

庁内関係課の組織横断的協議から 県全体での二次医療圏における 在宅医療・介護連携推進の取組

平成26年4月24日

大分県高齢者福祉課
前田 耕作

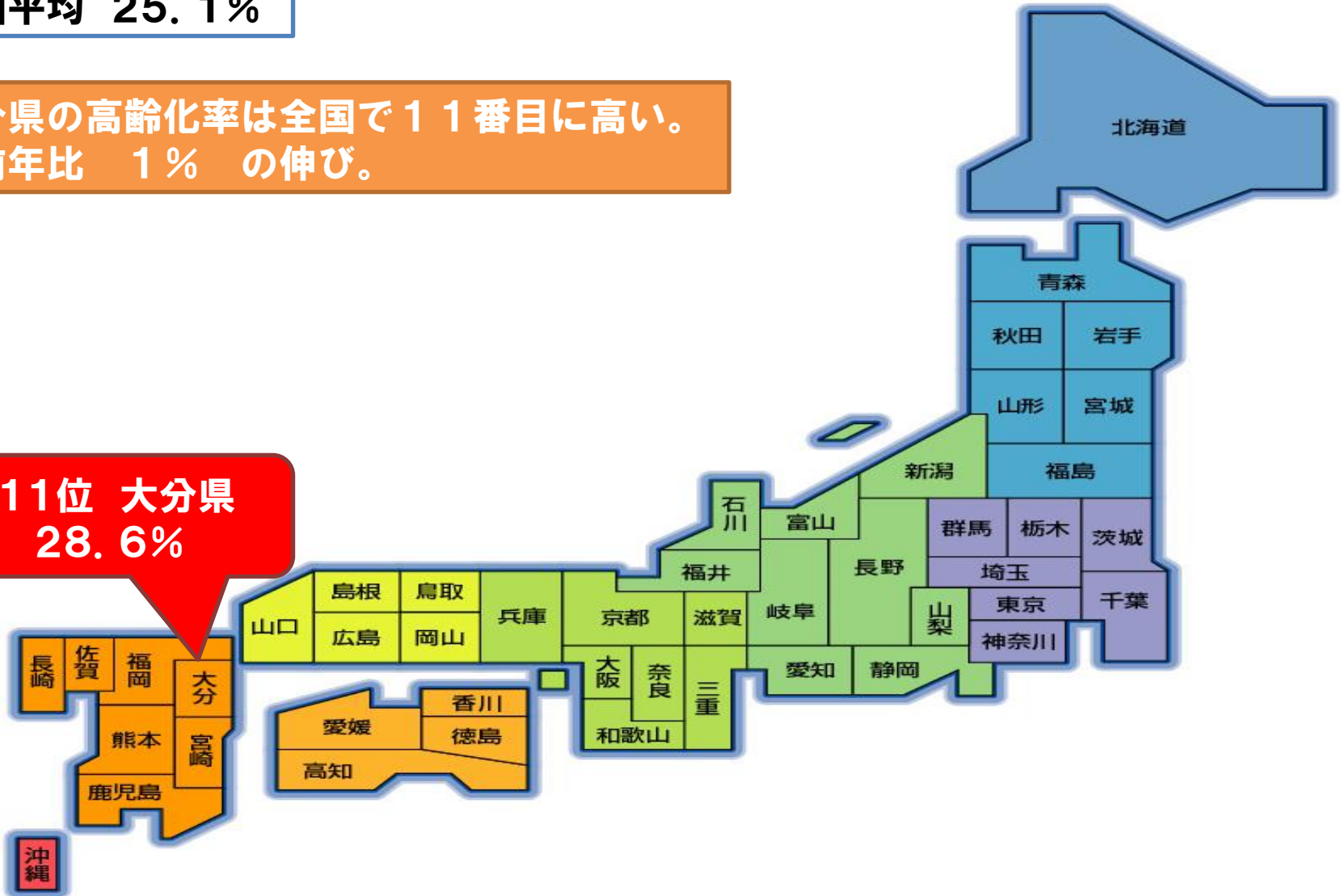
大分県の高齢化率

(平成25年10月1日現在)

全国平均 25.1%

大分県の高齢化率は全国で11番目に高い。
対前年比 1% の伸び。

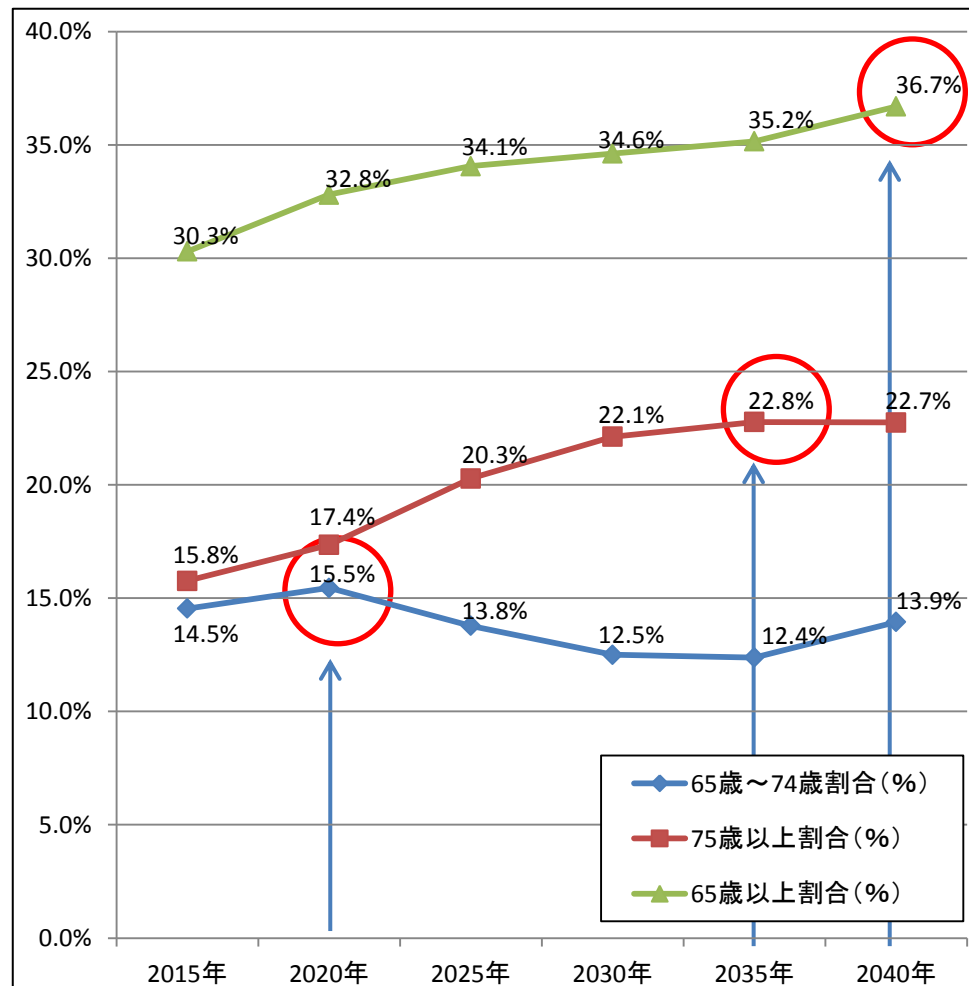
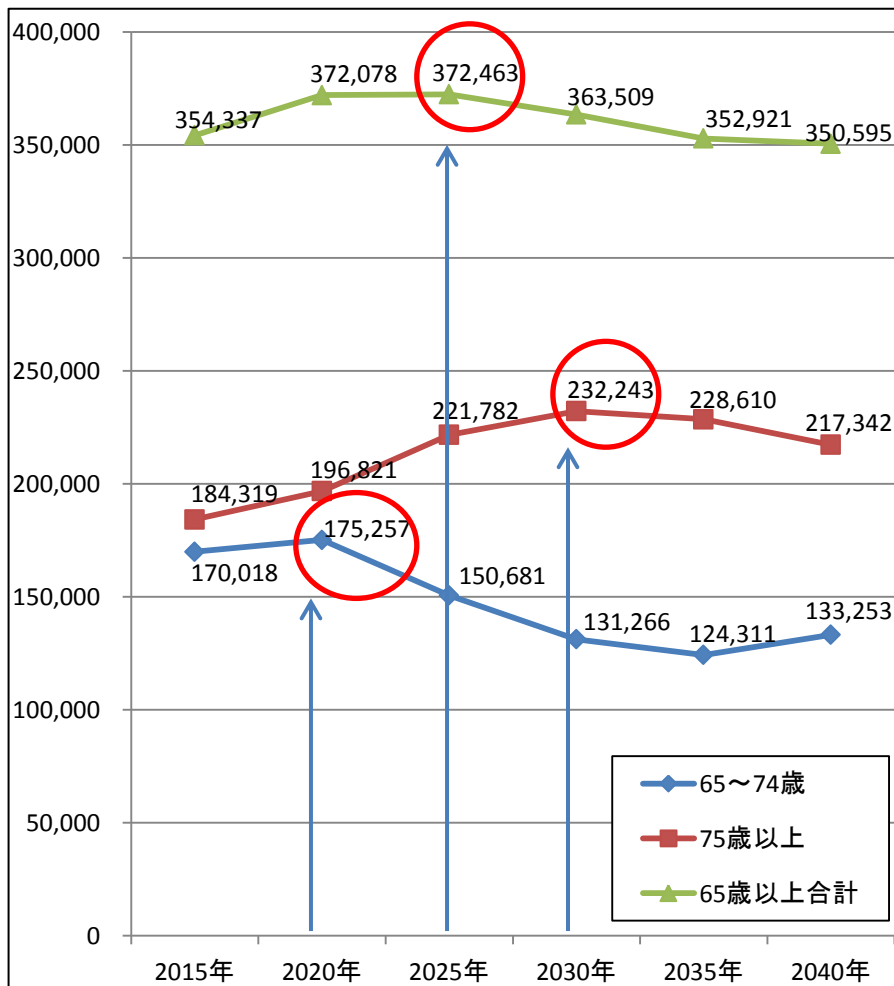
第11位 大分県
28.6%



