

地域包括ケアシステムの 深化・推進に向けて

－秋田県医療・介護・福祉連携促進協議会報告書－

平成25年12月作成

平成30年12月改訂

目 次

はじめに

I	報告書策定の主旨	1
II	現状と課題	1
1	高齢者人口の将来見通し	1
2	世帯構成の変化	4
3	地域福祉の状況	5
4	介護サービス基盤等の整備状況	5
5	在宅医療基盤の整備状況	7
6	在宅医療の取組状況	7
7	在宅医療等の医療需要の推計	8
8	療養場所のニーズ	8
III	目指すべき方向と課題	10
1	地域包括ケアシステム構築の必要性	10
2	地域包括ケアシステムの構築状況と課題	11
3	地域包括ケアシステムの深化・推進	12
IV	地域包括ケアシステム構築に向けた取組の方向性	13
V	具体的な取組	15
1	各分野における課題と今後の取組	15
①	医療分野	15
②	介護分野	16
③	福祉分野	17
④	市町村	18
⑤	地域包括支援センター	19
⑥	県	20

2	各分野が連携して取り組む事項	21
VI	制度面、運用面での課題	21

は　じ　め　に

本県の高齢化率は全国で最も高い状況となっているが、国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、今後も、県人口が減少していく中で、65 歳以上の高齢者の割合は増加し続け、2025 年には 40%を超えるものと見込まれている。

特に 75 歳以上の後期高齢者については、大都市圏のような爆発的な増加は起こらないものの、2030 年までに、さらに増加すると推計されており、それに伴って、要介護者や認知症患者等も増えていくことが見込まれる。

また、核家族化が進行し、高齢の単身世帯・夫婦のみの世帯が増加していく一方で、支え手である若い世代の人口が急激に減少していくなど、「日本型福祉社会」の前提となっていた「家庭内の介護力」や「地域の福祉力」の一層の低下が懸念される状況にある。

こうした中で、高齢者等が、療養や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で、自分らしい生活を続けていけるようにするためには、医療・介護・福祉の連携強化を図りながら、高齢者一人ひとりの状況に応じた切れ目のないサービス提供体制を構築していく必要がある。

加えて、高齢者のみならず、誰もが人との関わりを維持しながら、支え合い、地域をともに創っていくことのできる地域共生社会の実現に向けて、地域住民も含めた多様な主体の連携を促進していくことも重要である。

当協議会では、本県の医療・介護・福祉の現状や課題等を洗い出したうえで、今後の連携促進に向けて、各主体が実施すべき具体の方向性等について議論を重ねてきたところである。

今回、とりまとめたこの報告書が、各主体が共通認識を持ちながら取組を強化していくための契機となるとともに、それぞれの地域特性を踏まえた地域包括ケアシステム推進の一助となれば幸いである。

I 報告書策定（改訂）の主旨

この報告書は、地域包括ケアシステムの深化・推進を図っていくため、医療・介護・福祉の関係団体や市町村、県などが具体的に取り組んでいくべき事項をまとめたものである。

言うまでもなく、地域包括ケアシステムは高齢者等を地域で支えていく仕組みであるが、それぞれの地域によって、医療・介護資源や人口の集積度、地域力など、活用できる資源や条件等は大きく異なっており、目指すべき態様も一様ではない。

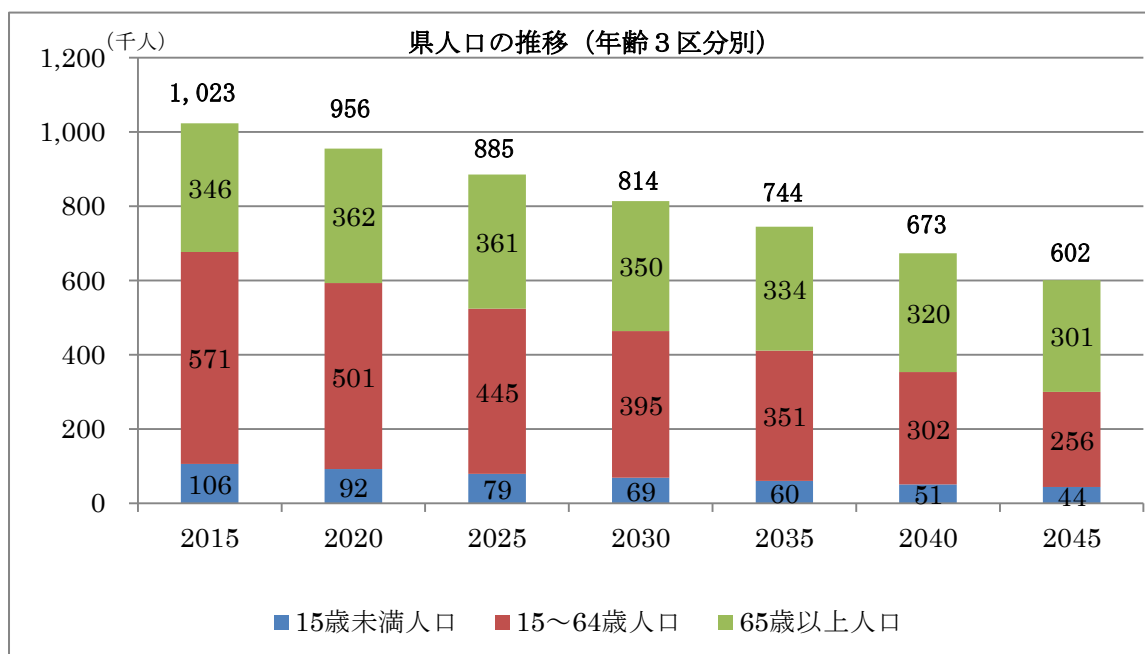
この報告書で示す方向性をベースに、各主体がそれぞれの役割を確認しながら、各地域の実情にあった地域包括ケアシステムの推進に向けて取組を強化していくことを期待するものである。

II 現状と課題

1 高齢者人口の将来見通し

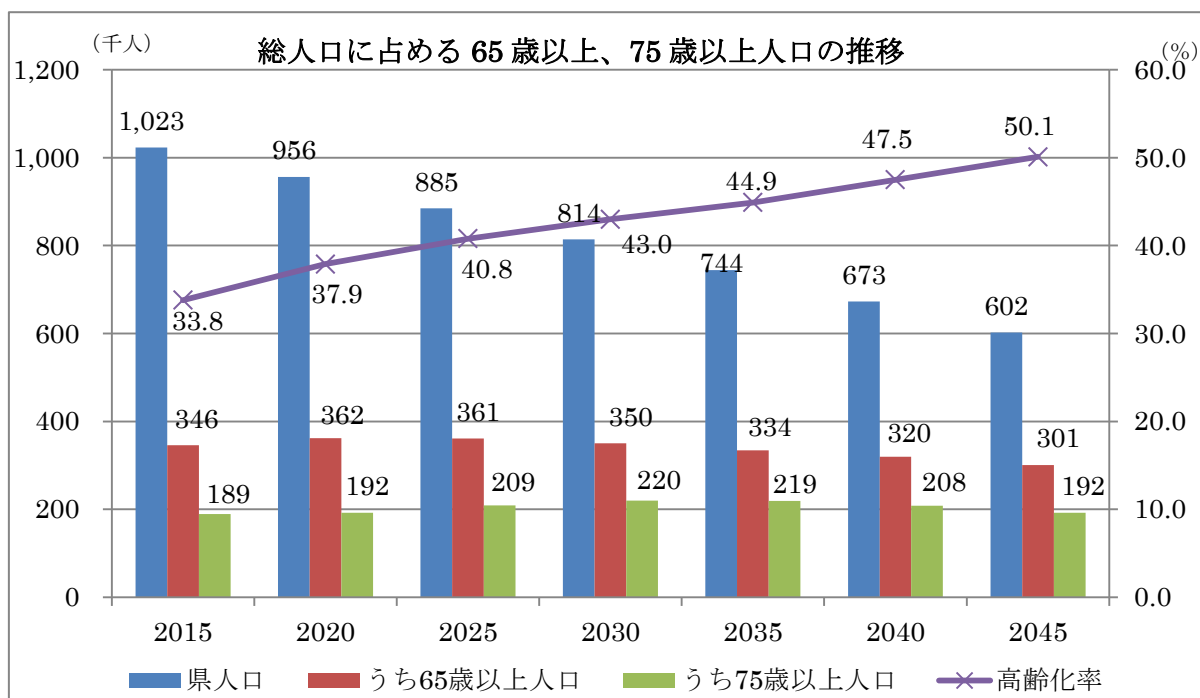
本県の人口は、2017年4月に100万人を割り込んだところであるが、今後も減少を続け、2020年には95万6千人、2030年には81万4千人、2045年には60万2千人（2015年に比べ42万1千人、41.2%減少）となると見込まれている。

これを年齢3区分別にみると、15歳未満人口と15～64歳人口が大きく減少するのに対し、65歳以上人口は2020年まで増加し、その後は減少に転ずるものの、その減少幅は比較的少ないものと予測されている。この結果、高齢化率は平成2025年に40%を超え、2045年には50.1%（2015年対比16.3ポイント増）になるものと推計されている。



出典：総務省「国勢調査」、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30年3月推計）」

また、75歳以上人口については、2030年まで増加し、その後減少に転じると見込まれているが、総人口に占める割合は増加が続き、2045年には31.9%（2015年対比13.5ポイント増）となると推計されている。

