

第8次静岡県保健医療計画〈改訂版〉

〈在宅医療、認知症対策、地域包括ケア〉

最終案

【本文の表記について（補足）】

- 本文中の下線表記は、パブリックコメントから第3回静岡県医療審議会
の間に、関係各会議、パブリックコメントの意見等を踏まえ修正した箇
所です。
- 本最終案は、地域包括ケア推進ネットワーク会議の各部会、長寿社会保
健福祉計画推進・策定部会等での議論を踏まえて策定されている長寿社
会保健福祉計画の最終案と整合を取っています

令和3年3月

<目 次>

1 在宅医療	1
2 認知症対策	20
3 地域リハビリテーション	35

在宅医療（案）

【対策のポイント】

- 医療機関相互、医療と介護の連携強化を通じた効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制の構築
- 在宅医療を担う機関の充実と、在宅医療を担う医師、歯科医師、看護師、薬剤師等の確保及び育成多職種の人材の育成

【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
訪問診療を受けた患者数	12,565 人 (2013 年)	15,748 人 (2018 年)	15,519 人 (2020 年)	目標値を達成
最期を自宅で暮らすことができた人の割合	13.5% (2016 年)	14.4% (2019 年)	14.5% (2020 年)	目標に向け数値が改善
退院支援ルールを設定している 2 次保健医療圏数	— (2016 年)	4 医療圏 (2019 年)	全(8)医療圏 (2020 年)	目標達成には施策の改善が必要
訪問診療・往診を実施している診療所、病院数	1,050 施設 (2016 年度)	1,003 施設 (2018 年度)	1,161 施設 (2020 年度)	目標達成には施策の改善が必要
在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数	22 施設 (2016 年)	25 施設 (2019 年)	30 施設 (2020 年)	目標達成には施策の改善が必要
在宅看取りを実施している診療所、病院数	284 施設 (2016 年)	274 施設 (2018 年)	323 施設 (2020 年)	目標達成には施策の改善が必要
24 時間体制をとっている訪問看護ステーション数	165 施設 (2016 年度)	177 施設 (2018 年度)	230 施設 (2020 年度)	目標達成には施策の改善が必要
機能強化型訪問看護ステーション数	8 施設 (2016 年)	10 施設 (2018 年)	43 施設 (2020 年)	目標達成には施策の改善が必要
在宅療養支援歯科診療所数	303 施設 (2017 年)	335 施設 (2019 年)	438 施設 (2020 年)	目標達成には施策の改善が必要
歯科訪問診療を実施する歯科診療所数	437 施設 (2017 年)	880 施設 (2019 年)	605 施設 (2020 年)	目標値を達成
在宅訪問業務を実施している薬局数	665 薬局 (2016 年度)	824 薬局 (2018 年度)	1,180 薬局 (2020 年度)	目標に向け数値が改善

1 在宅医療の提供体制

(1) 現状と課題

※下線は前回からの修正部分等

ア 在宅医療の現状

(疾病構造等の変化)

- 悪性新生物（がん）、脳卒中、心血管疾患などの生活習慣病（慢性疾患）が死因の上位を占め

るようになり、こうした疾病構造の変化や高齢化の進行に伴い、要介護認定者や認知症患者は大幅に増加しています。自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る者が今後も増加することが見込まれます。

(在宅医療の状況)

- 本県の65歳以上の高齢者人口は、2018年は107万人ですが、2040年に116万人となりピークを迎えます。75歳以上の後期高齢化率は、2018年の14.3%から2040年には22.0%に増加します。
- 県内の医療機関における訪問診療・往診実施医療機関数は、2016年度の1,050施設件から2018年度の1,003施設へとやや減少していますが、訪問診療を受けた患者数は2013年の12,565人から2018年の15,748人へと増加しており、1医療機関当たりの訪問診療実施件数は増えています。
- 本県の医療的ケア児(0～19歳)は、2016年は559人です。訪問診療を受けた小児(0～14歳)の数は、2016年の142人から2018年度の417人へと増加しており、在宅医療のニーズは高齢者以外にも増加が見られます。
- 県内の在宅療養支援診療所¹は、364施設、在宅療養支援病院²は、22施設です。(2020年10月現在)
- 患者宅を訪問し看護を行う訪問看護ステーションは、県内に238施設(2020年4月現在)で、2010年度の130施設から約1.8倍に増加しています。
- 訪問看護ステーションに勤務する看護職員数は、2010年の781人から2020年の1,510人へと約1.9倍に増加しています。県内の訪問看護ステーションの1施設当たりの看護職員数は6.3人でほぼ横ばいに推移しており、常勤換算看護職員数が5人未満の小規模な事業所は、全体の57.3%となっています。

(県民の意向と看取りの状況)

- 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。(静岡県健康福祉部平成28年度県民意向調査結果)
- 本県の場所別の死亡者数(割合)は、医療機関(病院・診療所)が2016年の27,998人(71.2%)から2019年の27,643人(65.5%)に、自宅は2016年の5,295人(13.5%)から2019年の6,061人(14.4%)になっています。老人ホーム(養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム)は2016年の3,645人(9.3%)から2019年の4,834人(11.5%)になっています。

イ 在宅医療の課題

○高齢化の進行に伴い、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、「治す

¹ 在宅療養支援診療所：地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有し、必要に応じて他の医療機関、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間体制で往診や訪問看護を実施できる体制を有する診療所。

² 在宅療養支援病院：地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有し、訪問看護ステーション等との連携により、24時間体制で往診や訪問看護を実施できる体制を有し、かつ、緊急時に在宅療養患者が入院できる病床を常に確保している病院。半径4km以内に診療所がないか、または、200床未満の病院であることが要件。

医療」から「治し、支える医療」への転換が求められています。

- 患者が安心して在宅での療養を選択することができるように、急性期から回復期、在宅医療にいたるまでの切れ目のない医療を提供する体制を充実させる必要があります。
- 自宅等住み慣れた生活の場で療養し、人生の最終段階まで自分らしい生活を続けるためには、地域の医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行う必要があります。

(ア) 入退院支援

- 退院支援担当者を配置している病院は、2008年の50施設(27.2%)から2018年の105施設(58.7%)へと増加していますが、在宅医療への継続性や患者の退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題に対応するためには、更に配置施設を増やす必要があります。
- 病院で実施する退院支援カンファレンスに在宅主治医や訪問看護師、ケアマネジャー等の関係職種が参加し情報共有を図ることや、地域の実情にあった退院支援におけるルールづくりを進めるなど、連携体制を構築する必要があります。
- 平均在院日数が短縮化する中、支援開始が早ければ早いほど、患者の意思を尊重しながらきめ細かい支援が可能となることから、外来通院時(入院前)から支援を開始して生活のアセスメント等を行い、早めに退院後の生活に向けた準備を行うことが必要です。

(イ) 日常の療養支援

- 訪問診療を実施する病院や診療所をはじめ、訪問看護ステーションや介護サービス事業所、薬局等を増やすとともに、連携強化を図るほか、在宅医療に携わる医師、歯科医師、訪問看護師、薬剤師、歯科衛生士等の人材確保を進める必要があります。
- 今後も増加が見込まれる、がん患者、医療的ケア児や認知症患者等に対して、在宅で安心して暮らすことができるよう支援する体制を整備する必要があります。
- 身体機能及び生活機能の維持向上のために、患者のニーズに応じた継続的かつ効果的なりハビリテーションを推進し、医療機関相互の連携にとどまらず、地域包括支援センターや介護サービス事業所など、保健、医療、介護、福祉の垣根を越えた連携体制を構築する必要があります。

(ウ) 急変時の対応

- 在宅患者の急変時の不安や家族の負担を軽減するために、24時間いつでも往診や訪問看護の対応が可能な連携体制の構築が必要です。
- 在宅患者が病状の急変により入院が必要となった場合に円滑に入院でき、在宅での診療内容や患者、家族等の意向を踏まえた診療が引き続き提供されるよう、在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院³等による支援体制を整備する必要があります。