大分県の高齢者数等のピーク(平成25年3月推計)

資料: 国立社会保障・人口問題研究所

- ・ 65歳～74歳人口は2020年をピークに減少に転じる。対総人口割合(%)も同様に減少傾向になる。
- ・ 65歳以上人口は、2025年をピークに減少に転じる。対総人口割合(%)は上昇傾向が続く。
- ・ 75歳以上人口は、2030年をピークに減少に転じる。対総人口割合(%)は2035年がピーク。



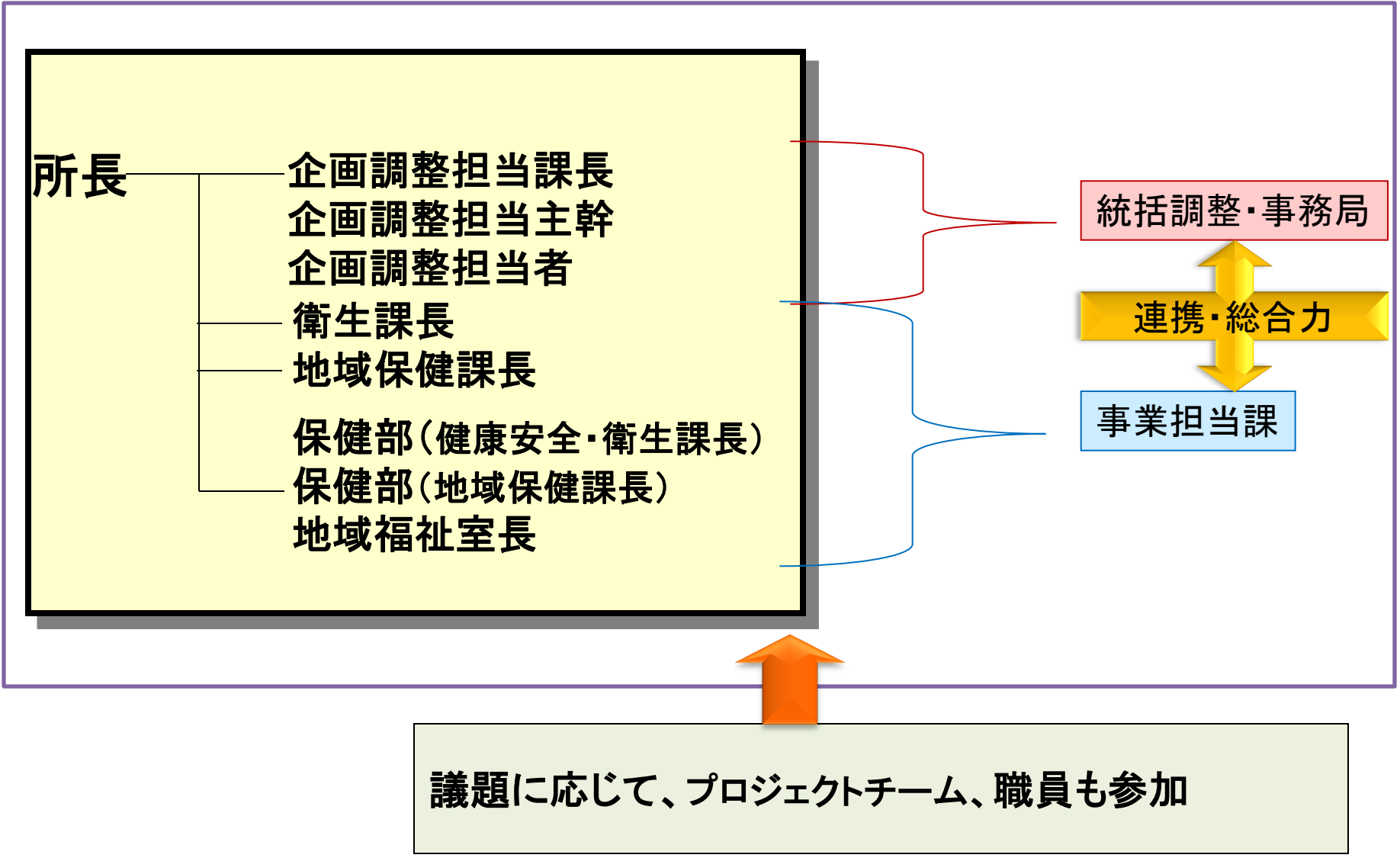
大分県内の保健所(県型+中核市)



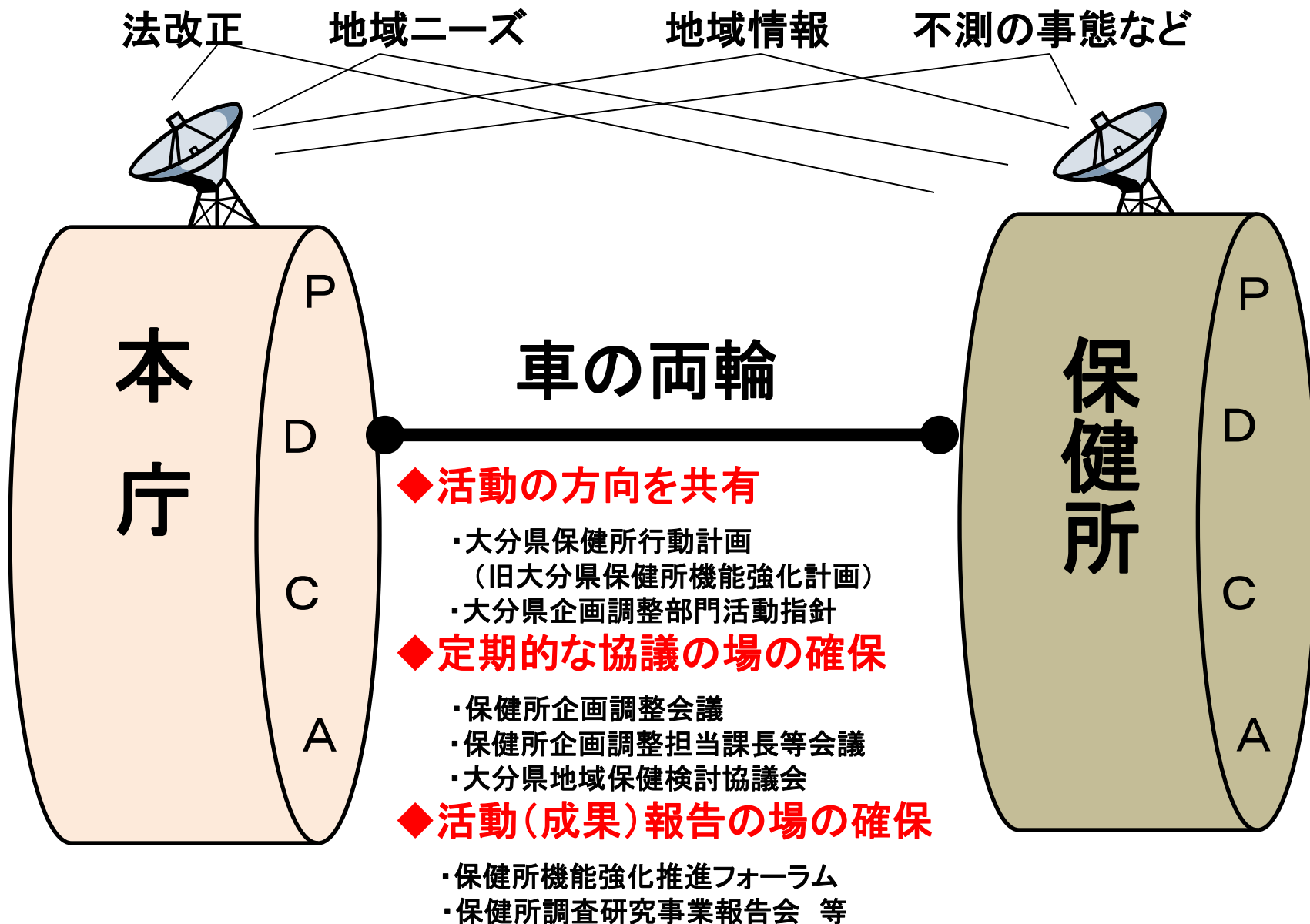
- ・大分市以外は、すべて全国平均以上。
- ・すでに高齢化率が40%を超える市村もある。
- ・後期高齢化率が高齢化率の全国平均を超える市も出てきている。

