

第3部 高齢者保健福祉圏域における計画

高齢者保健福祉圏域図



高齢者保健福祉圏域の状況

圏域名	面積(k㎡)	総人口(人)	高齢者人口(人)	高齢化率(%)	要支援・要介護認定者数(人)	認定率(%) (1号被保険者)
賀茂	583.55	66,415	28,165	42.4%	4,586	16.3%
熱海伊東	185.88	107,957	45,415	42.1%	7,316	16.1%
駿東田方	1,276.93	664,466	185,160	27.9%	26,727	14.4%
富士	634.03	389,049	103,663	26.6%	16,436	15.7%
静岡	1,411.90	707,103	205,705	29.1%	36,838	17.8%
志太榛原	1,209.37	470,144	134,831	28.7%	20,375	15.0%
中東遠	831.13	475,233	123,140	25.9%	18,896	15.2%
西部	1,644.62	866,713	229,581	26.5%	38,977	16.9%
県計	7,777.43	3,747,150	1,055,660	28.2%	170,151	16.0%

*面積は、国土交通省国土地理院「平成28年全国都道府県市区町村別面積調」による2016(平成28)年10月1日現在の面積であり、境界未定市町村の面積は、総務省統計局の推計による面積。

*総人口及び高齢者人口は、県長寿政策課「高齢者福祉行政の基礎調査」による2017(平成29)年4月1日現在の数。高齢化率は、高齢者人口を総人口(年齢不詳の人数を除く)で除した率。

*要支援・要介護認定者数は、厚生労働省「介護保険事業状況報告」による2017(平成29)年9月末の第2号被保険者を含む数。認定率は、2017(平成29)年9月末の第1号被保険者の認定者数を第1号被保険者数で除した率。

賀茂圏域（下田市、東伊豆市、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町）

1 圏域の概況

- 賀茂圏域は、面積 585 k m²、人口 66,415 人で、伊豆半島南部に位置し、豊かな自然環境と温泉等の地域資源に恵まれ、圏域総生産（H26 市町内総生産）のうち、観光サービス業などの第3次産業が全体の約9割を占めている地域です
- 各市町とも、静岡県の中では人口減少の割合が特に大きくなっており、65歳以上の高齢者人口も今後減少すると見込まれています。しかしながら、特に85歳以上人口は、2025（平成37）年まで微増すると見込まれ、要介護認定率が高いことをふまえると、要介護認定者数が増加する一方、支える年齢層は減少すると想定されます。
- 人口に比べて面積が大きな圏域であり、介護サービス事業所や病院が偏在していますが、公共交通機関が十分でなく、市町によっては巡回バスが運行されています。

2 圏域の課題

(1) 介護サービス提供基盤（介護人材含む）

- 2016（平成28）年実績に対する2020（平成32）年の推計では、訪問リハビリテーションと訪問看護で2倍以上の利用が見込まれるため、ニーズに対応する事業所の整備や関係職員の確保が課題です。
- 賀茂圏域は、就労人口も少なく、介護関連職種の有効求人倍率は3.94倍と、全業種の1.96倍を大きく上回っており、人手不足が深刻化しています。（2017（平成29）年10月静岡労働局）
- 特に、他圏域に比べても人材確保が難しい中、ボランティアや地域住民が積極的に参加できる体制の構築が課題です。
- 公共交通機関が十分でないため、より身近に利用できる地域に密着した介護サービスの整備が課題となっています。

(2) 医療・介護連携（多職種連携含む）

- 各市町とも高齢化が進み、ひとり暮らし高齢者や老々介護など、医療・介護の連携が必要な世帯が増えています。
- 医療・介護資源、医療・介護専門職からみた地域ニーズ、住民ニーズなど地域課題の十分な把握が必要です。
- 在宅医療・介護、看取りに関する地域住民の関心が低いため、住民だけでなく、医療・介護の関係事業者、従業者に対する啓発が必要です。
- 圏域内では医療・介護資源が限られているため、多職種間で連携する手段が必要です。

(3) 認知症

- 高齢化の進行に伴い、認知症の方は2015（平成27）年から2025（平成37）年にか

けて、約 30%増加すると推計されることから、地域の見守りと、認知症の重症化を防ぐための「認知症初期集中支援チーム」の機能の充実が求められています。

(4) 自立支援・介護予防・重度化防止

ア 介護予防

- 標準化死亡比（SMR）など健康指標が悪く、医療・介護資源が限られている中、要介護状態・要支援状態の軽減、悪化の防止のため、住民の健康維持と健康増進や、介護予防が必要です。
- 介護予防のための、住民が運営する通いの場が圏域内に設置されていますが、設置されていない町もある一方で、設置数が県平均を上回る市町があるなど、偏りがあります。

イ リハビリテーション

- 4つの病院が協力して地域でのリハビリテーションを進めていますが、高齢者千人当たりのリハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）数は県平均よりも 1.17 人低く、リハビリテーションの提供体制が十分とはいえない状況にあります。
- 効果的な介護予防のため、市町の介護予防事業や住民主体の取組にリハビリテーション専門職が関与することが求められていますが、各市町と専門職との連携が十分とはいえません。

ウ 地域ケア会議

- 市町レベルでの地域ケア会議が開催されていない市町があり、多職種で協議が必要な地域課題に対応するため、市町レベルの会議を開催できる体制づくりが必要です。

(5) その他

ア 権利擁護

- 認知症等で判断能力が十分でない方が今後急増していくことに備え、成年後見制度等による権利擁護体制の一層の充実が必要となっていますが、圏域内で権利擁護の一層の強化が必要です。

イ 移動支援

- 高齢により車での移動ができなくなった地域住民の方に対して、買い物・通院等、日常生活に対する支援が必要です。

3 課題への対策

(1) 2025(平成 37)年を見据えた方針

- 地域包括ケアシステムの進捗状況や課題等について、圏域会議の場で情報共有を図るとともに、医療、社会福祉、行政の担当者間による意見交換を密にし、圏域住民の介護予防、健康増進のための検討を進めていきます。

(2) 今後3年間の取組

ア 介護サービス提供基盤（介護人材含む）

- 訪問看護や訪問リハビリテーションについて、多くの利用を見込み、それぞれサービスの提供の強化を図ります。また、圏域面積が広く、医療・介護資源も少ないことから、地域密着型サービスの強化を推進します。また、ひとつの事業所で複数のサービスを選択できる小規模多機能型居宅介護サービス等を強化します。
- 専門職でなければできない医療・介護業務、経験がなくても高齢者等を支援できる業務などを明確にして、高齢者を含む地域住民の参加により、住民相互で支援活動を行う等、地域住民がつながり支え合う地域福祉基盤を充実します。
- 限られた医療・介護資源の中、人材を有効活用するため、市町、賀茂医師会、賀茂歯科医師会、賀茂薬剤師会、介護事業所、専門職、市町社会福祉協議会、ボランティア、住民を含めたネットワークを構築します。

イ 医療・介護連携（多職種連携含む）

- 医療と介護の両方を必要とする高齢者が住み慣れた生活の場において、必要なサービスを受けられる地域の仕組みづくりのため、医療・介護連携の課題とその対策について取組めます。
- 在宅医療・介護連携推進事業の市町における効果的な実施を支援するため、1市5町が委託した下田メディカルセンターは、賀茂圏内の市町とともに、賀茂地区在宅医療・介護連携推進支援センターを運営し、在宅医療介護や看取りについて、関係者間の情報共有や今後の住民啓発に取組めます。
- 県、市町職員、在宅医療・介護連携推進コーディネーター等による連絡会を開催して、地域課題の抽出を図ります。
- 限られた医療・介護資源で連携するため、関係する機関でのICTの活用を推進します。

ウ 認知症

- 認知症初期集中支援チームは、圏域内で効果的な連携を図るため、賀茂医師会の協力を得て運営するほか、運営方法を統一しました。認知症疾患医療センター「ふれあい南伊豆ホスピタル」と認知症初期集中支援チーム員で連絡調整会議を行って、連携を一層強化します。
- 認知症の方の安全で安心な地域生活のため、地域の見守り活動を強化するよう各市町の取組を求め、併せてその過程で認知症の方の服薬管理等に対応します。

