

第 10 次静岡県長寿社会保健福祉計画（案）

<第 10 次静岡県老人福祉計画・第 9 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	4
1 高齢者を取り巻く現状と課題	4
2 第9次計画の成果と課題	5
3 地域包括ケアシステムの深化・充実に向けての計画の理念と 施策の方向	6
4 計画の推進と進行管理等	8

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	10
1 分野を越えた福祉の推進	10
(1) 地域共生の意識醸成	10
(2) 包括的支援の促進	11
(3) ふじのくに型福祉サービスの推進	14
(4) 権利擁護の推進	16
2 地域活動の推進	16
(1) 生きがいつくり活動・社会参加の促進	17
(2) 住民主体の支え合い活動の推進	20
3 地域共生社会の環境整備	22
(1) 住まいの安定的な確保	22
(2) 移動・外出しやすい環境整備	24
(3) 働きやすい環境整備	26
4 安全・安心の確保	27
(1) 防犯まちづくりの推進	27
(2) 消費者被害の防止と救済	27
(3) 交通安全対策の推進	28
(4) 防災対策・災害対策の推進	29
(5) 感染症対策の推進	32
第2 健康づくりと介護予防・重度化防止の推進	36
1 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿	36
(1) 全体像	37
(2) 専門職の育成・確保	38
(3) 住民への普及啓発	40

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）	41
	(2) 急性期	47
	(3) 回復期	49
	(4) 生活期（日常生活への復帰）	52
3	科学的知見に基づいた健康寿命の延伸	57
	(1) 根拠に基づく健康福祉施策の推進	57
	(2) 社会健康医学の推進	58
第3	認知症とともに暮らす地域づくり	61
1	認知症を正しく知る社会の実現（知る）	62
	(1) 認知症に関する理解促進	63
	(2) 相談先の充実・周知	66
	(3) 認知症の人本人からの発信支援	68
2	認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）	69
	(1) 認知症予防に資する可能性のある活動の推進	69
	(2) 予防に関する国の研究成果や事例の普及	72
3	地域で支え合いつながる社会の実現（支え合う）	72
	(1) 早期発見・早期対応	73
	(2) 医療体制の整備	76
	(3) 介護サービスの基盤整備、介護者の負担軽減の推進	80
	(4) 地域支援体制の強化	83
	(5) 若年性認知症の人への支援	85
4	誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）	87
	(1) バリアフリーのまちづくりの推進	87
	(2) 企業等における認知症に関する取組推進	88
	(3) 社会参加支援	88
第4	在宅生活を支える医療・介護の一体的な提供	91
1	在宅医療・介護連携の推進	91
	(1) ほぼ在宅・ときどき入院の仕組みづくり	92
	(2) 在宅医療・介護連携推進事業の支援	94
2	在宅医療のための基盤整備	95
	(1) 訪問診療の促進	96
	(2) 訪問看護の充実	97
	(3) 歯科訪問診療の促進	99
	(4) かかりつけ薬局の促進	100
3	人生の最終段階を支える体制整備	103
	(1) 人生の最終段階に関する理解促進	103
	(2) 介護施設での看取りの推進	104
	(3) 在宅看取りの推進	105

第5	自立と尊厳を守る介護サービスの充実	108
1	介護サービス基盤の整備	108
	(1)需要に応じた介護サービス基盤の整備	110
	(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	113
2	介護サービスの質の確保・向上	114
	(1)事業者の指導・監督	114
	(2)高齢者虐待の防止	116
	(3)身体拘束の廃止	118
	(4)優良事業所の育成	119
3	介護サービスの安全対策の推進	120
	(1)高齢者施設等の防災・防犯対策	121
	(2)介護事業所の感染症対策	122
4	利用者及び介護家族等への支援	124
	(1)介護サービスの利用支援	125
	(2)家族による介護の支援	127
5	適正な介護保険制度の運用	129
	(1)市町の介護保険財政等への支援	130
	(2)介護給付等の費用の適正化(第6期静岡県介護給付適正化計画)	132
第6	地域包括ケアを支える人材の確保・育成・定着	139
1	介護職員の確保・育成・定着	141
	(1)新規就業の促進	141
	(2)介護の仕事の理解	143
	(3)職員の育成、職場定着の促進	144
	(4)訪問介護員(ホームヘルパー)の確保・育成・定着	146
	(5)外国人人材の確保・育成・定着	148
	(6)生産性向上の推進	149
2	ケアマネジャーの確保・ケアマネジメントの質の向上・定着	150
	(1)ケアマネジャーの確保・ケアマネジメントの質の向上	151
	(2)ケアマネジャーの定着	153
3	多様な担い手の確保・育成・定着	154
	(1)リハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士・栄養士、 訪問看護師の確保・育成・定着	154
	(2)地域支援事業における多様な担い手の確保・育成・定着	156

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	161
賀茂圏域	162
熱海伊東圏域	168
駿東田方圏域	172
富士圏域	177
静岡圏域	181
志太榛原圏域	185
中東遠圏域	190
西部圏域	194
県計	198

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、静岡県のご総人口は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、2022(令和4)年には1,091,752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、将来を見据えた医療、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」を深化・充実することが必要です。

地域包括ケアシステムの深化・充実に向けては、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、関連の取組が本格的になされており、県内の各市町で多職種・多機関の連携体制等が形成されてきています。

本計画は、地域包括ケアシステムを深化・充実するため、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、本県の総合計画の分野別の実施計画であり、「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」後期アクションプランにおける主な記載箇所

2 安心して暮らせる医療・福祉の充実

2 いつまでも自分らしく暮らせる長寿社会づくり

3 計画の期間

計画の期間は、2024(令和6)年度から2026(令和8)年度までの3年間です。

この計画の見直しは、2026(令和8)年度に実施し、次の計画は、2027(令和9)年度から2029(令和12)年度までの3年間です。

なお、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、2040年を展望した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

2022(令和4)年現在の静岡県の高齢者人口は1,091,752人、総人口に占める割合は30.7%となっています。

高齢者のうち、65歳～74歳の人口は509,782人、75歳以上の人口は581,970人、総人口に占める割合はそれぞれ14.2%、16.4%となっています。

2022(令和4)年から団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040(令和22)年までに高齢者人口は約6万9千人増加すると推計されていますが、65歳～74歳以下の人口は約3万人減少する一方、75歳以上の人口は約9万9千人増加するため、高齢者の中の高齢化が進行します。

2020(令和2)年現在、静岡県の総世帯数は1,483,472世帯、高齢者ひとり暮らし世帯は166,069世帯、高齢者夫婦のみ世帯は162,423世帯と総世帯に占める割合はそれぞれ、10.9%、11.2%となっています。

2040(令和22)年の高齢者ひとり暮らし世帯は225,710世帯、高齢者夫婦のみ世帯は192,880世帯と2020(令和2)年からそれぞれ約6万世帯、約3万世帯増加する見込みです。

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

2019(令和元)年現在の静岡県の平均寿命は男性81.41歳、女性87.24歳と、全国平均の81.41歳、87.45歳と比べ、男性は同様、女性は0.21歳短くなっています。

2019(令和元)年の静岡県の健康寿命は男性73.45歳、女性76.58歳と、ともに全国5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11年となっています。

(3) 高齢者の生活と意識

2022(令和4)年度に、要介護(支援)認定を受けていない高齢者(以下、「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(以下、「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が高くなるほか、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だけでできる割合は減少傾向にあります。

また、2023(令和5)年2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43.4%であったのに対し、人口動態統計によると2022(令和4)年現在、自宅等で亡くなる割合は17.4%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

2023(令和5)年4月現在の要介護(支援)認定者は188,230人、認定率は16.8%となっており、前回(2020年度)の計画策定時に比べ、9,060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63,594人、要介護(支援)認定者に占める割合は33.8%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、2022(令和4)年10月時点で、135,126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。

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。

2023(令和5)年5月には、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」が成立し、介護情報基盤の整備、介護サービス事業所の財務状況等の見える化や、介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務などを含む介護保険制度等の改正が行われました。

2 第9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おり、直近の2023(令和5)年度は、7月に開催された分科会へ報告を行いました。

第9次計画の現在の進捗状況は、88の数値目標のうち、2023(令和5)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51指標、数値改善が21指標、目標まで隔たりがあるものが10指標、実績未確定が6指標でした。

また、具体的な取組として記載した事項については、378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深化・充実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はなく、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

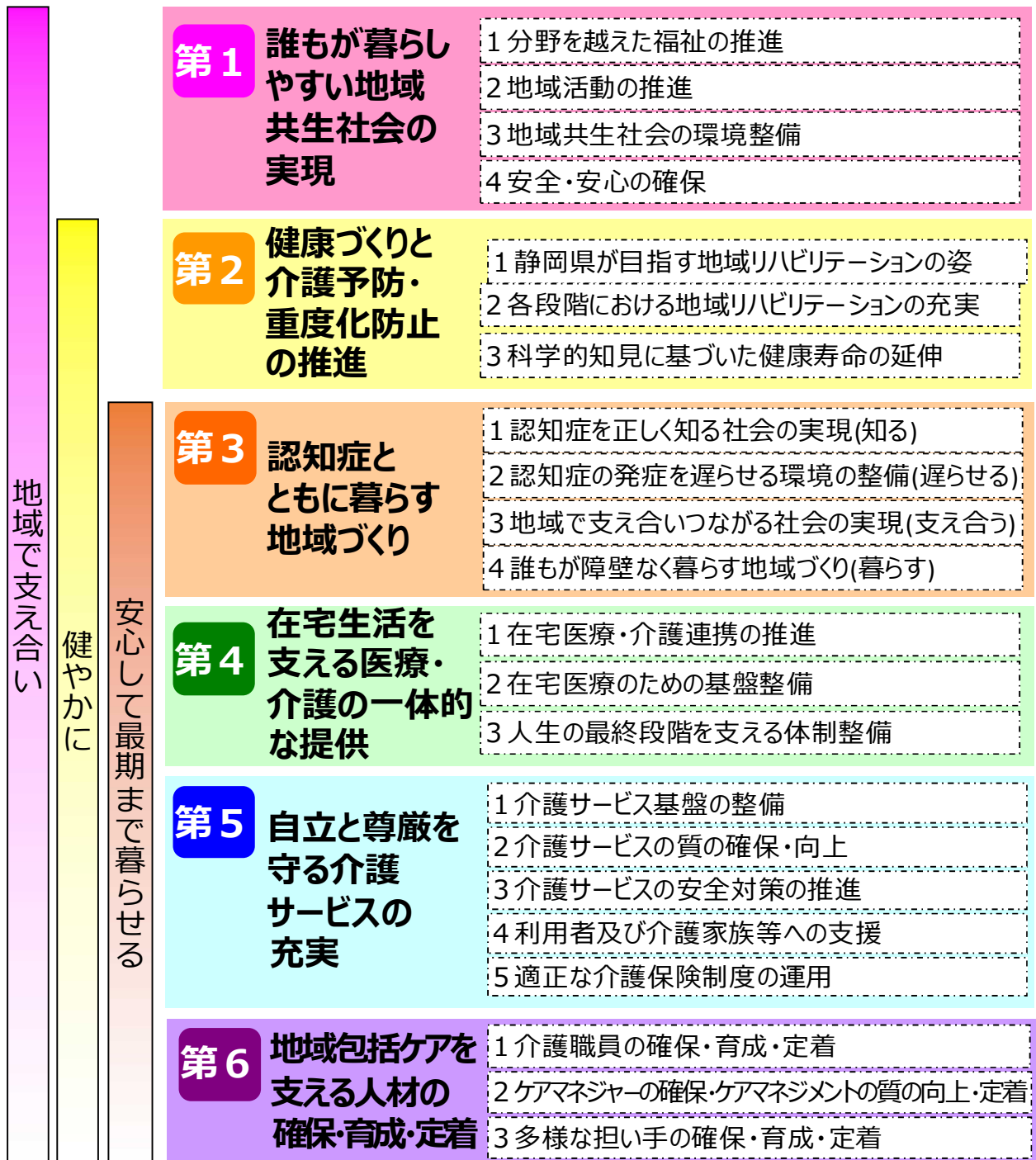
地域包括ケアシステムは、現在、高齢期のケアを念頭に構築されていますが、地域で必要な支援を包括的に提供するという考え方は、障害のある人、子ども、生活困窮者などへの支援にも共通するものです。

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、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、健やかに、安心して最期まで暮らせる長寿社会の実現」を理念に、6つの柱を立て施策を推進します。



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。

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2022(令和4)年度、目標値は2026(令和8)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。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 施策の方向性

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に対する支援においては、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、何らかの支援を必要としている場合があります。

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の支援と連携して支えていくことが必要です。

県では、各福祉分野の施策をつなぐ計画として第4期静岡県地域福祉支援計画を2021（令和3）年3月に策定しており、基本目標である「一人ひとりが主体的に地域づくりに参画し、人と人、人と社会がつながる孤立しない地域共生社会」を目指し、共生の意識づくり、共生の地域づくり、福祉の基盤づくりを3つの施策の方向とし、取組を推進します。

また、新型コロナウイルス感染症の流行により、地域とのつながりが希薄になるなど、孤独・孤立が深刻化・顕著化しました。このような社会に内在する孤独・孤立問題への対応するための体制整備を推進します。

(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広げ、地域共生社会に発展させるためには、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】

- 静岡県地域福祉支援計画に基づき、市町の地域福祉計画の達成を支援することで、地域福祉の推進を図り、地域共生社会の実現を図ります。
- 多様化、複合化する地域の生活課題を「我が事」として地域全体で取り組むためには、お互いの個性や多様性を尊重し認め合い、地域で共に支え合い、地域を共に創る「地域共生」の意識づくりが重要であることから、静岡県社会福祉協議会、市町、関係団体等との連携により地域共生の意識を醸成します。
- 小・中学校では、人権尊重の精神に基づき、「特別の教科 道徳」や「総合的な学習の時間」「特別活動」等の様々な場面で福祉教育を推進します。
- 高等学校では、保育・介護体験学習により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。

(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支援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、支援する職員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、居住確保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地域の中で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、市町の包括的支援体制の構築を一層推進するため、高齢者、障害のある人、子ども、生活困窮者の各福祉分野を越えて、相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に行う新たな事業として、重層的支援体制整備事業が創設され、国の財政支援などが盛り込まれました。
- このことにより、従来、分野ごとに行われていた相談や地域づくりに関する事業を一体的に実施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。
- さらに、社会環境の変化により、人と人とのつながりが希薄化し、新型コロナウイルス感染症の流行により、深刻化・顕著化した孤独・孤立問題に対応するため、「孤独・孤立対策推進法」が2024（令和6）年4月1日から施行されます。
- 「孤独・孤立対策推進法」は、国及び地方において総合的な孤独・孤立対策に関する施策を推進するため、その基本理念や国等の責務、施策の基本となる事項、国及び地方の推進体等について定めるものです。
- 孤独・孤立の問題は複合的な要因によるものであり、当事者等への支援を行う者それぞれ単独での対応は困難であることから、関係者相互間の連携と協働を促進することが必要です。
- 2022（令和4）年度に本県が実施した調査では、孤独・孤立対策に資する活動を実施（検討を含む）するNPOは160団体で、このうち7割以上が「事業実施に当たりNPO間の連携が必要」と回答しており、関係団体同士のつながりの構築が重要となっています。
- また、高齢者、障害のある人、子ども、一人暮らし高齢者などさまざまな人があたたかいふれあいのなかで自立、連携して快適な日常生活を送ることができる地域社会をつくるため、地域支援コーディネーターの養成が大切です。
- 地域社会づくりを推進する担い手である民生委員・児童委員について、地域の

生活課題が多様化、複雑化するなど、負担の軽減が課題となっています。

- 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2022（令和4）年の刑法犯認知件数は、14,269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。
- 犯罪や非行をした者の中には、貧困や疾病、依存症、厳しい生育環境等、様々な生きづらさを抱え、立ち直りに多くの困難を抱える人がおり、犯罪を減らし、安全・安心な地域であるためには、国、地方公共団体、民間団体等が連携して支援する必要があります。
- 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。
- これらの高齢者等が、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ため、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が市町の障害福祉をはじめとした多様な部局と連携できるように、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の強化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。
- 個人や世帯の抱えるあらゆる相談を包括的に受け止め、多機関協働により課題解決に向けた相談支援を行うとともに、社会参加の支援や住民主体の地域づくりに向けた支援を一体的に行うことにより、包括的支援を促進します。
- 静岡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。
- 孤独・孤立対策推進法が2024（令和6）年4月から施行されることを踏まえ、各市町において、関係機関等により構成され必要な情報交換及び支援内容に関する協議を行う「孤独・孤立対策地域協議会」の設置を促進します。孤独・孤立対策に取り組む官・民・NPO等の関係団体間のネットワークづくりを進

め、行政と団体や団体間の相互理解を促進するとともに、各団体の得意分野を活かした多面的な支援につなげていきます。

- 市町をはじめ社会福祉法人やNPOで構成する「ふじのくに孤独・孤立対策プラットフォーム」に関係団体の参画を促し、支援事例の情報交換などを通じて、行政と団体間の相互理解を促進します。
- 地域福祉コーディネーター（コミュニティソーシャルワーカー）養成研修等を実施し、小・中学校区単位等で行われる住民主体の地域づくりや個人・家庭の個別支援の核となる人材を養成します。
- 住民と協働し、地域づくりを推進する担い手である民生委員・児童委員の活動を支援し、多様化、複合化する地域の生活課題等に対応できるよう民生委員・児童委員に対する研修や活動内容等に関する広報を行います。
- 犯罪を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、国の刑事司法関係機関や民間団体等と連携して施策を講じます。
- 福祉的支援を必要とする被疑者、被告人等の福祉サービス等の利用調整や釈放後の継続的な援助を行うとともに、帰住先を含めたニーズ把握、受入先調整、退所後のフォローアップ業務を行うことにより、社会復帰を支援していきます。
- 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。
- 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や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、県が2010(平成22)年度から推進しているものです。(表1-1)
- ふじのくに型福祉サービスの取組開始から13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「共生型福祉施設」の一つである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。
- 居場所は、2023(令和5)年4月現在667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、2023（令和5）年4月現在、実施している市町は23市と取組の拡がりが必要です。
- 共生型福祉施設は、高齢者向けの施設で障害のある人や子どもを受け入れたり、障害のある人向けの施設で高齢者や子どもを受け入れるなど、対象や制度の枠組みを越えて利用者が共に過ごすことができる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、2023（令和5）年4月現在、126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。

<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や一体化により、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
共生型サービス	介護保険又は障害福祉のいずれかの該当サービスを受けている事業所について、もう一方の事業所指定の要件を緩和する制度を活用した指定サービス

【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、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。

- 障害のある人が身近な場所で障害福祉サービスを受け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。

(4) 権利擁護の推進

【現状と課題】

- 認知症などにより判断能力が低下した高齢者は、人権や権利の侵害を受けやすい状況にあります。特に、ひとり暮らし高齢者や判断力の低下した高齢者は、虐待や消費者被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。しかしながら、後見人等による財産管理のみを重視するのではなく、認知症高齢者等の特性を理解した上で、本人の自己決定権を尊重し、意思決定支援・身上保護も重視した制度の運用が必要です。
- 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・育成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機能強化を家庭裁判所や専門職団体と連携して推進します。
- 市民後見人の養成や親族後見人を含めた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促進します。
- 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する、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・強化するとともに、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、事業に従事する専門員等の資質向上や不正防止のための監督機能の強化を図ります。

2 地域活動の推進

2022（令和4）年の平均寿命は男性が81.05歳、女性が87.09歳となり、前年と比較して男性は0.42年、女性は0.49年下回りましたが、この70年間で約20年延伸しました。

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、自治会や老人クラブ（以下、「シニアクラブ」という。）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。

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。（表1-2）

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。

<表1-2：ふじのくに型人生区分>

呼 称		年齢区分	説 明
老 年	百寿翁 ^{おきな} 百寿媪 ^{おうな}	100歳以上	白寿後（100歳）以上 茶寿（108歳）、皇寿（111歳）含む。
	長 老	88 - 99歳	米寿（88歳）から白寿（99歳）まで
	中 老	81 - 87歳	傘寿後から米寿前まで
	初 老	77 - 80歳	喜寿（77歳）から傘寿（80歳）まで
壮 年	壮年熟期 ^{じゅくき}	66 - 76歳	経験を積み、様々なことに熟達し、社会で元気に活躍する世代（働き盛り）
	壮年盛期 ^{せいき}	56 - 65歳	
	壮年初期	46 - 55歳	
青 年	18 - 45歳	社会的・生活的に成長・発展過程であり、活力みなぎる世代	
少 年	6 - 17歳	小学校就学から選挙権を有するまでの者	
幼 年	0 - 5歳	命を授かり、人として発達・発育する世代	

(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、町内会・自治会に参加している人の割合が31.8%と一番高く、続いて、収入のある仕事が29.3%、趣味関係のグループが24.3%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シニアクラブに参加している人も7～22%程度おり、何かしらの活動に参加している人の割合は69.0%と多くの人が地域活動に参加している状況です。（表1-3）

<表1-3：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	13.6%
スポーツ関係のグループ・クラブ	21.1%
趣味関係のグループ	24.3%
学習・教養サークル	8.9%
介護予防のための通いの場	7.2%
シニアクラブ	7.2%
町内会・自治会	31.8%
収入のある仕事	29.3%

① 地域団体・就労的活動等の活動推進

- 一般財団法人静岡県老人クラブ連合会（以下、「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2023（令和5）年度現在72,155人で、10年前から約6万5千人減少しています。
- 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。
- 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、多様な人材が生き生きと活躍できる環境づくりが求められている中、NPO等、多様な主体の活躍の促進が必要です。

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、2022（令和4）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57.3%、70歳代が66.5%となっており、全世代の53.1%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8.9%おり、今後、住民有志による健康づくりや趣味の活動に参加したいと回答した人は6.5%います。
- 県では、高齢者のスポーツ活動や文化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。
- また、高齢者のスポーツ実施率は他世代に比べて高い状況ですが、引き続き体力の程度に関わらず、子どもから高齢者まで参加できるスポーツ・レクリエーション活動の普及や活動する環境の充実を進める必要があります。

【施策の方向性】

① 地域団体・就労的活動等の活動推進

- 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。
- 市町と連携し、生活支援の担い手としての活動など、シニアクラブが行う多様な活動の活性化を図ります。
- 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、静岡県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。
- 住民主体の生活支援の担い手を育成するため、市町における住民主体の支え合い活動の創出を支援します。

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へ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を支援するため、地域における高齢者指導に優れたスポーツ指導者の養成に取り組みます。

(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、ゴミ出しや家事などの生活支援、住民主体の通いの場（以下、「通いの場」）による介護予防活動などがあります。
- 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。
- 2023（令和5）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25市町で136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23市町で設置されています。
- 第1層生活支援コーディネーターの約7割が、第2層生活支援コーディネーターの約9割が市町社会福祉協議会への委託事業として配置されています。
- 地域課題が多岐に渡り複雑化する中、その解決のためには、福祉の領域を越えて、行政の庁内連携をはじめ、関係機関や民間事業者等との連携・協働がより一層求められています。

- このため、生活支援コーディネーターは、行政や地域包括支援センターと連携しながら取組を進めていく必要があります。
- 第1層生活支援コーディネーターを行政職員が担っている市町は、2016（平成28）年4月時点では4市町でしたが、2023（令和5）年4月には12市町となっており、年々増加しています。
- 役割がある形での高齢者の社会参加等を促進するため、市町の地域課題に応じて、就労的活動支援コーディネーターが配置できることとされています。
- 生活支援コーディネーターは、高齢者の生活支援に限らず、就労支援を行うため、就労的活動支援コーディネーターや高齢者雇用推進コーディネーターと連携・協働しながら活動をしていくことが求められています。
- 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。
- そのため、協議体については、民間事業者や大学なども含めて、福祉分野に限らず、幅広い視点からテーマに応じた構成員の参画を促すなど、地域の関係者で地域課題の解決策を議論する場として機能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、行政や地域包括支援センター、民間事業者等と連携・協働して地域の課題解決ができる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、好事例の情報発信等により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。
 - 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の養成研修やスキルアップ研修を開催する等、資質の向上を図ります。

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はじめ、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などの賃貸住宅、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、介護保険の居住系サービスを提供する施設、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）など様々なものがあります。
- 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、見守りをはじ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住宅確保要配慮者として位置付け、居住の安定確保を図る必要があります。
- 2023（令和5）年4月1日時点での主な高齢者向けの住まいの整備状況は、表1-4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、自立した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1-4：高齢者の住まいの整備状況（2023年4月1日時点）>

	住まいの種別	概要	整備 (定員) 数 (単位：人)
介護保険の施設・居住系サービス提供施設	① 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	<ul style="list-style-type: none"> 介護老人福祉施設の事業者指定を受け、要介護者に対し施設サービス計画に基づき、入浴・排泄・食事等の介護等の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理、療養所の世話を行うもの。 介護老人福祉施設のうち、定員29人以下の小規模なものを「地域密着型介護老人福祉施設」という。 	19,593
	② 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 	9,512
	③ 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 	6,651
	④ 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 	1,528
	⑤ 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 	2,547
	⑥ 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 	15,000
	⑦ 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 	5,771
ケア付き公的賃貸住宅	⑧ 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 	447
	⑨ 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併せて行うもの 	186
	⑩ 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。
- 高齢者が生活しやすい住まいの普及を図ります。
- 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円滑な入居を促進します。
- 誰もが暮らしやすい県営住宅とするため、ユニバーサルデザイン化を進めます。
- 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、虐待を受けた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、自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り、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。

(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づらくなったり、バス路線の廃止や店舗の閉店による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、自動車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し、外出しやすい環境を整備するためには、交通部局、まちづくり部局、福祉部局等が連携し、様々な施策を推進する必要があります。

① ユニバーサルデザインの推進

- 高齢者や障害のある人などが外出しやすい環境づくりのため、公共的建築物や道路等をはじめとするまちづくりやサービス・情報の提供に関するユニバーサルデザインの取組を着実に進め、県民の認知度も上がったほか、法制度の整備によっても、ユニバーサルデザインを推進する環境が整ってきています。
- 今後、高齢化の進行、障害のある人をはじめとする多様な特性を持つ人の社会参加の機会の増加、デジタル化の進展などの様々な社会環境の変化を踏まえ、引き続きユニバーサルデザインに関する取組が必要です。

② 公共交通の維持・確保、歩道や駅のバリアフリー化

- 利用者の減少や運転手不足により、バス事業者だけで路線を維持する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を充実する必要があります。
- 加えて、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。
- また、高齢者、障害者等の自立した日常生活及び社会生活を確保するためには、高齢者、障害者等が利用する旅客施設、建築物等の生活関連施設間の経路を構成する道路等について、移動等円滑化が図られていることが重要です。

③ 住民主体の移動サービスの充実

- 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、2023（令和5）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28市町で行われています。
- 住民主体の移動支援として、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2022（令和4）年で28市町と取組は広がりつつあります。
- 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が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が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 ユニバーサルデザインの推進

