

第8次静岡県保健医療計画＜改訂版＞ ＜素案＞

目 次

＜疾病＞

肝炎.....	1
---------	---

＜事業＞

救急医療	11
災害医療	23
へき地の医療	39
周産期医療	51
小児医療	67

※資料内の下線（現計画からの変更箇所）

肝炎

【対策のポイント】

- ウイルス性肝炎に関する正しい知識の普及と新規感染予防の推進
- 肝炎ウイルス検査の受検勧奨と検査陽性者に対する受診勧奨の推進
- 肝炎医療を提供する体制の確保と患者や家族等に対する支援の充実

【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
肝疾患死亡率 (人口 10 万人当たり)	31.2 (2016 年)	<u>28.1</u> (<u>2019 年</u>)	27.0 (2022 年)	目標に向け数値が改善
ウイルス性肝炎の死亡者数	100 人 (2016 年)	<u>83 人</u> (<u>2019 年</u>)	50 人 (2022 年)	目標に向け数値が改善

1 現状と課題

(1) 肝炎の医療

- ・肝炎とは、肝臓の細胞が破壊されている状態であり、その原因は、ウイルス性、アルコール性、自己免疫性等に分類され、我が国では、B型肝炎ウイルス又はC型肝炎ウイルスの感染に起因する肝炎患者が多くを占めています。
- ・ウイルス性肝炎は、自覚症状があまり無いため、適切な治療を行わないまま放置すると慢性化し、肝硬変や肝がんといったより重篤な病態に進行するおそれがありますが、早期発見と適切な治療でその進行を防ぐことができます。
- ・ウイルス性肝炎に効果的な治療として、インターフェロン治療や核酸アナログ製剤治療、インターフェロンフリー治療などの抗ウイルス療法があります。

(2) 本県の状況

(肝炎ウイルス感染者の状況)

- ・県内の肝炎ウイルス感染者は、B型 3.3～4.2 万人、C型 5.7 万～6.9 万人と推定され、また、治療が必要な患者は、B型が約 5 千人、C型が約 1万4 千人と推定されます。
- ・2019 年度にウイルス性肝炎に関する医療費の助成を受けた人は、延べ 2,601 人 となっています。

(死亡・り患の状況)

- ・本県における 2019 年の人口 10 万人当たり肝がん死亡率は 19.8 人で、全国平均 (20.4 人) とほぼ同じになっています。
- ・本県における 2017 年の人口 10 万人当たり肝がん罹患率は 11.6 人で、全国平均 (13.3 人) よりやや少なくなっています。
- ・2018 年の医療圏別の肝疾患死亡率では、賀茂医療圏、熱海伊東医療圏、駿東田方医療圏、富士医療圏及び静岡医療圏が県全体より高く、東高西低の状況にあります。

(医療連携体制の状況)

- ・2008年2月に、2次保健医療圏ごとに専門的な医療機関である「地域肝疾患診療連携拠点病院」を指定しました(2020年4月現在28施設)。
- ・2009年3月には、地域肝疾患診療連携拠点病院における医療水準の向上と連携を図るために、肝疾患に関する診療ネットワークの中心的な役割を担う「静岡県肝疾患診療連携拠点病院」(肝疾患相談支援センター併設)を、県内で2施設指定しました。
- ・2012年度から、身近で初期診断・安定期治療を受けることができるように、地域肝疾患診療連携拠点病院と連携した「肝疾患かかりつけ医」を登録(2020年11月現在267施設)し、ホームページにより公表・周知しています。

(発生予防)

- ・2016年10月から開始された0歳児を対象としたB型肝炎ワクチンの定期接種化に合わせて、1・2歳児のうち感染リスクの高い小児を対象に、B型肝炎ワクチン予防接種助成事業を2016・2017年度の2か年の緊急事業として実施しました。

(3) 医療提供体制

① 肝炎ウイルス検査

- ・肝炎ウイルス感染を発見し、早期の治療開始につなげるために、肝炎ウイルス検査は、大変に重要です。市町、保健所及び県委託医療機関では、無料で検査を実施しており、検査実績は、年間4万件から5万件前後で推移していますが、県民が生涯に1回は検査を受けるように、引き続き、肝炎に関する正しい知識を普及し、受検勧奨していく必要があります。
- ・肝炎ウイルス感染者の早期発見のために、2017年1月に全国健康保険協会静岡支部と肝炎対策に関する協定を締結しています。職域(健康保険組合等)において肝炎ウイルス検査の実施について、職域への働きかけを行う必要があります。
- ・2018年度の市町、保健所及び県委託医療機関での肝炎ウイルス検査数は、B型が44,830件(うち陽性者205件:0.5%)、C型が45,013件(うち陽性者138件:0.4%)となっています。

② 肝炎ウイルス検査陽性者等のフォローアップ

- ・市町、保健所、県委託医療機関及び全国健康保険協会静岡支部のいずれかが実施したB型・C型肝炎ウイルス検査の結果、陽性と判定された者に対し、初回精密検査の費用を助成しています。2019年度の助成件数は、51件です。
- ・肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変又は肝がんの治療中又は治療後経過観察中である者に対し、定期的に受ける検査の費用の一部を助成しています。2019年度の助成件数は、151件です。
- ・肝炎ウイルス検査陽性者等に対し、市町、保健所及び県委託医療機関等における肝炎医療コーディネーター¹が中心となり、受診勧奨や治療の中断を防ぐ働きかけを行う必要があります。

¹ 肝炎医療コーディネーター：地域住民への肝炎に関する正しい知識の普及、肝炎ウイルス検査の受検勧奨、検査後の精密検査受診やフォローアップのための定期受診の勧奨、治療と就労の両立支援等を地域や職域で中心となって進める者。養成研修を受けた市町や保健所の保健師、医療機関の看護師、職域の健康担当管理者等。

③ 肝炎患者に対する支援

- ・2008 年度から、B 型・C 型慢性肝炎等に対する抗ウイルス療法（肝炎ウイルスの排除やその増殖を抑制する治療）の医療費の助成事業を実施しています。
- ・2018 年度から、B 型・C 型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変患者の医療費の助成事業を開始しました。
- ・適切な時期に必要な検査、治療を行うとともに、肝炎患者等が自身の病状を把握できるよう、検査プランと肝機能等の血液検査、肝臓画像検査の概要を記入することができ、診療連携にも役立てることができる「肝臓病手帳²」を配付しています。

² 肝臓病手帳：浜松医科大学医学部附属病院が作成し、2012 年度より肝疾患診療連携拠点病院や肝疾患かかりつけ医等からこれまでに約 1 万 8 千部配布している。

2 今後の対策

(1) 数値目標

	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
継続	肝疾患死亡率 (人口 10 万人当たり)	<u>28.1</u> (2019 年)	27.0 (2022 年)	県の過去3年間の減少率 の維持	厚生労働省「人口 動態統計」
	ウイルス性肝炎の死亡者数	<u>83 人</u> (2019 年)	50 人 (2022 年)	半減を目指す	厚生労働省「人口 動態統計」
新規	<u>肝がんり患率</u> (人口 10 万人当たり)	<u>11.6</u> (2017 年)	<u>12.0</u> (2019 年)	<u>全国平均以下を維持</u>	<u>静岡県地域がん登 録報告書</u>

(2) 施策の方向性

① 肝炎に関する正しい知識の普及と新規感染予防の推進

- ・肝炎の病態や感染経路等に関する県民の理解を深めることで、肝炎に関する偏見や差別を解消するとともに、新規の感染を予防します。
- ・1歳に至るまでの者に対するB型肝炎ワクチンの定期接種の勧奨を実施するほか、中学・高校における思春期講座等の機会を活用した感染予防のための知識の普及を図り、新規の肝炎ウイルス感染予防を推進します。
- ・雇用主・従業員に対する肝炎に関する知識の普及啓発に取り組み、職域における新規の肝炎ウイルス感染予防を推進します。

② 肝炎ウイルス検査の受検勧奨と検査陽性者に対する受診勧奨

- ・県民が肝炎ウイルス検査の必要性を自覚し、生涯に一度は検査を受検するように勧奨するとともに、検査陽性者の定期的、継続的な受診に向けたフォローアップを行います。
- ・全国健康保険協会静岡支部と締結した肝炎対策に関する協定を、他の健康保険組合等にも拡大し、肝炎医療コーディネーターと連携し、職域における肝炎ウイルス検査の受検勧奨と肝炎ウイルス検査陽性者に対する受診勧奨を推進します。

③ 肝炎医療を提供する体制の確保

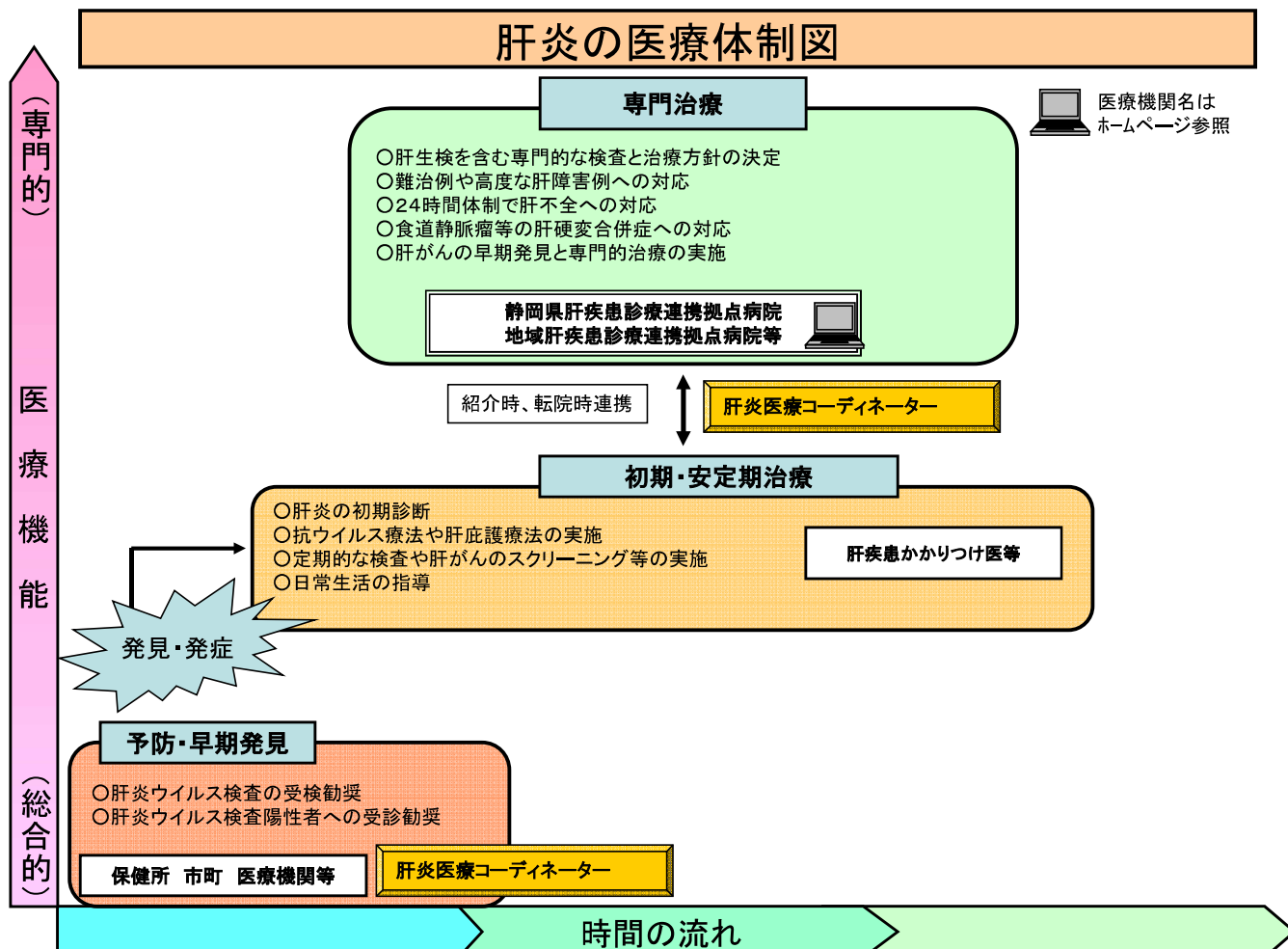
- ・肝炎患者等が、身近な医療機関や薬局で適切な医療を継続して受けられるように、静岡県肝疾患診療連携拠点病院、地域肝疾患診療連携拠点病院及び肝疾患かかりつけ医の連携体制の充実を図ります。
- ・「肝臓病手帳」の周知及び普及を進め、手帳等を活用した肝疾患かかりつけ医と地域肝疾患診療連携拠点病院の連携を促進します。
- ・肝炎医療コーディネーター養成研修を開催し、受講者を肝炎医療コーディネーターに認定するとともに、技能向上のための継続的な研修会や情報交換会を開催するなど、肝炎医療に携わる人材を育成し、維持します。

④ 肝炎患者等及びその家族に対する支援の充実

- ・肝炎患者等^等の経済的負担の軽減のため、肝炎医療費^{及び}肝がん・重度肝硬変医療費^の助成を着実に実施します。
- ・肝炎医療コーディネーターによる肝疾患相談・支援センターや保健所等における相談支援を充実させます。
- ・肝炎患者及びその家族のために、保健所において相談会や交流会を開催します。
- ・肝炎医療コーディネーターによる肝炎患者の仕事と治療の両立支援を推進します。

肝炎の医療体制に求められる医療機能

	予防・早期発見	初期診断・安定期治療	専門治療
ポイント	○新規の感染を予防する啓発 ○職域における普及啓発活動の実施 ○肝炎ウイルス検査の受検勧奨 ○肝炎ウイルス検査陽性者への受診勧奨	○内服処方・注射・定期的な検査等日常的な処置の実施 ○肝炎患に関する専門医療機関との診療情報等の共有等による連携	○専門的な知識を持つ医師による診断と治療方針の決定 ○高度な知識を必要とする肝炎医療の実施 ○肝がんの高危険群の同定と正確な診断、高度な治療の実施 ○初期・安定期の治療を行う医療機関との連携
機能の説明	・1歳に至るまでの者に対するB型肝炎ワクチンの定期接種の勧奨 ・中学・高校における思春期講座等の機会を活用した感染予防のための知識の普及 ・雇用主・従業員に対する肝炎に対する知識の普及・啓発活動の実施 ・肝炎医療コーディネーターの活用による職域における受検勧奨 ・肝炎ウイルス検査陽性者に対する受診勧奨や初回精密検査費用助成によるフォローアップの実施	・肝炎患者等が、身近な医療機関で、継続して治療を受けられるための「肝疾患かかりつけ医」等による初期診断などの実施 ・肝炎の初期診断に必要な検査の実施 ・抗ウイルス療法や肝底療法の実施（専門治療を行う医療機関との連携による治療を含む。） ・肝臓病手帳を活用した定期的な検査の実施（肝機能検査、肝がんのスクリーニング（1次）検査等） ・地域肝炎診療連携拠点病院との診療情報や治療計画の共有等による連携	・2次保健医療圏において「肝疾患かかりつけ医」等と「地域肝炎診療連携拠点病院」との連携による診療体制の確保と診療の質の向上 ・肝臓専門医等が行う肝生検を含む専門的な検査とそれに基づく治療方針の決定 ・難治例や高度肝障害例への対応、24時間体制での肝不全への対応、食道静脈瘤等の肝硬変合併症への対応、専門職種による食事や運動等の日常生活の指導を実施 ・高度な知識を有する肝臓専門医等の診断による肝がんの確実な発見と、発見された肝がんに対する肝切除術、ラジオ波焼灼、肝動脈塞栓術等、高度な技術を必要とする、より専門的な治療の実施 ・肝臓病手帳等を活用した肝疾患かかりつけ医等との診療情報や治療計画の共有等による連携



関連図表

○肝炎患者数の推定

	全国		静岡	
	B型	C型	B型	C型
キャリア ※1	110～140 万人	190～230 万人	3.3～4.2 万人	5.7～6.9 万人
患者 ※2	17 万人	47 万人	5,100 人	14,100 人

※1 出典：2004 年度厚生科学研究費補助金肝炎等克服緊急対策研究事業報告書（吉澤班）（厚生労働科学研究）より推計

静岡県の感染者数は全国推計値に静岡県人口比率3%を乗じて算出

※2 出典：2016 年度「B型・C型肝炎による肝硬変、肝がん患者における医療費等の実態調査」（伊藤班）（厚生労働科学研究）より推計

静岡県の感染者数は全国推計値に静岡県人口比率3%を乗じて算出

○肝がん罹患率（人口10万人当たり）の推移

	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年
全国	15.2	14.7	14.1	14.7	13.3
静岡県	13.9	12.9	13.5	14.4	11.6

出典：

（全国）2013年～2015年：国立がん研究センターがん情報センター「がん登録・統計」（全国がん罹患モニタリング集計（MCIJ））

2016年～2017年：国立がん研究センターがん情報センター「がん登録・統計」（全国がん登録）

（静岡県）静岡県地域がん登録報告書

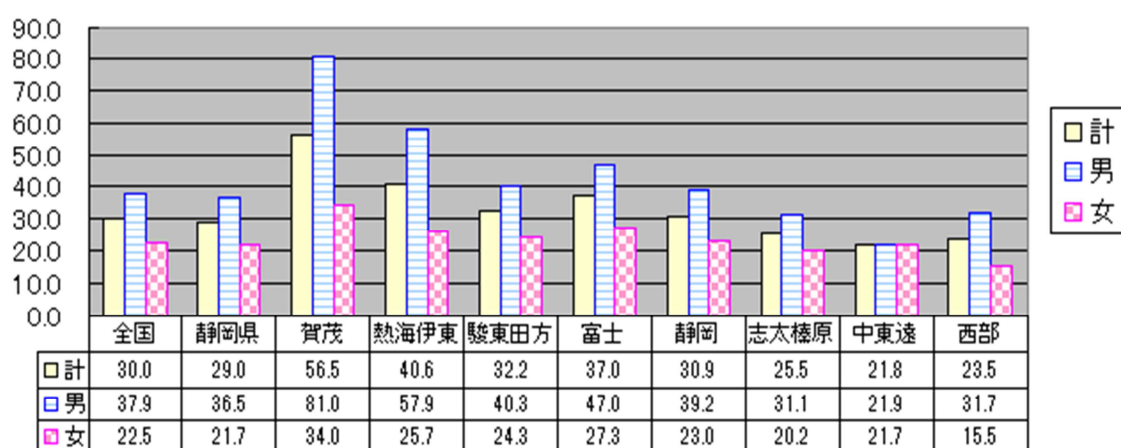
肝がん：肝及び肝内胆管の悪性新生物

○肝疾患による死亡者数・死亡率（人口10万人当たり）の推移

	区分	ウイルス性肝炎		肝硬変		肝がん		計	
		全国	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県
2015年	死亡者数	4,514人	153人	7,649人	186人	28,889人	855人	41,052人	1,194人
	死亡率	3.6	4.2	6.1	5.1	23.1	23.6	32.8	32.9
2016年	死亡者数	3,848人	100人	7,702人	219人	28,528人	808人	40,078人	1,127人
	死亡率	3.1	2.8	6.2	6.1	22.8	22.4	32.1	31.2
2017年	死亡者数	3,743人	87人	8,284人	195人	27,116人	754人	39,143人	1,036人
	死亡率	3.0	2.4	6.6	5.4	21.8	20.9	31.4	28.7
2018年	死亡者数	3,055人	97人	8,307人	213人	25,925人	723人	37,287人	1,033人
	死亡率	2.5	2.7	6.7	5.9	20.9	20.2	30.0	28.8
2019年	死亡者数	2,657人	83人	8,088人	215人	25,264人	703人	36,009人	1,001人
	死亡率	2.1	2.3	6.5	6.0	20.4	19.8	29.1	28.1

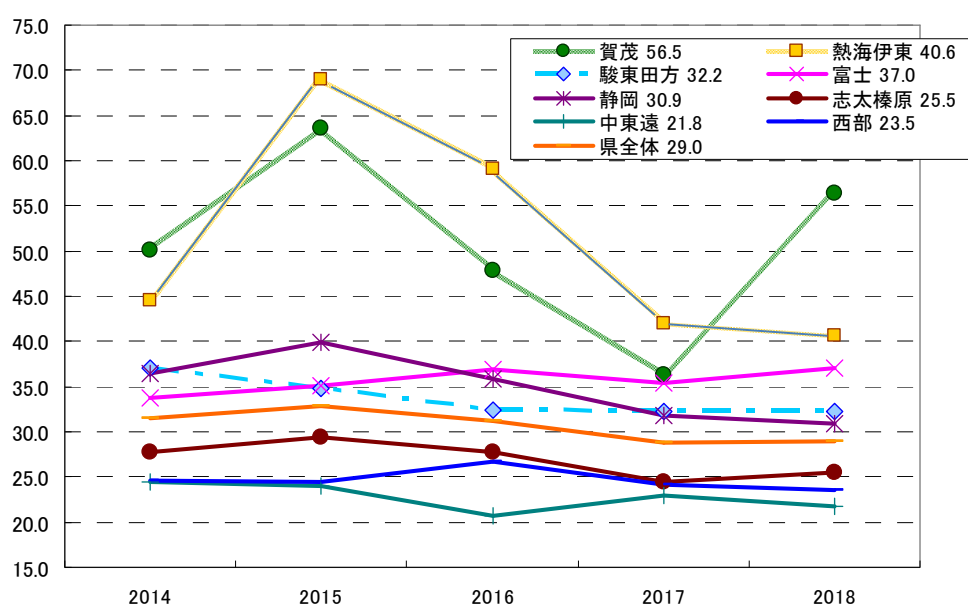
出典：人口動態統計（厚生労働省）のうち「01400ウイルス性肝炎」、「11301肝硬変（アルコール性を除く）」、「02106肝及び肝内胆管の悪性新生物」を掲出
死亡率は人口10万当たりの死亡率（死亡者数）を算出

○医療圏別の肝疾患死亡率（人口 10 万人当たり／2018 年）



出典：静岡県人口動態統計のうち「01400ウイルス性肝炎」、「11301肝硬変（アルコール性を除く）」、「02106肝及び肝内胆管の悪性新生物」を掲出
死亡率は2018年10月の推計人口から人口10万人当たりの死亡率（死亡者数）を算出

○医療圏別の肝疾患死亡率の推移（人口 10 万人当たり）



○ウイルス性肝炎による死亡数

2018 年死亡数		静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
01400 ウイルス肝炎	総数	97	2	4	14	16	23	12	7	19
	男	54	1	3	7	11	13	7	2	10
	女	43	1	1	7	5	10	5	5	9
01401 B型ウイルス肝炎	総数	8	0	1	3	2	0	1	1	0
	男	7	0	1	3	2	0	1	0	0
	女	1	0	0	0	0	0	0	1	0
01402 C型ウイルス肝炎	総数	81	2	3	10	11	23	9	6	17
	男	41	1	2	4	6	13	4	2	9
	女	40	1	1	6	5	10	5	4	8
01403 その他のウイルス肝炎	総数	8	0	0	1	3	0	2	0	2
	男	6	0	0	0	3	0	2	0	1
	女	2	0	0	1	0	0	0	0	1

出典：「静岡県人口動態統計」

○肝炎ウイルス検査の実施状況

年度	受検者区分	健康増進事業		特定感染症検査等事業		計
		40歳検診	40歳以外 検診※3	保健所 検査	委託医療機関 検査	
2010	B型(人)	2,097	14,378	2,692	5,862	25,029
	陽性者(人)※1	12	140	10	64	226
	陽性者率	0.57%	0.97%	0.37%	1.09%	0.90%
	C型(人)	2,099	14,386	1,335	5,867	23,687
	陽性者(人)※2	8	130	13	96	247
2011	B型(人)	4,373	34,268	2,599	9,443	50,683
	陽性者(人)	22	224	12	85	343
	陽性者率	0.50%	0.65%	0.46%	0.90%	0.68%
	C型(人)	4,425	34,668	1,216	9,439	49,748
	陽性者(人)	1	171	20	102	294
2012	B型(人)	4,469	35,547	2,654	11,253	53,923
	陽性者(人)	18	222	23	77	340
	陽性者率	0.40%	0.62%	0.87%	0.68%	0.63%
	C型(人)	4,598	35,990	1,381	11,253	53,222
	陽性者(人)	4	153	22	98	277
2013	B型(人)	4,603	36,703	2,862	8,925	53,093
	陽性者(人)	16	223	8	55	302
	陽性者率	0.35%	0.61%	0.28%	0.62%	0.57%
	C型(人)	4,664	37,288	1,642	8,926	52,520
	陽性者(人)	6	156	17	63	242
2014	B型(人)	4,438	36,934	2,977	9,442	53,791
	陽性者(人)	12	217	7	90	326
	陽性者率	0.27%	0.59%	0.24%	0.95%	0.61%
	C型(人)	4,561	37,644	1,959	9,451	53,615
	陽性者(人)	5	123	7	74	209
2015	B型(人)	4,437	39,180	2,429	9,238	55,284
	陽性者(人)	8	225	13	44	290
	陽性者率	0.18%	0.57%	0.54%	0.48%	0.52%
	C型(人)	4,524	39,767	1,523	9,239	55,053
	陽性者(人)	3	118	7	60	188
2016	B型(人)	4,395	25,960	2,172	7,965	40,492
	陽性者(人)	7	138	5	41	191
	陽性者率	0.16%	0.53%	0.23%	0.51%	0.47%
	C型(人)	4,475	26,332	1,279	7,964	40,050
	陽性者(人)	7	97	6	37	148
2017	B型(人)	4,230	28,909	2,311	7,457	42,907
	陽性者(人)	5	163	11	30	209
	陽性者率	0.12%	0.56%	0.48%	0.40%	0.49%
	C型(人)	4,319	29,265	1,543	7,457	42,584
	陽性者(人)	2	96	6	45	149
2018	B型(人)	4,244	30,496	2,670	7,420	44,830
	陽性者(人)	12	143	14	36	205
	陽性者率	0.28%	0.46%	0.52%	0.49%	0.45%
	C型(人)	4,322	30,850	2,420	7,421	45,013
	陽性者(人)	3	106	6	23	138
	陽性者率	0.07%	0.34%	0.25%	0.31%	0.38%

※1：HBs抗原検査において「陽性」と判定された者(人)

※2：「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者(人)