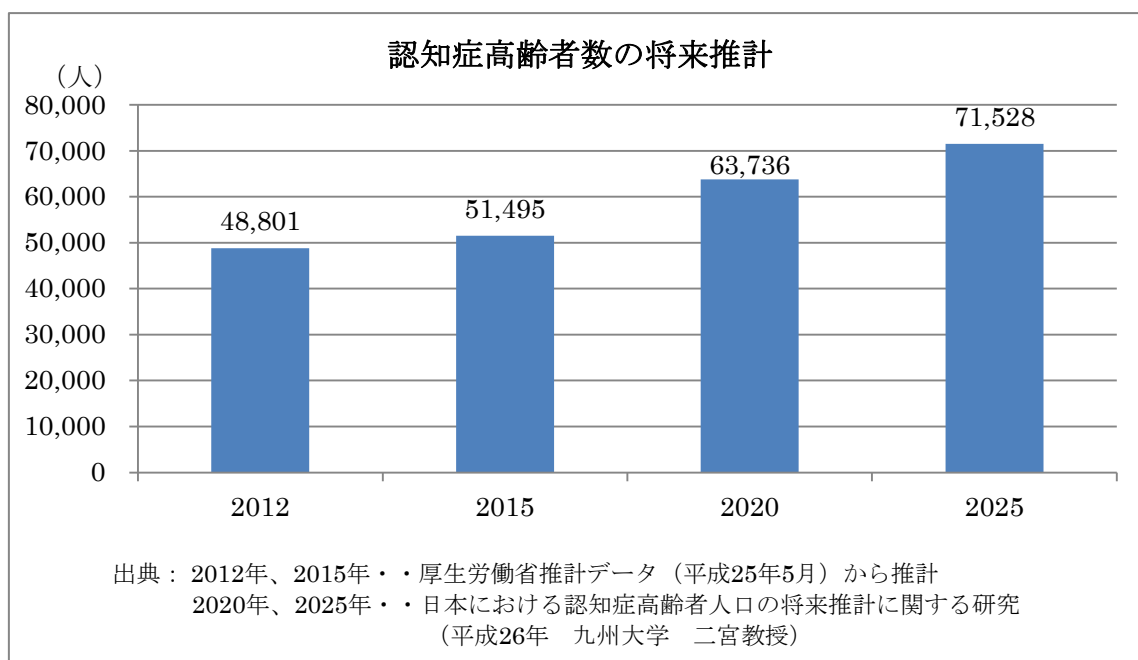


出典：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年3月推計）」

今後、医療や介護を支える若い世代の人口が減少する一方で、高齢者、特に75歳以上人口の増加に伴い、要介護者や要医療者が増えていくことになる。

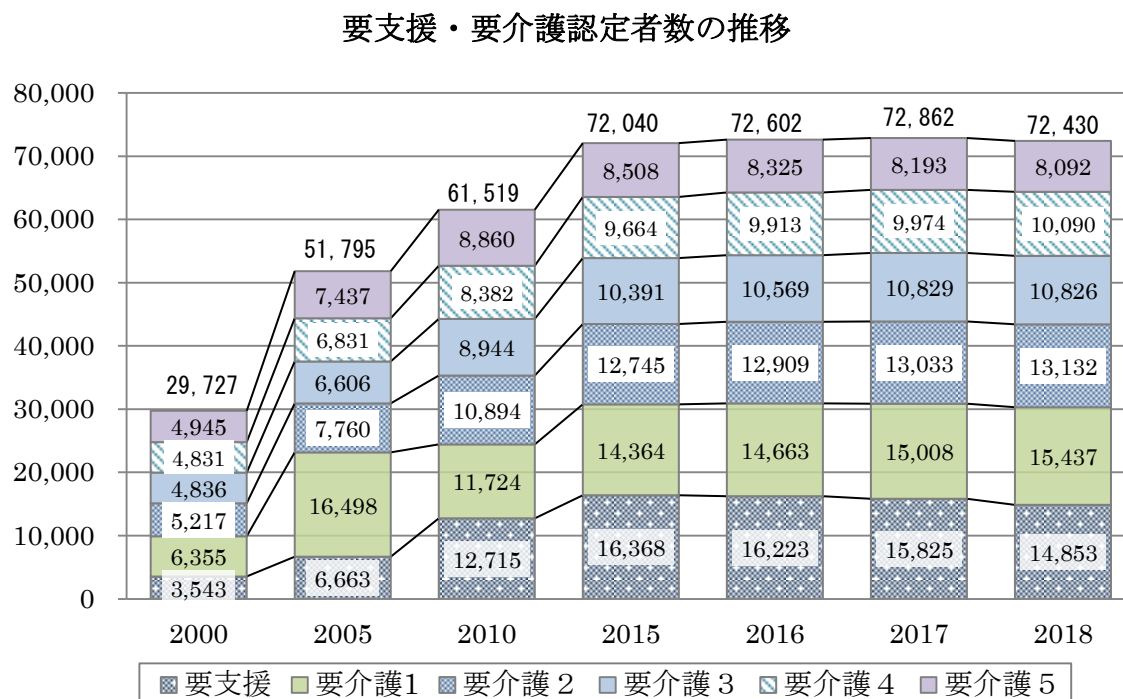
なお、65歳以上認知症有病者は、2012年時点で約4万9千人（県人口比では4.6%）、2015年には約5万1千人、2020年には約6万4千人、2025年には約7万2千人が認知症有病者と推計される。

※本県では、これまで、厚生労働省が公表している高齢者人口の15%を認知症有病者の推計値として活用してきたが、更なる高齢化の進行等を考慮し、今後の将来推計には、九州大学の二宮教授による研究報告を基に、上昇する見込みの有病率（研究報告にある将来推計）を用いることとしている。



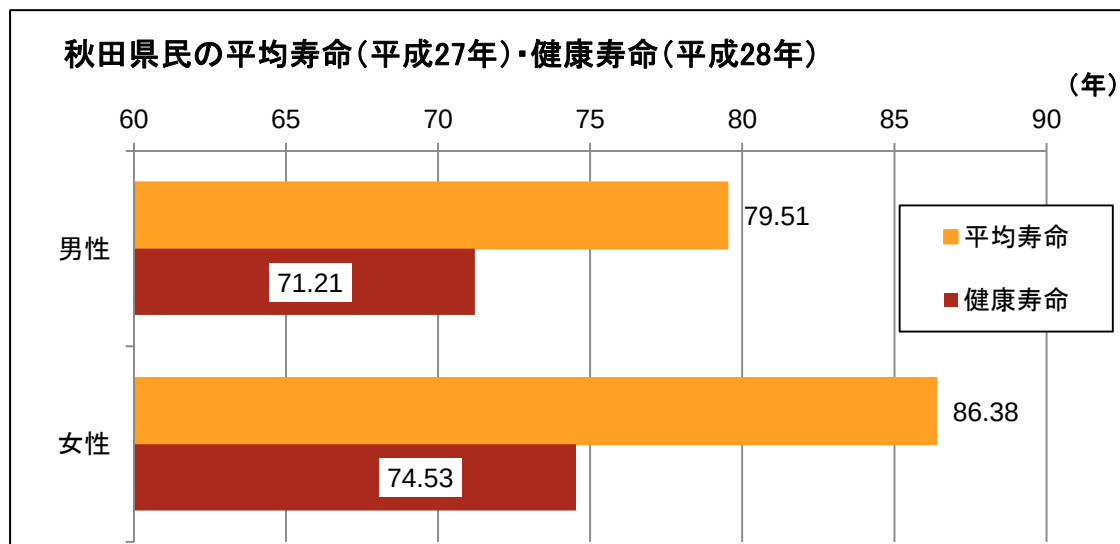
本県の要支援・要介護認定者数は、2018年4月現在で72,430人であり、このうち居宅介護サービスを48,649人、施設サービスを13,165人が利用している。

介護保険制度開始時の2,000年に比べ、約2.4倍となっており、今後も75歳以上人口の増加に伴い、増加していくことが見込まれている。



出典：秋田県長寿社会課調べ（各年4月末日現在）

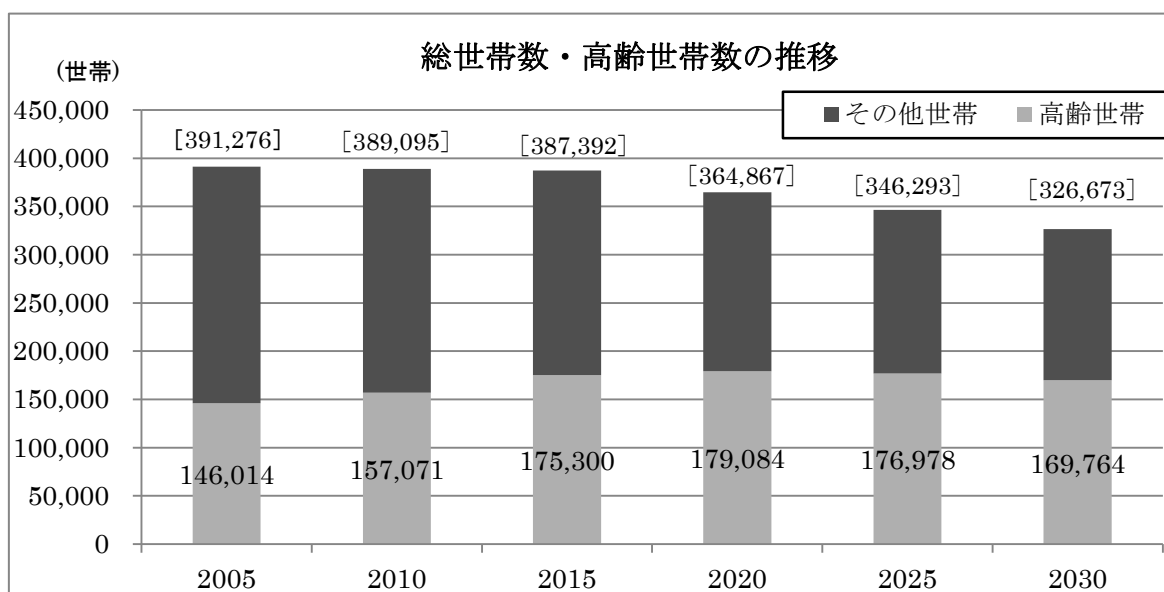
本県は、平均寿命が平成27年で男性79.51年（全国46位）、女性が86.38年（全国44位）と全国平均を下回っているほか、健康寿命が平成28年で男性71.21年（全国46位）、女性74.53年（全国33位）となっている。



