第8次
静岡県保健医療計画
＜中間見直し＞

【2018年度～2023年度】

いのち輝き、笑顔あふれる社会を。

令和4（2022）年3月

静　岡　県

対　照　表

第8次静岡県保健医療計画目次	第8次静岡県保健医療計画（中間見直し）目次
＜全県版＞	
第1章　基本的事項 第1節　計画策定の趣旨 第2節　基本理念 第3節　計画の位置付け 第4節　計画の期間 第5節　2025年に向けた取組 第6節　地域包括ケアシステムの構築	第1章　基本的事項 第1節　計画見直しの趣旨 第2節　中間見直しの位置付けと概要
第2章　保健医療の現況 第1節　人口 第2節　受療動向 第3節　医療資源	第2章　保健医療の現況 第1節　人口 第2節　受療動向 第3節　医療資源
第3章　保健医療圏 第1節　保健医療圏の設定の基本的考え方 第2節　保健医療圏の設定 1　2次保健医療圏 2　3次保健医療圏 第3節　基準病床数	
第4章　地域医療構想 第1節　構想区域 第2節　2025年の必要病床数、在宅医療等の必要量 第3節　実現に向けた方向性 第4節　地域医療構想の推進体制	第3章　地域医療構想 第1節　構想区域 第2節　2025年の在宅医療等の必要量
第5章　医療機関の機能分担と相互連携 第1節　医療機関の機能分化と連携 第2節　プライマリーケア 第3節　地域医療支援病院の整備 第4節　公的病院等の役割 1　公的病院等の役割 2　公立病院改革への対応 3　県立病院 （1）県立静岡がんセンター （2）地方独立行政法人静岡県立病院機構 第5節　医療機能に関する情報提供の推進 第6節　病床機能報告制度	第4章　医療機関の機能分担と相互連携 第1節　公的病院等の役割
第6章　疾病又は事業ごとの医療連携体制の構築 第1節　疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制 第2節　疾病 1　がん 2　脳卒中 3　心筋梗塞等の心血管疾患 4　糖尿病 5　肝炎 6　精神疾患 第3節　事業 1　救急医療 2　災害時における医療 3　へき地の医療 4　周産期医療 5　小児医療（小児救急医療を含む。） 第4節　在宅医療 1　在宅医療の提供体制 2　在宅医療のための基盤整備 （1）訪問診療の促進 （2）訪問看護の充実 （3）歯科訪問診療の促進 （4）かかりつけ薬局の促進 （5）介護サービスの充実	第5章　疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築 第1節　疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制 第2節　疾病 1　がん 2　脳卒中 3　心筋梗塞等の心血管疾患 4　糖尿病 5　肝炎 6　精神疾患 第3節　事業 1　救急医療 2　災害時における医療 3　へき地の医療 4　周産期医療 5　小児医療（小児救急医療を含む。） 第4節　在宅医療 1　在宅医療の提供体制 2　在宅医療のための基盤整備 （1）訪問診療の促進 （2）訪問看護の充実 （3）歯科訪問診療の促進 （4）かかりつけ薬局の促進 （5）介護サービスの充実
第7章　各種疾病対策等 第1節　感染症対策 第2節　結核対策 第3節　エイズ対策 第4節　難病対策 第5節　認知症対策 第6節　アレルギー疾患対策 第7節　臓器移植対策 第8節　血液確保対策 第9節　治験の推進 第10節　歯科保健医療対策	第6章　各種疾病対策等 第1節　新型コロナウイルス感染症対策（新規） 第2節　新興・再興感染症対策（新規） 第3節　その他の感染症 第4節　認知症対策 第5節　地域リハビリテーション（新規）
第8章　医療従事者の確保 第1節　医師 第2節　歯科医師 第3節　薬剤師 第4節　看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師） 第5節　その他の保健医療従事者 第6節　ふじのくに医療勤務環境改善支援センター 第7節　介護サービス従事者	第7章　医療従事者の確保 第1節　医師 第2節　看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師） 第3節　ふじのくに医療勤務環境改善支援センター
第9章　医療安全対策の推進	

第8次静岡県保健医療計画目次

第10章　健康危機管理対策の推進
　第1節　健康危機管理体制の整備
　第2節　医薬品等安全対策の推進
　　1　医薬品等の品質確保と適正使用の推進
　　2　麻薬・覚醒剤等に対する薬物乱用防止対策
　第3節　食品の安全衛生の推進
　第4節　生活衛生対策の推進

第11章　保健・医療・福祉の総合的な取組の推進
　第1節　健康寿命の延伸
　　1　県民の生涯を通じた健康づくり
　　（1）健康経営の推進による健康づくり
　　（2）特定健康診査・特定保健指導等の促進
　　（3）食育による健康づくりの推進
　　（4）たばこ対策の推進
　　2　科学的知見に基づく健康施策の推進
　第2節　高齢化に伴い増加する疾患等対策
　第3節　高齢者保健福祉対策
　第4節　母子保健福祉対策
　第5節　障害者保健福祉対策
　第6節　保健施設の機能充実
　　1　保健所（健康福祉センター）
　　2　発達障害者支援センター
　　3　精神保健福祉センター
　　4　静岡県総合健康センター
　　5　環境衛生科学研究所
　　6　市町保健センター
　第7節　地域医療に対する住民の理解促進

第12章　計画の推進方策と進行管理
　第1節　計画の推進体制
　第2節　数値目標等の進行管理
　第3節　主な数値目標等

第8次静岡県保健医療計画（中間見直し）目次

第8章　保健・医療・福祉の総合的な取組の推進
　第1節　健康寿命の延伸
　　1　科学的知見に基づく健康施策の推進
　第2節　保健施設の機能充実
　　1　保健所（健康福祉センター）

第9章　計画の推進方策と進行管理
　第1節　計画の推進体制
　第2節　数値目標等の進行管理
　第3節　主な数値目標等

＜2次保健医療圏版＞

第1章　第8次静岡県保健医療計画「2次保健医療圏版」について
　　1「2次保健医療圏版」作成の趣旨
　　2「2次保健医療圏版」を作成する単位
　　3「2次保健医療圏版」の記載内容
　　4　指標から見る各医療圏の状況
第2章　2次保健医療圏における計画の推進
　　1　賀茂保健医療圏
　　2　熱海伊東保健医療圏
　　3　駿東田方保健医療圏
　　4　富士保健医療圏
　　5　静岡保健医療圏
　　6　志太榛原保健医療圏
　　7　中東遠保健医療圏
　　8　西部保健医療圏

第８次静岡県保健医療計画（中間見直し）　目次

第１章　基本的事項
　第１節　計画見直しの趣旨 …… １
　第２節　中間見直しの位置付けと概要 …… ２

第２章　保健医療の現況
　第１節　人口 …… ３
　第２節　受療動向 …… 10
　第３節　医療資源 …… 13

第３章　地域医療構想
　第１節　構想区域 …… 15
　第２節　2025 年の在宅医療等の必要量 …… 15

第４章　医療機関の機能分担と相互連携
　第１節　公的病院等の役割 …… 20

第５章　疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築
　第１節　疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制 …… 22
　第２節　疾病
　　１　がん …… 24
　　２　脳卒中 …… 36
　　３　心筋梗塞等の心血管疾患 …… 46
　　４　糖尿病 …… 59
　　５　肝炎 …… 68
　　６　精神疾患 …… 76
　第３節　事業
　　１　救急医療 …… 94
　　２　災害時における医療 …… 105
　　３　へき地の医療 …… 120
　　４　周産期医療 …… 130
　　５　小児医療（小児救急医療を含む。） …… 145
　第４節　在宅医療
　　１　在宅医療の提供体制 …… 156
　　２　在宅医療のための基盤整備
　　(1)　訪問診療の促進 …… 166
　　(2)　訪問看護の充実 …… 167
　　(3)　歯科訪問診療の促進 …… 169
　　(4)　かかりつけ薬局の促進 …… 170
　　(5)　介護サービスの充実 …… 172

第６章　各種疾病対策等
　第１節　新型コロナウイルス感染症対策 …… 174
　第２節　新興・再興感染症対策 …… 181
　第３節　その他の感染症対策 …… 185
　第４節　認知症対策 …… 188
　第５節　地域リハビリテーション …… 203

第７章　医療従事者の確保
　第１節　医師 …… 221
　第２節　看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師） …… 236
　第３節　ふじのくに医療勤務環境改善支援センター …… 247

第８章　保健・医療・福祉の総合的な取組の推進
第１節　健康寿命の延伸
１　科学的知見に基づく健康施策の推進 ･････････････････････････････････････ 254
第２節　保健施設の機能充実
１　保健所（健康福祉センター） ･･･ 256

第９章　計画の推進方策と進行管理
第１節　計画の推進体制 ･･･ 258
第２節　数値目標等の進行管理 ･･･ 258
第３節　主な数値目標等 ･･･ 259

第１章　基本的事項

第１節　計画見直しの趣旨

○静岡県では、保健医療に関する基本指針として、1988 年度に最初の「静岡県地域保健医療計画」を策定し、その後、保健医療を取り巻く環境の変化に対応して、改定を重ねながら保健医療施策の推進に取り組んできました。

○現在、医療を取り巻く環境は、かつてないほど大きな変化に直面しています。少子高齢化が急速に進行していく中で、限られた資源で、増加する医療及び介護需要に対応していくためには、今まで以上に医療と介護の連携が重要になってきます。

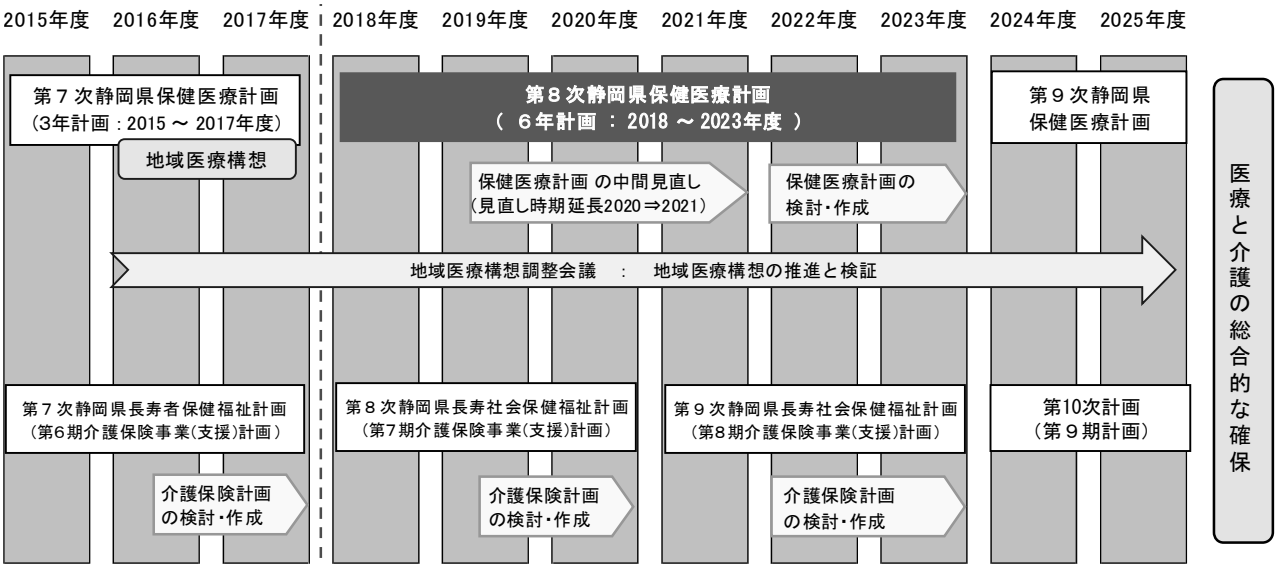
○こうした中、2014 年６月には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が成立し、効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法が改正され「地域医療構想」が導入されました。

○これまでは、医療提供体制は主として県が、介護提供体制は主として市町が整備に努めてきましたが、今後は各圏域において、病床の機能分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制を構築し、さらに在宅医療・介護の充実等により、地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるように、本計画と介護保険事業（支援）計画の整合性を確保することが必要です。

○これらの課題に適切に対応するため、本県における保健医療に関する基本方針である第８次「静岡県保健医療計画」を 2018 年度から 2023 年度までの６年間を計画期間として策定しました。

○医療計画については、医療法第 30 条の６の規定により、在宅医療その他必要な事項に関して、３年ごとに調査、分析及び評価を行い必要がある場合は変更することとされています。

○本来ならば計画期間の３年目に当たる 2020 年度中に見直しを行う予定でしたが、新型コロナウイルス感染症の感染対策を優先するため、本県では、2021 年度に見直しを行うこととしました。



第２節　中間見直しの位置付けと概要

１　位置付け

今回は計画期間の中間における見直しであることから、国の指針改正や関連する計画の改定等に伴い、新たな対応が求められる事項について、部分的な見直しを行います。それ以外の事項については、現行計画の内容をそのまま適用します。なお、本計画は、次に掲げる性格を有するものです。

〇医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の４第１項に基づく計画です。

〇静岡県総合計画の分野別計画です。

〇本県における保健医療施策の基本指針となるものです。

〇市町及び保健・医療・福祉の関係機関・団体等に対しては施策推進の方向性を示す役割を持ち、県民に対しては、自主的、積極的な活動を促進する役割を持つものです。

〇健康増進計画や高齢者保健福祉計画等、他の健康福祉政策との連携を図り、保健・医療・福祉の一体的な取組を推進するものです。

２　中間見直しの概要

今回の中間見直しについては、主に次に掲げる視点から見直しを行いました。

〇国の「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針等」を踏まえ、疾病・事業及び在宅医療の必要となる医療機能と指標の見直し

〇新型コロナウイルス感染症対策の経験を踏まえ、感染症対策に関する見直し

〇静岡県総合計画や、現行計画策定後に策定した分野別計画との整合を図るための見直し

〇その他、現行計画策定後の状況変化を踏まえた見直し

第２章　保健医療の現況

第１節　人口

１　総人口

○本県の総人口は、2020 年 10 月 1 日現在、3,633,202 人（男 1,791,118 人、女 1,842,084 人）で、日本の総人口の約３％を占めています。

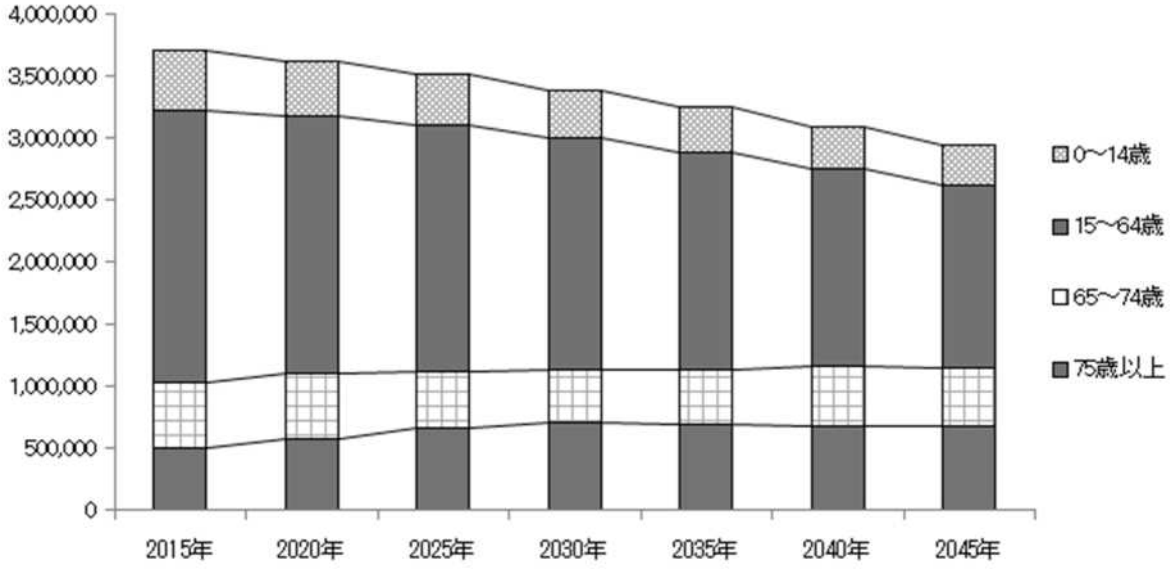
○本県では、2007 年 12 月の 379 万 7,000 人をピークに人口減少局面を迎えています。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、人口減少のスピードは、2015 年から 10 年ごとの減少数が、19 万 4,000 人減、26 万 4,000 人減、29 万 9,000 人減と徐々に加速していくと推計されます。

○また、単に人口が減少するだけではなく、人口構造そのものが大きく変化していきます。高齢者人口が増加するとともに、少子化が進行する中で生産年齢人口は減少し、急速な高齢化が進行していきます。

○団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年には、本県においても、県民の約５人に１人が 75 歳以上になると予測されています。

図表２－１：静岡県の年齢階級別将来推計人口

（単位：人）



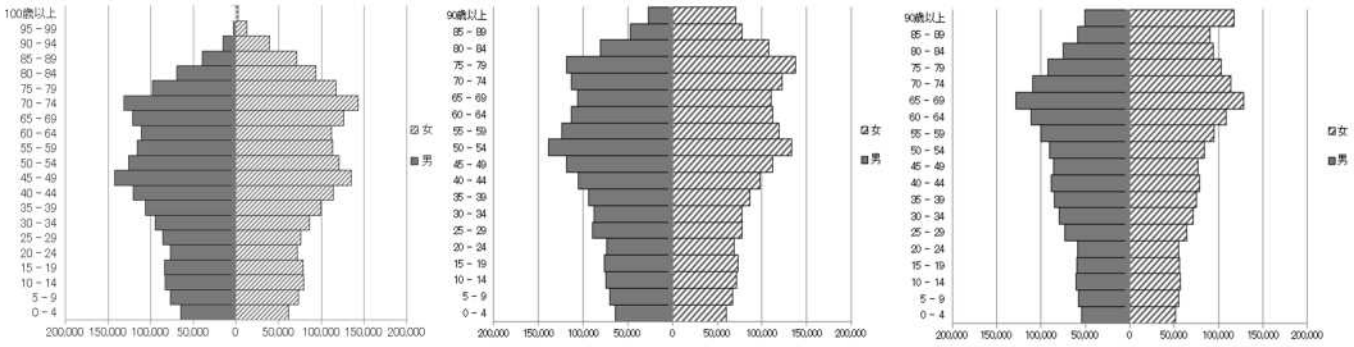
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
0～14歳	478,956	444,825	407,749	378,716	353,742	336,049	318,376
15～64歳	2,192,451	2,070,481	1,979,377	1,876,560	1,754,449	1,597,414	1,481,066
65～74歳	531,608	526,841	452,620	424,467	441,501	479,671	460,300
75歳以上	497,290	573,439	666,318	700,361	692,111	681,130	683,123
総数	3,700,305	3,615,586	3,506,064	3,380,104	3,241,803	3,094,264	2,942,865

※2015 年は実績。2015 年国勢調査を基にした推計のため、2020 年は推計値であり実績と一致しない。
資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」

図表２－２：静岡県における人口構造の変化

2020 年 ⇒ 2025 年 ⇒ 2040 年

＜実績＞ ＜推計＞ ＜推計＞



２　世帯

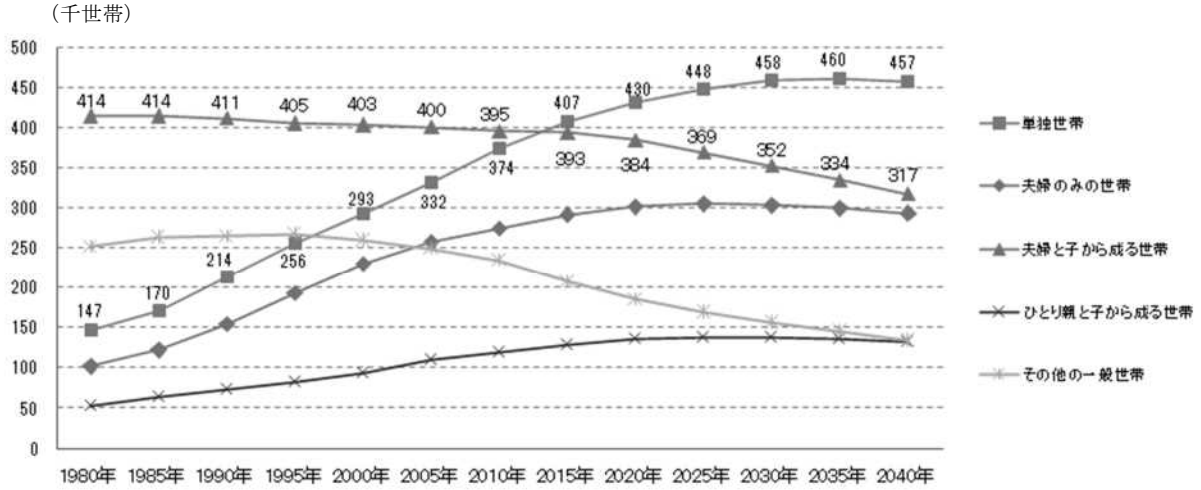
（１）家族類型別世帯数及び割合

○本県の世帯数は、2020 年の 144 万世帯から減少に転じるとともに、2015 年に「単独世帯」数が類型の中で最大となり、その構成比は 2025 年には 31.4%、2035 年には 33.5%まで上昇すると推計されています。

○人口と同様に世帯数も減少していきますが、世帯の構成の中で「単独世帯」数は 2035 年の 46 万世帯まで増加を続けると推計されています。

○「夫婦のみの世帯」数は当面増加しますが、単独世帯数ほど急速ではなく 2025 年以降は減少に転じ、「夫婦と子から成る世帯」数は既に減少を開始しており今後も減少し続けると推計されています。

図表２－３　静岡県の家族類型別世帯数の推移



（資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(2019 年推計)」、総務省「国勢調査」）

（２）高齢者世帯

○2015 年現在、本県の総世帯数は 142 万 9,600 世帯、「高齢者ひとり暮らし世帯」は 13 万 9,262 世帯、「高齢者夫婦のみ世帯」は 14 万 2,477 世帯と総世帯に占める割合はそれぞれ 9.7%、10.0%となっています。

○2015 年と 2025 年を比較すると、「高齢者ひとり暮らし世帯」は２万 8,214 世帯増（1.20 倍）、「高齢者夫婦のみ世帯」は 9,549 世帯増（1.07 倍）。同じく 75 歳以上の後期高齢者の世帯数については、「高齢者ひとり暮らし世帯」は３万 1,066 世帯増(1.43 倍)、「高齢者夫婦のみ世帯」は１万 8,304 世帯増(1.41 倍)と推計されています。

図表２－４　静岡県の家族構成別世帯数の推移

（単位：世帯数）（ ）は総世帯に対する割合

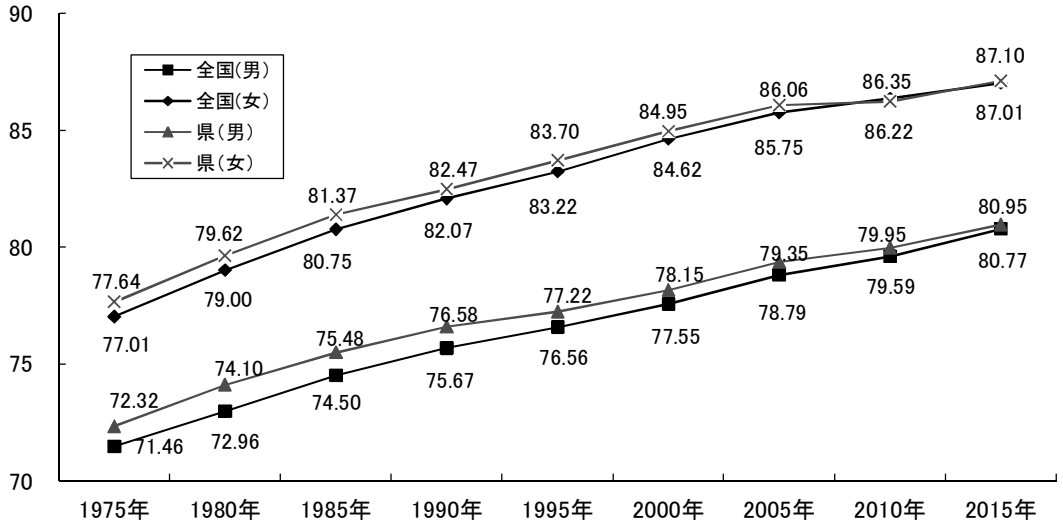
区　分	2015年	2025年
総世帯	1,429,600	1,398,252
計（①＋②）	281,739 (19.7%)	319,502 (22.9%)
うち後期高齢者	116,640 (8.2%)	166,010 (11.9%)
①うち高齢者夫婦のみ世帯	142,477 (10.0%)	152,026 (10.9%)
うち後期高齢者	44,814 (3.1%)	63,118 (4.5%)
②うち高齢者ひとり暮らし世帯	139,262 (9.7%)	167,476 (12.0%)
うち後期高齢者	71,826 (5.0%)	102,892 (7.4%)

（資料：国勢調査、県健康福祉部推計）

３　平均寿命と健康寿命

○平均寿命[1]は着実に伸びており、2015 年現在の平均寿命は男性 80.95 歳（全国 80.77 歳）で全国 17 位、女性 87.10 歳（全国 87.01 歳）で、全国 24 位です。（図表２－５）

図表２－５　平均寿命の推移（本県と全国）



（資料：厚生労働省統計情報部『都道府県別生命表』）

○本県における 2019 年の健康寿命[2]は、男性は 73.45 歳で全国５位、女性は 76.58 歳で全国５位でした。（図表２－６）

図表２－６　健康寿命の上位都道府県(2019 年)

男　性		
順位	都道府県	歳
1	大分県	73.72
2	山梨県	73.57
2	埼玉県	73.48
4	滋賀県	73.46
5	静岡県	73.45
全　国		72.68

女　性		
順位	都道府県	歳
1	三重県	77.58
2	山梨県	76.74
3	宮崎県	76.71
4	大分県	76.60
5	静岡県	76.58
全　国		75.38

資料：厚生労働省公表資料（2021 年 12 月公表）

[1] 平均寿命：０歳における平均余命（その年の年齢別死亡率で死亡していくとした場合、０歳の者が生きることとなる平均年数）のこと。

[2] 健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のこと。

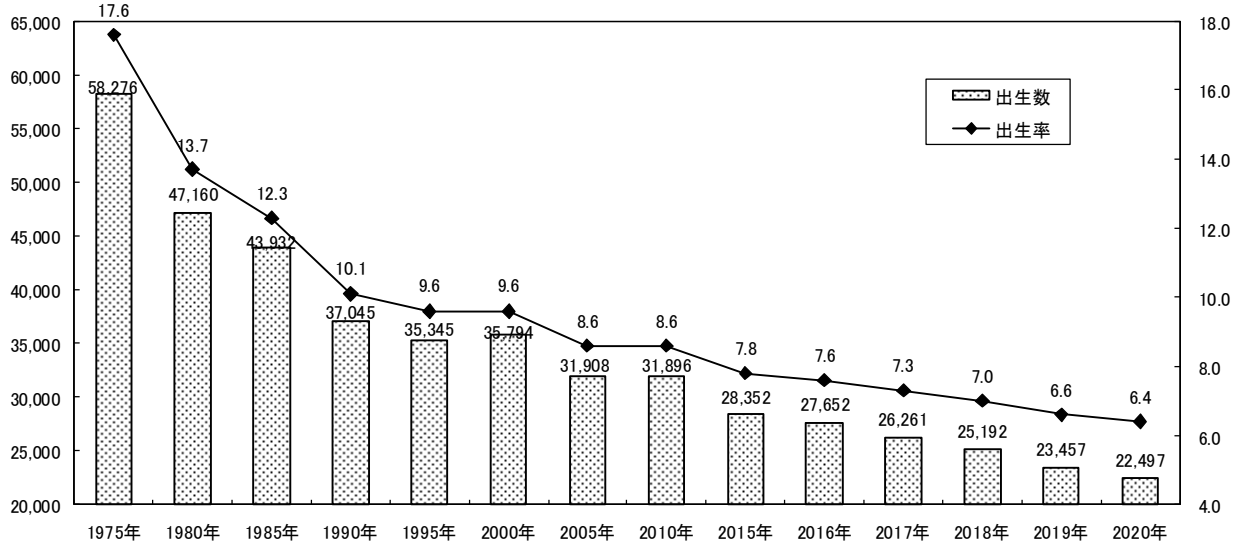
４　人口動態

（１）出生

○2020 年の出生数は２万 2,497 人で、出生率は人口千人当たり 6.4 人となっており、出生数・出生率ともに減少傾向にあります。（図表２－７）

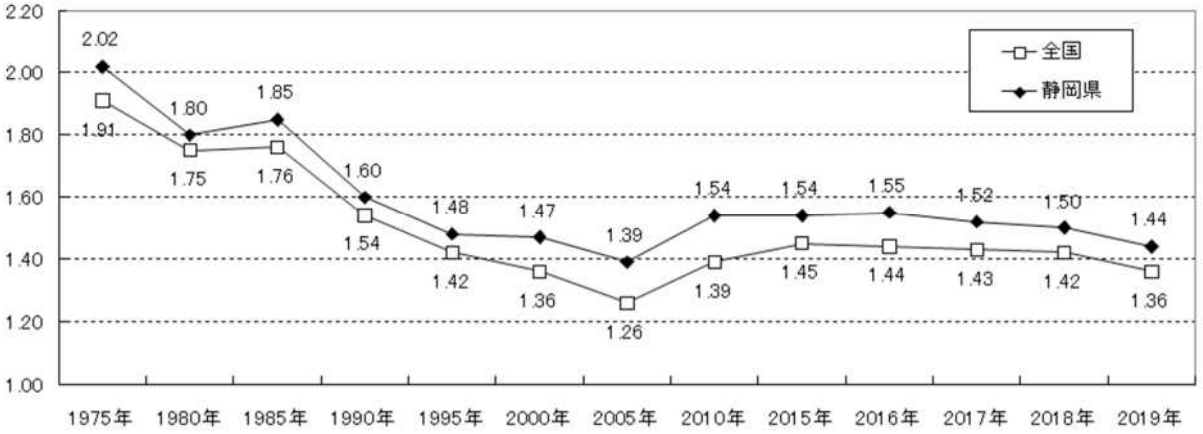
○2019 年の合計特殊出生率は 1.44 で、全国平均の 1.36 を上回っています。（図表２－８）

図表２－７　出生数及び出生率の推移



（資料：厚生労働省「人口動態統計」）

図表２－８　合計特殊出生率の推移



（資料：厚生労働省「人口動態統計」）

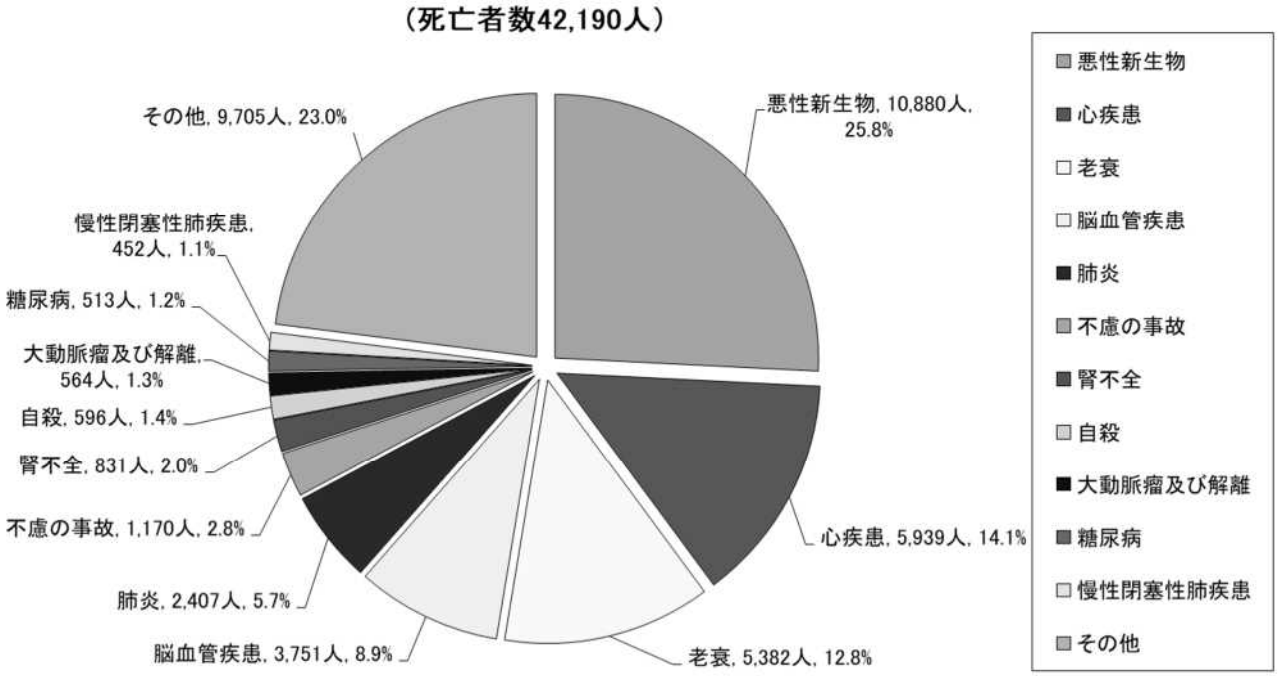
（２）死亡

○2019 年の死亡数は４万 2,190 人、死亡率は人口千人当たり 11.9 人となっています。

○2019 年の死亡者の死因別状況では、悪性新生物（がん）25.8%、心疾患 14.1%、老衰 12.8%、脳血管疾患 8.9%、肺炎 5.7%の順となっており、上位３死因で、全死亡の 52.7%を占めています。（図表２－９）

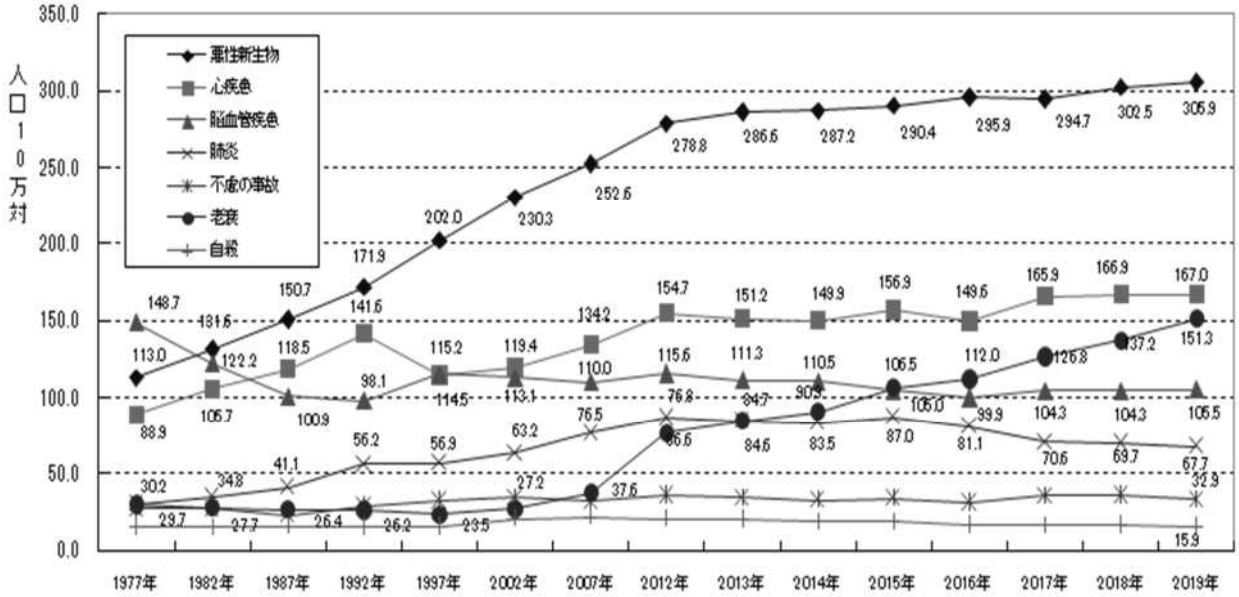
○特に、悪性新生物による死亡者数は全体の３割弱を占めており、死亡率は死因の上位１位として増加し続けています。（図表２－10）

図表２－９　本県の死因別死亡者数（2019 年）



（資料：県健康福祉部政策管理局「静岡県の人口動態統計（確定数）の概要」）

図表２－10　主な死因別の死亡率の推移

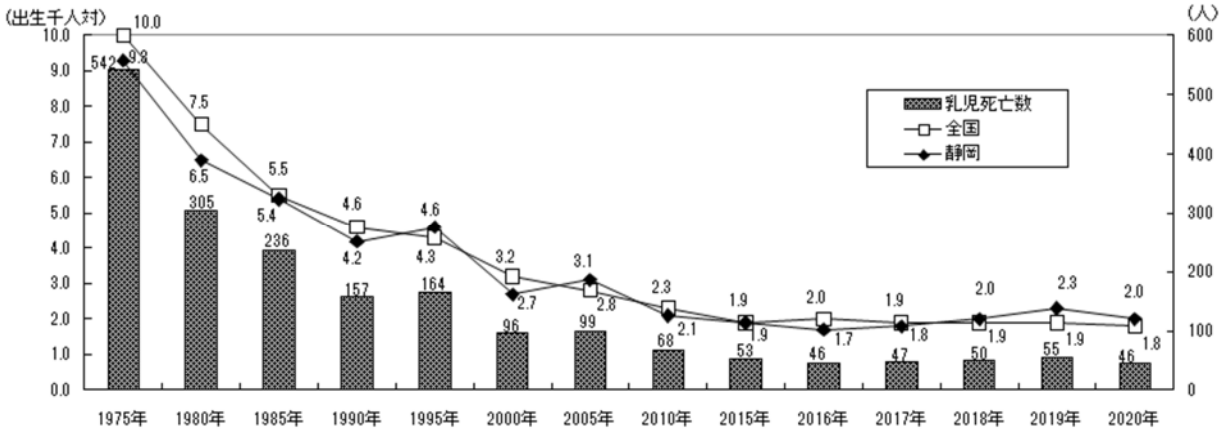


（資料：県健康福祉部政策管理局「静岡県の人口動態統計（確定数）の概要」）

（３）乳児死亡

○本県の乳児死亡率（出生千人対）は長期的には低下傾向が続いており、2020 年は 2.0 人となっています。（図表２－11）

図表２－11　乳児死亡率及び乳児死亡数の推移



（資料：厚生労働省「人口動態統計」）

第２節　受療動向

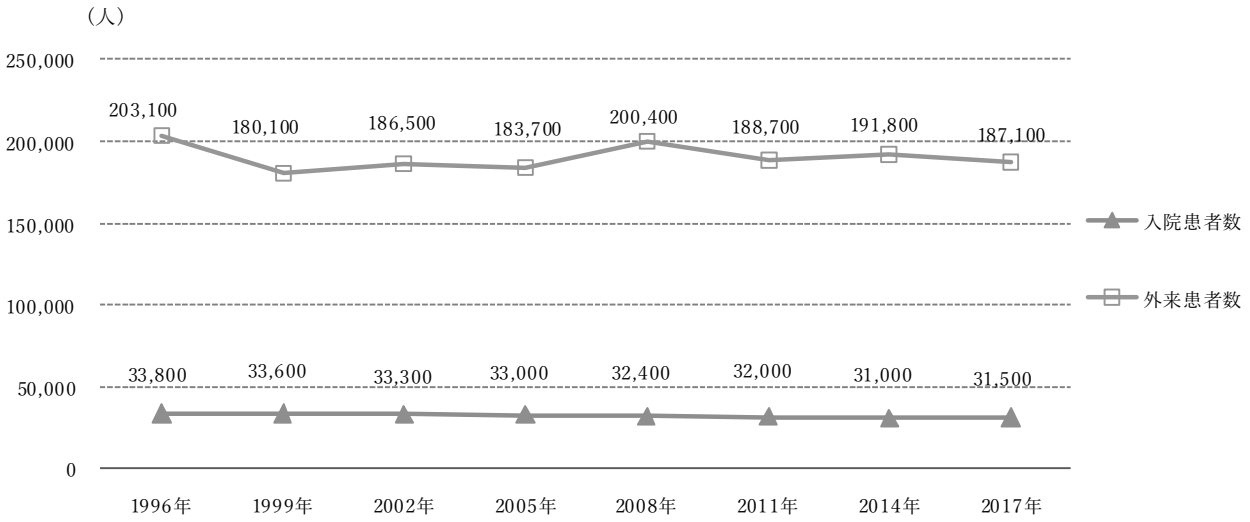
１　患者数

（１）入院・通院患者の状況

○2017 年の厚生労働省の患者調査によると、本県の推計入院患者数は３万 1,500 人、推計外来患者数は 18 万 7,100 人となっています[3]。（図表２－12）

○外来患者については、病院での受療者数が３万 7,600 人（20.1%）、診療所が 11 万 7,900 人（63.0%）、歯科診療所が３万 1,600 人（16.9%）となっています。

図表２－12　入院・外来患者の推移



（資料：厚生労働省「患者調査」）

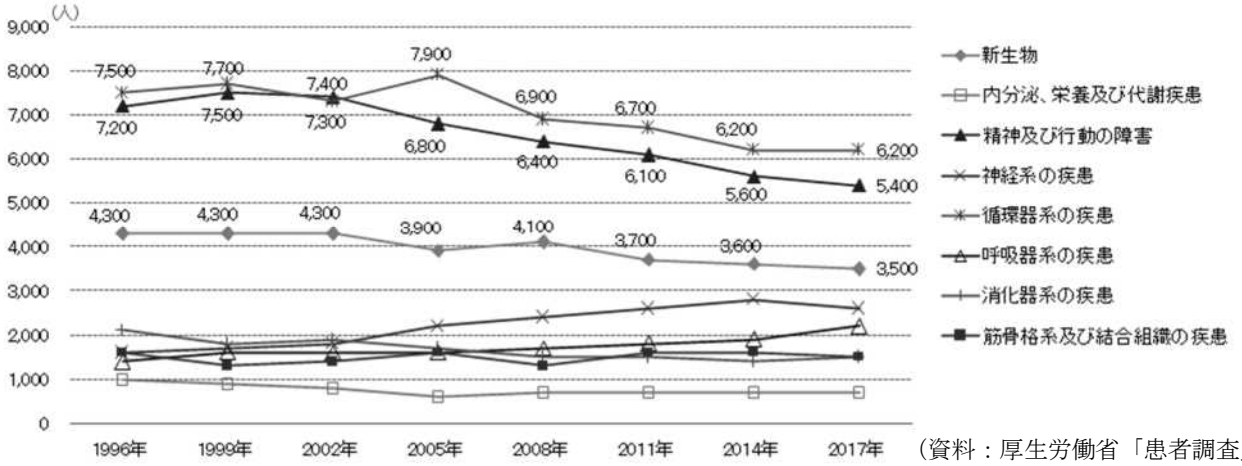
（２）疾病別推計患者数

○疾病別の患者数を傷病大分類別にみると、入院については、「循環器系の疾患」が最も多く 6,200 人、次いで「精神及び行動の障害」が 5,400 人、「新生物」が 3,500 人（うち、「悪性新生物」が 3,200 人）となっています。全体の患者数としては減少傾向となりますが、その中で「神経系の疾患」「呼吸器系の疾患」の患者数は増加しています。（図表２-13）

○また、外来については、「消化器系の疾患」が最も多く２万 9,800 人、次いで「筋骨格系及び結合組織の疾患」が２万 4,900 人、「循環器系の疾患」が２万 3,200 人となっています。（図表２－14）

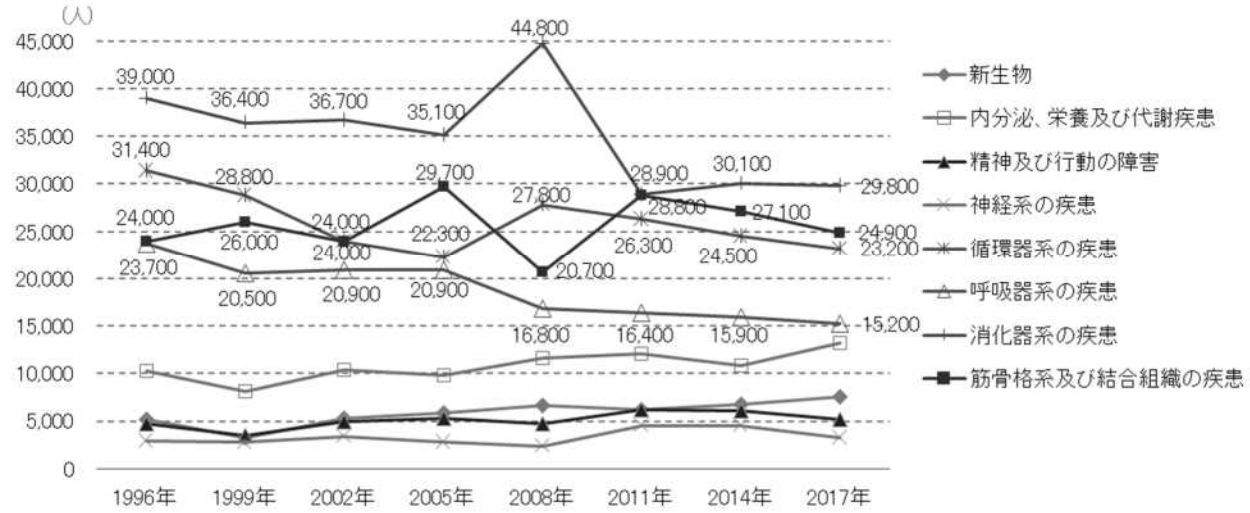
[3] 患者調査の推計患者数：調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数。
2017 年調査では、
病　院：2017 年 10 月 17 日(火)～19 日(木)の３日間のうち病院ごとに指定した１日
診療所：2017 年 10 月 17 日(火)、18 日(水)、20 日(金)のうち診療所ごとに指定した１日