※3：40歳検診以外の対象者への検診

出典：静岡県特定感染症検査等事業実績

厚生労働省「健康増進事業における肝炎ウイルス検診等の実績」「特定感染症検査等事業における肝炎ウイルス検査等の実績」

救急医療

【対策のポイント】

- 重症度・緊急度に応じた救急医療の提供
- 適切な病院前救護活動と搬送体制の確立

【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
心肺機能停止患者*の1か月後の生存率	10.9% (2016年)	10.5% (2019年)	13.3%	目標に向け更なる検証が必要
心肺機能停止患者*の1か月後の社会復帰率	7.5% (2016年)	7.7% (2019年)	8.7%	目標に向け数値が改善
救命救急センター充実段階評価がS・Aとなった病院の割合	—	100% (2020年)	100%	—

*心因性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例

1 現状と課題

ア 救急医療の現状（救急医療とは）

- 救急医療は、休日・夜間の医療機関の診療時間外における医療の確保と重篤な急病患者等への対応を目的とする医療です。
- 救急医療施設を初期、第2次及び第3次に分けてそれぞれの役割を明確にすることで、限られた医療資源を効率的に活用し、患者のニーズに合わせた救急医療体制を運営していきます。
- 救急医療が必要な事案が生じた場合、適切な医療機関の受診、又は住民等による速やかな搬送要請等が求められます。
- 消防機関による適切な医療機関への搬送により、最適な医療の提供が行われます。
- 急性期を脱した患者は、状態に合った医療を受けるため回復期病棟へ転棟します。これにより急性期に必要な医療資源の確保が可能となります。
- 救急医療体制の円滑な運営のためには、県民の症状に応じた適切な受療行動も必要です。

イ 本県の状況

(ア) 救急搬送の状況

- 本県における救急搬送人数は、年々増加傾向にあり、2011年には140,906人でしたが、2019年には157,117人と11.5%増加しています。その背景として、救急搬送者のうち軽症者の割合が45%を超えるほか、高齢化の進行等が挙げられます。

(イ) 救急医療体制

- 本県では、主として軽症患者の外来医療を担う初期救急医療から、入院が必要な重症患者に対応する第2次救急医療、多発外傷等の重篤患者を受け持つ第3次救急医療、さらには社会復帰までの医療が継続して実施される体制の計画的かつ体系的な整備を推進しています。

(初期救急医療)

- 初期救急医療は、在宅当番医制（22 地区）と休日夜間急患センター（15 施設）により対応しています。
- 歯科にかかる初期救急医療は、在宅当番医制（20 地区）と休日急患センター（5 施設）により対応しています。

(第 2 次救急医療（入院救急医療）)

- 第 2 次救急医療は、第 2 次救急医療圏（12 地区）ごとに病院群輪番制により、入院を必要とする重症救急患者に対応しています（56 病院が参加）。
- その他、救急医療に必要な体制を備え、救急病院等を定める省令に基づき県知事が認定する救急告示病院等があります（72 病院・4診療所）。

(第 3 次救急医療（救命医療）)

- 第 3 次救急医療は、重症及び複数の診療科領域にわたる重篤救急患者の救命救急医療を 24 時間体制で行う救命救急センターについて、東部 2 施設、中部 4 施設、西部 5 施設を指定しています。2017 年 4 月に県内 11 箇所目の救命救急センターとして、藤枝市立総合病院を指定しています。
- 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対する高度専門的救命医療を行う高度救命救急センターとして、2015 年 3 月に中部 1 施設（県立総合病院）、西部 1 施設（聖隷三方原病院）をそれぞれ指定しています。

○県内の救命救急センターは、自家発電機（備蓄燃料を含む。）及び受水槽（備蓄飲料水を含む。）を保有しており、災害時においても、高度な救急医療を提供できる体制を整備しています。

(ドクターヘリ)

- 救急専門医がヘリコプターで現場に急行し救命救急処置を行うことにより、重症患者の救命率の向上や後遺症の軽減を図っています。本県では、ドクターヘリを順天堂大学医学部附属静岡病院（伊豆の国市）と社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院（浜松市北区）で運航し、2 機体制で全県をカバーし、特に山間地や半島部の救急医療体制の強化に大きく貢献しています。更に静岡市以东においては、神奈川・山梨両県との広域連携により、重複要請時の対応に備えています。

(救命期後医療)

- 救命期後医療として、急性期を脱した患者の回復のための医療、在宅医療等を望む患者への退院支援や、合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供しています。

(ウ) 病院前救護活動

(病院前救護活動)

①メディカルコントロール体制¹

¹ メディカルコントロール体制：病院前救護に関わる者の資質向上と地域における救命効果の更なる向上を目的とした以下の体制。

- ①事前プロトコルの策定 ②救急救命士に対する医師の指示体制及び救急活動に対する指導・助言体制
- ③救急救命士の再教育 ④救急活動の医学的観点からの事後検証体制

【役割】

- ①地域の救急搬送体制及び救急医療体制に係る検証
- ②傷病者の受け入れに係る連絡体制の調整等救急搬送体制及び救急医療体制に係る調整

○本県における救急業務の一層の高度化を推進と救急救命士の行う処置範囲の拡大に向けて、救急医療機関、消防機関等で構成する静岡県メディカルコントロール協議会を設置するほか、各地域でも地域メディカルコントロール協議会（8地域）を設置し、病院前救護体制の強化を図っています。

○救急救命士については、所定の講習・実習を修了することで徐々に業務が拡大されています。

- ・心肺停止患者に対する気管内チューブ挿管（2004年7月）
- ・心肺停止患者に対する薬剤（エピネフリン）投与（2006年4月）
- ・ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気道確保（2011年8月）
- ・心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、ブドウ糖溶液の投与（2014年4月）

○メディカルコントロール協議会を中心に講習・実習を実施し、気管挿管、薬剤投与を実施できる救急救命士を養成しています。

②傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（実施基準）

○医療機関と消防機関の連携体制を強化し、傷病者の症状等に応じた救急搬送及び医療機関への受入れが迅速かつ円滑に行われるように、傷病者の疾患の種別、重症度や緊急度等の分類基準と受入可能な医療機関のリスト、消防機関が搬送先を選定するための基準等を策定し、受入可能な医療機関のリストについては毎年度更新を行っています。

③県民への救急蘇生法の普及

○心停止者に対する一般人の自動体外式除細動器（AED）の使用が可能であることから、県民向けの救命講習の中でAED講習を実施しています。AEDやAEDマップの普及に伴い、地域住民の病院前救護活動への参加が更に期待されています。

④広域災害・救急医療情報システム（医療ネットしずおか）

○休日夜間における県民への救急医療情報の提供を行うとともに、医療機関と消防本部等をオンラインで結び患者の搬送に必要な情報の提供を行う広域災害・救急医療情報システム（医療ネットしずおか）を整備しています。2013年12月には機器の更新と合わせて新システムへ移行し、多言語対応や医療機関への道順検索機能など、県民や医療機関の利便性の向上を図っています。

ウ 医療提供体制

（ア）救急搬送

○救急搬送件数が増加している一方で、救急医療機関の減少や医師不足等の影響により医療機関の救急医療体制が縮小しており、受入医療機関の選定と患者搬送が円滑に行われるよう、医療機関と消防機関のより一層の連携体制強化が必要です。

（イ）救急医療体制

（初期救急医療）

○在宅当番医制と休日夜間急患センターによる初期救急医療の診療時間に空白がある地域や、在宅当番医制と休日夜間急患センターがない地域があります。これらの地域、時間帯では第2次救急医療機関が初期救急医療体制をカバーすることとなり、第2次救急医療機関の負担が増加する要因となっています。

- 地域内の医師不足及び高齢化により、当番医の確保が困難になっている地域があります。
- 歯科については、日曜や休日に受診することが困難な地域があります。
- 休日夜間等に院外処方箋が発行される場合は、地域の薬局が調剤を行う体制が必要です。

(第2次救急医療（入院救急医療）)

- 救急患者の増加、初期救急医療体制の縮小等により第2次救急医療機関の負担が増加しています。また、医師不足や病床規模の縮小、一部診療科の休止等により、輪番制から脱退する医療機関があり、輪番体制の確保が困難になりつつある地域があります。
- 脳卒中や心血管疾患などの救急患者については、専門的な治療が可能な病院による受入体制を構築し、対応する必要があります。

(第3次救急医療（救命医療）)

- 第2次救急医療機関の疲弊に伴い、第3次救急医療機関の負担も増加しています。
- 妊産婦の救命医療に対応するため、救命救急センターと総合周産期母子医療センターとの緊密な連携体制を確保する必要があります。
- 特殊な疾病患者に対する高度専門的救命医療については、県内での受入が困難な場合はドクターヘリを活用し県外の医療機関に搬送する場合もあることから、今後、更に対応可能な医療機関の確保などが必要です。
- 急性期を乗り越えた救命救急センターの患者を、一般病棟へ円滑に転棟できる体制が必要です。

(ドクターヘリ)

- ドクターヘリの効果を最大限に発揮するために、119番通報から医師の現場での診察着手までの時間をより一層短縮することが必要です。

(救急医療を担う人材の確保)

- 救急医療体制の維持のため、県内での救急医療を担う専門医、認定看護師等の人材の育成が必要です。

(救急医療機関等と療養の場との間の円滑な移行)

- 地域包括ケアシステムの構築に向け、救急医療機関の機能と役割を明確にし、急性期を脱した患者が回復期を経て在宅等の療養の場に移行できるよう、地域のかかりつけ医や介護施設等の関係機関と連携したきめ細かな取組を行うことができる体制が必要です。

(ウ) 病院前救護活動

(メディカルコントロール体制)

- 救急搬送件数が年々増加し、救急救命士の担う役割が拡大し、救急救命士に対する期待が高まる中で、十分な人員を確保していくことが必要です。

(県民への救急蘇生法の普及)

- 心肺機能停止患者の1か月後の生存率向上のため、心臓マッサージやAED等、バイスタンダー²による心肺蘇生法の実施を普及していくことが必要です。

(エ) 住民の受療行動

- 自己都合による軽症患者の安易な時間外受診（いわゆる「コンビニ受診」）や救急自動車の「タクシー代わり」利用が、救急医療機関の大きな負担となっています。

² バイスタンダー：救急現場に居合わせた人

(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	心肺機能停止患者*の1か月後の生存率	10.5% (2019年)	13.9%	2019年の全国平均値を目標に設定	消防庁「救急・救助の現況」
	心肺機能停止患者*の1か月後の社会復帰率	7.7% (2019年)	9.0%		
	救命救急センター充実段階評価がS・Aとなった病院の割合	100% (2020年度)	100%	全センターに対するS・A評価を継続	厚生労働省調査

*心因性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例

イ 施策の方向性**(ア) 救急搬送**

○2011年4月より傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準が施行されています。この実施状況を各地域のメディカルコントロール協議会により毎年検証し、必要に応じて基準の改定を行う等により、受入医療機関と消防機関との円滑な連携体制の推進を図ります。

○救急搬送件数の増加の原因として、安易な救急自動車の利用も見られることから、「救急の日」「救急医療週間」等を通じて、救急自動車の適正利用について市町と連携して住民に周知し、消防機関の負担軽減を図ります。

(イ) 救急医療体制

○重症度・緊急度に応じた医療の提供や、救急医療機関等から回復期を経て療養の場へ円滑な移行が可能な体制の計画的かつ体系的な整備を進めていきます。

(初期救急医療)

○市町や保健所、地域の医師会と連携して、在宅当番医制から急患センター方式への転換や、急患センターの既存施設の建替えや機能拡充を図り、診療時間の空白の解消や、持続可能な体制確保に向けた取組を進めます。

○歯科については、地域の実情に応じて、市町や地域の歯科医師会による取組を進めます。

○休日夜間等に院外処方箋が発行される場合は、地域の薬局が調剤を行う体制整備を図ります。

(第2次救急医療（入院救急医療）)

○市町や地域の関係機関の協力を得て、体制の確保、充実に努めます。必要な施設、設備については市町と連携して整備、拡充を図ります。

○輪番制の構築による地域内における病院間の役割分担の明確化やICT等による連携の強化を図るなど、地域の実情に応じ、第2次救急医療体制の継続的確保に向けた取組を進めます。

○脳卒中や心血管疾患などの救急患者については、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準により、専門的な治療が可能な医療機関への搬送体制を充実します。

(第3次救急医療（救命医療）)

- 重篤救急医療患者の医療を行う救命救急センターに必要な施設、設備の整備拡充を図ります。
- 救急患者の発生・搬送状況や、総合周産期母子医療センターとの連携、ドクターヘリの効率的な運用、救命救急センターのない地域へのカバーの実態等を考慮し、地域の状況を勘案しつつ新たな救命救急センターの整備を検討します。
- 各救命救急センターにおいて、急性期を乗り越えた患者を一般病棟へ円滑に転棟するための体制整備支援を検討します。

(ドクターヘリ)

- 搬送事案の事後検証などにより救急隊員等の資質向上を図り、適切なドクターヘリ要請により、119番通報から救急現場での診療着手までの時間のより一層の短縮を図ります。
- ドクターヘリの安全かつ安定的な運行を支援します。

(救急医療を担う人材の確保)

- 浜松医科大学を始めとする各機関で医療従事者の育成が行われているほか、各救命救急センターが、救急医療に関する臨床教育の場として医師等を育成します。
- 「ふじのくに地域医療支援センター」において提供する「静岡県専門医研修ネットワークプログラム」を始め、各種の人材育成支援事業により、県内での救急医療を担う人材の育成を図ります。
- 高度化、多様化する看護業務に対応するため、認定看護師等の育成に関して、関係機関等における体系的な研修の実施及び参加を促進します。

(救急医療機関等と療養の場との間の円滑な移行)

- 地域包括ケアシステムの構築のため、救急医療機関、回復期を担う医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関がより密接に連携・協議する体制を、メディカルコントロール協議会等を活用して構築し、より地域で連携した取組を進めます。

(ウ) 病院前救護活動

(メディカルコントロール体制)

- 救急救命士を対象とする講習・実習を継続的に実施し、救急救命士の資質の向上を図ります。

(県民への救急蘇生法の普及)

- 県民向けの救命講習を継続的に開催し、心臓マッサージやAEDの使用等を含め、心肺蘇生法の普及を図ります。

(エ) 住民の受療行動

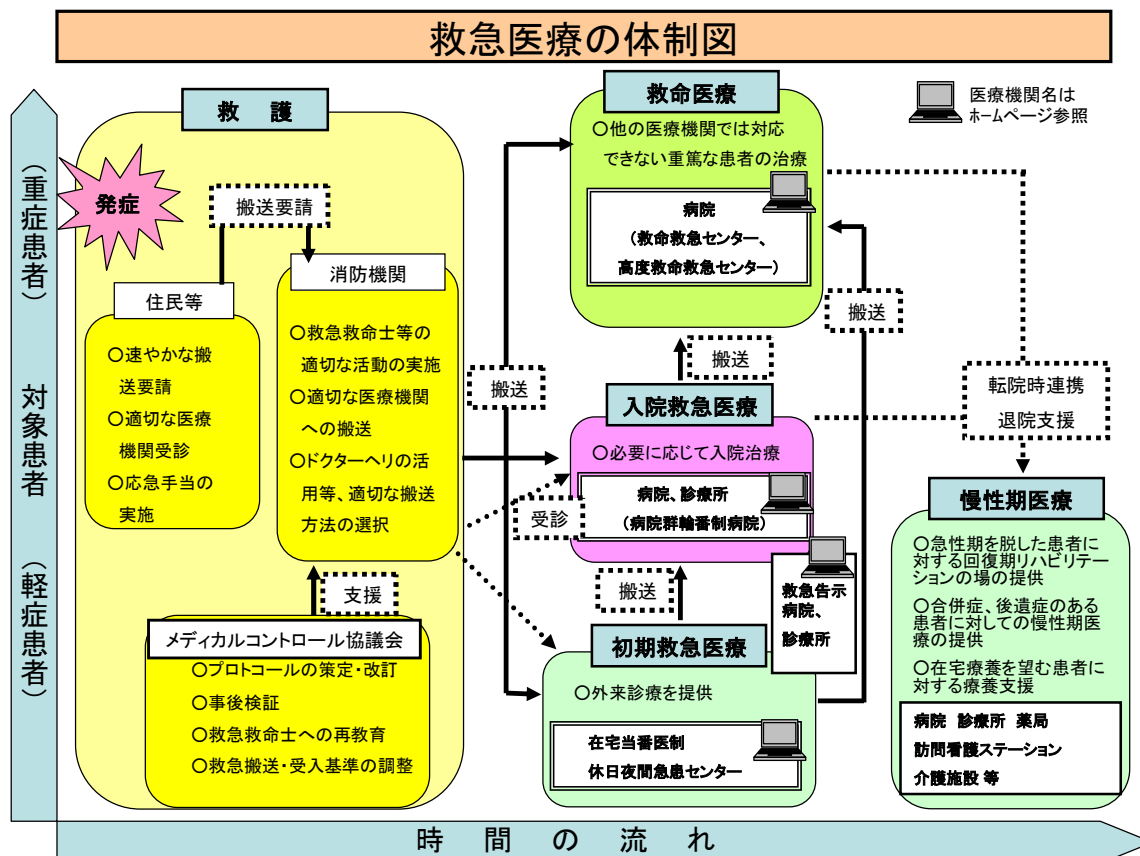
- 救急医療及び救急業務に対する国民の正しい理解と認識を深めるため設けられた「救急の日」及び「救急医療週間」での救急医療を取り巻く環境についての啓発活動により、地域住民に救急医療への理解と適切な受療行動を促します。また、超高齢化社会を迎え、患者が望む場所での看取りを行うため、人生の最終段階における救急医療の受療行動について、患者本人の意思が尊重されるよう、家族や医療関係者の理解を求めています。
- 県民の不安解消や適切な緊急時の受診を進めるため、関係消防機関等と連携して、傷病の緊急度に応じた適切な救急対応について相談に応じる電話相談事業を検討します。

医療機能と体制図

(3) 救急医療に求められる医療機能

	救護	初期救急医療	入院救急医療	救命医療	慢性期医療
ポイント	○適切な病院前救護活動の実施	○外来治療を実施	○必要に応じて入院治療	○他の医療機関では対応できない重篤な患者の治療	○在宅療養を望む患者に対しての退院支援 ○合併症、後遺症のある患者に対しての慢性期医療の提供
機能の説明	・住民等による速やかな搬送要請、適切な医療機関受診、応急手当やAED等による救命処置の実施 ・消防機関における救急救命士等の適切な活動の実施、適切な搬送方法の選択と適切な医療機関への搬送 ・メディカルコントロール協議会によるプロトコルの策定、改定、検証、救急救命士への再教育、救急搬送・受入基準の調整	【休日夜間急患センター、在宅当番医】 ・主として外来における救急医療を実施 ・入院救急医療や救命医療を行う医療機関との連携 【薬局】 ・地域における休日・夜間の急病患者の処方箋調剤を実施	【病院群輪番制病院】 ・初期救急の後方病院として、休日・夜間入院医療を必要とする重症患者の受入れ	【救命救急センター】 ・高度な医療施設とスタッフを備え、24時間体制で脳卒中、心筋梗塞、頭部損傷などの重篤救急患者の治療を実施 【高度救命救急センター】 ・広範囲熱傷等の高度専門的救急医療に対応 【ドクターヘリ】 ・重症患者の救命率向上や後遺症軽減のため救急専門医を現場に急行させ救命救急処置を実施	・気管切開等のある患者の受入れ ・遷延性意識障害等を有する患者の受入れ ・精神疾患を合併する患者の受入れ ・地域包括ケアシステムの構築に向けた居宅介護サービスの調整
		【救急告示病院、診療所】 ・病院群輪番制病院以外での救急医療に協力し、救急患者の入院を受入れ			

(4) 救急医療の医療体制図



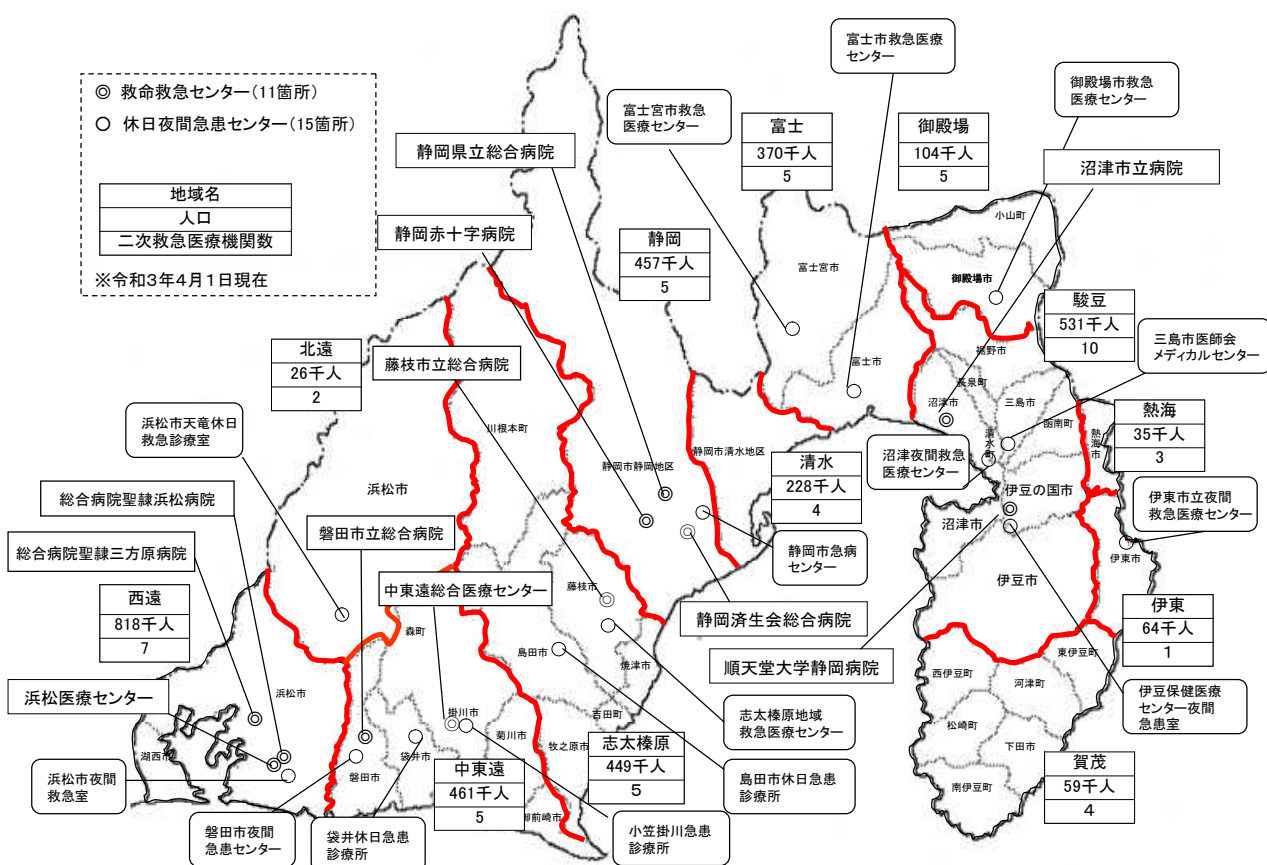
関連図表

(5) 関連図表

○第2次救急医療圏

2次保健医療圏	第2次救急医療圏	構成市町名
賀茂	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	熱海市
	伊東	伊東市
駿東田方	駿豆	沼津市、三島市、裾野市、伊豆市、伊豆の国市、函南町、清水町、長泉町
	御殿場	御殿場市、小山町
富士	富士	富士宮市、富士市
静岡	清水	静岡市（清水区）
	静岡	静岡市（葵区、駿河区）
志太榛原	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	中東遠	磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町
西部	北遠	浜松市（天竜区）
	西遠	浜松市（天竜区以外）、湖西市

○救急医療体制



○在宅当番医制（初期）参加状況（診療所：医療圏別）

	2008年	2011年	2014年	2017年
賀茂	22	17	12	<u>7</u>
熱海伊東	19	12	10	<u>14</u>
駿東田方	137	132	139	<u>112</u>
富士	33	31	33	<u>36</u>
静岡	248	244	229	<u>179</u>
志太榛原	131	108	123	<u>111</u>
中東遠	137	96	37	<u>31</u>
西部	374	287	337	<u>322</u>
県計	1,101	927	920	<u>812</u>

（出典：厚生労働省 医療施設調査（静態））

○入院を要する救急医療体制（二次）参加状況（病院：医療圏別）

	2008年	2011年	2014年	2017年	2020年
賀茂	2	3	4	4	<u>4</u>
熱海伊東	3	5	4	4	<u>4</u>
駿東田方	15	16	16	15	<u>15</u>
富士	4	6	6	6	<u>5</u>
静岡	8	9	10	9	<u>9</u>
志太榛原	4	5	4	4	<u>5</u>
中東遠	6	6	6	5	<u>5</u>
西部	8	7	9	9	<u>9</u>
県計	50	57	59	56	<u>56</u>

（出典：厚生労働省 医療施設調査（静態）、県地域医療課調べ）

○救命救急センター（三次）設置数（医療圏別）

	2008年	2011年	2014年	2017年	2020年
賀茂	－	－	－	－	<u>－</u>
熱海伊東	－	－	－	－	<u>－</u>
駿東田方	2	2	2	2	<u>2</u>
富士	－	－	－	－	<u>－</u>
静岡	2	2	3	3	<u>3</u>
志太榛原	－	－	－	1	<u>1</u>
中東遠	－	1	1	2	<u>2</u>
西部	2	3	3	3	<u>3</u>
県計	6	8	9	11	<u>11</u>

（出典：厚生労働省 医療施設調査（静態）、県地域医療課調べ）

○主たる診療科名を「救急科」としている医師の数

（単位：人）

	2008年	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年
賀茂	－	－	－	－	－	<u>－</u>
熱海伊東	－	－	－	－	1	<u>1</u>
駿東田方	3	3	11	9	8	<u>10</u>
富士	－	－	－	－	－	<u>－</u>
静岡	8	8	11	13	17	<u>19</u>
志太榛原	1	1	3	2	5	<u>4</u>
中東遠	1	2	2	6	7	<u>5</u>
西部	17	17	20	19	26	<u>26</u>
県計	30	31	47	49	64	<u>65</u>

