資料３

関東信越管内情報交換会

Ｈ３１．２．２２

県と保健福祉事務所の連携
～地域包括ケア推進担当者会議～

山梨県福祉保健部　健康長寿推進課
介護保険指導監　山下　清子

１．　はじめに

国通知 『在宅医療の充実に向けた取組の進め方について』

―平成31年1月29日付　地域医療計画課長・介護保険計画課長・老人保健課長名通知―

医政地発 0129 第１号
老介発 0129 第１号
老老発 0129 第１号
平成 31 年１月 29 日

各都道府県　衛生主管部（局）長
介護保険主管部（局）長　殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
厚生労働省老健局介護保険計画課長
厚生労働省老健局老人保健課長
（　公　印　省　略　）

在宅医療の充実に向けた取組の進め方について

在宅医療の提供体制については、自分らしい暮らしを続けながら、住み慣れた生活の場において療養を行うことを可能とするため、その確保が重要であり、高齢化や地域医療構想による病床の機能分化・連携により生じる医療ニーズの受け皿としても大きな役割を担うものとされている。

今般、厚生労働省において、都道府県が作成すべき医療計画の内容や在宅医療の充実に向けた進め方等について検討を行い、在宅医療の推進については、地域医師会等との連携や、かかりつけ医を中心とした多職種の連携体制の構築が重要である。また、従前より市町村が主体的に取り組んでいる在宅医療・介護連携推進事業等に加えて、都道府県が広域的な観点から市町村への支援を行うことにより、更なる充実を図ることが必要であるとしたところである。そこで、在宅医療の充実に向けて都道府県において取り組むべき事項について下記のとおり整理したので、御了知の上、在宅医療の充実に向けて検討を進めるとともに、貴管内市町村、関係団体、関係機関等に周知願いたい。

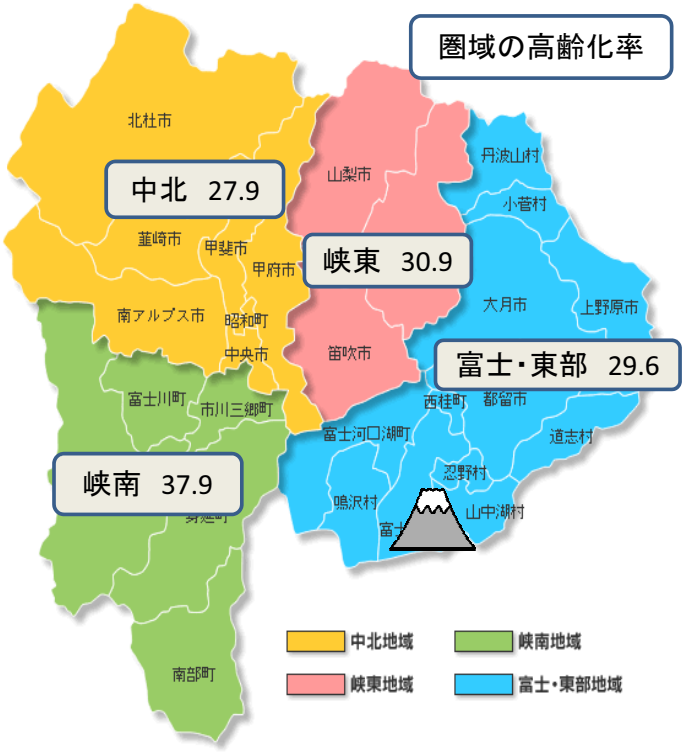
記

１．在宅医療の充実に向けた進め方について
（１）第７次医療計画の改善について
都道府県は、医療計画において在宅医療の目指す方向性を明らかにした上で、原則として設定することとしている「訪問診療を実施する診療所・病院数に関する数値目標」を設定していない都道府県においては、第７次医療計画の中間見直しに当たって、当該目標を設定すること。また、追加的需要における在宅医療の整備目標及び介護のサービス量の見込みについて設定できていない都道府県においては、第７次医療計画の中間見直しに当たって、整備目標とサービス量の見込みについて按分の上、第７次医療計画と第８期介護保険事業（支援）計画に反映すること。

＊地域医師会等との連携、かかりつけ医を中心とした多職種の連携体制の構築
＊都道府県が広域的な観点から市町村への支援を行うことによるさらなる充実

（２）都道府県全体の体制整備
＊在宅医療の充実の取組を関係部署や関係団体等と一体となって推進
①医療政策と介護保険担当部局の連携推進
②年間スケジュール
③在宅医療充実にむけた市町村支援