(エ) 在宅での看取り

- 人生の最終段階において、患者本人の意思を最大限に尊重した医療を提供するために、関係する職種が相互に連携することにより、看取りに関する方針決定や患者とその家族への支援ができる体制を整備する必要があります。
- 高齢者人口の増加による死亡者数の増加の受け皿として、在宅看取りを実施する病院、診療所

³ 在宅療養後方支援病院:当該病院を緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出ている患者(入院希望患者)に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換を行っており、緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受入れる病院。200床以上の病院であることが要件。

及びターミナルケア⁴に対応できる訪問看護ステーション等を充実させる必要があります。

- 在宅医療を担う従事者は、緩和ケア⁵など、医療そのものに関する知識や技術ばかりではなく、本人の意思や家族の意向を踏まえた療養指導など、患者・家族の生活の支援に関する幅広い知識と技術の向上を図る必要があります。

(オ) 多職種連携

- 関係者による研修会等の開催により、一部の地域では多職種連携が進んでいますが、全ての地域において、顔の見える関係を構築する必要があります。
- 多職種連携体制の構築のために、在宅医療・介護連携を地域の中核となって推進する人材の確保及び養成を図る必要があります。
- 今後、更に増加が見込まれる在宅患者に適切に対応するため、病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護サービス事業所等において患者情報や対応可能なサービスに関する効率的な情報の共有を図る必要があります。

(カ) 県民への理解促進

- 人生の最終段階において、患者本人の意思を最大限尊重した医療・ケアの提供ができるよう、患者本人があらかじめ家族や医療・ケア関係者と話し合うACP⁶ (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)」) を普及させていくことが必要です。

⁴ ターミナルケア：人生の最終段階において提供される医療又は看護。

⁵ 緩和ケア：がん等の患者や家族に対して、肉体的・精神的苦痛を和らげ、生活の質の維持・向上を目的に、疼痛（とうつう）軽減や不安解消などの対症療法を主とした医療行為。

⁶ ACP (人生会議)：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス。厚生労働省が公募し、この取組の愛称を「人生会議」と決定した。

(2) 今後の対策

ア 数値目標

	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
継続	訪問診療を受けた患者数	15,748 人 (2018 年)	19,336 人 (2023 年)	各2次保健医療圏における 提供見込量	国保データベース (KDB)
	<u>自宅で最期を迎えることが できた人の割合</u>	14.4% (2019 年)	<u>14.8%</u> (2023 年)	<u>在宅医療の提供見込量から算出</u>	厚生労働省「人口 動態統計」
	入退院支援ルールを設定し ている2次保健医療圏数	4 医療圏 (2019 年)	全医療圏 (2023 年)	全ての2次保健医療圏にお いて設定	県健康増進課調査
	訪問診療・ <u>往診</u> を実施してい る診療所、病院数	1,003 施設 (2018 年度)	1,231 施設 (2023 年度)	訪問診療を受けた患者数 の増加に対して必要な数	国保データベース (KDB)
	在宅療養後方支援病院数、 在宅療養支援病院数	25 施設 (2019 年)	33 施設 (2023 年)	在宅医療等必要量の見込 みから算出	東海北陸厚生局届 出
	在宅看取りを実施している 診療所、病院数	274 施設 (2018 年)	326 施設 (2023 年)	在宅医療等必要量の見込 みから算出	国保データベース (KDB)
	24 時間体制をとっている訪 問看護ステーション数	177 施設 (2018 年度)	230 施設 (2023 年度)	24 時間体制加算の届出割 合が全訪問看護ステーシ ョンの90%	厚生労働省「介護 サービス施設・事 業所調査」
	機能強化型訪問看護ステー ション数	10 施設 (2018 年)	43 施設 (2023 年)	全ての市区町において設 置	県訪問看護ステー ション協議会調査
	在宅療養支援歯科診療所数	<u>190 施設</u> (2020 年)	<u>200 施設</u> (2023 年)	<u>在宅医療等必要量の見込 から歯科必要量を算出</u>	東海北陸厚生局届 出
	歯科訪問診療を実施してい る歯科診療所数	<u>258 施設</u> (2019 年)	<u>272 施設</u> (2023 年)	<u>在宅医療等必要量の見込 から歯科必要量を算出</u>	国保データベース (KDB)
	在宅訪問業務を実施してい る薬局数	824 薬局 (2018 年度)	1,552 薬局 (2023 年度)	2025 年までにすべての薬 局で在宅訪問業務を実施	国保データベース (KDB)
新規	<u>住まい⁷で最期を迎えること ができた人の割合</u>	<u>25.9%</u> (2019 年)	<u>29.0%</u> (2023 年)	<u>在宅医療の提供見込量、 介護サービス量の推計等 から算出</u>	厚生労働省「人口 動態統計」
	訪問口腔衛生指導を実施し ている診療所数	<u>204 施設</u> (2019 年)	<u>224 施設</u> (2023 年)	<u>在宅医療等必要量の見込 から歯科必要量を算出</u>	国保データベース (KDB)
	小児の訪問診療を受けた患 者数	<u>417 人</u> (2018 年)	<u>486 人</u> (2023 年)	<u>在宅医療等必要量の見込 みから算出</u>	レセプト情報・特定 健診等情報デー タベース(NDB)

イ 施策の方向性

- 在宅医療は、訪問診療を中心に、入院・外来医療、介護・福祉サービスと相互に連携・補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステム推進のためには不可欠です。
- 県民ができるだけ住み慣れた地域で生活を送り続けることができるよう、在宅医療の提供体制

⁷ 住まい：人口動態調査（厚生労働省）における自宅及び老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム）をいう。

を充実させ、安心医療の提供を図ります。

(ア) 入退院支援

- 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するほか、受け手側である在宅医療に携わる関係機関と地域の実情にあったルールづくりを進めることで、入退院調整機能の強化を図ります。
- 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かかりつけ医やかかりつけ歯科医、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。
- 「シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）⁸」を活用して、在宅患者に関わる病院やかかりつけ医、訪問看護ステーション、薬局、ケアマネジャー等が患者の医療情報や介護サービス情報を共有し、多職種連携の強化及び入退院調整の円滑化を図ります。
- 病院からの一定期間の出向等により訪問看護を経験した看護師を病院に配置することにより、病院の入退院支援機能の強化を図ります。

(イ) 日常の療養支援

- 在宅医療に取り組む医師、歯科医師、訪問看護師及び薬剤師の確保を推進することで、在宅医療の提供体制の充実を図ります。
- 訪問看護ステーションの大規模化やサテライト型訪問看護ステーションの設置などの機能強化を図り、訪問看護師の勤務環境を整備することで、訪問看護の質の向上を図ります。
- 郡市医師会や郡市歯科医師会、地域薬剤師会等の関係機関と連携しながら、在宅医療の提供体制の構築や在宅医療・介護連携の促進を図る市町の取組を支援します。
- がん患者が自宅に戻っても安心して緩和ケアが受けられるよう、がん診療連携拠点病院などの病院と診療所、訪問看護ステーション、薬局等が連携し、地域の在宅緩和ケアの実施体制の一層の強化を図ります。
- 医療的ケア児等が住み慣れた身近な地域において安心して過ごせるように、医療機関による短期入所サービスの提供等在宅支援サービスの充実を図ります。
- 訪問リハビリテーションを行う理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の養成や、かかりつけ医、ケアマネジャー等のリハビリテーションに対する理解を深めること等により、在宅患者に対するリハビリテーション提供体制の強化を図ります。
- 認知症の早期発見、早期対応に向けて、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、訪問看護師等の認知症対応力の向上を促進します。
- 認知症の人と家族、医療と介護の専門職等との間の情報共有を推進するため、認知症連携パス「ふじのくに“ささえあい”手帳」の普及を図ります。

