

## 第6章 各種疾病対策等

### 第1節 新型コロナウイルス感染症対策

#### 【対策のポイント】

- 感染拡大に備えた医療提供体制の確立
- 感染症予防のための公衆衛生の徹底

#### (1) 現状と課題

#### ア 新型コロナウイルス感染症への対応（総論）

○2000年以降、重症急性呼吸器症候群（SARS）、中東呼吸器症候群（MERS）といった新しいコロナウイルスによる感染症が相次いで発生しましたが、国内での感染はなかったことから、今般の新型コロナウイルス感染症の対応では、類似の感染症対応に関する知見がない中、感染症病床だけでは対応できず、一般病床等に多くの感染症患者を受け入れるなど、広く一般の医療体制に大きな影響が生じたほか、保健所の業務や感染防護具の生産・供給のひっ迫などの影響も生じました。

#### イ 本県の現状（2021年11月30日現在）

##### （ア）感染症予防計画

○「静岡県における感染症の予防のための施策の実施に関する計画」（1999年12月策定、2008年9月改正）に基づいて、感染症の発生の予防・まん延防止、感染症に係る医療提供体制の確保などに取り組んでいます。

##### （イ）新型インフルエンザ等感染症対策

○2013年9月に策定した「静岡県新型インフルエンザ等対策行動計画」に基づき、感染拡大を可能な限り抑制し、県民の生命・健康を保護すること及び県民の生活・地域経済に及ぼす影響が最小となるようにすることを達成するため、発生段階ごとに、①実施体制、②サーベイランス・情報収集、③情報提供・共有、④予防・まん延防止、⑤医療等、⑥県民生活・地域経済の安定の確保の6項目について対策を実施しています。

##### （ウ）感染症指定医療機関

○一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等の感染症患者に係る医療について、感染症患者に対して良質かつ適切な医療を提供するため、第一種感染症指定医療機関を1か所、第二種感染症指定医療機関を全ての2次保健医療圏に指定・整備しています。

##### （エ）新型コロナウイルス感染症対策

##### （専門家会議等の設置）

○県の対策を担う静岡県新型コロナウイルス感染症対策本部に対し、医療体制に関する適切な助言を行う「静岡県新型コロナウイルス感染症医療専門家会議」を2020年3月に設置するとともに、感染症対策について専門的な助言を行う「静岡県新型コロナウイルス感染症対策専門家

会議」を2020年5月に設置しました。特に「新型コロナウイルス感染症対策専門家会議」は、感染の状況に合わせ随時開催し、県の感染対策について、様々な意見をいただきました。

○感染拡大時に福祉施設における機能を維持するため情報共有や対策を検討する「静岡県福祉施設クラスター対策協議会」を2020年11月に設置しました。

#### (感染に対応するチーム等の形成)

○実際の医療現場や感染者発生現場において、適切な感染管理の指導や知見をいただく「ふじのくに感染症専門医協働チーム(FICT)」を2020年5月に立ち上げました。

○福祉施設でクラスターが発生した場合に速やかに応援職員を送るなど事業継続を支援するための「クラスター福祉施設支援チーム(CWAT)」を2021年2月に立ち上げました。

#### (相談体制)

○県民からの相談に24時間体制で対応するためのコールセンターとして、2020年5月から帰国者・接触者相談センターを設置し、2020年11月からは、名称を発熱等受診相談センターに名称変更し、受診可能な医療機関を案内するなど、相談体制を整備しました。

○また、外国人県民が母国語で相談できるよう、24時間体制で19言語に対応可能な多言語相談ホットラインを、2020年9月に設置しました。

#### (検査体制)

○陽性者の濃厚接触者やクラスター発生時における近隣の同種の施設の従業員、クラスター発生地域の高齢者施設の入所者・職員等に対し、行政検査を実施しました。

○帰国者・接触者外来、地域外来・検査センター、発熱等診療医療機関等に対し、検査機器の整備費助成等により、検査体制の強化に努めました。

○集団感染が発生しやすい高齢者施設や医療機関等に対し、軽度であっても症状が現れた場合に、各施設等において迅速に自主的な検査が実施できるよう、抗原定性検査の簡易キットを配布しました。

○国立遺伝学研究所との連携・協働により、検体の全ゲノム解析による分子疫学調査を実施し、濃厚接触者や感染経路の追跡・推定など、感染拡大防止に活用しました。

#### (患者の搬送)

○保健所の移送能力を超えた場合や患者の医療的処置が必要な場合に備え、救急車両による患者の搬送が可能となるよう、県内の各消防本部と協定を締結しました。

#### (コロナ患者専用病床の確保)

○当初、感染症指定医療機関での受入れにより対応してきましたが、感染者数の増加に伴い病床が不足することとなったことから、一般病床での受入れを県内病院に依頼し、重点医療機関等を定め病床を拡大してきました。第3波の感染拡大により病床がひっ迫したことを受け、国の試算ツールに基づき感染者数を推計し、病床確保計画を見直し582床を確保することとしました。第5波においては、デルタ株の爆発的な感染拡大の影響により、計画を上回る感染者数が見込まれたことから、感染症法第16条の2第1項<sup>1</sup>に基づき、県内全病院に更なる病床確保の要請をするなどし、最大で751床の病床を確保するなど、各病院の協力を得る中で、医療提供

<sup>1</sup> 感染症法第16条の2第1項：「厚生労働大臣及び都道府県知事は、感染症のまん延を防止するため緊急の必要があると認めるときは、感染症のまん延の状況を勘案して、当該感染症のまん延を防止するために必要な措置を定め、医師、医療機関に対し、当該措置の実施に対する必要な協力を求めることができる。(抜粋)」とされている。

体制の確保に取り組みました。

#### (後方支援病院)

○限られたコロナ患者専用病床を効率的に運用するため、退院基準を満たした回復患者を受け入れる後方支援病院等の病床を確保し、転院を促進しました。

#### (宿泊療養施設)

○軽症者・無症状病原体保有者が療養する宿泊療養施設を確保しました。

○宿泊療養施設では、酸素濃縮装置の配備や、臨時医療施設の設置、近隣病院との連携、オンラインでの医師による看護師への指示などにより、医療体制の強化を図りました。

#### (自宅療養者への支援)

○自宅療養者には、パルスオキシメーターを貸し出すとともに、電話による体調確認により、定期的な健康観察を行いました。また、自宅療養者を診察する医療機関を自宅療養協力医療機関として登録し、急な体調悪化に備えました。

○支援が必要な自宅療養者には、市町とも連携し、食品・生活必需品の提供などを行いました。

#### (物資の確保)

○PPE（個人防護具）<sup>2</sup>を中心に衛生資材を確保し、備蓄並びに県内の医療機関・福祉施設・検査機関等への供給を行いました。

#### (ワクチン接種)

○医療従事者、高齢者、基礎疾患を有する者、高齢者施設等従事者、それ以外の優先順位に従い、政府の掲げる目標等を踏まえ、ワクチン接種のスケジュールを調整するとともに、市町支援の一環として広域接種会場の設置などを行いました。

### ウ 今般の新型コロナウイルス感染症で表面化した課題（長期的な課題も含む）

#### (医療機関等と行政の連携)

○新興感染症等の感染拡大時に必要な対策が機動的に講じられるよう、保健所を中心に2次保健医療圏ごとに行政と医療関係者等がさらに連携していくことが必要です。

○医療関係団体との調整を積極的に行う必要があります。

#### (医療機関間の連携と役割分担)

○重症者や圏域内での病床利用率がひっ迫した場合の入院の広域調整を強化する必要があります。

○感染患者の受入病院と感染可能期間を経過した患者の治療を引き受ける後方支援病院との関係を構築しておく必要があります。

○医療圏ごとに救急医療をはじめとした通常医療への影響を踏まえつつ、医療体制を確保しておくことが必要です。

○人工透析患者、妊産婦、認知症患者や精神疾患を患う患者の受入対応について、医療機関同士や福祉施設等の連携を進める必要があります。

<sup>2</sup> PPE（個人防護具）：国の新型コロナウイルス感染症診療の手引きにより、診療ケアに当たる医療スタッフは、「接触予防策及び飛沫予防策として、ゴーグル、マスク、手袋、長袖ガウン、帽子などを着用する。（抜粋）」とされている。

#### (医療機関の対応力の強化)

- パンデミック発生時には、これまでの感染症指定医療機関の病床数だけでは入院患者に対応できないことが明確になりました。
- 平時からパンデミックに対応するための病床を確保しておくことは難しいため、感染拡大時に迅速に感染症病床として転換できる柔軟な医療施設の設備整備の手法が求められます。

#### (感染症に関わる人材の育成と確保)

- 感染症診療における医師、看護師等の医療人材を育成し確保していく必要があります。
- クラスターの発生防止など医療機関内や福祉施設内で、感染対策を講ずることができる人材の育成が求められます。
- 疫学情報を解析し、情報発信する専門家の育成が求められます。

#### (保健所の体制)

- 今回の新型コロナウイルス感染症のようなパンデミックを想定した人員体制となっていないため、感染拡大時において、保健所だけでは業務が滞る事態となることが明確となったことから、各市町からの応援職員の受入れを含め、パンデミックが発生した時の応援体制の構築が必要です。

#### (自宅療養者への支援)

- 感染者が急増した折に自宅療養者への健康観察が行き届かなかった事例もありました。
- 自宅療養者の医療に対応する自宅療養協力医療機関の数を増やす必要があります。
- 食料支援など市町との連携を円滑に実施するための体制について検討が必要です。

#### (感染防護具の備蓄)

- 感染防護具の生産や供給がひっ迫することを前提に、県の備蓄体制を整えておく必要があります。
- 国内生産がひっ迫した際にも、県内生産により安定供給ができる体制の充実が必要です。
- 医療機関や福祉施設等において、感染防護具の備蓄を促進する必要があります。

#### (検査体制の強化)

- 医療機関や登録検査機関におけるPCR検査等病原体検査の体制の維持及び検査精度の確保を強化していく必要があります。
- 感染拡大の防止には、検査により陽性が判明した感染者を確実に医療機関へ繋げていく必要があります。
- 県の検査拠点である環境衛生科学研究所が、災害等で被災した場合の代替機能の検討が必要です。

#### (ワクチン接種)

- 緊急的かつ速やかにワクチンを接種できる体制づくりが必要です。
- 接種率を向上するためにも、ワクチンの副反応やリスクなどを丁寧に県民に周知することが必要です。

#### (災害時の対応)

- 感染拡大時に災害が発生した場合の療養者の避難方法、避難場所やスペースの確保を市町と調整し用意する必要があります。
- 宿泊療養施設での療養者に対する食料等の物資の配送方法等を用意しておく必要があります。

### (様々な健康課題への影響)

- 2020年度の市町がん検診受診者数は、前年度比85.3%と大きく減少しました。将来的ながん患者の発生数への影響が危惧されます。このため、感染状況に応じた検診の実施方法などの検討や住民への受診への呼びかけが必要です。
- 2020年度の保健所におけるH I V検査件数は、前年度比49.4%と大きく減少しました。保健所が新型コロナ対応のため夜間検査の体制を縮小したことや検査控えが要因ですが、早期発見への影響が懸念されます。
- 感染の拡大時には、県民が外出を控えることが対策となる一方で、社会との繋がりが薄くなることにより、高齢者をはじめとして認知機能の低下や認知症の症状の悪化、身体活動の低下によるフレイルの進行などが危惧されます。そのため、感染拡大時においても社会との繋がりを維持する方法や、心身機能の維持に向けた取組ができる仕組みの浸透が必要です。
- 社会経済状況の厳しさが増し、就業環境の悪化や日常活動が制限される中で、自殺者が増加に転じています。

