

地域包括支援センターの機能強化へ向けた方向性

地域包括支援センターは、行政直営型、委託型にかかわらず、行政(市町村)機能の一部として地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として期待されることから、現状の課題や今後求められる役割を勘案しながら、複合的に機能強化を図ることが重要。

(方向性)

人員体制

業務量に応じた配置

- 高齢化の進展、それに伴う相談件数の増加等を勘案し、センターに対する人員体制を業務量に応じて適切に配置。
- さらに、今後、現在の業務に加え、地域ケア会議の推進、在宅医療・介護の連携強化、認知症施策の推進を図る中で、それぞれのセンターの役割に応じた人員体制の強化を図ることが必要。

業務内容の見直し

センター間の
役割分担・連携強化

行政との
役割分担・連携強化

- 在宅医療・介護の連携強化、地域ケア会議、認知症施策の推進等を図る中で、地域の中で直営等基幹となるセンターや機能強化型のセンターを位置付けるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効果的かつ効果的な運営を目指す。

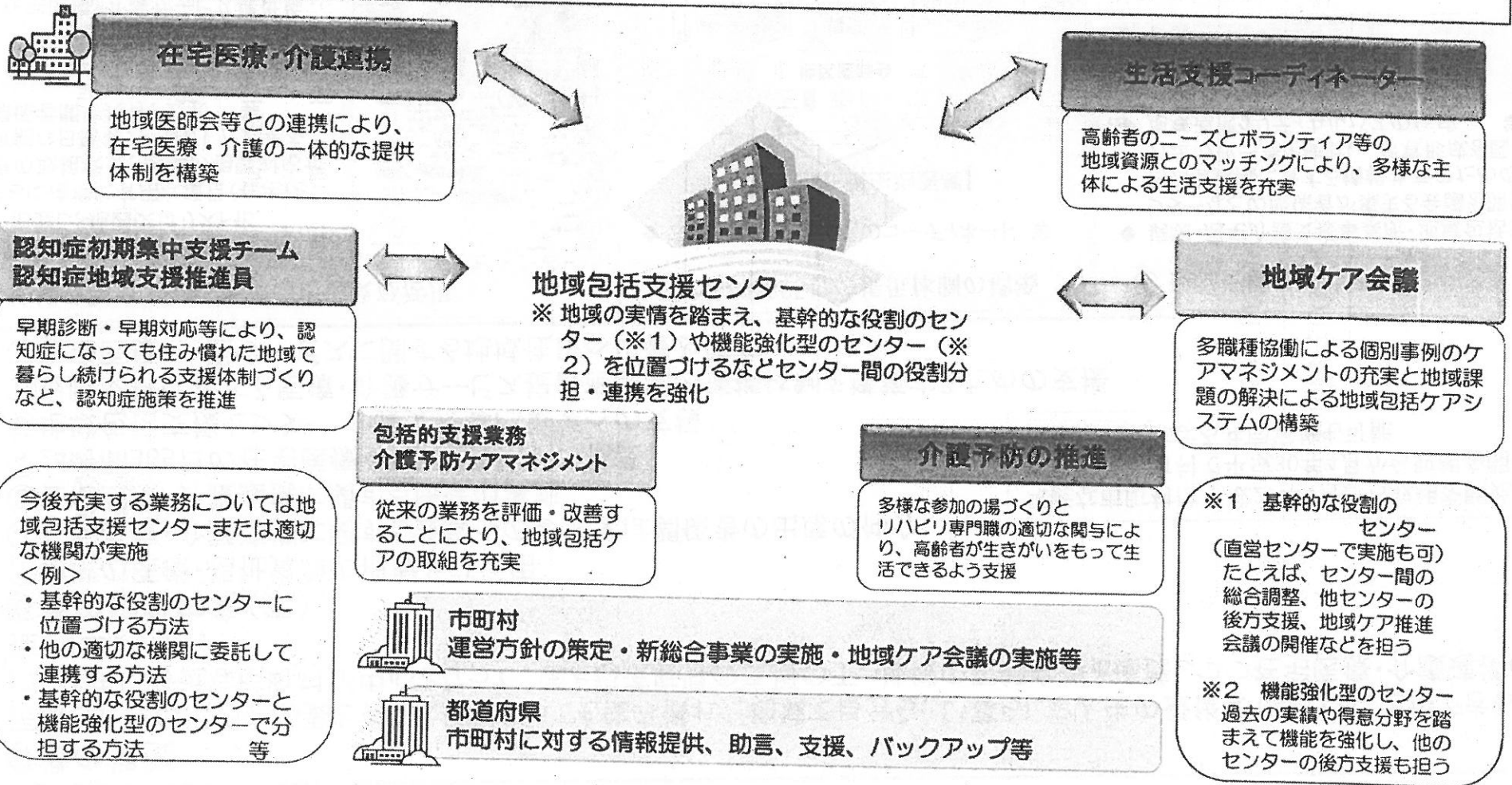
効果的な運営の継続

PDCAを充実

- センターがより充実した機能を果たしていくには、運営に対する評価が必要。(現在、約3割の市町村が評価を実施)
- 市町村運営協議会等による評価の取組、PDCAの充実等、継続的な評価・点検の取組を強化。
併せて、情報公表制度を活用し、センターの取組について周知する。

地域包括支援センターの機能強化

- 高齢化の進展、相談件数の増加等に伴う業務量の増加およびセンターごとの役割に応じた人員体制を強化する。
- 市町村は運営方針を明確にし、業務の委託に際しては具体的に示す。
- 直営等基幹的な役割を担うセンターや、機能強化型のセンターを位置づけるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営を目指す。