(ウ) 急変時の対応

- 診療所等において 24 時間対応が困難な場合であっても、近隣の病院や診療所、訪問看護ステーション、薬局等との連携により、患者の病状急変時に対応できる体制の確保を図ります。
- 在宅患者の病状が急変した際に、受入れを行うことのできる在宅療養支援病院、有床診療所、

⁸ シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）：シズケアサポートセンターを設置する静岡県医師会において、在宅医療分野における連携を目的に 2012 年度から稼動した「静岡県版在宅医療連携ネットワークシステム」を、2016 年度に地域包括ケアのプラットフォームとして機能を追加した。多職種間での患者情報の共有のほか、施設・サービス情報の検索や患者とのマッチング、システム利用者間の交流及び情報発信を行うことのできる多機能型システム。

在宅療養後方支援病院等の体制の整備を図ります。

- 病院から在宅、介護施設への患者の円滑な移行や在宅患者の急変時対応等、在宅での長期療養を支える機能等を有する有床診療所の機能強化を図ります。
- 在宅患者の急変時における地域でのルールの策定や、急変時の対応について、在宅患者・その家族が、かかりつけ医、訪問看護ステーションの看護師、**ケアマネジャー**等と事前に話し合いをすることで安心して在宅で療養できる環境の整備を図ります。

(エ) 在宅での看取り

- 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。
- 在宅でのターミナルケアや緩和ケアなど、人生の最終段階において、患者の希望に沿った医療の提供ができるように、専門的な知識及び技術の向上に対する取組を支援します。
- 40歳未満の終末期がん患者が自宅で家族と過ごすために訪問介護の費用等を助成する、小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業について、患者が円滑に制度を利用することができるよう、がん診療連携拠点病院等に対して制度の周知を強化します。

(オ) 多職種連携

- 静岡県医師会が運営する「シズケアサポートセンター（静岡県地域包括ケアサポートセンター）⁹」を拠点として、在宅医療を実施するかかりつけ医の養成や、地域の多職種連携の推進に取り組みます。
- 「シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）」を活用して、在宅患者に関わる病院やかかりつけ医、訪問看護ステーション、薬局、**ケアマネジャー**等が患者の医療情報や介護サービス情報等を共有し、多職種連携の強化及び入退院調整の円滑化を図ります。
- ケアマネジャー**が介護予防の段階から、訪問看護や訪問歯科診療、訪問薬剤管理、訪問リハビリテーション等の在宅医療及び多職種連携の必要性を適切に判断できるような知識、技術を身につけられる研修会等を実施するとともに、多職種連携の強化を図ります。

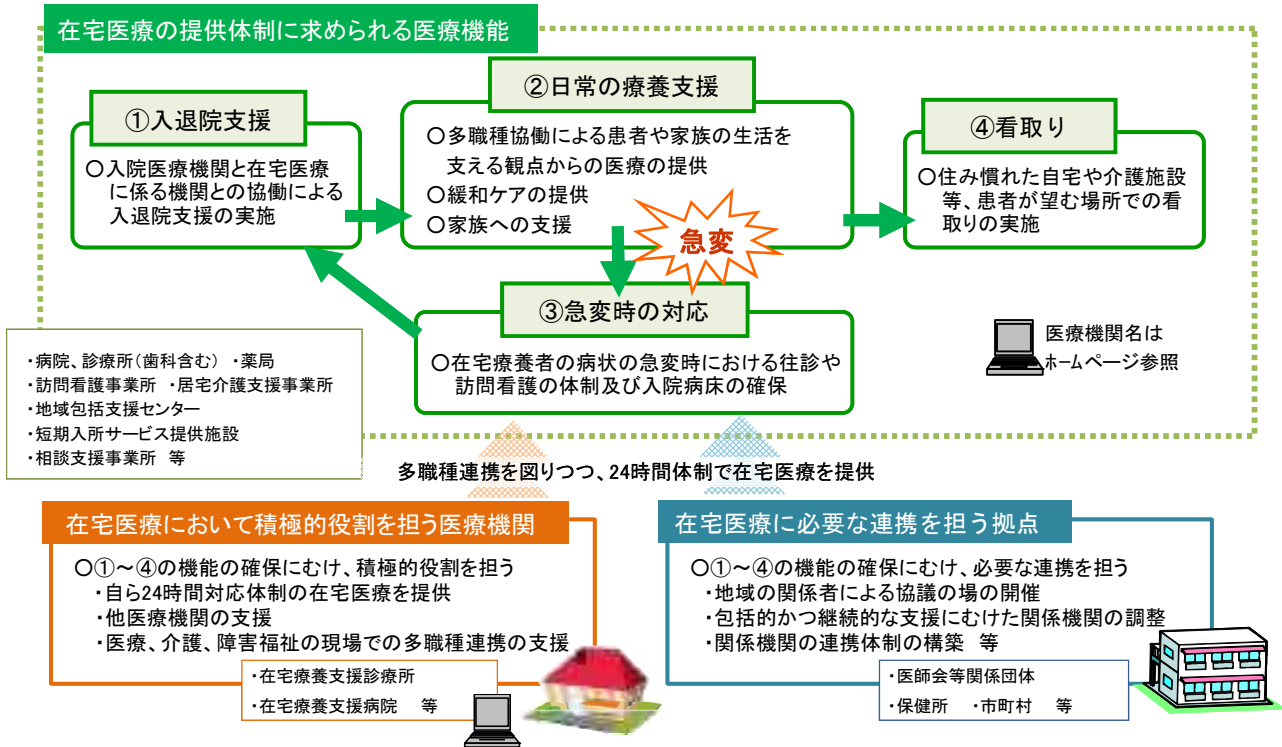
(カ) 県民への理解促進

- 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。
- 患者とその家族が安心して在宅療養を選択することができるよう、事例ごとに活用可能な介護・福祉サービスや療養生活を送る上でのポイント等を分かりやすく記載した「ふじのくに高齢者在宅生活“安心”の手引き」を活用して、県民に向けた在宅療養の普及啓発を図ります。
- 人生の最終段階において、患者本人の意思を尊重した医療・ケアの提供ができるよう、在宅医療を支える医療・介護関係者の相談対応力の向上を図るとともに、県民に対し、ACP（人生会議）やリビングウィル¹⁰（意思表示書）について、普及啓発を実施します。

⁹ シズケアサポートセンター（静岡県地域包括ケアサポートセンター）：2020年4月から静岡県医師会内に設置された、県内の地域包括ケアシステム構築のための多職種連携の推進や、人材育成、普及啓発活動等を実施する中核拠点。

¹⁰ リビングウィル：重病になり自分自身では判断できなくなる場合に、治療に関して自分の希望を述べておく書類。

(3) 在宅医療の医療体制図



(4) 在宅医療提供体制に求められる医療機能

	入退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
ポイント	●入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること	●患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること	●患者の病状の急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること	●住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること
求められる機能	<p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●退院支援担当者を配置し、入院初期から退院後の生活を見据えた入退院支援を行うこと ●入退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること <p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること ●高齢者のみでなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること ●地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること ●医薬品や医療・衛生材料の供給を円滑に行うための体制を整備すること 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること ●24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により24時間対応が可能な体制を確保すること <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際に、必要に応じて受入れを行うこと ●重症等に対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●人生の最終段階に出現する症状に対す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こと ●患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと ●介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

(5) 関連図表

ア 患者動向に関する指標

(本県の死亡場所別にみた死亡数の割合の推移)

(単位：%)

	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年
自宅	13.9	13.6	13.2	13.5	14.3
老人ホーム ^{※1}	5.4	6.6	8.0	9.3	10.5
介護老人保健施設 ^{※2}	2.2	2.9	3.7	4.3	4.8
病院	74.7	73.6	71.8	70.0	67.5
診療所	1.8	1.5	1.5	1.2	1.2
その他	2.0	1.8	1.8	1.7	1.6