エ 自立支援・介護予防・重度化防止

(7) 介護予防

- 住民の健康状態の把握を積極的に進め、健康増進・介護予防を行っていきます。健康寿命の延伸のため、健康長寿の3要素である食生活、運動と社会参加に着目した取組を推進します。
- 住民が運営する通いの場について、各地域でバランスよく設置されるよう各市町の取組を求めていきます。

(イ) リハビリテーション

- リハビリテーション専門職が在籍する医療機関や介護老人保健施設等の連携協力によりリハビリテーション提供体制の確保を図ります。
- 市町担当者、介護サービス事業者、リハビリテーション専門職などの連携のため、勉強会やグループワークを開催して積極的に意見交換を行います。
- リハビリテーションの視点を導入した効果的な介護予防のため、リハビリテーション専門職の参画を促進します。

(ウ) 地域ケア会議

- 地域課題に対応できるよう、多職種が参加する市町レベルの地域ケア会議の開催を市町に働きかけていきます。

オ その他

(ア) 権利擁護

- 成年後見制度等による権利擁護体制の充実のため、各市町と各市町社会福祉協議会の連携による市民後見人育成等を行っていきます。

(イ) 移動支援

- 市町が主体となり、住民と社会福祉協議会等を交えた移動支援のあり方について検討を進めます。

熱海伊東圏域(熱海市、伊東市)

1 圏域の概況

- 熱海伊東圏域は、面積 186 k m²、人口 107,957 人で、県の最東部、伊豆半島東海岸に位置し、温暖な気候と豊富な温泉等の観光資源に恵まれ、圏域を構成する熱海市と伊東市は国際的な観光温泉都市です。
- 両市は、県内の市部における高齢化率が最上位にあるため、圏域全体の高齢化率は、2017(平成 29)年 4 月 1 日現在、42.1%と賀茂圏域に次ぎ 2 番目に高く、県平均の 28.2%を大きく上回っています。
- ひとり暮らし高齢者世帯が 2017(平成 29)年 4 月 1 日現在、20.4%、高齢者のみ世帯 36.1%と県平均(13.1%、24.4%)よりも高くなっています。
- 住宅が山間地等にも広がり、公共交通機関も限られることから、生活(買物・通院等)や支援(見守り活動等)に困難が生じることがあります。

2 圏域の課題

(1) 介護サービス提供基盤(介護人材含む)

- 今後在宅における療養が必要な方の増加に対応する医療・介護の提供基盤が必要です。
- 介護人材について、需給ギャップ(不足)が推計されており、介護人材の安定的な確保が課題となっています。また、現職の介護人材の高齢化に伴う離職等の課題への対応も必要です。
- 介護関連職種の有効求人倍率は熱海伊東、駿東田方圏域の 3.75 倍と、全業種の 1.58 倍を大きく上回っており、人手不足が深刻化しています。(2017(平成 29)年 10 月静岡労働局)

(2) 医療・介護連携(多職種連携含む)

- ひとり暮らし高齢者世帯が多いことから、急変時や看取りの情報把握が困難な場合があります。急変時に対応する体制や、周囲の見守りの体制が必要です。
- 住み慣れた在宅で医療や介護を受けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築に向け、医療と介護に関わる多職種間の更なる連携強化が必要です。
- 限られた医療・介護資源の中、個人情報保護に十分配慮しつつ、効率的に多職種間の連携を図る仕組みを構築する必要があります。

(3) 認知症

- 新オレンジプランに基づく当圏域の認知症罹患者の推計人数は、各年齢の認知症有病率が一定の場合、2017(平成 29)年度は 7,403 人、2020(平成 32)年度は 7,427 人、2025(平成 37)年度は 7,760 人へ上昇する見込みです。
- また、各年齢の認知症有病率が上昇(糖尿病有病率が 20%増加すると仮定)する場合、2017(平成 29)年度は 7,629 人、2020(平成 32)年度は 7,772 人、2

025（平成 37）年度は 8,413 人へ、更に上昇する見込みとなります。

- 当圏域は糖尿病の有病率が県平均より高いため、生活習慣病対策を含む認知症への総合的な対策が必要です。

(4) 自立支援・介護予防・重度化防止

ア 介護予防

- 介護予防のための、住民が運営する通いの場を増やしていくこととともに、できる限り自立した生活を送ることができるよう、日頃から運動を習慣づけられるような地域での住民主体の活動の促進が必要です。

イ リハビリテーション

- 坂の多い地域であり、介護予防の活動をより効果的なものとするため、介護予防の視点からリハビリテーションの専門職が関わっていくことが必要です。
- 介護予防から病態や病期（急性期から回復期、維持期、生活期）に応じ、切れ目のないリハビリテーションの提供体制の構築が必要です。

ウ 地域ケア会議

- 多職種が参加する会議とし、複雑化する地域課題に対応することが必要です。

(5) その他

■ 共生の地域づくり

- 高齢者のみ世帯が圏域の世帯総数の約 4 割を占めて県平均を上回っており、今後も増加が見込まれます。
- また、地理的な状況から、高齢者が自立した生活を継続していくため、移動に関する課題などもあります。地域の繋がりが希薄化する中、地区社協が設置されていない地域があり、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を送るためには、高齢者自らを含め、地域全体でその生活を支える取組の充実が必要です。

3 課題への対策

(1) 2025(平成 37)年を見据えた方針

- 県内でも高齢化率、ひとり暮らし高齢者世帯率、高齢者のみ世帯率が高い地域であることから、高齢者の視点に立った切れ目のない医療及び介護の提供体制（地域包括ケアシステム）を早期に構築し、高齢者の自立と尊厳を地域で支えられる長寿社会づくりを実現します。

(2) 今後 3 年間の取組

ア 介護サービス提供基盤（介護人材含む）

- ひとり暮らし高齢者が多いことをふまえ、支援が必要な方が柔軟に利用できる地域密着型のサービス拠点について、必要な地域に整備します。
- 将来の介護を担う人材について、安定的に確保するため、静岡県社会福祉人材センターと連携し、介護・福祉職に関する正しい知識と理解促進を図るため、

小・中・高校において、児童・生徒や教職員等を対象とした介護・福祉職のイメージアップ講座を開催していきます。

イ 医療・介護連携（多職種連携含む）

- 病院と診療所の連携を強化し、看取りを含めて、在宅で療養している方の急変時に対応できる体制の確保を図ります。
- 訪問診療の実施機関と地域密着型サービス等の事業所との連携により、在宅療養を支える体制の確保を図ります。
- 多職種の連携を強化するため、情報共有ツールとして、ICTの活用が有効であり、活用について、広く普及啓発をしていく取組を行っていきます。

ウ 認知症

- 住民に向けた認知症の理解を深める取組を強化し、認知症サポーターの養成を継続します。
- 圏域の認知症に関する中核医療機関である認知症疾患医療センター（伊東市民病院：2017(平成29)年2月指定）において、認知症疾患医療センター主催の市民講座を開催するなど、県民の認知症に対する正しい理解を促進します。
- 認知症に対応する医療・福祉従事者の資質向上を図るため、認知症疾患医療センター主催の従事者向け講座を実施するとともに、早期診断・早期対応に関する体制整備を推進するため、地域全体での職種を超えた連携体制の強化を図ります。
- 具体的には、かかりつけ歯科医による口腔機能の管理やかかりつけ薬局における服薬指導のほか、地域の様々なネットワークの中で、認知症の疑いのある人に早期に気付いて適切に対応していくことができるよう、かかりつけ医（認知症サポート医）や認知症疾患医療センターとの連携等を進めます。
- 市や関係団体等と連携して、本人の同意に基づき、支援者が情報を共有することにより、地域全体でお互いを支え合う認知症ケアパスやふじのくに“ささえあい”手帳の啓発・普及を図っていきます。

エ 自立支援・介護予防・重度化防止

(7) 介護予防

- 介護予防のための住民運営の通いの場について、設置を増やす取り組みを支援していきます。
- また、介護予防ボランティアの養成を支援していきます。

(イ) リハビリテーション

- 切れ目のないリハビリテーション提供体制の構築のため、市が設置・運営する関係協議会、圏域においては熱海健康福祉センターが設置・運営する「熱海伊東圏域地域包括ケア推進ネットワーク会議」等において協議し、リハビリテーション専門職の確保や、多職種との連携・協働によるリハビリテーションの活用を図っていきます。

