

## 第1章 計画の基本的事項

### ■ 計画策定の趣旨

2025年を見据えて市町村が進める「地域包括ケアシステム」構築に向けた取り組みを支援するとともに、明るく活力ある高齢社会づくりを推進するため、今後3年間の取り組みを明らかにするもの

### ■ 計画の位置付け

県の老人福祉計画(老人福祉法第20条の9)と介護保険事業支援計画(介護保険法第118条)を一体のものとして作成し、関連する県計画とも整合・調和を図り策定する

### ■ 策定と進捗管理

「山梨県地域包括ケア推進協議会」及びパブリックコメントによる意見を反映して策定。また、進捗状況を毎年、協議会に報告し、検証

### ■ 計画の期間

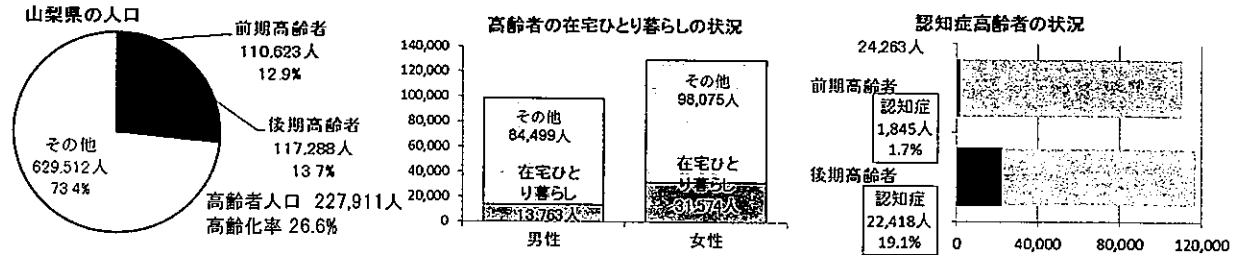
平成27年度～平成29年度

### ■ 高齢者福祉圏域



## 第2章 高齢者を取り巻く状況

### ■ 本県の高齢者の状況 H26.4.1現在 (「平成26年度高齢者福祉基礎調査」(H26年9月 山梨県)より)



### ■ 介護保険の状況

第1号被保険者数	227,363人	H25年度末
要介護(支援)認定者数	36,276人	H25年度末
総給付費	60,603百万円	H25年度

### ■ 特別養護老人ホーム整備状況 (H26年度末見込)

区分	地域密着型	広域型	合計
定員	1,137	3,536	4,673

### 国の社会保障制度改革の方向

「病院・施設から地域・在宅へ」「医療から介護へ」→「地域包括ケアシステム構築の一層の促進」

### 本県の取り組みの方向

介護保険法の改正に伴う市町村の地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みを、今後3年間(H27～29)、しっかりと支援する。

## 第3章 基本目標と施策の展開

### 基本目標

高齢者の笑顔あふれる「健康長寿やまなし」の実現

高齢者の笑顔あふれる「健康長寿やまなし」では…  
 \*安全安心な暮らしが確保され、高齢者は自らの知識や経験、技能を生かして社会の担い手として活躍しています。  
 \*介護が必要になっても、様々なサービスを使いながら、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができます。

