

第3回静岡県 医療審議会	資料 1-10	議題 1
-----------------	------------	---------

第8次静岡県保健医療計画〈改訂版〉

〈在宅医療、認知症対策、地域リハビリテーション〉

【圏域版】

最 終 案

令和3年3月

<目 次>

1	賀茂保健医療圏	1
2	熱海伊東保健医療圏	5
3	駿東田方保健医療圏	10
4	富士保健医療圏	15
5	静岡保健医療圏	20
6	志太榛原保健医療圏	28
7	中東遠保健医療圏	33
8	西部保健医療圏	37

1 地域医療構想

(1) 2025年の在宅医療等の必要量

- 在宅医療等については、高齢化の進行に伴う利用者の増加や、病床の機能分化・連携に伴い生じる追加的な対応により、必要量の増加が見込まれます。
- 地域医療構想では、療養病床及び一般病床の患者数のうち一定数は、「在宅医療等」として、訪問診療や介護施設、外来等により追加的に対応するものとしています。

図表：賀茂医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量（2025年度）（単位：人/月）

在宅医療等 必要量 (2025年度)	提供見込み量				
	介護医療院 及び 療養病床	外来	介護老人 保健施設	訪問診療	その他
1,024	29	82	305	563	44

(2) 2023年度の在宅医療等の必要量

- 2023年度における在宅医療等の必要量と提供見込み量は次のとおりです。

図表：賀茂医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量（2023年度）（単位：人/月）

在宅医療等 必要量 (2023年度)	提供見込み量				
	介護医療院 及び 療養病床	外来	介護老人 保健施設	訪問診療	その他
947	27	58	300	520	44

2 疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制（在宅医療・認知症対策・地域リハビリテーション）

【疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制】

(1) 在宅医療

【現状と課題】

(ア) 在宅医療の指標

- ・当医療圏の人口は62,338人（2020年4月1日）で、高齢化率は44.7%、高齢者世帯数は19,816世帯、ひとり暮らし高齢者世帯は8,192世帯です。
- ・要介護認定者数は4,614人（2019年3月末）で、そのうち要介護3以上の者は1,774人を占めます。
- ・2018年の年間死亡者数1,282人のうち、自宅、老人ホーム等、医療施設で死亡した者の割合は、それぞれ、9.8%、12.6%、76.3%です。

(イ) 医療提供体制

- ・当医療圏内で訪問診療を行っている医療施設は、診療所18施設、病院4施設（下田メディカ

ルセンター、康心会伊豆東部病院、伊豆今井浜病院、西伊豆健育会病院)です。また、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の数は、それぞれ、6施設(のぞみ記念下田循環器・腎臓クリニック、白津医院、西伊豆町田子診療所、西伊豆町安良里診療所、いなずさ診療所、伊豆下田診療所)及び2施設(下田メディカルセンター、西伊豆健育会病院)です。在宅での看取り(ターミナルケア)を実施している医療施設は、病院2施設(伊豆今井浜病院、西伊豆健育会病院)及び診療所15施設です。

- ・在宅療養支援歯科診療所の数は4施設で、在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設(薬局)の数は33施設です。
- ・訪問看護ステーションは7施設ありますが、夜間対応できる施設はありません。
- ・当医療圏の介護老人保健施設は、4施設で定員総数は276人です。また、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)は、9施設で総定員数は555人です。
- ・当医療圏には認知症疾患医療センターが1施設(ふれあい南伊豆ホスピタル)あり、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)は5施設で総定員数は78人です。

(ウ) 入退院支援

- ・入院施設(病院・有床診療所)から退院する場合は、地域医療連携室等を中心に関係者との退院カンファレンスが実施されており、退院前に十分な準備をすることができます。
- ・平均在院日数が短縮化する中、入院前から支援を開始して生活のアセスメントを行い、退院後の生活に向けた準備を早めに行うことが望まれますが、実施体制は整っていません。

(エ) 日常の療養支援(在宅医療・介護連携体制)

- ・医療圏内の医療及び介護の関係者による多職種連携をさらに促進するため、1市5町が設置した賀茂地区地域包括ケアシステム連携推進協議会の協議を経て、**関係市町が医療法人社団静岡メディカルアライアンスに事業委託することにより**、2016年度から賀茂地区在宅医療・介護連携支援センターを運営しています。

【施策の方向性】

(ア) 入退院支援

- ・円滑な在宅療養に移行できるようにするため、地域医療連携室等を中心に、入院中から多職種が参加する退院カンファレンスを実施し、退院前の調整を十分行うための体制の構築を図ります。
- ・特に、超急性期や急性期を脱した入院患者の在宅復帰を促進するため、回復期の病床機能を有する病院や有床診療所が有効に機能するための支援を図ります。
- ・入院前の時点から、支援を開始して生活のアセスメントを行い、退院後の生活に向けた準備を早めに行うための支援を図ります。

(イ) 日常の療養支援(在宅医療・介護連携体制)

- ・医療圏内の医療及び介護の関係者、市町、保健所等から構成された在宅復帰支援ワーキングにより、多施設・多職種が連携・協働した体制の強化・充実を図ります。

(ウ) 急変時の対応

- ・在宅等で療養中に病状が急変した時は、救急要請等により、必要に応じて入院可能施設への円滑な入院ができるよう体制の整備を図ります。

(エ) 看取りへの対応

- ・人生の最終段階では、できる限り本人が希望する場所で看取りができるよう、住民への周知を図っていきます。

(オ) 在宅医療を担う施設・人材の確保、多職種連携の推進

- ・できる限り本人が希望する住み慣れた在宅等で療養生活を維持することができるよう、訪問診療等を実施する医療施設、訪問看護ステーション、薬局等との連携により支援していきます。
- ・在宅復帰支援ワーキングやシンポジウムの開催等により情報の共有化を進めるとともに、顔の見える関係の構築・充実を図ります。
- ・県、市町、医療・介護関係団体等は、積極的な情報提供や理解促進のための啓発等を行い、患者や家族である地域住民の主体的な意思表示や日頃からの治療参加を促すことなどにより、在宅医療のさらなる推進を図ります。
- ・医療圏内のシズケア*かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）は、2020年12月末時点で32医療機関等で導入され、132名がユーザー登録しています。今後も引き続き、ICTの利用促進に努めるとともに、システムの活用による関係機関相互の情報共有に取り組んでいきます。

(2) 認知症対策

【現状と課題】

(ア) 現状

- ・認知症については、市町により、相談業務を実施しています。

(イ) 医療（医療提供体制）

- ・当医療圏のふれあい南伊豆ホスピタルが2016年12月に認知症疾患医療センターに指定され、認知症サポート医や地域包括支援センター等との多職種連携による取組を進めています。
- ・当医療圏で、認知症サポート医研修とかかりつけ医認知症対応力向上研修を修了した医師数は2020年4月現在でそれぞれ15人、14人となっています。
- ・当医療圏の認知症疾患医療センターは上記の1施設であり、認知症グループホームが5施設、認知症対応型通所介護事業所は4施設となっています。
- ・認知症に関する専門医療機関である認知症疾患医療センターについては、住民の認識が十分でないため、さらに周知が必要です。

【施策の方向性】

(ア) 普及啓発・相談支援

- ・認知症については、認知症予防教室の開催や居場所づくりの拡大など予防対策を進めるとともに、市町と認知症サポート医や認知症疾患医療センターとの連携により認知症の早期診断・早期対応や認知症地域支援員による相談対応等を行います。当医療圏における認知症初期集中支援チームの設置状況は、全市町で設置を完了し、支援を開始しています。

(3) 地域リハビリテーション

【現状と課題】

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

【施策の方向性】

- ・地域リハビリテーション広域支援センターの機能を強化し、リハビリテーション専門職の派遣調整・評価を実施し、圏域内の連携を推進するとともに、市町事業におけるリハビリテーション専門職の活用や、リハビリテーション専門職から市町事業への意見を反映できる関係づくりに取り組みます。
- ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施において、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。
- ・住民主体の通いの場等にリハビリテーション専門職や歯科衛生士等を派遣し、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。

1 地域医療構想

(1) 2025年の在宅医療等の必要量

- 在宅医療等については、高齢化の進行に伴う利用者の増加や、病床の機能分化・連携に伴い生じる追加的な対応により、必要量の増加が見込まれます。
- 地域医療構想では、療養病床及び一般病床の患者数のうち一定数は、「在宅医療等」として、訪問診療や介護施設、外来等により追加的に対応するものとしています。

図表：熱海伊東医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量（2025年度）（単位：人/月）

在宅医療等 必要量 (2025年度)	提供見込み量				
	介護医療院 及び 療養病床	外来	介護老人 保健施設	訪問診療	介護老人 福祉施設
1,643	32	95	484	1,029	60

(2) 2023年度の在宅医療等の必要量

- 2023年度における在宅医療等の必要量と提供見込み量は次のとおりです。

図表：熱海伊東医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量（2023年度）（単位：人/月）

在宅医療等 必要量 (2023年度)	提供見込み量				
	介護医療院 及び 療養病床	外来	介護老人 保健施設	訪問診療	介護老人 福祉施設
1,515	32	63	484	988	60

2 疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制（在宅医療・認知症対策・地域リハビリテーション）

【数値目標】

	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
継続	医療・介護の 多職種連携の ための協議会 等の開催回数	各市が設置・運営する 協議会：熱海市 年3回 伊東市 年1回 熱海健康福祉センターが設 置・運営する圏域会議： 年2回 (2019年度)	各市が設置・運営する協議 会：年1回以上 熱海健康福祉センターが設 置・運営する圏域会議： 年1回以上 (毎年度)	地域包括ケアシステ ム構築のための方 策等を協議会等で検 討・策定し、運営体 制維持・強化のため に継続開催する	県熱海健 康福祉セ ンター調 査

【疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制】

(1) 在宅医療

【現状と課題】

(ア) 在宅医療の指標

- ・当医療圏の総人口は101,634人で、その内、高齢者人口は44,981人であり、高齢化率は44.7%と賀茂圏域に次ぎ2番目に高く、県平均の29.9%を大きく上回っています(総務省統計局「国勢調査結果」2019年10月現在)。また、要支援・要介護認定者数は7,637人で、1号被保険者に対する認定率は16.4%となっています(厚生労働省「介護保険事業状況報告」2020年9月現在)。
- ・2017年の死亡者数1,799人の死亡場所を見ると、病院・診療所1,289人(71.6%)、施設(老人ホーム、老人保健施設)212人(11.8%)、自宅(グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅を含む)269人(15.0%)となっています(厚生労働省「人口動態統計」)。
- ・当医療圏の介護老人保健施設の定員総数は544人(熱海市182人、伊東市362人)です。また、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の定員総数は639人(熱海市230人、伊東市409人)です(静岡県社会福祉協議会「静岡県社会福祉施設等一覧」2019年4月現在)。

