

第9次静岡県長寿社会保健福祉計画（案）

<第9次静岡県老人福祉計画・第8期静岡県介護保険事業支援計画>

令和●年●月

静 岡 県

目 次

第1部	総論	
第1	計画の概要	2
1	計画策定の趣旨	2
2	計画の位置付け	2
3	計画の期間	3
4	圏域の設定	3
第2	計画の考え方	3
1	高齢者を取り巻く現状と課題	3
2	第8次計画の成果と課題	5
3	地域包括ケアシステムの実現に向けての計画の理念と 施策の方向	5
4	計画の推進と進行管理等	7
第2部	施策の推進	
第1	誰もが暮らしやすい地域共生社会の実現	9
1	分野を越えた福祉の推進	9
(1)	地域共生の意識醸成	9
(2)	包括的支援の促進	10
(3)	ふじのくに型福祉サービスの推進	12
(4)	権利擁護の推進	13
2	地域活動の推進	14
(1)	生きがいきづくり活動・社会参加の促進	15
(2)	住民主体の支え合い活動の推進	17
3	地域共生社会の環境整備	19
(1)	住まいの安定的な確保	19
(2)	移動・外出しやすい環境整備	21
(3)	働きやすい環境整備	23
4	安全・安心の確保	25
(1)	防犯まちづくりの推進	25
(2)	消費者被害の防止と救済	25
(3)	交通安全対策の推進	26
(4)	防災対策・災害対策の推進	27
(5)	感染症対策の推進	30
第2	健康づくり、介護予防・重度化防止の推進	34
1	静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿	35
(1)	全体像	35
(2)	専門職の育成	37
(3)	住民への普及啓発	39
2	各段階における地域リハビリテーションの充実	40
(1)	予防期（介護予防・重度化防止、疾病予防）	40
(2)	急性期	45

(3)回復期	48
(4)生活期（日常生活への復帰）	51
3 科学的知見に基づいた健康寿命の延伸	56
(1)根拠に基づく健康福祉施策の推進	56
(2)社会健康医学の推進	56
第3 在宅生活を支える医療・介護の一体的な提供	59
1 在宅医療・介護連携の推進	59
(1)ときどき入院・ほぼ在宅の仕組みづくり	60
(2)在宅医療・介護連携推進事業の支援	61
2 在宅医療のための基盤整備	64
(1)訪問診療の促進	64
(2)訪問看護の充実	65
(3)訪問歯科診療の促進	67
(4)かかりつけ薬局の促進	68
3 人生の最終段階を支える体制整備	70
(1)人生の最終段階に関する理解促進	70
(2)介護施設等での看取りの推進	71
(3)在宅看取りの推進	72
第4 認知症とともに暮らす地域づくり	74
1 認知症を正しく知る社会の実現（知る）	76
(1)認知症に関する理解促進	76
(2)相談先の充実・周知	79
(3)認知症の人本人からの発信支援	81
2 認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）	83
(1)認知症予防に資する可能性のある活動の推進	83
(2)予防に関する国の研究成果や事例の普及	85
3 地域で支え合いつながる社会の実現（支え合う）	87
(1)早期発見・早期対応	87
(2)医療体制の整備	91
(3)介護サービスの基盤整備、介護者の負担軽減の推進	95
(4)地域支援体制の強化	98
(5)若年性認知症の人への支援	100
4 誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）	103
(1)バリアフリーのまちづくりの推進	103
(2)企業等における認知症に関する取組推進	105
(3)社会参加支援	105
第5 自立と尊厳を守る介護サービスの充実	109
1 介護サービス基盤の整備	109
(1)需要に応じた介護サービス基盤の整備	111
(2)在宅医療等の必要量に対する介護サービス見込み量の確保	114
2 介護サービスの質の確保・向上	116
(1)事業者の指導・監督	116
(2)高齢者虐待の防止	118

(3) 身体拘束の廃止	119
(4) 優良事業所の育成	120
3 介護サービスの安全対策の推進	123
(1) 高齢者施設等の防災・防犯対策	123
(2) 介護事業所の感染症対策	124
4 利用者及び介護家族等への支援	127
(1) 介護サービスの利用支援	127
(2) 家族による介護の支援	129
5 適正な介護保険制度の運用	132
(1) 保険者の介護保険財政等への支援	132
(2) 介護給付等の費用の適正化(第5期静岡県介護給付適正化計画)	135
第6 地域包括ケアを支える人材の確保・育成	141
1 介護職員の確保・育成	141
(1) 職場定着の促進	142
(2) 新規就業の促進	144
(3) 介護の仕事の理解促進	146
(4) 訪問介護員(ホームヘルパー)の確保・育成	147
(5) 外国人人材の確保・育成	148
(6) 介護現場の革新	150
2 ケアマネジャーの確保・育成	151
(1) ケアマネジャーの確保	151
(2) ケアマネジャーの育成	152
3 多様な担い手の確保・育成	153
(1) 介護職場での多様な人材の活躍推進	153
(2) リハビリテーション専門職、歯科衛生士、 栄養士の確保・育成	154
(3) 地域支援事業における多様な担い手の確保・育成	154
参考 数値目標一覧	157
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	168
賀茂圏域	169
熱海伊東圏域	175
駿東田方圏域	179
富士圏域	183
志太榛原圏域	187
中東遠圏域	191
西部圏域	194

第4部 資料編 ※今後、作成

第 1 部 総論

第1 計画の概要

1 計画策定の趣旨

少子高齢化が進行する中で、静岡県のご人口は2004(平成16)年にピークを迎えたのち減少傾向となっていますが、高齢者(65歳以上)人口は2015(平成27)年に初めて100万人を超え、2019(令和元)年には1,080,336人に達し、引き続き2040(令和22)年まで上昇すると推計されています。

高齢になり医療、介護、福祉、生活における支援などを必要とする人が増加する中で、誰もが住み慣れた地域で最期まで自分らしく暮らし続けることのできる社会づくりは県を挙げての課題となっています。

そのためには、団塊の世代が75歳に到達する2025(令和7)年に向けて、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を実現することが必要です。

地域包括ケアシステムの実現に向けては、2014(平成26)年度の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(以下、「地域医療介護総合確保推進法」)」の成立後、システムの構築に向けた取組が本格的になされており、県内の各市町で様々な関係機関や多職種の連携や支援体制が徐々に形成されてきています。引き続き、2025(令和7)年までの5年間で、地域包括ケアの体制整備を進めていくこととなります。

そのため、本計画では、2025(令和7)年における静岡県のご地域包括ケアシステムのあり方を示すとともに、実現に向けた今後3年間の施策の方向性や目標、具体的な取組を定めるものです。

2 計画の位置付け

この計画は、老人福祉法に基づく「静岡県老人福祉計画」と、介護保険法に基づく「静岡県介護保険事業支援計画」に位置付けられます。

高齢者に係る保健、福祉、介護等の総合的な計画であり、主な対象は65歳以上のご高齢者ですが、高齢者を取り巻く社会全体も対象としています。

この計画は、本県のご総合計画の分野別の実施計画であるとともに、「静岡県保健医療計画」、「静岡県地域福祉支援計画」、「ふじのくに障害者しあわせプラン」、「静岡県医療費適正化計画」、「ふじのくに健康増進計画」、「静岡県住宅マスタープラン」等との整合、調和を図るとともに、他部局と連携を図って策定し、推進します。

この計画は、市町のご高齢者保健福祉計画や介護保険事業計画の見直しを踏まえ、市町間の連携や市町の区域を越えた広域的な調整等の必要な取組を行うなど、市町の計画の円滑な推進を支援するものです。

静岡県のご新ビジョン「富国有徳の美しい“ふじのくに”の人づくり・富づくり」における主な記載か所

- 2 安心して暮らせる医療・福祉の充実
- 2 地域で支え合う長寿社会づくり

3 計画の期間

計画の期間は、2021(令和3)年度から2023(令和5)年度までの3年間です。

この計画の見直しは、2023(令和5)年度に実施し、次の計画は、2024(令和6)年度から2026(令和8)年度までの3年間です。

なお、団塊の世代が75歳以上となる2025(令和7)年に向けて、地域包括ケアシステムの実現に取り組んでいること、また、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040(令和22)年頃に高齢者人口がピークを迎えることを踏まえ、中長期的な計画とします。

4 圏域の設定

介護サービス基盤の整備や高齢者の保健・福祉サービスを効率的かつ効果的に進めるためには、市町の区域を越えた広域的な観点からの調整が重要であることから、「高齢者保健福祉圏域」として、次の8圏域を定めます。

この圏域は、保健、医療、福祉が連携し、総合的・一体的な推進を図るため、静岡県保健医療計画における2次保健医療圏と同じ設定とします。

【高齢者保健福祉圏域】

圏域名	構成市町
賀茂	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町
熱海伊東	熱海市、伊東市
駿東田方	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
富士	富士宮市、富士市
静岡	静岡市
志太榛原	島田市、焼津市、藤枝市、牧之原市、吉田町、川根本町
中東遠	磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町
西部	浜松市、湖西市

第2 計画の考え方

1 高齢者を取り巻く現状と課題

(1) 人口及び世帯の状況

2019(令和元)年現在の静岡県の高齢者人口は1,080,336人、総人口に占める割合は29.9%となっています。

高齢者のうち、65歳～74歳の人口は523,079人、75歳以上の人口は557,257人、総人口に占める割合はそれぞれ14.5%、15.4%となっています。

2020(令和2)年から地域包括ケアシステムの実現を目指す2025(令和7)年までに高齢者人口は3万9千人増加すると推計されていますが、74歳以下の人口は21万7千人減少する一方、75歳以上の人口は11万人増加するため、高齢者の中の高齢化が進行します。

2015(平成27)年現在、静岡県のご総世帯数は1,429,600世帯、高齢者のひとり暮らし世帯は139,262世帯、高齢者夫婦のみ世帯は142,477世帯と総世帯に占める割合はそれぞれ、9.7%、10.0%となっています。

2025(令和7)年の高齢者ひとり暮らし世帯は167,476世帯、高齢者夫婦のみ世帯は152,026世帯と2015(平成27)年からそれぞれ約2万8千世帯、約1万世帯増加する見込みとなっています。

特に75歳以上の男性のひとり暮らし高齢者については、2005(平成17)年の9千世帯から2015(平成27)年には1万8千世帯と2倍となっており、今後も増加を続け、2025(令和7)年には3.2倍の2万9千世帯になる見込みです。

本計画における人口は、出典の記載のない場合、国勢調査実施年においては国勢調査、その他の年については、総務省人口推計における10月1日の数値を使用しています。

また、世帯数に関しては、国勢調査における10月1日の数値を使用しています。

(2) 平均寿命と健康寿命の推移

2016(平成28)年現在の静岡県の平均寿命は男性80.95歳、女性86.86歳と、全国平均の80.77歳、87.01歳よりも男性は0.18歳、女性は0.15歳長くなっています。

2016(平成28)年の静岡県の健康寿命は男性72.63歳、女性75.37歳と、それぞれ全国6位と、13位となっています。

平均寿命と健康寿命の差(日常生活において介護や看護を必要とする期間)は、男性で約8年、女性で約12年となっています。

(3) 高齢者の生活と意識

2019(令和元)年度に、要介護(支援)認定を受けていない高齢者(一般高齢者)、介護予防・日常生活支援総合事業の事業対象者、要支援認定者、要介護認定者を対象に実施した「高齢者の生活と意識に関する調査」(以下、「生活意識調査」)によると、認知症予防について知りたいと回答した一般高齢者及び事業対象者は約4割と、関心が高いことがわかりました。

一般高齢者では、年齢が高くなるにつれ、転倒に対する不安を感じたり、物忘れが多いと感じる割合は高くなるほか、外出の頻度、交通機関を利用した外出や日用品の買い物をひとりでできる割合は減少傾向にあります。

また、2016(平成28)年12月に実施した「静岡県地域医療に関する調査」では、自宅で亡くなりたい方は47.2%であったのに対し、人口動態統計によると2016(平成28)年現在、自宅等で亡くなる割合は13.5%と希望と実態に乖離がある状況です。

(4) 介護を必要とする高齢者の推移及び認知症高齢者の推計

2020(令和2)年4月現在の要介護(支援)認定者は179,170人、認定率は16.5%となっており、前回(2017(平成29)年度)の計画策定時に比べ、11,417人増加しています。

要介護（支援）認定者のうち、要介護3以上の中重度者の人数は61,765人、要介護（支援）認定者に占める割合は34.5%となっています。

認知症高齢者（要介護（支援）認定者のうち日常生活自立度Ⅱ以上（注）の者）の人数は、2020（令和2）年時点で、187,450人と推計されています。

（注）認知症高齢者日常生活自立度：高齢者の認知症の程度を踏まえた日常生活自立度の程度。Ⅱは日常生活に支障をきたす行動や意思疎通の困難は多少あるが、誰か見守る人がいれば自立できる程度

（5）介護保険制度の改正

地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療と介護の総合的な確保を推進するため、地域医療介護総合確保推進法が2014（平成26）年6月18日に成立、費用負担の公平化、市町を実施主体とする地域支援事業の見直しなどの介護保険制度の改正が行われました。

2017（平成29）年5月には「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が成立し、保険者機能の強化や新たな介護保険施設「介護医療院」の創設などの介護保険制度の改正が行われました。

2020（令和2）年6月には「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」が成立し、地域生活課題の解決に資する包括的支援体制の整備や介護人材の確保及び業務効率化の取組強化などを含む介護保険制度等の改正が行われました。

2 第8次計画の成果と課題

静岡県長寿社会保健福祉計画では、高齢者関連施策・事業を一体的に取りまとめ、その目標を設定し、進捗管理を行っています。

毎年度、静岡県社会福祉審議会老人福祉専門分科会等で進捗状況を報告していますが、直近の2020（令和2）年度は、新型コロナウイルス感染症の影響から、7月から8月にかけて書面により分科会への報告を行いました。

第8次計画の現在の進捗状況は、136の数値目標のうち、2020（令和2）年7月現在、目標達成または目標達成に向けて順調に推移しているのは93指標、数値改善が28指標、目標まで隔たりがあるものが10指標、実績未確定が5指標でした。

特に認知症施策関連の指標については、認知症サポーター養成者数や認知症サポート医数など、関連8指標中4指標が目標達成または目標達成確実、残りの4指標も数値改善という状況であり、施策の進捗が確認できました。

また、具体的な取組として記載した事項については、254個すべての取組が行われており、計画どおり施策を推進している状況が確認できました。

3 地域包括ケアシステムの実現に向けての計画の理念と施策の方向

（1）地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムとは、2014(平成26)年6月に成立した地域医療介護総合確保推進法において、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されています。

この体制は、必要なサービスが概ね30分以内に提供される範囲である「日常生活圏域」ごとに整備していくこととなっています。

地域包括ケアシステムが、最期までその人らしく暮らすことを支えるシステムとして機能するためには医療、介護、介護予防、住まい、自立した日常生活の支援の5つの要素がそれぞれの役割に基づき、互いに連携して提供されるだけでなく、その根底には「本人の選択と本人・家族の心構え」が不可欠です。

地域によって高齢化の状況、医療や介護の資源などの状況が異なることから、介護保険の保険者である市町が、地域の特性に応じて、また、地域の自主性や主体性に基づき実現していくもので、県は市町の区域を越えた広域的な観点から市町の取組を支援していきます。

(2) 地域包括ケアシステムから地域共生社会へ

地域包括ケアシステムは、現在、高齢期のケアを念頭に構築されていますが、地域で必要な支援を包括的に提供するという考え方は、障害のある人、子ども、生活困窮者などへの支援にも共通するものです。

2020(令和2)年6月に成立した「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」では、分野ごとに推進してきた支援を、分野ではなく地域を単位とすることで、複数の分野にまたがる課題や制度の隙間の課題などを含め、地域生活課題への包括的な支援体制を構築し、高齢者、障害のある人、子ども、生活困窮者など属性を問わず、全ての人々が生きがいを持って暮らすことのできる「地域共生社会」の実現を図ることとされました。

これを受け、静岡県では、静岡県地域福祉支援計画と静岡県長寿社会保健福祉計画の改定年度を合わせ、地域共生社会の実現に向けて地域包括ケアシステムを更に発展させていくこととしました。

(3) 計画の理念と施策の方向性

「地域で支え合い、安心して暮らすことのできる健康長寿社会の実現（※検討中）」を理念に、6つの柱を立て施策を推進します。

【イメージ図】

※今後、記載

4 計画の推進と進行管理等

(1) 計画の推進

3年ごとにこの計画を策定し、その中で具体的な施策、事業を明らかにします。

計画の内容を周知し、県民、企業、団体等の理解の下、市町と連携・協働して進めていきます。

(2) 計画の進行管理

施策、事業の推進に当たっては、数値目標を掲げ、進行管理を行い、その結果を公開します。

数値目標は、各施策、事業の効果や進捗状況を表す指標を選定し、本県の総合計画をはじめとした関係計画との整合を図っています。

このため、この3か年計画に掲載している数値目標には、計画期間の途中までのものもありますが、今後、他の計画において新たな目標値を設定した段階で、この3か年計画の数値目標についても変更します。

特に、総合計画の指標と整合を図った数値目標については、目標値に下線が引いてあり、そのうち、目標年度が総合計画の最終年度2021(令和3)年度のもの、総合計画の改定年度において見直しを行い、改めて本計画における数値目標を設定します。

第2部「施策の推進」における【数値目標】は、個別に年又は年度の記載がないものは、現状値は2019(令和元)年度、目標値は2023(令和5)年度です。

(3) 計画の推進体制等

静岡県社会福祉審議会老人福祉専門分科会、静岡県地域包括ケア推進ネットワーク会議及び同圏域会議などの意見を踏まえ、事業を推進していきます。社会健康医学等の科学的知見に基づき、実態把握や効果検証を行い、施策、事業に活かしていきます。

高齢者等の生活の状況や意識などの調査により、高齢者等をめぐる状況や実態を把握し、施策、事業に活かしていきます。

県政さわやかタウンミーティングの開催等を通じて、県民の皆さんの意見を伺い、施策、事業に反映します。

第2部 施策の推進

第1 誰もが暮らしやすい地域共生社会の実現

人口構造や社会構造の変化を背景に価値観やライフスタイルが多様化する中で、地域組織や会社組織などにおける人間関係が希薄化しており、社会的孤立や社会的排除などの問題が深刻化するとともに、個人や世帯が抱える生活課題も多様化しています。

このような中、地域の生活課題を抱える人への支援には、従来、福祉の担い手とされていた行政や社会福祉法人、民間の福祉事業者の取組だけでなく、地域住民と協力した取組が求められています。

県では、住民が主体となって地域の中で互いに助け合う活動を促進し、年齢や障害の有無に関わらず、誰もが人とのつながりの中で、地域社会の中に居場所や役割をもって、暮らすことのできる共生の地域づくりを目指します。

また、県民が日常生活を安全・安心の中で営むことができるよう、防犯対策、防災・災害対策、感染症対策などの安全を確保する取組を推進します。

1 分野を越えた福祉の推進

個人や世帯が抱える生活課題が多様化・複雑化する中で、例えば、子どものひきこもりと親の介護に同時に直面するなど、複数の福祉分野にわたる支援を必要としていたり、公的な制度の対象ではないが、生きづらさや生活への困難を抱えており、何らかの支援が必要な場合があります。

このような課題や困難を抱える人に対応するためには、高齢者福祉、障害福祉、児童福祉、生活困窮者対策などの分野を越えた支援に加え、地域住民がこれらの人をコミュニティの中で受け入れ、公的な支援や民間の福祉団体等との支援と連携して支えていくことが必要です。

そのためには、住民がお互いの個性や多様性を尊重し合い、地域で支え合う共生の意識を醸成するとともに、制度や分野の壁を越えた福祉の推進を図ります。

(1) 地域共生の意識醸成

【現状と課題】

- 地域包括ケアシステムでは、自助や互助の視点から、誰もが最期まで住み慣れた地域で暮らしていくためには、地域住民の主体的な参加が不可欠とされています。
- 限られた資源の中で、現在の社会保障制度を持続可能なものとしていくためには、自ら介護予防に取り組むことやちょっとした日常生活の困りごとを住民同士で助け合うなど、医療保険や介護保険などの共助や生活保護などの公助ではカバーしきれない部分を住民が主体的に取り組むことが重要です。
- また、地域包括ケアシステムが、その対象を高齢者から、障害の有無や年齢に関わらず全ての人に発展させ、地域共生社会の実現を目指すうえでは、地域に暮らす誰もが互いの個性や多様性を尊重し合い、それぞれが地域づくりの担い手であるとの意識を持ち、その人の意思や能力に応じて主体的に社会に参加する意識の醸成が必要です。

【施策の方向性】

- 県社会福祉協議会、市町、関係団体等との連携により地域共生の意識の醸成を図ります。
- 小中学校では、人権尊重の精神に基づき、福祉教育を推進します。
- 高等学校では、福祉や介護への認識を深め、高齢者を思いやる心を育みます。

【具体的な取組】

- 県社会福祉協議会や関係団体等と連携し「ふじのくに健康福祉キャンペーン推進事業」を行います。
- 共同募金活動、社会福祉関係者や地域活動団体等への研修事業などの機会を捉え、地域共生の意識の醸成を図ります。
- 小中学校では、「特別の教科 道徳」や「総合的な学習の時間」、「特別活動」等の様々な場面で自他を思いやる心と態度を育みます。
- 高等学校では、保育・介護体験学習を実施します。

(2) 包括的支援の促進

【現状と課題】

- 地域包括支援センターは、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等を配置し、総合相談支援業務として、高齢者本人だけではなく、その家族に対しても、初期段階での相談対応及び継続的・専門的な相談支援、その実施に当たって必要となるネットワークの構築、地域の高齢者の実態把握を行う業務の他、介護保険の申請に関する相談窓口も担っています。
- 地域包括支援センターの質の向上を図るため、市町及び地域包括支援センターでは、業務評価を実施していますが、評価指標の理解が不足していたり、評価結果が業務の改善につながっていないなどの課題があります。
- 地域包括支援センターで受ける相談には、高齢者本人の介護や生活援助など高齢者福祉の分野で対応可能なものだけでなく、障害のある家族の自立や無職の子どもの就職などの支援が同時に必要になるなど課題が複合的になっているものもあり、支援への負担が重くなっています。
- これらの複合的な課題に対応するためには、障害福祉や児童福祉、雇用政策、生活安全等の様々な分野と連携した支援が必要ですが、地域包括支援センターはその運営を社会福祉法人等に委託しているものが多く、市町内の関連部局との連携に課題を抱えています。
- 一方、2017（平成 29）年 6 月の社会福祉法の改正では、既存の分野ごとの支援体制を活かしつつ、あらゆる相談を受け止め、福祉、介護、医療、就労、住まいなどの必要な支援が包括的に提供されるよう包括的支援体制の構築を図ることが市町の責務として位置付けられました。
- 加えて、2020（令和 2）年 6 月の同法の改正では、新たな法定事業として、重層的支援体制整備事業が創設され、相談支援、参加支援、地域づくり支援に向けた事業を一

体的に実施する場合に、高齢者、障害のある人、子ども、生活困窮者の属性ごとの相談支援などの事業費について、一体的に執行することができるようになるなど、複合的な課題に対応するための制度整備が進んでいます。

- また、複合的な課題の一つとして、福祉的支援を必要とする法を犯した高齢者の支援があります。
- 静岡県における2019（令和元）年の刑法犯認知件数は、17,876件となっています。
- 刑法犯により検挙された者のうち、再犯者が占める割合は約5割となっていることから、再犯防止は犯罪を減らすための重要な課題となっています。
- 矯正施設等を退所した高齢者や障害のある人は、福祉的な支援が必要にも関わらず、適切な支援を受けることができず、行き場所も定まらない場合が多く、その結果、再犯に至るケースが多い状況です。
- これらの高齢者が、地域に戻るに当たっては、受け入れ先となる施設等の抵抗感が強い場合、帰住先の決定が難しかったり、また、住民票が抹消されているケース等では、福祉制度の利用の際に援護の実施者となる市町の確定が難しい場合があります。

【施策の方向性】

- 市町及び地域包括支援センターが業務評価を効果的に活用できるよう支援するとともに、市町が地域包括支援センターの運営状況や課題を把握し、必要な支援を行うよう働きかけます。
- 地域包括支援センターと市町の障害福祉を始めとした多様な部局と連携できるよう、市町の高齢者福祉担当部局による後方支援の取組を促進します。
- 地域包括支援センターの相談機能や関係機関との連携強化を図るため、職員の資質の向上を図ります。
- 県社会福祉協議会と協働し、市町における包括的支援体制の構築を支援します。
- 再犯の防止等に関する施策を総合的に推進するに当たり、法を犯した人等が社会において孤立することなく、県民の理解と協力を得て、円滑に社会に復帰することができるよう施策を講じます。
- 矯正施設等に入所中から希望する帰住先や必要とする福祉サービス等のニーズ把握を行い、退所後に円滑に地域生活に移行できるよう関係機関との調整を行います。
- また、移行後も地域へ定着できるよう、関係機関との支援体制を構築します。
- 受け入れ先の確保や円滑な福祉サービスの利用等のため、関係事業者や市町に対する普及啓発に努めます。

【具体的な取組】

- 地域包括支援センターの職員を対象とした研修会や業務評価研修を開催します。
- 地域包括支援センターの業務評価結果の活用や保険者機能強化推進交付金を活用した体制強化の好事例を共有します。
- 市町の包括的支援体制の構築を推進するため、市町や市町社会福祉協議会に対しアドバイザーの派遣や先進事例の紹介、研修会等を実施します。

○司法と福祉を結ぶ機関である「地域生活定着支援センター」を設置し、高齢の矯正施設等出所者等の地域生活移行及び定着を支援します。

(3) ふじのくに型福祉サービスの推進

【現状と課題】

○ふじのくに型福祉サービスは、「居場所」「ワンストップ相談」「共生型福祉施設」の3つの柱から成り立っており、ノーマライゼーション、共生の考えに基づき、高齢者、障害のある人、子どもなど分野ごとにある法律や制度の壁を越えて、「垣根のない福祉」を目指して2010(平成22)年度から推進しているものです。(表1-1)

<表1-1：3つの柱の説明>

区分	内 容
居場所	高齢者、障害のある人、子どもの共生の場、地域交流の場
ワンストップ相談	身近にある地域包括支援センター等で相談を受け付け、様々な施設や窓口と連携して対応
共生型福祉施設	通所介護事業所や介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)などで障害のある人や子どもなどに対する福祉サービスを実施
基準該当	指定事業所でなくとも一定の水準が担保された事業所ではサービス提供が可能となる制度を利用し、高齢者施設などで障害のある人などを受入れ
短期入所	指定を受け、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)などで障害のある人などの短期入所サービスを実施
指定サービス	指定サービス事業所の併設により、高齢者や障害のある人、子どもなどが共に過ごせる事業所 ※介護保険制度と障害福祉制度の両方に位置付けられた「共生型サービス」を含む

- 居場所は、2019(令和元)年4月現在324か所あり、地域住民の交流の場だけでなく、健康づくりやそこに集う人同士の助け合いの拠点となっています。
- ワンストップ相談は、分野により相談窓口を分けることなく、住民の相談を1つの窓口で包括的に受けるサービスですが、2019(令和元)年度現在、実施している市町は4市と取組の拡がりが必要です。
- 共生型福祉施設は、介護事業所で障害のある人や子どもなどに対する福祉サービスを提供するもので、基準該当サービス、短期入所サービス、指定サービスの3種類があり、2020(令和2)年4月現在、130か所となっています。
- 障害福祉サービス事業所は介護事業所に比べ身近に少ないことから、事業所まで通うことが困難といった状況があり、障害のある人が身近な地域で利用できるサービスの充実が求められています。
- ふじのくに型福祉サービスの取組開始から10年が経過する中で、2017(平成29)年度には、介護保険制度と障害福祉制度の両方に共生型サービスが位置付けられ、また、

2020（令和2）年6月の社会福祉法の改正では、重層的支援体制整備事業が創設されるなど、関連する制度が整ってきたことから、これらの制度を活用した取組の推進が必要です。

【施策の方向性】

- ふじのくに型福祉サービスの理念の普及啓発を図ります。
- 市町の地域支援事業における住民主体の介護予防活動や生活支援の取組と合わせて、これらの取組の拠点となる居場所づくりを推進します。
- ワンストップ相談については、市町における包括的な相談支援体制の整備に合わせ、住民の相談を包括的に1か所で受ける従来のワンストップ相談窓口の設置に加え、既存の分野別の相談窓口の連携による実質的なワンストップ相談の実施を促進します。
- 障害のある人が身近な場所で障害福祉サービスを受けられることができるよう、介護事業所等における共生型障害福祉サービスや基準該当障害福祉サービスの提供拡大を支援します。

【具体的な取組】

- ふじのくに型福祉サービスを普及するため、好事例等の情報発信を行います。
- 居場所の設置促進のため、住民主体の介護予防活動や生活支援サービスの創出を推進する生活支援コーディネーターの資質の向上を図ります。
- 地域包括支援センター職員に対する研修会等を通じて、包括的な相談支援体制の整備や高齢者福祉以外の福祉分野の相談窓口との連携を働きかけ、ワンストップ相談の実施を促進します。
- 居場所や共生型施設などの立ち上げや運営を支援するため、アドバイザーの派遣や研修会を開催します。

(4) 権利擁護の推進

【現状と課題】

- 高齢になると判断力の低下や認知症、一人暮らしで生活困難などといった理由から人権や権利が侵害されやすい状況になります。特に判断力の低下した高齢者は、虐待や消費者被害などの権利侵害に遭いやすいという特性があります。
- 認知症高齢者の増加や、知的障害のある人、精神障害のある人の地域移行が進む中、誰もが地域において安心して自立した生活を送るためには、判断能力や生活状況を踏まえた多様な支援が必要です。
- 成年後見制度は、判断能力が十分でない人に対し、法的に権限を与えられた後見人等が、財産管理や身の回りの世話のための福祉サービス利用や施設入所の契約締結などの身上保護を行う制度です。
- 成年後見制度は、判断能力が十分でない人の権利を擁護し、生活や財産を守る重要な手段ですが、後見人等の確保や制度の利用が十分に進んでいないといった課題があります。

【施策の方向性】

- 成年後見制度の利用促進を図るため、市町における地域連携ネットワークの構築やその中核機関の整備を促進します。
- 市民後見人等の育成や受任後の専門的バックアップ体制の強化を推進し、権利擁護支援の人材確保を図ります。
- 成年後見制度の利用に至る前の日常的な支援を必要とする人に対して、日常的な金銭管理、福祉サービスの利用援助などを行う日常生活自立支援事業を充実させるとともに、利用者の成年後見制度への移行支援など両制度の円滑な連携を図ります。
- また、日常生活自立支援事業の信頼性を高めるため、不正防止のための監督機能を強化します。

【具体的な取組】

- 権利擁護支援の地域連携ネットワークやその中核機関等の整備に向けて、関係機関との連携強化を図るため、弁護士、司法書士、社会福祉士等の専門職、家庭裁判所、市町、市町社会福祉協議会などから構成される協議会を開催します。
- 市町における成年後見制度の利用促進等の取組を支援するため、相談支援事業による専門職等の派遣や必要な助言を行います。
- 成年後見制度の適切な利用につなげるため、福祉関係者等に対して制度の理解促進を目的とした研修会等を開催します。
- 日常生活自立支援事業と成年後見制度の円滑な連携を図るため、専門員や生活支援員等に対する研修を実施します。
- 日常生活自立支援事業における金銭管理等支援サービスの適正化に向けて、市町社会福祉協議会の管理体制に係る調査や倫理研修を実施します。

2 地域活動の推進

2019（令和元）年の平均寿命は男性が 81.41 歳、女性が 87.45 歳となり、この 70 年間で 20 年以上延伸しました。

平均寿命の延伸に伴い、子どもの独立後や定年退職後の時間が長くなり、住み慣れた地域で、生きがいを持って、人とのつながりの中で生活していくことの重要性が増しています。

地域活動には、自治会やシニアクラブなど地域団体による活動の他、住民同士の支え合い、介護予防活動、趣味やスポーツのサークルなど多様な活動があります。

静岡県では、2015（平成 27）年に、いくつになっても元気に活躍できる社会を目指し「ふじのくに型人生区分」を提唱しました。

この「ふじのくに型人生区分」の普及により、これまでの 65 歳になったら高齢者として支えられる側になるとの画一的なイメージを払拭し、地域で高齢者がいきいきと活動し、社会の担い手として活躍する社会づくりを推進します。

(1) 生きがいづくり活動・社会参加の促進

【現状と課題】

- 生活意識調査によると、要介護（支援）認定等を受けていない一般高齢者の地域活動への参加状況は、自治会活動に参加している人の割合が 37.0%と一番高く、続いて、趣味関係のグループが 31.1%、収入のある仕事が 29.1%となっています。
- スポーツや学習・教養、ボランティアのグループや老人クラブに参加している人も 11～17%程度おり、何かしらの活動に参加している人の割合は 72.4%と多くの人が地域活動に参加している状況です。（表 1-2）

<表 1-2：地域活動への参加状況>

活動内容	参加率
ボランティアのグループ	16.7%
スポーツ関係のグループ・クラブ	24.8%
趣味関係のグループ	31.1%
学習・教養サークル	12.8%
介護予防のための通いの場	8.7%
シニアクラブ・老人クラブ	11.2%
町内会・自治会	37.0%
収入のある仕事	29.1%

① 地域団体の活動促進

- 一般財団法人静岡県老人クラブ連合会（シニアクラブ静岡県）は、県内最大の高齢者団体であり、孤立防止のためにひとり暮らしの高齢者を訪問する活動や健康づくり活動、趣味活動など、高齢者の多様な社会参加のニーズに対応できる活動母体ですが、会員数は 2020（令和 2）年度現在約 93,857 人で、10 年前から約 6 万 4 千人減少しています。
- 今後、現在の多様な活動を継続するとともに、地域における生活支援の担い手として活動していくためには、会員の確保が課題となっています。
- また、新型コロナウイルスの影響により活動が縮小したり休止したりする単位クラブもあり、感染症対策を講じながらの活動継続が課題となっています。

② 生涯学習・スポーツの推進

- スポーツ庁が実施するスポーツの実施状況に関する世論調査によると、2019（令和元）年度における静岡県の高齢者のスポーツ実施率（週 1 回以上）は、60 歳代が 60.6%、70 歳代が 71.3%となっており、全世代の 54.5%に比較して高くなっています。
- また生活意識調査によると、学習・教養サークルに参加している一般高齢者は 12.8%おり、現在参加していない人についても 16.9%が今後、活動に参加してみたいと回答しています。
- 静岡県では、高齢者のスポーツ活動を推進するため、公益財団法人しずおか健康長寿

財団と連携して、すこやか長寿祭スポーツ・文化交流大会及びすこやか長寿祭美術展を毎年開催しています。

- 両事業は全国健康福祉祭（ねんりんピック）の県予選大会も兼ねており、毎年 5,000 人以上の高齢者等が参加しますが、地域により参加者数に差があるため、全県的な参加者の拡大が課題です。
- また、近年は、ユニカールやカローリングなど、体力の有無に関わらず、子どもから高齢者まで参加できる種目も増えていますが、認知度が低いなどの課題もあり、引き続きスポーツ・レクリエーション活動の普及や活動する環境の充実が必要です。

③ 就労的活動・NPO活動の推進

- 平均寿命の延伸や生産年齢人口の減少などにより、高齢者の就業率は年々増加しています。
- 内閣府の実施した「高齢者の経済生活に関する調査（2019 年度）」では、65 歳ぐらいまで収入の伴う仕事をしたいと回答した方は 25.6%、65 歳を超えても（70、75、80 歳ぐらいまで、働けるうちはいつまでも）収入の伴う仕事をしたいと回答した方は 59.0%と過半数の人が高齢になっても働き続けることを希望しています。
- 特に、サービス業等の人手が不足している分野や介護・育児等の現役世代を支える分野において、高齢者が担い手として期待されており、就業促進が求められています。
- また、誰もが暮らしやすい地域づくりに向けて、NPO、地域団体、市民、企業、行政等様々な主体が連携・協働して地域社会の課題を解決するための取組が重要です。
- 今後、協働の中心的役割を担うことが期待されるNPOの組織運営基盤の安定に向けた支援や、社会貢献に関心のあるシニア層や職業的専門性を持つ者、若者など潜在的な協働の担い手に対する活動参加のきっかけづくり、地域の様々な主体の協働の促進の環境づくり等、市町と連携して取り組んでいく必要があります。

【施策の方向性】

① 地域団体の活動促進

- シニアクラブ静岡県と連携し、シニアクラブの実施する多様な活動の周知・広報等を通じて、加入者の確保に取り組みます。
- シニアクラブが行う多様な活動の活性化を図ります。
- シニアクラブ活動における感染症対策を支援します。

② 生涯学習・スポーツの推進

- 生涯学習の機会の確保を図り、高齢者の学習や教養を高めるための活動を促進します。
- 公益財団法人しずおか健康長寿財団と連携し、すこやか長寿祭スポーツ・文化交流大会及びすこやか長寿祭美術展の参加促進を図ります。
- 静岡県レクリエーション協会、公益財団法人静岡県スポーツ協会、市町、各競技団体等と連携を強化し、スポーツ・レクリエーション活動の普及に取り組みます。
- 健康・体力づくりやスポーツ活動の環境づくりを支援します。

③ 就労的活動・NPO活動の推進

- 多様な就業機会の提供や働くことを通じた高齢者の生きがいづくり、高齢者の意欲と能力を生かした活力ある地域社会づくりを推進するため、シルバー人材センター連合会の事業を支援します。
- あらゆる人が、生きがいを持って活躍することができるよう、社会貢献活動への参加のきっかけづくりを支援するため、NPOの活動内容などの情報を提供するとともに、県民にとって身近なNPO等への活動支援を行う市民活動センターの機能強化を図ります。

【具体的な取組】

※今後、記載

(2) 住民主体の支え合い活動の推進

【現状と課題】

- 多様な生活上の困りごとへの支援が必要な高齢者の在宅生活を支えるためには、介護保険制度のサービスだけでなく、地域住民による支え合い活動を推進する必要があります。
- 地域住民の支え合い活動には、ひとり暮らしや夫婦のみの高齢者世帯などの見守り活動や、ゴミ出しや家事などの生活援助、住民主体の通いの場などの介護予防などがあります。
- これらの活動を推進していくためには、地域住民が主体的に活動に参加する必要がありますが、支え合い活動の必要性の認識が十分でないことや、高齢になっても働き続ける人が増えていることから、活動を行う担い手の確保が課題となっています。
- また、住民主体の支え合い活動は、市町が生活支援体制整備事業の中で、生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置により、ニーズ把握、サービス開発、サービスとニーズのマッチングなどを行うこととなっています。
- 生活支援コーディネーターの配置や協議体を設置する単位としては、市町全域の第1層、日常生活圏域の第2層があり、第1層では市町全域でのサービス開発等、第2層では、支援ニーズや社会資源の把握等の活動を行っています。
- 2020（令和2）年4月現在、生活支援コーディネーターは、第1層が全市町で51人、第2層が24市町で138人配置されています。また、協議体は第1層が全市町、第2層が22市町で設置されています。
- 生活支援コーディネーターの7割以上が市町社会福祉協議会への委託事業として配置されており、第1層の生活支援コーディネーターが市町組織内の高齢者福祉部門以外と連携体制を構築することや福祉領域を超えて地域課題の解決に取り組むことが難しくなっています。
- 生活支援体制整備事業においては、地域包括支援センターの業務や地域ケア会議などと相互補完的な業務の実施が重要ですが、役割分担や連携が十分にできていないとい

った課題もあります。

- 協議体については、関係者で地域課題を共有し、サービスの創出等の議論を行う本来の目的ではなく、開催すること自体が目的になっている地域もあります。

【施策の方向性】

(市町の施策の方向性)

- 地域住民に対し、住民主体の支え合い活動の必要性について理解促進を図ります。
- 地域の課題を把握し、解決できる資質の高い生活支援コーディネーターの配置に努めます。
- 地域包括支援センターの業務や地域ケア会議との役割の明確化を図ります。

(県の施策・支援策の方向性)

- 市町と連携し、住民主体の支え合い活動の必要性について、理解促進を図ります。
- 市町ごとに取組状況や課題が異なることから、市町的生活支援体制整備事業の実施状況を把握し、必要な支援や助言を行います。
- 市町単独では支援が困難な生活支援等の課題に対して、課題解決や関係機関との連携を支援します。
- 生活支援コーディネーターの資質の向上を図ります。

【具体的な取組】

- 住民主体の支え合い活動の理解促進するため、好事例を情報発信します。
- 多様な主体による生活支援の取組を進めるため、生活支援コーディネーター養成研修やスキルアップ研修を開催します。
- 市町における住民主体の支え合い活動の創出を支援するため、活動創出に関する事業の企画・運営の支援を行います。

3 地域共生社会の環境整備

誰もが地域の中で安心して暮らすためには、生活の場となる住まいの確保を始め、日常生活を支障なく送ることができる環境が必要です。

地域包括ケアシステムにおいて住まいは、ただ、住む場所があるということだけでなく、本人の希望と経済力に応じた住まい方を選択できることが重要であることから、多様な住まいと住まい方が選択できる環境整備を図ります。

また、誰もが買い物などの経済活動や他者との交流などの社会参加のために外出をためらうことなくできるよう、移動手段の確保や移動支援サービスの創出等、外出しやすい環境整備に取り組みます。

加えて、働くことを希望する人が、本人の希望や状態に応じた就労が可能となるよう、誰もが働きやすい職場環境づくりを推進します。

(1) 住まいの安定的な確保

【現状と課題】

- 住まいには、戸建住宅、マンションやアパート、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、介護保険の居住系施設など様々なものがあります。
- 2018（平成 30）年現在の住宅の所有状況をみると、持ち家に住む高齢者の方が多くなっていますが、借家に住む高齢者も増えています。
- 高齢化の進行に伴い、ひとり暮らしを含め、高齢者のみの世帯が増加しており、また、今後も増加する見込みであることから、高齢者が安心して生活できるよう、手すりの設置や段差の解消など高齢者等のための設備を備えた住宅、見守りを始めとする生活支援サービスが利用可能な住宅の整備を進める必要があります。
- 借家に住んでいる高齢者のうち、要介護（支援）認定を受け、単身又は高齢者夫婦のみの世帯の方については、住まいの確保について特に配慮が必要なことから「要配慮高齢者世帯」と位置付け、居住の安定確保を図る必要があります。
- また、県営住宅に入居する高齢者も増加しており、2005(平成 17)年度には 2,233 戸であった高齢者のみ世帯の戸数は 2015(平成 27)年度には 4,010 世帯となり、約 2 倍となっています。
- 既存の県営住宅のうち、約 4 割（約 4,700 戸）が昭和 40 年代から 50 年代にかけて建設され、エレベーター、住戸内の玄関等の段差部・トイレ・浴室等への手すり、水道のレバーハンドル化等のバリアフリー化されていないため、建物のバリアフリー化（ユニバーサルデザイン化）が課題となっています。
- 2015 年度末時点（※今後、直近データに更新）での主な高齢者向けの住まいの整備状況は、表 1-3 のとおりとなっています。
- 生活困窮や社会的孤立など多様な生活課題を抱える高齢者や法を犯し社会復帰に支援が必要な高齢者などの住まいとして、養護老人ホームや軽費老人ホームは重要な役割を担っています。
- 特に、在宅生活が困難な高齢者については、住まいとしての機能だけでなく、状態に応じた自立生活を支援する役割も期待されていますが、入所者の平均年齢の上昇に伴

い、養護老人ホームや軽費老人ホームにおける特定施設入居者生活介護の需要も高まっています。

<表 1-3 : 高齢者の住まいの整備状況 (2015 年※今後直近データに差し替え) >

	住まいの種別	概 要	整備 (定員)数 (単位:人)
介護保険の居住系 サービス提供施設	①特定施設入居者生活介護事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅であって、事業者指定を受け、入浴や食事等の介護、洗濯や掃除等の家事、その他の日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話を行うもの ・介護専用型特定施設のうち、定員 29 人以下の小規模なものを「地域密着型特定施設」という 	6,211
	②認知症対応型共同生活介護事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症対応型共同生活介護の事業者指定を受け、要介護者であって認知症である者に対し、入浴や食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練を行うもの 	5,936
	③養護老人ホーム	<ul style="list-style-type: none"> ・環境上の理由及び経済的理由により養護を受けることが困難な高齢者を入所させ、必要な指導、訓練、その他の援助を行うことを目的とした施設で、特定施設入居者生活介護の事業者指定を受けることができる 	1,688
	④軽費老人ホーム	<ul style="list-style-type: none"> ・無料又は低額な料金で、日常生活に不安があり、家族による援助を受けることが困難な高齢者を入所させ、食事の提供等の日常生活上必要な便宜を提供することを目的とした施設で、特定施設入居者生活介護の事業者指定を受けることができる 	2,476
	⑤有料老人ホーム	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者を入居させ、入浴や食事等の介護、食事の提供、洗濯や掃除等の家事、健康管理を提供する事業を行う施設で、特定施設入居者生活介護の事業者指定を受けることができる 	11,458
	⑥サービス付き高齢者向け住宅	<ul style="list-style-type: none"> ・賃貸住宅や有料老人ホームで、一定の住戸面積、設備、バリアフリー構造の基準を満たし、状況把握サービス及び生活相談サービスが提供されるもので、知事等の登録を受けたもの ・特定施設入居者生活介護の事業者指定を受けることができる 	4,301
ケア付き公的賃貸住宅	⑦高齢者向け優良賃貸住宅	<ul style="list-style-type: none"> ・民間事業者等が知事等から供給計画の認定を受けて整備するものであって、バリアフリー化され、緊急時対応サービスの利用が可能な賃貸住宅 	453
	⑧シルバーハウジング	<ul style="list-style-type: none"> ・バリアフリー化された公共賃貸住宅で、生活援助員(LSA)による生活相談、安否確認、緊急時の対応等の日常生活支援サービスの提供をあわせて行うもの 	186
	⑨高齢者居宅生活支援施設が併設された公共賃貸住宅	<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスセンターや小規模多機能型居宅介護事業所等の高齢者居宅生活支援施設が併設された公共賃貸住宅 	0

※サービス付き高齢者向け住宅は1戸を1人として計算。

【施策の方向性】

○高齢者が安心して生活できるよう、バリアフリー構造を備え、見守りサービスを提供する「サービス付き高齢者向け住宅」を普及・促進するとともに、運用・管理の適正

化を図ります。

- 高齢者が使いやすい住宅改修等の相談に対応することができる人材を育成します。
- 高齢者を含む住宅確保要配慮者の居住の安定確保のために、静岡県居住支援協議会の活動を通じて住宅情報を提供し、住宅確保要配慮者の民間賃貸住宅への入居を促進します。
- 県営住宅再生計画に基づき、老朽化した建物の建替、改修に伴い、ユニバーサルデザイン化を進めていきます。
- 養護老人ホームについては、環境上の理由及び経済的理由による入所者に加え、被虐待高齢者の緊急保護など、地域のセーフティネットとしての役割を果たすことができるよう、必要に応じて整備を支援します。
- 軽費老人ホームについては、家庭環境・住宅事情・経済状況などの理由により、居宅において生活することが困難な高齢者の入所施設であるため、必要に応じて整備を支援します。
- また、軽費老人ホームには、経済的理由により入所している高齢者も多く、無料又は低額な料金で生活することができるよう、入所者の負担軽減を図ります。
- 養護老人ホームや軽費老人ホームには、入所者の高齢化に伴う介護保険法の特定施設入居者生活介護としてのニーズも見込まれることから、増改築に合わせて特定施設の指定が受けられるよう、適切な助言を行います。

【具体的な取組】

- 高齢者対応住宅普及研修会を開催し、住宅改修等の相談に対応できる高齢者対応住宅相談員を養成します。
- 既存住宅の建替整備では、エレベーターの設置、段差部、浴室、便所等への手すりの設置、レバーハンドルの設置等、建物のユニバーサルデザイン化を行います。
- また、既存改修においては、居住改善工事等によって、手すりの設置、段差解消等を行います。
- 養護老人ホームの改築などの整備費用を助成します。
- 軽費老人ホームの利用者の負担軽減を図るため、利用者の所得に応じて利用料を減額する社会福祉法人に対して助成するほか、軽費老人ホームの創設及び増築費用を助成します。
- 養護老人ホームや軽費老人ホームにおいて、県計画に定める特定施設入居者生活介護の必要利用定員数に係る指定を受けるため、必要な支援を行います。

(2) 移動・外出しやすい環境整備

【現状と課題】

- 生活意識調査によると、昨年に比較して外出頻度が減る方は年齢が高くなるほど多い傾向にあります。
- 外出頻度が減るのは、外出機会そのものが減るだけでなく、身体機能低下から外出がし辛くなったり、バス路線の廃止や店舗の閉店など周辺環境の変化など、様々な要因

が考えられますが、外出し、人と交流することは、生活の質の向上や介護予防、認知症予防にも効果的と言われており、高齢者が外出しやすい環境の整備が重要です。

- また、自動車運転免許証を返納する高齢者も増えており、運転免許証返納後の移動手段の確保も課題となっています。
- 高齢者の多様な移動支援ニーズに対応するためには、交通部局、まちづくり部局、福祉部局が連携し、多様な移動手段を組み合わせ、地域の交通網の充実を始め、歩道や駅のバリアフリー化など、外出しやすい環境整備を推進する必要があります。

① 公共交通の維持・確保

- 生活に必要な公共交通の維持を図る必要がありますが、利用者の減少に伴い、従来のバス路線が廃止されるなど、路線数は減少しています。
- 加えて、運転手不足などの影響もあり、バス事業者だけでは、路線を維持していくことが困難な状況です。
- そのため、市町によるコミュニティバス、デマンド型交通の運行に加え、NPO等の提供する移動支援などの充実も課題となっています。
- また、将来的には、公共交通への自動運転技術の導入も検討する必要があります。
- 高齢者や障害のある人などが公共交通を利用しやすいよう、バスや駅などのユニバーサルデザイン化を更に推進する必要があります。

