

志太榛原圏域計画（案）新旧対照表

<資料3>

旧（第2回会議時点）R2.10.28	新（パブリックコメント開始時点）R2.12.28	備考
<p>1 圏域の概況（今後記載）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域の概要 ○人口推移・推計 ○要介護（支援）認定者の推移・推計 <p>2 現状と課題</p> <p>(2) 自立支援、介護予防・重度化防止</p> <ul style="list-style-type: none"> ○2018（平成30）年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は671箇所あり、参加者数は16,319人、参加率は県平均6.5%に対し、当圏域は11.9%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。 ○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。 	<p>1 圏域の概況</p> <ul style="list-style-type: none"> ○志太榛原圏域は、面積1,209k㎡、人口453,970人で、南アルプスから駿河湾に至る豊かな自然環境に恵まれた大井川流域に発達した地域であり、海に面した地域では漁業や水産加工業、山間部から平野部では茶や野菜栽培などの農業が盛んなほか、各種企業の工場なども多く見られ、農林漁業や製造業に従事する人の割合が高くなっています。 ○圏域の総人口は全市町で減少傾向にあり、2019（令和元）年10月1日現在の圏域全体の高齢化率は、30.4%と県平均の29.9%を若干上回っています。 ○圏域内の市町では、吉田町が26.0%と最も低く、川根本町が49.5%と最も高くなっており、その他の市は県平均と同程度となっています。 ○要介護認定率が県平均より低い市町が過半数であり、元気な高齢者が多く、子育て支援や介護予防、居場所づくりなどの担い手として活躍することが期待されています。 <p>2 現状と課題</p> <p>(1) 自立支援、介護予防・重度化防止</p> <ul style="list-style-type: none"> ○2019（令和元）年度現在、住民主体の介護予防の通いの場は770箇所あり、参加者数は18,382人、参加率は県平均8.8%に対し、当圏域は13.3%となっています。 ○全ての市町で、住民主体の通いの場にリハビリテーション専門職等が関与する仕組みを設けています。 ○自立支援型の地域ケア会議は全市町で実施されています。 ○住民主体の通いの場や市町の介護予防事業へのリハビリテーション専門職の関与を強化するためには、派遣元の医療機関の理解など、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりが必要です。 ○病院から地域に戻った後には円滑な訪問リハビリテーションの提供が必要ですが、訪問リハビリテーションを提供する事業者や人材が不足している状況です。 	<p>追記</p> <p>小柱の順番変更 (1)認知症施策(2)自立支援、介護予防・重度化防止(3)在宅医療・介護連携から (1)自立支援、介護予防・重度化防止(2)在宅医療・介護連携(3)認知症施策に変更</p> <p>2018年度から2019年度へ最新数字に変更 ひらがなから漢字に変更</p>

志太榛原圏域計画（案）新旧対照表

<p>(3) 在宅医療・介護連携</p> <p>○2018（平成 30）年度に訪問診療を利用していた高齢者は月平均 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。</p> <p>○<u>訪問診療を実施する医療機関は、2018（平成 30）年度時点で 941 箇所と、2013（平成 25）年度の 991 箇所から 50 箇所減少しています。</u></p> <p>○当圏域の 2025（令和 7）年の在宅医療等の必要量は、4,585 人となっており、うち、2,398 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。(※)</p> <p>※第 7 期（今期）計画策定時の推計、今後、2023 年時点の推計を行い、数字を更新予定</p> <p>●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。</p> <p>●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。</p> <p>●<u>多職種（※）</u>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。</p> <p><u>※多職種：医療・介護に携わるすべての職種を指します。（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、介護支援専門員、ホームヘルパー他）</u></p> <p>○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。</p> <p>(1) 認知症施策</p> <p>○新オレンジプラン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。</p> <p>○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。</p> <p>○2019（令和元）年度 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。</p> <p>○認知症に関する医療や介護サービスの中心となる機関等として、2020（令和 2）年 4 月現在、当圏域には、認知症疾患医療センターが 2 箇所、認知症グループホームが 33 箇所、認知症対応型通所介護事業所が 7 箇所あり、また、認知症サポート医は 34 人となっています。</p> <p>●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</p>	<p>(2) 在宅医療・介護連携</p> <p>○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。</p> <p>○<u>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。</u></p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>(3) 認知症施策</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○認知症に関する医療や介護サービスの中心となる機関等として、2020（令和 2）年 4 月現在、当圏域には、認知症疾患医療センターが 2 箇所、認知症グループホームが 33 箇所、認知症対応型通所介護事業所が 7 箇所あり、また、認知症サポート医は 34 人となっています。</p> <p>○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</p>	<p>「高齢者」から「人」に変更</p> <p>訪問診療を実施する医療機関数を削除</p> <p>2025（令和 7）年から 2023（令和 5）年に数字更新</p> <p>※多職種説明削除 冊子巻末の「用語の説明」に明記予定</p> <p>「新オレンジプラン」から「厚生労働省の推計」に変更</p>
--	---	--