（出典：厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師統計）

○認定看護師数

(単位：人)

	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
県内認定看護師(救急看護)	25	30	32	32	36
県内認定看護師(全認定)	450	482	511	538	560
全認定看護師数(全国)	17,472	18,768	19,894	21,049	21,847

○県内2次保健医療圏域別高齢化率の推移(65歳以上人口の占める割合)

(単位：%)

	2002年	2007年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
賀茂	28.5%	33.2%	41.7%	42.9%	43.9%	44.7%	45.6%
熱海伊東	26.2%	31.5%	41.1%	42.1%	42.9%	43.6%	44.3%
駿東田方	17.7%	21.1%	27.2%	28.0%	28.6%	29.1%	29.6%
富士	16.7%	20.2%	26.1%	26.9%	27.5%	28.0%	28.4%
静岡	19.1%	22.8%	28.4%	29.1%	29.6%	30.0%	30.3%
志太榛原	19.5%	22.7%	28.2%	28.9%	29.5%	30.0%	30.3%
中東遠	18.5%	20.2%	25.3%	26.0%	26.6%	27.1%	27.5%
西部	18.3%	20.9%	26.0%	26.6%	27.2%	27.6%	27.8%
県計	18.8%	21.9%	27.6%	28.3%	28.9%	29.3%	29.7%

(出典：静岡県年齢別推計人口)

○傷病程度別搬送人員及び構成比の推移

(単位：人、%)

	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
死亡	1,892	1,889	1,684	1,532	1,485	1,341	1,539	1,521	1,484
割合	1.3	1.3	1.2	1.1	1.0	0.9	1.0	1.0	0.9
重症	10,177	9,977	10,262	10,101	10,132	9,780	10,134	10,802	11,473
割合	7.2	7.1	7.2	7.1	6.9	6.6	6.6	6.8	7.3
中等症	53,455	54,755	54,775	56,269	58,626	60,404	65,878	70,223	71,071
割合	37.9	38.7	38.3	39.4	39.6	41.0	42.9	44.2	45.2
軽症	75,177	74,745	75,785	74,703	77,295	75,323	75,594	75,902	73,058
割合	53.4	52.8	53.1	52.2	52.3	51.1	49.2	47.8	46.5
その他	205	194	270	346	315	423	432	482	31
割合	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.0
合計	140,906	141,560	142,776	142,951	147,853	147,271	153,577	158,930	157,117

(出典：消防庁「救急・救助の現況」)

○年齢区分別搬送人員構成の推移

(単位：人、%)

	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
新生児	324	223	222	195	178	163	139	128	171
割合	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
乳幼児	6,059	5,994	5,970	5,939	6,288	6,119	6,237	6,610	6,435
割合	4.3	4.2	4.2	4.2	4.3	4.2	4.1	4.2	4.1
少年	5,209	5,122	5,229	5,108	5,312	5,061	5,279	5,356	5,314
割合	3.7	3.6	3.7	3.6	3.6	3.4	3.4	3.4	3.4
成人	51,836	50,788	48,995	48,460	48,240	47,225	47,062	48,209	46,737
割合	36.8	35.9	34.3	33.9	32.6	32.1	30.6	30.3	29.7
高齢者	77,478	79,434	82,360	83,249	87,835	88,703	94,860	98,627	98,460
割合	55.0	56.1	57.7	58.2	59.4	60.2	61.8	62.1	62.7
合計	140,906	141,560	142,776	142,951	147,853	147,271	153,577	158,930	157,117

(出典：消防庁「救急・救助の現況」)

○救急救命士の業務拡大に係る認定者数の推移

	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
気管挿管実施認定者数累計	289	338	386	432	474	514	566	613	663	687
薬剤投与実施認定者数累計	370	372	373	376	376	377	377	377	377	377
ビデオ挿管実施認定者数累計	—	—	18	60	113	176	251	341	418	462
静脈路確保及び輸液・ブドウ糖溶液投与認定者累計	—	—	—	1	102	200	296	388	483	546
指導救命士認定者累計	—	—	—	—	—	18	33	44	53	57

○現状把握のための指標

指標		実績		出典
指標の項目	時点	静岡県	全国	
日本救急医学会指導医数 (人口 10 万人当たり) ※	<u>2021. 1</u>	<u>0. 3</u>	<u>0. 6</u>	日本救急医学会 ホームページ
日本救急医学会専門医数 (人口 10 万人当たり) ※	<u>2021. 1</u>	<u>2. 5</u>	<u>4. 1</u>	日本救急医学会 ホームページ
認定看護師(救急看護) 数 (人口 10 万人当たり) ※	<u>2020. 12</u>	<u>1. 0</u>	<u>1. 1</u>	日本看護協会 ホームページ
救急救命士が同乗している救急自動車の割合	<u>2020. 4</u>	<u>95. 7</u>	<u>92. 6</u>	消防庁 「救急・救助の現状」
住民の救急蘇生法講習の受講者数 (人口 1 万人当たり) ※	<u>2019</u>	<u>85</u>	<u>101</u>	消防庁 「救急・救助の現状」
A E D の公共施設における設置台数 (人口 10 万人当たり) ※	<u>2021. 1</u>	<u>177. 2</u>	<u>170. 6</u>	日本救急医療財団 ホームページ
特定集中治療室を有する病院数 (人口 100 万人当たり) ※	<u>2017</u>	<u>4. 7</u>	<u>4. 9</u>	厚生労働省 「医療施設調査」
心肺機能停止患者の 1 か月後の予後 (生存率)	<u>2019</u>	<u>10. 5</u>	<u>13. 9</u>	消防庁 「救急・救助の現状」
心肺機能停止患者の 1 か月後の予後 (社会復帰率)	<u>2019</u>	<u>7. 7</u>	<u>9. 0</u>	消防庁 「救急・救助の現状」
<u>救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間</u>	<u>2019</u>	<u>39. 2</u>	<u>39. 5</u>	<u>消防庁</u> <u>「救急・救助の現状」</u>

※2019 年 10 月 1 日現在の推計人口(総務省)に基づき各指標の実数から算出

災害時における医療

【対策のポイント】

- 災害超急性期（発災後 48 時間以内）において必要な医療が確保される体制
- 災害急性期（3 日～1 週間）において円滑に医療資源の需給調整等を行うコーディネート体制
- 超急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

【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
業務継続計画を策定している災害拠点病院及び救護病院の割合（対象：87 施設）	20 施設 (22.2%) (2016 年 4 月)	<u>50 施設</u> <u>(57.5%)</u> <u>(2021 年 3 月)</u>	100%	<u>目標に向け数値が改善</u>
業務継続計画に基づき被災した状況を想定した研修及び訓練を実施している災害拠点病院及び救護病院の割合（対象：87 施設）	研修 7 施設 (7.8%) 訓練 14 施設 (15.6%) (2016 年 4 月)	<u>研修 35 施設</u> <u>(40.2%)</u> <u>訓練 36 施設</u> <u>(41.4%)</u> <u>(2021 年 3 月)</u>	100%	<u>目標に向け数値が改善</u>
2 次保健医療圏単位等で災害医療コーディネート機能の確認を行う訓練実施回数	年 1 回 (2016 年度)	<u>年 1 回</u> <u>(2019 年度)</u>	年 2 回以上 (毎年度)	<u>目標達成には施策の改善が必要(2020 年度は新型コロナウイルス感染症の影響により未実施)</u>
静岡 D M A T 関連研修実施回数	年 3 回 (2016 年度)	<u>年 2 回</u> <u>(2019 年度)</u>	年 2 回 (毎年度)	<u>2019 年度は目標値(年 2 回)を達成(2020 年度は新型コロナウイルス感染症の影響により未実施)</u>

1 現状と課題

ア 災害の現状

- 災害には、地震、風水害といった自然災害から、テロ、鉄道・航空機事故といった人為災害及び原子力災害等に至るまで様々な種類があります。また、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や時期等によって被災・被害の程度は大きく異なります。
- 2011 年 3 月に発生した「東北地方太平洋沖地震」は、それまでの想定を大幅に上回る巨大な津波などにより、東日本の太平洋岸の広範な地域に甚大な被害をもたらし、岩手・宮城・福島の前北 3 県の沿岸部を中心に約 2 万人の尊い命を奪う大災害「東日本大震災」となりました。
- また、2014 年 8 月の広島土砂災害、同年 9 月の御嶽山噴火、2016 年 4 月の熊本地震、2018 年 9 月の北海道胆振東部地震が発生し、甚大な被害をもたらしました。
- 近年は、ゲリラ豪雨や竜巻等の突発的発生の増加や、台風の強大化等により、風水害が増加する傾向にあります。
- 爆発物・NBC（N：核物質、B：生物剤、C：化学剤）物質を使ったテロなど特別な対応を

求められるものもあります。

○鉄道、海上及び航空交通等の各分野において、大量・高速輸送システムが発展し、ひとたび事故が発生した場合には、重大な事故になる恐れが指摘されています。

イ 本県の状況

○本県では、2013 年 6 月に発表された静岡県第 4 次地震被害想定で、駿河トラフ・南海トラフ沿いと相模トラフ沿いのそれぞれで発生する二つのレベルの地震・津波を想定対象としています。

○静岡県第 4 次地震被害想定（第一次報告）では、南海トラフ巨大地震により、最悪の場合、死者 105,000 人、重傷者（1 か月以上の治療を要する負傷者）38,000 人の被害が予想されています。

○福島第一原子力発電所の事故による原子力災害を踏まえ、万一、浜岡原子力発電所で同様の事故が発生した場合の備えが求められています。

ウ 医療提供体制

○2 次保健医療圏ごとに、災害拠点病院、救護病院、救護所等の体制を整備し、関係機関の協力の下、医療救護体制を整備し、充実を図っています。

（ア）医療救護施設

○県及び市町は医療救護計画に基づき、災害時医療救護施設として、県が災害拠点病院¹、災害拠点精神科病院²を、市町が救護病院³、救護所⁴等を指定しています。

○医療救護施設は、災害拠点病院・救護病院において重症患者及び中等症患者の受入れ、処置、広域医療搬送への対応等を、また、救護所において、軽症患者の処置を行うこととし、役割分担に応じて相互に補完しながら医療救護活動に当たります。

○災害拠点精神科病院は、精神疾患を有する患者の受入れ、精神症状の安定化、広域搬送のための一時的避難所としての機能等、精神科医療の対応に当たります。

○圏域別に災害時透析拠点施設⁵をおき透析患者の受け入れに当たるなど、医療的配慮が必要な県民への対応に当たります。

○なお、災害拠点病院が圏域内にない保健医療圏では、隣接圏域の災害拠点病院との連携により対応しています。

○より多くの災害時医療拠点の確保と、関係機関相互の密接な連携を図る必要があります。

○災害拠点病院、災害拠点精神科病院、救護病院における施設・設備面での整備、院内の医療救護体制の整備を推進していく必要があります。

○入院患者等の安全確保や災害発生後の医療救護活動の実施のため、救護病院の耐震化を更に進める必要があります。

○病院において、被災後、早急に診療機能を回復できるように、業務継続計画の整備と、整備さ

¹ 災害拠点病院：重症患者や中等症患者、他の医療救護施設で処置の困難な重症患者に対応するために、救命救急センターやこれに相当する病院の中から県が指定した病院

² 災害拠点精神科病院：精神疾患を有する患者の受入れ、精神症状の安定化等、災害時の精神科医療に対応するため、24 時間緊急対応体制を確保した精神科病院の中から県が指定した病院

³ 救護病院：重症患者や中等症患者の処置及び受入れをするために、市町が指定した病院

⁴ 救護所：軽症患者に対する処置を行うために、市町が診療所や避難所として指定した学校等に設置。地域の医師会等が救護活動を行う。

⁵ 災害時透析拠点施設：発災後 72 時間以内に人工透析が必要な患者を集め、透析関係の医療者も参集して、地域で中心的に透析を行う医療機関。

れた業務継続計画に基づき被災した状況を想定した研修・訓練を実施し、平時からの備えを行っていることが必要です。

○救護所を迅速に設置し、適切に医療救護活動を実施するため、救護所で活動する医療従事者等の人材確保や、医薬品等の確保を万全にする必要があります。

○NBC（N：核物質、B：生物剤、C：化学剤）を使ったテロ・災害には、特別な対応が求められることから、救命救急センター等の医療機関における医療従事者への知識の普及や装備の充実を進めていくことが重要です。

（イ）災害時の情報把握

○東日本大震災においては、一般電話等の通信手段がほとんど失われ、医療施設の被害状況等の把握が非常に困難な状況となりました。

○本県においては、災害拠点病院をはじめ、災害拠点精神科病院、救護病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会等に、東日本大震災において貴重な通信手段となった衛星電話が配備されています。

○災害時の迅速な医療活動が可能となるように、また、医療施設の被害状況等の情報を関係機関が収集、共有できるように、「広域災害・救急医療情報システム（EMI S）」⁶に県内全ての病院を登録しています。

○2013年11月に「ふじのくに防災情報共有システム（FUJ I S A N）」⁷に災害医療関係機能を追加し、従来から運用していた救護所開設情報や救護班要請機能のほか、「広域災害・救急医療情報システム（EMI S）」との連携機能や、人工透析機関状況、感染症指定医療機関及び結核病床を有する医療機関状況等を登録、閲覧できる機能を加え、定期的に情報伝達訓練を実施しています。

○「広域災害・救急医療情報システム（EMI S）」の適切な利用を推進し、信頼に足る生きた情報として、情報提供、情報収集、情報共有が可能になるよう、関係機関において複数の操作担当者を確保する等の対応が必要です。

○一般電話回線が復旧するまでの間、情報通信体制を確保するためには、医療救護施設や関係機関の更なる衛星電話の整備促進が必要です。

○「広域災害・救急医療情報システム（EMI S）」はインターネット上のシステムであるため、システムを使用する関係機関は、衛星回線インターネット環境の整備が必要です。

○災害時には複数の通信手段を確保しておくことが重要であり、防災行政無線、衛星電話のほか、MCA無線⁸や日赤無線、アマチュア無線等も積極的に活用する必要があります。

（ウ）広域医療搬送

○南海トラフ巨大地震などの大規模災害が発生した場合、県内の医療機関では対応できない事態も想定されることから、国、他都道府県と連携して広域医療搬送を実施します。

⁶ 広域災害・救急医療情報システム（EMI S）：災害時に医療機関の被災状況などを把握するシステム。

⁷ ふじのくに防災情報共有システム（FUJ I S A N）：災害時の関係機関や市町との情報共有を目的に、基礎となるヘリポート、道路や避難所などの情報をデータベース化し、災害時に被害情報を収集するシステム。

⁸ MCA無線：一定数の周波数を多数の利用者が共同で管理する業務用無線システム。陸上移動通信分野（運輸・物流業務、バス運航業務、タクシー等）において広く利用されている。

- クラッシュ症候群等⁹の広域医療搬送基準に適合した重症患者を、自衛隊機等を活用し、被災地外の空港等を経由して迅速に災害拠点病院等に搬送し、治療を行います。
- 東日本大震災において、初めて実際の広域医療搬送が行われたことを契機に、全国で広域医療搬送に対する取組が本格化しており、S C U¹⁰におけるD M A T¹¹活動等の全国標準化が進められています。
- 静岡県外から参集するドクターヘリは、航空搬送拠点や、ドクターヘリ基地病院（順天堂大学医学部附属静岡病院、聖隷三方原病院）等を拠点として地域医療搬送を行います。
- 広域医療搬送については、国、県、市町、医療機関などの連携の下、訓練により更に習熟度を高めていく必要があります。
- 医療機関側が広域医療搬送トリアージや医療搬送カルテの作成など、適切な対応ができるよう、医療従事者への知識の啓発、普及が必要です。
- 特に、地域医療搬送については、全国各地から参集したドクターヘリが航空搬送を担うことが想定されるため、「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に関わる指針について」（平成 28 年 12 月 5 日付け医政地発 1205 第 1 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を基に作成された災害時のドクターヘリの運用指針等に則り、ドクターヘリの要請手順や自地域における参集拠点に関しても訓練等を通して確認を行うことが必要です。本県では、2020 年 3 月に、中部ブロック 8 県及びブロック内ドクターヘリ基地病院との間に「大規模災害時におけるドクターヘリ広域連携に関する基本協定」を締結し、災害時におけるドクターヘリの迅速かつ効率的な運用に向けた取組を行っています。

(エ) 広域受援

保健医療活動チーム¹²の受入調整、保健医療活動に関する情報連携、保健医療活動に係る情報の整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う体制の整備が必要です。

(災害超急性期（発災～2 日）)

- 災害超急性期においては、D M A T 等による支援が中心になります。
- 南海トラフ巨大地震等の大規模災害発生時には、県からの要請に基づき、非被災都道府県の D M A T 等が派遣され、S C U や災害拠点病院等の活動に従事します。
- 災害超急性期において県内に参集する D M A T 等を円滑に受け入れ、S C U や災害拠点病院等

⁹ クラッシュ症候群等：クラッシュ症候群（挫滅症候群）は、四肢・大腿等の骨格筋が大量に長時間の圧迫等をうけた結果、虚血等により筋障害が生じ、局所・全身に異常を呈する症候群。局所の浮腫・壊死等や、全身症状としては、腎不全、その他の多臓器障害などにより、高い死亡率をきたす。クラッシュ症候群のほか、広範囲熱傷、重症体幹四肢外傷、頭部外傷が広域医療搬送の対象とされている。

¹⁰ S C U（Staging Care Unit：航空搬送拠点臨時医療施設）：航空搬送拠点に設置し、患者の症状の安定化を図り、搬送を実施するための救護所

¹¹ D M A T（Disaster Medical Assistance Team：災害派遣医療チーム）：大地震及び航空機・列車事故等の災害発生直後（概ね 48 時間以内）に活動を開始できる機動性を持った、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣医療チーム

¹² 保健医療活動チーム：D M A T、日本医師会災害医療チーム（J M A T：Japan Medical Association Team）、日本赤十字社の救護班、独立行政法人国立病院機構の医療班、歯科医師チーム、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム、D P A T（Disaster Psychiatric Assistance Team：災害派遣精神医療チーム）、D H E A T（Disaster Health Emergency Assistance Team：災害時健康危機管理支援チーム）、その他災害対策に係る保健医療活動を行うチーム（被災都道府県以外から派遣されたチームを含む。）

において、適切に活動できるよう、配置調整等を行う体制の充実が必要です。

○空路によるDMAT等の参集だけでなく、新東名高速道路等により、陸路参集するDMAT等医療チームの受入体制の整備が必要です。

(災害急性期（3日～1週間）)

○日本赤十字社の救護班や、JMAT、DPAT¹³等による支援が中心になります。

○独立行政法人国立病院機構の医療班や、独立行政法人国立大学病院による支援を受け入れます。

○DMATの活動は段階的に縮小する一方、他都道府県が編成した医療チームによる支援が始まります。

○日赤救護班、JMAT等の支援を円滑に受け入れるためには、日赤県支部、県医師会等の関係団体と、県災害対策本部において密接に連携する体制整備を更に進めることが必要です。

○2次医療圏単位等で円滑に医療資源の需給調整等を行うコーディネート体制を整備するため、災害医療コーディネーター¹⁴を中心とした関係機関によるネットワーク体制の連携強化を推進していく必要があります。

(災害亜急性期（1週間～）以降)

○災害亜急性期以降は、他都道府県が編成した医療チームによる支援が中心になります。

○特定非営利活動法人日本災害医療支援機構（JVMA）や、特定非営利活動法人アムダ（AMDA）等のNPO団体等の支援も受け入れます。

○災害急性期以降においても、各医療圏において、参集した医療チーム等を円滑に受け入れ、適切に配置調整するコーディネート体制の整備が必要です。

(オ) 応援派遣

(DMAT)

○DMATは、大地震及び航空機・列車事故等の災害発生直後（概ね48時間以内）に活動を開始できる機動性を持った、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣医療チームです。

○本県では、全ての災害拠点病院を静岡DMAT指定病院として指定しており、静岡DMATは、被災地域での活動（病院支援、地域医療搬送、現場活動等）及び広域医療搬送活動（SCU活動、航空機内の医療活動等）に従事します。

○全ての災害拠点病院が、DMATを派遣できる体制を整備充実する必要があります。

(DPAT)

○本県では、2017年度現在17病院を静岡DPAT指定病院として指定しており、被災地域での活動（DPAT都道府県調整本部等での指揮調整、被災地での精神科医療の提供、精神保健活動への専門的支援）に従事します。

(応援班)

¹³ DPAT（Disaster Psychiatric Assistance Team：災害派遣精神医療チーム）：大地震及び航空機・列車事故等の災害発生直後（先遣隊においては概ね48時間以内）に精神科医療の提供と精神保健活動の支援が開始できる機動性を持った、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チーム

¹⁴ 災害医療コーディネーター：災害時に、都道府県並びに保健所及び市町村が保健医療活動の総合調整等を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部並びに保健所及び市町村における保健医療活動の調整等を担う本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行うことを目的として、都道府県に任命された者

○応援班は、静岡県医療救護計画に基づき、県内の公的病院等の医療スタッフにより編成し、災害時に県の要請により、県内外に派遣されます。

○南海トラフ巨大地震等の県内における大規模災害発生時は、原則として、所属病院内の救護活動に専念します。

(医療関係団体による医療チーム)

○医師会による J M A T の派遣をはじめ、大学病院、日赤県支部、歯科医師会、病院協会、薬剤師会、看護協会等医療関係団体の協力の下、医療チームの編成・派遣が実施されます。

(カ) 医薬品等の確保・供給

○医療救護施設の備蓄が消費された後の医薬品等の調達については、医療救護施設（救護所を除く）は日常取引のある医薬品卸業者等から、救護所は市町災害対策本部から行う体制となっており、医薬品等が不足した場合に備えて、県は、県医薬品卸業協会等関係団体と協定を締結し、確保、供給体制を整えるとともに、委嘱した災害薬事コーディネーターを県（本庁、方面本部）、市町（災害対策本部等）、薬剤師会（県、地域）に配置し、供給要請等への対応体制をとっています。

○輸血用血液が不足した場合に備えて、血液センター事業所ごとの血液保有状況の把握、調整など、確保、供給体制をとっています。

○人工透析を行うための、大量の水の確保と、専用の薬品等の確保など、医療的配慮が必要な県民への対応が必要です。

(キ) 災害時の健康管理

○災害が沈静化した後も、救護所等での住民等に対する健康管理を中心とした医療が必要となるため、医師会や歯科医師会、D P A T 等を中心とした医療チームが活動を行います。

○医療チームは、避難所等における被災者に対する保健師等の健康支援活動と連携し、必要に応じ、感染症のまん延防止、衛生指導、口腔ケア、メンタルヘルスケアを適切に行うことが必要です。

○生活の変化による被災者の持病の悪化や体調不良の増加、エコノミークラス症候群、生活不活発病、P T S D（心的外傷後ストレス障害）¹⁵の発生を未然に防止するため、広範囲にわたる多数の被災者に対して専門的なケアを行う予防対策を実施します。

(ク) 原子力災害への対応

○福島第一原子力発電所の事故による原子力災害を踏まえ、資機材の整備等の防災対策の充実や原子力災害拠点病院の指定等を行い、原子力災害医療体制を確保しています。

○安定ヨウ素剤について、国の原子力災害対策指針に基づき、P A Z¹⁶圏内の住民に対し、事前配布を実施しています。また、U P Z¹⁷圏内の住民等の分を配備（備蓄）しています。

¹⁵ P T S D（心的外傷後ストレス障害）：何か脅威的あるいは、破局的な出来事を経験した後、長く続く心身の病的反応。

¹⁶ P A Z（Precautionary Action Zone）予防的防護措置を準備する区域：重篤な確定的影響等を回避するため、緊急事態の区分に応じて、直ちに避難を実施するなど、放射性物質の放出前に予防的防護措置（避難等）を準備する区域。区域の範囲の目安は、半径概ね 5 km（御前崎市の全域及び牧之原市の一部）。

(ケ) その他

- 医療機関では、「南海トラフ地震に関連する情報（臨時）」に基づき、救急業務を除き、外来診療を制限又は中止し、入院患者等の安全措置や発災後の医療救護体制の準備を行うこととしています。
- 災害発生時における医療救護活動がどのように行われるか、県民への周知、啓発を更に充実させる必要があるほか、医療従事者に対するトリアージ等、災害医療知識の普及を一層進めていくことも重要です。
- 風水害についても医療機関や医師会、薬剤師会、消防等の関係機関との連携の強化、医薬品の備蓄や防災訓練、住民への啓発、普及に努める必要があります。
- 東日本大震災において、慢性疾患患者等への診療に大きな効果を発揮した、お薬手帳の普及に努める必要があります。

¹⁷ U P Z (Urgent Protective Action Planning Zone) 緊急時防護措置を準備する区域：国際基準に従い、確率的影響を実行可能な限り回避するため、避難、屋内退避、安定ヨウ素剤の服用等を準備する区域。区域の範囲の目安は、半径概ね 31km（牧之原市、藤枝市、島田市、森町及び磐田市の一部。菊川市、掛川市、吉田町、袋井市及び焼津市の全域）。

(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
業務継続計画を策定している災害拠点病院及び救護病院の割合 (対象:87施設)	50施設 (57.5%) (2021年3月)	100%	被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画を整備	静岡県 「R2病院におけるBCPの考え方に基づいた災害対策マニュアル策定状況調査」 ＜R3.3＞
業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施している災害拠点病院及び救護病院の割合 (対象:87施設)	研修	研修 35施設 (40.2%) (2021年3月)	整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施	
	訓練	訓練 36施設 (41.4%) (2021年3月)		
2次保健医療圏単位等で災害医療コーディネート機能の確認を行う訓練実施回数	年1回 (2019年度)	年2回以上 (毎年度)	全県一斉訓練のほか、各2次保健医療圏単位での訓練実施回数の合計値	地域災害医療対策会議開催状況等調査
静岡DMAT関連研修の実施回数	年2回 (2019年度)	年3回 (毎年度)	静岡DMAT隊員の養成及び技能維持向上を図る	「静岡DMAT-L隊員養成研修」、「静岡DMATロジスティクス研修」、「静岡DMAT看護師研修」の実施回数＜R3.3＞