2 世帯構成の変化

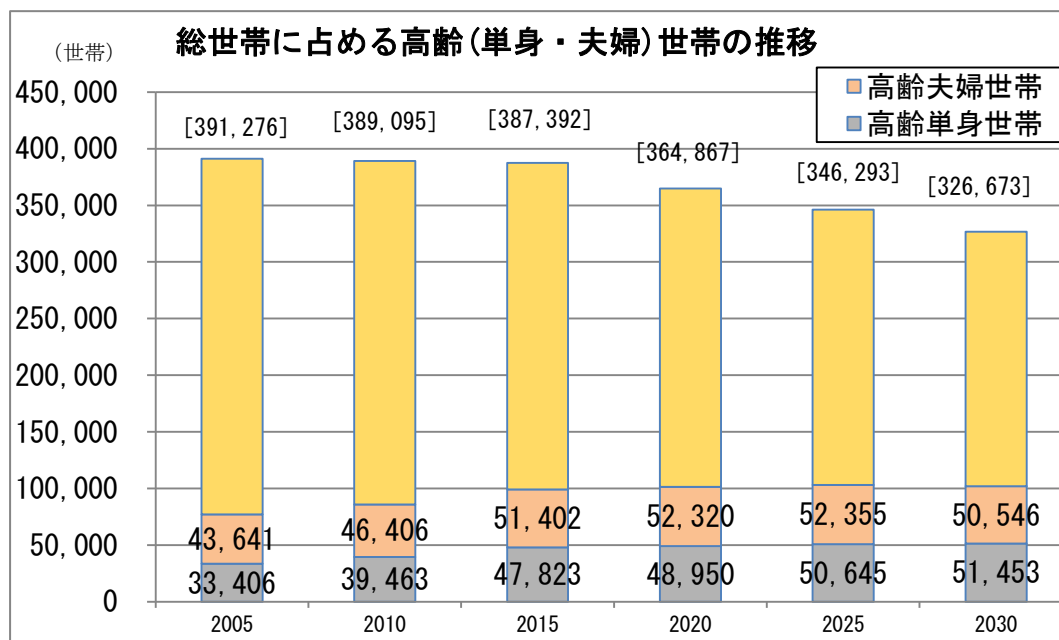
本県の総世帯数は、今後、減少を続け、2015年の約38万7千世帯から、2020年には約36万5千世帯、2030年には約32万7千世帯（2015年に比べ6万1千世帯、15.7%減少）となると見込まれている。

このうち高齢世帯（世帯主の年齢が65歳以上の世帯）数は、2020年まで増加し、その後は減少に転じると推計されている。



出典：国勢調査、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(都道府県別推計)2014年4月推計」

高齢世帯のうち、単独世帯・夫婦のみ世帯は増加し続け、2020年には10万世帯になると見込まれている。在宅介護に占める「老老介護」の割合も5割を超えており、家庭内の介護力の大幅な低下が懸念される。



出典：国勢調査、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(都道府県別推計)2014年4月推計」

3 地域福祉の状況

前述のとおり、本県においては、今後も人口減少や少子高齢化の進行が続いていく見込みであり、地域社会の構成員の大幅な減少や住民同士のつながりの希薄化等により、地域における相互扶助機能の一層の低下が懸念される状況にある。

こうした中で、現行制度では拾いきれないケースや問題解決能力が不十分で公的サービスをうまく利用できない人への対応、生活困窮と介護、障害などの問題が絡み合っているケースへの対応など、福祉に対するニーズも複雑・多様化してきている。

一方で、ボランティア活動等を通じて社会参加したいと考える人も増えてきており、ボランティアやNPO、住民団体など多様な主体が担い手となって、福祉ニーズに対応する仕組みづくりも求められている。

4 介護サービス基盤等の整備状況

本県の介護サービス施設については、介護保険事業計画等に基づき計画的な整備が進められているが、特別養護老人ホームについては入所希望者が多く、入所申込者が年間3千人を超えている状況にある。

療養上のサービスが付く入所系施設の定員は、特別養護老人ホームと介護老人保健施設を合わせて約1万3千人である。現在、要介護認定者数は約5万7

千人であり、要介護状態にある残りの約 4 万 4 千人は自宅などで暮らしていることになる。その中には、自宅で自立した生活を送ることが困難な者もいることから、介護を受けることができる生活施設に入所する場合もあり、そうした需要の増加に伴って、ショートステイや有料老人ホームは、大幅に増加している。

介護サービス基盤等の整備状況

施設種類	区分	平成18年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	対H18年比
養護老人ホーム	箇所数	16	16	16	16	16	16	16	1.00
	定員数	1,065	1,065	1,060	1,060	1,060	1,060	1,060	1.00
特別養護老人ホーム (地域密着型含む)	箇所数	91	112	118	130	133	139	144	1.58
	定員数	5,307	6,460	6,611	7,170	7,285	7,530	7,860	1.48
ケアハウス	箇所数	37	41	42	43	43	43	43	1.16
	定員数	876	958	1,038	1,053	1,053	1,053	1,067	1.22
介護老人保健施設	箇所数	50	54	55	55	56	56	55	1.10
	定員数	4,985	5,111	5,161	5,156	5,238	5,238	5,138	1.03
ショートステイ	箇所数	117	272	281	297	305	309	312	2.67
	定員数	1,850	6,614	6,813	7,349	7,671	7,726	8,029	4.34
訪問看護ステーション	箇所数	47	40	43	48	57	63	63	1.34
認知症高齢者 グループホーム	箇所数	204	282	289	297	300	292	299	1.47
	定員数	1,807	2,367	2,440	2,512	2,552	2,615	2,684	1.49
地域包括支援センター	箇所数	25	52	55	54	57	62	62	2.48
有料老人ホーム	箇所数	5	66	73	76	81	88	97	19.40
	定員数	195	1,639	1,776	1,907	2,076	2,247	2,414	12.38

出典：秋田県長寿社会課調べ（各年 4 月 1 日現在 指定状況 ※特養と老健の箇所数は施設数）

療養型医療施設については、医療的処置を必要とする慢性疾患のための病床として、ニーズが高い状況が続いている（現在、医療病床 4 機能の必要病床数の検討が行われている。）。

※介護保険法の改正により、新しい介護保険施設として、平成 30 年 4 月から介護医療院が創設された。

現行の介護療養型医療施設の廃止・転換期限は、平成 35 年度末まで延長された。

療養型医療施設の状況

各年 4 月現在

施設種類	区分	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
医療型療養病床	箇所数	31	29	30	29	29
	定員数	1,849	1,840	1,822	1,822	1,879
介護型療養病床	箇所数	9	9	8	7	7
	定員数	523	523	519	413	413
合計	箇所数	40	38	38	36	36
	定員数	2,372	2,363	2,341	2,235	2,292

出典：秋田県長寿社会課、医務薬事課調べ（各年 4 月 1 日現在）

5 在宅医療基盤の整備状況

在宅医療の中心的な役割を担う在宅療養支援病院と同診療所、訪問看護ステーションは、数がまだ十分ではないうえ、秋田市周辺に集中している。

また、歯科診療所や薬局についても、地域的な偏在がみられる。

秋田市周辺以外の、医療機関までの距離が遠く、通院に不便な地域の基盤整備が遅れている状況である。

在宅医療提供体制

医療圏	在宅療養支援病院	在宅療養支援診療所	在宅療養支援歯科診療所	在宅訪問薬剤管理指導薬局	訪問看護ステーション
大館・鹿角	1	5	8	45	6
北秋田		1	1	5	4
能代・山本		5	4	41	6
秋田周辺	6	37	44	191	26
秋田市	4	28	36	161	21
秋田市以外	2	9	8	30	5
由利本荘・にかほ	1	5	4	47	4
大仙・仙北		8	10	61	8
横手	1	10	7	49	6
湯沢・雄勝		2	12	18	3
合計	9	73	90	457	63