### 施策の柱

### 本県における現状と課題

### 県の施策の方向

### 主な事業

### 数値目標

施策の柱	本県における現状と課題	県の施策の方向	主な事業	数値目標
<b>I 高齢者が安心して暮らせる地域づくり (地域包括ケアシステムの構築)</b>				
[1] 高齢者の健康づくりと介護予防の促進	健康寿命が全国上位である一方で高齢者の健康づくりや介護予防の実践は不十分。	・健康づくりの啓発 ・市町村の介護予防事業の促進	ロコモティブシンドローム予防、市町村職員研修、介護予防評価プログラムの普及 など	・新しい総合事業を実施する市町村数 ・PT,OT,STバンクを活用した市町村数
[2] 医療と介護の連携による在宅生活の支援	多くの人が在宅生活(終末期まで)を望んでいる。医療と介護の連携は市町村単独で困難な場合も。	・全県及び圏域ごとに医療と介護の連携を促進 ・在宅医療介護連携拠点の活用	山梨県地域包括ケア推進協議会の設置、在宅医療介護連携拠点と市町村の連携強化 など	・連携ツールを活用する市町村数 ・在宅医療・介護連携相談窓口を設置する市町村数
[3] 施設・住まいの整備と在宅系サービスの普及	特別養護老人ホームの入所待機者が依然多い。在宅介護を支えるサービスの普及は不十分。	・特別養護老人ホーム等の整備促進(緊急性の高い待機者の解消) ・在宅生活を支える介護サービスの促進 ・住宅供給の促進	特養整備、ユニット化改革への助成、訪問介護等の普及促進、サ高住への立入調査 など	(施設整備計画を定める)
[4] 介護人材の確保と資質向上	多くの事業所に介護職員不足の認識あり。2025年に向け介護職員を増加する必要がある。	・介護人材の確保と定着促進 ・研修等の実施により介護人材の資質向上促進	福祉人材センター、離職職業者訓練、労働環境改善の働きかけ、研修実施 など	・認知症介護実践者研修の受講者数
[5] 市町村による多様な事業展開の促進	介護保険法が改正され、市町村は地域支援事業の充実に取り組むこととなった。	・市町村の地域ケア会議の実施を支援 ・地域包括支援センターの機能強化支援 ・事業者への情報提供	市町村へのアドバイザー派遣、市町村職員研修、生活支援コーディネーター養成 など	・地域ケア会議を開催する市町村数 ・地域包括支援センター職員研修の受講者数
[6] 多様な主体が支え合う地域活動の促進	在宅ひとり暮らし高齢者が増加。多様な主体による生活支援の広がりが必要。	・NPO、ボランティア活動を支援し、地域活動を促進 ・市町村への支援 ・事業者の参入促進	NPO等の協働推進、ソーシャルキャピタル醸成、事業者への情報提供 など	・生活支援コーディネーターを配置する市町村数
<b>II 高齢者の尊厳の保持と安全の確保</b>	高齢者が虐待や事故の被害者となる事例も多い。社会全体の理解と支援が必要。	・人権啓発の推進 ・高齢者の安全確保(交通事故、犯罪、消費者トラブル) ・高齢者の権利擁護と虐待防止の促進 ・災害時の要配慮者支援	市町村への専門職派遣、地域見守り活動、高齢者交通安全規範モデル地区の設定 など	・成年後見制度利用支援事業の要請を制定した市町村数
<b>III 認知症施策の総合的な推進</b>	認知症高齢者が急増している。予防、相談、診断、ケアの一体的支援体制が必要。	・山梨県認知症対策推進計画の基本方針による施策を展開(予防・医療・介護サービスが受けられる環境整備、地域での生活支援、理解促進)	予防の推進、市町村の早期診断・支援体制整備支援、認知症サポート医の養成 など	(山梨県認知症対策推進計画で設定)
<b>IV 明るく活力ある高齢社会づくりの推進</b>	高齢者は地域社会の重要な担い手。「生涯現役」のライフスタイルの普及が必要。	・高齢者の知識、経験、技能の活用促進 ・生涯学習、生涯スポーツの振興 ・最新の介護機器等の普及促進	シルバー人材センターへの支援、ねりんピック開催、介護実習普及センターの運営 など	・こぶきマスターの派遣回数 ・いきいき山梨ねりんピックの参加者数 ・介護実習普及センターの利用者数
<b>V サービスの質の向上と介護給付適正化の推進</b>	介護サービスの需要増大に伴い質の確保が必要。介護給付費や介護保険料の増大の抑制が必要。	・事業者指導による適正で質の高いサービスの確保 ・介護給付適正化の推進	事業所実地指導、介護サービス情報公表制度の利用促進、認定調査員等への研修 など	・介護給付適正化事業を実施する市町村数