- 高齢者をはじめ、誰もが利用しやすく配慮された建物、公園、住宅等の整備を促進するとともに、利用しやすい行政サービスや情報の提供に努めます。
- 県民一人ひとりが、高齢者や障害のある人などの様々な特性や考え方の違いを認め合い、相手の立場に立って思いやりある行動ができる「心のユニバーサルデザイン」の促進を図ります。

② 公共交通の維持・確保、歩道や駅のバリアフリー化

- 生活に必要な交通手段の確保を図るため、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。
- 交通事業者が運行する市町間を跨がる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。
- 高齢者、障害者等をはじめとした全ての人が、安全で快適に移動できる歩行空間の整備を推進します。

③ 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、伴走型支援を行います。
- 「移動サービス創出に係る普及事例集」を活用し、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。
- 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、市町の移動支援サービスの充実を支援します。
- 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。

(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、2021（令和3）年度現在18.0%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。

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、オレオレ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。

日常的な感染対策を支援しながら、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、統計開始以降、戦後最大を記録した2002（平成14）年から20年連続して減少し、2022（令和4）年は14,269件と、前年に比べ171件減少しました。
- 一方、高齢者の被害が多い特殊詐欺は、2022（令和4）年は416件発生し、被害額は約9億円となっています。

【施策の方向性】

- 「ふじのくに防犯まちづくり行動計画」に基づき、取組を推進します。
- 高齢者が安心して生活を送ることができるよう、防犯情報等の提供を行うとともに、地域や関係機関等と連携した見守り活動を推進します。

(2) 消費者被害の防止と救済

【現状と課題】

- 県や市町の消費生活センターで受け付けた高齢者からの消費生活相談件数の

割合は、他の年齢層と比べて高い傾向にあります。

- インターネット通販やキャッシュレス決済などデジタルを介した消費行動が高齢者の中でも増加している一方で、消費者トラブル防止の観点から、デジタルリテラシーの課題がある人が存在しています。
- 一人暮らしの高齢者が増加しており、孤独・孤立によって消費者トラブルが顕在化しにくくなるおそれがあります。

【施策の方向性】

- 高齢者からの消費生活相談に適切に対応するため、法改正や最新の消費トラブル事例などの研修会を開催し、消費生活相談員の資質向上を図ります。
- 高齢者自らが消費トラブルを未然に回避する知識を身につけることができるよう、出前講座による消費者教育や注意喚起を行います。
- 消費トラブルを自力で回避することが困難な後期高齢者などの消費者被害を防止するため、市町が高齢者支援に関わる団体などと構成する見守りネットワーク（消費者安全法に基づく「消費者安全確保地域協議会」）の構築や活動を支援します。

(3) 交通安全対策の推進

【現状と課題】

- 2022（令和4）年の県内の交通事故は、件数、死者数、負傷者数ともに減少し、特に死者数は統計を取り始めた昭和28年以降最少となりました。
- しかしながら、2023（令和5）年8月末現在では、件数、死者数、負傷者数はいずれも前年同期比で増加しています。
- 2022（令和4）年の交通事故死者数は83人で、このうち高齢者は52人と6割以上に上り、高齢者の交通事故防止対策は喫緊の課題となっています。また、高齢死者52人のうち歩行中は27人（51.9%）であり、全ての世代に対して人優先の交通安全思想を徹底する必要があります。
- また、県内の高齢者免許人口は年々増加しており、高齢運転者が起因する交通事故の増加も懸念されます。
- 70歳以上（更新期間満了日、以下同じ）の運転者が運転免許を更新する際は高齢者講習を受けることとされ、自らの身体機能の変化への自覚を促すとともに、安全運転の方法等に関する助言・指導が行われています。
- また、75歳以上で更新する際は認知機能検査を受けることとされ、認知症の場合は免許取消し等の措置が講じられます。
- さらに、2022（令和4）年5月の道路交通法改正により、75歳以上で普通自動車対応免許を所持し一定の違反歴がある者は運転技能検査を受けることと

され、検査に合格しない場合は免許を更新しないこととされています。

- 運転免許センター・各警察署では、これらの講習・検査等に関して、運転者本人のみならず家族からの相談にも対応しており、こうした取組の結果、2022(令和4)年中の県内の運転免許自主返納者数は約1万6,300人でした。
- 引き続き、自主返納制度の周知と返納後の移動を支援する施策の充実強化に取り組んでいく必要があります。

【施策の方向性】

- 夕暮れ時から夜間は、特に歩行者が見え難く歩行者事故が増加傾向にあることから、夕暮れ時の歩行者事故防止対策を図ります。また、歩行者自身も、自らの安全行動として「しずおか・安全横断3つの柱」の実践を図るよう交通安全教育や広報活動等を推進します。
- 交通実態、交通事故発生状況に基づく効果的な交通事故防止活動を推進することによって全ての世代に対して、交通安全意識の醸成を図ります。
- 高齢運転者に対して、身体機能の変化が運転操作に及ぼす影響について理解を促すための交通安全教育を推進します。
- 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。
- 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。

(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

- 県では、東海地震説(昭和51年)以降、突然発生する地震への防災対策とともに、地震予知を前提とした防災対策を実施してきましたが、国は、確実性の高い地震予測は困難であると考えを改めました。
- 一方で、地震発生の可能性が相対的に高まったとの評価をすることは可能とされ、2019(令和元)年5月31日から「南海トラフ地震臨時情報」が発表されることになりました。
- この「南海トラフ地震臨時情報」を活用し、避難に時間がかかる要配慮者等を事前に避難させることで、犠牲者の減少に繋げる必要がありますが、この情報に対する県民の理解が進んでいないことが課題となっています。
- 想定される大規模地震や津波、豪雨災害等による犠牲者を最小化するためには、正しい防災知識や適切な避難行動についての周知や啓発を行うことで、県民の防災意識の維持や向上、住民避難の実効性向上等に取り組んでいく必要

があります。

- また、大規模災害の発生に備え、自らの命を守り、地域で組織的に防災活動に取り組むことができるよう、地域防災の核となる自主防災組織の対応力や次代を担う子どもたちの防災意識の向上を図る必要があります。
- 加えて、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。

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。
- 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（令和3年4月）において目標に掲げる2025（令和7）年度末の耐震化率95%の達成に向け、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。
- 旧耐震基準で建築された住宅の約7割の世帯は、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はじめとする感染症リスクが懸念されます。

③ 避難支援等の推進

- 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避難所）」の設置を促進する必要があります。
- 令和3年5月の災害対策基本法施行規則の改正により、福祉避難所について、あらかじめ市町が受入対象者を特定して公示することによって受入対象者とその家族等の避難する施設であることを明確化できる制度（以下、「指定福祉

避難所」)が創設され、市町が指定福祉避難所として指定することで、特定の受入対象者は福祉避難所に直接避難ができるようになりました。

- 2023（令和5）年4月現在、福祉避難所は35市町で792施設が協定締結や指定福祉避難所としての指定により確保されていますが、受入体制の整備や要配慮者数に対する受入可能人数が十分でなく、要配慮者の円滑な避難のためには、平時から福祉避難所としての受入体制を整備するほか、一般の避難所においても、要配慮者を受け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、令和3年5月の災害対策基本法の改正により、避難行動要支援者名簿に掲載された避難行動要支援者の円滑な避難の実効性を確保するため、避難支援等実施者等をあらかじめ定める個別避難計画について、市町による作成が努力義務化されました。
- 個別避難計画の作成は、市町が主体となり、実効性ある計画とするため、地域防災の担い手だけでなく、本人の心身の状況や生活実態を把握している福祉専門職や地域の医療・看護・介護・福祉などの職種団体、企業等、様々な関係者と連携して取り組むことが必要です。
- 令和3年の災害対策基本法の改正を踏まえ、市町による「個別避難計画の作成・活用方針」の策定と、それに基づく個別避難計画の作成及び実効性の確保への取組を支援する必要があります。
- また、災害発生時に避難所や福祉避難所等においては、要配慮者を支援するための福祉的ニーズが大量に発生する一方、福祉人材の確保は困難となることが想定されるため、災害派遣福祉チーム（DWA T）等を円滑に派遣できるよう、日頃から関係者の連携を図る必要があります。

【施策の方向性】

① 地域における防災対策の推進

- 南海トラフ地震臨時情報や地域の水害リスク等の各種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。
- 地震防災センターや、ICTを活用したデジタル地震防災センター及び総合防災アプリ「静岡県防災」により、県民の自助・共助の取組を推進します。

- 地域防災力の向上を図るため、地域防災リーダーを育成するとともに、将来にわたって地域防災力の維持・向上を図るため、次代の防災リーダーを育成します。
- 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。

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、支援事業の期限（無料の耐震診断は2024（令和6）年度まで、耐震補強工事への補助金は2025（令和7）年度まで）を定め、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、地震後に住み慣れた自宅で避難生活を送ることができるよう、従前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

- 災害発生時に要配慮者が安心して避難生活を送れるよう、福祉避難所や一般避難所における要配慮者スペースの確保、民間宿泊施設の福祉避難所としての活用、指定福祉避難所の指定による直接避難の取組を促進します。
- 発災後の福祉避難所の開設・運営を円滑に行うため、「市町福祉避難所設置・運営マニュアル（県モデル）」を活用し、市町のマニュアル整備を支援します。
- 「指定避難所を活用した要配慮者受入れモデル」と「宿泊施設への福祉避難所設置モデル」の普及を図り、市町の取組を促進します。
- 個別避難計画の策定率を向上させるため、特に優先すべき避難行動要支援者から作成するなど市町における効率的な計画策定の取組を支援します。
- 個別避難計画の実効性を向上させるため、福祉専門職等の参画による「災害時ケアプラン」の作成を促進します。
- 静岡県災害福祉広域支援ネットワークと連携し、市町や福祉避難所に指定された事業所等にDWA Tを周知し、関係者の連携の強化を図ります。

(5) 感染症対策の推進

【現状と課題】

- 高齢者の日常生活において問題となる感染症には、結核や腸管出血性大腸菌感染症（O157等）、ノロウイルスなどが原因となる感染性胃腸炎、インフルエンザ、肺炎の他、2020（令和2）年に国内での感染者が確認され、以降も流行を繰り返している新型コロナウイルス感染症などがあります。

- 感染症対策は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に従い、県では、「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」に基づき、発症の予防・まん延防止、医療提供体制の確保などに取り組んでいます。
- 感染症の中でも特に肺炎は、高齢者の死亡原因の7位であり、2022（令和4）年の肺炎により死亡した高齢者は1,919人と、高齢者の肺炎予防が課題となっています。
- 新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、今後の新興・再興感染症の発生に備えてあらかじめ準備をしておく必要があります。

【施策の方向性】

- 高齢者の肺炎予防としては、適切な食事と十分な睡眠で免疫力を保つこと、インフルエンザの流行期等に人混みに行く際にはマスクを装着し、手洗いを励行すること、インフルエンザワクチン、成人用肺炎球菌ワクチンや新型コロナウイルスワクチンをかかりつけ医のもとで適切に接種することを周知徹底します。
- 高齢者の結核の症状は、食欲と活動性の低下のみで発熱や咳が乏しいことも多いので、食欲や元気が無い状態が2週間続く場合は、かかりつけ医に受診して、診察と胸部レントゲン撮影等の検査を受けることが早期診断・治療のために重要です。このことを周知するとともに、総合的な結核対策によって、県内の結核新規患者数の減少を目指します。
- 2023（令和5）年4月1日に感染症対策の司令塔となる「ふじのくに感染症管理センター」を開設し、「防疫先進県」を目指して、10年後を見据えた感染症への対応力強化に努めており、社会福祉施設の感染症への対応力向上のための研修の実施やICTを活用した情報発信機能の充実を図るための情報プラットフォームの構築などに取り組んでいます。

【成果指標】

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026年度)
社会参加している高齢者の割合	69.0%	75%(2025年度)

【活動指標】

1 分野を越えた福祉の推進

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026年度)
地域福祉コーディネーター養成者数	24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	20 市町	全市町(2024 年度)
障害のある人を受け入れている介護サービス事業所数	65 か所	98 か所

2 地域活動の推進

指標	現状値(2022 年度)	目標値(2026 年度)
すこやか長寿祭参加者数	4,832 人	5,410 人
シルバー人材センター就業延人員	1,984,472 人	毎年度 2,350,000 人
生活支援体制整備スキルアップ研修の受講者数	170 人	毎年度 200 人

3 地域共生社会の環境整備

指標	現状値(2022 年度)	目標値(2026 年度)
県営住宅へのユニバーサルデザイン導入の割合	65.8%	72.5%
サービス付き高齢者向け住宅の登録戸数	5,774 戸	6,300 戸
市町居住支援協議会設立人口カバー	1% (R5.4.1)	50%
県内の乗降客 2,000 人/日以上駅のユニバーサルデザイン化の割合	87.7%	100%
バリアフリー対応バス車両の導入割合	87.0%(2021 年度)	90.0%
住民主体の移動支援を実施している市町数	28 市町	全市町
ハローワークにおける 65 歳以上の就職者数	3,693 人 (2021 年度)	5,000 人 (2025 年度)

4 安全・安心の確保

指標	現状値(2022 年度)	目標値(2026 年度)
消費生活相談における被害額	395 千円	280 千円以下 (2025 年度)
交通事故の年間死者数	83 人(2022 年)	80 人以下 (2025 年)

第2部 第1 誰もが暮らしやすい地域共生社会の実現

高齢者対象の参加・体験・実践型 交通安全講習会開催回数	18回(2022年)	毎年度18回
住宅の耐震化率	89.3%(2018年)	95%(2025年)
福祉避難所への想定避難者数が全 て受入れ可能な市町数	26市町	全市町
優先度が高い要配慮者の個別避難 計画の作成が完了した市町数	11市町	全市町
地域防災力強化人材育成研修修了 者数	31,732人 (2022年度)	累計30,000人 (2022~2025年度)
わたしの避難計画普及地区数	8地区 (2021年度)	5,161地区 (2025年度)
65歳以上の肺炎死亡率(人口10万人 対)	176人(2022年)	150人(2028年)

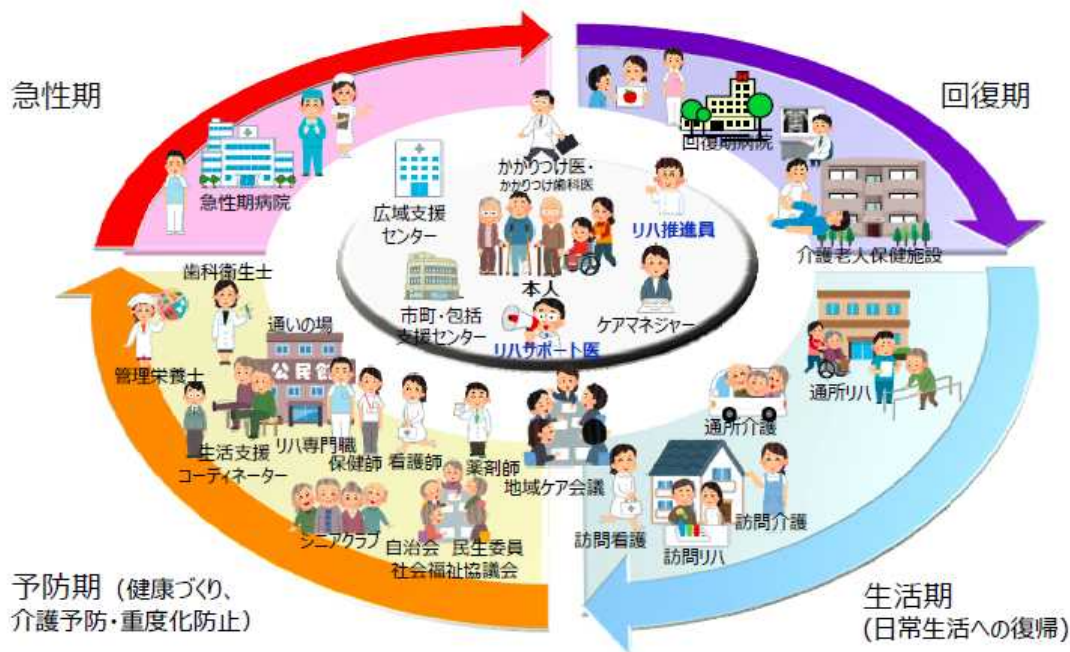
第2 健康づくりと介護予防・重度化防止の推進

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、健康づくりや介護予防も含めた幅広い概念です。

<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う活動のすべてを言う（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サポート医とは、リハビリテーションに関するかかりつけ医や介護専門職への支援、多職種の連携づくりの推進役となる医師。地域リハビリテーション推進員とは、市町等が実施する介護予防事業などに対してリハビリテーションの視点から助言するリハビリテーション専門職（理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST））。

(1) 全体像

【現状と課題】

- 静岡県の要介護（支援）認定者数は、2013（平成25）年3月の147,887人から2023（令和5）年3月には187,677人となっており、10年間で約40,000人の増加、1.3倍の伸び率となっています。
- 2022（令和4）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、要支援者では、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重要になります。
- 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。
- 2023（令和5）年3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28市町、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31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。
- 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体制を強化する必要があります。
- 2023（令和5）年9月現在、地域リハビリテーション広域支援センターと連携して多職種連携の推進等の事業を実施するリハビリテーション支援センターが34機関、広域支援センターの依頼に応じ、市町等にリハビリ専門職を派遣する協力機関が100施設あります。

【施策の方向性】

(市町の施策の方向性)

- 高齢者に適切か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。
- 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や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)

- 関係団体・関係機関等の保健・医療・福祉の関係者で構成される協議会を設けて取組を推進します。
- 地域リハビリテーションの理念の理解促進を図るとともに、市町や地域包括支援センターの職員など関係者の連携を強化します。
- 静岡県医師会や静岡県リハビリテーション専門職団体協議会と連携し、引き続き地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成研修等により、人材育成を行います。
- 研修会や関係機関が集う会議等を活用し、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を図ります。
- 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行います。
- リハビリテーション支援センターや協力機関を追加で指定し、圏域内の体制強化を進めていきます。

(2) 専門職の育成と確保

【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、様々な職種の間わりが重要となるため、各職能団体と連携して、体制を整備する必要があります。
- 介護人材需給推計によると、2019（令和元）年時点で、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の人数は2,835人で、2025（令和7）年には3,301人必要になると想定されています。

- 訪問リハビリテーションのサービス量の増加が見込まれていることから、人材の確保が必要です。
- 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・指導を行う必要があります。
- 地域リハビリテーションサポート医・推進員がいない地域があり、引き続き、全県的な養成の推進が必要です。
- 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。
- 通いの場や市町が実施する地域ケア会議（個別会議）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、2022（令和4）年度の派遣件数は2,921件となっています。
- 2022（令和4）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32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。
- 2022（令和4）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28市町あります。

【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、様々な場面を活用し、専門職間の連携を強化するとともに、地域リハビリテーションに関する意識啓発に努めます。

（県の施策・支援策の方向性）

- 訪問リハビリテーションの供給体制を拡充するため、訪問リハビリテーション専門職を育成する研修を実施します。
- 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。
- 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。
- 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

質の向上を図ります。

- 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を強化します。
- 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に支援します。
- 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強化します。
- 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。

(3) 住民への普及啓発

【現状と課題】

- 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活用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。

【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整備し、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ため、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。
- 利用者の見守り・支え合いや社会参加のきっかけ作りにもなるようなリハビリテーションの支援について、好事例を共有します。
- オーラルフレイル予防や低栄養など、高齢者が日常生活を送る上で注意すべきことについて、県民の普及啓発を図ります。

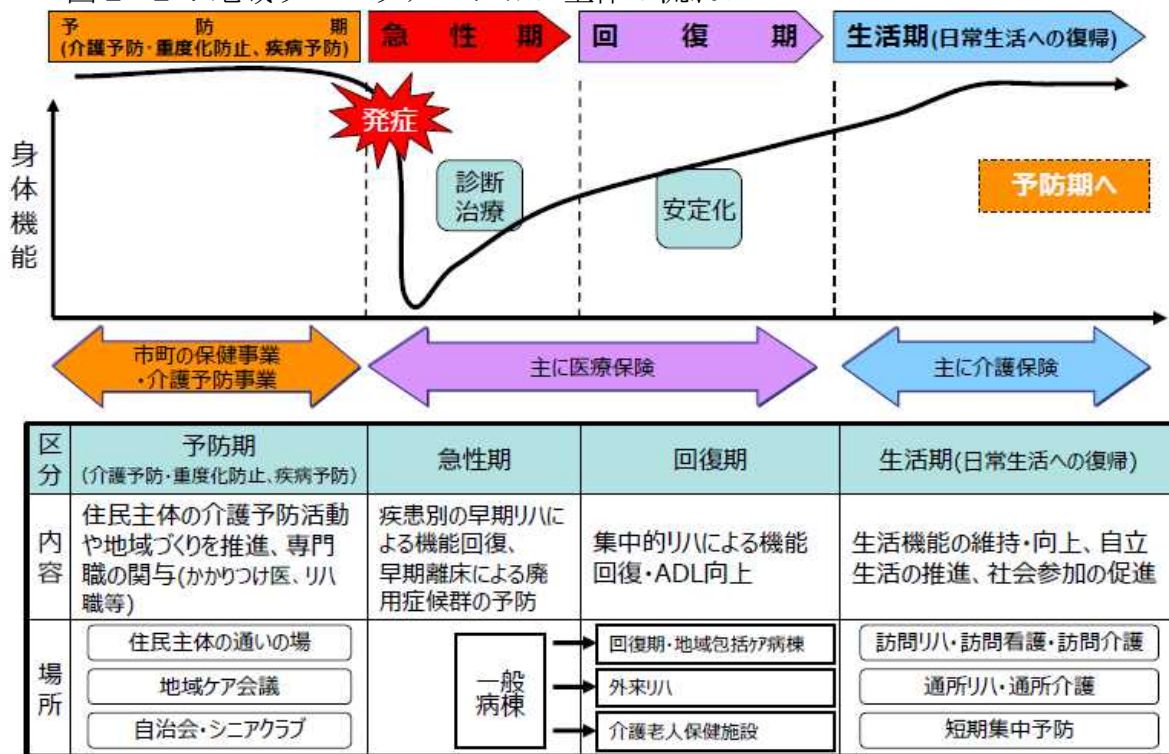
2 各段階における地域リハビリテーションの充実

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、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重要です。

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。

<図2-2：地域リハビリテーション全体の流れ>



(1) 予防期（健康づくり、介護予防・重度化防止）

【現状と課題】

- 予防期では、健康な人がその健康をできるだけ維持するための取組や身体機能の維持向上を図り、要介護状態となることを防ぐための介護予防の取組を一体的に進める必要があります。
- 県内の高齢者の生活習慣や健康状態を追跡した調査研究により、運動習慣がある人は、運動習慣のない人に比べて、生活習慣病発症や死亡のリスクが少ないことが判明しています。
- 多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実施するため、身体活動や運動の健康への効用やその実施方法について、正しい知識を持つことが必要です。
- これらの健康づくりと介護予防は、県民一人ひとりが健康への意識を高め、自発的に取り組むことが重要です。
- 特に、フレイル、オーラルフレイル、誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折、サルコペ

ニア、足腰の痛み、骨粗しょう症、嚥下障害などは高齢期に生じやすい疾患や健康上の問題であり、介護や看護が必要となる要因となることから早めの予防が必要です。(表2-1)

- また、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。
- 脳血管疾患は要介護状態となった主な要因の一つでもあり、高血圧対策やたばこ対策を含めた生活習慣病の発症予防、早期発見、重症化予防等の対策を進める必要があります。
- 県民の健康を維持し、健康寿命の延伸を図るためには、高齢期の健康づくりと介護予防の取組を推進することに加え、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。
- 加えて、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」の取組を更に進めていく必要があります。

<表2-1 各疾患等の説明>

疾患名等	説明
ロコモティブ シンドローム (運動器症候群)	<ul style="list-style-type: none"> ・運動器の障害のために移動機能の低下をきたしている状態 ・介護が必要となる原因のひとつ
フレイル (虚弱)	<ul style="list-style-type: none"> ・健常と要介護状態との中間的な段階であり、生活機能障害をひきおこしたり、死亡などの転帰へとつながる恐れもある状態 ・身体機能問題のみならず、精神・心理的問題や社会的問題も含まれる包括的概念
オーラルフレイル	<ul style="list-style-type: none"> ・オーラルフレイルとは、嚙む力や舌の運動の衰えなどの口腔機能の軽微な低下や食の偏りなど
誤嚥性肺炎	<ul style="list-style-type: none"> ・摂食や嚥下の機能が低下している高齢者がなりやすい ・誤嚥性肺炎を防ぐためには、口腔内の清潔維持や、肺炎にかかりにくい、かかっても治りやすい体力をつけることが必要
大腿骨頸部骨折	<ul style="list-style-type: none"> ・骨密度が低下する「骨粗しょう症」のほか、BMIの低さ、喫煙、多量飲酒等が影響し、骨折しやすい ・運動機能や筋力の低下により、転倒しやすくなる ・予防として、食習慣の改善による骨粗しょう症の予防や運動などによる筋力の維持及び転倒予防が必要
サルコペニア (筋減弱症)	<ul style="list-style-type: none"> ・加齢による筋肉量の低下をサルコペニアと呼ぶ ・サルコは筋肉、ペニアは減少を意味する ・筋肉は鍛えることで、維持または増加することができるため、予防、改善のために重要なことは、バランスの良い食事、特にたんぱく質の摂取が減りすぎないように注意し、運動や生活の中で意識して体を動かすことが必要

- 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合は、2021（令和3）年度、県内に4,665か所設置されておりますが、参加者数は85,518人となっており、2019（令和元）年度の95,512人から約1万人減少しています。高齢者人口に対する参加率は7.8%となっており、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。
- 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（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、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。

※「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」とは、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。

- 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、歯科衛生士、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の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。
- 新興感染症発生・まん延時には、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、介護が必要な状態になることを予防する取組も必要です。

【施策の方向性】

(市町の施策の方向性)