### (地域包括ケアシステムの課題)

- 在宅へ移行する際の退院支援カンファレンスや多職種による会議などが、これまでのように一堂に会したり、患者家族と会したりしながら進めることができないため、新しい形態を考えていく必要があります。
- 認知症患者や寝たきり患者については、本人や家族等に感染対策を理解してもらうための支援とともに、介護している家族が感染した場合の本人への介護を継続できる体制の構築が必要です。

## (2) 今後の対策

### ア 感染拡大に備えて

#### (病床の確保)

- 新型コロナウイルス感染症の再流行に備え、救急医療や通常医療のひっ迫状況も踏まえ、受入病院と調整し、感染状況に応じた病床を確保していきます。
- 限りのある病床を効率的に使用するため、後方支援病院を用意し、回復期の患者の受入れを促進します。

#### (宿泊療養施設)

- 現在の宿泊療養施設の規模を基本とし、感染拡大の兆候が生じた時点で新たな施設を開設できるような体制を構築します。

#### (入院の抑制等)

- 陽性判断時に抗体療法の適応を判断し、投与できる医療機関に確実につなげる仕組みを医療圏ごとに構築し、重症化を防ぎ、入院患者の抑制を図ります。
- 感染状況に応じて、宿泊療養施設の一部施設を入院待機施設とし、酸素投与や投薬治療ができる体制を整えます。

#### (経口薬の活用)

- 経口薬については、多くの医療機関で投与可能となるよう医師会、病院協会、薬剤師会等と連

携し、投与体制を構築します。

#### (自宅療養者への支援)

- 自宅療養者の急増時にも必要な健康観察を行える体制を整備します。
- 自宅療養協力医療機関の登録を促進し、体調悪化時の受診体制を整備するとともに、医療機関が健康観察を実施することにより健康観察体制を強化します。
- 健康観察への応答のない者への居宅訪問について、市町と覚書を結んで協力してもらい、速やかな対応を行います。
- 食料支援についても市町と連携し、療養生活に支障が生じないように対応していきます。

#### (保健所の体制強化)

- 保健所への増員が機を逸しないように、必要なタイミングで、感染の規模に応じて、健康福祉部をはじめ全庁各部局から応援職員として派遣できる体制や、各市町等からの応援の受入体制を構築します。

#### (ワクチン接種)

- 3回目以降も含め市町のワクチン接種の支援を継続的に行っていきます。

#### (検査体制の強化)

- 医療機関におけるPCR検査等病原体検査の体制の整備を図ります。特に感染拡大時には、国の施策と連動して必要な検査体制を実施していきます。
- 自費等での検査で陽性が判明された方に対しては、医療機関での受診を促していきます。

#### (災害時の対応)

- 感染拡大時に災害が発生した場合の療養者の避難方法、避難場所やスペースの確保について、事前に受入れ方法を定めておくとともに、訓練等を通じて保健所や医療機関等の連携の促進を図ります。

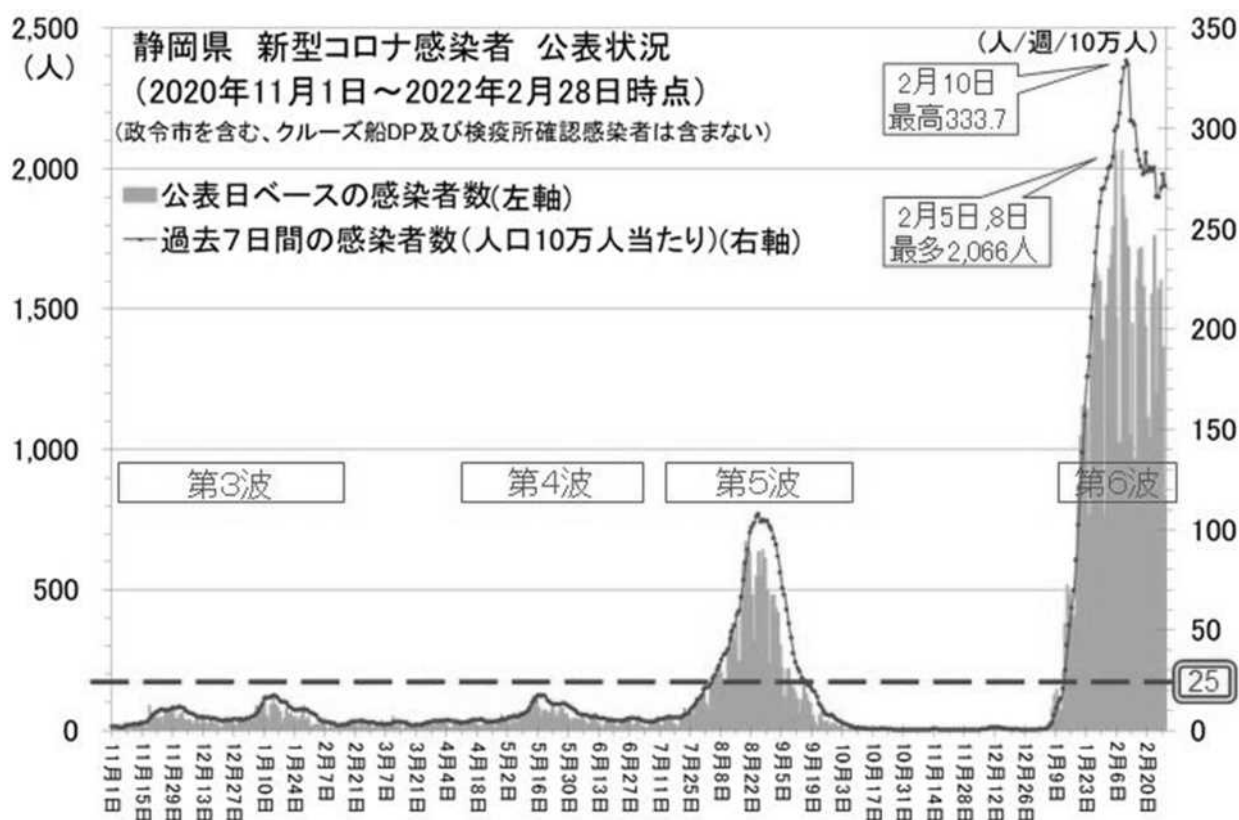
#### (様々な健康課題への取組)

- がん検診においては、市町と連携して、個別の受診勧奨・再勧奨や、企業と連携し職域で受診機会のない者への啓発を進めるとともに、がん検診と特定健診の同時実施や休日検診の実施等、受診者の利便性の向上を図ります。
- H I V検査においては、夜間・休日検査の再開や前年並みの検査日数の実施により、検査機会の確保を図るとともに、引き続き、エイズに対する県民への正しい知識の啓発を実施します。
- 感染症患者受入医療機関と人工透析実施施設の役割分担等について、関係機関と連携して協議を行い、人工透析治療が必要な感染症患者の受入体制の確保を図ります。
- 感染症患者受入医療機関と精神科病院の役割分担等について、関係機関と連携して協議を行い、精神症状を有する感染症患者の受入体制の確保を図ります。
- 感染妊産婦等への対応について、感染妊婦を早期に把握・迅速に情報共有し、消防機関関係者、災害時小児周産期リエゾン等との連携体制の充実と、情報連絡体制の確保を図ります。
- 相談体制や見守りなどを強化し孤独・孤立を防ぐなど、自殺総合対策の取組を推進します。
- 認知機能の低下等の抑制、フレイルの進行対策として、オンラインで実施する通いの場、一般介護予防事業、退院支援カンファレンス等の好事例を市町や関係団体等の間で共有するなど、ICTの活用を推進します。

(地域包括ケアシステムの取組)

- 訪問看護ステーションや訪問介護事業所においては、感染症により運営休止や人員不足が生じた場合に、地域内で別の事業所が、利用者に必要なサービスを提供できる支援体制を構築します。
- 入院から在宅療養に円滑に移行できるよう、オンラインでのカンファレンス等、ICTを活用し、多職種連携を強化するとともに、認知症対策においては、ワクチン接種の正しい理解をはじめ、新型コロナウイルス感染症に関する基礎知識や感染予防の具体的な方法などについて、県、市町等の広報誌やホームページ等により情報提供します。
- 認知症患者の家族等が感染した場合の対応について、県、市町等の広報誌やホームページ等により、地域包括支援センター等の相談場所を含め、介護サービスの利用等を周知します。

図表 6-1 静岡県 新型コロナ感染者公表状況 (2020年11月1日～2022年2月28日時点)



## 第2節 新興・再興感染症対策

### 【対策のポイント】

- 新興感染症等の感染拡大時<sup>1</sup>における医療提供体制の確保
- 新興感染症等の感染拡大に備えた平時からの医療連携体制の構築

### (1) 次の新興・再興感染症の流行に備えて

#### (基本的な考え方)

- 新興感染症等（感染症法上の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症など）は、発生時期、感染力、病原性などについて、事前に予測することが難しいですが、新興感染症等の発生後、速やかに対応ができるようあらかじめ準備をしておくことが重要となります。
- 医療機関をはじめとして、様々な場面での感染症への対応力を強化していく必要があります。

#### ア 平時からの取組

##### (司令塔機能)

- 感染症に関する研修（住民向けの公開講座を含む）、検査、情報収集、疫学解析、情報発信、相談業務等、県内の感染症対策の拠点となる（仮称）ふじのくに感染症管理センターの設置を進めます。有事の際には、このセンターを拠点として、様々な対策を立案・実施していきます。
- 国立遺伝学研究所や国立感染症研究所などの研究機関等との連携により、感染症に関する研究や医療資機材・ワクチン等の開発に関する情報を迅速に共有します。
- 新しい感染症や再流行の感染症の感染拡大時に、機動的に対応するための訓練を定期的実施します。

##### (情報プラットフォームの構築)

- 保健所・医療機関等関係機関の業務の効率化、情報の共有化と感染状況の分析等のため、ICTを活用した業務のデジタル化とデータ管理を一元化するシステムを構築します。

##### (常設の専門家会議の設置)

- 現在設置している新型コロナウイルス感染症医療専門家会議及び新型コロナウイルス感染症対策専門家会議を参考に、常設の専門家会議を設置し、様々な感染症に対して県の施策に提案・意見する場を設けます。

##### (医療機関のネットワークの構築)

- 感染症指定医療機関との整合をとりつつ、パンデミックに対応するため、地域の拠点となる病院を医療圏に設置し、ネットワークを構築します。
- ネットワークを構築する中で、パンデミックを想定し病床確保のあり方を検討していきます。

<sup>1</sup> 「新興感染症等の感染拡大時」：厚生科学審議会感染症部会にて、「国民の生命・健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症（感染症法上の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症など）の全国的なまん延等であって、医療提供体制に重大な影響が及ぶ事態」と整理されている。



### (医療機関の対応力の強化)

- 感染拡大時に対応可能な医療機関・病床等を確保するため、感染症指定医療機関における感染症病床の整備に加え、感染拡大時にゾーニング等の観点から活用しやすい一般病床を感染症対応の病床に転用することができるように施設・設備の整備促進を図ります。

### (人材育成)

- 各医療機関における感染防止制御チームの活用を想定し、感染管理の専門性を有する医師・看護師（ICD・ICN<sup>2</sup>）の育成、重症患者（ECMO<sup>3</sup>や人工呼吸器管理が必要な患者等）に対応可能な人材など、専門人材の育成を図ります。
- 感染症の専門医の育成をするため感染症専門医のプログラムの開発と県の医師確保施策と連携した対応を検討します。
- 社会福祉施設等におけるクラスターの発生を防止するため、感染対策の指導を行うとともに、従事する職員の感染対策の知識や技術の向上を図ります。
- 保健所職員に対して継続的に感染症に関わる研修を実施します。