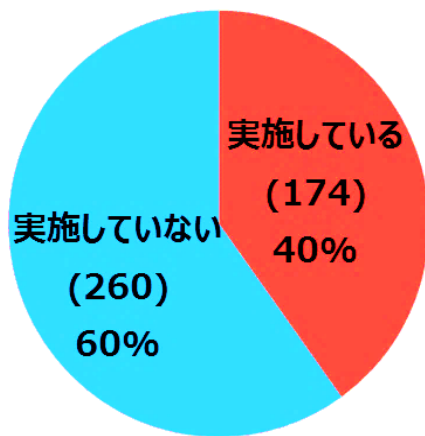
出典：東北厚生局「施設基準の届出受理状況」（平成 30 年 10 月 1 日現在）、秋田県長寿社会課調べ

6 在宅医療の取組状況

県が平成 27 年度に実施した調査によれば、訪問診療を実施している診療所・病院は 40%であり、医療圏別にみると、訪問診療を実施している割合が最も多いのは、湯沢・雄勝医療圏の 55%、最も少ないのは、大館・鹿角医療圏の 20%となっている。

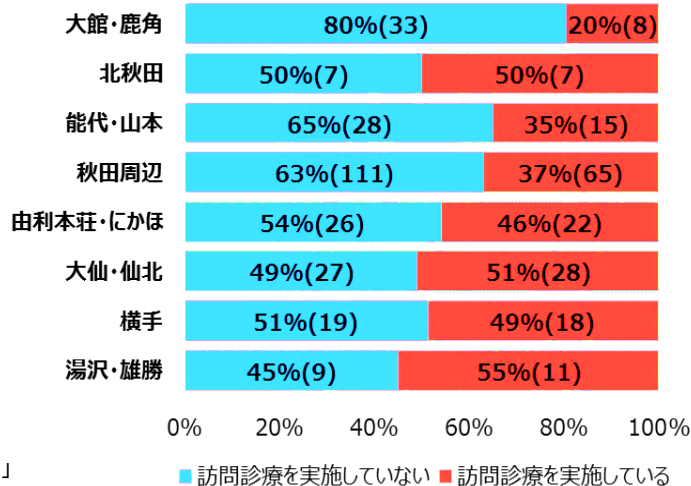
訪問診療において負担となっていること、あるいは実施が難しい理由としては、「24 時間 365 日の対応」や「外来業務で手一杯」といった項目が上位となっている。

【訪問診療の状況】



出典：秋田県医療事業課「在宅医療取組現況調査」

【医療圏別にみた訪問診療の状況】



7 在宅医療等の医療需要の推計

平成 28 年(2016 年)に策定した地域医療構想において、2025 年における在宅医療等の医療需要は、平成 25 年度(2013 年)と比較して、1,473 人／日（うち訪問診療分 489 人／日）増加すると推計されている。

在宅医療等の医療需要

(人／日)

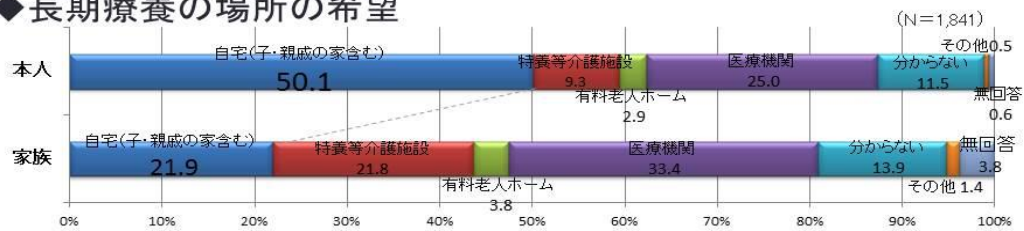
構想区域等	医療機能	2013年度 医療需要	2025年 医療需要
大館・鹿角	在宅医療等	1,094	1,276
	(再掲)うち訪問診療分	209	227
北 秋 田	在宅医療等	363	357
	(再掲)うち訪問診療分	80	80
能代・山本	在宅医療等	1,051	1,148
	(再掲)うち訪問診療分	306	319
秋田周辺	在宅医療等	3,679	4,828
	(再掲)うち訪問診療分	1,687	2,115
由利本荘・にかほ	在宅医療等	1,118	1,217
	(再掲)うち訪問診療分	441	485
大仙・仙北	在宅医療等	1,577	1,584
	(再掲)うち訪問診療分	709	715
横 手	在宅医療等	1,152	1,141
	(再掲)うち訪問診療分	555	551
湯沢・雄勝	在宅医療等	795	751
	(再掲)うち訪問診療分	308	292
秋 田 県	在宅医療等	10,829	12,302
	(再掲)うち訪問診療分	4,295	4,784

出典：厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

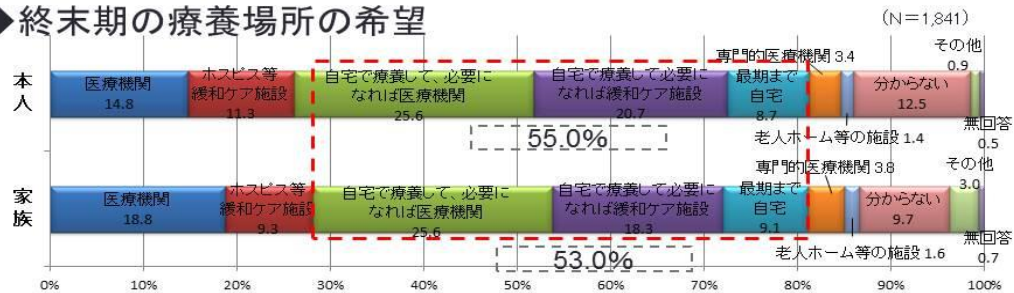
8 療養場所のニーズ

県が平成 27 年度に実施した調査によれば、終末期の療養場所に関する希望では、「自宅で療養して必要になれば医療機関に入院したい」という回答を含めると、約 55%が「自宅で療養したい」と回答しており、また、療養に関する希望では、要介護状態になっても、自宅や子ども、親戚の家での介護を希望する人が半数に達している状況にある。

◆長期療養の場所の希望



◆終末期の療養場所の希望

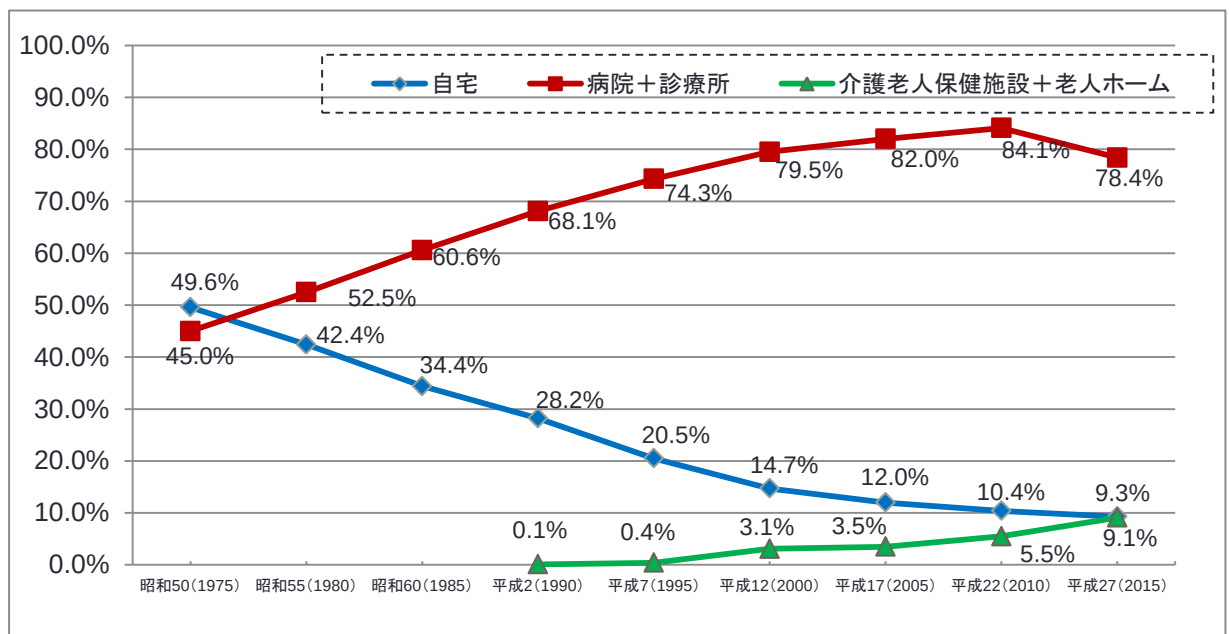


出典: 在宅における医療・介護に関する県民意識調査(平成27年 秋田県調査)

一方で、看取りの場所については、かつては自宅が8割以上を占めていたが、現在は1割程度になっている。「家族に負担をかけたくない」、あるいは「病状の急変時に不安がある」等の理由により入院を選択しているケースもあるなど、ニーズと現実には大きなギャップが生まれている。