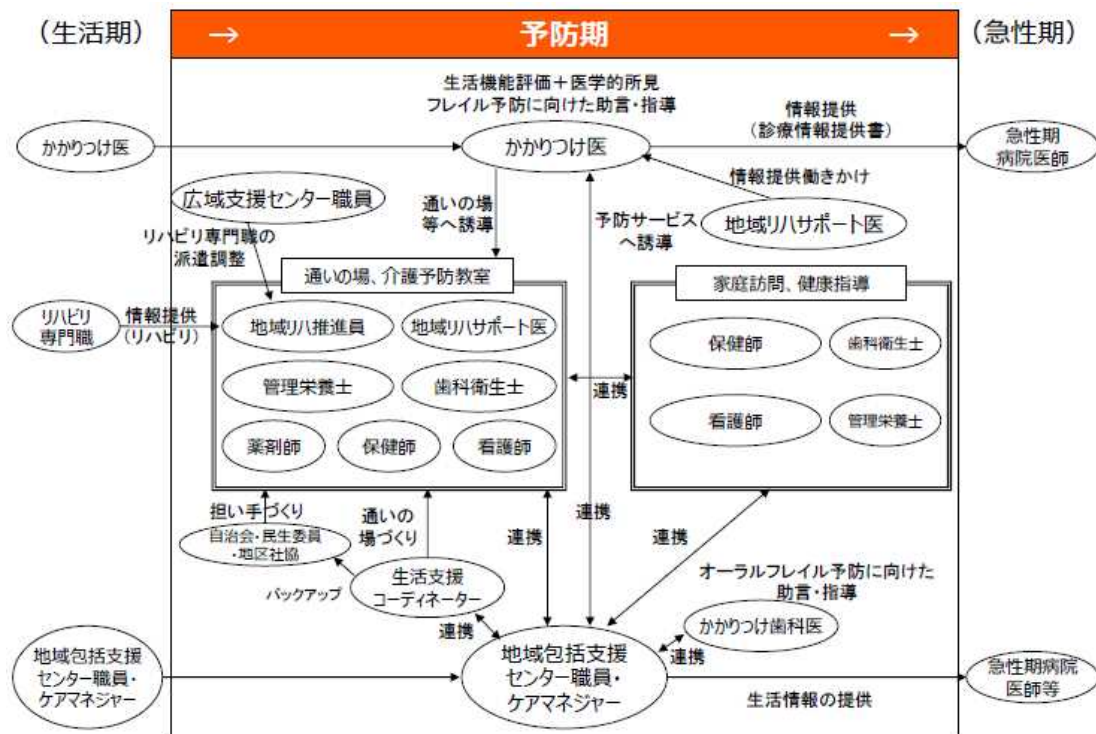
- 健診（検診）や保健指導を実施し、各市町の健診データの分析結果を住民に提供するほか、データを用いて、子どもから高齢者までライフステージに応じた健康づくりの取組を推進します。
- 住民の介護予防に関する意識啓発や住民の自発的な介護予防活動の推進のため、通いの場の立ち上げや運営支援のほか、通いの場等の設置数や参加率など、定量的な目標を掲げて計画的に取り組めます。
- 通いの場等に関与する医療専門職が、一定程度心身機能が低下した住民を介護サービス等の集中的なリハビリテーションにつなげる仕組みづくりに取り組めます。
- 介護予防リーダーなどの担い手を養成するため、地域支援事業を活用して、ポイントの付与や有償ボランティアの活動を推進します。
- 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」制度の施行を踏まえ、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、効果的な健康づくりや介護予防の推進を図ります。
- 新興感染症発生・まん延時には、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。

(県の施策・支援策の方向性)

- 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。
- 正しい知識の普及・啓発により、運動習慣者の増加に取り組めます。
- 健康づくりや健診の重要性のほか、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。
- 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。
- 歯や口の健康づくりへの関心を深め、県民に自主的な努力を促すため、8020運動を推進します。
- 専門職の関与を促進することにより、通いの場の魅力を高め、高齢者の参加を促進します。
- 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。
- 関係団体と協力し市町の介護予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。
- 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、多職種でのケアマネジメント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。
- 「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。
- 新興感染症発生・まん延時には、市町がオンライン等で実施する通いの場や一般介護予事業の取組を支援します。

<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 2-2 : 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	リハビリテーション専門職 (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
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
	地域リハビリテーション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	・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

		・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
	地域リハビリテーションサポート医	・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
	地域リハビリテーション推進員	・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 ・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。
- 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。

【施策の方向性】

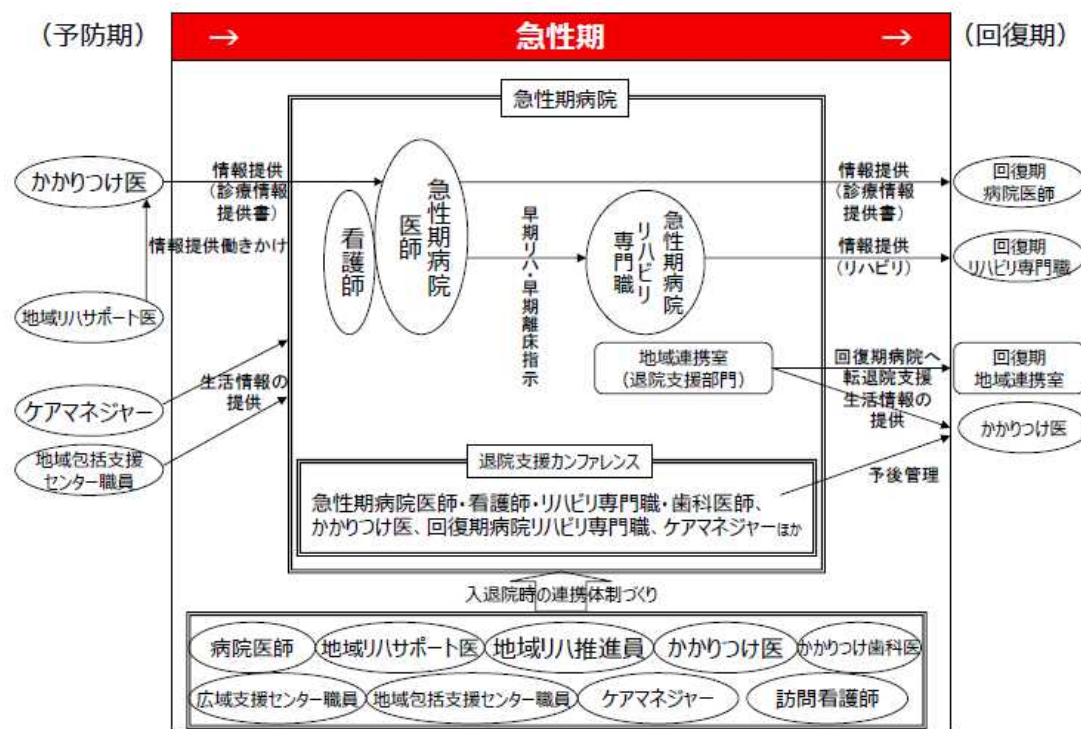
（市町の施策の方向性）

- 地域の病院における退院支援の状況を把握し、地域ごとのルールづくり、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・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。

- 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、地域包括ケア情報システム「シズケア＊かけはし」等の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。
- <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の連携（急性期）>



<表2-3：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 リハビリテーション 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
	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"> ・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、利用者・入所者の要介護認定の新規申請や更新申請の手続きの援助 ・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
	地域リハビリテーションサポート医	<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
	地域リハビリテーション推進員	<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重要となりますので、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、退院支援カンファレンス（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。
- 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。（再掲）
- 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。

【施策の方向性】

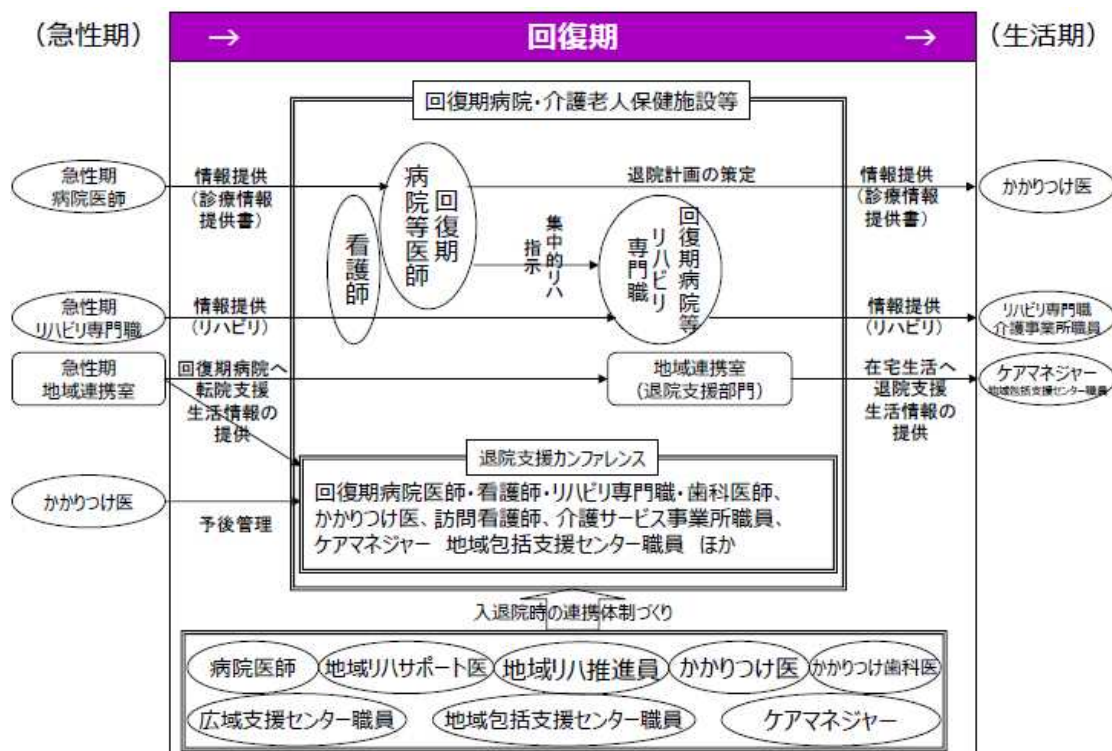
（市町の施策の方向性）

- 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。
- 退院後においても、切れ目のないリハビリテーションが提供できるよう、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。
- 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、地域包括ケア情報システム「シズケア＊かけはし」等のICT等も活用した仕組みづくりを進めます。（再掲）
- 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。
- 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。

<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2-4：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 リハビリテーション 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
	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"> 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申請の手続きの援助
	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
	地域リハビリテーション 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
	地域リハビリテーション 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）

① 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、2022（令和4）年時点で24市町となっています。
- 県内で訪問リハビリテーションを提供する事業所は122か所（令和3年）で、人口10万人あたり3.3か所となっており、全国平均（4.5か所）を下回っています。

- 訪問リハビリテーション事業所が近くになく、退院後に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、訪問リハビリテーションの重要性について、専門職を含め地域住民に周知していくことが必要です。
- 要介護認定の申請から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取り入れられず、退院後の日常生活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。
- 生活期にリハビリテーションを効果的に継続するためには、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。
- 訪問リハビリテーションの更なる普及や、介護老人保健施設による在宅療養支援機能の充実を図ることが重要です。

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、サービスの利用により本人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、口腔環境が悪化や、歯周病等、口腔領域の感染症のおそれがあります。

③ 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、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、2019（令和元）年度の31市町から、2021（令和3）年度では、29市町と減少しています。
- 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。

【施策の方向性】

(市町の施策の方向性)

- 自立支援型の地域ケア会議(個別会議)の開催方針を示し、住民や医療・介護専門職に対し、会議の趣旨について理解を促進します。
- 自立支援型の地域ケア会議(個別会議)を開催するとともに、モニタリング(ケアプランの検証)に関する定量的な目標の設定を行います。
- 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

- 退院直後からリハビリテーションが利用できるよう、介護人材需給推計で見込まれる県内の介護職員の増加に合わせて、訪問リハビリテーションに対応できる人材を増やすため養成を推進します。
- 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。
- 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)

② 生活・身体機能維持

- 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。
- 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。
- 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。
- 訪問介護員(以下、「ホームヘルパー」とリハビリテーション専門職が連携し

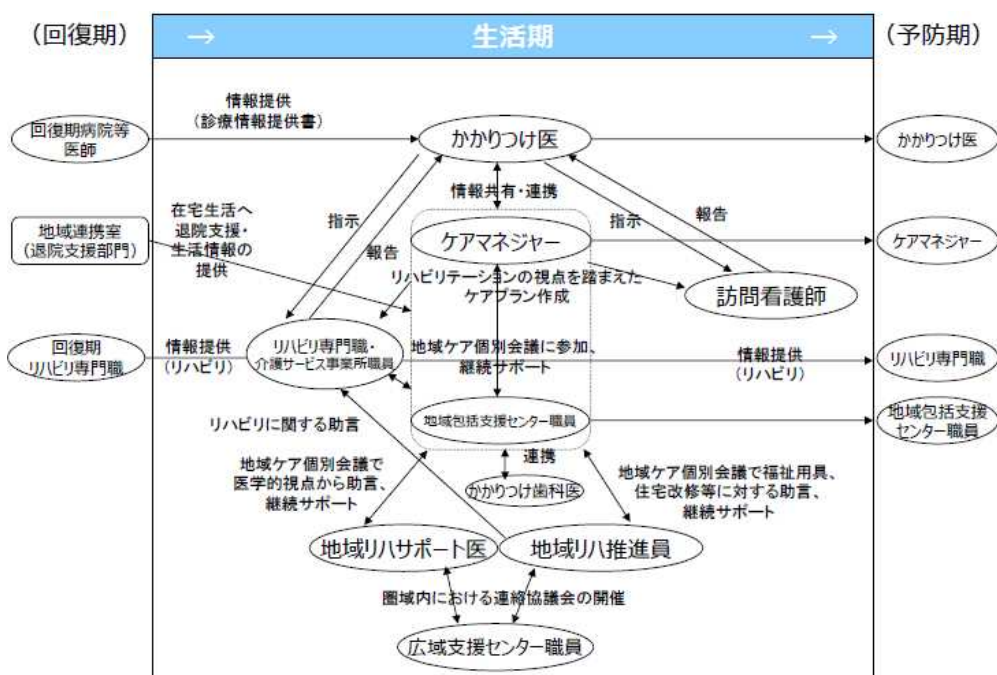
て利用者を訪問できる体制の強化を図ります。

- 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、在宅歯科診療や自宅等での口腔管理の普及啓発を推進します。

③ 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- リハビリテーション中の方に職業訓練に関する情報が伝わるよう、リハビリテーション専門職への制度の周知に取り組みます。

＜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の連携（生活期）＞



<表 2-5 : 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、利用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
	リハビリテーション専門職 (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
	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"> ・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などとの連携調整 ・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
地域リハビリテーションサポート医	<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
地域リハビリテーション推進員	<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、限られた資源を有効に活用し、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。

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11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、県では、社会健康医学の視点を取り入れた、先進的な施策や研究の推進などにより、科学的知見に基づく、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な実施では、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（国保データベースシステム）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の不足などの課題があります。
- 県では、特定健診の結果や、死因別死亡、平均自立期間等について、市町別の分析・集計結果を公表し、県の施策への活用のほか、市町や医療保険者に対し

て施策立案の基礎となる資料の提供を継続的に行ってきました。

- 併せて、県民の健康寿命の延伸につながる要因を特定するため、高齢者を対象とした追跡調査を実施し、これまでの調査結果として、高齢者の死亡率の低下に「運動・食生活・社会参加」や「友人・知人との交流」、「緑茶摂取量」、「睡眠」が影響を与える結果が得られています。
- 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な実施の取組を支援します。
- 市町や医療保険者が具体的な目標設定や評価に活用できるよう、特定健診データの分析や死因別死亡、平均自立期間等の算出を行い、研究成果を効果的な健康増進施策に活用するとともに、市町が実施する健康データの分析について技術的な支援を行います。
- 事業の企画・調整、地域の健康関連データ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みます。
- 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。

(2) 社会健康医学の推進

【現状と課題】

- 健診や医療、介護に関するデータの蓄積が進む中、静岡県の健康長寿を支える要因について更なるデータの活用が求められます。
- 医療・健康に関する知識や背景を持ちつつ、健康関連データを分析する人材の更なる育成が必要です。
- 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る一方、実際に健康長寿であったかどうかを検証する研究は長期的な視点での実施が求められます。

【施策の方向性】

- 静岡社会健康医学大学院大学において、健康寿命の更なる延伸につながる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。
- 社会健康医学の成果について、講演会や動画配信等を通じ、県民に分かりやす

く情報提供します。

- 専門的な研修の開催等により、社会健康医学研究により得られた成果や健康データを活用した分析結果の、事業立案や改善への活用を支援します。

【成果指標】

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026年度)
要介護認定率 (年齢調整後)	14.7%	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(2022年度)	目標値(2026年度)
地域リハビリテーション サポート医養成者数	132人	180人
地域リハビリテーション 推進員養成者	463人	650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(2022年度)	目標値(2026年度)
「通いの場」設置数	4,665か所(2021年)	6,100か所(2025年)
「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	28市町	全市町
特定健診受診率	58.8%(2021年度)	70.0%(2029年度)
特定保健指導実施率	26.0%(2021年度)	45.0%(2029年度)
運動習慣者の割合 (64～74歳)	男性 43% (2019年) 女性 40% (2019年)	男性 50% 女性 50%
訪問又は通所サービスC 型等の短期集中予防を実 施している市町数	24市町	全市町
生活機能向上連携加算算 定者数(要介護等認定者1 万人対)	159.58人 (2019年)	全国平均値

市町全域の地域ケア会議 (推進) 実施市町数	32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(2022年度)	目標値(2026年度)
健康データの活用や施策 立案に関する研修の開催	3コース (2022年度)	3コース (毎年度)
社会健康医学に関する講 演会等参加者数	(2017～2020年度) 累計 1,614人	(2022～2025年度) 累計 2,400人

第3 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。

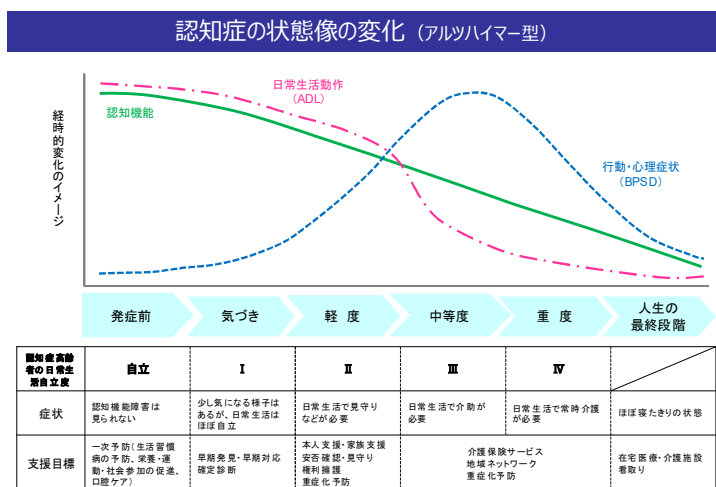
認知症には様々な原因がありますが、最も多いのがアルツハイマー型認知症で、認知症全体の6～7割を占めます。次いで、脳出血や脳梗塞が原因で発症する脳血管性認知症で約2割を占めます。その他、レビー小体型認知症、前頭側頭葉型認知症などがあります。

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、また2040年には約4～5人に1人に達するとされており誰もが認知症になり得るものであり、認知症の人の介護者となる可能性があります。

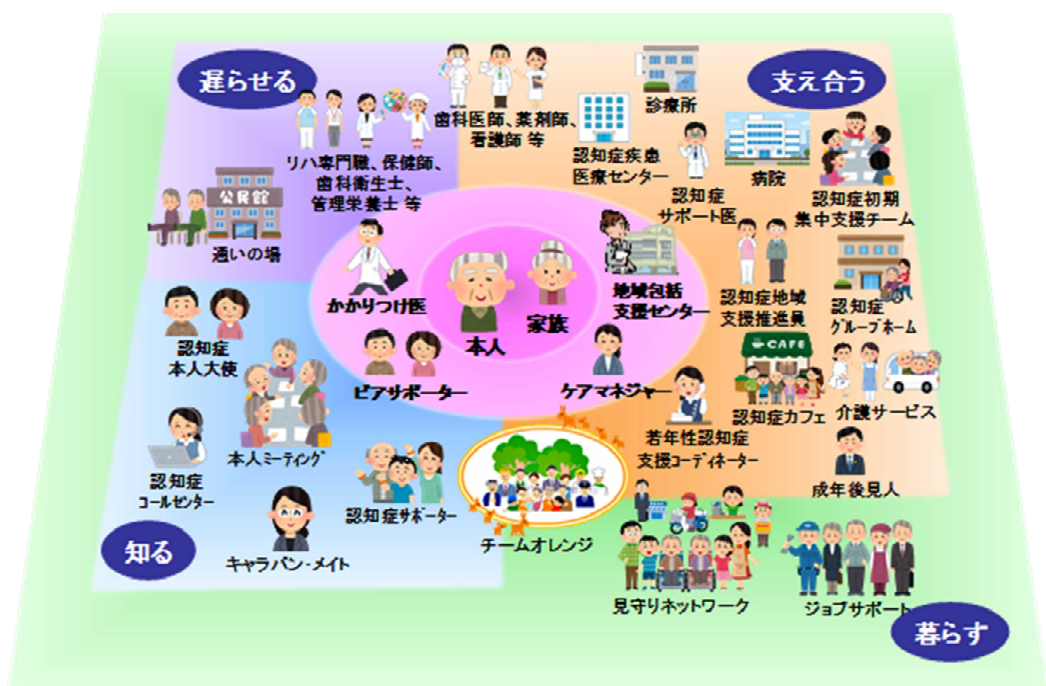
2023（令和5）年6月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下「基本法」という。）」が公布され、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進し、もって認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現を推進することが明記されました。県としても、基本法の理念に基づき、認知症の人とその家族が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができ、認知症の人を含めた県民一人一人が支え合い共生する社会を目指します。

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。

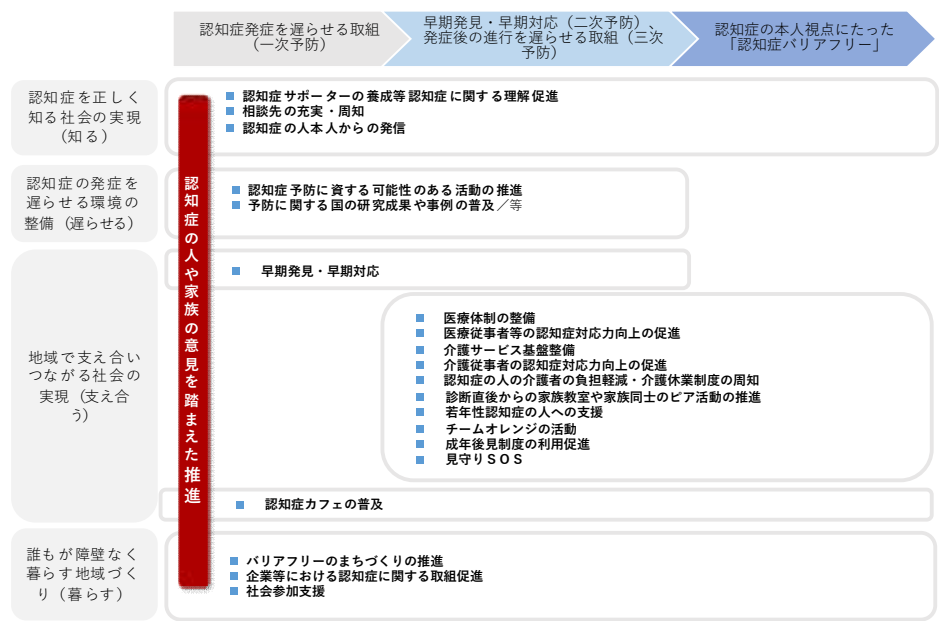
<図4-1：認知症の状態像の変化（アルツハイマー型）>



認知症施策の全体像



＜認知症施策の取組＞



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り、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、認知症に対する否定的なイメージを払拭する観点から、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

- 2023（令和5）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411,701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71,587人養成されています。
- 県では、新規採用職員が認知症サポーター養成講座を受講しているほか、静岡県警察本部では、認知症高齢者にかかる事案への適切な対応に資するため、新たに採用された警察職員等が認知症サポーター養成講座を受講しています。
- また、2023（令和5）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、3,845人養成されています。
- 認知症サポーター、キャラバン・メイトは増加していますが、認知症サポーターが地域で認知症の人や家族と繋がる機会を増やしていく必要があります。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。
- 認知症サポーターの活動や活躍の場を拓げ、認知症の人本人の意向に沿った活動ができるよう、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については、小規模な市町では、マンパワーの不足や参加者確保の問題から市町単独での実施が困難といった課題があります。

② 子どもへの理解促進

- 2023（令和5）年3月末現在、認知症サポーターのうち、小・中・高等学校の子どもサポーターは90,260人養成されています。

- 子どもサポーター数は増加していますが、認知症に関する理解促進に向け、更なる子どもサポーターの養成が必要です。特に学童期の段階から認知症を理解してもらうことが重要です。
- 子どもサポーター養成講座以外にも、認知症の人を含む高齢者に対する理解を深めるため、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、学校や地域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対する関心を高めるために、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、更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（B P S D）が出現する場合もあり、介護者の負担が増大します。
- 認知症に関する知識や対応の仕方を認知症の本人を含む地域住民に向けて周知し、認知症に対する理解を促進する必要があります。
- 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（以下、「認知症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で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・介護職員向け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、全ての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。
- 認知症の日（毎年9月21日）及び認知症月間（毎年9月）の機会を捉えて認知症に関する普及・啓発イベントが集中的に開催されています。県は認知症の人と家族の会静岡県支部等と協働で認知症の日の街頭キャンペーンに参加しており、全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です。

【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、自治会や町内会などの身近な地域や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、医療機関等の企業・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・児童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。

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や高齢者に対する理解を深めるための教育、学校外での高齢者との交流活動等を推進します。
- 県教育委員会と連携し、子どものための認知症学習用ウェブサイト「認知症こどもサイト」を小学校教員に周知し、総合的な学習や道徳の授業などでの活用を促します。

③ その他理解促進

- 地域における認知症の理解促進のため、認知症に関するイベントの開催、普及啓発媒体の配布を実施します。
- 認知症サポーター養成講座等で、認知症意思決定支援ガイドラインを周知します。

(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や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実施するとともに、その活動を周知していきます。

○小規模市町については、広域での認知症サポーター、チームオレンジ養成研修の開催を支援していきます。

② 子どもへの理解促進

○小・中・高校生による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

○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。

○図書館での認知症コーナーの設置等の拡充のため、認知症コーナーのある図書館の情報を収集し、市町等に情報提供します。

(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、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。

○高齢者の総合相談窓口である地域包括支援センターは、2023（令和5）年4月現在、160か所設置されています。また、2022（令和4）年度の相談件数は1センター当たり約3,032件で、年々増加傾向にあります。一方、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次保健医療圏ごとに設置されています。診断直後の本人・家族に対する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2022（令和4）年度の相談は302件あり、相談件数は年々増加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25%にとどまっており、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、県内では、全ての市町で作成されていますが、地域の状況に応じた改

訂ができず、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。

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」といったようなトラブルについて、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。認知症の人と関わる関係機関等にも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、市町や地域包括支援センター等の相談窓口の認知度が高まるよう、引き続き広報紙やホームページ等により周知を行います。

○診断直後から市町や地域包括支援センター等の相談窓口につながるよう医療機関との連携を強化していきます。

○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

○認知症ケアパスに書かれた認知症に関する情報が必要な時に必要な人に届き、活用されるよう、認知症の人本人の意見を踏まえた改訂を行います。

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ホームページ等で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。

○認知症疾患医療センターでの診断直後から市町や地域包括支援センター等相談窓口につながるよう、認知症疾患医療センター連絡協議会を通し周知、支援

します。

② 認知症ケアパスの活用

○認知症ケアパスの改訂状況を把握し、本人の意見を反映したケアパスとなるよう、市町に働きかけます。

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。

(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、2022（令和4）年度は23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（令和2）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。
- 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（名称変更）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が、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。

【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施策に反映していきます。

（県の施策・支援策の方向性）

- 市町や関係団体と協力して、認知症の人に認知症本人大使を委嘱し、「希望ある暮らしを続けていく姿を発信することを通じて、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる」ことへの理解と普及を図ります。
- 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。また、市町と連携し、認知症本人による講演会の開催や認知症本人達のつどいを企画するなど、本人の声を反映した取組を推進します。