資料：人口動態統計（厚生労働省）

※1 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。

※2 2018年は介護医療院を含む。

イ 医療資源・連携等に関する調査

(在宅療養支援診療所数、在宅療養支援病院数、在宅療養後方支援病院数、地域包括ケア病棟を有する病院数)

(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
在宅療養支援診療所数	364	9	19	58	19	106	33	36	84
在宅療養支援病院数	22	2	1	7	2	2	2	3	3
在宅療養後方支援病院数	4	0	0	1	1	1	1	0	0
地域包括ケア病棟を有する病院数	43	3	2	12	5	5	3	4	9

資料：厚生局届出（2020年10月1日現在）

(訪問診療を実施している診療所、病院数)

(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
訪問診療を実施している診療所、病院	1,003	30	35	154	87	208	133	125	231

県健康増進課調査（2018年度）

(在宅患者訪問診療 1ヶ月当たり患者数(月平均))

(単位：人)

	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
同一建物居住者	6,158	7,101	7,920	9,166	10,414
同一建物居住者以外	5,912	6,526	5,767	5,889	5,884
訪問診療	12,070	13,627	13,687	15,055	16,298
往診	2,912	2,970	3,101	3,152	3,139

KDBデータ (厚生労働省提供)

※県内被保険者分集計 (数値目標の「訪問診療を受けた患者数」は、県内医療機関の実施数)

(在宅患者訪問診療料算定回数)

(単位：回)

	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
同一建物居住者	10,666	12,028	14,961	17,431	19,439
同一建物居住者以外	9,020	9,935	9,390	9,515	9,469
訪問診療	19,686	21,963	24,351	26,946	28,908
往診	4,876	4,996	5,359	5,427	5,063

KDBデータ (厚生労働省提供)

(静岡県内の訪問看護ステーションの状況)

	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年
訪問看護ステーション (施設)	132	133	185	204	214	238
訪問看護従事者数 (人)	781	809	906	1,105	1,284	-
1施設当たり従事者数 (人)	5.9	6.1	4.9	5.4	6.0	-

※訪問看護ステーション数は各年度の4月1日現在の届出数 ((一社)全国訪問看護事業協会調査)

※訪問看護従事者数は各年度の12月末日現在の保健師、助産師、看護師、准看護師の従事者数 (看護職員及び歯科衛生士、歯科技工士業務従事届出)

ウ 指標による現状把握

指 標	2017年		2018年		備考 出典元
	静岡県	全国	静岡県	全国	
在宅看取りを実施している診療所数 (施設)	156	5,166	-	-	医療施設調査 (3年ごと調査、9月時点)
在宅看取りを実施している病院数 (施設)	14	583	-	-	医療施設調査 (3年ごと調査、9月時点)
ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数 (施設)	-	-	185	8,927	介護サービス施設・事業所調査 (3年ごと調査、10月時点)
自宅での死亡者数 (人)	5,674	177,473	5,988	186,205	人口動態統計

2 在宅医療のための基盤整備

(1) 訪問診療の促進

○在宅医療の中核となる、訪問診療について全県下において安定的に提供されるように、今後見込まれる必要量の確保及び関係職種間の連携体制の強化を図る必要があります。

ア 現状

○静岡県地域医療構想を踏まえた2023年における静岡県の訪問診療の必要量は19,336人と推計されており、2013年度における静岡県の訪問診療の必要量(12,565人)から6,771人増加すると推計されています。

○県内の医療機関における訪問診療の実施件数(在宅患者訪問診療料の算定回数)は、2016年度の24,351件から2018年度の28,908件へと約5,000件増加していますが、区分別に見ると、同一建物居住者が2016年度の14,961件から2018年度の19,439件へと約4,500件増加している一方、同一建物居住者以外は2016年度の9,390件から2018年度の9,469件へと微増に留まっています。また、実施医療機関数は、1,050施設から1,003施設へと減少しています。

イ 課題

○2018年度の訪問診療を受けた患者数は、全県で見ると2020年の目標値を達成していますが、保健医療圏別に見ると充足状況の差が大きいことから、2023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の構築が必要です。

○訪問診療においては、患者の様々な病状に合わせた全人的な医療を提供するため、医師の総合的な医療の知識や技術の向上が**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。

ウ 対策

○地域の診療所等が訪問診療を実施しやすい環境の整備に取り組むとともに、連携体制の構築など、訪問診療を実施する診療所の充実を目指す市町や郡市医師会等の取組を支援します。

○地域の医療資源の状況や患者の希望を踏まえ、在宅療養を望む県民が適切な訪問診療を受けることができるよう、地域のかかりつけ医の訪問診療への参入を促進します。

○地域の病院においても、在宅患者に関する情報の共有等により診療所との連携や退院患者に対する訪問診療の実施など、在宅患者の日常療養の支援を図ります。

○地域において、主治医・副主治医制や輪番制の導入などにより、関係医療機関相互の連携を図り、24時間対応、急変時対応及び看取りを行うための体制を整備します。

○在宅医療に関する先進事例の研究・検討や講習会を開催する静岡県医師会への支援等により、在宅医療に必要となる知識、技術の向上と、訪問診療を実施する医療機関の充実を図ります。

○患者の医療・介護情報について、「シズケア*かけはし(静岡県地域包括ケア情報システム)」の活用により、在宅チーム内において効率的に情報を共有することができる体制づくりを支援します。

(2) 訪問看護の充実

○在宅医療の提供体制の構築において、必要不可欠である訪問看護サービスを充実させることで、在宅で療養している方が住み慣れた地域で安心して生活できる環境を整備する必要があります。

ア 現状

○県内の訪問看護ステーション数は増加しているものの、2018年度の人口10万人当たり施設数は、全国平均8.8施設に対し、本県は5.8施設と少ない状況です。

○2020年10月時点において、訪問看護ステーションが開設されていない市町が2町あります。開設市町においても山間部など未対応の地域があるなど、その開設状況には地域偏在が見られます。

○本県の訪問看護ステーションの開設主体は、株式会社等が49.8%、医療法人が24.9%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、2016年の79施設から、2020年の85施設に増加しています。(2020年静岡県訪問看護ステーション実態調査)

○本県の訪問看護ステーションの57.3%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。(2020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。

○本県の機能強化型訪問看護ステーション¹¹は、18施設(2020年10月1日東海北陸厚生局届出状況)あり、比較的人口の多い地域に偏っています。

イ 課題

○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の整備が必要です。

○看取りや重症度の高い利用者への対応ができるよう、訪問看護ステーションの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を整備する必要があります。

○精神疾患のある方^方や医療的ケア児などに対応することができる訪問看護ステーションを、県内各地域において設置する必要があります。

○訪問看護ステーションの人材確保や関係職種間との連携を強化し、必要な人材の確保ができないことによる休止や廃止を抑制し、安定的な経営を可能にすることが必要です。

○在宅で療養している方^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及び資質向上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、本県の全訪問看護ステーションの48.4%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。

¹¹ 機能強化型訪問看護ステーション：通常の訪問看護ステーションよりも、人員基準が高めに設定されており、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受入れを行い、同一敷地内に居宅介護支援事業所を設置することで、医療と介護の一体的なサービスを提供する機能を持った訪問看護ステーション。