イ 施策の方向性

○「防ぎ^得る災害死」を1人でも減らすため、様々な災害に備え、災害時医療救護体制の整備、充実を図ります。

○災害の超急性期を脱した後も、住民の健康が確保される体制を整備します。

(ア) 医療救護施設

○より多くの災害時医療拠点を確保するため、地域の実情に応じて、災害拠点病院の指定を積極的に推進します。

○施設の耐震化やライフラインの確保など、救護病院等における施設・設備面での整備を引き続き推進します。

○DMATを派遣できる体制を整備充実するため、県内を中心に活動する静岡DMAT-L隊員（LはLimitedの略）を養成し、局地災害対応の強化を図っていきます。

○市町が救護所を迅速に設置し、適切に医療救護活動を実施するため、県は、市町と医師会、歯科医師会、薬剤師会の協定締結を働きかける等、救護所で活動する医療従事者等の人材確保や、医薬品等の確保を推進します。

○県は、平常時から、病院における業務継続計画の整備を働きかけるとともに、市町医療救護体制の整備指導や防災訓練等を通じ、院内の体制整備及び関係機関との連携体制の強化を図ります。

す。また、医療救護活動が円滑に行われるように、必要に応じた医療救護計画の見直しを行います。

○県は、災害拠点病院等にNBC災害に対応するための知識の普及などを進めていきます。

○災害精神医療においては、災害拠点精神科病院を中心として、地域医療連携体制を構築します。

(イ) 災害時の情報把握

○「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」や「ふじのくに防災情報共有システム（FUJISAN）」などの防災情報システムによる、医療救護施設と行政間の迅速な情報伝達や情報共有、医療救護に係る支援要請等に対する連絡・処理体制を、通信手段の確保とともに充実させます。

○「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」等は、各機関で複数の入力担当者を確保するとともに、訓練での使用や必要に応じた研修などの実施により習熟を図り、実効性を高めていきます。

○また、MCA無線や日赤無線、アマチュア無線等、他の通信手段についても積極的な活用を図ります。

(ウ) 広域医療搬送

○関係機関が連携して広域医療搬送訓練を実施し、搬送体制の検証と習熟に努めていきます。

○広域医療搬送に使用するヘリポートの確保を進めます。

○全国から参集したドクターヘリの運航管理体制を整備し、県やSCUへの専門人材配置に取り組みます。

○SCUへの地域医療搬送を円滑に実施するため、消防との連携体制確保を図ります。

(エ) 広域受援

○県外から参集するDMAT及びDPATを円滑に受け入れ、活動を調整するため、県DMAT調整本部及びDPAT調整本部の機能強化を進めます。

○平時から保健医療圏単位等で保健所・市町の行政担当者と地域の医師会や歯科医師会、災害拠点病院等の医療関係者等によるネットワークを構築します。また、災害時に保健医療調整本部¹を設置し、医療救護施設等の保健医療ニーズを把握・分析した上で保健医療活動チームを配置調整する体制を整備します。

○DMAT連絡協議会及びDPAT連絡協議会における協議を踏まえ、各方面本部へのDMAT等の受入れを推進します。

○DMATの陸路による進出拠点を東西（東名足柄SA、新東名浜松SAを想定）に設置し、高速道路インターチェンジから災害拠点病院への緊急輸送ルートを迅速に確保することで、DMATの陸路受入体制を整備します。

¹ 保健医療調整本部：都道府県災害対策本部の下に設置し、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報連携、保健医療活動に係る情報の整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う。
なお、本県では、本機能は健康福祉部が担う。

○災害時における医療の確保を図るため、新たに妊婦や乳幼児にかかる医療機関との調整を行う災害時小児周産期リエゾン²を養成し、小児・周産期医療に特化した調整役として災害医療コーディネーターをサポートする体制を整備します。また、研修・訓練の実施により、医療資源需給調整を行う災害医療コーディネーター、医薬品等や薬剤師の確保・調整を行う災害薬事コーディネーター等の関係機関との連携体制の強化を推進します。

(オ) 応援派遣

○県外大規模災害発生時の本県医療チームの支援調整を円滑に実施するため、DMA T連絡協議会等を中心に、平時から関係団体との連携体制づくりに取り組みます。

○消防等の関係機関と連携した訓練や研修の実施により、DMA T等の資質の向上に努めます。

(カ) 医薬品等の確保・供給

○災害薬事コーディネーターによる地域の医療ニーズを踏まえた医薬品等の確保・供給や薬剤師の配置体制及び市町、医薬品卸業者等との連携等の強化を進めます。

○医薬品卸業者等による医薬品等の供給体制の強化を図ります。

○災害時の人工透析を円滑に行えるよう、平時から水及び専用の薬品等を確保するなど、医療的配慮が必要な県民を支援する体制整備に向けた検討を、保健所、市町、医療機関等で進めます。

(キ) 災害時の健康管理

○被災者に対する感染症のまん延防止、衛生指導、口腔ケア、メンタルヘルスケアを適切に行うため、医療チーム等と保健師等による健康支援活動の連携体制整備により、災害時の健康管理体制を強化します。

○自主防災組織、民生・児童委員、市町職員等の被災者に接する多くの協力者との協働により、支援体制を充実します。

○慢性疾患患者等に対し、適切な薬歴管理に基づく診療を行うため、お薬手帳の普及を推進します。

(ク) 原子力災害への対応

○国の原子力災害対策指針に基づき、医療機関や災害拠点病院、医師会等の関係機関と連携しながら、原子力災害医療に必要な資機材・設備の整備や、医療関係者に対する研修・訓練の実施等、原子力災害医療体制の整備を進めます。

○関係市、医師会及び薬剤師会等の関係機関と連携しながら、P A Z 圏内の住民への安定ヨウ素剤の事前配布を継続的に実施します。

(ケ) その他

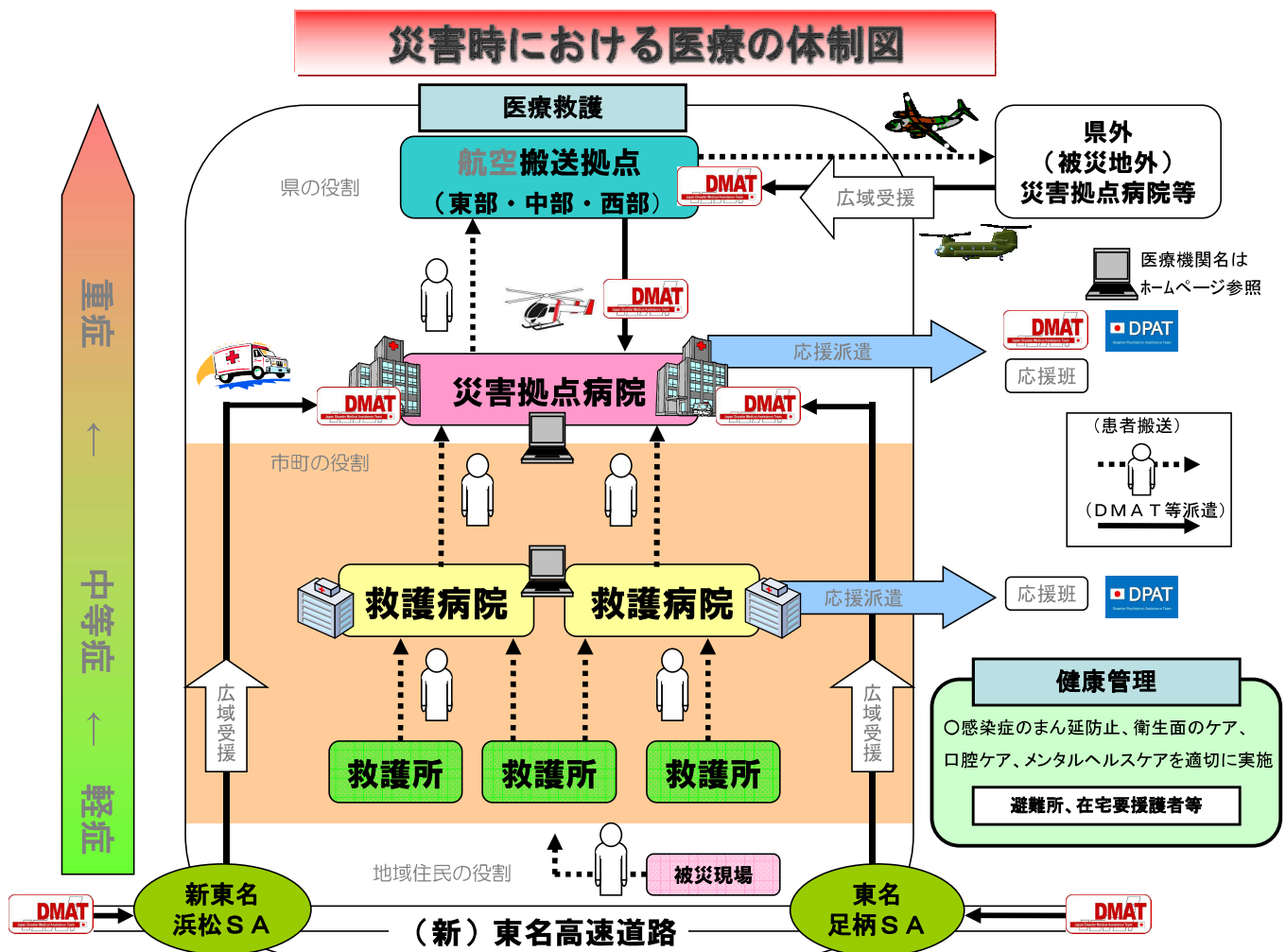
○医師、看護師等医療従事者へのトリアージ等（広域搬送トリアージを含む。）災害医療知識の普及を図るため、関係団体との協力の下に災害医療技術の研修を実施します。

○地域住民を対象に、災害時における医療救護体制、応急手当等の知識の普及を図るとともに、救急医薬品の準備についての啓発を進めます。

² 災害時小児周産期リエゾン：災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県により任命された者

災害時における医療体制に求められる医療機能

	医 療 救 護							医薬品等供給	健康管理
	医療救護施設				広域医療搬送	広域受援	応援派遣		
	【救護所】	【救護病院】	【災害拠点病院】	【災害拠点精神科病院】					
ポイント	○軽症患者の受入れ	○中等症・重症患者の受入れ ○重症患者の災害拠点病院への搬送及び広域医療搬送への対応 ○業務継続計画等に基づく診療機能の早期回復	○重症患者の受入れ ○DMAT等医療チーム受入れ ○広域医療搬送への対応 ○DMAT派遣 ○業務継続計画に基づく診療機能の早期回復	○精神疾患患者の受入れ ○広域搬送のための一時的避難所 ○DPAT受入れ ○DPAT派遣 ○業務継続計画に基づく診療機能の早期回復	○県内で対応できない重症患者の航空機による広域医療搬送 ○SCUへの重症患者受入れ、安定化措置、広域医療搬送	○SCU、災害拠点病院等へのDMAT受入れ ○救護所、避難所等への日赤、JMAT、各都道府県等医療チーム等の受入れ	○県内局地災害発生時のDMAT、DPAT派遣 ○県外大規模災害発生時のDMAT、DPAT等医療チームの派遣	○不足した医薬品等の供給	○感染症のまん延防止、衛生指導、口腔ケア、メンタルヘルスクアを適切に実施
機能の説明	・災害発生時、または警戒宣言時に開設 ・軽症患者に対する処置、必要に応じ中等症患者及び重症患者の応急処置 ・救護病院や災害拠点病院との連携	・中等症、重症患者の処置及び受入れ ・救護所や災害拠点病院との連携 ・広域医療搬送への対応 ・業務継続計画等に基づき、被災後、早期に診療機能を回復	・他の医療救護施設で処置の困難な重症患者の広域的な受入れ ・DMAT等の受入れ及び派遣 ・救護所や救護病院との連携 ・広域医療搬送への対応 ・業務継続計画に基づき、被災後、早期に診療機能を回復	・被災した精神科病院等の精神疾患を有する患者の受入れ ・広域搬送のための一時的避難所 ・DPATの受入れ及び派遣 ・業務継続計画に基づき、被災後、早期に診療機能を回復	・SCUで活動するDMATの受入れ ・ドクターヘリ等による災害拠点病院等からの重症患者受入れ ・SCUでの安定化措置後、自衛隊機等により重症患者を広域医療搬送	・他都道府県や全国組織への支援要請に基づく医療チーム等の派遣受入れ ・災害医療コーディネーターによる医療圏単位の医療資源供給調整（保健所長業務の補完） ・災害医療コーディネーターによる救護所等への薬剤師の応援の調整	【DMAT／DPAT指定病院】被災地に迅速に駆けつけ、救急治療や精神科医療を行うための専門的な訓練を受けた医療チーム（DMAT／DPAT）を保有する病院 【応援班設置病院】県外大規模災害発生時に医療救護チームを編成するための応援班を設置する病院	・災害拠点病院等の備蓄が消費された後の医薬品等の供給 ・災害薬事コーディネーターによる調整 ・市町及び関係団体との連携	・感染症のまん延防止、衛生指導、口腔ケア、メンタルヘルスクアを実施 ・携行式の応急用医療資器材、応急用医薬品の準備 ・医療チームや薬剤師等との連携



関連図表

○指標による現状把握

指 標		実 績	
指標の項目	時点	静岡県	出典元
災害拠点病院指定数	2021. 4	23 施設	災害拠点病院現況調査
病院機能を維持するために必要な全ての建物が耐震化された災害拠点病院の割合	2021. 4	23/23 施設 (100%)	災害拠点病院現況調査
通常時の 6 割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3 日分程度の燃料を確保済の災害拠点病院の割合	2021. 4	22/23 施設 (95. 7%)	厚生労働省「災害拠点病院の現況調査」
衛星電話を設置している災害拠点病院及び救護病院の割合	2020. 4	71/87 施設 (81. 6%)	市町医療救護体制調査
病院の敷地内で患者が利用する全ての建物が耐震化された救護病院の割合	2020. 9	80/85 施設 (94. 1%)	病院の耐震改修状況調査
災害医療コーディネーター任命者数	2021. 4	47 人	県委嘱
災害時小児周産期リエゾン任命者数	2021. 4	16 人	周産期医療・小児医療に再掲
原子力災害拠点病院指定数	2021. 4	2 施設	県指定
原子力災害医療協力機関登録数	2021. 4	8 施設	県登録

○静岡県第 4 次地震被害想定

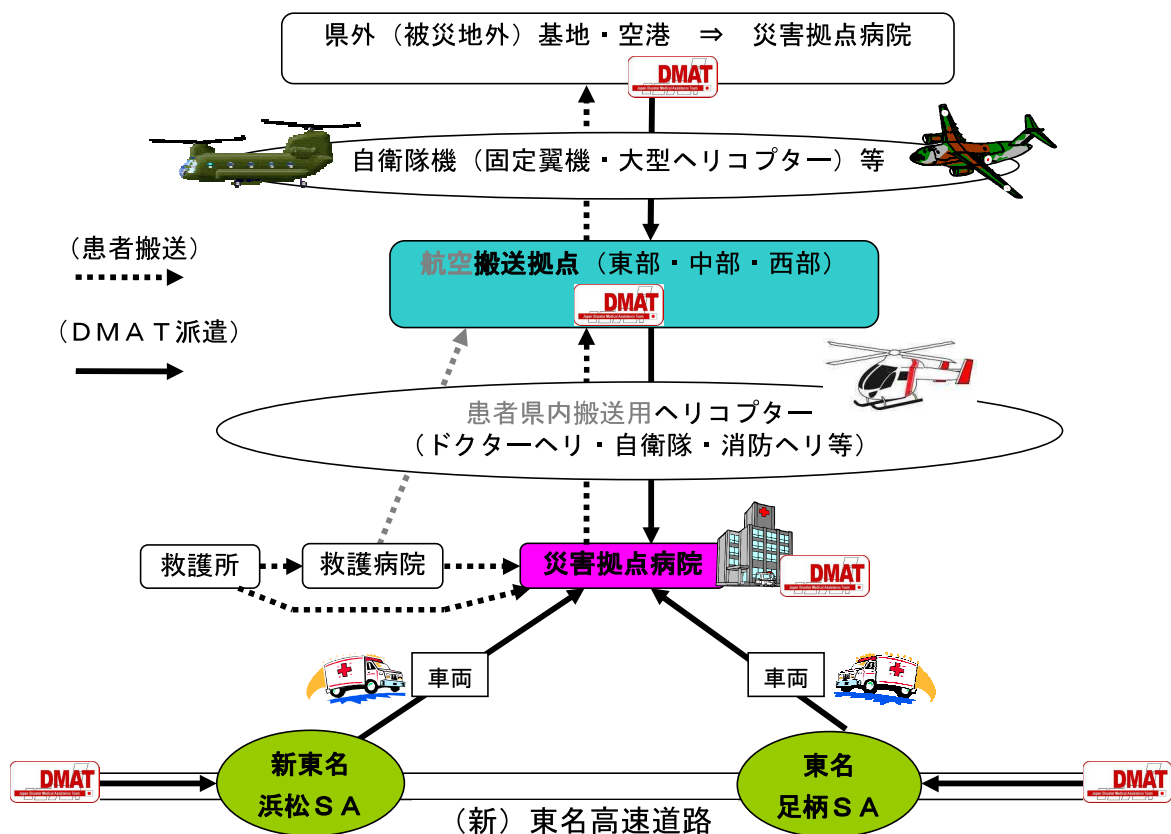
区分	内容	死者及び傷病者数
レベル 1	東海地震のように、発生頻度が比較的高く、発生すれば大きな被害をもたらす地震・津波	・死 者 数 約 16,000 人 ・重傷者数 約 20,000 人 ・軽症者数 約 51,000 人 <予知なし・冬・深夜ケース>
レベル 2	南海トラフ巨大地震のように、発生頻度は極めて低い、発生すれば甚大な被害をもたらす、最大クラスの地震・津波	・死 者 数 約 105,000 人 ・重傷者数 約 24,000 人 ・軽症者数 約 50,000 人 <陸側（予知なし・冬・深夜）ケース>

※死者及び傷病者数は最大被害想定

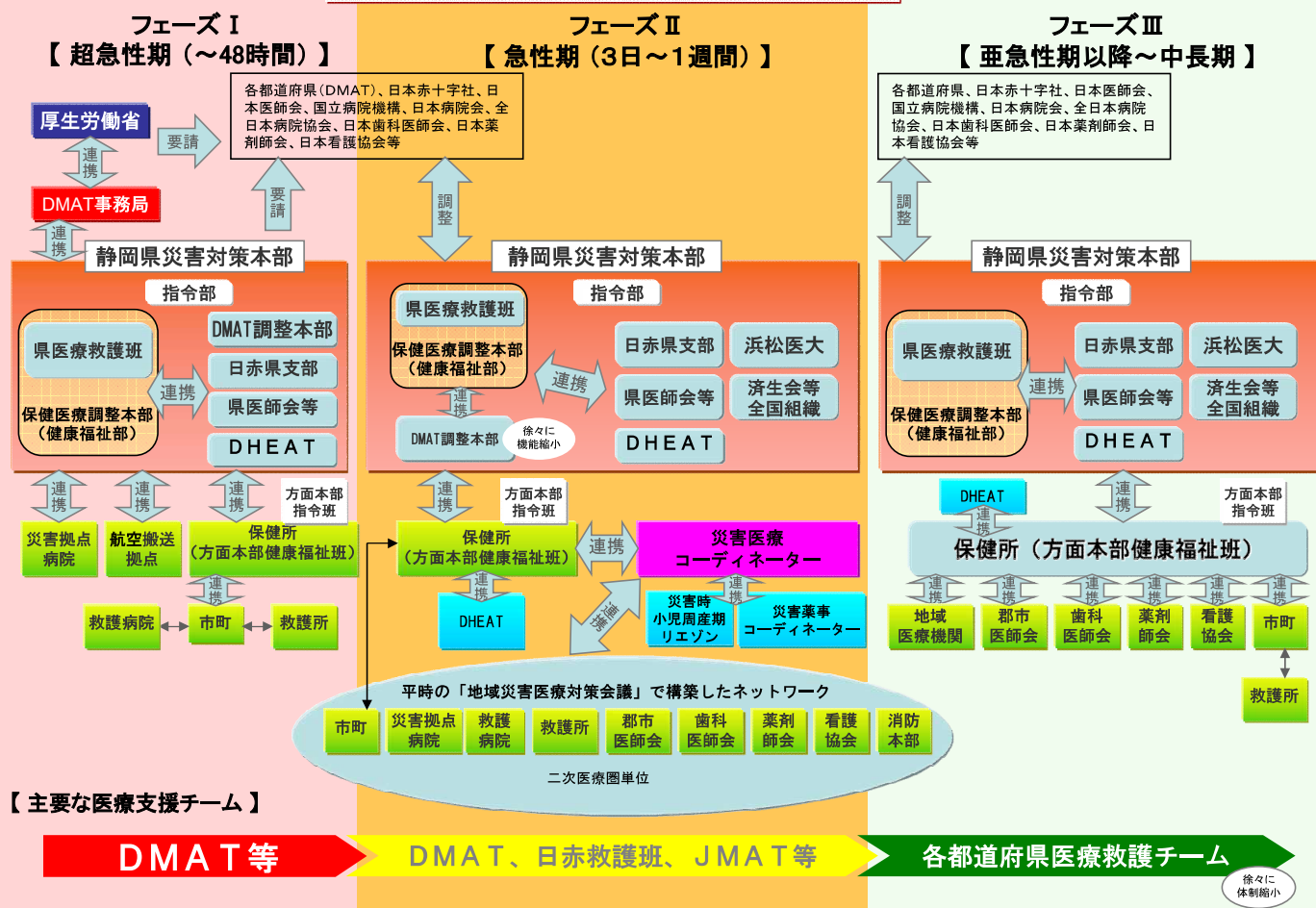
○圏域別医療救護施設指定状況等（2021年2月時点）

2次保健 医療圏	救護所 (市町指定)	救護病院 (市町指定)	災害拠点病院 (県指定)	災害拠点 精神科病院 (県指定)	航空搬送拠点	医療救護チーム	
						DMA T	D P A T
賀茂	<u>16</u>	<u>5</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	愛鷹 広域公園	<u>0</u>	<u>0</u>
熱海伊東	<u>15</u>	<u>4</u>	<u>2</u>	<u>0</u>		<u>2</u>	<u>0</u>
駿東田方	<u>64</u>	<u>25</u>	<u>4</u>	<u>1</u>		<u>9</u>	<u>3</u>
富士	<u>25</u>	<u>11</u>	<u>2</u>	<u>0</u>		<u>6</u>	<u>1</u>
静岡	<u>60</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	<u>1</u>	静岡空港	<u>15</u>	<u>8</u>
志太榛原	<u>32</u>	<u>7</u>	<u>3</u>	<u>0</u>		<u>9</u>	<u>0</u>
中東遠	<u>37</u>	<u>6</u>	<u>2</u>	<u>0</u>	航空自衛隊 浜松基地	<u>5</u>	<u>3</u>
西部	<u>76</u>	<u>17</u>	<u>5</u>	<u>2</u>		<u>15</u>	<u>8</u>
全県	<u>325</u>	<u>85</u>	<u>23</u>	<u>4</u>	3	<u>61</u>	<u>23</u>

広域医療搬送・広域受援

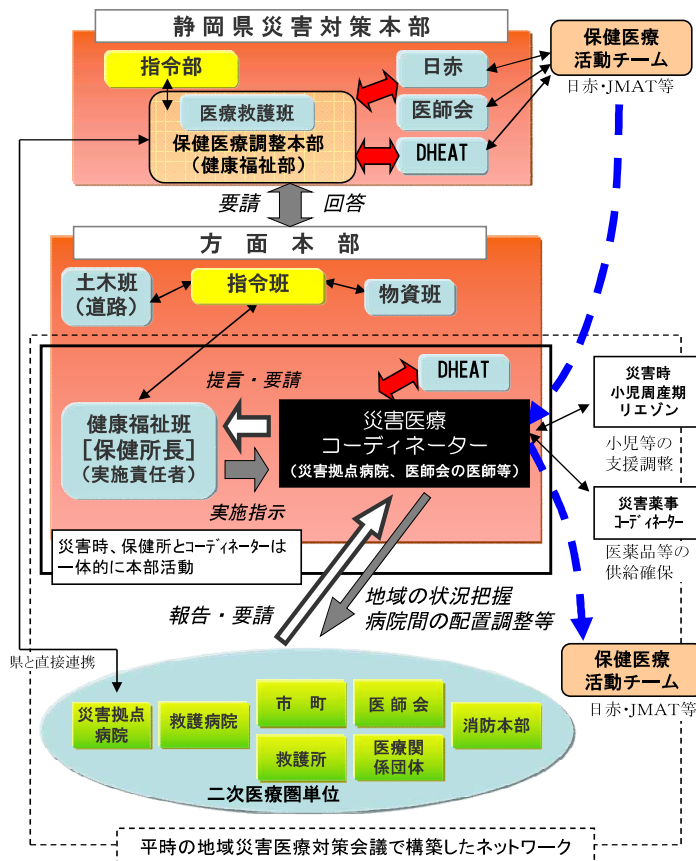


広域受援体制図



災害時（3日～1週間）における災害医療コーディネーターの役割

◎平時に構築したネットワークを活用し、災害時（3日～1週間）の医療資源需給調整に関する保健所長業務を補完



フェーズⅡ【災害急性期（3日～1週間）】中心に活動

活動場所：原則として保健所（困難な場合は所属病院等）

災害医療コーディネーターの活動概要

- 1 平時における役割
 - ・二次医療圏単位等で設置する地域災害医療対策会議の統括として、災害医療関係者のネットワークを構築
- 2 参集
 - ・発災後、48時間以内を目安に、保健所等活動場所に参集（業務調整員の同行を推奨）
- 3 状況把握（サーベイランス）
 - ・保健所、市町が入手済みの医療救護施設活動情報や道路被害状況を把握
 - ・県外医療チーム配置情報を県医療救護班から入手
 - ・災害薬事コーディネーターからの情報入手
- 4 状況分析（アセスメント）
 - ・未入手情報の整理、必要に応じ行政以外からの情報入手
 - ・支援の必要な地域、優先順位の分析
- 5 医療資源需給調整（コーディネート）
 - ・地域内の医療機関の状況を把握、分析し、医療チームの配置調整、集約化や支援を実施
 - ・必要に応じ、県医療救護班に対し医療チームの派遣要請（災害拠点病院は原則として県が直接派遣調整）
 - ・参集した医療チームへの活動指示、情報共有
 - ・災害薬事コーディネーターと連携し医薬品等の供給を確保
 - ・小児等の支援にかかる災害時小児周産期リエゾンとの連携
 - ・健康危機管理の調整にかかるDHEATとの連携