(イ) 医療提供体制

- ・病院・診療所のうち往診・訪問診療を月平均1名以上実施している施設は25施設(熱海市12、伊東市13)で医療機関全体に占める割合は25%となっています。また、在宅で看取りを実施した件数は401件(熱海市174件、伊東市227件)となっています。(静岡県健康福祉部調べ、2018年度実績)
- ・在宅療養支援診療所は17施設(熱海市9施設、伊東市8施設)で、年々増加傾向にあります(東海北陸厚生局HP「施設基準届出受理医療機関名簿」2020年8月現在)。在宅療養支援歯科診療所は6施設(熱海市5施設、伊東市1施設)(東海北陸厚生局HP「施設基準届出受理医療機関名簿」2020年12月現在)、在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設(薬局)は48施設(熱海市16施設、伊東市32施設)あります(静岡県熱海保健所調べ、2021年1月現在)。
- ・訪問看護ステーションは11施設(熱海市3施設、伊東市8施設)で、精神疾患専門の1施設(伊東市)を除き、緊急時・ターミナルケアに対応しています(静岡県健康福祉部調べ、2020年4月現在)。
- ・地域包括ケア病床を有している医療機関は熱海市内に2病院あります。(東海北陸厚生局HP「施設基準届出受理医療機関名簿」2020年10月現在)
- ・「シズケア*かけはし(静岡県地域包括ケア情報システム)」の登録件数は、登録施設数が134件(熱海市57件、伊東市77件)、登録ユーザー数が576件(熱海市235件、伊東市341件)であり、年々増加しています(静岡県医師会調査、2020年12月現在)。
- ・当医療圏は、高齢者のみの世帯、特にひとり暮らし高齢者世帯が多く、今後も増加が見込まれることから、在宅医療提供体制の充実・強化が望まれています。

(ウ) 入退院支援

- ・在宅の患者が入院する場合や入院患者が退院する場合は、当該医療施設の地域連携担当者や医事課職員等が、かかりつけの医療施設や地域包括支援センター等との間で連絡・調整を行っていますが、入院調整・退院調整の手順等は施設ごとに異なり、地域全体で円滑かつ効率的な多職種連携を進めるためには、手順や書式等の標準化が必要です。この件に関して、熱海市では医師会が中心となって、「シズケア*かけはし」を利用して入退院情報連携シートを作成する

ことで施設内及び施設間の情報連携を図る取り組みを開始しており、今後、この取り組みを圏域内全体へ広げていくことが大切です。

(エ) 日常の療養支援（在宅医療・介護連携体制）

- ・医療圏内の在宅医療・介護に関わる多職種連携を推進するため、市ごとに設置された在宅医療・介護連携推進のための協議会等（熱海市在宅医療・介護連携協議会、伊東市地域包括医療推進会議）において、地域包括ケアシステムの構築に向けた検討が進められています。また、健康福祉センターでは、医療圏全体での課題や情報を共有し、関係者で協議を行うほか、国の動向や県内の先進的な取組等の情報を提供するための地域包括ケア推進ネットワーク会議を開催しています。
- ・在宅医療・介護連携の体制は、かかりつけの医師や訪問看護ステーション、地域包括支援センター、ケアマネジャー等の多職種連携により構築されていますが、対象者の増加や状態の変化等に応じて適時適切な対応ができるようにするため、個人情報保護に十分配慮した上で、関係者間で必要な情報を共有できる体制整備が求められています。その意味でも、「シズケア*かけはし」の一層の普及促進を図る必要があります。
- ・訪問診療を行う医療機関や訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等、在宅医療や関連する介護の情報は、ホームページやパンフレットなどの様々な媒体を通じて住民に情報提供されていますが、住民（利用者）の立場からは、すべての情報を一元的に集約した提供体制が望まれます。この課題に対応するべく、熱海市では2018年度に、市内の医療機関及び居宅介護事業所に係る情報を地域別に把握できる冊子を発行し、住民へ配布する取り組みを行っています。

(オ) 急変時・看取りへの対応

- ・在宅で療養中に病状が急変し入院となった場合は、入院時に普段の病状や治療内容その他治療に必要な医療・介護サービスの情報が必ずしも十分でないため、速やかに情報が共有できる体制整備が望まれます。
- ・当医療圏は高齢化率が高く、高齢者世帯、特にひとり暮らし高齢者世帯が多いことから、急変時等の連絡や情報把握が困難な場合があるため、普段から本人の心構えや周囲の見守りなど、万一の場合に備えた準備や対応を進めておくことが必要です。特に、在宅や施設で療養中の高齢者が急変した場合の救急搬送の在り方について、在宅医療・介護関係者と消防機関が普段から連携できる体制を作る必要があります。

【施策の方向性】

(ア) 入退院支援

- 在宅医療・介護に関わる多職種連携により、退院後に誰もが安心して必要な医療・介護のサービスが受けられるようにするため、市ごとに設置された在宅医療・介護連携推進のための協議会等を活用して、それぞれの状況に応じた入院調整・退院調整の手順等をルール化するなど、標準化に向けた検討を進めます。この一環として、熱海市で進められている「シズケア*かけはし」を利用した入退院情報連携シート活用の取組を広げていきます。

(イ) 日常の療養支援（在宅医療・介護連携体制）・多職種連携の推進

- 医療圏内の在宅医療・介護に関わる多職種連携を推進するため、市ごとに設置された在宅医

療・介護連携推進のための協議会や、圏域全体のネットワーク会議を通じて、在宅医療・介護に係る課題を解決するための方策等について協議します。

- 在宅で療養する患者が必要とする医療・介護サービスを切れ目なく受けることができるようにするため、ICTやFAX等、各種の通信手段を活用して患者ごとに必要な情報を多職種で共有できる体制整備を促進します。このため、「シズケア*かけはし」の一層の登録拡大、利用促進を図ります。

(ウ) 急変時・看取りへの対応

- 急変時にも入院先で適切な治療環境を提供し、早期に在宅復帰できるようにするため、救急医療情報キットの利用促進などを図ることにより、普段の在宅での医療・介護サービスの情報が速やかに提供・共有できるような体制整備を促進します。
- 人生の最終段階では、できる限り本人の希望に沿った対応ができるように、在宅医療・介護関係者が普段から本人の意向を確認して情報共有できる体制整備を図ります。このため、市と連携しながら、延命治療に関する事前の意思表示の仕組みづくりや終活支援事業の活用などの取組を推進します。

(エ) 医療従事者の確保

- 在宅医療に従事する医療従事者（医師、看護師等）を確保するための方策について、地域医療構想調整会議等で検討を進めます。
- 訪問看護ステーションに従事する看護職員を対象とした各種研修会への参加を促進するとともに、病院の看護職員との交流・連携を推進することを通じて、訪問看護の専門性の向上を図ります。

(2) 認知症対策

【現状と課題】

(ア) 医療提供体制等

- ・2017年2月に、伊東市民病院が県指定の認知症疾患医療センターとして指定され、順天堂大学医学部附属静岡病院及び沼津中央病院、ふれあい南伊豆ホスピタルとの連携により、専門的な診断や地域住民や関係機関からの相談等に対応しています。認知症疾患医療センター連携会議の開催等を通じた関係者の連携強化や研修会・公開講座の開催等を通じて、認知症に関する普及啓発を実施しています。
- ・当医療圏には、認知症サポート医が19人（2020年4月現在、県健康福祉部健康増進課調査）おり、認知症疾患医療センターや市（認知症初期集中支援チーム）、地域包括支援センター等との多職種連携が進められています。
- ・認知症に関する専門医療機関である認知症疾患医療センターについては、住民の認識が十分でないため、さらに周知が必要です。

【施策の方向性】

(ア) 普及啓発・相談支援

- ・認知症については、介護保険法に基づき市が実施する総合支援事業等により、認知症予防教室の開催や地域包括支援センター等における相談、要介護認定等の機会を通じて、予防対策の充実を図ります。
- ・認知症サポート医や市（認知症初期集中支援チーム）、認知症疾患医療センター等との連携により、早期発見・早期治療につなげます。

（３）地域リハビリテーション

【現状と課題】

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

【施策の方向性】

- ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進する中で、市と多様な医療専門職との連携を支援します。
- ・地域リハビリテーション広域支援センターの機能を強化し、リハビリテーション専門職の派遣調整・評価を実施し、圏域内の連携を推進します。
- ・住民主体の通いの場や両市の介護予防事業に協力可能なリハビリテーション専門職の在籍する医療機関等で、派遣に協力可能な機関を地域リハビリテーション協力機関として指定することで、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりを図ります。
- ・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。

1 地域医療構想

(1) 2025年の在宅医療等の必要量

- 在宅医療等については、高齢化の進行に伴う利用者の増加や、病床の機能分化・連携に伴い生じる追加的な対応により、必要量の増加が見込まれます。
- 地域医療構想では、療養病床及び一般病床の患者数のうち一定数は、「在宅医療等」として、訪問診療や介護施設、外来等により追加的に対応するものとしています。

図表：駿東田方医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量（2025年度）（単位：人/月）

在宅医療等 必要量 (2025年度)	提供見込み量					
	介護医療院 及び 療養病床	外来	介護老人 保健施設	訪問診療	介護老人 福祉施設	小規模 多機能型 居宅介護
7,186	453	377	1,949	4,332	37	38

(2) 2023年度の在宅医療等の必要量

- 2023年度における在宅医療等の必要量と提供見込み量は次のとおりです。

図表：駿東田方医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量（2023年度）（単位：人/月）

在宅医療等 必要量 (2023年度)	提供見込み量					
	介護医療院 及び 療養病床	外来	介護老人 保健施設	訪問診療	介護老人 福祉施設	小規模 多機能型 居宅介護
6,550	429	212	1,923	3,954	28	34

2 疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制（在宅医療・認知症対策・地域リハビリテーション）

【数値目標】

	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
新規	住まいで最期を迎えることができた人の割合	24.5% (2018年)	25.9% (2023年)	県の目標値まで引き上げる	厚生労働省 「人口動態統計」
新規	在宅療養支援歯科診療所数	27 (2020年)	44 (2023年)	2017年の数まで引き上げる	東海北陸厚生局 届出

【疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制】

(1) 在宅医療

【現状と課題】

(ア) 在宅医療の指標

- ・2019年10月1日の当医療圏の人口は64.3万人で、高齢化率は29.3%です。長泉町の高齢化率は22.1%と県内で一番低く、三島市、裾野市、清水町、御殿場市、小山町も低い値でした。一方、沼津市、伊豆市、伊豆の国市、函南町は、県平均を上回っており、特に伊豆市は、41.3%と当圏域内で最も高い値でした。
- ・2015（平成27）年現在、当医療圏の総世帯数は227,181世帯、高齢者のひとり暮らし世帯は23,549世帯、高齢者夫婦のみ世帯は27,296世帯と総世帯に占める割合はそれぞれ、10.4%、12.0%となっています。
- ・2019年3月末の要介護・要支援認定者数は27,644人で、そのうち要支援1・2は7,925人28.7%、要介護1・2は9,901人35.8%、要介護3以上の者は9,818人35.5%でした。
- ・2018年の年間死亡者総数のうち、死亡場所が、病院、診療所での死亡は74.0%で、介護医療院・老人保健施設は3.3%、老人ホームは9.4%、自宅は12.2%、その他1.1%でした。
- ・2018年度の訪問診療を利用していた高齢者の数は、3,454人/月でした。