② 住民主体の移動サービスの充実

- 静岡県では、市町と連携し、住民主体の移動サービスの充実に取り組んでおり、2020（令和2）年現在、道路運送法における許可または登録が不要な移動サービスが21市町で行われています。
- しかしながら、住民主体の移動サービスは、道路運送法等をはじめ、関連する各種制度の理解が必要ですが、制度が複雑なため、更なる理解の促進が必要です。
- 住民主体の移動サービスを創出するためには、地域における移動支援ニーズの把握が必要ですが、市町における地域課題の整理が不十分であり、ニーズと支援のマッチングも十分できていません。
- また、高齢になっても働き続ける人が増えていることなどから、担い手となる運転ボランティアの確保も課題となっています。
- 住民主体の移動サービスの実施に当たっては、交通部局やまちづくり部局との調整が不可欠であり、更に連携を推進する必要があります。

【施策の方向性】

① 公共交通の維持・確保

- 市町におけるコミュニティバス、デマンド型交通等の取組を支援します。
- 交通事業者のみでは継続運行が困難な路線バスを支援します。
- 公共交通への自動運転技術の導入の可能性について検討を行います。

② 住民主体の移動サービスの充実

- 市町における住民の移動支援ニーズの把握やニーズとサービスのマッチングを促進するとともに、単独ではサービス創出が困難な市町に対しては、伴走型の支援を行います。
- 住民に対し移動支援の意識醸成を図るとともに、市町における運転ボランティア等の担い手育成を支援します。
- 市町の交通部局やまちづくり部局と福祉部局の連携を支援し、関係者間で移動手段の確保に関する連携・調整を図るための体制整備を図ります。

【具体的な取組】

① 公共交通の維持・確保

- 市町が運行するコミュニティバスやデマンド型交通等に対し財政的に援助します。
- 交通事業者が運行する市町間を跨がる路線バスに対し補助を行います。
- また、交通事業者等が行う駅やバスのユニバーサルデザインの取組に対し補助を行います。
- 公共交通への自動運転技術の導入の可能性を検討するため、産官学による実証実験を行います。

② 住民主体の移動サービスの充実

- 2019（令和元）年度に作成した「移動サービス創出に係る普及事例集」を活用し、市町におけるサービス創出を支援します。
- 住民主体の移動サービスの立ち上げや継続を支援するための相談窓口の設置やアドバイザーの派遣を行います。
- 伴走型支援においては、住民勉強会や先進的な取組を行っている団体との交流、運転ボランティアの養成講座等の企画・運営を支援します。
- 交通部局と福祉部局が連携して移動手段の確保に関する取組を進めるため、相互に事業に参加し、情報共有を図ります。

(3) 働きやすい環境整備

【現状と課題】

- ライフスタイルや就労環境の多様化が進む中、働く意欲のある誰もがその能力を発揮できるよう、介護等と仕事の両立などそれぞれの事情に応じた柔軟な働き方ができる職場環境づくりが求められています。
- また、高齢者の就労に関しては、ハローワークにおける65歳以上の求職者の就職率は、22.6%と低位であり、高齢者の就労が簡単には進まない現状があります。

【施策の方向性】

- 介護等と仕事を両立できる柔軟な働き方が選択できるよう、企業における働き方や職場環境の見直しを支援します。

○就労を希望する高齢者が社会で活躍できるよう、高齢者と企業とのマッチングを支援します。

【具体的な取組】

○経営者等の意識改革を図るセミナーを開催します。

○介護等と仕事を両立し誰もが働きやすい職場環境整備を支援するアドバイザーを派遣します。

○高齢者と企業とのマッチングを支援するため、高齢者雇用推進コーディネーターを3人配置し、企業訪問による就労の場の開拓、企業に対する職場環境改善のための助言や助成金情報を提供します。

○企業向け高齢者活躍セミナーや高齢者向け就労啓発セミナーを開催します。

4 安全・安心の確保

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、地域包括ケアシステムの実現に加え、安全に暮らすことのできる環境づくりが重要です。

特に、消費者被害、振り込め詐欺等の特殊詐欺被害、交通事故の被害など、高齢者が被害者となりやすい事件、事故の防止が重要となります。

また、地震や風水害などの自然災害に対しては、住居の防災対策に加え、発災時に高齢者の避難に必要な支援や速やかな救助がされるよう、地域を挙げた防災対策が重要です。

2020（令和2）年の新型コロナウイルス感染症の流行により、外出やイベントの自粛など人が集まる機会が減少し、人との交流の方法や形態も変化を余儀なくされています。

新たな感染症への対策を行うとともに、感染症流行下においても、地域住民がつながり合って、安全・安心な暮らしを送るための地域づくりを推進します。

(1) 防犯まちづくりの推進

【現状と課題】

- 静岡県における刑法犯認知件数は、過去最高を記録した2002年の63,008件から17年連続して減少し、2019（令和元）年は17,876件となり、前年に比べ1,783件（9.1%）減少しました。
- 一方、2019（令和元）年の検挙率は前年に比べ4.3ポイント上昇して45.4%となり、過去17年で最多となっています。
- 高齢者の被害が多い特殊詐欺は、2019年に332件発生し、被害額は約6億1,723万円となっています。
- 特殊詐欺の被害者は70代、80代の女性が多く、高齢女性に対する注意喚起が重要となっています。

【施策の方向性】

- ふじのくに防犯まちづくり行動計画における、人材育成、環境づくり、情報共有を柱とした取組を推進します。
- 県警と連携し、高齢者に対する特殊詐欺への注意喚起を行います。

【具体的な取組】

- 地域防犯を担う防犯リーダーを育成する研修等を実施します。
- 防犯まちづくりニュース等により、特殊詐欺への注意喚起を行います。

(2) 消費者被害の防止と救済

【現状と課題】

- 高齢者の増加や成年年齢の引下げなど消費者を取り巻く状況が変化する中、新型コロナウイルス感染症の影響によってインターネット通販やキャッシュレス決済など消

費行動の変化が加速しています。

- このため、社会の変化に対応し、被害の未然防止と救済を図るため、相談窓口の強化が必要です。
- 消費生活相談における被害額は、年齢層が高くなるほど増加する傾向にあるため、高齢者の消費者被害の未然防止が一層必要となっています。
- 悪質商法による消費者被害の拡大を防止するため、悪質事業者の情報を把握し、指導に繋げる必要があります。

【施策の方向性】

- 消費生活相談窓口の体制を強化するため、消費生活相談員の有資格者の養成を行うとともに、人材バンクを活用した相談員の人材確保に努めます。
- 消費者被害の相談者の被害救済を図るため、消費生活相談員の研修の機会を提供し、相談員の資質向上を図ります。
- 高齢者の消費者被害を防止するため、市町や高齢者支援に関連する団体などで構成する見守りネットワークの構築を支援していきます。
- 市町や警察と連携して消費者被害が疑われる相談情報を早期に把握し、法令等に違反する行為が認められる事業者に対して指導を実施します。

【具体的な取組】

- 相談員の人材確保のため、「消費生活相談員資格取得支援講座」を開催し、合格者を「消費生活相談員人材バンク」に登録します。
- 相談員の資質向上のため、実際にあった相談事例を検討し、法的な助言をもらう研修を開催します。

(3) 交通安全対策の推進

【現状と課題】

- 県内の交通事故は、2016(平成28)年以降、件数、死者数、負傷者数ともに4年連続減少していましたが、2020(令和2)年は死者数が増加に転じました。
- 2019(令和元)年の交通事故死者数は101人、うち高齢者が50人と約半数に上っており、高齢者の交通事故防止対策は喫緊の課題です。
- 2019(令和元)年の高齢者の交通事故死者数50人の内訳は、歩行中23人(46.0%)、自転車利用中12人(24.0%)となり、高齢者を始め全ての世代に人優先の交通安全思想を徹底することが課題となっています。
- また、県内の高齢運転免許保有者は年々増加しており、高齢運転者が起因となる交通事故の増加が懸念されます。
- 2017(平成29)年3月に、75歳以上の高齢運転者対策を強化した改正道路交通法が施行されて以降、静岡県では、2020(令和2)年8月末までに約276千人の方が認知機能検査を受検しました。
- 受検者のうち、約6,400人が認知症のおそれがあると判定され、約3,400人が運転免

許証を自主返納しています。

- 引き続き、自主返納制度の理解促進と返納後の移動を支援する施策の充実に取り組む必要があります。

【施策の方向性】

- 夕暮れ時から夜間については特に歩行者が見え難いことから、歩行中の交通事故防止を図ります。
- 全ての世代に対して交通安全意識の醸成を図ります。
- 高齢ドライバーに対して、身体機能の変化が運転操作に及ぼす影響について理解促進を図ります。
- 安全運転相談の周知と相談体制の整備に努め、高齢運転者支援を適切に推進します。
- また、運転に不安を覚える高齢者が自主的に運転免許を返納しやすい環境の整備に努めます。

【具体的な取組】

- 歩行者には「自発光式等の反射材用品」の活用及び運転者には「早めのライトオン」と「ハイビームの効果的活用」の実践の定着を図る『ピカッと作戦!』を推進します。
- チラシの配付、インターネットによる広報、ラジオによる呼びかけなどを通じて、交通安全の啓発を行います。
- 高齢ドライバーを対象とした参加体験型講習の開催、高齢者団体等への交通安全情報の発信を行い、交通安全意識の高揚を図ります。
- 「運転免許自主返納者等サポート事業」への加盟企業等の拡充、県警HPや運転免許窓口において同事業の更なる周知を行います。
- 地域包括支援センターとの連携を強化し、引き続き、自主返納した高齢者に対し、市町が行う生活支援の案内や交通安全指導を実施します。

(4) 防災対策・災害対策の推進

【現状と課題】

① 地域における防災対策の推進

- 大規模な自然災害の発生に対して、地域防災の核となる自主防災組織の対応力の向上や次代を担う子どもたちの防災意識の向上は喫緊の課題となっています。
- 12月の第1日曜日の「地域防災の日」を中心に、各地域で、自主防災組織を主体とした「地域防災訓練」を毎年実施していますが、近年、参加率が伸び悩んでいることから、参加者が意義を感じられるような、地域特性を踏まえた訓練を実施する必要があります。
- また、近年、全国各地で豪雨災害が頻発していますが、逃げ遅れにより多くの犠牲者が発生した過去の事例を踏まえ、水害を「我がこと」として捉え、自らの判断で適切な避難行動がとれるよう、住民避難の実効性向上に取り組んでいく必要があります。

② プロジェクト「TOUKAI-0」の取組

- 1995（平成7）年1月の阪神・淡路大震災では、犠牲者の8割以上が住宅・建築物の倒壊等による圧死・窒息死でした。
- 想定される南海トラフ地震においても、旧耐震基準で建築された木造住宅の多くが地震の揺れで倒壊し、多大な被害となることが予想されています。
- プロジェクト「TOUKAI-0」総合支援事業により、市町と一体となって住宅の耐震化を促進していますが、県内における住宅の耐震化率は2018（平成30）年で89.3%となっており、静岡県耐震改修促進計画（平成28年4月）において目標に掲げる2020（令和2）年度末の耐震化率95%の達成は大変厳しい状況です。
- 旧耐震基準で建築された住宅の約7割の世帯は、65歳以上の高齢者が家計を主に支えており、高齢で跡継ぎがない、耐震補強のための資金がないといった理由で、耐震化に踏み出せない世帯が多く残っています。
- 大規模地震後に、住宅の倒壊や著しい損傷により多くの世帯が避難所へ避難した場合、新型コロナウイルスを始めとする感染症リスクが懸念されます。

③ 要配慮者への支援

- 必要な情報を迅速かつ的確に把握し、災害から自らを守るために安全な場所に避難するなどの災害時の一連の行動を取る際に、特に配慮を要する者を「要配慮者」といい、そのうち、災害発生時等に特に避難支援を要する者を「避難行動要支援者」としています。
- 要配慮者は、災害時において介護や特別な配慮が必要なことがあり、一般の避難所では避難生活が困難な場合が想定されることから、「福祉避難所（バリアフリー対策が施され、福祉サービス等が受けられるようあらかじめ指定された社会福祉施設等）」の設置を推進する必要があります。
- 2020（令和2）年4月現在、福祉避難所は35市町で779施設が指定されていますが、要配慮者数に対して十分でなく、要配慮者の円滑な避難のためには、一般の避難所においても、要配慮者を受入れる体制を確保する必要があります。
- 災害対策基本法において、実効性のある避難支援がなされるよう、避難行動要支援者名簿の作成が市町に義務づけられ、その作成に必要な個人情報を利用できること、また、避難行動要支援者からの同意を得て、平常時から避難支援等関係者に情報提供すること、現に災害が発生、又は発生のおそれが生じた場合には、本人の同意の有無に関わらず、名簿情報を避難支援等関係者その他の者に提供できること、加えて、名簿情報の提供を受けた者の守秘義務や名簿情報の漏えいの防止のため必要な措置を講ずることなどが定められています。
- さらに、努力規定として、地域の特性や実情を踏まえつつ、名簿情報に基づき、市町又はコーディネーター（民生委員等）が中心となって、避難行動要支援者と打合せ、具体的な避難方法等についての個別計画を策定することとされました。
- 避難行動要支援者の避難行動支援についての細目的な部分等を定める全体計画や、個別の避難支援計画である個別計画が未策定の市町があるため、早期の策定に向けて市

町を支援する必要があります。

【施策の方向性】

① 地域における防災対策の推進

- 地震防災センターを活用して、自助・共助の取組の啓発を行うとともに地域において防災リーダーとなる人材の育成を図ります。
- 将来にわたって、地域防災力の維持・向上を図るため、次代を担う県内中学生を対象に「ふじのくにジュニア防災士」の養成を進めます。
- 市町や関係各課と連携を図り、地域特性を踏まえた訓練の実施を促進していきます。
- 地域の水害リスクや防災情報を県民が正しく理解し、適切に避難できるよう支援します。このため、市町と連携し、住民自らの避難行動計画「マイ・タイムライン」等の策定・普及に取り組んでいきます。
- 自主防災組織の災害対応力の底上げを図るため、静岡県総合アプリを活用した「地域防災力見える化システム」を構築します。

② プロジェクト「TOUKAI-0」の取組

- 2025（令和7）年度末の耐震化率95%の目標達成に向け、市町や福祉部局と連携して木造住宅の耐震化を強力に促進します。
- 避難所での感染症リスクを軽減するため、地震後に避難所に行くことなく住み慣れた自宅での生活を継続できるよう、より高い耐震性を確保する耐震補強を促進します。

③ 避難支援等の推進

- 要配慮者のために、地域の実情に応じた必要な数の福祉避難所を確保するよう市町に働きかけるなど、福祉避難所の設置促進の取組を進めます。
- また、発災後の開設手順や運営方法についてあらかじめマニュアル化しておくことが有効であるため、「市町福祉避難所設置・運営マニュアル（県モデル）」を活用して、各市町のマニュアル整備を支援します。
- 新たな視点による福祉避難所の設置促進のためとりまとめた「宿泊施設への福祉避難所設置モデル」と「指定避難所を活用した要配慮者受入れモデル」の取組の市町への普及を図り、市町の福祉避難所設置の取組を支援します。
- 危機管理局と協働し、各健康福祉センター管内における市町との意見交換会等を開催し、県はもちろんのこと、市町に対しても防災部局と福祉部局双方に参加を依頼し、改正災害対策基本法への対応等について、現状と課題を共有するとともに、市町による取組を促進しており、引き続き、市町との意見交換会等の場において、国の取組指針に示された手法の検討を促していきます。
- 災害が起きた際に、要支援者がどのように避難するかを定めた個別支援計画「災害時ケアプラン」の策定を推進し、誰一人取り残さない、実効性のある避難行動の実現を目指します。

【具体的な取組】

① 地域における防災対策の推進

- 地域特性を踏まえた訓練の実施促進のため、自主防災組織ごとの問題点をきめ細かに把握・分析を行うとともに、参考となる取組事例の紹介等を行います。
- 住民参加による避難訓練の実施を促進します。
- 地震防災センターを拠点として周知・啓発、情報発信を行います。
- 総合防災アプリ「静岡県防災」の積極的な活用を促進します。
- 各地域で防災リーダーの講習会を実施し、「避難行動判定フロー」や「非難情報のポイント」等の説明や県民への周知等を行います。
- 地域の水害リスクや防災情報を県民が正しく理解し、適切に避難できるよう、市町と連携し、住民自らの避難行動計画「マイ・タイムライン」等の策定・普及に取り組みます。

② プロジェクト「TOUKAI-0」の取組

- 高齢者世帯等への戸別訪問やダイレクトメールの送付により、住宅の耐震化の必要性を周知します。
- 耐震化に踏み出せない高齢者世帯等に対しては、耐震シェルターや防災ベッドなど、耐震化に代わる「命を守る対策」により地震発生時に最低限の安全な空間を確保する取組を促していきます。
- 地域包括支援センターに住宅の耐震化や耐震シェルター、防災ベッド等の補助制度等に関するリーフレットを配架し、制度の周知を図ります。
- 要支援者の災害時ケアプラン策定の中心となるケアマネジャーに住宅の耐震化に関する理解を促進するとともに、ケアマネジャーを通じて、要支援者へリーフレットを配布します。

③ 避難支援等の推進

- 市町における避難行動要支援者の避難行動支援に対する取組の推進を図るため、市町の福祉部局及び防災部局との意見交換会を開催し、課題や好事例の共有などにより、市町の取組の推進を図ります。
- 静岡県社会福祉協議会等と連携し、災害時ケアプランの策定に関するモデル事業を実施、成果を全県へ普及します。

(5) 感染症対策の推進

【現状と課題】

① 日常生活における感染症対策

※今後、記載

② 地域活動における感染症対策

- 住民主体の通いの場や認知症カフェ、移動支援など、地域では様々な支え合い活動が

展開されていますが、新型コロナウイルス感染症の影響により、活動の休止や縮小が余儀なくされています。

- 外出自粛が長期化することにより、他者との交流の機会が減少し、孤立化することや、身体・認知機能の低下や要介護状態の悪化も懸念されています。
- これらのことから、静岡県では、高齢者の生活不活発による心身機能の低下を防止するため、タブレットを活用して、オンライン上で運動指導や参加者同士の交流を行う「通いの場」モデル事業を県内3か所で実施しました。
- また、直接集まり、支え合う活動が制限される状況に対応した「新しいつながり」を創出するため、認知症カフェや見守り支援等オンラインによる交流や支え合いの活動を行うモデル事業を実施しています。
- 新型コロナウイルス感染症の終息が見通せない中、認知症カフェや住民主体の通いの場、見守り活動等における感染対策や新たな手法の導入を支援し、地域における支え合い活動の継続、再開を促進する必要があります。

【施策の方向性】

- ① 日常生活における感染症対策
※今後、記載

- ② 地域活動における感染症対策
(市町の施策の方向性)

- 地域の支え合い活動の再開に当たっては、地域の感染状況に応じた対応が重要であるため、高齢者の生活実態を把握しながら、通いの場の運営者など支え合い活動の主催者等からの相談に適切に対応します。
- ICTの活用や住民間の個別訪問を組み合わせるなど、通いの場等地域で集まる活動だけでなく、社会参加や地域づくりにつながる多様な取組を展開します。

(県の施策・支援策の方向性)

- 感染対策を行い、工夫して実施している地域の支え合い活動の好事例を市町間で共有します。
- タブレット等を活用してオンラインで実施する通いの場や認知症カフェ等、新たな手法を取り入れた活動の好事例を市町間で共有します。

【具体的な取組】

- ① 日常生活における感染症対策
今後、記載

- ② 地域活動における感染症対策

- 市町や地域包括支援センター職員を対象とした研修会の開催を通じて、感染対策を行い、工夫して実施している地域の支え合い活動の好事例を周知します。

○タブレット等を活用してオンラインで実施する通いの場や認知症カフェ等の事例集を作成し周知します。

【成果指標】

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
社会参加している高齢者の割合	72.4%	前回より改善

【活動指標】

1 分野を越えた福祉の推進

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
地域福祉コーディネーター養成者数	373人	毎年度30人
包括的相談支援体制の整備を行った市町数	11市町(2018年度)	全市町(2024年度)
権利擁護の地域連携ネットワークの中核となる機関の設置市町数	4市町(2020年度)	全市町
障害のある人を受け入れている介護サービス事業所数	52か所(2020年度)	73か所

2 地域活動の推進

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
すこやか長寿祭参加者数	4,986人	(精査中)
成人の週1回以上スポーツ実施率	54.5%(暫定値)	65.0%(2021年度)
シルバー人材センター就業延人員	2,176,823人	2,350,000人
生活支援コーディネータースキルアップ研修の受講者数	—	毎年度200人

3 地域共生社会の環境整備

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
県営住宅へのユニバーサルデザイン導入の割合	59.0%	66.0%(2021年度)
サービス付き高齢者向け住宅の登録戸数	5,232戸	他計画で策定中
県内の乗降客数3,000人/日以上 の鉄道駅のユニバーサルデザイン化の割合	91.0%	100%
バリアフリー対応バス車両の導入割合	74.4%(2018年度)	82.0%(2024年度)
住民主体の移動支援を実施している市町数	21市町	全市町
ハローワークにおける65歳以上の就職者数	3,687人	4,000人(2021年度)

4 安全・安心の確保

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
消費生活相談における被害額	359 千円	<u>380 千円以下</u> (2021年度)
交通事故の年間死者数	<u>101 人</u>	100 人以下
高齢者対象の参加・体験・実践型交通安全講習会開催回数	<u>21 回</u>	毎年度 18 回
住宅の耐震化率	89.3%(2018年)	他計画で策定中
福祉避難所運営マニュアル策定市町数	24 市町(2018年度)	<u>全市町(2021年度)</u>
避難行動要支援者の避難計画の策定に着手した市町数	31 市町(2020年度)	全市町
防災に関する知事認証取得者数	9,087 人	<u>9,000 人(2021年度)</u>
地域防災力強化人材育成研修修了者数	11,015 人	<u>12,000 人</u> (2021年度)

第2 健康づくり、介護予防・重度化防止の推進

介護保険制度は、高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を理念としています。

2019（令和元）年3月現在、要介護（支援）認定率（1号被保険者）は、16.0%と全国で6番目に低くなっています。

介護予防・重度化防止は、高齢者の「心身の機能」「日常の活動」「社会への参加」のそれぞれの要素にバランスよく働き掛け、一人ひとりの生きがいや自己実現を支援することが求められます。

このため、県では、高齢者が住み慣れた地域社会の中で安心してその人らしくいきいきとした日常生活を送ることができるよう、予防期、急性期、回復期、生活期の各段階を通じて多職種・多機関が連携し、切れ目なくリハビリテーションが提供されることを目指します。

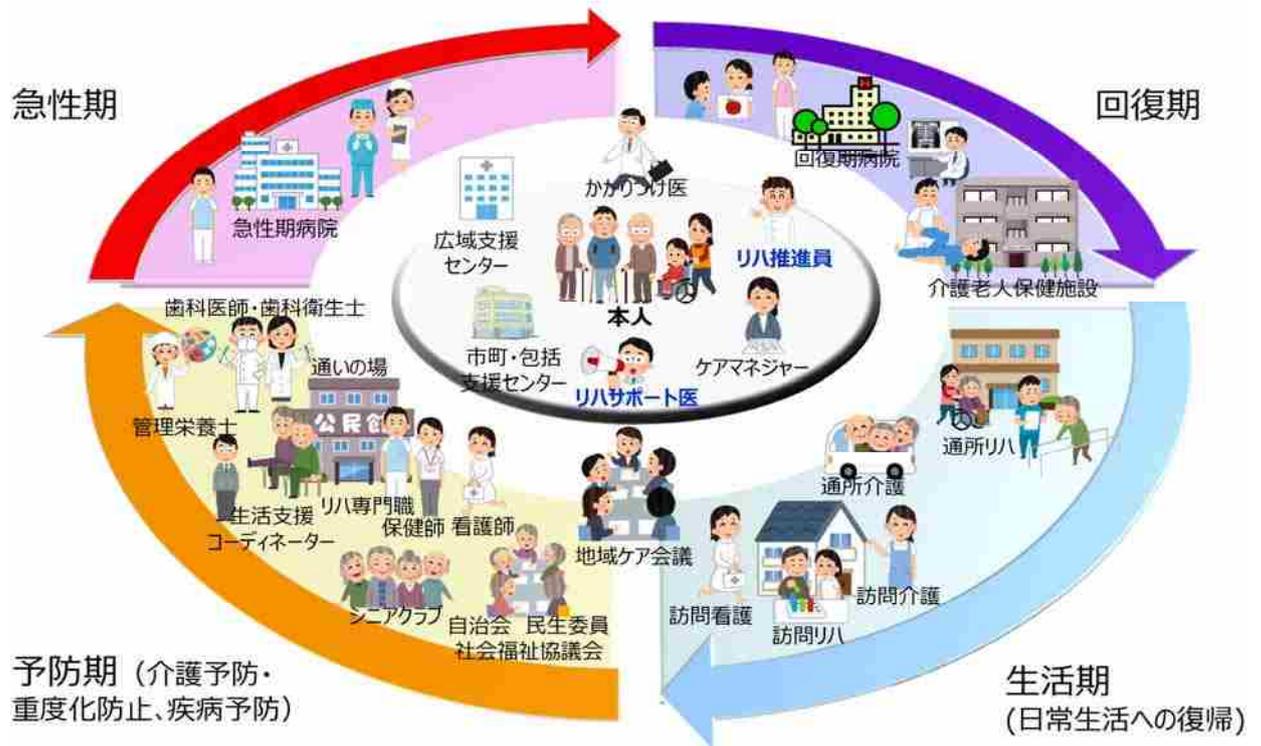
また、介護予防を含め将来の全世代の健康につなげるためには、子ども世代からの健康増進と疾病予防に取り組む生涯を通じた健康づくりが重要です。

このため、2021（令和3）年4月に開学する静岡県社会健康医学大学院大学を中心に、科学的な知見から、体系的な健康施策の構築や効率的な健康づくり・介護予防の取組を支援し、健康寿命の更なる延伸を図ります。

1 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

本人とその家族が、住み慣れた地域社会の中で安心してその人らしくいきいきとした日常生活を送ることができるよう、市町・地域包括支援センター、地域リハビリテーションサポート医や地域リハビリテーション推進員等が中心となり、予防期、急性期、回復期、生活期の各段階を通じて多職種・多機関が連携し、切れ目なくリハビリテーションを提供することを目指します。

<図2-1：静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿>



※地域リハビリテーション（一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会の定義）

地域リハビリテーションとは、障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生涯安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。

(1) 全体像

【現状と課題】

① 連携

- 静岡県の要介護（支援）認定者数は、2010（平成22）年3月の128,443人から2020（令和2）年3月には178,620人となっており、10年間で50,000人の増加、1.39倍の伸び率となっています。
- 要介護認定を受ける理由として、要介護では、認知症、脳血管疾患、骨折・転倒の順であり、要支援では、関節疾患、高齢による衰弱、骨折・転倒の順になっており（出典：厚生労働省 令和元年国民生活基礎調査）、予防の観点からのリハビリテーションや介護予防の取組が重要になります。
- それぞれの職種で、地域リハビリテーションの全体像をどのように共有するかが課題と

なっています。

- 地域リハビリテーションの理念や必要性について、地域リハビリテーションに関わる多職種・多機関の理解を深める必要があります。
- かかりつけ医や地域リハビリテーション推進員、ケアマネジャー、地域リハビリテーションサポート医、市町職員、地域包括支援センター職員、広域支援センター職員は、予防期、急性期、回復期、生活期の全ての段階で多職種と連携し、切れ目なく本人と関わっていきます。
- かかりつけ医の相談役や地域づくりへの協力を行う地域リハビリテーションサポート医は2020（令和2）年5月現在、18市町で、市町が実施する介護予防にリハビリテーションの視点から助言する地域リハビリテーション推進員は30市町で、それぞれ活動しています。
- 地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成が進んでいない地域があることから、周辺地域も含め、広域的な支援が求められています。
- 地域リハビリテーションサポート医・推進員の役割を浸透させ、地域包括支援センターとの連携を強化する必要があります。

② 地域リハビリテーション広域支援センター

- 地域ケア会議（個別会議）や住民主体の通いの場などへリハビリテーション専門職を効果的に派遣するため、地域リハビリテーション広域支援センター等の役割や体制を見直す必要があります。

【施策の方向性】

（市町の施策の方向性）

① 連携

- 高齢者に適切且つ効果的なリハビリテーションが提供されるよう、地域リハビリテーションサポート医・推進員の活用や各機関の協力により、多職種連携を進め、地域におけるリハビリテーション提供体制の強化を図ります。

② 地域リハビリテーション広域支援センター

- 圏域の実情に応じ、地域リハビリテーション広域支援センターと連携し、地域のリハビリテーション専門職の活用に取り組みます。

（県の施策・支援策の方向性）

① 連携

- 地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成に努め、各地域における地域リハビリテーション提供体制の整備を進めます。
- 各地域における地域リハビリテーションサポート医・推進員の役割の理解促進に取り組みます。

② 地域リハビリテーション広域支援センター

- 地域リハビリテーション広域支援センターの取組を評価し、積極的に活動を実施する地

域リハビリテーション広域支援センターをバックアップするとともに、再指定を視野に入れた体制づくりを進めます。

- 圏域の実情を踏まえ、地域リハビリテーション広域支援センター等が、市町等と協議し、圏域内のリハビリテーション専門職の派遣調整を実施する仕組みを整備します。

【具体的な取組】

① 連携

- 引き続き、県医師会や県リハビリテーション専門職団体協議会と連携し、地域リハビリテーションサポート医・推進員を養成します。
- 地域包括支援センター職員やケアマネジャーと地域リハビリテーションサポート医・推進員との連携の好事例を収集し、情報発信します。
- 地域リハビリテーションの理念の理解促進を図るため、市町や地域包括支援センターの職員を対象とした研修や専門職向けの研修等を実施します。

② 地域リハビリテーション広域支援センター

- 地域リハビリテーション広域支援センターの派遣調整・取組評価について、担当者連絡会を開催し、情報共有と好事例の普及や展開を図ります。

(2) 専門職の育成

【現状と課題】

- 静岡県が目指す地域リハビリテーションの提供のためには、地域の推進役となる地域リハビリテーションサポート医・推進員を中心に、リハビリテーション専門職、医師、看護師、ケアマネジャー、介護職員、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士等様々な職種との関わりが重要となるため、各職能団体と連携して、提供体制の整備を推進する必要があります。
- 地域包括支援センターと協力関係にあるかかりつけ医が、患者のリハビリテーションの必要性を判断し、訪問・通所リハビリテーションの利用や介護予防・フレイル予防に関する助言・指導をする必要があります。
- かかりつけ医の相談役や地域づくりへの協力を行う地域リハビリテーションサポート医は2020（令和2）年5月現在18市町で、市町が実施する介護予防にリハビリテーションの視点から助言する地域リハビリテーション推進員は30市町で、それぞれ活動しています（再掲）。
- 地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成が進んでいない地域があることから、周辺地域も含め、広域的な支援が必要です（再掲）。
- 市町における地域リハビリテーションサポート医・推進員の役割や活動内容を明確にしていくことが求められています。
- 地域リハビリテーションサポート医が、取り組むべき具体的な活動内容をより一層理解していくことが必要です。
- 通いの場や市町が実施する地域ケア会議など、介護予防事業に対するリハビリテーション専門職の派遣は、全ての市町で実施しており、2019（令和元）年度の派遣件数は2,374

件となっています。

- 地域ケア会議（個別会議）にリハビリテーション専門職が関与している市町が 2019（令和元）年度には 29 市町あります。
- 地域リハビリテーション推進員が、地域で活動しやすい環境づくりのために、所属機関の理解が必要です。
- 言語聴覚士が少なく、十分なサービスが提供できていません。
- 通いの場に歯科衛生士や管理栄養士が関与している市町は、2019（令和元）年度には 20 市町あります。
- 全ての専門職が自立支援の視点を持つよう、意識改革を促す必要があります。

【施策の方向性】

（市町の施策の方向性）

- 地域ケア会議（個別会議）やサービス担当者会議など、様々な場面で専門職の地域リハビリテーションに関する意識啓発に努めます。
- 専門職と地域リハビリテーションサポート医・推進員の連携強化を図ります。

（県の施策・支援策の方向性）

- かかりつけ医の地域リハビリテーションに関する意識の向上や理解促進を図ります。
- かかりつけ医がリハビリテーションの必要な患者を適切に医療・介護サービスにつなげるよう、資質の向上を図ります。
- かかりつけ医が、地域における連携づくりに協力する地域リハビリテーションサポート医に自ら進んでなろうとする仕組みづくりに取り組みます。
- 地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成に努め、各地域における地域リハビリテーション提供体制の整備を進めます（再掲）。
- 地域リハビリテーションへの医師の関与の必要性について市町の理解を深める取組を進めます。
- リハビリテーション専門職の派遣に協力できる機関を新たに指定し、地域リハビリテーション推進員が活動しやすい環境を整備します。
- 摂食・嚥下障害のある人に対して、その機能の維持向上を図るため、嚥下訓練や必要な検査及び助言・指導を行う体制を整備します。
- 市町における自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の開催を促進し、会議を通じてケアマネジャーのケアマネジメント能力の向上やアドバイスをする多職種のスキルアップを図ります。

【具体的な取組】

- かかりつけ医地域リハビリテーション基礎研修や地域リハビリテーションサポート医養成研修などの機会を通じて、かかりつけ医や市町職員等に対し、地域リハビリテーションに対する理解を深め、地域リハビリテーションサポート医が取り組むべき活動内容を周知すること等により、在宅患者に対するリハビリテーション提供体制の強化を図ります。
- 地域リハビリテーションサポート医やかかりつけ医が、健診時等にスクリーニングを行

い、市町と連携して、状態に応じた医療・介護・介護予防・日常生活支援総合事業・インフォーマル等のサービスにつなげるモデル事業に取り組みます。

- 引き続き、医師会やリハビリテーション専門職団体協議会と連携し、地域リハビリテーションサポート医・推進員を養成します（再掲）。
- 地域リハビリテーションサポート医・推進員の活動の好事例を収集、発信し、市町が期待する役割をイメージできるよう支援します。
- 地域リハビリテーション広域支援センター等に加え、市町が実施する介護予防事業や地域ケア会議（個別会議）等へのリハビリテーション専門職の派遣に協力できる施設を地域リハビリテーション協力機関に指定し、派遣の仕組みづくりを進めます。
- 言語聴覚士の育成を進めるとともに、歯科衛生士等との連携を強化します。
- 自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の運営支援を担う広域支援員の派遣や、市町・地域包括支援センター職員向け研修会を開催します。

(3) 住民への普及啓発

【現状と課題】

- 地域の関係者や住民に、地域リハビリテーションの資源（フォーマル、インフォーマル）の更なる周知が必要です。
- 地域リハビリテーションの理念や必要性について、住民の理解を深める必要があります。
- 県民へのオーラルフレイルや低栄養、水分不足、運動不足の解消などについての普及啓発が必要です。

【施策の方向性】

（市町の施策の方向性）

- 「静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿」を参考にして、地域資源の状況や、現行の地域リハビリテーション提供体制を踏まえ、その地域にあった切れ目のないリハビリテーション提供体制を検討し、住民に周知します。

（県の施策・支援策の方向性）

- 地域リハビリテーションに関わる多職種がその全体像を共有する取組を進め、地域の関係者や住民に地域資源を周知する取組を支援します。
- オーラルフレイルや低栄養など、高齢者が日常生活を送る上で注意すべきことについて、県民の理解促進を図ります。

【具体的な取組】

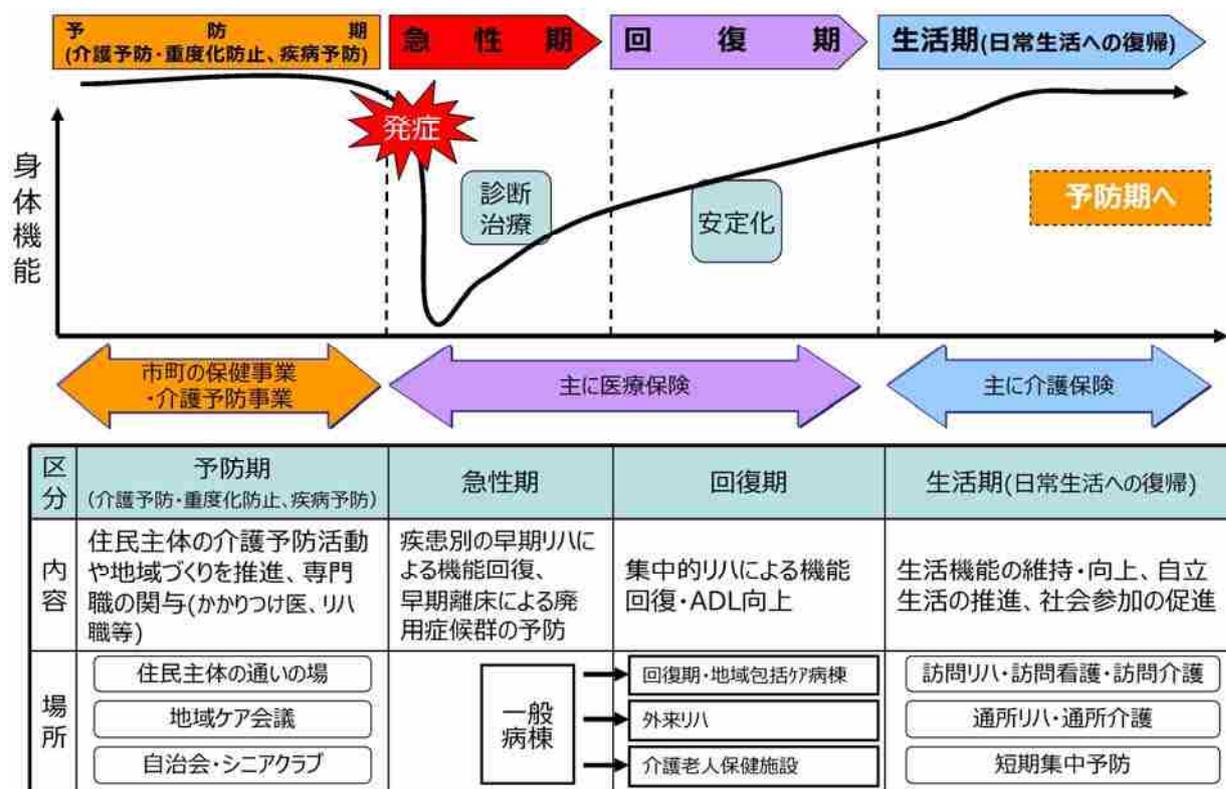
- 市町や地域包括支援センター、専門職が、住民に対し、地域リハビリテーションの理念の理解促進を図る取組等を進めるため、県が実施する市町や地域包括支援センターの職員、専門職向けの研修等を実施します。

2 各段階における地域リハビリテーションの充実

高齢者が住み慣れた地域で、最期まで安心していきいきと暮らしていくためには、介護予防だけでなく、病気やケガなどにより入院が必要になった時（急性期）から、回復期、生活期まで、どの段階においてもリハビリテーションを切れ目なく提供し、できるだけ自立を支援していくことが重要です。

そのためには、各段階において地域リハビリテーションの提供体制を整備し、その上で、段階が変わっても継続してリハビリテーションが提供できるよう、各提供機関や関係職種等の連携を強化していきます。

<図2-2：地域リハビリテーション全体の流れ>



(1) 予防期（介護予防・重度化防止、疾病予防）

【現状と課題】

- 介護予防の必要性を住民が認識し、通いの場等への積極的な参加など、自発的な活動が必要です。
- 住民主体の通いの場は、2020（令和2）年3月現在、4,226 か所設置されており、参加者数は95,512人で、高齢者人口に対する参加率は8.8%となっています。
- 住民主体の通いの場等で効率的、効果的に介護予防を推進するためには、リハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士、地域リハビリテーションサポート医等の医療専門職の関与促進が必要です。
- また、市町の保健師による健康指導や、看護師による生活指導・健康相談を通いの場や介護予防教室で行うなど、連携した取組が必要です。
- 2020（令和2）年度に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(※)」が施行され

たことから、フレイルやオーラルフレイル対策、疾病予防・重症化予防を含め、介護予防を推進する必要があります。

※高齢者の効果的な健康づくりに向けた切れ目のない支援を行う体制整備をするもの。
高齢者の健康課題解決や生活機能の改善については、医療保険制度（国民健康保険、後期高齢者医療制度等）に基づく保健事業と、介護保険制度に基づく介護予防事業が、それぞれの制度及び年齢によって実施され事業の連携が取れていないこと等が課題となっている。

- かかりつけ医が患者の介護予防に関与し、一気に重度化することを防ぐ必要があります。
- 通いの場等の創出には生活支援コーディネーターと地域包括支援センターの連携が必要です。
- 新型コロナウイルス感染症の流行下において、活動を継続するためには、通いの場や一般介護予防事業の開催方法の工夫が必要です。
- 介護予防リーダーなど担い手の不足が課題となっているため、自治会や民生委員、社会福祉協議会等が協力してボランティア等を育成することにより、担い手の確保を図っていく必要があります。
- 自立支援の視点を入れたケアプランの作成により、事業対象者を要介護にしない取組が必要です。
- 生涯を通じて歯と口の機能を維持していくため、80歳で20本の自分の歯を保つ、「8020（ハチマルニイマル）運動」に取り組んでいます。
- 介護予防を含め将来の全世代の健康につながるためには、子ども世代からの健康増進と疾病予防に取り組む生涯を通じた健康づくりが重要です。
- 多くの疾患で、全国に比べて死亡率は低い状況ですが、高齢化等により、がんの死亡者が増加しており、また、脳血管疾患の死亡者が全国に比べて多い状況です。
- たばこ対策を含めた生活習慣病の発生予防、早期発見、重症化予防等の対策を進める必要があります。

【施策の方向性】

（市町の施策の方向性）

- 住民の介護予防に関する意識啓発や住民の自発的な介護予防活動の推進のため、通いの場の立ち上げや運営支援のほか、通いの場等の設置数や参加率など、定量的な目標を住民に示し、取り組みます。
- 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」の制度施行を踏まえ、現行の介護予防と保健事業の取組を整理し、かかりつけ医をはじめとする医療専門職の関与を強化するなど、効率的、効果的な予防の推進を図ります。
- また、その際に、通いの場等に関与する医療専門職が、一定程度心身機能が低下した住民を介護サービス等の集中的なリハビリテーションにつなげる仕組みを検討します。
- 新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、状況に応じて通いの場や一般介護予防事業についてオンライン等の方法により実施します。
- 介護予防リーダーなどの担い手を養成するため、地域支援事業を活用して、ポイントの

付与や有償ボランティアを推進します。

- 健診（検診）や保健指導を実施し、各市町の健診データの分析結果を住民に提供するほか、乳幼児から高齢者までライフステージに応じた健康づくりの取組を推進します。

（県の施策・支援策の方向性）

- 通いの場等への専門職の関与促進や地域リハビリテーションサポート医・推進員による住民への啓発活動を支援します。
- 市町の介護予防事業に協力可能な歯科衛生士、管理栄養士を養成するとともに、リハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士の市町事業への派遣の仕組みづくりを行います。
- 圏域の実情を踏まえ、地域リハビリテーション広域支援センター等が、市町等と協議し、圏域内のリハビリテーション専門職の派遣調整を実施する仕組みを整備します（再掲）。
- リハビリテーション専門職の派遣に協力できる機関を新たに県が指定し、地域リハビリテーション推進員が活動しやすい環境を整備します（再掲）。
- 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」における市町の実施状況を把握し、好事例の共有化を図ります。
- かかりつけ医をはじめとする医療専門職の通いの場等への関与や健診、診療時におけるスクリーニングなど「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を行う市町を支援します。
- 地域ケア会議（推進会議）への生活支援コーディネーターの出席を促進するなど、地域課題の把握と資源開発を連携して実施する取組を促進します。
- 市町における自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の開催を促進し、多職種でのケアプランの改善を図るとともに、研修等により専門職のスキルアップを図ります。
- 新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、市町がオンライン等で実施する通いの場や一般介護予防事業の好事例を市町間で共有します。
- 介護予防ボランティアの育成や地域包括支援センター職員等による担い手養成・組織化を図り、担い手の確保を促進します。
- 歯や口の健康づくりへの関心を深め、自主的な努力を促すため、8020 推進員の養成などにより、8020 運動を推進します。
- 地域によって異なる健康課題や生活状況に応じて、健康課題の分析や健康づくり従事者の人材育成を行い、広域的に市町を支援します。
- 健康づくりや健診の重要性、ロコモティブシンドロームやオーラルフレイル、低栄養など高齢者に生じやすい疾患や健康上の問題について、県民の理解促進を図ります。

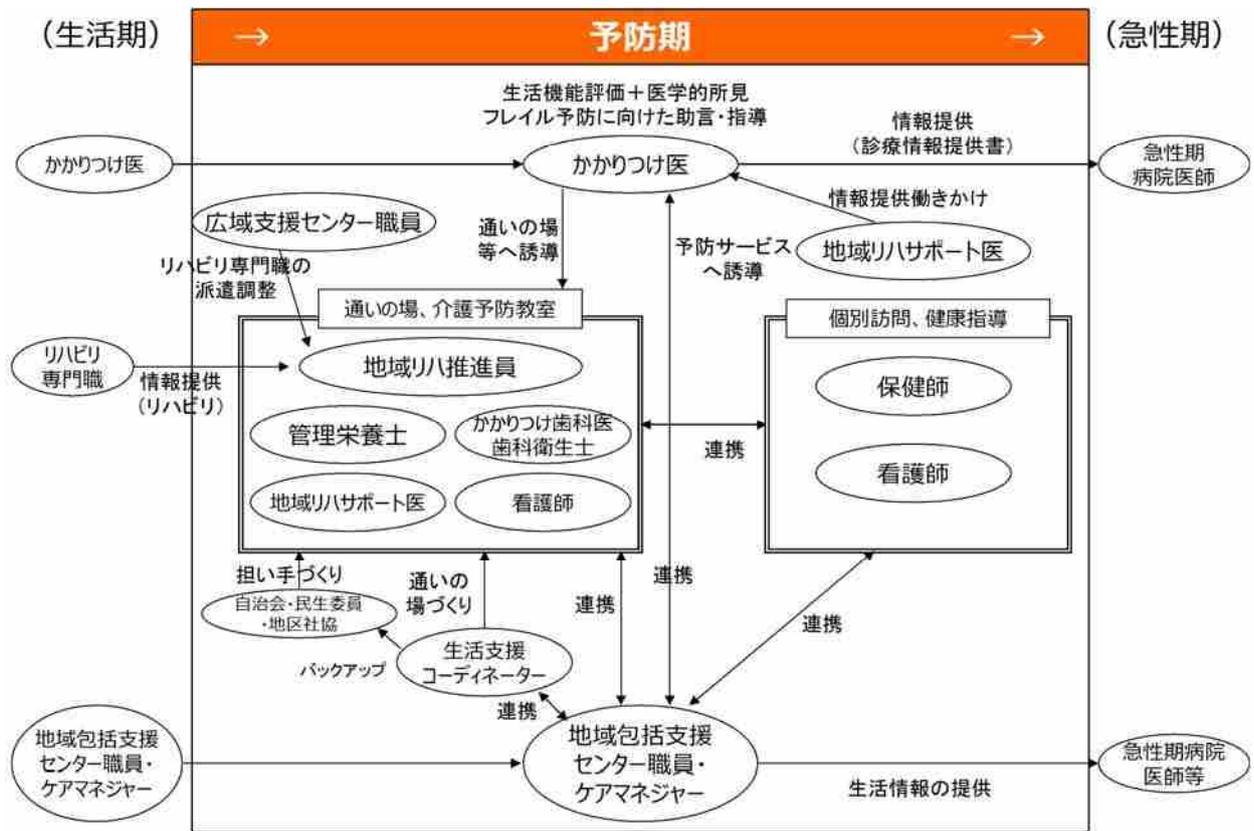
【具体的な取組】

- 住民主体の通いの場や生活習慣病予防の好事例を把握し、研修会等を通じて周知・普及を図ります。
- 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」により、医師が健診や日常の受診の機会をとらえ、生活習慣病の重症化予防とフレイルに関する評価を行い、高齢者の状態に応じたサービス等につなげる仕組みを構築します。
- 地域リハビリテーション広域支援センターの派遣調整・取組評価について、担当者連絡

会を開催し、情報共有と好事例の普及展開をしていきます（再掲）。

- 市町の介護予防事業に協力可能なリハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士を養成するとともに、派遣の仕組みづくりを支援します。
- 農福連携による介護予防や認知症予防の好事例を把握し、研修会等を通じて周知・普及を図ります。
- 県民の抱える健康課題や疾病状況の見える化のため、特定健診結果の分析や死因の統計分析を行います。
- ロコモティブシンドロームやオーラルフレイル、低栄養など高齢者に生じ易い健康上の問題に関する正しい情報を県民に広く周知を行い、予防に取り組む県民を増やします。
- ふじ33プログラムなど健康長寿プログラムを普及し、県民の健康づくりの実践を促します。

<図2-3：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（予防期）>



<表 2-1 : 関係職種に期待される役割 (予防期) >

区分	職 種	役 割
予防期に関わる職種	リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	・市町等が実施する介護予防事業 (介護予防教室・地域ケア会議 (個別会議) 等) に関わり、専門職の視点から助言
	訪問看護師	・地域住民に対する慢性疾患など重症化予防のための内服管理指導や生活指導、健康相談
	保健師	・家庭訪問や通いの場等で、健康状態や生活習慣等を把握し、健康指導や助言 ・健康相談、介護予防のための地域づくり
	歯科医師・歯科衛生士	・通いの場等で、口腔機能・口腔衛生の観点から助言
	管理栄養士	・通いの場等で、適切な栄養摂取など低栄養防止の観点から助言
	生活支援コーディネーター	・地域住民に対する通いの場の設置等の働き掛け、地域資源の開発
	自治会・民生委員・社協	・生活支援コーディネーター等のバックアップのもと、通いの場等における担い手づくり、住民の社会参加を推進
全ての段階 (期) に関わる職種	かかりつけ医	・患者の基礎疾患の管理や介護予防・フレイル予防に向けた助言・指導 ・患者の生活機能低下への気付きとその対応
	かかりつけ歯科医	・患者の口腔機能管理やオーラルフレイル予防に向けた助言・指導、関係機関との連携
	広域支援センター職員	・地域リハビリテーション関係機関との連携事業や連絡協議会を実施 ・市町等からの依頼を受け、市町の介護予防事業等に関与するリハビリテーション専門職の派遣調整を実施
	ケアマネジャー	・ケアプランの作成やその実施状況の評価に当たり、かかりつけ医やリハビリテーション専門職、他専門職等との緊密な連携調整
	地域包括支援センター職員	・介護予防サービスを利用し自立した生活ができるよう介護予防ケアマネジメントの実施 ・通いの場等のインフォーマルサービスや、市町・地域包括支援センター等が実施する介護予防教室等の紹介
	地域リハサポート医	・市町が実施する介護予防教室などで、講師として介護予防の必要性を啓発 ・かかりつけ医・ケアマネジャーに対する研修会の講師 ・地域ケア会議 (個別会議) における医学的視点からの助言
	地域リハ推進員	・市町や関係機関との地域リハビリテーションの仕組みづくり ・地域ケア会議 (個別会議) で自立支援の視点から助言 ・介護予防教室での運動機能・IADL (手段的日常生活動作) 評価と助言

