

Ⅲ. 医療・福祉サービスの安定的な供給と地域活動基盤の強化

1. 地域包括ケアシステムの構築促進

(1) 現状と課題

- 地域包括ケアとは、市町村が定める日常生活圏域（おおむね中学校の学区）において、高齢者が要介護等の状態になっても必要に応じ、在宅医療、介護サービス、介護予防や見守り・配食等の様々な生活支援サービスの提供等により、住み慣れた居宅、地域で暮らし続けることを目指すものです。
- 団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）に向け、それぞれの地域で、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築が求められます。そのためには、県民自身が自らの健康増進に努め、地域包括ケアシステムの意味や目指す社会、取組などを理解する必要があります。
- また、今後、医療や介護を必要とする高齢者の大幅な増加が見込まれる中、急性期から回復期、在宅に至る一連の医療が切れ目なく受けられるよう医療機関の機能分担と連携を進め、在宅医療の仕組みを整備することが重要です。
併せて、患者、要介護者及び家族を支える在宅療養・介護サービス基盤の整備とともに、保健・医療・福祉・介護の連携体制の強化が求められます。
- 同様に、認知症の人への支援においても、認知症の初期段階から終末期に至るまで、疾患の進行とともに大きく変化する症状やケアのニーズに応じて、医療と介護が連携した適切な相談支援とケアマネジメントが連続的に行われることが重要です。
そこで、医療機関や介護施設、訪問看護ステーション、居宅介護サービス事業所、認知症高齢者グループホーム等、多様な地域資源を連携させ、多職種が役割分担しながら、居宅での生活を支える仕組みづくりが求められます。加えて、本人の支援だけでなく、本人の身近な支援者であり介護負担の大きい家族の支援も重要です。
- 一方、元気な高齢者に対しては、介護が必要な状態にならないことが大切です。一人暮らしの高齢者や簡単な支援を必要とする高齢者も増えていきますので、介護予防・生活支援の必要性が増加していきます。そこで、地域で行われる介護予防の取組を充実させ、ボランティア、NPO、民間企業等、多様な主体が生活支援サービスを提供できる体制づくりに努め、サービスを充実させることが必要です。

(2) 取組の方向性と目標となる指標

- 県では、地域包括ケアシステムを構築する市町村を総合的に支援し、在宅医療の充実、医療・介護サービスの基盤の整備、医療と介護の連携強化等、市町村が抱える課題に対応した具体的な支援に取り組みます。

【目標となる指標】

指標	単位	現状 (計画時)	中間目標 (H30.3)	計画終了時 の目標 (H33.3)
地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催している市町村数	市町村	6	54	次期高齢者保健福祉計画において目標設定
「定期巡回随時対応型訪問介護看護」を実践している市町村数	市町村	15	30	次期高齢者保健福祉計画において目標設定

(3) 主な取組

取組名	取組内容
①地域包括ケアシステムの推進体制構築への支援 (高齢者福祉課) (保険指導課)	県民に対し、地域包括ケアシステムについて、分かりやすく自らの問題として考えられるよう、啓発を行います。 また、市町村の地域包括ケアシステムの構築に向けた取組に対し、研修の実施、人材の育成、情報提供等個別具体的な助言、支援を行います。
②在宅医療の充実 (健康福祉政策課)	県では、今後の超高齢社会において、認知症や在宅療養、在宅看取りに対するニーズの増大が見込まれる中、患者との信頼関係を基礎として、各医療資源の紹介・振り分け、在宅療養支援、地域に根ざした福祉のサポートを行う、「かかりつけ診療所」を中心とした在宅医療提供体制の整備を促進します。
③介護サービス基盤の整備・充実 (高齢者福祉課) (保険指導課)	要介護高齢者の在宅生活を支えるため、地域医療介護総合確保基金も活用しながら「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や「小規模多機能型居宅介護」「複合型サービス」などの地域密着型サービス ¹³ の整備を促進します。

¹³ 地域密着型サービス：高齢者が要介護状態になっても、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、身近な市町村で提供されるサービスです。原則として事業所指定をした市町村の住民だけがサービスを利用できます。