へき地医療

【対策のポイント】

- へき地住民への医療提供体制の確保
- へき地の診療を支援する機能の向上

【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
医療提供支援策 ¹ が実施されている無医地区の割合	100% (2016年度)	100% (2019年度)	100% (毎年度)	目標値を達成 (維持目標)
へき地医療拠点病院による、へき地への巡回診療	年16回/病院 (2016年度)	年12回/病院 (2019年度)	年12回以上/病院	目標値を達成 (維持目標)
へき地医療拠点病院による、へき地への代診医等派遣	年14回/病院 (2016年度)	年31回/病院 (2019年度)	年12回以上/病院	目標値を達成 (維持目標)

1 現状と課題

(1) へき地の医療

- 本県におけるへき地とは、過疎地域、振興山村、離島、無医地区・無歯科医地区（準じる地区を含む。）を言います。
- これらの地域では、医療機関が少ないことから、総合的な診療能力を備えた医師の確保や専門的な医療や高度な医療を行う医療機関へ搬送する体制の整備等を進める必要があります。
- また、住民が各種健診・検診などの保健事業に積極的に参加し、生活習慣の改善などに取り組み、疾病の予防や早期発見に努めることも必要です。

(2) 本県の状況

（県内のへき地の状況）

- 県内には、交通条件や地理的条件等に恵まれない山間地や離島など、いわゆるへき地が15市町にあります。
- また、無医地区²が5市町 15 地区、無歯科医地区¹が6市町 20 地区あります。
- これらの地域では、公共交通機関による通院が困難なため、定期的に医療機関を受診する住民に対し、移動を支援する体制が必要です。加えて、専門的な医療や高度な医療については、重篤な救急患者を高度専門医療機関へ搬送する体制が必要です。

（県内の医療施設従事医師数等の状況）

¹ 市町等による定期的な患者輸送車の運行やへき地医療拠点病院による巡回診療などの、無医地区に対する支援

² 無医地区・無歯科医地区：医療機関のない地域で、中心的な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区。なお、区域内の人口が49人以下の場合、無医地区に準じる地区、無歯科医地区に準じる地区としている。

へき地勤務医師等の状況

- へき地の診療を担っている医師は高齢化が進んでおり、若い医師の専門医志向、病院勤務志向とあいまって、現在医師が勤務している地域においても後継者不足が予想されるため、医師の確保と定着の促進が必要です。
- へき地医療の維持・確保のため、少ないマンパワーでへき地医療を効率的かつ効果的に確保する広域的な支援体制の仕組みづくりが必要です。
- へき地に勤務する医師には、総合診療・プライマリーケアの能力が求められます。また、へき地では、住民の高齢化が著しいため、整形外科など住民の状態等に応じた診療科の医師を確保していく必要があります。
- また、へき地の医療機関では、医師に加え、看護師等の医療従事者の確保も必要です。

(3) 医療提供体制

(ア) へき地診療所等

- 県内には、へき地診療所設置基準³に定める地域において設置されるへき地診療所が 12 診療所あり、へき地の医療を支える役割を担うとともに、へき地地域住民の医療を確保しています。
- へき地病院⁴や準へき地病院⁵、へき地診療所以外のへき地に所在する診療所などの医療機関も、へき地地域住民に対する医療の提供を行っています。

(イ) へき地医療拠点病院

- 県が指定した県内 8 箇所のへき地医療拠点病院⁶は、無医地区等への巡回診療、へき地診療所への代診医派遣等の各種事業を行っています。
- 代診医派遣については、浜松市国民健康保険佐久間病院及び国立病院機構天竜病院からへき地診療所に派遣しているほか、県立総合病院から、へき地公設公営診療所等 5 箇所に派遣を実施しています。2015 年に実施した医療需要調査では、へき地公設公営診療所以外のへき地診療所からも代診医の派遣希望があったことから、へき地公設公営診療所以外の民間のへき地診療所に対する代診制度の拡充と派遣体制の充実強化が課題となっています。

(ウ) へき地医療支援機構

- へき地医療対策に係る各種事業を円滑かつ効率的に実施するため、**県地域医療課**にへき地医療支援機構を設置し、県内の広域的なへき地医療支援事業の企画・調整や、へき地医療拠点病院に対する医師派遣の要請、代診医の派遣調整等を行っています。
- 今後、へき地医療支援機構を中心に、へき地を有する市町や医療機関との連携を図りながら、へき地医療支援機構としての役割を強化していく必要があります。

³ へき地診療所設置基準：診療所を設置しようとする場所を中心として概ね半径 4 km の区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口 1,000 人以上であり、かつ、診療所の設置場所から最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して 30 分以上を要するものであること。（厚生労働省へき地保健医療対策等実施要綱）

⁴ へき地病院：本県におけるへき地医療対策の対象地域にある病院（へき地医療拠点病院及び精神科病院は除く。）

⁵ 準へき地病院：へき地には所在しないが、へき地医療の確保に必要であると考える病院

⁶ へき地医療拠点病院：へき地診療所等への代診医等の派遣、へき地従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院で、県の指定を受けた病院（厚生労働省へき地保健医療対策等実施要綱）

(エ) 自治医科大学卒業医師の派遣

○医師の確保が困難な地域に、自治医科大学卒業医師を派遣しています。

(オ) 行政によるへき地医療支援の取組

○へき地を有する一部市町では、地域住民の医療の確保や、へき地勤務医の勤務環境の整備のため、へき地診療所等の運営の支援や施設の修繕及び備品購入の支援など、様々な施策に取り組んでいます。

○へき地を有する一部市町では、医療機関への受診を支援するため、患者輸送車の運行を実施しており、県は運行経費の一部を補助しています。

○県は、へき地医療の維持・確保のため、へき地医療拠点病院の運営支援やへき地診療所等のへき地の医療機関に対し必要な施設設備の整備支援などを行っています。

(カ) へき地における救急搬送体制

○へき地においては、救急搬送体制の確保も必要です。本県では、ドクターヘリ 2 機の運航により、へき地を含む全県の救急医療をカバーする体制を整備しています。

(キ) へき地における保健予防活動

○へき地においては、“自分の健康は自分で守る、地域で守る”という意識がとても大切です。へき地の住民の健康増進を図るため、地域保健従事者の育成や健診・検診受診促進等の普及啓発などを市町と連携して行っています。

2 今後の対策

(1) 数値目標

項目		現状値	目標値	目標値の考え方	出典
継続	医療提供支援策が実施されている無医地区の割合	100% (<u>2019年度</u>)	100% (毎年度)	へき地への継続的な医療提供は困難であるため、患者輸送車運行事業や巡回診療等による、医療提供の支援を行っていく。	無医地区等調査(<u>厚生労働省</u>)
新規	<u>次のいずれかを実施したへき地医療拠点病院の割合</u> ・巡回診療 <u>年間実績 12 回以上</u> ・医師派遣 <u>年間実績 12 回以上</u> ・代診医派遣 <u>年間実績 1 回以上</u>	100% (<u>2019年度</u>)	100% (毎年度)	良質かつ適切なへき地医療を提供する体制を構築する。	<u>へき地医療支援事業実施状況(静岡県へき地医療支援機構)</u>

(2) 施策の方向性

(ア) へき地住民への医療提供体制の確保

- 自治医科大学卒業医師の配置と、大学、病院、地域の医師会等との連携により、へき地勤務医師の確保及び定着を促進します。
- 総合診療・プライマリーケアを実施する医師の育成・確保を進めます。
- 看護職員養成所等に在学する者を対象とした修学資金制度を活用し、へき地の医療機関に従事する看護師の確保に努めます。
- へき地医療に従事する医療従事者が安心して勤務・生活できるキャリア形成支援を図ります。
- 県内外の医学生が参加する地域医療セミナー（佐久間病院で実施）や、医師をこころざす中高生を対象としたこころざし育成セミナー等の機会を通じて、医療従事者の養成過程等における、地域医療やへき地医療への動機付けを図ります。
- へき地医療の維持・確保を図るため、地元市町等と連携して、へき地の医療を担う診療所等の施設・設備整備の支援に積極的に取り組みます。
- 訪問診療に必要な医療機器の整備に対する支援を実施するなど、在宅医療の推進を図ります。
- 訪問看護については、サテライト型訪問看護ステーションの設置など、へき地を含め全県下での安定的な訪問看護サービスの提供体制の確保を図ります。
- へき地の住民の健康増進を図るため、特定健診をはじめとする各種健診・検診や健康相談等への自発的な参加を促進するために、地方紙や地元ケーブルテレビ等を活用した普及啓発を実施します。また、地域保健従事者の育成や、市町が行う地域保健活動を支援します。

○へき地を有する市町や地域歯科医師会と連携し、地域のニーズに即した歯科医療体制の整備に努めます。

(イ) へき地の診療を支援する機能の向上

- へき地医療支援機構を充実・強化し、総合的なへき地対策の企画・立案を行います。
- へき地医療支援機構を中心に、へき地医療拠点病院等の医療機関との連携を強化し、へき地医療の支援体制の充実を図ります。
- 無医地区の医療及び特定の診療科が関わる医療を確保するため、へき地医療拠点病院の医師等による巡回診療の充実を図ります。
- 医師等がへき地に勤務しやすい環境づくりのため、代診医の派遣制度の充実や医師等の勤務条件の改善を図ります。
- 情報技術を利用した診断支援等のへき地に勤務する医師のサポート体制の充実を図ります。
- 公共交通機関による通院が困難な地域において、定期的な患者輸送車の運行など、医療機関を受診する住民の移動を支援する体制の確保を図ります。
- 重篤な救急患者を高度専門医療機関へ迅速に搬送するため、救急隊員等の資質向上を図るなど、119番通報から救急現場での診療着手までの時間のより一層の短縮を図ります。また、ドクターヘリの安全かつ安定的な運行を支援します。

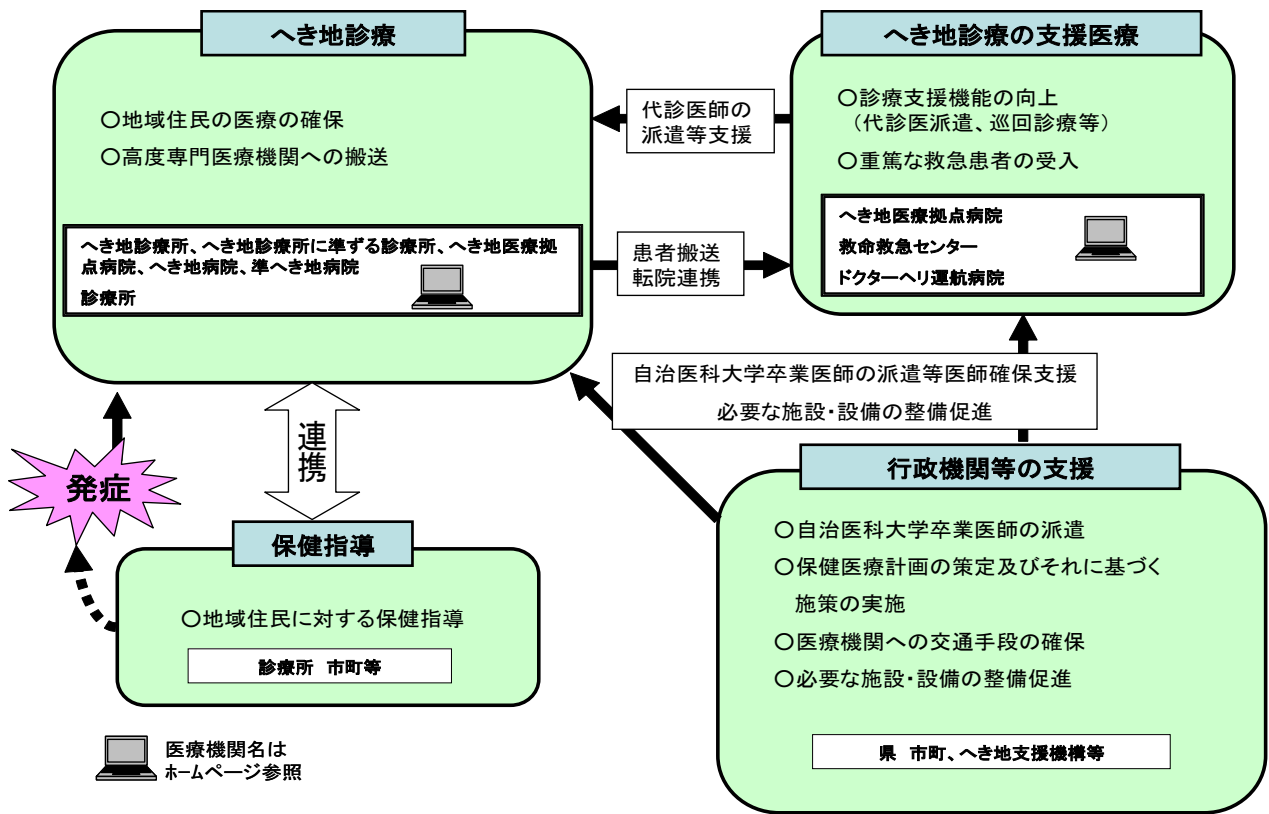
(ウ) 計画の推進

- 県医師会、郡市医師会、市町、へき地医療拠点病院等の関係機関が連携し、地域の実情に応じた医療提供体制の確保と計画の推進に努めます。
- へき地における医療提供体制の現状を把握し、へき地医療支援計画推進会議において定期的に評価・検討を加えます。

(3) へき地の医療体制に求められる医療機能

	保健指導	へき地診療	へき地診療の支援医療
ポイント	○地域住民に対する保健指導	○地域住民の医療の確保 ○高度専門医療機関への搬送	○診療支援機能の向上 ○重篤な救急患者の受入
機能の説明	・保健師等による保健指導の実施 ・保健所及び最寄のへき地診療所との連携	【へき地診療所】 【へき地医療拠点病院、へき地病院、準へき地病院】 ・プライマリケアの実施 ・訪問診療及び訪問看護の実施	【へき地医療拠点病院、ドクターヘリ運航病院、救命救急センター】 ・へき地医療拠点病院によるへき地診療所等への代診医師の派遣、巡回診療の実施 ・定期的な患者輸送 ・ドクターヘリによる救急搬送

(4) へき地の医療体制図



(5) 関連図表

○指標による現状把握

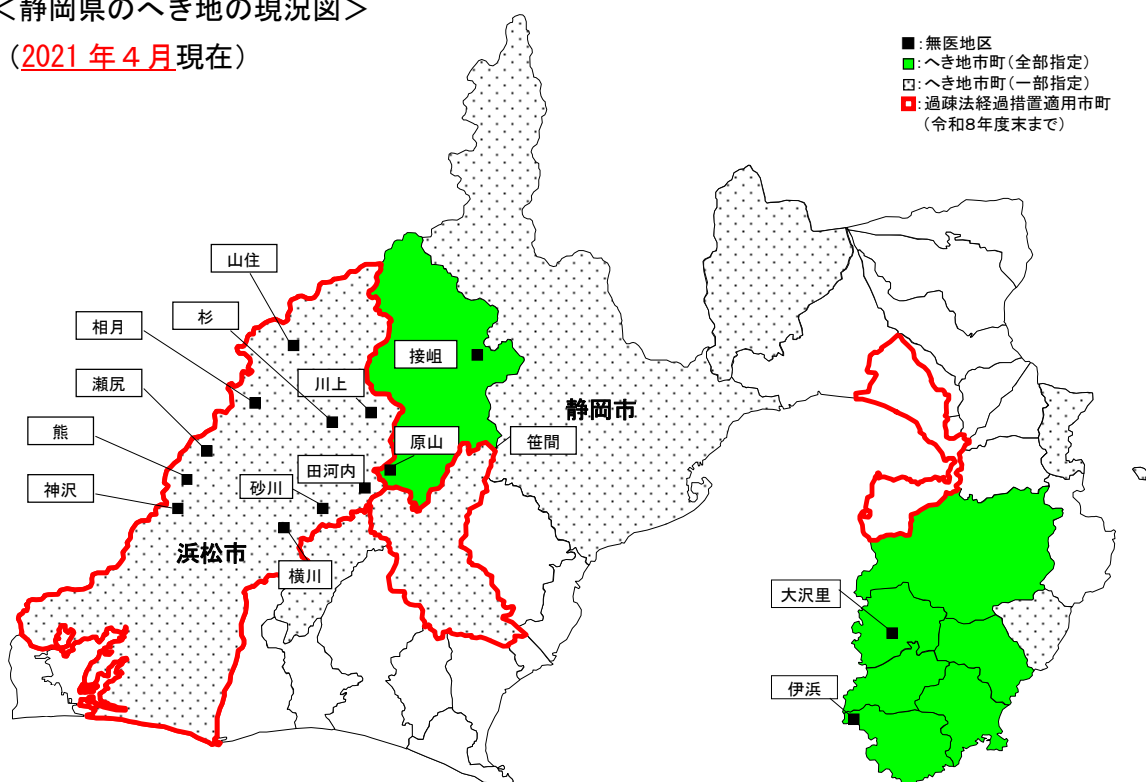
指標		実績		出典
指標の項目	時点・期間	静岡県	全国	
へき地診療所数	2016. 1. 1	11	25. 6	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地診療所の医師数	2016. 1. 1	11. 8	21. 5	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院数	2016. 1. 1	5	7. 4	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院によるへき地への巡回診療の実施回数	2015. 4. 1 ～ 2016. 1. 1	47	129. 7	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院からへき地へ代診医を派遣した回数	2015. 4. 1 ～ 2016. 1. 1	33	91	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」

※全国値は平均値

○県内のへき地の状況

＜静岡県のへき地の現況図＞

(2021 年 4 月 現在)



○各法律に基づくへき地医療対策の対象地域

区分	指定	該当地区	
(1) 過疎地域 (過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法に基づく過疎地域) 【7 市町】	全地域指定	下田市、南伊豆町、松崎町、西伊豆町、川根本町、 <u>伊豆市、河津町</u>	
	一部地域指定	<u>該当なし</u>	
	経過措置適用 (令和8年度末まで)	<u>浜松市(旧春野町、旧龍山村、旧佐久間町、旧水窪町)、沼津市(旧戸田村)、島田市(旧川根町)</u>	
(2) 振興山村指定地域 (山村振興法に基づく振興山村指定地域) 【13 市町】	全地域指定	川根本町	
	一部地域指定	下田市	稲梓村
		東伊豆町	城東村
		河津町	上河津村
		南伊豆町	南上村、三坂村
		松崎町	中川村
		西伊豆町	旧西伊豆町(仁科村)、旧賀茂村(宇久須村)
		伊豆市	旧中伊豆町(上大見村、中大見村、下大見村) 旧天城湯ヶ島町(上狩野村、中狩野村)
		富士宮市	旧芝川町(柚野村)
		静岡市	大河内村、梅ヶ島村、玉川村、井川村、清沢村、大川村
		島田市	旧川根町(伊久美村、笹間村)
		森町	天方村、三倉村
(3) 離島 (離島振興法に基づく離島)	指定地域	熱海市	初島

○ 2 次保健医療圏別無医地区（2019 年調査）

圏域	市町名	旧市町村名	地区名	地区数
賀茂	南伊豆町		伊浜	1
	西伊豆町		大沢里	1
志太榛原	島田市	川根町	笹間	1
	川根本町	中川根町	原山	1
		本川根町	接岨	1
西部	浜松市	天竜市	横川、熊、神沢	3
		龍山村	瀬尻	1
		春野町	田河内、砂川、杉、川上	4
		佐久間町	相月	1
		水窪町	山住	1
計	5 市町		15 地区	

2019 年 無医地区等調査（厚生労働省）

○ 2 次保健医療圏別無歯科医地区（2019 年調査）

圏域	市町名	旧市町村名	地区名	地区数
賀茂	南伊豆町		天神原、伊浜	2
	西伊豆町		大沢里	1
静岡	静岡市		梅ヶ島、長熊、落合、大河内	4
志太榛原	島田市	川根町	笹間	1
	川根本町	中川根町	原山	1
		本川根町	接岨	1
西部	浜松市	天竜市	東藤平・阿寺、懷山、只来*、横川*、熊*、神沢*、大栗安*、西藤平・芦窪・長沢*、石神*、上野*	9
		龍山村	下平山、瀬尻	2
		春野町	田河内、砂川、筏戸大上、杉、川上	5
		佐久間町	大井、浦川*、相月*	3
		水窪町	山住	1
計	6 市町		30 地区	

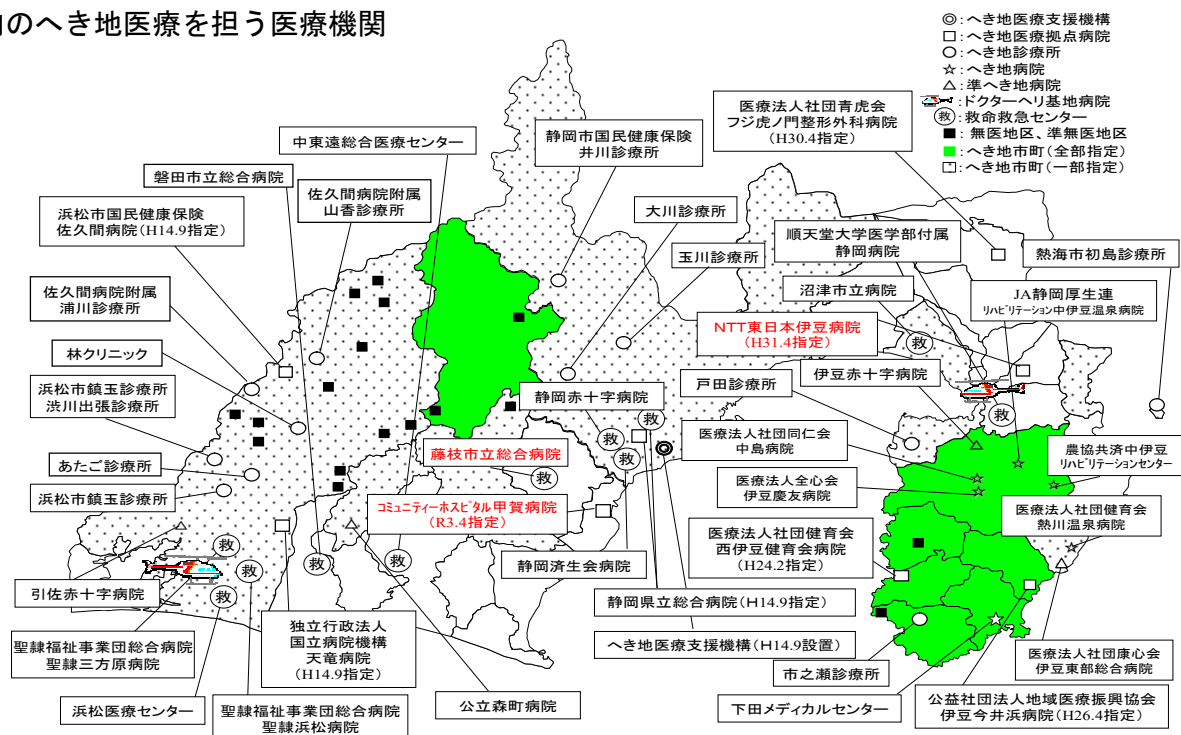
* 無歯科医地区に準じる地区

2019 年 無医地区等調査（厚生労働省）

○ 静岡県の無医地区等数の推移

区分	1999 年	2004 年	2009 年	2014 年	2017 年	2019 年
無医地区	1 7	1 3	1 6	1 1	1 2	1 5
準無医地区	0	2	2	7	5	0
計	1 7	1 5	1 8	1 8	1 7	1 5
無歯科医地区	1 5	1 0	1 9	1 6	1 6	2 0
準無歯科医地区	0	2	2	5	5	1 0
計	1 5	1 2	2 1	2 1	2 1	3 0

○県内のへき地医療を担う医療機関



○2次保健医療圏別へき地診療所等の医療機関数（2021年）

2次保健医療圏名	へき地診療所	へき地医療拠点病院	へき地病院	準へき地病院	救命救急センター	ドクターヘリ基地病院
賀茂	1	2	2	1		
熱海伊東	1					
駿東田方	1	<u>2</u>	4	1	2	1
富士						
静岡	3	1			3	
志太榛原		<u>1</u>			<u>1</u>	
中東遠				1	2	1
西部	6	2		1	3	
全県	12	<u>8</u>	6	4	<u>11</u>	2

○へき地医療拠点病院によるへき地医療支援活動

病院名	活動内容
静岡県立総合病院	代診医派遣、遠隔画像診断、遠隔病理診断の実施
浜松市国民健康保険佐久間病院	巡回診療、代診医派遣、症例検討会の実施
国立病院機構天竜病院	代診医派遣
医療法人社団健育会西伊豆健育会病院	巡回診療
公益社団法人地域医療振興協会伊豆今井浜病院	巡回診療、症例検討会の実施
社会医療法人青虎会フジ虎ノ門整形外科病院	医師派遣
NTT東日本伊豆病院	医師派遣
社会医療法人駿甲会 コミュニティーホスピタル甲賀病院	巡回診療

○へき地医療拠点病院による代診医の派遣実績の推移

(単位：回)

年度	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	備考
静岡県立総合病院	37	27	28	29	26	43	36	へき地公設公営診療所等（6箇所）へ派遣
浜松市国民健康保険 佐久間病院	10	4	5	6	7	11	9	佐久間病院附属浦川診療所へ派遣
国立病院機構 天竜病院	6	6	4	8	5	5	4	あたご診療所、林クリニックへ派遣
医療法人社団青虎会 フジ虎ノ門整形外科病院	二	二	二	二	二	55	59	戸田診療所へ派遣
NTT東日本伊豆病院	二	二	二	二	二	二	48	初島診療所へ派遣

○へき地医療拠点病院による巡回診療実施実績の推移

(単位：回)