(イ) 医療提供体制

- ・2020年10月1日現在、在宅療養支援病院は7施設、地域包括ケア病棟は12施設、在宅療養支援診療所は58施設、在宅療養支援歯科診療所は27施設、在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設（薬局）は301施設、訪問看護ステーションは51施設あります。
- ・訪問診療を実施している病院数は23施設、診療所は131施設、（2018年度中）、歯科訪問診療を実施する診療所数177（2020年7月31日現在）施設あります。
- ・2018年、診療所の医師の平均年齢は60.3歳、60歳以上の割合は50.2%でした。伊豆市の診療所医師の平均年齢は66.4歳であり、60歳以上の診療所医師の割合は、61.1%で、当医療圏内で最も高い状況でした。在宅医療を担う医師が少なく、診療所医師の高齢化が進んでおり、夜間対応ができない診療所もあります。

(ウ) 入退院支援

- ・入退院時における多職種連携の進展により退院時カンファレンスの医療機関格差を是正するため、更なる連携の推進が必要です。

(エ) 在宅医療・介護連携体制

- ・「シズケア*かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）」の登録施設は年々増加していますが、有効活用のためには、更に多くの施設の登録を推進する必要があります。
- ・市町ごとに多職種連携研修会や会議等が開催されていますが、在宅医療・介護連携が十分ではありません。
- ・急性期病棟からの退院だけでなく、慢性期病棟からの退院においても、多職種の連携を更に推進する必要があります。
- ・在宅療養において、服薬管理や薬の飲み方の相談など、薬剤師の関りが重要であり、入院、通院、在宅医療等において切れ目なく薬剤師が支援する体制が必要です。
- ・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。

(オ) 看取りの現状

- ・長期の療養などにより、人生の最終段階となった場合に、最期の時を自宅で迎えることを47.2%の県民が望んでいます。
- ・住み慣れた自宅での在宅医療が困難であるため、病院での看取りの割合が高く、自宅等での看取りについて住民への普及ができていない現状です。
- ・看取りにおいて、急変時に救急車を呼んでしまうことがあり、住民に対するACPの普及、急変時の対応等に関する啓発に加え、介護施設等におけるACPの取組促進も必要です。

【施策の方向性】

(ア) 入退院支援

- ・円滑な在宅療養に移行できるようにするため、地域連携室などにより入院中から多職種が参加する退院カンファレンスを実施し、退院前調整を行うための体制の構築を図ります。
- ・地域ごとに退院支援のルール作りが進んできたため、今後は、周知や普及に取り組み、入退院時の更なる連携を促進します。

(イ) 日常の療養支援（在宅医療・介護連携体制）

- ・医療圏内の医療及び介護の関係者、市町等から構成された多施設・多職種が連携・協働した体制の強化・充実を図ります。
- ・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。

(ウ) 急変時の対応

- ・在宅等で療養中に病状が急変した時は、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、在宅療養支援病院、地域包括ケア病床等により対応していきます。

(エ) 看取りへの対応

- ・人生の最終段階では、できる限り本人が希望する場所で看取りができるように体制の整備を図るとともに、自宅等での看取りについて、住民への普及啓発を図ります。
- ・住民向けのACPに関するフォーラムの開催や「ふじのくに高齢者在宅生活”安心”の手引き」を活用し、市町の在宅医療や看取りに関する普及啓発を支援します。
- ・住民へのACPの普及に加えて、市町が実施する在宅医療・介護連携に関する多職種連携研修会等に介護施設や施設と連携する医療機関の参加を促し、介護施設等での看取りを促進します。

(オ) 在宅医療を担う施設・人材の確保、多職種連携の推進

- ・在宅等で療養生活を維持することができるように、在宅療養支援病院、地域包括ケア病棟、在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所、在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設（薬局）、訪問看護ステーション等の充実を図ります。
- ・在宅歯科医療を推進するため、郡市歯科医師会、郡市医師会、市町等との多職種間の連携・協働を行い、オーラルフレイル（口腔機能低下）の予防を図り、ひいては介護予防を支援します。
- ・「シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）」の登録施設を増やすことにより情

報の共有化を進めるとともに、関係機関との連携を構築・充実するため研修等を実施し、医療及び介護の関係者による多職種連携をさらに促進します。

- ・高齢者施設外でも、安定した生活が送れるように「在宅サービスの充実や地域包括ケアシステム」を推進していきます。
- ・県、市町、医療・介護関係団体等は、在宅医療について積極的な情報提供や啓発等を行い、在宅医療の推進を図ります。

(2) 認知症対策

【現状と課題】

(ア) 現状

- ・今後、高齢化がさらに進むことに伴い、認知症患者も増加していくことが見込まれます。
- ・若年性認知症の患者は、意志に反する離職や社会的な活動の機会の喪失により、社会や地域との関わりが希薄化する現状があります。
- ・2020年4月現在、認知症グループホームは27箇所、認知症対応型通所介護事業所が6箇所あります。

(イ) 普及啓発・相談支援

- ・市町の設置する認知症初期集中支援チーム数は 25チーム（2020年4月現在）、認知症サポーター養成数は 77,034人（2020年3月31日現在） です。

(ウ) 医療（医療提供体制）

- ・2020年4月現在、認知症疾患医療センターとして、NTT東日本伊豆病院、静岡医療センター、ふれあい沼津ホスピタルの3施設があります。
- ・認知症サポート医師数は 47人（2020年4月現在）、かかりつけ医認知症対応向上研修終了医数は 182人（2020年4月現在） です。
- ・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。

【施策の方向性】

(ア) 普及啓発・相談支援

- ・認知症地域支援推進員による相談の充実を図るとともに、地域包括支援センターを中心とした介護福祉系事業所等との連携を強化し、切れ目のない包括的支援体制の構築を推進していきます。
- ・若年性認知症については、関係機関と連携を図り、医療・福祉・就労の相談に対応していきます。また、居場所づくりを行い、社会参加を促進していきます。
- ・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。
- ・多くの市町で認知症ケアパス等において、認知症施策に関連する多職種・多機関の役割を整理していることから、これらの周知を支援するとともに、活用を促進していきます。
- ・また、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員等が集まる連絡会を通じて、市町の認知症施策に関する多職種・多機関の連携を支援します。

(イ) 医療（医療提供体制）

- ・認知症サポート医を養成し増やしていきます。
- ・認知症サポート医や認知症初期集中支援チームの関与により認知症の早期診断・早期対応を図ります。
- ・認知症疾患医療センターによる鑑別診断、専門医療相談等を実施していきます。

(3) 地域リハビリテーション

【現状と課題】

- ・2019（令和元）年度現在、住民主体の通いの場は562箇所あり、参加者数は12,080人、参加率は県平均8.8%に対し、当圏域は6.3%となっています。
- ・全ての市町で、住民主体の通いの場にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けています。
- ・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。

【施策の方向性】

- ・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地域リハビリテーション協力機関として指定することで、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりを図ります。
- ・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な実施において、全県的に市町の介護予防事業等に協力可能な歯科衛生士等の育成を図ります。
- ・新型コロナウイルス感染症の影響で、住民主体の通いの場やサロンなどの活動の休止・縮小が余儀なくされていますが、少人数での開催や、家でできる運動の普及啓発など、このような状況下であっても可能な手法について圏域内で情報共有し、高齢者の機能低下の防止に取り組みます。

1 地域医療構想

(1) 2025年の在宅医療等の必要量

- 在宅医療等については、高齢化の進行に伴う利用者の増加や、病床の機能分化・連携に伴い生じる追加的な対応により、必要量の増加が見込まれます。
- 地域医療構想では、療養病床及び一般病床の患者数のうち一定数は、「在宅医療等」として、訪問診療や介護施設、外来等により追加的に対応するものとしています。

図表：富士医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量（2025年度）（単位：人/月）

在宅医療等 必要量 (2025年度)	提供見込み量				
	介護医療院 及び 療養病床	外来	介護老人 保健施設	訪問診療	介護老人 福祉施設
3,723	155	152	1,125	2,055	236

(2) 2023年度の在宅医療等の必要量

- 2023年度における在宅医療等の必要量と提供見込み量は次のとおりです。

図表：富士医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量（2023年度）（単位：人/月）

在宅医療等 必要量 (2023年度)	提供見込み量				
	介護医療院 及び 療養病床	外来	介護老人 保健施設	訪問診療	介護老人 福祉施設
3,420	105	114	1,107	1,907	186

【疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制】

（1）在宅医療

【現状と課題】

（ア）在宅医療の指標

- ・当医療圏の人口は 373,579 人で、高齢化率は 28.7% です。
- ・高齢者の夫婦のみ世帯が総世帯に占める割合は 9.5%、高齢者の単独世帯が総世帯に占める割合は 8.5% です（2015年国勢調査）。
- ・要介護・要支援認定者数は 16,691 人で、このうち要介護3以上の認定者数は 6,018 人でした（介護保険事業状況報告に基づく 2018 年の実績）。
- ・当医療圏における、2018 年の死亡者数 4,150 人の死亡場所は、自宅（グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅を含む）12.5%（県 14.3%）、老人ホーム（養護、特別養護、軽費、有料）9.0%（県 10.5%）、病院・診療所 73.9%（県 68.7%）、老人保健施設 2.7%（県 4.8%）です（「静岡県人口動態統計」）。
- ・当医療圏の介護老人保健施設の定員総数は 1,260 人（富士宮市 481 人、富士市 779 人）です。また、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の定員総数は 1,266 人（富士宮市 490 人、富士市 776 人）です（厚生労働省「在宅医療に係る地域別データ集」、2017 年 10 月 1 日現在）。
- ・訪問診療の年間診療報酬実績（レセプトデータ、国保分及び後期高齢分の「在宅患者訪問診療」に限る）は、富士宮市 4,798 件、富士市で 19,368 件、当医療圏全体で 24,166 件でした（2019 年 10 月～2020 年 9 月請求分、静岡県国民健康保険団体連合会）。