# 「山梨県認知症対策推進計画」の概要

～認知症になっても安心して暮らし続けられる山梨県を目指して～

## 1 計画の趣旨等

### 趣旨

山梨県全体で認知症の人と家族を支える体制を推進するとともに、県民一人ひとりに施策が十分に理解され、地域で有効に活用されることを目指す。

### 計画の位置づけ

○「健康長寿やまなしプラン」の部門計画

### 計画の期間

○平成27年度～平成29年度(3年間)

## 2 基本的な考え方

### 背景

- 高齢化の進展に伴う認知症高齢者の増加  
 本県 H26.4 高齢者数 227,911人(高齢化率 26.6%) ※全国高齢化率25.6%  
 うち、認知症高齢者数 24,263人(高齢者数に対する割合10.6%)
- 国における「認知症施策推進5ヵ年計画」(H25～29)の推進  
 内容 早期診断・早期対応、地域での生活を支える医療・介護サービスの構築 等

### 課題

- 運動など認知症予防についての住民の意識が低く、認知症予防に係る市町村事業の実施率も低い
- 症状が悪化してから医療機関を受診し、その結果、施設や精神科病院を利用せざるを得なくなることが多い
- 病院勤務における医療従事者の認知症対応力が不足しているとともに、介護職員にも質の高いケアの提供が求められている
- 認知症の人が外出したまま行方不明となってしまう問題の顕在化や、消費者被害及び認知症が原因と思われる交通事故の増加など、地域における支援体制の構築が急務
- 若年性認知症の人は、本人が現役世代のため、仕事に支障がでるなど、経済的に困難な状況に陥ってしまう
- 認知症に関する正しい知識と理解を持つ認知症サポーターは増加しているが、地域における見守り等への積極的な関与は十分でない

→ 認知症の人と家族が地域で安心して暮らすためには、予防、医療、介護サービスの環境整備とともに、関係機関が連携し、社会全体での支援体制を構築することが必要

### 計画の視点

- 認知症は誰もがなる可能性がある
- 予防から相談、診断、治療、介護まで一連の支援体制が地域に必要な
- 本人の意思が尊重される
- 介護する家族等の負担に配慮する
- 社会全体で認知症の人を支える

### 関係者の役割

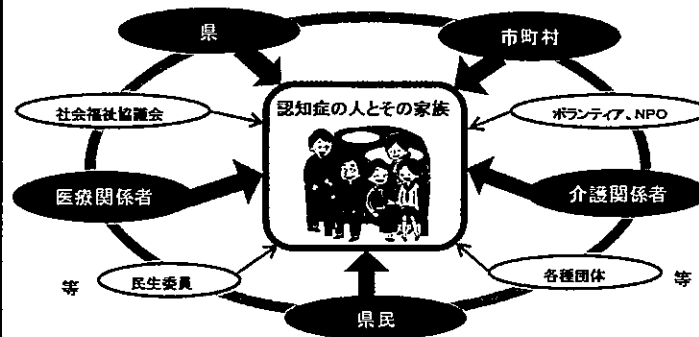
- 県 → 各市町村の取り組みへの支援、広域的な課題への対応等
- 市町村 → 地域での支援体制の構築等
- 医療関係者(期待されること) → 地域での生活を継続していく視点を持った医療の提供等
- 介護関係者(期待されること) → 生活全体を支える視点をもったケア等
- 県民(期待されること) → 自分自身の問題という認識をもち、認知症を正しく理解し、一人ひとりが何ができるか考え、行動すること等

## 3 計画の目標と施策

○基本方針1 県内のどこに住んでいても、適切な予防・医療・介護サービスが受けられる環境の整備

○基本方針2 住み慣れた地域でその人らしく暮らし続けるための支援体制の構築

○基本方針3 認知症に対する正しい理解の普及と県民総サポーターの推進



### 目指すべき社会像

- 認知症の効果的な予防への取り組みが普及している
- 認知症に対して周囲の理解と支えがある
- 認知症になっても、本人の意思が尊重され、住み慣れた地域で暮らし続けることができる環境となっている