(2) 急性期

【現状と課題】

- 急性期においても、術後すぐにリハビリテーションを行う取組が進んでおり、早期に退院を促し入院日数が短縮される傾向を踏まえ、退院支援が重要となっています。
- 急性期、回復期において、入院時から、退院後の生活を見据えた医療関係者と介護関係者、リハビリテーション専門職との円滑な情報共有が必要です。
- また、そのためには、退院支援のルールづくりや、多職種による入退院時の連携体制の整備が必要です。
- 入院患者の合併症の予防・軽減のため、早期の歯科の介入や、術前からの口腔ケアを実施する必要があります。

【施策の方向性】

(市町の施策の方向性)

- 地域の病院における退院支援の状況を把握し、そのルールづくり、円滑な在宅復帰・介護サービス利用のための連携の仕組みを検討し、見える化した上で、地域住民への普及を図ります。

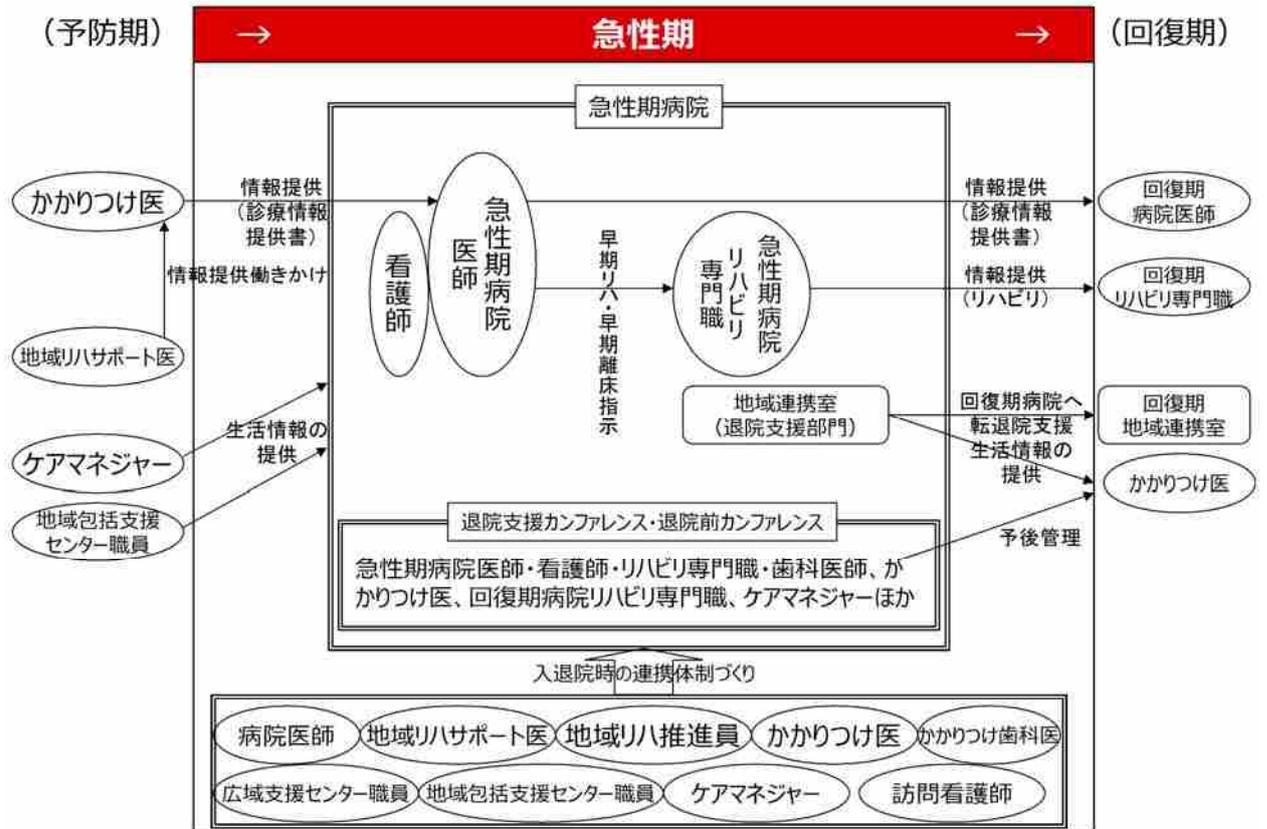
(県の施策・支援策の方向性)

- 入院から退院、その後の在宅復帰と介護サービス利用まで、市町や病院等が中心となって、地域リハビリテーションサポート医や地域リハビリテーション推進員をはじめ、医療関係者と介護関係者が連携し、入退院を通じて切れ目なくリハビリテーションを提供できる連携体制の整備や退院支援のルールづくりや、地域住民への普及を促進します。
- 病院でできたことが自宅へ帰るとできなくなるケースが多くあり、入院時から退院後の生活を見据えた医療関係者と介護関係者の連携が求められています。入院時、急性期、回復期を通じて、リハビリテーション専門職を含め関係者が必要な情報を共有できる、ICT等も活用した仕組みづくりを進めます。
- 入院中の口腔ケアや口腔機能の向上に向けた体制を整備するため、歯科のない地域医療支援病院と地域の歯科医師による連携体制の構築を進めます。

【具体的な取組】

- 病院調査等から入院日数の傾向や転院、在宅等への復帰の現状を把握し、市町や病院による、連携体制の整備や広域における退院支援のルールづくりを支援します。
- 地域包括ケア情報システム「シズケア*かけはし」や「ふじのくにねっと」を活用した連携に取り組みます。

<図 2-4：地域リハビリテーションの各段階における関係職種連携の連携（急性期）>



<表2-2：関係職種に期待される役割（急性期）>

区分	職 種	役 割
急性期に関わる職種	急性期病院 医師	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患別の早期リハビリテーションによる機能回復 ・治療を受けた患者が、どこまで回復できるかの見通しを持ち、今後どのようなリハビリテーションを受ける必要があるかを決定し、必要に応じて回復期を担う病院を紹介 ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	急性期病院 看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・重篤化予防に向けた適切な看護ケアの提供 ・退院に向けた在宅調整
	急性期病院 リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患別の早期リハビリテーションによる機能回復 ・早期離床による廃用症候群の予防
	急性期病院 歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科医療の提供 ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
全ての段階（期）に関わる職種	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時の患者情報（診療情報提供書）の提供 ・退院支援カンファレンス等への参加 ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	かかりつけ歯科医	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時の患者情報（診療情報提供書）の提供や病院への訪問歯科診療の実施、関係機関との連携
	広域支援センター 職員	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時に入院前の生活状況等を病院等へ情報提供 ・入院時に退院後を見据えて、患者・入所者の要介護認定の新規申請や更新認定の手続き ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	地域包括支援 センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時に入院前の生活状況等を病院等へ情報提供 ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加 ・ケアマネジャーが担当していない場合の相談支援や各種手続き
	地域リハ サポート医	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時における病院への適切な診療情報の提供に関するかかりつけ医への働き掛け ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	地域リハ推進員	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院時の連携の体制づくりについて関係機関における協議の場へ参加

(3) 回復期

【現状と課題】

- 回復期のリハビリテーションはそれぞれの医療機関や介護施設で行われていますが、回復期リハビリテーション全体を通じた質の向上が求められています。
- 入院患者が日常生活に復帰するには、退院直後からのリハビリテーションの継続が重要となりますので、退院時に円滑な在宅復帰に必要な情報を回復期病院医師からかかりつけ医、回復期病院リハビリテーション専門職から在宅生活を支えるリハビリテーション専門職、介護事業所職員など、関係者で共有をする必要があります。
- このため、退院前カンファレンスに退院後の生活を支えるケアマネジャーや、かかりつけ医、訪問看護師等の参加が必要です。
- 食べたり飲み込んだりすることが難しくなった場合には、機能を回復し、維持できるように、口腔機能管理や摂食嚥下リハビリテーションが必要です。

【施策の方向性】

(市町の施策の方向性)

- 入院時に要介護認定を受けていない住民が退院後にリハビリテーションを継続できるように暫定介護サービス計画や介護予防・日常生活支援総合事業の利用なども含め、退院から認定までの期間におけるリハビリテーションの提供方策について検討します。
- 退院後の生活において、切れ目のないリハビリテーションが提供できるように、地域包括ケア情報システム「シズケア*かけはし」等のICTを積極的に活用します。

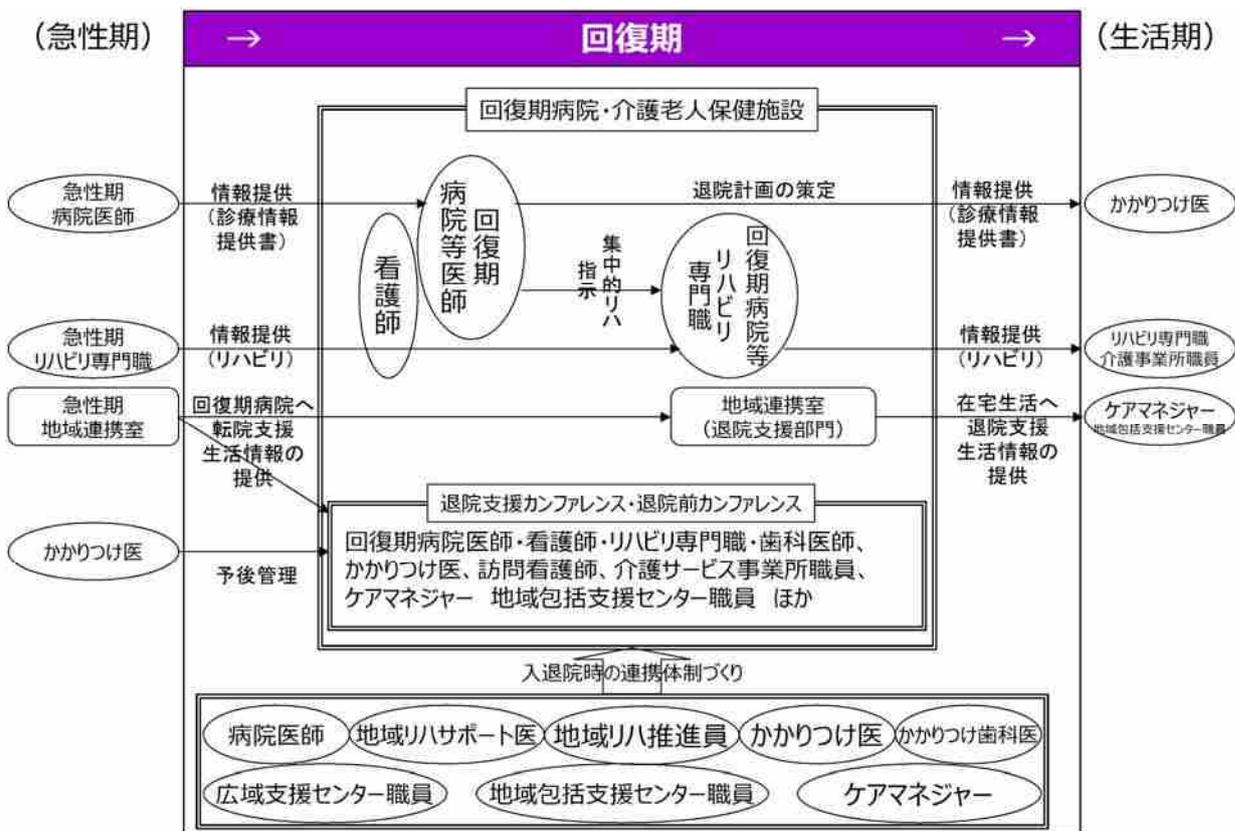
(県の施策・支援策の方向性)

- それぞれの医療機関・介護施設において質の高い回復期リハビリテーションが行われるよう、情報提供や好事例の横展開を進めます。
- 各地域で地域リハビリテーションサポート医や地域リハビリテーション推進員をはじめ、病院関係者と在宅医療・介護・福祉関係者が連携した在宅復帰支援体制の整備を図ります。
- 病院でできたことが自宅へ帰るとできなくなるケースが多くあり、入院時から退院後の生活を見据えた医療関係者と介護関係者の連携が求められています。入院時、急性期、回復期を通じて、リハビリテーション専門職を含め関係者が必要な情報を共有できる、ICT等も活用した仕組みづくりを進めます(再掲)。
- 口腔機能の回復に必要な口腔機能管理や摂食嚥下リハビリテーションを実施できる歯科医師を養成します。

【具体的な取組】

- 地域リハビリテーション広域支援センターを中心に、回復期のリハビリテーションの質の向上に向けた研修を実施します。
- 入院から在宅療養へ円滑に移行できる体制づくりに向けて作成した「静岡県在宅療養支援ガイドライン」を活用し、基本的な退院支援ルールを普及します。
- 地域包括ケア情報システム「シズケア*かけはし」や「ふじのくにねっと」を活用した連携に取り組みます(再掲)。

<図 2-5 : 地域リハビリテーションの各段階における関係職種連携 (回復期) >



※急性期から退院して回復期を経ずに生活期 (日常生活への復帰) へ移行される方もいる。

<表 2-3 : 関係職種に期待される役割 (回復期) >

区分	職 種	役 割
回復期に関わる職種	回復期病院 医師	<ul style="list-style-type: none"> 在宅復帰が可能な患者には社会資源の活用を支援して地域への復帰を働き掛け 退院支援計画の策定と実施 かかりつけ医へのリハビリテーションに関する診療情報提供
	回復期病院 リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟で専門的な医学的リハビリテーションを担当し、心身機能回復を図りながら社会復帰の観点からのリハビリテーションを実施 退院後の生活を想定した退院支援計画の策定と実施 退院後の支援スタッフへの情報提供と連携
	回復期病院 歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医療の提供 退院後の継続的な口腔機能管理の提供に向けた介護関係機関等との連携
	訪問看護師・ 看護師	<ul style="list-style-type: none"> 高度医療処置のある在宅療養者への医療管理及び家族を含む技術（医療ケア）指導 看護の側面から退院後の生活を想定した退院支援計画の策定と実施 退院後の支援チームとの情報交換と連携
	介護サービス 事業所職員	<ul style="list-style-type: none"> 退院前に、利用者の状態や、サービスの中止基準や禁忌事項等について情報収集
全ての段階（期）に関わる職種	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の継続的なリハビリテーションの提供に向けた関係機関との連携
	かかりつけ歯科医	<ul style="list-style-type: none"> 病院への訪問歯科診療の実施、関係機関との連携
	広域支援センター 職員	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の継続的なリハビリテーション提供に向けた関係機関との連携促進のための研修実施 病院スタッフと退院後の支援スタッフとの相互理解のための研修実施
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> 退院前に、病棟スタッフ、訪問看護師やリハビリテーション専門職、他専門職等と連携し、住環境等の確認、住宅改修や福祉用具の利用検討 患者・入所者の要介護認定の新規申請や更新認定の手続き
	地域包括支援 センター職員	<ul style="list-style-type: none"> 退院前に、退院後の必要なサービスや生活状況等を情報共有 ケアマネジャーが担当していない場合の相談支援や各種手続き
	地域リハ サポート医	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の継続的なリハビリテーション提供に向けた病院と在宅医療・介護関係機関との仕組みの構築
	地域リハ推進員	<ul style="list-style-type: none"> 退院後の切れ目のないリハビリテーション提供に向けたケアマネジメント支援や仕組みづくり

(4) 生活期（日常生活への復帰）

【現状と課題】

① 退院後のリハビリテーションの継続

- 介護予防・日常生活支援事業の短期集中サービス（C型）を実施している市町は、2019（令和元）年度時点で25市町となっています。
- 訪問リハビリテーション事業所が近くになく、退院後のリハビリテーションが受けられないことがあります。
- 必要な時期に必要な量のリハビリテーションを提供する必要があります。また、必要なリハビリテーションが提供されていない高齢者を確認していくことも必要です。
- 要介護認定の結果が出るまでに時間がかかり、退院後にリハビリテーションを開始するまでに機能が低下してしまうことがあります。
- ケアプランにリハビリテーションが入っておらず、退院後にリハビリテーションが継続できていないことがあります。
- 生活期における効果的なリハビリテーションの継続のためには、リハビリテーションの視点を踏まえたケアプランを作成する必要があります。そのためにはかかりつけ医とケアマネジャーの日常的な情報共有や連携が重要です。

② 生活・身体機能維持

- 日常生活の動作の中にリハビリテーションを取り入れる必要があります。また、本人にも、自分自身で体を管理しメンテナンスを行う、セルフコンディショニングの視点が必要です。
- 日常生活の不便をサービスで補う意識が住民にも専門職にも根強くありますが、サービスによって利用者の有する能力を維持・向上していくよう、自立した生活を目指していく必要があります。
- 心身機能が低下した人を回復期リハビリテーションに戻し、重度化を防ぐことも必要です。
- 寝たきりの場合など、歯科診療所を受診することが困難な高齢者がおり、口腔環境が悪化し、歯周病等、口腔領域の感染症が増えています。

③ 予防への移行

- 生活期のリハビリテーションで生活機能の維持・改善が図られた人は予防に移行させていく必要があります。
- 市町全域の地域ケア会議（推進会議）を実施している市町数は、2019（令和元）年度時点で31市町となっています。
- 市町や地域包括支援センターが多職種で高齢者への適切な支援と必要な支援体制について検討する地域ケア会議（個別会議）の中でも、自立支援、介護予防・重度化防止の視点を重視した地域ケア会議（個別会議）を更に充実させていく必要があります。
- ケアマネジャーが介護予防・日常生活支援総合事業やインフォーマルサービスをケアプランに十分入れられていません。

【施策の方向性】

(市町の施策の方向性)

- 生活期での心身機能の維持及び介護サービスの卒業による予防への移行や、予防での介護予防・日常生活支援総合事業やインフォーマルサービスを利用した生活支援・介護予防の流れを整理し、住民に周知します。
- 自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の開催やモニタリングに関する定量的な目標を設定し、積極的な活用を図ります。
- 自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の開催方針を示し、住民や専門職に対し、会議の趣旨について理解を促進します。
- ケアマネジメントを担うケアマネジャーの資質向上に関する方策を検討し、住民に示します。

(県の施策・支援策の方向性)

① 退院後のリハビリテーションの継続

- 市町の適切なサービス見込みによる需要予測を支援し、介護老人保健施設やみなし指定事業所の事業への参入を図ります。
- 退院後の高齢者が早期に日常生活への復帰を果たすため、介護予防・日常生活支援総合事業の短期集中サービス（C型）の提供する体制整備を支援します。
- 状態に応じて、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、訪問看護ステーションのリハビリテーションの使い分けや連携を促進します。
- 退院直後からリハビリテーションが利用できるよう、市町ごとの仕組みづくりを支援します。
- 各地域で地域リハビリテーションサポート医や地域リハビリテーション推進員をはじめ、病院関係者と在宅医療・介護・福祉関係者が連携した在宅復帰支援体制の整備を図ります（再掲）。
- ケアマネジャーやかかりつけ医に加え、本人や家族に対してリハビリテーションの重要性の理解促進を図ります。

② 生活・身体機能維持

- ホームヘルパーとリハビリテーション専門職が連携して利用者を訪問するなど一緒に動ける体制の強化を図ります。
- ケアマネジャーに多職種とリハビリテーション専門職の連携の重要性について理解を促進します。
- 本人のできることを大切にし、できることを増やしていくための自立支援の意識啓発を促進します。
- かかりつけ医が必要に応じて患者を専門機関でのリハビリテーションにつなぐことができるよう、かかりつけ医の意識の向上や理解促進を図ります。
- 高齢者の口腔ケアや口腔機能の維持・向上のため、かかりつけ歯科医の定着を図るとともに、在宅歯科診療や居宅等での口腔管理の普及啓発を推進します。

③ 予防への移行

- 介護サービスでの支援から介護予防・日常生活支援総合事業やインフォーマルサービス

での支援に移行できる人を増やすために、自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の活用を促進します。そのため、地域リハビリテーションサポート医や地域リハビリテーション推進員の地域ケア会議（個別会議）への参画を促進します。

- 各圏域における地域リハビリテーションサポート医や地域リハビリテーション推進員の活動を促進するため、広域支援センターによる連絡協議会の開催を支援します。
- 介護サービス以外に、介護予防・日常生活支援総合事業やインフォーマルサービスにより生活期における介護予防に活用すべきことを周知します。
- 全ての市町において、地域ケア会議（個別会議）にリハビリテーション専門職をはじめ、医師や管理栄養士、歯科衛生士など、多職種が参加できる環境の整備を推進します。

【具体的な取組】

① 退院後のリハビリテーションの継続

- 地域包括ケア推進ネットワーク会議（圏域会議）等の機会を通じて、必要な情報提供や好事例の横展開、圏域ごとの連携に向けた意見交換、情報交換の機会を提供します。
- 入院から在宅療養へ円滑に移行できる体制づくりに向けて作成した「静岡県在宅療養支援ガイドライン」を活用し、基本的な退院支援ルールを普及します（再掲）
- かかりつけ医向け地域リハビリテーション基礎研修や地域リハビリテーションサポート医養成研修、ケアマネジャーとの事例検討会などを通じて、かかりつけ医やケアマネジャー等のリハビリテーションに対する理解を深めるとともに、地域リハビリテーション広域支援センターが実施する住民向けの講演会等の開催を支援します。

② 生活・身体機能維持

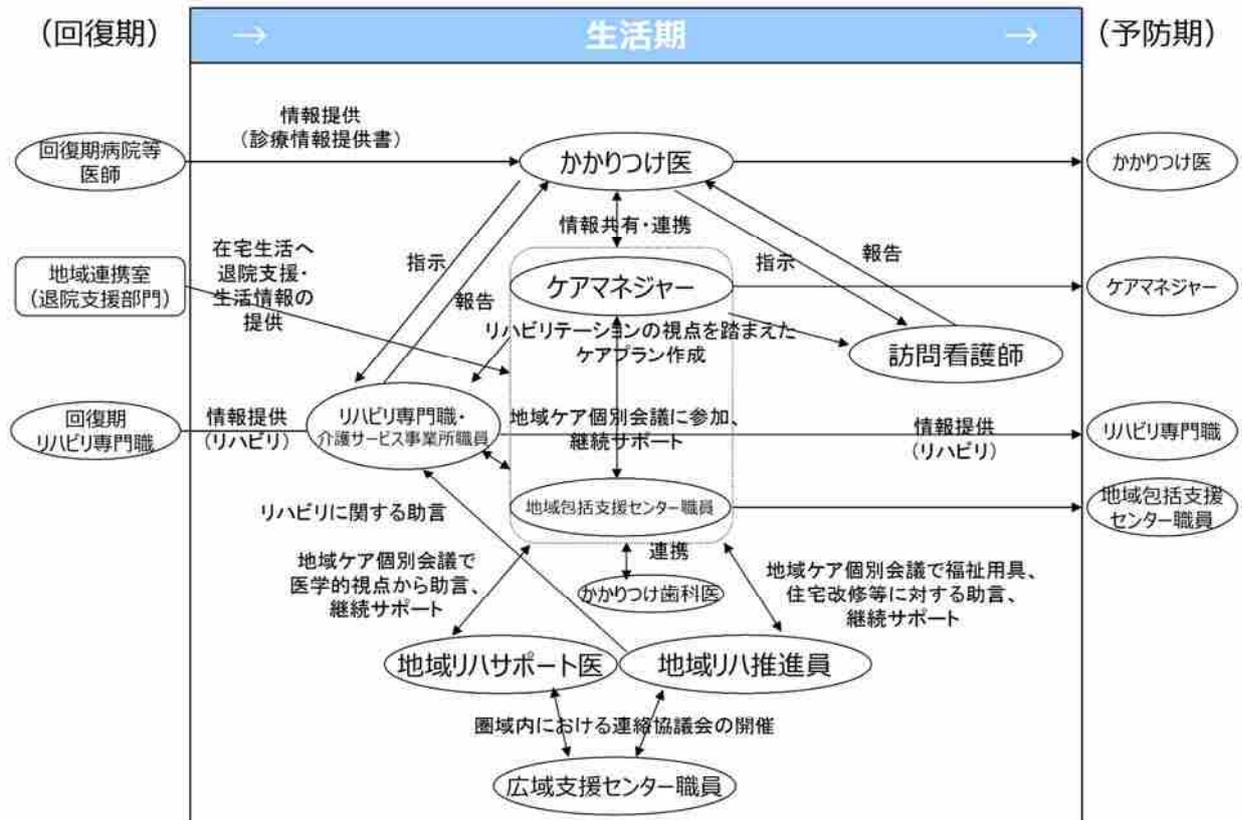
- リハビリテーションの活用に係る多職種連携研修会や合同勉強会で、多職種と一緒に訪問するなど、好事例を紹介し、横展開を図ります。
- リハビリテーションの活用に係る多職種連携促進に係る研修・合同勉強会や多職種連携会議を開催し、ケアマネジャーへの多職種連携の重要性を促進します。
- 地域リハビリテーション広域支援センターが実施する住民向けの講演会等の開催を支援します（再掲）。
- かかりつけ医向け地域リハビリテーション基礎研修や地域リハビリテーションサポート医養成研修などを通じて、かかりつけ医のリハビリテーションに対する理解を深めます（再掲）。

③ 予防への移行

- 市町職員や地域包括支援センター職員の制度理解や実践力向上、介護予防・日常生活支援総合事業やインフォーマルサービスでの支援につなげるため、各市町における好事例や効果的な実施方法の紹介などを含む地域ケア会議活用促進研修を実施します。
- 市町における地域ケア会議（個別会議）の効果的な開催を支援するため、アドバイザーとして広域支援員を派遣します。
- 職能団体等が参加する地域包括ケア推進ネットワーク会議や地域包括ケア推進ネットワーク会議地域リハビリテーション推進部会において、地域ケア会議（個別会議）に多職種が参加する方法について検討します。

- 市町からケアマネジャーに、介護予防・日常生活支援総合事業やインフォーマルサービスの情報提供を行うよう働き掛けます。
- 予防への移行における介護予防・日常生活支援総合事業やインフォーマルサービスの活用の好事例を収集し、情報発信します。

<図 2-6 : 地域リハビリテーションの各段階における関係職種連携 (生活期) >



<表2-4：関係職種に期待される役割（生活期）>

区分	職 種	役 割
生活期に関わる職種	訪問看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・重症化しないための生活管理、チームケアにおける調整機能 ・リハビリテーション提供に伴い、患者の病状変化があった場合に、かかりつけ医へ報告 ・在宅移行後の様子を病院の退院調整担当者にフィードバック
	リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者等や家族に対する総合的な相談・支援 ・介護（介護予防）サービスを利用し自立した生活ができるようリハビリテーションの実施及び助言
	介護サービス事業 所職員	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅の要介護高齢者に対し日常生活訓練などを実施 ・訪問リハビリテーション・訪問看護は、かかりつけ医の指示のもと、高齢者等に対する歩行や食事、機能訓練等を、生活スタイルの再構築・定着を図る観点から提供
全ての段階（期）に関わる職種	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状態に応じたリハビリテーションの必要性を判断し、適切な介護サービスへつなげる ・介護サービス提供時のリスク管理に関する助言 ・「サービス担当者会議」への参加等を通じた、傷病の経過等に関する情報提供
	かかりつけ歯科医	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問歯科診療等の実施 ・地域の専門職や関係機関との連携や歯科の視点からの助言
	広域支援センター 職員	<ul style="list-style-type: none"> ・地域リハビリテーション関係機関との連携事業や連絡協議会を実施 ・圏域において、地域リハビリテーションサポート医・推進員と意見交換を実施するなど相互の連携を促進 ・地域リハビリテーションの充実のための地域課題の把握と支援
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護高齢者等やその家族からの相談に応じて、心身機能の状況等に応じ、生活スタイルの再構築を目指す観点から適切なリハビリテーションが提供できるよう、市町や居宅サービス事業所、インフォーマルサービス等との連携調整 ・リハビリテーションの視点を踏まえたケアプラン作成、地域ケア会議への参加
	地域包括支援 センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者等や家族に対する総合的な相談・支援 ・介護予防サービスを利用し自立した生活ができるよう介護予防ケアマネジメントの実施
	地域リハ サポート医	<ul style="list-style-type: none"> ・市町や関係機関との地域リハビリテーションの仕組みづくり ・地域の専門職や関係機関からの相談への対応 ・必要なりハビリテーションが提供されていない高齢者への対応支援
	地域リハ推進員	<ul style="list-style-type: none"> ・市町や関係機関との地域リハビリテーションの仕組みづくり ・地域包括支援センター等の相談に基づく福祉用具、住宅改修、補装具に対する助言 ・地域ケア会議（個別会議）で自立支援の視点から助言

3 科学的知見に基づいた健康寿命の延伸

急速に高齢化が進行する中、限られた資源で医療・介護の提供体制を守り、社会保障制度の持続可能性をいかに確保していくかが課題となっています。

静岡県では、この課題に対し、高齢者がいつまでも健康で元気に暮らしていただけることが解決への一つの方策となることに着目し、健康寿命の延伸に取り組んでいますが、依然として、平均寿命と健康寿命の差は、男性が8年、女性が12年程度となっており、更なる健康寿命の延伸が必要です。

このことから、静岡県では、社会健康医学の視点を取り入れ、先端的な施策や研究の推進などにより、科学的知見に基づき、効率的かつ効果的な健康寿命の延伸を図ります。

(1) 根拠に基づく健康福祉施策の推進

【現状と課題】

- 2020(令和2)年度に制度が施行された高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施では、市町等において、データに基づく事業の実施及び評価が求められています。
- 当該事業の実施に当たっては、事業の企画・調整、KDB システムを活用した地域の健康課題の分析・把握、医療関係団体等との連絡調整等を行う保健師等の医療専門職の配置が必要ですが、市町によってはこれらの業務を行うことができる人材が不足しているなどの課題があります。
- また、特定健診データについては、データヘルス計画などにおいて活用が進んでいますが、医療レセプトや要介護認定情報、介護レセプト等のデータは一部の市町において限定的に活用されている状況です。
- 今後、効率的かつ効果的に健康福祉施策を実施するためには、現状や課題の把握だけでなく、施策の実施、評価についてもデータを活用していく必要があります。

【施策の方向性】

- 市町における高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組を支援します。
- 事業の企画・調整、KDB システムを活用した地域課題の把握等を行うことのできる人材の育成に取り組めます。
- 静岡県国民健康保険団体連合会と連携し、市町がデータを活用しやすい環境整備を図ります。

【具体的な取組】

※今後、記載

(2) 社会健康医学の推進

【現状と課題】

- 静岡県の健康長寿を支える要因について、医療・健康データの分析など科学的知見が十分ではありません。
- 医療・健康データを分析する人材の育成が進んでいません。
- 人生100年時代を迎え、認知症やフレイルなど高齢期特有の疾患への対応が求められています。

【施策の方向性】

- 健康寿命の更なる延伸のために、県民の医療・健康に係る状況を科学的に分析します。
- 静岡社会健康医学大学院大学において、研究を長期的かつ継続的に推進するとともに、研究成果を県民に還元できる人材を育成します。
- 健康寿命の更なる延伸のために必要な手法や知識を身に付けた人材により効果的な健康増進施策・疾病予防対策を推進します。
- 社会健康医学に対する県民の理解を深めるための普及啓発を行います。

【具体的な取組】

- 高齢期特有の疾患の原因等について、医療・健康データの分析や、地域をフィールドとした疫学研究を推進します。
- 大学院大学において、専門的人材を育成し、県内の医療・介護等の現場へ輩出します。
- 県民の健康意識の醸成を図るため、大学院大学とも連携し、シンポジウムを開催するなど効果的に情報を発信します。

【成果指標】

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
要介護認定率(年齢調整)	14.8%	前年度より改善

【活動指標】

1 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
地域リハビリテーションサポート医養成研修の受講者数	69人	165人
地域リハビリテーション推進員養成研修の受講者数	273人	500人

2 各段階における地域リハビリテーションの充実

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している県民の割合	(2022年3月公表)	80%(2022年度)
日常生活における歩数の増加	65歳以上(2016年度) 男性 6,047歩 女性 5,077歩	65歳以上(2022年度) 男性 7,000歩 女性 6,000歩
「通いの場」設置数	4,226か所	5,500か所
「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数	20市町	全市町
65歳以上の肺炎死亡率(人口10万人対)	220人(暫定値)	200人(2025年)
特定健診受診率	55.6%	70.0%(2021年度)
特定保健指導実施率	19.7%	45.0%(2021年度)
短期集中予防の訪問又は通所サービスC型を実施している市町数	23市町	全市町
生活機能向上連携加算算定者数	2,789人	(精査中)
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組む市町数	5市町	全市町
市町全域の地域ケア会議実施市町数	31市町	全市町
地域ケア会議(個別会議)にリハビリテーション専門職が関与している市町数	27市町	全市町

3 科学的知見に基づいた健康寿命の延伸

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
分析を行った県内の医療関係データ数	69.7万人分	90万人分(2021年度)
KDBシステムを活用した地域の健康課題の把握・分析をしている市町数	11市町	全市町
社会健康医学に関する講演会等参加者数	113人	累計2,000人 (2018~2021年度)

第3 在宅生活を支える医療・介護の一体的な提供

静岡県が2016（平成28）年度に行った「地域医療に関する調査」では、県民の47.2%が「人生の最期を自宅で迎えたい」と希望していますが、国の「人口動態統計」によると、2019（令和元）年に自宅で亡くなった方は、6,061人、死亡者数に占める割合は14.4%と希望と実態が乖離している状態です。

一方、在宅医療の発展に伴い、医療が必要な状態になっても、訪問診療や介護サービスなどを利用し、在宅で療養生活を送る高齢者も増えてきています。

また、誰もが住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの実現を図る中で、人生の最終段階において、本人の意思を尊重するためのACPの推進が重要となっています。

併せて、いわゆる多死社会を迎える当たり、介護施設や在宅での看取り体制の充実が求められています。

今後、在宅医療の需要や死亡者数の増加が見込まれる中、誰もが自ら望む場所で生活し、望む場所で看取られることができるよう、医療と介護サービスの一体的な提供を図ります。

1 在宅医療・介護連携の推進

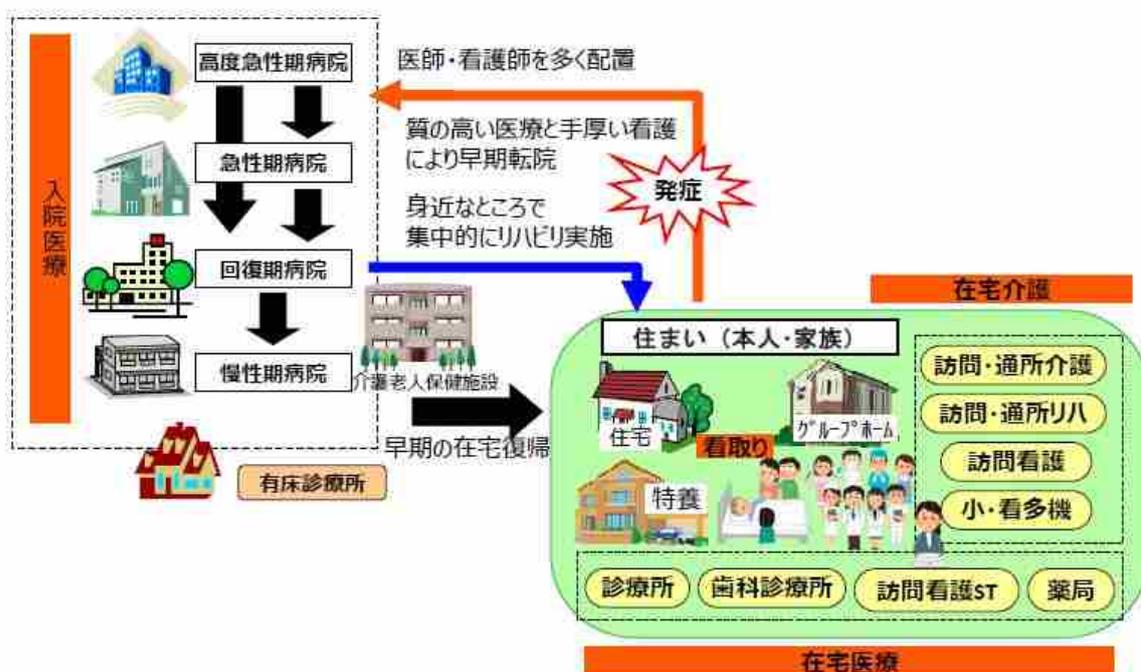
2014（平成26）年度の介護保険制度の改正により、市町が実施する地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置付けられ、医療と介護の一体的な提供のために、医療機関と介護事業所等の関係者との協働・連携を推進することとなりました。

医療と介護の両方のニーズを持つ高齢者が、住み慣れた地域で最期まで暮らし続けるためには、限られた医療・介護資源を効率的に活用することが重要であり、病床機能に応じた入院医療の提供と円滑な在宅への復帰に加え、在宅療養を支える医療・介護サービスの一体的な提供体制の整備を図るため、県では、市町の在宅医療・介護連携の取組支援や高齢者福祉圏域単位での医療機関と介護事業所等との連携推進を図ります。

そして、生活の場での療養を基礎とし、急変時等には入院医療を利用する「ときどき入院、ほぼ在宅」の仕組みづくりを進めていきます。

<図3-1：ときどき入院 ほぼ在宅>

ときどき入院 ほぼ在宅



(1) ときどき入院・ほぼ在宅の仕組みづくり

【現状と課題】

- 「ときどき入院・ほぼ在宅」の仕組みづくりには、かかりつけ医だけでなく、病院や介護事業所との連携が不可欠です。
- 入院から在宅への円滑な移行のためには、入院時の情報連携や退院時に在宅療養を支える関係者との情報共有を行うことが重要ですが、入院時に患者の生活情報等が十分に共有されなかったり、退院時カンファレンスで多職種連携が取れていないケースがまだある状態です。
- 特に、患者の生活情報や口腔ケアや服薬については、病院側の意識も十分でなく、関係者間の情報共有が不足しがちです。
- 病床機能の分化・連携が進み、急性期の入院期間は短縮傾向にあることから、入院時から退院後を見据えた退院支援が必要となっています。
- また、急変時については、本人が延命措置を希望していない場合でも、対応がわからなかったり、不安な気持ちから家族等が救急車を要請することがあるため、ACPの普及啓発が必要です。
- 介護施設等においても、利用者の家族の意向等により、本人が延命を望んでいない場合でも救急搬送をするケースがあるため、介護施設看取りの普及促進が課題です。
- 生活の場における療養では、かかりつけ医、薬剤師、歯科医師、訪問看護師、ホームヘルパー、ケアマネジャーなどの多職種がチームとなって本人や家族を支えていく必要があります。
- 多職種や多機関が効率的な連携を図るためには、患者の情報を共有することが重要で

すが、静岡県医師会が県の助成を受け開発した情報連携ツール「シズケア＊かけはし」の活用が一部の医療・介護事業所等に留まっています。

- 生活の場での療養を普及するためには、住民が在宅での療養を希望できることを知ってもらうことが必要ですが、在宅医療や看取り、ACP に関する知識は十分に浸透していません。
- 県では、市町の在宅医療の普及啓発を支援するため、2019（令和元）年度に骨折や誤嚥性肺炎、癌、認知症などにより医療が必要となった方が、在宅医療や介護サービス、生活支援を利用しながら在宅で療養生活を送る事例をまとめた「ふじのくに高齢者在宅生活安心の手引き」を作成しました。
- 住民への在宅医療が浸透するためには、時間がかかることから、引き続き、当該手引き等を活用し、市町の普及啓発の取組を支援していく必要があります。
- また、ひとり暮らしや家族による支援が困難な場合でも、在宅を希望する高齢者が家に帰ることができるよう、医療・介護サービスの提供だけでなく、生活支援の充実も必要です。

【施策の方向性】

- 入院から在宅等への円滑な移行のために、退院支援ルールができていない地域におけるルールの作成を支援します。
- 退院支援ルールができていない地域においても、ケースに応じて必要な専門職が退院時カンファレンスに参加できるようルールの普及を図ります。
- 市町の在宅医療・介護連携の会議等に多様な医療専門職の参加を促し、様々な場面で連携が更に促進されるよう支援します。
- 急変時の対応について、住民や介護事業所に対する ACP の普及を図ります。
- 静岡県医師会や市町と連携し、患者情報の共有を図るため、病院、診療所、介護事業所等を対象に、ICT の活用推進を図ります。
- 市町が行う在宅医療の住民啓発を支援します。
- 在宅療養を支えるための生活支援サービスについて、市町の資源開発を支援します。

【具体的な取組】

※医療計画の中間見直しと合わせ、今後、記載

(2) 在宅医療・介護連携推進事業の支援

【現状と課題】

- 2014（平成 26）年度の介護保険制度の改正により、市町が実施する地域支援事業に在宅医療・介護連携推進事業が位置付けられ、2018（平成 30）年 4 月から全ての市町で「地域の医療・介護資源の把握」「在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討」「医療・介護関係者の研修」「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」「医療・介護関係者の情報共有の支援」「在宅医療・介護関係者に関する相談支援」「地域住民への普及啓発」「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」の 8

項目の取組が行われています。

- 制度改正から6年が経過し、地域の医療・介護資源の把握や、多職種連携のための顔の見える関係づくりなどは進展していますが、多くの市町で、在宅医療・介護連携推進事業の客観的な評価ができていなかったり、目指す姿と進捗状況を地域の医療・介護関係者と十分共有ができていないなどの課題も発生しています。
- また、一部の項目では、実施することが目的となり、事業効果が十分に得られていないなどの課題もあり、国においては、取組が必須としていた8項目を見直し、地域の実情に応じた事業選択等が可能となるよう、事業の見直しが行われました。
- 今後、残された課題への取組を進めていくためには、事業実施の支援に加え、市町において在宅医療・介護連携推進事業を俯瞰し、関係機関との連携をコーディネートできる人材が確保できるよう、県の支援が求められています。

<図3-2：在宅医療・介護連携推進事業の見直し>



【施策の方向性】

- 市町が、国から示されている進捗評価の指標を活用し、事業の進捗ができるよう支援します。
- 市町が描いた在宅医療・介護連携の目指す姿と進捗状況を地域の関係者と共有することを支援します。
- 効果が得られていない項目の事業について、課題の把握や事業の企画・立案等を支援します。

○在宅医療・介護連携事業を総合的に推進できる人材の育成を図ります。

【具体的な取組】

- 地域包括ケア見える化システムや医療・介護レセプト等の活用により、指標を集計し、市町と共有します。
- 在宅医療・介護連携の目指す姿と進捗状況の共有について、先進的に取り組んでいる事例を収集し、情報発信します。
- 市町ヒアリング等で、課題の聴取と好事例の紹介を行います。
- また、静岡県医師会に設置された「シズケア*サポートセンター（静岡県地域包括ケアサポートセンター）」と連携し、効果的な事業実施への助言を行います。
- 市町職員等を対象として研修会を実施します。

2 在宅医療のための基盤整備

医療を必要とする人が住み慣れた自宅で療養生活を送るためには、訪問診療や訪問看護などの在宅医療の提供が必要です。

また、療養生活においては、訪問診療等に加えて、歯科医師や歯科衛生士による口腔機能管理や薬剤師による服薬管理など、多様な職種が患者に関わり、必要な医療を提供することが重要です。

今後、医療を必要とする高齢者の増加が見込まれることから、自宅での療養を望む高齢者が、生活を営む場所で医療が受けられるよう在宅医療の基盤整備を推進します。

(1) 訪問診療の促進

【現状と課題】

- 在宅医療の中核となる、訪問診療について全県下において安定的に提供されるように、今後見込まれる必要量の確保及び関係職種間の連携体制の強化を図る必要があります。
- 静岡県地域医療構想を踏まえた2023（令和5）年における静岡県の訪問診療の必要量は19,336人と推計されており、2013（平成25）年度における静岡県の訪問診療の提供量（12,565人）から6,771人増加すると推計されています。
- 県内の医療機関における訪問診療の実施件数（在宅患者訪問診療料の算定回数）は、2016（平成28）年度の24,351件から2018（平成30）年度の28,908件へと約4,500件増加していますが、区分別に見ると、有料老人ホームや特定施設等の同一建物居住者が2016（平成28）年度の14,961件から2018（平成30）年度の19,439件へと約4,500件増加している一方、同一建物居住者以外は2016（平成28）年度の9,390件から2018（平成30）年度の9,469件へと微増に留まっています。また、実施医療機関数は、1,050施設から1,003施設へとやや減少しています。
- 2018（平成30）年度の訪問診療を受けた患者数は、全県で見ると2020（令和2）年の目標値を達成していますが、保健医療圏別に見ると充足状況の差が大きいことから、2023（令和5）年に見込まれる訪問診療の必要量に対応するためには、引き続き訪問診療を実施する診療所、病院の確保が必要です。
- 外からの新規参入が見込めない地域においては、地域の病院や周辺の医療機関との連携により、全県下において訪問診療を受けられることができる体制を整備する必要があります。
- 訪問診療を実施する医療機関の多くが、診療所を中心とした小規模な組織体制であることから、24時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が必要です。
- 訪問診療においては、患者の様々な病状に合わせた全人的な医療を提供するため、医師の総合的な医療の知識や技術の向上が求められます。
- かかりつけ医を中心とした、関係職種で構成される支援チームにおいて、効率的かつ安全に患者情報を共有することができる環境が必要です。

【施策の方向性】

- 地域の診療所等が訪問診療を実施しやすい環境の整備に取り組むとともに連携体制の構築など、訪問診療を実施する診療所の充実を目指す市町や郡市医師会等の取組を支援します。
- 地域の医療資源の状況や患者の希望を踏まえ、在宅療養を望む県民が適切な訪問診療を受けることができるよう、地域のかかりつけ医の訪問診療への参入を促進します。
- 地域の病院においても、在宅患者に関する情報の共有等による診療所との連携や、退院患者に対する訪問診療の実施などにより、在宅患者の日常療養の支援を図ります。
- 関係医療機関相互の連携を図り、24時間対応、急変時対応及び看取りを行うための体制を整備します。

【具体的な取組】

- 地域において、主治医、副主治医制や輪番制の導入などを支援し、医療機関相互の連携を推進します。
- 在宅医療に関する先進事例の研究・検討や講習会を開催する静岡県医師会への支援等により、在宅医療に必要となる知識、技術の向上と、訪問診療を実施する医療機関の充実を図ります。
- 患者の医療・介護情報について、「シズケア*かけはし」の活用により、在宅チーム内において効率的に情報を共有することができる体制づくりを支援します。

(2) 訪問看護の充実

【現状と課題】

- 在宅医療の提供体制の構築において、必要不可欠である訪問看護サービスを充実させることで、在宅患者が住み慣れた地域で安心して生活できる環境を整備する必要があります。
- 県内の訪問看護ステーション数は増加しているものの、2018（平成 30）年度の人口 10 万人当たり施設数は、全国平均 8.8 施設に対し、静岡県は 5.8 施設と少ない状況です。
- 2020（令和 2）年 6 月時点において、訪問看護ステーションが設置されていない自治体が 3 町あります。設置市町においても山間部など未設置の地域があるなど、その設置状況には地域偏在が見受けられます。
- 静岡県の訪問看護ステーションの設置主体は、株式会社等が 47.0%、医療法人が 25.8%と大半を占め、特に近年、株式会社等が増加しています。また、医療と一体的なサービスの提供が可能な、病院・医療機関と併設されている訪問看護ステーションの設置数については、2016（平成 28）年の 79 施設から、2018（平成 30）年の 75 施設に減少しています（2018 年静岡県訪問看護ステーション実態調査）。
- 静岡県の訪問看護ステーションの 61.6%は、従業員が常勤換算 5 人未満の小規模な訪問看護ステーションであり、大規模な訪問看護ステーションと比較すると赤字の訪問看護ステーションが多くなっています（2018 年静岡県訪問看護ステーション実態調

査)。

- 小規模な訪問看護ステーションは、がんのターミナルケアや難病等の利用者、緊急時の訪問依頼に対応できない実態があります。
- 静岡県の機能強化型訪問看護ステーションは、18施設（2020年10月1日東海北陸厚生局届出状況）あり、比較的人口の多い地域に偏っています。
- 訪問看護ステーションの地域偏在を解消し、県内全ての地域において充実した訪問看護サービスを受けられる体制が求められています。
- 看取りや重症度の高い利用者への対応ができるよう、訪問看護ステーションの人材確保、機能強化等による安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備が必要です。
- 訪問看護ステーションの人材確保や関係職種間との連携を強化し、必要な人材の確保ができないことによる休止や廃止を抑制し、安定的な経営を可能にすることが求められます。
- 在宅患者に対して充実した訪問看護サービスを提供するため、訪問看護ステーションにおける看護師等の人材確保及び資質向上を図る必要があります。

【施策の方向性】

- 患者が少なく運営が不安定な訪問看護ステーション開設当初の経費を支援することで、訪問看護ステーションの新規開設の促進や開設直後の休止や廃止を抑制します。
- サテライト型の訪問看護ステーションの設置を促進し、地域における偏在の解消を図ります。
- 地域において拠点となる訪問看護ステーションを中心に、規模の小さな訪問看護ステーションと連携することで、地域において安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備を図ります。
- 訪問看護ステーション相互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等、安定的な訪問看護サービスの提供体制を整備することで、緊急時への対応や看取り及び重症度の高い利用者へ対応できる訪問看護ステーションの確保を図ります。
- 在宅患者の様々なニーズに応じた医療・介護の提供が可能な、看護小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行うことができる事業所の整備を図ります。
- 訪問看護ステーションへの就業促進、潜在看護師等への普及啓発、現場復帰のための教育などに取り組み、訪問看護従事者の確保を図ります。
- 訪問看護ステーションに初めて就職した看護師へのOJTとして同行訪問を実施する訪問看護ステーションに対する支援により、訪問看護従事者の確保と、人材育成に取り組む訪問看護ステーションの負担軽減を図ります。
- 特定行為のできる訪問看護師や認定看護師等の増加を図ることで、在宅患者に対する迅速な対応及び在宅医療に取り組む医師の負担軽減を図ります。