保健所企画調整会議(平成9年度から)

<全保健所・毎月1回・必ず開催>



本庁と保健所が両輪となり各施策・対策を推進する仕組み



地域包括ケア・在宅医療推進に向けた 各機関や組織との連携・協働

□ 連携・協働の体制

- ① 保健所内各課
- ② 保健所と市町村
- ③ 保健所と医師会・医療機関・
介護機関等
- ④ 保健所と本庁
- ⑤ 本庁関係各課間 など

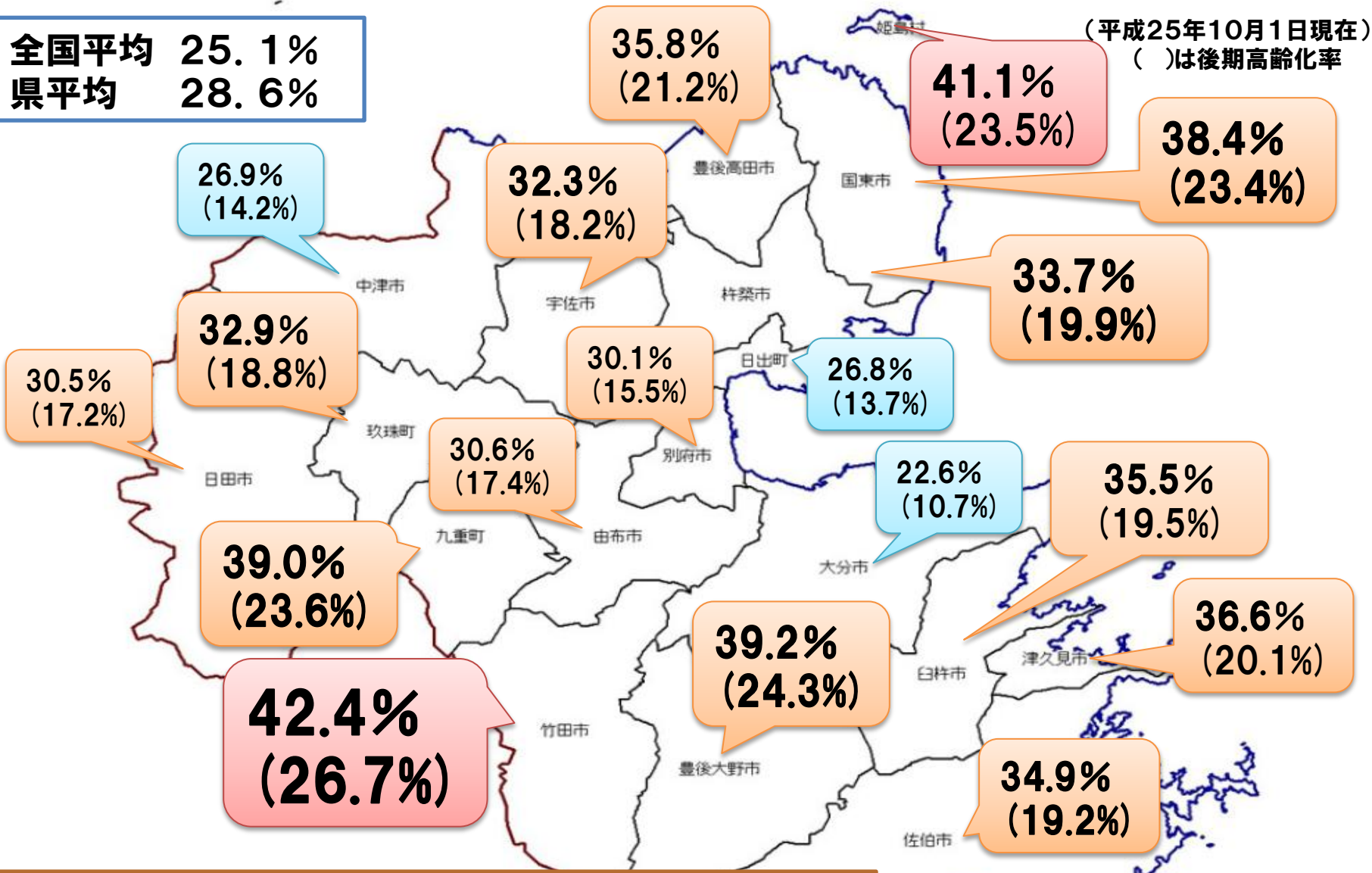
□ 部内関係各課での共通認識(テーマ)

(例)住民の「住み慣れた地域で暮らし続けたい」
というニーズの共有

高齢化率の比較(県内)