図表２－13　疾患別推計患者数の推移（入院）



（資料：厚生労働省「患者調査」）

図表２－14　疾患別推計患者数の推移（外来）



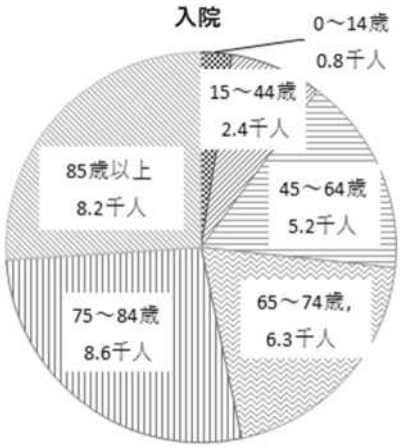
（資料：厚生労働省「患者調査」）

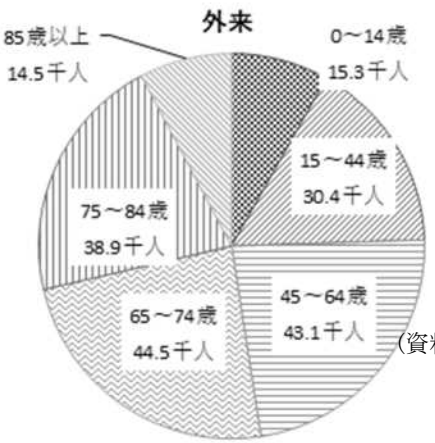
（３）年齢階級別の推計患者数

○年齢階級別の患者数をみると、入院については、75 歳～84 歳が 8,600 人で最も多く、85 歳以上が 8,200 人となっており、65 歳以上が２万 3,100 人で全体の約 73%となっています。

○外来については、65 歳～74 歳が４万 4,500 人で最も多く、次いで 45 歳～64 歳が４万 3,100 人、75 歳～84 歳が３万 8,900 人となっています。65 歳以上の割合は約 52%となっています。

図表２－15　年齢階級別推計患者数（入院・外来）（2017 年）





（資料:厚生労働省「患者調査」）

２　受療率

（１）入院受療率・外来受療率

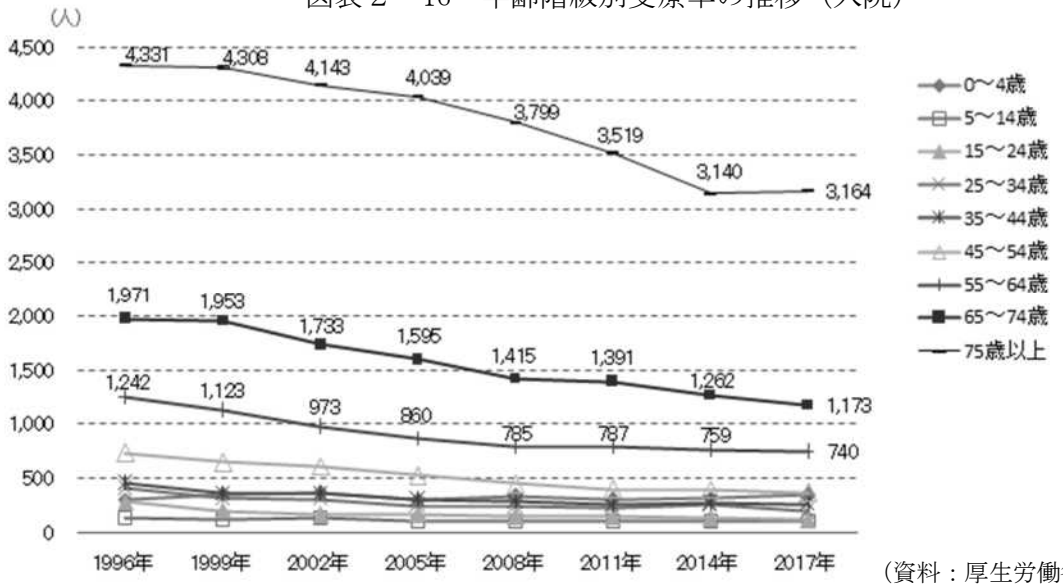
○2017 年の患者調査から、本県の受療率[4]についてみると、入院受療率は 857（全国平均 1,036）、外来受療率は 5,091（全国平均 5,675）で、ともに全国平均より低くなっています（入院受療率は全国順位で低い方から７位、外来受療率は全国順位で低い方から４位）。

（２）年齢階級別受療率

○年齢階級別に入院受療率をみると、75 歳以上が 3,164 で最も高く、次いで 65 歳～74 歳の 1,173、55 歳～64 歳の 740 となっています。（図表２－16）

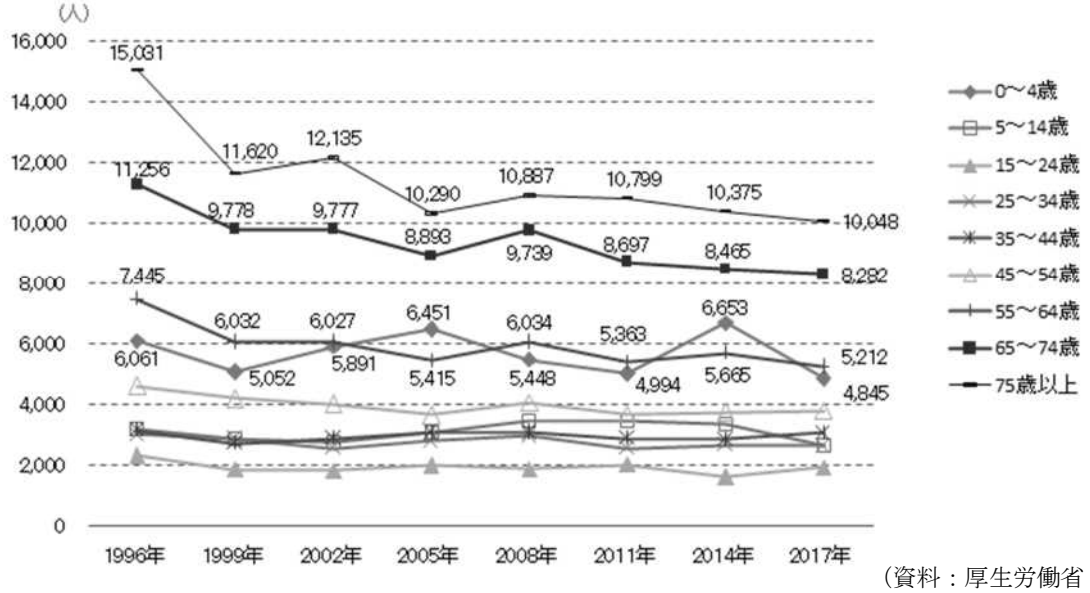
○外来受療率では、75 歳以上が 10,048 で最も高く、次いで 65 歳～74 歳の 8,282、55 歳～64 歳の 5,212 となっています。（図表２－17）

図表２－16　年齢階級別受療率の推移（入院）



（資料：厚生労働省「患者調査」）

図表２－17　年齢階級別受療率の推移（外来）



（資料：厚生労働省「患者調査」）

[4] 受療率（人口 10 万対）：推計患者数を人口 10 万対であらわした数。推計患者数／推計人口×100,000

第３節　医療資源

１　病院及び診療所の概況

（１）病院

○2021 年４月１日現在、病院数は 171 施設、病床数は 36,474 床で、2016 年と比較して 2,387 床少なくなっています。（図表２－18、２－19）

○病床の種類については、一般病床が 20,947 床、療養病床が 8,870 床、精神病床が 6,517 床で、人口 10 万人当たりの一般病床数は 581.5 床です。

（２）診療所

ア　一般診療所

○2021 年４月１日現在、一般診療所数は 2,760 施設で、このうち有床診療所が 164 施設あります。病床数は 1,754 床で、2016 年と比較して 541 床少なくなっています。（図表２－18、２－19）

○人口 10 万人当たりの一般診療所数は、76.6 施設です。

イ　歯科診療所

○2021 年４月１日現在の歯科診療所数は、1,767 施設です。（図表２－18）

○人口 10 万人当たりの歯科診療所数は、49.1 施設です。

図表２－18　医療施設（病院・診療所）数の推移　（単位：施設）

	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年
病院数	181	181	179	176	171	171
一般診療所数	2,746	2,762	2,758	2,770	2,750	2,760
有床	216	205	192	183	171	164
無床	2,530	2,557	2,566	2,587	2,579	2,596
歯科診療所数	1,806	1,792	1,797	1,782	1,777	1,767

（各年４月１日現在：県医療政策課調べ）

図表２－19　使用許可病床数の推移　（単位：床）

	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年
病院	38,861	38,910	38,532	37,801	36,769	36,474
一般病床	21,083	21,142	20,885	20,986	20,938	20,947
療養病床	10,871	10,871	10,860	10,057	9,122	8,870
精神病床	6,751	6,741	6,631	6,602	6,553	6,517
結核病床	108	108	108	108	108	92
感染症病床	48	48	48	48	48	48
一般診療所	2,295	2,177	2,111	2,022	1,873	1,754
歯科診療所	3	0	0	0	0	0

（各年４月１日現在：県医療政策課調べ）

２　医療人材の概況

（１）医師

○2018 年末における本県の医師数(医療施設従事者）は 7,690 人で、2014 年末と比べて 505 人増加しています。

○人口 10 万人当たりでは 210.2 人で、全国平均の 246.7 人と比較すると 36.5 人下回っています。

（２）歯科医師

○2018 年末における本県の歯科医師数(医療施設従事者)は 2,400 人で、2014 年末と比べて 132 人増加しています。

○人口 10 万人当たりでは 65.6 人で、全国平均の 80.5 人と比較すると 14.9 人下回っています。

（３）薬剤師

○2018 年末における本県の薬剤師数（薬局及び医療施設従事者）は 6,504 人で、2014 年末と比べて 621 人増加しています。

○人口 10 万人当たりでは 177.8 人で、全国平均の 190.1 人と比較すると 12.3 人下回っています。

（４）看護師

○2018 年末における本県の就業看護師数は 32,935 人で、2014 年末と比べて 3,761 人増加しています。

○人口 10 万人当たりでは 900.1 人で、全国平均の 963.8 人と比較すると 63.7 人下回っています。

図表２－20　医療人材の推移

（各年 12 月 31 日現在。単位：人）

		2014年	2016年	2018年
医師数 (医療施設従事者)	静岡県	7,185　(193.9)	7,404　(200.8)	7,690　(210.2)
	全国	296,845　(233.6)	304,759　(240.1)	311,963　(246.7)
歯科医師数 (医療施設従事者)	静岡県	2,268　(61.2)	2,318　(62.9)	2,400　(65.6)
	全国	100,965　(79.4)	101,551　(80.0)	101,777　(80.5)
薬剤師数(薬局及び医療施設従事者)	静岡県	5,883　(158.8)	6,231　(169.0)	6,504　(177.8)
	全国	216,077　(170.0)	230,186　(181.3)	240,371　(190.1)
看護師数	静岡県	29,174　(787.4)	31,000　(840.6)	32,935　(900.1)
	全国	1,086,779　(855.2)	1,149,397　(905.5)	1,218,606　(963.8)

※（　）内は人口 10 万人対　　資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、衛生行政報告例

第３章　地域医療構想

○団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向けて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるような、切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築するため、2014 年６月に医療介護総合確保推進法が成立しました。この一括法において、医療法の中で医療計画の一部として「地域医療構想」が新たに位置付けられました。

○地域医療構想は、構想区域ごとに、各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携を適切に推進することを目的とするものです。

○本県においても、2016 年３月に「静岡県地域医療構想」を策定しました。

第１節　構想区域

○構想区域は、医療法第 30 条の４第２項第７号に基づく区域であり、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域です。

○将来の病床数の必要量（必要病床数）を設定する地域的な単位であり、現行の２次保健医療圏を原則として、人口構造の見通し、医療需要の動向、医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通し等を考慮して設定します。（医療法施行規則第 30 の 28 の２）

○このため、本県における構想区域も２次保健医療圏と同一とします。この区域は、保健・医療・介護（福祉）の総合的な連携を図るため、静岡県長寿社会保健福祉計画における高齢者保健福祉圏域とも一致しています。

第２節　2025 年の在宅医療等の必要量

○今回の中間見直しでは、静岡県長寿社会保健福祉計画が 2020 年度に改定されたことに合わせ、在宅医療について見直しを行いました。なお、推計方法に変更はないため、2025 年の必要量自体に変更はありませんが、必要量への対応について見直しを行いました。

１　推計方法（※計画策定時から変更無し）

○慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在、療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025 年には在宅医療等で対応するものとしています。

○地域において、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計しました。その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小していくこととしました。

○慢性期機能及び在宅医療等の医療需要については、厚生労働省令の定める算定式により、以下の内容で推計しました。

①一般病床の障害者数・難病患者数について、慢性期機能の医療需要として推計
②療養病床の入院患者数のうち、「医療区分１の患者数の 70%」を、在宅医療等で対応する患者数として推計。その他の入院患者数については、「入院受療率の地域差を解消」していく、将来の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要としてそれぞれ推計。
③一般病床の入院患者数のうち、「医療資源投入量が 175 点未満」の患者数については、在宅医療等で対応する患者数の医療需要として推計。
④在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の 2025 年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計。
⑤介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の 2025 年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計。

２　推計結果

（１）2025 年の在宅医療等の必要量（※計画策定時から変更無し）

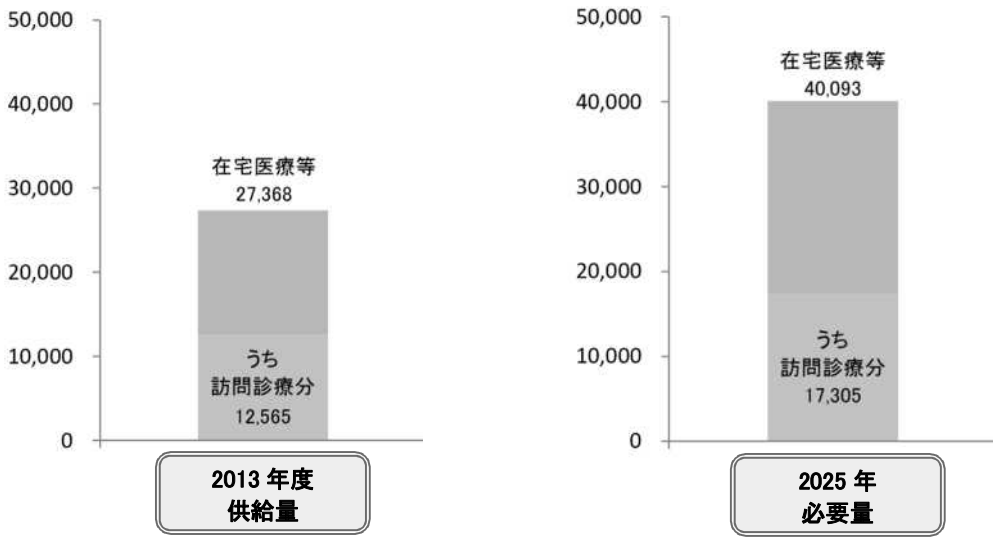
○2025 年における静岡県の在宅医療等の必要量は 40,093 人、うち訪問診療分は 17,305 人と推計しました。

○2013 年度の供給量と比較すると、2025 年に向けて、在宅医療等の必要量の増加は 12,725 人、うち訪問診療分について 4,740 人と推計しました。

図表３－１　在宅医療等の 2013 年度供給量と 2025 年必要量の比較

	2013年度の供給量		2025年の必要量	
	在宅医療等	うち訪問診療分	在宅医療等	うち訪問診療分
賀茂	797	295	1,024	428
熱海伊東	1,014	419	1,643	735
駿東田方	5,026	2,420	7,186	3,271
富士	2,510	1,212	3,723	1,612
静岡	5,707	2,844	8,082	3,845
志太榛原	3,127	1,273	4,585	1,832
中東遠	2,727	1,037	4,198	1,420
西部	6,460	3,065	9,652	4,162
静岡県	27,368	12,565	40,093	17,305

※地域差解消分にあたる患者数は、2013 年度には含まれず、2025 年には含まれている
※2013 年度の値は医療機関所在地ベース

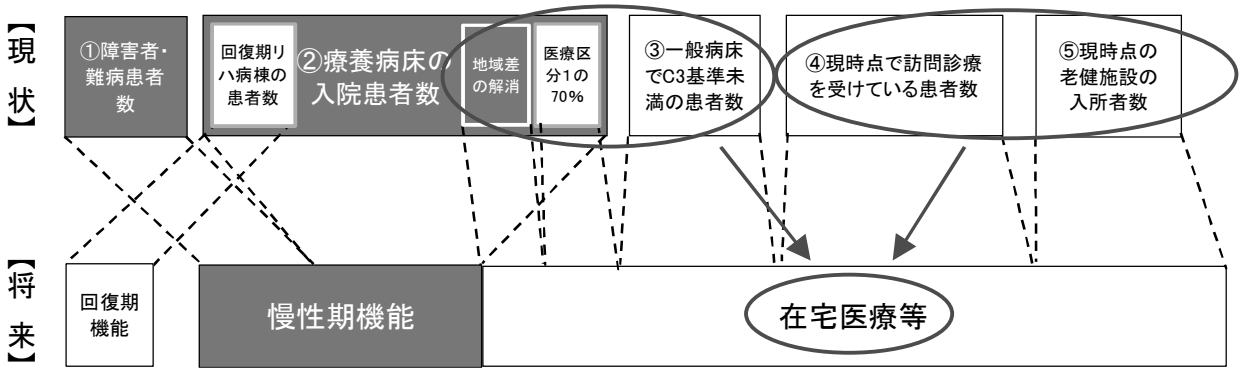


（２）在宅医療等の必要量の内訳（※計画策定時から変更無し）

○2025 年に向けて、在宅医療等の需要は、「高齢化の進行」や、地域医療構想による病床の機能分化連携を踏まえた「追加的需要」により、大きく増加する見込みです。

○将来の医療需要については、医療機能の分化・連携により、療養病床及び一般病床の患者数のうち一定数は、2025 年には在宅医療等で対応するものとして推計しました。

図表３－２　慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ



※網掛け部分は、慢性期機能として推計値に含まれている。

ア　追加的需要の推計（※計画策定時から変更無し）

○医療・介護需要の増大に確実に対応していくため、県・市町、関係団体が一体となってサービス提供体制を構築していくことが重要です。

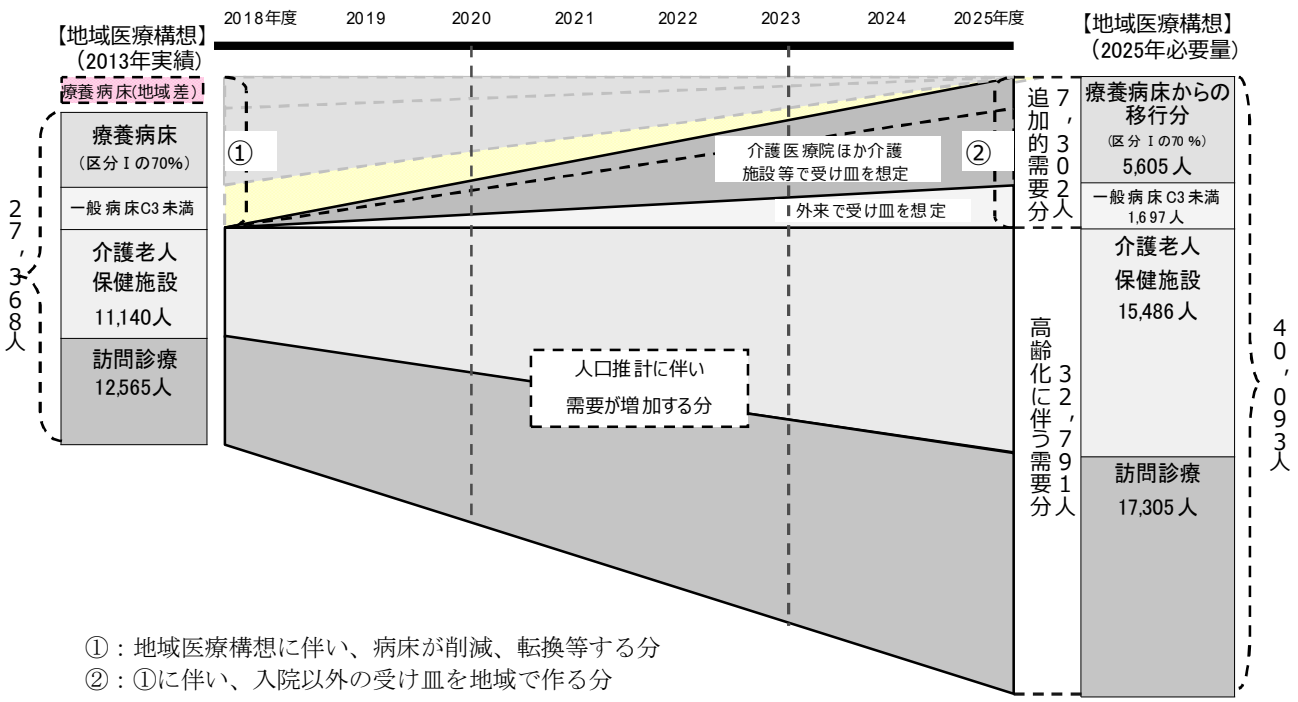
○このため、県と市町は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、地域包括ケア推進ネットワーク会議を開催し、保健医療計画及び介護保険事業（支援）計画における整合的な整備目標・見込み量を設定しました。

○介護保険事業計画と整合性のとれた整備目標を検討するためには、両計画の構成要素のそれぞ

れの必要量や、市町別のデータが必要ですが、現時点においては分析可能なデータに限界があることから、一定の仮定を置いて按分や補正等を行うこととし、具体的には、以下の方法により設定しました。

・一般病床から生じる新たなサービス必要量は、一般病床から退院する患者の多くは、退院後に外来により医療を受ける傾向にあることから、基本的には、外来医療により対応するものとして推計。
・療養病床から生じる新たなサービス必要量は、介護医療院等で対応する分を除いた上で、外来での対応を目指す部分、在宅医療での対応を目指す部分、介護サービスでの対応を目指す部分を推計。
・2025 年の追加的需要の推計値を、次期計画開始年度となる 2018 年度からの８年間で等比按分して、2020 年度末における整備目標を設定
（2010 年度末の整備目標＝2025 年のサービス必要量×３/８）

図表３－３　地域医療構想を踏まえた 2025 年における在宅医療等の必要量のイメージ



①：地域医療構想に伴い、病床が削減、転換等する分
②：①に伴い、入院以外の受け皿を地域で作る分

イ　2025 年の在宅医療等の必要量への対応

○2025 年における在宅医療等の必要量は県全体で 40,093 人、このうち追加的需要は 7,302 人、高齢化に伴う需要分は 32,791 人と推計されます。

○この対応に向けて、訪問診療 20,894 人、介護医療院 2,535 人、介護老人保健施設 13,179 人等で対応する体制の整備を目指します。

在宅医療等必要量　2025年					提供見込み量(追加的需要分＋高齢化に伴う需要分)					
	追加的需要分		高齢化に伴う需要分							
	療養病床分	一般病床分	介護老人保健施設分	訪問診療分		介護医療院	外来	介護老人保健施設	訪問診療	その他
40,093	5,605	1,697	15,486	17,305	40,152	2,535	2,497	13,179	20,894	1,047

ウ　2023 年度の在宅医療等の必要量への対応

○2023 年度における在宅医療等の必要量は県全体で 36,758 人、このうち追加的需要は 5,476 人、高齢化に伴う需要分は 31,282 人と推計されます。

○この対応に向けて、訪問診療 19,336 人、介護医療院 2,428 人、介護老人保健施設 13,038 人等で対応する体制の整備を目指します。

在宅医療等必要量　2023年度					提供見込み量(追加的需要分＋高齢化に伴う需要分)					
	追加的需要分		高齢化に伴う需要分							
	療養病床分	一般病床分	介護老人保健施設分	訪問診療分		介護医療院	外来	介護老人保健施設	訪問診療	その他
36,758	4,204	1,272	14,762	16,520	36,913	2,428	1,517	13,038	19,336	594

第４章　医療機関の機能分担と相互連携

第１節　公的病院等の役割

【対策のポイント】
- ○　地域医療における中核的な役割
- ○　地域の医療機関との機能分担と相互連携の強化

１　公的病院等の役割

○公的病院等（医療法第 31 条の公的医療機関及び５事業等において中核的な医療機能を担っている病院）は、地域における基幹的な医療機関として重要な役割を果たしています。

○2007 年４月に施行された改正医療法により、医療従事者の確保など医療の確保に関する県の施策についての公的医療機関の協力が義務付けられています。

○県内の公的病院等は、2021 年４月現在 48 病院で、一般病床の 72.7%、全病床の 45.8%を占めています。

○また、本県における自治体病院（県、市町、地方独立行政法人）が占める割合は病院数で 14.4%、病床数で 25.1%と全国と比較して上回っています。特に、市町村立病院の病床数の割合は、全国の 8.4%に対して本県は 18.9%と大きく上回っているなど、地域の医療提供体制の中で重要な役割を担っており、今後も地域医療の確保に大きな役割を果たすことが期待されます。

○特に、新型コロナウイルスの感染拡大に際し、2021 年９月末現在で病床を確保している県内 42 病院のうち、公的病院等は 34 病院で８割を超えるなど、感染患者の受入・治療を積極的に行っており、本県の新型コロナウイルス感染症対策において大きな役割を果たしています。

図表４－１　２次保健医療圏別公的病院等の状況（2021 年４月１日現在）

区分／医療圏名	公的病院等				計	公的病院等病床数			
	公的医療機関（法第 31 条）			その他		一般病床		全病床	
	県	市町	日赤 済生会 厚生連						
賀　　茂		1		1	2	238	(50.0%)	242	(19.9%)
熱海伊東		1			1	250	(34.5%)	250	(24.4%)
駿東田方	1	1	4	3	9	2,037	(45.1%)	2,256	(30.1%)
富　　士		3			3	1,059	(63.2%)	1,167	(34.5%)
静　　岡	3	2	4	2	11	3,886	(86.4%)	4,310	(58.3%)
志太榛原		4			4	1,825	(76.4%)	1,930	(51.6%)
中 東 遠		6			6	1,572	(96.9%)	1,740	(49.0%)
西　　部		4	3	5	12	4,370	(86.5%)	4,803	(55.4%)
合　　計	4	22	11	11	48	15,237	(72.7%)	16,698	(45.8%)

※病床欄の（　）書きは、圏域内の病床数に対する割合。　　資料：県医療政策課調べ

図表４－２　自治体病院数（2017 年 10 月 1 日現在）

	総数	自治体病院				
		都道府県立	市町村立	地方独立行政法人	計	比率(%)
静岡県	180	1	21	4	26	14.4
全国計	8,412	198	627	102	927	11.0

（出典：厚生労働省（医療施設調査」）

図表４－３　自治体病院の病床数（2017 年 10 月 1 日現在）

	総数	自治体病院							
		都道府県立		市町村立		地方独立行政法人		計	
		実数	比率(%)	実数	比率(%)	実数	比率(%)	実数	比率(%)
静岡県	38,673	615	1.6	7,296	18.9	1,777	4.6	9,688	25.1
全国計	1,554,879	53,258	3.4	130,230	8.4	40,163	2.6	223,651	15.0

（出典：厚生労働省（医療施設調査」）

図表４－４　県内で新型コロナウイルス感染症の病床を確保している病院数及び確保病床数

（2021 年 9 月 30 日現在）

	総数	うち公的病院等	比率(%)
病院数	42	34	81.0
確保病床数	736	635	86.3

（県新型コロナ対策企画課調べ）

第５章　疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築

第１節　疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制

○医療は、出生から死亡まで、人生の全ての過程に関わるものであり、傷病の治療だけではなく、健康づくり等を通じた予防や介護サービスの利用等様々な領域と関わるものです。

○医療提供者は、患者本位の医療という理念を踏まえつつ、それぞれの専門性を発揮しながら連携していくほか、例えば入院した患者の場合、治療後できるだけ早期に日常生活に復帰し、退院後においても継続的に適切な医療が受けられるようにするなど、互いに役割を分担し、かつ連携して医療を提供することが必要です。

○従来から、人口の高齢化が急速に進み疾病構造が変化し、生活習慣病が増加している中、生活の質の向上を実現するため、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の「４疾病」、並びに地域における医療提供体制の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の「５事業」に対応した医療連携体制の構築を進めています。

○さらに、医療法第 30 条の３第１項の規定に基づいた医療提供体制の確保に関する基本方針が 2012 年３月に改正され、４疾病に新たに精神疾患が追加され「５疾病」となり、さらに在宅医療についても疾病・事業と同様に、医療連携体制の構築が求められています。

○なお、本県においては、５疾病５事業及び在宅医療に、肝炎を加え、６疾病５事業及び在宅医療として医療連携体制の構築の取組を進めます。

１　記載項目

（１）現状、課題、対策及び医療連携体制

○現状や課題を明らかにし、対策の方向性を記載するとともに、各病期等のポイント及び必要となる機能の説明を記載しています。

（２）医療体制図

○２次保健医療圏等地域の医療機関がどのような役割を担うのかを医療体制図として記載しています。

○なお、疾病又は事業ごとの医療連携体制を担う医療機関の名称は、ホームページにて公表しています。

○また、２次保健医療圏等を構成する市町は、図表５－１のとおりです。

図表５－１　２次保健医療圏等構成市町

<table>
<tr><th>構成市町名</th><th>２次保健医療圏</th><th>２次救急医療圏</th><th>周産期医療地域</th><th>精神科救急医療地域</th></tr>
<tr><td>下田市</td><td rowspan="6">賀茂</td><td rowspan="6">賀茂</td><td rowspan="15">東部</td><td rowspan="13">東部</td></tr>
<tr><td>東伊豆町</td></tr>
<tr><td>河津町</td></tr>
<tr><td>南伊豆町</td></tr>
<tr><td>松崎町</td></tr>
<tr><td>西伊豆町</td></tr>
<tr><td>熱海市</td><td rowspan="2">熱海伊東</td><td>熱海</td></tr>
<tr><td>伊東市</td><td>伊東</td></tr>
<tr><td>伊豆市</td><td rowspan="9">駿東田方</td><td rowspan="7">駿豆</td></tr>
<tr><td>伊豆の国市</td></tr>
<tr><td>沼津市</td></tr>
<tr><td>三島市</td></tr>
<tr><td>裾野市</td></tr>
<tr><td>函南町</td></tr>
<tr><td>清水町</td></tr>
<tr><td>長泉町</td></tr>
<tr><td>御殿場市</td><td rowspan="2">御殿場</td></tr>
<tr><td>小山町</td></tr>
<tr><td>富士宮市</td><td rowspan="2">富士</td><td rowspan="2">富士</td><td rowspan="2">富士</td></tr>
<tr><td>富士市</td></tr>
<tr><td>静岡市(清水区)</td><td rowspan="2">静岡</td><td>清水</td><td rowspan="8">中部</td><td rowspan="2">静岡</td></tr>
<tr><td>静岡市
(葵区, 駿河区)</td><td>静岡</td></tr>
<tr><td>島田市</td><td rowspan="6">志太榛原</td><td rowspan="6">志太榛原</td><td rowspan="6">志太榛原</td></tr>
<tr><td>焼津市</td></tr>
<tr><td>藤枝市</td></tr>
<tr><td>牧之原市</td></tr>
<tr><td>吉田町</td></tr>
<tr><td>川根本町</td></tr>
<tr><td>磐田市</td><td rowspan="6">中東遠</td><td rowspan="6">中東遠</td><td rowspan="9">西部</td><td rowspan="6">中東遠</td></tr>
<tr><td>掛川市</td></tr>
<tr><td>袋井市</td></tr>
<tr><td>御前崎市</td></tr>
<tr><td>菊川市</td></tr>
<tr><td>森町</td></tr>
<tr><td>浜松市(天竜区)</td><td rowspan="3">西部</td><td>北遠</td><td rowspan="3">西部</td></tr>
<tr><td>浜松市(天竜区以外)</td><td rowspan="2">西遠</td></tr>
<tr><td>湖西市</td></tr>
</table>

第２節　疾病

１　がん

【対策のポイント】
- ○　精度管理されたがん検診の実施と受診促進
- ○　がん患者一人ひとりに応じた治療と支援の推進
- ○　住み慣れた地域でのがん患者療養支援機能の充実

【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
がん検診精密検査受診率	胃がん	77.5%（2014 年）	73.0%（2017 年）	90%以上（2023 年）	肺がん、大腸がん、子宮頸がんについては目標に向け数値が改善
	肺がん	75.1%（2014 年）	81.8%（2017 年）		
	大腸がん	65.6%（2014 年）	65.9%（2017 年）		
	乳がん	81.3%（2014 年）	74.0%（2017 年）		
	子宮頸がん	44.4%（2014 年）	60.5%（2017 年）		
対県標準化死亡比 最大の地域と最小の地域の比較倍率		1.36 倍（2011～15 年）	1.27（2014～18 年）	1.20 倍（2023 年）	目標に向け数値が改善
がん患者の就労支援に関する研修受講者数		47 人（2016 年度）	累計 183 人（2020 年度）	累計 300 人（2021 年度）	目標に向け数値が改善

（１）現状と課題

ア　がんの現状

○がんは、ゲノム[1]に傷が付くことによりできた、異常な細胞が増殖し（がん化）、血管などに入り込んで体内に広がり（転移）、周囲の正常な細胞を破壊していくことにより、体を衰弱させる疾患です。

○がんは、基本的にすべての臓器、組織で発生しますが、代表的なものとして、胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がん等の上皮細胞（組織の表面で上皮を形成する細胞）でできるものや、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫等の造血器（血球を作る機能を持つ器官）でできるもの及び全身の骨や軟部組織（脂肪、筋肉、神経など）から発生する肉腫などがあります。

○がんは、県民の疾病による死亡の最大原因となっていることから、全ての県民ががん対策に参加することにより、生涯にわたって健やかに安心して暮らせる「ふじのくに」づくりを目指して、2014 年 12 月に静岡県がん対策推進条例を制定し、2017 年に改正しました。

[1] ゲノム：遺伝子をはじめとした遺伝情報の全体。

○本条例と 2018 年３月策定の静岡県がん対策推進計画（第３次）に基づき、総合的ながん対策を推進します。

イ　本県の状況

（がんによる死亡の状況）

○本県では、1982 年以降、がんが死亡原因の第１位となっており、年間１万人以上の県民ががんで亡くなっています。2019 年の死亡率(人口 10 万人に対する死亡者の割合)は 297.8、死亡数全体に占める割合は 25.8%と、約４人に１人ががんで命を落としていることになります。

○全国と比較した本県におけるがん全体の標準化死亡比は 95.0 であり、有意に全国を下回っています。圏域別では、静岡保健医療圏以西では全ての圏域で全国を下回っており、西に行くほど低くなっています。しかし、駿東田方医療圏以東では、全ての圏域で全国を上回っています。

（たばこ対策）

○成人の喫煙率は、2019 年に 18.6%で、減少傾向にあります。

（がん検診受診率等）

○本県のがん検診の受診率は、2019 年で胃がん 42.9%、肺がん 52.1%、大腸がん 44.7%、乳がん 46.6%、子宮頸がん 44.0%となっています。

○2017 年度の市町が行ったがん検診で要精密検査となった者のうち、精密検査を受けた者の割合は、胃がん検診 73.0%、肺がん検診 81.8%、大腸がん検診 65.9%、乳がん検診 74.0%、子宮頸がん検診 60.5%でした。

○2020 年度の市町がん検診受診者数は延べ 864,970 人であり、前年度比 85.3%と減少しました。新型コロナウイルス感染症の影響による、がん検診受診率の低下が懸念されます。

（がん医療提供体制）

○県民がどこに住んでいても質の高いがん医療が受けられる体制の整備を進めており、2020 年４月１日現在、国指定病院として「都道府県がん診療連携拠点病院[2]」が１施設、「地域がん診療連携拠点病院（高度型）[3]」が２施設、「地域がん診療連携拠点病院[4]」が７施設、「地域がん診療病院」[5]が２施設指定され（以下、これら国指定病院をあわせて「拠点病院等」という。)、県指定病院として「静岡県地域がん診療連携推進病院[6]」を８施設（以下、「県推進病院」という。)、「がん相談支援センター設置病院[7]」を２施設指定している。上記以外に、国指定病としてそれぞ

---

[2] 都道府県がん診療連携拠点病院：都道府県内においてがん医療の中心的役割を果たすよう厚生労働大臣が指定する病院で、原則として各都道府県に１施設指定されている。専門的ながん医療を提供するとともに、都道府県内のがん診療の連携協力体制の整備やがんに関する相談支援を担う。

[3] 地域がん診療連携拠点病院（高度型）：同一保健医療圏の地域がん診療連携拠点病院のうち、診療実績が最も優れている病院。

[4] 地域がん診療連携拠点病院：保健医療圏内でがん医療の中心的役割を果たすよう厚生労働大臣が指定する病院で、専門的ながん医療を提供。

[5] 地域がん診療病院：がん診療連携拠点病院が無い保健医療圏に厚生労働大臣が指定する病院。隣接する圏域のがん診療連携拠点病院と連携して専門的ながん医療を提供する。

[6] 静岡県地域がん診療連携推進病院：拠点病院等とその同一保健医療圏で連携してがん診療に携わり、地域がん診療病院に準ずるがん診療機能を有する、静岡県知事が指定する病院。

[7] がん相談支援センター設置病院：賀茂・熱海伊東医療圏のうち、がんの相談支援を行う機能を有する部門を設置する、静岡県知事が指定する病院。

れ１病院が「がんゲノム医療中核拠点病院[8]」及び「小児がん拠点病院[9]」に指定されています。

○県内の２次保健医療圏のうち、賀茂医療圏を除く７保健医療圏において拠点病院等及び推進病院が整備されています。

○2019 年の県内のがん治療認定医の数は 417 人、人口 10 万人当たり 11.2 人で、全国平均の 12.9 人より少なく、がん専門看護師数は 25 人、人口 10 万人当たり 0.7 人で、全国平均の 0.6 人より多く、がん専門薬剤師数は 16 人、人口 10 万人当たり 0.4 人で、全国平均の 0.5 人より少なくなっています。

○2018 年７月、国のがん診療提供体制の整備指針の見直しにより、がん医療の更なる充実や病院と地域との連携、医療安全、拠点病院の指定の考え方などが示され、拠点病院等の指定要件が厳格化されるとともに、地域がん診療連携拠点病院のうち、都道府県知事がその診療機能等が高く、地域内で中心的役割を果たすものとして推薦する医療機関について、地域がん診療連携拠点病院（高度型）として指定の類型が創設されました。

（がんゲノム医療）

○県立静岡がんセンターにおいて、手術で取り出したがん組織や血液中の細胞から遺伝子変異及びタンパク質や代謝産物の変化等の解析を行い、新しいがん診断・治療開発につなげるプロジェクト HOPE（High-tech Omics-based Patient Evaluation）が 2014 年から開始され、2021 年 12 月末までに約 8,000 例の解析を行っています。

（支持療法）

○がんそのものや、手術、放射線治療、薬物療法等のがんの治療に伴って生じる副作用、合併症、後遺症等を予防、軽減するための治療のことを支持療法と言い、抗菌薬や制吐剤の投与、輸血等があります。その中でも特に口内粘膜炎に対応するため、がん患者に適切な口腔ケアが県内全ての拠点病院等及び推進病院で行われています。

（希少がん、難治性がん）

○個々のがんの種類の中で、患者数が少ない希少がん、また、膵がんやスキルス胃がん等の難治性がんについては、県内外の病院間の連携での医療が行われています。

（小児がん、AYA 世代[10]のがん、高齢者のがん）

○子どもの死因の上位に位置する白血病、脳腫瘍等、小児のがんに対応するため、2010 年度より静岡県小児がん拠点病院制度を創設して県立こども病院を指定しており、県内の小児がん患者の約半数が治療を受けています。

○2019 年４月１日、県立こども病院が国から「小児がん拠点病院」として指定されています。

○AYA 世代（思春期・若年成人世代）のがんは、小児と成人領域の狭間で、患者が少なく、がんの種類も多様であることから、最適で効果の高い治療を受けるための診療体制が必要とされています。県立静岡がんセンターは、2015 年から全国に先駆けて、「AYA 世代」病棟を整備し、各診療科の連携治療や支持療法などを行っています。

---

[8] がんゲノム医療中核拠点病院：全国のがんゲノム医療の中核となる施設として厚生労働大臣が指定する病院。2020 年４月１日現在、全国に 12 施設指定されている。

[9] 小児がん拠点病院：地域において小児がん医療及び支援を提供する中心施設として厚生労働大臣が指定する病院。地域ブロック単位（静岡県：東海北陸ブロック）で全国に 15 施設指定されている。

[10] AYA 世代：おおよそ 15 歳から 40 歳の思春期・若年成人の世代を指す。AYA は Adolescent and Young Adult の略。

○人口の高齢化が進行するとともに、がん患者に占める高齢者の割合が増えていますが、体力の低下や認知症などの併存疾患のため標準的治療が難しい場合もあります。

（がんのリハビリテーション）

○がん患者の早期社会復帰や療養生活の質の向上を図るため、リハビリテーションの提供体制の整備を進めており、がん患者リハビリテーション料の施設基準の届出を行っている病院は、2019 年度で 44 施設となっており、全保健医療圏にあります。

（在宅医療の充実）

○がん患者のうち、在宅で亡くなっている人の割合は、2019 年は 20.0％で、６年間で約 10.4 ポイント上昇しました。

○がんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する専門的な緩和ケアを提供できるよう、拠点病院等及び推進病院において、がん診療に携わる医師等を対象に研修を行い、2020 年度までの医師の修了者数は累計 3,327 人となっています。

（就労支援）

○がん患者の就労継続や再就労を支援するため、ハローワーク等関係機関と連携した就労支援が実施できる拠点病院等及び推進病院は、2020 年度で 14 施設となっています。

ウ　医療提供体制

（ア）がんの予防・がんの早期発見

○喫煙及び受動喫煙は、様々ながんの原因と考えられています。そのため、がんを予防するためには、禁煙及び受動喫煙防止などのたばこ対策を、より一層推進する必要があります。

○がん検診は、市町や健康保険組合等で行われており、県民は、がんの早期発見、早期治療につながる重要な検査と認識が深まったことにより、胃がん、肺がん及び大腸がんの検診受診率は、当面の目標 40％に達成したものの、乳がん、子宮頸がんについては、目標の 50％には達成していないため、更に受診率の向上を図る必要があります。

○市町が行っているがん検診の精密検査の受診率は、がんの種類によって差があり、がんの早期発見を促進するためには、どのがんについても高い精密検査受診率を維持する必要があります。

○早期のがんを適切に診断するためには、検診が正しく行われているかを評価し、不備な点を改善する「精度管理」を徹底する必要があります。

（イ）がんの医療提供体制

○拠点病院等は、各保健医療圏において、県民に対して適時適切ながん医療を提供できるよう、更なる質の向上を図っていく必要があります。

○拠点病院等がない賀茂医療圏については、地域の実情に合わせたがん医療の拠点となる病院の整備と、隣接する圏域の拠点病院等との更なる連携が必要となっています。

（ウ）がんの治療・支援

○個々のがん患者に最適なゲノム医療を提供する体制を構築する必要があります。

○県内のがん治療を行う全ての医療機関において、がんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する緩和ケアを、がん治療と並行して実施するほか、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対応する支持療法を提供することで、がん患者のＱＯＬを高め、社会復帰を早める必要があります。

○希少がん・難治性がんについて、正確な診断とエビデンスに基づいた標準的な治療ができる診

療提供体制の整備が必要です。

○成長期にある小児の特性に十分配慮した、教育環境を含む小児がん患者の療養環境の確保、治療終了後の晩期合併症への対応も含めた長期フォローアップの継続と成人診療科への円滑な移行、更には、小児がん患者に対する緩和医療提供体制が必要です。

○AYA 世代のがん患者について、その診療体制の整備と相談、就学・就労、生殖機能温存等に関する支援体制の充実を図っていく必要があります。なお、2019 年度より、40 歳未満のがん患者を対象とした、生殖機能温存治療に係る費用への助成制度を創設しております。

○高齢者のがん治療に関して、国が策定する高齢者のがん診療に関するガイドライン等の状況を踏まえ、検討していく必要があります。

○がん患者の早期社会復帰等を推進するため、がん患者に適切なリハビリテーションを提供できる病院を増やしていく必要があります。

○在宅療養のニーズに応えられるように、がん患者が安心して在宅療養できる地域での体制整備を、更に進めていく必要があります。

○在宅緩和ケアを推進するためには、病院と診療所、訪問看護ステーション、薬局等との連携を進めるほか、かかりつけ医、看護師、かかりつけ薬局の薬剤師等が、在宅緩和ケアのスキルを高めていく必要があります。