【具体的な取組】

※今後、記載

(3) 訪問歯科診療の促進

【現状と課題】

- 摂食や嚥下の機能が低下していると、誤嚥性肺炎や低栄養状態となりやすい傾向があります。
- 口腔機能を維持することは、日常生活の充実を図るために生涯を通じて不可欠であり、在宅歯科医療の提供体制を整備することにより、生涯を通じて生活を支援する歯科医療の実現を図ります。
- 適切な歯科医療と歯科医師や歯科衛生士による専門的な口腔機能管理（口腔ケアを含む。以下同じ）によって、低栄養状態の改善が期待できることや肺炎の発症率が減少することなどが報告されており、要介護者における歯科医療の充実が望まれています。
- 県内の歯科診療所数は1,750施設、うち訪問歯科診療の実施可能な歯科診療所数は887施設（2020年7月現在）、在宅療養支援歯科診療所は253施設（2020年7月現在）あり、県民の約4千人に1施設、要介護3～5の者（2018年3月末現在、61,051人）約70人に1施設の割合で在宅歯科診療へのアクセスが整備されています。
- 要介護3～5の者で歯科治療が必要な者の割合は71.2%です（2016年厚生労働科学研究）。

< 歯科訪問診療を実施する診療所数 >

（単位：施設）

	静岡県	2次保健医療圏							
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
歯科訪問診療を実施する診療所	887	9	27	177	83	160	110	98	223

※県健康増進課調査（2020年7月31日現在）

- 要介護（支援）認定者は、口腔機能の低下や口腔清掃の不良から誤嚥性肺炎が発症しやすく、低栄養状態に陥りやすいという特徴があります。要介護状態となった場合、専門的な口腔機能管理が重要になることを県民共通の理解とする必要があります。また、在宅歯科医療が実施できる歯科医療機関の情報や、口腔機能管理の効果、利用できる制度等を、わかりやすく住民に情報を提供する必要があります。
- 在宅歯科医療を実施するためには、要介護者の特性に関する理解や、居宅等での診療に関する知識と技術に加え、患者や家族の生活を支援するという視点からかかりつけ医、看護師、介護支援専門員や介護サービス事業所担当者等と連携することが必要です。
- 在宅医療を担う医療機関や訪問看護ステーション、介護サービス事業所等と連携しながら支援できる歯科医師と歯科衛生士を育成する必要があります。
- 在宅歯科医療を推進するためには、歯科衛生士が大きな役割を担っており、その確保を図る必要があります。

【施策の方向性】

- 県内全ての地域において、在宅歯科医療を受けることを希望する者が在宅歯科医療を受けられるよう、県歯科医師会や郡市歯科医師会、市町などと連携し、在宅歯科医療を実施する医療機関に関する情報が県民に周知されるよう努めます。
- 歯科医師会等と連携し、訪問看護師や介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等が口腔内への関心を持つように、口腔機能管理の重要性や効果に関する知識の普及を図ります。また、県民の在宅歯科医療に関する理解が深まるように努めます。
- 歯科診療所や郡市歯科医師会等は、在宅歯科医療の実施に当たり、診療中の容態急変時の対応について診療所や病院との連携体制を構築するとともに、歯科診療所が相互に補完できる連携体制や歯科に関する後方支援機能を持つ病院との連携体制の構築を図ります。
- 在宅歯科医療を実施する歯科診療所は、要介護者を支援するチームの一員として診療所や訪問看護ステーション、介護サービス事業所等と顔の見える関係を築き、いつでも相談できる環境を整えることに努めます。
- 在宅歯科医療に従事する歯科医師や歯科衛生士を確保するため、在宅歯科医療に関する研修の実施を支援することや、歯科衛生士の就労等の相談に応じるなど、歯科衛生士の再就業促進や離職防止を図ります。

【具体的な取組】

※今後、記載

(4) かかりつけ薬局の促進

【現状と課題】

- 全ての薬局が、かかりつけ薬局として、かかりつけ薬剤師が患者の服薬情報の一元的・継続的な把握による適切な薬学的管理・指導や夜間・休日の対応、在宅医療の対応を行うための体制を整備するほか、かかりつけ医等との連携による、地域の中での相談対応を促進する必要があります。
- 薬物療法の有効性・安全性を確保し、在宅療養を維持していくには、病院、診療所、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等に患者状態や服薬情報等の継続的な把握、処方医へのフィードバック、残薬管理・処方変更の提案、患者紹介や薬の管理等の在宅訪問業務における役割等の薬局の機能について周知し、在宅訪問業務を行える薬局全てが在宅サービスに関われるよう、幅広く連携していくことが必要です。
- 地域に密着した身近な健康相談窓口として、地域住民からの薬や在宅医療等を含めた様々な健康に関する相談に対応できる薬剤師・薬局が必要です。
- かかりつけ薬剤師による 24 時間の相談対応や、休日や夜間における自局のみ又は近隣の薬局と連携しての緊急的な調剤が全ての地域で同様に提供できる体制の充実が必要です。
- 薬局の薬剤師が患者宅を訪問し、服薬アドヒアランスの向上や残薬管理、服薬指導等

を提供する在宅訪問業務を行える薬局（「在宅患者訪問薬剤管理指導」届出薬局）は、1,672 薬局（2019（平成 31）年 3 月現在）ですが、2018（平成 30）年度 1 年間に在宅訪問業務を行った薬局は 824 薬局です。

- 在宅訪問業務等を行う薬剤師の一層の資質向上・養成や、小規模な薬局における在宅分野での地域の薬局同士の連携強化等が必要です。
- がんの疼痛緩和に必要な医療用麻薬を調剤できる麻薬小売業の許可を取得している薬局は 2020（令和 2）年 3 月末時点で 1,565 薬局（全薬局の 84.9%）であり、ほぼ県内全域で供給が可能です。
- 医療用麻薬については、多種の製剤が販売され、その使用方法も多様化しており、患者・家族等へ使用方法や管理方法等を正確に伝えることが必要です。
- 地域における充実した医療提供や健康維持・増進による地域包括ケアシステムの実現のため、かかりつけ薬局には、がんや難病等、薬の使用において特段の注意を払う必要がある疾患を有する患者等への専門的な薬物療法の提供（高度薬学管理機能）や、率先した地域住民への健康支援の実施と発信（健康サポート機能）が求められています。
- 在宅医療における薬局の役割と個々の薬局が有する機能について、最新の情報を患者・家族や県民に広く情報提供することが必要です。

【施策の方向性】

- 調剤、服薬指導・支援、情報提供等による処方医へのフィードバック等、地域の医療機関等との連携を充実させます。
- 薬局の健康支援・相談機能等について、地域住民に対し積極的に広報し、地域に密着した身近な健康相談窓口としての薬局の活用を推進するとともに、薬剤師の患者・住民とのコミュニケーション能力の向上に資する研修の推進を図ります。
- かかりつけ薬剤師による 24 時間の相談や、緊急の調剤に対応するための薬局内の体制整備や薬局同士の連携強化を図ります。
- 在宅医療等において求められるサービスを提供できるよう、個々の薬剤師の資質向上を支援します。
- 医療用麻薬の使用、管理に当たっては、患者・家族の理解と協力が特に重要であるため、医療用麻薬に関する知識、技術等の向上を図りながら、説明と相談を確実にを行います。
- かかりつけ薬局に対し、高度薬学管理機能や健康サポート機能の整備を推奨します。
- 服薬管理や無菌調剤等の在宅医療等における薬剤師の職能や薬局の機能や、個々の薬局が提供するサービスについて、患者・家族や県民へ広く情報提供します。
- 在宅医療への対応や医療機関等の多職種との連携等を行う地域連携薬局及び専門的な薬物療法の提供を行う専門医療機関連携薬局を推進し、県民の薬物療法を支援します。

【具体的な取組】

- 地域の医療機関等との連携を推進するため、医療機関等の多職種と共同で行う研修等を実施し、薬局の機能の周知を図ります。
- 薬剤師による在宅医療等を推進するため、緩和ケアや無菌調剤等に関する研修等を実施するとともに、医療機関等に対する窓口の体制や地域の薬局間の連携を強化します。
- 在宅訪問業務、相談対応等の薬局のかかりつけ機能について、県民や医療機関等の多職種に積極的に周知します。

3 人生の最終段階を支える体制整備

高齢化の進展により、年間の死亡者数は年々増加傾向にあり、2019（令和元）年には、42,190人が亡くなっています。また、医療の高度化を背景に、2010年代には、医療機関で死亡する人の割合が8割弱となり、自宅での死亡は1割を少し超える程度となっています。

一方で、年々増加していた医療機関での死亡者の割合は、介護保険制度の導入や、近年の地域包括ケアシステムの推進により微減傾向にあり、介護施設等での死亡者の割合が増加しています。

死亡者数が増え、亡くなる場所の傾向も少しずつ変わる中、人生の最終段階への意識も少しずつ変わりつつあり、「終活」や「エンディングノート」などの言葉も普及してきました。

このような中、高齢者が人生の最終段階において、自らの意思に基づく医療・ケアを受け、望む場所で看取られることができるよう、県では、人生の最終段階を支えるための体制整備を推進します。

(1) 人生の最終段階に関する理解促進

【現状と課題】

- 少子高齢化の進行や地縁の希薄化などにより、自らの死後の始末を生前に行う終活がブームとなり、2012（平成24）年には流行語にも選ばれました。
- 行政機関においても、死亡時の円滑な手続きや終末期における本人の意思の尊重のため、エンディングノートが導入され、2020（令和2）年4月現在、25の市町で普及に取り組んでいます。
- また、2018（平成30）年10月、厚生労働省がACPの愛称を「人生会議」として発表し、人生の最終段階で自らが受けた医療・ケアを事前に家族や関係者等と話し合うことを推奨しています。
- 特に、終末期では、本人の意思表示が難しく、家族が医療や介護サービスの提供内容を選択したり、急変時の対応を決めなくてはならないことがあります。
- 事前に本人が意思表示をしていなかったり、本人の意思表示が家族等と共有できていないことで、適切な医療や介護サービスの選択が難しくなったり、延命措置を望んでいないにもかかわらず救急搬送が要請されるなどの問題が起きがちです。
- このような問題の発生を防止し、本人の意思に沿った医療・ケアが受けられるよう、住民に対するACPの普及啓発が必要です。

【施策の方向性】

- 県民が望む人生の最終段階における医療・介護ケアについて、家族等と共有する取組を促進します。
- 在宅療養を支える専門職向けに ACP 相談対応力の向上を促進します。
- 県民向けに ACP やリビングウィルの普及に向けた啓発事業を実施します。

【具体的な取組】

※今後、記載

(2) 介護施設等での看取りの推進

【現状と課題】

- 2019（令和元）年に介護保険施設や有料老人ホーム等で亡くなった方は、7,336 人、死亡者数の 17.4%となっており、介護保険制度導入時の 2.8%から約 15%増加しています。
- 2006（平成 18）年度に看取り介護加算が導入され、現在では、介護保険施設、認知症グループホーム、特定施設入所者生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、訪問看護でターミナルケアや看取りに関する加算が設定されています。
- 2019（令和元）年度に看取り介護加算を算定した入居・入所施設は 365 箇所となっており、多くの介護施設等において看取りが行われていますが、要件を満たさないなどの理由から算定のない事業所もあります。
- 施設看取りにおいても、医師や看護師の関わりは欠かせないことから、特別養護老人ホームにおける正看護師の確保や嘱託医の負担軽減などが課題となっています。
- また、看取り介護計画を立てていても、家族の意向により施設看取りではなく、救急搬送となるケースもあり、本人や家族に対する施設看取りの意識醸成が必要です。
- 2018（平成 30）年度に創設された介護医療院は、長期的な医療と介護の両方を必要とする高齢者を対象に日常的な医学管理や看取り・ターミナルケア等の医療機能と生活施設としての機能を提供する施設です。
- 静岡県では、療養病床等から介護医療院への転換が着実に進んでおり、介護施設における看取りの推進においては、介護医療院での看取りの充実が重要となります。

【施策の方向性】

- 介護施設等での看取りについて、住民の意識醸成を図ります。
- ターミナルケアや看取りを行っていない介護施設等に対し、ターミナルケアの取組や看取り介護加算の算定を働きかけます。
- 介護職員に対し、看取りへの対応力向上を図ります。

【具体的な取組】

※今後、記載予定

(3) 在宅看取りの推進

【現状と課題】

- 1950年代、死亡者の8割以上が自宅で亡くなっていましたが、その割合は年々低下し、2019（令和元）年時点では、14.4%となっています。
- 一方、2016（平成28）年度に県が行った地域医療に関する調査では、人生の最期を迎えたい場所として、自宅を選択した方が47.2%おり、希望と実態が乖離している状態です。
- 自宅での看取りには、訪問診療や訪問看護、訪問介護など、本人の療養生活を支える医療・介護サービスが不可欠であり、在宅看取りを実施する病院、診療所及びターミナルケアに対応できる訪問看護ステーション等を充実させる必要があります。
- 特に、訪問介護については、終末期の療養生活を支えるためには、1日に複数回の訪問が必要となることから、今後の需要の増加に対し基盤の強化が求められていますが、ホームヘルパーの高齢化や人材不足などの課題が深刻な状態です。
- ひとり暮らしや家族の支援が困難な要介護認定者については、本人の状態に応じて柔軟なサービス提供が可能な定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護などの利用により、在宅での療養生活が可能となることがありますが、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、事業所数が少なく、サービスを利用できない地域があります。
- 薬剤師による服薬管理や痛みのコントロール、歯科医師や歯科衛生士による口腔ケアなどの需要も多く、かかりつけ薬局や訪問歯科診療の充実が必要です。
- 自宅での看取りを支えるためには、ケアマネジャーが多職種をコーディネートすることが重要であり、必要な知識の習得などケアマネジャーの資質向上を図る必要があります。
- また、多職種がチームとなって患者を看取りまで支援するためには、適時適切な情報共有が課題となっています。

【施策の方向性】

- 人生の最終段階における患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築するために、在宅看取りを実施する病院・診療所及びターミナルケアを行う訪問看護ステーション、薬局の充実を図るとともに、関係職種間における連携体制の強化を図ります。
- ホームヘルパーの育成を図るなど、訪問介護事業所の充実を図ります。
- 市町による定期巡回・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の整備を支援します。
- ケアマネジャーの資質の向上を図り、医療機関や生活支援サービス等との連携強化を促進します。
- ICTを活用した適時適切な情報連携を促進します。

【具体的な取組】

※今後、記載

【成果指標】

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
最期を自宅で暮らすことができた人の割合	14.4%(2019年)	15.5%(2023年)

【活動指標】

1 在宅医療・介護連携の推進

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
入退院支援ルールを設定している2次保健医療圏数	4医療圏(2019年)	全医療圏(2023年)

2 在宅医療のための基盤整備

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
訪問診療を受けた患者数	15,748人(2018年)	19,336人(2023年)
訪問診療を実施している診療所、病院数	1,003施設(2018年度)	1,231施設
在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数	25施設(2019年)	33施設(2023年)
在宅看取りを実施している診療所、病院数	274施設(2018年)	326施設(2023年)
24時間体制をとっている訪問看護ステーション数	177施設(2018年度)	230施設
機能強化型訪問看護ステーション数	10施設(2018年)	43施設(2023年)
在宅療養支援歯科診療所数	335施設(2019年)	(精査中)
歯科訪問診療を実施している歯科診療所数	(算出中)	(精査中)
在宅訪問業務を実施している薬局数	824施設(2018年度)	1,552施設

3 人生の最終段階を支える体制整備

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
看取り介護加算算定人数(入居、入所施設)(※検討中)	2,473人	(精査中)

第4 認知症とともに暮らす地域づくり

認知症は、脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度までに記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態を言います。

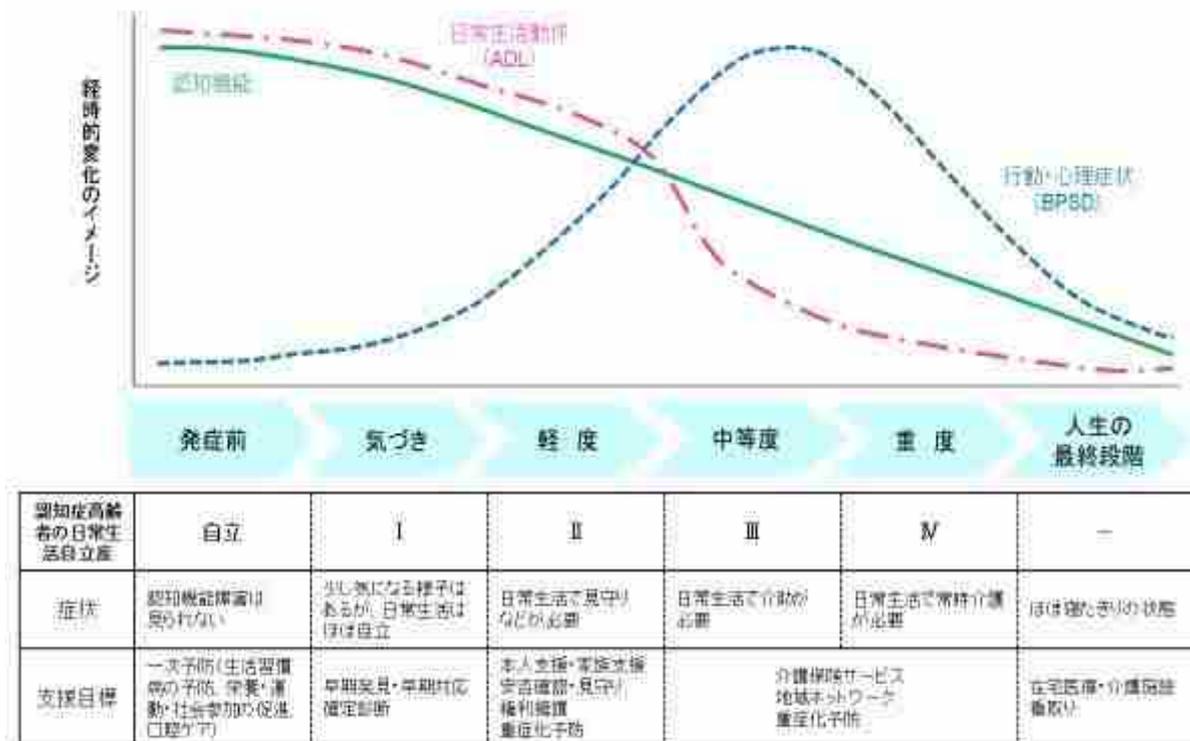
認知症には様々な原因がありますが、最も多いのがアルツハイマー型認知症で、認知症全体の6～7割を占めます。次いで、脳出血や脳梗塞が原因で発症する脳血管性認知症で約2割を占めます。その他、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などがあります。

厚生労働省の推計では、2025（令和7）年には認知症高齢者は、高齢者の約5人に1人に達するとされており、誰もが認知症になり、認知症の人の介護者となる可能性があります。

県では、認知症の人と家族が住み慣れた地域で自分らしく暮らしていけるよう誰もが同じ目線でつながり合える社会を目指します。

そのためには、「認知症を正しく知る社会の実現（知る）」「認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）」「地域で支え合いつなげる社会の実現（支え合う）」「誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）」の視点から施策に取り組みます。

<図4-1：認知症の状態像の変化（アルツハイマー型）>



<図 4-2 : 各職種の役割・全体像>



認知症施策の全体像



1 認知症を正しく知る社会の実現（知る）

認知症の人や家族が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるためには、全ての人
が認知症を知ること、社会の理解を深め、認知症があってもなくても、同じ社会の
一員として地域をともに創っていくことが重要となります。

また、認知症に対する画一的で否定的なイメージを払拭する観点からも、地域で暮
らす認知症の人本人とともに普及啓発を進め、本人が自らの言葉で思いや希望を語り、
認知症になっても地域や社会とつながりながら暮らす姿等を発信することが必要で
す。

県では、認知症になってもその人らしい生活ができることを認知症の人と家族、地
域住民が、正しく知る環境をつくります。

(1) 認知症に関する理解促進

【現状と課題】

① 認知症サポーターの養成

○2020（令和2）年3月末現在、認知症に関する正しい知識と理解を持って、できる範
囲で地域や職域で認知症の人や家族の手助けを行う認知症サポーターは361,977人養
成されています。このうち、企業・職域型の認知症サポーターは70,127人養成され
ています。

○また、2020（令和2）年3月末現在、認知症サポーター養成講座の講師役のキャラバ
ン・メイトは、3,570人養成されています。

○認知症サポーター、キャラバン・メイトは量的な増加は図られていますが、増加した
ことによる社会の理解の促進について評価する必要があります。また、企業・職域型
の認知症サポーターを養成するために、企業の協力が必要となります。

○認知症サポーターが認知症の人本人の意向に沿った活動ができるよう、2019（令和元）
年度から、県主催の認知症サポーター・チームオレンジ養成研修（ステップアップ講
座）を実施しています。

○認知症サポーター・チームオレンジ養成研修開催に当たり、小規模な市町では、マン
パワーの不足や参加者確保の課題から市町独自の研修開催が困難といった課題が見
られます。

○新型コロナウイルス感染症の流行下においても認知症サポーター養成講座を開催す
るためには、開催方法の工夫が必要です。

② 子どもへの理解促進

○2020（令和2）年3月末現在、認知症サポーターのうち、子どもサポーターは76,154
人養成されています。

○子どもサポーター養成講座の開催には学校の協力が必要であり、養成講座の実施は一
部の市町に限られます。

○認知症に対する理解促進のための教育や学校内外での高齢者との交流を実施してい
る市町もあります。学校での教育や高齢者との交流には、学校の協力が必要であり、

学校外での高齢者と子どもの交流には、自治会の協力や地域における交流の場が必要です。

- 子どもや学生の認知症に関する理解促進のために、全国キャラバン・メイト連絡協議会により表彰された小・中・高校生認知症サポーターの創作作品等について、県や市町での更なる広報・周知の必要があります。

③ その他理解促進

- 認知症に対する誤解や偏見をなくし、認知症の症状や認知症の人の気持ちを理解することは、認知症の予防や早期発見、病院・診療所への早期受診、適切なケアによる症状の緩和、さらには地域で暮らす認知症の人への支援につながります。
- 認知症への理解が乏しいことから、病院・診療所への受診が遅くなり、認知症の発見や対応の遅れによる状態の悪化、不適切なケアによる抑うつ、暴力、徘徊等の行動・心理症状（BPSD）が出現する場合もあり、介護者の負担が増大します。
- 本人の意思をできるだけくみ取り、それを活かして支援ができるよう、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の内容を盛り込んだ研修等として、一般病院の医療従事者、看護師を対象とした認知症対応力向上研修や一部の市町の認知症サポーターのステップアップ講座等を実施しています。今後、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師向けや介護職員認知症対応力向上研修や認知症サポーター・チームオレンジ養成研修等にガイドラインの内容を盛り込んで実施する必要があります。
- 世界アルツハイマーデー（毎年9月21日）及び月間（毎年9月）の機会を捉えて認知症に関する普及・啓発イベントを集中的に開催しており、県は家族会等と協働で世界アルツハイマーデーの街頭キャンペーンやRUN伴（ランとも）に参加しており、一部の市町においても各種啓発活動を実施しています。
- 認知症に関する情報を発信する場として、図書館での認知症コーナーの設置等を一部の市町で実施しています。更なる設置の拡充のためには、福祉担当部局から図書館への働き掛けが必要になります。

【施策の方向性】

（市町の施策の方向性）

① 認知症サポーターの養成

- 認知症サポーターの養成に引き続き取り組みます。特に、認知症の人と地域で関わることが想定される小売業、金融機関、公共交通機関や警察等の企業・職域型の認知症サポーターの養成に取り組みます。
- 認知症サポーター養成講座で講師の役割を担うキャラバン・メイトの活動を支援します。
- 認知症サポーターが地域や職域で認知症の人と家族を支えることができるよう、認知症サポーターのステップアップ講座や、民生委員との面識を深めること等を通じて、認知症サポーターの活動の促進に取り組みます。

○新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、状況に応じて認知症サポーター養成講座についてオンライン等の方法により実施します。

② 子どもへの理解促進

○子どもや学生に対する認知症サポーター養成講座に取り組むとともに、高齢者に対する理解を深めるための教育や学校外での高齢者との交流活動等を推進します。

③ その他理解促進

○認知症サポーター養成講座等で、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を周知します。

○世界アルツハイマーデー及び月間を中心に、認知症の人や家族等とともに、認知症に関する普及・啓発イベントを実施します。

(県の施策・支援策の方向性)

① 認知症サポーターの養成

○市町における企業・職域型の認知症サポーターの養成を促進するため、企業や職域への普及啓発を行うとともに、キャラバン・メイトを計画的に養成します。

○認知症サポーターの活動・活躍の場を拡げるため、引き続き、認知症サポーター・チームオレンジ養成研修を開催します。

② 子どもへの理解促進

○市町における子どもや学生に対する認知症サポーター養成を促進するため、教育委員会等への制度周知や協力依頼を行います。

③ その他理解促進

○県民の認知症に対する理解促進を図るため、地域住民、医療や介護等の関係者、企業、団体等が一体となった普及啓発を行います。

【具体的な取組】

① 認知症サポーターの養成

○小売業、金融機関、公共交通機関等民間企業や警察職員等への広報を強化し、企業・職域型の認知症サポーターの養成を促進します。

○市町における認知症サポーターの養成を促進するため、キャラバン・メイトを計画的に養成するとともに、キャラバン・メイト活動の活性化を図ります。また、小規模な市町については、広域での認知症サポーター・チームオレンジ養成研修を支援します。

○新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、市町がオンライン等で実施する認知症サポーター養成講座の実施状況や好事例を収集し、広く情報提供します。

② 子どもへの理解促進

- 市町と連携して教育委員会や私学協会に協力を依頼し、県内の小中学校の児童や高校の生徒向けに認知症サポーター養成講座の情報提供を行います。併せて、教職員向けに制度周知のための情報提供を行います。
- 子どもサポーター養成数の多い市町の事例を共有するなど、市町へ効果的な手法の情報提供を行います。
- 学校外での高齢者と子どもの交流の場として、ふじのくに型福祉サービスや地域共生の取組を推進します。
- ポスターや作文等の表彰作品をセミナー等で掲示・配布するなど、市町と連携して表彰作品を周知します。

③ その他理解促進

- 関係団体と連携し、認知症の人の意思決定を支援する映像教材等を活用した認知症対応力向上研修を実施していきます。
- 意思決定支援ガイドラインの内容を踏まえて実施している市町を参考に全市町でガイドラインの内容を盛り込んだ講座の実施を促進します。
- 当事者団体、市町、医療機関、介護事業所等、多くの関係者と連携し、アルツハイマーデーや月間で全県的な普及啓発を実施します。また、認知症フォーラムや大学主催の認知症講演会等の実施を促進します。
- 住民への認知症の正しい理解の普及と認知症の人と家族を支える地域づくりを推進するため、認知症の人と家族の会静岡県支部等と協働して、街頭キャンペーンの実施やRUN伴（ランとも）に参加します。
- 市町が作成しているリーフレットや認知症ケアパス等を図書館に情報提供し、市町にも公立図書館への情報提供を促します。

(2) 相談先の充実・周知

【現状と課題】

① 相談体制の整備

- 認知症に関する相談窓口として、地域包括支援センターや認知症疾患医療センター、家族会や当事者団体等があります。県や市町では、広報誌やホームページ等により相談窓口の周知を行っています。
- 高齢者の総合相談窓口である「地域包括支援センター」は、2020（令和2）年4月現在、164箇所設置されています。また、2019（令和2）年度の相談件数は1センター当たり約2,300件で、年々増加傾向にあり、地域包括支援センターの負担が重くなっています。
- 地域の関係機関間の調整・助言・支援の機能を持つ認知症疾患医療センターは2次医療圏ごとに設置されていますが、医師の業務多忙により地域包括支援センターなどが相談しにくい状況にあります。また、診断直後の本人・家族に対する医療的な相談支援を強化する必要があります。
- 認知症介護の経験者等が同じ立場、仲間の立場で相談に対応する「認知症コールセン

ター」への2019（令和元）年度の相談は156件あり、相談件数は横ばい傾向となっています。

○生活意識調査によると、一般高齢者のうち、認知症の相談窓口を知っていると回答した割合は約2割となっており、「認知症コールセンター」等の更なる周知が必要です。

② 認知症ケアパスの活用

○認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れをまとめた認知症ケアパスは、全ての市町で作成されており、地域包括支援センターや市町がホームページ、リーフレット等で広く周知していますが、地域によっては活用されていないところがあります。

③ 法テラスの制度周知

○法テラスでは、法的なトラブルの解決に必要な情報やサービスの提供を受けられます。騙されて債務を負ってしまう、金銭管理が難しくなる、親族による経済的虐待が疑われるといったトラブルについて、関係機関（社会福祉協議会、地域包括支援センター、介護事業所、医療機関等）からの相談で出張法律相談が受けられます。

○人権相談等の中で必要に応じて法テラスの制度を周知し、パンフレットを相談窓口等に配架していますが、認知症の人と関わる関係機関等、必要な人に法テラスの制度を周知する必要があります。

【施策の方向性】

（市町の施策の方向性）

① 相談体制の整備

○認知症に関する相談窓口の認知度が高まるよう、広報誌やホームページ等により周知を行います。

○地域包括支援センターの業務負担軽減を図るため、総合的な相談支援体制づくりなど、後方支援体制の整備に努めます。特に、委託の地域包括支援センターについては、保険者機能強化推進交付金を活用し、委託先法人の理解を得ながら、人員の拡充等に取り組みます。

② 認知症ケアパスの活用

○認知症ケアパスが適時適切に活用されるよう、認知症の人本人の意見を踏まえた改善に努めます。

③ 法テラスの制度周知

○地域包括支援センターなどの相談窓口を通じて、認知症の人と関わる関係機関等へ法テラスの制度を周知します。

（県の施策・支援策の方向性）

① 相談体制の整備

○認知症に関する相談窓口の認知度が高まるよう相談窓口の周知を行うとともに、住民の認知度を確認します。

② 認知症ケアパスの活用

○認知症ケアパスの改善を支援し、活用を促進します。

③ 法テラスの制度周知

○パンフレットを配架するとともに、相談対応時に法テラスの制度を周知します。

【具体的な取組】

① 相談体制の整備

○認知症の相談窓口について、関係者や住民の認知度を調査し、評価します。

○地域包括支援センターにおける相談体制の充実をはじめ、運営を支援するため、地域包括支援センター業務を評価・点検するための研修を実施します。また、保険者機能強化推進交付金を活用し、地域包括支援センターの体制強化を促進します。

○認知症疾患医療センターと認知症サポート医、かかりつけ医の役割分担、連携について、認知症疾患医療センター連絡協議会等で検討します。また、認知症疾患医療センターの相談員等が地域に出向いて認知症に関する相談を受ける活動を支援します。

○認知症コールセンターについて、あらゆる機会を捉えて周知します。

② 認知症ケアパスの活用

○認知症の人や家族が、認知症の診断直後をはじめ、適時適切に活用できるよう、効果的な活用を行っている市町の取組を周知し、認知症ケアパスの改善を支援します。

③ 法テラスの制度周知

○市町や地域包括支援センター等を対象とした研修で、法テラスの制度や活用方法等を周知します。

(3) 認知症の人本人からの発信支援

【現状と課題】

○認知症の人本人からの発信の機会が増えるよう、地域で暮らす本人とともに普及啓発に取り組んでいく必要があります。

○認知症の人本人からの発信の機会を広げるため、「認知症の本人が語り合う全国の集い」（2018年度）や「認知症の人本人の声を施策につなげるための合同ワークショップ」（2019年度）を開催しています。

○認知症の人本人の意見を聴く取組として、本人ミーティングの開催や認知症カフェの運営などを、2019（令和元）年度は21市町で実施していますが、本人からの意見を聴く機会を更に増やし、施策へつなぐ必要があります。

○診断直後等の人に対する認知症の人本人による相談活動（ピアサポーターによる支

援)の普及として、2019(令和元)年度からモデル市町においてピアサポート活動支援事業を実施していますが、ピアサポーターの増員が必要です。

- 2019(令和元)年度は、一般病院の医療従事者、看護職員向け認知症対応力向上研修にて、医療専門職が本人の声を聴く取組を実施しました。また、世界アルツハイマーデーや同月間のイベント等において、一部の市町が本人ミーティングや出張認知症カフェに取り組んでいます。本人が参加者の前で話す機会を更に増やす必要があります。
- 普及啓発などのイベントで「本人にとってのよりよい暮らしガイド(本人ガイド)」を配布していますが、認知症の人に行き渡っていないため、更なる普及が必要です。

【施策の方向性】

(市町の施策の方向性)

- 本人が声を発信する機会づくり、本人の声を聴く場を増やします。
- 認知症カフェでの相談内容を把握していきます。

(県の施策・支援策の方向性)

- 認知症本人大使やピアサポーターとして発信協力可能な本人を増員し、市町や地域の活動を支援します。
- 認知症の本人の声を聴いて施策に反映している好事例を紹介し、市町への普及展開を図ります。

【具体的な取組】

- 市町や関係団体と協力し、活動可能な本人を見つけ、認知症本人大使やピアサポーターとして委嘱します。
- 本人ミーティングだけでなく認知症カフェなどで本人の声を聴き、施策に反映できるよう市町の取組を支援します。
- イベント等で本人が参加者に向けて話をする場面の設定や動画等を活用して本人の声を発信する機会を拡大します。
- 認知症本人大使の取組やピアサポート活動支援事業の成果を全県下に普及展開します。
- イベントやワークショップで「本人にとってのよりよい暮らしガイド(本人ガイド)」を配布します。

2 認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）

認知症予防には、認知症の発症遅延や発症リスク低減（一次予防）、早期発見・早期対応（二次予防）、重症化予防、機能維持、行動・心理症状（BPSD）の予防・対応（三次予防）があり、「予防」とは、「認知症にならない」という意味だけではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味です。

運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症予防に資する可能性が示唆されています。

また、早期に発見し、適切な治療や介護を行うことにより、進行を遅らせ、症状を軽減することができます。

さらに、かかりつけ医、保健師、管理栄養士等の専門職による健康相談等の活動についても、認知症の発症遅延や発症リスク低減、早期発見・早期対応につながります。

県では、認知症の人と家族、地域住民が、認知症の発症や進行を遅らせることが期待される活動に取り組むことができる環境をつくります。

(1) 認知症予防に資する可能性のある活動の推進

【現状と課題】

① 通いの場の充実

- 住民主体の通いの場は、2020（令和2）年3月現在、4,226 か所に設置されており、参加者数は95,512人で、高齢者人口に対する参加率は8.8%となっています。（再掲）
- 通いの場の設置数と参加率については地域差が大きく、通いの場に参加するメリットを住民に理解してもらうなど、参加を促進する取組が必要です。
- 新型コロナウイルス感染症の**流行下において、活動を継続するためには、通いの場や一般介護予防事業の開催方法の工夫が必要です。**（再掲）

② 生活習慣病等の予防

- 糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防が、認知症予防に資する可能性が示唆されていることから、生活習慣病が認知症のリスク要因であることを周知する必要があります。

③ 専門職の関与

- 通いの場や市町が実施する地域ケア会議など、介護予防事業に対するリハビリテーション専門職の派遣は、全ての市町で実施しており、2019（令和元）年度の派遣件数は2,374件となっています。（再掲）
- 専門職の関与が少ない市町においては、関与の強化が必要です。
- また、2019（令和元）年度に、通いの場に歯科衛生士及び管理栄養士の派遣を行った市町は20市町となっており、リハビリテーション専門職に加えて歯科衛生士や管理栄養士の関与の強化が必要です。

④ 多様な場の活動

- 生活意識調査では、一般高齢者の約7割が地域活動やスポーツ活動、趣味等の活動を行っています。
- また、各市町において、市民農園やスポーツ講座等の各種活動が実施されています。
- 多様な社会参加により、認知症の予防を図るためには、これらの活動が認知症予防につながる可能性があることを認識してもらい、参加機会や活動内容の充実を図る必要があります。

【施策の方向性】

(市町の施策の方向性)

① 通いの場の充実

- 社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等にもつながることから、地域において高齢者の通いの場等を拡充します。
- 新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、状況に応じて通いの場や一般介護予防事業についてオンライン等の方法により実施します。

② 生活習慣病等の予防

- 予防教室などを通じて、生活習慣病が認知症のリスク要因であることを周知します。
- 認知症発症リスクの低減を図るため、通いの場や予防教室などで口腔清掃管理の指導を行います。

③ 専門職の関与

- 通いの場等で、かかりつけ医、保健師、管理栄養士等の専門職が、健康相談を行う活動を推進します。

④ 多様な場の活動

- 公民館で実施する講座やスポーツ教室など住民が幅広く活用できる場を最大限活用し、認知症予防に資する可能性のある各種活動を推進します。

(県の施策・支援策の方向性)

① 通いの場の充実

- 市町等で実施する通いの場等の取組の情報を収集し、生活習慣病の予防や専門職の関与の観点から実施している効果的な事例等の共有化を図ります。

② 生活習慣病等の予防

- 高齢期になる以前からの生活習慣病予防の重要性について、県民への周知を図ります。

③ 専門職の関与

- 市町の介護予防事業に協力可能な歯科衛生士や管理栄養士を育成します。

○市町の介護予防事業への専門職の関与について、リハビリテーション専門職に加えて、歯科衛生士、管理栄養士等の派遣の仕組みづくりを行います。

④ 多様な場の活動

○市民農園や市町で実施するスポーツ教室等の取組を周知するほか、農福連携による介護予防・認知症予防の取組を支援します。

○各市町における認知症予防に資する可能性のある各種活動の好事例を収集し、普及を図ります。

【具体的な取組】

① 通いの場の充実

○通いの場の好事例を把握し、研修等を通じて周知・普及を図ります。

○新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、市町がオンライン等で実施する通いの場や一般介護予防事業の好事例を市町間などで共有化します。

② 生活習慣病等の予防

○生活習慣病予防の好事例を収集し、研修会や講習会等を開催します。

③ 専門職の関与

○市町の介護予防事業に協力可能なリハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士を育成するとともに、派遣の仕組みづくりを行います。

○「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」により、医師が健診や日常の受診の機会を捉え、生活習慣病の重症化予防とフレイルに関する評価を行い、高齢者の状態に応じたサービス等につなげる仕組みを構築します。

④ 多様な場の活動

○農福連携による介護予防や認知症予防の好事例を把握し、研修会等を通じて周知・普及を図ります。

(2) 予防に関する国の研究成果や事例の普及

【現状と課題】

○認知症予防に関するエビデンスは未だ不十分であることから、国が、国内外の認知症予防に関する論文等を収集し、認知症予防に関するエビデンスを整理して作成する活動の手引きを周知することが必要です。

○認知症の発症遅延や発症リスク低減（1次予防）の取組は、介護予防として実施していますが、生活習慣病が認知症のリスク要因であることの周知や口腔機能管理による認知症発症リスクの低減が必要です。

○認知症の早期発見・早期対応（2次予防）は多くの市町で認知症初期集中支援チームによる訪問活動により実施していますが、引きこもりがちで生活習慣病リスクの高い

高齢者へのアウトリーチが必要です。

【施策の方向性】

(市町の施策の方向性)

- 認知症の予防に資すると考えられる活動事例や、国が、認知症予防に関するエビデンスを整理して作成する活動の手引きを住民や専門職に周知します。
- 令和2年度から実施している「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」により、通いの場への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）を行うとともに、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行います。
- 引きこもりがちで生活習慣病リスクの高い高齢者への個別的支援（ハイリスクアプローチ）を行います。

(県の施策・支援策の方向性)

- 国研究成果や市町等で実施する認知症予防に関する取組の情報を収集し、効果的な事例等の共有化を図ります。
- 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を推進し、市町での通いの場等の充実、活用を支援します。
- 介護予防活動への専門職（歯科衛生士・管理栄養士）の関与の強化により口腔ケアや低栄養の改善を推進します。

【具体的な取組】

- 市町における認知症予防の強化を図るため、市町や地域包括支援センターなど認知症予防事業に従事する者を対象に、研修会や講習会等を開催し、国の研修成果や活動事例の普及を図ります。
- 通いの場における介護予防効果を検証し、自己測定方法の開発を行います。
- かかりつけ医等が高齢者の健診等の機会に医学的見地からの評価を実施し、高齢者の状態に応じたサービス等につなげる仕組みづくりを支援します。

3 地域で支え合いつながる社会の実現（支え合う）

認知症は状態に応じて、必要とされるサービスが異なることから、在宅で生活する高齢者等に対して、適時・適切に切れ目なく医療・介護等が提供される支援体制の構築が必要です。

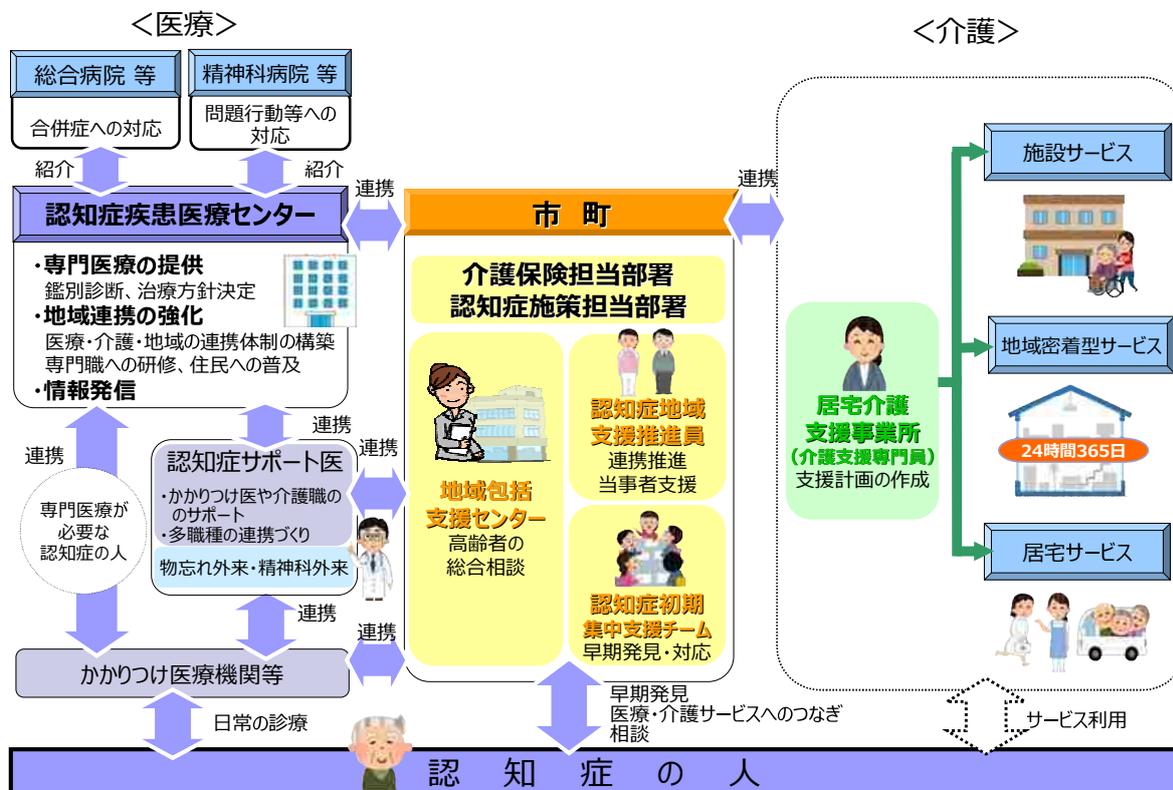
また、認知症医療・介護等に携わる人は、認知症の人を個性、想い、人生の歴史等を持つ主体として尊重し、地域社会の中で認知症の人のなじみの暮らし方やなじみの関係が継続できるよう、伴走者として支援していくことが重要となります。

地域住民が認知症の人の見守りや日常的な手助けなどの支援をするとともに、認知症の人でもできないことではなくできることに着目して地域の中で活動することで、認知症の人でも地域社会を支える一員となり、支え合い、つながる体制がつくられます。

さらに、若年性認知症は、就労、日常生活への影響などの課題が生じ、高齢期の認知症とは異なる対応が必要とされることから、正しい理解の普及とともに、居場所づくり、就労や社会参加支援等の様々な分野にわたる支援を総合的に推進する必要があります。

県では、専門職による適切な医療・介護が提供され、認知症に配慮した地域住民の支えの中で、認知症の人が能力に応じて社会に参加できる環境をつくりま

<図 4-3：認知症に関する医療・介護提供体制>



(1) 早期発見・早期対応

【現状と課題】

① 市町（連携）

- 認知機能低下のある人や、認知症の人の早期発見・早期対応のためには、地域の関係機関間の日頃からの有機的な連携が必要ですが、機能ごとの取組にとどまっています。
- 認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れをまとめた認知症ケアパスは2019（令和元）年度に全ての市町で作成されました。
- 一部の市町では当事者の意見を踏まえて改訂を行っています。市町は、本人や家族の意見を踏まえて、認知症ケアパスを随時改訂する必要があります。
- ほとんどの市町で認知症ケアパスに認知症カフェや家族会等のインフォーマルサポートを掲載していますが、掲載していない市町もあります。
- 県が作成したふじのくにささえあい手帳を一部の市町で活用していますが、独自の連携シートを作成している市町もあります。また、認知症情報連携シートのない市町があります。

② 地域包括支援センター

- 地域包括支援センターは、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等を配置して、3職種のチームアプローチにより、高齢者が住み慣れた地域で生活できるように介護サービス、保健福祉サービス、日常生活支援などの相談に応じており、介護保険の申請の相談を受ける窓口も担っています。
- 地域包括支援センターの多くは、医療・介護等関係機関とは連携していますが、今後は、スーパーや金融機関等生活に密接に関連する民間部門との連携にも取り組む必要があります。
- また、地域包括支援センターと地域住民とも連携を強化していく必要があります。

③ 認知症地域支援推進員

- 認知症の人と家族からの相談や、医療提供施設や介護サービス等の支援機関の連携の調整等を行う認知症地域支援推進員は、2020（令和2）年8月現在、201人配置されています。また、約7割が委託の地域包括支援センターに兼務で配置されています。
- 本人・家族の相談対応、認知症カフェの運営を行っている推進員が多いです。
- 2019（令和元）年度から認知症地域支援推進員現任者（スキルアップ）研修を実施し、質の向上を図っています。
- 認知症地域支援推進員の役割は、地域の実情に応じて異なりますが、市町が、推進員に期待する役割を明確に伝えられていないことや推進員が活動の中で得た情報を市町の施策にフィードバックできていないことが課題となっています。

④ 認知症初期集中支援チーム

- 認知症の初期段階で専門職が認知症の人や家族に関わり、認知症サポート医と連携しながら、医療・介護サービスにつなげる認知症初期集中支援チームは全ての市町に設置されています。
- 多くの市町では、相談や連絡があってからチームの対応を開始しており、2019（令和

元) 年度の訪問実人数は 699 人です。また、同年度中に医療・介護サービスにつながった者の割合は 78.6%です。

- 対象の把握や選別方法が市町ごとに異なり、うまく機能している市町ばかりではないため、更に社会的孤立者へのアウトリーチを行うには、チームの役割や他の機関との連携を見直す必要があります。

⑤ 認知症疾患医療センター

- 認知症疾患医療センターは、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、認知症の行動・心理症状（BPSD）と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うなど、地域の医療と介護の連携拠点として、全ての高齢者保健福祉圏域に設置されています。
- 認知症疾患医療センターが認知症サポート医リーダーと連携して、出張相談等により地域に出向き、認知症の早期発見、早期対応につなげる事業（認知症の人をみんなで支える地域づくり推進事業）を 2018（平成 30）年度から実施しています。地域に出向いた相談事業については、認知症疾患医療センターの体制によって活動内容に差があります。
- 認知症疾患医療センターでは連絡協議会を実施していますが、医療機関が中心で、介護事業所の参加は少なく、認知症疾患医療センターが介護事業所に対しても調整・助言・支援機能を発揮すべきとの機運はまだこれからという状況です。
- 2018（平成 30）年度の初診までの待機日数別診療機関数は、14 日未満が 8 か所、15 日～1 か月が 4 か所、1 か月以上が 3 か所、相談件数は 9,916 件となっています。待機日数が長く、早期対応につながらず、相談しづらい状況もあります。
- 患者が多く、かかりつけ医、認知症サポート医、認知症疾患医療センターの役割分担が必要です。

【施策の方向性】

（市町の施策の方向性）

① 市町（連携）

- 認知症ケアパスを本人や家族の意向を踏まえるとともに、インフォーマルサポートを盛り込み、随時改訂していきます。
- 早期発見につなげるためのスクリーニングの機会を増やしていきます。
- 医療・介護関係者間の情報共有のツールとして、認知症情報連携シートを活用していきます。

② 地域包括支援センター

- 地域包括支援センターと民間企業、地域住民との連携を促進します。

③ 認知症地域支援推進員

- 認知症地域支援推進員の位置づけを明確にし、地域の実情に応じて認知症の人と家族

を支援する体制の構築に取り組みます。

④ 認知症初期集中支援チーム

○社会的孤立者へのアウトリーチや相談業務など、適切な医療・介護サービス等に速やかにつなぐ取組を強化します。

⑤ 認知症疾患医療センター

○認知症疾患医療センターをはじめ関係機関と連携して、早期診断・早期対応に向けた医療・介護連携体制の充実を図ります。

(県の施策・支援策の方向性)

① 市町（連携）

○市町が認知症施策の全体像と、各機関や職種がどのような場面でどのような役割を期待されているかを明確にできるよう支援します。

② 地域包括支援センター

○地域包括支援センターと民間企業等との連携に関する市町の取組を支援します。

③ 認知症地域支援推進員

○市町が認知症施策の全体像と、各機関や職種がどのような場面でどのような役割を期待されているかを明確にできるよう支援します。

④ 認知症初期集中支援チーム

○市町が認知症施策の全体像と、各機関や職種がどのような場面でどのような役割を期待されているかを明確にできるよう支援します。

⑤ 認知症疾患医療センター

○認知症疾患医療センターの運営を支援し、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ります。

【具体的な取組】

① 市町（連携）

○認知症地域支援推進員による認知症ケアパスの改訂を促進するため、引き続き研修会等を開催します。また、認知症が軽度のうちに本人の意思表示を示す事項を設けるよう働き掛けます。

