

香川県 在宅医療・介護連携に関する市町研修

在宅医療・介護連携推進事業の 進め方を考える —相談支援を中心に—

2017年10月17日

松本 佳子



東京大学 医学部 在宅医療学拠点

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

お話しする内容

1. はじめに
静岡県でのヒアリングで分かったこと
2. 在宅医療・介護連携推進事業におけるPDCA
「真のPDCA」をまわす
3. 事例紹介
西東京市「にしなのわ」の設置過程
4. 在宅医療・介護連携に関わるコーディネーター

1. はじめに

(オ)在宅医療・介護連携に関する 相談支援

- 地域の医療・介護関係者からの在宅医療・介護連携に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他必要な援助を行う事業
(介護保険法施行規則140条の62の8)

<在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.2 主な変更点>

- 相談員として有資格者の人材確保が困難な場合、郡市区医師会等との連携体制の確保
- 配置する人材が地域の様々な在宅医療・介護連携の取組みに積極的に関与する

(オ)相談支援についてよくある困り事

- 相談支援窓口をどこに設置してよいか？
- 相談支援窓口の業務を担う人材はどういう人が良いのか？
- 医師会に設置したいけど、医師会の協力が得られない
- 相談業務、連携コーディネーター業務を担える人が地域にいない
- 相談窓口を設置したけど相談がない
- 連携コーディネーターの役割が不明

静岡県での相談支援に関するヒアリングの結果

	H市 (80万人)	I市 (17万人)	FE市 (15万人)	FI市 (9万人)	K町 (7千人)
設置	H市医療公社 (委託)	健康福祉部 健康増進課	市医師会 (委託)	地域包括ケ ア推進課	福祉課地域包括 支援センター
場所	H市医療セン ター	総合健康福 祉会館	F市立総合病 院	FI市総合健 康センター	町役場
担当・資格	・看護師 ・MSW (もと病院患 者相談室)	行政保健師	・MSW2名 (1名は診療 所MSWと兼 務)	・行政保健師 ・看護師(もと 地域包括主 任ケアマネ)	行政保健師
相談者	従事者	●	●	●	●
	住民			●	●
相談内容	在宅	●	●	●	●
	入退院	●		●	●
その他	センター長 (医師)、事 務2名(1名は 行政から出向)	在宅医療・ 介護連携推 進事業の担 当者	在宅医師へ の支援 他事業項目 も受託	市民総合相 談窓口と一 体化	在宅医療・ 介護連携推 進、地域包 括業務、他
特徴	5医師会、市 内での公平 中立性担保	地域課題の 把握と事業 への反映	医師支援、 入退院時の 連携が迅速	ワンストッ プの相談窓 口	住民に密着 した一体的 サービス

ヒアリングで分かったこと

- 場所と職種はバラバラ
- 設置主体(委託先)と場所は必ずしも一致しない
- 新しく作った場合もあれば、そもそもあった機能を使う場合もある
- 対応する相談者や内容も濃淡あり
- 医師(会)との関係構築できる体制・人材がある
- (オ)相談支援だけでなく色々な役割を担う

⇒地域の資源とその機能・役割を把握し、地域の課題と目指す姿を明確にすることがまず必要

2. 在宅医療・介護連携推進事業 におけるPDCA

※詳しくは、平成29年度厚生労働省主催
「在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー」
レクチャー1資料をご覧ください。



市町村の役割：地域マネジメント

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



ロジックモデル（事業評価の基本枠組み）

真のPDCA

事業項目（カ）研修を例に

評価の各次元

評価の循環（PDCA）

こうしたら

こうなった

インプット
（投入）

- 研修のための予算や人員

アクティビティ
（活動）

- 研修の実施

アウトプット
（結果）

- 研修の実施回数・参加者数など

アウトカム
（成果）

- 初期：研修参加者が在宅医療や多職種連携に関する知識を獲得
- 中間：医師・看護師などが在宅医療を実践／医療職と介護職の連携が円滑に
- 長期：要介護者やその家族が安心して・幸せに在宅で暮らせる

セオリー評価（理論的な枠組みの適切

プロセス評価（ちゃんとやったか）

インパクト評価（成果につなが

コスト・パフォーマンス評価（費用対効果

PDCAもどき

在宅医療・介護連携推進事業(介護保険の地域支援事業、平成27年度～)

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業(平成23・24年度)・在宅医療推進事業(平成25年度～)により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平
- 各市区町村は、原則として(ア)～(ク)の全ての事業項目を
- 事業項目を郡市区医師会等(地域の医療機関や他の団体
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係
- 事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに

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

※ 各地の事例発表においても、事業項目は「後付け」されていることが多い

長。国は、事

事業項目と取組例

(ア)地域の医療・介護の資源の把握

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



(エ)医療・介護関係者の情報共有の支援

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

(キ)地域住民への普及啓発

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



(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

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

(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援

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

(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

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

(カ)医療・介護関係者の研修

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

(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

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

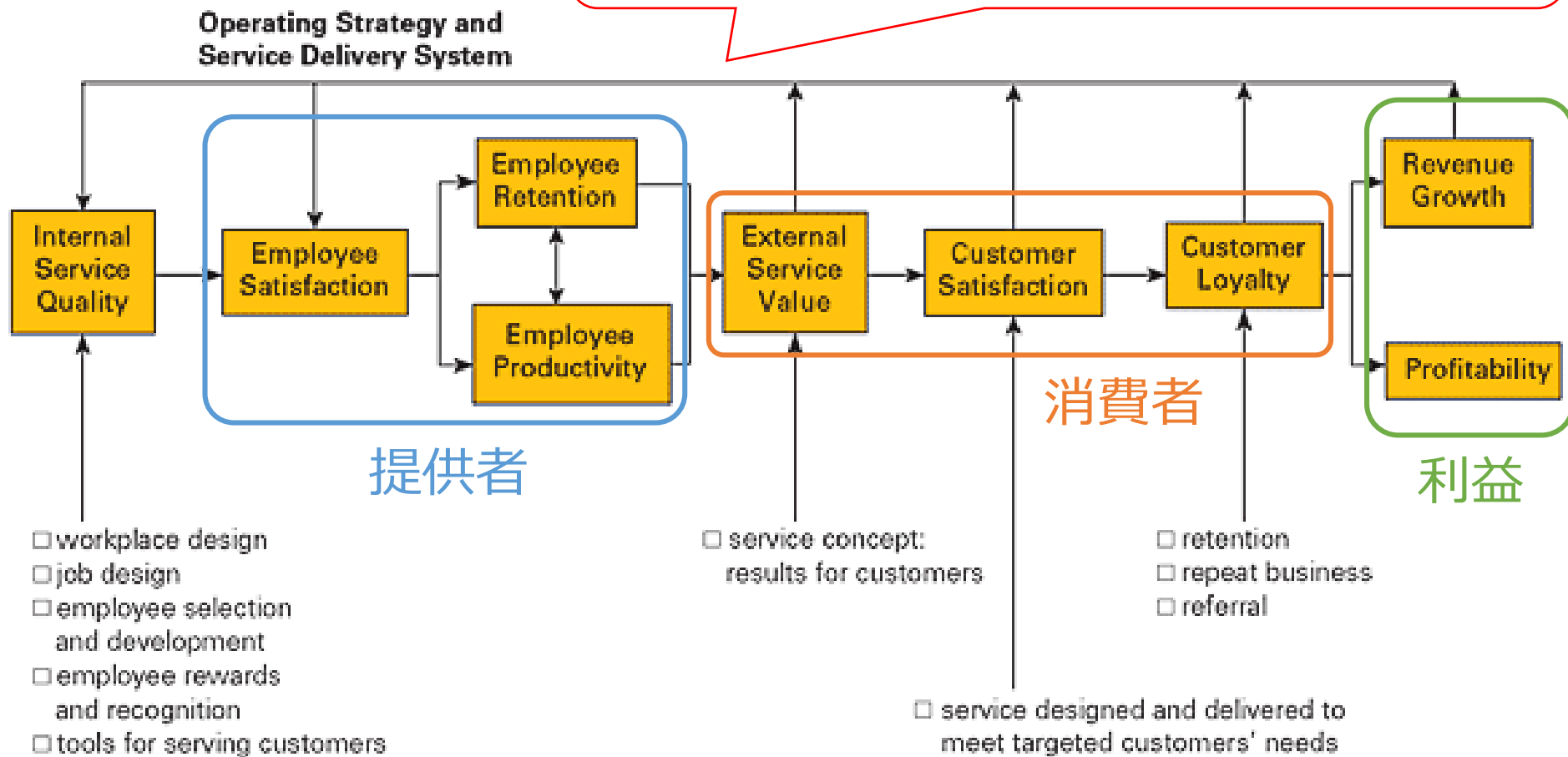
医療・介護の目的（≡アウトカム）とは？

- 医療介護総合確保促進法第一条
 - （前略）もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。
- 介護保険法第一条
 - （前略）この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう（後略）
- 医療法第一条の二
 - 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし（後略）