○がん患者を取り巻く就労環境は厳しく、就労の継続及び再就労が困難な状況にあることから、がん患者に対する就労支援の充実強化を図っていく必要があります。

（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
がん検診精密検査受診率	胃がん	73.0% （2017 年）	90%以上 （2023 年）	国の第３期がん対策推進基本計画の目標値の90%と同じ値を設定	地域保健・健康増進事業報告
	肺がん	81.8% （2017 年）			
	大腸がん	65.9% （2017 年）			
	乳がん	74.0% （2017 年）			
	子宮頸がん	60.5% （2017 年）			
対県標準化死亡比 最大の地域と最小の地域の比較倍率		1.27 （2014～18 年）	1.20 倍 （2023 年）	がんで亡くなる県民の地域差を 1.2 倍以内に下げるように設定	静岡県市町別健康指標
がん患者の就労支援に関する研修受講者数		28 人 （2020 年度）	年 40 人 （毎年度）	年間 40 人を養成	県疾病対策課調査

イ　施策の方向性

（ア）がん予防

○青少年を対象とした喫煙防止教育を含め、県民に対し、喫煙が及ぼす健康への影響などに関する正しい知識の一層の啓発を図ります。

○多くの人が集まる公共的な施設、飲食店や職場等の受動喫煙防止対策が図られるよう関係機関に働きかけます。

○市町と連携して、個別の受診勧奨・再勧奨や、企業と連携し職域で受診機会のない者への啓発を進めるとともに、がん検診と特定健診の同時実施や休日検診の実施等、受診者の利便性の向上を図ります。

○静岡県がん検診精度管理委員会での協議結果を踏まえた、がん検診従事者を対象とした各種講習会や研修会を開催することにより、検診従事者の資質向上を図るなど、がん検診の精度の向上を進めます。

（イ）がんの医療提供体制

○拠点病院等がない賀茂医療圏に、地域がん診療病院又は県推進病院の設置を進めます。

○国及び県指定病院のいずれにおいても、継続して指定要件を充足できるよう支援を行うとともに、更なる機能強化が図られるよう、施設・設備整備への助成や人材の養成などを進めます。

（ウ）がんの治療・支援

○がんゲノム医療中核拠点病院に指定されている県立静岡がんセンターを中心として、県内のがんゲノム医療体制の構築を進めます。

○県立静岡がんセンター及び県歯科医師会等との連携を深め、引き続き、がん患者の口腔ケアに対応できる歯科医師の養成を推進するとともに、拠点病院等やがん治療を行う医療機関と院内外の歯科医師との連携による口腔ケアの実施体制の充実を図ります。

○小児がん拠点病院に指定されている県立こども病院を中心として、学校との連携による小児がん患者の復学支援や臨床心理士等による心理的な支援を行うとともに、成人診療科への移行を含めた患者の長期フォローアップや在宅も加えた緩和ケアについて、地域の医療機関等の関係者との連携の下で整備を進めます。

○県内の拠点病院等及び県推進病院の中で、AYA 世代のニーズに対応した治療やケア、相談、就学・就労、生殖機能温存等に関する支援を実施できる施設の調査及び県内の連携体制の整備を進めます。

○高齢のがん患者一人ひとりの状況に応じた適切ながん診療を提供できるよう、高齢者のがん診療に関する国のガイドラインを踏まえ、県立静岡がんセンターを中心に、診療体制の整備を進めます。

○県内の拠点病院等及び県推進病院における希少がん、難治性がんの治療状況を調査し、がん種ごとの治療の集約化等、県内外の医療機関の連携体制の整備を進めます。

○拠点病院等及び県推進病院において、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を予防、軽減する支持療法の提供体制の充実を推進します。

○県立静岡がんセンターや県リハビリテーション専門職団体協議会等と連携した、がん患者のリハビリテーションの研修会の開催、拠点病院等及び県推進病院における常勤・専任のリハビリテーション医師の配置促進など、引き続き、がん患者のリハビリテーション提供体制の整備を進めます。

○県医師会及び県立静岡がんセンター等関係機関と連携し、地域の医療機関、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等による在宅チーム医療の充実や在宅医療従事者の育成などを進め、県内の在宅医療体制の強化を進めます。

○拠点病院等及び県推進病院における緩和ケアチーム等の体制整備や質の向上を図るとともに、拠点病院等及び県推進病院以外での緩和ケアの体制についても、緩和ケア研修会等を通じて、整備を進めます。

○拠点病院等及び県推進病院とかかりつけ医や薬局薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等の連携による地域の在宅緩和ケアの実施体制の整備を進めるとともに、緩和ケア研修の内容の充実に向け、県医師会や県薬剤師会等と連携を進めます。

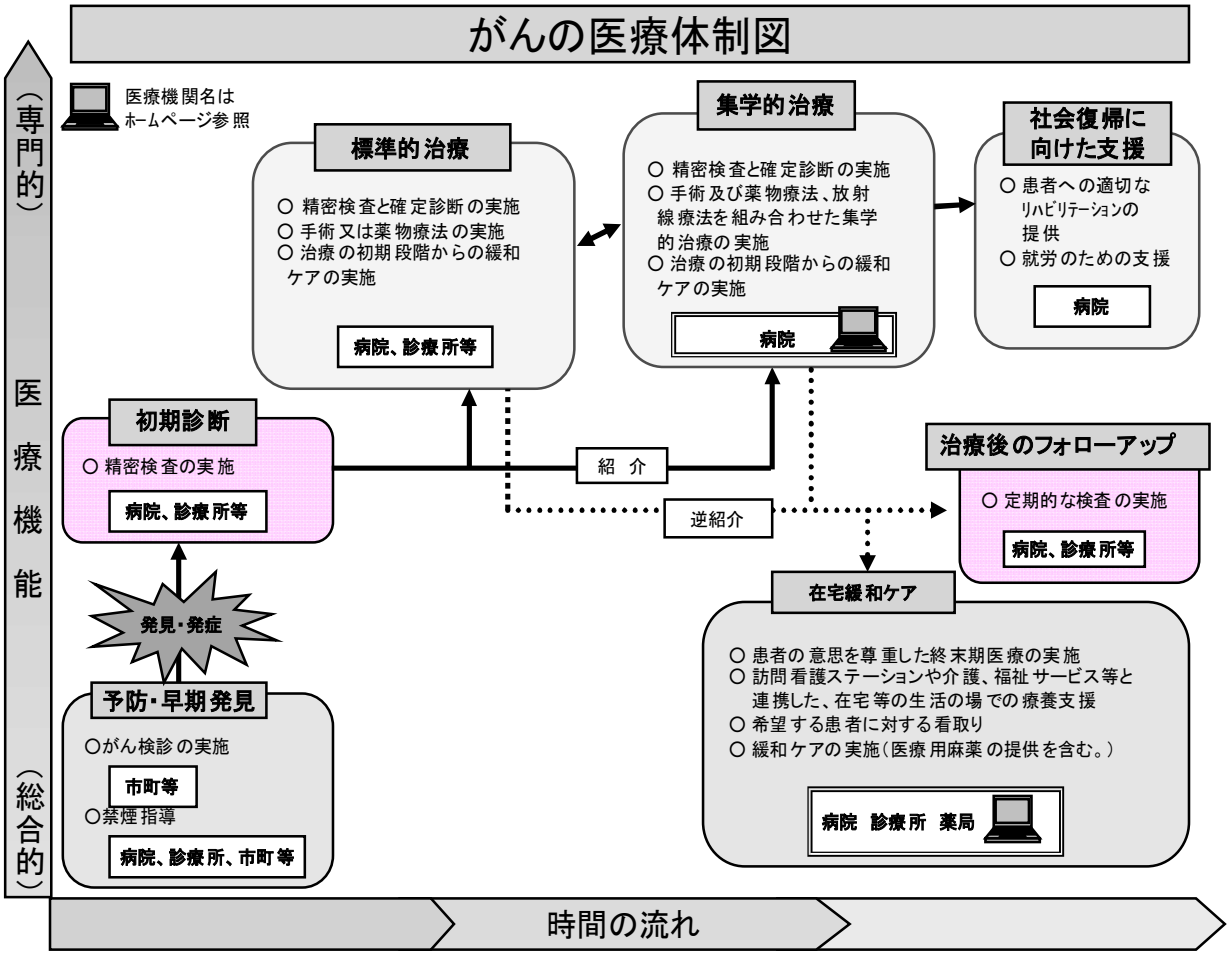
○「静岡県がん患者就労支援協議会」（患者団体、事業所、医療機関）での「がん患者（体験者）の就労支援策についての提言」を踏まえ、地域の関係者による就労支援体制の構築、拠点病院等及び県推進病院で労働局等と連携した就労相談体制の整備などを通じて、がん患者の治療と職業生活の両立支援を進めていきます。

○がん登録のデータを、がん対策の施策立案と評価に活用します。

（３）「がん」の医療体制に求められる医療機能

	予防・早期発見	がん診療機能	在宅療養支援機能
ポイント	○ 喫煙やがんと関連するウイルスの感染予防 ○ 科学的根拠に基づくがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の実施、がん検診受診率の向上	○ 精密検査や確定診断の実施 ○ 患者の状態やがんの病態に応じて、診療ガイドラインに準拠した手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療を実施 ○ がんと診断された時からの緩和ケアの実施 ○ がん治療の合併症の予防や軽減 ○ 治療後のフォローアップ ○ 多職種でのチーム医療の実施 ○ 周術期や薬物療法、放射線治療における口腔管理	○ がん患者やその家族の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにする ○ 在宅緩和ケアの実施（医療用麻薬の提供を含む）
機能の説明	・病院、診療所、市町等による禁煙指導、禁煙治療や喫煙対策 ・全国がん登録等の情報の利用等によるがんの現状把握 ・市町による科学的根拠に基づくがん検診の実施と受診勧奨 ・要精検者が確実に医療機関を受診するように連携体制を構築	・血液検査、画像検査（エックス線検査、CT、MRI、核医学検査、超音波検査、内視鏡）及び病理検査等実施 ・病理診断や画像診断等の実施 ・患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療の実施 ・がんの診断時から緩和ケアの実施 （以下は、がん拠点病院の対応） ・キャンサーボードの設置、月1回以上の開催 ・患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師の意見を求めることができるセカンドオピニオンの実施 ・相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施（小児・AYA世代のがん、希少がん、難治性がん等に関する情報を含む）。 ・仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験者の就労継続支援取組をがん患者に提供できるよう周知 ・がん治療の合併症予防や軽減を図るため、周術期の口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関と連携 ・地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援、地域連携クリティカルパス等の活用や、急変時の対応も含めて、他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関等との連携 ・院内がん登録の実施	・24時間対応が可能な在宅医療の提供 ・がん疼痛等に対する緩和ケアの実施 ・看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを24時間体制で提供 ・がん診療機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携（地域連携クリティカルパスを含む） ・医療用麻薬の提供

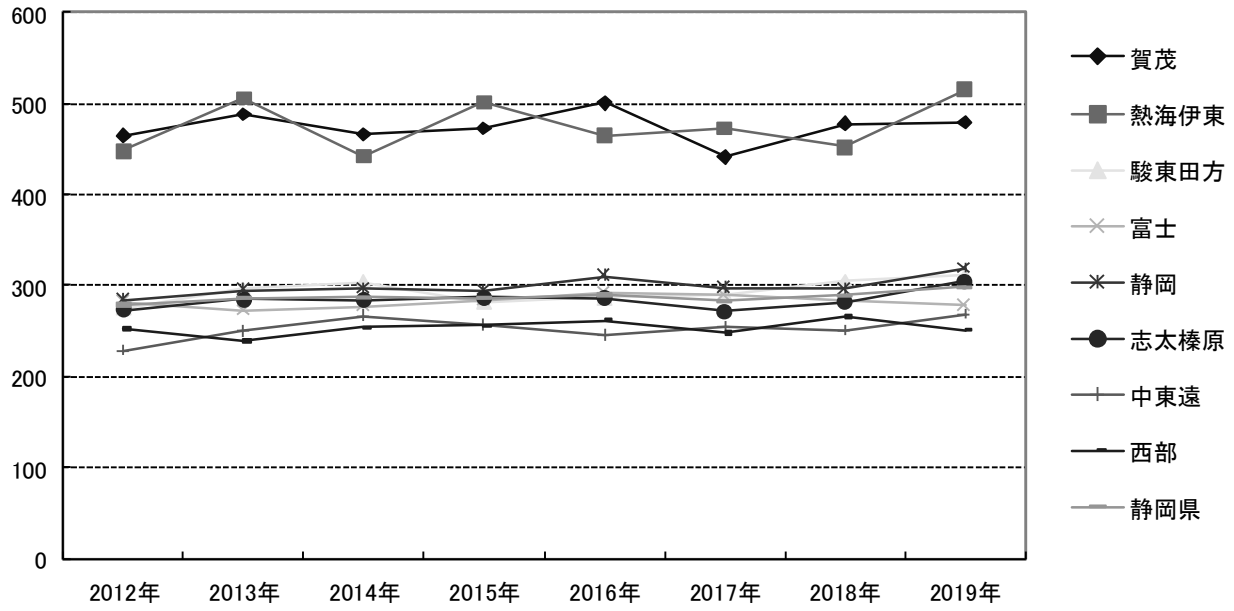
（４）「がん」の医療体制図



（５）関連図表

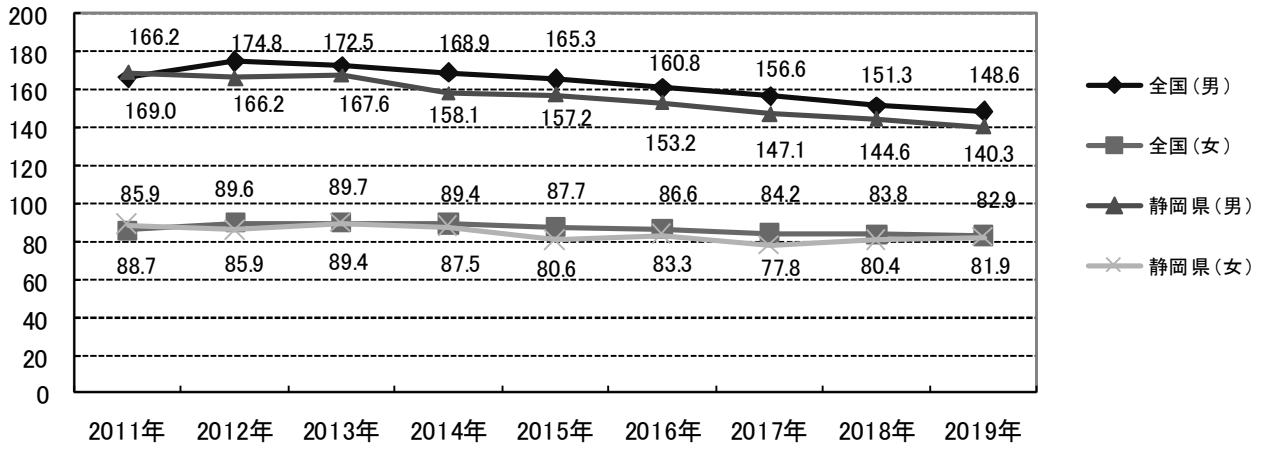
○がんによる人口 10 万人対死亡数

医療圏	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
賀茂	464.8	488.3	466.6	473.1	501.0	441.5	478.4	479.5
熱海伊東	448.2	505.8	442.3	501.6	465.0	473.2	452.1	516.0
駿東田方	275.5	295.7	304.3	281.9	286.9	289.9	305.1	311.4
富士	282.3	272.5	277.2	284.3	292.1	289.2	284.4	278.5
静岡	284.1	295.2	296.3	294.3	310.6	297.0	295.8	318.7
志太榛原	273.4	284.6	284.1	288.1	286.5	272.2	281.9	305.7
中東遠	228.6	249.8	266.8	256.5	245.3	254.0	250.4	268.3
西部	252.4	239.3	254.2	256.5	262.1	248.3	265.8	251.0
静岡県	278.8	286.6	287.2	286.1	289.8	282.8	289.5	297.8



（出典：静岡県人口動態統計より算出）

○がんによる年齢調整死亡率（人口 10 万人当たり）の推移



出典：厚生労働省「人口動態統計」より算出）

○がんに関する各医療機能を担う医療機関数 （2020 年 11 月６日現在）

医療圏	集学的治療	ターミナルケア		
		病院(緩和ケア病棟を有する)	診療所	薬局
賀茂	0	0	3	10
熱海伊東	0	0	9	17
駿東田方	4	2	28	142
富士	2	0	10	90
静岡	7	0	52	153
志太榛原	4	0	16	99
中東遠	2	0	26	113
西部	8	1	41	135
静岡県	27	3	185	759

（出典：県健康福祉部調べ）

○悪性腫瘍手術、放射線治療、外来化学療法の実施件数（2017 年）

指標名	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
病院における悪性腫瘍手術の実施件数	1,937	5	30	391	74	374	156	539	368
一般診療所における悪性腫瘍手術の実施件数	28	-	-	15	-	2	9	1	1
放射線治療（体外照射）の実施件数	5,496	-	20	477	312	1,355	972	647	1,713
放射線治療（組織内照射）の実施件数	10	-	-	4	-	3	-	2	1
病院における外来化学療法の実施件数	7,929	11	74	2,561	232	1,354	611	768	2,318
一般診療所における外来化学療法の実施件数	81	-	-	43	-	3	12	-	23

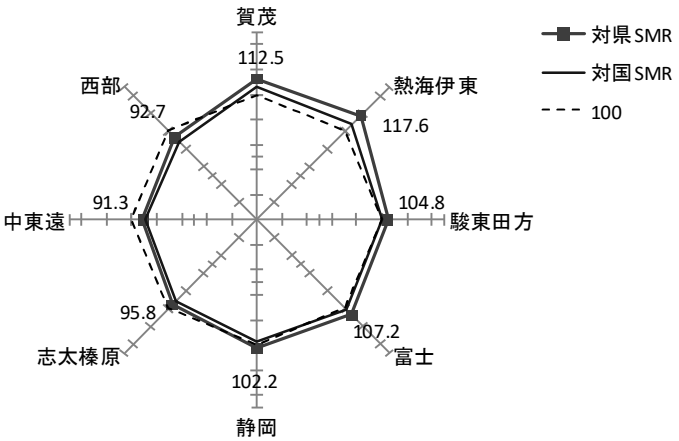
（出典：厚生労働省「医療施設調査」）

○標準化死亡比（SMR[11]）：がん総数、胃、結腸、直腸Ｓ状結腸

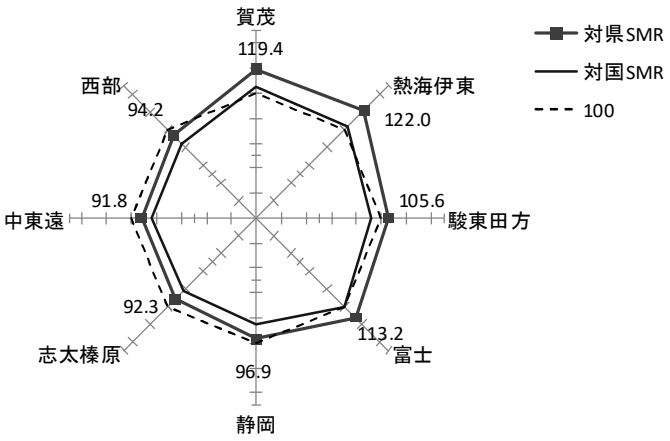
2014年-2018年	悪性新生物							
	総数		胃		結腸		直腸S状結腸移行部及び直腸	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	112.5	106.5	119.4	105.4	105.4	99.9	98.0	97.5
熱海伊東	117.6	107.2	122.0	103.2	128.5	118.0	152.7	146.6
駿東田方	104.8	99.8	105.6	91.8	105.9	102.3	100.5	100.0
富士	107.2	101.3	113.2	99.9	113.1	107.5	119.9	118.5
静岡	102.2	96.7	96.9	85.6	100.7	95.6	103.6	102.5
志太榛原	95.8	91.5	92.3	82.4	95.4	90.9	102.1	101.9
中東遠	91.3	89.2	91.8	84.0	88.7	86.6	81.2	82.9
西部	92.7	88.5	94.2	84.2	91.0	86.8	86.9	86.9
静岡県	100.0	95.0	100.0	88.8	100.0	95.1	100.0	99.4

※網掛けは有意に多い。

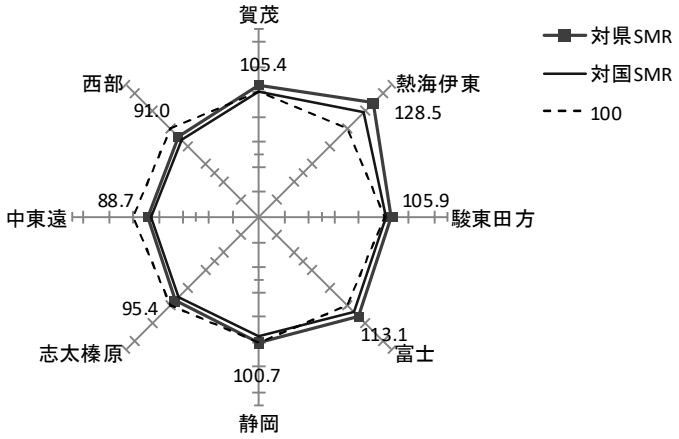
【 総数 】



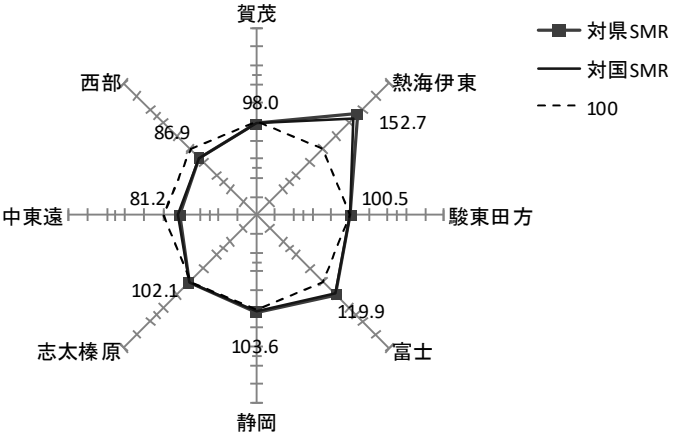
【 胃 】



【 結腸 】



【 直腸Ｓ状結腸移行部及び直腸 】



※図中の数値は対県ＳＭＲ

（出典：静岡県「静岡県市町別健康指標」）

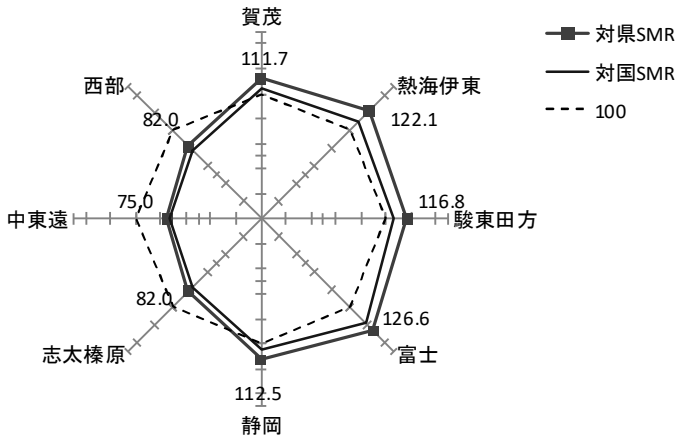
[11] 標準化死亡比（ＳＭＲ）：国または県の年齢構成を市町に当てはめた際に、計算される死亡数と実際の市町での死亡数を比較したもの。数値が 100 より大きい場合は、国や県よりも死亡者が多い。

○標準化死亡比（SMR）：肝、肺、乳房、子宮

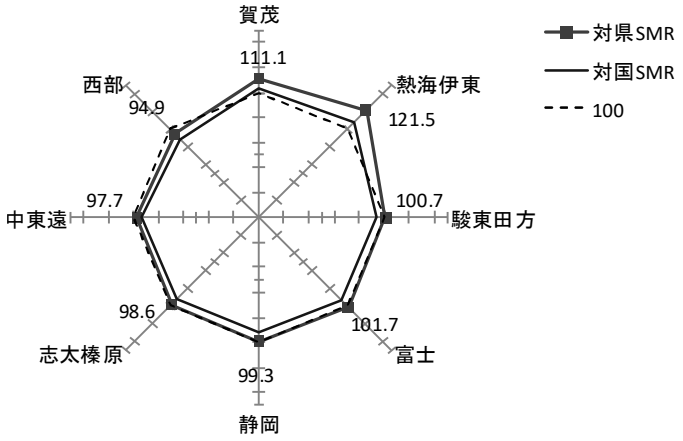
2014年-2018年	悪性新生物							
	肝及び肝内胆管		気管、気管支及び肺		乳房		子宮	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	111.7	104.4	111.1	102.7	104.1	99.5	137.3	137.4
熱海伊東	122.1	109.6	121.5	107.1	143.9	140.3	123.9	126.5
駿東田方	116.8	106.4	100.7	93.5	104.0	102.0	106.8	110.3
富士	126.6	118.4	101.7	93.6	110.5	106.5	102.3	103.9
静岡	112.5	105.3	99.3	91.5	111.2	107.4	94.1	95.8
志太榛原	82.0	77.6	98.6	92.2	88.1	84.1	79.6	79.8
中東遠	75.0	72.7	97.7	93.8	96.2	96.2	114.3	110.8
西部	82.0	77.7	94.9	88.8	92.6	87.6	104.0	103.8
静岡県	100.0	94.1	100.0	92.8	100.0	95.6	100.0	100.7

※網掛けは有意に多い。

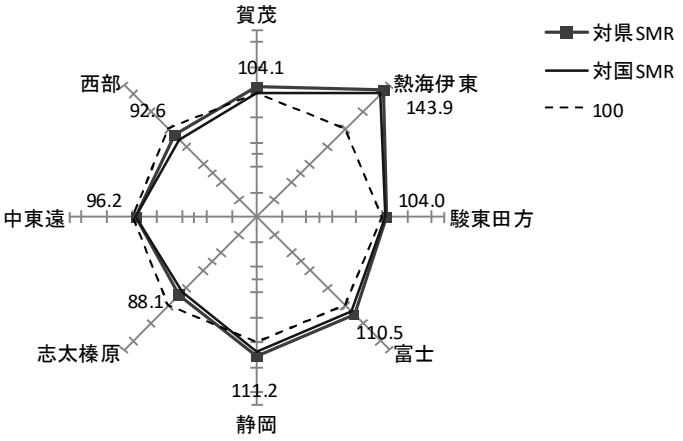
【 肝及び肝内胆管 】



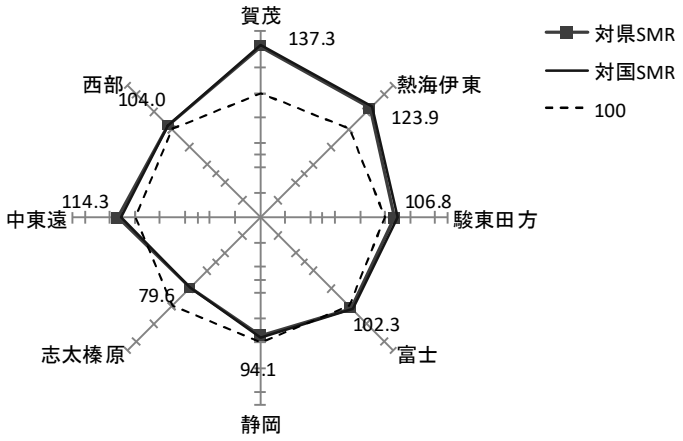
【 気管、気管支及び肺 】



【 乳房 】



【子宮】



※図中の数値は対県ＳＭＲ　　（出典：静岡県「静岡県市町別健康指標」）

※ＳＭＲ（標準化死亡比）：
死亡数を人口で除した死亡率を比較すると、高齢者の多い市町では高くなり、若年者の多い市町では低くなる傾向があります。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率が「ＳＭＲ(標準化死亡比)」です。このＳＭＲを用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気にすることなく、より正しく地域比較を行うことができます。ＳＭＲ=110 の場合、「性別・年齢を調整した場合、県（国）より 1.1 倍死亡数が多い（死亡率が高い)」「県の人口構成を基準とした場合、県（国）より 1.1 倍死亡数が多い（死亡率が高い)」ということができます。

2　脳卒中

【対策のポイント】
- ○　危険因子である高血圧や脂質異常症を有する県民に対する降圧療法、服薬・生活指導等の推進
- ○　危険因子や初期症状の県民啓発と地域病院間連携の推進による県民の脳卒中死亡率の抑制
- ○　発症早期から患者の状態に応じた集学的リハビリテーションの推進

【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
高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合	男性 29.8% 女性 20.2% （2013 年）	男性 26.6% 女性 19.5% （2016 年）	男性 24.0%以下 女性 16.0%以下 （2023 年）	目標に向け数値が改善
脳卒中の年齢調整死亡率 （人口 10 万人当たり）	男性 44.3 女性 23.2 （2015 年）	男性 40.0 女性 20.9 （2019 年）	男性 37.8 以下 女性 21.0 以下 （2023 年）	目標に向け数値が改善
脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解療法を実施可能な保健医療圏	賀茂以外の7医療圏 （2016 年）	賀茂以外の7医療圏 （2018 年）	全医療圏 （2023 年）	現状維持

（1）現状と課題

ア　脳卒中の現状

○脳卒中は、脳血管疾患とも呼ばれますが、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。

○脳梗塞は、動脈硬化により太い血管の内腔が狭くなることが原因となり発症するアテローム血栓性脳梗塞、脳の細い血管が主に高血圧を基盤とする変化により閉塞するラクナ梗塞、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ血管を閉塞する心原性塞栓症の３種類に分けられます。脳出血は脳の細い血管が破綻するもの、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものです。

○脳卒中は、片麻痺、摂食機能・嚥下障害、高次脳機能障害[1]、遷延性意識障害[2]などの後遺症が残る事があり、患者及びその家族の日常生活に大きな影響を及ぼす疾患です。

○認知症患者の中で脳血管の障害が原因とされる患者は 20%前後を占め、アルツハイマー型認知症に次いで第２位となっています。脳卒中は高次脳機能障害の原因疾患の第１位でもあります。また、介護が必要になった者の 16.1%は脳卒中が主な原因で、第２位となっている[3]ほか、嚥下障害の原因疾患のうち脳卒中が約６割[4]を占めています。

---

[1] 高次脳機能障害：脳の損傷による認知障害全般を指し、失語、失行、失認の他、記憶障害、注意傷害、遂行機能障害、社会的行動障害等がある。
[2] 遷延性意識障害：重度の昏睡状態をさす病状のこと。
[3] 厚生労働省「国民生活基礎調査」（2019 年）より。
[4] 厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」資料より。

イ　本県の状況

（死亡・罹患の状況）

○本県における 2019 年の脳卒中による死亡者は 3,751 人、全死亡者 42,190 人中 8.9%であり、死亡原因としては悪性新生物、心疾患、老衰に次いで第４位となっています。

○脳卒中のうち最も多い死亡原因は脳梗塞で 1,865 人(49.7%)、次いで脳出血 1,275 人(34.0%)、くも膜下出血 419 人(11.2%)となっています。

○全国と比較した本県における脳卒中の標準化死亡比は 113.3 であり、依然として高い傾向を示しています。

（医療従事者の状況）

○本県の人口 10 万人当たりの神経内科の医師数は 3.1 人、脳神経外科の医師数は 5.7 人で、全国平均 4.0 人、5.9 人と比較すると神経内科医は少なくなっています。

（救急患者の搬送）

○2018 年に救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は 38.9 分であり、全国平均 39.5 分と較べると、約 35 秒早く搬送されています。

○本県において、2017 年に脳卒中により救急搬送された患者数は約 670 人[5]です。

（急性期の治療）

○2021 年７月時点で、本県で脳卒中の救急医療機能を担う病院は、賀茂を除く７保健医療圏に 29 施設あります。

○2019 年３月時点で、本県の脳梗塞に対する t-PA による脳血栓溶解療法[6]の実施可能な病院は 25 施設あり７保健医療圏で実施できる体制ですが、賀茂医療圏には実施可能な医療機関がありません。

○2018 年時点で、くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術[7]、脳動脈瘤コイル塞栓術[8]については、賀茂を除く７保健医療圏で実施されています。

（脳卒中のリハビリテーション）

○脳卒中の「身体機能を回復させるリハビリテーション」の機能を担う医療機関は 57 施設あり、県内の全保健医療圏で実施されています。

（在宅への復帰）

○本県において、脳卒中の退院患者平均在院日数は 90.5 日で、全国平均 81.4 日より約９日長くなっています。

○本県において、主病名が脳卒中の患者で、退院後に在宅等生活の場に復帰した割合は 54.1%となっています。

○脳卒中の「生活の場における療養支援」の機能を担う医療機関は 271 施設あり、県内の全保健医療圏で実施されています。

---

[5] 2017 年患者調査をもとに、厚生労働省医政局地域医療計画課で集計。

[6] t-PA による脳血栓溶解療法：脳神経細胞が壊死する前に、t-PA（tissue plasminogen activator：組織プラスミノゲン活性化因子）を静脈注射により投与し脳動脈を塞ぐ血栓を溶かし、脳動脈の血流を再開させる治療法。

[7] 脳動脈瘤クリッピング術：開頭手術により、脳動脈瘤の根元にクリップをかける外科的治療法。

[8] 脳動脈瘤コイル塞栓術：大腿動脈からのカテーテル挿入により、脳動脈瘤を塞栓する血管内療法。

ウ　医療提供体制

○静岡県における脳卒中患者の年齢調整死亡率は、男女とも全国平均を上回っています。特に高齢化の進行が早い賀茂及び熱海伊東医療圏において早急な対策が望まれます。

（ア）発症予防

○脳卒中の最大の危険因子は高血圧です。75 歳未満の成人は 130/80mmHg 未満、75 歳以上の高齢者は 140/90mmHg 未満（ただし、脳血管障害患者、冠動脈疾患患者等は 130/80mmHg 未満）を降圧目標として、高血圧のコントロールを厳密に行うことが重要です。また、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、不整脈（心房細動）、慢性腎臓病（CKD）、喫煙、多量飲酒も危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療を行う必要があります。さらに、受動喫煙防止の推進も重要です。

○特定健康診査において「要医療」となった者の多くは、危険因子となる基礎疾患を有しています。医療保険者、特定健康診査や特定保健指導の受託者、医療機関（かかりつけ医）、薬局が連携して、受診勧奨や治療中断を防ぐ働きかけを行う必要があります。

（イ）発症後の医療等

○発症後できるだけ早く急性期の治療（脳梗塞では、発症 4.5 時間以内の専門治療可能な医療機関への搬送が重要）を受けられるよう、県民への脳卒中の症状及び緊急受診の必要性の啓発と、搬送も含めた救急医療体制の整備、充実が必要です。

○脳卒中の救急医療を担う病院は県内に 29 施設（2021 年７月末現在）あり、賀茂を除く保健医療圏では複数の病院がありますが、賀茂医療圏にはありません。また、賀茂医療圏における救急患者が、救急要請（覚知）から医療機関へ収容されるまでの平均所要時間は 44.6 分であり、県平均 38.9 分と較べると約６分長くなっています。

○特に経口挿管されている場合は人工呼吸器関連肺炎を予防するために口腔ケアが欠かせないため、院内歯科との連携が重要です。

（ウ）リハビリテーション

○後遺症軽減に向けて、発症後早期にリハビリテーションを開始することが必要です。急性期、回復期、維持期の各期において、病状や合併症に応じた適切なリハビリテーションを継続して受けられる体制の整備が必要です。

○在宅等への復帰に向けた再発予防を含む回復期の医療及びリハビリテーションから、生活の場における維持期のリハビリテーションまで切れ目のない医療、介護サービスが提供されるように、関係者（機関）の連携が重要です。必要に応じて在宅歯科診療を利用するなどして、口腔衛生状態や口腔機能の管理を定期的に行い、誤嚥性肺炎を予防することも重要です。

（エ）在宅医療・再発予防

○急性期治療により後遺症が残らない場合であっても、基礎疾患や危険因子を放置すると再発の可能性があるため、基礎疾患の継続的な治療や生活習慣の改善などを行う必要があります。

○維持期に合併症を併発した患者に対しては、合併症及び患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関との連携が重要です。

○必要に応じて在宅歯科診療を利用するなどして、口腔衛生状態や口腔機能の管理を定期的に行い、誤嚥性肺炎を予防することも重要です。

○最期まで在宅等での療養を望む患者に対して、看取りまでを含めた包括的な体制が必要です。

（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	高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合	男性 26.6% 女性 19.5% （2016 年）	男性 24.0%以下 女性 16.0%以下 （2023 年）	2割減少させる。	県民健康基礎調査
	脳卒中の年齢調整死亡率 （人口 10 万人当たり）	男性 40.0 女性 20.9 （2019 年）	男性 37.8 以下 女性 21.0 以下 （2023 年）	年齢調整死亡率について全国平均まで引き下げる。	厚生労働省「人口動態統計」より算出
	脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解療法を実施可能な保健医療圏	賀茂以外の7医療圏 （2018 年）	全医療圏 （2023 年）	全保健医療圏で実施可能な体制を構築する。	厚生労働省「診療報酬施設基準」
新規	県民の健康寿命（歳）	男性 73.45 女性 76.58 男女計 75.04 （2019 年）	男性 75.63 以上 女性 78.37 以上 男女計 77.02 以上 （2040 年）	2016 年を基準とし、他の施策とともに、2040 年までに健康寿命を３年以上延伸させる。	厚生労働省「健康日本 21 推進専門委員会」

イ　施策の方向性

○県循環器病対策推進計画（計画期間：2022 年度から 2023 年度）に基づき、以下の施策に取組みます。

（ア）発症予防

○禁煙、適切な飲酒、減塩、運動習慣といった生活習慣の改善や特定健康診査・特定保健指導の推進による高血圧症等、糖尿病、脂質異常症等、脳卒中の危険因子となる生活習慣病の発症予防や重症化予防を「第３次ふじのくに健康増進計画」に基づき地域、職域、教育の場で推進します。

○かかりつけ医への定期受診によって、高血圧症への降圧療法をはじめ、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病等の継続治療を徹底することを推進します。

（イ）発症後の医療等

○脳卒中を疑うような症状（片側の顔や手足が動きにくい、ろれつが回らない、激しい頭痛）が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者が速やかに受診行動をできるように、県民への脳卒中の正しい知識を普及啓発します。

○県内のどの地域に住んでいても、発症 4.5 時間以内に脳梗塞の治療が開始できるように t-PA 脳血栓溶解療法の講習を受けた医師の地域での増加を促進し、地域内の脳卒中急性期診療体制のネットワーク構築を図ります。

○救急患者のＣＴ、ＭＲＩ画像を脳卒中専門医のいる施設へネットワーク経由で伝送することにより、専門医がいない医療機関でも脳卒中の早期診断が可能になる体制や、さらに専門医の指示のもとで t-PA 療法を開始した上で病院間搬送を行う体制の構築も地域の必要に応じて検討し、標準的治療の普及（発症から 4.5 時間以内の t-PA 治療、カテーテルによる血栓回収療法等）を図ります。

○脳出血やくも膜下出血等で外科的治療や血管内治療が必要な場合には、来院後２時間以内に治療を開始できるように地域内の脳卒中急性期診療体制のネットワーク構築を図ります。

○発症早期から患者及びその家族に、医師をはじめとする多職種チームが、脳卒中に関する現在の状態に応じた再発予防、今後のリハビリテーション、ライフスタイル、介護方法、利用可能な福祉資源等の情報提供を教育的に行う体制を進めます。

○住み慣れた地域で脳卒中の各病期の治療を総合的に切れ目なく受けられるよう、医療機関等の機能分担及び連携、さらには介護施設との連携を推進します。

（ウ）リハビリテーション

○十分なリスク管理の下でできるだけ発症早期から、組織化されたリハビリテーションを開始することを進めます。

○地域の急性期医療機関と回復期及び在宅医療を含む維持期の医療機関等が、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画、合併症等の患者の状態、家族の状況等を、脳卒中地域連携パスや ICT 端末等にて共有及び意見交換し、リハビリテーション、合併症の治療、再発した場合の治療を連携して実施する体制づくりを推進します。

○適切な経口摂取及び誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内歯科や歯科診療所等を含めた多職種で連携して介入する体制づくりを進め、口腔ケアの実施による嚥下機能などの口腔機能の維持・改善を図ります。

○重度の嚥下障害に伴う誤嚥性肺炎リスクの高いケースや重度の認知症状併発に伴う拒食による低栄養状態のケース等では、胃瘻造設適応を含めた各種対応の判断を多職種のチームで検討することを勧めます。

（エ）在宅療養・再発予防

○身近なかかりつけ医のもとで再発予防のために基礎疾患の治療及び危険因子の管理を続けるとともに、かかりつけ歯科医のもとで口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防を進めます。

○在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、かかりつけ薬局等の充実により、在宅もしくは介護施設での訪問診療や生活機能の維持・向上のための訪問リハビリテーションを実施し、日常生活の継続を支援します。

○療養生活に移行して初めて、それまで気づかれなかった高次脳機能障害によって問題が生じる場合もあるので、適宜家族がかかりつけ医に相談するように啓発します。

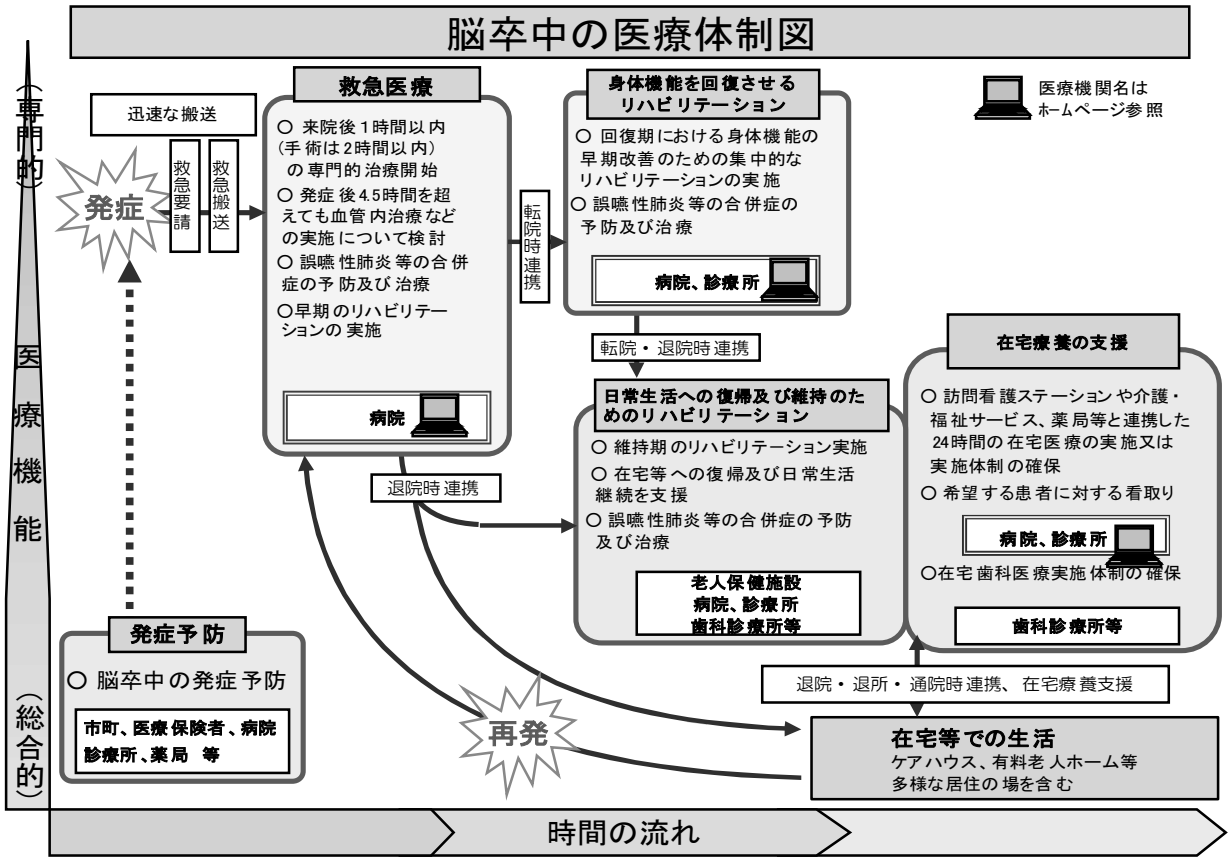
○合併症の悪化や脳卒中の再発の際には、患者の状態に応じた適切な医療を地域で提供できるよう、医療機関、薬局の連携体制を推進します。