（イ）医療提供体制

- ・診療所のうち、訪問診療を実施する診療所の割合は、富士宮市で 8.8%、富士市で 15.8% です（厚生労働省「在宅医療に係る地域別データ集」、2017 年 10 月現在）。また、在宅療養支援診療所は 18 施設（富士宮市 2 施設、富士市 16 施設、2020 年 12 月現在）です（東海北陸厚生局HP「施設基準届出受理医療機関名簿」）。
- ・在宅療養支援病院の届出を行っている病院は 2 施設あります。
- ・在宅療養支援歯科診療所は 21 施設（富士宮市 5 施設、富士市 16 施設、2020 年 12 月現在）、在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設（薬局）は 165 施設（富士宮市 46 施設、富士市 119 施設、2020 年 12 月現在）あります（東海北陸厚生局HP「施設基準届出受理医療機関名簿」）。
- ・訪問看護ステーションは 24 施設（富士宮市 4 施設、富士市 20 施設、2020 年 11 月現在）で、緊急時対応は 3 施設（富士市）を除き、ターミナルケアは 1 施設（富士宮市）・4 施設（富士市）を除き対応しています。（静岡県訪問看護ステーション協議会調べ）。
- ・今後、高齢者のみの世帯、特に高齢者の単独世帯の増加が見込まれることから、在宅医療提供体制の充実・強化が望まれます。

（ウ）入退院支援

- ・入院患者が退院する場合は、当該医療施設の地域連携室担当者や医事課職員等が、かかりつけの医療施設や地域包括支援センター等との間で連絡・調整を行っていますが、退院調整の手順等は施設ごとに異なり、地域全体で円滑かつ効率的な多職種連携を進めるためには、手順や書

式等の標準化が必要となります。このため、当医療圏では令和2年1月に入退院支援ガイドライン「富士圏域医療と介護の情報連携の手引き」を作成しました。

(エ) 日常の療養支援（在宅医療・介護連携体制）

- ・当医療圏の在宅医療・介護に関わる多職種連携を推進するため、市ごとに設置された在宅医療・介護連携推進のための協議会等において、地域包括ケアシステムの構築に向けた検討が進められています。また、健康福祉センターでは、医療圏全体での課題や情報を共有し、関係者で協議を行うほか、国の動向や県内の先進的な取組等の情報を提供するための地域包括ケア推進ネットワーク会議を開催しています。
- ・在宅医療・介護連携の体制は、かかりつけの医師や訪問看護ステーション、地域包括支援センター、ケアマネジャー等の多職種連携により構築されていますが、対象者の増加や状態の変化等に応じて適時適切な対応ができるようにするため、個人情報保護に十分配慮した上で、関係者間で必要な情報を共有できる体制整備が求められています。
- ・訪問診療を行う医療機関や訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等、在宅医療や関連する介護の情報は、ホームページやパンフレットなどの様々な媒体を通じて住民に情報提供されていますが、全ての情報を一元的に集約した提供体制が望まれます。

(オ) 急変時・看取りへの対応

- ・在宅で療養中に病状が急変し入院となった場合は、入院時に普段の病状や治療内容その他治療に必要な医療・介護サービスの情報が必ずしも十分でないため、速やかに情報が共有できる体制整備が望まれます。
- ・当医療圏は高齢化率は上昇しており、高齢者世帯、特に高齢者の単独世帯が増加していることから、急変時等の連絡や情報把握が困難な場合があるため、普段から本人の心構えや周囲の見守りなど、万一の場合に備えた準備や対応を進めておくことが必要です。

【施策の方向性】

(ア) 入退院支援

- ・在宅医療・介護に関わる多職種連携により、退院後に誰もが安心して必要な医療・介護のサービスが受けられるようにするため、市ごとに設置された在宅医療・介護連携推進のための協議会等での協議や入退院支援ガイドライン「富士圏域医療と介護の情報連携の手引き」を活用し、医療関係者と介護関係者による共通のルールでの連携を図るなどして標準化に向けた取組を促進します。

(イ) 日常の療養支援（在宅医療・介護連携体制）

- ・当医療圏の在宅医療・介護に関わる多職種連携を推進するため、市ごとに設置された在宅医療・介護連携推進のための協議会や、圏域全体のネットワーク会議を通じて、在宅医療・介護に係る課題を解決するための方策等について協議します。
- ・在宅医療・介護に関わる多職種連携により、退院後に誰もが安心して必要な医療・介護のサービスが受けられるようにするため、市ごとに設置された在宅医療介護連携推進のための協議会等での協議や入退院支援ガイドライン「富士圏域医療と介護の情報連携の手引き」を活用し、医療関係者と介護関係者による共通のルールでの連携を図るなどして標準化に向けた取組を促進します。

- ・在宅で療養する患者が必要とする医療・介護サービスを切れ目なく受けることができるようにするため、ICTやFAX等、各種の通信手段を活用して患者ごとに必要な情報を多職種で共有できる体制整備を促進します。

(ウ) 急変時・看取りへの対応

- ・急変時にも入院先で適切な治療環境を提供し、早期に在宅復帰できるようにするため、在宅での情報共有手段を活用するなど、普段の在宅での医療・介護サービスの情報が速やかに提供・共有できるような体制整備を促進します。
- ・人生の最終段階では、できる限り本人の希望に沿った対応ができるよう、在宅医療・介護関係者が普段から本人の意向を確認して情報共有を図ります。

(エ) 医療従事者の確保

- ・在宅医療に従事する医療従事者（医師、看護師等）を確保するための方策について、地域医療構想調整会議等で検討を進めるほか、介護従事者を含めて、ICTを活用するなど、限られた医療・介護従事者で効率的かつ効果的に在宅医療・介護サービスが提供できる体制整備についても検討を進めます。
- ・訪問看護ステーションに従事する看護職員を対象とした各種研修会への参加を促進することにより、訪問看護の専門性の向上を図ります。

(2) 認知症対策

【現状と課題】

(ア) 普及啓発・相談支援

- ・当医療圏の市では、認知症地域支援推進員が配置されており、認知症カフェの運営支援や認知症サポーター養成講座の企画調整等を実施しています。
- ・認知症疾患の疑いのある患者・家族からの相談に応じ、早期に集中的に支援を行う認知症初期集中支援チームについては、2017年4月に富士市が支援チームを立ち上げ、2018年4月には富士宮市が支援チームを設置しています。認知症の早期診断、早期対応を進めるためには、認知症初期集中支援チームが有効に機能することが重要です。
- ・認知症の方ができるだけ住み慣れた地域で生活できる環境を整備するため、認知症サポーター養成講座を開催し、地域方々の理解促進に努めています。

(イ) 医療（医療提供体制）

- ・2013年10月に鷹岡病院（富士市）が認知症疾患医療センター（地域型）の指定を受けており、2017年11月に東静岡神経センター（富士宮市）が連携型で指定を受けています。
- ・当医療圏に認知症サポート医は34人おり（2020年4月現在、県健康福祉部健康増進課調べ）、認知症疾患医療センターや地域包括支援センター等との多職種連携が進められています。
- ・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。

【施策の方向性】

(ア) 普及啓発・相談支援

- ・当医療圏の市では、介護保険法に基づき実施している総合支援事業等により、認知症予防教室の開催や、地域包括支援センター等における相談、要介護認定等の機会を通じて、予防対策が実施されています。
- ・地域で開催されている認知症カフェの安定的な運営を促進し、認知症の方や家族が気軽に集い、家族間の交流や情報交換を行うことにより、家族の負担軽減に資すると共に、地域に向けた情報発信や医療場面以外の相談の場として機能の充実を図ります。
- ・認知症を正しく理解し、地域で暮らす認知症の方やその家族を支援する認知症サポーターの養成を継続実施するほか、講座の講師役となるキャラバン・メイトを養成します。
- ・認知症疾患医療センターが行う普及啓発や情報発信を効果的、効率的に実施し、地域における認知症に関する理解を促進します。

(イ) 医療提供体制等

- ・認知症地域支援推進員や地域包括支援センターとの連携のもと、認知症初期集中支援チームによる認知症患者の早期発見・早期対応を図り、認知症疾患医療センター等との連携により早期治療につなげます。
- ・かかりつけ医の認知症対応力向上を図り、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との連携を強化し、早期診断・早期対応のための体制を充実させるほか、認知症の方の在宅生活を支える環境を整備します。
- ・認知症の方やその家族、医療・介護関係者等の間で情報を共有し、必要なサービスが切れ目なく提供されるようにするため、市が作成した「認知症ケアパス」や県が作成した「ふじのくに“ささえあい”手帳」の活用を推進します。

(3) 地域リハビリテーション

【現状と課題】

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

【施策の方向性】

- ・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地域リハビリテーション協力機関として指定することで、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりを図ります。

1 地域医療構想

(1) 2025年の在宅医療等の必要量

- 在宅医療等については、高齢化の進行に伴う利用者の増加や、病床の機能分化・連携に伴い生じる追加的な対応により、必要量の増加が見込まれます。
- 地域医療構想では、療養病床及び一般病床の患者数のうち一定数は、「在宅医療等」として、訪問診療や介護施設、外来等により追加的に対応するものとしています。

図表：静岡医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量（2025年度）（単位：人/月）

在宅医療等 必要量 (2023年度)	提供見込み量				
	介護医療院 及び 療養病床	外来	介護老人 保健施設	訪問診療	医療病床 (20:1)等
8,082	378	235	2,602	4,726	141

(2) 2023年度の在宅医療等の必要量

- 2023年度における在宅医療等の必要量と提供見込み量は次のとおりです。

図表：静岡医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量（2023年度）（単位：人/月）

在宅医療等 必要量 (2023年度)	提供見込み量			
	介護医療院 及び 療養病床	外来	介護老人 保健施設	訪問診療
7,436	378	177	2,602	4,279

2 疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制（在宅医療・認知症対策・地域リハビリテーション）

【数値目標】

	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
継続	自宅看取り率	14.6% (2016年度)	30% (2025年度)	静岡市健康長寿のまちづくり計画に関連して設定	静岡県人口動態統計
新規	通いの場の設置数	515か所 (2019年度)	1,009か所 (2023年度)	静岡市健康長寿のまちづくり計画見直しにより設定	静岡市推計

【疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制】

（１）在宅医療

【現状と課題】

（ア）在宅医療の指標

- ・2020年3月31日現在、圏域の人口は、男性33万9千人、女性35万7千人で計69万6千人、高齢化率は30.2%です。（静岡市企画課2020年3月31日住民基本台帳データ）
- ・世帯の総数は約31万8千世帯で、そのうち高齢者世帯数は9万2千世帯（全体の28.7%）、ひとり暮らし高齢者世帯は5万3千世帯（全体の16.5%）です。
- ・圏域の総人口は減少傾向にあり、2019年10月1日現在の圏域全体の高齢化率は、30.5%と県平均の29.9%を若干上回っています。（2020年12月データ 統計しずおかセンター）
- ・要介護・要支援認定者数は、2020年3月31日現在、40,129人（事業対象者を含む）（要介護者29,531人、要支援者9,737人、事業対象者861人）で、認定率は19.1%です。（静岡市介護保険事業状況報告）
- ・2018年の年間死亡者数8,096人のうち、主な死亡場所については、自宅1,452人（17.93%）、老人保健施設312人（3.9%）、老人ホーム845人（10.4%）、医療施設5,351人（66.1%）となっており、自宅での死亡率は県平均（14.3%）より高くなっています。