○地域の実情に応じた認知症情報連携シートの効果的な活用を推進するため、研修会等を開催します。

② 地域包括支援センター

- 地域包括支援センターの職員に対し、認知症疾患医療センター等が主催する研修会への参加を引き続き促します。
- 地域包括支援センターと民間企業、地域住民と連携している事例等を共有する機会を設けます。

③ 認知症地域支援推進員

- 認知症地域支援推進員の質の向上やネットワークの構築を図ることにより、効果的な活動につなげるため、研修会や連絡会を引き続き実施します。

④ 認知症初期集中支援チーム

- 認知症初期集中支援チームの質の向上やネットワークの構築を図ることにより、効果的な活動につなげるため、研修会や連絡会を引き続き実施します。

⑤ 認知症疾患医療センター

- 連絡協議会等への介護事業所の参加を促進し、地域における関係機関の連携強化の取組を支援します。
- 地域の相談機関との連携を含め、関係機関間の調整・助言・支援の機能を強化するため、県主催の認知症疾患医療センター連絡協議会において協議します。
- 認知症疾患医療センターが認知症サポート医のリーダーと連携して、出張相談等により地域に出向き、認知症の早期発見、早期対応につなげる体制づくりを継続して支援します。

(2) 医療体制の整備

【現状と課題】

- ① かかりつけ医、認知症サポート医及び歯科医師、薬剤師、看護師等
 - 認知症の早期発見、早期対応に向けて、かかりつけ医を対象とした認知症対応力向上研修を実施するとともに、かかりつけ医の相談役等の役割を担う認知症サポート医を養成してきました。
 - かかりつけ医や介護専門職をサポートするとともに、地域包括支援センターを中心とした多職種連携の推進役である認知症サポート医は2019（令和元）年度3月現在334人養成され、全ての市町に配置されています。その配置には地域偏在があるとともに、認知症サポート医としての活動に地域差や個人差があるなどの課題があります。
 - 認知機能の低下をかかりつけの歯科診療所、薬局等で発見した際、その後の対応が医療機関等により異なります。個人情報取り扱いが各市町で異なるため、市町ごとに認知症が疑われる人を発見した際の対応を決める必要があります。
 - 平成30年2月、県歯科医師会と県社会福祉士会が共同で「認知症虐待等チェックシート」を作成し、地域包括支援センターと連携して活用しています。
 - 複数の薬を服用している高齢者においては、認知機能低下等により薬が正しく服用されなかった時の有害事象の発生が問題となっています。

- 一部の地域で認知症疾患医療センターと、かかりつけ医の連絡会を開催しています。
- 県では、県医師会と連携して地域連携の核となる認知症サポート医リーダーの養成を実施しています。
- 容態に最適な医療、介護の共通認識や円滑な退院支援を行うために必要なクリティカルパスを作成している市町がない状況です。容態に応じて適切な医療サービスを提供するためには、容態に応じた適切なサービスの共通認識やかかりつけ医、専門医療機関、介護事業所等の連携推進が必要です。

② 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

- 認知症対応力向上研修を国のカリキュラムに沿って実施しています。
- 2019（令和元）年度末の受講者数は、かかりつけ医が 986 人、歯科医師 294 人、薬剤師 633 人、看護職員（指導者層）217 人、病院勤務の医療従事者 4,190 人です。研修参加者が低調・固定化のため拡大が必要であり、全ての診療所・歯科診療所に開催案内を通知し参加を促進するなどの取組を行っています。
- また、訪問看護ステーションに勤務する医療従事者を対象とした認知症対応力向上研修を実施し、2019（令和元）年度末までに 327 人が受講しています。
- 一般病院の医療従事者、看護職員の研修は、2019（令和元）年度から認知症本人による講話を取り入れ、各団体と協力し独自の内容で実施しています。
- 患者としてだけでなく、生活者として認知症の人を認識してもらうためのカリキュラムの工夫が必要です。

③ B P S D への適切な対応

- 認知症の行動・心理症状（B P S D）は認知症の進行により必ず生じるものではなく、周囲の不適切なケアや身体の不調や不快、ストレスや不安などの心理状態が原因となって現れる症状です。まずは早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じて B P S D を予防するほか、B P S D が見られた場合にも的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選択とするのが原則となります。
- B P S D への投薬に当たっては、高齢者の特性等を考慮した対応がなされる必要があり、「かかりつけ医のための B P S D に対応する向精神薬使用ガイドライン（第 2 版）」普及のため、その内容を踏まえた、かかりつけ医対象の研修を実施するとともにガイドラインを配布しています。また、研修受講者以外へのガイドラインの周知が必要です。
- また、B P S D に対応する際、症状によっては本人の意思に反したり、行動を制限したりする必要が生じることがあります。精神科病院や介護保険施設等に関しては行動の制限や身体拘束に対して、個人の尊厳を尊重し、人権に配慮するよう適切な手続きが定められています。
- 静岡県では、介護保険制度が創設された 2000（平成 12）年度から、介護保険施設等における身体拘束の廃止に取り組んでおり、介護現場では身体拘束廃止の理念が浸透してきているものの、依然として、施設従事者等や利用者の家族に身体拘束をやむを

得ないことと捉える意識が残っています。

- 身体拘束の廃止を徹底するためには、引き続き、施設等の管理者をはじめとした組織全体の意識改革を進めるとともに、その重要性を利用者やその家族にも認識してもらう必要があります。
- また、精神科病院や介護保険施設等の行動の制限や身体拘束に関して適正な手続きが定められていない医療現場等においても個人の尊厳を尊重し、人権に配慮した対応が必要です。

④ 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

- 人生の最終段階にあっても本人の尊厳が尊重された医療・介護等が提供されることが重要です。
- 2019（令和元）年度から一般病院の医療従事者・看護職員向け認知症対応力向上研修において「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の内容を加味して実施しています。
- 今後は、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師向け認知症対応力向上研修にガイドラインの内容を盛り込む必要があります。

【施策の方向性】

- ① かかりつけ医、認知症サポート医及び歯科医師、薬剤師、看護師等
 - かかりつけ医療機関等における早期発見・早期対応を促進するため、地域の関係機関との連携強化のための取組を支援します。
- ② 医療従事者等の認知症対応力向上の促進
 - 認知症対応力向上研修の回数の増加、ダイレクトメールによる開催案内、開催場所や日時の工夫などにより受講者の拡大を図ります。
 - 研修で本人と接する機会を増やすなど研修内容を工夫します。
- ③ B P S Dへの適切な対応
 - 「かかりつけ医のためのB P S Dに対応する向精神薬使用ガイドライン（第2版）」を引き続き研修で配布するとともに、関係団体等を通じてガイドラインを配布します。
 - 精神科病院や介護保険施設等については、引き続き、行動の制限や身体拘束に関する適切な手続きの徹底を図ります。
 - 介護保険施設等における身体拘束の廃止については、関係機関との連絡調整及び相談機能の強化を目的に設置した「静岡県身体拘束ゼロ作戦推進会議」を中心に、幅広い取組を促進します。
 - また、施設等の中で、身体拘束に関する助言指導ができる身体拘束廃止推進員を着実に養成するとともに、県民に対し身体拘束廃止の理念が浸透するよう普及啓発を行います。

④ 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

- 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を医療・介護従事者への研修において活用し、多職種協働による本人の意思決定支援の取組を推進します。

【具体的な取組】

① かかりつけ医、認知症サポート医及び歯科医師、薬剤師、看護師等

- かかりつけ医療機関等における早期発見・早期対応を促進するため、連絡票やルールを作成した事例等を共有する機会を設けます。
- 保健事業と介護予防の一体的な実施の中で市町が医師会等と連携しながら取組を推進できるよう支援します。
- 歯科診療所において、引き続き「認知症虐待等チェックシート」等を活用して、早期発見・早期対応を促進するとともに、地域包括支援センターとの連携を強化します。
- 薬物療法における有害事象を防ぐため、かかりつけ薬局とかかりつけ医等との連携を進め、薬剤師による継続的な薬学的管理や患者支援を推進します。
- 認知症に係る多職種連携を強化するため、認知症サポート医の養成を進めるとともに、認知症サポート医のリーダーを養成します。また、認知症サポート医リーダー連絡会を開催し、研修会等の企画立案や地域の実態に即した連携づくり等により認知症サポート医の活動を支援します。
- 容態に最適な医療、介護の共通認識や円滑な退院支援を促進するため、クリティカルパスの作成を支援する研修会を開催します。

② 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

- 医療従事者の認知症への対応力向上のため、引き続き、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護職員、病院で勤務するリハビリテーション専門職等や、訪問看護師を対象とする認知症対応力向上研修を実施します。
- 研修で本人と接する機会を増やし、認知症の人を尊重し尊厳を守ることの重要性の理解を促進します。

③ B P S Dへの適切な対応

- 「かかりつけ医のためのB P S Dに対応する向精神薬使用ガイドライン（第2版）」を引き続き研修で配布するとともに、関係団体等を通じてガイドラインを配布します。
- 介護サービス事業者等の身体拘束ゼロ宣言及び再宣言を推進します。
- 介護保険施設等の施設長や介護主任等を対象とした身体拘束廃止推進員の養成研修を開催します。
- 介護保険施設等における身体拘束の禁止を徹底するため事業所や県民を対象としたセミナー等を開催します。
- 介護保険施設等における身体拘束の禁止について、定期的に事業所や家族等を対象としたアンケートを実施します。

④ 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

- 医師会、歯科医師会等と連携し、映像教材等を活用するなどの研修内容の見直しを行います。

(3) 介護サービスの基盤整備、介護者の負担軽減の推進

【現状と課題】

① 介護サービスの基盤整備

- 認知症の人は、住み慣れた地域でその人らしく暮らしていくために、訪問介護や通所介護などの在宅サービスや認知症グループホームや介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などの居住系サービスなど、様々なサービスを状態や生活環境に応じて活用することが必要です。
- 特に、認知症グループホームについては、認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点としての機能が期待されています。
- 2018（平成30）年度現在、認知症グループホーム393か所のうち、認知症カフェを設置しているのは11か所です。
- 認知症グループホームには、地域の認知症ケアの拠点としての役割が期待されていますが、認知症カフェの運営などを行うには、負担が大きいなどの課題があります。

② 介護従事者の認知症対応力向上の促進

- 認知症対応力向上研修を国のカリキュラムにより実施しており、2019（令和元）年度までに認知症介護指導者養成研修34人、認知症介護実践者研修4,102人が修了していますが、研修への積極的な参加及び参加者の資質の担保が必要です。
- 特に、認知症介護指導者は、主に介護従事者向け研修の講師を務めていますが、地域の中で、認知症の人や医療関係者と連携した取組が必要です。
- 認知症グループホームにおける介護サービスの質の評価、利用者の安全を強化する取組推進について、外部評価を実施し、結果を運営推進会議に報告していますが、改善等の取組状況が認知症グループホームごとに異なります。

③ 介護休業等制度の周知

- 高齢化の進展に伴い、働き盛り世代の家族介護者が今後も増加していくものと考えられ、介護者の仕事と介護の両立支援が必要です。
- 介護休業制度について、企業の人事労務担当者を対象としたセミナー等を通じて周知をしていますが、介護を理由に離職した人は2012（平成24）年から5年間で18,200人に上っており、仕事と介護を両立するための支援が必要です。
- 地域包括支援センターにおけるハローワークや企業の労働部門等の連携が必要であり、若年性認知症に関する取組で連携しているケースはありますが、介護家族支援では連携が少ない状況にあります。地域包括支援センターに相談に来る家族に対する就業継続支援も必要です。

④ 認知症カフェの普及

- 認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いに理解し合う認知症カフェは、2020（令和2）年4月現在168か所であり、県のホームページなどを通じて周知しています
- 認知症カフェの設置状況が市町により差があり、歩いていける範囲での設置を促進するほか、本人やボランティア等が集まる仕組みが必要です。
- また、今後は、認知症の家族の負担軽減を図るためにも認知症カフェの活用が必要です。

⑤ 診断直後からの家族教室や家族同士のピア活動の推進

- 2020（令和2）年4月現在の認知症家族会は19か所ありますが、家族会同士で連絡を取り合うことは少ない現状であるため、横のつながりを作っていく必要があります。
- 認知症の人を介護する家族からの要望を受けて、2010（平成22）年に本県が全国に先駆けて作成した介護マークは、2019（令和元）年度現在、全国518市区町村で活用され、累計配布数は26,336個ですが、配布開始から8年が経過し、配布数が横ばいとなっていることから、更なる利用促進が必要です。
- ピアサポート活動をする当事者（本人及び家族）を増やしていくことが必要です。
- 診断直後に本人及び家族に対して生活面や精神面のフォローができるよう、医療機関と地域包括支援センター等が連携を強化する必要があります。

【施策の方向性】

（市町の施策の方向性）

① 介護サービスの基盤整備

- 認知症高齢者の推計や介護サービスの利用状況等を踏まえ、介護保険事業計画に基づき、必要な介護サービスの基盤整備を推進します。

② 介護従事者の認知症対応力向上の促進

- 地域密着型サービス事業所に対しても事業所指導等の中で認知症対応力向上研修の研修参加の働き掛けを行います。
- ソーシャルワーク機能等を果たすため、ケアマネジャーや主任ケアマネジャーの資質の向上を行います。

③ 介護休業等制度の周知

- 地域包括支援センターにおいて介護休業制度等の啓発物を置くなど、取組を周知します。

④ 認知症カフェの普及

- 認知症カフェでの相談や運営内容を把握するとともに、社会資源としての活用方法を

検討し、認知症の人の交流や介護者の負担軽減を図ります。

⑤ 診断直後からの家族教室や家族同士のピア活動の推進

○介護サービス事業所等における家族教室や家族同士のピアサポート活動を推進します。

(県の施策・支援策の方向性)

① 介護サービスの基盤整備

○市町がサービス基盤の整備を計画的に実施できるよう基盤整備に関する財政的援助を行います。

○認知症グループホームを地域の認知症ケアの拠点にするための支援等を検討していきます。

② 介護従事者の認知症対応力向上の促進

○認知症グループホームが、地域における認知症ケアの拠点としての機能を展開できるよう、支援します。

○認知症介護指導者が、地域の中で、認知症の人や医療関係者と連携した取組を推進します。

③ 介護休業等制度の周知

○地域包括支援センターなど介護家族からの相談窓口において、介護休業制度のリーフレット等を配布し、周知します。

④ 認知症カフェの普及

○認知症カフェの活用方法の好事例について、ホームページ等を通じて広く情報提供を行います。

⑤ 診断直後からの家族教室や家族同士のピア活動の推進

○認知症家族会同士、横のつながりが取れるよう働きかけます。

○介護マークの全国普及に向けて、介護マークを周知するとともに利便性の向上を目指します。

【具体的な取組】

① 介護サービス基盤の整備

○認知症グループホーム等の整備を支援するため、地域医療介護総合確保基金を活用し、サービス基盤の整備にかかる費用を助成します。

② 介護従事者の認知症対応力向上の促進

○介護サービス事業所に対して、事業所指導等の中で認知症対応力向上研修の研修参加

の働き掛けを行います。

- 市町が認知症グループホームの改善等の取組状況や結果を把握し、必要に応じて、指導できるよう促します。
- 国に対して研修修了基準の明確化を求めるとともに、研修募集時に研修の目的、意義を周知徹底します。
- 認知症介護指導者が、研修の講師を担うだけでなく、地域の中で、認知症の人や医療関係者と連携する仕組みを検討します。

③ 介護休業等制度の周知

- 福祉・介護関連のイベント等で介護休業制度等に関するリーフレットを配布します。
- 家族が相談する地域包括支援センター等において、介護休業等制度のリーフレット等を広く配布・周知し、介護と仕事の両立を支援します。

④ 認知症カフェの普及

- 認知症カフェの活用方法の好事例を共有するほか、設置目標数に達していない市町に対して、設置を促進します。
- 元気な高齢者の地域活動の推進など、市町における担い手確保を支援します。

⑤ 診断直後からの家族教室や家族同士のピア活動の推進

- 家族教室や家族同士のピア活動について、活動状況や好事例を収集し、広く情報提供します。
- 介護マークの普及を推進するため、全国の活用状況を把握し、広報媒体を活用した周知活動を行います。

(4) 地域支援体制の強化

【現状と課題】

① 支援体制の構築

- 認知症の人が安心して日常生活を送るためには、安全に外出できる環境や日常生活で困った際に、周囲の理解や支援を求められる環境が必要です。
- そのため、認知症地域支援推進員等が中心となって地域資源をつなぎ、地域における支援や見守り体制の構築を推進することが求められています。
- このことから、認知症地域支援推進員の活動を活性化し、地域ごとに異なる資源や支援を必要とする人の状況を踏まえ、支援体制の構築を推進する必要があります。
- 認知症の人が周囲の理解や支援を求めるための手段としてヘルプマーク・ヘルプカードがありますが、ガイドラインを示して配布している市町は 14 市町にとどまっているため、全県的な普及が必要です。
- また、認知症の人や家族を支える体制整備として、チームオレンジとピアサポート活動を一体的に推進しており、2019（令和元）年度現在、10 市町で先行的に実施しています。

- 認知症の人や家族の生活面での早期支援を図るためには、多様な職域における認知症サポーターを養成し、チームオレンジを全県的に普及する必要があります。
- 併せて、認知症の人の住まいの確保と暮らしの支援を一体的に推進するため、居住支援法人、住民主体の見守りネットワーク、地域運営組織等の活動の連携が必要です。

② 見守り・SOS体制

- 認知症が原因と疑われる行方不明者は、県内で 208 人（2019（令和元）年）であり、年々増加傾向にあります。
- 行方不明になるおそれのある人の事前登録の推進と行方不明時の早期発見・保護に向けて、市町及び警察等の協力の下、『見守り・SOS体制の広域連携』の運用を 2020（令和2）年度から開始しています。
- ICT を活用した見守りシステムの導入は市町ごとに進んでおり、2019（令和元）年度現在、GPS が 12 市町、QR コードが 9 市町、アプリが 2 市町となっていますが、手法ごとの効果検証が必要です。
- これまでに身元不明者を県ホームページに 34 人掲載し、2014（平成 26）から 2019（令和元）年までに 16 人の身元が判明しましたが、引き続き、身元不明の人の情報を広く発信する必要があります。

③ 権利擁護の推進

- ※成年後見制度の利用促進は第 1-1 (4) に記載
- ※高齢者虐待の防止は第 5-2 (2) 及び第 5-4 (2) に記載

【施策の方向性】

① 支援体制の構築

- 認知症地域支援推進員の活動を活性化するために、市町が地域ごとに必要な活動や認知症地域支援推進員の役割を明確化するよう働きかけます。
- 認知症地域支援推進員が中心となって、地域における支援体制の整備を推進できるよう、資質の向上を図ります。
- ヘルプマーク・ヘルプカードの周知と必要な人が手に入れられるよう窓口での周知を行います。
- チームオレンジの構築に向け、多様な職種への働きかけなどを通じて、企業・職域型認知症サポーターの養成を拡大する取組を推進します。
- 居住支援法人や地域運営組織等と連携し、認知症の人の見守りと生活における困りごとの支援を一体的に促進します。

② 見守り・SOS体制

- 認知症の人が安心して外出できる地域の見守り活動を強化するほか、行方不明のおそれのある人の情報を警察署と共有する体制を強化します。
- 地域の見守りから行政につなげ、早期発見・早期対応につなげる体制を強化します。

- 2020（令和2）年4月から運用を開始した広域見守り・SOS体制について、市町や警察署をはじめ、関係機関の更なる連携強化に努めます。
- 効果的な機器やシステムの普及を促進します。
- 身元不明の人の情報を広く発信するため、アルツハイマーデーや月間等の中で、ホームページ等を活用した広報を行います。

③ 権利擁護の推進

- ※成年後見制度の利用促進は第1-1(4)に記載
- ※高齢者虐待の防止は第5-2(2)及び第5-4(2)に記載

【具体的な取組】

① 支援体制の整備

- 認知症地域支援推進員等を対象に、認知症ケアパスや認知症カフェの効果的な活用方法を共有する研修会等を実施します。
- ヘルプマーク・ヘルプカードの普及のため、ポスターの掲示やチラシの配布を行います。
- 市町がチームオレンジの活動を実施するため、チームオレンジ養成研修や活動報告会などを実施します。
- 認知症サポーターの活動や活躍の場を拡げるため、チームオレンジを先行して実施している市町の事例を紹介し、市町の取組を支援します。

② 見守り・SOS体制

- 2020（令和2）年4月から運用を開始した広域見守り・SOS体制について、市町や警察署との連携強化に向けた研修会等を実施します。

③ 権利擁護の推進

- ※成年後見制度の利用促進は第1-1(4)に記載
- ※高齢者虐待の防止は第5-2(2)及び第5-4(2)に記載

(5) 若年性認知症の人への支援

【現状と課題】

- 若年性認知症は、2009（平成21）年3月の厚生労働省の調査では、人口10万人あたりの有病率が47.6人とされ、これを本県にあてはめると、約1,000人余と推計されますが、2020（令和2）年7月の厚生労働省の調査結果では、有病率は50.9人とされ、推計人数は概ね同数となっております。
- 県が2014（平成26）年に実施した若年性認知症実態調査では、①若年性認知症に対する理解不足、②相談・支援体制が不十分、③病院・診療所の情報・連携が不足、④居場所づくりや発症後の就労支援の不足が課題として明らかになりました。
- 特に、本人の気づきから診断につながるまで、又は診断から支援につながるまでにい

わゆる空白の期間があり、きめ細やかな相談支援が必要となります。

- 「ふじのくに若年性認知症支援ガイドブック」を 2016（平成 28）年 3 月に作成しており、地域包括支援センターや認知症疾患医療センターなど全ての関係機関に更なる周知が必要です。
- 「静岡県若年性認知症相談窓口」を 2016（平成 28）年 7 月に設置し、若年性認知症支援コーディネーターを配置しており、2019（令和元）年度の相談件数は 162 件です。
- 相談内容は、心身の問題や社会資源の問合せ、症状・対応方法等であり、相談者は、本人・配偶者が多く、市町・地域包括支援センター・専門職の相談も増加していますが、相談内容が多岐に亘っており、対応が難しくなっています。
- 若年性認知症の人の居場所（仕事の間）づくり（2017、2018 年度）やジョブサポート支援事業を実施しており（2019、2020 年度）、5 事業所において社会参加や就労を行う介護サービス事業を行っていますが、若年性認知症の人へのサービスが不足しており、就労継続や仕事の間への提供に向けた企業の理解促進が必要です。
- 若年性認知症支援コーディネーターを 8 人設置（東中西の地区分担制）し、若年性認知症企業出前講座の開催、本人ミーティングや家族会の会合に出席していますが、ハローワークや認知症疾患医療センター、広域的な企業等も含め、ネットワークづくりが必要です。
- 企業は動機付けがないと就労や継続支援が難しいため、認知症の人の雇用が障害者雇用率に算入可能であることを周知するなど取組が必要です。

【施策の方向性】

（市町の施策の方向性）

- 認知症地域支援推進員等が中心になって、若年性認知症の人の就労や社会参加を支援します。

（県の施策・支援策の方向性）

- 若年性認知症の人と家族が必要な支援につながるように、「静岡県若年性認知症相談窓口」の更なる周知を図るとともに、訪問支援を強化します。
- 若年性認知症の人の就労継続を支援するため、若年性認知症支援コーディネーターと連携して、企業・団体等への働き掛けを行います。
- 若年性認知症の人の就労や社会参加を促進するため、協力可能な企業と共に、デイサービスにおける就労メニューの普及を行います。

【具体的な取組】

① 若年性認知症の人への支援

- 若年性認知症支援コーディネーターの相談対応力向上や、多機関・多職種との連携を強化することで、相談窓口を強化します。
- 若年性認知症の人の就労継続を支援するため、若年性認知症支援コーディネーターと連携して、就労継続につながった事例集を作成し、企業・団体等に周知します。

- デイサービスでの就労メニューの普及を行います。
- 広域的なネットワークを形成するための連携会議の開催を検討します。

4 誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

認知症の人にとって、買い物や移動、趣味活動など地域の様々な場面で、外出や交流の機会を確保することが重要です。このため、生活のあらゆる場面だけでなく、心のバリアフリーにも留意しながら、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」に取り組む必要があります。

また、認知症になっても支えられる側だけでなく、支える側として役割と生きがいを持って生活できるよう、就労や社会参加の取組を推進する必要があります。

県では、誰もが障壁なく、地域の中で暮らし続けることができる環境をつくりま

(1) バリアフリーのまちづくりの推進

【現状と課題】

① 移動手段の確保

- 75歳以上の高齢運転対策を強化した改正道路交通法が2017（平成29）年3月に施行されて以降、県では、2020（令和2）年8月末までに約276,000人が認知機能検査を受検し、そのうち、約6,400人が認知症のおそれがあると判定され、約3,400人（約53%）が運転免許証を自主返納しています。
- 改正道路交通法に対応して、県警察本部、県医師会と連携して、本県独自の認知症診断の流れを策定するなど、運転免許証を返納しやすい環境づくりを進めているほか、認知症等を理由に運転免許証を返納した場合、必要に応じて警察から地域包括支援センターへ連絡する取組を行っています。
- 2020（令和2）年5月現在の市町における移動手段の確保対策の実施状況は表4-1のとおりです。

<表4-1：移動支援の実施状況>

手段	実施市町数
デマンド運行	18
福祉有償運送	20
ボランティア等による輸送・生活支援サービス	21
総合事業D型サービス	4

- 住民主体の移動支援として、2019（令和元）年度に3市でモデル事業を実施しましたが、住民ニーズに応じた移動支援対策を実施している市町は9市町のみであり、ニーズはあるが未対応は14市町であり、ニーズの把握未実施は12市町となっています。
- 2019（令和元）年度現在、16市町で地域公共交通網形成計画を策定していますが、交通部局と高齢者福祉部局が連携して住民ニーズを踏まえ、持続可能な公共交通ネットワークづくりを進める必要があります。
- ユニバーサルデザイン行動計画に基づき、歩道の勾配解消、無電柱化等の取組を実施していますが、生活の主要な移動経路となる駅や商店街、病院、福祉施設を相互に

結ぶ道路や通学路等について引き続き整備を推進する必要があります。

- 過疎地域の松崎町等で自動運転車両の実証実験を行っており、高齢者が利用できる取組を支援する必要があります。

② 交通安全対策

※第1-4(3)に記載

③ 住まいの安定的な確保

※第1-3(1)に記載

【施策の方向性】

① 移動手段の確保

- 運転免許を持っていなかったり、運転することを望まない高齢者等が生活に必要な移動ができる環境の整備を行います。
- 公共交通の維持・確保に加え、市町における住民ニーズに応じた移動支援の実施を支援します。
- 市町の地域公共交通会議に高齢者福祉担当が出席し、多様な移動支援を踏まえた公共交通網形成計画の策定を促進します。
- 住民主体の移動支援として、2019（令和元）年度に実施したモデル事業3市の取組状況等をまとめた普及事例集を活用し、移動サービスの普及を図ります。
- ユニバーサルデザイン計画に基づいて歩道の整備を推進します。
- 自動運転車両の実証実験を重ね、社会実装を目指します。

② 交通安全対策

※第1-4(3)に記載

③ 住まいの安定的な確保

※第1-3(1)に記載

【具体的な取組】

① 移動手段の確保

- 移動サービスの立ち上げや継続に当たって、地域の困り事や課題、トラブル等に対応する相談体制を構築するため、総合相談窓口の設置及びアドバイザー派遣を実施し、市町の移動サービスの創出を支援します。

② 交通安全対策

※第1-4(3)に記載

③ 住まいの安定的な確保

※第1-3(1)に記載

(2) 企業等における認知症に関する取組推進

【現状と課題】

- 移動、消費、金融手続き、公共施設など生活のあらゆる場面で、認知症バリアフリーの取組を推進するためには、企業等の理解が必要です。
- 2019（令和元）年度現在、買物支援は6市町で実施されていますが、免許返納した認知症の人がスーパーや飲食店を利用するための支援や認知症の人や家族が利用しやすいよう、店舗における認知症の特性に合わせた対応が必要です。
- 認知症の発症と損害賠償に関する民間保険商品の開発が進み、2020（令和2）年12月現在、県内4市町が保険契約者として加入する動きも出てきており、認知症に関する保険は近年急速に商品開発が進んでいるため、広く周知が必要です。

【施策の方向性】

- 企業・職域型の認知症サポーターの養成を通じて、企業がチームオレンジの一員として参画することを促進するとともに、チームオレンジ等の取組を通じて地域の店舗の認知症対応力向上を図ります。
- 認知症になっても小売店や飲食店などを利用しやすい環境を整備するため、認知症の人や家族の意見を民間事業者等に届ける取組を実施します。
- 県民が、認知症の発症や事故等による損害賠償に備えることができるよう、認知症に関する様々な保険商品の情報提供を行います。

【具体的な取組】

- 市町が実施するチームオレンジに企業が参加する取組を支援するとともに、認知症の人本人の意見を踏まえて開発された商品・サービスの登録を支援します。
- 認知症の人の事故を補償する民間保険への加入を支援する市町の取組を収集し、認知症に関連するセミナーやシンポジウム、地域包括支援センターでの相談など、様々な機会を捉えて周知します。

(3) 社会参加支援

【現状と課題】

- 認知症になっても支えられる側だけでなく、支える側として役割と生きがいを持って生活できる環境づくりとして、介護予防にもつながる居場所(仕事の場)づくり(2017、2018年度)やジョブサポート支援(2019、2020年度)を行っていますが、認知症の人の能力や特性と企業が提供する仕事のマッチングを行うことのできるデイサービスの確保が必要です。
- 高齢者全般に対し生涯学習を推進し、認知症の人が市民公開講座や寿大学等に参加できる環境づくりや、農業などの活動に参加する取組が必要です。
- 社会参加活動や認知症予防のための体制整備について、認知症地域支援推進員の取組

として2019（令和元）年度から新たに位置付けられ、一部の市町で取り組み始めています。

【施策の方向性】

（市町の施策の方向性）

- 認知症地域支援推進員等が中心になって、認知症の人の社会参加を支援します。
- デイサービスなどの介護サービス事業所における認知症の人をはじめとする利用者の社会参加活動を後押しします。
- 認知症地域支援推進員による社会参加活動のための体制整備を促進します。

（県の施策・支援策の方向性）

- 地域において「生きがい」を持った生活や認知症予防等の介護予防に資するよう、社会参加活動や社会貢献の場づくりを促進します。

【具体的な取組】

- 認知症の人の就労や社会参加を促進するため、協力可能な企業と共に、デイサービスにおける就労メニューの普及を行います。
- 若年性認知症ジョブサポート支援事業の成果を報告会やホームページ等で広報し、デイサービスでの取組を推進します。
- 主任介護支援専門員リーダーを対象とした「主任介護支援専門員リーダーフォローアップ研修」等により、ソーシャルワーク機能等の資質向上を図ります。
- 認知症の人が、市民公開講座への参加や農業などの地域活動に参加する取組を支援します。
- 認知症地域支援推進員による社会参加活動のための体制整備について好事例を紹介し、市町への普及展開を図ります。

【成果指標】

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
認知症の対応について不安に感じている介護者の割合	36.8%	33%

【活動指標】

1 認知症を正しく知る社会の実現（知る）

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
認知症サポーター養成数	累計361,977人	累計440,000人
企業・職域型の認知症サポーター養成数	62,340人	90,000人
世界アルツハイマーデー及び月間における普及・啓発イベント等を開催している市町数	11市町	全市町
認知症の相談窓口を知っている一般高齢者の割合	24.9%	34.9%
静岡県希望大使の設置人数	1人	4人
本人の意見を重視した施策の展開している市町数	21市町	全市町

2 認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
「通いの場」設置数（再掲）	4,226 か所	5,500 か所
「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数（再掲）	20市町	全市町
成人の週1回以上スポーツ実施率（再掲）	54.5%(暫定値)	65.0%(2021年度)

3 地域で支え合いつながる社会の実現（支え合う）

指標		現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
認知症サポート医養成研修の受講者数		334人	400人
認知症サポート医リーダー養成研修の受講者数		130人	165人
医療職向け 認知症対応 力向上研修 の受講者数	かかりつけ医	986人	1,769人
	歯科医師	294人	711人
	看護職員（指導者層）	217人	497人
	薬剤師	633人	1,291人
	一般病院勤務の医療従事者	4,190人	9,386人
初期集中支援チームの活動において、医療・介護サービスにつながった人の割合		78.6%	毎年度80.0%以上
認知症介護指導者数		55人	61人
認知症介護実践者数		6,480人	8,188人
認知症カフェ設置数		<u>168か所</u>	231か所
若年性認知症の人の相談の場設置数		<u>74か所</u>	106か所
権利擁護の地域連携ネットワークの中核となる機関の設置市町数（再掲）		4市町(2020年度)	全市町

4 誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援(チームオレンジ)を繋ぐ仕組みのある市町数	10市町	全市町

※目標値に下線が引いてあるものは総合計画（新ビジョン）の指標であり、総合計画改定時に見直しを検討する。

第5 自立と尊厳を守る介護サービスの充実

介護保険制度は、要介護状態となった高齢者が、尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、必要な介護サービス等を提供することを目的に、要介護(支援)認定者を社会全体で支援する仕組みとして、2000(平成12)年4月に創設されました。

制度創設から20年が経過し、介護サービスは、介護を必要とする高齢者の生活の支えとして定着しています。

一方で、少子高齢化の進行による要介護(支援)認定者の増加やひとり暮らし高齢者、高齢者夫婦のみ世帯の増加などにより、介護需要は増加しているだけでなく、多様化しています。

高齢者の自立と尊厳のある暮らしを支えるためには、この多様化した介護需要に個別に対応する多様な介護サービスの提供が不可欠です。

このため、量的・質的に十分なサービスの提供ができるよう、介護サービスの充実・強化を図ります。

1 介護サービス基盤の整備

静岡県の変介護(支援)認定者は、2019(令和元)年度の177,955人から、団塊の世代が75歳以上となる2025(令和7)年には198,370人、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040(令和22)年には228,896人に増加する見込みとなっています。

要介護(支援)認定者の増加が見込まれることから、量的に十分な介護サービスの提供体制を整備する必要があります。

また、介護サービスは、利用者の心身の状況や生活環境などにより、必要なサービス種別が異なることから、住み慣れた地域で必要なサービスが利用できるよう、種別ごとのサービス見込み量の推計を踏まえ、計画的な基盤整備を進めていきます。

【介護サービスの利用状況】

- 静岡県の75歳以上人口は2012(平成24)年から2019(令和元)年の7年間で457,206人から557,257人と約10万人の増加、1.22倍となっており、要介護(支援)認定者数は147,890人から177,955人と約3万人増加、1.20倍と後期高齢者人口の伸び率と同程度の伸びとなっています。
- また、介護サービス受給者数は130,517人から153,476人と約2万3千人増加、1.18倍となっており、要介護(支援)認定者数の伸び率と同程度の伸びとなっていることから、要介護(支援)認定者の介護サービスの利用が進んでいます。
- 介護サービス区分ごとの受給者数は、居宅サービスが91,884人から108,541人と約1万7千人増加、地域密着型サービスが10,475人から13,680人、施設サービスが28,158人から31,255人へとそれぞれ約3千人増加しています。
- また、施設サービスについては、受給者数は増加しているものの、要介護(支援)認定者100人当たりの定員数が20.42人から17.09人と3.33人減少、0.84倍と低下していることから、施設サービス受給者の割合が減少しています。

○要介護（支援）認定者1人当たりの給付費は、159万4千円から162万3千円と1.02倍となっています。

<表5-1：高齢者人口、認定者、サービス受給者等の推移>

	第6次計画	第7次計画	第8次計画	
	2012年度 (平成24年度)	2015年度 (平成27年度)	2018年度 (平成30年度)	2019年度 (令和元年度)
高齢者人口(人)	928,204	1,021,283	1,072,688	1,080,336
75歳以上	457,206	493,740	541,804	557,257
後期高齢化率	12.2%	13.3%	14.8%	15.3%
要介護認定者数(人)	147,890	164,153	174,925	177,955
要介護認定率(1号被保険者)	15.1%	15.5%	16.3%	16.4%
サービス受給者数(人)	130,517	148,324	150,239	153,476
居宅サービス	91,884	106,089	105,996	108,541
地域密着型サービス	10,475	12,190	13,358	13,680
施設サービス	28,158	30,045	30,885	31,255
サービス受給割合	88.3%	90.4%	85.9%	86.2%
居宅サービス	62.1%	64.6%	60.6%	61.0%
地域密着型サービス	7.1%	7.4%	7.6%	7.7%
施設サービス	19.0%	18.3%	17.7%	17.6%
施設定員数(人)	30,206	32,658	30,696	30,411
介護老人福祉施設	16,041	17,876	17,035	17,170
介護老人保健施設	11,669	12,818	12,205	12,129
介護療養型医療施設	2,496	1,964	1,455	1,112
認定者百人当たりの定員数(人)	20.42	19.89	17.55	17.09
介護給付費(千円)	235,682,530	262,441,000	278,468,190	288,767,213
県負担分	34,542,224	38,248,042	40,594,358	42,108,918
認定者1人当たり給付費	1,594	1,599	1,592	1,623

出典：高齢者人口、高齢化率 静岡県年齢別人口推計（各年10月1日）

2012～2018の1号被保険者数、要介護認定者数、介護保険事業状況報告（年報）

2019の1号被保険者数、要介護認定者数は介護保険事業状況報告（月報）（6月の月報）

2012～2018のサービス受給者数は、介護保険事業状況報告（年報）

2019のサービス受給者数は、介護保険事業状況報告（月報）（6月の月報）

【介護サービス必要量の推計】

- 要介護（支援）認定者の増加に伴い、今後の介護サービスの見込み量は、表5-2のとおり、サービス種別ごとにばらつきはありますが、2025(令和7)年までに約1.0倍～3.45倍になると推計されています。
- 在宅サービスでは、訪問リハビリテーションが1.35倍と増加率が高く、施設・居住系サービスでは、夜間対応型訪問看護や認知症対応型通所介護の整備予定がないことから、利用者の増加は少なく、介護医療院については、介護療養病床からの転換が進む見込みとなっていることから、利用者数も3.45倍と増加を見込んでいます。

<表5-2：要介護（支援）認定者、主な介護サービスの見込み量等の推計>

	2019年度 (実績)	2023年度	2025年度	伸び率 (2023年度)	伸び率 (2025年度)	
介護保険被保険者数(人)	2,279,277	2,278,003	2,269,909	0.99	0.99	
要支援・要介護認定者数(人)	174,875	191,145	198,370	1.09	1.13	
要支援1, 2	42,163	45,175	46,721	1.07	1.11	
要介護1, 2	72,413	79,469	82,509	1.10	1.14	
要介護3～5	60,299	66,501	69,140	1.10	1.15	
居宅サービス	訪問介護(回/年)	5,128,758	6,304,399	6,480,240	1.23	1.26
	訪問看護(回/年)	1,106,928	1,427,074	1,473,902	1.29	1.33
	訪問リハビリテーション(回/年)	342,758	443,881	454,196	1.30	1.33
	通所介護(地域密着型を含む)(回/年)	6,286,930	7,115,426	7,323,898	1.13	1.16
	通所リハビリテーション(回/年)	1,335,781	1,512,672	1,563,427	1.13	1.17
	短期入所生活介護(日/年)	1,498,178	1,696,732	1,747,500	1.13	1.17
	特定施設入居者生活介護(人/月)	5,878	6,947	7,163	1.18	1.22
地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護(人/月)	420	568	579	1.35	1.38
	夜間対応型訪問介護(人/月)	77	78	86	1.01	1.12
	認知症対応型通所介護(回/年)	268,840	296,308	304,864	1.10	1.13
	小規模多機能型居宅介護(人/月)	2,973	3,772	3,830	1.27	1.29
	認知症対応型共同生活介護(人/月)	5,916	6,676	6,934	1.13	1.17
	地域密着型特定施設入居者生活介護(人/月)	451	502	496	1.11	1.10
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(人/月)	1,256	1,348	1,454	1.07	1.16
看護小規模多機能型居宅介護(人/月)	512	946	988	1.85	1.93	
施設サービス	介護老人福祉施設(人/月)	16,953	17,529	19,018	1.03	1.12
	介護老人保健施設(人/月)	11,949	12,247	12,864	1.02	1.08
	介護医療院(人/月)	799	2,357	2,755	2.95	3.45
	介護療養型医療施設(人/月)	1,068	161	0	0.35	-

※訪問看護、訪問リハビリテーション、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護の介護サービス見込み量は、介護予防サービスを含む

出典：2019年度（実績）は厚生労働省「介護保険事業状況年報」
2023年度、2025年度は介護保険事業計画に係る各市町からの報告値の合計

(1) 需要に応じた介護サービス基盤の整備

【現状と課題】

① 在宅サービス

- 在宅サービスは、自宅（住宅型有料老人ホーム等を含む）に居住する要介護（支援）認定者が利用するサービスで、2020（令和2）年4月現在、100,027人が利用しています。
- 2023（令和5）年度の利用者は112,860人と2020（令和2）年4月から12,833人増加する見込みです。
- 訪問介護は要介護（支援）認定者の在宅生活を支える上で欠かすことのできないサービスですが、サービス管理者や従事者の不足等により休止や廃止となる事業所があり、近年、事業所数は横ばい傾向となっています。
- また、自立支援の理念が少しずつ普及してきたことにより、リハビリテーションサー

ビスの利用者が増加していますが、訪問リハビリテーション事業所のない地域もあり、必要なサービスを受けられる体制整備が必要です。

- 小規模多機能型居宅介護は、事業所に登録した人が 24 時間 365 日利用でき、事業所の介護支援専門員（以下、「ケアマネジャー」という）が「通い」を中心に、「訪問」や「泊まり」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状況に即時対応することができるサービスです。
- 小規模多機能型居宅介護事業所は 2016（平成 28）年の 147 箇所から 2019（令和元）年には 163 箇所と全県的に増加していますが、計画どおりに整備が進んでいない地域もあり、引き続きサービス提供基盤の拡充を図る必要があります。
- 在宅医療の普及により、訪問看護や居宅療養管理指導、看護小規模多機能型居宅介護などのサービスを利用しながら在宅で療養生活を送る医療ニーズのある要介護（支援）認定者も増えています。
- 看護小規模多機能型居宅介護は、小規模多機能型居宅介護に訪問看護を加えたもので、主治医との密接な連携の下、医療行為も含めた多様なサービスを 24 時間 365 日利用でき、医療ニーズの高い要介護認定者の療養生活を支える重要なサービスです。
- 看護小規模多機能型居宅介護事業所は、2019（令和元）年現在、29 箇所と全県的に設置が進んでいない状況です。
- 小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護の基盤整備が計画どおり進まない要因として、多様なサービスを提供できる質の高い人材の確保や整備のための財政的負担が指摘されています。
- 加えて、サービスが要介護（支援）認定者やその家族に普及していないことや、ケアマネジャーが小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護に適した利用者をサービスにつなげられていないケースがあるなどの課題もあります。

② 施設・居住系サービス

- 施設・居住系サービスは、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などの入所施設と認知症グループホームなどの入居施設で提供されるサービスであり、2020（令和 2）年 4 月は 45,449 人が利用しています。
- 2023（令和 5）年度の利用者は 47,990 人と 2020（令和 2）年 4 月から 2,541 人増加する見込みです。
- 施設・居住系サービスは、在宅生活が困難な要介護（支援）認定者の生活の場としての役割や、「介護離職ゼロ」の実現に向け、介護を必要とする家族がいる人の生活と仕事の両立を支援するための役割を担っています。
- 県内の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入所希望者は、2019（平成 31）年 4 月 1 日現在で 6,086 人となっています。このうち、在宅で 6 か月以内の入所を希望している方は 2,095 人（うち、要介護 3 以上 2,015 人）、そのうち、ひとり暮らしなど入所の必要性が高いと判断される方は 793 人（うち、要介護 3 以上 792 人）です。
- 地域ごとに状況は異なりますが、多くの圏域で入所希望者は減少している状況です。
- 介護老人保健施設は、在宅復帰・在宅療養支援の機能を担っており、退院後、在宅に

戻るためのリハビリテーションや状態が悪化した要介護（支援）認定者への集中的なリハビリテーションなど、適時適切なリハビリテーションの提供において重要な役割を果たしています。

- 2020（令和2）年4月現在、県内には129箇所、13,063床と全県的に整備は進んでおり、本計画期間中にも新たに1施設、58床の整備を予定しています。
- 養護老人ホームや軽費老人ホームは、生活面に困難を抱える高齢者の住まいとしての役割を担っているほか、特定施設入居者生活介護を行うことにより、多様な介護ニーズの受け皿としての役割も期待されています。
- 介護療養型医療施設は設置期限が2023（令和5）年度末までとなっていることから、転換先の一つとして2018（平成30）年度に創設された介護医療院への転換が進んでいる状況です。
- 介護医療院は、今後、増加が見込まれる医療と介護のニーズを併せ持つ要介護高齢者の長期療養・生活施設としての役割が期待されており、引き続き、介護療養型医療施設等からの円滑な転換を図る必要があります。

【施策の方向性】

① 在宅サービス

- 市町ごとに推計したサービス見込み量に対する利用状況の進捗管理を支援し、提供量が不足するサービスの基盤整備を促進します。
- ホームヘルパーの仕事の理解促進やホームヘルパーの育成などにより、訪問介護事業所の充実を図ります。
- 全ての地域で必要なリハビリテーションサービスが利用できるよう提供体制の強化を図ります。
- 特に、訪問リハビリテーションについては、病院等による事業所の併設などを促進します。
- 小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護の設置促進を図るため、質の高い人材の育成、サービスの理解促進、設置に係る財政的援助を行います。

② 施設・居住系サービス

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）や介護老人保健施設については、希望者が必要な施設サービスを受けることができるよう、計画的な整備を支援します。
- 整備に当たっては、原則、居室を個室化し、少人数の生活単位に分けて介護を行うユニットケアを基本に進めます。
- 高齢者の住まいとなる養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅においては、多様な介護ニーズに応えるため、計画的に特定施設入居者生活介護の指定を進めます。
- 療養病床を有する医療機関が、2023（令和5）年度末の期限までに計画的かつ円滑に介護保険施設等へ転換するよう支援します。

【具体的な取組】

- 地域の実情に応じた介護サービスの提供体制の整備の促進を図るため、県単独補助金、地域医療介護総合確保基金及び地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金を活用し、介護保険施設等の整備を支援します。
- 既存の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）や介護老人保健施設の多床室について、県単独補助金及び地域医療介護総合確保基金を活用し、ユニット化やプライバシー保護のための改修を支援します。
- 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護を行う有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅は、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等を補完する役割があることから、地域医療介護総合確保基金等を活用し、計画に沿って整備を支援します。
- 介護療養型医療施設の転換については、地域医療介護総合確保基金を、医療療養病床から介護保険施設等への転換については、国の助成制度を活用し、円滑な転換を支援します。

(2) 在宅医療等の必要量に対する介護サービス見込み量の確保

【現状と課題】

- 2017（平成 29）年度に策定した第 8 次静岡県保健医療計画では、2015（平成 27）年度末に策定した静岡県地域医療構想に基づき、病床の機能分化・連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の整備目標が立てられています。
- 地域医療構想では、病床の機能分化・連携により、医療必要度の低い高齢者を病院での療養から在宅等での療養に移行させていくこととなっており、在宅医療等の必要量が 2025（令和 7）年までに 7,302 人、追加的に生じると推計されています。
- また、高齢化に伴う在宅医療等の必要量は 2013（平成 25）年度の 27,368 人から 2025（令和 7）年には 32,791 人と 5,423 人増加する見込みです。
- この在宅医療等の必要量については、保健医療計画における在宅医療の整備目標と介護保険事業（支援）計画における介護サービスの見込み量との整合性を確保することとなっています。
- 第 8 次静岡県長寿社会保健福祉計画策定時に、2020（令和 2）年度の在宅医療等の必要量に対し推計した提供見込み量と実績は、地域ごとに差はありますが、全県的には、概ね見込みに近い数値で推移しています。
- 介護サービスの見込み量として新たに発生する需要（追加的需要分）は、在宅医療等の必要量のうち、医療・介護サービスを併用する高齢者となり、2025（令和 7）年には **〇人**、本計画の終了年度である 2023（令和 5）年度には **〇人** となる見込みです。
- また、2023（令和 5）年度末に設置期限を迎える療養病床の転換等の状況は **表 5-3** のとおりとなっており、介護療養病床については、そのほとんどが介護医療院に転換している状況です。
- 2020（令和 2）年現在、介護療養病床が 509 床あり、転換意向が未定の施設もあることから、引き続き、療養病床に入院している高齢者や在宅療養における介護サービス

の利用状況を把握しつつ、療養病床の廃止・転換の動向を注視していく必要があります。

※表 5-3 を挿入予定

【施策の方向性】

- 2023（令和5）年度末に設置期限を迎える療養病床については、廃止・転換の動向を把握するとともに、介護医療院等への円滑な転換を支援していきます。
- 療養病床の減少により、医療ニーズのある要介護（支援）認定者が療養生活を送る場の確保に困らないよう、引き続き、在宅医療等の提供見込み量に対する実績を進捗管理していきます。

【具体的な取組】

- 療養病床転換意向調査により、療養病床の廃止・転換等の動向を把握し、医療部門や市町と情報を共有します。
- 診療報酬や介護報酬のデータを活用し、在宅医療等の提供見込み量に対する実績を毎年把握し、圏域ごとに開催される会議等で報告していきます。

2 介護サービスの質の確保・向上

介護サービスの質は、高齢者が介護を要する状態となりサービスを利用するときに、その生活における自立と尊厳の保持を支える上で最も重要な要素となります。

要介護状態となった高齢者のその人らしい暮らしを支えるために、サービス利用者の個性や生活リズムに合わせた個別ケアの提供に加え、本人の意欲や意思を引き出し、自己選択、自己決定を尊重する質の高い介護サービスの提供を目指します。