志太榛原圏域計画（案）新旧対照表

<p>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。</p> <p>●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。</p> <p>(4) 介護サービス</p> <p>○当圏域の 2019 年度の介護サービス利用者は、在宅サービスが 12,480 人、施設・居住系サービスが 5,277 人となっています。</p> <p>○2023 年には、在宅サービスの利用者は 14,326 人、施設・居住系サービスの利用者は 5,476 人と、2020 年 4 月からそれぞれ、1,846 人、199 人増加する見込みです。</p> <p>○2019 年 4 月の施設・居住系サービスの定員数は 4,526 人と、2015 年の 4,002 人から 524 人増加しています。</p> <p>○また、毎年、静岡県が調査をしている特別養護老人ホームの入所希望者数のうち、調査時点で在宅にあり、6 か月以内に入所を希望する方の人数は、2015 年度の 482 人から 2018 年度は 397 人と 85 人減少しています。</p> <p>○要介護認定者に占める在宅サービス利用者の割合は 2019 年 4 月の 57.2% から、2023 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。</p> <p>○<u>(市町の事業所整備計画を確認し、今期計画中の整備予定を追記)</u></p> <p>●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。</p> <p>(5) 介護人材の確保</p> <p>○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。</p> <p>●国、県、市町が連携した介護人材等（リハ職を含む）の確保が必要です。</p> <p>●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。</p> <p>●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。</p> <p>●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。</p>	<p>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。</p> <p>○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。</p> <p>(4) 介護サービス</p> <p>○当圏域の 2019 <u>(令和元)</u> 年度の介護サービス利用者は、在宅サービスが 12,480 人、施設・居住系サービスが 5,277 人となっています。</p> <p>○2023 <u>(令和5)</u> 年には、在宅サービスの利用者は 14,326 人、施設・居住系サービスの利用者は 5,476 人と、2020 <u>(令和2)</u> 年 4 月からそれぞれ、1,846 人、199 人増加する見込みです。</p> <p>○2019 <u>(平成31)</u> 年 4 月の施設・居住系サービスの定員数は 4,526 人と、2015 <u>(平成27)</u> 年の 4,002 人から 524 人増加しています。</p> <p>○また、毎年、静岡県が調査をしている特別養護老人ホームの入所希望者数のうち、調査時点で在宅にあり、6 か月以内に入所を希望する方の人数は、2015 <u>(平成27)</u> 年度の 482 人から 2018 <u>(平成30)</u> 年度は 397 人と 85 人減少しています。</p> <p>○要介護認定者に占める在宅サービス利用者の割合は 2019 <u>(令和元)</u> 年 4 月の 57.2%から、2023 <u>(令和5)</u> 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。</p> <p>○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。</p> <p>(5) 介護人材の確保</p> <p>○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。</p> <p>○国、県、市町が連携した介護人材等（リハ職を含む）の確保が必要です。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p>	<p>元号表記追加</p> <p>削除</p>
---	---	-------------------------

3 課題への対応

(2) 自立支援、介護予防・重度化防止

- 住民主体の通いの場や市町の介護予防事業においてリハビリテーション専門職を確保するために、派遣に協力可能な機関を協力機関として指定することで、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりを図ります。
- 圏域のリハ職の情報交換会を行って、事例の共有を図り連携を支援します。
- 圏域の訪問リハビリテーションの中で市外でも対応できる協力機関を調査し、介護支援専門員や病院の医師・看護師・相談員へ情報提供します。

(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。
- ◆住民向けのACPに関するフォーラムの開催や「ふじのくに高齢者在宅生活”安心”の手引き」、市町が作成する動画等の広報媒体を活用し、市町の在宅医療や看取りに関する普及啓発を支援します。
- また、多職種が参加する勉強会等を通じて医療・介護関係者によりACPの取組を促進します。

(1) 認知症施策

- 認知症への対応に関する知識の普及や成年後見制度の利用促進などにより、認知症の人の家族等を支援します。
- 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員等が集まる連絡会を通じて、早期対応の好事例を共有するなど、各市町の初期集中支援チームの活動を支援します。

3 課題への対応

(1) 自立支援、介護予防・重度化防止

- 住民主体の通いの場や市町の介護予防事業においてリハビリテーション専門職を確保するために、派遣に協力可能な機関を協力機関として指定することで、リハビリテーション専門職が地域で活動しやすい環境づくりを図ります。
- 圏域のリハ職の情報交換会を行って、事例の共有を図り連携を支援します。
- 圏域の訪問リハビリテーションの中で市外でも対応できる協力機関を調査し、介護支援専門員や病院の医師・看護師・相談員へ情報提供します。

(2) 在宅医療・介護連携

- 在宅療養に関する相談窓口やアドバイザーによる本人や家族への支援体制を構築し、本人の希望に沿った療養生活を支援します。
- 療養生活を支援するインフォーマルサービスや多様な職種が提供する医療・介護サービスについて、病院の相談員やケアマネジャーが家族等に提案できるよう研修会を行います。
- 在宅療養における多職種連携を推進するため、圏域において引き続き研修会等を実施します。
- また、シズケア*かけはしの研修会等を通じて、ICTを活用した連携促進を支援します。
- 住民向けのACPに関するフォーラムの開催や「ふじのくに高齢者在宅生活”安心”の手引き」、市町が作成する動画等の広報媒体を活用し、市町の在宅医療や看取りに関する普及啓発を支援します。
- また、多職種が参加する勉強会等を通じて医療・介護関係者によりACPの取組を促進します。

(3) 認知症施策

- 認知症への対応に関する知識の普及や成年後見制度の利用促進などにより、認知症の人と家族等を支援します。
- 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員等が集まる連絡会を通じて、早期対応の好事例を共有するなど、各市町の初期集中支援チームの活動を支援します。

「の」から「と」に変更【伊藤委員（社会福祉協議会）】意見反映