→ 認知症になっても安心して暮らし続けられる山梨県

基本目標	施策の方向	主な施策
1 認知症予防につながる働きかけの推進	市町村の認知症予防への取り組みへの支援及び住民主体の取り組みの普及促進	1 認知症予防に関する啓発の推進 2 市町村における「地域型認知症予防プログラム」の普及 3 ロコモティブシンドローム予防対策 4 身近な地域スポーツの促進 5 口腔の健康づくりの推進 6 食の支援(減塩メニューやバランスの取れた食生活の重要性に係る普及・啓発)
2 早期診断・対応体制等の医療・介護サービスの整備	住み慣れた地域で認知症の早期診断・対応が行われる体制の整備	1 各市町村における「認知症初期集中支援チーム」と「認知症地域支援推進員」設置への支援 2 認知症疾患医療センターの設置運営及び他機関との連携強化 3 かかりつけ医の認知症対応力向上研修の実施 4 認知症サポーターの養成 5 各市町村における「地域ケア会議」開催への支援 6 認知症の人に対する適切なリハビリテーションの推進 7 各市町村における認知症ケアパスの普及への支援 8 退院支援・地域連携に係るツールの普及・定着 9 介護サービス基盤の整備
3 医療・介護サービスを担う人材の育成及び確保	認知症サポーター医や認知症認定看護師の養成と質の高いケアを提供するための各種研修の実施	1 かかりつけ医の認知症対応力向上研修の実施(再掲) 2 認知症サポーターの養成(再掲) 3 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の実施 4 介護サービス事業者の各種研修の実施 認知症介護実践研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修、認知症対応型サービス事業所の開設者及び管理者に対する研修 5 認知症看護認定看護師の養成・活用
4 地域での支援体制の構築	関係機関が連携し様々な制度や社会資源を活用しながら、地域での見守りや支援体制の構築	1 高齢者徘徊・見守りSOSネットワークの設置等各市町村の見守り体制構築への支援 2 認知症の人の行方不明者について、各市町村間の連携や関係機関との連携体制の構築 3 「おかしなマーク」の普及促進 4 消費者被害を防ぐための消費生活地域講座などによる啓発活動 5 運転免許の自主返納制度について周知活動 6 夜間等交通事故の防止対策(反材材着等) 7 日常生活自立支援事業(金銭管理や福祉サービスの利用援助)の活用促進 8 成年後見制度の普及啓発や県立大学と連携した市民後見人の養成・活用に向けた支援 9 認知症の人や家族の交流会・研修会の開催 10 各市町村等における「認知症カフェ」設置への支援 11 「認知症コールセンター」の運営 12 「生活支援コーディネーター」の養成研修 13 高齢者の虐待防止のための専門職の派遣・相談及び事例検討会の開催 14 ボランティア・NPO活動の推進のための啓発活動・研修会等の開催 15 民生委員、児童委員活動の促進 16 ソーシャルキャピタル醸成事業を通じた相互扶助の促進 17 低栄養予防を促進するため、摂食の仕方等について歯科医師、歯科衛生士及び栄養士等の対応力強化
5 若年性認知症施策の強化	若年性認知症の人や家族の居場所づくりの推進と若年性認知症理解の啓発	1 若年性認知症の人の交流会開催 2 リーフットによる事業主への理解促進 3 小・中学校の道徳教育や高等学校の福祉教育 4 各市町村等における「認知症カフェ」設置への支援(再掲)
6 認知症への理解の促進	県民総サポーターの推進と学校教育における認知症理解の促進	1 認知症サポーター及び認知症キャラバンメイトの養成 2 認知症サポーター等の活用方策の検討・実践 3 「認知症シンポジウム」の開催 4 小・中学校の道徳教育や高等学校の福祉教育(再掲)
7 関係機関との連携強化	関係者等との会議の開催と県庁を牽引する体制づくりの推進	1 山梨県認知症対策庁内連絡会議の開催 2 地域包括ケア推進協議会認知症対策部会(仮称)、市町村認知症連絡会及び圏域ごとの連絡会の開催