○脳卒中により介護が必要となった場合、老老介護など家族へ負担が大きいため、地域で支えあえる環境づくりや医療と介護の連携を推進します。

（３）「脳卒中」の医療体制に求められる医療機能

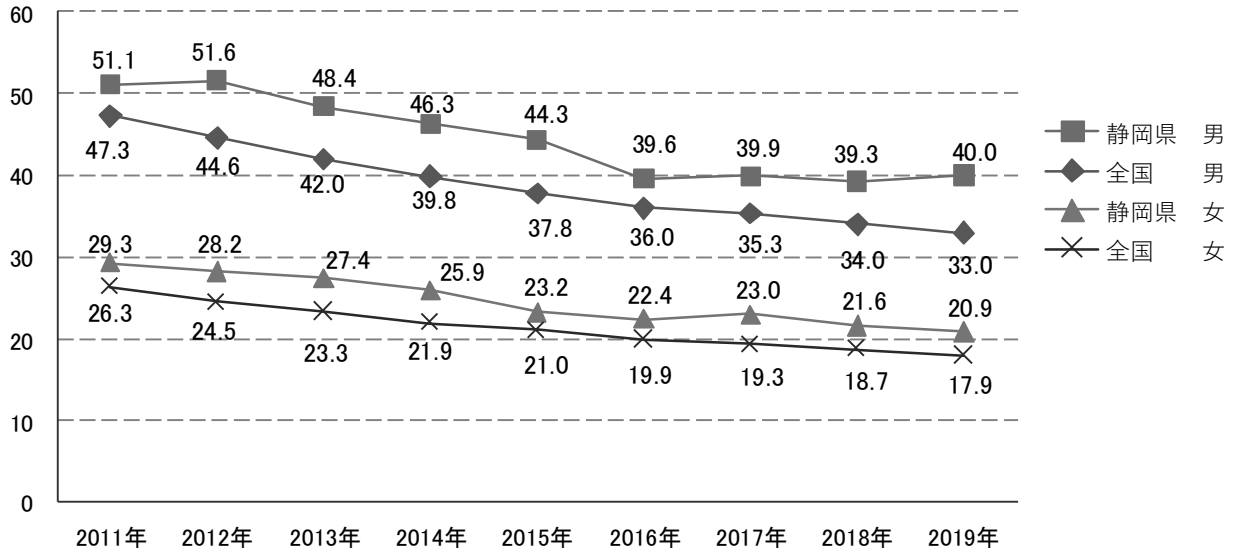
	発症予防	発症後の医療等	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	在宅療養の支援
ポイント	○ 脳卒中の発症予防	○ 脳卒中を疑われる患者を専門的な診療が可能な医療機関に発症後迅速に搬送	○ 24時間体制で、来院後1時間以内（手術は2時間以内）に専門的な治療を開始 ○ 発症後4.5時間を超えても血管内治療などの高度専門治療の実施について検討 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療 ○早期にリハビリテーションを実施	○ 回復期における身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションの実施 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防	○ 維持期のリハビリテーション実施 ○ 在宅等への復帰及び日常生活継続を支援 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防	○ 薬局、訪問看護ステーションや介護・福祉サービス等と連携した24時間の在宅医療の実施 ○ 希望する患者に対する看取り
機能の説明	・市町、医療保険者による特定健康診・保健指導の実施、受診勧奨 ・医療機関での高血圧等の危険因子の治療	・地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコールに沿って、脳卒中を疑われる患者に対する救急救命士等による適切な観察・判断・処置の実施 ・急性期医療を担う医療機関へ脳卒中を疑われる患者を迅速に搬送	・血液検査や画像検査（X線、CT、MRI検査）等の必要な検査を24時間実施（救急輪番制による対応を含む。） ・脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療の24時間実施（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。救急輪番制による対応を含む。） ・適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（もしくは発症後4.5時間以内）に組織プラスミノーゲンアクチベーター（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法を実施 ・脳出血やくも膜下出血等、外科的治療や血管内治療を必要と判断した場合には、来院2時間以内に治療を開始 ・呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身管理、及び合併症に対する診療 ・合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対応 ・リスク管理の下に早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションを実施 ・回復期（あるいは維持期、在宅医療）の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携	・再発予防治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態への対応 ・失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションを専門医療スタッフにより集中的に実施（回復期リハビリテーション病棟を保有、又は脳血管リハビリテーション料Ⅰ算定医療機関） ・合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対応 ・急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携	・再発予防治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態への対応 ・生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーションを実施 ・回復期（あるいは急性期）の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携 ・合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対応 ・急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携 ・摂食・嚥下リハビリテーションや専門的な口腔ケアを実施	・24時間体制で患者家族の要請による訪問診療又は訪問看護などを実施あるいは実施可能な体制を確保 ・生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーションを実施 ・希望する患者に対する看取り（在宅療養支援診療所届出医療機関、在宅患者訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）届出薬局） ・急性期あるいは回復期、維持期の医療機関や介護サービス事業者等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携 ・在宅歯科医療の実施体制を確保

（４）「脳卒中」の医療体制図



（５）関連図表

○脳卒中による年齢調整死亡率（人口 10 万人対）の推移



（出典：厚生労働省「人口動態統計」より算出）

○脳卒中（脳血管疾患）による死亡数（2019 年）

（単位：人）

			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
脳血管疾患		総数	3,751	89	161	776	388	668	475	376	818
		男	1,907	47	83	385	206	340	237	185	424
		女	1,844	42	78	391	182	328	238	191	394
	脳梗塞	総数	1,865	41	85	395	205	305	232	195	407
		男	938	20	48	186	111	156	111	98	208
		女	927	21	37	209	94	149	121	97	199
	脳内出血	総数	1,275	37	56	238	124	230	170	122	298
		男	708	22	29	128	69	129	93	64	174
		女	567	15	27	110	55	101	77	58	124
	くも膜下出血	総数	419	9	18	73	45	109	43	47	75
		男	155	4	6	27	19	42	18	17	22
		女	264	5	12	46	26	67	25	30	53
	その他の脳血管疾患	総数	192	2	2	70	14	24	30	12	38
		男	106	1	－	44	7	13	15	6	20
		女	86	1	2	26	7	11	15	6	18

（出典：静岡県人口動態統計）

○特定健診分析結果（標準化該当比[9]）

2018年 標準化該当比	高血圧有病者		糖尿病有病者		脂質異常有病者		習慣的喫煙者		メタボ該当者	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
賀茂	116.4	115.7	97.1	85.2	104.2	102.5	105.0	133.6	107.7	88.2
熱海伊東	103.3	103.7	108.4	100.0	108.1	101.7	111.9	198.7	112.2	94.8
駿東田方	104.0	105.8	107.7	104.3	102.6	103.1	107.1	120.7	108.7	111.0
富士	107.9	109.4	103.3	102.2	104.0	104.5	113.2	132.4	108.6	111.8
静岡	107.5	103.6	98.2	97.5	101.3	99.5	98.3	102.6	105.5	107.6
志太榛原	100.2	101.2	98.0	94.4	95.7	96.5	100.0	83.4	94.5	80.2
中東遠	89.9	90.0	94.7	103.9	96.3	97.6	96.9	77.9	88.4	94.2
西部	91.6	91.2	98.0	99.7	98.9	98.9	91.3	78.7	93.6	97.1
静岡県	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

（出典：静岡県「特定健診・特定保健指導データの分析結果」）

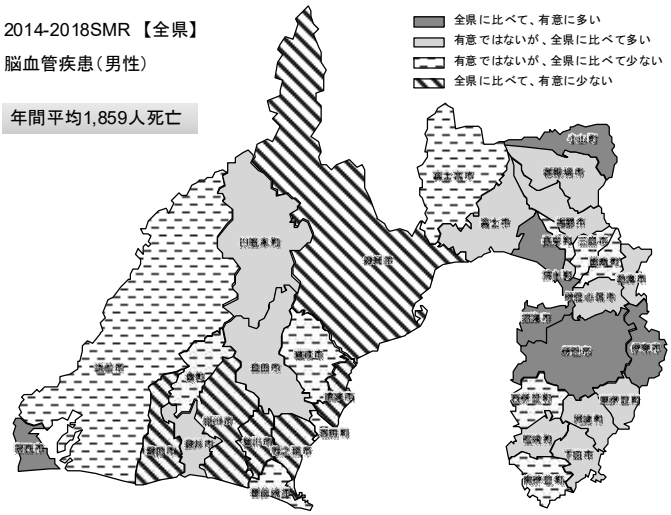
[9] 標準化該当比：県全体の有所見率を 100 とした場合の各市町の有所見率。

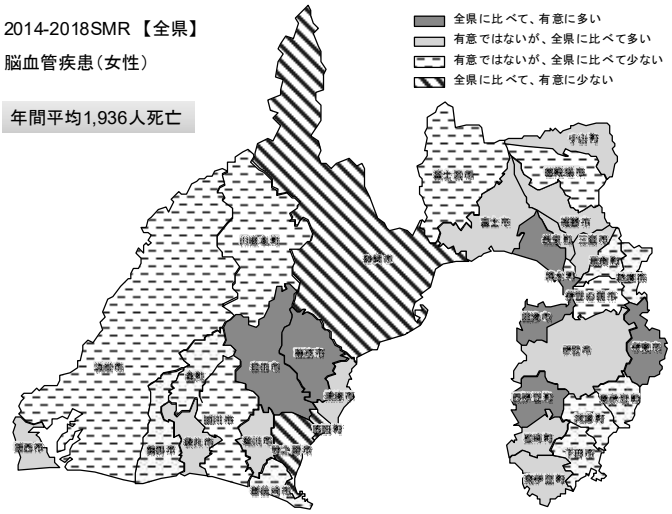
○標準化死亡比（SMR）

2014年−2018年	脳血管疾患		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	102.6	115.6	103.9	106.6	104.9	135.0	111.4	126.5
熱海伊東	119.3	129.4	113.6	111.0	141.6	176.1	101.6	114.1
駿東田方	108.6	120.8	107.4	107.0	96.4	124.3	122.8	137.8
富士	103.2	116.9	101.6	104.0	115.1	148.3	90.4	102.3
静岡	92.5	104.6	92.8	95.1	94.1	121.0	96.7	109.6
志太榛原	98.6	111.8	101.3	104.6	97.5	125.9	87.6	98.6
中東遠	88.5	103.6	87.7	94.0	88.9	118.0	100.8	115.0
西部	100.2	113.8	100.9	104.2	99.7	128.9	93.3	105.0
静岡県	100.0	113.3	100.0	102.8	100.0	129.0	100.0	112.9

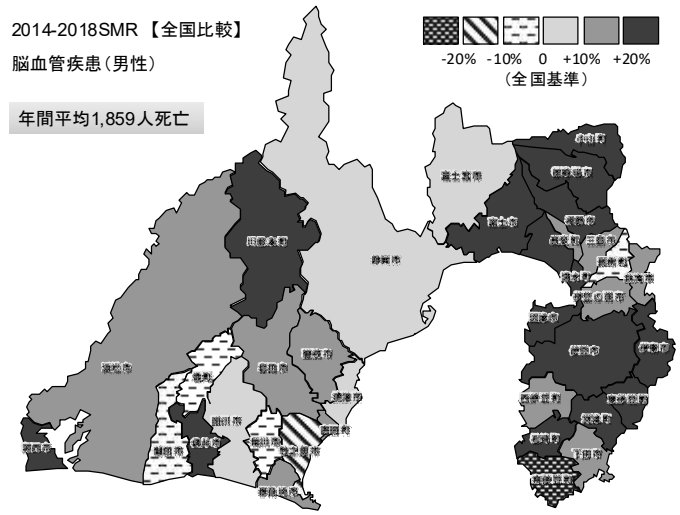
※網掛けは有意に多い

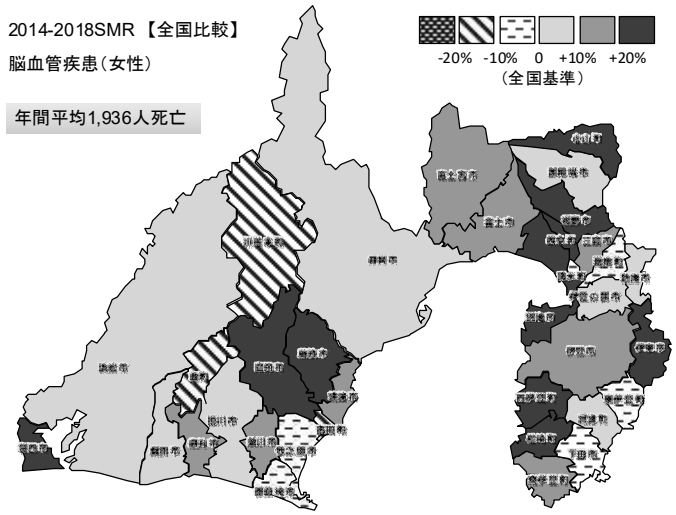
＜県内比較＞





＜全国比較＞





（出典：静岡県「静岡県市町別健康指標」）

○指標による現状把握

（医療従事者の状況）

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
神経内科医師数	5,166	116	－	3	23	8	40	8	7	27	2018年	医師・歯科医師・薬剤師調査
（人口10万人対）	4	4	－	2.8	3.5	2.1	5.7	1.7	1.5	3.1		
脳神経外科医師数	7,528	215	4	11	51	22	36	26	19	46	2018年	医師・歯科医師・薬剤師調査
（人口10万人対）	5.9	5.9	6.1	10.2	7.7	5.7	5.1	55	4	5.3		

（救急患者の搬送）

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
脳血管疾患により救急搬送された患者数（単位：0.1千人）	－	6.7	0	0	1	1.2	1.5	0.8	0.5	1.2	2017年	患者調査
（人口10万人対、単位：0.1千人）	－	0.2	0	0	0.1	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1		
救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	39.5	38.9	－	－	－	－	－	－	－	－	2018年	救急救助の現況

（急性期の治療）

指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	25	0	1	3	3	6	3	2	7	2019年	診療報酬施設基準
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	444	0	18	103	43	102	55	48	75	2018年	NDB
くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数	286	0	11	76	50	48	35	18	48	2018年	NDB
くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	＊	0	＊	23	10	32	＊	＊	29	2018年	NDB

※「＊」は調査結果について非公表の項目

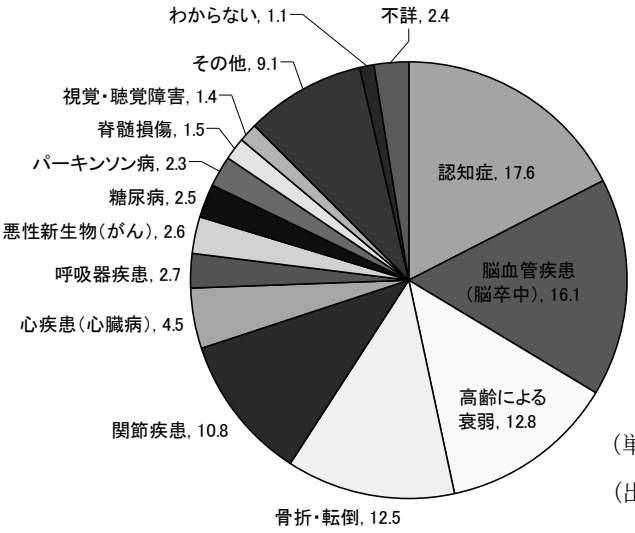
（脳卒中のリハビリテーション）

指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）届出施設数	75	1	4	11	7	15	9	10	18	2019年	診療報酬施設基準
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）届出施設数	42	4	0	15	5	6	3	4	5	2019年	診療報酬施設基準
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）届出施設数	65	0	2	18	5	13	3	9	15	2019年	診療報酬施設基準
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	53,095	1,247	2,075	10,035	6,251	8,153	7,782	5,084	12,468	2018年	NDB

（在宅への復帰）

指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
退院患者平均在院日数	90.5	180.4	121.2	79.5	64.1	113.9	63.2	144.2	78.3	2017年	患者調査
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者数[0.1千人]	8.6	0	0	1.8	1.3	1.6	1.2	0.8	1.8	2017年	患者調査
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	54.1	47.3	52.8	51.7	50.5	59	48.5	50	63.1		

○介護が必要となった者の主な原因（2019 年）



（単位：%）

（出典：厚生労働省「2019 年　国民生活基礎調査」）

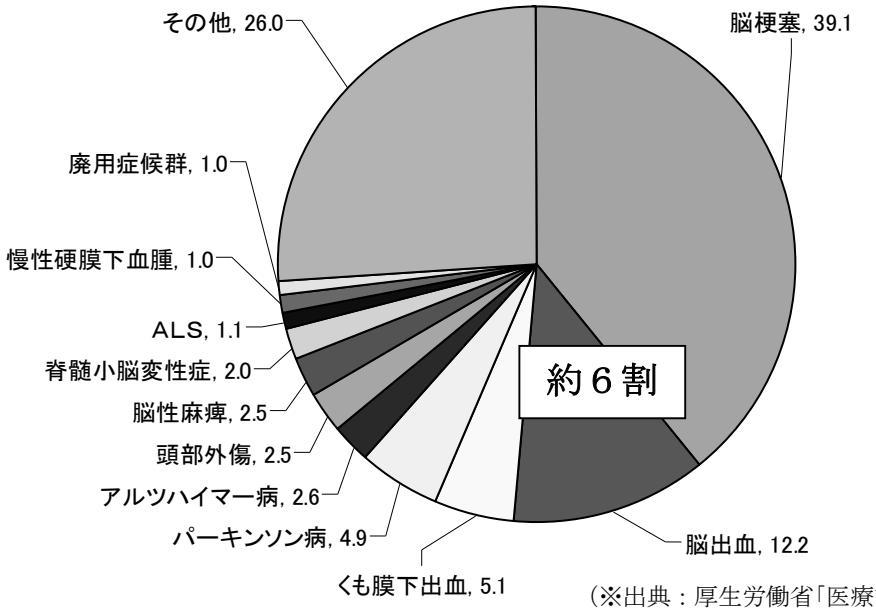
○要介護度別にみた介護が必要となった主な原因（上位３位）

（単位：%）

要介護度	第1位		第2位		第3位	
総数	認知症	17.6	脳血管疾患（脳卒中）	16.1	高齢による衰弱	12.8
要支援者	関節疾患	18.9	高齢による衰弱	16.1	骨折・転倒	14.2
要支援1	関節疾患	20.3	高齢による衰弱	17.9	骨折・転倒	13.5
要支援2	関節疾患	17.5	骨折・転倒	14.9	高齢による衰弱	14.4
要介護者	認知症	24.3	脳血管疾患（脳卒中）	19.2	骨折・転倒	12.0
要介護1	認知症	29.8	脳血管疾患（脳卒中）	14.5	高齢による衰弱	13.7
要介護2	認知症	18.7	脳血管疾患（脳卒中）	17.8	骨折・転倒	13.5
要介護3	認知症	27.0	脳血管疾患（脳卒中）	24.1	骨折・転倒	12.1
要介護4	脳血管疾患（脳卒中）	23.6	認知症	20.2	骨折・転倒	15.1
要介護5	脳血管疾患（脳卒中）	24.7	認知症	24.0	その他	14.1

（出典：厚生労働省「2019 年　国民生活基礎調査」）

○嚥下障害の原因疾患の割合



（※出典：厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」資料）

3　心筋梗塞等の心血管疾患

【対策のポイント】

○　危険因子である高血圧や脂質異常症を有する県民に対する降圧療法、服薬・生活指導等の推進

○　危険因子や初期症状の県民啓発と地域病院間連携の推進により、急性心筋梗塞、大動脈瘤及び解離の死亡率を全医療圏で全国平均以下へ

○　高齢化により増加する慢性心不全患者の在宅生活を地域全体で支援する体制の構築

【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
高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合	男性 29.8% 女性 20.2% （2013 年）	男性 26.6% 女性 19.5% （2016 年）	男性 24.0%以下 女性 16.0%以下 （2023 年）	目標に向け数値が改善
急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション（PCI）[1]を実施可能な保健医療圏	賀茂以外の7医療圏 （2016 年）	全医療圏 （2018 年）	全医療圏 （2023 年）	目標達成
心大血管疾患リハビリテーション(I)又は(II)の基準を満たす施設が複数ある医療圏の数	駿東田方、静岡、志太榛原、西部の4医療圏 （2016 年）	駿東田方、富士、静岡、志太榛原、西部の5医療圏 （ 2019 年）	全医療圏 （2023 年）	目標に向け数値が改善

（1）現状と課題

ア　心血管疾患の現状

○急性心筋梗塞は、心臓に栄養と酸素を補給している冠動脈の突然の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患です。心筋が虚血状態に陥っても壊死まで至らない前段階を狭心症といいます。これらを総称して虚血性心疾患や急性冠疾患、急性冠症候群などと呼ばれています。

○心筋が虚血状態に陥ると、伸縮することができなくなり、全身に血液を送る心臓のポンプ機能が低下します。この状態を急性心不全といいます。命に関わる不整脈を併発することもあります。心筋の壊死が広範囲に及ぶと心破裂を起こすこともあります。

○急性心筋梗塞及び狭心症の症状としては、激しい胸痛、呼吸困難、冷汗、嘔気・嘔吐などがあり、血圧が低下すると意識を失うこともあります。胸痛は、安静にしていても 20 分以上続くことが多く、ニトロ製剤[2]を使用しても５分後に胸痛が治まらない場合は、狭心症ではなく急性心筋梗塞が強く疑われます。

○心筋には再生能力がないため、急性心筋梗塞では、速やかに心筋の壊死を最小限にとどめる治

[1] 経皮的冠動脈インターベンション（PCI）：カテーテルを用いて狭くなった冠動脈を拡張する治療。
[2] ニトロ製剤：冠動脈を拡張させる作用があり、狭心症発作の初期に舌下に入れて溶かして服用する薬剤。

療が必要です。急性心筋梗塞の患者のうち、病院到着前に心停止に陥る割合は14%にも達すると報告されています。

○胸痛等の症状が起きたら、家族等周囲にいる者による迅速な救急要請を行いつつ、意識がない、呼吸、脈拍が感じられない場合等には胸骨圧迫[3]や自動体外式除細動器（AED）[4]による電気的除細動[5]の実施、その後の速やかな救急搬送、医療機関での適切な急性期治療という一連の対応が非常に大切です。

○一方、心血管疾患の一つである慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、身体の各臓器へ必要量に見合う血液を送り出すことができなくなり、日常生活に支障をきたした状態を指します。身体を動かしたときに呼吸困難や息切れが起こり、尿量が減少し、四肢がむくむ等の症状をきたします。不整脈を起こすことも多く、突然死の危険もあります。徐々に悪化し、寿命を縮めます。

○慢性心不全患者は、心不全の悪化による入院と改善による退院を繰り返しながら、身体機能が徐々に悪化することが特徴で、改善を図るには、薬物療法、非薬物療法、運動療法、生活指導等を含む多面的な介入を、入院中から退院後まで継続して行うことが重要です。

○わが国の心不全患者の約70%は75歳以上です。高齢化の進行により、心不全で入院する患者数は毎年１万人ずつ増加しています。

○一方、大動脈解離は、大動脈の壁が二層に剥がれて(解離して)二つの腔になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、大動脈の破裂による出血症状、分枝動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、様々な症状をきたします。なお、解離した大動脈が太くなって瘤を形成した場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれます。

○小児・先天性心疾患とその移行期医療は、2000年前後から先天性心疾患や小児に対する心臓病治療の成績が一気に改善したことによって、現在は小児期に心臓病の治療をして成人した成人先天性心疾患患者が、日本全国に50万人以上いるとも言われています。

イ　本県の状況

（死亡・罹患の状況）

○本県における2019年の心血管疾患による死亡者（心疾患（高血圧性を除く)、大動脈瘤及び解離による死亡者数の合計）は6,535人で、全死亡者42,190人中15.5%であり、死亡原因としては悪性新生物に次いで第２位となっています。

○心血管疾患のうち最も多い死亡原因は心不全で2,462人(37.7%)、次いで不整脈及び伝導障害1,070人(16.4%)、急性心筋梗塞990人(15.1%)となっています。大動脈瘤及び解離による死亡は596人(9.1%)です。

○全国と比較した本県における心疾患（高血圧性を除く）の標準化死亡比は93.9と、やや少なくなっています。急性心筋梗塞の標準化死亡比は95.5、心不全は98.3であり、全国と比較し、やや少なくなっていますが、大動脈瘤及び解離は107.7と全国と比べて有意に高く、特に東部

---

[3] 胸骨圧迫：心停止の際に心臓から血液を全身に送り出すために、胸骨部を１分間に100回程度強く圧迫すること。心臓マッサージ。

[4] 自動体外式除細動器（AED)：心停止の際に自動的に心電図の解析を行い、必要な場合には心臓に電流を流して心臓の動きを取り戻す救命のための電子機器。

[5] 電気的除細動：致死的な不整脈の際、心臓に電流を流して心臓の動きを正しいリズムに戻すこと。

地域で高くなっています。

（医療従事者の状況）

○本県の人口 10 万人当たりの循環器内科の医師数は 8.3 人、心臓血管外科の医師数は 2.5 人で、全国平均 10.0 人、2.5 人と比較すると循環器内科医は少ないです。

（救急患者の搬送）

○2018 年に救急要請（覚知）から医療機関への搬送までに要した平均時間は 38.9 分であり、全国平均 39.5 分と較べると、約 35 秒早く搬送されています。

○本県において、2017 年に虚血性心疾患により救急搬送された患者数は人口 10 万人当たり約 1,200 人です。

（急性期の治療）

○急性心筋梗塞の救急医療機能を担う病院は、賀茂を除く７保健医療圏に 24 施設あります。

○大動脈瘤手術を実施できる病院は、賀茂、熱海伊東を除く６保健医療圏に 19 施設あります。

○冠疾患集中治療室（CCU）[6]を有する病院は９施設あり、賀茂、熱海伊東、中東遠を除く５保健医療圏で冠疾患集中治療を実施できる体制が整っています。

○急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション（PCI）は、県内全保健医療圏で実施され、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術については、賀茂、熱海伊東、中東遠を除く５保健医療圏で実施されています。

（心血管疾患のリハビリテーション）

○心血管疾患リハビリテーションの機能を担う医療機関は 25 施設あり、賀茂を除く７保健医療圏で実施されています。

（在宅への復帰）

○本県において、虚血性心疾患の退院患者平均在院日数は 8.5 日です。

○本県において、主病名が虚血性心疾患の患者で退院後に在宅等生活の場に復帰した患者の割合は 93.5%となっています。

（移行期医療）

○本県の小児・先天性心疾患児を含む移行期医療の対応は、2020 年４月に、県から県立こども病院に移行期医療支援センターを委託し、2021 年度に移行期医療協議会が設置されるなど、先進的に取り組んでいます。

○小児期に心疾患に対する治療等を行なった場合、合併症や治療の遺残病変に起因した心不全や不整脈で、薬物治療や再手術を含む治療が必要となる、治療した部位が成長に対応できずに再治療が必要となるなど、厳格な経過観察と適切なタイミングでの治療介入の有無で、健康寿命が大きく変わります。

○県内で移行期医療の対象となる患者の把握、拠点・連携病院と地域医療機関による適切な経過観察、治療体制の構築は、健康寿命の延伸等の面からも重要です。

ウ　医療提供体制

○静岡県における心血管疾患患者の年齢調整死亡率は、男女とも全国平均を下回っています。し

[6] 冠疾患集中治療室（CCU）：心血管疾患の重症患者を対象とする集中治療室。施設数の出典は 2017 年医療施設調査（厚生労働省）。

かし、急性心筋梗塞の標準化死亡比(SMR)は、賀茂、熱海伊東、中東遠の３保健医療圏において各々142.5、178.3、127.4と全国平均を上回っており早急な対策が望まれます。

（ア）発症予防

○急性心筋梗塞の最大の危険因子は高血圧です。収縮期血圧135mmHg以上もしくは拡張期血圧85mmHg以上では、急性心筋梗塞の発症率が男性で２倍、女性で1.5倍になるとされ、高血圧のコントロールを厳密に行うことが極めて重要です。また、糖尿病も危険因子で、発症率は2.6倍との報告があります。脂質異常症、メタボリックシンドローム、慢性腎臓病（CKD)、喫煙、常習飲酒習慣、ストレスも危険因子であり、基礎疾患の適切な治療や生活習慣の改善を行う必要があります。

○歯周病患者は、虚血性心疾患の発症率がやや高いことが報告されています。

○大動脈瘤及び解離の危険因子も高血圧です。

○特定健康診査において「要医療」となった者の多くは、危険因子となる基礎疾患を有しています。医療保険者、特定健康診査や特定保健指導の受託者、医療機関（かかりつけ医)、薬局が連携して、受診勧奨や治療中断を防ぐ働きかけを行う必要があります。

（イ）発症後の医療等

○急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者が速やかに救急要請を行うことが大切です。また、病院外で心肺停止状態となった場合は、周囲にいる者による胸骨圧迫の実施及び自動対外式除細動器（AED）を使用することで救命率の改善が見込まれます。2014年度時点において、AEDは全国に約48万台普及しており、一般市民による心肺機能停止傷病者への胸骨圧迫、人工呼吸、AED等による応急手当の実施率は50.7%（2019年）と向上傾向になっています。

（ウ）急性心筋梗塞の急性期の治療

○急性心筋梗塞の急性期には、循環管理、呼吸管理等の全身管理とともに、ST上昇型心筋梗塞[7]、非ST上昇型心筋梗塞[8]等の個々の病態に応じた治療が行われます。

○ST上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法[9]や冠動脈造影検査及びそれに続く経皮的冠動脈インターベンション（PCI）により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体となります。発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高いため、救急隊接触から30分以内の血栓溶解薬静脈内投与、90分以内のPCI実施が目標とされています。また、合併症等によっては冠動脈バイパス術（CABG）[10]等の外科的治療が第一選択となることもあります。

○非ST上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物療法に加えて、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、適応に応じて経皮的冠動脈インターベンション、冠動脈バイパス術を行います。

○賀茂、熱海伊東、中東遠の３保健医療圏には、冠疾患集中治療室（CCU）を有する病院や虚血性心疾患に心臓血管外科手術を施行する病院が無く、この３保健医療圏における急性心筋梗塞の標準化死亡比は他圏域に比べて高くなっています。虚血性心疾患の急性期医療における県内の

---

[7] ST上昇型心筋梗塞：心臓の冠動脈が血栓により完全閉塞し、心筋が壊死を起こした状態の心筋梗塞。心電図上、STの部分が上昇する。

[8] 非ST上昇型心筋梗塞：心電図の波形においてSTの部分が上昇していない心筋梗塞。

[9] 血栓溶解療法：t-PA(tissue plasminogen activator：組織プラスミノゲン活性化因子）等の薬剤を静脈注射により投与し、冠脳動脈に詰まった血栓を溶かして血流を再開させる治療法。

[10] 冠動脈バイパス術（CABG)：患者の他の部位の血管を用いて、冠動脈の詰まった箇所を迂回するバイパスを作り、冠動脈の血流を改善する心臓の手術。

地域格差を解消するよう、この３保健医療圏の急性期医療体制を充実させる必要があります。

○特に経口挿管されている場合は、人工呼吸器関連肺炎を予防するために口腔ケアが欠かせないため、院内歯科との連携が重要です。

（エ）大動脈解離の治療

○大動脈解離は、解離の範囲により、上行大動脈に解離が及んでいる Stanford A 型と上行大動脈に解離が及んでいない Stanford B 型に分類されます。

○A 型は緊急の外科的治療の適応となる場合が多いですが、B 型は内科的治療が選択されることが多く、ステントグラフト[11]を用いた血管内治療[12]を行うこともあります。ただし、合併症を有する場合等には、外科的治療が必要となります。

（オ）慢性心不全の治療

○慢性心不全患者に対しては、症状及び重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法（CRT）[13]や随伴する難治性不整脈への治療が行われることがあります。

○重症心不全患者には心臓移植や人工心臓による治療が必要な場合があります。

○心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要です。心不全が急に悪化し症状が顕在化することを急性増悪といいますが、この状態では循環管理、呼吸管理等の全身管理も必要となります。

○心不全増悪の要因には、虚血性心疾患、弁膜症、心筋症等の心不全の原因となる疾患の再発や悪化、感染症、不整脈の合併等の医学的要因に加えて、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因、社会的支援の欠如等の社会的要因といった多面的な原因が含まれています。

（カ）心血管疾患リハビリテーション

○急性心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じて運動療法、食事療法、患者教育等を実施します。

○トレッドミル[14]や自転車エルゴメーター[15]を用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成します。徐々に負荷をかけることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションを多職種（医師・歯科医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士・歯科衛生士・医療ソーシャルワーカー等）のチームにより実施します。

○より厳密に運動耐容能を評価する際は、呼気中の酸素や二酸化炭素の濃度を測定しながら運動をする心肺運動負荷試験が有用です。

○慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職

---

[11] ステントグラフト：バネ状の金属を取り付けた人工血管。

[12] 血管内治療：血管内に挿入したカテーテルという細い管等を用いて行う治療。この場合は、カテーテルによってステントグラフトを大動脈の解離した部位まで運んで設置する。

[13] 両室ペーシングによる心臓再同期療法（CRT）：重症の心不全で左右の心室が収縮するタイミングにずれが生じ、うまく血液を送り出せない状態になった場合、左右の心室に同時に電気刺激を与えることができる電子機器を患者の体内に植え込んで、左右の心室の動きを正常に戻す治療法。

[14] トレッドミル：運動負荷を与えるためのベルトコンベヤー状の室内ランニング装置。

[15] 自転車エルゴメーター：ペダルをこぐことで運動負荷を与える自転車状の装置。

種による多面的・包括的なリハビリテーションを患者の状態に応じて実施します。

○また、心不全増悪や再入院の防止には、悪化による入院の早期より心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要です。

○高齢慢性心不全患者で、他疾患併発や年齢に伴う筋力・体力の低下等により蛋白異化亢進状態であれば、栄養士による栄養管理を厳密に行うことも状態の改善には重要です。

（キ）在宅療養・再発予防

○急性期を脱した後は、不整脈、心不全等の治療や合併症予防、再発予防、心血管疾患リハビリテーション、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙）、歯周病等の管理を退院後も含めて継続的に行います。

○患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育等も重要です。

（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	高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合	男性 26.6% 女性 19.5% （2016 年）	男性 24.0%以下 女性 16.0%以下 （2023 年）	2割減少させる。	県民健康基礎調査
継続	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション（PCI）を実施可能な保健医療圏	全医療圏 （2018 年）	全医療圏 （2023 年）	全保健医療圏で実施可能な体制を構築する。	厚生労働省「診療報酬施設基準」
継続	心大血管疾患リハビリテーション(I)又は(II)の基準を満たす施設が複数ある保健医療圏の数	駿東田方、富士、静岡、志太榛原、西部の5医療圏 （2019 年）	全医療圏 （2023 年）	全保健医療圏で心血管疾患リハビリテーションを実施可能な体制を構築する。	厚生労働省「診療報酬施設基準」
新規	県民の健康寿命（歳）	男性 73.45 女性 76.58 男女計 75.04 （2019 年）	男性 75.63 以上 女性 78.37 以上 男女計 77.02 以上 （2040 年）	2016 年を基準とし、他の施策とともに、2040 年までに健康寿命を３年以上延伸させる。	厚生労働省「健康日本21 推進専門委員会」

イ　施策の方向性

○県循環器病対策推進計画（計画期間：2022 年度から 2023 年度）に基づき、以下の施策に取組みます。

（ア）発症予防

○禁煙、適切な飲酒、減塩、運動習慣といった生活習慣の改善や特定健康診査・特定保健指導の推進による高血圧症や脂質異常症等、急性心筋梗塞の危険因子となる生活習慣病の発症予防や重症化予防を推進します。

○小中学生から禁煙、減塩、野菜摂取、運動習慣等の正しい生活習慣について教育し、親世代の啓発にもつなげます。

○地域や職域においても、生活習慣の改善についての相談対応や生涯教育、住民啓発の機会を増やしていきます。

○かかりつけ医への定期受診や訪問診療によって、高血圧症への降圧療法をはじめ、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病等の継続治療を徹底することを推進します。

（イ）発症後の医療等

○急性心筋梗塞や大動脈瘤・解離を疑うような症状（20 分以上続く激しい胸痛等）が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者が速やかに救急要請し、胸骨圧迫や自動対外式除細動器（AED）による電気的除細動の実施ができるように、県民への普及啓発をさらに推進します。

○県内のどの地域に住んでいても 24 時間体制で、発症後速やかに急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の治療が開始できるように、救急医療体制の整備・充実を図るほか、地域の救急搬送状況等を踏まえ、各医療機関の急性期心血管疾患診療機能を効率的に活用した病院間ネットワーク体制の構築を図ります。

○保健医療圏内で急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の急性期治療病院間ネットワーク体制が構築できない場合は、隣接保健医療圏にある治療可能な医療機関への円滑な患者受入れと迅速な患者搬送を確保するシステムを構築します。

○発症早期から患者及びその家族に、医師をはじめとする多職種チームが急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離に関する現在の状態から再発予防、今後のリハビリテーション、ライフスタイル等の情報提供を教育的に行う体制を進めます。

○住み慣れた地域で急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の各病期の治療を総合的に切れ目なく受けられるように、医療機関等の機能分担及び連携、さらには介護施設との連携を推進します。

○慢性心不全患者の増悪時に、かかりつけ医から心血管疾患の急性期治療を行う医療機関への速やかな紹介入院が円滑にできるように、地域医療連携をさらに推進します。

○県内において、心臓移植や人工心臓による治療が可能な医療機関の整備を進めます。

○今後入院が増加する高齢心不全患者は、合併症が起こりやすく入院が長期化することが多いため、院内の内科系医師全体で診療し、必要時に循環器内科で専門的な治療や検査を実施するような体制づくりも検討します。

（ウ）心血管疾患リハビリテーション

○十分なリスク管理の下でできるだけ入院早期から、社会復帰を目的としたチーム医療での包括的な心血管疾患リハビリテーションを実施することを進めます。

○地域の急性期医療機関と回復期及び在宅医療を含む維持期の医療機関等が、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画、合併症等の患者の状態、家族の状況等をクリティカルパス等にて共有し、一貫したリハビリテーション、合併症の治療及び再発した場合の治療を連携して実施する体制づくりを推進します。

（エ）在宅療養・再発予防

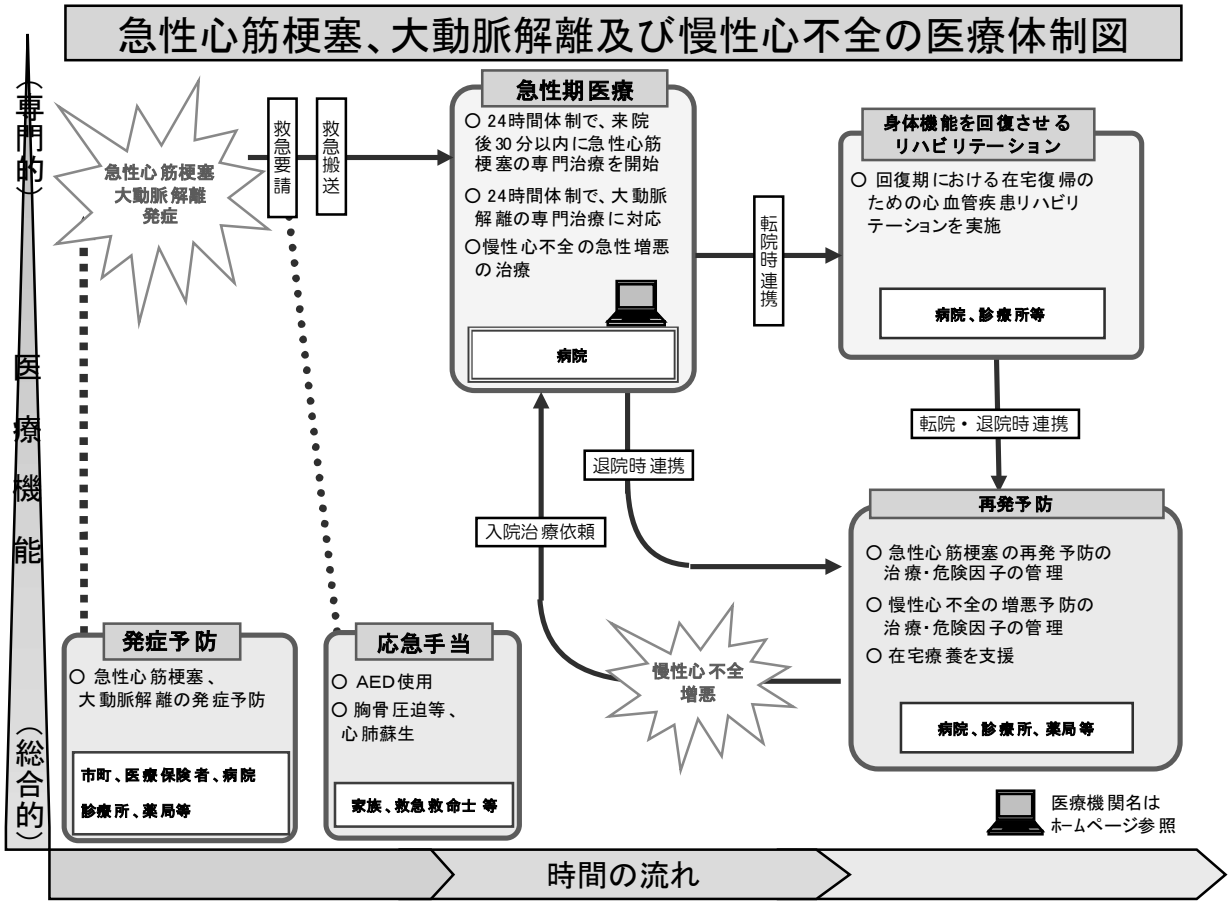
○急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の患者は、退院後しばらくは急性期医療機関に通院しながら、身近なかかりつけ医のもとで再発予防のために基礎疾患の継続治療及び危険因子の管理、再発の兆候を捉える定期検査（心電図、胸部レントゲン写真、血液検査等）を続けます。多職種連携による外来での心血管疾患リハビリテーションを継続できる体制づくりを進めます。

○感染性心内膜炎や動脈硬化は、う歯や歯周病との関連性があるため、心筋梗塞の予防・再発防止のためにもかかりつけ歯科医院への定期受診を進めます。
○慢性心不全患者は、退院後、身近なかかりつけ医への定期受診や訪問診療で増悪を予防するために、心不全と基礎疾患の治療を続けます。急性増悪時には病診連携により地域の急性期医療機関で入院治療を受け、在宅生活への速やかな復帰を目指します。このように慢性心不全患者の在宅での療養が継続されるように、地域の仕組みづくりを進めます。
○高齢で心機能の回復が難しい慢性心不全患者に対しては、本人と家族の希望により緩和ケアの実施や看取りを踏まえた対応を在宅医療で行うことを進めます。

（３）「心筋梗塞等の心血管疾患」の医療体制に求められる医療機能

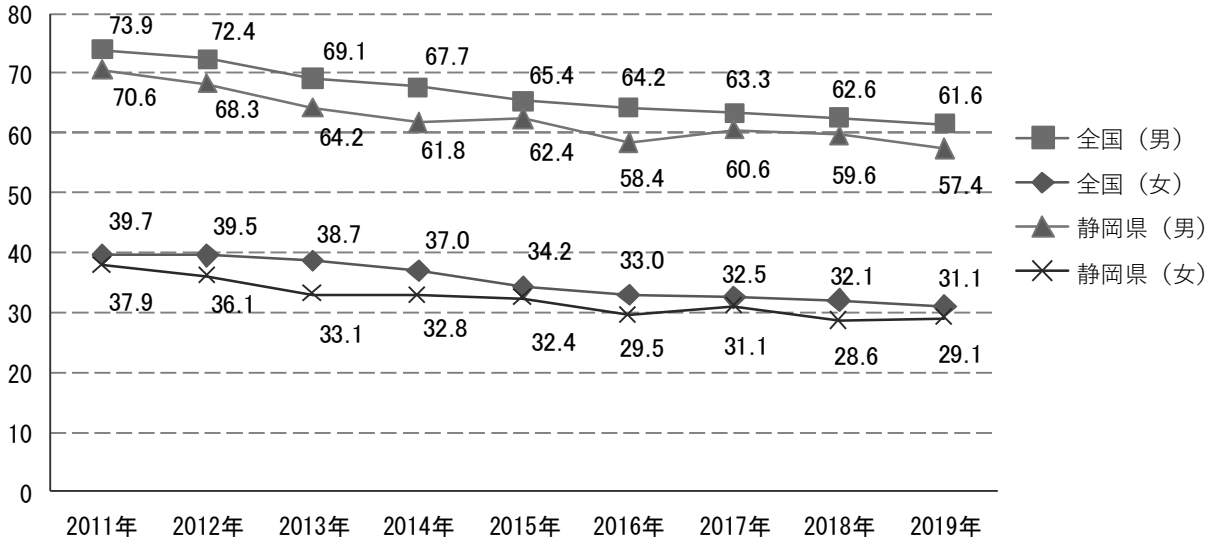
	発症予防	応急手当	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	再発予防
ポイント	○ 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防	○ 専門的な診療が可能な医療機関への早期搬送	○ 24時間体制で、来院後30分以内に専門治療を開始 ○ 再発予防の定期的専門的検査を実施	○ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施 ○ 在宅等生活の場への復帰の支援	○ 再発予防の治療・危険因子の管理 ○ 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教育 ○ 在宅療養継続の支援
機能の説明	・市町、医療保険者による特定健診・保健指導の実施・受診勧奨 ・高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理 ・初期症状出現時に急性期医療を担う医療機関への受診勧奨	・家族、救急救命士等によるAED使用や胸骨圧迫の実施 ・地域メディカルコントロール協議会によるプロトコール（活動基準）に則し、薬剤投与を含めた適切な観察・判断・処置を実施	・心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、X線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環等必要な検査及び処置を24時間実施 ・急性心筋梗塞を疑われる患者について、専門的な診療を行う医師が24時間対応 ・ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査、及び適応があればPCIを行い、来院90分以内の冠動脈再疎通を実施 ・呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症に対する治療の実施 ・心臓外科的処置が可能であるか、処置可能な医療機関との連携 ・電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応 ・運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施 ・抑うつ状態等の対応の実施 ・回復期（あるいは在宅医療）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、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施	・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態の対応の実施 ・心電図検査、電気的除細動等急性憎悪時の対応の実施 ・合併症併発時や再発時に緊急の内科的、外科的治療が可能な医療機関との連携 ・運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法等の心血管疾患リハビリテーションを実施 ・急性期に医療機関及び2次医療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 ・再発や緊急時の対応法について、患者及び家族への教育の実施	・再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応 ・緊急時の除細動等急性増悪時への対応 ・合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携 ・急性期の医療機関や介護保険サービス事業者等と再発予防の定期的検査や合併症併発時、再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有するなどして連携 ・医療機関と訪問看護ステーション、かかりつけ薬剤師、薬局が連携し在宅でのリハビリ、再発予防のための管理を実施