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
- 通いの場は、2021（令和3）年度、県内に4,665か所に設置されており、参加者数は85,518人で、高齢者人口に対する参加率は7.8%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。
- 通いの場の設置数は年々増加傾向にありますが、新型コロナウイルス感染症の影響等もあり、2025年度の目標値である6,100箇所には達していない状況

です。

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、全ての市町で実施されており、2022（令和4）年度の派遣件数は2,921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、2022（令和4）年度、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28市町となっており、年々増加傾向にありますが、全市町への普及には至っていない状況です。

④ 多様な場での活動

- 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。
- 併せて、認知症の人が多様な場での活動に参加することを促進するためには、安心して外出できる環境の整備を推進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 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。
- 2020（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。

② 生活習慣病等の予防

- 特定健診・特定保健指導の受診を促すとともに、特定健診等の機会や介護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、通いの場や介護予防教室などで口腔清掃管理の指導を行います。
- 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。

③ 専門職の関与

- 通いの場等で、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の専門職が、地域リハビリテーションサポート医と協力しながら健康相談を行う活動を推進します。

④ 多様な場での活動

- 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。
- 「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。
- 通いの場等で、リハビリテーション専門職や歯科衛生士、管理栄養士が効果的に支援している取組を把握し、研修会等を通じて周知します。
- 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。

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や、飲酒・喫煙・運動不足が健康に与える影響について、若年層を含めた幅広い年代に対し周知を図ります。

③ 専門職の関与

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

○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。

④ 多様な場での活動

- 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。
- 誰もが移動・外出しやすい環境の整備を推進します。

(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される国の活動の手引きを周知することが必要です。

【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、認知症予防に関するエビデンスを整理して作成される国の活動の手引きを住民や専門職に周知します。

(県の施策・支援策の方向性)

- 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。

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、認知症の人本人もできないこと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れます。

(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）年度まで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認知症家族会等のインフォーマルサービス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、2023（令和5）年4月現在、231人配置されています。また、約8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。

○多くの認知症地域支援推進員が、本人・家族の相談対応、認知症カフェの運営支援を行っています。

○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、市町により推進員の活動内容に差があること、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2023（令和5）年4月現在、34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、2022（令和4）年度の訪問実人数は133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80.6%です。

○対象の把握や選別方法が市町ごとに異なり、訪問件数に差があるため、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診断後の本人・家族のフォロー、認知症の行動・心理症状（B P S D）と身体合併症の急性期治療に関する対応、相談及び診断後支援等の体制を含めた事業内容の充実を図るとともに、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、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

- 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・支援機能を発揮することが必要です。
 - 2021（令和3）年度の初診までの待機日数別診療機関数は、14日未満が5か所、15日～1か月が7か所、1か月以上が3か所、相談件数は11,387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。
 - 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）

- 日頃から関係機関同士の連携を図り、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。
- 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、インフォーマルサービスを盛り込み、随時改訂していきます。
- 医療・介護関係者間の情報共有のツールとして、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、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

- チームオレンジや認知症サポーター養成の取組と併せて、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付けを明確にし、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

- 市町が、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。
- 改訂に当たっては、認知症が軽度のうちに本人が意思表示することを促す項目を盛り込むよう働き掛けます。
- 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と民間企業等との連携に関する市町の取組事例を共有し、他の市町でも取り組めるよう支援します。

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し、認知症地域支援推進員が認知症施策の推進役となれるよう支援します。

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研修会等を通し、具体的な取組の好事例を紹介し、市町同士が情報交換をしながら初期集中支援チームの体制づくりをするための支援をします。

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及び市町と認知症疾患医療センターの連携を支援し、地域における認知症医療の保健医療水準の向上を図ります。
- 認知症疾患医療センターが、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。
- 各認知症疾患医療センターが主催する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深め、かかりつけ医や認知症サポート医との役割分担の明確化や地域での役割について、各認知症疾患医療センター連絡協議会において協議するよう支援します。

(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2022（令和4）年度3月現在397人養成され、全ての市町に配置されていますが、地域偏在や、認知症サポート医としての活動の地域差や個人差、活動を希望する認知症サポート医と行政の意見交換の機会がないことなどが課題となっています。
 - また、認知症サポート医はこれまでの認知症の方への対応のサポートから、認知症の方も暮らしやすい地域共生社会の実現のため、関係機関と連携し、行政に対し助言を行い、共に地域活動を進めていく方向にシフトしていくことが求められています。
 - 2023（令和5）年9月には認知症疾患修飾薬が厚生労働省から薬事承認を受けました。投与を希望する人が治療を受けられるような体制の検討が必要です。
 - 認知機能低下等により、薬が正しく使用されなかった時の有害事象を防止するため、在宅訪問により患者等を支援する薬局をさらに増やしていくことが必要です。
 - 2018（平成30）年2月、静岡県歯科医師会と静岡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。
- 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。
 - 2022（令和4）年度末の受講者数は、かかりつけ医が1,185人、歯科医師538人、薬剤師1,008人、看護職員（指導者層）436人、病院勤務の医療従事者7,244人です。研修参加者が低調・固定化しているため拡大が必要であり、全ての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、2021（令和3）年度から病院勤務以外の看護師等の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、2022（令和4）年度末までに79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。
 - 研修参加者は、認知症に関する知識・技術や認知症の人や家族を支えるための知識・方法を学び、それぞれの業務で活かしているほか、修了者の一部は地域

で、チームオレンジなどの活動を行っています。

- 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に対する投薬に当たっては、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では、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、介護保険法等で行動の制限や身体拘束に関して規定されていますが、その他の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。本人が望む終末期を迎えるために、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）についての医療・介護従事者の理解、住民への普及啓発が必要です。
- 2022年（令和4）年度までに、全ての医療従事者向けの認知症対応力向上研修において認知症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。

【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。
- 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、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。

- 医師会と連携し、各地域で認知症サポート医と市町や地域包括支援センター、介護事業所等が連絡会や研修会を行い、各地域で必要な取り組みを行えるよう支援します。
- より多くの薬局が在宅訪問業務を実施できるよう研修会などを継続して開催します。
- 認知症疾患修飾薬の投与を希望する人が、治療を受けられるような体制を検討していきます。
- 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。

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。
- 研修参加者が、習得した知識、技術等を活かし、更に、関係職種等との連携を深めるとともに、地域での活動にもつなげるよう、関係団体と協力して研修内容の充実に取り組みます。
- 研修で認知症の人本人の意見を聞くことにより、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

- B P S Dへの対応において非薬物的介入を第一選択とし、パーソン・センタード・ケアなどのケアの実践が普及するよう、認知症対応力向上研修を引き続き開催します。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。
- 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。

④ 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

- 認知症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。

- 認知症サポート医やかかりつけ医や行政、及び地域包括支援センター等と協力し、ACPの普及啓発、エンディングノート（ACPノート）の作成や活用を促進し、本人が望む生活を考え選択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。

(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高齢者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、認知症高齢者グループホームは、認知症の人のみを対象とした介護サービス事業所であり、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。

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、2022（令和4）年度までに認知症介護指導者養成研修62人、認知症介護実践者研修7,900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。
- 介護に直接関わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有しない者の資質の担保が必要です。
- 認知症高齢者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高齢者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

- 高齢化の進行に伴い、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、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、2023（令和5）年3月末日現在179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、歩いて行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16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）年に静岡県が全国に先駆けて作成した介護マークは、2023（令和5）年3月末日現在、全国527市区町村で活用され、累計配布数は27,328個ですが、配布開始から10年以上が経過し、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介護支援専門員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、グループホームが行う本人、家族を支えるための相談支援や多職種との連携強化を推進します。
- ② 介護従事者の認知症対応力向上の促進
 - 認知症高齢者グループホームが、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。
 - 介護に直接関わる職員の資質の向上のため、受講が義務付けられた認知症介護基礎研修の確実な受講を働きかけます。

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、設置を促進します。

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

- 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。また、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。

(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づくり「認知症バリアフリー」の取組が必要です。
- 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があり、各市町障害福祉担当課、各保健所、県庁等において配布していますが、必要な人が手に入れられることができるよう今後も周知ををしていくことが必要です。
- 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、2022（令和4）年度現在、20市町で実施していますが、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。

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283人（2022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、2022（令和4）年度現在、GPSが11市町、二次元コードが14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のホームページに42人掲載し、2014（平成26）年から2022（令和4）年までに25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

④ 消費者被害の防止と救済

- ※第1-4(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掛けます。
- 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。
- フォーラムや、出前講座を行い、ヘルプマークの意味や目的を紹介し、普及を進めます。
- チームオレンジの構築に向け、多様な職種への働き掛けなどを通じて、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。
- チームオレンジが未設置となっている市町に対し設置に向けた課題解決共に

検討する伴走型支援を行い、チームオレンジ設置を促進していきます。

- 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「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。
- 効果的な機器やシステムの普及を促進します。また、ICTを活用した見守りシステムの好事例について、研修会等を通じて周知します。
- 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

④ 消費者被害の防止と救済

- ※第1-4(2)に記載

(5) 若年性認知症の人への支援

【現状と課題】

- 2020（令和2）年7月の厚生労働省の調査結果では、若年性認知症の有病率は18歳から64歳人口10万人当たり50.9人とされ、これを静岡県にあてはめると、約1,000人余と推計されます。
- 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。
- 若年性認知症は、高齢者の認知症とは様相が異なり、就労や育児等、ライフステージごとの細やかな支援が求められることから、社会との接点を大切にした継続的な支援が必要です。
- 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。

- 「静岡県若年性認知症相談窓口」に若年性認知症支援コーディネーターを配置して電話相談や個別相談支援を行っており、2022（令和4）年度の相談件数は192件です。
- 相談内容は、就労・経済的問題、サービスや社会資源に関する内容が多く、相談者は、本人・配偶者のほか、市町・地域包括支援センター・専門職からの相談も増加しており、相談内容は多岐にわたり、対応が難しくなっています。
- 若年性認知症支援コーディネーターは、企業向け出前講座の実施、本人ミーティングや認知症家族会の会合に出席するほか、ハローワークや認知症疾患医療センター等と連携を図っていますが、企業等も含め、広域的なネットワークづくりが必要です。
- 若年性認知症の人の居場所や就労継続への支援が不足しており、本人ミーティングや認知症カフェ等の居場所の設置や、就労継続や仕事の場の提供に向けた企業等の理解促進が必要です。
- 本人ミーティングや認知症家族会の会合等により把握した若年性認知症の人や家族の意見を取組に反映していくことが必要です。

【施策の方向性】

（市町の施策の方向性）

- 市町における若年性認知症の相談窓口や支援体制の整備を促進します。
- 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）

- 若年性認知症の人や家族の意見を聴きながら、支えられる側だけでなく、支える側としての役割と生きがいを持って暮らすことができる環境整備に取り組みます。
- 若年性認知症に対する理解促進を図るため、認知症サポーター養成研修やホームページなどにより普及啓発を行います。
- 市町における相談支援体制の充実を図るため、若年性認知症に関する研修等を開催します。
- 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、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、認知症疾患医療センターをはじめとする多機関・多職種との連携を促進します。
- 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。

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に、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れます。

(1) バリアフリーのまちづくりの推進

【現状と課題】

① 認知症に関する理解促進

※第4-1(1)に記載

② 移動・外出しやすい環境整備

※第1-3(2)に記載

③ 交通安全対策の推進

※第1-4(3)に記載

④ 住まいの安定的な確保

※第1-3(1)に記載

【施策の方向性】

① 認知症に関する理解促進

※第4-1(1)に記載

② 移動・外出しやすい環境整備

※第1-3(2)に記載

③ 交通安全対策の推進

※第1-4(3)に記載

④ 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。
- 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、2023（令和5）年10月現在、県内5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】

- 市町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。
- 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。
- 企業等に対して、サポーター養成研修等を行い、認知症に関する理解促進を図ります。

(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大学の公開講座等に参加できる環境が必要です。
- 認知症地域支援推進員の取組として社会参加活動や認知症予防のための体制整備が位置付けられましたが、一部の市町で取り組みが進んでいない現状があります。

【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。
- 認知症の人の就労を支援するため、ハローワークや障害者就労・生活支援センター等の関係機関との連携を推進します。
- 認知症地域支援推進員の研修を通し、好事例を共有し、活動を推進するよう支援します。

【成果指標】

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026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	36.1%	33% (2025年度)

【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(2022年度)	目標値(2026年度)
認知症サポーター養成数	累計411,701人	累計530,000人
こどもサポーター養成数	90,260人	累計132,500人
企業・職域型の認知症サポーター養成数	71,587人	累計106,000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	35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	22.6% (2022年度)	34.9% (2025年度)
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を展開している市町数	23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(2022年度)	目標値(2026年度)
「通いの場」設置数（再掲）	4,665 か所 (2021年度)	6,100 か所 (2025年度)
「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）	28市町	全市町

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(2022年度)	目標値(2026年度)	
認知症サポート医養成者数	397人	470人	
認知症サポート医リーダー養成者数	181人	210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	1,185人	1,340人
	歯科医師	538人	610人
	看護職員（指導者層）	436人	676人
	薬剤師	1,008人	1,140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	80.6%	毎年度 81.0%以上	
認知症介護指導者数	62人	70人	
認知症介護実践者数	7,900人	9,271人	
認知症カフェ設置数	179か所	調査中	
若年性認知症の人の相談の場設置数	158か所	調査中	
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）	31市町	全市町 (2021年度)	

4 誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026年度)
認知症の人と家族を支える体制（チームオレンジ）が整備されている市町数	20市町	全市町
企業・職域型の認知症サポーター養成数（再掲）	71,587人	累計106,000人

第4 在宅生活を支える医療・介護の一体的な提供

県が2023（令和5）年2月に実施した「静岡県地域医療に関する調査」では、県民の47.5%が「人生の最期を住まい（自宅＋老人ホーム）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、2022（令和4）年に住まいで亡くなった方は、14,823人、死亡者数に占める割合は31.3%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深化・充実を図る中で、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（アドバンス・ケア・プランニング、愛称「人生会議」）（以下、「ACP（人生会議）」）の普及啓発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に当たり、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。

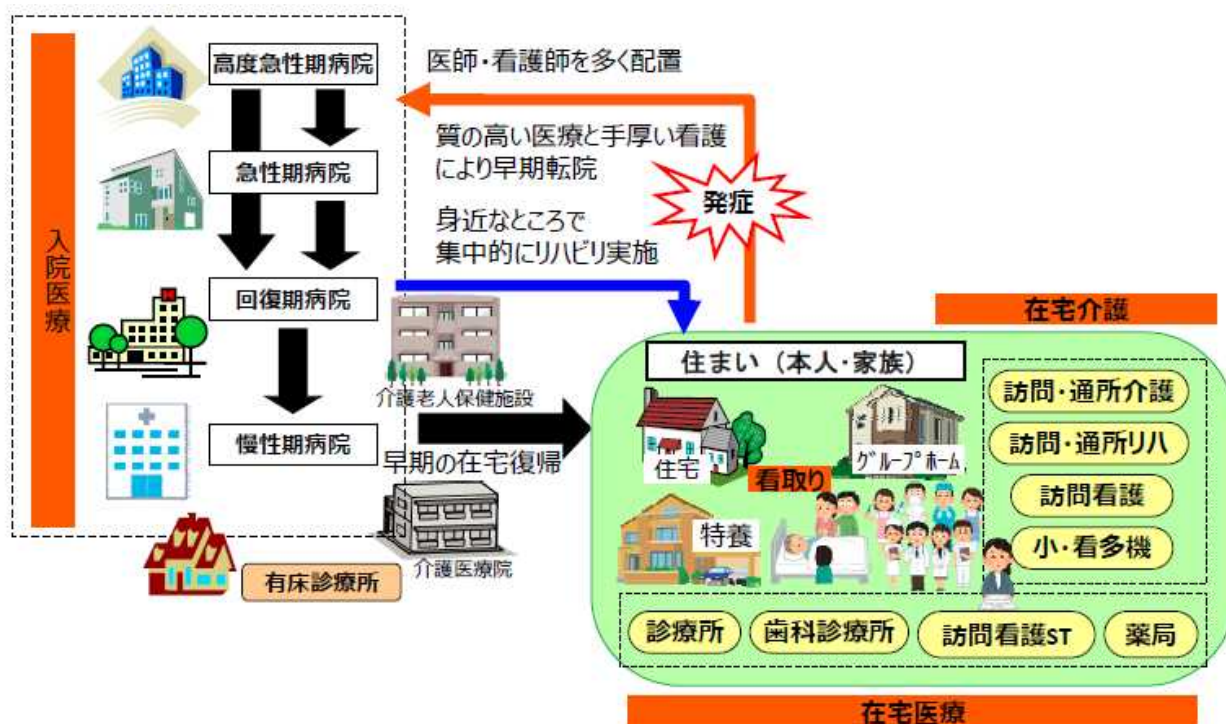
1 在宅医療・介護連携の推進

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「ほぼ在宅・ときどき入院」の仕組みづくりを進めていきます。

<図3-1：ほぼ在宅・ときどき入院>



(1) ほぼ在宅・ときどき入院の仕組みづくり

【現状と課題】

- 「ほぼ在宅・ときどき入院」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いケースや、退院支援カンファレンスで多職種連携が取れていないケースがあります。
- 特に、患者の生活歴や口腔内の状況や服薬等の情報については、情報共有が不足しがちなため、病院側の意識の向上や、関係者間の情報共有の促進が必要です。
- 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、入院前・入院時から退院後を見据えた入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、対応がわからず、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（人生会議）の普及啓発が必要です。
- 介護施設においても、利用者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、本人の意思に沿った対応がされ

るよう、介護施設における看取りの普及促進が必要です。

- 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なことから、静岡県医師会が運営する「シズケア＊かけはし（地域包括ケア情報システム）」の更なる活用を推進することが必要です。
- 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（人生会議）に関する知識は十分に浸透していません。
- 住民に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、骨折や誤嚥性肺炎、がん、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」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】

- 市町の在宅医療・介護連携の取組支援や在宅医療圏域単位での医療機関と介護事業所等の連携推進を図ることにより、「ほぼ在宅・ときどき入院」の仕組み作りを進めます。
- 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。
- 入院から在宅等への円滑な移行のために、在宅医療に携わる関係機関と地域の実情にあった入退院支援ルールを作成を支援するとともに、ケースに応じて必要な専門職等の関係者が退院支援カンファレンスに参加できるようルールの普及を図り、入退院調整機能の強化を図ります。
- 病院において、入退院支援担当者を配置し、外来通院時や入院初期から退院後の生活を見据えた入退院支援が実施できる体制を強化します。
- 病院等の退院支援カンファレンスへ地域の在宅医療を担う診療所のかかりつけ医や歯科診療所の歯科医師、訪問看護ステーションの看護師、薬局の薬剤師、ケアマネジャー等の参加を促進し、関係者の密接な連携体制を構築します。
- 急変時の対応について、住民や介護事業所に対するACP（人生会議）の普及を図ります。

- 関係職種間の情報共有を促進することにより、患者の生活の場での療養等を支援します。
- 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、感染症・災害発生時でも活用可能なICTの活用推進を図ります。
- 市町や地域包括支援センターと連携し、県民に向けた普及啓発（シンポジウム、講演会等の開催）や在宅医療に関する相談窓口の周知などにより、県民の在宅医療に関する理解を深め、不安解消を図るなど在宅医療が選択される環境整備を促進します。
- 「ふじのくに高齢者在宅生活安心の手引き」を活用する等し、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。

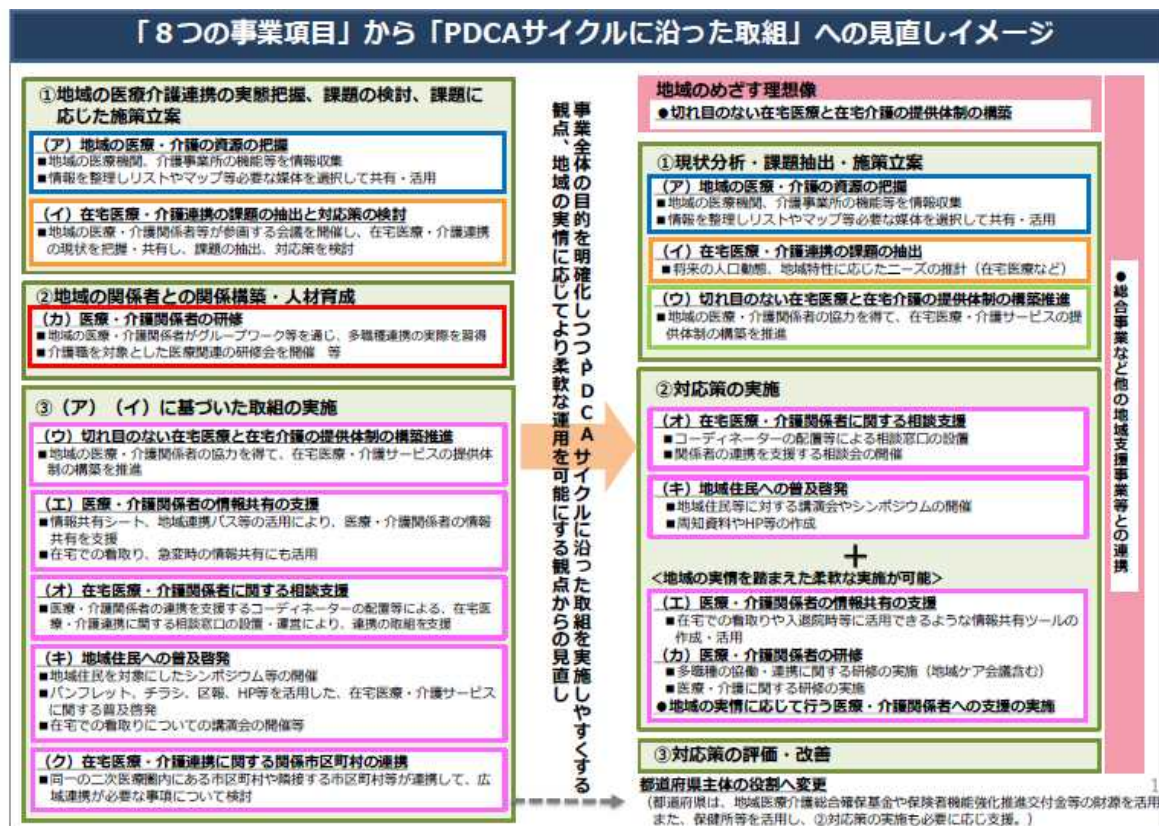
(2) 在宅医療・介護連携推進事業の支援

【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9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んでいますが、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、目指す姿や進捗状況を地域の医療・介護関係者と共有できていないなどの課題があります。
- また、一部の項目では、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、必須としていた8項目の取組を見直し、地域の実情に応じた事業選択等が可能となるよう制度改正を行いました。
- 今後、事業効果が十分に得られていなかったり、課題が残っている取組を進めていくためには、県は、事業実施に加え、事業全体を俯瞰し、関係機関との連携をコーディネートできる人材を市町が確保できるよう、支援していく必要があります。
- 県保健医療計画において、入退院・日常療養・急変時・看取りの4つの機能が充足できる在宅医療の圏域が設定され、圏域内に1つ以上の在宅医療におい

て必要な連携を担う拠点等が新たに設定されます。

<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。
- 市町において、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。
- 県保健医療計画で新たに設定された「在宅医療において必要な連携を担う拠点」への支援を通し、市町が行う在宅医療・介護連携推進事業と連携して地域の在宅医療・介護連携体制の充実を推進します。

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】

- 静岡県地域医療構想を踏まえた2026（令和8）年における静岡県の訪問診療の必要量は23,428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必要量（12,565人）から10,863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、2018（平成30）年度の28,908件から2022（令和4）年度の38,608件へと9,700件増加していますが、区分別に見ると、同一建物居住者が2018年度の19,439件から2022（令和4）年度の24,600件へと5,161件増加し、同一建物居住者以外は2018（平成30）年度の9,469件から2022（令和4）年度の14,007件へと4,538件増加しています。また、実施医療機関数は、1,003施設から903施設へと減少しています。
- 2022（令和4）年度の訪問診療を受けた患者数は、全県で見ると2023（令和5）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、2026（令和8）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を構築する必要があります。
- 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必要です。
- かかりつけ医を中心とした、関係職種で構成される在宅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や訪問診療を実施する医師の育成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、診療所等の関係医療機関相互で患者情報の共有等の連携を図り、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関を中心とした入退院支援、日常療養、急変時、看取りの体制の支援を図ります。
- 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、在宅医療に必要な知識、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（静岡県地域包括ケア情報システム）」の活用により、支援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】

- 県内の訪問看護ステーション数は増加しているものの、2022（令和4）年度の人口10万人当たり施設数は、全国平均11.45施設に対し、静岡県は7.71施設と少ない状況です。
- 2023（令和5）年9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1町あります。設置市町においても山間部など未対応の地域があるなど、その設置状況には地域偏在が見られます。
- 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56.9%、医療法人が20.4%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、病院などの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、2018（平成30）年の75施設から、2022（令和4）年の92施設に増加しています（2022（令和4）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54.6%は、看護職員が常勤換算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（2022（令和4）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、21施設（2023（令和5）年9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を整備するとともに、訪問看護ステーションが安定的な経営を可能にすることが必要です。
- 看取りやターミナルケア、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。
- 在宅で療養している方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を図る必要があります。
- 訪問先で利用者や家族からハラスメントや暴言、暴力を受けた経験がある訪問看護従事者がいる訪問看護ステーションは、県内の全訪問看護ステーションの38.8%あり、ハラスメント等の防止とハラスメント等を受けた訪問看護従事者のケアが課題となっています。

【施策の方向性】

- サテライト型の訪問看護ステーションの設置や、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。
- 利用者が少なく運営が不安定な、開設初年度の訪問看護ステーションを支援することで、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。
- インターンシップや訪問看護就業セミナー等の対象者の属性に分けた人材確保対策や新卒・新任訪問看護師向けの育成・同行研修、管理者向けマネジメント研修による離職防止対策に取り組みます。
- 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。
- 精神疾患等の専門的な研修を実施し、認知症のある方などに対応することができる訪問看護ステーションの確保を図ります。
- 在宅で療養している方により適切なサービスを提供するため、訪問看護職員を特定行為研修や認定看護師教育課程に派遣する訪問看護ステーションを支援することにより、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ります。

- 訪問看護従事者を対象とする研修に、ハラスメントや暴言、暴力への対応を研修テーマとして取り入れ、ハラスメント等の防止やハラスメント等を受けた訪問看護従事者のケアに取り組みます。

(3) 歯科訪問診療の促進

【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に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、かかりつけ歯科医を中心とした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（支援）認定者に対す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1,727施設となっており、うち、2023(令和4)年9月現在、訪問歯科診療の実施可能な歯科診療所数は840施設、在宅療養支援歯科診療所は201施設あり、県民の約4千人に1施設、要介護3～5の者（2023(令和4)年3月末現在、63,232人）約75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。（表3-1）
- 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）。

<表3-1：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	840	11	26	168	80	156	103	89	207