### (保健所の体制強化)

- 感染症業務のデジタル化により、業務の効率化を図ります。

### (情報収集と発信の強化)

- 様々な感染症の発生動向、感染症診療や対策（抗菌薬使用量や手指衛生実施率）に関する調査・分析の機能（現：感染症情報センター機能）を強化し、早期流行予測や県民（外国人を含む）への感染症に関する情報発信に活用し、県民の感染症に対する知識や対応力の向上に努めます。

### (感染防護具の備蓄)

- 医療機関や福祉施設等において感染防護具の備蓄を促進します。
- 生産や供給がひっ迫することを前提に県の備蓄体制を整えます。
- 国内生産がひっ迫した際にも、県内生産により安定供給ができる体制の構築を進めます。
- 抗生物質やワクチンなどの薬剤供給が不安定になった際には医療機関に情報を提供するとともに対応策についても推奨していきます。

### (医療機関・福祉施設の感染対策の徹底)

- 院内感染対策を徹底するとともに、医療機関内や福祉施設でクラスターが発生した際の医療機関の連携など、地域内の相互応援体制の構築を図ります。

### (検査体制の強化)

- 新興感染症の検査方法を速やかに構築するとともに、医療機関や保健所細菌検査課におけるPCR検査等病原体検査の体制の整備の促進を図ります。

### (災害時の対応)

- 災害発生時の公衆衛生基盤の破壊により増大する感染症のリスクに備え、感染対策の専門家による避難所を含む被災地の感染対策やリスクアセスメント実施体制、災害時の感染症サーベイランスの臨時体制のあり方を検討します。

---

<sup>2</sup> ICD・ICN：ICD（Infection Control Doctor：感染管理医師）、ICN（Infection Control Nurse：感染管理看護師）の略。

<sup>3</sup> ECMO：人工心肺装置ECMO（Extracorporeal Membranous Oxygenation：体外式膜型人工肺）の略。

### (ワクチン接種)

○緊急的なワクチン接種に対応できるノウハウを継承していきます。

### (国への要望)

○今後発生する感染症に備えた体制を整えるため、国に対して十分な予算措置を講じるよう要望していきます。

## イ 感染拡大時の取組

---

### (司令塔機能)

○(仮称)ふじのくに感染症管理センターを核として、保健所と地域の医療機関との連携による医療ネットワークを活用し、病床の確保、入院調整、広域搬送調整を図るなど、県内の医療提供体制を確保します。

○感染拡大時には、(仮称)ふじのくに感染症管理センターの体制を強化し、業務に当たります。

### (相談体制)

○県民からの相談を受ける相談センターを開設します。

### (外来体制)

○医師会、病院協会など関係団体と調整し、有症状者の初診体制を帰国者・接触者外来などを中心に速やかに立ち上げます。

### (保健所の体制)

○感染拡大に対応できるように、速やかに保健所の人員体制を強化します。

### (医療提供体制の確保)

○感染症指定医療機関及び新しく設置する拠点病院を中心に、入院病床を確保しつつ、感染状況に応じて、他の医療機関での病床の確保を進めます。

○その際には、地域の救急医療など一般の医療への影響も考慮しつつ、医療圏内の合意を取りつつ進めていきます。

○病床を効率的に活用できるように、回復期の患者を受け入れる後方支援病院を設置します。

○新たに構築するネットワークを活用し、広域入院調整等を円滑に進めます。

○受入医療機関内において、感染患者の治療に重点的に人員を配置できる支援策を行います。

○県の備蓄等を活用し、受入医療機関へ感染防護具等の資材を供給します。

### (宿泊療養施設や臨時の医療施設の開設)

○感染症の症状や感染の動向に応じて、軽症者等を受け入れる宿泊療養施設を開設したり、病床が逼迫した場合には、入院待機施設などの臨時の医療施設を開設します。

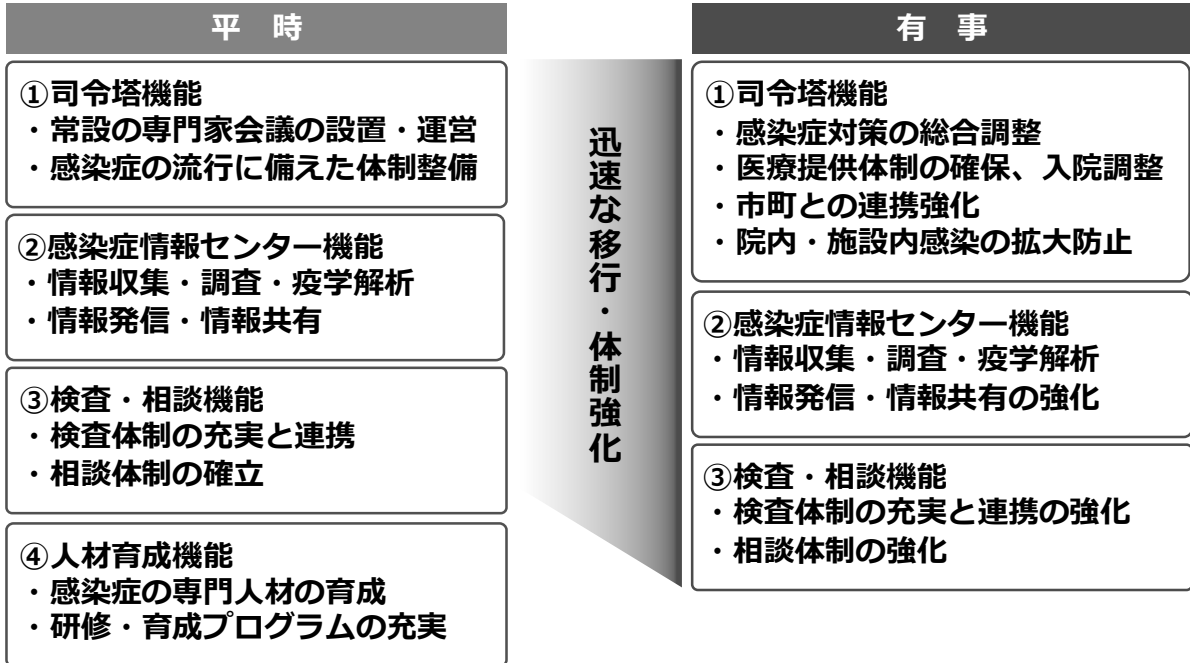
### (ワクチン接種)

○接種者の確保とともに、広域接種や市町支援などを行い迅速に接種が進むよう支援していきます。

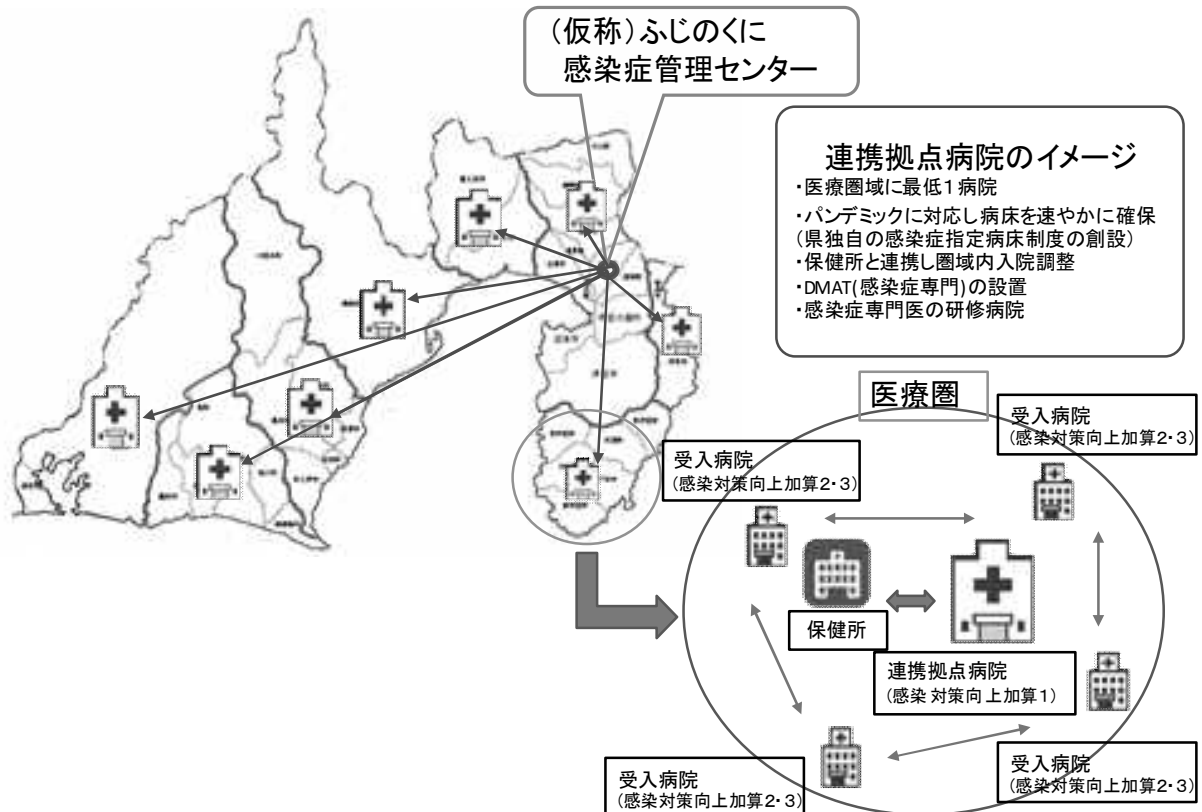
(2) 関連図表

(仮称) ふじのくに感染症管理センターの基本的な機能

平時から、様々な感染症に対する情報収集・情報分析機能を強化し、有事の際は、迅速に効果的な感染症対策を図る司令塔機能を発揮



感染症連携拠点病院とのネットワーク(案)



### 第3節 その他の感染症対策

#### 【対策のポイント】

- 感染症発生の早期把握とまん延防止対策の迅速な実施
- 感染症に関する正しい知識と予防対策等の普及啓発

#### 【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
感染症患者届出数（二・三類）	532件 (2020年)	700件以下 (毎年)	感染症のまん延防止	県感染症対策課調査
感染症に関する情報提供、注意喚起（ブリーフィング等件数）	34件 (2019年度)	10件以上 (毎年度)	感染症に対する正しい知識の普及	県感染症対策課調査

#### （1）現状

- 「静岡県における感染症の予防のための施策の実施に関する計画」（1999年12月策定、2008年9月改正）に基づいて、感染症の発生の予防・まん延防止、平常時における感染症に係る医療提供体制の確保などに取り組んでいます。
- 一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等の感染症患者に係る医療について、感染症患者に対して良質かつ適切な医療を提供するため、第一種感染症指定医療機関を1か所、第二種感染症指定医療機関を全ての2次保健医療圏に指定・整備しています。（図表6-2）
- 2014年にはデング熱の諸外国における大流行を受け、蚊の継続的なウイルス保有調査を実施し、調査結果を広く周知しています。
- 2015年には県内でエボラ出血熱の疑似症患者が発生したこと受け、患者を移送する際に必要な、感染症患者隔離搬送用バッグ及び个人防护具等を県内保健所に整備し、2018年度には、感染症患者移送用車両を1台整備し、東部保健所に配置しています。
- 全国的にダニ媒介性感染症（日本紅斑熱、重症熱性血小板減少症候群(SFTS)）の患者数が増加傾向にあり、県内においても、重症熱性血小板減少症候群(SFTS)が2021年に初めて確認されるなど、ダニ媒介性感染症に感染する危険性が高まっているため、感染する可能性が高まる時期などに注意喚起を適宜行っています。（図表6-3）