（４）「心筋梗塞等の心血管疾患」の医療体制図



（５）関連図表

○心血管疾患による年齢調整死亡率（人口 10 万人対）の推移（心疾患（高血圧性を除く））



（資料：厚生労働省「人口動態統計」より算出）

○心血管疾患による死亡数（2019 年）

（単位：人）

		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
心疾患（高血圧性を除く）	総数	5,939	185	289	1,076	620	1,122	722	654	1,271
	男	2,835	82	125	512	295	537	363	304	617
	女	3,104	103	164	564	325	585	359	350	654
急性心筋梗塞	総数	990	30	72	151	108	139	88	174	228
	男	580	12	44	94	56	75	61	102	136
	女	410	18	28	57	52	64	27	72	92
心不全	総数	2,462	92	83	529	275	446	268	260	509
	男	1,030	33	32	227	115	190	111	105	217
	女	1,432	59	51	302	160	256	157	155	292
大動脈瘤及び解離	総数	596	18	27	110	69	112	74	66	120
	男	325	8	11	55	37	61	41	40	72
	女	271	10	16	55	32	51	33	26	48

（資料：静岡県人口動態統計）

○特定健診分析結果（標準化該当比[16]）

2018年 標準化該当比	高血圧有病者		糖尿病有病者		脂質異常有病者		習慣的喫煙者		メタボ該当者	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
賀茂	116.4	115.7	97.1	85.2	104.2	102.5	105.0	133.6	107.7	88.2
熱海伊東	103.3	103.7	108.4	100.0	108.1	101.7	111.9	198.7	112.2	94.8
駿東田方	104.0	105.8	107.7	104.3	102.6	103.1	107.1	120.7	108.7	111.0
富士	107.9	109.4	103.3	102.2	104.0	104.5	113.2	132.4	108.6	111.8
静岡	107.5	103.6	98.2	97.5	101.3	99.5	98.3	102.6	105.5	107.6
志太榛原	100.2	101.2	98.0	94.4	95.7	96.5	100.0	83.4	94.5	80.2
中東遠	89.9	90.0	94.7	103.9	96.3	97.6	96.9	77.9	88.4	94.2
西部	91.6	91.2	98.0	99.7	98.9	98.9	91.3	78.7	93.6	97.1
静岡県	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

（資料：静岡県「特定健診・特定保健指導データの分析結果」）

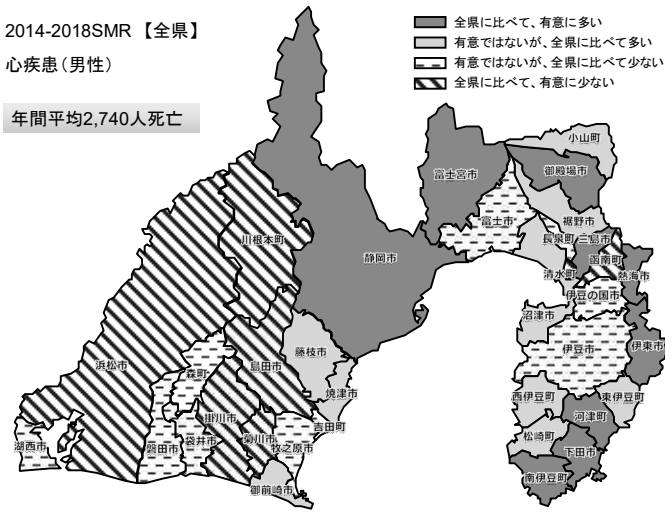
[16] 標準化該当比：県全体の有所見率を 100 とした場合の各市町の有所見率。

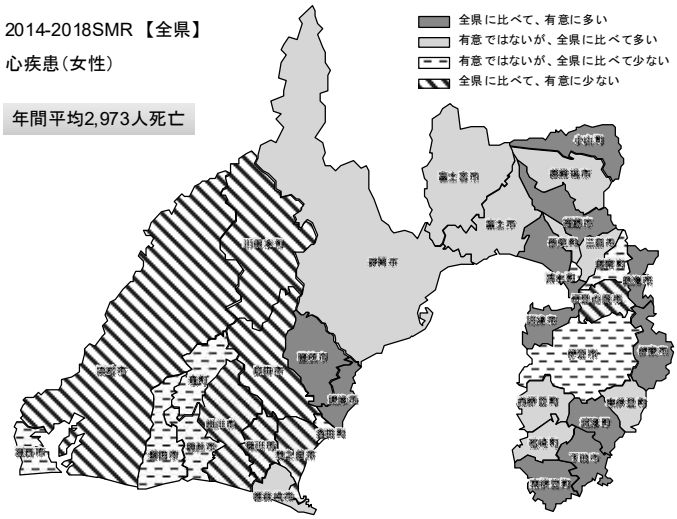
○標準化死亡比（ＳＭＲ）

2014年-2018年	心疾患		急性心筋梗塞		心不全		大動脈瘤及び解離	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	125.1	117.3	150.2	142.5	121.0	118.3	125.4	109.9
熱海伊東	121.0	108.6	196.1	178.3	88.3	82.7	134.7	139.5
駿東田方	106.5	101.0	94.7	87.2	120.4	122.0	110.8	122.7
富士	103.1	96.5	107.6	102.5	118.2	109.9	111.0	118.9
静岡	103.3	96.8	79.9	76.0	97.5	95.7	95.6	102.6
志太榛原	96.3	90.7	81.7	78.3	94.1	92.5	92.8	100.1
中東遠	88.9	86.7	128.9	127.4	82.4	84.3	83.5	93.0
西部	90.5	85.3	88.2	84.7	90.2	88.7	93.3	100.8
静岡県	100.0	93.9	100.0	95.5	100.0	98.3	100.0	107.7

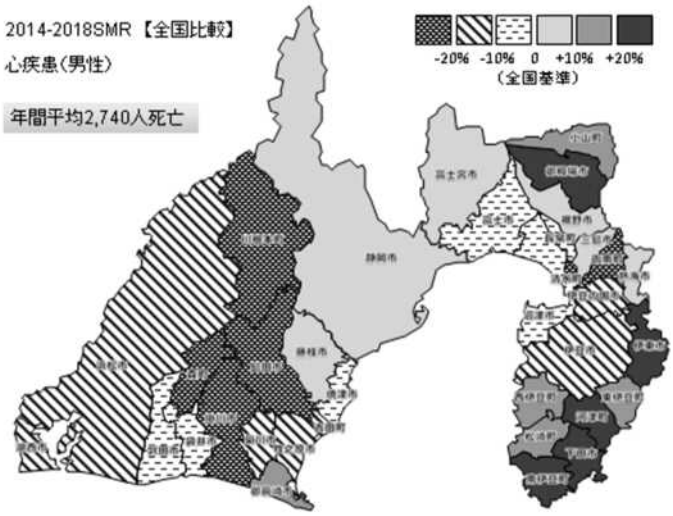
※網掛けは有意に多い

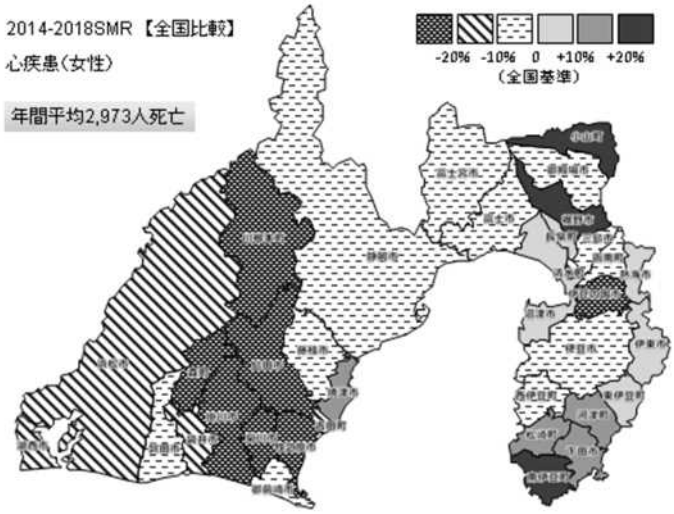
＜県内比較＞





＜全国比較＞





（出典：静岡県「静岡県市町別健康指標」）

○指標による現状把握

（医療従事者の状況）

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
循環器内科医師数	12,732	312	1	10	54	25	77	25	32	88	2018年	医師･歯科医師･薬剤師調査
（人口10万人対）	10	8.3	1.5	9.3	8.1	6.4	10.9	5.3	6.7	10.1		
心臓血管外科医師数	3,214	93	－	－	18	2	34	5	1	33	2018年	医師･歯科医師･薬剤師調査
（人口10万人対）	2.5	2.5	－	－	2.7	0.5	4.8	1.1	0.2	3.8		

（急性期の治療）

指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病院数	9	－	－	1	1	2	2	－	3	2017年	医療施設調査
心臓内科系集中治療室（CCU）を有する病床数	69	－	－	7	4	24	6	－	28	2017年	医療施設調査
（人口10万人対）	1.8	－	－	1	1	3.4	1.3	－	3.2		
急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数	6,401	46	77	1826	553	1185	591	610	1513	2018年	NDB
（人口10万人対）	171	70.1	71.6	275.2	142.3	167.8	126	128.2	174.5		
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	＊	0	0	134	＊	161	14	0	167	2018年	NDB
（人口10万人対）	＊	0	0	20.2	＊	22.8	3	0	19.3		

※「＊」は調査結果について非公表の項目

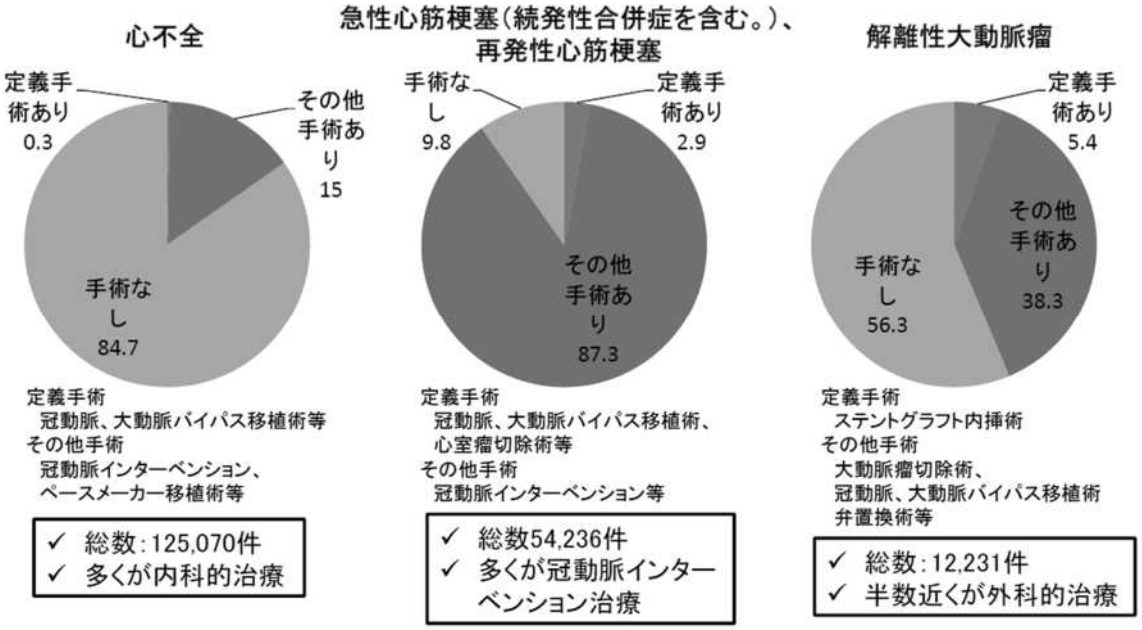
（心血管疾患のリハビリテーション）

指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
心血管疾患リハビリテーション（Ⅰ）が実施可能な医療機関数	23	0	1	5	2	4	4	1	6	2019年	診療報酬施設基準
心血管疾患リハビリテーション（Ⅱ）が実施可能な医療機関数	2	0	0	0	0	1	1	0	0	2019年	診療報酬施設基準

（在宅への復帰）

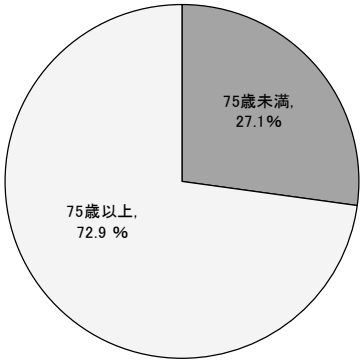
指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
退院患者平均在院日数	8.5	2	41.3	5.7	3.7	5.7	8.1	5.6	11.5	2017年	患者調査
在宅等生活の場に復帰した患者数[0.1千人]	10.8	0	0.5	2.3	1	2.3	0.7	1.1	2.9	2017年	患者調査
（在宅等生活の場に復帰した患者の割合）	93.5	－	87	93.1	95.7	91.7	100	98.2	92.5		

○2015 年度 救急医療入院循環器系疾患 DPC 診療群分類における手術有り無しの割合



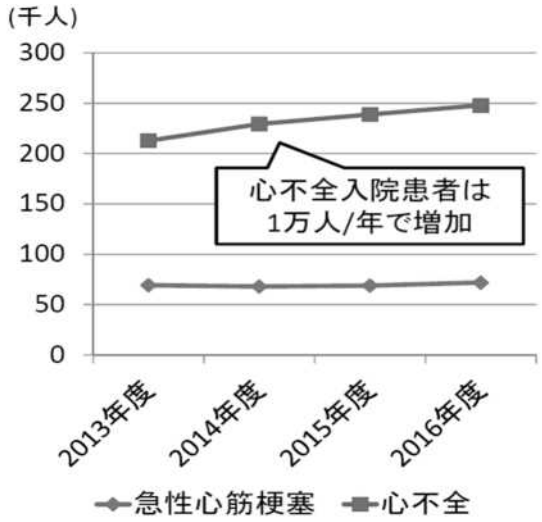
（出典：厚生労働省 第３回心血管疾患ワーキンググループ　資料１より一部改変）

○心不全において 75 歳以上の患者が占める割合



（出典：厚生労働省　2017 年患者調査）

○急性心筋梗塞と心不全の入院患者の推移



（出典：日本循環器学会循環器疾患診療実態調査報告書）

（2016年度実施・公表）

4　糖尿病

【対策のポイント】

- ○　糖尿病に関する正しい知識の普及啓発
- ○　糖尿病の早期発見のための特定健康診査及び適切な治療、静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、重症化予防のための保健指導を推進
- ○　安定期の治療を行う医療機関、専門治療・急性期合併症に対応する医療機関、慢性合併症の治療を行う医療機関の連携推進

【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
特定健診受診率	52.9% （2015 年度）	57.8% （2019 年度）	70%以上 （2023 年度）	目標値に向け数値が改善
年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病腎症の患者数	522 人 （2015 年）	491 人 （2019 年）	481 人 （2023 年）	目標値に向け数値が改善

（1）現状と課題

ア　糖尿病の現状

○糖尿病は、インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主とする代謝疾患です。

○インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリンの作用不足を主要因とする１型糖尿病と、インスリン分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝子に、過食、運動不足、肥満、妊娠などの環境因子及び加齢により発症する２型糖尿病に分かれます。

○インスリン作用不足により高血糖が起こると、口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状が見られ、その持続により合併症を発症します。糖尿病の合併症には、高度のインスリン作用不足から急激に発症する糖尿病昏睡等の急性合併症と、慢性の高血糖の結果起こる糖尿病性網膜症や糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害、脳梗塞、心筋梗塞[1]等の慢性合併症があります。

○全国で糖尿病が強く疑われる者は 1,000 万人であり、過去４年間で 50 万人増加しています。また、糖尿病の可能性が否定できない者は 1,000 万人です。糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は約 328 万人であり、年間約１万４千人が糖尿病が原因で死亡し、死亡数全体の 1.0%を占めています。

○全国の糖尿病患者のうち、新規に下肢を切断した者は 7,852 人です。

○全国の新規の人工透析導入患者は、約３万８千人であり、そのうち、糖尿病性腎症が原疾患である者は約１万６千人（約 42%）です。

○歯周病も糖尿病の合併症の一つですが、糖尿病の増悪因子でもあり、歯周病が重症であるほど糖尿病の血糖コントロールが不良になります。

---

[1] 糖尿病は心血管疾患の危険因子の一つ。国内外からの過去の数多くの報告では、糖尿病患者の冠動脈疾患発症リスク、冠動脈疾患による死亡リスクは健常人に比べ数倍高いことが明らかにされている。また、糖尿病を合併する心筋梗塞を含む急性冠症候群者における中長期の心血管事故の発生は、非糖尿病患者に比べて高い。

○これらの合併症を予防するためには、継続的な治療と生活習慣の改善により血糖のコントロールを行うことが大切です。

○１型糖尿病に対する専門的な治療を行う医療機関は、1,363 機関あります。

イ　本県の状況

（死亡・罹患の状況）

○2018 年の本県の糖尿病による死亡者は 525 人、死亡率（人口 10 万人当たり）は 14.4%で、全国の 11.4%に比べ高くなっています。

○県内保健医療圏別の人口 10 万人あたりの糖尿病による死亡率は、賀茂、熱海伊東、富士、中東遠の４保健医療圏が、全県の 14.4%より高くなっています。

○2018 年度特定健康診査データ分析では、40 歳～74 歳の糖尿病有病者の割合は、男性 12.4%、女性 6.1％であり、予備群の割合は、男性 12.6％、女性 10.1％となっています。男女とも年齢とともに、該当割合が増加しています。

（医療従事者の状況）

○本県の人口 10 万人当たりの糖尿病専門医数は 2.9 人で、全国平均 4.6 人と比較すると不足しており、養成が急務です。

○本県の人口 10 万人当たりの糖尿病看護認定看護師数は 0.3 人で、全国平均 0.7 人と比較すると不足していると言えます。

○糖尿病療養指導士[2]（ＣＤＥ[3]）には、日本ＣＤＥと地域ＣＤＥがあり、本県の人口 10 万人当たりの日本ＣＤＥ数は 11.1 人で、全国平均 15.0 人と比較すると不足していると言えます。

○県内では地域ＣＤＥの資格試験が行われていますが、日本ＣＤＥも含めＣＤＥの配置が診療報酬において評価されていないこともあり、資格取得者の退職や資格更新しないこと、勤務先による糖尿病部門以外への配置換えが行われること等が指摘されています。

（初期安定期治療の状況）

○本県の人口 10 万人当たりの糖尿病内科（代謝内科）を標榜する病院数は 0.7、一般診療所数は 0.3 で、各々全国平均 1.1、0.4 と比較すると病院数は少ないと言えます。

（専門治療・急性増悪時治療の状況）

○本県の人口 10 万人当たりの教育入院を行う医療機関数は 0.1 で、全国平均 0.1 と同程度です。

○本県の人口 10 万人当たりの１型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数は 0.9 で、全国平均 1.1 よりやや少ないと言えます。

（慢性合併症治療の状況）

○本県の人口 10 万人当たりの糖尿病足病変[4]の管理が可能な医療機関数は、1.7 です。

○本県の人口 10 万人当たりの糖尿病患者の新規下肢切断件数は 5.7 件で、全国平均 6.2 件より少ないと言えます。

○本県の人口 10 万人当たりの歯周病専門医数は 0.5 で、全国平均 0.9 より少ないと言えます。

---

[2] 糖尿病療養指導士：糖尿病の治療と療養指導に関する知識を持ち、医師の指示のもとで患者に療養指導を行う専門医療従事者。

[3] ＣＤＥ（Certified Diabetes Educator）：日本ＣＤＥは、一般社団法人日本糖尿病療養指導士認定機構による認定資格。

[4] 糖尿病足病変：糖尿病の患者の足に起こる真菌(水虫)や細菌の感染、潰瘍(皮膚の欠損)、壊疽(皮膚や皮下組織が死滅して黒褐色になること)等の総称。

ウ　医療提供体制

（ア）発症・合併症予防

○２型糖尿病は、食生活や運動、喫煙、飲酒などの生活習慣が発症に大きく関与することから、発症予防のためには生活習慣の改善が必要です。発症・合併症予防のために糖尿病に関する正しい知識の普及が不可欠です。

○特定健診受診率は、2019 年度が 57.8％（期待値 62.7％）と、目標達成には更なる取組が必要です。

○特定健康診査受診者データを分析し、その結果を見える化し、生活習慣との関連や地域差など、糖尿病の発症因子やリスクを住民に分かりやすく伝えることで、生活習慣改善及び発症予防の動機付けをすることが必要です。

○糖尿病の初期は、自覚症状が乏しいことから、特定健康診査や職域での健康診査等を受診することが早期発見の鍵となるため、健康診査等の受診率を上げることが必要です。

○糖尿病性網膜症や糖尿病性腎症など重篤な合併症を予防するためには、良好な血糖コントロールを目指した治療が最も重要ですが、眼科や腎臓内科等の医師の連携のもと糖尿病性網膜症や糖尿病性腎症の早期発見に努める必要があります。

○糖尿病性網膜症の早期発見のためには、糖尿病と診断された時点からの定期的な眼科診察が必要です。

○糖尿病性腎症は末期腎不全に進んで透析導入となる原因疾患の第１位です。糖尿病性腎症が発症した場合には、糖尿病としての管理・指導に加えて、将来透析が必要になる可能性があることを早い段階から患者と家族に認識していただき慢性腎臓病として指導することが必要です。

○糖尿病に足病変が合併することの認識の低さや網膜症による視力障害のため、足病変の発見や受診が遅れる傾向にあります。そのため、比較的若年の働き盛りの患者が足・趾切断を余儀なくされる例がみられます。糖尿病合併症としての足病変の頻度の高さとそれに対するフットケア[5]の重要性について啓発が必要です。

○歯周病は、糖尿病の増悪因子であるため、歯科医師との連携による適切な歯周病治療が必要です。また、糖尿病の血糖コントロール改善には、歯周病治療による改善が良い影響を及ぼすとも言われているので、こうした知識の啓発も必要です。

（イ）初期・安定期治療

○糖尿病は食事療法と運動療法が基本的治療ですが、薬物療法の併用により血糖コントロールを適切に行うことで合併症の発症を予防することができるため、治療中断の予防のためにかかりつけ医の定期的な受診が必要です。

○かかりつけ医の定期的な受診のためには、患者や家族が、重症化や合併症のリスクの状態を、一目で理解できるような可視化の方法が開発されることが望ましいと言われています。

○初期・安定期の治療においても、最新の医療機器[6]、治療薬[7]による薬物療法、食事療法及び運動療法の啓発が必要です。

○初めて糖尿病と診断された患者においても、すでに糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症等を合併し

---

[5] フットケア：足に起こる病変の原因を追究し、適切な治療を行い、再発を防ぎ、足病変から全身を診ること。

[6] 医療機器：簡易血糖測定器（持続グルコースモニタリングを含む）など

[7] 治療薬：臓器保護効果が確認された経口血糖降下薬(SGLT2 阻害薬)や GLP-1 受容体作動薬など

ていることがあるため、糖尿病の診断時から各診療科が連携を図る必要があります。安定期の治療を行う医療機関、専門治療や急性合併症に対応する医療機関、慢性合併症の治療を行う医療機関との連携が必要です。

（ウ）専門治療や急性合併症の治療

○糖尿病は、薬物による治療に併せて、食事療法や運動療法により血糖のコントロールをしていくことが重要となります。そのため、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士等の多職種の連携が必要です。

○県内では地域によっては医療機関が少ない現状があるため、血糖コントロールが難しい患者に対しては、地域の関係者の連携のもとに、教育入院等により集中的に治療と生活指導が受けられる体制が必要です。

○糖尿病の急性合併症に対応できる救急医療体制が必要です。

（エ）慢性合併症の治療

○慢性合併症の検査に加え、発症後、速やかに専門的な治療が受けられる必要があります。

○糖尿病の重症化による合併症である糖尿病性腎症を予防するため、静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムや各地域版のプログラムの策定、普及が必要です。

（オ）地域との連携

○糖尿病の発症予防、重症化予防を行う市町及び保険者等と糖尿病及びその合併症の治療を行う医療機関や薬局が、情報共有や協力体制の構築を推進していく必要があります。

（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
特定健診受診率	57.8% （2019 年度）	70%以上 （2023 年度）	第3期医療費適正化計画の目標値	国法定報告
年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病腎症の患者数	491 人 （2019 年）	481 人 （2023 年）	健康日本 21 の算定方法に準じて算出	日本透析医学会統計調査

イ　施策の方向性

（ア）発症・合併症予防

○糖尿病の発症・重症化は食生活など生活習慣と密接な関係にあるため、糖尿病の発症を予防する適切な生活習慣の知識を普及啓発します。学校教育の場でも生活習慣病予防の啓発に取り組みます。

○特定健康診査受診者の検査結果、生活習慣などのデータを分析し、保険者のデータヘルスを推進するほか、地域や健保組合ごとの特性を分かりやすく伝え、住民の理解を深めることで、生活習慣改善の動機付けとなるよう支援します。

○特定健康診査の結果に基づき、適切な受診勧奨及び食事指導等の生活習慣改善のための保健指導ができるよう、保険者等に必要な助言支援等を行います。

○歯周病がある人は糖尿病発症のリスクが高いことと、歯周病治療が糖尿病発症予防に有効であ

ることを啓発します。歯周病を診察する歯科医は、糖尿病がないかどうか、かかりつけ医に相談することを促し、かかりつけ医は歯科医へ歯周病の治療を相談するよう促します。

○歯周病検診において、歯周病と糖尿病との関係について啓発します。

○養成機関と協力して糖尿病療養指導士養成を支援し、糖尿病療養指導士の活用推進を医療機関等へ啓発します。

（イ）初期・安定期の治療

○糖尿病が早期に確実に診断されるように、特定健康診査の結果に基づいた適切な受診勧奨を推進します。

○糖尿病患者のかかりつけ医は、定期的な診察により良好な血糖コントロールを目指した治療を継続し、急性憎悪時や糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症等合併症の定期受診時には専門医療機関を紹介します。かかりつけ医は、受診が途切れた患者に対して受診するように働きかけます。

○かかりつけ医、歯科医等地域関係者は、糖尿病患者に治療中断をしないように指導します。

○治療中断の防止に有効な可視化の方法について、国や関連学会、関係団体による開発の状況を注視していきます。

（ウ）専門治療・急性憎悪時の治療、慢性合併症の治療

○安定期の治療を行う医療機関と血糖コントロール困難例への治療や慢性合併症の治療を行う専門医療機関との、地域での切れ目のない医療連携体制の整備を進めるほか、地域の医療機関間での患者情報の共有を進めます。

○慢性合併症のうち、脳卒中や急性心筋梗塞等の心血管疾患については、県循環器病対策推進計画に基づく対策を推進します。

○静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、かかりつけ・専門医との連携のもと重症化予防を図ります。

（エ）地域との連携

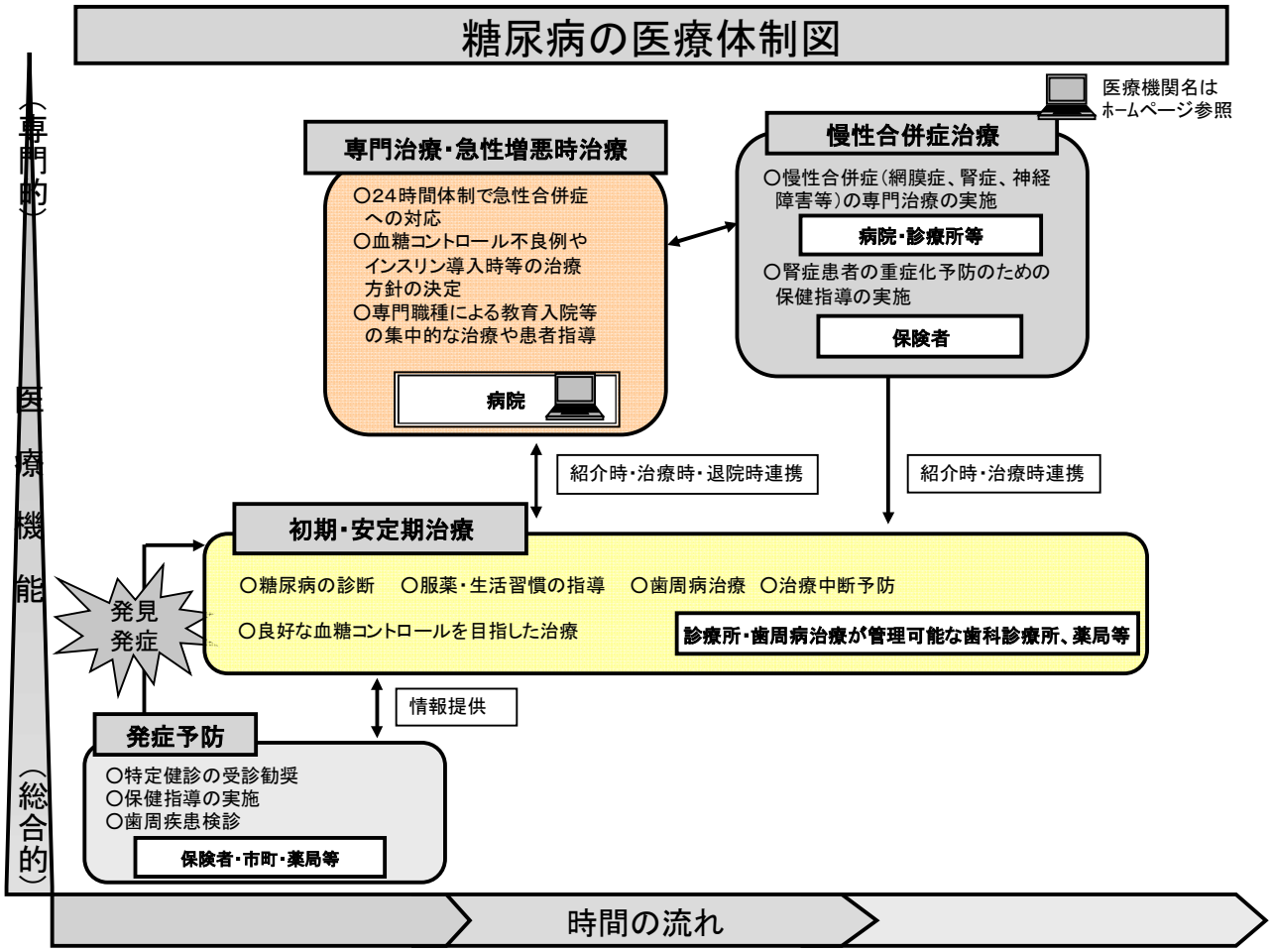
○医療従事者が地域での健康づくりや生活習慣病予防の活動に協力できる体制を作ります。

○糖尿病の発症予防、重症化予防を行う市町及び保険者等と糖尿病及びその合併症の治療を行う医療機関や薬局において、情報共有や連携協力体制の構築を進めます。

（３）「糖尿病」の医療体制に求められる医療機能

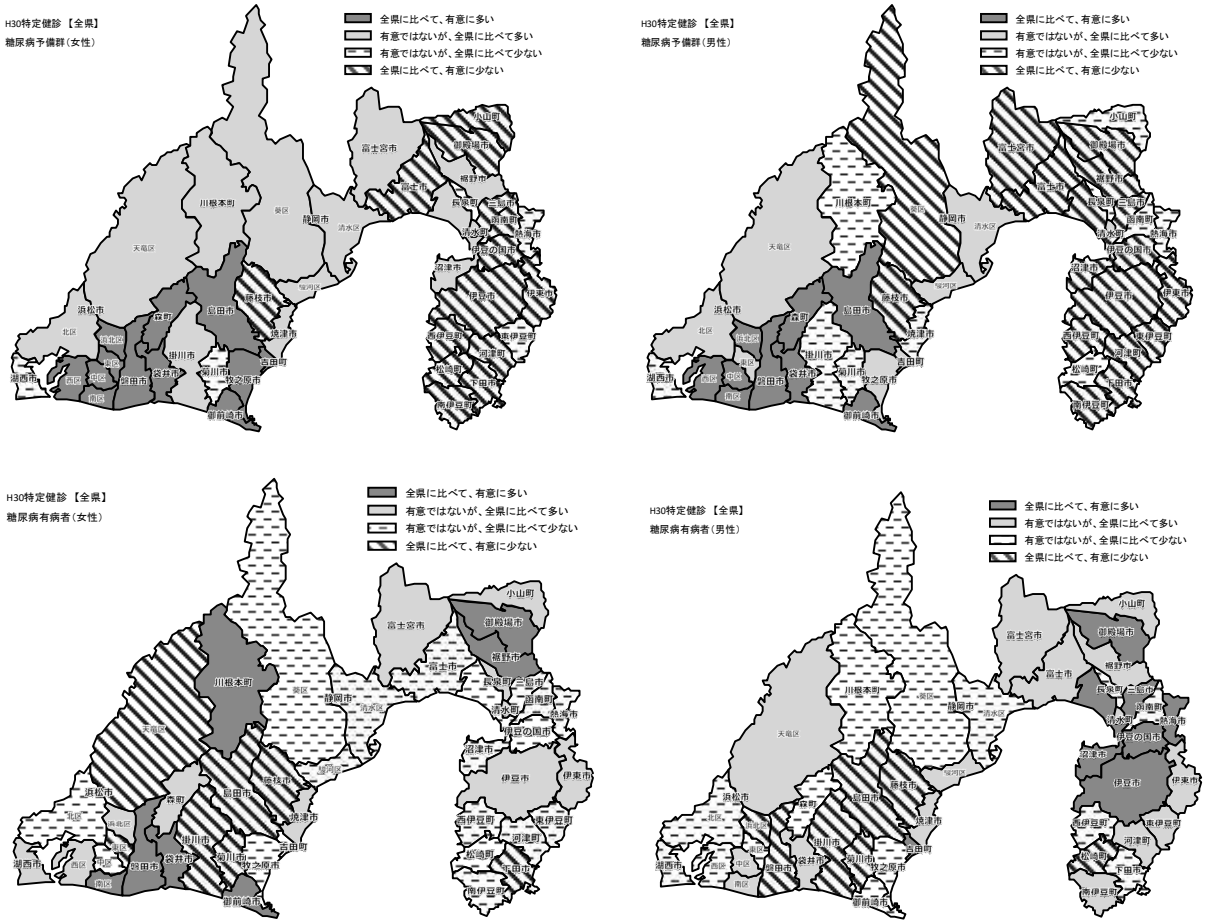
	発症予防	初期・安定期治療	専門治療・急性増悪時治療	慢性合併症治療	地域と連携
ポイント	○特定健診の受診勧奨 ○保健指導の実施 ○生活習慣に関する普及啓発	○糖尿病の診断・耐糖機能異常の診断及び生活習慣の指導を実施 ○良好な血糖コントロールを目指した治療	○血糖コントロール指標を改善するために教育入院等の集中的な治療を実施 ○糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施	○慢性合併症（網膜症、腎症、神経障害等）の専門治療の実施	○市町や保険者と連携
機能の説明	・医療保険者・市町等による特定健診・保健指導の実施と受診勧奨 ・食及び運動習慣に関する普及啓発 ・歯周疾患の予防と早期発見	・糖尿病の診断のための必要な検査を実施 ・食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールと専門的な指導及び治療中断予防のための指導を実施 ・専門治療や急性増悪時治療、慢性合併症治療を行う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	・糖尿病昏睡等、急性合併症の専門的治療を24時間実施 ・専門職種のチームによる食事、運動、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的治療や患者指導（心理問題を含む。） ・糖尿病患者の妊娠に対応可能 ・食事療法、運動療法を実施するための設備がある ・初期・安定期や慢性合併症の治療を行う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	・糖尿病の慢性合併症（糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害等）の専門的な検査・治療を実施 ・初期・安定期治療や専門治療・急性増悪時治療を行う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 ・保険者が医療機関と連携し、保健指導による重症化予防	・市町や保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合、患者の同意を得て、必要な協力を行う。 ・市町や保険者が保健指導をするための情報提供を行う。 ・糖尿病の予防、重症化予防を行う市町及び保険者、薬局等と情報共有や協力体制を構築するなどして連携

（４）「糖尿病」の医療体制図



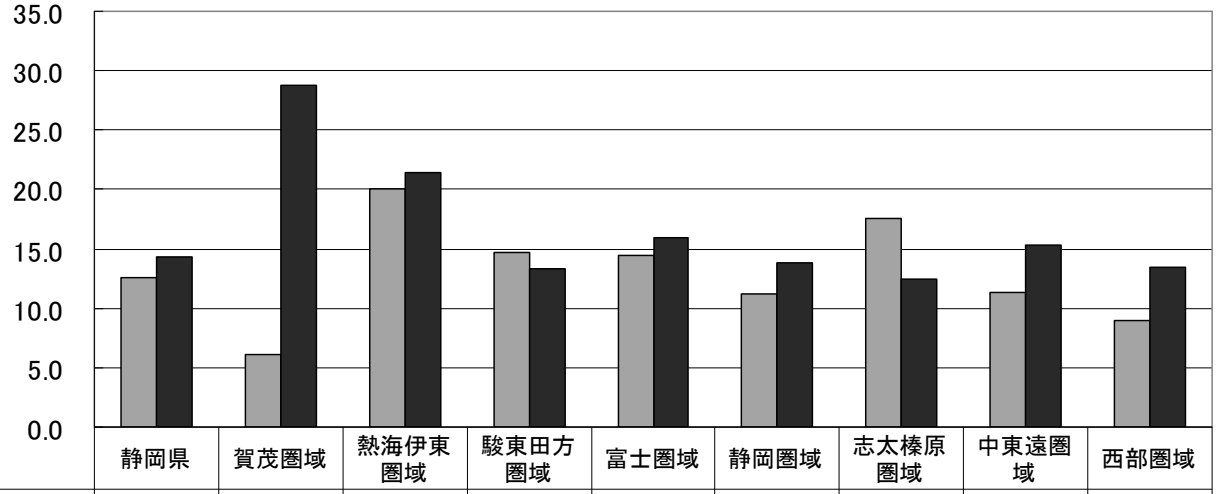
（５）関連図表

○糖尿病有病者数



（出典：静岡県「2018 年度特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」）

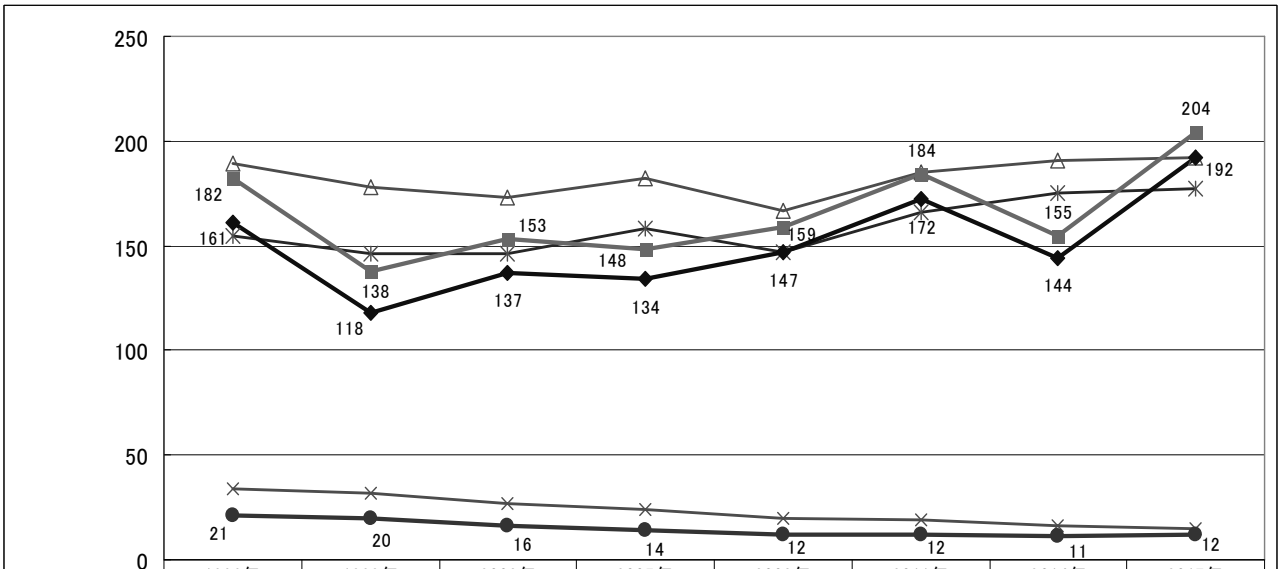
○保健医療圏別の糖尿病死亡率（人口 10 万人対）



	静岡県	賀茂圏域	熱海伊東圏域	駿東田方圏域	富士圏域	静岡圏域	志太榛原圏域	中東遠圏域	西部圏域
2015年	12.6	6.1	20.1	14.7	14.5	11.2	17.6	11.3	9.0
2018年	14.4	28.8	21.4	13.3	16.0	13.8	12.5	15.3	13.5

（出典：厚生労働省「2018 年人口動態統計」より）

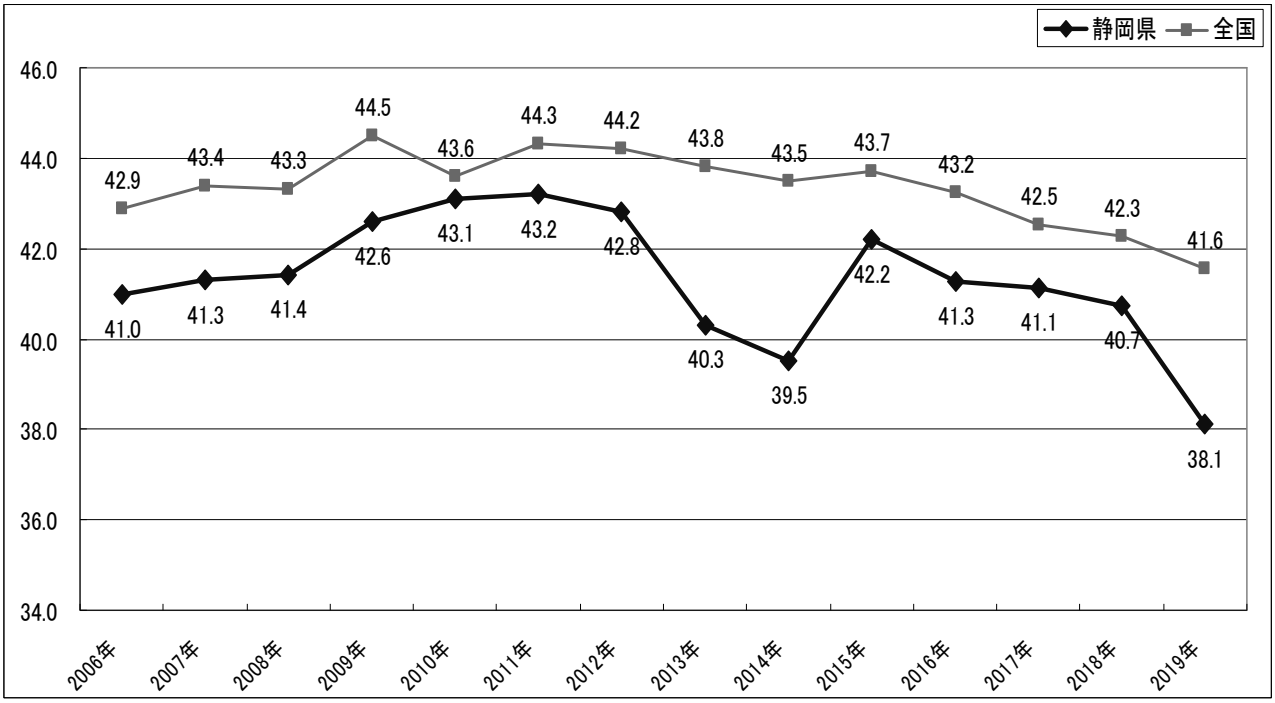
○入院、外来別受療率（人口 10 万人対）



	1996年	1999年	2002年	2005年	2008年	2011年	2014年	2017年
全国入院	34	32	27	24	20	19	16	15
全国外来	155	146	146	158	147	166	175	177
全国計	189	178	173	182	167	185	191	192
静岡県入院	21	20	16	14	12	12	11	12
静岡県外来	161	118	137	134	147	172	144	192
静岡県計	182	138	153	148	159	184	155	204

（出典：厚生労働省「2017 年患者調査」より算出）

○新規透析導入患者の糖尿病性腎症の割合



（出典：（一社）日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」）

○指標による現状把握

（医療従事者の状況）

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
糖尿病内科（代謝内科）医師数	—	115	—	5	15	9	29	11	9	37	2018年	医師・歯科医師・薬剤師調査
（10万人あたり）	—	3.1	—	4.9	2.3	2.4	4.2	2.4	1.9	4.3		
糖尿病専門医数	5,919	108	—	—	—	—	—	—	—	—	2019年10月4日	日本糖尿病学会
（10万人あたり）	4.6	2.9	—	—	—	—	—	—	—	—		
糖尿病指導士数	19,095	412	—	—	—	—	—	—	—	—	2019年8月5日	日本糖尿病療養指導士認定機構
（10万人あたり）	15.0	11.1	—	—	—	—	—	—	—	—		
糖尿病看護認定看護師数	904	10	—	—	—	—	—	—	—	—	2020年1月31日	日本看護協会
（10万人あたり）	0.7	0.3	—	—	—	—	—	—	—	—		

