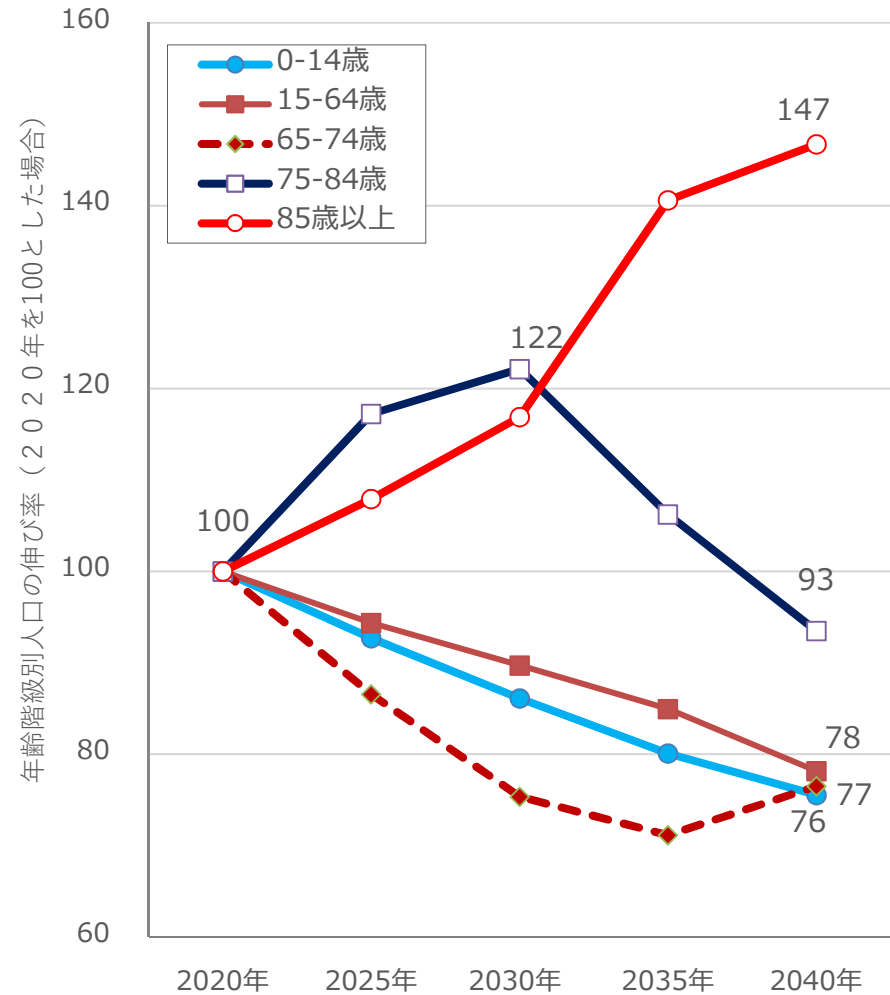
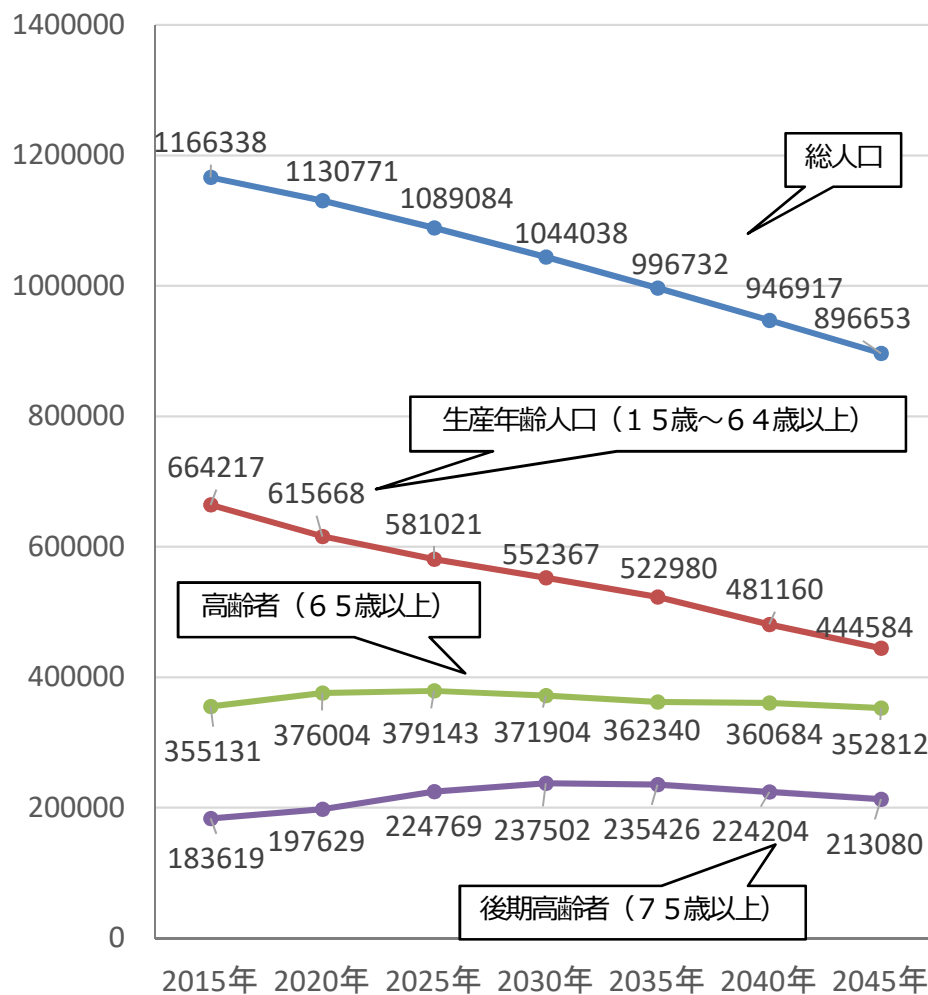
■ 地域包括支援センター数 **61**

- 直営 **4**
- 委託 **57**

※総人口、高齢者人口、高齢化率はR2年10月1日現在
要介護認定者数・要介護認定率 | 第2号被保険者含む | はR3年3月末現在、地域包括支援センター数はR3年4月1日現在

大分県の将来推計人口

- ・ 県内の総人口は今後減少を続け、約20年後の2040年には2015年と比較して約20%減少する。
- ・ 生産年齢人口（15歳～64歳）は、2040年には2015年と比較して約30%減少する。
- ・ 高齢者（65歳以上）人口は、2025年をピークに減少に転じる。対総人口割合（%）は上昇傾向が続く。
- ・ 医療と介護を必要とする方が多い85歳以上人口数は2020年から2040年にかけて大きく伸び続ける。



大分県内各市町村の在宅療養希望率調査結果(R1実施(県が統一質問項目を作成))