図表 6 - 2 感染症指定医療機関

2次保健医療圏	管内人口	種別	基準病床数	指定医療機関	所在地	指定年月	指定病床数
賀茂	65,197	第二種	4	下田メディカルセンター	下田市	H24.5	4
熱海伊東	104,827	第二種	4	国際医療福祉大学熱海病院	熱海市	H17.7	4
駿東田方	654,623	第二種	6	裾野赤十字病院	裾野市	H11.4	6
富士	377,836	第二種	6	富士市立中央病院	富士市	H11.4	6
静岡	701,803	第一種	2	静岡市立静岡病院	静岡市	H20.10	2
		第二種	4			H11.4	4
志太榛原	460,970	第二種	6	島田市立総合医療センター	島田市	H11.4	6
中東遠	465,342	第二種	6	中東遠総合医療センター	掛川市	H25.5	4
				磐田市立総合病院	磐田市	H16.4	2
西部	856,347	第二種	10	国民健康保険佐久間病院	浜松市	H16.6	4
				浜松医療センター	浜松市	H11.4	6

(注) 人口は、2016年10月1日現在（静岡県経営管理部「静岡県年齢別人口推計」）

図表 6 - 3 県内のダニ媒介性感染症（日本紅斑熱、重症熱性血小板減少症候群(SFTS)）の患者数  
(単位：人)

年次	日本紅斑熱		重症熱性血小板減少症候群(SFTS)	
	県内届出数	全国	県内届出数	全国
2017年	6 (2)	337	0	90
2018年	3	305	0	77
2019年	10 (1)	318	0	101
2020年	8	421	0	78
2021年	8 (1)	487	4	110

(注) ( ) は、死亡患者数の再掲。

## (2) 課題

- 一類感染症のエボラ出血熱や二類感染症の中東呼吸器症候群(MERS)等の海外からの輸入感染症に備えるほか、近年はダニ媒介性感染症(日本紅斑熱、重症熱性血小板減少症候群(SFTS))に感染する危険性が高まっているため、患者が発生した場合の早期把握と迅速なまん延防止に加えて、県民への正しい知識の普及が必要です。
- 抗菌薬などの抗微生物薬の不適切な使用により、細菌感染症に対して、本来効果のある抗微生物薬が効かなくなる又は効きにくくなる「薬剤耐性」(Antimicrobial Resistance: AMR)の問題が世界的に増加する一方、新たな抗微生物薬の開発は減少傾向にあり、国際社会でも大きな課題となっています。

## (3) 対策

- 感染症の発生、流行情報の把握・分析・公表を迅速に行うとともに、患者発生時における迅速

な防疫措置及び感染症患者移送車による感染症指定医療機関への速やかな搬送、感染源調査などにより感染症のまん延防止を図ります。

○平常時から県民に対して感染症予防についての正しい知識の普及啓発を図ります。

○医療・獣医療等関係機関及び県民に対して、抗菌薬の適正使用に関する正しい知識の継続的な普及啓発を図ります。

## 第4節 認知症対策

### 【対策のポイント】

- 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）

### 【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
認知症サポート医養成研修の受講者数	175人 (2016年度)	334人 (2019年度)	276人 (2020年度)	目標値を達成
かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	817人 (2016年度)	986人 (2019年度)	1,717人 (2020年度)	目標に向け数値が改善
認知症サポーター養成数	累計 267,612人 (2016年度まで)	累計 361,977人 (2019年度まで)	累計 360,000人 (2020年度まで)	目標値を達成

## (1) 現状と課題

### ア 認知症の医療

- 認知症は、脳血管疾患、アルツハイマー病等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。
- 認知症の診断に最も用いられるもののひとつがアメリカ精神医学会のDSM-V<sup>1</sup>です。各種の認知症疾患毎にその定義は異なりますが、共通する診断基準には以下の4項目があります。
  - ① 1つ以上の認知領域（複雑性注意、遂行機能、学習及び記憶、言語、知覚－運動、社会的認知）において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている。
    - (1) 本人、本人をよく知る情報提供者又は臨床家による有意な認知機能の低下があったという概念
    - (2) 標準化された神経心理学的検査によって、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって記録された実質的な認知行為の障害
  - ② 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する（すなわち、最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの、複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする）。
  - ③ その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない。
  - ④ その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない（例：うつ病、統合失調症）
- 認知症は様々な原因で発症します。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

<sup>1</sup> DSM-V：精神障害の診断と診断マニュアル。精神障害の分類のための共通言語と標準的な基準を提示するものであり、アメリカ精神医学会が出版した。最新のDSMは第5版で、2013年5月18日に出版（「DSM-V」と表記される。）。

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。

○認知症は、加齢、遺伝性のもの、高血圧、糖尿病、喫煙、頭部外傷、難聴等が危険因子であり、一方、運動、食事、余暇活動、社会参加、認知訓練、活発な精神活動等が防御因子とされています。

○65歳未満で発症する認知症を「若年性認知症」と言います。高齢期の認知症と症状等は同様ですが、年齢が若いほど進行が早いことに加え、男性に多く、初期症状が認知症特有の者でなく診断が難しいなどの特徴があります。また、働き盛りで発症することから、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ます。

## イ 本県の状況

### (認知症高齢者の推計)

○認知症の出現率は、加齢に伴い増加し、75歳から79歳は10.9%、80歳から84歳は24.4%、85歳以上は55.5%と、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<sup>2</sup>。

○国が2019年6月に策定した「認知症施策推進大綱」によると、2025年には高齢者の約5人に1人が認知症と推計されており、本県に当てはめると、認知症高齢者は、2025年には最大で約22.7万人になると推計されます。(図表6-4)

図表6-4 本県の認知症高齢者(軽度及び要介護認定未認定者を含む)の将来推計 (単位:千人)

区 分	2012年	2015年	2020年	2025年
各年齢の認知症有病率が一定の場合	137	161	187	209
各年齢の認知症有病率が上昇する場合		164	196	227

### (若年性認知症の人の推計)

○若年性認知症は、2020年7月の厚生労働省の調査では、18歳から64歳人口10万人に対し、50.9人と推計されており、これを本県に当てはめると約1千人と推計されます。

### (県内の医療機関における認知症診療の状況)

○2020年12月に県内の医療機関において認知症診療を受けた人(市町村国保被保険者、国保組合被保険者、後期高齢者医療保険被保険者)は約6.1万人であり、このうち入院が約0.5万人、外来が約5.6万人でした。また、男女の内訳は男性約2万人、女性約4.2万人となっています。若年性認知症は567人で、全体の1%となりました。(図表6-5)

<sup>2</sup> 出典:「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業)



図表 6-5 県内の医療機関における認知症診療の状況 (2020年12月分) (単位:人)

区分	入院			外来			合計		
	男	女	小計	男	女	小計	男	女	小計
人数 (うち若年性)	1,928 (77)	3,039 (42)	4,967 (119)	17,779 (258)	38,670 (190)	56,449 (448)	19,707 (335)	41,709 (232)	61,416 (567)

**(認知症サポート医)**

- 認知症サポート医は、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言やその他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師です。
- 本県では、2005年度から認知症サポート医を養成しており、2016年度で全ての市町に配置されましたが、配置に地域偏在が見られることや、認知症サポート医の役割が不明確、医師の業務が多忙などの理由から、その活動に地域差や個人差があるなどの課題があります。
- 2017年度から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。

図表 6-6 認知症サポート医の状況 (2020年度末) (単位:人)

区分	2017年度まで	2018年度	2019年度	2020年度	累計
認知症サポート医	233	60	41	12	346

**(認知症初期集中支援チーム)**

- 認知症初期集中支援チームは、認知症サポート医の指導のもと、医療と介護の専門職(保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等)が、家族の訴え等により、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームであり、2020年度当初で全ての市町に設置されています。
- 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。

図表 6-7 認知症初期集中支援チームの状況 (2020年度当初) (単位:チーム)

チーム数	設置場所				
	市町 (本庁舎及び出先機関)	地域包括支援 センター	認知症疾患 医療センター	医療機関	その他
110	10	92	2	5	1

**(認知症疾患医療センター)**

- 認知症疾患医療センターは、保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する詳細な診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するものとして、県及び指定都市が指定した医療機関です。
- 認知症疾患医療センターにおいては、認知症専門医、相談員(精神保健福祉士又は保健師等)等の人員体制、CT、MRI等による検査体制、周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行うことのできる一般病床や精神病床が整備され(検査体制、病床については他の医療機関との連携による場合あり)、鑑別診断や専門医療相談等の専門的医療機能、地域の医療、介護

関係者との連携、研修会の開催等の地域連携拠点機能を担っています。

- 本県では、2010年度から認知症疾患医療センターの指定に取り組み、2017年度に全ての保健福祉圏域に設置されました。今後は、認知症疾患医療センターを圏域の拠点とした医療と介護等の支援体制の構築が必要となります。(図表6-8)
- 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。
- 2018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ない場合もあります。

図表6-8 県内の認知症疾患医療センターの状況(2020年7月1日現在)

指定	圏域	類型	医療機関名	所在地	初回指定日
県	賀茂	地域型	医療法人社団辰五会ふれあい南伊豆ホスピタル	賀茂郡南伊豆町	2016.12.1
	熱海 伊東	地域型	伊東市民病院	伊東市	2017.2.1
	駿東 田方	地域型	N T T東日本伊豆病院	田方郡函南町	2010.10.1
		地域型	独立行政法人国立病院機構静岡医療センター	駿東郡清水町	2017.4.1
		地域型	ふれあい沼津ホスピタル	沼津市	2017.10.1
	富士	地域型	公益財団法人復康会鷹岡病院	富士市	2013.10.1
		連携型	東静岡神経センター	富士宮市	2017.11.1
	志太 榛原	地域型	焼津市立総合病院	焼津市	2017.4.1
		連携型	医療法人社団峻凌会やきつべの径診療所	焼津市	2017.6.1
	中東遠	地域型	掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療センター	掛川市	2012.1.1
		地域型	磐田市立総合病院	磐田市	2017.2.1
政令市	静岡	地域型	独立行政法人国立病院機構静岡てんかん・神経医療センター	静岡市葵区	2014.2.1
		地域型	溝口病院	静岡市葵区	2015.10.1
		地域型	静岡市立清水病院	静岡市清水区	2016.10.1
	西部	基幹型	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院 聖隷三方原病院	浜松市北区	2013.7.22
計 15箇所：県指定 11箇所、政令市指定 4箇所(静岡市3か所、浜松市1か所)					

### (認知症地域支援推進員)

- 認知症地域支援推進員は、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医療や介護の専門職等で、認知症疾患医療センターなどの医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や、認知症の人や家族を支援する相談業務等を行います。全ての市町が、2018年4月から認知症地域支援推進員を配置しています。
- 認知症地域支援推進員は、市町行政や地域包括支援センターに兼務で配置される場合が多く、推進員としての活動に時間が取れない。本務の所属の理解や協力が得られにくい等の課題があり、活動のための環境整備が必要となっています。(図表6-9)

図表6-9 認知症地域支援推進員の状況(2020年度当初) (単位:人)

推進員人数	配置場所			
	市町 (本庁舎及び出先機関)	地域包括支援 センター	認知症疾患医療 センター	その他
201	33	161	0	7

### (認知症サポーター等)

- 2020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、地域の生活関連企業・団体業務等に携わる企業・職域型の認知症サポーターは62,340人養成されています。
- 2020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。
- 認知症サポーターの活動や活躍の場を拓げ、認知症の本人の意向に沿った活動ができるよう、2019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。

## ウ 医療提供体制等

- 認知症は、早期診断・早期対応を軸に、「本人主体」を基本とした医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態の変化に応じて、適時・適切に切れ目なく、その時の容態に最もふさわしい医療・介護等が提供される循環型の仕組みが必要です。