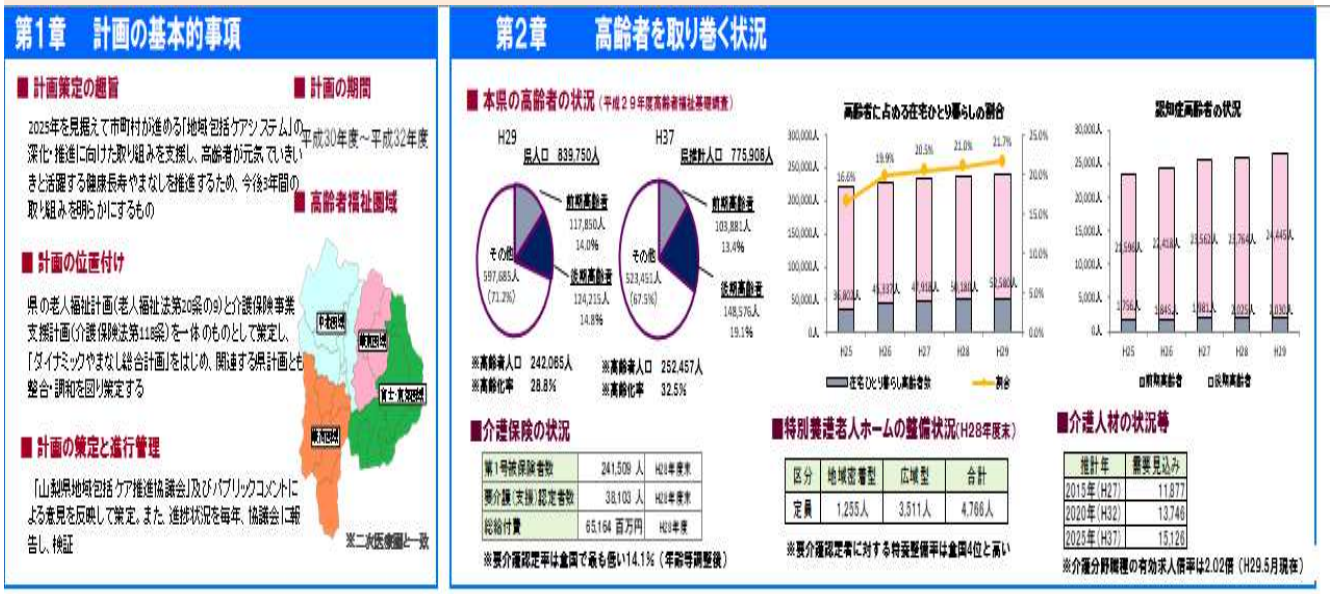
2.　山梨県の概要

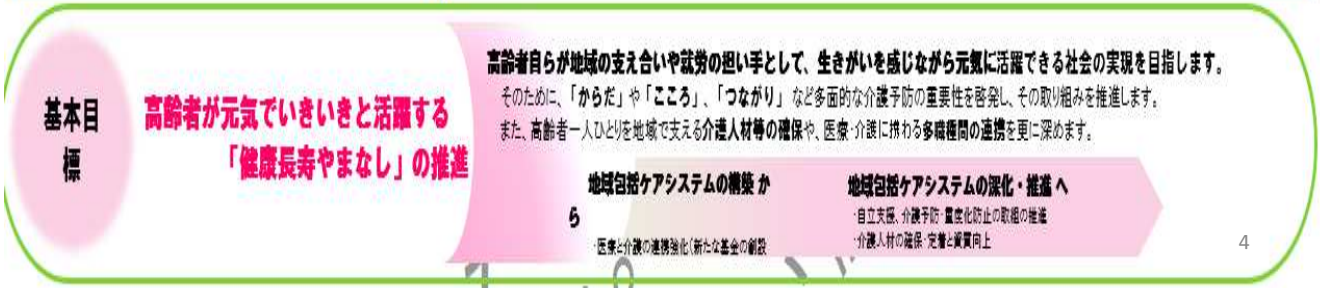


＊人口
　　８３４，３３０人
＊高齢者人口
　　２４５，０９３人
＊高齢化率
　　２９．４
出典：H30県高齢者福祉基礎調査

＊２７市町村
＊医療圏域４
＊保健福祉事務所４と１支所

3．健康長寿やまなしプランの概要





第3章　基本目標と施策の展開	本県における現状と課題	県の施策の方向	数値目標	現状値	目標値
Ⅰ 高齢者がいきいきと暮らせる地域づくり 〈 地域包括ケアシステムの深化・推進 〉					
【1】高齢者の自立支援、介護予防・重度化防止の推進 ★	・健康寿命日本一。高齢化率は28.8%と全国より3年早く進展 ・健康づくりや介護予防の取り組みを推進し、健康寿命を更に延伸	・地域全体で健康づくりと介護予防に取り組む重要性を啓発 ・自立支援、介護予防・重度化防止に向けた市町村の取り組みの促進	・介護予防のための地域ケア個別会議実施市町村数	5市町村	全市町村
			・いきいき百歳体操実施箇所数	135か所	195か所
【2】介護人材の確保・定着と資質向上 ★	・恒常的に不足感あり。需要と供給のバランスが不均衡 ・更なる人材の確保、定着と資質向上の取り組みが不可欠	・能力発揮や働きやすい職場づくりによる人材の確保と定着支援 ・多職種交流や研修による介護人材の資質向上の推進	・県内介護施設等に従事する介護職員数	11,877人	13,746人
			・県内介護職員の離職率の低減	14.0%	13.7%
【3】切れ目のない医療と介護の提供体制の整備	・認知症高齢者や医療依存度の高い要介護高齢者が増加 ・介護・医療の体制の整備や、効果的な市町村支援が必要	・多職種連携による医療・介護連携の推進 ・在宅医療・介護を担う人材の確保・養成の推進	・入退院連携ルール策定市町村数	3市町村	全市町村
			・在宅(自宅・老健・老人ホーム)死亡率	23.5%	33.5%
【4】施設における生活環境の向上と 在宅生活を支えるサービスの充実	・自宅での生活の継続を望む一方で、入所待機者も依然存在 ・在宅サービスの普及促進とともに施設介護の量と質の確保	・計画的な施設整備と在宅生活を支える介護サービスの促進 ・高齢者の住まいの確保　・介護サービスの質の確保・向上	(施設整備計画により設定)		