年度	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	備考
浜松市国民健康保険 佐久間病院	24	10	12	13	13	13	13	浜松市(旧佐久間町) 吉沢地区、上平山地区
医療法人社団健育会 西伊豆健育会病院	12	12	12	12	12	12	12	西伊豆町大沢里地区
公益社団法人地域医療振 興協会伊豆今井浜病院	-	24	24	24	24	12	12	南伊豆町伊浜地区 天神浜地区は2017まで

○へき地患者輸送車運行事業の状況

(2019年度)

実施市町	対象地区（始点）	実施回数	輸送先医療機関
南伊豆町	三浜地区（伊浜）	週1回	渡辺医院、飯島医院、ヘルスケア診療所、みなとクリニック、白津医院、南伊豆ホスピタル
	南上地区（天神原）	隔週1回	
	三坂地区（差田）	週1回	
川根本町	坂京地区（坂京）	隔週1回	本川根診療所、いやしの里診療所
森町	三倉地区（大河内）	週2回	公立森町病院
	三倉地区（乙丸）	週2回	
浜松市	塩沢地区（塩沢）	月2回	亀井内科、鈴木診療院

○へき地を有する市町のへき地医療支援の取組状況

市町	取組内容
西伊豆町	公設民営診療所の運営支援、施設修繕及び備品購入支援
<u>熱海市</u>	<u>公設公営診療所の管理運営</u>
沼津市	へき地診療所の建物の <u>大規模修繕</u> 及び主な医療機器 <u>購入</u> について市が負担
静岡市	・公設民営診療所の運営支援、施設修繕及び備品購入支援 ・公設公営診療所の管理運営
浜松市	・病院を起点として各集落を結ぶ公共交通の運行 ・公設民営診療所の運営支援 ・公設公営診療所の管理運営 ・天竜区の看護師等の充足を図るため、看護師等修学資金の貸与

周産期医療

【対策のポイント】

- 地域における周産期医療施設間の連携による安全な分娩
- 24 時間対応可能な母体及び新生児の搬送及び受入の体制整備
- 脳卒中や心血管疾患等の産科合併症以外の合併症に対応するための救急医療との連携
- 周産期医療従事者の確保

【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
周産期死亡率 (出産千人当たり)	3.7 (2015 年)	<u>3.7</u> (<u>2019 年</u>)	3未満	横ばいで推移
妊産婦死亡数	1.7 人 (2013～2015 年平均)	<u>0.7 人</u> (<u>2017～2019 年平均</u>)	0人	目標に向け数値が改善
母体救命講習会受講者数	36 人 (2016 年度)	<u>332 人</u> (<u>2020 年度</u>)	累計 427 人 (2021 年度)	目標に向け数値が改善

(1) 現状と課題

ア 周産期の医療

- 妊娠 22 週から出生後 7 日未満までの「周産期」は、合併症妊娠や分娩時の新生児仮死など、母体・胎児や新生児の生命に関わる事態が発生する可能性が高い時期です。
- 周産期を含めた前後の期間における周産期医療は、突発的な緊急事態に備えて産科、小児科双方からの一貫した総合的な体制が必要です。
- 安心・安全なお産のためには、定期的な健診を受けるなど、妊婦の健康管理が適切に行われることが重要です。また、妊産婦に対する健康管理の推進や診療の質の向上のためには、産科及び産婦人科以外の診療科との連携も必要です。
- また、出産後には授乳などで歯科受診が困難となる場合もあるので、妊娠中（安定期）に口腔内のチェックを受け、必要な治療や口腔衛生管理を受けることも重要です。

イ 本県の状況

(出生数及び合計特殊出生率)

- 本県の出生数は、1975 年以降はほぼ毎年減少を続けており、1989 年に 4 万人を、2014 年には 3 万人を下回り、2019 年は 2 万 3,457 人となりました。
- 本県の合計特殊出生率は、2005 年の 1.39 人を底に緩やかな上昇傾向を辿り、2016 年には 1.55 人となりましたが、その後再び低下に転じ、2019 年には 1.44 人となっています。

(周産期死亡数及び周産期死亡率)

- 本県の周産期死亡数は 2015 年の 105 人から 2018 年に 77 人まで減少しましたが、2019 年は再び増加し、88 人となっています。

○本県の周産期死亡率は、2017年から2019年の3年平均で出産千人当たり 3.3 と、全国平均の 3.4 を下回る水準となっています。妊娠 22 週以後の死産率は出産千人当たり 2.7 であり、全国平均 2.7 と同水準となっています。早期新生児死亡率は出生千人当たり 0.7 であり、こちらも 全国平均 0.7 と同水準となっています。

○相対的に出産のリスクが高くなる 35 歳以上の出産の割合は年々高くなっており、2000 年の 10.9% (3,907 人) に対し、2019 年には 27.1% (6,356 人) と比率として約 2.5 倍となっています。

(妊産婦死亡数及び妊産婦死亡率)

○本県における妊産婦死亡数は、2017年から2019年までの3年間の平均で 0.7人 となっています。また、妊産婦死亡率の3年間の平均は出生 10 万人当たり 2.6 と、全国の 3.3 を下回っています。

ウ 医療提供体制

○正常分娩からハイリスク分娩まで、母体・胎児及び新生児の一貫した治療管理が体系的に提供できる体制を整備し、安全・安心な妊娠・出産を確保するため、県内を3つの地域（東部、中部、西部）に区分して、それぞれの地域ごとに、総合周産期母子医療センターを核とする周産期医療システムを整備しています。

○周産期医療システムは、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及び産科救急受入医療機関、その他の分娩取扱施設により構成し、各周産期医療機関がその機能に応じた役割を担うことで、システム全体として正常分娩からリスクの高い分娩まで、あらゆる母体、胎児、新生児に対応しています。

○持続可能な周産期医療提供体制の構築に向け、医師の働き方改革によって医師の労働時間が減少することを見据えた検討が必要です。

(ア) 分娩取扱施設

○県内の分娩を取り扱う施設数は、2009 年以降は 100 施設を下回り、2020 年 12 月末時点では、1995 年の 141 施設と比べて 50 施設減の 91 施設（病院 24 施設、診療所 40 施設、助産所 27 施設）となっています。

○1 医療施設あたりの 1 か月間の分娩件数は、病院、診療所ともに現在は減少傾向です。病院においては平均 40 件、診療所においては平均 30 件前後で推移しています。

○正常分娩やリスクの低い帝王切開術を行う医療機関の確保を行うとともに、ハイリスク分娩の増加により総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの負担が大きくなっていることから、総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターと、その他の分娩取扱施設との機能分担が求められています。

(イ) 周産期医療従事者

○近年、本県の産科・産婦人科の医師は、2006 年の 264 人を底に増加傾向にあり、2018 年は 303 人 となっています。分娩を取り扱う常勤医師は、直近の調査において病院 144 人、診療所 63 人の計 207 人 となっています。

○県における新生児医療を担う常勤医師は 2020 年 4 月時点で 160 人 であり、その多くは小児医療との兼任医師となっており、小児科医が不足しているなか、新生児医療兼任医師の負担は大きくなっています。

- 分娩を取り扱う 24 病院における常勤麻酔科医は 131 人であり、その約半数は西部地域に集中しています。また、2 次周産期医療機関の 17 病院のうち、常勤の麻酔科医が 1 人以下の病院が 4 病院あり、ハイリスク母体等の常時受入のためには、麻酔科の体制充実が必要となっています。
- 直近の調査において 病院に勤務する 常勤 助産師は 524 人、診療所に勤務する 常勤 助産師は 159 人となっています。
- 周産期医療は母体から新生児まで、一貫して治療管理できる体制を整える必要があるため、産科医、新生児医療を行う医師及び麻酔科医の確保が必要です。このほか、助産師や新生児医療を行う看護師等の確保も必要です。
- 産科医、小児科医を含む医師の確保及び偏在対策のため、2019 年度に静岡県医師確保計画が策定されています。

(ウ) 周産期医療関連病床

- N I C U の診療報酬加算病床は 12 施設に、117 床あり、2019 年度 の N I C U 病床利用率は 80.5% となっています。
- 本県の N I C U 病床整備率は出生 1 万人当たり 46.9 床であり、国が定める基準（出生 1 万人対 25 床から 30 床）を超えています。ただし、地域別の病床整備率では、中部地域は 54.1 床、西部地域は 54.9 床であるのに対し、東部地域は 29.15 床であり、地域差があります。
- 2020 年 7 月の静岡県による調査時点で、県内 N I C U に おける入院期間が半年以上に達した 児は 13 人 でした。
- N I C U の整備状況に地域間の偏在があることから、地域バランスを考慮した整備を進めることが求められています。加えて、N I C U の稼動に必要な医療従事者の確保も必要です。
- 2020 年 4 月現在、M F I C U の診療報酬加算病床は 3 施設に、27 床あり、2019 年度 の M F I C U 病床利用率は 70.7% となっています。

(エ) 産科救急搬送

- 母体及び新生児搬送は、基本的には東部、中部、西部の各地域内で行われており、東部地域では順天堂大学医学部附属静岡病院が、中部地域では静岡県立こども病院が、西部地域では総合病院聖隷浜松病院が、1 次・2 次周産期医療機関からの受入要請に対する受入先の調整などのコーディネート機能を担っています。
- 東部地域では、ハイリスク患者に対応できる病院が限られており、緊急時には、主に、順天堂大学医学部附属静岡病院が受け入れを行っています。また、東部地域のうち、富士医療圏では、2 次周産期医療機関では対応できないハイリスク患者 を 主に県立こども病院に 搬送 しています。
- 搬送受入は、概ね地域内で行うことができますが、地域内の病床が満床等の理由で地域を越えた搬送を行う ケースもあります。
- 産科合併症以外の合併症（身体合併症、精神合併症）への対応が全国的に課題となっており、周産期医療と救急医療の連携が重要となっています。3 次及び 2 次周産期医療機関 20 施設のうち、11 施設で救命救急センターを併設しているほか、6 施設でも、脳卒中、心血管疾患、外傷等に 24 時間対応可能となっています。

(地域別の搬送体制)

◇東部地域（２次保健医療圏：賀茂、熱海伊東、駿東田方、富士）

- ・地域周産期母子医療センター及び産科救急受入医療機関が少なく、ハイリスク患者が総合周産期母子医療センターである順天堂大学医学部附属静岡病院に集中しています。
- ・賀茂医療圏では、分娩取扱施設が２施設（診療所、助産所各１施設）のみとなっており、熱海伊東医療圏では、分娩取扱施設が３施設（病院１施設、診療所２施設）となっています。
- ・駿東田方医療圏は、分娩を取り扱う診療所が多く、他の東部地域の医療圏に比べ診療所における分娩比率が高くなっています。
- ・富士医療圏では、２次周産期医療機関では対応できないハイリスク患者については、主に静岡県立こども病院へ搬送しています。

◇中部地域（２次保健医療圏：静岡、志太榛原）

- ・志太榛原医療圏では、帝王切開時に他の診療所の医師が応援に行くなど、診療所間のネットワークが形成されているとともに、病院の新生児科医師が帝王切開に立ち会うなど病院と診療所の連携が形成されています。
- ・重篤な症状の妊産婦に対応するため、救命救急センターを整備している静岡県立総合病院と静岡県立こども病院との母体救急における連携を強化しています。

◇西部地域（２次保健医療圏：中東遠、西部）

- ・中東遠医療圏の東側の地域では、総合周産期母子医療センターである聖隷浜松病院からの距離が離れているため、患者の搬送に時間を要する場合があります。
- ・西部地域には総合周産期母子医療センターが１施設、地域周産期母子医療センター及び産科救急受入医療機関が６施設あり、県内の他地域に比べると、産科、小児科の医師が多く、関係診療科の体制も含め、ハイリスク患者の受入体制が整っています。
- ・NICUの加算病床が５４床あり、県内の半数近くを占めていますが、NICUが満床でハイリスク患者を受け入れることができない場合など、圏域外の病院に受入を要請するケースもあります。

(オ) 災害時における対応

- 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターは、「周産期医療の体制構築に係る指針」において求められている災害時に被害を受けた場合においても早期に復旧するための業務継続計画（BCP）を策定し、通常時の６割程度の発電容量がある自家発電機等、３日分程度の備蓄燃料、病院機能を少なくとも３日間維持可能な水を確保しています。
- 災害時に小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、災害対策本部等において災害医療コーディネーター等をサポートする災害時小児周産期リエゾンを配置し、訓練を行うことが求められています。本県では、2020年度末時点で16人に委嘱していますが、より多くの配置が必要です。

(カ) 妊産婦及び新生児のケア

(妊婦健康診査)

- 安全な分娩のためには、妊婦健康診査による定期的な母体・胎児の健康状態の確認が重要であることから、かかりつけ医を持ち定期的に受診することの必要性を啓発するとともに、受診促進を図るため、2009年度から、県内全市町において14回までの標準的な健診費用が公費で負

担され、経済的負担の軽減がなされています。

○しかしながら、妊婦健康診査を一度も受診せずに分娩するケースや適切な回数の健診を受診していないケースがあります。こうしたケースでは、妊娠経過や出産のリスクを事前に把握できていないため、救急時には母児にとって非常に危険であるとともに、受入医療機関探しが難航する場合があります。

○また、妊婦健康診査の未受診者が、出産後に虐待に至るケースもあることから、健診未受診を端緒として支援の必要な家庭を把握し、支援につなげていくことが重要です。

○妊娠中はう歯などの歯科疾患が進行しやすいと言われており、出産後には授乳などで歯科受診が困難となることもあるので、妊娠中に必要な治療が受けられるよう、妊婦の理解を促進する必要があります。

（在宅医療との連携）

○NICUやGCUを退院した医療的ケア児等が生活の場で療養・療育できるよう支援する機能が必要です。

（産後うつ）

○核家族化や産後の早期退院化により、出産直後から母親が一人で育児をするケースが増え、母親が満足に健康回復できない、育児不安が生じるなどの問題が生じています。こうした母親に対する心身のケアや育児のサポートが必要とされています。

○産後うつの発生率は10%前後で推移しており、自殺や虐待の防止のためにも産後うつ対策が急務とされています。

(2) 今後の対策

ア 数値目標

	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
継続	周産期死亡率 (出産千人当たり)	<u>3.7</u> (2019年)	3未満	全国トップクラスを目指す。 (2015年に3未満であったのは6県のみ)	厚生労働省「人口動態統計」
	妊産婦死亡数	<u>0.7</u> 人 (2017～2019年平均)	0人	過去最高の水準(2014年: 0人)で設定	厚生労働省「人口動態統計」
	母体救命講習会受講者数	<u>332</u> 人 (2020年度)	累計 <u>474人</u> (2023年度)	産科医全員等が受講	県地域医療課調査

イ 施策の方向性

(ア) 分娩取扱施設

- 東部、中部、西部の3地域を単位とした地域の周産期医療施設のネットワークによる持続的な周産期医療体制の整備を進めるため、地域の中核となる総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターへの支援を行うとともに、地域における周産期医療施設の機能分担による施設間の連携等、地域の実状に即した医療体制を各地域で検討します。
- 新たに分娩を取り扱う施設を支援するため、施設及び設備の整備を行う分娩取扱施設に対し助成を行います。

(イ) 周産期医療従事者の確保及び育成

- 魅力ある研修プログラムを提供し、県内での周産期医療に携わる専門医の養成を図るなど、静岡県医師確保計画に基づき、医師の確保及び偏在対策に努めます。
- また、看護職員に対する認定看護師(新生児集中ケア、小児救急看護等)資格取得支援を行う医療機関に対する支援を行います。
- 分娩を取り扱う産科医及び助産師並びに新生児医療担当医に手当を支給する病院に対して助成を行うなど、産科医、新生児医療担当医等の処遇の改善を支援します。
- 周産期医療従事者の専門的な知識習得や、初期研修医の産科、新生児科へのリクルート、助産師の資質向上及び助産師と産科医、産科以外の診療科の医師との連携強化、母体急変時の初期対応の習得などを目的とした研修会を開催します。また、周産期死亡率、妊産婦死亡数の減少のため、県内の母体・児の死亡症例の状況等について調査・分析し、症例の検討を通して得られた知見や治療方針を医療従事者で共有することで、周産期医療体制の強化を図ります。
- 浜松医科大学に設置した地域周産期医療学講座において、周産期医療に携わる専門医の養成に対する支援を行い、県内の周産期医療に携わる人材の確保を図ります。

(ウ) 周産期医療関連病床の整備

- NICUは、整備状況に地域間の偏在があり、満床を理由にハイリスク患者の受け入れができないケースもあることから、地域バランスや病床の利用状況等に応じて効率的に運営されるよう、必要な施設、設備及び運営に対する支援を行います。

(エ) 産科救急搬送の整備

- 症状が安定し、搬送元医療機関等で治療管理可能な患者については、搬送元医療機関への戻り搬送を行うなど、3次・2次周産期医療機関において、緊急患者の受け入れができるような体制を確保します。
- 県境を越えた母体及び新生児の搬送受入が引き続き円滑に行われるよう、必要に応じ、隣接県との調整を行います。
- 身体合併症を有する母体に対応するため、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター等における救命救急センター又は関係診療科との一層の連携強化を図ります。
- 精神合併症を有する母体に対応するため、産科と精神科との連携強化を図ります。

(地域別の搬送体制)

◇東部地域

- ・ 地域周産期母子医療センター及び産科救急受入医療機関におけるハイリスク患者の受入体制の拡充を図るとともに、分娩取扱施設の確保に努めます。

◇中部地域

- ・ 県立こども病院と県立総合病院の相互連携を一層進め、総合周産期母子医療センターの機能強化を図ります。

◇西部地域

- ・ 中東遠医療圏において、関係診療科も含めた産科救急受入体制の充実等による2次周産期医療機関の機能強化を図ります。

(オ) 災害時における対応の強化

- 災害時小児周産期リエゾン研修の積極的な受講を促し、より多くのリエゾンの養成を目指します。
- 災害時における、分娩可能な施設等についての情報伝達方法について、災害時小児周産期リエゾン等の関係者と連携しながら、体制の整備に努めます。

(カ) 妊産婦及び新生児のケアの充実

(妊婦健康診査)

- かかりつけ医を持ち妊婦健康診査を受診することの必要性について引き続き啓発を行うとともに、妊婦健診未受診者の分娩状況について、より詳細な情報等把握を行い、効果的な受診促進に努めるよう、市町に対し働きかけていきます。また、妊婦健診で把握した支援の必要のある妊婦について、適切な支援が行われるよう、医療、保健、福祉の関係機関との連携体制を構築します。
- 妊娠中に口腔内のチェックを受け、出産前に必要な治療や口腔衛生管理を受けることの重要性について啓発等を促します。

(在宅医療との連携)

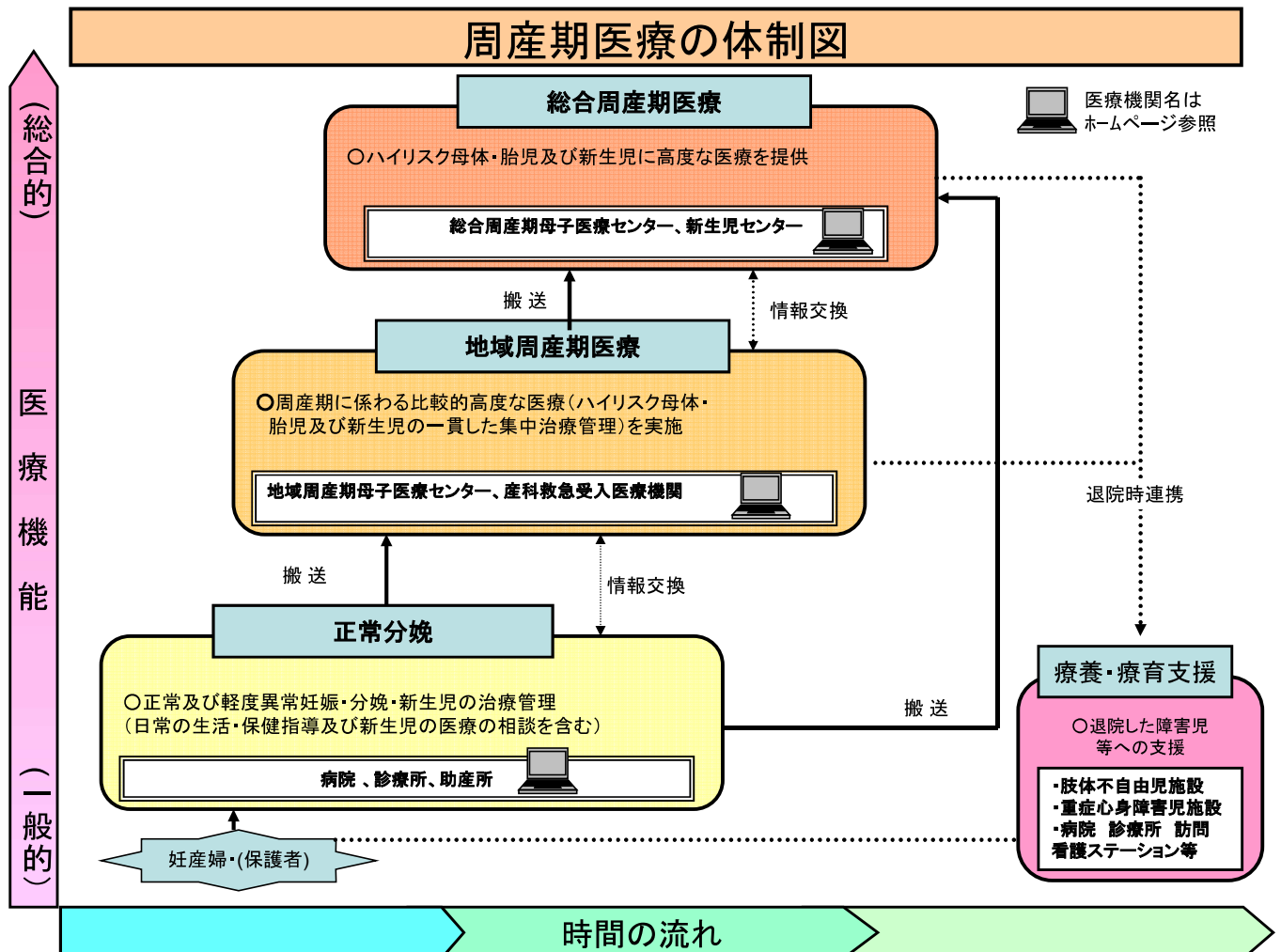
- NICU、GCUに長期入院している児に対し、一人ひとりの児にふさわしい療育・療養環境を確保するための体制整備を検討するとともに、在宅での療養に対する支援の充実を図っていきます。
- NICU等を退院後、地域で医療的なケアを要する児や家族が適切な医療支援を受けるために、医療従事者等に対して、環境整備や地域連携についての研修を行います。

（産後うつへの対応）

- 産後うつの早期発見のための産婦健診の実施を市町に働きかけていくと同時に、産婦健診で把握した支援の必要な母子に対する支援が適切に行なわれるよう、産科や精神科などの医療と保健の連携体制を構築します。

周産期医療の体制に求められる医療機能

	正常分娩	地域周産期医療	総合周産期医療	療養・療育支援
ポイント	○正常及び軽度異常妊娠、分娩、新生児の治療管理（日常生活、保健指導及び新生児の医療の相談を含む。）	○周産期に関わる比較的高度な医療（ハイリスク母体、胎児及び新生児の一貫した集中治療管理）を実施	○ハイリスク母体、胎児及び新生児に高度な医療を提供	○退院した障害児や家族等への支援
機能の説明	- 産科に必要とされる検査、診断、治療を実施（助産所を除く。） - 正常分娩を実施 - 他の医療機関との連携により、合併症や、リスクの低い帝王切開術、その他の手術に適切に対応 - 妊産婦のメンタルヘルスへの対応	【地域周産期母子医療センター】 - ハイリスク母体・胎児及び新生児の常時受入れ、母体・胎児及び新生児の比較的高度な医療の実施 【産科救急受入医療機関】 - ハイリスク母体・胎児を常時受入れ、母体・胎児の集中管理	【総合周産期母子医療センター】 高度な医療施設とスタッフを備え、常時、ハイリスク母体・胎児及び新生児の搬送受入れ体制を有し、あらゆる異常妊娠・分娩及び新生児に対する一貫した治療の実施	- 周産期医療施設と連携し、人工呼吸器の管理が必要な児や、気管切開等のある児の受入れ - 救急対応可能な病院等との連携 - 地域又は総合周産期母子医療センター等の周産期医療施設と連携し、療養・療育が必要な児の診療情報や治療計画等を共有 - 家族に対する精神的なサポート等の支援の実施