(ウ) 地域ケア会議

- 専門職と連携し、各地域での会議に多職種が参加するようにしていきます。

オ その他

■ 共生の地域づくり

- 市が実施する生活支援体制整備事業を通じて、市、社会福祉協議会、民生委員・児童委員、NPO、ボランティア等の多様な主体により、外出支援や見守り活動等の生活支援の提供体制整備を進めます。
- また、それら活動の調整等を行う生活支援コーディネーターを日常生活圏域にも配置し、介護以外の分野についても、情報共有及び連携・協働するため、協議会で協議等を行い、地域全体で高齢者を支える取組の充実を図ります。

駿東田方圏域（沼津市、三島市、御殿場市、裾野市、伊豆市、伊豆の国市、 函南町、清水町、長泉町、小山町）

1 圏域の概況

- 駿東田方圏域は、面積は 1,277 k m²、人口は 664,466 人で、富士山の東部、伊豆半島北部に位置します。
- 圏域の北部は、多彩な産業が集積し、先端技術産業や研究機関等の立地が進み、南部は、狩野川流域に広がる温泉を中心とした観光圏となっています。
- 圏域の総人口は、減少傾向にあり、高齢化率は 2017(平成 29)年 4 月 1 日現在、27.9%で、県平均の 28.2%とそれほど変わりませんが、30%を超える市町がある一方で、県下でも高齢化率が低い水準にある市町があり、圏域内でも市町によって差が生じています。

2 圏域の課題

(1) 介護サービス提供基盤（介護人材含む）

- 訪問診療の増加が見込まれますが、在宅医療を担う医師について、人数が不足していることや、今後高齢化することで訪問診療への対応が難しくなることが課題となっています。
- 介護関連職種の有効求人倍率は、駿東田方、熱海伊東圏域の 3.75 倍と、全業種の 1.58 倍を大きく上回っており、人手不足が深刻化しています。(2017(平成 29)年 10 月静岡労働局)

(2) 医療・介護連携（多職種連携含む）

- 駿東田方圏域全体では、医療機関に従事する医師数は人口 10 万人当たり 210.4 人であり、静岡県平均(193.9 人)と比べ多い圏域ですが、地域によっては、医師が少ない地域もあります。
- また、高齢化も進み、夜間対応できない診療所もあるなど、医師の不足は深刻な状況にあります。
- 入院施設からの退院にあたり、地域連携室等による退院カンファレンスが実施されている病院はありますが、全ての病院で実施されておらず十分とはいえません。
- また、病院は診療所や訪問看護ステーションとの連携が不足しており、退院から在宅へ結びつける体制づくりが必要です。
- 看護職員が数人程度の比較的小規模な訪問看護ステーションは、開設しても人材不足や経営的に不安定等の問題で閉鎖するところもあり、増減があります。訪問看護師の質の向上や、大規模化など機能強化を図る必要があります。
- 多職種間の情報共有化が十分でなく、ICT を活用するなど、連携のためのツールが必要です。
- 市町ごとに多職種連携研修会や会議等が開催され、顔の見える関係ができてき

ましたが、在宅医療・介護連携がまだ十分とはいえない状態です。

- 病院での看取りの割合が高く、在宅での療養や看取りに対する不安があり、在宅での看取りの体制整備や在宅での看取りに関する住民の理解促進を図っていく必要があります。

(3) 認知症

- 認知症の早期発見、早期対応のための市町の取組みには進捗に違いがあることから、特に市町に設置される認知症初期集中支援チームについては、郡市医師会をはじめ関係機関との連携を強化し、早期に体制を整備し、効果的な運用を図る必要があります。
- 認知症の専門医療と連携の拠点となる認知症疾患医療センターについて、N T T東日本伊豆病院、独立行政法人国立病院機構静岡医療センター、医療法人社団静岡康心会ふれあい沼津ホスピタルの3か所整備されていますが、3センターが近接しているため、3センターの連携による支援体制の構築が必要です。

(4) 自立支援・介護予防・重度化防止

ア 介護予防

- 介護予防のための、住民が運営する通いの場が県内の他市町と同程度設置されている市町がありますが、一方で設置が進んでいない市町もあり、増やしていく必要があります。

イ リハビリテーション

- ケアプランの作成にリハビリテーションの視点が十分に取り入れられているとはいえ、訪問リハビリテーションの利用が進んでいない状況にあります。在宅におけるリハビリテーションを推進する必要があります。

ウ 地域ケア会議

- 市町レベルでの地域ケア会議が開催されている市町と開催されていない市町があり、地域の課題把握のため、開催が必要です。

3 課題への対策

(1) 2025(平成37)年を見据えた方針

- 駿東田方圏域地域包括ケア推進ネットワーク会議を活用して、医療・介護をはじめとする専門職の連携を強化し、市町における地域包括ケア推進体制の構築につなげます。また、地域医療構想を踏まえ、在宅医療における体制のさらなる充実、強化に向けて計画的かつ効果的な施策を進めていきます。

(2) 今後3年間の取組

ア 介護サービス提供基盤（介護人材含む）

- 訪問介護をはじめ、訪問看護などの居宅サービスについて、提供基盤を増やしていきます。

- 地域で身近な介護サービスである地域密着型サービスの提供基盤を増やし、特に複数のサービスを提供する看護小規模多機能型居宅介護を増やします。
- 在宅医療推進センター、地域包括支援センター、関係事業者等により在宅医療等に係る周知を幅広く行い、訪問診療を実施する医療施設、薬局、訪問看護ステーション等の充実を図ります。
- 県は、市町が実施する介護職員の職場定着の促進や資質向上、就業促進を支援します。また、看護職員の養成を強化するとともに、離職防止や定着の促進、再就職の支援を進めていきます。

イ 医療・介護連携（多職種連携含む）

- 医師については、「ふじのくに地域医療支援センター」を中心に医学修学研修資金の貸与や教育機能、臨床機能、研究機能など各機能の充実を図るとともに、医師の地域偏在の解消に取り組み、確保対策を進めます。
- 円滑な在宅療養に移行できるようにするため、入院中から多職種が参加する退院カンファレンスを実施し、退院支援の体制構築を図ります。
- 訪問看護師の資質向上を図るため、研修会等を実施するとともに、効率的な運営により、在宅医療を進めていきます。
- 県、市町、医療・介護関係団体等は、在宅医療について積極的な情報提供や啓発等を行い、在宅医療の推進を図ります。
- 静岡県在宅医療・介護連携情報システム（ICT）の登録施設を増やすことにより、情報の共有化を進めます。また関係機関との連携を構築・充実するため研修等を実施し、医療及び介護の関係者による多職種連携を進めます。
- 多職種連携による協議会の設置などにより、地域の中で多職種が連携し合う枠組を構築し、個別のケースにおける定期的なカンファレンスを実施することにより顔の見える関係を構築します。
- 看取りについては、患者やその家族が納得できるよう、普段からかかりつけ医や訪問診療医などと話し合うことが重要であり、できる限り本人が希望する場所で看取りができるよう整備を図っていくとともに、在宅等での看取りについて住民への普及啓発を行うため、講演会や出前講座等を開催します。

ウ 認知症

- 県は、市町支援の強化のため、圏域における認知症初期集中支援チーム員や認知症地域支援推進員の情報交換会を開催し、市町の課題や先進事例の共有等を行います。
- NTT 東日本伊豆病院、静岡医療センター、ふれあい沼津ホスピタルが開催する認知症疾患医療連携協議会等を通じて、医療・介護関係者、市町との連携を強化し、地域の認知症支援体制の構築を進めます。

エ 自立支援・介護予防・重度化防止

(7) 介護予防

- 各市町において、介護予防のための住民運営の通いの場について、設置を促進します。
- また、介護予防のための体操の普及や介護予防リーダーの養成を行っていきます。

(イ) リハビリテーション

- リハビリテーションの活用に係る多職種連携を促進するほか、訪問リハビリテーション職員の養成、介護支援専門員に対するリハビリテーション活用支援等により、在宅の高齢者等へのリハビリテーション提供体制の整備を図ります。

(ウ) 地域ケア会議

- 市町レベルの地域ケア会議を開催し、地域課題を把握して各施策に反映していきます。

富士圏域(富士宮市、富士市)