これらの要素を総合的に測るためには、生存率の延伸や身体機能の改善といった客観的側面を評価するだけでなく主観的側面（幸せ・安楽・生きがいなど）にも目を向ける必要がないだろうか？（在宅医療・介護の領域においては特に）

アウトカムを考える枠組み例（1）： サービス・プロフィット・チェーン (Heskett, et al., 1994)

対人サービス領域では提供者・消費者の双方の要素がアウトカムに影響する



アウトカムを考える枠組み例（２）： 「三方よし」（売り手よし・買い手よし・世間よし）

- 医療・介護職等へのアンケート

売り手（従事者）
高い職務満足
低い離職／病欠

買い手（利用者）
高い利用者満足
ケアの質担保

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

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

世間（社会）
低いコスト

- コストデータ解析（レセプト等）
- 住民アンケートの地区別解析

地域の目指す理想像≡アウトカム（例）

- 長生きするなら●●区が一番
- みんなが楽で疲れない在宅医療
- 在宅看取りを地域の文化に
（在宅で亡くなるのが当たり前地域を目指す）

⇒これらがどの位達成されたのかを測る「ものさし」が「指標」

例えば、、、

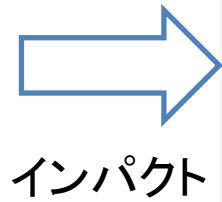
要介護者の生活満足度、医療・介護従事者の働きがい

ロジックモデルと評価指標

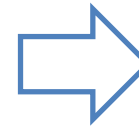
ヒト・モノ・カネを投入して活動する

サービスがよくなる

住民の状態がよくなる



中間
アウトカム



最終
アウトカム

ストラクチャー
指標

プロセス
指標

アウトカム
指標

× PDCAもどき

○ 真のPDCA

評価指標 = ものさしの分類： ドナベディアン・モデル (Donabedian, 1988)

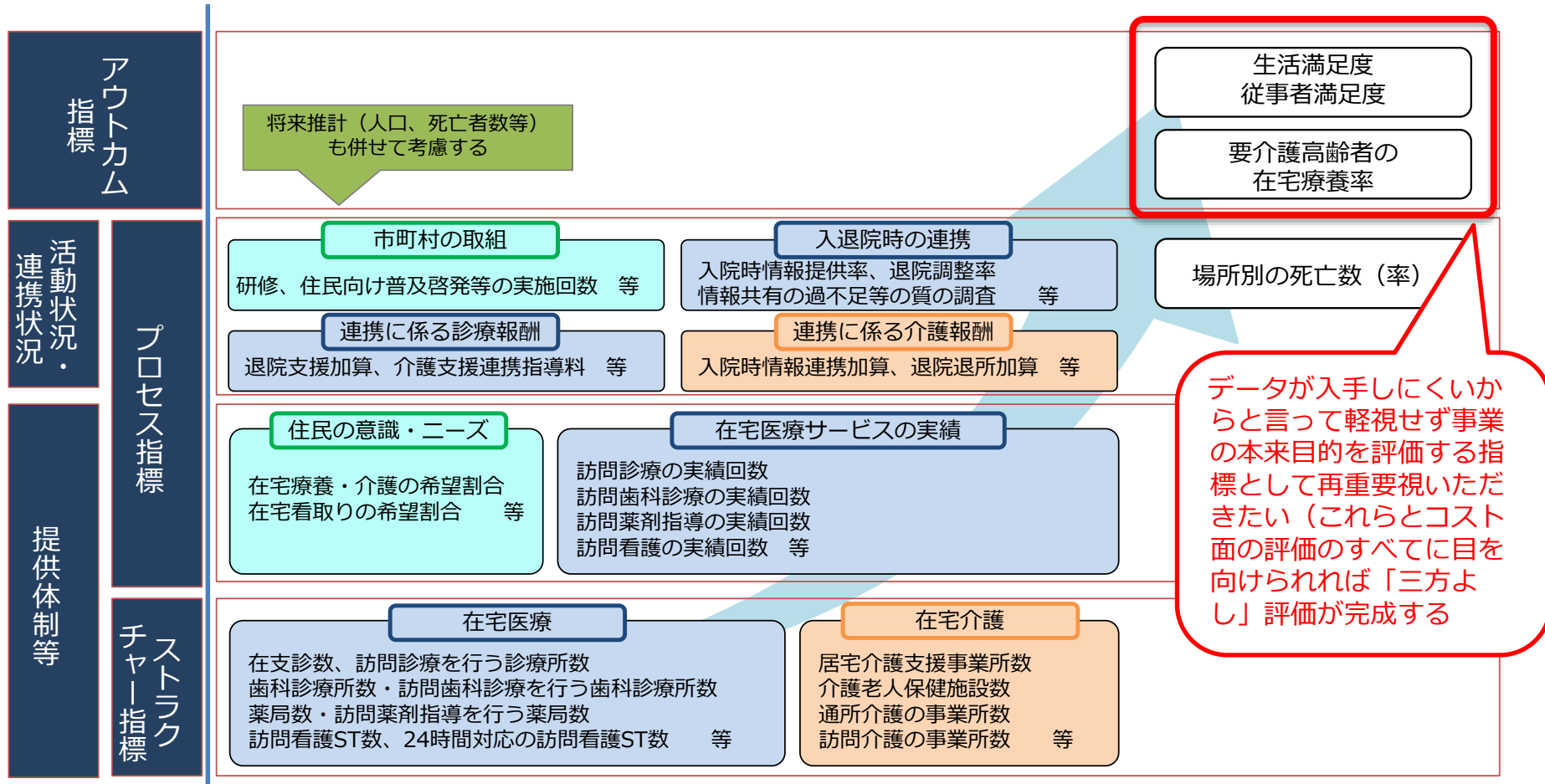
レベル	指標例	出典例	限界点
ストラクチャー(S)	<ul style="list-style-type: none"> 施設・事業所数 各職種の数 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機能情報提供制度 介護サービス情報公表制度 病床機能報告 など 	<ul style="list-style-type: none"> <u>ハコがあっても稼働していないかもしれない</u>
プロセス(P)	<ul style="list-style-type: none"> 各職種により提供されるサービスの量や内容 	<ul style="list-style-type: none"> 医療レセプト 介護レセプト 病床機能報告 など 	<ul style="list-style-type: none"> <u>質は問わず量しか確保されていないかもしれない</u>
アウトカム(O)	<ul style="list-style-type: none"> 住民の幸福感等 医療・介護従事者のやりがい等 住民1人あたり医療・介護費 <p>※詳しくは後掲のサービス・プロフィット・チェーンや三方よしのスライドを参照</p>	<ul style="list-style-type: none"> 住民アンケート 従事者アンケート 医療レセプト 介護レセプト など 	<ul style="list-style-type: none"> 住民や提供者の主観的側面を調査した系統的なアンケートがまだ多くない