		基本情報						問1:あなた自身の身体が虚弱になって、医療や介護が必要となったとき、主にどこで医療や介護を受けたいですか				問2:あなたは、治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月あるいはそれより短い期間を想定)と告げられたとき、どこで過ごしたいと思いますか						
市町村名	共通項目実施	調査対象	抽出方法	対象人数	有効回答	回収率	自宅	病院等への入院	施設への入所	わからない	最期まで自宅	最期まで子どもや親戚の家	自宅で療養し必要時に入院	医療機関に入院	施設へ入所	わからない	その他	
1	A	○	原則	無作為	11,040	7,001	63.4	22.1	33.5	13.4	17.7	21.6	0.5	34.4	15.0	3.6	9.7	0.8
2	B	○	原則	無作為	4,107	2,393	58.3	25.3	45.5	20.0	14.9	22.1	0.8	45.5	21.7	6.7	7.8	0.5
3	C	○	原則	無作為	2,989	1,919	64.2	21.0	33.8	18.9	16.5	24.4	0.6	33.3	18.2	5.2	10.1	
4	D	×																
5	E	○	原則	無作為	3,004	2,206	73.4	24.4	40.0	20.0	16.9	23.8	0.7	41.5	19.9	6.0	10.4	0.3
6	F	○	原則	無作為	5,200	3,697	71.1	25.3	44.7	7.4	15.5	23.6	0.5	34.5	18.4	3.8	11.5	0.9
7	G	○	原則	無作為	5,420	3,334	61.5	25.6	28.5	21.9	15.2	24.1	0.8	34.2	16.7	5.2	10.2	0.8
8	H	○	原則	無作為	3,737	2,583	69.1	18.2	36.9	16.5	14.5	22.2	0.9	33.1	16.5	4.2	10.2	0.6
9	I	△ 質問文等の変更あり	原則	無作為	7,323	5,687	77.7	40.8	13.0	15.9	17.6	40.3	0.5	26.9	8.5	3.3	11.0	
10	J	○	原則	悉皆	8,996	6,247	69.4	22.9	43.7	15.5	16.4	25.0	0.6	39.0	19.5	5.0	10.1	0.2
11	K	○	原則	無作為	4,900	2,976	60.7	23.3	40.8	15.6	16.7	21.3	1.0	41.0	17.7	5.4	10.1	0.3
12	L	○	原則	悉皆	12,236	8,780	71.8	23.4	39.2	30.3	11.7	24.0	0.8	43.1	17.9	12.6	6.8	0.8
13	M	○	原則	悉皆	9,448	5,238	55.4	18.9	35.0	22.5	15.0	22.1	0.4	39.5	19.8	5.1	8.4	0.6
14	N	○	原則	悉皆	10,139	7,352	72.5	25.9	42.9	17.1	14.9	27.6	1.0	44.1	17.0	5.5	9.1	0.6
15	O	今後実施																
16	P	○	原則	無作為	3,000	2,017	67.2	23.4	45.2	14.4	17.2	22.5	0.6	44.8	17.6	4.0	9.0	0.9
17	Q	○	原則	無作為	1,800	1,156	64.2	18.7	34.2	15.1	18.5	24.6	0.4	33.3	12.5	4.1	12.1	0.8
18	R	○	原則	無作為	3,500	2,837	81.1	20.5	34.3	17.2	19.5	27.2	1.2	41.8	17	7.8	10.9	0.8
【参考】平均							22.6	38.5	17.7	16.1	23.7	0.7	38.9	17.7	5.6	9.8	0.6	

県内高齢者の3人に1人は在宅療養を希望し、3人に2人は人生の最終段階での在宅療養を希望
 →地域包括ケアシステムの構築の中で、医療と介護が連携した療養体制整備が必要

1.大分県の概況

2. 取組の経緯

3.実施した支援の内容

事業マネジメント研修終了後の市町村ヒアリング結果

- ◎研修終了後半年（今年度初頭）時点で医介連携担当者に対して実施したヒアリング結果の概要は以下の通り。
→事業マネジメントの考え方に始めて触れた担当者も多く、理論はわかったが実行に至らない市町村多。

○在宅療養4場面別のアンケート調査を市内の医療機関、介護関係機関、消防(救急)に実施し、課題把握に努め、その後、事務局で課題の絞り込みを行った

○第8期計画策定において、研修で学んだマネジメントの概念を活用し、住民の意識の変化などを指標に盛り込んだ

△総論的には理解できたと思うが、当市の状況で応用的に活用できるかは、今後の課題

△PDCAの重要性はわかったが、それを現場の関係者で共有したり、実際に施策に反映することが出来ていない

△当該研修の内容を介護保険計画に反映することは大変な労力があるので、そこまでは出来ていない

△マネジメントの手段でなく、あまり労力をかけずに効果をあげる方法を教えて欲しい

1、PDCAに基づく取組や、事業の評価の重要性はわかる。

2、事業マネジメント研修のおかげで、PDCAの考えかたの概念は理解出来た

3、しかし、それを受けて、実際の業務をどう変えるのか、何をすればいいのかということがわからない

・・・どうする??



4つの
場面

あるべ
き姿

将来
推計

データ
活用

評価

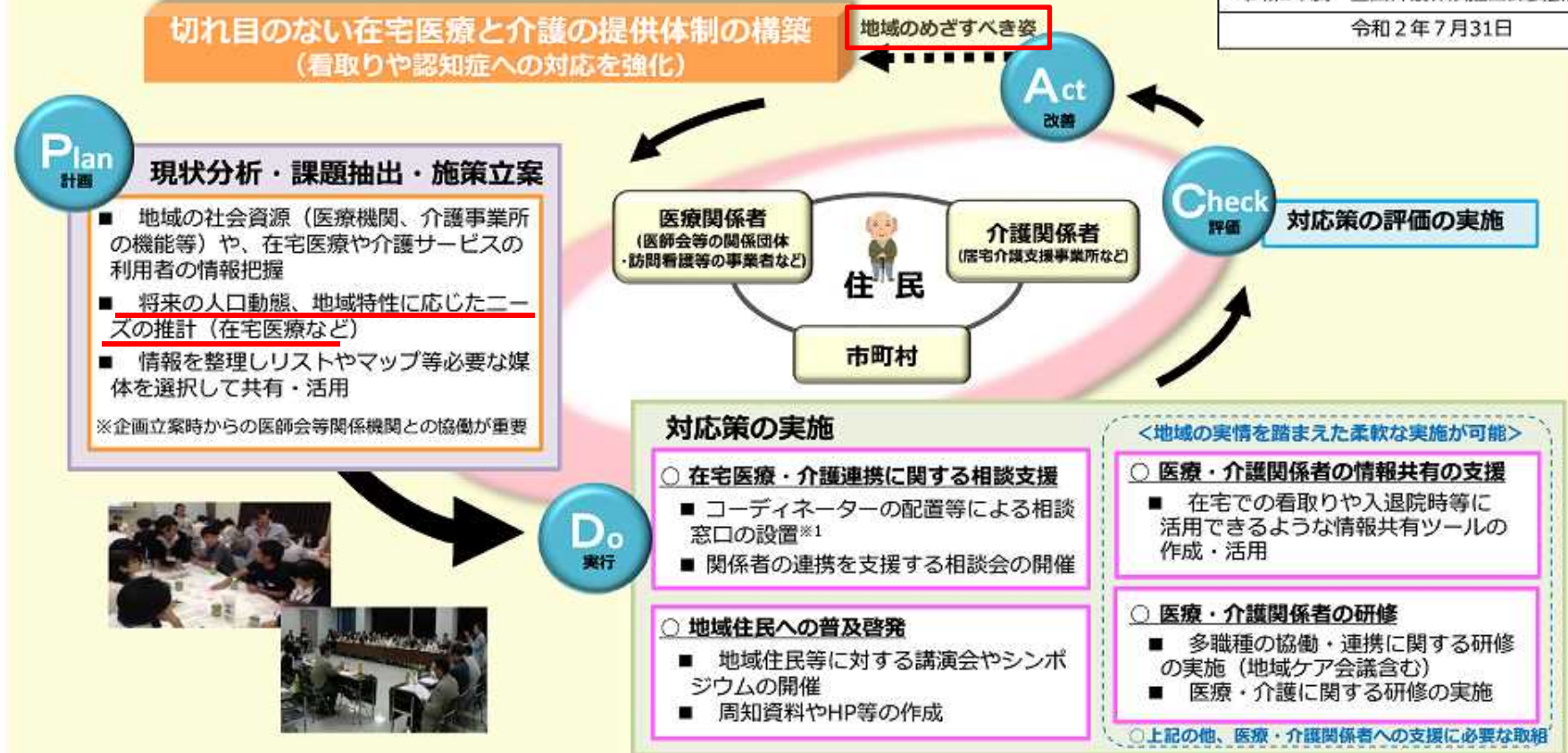
現状

課題

多職種
共有

地域包括ケアシステムの実現に向けた第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携推進事業の在り方

令和2年度 全国介護保険担当課長会議資料
令和2年7月31日



＜市町村における庁内連携＞ 総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県(保健所等)による支援

- 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援
 - 分析に必要なデータの分析・活用の支援
 - 他市町村の取組事例の横展開
 - 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
 - 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
 - 都道府県の医療及び福祉の両部局の連携
 - 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
- 地域医療構想・医療計画との整合