1 圏域の概況

- 富士圏域は、面積 634 k m²、人口 389,049 人で、富士山の南・西部に位置し、古くから製紙工業をはじめとする工業が盛んであり、製造業に従事する人口割合や事業所数が多い地域です。
- 65 歳以上人口は、2010(平成 22)年から 2025(平成 37)年までに約 2 万 3 千人増加し 10 万 8 千人を越え、2040(平成 52)年まで引き続き増加すると見込まれています。
- 高齢化率は 2017(平成 29)年 4 月 1 日現在、26.6%で、本県の 8 圏域の中で中東遠及び西部に次ぎ 3 番目に低く、県平均(28.2%)を下回っています。
- 高齢者の夫婦のみ世帯が総世帯に占める割合は同 10.3%で、高齢者のひとり暮らし世帯が総世帯に占める割合は 12.2%です。(県平均 10.3%、13.1%)

2 圏域の課題

(1) 介護サービス提供基盤(介護人材含む)

- 訪問看護ステーションは 19 施設(富士宮市 3 施設、富士市 16 施設)ありますが、このうち 52.6%は看護職員が 5 名以下の小規模事業所であるなど、今後増加する需要に対応するサービス提供量の確保が課題です(2016(平成 28)年 6 月静岡県訪問看護ステーション実態調査)。また、サービスの質にばらつきがあることも課題となっています。
- 通院患者等の交通手段として通院等乗降介助を行う介護タクシーが利用されていますが、対応する事業所が少ないため、希望の時間に利用することができない、待ち時間が長いなど、体への負担が増えることもあります。高齢者のみの世帯やひとり暮らし高齢者が増加傾向にある中で、受診等のための交通手段の確保について検討していく必要があります。
- 介護関連職種の有効求人倍率は 4.44 倍と、全業種の 1.53 倍を大きく上回っており、人手不足が深刻化しています。(2017(平成 29)年 10 月静岡労働局)

(2) 医療・介護連携(多職種連携含む)

- 医療機関に従事する医師数は人口 10 万人当たり 138.6 人であり、全国平均(233.6 人)、静岡県平均(193.9 人)と比べ、医師が本県 8 医療圏の中で中東遠に次ぎ 2 番目に少ない圏域です。2014(平成 26)年 12 月末現在)
- 在宅医療・介護の連携体制は、かかりつけ医師や歯科医師、薬剤師、訪問看護ステーション、リハビリ職、ホームヘルパー、地域包括支援センター、ケアマネジャー等の多職種連携により構築されていますが、多職種連携をさらに進めるためには、顔の見える関係を作ることが重要です。
- 医療や介護が必要な方の増加や利用者の状態の変化等に応じて適時適切な対応ができるようにするため、個人情報保護に十分配慮した上で、関係者間で必要な情報を共有できる体制整備が求められています。

- 医療及び介護関係者は各々有する機能や関わる制度、行政との関わり等が異なる部分が多いため、医療と介護が連携していくためには、相互理解を促進し、情報・知識の差を解消していく必要があります。
- 入院患者が退院する場合、当該医療施設の地域連携担当者等がかかりつけの医療機関や地域包括支援センター等との連携・調整を行っていますが、退院調整の手順等は医療機関ごとに異なり、地域全体で円滑かつ効率的な多職種連携を進めるため、地域の実情にあったルールづくりが必要です。また、退院前カンファレンスは、多職種が参加して実施することが重要です。
- 高齢者のみの世帯では、家の中の片付けができない、介護をしている人が先に倒れてしまう、生活状況の把握が難しいなどの問題があり、多職種でどのように対応していくか検討が必要です。併せて、このような世帯の地域での見守りやターミナルケアについても検討していく必要があります。

(3) 認知症

- 市民に対するアンケートによると、身の回りの人に認知症の疑いがあった場合の相談先として、かかりつけ医をあげた方が一番多かったことから、認知症に対するかかりつけ医の更なる理解促進・協力を進めるとともに、地域の医療機関や多職種が連携して支援していくことが大切です。
- 認知症初期集中支援チームを効果的に運用していくためには、認知症専門医や認知症サポート医など、チームに協力する人材の確保が必要です。
- 認知症の人やその家族などに、認知症に係る理解やその支援体制が十分周知されておらず、介護を一人で抱えてしまったり、医療の利用につながらないケースがあります。

(4) 自立支援・介護予防・重度化防止

ア 介護予防

- 高齢化率は県平均より低い一方で、ひとり暮らし高齢者が増加しており、孤立化防止の観点からも、地域における介護予防の場や地域活動への参加を促すことが必要です。
- 住民主体の通いの場における活動に、リハビリテーション専門職などの関与が少ない状況です。

イ リハビリテーション

- 退院後の在宅で適切なリハビリテーションが行われず再入院するケースなどがあり、在宅におけるリハビリテーションの提供体制の充実と、訪問リハビリテーションの利用拡大が望まれます。
- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は、医療機関に所属する者の割合が高いため、地域に出る人材が少ない状況にあります。地域で活動できる人材を増やしていく手法を検討する必要があります。

ウ 地域ケア会議

- 個別の会議や市町レベルの推進会議を開催していますが、今後地域課題が複雑化することをふまえ、内容を充実していく必要があります。

(5) その他

■各分野との連携

- 障害のある方の高齢化、障害をもつ子どもがいる高齢者世帯など、複合的な問題を抱える事例も増えており、多職種連携、医療と介護、障害分野の専門職との連携も必要となっています。

3 課題への対策

(1) 2025(平成 37)年を見据えた方針

- 富士圏域地域包括ケア推進ネットワーク会議や、市ごとに設置された在宅医療・介護連携推進のための協議会を通じて、医療・介護の多職種連携を強化し、進捗状況や課題等を随時把握し、対応策を協議していくことで、地域包括ケアシステムの構築を目指していきます。

(2) 今後 3 年間の取組

ア 介護サービス提供基盤（介護人材含む）

- 訪問看護ステーション間や関係機関との連携強化、訪問看護ステーションの大規模化など、地域の実態にあわせた訪問看護サービスの提供体制を整備し、安定的なサービス提供を確保します。また、訪問看護ステーションに従事する看護職員を対象とした各種研修会への参加を促進することにより、訪問看護の専門性の向上を図ります。
- 通院患者等の交通手段の確保としては、第 2 層生活支援コーディネーターを中心に地域の課題、高齢者のニーズの把握に努め、必要量等を考慮した上で、どのような形の移動システムを展開していくか協議・検討していきます。
- 介護職員の職場定着を促進するためのキャリアパス制度の導入や、新規就業を促進するための静岡県社会福祉人材センターが行う無料職業紹介・相談等の周知を図り、介護人材確保策の促進に取り組みます。

イ 医療・介護連携（多職種連携含む）

- 多職種連携を進めるため、関係者による研修会等の開催や地域ケア会議等へ参加を促進するなど、それぞれの地域で顔の見える関係を構築できるよう取組を進めます。
- 医療・介護従事者が効率的かつ効果的に在宅医療・介護サービスを提供できるようにするため、ICTを活用した「静岡県在宅医療・介護連携情報システム」の運用を拡大するなど、在宅患者の医療や介護の情報を多職種で共有できる体制づくりを支援します。
- 医療と介護の関係者が相互の情報・知識を得て多職種連携を進めるため、各種研修会や情報交換会の開催などの取組を進めます。
- 退院後に誰もが安心して必要な医療・介護サービスが受けられるようにするため、ワーキンググループにより、地域内で退院調整の手順等をルール化するなど、地域の実情にあった検討を進めます。また、退院前カンファレンスに、関係専門職の参加を促していきます。

- 高齢者のみの世帯への支援・対応を進めるため、各種研修や情報交換会、地域ケア会議などの場で、見守りやターミナルケアなど幅広いテーマを取り入れることにより、多職種で対応方法について検討し、その周知を図っていきます。

ウ 認知症

- 医療従事者の認知症への対応力向上のため、認知症疾患医療センターとの連携・協働により、かかりつけ医等の対応力向上研修を拡充します。また、多職種で情報を共有し、必要なサービスが切れ目なく提供されるようにするため、認知症ケアパスやふじのくにささえあい手帳の活用を推進します。
- 認知症の発症予防のために、歯科医師等による口腔機能の管理や歯科医師会と連携した介護予防講座等を開催します。
- 認知症初期集中支援チームとかかりつけ医との連携を強化し、認知症の早期発見、早期治療に努めます。また、チームの事例から明らかになった地域の課題については、地域ケア会議で検討を進めます。
- 認知症カフェの安定的な運営を促進し、認知症の方や家族間での交流や情報交換を行うことにより、家族の負担軽減に資するとともに、地域に向けた情報発信や医療以外の相談場として機能の充実を図ります。