測定指標の一例：「在宅で生活する認知症高齢者の日常生活自立度II以上の高齢者のうち80%以上が在宅生活の継続に大きな不安を感じない」(MURC. 地域包括ケア研究会: 地域包括ケアシステムと地域マネジメント. 2016)

※不安の有無はアンケートにより聴取するしか把握の方法がない

在宅医療・介護連携推進事業における指標のイメージ

○ 地域の課題や取組に応じて、必要な評価指標を検討、選択することが重要。



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

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

出所) 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況および先進事例等に関する調査研究事業（平成28年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所）

重要と思われる評価軸のまとめ

- ストラクチャー・プロセス・**アウトカム**
- 住民側・従事者側・コスト面
- 以上の定点観測（時系列評価）

定期的に測定して初めて変化が見える
（1回測っただけでは見えない）
+
担当者が異動しても視点が維持される

アウトカム：介護予防領域の調査項目もぜひ流用を 介護予防・日常生活圏域二エズ調査票（必須項目）「健康について」抜粋

問7 健康について	
(1) 現在のあなたの健康状態はいかがですか	
1. とてもよい 2. まあよい 3. あまりよくない 4. よくない	
(2) あなたは、現在どの程度幸せですか (「とても不幸」を0点、「とても幸せ」を10点として、ご記入ください)	
とても不幸 1点 2点 3点 4点 5点 6点 7点 8点 9点 10点 とても幸せ	
(3) この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか	
1. はい 2. いいえ	
(4) この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	
1. はい 2. いいえ	

主観的
健康感

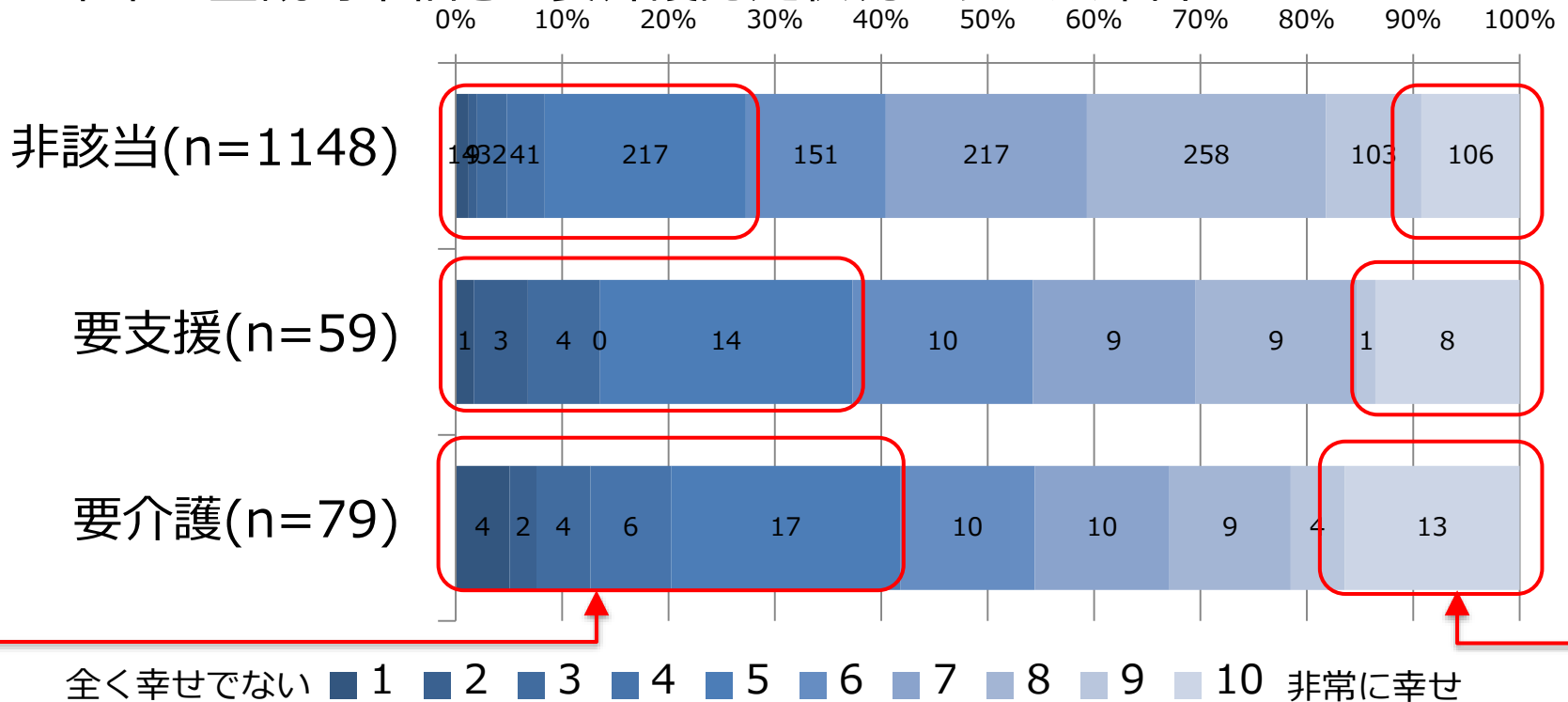
主観的
幸福感

抑うつ

これらの項目を要介護者（訪問診療利用群・入院群・入所群）に対して実施するだけで、自立高齢者群との比較が可能となる

主観的幸福感の測定例 (JAGESデータより)

- 某市の主観的幸福感×要介護認定状況のクロス集計



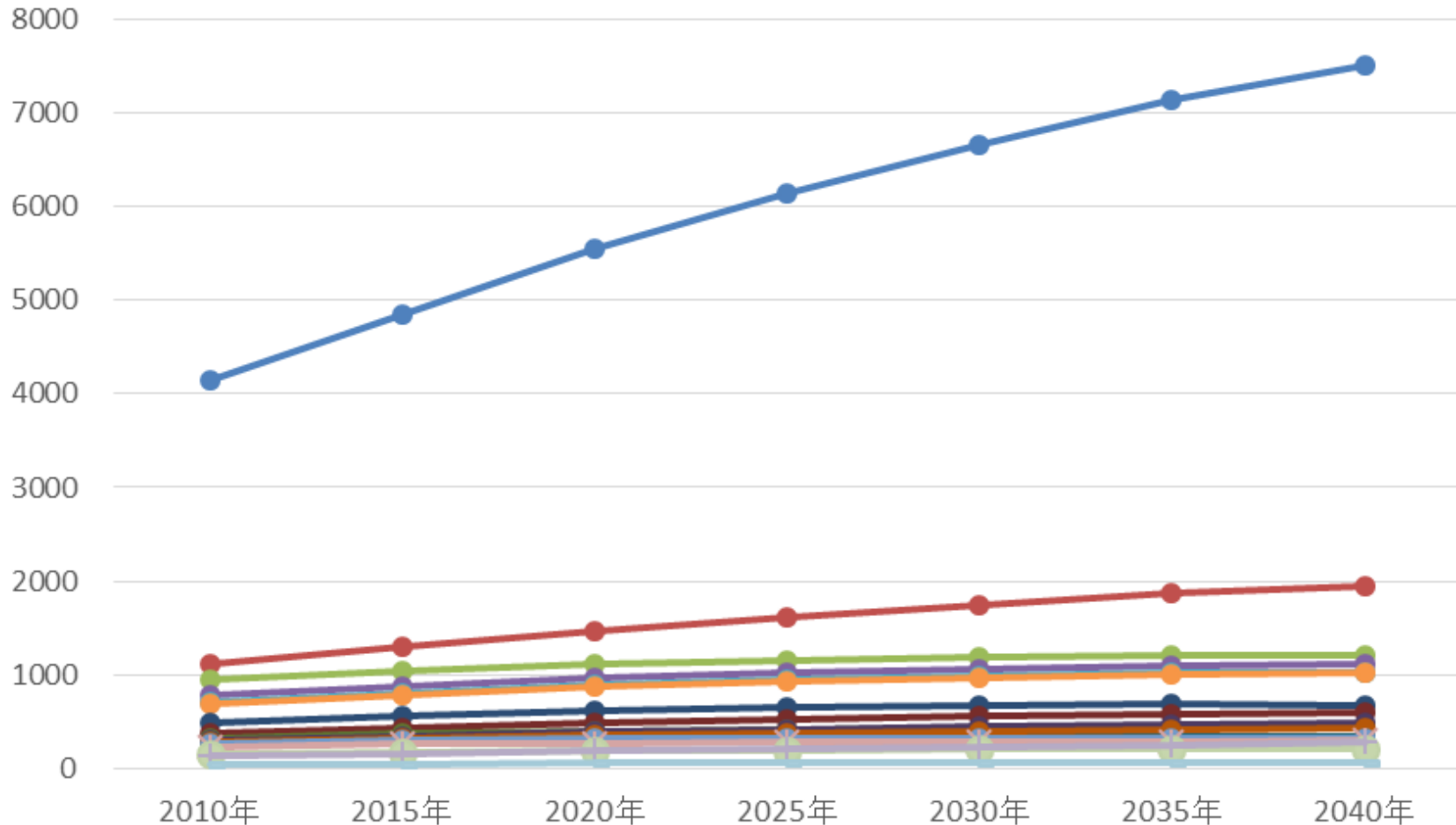
(資料：千葉大学近藤克則教授)