19

※1:市町村単独での相談窓口設置が困難な場合は、柔軟な対応も検討

令和3年度 在宅医療・介護連携推進支援事業 都道府県・市町村連携支援

<p>テーマ2 将来設計を見据えた在宅医療・介護提供体制の整備について～地域医療計画も踏まえながら</p>	<p>昨年度の全国調査では、46の都道府県が地域医療構想についての情報提供を行い、7割が市町村の計画との整合性を図るための対策も講じているとしている一方で、市町村ではそれらを意識している団体は3割程度となっています。</p> <p>本テーマでは、都道府県が市町村を支援する際に必要となる、地域医療構想における在宅医療の目指すべき姿の市町村との共有、都道府県から市町村への効果的な情報提供の在り方に着目し、在宅医療・介護提供体制の整備の方法について考えます。</p>
---	--

••地域医療構想？

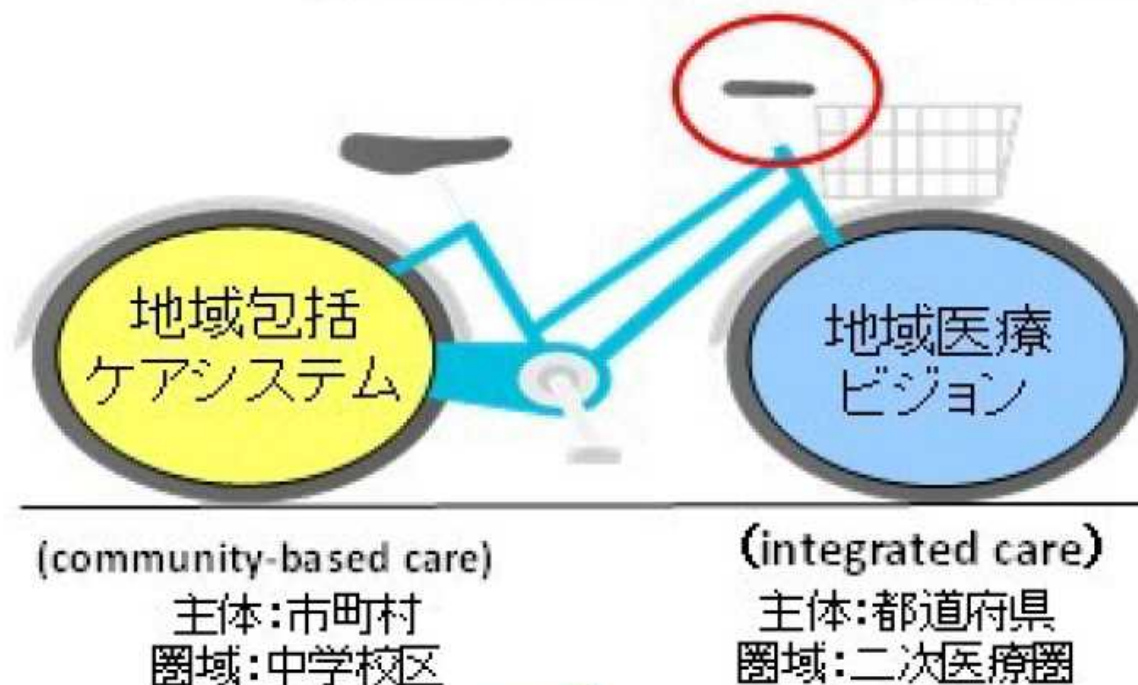


大分県地域医療構想の基本的考え方

- 地域医療構想は将来の医療ニーズを客観的データにより見通したものであり、進むべき一定の方向性を示した指針です。
- 地域医療構想は、「病床削減ありき」の構想ではなく、高度急性期から回復期、慢性期、在宅医療に至るまで、患者の状態に応じた適切な医療を切れ目なく提供するため、不足する医療機能をいかに充実させていくかという視点が重要です。
- 社会保障を巡る厳しい環境下において、限られた医療資源を効率的に活用し、子どもや孫の世代まで安心して質の高い医療を提供できる地域にしていかなければなりません。
- そのため、今後とも、医療関係者、行政、県民がそれぞれの立場で、将来の地域医療について考え、構想の実現に向け行動することが求められます。

地域包括ケアシステムが 目指す新たな医療、介護サービス供給の在り方

医療介護費用の給付の適正化
質の向上に関する自治体/地域のビジョン



地域医療ビジョンは二次医療圏域を対象に都道府県単位で作成され、その実行が求められてきたし、地域包括ケアシステムにおいては、概ね中学校区を対象に集団の選定がなされ、市町村でその構築が進められてきた。

いずれの地域医療ビジョン・地域包括ケアシステムともに、その推進のためには、関係者のビジョンの共有が求められてきた。

【老健事業】保険者機能強化推進交付金等における自己評価方法の平準化に向けたマニュアル策定に関する調査研究意見交換会 兵庫県立大学大学院 筒井教授資料

地域医療構想
に基づく

将来
推計
を踏まえた

現状
を

4つの
場面
別の

データ
活用
して比較
することで

評価
する

あるべ
き姿
と

課題
を抽出し

多職種
共有
する

1. 大分県の概況

2. 取組の経緯

3. 実施した支援の内容

在宅医療・介護連携推進マネジメント研修 次第（R4.2.22 WEB開催）

- 1 事業マネジメントの考え方
（在宅医療の4つの場面を意識して）
- 2 地域医療構想と在宅医療・介護連携推進
- 3 将来推計を活用した事業マネジメント
（地域医療構想やレセデータ集計）

Step1：保険者としての意思（事業を通じて何を達成したい？）

ポイント

- 保険者として、以下のことを再度確認しましょう！
 - ✓ 国や県の医療・介護関係施策の方針や計画を理解していますか
 - ✓ 第8期介護保険事業計画に、**事業の目的をどう記載していますか？**
 - ✓ 計画に記載された目的を達成するため、4つの在宅医療介護の場面（**日常療養支援、入退院支援、急変時の対応、看取り**）について、**目指す姿を設定していますか？**

（豊後大野市の第8期計画より）

たとえ認知症や要介護状態になったとしても、幸福や尊厳、希望などの生きがいを見出すことができ、自らが望む場所において、看取りまでの療養生活を選択できるまち

具体化

日常の療養支援

医療・介護関係者の多職種協働によって本人・家族の療養生活を支援することで、認知症や要介護状態になる前に早期に発見して予防に繋げることができ、また、認知症や要介護状態になった後も本人・家族が住み慣れた場所で生活し、状態の維持・改善に向けた意欲を持つことができること。