エ 自立支援・介護予防・重度化防止

(ア) 介護予防

- 住民主体の介護予防活動を推進するため、介護予防ボランティアを育成し、地域貢献や社会参加できる担い手を増やす取組を推進していきます。また、通いの場における介護予防の取組を効果的なものにするため、リハビリテーション専門職などの活動を促進していきます。

(イ) リハビリテーション

- 在宅でのリハビリテーションの提供を促進するため、地域リハビリテーション強化推進事業を推進し、リハビリテーションの活用に係る多職種の理解や連携を進め、介護サービスにおける訪問リハビリテーションの導入促進などに取り組みます。
- 地域リハビリテーションを促進するため、リハビリテーション専門職関係団体と連携し、専門職の地域での活動を増やす手法を検討していきます。

(ウ) 地域ケア会議

- 生活支援コーディネーターが参加する地域ケア会議を開催するなど、生活支援のための協議体とも密接に連携して内容を充実させていきます。

オ その他

■各分野との連携

- 障害を有するなど複合的な支援を必要とする高齢者の支援を行う際、医療と介護の専門職のみで対応するのではなく、障害の各分野（肢体・知的・精神等）の専門職も関わる必要があるため、在宅医療と介護の連携体制推進会議等に、障害者自立支援協議会の専門職等を交えるなど、連携の強化について検討します。

静岡圏域(静岡市)

1 圏域の概況

- 静岡圏域は、面積 1,412 km²、人口 707,103 人で、南アルプスから駿河湾までの広大な市域がもたらす多様で豊かな自然環境を有しながら文化を育み日本の中枢都市として発展をしてきました。
- 圏域では、人口減少とともに高齢者人口が増加しており、高齢化率は、2017(平成 29)年 4 月 1 日現在、29.1%であり、県平均よりも 0.9 ポイント高くなっています。

2 圏域の課題

(1) 介護サービス提供基盤(介護人材含む)

- 介護関連職種の有効求人倍率は 9.91 倍と、全業種の 2.15 倍を大きく上回っており、人手不足が深刻化しています。(2017(平成 29)年 10 月静岡労働局)
- 本人や家族の希望に応じて、住み慣れた場所、特に自宅ですっと安心して暮らせるまちを実現するため、医療・介護の連携や、地域に根差した「地域包括ケアシステム」の構築を目指す必要があります。

(2) 医療・介護連携(多職種連携含む)

- 医療と介護については、保険制度が異なることや、多職種間の相互理解や情報共有が、いまだ十分ではないことなど、円滑な連携に課題があります。
- 医療や介護の専門職による支援を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしく最期まで暮らし続けることができるよう、日常の療養支援や退院支援、看取りなど、在宅医療と介護に係る専門職の連携強化等を促進する必要があります。

(3) 認知症

- 2014(平成 26)年度の認知症高齢者数は、19,949 人で高齢者人口の約 10%が認知症高齢者となっています。
- 静岡市が行った認知症高齢者数の将来推計では、2025(平成 37)年には、29,500 人となり、高齢者人口の約 14%を占めることが見込まれます。
- 要介護者等の介護者を対象とした調査では、認知症と思われる行動があっても「医師の診断を受けたことがない」という回答が 30%を占めています。
- 早期からの適切な診断や対応とともに、認知症についての正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援など、認知症高齢者を地域で支えるための体制づくりが必要です。
- 認知症サポート医、かかりつけ医、認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チームや地域包括支援センターなど医療・介護等専門職又は地域(住民や企業等)が連携を図って、認知症の方やその家族を支援するための具体的な活

動・取組を明確にする必要があります。

(4) 自立支援・介護予防・重度化防止

ア 介護予防

- 近年増加しているひとり暮らし世帯に対して、地域で声掛けを行うとともに、地域活動への参加を促すことは、孤立化防止の観点からも必要です。

イ リハビリテーション

- 市民が自主的に集まって静岡市版介護予防体操「しぞ〜かでん伝体操」に取り組むことによって、健康寿命の延伸と介護予防と住民同士の見守りが広がるよう、通いの場の立ち上げ及び継続支援を行っています。これら活動の幅の拡大と参加者のモチベーションアップのための事業を推進するため、活動を支える人材育成や新たなプログラム（脳活性化）の作成など、リハビリテーション専門職の視点に立った事業を展開していく必要があります。
- 地域リハビリテーション広域支援センターについて、活動が一部の地域に限られているなど、十分に活用できていません。

ウ 地域ケア会議

- 地域ケア会議において、多職種と連携して地域の課題共有を実施する機会が少ないため、関係機関との協議によりリハビリテーション専門職が関与できる体制づくりの整備が必要です。

3 課題への対策

(1) 2025(平成 37)年を見据えた方針

- 高齢者がそれぞれの状態に応じた必要な介護サービスを持続的に受けることができるよう、介護職等の人材確保、必要な介護サービスの提供と利用の円滑化、給付適正化等を促進し、適時適切な介護サービスの提供に努めるとともに、より身近な地域での地域包括ケアシステムの構築に向け、日常生活圏域を分割・再編します。

(2) 今後 3 年間の取組

ア 介護サービス提供基盤（介護人材含む）

- 施設・居住系サービスにおいては、在宅サービスを重視した介護サービス量を見込むとともに、高齢者の多様な暮らし方を考慮し外部サービスとの組み合わせを見込みます。
- 地域密着型サービスにおいては、多様なサービスを随時必要に応じて組み合わせができ、地域における通いを中心とした包括的サービス拠点としての介護サービスを見込みます。
- 介護職員の職場定着に資する研修の実施やその周知に努めるとともに、若い世代を中心に、介護の仕事に興味を持ってもらうための仕組みづくりなど、将来を見据えた人材確保策を検討・実施していきます。

イ 医療・介護連携（多職種連携含む）

- 2016(平成28)年度に開始した医療・介護・福祉スーパーバイザー人材配置事業により、病院や地域包括支援センター等に対して、かかりつけ医の紹介や介護サービスの手配等に関する助言、関係機関との調整などを行います。
- 医療、介護等の関係者による「静岡市在宅医療・介護連携協議会」を開催します。
- 専門職の連携強化に当たり、具体的には、小学校区程度の地域において、医療・介護等の専門職からなるチームによる「自宅ですっと」ミーティングを重ね、地域の現状、課題等を把握・検討し地域での支援体制の構築を図ります。

ウ 認知症

- 日頃から認知症ケアに携わる事業所や介護施設などの職員、認知症サポート医等の医療職などを対象に、多職種連携のための研修会を開催します。
- 2016(平成28)年度から設置している「認知症カフェ」を充実させ、認知症の方や家族が気軽に集え、専門職による相談や家族同士の交流を行うことにより、家族の負担軽減を図ります。
- 地域住民に認知症の人やその家族を地域で見守っていただくよう、認知症サポーターを養成し、活躍できる場所を提供します。
- 市内の日常生活圏域全てに配置した認知症サポート医と、市及び地域包括支援センターに配置した認知症地域支援推進員との連携を基に身近な地域で相談・支援できる体制を構築し、認知症初期集中支援チームによる早期対応を図ります。
- 認知症高齢者については、メール配信システム及び見守りシールを活用し、住民と共に地域で見守る活動を実施します。

エ 自立支援・介護予防・重度化防止

(7) 介護予防

- 介護予防への意識を高めるとともに、高齢者のニーズに応じて参加できる活動の場を設け、地域全体で介護予防活動を推進していきます。

(イ) リハビリテーション

- 「しぞ〜かでん伝体操」を普及するとともに、サポーターやインストラクター養成時にも市民が主体となるような働きかけができるようにするなど、内容を充実していきます。また、「しぞ〜かでん伝体操」と共に新たなプログラム（脳活性化）のDVDを普及していきます。こうした市民主体の取組をリハビリテーションの専門職が支援していきます。
- 県下の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士会等の関係機関との連携を図り、リハビリテーションの専門職等を活かした自立支援を図るための体制を整備していきます。
- 地域でのリハビリテーションを進めるため、リハビリの専門職や地域包括支援センターとリハビリに関して知識のある医師が連携する仕組みを検討していきます。