住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療・介護を推進していく必要がある

看取りの場の推移



Ⅲ 目指すべき方向と課題

1 地域包括ケアシステム構築の必要性

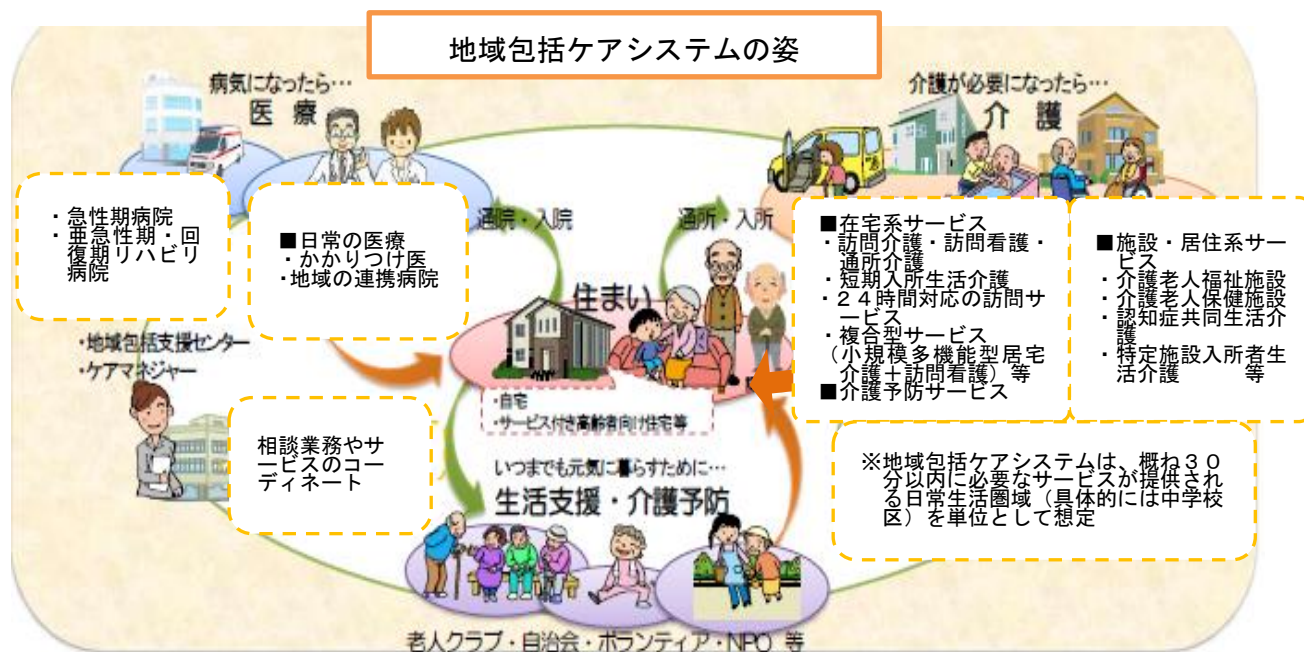
Ⅱ 現状と課題で見てきたように、本県では、今後、高齢化の進行に伴って、要介護者、認知症患者等の増加や、家庭内の介護力の低下が懸念される状況にある。

また、介護サービス基盤や在宅医療基盤の整備を図っていく必要があるほか、療養場所のニーズと現実の大きなギャップを可能な限り埋めていくことが求められている。

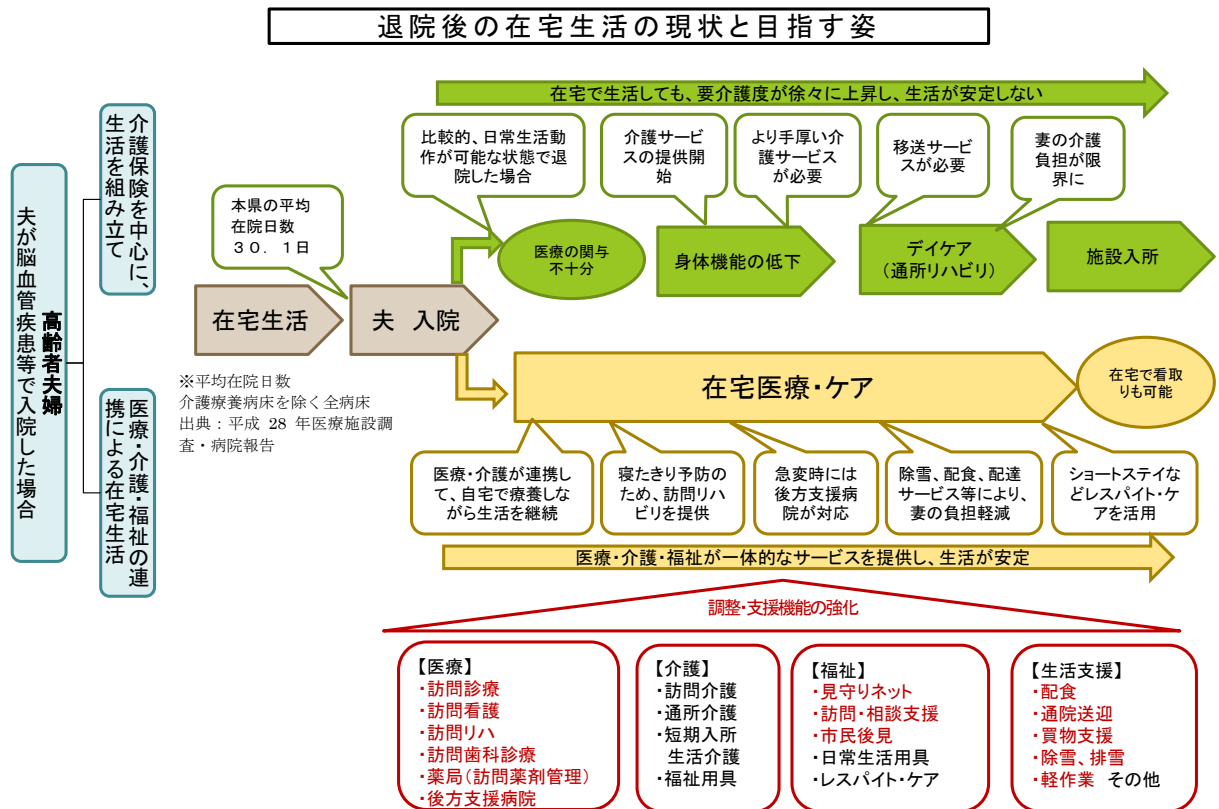
本県において、高齢者等が療養や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で生活をしていくことができるように、それぞれの地域の実情に応じた「地域包括ケアシステム」を構築していくことが急務になっている。

【地域包括ケアシステムとは】

- ・高齢者等に、日常生活に必要な医療、介護、介護予防、住まい、生活支援のサービスを提供するシステム
- ・これらのサービスをバラバラに提供するのではなく、利用者のニーズに合わせて、一体的に、切れ目のない支援をしていこうとするもの



地域包括ケアシステムの構築により、次のように、これまでバラバラに提供されてきたサービスが一体化され、対象者の状態に応じたきめ細かな対応が可能となることが期待される。



2 地域包括ケアシステムの構築状況と課題

本県の地域包括ケアシステムの構築状況については、県土が広大で人口が分散しており、医療・介護資源も偏在していることなどから、状況は地域によって大きく異なっている。地域包括支援センターや関係団体が中心となって、顔の見える関係づくりやICTを活用した情報共有、住民へのきめ細かな普及啓発など、先進的な取組を進めている地域もあるものの、県全体として見た場合は、まだ十分に進んでいるとは言えない状況にある。

各地域において地域包括ケアを推進するリーダーやキーパーソンの育成が求められているほか、医療・介護・福祉分野を中心とした多様な主体による連携の促進が不可欠であるが、そのためには、地域の人材育成や連携のコーディネート役を担う市町村と地域包括支援センターの果たすべき役割は大きいものがある。

市町村によって、地域包括ケアシステムに関する意識や構築に向けた取組にばらつきがあることや、地域包括支援センターが介護予防プランの作成に迫われ、コーディネート機能を十分に発揮できていないこと等の課題解決を図っていくとともに、医療から介護・福祉への連携のアプローチや、介護から医療・福祉へのアプローチなど、多方面からの連携の働きかけが生まれる状況をつくっていく必要がある。