全国平均 25.1%
 県平均 28.6%

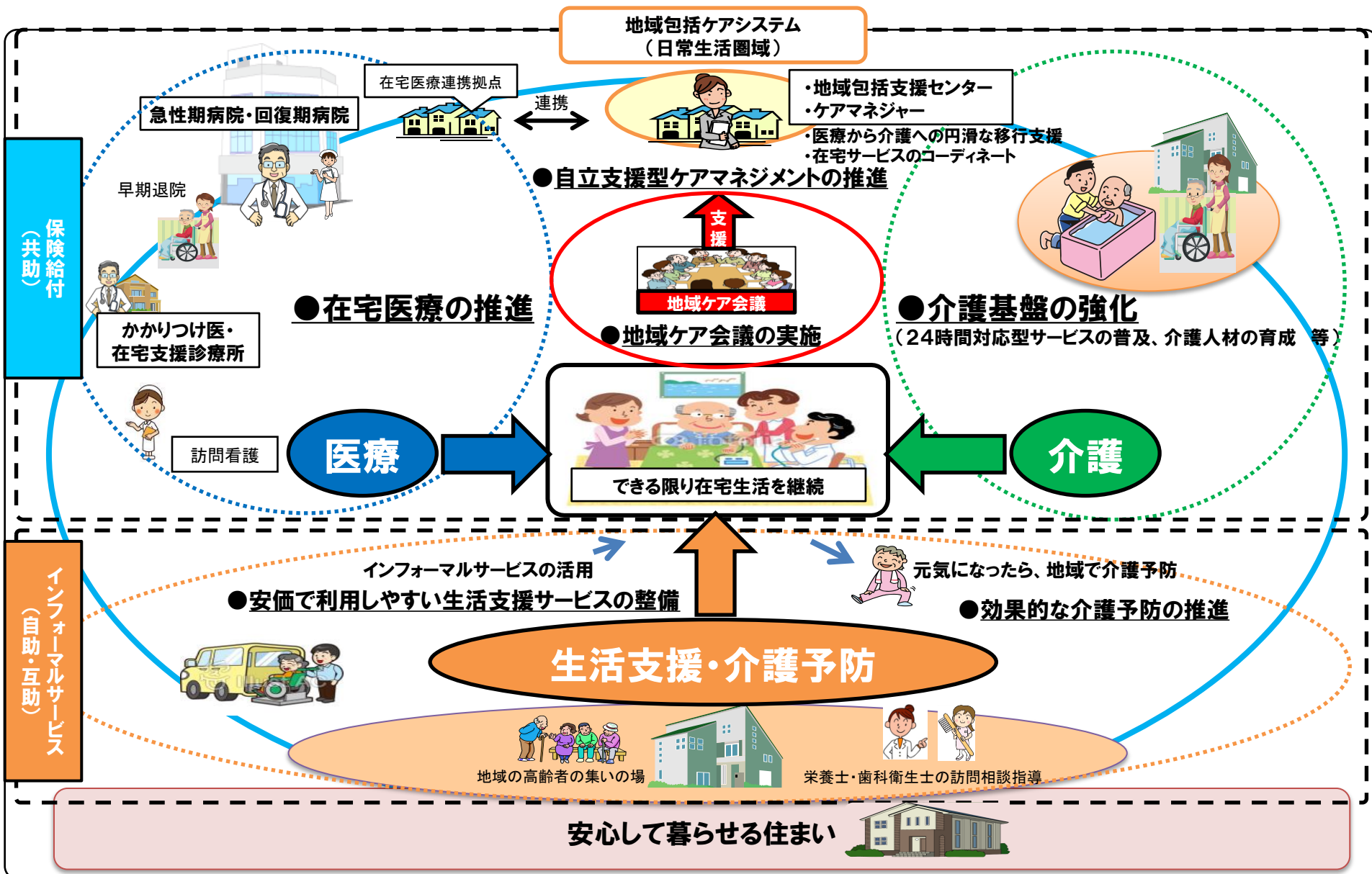
(平成25年10月1日現在)
 ()は後期高齢化率



- ・大分市以外は、すべて全国平均以上。
- ・すでに高齢化率が40%を超える市村もある。
- ・後期高齢化率が高齢化率の全国平均を超える市も出てきている。

地域包括ケアシステムが目指す姿(イメージ)

高齢者が住み慣れた地域(日常生活圏域)で、適切な医療・介護サービス等が継続的・包括的に受けられる体制(ケア付きコミュニティ)を2025年に向けて構築するため、各分野における取組を関係機関が連携して推進



在宅ケアシステムの構築に向けた取組み

保健所(例)

H23年度・24年度

①医療と介護の連携の充実

②地域リハビリテーションの推進

多職種協働による 「在宅ケアシステムづくり」

作業部会

・在宅支援のルールづくり

医療と介護関係者連絡会

・顔の見える関係づくり
・各機関の役割理解

豊肥圏域脳卒中地域連携協議会

・事業所のサービスの質の向上
ケアマネ、訪問・通所リハ、通所介護

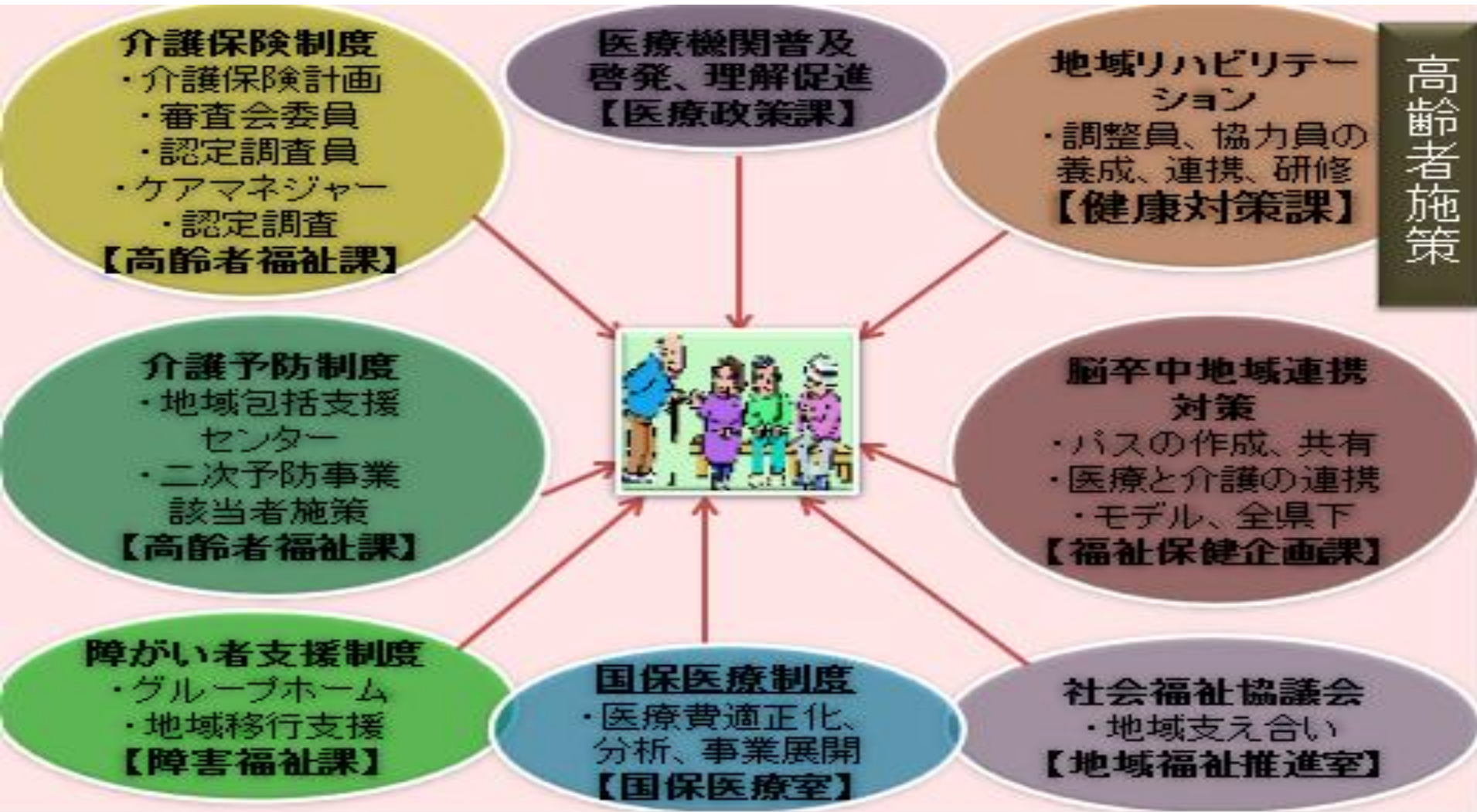
・地域リハビリテーションの推進
・地域包括ケア研修会

モデル事例

広域支援センターとの協働

保健・医療・福祉の連携(地域包括ケア推進)にかかる 庁内連携検討会の趣旨・開催経緯①

地域包括ケア推進にむけた具体的な取組を、
部内各課で実施中



保健・医療・福祉の連携(地域包括ケア推進)にかかる庁内連携 検討会の趣旨・開催経緯②

地域包括ケア推進という共通目的に向かい、
部内各課の情報共有、役割分担、相互協力の明確化

地域包括ケア

介護保険制度
・介護保険計画
・審査会委員
・認定調査員
・ケアマネジャー
・認定調査
【高齢者福祉課】

介護予防制度
・二次予防事業
該当者施策
【高齢者福祉課】

障がい者支援制度
・グループホーム
・地域移行支援
【障害福祉課】

**医療機関普及
啓発、理解促進**
【医療政策課】



国保医療制度
・医療費適正化、分析、
事業展開
【国保医療室】

地域リハビリテーション
・調整員、協力員の
養成、
連携、研修
【健康対策課】

脳卒中地域連携対策
・バスの作成、共有
・医療と介護の連携
・モデル、全県下
【福祉保健企画課】

社会福祉協議会
・地域支え合い
【地域福祉推進室】

庁内連携検討会の参加メンバー(平成23年度～)