- 地域包括支援センター運営協議会による評価、PDCAの充実等により、継続的な評価・点検を強化する。
- 地域包括支援センターの取組に関する情報公表を行う。



在宅医療・介護連携推進事業について（イメージ）

○事業の概要

医療と介護の両方を必要とする状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、住民に身近な市町村が中心となって、国と都道府県の支援の下、地域の医師会等と連携しつつ在宅医療・介護連携の推進に取り組む

○事業の主な内容(案)

- ①地域の医療・福祉資源の把握及び活用
- ②在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介
- ③在宅医療・介護連携に関する研修の実施
- ④24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
- ⑤地域包括支援センター・介護支援専門員等への支援
- ⑥退院支援に資する医療・介護サービス提供施設間の連携体制を構築するための支援
- ⑦在宅医療・介護サービスに関する地域住民への普及啓発

可能な市町村は平成27年4月から取組を開始
すべての市町村で平成30年4月から取組を開始
複数市町村による共同実施も可能

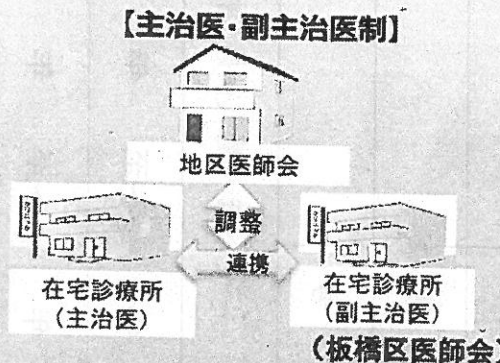
① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化
- ◆ さらに連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査した結果を、関係者間で共有、公表 等



④ 24時間365日の提供体制の構築

- ◆ 主治医・副主治医制のコーディネート 等

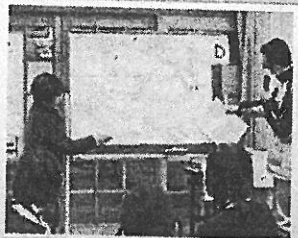


⑥ 退院支援ルールの方策

- ◆ 病院・居宅介護支援事業所・地域包括支援センターなどの関係者が集まる会議を開催し、円滑な退院に資する情報共有のための様式方法の統一等を検討し、合意形成を図る
- ◆ 地域連携クリティカルパスの作成 等