非該当・要支援・要介護の3群を比較すると…

- 要介護・支援群において相対的に「幸せではない」と感じている人の割合が高いという見方もできる
- 一方で、要介護・支援群において「非常に幸せ」と感じている人の割合が高いという見方もできる

→市町村が要介護者も含めて幸福感等の主観的指標を定点観測し、ADLなどの客観的指標とあわせて在宅医療（・介護連携）あるいは地域包括ケアの複合的評価指標として活用できるのではないか？

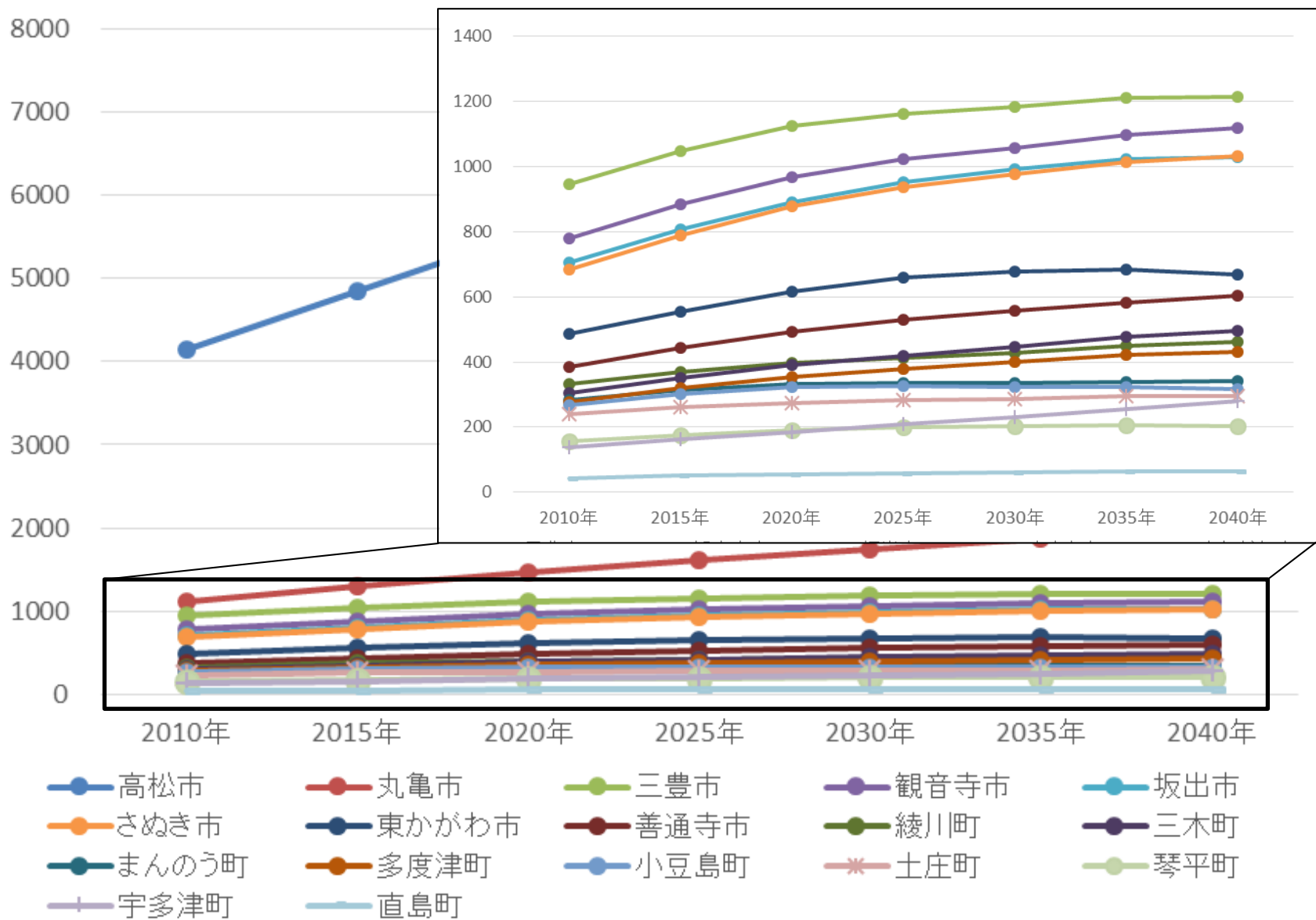
参考：香川県における死亡者数の市町村別推計参考値（簡易的な手法による）



- 高松市
- 丸亀市
- 三豊市
- 観音寺市
- 坂出市
- さぬき市
- 東かがわ市
- 善通寺市
- 綾川町
- 三木町
- まんのう町
- 多度津町
- 小豆島町
- 土庄町
- 琴平町
- 宇多津町
- 直島町