(ウ) 地域ケア会議

- 自立支援・リハビリの視点を強化するため、個別のケースの検討を行う地域ケア会議にリハビリ職等の参加を進めていきます。

志太榛原圏域（島田市、焼津市、藤枝市、牧之原市、吉田町、川根本町）

1 圏域の概況

- 志太榛原圏域は、面積 1,209 k m²、人口 470,144 人で、南アルプスから駿河湾に至る豊かな自然環境に恵まれた大井川流域に発達した地域であり、海に面した地域では漁業や水産加工業、山間部から平野部では茶や野菜栽培などの農業が盛んな他、各種企業の工場なども多く見られ、農林漁業や製造業に従事する人の割合が高くなっています。
- 圏域の総人口は全市町で減少傾向にあり、2017(平成 29)年 4 月 1 日現在の高齢化率は、川根本町の 47.5%から吉田町の 23.9%まで地域差がありますが、全体としては県平均の 28.2%よりやや高い 28.7%となっています。
- 65 歳の平均自立期間を示す「お達者度」が県平均より高いなど元気な長寿者が多く、子育て支援や介護予防、居場所づくりなどの担い手として活躍することが期待されています。

2 圏域の課題

(1) 介護サービス提供基盤（介護人材含む）

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護は普及が進んでいない状況であり、他のサービスを含めて拡充していく必要があります。
- 訪問看護ステーションは偏在しており、圏域全体の訪問看護サービスの利用は、県平均を下回っています。
- 訪問リハビリテーションを提供する事業所が少なく、回復期または慢性期の病院が主にサービスを提供しており、サービスの利用は地域で大きな差があります。
- 介護職員の高齢化、人材不足が施設から地域密着系の事業所まで、幅広く影響を及ぼしており、特に、訪問介護は深刻な人材不足に陥っています。
- 介護関連職種の有効求人倍率は 3.80 倍と、全業種の 1.22 倍を大きく上回っており、人手不足が深刻化しています。(2017(平成 29)年 10 月静岡労働局)

(2) 医療・介護連携（多職種連携含む）

- 圏域内の医療機関に従事する医師数は、2014(平成 26)年 12 月末現在 718 人で、人口 10 万人当たりでは 154.8 人となり、県平均の 193.9 人を大幅に下回っています。また、歯科医師数、薬剤師数及び看護師数についても、県平均を下回っています。
- 今後、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により、在宅医療の需要の増加が見込まれ、在宅診療を行う医師の不足や関係職種の連携に向けた取組が課題となっています。
- 家族の介護力が低下している中、多くの人が自宅での療養を望んでいるという希望に応えるためには、在宅医療を担う医師、看護師などの医療従事者とともに、介護支援専門員をはじめとする介護・福祉職など多職種が連携した取組を

進める必要があります。

- 在宅での療養や看取りに対する不安があり、在宅で最期まで過ごしたいという希望がかなえられないことがあるため、在宅での看取りの体制整備や住民の理解促進を図っていく必要があります。

(3) 認知症

- 認知症初期集中支援チームについて、効果的な活動ができるよう、医師の負担軽減などの観点等から、対象者の範囲や取組の周知等について検討・評価を行うほか、かかりつけ医や多職種との連携する仕組みが必要です。
- 医療機関や介護事業所等の支援機関をつなぎ、認知症の人とその家族を支援する「認知症地域支援推進員」について、その存在や役割の周知が不十分です。
- 認知症と気がつかないまま症状が進行してしまうことがあるため、早期発見・早期治療の相談窓口を充実させる必要があります。
- 認知症の人やその家族が地域で孤立したり、心身ともに疲弊してしまわないよう、認知症の人を介護した経験を持つ人々と気軽に相談でき交流できる家族会は重要な役割を果たしています。また、カウンセラーなどの専門職との連携をさらに進めることにより、家族への支援を充実させる必要があります。
- 認知症の人を看取った介護者は精神的なストレスを抱える一方、ケアマネジャーらとは支援の関係が切れてしまいがちです。看取り後の介護者の継続した支援について考慮する必要があります。

(4) 自立支援・介護予防・重度化防止

ア 介護予防

- 住民運営の通いの場等の取組を支援し、介護予防の機能強化を図るため、リハビリテーション専門職等の参画を進めていく必要があります。

イ リハビリテーション

- 退院してから在宅に戻った後の日常生活に繋げる支援や多職種で情報共有した後の支援の充実が求められています。
- リハビリテーション専門職の配置に地域間格差があるため、事業所の理解と協力を得ながら地域間格差を解消していく必要があります。
- リハビリテーションのサービスを選択しない人が多いため、介護職やケアマネジャーにリハビリテーションの視点を持ってもらい、自立した生活に向けたリハビリテーションの必要性を地域住民に啓発する必要があります。

ウ 地域ケア会議

- 個別の会議や市町レベルの推進会議を開催していますが、地域課題の把握など内容を充実していく必要があります。

3 課題への対策

(1) 2025(平成37)年を見据えた方針

- 地域包括ケア推進ネットワーク会議圏域会議等を活用して、医療・介護を始め

とする多職種連携を強化し、市町における地域包括ケア推進体制の整備に繋がります。

- 圏域における地域医療構想をふまえ、在宅医療の体制強化に向けて、計画的かつ効果的な施策を推進します。

(2) 今後3年間の取組

ア 介護サービス提供基盤（介護人材含む）

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護などの地域密着型の居宅サービスについて、市町による整備を支援していきます。
- 訪問看護ステーションや訪問リハビリテーションについて、提供体制の充実を図ります。
- 県は、市町とともに、介護職員の職場定着や養成を充実していきます。

イ 医療・介護連携（多職種連携含む）

- 在宅医療を担う医師や訪問看護師等の不足への対応として、市町や郡市医師会、公立病院を中心に、在宅医療提供体制の構築に向けた取組を進めます。
- 市町職員や在宅医療関係者、介護支援専門員等の連絡会を開催し、医療と介護が連携した体制づくりを進めます。
- 島田市による「リビング・ウィル（生前の意志表明）」の取組を参考に、本人の意志が伝えられるよう住民に対して啓発を進めていきます。

ウ 認知症

- 市町職員、認知症初期集中支援チーム員、認知症地域支援推進員等との連絡会を開催し、活動の進め方や、認知症の簡易な検査や予防策を通じてのコミュニティの場づくり、認知症予防に対する取組評価などについて情報交換を行い、認知症初期集中支援チームの活動や認知症地域支援推進員の活動を支援します。
- 認知症疾患医療センターに指定されている「焼津市立総合病院」や「やきつべの径診療所」などの連絡会議には県や市町、認知症の人の家族会など関係団体が参加して連携を図り、圏域の認知症対策を推進します。
- 認知症等に関する相談を含む一般精神保健福祉総合相談を行います。

エ 自立支援・介護予防・重度化防止

(ア) 介護予防

- 介護予防の観点から、住民運営の通いの場にリハビリテーション専門職が参画する体制の充実を図ります。
- 市町の介護予防事業が効果的に実施されるよう、市町職員や地域包括支援センター職員等の介護予防事業従事者に対する研修を実施します。
- 市町や地域包括支援センター職員、生活支援コーディネーター等との連絡会を開催し、生活支援・介護予防サービスの提供体制整備等について情報交換を行います。

(イ) リハビリテーション

- 地域包括ケア推進市町担当者連絡会を開催し、市町が実施する介護予防事業等の取組評価や情報の交換を行い、リハビリテーション専門職等の関与を促します。

- リハビリテーションの有用性について、住民への情報発信を行います。

(ウ) 地域ケア会議

- 生活支援コーディネーターの参加や住民生活のための協議体との連携を促すなど、会議内容の充実を図ります。

中東遠圏域（磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町）

1 圏域の概況

- 中東遠圏域は、面積 831 k m²、人口 475,233 人で、遠州灘に面した平野部と小笠山などの丘陵地からなる自然環境に恵まれた地域です。
- 圏域の高齢化率は、2017(平成 29)年 4 月 1 日現在、25.9%と県内の圏域で最も低く市町別でも森町を除く 5 市が県平均を下回っています。
- 高齢者世帯の割合も、県平均 24.4%に比べ 19.0%と県内の圏域で最も低い状況にあります。