1. 地域福祉推進室 地域福祉班
2. 健康対策課 健康増進班
3. 国保医療室 保健医療指導班
4. 高齢者福祉課

長寿・介護予防班(H24:地域包括ケア推進班)
介護保険推進班

5. 医療政策課 地域医療班
6. 薬務室

24年度から
参加

7. 福祉保健企画課 地域保健情報班(事務局)

計18(19)名

事務局：福祉保健企画課地域保健・情報班の体制

- 組織
平成9年度から県福祉保健部主管課である
福祉保健企画課内に設置
- 体制
班総括 1（事務職員1）
班員 2（保健師1、事務職員1）
- 役割
 - ・保健所企画調整部門の統括調整
 - ・部内各課の共通課題の解決、施策化等
に向けた横断的な協議・検討
→ 保健所の取組に反映

福祉保健企画課地域保健・情報班の取組目標

- 住民ニーズ、時代背景等を踏まえた保健所機能強化の推進
- 大分県安心・活力・発展プラン2005に基づく県福祉保健部の施策を各圏域の状況に応じて、具体的に取り組める保健所職員の意識・資質向上
 - 保健所が取り組む事業、各種研修等を通じ、積極的に誘導
 - 「今後のキーワード」
地域包括ケア・在宅医療の推進に向けた保健所の力量・役割の発揮

庁内連携検討会の概要 ①

【平成23年度】

○ 目的

- 地域包括ケアの推進に向けた県の役割を確認し、関係各課の**相互協力**による効果的な取組を進める。
- 本庁と保健所、市町村の**共通認識**による取組につなげる。

○ 主なテーマ

- 地域包括支援センターと介護予防の強化
 - 介護と地域リハビリの連携強化
 - 脳卒中の回復期と維持期の連携強化
- 3つのテーマをふまえた検討項目を設定し、医療・保健・福祉の連携の方策を探る。

○ 開催日

- (原則) 毎月第2・第4火曜日 16:00～(1時間程度)

庁内連携検討会の概要 ②

○ 検討項目

- 介護保険制度の改正と地域包括ケアシステム
- 地域包括支援センター、介護予防、認知症対策
- 脳卒中患者の支援における地域連携
- 地域リハビリテーション推進事業
- 地域支え合い体制の確立
- 在宅ケアに向けた事例の検討
- 医療費適正化と保健事業の展開

○ 検討結果(次年度への方策)

- ※ 今後の地域包括ケアに向けた部内一体的な取組を検討する
 - 平成24年度新規事業の企画立案
 - 平成24年度モデル3市への支援
 - 地域包括ケアの推進を軸とした研修体系の見直し・作成
 - 退院時調整実態調査の実施
 - 地域包括ケアの理解に向けた住民、関係者に対する普及啓発

庁内連携検討会で出た主な意見(H23)

- ・ 脳卒中発症後、リハビリに頑張り、麻痺改善、退院しても在宅でリハが継続出来ず、悪化、再入院する患者が多い。
- ・ 在宅リハの観点で、ケアプラン策定が出来ていない。
- ・ 過疎地域で24時間巡回はできるのか？
- ・ 医療から介護への退院時連絡、調整が徹底してない。

そのためには、コーディネートできる人材を育てなければ！

そのためには、情報共有が大切！

- ・ 介護認定を受けると、要介護2から要介護1になっても本人、家族、「受けられるサービスが減る！」と喜ばず。
- ・ 予防の概念が徹底されていない！
- ・ 住民の意識を変えなければ！

変えるためには、住民への普及啓発が足りない！

- ・ 地域の支えあいの取組を皆が知らない！
- ・ サロンや医療機関に行くまでの足(交通)がない！

地域の細部の状況、課題等をもっと知らなければ！

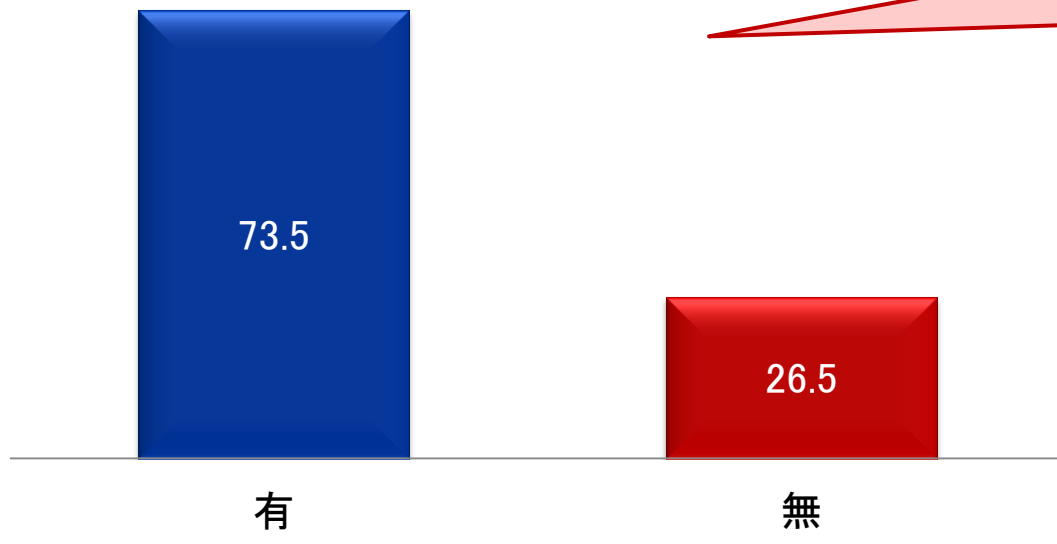
平成24年度 退院時連携実態調査 (グラフ・抜粋)

ケース 番号	退院前の医療機関名 (※医療機関名が不明の場合は、 「不明」または「医療機関の住所 地」を記載)	退院時 連絡 の有無	介護保険申請の 種別 (※該当欄に○印 を記載)	介護度 (※()には認定区分(数値)を 記載)	疾患名	退院月
1		有 ・ 無	新規()・ 給付管理中()	要介護() ・ 要支援()		年月
2		有 ・ 無	新規()・ 給付管理中()	要介護() ・ 要支援()		年月
3		有 ・ 無	新規()・ 給付管理中()	要介護() ・ 要支援()		年月
4		有 ・ 無	新規()・ 給付管理中()	要介護() ・ 要支援()		年月
5		有 ・ 無	新規()・ 給付管理中()	要介護() ・		年月
6		有 ・ 無	新規()・ 給付管理中()	要介護() ・		年月
7		有 ・ 無	新規()・ 給付管理中()	要介護() ・		年月
8		有 ・ 無	新規()・ 給付管理中()	要介護() ・		年月
9		有 ・ 無	新規()・ 給付管理中()	要介護() ・		年月
10		有 ・ 無	新規()・ 給付管理中()	要介護() ・		年月