（イ）医療提供体制

- ・在宅療養支援病院は2施設、在宅療養支援診療所は106施設、訪問看護ステーションは48施設、在宅療養支援歯科診療所は32診療所あります。（2021年1月 出典：東海北陸厚生局）
- ・訪問診療を受けている在宅療養患者数は、3,102（人/月）（葵区1,241（人/月）、駿河区1,222（人/月）、清水区639（人/月））です。
- ・在宅医療については、医師会で「イーツー（医-2）ネット医療連携システム」「疾患別連携システム」「S-Net連携システム」や「在宅連携安心カードシステム」が行われています。
- ・当医療圏で在宅医療（往診・訪問診療）を行っている医療施設は、病院9施設（葵区5施設、駿河区3施設、清水区1施設）、診療所199施設（2018年度 出典：県健康増進課調査）、歯科診療所160施設（2020年7月31日時点 出典：県健康増進課）です。
- ・在宅医療実施医療施設のうち、月平均患者数が1人以上の医療機関数は、148施設（葵区57施設、駿河区47施設、清水区44施設）です。
- ・在宅療養支援歯科診療所の数は32施設で、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出施設（薬局）は、357施設です。訪問看護ステーションの数は53施設です。（2021年1月現在 出典：東海北陸厚生局）
- ・当医療圏の介護老人保健施設は、23施設・定員数は2,544人です。また、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、37施設・定員数は3,651人です。（静岡市介護保険課R2年度末定員数）
- ・静岡市静岡医師会は、「医療・介護連携推進センター」を設置し、静岡市清水医師会では、「在宅医療介護相談室」を設置し、医療・介護関係者等の連携強化を図る拠点として、在宅医療等を支援しています。
- ・病院や地域の医療、介護、福祉関係者から在宅医療・介護に関する相談を受け、助言や情報提供、関係機関との調整などを行うスーパーバイザーを静岡市静岡医師会、静岡市清水医師会にそれぞれ1名配置し、対応しています。

(ウ) 入退院支援

- ・静岡市静岡医師会及び清水医師会にそれぞれ1名のスーパーバイザー（専門職）を配置し、家庭の問題や経済的問題など複雑かつ多岐にわたる問題を抱える高齢者などが、在宅で医療・介護を受けながら、安心して暮らせるよう病院や地域の医療、介護、福祉関係者から在宅医療・介護に関する相談を受け、助言や情報提供、関係機関との調整を行うなど、委託により事業を実施しています。
- ・静岡市清水医師会は、「在宅医療介護相談室」を設置し、経済的な困窮者の対応や在宅医療に係る相談対応、退院後の在宅医療等を支援しています。
- ・入院施設（病院・有床診療所）から退院する場合は、入院施設の地域医療連携室等により患者や家族を中心に、かかりつけ医やケアマネジャー、介護サービス事業者等との退院前カンファレンスを行うなど、退院後の方向性の決定やサービス調整等の退院支援を実施しています。

(エ) 日常の療養支援（在宅医療・介護連携体制）

- ・2013年度に、在宅医療と介護の連携を推進するため、静岡市は「静岡市在宅医療・介護連携協議会」を設置しました。2014年度には、在宅医療に関する実態調査、医療介護情報マップの作成、研修会や講演会を開催しました。また、2015年度から、現場の意見を踏まえながら集中的に取り組むため、4つの部会（企画部会、啓発研修部会、地域支援部会、情報共有部会）を設置しました。
- ・2016年度から、小圏域（小学校学区）単位のモデル地区で、医療・介護等の専門職による、在宅医療・介護連携推進事業を開始し、この取組を日常生活圏域内のモデル地区以外の周辺小学校区に拡大・強化を進めてまいりました。この小圏域単位のモデル事業は2019年度で完了しましたが、引き続き日常生活圏域内で地域包括支援センターが中心となり取組み、在宅医療・介護連携を充実させ、チームによる支援体制の構築を進めています。
- ・小圏域におけるモデル地区の話し合いに参加した専門職による出前講座を開催し、地域住民に対する在宅医療の理解促進と在宅における看取りとACPの普及等に努めています。
- ・在宅医療や介護に関連する情報は、「シズケア*かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）」の活用やかかりつけ医や訪問看護ステーション、地域包括支援センター、ケアマネジャー等の多職種連携により、必要な情報を共有しています。

【施策の方向性】

(ア) 入退院支援

- ・病院と在宅の連携により入退院が円滑に行われ、安心して在宅療養が継続できるようにするため、病院の地域医療連携室を中心に、入院中から多職種が参加する退院前カンファレンスを推進させ、入院前の生活情報や診療情報等の情報共有を行い、在宅における病院との連携体制の構築を図ります。
- ・特に急性期から回復期へ転院後、在宅へ復帰する場合は、病院と在宅のリハ職等の連携により機能低下の防止が期待できることから、標準的な回復期病院退院支援マニュアル（仮称）作成に向けて検討を行い、その普及促進を図っていきます。
- ・地域医療介護総合確保基金を活用して、回復期病床の機能を充実させ、高度急性期や急性期から回復期に入った入院患者の在宅復帰を促進します。

(イ) 日常の療養支援（在宅医療・介護連携体制）

- ・当医療圏内の医療及び介護・福祉の関係者、学識経験者等で構成された「静岡市在宅医療・介護連携協議会」及び部会運営により、医療・介護の専門職が連携・協働した体制の強化・充実に努めます。
- ・在宅医療において、訪問看護は重要な役割を果たすため、小規模な訪問看護ステーションの支援や集約化が必要になります。
- ・歯科医師会では、オーラルフレイルの早期発見によって、全身のフレイル予防に繋がる活動を行っています。
- ・健康を意識し、虚弱状態に早期に気づき、自ら検診や医療、リハビリ等に早期に取り組むことができるように、フレイルトレーナーやフレイルサポーターの活用を進め、フレイル予防を地域に広めていきます。
- ・歯科医師会や県栄養士会、リハ職の協力を得て、定期的な講座を開催するなど、フレイルチェック後の健康指導や生活指導等が受けられる仕組みづくりを進めます。

(ウ) 急変時の対応

- ・在宅等で療養中に病状が急変した場合に、病診連携により、必要に応じて、入院可能施設への円滑な入院ができるように体制の整備を図ります。

(エ) 看取りへの対応

- ・可能な限り本人が希望する場所で看取りができるように、多職種チーム連携により最期まで切れ目のない体制の整備を図ります。
- ・在宅における看取りへの意識を高めるため、リビングウィルやACP（人生会議）の普及等により、住民向けの教育を進めます。

(オ) 在宅医療を担う施設・人材の確保、多職種連携の推進

- ・できる限り本人が住み慣れた場所で安心して療養生活を送れるように、訪問診療等を実施する医療施設、訪問看護ステーション、薬局等の充実に努めます。
- ・当医療圏内の医療及び介護の関係者による多職種連携をさらに促進するため、静岡市在宅医療・介護連携協議会による情報の共有化を進めるほか、職員のスキルアップを図るため研修会等の充実、「シズケア*かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）」の活用促進を図ります。
- ・在宅医療の現状や取組について、市民公開講座や出前講座等の実施、パンフレット・市広報・ホームページ、「静岡市健康長寿のまち専用ウェブサイト」等の様々な媒体や手法を活用して積極的・重層的に情報発信し、市民への啓発だけでなく、専門職と市民との連携も一層促進していきます。
- ・2023年度の設置期限までに、地域医療構想の取組を踏まえた療養型病院の再編を行うにあたり、確実な転換に対応できるよう関係機関との調整を図っていきます。
- ・市の5大構想に掲げる「健康長寿のまち」の実現に向け、「『自宅ですっと』プロジェクト」による静岡型地域包括ケアシステムの構築を目指すため、2016年度から開始した小圏域における在宅医療・介護連携推進事業は、全圏域完了しましたが、引き続き連携強化のため、地域の拡大・強化を図り、医療・介護連携支援体制の確立を目指します。
- ・医療・介護職の連携強化を図り、在宅医療を支える専門職の育成に努めます。

(2) 認知症対策

【現状と課題】

ア 現状と課題

(ア) 現状

- ・ 2020年3月31日現在の圏域の認知症高齢者数（要介護認定者数のうち日常生活自立度Ⅱ以上の者）は約2.5万人で、高齢者人口の12.1%に当たります。
- ・ 2017年4月1日現在の県内の認知症高齢者数（要介護認定者数のうち日常生活自立度Ⅱ以上の者）は約10.4万人と推計され、高齢者人口に対する割合としては9.9%に当たります。今後も、この割合で推移すると仮定した場合、2025年の認知症高齢者は、高齢者人口の11.9%で発症すると推測されます。
- ・ 2025年の推計人口で算出すると、圏域では24,909人が認知症高齢者となることが見込まれます。
- ・ 要介護認定高齢者のうち年齢階級別認知症の人数割合は、75歳～79歳で12.6%ですが、85歳以上で58.1%となり、高齢者の5人に一人が認知症を発症しています。（静岡県介護保険事業状況報告2020年3月末日現在）
- ・ 介護保険新規申請をした性別の認知症高齢者数は、何れも申請者の50%が認知症を有している状況です。（静岡県介護保険事業状況報告2020年3月末日現在）
- ・ 認知症の推計は、2025年には圏域では40,382人で高齢者の19.0%、2030年には高齢者の20.6%、2040年には高齢者の21.7%が認知症であると推計しています。（平成25年度厚労省認知症対策総合研究事業 性別年齢階級別認知症有病率により静岡市推計を算出）

(イ) 普及啓発・相談支援

- ・ 認知症については、2015年度から医療・介護等の専門職で構成された認知症初期集中支援チームにより、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、初期の支援を総括的、集中的に行う認知症初期集中支援推進事業を開始しています。このチームは、市直営で実施していましたが、2017年度からは、一部の地域を除き、認知症疾患医療センターに委託して実施しています。
- ・ 認知症に対する正しい知識や理解を得て、地域で認知症本人やその家族に対して見守る応援者である「認知症サポーター」の養成講座を2006年度から開催しており2019年度は110会場で実施し、2020年3月末現在で圏域内で延べ59,904人養成されています。
- ・ 認知症本人及び介護をする家族等の負担軽減を図るために、地域住民や医療・介護の専門職等と交流し、相互の情報を共有し、お互いを理解し合う場として、認知症カフェを2016年から開始し、25か所で延べ6,250人（2020年3月末現在）が利用しています。
- ・ 認知症本人の徘徊による事故を防止するため、地域の方の協力を得て、徘徊されている方を早期に発見する取組み「メール配信システム」を2012年度より実施しています。また、事前に、徘徊が心配される方には発見の際の目印となる見守りシールを2017年度から無料で配布するなど、住民と共に地域で見守る活動を実施し、150枚（2020年3月末累計）配布しています。
- ・ 医師会の協力を得て、認知症サポーター養成講座と合わせて、医師による市民への出前講座を実施し、認知症の予防や症状などの知識を普及しています。