## 【2】 医療と介護の連携による在宅生活の支援

### 【現状と課題】

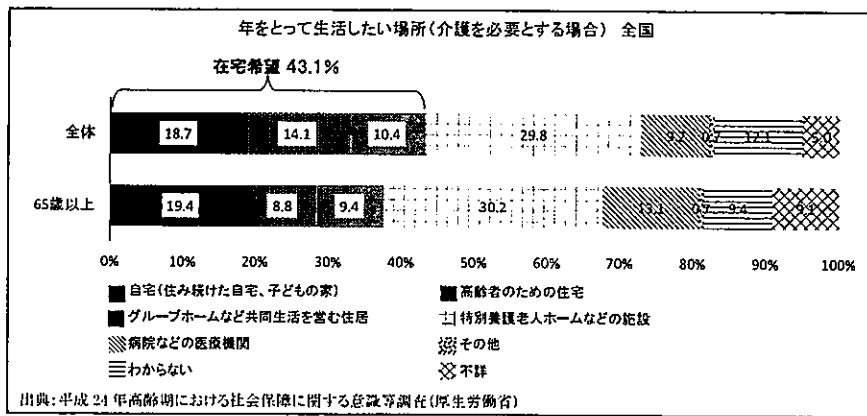
介護や療養を希望する場所として、意識調査では多くの方が「在宅」と回答しており（「平成 24 年高齢期における社会保障に関する意識等調査（厚生労働省）」、「山梨県県民保健医療意識調査（平成 24 年）」）、高齢期の在宅生活に対するニーズは高いものがあります。

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、在宅医療・介護のサービスを充実するとともに、保健・医療・介護・福祉の関係者の連携により、本人や家族を支える体制を構築することが重要です。

在宅医療の充実については県において、また、在宅介護サービスの拡大については市町村で、それぞれ促進に向けた取り組みを展開しています。

医療や介護サービスの充実・拡大は短期間に進むものではありませんが、県内にも、在宅医療介護連携拠点<sup>1</sup>を活用して多職種の関係者が情報を共有し、限られた医療・介護の資源を効率的に組み合わせて在宅医療・介護のニーズに対応している事例があります。このように、多職種によるチーム形成は、特に在宅医療・介護を担う医療機関や介護サービス事業所といった医療・介護の資源が少ない地域で高齢者の在宅生活を支援するため必要とされています。

また、介護保険法改正により、在宅医療と介護の連携について、平成 27 年度以降、市町村が地域支援事業として取り組むこととなりました。市町村が実施する「在宅医療・介護連携相談窓口」の設置・運営などの連携の取り組みを促進する必要があります。その際、市町村単独では対応が困難な場合があるため、広域的な調整を行って環境整備を進める必要があります。