逢坂先生からの
ご助言をもとに
一部改編し実施

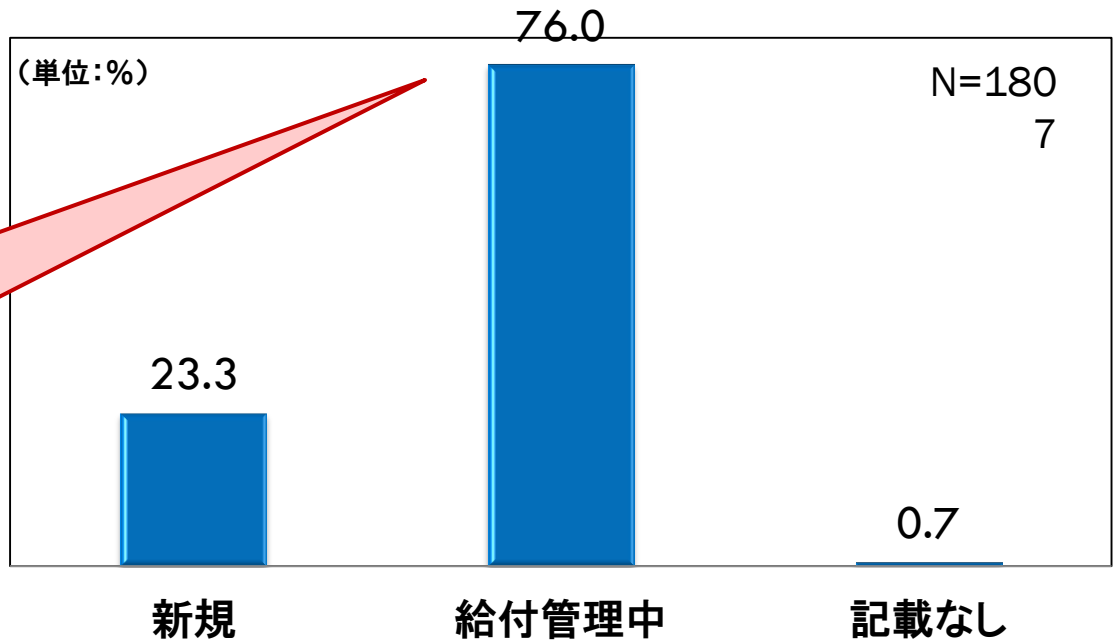
退院時連絡の実施状況

■有 ■無



・「退院連絡があった」割合は73.5%と高かった。
・「退院時連絡の質」は？

退院時の介護保険申請状況



・介護保険「給付管理中」の住民が76.0%と多かった。
・給付管理中の「発症・再発予防等の支援」は？

庁内連携検討会の概要 ③

【平成24年度】

○ 目的

- 住民（高齢者、障がい者、子どもなど）が地域で安心して暮らせるよう、医療、保健、福祉（介護）が連携した包括的なケア体制推進のための検討・情報交換及び政策形成能力の向上

○ 主なテーマ

- 地域包括ケア推進の実働に向けた協議
- 各課事業の共通理解による役割の明確化
- 平成25年度新規事業の施策化と具体的な展開

○ 開催日

- （原則） 毎月第2・第4火曜日 16:00～（1時間程度）

庁内連携検討会の概要 ④

○ 検討項目

- ※ 地域包括ケア・在宅医療推進に向けて、住民の各ライフステージ、各健康段階を見据えた取組の推進
 - 各事業実施における課題の明確化
 - 不足しているサービスや事業の抽出
 - 各課事業の重複事項等のすり合わせ
 - 平成25年度施策立案

○ 検討結果(次年度への方策)

- ※ 今後の地域包括ケアに向けた部内一体的な取組を検討する
 - 平成25年度新規事業の実現
 - 地域包括ケア・在宅医療の推進に向けて、横断的に取り組む意識や機運の醸成

地域ケア会議の実施状況(平成26年4月1日現在)

H25年度												H26年度			
4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
豊後高田市(月2回)・杵築市(週1回)・豊後大野市(週1回)															
臼杵市(週1回)・津久見市(月2回)・別府市(月2回※包括別会議も実施)															
宇佐市(年6回)															
国東市(週1回)・九重町(月1回)															
日出町(月2回)・中津市(週1回)・玖珠町(月1回)															
佐伯市(週1回)・竹田市(月2回)															
日田市(月2回)															
由布市(月2回)															
大分市(年8回)															

委託を受けた県リハの
コーディネイト(H25)に
より、地域リハ、栄養士、
歯科衛生士、保健所
保健師等が毎回参加

※各職種の相互理解、
OJTにも寄与

姫島村: サービス調整会議⇨地域ケア会議(月1回)を平成元年から実施

平成24年度開始したモデル市における 地域ケア会議での事例

- 昭和10年生まれ 77歳 女性 要介護2 一人住まい
- H24. 6 脳内出血(右視床出血) 左半身麻痺
- 既往歴 : 心臓弁膜症(手術2回)
- H24. 7~ 回復期病院でリハビリ中 住宅改修終了後在宅復帰予定 (独居)
自宅がほぼバリアフリーであり車椅子生活の予定
現在の身体レベル:四点杖で40メートル連続歩行
- 在宅後の介護サービス計画 週3回デイサービス、ヘルパー適宜

- ・ 退院前は、四点杖で連続歩行が行える状態であるのに、退院後は、車椅子優先の生活をケアマネジャーは計画
- ・ ケアプランも、デイサービスとヘルパー利用のみ
- ・ このように、利用者に対して自立支援型ではないケアプランによる在宅ケアが行われている

方向性の明確化

- ① 入院患者の在宅ケアの推進に向けては、退院時調整が重要な鍵である。
- ② 退院時調整に、医療と介護・在宅の双方を理解している関係者がコーディネイトを担う必要がある。
- ③ 退院時調整を行うコーディネイターは、住民・家族のニーズをふまえ、状態改善・維持・悪化予防に向けた退院時調整につなげる必要がある。
- ④ 退院後の在宅ケアにおいては、在宅生活を継続出来るよう、ケアマネジャーが訪問看護、リハ等の関係者を活用しながら、ケアプランを立案し、支援につなげる必要がある。
- ⑤ 各圏域での在宅ケアニーズと対応能力(需要と共有)等の分析する必要がある。

7月24日(第7回) 庁内連携検討会で議論 「平成25年度の施策化に向けて方向性を検討しましょう！」



番号	保健と医療と福祉(介護)の連携にかかる庁内連絡会での検討結果から明確になった課題	施策の方向性(案)	施策担当課(既存の案)	備考
1	介護予防ヘルパーの育成	新)介護予防ヘルパー等育成推進事業	高齢者福祉課	
2	介護予防ボランティアの育成、活用	継)ボランティアリーダー研修会を充実	高齢者福祉課	高齢課推進中
3	介護予防にかかる栄養指導が実施できる栄養士の育成	継)行政栄養士研修会等の研修項目に「介護予防、高齢者の低栄養・水分補給対策」を盛り込み、栄養士の資質向上を促進	健康対策課	
4	高齢者の低栄養・水分補給対策の周知、実施			
5	既存の受け皿の抽出、新規受け皿の開拓、育成	※本庁、各保健所で既存の受皿、地域資源を抽出	関係各課	関係各課推進中
6	受け皿に対する関係者の共通認識	受皿利用における課題を整理、分析		
7	サロン等、既存の受け皿の実施回数増加	保健所の主導による地域包括ケアにかかる地域診断の中で、受皿の実態がクローズアップ →庁内関係課横断的な受皿づくりへの検討を開始した市もあり、他市町村への波及につなげる。		
8	一次予防、二次予防事業等参加にかかる移動手段の確保、開拓	※移動手段については、地域福祉推進室と協議	地域福祉推進室 他	
9	一次予防の充実	継)市町村での一次予防事業の充実 (各課の連携、横断的取組推進に向けた保健所等の役割発揮)	健康対策課 各市町村 他	健対課推進中
10	市町村における健康づくり～介護予防～介護保険の連携、連動	※市町村への介護予防ヒアリング、モデル的二次予防事業等を通じて取組を推進中	健康対策課 高齢者福祉課	一部保健所管内市町村で推進中
11	地域リハの活用(医療機関から)	継)介護予防事業、地域リハビリテーションを推進事業を通して展開中	健康対策課 高齢者福祉課	健対課、高齢課推進中
12	地域リハの活用(介護機関から)			
13	地域リハの機能向上、役割発揮に向けた保健所の取組推進			
14	介護関係者が活用できる医療と介護の情報共有のあり方	継)在宅医療連携拠点事業を活用した医療と介護の情報共有推進	医療政策課 高齢者福祉課 福祉保健企画課	福保課、高齢課推進中
15	介護関係者の在宅医療にかかるニーズの把握			医療課推進中
16	介護関係者の医療知識の習得、理解促進	継)介護支援専門員研修に医療知識の習得をめざした研修内容を盛り込み実践予定	高齢者福祉課 医療政策課	
17	在宅医療における介護機関との連携の意義、必要性を医師に理解してもらう方策	継)地域リーダー研修を通じた医師への周知 県・郡市医師会を通じての周知依頼		
18	在宅医療の推進方策を特に開業医に周知、理解してもらう方策	新)新たな医療計画への明記、県・郡市医師会を通じての周知依頼	医療政策課	
19	5疾病5事業にかかる各圏域での在宅ケア推進の統括推進者(リーダー)の育成	継)在宅医療連携拠点に係る各保健所等への情報提供 新)地域リーダー研修を通じた各圏域でのリーダー育成		一部保健所実施中
20	在宅ケアにかかる看取り、急変時の関係者の対応能力向上			
21	訪問看護ステーションの活用(医療機関から)	新)訪問看護・介護連携強化推進事業	福祉保健企画課	医療政策課(看護班)、 高齢者福祉課と協議済
22	訪問看護ステーションの活用(介護機関から)			
23	訪問看護ステーションの普及啓発、理解、認識向上			
24	薬剤師(薬局、在宅)の活用(医療機関から)			
25	薬剤師(薬局、在宅)の活用(介護機関から)	※既存事業の中で、普及啓発	業務室	
26	在宅薬剤管理指導の普及啓発、理解、認識向上			
27	住民の意識改革 ①健康づくり、介護予防のための健診・指導の必要性	継)特定健診・保健指導の実施、精度向上	国保医療室	関係各課推進中
28	住民の意識改革 ②介護保険制度における自立支援の意義、必要性	新)庁内連絡会での横断的な普及啓発資料作成 他	高齢者福祉課他	高齢課推進中
29	小中学校区の地域診断、日常生活圏域調査	新)地域包括ケアシステム実現に向けた介護保険事業計画策定に関する研修会としてH24実施	高齢者福祉課 福祉保健企画課	福保課、高齢課推進中