- ・2016年度に、日常生活圏域ごと認知症サポート医を中心に医療・介護の関係者で作成した「認知症ケアパス」を基に、「静岡市標準認知症ケアパス」を作成し、パンフレットに掲載・配布しています。

(ウ) 医療（医療提供体制）

- ・医療圏内の認知症疾患医療センターは、3施設（2014年独立行政法人国立病院機構静岡てんかん・神経医療センター、2015年溝口病院、2016年静岡市立清水病院）あり、2か所は委託により運営しています。
- ・また、認知症サポート医養成研修修了者は56人（2020年3月末現在）おり、認知症疾患医療センターや地域包括支援センター等との多職種連携により、医療圏全体による取組が進められています。
- ・かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数は312人（2020年3月末現在）です。

【施策の方向性】

(ア) 普及啓発・相談支援

- ・2020年10月に「認知症ケア推進センター“かけこまち七間町”」を開設しました。全世代を対象に誰もが立ち寄れる拠点として認知症に関する相談や困りごとに対応するほか、認知症の人の同士の交流などを支援します。また、社会全体での支援体制構築に向けた機運醸成のため、市民向け活動（認知症サポーター養成講座、認知症予防セミナーなど）、企業向け活動を行っていきます。
- ・日頃から認知症ケアに携わる事業所や介護施設などの職員、認知症サポート医等の医療職などを対象に、多職種連携のための研修会を開催します。
- ・地域住民へは、認知症疾患医療センターを中心にした市民公開講座や出前講座などを継続的に実施し、認知症に対する理解を促進します。
- ・高齢者が身近に通える場の拡充や、認知症予防に資すると考えられる民間の商品や活動の進め方を整理します。
- ・「地域共生社会」に向けた産学官民連携の取組やチームオレンジの体制を整備し、認知症バリアフリーのまちづくりを推進します。
- ・2016年度から設置している「認知症カフェ」の安定的な運営を促進し、できる限り身近で通いやすい場になるよう日常生活圏域に1か所以上の設置を図っていきます。
- ・地域住民へは、パンフレット・市広報・ホームページ、「静岡市健康長寿のまち専用ウェブサイト」等の様々な媒体や手法を活用して積極的・重層的に情報発信し、市民への啓発だけでなく、専門職と市民との連携も一層促進していきます。
- ・認知症本人やその家族を地域で見守っていただくように、認知症サポーターを養成し、活躍できる場を提供するなど、対応を図っていきます。また、小学校や中学校に対して、認知症サポーター養成講座を受講できるよう働きかけていきます。
- ・認知症サポート医を中心に医療・介護の関係者で作成した「静岡市標準型認知症ケアパス」の活用を促進し、市民のニーズに合った内容に見直し・検討を進めます。

(イ) 医療（医療提供体制）

- ・認知症疾患医療センターの3病院は、継続的に運営していきます。

- ・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い、計30チームの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ます。
- ・認知症サポート医は、日常生活圏域に1名以上配置し、市及び地域包括支援センターに配置した認知症地域支援推進員との連携を基に、身近な地域で相談・支援できる体制を構築し、地域包括支援センター等の認知症初期集中支援チームによる早期発見・早期対応の体制を強化していきます。さらに、認知症疾患医療センターとの連携を強化することにより、認知症疾患医療体制を充実させます。
- ・かかりつけ医の認知症対応力向上を図るため、圏域内の研修開催を実施し、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との連携を強化し、早期診断・早期対応の医療体制を充実させるほか、認知症本人とその家族を支える在宅療養環境を整備します。
- ・認知症サポート医と地域包括支援センター、認知症疾患医療センターは、定期的な連絡会を開催し、活動を支援していきます。

(3) 地域リハビリテーション

【現状と課題】

- ・2019年度現在、**住民主体**の通いの場は515箇所あり、参加者数は10,853人、参加率は県平均8.8%に対し、当圏域は5.2%となっています。
- ・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実施されています。
- ・住民主体の通いの場や市町の介護予防事業へのリハビリテーション専門職の関与を強化するためには、派遣元の医療機関の理解など、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりが必要です。
- ・病院から地域に戻った後には円滑な訪問リハビリテーションの提供が必要ですが、訪問リハビリテーションを提供する事業者や人材が不足している状況です。また、病院退院から在宅への移行にあたっては、自宅においても機能低下することなく継続できるためには、互いのリハ職が本人のリハビリ目標などを共有することが必要です。
- ・2019年の「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」制度施行に伴い、早い段階で予防に取り組めるよう、**住民主体**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・重症化予防、就労・社会参加支援について、2020年度県のモデル事業を医師会が実施し、市が協力連携しています。

【施策の方向性】

- ・本人とその家族が、住み慣れた地域社会の中で、安心して、自らの望む自立した日常生活を送ることができるよう、本人に対し、地域包括支援センター、地域リハビリテーションサポート医や地域リハビリテーション推進員等が中心となり、予防期（介護予防・重度化防止、疾病予防）、急性期、回復期、生活期（日常生活への復帰）まで、どの段階においても、多職種や多機関が連携して、切れ目なくリハビリテーションを提供できる体制を強化し、できるだけ自立を支援することを目指し

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られるよう環境整備に取り組みます。
- 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られるよう環境整備に取り組みます。
- 認知症や介護予防等の環境づくりとして、住民主体の通いの場や市が実施している介護予防事業としての住民主体の通いの場の設置を進め、2019年度末の515か所を2023年度末までに約1,000カ所設置を目指していきます。

1 地域医療構想

(1) 2025 年の在宅医療等の必要量

- 在宅医療等については、高齢化の進行に伴う利用者の増加や、病床の機能分化・連携に伴い生じる追加的な対応により、必要量の増加が見込まれます。
- 地域医療構想では、療養病床及び一般病床の患者数のうち一定数は、「在宅医療等」として、訪問診療や介護施設、外来等により追加的に対応するものとしています。

図表：志太榛原医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量（2025 年度）

在宅医療等 必要量 (2023 年度)	提供見込み量 (単位：人/月)				
	介護医療院 及び 療養病床	外来	介護老人 保健施設	訪問診療	介護老人 福祉施設 小規模多機能
4,585	118	186	1,858	2,262	161

(2) 2023 年度の在宅医療等の必要量

- 2023 年度における在宅医療等の必要量と提供見込み量は次のとおりです。

図表：志太榛原医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量（2023 年度）

在宅医療等 必要量 (2023 年度)	提供見込み量 (単位：人/月)				
	介護医療院 及び 療養病床	外来	介護老人 保健施設	訪問診療	介護老人 福祉施設 小規模多機能
4,231	116	97	1,858	2,059	101

2 疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制（在宅医療・認知症対策・地域リハビリテーション）

【疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制】

(1) 在宅医療

【現状と課題】

(ア) 在宅医療の指標

- ・2019 年 10 月 1 日現在の当医療圏の高齢化率は 30.4%です。また、2017 年 4 月 1 日現在の高齢者世帯数は 43,340 世帯（全体の 23.8%）です。そのうち、ひとり暮らし高齢者世帯は 21,482 世帯（全体の 11.8%）です。
- ・2020 年 9 月末現在（厚生労働省「介護保険事業状況報告」による）の要介護認定者数は 22,300 人（要介護認定率は 15.6%）です。
- ・県民意向調査（平成 28 年 12 月）によると、「人生の最期を迎えたい場所」を自宅と回答した者が 47.2%ですが、主な死亡場所の半数以上が医療施設となっており、現実とのギャップが大きく、今後、多死社会における看取りが大きな課題になると想定されます。

(イ) 医療提供体制

- ・在宅療養支援病院は 2 施設、在宅療養支援診療所は 35 施設あります。
- ・訪問診療を実施している病院、診療所は 133 施設です。

- ・2018（平成30）年度に訪問診療を利用していた人は月平均1,642人となっており、2013（平成25）年度の1,104人から538人増加、1.49倍になっています。
- ・当圏域の2023（令和5）年の在宅医療等の必要量は、4,231人となっており、うち、2,059人は訪問診療を利用しながら在宅療養することが見込まれています。
- ・在宅での看取り（ターミナルケア）等在宅医療に取り組んでいる診療所及び病院はありますが、診療所の地域偏在が課題となっています。
- ・在宅療養支援歯科診療所数は23施設で、在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設（薬局）数は76施設、訪問看護ステーション数は23施設です。
- ・町内に訪問看護ステーションがない吉田町については、榛原総合病院の訪問看護が対応しています。

（ウ）入退院支援

- ・急性期病院においては、在院日数が短くなっており、入院と同時に退院先の調整を行う医療機関がありますが、今後、在宅へ向けての訪問看護師やケアマネジャーの早期介入が重要な課題となってきます。
- ・令和元年10月1日現在、当医療圏の介護老人保健施設は、17施設で定員数は1,731人です。また、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、32施設で定員数は1,962人です。
- ・認知症対応型共同生活介護施設（グループホーム）は43施設で定員数は638人です。
- ・藤枝市と志太医師会は、切れ目のない医療・介護体制を整備するため、在宅医療に関する相談やコーディネートする「在宅医療サポートセンター」を2017年7月に開設しました。

（エ）日常の療養支援（在宅医療・介護連携体制）

- ・各市町では、在宅医療・介護連携を進めるための協議会を設置し、地域包括ケアシステム構築の推進を図っています。
- ・在宅療養について、家族の理解、協力を得ることが難しいケースがあります。
- ・医療機関等の偏在、一人暮らしや家族の介護力不足により、本人の意志に反して在宅療養ができなかったり、続けられなかったりすることがあります。
- ・多職種による連携した支援は、在宅療養を進める上で重要ですが、未だに多職種の種類・役割などが住民に十分知られていません。また、多職種の役割等を関係者で共有する必要があります。
- ・また、患者情報の十分な共有がされず、人生の最終段階において、本人の意思に沿った医療・介護サービスの提供が難しいことがあります。

【施策の方向性】

（ア）入退院支援

- ・病院内にある地域連携室を中心に、入院中から多職種が参加する退院カンファレンスを実施し、退院後の調整を十分行うことができる体制を構築します。
- ・回復期の病床機能を有する病院や有床診療所が、急性期から回復期に入った患者の在宅復帰を促進するため、病院の医療連携室やケアマネジャーが中心となって、ケアカンファレンス等で支援方法について検討していきます。
- ・志太医師会では、開設した「在宅医療サポートセンター」において、在宅医療に関する相談やコーディネート、情報共有のためのシステム普及などを核として、切れ目のない医療・介護連携体制を整備していきます。

(イ) 日常の療養支援（在宅医療・介護連携体制）

- ・ 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。

(ウ) 急変時の対応

- ・ 在宅等で療養中に病状が急変した場合は、入院可能施設への円滑な入院ができるように、地域の中で入退院に関するルール化を図り、安心した療養支援を推進していきます。