② 多施設連携のための協議会

- ◆ 在宅医療・介護サービス提供施設の関係者が集まる会議を開催し、情報共有のための様式の統一、ケアマネタイム等を検討し、合意形成を図る 等



⑤ 地域包括支援センター・ケアマネ等への支援

- ◆ 地域包括支援センターやケアマネ等からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応 等

③ 多職種連携のための研修

- ◆ グループワーク等の多職種参加型研修
- ◆ 訪問診療同行研修
- ◆ 介護職種を対象とした医療教育に関する研修 等

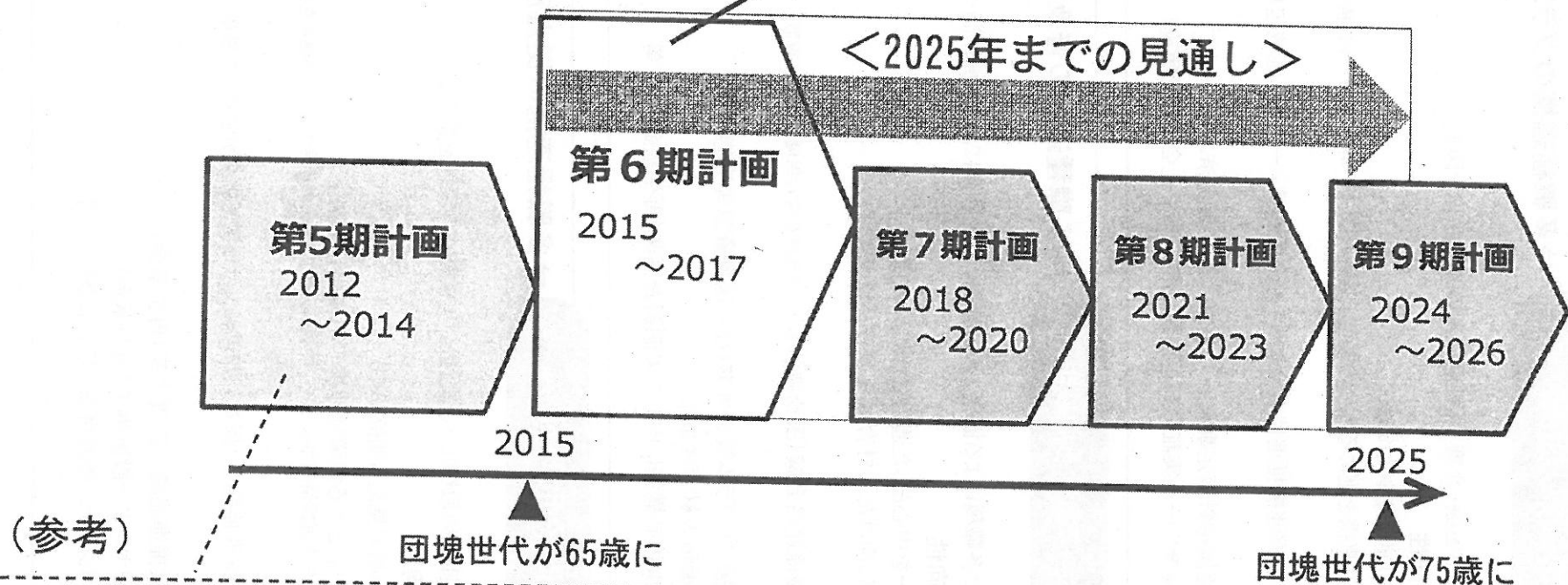
⑦ 地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウムの開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 等



2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

- 第6期計画以後の計画は、2025年に向け、第5期で開始した地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療介護連携等の取組を本格化していくもの。
- 2025年までの中長期的なサービス・給付・保険料の水準も推計して記載することとし、中長期的な視野に立った施策の展開を図る。