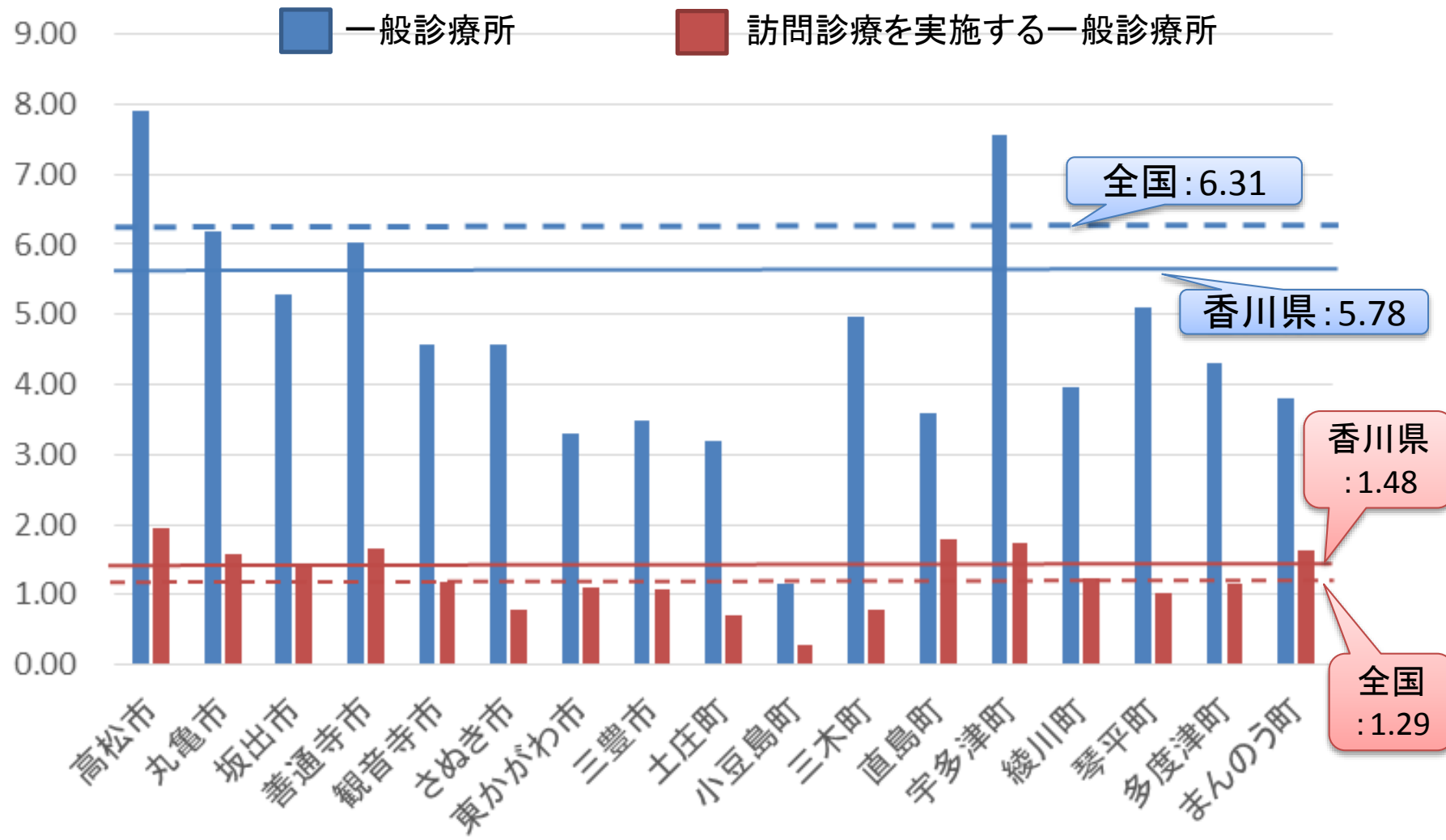
資料：人口動態調査（2010年）の性・年齢階級別死亡率に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」における封鎖人口を仮定した男女・年齢階級別の推計結果（出生と死亡だけの要因で人口が変化すると仮定した人口移動の影響を含まない参考値）を乗じたもの

参考：香川県における死亡者数の市町村別推計参考値（簡易的な手法による）



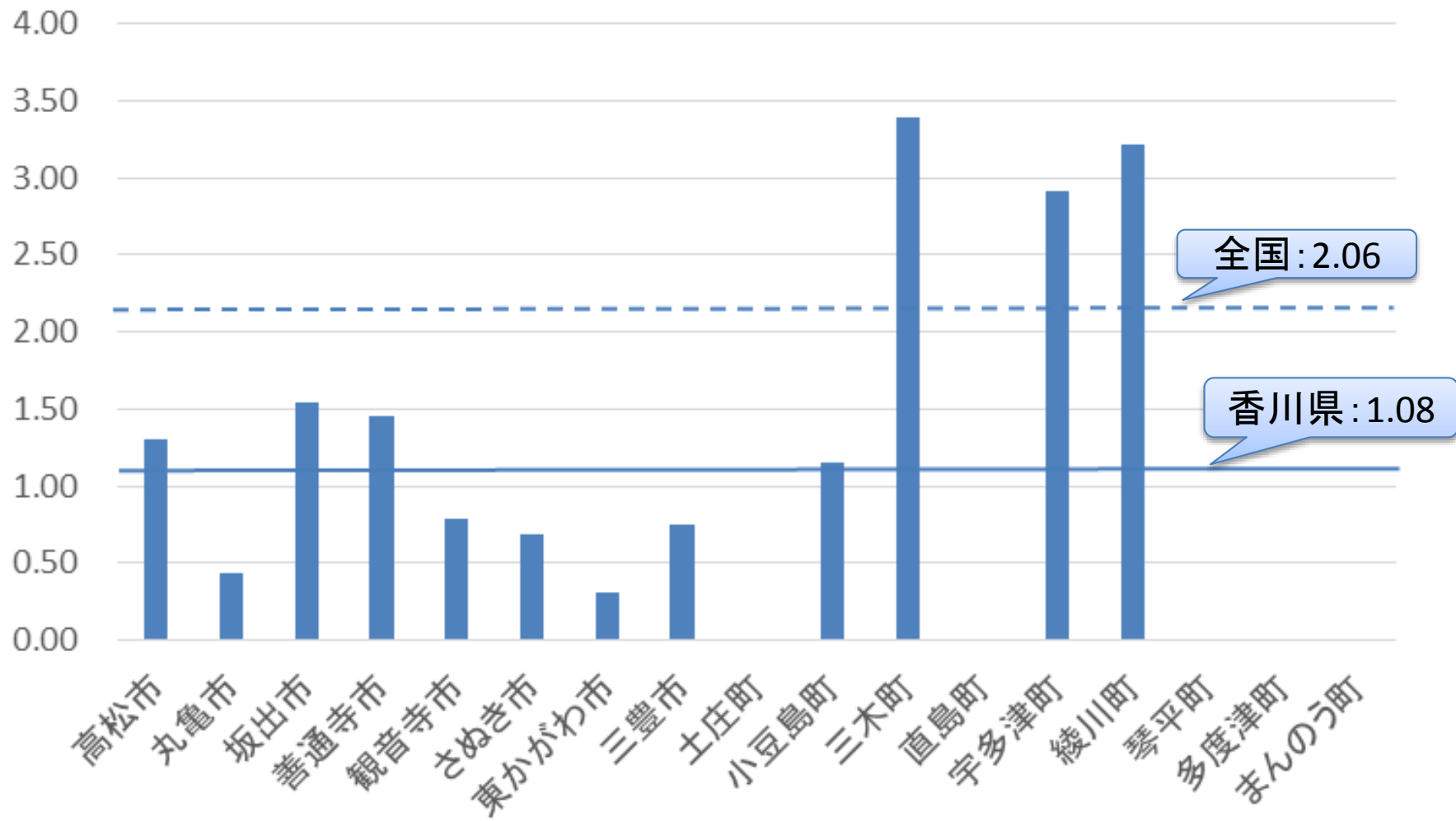
資料：人口動態調査（2010年）の性・年齢階級別死亡率に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」における封鎖人口を仮定した男女・年齢階級別の推計結果（出生と死亡だけの要因で人口が変化すると仮定した人口移動の影響を含まない参考値）を乗じたもの

参考：香川県 一般診療所数と訪問診療を実施する一般診療所数(75歳以上人口1000人あたり)



資料：厚生労働省 第1回在宅医療会議（平成28年7月6日）資料4「在宅医療にかかる地域別データ集」および香川県平成26年人口移動調査より集計

参考：香川県訪問看護ステーション看護職員数 (常勤換算)(75歳以上人口1000人あたり)



資料：厚生労働省 第1回在宅医療会議(平成28年7月6日)資料4「在宅医療にかかる地域別データ集」および香川県平成26年人口移動調査より集計

3. 事例紹介

西東京市「にしのわ」の設置過程

※詳しくは平成29年度厚生労働省在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー「西東京市」事例報告資料と動画を参照ください。

<http://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/h29homecareseminar.html>