ウ 対策

- 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の運営経費を支援することで、訪問看護ステーションの新規開設の促進や開設直後の休止や廃止を抑制します。
- サテライト型の訪問看護ステーションの設置を促進し、地域における偏在の解消を図ります。
- 地域において拠点となる訪問看護ステーションを中心に、規模の小さな訪問看護ステーションと連携することで、地域において安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備を図ります。
- 訪問看護ステーション相互や関係機関との連携強化、訪問看護ステーションの大規模化等により、安定的な訪問看護サービスの提供体制とすることで、緊急時への対応や看取り及び重症度の高い利用者へ対応できる訪問看護ステーションの確保を図ります。
- 在宅で療養している方の様々なニーズに応じた医療・介護の提供が可能な、看護小規模多機能型居宅介護¹²や定期巡回・随時対応型訪問介護看護¹³を行うことができる事業所の整備を図ります。
- 各地域の実態に応じて、精神疾患のある方や医療的ケア児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。
- 認知症や小児分野などの専門的な研修や、訪問看護に必要な実践的な技術を学ぶ研修等の研修体系の整備により、訪問看護職員の資質向上に取り組みます。
- 訪問看護ステーションへの就業促進、潜在看護師等への普及啓発、現場復帰のための教育などに取り組み、訪問看護職員の確保を図ります。
- 看護職員養成施設における就職説明会やインターンシップを実施し、新卒看護職員を確保するとともに、訪問看護就業セミナーを開催し、病院看護職員や潜在看護職員の訪問看護ステーションへの就業を促進します。
- 訪問看護職員の確保と人材育成のため、訪問看護ステーションに初めて就職した看護職員の同行訪問を実施する訪問看護ステーションを支援します。
- 在宅で療養している方に対する迅速な対応及び在宅医療に取り組む医師の負担軽減のため、訪問看護職員を特定行為¹⁴研修や認定看護師¹⁵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。

¹² 看護小規模多機能型居宅介護：医療ニーズの高い要介護者に対して、通い・訪問介護・宿泊に加え、必要に応じて訪問看護を提供するサービス。

¹³ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護：重症者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うサービス。

¹⁴ 特定行為：医師又は歯科医師が示す手順書により行う診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる 38 行為。

¹⁵ 認定看護師：近年の医療の高度化、専門化及び国民の医療ニーズの多様化等に対し、特定の看護分野において、より高度な看護ケアを行う看護師が求められているため、公益社団法人日本看護協会が、「認定看護師」及び「専門看護師」の認定資格制度を設置しており、日本看護協会が認定した教育機関において講座を受講後、日本看護協会の認定審査（筆記試験等）に合格した者を、「認定看護師」「専門看護師」として登録している。

(3) 歯科訪問診療の促進

○摂食や嚥下の機能が低下していると、誤嚥性肺炎や低栄養状態となりやすい傾向があります。口腔機能を維持することは、日常生活の充実を図るために生涯を通じて不可欠であり、在宅歯科医療の提供体制を整備することにより、生涯を通じて生活を支援する歯科医療の実現を図ります。

ア 現状

○適切な歯科医療と歯科医師や歯科衛生士による専門的な口腔機能管理（口腔ケアを含む。以下同じ）によって、低栄養状態の改善が期待できることや肺炎の発症率が減少することなどが報告されており、要介護者における歯科医療の充実が望まれています。

○県内の歯科診療所数は1,750施設であり、そのうち歯科訪問診療の実施可能な歯科診療所数は887施設（2020年7月現在）、在宅療養支援歯科診療所¹⁶は253施設（2020年7月現在）あり、県民の約4千人に1施設、要介護3～5の者（2018年3月末現在、61,051人）約70人に1施設の割合で在宅歯科診療へのアクセスが整備されています。

○要介護3～5の者で歯科治療が必要な者の割合は71.2%です（2016年厚生労働科学研究）。

< 歯科訪問診療を実施する診療所数 >

（単位：施設）

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

※県健康増進課調査（2020年7月31日現在）

イ 課題

○要介護者は、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傾向が見られます。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、分かりやすく住民に情報を提供する必要があります。

○在宅歯科医療を実施するためには、要介護者の特性に関する理解や、居宅等での診療に関する知識と技術に加え、患者や家族の生活を支援するという視点からかかりつけ医、看護師、介護支援専門員や介護サービス事業所担当者等と連携することが必要です。

○在宅医療を担う医療機関や訪問看護ステーション、介護サービス事業所等と連携しながら支援できる歯科医師と歯科衛生士を育成する必要があります。

○在宅歯科医療を推進するためには、歯科衛生士が大きな役割を担っており、その確保を図る必要があります。

¹⁶ 在宅療養支援歯科診療所：高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応に係る知識と技術を持ち、必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整備し、在宅歯科医療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制を確保するなど、安心・安全な在宅歯科医療提供体制を整備した歯科診療所として厚生労働省が定めた施設基準を満たし、届出を行った歯科診療所の保険算定上の名称。

ウ 対策

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

(4) かかりつけ薬局の促進

- 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。

ア 現状

(医療機関等との連携)

- 様々な種類の医薬品の調剤に対応する中、お薬手帳等により、患者の服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬の重複の有無、相互作用の可能性等を確認し、処方医への疑義照会や情報提供等を行うとともに、必要な薬学的管理や指導の実施を通じて、薬物療法の有効性・安全性を確保しています。
- 健康相談の窓口を設置し、要指導医薬品や一般用医薬品、健康食品の適正な使用、健康の維持・増進、健診、在宅医療・介護サービス、禁煙等に関する相談を受けるとともに、必要に応じ関係者への連絡や医療機関への受診勧奨を行っています。

(サービスの提供)

- 在宅患者、家族が安心して療養できるよう、24時間、電話等により薬の飲み方等についての相談に対応しています。
- 薬局の薬剤師が患者宅を訪問し、服薬アドヒアランス¹⁷の向上や残薬管理、服薬指導等を提供する在宅訪問業務を行える薬局(「在宅患者訪問薬剤管理指導」届出薬局)は、1,672薬局(2019

¹⁷ 服薬アドヒアランス：患者自身が服薬治療への積極的な参加を行い、理解して薬を服用すること。

年3月現在)ですが、2018年度1年間に在宅訪問業務を行った薬局は824薬局です。

- 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1,354薬局(2014年3月末現在)から1,565薬局(2020年3月末現在)に増加し全薬局の84.9%となり、ほぼ県内全域で供給が可能です。

イ 課題

(医療機関等との連携)

- 薬物療法の有効性・安全性を確保し、在宅療養を維持していくには、病院、診療所、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等に、患者状態や服薬情報等の継続的な把握、処方医へのフィードバック、残薬管理・処方変更の提案、患者紹介や薬の管理等の在宅訪問業務における役割等の薬局の機能について周知し、在宅訪問業務を行える薬局全てが在宅サービスに関われるよう、幅広く連携していくことが必要です。
- 地域に密着した身近な健康相談窓口として、地域住民からの薬や在宅医療等を含めた様々な健康に関する相談に対応できる薬剤師・薬局が必要です。

(サービスの提供)

- 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。
- 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。
- 医療用麻薬、無菌調剤が必要な製剤及び医療・衛生材料の供給拠点としての期待に、薬局は応えていくことが必要です。
- 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の実現のため、かかりつけ薬局には、がんや難病等、薬の使用において特段の注意を払う必要がある疾患を有する患者等への専門的な薬物療法の提供(高度薬学管理機能)や、率先した地域住民への健康支援の実施と発信(健康サポート機能)が求められています。
- 在宅医療における薬局の役割と個々の薬局が有する機能について、最新の情報を患者・家族や県民に広く提供することが必要です。

ウ 対策

(医療機関等との連携)

- 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に加え、医療用麻薬等と医療・衛生材料の供給や、医療機関等の多職種との共同研修等の推進により、薬局の機能の周知を図り、地域の医療機関等との連携を充実させます。
- 薬局の健康支援・相談機能等について、地域住民に対し積極的に広報し、地域に密着した身近な健康相談窓口としての薬局の活用を推進するとともに、薬剤師の患者・住民とのコミュニケーション能力の向上に資する研修の推進を図ります。

(サービスの提供)