<p>④保健・医療・福祉・介護の連携強化 (健康福祉政策課) (高齢者福祉課) (保険指導課)</p>	<p>県では、すべての県民が地域において必要な医療が提供され安心して暮せるよう、患者の視点にたつて、疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）ごとに、急性期から回復期、在宅に至るまでの治療を担う医療機関の役割分担と連携を促進し、更には保健・福祉サービスとの連動を図る「循環型地域医療連携システム¹⁴」を構築しました。</p> <p>患者の診療計画・診療経過や介護情報を関係施設間で共有し、「循環型地域医療連携システム」を円滑に運用するためのツールとして、「千葉県共用地域医療連携パス¹⁵」について、県内医療機関等への普及・推進を図ります。</p> <p>また、要介護者等が、地域で自立した日常生活を継続していくため、医療と介護の更なる連携が必要であることから、「千葉県共用地域医療連携パス」との整合性を図った「千葉県地域生活連携シート」（介護支援専門員と医療機関等が患者の身体・生活機能等の情報を共有するためのツール）の普及活用を図るとともに、医療と介護の連携構築に取り組む市町村を関係機関等の調整を行うなど広域的な観点から支援します。</p>
<p>⑤地域リハビリテーションの推進 (健康づくり支援課)</p>	<p>病院での急性期リハビリテーション等から地域（在宅）に戻ってからの地域生活期リハビリテーションまでを有機的に機能させ、寝たきり予防や地域社会への参加が実現されることを目的として、保健・医療・福祉関係機関等の連携を図り、急性期・回復期・地域生活期と連続したリハビリテーションが受けられる体制の整備を推進します。</p>
<p>⑥認知症地域支援体制の構築 (高齢者福祉課)</p>	<p>認知症に対する正しい理解の普及啓発と認知症にやさしいまちづくりを推進するため、認知症サポーター養成講座や県民研修、徘徊・見守りSOSネットワークの構築を促進します。</p>

¹⁴ 循環型地域医療連携システム：一般的な入院医療を提供する地域単位である二次医療圏内の診療所や病院などの役割分担と連携を明確にしたシステムです。これにより、患者を中心にかかりつけ段階から、急性期、回復期を経て自宅に戻るまで、連続的で効果的な治療を進めることが可能となり、大病院などへの患者集中と病院の疲弊を防ぎます。また、保健・福祉サービスにも連動させます。

¹⁵ 地域医療連携パス：急性期の医療機関から回復期の医療機関を経て自宅に戻るまでの治療経過に従って、各期間ごとの診療内容や達成目標などを明示した治療計画です。患者や関係する医療機関で共有することにより、効率的で質の高い医療の提供と患者の安心の確保が見込まれます。将来的には、医療だけでなく健康づくりや福祉まで連動させた地域連携パスの構築が望まれます。

	<p>また、早期診断と適切な医療・介護連携体制の整備、多職種協働を推進するため、認知症の循環型地域医療連携システムの構築促進、「オレンジ連携シート」の普及に取り組むほか、初期集中支援チーム等が有効に機能するよう市町村を支援します。</p> <p>さらに認知症支援に携わる人材を養成するため、専門職の資質の向上、認知症コーディネーターの養成及び普及を図ります。</p>
<p>⑦介護予防・生活支援サービスの推進 (保険指導課)</p>	<p>介護予防事業が効果的に実施されるよう、介護予防市町村支援検討会議を設置し、市町村の予防事業の評価・支援を行うとともに、リハビリ専門職の広域派遣調整等を行います。</p> <p>また、平成 27 年度から市町村の実情に応じて実施される介護予防・日常生活支援総合事業について円滑な移行に向け市町村の取組を支援します。</p>

2. 地域で住み続けるための福祉施設・サービスの充実

(1) 現状と課題

- 要支援者の住まいの確保は、地域生活の初めの一步です。高齢者の住まいの確保については、高齢者居住安定確保法により、行政が高齢者に適した居住環境の確保と高齢者の安定的な居住に係る施策を講ずることとされている一方、障害のある人の住まいの確保については、地域生活移行や障害のある人の数の増加に対し、必要な住まいの場が十分確保できているとは言えない状況にあり、住宅部門と福祉部門の連携が不可欠です。
- 高齢者については、自宅に住み続けることはもとより、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等への住替え、特別養護老人ホーム等施設への入所のほか、高齢者同士のグループリビングやホームシェア等、高齢期の多様な住まい方への対応が求められます。
- 障害のある人の数は、県内では増加しており、今後とも増加し続ける見込みです。こうした中、障害のある人が可能な限り身近な地域において日常生活や社会生活を営めるよう、地域社会での住まいの場としてのグループホーム¹⁶や地域社会での日中活動の場の整備が必要です。

¹⁶ グループホーム：グループホームには、障害者のグループホームと高齢者のグループホーム（認知症高齢者グループホーム）があります。障害者のグループホームは、障害のある人が、専門のスタッフ等による日常生活の援助を受けながら、地域の中で暮らすための少人数の共同生活起居のことです。