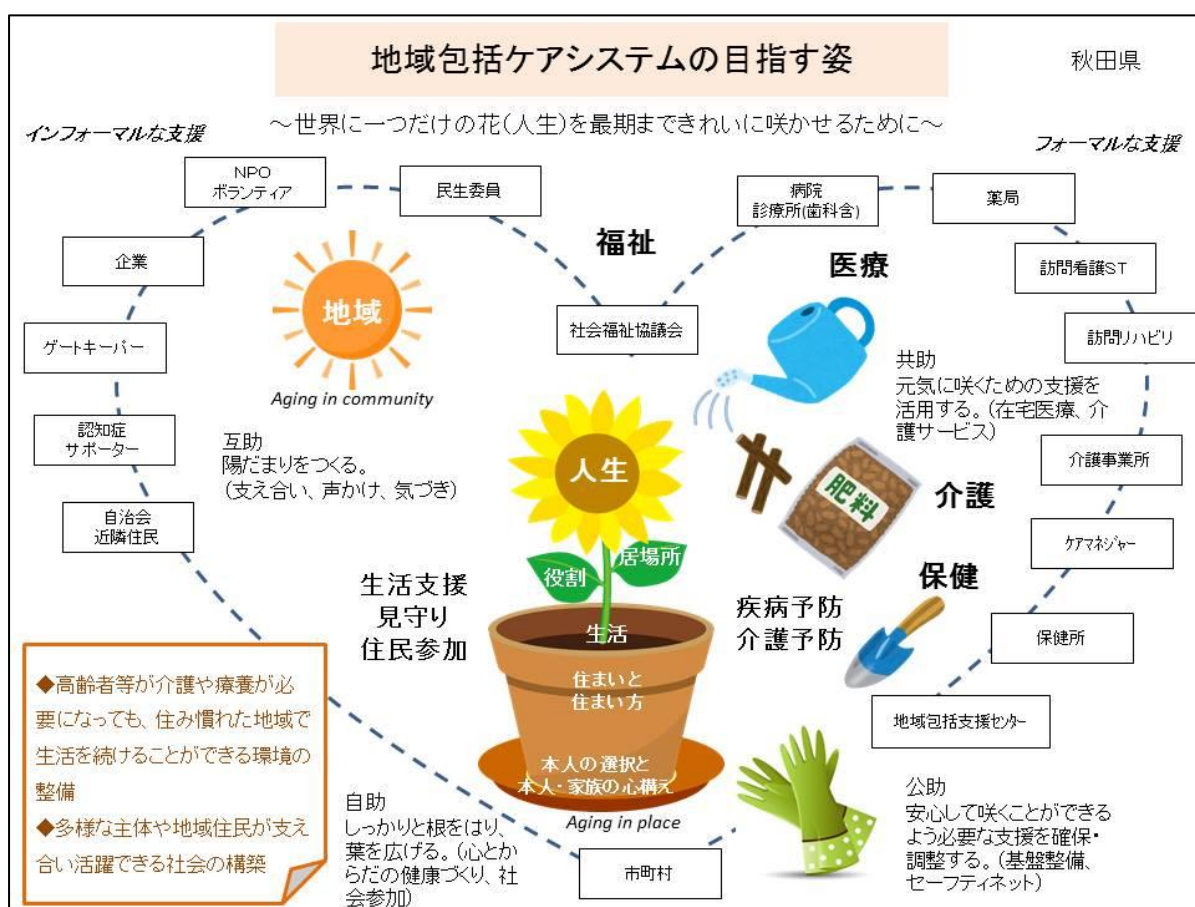
3 地域包括ケアシステムの深化・推進

地域包括ケアシステムを構築していく上で根幹となるのは、本人の選択（意思決定）に基づいた治療やケアの実現によるQOLの向上である。

そのためには、選択肢としての医療・介護・福祉のサービスの充実はもとより、選択の土台となる健康で自立的な生活を自ら営み、地域においてその居場所や役割が確保されることが重要である。

一人ひとりの人生を花に例えると、健康な生活を支える医療や介護は、水やりや施肥等の世話を相当するが、水や肥料をやりすぎると花は枯れやすい。最期まできれいな花を咲かせるためには、まずは花自身がしっかりと根を張り葉を広げるとともに、そこに陽が当たる環境をつくることが大事である。このように、元気で生きがいを持って暮らし続けるためには、「自助」「互助」から地域づくりを行う必要がある。

そこで、「健康寿命日本一」を目指す本県の実現と連動し、健康づくりや疾病予防などの取組を進めるほか、多様な主体の連携により、誰もが地域でつながり支え合う地域共生社会への展開を図っていく必要がある。



IV 地域包括ケアシステムの推進に向けた取組の方向性

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、市町村と郡市医師会が中心的な役割を担っていく必要がある
- 両者を中心に、各地域において、医療・介護・福祉の連携体制を構築し、現場レベルでの「顔の見える関係づくり」を進める
- 元気な高齢者の増加に向け、県民一人ひとりの健康意識を高め行動変容を促すとともに、生きがいづくりや社会参加を促進する。
- 高齢者を含めた地域住民が互いに支え合いながら、包括的な支援を受けることができる地域づくりの気運を醸成していく

地域包括ケアシステムの構築を進めていくためには、連携のコーディネート役を担う市町村と、高齢者等の在宅生活に欠かすことのできない医療サービス提供の中心となる郡市医師会の果たすべき役割が大きい。

市町村は、地域包括ケアシステム構築に向けて、「地域包括ケア計画」とも位置づけられる第7期介護保険事業計画を策定し、各種取組を推進する立場として、また、郡市医師会は、病気の治療だけでなく、疾病予防や健康管理も支える「かかりつけ医」をはじめとする地域の医師により組織される団体として、いずれも地域において、多職種連携の推進を先導・支援する役割を果たすことができる存在である。

この両者が中心となって、地域における医療・介護・福祉の関連団体と市町村等による協議の場の設定や、研修会の開催、情報の発信などに取り組むなど、高齢者等を支える医療・介護・福祉に携わる多職種が、現場レベルでの「顔の見える関係」が構築しやすい環境づくりを進めていく。

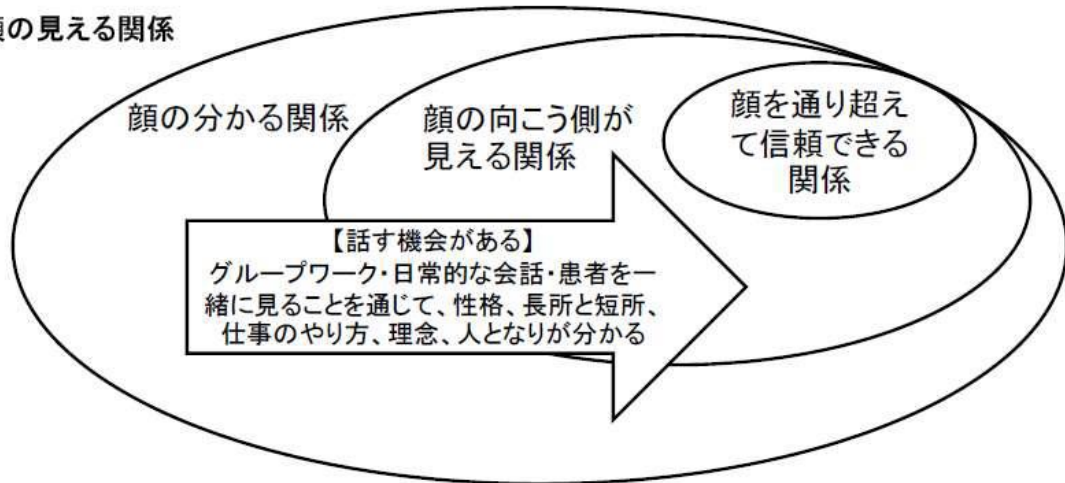
また、前述したように、「自助」「互助」の役割を再確認し、元気な高齢者の増加に向け、健康づくりや介護予防の促進を図るとともに、高齢者を含めた地域住民や多様な主体が支え合う地域づくりを進めていく。

※地域包括ケアシステム構築のための連携が必要な関係機関の例

- ・行政機関（市町村、福祉事務所、保健所、警察署、消防署 等）
- ・医療機関（病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局 等）
- ・介護保険サービス事業者（居宅介護事業所、訪問介護事業所、介護保険施設 等）
- ・職能団体（医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、介護支援専門員協会、介護福祉士会、社会福祉士会 等）
- ・関係団体・関係者（社会福祉協議会、老人クラブ、自治会、NPO団体、消費者センター、銀行、郵便局、民生委員、介護相談員、保護司、宅配便配達員、電気検針員 等）
- ・サービス利用者・家族・近隣住民

「顔の見える関係」とは何か？

顔の見える関係



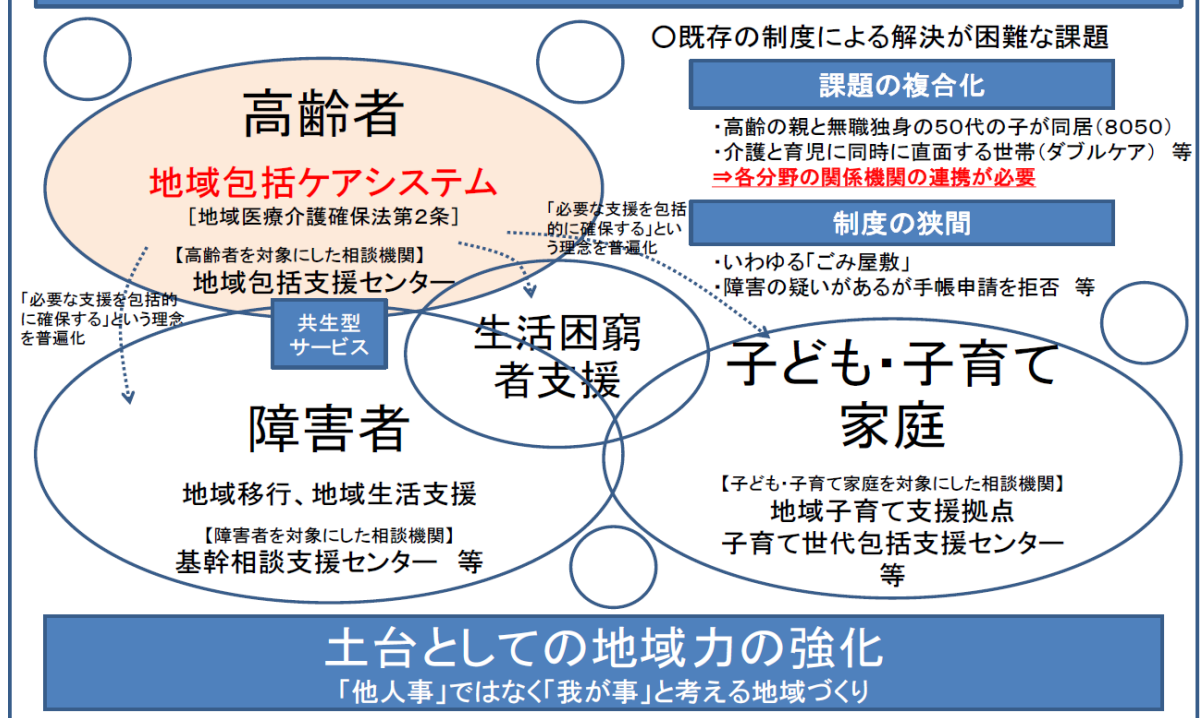
顔の見える関係と連携との関係

顔が分かるから安心して連絡しやすい
 役割を果たせるキーパーソンが分かる
 自分の対応を変えることでやりやすくなる
 同じことを繰り返して信頼を得ることで効率が良くなる
 親近感がわく
 責任のある対応をする