(1) 事業者の指導・監督

【現状と課題】

- 静岡県では、個別ケアの推進のほか、法令遵守、虐待の防止、身体拘束の廃止を図るため、介護サービス事業者等に対する研修、個別の実地指導、集団指導を行っています。
- 事業者指導は、より良い介護サービスの実現に向けて事業者の育成及び支援を行うことを主眼に、実地指導を原則2年に1回と全国一の実施頻度で行っているほか、集団指導を年1回以上実施しています。
- 実地指導では、国が定めた実地指導マニュアル等に基づき、運営状況やサービス提供内容の確認をするとともに、指定基準（人員基準、運営基準、設備基準）に照らして実態が適切な状態か確認を行っています。
- 2019(令和元)年度は2,793事業所のうち、1,230事業所に実地指導を行い、193事業所(15.7%)に改善指導(指摘)を行いました。
- 指摘の内容としては、運営基準が一番多く、次に、介護報酬、人員基準の順になっています。(表5-4)

<表5-4：事業者指導における指摘内容>

合 計	指摘事項 件数	指摘事項の内訳				
		基本方針	人員基準	施設・設備基準	運営基準	介護報酬
居宅サービス・居宅介護支援 ・介護予防サービス	262	0	66	1	105	90
介護保険施設	29	0	8	0	9	12
合 計	291	0	74	1	114	102

※1事業所に複数の指摘を行うことがあるため、指摘を受けた事業所数と指摘事項件数は一致しません。

- 介護サービスの質の確保には、人員基準を満たす従業者を確保することが必須であることから、静岡県では事業所の指定を行う際に人員体制を確認し、更に実地指導において勤務体制を確認しています。
- 指定事業所は介護保険制度創設時から一貫して増加し続けており、2020(令和2)年時点で8,271事業所となっています。
- 新規事業所の開設が続く中、介護サービスの質のばらつきが生じており、全体的な底上げが課題となっていますが、同時に、きめ細かな指導の継続体制の維持も課題となっています。

- 事業所の指導監督権限が市町にある地域密着型サービス等については、事業者指導の実施状況や市町の指導体制に差があることから、全県的に精度の高い指導を維持していくための市町支援が必要となります。
- また、要介護（支援）認定者が安心して介護サービスを利用するためには、日常のサービス提供における事故の防止が重要です。
- 県では、サービス提供により発生した事故を事業者が市町に報告する体制を整備しています。
- 死亡事故については事業者から報告を受けた市町が直ちに県に報告し、県が事故現場を確認することとしています。
- 事故の再発防止については、事故の発生原因等を分析し、事業所全体で再発防止策を検討し実行するよう指導しています。
- 年々増加している有料老人ホーム（サービス付き高齢者向け住宅を含む）については、静岡県有料老人ホーム設置運営指導要綱等に基づき、定期的（3年に1回程度）に指導調査を実施しています。
- 有料老人ホームの設置には届け出が必要ですが、未届の有料老人ホームも依然として見受けられるため、早急に届出をするよう、指導調査をしています。
- また、有料老人ホーム併設の介護事業所等から必要以上に介護サービスを提供しているケースが見受けられ、給付適正化の面からも指導が必要です。

【施策の方向性】

- 介護サービス事業者への指導監督を通じて、介護サービスの質を確保するとともに、市町と連携し、事業者の事故報告の徹底と再発防止の支援を行います。
- 市町の指導監督業務の実施支援を通じて、指導監督の標準化、適正化を推進します。
- 未届の有料老人ホームに対し届出指導を徹底します。
- 有料老人ホーム併設の介護事業所等の過剰サービス提供について、指導の強化を図ります。
- 住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅における介護サービスの利用実態を把握し、適切なサービス利用を推進します。

【具体的な取組】

- 介護サービス事業者等に対する実地指導（原則2年に1回）、集団指導（年1回以上）を行うとともに、介護サービス事業者等に対して、事故防止、虐待防止をテーマとしたセミナー等を開催します。
- 市町の指導監督業務への支援として、担当職員を対象とした研修の実施や事業者への合同指導を実施します。
- 未届有料老人ホームに対し、早期の届出指導を行います。
- 住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅における要介護（支援）認定者の適切なサービス利用を推進するために、計画的な実地指導を行います。
- また、市町と連携し、ケアプラン点検や地域ケア会議などで、有料老人ホーム入居者に対し、適正なケアプランが立てられているか確認を推進します。

(2) 高齢者虐待の防止

【現状と課題】

- 高齢者虐待防止法に基づき毎年公表している高齢者虐待に関する調査では、2018（平成30）年度の養介護施設従事者等による虐待件数は7件でした。（表5-5）
- 養介護施設従事者等による虐待の背景には、職員体制の不備、従事者の技術、知識、経験の不足などがあり、事業所指導における人員体制の確認とあわせて、研修等による従事者の資質の向上が課題です。
- 特に認知症の人に対する虐待については、認知症に対する知識や介護技術の不足が虐待発生の一因となっていることから、従事者の認知症対応力の向上が必要です。
- また、高齢者虐待を含む権利擁護事業は市町の必須事業として規定されており、地域包括支援センターで実施されていますが、虐待の対応には、専門的で高度な知識を必要とするものがあることから、県では、権利擁護相談窓口の設置や事例検討会、研修会の開催を通じて市町の権利擁護に関する取組を支援しています。
- 世帯構成の変化やサービスの多様化などにより、虐待の原因が複雑化し、対応も長期化しているため、市町や地域包括支援センターの担当職員等に対する虐待対応の資質の向上だけでなく、負担を軽減するための支援も必要となっています。

<表5-5：高齢者虐待の発生状況> ※平成30年度高齢者虐待防止法に基づく対応状況調査結果より

		特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	認知症対応型共同生活介護	住宅型有料老人ホーム	介護付き有料老人ホーム	小規模多機能型居宅介護	軽費老人ホーム	養護老人ホーム	短期入所施設	訪問介護等	通所介護等	居宅介護支援等	その他	合計
2018年度	件数	3件	1件	0件	0件	0件	0件	1件	0件	0件	0件	0件	2件	0件	0件	7件
	構成割合(%)	42.9	14.3	-	-	-	-	14.3	-	-	-	-	28.6	-	-	100.0
2017年度	件数	3件	0件	0件	2件	2件	1件	0件	0件	0件	1件	0件	0件	0件	0件	9件
	構成割合(%)	33.3	-	-	22.2	22.2	11.1	-	-	-	11.1	-	-	-	-	100.0

【施策の方向性】

- 介護事業所などの関係機関に対し権利擁護の意識醸成を図ります。
- 介護職員に対し、認知症対応力を含む資質の向上を図ります。
- 市町における高齢者虐待防止ネットワークの構築を支援し、民生委員や事業所、医療

機関、弁護士、警察等の関係機関との連携を促進します。

- 市町と連携し、養介護施設等で発生した虐待の報告を徹底するとともに、事業所における再発防止に向けた取組を促進します。

【具体的な取組】

- 権利擁護や質の高い介護に関する研修会等を開催します。
- 認知症介護基礎研修において、施設従事者の認知症介護に関する知識習得や技術向上を図ります。
- 権利擁護相談窓口の設置により困難事例への対応等について、市町を支援します。
- 適切な虐待対応に関する市町や地域包括支援センター職員の資質の向上を図るため、研修会や事例検討会を開催します。

(3) 身体拘束の廃止

【現状と課題】

- 介護保険制度の施行に伴い、介護保険の適用を受ける介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等では身体拘束が原則禁止されました。
- 介護の現場では、それまで、寝たきりゼロを目指し、ベッドから車いす等への日常生活の移行の努力がなされてきた過程において、転倒・転落事故の防止、介助者の不足、点滴や経管栄養等の治療の完全遂行、他人への迷惑行為の防止などの理由により身体拘束が行われてきました。
- しかしながら、身体拘束は高齢者の尊厳を損なうだけでなく、身体機能の低下、精神状態の悪化など生活の質を根本的に損なう危険性を有するものです。
- 2001（平成13）年に国において「身体拘束ゼロの手引き」（表5-6）が作成され、ケア全体の質の向上や生活環境の改善を図るため、施設等の関係者が現場において身体拘束を廃止するための努力を重ねることに加え、県も指導のみならず施設等の取組を支援していく姿勢が求められました。
- このため、県では、身体拘束廃止に係る幅広い取組を推進するため「身体拘束ゼロ作戦」を立ち上げ、関係者の協力の下推進しています。
- 取組開始から20年が経過し、介護現場では身体拘束廃止の理念が浸透してきていますが、依然として、施設従事者等や利用者の家族に身体拘束をやむを得ないことと捉える意識が残っています。
- 身体拘束の廃止を徹底するためには、引き続き、施設等の管理者を始めとした組織全体の意識改革を進めるとともに、その重要性を利用者やその家族にも認識してもらうことが必要です。

<表 5-6 : 身体拘束ゼロの手引きによる身体拘束の事例>

身体拘束に当たる行為
①徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
②転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
③自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
④点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
⑤点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
⑥車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
⑧脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
⑪自分の意志で開けることのできない居室等に隔離する。

【施策の方向性】

- 関係機関との連絡調整及び相談機能の強化を目的に設置した「静岡県身体拘束ゼロ作戦推進会議」を中心に、介護保険施設等における身体拘束を廃止するための幅広い取組を促進します。
- 施設等の中で、身体拘束に関する助言指導ができる身体拘束廃止推進員を着実に養成していきます。
- 介護保険施設等及び県民に対し身体拘束廃止の理念が浸透するよう普及啓発を行います。

【具体的な取組】

- 介護サービス事業者等の身体拘束ゼロ宣言及び再宣言を推進します。
- 施設長や介護主任等を対象とした身体拘束廃止推進員の養成研修を開催します。
- 身体拘束の禁止を徹底するため事業所や県民を対象としたセミナー等を開催します。
- 身体拘束の禁止について、定期的に事業所や家族等を対象としたアンケートを実施します。

(4) 優良事業所の育成

【現状と課題】

- 高齢者の自立と尊厳のある暮らしを支えるためには、法令の遵守や虐待の防止、身体拘束の廃止など介護サービスの質を確保するだけでなく、サービスの質を向上することが重要です。
- 質の高いサービスとは、本人の個性や生活リズムに合わせた個別ケアに加え、生活の

中で意欲や意思を引き出し、自己決定、自己選択のもとにその人らしく暮らすことを支えるものです。

- 県では、質の高いサービスの普及を目指し、事業所指導や研修、事業所表彰、福祉サービス第三者評価の推進などを行っています。
- 事業所研修は、2011（平成 23）年度から「より良い高齢者ケアを考えるセミナー」として、利用者本位のケア、自分が受けた介護、看取りなど、様々なテーマを取り上げ、質の高い介護に取り組んでいる事業所や有識者の講演を行っています。
- 表彰制度では、2017（平成 29）年度から「静岡県優良介護事業所表彰」として、介護職員が働きやすく、働き甲斐のある職場環境づくりや利用者本位のサービス提供等に積極的に取り組む事業所を表彰しています。
- 2020（令和 2）年度までに職場環境改善部門、サービスの質向上部門の 2 部門合わせて 155 事業所の応募のうち、34 事業所を表彰しており、引き続き、これらの表彰された事業所の優れた取組を普及し、全県的に介護サービスの質の向上につなげていくことが重要です。
- 第三者評価では、福祉サービスの質の向上を図り、利用者に対し適切なサービスの選択に資するための情報提供を行うため、公平・中立的な第三者機関が、専門的かつ客観的な立場から事業者が行う福祉サービスを評価し、その評価結果を公表しています。
- 福祉サービスの利用者は増加しており、サービスの質の向上や利用者への情報提供の必要性は高まっていますが、累計の受審件数は 2016（平成 28）年度の 402 箇所から 2019（令和元）年は 531 箇所と 129 箇所増加したものの、受審率は 10.7%と向上が必要な状況です。
- 2020（令和 2）年 4 月現在、第三者評価を行う認証機関は 7 機関あり、今後の受審促進に当たっては、事業者への働きかけに加え、評価機関の質と量の確保を図る必要があります。

【施策の方向性】

- 事業所指導において、必要な知識の習得や情報提供に加え、育成の観点から援助的な指導を行います。
- 事業者だけでなく一般県民を対象としたセミナー等の開催により、介護の質の向上を図ります。
- 表彰事業所等の質の高いサービスの取組事例を情報発信し、事業所におけるサービスの質の向上への自発的な取組を促します。
- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、養護老人ホーム等の事業者に対して受審勧奨を行い、福祉サービス第三者評価の受審件数（率）の向上を図ります。
- 評価機関及び評価調査者の育成等により、福祉サービス第三者評価事業の信頼度の向上を図ります。

【具体的な取組】

- 知識習得や情報提供を目的とした集団指導を年 1 回以上実施します。

- 個別指導は原則として2年に1回実地指導を行います。
- より良い高齢者ケアを考えるセミナーを年1回以上開催します。
- 表彰事業所等の取組を普及するための事例発表会等を行います。
- 第三者評価推進委員会において第三者評価の簡素化・効率化を含め、事業の推進を検討するほか、必要に応じて評価基準の改正を行います。
- 福祉サービスの第三者評価の評価機関及び評価者育成のための各種研修を実施します。
- 事業所の指導監査や研修会など様々な機会を通じて受審勸奨を行います。

3 介護サービスの安全対策の推進

静岡県では、従来から、大規模地震の発生が懸念されてきたことから、防災対策を推進してきました。近年、大雨による浸水で、認知症グループホームや介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入居・入所者が亡くなる被害が頻発していることから、地震による津波対策に加え、台風や豪雨による浸水や土砂災害対策も進めているところです。

また、2020（令和2）年1月に国内で1例目となる新型コロナウイルス感染症患者が発生して以来、4月には緊急事態宣言（5月25日解除）が発令され、静岡県においても、外出の自粛要請などが行われました。新型コロナウイルス感染症の影響が続く中、介護事業所では、感染対策を徹底しながら、サービス提供を継続しているところです。

介護サービスは、介護を必要とする高齢者が生活していく上で欠かすことのできないものであり、自然災害の発生時や感染症の流行下にあっても、継続して提供する必要があることから、日頃からの安全対策への取組を推進していきます。

(1) 高齢者施設等の防災・防犯対策

【現状と課題】

- 高齢者施設等（以下「施設等」という）における防災対策を支援するため、災害対応マニュアル、BCP（事業継続計画）作成支援ツールを作成し、各施設等の非常災害計画、被災後の事業継続計画の策定を促進してきました。
- 非常災害計画・マニュアルは各施設等で概ね作成されていますが、事業継続計画については策定が進んでいないため、今後も策定支援が必要です。
- また、2017（平成29）年度に水防法・土砂災害防止法等の一部改正により、市町地域防災計画に記載された施設等（要配慮者利用施設）については、利用者の避難確保計画の作成と市町への届出並びに避難訓練の実施が義務化されました。
- 2019（令和元）年度に市町地域防災計画に記載された施設等は1,540か所ですが、そのうち、2020（令和2）年1月時点で避難確保計画を作成している施設等は1,142か所と、全体の74%となっており、引き続き、計画策定の働きかけが必要な状況です。
- また、2016（平成28）年度に神奈川県障害者支援施設で、多数の入所者が殺傷されるという痛ましい事件が発生したことから、施設等の防犯対策の必要性が再認識されました。
- このことから、静岡県では、静岡県警察本部への協力を依頼するとともに、福祉施設防犯対策マニュアルを作成し、施設等、警察署、市町の関係部署に配布し、防犯対策を支援しています。

【施策の方向性】

- 災害時等に施設職員が適切な対応ができるよう、非常災害計画や事業継続計画、避難確保計画等の作成を支援します。
- 施設等の整備に当たっては、津波や洪水による浸水区域や土砂災害などの危険区域を

避け、より安全性の高い場所への立地を推進します。

- やむを得ず被災のおそれのある場所に施設等を整備する場合は、建築物の耐浪化など被害の最小化を図るなど防災・減災対策を推進します。
- 被災のおそれのある場所に立地している施設等については、改築時期等に合わせた移転や現在地での高層化などを中長期的に進めていきます。
- 警察署、市町等と連携し、施設等の防犯対策を支援します。

【具体的な取組】

- 施設等を訪問しての現地指導において、非常災害計画に加えて、事業継続計画や避難確保計画等の作成状況を確認し、作成を指導していきます。
- 地震防災対策の必要のある施設は最優先で改築の補助採択を行います。
- 施設等における防犯対策を支援するため、福祉施設防犯対策マニュアル等により、施設を訪問しての現地指導や研修会等を通じて各事業所における防犯マニュアルの作成支援をしていきます。

(2) 介護事業所の感染症対策

【現状と課題】

- 新型コロナウイルス感染症は、静岡県では2020(令和2)年2月下旬に初めて感染者が確認されました。その後、7月に初のクラスターが飲食店で発生し、10月下旬からは飲食店やカラオケ店などにおいて相次いでクラスターが発生したほか、医療機関や福祉施設においても初めてクラスターが発生しました。
- 県では、新型コロナウイルス感染症が流行する中、介護サービスの提供を維持するために、PCR検査の充実、衛生用品の確保支援、サービス継続に係るかかり増し経費の補助、慰労金の支給、応援体制の構築、クラスター対策マニュアルの作成など、様々な取組を進めてきました。
- 新型コロナウイルス感染症の収束が見通せない中、施設等においては、引き続き感染症予防の徹底や感染者が発生した際の迅速な対応が求められます。また、クラスターの発生に備えて、あらかじめ、施設内に感染症対策本部など施設内で対応できる体制を作っておくほか、同一法人等のグループ内、施設種別団体単位、地域内での相互応援体制の構築が必要です。
- さらに、施設内での感染者発生に係る誤った情報が広がることにより、不当に施設や職員への誹謗中傷が行われたり、風評被害が起きないようにする対策も必要になります。
- 併せて、新たな感染症の発生や例年発生するインフルエンザなどの感染症等についても、日頃から感染対策が徹底されるよう、施設等における取組を改めて促進する必要があります。

<表5-7：新型コロナウイルス感染症に関する主な対応>

対応の内容	年月日
社会福祉施設等における新型コロナウイルス感染防止策等の徹底について（健康福祉部長通知）	令和2年 3月30日
社会福祉施設等において新型コロナウイルス感染症による感染（が疑われる）者が発生した場合の対応について（依頼）（健康福祉部長通知）	令和2年 4月14日
手指消毒用アルコール、不織布マスク、使い捨て手袋等の介護事業所への配布	令和2年 5月～
新型コロナウイルス感染対策ツールの提供について（健康福祉部長通知）	令和2年 7月8日
新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（介護分）及び介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業の申請受付開始	令和2年 7月28日
「福祉施設のための感染症クラスター対策マニュアル（FAQ）」について（健康福祉部長通知）	令和2年 10月15日
新型コロナウイルス感染防止対策の徹底とクラスターの発生に備えた施設での感染症対策本部などの組織、体制の整備について（健康福祉部長通知）	令和2年 11月9日
新型コロナウイルス感染防止対策研修の実施について（健康福祉部長通知）	令和2年 11月30日

【施策の方向性】

- 感染症の流行下においても介護サービスの継続的な提供が必要なことから、施設等に対し、風評被害対策を含めた事業継続計画（BCP）の作成に加え、ゾーニングや防護服の着脱方法の研修を行い、シミュレーションの実施などを支援します。
- 施設等でのクラスター発生に備え衛生用品を備蓄するほか、施設等における感染症への備えを働きかけるとともに、衛生用品の備蓄を支援します。
- また、施設等での感染症発生時に、感染拡大を防ぐためのクラスター対策や、サービス提供の継続を支援します。
- さらに、感染症発生時における介護職員不足に対応するために、施設内の体制整備に加え、同一法人等のグループ内、施設種別団体単位、地域内での相互応援体制の構築を要請するとともに、県においては、県社会福祉協議会、県老人福祉施設協議会、県老人保健施設協会等と連携し応援職員派遣のシステム化を進めます。

【具体的な取組】

- 2020(令和2)年10月に作成した「福祉施設のための感染症クラスター対応マニュアル」を活用し、風評被害対策を含めた事業継続計画（BCP）の作成支援のほか、ゾーニングや防護服の着脱方法の研修を実施します。
- 衛生用品を備蓄し、施設等で衛生用品が不足した際や感染者が発生した際に必要に応じて配布するほか、施設等が衛生用品を調達する際の費用を助成し、施設内の備蓄を

支援します。

- 施設等において簡易陰圧装置・換気設備を設置する場合の費用を助成します。
- 感染発生施設において、同一法人等のグループ内、施設種別団体単位等での相互応援体制によっても介護職員が不足する場合には、県が構築する応援職員派遣システムにより、必要な職員を派遣します。

4 利用者及び介護家族等への支援

介護保険制度は、要介護高齢者の増加や介護の長期化、核家族化の進行、介護する家族の高齢化などを背景に老人福祉・老人医療制度での対応には限界があることから、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして、2000（平成12）年に創設されました。

制度の基本的な考え方の一つとして、利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス・福祉サービスを総合的に受けられるとした「利用者本位」の理念が掲げられました。

制度創設から20年が経過し、介護サービスの種類は多様化し、事業所も増加していることから、改めて、「利用者本位」の理念に立ち返り、利用者が自らサービスの種類や事業者を選択できるよう支援をしていきます。

(1) 介護サービスの利用支援

【現状と課題】

- 介護を必要とする人やその家族が、それぞれの心身の状況、家庭・生活環境などに応じた必要なサービスを選択し、利用するためには、介護保険制度やサービス内容の周知に加え、介護サービス事業者を比較・選択できるよう情報提供が必要です。
- 県では、ホームページで情報発信や研修会への講師派遣により介護保険制度等の周知・広報に取り組んでいるほか、近年、定住外国人の被保険者や利用者が増加していることから、市町に7ヵ国語のパンフレット原稿を配布し、多言語での制度周知も行っています。
- また、利用者が介護サービス事業者を比較・選択できるよう静岡県介護サービス情報公表制度に基づき、サービス提供事業者の事業者名、利用料金等の基礎データを「介護サービス情報公表システム」で公表しています。
- 情報公表システムでは、介護サービスに加え、地域包括支援センター、生活支援等サービス、在宅医療に関する情報も公表することとなっていますが、介護サービス事業者を含め、公表ができていない事業者等があり、公表の徹底が必要です。
- 2015（平成27）年7月から、通所介護の設備を利用して提供している法定外の宿泊サービス（いわゆる「お泊りデイ」と呼ばれるサービス）については、県への報告・公表が義務付けられましたが、報告が徹底されていない状況であり、対象事業者へ報告を促していく必要があります。
- 介護保険制度においては、介護サービス事業者は、利用者の心身の状況等に応じて、利用者の選択に基づく適切なサービスを提供することを基本的な理念としています。
- このため、利用者の思うようにサービスが受けられない、提供されるサービスの質に不満があるといった相談や苦情には迅速に対応する必要があります。
- 利用者の相談や苦情に適切に対応するために、相談窓口を設置していますが、利用者への周知に加え、保険者である市町と連携して迅速に対応できる体制の整備が必要です。
- また、利用者と家族を支援するため介護保険施設には生活相談員、支援相談員が配置

されており、施設と家族をつなぐ大切な役割を担っています。

- なお、要介護認定など市町が行った行政処分に不服がある場合についても、簡易迅速な権利利益の救済を図る必要があることから、県に「介護保険審査会」を設置しています。
- 介護サービスの利用には所得に応じて費用の1割から3割を利用者が負担します。
- 介護保険制度の持続可能性を維持するためには、負担の公平性の確保が必要ですが、所得が低い高齢者の生活を支えるためには、費用負担を軽減し、介護サービスの利用を支援する必要があります。
- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）については、2003（平成15）年度から必要性の高い方が優先的に入所できるよう「静岡県指定介護老人福祉施設優先入所指針」を制定しています。
- 2015（平成27）年4月に、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の入所対象者が原則として要介護3以上とされたことから、県では、優先入所指針の見直しに加え、「静岡県指定介護老人福祉施設等の特列入所に関する取扱要領」を制定しました。
- これにより、要介護1又は2であっても、認知症の方で日常生活に支障をきたす症状や行動などがあつたり、ひとり暮らしの方で地域における介護サービス・生活支援の供給が不十分であるなど、様々な理由から自宅等において日常生活を送ることが難しい方については、特例的に施設の入所ができるよう支援しています。

【施策の方向性】

- 要介護状態となった高齢者やその家族等が、必要な介護サービスを利用できるよう、様々な広報媒体を活用し、介護保険制度を周知します。
- また、定住外国人に対し、介護保険制度の理解促進を図ります。
- サービスの利用に当たり、サービスの内容や事業者を選ぶことができるよう、サービス事業者の情報公表を徹底します。
- 併せて、生活支援等サービスや在宅医療についても、情報公表を促進します。
- 要介護認定など市町が行った行政処分に不服がある場合について、簡易迅速に権利利益の救済を図ります。
- 介護サービス利用者からの苦情相談等に適切に対応するため、苦情相談窓口を設置し、県民に周知します。
- また、苦情相談等に当たっては県が作成した「介護保険サービス苦情処理マニュアル」により適切に対応します。
- 必要な介護サービスの利用を促進するため、所得が低い高齢者を対象に社会福祉法人等が行う負担軽減制度を周知します。
- 優先入所指針等の適切な運営により、必要性の高い高齢者の優先的な施設入所を促進します。

【具体的な取組】

- ホームページや冊子等により、介護保険制度の利用方法等の周知を図ります。

- シニアクラブなどの地域組織が開催する研修会等で、介護保険制度等の広報活動を行います。
- 定住外国人向けのパンフレットの種類を増やします。
- 介護サービス情報公表システムの周知のため、法定外の宿泊サービスなどを含めてパンフレットを作成・配布します。
- また、施設を訪問しての現地指導や研修会時において、報告が義務であることを改めて周知し、未公表事業者には電話や文書により報告を催促するなど、粘り強く指導していきます。
- 簡易迅速に権利利益の救済を図るため、県に設置した「介護保険審査会」において、不服申立ての審査・裁決を行います。
- 静岡県国民健康保険団体連合会が行う苦情処理業務に助成します。
- 静岡県国民健康保険団体連合会の設置する苦情相談窓口や苦情処理制度の周知を図るとともに、市町と連携し苦情等へ迅速かつ適切に対応していきます。
- 保険者指導等において、社会福祉法人等が行う負担軽減制度の周知を助言します。
- 社会福祉法人等が行う低所得者への利用者負担の軽減措置について、市町を通じて助成します。

(2) 家族による介護の支援

【現状と課題】

- 介護サービスは介護を必要とする高齢者やその家族の生活を支える仕組みとして普及・発展してきました。
- 一方、世帯の構成人数が減少し、就労をしながら介護をする方が増える中、家族の介護力は低下しており、家族介護者の負担軽減が課題となっています。
- 家庭における介護では、利用者の身体状態等に合った適切な福祉用具を使用することは、利用者の自立支援、身体的・精神的負担の軽減や事故防止に役立つだけでなく、介護家族の腰痛予防等身体的・精神的負担の軽減につながります。
- 利用者が福祉用具貸与（レンタル）や特定福祉用具販売のサービスを利用する際、専門的知識に基づいて、利用者の身体状態や家屋の状況等を考慮して適切な福祉用具を選定できるよう助言する、福祉用具専門相談員の養成を行っています。
- 養護者による高齢者虐待は、2018（平成 30）年度に 534 件発生しており、種別では、身体的虐待が最も多く、続いて、心理的虐待、介護・世話の放棄、放任となっています。
- 養護者による虐待の発生件数は減少していますが、引き続き、「介護疲れ・介護ストレス」、「介護に関する知識や情報の不足」など虐待の要因に対する対応が必要です。
- 虐待の要因に対する対応の一つとして、多くの市町では、介護者同士の交流やリフレッシュを目的とした介護者交流会や介護に関する知識や技術を学ぶ教室などを開催しています。
- 介護教室については、介護保険制度に関する知識を習得するだけでなく、介護技術を学び、家庭の介護力向上につながるものとなるよう、内容の充実が必要です。

- 養護者による虐待の防止には、地域包括支援センターや在宅での介護に関わる事業者等、全ての関係者が権利擁護の高い意識を持つことが重要です。
- 特に、地域包括支援センターについては、虐待が発生した際の適切な対応はもちろん、介護者が一人で負担を抱え込まないよう支援し、必要に応じて早期に介入することで、虐待を未然に防ぐことも期待されます。
- しかしながら、近年、虐待の原因が複雑化し、対応も長期化しているため、関係機関と連携することで、市町や地域包括支援センターの担当職員等の負担軽減も必要です。

<表 5-8 : 虐待の種別・類型> ※平成 30 年度高齢者虐待防止法に基づく対応状況調査結果より

虐待の種別・類型	身体的虐待	介護・世話の放棄、放任	心理的虐待	性的虐待	経済的虐待	合計
2016 年度	279	83	148	2	66	578
2017 年度	255	104	144	0	61	564
2018 年度	253	65	153	3	60	534

【施策の方向性】

- 必要な介護サービスや生活支援等の利用を促進し、家族による介護の負担軽減を図ります。
- 就労をしながら介護をする家族等に対し、介護休業・休暇等の仕事と介護の両立に関する制度を周知し、就業の継続を支援します。
- 市町における介護者交流会の開催を促進し、介護者同士の交流を通じて精神的な負担の軽減を図ります。
- 市町における介護教室の開催を促進し、家族介護者の介護に関する知識と技術の習得を支援します。
- 高齢者虐待防止法の周知・徹底や研修会の開催等により、関係者の権利擁護に関する意識の醸成を図ります。
- 市町や地域包括支援センターによる相談支援業務を強化し、虐待のリスクが高い状況にある家庭に対する早めの介入支援を促進します。
- 市町における高齢者虐待防止ネットワークの構築を支援し、民生委員や事業所、医療機関、弁護士、警察等の関係機関との連携を促進することで、市町や地域包括支援センターの虐待対応の負担軽減を図ります。

【具体的な取組】

- ホームページや地域住民を対象とした研修会等で介護保険制度等を周知し、サービスの利用を促進します。
- 労働担当部局と連携し、介護休業・休暇の取得促進を行うとともに、介護と仕事を両立しやすい職場環境づくりを企業等に働きかけます。
- 市町が実施する介護家族交流会や介護教室の好事例を情報発信し、取組を支援します。
- 養護者による虐待の防止、早期対応のため、市町職員及び地域包括支援センター職員

を対象とした研修を実施します。

- 高齢者権利擁護ネットワーク形成支援事業として、市町や地域包括支援センターの職員が相談できる窓口の設置や、弁護士等の専門チームの派遣により、市町の高齢者虐待への対応を支援します。

5 適正な介護保険制度の運用

高齢化が進行し、介護保険事業に必要な費用が増大していく中で、適正に介護保険制度を運営し、制度の持続可能性を維持することの重要性は、これまで以上に高まっています。

県は、保険者の介護保険事業計画の策定支援や進捗管理を通じて、適切な制度運営を促すとともに、必要な場合には、介護保険財政安定化基金からの交付・貸付を行うことで、保険者の介護保険財政の安定を図ります。

また、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要とする過不足のないサービスが提供されるように、介護給付適正化に取り組み、介護保険制度への県民の信頼を高めていきます。

(1) 保険者の介護保険財政等への支援

【現状と課題】

- 介護保険制度は、市町が保険者として介護給付費を給付するとともに、保険料を徴収し、介護保険財政を運営しています。
- 介護給付費の財源は、公費 50%（国約 25%、県約 12.5%、市町 12.5%）、保険料 50%（第 1 号保険料 23%、第 2 号保険料 27%）とされています。
- 第 1 号被保険者の負担割合 23%と第 2 号被保険者の負担割合 27%は、人口比率によって計画期間ごとに決定されています。
- また、介護サービス利用時の自己負担は、所得に応じて、1～3割となっています。
- 介護給付費は、介護保険制度施行時から一貫して増加し続け、2000（平成 12）年度の 811 億円に対し、2020（令和 2）年度は○億円と見込まれ、約○倍となっています。（表 5-9）

<表 5-9：介護給付費の実績額及び推計額>

単位：千円

区分	介護給付費		県負担金
	金額	伸び率(2000年度比)	
2000 年度	81,128,553	—	10,129,119
2003 年度	139,476,974	171.9%	17,432,440
2006 年度	169,175,803	208.5%	25,188,577
2009 年度	200,096,844	246.6%	29,666,917
2012 年度	235,682,530	290.5%	34,542,224
2015 年度	262,441,000	323.5%	38,248,042
2018 年度	278,468,190	343.2%	40,594,358
2019 年度	288,767,213	355.9%	42,108,918
2021 年度	○	○	○
2023 年度	○	○	○
2025 年度	○	○	○

- 第 1 号被保険者の保険料は、3 年間の計画期間における介護給付費と高齢者数を基に

市町ごとに決められており、第7期計画期間の介護保険料月額平均は5,406円（最高7,000円、最低4,558円）となっています。（表5-10）

<表5-10：第1号被保険者保険料>

区分		第1期	第2期	第3期	第4期	第5期	第6期	第7期
静岡県	基準額平均	2,845円	2,939円	3,590円	3,976円	4,714円	5,124円	5,406円
	対前期差引・率	-	+94円 +3.3%	+651円 +22.2%	+386円 +10.8%	+738円 +18.6%	+410円 +8.7%	+282円 +5.5%
	最高額	3,160円	3,700円	4,660円	4,400円	5,300円	6,200円	7,000円
	最低額	2,100円	2,400円	3,000円	2,750円	4,000円	4,261円	4,588円
全国	基準額平均	2,911円	3,293円	4,090円	4,160円	4,972円	5,514円	5,869円
	対前期差引・率	-	+382円 +13.1%	+797円 +24.2%	+70円 +1.7%	+812円 +19.5%	+542円 +10.9%	+355円 +6.4%
	最高額	4,100円	5,942円	6,100円	5,770円	6,680円	8,686円	9,800円
	最低額	1,533円	1,783円	2,200円	2,265円	3,000円	2,800円	3,000円

○今後も介護給付費の増加が見込まれており、第8期計画期間の介護保険料は、第7期を上回る〇円となり、団塊の世代が後期高齢者となる2025(令和7)年には、介護保険料はさらに上昇することが見込まれます。

○保険料の徴収方法は、年金から天引きをする特別徴収と、納付書等により保険料を納めてもらう普通徴収とがあります。

○2018(平成30)年度の県全体の保険料収納率は99.3%と全国の99.0%を上回っており、普通徴収のみの収納率も89.8%と、全国の89.5%を上回っています。（表5-11）

<表5-11：保険料の収納率>

年度	静岡県		全国	
	全体	普通徴収のみ	全体	普通徴収のみ
2012年度	98.7%	86.2%	98.5%	87.0%
2013年度	98.8%	86.6%	98.5%	87.0%
2014年度	98.8%	86.7%	98.6%	87.1%
2015年度	98.9%	86.7%	98.6%	87.2%
2016年度	99.0%	87.3%	98.7%	87.5%
2017年度	99.1%	88.2%	98.8%	88.2%
2018年度	99.3%	89.9%	99.0%	89.5%

○県では、「静岡県介護保険財政安定化基金」を設置し、保険料収納率の低下や介護保険給付費の増加等による財源不足が生じた市町に対し、資金の貸付け又は交付を行っています。

○財源不足による貸付・交付の実績は、第2期計画期間中（2003年度～2005年度）に6保険者（町）に対し、約1億4千万円の貸付けを行っていますが、第3期以降は貸付・交付の実績はありません。（表5-12）

○保険者指導等における保険者の介護保険事業計画の策定支援や進捗管理を通じて、市町による介護保険事業の財政運営が健全かつ円滑に行われるよう、必要な助言を行っています。

<表5-12：介護保険財政安定化基金の運用状況>

単位：百万円

区分	収入			支出			残高
	拠出金	償還金他	計	拠出金	償還金他	計	
第1期	5,951	8	5,959	0	0	0	5,959
第2期	1,425	50	1,475	138	0	138	7,297
第3期	0	373	373	0	0	0	7,670
第4期	0	307	307	0	0	0	7,977
第5期	0	85	85	0	5,734	5,734	2,328
第6期	0	18	18	0	0	0	2,346
第7期（見込）	0	0	0	0	0	0	2,346

【施策の方向性】

- 市町に対し、介護保険事業計画の策定に当たり適切な財政運営ができるよう必要な助言や支援を行うとともに、市町の介護保険事業計画の内容、進捗状況を把握します。
- また、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように財政面から支援するため、介護保険財政安定化基金を適正に管理し、必要な場合は貸付・交付を行います。
- ケアプラン点検や介護報酬の縦覧点検・医療費情報との突合など、介護給付適正化への取組を通じて、市町における適切なサービスの確保と介護保険制度の適正な運営を支援します。

【具体的な取組】

- 静岡県介護保険財政安定化基金を運営します。
- 市町の介護保険事業計画及び介護給付適正化計画の進捗管理を行います。
- 市町の次期介護保険事業計画及び介護給付適正化計画の策定を支援します。

(2) 介護給付等の費用の適正化（第5期静岡県介護給付適正化計画）

【現状と課題】

○介護給付適正化のために市町が取り組むべき主要5事業等として、「要介護認定の適正化」「ケアプランの点検」「住宅改修等の点検」「縦覧点検・医療情報との突合」「介護給付費通知」「給付実績の活用」が定められています。県は、これらの事業が各市町で適切に実施されるよう、認定調査員研修の実施やケアプラン点検アドバイザー派遣等の支援を行っています。

① 要介護認定の適正化

ア 事業の趣旨

○認定調査の内容について市町職員が点検することにより、適切かつ公平な要介護認定の確保を図ります。

イ 現状

○2018(平成30)年度から2020(令和2)年度の第4期介護給付適正化計画期間中において、県内全ての保険者が調査内容の点検を実施し、必要な修正等が行われました。

○県では、適正な認定が行われるよう、認定調査員や市町職員を対象とした研修会を開催しています。

ウ 課題

○要介護認定適正化事業（厚生労働省実施）における業務分析データ（重度変更率等の各種データ）からみた全国との比較分析によると、認定調査における基本調査項目の選択状況や介護認定審査会における重度・軽度変更率等の審査判定結果等において、保険者によっては国の規定、テキスト等に基づかない保険者独自のルール等による「ばらつき」や「かたより」が指摘されています。

○また、市町職員の異動や認定調査員の退職等により、一時的に認定調査の質が低下していることがデータからうかがわれます。

○このため、業務分析データの活用や各種研修の実施等により、要介護認定が一層適切かつ公平に行われるための取組を引き続き推進していく必要があります。

② ケアプランの点検

ア 事業の趣旨

○ケアマネジャーが作成した居宅介護サービス計画等の記載内容について、市町職員等の第三者が点検及び支援を行うことにより、個々の受給者が真に必要なサービスを確認するとともに、その状態に適合していないサービス提供を改善します。

イ 現状

○県内の保険者の実施率は、2015(平成27)年度までは60%台と低迷していましたが、2019(令和元)年度には、県による市町へのケアプラン点検アドバイザー派遣事業を実施したことにより97.1%にまで向上しました。

ウ 課題

○点検の実施により、対象となったケアプランの改善が図られ、点検を受けたケアマネ

ジャーの資質向上にもつながっていますが、点検で得られた知識や技術について、他のケアマネジャーへの周知・伝達が必要となっています。

- 効果的なケアプラン点検を実施するためには、点検者にも専門性が求められていますが、専門的な知識を持つ職員の配置が難しい市町もあるため、市町職員の育成や地域の主任介護支援専門員との連携等を通じて、実施体制を整える必要があります。

③ 住宅改修等の点検（住宅改修の点検／福祉用具購入・貸与調査）

ア 事業の趣旨

- 住宅改修等の点検は、保険者が改修工事を行おうとする住宅や福祉用具利用者に対して訪問調査等を行うことにより、受給者の状態に適さない又は不要な住宅改修や福祉用具購入・貸与を是正し、身体の状態に応じた適切な利用を促進します。

イ 現状

- 県内の保険者の実施率は、2014(平成 26)年度には 70%台にとどまっていたが、2019(令和元)年度には 100%となりました。点検の実施により、不適切な改修や販売・貸与の是正につながっています。
- 点検は、主に事務職の市町職員が実施していますが、一部の市町ではリハビリ専門職と連携して実施しています。

ウ 課題

- 実施職員の専門性の不足から効果的な点検ができていない、といった課題が見られます。
- 今後は、点検の効果を高めるため、建築士や理学療法士といった専門知識を有する人材を活用するなど、受給者の状態に合ったより適正なサービス提供につながる、質の高い点検とする必要があります。

④ 縦覧点検・医療情報との突合

ア 事業の趣旨

- 縦覧点検は、受給者ごとに介護報酬の支払状況を確認し、提供されたサービス内容を点検することにより、請求内容の誤り等を発見します。また、医療情報との突合は、受給者の後期高齢者医療や国民健康保険の入院情報と介護保険の給付情報を突合し、給付日数や提供されたサービスの整合性の点検により、医療と介護の重複請求を排除します。

イ 現状

- 県内の全保険者が静岡県国民健康保険団体連合会に委託して実施しており、実施率は 100%となっています。
- 「縦覧点検・医療情報との突合」は、主要 5 事業等の中でも費用対効果が最も期待できる事業とされており、2019(令和元)年度において県内で約 3,200 万円の請求誤りが是正されました。

ウ 課題

- 引き続き、静岡県国民健康保険団体連合会と協力して取組を進めていくとともに、委

託の対象となっていない帳票については、各保険者が自ら点検を実施していく必要があります。

⑤ 介護給付費通知

ア 事業の趣旨

○保険者から受給者本人に対して、介護報酬の請求及び費用の給付状況等について通知することにより、受給者や事業者に対して適切なサービスの利用を普及啓発するとともに、自ら受けているサービスを改めて確認していただき、適正な請求につなげます。

イ 現状

○県内の保険者の実施率は 2019(令和元)年度には 97.1%で、多くの保険者で取り組まれており、受給者への制度の周知や不適正な請求の防止にもつながっています。

ウ 課題

○通知を送っても問い合わせが少なく、受給者の反応が薄いといった意見が実施保険者から上がっています。

○今後は、事業の趣旨を受給者が分かるよう記載内容を工夫するなどの通知内容の見直しや事業周知を通じて、事業の効果を高めていくことが重要です。

⑥ 給付実績の活用

ア 事業の趣旨

○静岡県国民健康保険団体連合会で実施する審査支払いの結果から得られる給付実績を基に、保険者が不適切な給付等を確認することにより、適正なサービス提供と介護費用の効率化、事業者の指導育成を図ります。

イ 取組状況

○2014(平成 26)年度の段階では、50%を下回る保険者しか実施していませんでしたが、2015(平成 27)年度以降、県が静岡県国民健康保険団体連合会に委託して、保険者巡回支援等を行った結果、2019(令和元)年度には 80%まで実施率が高まりました。

○疑義のある請求等について、保険者が事業所に確認を行った結果、2019(令和元)年度において県内で約 110 万円の過誤申立てにつながっています。

ウ 課題

○給付実績の活用にあたっては、静岡県国民健康保険団体連合会の介護給付適正化システムから出力される帳票を点検するための知識が不可欠であることから、今後も静岡県国民健康保険団体連合会と連携して研修を行い、保険者の点検能力や実施率を高めていく取組が重要です。

<表 5-13：主要 5 事業等の実施状況>

静岡県（2019 年度）							
区分	適正化 事業実施 保険者	要介護認定 の適正化	ケア プランの 適正化	住宅 改修等 の点検	介護 給付費 通知	縦覧点検 ・医療情報 の突合	給付 実績 の活用
		件数	35	35	28	34	32
率	100.0%	100.0%	80.0%	97.1%	91.4%	100.0%	71.4%
全国（2017 年度）							
区分	適正化 事業実施 保険者	要介護認定 の適正化	ケア プランの 適正化	住宅 改修等 の点検	介護 給付費 通知	縦覧点検 ・医療情報 の突合	給付 実績 の活用
		件数	1,514	1,390	1,090	1,236	1,140
率	91.6%	91.6%	71.9%	81.5%	75.1%	94.7%	33.4%

⑦ 認定結果通知までの期間短縮

ア 事業の趣旨

○被保険者が介護サービスを利用するためには、まず、要介護認定を受ける必要があることから、要介護認定申請から認定結果通知までの期間を可能な限り短縮する必要があります。

イ 現状

○介護保険法では、要介護認定申請から認定結果通知までの期間は 30 日以内を目安としています。

○第 7 期計画で認定通知までの期間の短縮を目標に取組を進めた結果、本県における認定通知までの期間は、2017（平成 29）年度の県平均 38.2 日から 2019（令和元）年度は 37.4 日に短縮されました。

ウ 課題

○2019（令和元）年度の県平均は、目安の 30 日に届いていないこと、今後、第 1 号被保険者の増加により、要介護認定申請の増加が見込まれていることから、期間短縮の取組を更に進める必要があります。

○また、新型コロナウイルス感染症の影響により、更新申請の認定調査ができない場合、認定期間を 12 か月延長することが認められたため、2021（令和 3）年度の更新申請の大幅な増加が見込まれます。市町は、認定調査員の増員や広域的事務処理を検討するなど、業務の効率化を図ることが重要です

【施策の方向性】

○主要 5 事業等の一部を実施していない市町については、重点的に支援を行います。

○主要 5 事業等を全て実施している市町については、その質を高めるよう支援します。

○主要 5 事業等の実施に加え、要介護認定の処理期間の適正化及び要介護認定の平準化についても、全市町で達成されるよう支援します。

○県は保険者の適正化事業の進捗状況を管理し、保険者への情報のフィードバックや、

必要に応じた支援内容の充実等を図るため、計画期間中に全ての保険者を巡回し、情報の収集や必要な助言を行います。

○認定通知までの期間短縮の取組を進めるため、期間短縮した市町の取組状況を情報提供します。

【具体的な取組】

- 介護認定審査会運営適正化研修を実施します。
- 要介護認定市町等担当者連絡会を実施します。
- 計画期間の3年間で全35保険者に対し、保険者指導により、介護給付適正化の進捗状況に対する助言を行います。
- 介護認定審査会新任委員研修、介護認定審査会委員現任研修を実施します。
- 主治医研修を実施します。
- 認定調査員新任研修、認定調査員現任研修を実施します。
- ケアマネジャー・主任介護支援専門員の各種研修を実施します。
- 介護サービス提供事業者等への実地指導を行います。
- ケアプラン点検の実践方法を指導するアドバイザーを市町に派遣します。
- リハビリテーション関係団体と連携して、市町が行う住宅改修等の点検を支援します。
- 静岡県国民健康保険団体連合会と連携し、市町の介護給付適正化事業を支援します。

【成果指標】

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
介護保険制度の満足度(※検討中)	79.1%(2016年度)	前回より改善

【活動指標】

2 介護サービスの質の確保・向上

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
実地指導の実施率	100%	100%(毎年度)
介護保険サービス施設等の身体拘束ゼロ宣言実施率	93%	95%
福祉サービスの第三者評価を受審した事業所数	531か所(累計)	550か所(累計)
優良事業所表彰への応募事業所数	114か所(累計)	(精査中)

3 介護サービスの安全対策

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
福祉避難所運営マニュアル策定市町数(再掲)	24市町(2018年度)	全市町(2021年度)
避難行動要支援者の避難計画の策定に着手した市町数(再掲)	31市町(2020年度)	全市町

4 利用者及び介護家族等への支援

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
介護サービス情報公表事業所数	3,289か所	3,300か所(2021年度)
生活支援等サービス、在宅医療に関する情報公表をしている市町数	5市町	全市町

5 適正な介護保険制度の運用

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
要介護認定の適正化を実施している市町数	全市町	全市町
ケアプランの点検を実施している市町数	34市町	全市町
住宅改修等の点検を実施している市町数	全市町	全市町
縦覧点検・医療情報との突合を実施している市町数	全市町	全市町
介護給付費通知を実施している市町数	34市町	全市町
給付実績の活用を実施している市町数	28市町	全市町

第6 地域包括ケアを支える人材の確保・育成

誰もが住み慣れた地域で最期まで暮らし続けるためには、地域包括ケアを担う多種多様な人材が不可欠です。

特に、介護人材に関しては、介護を必要とする高齢者の尊厳を守り、自立した日常生活を支える専門性の高い人材であり、介護需要の増加が見込まれる中、安定的な確保に向け、あらゆる施策の推進が求められています。

また、生産年齢人口（15歳～64歳）が減少する中で、必要な介護サービスを安定して提供するためには、介護現場の業務仕分けにより、多様な人材が分担して業務を担うことや、ロボットの導入やICTの活用による生産性の向上、外国人人材の受入れなども必要です。

さらに、地域包括ケアには、介護予防や生活支援など多様なサービスがあり、リハビリテーション専門職や歯科衛生士、管理栄養士などの専門職に加え、元気な高齢者を始めとする地域住民が担い手として関わるのが重要です。

地域包括ケアシステムの実現のため、介護職場における人材確保・育成に加え、日常生活に関わる多様なサービスの担い手として様々な人が活躍できる体制整備を推進します。

1 介護職員の確保・育成

介護サービスの充実に伴い介護職員の需要が高まる中、県内で働く介護職員は、介護福祉士等専門職の育成支援や、新たな在留資格の創設等による外国人介護人材の受入れ強化などによって年々増加しており、2015(平成27)年現在では50,030人となっています。

一方、県が実施した介護人材の需給推計では、団塊の世代が75歳以上となる2025(令和7)年には、約67,000人の介護職員が必要と推計されていますが、その時点における供給可能な介護職員は約59,000人と、今後、大きな需給差が生じることが想定されています。(表6-1)

このため、これまで以上に介護職員を確保するためには、介護職場で働いてみたい、ずっと働きたいと誰もが思えるような、魅力ある安定した職場環境の整備が欠かせません。

加えて、介護の仕事の魅力ややりがいを、若年層を中心に幅広く伝えるための情報発信を強化することが重要です。

さらに、介護の担い手のすそ野を広げるためには、若者や元気高齢者、外国人など多様な人材を対象に見据え、業務分担の見直しや負担の軽減など新たな働き方を構築することが求められています。

これらの課題解決に向けて、「職場定着の促進」、「新規就業の促進」、「介護の仕事への理解促進」を柱とする人材確保に取り組むとともに、外国人介護人材や介護分野に未経験の方など、新たな介護の担い手の確保を促進します。

併せて、介護職員の一層の資質向上を図り、介護を必要とする高齢者の自立と尊厳のある暮らしを支える質の高い介護サービスの提供を目指します。

【介護人材の需給推計】《判明後に更新》

- 県では、第6期計画から国の介護人材需給推計ワークシートを用いて、2025(令和7)年までの介護職員の需給数を推計するとともに、実際に供給可能な介護職員の推計を実施しています。
- なお、第7期介護保険事業計画の策定からは、市町においても介護人材の需要推計を行うこととなりました。