※県健康増進課調査（2023(令和5)年9月時点）

- 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、自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、ケアマネジャー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、歯科医師・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、静岡県歯科医師会や郡市歯科医師会、市町などと連携し、県民の在宅歯科医療に関する理解の促進と、在宅歯科医療を実施する医療機関の周知啓発を図ります。
- 歯科医師会等と連携し、医師、訪問看護師、管理栄養士、ケアマネジャーや地域包括支援センターの職員等に対し、口腔機能管理の重要性や効果に関する知識の普及を図るとともに、在宅歯科医療を実施するかかりつけ歯科医等が、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、栄養ケア・ステーションや介護サービス事業所等と顔の見える関係を築くための取組を支援します。
- 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。

(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。また、かかりつけ薬局を選択しやすくなるように、特定の機能を持つ薬局ができています。
- 在宅医療への対応や医療機関との情報提供に一定の実績を持ち、麻薬・無菌や休日・夜間の調剤にも対応できる薬局として認められた「地域連携薬局」が109薬局（2023年9月現在）あります。
- 医療機関と連携し専門的な薬物療法の提供を行う薬局として認められた「専

門医療機関連携薬局（がん）」が3薬局（2023年9月現在）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旨を届け出た「健康サポート薬局」が71薬局あります。（2023年9月現在）
- 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、服薬指導等の在宅訪問業務が行える薬局（「在宅患者訪問薬剤管理指導」届出薬局）は、全1,913薬局のうち1,786薬局（2023（令和5）年3月現在）とほぼ全ての薬局にまで増加しましたが、2021（令和3）年度1年間に在宅訪問業務を行った薬局は1,019薬局と毎年増加しているものの全体の約半数に留まり、その広がりには遅れが生じています。
- 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免許を取得している薬局は2023（令和5）年3月末時点で1,680薬局（全薬局の87.8%）であり、ほぼ全ての薬局において対応が可能です。
- 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、さらには、かかりつけ薬剤師・薬局の有用性について、最新の情報を患者・家族や県民に広く提供することが必要です。

【施策の方向性】

第2部 第4 在宅生活を支える医療・介護の一体的な提供

- 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、「地域連携薬局」や「専門医療機関連携薬局」の認定取得を推進します。
- 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実施を通じて「健康サポート薬局」の増加を図ります。
- 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「地域連携薬局」を中心とした薬局同士の連携強化を図ります。
- 薬剤師が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、緩和ケア、無菌調剤等に関する研修の充実により在宅訪問業務等を行う薬剤師の資質向上・養成を図るとともに、「地域連携薬局」や「専門医療機関連携薬局」の認定取得の推進を通じて、医療器関東に対する窓口の体制や地域の薬局間の連携を強化し、薬局の在宅訪問業務を推進します。
- 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、説明と相談を確実に行えるよう、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行います。
- 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、さらには、かかりつけ薬剤師・薬局の有用性について、患者・家族や県民へ広く情報提供します。

<表3-2：かかりつけ薬剤師・薬局に求められる機能>

	かかりつけ薬剤師・薬局			高度薬学管理機能	健康サポート機能
	服薬情報の一元的・継続的把握	24時間対応・在宅対応	医療機関等との連携		
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的 ・継続的に把握し、薬学的管理・指導。 ・患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化。 	<ul style="list-style-type: none"> ・開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談。 ・夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時等緊急時には調剤を実施。 ・地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅訪問業務に積極的に関与。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して疑義照会や処方提案。 ・調剤後も患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導。 ・医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。 	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬に特段の注意を払う必要がある疾患を有する患者への専門的な薬物療法の提供。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の中で率先して地域住民へ健康サポートを実施。
標榜・機能	地域連携薬局				
	○				
	専門医療機関連携薬局				
○			○		
健康サポート薬局					
○				○	

3 人生の最終段階を支える体制整備

高齢化の進行により、年間の死亡者数は年々増加傾向にあり、2022（令和4）年には、47,334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した。

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、希望する医療・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、自身の死後の処理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人生の最終段階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、2023（令和5）年4月現在、28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（アドバンス・ケア・プランニング）の愛称を「人生会議」と発表し、自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて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、人生の最終段階では、本人の意思表示が難しく、家族等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。
- 事前に本人の意思を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、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ています。
- 本人の意思に沿った医療・ケアが提供され、家族等の負担を減らすことができるよう県民のACP（人生会議）に対する理解を高めていくことが重要です。

【施策の方向性】

- 医療・介護関係者向けにACP（人生会議）やリビングウィル（意思表示書）に対する知識の習得を支援し、患者家族に対する助言機能の向上を促進します。
- 人生の最終段階における県民一人ひとりが望む医療・ケアについて、家族等と共有する取組を促進します。
- 県民に向けては高齢者のみならず現役世代も対象に、関係団体と連携し、人生の節目においてACP（人生会議）やリビングウィル等に対する理解を促進します。

(2) 介護施設での看取りの推進

【現状と課題】

- 2022（令和4）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、6,604人、死亡者数の13.9%となっており、介護保険制度導入時の2.8%から約11%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、認知症高齢者グループホーム、特定施設入居者生活介護、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。
- 2022（令和4）年度に看取り介護加算を算定した入居・入所施設は●●か所、算定人数は3,227人となっており、多くの介護施設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加算の算定が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、介護老人福祉施設（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も重要となります。

【施策の方向性】

- ナースセンター等と連携した介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）への正看護師の就業促進や、主治医、副主治医制の導入等による嘱託医の負担軽減に取り組めます。
- 介護関係者向けにACP（人生会議）やリビングウィル（意思表示書）に対する知識の習得を支援することにより、介護関係者を通じた本人や患者家族に対する施設看取りの意識醸成を促進します。
- 介護医療院の職員を含めた介護職員に対し、看取りへの対応力向上を図ります。

(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、2022（令和4）年時点では、17.3%となっています。
- 一方、2022（令和4）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43.4%となっており、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、訪問介護事業所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、これらのサービス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。
- ターミナル期には、速やかな変更認定により、本人の状態変化に応じた要介護状態区分に基づく介護サービスが提供されることが重要ですが、区分変更の申請から認定までに時間がかかり、必要なサービスの提供を受けることが難しいケースがあります。
- 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。
- 市町による看護小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの整備を支援します。
- ターミナル期に本人の状態に応じて、必要な介護サービスの提供が受けられるよう、区分変更の速やかな認定や暫定介護サービス計画の活用を促進します。
- 薬局間、歯科診療所間の連携強化を促進すること等により、かかりつけ薬局や訪問歯科診療の充実に取り組みます。
- 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。

【成果指標】

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026年度)
住まいで最期を迎えることができた人の割合	31.3%(2022年)	34.0%(2026年)

【活動指標】

1 在宅医療・介護連携の推進

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026年度)
入退院支援を実施している診療所・病院数	85施設(2022年)	97施設(2026年)

2 在宅医療のための基盤整備

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026年度)
訪問診療を受けた患者数	20,559人(2022年)	23,428人(2026年)
訪問診療・往診を実施している診療所、病院数	903施設(2022年)	1,029施設(2026年)
在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数	35施設(2022年)	40施設(2026年)
在宅看取りを実施している診療所、病院数	276施設(2022年)	315施設(2026年)
24時間体制をとっている訪問看護ステーション数 (従事看護師者数)	232施設(1,545人) (2022年)	308施設(2,049人) (2026年)
機能強化型訪問看護ステーション数	19施設(2022年)	39施設(2026年)
在宅療養支援歯科診療所数	206施設(2022年)	222施設(2026年)
歯科訪問診療を実施している歯科診療所数	273施設(2022年)	302施設(2026年)
在宅訪問業務を実施している薬局数	1,019薬局(2021年度)	1,237薬局(2026年度)
地域連携薬局認定数	98薬局(2022年度)	172薬局(2025年度)

3 人生の最終段階を支える体制整備

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026年度)
看取り介護加算算定人数 (入居・入所施設)	3,227人	〇〇人

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23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

静岡県の要介護(支援)認定者は、2022(令和4)年度の189,247人から、2026(令和8)年には199,387人、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040(令和22)年には221,677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】(表5-1)

- 静岡県の75歳以上人口は2017(平成29)年から2022(令和4)年の5年間で527,392人から581,970人と約5万5千人の増加、1.1倍となっており、要介護(支援)認定者数は170,603人から183,889人と約1万3千人増加、1.08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137,675人から153,116人と約1万5千人増加、1.11倍となっており、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、在宅サービスが94,079人から107,384人と約1万3千人増加、居住系サービスが11,725人から12,951人と約1千

人増加、施設サービスが 31,871 人から 32,781 人と約 1 千人増加となっています。

- 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 19.81 人から 18.99 人と 0.82 人減少、0.96 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、160 万円から 165 万 5 千円と増加しています。

<表 5-1：高齢者人口、認定者、サービス受給者等の推移>

	第7次計画	第8次計画	第9次計画	
	2017年度 (平成29年度)	2020年度 (令和2年度)	2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度)
高齢者人口(人)	1,060,406	1,084,282	1,090,454	1,091,752
75歳以上	527,392	561,807	563,325	581,970
後期高齢化率	14.5%	15.50%	15.60%	16.40%
要介護認定者数(人)	170,603	179,849	183,106	183,889
要介護認定率(1号被保険者)	15.6%	16.41%	16.64%	16.72%
サービス受給者数(人)	137,675	149,903	151,913	153,116
在宅サービス	94,079	103,844	105,659	107,384
居住系サービス	11,725	12,780	12,968	12,951
施設サービス	31,871	33,279	33,286	32,781
サービス受給割合	80.7%	83.35%	82.96%	83.27%
在宅サービス	55.1%	57.74%	57.70%	58.40%
居住系サービス	6.9%	7.11%	7.08%	7.04%
施設サービス	18.7%	18.50%	18.18%	17.83%
施設定員数(人)	33,794	34,806	34,952	34,914
介護老人福祉施設	18,894	19,410	19,560	19,564
介護老人保健施設	13,187	13,077	12,816	12,816
介護医療院	—	1854	2291	2358
介護療養型医療施設	1,713	465	285	176
認定者百人当たりの定員数(人)	19.81	19.35	19.09	18.99
介護給付費(千円)	272,984,986	298,620,337	303,120,056	304,365,420
県負担分	39,716,023	44,303,179	44,929,337	45,092,454
認定者1人当たり給付費	1,600	1,660	1,655	1,655

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）

2017～2021年度の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(年報)

2022年度の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)(3月利用分)

2017～2022年度のサービス受給者数は、介護保険事業状況報告(月報)(3月利用分)

【介護サービス必要量の推計】(表5-2)

- 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、2026(令和8)

年までに約1.01倍～1.32倍になると推計されています。

- 居住サービスでは、訪問リハビリテーションが1.32倍と増加率が高く、施設サービスでは、介護老人福祉施設の整備予定が少ないことから、利用者の増加は少なく見込んでいます。

<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>

	2022年度 (実績)	2026年度	伸び率	
介護保険被保険者数(人)	2,323,035	2,303,794	0.99	
要支援・要介護認定者数(人)	189,247	199,387	1.05	
要支援1, 2	46,783	49,236	1.05	
要介護1, 2	78,321	82,504	1.05	
要介護3～5	64,143	67,647	1.05	
居宅サービス	訪問介護(回/年)	6,237,197	7,352,170	1.18
	訪問看護(回/年)	1,191,792	1,459,594	1.22
	訪問リハビリテーション(回/年)	384,501	507,986	1.32
	通所介護(地域密着型を含む)(回/年)	6,424,621	7,076,854	1.10
	通所リハビリテーション(回/年)	1,313,880	1,447,214	1.10
	短期入所生活介護(日/年)	1,401,979	1,582,634	1.13
	特定施設入居者生活介護(人/月)	5,516	5,988	1.09
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)	508	658	1.30
	夜間対応型訪問介護(人/月)	93	108	1.16
	認知症対応型通所介護(回/年)	233,454	281,292	1.20
	小規模多機能型居宅介護(人/月)	2,934	3,174	1.08
	認知症対応型共同生活介護(人/月)	6,193	6,660	1.08
	地域密着型特定施設入居者生活介護(人/月)	427	449	1.05
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(人/月)	1,258	1,302	1.03
	看護小規模多機能型居宅介護(人/月)	678	875	1.29
施設サービス	介護老人福祉施設(人/月)	17,631	17,885	1.01
	介護老人保健施設(人/月)	11,846	12,175	1.03
	介護医療院(人/月)	2,295	2,598	1.13
	介護療養型医療施設(人/月)	178	-	-

※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：2022年度（実績）は厚生労働省「介護保険事業状況報告（月報）」

2026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、自宅や介護サービスの提供がない老人ホームに居住する要介護（支援）認定者が利用するサービスで、2023（令和5）年4月現在、107,325

人が利用しています。

- 2026（令和8）年度の利用者は116,349人と2023（令和5）年4月から9,024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あり、近年、事業所数では、少しずつ増加していますが、訪問介護のサービス見込量は今後も増加する見通しであり、訪問介護事業所の充実が必要です。また、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もあり、安定的なサービス提供体制を確保するためには、訪問介護員の確保が必要です。
- 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、事業所のケアマネジャーが「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2019（令和元）年の163か所から2023（令和5）年には168か所と横ばいの傾向となっており、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）年の29か所から2023（令和5）年には36か所と増加していますが、設置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。
- 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、事業所の収益確保の課題があります。
- 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高齢者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、2023（令和5）年4月は46,079人が利用しています。
- 2026（令和8）年度の利用者は47,991人と2023（令和5）年4月から1,912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、2023（令和5）年4月1日現在で4,926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1,654人（うち、要介護3以上1,587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696人（うち、要介護3以上694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ほぼ横ばいの状況です。
- 介護老人保健施設は、2023（令和5）年4月現在、県内に125か所、12,796床ありますが、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。
- 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。
- 介護医療院は2023（令和5）年4月現在、県内に27か所、2,358床ありますが、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います。
- 老朽化している介護施設については、需要のピークを迎える2040（令和22）年を見据え、既存施設の計画的な修繕による施設の長寿命化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介護に関する資格を持たない人を新たにホームヘルパーとして育成するなどにより、新規就業を促進し、訪問介護事業所の充実を図ります。
- 全ての地域で必要なり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。
- 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、ケアマネジャーや利用者とその家族のサービスへの理解促進、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、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、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。
- 既存施設の長寿命化を進めるために、計画的な修繕を実施できるよう、助成制度を検討します。

(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、高齢化等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。

- 2023（令和5）年度の在宅医療等の必要量に対する在宅医療・介護サービスの提供実績は、地域ごとに差はありますが、全県的には、第9次静岡県長寿社会保健福祉計画策定時（2020年度）に推計した見込みに概ね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36,252人となる見込みです。

【施策の方向性】

- 療養病床等の減少により、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圏域ごとに開催される会議等で報告するなど進捗管理していきます。

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】

- 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、個別の運営指導、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、運営指導を原則2年に1回と全国一の頻度で例年約1,000事業所に対して実施しているほか、集団指導を年1回以上実施しています。
- 運営指導では、国が定めた運営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。
- 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、県では事業所の指定を行う際に人員体制を確認し、更に運営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、2023(令和5)年時点で8,415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、きめ細かな指導体制の維持継続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、市町における事業者指導の実施状況や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、おおむね3年に1回以上、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が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、給付適正化の観点からも指導が必要です。

【施策の方向性】

- 市町と連携して介護サービス事業者等に対する運営指導(原則2年に1回)及び集団指導(年1回以上)を実施し、事業者への指導監督を通じて介護サービスの質を確保します。
- 市町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など、市町の指導監督業務の実施支援を通じて、指導監督の標準化及び適正化を推進します。
- 未届の有料老人ホームを把握した場合は、早期の届出を徹底し、その後は適切に指導監督していきます。
- 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対し、計画的に指導調査を行って介護サービスの利用実態を把握し、有料老人ホーム等に併設

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、要介護（支援）認定者の適切なサービス利用を推進します。

(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、2022（令和4）年度の養介護施設従事者等による虐待件数22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併せて、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。
- 2021（令和3）年度に県規則を改正し、介護事業者に「虐待防止委員会の定期開催」及び「従事者への研修の実施」等を義務化しました。

<表5-5：高齢者虐待の発生状況>

※令和4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
2022年度	件数	6件	3件	0件	3件	3件	2件	0件	1件	0件	2件	2件	0件	0件	0件	22件
	構成割合(%)	27.3	13.6	-	13.6	13.6	9.1	-	4.5	-	9.1	9.1	-	-	-	100.0
2021年度	件数	9件	0件	0件	4件	1件	1件	1件	0件	0件	1件	1件	0件	0件	1件	19件
	構成割合(%)	47.4	-	-	21.1	5.3	5.3	5.3	-	-	5.3	5.3	-	-	5.3	100.3

※割合(%)は四捨五入しているため、内訳の合計が100%とならない場合があります

【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。
- 介護事業者に義務化された虐待防止委員会の定期開催や従事者への研修の実施等について指導を強化するとともに、介護事業所の職員を対象とする研修を実施し、事業所における高齢者の権利擁護及び虐待の防止に向けた取組を促進します。
- 介護に直接関わる職員の資質向上のため、受講が義務付けられた認知症介護基礎研修の確実な受講を働きかけます。
- 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・児童委員や事業所、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。
- 市町や地域包括支援センター職員を対象に研修会や事例検討会を開催することにより虐待対応力の向上を図ります。
- 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。

(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、介護医療院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23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】

- 「静岡県身体拘束ゼロ作戦推進会議」を中心に、介護サービス事業者に対する普及啓発や介護保険施設等における人材の養成など幅広い取組を促進し、介護の現場での身体拘束廃止を図ります。

(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、自分が受けたい介護、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。
- 2023（令和5）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51事業所を表彰しており、これらの事業所の優れた取組を県内介護事業所に普及していくことが重要です。
- 2018（平成30）年度に「静岡県働きやすい介護事業所認証制度」を立ち上げ、処遇改善や人材育成、サービスの質の向上などについて、一定の基準を満たす取組を行っている事業所を「働きやすい介護事業所」として県が認証し、公表しています。2023（令和5）年12月現在、430事業所を認証しています。介護サービスの質の向上を促進するため、まだ認証を受けていない事業所に対して、認証の取得を促していく必要があります。

- 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所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、2022（令和4）年度までの累計受審件数は602か所、受審率は約11%であり、さらなる向上が必要です。
- 2023（令和5）年4月現在、第三者評価を行う本県の認証機関は6機関であり、今後の受審促進に当たっては、事業所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】

- 事業者に対して集団指導や個別の運営指導を実施するとともに、より良い高齢者ケアについて普及啓発し、介護サービスの質の向上を図ります。
- 表彰事業所等の取組を普及するため、事例発表会を開催する等、優良な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。
- 介護事業所の人材育成の推進やサービスの質の向上、労働環境の改善の取組を促進するため、「働きやすい介護事業所」の認証を取得した事業所の取組や認証取得のメリット等の広報により、認証取得事業所の拡大を図ります。
- 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、指導監査や研修などの機会を通じて受審勧奨を行い、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。
- 第三者評価推進委員会において事業の推進を検討するとともに、評価機関及び評価調査者に対する研修を行い、評価機関の質と量の確保を図ります。

3 介護サービスの安全対策の推進

従来、静岡県では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、認知症高齢者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、新型コロナウイルス感染症の影響による外出の自粛要請などが行われる中でも、介護事業所は、感染対策を徹底しながら、サービス提供を継続していることが求められました。

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。
- 2021（令和3）年度に県規則を改正し、介護事業者に「事業継続計画の策定」、「定期的な研修及び訓練の実施」等を義務化しました。
- 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計画を策定していない施設等が見受けられることから、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及び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。
- 未だに計画を作成していない施設等が見受けられることから、引き続き計画作成の働きかけが必要です。
- 頻発・激甚化する自然災害に対応するため、2022（令和4）年4月1日、災害レッドゾーンにおける開発抑制等を内容とする都市計画法の改正が行われ、高齢者福祉施設の新規整備ができなくなりました。
- 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、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】

- 施設等を訪問して行う運営指導において、非常災害計画や事業継続計画、避難確保計画等の計画の作成状況を確認するとともに、必要に応じて作成を支援し、施設職員が災害時等に適切に対応できるようにします。
- 県内の災害レッドゾーン、イエローゾーンに所在する広域型介護施設の移転改築整備等が進むように、施設の移転等についての調査を行い、要望があった

場合には移転費の助成を検討していきます。

- また、施設等の新規整備に当たっては、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することによって、自然災害の発生時にあっても、介護を必要とする高齢者が介護サービスを継続して受けられるようにします。
- 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防災・減災対策を推進することによって、被害の最小化を図ります。
- 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、改築時期等に関わせた移転や現在地での高層化などの計画や要望を調査することによって、中長期的に進めていくことを支援します。
- 施設を訪問しての運営指導を通じ、福祉施設防犯対策マニュアルの活用等により各施設等を支援し、施設等における防犯対策を促進します。

(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て以降、福祉施設においてもクラスターが発生しました。
- 県では、介護サービスの提供を維持するために、サービス継続に係るかかり増し経費の補助、職員の応援体制の構築、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。(表5-7)
- 2021(令和3)年度には、県規則を改正し、介護事業者に「事業継続計画の策定」及び「感染症の予防及びまん延の防止に関する取組」を義務化しました。
- 新型コロナウイルス感染症が5類感染症に移行した後も、高齢者施設等においては重症化リスクが高い高齢者が多く生活していることを踏まえ、基本的な予防策である標準予防策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、新たに発生する感染症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、日頃から感染対策に取り組む必要があります。
- 施設等においては、感染症が発生し職員が不足した場合でも継続的なサービスの提供が必要であるため、あらかじめ平常時の対策・発生時の対応を検討しておくほか、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。
- そのほか、入所者が陽性になった場合に、入院が必要な高齢者が適切かつ確実に入院できる体制を確保するとともに、適切に感染対応ができるよう、医療機関との連携強化が必要となります。令和5年度に実施した調査では、8割近くの施設等から医療機関との連携体制を確保していると回答がありました。
- さらに、感染者の退院に伴う介護保険施設等での受入促進を図ることも重要

です。

- 施設等において感染症対策を徹底する一方で、入所者の家族等との面会や外出の機会が減少し、入所者の認知機能の低下や不安による食欲不振・低栄養といった心身の健康への影響が懸念されています。

<表5-7：新型コロナウイルス感染症に関する主な取組>

対応の内容	年月日
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	2020年5月
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実施	2020年7月
福祉施設のための感染症クラスター対策マニュアル（FAQ）の作成（第1版～第3版）	2020年10月 2021年6月 2022年8月
感染対策等の助言のため、集団感染が発生した福祉施設等に対して、ふじのくに感染症専門医協働チーム（FICT）等の派遣を開始	2020年11月
事業継続を支援するため、クラスター福祉施設支援チーム（CWAT）を設置し、集団感染が発生した福祉施設等に対する応援職員の派遣等を開始	2020年11月
社会福祉施設感染防止対策事業による施設訪問指導の開始	2021年1月
福祉施設のための新型コロナウイルス感染対策事例集の作成	2021年6月
介護サービス事業所等に対する感染防止対策支援事業の実施	2022年1月
福祉施設が知りたい感染対策の相談と提案（相談事例集）の作成（第1版～第2版）	2022年3月 2023年3月
福祉施設感染防止対策リーダー育成研修の開始及び研修動画の配信	2022年7月
高齢者施設・障害者施設について、感染者の早期発見等のため、職員を対象とした定期検査（週1回）を実施	2022年7月～10月
職員等が無症状陽性者や濃厚接触者となった場合の早期職場復帰支援を目的とした抗原定性検査キットの配布	施設： 2022年8月～ それ以外： 2022年9月

高齢者・障害者関係の各サービスについて、感染者の早期発見等のため、職員を対象とした定期検査（週2回）を実施	2022年11月 ～2023年4月
---	----------------------

【施策の方向性】

- 新型コロナウイルス感染症やインフルエンザなどの感染症について、日頃から必要な感染対策に取り組むよう、施設等に対し改めて周知します。また、感染症が発生した場合にあっても、介護サービスの継続的な提供が必要なことから、感染症対策の研修の機会を提供するとともに、訓練の実施を支援します。また、事業継続計画の作成状況並びに感染症の予防及びまん延の防止に関する取組状況等を確認し、運営基準に従って実施するよう指導します。
- 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、介護事業者に対し、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、平時から緊急時に備え、関係団体等と連携・調整していきます。
- また、施設等と医療機関との連携体制確保の重要性について介護事業者に対し周知し、より多くの施設等が医療機関との連携体制を確保するよう促進します。加えて、施設等が感染症への適切な対応を行うことができるよう、行政・医療関係者で構成する会議等の開催により、平時から協力体制を確保します。
- 感染者の退院に伴う介護保険施設等での受入促進については、施設側の意向を踏まえた上で、引き続き受入促進の周知・啓発や指導を行います。
- 施設等入所者の面会及び外出については、感染経路の遮断及び感染拡大防止の観点と、社会とのつながりや交流が心身の健康に与える影響という観点から、地域における発生状況等も踏まえ、可能な限り安全に実施できる方法を検討するよう、周知・啓発を行います。

4 利用者及び介護家族等への支援

制度創設から23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。

また、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、家族の介護力は低下や家族介護者の負担増加が課題となっており、介護力の向上や負担軽減を支援してきます。

(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、ホームページでの情報発信等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。
- 2024（令和6）年度から介護事業所に財務諸表の公表が義務化され、公開の徹底が必要です。
- 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迅速かつ適切に対応できる体制の確立が必要です。
- また、利用者と家族を支援するため介護施設等には生活相談員、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、県の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るとともに、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。
- また、定住外国人に対し、外国語パンフレットにより介護保険制度の理解促進を図ります。
- サービス提供事業者に対し報告が義務であることを改めて周知するとともに、未公表事業者には粘り強く指導し、事業者の情報公表を徹底することで、サービスの利用に当たり、利用者がサービスの内容や事業者を自主的に選択できるようにします。
- 併せて、生活支援等サービスについても、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。
- 介護サービス事業者に対し、利用者からの苦情相談等に迅速かつ適切に対応するために必要な措置を講じるよう指導するとともに、市町との連携や静岡県国民健康保険団体連合会への支援を行うことで、苦情相談等の解決を図ります。
- 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

福祉法人等が行う利用者負担の軽減措置に助成するとともに、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。

(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。
- 擁護者のうち、ヤングケアラー（本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子ども）が存在し、2021年度（令和3年）の調査では県内の小学5年生から高校生 235,458人のうち、2,818人が祖父母のケアを行っていると回答しています。
- 一方、ヤングケアラーは相談先が分らなかつたり、日常的に行う介護が当たり前となり、支援の必要性を自覚できていない子どもがいることも推察されます。
- 養護者による高齢者虐待は、2022（令和4）年度に460件発生しており、虐待の種別による累計は659人で、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。（表5-8）
- 養護者による虐待の発生件数は増加しており、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に支援し、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>

※令和3、4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
2020年度	303	106	165	1	62	637
2021年度	276	127	148	0	58	609
2022年度	296	132	164	0	67	659