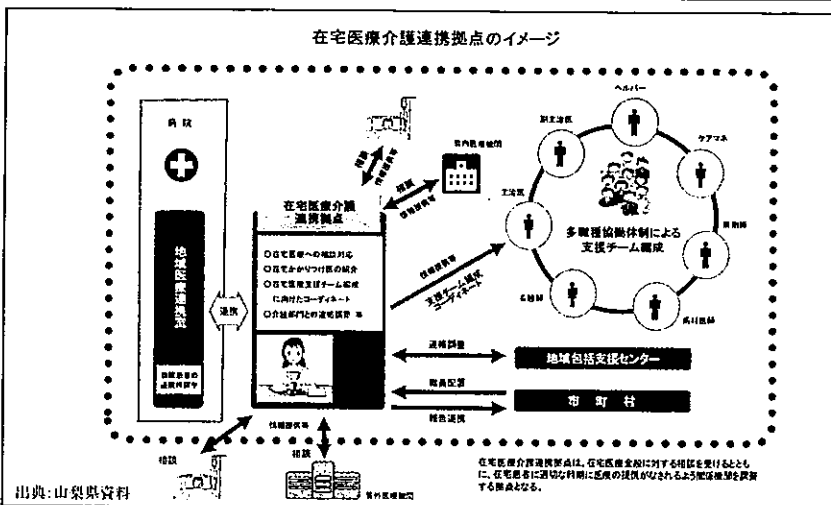
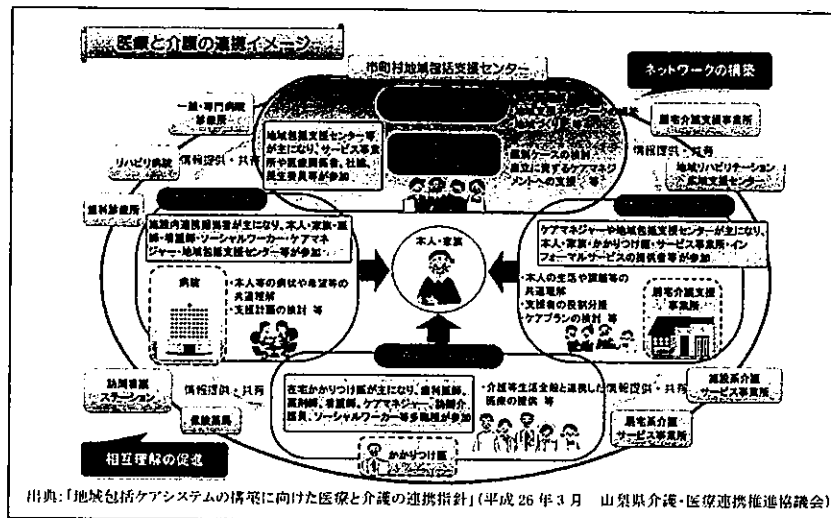


<sup>1</sup> 県内 3 か所に設置された在宅医療介護連携拠点では、がん、認知症、脳血管疾患等の入院患者が退院し、在宅療養に移行する際に、訪問診療等を行う医師を紹介するとともに、電子機器を活用して多職種で在宅療養を行う患者の情報を適時に共有するシステムを稼働しています。