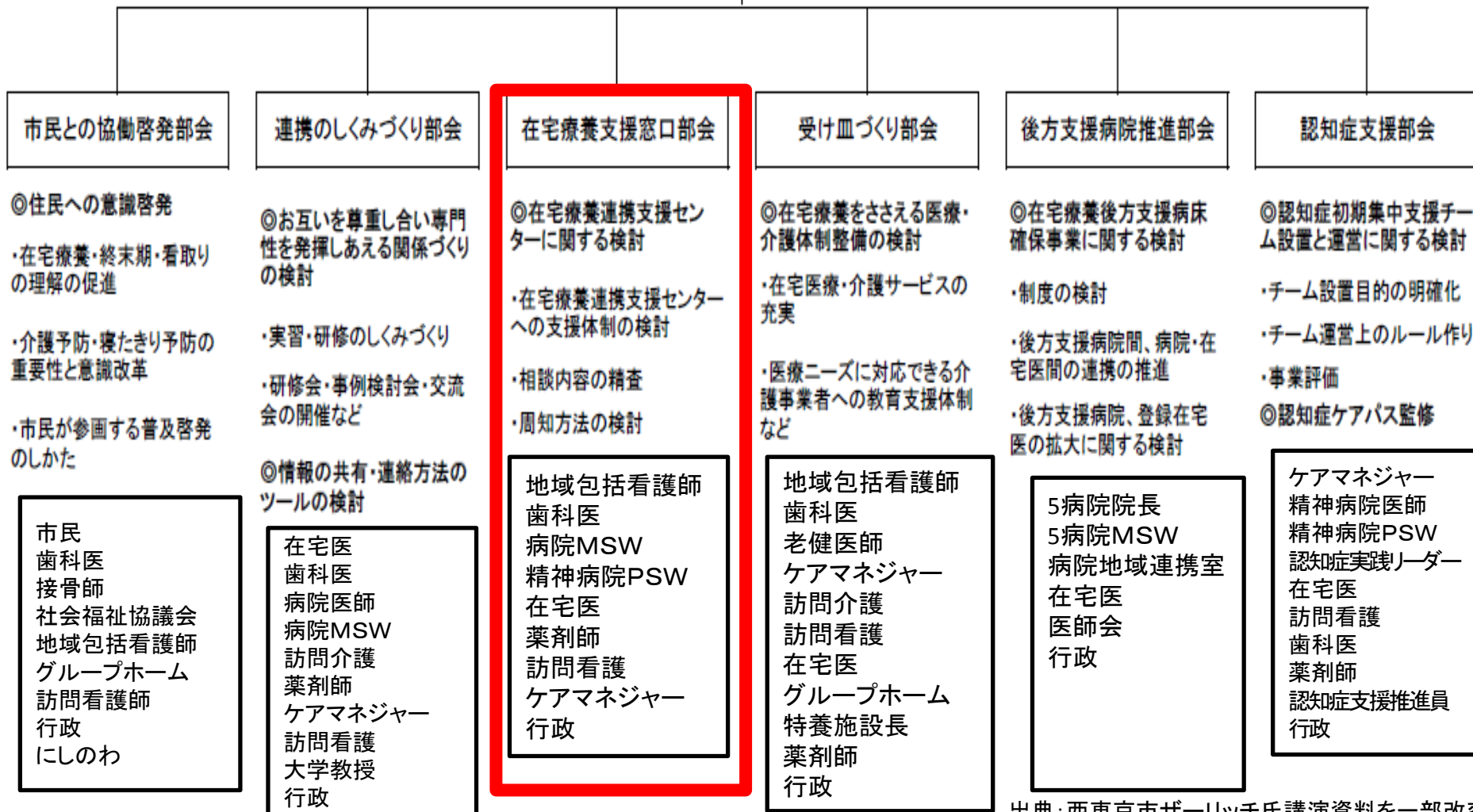


西東京市在宅療養推進協議会組織図

在宅療養推進協議会

◎方針・各部会の検討事項についての意見・同意・決定

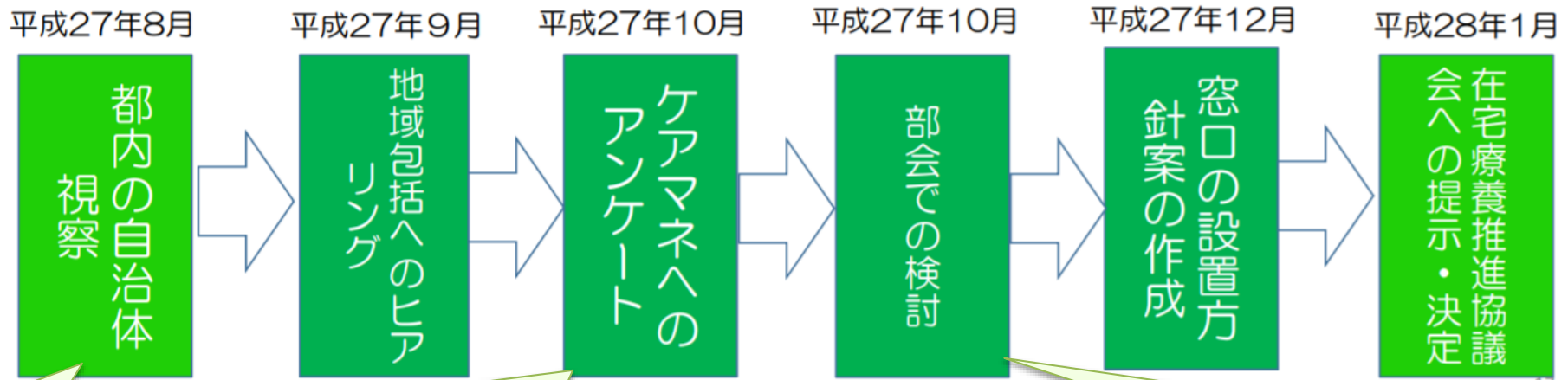
◎各関係機関との調整と周知



在宅療養連携支援センター「にしのわ」の設置までのプロセス

何の相談をするところか？何を作るとみんなの助けになるのか？

- 市職員も窓口のイメージができていなかった（4つの自治体の視察）
- 西東京市に必要な窓口とは何かを議論するための材料集め
- 部会員それぞれの考える窓口イメージを一致させる（役割の文言化）
- 5回の部会開催で設置方針を決定
- 地域包括への説明報告、ケアマネジャーへの説明会の開催