- かかりつけ薬剤師による24時間の相談や、緊急の調剤に対応するための薬局内の体制整備や薬局同士の連携強化を図ります。
- 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、緩和ケアや無菌調剤等に

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、医療機関等に対する窓口の体制や地域の薬局間の連携の強化により、薬局の在宅訪問業務を推進します。

- 医療機関等との協議による医療用麻薬の規格・品目の統一化や近隣の麻薬小売業者間での譲渡・譲受制度（麻薬小売業者間譲渡許可制度）の活用等により、地域における医療用麻薬の供給体制の強化を推進します。
- 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、医療用麻薬に関する知識、技術等の向上を図りながら、説明と相談を確実にを行います。
- かかりつけ薬局に対し、高度薬学管理機能や健康サポート機能の整備を推奨します。
- 服薬管理や無菌調剤等の在宅医療等における薬剤師の職能や薬局の機能、個々の薬局が提供するサービスについて、患者・家族や県民へ広く情報提供します。
- 在宅医療への対応や医療機関等の多職種との連携等を行う地域連携薬局及び専門的な薬物療法の提供を行う専門医療機関連携薬局により、県民の薬物療法を支援します。

（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。

（5）介護サービスの充実

ア 現状

- 2019年現在の静岡県の高齢者人口は1,080,336人、総人口に占める割合は29.9%となっています。
- 高齢者のうち、65歳～74歳の人口は523,079人、75歳以上の人口は557,257人、総人口に占める割合はそれぞれ14.5%、15.4%となっています。
- 2019年度現在の静岡県の要介護（支援）認定者は、177,990人、認定率は16.4%となっています。
- 要介護（支援）認定者数は、団塊の世代が75歳以上となる2025（令和7）年には201,742人、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040（令和22）年には232,074人となり、それぞれ、2019（令和元）年度から1.13倍、1.30倍に増加する見込みとなっています。
- 地域医療構想により、2025年には40,093人の在宅医療等の必要量が発生する見込みとなっており、このうち、16,187人は介護医療院や介護老人保健施設等の介護施設の利用、20,065人は在宅での介護サービスの利用が見込まれています。
- 在宅における主な介護サービスの利用状況、提供事業所数及び2025年度における介護サービ

ス見込み量は表1のとおりです。

<表1：主な介護サービス種別の利用状況>

介護サービス種別	介護サービス量			2020 サービス提供事業所数
	2019 実績	2025 見込み	伸び率	
訪問介護(回/年)	5,176,541	6,479,214	1.25	673
訪問看護(回/年)	1,127,203	1,484,148	1.32	235
訪問リハビリテーション(回/年)	349,854	462,364	1.32	104
通所介護(地域密着型を含む)(回/年)	6,406,586	7,489,926	1.17	1,357
通所リハビリテーション(回/年)	1,378,398	1,618,262	1.17	230
小規模多機能型居宅介護(人/月)	3,017	3,965	1.31	160
看護小規模多機能型居宅介護(人/月)	512	1,088	2.12	27

(出典) 2019年実績：厚生労働省「地域包括ケア見える化システム(介護保険事業状況報告)」による数

2025年見込み：各市町の推計による数の合計

2020年サービス提供事業所数：静岡県福祉長寿局調べ

イ 課題

- 高齢化の進行に伴い増加する介護サービスの需要に対し、介護人材の確保や事業所の増加など提供体制の整備が必要となっています。
- 特に、「訪問」「通い」「泊まり」を一体的に利用することのできる小規模多機能型居宅介護や小規模多機能型居宅介護に訪問看護の機能を加えた看護小規模多機能型居宅介護など、1日複数回、夜間の対応も可能な地域密着型サービスは、今後増加が見込まれる高齢者のみ世帯や医療ニーズのある高齢者の在宅生活を支えるために重要なサービスですが、現在事業所数が少なく、市町と連携した提供体制の整備が必要です。
- また、在宅での療養や看取りの推進に伴い、訪問介護の需要が増加していますが、ホームヘルパーの不足や高齢化の課題があり、サービス提供体制の強化が必要です。
- 介護サービスはケアマネジャーが作成するケアプランを基に提供されるため、ケアプランに必要なサービスが組み込まれるよう、ケアマネジャーの資質の向上、医療職を含めた多職種によるケアプラン作成の支援が必要です。

ウ 対策

- 市町において、2021年度から3年間で、小規模多機能型居宅介護事業所17箇所、看護小規模多機能型居宅介護事業所11箇所の整備を計画しており、計画に基づいた設置を支援するため、県は、多様なサービスを提供できる質の高い介護人材の育成や、設置に係る財政的援助を行います。
- 訪問介護サービス提供体制を強化するため、ホームヘルパーのやりがいや魅力、仕事の内容の理解を促進するとともに、資格取得を支援し、人材の確保を図ります。
- 高齢者が安心して最期まで在宅生活を送るためには、地域における在宅医療・介護の連携を推進する役割を担うケアマネジャーの質の向上が不可欠であることから、介護サービス、医療サービス、インフォーマルサービス(介護保険給付外のサービス)のコーディネートに加え急変

時の対応など、利用者の状況に応じた適切なケアマネジメントができるケアマネジャーを育成します。

- 市町の実施する地域ケア会議において、多職種がそれぞれ療養、運動、口腔ケア、栄養等の専門的な助言を行うことにより、ケアマネジャーのケアプラン作成支援が図られるよう、県は、地域ケア会議へのアドバイザー派遣や市町職員等を対象とした研修を実施します。

認知症対策（案）

【対策のポイント】

- 認知症を正しく知る社会の実現（知る）
- 認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）
- 地域で支え合いつなげる社会の実現（支え合う）
- 誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

【数値目標に対する進捗状況】

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

1 現状と課題

※下線は前回からの修正部分等

(1) 認知症の医療

- ・ 認知症は、脳血管疾患、アルツハイマー病等に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度までに記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態を言います。
- ・ 認知症の診断に最も用いられるもののひとつがアメリカ精神医学会のDSM-V¹です。各種の認知症疾患毎にその定義は異なりますが、共通する診断基準には以下の4項目があります。
 - ① 1つ以上の認知領域（複雑性注意、遂行機能、学習及び記憶、言語、知覚－運動、社会的認知）において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている。
 - (1) 本人、本人をよく知る情報提供者又は臨床家による有意な認知機能の低下があったという概念
 - (2) 標準化された神経心理学的検査によって、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって記録された実質的な認知行為の障害
 - ② 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する（すなわち、最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの、複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする）。
 - ③ その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない。
 - ④ その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない（例：うつ病、統合失調症）
- ・ 認知症は様々な原因で発症します。最も多いのがアルツハイマー型認知症で、認知症全体の

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

6～7割を占めます。次いで、脳出血や脳梗塞が原因で発症する脳血管性認知症で約2割を占めます。その他、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などがあります。

- ・認知症は、加齢、遺伝性のもの、高血圧、糖尿病、喫煙、頭部外傷、難聴等が危険因子であり、一方、運動、食事、余暇活動、社会参加、認知訓練、活発な精神活動等が防御因子とされています。
- ・65歳未満で発症する認知症を「若年性認知症」と言います。高齢期の認知症と症状等は同様ですが、年齢が若いほど進行が早いことに加え、男性に多く、初期症状が認知症特有の者でなく診断が難しいなどの特徴があります。また、働き盛りで発症することから、就労、日常生活への影響などの課題が生じ、高齢期の認知症とは異なる対応が必要とされます。

(2) 本県の状況

(認知症高齢者の推計)

- ・認知症の出現率は、加齢に伴い増加し、75歳から79歳は10.9%、80歳から84歳は24.4%、85歳以上は55.5%と、誰もが認知症になり、認知症の人の介護者となる可能性があります²。
- ・国が2019年6月に策定した「認知症施策推進大綱」によると、2025年には高齢者の約5人に1人が認知症と推計されており、本県に当てはめると、認知症高齢者は、2025年には最大で約22.7万人になると推計されます。（図表7-10）