※一人の被虐待者に対し、複数の虐待種別がある場合は、重複計上される。

【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。
- 支援の必要性を自覚できない子どももいることが想定されるため、高齢者介護に携わる支援者にヤングケアラーについての研修を行い、早期にヤングケアラー状態にある子どもを発見する人材育成を行います。
- また、ヤングケアラーを発見したあと、市町行政と連携した支援体制を構築できるように、支援者の支援を実施します。
- 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・児童委員や事業所、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。
- 市町や地域包括支援センター職員を対象に研修会や事例検討会を開催することにより虐待対応力の向上を図ります。

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、市町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、市町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) 市町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%、市町約 12.5%）、保険料 50%（第1号保険料●%、第2号保険料●%）とされています。
- 第1号被保険者の負担割合●%と第2号被保険者の負担割合●%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、2024(令和6)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
2021年度	303,120,056	373.6%	44,929,337
2024年度	〇〇〇	〇〇%	〇〇〇
2026年度	〇〇〇	〇〇%	〇〇〇

○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8期計画期間の介護保険料月額平均は5,681円（最高6,900円、最低4,840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	第8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	5,681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%	+275円 +5.1%
	最高額	3,160円	3,700円	4,660円	4,400円	5,300円	6,200円	7,000円	6,900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	4,840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
全国	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%	+145円 +2.5%
	最高額	4,100円	5,942円	6,100円	5,770円	6,680円	8,686円	9,800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	3,300円

○今後も介護給付費の増加が見込まれており、第9期計画期間の介護保険料は、第8期を上回る●●円となり、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040(令和22)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。

○2021(令和3)年度の県全体の保険料収納率は99.5%と全国の99.3%を上回っており、普通徴収のみの収納率も93.0%と、全国の92.6%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
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%
2019年度	99.3%	90.4%	99.1%	89.9%
2020年度	99.4%	92.2%	99.2%	91.6%
2021年度	99.5%	93.0%	99.3%	92.6%

- 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市町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	0	1	1	0	0	0	2,347
第8期(見込)	0	7	7	0	0	0	2,354

【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、医療情報との突合や介護報酬の縦覧点検など、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。

(2) 介護給付等の費用の適正化（第6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保険者が取り組むべき主要3事業として、「要介護認定の適正化」「ケアプラン等の点検（ケアプランの点検、住宅改修等の点検）」「医療情報との突合・縦覧点検」が定められています。さらに、「給付実績の活用」及び「介護給付費通知」については積極的な取組の実施が望まれています。県は、これらの事業が各保険者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。（表5-13）

① 主要3事業

i 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

- 2021(令和3)年度から2023(令和5)年度の第5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）では、本県の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は、全国の平均値と比較し、同等の水準であることが示されていますが、保険者によっては、「ばらつき」や「かたより」があります。

- また、要介護・要支援認定者数の増加に伴い、認定調査の件数も増加しているため、認定調査を行う認定調査員の人員及び質の確保が必要です。
- 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・要支援認定調査の質の維持向上を図るとともに、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。

ii ケアプラン等の点検

(i) 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とするサービスを確保するとともに、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、県による保険者へのケアプラン点検アドバイザーが、市町職員等に対して点検の実践方法の周知や普及を図った結果、2022(令和4)年度には全ての保険者において実施することができました。

ウ 課題

- 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。また、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・伝達が必要になりますが、専門的な知識を持つ職員の配置が難しい保険者もあるため、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。
- ケアプラン点検の実施方法や件数について、保険者ごと差が見られるため、研修会や保険者指導の際に他の保険者等の取組を紹介するなど、好事例を周知することにより、各保険者の取組内容の充実を支援する必要があります。また、小規模保険者等に対しては、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給付実績の帳票のうち、効果が高いと見込まれる「認定調査状況と利用サービス不一致一覧表」「支給限度額一定割合超一覧表」を活用した効果的なケアプラン点検ができるよう、活用方法を研修会等を通じて周知する必要があります。

(ii) 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テーション専門職と連携して実施しています。

ウ 課題

- 効果的な点検を行うためには、実施する職員に専門性が求められますが、専門的な知識を持つ職員の配置が難しいなど、効果的な点検ができていない保険者があります。
- 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。

iii 医療情報との突合・縦覧点検

ア 事業の趣旨

- 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。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。

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。
- 「医療情報との突合・縦覧点検」は、主要3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、2022(令和4)年度において県内で約2,740万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。

② 積極的な取組が望まれる取組

i 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 現状

○2014(平成26)年度における県内の保険者の実施率は42.9%であり、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、保険者への巡回支援等を行った結果、2022(令和4)年度には91.4%まで実施率が高まりました。

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、活用頻度が高い「認定調査状況と利用サービス不一致一覧表」や「支給限度額一定割合超一覧表」等の帳票の活用方法等の研修を行い、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。

ii 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

○静岡県では2020(令和2)年度以降、全て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。

<表5-13：主要3事業等の実施状況>

静岡県（2022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 点検	住宅 改修等 の点検	医療情報 の突合・ 縦覧点検	給付 実績 の活用	介護 給付費 通知
件数	35	35	35	35	35	32	35
率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	91.4%	100.0%
全国（2021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 点検	住宅 改修等 の点検	医療情報 の突合・ 縦覧点検	給付 実績 の活用	介護 給付費 通知
件数	1,571	1,480	1,390	1,325	1,555	—	1,311
率	100.0%	94.2%	88.5%	84.3%	99.0%	—	83.5%

③ 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

- 静岡県における認定通知までの期間は、2019（令和元）年度の県平均37.4日から2022（令和4）年度は37.8日と増加しています。
- これは、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ていたため、2021（令和3）年度から2023（令和5）年度にかけて、更新申請件数が大きく増加していることが一因であると考えられます。

ウ 課題

- 2022（令和4）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、審査方法を簡素化するなど、期間短縮の取組を進める必要があります。

【施策の方向性】

- 主要3事業を全保険者が実施するとともに、保険者の取組内容の充実を図ります。そのために、計画期間の3年間で全35保険者に対して巡回指導を実施し、介護給付適正化の取組に対する助言を行います。また、各保険者の地域特

性、規模や実施体制等を把握・分析し、情報のフィードバックを行うことで、保険者の現状把握や分析業務を支援します。

- 主要3事業の実施に加え、「給付実績の活用」についても、全保険者での実施を目指します。そのために、静岡県国民健康保険団体連合会と連携し、介護給付適正化研修の開催や介護給付適正化システムの活用方法等について助言する巡回援助を実施します。
- 保険者が行う要介護認定の平準化及び認定処理期間の短縮を図ります。そのために、県は、介護認定審査会新任・現任委員研修、主治医研修及び認定調査員新任・現任研修を実施します。また、介護認定審査会運営適正化研修を開催し、期間短縮した保険者の好事例などを情報提供します。さらに、保険者指導において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）の活用方法を周知するなど、保険者の取組を支援します。
- ケアプランのさらなる質の向上を図ります。そのために、県は、ケアマネジャー・主任介護支援専門員の各種研修を実施するとともに、保険者の「ケアプランの点検」の取組を支援するため、ケアプラン点検の実践方法を指導するアドバイザーを保険者に派遣します。
- 保険者が行う「住宅改修等の点検」において、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した質の高い点検の実施を促進します。そのために、県は、リハビリテーション関係団体等と連携し、点検を支援します。
- 保険者が行う「医療情報との突合・縦覧点検」「給付実績の活用」により、介護給付費の不適切な請求等が判明した場合は、必要に応じて保険者と連携し、介護サービス提供事業者等へ実地指導を行います。

【成果指標】

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026年度)
介護サービス受給割合	(集計中)	前年度より改善

【活動指標】

2 介護サービスの質の確保・向上

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026年度)
運営指導の実施率	52.1%	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	95.6%	100%

福祉サービスの第三者評価を受審した事業所数	602 か所(累計)	710 か所(累計) (2024年度)
働きやすい介護事業所認証事業所数	427 か所	524 か所

3 介護サービスの安全対策

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026年度)
福祉避難所への想定避難者数が全て受入れ可能な市町数(再掲)	26 市町	全市町
優先度が高い要配慮者の個別避難計画の作成が完了した市町数(再掲)	11 市町	全市町

4 利用者及び介護家族等への支援

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026年度)
介護サービス情報公表事業所の割合	99.3%	100%
生活支援等サービスに関する情報公表をしている市町数	8 市町	全市町

5 適正な介護保険制度の運用

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026年度)
主要3事業の全てを実施している市町数	全市町	全市町
要介護認定の適正化の取組において業務分析データ※を活用した認定調査員等への研修等を実施している市町数	(調査中)	全市町
市町における住宅改修等の審査においてリハビリテーション専門職等が関与する仕組みがある市町数	23 市町	全市町
給付実績の活用を実施している市町数	32市町	全市町

※ 厚生労働省が実施している要介護認定適正化事業における業務分析データ(重度変更率等の各種データ)

第6 地域包括ケアを支える人材の確保・育成・定着

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、外国人人材の更なる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、元気な高齢者をはじめとする地域住民が担い手として関わることが重要です。

地域包括ケアシステムの深化・充実のため、介護職場における人材の確保・育成・定着に加え、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。

＜介護人材を取り巻く現状と需給推計＞

①現状

静岡県の介護分野の雇用動向を見ると、介護関連職種の有効求人倍率は、2017(平成29)年度以降4倍台が続くなど、慢性的な人材不足の状態となっています。（表6-1）

＜表6-1：介護関連職種の雇用動向＞

区分		2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年10月
介護 関連	有効求人 倍率	4.58倍	4.64倍	4.09倍	4.06倍	4.33倍	4.19倍
	求人数 (月平均)	7,847人	7,480人	6,655人	7,417人	7,837人	7,380人
	求職者数 (月平均)	1,714人	1,612人	1,627人	1,826人	1,808人	1,763人
全 産 業	有効求人 倍率	1.68倍	1.48倍	0.97倍	1.15倍	1.29倍	1.20倍

※2018～2022年度は各年度の平均値

2022(令和4)年度の県内の介護職員の離職率は12.7%となっており、全国平均及び県内の全産業平均を下回っています。一方、介護職員の採用率は、全

国平均及び県内の全産業平均を下回っており、人材不足を解消するためには、採用率を上げるとともに、離職率を更に下げる必要があります。(表6-2)

＜表6-2：介護職員の採用率・離職率（2022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	14.1%	12.7%	1.4%	57.5%
全国	16.3%	14.9%	1.4%	61.3%
県内全産業	15.2%	15.0%	0.2%	65.8%

出典：令和4年度介護労働実態調査、令和4年雇用動向調査、新規学卒就職者の離職状況

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4年短い状況にあります。(表6-3)

＜表6-3：介護職員の給与等の状況（2022年度）＞

区分	所定内給与	平均年齢	勤続年数
福祉施設介護員	228.1千円	44.0歳	8.8年
全産業	294.2千円	43.9歳	12.0年

出典：令和4年度賃金構造基本統計調査

②介護人材の需給推計

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介護職員の需給数と、実際に供給可能な介護職員数を推計しています。

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63,000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57,300人と、更なる介護職員の確保が必要になると想定されています。(表6-4)

＜表6-4：介護人材の需給推計＞

区分		現状値	目標値	
		2019年	2023年	2025年
介護職員	介護職員（需要推計）	54,310人	59,449人	62,988人
	うち、訪問介護員	10,940人	12,180人	12,957人
	介護職員（供給推計）	57,300人	57,300人	57,300人
	需要と供給の差			
看護職員		1		
相談員				
介護支援専門員		5,516人	6,072人	6,306人
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士		2,835人	3,152人	3,301人

判明後に更新

1 介護職員の確保・育成・定着

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強化などによって年々増加しており、2022(令和4)年現在では00,000人となっています。(表6-5)

<表6-5：介護職員数の推移>

2019年	2020年	2021年	2022年
54,310人	00,000人	00,000人	00,000人

介護職員の確保・育成・定着に向けては、介護職場で働いてみたい、ずっと働き続け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、高齢化や生産年齢人口の減少が進む中、必要な介護人材を確保していくためには、若者や元気高齢者、外国人など多様な人材を確保し、介護の担い手のすそ野を広げていくことが必要です。

これらの課題解決に向けて、「新規就業の促進」「介護の仕事への理解促進」「職員の育成、職場定着の促進」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。

(1) 新規就業の促進

【現状と課題】

- 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、2023(令和5)年の定員充足率は43.4%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、52,550人(2022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。

- 2021（令和3）年現在、静岡県の高齢化率（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る一方で、75歳までは、96.3%の方が介護・介助を必要とせず、こうした元気な高齢者の力を活かすことが重要です。（表6-7）

<表6-7：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	526,667 人	379,878 人	193,536 人
要介護（要支援）認定者数	19,563 人	59,252 人	104,291 人
認定者の割合	3.7%	15.6%	53.9%

出典：令和3年度介護保険事業状況報告

- 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。

【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・相談機能を強化し、きめ細かなマッチングを行うことにより、介護事業所への就業を促進します。
- 専門性を有する人材を養成・確保するため、福祉系高校や介護福祉士養成施設の在学生等に修学資金を貸与するとともに、関係者間の情報共有を密にし、制度を中学生や高校生、教員、保護者等へ周知することにより、福祉系高校や介護福祉士養成施設の入学者確保を支援します。
- また、専門性を有する人材を確保するため、潜在的な有資格者の復職支援に取り組めます。
- 介護の入門的研修の実施等による、介護の周辺業務を担う「介護サポーター」の育成等により、介護分野の担い手のすそ野を広げながら、専門職員の負担の軽減を図ります。
- 介護に関する経験や資格を持たない方を就業につなげるため、介護事業所での実務経験や研修受講により介護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ます。
- セミナー開催等による、戦略的な採用に向けた意識啓発等により、WEB活用をはじめとした、介護事業所の採用力の向上を図ります。

- 介護資格取得者の増加を図るために、介護職員初任者研修等を行う事業者を指定し、県民に専門知識を修得する機会を提供します。

(2) 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によると、介護業界の仕事は「社会的な意義の大きい仕事だと思う」（37.6%）という前向きなイメージを持つ人がいる一方で、介護は「体力的にきつい仕事の多い業界だと思う」（54.5%）、「精神的にきつい仕事の多い業界だと思う」（44.7%）、「給与水準が低めの業界だと思う」（32.0%）など、ネガティブなイメージが強くなっています。
- 一方、「介護業界への就業・転職意向がなかった人」のうち約11%が介護の仕事の内容や実態を知った後は「介護業界への就業・転職意向あり」に変化し、「資格の有無に関わらず未経験からでもスタートできる職種であること」（33.3%）、「介護技術の進化によって腰等を痛めず、身体負荷をかけずに生涯働ける環境になっていること」（26.7%）などを魅力に感じています。ネガティブなイメージが人材確保を困難にす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。
- 介護の仕事の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、教員や保護者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】

- 県民が介護の仕事の前向きに捉えられるようにするため、「介護の新3K（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等により広く周知し、介護職場のイメージ刷新を図ります。
- また、県のホームページや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。
- 学童期から介護の仕事に対する理解を促進するため、小学生親子を対象とした介護の仕事体験プログラムを市町や事業所に広く普及するなど、将来、子どもたちの介護分野に進むための興味や関心を高めます。
- 県内各地で介護の仕事に対する理解を促進するため、市町によるきめ細かい啓発を支援します。
- 県民の理解を深めるため、介護職員の技術の高さや専門性を競うコンテストの開催等により、介護職に対する興味や関心を高めます。
- 若年層の理解を深めるため、若手介護職員による「介護の未来ナビゲーター」を

- 高校・大学や就職フェアへ派遣し、介護の仕事の魅力ややりがいを発信するなど、学生等に対して、就職先として介護職を紹介し、介護人材の確保につなげます。
- 小・中・高校生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経験豊かな介護職員等の学校訪問による出前講座等により、介護現場の職員が介護の仕事の魅力等を伝える機会を提供します。
 - 教員や保護者の理解を促進するため、教育委員会と連携して教員研修会における進路指導担当教員に対する説明や、保護者向けパンフレットを作成する等により、介護の仕事に関する具体的な情報を発信し、若年層が介護の仕事を選択できる環境を整えます。

(3) 職員の育成、職場定着の促進

【現状と課題】

- 事業所別（介護職員又は訪問介護員のいる事業所）の離職率を見ると、10%未満の事業所が最も多く約5割を占め、15%未満の事業所が2019（令和元）年度は57.1%であったのが、2022年度には65.9%になるなど、全体として改善されていますが、20%以上の事業所が28.4%を占めています。（表6-7）

<表6-7：離職率階級別の介護サービス事業所の割合（2022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
2019年度	43.8%	13.3%	8.8%	7.2%	6.7%	20.2%
2022年度	48.9%	17.0%	5.7%	5.7%	6.4%	16.3%

出典：令和元年度、令和4年度介護労働実態調査

- 約4割の職員が、「働きがいのある仕事だと思った」との理由で、介護の仕事に希望を持って入職していますが、離職時には「収入が少なかった」（25.8%）、「法人・事業所の理念や運営のあり方に不満」（25.2%）、「職場の人間関係に問題があった」（24.5%）を理由とする職員が多い状況となっています。
- 継続的に人材を確保するためには、採用率を更に高め、介護職員の増加を図るとともに、離職を防止するための一層の取組が重要です。
- このため、介護職員等の給与の適切な水準への引上げについて、引き続き国に対して、介護報酬の改善を要望していくことが必要です。また、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」を事業所で導入することが必要です。キャリアパス制度を導入し、処遇改善加算を取得する事業所は、96.4%（令和4年度）まで増加しましたが、全ての介護事業所における導入を目指すとともに、導入したキャリアパス制度が形骸化しないよう支援

していくことが必要です。

- 離職者のうち就職後3年未満の職員が約6割を占めることから、新人職員のモチベーション向上を図り、新人職員の離職を防止することも必要です。
- また、部下の指導が難しいと悩んでいる職員が約2割存在するため、指導者の育成を支援し、新人職員の離職を防止することも必要です。
- 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等の有資格者のほか、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。
- 介護ニーズの複雑化・多様化・高度化に対応しながら、介護職員が職場で安定して働くためには、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。
- 令和3年度介護報酬改定において、全ての介護事業者に対し、職場におけるセクシュアルハラスメント又はパワーハラスメントを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講ずることが義務付けられており、ハラスメント対策を含めた働きやすい職場環境づくりに向けた取組を推進していくことが必要です。
- また、職場定着を進めるためには、職場における良好な人間関係が求められることから、経営者等に対し、職場内のコミュニケーションやハラスメントに係る意識啓発をしていく必要があります。

【施策の方向性】

- 介護職員が将来展望を持って長く働くことができるようにするため、組織運営や人材マネジメント等に関する専門家を派遣して給与・処遇体系の構築及び運用等への相談に対応するなど、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」の導入を支援するとともに、処遇改善に係る経営者層の意識啓発を図ります。また、介護職員等の処遇改善のための介護報酬の充実について、引き続き国に要望します。
- 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事業所の表彰や、「働きやすい介護事業所認証制度」で認証を受けた事業所の取組の周知等により、労働環境の改善の取組を促進します。
- 出産等による介護職員の離職を防止するため、代替職員を雇用する事業所を支援する等、安心して出産や子育てに専念できる職場環境の整備を支援します。
- 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の実施等により、職員のやる気や意欲の向上に取り組むとともに部下と円滑に意思疎通できる

ような指導者の育成研修を実施する等、早期離職の防止に取り組みます。

- 利用者本位の質の高いサービスが提供できる人材を育成するため、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するとともに、小規模介護事業所の介護職員を対象とした研修の実施等により、研修機会の拡大を図ります。
- 人間関係やハラスメント等を含めた職場における悩みや不安を理由とした介護職員の離職を防止するため、社会保険労務士等による相談対応や、経営者等を対象としたセミナーの実施等により意識啓発を図り、働きやすい職場環境づくりを促進します。
- 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。

(4) 訪問介護員（ホームヘルパー）の確保・育成・定着

【現状と課題】

- 地域包括ケアシステムの深化・充実において、日常生活支援の中心的な役割を果たし、入浴、排泄、食事等の身体介護及び掃除、洗濯、調理等の生活援助を行うホームヘルパーの重要性は一層高まっています。
- ホームヘルパーは、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、ホームヘルパー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状況です。
- 加えて、ホームヘルパーが行う生活援助はいわゆる家事行為を単純に行うのではなく、その提供に当たって「居室内の様子から利用者の状態を把握する」「把握された状態像を関係者に情報提供する」などの機能を果たすための高い専門性を求められる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。
- ホームヘルパーの平均年齢は、全産業と比較して約5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6-8)
- 介護職場におけるホームヘルパーの人員不足感は、介護職員の64.2%に比べて89.3%と高く、「大いに不足」と回答した事業所の割合は、2019(令和元)年度の18.3%から令和4年度には25.5%に増加しており、安定的なサービス提供体制を維持するためにも、ホームヘルパーの確保が急務です。(表6-9、

6-10)

<表6-8：訪問介護員の給与等の状況（2022年度）>

区分	所定内給与	平均年齢	勤続年数
訪問介護員	274.3千円	53.4歳	12.0年
全産業	294.2千円	43.9歳	12.8年

出典：令和4年度賃金構造基本統計調査

<表6-9：事業所数・従事者数の推移（訪問介護事業所）>

区分	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
事業所数	551か所	555か所	(670か所)	(705か所)	(683か所)	(692か所)	(〇か所)
従事者数	7,808人	7,259人	(9,125人)	(8,910人)	(8,913人)	(9,130人)	(〇人)
事業所当たり従事者数	14.2人	13.1人	(13.6人)	(12.6人)	(13.0人)	(13.2人)	(〇人)

出典：令和3年度介護サービス施設・事業所調査

※2018年度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6-10：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	25.5%	34.0%	29.8%	10.6%	0.0%	89.3%
介護職員	11.5%	26.0%	26.7%	34.4%	1.5%	64.2%

出典：令和4年度介護労働実態調査

【施策の方向性】

- 県民のホームヘルパーの仕事に対する理解促進を図るため、若手介護職員の「介護の未来ナビゲーター」や経験豊かな介護職員等による出前講座等により、ホームヘルパーのやりがいや魅力、仕事内容を県民に広く情報発信します。
- ホームヘルパーの新規就業を促進するため、介護に関する資格を持たない方を新たにホームヘルパーとして育成し、訪問介護事業所への就業を支援します。
- 多様な人材の新規就業を促進するため、働く側の都合に合わせた勤務形態など、ホームヘルパーの働きやすさを子育て世代やセカンドキャリアを目指す方等への周知を強化し、人材確保につなげます。

- ホームヘルパーの定着を図るため、キャリアに応じた研修の実施等により専門職としての資質の向上ややりがいの創出を支援します。
- 訪問介護事業所におけるICT機器導入の支援や訪問介護事業所同士の連携等により、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・定着

【現状と課題】

- 生産年齢人口の減少が進む中、国内だけでは介護人材の確保が困難になっており、外国人人材確保の強化が必要です。
- 県内の介護事業所で働く外国人介護職員は年々増加し、2022(令和4)年10月現在で886人が370か所の介護事業所で働いています。(表6-11)
- 一方、外国人介護職員を雇用していない事業所は約8割あり、このうち、外国人介護職員の雇用予定のない事業所が約5割となっています。(表6-12)
- 法人単独では受入体制が整わないなど、受入れをためらう事業所もあることから、外国人介護人材の確保・育成・定着が困難な介護事業所に対する相談対応や助言等をワンストップで行う総合的な支援が必要です。
- 外国人介護人材を安定的に確保するためには、受入制度の理解や、無理なく働き、介護福祉士資格取得等によるキャリアアップを目指すことができる環境づくりなど、受入れにあたっての準備のための支援が必要です。
- 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。
- なお、国では、技能実習制度を廃止して人材確保と人材育成を目的とする新たな制度の創設等、外国人の技能実習・特定技能両制度の見直しや、外国人介護人材の訪問系サービスへの従事等、外国人介護人材の業務拡大が検討されていることから、国の動向にも注視していく必要があります。

<表6-11：外国人介護職員の就業状況>

区分	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
雇員人数	326人	394人	563人	757人	886人	000人
事業所数	183か所	204か所	255か所	354か所	370か所	000か所

※EPA（経済連携協定）による介護福祉士候補者含む。

＜表6-12：外国人介護職員を雇用していない事業所の状況＞

外国人介護職員 就労状況調査 回答事業所数	外国人介護職員を 雇用していない事 業所		
	今後、雇用して みたい	雇用予定なし	
1,948 箇所	511 箇所	1,019 箇所	
100.0%	26.2%	52.3%	

【施策の方向性】

- 外国人介護人材の確保・育成・定着に係る支援機能を集約し、一体的な支援を行います。
- 外国人介護人材の確保については、介護事業所を運営する複数の法人の連携促進や、受入ルートの開拓を支援するとともに、相談対応や専門家派遣等により、外国人介護人材の雇用制度の理解促進と円滑な受入れの支援を図ります。
- 外国人介護職員の育成・定着をについては、外国人介護職員や外国人介護職員の支援担当者の研修交流会の開催等により、事業所を超えたネットワークづくり等に対応するほか、介護事業所の外国人介護職員の育成やキャリアアップ支援の取組を支援します。
- 外国人介護人材の新規就業を促進するため、モンゴル国の高校生・大学生等と県内介護事業所等との現地合同面接会の実施など、外国人介護人材と介護事業所等とのマッチングを支援します。
- 令和5年7月に、介護分野における相互協力に関する覚書を締結した、モンゴル国立医科大学ドルノゴビ県キャンパスなど、県と協力関係にある海外教育機関との介護分野における人材交流について検討します。
- EPAによる外国人介護福祉士候補者の学習や、外国人介護職員の介護技術及び日本語能力の向上を支援します。
- 在留の制限なく働くことができる介護福祉士の育成を促進するため、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の学費や生活費に係る費用を負担する介護事業所に対して、費用の一部を助成する等を支援します。
- 外国人介護職員のキャリアアップを支援するため、介護福祉士試験対策の支援を検討します。
- 外国人介護職員の確保・定着を促進するため、外国人介護職員の生活支援等により、受入れに係る介護事業所の負担軽減を図ります。

(6) 生産性向上の推進

【現状と課題】

- 今後、生産年齢人口の減少の加速化が見込まれる中、質の高い介護サービスを提供するため、日常の業務の改善による介護現場の生産性の向上が求められており、介護ロボットやICT機器、介護の周辺業務を担う介護サポーターの活用等により、業務改善に一層取り組んでいく必要があります。
- 介護現場において生産性向上の取組を進めるためには、介護事業所に対する相談対応や助言等をワンストップで行う総合的な支援が必要です。
- 専門職員が利用者のケアに集中し、ケアの質を確保するため、介護現場における文書作成等の負担軽減により業務効率化を図ることが求められています。

【施策の方向性】

- 県内の実情を踏まえた生産性の向上の取組を促進するため、関係団体等を構成員とした介護現場革新のための協議を進め、施策に反映します。
- 介護事業所に対するワンストップ型の総合的な支援を実施するため、「介護生産性向上総合相談センター（仮称）」を設置し、介護事業所に対する相談対応、業務改善の事例の普及、介護ロボット機器の貸出等や、介護ロボットやICTを活用した業務改善の促進により、介護事業所の生産性向上の取組を支援します。
- 介護職員の身体的・精神的負担を軽減し、サービスの質の向上につなげるため、見守り機器等ロボット技術を活用した介護機器の導入やICT機器の導入を支援するとともに、ICTリテラシーの向上を支援し、働きやすい職場づくりを促進します。
- また、介護サポーターと介護職員の業務の切り分けにより業務改善に取り組む事業所を支援します。
- 介護現場の業務の効率化を図るため、令和5年10月に運用を開始した「電子申請・届出システム」の活用促進等により、介護分野の文書に係る負担軽減を図ります。