理想は見つかったが、それが西東京市に必要なものか？

病院連携室は連携に困ってない。
地域包括とケアマネは病院や医師との連携に課題を持つ。
⇒両者にギャップあり！
地域包括は市民からの相談を受けている

各機関がつながるための調整。
主対象はケアマネ。
市の医療（病院・医師）と介護（ケアマネ）の両方に精通し、調整ができる人。

にしのおわ設置方針のポイント

ア 主な業務

在宅療養者のための医療と介護の連携推進と、医療・介護資源情報の収集・分析・発信。

イ 相談対象者（主に専門職）

専門職をメインとし、市民からの相談は基本的に受け付けない。しかし、市の窓口を経由するなどして直接相談があった場合は受け付ける。

ウ 設置場所（市役所内）

主な相談者となるケアマネジャーにとって、アクセスしやすく、各種申請で訪れるついでに相談しやすい市役所内に設置。

エ 地域包括支援センターとの住み分け

基本的に市民の相談は地域包括支援センターが受け付け、医療と介護の連携に関する相談を専門職から受け付ける。

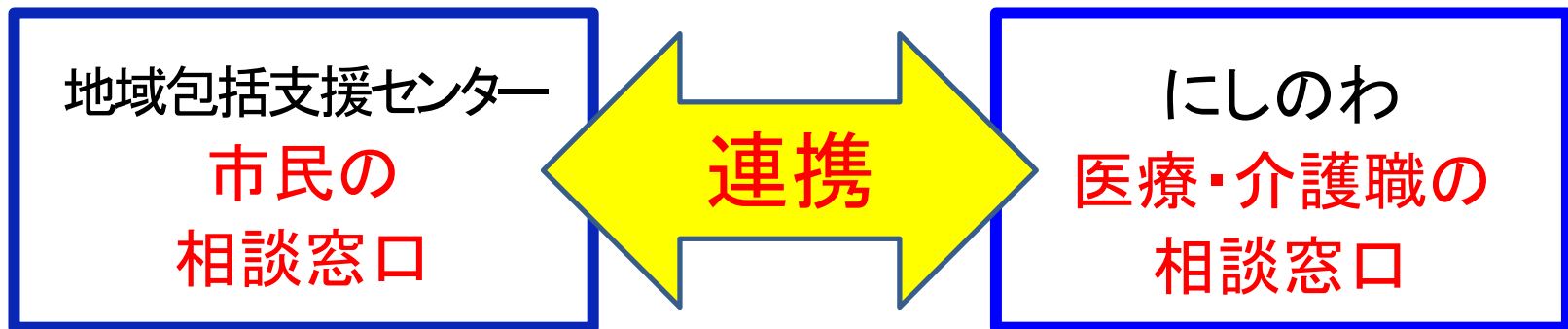
出典：西東京市ザーリッチ氏講演資料

加えて、、、

「在宅療養支援窓口部会」は「にしのおわ」のバックアップのための部会に役割変更。
→にしのおわに蓄積された連携課題を「地域の課題」として検討し、必要に応じて協議会にあげる。

にしのをと地域包括支援センターの機能

にしのをは、医療・介護職の相談窓口



	市民	ケアマネジャー	医療・介護関係者
地域包括支援センター	◎	○	△
にしのを	△	◎	○

西東京市「にしのわ」から学ぶポイント

- 地域の「連携の課題」と相談支援によって達成する地域の「目指す姿」＝目的を明確に
- 人と場所とお金＝手段は後から
- そもそもある機能や役割との棲み分け
- 行政と医師会だけで検討せず、地域の関係職種全体で検討していくプロセス
- 相談窓口やコーディネーターに集積する連携の課題を「地域の課題」として検討するしくみ
- 相談窓口やコーディネーターの活動を各職種団体に承認しバックアップする体制

まずはここから！

4. 在宅医療・介護連携に関わる コーディネーター

地域支援事業を横断的に見てみると…

(在宅医療・介護連携推進事業プラン作成強化セミナー 事前課題2 記入例)

〇〇県〇〇市町村 介護保険事業計画における基本理念・基本目標

【基本理念】 健やかに暮らし、みんなで支え合うまち

【基本目標】 地域包括ケアシステムの確立による、介護保障と自立支援のさらなる発展を目指して

	在宅医療・介護連携 推進事業	認知症施策	総合事業 生活支援体制整備事 業	地域ケア会議	その他
情報収集 課題抽出 対応策の検討	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護連携推進協議会の設置 多職種連携研修の活用 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症に関する検討会（医療福祉の代表者で構成） 	<ul style="list-style-type: none"> 第1層協議体 第2層協議体 	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア推進会議 地域ケア個別会議（市町村単位・包括単位開催） 	<ul style="list-style-type: none"> 地域福祉計画 高齢者居住安定確保計画 障害福祉計画 健康増進計画
連携体制 情報共有	<ul style="list-style-type: none"> 二次医療圏単位の医療福祉等の関係職種が集まる会 医療福祉推進センターの運営（二次医療圏域） 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症早期診断・早期支援マニュアル 認知症初期集中支援チームの配置 「もの忘れ相談シート」 	<ul style="list-style-type: none"> 生活支援コーディネーターの地域ケア会議への参加 地域リハビリテーション支援体制（県） 	<ul style="list-style-type: none"> 自立支援、介護予防の観点からの地域ケア個別会議 支援困難ケースに関する地域ケア会議 	<ul style="list-style-type: none"> ボランティア団体交流会（社協） 退院支援ルール(県) 関係市区町村連絡会（県）
コーディネーター配置	<ul style="list-style-type: none"> 郡市区医師会にコーディネーターの配置 医療介護関係職種からの相談支援 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症地域支援推進員 	<ul style="list-style-type: none"> 生活支援コーディネーターの配置 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村職員 地域包括支援センター職員 	<ul style="list-style-type: none"> 権利擁護サポートセンター ボランティアセンター
人材養成	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携研修 介護関係職種への医療に係る研修 	<ul style="list-style-type: none"> キャラバン・メイト養成講座 認知症サポーター養成講座 	<ul style="list-style-type: none"> リハ職等への介護予防に関する研修 従事者向け研修（地域リハビリテーション活動支援事業の活用） ボランティア養成 	<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア会議によるOJT 地域ケア会議に関する介護サービス事業所向け研修 	<ul style="list-style-type: none"> 健康推進員養成講座 在宅医療・介護連携推進セミナー（県） 専門職養成研修（県）
住民啓発	<ul style="list-style-type: none"> 市民向けフォーラム 在宅医療や介護、看取りに関する出前講座 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症サポーター 出前講座等 市民フォーラム 	<ul style="list-style-type: none"> ご当地体操啓発講座 ご当地体操フォローアップ講座 		<ul style="list-style-type: none"> 病院主催のふれあいまつり 介護予防手帳