### 【施策の方向】

(1) 全県及び圏域ごとに、保健・医療・介護・福祉等の多職種の関係機関と協力して医療と介護の連携を進め、高齢者の在宅生活の継続を支援します。

(2) 在宅医療介護連携拠点の活用支援等により、市町村における在宅医療介護連携体制の構築を促進します。



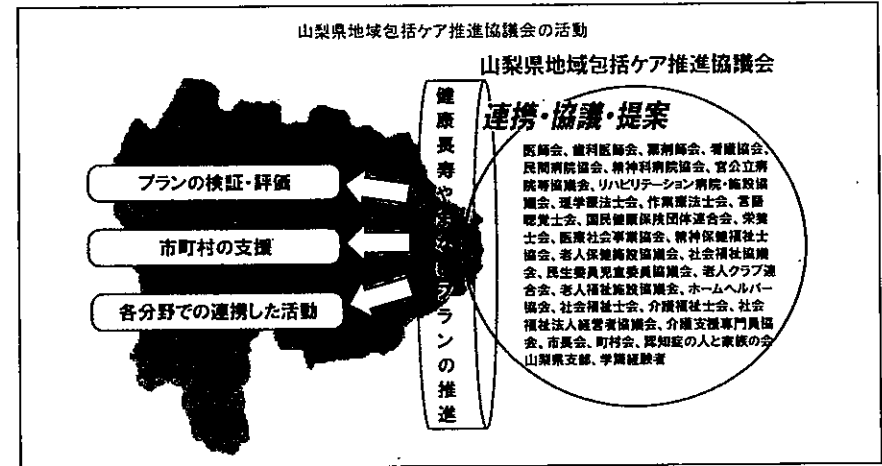
【具体的な取り組み】

(1) 多職種による医療と介護の連携

- 多職種の団体の代表者で構成する「山梨県地域包括ケア推進協議会」を設置し、関係団体の全体的な連携の体制を整備・促進します。
- 平成25年度に策定した「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」について、各種研修会等を通じて周知し、高齢者の医療施設・在宅間の円滑な移行と在宅生活の支援につなげます。また、同指針で提案した標準的な連携ツールの活用を検討を含めた市町村における地域支援事業に対する支援を行います。
- 限られた医療・介護の資源を有効活用し、効果的で適切な医療・介護サービスの提供が行われるよう、各保健所（支所）において、地域の在宅医療・介護従事者や市町村等の関係者により構成される在宅医療多職種連絡会議を運営します。
- 地域レベルで顔が見える在宅医療関係者の関係づくりを進めるため、市町村等による在宅医療推進協議会の設置・運営を支援します。

(2) 市町村における在宅医療介護連携拠点の活用による連携体制整備の支援

- 既に設置されている在宅医療介護連携拠点における多職種連携の現状や課題、市町村による活用状況について、市町村や地域の医療・介護の関係者に情報提供します。加えて、各地の先進事例などについて市町村に情報提供等を行うことにより、市町村の実情に応じた在宅医療・介護連携相談窓口の設置を支援します。
- 各市町村における地域包括支援センターと在宅医療・介護連携相談窓口の効果的な役割分担、これらと地域の医療・介護に関わる多職種の連携、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築が図られるよう研修等を実施し、支援します。



【数値目標】

指 標	現状値	目標値
「私の暮らしのシート」等の連携ツールを活用する市町村数	(平成26年度) 13市町村	(平成29年度) 全市町村
在宅医療・介護連携相談窓口を設置する市町村数	(平成26年度) 0市町村 * 岐阜県内の5町が共同で「岐阜在宅医療支援センター」を運営	(平成29年度) 全市町村*

※平成30年4月実施に向けた準備が整った市町村を含む。

1 標準的な連携ツール:①高齢者が在宅生活を継続するために本人の想いや暮らしをつなぐ情報共有ツールである「私の暮らしのシート」、②高齢者の入退院(入退所)における介護支援専門員と医療機関の情報共有ツールである「山梨県医療・介護『連携』シート」、③介護支援専門員とかかりつけ医等が連携関係を築ききっかけ、支援経過における情報交換ツールとしての「山梨県医療・介護『連絡』シート」の3種類。

※私の暮らしのシート:本人のこれまでの生活の情報を含め、これからのような生活をしていきたいのか等をまとめた本人の意思表示を支援するためのシート。シートには、本人の生活状況やくらし方に対する想いを具体的に記載できるようになっており、医療機関や介護サービスを受ける際に適宜持参して関係者に情報提供することにより、本人の希望する生活や治療等を関係者が理解し、よりよいサービスにつなげることを目指している。

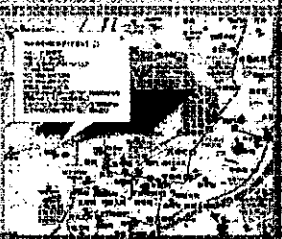
# 在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 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、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、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、都道府県を通じて実施状況を把握。

## ○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

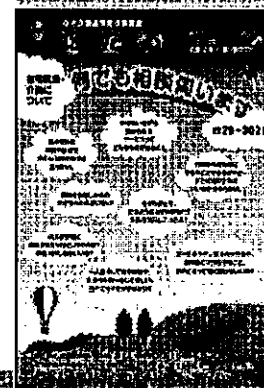


### （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、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、区報、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