(エ) 看取りへの対応

- ・ 自宅や施設での看取りができるように医療・介護職員の研修の充実を図ります。
- ・ 住民向けの ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関するフォーラムの開催や「ふじのくに高齢者在宅生活”安心”の手引き」、市町が作成する動画等の広報媒体を活用し、市町の在宅医療や看取りに関する普及啓発を支援します。
- ・ また、多職種が参加する勉強会等を通じて医療・介護関係者により ACP の取組を促進します。
- ・ 高齢者施設内における看取り希望も増えてきていることから、施設看取りを可能とするためにケアマネジャーによる医療・介護との連携システムを検討していきます。

(オ) 在宅医療を担う施設・人材の確保、多職種連携の推進

- ・ 本人が希望する、住み慣れた住宅等での療養生活ができる限り維持できるように、訪問診療等を実施する医療施設、訪問看護ステーション、薬局等の充実を図ります。
- ・ 医療依存度の高い患者に対し、適切なタイミングで医療サービスが提供できるよう、特定行為研修を受講した認定看護師を計画的に育成するなど、在宅医療を支える訪問看護の体制を整備していきます。
- ・ 当医療圏の医療及び介護の関係者による多職種連携により、患者を支えるため、「シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）」を活用した情報の共有化を推進していきます。
- ・ 当医療圏の医療・介護関係者による多職種連携をさらに促進するため、在宅医療介護連携協議会等による情報の共有化を進めるほか、職員のスキルアップを図るための研修会等の充実を図ります。
- ・ 在宅医療を進めるため、訪問看護師が、24 時間体制で対応している病院に何時でもアクセスできるツールや連絡網を整備できる体制を検討していきます。
- ・ 利用できるサービスの種類が増えてきていることから、通所施設の活用と連携強化を図ることで、少ない訪問看護師の負担軽減を図っていきます。

(2) 認知症対策

【現状と課題】

(ア) 現状

- ・ 厚生労働省の推計に基づく当圏域の認知症の人の推計人数は、各年齢の認知症有病率が一定の場合、2020（令和 2）年度の 24,106 人から 2025（令和 7）年度は 27,035 人と増加する見込みです。
- ・ 認知症の人が増える中、家族が認知症に対してうまく対応できないケースもあり、認知症に関する知識の更なる啓発が必要です。

- ・2019（令和元）年10月時点の要介護（支援）認定者のうち、認定時の日常生活自立度がⅡ以上の人数は16,115人となっています。

（イ）普及啓発・相談支援

- ・認知症初期集中支援チームは、2019（令和元）年度36件の対応をしていますが、認知症の早期対応のためには、認知症初期集中支援チームの質を高め、介入結果の蓄積による支援技術の向上が必要です。
- ・認知症の人の精神面も含めた生活の質の向上、家族への支援において、地域包括支援センターによる住民や地域を巻き込んだ更なる取組が求められています。
- ・認知症に対する正しい知識と理解を持ち地域で認知症の人やその家族に対して手助けをする「認知症サポーター」は、当医療圏では37,032人（2020年3月31日現在）養成され、そのうちキャラバンメイトは、508人登録されています。また、こどもサポーターは14,980人が登録されています。

（ウ）医療（医療提供体制）

- ・認知症については、当医療圏に認知症疾患医療センターが2か所（焼津市立総合病院、やきつべの径診療所）指定され、高齢者人口6万人に1か所の国の基準を満たしています。また、認知症対応型共同生活介護施設（グループホーム）が43施設、認知症対応型通所介護事業所が7施設、認知症サポート医は34人（2020年4月現在）であり、地域包括支援センター等との多職種連携により、医療圏全体による取組が進められています。

【施策の方向性】

（ア）普及啓発・相談支援

- ・認知症への対応に関する知識の普及や成年後見制度の利用促進などにより、認知症の人と家族等を支援します。

（イ）医療（医療提供体制）

- ・認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員等が集まる連絡会を通じて、早期対応の好事例を共有するなど、各市町の初期集中支援チームの活動を支援します。

（3）地域リハビリテーション

【現状と課題】

- ・2019（令和元）年度現在、住民主体の通いの場は770か所あり、参加者数は18,382人、参加率は県平均8.8%に対し、当圏域は13.3%となっています。
- ・全ての市町で、住民主体の通いの場にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けています。
- ・自立支援型の地域ケア会議は全市町で実施されています。
- ・住民主体の通いの場や市町の介護予防事業へのリハビリテーション専門職の関与を強化するためには、派遣元の医療機関の理解など、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりが必要です。
- ・病院から地域に戻った後には円滑な訪問リハビリテーションの提供が必要ですが訪問リハビリテーションを提供する事業者や人材が不足している状況です。

【施策の方向性】

- ・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地域リハビリテーション協力機関として指定することで、リハビ

リテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりを図ります。

- 圏域のリハ職の情報交換会を行って、事例の共有を図り連携を支援します。
- 圏域の訪問リハビリテーションの中で市外でも対応できる協力機関を調査し、ケアマネジャーや病院の医師・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。

1 地域医療構想

(1) 2025年の在宅医療等の必要量

- 在宅医療等については、高齢化の進行に伴う利用者の増加や、病床の機能分化・連携に伴い生じる追加的な対応により、必要量の増加が見込まれます。
- 地域医療構想では、療養病床及び一般病床の患者数のうち一定数は、「在宅医療等」として、訪問診療や介護施設、外来等により追加的に対応するものとしています。

図表：中東遠医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量（2025年度）（単位：人/月）

在宅医療等 必要量 (2025年度)	提供見込み量					
	介護医療院 及び 療養病床	外来	介護老人 保健施設	訪問診療	介護老人 福祉施設	看護 小規模 多機能型等
4,198	344	237	1,629	1,765	74	151

(2) 2023年度の在宅医療等の必要量

- 2023年度における在宅医療等の必要量と提供見込み量は次のとおりです。

図表：中東遠医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量（2023年度）（単位：人/月）

在宅医療等 必要量 (2023年度)	提供見込み量					
	介護医療院 及び 療養病床	外来	介護老人 保健施設	訪問診療	介護老人 福祉施設	看護 小規模 多機能型等
3,822	342	138	1,553	1,663	63	74

2 疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制（在宅医療・認知症対策・地域リハビリテーション）

【疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制】

(1) 在宅医療

【現状と課題】

(ア) 現状

- ・2019年10月1日現在、高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は27.6%と県平均の29.9%を下回っていますが、森町では33.6%に達しているほか、高齢化率は医療圏全体として増加が続いています。
- ・2016年4月1日現在、市町の高齢者世帯の割合は県平均を下回っています。（県平均23.6%、当医療圏 森町22.1%～袋井市16.0%）
- ・2016年4月1日現在、市町のひとり暮らし高齢者世帯の割合は県平均を下回っています。（県

平均 12.8%、当医療圏 森町 10.0%～袋井市 7.6%)

- ・2019年9月30日現在、要介護（支援）認定者数は19,328人です。
内訳は要支援1 1,636人、要支援2 1,913人、要介護1 4,934人、要介護2 3,690人、
要介護3 2,945人、要介護4 2,554人、要介護5 1,656人です。
- ・2018年の死亡数4,371人の死亡場所は、自宅 14.6%（県 13.4%）（グループホーム、サービス付高齢者向け住宅を含む。）、老人ホーム 13.0%（県 11.5%）（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームをいう。）、病院 63.3%（県 67.4%）、診療所 1.1%（県 1.3%）、介護医療院・老人保健施設 7.0%（県 5.3%）でした。
- ・磐田市では、2015年に設置した「磐田市在宅医療介護連携推進協議会」において、医療、介護の関係者がそれぞれの立場で在宅医療を取り巻く現状や課題を話し合い、相互に連携を取れる体制づくりを進めています。
- ・掛川市では、地域健康医療支援センター「ふくしあ」を拠点とし、医師会のチームを核とした訪問診療や往診、訪問看護、訪問リハビリ体制の拡充支援等を推進しています
- ・袋井市では、2015年5月に開設した袋井市総合健康センターを拠点に、保健・医療・介護・福祉の機能が連携した総合的な健康支援システムを構築していくため、在宅医療、介護に関わる多職種の専門職が連携したサービスの提供を行っています。
- ・御前崎市、菊川市と森町では、家庭医養成プログラムの一環として、家庭医療センターの医師による在宅診療を行っています。
- ・御前崎市では、在宅生活を支える医療と介護に携わる関係者による在宅医療・介護連携推進会議を開催し、現状や課題を話し合い、相互に連携の取れる体制づくりを進めています。
- ・菊川市では、菊川市家庭医療センター医師による在宅診療を行うとともに、医師会との連携により在宅医療の推進を図っています。また、菊川市地域ケア推進委員会において、在宅医療・介護連携推進事業の進捗状況等について協議するとともに、きくがわ医療・介護連携多職種研修会でまとめた専門職の意見に基づく市の目指す姿について、目標を達成するための取り組みを推進しています。
- ・森町では、公立森町病院、森町家庭医療クリニック及び森町訪問看護ステーションを中心に、積極的に在宅医療を推進しています。引き続き、静岡県在宅医療・介護連携情報システム（シズケア*かけはし）等を活用しながら必要な情報の提供、共有に努め、多職種連携による支援体制を構築します。
- ・静岡県西部健康福祉センターでは、地域包括ケア推進ネットワーク会議中東遠圏域会議を実施し、圏域における情報交換、課題の抽出、検討を行っています。

(イ) 医療提供体制

- ・2018年3月31日現在、在宅療養支援病院は2施設（公立森町病院、豊田えいせい病院）、在宅療養支援診療所は34施設です。
- ・2021年1月1日現在、在宅療養支援歯科診療所は16施設です。
- ・2021年1月1日現在、在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設（薬局）は200施設です。
- ・2020年4月1日現在、訪問看護ステーションは24、介護老人保健施設定員は1,490人、介護老人福祉施設定員は2,500人です。

【施策の方向性】

(ア) 円滑な在宅医療移行に向けての退院支援

- ・本人が希望する場所で療養生活を維持することができるよう、地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療推進事業の充実を図ります。
- ・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、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた協議を、医療・介護・行政等の関係者と検討していきます。
- ・多職種、複数機関による退院にむけての患者検討会や退院前同行訪問等により、退院後の移行が円滑にできる体制を整えます。

(イ) 日常の療養支援・多職種連携の推進

- ・静岡県在宅医療・介護連携情報システム（シズケア＊かけはし）等、ICT（情報通信技術）を利用して受療者個々人の療養状況を関係者が共有できる環境を構築し、療養提供の効率を高めます。

(ウ) 急変時の対応

- ・必要な医療を遅滞なく提供するため、送り出す側と受ける側で連絡・対応の手順を整えます。その際には、家族と受ける側がどこまでの処置を望むのか、あらかじめ確認しておくことが求められます。
- ・自宅、施設における療養の増加に伴い、急変時の対応による救急医療への負担増が懸念されます。よって、地域包括ケア病棟等急変時に対応可能な医療資源の確保を促します。また、介護医療院や療養病床等でも看取りを含めた対応が進むよう促します。