（初期安定期治療の状況）

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
糖尿病内科（代謝内科）を標榜する病院数	1,424	27	—	4	8	1	3	3	3	5	2017年	医療施設調査
（10万人あたり）	1.1	0.7	—	3.9	1.2	0.3	0.4	0.7	0.6	0.6		
糖尿病内科（代謝内科）を標榜する一般診療所数	531	13	—	—	4	1	3	1	—	4	2017年	医療施設調査
（10万人あたり）	0.4	0.3	—	—	0.4	0.3	0.4	0.2	—	0.5		
Ⅰ型糖尿病患者に対する専門的治療を行う医療機関数	1,363	34	—	—	—	—	—	—	—	—	2019年	診療報酬施設基準
（10万人あたり）	1.1	0.9	—	—	—	—	—	—	—	—		

（慢性合併症治療の状況）

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数	—	65	2	6	15	5	9	4	6	18	2019年3月31日	診療報酬施設基準
（10万人あたり）	—	1.7	3.2	5.8	2.3	1.3	1.3	0.9	1.3	2.1		
歯周病専門医数	1,130	19	—	—	—	—	—	—	—	—	2019年10月31日	日本歯周病学会
（10万人あたり）	0.9	0.5	—	—	—	—	—	—	—	—		
新規下肢切断術件数	7,852	212	—	—	—	—	—	—	—	—	2019年	NDB解析
（10万人あたり）	6.2	5.7	—	—	—	—	—	—	—	—		

5　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）	28.1 （2019 年）	27.0 以下 （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）	83 人 （2019 年）	50 人以下 （2022 年）	目標に向け数値が改善

（１）現状と課題

ア　肝炎の現状

○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、脂肪性（非アルコール性脂肪性肝炎）、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。

イ　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 万～4.2 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。

○2020 年度にウイルス性肝炎に関する医療費助成を受けた人は、延べ 2,733 人となっています。

（死亡・罹患の状況）

○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 年の保健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（2021 年３月末現在 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（2021 年３月末現在 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。

ウ　医療提供体制

（ア）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。

○2019 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 42,966 件（うち陽性者 215 件：0.5%）、Ｃ型が 43,396 件（うち陽性者 118 件：0.3%）となっています。

（イ）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。2020 年度の助成件数は、31 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。2020 年度の助成件数は、96 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。2021 年３月末現在、303 人を肝炎医療コーディネーターに認定しています。

---

[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。

（ウ）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）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	肝疾患死亡率 （人口 10 万人当たり）	28.1 （2019 年）	27.0 以下 （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	83 人 （2019 年）	50 人以下 （2022 年）	半減を目指す	厚生労働省「人口動態統計」
新規	肝がん罹患率 （人口 10 万人当たり）	11.6 （2017 年）	12.0 以下 （2023 年）	第３期静岡県肝炎対策推進計画の目標値を維持	静岡県地域がん登録報告書

イ　施策の方向性

（ア）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。

（イ）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。

[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。

（ウ）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。

（エ）肝炎患者等及びその家族に対する支援の充実

○肝炎患者及びその家族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。

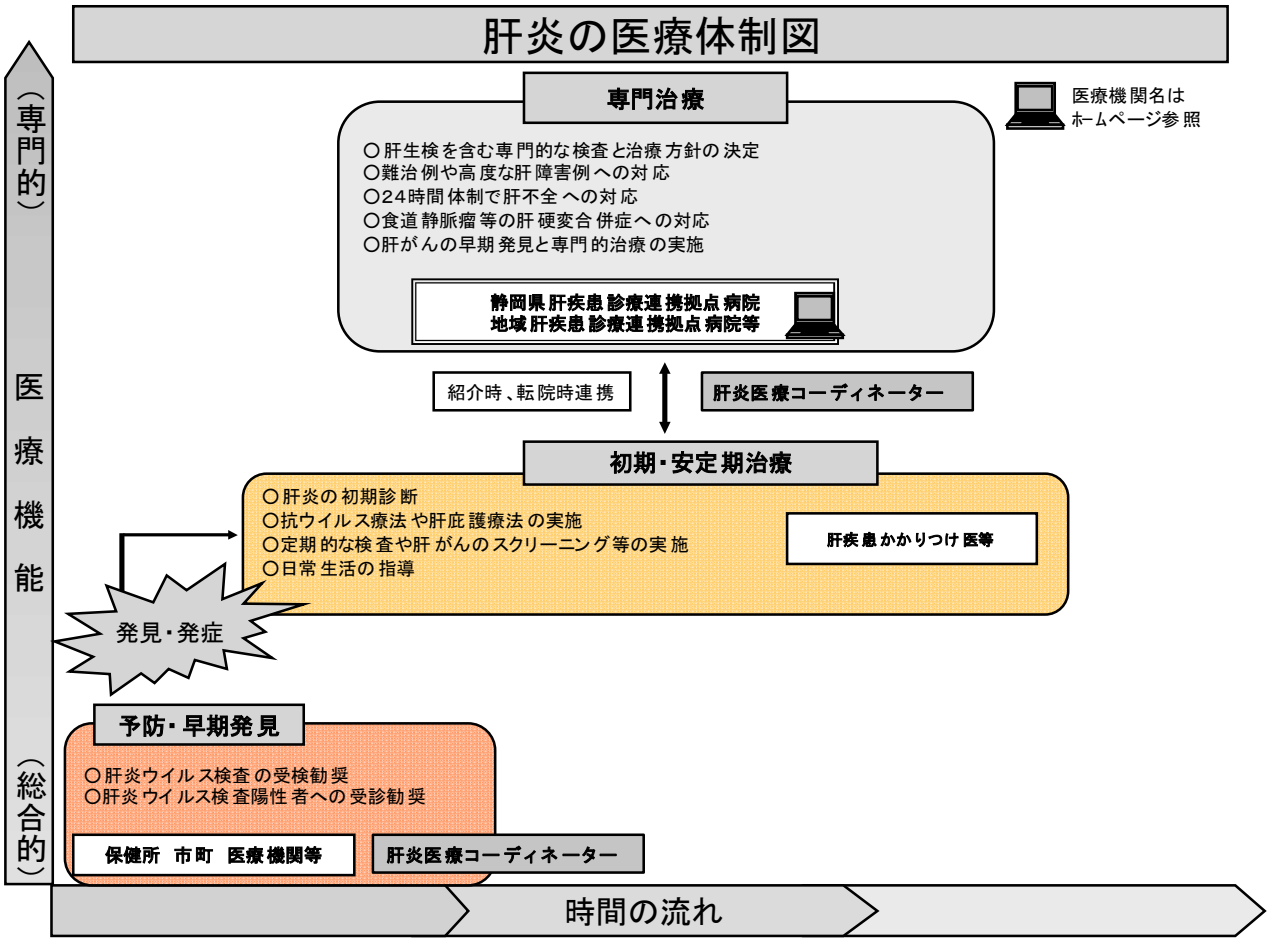
○肝炎患者等及びその家族のために、保健所において相談会や交流会を開催します。

○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。

（３）「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 ○肝疾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庇護療法の実施（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） ・地域肝疾患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「地域肝疾患診療連携拠点病院」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

（４）「肝炎」の医療体制図



（５）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 年度厚労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

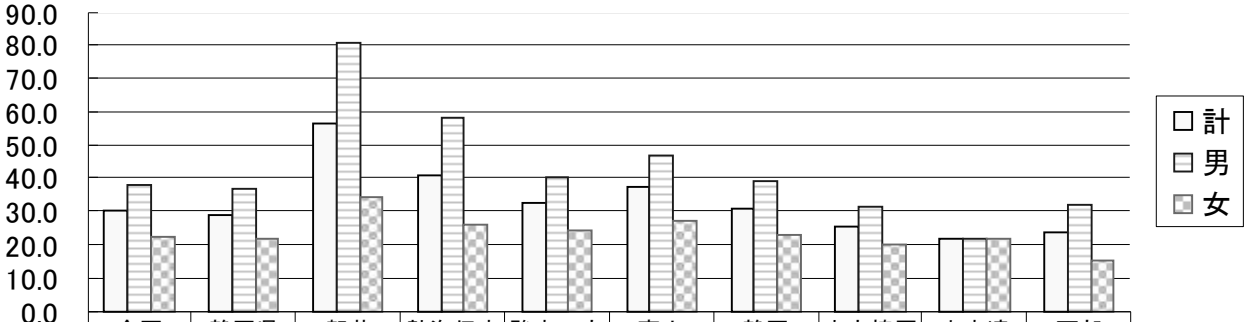
出典：
（全国）2013年～2015年：国立がん研究センターがん情報センター「がん登録・統計」（全国がん罹患モニタリング集計（MCIJ））
2016年～2017年：国立がん研究センターがん情報センター「がん登録・統計」（全国がん登録）
（静岡県）静岡県地域がん登録報告書　　肝がん：肝及び肝内胆管の悪性新生物

○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

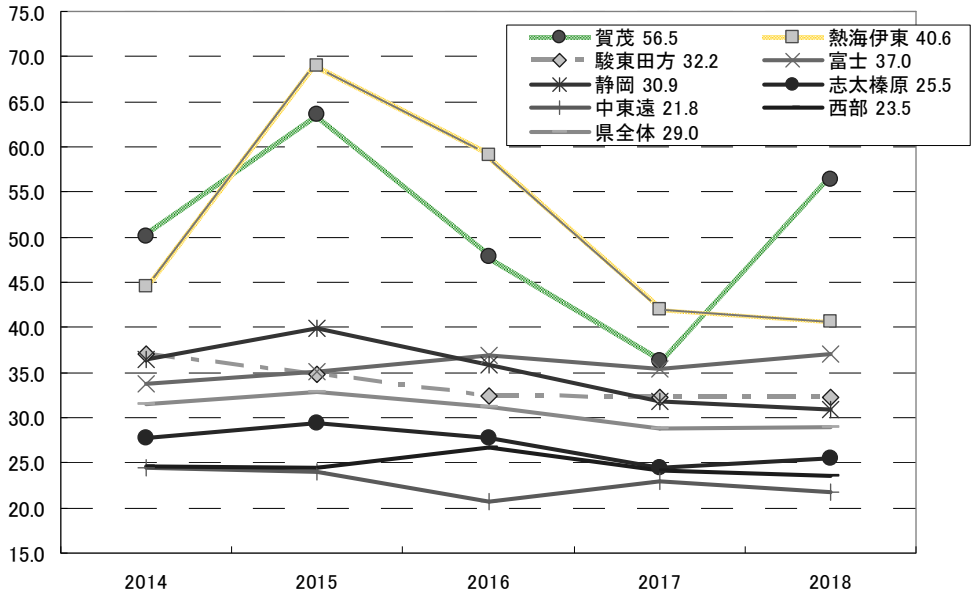
○保健医療圏別の肝疾患死亡率（人口 10 万人当たり／2018 年）



	全国	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
計	30.0	29.0	56.5	40.6	32.2	37.0	30.9	25.5	21.8	23.5
男	37.9	36.5	81.0	57.9	40.3	47.0	39.2	31.1	21.9	31.7
女	22.5	21.7	34.0	25.7	24.3	27.3	23.0	20.2	21.7	15.5

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

○保健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	
2011	**B型(人)**	**4,373**	**34,268**	**2,599**	**9,443**	**50,683**
	陽性者(人)※１	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)※２	1	171	20	102	294
	陽性者率	0.02%	0.49%	1.64%	1.08%	0.59%
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
	陽性者率	0.09%	0.43%	1.59%	0.87%	0.52%
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
	陽性者率	0.13%	0.42%	1.04%	0.71%	0.46%
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
	陽性者率	0.11%	0.33%	0.36%	0.78%	0.39%
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
	陽性者率	0.07%	0.30%	0.46%	0.65%	0.34%
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)	4	97	7	38	146
	陽性者率	0.09%	0.37%	0.55%	0.48%	0.36%
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
	陽性者率	0.05%	0.33%	0.39%	0.60%	0.35%
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%
2019	**B型(人)**	**4,105**	**30,164**	**2,588**	**6,109**	**42,966**
	陽性者(人)	8	169	6	32	215
	陽性者率	0.19%	0.56%	0.23%	0.52%	0.50%
	C型(人)	**4,195**	**30,571**	**2,520**	**6,110**	**43,396**
	陽性者(人)	2	80	3	33	118
	陽性者率	0.05%	0.26%	0.12%	0.54%	0.27%

※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：（健康増進事業）健康増進事業実績報告（2011-2017）（厚生労働省）
地域保健・健康増進事業報告(2018-2019)（厚生労働省）
（特定感染症検査等事業）特定感染症等事業実績報告（厚生労働省）

6　精神疾患

【対策のポイント】
- ○　多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築
- ○　精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

【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
精神科病院1年以上の長期在院者数	3,518 人 (2016.6.30)	3,188 人 (2020.6.30)	3,232 人以下 (2020 年度)	目標値を達成
精神科病院入院後3か月時点退院率	57.8% (2016.6.30)	65.4% (2017 年度)	69%以上 (2020 年度)	目標に向け数値が改善
精神科病院入院後6か月時点退院率	79.1% (2016.6.30)	84.6% (2017 年度)	84%以上 (2020 年度)	目標値を達成
精神科病院入院後1年時点退院率	88.6% (2016.6.30)	91.9% (2017 年度)	90%以上 (2020 年度)	目標値を達成

（1）　現状と課題

ア　精神疾患の現状

○精神疾患は、2017 年の患者調査によると全国で推定患者数は 419 万人を超える水準となっています。そのうち、入院患者数は約 30.2 万人、外来患者数は約 389.1 万人であり、1 年以上の長期入院患者数は約 17.1 万人となっています。我が国での調査結果では、国民の４人に１人（25%）が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験していることが明らかとなっています。また、ＷＨＯによると世界で 1,000 人に７人（0.7%）が統合失調症に罹患しています。

○高血圧や糖尿病、がんなどの予防はエビデンスに基づいた方法が確立していますが、精神疾患については、その必要性は認識されているものの予防の効果を実証することが困難であり、具体的な方法は確立されているとはいえません。しかし、適度な運動や、バランスのとれた栄養・食生活は身体だけでなく、こころの健康においても重要な基礎となるものです。これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す「休養」が加えられ、健康のための３つの要素とされてきたところです。さらに、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっています。

○精神疾患の診断の基本は、十分な観察・問診による精神症状の正確な把握であり、心理検査等の検査が診断の補助として行われています。精神疾患は、内科などに比べ客観的な指標が乏しいものの、近年、神経画像・脳機能画像などの技術が進歩しており、客観的診断方法として期待されています。診断においては、身体疾患に起因する症状性精神障害なども考慮し、精神症

状のみならず全身状態の把握も重要です。また、身体疾患で内科等を受診した患者に、うつ病等の精神疾患が疑われる場合には、精神科医に紹介することによって、より正確な診断が行われることが、適切な治療選択の観点からも重要と考えられます。

○精神疾患の治療においては、薬物・精神療法が中心となります。薬物療法において、向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬）を処方する際は、必要な投与期間、出現し得る全ての有害作用に対する対処法、奏功しなかった場合の代替薬物、長期投与の適応などの知識をもとに、治療計画を患者とその家族等に説明しておく必要があります。また精神療法においては、認知行動療法等が薬物療法と同等の効果をあげる場合もありますが、作業療法、精神科デイ・ケアを含めた専門的な精神療法以外にも、生活習慣の改善等の重要性があげられます。診断や治療において、生物学的、心理学的、社会文化的側面を考慮できる視点が必要であり、薬物療法だけに限らない多様な治療法を用いることが重要と考えられます。

○うつ病の診断では、うつ病だけではなく、甲状腺疾患、副腎疾患、膵疾患、膠原病、悪性腫瘍、脳血管障害など身体疾患でもうつ状態を呈することに留意し、また、躁うつ病（双極性感情障害）、認知症、統合失調症などの精神疾患との鑑別も考慮する必要があります。さらに、アルコール依存症との併存や、身体疾患の治療目的で使用されている薬物によるうつ病にも注意が必要です。うつ病の診断には、上記の鑑別診断を考慮に入れた詳細な問診が不可欠であり、心理検査を補助的に用いることがあります。治療は、抗うつ薬を中心としつつ、認知行動療法等の精神療法など非薬物療法も行われています。

○全国の自殺者数は、人口動態統計調査によると、1998 年から 2009 年まで連続で３万人を超える水準であったものが、2010 年以降は３万人を切り、減少傾向にあります。自殺に至る要因のうち、健康問題の中では、うつ病が多くを占めています。

○精神疾患にはこのほか、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症やてんかん、発達障害等も含まれており、精神疾患は住民に広く関わる疾患です。また、精神疾患は、あらゆる年齢層で疾病により生じる負担が大きく、また、精神疾患にかかると稼得能力の低下などにより、本人の生活の質の低下をもたらすとともに、社会経済的な損失を招きます。

○少子化によって一般小児科の受診者数が減少しているのに対し、児童精神科を標榜する医療機関を受診する子どもの数は増加しており、近年では初診までの待機日数の長期化が常態化しています。長期的視点に立てば、児童精神科医療の充実は、子どもの心の問題の遷延化を防ぎ、ひきこもりやうつ病、自殺など、成人期の心の問題の予防対策にも大きく寄与することになります。

イ　本県の状況

（精神科病院等の状況）

○2021 年４月１日現在、精神病床を有する県内の病院数は 39 病院（休棟１病院を含む）、精神科病院（精神病床のみを有する病院）数は 32 病院で、精神病床数は、6,517 床となっています。また、精神科を主たる診療科目として標榜する診療所の数は、2017 年度の医療施設調査では 60 診療所となっています。精神科病院の医師数は、2017 年度の病院報告では 244 人となっています。

（精神科病院の入院患者の状況）

○県内の精神病床を有する病院に入院している人は、精神科病院月報によると 2021 年３月末現在 5,269 人で、４年前（2017 年３月末現在 5,508 人）と比べ 239 人、約 4.3％減少しています。また、県内の精神病床における入院患者の平均在院日数は、2020 年度は 216.4 日で、４年前（2016 年度 228.5 日）と比べ 12.1 日短くなっています。これは、治療技術の向上、抗精神病薬の開発等、精神障害に関する医療環境が改善されていることや障害福祉サービス事業所の整備が進んできたことなどから、早期退院が可能になったためと考えられます。

○一方で、１年以上の長期入院患者は、2020 年６月末現在 3,188 人と、全体の 60.8％を占めています（厚生労働省精神保健福祉資料）。病状が安定し、退院しても家族の受入体制がない、経済的な不安、地域生活の受け皿となる障害福祉サービス事業所や地域生活を支援するサービスが少ないなど、家庭や地域の受入体制が整わないために退院できない、いわゆる社会的入院患者が相当数に上るものと推測されています。

（精神科救急の状況）

○2021 年度の県内の精神科救急医療施設は 10 施設で、内訳は常時対応の常時対応型病院４施設、輪番型病院６施設となっています。2020 年度の夜間・休日における精神医療相談窓口での相談件数は 9,553 件、精神科救急情報センターへの電話相談件数は 3,468 件となっています。また、2020 年度の夜間・休日の受診件数は 1,105 件、入院件数は 598 件であり、受診件数は増減を繰り返していますが、入院件数は減少傾向となっています。

（疾患ごとの患者の状況）※一般病院の患者数を含む。

【統合失調症】

○2017 年に医療機関を継続的に受療している統合失調症の外来患者数は 46,392 人、入院患者数は 7,680 人です。

○統合失調症は、およそ 100 人に１人弱がかかる頻度の高い病気ですが、新しい薬の開発と心理社会的ケアの進歩により、初発患者のほぼ半数は、治療により寛解後、長期的な回復を期待できるようになりました。

【うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）】

○2017 年に医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病（双極性感情障害）の外来患者数は 76,428 人、入院患者数は 4,388 人です。

【依存症】

○2017 年に医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症の外来患者数は 1,552 人、入院患者数は 620 人、薬物依存症の外来患者数は 249 人、入院患者数は 84 人、ギャンブル等依存症の外来患者数は 33 人です。

【心的外傷後ストレス障害（ＰＴＳＤ）】

○ＰＴＳＤとは生死にかかわるような危険を体験したり目撃したりした記憶が残ってこころの傷となり、何度も思い出されて当時と同じような恐怖を感じ続けるという疾患であり、2017 年に医療機関を継続的に受療しているＰＴＳＤの外来患者数は 947 人、入院患者数は 31 人です。

【高次脳機能障害】

○国立障害者リハビリテーションセンターが高次脳機能障害支援モデル事業で 2001 年から 2005 年度に行った調査によると、医療機関の受療の有無にかかわらず、高次脳機能障害者は全国に

27 万人、本県では 8,000 人と推計されています。

【摂食障害】

○2017 年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の外来患者数（精神療法に限定）は 920 人、入院患者数は 276 人です。

○摂食障害には拒食症と過食症があり、厚生労働科学研究において、医療機関の受療の有無にかかわらず、摂食障害患者は、女子中学生の 100 人に１～２人、男子中学生の 1,000 人に２～５人と推計されています。

【てんかん】

○2017 年に医療機関を継続的に受療しているてんかんの外来患者数（精神療法に限定）は 11,773 人、入院患者数は 2,489 人です。厚生労働科学研究において、医療機関の受療の有無にかかわらず、てんかん患者は、1,000 人当たり 7.71 人と推計されています。

○てんかんは、多くの患者が適切な抗てんかん薬を服用することで、発作が止まり、通常の社会生活を支障なく送ることができると言われています。

（身体合併症の状況）

○2017 年に精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患者数は 641 人です。

○精神科病院に入院中の患者が、専門的かつ高度な医療（精密検査や外科的治療、放射線治療）を必要とした場合、精神科治療と併せ一般科病院の専門的入院治療が可能な受入病院は聖隷三方原病院のみであり、各保健医療圏域の中で探すことが困難な状況にあります。

（自殺者の状況）

○2020 年の厚生労働省の人口動態統計調査によると、本県の自殺者数は前年より 19 人多い 583 人となりました。

○職場や地域では、人と人とのつながりが薄れ、不安や孤独感を抱える人が増加し、さらに、健康・経済問題等のストレスが原因でうつ病等のこころの健康問題を抱え、自殺に至るケースもあります。本県の自殺者数は、1998 年以降、16 年連続 700 人台から 800 人台の高水準で推移していましたが、2010 年をピークに減少傾向が続いている一方で減少幅は縮小しており、若年層については、おおむね横ばい状態にあります。2020 年は５年ぶりに自殺者数が増加し、新型コロナウイルス感染症の影響が懸念されています。

（医療観察法における対象者への状況）

○「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（「医療観察法」）により、心神喪失又は心神耗弱の状態で、重大な他害行為を行った場合、医療観察法に基づく審判決定により入院又は通院による医療を受けることとなります。通院決定を受けた人数は 2017 年４月から 2021 年３月末まで５人となっています。

（児童・思春期精神疾患の状況）

○2017 年に医療機関を継続的に受療している児童・思春期精神疾患（20 歳未満）の外来患者数は 14,241 人、入院患者数は 169 人です。

○児童虐待やいじめなど、子どもをめぐる様々なストレスを背景として、不登校、ひきこもり、発達障害児の二次障害、自傷・自殺、性的逸脱行動、反社会的行動など、子どもの心の問題は深刻化・多様化しています。

ウ　医療提供体制

○多様な精神疾患ごとに対応できる医療機関を明確にし、患者本位の医療を提供できるよう、精神疾患の医療連携体制を構築する必要があります。また、精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域づくりのために、医療、保健、福祉の連携を進める必要があります。

（ア）適正な医療の確保等

○患者本位の医療を実現していくことが重要であり、精神障害のある人に対する適切な医療及び保護の確保の観点から、人権に最大限配慮した医療を提供する必要があります。

○精神疾患に罹患した場合、早期に適切な医療を受けられるよう、精神疾患に関する普及啓発や精神医療の体制の整備を図るとともに、精神障害のある人が地域の一員として安心して生活できるよう精神疾患に対する理解の促進を図る必要があります。

○また、適切な歯科医療や薬剤の服薬指導・管理が受けられるような配慮も必要です。

（イ）多様な疾患ごとの医療連携体制の構築

○精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくありません。また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もあります。

○このため、統合失調症、うつ病・躁うつ病(双極性感情障害)、依存症、ＰＴＳＤ（心的外傷後ストレス障害)、高次脳機能障害、摂食障害、てんかんなど多様な精神疾患ごとに対応できる医療機関を明確にし、早期に必要な精神科医療が提供される医療体制の確保が必要です。

○富士圏域では、富士市医師会を中心として、一般医と精神科医との連携による、うつ病の早期発見・早期利用を目的とする「紹介システム」の構築に 2006 年度から取り組んでいますが、うつ病・躁うつ病(双極性感情障害)患者の早期発見・早期治療のためには、より一層、一般かかりつけ医と連携した、医療提供体制を構築する必要があります。

○2017 年度に策定した「静岡県アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、アルコール依存症に対応できる医療機関を明確にし、関係機関間の連携を強化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実するなど地域連携体制を構築する必要があります。

○「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律」が 2016 年 6 月 1 日に施行されるとともに、2016 年 12 月 14 日に「再犯の防止等の推進に関する法律」が施行され、薬物依存症者の再使用防止に向け、保護観察所と医療・保健・福祉機関・民間支援団体との緊密な連携体制の構築が必要です。

○2020 年度に策定した「静岡県ギャンブル等依存症対策推進計画」に基づき、ギャンブル等依存症に関する啓発とともに、ギャンブル等依存症に対応できる医療機関を明確にして、関係機関間の連携を強化し、患者・家族への相談支援を充実する地域連携体制の構築が必要です。

○身近な事件や事故に遭遇した人の中には、強いストレスのため少なからずこころに深い傷を負い、特に、児童・生徒は大きな精神的ショックを受けやすいため、ストレスの長期化によるＰＴＳＤ（心的外傷後ストレス障害）の発症を未然に防止する必要があります。

○高次脳機能障害は、外見からでは分かりにくい障害であり、治療から就労に至るまでの連続したケアや福祉制度の狭間となり、障害に対する理解や適切な支援が求められています。このた

め、高次脳機能障害支援拠点機関に相談支援コーディネーターを配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行い、医療及び福祉関係者による地域連携体制を構築する必要があります。

○摂食障害患者が早期に適切な支援を受けられるように、摂食障害支援拠点病院による他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との調整を行い、地域連携体制を構築する必要があります。

○てんかんはてんかん発作に加え、様々な精神・心理・社会的問題を示すことがあり、包括的ケアシステムが求められています。てんかん支援拠点病院による他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との調整を行い、地域連携体制を構築する必要があります。

（ウ）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

○長期入院している精神障害のある人の地域移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、地域における保健・医療・福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のないあらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会を構築する必要があります。このため、精神障害のある人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要があります。

（エ）精神科救急体制

○在宅の精神障害のある人の急性増悪等に対応できるよう、24 時間 365 日対応できる精神科救急医療のシステムの整備や精神医療に関する相談窓口の設置等体制を整備する必要があります。

（オ）身体合併症

○精神疾患と身体合併症の専門的入院治療を必要とした場合に、精神科医師と一般科医師が相互に診療情報や治療計画を共有し、入院治療に対応可能な機能や体制等が求められています。

（カ）自殺対策

○自殺の大きな危険因子であるうつ病について、早期発見、早期治療に結び付ける取組に合わせて、精神科医療提供の充実や、地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・教育等の関係機関・関係団体のネットワークの構築を図る必要があります。

（キ）医療観察法における対象者への医療提供体制

○医療観察法により、地域社会における処遇が適正かつ円滑に実施されるよう、静岡保護観察所と精神保健福祉関係機関が連携して取り組む必要があります。

（ク）児童・思春期精神疾患の医療提供体制

○精神障害のある子どもたちが適切な支援や治療を受け、回復し、地域社会で健やかに生活していくためには、児童精神科医療体制を充実させることが必須の条件です。さらに、児童精神科医療機関が中核となって、福祉・教育・保健・司法等を含む関係領域が連携し、包括的な支援を行うことが重要となってきます。

（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	精神科病院１年以上の長期在院者数	3,188 人 (2020.6.30)	2,783 人以下 (2023 年度)	地域移行を推進することにより、1年以上の長期在院者数を引き下げる。	厚生労働省精神保健福祉資料より算出
	精神科病院入院後３か月時点退院率	65.4% (2017 年度)	69%以上 (2023 年度)	第 6 期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。	第 6 期障害福祉計画に係る国の基本方針
	精神科病院入院後６か月時点退院率	84.6% (2017 年度)	86%以上 (2023 年度)	第 6 期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。	第 6 期障害福祉計画に係る国の基本方針
	精神科病院入院後１年時点退院率	91.9% (2017 年度)	92%以上 (2023 年度)	第 6 期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。	第 6 期障害福祉計画に係る国の基本方針
新規	精神病床から退院後１年以内の地域における平均生活日数	290 日 (2016.3)	316 日 (2023 年度)	第 6 期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。	第 6 期障害福祉計画に係る国の基本方針

イ　施策の方向性

（ア）適正な医療の確保等

○精神疾患の発生を予防し、早期に適切な医療を受けることができるように、精神保健福祉センター、健康福祉センター、市町、精神保健福祉協会等の関係団体が、相互に連携して乳幼児期から老年期に至るライフステージに応じた、こころの健康の保持・増進や精神疾患について、継続して普及啓発を行い、精神疾患が誰もがかかりうる病気であることについての認知度を高めます。

○精神障害のある人の人権に配慮し、患者やその家族の意思を尊重した適正な医療及び看護等の提供体制の整備を促進します。

○新規入院患者については、精神病床を急性期、回復期、慢性期に機能分化し、入院中の処遇の改善や患者のＱＯＬ（生活の質）の向上を図りつつ、できる限り１年以内の退院となるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促進します。

○歯科のない病院の入院患者への歯科訪問診療の提供体制の整備を促進します。

○薬物療法が適切に進むように、薬局による服薬情報の一元的・継続的把握、薬学的管理・指導を促進します。

（イ）多様な疾患ごとの医療連携体制の構築

○多様化している精神疾患ごとに県下全域の拠点病院を明確にし、情報発信や人材育成を行うほか、２次保健医療圏において地域連携拠点機能を担う医療機関を支援し、地域医療連携体制を構築します。

【統合失調症】

○浜松医科大学医学部附属病院及び県立こころの医療センターを全域拠点機関とし、地域医療連

携体制を構築するほか、国が目指す専門的治療方法の全域での普及を図ります。

【うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）】

○うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）の早期発見・早期治療を目的に、精神科と一般内科医等かかりつけ医との連携を強化するほか、浜松医科大学医学部附属病院及び県立こころの医療センターを全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

【依存症】

○アルコール、薬物、ギャンブル等の様々な依存症患者については、自助グループにおける取組の促進や家族への支援等を行うほか、依存症の治療を行う医療機関が少ないことから、県立こころの医療センター、県内の依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関である服部病院や聖明病院を全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

【心的外傷後ストレス障害（ＰＴＳＤ）】

○災害及び事件、事故等が発生した場合に、早期に被災者・被害者のこころのケアに対応できる体制を整えるとともに、浜松医科大学医学部附属病院及び県立こころの医療センターを全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

【高次脳機能障害】

○高次脳機能障害者が身近な地域で適切なケアを受けられるように、圏域ごとに地域リハビリテーション関係医療機関、高次脳機能障害支援拠点機関、就労支援関係機関、健康福祉センター等との連携により相談支援体制の充実を図るほか、聖隷三方原病院リハビリテーション科を全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

【摂食障害】

○摂食障害は、適切な治療と支援によって回復が可能な疾患である一方、専門とする医療機関が少ないことから、患者が身近な地域で適切なケアを受けられるように、摂食障害支援拠点病院である浜松医科大学医学部附属病院のほか、県立こども病院、県立こころの医療センターを全域拠点機関とし、医療連携体制の充実等を図ります。

【てんかん】

○てんかんは、適切な診断、手術や服薬等により症状を抑えることができる又は治癒する場合もあり、社会で活動しながら生活できる場合も多いことから、運転、就労などの生活にかかわる相談支援体制を充実し、てんかんに関する正しい知識や理解の普及啓発を推進するとともに、てんかん支援拠点病院である静岡てんかん・神経医療センターを全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

（ウ）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

○医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種チームによる退院支援等の取組を推進するとともに、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、地域包括支援センター等及び市町の協力体制を強化し、段階的、計画的に地域生活への移行を促進することにより、精神障害のある人の早期退院や社会復帰の支援体制の整備を促進します。

○精神障害のある人が地域で安心して生活し続けることができるように、地域における居住環境及び生活環境の一層の整備や精神障害のある人の主体性に応じた社会参加を促進するための支援を行い、地域で生活しながら医療を受けることができるように、精神障害のある人の精神疾患の状態やその家族の状況に応じていつでも必要な保健医療サービス及び福祉サービスを

提供できる体制を確保し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを推進します。

（エ）精神科救急体制

○24 時間 365 日対応できる精神科救急医療システムを整備するほか、精神医療に関する相談窓口の設置等の医療へアクセスするための体制の整備を推進します。

○休日、夜間に対応する常時対応型病院として、沼津中央病院、鷹岡病院、清水駿府病院、聖隷三方原病院を、輪番型病院として溝口病院、県立こころの医療センター、焼津病院、藤枝駿府病院、川口会病院、服部病院を、後方支援病院として県立こころの医療センターを配置し、精神科救急を推進します。

（オ）身体合併症

○精神疾患を有する患者が身体合併症の専門的入院治療を必要とした場合に、総合病院等において一般科医師と精神科医師が診療情報や治療計画を共有し診療に対応する体制（コンサルテーション・リエゾン）を圏域ごとに設けており、24 時間体制で身体合併症の入院治療と精神科医療を実施できる聖隷三方原病院を全域拠点機関とし構築します。

（カ）自殺対策

○誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して、2017 年度に策定した「いのち支える“ふじのくに”自殺総合対策行動計画」に基づき、県、市町が一体となり、関係機関との連携のもと自殺対策を行うとともに、地域における相談体制の充実を図ります。

○自殺の危険を示すサイン（不眠等）に気づき、声をかけ、話を聴いて必要な支援につなげるゲートキーパーの養成等を関係機関と連携を図りながら進めます。

○若年層の自殺予防を図るため、教育委員会等関係機関と連携し、ＳＯＳの出し方等困難に直面した際の対処方法について周知するほか、職場におけるメンタルヘルス対策を推進します。

○自殺未遂者に対する良質かつ適切な治療の実施が必要であることから、浜松医科大学医学部附属病院、県立こころの医療センター、県立こども病院を全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

○新型コロナウイルス感染症の影響に伴う新たな課題に対応した自殺総合対策の取組を推進します。

（キ）医療観察法における対象者への医療

○心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の社会復帰と地域生活の支援を図るため、指定入院及び指定通院医療機関である県立こころの医療センターを全域拠点機関とし、指定通院医療機関や関係機関と協働して地域処遇の実施体制の確立を図ります。

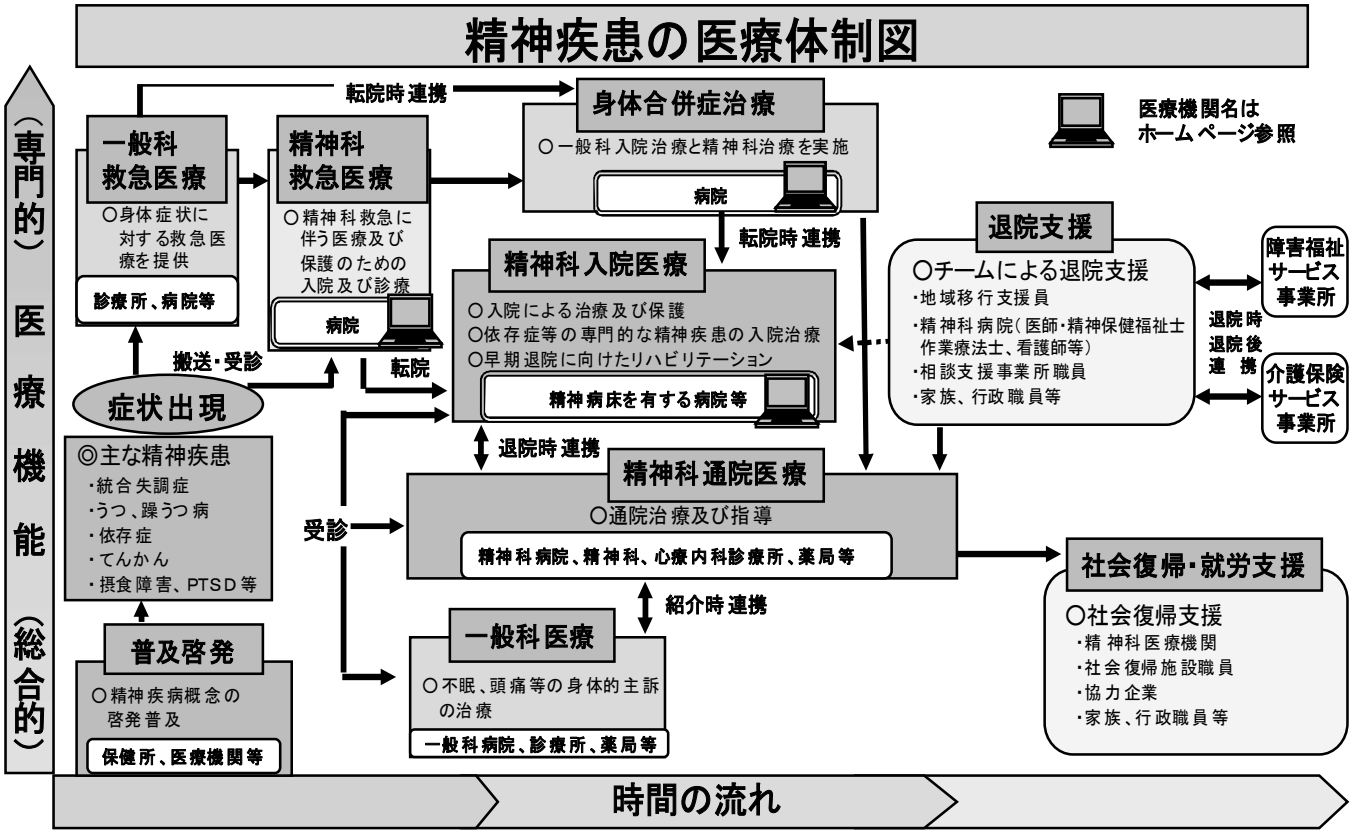
（ク）児童・思春期精神疾患の医療連携体制の構築

○児童・思春期精神疾患の子どもたちが適切な支援や治療を受け、回復し、地域社会で健やかに生活していくために、浜松医科大学医学部附属病院、国立病院機構天竜病院、県立こども病院、県立こころの医療センターを全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

（３）「精神疾患」の医療体制に求められる医療機能

	普及 啓発	一般科 医療	一般科 救急医療	精神科 救急医療	身体合併症 治療	精神科入院医療		精神科 通院医療	社会復帰・ 就労支援
ポイント	○精神疾患概念の啓発普及	○不眠、頭痛等の身体的主訴の治療	○身体症状に対する救急医療を提供	○精神科救急に伴う医療及び保護のための入院及び診療	○一般科入院治療と精神科治療を実施	○入院による治療及び保護 ○早期退院に向けたリハビリテーション	○チームによる退院支援	○通院治療及び指導	○社会復帰支援
機能の説明	・精神疾患の理解を推進 ・啓発のための広報活動	・プライマリケアにおけるうつ病等の治療 ・身体合併症の治療 ・精神科入院・通院医療を行う医療機関との連携	・身体症状に対する救急医療 ・精神科救急医療や身体合併症治療を行う医療機関との連携	**【精神科救急医療施設】** ・休日・夜間等の精神科急性症状に対する救急医療を実施 ・24時間365日対応できる精神医療相談窓口の機能強化	・24時間体制で、身体合併症の入院治療と精神科医療を実施 ・精神科入通院医療を行う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	・精神疾患の専門的な入院治療を実施 ・退院に向けた生活リハビリテーションの実施	・退院可能精神障害者の在宅療養に向けた支援を実施	・専門的な精神疾患の治療 ・精神科入院医療、身体合併症治療、一般科医療を行う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	・地域で継続した療養生活、社会復帰の支援 ・精神科通院医療を行う医療機関との連携

（４）「精神疾患」の医療体制図



（５）関連図表

○県内の精神病床における入院患者数

区分	人数	調査年	調査名等
急性期（３か月未満）	1,158 人	2020.6.30	厚生労働省 精神保健福祉資料
回復期（３～12 か月未満）	894 人		
慢性期（12 か月以上）	3,188 人		

○県内の精神病床における退院率

入院後３か月時点	入院後６か月時点	入院後 12 か月時点	調査年	調査名等
65.4%	84.6%	91.9%	2017 年度	厚生労働省 精神保健福祉資料

○県内の精神病床を有する病院における入院患者数の推移

	合計	措置入院	医療保護入院	任意入院	その他	伸び率
2016.3 末	5,560 人	27 人	2,289 人	3,229 人	15 人	―
2017.3 末	5,508 人	35 人	2,546 人	2,913 人	14 人	0.99%
2018.3 末	5,454 人	31 人	2,375 人	3,035 人	13 人	0.99%
2019.3 末	5,350 人	38 人	2,344 人	2,957 人	11 人	0.98%
2020.3 末	5,283 人	32 人	2,373 人	2,865 人	13 人	0.99%
2021.3 末	5,269 人	31 人	2,404 人	2,816 人	18 人	1.00%

（資料：精神科病院月報により県が集計）

○精神病床から退院後１年以内の地域における平均生活日数

	静岡県	全　国
2016 年 3 月	290 日	310 日

（出典：厚生労働省「厚生労働省資料」）

○精神科救急医療施設の利用状況

（単位：件）

年　度	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
外来受診者	1,538	1,530	1,511	1,312	1,412	1,321	1,331	1,105
うち入院者	650	643	625	668	694	632	608	598
入院の割合	42.3%	42.0%	41.4%	50.9%	49.2%	47.8%	45.6%	54.1%

（資料：精神科救急医療月報により県が集計）

○年齢階層別自殺者の状況

区　　分		2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
死亡総数	人　数 (A)	39,294人	41,078人	41,972人	42,190人	42,191人
自　　殺	人　数 (B)	602人	588人	586人	564人	583人
	割合 (B/A)	1.5%	1.4%	1.4%	1.3%	1.4%
自殺の年齢内訳	19歳以下	13人	18人	23人	22人	17人
	20歳以上	65人	53人	60人	59人	75人
	30歳以上	76人	70人	75人	67人	79人
	40歳以上	115人	115人	89人	100人	112人
	50歳以上	105人	121人	98人	98人	89人
	60歳以上	99人	89人	106人	79人	76人
	70歳以上	76人	72人	86人	81人	89人
	80歳以上	53人	50人	49人	58人	46人
	不　　詳	0人	0人	0人	0人	0人
人口10万人当たり死亡率 (静　岡　県)		16.6人	16.3人	16.4人	15.9人	16.5人
人口10万人当たり死亡率 (全　　国)		16.8人	16.4人	16.1人	15.7人	16.4人
死因順位・静岡県 (全　　国)		8位 (8位)	10位 (9位)	10位 (10位)	11位以下 (11位以下)	10位 (11位以下)

(出典：厚生労働省「人口動態統計」)

６－２　発達障害

【対策のポイント】
- ○　発達障害の診断機会の確保
- ○　医療と福祉、教育などとの連携
- ○　医療の地域偏在の解消

（１）現状と課題

ア　発達障害の現状

○発達障害者支援法では、「発達障害」とは、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」と定義されています。

○2005 年の発達障害者支援法の施行後、2016 年８月からは改正発達障害者支援法が施行されるなど、発達障害に対する社会的認知の高まりに伴い、知的障害を伴う発達障害の人とともに、知的障害を伴わない発達障害の人の手帳の取得が年々増加しています。本県では、療育手帳制度を見直し、2006 年 11 月よりＩQ80 以上 89 以下で発達障害と診断されたものに対しても療育手帳を交付しています。

○発達障害に対する医療の関わりとしては、

①保健・予防的な側面として、健診でのスクリーニング、相談、情報提供、意見書、診断書作成

②狭義の医療として、状態像の把握、検査、診断、合併症や二次的障害の治療、機能訓練

③生活や機能の維持、発達保障として、機能維持、発達支援、療育的対応、二次的障害の予防

④生活の拡大・充実のための支援として、福祉、教育、労働などの他の分野との連携や生活、行動上の適応支援、家族や地域の各機関への支援

などが挙げられます。

○医療機関としては、スクリーニング、一般的な検査、初期相談やガイダンスなどを行う一次医療的な機関、診断、専門的検査、薬物療法などを行う二次医療的な機関、二次的障害の治療など入院も含めた高度な診療を行う三次医療的な機関、加えて療育、リハビリテーション、地域支援なども行う専門機関などの階層に分けることができます。

○さらに、知的障害を伴う自閉症の人などは、発達障害の行動特性のために一般の医療機関での身体疾患の治療や予防接種などが困難な人もおり、すべての医療機関において、発達障害の知識の普及と配慮が必要とされています。

イ　本県の状況

○本県では、2005 年４月にこども家庭相談センターに総合支援部（発達障害者支援センター）を設置し、市町や民間の機関で対応困難な事案について専門的な立場から相談を受け付け、発達支援や就労支援を行うほか、市町などの関係機関に対する情報提供や研修などを実施してきました。また、より専門性の高い発達支援や、より身近な場所での専門的支援を提供するため、2020 年４月から発達障害者支援センターの運営業務を民間委託するとともに、同センターを

沼津市と島田市の２箇所に設置しています。民間委託に伴い、発達障害者支援センター診療所は 2019 年度末をもって廃止しましたが、民間法人への委託後も各センターにそれぞれ医師を配置し、医学的判断のもと、発達障害のある人への支援を行っています。