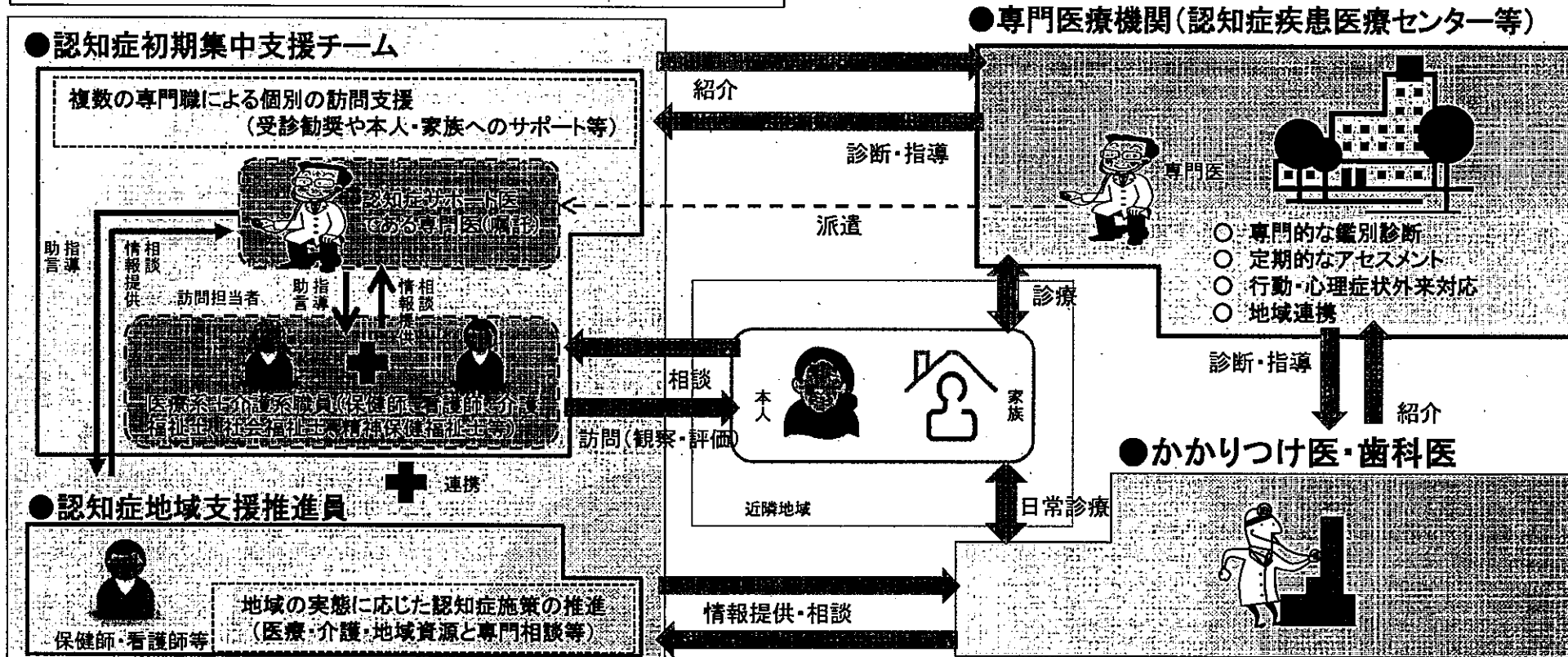
# 認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備

①認知症初期集中支援チーム＝複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウトリーチ)し、認知症の専門医による鑑別診断等を(個別の訪問支援)つまえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。

②認知症地域支援推進員＝認知症の人ができる限り住み慣れた良き環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関・介護サービス事業者(専任の連携支援相談等)と協力し、地域の実情に応じて医療機関・介護サービス事業者と連携し、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

## 地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置



### ＜認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ＞

- ①訪問支援対象者の把握
- ②情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)
- ③観察・評価(認知機能・生活機能・行動・心理症状・家族の介護負担度・身体の様子)
- ④初回訪問時の支援(認知症への理解・専門的医療機関等の利用の説明・介護保険サービス利用の説明・本人・家族への心理的サポート)
- ⑤専門医を含めたチーム会議の開催(必要内容の意見交換の方法・内容・頻度の決定)
- ⑥初期集中支援の実施(目的・支援内容の決定)
- ⑦引き継ぎ後のフォローアップ