看取り

本人・家族が看取りにおける支援内容を理解し、医療・介護関係者等が可能な限りQOLを高められるよう関与することで自らが望む場所で最期を迎えることができること。

※入退院支援、急変時対応についても計画に記載あり

Step2 : 現状把握

ポイント

- 事業の目的や目指す姿に関し、保険者として「**知りたいことは何か**」を整理しましょう！その上で**4つの場面**を意識し、目的意識をもってデータを収集しましょう！
- 情報を収集する際、「**質**」に関する現状と「**量**」に関する現状があることを意識し、可能な限り双方の現状を把握するようにしましょう。
- 知りたいことには幾つかのレベルがある。あなたの知りたいことはどのレベルですか？
 - ✓ 現状がわからないので、**現状をまずは知りたい！**
 - ✓ 課題があることは漠然と知っている。より具体的な対策を検討するために**課題の具体的な内容を知りたい！**
 - ✓ これまでの施策や事業の**効果を知りたい！** など

「量」の現状

見える化 データ	レセプト データ	ニーズ 調査	実態調査	専門家 会議	ヒアリング	独自 アンケート
-------------	-------------	-----------	------	-----------	-------	-------------

「質」の現状

Step3：取り組むべき課題の選定（※課題の具体化が重要）

ポイント

- **在宅医療の4つの場面**について、目指す姿と現状との比較を通じて、課題を出しましょう！その際、「提供サービス**量の課題**」と「連携の**質の課題**」を意識しましょう。
- 課題選定**プロセスを医療・介護関係者と共有・協議することも重要**です。
- 課題は通常複数あります。複数ある課題の中で、下記の視点から取り組むべき課題を絞り込みます。さらに、**具体的対策の検討のため、課題をより具体化します。**
 - ✓ 課題としての**緊急性**
 - ✓ **課題の重要性（目的や目標達成に直結する課題かどうか）**

図3-4. PDCAサイクルの展開手順（Step3：取り組むべき課題の設定）



図3-5. 課題とは何か？

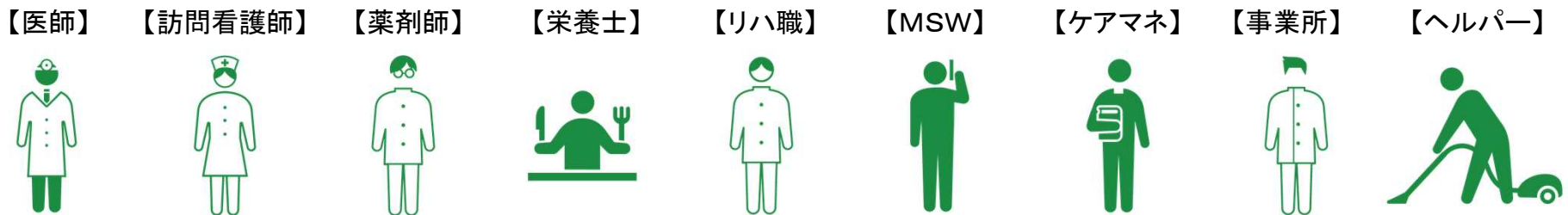


なぜ関係者との4つの場面を意識した目指す姿の協議・共有が必要か？



在宅医療・介護の連携で感じている課題は何ですか？

【がん】	【看取り】	【残薬】	【嚥下】	【フレイル】	【連絡漏れ】	【看取り】	【療養】	【人材不足】
------	-------	------	------	--------	--------	-------	------	--------



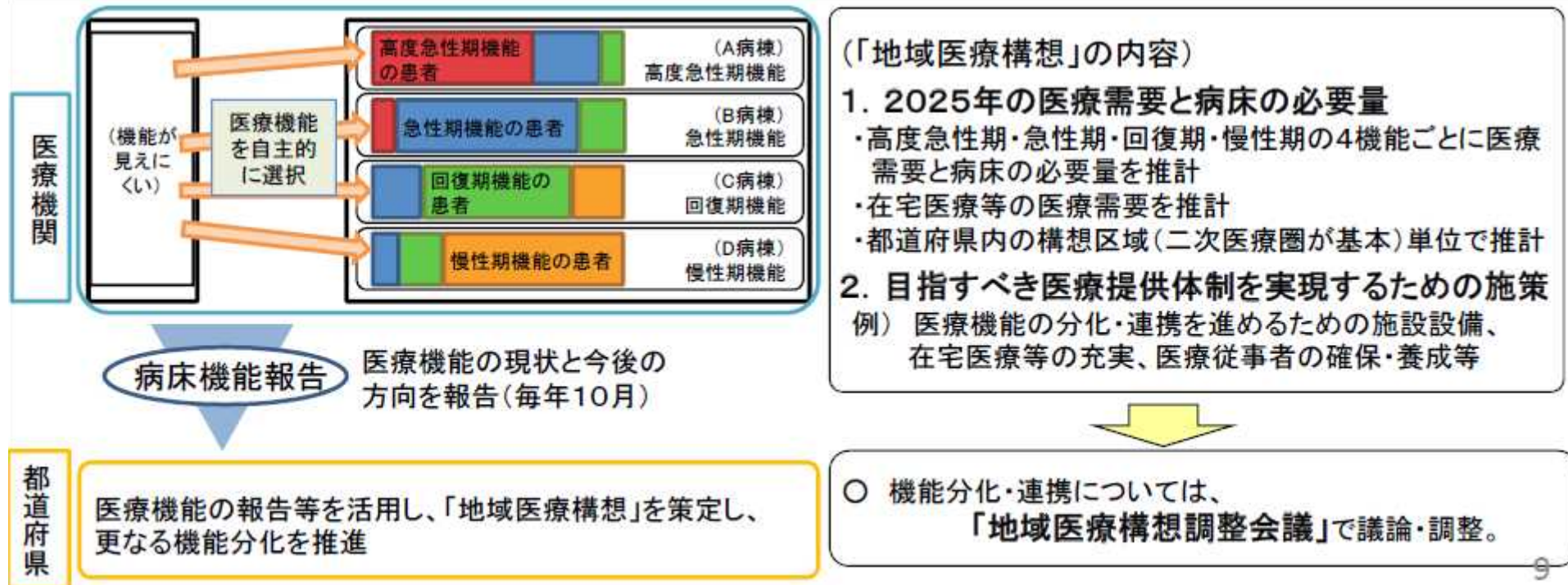
入退院の場面で感じている課題は何ですか？

【病診連携】	【早期導入】	【服薬継続】	【食形態】	【生活機能改善】	【連絡漏れ】	【カンファ参加】	【療養】	【情報連携】
--------	--------	--------	-------	----------	--------	----------	------	--------

「課題の具体化」と「我がごと化」をした上で、地域における「手段（事業）」を考えることができる

地域医療構想について

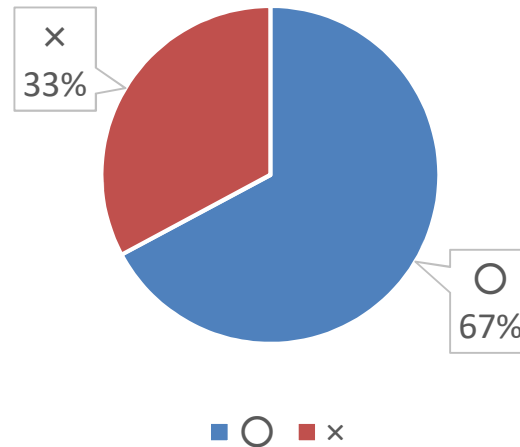
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。
- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。