○健診でのスクリーニングにおいて、地域の医療機関(または医師)の協力を得ていますが、東部地域を中心に診断・検査を行う低年齢を対象とする小児科の医療機関の確保が困難な状況にあります。発達障害者支援センターへの相談経緯では、診断・相談・支援が受けられる機関の情報提供に係る主訴が多いことから、2017 年度から、発達障害に対応可能な医療機関の調査を実施し、県民に情報を公表しています。

○発達障害者支援センターの相談のうち、30.0%は生活面・家庭で家族ができることを知りたいというもので、最多になっています（2020 年度)。また、発達障害専門医は全国的に不足していますが、特に地域の拠点となる医療機関がない東部地域では、低年齢の発達障害児の診断、発達検査、知能検査を行う小児科の医療機関が他地域に比較して少ない状況にあります。

○本県では、2010 年度に児童・青年期精神医学の診療能力を有する医師の育成、地域の児童精神医療に関する研究の促進、養成された専門医の県内定着などを目的に、浜松医科大学に寄附講座を設置し、人材育成に努めています。寄附講座では、県内の病院で臨床研修を行い、その後県内の医療機関等で勤務を開始しています。2020 年度までの 11 年間に、47 名が研修を修了し、うち 38 名(東部４名、中部 11 名、西部 23 名　2021 年４月１日時点)が県内の病院（精神科・児童精神科）に配置されています。

○県立吉原林間学園の移転に伴い、入所児童だけでなく、発達障害児等の専門的な治療を行う児童精神科診療所を 2019 年８月に設置し、東部地域の医療体制を補完しています。

ウ　医療提供体制

○発達障害に対応した医療機関の調査を定期的に実施し、医療機関に係る情報の共有化を図ることが必要です。

○発達に遅れのある児童に早期療育支援を行う際には、医療による診断、カウンセリング等を行い、特性を踏まえて支援の方向性を決めていくことが望ましいため、診療機会を確保することが求められます。

○地域において、発達障害の診断に対応できる医師や心理士を確保するため、発達障害を専門とする小児神経科医や児童精神科医の確保は長期的な視点に立って、地域で継続的に養成･確保するための拠点や体制の整備が必要です。また、看護師等の医療従事者の発達障害への理解促進も求められます。

○発達障害の診療機会を確保するほか、診断･検査から発達支援に円滑につなぐため、地域の福祉、教育などの支援機関と医療機関の連携強化が求められます。

○他地域と比較して、東部地域においては、発達障害の診断・検査を行う小児科の医療機関が少ないなど、地域偏在を解消することが必要です。

○成人期の発達障害についても、診断を受ける際に必要な検査ができる医療機関が少なく、集中する傾向があるため、必要な検査やその後の対応ができる医療機関を確保することが求められます。

（２）今後の対策

ア　施策の方向性

○医療機関への定期的な調査を行い、発達障害に係る医療情報の提供を行います。

○浜松医科大学への寄附講座による医師の養成をはじめ、小児神経科医や児童精神科医を地域で継続的に養成・確保する仕組みの検討など、専門医・専門的医療機関の確保を図ります。

○医療から発達支援へつなぐための仕組みづくりなど、医療機関と福祉、教育などの支援機関の連携強化を進め、児童発達支援センターを中核とした重層的な地域支援体制の構築を図ります。

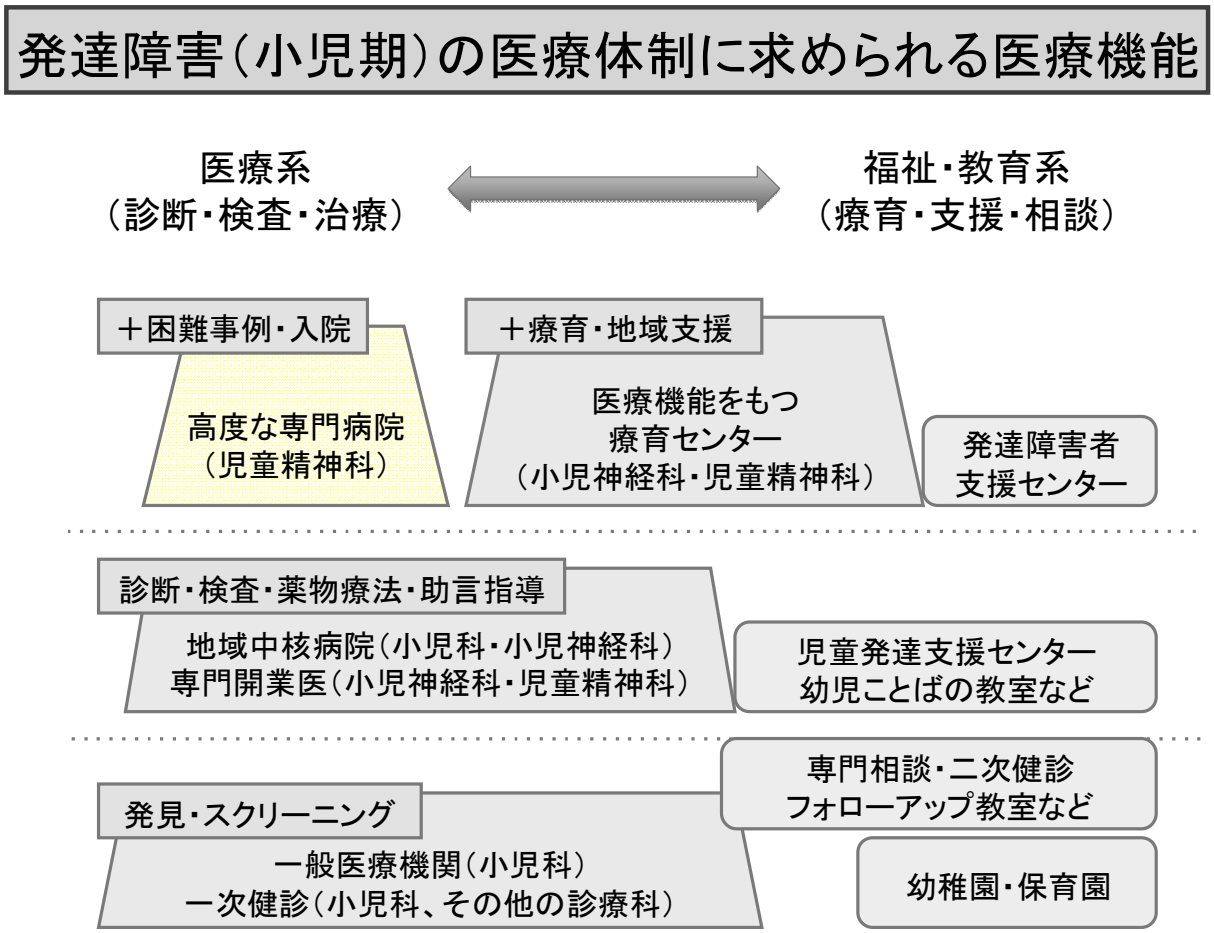
○小児科医や看護師その他の医療従事者への研修の充実に努めるなど、地域の小児科医等の対応力の強化を図ります。特に、東部地域の医療の確保のため、発達障害の診療を行う病院の医師に対して、専門的な医療機関において診療技術を習得するための陪席研修を実施するなど受診環境の整備を進めます。また、寄附講座等、専門医養成の際の地域バランスを考慮した医師の配置に取り組みます。

○成人期の発達障害者の困難事例への対応や専門性の確保のため、診断技術に関する研修の実施や心理検査に対するサポートなどを進めます。

（３）「発達障害」の医療体制に求められる医療機能

	早期発見	専門治療	地域と連携
ポイント	○乳幼児健康診査等での発見強化 ○発達障害の診断機会の確保	・専門医・専門医療機関の確保	○保健、福祉、教育等の支援機関との連携
機能の説明	・乳幼児健康診査の精度の安定、向上 ・発達障害に関する医療機関の情報提供 ・小児科医等のかかりつけ医を対象とした研修の実施	・浜松医科大学への寄附講座による医師の養成 ・吉原林間学園に付設する児童精神科診療所の活用 ・陪席研修を通して専門治療を行う医療機関の確保	・早期発見から早期発達支援への円滑なつなぎ ・医療、保健、福祉、教育等とのライフステージを通じた身近な地域における支援体制の確立

（４）「発達障害」の医療体制図



（５）関連図表

○発達障害が診療できる医療機関数

1　調査概要　　（単位：件）

区分	R1	R2	R3	前年度比
公表に同意した医療機関	111（56）	129(64)	133(70)	4（6）

注：（　）は、うち診断と心理検査が可能な医療機関（内数）

2　調査結果（2021 年度）

①圏域別　　（単位：件）

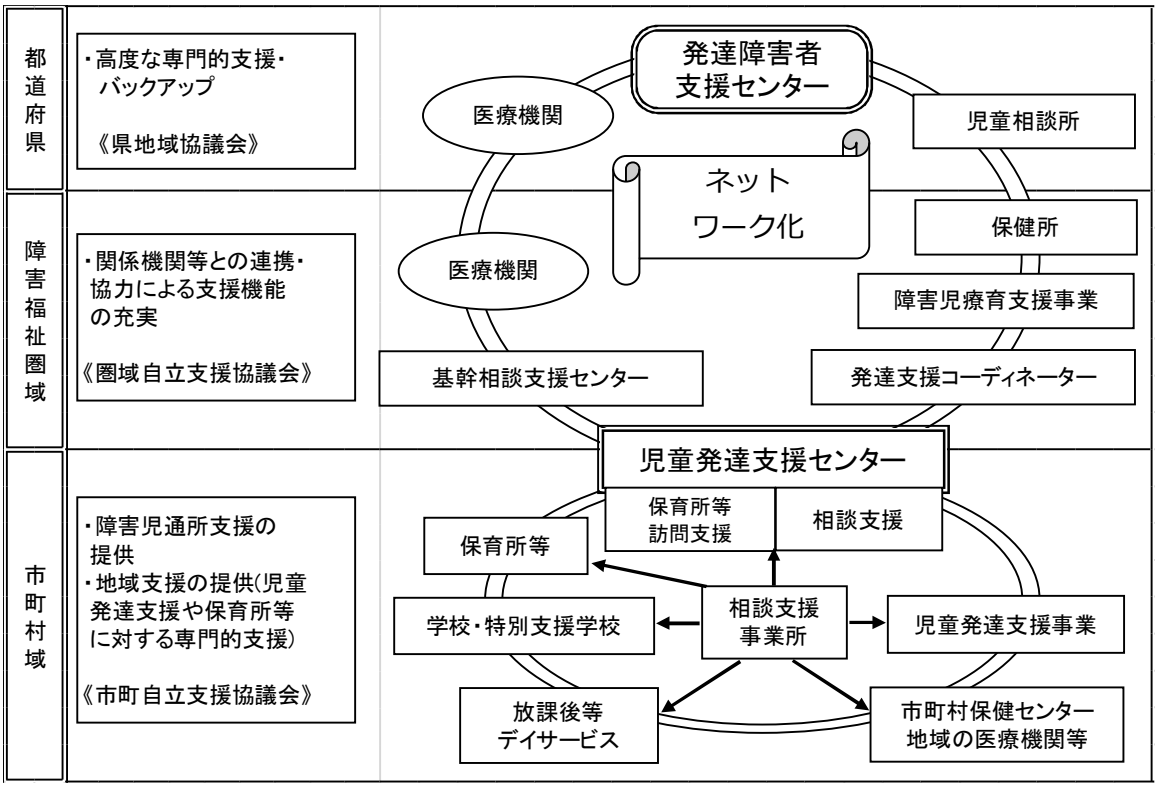
地区	圏　域	医療機関数				10 万人当たりの医療機関数			
		R1	R2	R3	増減 (R3-R2)	R1	R2	R3	増減 (R3-R2)
東部	賀　茂	4	5	4	-1	6.5	8.4	6.8	-1.6
	熱海伊東	6	6	6	0	5.9	6.0	6.1	+0.1
	駿東田方	18	23	23	0	2.8	3.6	3.6	0
	富　士	11	11	11	0	2.9	3.0	3.0	0
	東部計	39	45	44	-1	3.3	3.8	3.8	0
中部	静　岡	23	31	32	+1	3.3	4.5	4.6	+0.1
	志太榛原	12	10	13	+3	2.6	2.2	2.9	+0.7
	中部計	35	41	45	+4	3.1	3.6	3.9	+0.3
西部	中東遠	11	11	13	+2	2.4	2.4	2.8	+0.4
	西　部	26	32	31	-1	3.1	3.8	3.7	-0.1
	西部計	37	43	44	+1	2.8	3.3	3.4	+0.1
計		111	129	133	+4	3.0	3.6	3.7	+0.1

②上記のうち診断と心理検査が可能な医療機関数　　（単位：件）

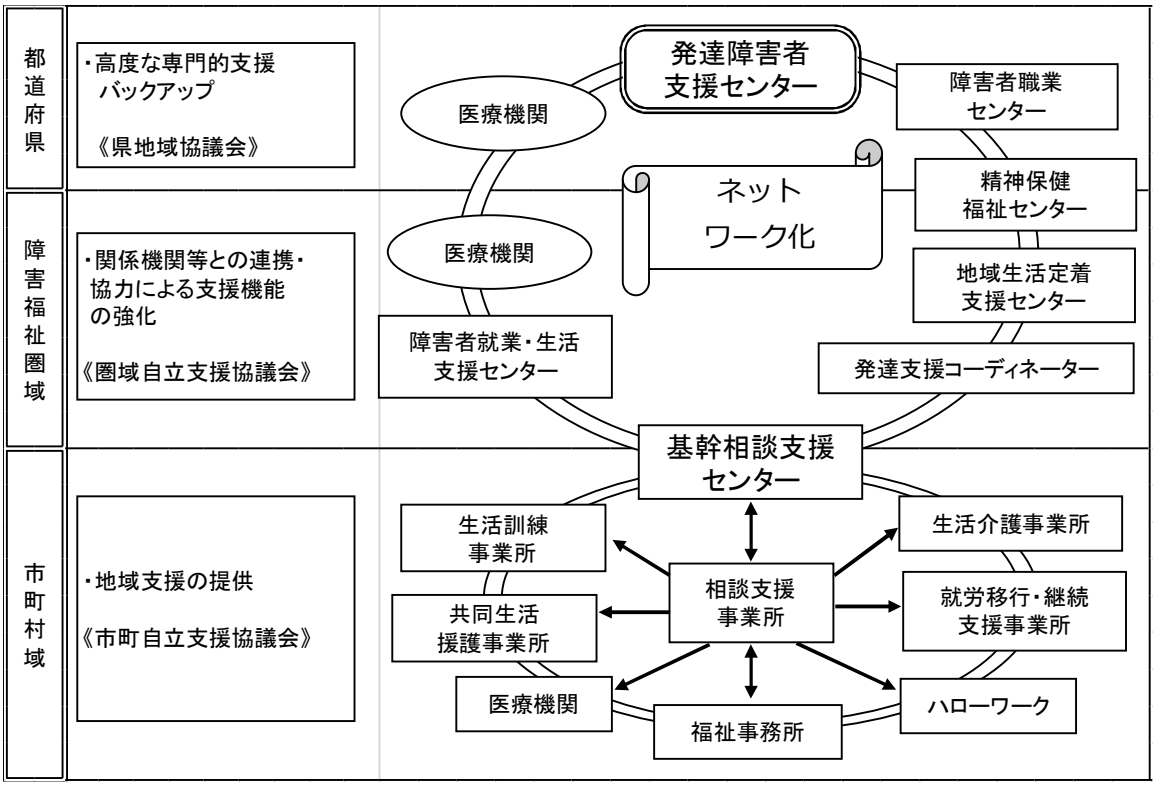
地域	圏　域	医療機関数				10 万人当たりの医療機関数			
		R1	R2	R3	増減 (R3-R2)	R1	R2	R3	増減 (R3-R2)
東部	賀　茂	2	2	2	0	3.3	3.3	3.4	+0.1
	熱海伊東	0	0	1	+1	0.0	0.0	1.0	+1.0
	駿東田方	5	11	10	-1	0.8	1.7	1.6	-0.1
	富　士	6	6	8	+2	1.6	1.6	2.2	+0.6
	東部計	13	19	21	+2	1.1	1.6	1.8	+0.2
中部	静　岡	10	12	15	+3	1.4	1.7	2.2	+0.5
	志太榛原	8	5	6	+1	1.8	1.1	1.3	+0.2
	中部計	18	17	21	+4	1.6	1.5	1.8	+0.3
西部	中東遠	7	7	8	+1	1.5	1.5	1.7	+0.2
	西　部	18	21	20	-1	2.1	2.5	2.4	-0.1
	西部計	25	28	28	0	1.9	2.1	2.1	0
計		56	64	70	+6	1.5	1.8	1.9	+0.1

○発達障害児者支援システム

（発達障害児）



（発達障害者）



第３節　事業

１　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%以上 （2023 年）	生存率向上のために必要な発生から処置までの時間が増加している傾向であるため、目標に向けて、早期通報の重要性について一般市民への啓発を強化
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%以上 （2023 年）	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% （2023 年）	―

＊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（57 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。更に静岡市以東においては、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（慢性期医療））

○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

（メディカルコントロール体制[1]）

○本県における救急業務の一層の高度化の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

---

[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事前プロトコールの策定　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

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。

（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。

（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。

（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傾向にある一方で、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
心肺機能停止患者*の1か月後の生存率	10.5% （2019 年）	13.9%以上 （2023 年）	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%以上 （2023 年）		
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% （2023 年）	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させます。

（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を行うほか、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るとともに、早期通報の重要性について啓発を強化します。

（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に設けられた「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きます。

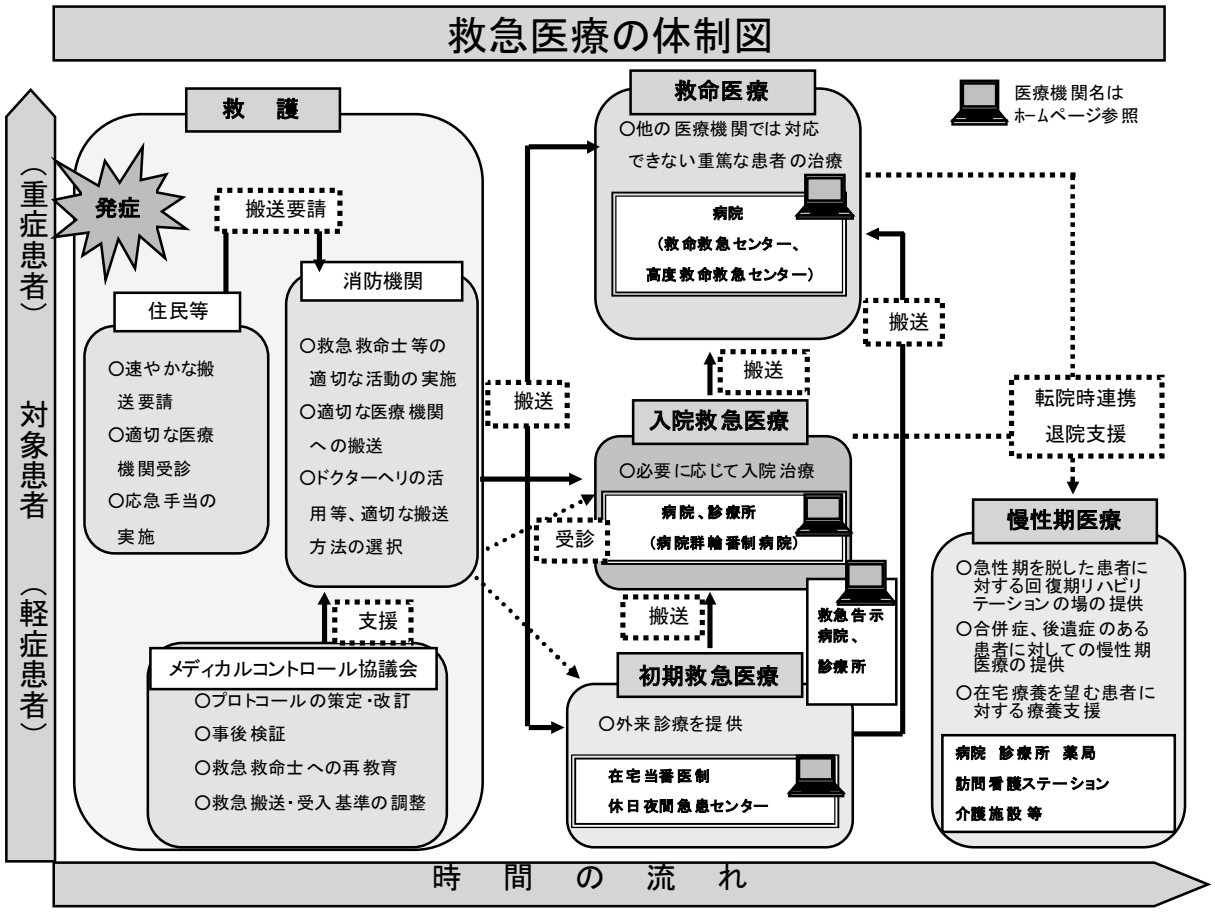
○県民の不安解消や適切な緊急時の受診を進めるため、関係消防機関等と連携して、傷病の緊急度に応じた適切な救急対応について相談に応じる電話相談事業を検討します。

（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ールの策定、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・夜間に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

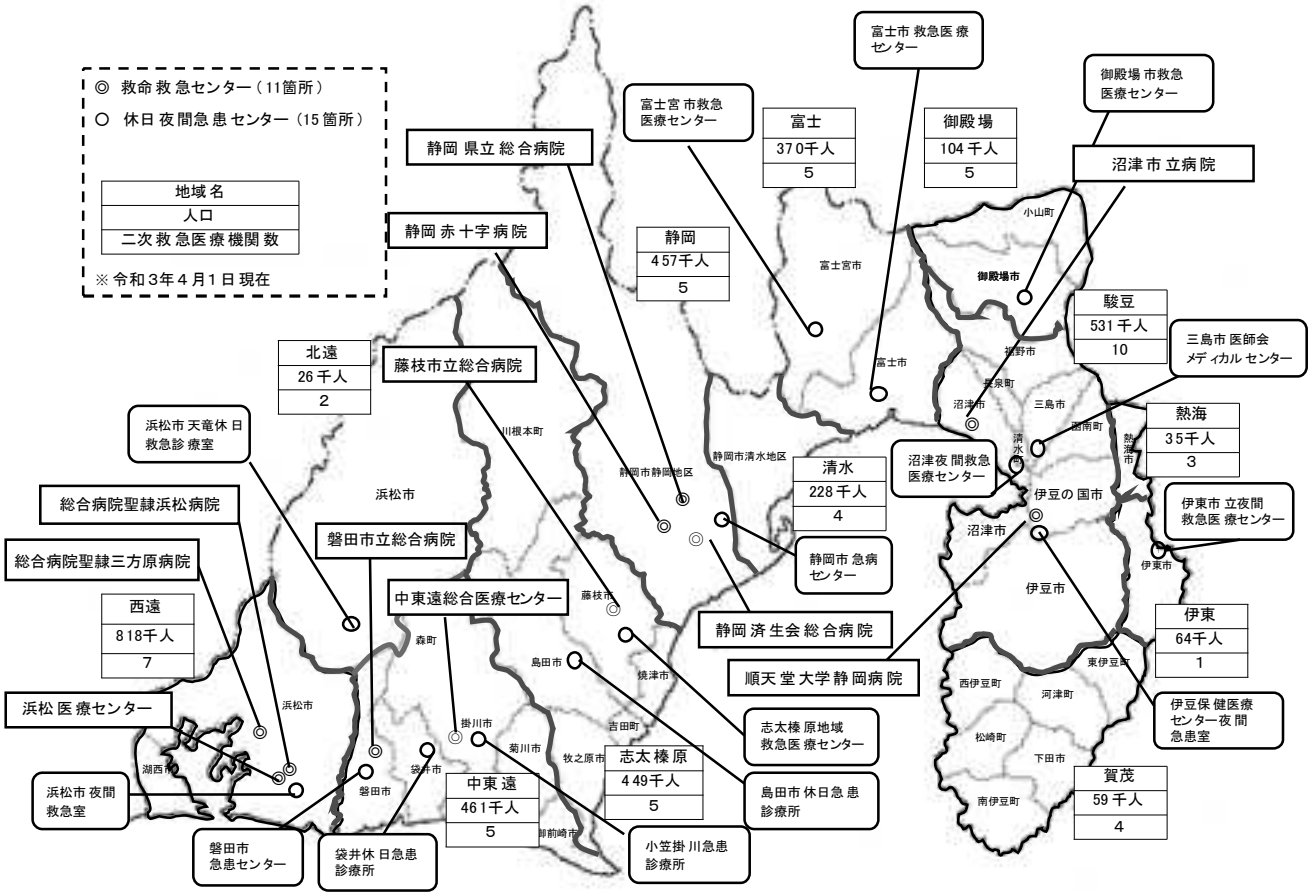


（５）関連図表

○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：２次保健医療圏別）

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

（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：２次保健医療圏別）

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

（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（２次保健医療圏別）

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

（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	－	－	－	－	－	－
熱海伊東	－	－	－	－	1	1
駿東田方	3	3	11	9	8	10
富士	－	－	－	－	－	－
静岡	8	8	11	13	17	19
志太榛原	1	1	3	2	5	4
中東遠	1	2	2	6	7	5
西部	17	17	20	19	26	26
県計	30	31	47	49	64	65

（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

（出典：日本看護協会調べ）

○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

（単位：人）

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020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

（出典：県地域医療課調べ）

○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 万対）※	2021.1	0.3	0.6	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 万対）※	2021.1	2.5	4.1	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 万対）※	2020.12	1.0	1.1	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	2020.4	95.7	92.6	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 万対）※	2019	85	101	消防庁「救急･救助の現状」
ＡＥＤの公共施設における設置台数（人口 10 万対）※	2021.1	177.2	170.6	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 万対）※	2017	4.7	4.9	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）	2019	10.5	13.9	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）	2019	7.7	9.0	消防庁「救急･救助の現状」
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	2019	39.2	39.5	消防庁「救急・救助の現状」

※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

2　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）	50 施設 （57.5%） （2021 年3月）	100% （2023 年）	目標に向け数値が改善
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）	研修 35 施設 （40.2%） 訓練 36 施設 （41.4%） （2021 年3月）	100% （2023 年）	目標に向け数値が改善
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）	年1回 （2019 年度）	年2回以上 （毎年度）	県全体を対象とする訓練は実施済である。目標に向け、各地域の状況を踏まえた、訓練の実施を推進 （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）
静岡ＤＭＡＴ関連研修実施回数	年3回 （2016 年度）	年2回 （2019 度）	年2回 （毎年度）	目標値を達成（維持目標） （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） ※2018 年度に研修開催数を見直し、目標値を年2回に変更

（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・福島の東北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。2021年７月に熱海市で発生した土石流災害では、多くの人的・物的被害をもたらしました。

○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、重大な事故につなが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。

---

[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。

○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（BCP）の整備と、整備された業務継続計画（BCP）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（ＥＭＩＳ）」[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（ＦＵＪＩＳＡＮ）」[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（ＥＭＩＳ）」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（ＥＭＩＳ）」の適切な利用を推進し、信頼に足り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（ＥＭＩＳ）」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。

---

[6] 広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）：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（ＦＵＪＩＳＡＮ）：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。

（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。

○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、ＳＣＵ[10]におけるＤＭＡＴ[11]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」（2016 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。

---

[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] ＳＣＵ（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] ＤＭＡＴ（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医療チーム。

[12] 保健医療活動チーム：ＤＭＡＴ、日本医師会災害医療チーム（ＪＭＡＴ：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、ＤＰＡＴ（Disaster Psychiatric Assistance Team：災害派遣精神医療チーム)、ＤＨＥＡＴ（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。)。

（災害超急性期（発災～２日））

○災害超急性期においては、ＤＭＡＴ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ＤＭＡＴ等が派遣され、ＳＣＵ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ＤＭＡＴ等を円滑に受入れ、ＳＣＵや災害拠点病院等において、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、ＤＰＡＴ[13]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次保健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（ＪＶＭＡＴ）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、各保健医療圏において、参集した医療チーム等を円滑に受入れ、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。

---

[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。

（ＤＰＡＴ）

○本県では、2021 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）

○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ＪＭＡＴ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消費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、ＤＰＡＴ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、避難所等の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、ＰＴＳＤ（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、ＰＡＺ[16]圏内の住民に対し、事前配

---

[15] ＰＴＳＤ(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] ＰＡＺ（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５km（御前崎市の全域及び牧之原市の一部）。

布を実施しています。また、ＵＰＺ[17]圏内の住民等の分を配備（備蓄）しています。

（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ことが必要です。

[17] ＵＰＺ（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

<table>
<tr><th></th><th>項目</th><th colspan="2">現状値</th><th>目標値</th><th>目標値の考え方</th><th>出典</th></tr>
<tr><td rowspan="4">継続</td><td>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）</td><td colspan="2">50 施設
（57.5%）
（2021 年3月）</td><td>100%
（2023 年）</td><td>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</td><td rowspan="3">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」<2021.3></td></tr>
<tr><td rowspan="2">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）</td><td>研修</td><td>研修 35 施設
（40.2%）
（2021 年3月）</td><td>100%
（2023 年）</td><td rowspan="2">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</td></tr>
<tr><td>訓練</td><td>訓練 36 施設
（41.4%）
（2021 年3月）</td><td>100%
（2023 年）</td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="2">年1回
（2019 年度）</td><td>年2回以上
（毎年度）</td><td>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</td><td>地域災害医療対策会議開催状況等調査</td></tr>
<tr><td></td><td>静岡DMAT関連研修の実施回数</td><td colspan="2">年2回
（2019 年度）</td><td>年3回
（毎年度）</td><td>静岡ＤＭＡＴ隊員の養成及び技能維持向上を図る</td><td>「静岡DMATー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<2021.3></td></tr>
<tr><td>新規</td><td>静岡DPAT研修の実施回数</td><td colspan="2">年1回
（2021 年度）</td><td>年1回
（毎年度）</td><td>静岡ＤＰＡＴ隊員の養成及び技能維持向上を図る</td><td>「静岡ＤＰＡＴ研修」の実施回数<2021.11></td></tr>
</table>

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、福祉関係など各種関係団体等と連携し、住民の健康が確保される体制を整備します。

○今後増加が見込まれる局地災害に対しては、保健所を中心に、被災市町や医師会等の地元関係者と連携した活動が必要であるため、２次保健医療圏単位等の災害医療関係者のネットワークの構築を図ります。

（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（BCP）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。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[18]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。

---

[18] 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。

○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。

○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[19]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・訓練の実施や連絡会議の開催により、救護活動をになうＤＭＡＴやＪＭＡＴ、生活不活発病の予防を担うＪＲＡＴ[20]、精神科医療を提供するＤＰＡＴ等の医療チーム、ＤＷＡＴ[21]等の福祉チーム、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、ＤＭＡＴ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、ＤＭＡＴ等の資質の向上に努めます。

○急性期以降、状況に応じてＤＭＡＴ等の医療チームから、現地調整本部の指揮下で活動を行うチームにスムーズに移行できるよう、訓練等を通じ、医療や福祉関係団体との連携体制の強化を推進します。

（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、ＪＭＡＴや歯科医師、保健師、看護師等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。

---

[19] 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。

[20] ＪＲＡＴ：(Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team：日本災害リハビリテーション支援協会)：被災した市町の避難所等で支援活動を行う、医師と理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等のリハビリ専門職で編成する医療チーム。

[21] ＤＷＡＴ：福祉関係団体に所属する福祉施設等の職員で所定の研修を終了した者の中から１チーム５名程度で編成する福祉専門職チーム。被災した市町の指定する避難所や福祉避難所で支援活動を行う。

○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、ＰＡＺ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

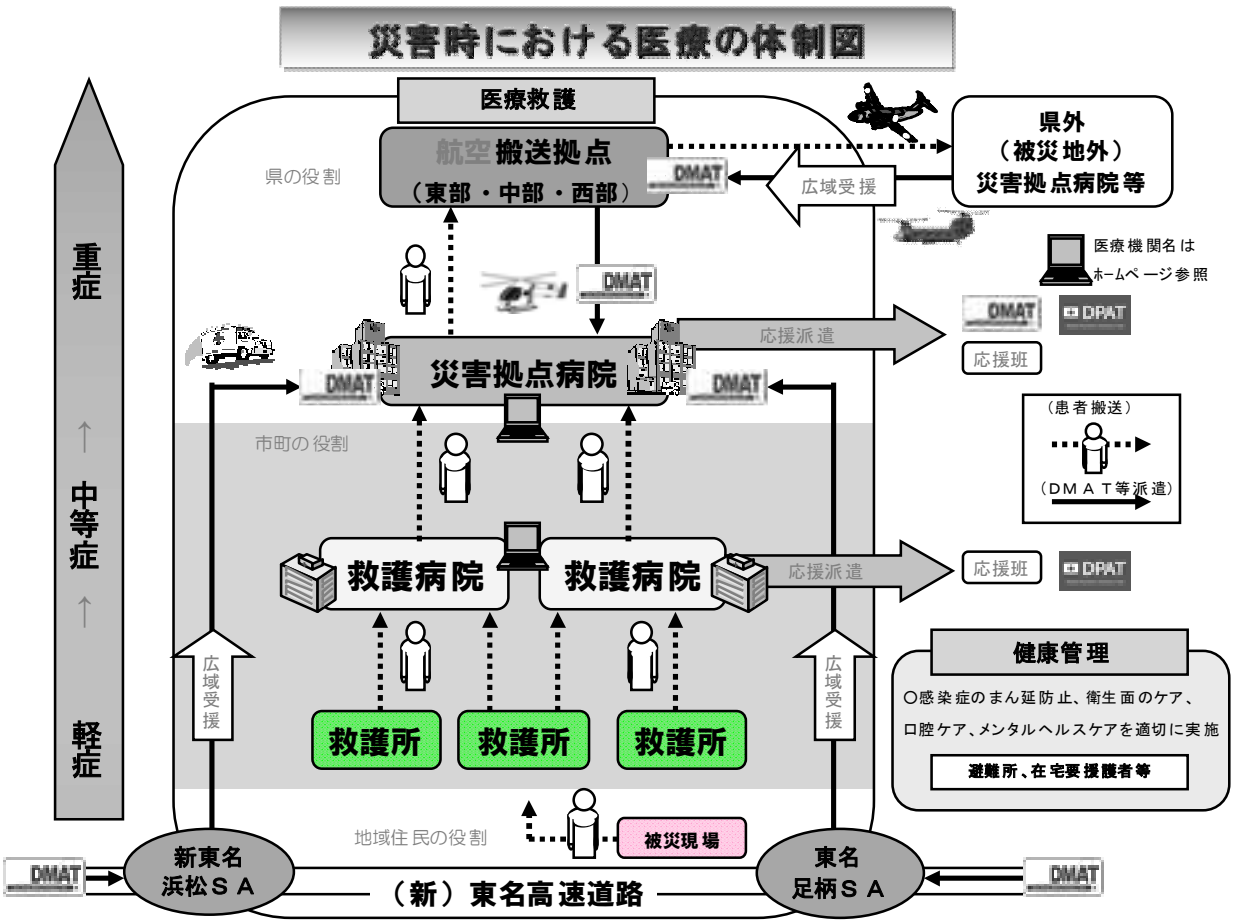
○医師、看護師等医療従事者へのトリアージ等（広域搬送トリアージを含む。）災害医療知識の普及を図るため、関係団体との協力の下に災害医療技術の研修を実施します。

○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。

（３）「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、メンタルヘルスケアを適切に実施
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需給調整（保健所長業務の補完） ・災害薬事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、メンタルヘルスケアを実施 ・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

（４）災害時の医療体制図



（５）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	2021.4	68/87 施設 (78.2%)	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	2021.9	80/84 施設 (95.2%)	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

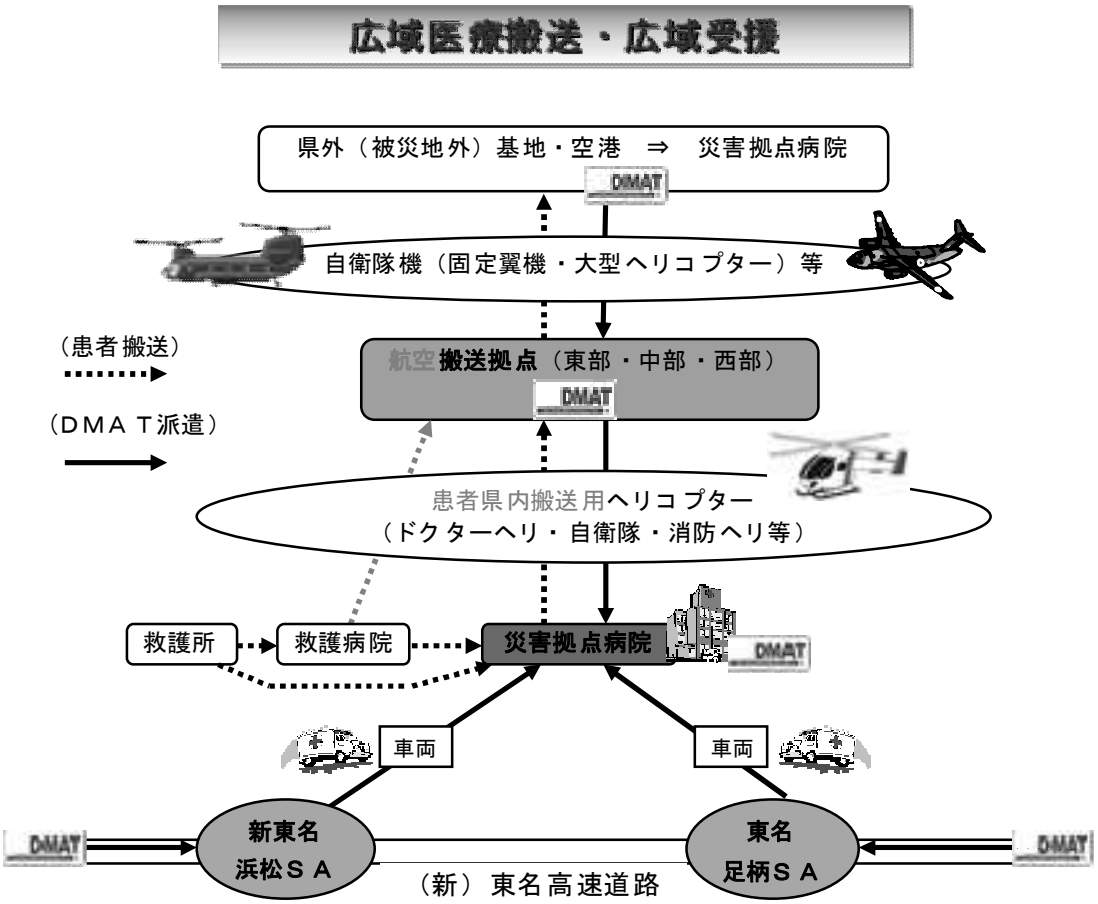
区分	内容	死者及び傷病者数
レベル１	東海地震のように、発生頻度が比較的高く、発生すれば大きな被害をもたらす地震・津波	・死 者 数　約　16,000 人 ・重傷者数　約　20,000 人 ・軽症者数　約　51,000 人 ＜予知なし・冬・深夜ケース＞
レベル２	南海トラフ巨大地震のように、発生頻度は極めて低いが、発生すれば甚大な被害をもたらす、最大クラスの地震・津波	・死 者 数　約 105,000 人 ・重傷者数　約 24,000 人 ・軽症者数　約 50,000 人 ＜陸側（予知なし・冬・深夜）ケース＞

※死者及び傷病者数は最大被害想定

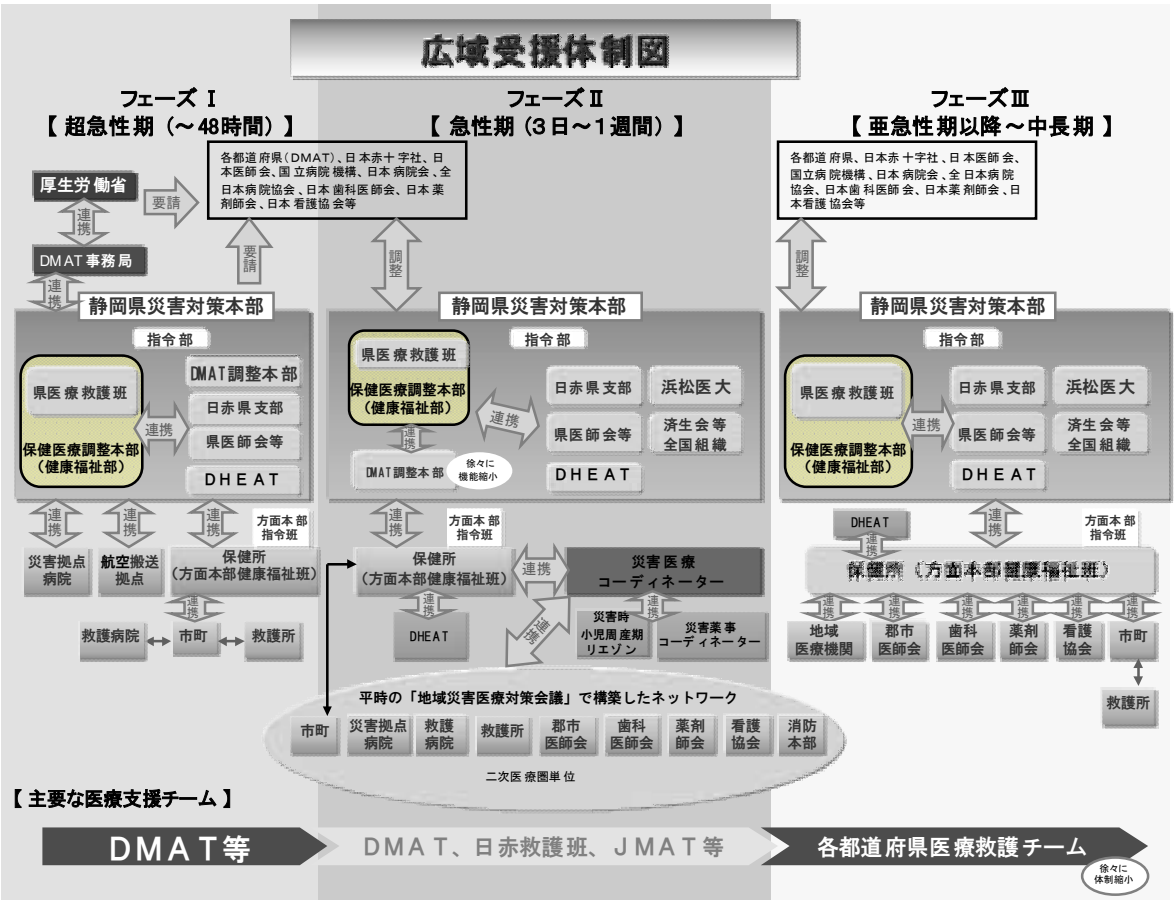
○圏域別医療救護施設指定状況等（2021 年４月時点）

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	
						DMAT	DPAT
賀茂	16	5	0	0	愛鷹広域公園	0	0
熱海伊東	15	4	2	0		2	0
駿東田方	64	25	4	1		9	3
富士	25	11	2	0		6	1
静岡	61	10	5	1	静岡空港	15	8
志太榛原	32	7	3	0		9	0
中東遠	37	6	2	0	航空自衛隊浜松基地	4	3
西部	76	17	5	2		15	8
全県	326	85	23	4	3	60	23