(参考)

第5期計画では、高齢者が地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項を、実情に応じて選択して位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタート

在宅医療・介護の連携施策のスキーム

～地域包括ケアの実現に向けた多段階の取り組みの推進～

全県的な取り組み

⇒多職種連携のグランドデザインと基盤づくり

■ねらい

県全域における医療・介護・福祉関係者の連携強化を図る。

■取り組みの方向性

- ・医療と介護の連携指針の策定
- ・医療と介護の連携を進めるための基盤(プラットフォーム)づくり *連携ツールの作成

■検討の枠組み

山梨県介護・医療連携推進協議会(長寿社会課所管) →H26「地域包括ケア推進協議会」の母体へ

■関連する事業

- ・介護・医療連携指針策定事業 → H26. 3月 策定済み
- ・介護・医療連携ツール実証モデル事業(県内2市で社会実験を実施) 等

広域(保健所単位)における取り組み

⇒多職種連携の普及啓発と人材育成

■ねらい

保健所単位で多職種による協議、人材育成、普及啓発による連携体制づくりを進める。

■取り組みの方向性

- ・地域リーダーを中心とした連携プログラムの策定
- ・多職種連携に向けた人材育成及び普及啓発

■検討の枠組み

在宅医療多職種連絡会議(医務課所管) *支所を含む保健所単位に設置

■関連する事業

- ・在宅連携支援プログラム策定事業(在宅医療資源等実態調査)
- ・在宅医療多職種人材育成事業
- ・在宅医療提供体制構築に向けた実態調査事業(再生基金) 等

地域における取り組み

⇒多職種連携の拠点形成と担い手の関係づくり

■ねらい

地域レベルで連携の取り組みを実践していくための環境を整える。

■取り組みの方向性

- ・地域における顔の見える関係づくり
 - ・連携拠点を中心とする多職種連携の円滑化・効率化
- *ICT活用した在宅医療情報ネットワークの構築、医療と介護の総合コーディネーター機能を担う拠点の設置

■検討の枠組み

地域在宅医療推進協議会(仮称)(市町村又は地区医師会が主導して設置) *モデル事業として県内数カ所程度の設置を支援

■関連する事業

- ・地域在宅医療推進協議会設置事業(再生基金)
- ・在宅医療支援センター設置事業(再生基金)
- ・在宅健康管理システム整備事業(再生基金) 等

地域包括ケアの推進体制について ～多職種の協議の場～

県福祉保健部

- ①地域包括ケア推進協議会（介護・医療連携推進協議会を母体とする）
- 高齢社会対策への長期ビジョンの提言
 - 高齢者福祉計画の検討、介護保険事業支援計画の検討、認知症対策推進計画の検討
 - 地域包括ケアシステムの推進
- ◆参加団体：医療関係：医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、民間病院協会 等
 保健関係：栄養士会、医療社会事業協議会、精神保健福祉士会 等
 福祉関係：社会福祉協議会、介護支援専門員協会、介護福祉士会 等
 その他：市長会、町村会、認知症の人と家族の会県支部、学識経験者 等