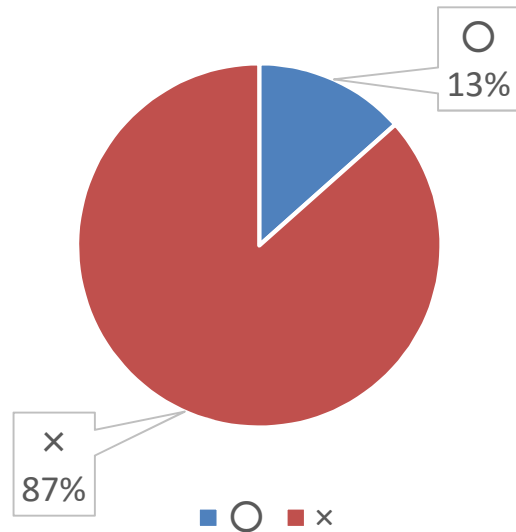
研修会出席申込時アンケートより

N=67

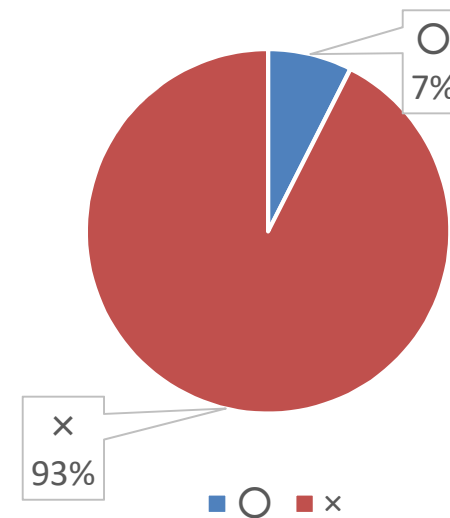
地域医療構想の趣旨や考え方を理解している



在宅医療・介護連携事業において、地域医療構想の推計値を活用したことがある



自市町村の地域医療構想に基づく将来的な在宅医療需要数を把握している



病床機能ごとの病床数の推移(県全体)

- 2020年と2015年の病床数を病床機能ごとに比べると、高度急性期が171床減少、急性期が704床減少、回復期が531床増加、慢性期が362床減少した。
- 2025年見込の急性期の病床数は8,606床であり、大分県地域医療構想における2025年の必要病床数と比べ3,698床の開きがある。一方で、回復期については2,035床不足しており、急性期等からの転換を進める必要がある。

【2015年度病床機能報告】

2015年

合計17,709床



【2020年度病床機能報告(2021年12月末時点暫定値)】

2020年

合計17,444床



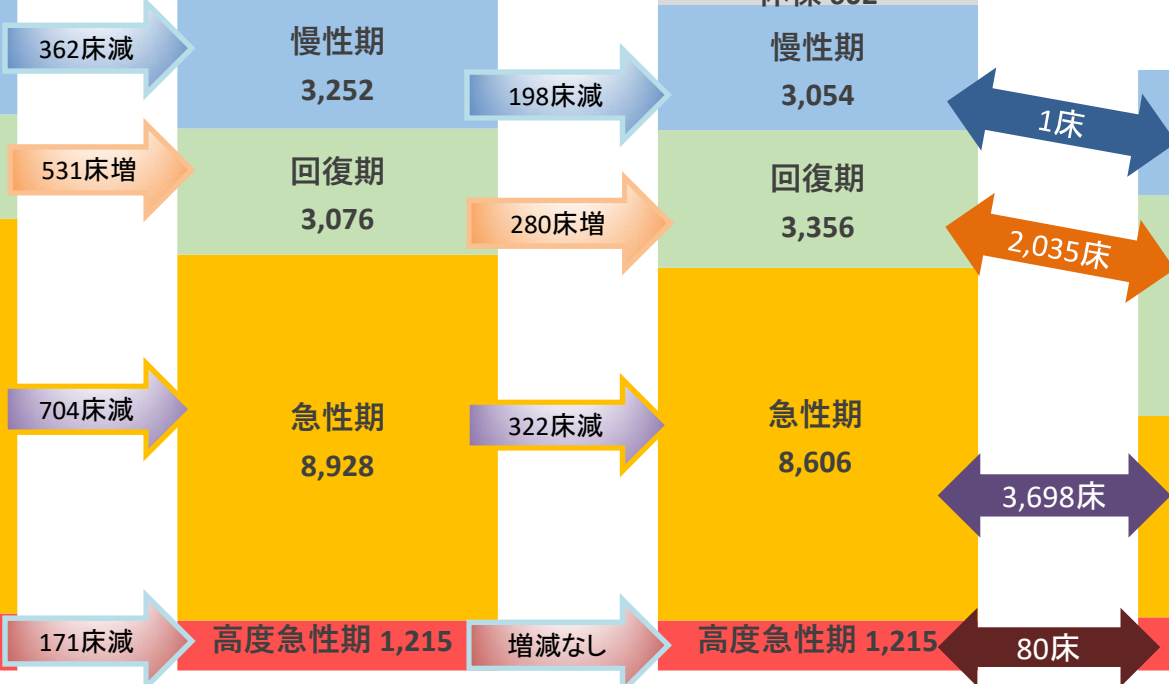
2025年見込※1

合計16,833床



【大分県地域医療構想における2025年の必要病床数】

合計14,649床



※1: 2020年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

介護施設・在宅医療等の追加的需要について

<8期期間中の追加的需要への対応>

市町村	介護施設分	在宅医療分
	介護施設:在宅医療分=2:1 下線:市町村との協議による配分変更	
A	0	0
B	0	0
C	0	0
D	0	0
E	0	<u>37</u>
F	48	25
G	0	0
H	3	2
I	2	1
J	3	1
K	0	0
L	0	<u>26</u>
M	0	<u>65</u>
N	9	5
O	5	2
P	63	32
Q	8	4
R	0	<u>56</u>
計	141	<u>256</u>