図表7-10 本県の認知症高齢者（軽度及び要介護認定未認定者を含む）の将来推計 単位：千人

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

(若年性認知症の人の推計)

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

(県内の医療機関における認知症診療の状況)

- ・2020年12月に県内の医療機関において認知症診療を受けた人（市町村国保被保険者、国保組合被保険者、後期高齢者医療保険被保険者）は6.1万人であり、このうち入院が0.5万人、外来が5.6万人でした。また、男女の内訳は男性2万人、女性4.2万人となっています。若年性認知症は567人で、全体の1%となりました。（図表7-11）

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

図表 7-11 県内の医療機関における認知症診療の状況 (2020 年 12 月分) 単位：人

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

(認知症サポート医)

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

図表 7-12 認知症サポート医の状況 (2020 年度末見込) 単位：人

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

(認知症初期集中支援チーム)

- ・認知症初期集中支援チームは、認知症サポート医の指導のもと、医療と介護の専門職（保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士 等）が、家族の訴え等により、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームであり、2020 年度当初で全ての市町に設置されています。
- ・対象の把握や選別方法が市町ごとに異なり、うまく機能している市町ばかりではないため、更に社会的孤立者へのアウトリーチを行うには、チームの役割や他の機関との連携を見直す必要があります。

図表 7-13 認知症初期集中支援チームの状況 (2020 年度当初) 単位：チーム

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

(認知症疾患医療センター)

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

介護関係者との連携、研修会の開催等の地域連携拠点機能を担っています。

- ・本県では、2010年度から認知症疾患医療センターの指定に取り組み、2017年度に全ての保健福祉圏域に設置されました。今後は、認知症疾患医療センターを圏域の拠点とした医療と介護等の支援体制の構築が必要となります。(図表7-14)
- ・認知症疾患医療センターが認知症サポート医リーダーと連携して、出張相談等により地域に出向き、認知症の早期発見、早期対応につなげる事業(認知症の人をみんなで支える地域づくり推進事業)を2018年度から実施しています。地域に出向いた相談事業については、認知症疾患医療センターの体制によって活動内容に差があります。
- ・2018年度の初診までの待機日数別診療機関数は、14日未満が8か所、15日～1か月が4か所、1か月以上が3か所、相談件数は9,916件となっています。待機日数が長く、早期対応につながらない場合もあります。

図表7-14 県内の認知症疾患医療センターの状況(2020年7月1日現在)

指定	圏域	類型	医療機関名	所在地	初回指定日
県	賀茂	地域型	医療法人辰五会ふれあい南伊豆ホスピタル	賀茂郡南伊豆町	2016.12.1
	熱海伊東	地域型	公益社団法人地域医療振興協会伊東市民病院	伊東市	2017.2.1
	駿東田方	地域型	N T T 東日本伊豆病院	田方郡函南町	2010.10.1
		地域型	独立行政法人国立病院機構静岡医療センター	駿東郡清水町	2017.4.1
		地域型	医療法人社団静岡康心会ふれあい沼津ホスピタル	沼津市	2017.10.1
	富士	地域型	公益財団法人復康会 鷹岡病院	富士市	2013.10.1
		連携型	医療法人社団一就会東静岡脳神経センター	富士宮市	2017.11.1
	志太原	地域型	焼津市立総合病院	焼津市	2017.4.1
		連携型	医療法人社団峻凌会 やきつべの径診療所	焼津市	2017.6.1
	中東遠	地域型	中東遠総合医療センター	掛川市	2012.1.1
地域型		磐田市立総合病院	磐田市	2017.2.1	
政令市	静岡	地域型	静岡てんかん・神経医療センター	静岡市葵区	2014.2.1
		地域型	溝口病院	静岡市葵区	2015.10.1
		地域型	静岡市立清水病院	静岡市清水区	2016.10.1
	西部	基幹型	総合病院 聖隷三方原病院	浜松市北区	2013.7.22
計 15 箇所：県指定 11 箇所、政令市指定 4 箇所（静岡市 3 か所、浜松市 1 か所）					

(認知症地域支援推進員)

・認知症地域支援推進員は、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医療や介護の専門職等で、認知症疾患医療センターなどの医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や、認知症の人や家族を支援する相談業務等を行います。

全ての市町は、2018年4月から認知症地域支援推進員を配置しています。

・認知症地域支援推進員は、市町行政や地域包括支援センターに兼務で配置される場合が多く、推進員としての活動に時間が取れない。本務の所属の理解や協力が得られにくい等の課題があり、活動のための環境整備が必要となっています。(図表7-15)

図表7-15 認知症地域支援推進員の状況(2020年度当初) 単位:人

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

(認知症サポーター等)

・2020年3月末現在、認知症に関する正しい知識と理解を持って、できる範囲で地域や職域で認知症の人や家族の手助けを行う認知症サポーターは361,977人養成されています。このうち、地域の生活関連企業・団体業務等に携わる企業・職域型の認知症サポーターは62,340人養成されています。

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

・認知症サポーターの活動や活躍の場を拡げ、認知症の人本人の意向に沿った活動ができるよう、2019年度から、県主催の認知症サポーター・チームオレンジ養成研修(ステップアップ講座)を実施しています。

(3) 医療提供体制等

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

ア 発症予防

・2015年1月に発表された厚生労働省研究班報告によると、高齢者の糖尿病患者では合併症として、糖尿病でない人に比べ、アルツハイマー型や血管性認知症の発症リスクが2~4倍に上昇します。そのため、糖尿病予防の取組を推進する必要があります。

・認知症は、神経変性疾患(アルツハイマー病、ピック病等)や脳血管障害(脳梗塞、脳出血等)の原因疾患を予防し、原因疾患にならないことが必要です。

・糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防が、認知症予防に資する可能性が示唆されていることから、生活習慣病が認知症のリスク要因であることを周知するとともに、特定健診・特定保健指導の受診を促す必要があります。

・地域において高齢者が身近に通える場である住民主体の通いの場は、2020(令和2)年3月現在、県内に4,226か所に設置されており、2019年度の参加者数は95,512人で、高齢者人口に対する参加率は8.8%となっています。

- ・通いの場の設置数と参加率については地域差が大きく、通いの場に参加するメリットを住民に理解してもらうなど、参加を促進する取組が必要です。

イ 早期発見・早期対応

- ・認知症は、発症後しばらく放置されてしまうと治療による改善を望めないケースが多いことから、早期発見、早期対応が必要です。
- ・本人や家族が小さな異常を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにするとともに、かかりつけ医による日常診療やかかりつけ歯科医による口腔機能の管理、かかりつけ薬局における服薬指導等の中で、認知症の疑いがある人に早期に気づき適切に対応することができる体制を構築する必要があります。

このため、かかりつけ医が、認知症サポート医や専門医等の支援を受けながら、認知症の早期発見や気づき、認知症に対する相談への対応等が適切に行うことができるよう認知症対応力の向上を図る必要があります。

- ・かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医が、全ての市町に配置され、体制は整備されつつありますが、認知症サポート医の役割が不明確であることや、医師の業務が多忙であることなどから、活動に地域差や個人差がみられるため、認知症サポート医のリーダー養成など認知症サポート医の活動しやすい環境づくりが必要となります。
- ・歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応できるよう、歯科医師及び薬剤師の認知症対応力の向上を図る必要があります。
- ・静岡県歯科医師会は、平成30年2月に静岡県社会福祉士会と共同で「認知症虐待等チェックシート」を作成し、地域包括支援センターと連携して活用しています。
- ・一般病院の医療従事者、看護職員の研修は、2019年度から認知症本人による講話を取り入れ、各団体と協力し独自の内容で実施しています。
- ・認知症医療や介護サービスを受けていない一人暮らしの認知症高齢者や医療や介護のサービスを受けているものの行動・心理症状が顕著で対応に苦慮している認知症高齢者等に対しては、認知症初期集中支援チームが、地域包括支援センターが入手した情報等をもとに対象者を把握し、早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期対応を行う必要があります。このためには、市町が認知症初期集中支援チームの活動を推進するとともに、認知症初期集中支援チームの存在を様々な手段を用いて地域に周知する必要があります。