7月24日(第7回) 庁内連携検討会で議論

「平成25年度の施策化に向けて方向性を検討しましょう！」

平成25年度予算編成に向けて

「安全・安心」の
施策発展を
めざし

保健・医療・福祉(介護)の連携による
住民の地域包括ケアの推進、
在宅ケアの継続に向けた
適切な支援体制構築のために

次年度予算を
どう組み立て
るべきか

在宅ケアの推進に向けた施策化

保健と医療と福祉(介護)の連携にかかる庁内連絡会
での検討結果から明確になった課題

番号	課題
1	介護予防ヘルパーの育成
2	介護予防ボランティアの育成、活用
3	介護予防にかかる栄養指導が実施できる栄養士の育成
4	高齢者の低栄養・水分補給対策の周知、実施
5	既存の受け皿の抽出、新規受け皿の開拓、育成
6	受け皿に対する関係者の共通認識
7	サロン等、既存の受け皿の実施回数増加
8	一次予防、二次予防事業等参加にかかる移動手段の確保、開拓
9	一次予防の充実
10	市町村における健康づくり～介護予防～介護保険の連携、連動
11	地域リハの活用(医療機関から)
12	地域リハの活用(介護機関から)
13	地域リハの機能向上、役割発揮に向けた保健所の取組推進
14	介護関係者が活用できる医療と介護の情報共有のあり方
15	介護関係者の在宅医療にかかるニーズの把握
16	介護関係者の医療知識の習得、理解促進
17	在宅医療における介護機関との連携の意義、必要性を医師に理解してもらう方策
18	在宅医療の推進方策を特に開業医に周知、理解してもらう方策
19	5疾病5事業にかかる各圏域での在宅ケア推進の統括推進者(リーダー)の育成
20	在宅ケアにかかる看取り、急変時の関係者の対応能力向上
21	訪問看護ステーションの活用(医療機関から)
22	訪問看護ステーションの活用(介護機関から)
23	訪問看護ステーションの普及啓発、理解、認識向上
24	薬剤師(薬局、在宅)の活用(医療機関から)
25	薬剤師(薬局、在宅)の活用(介護機関から)
26	在宅薬剤管理指導の普及啓発、理解、認識向上
27	住民の意識改革 ①健康づくり、介護予防のための健診・指導の必要性
28	住民の意識改革 ②介護保険制度における自立支援の意義、必要性
29	小中学校区の地域診断、日常生活圏域調査

検討結果から

1. 「新規事業」として施策化 → 3本
2. 「既存事業」について内容を充実し実施 → 25本

受血利用における課題を整理・分析
保健所
一

H25新規事業 施策化の例

- ① 介護関係者の医療知識の習得
- ② 訪問看護と介護の連携
- ③ 在宅医療の推進 等

H24から実施、H25継続事業での充実化 (既存事業の中での施策化の例)

- ① 介護予防ヘルパーの育成
- ② ボランティアリーダーの活用
- ③ 介護予防にかかる栄養指導スキル向上
- ④ 受血抽出、活用策検討、市町村への還元
- ⑤ 地域リハの活用、保健所の取組推進 など

※ 上記は、施策名ではない。

課推進中
保健所管内市町
推進中
課、高齢課推進中
課、高齢課推進中
課、高齢課推進中
課推進中
保健所実施中
政策課(看護班)
給者福祉課と
済
係各課推進中
高齢課推進中
福保課、高齢課推進中

地域包括ケア・在宅医療の推進に向けた各事業の概要

① 事業の目的

住民が住み慣れた地域で暮らし続けられるため、切れ目のないサービスを安心して受けられるよう、二次医療圏域における保健・医療・福祉(介護)が連携した支援体制の充実を図る。

② 上記目的を踏まえ、整理したこれまでの主な施策・事業

- ・ がん在宅医療連携促進事業(H23～)
- ・ 脳卒中在宅ケア体制整備事業(モデル圏域)(H20～24)
- ・ 地域包括支援センター機能強化推進事業(H23～24)
- ・ 地域包括ケア体制整備事業(H25～)
- ・ 在宅医療連携推進事業(H23～H24モデル圏域、H25～全圏域)
- ・ 訪問看護・介護連携強化推進事業(H25・26)
- ・ 看護の地域ネットワーク推進事業(～H25・H25～)

脳卒中在宅ケア体制整備事業

単一医療圏域Aにおけるモデル的なクリティカルパスの策定・運用 ◆保健所主導

複数医療圏域Bにおけるモデル的な地域連携のルールづくり ◆同上

全圏域における「医療と介護の連携」「退院時連携」の実態調査 ◆全県
 先駆的取組にかかる研修(全国のリーダーを招聘し研修) ◆全県
 → 講師 逢坂悟郎氏を始めとした先駆的なリーダーによる講演

- がん在宅ケアにかかる医療・介護関係者の協議・検討の場づくり
- 拠点医療機関におけるバックアップベッド確保調整等

- 脳卒中在宅ケアにかかる医療・介護関係者の協議・検討の場づくり
- クリティカルパスの作成・運用・評価
- 地域連携ルールの作成・推進・評価等

がん在宅医療連携促進事業

がん在宅ケアにかかる拠点医療機関の整備 ◆全県
 がん在宅ケアにかかる各圏域の体制整備 ◆保健所主導

- 在宅医療連携推進・体制構築にかかる医療・介護関係者の協議・検討の場づくり
- 在宅医療連携拠点づくり
- 圏域人材育成、事例検討等

- 地域ケア会議の助言
- 地域包括ケア推進に向けた地域診断、市町村内横断的協議の場づくり等

在宅医療連携推進モデル事業 **在宅医療連携拠点事業**

医療資源等の豊富なC圏域での取組開始 ◆医師会主導・保健所関与

高齢化・過疎地域で医療資源等の乏しいD圏域での取組開始

◆医師会主導に向けた保健所の積極的コーディネート

県下各圏域での取組開始

◆医師会主導型 3(東部・中部・西部)

◆保健所調整型 3(南部・豊肥・北部)

◆市町村主導型 4(東部内3・西部内1)

- 拠点病院看護管理者間の情報共有・ネットワーク・看護師人材育成・離職防止等の協議・検討の場づくり
- 看護師が担う医療・介護連携推進への協議・検討等

- 訪問看護・介護連携にかかる実態調査(聞き取り)
- 状態維持・悪化予防段階からの訪問看護と介護が連携した同伴訪問

地域包括支援センター機能強化推進事業 **地域包括ケア体制整備促進事業**

地域包括ケア推進にかかる体制整備 地域包括ケアの本格的な取組推進

訪問看護・介護連携強化推進事業

状態維持・悪化予防観点での訪問看護と介護の連携推進 ◆保健所主導
 同伴訪問、各圏域実態調査、普及啓発

看護の地域ネットワーク推進事業

圏域内病院看護部間の連携促進・ネットワーク構築 離職防止
 新人看護職員人材育成 病院・診療所間の看護師連携
 医療と介護の連携促進

大分県の地域包括ケア・在宅医療推進にかかる二次医療圏取組の経緯(現在進行中)