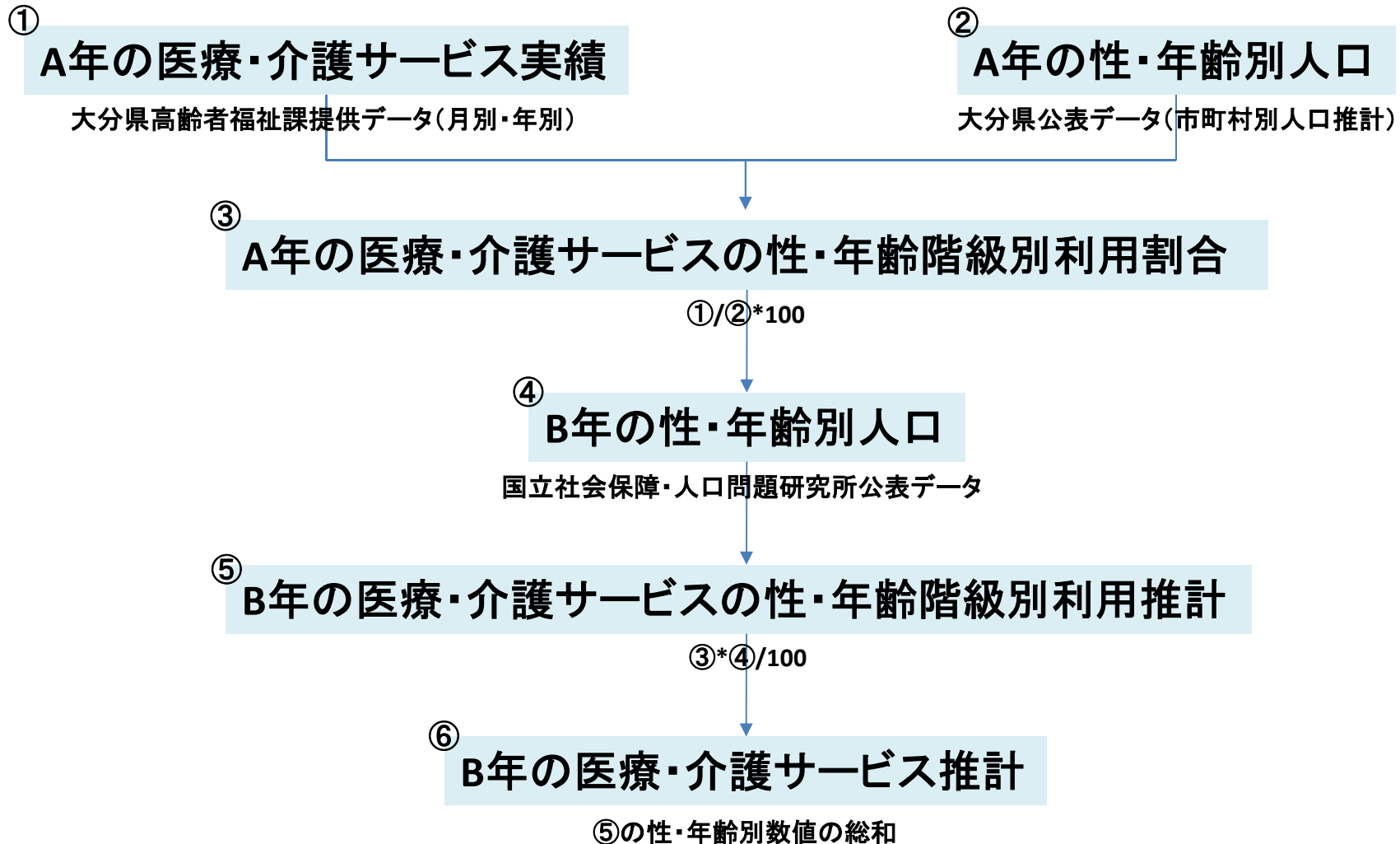
<地域医療構想終期(2025)までの追加的需要>

市町村	2025年需要	8期までの対応数	差
	当該対応は、9期計画策定までに検討する必要		
A	225	169	56*
B	59	44	15
C	65	49	16
D	5	4	1
E	49	37	12
F	129	97	32
G	14	11	3
H	7	5	2
I	11	8	3
J	5	4	1
K	22	17	5
L	34	26	8
M	102	77	25*
N	18	14	4
O	25	19	6
P	165	124	41*
Q	56	42	14
R	128	96	32
計	1119	843	<u>276</u>

*:療養病床の推計減少数に満たない病床があり、変動可能性有

在宅医療等の自然増の推計方法について

地域医療構想策定ガイドラインの推計手法を用いて推計。→入院外において継続的な療養を必要とする患者の推計については、平成25年(2013年)に在宅患者訪問診療料を算定している患者の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年(2025年)における性・年齢階級別人口を乗ずることによって、在宅医療等の医療需要に含めて推計する。



訪問診療の自然増について(令和2年診療実績による推計)

市町村	2020年実績	2023年推計 (8期計画終期)	2025年推計 (地域医療構想終期)
A	1211	1308	1373
B	245	255	261
C	222	228	232
D	21	21	21
E	131	139	144
F	3816	4385	4764
G	245	252	257
H	316	326	332
I	199	220	233
J	564	592	611
K	130	136	140
L	411	426	436
M	319	333	342
N	40	41	42
O	76	79	81
P	277	292	303
Q	92	95	96
R	474	492	504
計	8850	9619	10172

2025年自然増推計: 2020年実績をもとに、2025年の将来人口推計(社人研)から算出

2023年推計: 2025年推計の伸び率から割り戻し推計

2020年実績: 高齢者福祉課医療介護レセプトデータ集計(令和2年10月診療実績)(64歳以下は集計除外)

(1) 在宅医療・介護連携に係る医療保険データの抽出、集計。

(1) 在宅患者訪問診療料。

- ①在宅患者訪問診療料（Ⅰ）1 イ。
- ②在宅患者訪問診療料（Ⅰ）1 ロ。
- ③在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2 イ。
- ④在宅患者訪問診療料（Ⅰ）2 ロ。
- ⑤在宅患者訪問診療料（Ⅱ） の別。
- ⑥在宅患者訪問診療料（上記①～⑤の重複を除いたもの）。

(2) 在宅ターミナルケア加算。

(3) 在宅療養実績加算。

(4) 看取り加算。

(5) 死亡診断加算。

(6) 在宅患者訪問看護・指導料。

(7) 在宅移行管理加算。

(8) 夜間・早朝訪問看護加算。

(9) 深夜訪問看護加算。

(10) 同一建物居住者訪問看護・指導料。

(11) 訪問看護指示料。

(12) 特別訪問看護指示加算。

(13) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料。

(14) 在宅患者訪問薬剤管理指導料。

- ①在宅患者訪問薬剤管理指導料（医科）。
- ②在宅患者訪問薬剤管理指導料（調剤）。
- ③在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（調剤） の別。