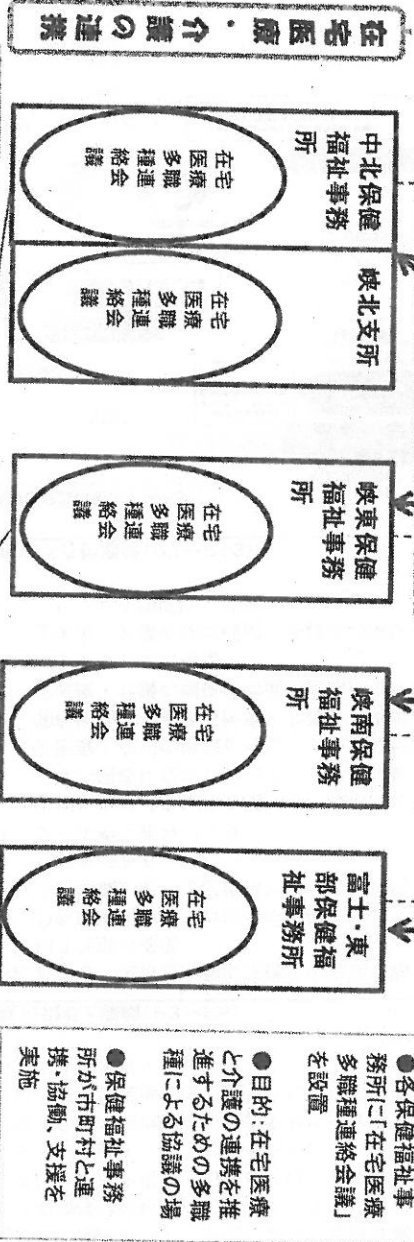
- ①-2 健康長寿やまなしプラン内検討委員会
- 健康長寿やまなしプラン案の作成 等
 （部門計画の認知症対策推進計画案の作成含む）
 - ◆構成所属：県民生活・男女参画課、交通政策課、福祉保健部関係課、労働雇用課、建築住宅課、スポーツ/健康課、県警・生活安全企画課、交通企画課 等 19所属
 （各保健福祉事務所ほか関係所属の参画あり）

※地域包括ケアの推進には、県庁内の横断的な連携が重要！

- ②地域包括ケア推進担当者会議
- 各市町村、県各所属の地域包括ケアの取組状況、課題の情報共有
 - 地域包括ケア推進、市町村の第6期介護保険事業計画策定支援方案の検討
 - ◆構成所属：各保健福祉事務所、医務課、長寿社会課（ほか）

各保健福祉事務所と本庁関係課が連携して圏域の取り組みを支援

③圏域会議：各保健所毎に招集



- 市町・医師会独自
- 甲斐市在宅医療推進協議会
- 笛吹市医師会在宅医療推進協議会
- 富士河口湖町在宅医療推進協議会

地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針の概要

1 連携指針策定の背景・目的(P2)

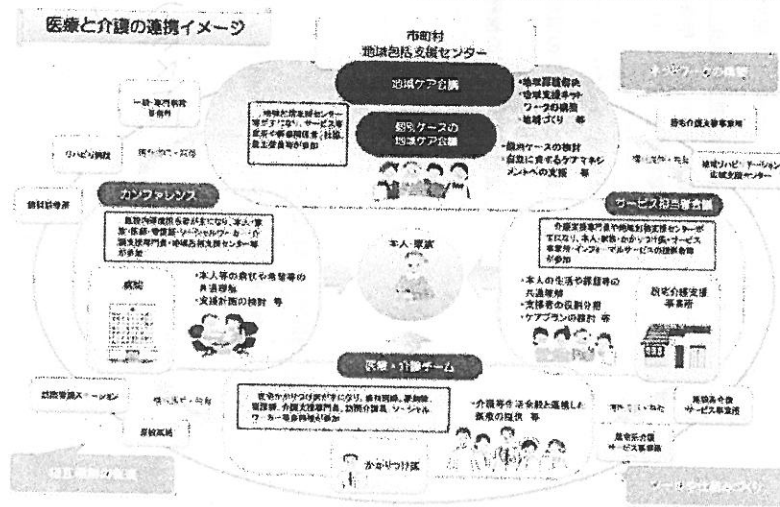
- ・高齢化の進展に加え、病院における在院日数の短縮傾向などの要因も相まって、在宅ケアの需要は今後増加していく。在宅において高齢者一人ひとりの状態に応じた最適な医療と介護を提供するためには、医療、介護、保健、福祉の関係者が互いに協力して本人や家族を支える必要がある。
- ・医療と介護の連携強化の意義や具体的な取り組み等について関係者に周知し、各地域における連携推進の場で活用され、市町村の地域包括ケアシステムの構築に資するため、本連携指針を策定する。