### (ア) 発症予防

- 2015年1月に発表された厚生労働省研究班報告によると、高齢者の糖尿病患者では合併症として、糖尿病でない人に比べ、アルツハイマー型や血管性認知症の発症リスクが2~4倍に上昇します。そのため、糖尿病予防の取組を推進する必要があります。
- 認知症は、神経変性疾患(アルツハイマー病、ピック病等)や脳血管障害(脳梗塞、脳出血等)の原因疾患を予防し、原因疾患にならないことが必要です。
- 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とともに、特定健診・特定保健指導の受診を促す必要があります。
- 地域において高齢者が身近に通える場である住民主体の通いの場は、2020年3月現在、県内に4,226か所に設置されており、2019年度の参加者数は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。

○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。

#### (イ) 早期発見・早期対応

○認知症は、発症後しばらく放置されてしまうと治療による改善を望めないケースが多いことから、早期発見、早期対応が必要です。

○本人や家族が小さな異常を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにするとともに、かかりつけ医による日常診療やかかりつけ歯科医による口腔機能の管理、かかりつけ薬局における服薬指導等の中で、認知症の疑いがある人に早期に気づき適切に対応することができる体制を構築する必要があります。このため、かかりつけ医が、認知症サポート医や専門医等の支援を受けながら、認知症の早期発見や気づき、認知症に対する相談への対応等を適切に行うことができるよう認知症対応力の向上を図る必要があります。

○かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医が、全ての市町に配置され、体制は整備されつつありますが、認知症サポート医の役割が不明確であることや、医師の業務が多忙であることなどから、活動に地域差や個人差がみられるため、認知症サポート医のリーダー養成など認知症サポート医の活動しやすい環境づくりが必要となります。

○歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応できるよう、歯科医師及び薬剤師の認知症対応力の向上を図る必要があります。

○県歯科医師会は、2018年2月に県社会福祉士会と共同で「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。

○一般病院の医療従事者、看護職員の研修は、2019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。

○認知症医療や介護サービスを受けていない一人暮らしの認知症高齢者や医療や介護のサービスを受けているものの行動・心理症状が顕著で対応に苦慮している認知症高齢者等に対しては、認知症初期集中支援チームが、地域包括支援センターが入手した情報等をもとに対象者を把握し、早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期対応を行う必要があります。このためには、市町が認知症初期集中支援チームの活動を推進するとともに、認知症初期集中支援チームの存在を様々な手段を用いて地域に周知する必要があります。

#### (ウ) 専門医療

○認知症の疑いのある場合は、かかりつけ医等が専門医、認知症サポート医等の支援も受けながら、必要に応じて認知症疾患医療センター等の専門医療機関に紹介し、速やかに鑑別診断が行われる必要があります。

○2次保健医療圏の認知症専門医療の拠点として、認知症疾患に関する鑑別診断、専門医療相談等を実施する認知症疾患医療センターが、全ての2次保健医療圏に設置されています。

○認知症疾患医療センターは、鑑別診断後、治療や入院の受入れ、対応可能な医療機関を確保する役割も担います。専門治療後、認知症疾患医療センターは、認知症の人の状況に応じた適切な対応が行われるよう、かかりつけ医や地域包括支援センター、介護支援専門員等との連絡・調整を行います。認知症疾患医療センターやかかりつけ医等が連携し、環境の変化、状態の変化等があっても、切れ目なく認知症治療を受けることのできる体制の整備が必要となります。

○病院において認知症の人の手術や処置等の適切な実施を確保するためには、病院勤務の看護職

員や医療従事者の認知症対応力の向上を図る必要があります。

- 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。
- 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必要です。

## **(エ) 地域支援**

- 早期診断、早期対応や行動・心理症状（B P S D）、身体合併症等への対応においては、医療、介護の関係機関をはじめ様々な主体が関わることから、医療、介護関係者等の情報共有が必要となります。
- 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、認知症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。
- 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、県内では、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、地域によっては十分に活用されていないところがあります。
- 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。
- 認知症の人本人からの発信の機会を増やし、認知症に関する普及啓発に取り組むため、2020年9月に、全国初となる地域版の認知症本人大使「静岡県希望大使」の委嘱式を行いました。さらに、認知症の人本人による普及啓発活動を強化する必要があります。
- 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年度までに全ての市町で作成されました。今後は、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。
- 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。
- 認知症高齢者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。
- 介護従事者の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年度までに認知症介護指導者養成研修55人、認知症介護実践者研修6,480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。
- 認知症の人やその家族が、同じ立場の人や地域の人、専門職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が、認知症の家族の負担軽減にも活用していく必要があります。
- 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。

- 2020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。
- 認知症が原因と疑われる行方不明者は、県内で208人（2019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、2020年度現在、GPSが12市町、QRコードが11市町、アプリが3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年から2019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。
- 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。
- 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年度現在、10市町で先行的に実施していますが、認知症の人本人がチームの一員として参加している取組は少ない状況にあります。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。
- 若年性認知症相談窓口を2016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年度の相談件数は162件です。
- 若年性認知症の人の居場所（仕事の間）づくり（2017年度、2018年度）やジョブサポート支援事業を実施しており（2019年度、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、就労継続や仕事の場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認知症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。
- 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年3月に施行されて以降、県では、2020年までに約308,000人が認知機能検査を受検し、そのうち、約7,100人が認知症のおそれがあると判定され、約3,800人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。
- 住民主体の移動支援として、2019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。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派遣を実施しています。

- 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。
- 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年度から新たに位置付けられ、一部の市町で取り組みはじめています。

## (2) 今後の対策

### ア 数値目標

	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
継続	認知症サポート医養成研修の受講者数	334人 (2019年度)	400人 (2023年度)	大綱目標値(2025年度に1.6万人)の全国比(医師数)算出数の1割増	県健康増進課調査
	かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	986人 (2019年度)	1,769人 (2023年度)	大綱目標値(2025年度に9万人)の全国比(医師数)	県健康増進課調査
	認知症サポーター養成数	累計361,977人 (2019年度まで)	累計440,000人 (2023年度まで)	2025年度までに50万人、2040年度までに100万人	県健康増進課調査
新規	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% (2019年度)	33% (2023年度)	現状値から1割改善	静岡県の高齢者の生活と意識
	「通いの場」設置数	4,226か所 (2019年度)	5,500か所 (2023年度)	国目標(2025年度に8%)の参加率の1.5倍(12%)の箇所数	県健康増進課調査
	「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 (2019年度)	全市町 (2023年度)	全ての市町で関与	県健康増進課調査
	認知症サポート医リーダー数	130人 (2019年度)	165人 (2023年度)	地域包括支援センター1か所に1人	県健康増進課調査
	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% (2019年度)	80%以上 (毎年度)	現状値を継続して維持	認知症総合支援事業等実施状況調べ

### イ 施策の方向性

#### (ア) 認知症を正しく知る社会の実現（知る）

##### (認知症に関する理解促進)

- 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や活躍の場を拓げるため、引き続き、認知症サポーター・チームオレンジ養成研修を実施するとともに、その活動を周知していきます。
- 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。

##### (相談先の充実周知)

- 認知症に関する相談窓口（地域包括支援センターや認知症疾患医療センター、認知症家族会や当事者団体等）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。また、診断直後から相談窓口につながるよう支援します。
- 市町が作成する認知症ケアパス（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もの）の改善を支援し、活用を促進します。



### (認知症の人本人からの発信支援)

- 認知症本人大使やピアサポーター等、より多くの本人と協力し、市町や地域の活動を支援します。
- 認知症の人本人の声を聞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。

### (イ) 認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）

#### (認知症予防に資する可能性のある活動の推進)

- 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。
- 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。
- 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。
- 介護予防活動への専門職（歯科衛生士・管理栄養士）の関与強化を支援し、口腔ケアや低栄養の改善を推進します。
- 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。

#### (予防に関する国の研究成果や事例の普及)

- 国の研究成果や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。
- 市町等で実施する認知症予防に関する取組を把握し、好事例を国へ報告します。

### (ウ) 地域で支え合いつながる社会の実現（支え合う）

#### (早期発見・早期対応)

- 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。
- 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。

#### (医療体制の整備)

- 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。
- 認知症対応力向上研修の受講者の拡大を図るとともに、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。
- 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。
- BPSDへの対応において、非薬物的介入を第一選択とし、薬物療法を行う際には、高齢者の特性等を考慮した投薬がされるよう「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン（第2版）」を引き続き普及します。
- 法律で身体拘束に関する規定のない医療現場等においても、行動の制限や身体拘束に対して、個人の尊厳を尊重し、人権に配慮した対応が取られるよう働き掛けを行います。
- 「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。

### **(介護者の負担軽減の推進)**

- 認知症高齢者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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 認知症家族会同士、横のつながりが取れるよう働き掛けます。

### **(地域支援体制の強化)**

- 地域支援体制の構築を担う地域包括支援センターや認知症地域支援推進員等を対象に、好事例の共有化を図ります。
- 2020年4月から運用を開始した「見守り・SOS体制の広域連携」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。
- 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。
- 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。
- 認知症サポーターの活動や活躍の場を拓げるため、「チームオレンジ」を先行して実施している市町の事例や認知症の人本人がチームの一員として参加している事例を紹介し、市町の取組を支援します。

### **(若年性認知症の人への支援)**

- 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、協力可能な企業とともに、デイサービスにおける就労メニューの普及を行います。

### **(エ) 誰もが障壁なく暮らす地域づくり(暮らす)**

#### **(バリアフリーのまちづくりの推進)**

- 運転免許を持っていない方や、運転することを望まなかったりする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。
- 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。
- 住民主体の移動支援として、2019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。

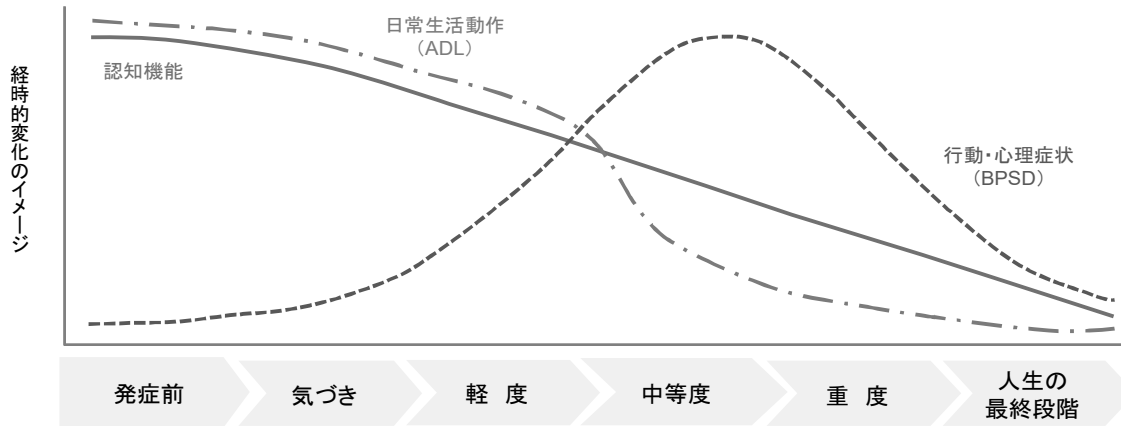
#### **(企業等における認知症に関する取組推進)**

- 市町等が実施するチームオレンジへの企業の参加を促進します。
- 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。



(5) 関連図表

認知症の状態像の変化 (アルツハイマー型)