2 ケアマネジャーの確保・ケアマネジメントの質の向上・定着

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、高齢化の進行に伴い介護需要の更なる増大が予想される中、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質の高いケアマネジメントを提供する必要があります。

このため、令和6年度からの法定研修新カリキュラムによる研修等を通じ

てケアマネジャーの養成を推進するとともに、主任ケアマネジャーを中心とする地域での相談・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、相談窓口の拡充やA I など新たな技術の導入によりケアマネジャーの職場環境を整備し、ケアマネジャーの定着を図ります。

(1) ケアマネジャーの確保・ケアマネジメントの質の向上

【現状と課題】

- 静岡県では、2023(令和5)年4月現在、18,138人のケアマネジャーの登録があり、2019(令和元)年現在、5,516人が県内の施設・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。
- 2020(令和2)年4月のケアプラン作成数は77,433件で、2020(令和2)年4月と比べ4,808件(6.6%)増加しています。
- 2023(令和5)年4月に県が実施した実態調査によると、県内で勤務しているケアマネジャーの60%以上が50歳以上となっており、40代以下のケアマネジャーを増やすことが必要です(表6-13)

<表6-13：静岡県におけるケアマネジャーの年齢構成>

年齢	人数	構成比
20代	30人	0.4%
30代	735人	9.9%
40代	2,267人	30.5%
50代	2,500人	33.6%
60代	1,600人	21.5%
70代	307人	4.1%
計	7,439人	100%

出典：令和5年10月介護保険課調べ

- ケアマネジャーの確保・離職防止に関する課題は、「新たにケアマネジャーを募集しても採用につながらない」が52.1%と最も多く、次いで「新たにケアマネジャー資格を取得する者が少ない」(47.1%)となっています。(表6-14)

＜表6-14：ケアマネジャーの確保・離職防止に関する課題＞

回答	回答率
新たにケアマネジャーを募集しても採用につながらない	52.1%
新たにケアマネジャー資格を取得する者が少ない	47.1%
高齢化が進んでいる	41.5%
資格取得後もケアマネジャー以外の職に就く者が多い	35.1%
新人を教育する時間がとれない	33.0%

出典：令和5年4月県アンケート調査

- 主任ケアマネジャーは、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深化・充実に向けて、必要な情報の収集・発信、事業所・職種間の調整など、地域づくりの中核的な役割を果たしています。
- 2018(平成30)年度の制度改正により、居宅介護支援事業所の管理者として主任ケアマネジャーを置くことが要件となったことから、主任ケアマネジャーは増加しており、2023(令和5)年4月現在、1,822人となっています。
- 今後、介護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、理学療法士等の医療職と連携し、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を育成するため、2024(令和6)年度より、「適切なケアマネジメント手法」を取り入れた法定研修新カリキュラムが施行されます。
- 地域包括ケアシステムの深化・充実のため、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。
- 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】

- 要介護(支援)認定者数の増加に応じたケアマネジャーを確保するため、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。
- 利用者の自立支援に資する適切なケアマネジメントを行えるケアマネジャーの養成に必要な研修や支援体制について協議するため、研修向上委員会を開催します。
- 介護支援専門員実務研修受講試験受験者の増加と、潜在資格者のケアマネジャ

一の復帰を促進するため、ケアマネジャーの仕事の魅力を発信します。

- 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るため、静岡県介護支援専門員協会と連携して、法定研修カリキュラムの見直しを踏まえた適切なケアマネジメント手法の更なる普及・定着を図るとともに、ケアマネジャーに必要とされる能力の評価ツールとなる「静岡県介護支援専門員キャリアラダー」を活用し、ケアマネジメントの質の向上を図ります。
- 地域包括ケアシステムを深化・充実するため、地域の社会資源を総合的に調整し、ケアプランに反映するコミュニティソーシャルワークを実践できるケアマネジャーを育成し、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。また、養成された人材が地域問題を解決するために活動できる機会を市町と連携して提供します。
- 法定外研修やOJT等により、日常生活圏域におけるケアマネジャーを指導・育成するため、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ケアマネジャーを育成するための環境を整備します。

(2) ケアマネジャーの定着

【現状と課題】

- 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、業務の効率化や業務負担の軽減が求められています。
- 2023（令和5）年4月に県が実施した実態調査では、ケアマネジャーの定着を阻害する要因として、資格更新の負担、精神的負担、低賃金・長時間労働、利用者、家族への対応の困難等が挙げられました。

<表6-15：資格を所持していてもケアマネジャーとして働かない理由>

	回答数 (複数回答)	構成比
資格の更新が負担	876	22.1%
精神的な負担が大きい	830	21.0%
賃金が低い	733	18.5%
労働時間が長い・休日でも急な相談対応	610	15.4%
利用者、家族への対応が大変	605	15.3%
その他	304	7.7%

出典：令和5年4月県アンケート調査

- 従業員規模別の事業者数では、従業員が19人以下の小規模事業者が最も多く、

経営基盤の安定について支援が必要です。

<表6-16：法人規模別の事業者数>

従業員規模	事業者数	構成比
19人以下	232	23.2%
20人以上49人以下	142	14.2%
50人以上99人以下	163	16.3%
100人以上299人以下	217	21.7%
300人以上499人以下	79	7.9%
500人以上	169	16.9%

出典：令和5年4月県アンケート調査

【施策の方向性】

- 法定研修の受講に伴う負担を軽減するため、受講料の見直しやオンライン化の推進など、受講しやすい環境の整備を進めます。
- ケアマネジャーの精神的負担の軽減等により、働きやすい職場づくりを進めるため、困難事例に対応する窓口の設置など、相談機能の強化を図ります。
- 適切なケアプランの作成を支援し、業務の効率化を進めるため、ケアマネジメントA I、I C T機器等の導入・活用を推進します。
- ケアマネジャーの処遇改善のための報酬の充実、受験資格の緩和、小規模な居宅介護支援事業所の経営安定の措置について、国に要望します。

3 多様な担い手の確保・育成・定着

(1) リハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士・栄養士・訪問看護師の確保・育成・定着

【現状と課題】

- 手術後の早期離床や廃用症候群の予防などのための急性期のリハビリテーション、病気や怪我からの機能回復・ADL向上のための回復期のリハビリテーションや機能の衰えの予防・機能維持を目的として主として介護の場において行われる維持期・生活期におけるリハビリテーションなどのリハビリテーションに係る専門職種
の活躍の場が増加しています。
- 理学療法士は、身体機能障害や、脳卒中後の麻痺、新生児の運動能力の発達の遅れなど身体に障害のある人に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行わせたり、電気刺激、マッサージ、温熱療法その他の物理的手段を加えたりすることができる専門職であり、2020（令和2）年度時点で3,590人が病院や診療所、介護事業所等で就業しています。

- 作業療法士は、身体又は精神に障害のある人に対し、その応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行わせることができる専門職であり、2020（令和2）年度時点で1,873人が病院や診療所、介護事業所等で就業しています。
- 言語聴覚士は、失語症や難聴など、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある人に対して、その機能の維持向上を図るため、言語訓練や必要な検査及び助言・指導を行うことができる専門職です。
- 歯科衛生士は、歯科医師との密接な連携のもとに歯科予防処置や歯科診療の補助を行うことができる専門職で、2020（令和2年）年度時点で3,838人おり、その専門性をもとに歯科保健指導を行います。
- 管理栄養士・栄養士は個人の身体状況、栄養状態に応じた栄養指導などを行う専門職で、2023（令和5）年3月末現在、静岡県での栄養士免許交付者数は31,992人です。
- 2023（令和5）年4月現在、保健衛生行政機関に従事する行政栄養士は、県の健康福祉センター（保健所）等に23人、政令市に50人、市町については32市町で123人となっています。（市町への配置率97.0%：政令市を除く）
- 高齢化に伴い、地域医療構想では、回復期機能を担う病床の不足が見込まれるほか、介護保険事業において特に訪問リハビリテーションのサービス量の増加が見込まれていることから、人材の確保が課題です。
- 特に、健康づくりや介護予防・重度化防止施策では、口腔ケアや低栄養の防止の取組を推進する中で、歯科衛生士や管理栄養士・栄養士の関りが重要となっており、市町が行うこれらの施策に協力可能な人材を確保する必要があります。
- また、栄養・食生活は生活習慣病と関係が深く、また、生活の中でのQOL（生活の質）との関係も深いことから、保健・医療・福祉それぞれの分野において管理栄養士・栄養士の専門性はますます重要になってきています。
- 高齢化が進行し、在宅療養者が増えると見込まれる中、訪問看護師の確保がますます大切になります。

【施策の方向性】

- 訪問リハビリテーションの供給体制を拡充するため、訪問リハビリテーション専門職を育成する研修を実施します。（再掲）
- 市町の健康づくりや介護予防・重度化防止の施策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・栄養士の養成を推進します。
- 栄養管理体制の整備を進めるために、管理栄養士及び栄養士の資質の向上を図ります。
- 在宅医療における質の高い効果的なケアの実施の推進を図るため、職員の特定行為研修受講を推進する訪問看護ステーションへの支援を行います。

- 静岡県ナースセンターと静岡県訪問看護ステーション協議会、ハローワークとの連携により、訪問看護をテーマにした就業相談会実施するなど求職求人マッチングを強化します。
- 看護職こころざし育成セミナーの開催や出前事業において訪問看護の魅力を伝え、看護の進路を目指す学生への啓発に取り組みます。

(2) 地域支援事業における多様な担い手の確保・育成・定着

【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、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8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、運営スタッフなど担い手不足が大きな課題となっています。
- 2021（令和3）年現在、通いの場の件数は4,665件、訪問型サービスBの実施は11市町、12事業所、通所型サービスBの実施は11市町、22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懸念されます。
- 総合事業サービスCの終了後の受け皿が「通いの場」以外になく、利用者が機能改善した後の活動の場が不足しています。
- 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14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。

○役割がある形での高齢者の社会参加等を促進するため、市町の地域課題に応じて、就労的活動支援コーディネーターを配置することができることとされています。

【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支援します。
- 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通いの場の運営者など、担い手となる地域住民やシルバー人材センター、NPOなど多様な人材の育成・確保に努めます。
- 地域課題に対応するため、必要に応じて就労的活動支援コーディネーターを配置し、就労的活動を推進します。
- ボランティア活動に対する報奨金を出せる仕組みの構築などを通じて、総合事業通所型サービスB利用者が運営スタッフとして活動できる環境整備に努めます。
- 総合事業サービスCの受け皿として、シルバー人材センター等と協力しながら、就労的活動ができる場の提供に努めます。

(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、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養成研修やスキルアップ研修を開催する等、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。
- 市町が総合事業のサービス利用後の活動の場が提供できるよう、総合事業の効果的な使い方の支援を行います。
- 市町の実状に応じて就労的活動支援コーディネーターが配置されるよう、県内外の好事例を収集します。
- 市町と連携し、仕事で培った知識・経験等を活かしたボランティア活動を推進し、地域課題の解決につなげる取組を推進します。
- NPOと連携し、市町の移動サービスの立ち上げや継続を支援する取組を実施します。
- 市町と連携し、通いの場の運営者等の育成を支援します。

【成果指標】

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026年度)
介護職員数	【2024年2月以降公表】	【検討中】
介護支援専門員数	【2024年2月以降公表】	【検討中】

【活動指標】

1 介護職員の確保・育成

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026年度)
福祉人材センターの支援による就労者数	668人	毎年度1,000人
介護の仕事の理解促進に向けた出前授業の参加生徒数	7,122人	毎年度7,500人
キャリアパス導入事業所の割合	96.4%	100%
働きやすい介護事業所認証事業所数(再掲)	427か所	524か所
EPA、特定技能等による外国人介護職員の県内受入者数	559人	697人
介護分野におけるICT機器等の導入事業所割合	【調査中】	【検討中】

2 ケアマネジャーの確保・定着、ケアマネジメントの質の向上

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026年度)
ケアマネ試験受験者数	1,377人	【検討中】
主任ケアマネ研修受講者数(新規主任ケアマネ数)	222人	【検討中】
相談窓口相談件数	【調査中】	【検討中】
ICT機器等の導入事業所割合(再掲)	【調査中】	【検討中】

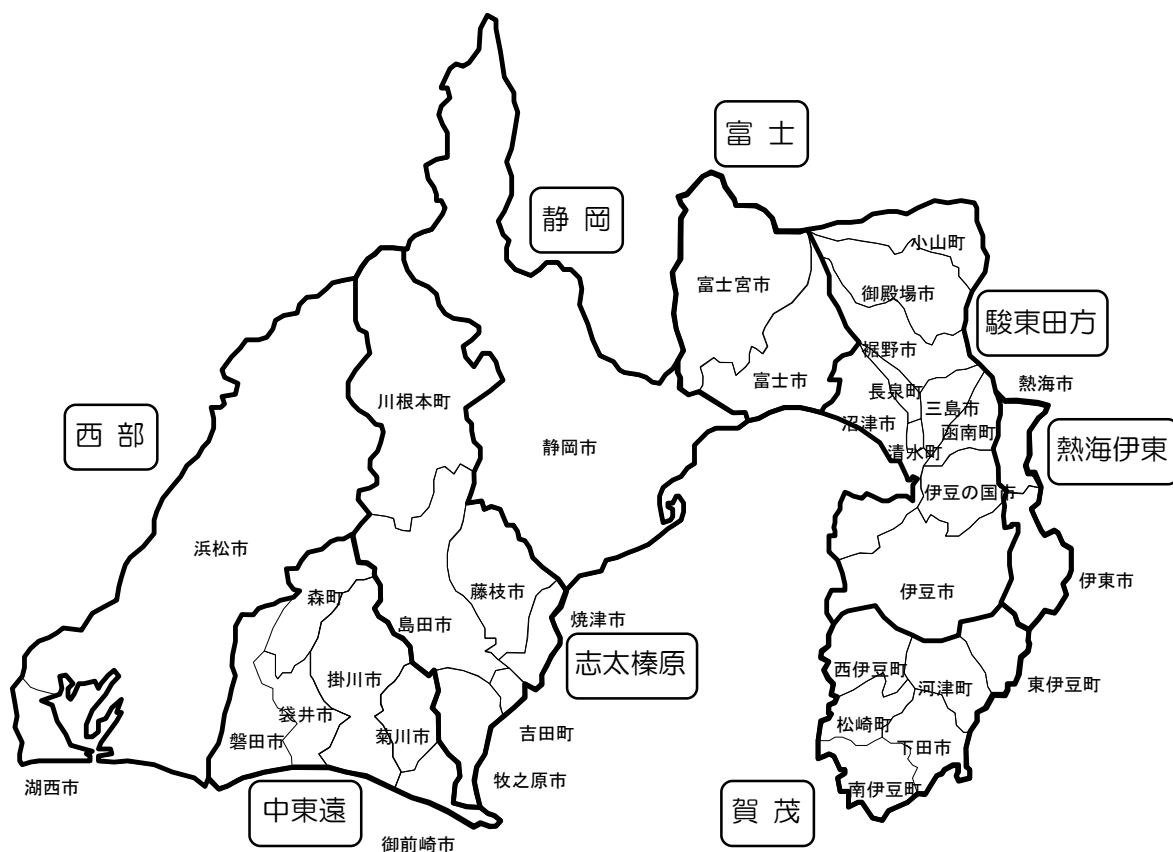
3 多様な担い手の確保・育成

指標	現状値(2022年度)	目標値(2026年度)
地域リハビリテーション推進員養成者(再掲)	463人	650人

生活支援体制整備スキルアップ研修の受講者数 (再掲)	170 人	毎年度 200 人
-------------------------------	-------	-----------

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	57,040	26,912	47.2	4,643	17.0%
熱海伊東	185.88	96,878	43,721	45.1	8,045	18.1%
駿東田方	1,276.93	628,306	192,095	30.6	30,165	15.4%
富士	634.03	368,830	108,747	29.5	17,493	15.7%
静岡	1,411.83	683,358	209,702	30.7	41,832	19.6%
志太榛原	1,209.37	446,212	139,236	31.2	23,311	16.4%
中東遠	831.13	460,846	131,542	28.5	20,492	15.2%
西部	1,644.62	840,724	239,797	28.5	43,266	17.7%
県計	7,777.34	3,582,194	1,091,752	30.5	189,247	17.0%

*面積は、国土交通省国土地理院「令和4年全国都道府県市区町村別面積調」による2022(令和4)年10月1日現在の面積であり、境界未定市町村の面積は、総務省統計局の推計による面積。

*総人口及び高齢者人口は、総務省統計局の人口推計による2022(令和4)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2022(令和4)年9月末の第2号被保険者を含む数。認定率は、2022(令和4)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 57,040 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（H29 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）年まで増加すると見込まれ、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、公共交通機関の整備が十分でなく、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

- 2021（令和3）年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は103箇所あり、参加者数は1,779人、参加率は県平均7.8%に対し、当圏域は6.5%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。
- 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

スを組み合わせて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) 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、2022（令和4）年度の4,628人から、2025（令和7）年度は4,854人、2040年（令和22）年度は4,287人へと増加・減少する見込みです。
- 2022（令和4）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3,518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、2023（令和5）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3箇所あり、また、認知症サポート医は17人となっています。
- 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。
- 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。
- 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、認知症の人本人からこのような事例の周知も必要です。
- 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。

(3) 在宅医療・介護連携

- 2022（令和4）年度に訪問診療を利用していた人は月平均346人となっており、2013（平成25）年度の297人から49人増加、1.16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。

(4) 介護サービス

- 当圏域の2022（令和4）年度の介護サービス利用者は、在宅サービスが2,395人、施設・居住系サービスが1,154人となっています。
- 2026（令和8）年には、在宅サービスの利用者は2,547人、施設・居住系サービスの利用者は1,289人と、2023（令和5）年からそれぞれ、152人、135人増加する見込みです。
- 2023（令和5）年4月の施設・居住系サービスの定員数は1,351人と、2019年の1,302人から49人増加しています。
- 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、2019（令和元）年度の91人から2022（令和4）年度は63人と28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2022（令和4）年の51.5%から、2026（令和8）年は54.9%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

- ・交通網が貧弱であるため、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。
- 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) 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。
- 認知症の人の発信支援について、本人からの発信自体の困難性を考慮しつつ、本人の意思確認を基本とした施策の展開ができるよう市町を支援します。
- 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。

(3) 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。
- シズケアサポートセンターや新たに県保健医療計画に位置付けられた連携拠点と連携し、シズケア*かけはしの好事例を普及啓発するなど、ICTを活用した効率的・効果的な多職種連携体制の構築の促進を図ります。

(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及び専門職等と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、2022(令和4)年10月1日現在、45.1%と賀茂圏域に次ぎ2番目に高く、県平均の30.7%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

- 2021(令和3)年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は191箇所あり、参加者数は2,238人、参加率は県平均7.8%に対し、当圏域は4.9%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。
- 訪問リハビリや通所リハビリから通いの場等への移行が難しいケースがあります。
- 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、2022（令和4）年度の7,520人から2025（令和7）年度は7,923人、2040（令和22）年度は7,971人へと増加する見込みです。
- 2022（令和4）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5,601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、2023（令和5）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16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21人となっています。
- 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。
- 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や認知症サポーター、チームオレンジの活動については、住民の認識が以前より進んだものの、まだ十分ではないため、さらに周知が必要です。

(4) 介護サービス

- 当圏域の2022（令和4）年度の介護サービス利用者は、在宅サービスが4,447人、施設・居住系サービスが2,067人となっています。
- 2026（令和8）年には、在宅サービスの利用者は4,670人、施設・居住系サービスの利用者は2,235人と、2023（令和5）年4月からそれぞれ、328人、244人増加する見込みです。
- 2023（令和5）年4月の施設・居住系サービスの定員数は3,077人と、2019

年の 2,928 人から 149 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、2019 (令和元) 年度の 106 人から 2022 (令和4) 年度は 122 人と 16 人増加しています。
- 要介護認定者に占める在宅サービス利用者の割合は 2022 (令和4) 年4月の 53.4%から、2026 (令和8) 年は 53.9%と、在宅で介護サービスを利用しながら暮らす高齢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。
- 自立支援型地域ケア会議へのアドバイザーの派遣や、研修における好事例紹介などにより、専門職の自立支援への意識醸成を図ります。
- 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。
- 本人の意思を尊重し、家族の理解を得るため介護現場におけるACPの普及啓発を促進します。
- シズケア*かけはしを活用し、連携促進を支援します。

(3) 認知症施策

- 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。
- 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や、認知症カフェの開催について、行政や他機関と連携して行うなど、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。

(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1,277k㎡、人口は628,306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2022(令和4)年10月1日現在、30.6%で、県平均の30.7%とそれほど変わりませんが、40%を超える市がある一方で、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

- 2021(令和3)年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は584箇所あり、参加者数は11,264人、参加率は県平均7.8%に対し、当圏域は5.8%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。
- 通いの場やサロンにリハビリテーション専門職等が関与することにより、効果的な介護予防が推進できます。

(2) 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、2022(令和4)年度の33,040人から、2025(令和7)年度は36,594人、2040(令和22)年度は42,550人へと増加する見込みです。
- 2022(令和4)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18,545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、2023（令和5）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67箇所、認知症対応型通所介護事業所が18箇所あり、また、認知症サポート医は59人となっています。
- 認知症の人は増えていますが、地域によっては、認知症かどうか分からない人の行動を見て「問題のある人」と認識し警察を呼ぶようなこともあることから、引き続き、正しい認知症の正しい理解の促進に取り組む必要があります。
- 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。また、認知症の人が地域で暮らし続けていくためには、認知症に関わ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。
- 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。
- 認知症と診断されなかった人が周辺症状と思われる行動を続けることもあり、初期集中支援チームとかかりつけ医との間で本人の状況について連携をとる体制が必要です。
- 通いの場、認知症カフェなど高齢者のコミュニティの場として社会の中に居場所があること、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。
- さらに、認知症カフェは通いの場のように徒歩で通えるような近い場所にはないため、認知症の人が通うために移動の問題を解消することが必要です。
- 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。

(3) 在宅医療・介護連携

- 2022（令和4）年度に訪問診療を利用していた人は月平均4,208人となっており、2013（平成25）年度の1,854人から2,354人増加、2.27倍となっています。
- 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。
- 退院後の生活をよりスムーズに支援できるよう、ICTを活用して入退院時の情報を効率的に多職種で共有したり、地域のかかりつけ医等が参加可能なオンラインによる退院カンファレンス等を実施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や多様な職種による専門性を生かした連携が必要です。
- 在宅医療や看取りの推進のためには、病院と地域（かかりつけ医以外にも薬剤師や歯科医師・リハビリ専門職など）との職種を超えた連携だけでなく、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、あらかじめ本人が自宅で看取られたいという意思を家族に示していても急変時に家族が救急車を呼んでしまうことがあることから、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。
- 高齢化や育成の難しさからケアマネジャーが不足してきており、介護サービスを受けたくてもケアマネジャーが見つからずサービスを受けられない要介護者が生じている地域があり、ケアマネジャー不足の解消が必要です。

(4) 介護サービス

- 当圏域の 2022（令和 4）年度の介護サービス利用者は、在宅サービスが 16,960 人、施設・居住系サービスが 7,605 人となっています。
- 2026（令和 8）年には、在宅サービスの利用者は 17,490 人、施設・居住系サービスの利用者は 7,831 人と、2023（令和 5）年 4 月からそれぞれ、598 人、42 人増加する見込みです。
- 2023（令和 5）年 4 月の施設・居住系サービスの定員数は 9,286 人と、2019（令和元）年の 8,888 人から 448 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、2019（令和元）年度の 359 人から 2022（令和 4）年度は 311 人と 49 人減少している状況です。
- 要介護認定者に占める在宅サービス利用者の割合は 2023（令和 5）年の 57.1% から、2026（令和 8）年は 57.7% と、在宅で介護サービスを利用しながら暮らす高齢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を強化します。
- 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。
- 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。
- 新興感染症発生・まん延時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。
- 退院して在宅に戻ると、生活機能が落ちてフレイル状態になっている人から、市町の実施する介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービスC（短期集中予防サービス）等の活用により、リハビリテーションや口腔、栄養など専門職の一体的な関与の強化を図ります。

(2) 認知症施策

- 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。
- 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、活用を促進します。
- 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。また、地域の相談機関との連携を深め、かかりつけ医や認知症サポート医との役割分担の明確化や地域での役割について、認知症疾患医療連携協議会において協議するよう支援します。
- 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、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や免許返納後の移動支援の施策の充実を促します。

(3) 在宅医療・介護連携

- 地域において設定する在宅医療圏をベースに地域全体で在宅医療に関わる多職種連携を進めることで、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。
- 医療機関と連携し市町のACPの取組を支援するとともに「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。
- 今後も増加していく在宅療養、在宅での看取りに対応するとともに、効率的な入退院時の情報共有と地域での多職種連携推進のため、シズケア*かけはしの活用促進を図ります。
- 研修会の実施や設備整備の支援を行い、在宅医療に関わる医師や訪問看護師の確保を図ります。
- 県と市町が行う介護人材確保施策の連携を強化し、ケアマネジャー等の介護人材の確保を図ります。

(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 368,830 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 22）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 2022（令和 4）年 10 月 1 日現在、29.5%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 30.7%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

- 2021（令和 3）年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は 492 箇所あり、参加者数は 7,367 人、参加率は県平均 7.8%に対し、当圏域は 6.7%ととなっています。
- 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両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推進するためには、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を進めていくことが必要です。
- 住民がフレイルを意識し、自分自身のこととして考えられる環境づくりのために、オーラルフレイルなどのフレイルの予防に関する普及啓発が必要です。

(2) 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、2022（令和 4）年度の 18,704 人から 2025（令和 7）年度は 21,051 人、2040 年（令和 22）年度は 25,018 人へと増加する見込みです。
- 2022（令和 4）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 12,681 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、2023（令和 5）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 44 箇所、認知症対応型通所介護事業所 12 箇所あり、また、認知症サ

ポート医は35人となっています。

- 高齢者の総合相談窓口である地域包括支援センターは、認知症施策の中で非常に重要な役割を担っています。
- 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。また、認知症サポート医の役割を明確にする必要があります。
- 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・多職種と共有することが必要です。

(3) 在宅医療・介護連携

- 2022（令和4）年度に訪問診療を利用していた人は月平均2,042人となっており、2013（平成25）年度の888人から1,154人増加、2.30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いことから、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・養成とともに、医師・歯科医師・看護師・薬剤師・リハビリ専門職・ケアマネジャー等の医療・介護の多職種連携体制の充実が必要です。