【5】地域の実情に応じた市町村の取り組みへの支援	・各地域で高齢化の状況は異なり、地域差が存在 ・市町村がそれぞれの課題を分析し、評価する取り組みが必要	・地域の実態把握・課題分析による地域マネジメントの推進 ・地域における適切なケアマネジメント環境の整備	・地域マネジメントを実施している市町村数	－	全市町村
【6】介護に取り組む家族等への支援の充実	・介護を担う家族には身体的、心理的負担感や孤立感がある ・介護離職防止など相談支援、サービス提供体制強化が必要	・相談支援体制の強化と仕事と介護の両立のための環境整備の促進 ・介護に関する知識、技術、介護機器等の普及啓発	・介護離職防止に取り組む地域包括支援センター数	－	13か所
【7】多様な主体が共に支え合う地域共生社会の実現	・単身高齢者、高齢者夫婦世帯や認知症高齢者が増加 ・住民一人ひとりが主体となり支え合う地域づくりの推進が必要	・介護予防・生活支援サービスへの多様な主体の参入促進 ・NPO、ボランティア、高齢者等による「我が事・丸ごと」の地域活動の推進	・多様な地域資源をまとめ、広く周知している市町村数	－	全市町村
Ⅱ 高齢者の尊厳の保持と安全の確保	・高齢者が虐待や事件等の被害者となる事例が多い ・最後まで個人として尊重される支援が必要	・高齢者虐待防止の推進、並びに権利擁護と成年後見制度の利用促進 ・人権啓発と安全・防犯対策の取り組みの推進 ・災害時の要配慮者支援	・「高齢者の思いに寄り添うケアを推進するための手引き」を活用した研修を実施している老人保健施設・特別養護老人ホームの割合	58.6%	80.0%
Ⅲ 認知症施策の総合的な推進	・認知症高齢者は高齢者人口全体の10.9%、今後も増加 ・社会全体で認知症の理解を進め支えていくことが必要	・認知症の人やその家族の視点を重視した取り組みの推進 ・認知症高齢者等にやさしい地域づくり(新オレンジプラン施策の推進)	(山梨県認知症対策推進計画で設定)		
Ⅳ 生涯現役で活躍できる健康長寿社会の推進	・多くの高齢者が意欲がある一方で活動には結びついていない ・生きがい就労等、いきいきと活躍できる場の提供が必要	・高齢者の知識、経験、技能の活用促進 ・高齢者の地域貢献活動や生きがい就労の推進	・高年齢者就労セミナー受講者数	－	300人
Ⅴ 保険者機能の強化と介護給付適正化の推進	・給付費は年々増加、保険料も上昇、適正化の取り組みも様々 ・保険者機能強化を支援し、介護給付適正化の推進が必要	・第4期山梨県介護給付適正化計画 (介護給付適正化事業の推進、保険者への支援、県の取り組み)	・市町村における主要5事業の実施率	85.2%	100%