関連図表

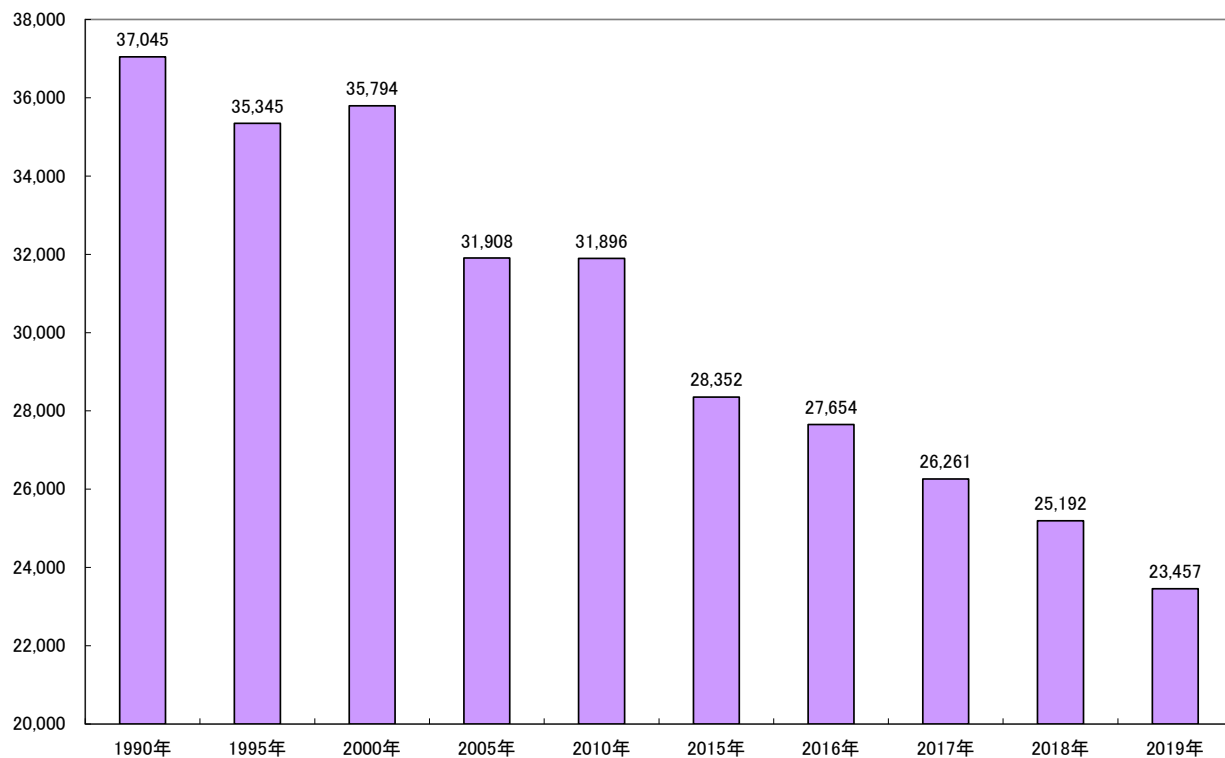
○指標による現状把握

指 標	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2017～ 2019平均
出 生 数	37,045	35,345	35,794	31,908	31,896	28,352	27,654	26,261	25,192	23,457	24,970
合計特殊出生率	1.60	1.48	1.47	1.39	1.54	1.54	1.55	1.52	1.50	1.44	1.49
周産期死亡率（出生千対）	10.3	7.8	5.6	5.0	4.2	3.7	4.1	3.2	3.0	3.7	3.3
全国平均	11.1	7.0	5.8	4.8	4.2	3.7	3.6	3.5	3.3	3.4	3.4
全国順位	11	37	22	28	24	25	38	12	15	30	－
妊娠22週以後死産率（出生千対）	8.6	6.4	4.5	3.8	3.3	3.0	3.6	2.9	2.2	2.8	2.7
全国平均	9.2	5.5	4.5	3.8	3.4	3.0	2.9	2.8	2.6	2.7	2.7
早期新生児死亡率（出生千対）	1.7	1.4	1.1	1.2	0.8	0.7	0.6	0.3	0.8	0.9	0.7
全国平均	1.9	1.5	1.3	1.0	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
新生児死亡率（出生千対）	2.3	2.1	1.5	1.8	1.1	0.9	0.8	0.5	1.2	1.4	1.0
全国平均	2.6	2.2	1.8	1.4	1.1	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
全国順位	11	20	11	24	28	28	18	3	40	43	－
35歳以上の出産数	2,814	3,101	3,907	4,726	7,057	7,278	7,272	6,959	6,691	6,356	6,669
出生千対	76.0	87.7	109.2	148.1	221.3	256.7	263.0	265.0	265.6	271.0	267.1
妊産婦死亡数	4	2	3	1	0	3	1	1	0	1	0.7
出生10万対	10.4	5.5	8.1	3.1	0.0	10.4	3.5	3.7	0.0	4.2	2.6
出生10万対（全国）	8.2	6.9	6.3	5.7	4.1	3.8	3.4	3.4	3.3	3.3	3.3

（出典）厚生労働省人口動態調査、静岡県の人口動態統計の概況
 ＊新生児死亡率及び2017～2019年の3年平均は人口動態調査から計算
 ＊全国順位は死亡率の低い方からの順位

（出生数の推移）

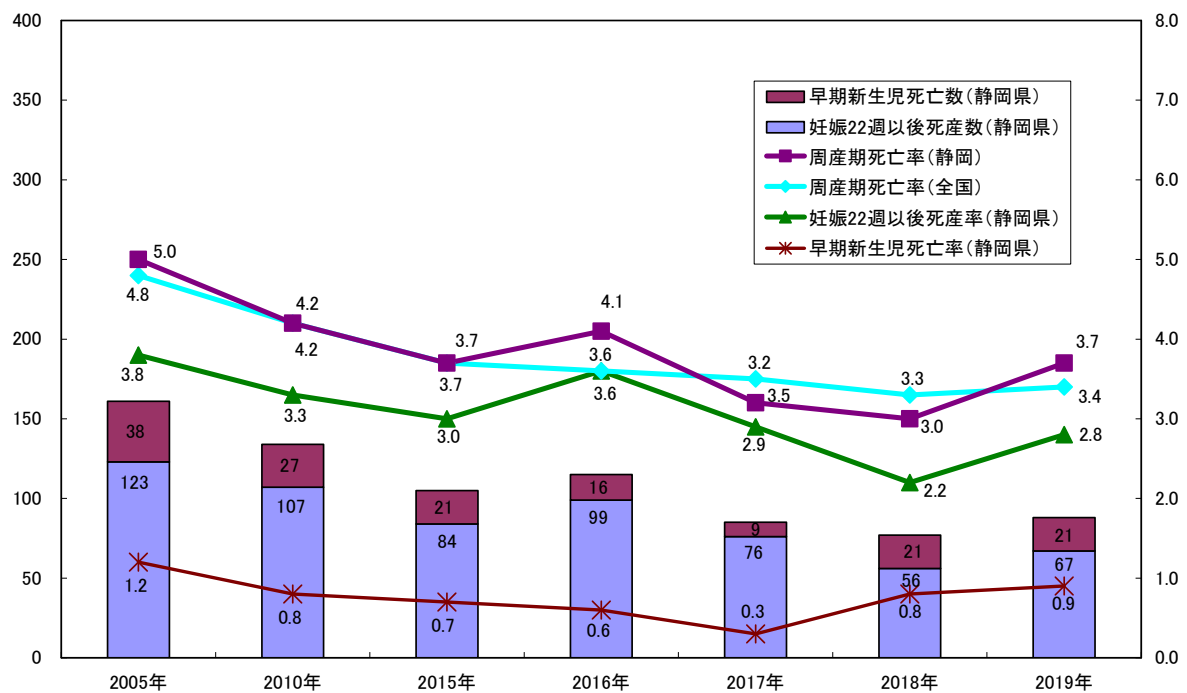
（単位：人）



(周産期死亡率)

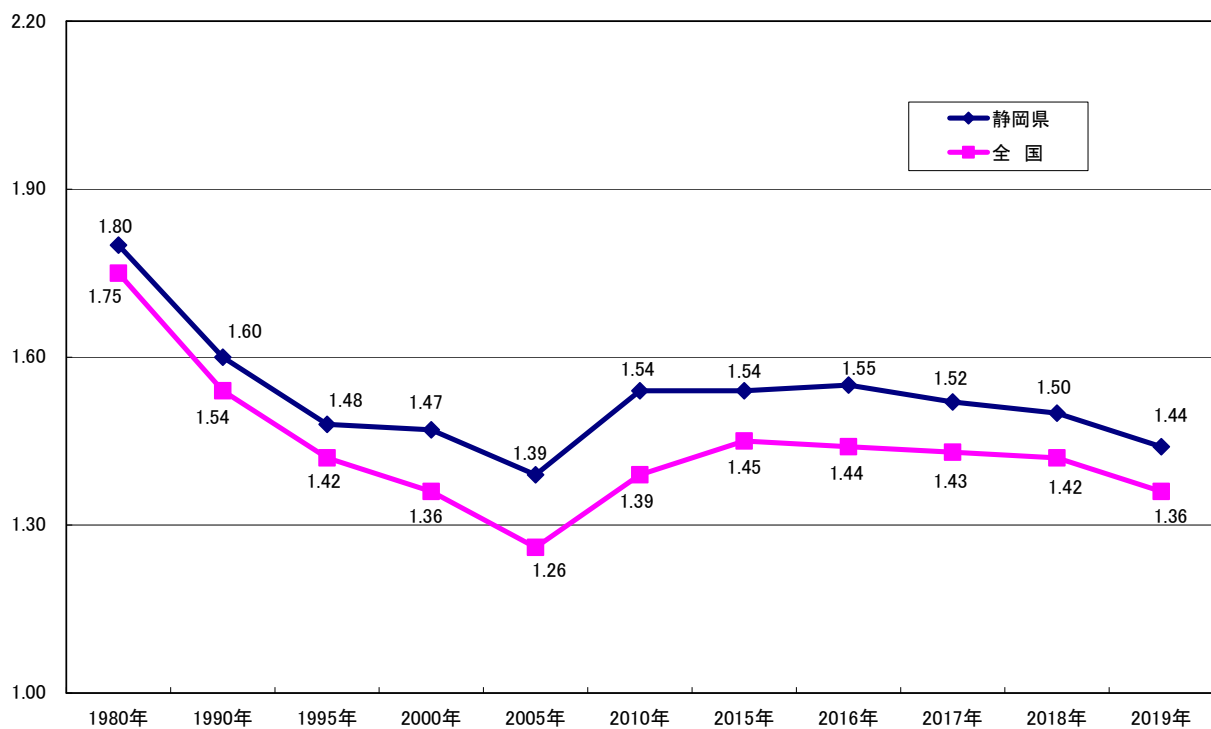
死産数・死亡数
(人)

死亡率・死産率
(出生千対)



(合計特殊出生率)

(単位：人)



○分娩取扱施設数

(二次医療圏別の分娩取扱施設数：2020 年 12 月現在)

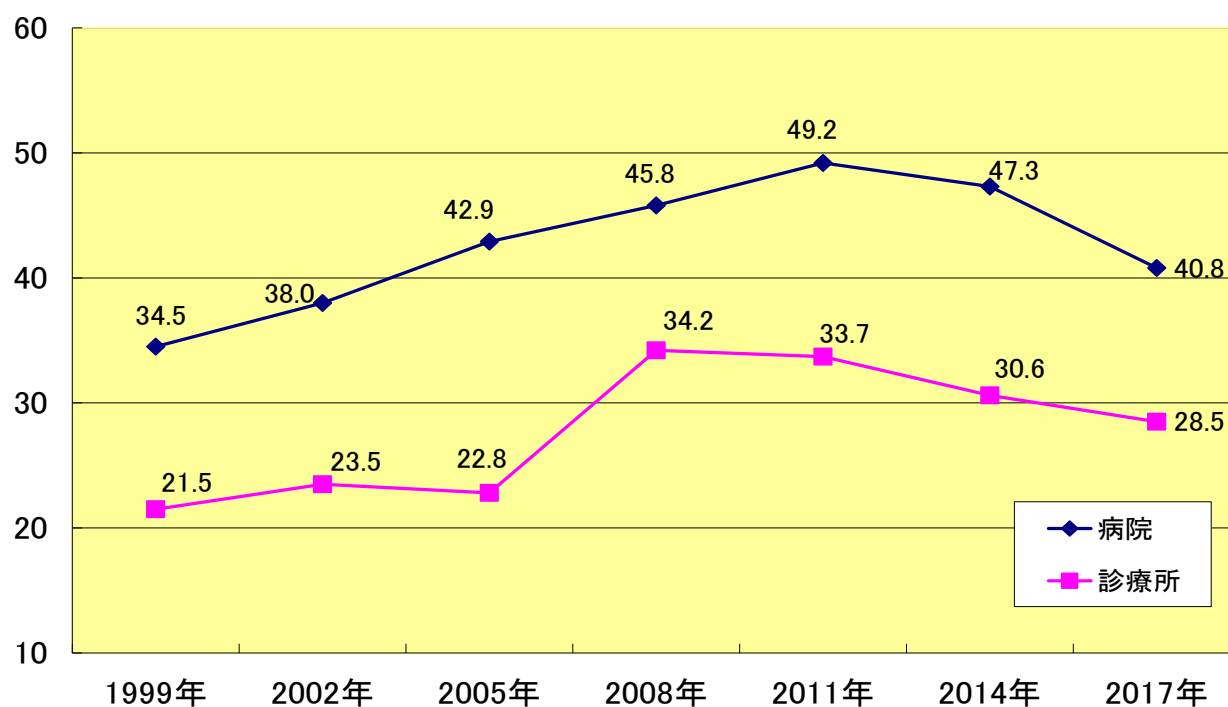
	病 院	診療所	助産所	計
東 部	7	17	5	29
賀 茂	0	1	1	2
熱海伊東	1	2	0	3
駿東田方	4	10	1	15
富 士	2	4	3	9
中 部	8	12	11	31
静 岡	6	7	10	23
志太榛原	2	5	1	8
西 部	9	11	11	31
中 東 遠	3	5	7	15
西 部	6	6	4	16
計	24	40	27	91

(分娩取扱施設数の推移) (各年度 3 月末現在)

区 分	1995 年度	2014 年度	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度
病 院	39	28	28	26	25	25	25
診 療 所	85	44	46	46	45	44	42
助 産 所	17	25	25	25	25	27	27
計	141	97	99	97	95	96	94

(分娩取扱施設の 1 施設あたりの分娩数：1 箇月あたり)

(単位：件)



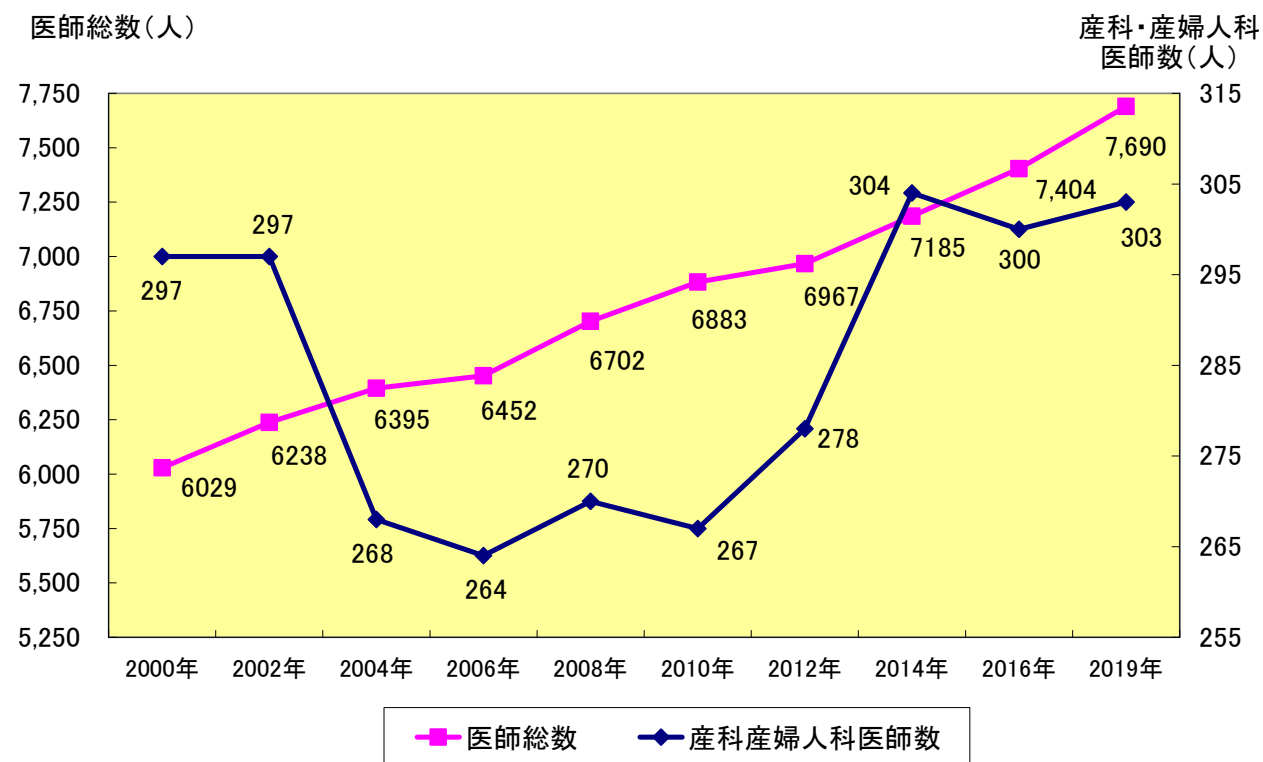
(出典：厚生労働省 医療施設調査)

○医療従事者の状況

(本県の周産期医療に従事する常勤医師数、助産師数)(2020年4月現在)

地 域	分娩を担う産婦人科医			新生児医療担当医		麻酔科医	助産師	
	圏 域	病 院	診療所	計	新生児専任	小児担当と兼任	病 院	診療所
東 部		33	30	63	7	23	23	45
	賀 茂	0	1	1	0	0	0	0
	熱海伊東	2	3	5	0	2	2	1
	駿東田方	20	18	38	7	14	17	18
	富 士	11	8	19	0	7	4	26
中 部		46	17	63	12	47	42	62
	静 岡	35	12	47	12	30	39	37
	志太榛原	11	5	16	0	17	3	25
西 部		65	16	81	22	49	66	52
	中 東 遠	14	7	21	0	16	15	24
	西 部	51	9	60	22	33	51	28
計		144	63	207	41	119	131	159

(本県の医師総数及び産科・産婦人科医師数)



(出典：厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査)

(本県の看護職員・助産師の推移)

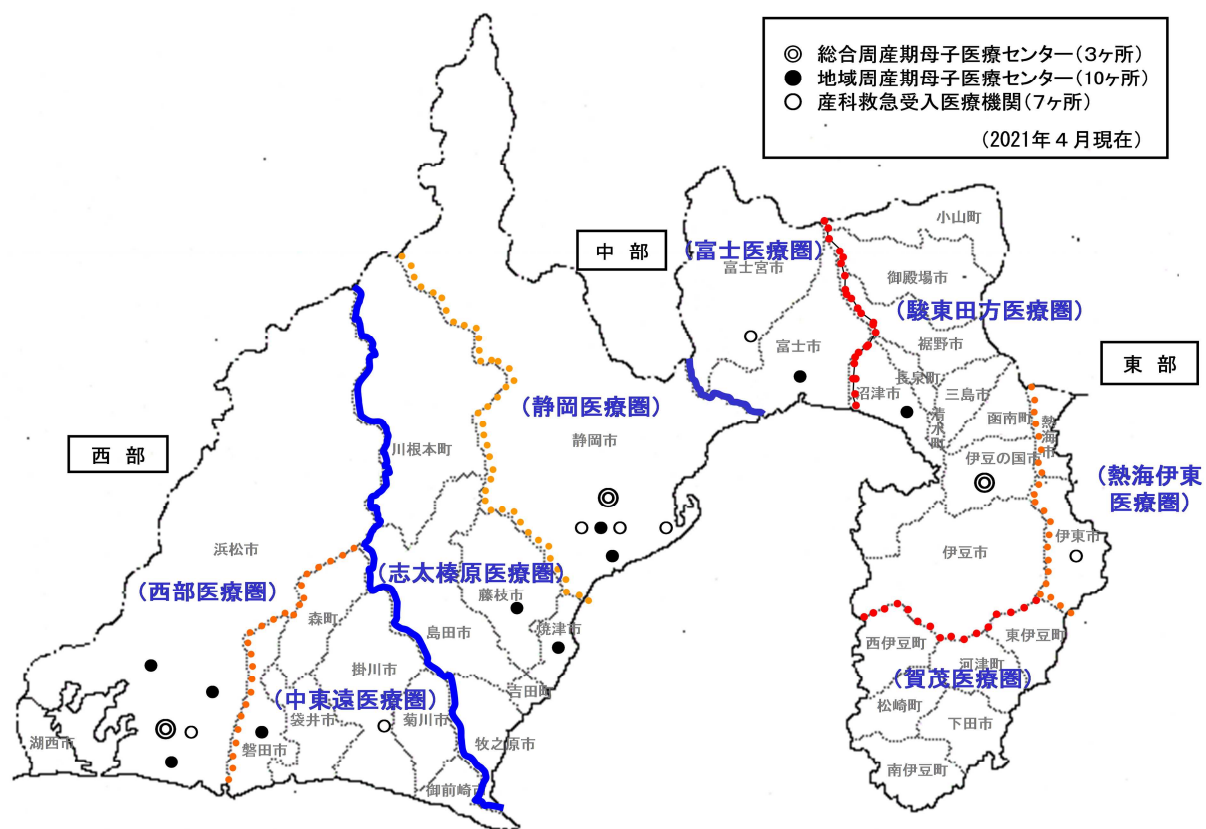
(単位：人)

	2014年	2016年	2018年	2018年/2016年
看 護 職 員	38,643	40,100	42,007	104.8%
う ち 助 産 師	952	952	998	104.8%

(出典：厚生労働省 衛生行政報告例)

○周産期医療体制

(ブロック図)



(周産期医療ネットワークの構成機関、救命救急センター等の併設状況：2020 年 12 月現在)

区 分	1次周産期医療機関	2次周産期医療機関		3次周産期医療機関
該当施設	その他の分娩取扱施設	産科救急受入医療機関	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター
施設数	71	7	10	3
主たる機能	正常及び軽度異常の妊娠・分娩・新生児の治療管理を実施	ハイリスク母体・胎児を常時受け入れ、母体・胎児を集中管理	ハイリスク母体・胎児及び新生児を常時受け入れ、母体・胎児及び新生児に対する一貫した治療の実施	高度な医療施設とスタッフを備え、常時、ハイリスク母体・胎児及び新生児の受入体制を有し、あらゆる異常妊娠・分娩及び新生児に対する一貫した治療を実施
東 部	病 院 2 施設 診療所 17 施設 助産所 5 施設	市立伊東市民病院 富士宮市立病院	沼津市立病院 [㊦] 富士市立中央病院 [㊦]	順天堂大学医学部附属静岡病院 [㊦]
中 部	診療所 12 施設 助産所 11 施設	静岡市立清水病院 静岡県立総合病院 [㊦] 静岡赤十字病院 [㊦]	静岡済生会総合病院 [㊦] 静岡市立静岡病院 [㊦] 焼津市立総合病院 藤枝市立総合病院	静岡県立こども病院
西 部	病 院 2 施設 診療所 11 施設 助産所 11 施設	中東遠総合医療センター [㊦] JA 静岡厚生連遠州病院 [㊦]	磐田市立総合病院 [㊦] 浜松医療センター [㊦] 浜松医科大学医学部附属病院 [㊦] 総合病院聖隷三方原病院 [㊦]	総合病院聖隷浜松病院 [㊦]

㊦:救急救命センター併設 ㊦:救命救急センター未併設だが、脳卒中、心血管疾患、外傷等に 24 時間対応

(NICU 病床数 : 2020 年 4 月現在)

地 域	2 次医療圏	病床数 (床)	出生数 (2017～2019 平 均) (人)	出生 1 万人あたり (床)
東 部	賀 茂	—	238	—
	熱海伊東	—	400	—
	駿東田方	12	4,346	27.6
	富 士	10	2,564	39.0
東部 計		22	7,548	29.1
中 部	静 岡	27	4,608	58.6
	志太榛原	14	2,969	47.2
中部 計		41	7,577	54.1
西 部	中 東 遠	9	3,548	25.4
	西 部	45	6,297	71.5
西部 計		54	9,845	54.9
静岡県 計		117	24,970	46.9

(MFICU、NICU 及び GCU 病床数 : 2020 年 4 月現在)

地 域	M F I C U				N I C U				G C U	
	診療報酬加算		診療報酬非加算		診療報酬加算		診療報酬非加算			
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数
東 部	1	6	0	0	2	22	2	20	1	18
中 部	1	6	1	4	4	41	2	12	4	40
西 部	1	15	1	6	6	54	0	0	4	38
計	3	27	2	10	12	117	4	32	9	96

(MFICU 及び NICU の診療報酬加算病床の状況：2020 年 4 月現在)

地 域	2 次医療圏	M F I C U		N I C U	
		病床数 (床)	病床利用率 (%)	病床数 (床)	病床利用率 (床)
東 部	順天堂大学医学部附属静岡病院	6	91.4	12	100.5
	富士市立中央病院	—	—	10	60.8
中 部	静岡県立こども病院	6	53.2	18	76.9
	静岡済生会病院	—	—	9	95.3
	焼津市立総合病院	—	—	8	64.9
	藤枝市立総合病院	—	—	6	60.2
西 部	総合病院聖隷浜松病院	15	69.5	21	98.3
	磐田市立総合病院	—	—	6	98.9
	中東遠総合医療センター	—	—	3	91.4
	浜松医療センター	—	—	6	97.8
	浜松医科大学医学部附属病院	—	—	9	90.0
	総合病院聖隷三方原病院	—	—	9	16.8
計		27	70.7	117	80.5

(3 次・2 次周産期医療機関の麻酔科医の配置状況：2020 年 4 月現在)

区 分		施設数 (施設)	勤務体制 (人) ※		院内の常勤麻酔科医 (施設)			
			当 直	オン コール	1 人 以下	2～5 人	6～9 人	10 人 以上
3 次	総合周産期 母子医療センター	3	3	4	—	—	—	3
2 次	地域周産期 母子医療センター	10	4	6	3	4	2	1
	産科救急受入 医療機関	7	1	6	1	4	1	1
合 計		20	8	16	4	8	3	5

※各病院の配置人数の合計

(本県の災害時小児周産期リエゾン委嘱人数)

地域※	2020 年度 (人)
東 部	3
中 部	8
西 部	5
計	16

※地域別人数は災害時小児周産期リエゾンの平時の勤務先所在地に基づき集計

小児医療（小児救急医療を含む。）

【対策のポイント】

- 小児患者の症状に応じた対応と家族の支援
- 医療機関の役割分担と連携による地域における小児医療体制整備

【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
乳児死亡率 (出生千人当たり)	1.9 (2015 年)	<u>2.3</u> (2019 年)	0.7	目標に向け更なる検証が必要
乳幼児死亡率 (5 歳未満人口千人当たり)	0.53 (2015 年)	<u>0.60</u> (2019 年)	0.36	目標に向け更なる検証が必要
小児の死亡率 (15 歳未満人口千人当たり)	0.23 (2015 年)	<u>0.23</u> (2019 年)	0.17	横ばいで推移

(1) 現状と課題

ア 小児医療

- 小児医療とは、概ね 15 歳以下を対象とした医療です。小児に特有の疾患や症状の急激な変化などへの対応が求められます。
- 小児患者がより迅速に適切な治療が受けられるよう、医療機関が患者の症状や重症度に応じて役割分担と連携を行うことが必要となります。
- 小児救急病院の時間外受診が増加しており、病院勤務の小児科医の負担の軽減を図る必要があります。
- また、小児医療体制の円滑な運営のためには、県民がかかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局を持ち、適切な受領行動を取ることも必要です。