(4) 介護サービス

- 当圏域の2022（令和4）年度の介護サービス利用者は、在宅サービスが10,430人、施設・居住系サービスが4,077人となっています。
- 2026（令和8）年には、在宅サービスの利用者は11,271人、施設・居住系サービスの利用者は4,244人と、2023（令和5）年4月からそれぞれ、964人、159人増加する見込みです。
- 2023（令和5）年の施設・居住系サービスの定員数は4,233人と、2019（令和元）年の4,102人から131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、2019（令和元）年度の210人から2022（令和4）年度は168人と42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2022(令和4)年の59.4%から、2026(令和8)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(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。

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推進します。
- フレイル予防や低栄養など、高齢者が日常生活を送る上で注意すべきことについて、住民の普及啓発を図ります。

(2) 認知症施策

- 認知症疾患医療センターが主催する認知症疾患医療連携協議会や住民に対する勉強会等を通じて、認知症看護認定看護師や認知症サポート医との連携づくりを行い、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。
- 認知症サポート医の役割については、これまでの認知症患者の相談や診断、支援等から、認知症施策を進める行政への助言や支援といった方向へシフトしていく必要があるため、各地域において、認知症サポート医が市町や地域包括支援センター等と連絡会や研修を行うなどの取組を、医師会と連携して支援します。
- 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。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、認知症施策に関する多職種・多機関の連携を支援します。

(3) 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。
- 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。

(4) 介護サービス

- 県と市町が行う介護人材確保施策の連携を強化し、圏域における介護人材の確保を支援します。

(5) その他(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ともに、対象となる方への制度の周知を強化します。

静岡圏域

1 圏域の概況

- 静岡圏域は、面積1,412[?]、人口683,358人で、南アルプスから駿河湾までの広大な市域がもたらす多様で豊かな自然環境を有しながら文化を育み日本の中枢都市として発展をしてきました。
- 圏域では、人口減少とともに高齢者人口が増加しており、高齢化率は、2022(令和4)年10月1日現在、30.7%であり、県平均と同じです。
- 高齢者の夫婦のみ世帯が2020(令和2)年現在、総世帯に占める割合は12.3%で高齢者のひとり暮らし世帯が総世帯に占める割合は12.1%です。(県平均12.7%、11.2%)

2 現状と課題

(1) 自立支援、介護予防・重度化防止

- 2021(令和3)年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は456箇所あり、参加者数は8,076人、参加率は県平均7.8%に対し、当圏域は3.7%となっています。
- S型デイサービスやしぞ〜かでん伝体操などの地域での介護予防・健康づくりの取組は拡大していますが、引き続き、住民一人ひとりが健康に対する意識を高め、口腔状態の維持改善を含めた生活改善に自主的に取り組むようになるための働きかけが必要です。
- 住民主体の通いの場や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。
- 切れ目なく早い段階で予防に取り組めるよう、高齢者の通いの場を中心とした介護予防とフレイル対策や疾病予防・重度化予防、就労・社会参加支援について、医師会が実施し、市が協力連携しています。

(2) 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、2022(令和4)年度の36,068人から2025(令和7)年度は40,442人、2040(令和22)年度は47,133人へと増加する見込みです。
- 2022(令和4)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30,032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、2022(令和5)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117箇所、認知症対応型通所介護事業所が24箇所あり、また、認知症サポート医は64人となっています。

- 認知症に対する正しい知識や理解を得て、認知症本人やその家族に対して見守る応援者の「認知症サポーター」は2022年3月末累計で64,785人が養成され、住民や専門職と交流し、お互いを理解し合う場としての認知症カフェは2023年3月末現在19箇所、2,042人が利用しています。
- 早期から認知症疾患を疑われる患者・家族からの相談に応じ、初期の支援を集中的に行う「認知症初期集中支援チーム」は、地域包括支援センター29箇所に配置し、認知症疾患医療センターが後方支援を行っています。

(3) 在宅医療・介護連携

- 2022（令和4）年度に訪問診療を利用していた人は月平均5,324人となっており、2013（平成25）年度の2,054人から3,270人増加、2.59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、8,082人となっており、うち、3,845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。
- 在宅医療と介護に係る専門職の連携は進んできましたが、多職種間の相互理解や情報共有が十分にできないなど、円滑な連携がなされていない課題が続いています。
- また、研修や地域ケア会議への医師・歯科医師等の参加数の伸びが少なく、更なる連携の促進が必要です。
- 終末期医療に対する希望や人生の最終段階の医療、もしもの場合の話し合い・相談を進め、本人らしい最期の在り方を考えてもらうために、市民や専門職に対してACP（人生会議）に関する意識啓発を行う必要があります。

(4) 介護サービス

- 当圏域の2022（令和4）年度の介護サービス利用者は、在宅サービスが24,901人、施設・居住系サービスが9,319人となっています。
- 2026（令和8）年には、在宅サービスの利用者は25,905人、施設・居住系サービスの利用者は9,545人と、2022（令和2）年からそれぞれ、1,004人、226人増加する見込みです。
- 2022（令和2）年の施設・居住系サービスの定員数は10,202人と、2019（令和元）年の10,078人から124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、2019（令

和元)年度の310人から2022(令和4)年度は333人と23人増加しています。

- 要介護認定者に占める在宅サービス利用者の割合は2022(令和3)年の59.5%から、2026(令和6)年は59.9%と、在宅で介護サービスを利用しながら暮らす高齢の割合が横ばい見込みです。
- 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

- 高齢者のフレイルチェックを行うことで、健康への意識を高め、住民の自主的な介護予防等の活動を促進します。併せて、口腔機能を維持・向上する取組を推進します。
- 地域ケア会議や住民主体の通いの場などに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広域支援センター等と連携し、地域のリハビリテーション専門職が積極的に関われるよう環境整備に取り組みます。
- 県や医師会と連携し、かかりつけ医や地域リハビリテーションサポート医を中心とした総合評価を実施し、高齢者のリスク状態に応じた公的サービスやインフォーマルサービスへの誘導を行うなど、保健事業と介護予防の一体的な実施に向けた仕組みづくりを推進します。

(2) 認知症施策

- 広く住民に対して認知症の理解促進が図れるよう、医療や介護に留まらず、予防から認知症ケア、本人の尊厳を重視した認知症に係る総合支援を行う「認知症ケア推進センター」を中心拠点として、関係機関と連携し、認知症施策を総合的に推進します。
- 認知症初期集中支援チームは、地域包括支援センターにチームを配置し、認知症疾患医療センターが後方支援を行うなど、チーム活動が効果的に行われるよう、かかりつけ医や認知症サポート医との連携を強化し、適切な医療サービスや介護サービス提供等のサポートを実施していきます。

(3) 在宅医療・介護連携

- 切れ目のない在宅医療や介護を一体的に提供するため、県保健医療計画に位置づけられる連携拠点や、総合病院等を含めた地域の医療・介護関係者の協力を得ながら連携体制の構築を図ります。
- 併せて、シズケア*かけはし等のICTの積極的な活用により、関係者が地域

ケア会議をはじめとする各種会議や研修等に参加しやすい環境整備を推進します。

- また、本人や家族の在宅療養の希望をかなえるため、病院と在宅医療・介護の連携イメージをそれぞれの専門職が共有するとともに、住民に対しても、在宅医療・介護連携への理解を進めていきます。

(4) 介護サービス

- 在宅復帰に向けた機能訓練の他、在宅医療等の必要量に対する介護サービスの追加的需要に対応するため、介護老人保健施設の充実を図ります。
- また、有料老人ホーム等の特定施設入居者生活介護の指定により、介護サービス提供基盤の強化を図ります。
- 将来にわたって質の高い介護サービスを提供できる人材を育成するとともに、介護人材の確保に向け、新規就労の促進や介護の仕事に興味を持ってもらうための仕組みづくりなどの施策を推進します。

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、2022（令和4）年10月1日現在の圏域全体の高齢化率は、31.2%と県平均の30.7%を若干上回っています。
- 圏域内の市町では、吉田町が26.5%と最も低く、川根本町が51.3%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

- 2021（令和3）年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は827箇所あり、参加者数は15,228人、参加率は10.8%と県平均7.8%を上回っています。
- 圏域内の市町で、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。
- 介護予防の取組や重度化防止の観点から必要なリハビリテーションが十分に提供できる体制強化が必要です。
- オーラルフレイルが始まると負のスパイラルに陥り、全身の健康やQOLの低下が始まることが広く知られていません。

(2) 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、2022（令和4）年度の23,948人から2025（令和7）年度は27,184人、2040年（令和22）年30,904人へ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。
- 2022（令和4）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16,009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、2023（令和5）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48箇所、認知症対応型通所介護事業所が12箇所あり、また、認知症サポート医は38人となっています。
 - 認知症初期集中支援チームは、2022（令和4）年度15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。
 - 重度化してからケアに繋がる人が多く、早期発見、早期対応で地域の見守りに繋げていけるように、地域で見守り体制を作り、支えていく必要があります。
 - 認知症の人を含め高齢者の移動支援はなかなか進んでいません。認知症の親と障害がある子どもなど、複合的な問題を抱えた世帯もあり現状把握が必要です。
 - 認知症も若年性認知症など高齢者に限らないものもある中、県民の認知症に対する理解が不十分なので、理解を深める取組が必要です。

(3) 在宅医療・介護連携

- 2022（令和4）年度に訪問診療を利用していた人は月平均1,920人となっており、2013（平成25）年度の1,104人から816人増加、1.74倍になっています。
- 当圏域の2026（令和8）年の在宅医療等の必要量は、4,664人となっており、うち、2,586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ることから、住民に対する在宅療養に関する知識の更なる啓発が必要です。
- 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、多職種の役割や新しい知識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。
- 在宅医療の需要が高まる中、医師不在時など医療機関（特に1人の医師が開業している診療所）が対応しきれない時に、患者の病状の急変時等における診

療支援が出来る体制が望まれます。

(4) 介護サービス

- 当圏域の2022（令和4）年度の介護サービス利用者（月平均）は、在宅サービスが13,407人、施設・居住系サービスが5,434人となっています。
- 2026（令和8）年には、在宅サービスの利用者（月平均）は14,618人、施設・居住系サービスの利用者は5,703人と、2022（令和4）年4月からそれぞれ1,229人、225人増加する見込みです。
- 2023（令和5）年4月の施設・居住系サービスの定員数は5,308人と、2019（令和元）年の5,174人から134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、2019（令和元）年度の336人から2022（令和4）年度は295人と41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2022（令和4）年4月の57.6%から、2026（令和8）年は58.9%と、在宅で介護サービスを利用しながら暮らす高齢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) その他（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、市町が連携したリハビリテーション専門職を含む介護人材等の確保が必要です。
- 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。
- 圏域のリハビリテーション専門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機関と協力し、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。
- 誰でも参加できる住民主体の通いの場を作り、増やし、継続・発展させる取組を推進することにより、地域づくりによる介護予防を積極的に支援します。
- 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の充実を図ります。

(2) 認知症施策

- 認知症への理解を深めるためのパンフレットや、講演会等をとおし、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を図り、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、早期発見・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等の活動を支援します。
- 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、市町の重層的支援をすすめて、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を行っていきます。

(3) 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。
- 「ふじのくに高齢者在宅生活”安心”の手引き」や、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（人生会議）の取組を促進します。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を県保健医療計画に位置付け、地域の実情に応じた体制整備を進めます。
- 在宅医療、介護予防・重度化防止には口腔ケアが有効であり、かかりつけ歯科

医、歯科衛生士のもとで適切な口腔ケアを受けることが推奨されます。

(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、リハビリテーション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) その他（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。
- ICT化による研修機会の拡大と施設間交流を進めることにより、育成制度の充実を図ります。

中東遠圏域

1 圏域の概況

- 中東遠圏域は、面積 831 k m²、人口 460,846 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、2022（令和4）年10月1日現在、28.5%と県内の圏域で2番目に低く、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

- 2021（令和3）年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は868箇所あり、参加者数は16,860人、参加率は県平均7.8%に対し、当圏域は12.7%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く、取組は進んできていますが、活動を支える担い手の育成と確保が課題となっています。
- 通いの場に対して消極的な姿勢の方への参加を推進するための取組を強化していく必要があります。
- 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し、地域で活動しやすい環境づくりを進めていくことが重要です。

(2) 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、2022（令和4）年度の22,625人から2025（令和7）年度は26,868人、2040（令和22）年は30,026人へと増加する見込みです。
- 2022（令和4）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15,778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、2023（令和5）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38箇所、認知症対応型通所介護事業所が8箇所あり、また、認知症サポート医は48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。
- 早期の認知症診断を受け、本人が予防に特化した取組を希望しても介護認定

に至らないと地域でつなげられるサービスがありません。また、軽度認知症の本人がサービスを希望せず、利用に結びつけられないことが多くあります。

- 認知症の人が地域の中で安全・安心に暮らせるように、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。

(3) 在宅医療・介護連携

- 当圏域で訪問診療を実施する医療機関は、2022（令和4）年度時点で67箇所と、2013（平成25）年度の84箇所から17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。
- 退院から在宅療養へ円滑に移行するためには、家族関係や経済状況などの社会的背景も含めた情報を、病院や介護サービス事業所、地域包括支援センター等と事前に共有し、適切に引き継ぐ取組が重要です。
- 在宅療養の継続には、在宅医療や介護サービスに加えて、生活援助や移動支援など地域で支える仕組の充実が必要です。
- 在宅医療や看取りの推進のためには、住民に対するACP（人生会議）の理解促進と普及啓発の一層の強化が必要です。
- 多職種連携の取組の重要性が一層高まる中、さまざまなツールを効果的に活用して、職種間で情報の共有を図っていくことが重要です。

(4) 介護サービス

- 当圏域の2022（令和4）年度の介護サービス利用者は、在宅サービスが14,719人、施設・居住系サービスが6,664人となっています。
- 2026（令和8）年には、在宅サービスの利用者は12,462人、施設・居住系サービスの利用者は5,295人と、2022（令和4）年からそれぞれ、886人、312人増加する見込みです。
- 2022（令和4）年の施設・居住系サービスの定員数は5,669人と、2019（令和元）年の5,349人から320人増加しています。
- 毎年、静岡県が調査をしている介護老人福祉施設（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、2019（令和元）年度の317人から2022（令和4）年度は262人と55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2022（令和4）年の56.6%から、2026（令和8）年は57.8%と、在宅で介護サービスを利用しながら暮らす高齢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運営等について圏域内の各市町の好事例を共有し、圏域全体で担い手の確保につながるよう取り組みます。
- 地域リハビリテーション広域支援センターの調整機能を強化し、地域のニーズと派遣可能な医療機関との調整を円滑に進めることで、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。
- オンラインを活用した通いの場やリハビリテーション教室など、地域で集う形の選択肢を広げ、参加しやすい環境を促進します。

(2) 認知症施策

- 認知症カフェの開催やチームオレンジの活動を支援する取組や、介護をしてきた人の経験を今後活かす仕組など、地域で認知症の人を見守る体制を構築し、成年後見制度の利用促進等、市町や関係機関との連携を強化します。
- 認知症と診断されてから介護保険サービスを利用するまで時間がかかることについて、認知症疾患医療センターの診断後等支援や市町における相談支援を利用できるよう周知していきます。
- 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。

(3) 在宅医療・介護連携

- (仮)保健医療計画に定める連携拠点とともに地域の多職種連携の取組を支援します。
- 入院から在宅療養へ円滑に移行できるよう「静岡県在宅療養支援ガイドライン」の活用など、体制づくりの取組を進めます。
- 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。
- 市町や関係機関との連携を図るとともに、市町が行う在宅医療の住民啓発を支援し、在宅医療における住民の理解を深めます。
- 住民向けのACPの理解促進に向けた事業の実施により、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。

(4) 介護サービス

- 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併せて、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

- 西部圏域は、面積 1,645 k m²、人口 840,724 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、2022(令和4)年10月1日現在、28.5%と県平均30.7%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

- 2021(令和3)年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は1,144箇所あり、参加者数は22,706人、参加率は県平均7.8%に対し、当圏域は9.4%となっています。
- 当圏域は他圏域と比較して地域リハビリテーション推進員の普及が進み、通いの場への派遣も増えていますが、地域リハビリテーションサポート医との更なる連携が必要です。
- 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。
- 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、介護サービスを継続的に利用する意識から、自立する意識へと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必要があります。

(2) 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、2022(令和4)年度の41,245人から2025(令和7)年度は48,678人、2040(令和22)年度は60,519人へと増加する見込みです。
- 2022(令和4)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30,602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、2023(令和5)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74箇所、認知症対応型通所介護事業所が32箇所あり、また、認知症サポート医は91人となっています。
- 社会全体の認識として「認知症は個人的な問題」と捉えられている面がありますが、本人や家族が積極的に相談したり、地域社会が支援に関わっていくこと

が必要です。また、認知症相談窓口や認知症カフェなどの施策の周知が十分ではない状況です。

- 認知症サポート医の登録は順調に増加していますが、役割が不明確で積極的な活用につながっていないことが課題です。
- 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。

(3) 在宅医療・介護連携

- 当圏域で2022（令和4）年度に訪問診療を利用していた人は月平均4,313人となっており、2013（平成25）年度の2,147人から2,166人増加、2.01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の理解促進と普及啓発の一層の強化が必要です。
- 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活用の更なる普及を進める必要があります。
- 多職種連携の取組の重要性が一層高まる中、さまざまなツールを効果的に活用して、職種間で情報の共有を図っていくことが重要です。
- 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について情報交換し、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。

(4) 介護サービス

- 当圏域の2022（令和4）年度の介護サービス利用者（月平均）は、在宅サービスが23,285人、施設・居住系サービスが11,061人となっています。
- 2026（令和8）年度には、在宅サービスの利用者（月平均）は26,563人、施設・居住系サービスの利用者は11,406人と、2023（令和5）年4月からそれぞれ、3,189人、316人増加する見込みです。
- 2022（令和4）年の施設・居住系サービスの定員数は12,768人と、2019（令和元）年の12,433人から335人増加しています。

- 毎年、静岡県が調査をしている介護老人福祉施設（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、2019（令和元）年度の366人から2022（令和4）年度は292人と74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2023（令和5）年度の53.8%から、2026（令和8）年度は57.2%と、在宅で介護サービスを利用しながら暮らす高齢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、通いの場に専門職が関与できるよう、市と多様な専門職との連携を支援するとともに、地域リハビリテーション推進員とサポート医との更なる連携を促進します。
- 自立支援型地域ケア会議へのアドバイザーの派遣の促進や、研修における好事例紹介などにより、専門職の自立支援への意識醸成を図ります。
- 本人のできることを大切にし、できることを増やしていき、自立していく意識の啓発を促進します。

(2) 認知症施策

- 認知症の人に対し、社会全体で考え地域で支えられることができ、また、本人や家族が必要な時に相談ができるよう、認知症に関する正しい知識の普及や理解の促進を図るとともに、認知症に関する相談窓口や認知症カフェの周知を、市と連携して行います。
- 認知症サポート医の役割については、これまでの認知症患者の相談や診断、支援等から、認知症施策を進める行政への助言や支援といった方向へシフトしていく必要があるため、各地域において、認知症サポート医が市町や地域包括支援センター等と連絡会や研修会を行うなどの取組を、医師会と連携して支援します。

(3) 在宅医療・介護連携

- （仮）保健医療計画に定める連携拠点とともに、地域の多職種連携の取組を支援します。
- 住民向けのACPの理解促進に向けた事業の実施により、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。
- シズケアサポートセンターと連携し、シズケア*かけはしの操作性や利便性を高め、活用促進と普及啓発を図ります。
- 入院から在宅療養へ円滑に移行できるよう「静岡県在宅療養支援ガイドライン」の活用など、体制づくりの取組を進めます。
- 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。

(4) 介護サービス

- 県と市町が行う介護人材確保施策の連携を強化し、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。
- ICT化及び介護業務の分担化を支援し、業務負担の軽減を図ります。
- 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。

県計

1 圏域の概況

(1)人口、介護保険被保険者数、要支援・要介護認定者数

①人口の推移

区 分	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2040年
総人口 (人)	3,792,377	3,765,007	3,700,305	3,633,202	3,506,064	3,380,104	3,094,264
65歳以上人口 (人)	779,193	891,807	1,021,283	1,084,282	1,118,938	1,124,828	1,160,801
高齢化率 (%)	20.6	23.8	27.8	29.8	31.9	33.3	37.5
75歳以上人口 (人)	355,495	429,409	493,740	561,807	666,318	700,361	681,130
高齢化率 (%)	9.4	11.5	13.4	15.5	19.0	20.7	22.0

※ 2020年以前は、総務省統計局「国勢調査結果」による10月1日現在の数。

※ 2025年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30年3月推計)」による数。

②介護保険被保険者数、要支援・要介護認定者数の現状及び見込み

区 分	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度	2040年度
介護保険被保険者数 (人)	2,323,035	2,321,480	2,317,654	2,312,360	2,303,794	2,072,510
第1号被保険者 (65歳以上) (人)	1,103,053	1,104,819	1,106,888	1,107,139	1,105,902	1,123,120
第2号被保険者数 (40～64歳) (人)	1,219,982	1,216,661	1,210,766	1,205,221	1,197,892	949,390
要支援・要介護認定者数 (人)	189,247	190,066	193,511	196,803	199,387	221,677
要支援1 (人)	21,790	22,174	22,247	22,620	22,871	24,133
要支援2 (人)	24,993	25,083	25,677	26,072	26,365	28,230
要介護1 (人)	45,801	46,081	46,921	47,697	48,362	53,542
要介護2 (人)	32,520	32,576	33,126	33,684	34,142	38,321
要介護3 (人)	26,467	26,530	27,062	27,554	27,962	32,003
要介護4 (人)	23,562	23,616	24,043	24,489	24,829	28,620
要介護5 (人)	14,114	14,006	14,435	14,687	14,856	16,828
認定率 (第1号被保険者) (%)	16.8	16.9	17.1	17.4	17.7	19.5

※ 2022～2023年度は実績であり、厚生労働省「介護保険事業状況報告月報」による9月末の数。

※ 2024年度以降は、各市町の推計による数の合計。

※ 認定者数は、第2号被保険者を含む数。認定率は、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。

2 圏域の介護サービス量等

(1) 日常生活圏域

市町名	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	計
設定数	集計中								

(2) 介護サービス量

① 介護給付

区 分	2022年度 (実績)	2024年度	2025年度	2026年度	2040年度
居宅サービス					
訪問介護 (回/年)	6,237,197	6,949,345	7,196,864	7,352,170	7,979,567
訪問入浴介護 (回/年)	139,929	153,461	158,530	162,031	171,514
訪問看護 (回/年)	1,191,792	1,385,548	1,431,367	1,459,594	1,589,719
訪問リハビリテーション (回/年)	384,501	479,864	494,696	507,986	550,024
居宅療養管理指導 (人/月)	20,282	23,680	24,453	24,923	27,085
通所介護 (回/年)	5,166,090	5,448,889	5,569,304	5,672,980	6,321,995
通所リハビリテーション (回/年)	1,313,880	1,386,112	1,419,042	1,447,214	1,621,261
短期入所生活介護 (日/年)	1,401,979	1,506,348	1,553,060	1,582,634	1,749,533
短期入所療養介護 (日/年)	75,207	93,238	96,601	98,863	107,984
特定施設入居者生活介護 (人/月)	5,516	5,802	5,904	5,988	6,617
福祉用具貸与 (件/年)	666,753	704,160	726,672	744,372	821,160
特定福祉用具販売 (件/年)	10,108	10,464	10,728	10,764	11,964
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)	508	624	644	658	738
夜間対応型訪問介護 (人/月)	93	103	105	108	106
認知症対応型通所介護 (回/年)	233,454	268,349	277,421	281,292	306,734
小規模多機能型居宅介護 (人/月)	2,934	3,060	3,127	3,174	3,464
認知症対応型共同生活介護 (人/月)	6,193	6,435	6,552	6,660	7,388
地域密着型特定施設入居者生活介護 (人/月)	427	436	443	449	487
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (人/月)	1,258	1,293	1,298	1,302	1,604
看護小規模多機能型居宅介護 (人/月)	678	833	856	875	933
地域密着型通所介護 (回/年)	1,258,531	1,342,534	1,380,307	1,403,874	1,552,156
住宅改修 (人/年)	7,913	7,464	7,620	7,788	8,676
居宅介護支援 (人/月)	80,403	83,246	85,102	86,669	95,870
施設サービス					
介護老人福祉施設 (人/月)	17,631	17,806	17,793	17,885	20,792
介護老人保健施設 (人/月)	11,846	12,041	12,132	12,175	14,215
介護医療院 (人/月)	2,295	2,504	2,573	2,598	3,103
介護療養型医療施設 (人/月)	178				

②介護予防給付

区 分	2022年度 (実績)	2024年度	2025年度	2026年度	2040年度
介護予防サービス					
介護予防訪問入浴介護 (回/年)	1,290	1,482	1,480	1,477	1,535
介護予防訪問看護 (回/年)	185,729	210,044	214,086	217,714	235,897
介護予防訪問リハビリテーション (回/年)	91,833	105,685	106,649	108,191	114,814
介護予防居宅療養管理指導 (人/月)	1,412	1,579	1,609	1,633	1,750
介護予防通所リハビリテーション (人/月)	5,701	5,984	6,037	6,078	6,553
介護予防短期入所生活介護 (日/年)	20,737	30,383	30,857	31,313	34,273
介護予防短期入所療養介護 (日/年)	1,008	1,001	1,001	1,001	983
介護予防特定施設入居者生活介護 (人/月)	828	889	900	903	917
介護予防福祉用具貸与 (件/年)	222,088	236,940	242,628	246,288	265,884
特定介護予防福祉用具販売 (件/年)	3,544	3,732	3,936	3,984	4,248
地域密着型介護予防サービス					
介護予防認知症対応型通所介護 (回/年)	2,753	4,584	4,582	4,771	5,364
介護予防小規模多機能型居宅介護 (人/月)	209	243	250	252	278
介護予防認知症対応型共同生活介護 (人/月)	32	30	30	31	36
住宅改修 (人/年)	7,913	7,464	7,620	7,788	8,676
介護予防支援 (人/月)	23,031	24,569	25,039	25,379	27,272

(3) 介護・福祉サービス基盤

①介護保険施設等の必要入所(利用)定員総数

区 分	2024年度	2025年度	2026年度	2040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				

※ 介護4施設とは、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)(地域密着型を含む。)、介護老人保健施設、介護医療院及び介護療養型医療施設である。

※ なお、南伊豆町と東京都杉並区の自治体間連携により特別養護老人ホームが整備されており、賀茂圏域の介護老人福祉施設の必要入所定員総数の設定に当たっては、2018年度以降においても、杉並区から入所が見込まれる50人分もふまえて、東京都と調整のうえ定めている。

②介護サービス基盤

区 分	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2025 年度
地域包括支援センター (か所)	集計中			
地域包括支援センター職員数				
保健師 (人)				
社会福祉士 (人)				
主任介護支援専門員 (人)				
居宅サービス				
訪問介護事業所 (か所)				
訪問看護事業所 (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				
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)				

③福祉サービス基盤

区 分	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2025 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)				
経過の軽費老人ホーム(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)				
老人福祉センター (か所)				

(4)地域支援事業

区 分	2021 年度	2022 年度	2023 年度	2025 年度
地域支援事業費 (千円)	集計中			
介護予防・日常生活支援総合事業 (千円)				
包括的支援事業、任意事業 (千円)				