※ 『緩和ケア普及のための地域プロジェクト(厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)』報告書 2012

地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制



V 具体的な取組

1 各分野における課題と今後の取組

① 医療分野

【主な課題】

- ・ 病院の主治医とかかりつけ医、訪問看護師、かかりつけ薬剤師等の連携と情報を共有するなどの退院支援体制の整備が不十分
- ・ 在宅療養者に対して医療機関と薬局、介護施設等が連携した、多職種による在宅医療提供体制の構築が不十分
- ・ 在宅医療で積極的な役割を担う在宅療養支援診療所等と近隣の病院、地域における中核的な病院との連携による急変時における24時間対応可能な体制の確保が不十分
- ・ 在宅医療を提供する医療機関で看取りに対応できない場合に、病院や有床診療所で必要に応じて受け入れる連携体制の構築が進んでいないほか、介護施設等の入所者を含めた看取りについて、必要に応じて支援できる体制の整備が進んでいない。
- ・ 在宅医療に取り組む病院、診療所、訪問看護ステーション等が不足
- ・ 認知症の人やその家族を支えるための早期発見や診断、治療、ケアまでの各段階における医療と介護の連携が不足

【今後の取組】

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援を推進する
- 多職種協働により患者やその家族の生活を支える観点からの医療（口腔健康管理を含む）の提供の充実を図る
- 患者の病状急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保を図る
- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを推進する
- 認知症疾患医療センター相互と関係機関との連携を強化する

入院医療機関からの退院に当たり、在宅療養支援が円滑に行われるよう、医療介護従事者間の連携体制の構築を推進していくとともに、在宅療養者の疾患、重症度等に対応した医療や介護が包括的に提供されるよう、在宅医療に関わる多職種協働によるチーム医療体制の構築を推進する。

また、在宅医療で積極的な役割を担う医療機関等の連携を促進し、病状急変時に24時間対応可能な体制の確保やターミナルケアを含む看取りを実施する医療機関や訪問看護ステーション等の充実を図る。

さらに、地域の認知症医療支援体制づくりに向けて、認知症疾患医療センターを中心として、地域包括支援センター、市町村、介護保険関係者等との連携を強化する。

② 介護分野

【主な課題】

- ・介護関係者の医療知識が不足
- ・リハビリテーション専門職の市町村事業への参加が進んでいない。
- ・介護をしている家族の多くが心理的負担や孤立感を抱えている。

【今後の取組】

- 介護支援専門員の組織化等により、ケアマネジメントの質の向上を図る
- 「地域ケア会議」を通じた多職種協働による支援体制づくりを推進する
- 介護職員の医療面における知識を強化する
- 介護予防事業の取組やリハビリテーション専門職との連携を強化する
- 介護に取り組む家族への相談・支援体制を強化する

介護支援専門員連絡会を市町村ごとに組織化し、利用者に関する相談・指導やケアプラン作成技術の向上、医療・介護サービスの幅広い知識の習得など、ケアマネジメントの質の向上に向けた取組を推進する。

また、「地域ケア会議」への参画を通じて、現場レベルでの多職種の連携を強化しながら、個別ケースの支援体制を確立していくとともに、介護職員のスキルアップに向けて、各種研修への積極参加を図り、十分な知識と技術習得を目指す。

さらに、地域における介護予防の取組を強化するため、通所、訪問、地域ケア会議等へのリハビリテーション専門職の関与を促進する。

加えて、介護に取り組む家族への支援として、必要な介護サービスの確保を図るとともに、利用者から相談を受けた際、利用者自身とその世帯が抱える生活課題を把握し、必要に応じて適切な機関へつなぐことができるよう、相談体制を構築する。

※地域ケア会議

高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めて行く、地域包括ケアシステムの充実に向けた手法

- ・地域包括支援センター等が主催
- ・医療・介護・福祉の多職種がネットワークを構築し、協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める
- ・個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する
- ・共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる

③ 福祉分野

【主な課題】

- ・ 複雑化する福祉ニーズに対して、従来の縦割りで整備されてきた支援体制では対応しきれないケースが顕在化している。
- ・ 地域の支え合い機能の低下
- ・ インフォーマルサービスの実施体制が未整備
- ・ 地域課題や福祉ニーズの把握が不十分
- ・ アウトリーチ等を推進する人材が不足

※インフォーマルサービス

- ・ 公的機関や専門職による制度に基づくサービス以外の支援のこと。家族、近隣、友人、民生委員、ボランティア、NPOなどの制度に基づかない援助などがある

※アウトリーチ

- ・ 援助が必要であるにもかかわらず、自発的に申し出をしない人々に対して、公共機関などが積極的に働きかけて支援の実現をめざすこと

【今後の取組】

- 医療、介護、地域住民との連携を図りながら、要援護者のニーズを把握し、きめ細かな支援を行っていくための仕組みを構築する
- 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）やコミュニティソーシャルワーカーの配置を促進する
- 複合的な課題に対応した支援が行われるよう、総合相談支援など包括的な支援体制の構築に向けた体制づくりを進める
- 地域における支え合いの仕組みづくりを推進する

医療・介護等の関係者、さらには地域住民との連携を図りながら、アウトリーチ等により要援護者のニーズを把握し、インフォーマルサービスも含めたきめ細かな支援を行っていくための仕組みを構築する。

そのため、高齢者の在宅生活を支え、地域支援や仕組みづくりに取り組む「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や、要援護者に対する個別支援や住民活動のコーディネートのほか、既存制度の狭間にある課題に対する解決策の検討や関係機関との調整を行う「コミュニティソーシャルワーカー」の市町村社会福祉協議会などへの配置を促進する。

また、地域住民等による高齢者の見守り体制の充実や、多様な専門機関の連携強化により、障害者等も含め、包括的な支援に向けた体制の構築を図る。

特に、認知症高齢者や単身高齢世帯等の増加に伴い、医療や介護サービス以外にも、在宅生活を継続するための日常的な生活支援（配食・見守り等）を必要と

する方の増加が見込まれるため、市町村と連携しながら、こうしたサービスの提供体制を確保していく。

※コミュニティソーシャルワーカーの役割

- ・要援護者に対する見守り・発見・つながりのセーフティネット体制づくり
- ・制度の狭間にある要援護者からの相談対応、必要なサービスへのつながり、各種福祉サービスの利用申請支援
- ・複合的に多くの問題を抱えている世帯への対応
- ・地域で支え合う意識醸成への協力
- ・地域福祉計画等の策定・見直し、推進等への協力

④ 市町村

【主な課題】

- ・市町村によって、地域包括ケアシステムに関する意識や構築に向けた取組にばらつきがある。
- ・担当部署の人員配置が不足
- ・住まいや生活交通など、多様な支援に係る庁内の関係部署との連携が不足
- ・郡市医師会や地域の中核病院等との連携が不足
- ・地域包括ケアシステムの地域住民への周知が不足
- ・認知症、独居老人、軽度者への介護サービスの提供体制が不十分

【今後の取組】

- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、市町村が中心となって地域の医療・介護・福祉の関係団体と目指すべき姿を共有しながら、連携を強化する
- 地域包括ケアシステムや医療提供体制の構築に係る担当部署の設置や適切な職員配置を行う
- 地域住民に対し、地域包括ケアシステムや認知症を正しく理解するための普及・啓発を行うとともに、認知症サポーターの更なる養成を行う
- 高齢者の住まいに関する情報提供や相談体制の充実を図る
- 共助組織等による移送サービスや食事の提供といった在宅生活全般を支える地域基盤を整備するため、多様な主体を活用したサービス提供体制を確保する

地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域における医師会や歯科医師会、薬剤師会、看護協会、地域包括支援センター、社会福祉協議会等による協議の場を設定するなど、関係団体の連携強化を図るとともに、地域包括

ケアシステム評価シートを活用して、地域の強みや弱みを把握しながら、地域の関係団体と目指すべき姿を共有しながら、地域特性に応じたシステム構築を進める。市町村が目指す地域包括ケアシステムが受け入れられる前提として、住民の理解があることから、在宅医療・介護連携推進事業等の実施を通じて、医療、介護等の専門職のほか、住民や庁内各課に積極的に働きかけをしながら、連携して取り組む。

また、今後は地域包括ケアシステムの構築を進める上で、認知症患者も大きなウエートを占めてくることが予想されるため、引き続き認知症サポーターの養成に努めるとともに、相談体制の充実や「家族の会」と連携した認知症の啓発を行う。