(15) 在宅患者訪問栄養食事指導料。

(16) 訪問歯科診療。

- ①歯科訪問診療1。
- ②歯科訪問診療2。
- ③歯科訪問診療3。
- ④歯科訪問診療（上記①～③の重複を除いたもの） の別。

(17) 訪問歯科衛生指導料。

(18) 退院前在宅療養指導管理料。

(19) 訪問看護（請求支払）。

(20) 入退院支援加算。

- 入退院支援加算1。
- 入退院支援加算2。
- 入退院支援加算3 の別。

(21) 退院時共同指導料。

(22) 介護支援等連携指導料。

(23) 在宅が元医療従事者診療料。

(24) 往診料。

(2) 在宅医療・介護連携に係る介護保険データの抽出、集計。

(0) 訪問介護。

- ①訪問介護費 イ。
- ②訪問介護費 ロ。
- ③訪問介護費 ハ の別。
- ④訪問介護費（①～③の重複を除いたもの）。

(1) 居宅療養管理指導【医師】。

- ①居宅療養管理指導【医師】。
- ②介護予防居宅療養管理指導【医師】 の別。

(2) 居宅療養管理指導【歯科医師】。

- ①居宅療養管理指導【歯科医師】。
- ②介護予防居宅療養管理指導【歯科医師】 の別。

(3) 居宅療養管理指導【薬剤師】。

- ①居宅療養管理指導【薬剤師】。
- ②介護予防居宅療養管理指導【薬剤師】 の別。

(4) 居宅療養管理指導【管理栄養士】。

- ①居宅療養管理指導【管理栄養士】。
- ②介護予防居宅療養管理指導【管理栄養士】 の別。

(5) 居宅療養管理指導【歯科衛生士】。

- ①居宅療養管理指導【歯科衛生士】。
- ②介護予防居宅療養管理指導【歯科衛生士】 の別。

(6) 訪問看護。

- ①訪問看護費 イ (1)～(4)。
- ②訪問看護費 イ (5)。
- ③訪問看護費 ロ (1)～(4)。
- ④訪問看護費 ハ の別。

(7) 訪問看護費 夜間・深夜・早朝加算。

(8) 緊急時訪問看護加算。

(9) 訪問看護費 ターミナルケア加算。

(10) 訪問リハビリテーション。

(11) 入院時情報連携加算。

- 入院時情報連携加算(Ⅰ)。
- 入院時情報連携加算(Ⅱ) の別。

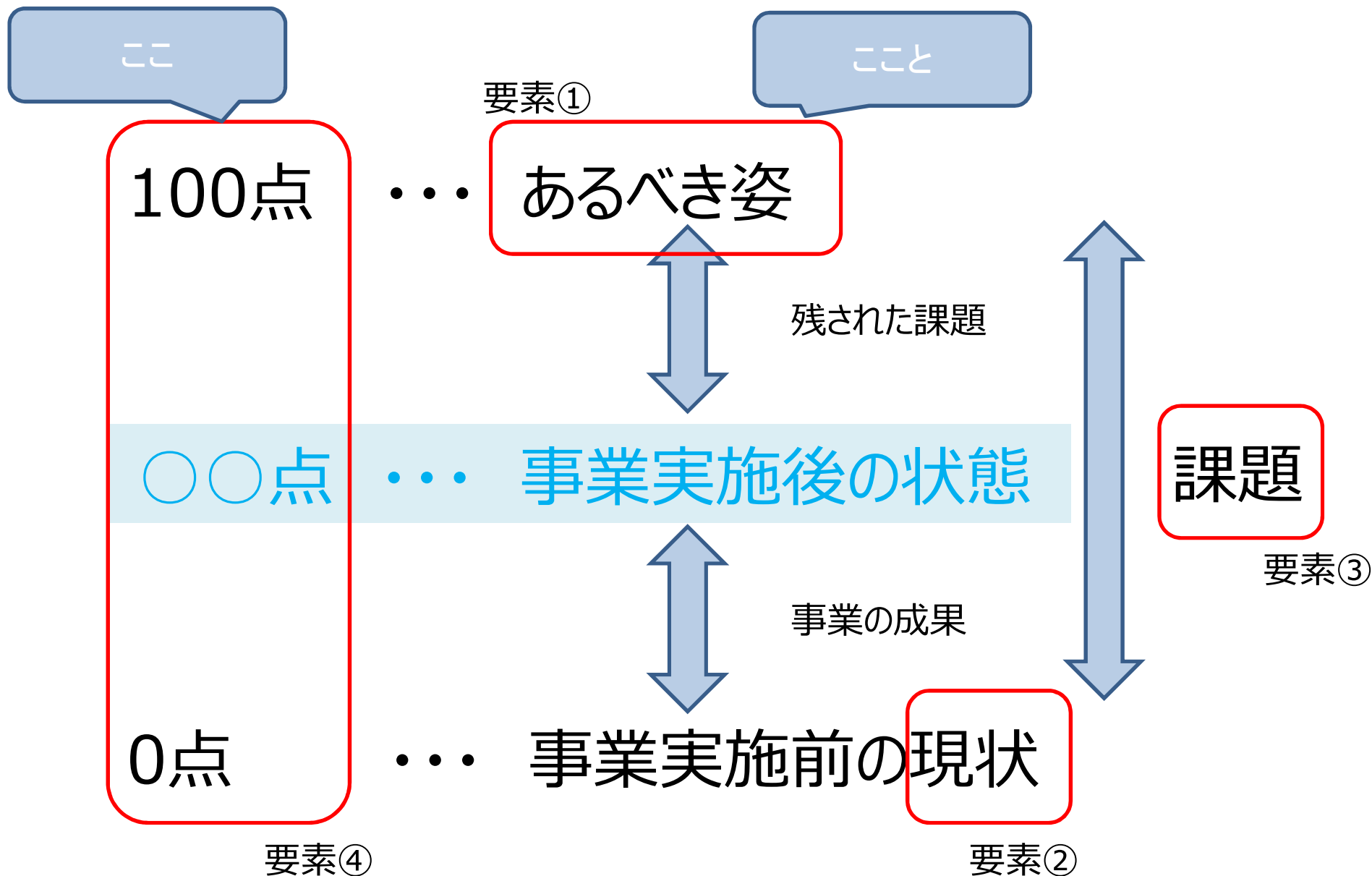
(12) 退院・退所加算。

(13) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費。

(14) 小規模多機能型居宅介護費。

(15) 看護小規模多機能型居宅介護費。

事業マネジメントのどこに将来推計(地域医療構想やレセデータ集計)を活用するか



質問①

- あなたの地域では、地域医療構想が進んでいく中で、在宅医療・介護にどのような変化が起こると思いますか
- 在宅医療の4つの場面に分けて考えてください

質問①

(1) 在宅医療利用者(訪問診療利用者)の変化

2020年 訪問診療利用者数	2025年 訪問診療利用者推計
人	人

(2) 在宅医療・介護の4つの場面では、どのような影響がありますか

(入退院)	(日常療養)
(急変時対応)	(看取り)

質問②

- 地域医療構想と地域包括ケアが進むことにより、地域住民がどのような暮らしを送れるようになると良いとおもいますか
- 在宅医療の4つの場面に分けて考えてください

質問③

- 想定した影響を確認するため、現状を知るにはどのようなデータを確認すればよいと思いますか
- 在宅医療の4つの場面に分けて考えてください

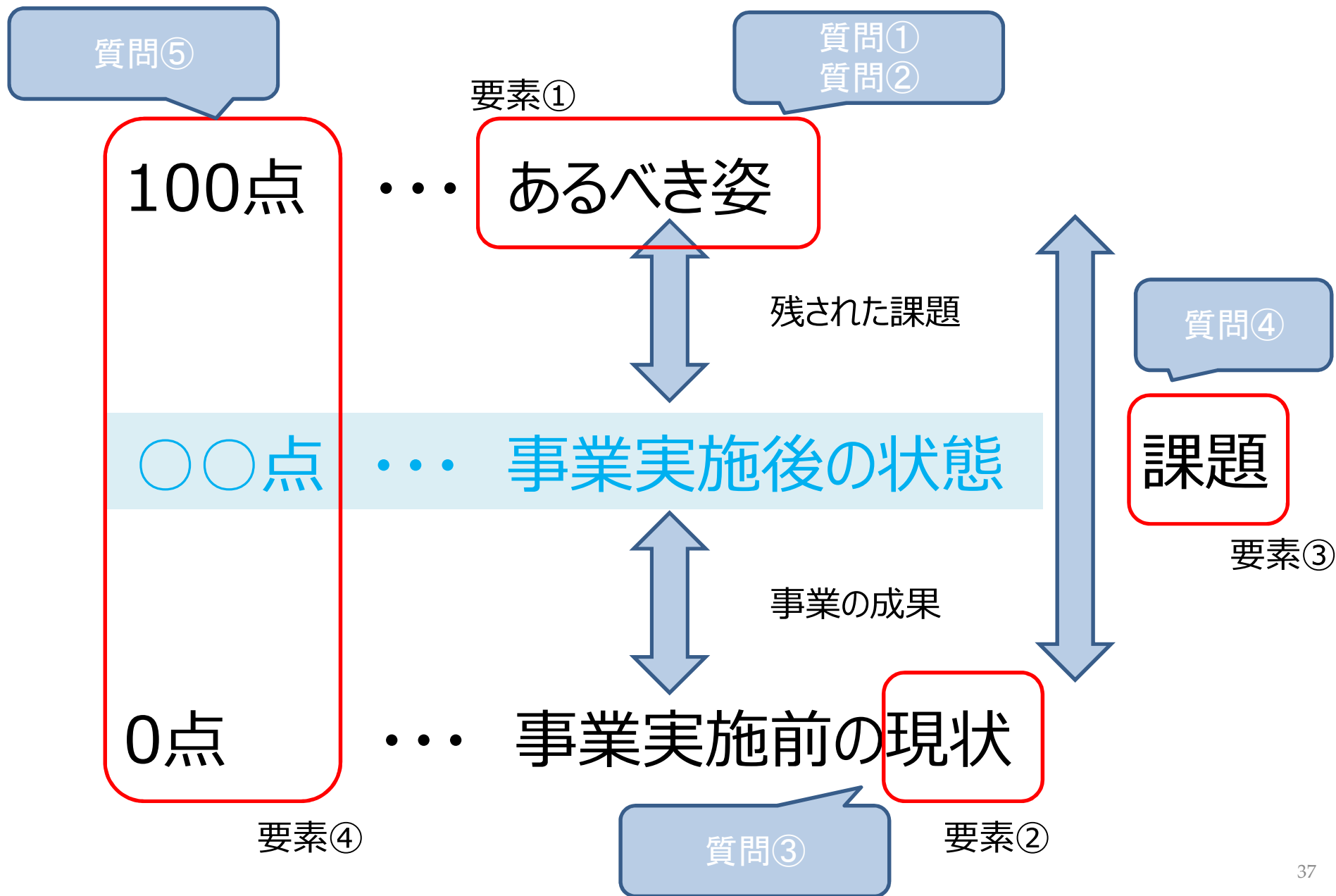
質問④

- 地域医療構想と地域包括ケアが進むことにより、地域住民が望む暮らしを送れるようになるには、在宅医療従事者と、介護従事者のどのような連携が必要となりますか
- 在宅医療の4つの場面に分けて考えてください