2 連携の現状と課題(P3～P6)

県内における「医療と介護の連携」の現状を踏まえ課題を3つの視点で整理

- (1) 相互理解の促進
 - ①各職種間の相互の役割や機能についての理解が不足している。
 - ②介護職が感じる医療職に対する心理的な垣根の高さ等により連携がとりにくい状況がある。
- (2) ツールや仕組みづくり
 - ①個々の高齢者に係る関係者・職種間の情報共有や意見調整を行うツールや仕組みが明確になっておらず、必要な情報項目や考え方が統一されていない。
 - ②医療と在宅の情報をつなぐツールや仕組みが不足している。
 - ③在宅ケアを支える医療・介護チームが十分に構築されていない。
 - ④医療・介護の関係者共通の言語が少ない。
- (3) ネットワークの構築
 - ①医療・介護の関係機関や多職種の関係者において適時・適切な相互の情報共有ができる関係性が構築されていない。

3 目指すべき状態像(P7～P13)



4 連携強化に向けた対応方針(P14～P16)

- (1) 相互理解の促進
 - ・多職種が同じ場で話し合う研修等を活用し、多職種間の相互理解・協働を推進する。
 - ・高齢者本人を中心として、医療・介護の関係者がお互いに「顔の見える関係」を作り上げ、連絡シートの活用などを推進する。
- (2) ツールや仕組みづくり
 - ・円滑な情報共有のために役立つシートの標準様式や本人が必要な情報を管理して関係者に情報提供する仕組みを提案し、その活用を促進する。
 - ・チームとして在宅医療に取り組むために必要な情報の共有化や地域の実情に応じた多職種連携による在宅ケアの仕組みづくりを推進する。
 - ・医療と介護の連携を図るため、お互いに理解できる用語の使用を各関係団体（職種）に働きかけるとともに、主要な専門用語について用語集を作成する。
- (3) ネットワークの構築
 - ・地域関係者が集まる地域ケア会議や医療と介護の関係者による協議会、多職種による事例検討会などは、ネットワークの下地となる要因を備えているため、各市町村においてこれらの会議が開催されるよう推進する。
 - ・各圏域における広域的なネットワークを構築するための会議の開催も推進する。

5 具体的な取り組み(P17～P33)

- (1) 連携の推進体制
 - 【県の推進体制】
 - <県全域>・・・多職種連携の基本方針と基盤づくり
 - <広域（保健所単位）>・・・多職種連携の普及啓発と人材育成
 - <地域（市町村単位）>・・・多職種連携の拠点形成と担い手の関係づくり
 - 【市町村の推進体制】
 - 地区医師会その他地域における医療と介護の関係者（団体）と協働し、地域住民のニーズを把握した上で、地域の実態に応じた取り組みや住民への啓発方法等を検討する。

- (2) 様々なケアの場面における多職種の連携に向けた取り組み
 - ・入退院時カンファレンスの効果的実施
 - ・在宅ケアを支える介護・医療チームの構築
 - ・人材の確保と資質の向上
 - ・サービス担当者会議の効果的実施
 - ・地域ケア会議の普及と効果的実施
- (3) 連携ツール活用の提案（標準様式）
 - ・私の暮らしのシート（様式1）
本人の想いや暮らしをつなぐ情報共有（在宅生活の継続）
 - ・山梨県医療・介護「連携」シート（様式2）
本人の入退院・所における介護支援専門員と医療機関の情報共有
 - ・山梨県医療・介護「連絡」シート（様式3）
介護支援専門員と医師が連携関係を築ききっかけ、支援経過における情報の交換

※ 今後、県・市町村・関係団体（職種）が上記連携ツールの活用を推進。

指針・シートのダウンロード <http://www.pref.yamanashi.jp/chouju/chiihoukatukea.html>