イ 本県の状況

(ア) 乳児死亡率及び 15 歳未満の死亡率

- 本県の乳児死亡率は 2019 年は出生千人当たり 2.3 と、全国の 1.9 より高い水準となっています。 本県の 2019 年の乳児死亡数は 55 人であり、主な原因は「先天性奇形及び染色体異常」(19 人、34.5%)、「周産期に発生した病態」(15 人、27.3%)となっています。
- 本県の 15 歳未満の死亡率 (2019 年) は 15 歳未満人口千人当たり 0.23となっており、ほぼ横ばいで推移しています。全国の 0.21より高い水準となっています。
- 本県の不慮の事故による 15 歳未満の死亡者数 (2018 年人口動態調査) は 7 人となっています。内訳は、交通事故が 2 人、転倒・転落・墜落が 1 人、不慮の溺死・溺水が 1 人、不慮の窒息が 3 人となっています。

(イ) 小児医療施設及び小児医療施設に関わる医師の状況

○県内で小児科を標榜する医療機関数は減少傾向であり、2017年時点で一般病院は57施設、診療所は468施設です、2002年時点（一般病院は62施設、診療所は605施設）と比較すると、一般病院は8.0%減少、診療所は22.6%減少しています。小児科が主たる標榜である診療所数は、ほぼ横ばいで推移しています。

○県内の小児科医の数は2018年時点で423人、小児人口10万人当たりでは92.8であり、2002年時点（77.0）と比較すると増加傾向にありますが、全国平均112.4を下回っています。

○小児科を標榜する医療機関数が減少するなか、小児科医数は増加傾向にあり、小児医療提供体制は集約化傾向にあります。

○小児科医を含む医師の確保及び偏在対策のため、2019年度に静岡県医師確保計画が策定されています。

(ウ) 小児救急電話相談（静岡こども救急電話相談、#8000）

○子どもの病気やけがへの対応について電話で専門科に相談できる小児救急電話相談は、2006年7月に開始し、2007年度には相談時間を毎夜間に、2010年10月からは相談時間を18時～翌8時、休日は8時～翌8時に時間を延長するとともに、相談が集中する時間帯（18時～23時）の電話回線の数を増やしています。

○1日当たりの相談件数は、2009年度は32.5件でしたが、相談時間の延長や広報啓発の強化により、2019年度は180.3件と大幅に増加しています。

(エ) 小児慢性疾患児

○小児慢性疾患のうち医療費助成の対象となる小児慢性特定疾病として2020年4月1日現在で762疾病が指定されており、県内の受給患者は、2,959人となっています。

○小児慢性疾患児に対する小児期から成人期にかけた診療においては、患児の成長や発達、個々の疾患の状態の変化にあわせた医療が必要であり、小児慢性疾患児が成人期の医療へ円滑に移行できる支援体制を構築するため、移行期医療を総合的に支援する拠点として、2020年度に静岡県立こども病院内に「移行期医療支援センター」を設置しました。

(オ) 医療的ケア児¹

○県内の重症心身障害児は、2015年度に県が実施した調査によると738人（うち在宅障害児619人、入所障害児119人）となっています。

○特別支援学校における医療的ケアが必要な児童生徒数は、196人（2020年）と1998年の16人と比較して大幅に増加しています。

○医療の進歩により小児の死亡率が減少し、障害や慢性疾患のある児が増加傾向にあるとともに、医療的ケアも複数化、高度化しています。

(カ) 小児在宅医療

○訪問診療を受けている小児（0～14歳）の数は、2016年度の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増加が見られます。

¹ 医療的ケア児：人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児。2015年5月現在、全国で1.7万人、人工呼吸器児数は3千人と推計されている。

(キ) 小児救急医療

(初期小児救急医療)

- 初期救急医療は、在宅当番医（県内 20 地区）と休日夜間急患センター（県内 15 施設）で対応しています。在宅当番医と休日夜間急患センターによる診療時間は、概ね準夜帯（19 時から 22 時）までとなっており、翌朝まで診療している休日夜間急患センターは、6 施設となっています。
- 地域や時間によっては、初期小児救急を第 2 次救急医療機関が担っています。
- 在宅当番医制において、小児科医が当番でない場合は、内科医が担当しています。
- 入院治療を必要とする第 2 次救急医療は、2 次救急医療圏（12 圏域）で小児科を標榜する病院が輪番により対応しています。そのうち概ね年間を通じて週 5 回以上の小児科医による輪番体制を確保しているのは 7 圏域（熱海、駿豆、富士、清水、静岡、志太榛原、西遠）です。ただし、清水圏域及び静岡圏域は静岡市内全域で一体化して輪番体制を確保しています。
- 他の地域では、小児科医が常駐していない場合には、小児科医を電話で呼び出すオンコール体制や隣接する地域の当番病院で対応しています。

(第 3 次小児救急医療)

- 重篤な小児救急患者に対応する第 3 次小児救急医療については、東部、中部、西部の地域ごとに整備されている救命救急センターで対応しています。
- 高度な小児集中治療センターや循環器センター等を備えた県立こども病院（静岡市葵区）は、小児救命救急センターとして、他の医療機関では対応できない特に重篤な小児救急患者を 24 時間体制で受け入れています。同施設では屋上ヘリポートを備え、県内のドクターヘリと連携し広域的な搬送・受入体制を構築しています。

(ク) 医療機関とその連携

- 本県の小児医療は、2 次保健医療圏（救急については 2 次救急医療圏。以下同じ。）ごとに関係機関の協力の下、実施されています。なお、第 2 次小児救急医療を担う医療機関が圏域内にない保健医療圏では、隣接圏域の医療機関との連携により医療体制を確保しています。
- 本県の小児歯科医療は、主に歯科診療所が担っており、口唇口蓋裂等の場合には、病院等と連携して対応しています。
- 薬の服用方法や副作用等について、交付した薬局で相談を受けています。また、県薬剤師会等では、薬の飲み合わせ等の一般的な相談窓口を設けています。

ウ 医療提供体制

(ア) 小児医療

- 全国的な小児科医の不足や地域偏在により小児医療の確保が困難な地域が増えており、小児医療を担う医療機関の確保や各種相談機能の強化が必要です。
- 小児期から成人期に移行する小児慢性疾患児に対して、適切な医療を提供するためには、それぞれの診療体制の医療従事者間の連携が必要です。

(イ) 小児救急電話相談

- 中学生以下の子供を持つ保護者の小児救急電話相談の認知度は、2015 年 6 月の調査では 58.3%であり、更なる普及啓発が必要です。

- 多い年には年間 40,000 件を超える相談があり、時間帯によっては相談回線が混雑し、すぐに相談につながらないケースが発生しています。

(ウ) 小児救急医療

- 核家族化、夫婦共働きという家庭環境の変化に加え、保護者の病院志向、専門医志向により、軽症であっても小児科のある病院を受診するケースが増加し、病院の負担が増大しています。
- 小児科医の不足により、小児救急医療体制を維持できる病院が減少しています。
- 小児救急医療において、不慮の事故等による重症患者の救命率を向上させるためには心肺蘇生法等の普及が必要です。
- 小児が関連する不慮の事故を未然に防ぐため、自己に関する情報提供や啓発活動が必要です。
- 休日夜間等に処方箋が交付された場合に、必要な薬を地域で受け取れることが必要です。

(エ) 療養・療育支援

- 小児慢性疾患児が住み慣れた地域で療養・療育できるよう支援する機能が必要です。
- 医療的ケア児等が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、医師等の医療従事者に対する研修や医療的ケア児の在宅支援を担う人材の養成及び他職種の連携体制の構築が必要です。
- 医療的ケア児等の在宅支援のためには、日々の介護を続ける家族の支援も重要であり、住み慣れた地域で短期入所サービスを提供する医療機関の確保が必要です。

(オ) 災害時における小児医療

- 2011 年の東日本大震災を経て、災害時における小児医療では、重症児の受入体制の構築や搬送時の支援体制の確保・維持等の課題が指摘されています。本県でも、災害時における小児医療体制を構築する必要があります。

(2) 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	乳児死亡率 (出生千人当たり)	<u>2.3</u> (2019年)	0.7	全国1位と同水準に設定。 計画策定時(2015年)実績 で目標値据置	厚生労働省「人口動態統計」
	乳幼児死亡率 (5歳未満人口千人当たり)	<u>0.60</u> (2019年)	<u>0.22</u>	全国1位と同水準に設定。 計画策定時(2015年)より 直近実績(2019年)に改善 が見られるため、目標値を 修正	厚生労働省「人口動態統計」・総務省「人口推計」より算出
	小児の死亡率 (15歳未満人口千人当たり)	<u>0.23</u> (2019年)	<u>0.11</u>	全国1位と同水準に設定。 計画策定時(2015年)より 直近実績(2019年)に改善 が見られるため、目標値を 修正	厚生労働省「人口動態統計」・総務省「人口推計」より算出

イ 施策の方向性

(ア) 小児医療

- 一般小児医療を担う医療機関、小児専門医療を担う病院及び県立こども病院の役割分担を明確にするとともに、重症度に応じた受診を促すことで病院勤務の小児科医の負担の軽減に努めます。
- 「ふじのくに地域医療支援センター」において提供する「静岡県専門医研修プログラム」等の人材育成支援事業により、県内での小児医療を担う人材の育成を図ります。
- 県立病院からの小児科医の派遣により、医師不足によって小児医療体制の確保が困難な公的病院の支援に努めます。
- 安心して薬を服用できるよう、薬の服用方法や副作用についてかかりつけ薬剤師・薬局に24時間の電話で相談できる体制の整備を図ります。
- 小児慢性特定疾病児等に対して、成人後も必要な医療等を切れ目なく提供するため、難病の医療提供体制の中で小児期及び成人期をそれぞれ担当する医療従事者間の連携体制を充実させます。

(イ) 小児救急電話相談

- 一般的な子育ての相談窓口と併せて紹介する等、効果的な広報を行い、認知度の向上を図ります。
- より多くの相談に対応できるよう、相談件数の推移等、運営状況を観察し、委託業者との情報共有や協議を行うことで、相談体制の更なる充実を図ります。

(ウ) 小児救急医療

- 市町や地域の医師会と連携して、初期小児救急医療体制の整備・充実を進めます。地域の実情に応じて、在宅当番医制から急患センター方式への転換や、急患センターの既存施設の建替えや機能拡充を図り、持続可能な体制確保に向けた取組を進めます。

- 第2次小児救急医療体制を確保できない地域について、オンコール体制や、隣接の救急医療圏の病院との連携により救急医療体制を確保します。
- 救命救急センターにおける小児専用病床の整備等、県立こども病院を中心とした、小児救命医療体制の強化を進めます。
- 消防機関と救急医療機関の連携を推進し、ドクターヘリの更なる活用や新東名高速道路の活用により、小児救命救急センターを設置する県立こども病院への搬送時間短縮化を図り、救命率の向上を目指します。
- 不慮の事故による重症患者の救命率を向上させるために、教師や保護者等に対し救命講習を行い、AEDの使用を含めた心肺蘇生法の普及を図るほか、不慮の事故を未然に防止するための情報提供や啓発活動を進めます。
- 休日・夜間等に処方箋が交付された場合に、直ぐに必要な薬が受け取れるよう、地域の薬局における調剤体制の整備を図ります。

(エ) 療養・療育支援

- 重症心身障害児が受診できる身近な診療所（2021年3月時点 93診療所）について、県ホームページで公開し、情報提供することで、当事者家族等が医療を受けやすい環境を整えています。
- 医療的ケア児等が適切な医療・福祉サービスが受けられるよう、医療及び福祉・介護等のエキスパートの養成や、「静岡県重症心身障害児(者)在宅支援推進連絡調整会議」により、医療、福祉、行政、親の会等関係機関相互の連携を一層充実します。
- 医療的ケア児等が住み慣れた地域において安心して地域生活を過ごせるよう、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。
- 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。

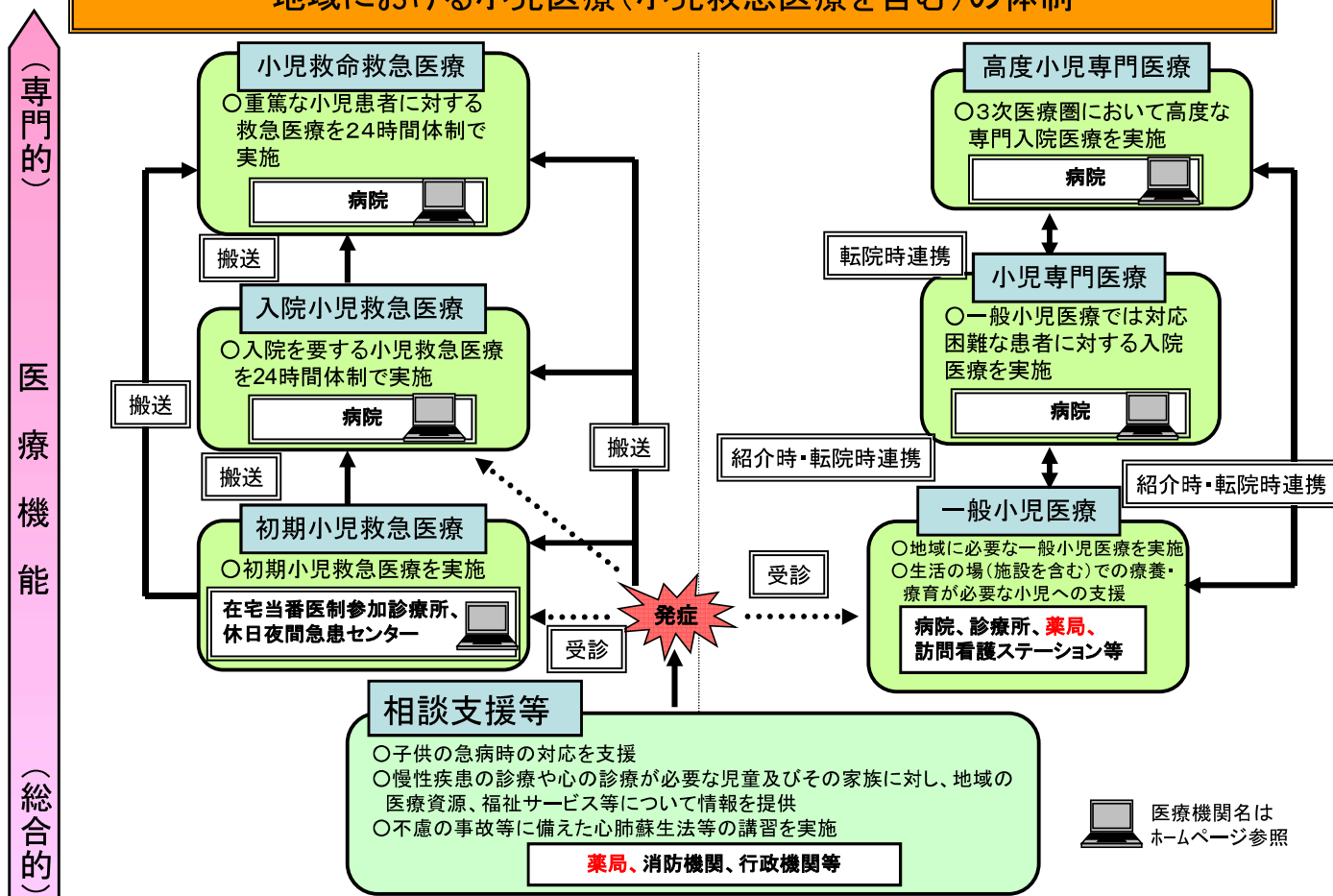
(オ) 災害時における小児医療

- 災害時における医療の確保を図るため、新たに乳幼児にかかる医療機関との調整を行う災害時小児周産期リエゾンを養成し、小児医療に特化した調整役として災害医療コーディネーターをサポートする体制を整備します。また、研修・訓練の実施により、医療資源需給調整を行う災害医療コーディネーター、医薬品等や薬剤師の確保・調整を行う災害薬事コーディネーター等の関係機関との連携体制の強化を推進します。

小児医療(小児救急医療を含む。)の体制に求められる医療機能

	相談支援等	初期小児救急医療	入院小児救急医療	小児救命救急医療	一般小児医療	小児専門医療	高度小児専門医療
ポイント	○子供の急病時の対応を支援 ○慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供 ○不慮の事故等に備えた心肺蘇生法等の講習の実施	○初期小児救急医療を実施	○入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施	○重篤な小児患者に対する救急医療を24時間体制で実施	○地域に必要な一般小児医療を実施 ○生活の場(施設を含む)での療養・療育が必要な小児への支援	○一般小児医療では対応困難な患者に対する入院医療を実施	○3次医療圏において高度な専門入院医療を実施
機能の説明	・住民等への電話相談事業の周知や救急蘇生法等の適切な処置の講習を実施 ・消防機関等による心肺蘇生法や不慮の事故予防の指導や適切な医療機関への速やかな搬送 ・小児救急電話相談事業の実施、慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療福祉サービス等についての情報を提供	【在宅当番医】 ・自らの施設で休日・夜間の急病患者に対し医療活動を実施 【休日夜間急患センター】 ・休日・夜間の急病患者に対し医療活動を実施	【入院小児救急医療機関】 ・初期救急の後方病院として、休日・夜間に入院医療を必要とする重症患者の受入れ	【小児救命救急医療機関】 ・小児集中治療室(PICU)を運営し、24時間体制で重篤な小児患者に対する治療を実施。 【救命救急センター】 ・高度な医療施設とスタッフを備え、24時間体制で重篤な小児患者に対する治療を実施。	・一般的な小児医療に必要なとされる診断・検査・治療を実施 ・軽症の入院診療を実施(入院設備を有する場合) ・療養・療育が必要な小児に対する支援 ・医療、介護及び福祉サービスの調整 ・慢性疾患の急変時や専門医療を担う地域の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携	・一般の小児医療機関では対応が困難な患者や、全身管理、呼吸管理等、常時監視や治療が必要な患者等に対する入院診療を実施 ・一般の小児医療機関では実施困難な診断・検査・治療を含む専門的な入院医療を実施 ・地域の小児科を標榜する診療所、病院等や、より高度専門的な対応について対応可能な医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携	・先天性心疾患や小児悪性腫瘍、腎臓移植、先天性消化器奇形の乳児期手術、口唇口蓋形成手術、小児脳腫瘍手術等、他の医療機関では対応が困難な小児疾患に対して、高度な医療施設とスタッフを備え、専門的な診断・検査・治療を実施

地域における小児医療(小児救急医療を含む)の体制



関連図表

○指標による現状把握

指標		実績		出典
指標の項目	時点	静岡県	全国	
一般小児医療を担う診療所数 (小児人口 10 万人当たり)	2017	30.0	33.9	厚生労働省 「医療施設調査」
一般小児医療を担う病院数 (小児人口 10 万人当たり)	2017	12.3	16.2	厚生労働省 「医療施設調査」
小児科標榜診療所に勤務する医師 数 (小児人口 10 万人当たり)	2017	38.5	44.1	厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤 師統計」
小児医療に係る病院勤務医師数 (小児人口 10 万人当たり)	2017	62.0	65.5	厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤 師統計」
小児歯科を標榜する歯科診療所数 (小児人口 10 万人当たり)	2017	193.1	269.9	厚生労働省 「医療施設調査」
乳児死亡率 (1 歳未満 出生千人当たり)	2019	2.3	1.9	厚生労働省 「人口動態調査」
乳幼児死亡率※ (5 歳未満人口千人当たり)	2019	0.60	0.49	厚生労働省 「人口動態調査」 総務省 「人口推計」
小児の死亡率※ (15 歳未満人口千人当たり)	2019	0.23	0.21	厚生労働省 「人口動態調査」 総務省 「人口推計」

※「乳幼児死亡率」及び「小児の死亡率」は厚生労働省「人口動態調査」及び総務省「人口推計」から算出

○乳児死亡率、5 歳未満の死亡率及び 15 歳未満の死亡率

2 次保健 医療圏名	賀茂	熱海 伊東	駿東 田方	富士	静岡	志太 榛原	中東遠	西部	静岡県	全国
乳 児 死亡率	9.0	5.2	2.7	1.7	0.5	2.1	3.1	2.8	2.3	1.9
5 歳未満の 死亡率	1.60	0.95	0.52	0.65	0.37	0.49	0.57	0.83	0.60	0.49
15 歳未満の 死亡率	0.40	0.25	0.18	0.19	0.19	0.21	0.22	0.32	0.23	0.21

(出典：2019 年人口動態調査 (厚生労働省)、静岡県年齢別人口推計統計 (静岡県))

○乳児死亡率、死亡数の推移

指標	1999	2002	2005	2008	2011	2014	2017	2018	2019
乳児死亡率	3.1	2.7	3.1	2.4	2.2	2.1	1.8	2.0	2.3
全国平均	3.4	3.0	2.8	2.6	2.3	2.1	1.9	1.9	1.9
15歳未満死亡数	204	188	177	144	125	109	94	89	103
1歳未満	111	94	99	80	70	61	47	50	55
1-4歳	53	44	41	35	28	22	19	15	26
5-9歳	29	26	19	14	10	14	12	10	11
10-14歳	11	24	18	15	17	12	16	14	11

(出典：人口動態調査(厚生労働省))

○小児医療施設数の推移

指標	1999	2002	2005	2008	2011	2014	2017
静岡県	病院	67	62	61	57	58	57
	診療所	624	605	598	531	464	491
	小児科が主たる標榜※	155	161	156	157	153	152
全国	病院	3,528	3,359	3,154	2,905	2,745	2,656
	診療所	26,788	25,862	25,318	22,503	19,994	20,872
	小児科が主たる標榜※	5,149	5,276	5,481	5,411	5,381	5,510

※主たる診療科目で「小児科」を標榜している施設数と単科で小児科を標榜している施設数の合計

(出典：医療施設調査(厚生労働省))

○小児科医師数の推移(静岡県)

指標	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
医師総数	5,761	6,029	6,238	6,395	6,452	6,702	6,883	6,967	7,185	7,404	7,690
小児科医※1	395	403	422	434	414	459	473	423	476	405	423
病院	215	212	220	228	221	268	278	247	222	289	237
診療所	180	191	202	206	193	191	195	176	183	187	186
小児10万人当たり 小児科医数	68.8	70.8	77.0	82.2	78.1	88.9	92.5	84.4	97.5	85.8	92.8
小児科専門医※2	—	—	—	—	—	—	313	302	349	356	382

※1 小児科のみに従事している医師数と複数の診療科に従事している場合の主として小児科に従事する医師数の合計

※2 小児科専門医(厚生労働省告示で定める基準を満たすものとして厚生労働大臣に届出がなされた団体の認定する医師の専門性に関する資格名)を取得している医師数

(出典：医師・歯科医師・薬剤師統計(厚生労働省))

○ 2 次保健医療圏別の状況

2 次保健 医療圏名	本県	賀茂	熱海 伊東	駿東 田方	富士	静岡	志太 榛原	中東遠	西部
一般小児医療を担う病院数	57	<u>3</u>	3	<u>12</u>	<u>4</u>	13	5	5	<u>12</u>
小児人口 10 万対	<u>11.9</u>	<u>50.6</u>	<u>32.5</u>	<u>14.2</u>	<u>7.8</u>	<u>15.3</u>	<u>8.2</u>	<u>7.3</u>	<u>10.3</u>
一般小児医療を担う診療所数	<u>144</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>25</u>	<u>17</u>	<u>29</u>	<u>17</u>	<u>18</u>	<u>34</u>
小児人口 10 万対	<u>30.0</u>	<u>33.8</u>	<u>21.6</u>	<u>29.6</u>	<u>33.1</u>	<u>34.0</u>	<u>28.0</u>	<u>26.3</u>	<u>29.1</u>
小児医療に係る病院勤務医数	<u>297.8</u>	<u>2.3</u>	<u>6.7</u>	<u>35.6</u>	<u>15.5</u>	<u>114.4</u>	<u>23.1</u>	<u>21.4</u>	<u>78.8</u>
小児人口 10 万対	<u>62.0</u>	<u>38.8</u>	<u>72.5</u>	<u>42.2</u>	<u>30.2</u>	<u>134.3</u>	<u>38.0</u>	<u>31.3</u>	<u>67.4</u>
小児科標榜診療所勤務医数	<u>184.6</u>	<u>1.1</u>	<u>2</u>	<u>36.3</u>	<u>21.5</u>	<u>33.6</u>	<u>21.2</u>	<u>19.1</u>	<u>49.8</u>
小児人口 10 万対	<u>38.5</u>	<u>18.6</u>	<u>21.6</u>	<u>43.0</u>	<u>41.9</u>	<u>39.4</u>	<u>34.9</u>	<u>28.0</u>	<u>42.6</u>

(出典：2017 年 医療施設調査 (厚生労働省))

○小児医療体制を担う医療機関数等

2 次保健 医療圏名	一般小児医療	小児専門医療	高度小児専門医療
賀茂	診療所、病院、訪問看護 ステーション	—	1
熱海伊東		<u>2</u>	
駿東田方		<u>3</u>	
富士		2	
静岡		5	
志太榛原		2	
中東遠		3	
西部		8	
計		25	1

○小児救急医療体制を担う医療機関数等

2次救急医療圏名	初期小児救急医療		入院小児救急医療	小児救命救急医療	
	休日夜間急患センター	在宅当番医(地区数)		(高度)救命救急センター	小児救命救急センター
賀茂	—	2	1	2	1
熱海	—	—	1		
伊東	1	1	1		
駿豆	※(2) 3	3	<u>2</u>		
御殿場	1	—	—		
富士	※(2) 2	—	2	4	
清水	—	2	2		
静岡	1	1	5		
志太榛原	※(1) 2	4	3		
中東遠	3	2	3	5	
北遠	1	—	—		
西遠	※(1) 1	5	7		
計	※(6) 15	20	<u>27</u>	12	

※ () 内の数字は、翌朝まで診療している休日夜間急患センター数(内数)

○本県の災害時小児周産期リエゾン委嘱人数

地域※	2020年度(人)
東 部	<u>3</u>
中 部	<u>8</u>
西 部	<u>5</u>
計	<u>16</u>

※地域別人数は災害時小児周産期リエゾンの平時の勤務先所在地に基づき集計

○小児の訪問診療を受けた患者数(人)

区 分	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年
患者数	<u>142</u>	<u>202</u>	<u>417</u>	<u>206</u>