さらに、自宅で生活することが困難な高齢者や、他の住まいでの生活を希望する高齢者のため、多様な住まいの確保に向けて、住宅担当部局と福祉担当部局と連携して高齢者の住まいに関する情報提供や相談体制の充実を図る。

加えて、軽度者等の多様な生活支援ニーズに対応するため、既存の事業所、NPO や住民ボランティア等の多様な主体を活用しながら、サービスの提供体制を確保する。

⑤ 地域包括支援センター

【主な課題】

- ・介護予防ケアプランの策定などの負担が大きく、総合相談支援や権利擁護、ケアマネジメント支援等のコーディネート機能を十分に発揮できていない。
- ・市町村直営型と委託型とで取組レベルに差が存在
- ・地域包括支援センターの認知度が地域によっては低く、住民に対する地域包括ケアの目的や必要性の浸透が不十分

【今後の取組】

- 専門職等の派遣による「地域ケア会議」の機能の強化を図る
- 地域包括支援センターの機能強化に向け、設置主体である市町村と連携して、センターの業務量と役割に応じた適正な人員体制を確保する
- 地域住民に地域包括支援センターの取組内容を幅広く周知する
- 他の相談支援機関や生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員等との連携を推進する

慢性疾患を有する要介護高齢者や認知症高齢者の増加等により、医療と介護の連携や認知症への対応がさらに重要となっており、地域ケア会議の効果的な実施と多職種の協働体制によるケアマネジメント支援の充実を図ることが求められている。

こうした地域包括支援センターの役割の増大を踏まえ、設置形態にかかわらず、職員のスキルアップ等を図りながら、設置主体である市町村と連携して、マンパワーの充実や各種研修への参加、先進地域の研究など、センター自体の機能強化に取り組むほか、成年後見制度の活用など権利擁護に関する支援や、地域住民向けの講習会・市民講座の開催などにより、地域包括ケアシステムや在宅での看取りなどに関する普及・啓発を図る。

また、最期まで自分らしい人生を全うするためには、日頃の生活の中で、本人の意思を家族や関係者が共有しておくことが重要であることから、ICTの活用も含め、こうした情報共有を促進していく。

さらに、身近な相談機関として地域住民がセンターを利用する上で必要と考えられる情報を積極的に公開していくとともに、業務全般を効果的かつ円滑に運営するため、体制整備と併せて地域の他の相談支援機関等との連携を推進する。

⑥ 県

【主な課題】

- ・ 県全体としての地域包括ケアシステムの推進方策が不明確
- ・ 関係機関に対する連携に関する働きかけが不十分

【今後の取組】

- 取組モデルを提示するなど、市町村における地域包括ケアシステムの構築イメージを喚起する
- 地域包括ケアシステム評価シートの活用による進捗状況の見える化を踏まえ、各地域の特性に応じたシステム構築を支援する
- 市町村における取組格差の解消に向けて、各種情報提供や助言を行う
- 地域包括ケアシステムの構築に関わる各分野の人材の確保・育成する
- 単独での事業実施が困難な市町村に対し、広域連携に向けた支援を行う
- 元気な高齢者の増加に向け、健康寿命日本一に向けた取組を進める
- 制度や運用面での課題解決策の検討を行うとともに、必要に応じて国等への制度改正等を働きかける

地域包括ケアシステム評価シートを活用した取組状況の見える化や、地域包括ケアシステムの構築モデルの提示により、市町村における取組の方向性の選択とイメージ構築に向けた支援をしていく。

また、各市町村における在宅医療・介護連携推進事業の進捗状況を把握しつつ、広域的な取組が必要な市町村への支援や、地域課題に応じた研修を実施していくとともに、地域包括ケアシステムの構築に関わる各分野の人材を確保・育成していく。

さらに、元気な高齢者の増加に向け、県民一人ひとりの健康意識を高め、運動習慣の定着や食生活改善、歯と口腔の健康づくり、ロコモ・フレイル予防の普及啓発、高齢者の社会参加の促進など、健康寿命日本一に向けた取組を進める。

加えて、地域包括ケアシステムの構築を図る上で障害となっている制度面、運用面での課題を整理し、解決策の検討を行うとともに、必要に応じて国等への制度改正等を働きかける。

2 各分野が連携して取り組む事項

- 医療分野と介護分野にまたがる課題として、療養病床でみるべき状態と介護施設でみていくことが可能な状態をそれぞれの地域の実情に合わせて協議し、患者が適所で療養もしくは生活していく環境を整える
- 多職種の交流の場を様々なアプローチから設定する
- 多職種を対象とした研修等の開催や積極的な情報発信を行う
- ケースごとに、情報共有を密にした支援体制を構築する
- ICTも活用しながら、タイムリーな情報共有や連携の促進を図る

地域で暮らす高齢者等を支援するためには、医療・介護・福祉の各職域・団体や市町村、地域包括支援センターなどが地域包括ケアシステムの担い手として、それぞれの役割を果たすとともに、連携して活動を継続していくことが必要である。

そのため、医療・介護・福祉の各職種・団体が、相互に多職種連携に関する研修会・会議等の交流の場を設定するとともに、認知症、緩和ケア、在宅リハビリなどのテーマごとの研修会の開催や、「ケアマネタイム」「医療と介護の連携シート」「ICTツール」の活用による情報共有化の検討、地域住民向け研修会・市民講座の開催、医療・介護・福祉の資源マップの作成など、連携しながら取り組んでいく。

※ケアマネタイム：医師から業務中におけるケアマネジャーとの連絡が容易な時間帯を設定してもらい、ケアマネジャーが医師に連絡・相談しやすい環境づくりを図ること

VI 制度面、運用面での課題

当協議会では、地域包括ケアシステムの早期構築に向けて、医療・介護・福祉の関係団体や市町村、県などが具体的に取り組んでいくべき事項等の検討のほか、制度面や運用面での課題等についての議論も行い、その際に指摘等のあった主な課題は次のとおりであった。

これらについては、その内容をさらに多様な角度から検討するとともに、地域

包括ケアシステムの構築を進めていく過程で明らかになってきた課題も含めて、必要に応じて解決策の検討や国等への制度改正等を働きかけていく。

○ 地域医療介護総合確保基金の弾力的な運用

地域医療介護総合確保基金について、効率的で質の高い医療提供体制の構築や地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、必要な事業が確実に実施できるよう予算を確保するとともに、地域の実情に応じた事業執行を可能とするため、事業区分間の配分額の流用を認めるなど、弾力的な運用を図る必要がある。

○ 在宅医療・介護を支える人材の育成・確保

在宅医療・介護を担う人材の確保が困難な状況になってきていることから、多様な人材の参入促進や質の高い従事者の育成などに向けた財源の確保が必要である。

○ 個人情報の取扱いの弾力化

地域住民の生活支援を行うためには、関係機関とのネットワーク構築が重要であるが、過度の個人情報保護がネックになり、関係者間で情報を共有することが困難になっている。

個人情報の保護策を講じたうえで、個人情報を関係者間で共有するための弾力的な運用が図られるよう、対応について検討する必要がある。

○ かかりつけ医など在宅医療の提供体制の維持・確保

在宅医療を支える医師の高齢化等により、人口密度が低く、高齢化が進む中山間地域において地域に密着した診療所の機能維持が困難となる可能性があることから、在宅医療に携わる医師の確保のため、地域の実情に応じた新たな評価等の調査・研究を行い、在宅医療に意欲を持てる施設基準や診療報酬制度に改善する必要がある。

○ 訪問看護の診療報酬制度の改善

在宅医療の推進に重要な役割を担う訪問看護ステーションについて、人口密度が低く、高齢化が進む中山間地域では訪問先が散在しているため、移動に要する時間が負担となり、サービスを十分に受けられない地域もある。このため、こうした地域でも、経営面も含めた安定的な訪問看護の提供が可能となる施設基準や診療報酬制度に改善する必要がある。

○ 介護保険制度による医療連携加算の拡充

平成 24 年度の介護報酬の改定において、医療と介護の連携を強化する観点から、医療連携加算や退院退所加算の見直し、緊急時居宅カンファレンス加算の創設等が行われた結果、実際に連携が強まっている。今後、さらなる連携強化に向けて、加算の拡充や算定要件の緩和を図る必要がある。

秋田県医療・介護・福祉連携促進協議会委員名簿

平成 30 年 12 月 1 日現在
(五十音順)

氏 名	所属・役職	備 考
安 達 隆	三種町社会福祉協議会 事務局次長兼地域福祉課長	
泉 正 樹	秋田県老人福祉施設協議会 副会長	
伊 藤 伸 一	秋田県医師会 副会長	
小笠原 真 澄	秋田県医師会（鹿角市鹿角郡医師会副会長）	
菊 地 富貴子	秋田県看護協会 訪問看護部長	
柴 田 博	秋田看護福祉大学看護福祉学部社会福祉学科 教授	
菅 原 則 次	潟上・南秋けあねっと 管理者	
鈴 木 文 登	秋田県歯科医師会 専務理事	
高 橋 清 好	秋田県社会福祉協議会 常務理事	
福 本 雅 治	秋田県介護支援専門員協会 会長	
三 浦 進 一	秋田県医師会 常任理事	
安 田 哲 弘	秋田県薬剤師会 専務理事	
米 谷 充	東通地域包括支援センターひだまり 所長	