2 圏域の課題

(1) 介護サービス提供基盤（介護人材含む）

- 施設サービスに比べて、地域密着型の居宅サービス量の確保が必要です。特に定期巡回・随時対応型訪問介護看護は 2016(平成 28)年実績から 2020(平成 32)年推計を大幅に増加するよう見込んでおり、提供基盤の整備を進める必要があります。
- 介護関連職種の有効求人倍率は 2.84 倍と、全業種の 1.37 倍を大きく上回っており、人手不足が深刻化しています。(2017(平成 29)年 10 月静岡労働局)
- 担い手となる学生が、介護福祉士養成施設（大学、専門学校）に集まらない状況となっています。
- 特別養護老人ホーム等で、入所案内をしても入所しない方が多く、空きベッドが埋まらない状況です。

(2) 医療・介護連携（多職種連携含む）

- 在宅医療を行っている医師は高齢化及び地域偏在しており、将来、在宅医療を継続していくことが困難と予想されます。
- 人口 10 万人当たりの医師数は 134.5 人と、県下圏域では一番少なく、医師の不足は深刻な状況です。
- 在宅医療の実施には、専門医と連携することや、在宅に訪問している機関と情報を共有して連携することが必要ですが、在宅医療を行う医師と関係機関との情報共有があまり進んでいません。
- 「栄養」の分野は、在宅医療や介護でも大切な部分ですが、医師、歯科医師、リハビリ職等の連携が不十分です。
- 口腔ケアに関して、圏域内で講演会の開催や、多職種連携が取り組まれていますが、住民の意識向上がまだ十分ではない状況です。
- 在宅医療の実現に訪問看護ステーションへの期待が高まる中、規模が小さな事業所が多いことから、全てのニーズに対応できていません。
- 看取りについて、自らの終末期についてどうありたいのか、住民に対する意識醸成が必要です。

(3) 認知症

- 認知症の方が自分らしく生活できることが重要であり、地域での支援が必要です。
- 認知症の早期発見、早期治療に繋げるためにも普及・啓発を行う必要があり、認知症サポーターの養成が必要です。また、認知症の方の「集いの場」である認知症カフェの設置が重要ですが、認知症カフェの設置が遅れている市町もあります。
- 認知症の方に関わる医療や介護の専門職が、本人の生活状況や思い、また、いろいろな情報を共有して、認知症の方の生活を支えることが重要です。

(4) 自立支援・介護予防・重度化防止

ア 介護予防

- 市町事業では、介護予防事業にリハビリテーション専門職が関わって活動していますが、地域サロンや出前講座等にもリハビリテーション専門職が関与し、介護予防に努める必要があります。

イ リハビリテーション

- 医療施設のリハビリテーション職員は、医療施設の理解を得にくいことから、外部での活動を行いにくい状況です。

ウ 地域ケア会議

- 各市町では地域ケア会議を開催していますが、地域課題把握のため内容を充実する必要があります。

(5) その他

■移動外出支援

- 地域により、公共交通機関が不十分で、外出・移動が不自由となっているところがあります。

3 課題への対策

(1) 2025(平成37)年を見据えた方針

- 地域包括ケアシステムの進捗状況や課題等について、圏域での地域包括ケア推進ネットワーク会議の場で情報共有を図り、検討を進めていきます。

(2) 今後3年間の取組

ア 介護サービス提供基盤（介護人材含む）

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の整備について、市町と連携して進めていきます。
- 介護職員の職場定着を図るには、労働環境、処遇改善が必要となります。
- 県では、外国人介護士の受入支援や無資格者の資格取得支援に対し、貸付支援等を実施しており、今後更なる支援を検討していきます。
- また、セミナー開催、産休等代替え職員の雇用費用の助成、キャリアパス制度

導入等の意欲ある事業所に専門家を派遣して支援を行っています。

- 介護福祉士を目指す学生に対しては、就学資金、就職準備金資金等の貸付制度を創設し、返還免除条件も付して人材確保と県内定着に努めています。
- 在宅医療等の高齢化需要分を介護老人福祉施設で対応できない場合は、訪問診療等を行う医師会との連携や調整を進めていきます。
- 特別養護老人ホーム等の空きベッドについては、原則、要介護3以上の方が入所対象になったことの影響と考えられますが、市町と連携を取りながら、入所が必要な方が適切に入所できるよう、市町や関係機関での情報共有を図ります。

イ 医療・介護連携（多職種連携含む）

- 郡市医師会を拠点として、在宅医療推進員等による訪問診療を行う医師の開拓を行っています。
- 県が設置した「ふじのくに地域医療支援センター」を中心に医師確保を図っております。また、医学就学研修資金の貸付や返還免除規定を設け、県内へ就労を図っており、今後も医師確保に努めていきます。
- 医療と介護の連携を進めるため、各機関で行っているサービス内容を県のホームページに掲載することで、必要なサービスをどの機関で受けられるのか情報を提供しています。また、静岡県在宅医療・介護連携情報システム「シズケア＊かけはし」などの活用を図ることで情報の共有化を進めます。
- 医療と介護の連携を行うための在宅医療・介護連携推進コーディネーターなどの育成を図ります。
- 口腔ケアは、食事を口から摂取するための基本であり、口から栄養が摂取できないと要介護度が高くなります。口腔機能、嚥下機能等在宅医療を行うに歯科医師との連携を深める施策を行っています。
- 訪問看護ステーションと他の医療・介護サービスの連携を強化し、在宅での医療・介護のニーズに対応できるよう取り組みます。
- 県や市町は、在宅等での看取りについての講演会の開催などにより、住民の意識醸成を促進します。

ウ 認知症

- 県は、認知症の方の意思が尊重され、また住み馴れた地域で自分らしく生活できる社会を目指しており、医療・介護関係機関の連携の下、認知症サポート医を中心とした支援体制を構築していきます。また、住民への啓発活動に努めます。
- 市町社会福祉協議会による住民の気づきを促し、早期発見に繋げる生活支援の取組を広げていきます。
- 県は、かかりつけ医の認知症対応力向上研修や認知症サポート医の養成、また認知症サポーター養成を行い、市町が行う早期診断、早期対応に向けた体制整備を支援します。
- また、認知症カフェの設置が遅れている市町に対して、研修会等の開催により、運営方法等の支援を行います。
- 県は、家族、医療や介護の専門職員が情報を共有し生活を支える目的で認知症連携パス「ふじのくに“ささえあい”手帳」を作成してその普及を図っていき

ます。

- 圏域の市町では、2015(平成 27)年度、2016(平成 28)年度に認知症ケアパスを作成し、認知症予防等の啓発に活用しています。

エ 自立支援・介護予防・重度化防止

(7) 介護予防

- リハビリテーション専門職により、健康体操の指導や日常生活の工夫などに関して助言を受けることができるよう、認知症カフェや高齢者サロン等でもリハビリテーション専門職の参加を促していきます。

(イ) リハビリテーション

- 県は、市町やリハビリテーションの関係団体、また医療機関と連絡会を行い、医療施設のリハビリテーション職員の活動状況の報告等を通じて十分な相互理解を図ります。

(ウ) 地域ケア会議

- 住民の生活支援について議論し、生活支援体制を充実するなど、会議内容の充実を図ります。

オ その他

■移動外出支援

- 市町が主体となり、外出・移動に関して、地域の実情や高齢者のニーズを把握し、必要な施策を検討していきます。

西部圏域（浜松市、湖西市）

1 圏域の概況

- 西部圏域は、面積 1,645 k m²、人口 866,713 人で、県の最西部に位置し、森林や清流、浜名湖などの豊かな自然の下、県下有数の工業地帯を持つ地域です。
- 高齢化率は、2017(平成 29)年 4 月 1 日現在、26.5%と県平均 28.2%に比べ低い状況にありますが、中山間地の浜松市天竜区は 40%を超えています。
- 高齢者世帯の割合も、22.4%と県平均 24.4%に比べ低い状況にあります。

2 圏域の課題

(1) 介護サービス提供基盤（介護人材含む）

- 施設サービスの提供基盤の整備が一段落した後、将来の利用に際しては、適切なニーズを把握しながら、地域密着型を含めた居宅サービス及び新総合事業との調整等が必要です。
- 介護関連職種の有効求人倍率は 4.33 倍と、全業種の 1.55 倍を大きく上回っており、人手不足が深刻化しています。(2017(平成 29)年 10 月静岡労働局)
- 担い手となる学生が、介護福祉士養成施設（大学、専門学校）に集まらない状況となっています。
- 介護サービス職の中でも訪問介護員(ホームヘルパー)の担い手が不足しており、また、従事者の多くが高齢者です。