認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	II	III	IV	—
症状	認知機能障害は見られない	少し気になる様子はあるが、日常生活はほぼ自立	日常生活で見守りなどが必要	日常生活で介助が必要	日常生活で常時介護が必要	ほぼ寝たきりの状態
支援目標	一次予防(生活習慣病の予防、栄養・運動・社会参加の促進、口腔ケア)	早期発見・早期対応 確定診断	本人支援・家族支援 安否確認・見守り 権利擁護 重症化予防	介護保険サービス 地域ネットワーク 重症化予防		在宅医療・介護施設 看取り

各職種の役割

発症前	気づき	軽度	中等度	重度	人生の最終段階
予防	早期発見・早期対応	重度化予防			看取り
本人支援					
家族支援					
認知症サポーター					
キャラバン・メイト					
認知症地域支援推進員					
リハ専門職、保健師、歯科衛生士、管理栄養士					
かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師					
認知症サポート医					
ピアサポーター					
若年性認知症支援コーディネーター					
ケアマネジャー					
介護従事者					
成年後見人					



## 第5節 地域リハビリテーション

### 【対策のポイント】

- 地域リハビリテーションに関わる多職種による全体像の共有と住民への周知
- 地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成と活動しやすい環境整備
- 予防期から急性期、回復期、生活期まで、切れ目のないリハビリテーション体制の構築

### (1) 現状と課題

#### ア 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

##### (ア) 全体像

##### (連携)

- 静岡県の要介護（支援）認定者数は、2010年3月の128,443人から2020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。
- 2019年度の国民生活基礎調査によると、要介護（支援）認定を受ける理由として、要介護者では、認知症、脳血管疾患、骨折・転倒の順で多くなっており、要支援では、関節疾患、高齢による衰弱、骨折・転倒の順となっていることから、介護予防の取組や重度化防止の観点からのリハビリテーションが必要になります。
- 地域リハビリテーションに関わるそれぞれの職種で、そ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。
- 予防を含む地域リハビリテーションの理念や必要性について、県民をはじめ多職種・多機関の理解を深める必要があります。
- かかりつけ医やかかりつけ歯科医、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、地域リハビリテーション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くことが必要です。
- 2020年5月現在、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が、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。
- 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。

##### (地域リハビリテーション広域支援センター)

- 県内に8か所ある地域リハビリテーション広域支援センターについて、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の役割や体制を見直す必要があります。

##### (イ) 専門職の育成

- 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、薬剤師、管理栄養士等様々な職種の関わりが必要となるため、各職能団体と連携して、体制を整備する必要があります。

- 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、地域包括支援センターと協力して、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。
- 2020年5月現在、かかりつけ医の相談役や地域づくりへの協力をを行う地域リハビリテーションサポート医は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が、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必要があります。
- 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の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されており、2019年度の派遣件数は2,374件となっています。
- 2019年度では地域ケア会議（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。
- 言語聴覚士の数は少なく、不足している地域もあり、地域ごとの活動に差があることから、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の十分なサービスが提供できていません。
- 2019年度には、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が、20市町あります。
- 全ての専門職が予防や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。

#### **(ウ) 住民への普及啓発**

- 地域の関係者や住民に、医療・介護サービスに加え、地域の助け合いやボランティアなどによるインフォーマルサービスといった地域リハビリテーションの資源を更に周知していく必要があります。
- 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（口腔機能の軽微な低下）予防や低栄養、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。

### **イ 各段階における地域リハビリテーションの充実**

---

#### **(ア) 予防期（健康づくり、介護予防・重度化防止）**

- 予防の必要性を住民が認識し、住民主体の通いの場（以下、「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。
- 高齢者が自ら運営に参加し、体操や趣味活動などを行う通いの場は、2019年度、県内に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。

- 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。
- 住民主体の介護予防活動を推進するためには、介護予防リーダーなどの担い手不足が課題となっているため、自治会や民生委員・児童委員、社会福祉協議会等が協力してボランティア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。
- 併せて、通いの場等の創出には、行政や生活支援コーディネーター、地域包括支援センターとの連携が必要です。
- また、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リハビリテーション専門職等の関与を促進してきましたが、2020 年度に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施<sup>1</sup>」が施行されたことから、通いの場等への多様な医療専門職の関与が求められています。
- 市町における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組を支援するため、通いの場への地域リハビリテーションサポート医・推進員、リハビリテーション専門職、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種関与を更に促進する必要があります。
- 併せて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、保健師・看護師とその他の専門職と連携した取組が必要です。
- 加えて、かかりつけ医が患者の介護予防の視点を持ち、継続的に重度化を防ぐ必要があります。
- 新型コロナウイルス感染症の流行下においても、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を工夫することが必要です。
- 予防期では、住民主体の介護予防活動を推進するだけでなく、事業対象者など要介護状態になるリスクが高い高齢者に対し、自立支援の視点を入れたケアマネジメントを行い、心身の状態を把握しながら適時・適切に医療機関への受診や総合事業の多様なサービスの利用などを促し、介護が必要になる状態になることを予防する取組も必要です。
- 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。
- 将来の全世代における介護予防を含めた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必要です。
- 静岡県は、脳血管疾患を除き、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います。
- 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。

### **(イ) 急性期**

- 急性期においては、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、退院支援が必要となっています。

---

<sup>1</sup> 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施：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の整備。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。



- 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、早期の歯科的介入や、術前からの口腔ケアを実施する必要があります。

### **(ウ) 回復期**

- 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老人保健施設、介護医療院で行われていますが、回復期全体を通じた質の向上が必要です。
- 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必要となりますので、退院時に円滑な在宅復帰のための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（会議）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、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。

### **(エ) 生活期（日常生活への復帰）**

#### **(退院後のリハビリテーションの継続)**

- 3～6か月で運動器の機能向上等を行う介護予防・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、2020年4月時点で24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、退院後なども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、退院後などで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、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必要です。

#### **(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ことが必要です。
- 心身機能が低下した人の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では、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。

### (予防期への移行)

- 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期に移行し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や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）を、自立支援、介護予防・重度化防止の視点を重視した自立支援型の地域ケア会議（個別会議）へと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入れるようにすることが必要です。
- 退院後、後遺症が残っていても仕事の内容によっては働けるにも関わらず、引きこもるケースがあります。離職者向けや障害のある人に対する職業訓練につなげ、再就職を促していく必要があります。

## (2) 今後の対策

### ア 数値目標

	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
新規	地域リハビリテーションサポート医養成者数	69人 (2019年度)	165人 (2023年度)	地域包括支援センター1か所に1人	県健康増進課調査
	「通いの場」設置数	4,226か所 (2019年度)	5,500か所 (2023年度)	国目標(2025年度に8%)の参加率の1.5倍(12%)の箇所数	県健康増進課調査
	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 (2020年度)	全市町 (2023年度)	全ての市町での取組実施	県健康増進課調査
	「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 (2019年度)	全市町 (2023年度)	全ての市町で関与	県健康増進課調査

### イ 施策の方向性

#### (ア) 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

##### (全体像)

##### 【連携】

- 関係団体と協力し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。

### 【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、必要に応じ再指定を視野に入れて、県内全ての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。

### （専門職の育成）

- 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。
- 関係団体と協力し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地域リハビリテーション協力機関として指定し、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。
- 言語聴覚士が、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。

### （住民への普及啓発）

- 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。

### （イ）各段階における地域リハビリテーションの充実

#### （予防期（健康づくり、介護予防・重度化防止））

- 介護ボランティアの育成や地域包括支援センター職員による担い手養成・組織化を図り、担い手の確保を促進します。
- 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や歯科衛生士、管理栄養士を市町事業へ派遣する仕組みづくりを行います。
- 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地域リハビリテーション協力機関として指定し、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。

- 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取組を支援します。
- 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、介護予防・重度化防止の視点を重視した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。
- 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のほか、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。

#### **（急性期）**

- 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・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、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必要なことから、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ように、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。

#### **（回復期）**

- それぞれの医療機関や介護老人保健施設、介護医療院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・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必要なことから、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ように、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。

## **(生活期（日常生活への復帰）)**

### **【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。
- 状態に応じた、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・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。

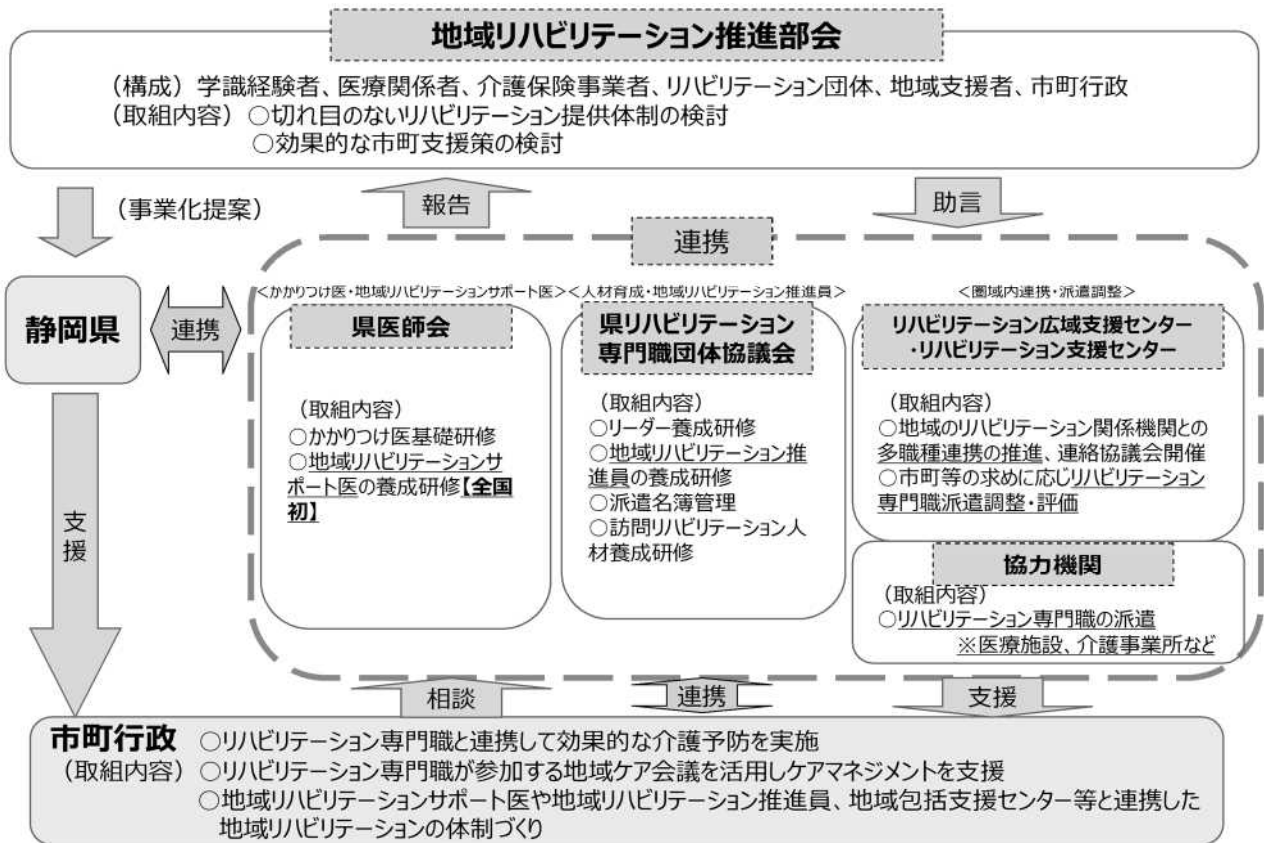
### **【生活・身体機能維持】**

- 訪問介護員（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できる体制の強化を図ります。
- ケアマネジャーに対して、リハビリテーション専門職と他の職種との連携の重要性について理解を促進します。
- 県民に対して、本人のできることを大切にし、できることを増やしていき、自立していく意識の啓発を促進します。
- 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。