質問⑤

- 地域に求められる連携の状況を把握するためには、どのようなことを知りたいですか。
- 在宅医療の4つの場面に分けて考えてください

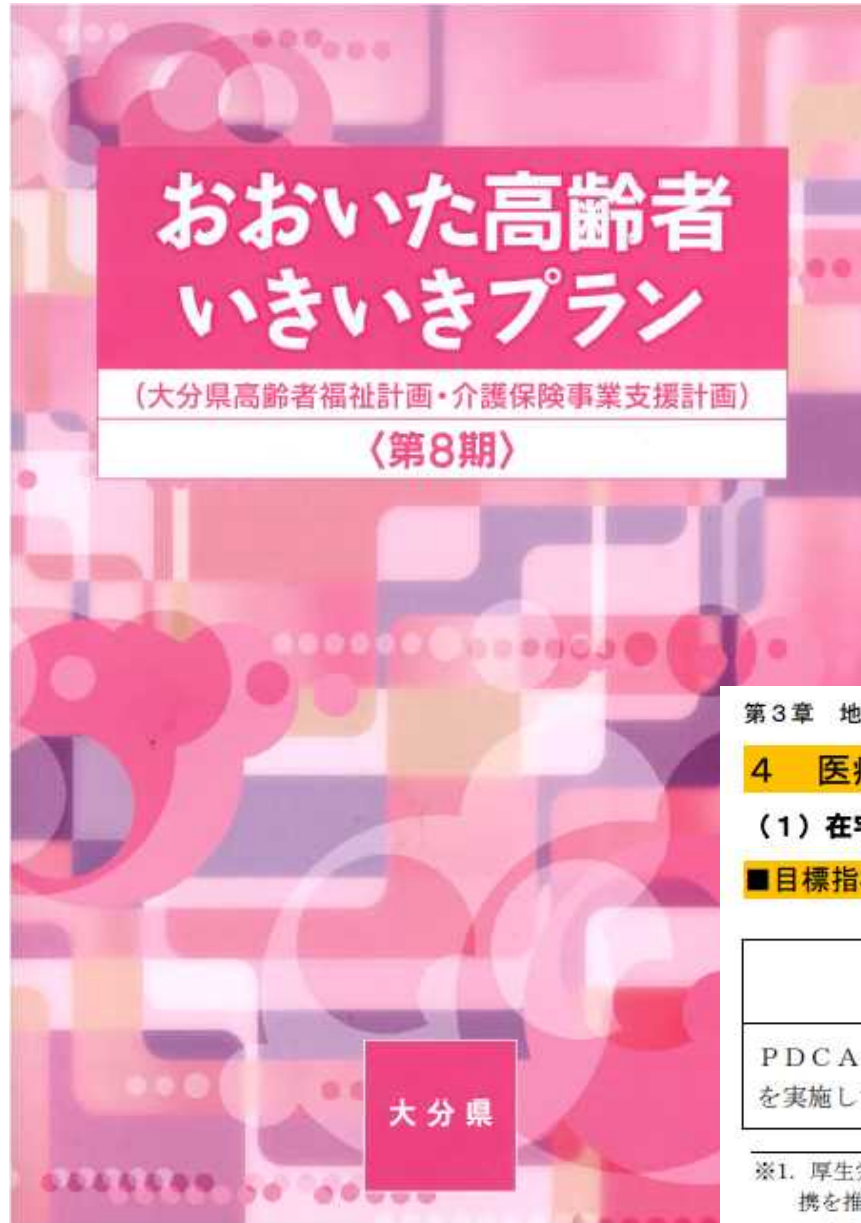
事業マネジメントのどこに将来推計 (地域医療構想やレセデータ集計) を活用するか



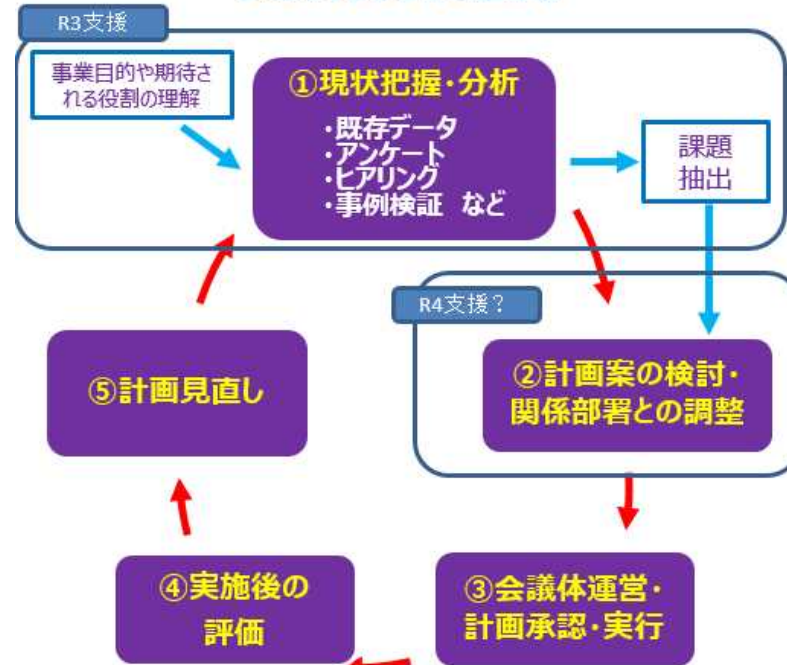
【研修実施後アンケート】

- ・事業マネジメントの考え方を(概ね)理解できた 79%
- ・地域医療構想の趣旨や考え方を(概ね)理解できましたか 86%
- ・自市町村の地域医療構想に基づく将来的な在宅医療需要数を(概ね)把握できた 66%
- ・今後在宅医療・介護連携推進事業を実施するにあたり、地域医療構想の推計値を活用出来そう 34%

今後について



事業マネジメントの進め方



第3章 地域で安心して暮らせる基盤づくりの推進

4 医療・介護連携の推進

(1) 在宅医療・介護連携推進事業の充実

■目標指標

指標名	単位	令和元(2019)年	令和5(2023)年
		基準値	目標値
PDCAサイクルに沿った取組を実施している市町村の数※1	市町村	4	18

※1. 厚生労働省が実施する在宅医療・介護連携推進事業の実施状況に関する調査において、「在宅医療・介護連携を推進する上で、目指す姿・実現したい姿を設定し、それに基づいて事業計画、目標、評価方法を策定して事業を推進しているか」という質問項目に対し、全て実施していると回答した市町村数