↓重点項目

4．地域包括ケア推進担当者会議

＊課題・情報の共有
＊意思統一
＊支援方法の検討
等

本庁関係課
（健康長寿推進課）
（医務課）
（健康増進課）

＋

保健福祉事務所
（長寿介護課）
（健康支援課）

同じ方向
一体的に

市町村支援

★地域包括
ケアシステムの
深化・推進

地域包括ケア推進担当者会議

○　目的

　平成29年度に策定した健康長寿やまなしプランに基づき、市町村における介護予防や日常生活支援、医療と介護の連携、認知症対策等、地域包括ケアシステムの深化と推進に向け、県における具体的支援内容の検討を深め、本庁関係課及び保健福祉事務所が一体となって市町村を支援する。

○　実施主体　　福祉保健部健康長寿推進課

○　開催回数　年４回程度

（５月、９月、１２月、３月）

○　メンバー

- 各保健福祉事務所の関係職員（長寿介護課及び健康支援課）
- 健康長寿推進課関係職員
- 医務課関係職員（在宅医療担当及び看護担当）
- 健康増進課関係職員（健康づくり担当補佐・歯科保健主幹）

※5月・3月は課長、総括課長補佐出席

今年度の検討内容

- 市町村地域支援事業の推進（構築から深化・推進へ）
- 保険者機能強化推進交付金該当状況
  （市町村支援・ヒアリング等）
- 地域分析や第７期介護保険事業計画進捗管理
  （研修会・ヒアリング等）
- 入退院連携ルールを圏域ごとに作成
- 各保健福祉事務所管内の市町村支援の情報交換
- 在宅医療・介護広域連携会議（各保健福祉事務所）の方向性
- 本庁関係課の医療・介護連携に関連した取組みの発信
- 先進事例等の紹介（県内・県外）等

会議での話題例

トータルサポートマネージャー
（医務課）
＊医療的ケアがより必要な在宅療養者への支援や退院可能な入院患者の在宅移行支援を行う中で、在宅医療においてチーム医療の力を最大限に発揮させ、医療と介護の連携を推進することができる訪問看護師を養成