<表6-1：介護人材の需給推計>

区 分		現状値		目標値	
		2015年	2018年	2020年	2025年
介護職員	介護職員（需要推計）	50,030人	55,469人	59,493人	66,889人
	うち、訪問介護員	9,764人	10,789人	11,752人	12,943人
	介護職員（供給推計）	50,030人	53,839人	56,033人	58,862人
	需要と供給の差	—	1,630人	3,460人	8,027人
看護職員		9,737人	10,492人	11,296人	12,906人
相談員		4,246人	4,799人	5,069人	5,640人
介護支援専門員		5,381人	5,591人	5,969人	6,834人
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士		2,409人	2,566人	2,733人	3,109人

(1) 職場定着の促進

【現状と課題】

- 県内の介護職員は年々増加し、2015(平成27)年現在、50,030人となっています。(表6-2)
- 2019(令和元)年度の県内の介護職員の採用率は19.5%と全国平均、全産業平均を上回っており、離職率についても14.6%と全国平均、全産業平均を下回っていますが、継続的に人材を確保するためには、採用率を更に高め、介護職員の純増を図るとともに、離職を防止するための一層の取組が重要です。(表6-3)

<表6-2：介護職員数の推移> 《判明後に更新》

2012年	2013年	2014年	2015年
44,419人	45,934人	48,374人	50,030人

<表6-3：介護職員の採用率・離職率（2019年度）>

区 分	採用率 A	離職率 B	増加率 C=A-B	離職者のうち 3年未満職員の割合
静岡県	19.5%	14.6%	5.0%	56.5%
全 国	19.3%	16.0%	3.3%	66.1%
全産業	16.7%	15.6%	1.1%	65.8%

出典：令和元年度介護労働実態調査、令和元年雇用動向調査、新規学卒就職者の離職状況

- 介護職員の離職率を事業所別に見ると、10%未満の事業所が最も多く約4割を占めている一方で、30%以上と著しく高い事業所が2割存在しており、離職率の低い事業所と高い事業所との二極化が起きています。(表6-4)

- 介護の仕事を選んだ理由は、「働きがいのある仕事だと思った」が5割を超え、多くの職員が希望を持って入職していますが、離職時には「職場の人間関係に問題があった」、「法人・事業所の理念や運営方針に不満」を理由とする職員が、「収入が少なかった」ことを理由とする職員よりも多い状況となっています。
- このため、事業所の利用者に対する考え方やマネジメント、雇用管理のあり方を見直し、職員が働きやすい環境を整えることが重要です。
- また、離職者のうち就職後3年未満の職員が約6割を占めていることから、新人職員の離職を防止することも必要です。
- 福祉施設介護員の賃金水準は、全産業より約6万円低く、平均勤続年数は約7年短い状況にあることから、将来展望を持って、長く働くことができるよう、能力、資格、経験に応じた給与・処遇体系を定める「キャリアパス制度」の導入や、処遇改善加算の取得を促進することが必要です。（表6-5）
- 介護職員には、国家資格である介護福祉士や介護職員初任者研修修了者などの有資格者のほか、資格を持っていない方も従事しているため、資格の有無によるキャリアパスを明確にした上で、段階的に専門性を高めていく仕組みづくりも必要です。
- 介護ニーズは複雑化・多様化・高度化が進んでいることから、介護職員が職場で安定して働くためには、これらに対応できる専門的な知識や技術の習得により、介護サービスの質をさらに向上するための職員の育成が求められています。

<表6-4：離職率階級別の介護サービス事業所の割合（2019年度）>

離職率	10%未満	10～15%未満	15～20%未満	20～25%未満	25～30%未満	30%以上
事業所の割合	43.8%	13.3%	8.8%	7.2%	6.7%	20.2%

出典：令和元年度介護労働実態調査

<表6-5：介護職員の給与等の状況（2019年度）>

区分	所定内給与	平均年齢	勤続年数
福祉施設介護員	227.1千円	44.0歳	5.9年
全産業	287.1千円	43.4歳	12.7年

出典：令和元年度賃金構造基本統計調査

【施策の方向性】

- 介護職員が将来展望を持って離職することなく、長く働くことができるよう、能力、資格、経験に応じた給与・処遇体系を定める「キャリアパス制度」の導入を支援し、処遇の改善を図ります。
- 介護職員が安心して働き続けることができる介護事業所の実現に向けた、労働環境の改善等の取組を支援します。
- 若手介護職員のやる気や意欲を向上させ、早期離職の防止に取り組みます。
- 利用者の日常生活支援から入所施設での専門的な介護まで、キャリアに応じた専門的

な研修の実施など、利用者本位の質の高いサービスが提供できる人材の育成を図ります。

【具体的な取組】

- キャリアパス制度の導入を促進するため、組織運営や人材マネジメント等に関する専門家を介護事業所へ派遣し、事業所の給与・処遇体系の構築及び運用への相談に当たります。
- 職員が安心して出産や子育てに専念できるよう、産休等で一時的に従事できない介護職員の代替職員を雇用する事業所を支援します。
- 働きやすい職場づくりやサービスの質の向上に積極的に取り組む介護サービス事業所を表彰し、その取組を広く一般に周知します。
- 「働きやすい介護事業所認証制度」で認証された介護事業所を県ホームページ掲載やハローワークへ情報提供し、学生や求職者に対して働きやすい介護事業所としての認知度を高めます。
- 新人介護職員の離職を防止するため、就職後3年未満の介護職員向けモチベーション向上研修を実施します。
- 静岡県社会福祉人材センターや職能団体、介護福祉士養成施設等が行う介護従事者を対象とした研修を支援します。
- 独自では教育研修を実施することが困難な小規模介護事業所の介護職員を対象とした研修等を実施します。
- 認知症高齢者の介護に関する知識や技術の習得のための研修を実施します。
- たんの吸引及び経管栄養の医療的ケアを介護職員が安全に行うことができるよう研修を支援します。

(2) 新規就業の促進

【現状と課題】

- 介護事業所の整備促進に伴い、介護関連職種の求人数は増加してきましたが、一方の求職者数は2013(平成25)年度をピークに年々減少しており、本県の介護関連職種の有効求人倍率は、2017(平成29)年度以降は4倍台が続くなど、人手不足の状態となっています。(表6-6)
- 介護分野への求職者を増加させるためには、幅広い人材を対象として、気軽に相談できる体制を充実させ、確実に介護事業所への就業につなげるための支援を行う必要があります。
- 加えて、介護人材の確保と質の高い介護サービスの提供を両立するためには、介護分野の専門職を養成し、新規就業に結びつけることが何より重要となりますが、介護福祉士養成施設の入学者は年々減少しており、2020(令和2)年の定員充足率は44.6%となっていることから、その入学者の確保を支援する必要があります。
- 一方、県内の介護福祉士登録者は、47,323人(2019(令和元)年度)ですが、介護事業所に就職しない、又は離職した方が多く存在することから、離職介護福祉士等届出制

度を活用し、潜在的な有資格者の就業を促進することが重要です。

- 育児との両立、退職後の時間活用など働き方が多様化する中、主婦や元気高齢者、介護の未経験者など、幅広い人材を就業につなげる仕組みづくりや支援が求められています。

<表6-6：介護関連職種の雇用動向>

区分		2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年7月
介護 関連	有効求人 倍率	2.96倍	3.50倍	4.59倍	4.58倍	4.64倍	4.21倍
	求人数 (月平均)	6,500人	6,943人	8,326人	7,847人	7,480人	6,562人
	求職者数 (月平均)	2,194人	1,985人	1,813人	1,714人	1,612人	1,557人
全 産業	有効求人 倍率	1.21倍	1.39倍	1.58倍	1.68倍	1.48倍	0.90倍

※2015～2019年度は各年度の平均値

【施策の方向性】

- 多様な人材の新規就業の促進を図るため、静岡県社会福祉人材センターの無料職業紹介・相談を活用し、介護事業所への就業を促進します。
- 専門性の高い人材を養成・確保するため、介護福祉士養成施設の入学者確保を支援するとともに、潜在的な有資格者の復職支援に取り組みます。
- 介護に関する資格を持たない方を、新たに介護の専門職として育成し、就業につなげます。
- 専門的知識や技術を要しない周辺業務を介護業務から切り分け、担い手のすそ野を広げながら、専門職員の負担を軽減します。
- 介護職員初任者研修等を行う事業者の指定などを通じて、介護資格取得者の増加を推進します。

【具体的な取組】

- 静岡県社会福祉人材センターの専門相談員による無料職業紹介・相談を充実させ、きめ細かなマッチングを行います。
- 介護福祉士養成施設の在学生等に修学資金や生活資金を貸与し、県内介護事業所への就業を促進します。
- 結婚や出産等により離職した介護職経験者に対し、復職前研修及び就職先とのマッチングを実施し、復職を支援します。
- 介護に関する経験や資格を持たない方を、介護事業所での実務経験や研修受講により介護の専門職として育成するとともに、介護事業所へのマッチングを支援し、正規雇用につなげます。
- 介護の周辺業務を担う「介護サポーター」を育成するための入門的研修を実施すると

ともに、就業までのマッチングを一体的に支援します。

- 介護職員初任者研修等を行う事業者を指定し、研修の開催日程や会場等をホームページで公開し、県民に専門知識を修得する機会を情報提供します。

(3) 介護の仕事の理解促進

【現状と課題】

- 民間企業が実施した介護職イメージ調査結果によると、介護は「体力的にきつい仕事の多い業界だと思う」が 61.0%で最も多く、次いで「精神的にきつい仕事の多い業界だと思う」が 53.8%、「給与水準が低めの業界だと思う」が 48.0%と、ネガティブなイメージが上位を占めており、介護サービス業への就職意向があると回答したのは 15.5%にとどまっています。
- 一方、介護の仕事の内容や実態を知った後、就職先として介護の仕事を選んでもよいと思う人の割合は、社会人では 14.5 ポイント（15.6%→30.1%）、学生は 17.9 ポイント（15.2%→33.1%）上昇していることから、ネガティブなイメージが人材確保を困難にしている一因と考えられるため、県民に介護の仕事を正しく理解してもらうことが重要です。
- 介護の仕事を正しく理解してもらうには、広く県民に向け、あらゆる広報手段を用いて必要な情報を効果的に発信する必要があります。
- 特に小・中学生や高校生、大学生などの若年層に対しては、体験活動の充実を図るほか、保護者や教員に対する理解促進のための取組が重要です。

【施策の方向性】

- 「きつい、汚い、給料が安い」など、いわゆる 3 K 職場と思われる介護職場を、県民が前向きに捉えられるよう、新たなイメージを普及させます。
- 学童期の段階から介護の仕事に関する理解を促進し、将来、介護分野に進むための興味や関心を高めます。
- 高校生や大学生等に対して、就職先として介護職を紹介し、若年層の人材確保を図ります。
- 若年層の進路選択については、保護者や進路指導担当者の影響が大きいことから、福祉教育の推進に向けた支援を行うとともに、介護の仕事に関する具体的な情報を発信し、保護者や進路指導担当者の理解を深めてもらう取組を推進します。

【具体的な取組】

- 「介護の未来ナビゲーター」の意見を参考に決定した「介護の新 3 K（感謝を分かち合える仕事 ・ 心がつながる仕事 ・ 感動できる仕事）」を、学校での出前講座や広報媒体への掲載などにより広く周知し、介護分野のイメージ刷新を図ります。
- 県ホームページに加え、YouTube 等の動画配信や SNS による情報発信など、多様な情報発信手段を活用し、介護分野の魅力について県民理解を深めます。
- 介護の仕事への理解を深めるため、市町及び県教育委員会と連携し、小・中・高校生

の施設見学や学校訪問による出前講座等を行います。

- 介護事業所で活躍する若手介護職員「介護の未来ナビゲーター」を高校や大学、就職相談会等に派遣し、介護の仕事の専門性ややりがいを発信します。

(4) 訪問介護員（ホームヘルパー）の確保・育成

【現状と課題】

- 地域包括ケアシステムの推進において、日常生活支援の中心的な役割を果たす訪問介護員の重要性は一層高まっています。
- 訪問介護員は、利用者の生活に直接関わり、住み慣れた地域での暮らしを支える、大変やりがいのある仕事です。また、勤務形態が比較的自由に設定できることから、プライベート時間の確保や子育て・自宅介護等との両立がしやすいことも魅力となっています。
- 一方、訪問介護員のやりがいや魅力が具体的にイメージしにくいことから、未経験者にとって興味・関心が必ずしも高くないことに加え、専門性の高い職種であるにも関わらず、家事が主体の仕事としてイメージされるなど、仕事に対する理解が進んでいない現状があります。
- 訪問介護員の平均年齢は、全産業と比較して約6歳上回っています。訪問介護事業所における新規就業を進めるためには、仕事への理解促進に加え、人材育成の体制と働きやすい環境の一層の整備が重要です。（表6-7）
- 訪問介護の従事者数は年々僅かに減少しており、事業所当たりの従事者数も減少傾向にあります。また、介護職場における人員不足感は、介護職員の64.2%に比べて89.9%と高く、安定的なサービス提供体制を維持するためにも、訪問介護員の確保が急務です。（表6-8、6-9）

<表6-7：訪問介護員の給与等の状況（2019年度）>

区分	所定内給与	平均年齢	勤続年数
訪問介護員	210.7千円	49.6歳	7.0年
全産業	287.1千円	43.4歳	12.7年

出典：令和元年度賃金構造基本統計調査

<表6-8：事業所数・従事者数の推移>

区分	H25	H26	H27	H28	H29	H30
事業所数	544	532	541	551	555	(670)
従事者数	8,041人	7,472人	7,742人	7,808人	7,259人	(9,125人)
事業所当たり従事者数	14.8人	14.0人	14.3人	14.2人	13.1人	(13.6人)

出典：令和元年度介護サービス施設・事業所調査

※H30から調査方法が全数調査から標本調査となり結果は推計値であるため、前年との単純比較はできない。

<表 6-9 : 従事者の過不足状況>

区 分	①大いに不足	②不足	③やや不足	④適当	⑤過剰	不足感 ①+②+③
訪問介護員	18.3%	33.3%	38.3%	10.0%	-	89.9%
介護職員	11.6%	26.6%	26.0%	35.3%	0.6%	64.2%

出典：令和元年度介護労働実態調査

【施策の方向性】

- 訪問介護員のやりがいや魅力、仕事内容について、あらゆる広報手段を用いて県民の理解促進を図ります。特に、働く側の都合に合わせた勤務時間を選択できる勤務形態など、働きやすさを中高年層や女性層にPRし、人材確保につなげます。
- 介護に関する資格を持たない方の研修を支援するとともに、訪問介護事業所への新規就業を支援します。
- 就業している訪問介護員の資質向上を支援し、定着を図ります。

【具体的な取組】

- 訪問介護員のやりがいや魅力、仕事内容についてのPR動画を作成し、県ホームページに加え、YouTube等の動画配信やSNSによる情報発信など、多様な情報発信手段を活用し、訪問介護員についての県民理解を深めます。
- 訪問介護を体験する機会を設けることで、生徒・学生等に向けた仕事の周知に取り組みます。
- 介護に関する資格を持たない方が、訪問介護事業所で実務を経験しながら研修を受講することにより訪問介護員を育成するとともに、訪問介護事業所へのマッチングを支援し、正規雇用につなげることで人材確保を進めます。
- 訪問介護員としてのキャリアに応じた現任研修の実施により専門職としての資質を高め、やりがいの創出と職場定着を支援します。
- 訪問介護員の勤務実態を把握し、働きやすい環境の整備や人材の定着を支援します。

(5) 外国人人材の確保・育成

【現状と課題】

- 県内の介護事業所では、2019(令和元)年10月現在で394人の外国人介護職員が204か所の介護事業所で働いています。(表6-10)
- 労働人口が減少していく中、介護の仕事に従事する外国人の受入れを推進するため、2017(平成29)年9月に介護福祉士の国家資格を持つ方を対象とする新たな在留資格「介護」が創設され、同年11月には外国人技能実習制度に「介護」が追加されるとともに、深刻化する人手不足を踏まえ、2019(平成31年)4月に「特定技能制度」が新たに創設されました。
- 慢性的な人手不足となっている介護関連職種では、外国人人材への期待が高まり、多

くの介護事業所が受入れを希望していることから、受入体制の整備と職場定着の支援が必要です。

- 外国人人材を安定的に確保するためには、受入制度に対する理解や、無理なく働くことができる環境づくりなど、受け入れる介護事業所の十分な準備が必要です。
- また、日本で働く外国人介護職員の言語や文化、生活習慣などに関する不安を解消するための支援体制の整備が不可欠です。

<表6-10：外国人介護職員の就業状況>

区分	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
雇用人数	191人	197人	245人	277人	326人	394人
事業所数	121か所	118か所	144か所	161か所	183か所	204か所

※EPA（経済連携協定）による介護福祉士候補者含む。

【施策の方向性】

- 外国人介護人材を受け入れる介護事業所に対して、研修や専門家の派遣等により、円滑な受入れを支援します。
- EPAにより外国人介護福祉士候補者を受け入れた介護事業所が実施する学習環境の整備などの取組を支援します。
- 技能実習生や特定技能外国人介護職員など、介護事業所で働く外国人介護職員の介護技術や日本語能力の向上を支援し、職場定着を図ります。
- 介護福祉士国家資格の取得を目指す外国人留学生の学費や生活費等をサポートする介護事業所を支援し、在留の制限なく働くことができる介護福祉士の育成及び就業を促進します。
- 外国人介護職員が言語、文化、生活習慣等の相違を超えて職場環境に適応し、安心して働くことができる相談体制を整備します。

【具体的な取組】

- 外国人介護人材の受入準備のためのセミナー開催や、言葉の壁・生活習慣の違いなどによる不安を解消するためのコーディネーターの派遣により、介護事業所の受入体制の整備を支援します。
- EPAによる外国人介護福祉士候補者の学習を支援する介護事業所に対して、必要な経費を助成します。
- 介護事業所で働く外国人介護職員の日本語力向上のため、語学レベルに応じた研修を実施します。
- 技能実習生や特定技能外国人介護職員の介護技術の向上のための集合研修を実施し、優秀者に対して所属事業所が行う更なるステップアップのための研修受講費用を助成します。
- 介護福祉士国家資格の取得を目指す日本語学校及び介護福祉士養成施設の外国人留学生に対して、介護事業所が貸与又は給付する学費や生活費に係る費用の一部を助成

し、外国人留学生の資格取得及び就業を支援します。

- 外国人介護職員の仕事上の悩み等に対応する巡回相談の実施や、各地域の外国人介護職員のコミュニティ形成を図る研修交流会を開催します。

(6) 介護現場の革新

【現状と課題】

- これまで、介護業務は、移乗介助や入浴支援の際の身体的負担に加え、利用者の安全や健康、衛生管理の配慮などの精神的負担が大きいことが、人材確保の課題とされてきました。
- そのため、介護分野における課題解決として、介護ロボットやICT機器の活用を重要な柱と位置づけ、導入を促進するための取組を推進してきました。
- 現在、介護ロボットやICT機器の活用は、業務の効率化・省力化を実現し、介護職員の身体的・精神的負担の軽減を図るなど、介護職員が働きやすい環境を整備するために必要不可欠となっています。
- 加えて、介護ロボットやICT機器の開発が進み、新たな製品や技術が増加していることから、介護事業所が導入するための支援を拡大していく必要があります。

【施策の方向性】

- 限られた人員で必要な介護を提供できる介護職場の環境整備に取り組みます。
- 介護ロボット及びICT機器を活用した生産性向上の推進により、介護職員の身体的・精神的負担の軽減を図り、働きやすい職場づくりを進めます。

【具体的な取組】

- 見守り機器や移乗介助、入浴支援等の介護業務において、ロボット技術を活用した介護機器の導入を支援し、介護職員の負担軽減を図ります。
- 各種介護記録や介護報酬請求の電子化、利用者の状態に応じたサービス内容の分析等に係る業務改善システム等のICT機器の導入を支援し、業務の効率化を促進します。

2 ケアマネジャーの確保・育成

ケアマネジャーは、要介護（支援）認定者が、心身の状況等に応じた適切な介護サービスを受けられるよう、ケアプランの作成やサービス提供事業者との調整などのケアマネジメントを行っています。

今後、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で自立した生活を送るためには、ケアマネジャーが中心となって、医療や介護、介護予防に関する様々なサービスを組み合わせたケアマネジメントが求められるなど、ケアマネジャーに期待される役割は大きくなっています。

また、高齢者数の増加に伴う介護需要の増大により、ケアマネジャーの業務も拡大が見込まれていることから、ケアマネジャーの養成や質の向上が必要です。

このため、研修等を通じてケアマネジャーの養成を推進するとともに、主任介護支援専門員を中心に地域での相談・支援体制を充実し、ケアマネジャーの業務を支援します。併せて、研修内容の検討や業務の評価により、ケアマネジャーの質の向上を図ります。

さらに、AIなど新たな技術の導入により、質の高いケアプランの作成と業務の効率化を進め、働きやすい環境の実現を目指します。

(1) ケアマネジャーの確保

【現状と課題】

- 本県では、2020(令和2)年4月現在、17,643人のケアマネジャーの登録があり、2015(平成27)年現在、5,381人が県内の居宅介護支援事業所に従事しています。
- 高齢者の生活を支えるためには、介護、保健、医療、インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）が連携して高齢者を支援できるよう、ケアマネジャーがコーディネートし、利用者の自立支援に資するケアマネジメントを適切に行うことが求められています。
- 居宅介護支援事業所が担当している2020（令和2）年4月のケアプランは77,433件で、2017（平成29）年4月と比べ4,808件（6.6%）増加しています。
- 要介護認定者の増加に伴い、ケアマネジャーの業務量も増加することが見込まれているため、ケアマネジャーの養成とともに、業務の効率化が求められています。
- 主任介護支援専門員は、ケアマネジャーへの指導・助言を行い、また、地域包括ケアシステムの実現に向けて、必要な情報の収集・発信、事業所・職種間の調整等、地域づくりの中核的な役割を果たしています。
- 県では2006(平成18)年度から主任介護支援専門員の養成研修を実施し、2020(令和2)年4月現在、1,419人の有資格者がいます。
- 制度改正により、居宅介護支援事業所の管理者として主任介護支援専門員を置くことが要件となっていますが、2020（令和2）年4月現在、約3割の居宅介護支援事業所の管理者が主任の資格を有していないため、研修を効率的に開催し、主任介護支援専門員を養成することが求められています。

【施策の方向性】

- 要介護（支援）認定者数の増加に応じたケアマネジャーの確保を図ります。
- 研修の開催方法を見直し、受講しやすい環境整備を進めます。
- ケアマネジメント業務の効率化を支援します。
- 地域のケアマネジャーの育成や地域づくりの中核的な役割などを担う主任介護支援専門員を養成します。

【具体的な取組】

- ケアマネジャーの養成・確保のため、介護支援専門員実務研修受講試験及び介護支援専門員研修を実施します。
- 研修を受講しやすい環境整備のため、研修の会場を県内各地に設けるとともに、研修のオンライン化を進めます。
- ケアマネジャーの業務の効率化とケアプランの質の向上を図るため、AIの導入・活用を推進します。
- 主任介護支援専門員を養成するための研修を実施します。

(2) ケアマネジャーの育成

【現状と課題】

- 今後、介護度や医療必要度が高い利用者の更なる増加が見込まれることから、医師、看護師、理学療法士など医療職と連携し、医療ニーズを踏まえたケアマネジメントを行う、質の高いケアマネジャーの育成が求められています。
- 地域包括ケアシステムの実現に向けて、ケアマネジャーには、介護、保健、医療、インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）を総合的にコーディネートできる質の高いケアマネジメントを行うことが求められており、医療専門職との連携の推進やインフォーマルサービスの活用が課題となっています。
- 主任介護支援専門員は、ケアマネジャーへの指導・助言を行うとともに、利用者を支えるために必要な情報の収集・発信、事業所・職種間の調整等、地域での中核的な役割を担うことが求められています。
- ケアマネジメントの実施に加え、社会資源のコーディネート、地域におけるネットワーク構築などケアマネジャーの役割の増加していることから、業務の効率化を推進する必要があります。

【施策の方向性】

- ケアマネジャーに対し、質の高いケアマネジメントに必要な知識・技術の修得と資質の向上を図ります。
- ケアマネジャーが法定研修等について、オンライン化など受講しやすい環境整備を進めます。
- 介護保険制度の要であるケアマネジャーが利用者の生活状況を総合的に把握し、医療も含めニーズに応じた様々なサービスを一体的に提供できるよう、コーディネート能力の

向上を図ります。

- 介護、保健、医療、インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネーターに加え、急変時の対応など、利用者の状況に応じた適切なケアマネジメントができるケアマネジャーの育成を図ります。
- また、医療関係者を含む地域の関係者との連携体制の構築を支援します。
- 主任介護支援専門員を育成するとともに、求められる役割に対応できる資質の更なる向上を目指します。
- ケアマネジャーの業務の効率化を進めるため、A I の活用を推進します。

【具体的な取組】

- 法定研修の内容見直しや育成支援を行うとともに、ケアマネジャーの業務を評価する仕組みを作り、ケアマネジメントの質の向上を図ります。
- 研修の会場を県内各地に設けるとともに、研修のオンライン化を進め、受講しやすい環境を構築します。
- 日常生活圏域におけるケアマネジャーの育成支援と医療関係者との連携推進のため、中心的な役割を担うリーダーを養成します。
- 市町の実施する地域ケア会議において、医療専門職を含む多職種が、ケアマネジャーの育成の視点からケアプランへのアドバイスを行うよう支援します。
- 養成及び更新研修の実施により、ケアマネジメントに対する高い意識と技術を備えた主任介護支援専門員を育成し、地域のケアマネジャーを支える人材を確保します。
- ケアマネジャーの業務の効率化とケアプランの質の向上を図るため、A I の導入効果を周知し、活用を促進します。

3 多様な担い手の確保・育成

(1) 介護職場での多様な人材の活躍推進

【現状と課題】

- 2019（令和元）年現在、本県の高齢化率（総人口に占める 65 歳以上人口の割合）は 29.9%、後期高齢化率（総人口に占める 75 歳以上人口の割合）は 15.4%と、いずれも過去最高となっています。
- 一方、75 歳までは、96.5%の方が介護・介助は必要ないとしており、高齢化が進む中、自立した元気な高齢者も併せて増加していることから、こうした方の力を活かす仕組みづくりが重要です。（表 6-11）

<表 6-11：県内の要介護（支援）認定者の割合>

区 分	65～74 歳	75 歳～84 歳	85 歳以上
第 1 号被保険者数	530,120 人	375,621 人	173,593 人
要介護（要支援）認定者数	18,484 人	59,919 人	93,778 人
認定者の割合	3.5%	16.0%	54.0%

出典：令和元年度介護保険事業状況報告

- 高齢者が今後やってみたいものとして、「働くこと」が 21.4%と、働くことに意欲の高い高齢者が2割を占めることに加え、「特にない」が 26.8%であることから、介護分野に興味・関心を持つ機会を創出し、新たな介護人材としての活躍の場を広めることが効果的です。(表6-12)
- また、子育てを終えた方や介護の経験のない方など、幅広い人材の活躍機会を創出するとともに、副業(ダブルワーク)による介護分野への従事など、多様な働き方の推進による介護人材の確保を目指す取組が求められます。

<表6-12：今後やってみたいもの(複数回答可)>

働くこと	健康づくり・スポーツ	学習・教養活動	シニアクラブ活動	特にない
21.4%	32.0%	16.9%	5.7%	26.8%

出典：令和元年度高齢者の生活と意識に関する調査(長寿政策課)

【施策の方向性】

- 元気高齢者に対して、介護分野に興味・関心を持つためのきっかけをつくり、介護分野への誘導を目指します。
- 幅広い人材が多様な働き方により介護分野に参画できるよう、専門分野と周辺業務の切り分けによる担い手の育成を図ります。

【具体的な取組】

- 元気高齢者が介護分野に興味・関心を持てるよう、企業の退職前セミナーや地域自治会のイベント等を活用した出前講座を開催し、より高度な研修へのステップアップや、介護事業所のマッチング事業等への参加を促し、介護人材の確保につなげます。
- 介護の周辺業務を担う「介護サポーター」を育成するとともに、就業までのマッチングを一体的に支援します。

(2) リハビリテーション専門職、歯科衛生士、栄養士の確保・育成

(医療計画の時点修正版を掲載予定)

(3) 地域支援事業における多様な担い手の確保・育成

【現状と課題】

- 2014(平成26)年の介護保険制度改正に伴い、全国一律の基準で行われていた予防給付の訪問介護及び通所介護について、市町が地域の実情に応じて効果的かつ効率的に実施できる地域支援事業の「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行され、配食や見守り等を含めた多様なサービスの提供を行うことになりました。
- 多様なサービスは、地域住民、ボランティア団体、NPO 団体、シルバー人材センター、民間企業等様々な事業主体が担い手として参入することが期待されています。

- 介護予防・日常生活支援総合事業の導入から5年が経過し、住民主体が担い手となって自らの介護予防や生活支援を行う取組は少しずつ進んできましたが、多くの市町で「通いの場」の運営者や介護予防リーダーなど担い手不足が大きな課題となっています。
- 2019（令和元）年現在、住民主体の通いの場の件数は4,226件、訪問型サービスBの実施は7市町、10事業所、通所型サービスBの実施は8市町、24事業所となっていますが、市町の生活支援体制整備事業や総合事業の取組に温度差があり、地域によってますます差が広がることが懸念されます。
- 高齢者が介護支援ボランティア活動を通じて社会参加や地域貢献を行うことにより、自らの健康増進を支援する介護支援ボランティア制度は11市町で導入されています。
- ひとり暮らし高齢者や夫婦のみ高齢者世帯及び認知症高齢者の増加に伴い、通院や買物等を行う際に必要となる移動外出支援サービスにおいて、地域住民による支援が行われている地域がみられる一方、サービスの担い手が不足するなど、地域によってはサービスの創出につながっていない状況も見られます。
- 日常生活のちょっとした困り事（掃除、ゴミ出し、電球交換 等）を抱えている人たちを、地域住民が主体となって支援する取組を行う団体が増えていますが、限られた地域や一部の人による提供にとどまるなど、更なる拡がりが求められます。
- 生活支援コーディネーターの効果的な活動を推進するためには、支え合い活動等を行う団体の取組紹介や情報提供などの支援が求められています。

【施策の方向性】

（市町の施策の方向性）

- 生活支援コーディネーターによる住民ニーズや地域資源の把握を推進します。
- 地域における多様な支え合いを推進するため、認知症サポーターや住民主体の通いの場の運営者など、担い手となる地域住民やシニアクラブ、NPO 団体など多様な人材の育成・確保に努めます。

（県の施策の方向性）

- 住民の支え合い活動等について意識啓発に努めます。
- 地域住民、ボランティア団体、NPO 団体、シルバー人材センターなど、多様な人材の育成・確保の好事例を収集、市町に情報発信することで、市町における取組を促進します。
- 地域住民の活動を促進するため、生活支援コーディネーターの資質の向上を図ります。
- また、取組の推進に困難を抱える市町や支援の要望がある市町については、事業の企画・運営の支援を行います。

【具体的な取組】

- 社会参加に対する動機付けや生活支援の担い手等として活躍するためのノウハウを学ぶ「講座・体験会」の実施などにより、市町の支援を行います。

- 研修等でふじのくに型福祉サービスガイドブックを配布し、居場所について普及啓発を行います。
- 公益財団法人しずおか健康長寿財団と連携し、地域で介護予防活動を推進するリーダー役の住民を育成します。
- 健康福祉センターと連携し、好事例の情報提供を行います。
- 市町の円滑な事業の実施を支援するため、ヒアリング等を通じて把握し、指導・助言を行います。

【成果指標】

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
介護職員数	(2021年1月以降公表)	(精査中)

【活動指標】

1 介護職員の確保・育成

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
キャリアパス導入事業所の割合	93.8%	90%以上(2021年度)
キャリアパス導入のための訪問相談実施件数	102件	300件(2021年度)
福祉人材センターの支援による就労者数	841人	毎年度1,000人

2 ケアマネジャーの確保・育成

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
介護支援専門員数	(2021年1月以降公表)	(精査中)

3 多様な担い手の確保・育成

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
生活支援コーディネータースキルアップ研修の受講者数(再掲)	—	毎年度200人

数値目標一覧

第1 誰もが暮らしやすい地域共生社会の実現

【成果指標】

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
社会参加している高齢者の割合	72.4%	前回より改善

【活動指標】

1 分野を超えた福祉の推進

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
地域福祉コーディネーター養成者数	373人	毎年度30人
包括的相談支援体制の整備を行った市町数	11市町(2018年度)	全市町(2024年度)
権利擁護の地域連携ネットワークの中核となる機関の設置市町数	4市町(2020年度)	全市町
障害のある人を受け入れている介護サービス事業所数	52か所(2020年度)	73か所

2 地域活動の推進

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
すこやか長寿祭参加者数	4,986人	(精査中)
成人の週1回以上スポーツ実施率	54.5%(暫定値)	65.0%(2021年度)
シルバー人材センター就業延人員	2,176,823人	2,350,000人
生活支援コーディネータースキルアップ研修の受講者数	—	毎年度200人

3 地域共生社会の環境整備

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
県営住宅へのユニバーサルデザイン導入の割合	59.0%	66.0%(2021年度)
サービス付き高齢者向け住宅の登録戸数	5,232戸	他計画で策定中
県内の乗降客数3,000人/日以上の鉄道駅のユニバーサルデザイン化の割合	91.0%	100%
バリアフリー対応バス車両の導入割合	74.4%(2018年度)	82.0%(2024年度)
住民主体の移動支援を実施している市町数	21市町	全市町
ハローワークにおける65歳以上の就職者数	3,687人	4,000人(2021年度)

4 安全・安心の確保

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
消費生活相談における被害額	359千円	380千円以下 (2021年度)
交通事故の年間死者数	101人	100人以下
高齢者対象の参加・体験・実践型交通安全講習会開催回数	21回	毎年度18回
住宅の耐震化率	89.3%(2018年)	他計画で策定中
福祉避難所運営マニュアル策定市町数	24市町(2018年度)	全市町(2021年度)
避難行動要支援者の避難計画の策定に着手した市町数	31市町(2020年度)	全市町
防災に関する知事認証取得者数	9,087人	9,000人(2021年度)
地域防災力強化人材育成研修修了者数	11,015人	12,000人 (2021年度)

第2 健康づくり、介護予防・重度化防止の推進

【成果指標】

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
要介護認定率(年齢調整)	14.8%	前年度より改善

【活動指標】

1 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
地域リハビリテーションサポート医養成研修の受講者数	69人	165人
地域リハビリテーション推進員養成研修の受講者数	273人	500人

2 各段階における地域リハビリテーションの充実

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している県民の割合	(2022年3月公表)	80%(2022年度)
日常生活における歩数の増加	65歳以上(2016年度) 男性 6,047歩 女性 5,077歩	65歳以上(2022年度) 男性 7,000歩 女性 6,000歩
「通いの場」設置数	4,226か所	5,500か所
「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数	20市町	全市町
65歳以上の肺炎死亡率(人口10万人対)	220人(暫定値)	200人(2025年)
特定健診受診率	55.6%	70.0%(2021年度)

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
特定保健指導実施率	19.7%	45.0%(2021年度)
短期集中予防の訪問又は通所サービスC型を実施している市町数	23市町	全市町
生活機能向上連携加算算定者数	2,789人	(精査中)
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組む市町数	5市町	全市町
市町全域の地域ケア会議実施市町数	31市町	全市町
地域ケア会議(個別会議)にリハビリテーション専門職が関与している市町数	27市町	全市町

3 科学的知見に基づいた健康寿命の延伸

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
分析を行った県内の医療関係データ数	69.7万人分	90万人分(2021年度)
KDBシステムを活用した地域の健康課題の把握・分析をしている市町数	11市町	全市町
社会健康医学に関する講演会等参加者数	113人	累計2,000人 (2018～2021年度)

第3 在宅生活を支える医療・介護の一体的な提供

【成果指標】

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
最期を自宅で暮らすことができた人の割合	14.4%(2019年)	15.5%(2023年)

【活動指標】

1 在宅医療・介護連携の推進

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
入退院支援ルールを設定している2次保健医療圏数	4医療圏 (2019年)	全医療圏 (2023年)

2 在宅医療のための基盤整備

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
訪問診療を受けた患者数	15,748人(2018年)	19,336人(2023年)
訪問診療を実施している診療所、病院数	1,003施設(2018年度)	1,231施設
在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数	25施設(2019年)	33施設(2023年)
在宅看取りを実施している診療所、病院数	274施設(2018年)	326施設(2023年)

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
24時間体制をとっている訪問看護ステーション数	<u>177施設(2018年度)</u>	230施設
機能強化型訪問看護ステーション数	10施設(2018年)	43施設(2023年)
在宅療養支援歯科診療所数	335施設(2019年)	(精査中)
歯科訪問診療を実施している歯科診療所数	(算出中)	(精査中)
在宅訪問業務を実施している薬局数	824施設(2018年度)	1,552施設

3 人生の最終段階を支える体制整備

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
看取り介護加算算定人数(入居、入所施設)(※検討中)	2,473人	(精査中)

第4 認知症とともに暮らす地域づくり

【成果指標】

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
認知症の対応について不安に感じている介護者の割合	36.8%	33%

【活動指標】

1 認知症を正しく知る社会の実現(知る)

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
認知症サポーター養成数	<u>累計361,977人</u>	累計440,000人
企業・職域型の認知症サポーター養成数	62,340人	90,000人
世界アルツハイマーデー及び月間における普及・啓発イベント等を開催している市町数	11市町	全市町
認知症の相談窓口を知っている一般高齢者の割合	24.9%	34.9%
静岡県希望大使の設置人数	1人	4人
本人の意見を重視した施策の展開している市町数	21市町	全市町

2 認知症の発症を遅らせる環境の整備(遅らせる)

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
「通いの場」設置数(再掲)	<u>4,226か所</u>	5,500か所
「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数(再掲)	20市町	全市町
成人の週1回以上スポーツ実施率(再掲)	54.5%(暫定値)	<u>65.0%(2021年度)</u>

3 地域で支え合いつながる社会の実現（支え合う）

指標		現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
認知症サポート医養成研修の受講者数		334人	400人
認知症サポート医リーダー養成研修の受講者数		130人	165人
医療職向け 認知症対応 力向上研修 の受講者数	かかりつけ医	986人	1,769人
	歯科医師	294人	711人
	看護職員（指導者層）	217人	497人
	薬剤師	633人	1,291人
	一般病院勤務の医療従事者	4,190人	9,386人
初期集中支援チームの活動において、医療・介護サービスにつながった人の割合		78.6%	毎年度80.0%以上
認知症介護指導者数		55人	61人
認知症介護実践者数		6,480人	8,188人
認知症カフェ設置数		168か所	231か所
若年性認知症の人の相談の場設置数		74か所	106か所
権利擁護の地域連携ネットワークの中核となる機関の設置市町数（再掲）		4市町(2020年度)	全市町

4 誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援(チームオレンジ)を繋ぐ仕組みのある市町数	10市町	全市町

第5 自立と尊厳を守る介護サービスの充実

【成果指標】

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
介護保険制度の満足度（※検討中）	79.1%(2016年度)	前回より改善

【活動指標】

2 介護サービスの質の確保・向上

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
実地指導の実施率	100%	100%(毎年度)
介護保険サービス施設等の身体拘束ゼロ宣言実施率	93%	95%
福祉サービスの第三者評価を受審した事業所数	531か所(累計)	550か所(累計)
優良事業所表彰への応募事業所数	114か所(累計)	(精査中)

3 介護サービスの安全対策

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
福祉避難所運営マニュアル策定市町数 (再掲)	24市町(2018年度)	<u>全市町(2021年度)</u>
避難行動要支援者の避難計画の策定に 着手した市町数(再掲)	31市町(2020年度)	全市町

4 利用者及び介護家族等への支援

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
介護サービス情報公表事業所数	3,289か所	<u>3,300か所(2021年度)</u>
生活支援等サービス、在宅医療に関する 情報公表をしている市町数	5市町	全市町

5 適正な介護保険制度の運用

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
要介護認定の適正化を実施している市 町数	全市町	全市町
ケアプランの点検を実施している市町数	34市町	全市町
住宅改修等の点検を実施している市町数	全市町	全市町
縦覧点検・医療情報との突合を実施してい る市町数	全市町	全市町
介護給付費通知を実施している市町数	34市町	全市町
給付実績の活用を実施している市町数	28市町	全市町

第6 地域包括ケアを支える人材の確保・育成

【成果指標】

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
介護職員数	<u>(2021年1月以降公表)</u>	(精査中)

【活動指標】

1 介護職員の確保・育成

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
キャリアパス導入事業所の割合	93.8%	<u>90%以上(2021年度)</u>
キャリアパス導入のための訪問相談実 施件数	102件	<u>300件(2021年度)</u>
福祉人材センターの支援による就労者 数	<u>841人</u>	毎年度1,000人

2 ケアマネジャーの確保・育成

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
介護支援専門員数	(2021年1月以降公 表)	(精査中)

3 多様な担い手の確保・育成

指標	現状値(2019年度)	目標値(2023年度)
生活支援コーディネータースキルアップ研修の受講者数(再掲)	—	毎年度 200 人

※目標値に下線が引いてあるものは総合計画(新ビジョン)の指標であり、総合計画改定時に見直しを行う。

<介護サービス量及び基盤の実績と目標>

【居宅サービス（介護サービス）の実績と目標】

区 分		2019年度 (実績)	2021年度	2022年度	2023年度
介 護 給 付	訪問介護 (回/年)	5,128,758	5,734,979	6,039,458	6,304,399
	訪問入浴介護 (回/年)	125,292	137,286	142,291	147,604
	訪問看護 (回/年)	939,031	1,101,533	1,162,759	1,208,430
	訪問リハビリテーション (回/年)	279,500	330,424	344,723	359,489
	居宅療養管理指導 (人/月)	14,740	17,315	18,083	18,832
	通所介護 (回/年)	5,016,733	5,306,989	5,521,448	5,695,820
	通所リハビリテーション (回/年)	1,335,781	1,408,175	1,462,946	1,512,672
	短期入所生活介護 (日/年)	1,469,685	1,530,176	1,601,971	1,669,128
	短期入所療養介護 (日/年)	100,076	94,874	98,027	101,208
	特定施設入居者生活介護 (人/月)	4,948	5,419	5,729	5,877
	福祉用具貸与 (件/年)	582,415	637,512	670,164	696,132
	特定福祉用具販売 (件/年)	8,950	10,416	10,944	11,340
	住宅改修 (件/年)	8,189	9,804	10,224	10,692
	居宅介護支援 (人/月)	74,140	78,810	81,898	84,594
予 防 給 付	介護予防訪問入浴介護 (回/年)	1,040	1,871	1,952	1,988
	介護予防訪問看護 (回/年)	167,897	206,400	212,591	218,644
	介護予防訪問リハビリテーション (回/年)	63,258	80,501	82,552	84,392
	介護予防居宅療養管理指導 (人/月)	1,049	1,243	1,269	1,300
	介護予防通所リハビリテーション (人/月)	5,529	5,859	6,013	6,146
	介護予防短期入所生活介護 (日/年)	28,493	25,653	26,746	27,604
	介護予防短期入所療養介護 (日/年)	1,743	1,470	1,494	1,638
	介護予防特定施設入居者生活介護 (人/月)	930	996	1,033	1,070
	介護予防福祉用具貸与 (件/年)	184,474	205,920	214,308	220,608
	特定介護予防福祉用具販売 (件/年)	3,377	3,792	3,924	4,032
	介護予防住宅改修 (件/年)	8,189	9,804	10,224	10,692
	介護予防支援 (人/月)	19,858	21,831	22,642	23,337

【居宅サービス（介護サービス）基盤の実績と目標】

区 分	2019年度 (実績)	2021年度	2022年度	2023年度
訪問看護事業所 (か所)		集計中		
訪問看護ステーション (か所)				
通所介護事業所 (か所)				
通所リハビリテーション事業所 (か所)				

【地域密着型サービス（介護サービス）の実績と目標】

区 分	2019年度 (実績)	2021年度	2022年度	2023年度
定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (人/月)	420	453	546	568
夜間対応型訪問介護 (人/月)	77	78	78	78
認知症対応型通所介護 (回/年)	265,827	277,801	284,376	293,006
小規模多機能型居宅介護 (人/月)	2,765	3,055	3,275	3,513
認知症対応型共同生活介護 (人/月)	5,882	6,288	6,427	6,638
地域密着型特定施設入居者生活介護 (人/月)	451	467	469	502
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (人/月)	1,256	1,278	1,287	1,348
看護小規模多機能型居宅介護 (人/月)	512	747	845	946
地域密着型通所介護 (回/年)	1,270,197	1,323,532	1,376,150	1,419,606
介護予防認知症対応型通所介護 (回/年)	3,013	3,212	3,212	3,301
介護予防小規模多機能型居宅介護 (人/月)	208	225	244	259
介護予防認知症対応型共同生活介護 (人/月)	34	34	34	38

【地域密着型サービス（介護サービス）基盤の実績と目標】

区 分	2019年度 (実績)	2021年度	2022年度	2023年度
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 (か所)				
夜間対応型訪問介護事業所 (か所)				
認知症対応型通所介護事業所 (か所)				
小規模多機能型居宅介護事業所 (か所)				
(泊り定員) (人)				
認知症対応型共同生活介護事業所(定員) (人)				
看護小規模多機能型居宅介護事業所 (か所)				
地域密着型通所介護事業所 (か所)				
集計中				

【施設サービス（介護サービス）の実績と目標】

区 分	2019年度 (実績)	2021年度	2022年度	2023年度
介護老人福祉施設 (人/月)	16,953	17,391	17,468	17,529
介護老人保健施設 (人/月)	11,949	12,110	12,051	12,247
介護医療院 (人/月)	799	2,021	2,181	2,357
介護療養型医療施設 (人/月)	1,068	378	324	161

【介護保険施設等の必要入所（利用）定員総数】

区 分		2019年度 (実績)	2021年度	2022年度	2023年度
介護老人福祉施設の必要入所定員総数 (人)		集計中			
地域密着型介護老人福祉施設の必要利用定員総数 (人)					
介護老人保健施設の必要入所定員総数 (人)					
介護療養型医療施設、医療療養病床からの転換分を含む定員総数 (人)					
介護医療院の必要入所定員総数 (人)					
介護療養型医療施設、医療療養病床からの転換分を含む定員総数 (人)					
介護療養型医療施設の必要入所定員総数 (人)					
介護専用型特定施設の必要利用定員総数 (人)					
地域密着型特定施設の必要利用定員総数 (人)					
混合型特定施設の必要利用定員総数 (人)					
ユニット型	介護4施設 (%)				
施設の割合	介護老人福祉施設 (%)				
混合型特定施設の推定利用定員算定に係る係数					

<福祉サービス基盤等の実績と目標>

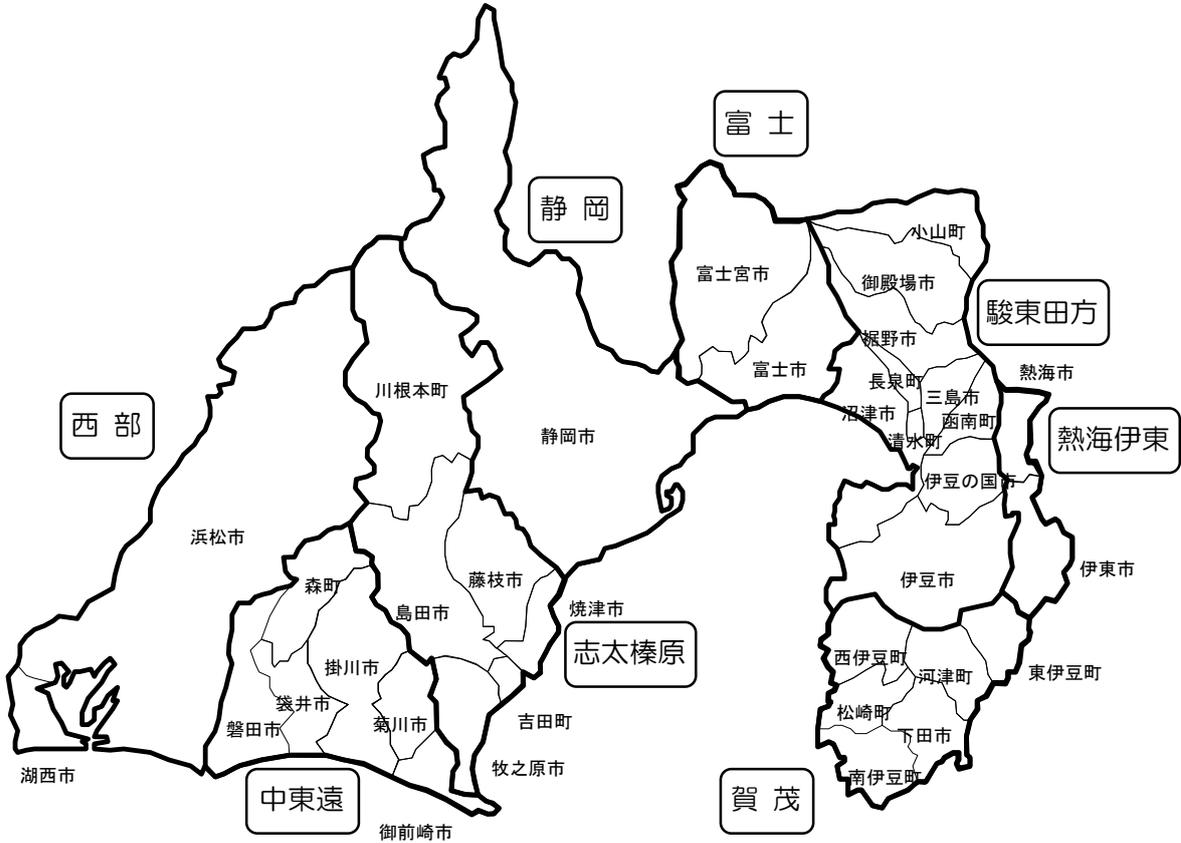
区 分		2019年度	2023年度
養護老人ホーム(定員) (人)		集計中	
軽費老人ホーム(ケアハウス)(定員) (人)			
経過的軽費老人ホーム(A型)(定員) (人)			
生活支援ハウス(高齢者生活福祉センター)・居住部門(定員) (人)			
有料老人ホーム(住宅型及び健康型を除く)(定員) (人)			
老人福祉センター施設数 (か所)			