### **【予防期への移行】**

- 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・推進員の自立支援型の地域ケア会議（個別会議）への参画を更に促進します。
- 各圏域における地域リハビリテーションサポート医・推進員の活動を促進するため、地域リハビリテーション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など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、自立支援型の地域ケア会議（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。
- リハビリテーション中の方に職業訓練に関する制度の周知が進むよう、リハビリテーション専門職への周知に取り組みます。

<地域リハビリテーションの推進体制>



地域リハビリテーション広域支援センター等一覧

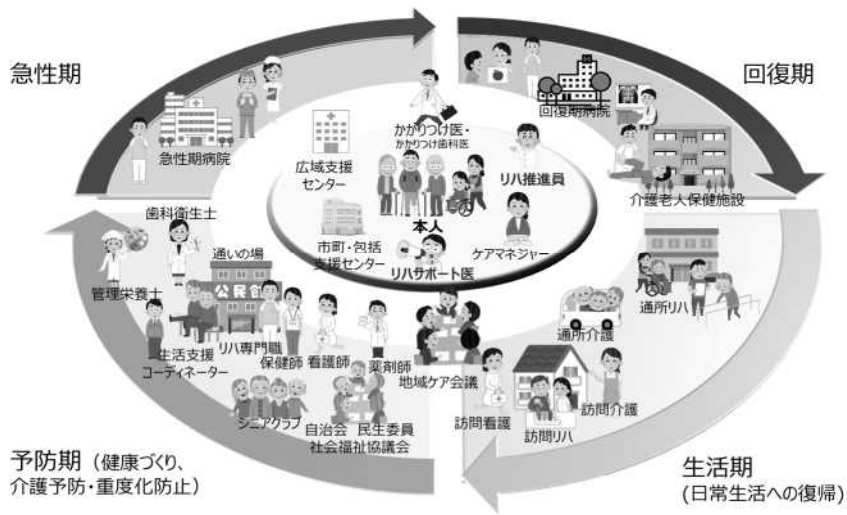
(2021年2月現在)

圏域	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支援センター	地域リハビリテーション協力機関
賀茂	熱川温泉病院	伊豆東部総合病院、伊豆今井浜病院、下田メディカルセンター	1 医療機関・施設
熱海伊東	国際医療福祉大学熱海病院	熱海所記念病院、市立伊東市民病院	8 医療機関・施設
駿東田方	中伊豆リハビリテーションセンター	NTT 東日本伊豆病院、リハビリテーション中伊豆温泉病院、フジ虎ノ門整形外科病院、沼津リハビリテーション病院	11 医療機関・施設
富士	富士いきいき病院	フジヤマ病院、湖山リハビリテーション病院、富士整形外科病院、新富士病院	5 医療機関・施設
静岡	静岡リハビリテーション病院	市立清水病院、静岡済生会総合病院、白萩病院	14 医療機関・施設
志太榛原	コミュニティーホスピタル甲賀病院	島田市立総合医療センター、藤枝市立総合病院、榛原総合病院、岡本石井病院、聖陵リハビリテーション病院	3 医療機関・施設
中東遠	磐田市立総合病院	中東遠総合医療センター、菊川市立総合病院、公立森町病院、市立御前崎総合病院	10 医療機関・施設
西部	浜松市リハビリテーション病院	天竜すずかけ病院、天竜厚生会診療所、佐久間病院、引佐赤十字病院、市立湖西病院	21 医療機関・施設
計	8 医療機関	30 医療機関	73 医療機関・施設

### (3) 地域リハビリテーションの体制図

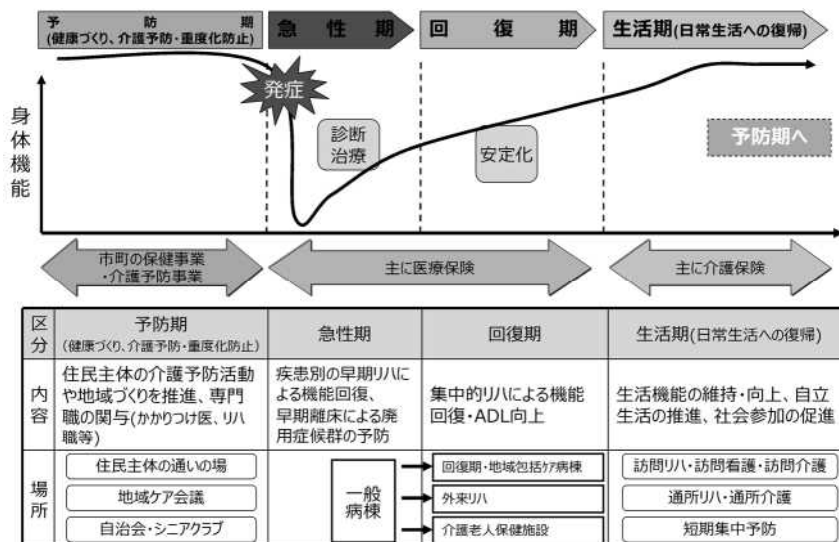
#### ア 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

- 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本人を支えながら、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、切れ目なく支援することを目指します。
- 本県の地域リハビリテーションは、疾病からの回復だけでなく、介護予防や疾病予防も含めた幅広い概念です。



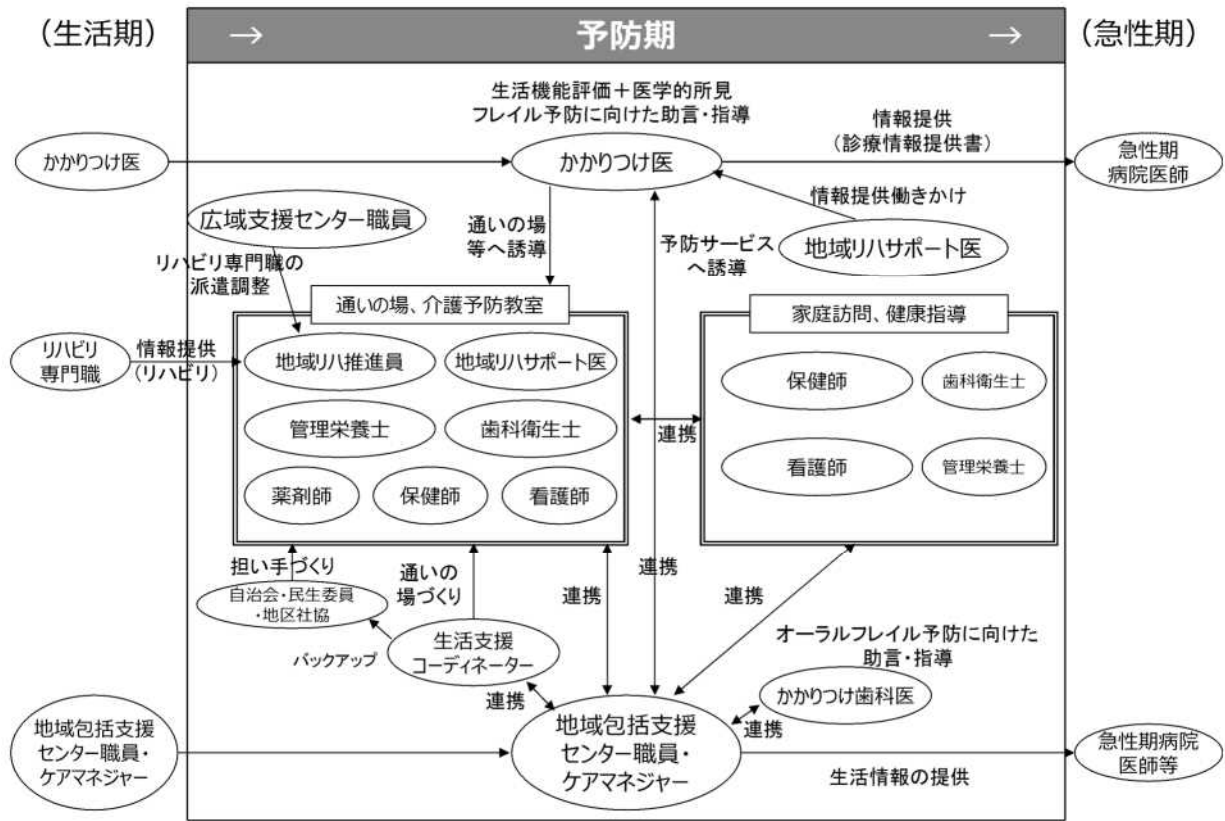
#### イ 地域リハビリテーション全体の流れ

- 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、疾病予防や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必要です。
- そのためには、各段階における地域リハビリテーションの提供体制を整備し、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。



(4) 関連図表

<図1：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）>



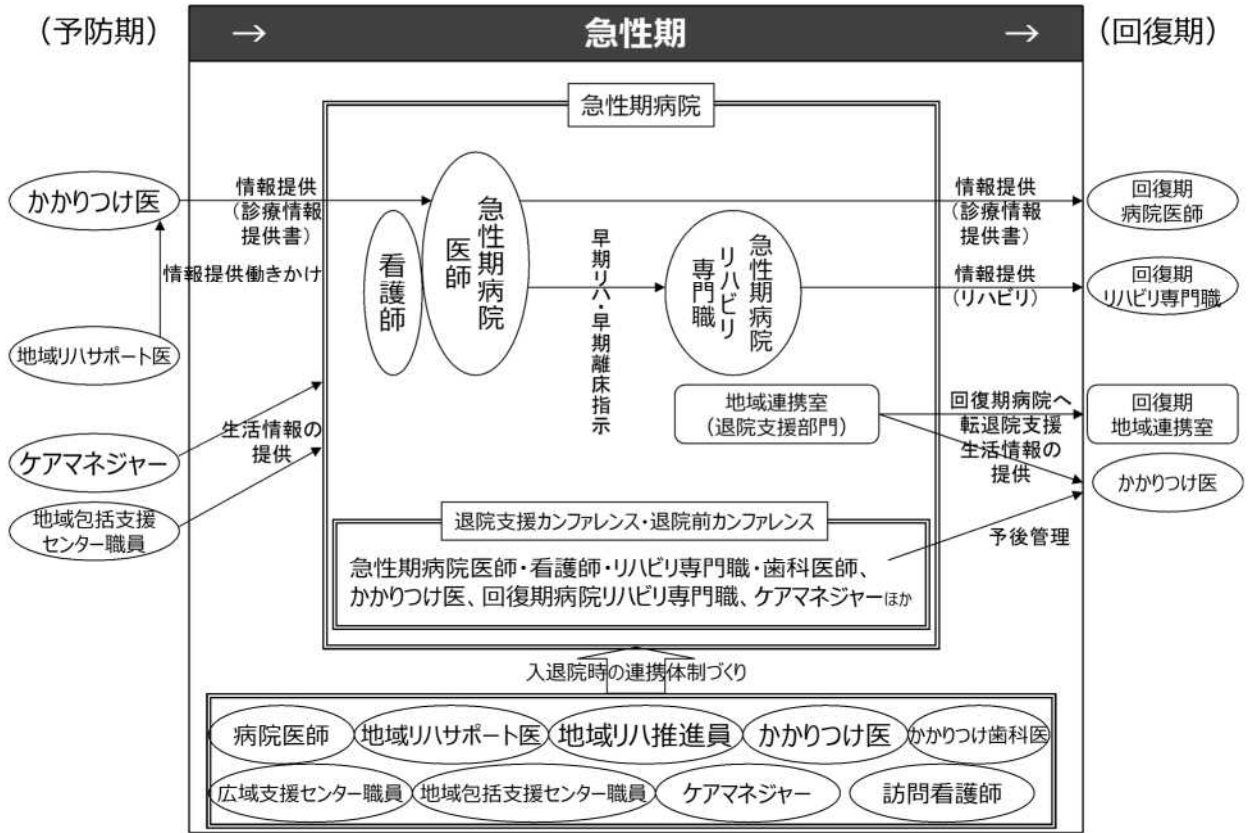
<表1：関係職種に期待される役割（予防期）>

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
	看護師	・通いの場や家庭訪問等で、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
	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 ・口腔機能低下リスク者等に対して家庭訪問による歯科相談
	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 ・低栄養リスク者等に対して家庭訪問による栄養相談
	薬剤師	・地域住民に対する慢性疾患などの重症化予防のための薬学的管理・指導 ・通いの場等における薬の適正使用等の観点から助言
	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