地域包括ケア・在宅医療推進にかかる市内連携検討会 ◆事務局 福祉保健企画課 医療と介護の連携研究会 ◆事務局 同左

県の地域包括ケア・在宅医療推進にかかる部内横断的取組・突合 → 地域の取組へ → 医療介護連携推進に特化し検討

部内関係5課12名 部内関係7課19名 部内関係4課5班総括・担当6名

- 地域の現状を踏まえた本庁での横断的検討

脳卒中在宅ケア体制整備事業						
単一医療圏域Aにおけるモデル的なクリティカルパスの策定・運用 ◆保健所主導						
			複数医療圏域Bにおけるモデル的な地域連携のルールづくり ◆同上			
			全圏域における「医療と介護の連携」「退院時連携」の実態調査 ◆全県 先駆的取組にかかる研修(全国のリーダーを招聘し研修) ◆全県 → 講師 逢坂悟郎氏を始めとした先駆的なリーダーによる講演			

疾患別在宅ケア体制構築における医療と介護の連携課題の明確化

疾患別在宅ケア体制構築基盤としての在宅医療の必要性が明確化

がん在宅医療連携促進事業	
がん在宅ケアにかかる拠点医療機関の整備 ◆全県	
がん在宅ケアにかかる各圏域の体制整備 ◆保健所主導	
在宅医療連携推進モデル事業	在宅医療連携拠点事業
医療資源等の豊富なC圏域での取組開始 ◆医師会主導・保健所関与	
	高齢化・過疎地域で医療資源等の乏しいD圏域での取組開始 ◆ 医師会主導に向けた保健所の積極的コーディネート
	県下各圏域での取組開始 ◆ 医師会主導型 3(東部・中部・西部) ◆ 保健所調整型 3(南部・豊肥・北部) ◆ 市町村主導型 4(東部内3・西部内1)

担当部局間、施策を通じた医療と介護の連携促進

医療と介護の連携のコアとなる看護職の体制整備、ネットワーク化

状態維持・悪化予防段階からの訪問看護活用、医療と介護の連携の具現化

	地域包括支援センター機能強化推進事業	地域包括ケア体制整備促進事業
地域包括ケア推進にかかる体制整備	地域包括ケアの本格的な取組推進	
	訪問看護・介護連携強化推進事業	
	状態維持・悪化予防観点での訪問看護と介護の連携推進 ◆保健所主導 同伴訪問、各圏域実態調査、普及啓発	

看護の地域ネットワーク推進事業		
圏域内病院看護部間の連携促進・ネットワーク構築	離職防止 新人看護職員人材育成	病院・診療所間の看護師連携 医療と介護の連携促進

大分県の地域包括ケア・在宅医療推進にかかる二次医療圏取組の経緯(現在進行中)

地域包括ケア・在宅医療推進にかかる市内連携検討会 ◆事務局 福祉保健企画課	医療と介護の連携研究会 ◆事務局 同左
県の地域包括ケア・在宅医療推進にかかる部内横断的取組・突合 → 地域の取組へ	→ 医療介護連携推進に特化し検討
部内関係5課12名	部内関係7課19名
	部内関係4課5班総括・担当6名

横断的な連携、検討体制

各圏域・管内における在宅医療・地域包括ケアの取組状況(H20~H24)

※モデル圏域を指定し
実施した事業のみ抜粋

- 脳卒中在宅ケア
(主催:モデル保健所)
- 在宅医療の推進
(主催:各医師会等)
- 😊 地域包括支援
センター機能強化
(主催:モデル市)

※いずれも保健所(★)
が関わり、調整等を実
施







どの事業・施策から進めて
も「医療と介護の連携」が
懸案課題として明確化！

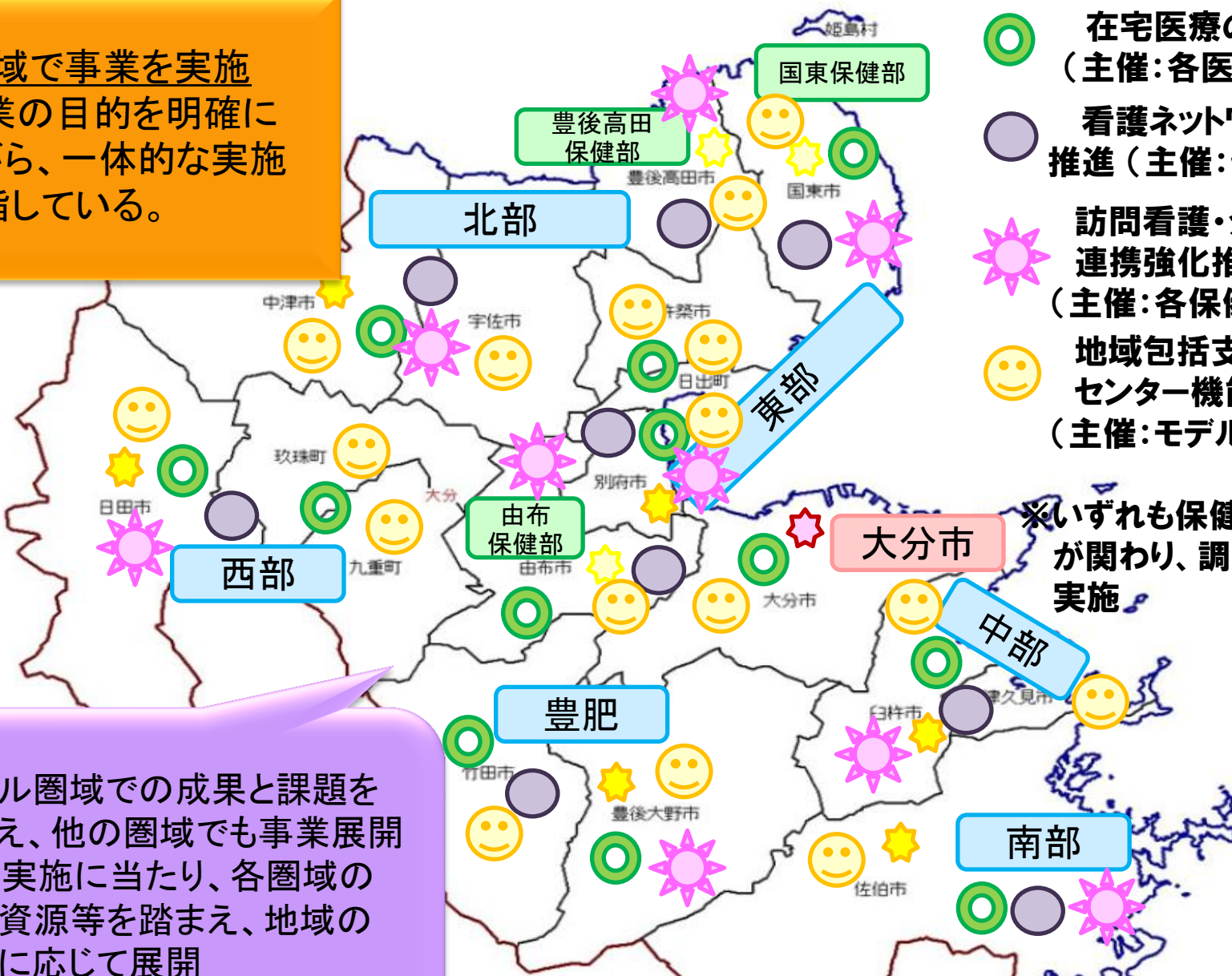
★ は、県保健所(部)を示す。

資料: 県高齢者福祉課
県福祉保健企画課

各圏域・管内における在宅医療・地域包括ケアの取組状況(H25～H26)

※各圏域で事業を実施
各事業の目的を明確にしながら、一体的な実施を目指している。

-  在宅医療の推進
(主催:各医師会等)
-  看護ネットワーク
推進(主催:保健所)
-  訪問看護・介護
連携強化推進事業
(主催:各保健所)
-  地域包括支援
センター機能強化
(主催:モデル市)



※いずれも保健所(★)が関わり、調整等を実施

- ①モデル圏域での成果と課題を踏まえ、他の圏域でも事業展開
- ②事業実施に当たり、各圏域の地域資源等を踏まえ、地域の実情に応じて展開

★は、県保健所(部)を示す。

資料:県高齢者福祉課
県福祉保健企画課

大分県における現在の取組

- ① 保健所が二次医療圏コーディネーターとして、「在宅医療の推進」と「地域包括ケアの推進」の取組を連動、連結して推進中！
(※ 各保健所の重点事業と位置づけ)
- ② これまでの取組による「顔の見える関係」を活かし「住民の自立支援」という共通目標に向かって事業を実施！