(エ) 患者が望む場所での看取り

- ・関係者に対する研修等を充実し、対応できる技術を身につけます。
- ・患者、家族に対して、「どのような看取りを望むのか」について確認し、なるべく意向に沿うことができるよう関係機関が調整を図ります。
- ・看取りについて関心を持つよう、住民に対して情報発信に努めます。

(オ) 在宅医療を担う機関及び人材の充実等

- ・地域医療介護総合確保基金等を活用した施設設備の整備、研修会等実施、看護師の登録制度や就業支援を通じて看護職の確保や人材育成を行います。
- ・在宅医療への理解を深めるため、情報発信に努めます。

(2) 認知症対策

【現状と課題】

- ・わが国における認知症の人の数は、2020年現在で約602万人、65歳以上高齢者の約6人に1人と推計されています。85歳以上の人口が増加すること等により、2025年には、認知症の人の数は約700万人前後になり、65歳以上高齢者の約5人に1人に上昇すると推計されています。
- ・早期発見・早期対応をはじめとする状態に応じた支援体制の構築、認知症の人とその家族への支援等多彩な施策が求められます。
- ・当医療圏における精神科単科病院は5、精神科のある病院は1施設、精神科診療所は11施設です。
- ・認知症の支援は、磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター（認知症疾患医療センター）、市町介護部門や地域包括支援センター20施設が中心となって対応しています。また、認知症サポート医は39人となっています。（2020年4月現在）

【施策の方向性】

- ・厚生労働省は「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会」を目指し、認知症施策推進関係閣僚会議で「認知症施策推進大綱」を作成しました。
- ・認知症施策推進大綱は、地域包括ケアシステムが展開される中で実現されるものです。
- ・医療、介護、行政等関係機関が連携を取り、地域医療介護総合確保基金等を活用しながら進めていきます。

(3) 地域リハビリテーション

【現状と課題】

- ・2019（令和元）年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は894箇所あり、参加者数は18,409人、参加率は県平均8.8%に対し、当圏域は14.3%となっています。
- ・通いの場への参加率は県平均に比べて高い状況ですが、地域によっては近くに通いの場がないところもあるため、さらに通いの場を増やしていく必要があります。
- ・すべての市町で、住民主体の通いの場にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けています。
- ・効果的、効率的な介護予防の推進のためには、住民主体の通いの場や市町の介護予防事業へのリハビリテーション専門職の関与を強化することが重要であり、派遣元の医療機関の理解など、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりが必要です。

【施策の方向性】

- ・住民主体の通いの場やサロンの設置について圏域内の各市町の好事例を共有するなど、圏域全体で設置数が増加するよう取り組みます。
- ・住民主体の通いの場や市町の介護予防事業に協力可能なリハビリテーション専門職が在籍する医療機関等で、派遣に協力可能な機関を地域リハビリテーション協力機関として指定することで、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりを図ります。
- ・身体だけでなく栄養など様々なテーマで住民主体の通いの場や勉強会が開けるよう、保健事業と介護予防の一体的実施において、市町の介護予防事業等に協力可能な歯科衛生士や管理栄養士の育成を図ります。

1 地域医療構想

(1) 2025年の在宅医療等の必要量

- 在宅医療等については、高齢化の進行に伴う利用者の増加や、病床の機能分化・連携に伴い生じる追加的な対応により、必要量の増加が見込まれます。
- 地域医療構想では、療養病床及び一般病床の患者数のうち一定数は、「在宅医療等」として、訪問診療や介護施設、外来等により追加的に対応するものとしています。

図表：西部医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量（2025年度）（単位：人/月）

在宅医療等 必要量 (2023年度)	提供見込み量				
	介護医療院 及び 療養病床	外来	介護老人 保健施設	訪問診療	介護老人 福祉施設
9,652	1,031	1,132	3,227	4,162	100

(2) 2023年度の在宅医療等の必要量

- 2023年度における在宅医療等の必要量と提供見込み量は次のとおりです。

図表：西部医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量（2023年度）（単位：人/月）

在宅医療等 必要量 (2023年度)	提供見込み量			
	介護医療院 及び 療養病床	外来	介護老人 保健施設	訪問診療
8,838	1,004	658	3,211	3,965

2 疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制（在宅医療・認知症対策・地域リハビリテーション）

【疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制】

(1) 在宅医療

【現状と課題】

(ア) 現状

- ・2019年10月1日現在、当医療圏の高齢化率は28.1%です。（県平均29.9%）
- ・2016年4月1日現在、両市の高齢者世帯の割合は、浜松市が22.1%、湖西市が19.3%です。（県平均23.6%）
- ・2016年4月1日現在、両市のひとり暮らし高齢者世帯の割合は、浜松市が11.1%、湖西市が8.9%です。（県平均12.8%）
- ・2019年9月30日現在、要介護（支援）認定者数は40,669人です。
内訳は要支援1 4,816人、要支援2 5,000人、要介護1 11,663人、要介護2 6,360人、

要介護3 5,250人、要介護4 4,621人、要介護5 2,951人です。

- ・2018年の死亡数8,421人の死亡場所は、自宅（グループホーム、サービス付高齢者向け住宅を含む）10.7%（県13.4%）、老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームをいう）13.3%（県11.5%）、病院64.9%（県67.4%）、介護医療院・老人保健施設8.2%（県5.3%）です。
- ・浜松市では、関係機関の代表者で組織する「医療及び介護連携連絡会」や、庁内横断的な「地域包括ケアシステム検討庁内連絡会」において、医療と介護の連携強化と地域包括ケアのシステム構築の検討を進めています。
- ・湖西市では関係機関の代表者で組織する「地域包括ケアシステム推進会議」や実務者による「在宅・医療介護連携推進協議会」において地域包括ケアシステムの構築と医療・介護の連携強化の検討を進めています。
- ・静岡県西部健康福祉センターでは、地域包括ケア推進ネットワーク会議西部圏域会議を開催し、圏域内の情報共有、共通課題の抽出、検討等を実施しています。

（イ）医療提供体制

- ・2020年10月1日現在、在宅療養支援病院は3施設、在宅療養支援診療所数は84施設です。
- ・2021年1月1日現在、在宅療養支援歯科診療所数は63施設です。
- ・2021年1月1日現在、在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設（薬局）は367施設です。
- ・2020年4月1日現在、訪問看護ステーション数は52施設、介護老人保健施設定員数は3,089人、介護老人福祉施設定員数は5,243人です。

【施策の方向性】

（ア）円滑な在宅療養移行に向けての入退院支援

- ・地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅療養の推進を図ります。
- ・「地域包括ケアシステム」の構築に向けた協議を医療・介護・行政等関係者と検討していきます。また、地域医療を育む住民活動とも協力して在宅医療の推進を図ります。
- ・多職種、複数機関による退院に向けての患者検討会や退院前同行訪問等により、退院後の移行が円滑に進む体制を整えます。
- ・在宅療養支援診療所等、在宅医療を担う診療所数を増加させることにより、近隣の医療機関を利用して退院後の療養が可能となる環境を整えます。

（イ）日常の療養支援・多職種連携の推進

- ・「シズケア*かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）」等情報通信技術（ICT）を利用して、受療者の療養状況を関係者が共有できる環境を構築し、効率のよい療養提供をめざします。

（ウ）急変時の対応

- ・必要な医療を遅滞なく行うため、送り出す側と受ける側で連絡・対応の手順を整えます。その際には、家族と受ける側の間でどこまでの処置を行うのか確認しておくことが求められます。
- ・自宅、施設での療養の増加に伴い急変時の対応事例の増加による救急医療への負担増が懸念されます。このため、地域包括ケア病棟等急変時に対応可能な医療資源の確保を促すほか、介護医療院、療養病床等においても看取りを含めた対応が進むよう促します。

(エ) 患者が望む場所での看取り

- ・関係者に対する研修等により対応できる技術を身につけます。
- ・患者、家族の意向になるべく沿えるよう関係機関が調整を図ります。
- ・「どこで最期をむかえるか」について関心を持っていただけるよう情報発信に努めます。

(オ) 在宅医療を担う機関及び人材の充実等

- ・地域医療介護総合確保基金を活用し、訪問看護ステーション等施設設置への助成や各職種に対する研修事業を実施し、在宅医療を担う機関及び人材の充実等を図ります。
- ・地域住民と関係機関に、講演会や広報等を通じて在宅医療への理解を深めていただきます。

(2) 認知症対策

【現状と課題】

- ・わが国における認知症の人の数は、2020年現在で約602万人、65歳以上高齢者の約6人に1人と推計されています。
- ・2025年には認知症の人の数は約700万人前後になり、65歳以上高齢者の約5人に1人に上昇すると推計されています。
- ・早期発見・早期対応をはじめとする、状態に応じた支援体制の構築、認知症の人とその家族への支援等多彩な施策が求められます。
- ・精神科を標榜する診療所は35施設です。
- ・精神科単科病院は7施設、精神科病床を有する病院は4施設あります。
- ・認知症疾患医療センターは聖隷三方原病院です。専門の相談員が認知症に関する医療・介護・福祉の相談に対応しています。
- ・また、認知症サポート医は79人となっています。(2020年4月現在)
- ・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。
- ・また、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。

【施策の方向性】

- ・厚生労働省は「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会」を目指し、認知症施策推進関係閣僚会議で「認知症施策推進大綱」を作成しました。
- ・認知症施策推進大綱は、地域包括ケアシステムが展開される中で実現されるものです。
- ・医療、介護、行政等関係機関が連携をとり、地域医療介護総合確保基金等を活用しながら進めていきます。

(3) 地域リハビリテーション

【現状と課題】

- ・2019(令和元)年度現在、**住民主体**の通いの場は879箇所あり、参加者数は25,667人、参加率は県平均8.8%に対し、当圏域は10.8%となっています。
- ・すべての市で、住民主体の通いの場にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けて

います。

- ・ 自立支援型の地域ケア会議は各市で実施されています。
- ・ 住民主体の通いの場において、効果的な介護予防を行うためには、看護協会の「まちの保健室」など、様々な専門職の取組との連携を推進する必要があります。
- ・ 自立支援型地域ケア会議をより効果的なものとして機能させるためには、介護サービスの利用者や家族に自立支援の考え方を周知し、自立よりも介護サービスの継続的な利用を志向する意識を変えていく必要があります。
- ・ 専門職についても、利用者や家族の生活の不便を介護サービスで補うことに加え、自立支援の視点も併せ持つよう、意識を変えていく必要があります。

【施策の方向性】

- ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進する中で、市と多様な医療専門職との連携を支援します。
- ・ 自立支援型地域ケア会議を通じて、専門職の自立支援への意識醸成を図るために、研修における好事例紹介や地域ケア会議へのアドバイザーの派遣などを行います。