区分	職 種	役 割
全ての段階（期） に関わる職種	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・患者の生活機能低下への気付きとその対応</li> </ul>
	かかりつけ歯科医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の口腔機能の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</li> </ul>
	地域リハビリテーション 広域支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>
	地域包括支援 センター職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立した生活ができるよう支援する介護予防ケアマネジメントの実施</li> <li>・通いの場等や、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</li> </ul>
	地域リハビリテーション サポート医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・かかりつけ医・ケアマネジャーに対する研修会の講師</li> <li>・地域ケア会議（個別会議）における医学的視点からの助言</li> </ul>
	地域リハビリテーション 推進員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町や関係機関と地域リハビリテーションの仕組みづくり</li> <li>・地域ケア会議（個別会議）で自立支援の視点から助言</li> <li>・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</li> </ul>

<図2：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（急性期）>

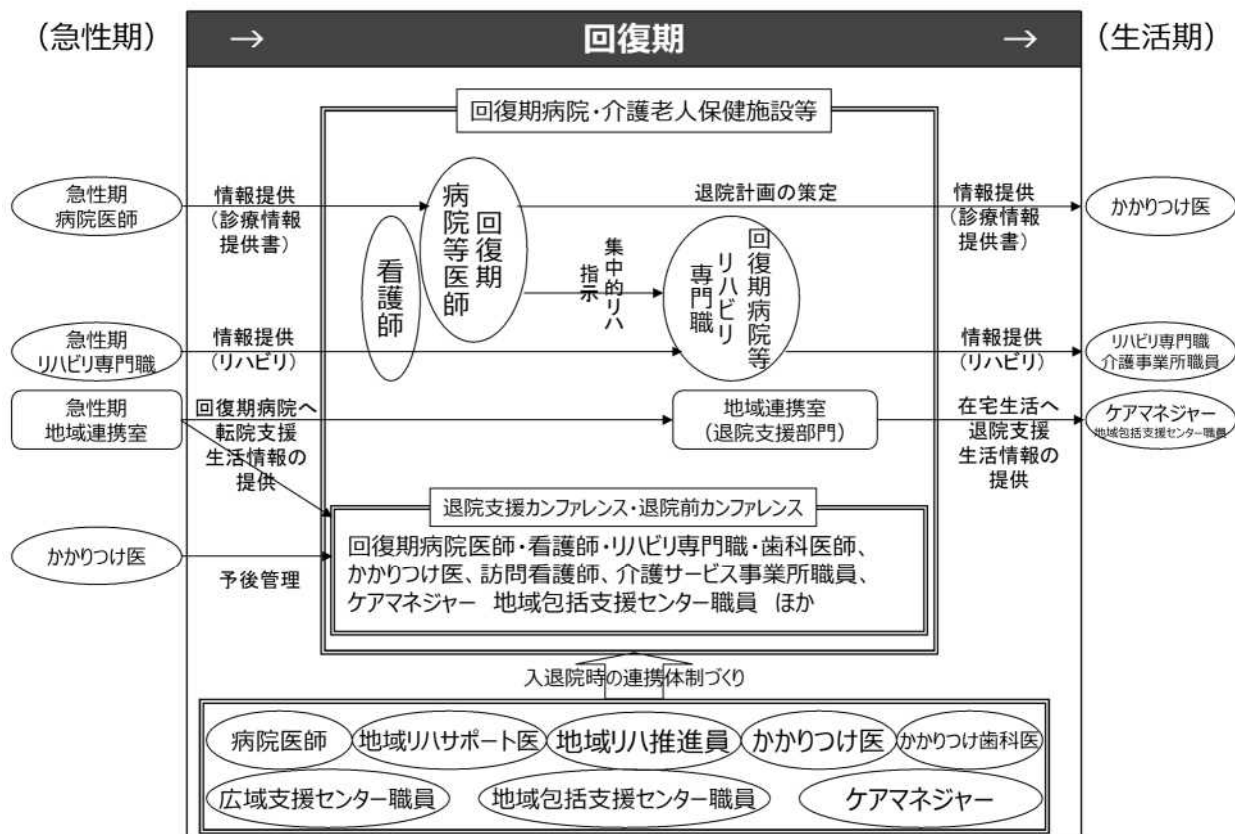


<表2：関係職種に期待される役割（急性期）>

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"> <li>疾患別の早期リハビリテーションによる機能回復</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>
	急性期病院 看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>重篤化予防に向けた適切な看護ケアの提供</li> <li>退院に向けた在宅調整</li> </ul>
	急性期病院 リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	<ul style="list-style-type: none"> <li>疾患別の早期リハビリテーションによる機能回復</li> <li>早期離床による廃用症候群の予防</li> </ul>
	急性期病院 歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>歯科医療の提供</li> <li>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</li> </ul>

区分	職 種	役 割
全ての段階(期)に関わる職種	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院時の患者情報（診療情報提供書）の提供</li> <li>退院支援カンファレンス等への参加</li> <li>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</li> </ul>
	かかりつけ歯科医	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
	地域リハビリテーション 広域支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院時に入院前の生活状況等を病院等へ情報提供</li> <li>入院時に退院後を見据えて、利用者・入所者の要介護認定の新規申請や更新認定の手続き</li> <li>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</li> </ul>
	地域包括支援 センター職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院時に入院前の生活状況等を病院等へ情報提供</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>
	地域リハビリテーション サポート医	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>
	地域リハビリテーション 推進員	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>

<図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（回復期）>



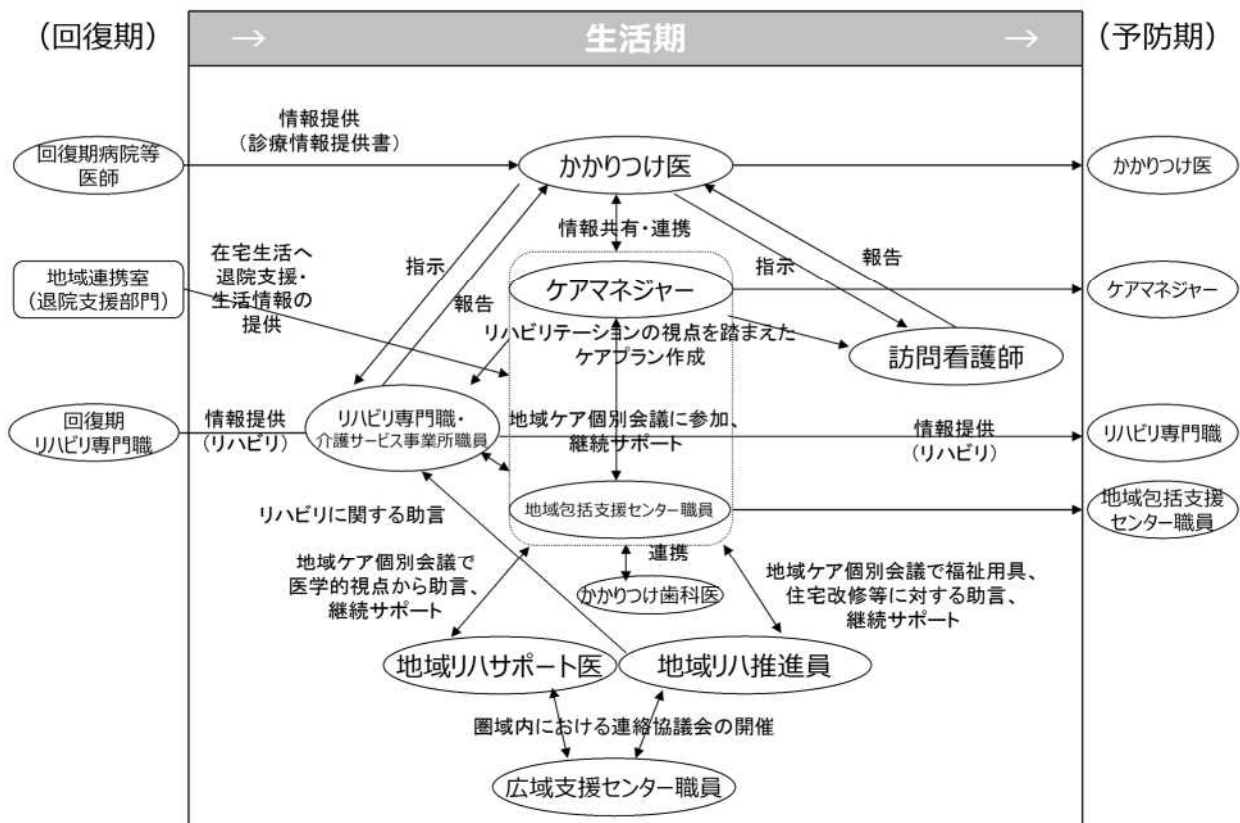
※急性期から退院して回復期を経ずに生活期（日常生活への復帰）へ移行される方もいる。

<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"> <li>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</li> <li>退院支援計画の策定と実施</li> <li>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</li> </ul>
	回復期病院 リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>退院後の生活を想定した退院支援計画の策定と実施</li> <li>退院後の支援スタッフへの情報提供と連携</li> </ul>
	回復期病院 歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>歯科医療の提供</li> <li>退院後の継続的な口腔機能管理の提供に向けた関係機関等との連携</li> </ul>
	訪問看護師・ 看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>退院後の支援チームとの情報交換と連携</li> </ul>
	介護サービス 事業所職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>

区分	職 種	役 割
全ての段階（期） に関わる職種	かかりつけ医	・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	・病院への訪問歯科診療の実施、関係機関との連携
	地域リハビリテーション 広域支援センター職員	・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	・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	・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
	地域リハビリテーション サポート医	・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
	地域リハビリテーション 推進員	・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

<図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（生活期）>



<表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"> <li>・重症化しないための生活管理</li> <li>・チームケアにおける調整機能</li> <li>・リハビリテーション提供に伴い、利用者の病状変化があった場合に、かかりつけ医へ報告</li> <li>・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</li> </ul>
	リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者等や家族に対する総合的な相談・支援</li> <li>・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</li> </ul>
	介護サービス事業所職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅の要介護高齢者に対し日常生活訓練などを実施</li> <li>・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</li> </ul>

区分	職 種	役 割
全ての段階（期） に関わる職種	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の状態に応じたり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</li> <li>・介護サービス提供時のリスク管理に関する助言</li> <li>・「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</li> </ul>
	かかりつけ歯科医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問歯科診療等の実施</li> <li>・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</li> </ul>
	地域リハビリテーション 広域支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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などとの連携調整</li> <li>・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</li> </ul>
	地域包括支援 センター職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者等や家族に対する総合的な相談・支援</li> <li>・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</li> </ul>
	地域リハビリテーション サポート医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・地域の専門職や関係機関からの相談への対応</li> <li>・必要なリ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</li> </ul>
	地域リハビリテーション 推進員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・地域ケア会議（個別会議）で自立支援の視点から助言</li> </ul>