訪問看護ステーション開設準備等事業費補助金
（医務課）

周術期の口腔機能管理
医科・歯科連携
（健康増進課）

保険者としての市町村支援

保険者機能強化推進交付金該当状況・地域分析・計画進捗管理等
（健康長寿推進課）

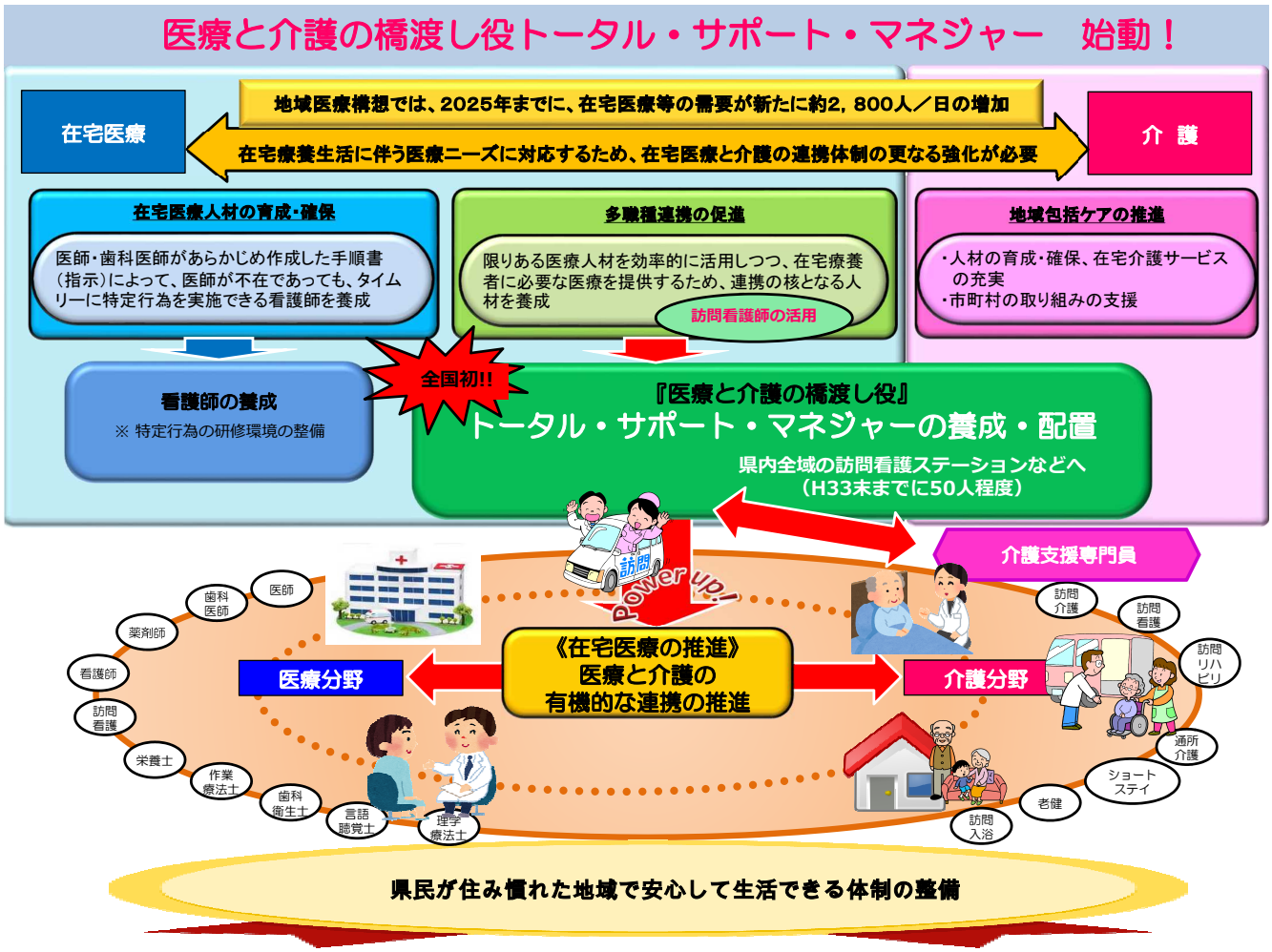
入退院連携ルール（各圏域）
＊健康長寿やまなしプランではH32年までに全市町村策定を目標
＊H29　1圏域策定
＊H30　2圏域策定中、1圏域準備
＊H31残り1圏域策定

フレイル対策
オーラルフレイル
自立支援型地域ケア会議
（健康長寿推進課）
（健康増進課）

市町村への支援

市町村地域支援事業、認知症対策等の市町村実施状況のさらなる推進は・・・
（全体）

かかりつけ医連携アプリ・人生最終段階における医療・ケアリーフレット
（医務課）



5．本庁と保健福祉事務所の連携

市町村の地域包括ケアシステムの深化・推進

日常の業務支援

保健福祉事務所

各保健福祉事務所
地域包括ケア推進のための所内会議（保健福祉事務所内）

各保健福祉事務所
医療・介護広域連携会議
（管内の関係団体・機関代表等）

連動

県

地域包括ケア推進担当者会議
（本庁関係課・保健福祉事務所）

地域包括ケア推進協議会
（関係団体・機関代表等）

６．おわりに

★本庁各課、保健福祉事務所関係者が情報や課題を共有することで、同じ方向で市町村の支援ができること。

⇒初回に今年度の到達目標を設定し共有

⇒毎年度の強化すべきポイントが明確

⇒目標への支援状況を毎回確認

とくに３回目で中間評価、最終３月に年度内評価

★各所属からの情報発信による相互作用

★本庁と保健福祉事務所の役割分担