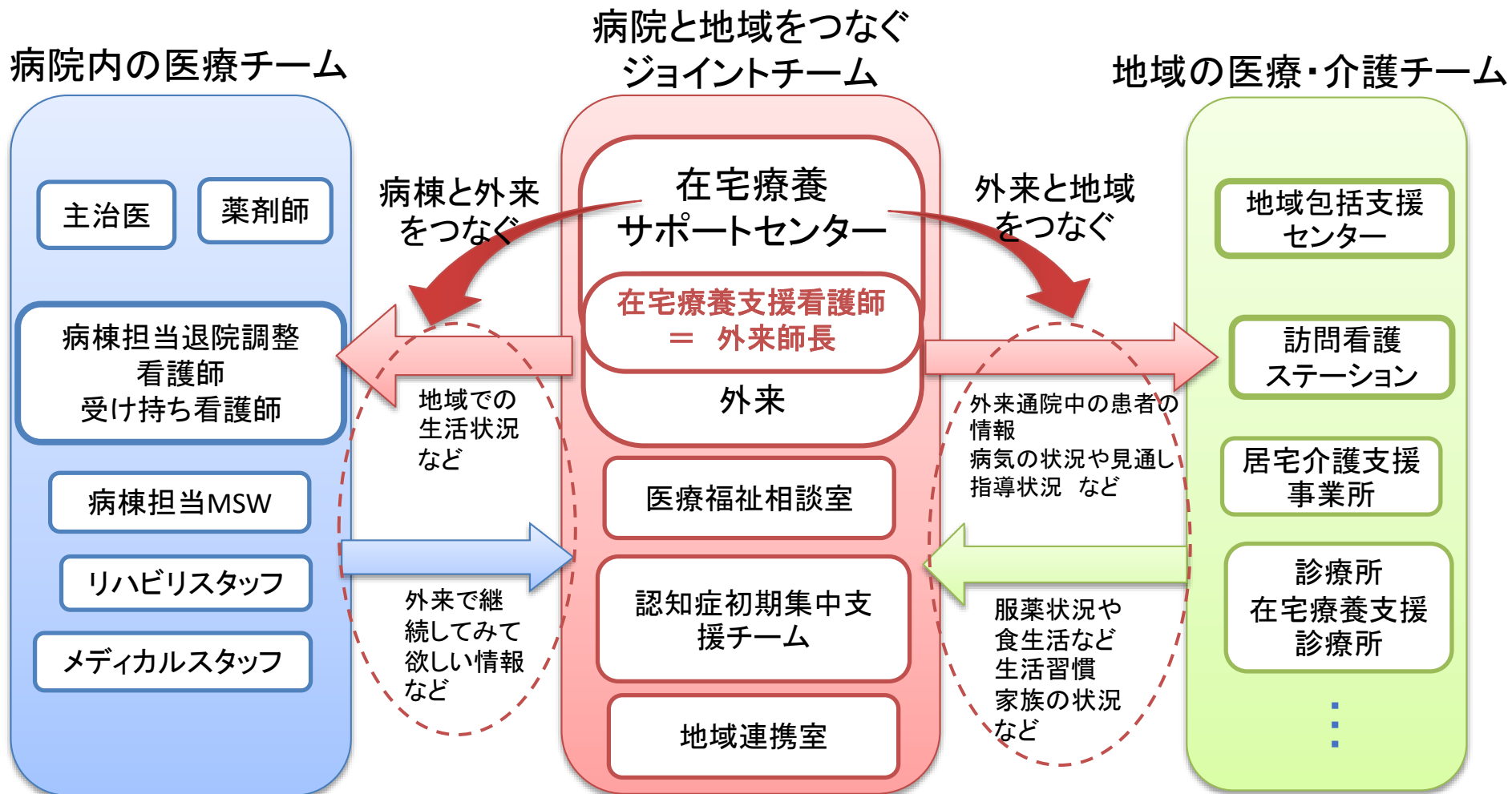
例：高松市在宅医療コーディネーター養成研修

目的：在宅医療への移行およびそのマネジメントのための人材育成

対象：看護師、保健師、薬剤師、ケアマネ、MSW、PT、OT、ST
歯科衛生士

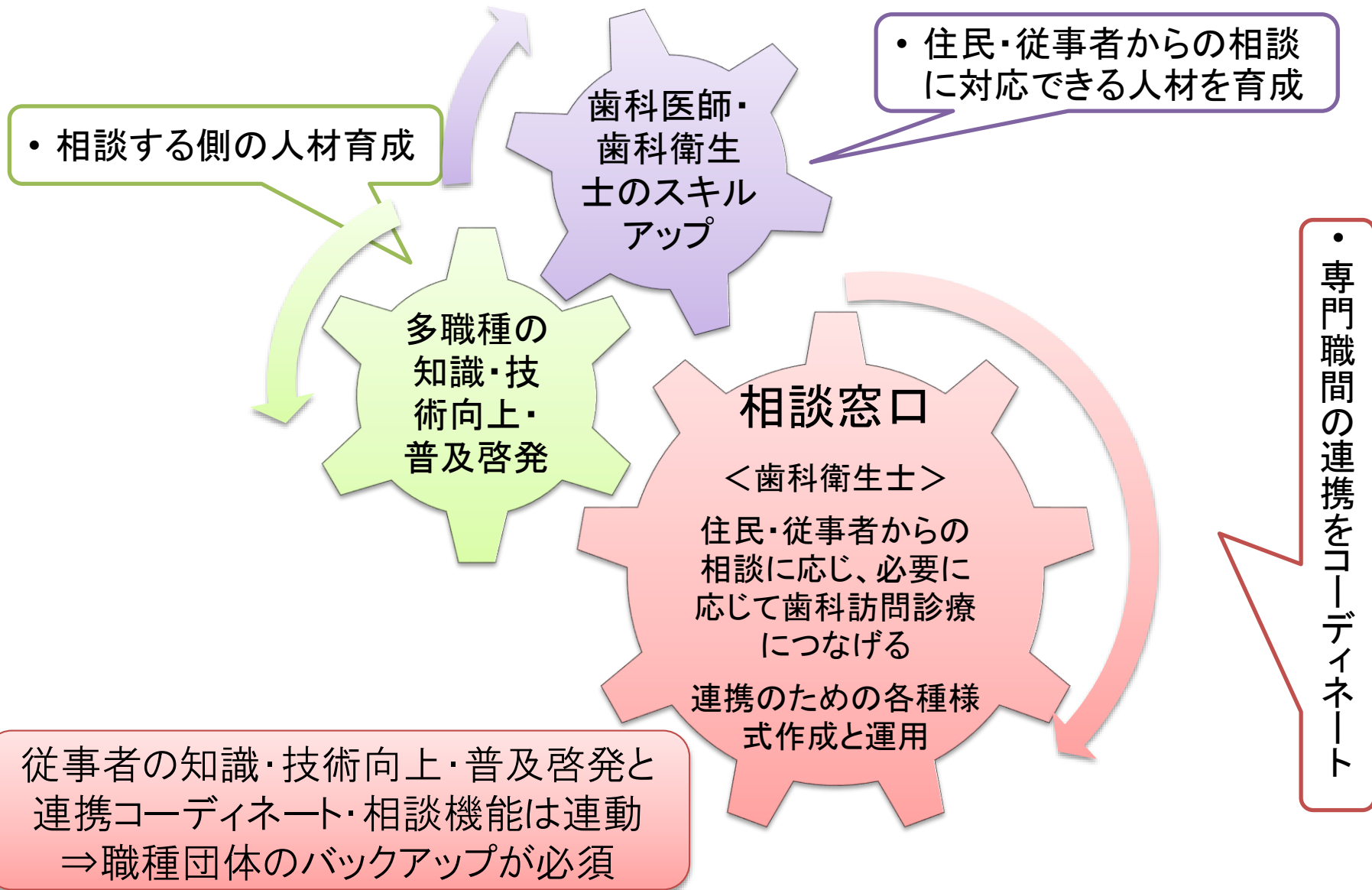
座学	内容
第1回	在宅医療コーディネーターの役割と業務内容を学ぶ ①在宅医療コーディネーター養成事業について ②在宅医療コーディネーターの役割 ③患者・家族の意思決定支援のポイント
第2回	医療処置が必要な療養者の場の選択肢とケアコーディネーション 訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導(薬局)について
第3回	慢性期療養者のコーディネーション 訪問リハビリ、訪問歯科について
第4回	認知症高齢者のコーディネーション
第5回	在宅医療連携と成年後見制度について
第6回	外部講師による講演会
	研修視察、現場実習、意思決定支援スキルアップ研修

例：病院と地域の連携の取組み 滋賀県 豊郷病院



従事者や住民からの相談に応じ、従事者をつなぐ機能を持つ既存の場の活用も

例：歯科連携コーディネーター 滋賀県湖東歯科医師会「在宅歯科医療連携室」



お話しした内容

1. はじめに

静岡県でのヒアリングで分かったこと

→まずは地域の資源の把握と、地域課題の明確化

2. 在宅医療・介護連携推進事業におけるPDCA

「真のPDCA」をまわす

→「アウトカム」とその指標を設定し事業評価

3. 事例紹介

西東京市「にしのわ」の設置過程

→地域の相談窓口になる設置のプロセスとバックアップ体制

4. 在宅医療・介護連携に関わるコーディネーター

→様々なコーディネーターの機能を把握した上で連動させる

参考資料

※事業評価・PDCAについてさらに具体的・実践的に学びたい方へ

- 野村総合研究所：地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況及び先進事例等に関する調査研究報告書（厚生労働省平成28年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分））
https://www.nri.com/~media/PDF/jp/opinion/r_report/syakaifukushi/20170410-2_report_1.pdf
- 地域医療政策実践コミュニティ（Regional Health Plan Action Community = RH-PAC）：地域医療ビジョン／地域医療計画ガイドライン 実践編～第1部プロセス編～
http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/HPU/seminar/2015-05-16/documents/RHPAC2_GL_Process_all.pdf
- 特定非営利活動法人がん政策サミット：誰にでもできる！第3次がん計画策定ガイドブック
http://cpsum.org/pdf/summit/14/cplanguide_1705.pdf
- JAGES：介護予防のための地域診断データの活用と組織連携ガイド
<https://www.jages.net/renkei/chiikirenkei/>

東京大学：在宅医療・介護連携推進事業関連の問合せ先

メール：homecare_info@iog.u-tokyo.ac.jp

多職種研修ホームページ：<http://chcm.umin.jp/education/ipw/>