(2) 医療・介護連携（多職種連携含む）

- ICT 利用が医療分野の一部で利用されていますが、介護分野に浸透していません。
- 入院患者を病院から在宅へ帰すためには、家庭を含めた地域の介護力が必要です。
- 歯科医師も在宅診療を行っていますが、身体（口腔）機能が低下した方を診察するのは困難です。歯科医師以外の職種でも口腔機能の低下に配慮し、早期対応を進める必要があります。
- 急性期病院を退院する時の地域の受け皿が不足しています。
- 本人や家族の意向を尊重して、人生の最期を迎えることが望ましいと考えられますので、在宅等での看取りに関する普及啓発が必要です。

(3) 認知症

- 認知症の方が自分らしく生活できることが重要であり、地域での支援が必要となります。
- 認知症の方に関わる医療や介護の専門職が、本人の生活状況や思いを共有して、認知症の方の生活を支えることが重要です。
- 認知症の方の生活を支えるためには、多職種の人が情報共有する必要があります。

- 認知症の早期発見、早期治療に繋げるためにも普及・啓発を行う必要があり、認知症サポーターの養成が必要です。また、認知症の方の「集いの場」である認知症カフェの設置が重要ですが、一部地域では認知症カフェの設置が遅れています。
- 認知症サポート医の活動内容や制度の枠組み等についての周知が必要です。

(4) 自立支援・介護予防・重度化防止

ア 介護予防

- 市が行っている介護予防事業、認知症カフェ及び高齢者サロンにリハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）の参加が少ない状況です。

イ リハビリテーション

- 高齢者が、要介護状態にならないためには、リハビリテーション専門職の活用により生活機能を保つことが不可欠です。
- 病院から在宅へ切れ目ないリハビリテーションの提供が受けられるように、医療と介護に関わる多職種が連携をし、自立支援に向けた取組が必要です。

ウ 地域ケア会議

- 平成 28 年度において、個別会議は実施していますが、推進会議の開催回数が十分でない状況にあります。

(5) その他

■移動外出支援

- 地域によっては、買物や通院のため、移動外出支援サービスが必要な方もいるため、ニーズを把握し、適切な対応について検討する必要があります。

3 課題への対策

(1) 2025(平成 37)年を見据えた方針

- 地域包括ケアシステムの進捗状況や課題等について、圏域会議の場で情報共有を図るとともに、対応に関して検討を進めていきます。

(2) 今後 3 年間の取組

ア 介護サービス提供基盤（介護人材含む）

- 市町と連携し、ニーズに応じた施設サービスや介護サービス（地域密着型を含む）について適切な提供体制の検討を行います。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護については、増加するニーズに対応したサービスを提供できる体制を整備していきます。
- 介護職員の職場定着を図るには、労働環境、処遇改善が必要となります。
- 県では、外国人介護士の採用支援、資格取得に関する貸付支援を実施しております。今後更なる支援を検討していきます。

- また、セミナー開催、産休等代替職員の雇用費用の助成、キャリアパス制度導入等の意欲ある事業所に専門家を派遣して支援を行っています。
- 介護福祉士を目指す学生に対しては、就学資金、就職準備金資金等の貸付制度を創設し、返還免除条件も付して人材確保と県内定着に努めています。
- 介護施設等で働きながら実務経験を積むことができる介護職員初任者研修の機会を提供しています。また、介護職員として定着するように更なる支援を検討していきます。

イ 医療・介護連携（多職種連携含む）

- 医療と介護の連携を進めるため、各機関で行っているサービス内容を、西部健康福祉センターホームページに掲載することで、必要なサービスがどの機関で受けられるのか情報を提供しています。また、静岡県在宅医療・介護連携情報システム「シズケア＊かけはし」などの活用を図ることで情報の共有化を進めます。
- かかりつけ医師及びかかりつけ薬局などの利用促進や、患者のニーズに応じて、介護施設等福祉サービスを包括的に提供できる体制の構築を図り、在宅医療の体制整備を進めます。
- 入院患者が病院から在宅へ帰るためには、病院と地域との連携が重要となるが、訪問看護、訪問介護などの多職種連携体制を推進するため、研修会を開催するなど、県として支援を行っています。
- 口腔ケアは、食事を摂取するためにも重要です。口から栄養が摂取できないと、ひきこもりや寝たきりになりやすく、要介護度が高くなります。歯科医師を含めた多職種連携を促進します。
- 市町と連携を図りながら在宅等での看取りについての講演会の開催などにより、住民への普及啓発を行います。

ウ 認知症

- 県は、認知症の方の意思が尊重され、また、住み馴れた地域で、自分らしく生活できる社会を目指しており、医療・介護関係機関の連携の下、認知症サポート医を中心とした支援体制を構築していきます。
- 市は、認知症専門医による指導の下に、早期診断、早期対応に向けた体制整備を行っており、県は市の取組を支援するとともに、認知症カフェの設置が遅れている地域に対して、研修会などの開催により、運営方法等の支援を行います。
- 県は、家族、医療や介護の専門職員が情報を共有し、生活を支える目的で認知症連携パス「ふじのくに“ささえあい”手帳」を作成して、その普及を図っております。また、当圏域2市は、2015(平成27)年度に認知症ケアパスを作成し、医師会、歯科医師会及び薬剤師会等への配布や出前講座に利用するなど普及が図られています。引き続き、この取組を推進していきます。
- 認知症サポート医のリーダーを養成するため、リーダー研修を実施し、リーダーが地域包括支援センターや認知症疾患医療センターとの連携を図っていきます。こうした取組を通じて、認知症サポート医や認知症疾患医療センターの役割等についての情報発信を行います。

エ 自立支援・介護予防・重度化防止

(7) 介護予防

- リハビリテーション専門職団体協議会などとの連携を密にし、リハビリテーション専門職の活動の場を広げる取組を促進していきます。

(イ) リハビリテーション

- 多職種連携促進や介護サービス等にリハビリテーションの視点を導入するなど、自立支援に向けた取組を促進していきます。

(ウ) 地域ケア会議

- 協議すべき事案に応じ、多職種の参加により適切な時期にそれぞれ会議を開催するよう市と連携して進めます。

オ その他

■移動外出支援

- 買物や通院のため、移動外出支援サービスが必要な方のニーズを把握し、適切な対応について検討していきます。
- 移動外出支援サービスについて、生活支援コーディネーターを中心に地域の課題、高齢者のニーズを市町に働きかけを行っていきます。

-----以下各圏域、県計の数値（精査中）を記載-----

○圏域の人口、介護保険被保険者数、要支援・要介護認定者数の現状及び見込み

- (1) 人口の推移
- (2) 介護保険被保険者数、要支援・要介護認定者数の現状及び見込み

○圏域の介護サービス量等

(1) 日常生活圏域

(2) 介護サービス量

- ①介護給付
- ②介護予防給付

○介護・福祉サービス基盤

(1) 介護保険施設等の必要入所(利用)定員総数

- ・ 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護、介護医療院

(2) 介護サービス基盤（人、箇所）

- ・ 地域包括支援センター
- ・ 地域包括支援センター職員数（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）
- ・ 居宅サービス（訪問介護事業所、訪問看護事業所、通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所）
- ・ 地域密着型サービス（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、夜間対応型訪問介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所）

(3) 福祉サービス基盤（人、箇所）

- ・ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス、経過的軽費老人ホーム（A型））、生活支援ハウス、老人福祉センター

○地域支援事業

地域支援事業費（介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業）

第4部 資料編

資料1 高齢者を取り巻く状況

1 高齢化等の状況

- ・ 人口の推移、高齢化率、家族構成別世帯数の推移、平均寿命の推移、健康寿命

2 介護をめぐる状況等

- ・ 要介護度別認定者数の推移、介護サービス利用者数の推移

3 高齢者の生活と意識に関する調査

資料2 計画策定の体制と経過

1 計画策定・推進の体制

2 計画策定に係る経過等

3 静岡県社会福祉審議会老人福祉専門分科会

4 静岡県長寿者保健福祉計画策定部会

5 静岡県地域包括ケア推進ネットワーク会議（県会議）

6 静岡県地域包括ケア推進ネットワーク会議（圏域会議）

資料3 介護サービス量等の算出方法

資料4 用語の説明