ウ 専門医療

- ・認知症の疑いのある場合は、かかりつけ医等が専門医、認知症サポート医等の支援も受けながら、必要に応じて認知症疾患医療センター等の専門医療機関に紹介し、速やかに鑑別診断が行われる必要があります。
- ・2次医療圏の認知症専門医療の拠点として、認知症疾患に関する鑑別診断、専門医療相談等を実施する認知症疾患医療センターが、全ての2次医療圏に設置されています。
- ・認知症疾患医療センターは、鑑別診断後、治療や入院の受け入れ、対応可能な医療機関を確保する役割も担います。専門治療後、認知症疾患医療センターは、認知症の人の状況に応じた適切な対応が行われるよう、かかりつけ医や地域包括支援センター、介護支援専門員等との連絡・調整を行います。認知症疾患医療センターやかかりつけ医等が連携し、環境の変化、状態の変化等があっても、切れ目なく認知症治療を受けることのできる体制の整備が必要となります。

す。

- ・病院において認知症の人の手術や処置等の適切な実施を確保するためには、病院勤務の看護職員や医療従事者の認知症対応力の向上を図る必要があります。
- ・認知症の行動・心理症状（BPSD）は認知症の進行により必ず生じるものではなく、周囲の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BPSDを予防するほか、BPSDが見られた場合にも的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選択とするのが原則となります。
- ・人生の最終段階にあっても本人の尊厳が尊重された医療・介護等が提供されることが必要です。

エ 地域支援

- ・早期診断、早期対応や行動・心理症状（BPSD）、身体合併症等への対応においては、医療、介護の関係機関をはじめ様々な主体が関わることから、医療、介護関係者等の情報共有が必要となります。
- ・認知症に関する相談窓口として、地域包括支援センターや認知症疾患医療センター、認知症家族会や当事者団体等があります。県や市町では、広報誌やホームページ等により相談窓口の周知を行っています。
- ・認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れをまとめた認知症ケアパスは、県内では、全ての市町で作成されており、地域包括支援センターや市町がホームページ、リーフレット等で広く周知していますが、地域によっては十分に活用されていないところがあります。
- ・認知症の人本人の意見を聴く取組として、本人ミーティングの開催や認知症カフェの運営などを、2019年度は21市町で実施していますが、本人からの意見を聴く機会を更に増やし、施策へつなぐ必要があります。
- ・認知症の人本人からの発信の機会を増やし、認知症に関する普及啓発に取り組むため、2020年9月に、全国初となる地域版の認知症本人大使「静岡県希望大使」の委嘱式を行いました。さらに、認知症の人本人による普及啓発活動を強化する必要があります。
- ・認知機能低下のある人や、認知症の人の早期発見・早期対応のためには、地域の関係機関間の日頃からの有機的な連携が必要ですが、機能ごとの取組にとどまっています。
- ・認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れをまとめた認知症ケアパスは2019年度までに全ての市町で作成されました。今後は、本人や家族の意見を踏まえて、認知症ケアパスを随時改訂する必要があります。
- ・県が作成したふじのくにささえあい手帳を一部の市町で活用していますが、独自の連携シートを作成している市町もあります。
- ・認知症高齢者グループホームについては、認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点としての機能が期待されています。
- ・介護従事者の認知症対応力向上研修を国のカリキュラムにより実施しており、2019（令和元）年度までに認知症介護指導者養成研修55人、認知症介護実践者研修6,480人が修了していますが、研修への積極的な参加及び参加者の資質の担保が必要です。
- ・認知症の人やその家族が、同じ立場の人や地域の人、専門職と相互に情報を共有し、お互いに理解し合う認知症カフェは、2020年4月現在168か所であり、県のホームページなどを通じて

周知していますが、認知症の家族の負担軽減にも活用していく必要があります。

- ・認知症カフェの設置状況が市町により差があり、歩いていける範囲での設置を促進するほか、本人やボランティア等が集まる仕組みが必要です。
- ・2020年4月現在の認知症家族会は19か所ありますが、家族会同士で連絡を取り合うことは少ない現状であるため、横のつながりを作っていく必要があります。
- ・認知症が原因と疑われる行方不明者は、県内で208人（2019年）であり、年々増加傾向にあります。
- ・行方不明になるおそれのある人の事前登録の推進と行方不明時の早期発見・保護に向けて、市町及び警察等の協力の下、『見守り・SOS体制の広域連携』の運用を2020年度から開始しています。
- ・ICTを活用した見守りシステムの導入は市町ごとに進んでおり、2020年度現在、GPSが12市町、QRコードが11市町、アプリが3市町となっていますが、手法ごとの効果検証が必要です。
- ・これまでに身元不明者を県ホームページに34人掲載し、2014から2019年までに16人の身元が判明しましたが、引き続き、身元不明の人の情報を広く発信する必要があります。
- ・認知症の人が周囲の理解や支援を求めるための手段としてヘルプマーク・ヘルプカードがありますが、ガイドラインを示して配布している市町は14市町にとどまっているため、全県的な普及が必要です。
- ・認知症の人や家族を支える体制整備として、チームオレンジとピアサポート活動を一体的に推進しており、2019年度現在、10市町で先行的に実施していますが、認知症の人本人がチームの一員として参加している取組は少ない状況にあります。認知症の人や家族の生活面での早期支援を図るためには、多様な職域における認知症サポーターを養成し、チームオレンジを全県的に普及する必要があります。
- ・若年性認知症相談窓口を2016年7月に設置し、若年性認知症支援コーディネーターを配置しており、2019年度の相談件数は162件です。
- ・若年性認知症の人の居場所(仕事の場)づくり(2017、2018年度)やジョブサポート支援事業を実施しており(2019、2020年度)、5事業所において社会参加や就労を行う介護サービス事業を行っていますが、若年性認知症の人へのサービスが不足しており、就労継続や仕事の場の提供に向けた企業の理解促進が必要です。
- ・若年性認知症支援コーディネーターを8人設置(東中西の地区分担制)し、若年性認知症企業出前講座の開催、本人ミーティングや認知症家族会の会合に出席していますが、ハローワークや認知症疾患医療センター、広域的な企業等も含め、ネットワークづくりが必要です。
- ・75歳以上の高齢運転対策を強化した改正道路交通法が2017年3月に施行されて以降、県では、2020年までに約308,000人が認知機能検査を受検し、そのうち、約7,100人が認知症のおそれがあると判定され、約3,800人が運転免許証を自主返納しています。
- ・改正道路交通法に対応して、県警察本部、県医師会と連携して、本県独自の認知症診断の流れを策定するなど、運転免許証を返納しやすい環境づくりを進めているほか、認知症等を理由に運転免許証を返納した場合、必要に応じて警察から地域包括支援センターへ連絡する取組を行っています。
- ・住民主体の移動支援として、2019年度に3市でモデル事業を実施しましたが、住民ニーズに応

じた移動支援対策を実施している市町は9市町のみであり、ニーズはあるが未対応は14市町であり、ニーズの把握未実施は12市町となっています。住民主体の移動サービスの立ち上げや継続を支援するための相談窓口の設置やアドバイザー派遣を実施しています。

- ・移動、消費、金融手続き、公共施設など生活のあらゆる場面で、「認知症バリアフリー」の取組を推進するためには、企業等の理解が必要です。
- ・社会参加活動や認知症予防のための体制整備について、認知症地域支援推進員の取組として2019年度から新たに位置付けられ、一部の市町で取組みはじめています。