第3部

高齢者保健福祉圏域 における計画

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	61,023	27,818	45.7	4,6480	16.6%
熱海伊東	185.88	101,634	44,981	44.7	7,637	16.4%
駿東田方	1,276.93	642,645	190,060	29.7	28,670	14.6%
富士	634.03	373,579	106,119	28.7	16,998	15.3%
静岡	1,411.90	691,185	209,355	30.5	40,015	18.6%
志太榛原	1,209.37	453,970	137,648	30.4	22,300	15.6%
中東遠	831.13	464,997	127,739	27.6	19,892	14.9%
西部	1,644.62	850,193	236,616	28.1	41,606	17.1%
県計	7,777.35	3,639,226	1,080,336	29.9	181,798	16.3%

*面積は、国土交通省国土地理院「令和2年全国都道府県市区町村別面積調」による2020(令和2)年7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、総務省統計局「国政調査結果」による2019年10月1日現在の推計数。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2020(令和2)年9月末の第2号被保険者を含む数。認定率は、2020(令和2)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

1 圏域の概況

- 賀茂圏域は、面積 584 k m²、人口 61,023 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75歳以上人口は、2025(令和7)年まで微増すると見込まれ、要介護認定率が高いことを踏まえると、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。
- また、他の圏域に比べ、要介護（支援）認定者数のピークを早く迎えることから、地域包括ケアシステムの実現に向けた取組が急がれます。
- 人口に比べて面積が広い圏域であり、介護サービス事業所や病院の利用者は広範囲に居住しておりますが、公共交通機関が十分でなく、市町によっては病院などへの巡回バスが運行されています。

2 現状と課題

(1) 自立支援、介護予防・重度化防止

- 2019（令和元）年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は91箇所あり、参加者数は1,659人、参加率は県平均8.8%に対し、当圏域は5.9%となっています。
- 全ての市町で、住民主体の通いの場にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けていますが、圏域内のリハビリテーション専門職の派遣業務が地域リハビリテーション広域支援センターに集中しているため、地域リハビリテーション支援センターや協力機関等を含めた派遣体制の強化や人材育成が必要です。
- また、2020（令和2）年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の制度が始まったことから、住民主体の通いの場において、効果的な健康づくり、介護予防を行うためには、リハビリテーション専門職に加え、管理栄養士や歯科衛生士など、様々な専門職の取組との連携を更に推進する必要があります。
- 自立支援型の地域ケア会議は全ての市町で実施されていますが、より効果的なものとして機能させるためには、介護サービスの利用者や家族に自立支援の考え方を周知し、サービスの継続的な利用から自立を志向するよう意識を変えていく必要があります。
- より良いケアの提供のためには、様々な関係者との調整を行い、多様なサービスを組み合わせるケアプランを作成するケアマネジャーの資質向上が不可欠です。
- 自立支援、介護予防・重度化防止における摂食嚥下や口腔ケアの重要性は浸透してきましたが、これらを担う言語聴覚士や歯科衛生士等の人材が不足してい

ます。

(2) 在宅医療・介護連携

- 2018(平成30)年度に訪問診療を利用していた人は月平均390人となっており、2013(平成25)年度の297人から93人増加、1.31倍になっています。
- 当圏域の2023(令和5)年の在宅医療等の必要量は、947人となっており、うち、520人は訪問診療を利用しながら在宅療養することが見込まれています。
- 在宅で療養する人の増加が見込まれますが、住民の在宅医療やACPへの理解は十分に進んでいない状況です。
- また、在宅療養において、服薬管理や薬の飲み方の相談など、薬剤師の訪問ニーズがありますが、住民や他の医療・介護専門職に薬剤師の訪問業務が知られていないといった課題があります。
- 看取りに関しては、在宅療養を支える医療・介護資源の状況から、当地域では、在宅看取りだけでなく、病院と介護施設が連携し、介護施設での看取りを推進していくことも必要です。
- 基幹病院や近隣圏域の医療機関等との連携を推進するためにもシズケア*かけはしの活用を進める必要があります。

(3) 認知症施策

- 厚生労働省の推計に基づく当圏域の認知症の人の推計人数は、各年齢の認知症有病率が一定の場合、2020(令和2)年度の4,783人から、2025(令和7)年度は4,966人と増加する見込みです。
- 地域の中で認知症の人は増えていますが、認知症への正しい理解はまだ十分でなく、医療機関への受診や介護サービスの利用を望まないケースがあります。引き続き、正しい理解の促進に取り組む必要があります。
- また、認知症の人が市町域を越えて行方不明になることもあるため、認知症の人が安心して地域で暮らすためには、市町域を越えた見守り・SOSネットワークの連携が必要です。
- 一方で、認知症になっても、周囲の理解や本人に適した環境の中で、その人らしく、幸せに暮らしている当事者が増えてきていることから、このような事例の周知も必要です。
- 2019(令和元)年10月時点の要介護(支援)認定者のうち、認定時の日常生活自立度がⅡ以上の人数は3,513人となっています。
- 認知症に関する医療や介護サービスの中心となる機関等として、2020(令和2)年4月現在、当圏域には、認知症疾患医療センターが1箇所、認知症グループホームが5箇所、認知症対応型通所介護事業所が4箇所あり、また、認知症サポート医は14人となっています。
- 認知症に関する専門医療機関である認知症疾患医療センターについては、住民の認識が十分でないため、さらに周知が必要です。

- 認知症の早期対応では、地域包括支援センターの総合相談や認知症初期集中支援チームにおける多職種連携による対応が必要です。
- 認知症の場合、服薬の管理が大変難しいので、関係者全体で取り組むことが必要です。
- 生活習慣病予防は認知症の発症リスクの低減につながるものですが、住民に十分に知られていません。

(4) 介護サービス

- 当圏域の2019（令和元）年度の介護サービス利用者は、在宅サービスが2,496人、施設・居住系サービスが1,118人となっています。
- 2023（令和5）年には、在宅サービスの利用者は2,703人、施設・居住系サービスの利用者は1,171人と、2020（令和2）年4月からそれぞれ、207人、53人増加する見込みです。
- 2019（令和元）年4月の施設・居住系サービスの定員数は1,098人と、2015年の1,134人から36人減少しています。
- しかしながら、毎年、静岡県が調査をしている特別養護老人ホームの入所希望者数のうち、調査時点で在宅にあり、6か月以内に入所を希望する方の人数は、2015（平成27）年度の186人から2018（平成30）年度は124人と62人減少しています。
- 要介護認定者に占める在宅サービス利用者の割合は2019（令和元）年4月の53.1%から、2023（令和5）年は56.7%と、在宅で介護サービスを利用しながら暮らす高齢者の割合が増える見込みです。
- 近年、訪問リハビリテーションの利用者数が増加していますが、現在の提供量を維持し、今後の需要に対応していくためには、リハビリテーション専門職の確保など提供体制の強化が必要です。
- 県内でも高齢化が特に進んでいる地域であり、介護人材の不足が深刻な状況です。

(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増加していくことに備え、成年後見制度等による支援の充実が必要となっており、圏域内で権利擁護体制の一層の強化が必要です。

イ 移動支援

- ・移動手段として車が必要不可欠な地域であり、高齢により車の運転が困難となる人が今後増加していく中で、買い物や通院など日常生活における支援が求められています。

ウ 多様な人材育成・確保

- ・生産年齢人口が減少し、医療や介護の担い手が確保できない中で、専門職のみならず、高齢者を含めた地域住民が地域における支えあい活動に参加しやすい環境や体制の整備が必要です。

エ 住民の健康寿命延伸等に向けた取り組み

- ・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、重度化防止のため、住民の健康維持と健康増進や、介護予防が必要です。
- ・住民の健康寿命の延伸と生活の質の向上を図るため、市町、3 師会 (医師会、歯科医師会及び薬剤師会) 及び県により設置した「賀茂地域健康寿命延伸等協議会」を中心に、取組の更なる充実が求められています。

3 課題への対応

(1) 自立支援、介護予防・重度化防止

- 地域リハビリテーション広域支援センターの機能を強化し、リハビリテーション専門職の派遣調整・評価を実施し、圏域内の連携を推進するとともに、市町事業におけるリハビリテーション専門職の活用や、リハビリテーション専門職から市町事業への意見を反映できる関係づくりに取り組みます。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施において、全県的に市町の介護予防事業等に協力可能な歯科衛生士等の育成を図ります。
- 通いの場等に歯科衛生士やリハビリテーション専門職等を派遣し、地域の健康課題を把握し、解決を図ります。
- 口腔ケアを進める上で必要となる専門職を育成するため、勉強会の周知などの面で、関係団体との連携・協力関係を重視して取組を進めます。
- 研修や講座の場を通じ、ケアマネジャーだけでなく、介護に関連する様々な職種とリハビリテーション専門職の、顔の見える関係づくりを進めます。
- 自立支援型地域ケア会議へのアドバイザー派遣や研修における好事例紹介などを通じて専門職に対する自立支援への意識醸成を図ることで、介護サービスの利用者や家族への理解が促進されるよう支援します。

(2) 在宅医療・介護連携

- 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 町が共同で賀茂地区在宅医療・介護連携推進支援センターを運営するとともに、在宅医療介護や看取り、ACP についての情報共有や住民啓発、医療・介護の関係者に対する理解促進について、下田市・南伊豆町、東伊豆町・河津町、西伊豆町・松崎町の 3 ブロックそれぞれで会議や講演会を開催するなどの取組を行います。
- 圏域内の在宅訪問可能薬局マップ等による周知啓発を支援し、利用者や家族への薬剤師の訪問業務の理解促進を図ります。

- また、医療と介護の関係者が集まって合同の研修会や座談会などを開催し、地域における看取りを推進していきます。
- 2020（令和2）年度に静岡県医師会に開設されたシズケアサポートセンターと連携し、シズケア*かけはしの好事例を普及するなど、活用促進を図ります。

(3) 認知症施策

- 認知症疾患医療センターにおける住民を対象とした相談会の実施などを支援し、認知症疾患医療センターの周知や、認知症の正しい理解を促進します。
- 市町と警察との連絡会等の開催により、市町域を越えた見守り・SOS ネットワークの連携を図ります。
- 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員等が集まる連絡会を通じて、早期対応の好事例紹介や情報共有を図り、多職種連携を促進します。
- 薬局や訪問看護、訪問介護を始めとする多職種連携により認知症の方の服薬管理等に対応します。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施等の取組を通じて、生活習慣病予防が認知症の発症リスク低減につながることを周知します。

(4) 介護サービス

- 訪問リハビリテーションを始め、訪問看護など在宅介護を支えるサービスの提供基盤の強化を図ります。
- 全県的に実施している介護人材の育成・確保に関する事業の周知等により、圏域における介護人材の確保を支援します。
- また、人材確保や制度改正への対応など、事業所が抱える共通の課題を共有し、安定的なサービスの提供に資する取組の好事例を普及するため、市町ごとに実施している介護事業所連絡会等や広域で実施している介護事業者の集団指導等の機会を捉え、情報発信していきます。

(5) 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引続き行っていきます。

イ 移動支援

- ・市町が主体となり、住民や社会福祉協議会、社会福祉法人等を交えた運転ボランティアの養成など地域の実情に合わせた移動支援の在り方についての検討を支援します。

ウ 多様な人材育成・確保

- ・壮年熟期の方を対象に運転ボランティア養成講座や居場所づくりセミナー等を開催し、住民の中から地域の支え合いの担い手を発掘する事業を実施しま

す。

エ 住民の健康寿命延伸等に向けた取り組み

- ・市町、3師会及び県に加え、民間企業とも連携し、重症化予防等に広域で取り組みます。

熱海伊東圏域

1 圏域の概況

- 熱海伊東圏域は、面積 186 k m²、人口 101,634 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り、圏域全体の高齢化率は、2019(令和元)年 10 月 1 日現在、44.7%と賀茂圏域に次ぎ 2 番目に高く、県平均の 29.9%を大きく上回っています。
- 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、高齢者にとって生活（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 現状と課題

(1) 自立支援、介護予防・重度化防止

- 2019（令和元）年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は 77 箇所あり、参加者数は 1,222 人、参加率は県平均 8.8%に対し、当圏域は 2.6%となっています。
- 両市で、住民主体の通いの場にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けています。
- 自立支援型の地域ケア会議は 1 市で実施されています。
- 住民主体の通いの場において、効果的な介護予防を行うためには、看護協会の「まちの保健室」など、様々な専門職の取組との連携を推進する必要があります。
- 住民主体の通いの場や市の介護予防事業へのリハビリテーション専門職の関与を強化するためには、派遣元の医療機関の理解など、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりが必要です。
- 病院でリハビリを行い、退院した患者が要介護認定の申請で非該当になった場合、リハビリの継続に困難を抱えるケースがあります。
- 寝たきりや介護度の高い人の誤嚥性肺炎のリスクを下げるために、食事による栄養摂取、経口摂取は効果があるため、口腔ケアに取り組むことは重要です。

(2) 在宅医療・介護連携

- 2018(平成 30)年度に訪問診療を利用していた人は月平均 841 人となっており、2013（平成 25）年度の 432 人から 409 人増加、1.94 倍になっています。
- 当圏域の 2023（令和 5）年の在宅医療等の必要量は、1,515 人となっており、うち、988 人は訪問診療を利用しながら在宅療養することが見込まれています。
- 在宅医療や看取りの推進のためには、住民に対する ACP の普及啓発が必要です。
- 基幹病院や近隣圏域の医療機関等との連携を推進するためにもシズケア*かけ

はしの活用を進める必要があります。

- 在宅療養における医師や介護事業所との連携に加え、薬局から多職種につなげる取組の推進も必要です。

(3) 認知症施策

- 厚生労働省の推計に基づく当圏域の認知症の人の推計人数は、各年齢の認知症有病率が一定の場合、2020（令和2）年度の7,427人から2025（令和7）年度は7,761人と増加する見込みです。
- 認知症の人が増加する中、認知症に関する理解は少しずつ進んできていますが、家族や地域の人等から情報提供や相談があった際の早期対応に課題があり、各市で初期集中支援チームの役割を明確にし、圏域の認知症施策に関わる多機関・多職種と共有する必要があります。
- また、地域によっては、認知症への正しい理解がまだ十分でなく、医療機関への受診や介護サービスの利用を望まないケースがあり、引き続き、正しい理解の促進に取り組む必要があります。
- 2019（令和元）年10月時点の要介護（支援）認定者のうち、認定時の日常生活自立度がⅡ以上の人数は5,108人となっています。
- 認知症に関する医療や介護サービスの中心となる機関等として、2020（令和2）年4月現在、当圏域には、認知症疾患医療センターが1箇所、認知症グループホームが9箇所、認知症対応型通所介護事業所が5箇所あり、また、認知症サポート医は19人となっています。
- 認知症に関する専門医療機関である認知症疾患医療センターについては、住民の認識が十分でないため、さらに周知が必要です。

(4) 介護サービス

- 当圏域の2019（令和元）年度の介護サービス利用者は、在宅サービスが3,691人、施設・居住系サービスが2,089人となっています。
- 2023（令和5）年には、在宅サービスの利用者は4,451人、施設・居住系サービスの利用者は2,291人と、2020（令和2）年4月からそれぞれ、760人、202人増加する見込みです。
- 2019（令和元）年4月の施設・居住系サービスの定員数は2,901人と、2015年の2,782人から119人増加しています。
- また、毎年、静岡県が調査をしている特別養護老人ホームの入所希望者数のうち、調査時点で在宅にあり、6か月以内に入所を希望する方の人数は、2015（平成27）年度の226人から2018（平成30）年度は130人と96人減少しています。
- 要介護認定者に占める在宅サービス利用者の割合は2019（令和元）年4月の49.1%から、2023（令和5）年は53.5%と、在宅で介護サービスを利用しながら暮らす高齢者の割合が増える見込みです。
- 両市とも高齢化が進んでいる地域であり、特に介護人材の成り手が不足してい

ます。

(5) その他（共生の地域づくり）

- 高齢者のみの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の移動手段の確保が難しく、自立した生活を継続していくための、移動支援の取組が必要です。
- 一部の地域では、ボランティアや住民等が主体となり、支援活動を推進・組織化する取組もありますが、人材育成等を含め、さらなる体制の充実が必要です。
- 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、見守りと地域活動の充実に向け、さまざまな専門職と連携し、地域全体でその生活を支え合う体制の構築が課題です。

3 課題への対応

(1) 自立支援、介護予防・重度化防止

- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進する中で、市と多様な医療専門職との連携を支援します。
- 地域リハビリテーション広域支援センターの機能を強化し、リハビリテーション専門職の派遣調整・評価を実施し、圏域内の連携を推進します。
- 住民主体の通いの場や両市の介護予防事業に協力可能なリハビリテーション専門職の在籍する医療機関等で、派遣に協力可能な機関を協力機関として指定することで、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりを図ります。
- 介護予防担当者会議等で、地域支援事業の短期集中サービス等による退院後の円滑なリハビリテーションの提供に関する好事例を共有します。
- ケアマネジャーや地域包括支援センター職員などから情報を得て、歯科医師、歯科衛生士を派遣する仕組みづくりや、ヘルパーと歯科医師が協力してオーラルフレイルの予防に取り組むなど、多職種が連携して口腔ケアの推進を図ります。

(2) 在宅医療・介護連携

- 医療・介護・福祉関係者や行政等が連携し、フォーラムなどを通じて、住民にACPの理念をわかりやすく普及啓発していきます。
- また、介護現場におけるACPの普及啓発を促進します。
- 2020（令和2）年度に静岡県医師会に開設されたシズケアサポートセンターと連携し、シズケア*かけはしの好事例を普及するなど、活用促進を図ります。

(3) 認知症施策

- 認知症疾患医療センターにおける住民を対象とした相談会の実施などを支援し、認知症疾患医療センターの周知や、認知症の正しい理解を促進します。
- 両市で認知症ケアパス等において、認知症施策に関連する多職種・多機関の役割を整理していることから、これらの周知や共有を支援していきます。
- また、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員等が集まる連絡会を通じて、両市の認知症施策に関する多職種・多機関の連携を支援します。

(4) 介護サービス

- 全県的に実施している介護人材の育成・確保に関する事業の周知等により、圏域における介護人材の確保を支援します。

(5) その他（共生の地域づくり）

- 圏域内の生活支援コーディネーターを中心に、情報共有及び連携強化するための協議等を重ね、地域全体で高齢者を支える生活支援の提供体制整備を引き続き進めます。
- 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るサービスを組み合わせ、連携することで、様々な支援の不足部分を補い、相乗的な効果を生み出します。

駿東田方圏域

1 圏域の概況

- 駿東田方圏域は、面積は 1,277 k m²、人口は 642,645 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 2019(令和元)年 10 月 1 日現在、29.7%で、県平均の 29.9%とそれほど変わりませんが、40%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 現状と課題

(1) 自立支援、介護予防・重度化防止

- 2019(令和元)年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は 562 箇所あり、参加者数は 12,080 人、参加率は県平均 8.8%に対し、当圏域は 6.3%となっています。
- 全ての市町で、住民主体の通いの場にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けています。
- 自立支援型の地域ケア会議は 8 市町で実施されています。
- 住民主体の通いの場や市町の介護予防事業へのリハビリテーション専門職の関与を強化するためには、派遣元の医療機関の理解など、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりが必要です。
- 住民主体のボランティア活動については、一部の地域で、協議体を立ち上げ、活動推進のための話し合いの場が設けられていますが、介護資源等が少ない地域ではより重要な役割を担うことから、市町の取組を圏域でも支援する必要があります。

(2) 在宅医療・介護連携

- 2018(平成 30)年度に訪問診療を利用していた人は月平均 3,454 人となっており、2013(平成 25)年度の 1,854 人から 1,600 人増加、1.86 倍になっています。
- 当圏域の 2023(令和 5)年の在宅医療等の必要量は、6,550 人となっており、うち、3,954 人は訪問診療を利用しながら在宅療養することが見込まれています。
- 入退院時における多職種連携の進展により退院時カンファレンスの医療機関格差を是正するため、更なる連携の推進が必要です。
- また、急性期病棟からの退院だけでなく、慢性期病棟からの退院においても、多職種の連携を更に推進する必要があります。
- 在宅療養において、服薬管理や薬の飲み方の相談など、薬剤師の関りが重要で

あり、入院、通院、在宅医療等において切れ目なく薬剤師が支援する体制が必要です。

- 在宅療養に関わる多職種連携を推進するためには、多職種連携をコーディネートする人材の育成が必要です。
- 在宅医療や看取りの推進のためには、地域住民への更なる周知が必要です。
- また、ひとり暮らし高齢者や家族の協力が得られない状況でも、退院後、自宅での生活を希望される場合は、自宅に戻れるよう在宅医療・介護サービスの一体的な提供が必要です。
- 看取りにおいて、急変時に救急車を呼んでしまうことがあり、住民に対する ACP の普及、急変時の対応等に関する啓発に加え、介護施設等における ACP の取組促進も必要です。

(3) 認知症施策

- 厚生労働省の推計に基づく当圏域の認知症の人の推計人数は、各年齢の認知症有病率が一定の場合、2020（令和2）年度の32,333人から、2025（令和7）年度は35,850人と増加する見込みです。
- 認知症の人は増えていますが、地域によっては、認知症への正しい理解はまだ十分でなく、医療機関への受診や介護サービスの利用を望まないケースがあることから、引き続き、正しい理解の促進に取り組む必要があります。
- また、認知症の人を地域で受け入れ、支えていくためには、正しい理解の促進に加え、住民や地域の力を上げていく必要があります。（三島田方）
- 2019（令和元）年10月時点の要介護（支援）認定者のうち、認定時の日常生活自立度がⅡ以上の人数は20,288人となっています。
- 認知症に関する医療や介護サービスの中心となる機関等として、2020（令和2）年4月現在、当圏域には、認知症疾患医療センターが3箇所、認知症グループホームが27箇所、認知症対応型通所介護事業所が6箇所あり、また、認知症サポート医は47人となっています。
- 認知症に関する専門医療機関である認知症疾患医療センターについては、住民の認識が十分でないため、さらに周知が必要です。
- 認知症の早期発見から早期対応につなげるため、各市町で早期対応における初期集中支援チームの役割を明確にし、圏域の認知症施策に関わる多機関・多職種と共有する必要があります。
- また、認知症の人が地域で暮らし続けていくためには、認知症に関する専門職だけでなく、かかりつけ医と連携した対応が必要となっています。

(4) 介護サービス

- 当圏域の2019（令和元）年度の介護サービス利用者は、在宅サービスが15,559人、施設・居住系サービスが7,349人となっています。
- 2023（令和5）年には、在宅サービスの利用者は18,204人、施設・居住系サ

ービスの利用者は7,879人と、2020（令和2）年4月からそれぞれ、2,645人、530人増加する見込みです。

- 2019（令和元）年4月の施設・居住系サービスの定員数は7,879人と、2015（平成27）年の7,086人から793人増加しています。
- 一方、毎年、静岡県が調査をしている特別養護老人ホームの入所希望者数のうち、調査時点で在宅にあり、6か月以内に入所を希望する方の人数は、2015（平成27）年度の317人から2018（平成30）年度は396人と79人増加している状況です。
- 要介護認定者に占める在宅サービス利用者の割合は2019（令和元）年4月の55.6%から、2023（令和5）年は59.4%と、在宅で介護サービスを利用しながら暮らす高齢者の割合が増える見込みです。
- 医療ケアの必要な要介護（支援）認定者の増加に伴い、居宅療養管理指導の利用が増えていますが、薬剤師の訪問に関しては、利用者や家族の理解が十分でない状況です。

3 課題への対応

(1) 自立支援、介護予防・重度化防止

- 住民主体の通いの場や市町の介護予防事業に協力可能なリハビリテーション専門職の在籍する医療機関等を、派遣に協力可能な機関を協力機関として指定することで、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりを図ります。
- 介護予防担当者会議等で、住民ボランティア活動の好事例を紹介するなど、市町の住民主体の介護予防活動の促進を支援します。
- 慢性期病院退院時からの訪問歯科医の関与や口腔ケアの実施により重症化の予防が期待できるため、慢性期病院、訪問歯科医など関係者の連携を促進します。
- オーラルフレイルをはじめロコモ、サルコペニア等を防止するため、保健事業と介護予防の一体的実施において、全県的に市町の介護予防事業等に協力可能な歯科衛生士等の育成を図ります。
- 新型コロナウイルス感染症の影響で、通いの場やサロンなどの活動の休止・縮小が余儀なくされていますが、少人数での開催や、家でできる運動の普及啓発など、このような状況下であっても可能な手法について圏域内で情報共有し、高齢者の心身機能低下の防止に取り組みます。

(2) 在宅医療・介護連携

- 地域ごとに退院支援のルール作りが進んできたため、今後は、周知や普及に取り組む、入退院時の更なる連携を促進します。
- かかりつけ薬局の普及を通じて、薬剤師が、高齢者の療養生活を切れ目なく支

援できる体制整備を図ります。

- 在宅医療・介護関係者の連携を調整・支援する在宅医療・介護連携コーディネーターの研修会や連絡会等の開催により、コーディネート力の向上等を図ります。
- 住民向けの ACP に関するフォーラムの開催や「ふじのくに高齢者在宅生活”安心”の手引き」を活用し、市町の在宅医療や看取りに関する普及啓発を支援します。
- 住民への ACP の普及に加えて、市町が実施する在宅医療・介護連携に関する多職種連携研修会等に介護施設や施設と連携する医療機関の参加を促し、介護施設等での看取りを促進します。

(3) 認知症施策

- 認知症疾患医療センターにおける住民を対象とした相談会の実施などを支援し、認知症疾患医療センターの周知や、認知症の正しい理解を促進します。
- 多くの市町で認知症ケアパス等において、認知症施策に関連する多職種・多機関の役割を整理していることから、これらの周知を支援するとともに、活用を促進していきます。
- また、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員等が集まる連絡会を通じて、市町の認知症施策に関する多職種・多機関の連携を支援します。
- 市町におけるチームオレンジ養成等の支援により、地域の認知症の人を支える力の向上を図ります。

(4) 介護サービス

- 市町の実施する多職種連携の推進に関する取組や住民に対する在宅医療の周知啓発を支援し、利用者や家族への薬剤師の訪問業務の理解促進を図ります。

富士圏域

1 圏域の概況

- 富士圏域は、面積 634 k m²、人口 373,579 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（令和 7）年までに約 2 万 6 千人増加し 11 万人を超え、2040（令和 10）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 2019（令和元）年 10 月 1 日現在、28.7%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、県平均の 29.9%を下回っています。

2 現状と課題

(1) 自立支援、介護予防・重度化防止

- 2019（令和元）年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は 438 箇所あり、参加者数は 7,240 人、参加率は県平均 8.8%に対し、当圏域は 6.7%となっています。
- 両市において、住民主体の通いの場にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けています。
- 自立支援型の地域ケア会議は 1 市で実施されています。
- 住民主体の通いの場や市の介護予防事業へのリハビリテーション専門職の関与を強化するためには、派遣元の医療機関の理解など、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりが必要です。

(2) 在宅医療・介護連携

- 2018（平成 30）年度に訪問診療を利用していた人は月平均 1,487 人となっており、2013（平成 25）年度の 888 人から 599 人増加、1.67 倍になっています。
- 当圏域の 2023（令和 5）年の在宅医療等の必要量は、3,420 人となっており、うち、1,907 人は訪問診療を利用しながら在宅療養することが見込まれています。
- 住民の多くは、医療や介護が必要になったときに、入院や介護施設への入所をイメージしがちで、在宅医療という考えを持つ住民は多くなく、住民に対する在宅医療や ACP の普及啓発が必要です。
- 在宅医療を推進するためには、在宅療養を支える人材の確保が必要です。

(3) 認知症施策

- 厚生労働省の推計に基づく当圏域の認知症の人の推計人数は、各年齢の認知症有病率が一定の場合、2020（令和 2）年度の 18,261 人から 2025（令和 7）年度は 20,545 人と増加する見込みです。

- 2019（令和元）年10月時点の要介護（支援）認定者のうち、認定時の日常生活自立度がⅡ以上の人数は12,843人となっています。
- 認知症に関する医療や介護サービスの中心となる機関として、2020（令和2）年4月現在、当圏域には、認知症疾患医療センターが2箇所、認知症グループホームが33箇所、認知症対応型通所介護事業所が7箇所あり、また、認知症サポート医は34人となっています。
- 認知症に関する専門医療機関である認知症疾患医療センターについて、認知症サポート医との連携など、他の認知症施策に関わる機関との連携を更に促進していく必要があります。
- 認知症への早期対応を推進するためには、各市で認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の役割を明確にし、圏域の認知症施策に関わる多機関・多職種と共有するとともに、認知症初期集中支援チームが初回相談から動ける体制が必要です。

(4) 介護サービス

- 当圏域の2019（令和元）年度の介護サービス利用者は、在宅サービスが9,854人、施設・居住系サービスが3,925人となっています。
- 2023（令和5）年には、在宅サービスの利用者は11,439人、施設・居住系サービスの利用者は4,253人と、2020（令和2）年4月からそれぞれ、1,585人、328人増加する見込みです。
- 2019（令和元）年4月の施設・居住系サービスの定員数は3,651人と、2015（平成27）年の3,186人から465人増加しています。
- 毎年、静岡県が調査をしている特別養護老人ホームの入所希望者数のうち、調査時点で在宅にあり、6か月以内に入所を希望する方の人数は、2015（平成27）年度の221人から2018（平成30）年度は185人と36人減少しています。
- 要介護認定者に占める在宅サービス利用者の割合は2019（令和元）年4月の58.7%から、2023（令和5）年は61.8%と、在宅で介護サービスを利用しながら暮らす高齢者の割合が増える見込みです。
- 在宅療養を支えるためには、ケアマネジャー、ホームヘルパー、訪問看護師などの人材を育成し、提供基盤を強化していくことが必要です。

(5) その他

ア 移動支援

- ・高齢化が進む中で、通院をはじめとした日常生活支援のための交通手段の確保を進めていますが、利用方法が認知されていないことや事業の採算が取れないことが課題です。

イ 各分野との連携

- ・多職種の連携、医療と介護、障害分野の専門職との連携を進めていますが、

事業所職員同士での個人的な連携に依るところが強く、組織的な連携が弱い
ため、異動等で体制が変わると連携が弱くなる場合があることが課題です。

3 課題への対応

(1) 自立支援、介護予防・重度化防止

○住民主体の通いの場や各市の介護予防事業に協力可能なリハビリテーション
専門職の在籍する医療機関等で、派遣に協力可能な機関を協力機関として指定
することで、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりを図
ります。

(2) 在宅医療・介護連携

○県民向けの ACP に関するフォーラムの開催や「ふじのくに高齢者在宅生活”安
心”の手引き」を活用し、市町の在宅医療や看取りに関する普及啓発を支援し
ます。

(3) 認知症施策

- 多くの市町で認知症ケアパス等を活用して、認知症施策に関連する多職種・多
機関の役割を整理しており、当圏域においても、これらの周知や共有を支援し
ていきます。
- 認知症疾患医療センターが主催する住民に対する勉強会等を通じて、認知症認
定看護師や認知症初期集中支援チームにおける専門職の関わりを周知します。
- 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員等が集まる連絡会を通じ
て、認知症施策に関する多職種・多機関の連携を支援します。
- 認知症初期集中支援チームが早期対応するために、初回の相談から対応できる
よう体制整備を支援します。

(4) 介護サービス

○全県的に実施している介護人材の育成・確保に関する事業の周知等により、圏
域における介護人材の確保を支援します。

(5) その他

ア 移動支援

- ・各地区への第2層協議体の設置を進めつつ、既設の協議体の更なる活用と、
高齢者のニーズ把握のための調査を行い、現在実施している支援も含め、地
域の実情に合わせて利用しやすいように支援内容の改善に努めると共に、対
象となる方への制度の周知を強化します。

イ 各分野との連携

- ・事業所職員の異動等で体制が変わっても連携を維持できるよう、在宅生活を

支える多職種連携会議等への障害分野の専門職の参画や、富士圏域医療と介護の情報連携の手引き（「入退院支援ガイドライン」）を活用するなど、医療や介護及び障害分野の連携を強化します。

志太榛原圏域

1 圏域の概況

- 志太榛原圏域は、面積 1,209 k m²、人口 453,970 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ほか、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、2019（令和元）年 10 月 1 日現在の圏域全体の高齢化率は、30.4%と県平均の 29.9%を若干上回っています。
- 圏域内の市町では、吉田町が 26.0%と最も低く、川根本町が 49.5%と最も高くなっており、その他の市は県平均と同程度となっています。
- 要介護認定率が県平均より低い市町が過半数であり、元気な高齢者が多く、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 現状と課題

(1) 自立支援、介護予防・重度化防止

- 2019（令和元）年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は 770 箇所あり、参加者数は 18,382 人、参加率は県平均 8.8%に対し、当圏域は 13.3%となっています。
- 全ての市町で、住民主体の通いの場にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けています。
- 自立支援型の地域ケア会議は全市町で実施されています。
- 住民主体の通いの場や市町の介護予防事業へのリハビリテーション専門職の関与を強化するためには、派遣元の医療機関の理解など、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりが必要です。
- 病院から地域に戻った後には円滑な訪問リハビリテーションの提供が必要ですが、訪問リハビリテーションを提供する事業者や人材が不足している状況です。

(2) 在宅医療・介護連携

- 2018（平成 30）年度に訪問診療を利用していた人は月平均 1,642 人となっており、2013（平成 25）年度の 1,104 人から 538 人増加、1.49 倍になっています。
- 当圏域の 2023（令和 5）年の在宅医療等の必要量は、4,231 人となっており、うち、2,059 人は訪問診療を利用しながら在宅療養することが見込まれています。
- 在宅療養について、家族の理解、協力を得ることが難しいケースがあります。
- 医療機関等の偏在、一人暮らしや家族の介護力不足により、本人の意志に反して在宅療養ができなかったり、続けられないことがあります。

- 多職種による連携した支援は、在宅療養を進める上で重要ですが、未だに多職種の種類・役割などが住民に十分知られていません。また、多職種の役割等を関係者で共有する必要があります。
- また、患者情報の十分な共有がされず、人生の最終段階において、本人の意思に沿った医療・介護サービスの提供が難しいことがあります。

(3) 認知症施策

- 厚生労働省の推計に基づく当圏域の認知症の人の推計人数は、各年齢の認知症有病率が一定の場合、2020（令和2）年度の24,106人から2025（令和7）年度は27,035人と増加する見込みです。
- 認知症の人が増える中、家族が認知症に対してうまく対応できないケースもあり、認知症に関する知識の更なる啓発が必要です。
- 2019（令和元）年10月時点の要介護（支援）認定者のうち、認定時の日常生活自立度がⅡ以上の人数は16,115人となっています。
- 認知症に関する医療や介護サービスの中心となる機関等として、2020（令和2）年4月現在、当圏域には、認知症疾患医療センターが2箇所、認知症グループホームが33箇所、認知症対応型通所介護事業所が7箇所あり、また、認知症サポート医は34人となっています。
- 認知症初期集中支援チームは、2019（令和元）年度36件の対応をしていますが、認知症の早期対応のためには、認知症初期集中支援チームの質を高め、介入結果の蓄積による支援技術の向上が必要です。
- 認知症の人の精神面も含めた生活の質の向上、家族への支援において、地域包括支援センターによる住民や地域を巻き込んだ更なる取組が求められています。

(4) 介護サービス

- 当圏域の2019（令和元）年度の介護サービス利用者は、在宅サービスが12,480人、施設・居住系サービスが5,277人となっています。
- 2023（令和5）年には、在宅サービスの利用者は14,326人、施設・居住系サービスの利用者は5,476人と、2020（令和2）年4月からそれぞれ、1,846人、199人増加する見込みです。
- 2019（平成31）年4月の施設・居住系サービスの定員数は4,526人と、2015（平成27）年の4,002人から524人増加しています。
- また、毎年、静岡県が調査をしている特別養護老人ホームの入所希望者数のうち、調査時点で在宅にあり、6か月以内に入所を希望する方の人数は、2015（平成27）年度の482人から2018（平成30）年度は397人と85人減少しています。
- 要介護認定者に占める在宅サービス利用者の割合は2019（令和元）年4月の57.2%から、2023（令和5）年は61.3%と、在宅で介護サービスを利用しながら暮らす高齢者の割合が増える見込みです。
- 介護需要の増加に対応するためには、人材確保を含め、介護サービス提供基盤

の強化が必要です。

(5) 介護人材の確保

- 人材不足のために事業の廃止や休止、利用制限をしている事業所があります。
- 国、県、市町が連携した介護人材等（リハ職を含む）の確保が必要です。
- 介護人材を確保するためには、多様な人材の参入を促し、介護に従事する人を増やす必要があります。
- 介護に従事する人が、安心して働き続けることができる環境づくりが必要です。
- 人材不足の中で確保した介護人材には充実した育成制度が必要です。

3 課題への対応

(1) 自立支援、介護予防・重度化防止

- 住民主体の通いの場や市町の介護予防事業においてリハビリテーション専門職を確保するために、派遣に協力可能な機関を協力機関として指定することで、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりを図ります。
- 圏域のリハ職の情報交換会を行って、事例の共有を図り連携を支援します。
- 圏域の訪問リハビリテーションの中で市外でも対応できる協力機関を調査し、介護支援専門員や病院の医師・看護師・相談員へ情報提供します。

(2) 在宅医療・介護連携

- 在宅療養に関する相談窓口やアドバイザーによる本人や家族への支援体制を構築し、本人の希望に沿った療養生活を支援します。
- 療養生活を支援するインフォーマルサービスや多様な職種が提供する医療・介護サービスについて、病院の相談員やケアマネジャーが家族等に提案できるよう研修会を行います。
- 在宅療養における多職種連携を推進するため、圏域において引き続き研修会等を実施します。
- また、シズケア*かけはしの研修会等を通じて、ICT を活用した連携促進を支援します。
- 住民向けの ACP に関するフォーラムの開催や「ふじのくに高齢者在宅生活”安心”の手引き」、市町が作成する動画等の広報媒体を活用し、市町の在宅医療や看取りに関する普及啓発を支援します。
- また、多職種が参加する勉強会等を通じて医療・介護関係者により ACP の取組を促進します。

(3) 認知症施策

- 認知症への対応に関する知識の普及や成年後見制度の利用促進などにより、認知症の人と家族等を支援します。

- 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員等が集まる連絡会を通じて、早期対応の好事例を共有するなど、各市町の初期集中支援チームの活動を支援します。

(4) 介護サービス

- 地域リハビリテーション広域支援センターの機能強化により、リハビリ専門職の派遣調整を実施し、圏域内の連携を推進します。
- 創業の支援や事業継承等の介護サービス基盤に向けた全県的な取組を支援します。

(5) 介護人材の確保

- 全県的に実施している介護人材の育成・確保に関する事業の周知等により、圏域における介護人材の確保を支援します。
- 県と市町が行う介護人材確保施策の連携強化を図り、圏域における市町の介護人材育成事業を支援します。
- 児童、学生、他職種に向けて継続的に介護職の魅力を知らせ、介護職となる意識の醸成を図ります。
- ICT化及び介護業務の分担化により業務負担を軽減します。

中東遠圏域

1 圏域の概況

- 中東遠圏域は、面積 831 k m²、人口 464,997 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、2019（令和元）年 10 月 1 日現在、27.6%と県内の圏域で最も低く、市町別でも御前崎市と森町を除き 4 市が県平均を下回っています。

2 現状と課題

(1) 自立支援、介護予防・重度化防止

- 2019（令和元）年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は 894 箇所あり、参加者数は 18,409 人、参加率は県平均 8.8%に対し、当圏域は 14.3%となっています。
- 通いの場への参加率は県平均に比べて高い状況ですが、地域によっては近くに通いの場がないところもあるため、さらに通いの場を増やしていく必要があります。
- 全ての市町で、住民主体の通いの場にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けています。
- 効果的、効率的な介護予防の推進のためには、住民主体の通いの場や市町の介護予防事業へのリハビリテーション専門職の関与を強化することが重要であり、派遣元の医療機関の理解など、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりが必要です。

(2) 在宅医療・介護連携

- 2018（平成 30）年度に訪問診療を利用していた人は月平均 1,378 人となっており、2013（平成 25）年度の 840 人から 538 人増加、1.64 倍になっています。
- 訪問診療を実施する医療機関は、2018（平成 30）年度時点で 832 箇所と、2013（平成 25）年度の 875 箇所から 43 箇所減少しています。
- 当圏域の 2023（令和 5）年の在宅医療等の必要量は、3,822 人となっており、うち、1,663 人は訪問診療を利用しながら在宅療養することが見込まれています。
- 急性期病院の在院日数が減る中での退院支援の取組を検討する必要があります。円滑な退院のためには、家族の不安を払拭する取組も重要です。
- 在宅医療を推進するためには、基幹病院と個々の事業所との連携を圏域としてのネットワークに発展していくことが必要です。
- 身寄りのない人や在宅生活において家族の協力が得られない人の対応のため、市町行政や医療機関、地域などとの連携が必要です。

(3) 認知症施策

- 厚生労働省の推計に基づく当圏域の認知症の人の推計人数は、各年齢の認知症有病率が一定の場合、2020（令和2）年度の22,877人から2025（令和7）年度は26,296人と増加する見込みです。
- 2019（令和元）年10月時点の要介護（支援）認定者のうち、認定時の日常生活自立度がⅡ以上の人数は15,278人となっています。
- 認知症に関する医療や介護サービスの中心となる機関等として、2020（令和2）年4月現在、当圏域には、認知症疾患医療センターが2箇所、認知症グループホームが13箇所、認知症対応型通所介護事業所が2箇所あり、また、認知症サポート医は39人となっています。
- 認知症の人が増加する中、一人暮らしの認知症高齢者について、地域での生活を支える必要がありますが、ホームヘルパーや成年後見人など、支える人材が不十分といった課題があります。
- 認知症の人が地域の中で安心・安全に暮らせるように、地域での見守り体制や行方不明時の早期発見・保護に向けた仕組みが必要となります。

(4) 介護サービス

- 当圏域の2019（令和元）年度の介護サービス利用者は、在宅サービスが13,723人、施設・居住系サービスが6,589人となっています。
- 2023（令和5）年には、在宅サービスの利用者は14,911人、施設・居住系サービスの利用者は7,230人と、2020（令和2）年4月からそれぞれ、1,188人、641人増加する見込みです。
- 2019（令和元）年4月の施設・居住系サービスの定員数は5,128人と、2015（平成27）年の4,628人から500人増加しています。
- 毎年、静岡県が調査をしている特別養護老人ホームの入所希望者数のうち、調査時点で在宅にあり、6か月以内に入所を希望する方の人数は、2015（平成27）年度の601人から2018（平成30）年度は374人と227人減少しています。
- 要介護認定者に占める在宅サービス利用者の割合は2019（令和元）年4月の71.0%から、2023（令和5）年は72.5%と、在宅で介護サービスを利用しながら暮らす高齢者の割合が増える見込みです。
- 住民や専門職の自立支援の意識醸成に伴い、リハビリテーションの需要が増加することが見込まれるため、人材確保や提供基盤の強化が必要です。

3 課題への対応

(1) 自立支援、介護予防・重度化防止

- 住民主体の通いの場やサロンの設置について圏域内の各市町の好事例を共有するなど、圏域全体で設置数が増加するよう取り組みます。
- 住民主体の通いの場や市町の介護予防事業に協力可能なリハビリテーション専門職が在籍する医療機関等で、派遣に協力可能な機関を地域リハビリテシヨ

ン協力機関として指定することで、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりを図ります。

- 身体だけでなく栄養など様々なテーマで住民主体の通いの場や勉強会が開けるよう、保健事業と介護予防の一体的実施において、市町の介護予防事業等に協力可能な歯科衛生士や管理栄養士の育成を図ります。

(2) 在宅医療・介護連携

- 地域ごとに退院支援のルール作りが進んできたため、今後は、周知や普及に取り組む、入退院時の更なる連携を促進します。
- 退院時カンファレンス等におけるICTの活用により情報共有などを図り、退院時の円滑な多職種連携を支援します。
- 住民向けのACPに関するフォーラムの開催や「ふじのくに高齢者在宅生活”安心”の手引き」の活用により、市町の在宅医療や看取りに関する普及啓発を支援します。
- 医療・介護関係者によるACPの取組を推進するため、多職種連携の研修会等を活用し、先進事例や実施方法などの情報共有を図ります。

(3) 認知症施策

- 行方不明のおそれがある認知症高齢者等の事前登録により情報を共有するなど、市町や警察署、関係機関の連携強化を図ります。また、ICTを活用し、行方不明者発生時の広域的な情報共有などの取組を促進します。

(4) 介護サービス

- （市町の整備計画を踏まえ、記載を追加。）介護サービスの提供体制の強化を図るため、小規模多機能型居宅介護事業や看護小規模多機能型居宅介護事業の整備を行います。
- 介護サービスの安定的な提供を図るため、介護現場における業務仕分けと合わせて、定年退職後の介護職員や介護を経験した地域住民など、多様な人材の活躍を促します。

西部圏域

1 圏域の概況（今後記載）

- 西部圏域は、面積 1,645 k m²、人口 850,193 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を有する工業地域となっています。
- 高齢化率は、2019(令和元)年 10 月 1 日現在、28.1%と県平均 29.9%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。

2 現状と課題

(1) 自立支援、介護予防・重度化防止

- 2019（令和元）年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は 879 箇所あり、参加者数は 25,667 人、参加率は県平均 8.8%に対し、当圏域は 10.8%となっています。
- 全ての市で、住民主体の通いの場にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けています。
- 自立支援型の地域ケア会議は各市で実施されています。
- 住民主体の通いの場において、効果的な介護予防を行うためには、看護協会の「まちの保健室」など、様々な専門職の取組との連携を推進する必要があります。
- 自立支援型地域ケア会議をより効果的なものとして機能させるためには、介護サービスの利用者や家族に自立支援の考え方を周知し、自立よりも介護サービスの継続的な利用を志向する意識を変えていく必要があります。
- 専門職についても、利用者や家族の生活の不便を介護サービスで補うことに加え、自立支援の視点も併せ持つよう、意識を変えていく必要があります。

(2) 在宅医療・介護連携

- 2018（平成 30）年度に訪問診療を利用していた人は月平均 3,101 人となっており、2013（平成 25）年度の 2,147 人から 955 人増加、1.44 倍になっています。
- 当圏域の 2023（令和 5）年の在宅医療等の必要量は、8,838 人となっており、うち、3,965 人は訪問診療を利用しながら在宅療養することが見込まれています。
- 在宅医療や看取りの推進のためには、住民に対する ACP の普及啓発が必要です。
- 在宅療養における多職種連携を推進するためには、シズケア*かけはしなどの ICT 活用の推進が必要です。
- 多職種連携の取組状況は各市で異なりますが、それぞれの職種が担っている業務や連携に関するノウハウなど、知識の共有は圏域でも取り組む必要があります。
- 市町域を越えた患者の行き来があることから、各病院の退院支援のルールを情報交換し、ある程度共有化することが必要です。

○病診連携、入退院支援の推進においては、かかりつけ医療機関の充実が重要です。

(3) 認知症施策

○厚生労働省の推計に基づく当圏域の認知症の人の推計人数は、各年齢の認知症有病率が一定の場合、2020（令和2）年度の41,770人から2025（令和7）年度は47,347人と増加する見込みです。

○2019（令和元）年10月時点の要介護（支援）認定者のうち、認定時の日常生活自立度がⅡ以上の人数は31,638人となっています。

○認知症に関する医療や介護サービスの中心となる機関等として、2020（令和2）年4月現在、当圏域には、認知症疾患医療センターが1箇所、認知症グループホームが29箇所、認知症対応型通所介護事業所が22箇所あり、また、認知症サポート医は79人となっています。

○認知症疾患医療センターの初診までの待機日数が長くなる傾向にあり、他の医療機関との連携等の対策が必要です。

○当圏域は県内で一番面積が広い圏域であり、認知症疾患医療センターから遠い地域に住んでいる患者が専門的な認知症医療を受けられる体制の整備も必要です。

(4) 介護サービス

○当圏域の2019（令和元）年度の介護サービス利用者は、在宅サービスが21,650人、施設・居住系サービスが10,962人となっています。

○2023（令和5）年には、在宅サービスの利用者は24,760人、施設・居住系サービスの利用者は12,428人と、2020（令和2）年4月からそれぞれ、3,110人、1,466人増加する見込みです。

○2019（令和元）年4月の施設・居住系サービスの定員数は11,016人と、2015（平成27）年の10,067人から949人増加しています。

○毎年、静岡県が調査をしている特別養護老人ホームの入所希望者数のうち、調査時点で在宅にあり、6か月以内に入所を希望する方の人数は、2015（平成27）年度の716人から2018（平成30）年度は490人と226人減少しています。

○要介護認定者に占める在宅サービス利用者の割合は2019（令和元）年4月の53.2%から、2023（令和5）年は55.7%と、在宅で介護サービスを利用しながら暮らす高齢者の割合が増える見込みです。

○介護需要の増加に対応するためには、人材確保を含め、介護サービス提供基盤の強化が必要です。

3 課題への対応

(1) 自立支援、介護予防・重度化防止

○高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を推進する中で、市と多様な医療専

門職との連携を支援します。

- 自立支援型地域ケア会議を通じて、専門職の自立支援への意識醸成を図るために、研修における好事例紹介や地域ケア会議へのアドバイザーの派遣などを行います。

(2) 在宅医療・介護連携

- 住民向けの ACP に関するフォーラムの開催や「ふじのくに高齢者在宅生活”安心”の手引き」の活用により、市の在宅医療や看取りに関する普及啓発を支援します。
- 医療・介護関係者による ACP の取組を推進するため、多職種連携の研修会等を活用し、先進事例や実施方法などの情報共有を図ります。
- 2020（令和2）年度に静岡県医師会に開設されたシズケアサポートセンターと連携し、シズケア*かけはしの好事例を普及するなど、活用促進を図ります。
- 在宅医療を実施する診療所の設備整備の助成等により、在宅療養を支える医療機関の充実を図ります。

(3) 認知症施策

- 認知症の専門医療を必要とする人が、適切な医療を受けられるよう、行政、医療・介護関係者等が連携し専門医療の受診を支援します。
- 認知症疾患医療センターの連絡協議会等を通じて、他の医療機関等との役割分担や連携を検討します。

(4) 介護サービス

- 全県的に実施している介護人材の育成・確保に関する事業の周知等により、圏域における介護人材の確保を支援し、介護サービス提供基盤の充実・強化を図ります。
- 事業者指導や専門職の研修会への参加促進等により、介護サービスの質の確保・向上を図ります。