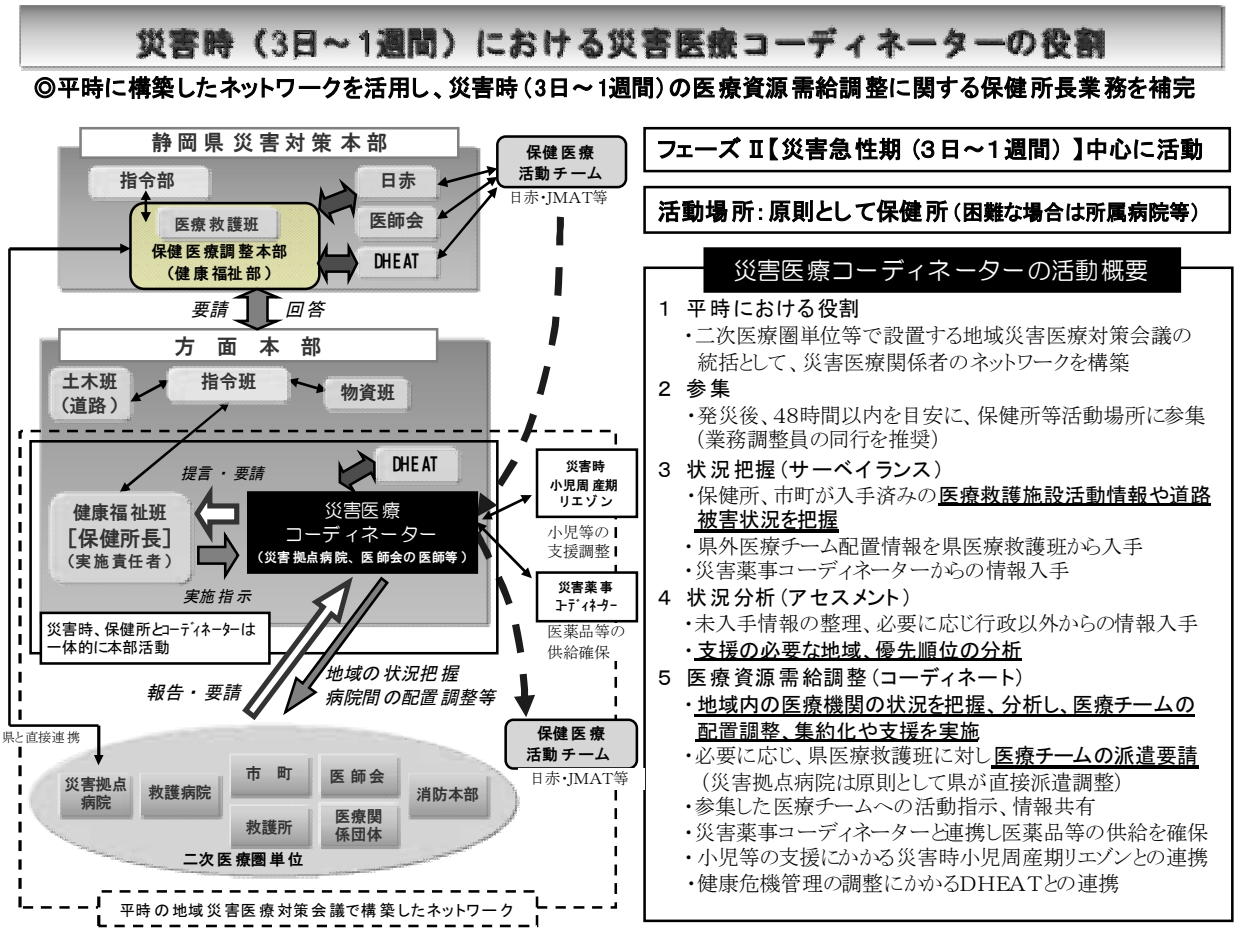
○広域医療搬送体制図



○広域受援体制図



○災害時における災害医療コーディネーターの役割



3　へき地の医療

【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% （2020 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 （2020 年度）	年 12 回以上/病院 （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、へき地への代診医等派遣	年 14 回/病院 （2016 年度）	年 27 回/病院 （2020 年度）	年 12 回以上/病院 （毎年度）	目標値を達成 （維持目標）

（1）現状と課題

ア　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。

イ　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[2]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であり、定期的に医療機関を受診する住民に対し、移動の支援や代替手段により補完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（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

---

[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 4 ㎞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。

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。

ウ　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。

（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。

---

[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㎞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）

（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

ア　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% （2020 年度）	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（厚生労働省）
新規	次のいずれかを実施したへき地医療拠点病院の割合 ・巡回診療 　年間実績 12 回以上 ・医師派遣 　年間実績 12 回以上 ・代診医派遣 　年間実績1回以上	100% （2020 年度）	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。	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）

イ　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やＩＣＴの活用など、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

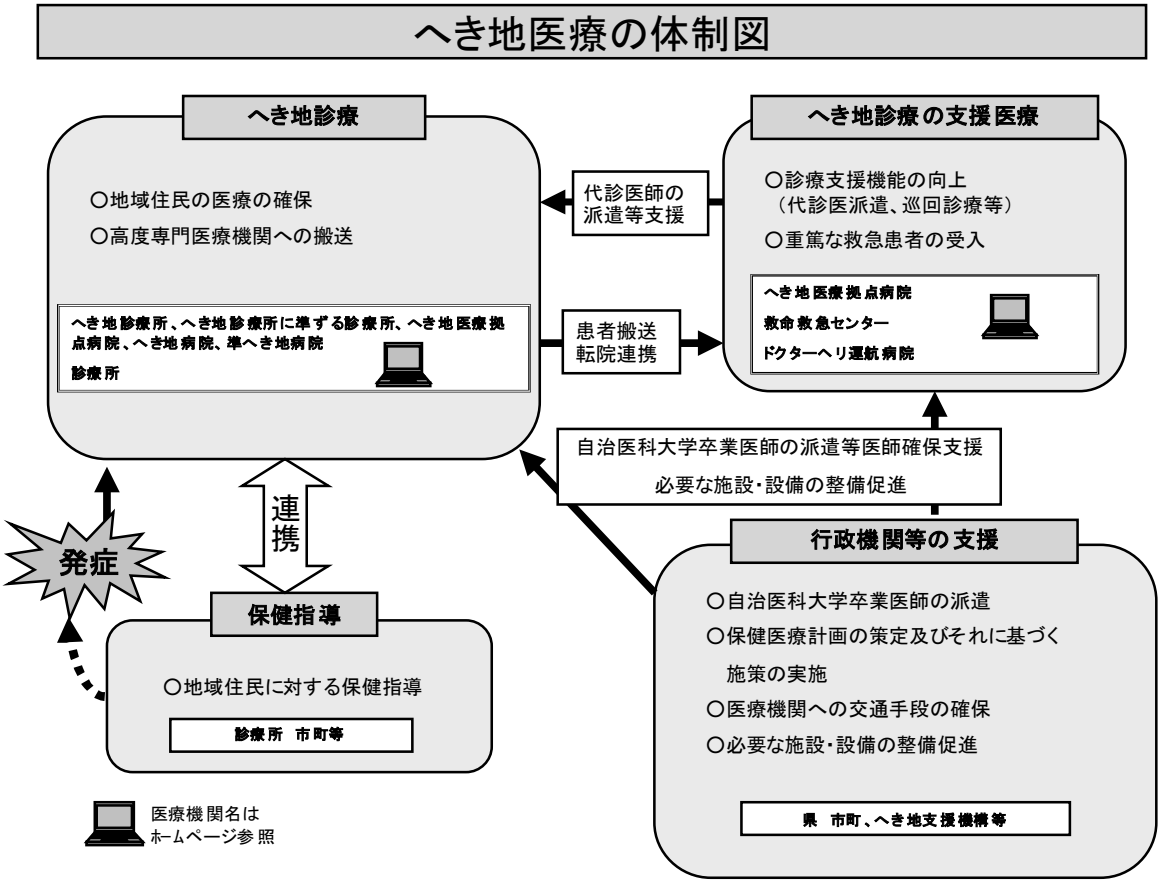
○県医師会、郡市医師会、市町、へき地医療拠点病院等の関係機関が連携し、地域の実情に応じた医療提供体制の確保と計画の推進に努めます。

○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

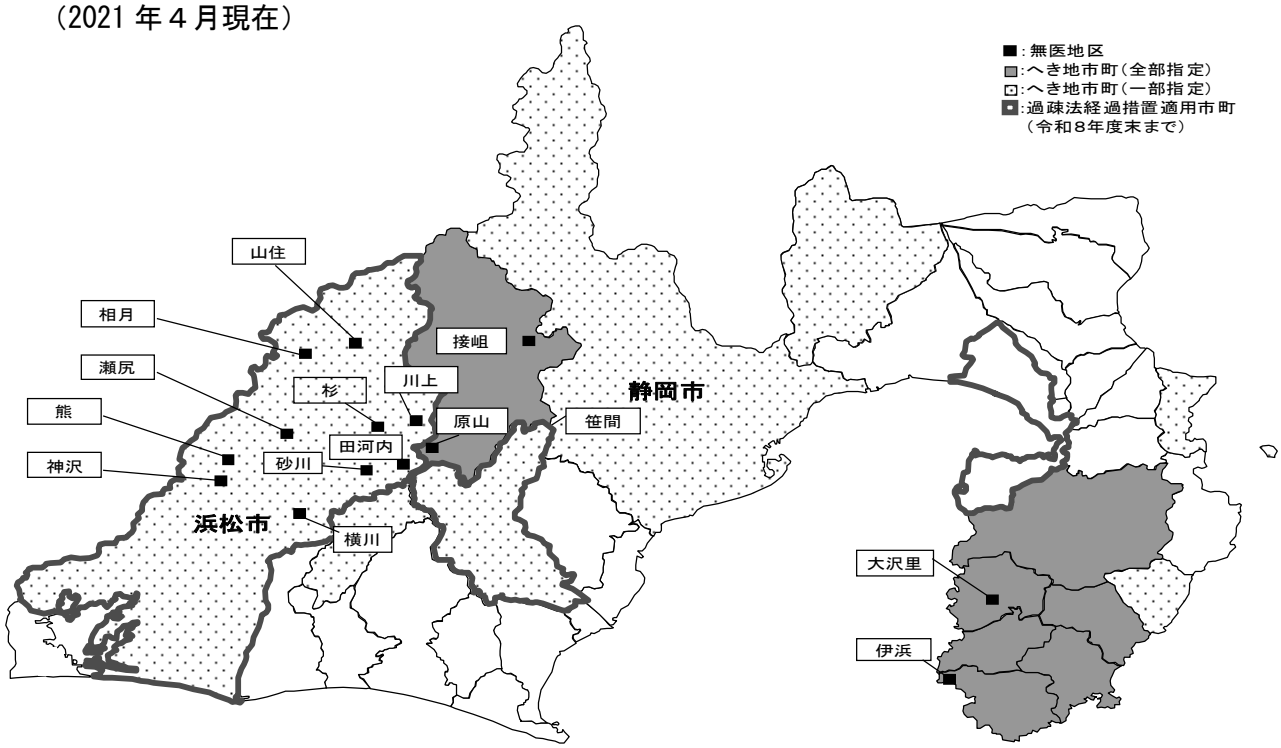
指標		実績		出典
指標の項目	時点・期間	静岡県	全国	
へき地診療所数	2016.1.1	11	25.6	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地診療所の医師数	2016.1.1	11.8	21.5	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院数	2016.1.1	5	7.4	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院によるへき地への巡回診療の実施回数	2015.4.1～2016.1.1	47	129.7	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院からへき地へ代診医を派遣した回数	2015.4.1～2016.1.1	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、伊豆市、河津町	
	一部地域指定	該当なし	
	経過措置適用（2026 年度末まで）	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）	
（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
		浜松市	旧天竜市（熊村、上阿多古村、竜川村）、旧佐久間町（浦川町、山香村、城西村）、旧引佐町（伊平村、鎮玉村）、旧春野町、旧龍山村、旧水窪町
（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）

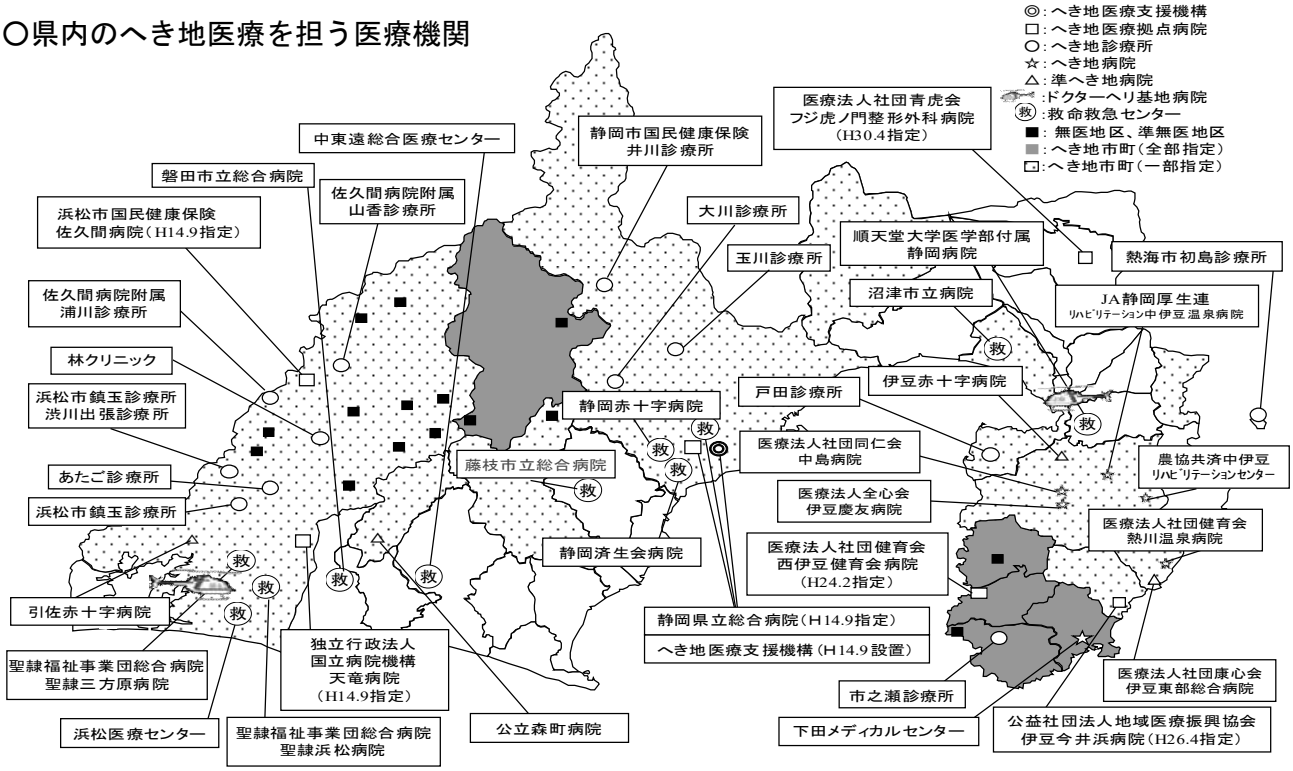
圏域	市町名	旧市町村名	地区名	地区数
賀茂	南伊豆町		天神原、伊浜	2
	西伊豆町		大沢里	1
静岡	静岡市		梅ヶ島、長熊、落合、大河内	4
志太榛原	島田市	川根町	笹間	1
	川根本町	中川根町	原山	1
		本川根町	接岨	1
西部	浜松市	天竜市	東藤平・阿寺、懐山、只来＊、横川＊、熊＊、神沢＊、大栗安＊、西藤平・芦窪・長沢＊、石神＊、上野＊	9
		龍山村	下平山、瀬尻	2
		春野町	田河内、砂川、筏戸大上、杉、川上	5
		佐久間町	大井、浦川＊、相月＊	3
		水窪町	山住	1
計	6 市町		30 地区	

＊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	17	13	16	11	12	15
準無医地区	0	2	2	7	5	0
計	17	15	18	18	17	15
無歯科医地区	15	10	19	16	16	20
準無歯科医地区	0	2	2	5	5	10
計	15	12	21	21	21	30

○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	2	4	1	2	1
富士						
静岡	3	1			3	
志太榛原		1			1	
中東遠				1	2	1
西部	6	2		1	3	
全県	12	8	6	4	11	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	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	備考
静岡県立総合病院	27	28	29	26	43	36	26	へき地公設公営診療所等（５箇所）へ派遣
浜松市国民健康保険佐久間病院	4	5	6	7	11	9	2	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	4	8	5	5	4	2	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	－	－	－	－	55	59	60	戸田診療所へ派遣
ＮＴＴ東日本伊豆病院	－	－	－	－	－	48	46	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	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	備考
浜松市国民健康保険佐久間病院	10	12	13	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	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
熱海市	公設公営診療所の管理運営
沼津市	へき地診療所の建物の大規模修繕及び主な医療機器を購入
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

4　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）	3.5 （2020 年）	3未満 （2023 年）	目標に向け数値が改善
妊産婦死亡数	1.7 人 (2013～2015 年平均)	0.3 人 (2018～2020 年平均)	0人 （2023 年）	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）	累計 332 人 （2020 年度）	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。

○安全・安心なお産のためには、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、2020 年は２万 2,497 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、2020 年は 79 人となっています。

○本県の周産期死亡率は、2018 年から 2020 年の３年平均で出産千人当たり 3.4 と、全国平均の 3.3 を上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 2.6 であり、全国平均 2.6 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 0.8 であり、こちらは全国平均 0.7 を上回る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、2020 年には 27.0%（6,076 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、2018 年から 2020 年までの３年間の平均で 0.3 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 1.4 と、全国の 3.1 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 37 件、診療所においては平均 24 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 156 人、診療所 55 人の計 211 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 2021 年４月時点で 157 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 123 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３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分娩取扱病院に勤務する常勤助産師は 567 人、分娩取扱診療所に勤務する常勤助産師は 135 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

○ＮＩＣＵの診療報酬加算病床は 12 施設に、117 床あり、2020 年度のＮＩＣＵ病床利用率は 74.4％となっています。

○本県のＮＩＣＵ病床整備率は出生１万人当たり 49.3 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 56.7 床、西部地域は 58.0 床であるのに対し、東部地域は 30.7 床であり、地域差があります。

○2021 年８月の静岡県による調査時点で、県内ＮＩＣＵにおける入院期間が半年以上に達した児は６人でした。

○ＮＩＣＵ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、ＮＩＣＵの稼動に必要な医療従事者の確保も必要です。

○2021 年４月現在、ＭＦＩＣＵの診療報酬加算病床は３施設に、27 床あり、2020 年度のＭＦＩＣＵ病床利用率は 84.4％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、中部地域では県立こども病院が、西部地域では聖隷浜松病院が、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ていますが、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県立総合病院と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
周産期死亡率 （出産千人当たり）	3.5 （2020 年）	3未満 （2023 年）	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	0.3 人 （2018～2020 年平均）	0人 （2023 年）	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	累計 332 人 （2020 年度）	累計 474 人 （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。

○妊娠期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。

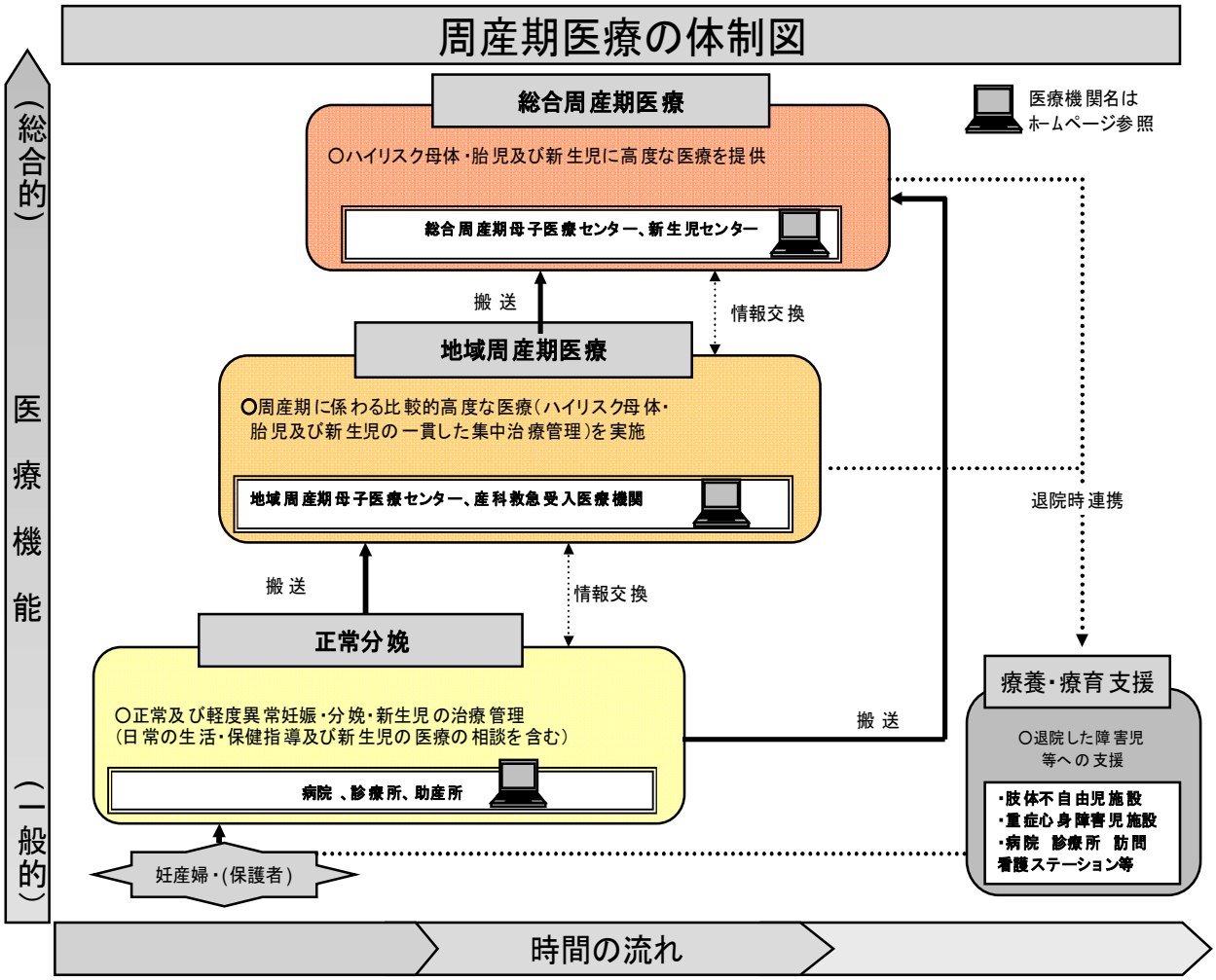
（産後うつへの対応）

○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。

（３）「周産期」の医療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（日常の生活、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

（４）「周産期」の医療体制図



（５）関連図表

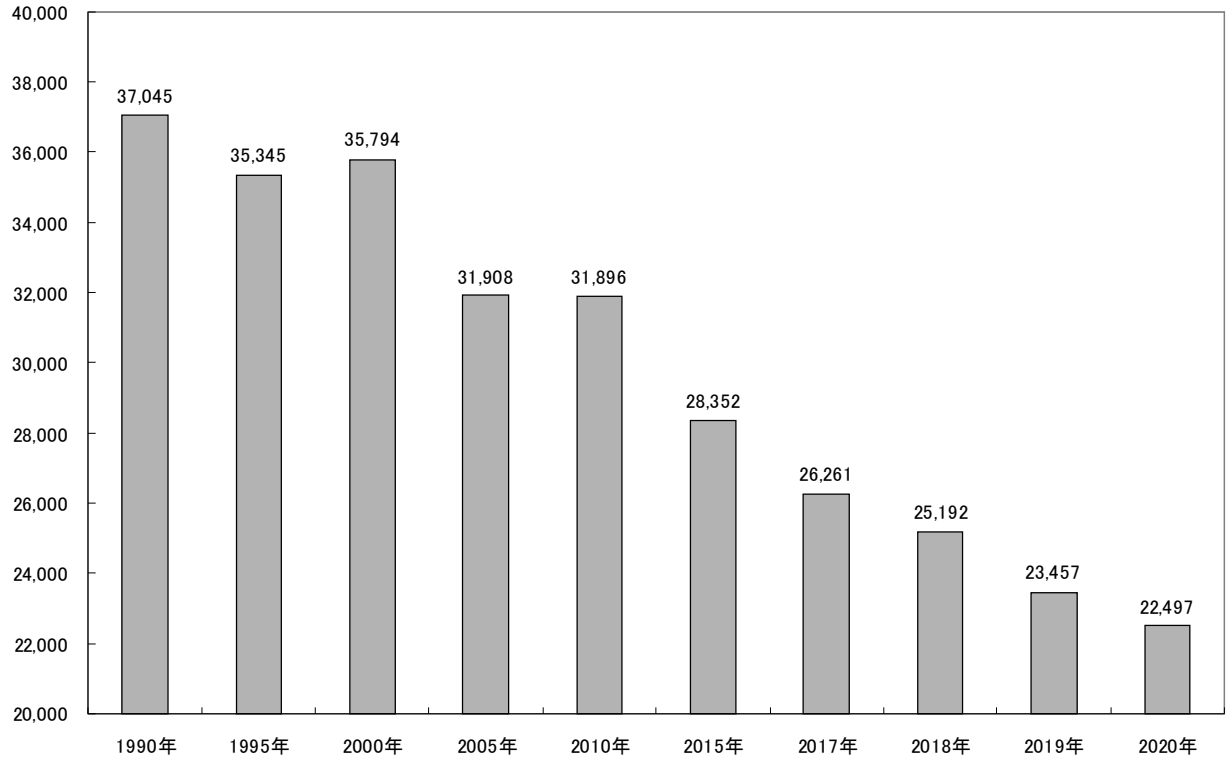
○指標による現状把握

指　　標	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2017年	2018年	2019年	2020年	2018～2020平均
出　生　数	37,045	35,345	35,794	31,908	31,896	28,352	26,261	25,192	23,457	22,497	23,715
合計特殊出生率	1.60	1.48	1.47	1.39	1.54	1.54	1.52	1.50	1.44	－	1.47
周産期死亡率（出生千対）	10.3	7.8	5.6	5.0	4.2	3.7	3.2	3.0	3.7	3.5	3.4
全国平均	11.1	7.0	5.8	4.8	4.2	3.7	3.5	3.3	3.4	3.2	3.3
全国順位	11	37	22	28	24	25	12	15	30	27	－
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	2.9	2.2	2.8	2.8	2.6
全国平均	9.2	5.5	4.5	3.8	3.4	3.0	2.8	2.6	2.7	2.5	2.6
早期新生児死亡率（出生千対）	1.7	1.4	1.1	1.2	0.8	0.7	0.3	0.8	0.9	0.7	0.8
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	0.5	1.2	1.4	1.0	1.2
全国平均	2.6	2.2	1.8	1.4	1.1	0.9	0.9	0.9	0.9	0.8	0.9
全国順位	11	20	11	24	28	28	3	40	43	27	－
35歳以上の出産数	2,814	3,101	3,907	4,726	7,057	7,278	6,959	6,691	6,356	6,076	6,374
出生千対	76.0	87.7	109.2	148.1	221.3	256.7	265.0	265.6	271.0	270.1	268.8
妊産婦死亡数	4	2	3	1	0	3	1	0	1	0	0.3
出生10万対	10.4	5.5	8.1	3.1	0.0	10.4	3.7	0.0	4.2	0.0	1.4
出生10万対（全国）	8.2	6.9	6.3	5.7	4.1	3.8	3.4	3.3	3.3	2.7	3.1

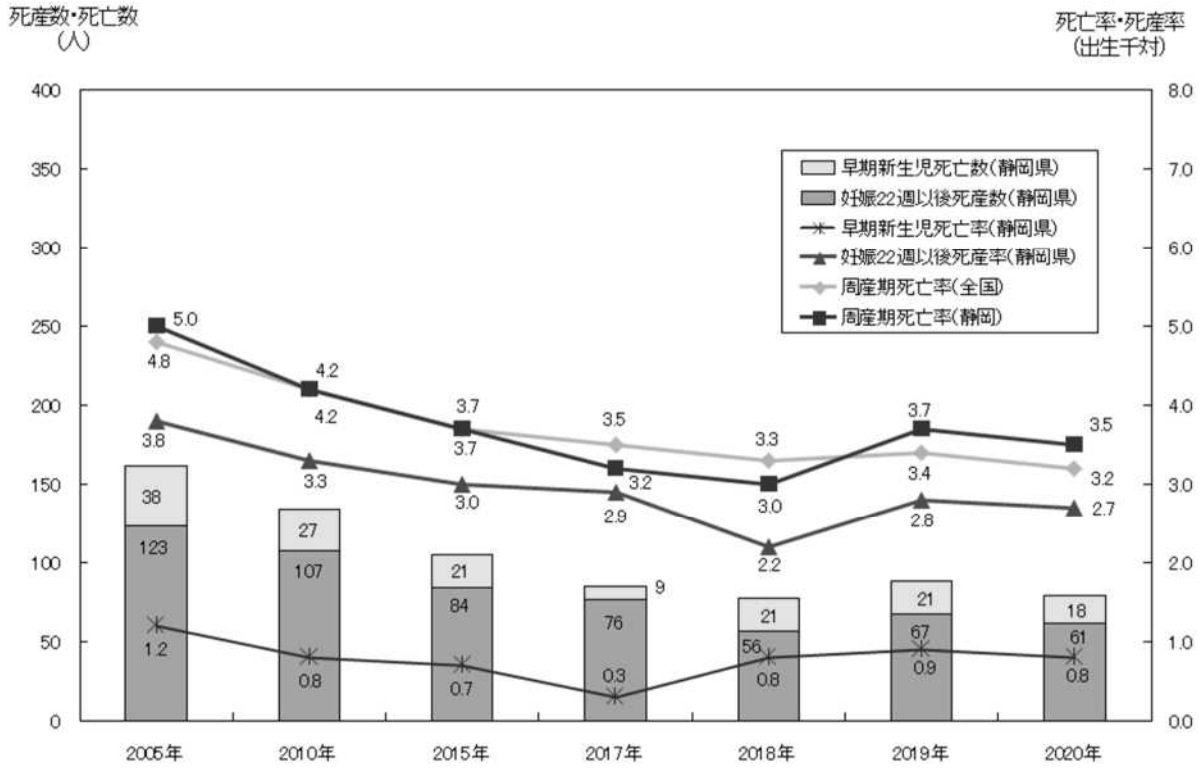
（出典）厚生労働省人口動態調査、静岡県の人口動態統計の概況
＊新生児死亡率及び2018～2020年の３年平均は人口動態調査から計算
＊全国順位は死亡率の低い方からの順位

（出生数の推移）

（単位：人）

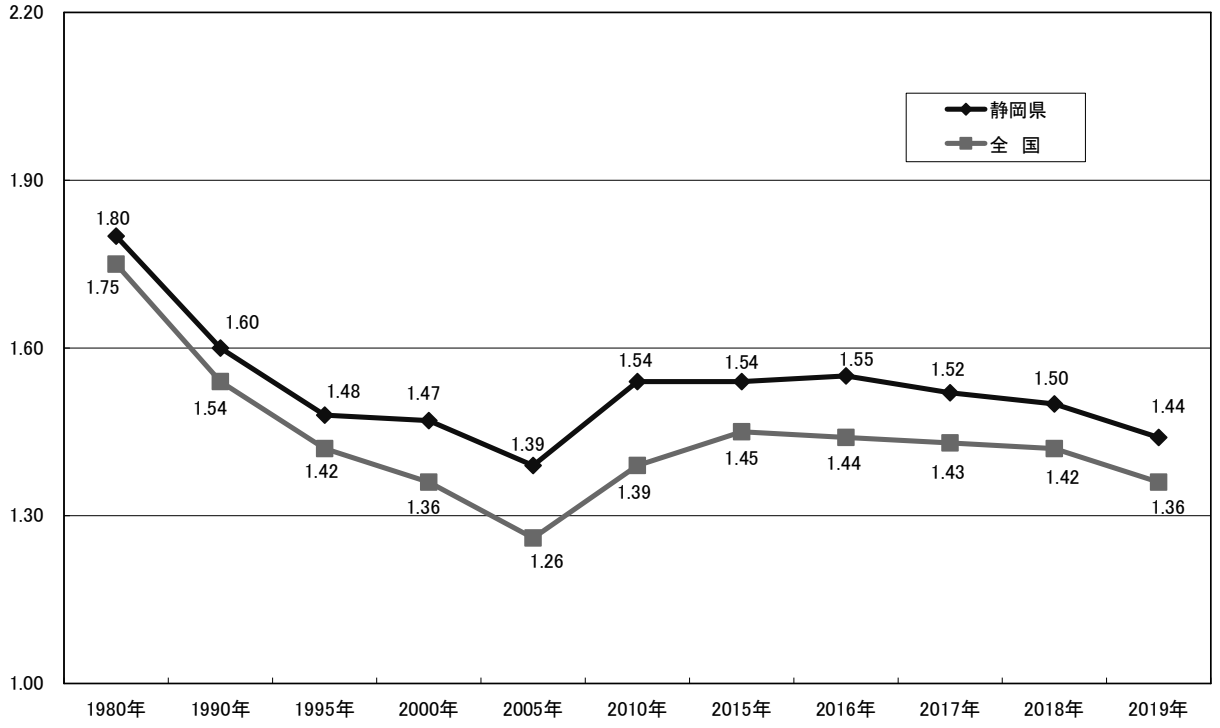


（周産期死亡率）



（合計特殊出生率）

（単位：人）



○分娩取扱施設数

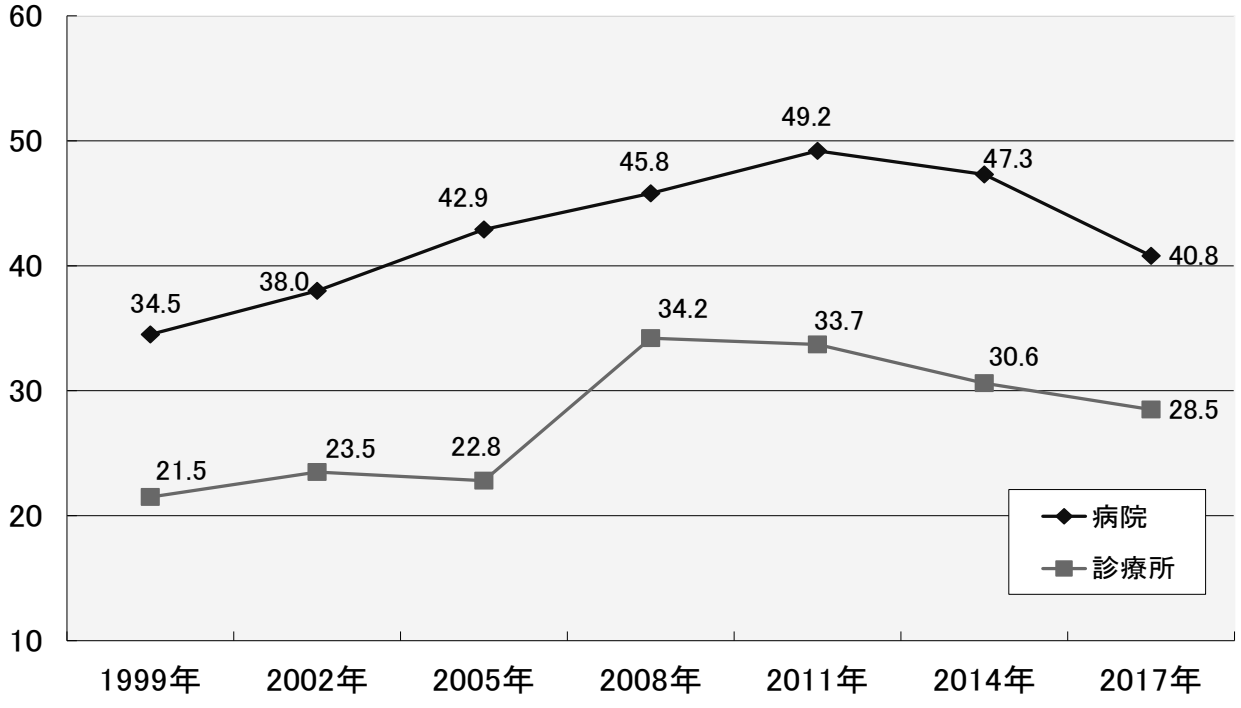
（２次保健医療圏別の分娩取扱施設数：2020 年 12 月現在）

		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	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度
病　　院	39	28	28	25	25	25	24
診 療 所	85	44	46	45	44	42	39
助 産 所	17	25	25	25	27	27	28
計	141	97	99	95	96	94	91

（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）



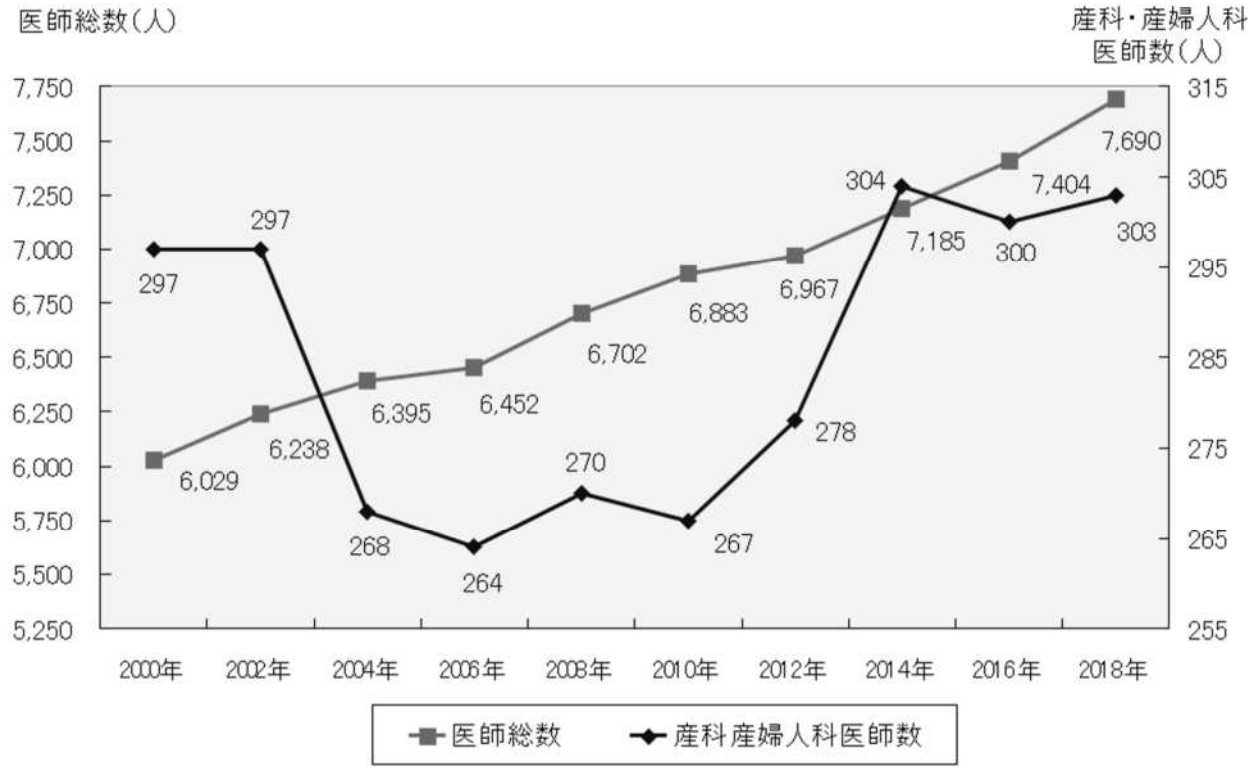
（出典：厚生労働省　医療施設調査）

○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）（2021 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	病　院	診療所
東　部		28	24	52	8	27	20	108	32
	賀　茂	0	1	1	0	0	0	0	0
	熱海伊東	1	3	4	0	2	2	6	1
	駿東田方	18	15	33	8	14	15	66	11
	富　士	9	5	14	0	11	3	36	20
中　部		56	14	70	12	39	36	175	47
	静　岡	43	11	54	12	23	32	126	36
	志太榛原	13	3	16	0	16	4	49	11
西　部		72	17	89	19	52	67	284	56
	中東遠	15	7	22	1	16	13	49	23
	西　部	57	10	67	18	36	54	235	33
計		156	55	211	39	118	123	567	135

（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）

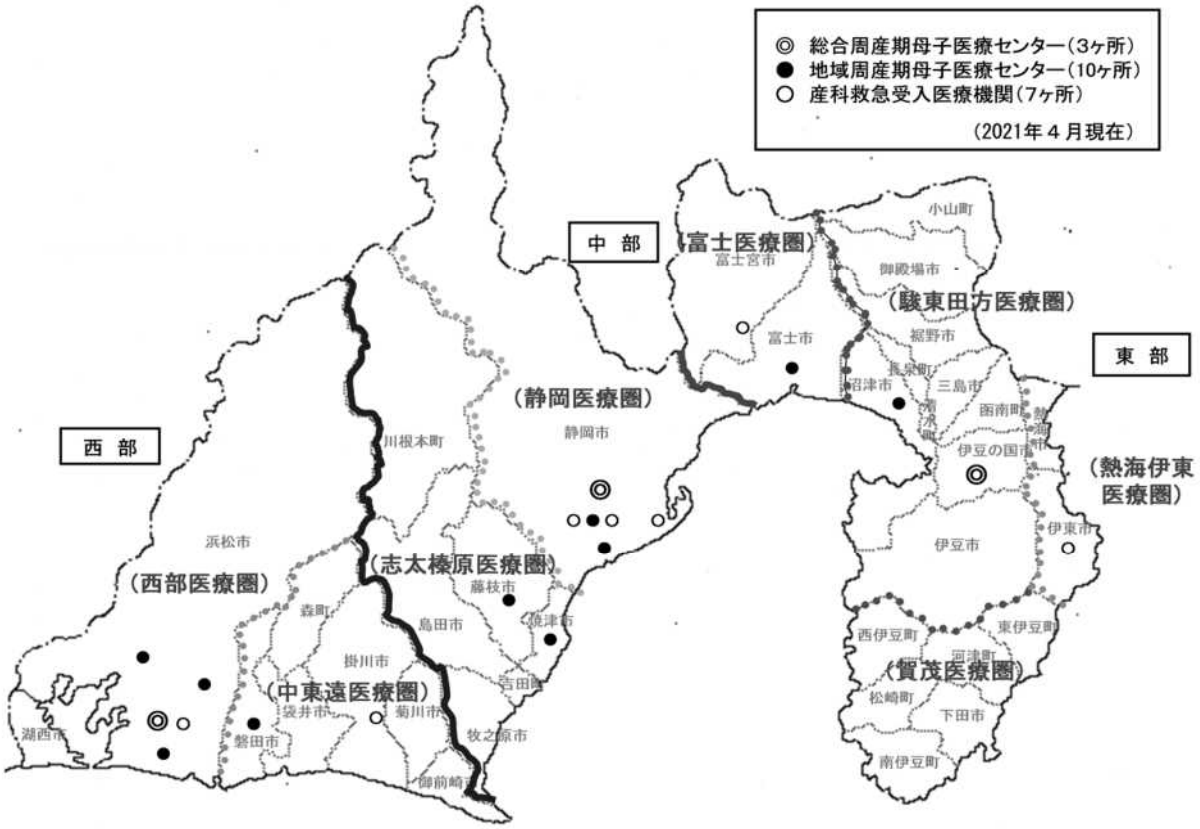
（本県の看護職員・助産師の推移）　（単位：人）

	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	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：2021 年４月現在）

地　域	２次保健医療圏	病床数（床）	出生数（2018～2020 平均）（人）	出生１万人あたり（床）
東　部	賀　　茂	—	222	—
	熱海伊東	—	360	—
	駿東田方	12	4,168	28.8
	富　　士	10	2,416	41.4
東部　計		22	7,166	30.7
中　部	静　　岡	27	4,398	61.4
	志太榛原	14	2,834	49.4
中部　計		41	7,232	56.7
西　部	中 東 遠	9	3,326	27.1
	西　　部	45	5,992	75.1
西部　計		54	9,318	58.0
計		117	23,716	49.3

（ＭＦＩＣＵ、ＮＩＣＵ及びＧＣＵ病床数：2021 年４月現在）

地　域	ＭＦＩＣＵ				ＮＩＣＵ				ＧＣＵ	
	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	3	26	1	18
中　部	1	6	1	4	4	41	1	6	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：2021 年４月現在）

地　域	医療機関名	ＭＦＩＣＵ		ＮＩＣＵ	
		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	83.9	12	92.5
	富士市立中央病院	－	－	10	27.1
中　部	静岡県立こども病院	6	66.1	18	90.0
	静岡済生会総合病院	－	－	9	88.2
	焼津市立総合病院	－	－	8	78.6
	藤枝市立総合病院	－	－	6	47.3
西　部	総合病院聖隷浜松病院	15	92.0	21	86.8
	磐田市立総合病院	－	－	6	87.7
	中東遠総合医療センター	－	－	3	80.7
	浜松医療センター	－	－	6	72.0
	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	18.6
計		27	84.4	117	74.4

（３次・２次周産期医療機関の麻酔科医の配置状況：2021 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	2	4	－	－	1	2
2 次	地域周産期母子医療センター	10	4	7	2	4	3	1
	産科救急受入医療機関	7	－	5	1	4	1	1
合　計		20	6	16	3	8	5	4

※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

５　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）	2.0 （2020 年）	0.7 以下 （2023 年）	目標に向け施策の推進が必要
乳幼児死亡率 （５歳未満人口千人当たり）	0.53 （2015 年）	0.60 （2019 年）	0.36 以下 （2023 年）	目標に向け施策の推進が必要
小児の死亡率 （15 歳未満人口千人当たり）	0.23 （2015 年）	0.23 （2019 年）	0.17 以下 （2023 年）	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、適切な受療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 2020 年は出生千人当たり 2.0 と、全国の 1.8 より高い水準となっています。本県の 2020 年の乳児死亡数は 46 人であり、主な原因は「先天性奇形及び染色体異常」（23 人、50%）、「周産期に発生した病態」（10 人、21.7%）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（2020 年人口動態調査）は２人となっています。内訳は、不慮の溺死・溺水が２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～翌朝８時に延長して体制を充実してきました。さらに、2015 年３月からは、土曜は 13 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、2020 年度は 75.0 件に増加しています。

（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 2021 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、3,047 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]

○医療的ケア児は、2016 年現在、全国で 1.7 万人、本県で 559 人と推計されています。

○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、192 人（2021 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 2019 年度の 577 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：日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケア（人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為）を受けることが不可欠である児童。

（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。

（第２次小児救急医療）

○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、事故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）医療的ケア児等に対する療養・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。

○2021 年 9 月 18 日に医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律が施行され、学校の設置者等が医療的ケア児に対し適切な支援を行う責務を有するとされたほか、都道府県知事が医療的ケア児支援センターを設置等できるとされています。

（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）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
乳児死亡率 （出生千人当たり）	2.0 （2020 年）	0.7 以下 （2023 年）	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）	0.60 （2019 年）	0.22 以下 （2023 年）	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）	0.23 （2019 年）	0.11 以下 （2023 年）	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）医療的ケア児等に対する療養・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。また、医療的ケア児支援センターを設置し、専門的な相談への対応、情報提供等を行います。

○人工呼吸器を装用する児童生徒の保護者付添いの負担を軽減するため検討会を設置し、体制の整備を図ります。

○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

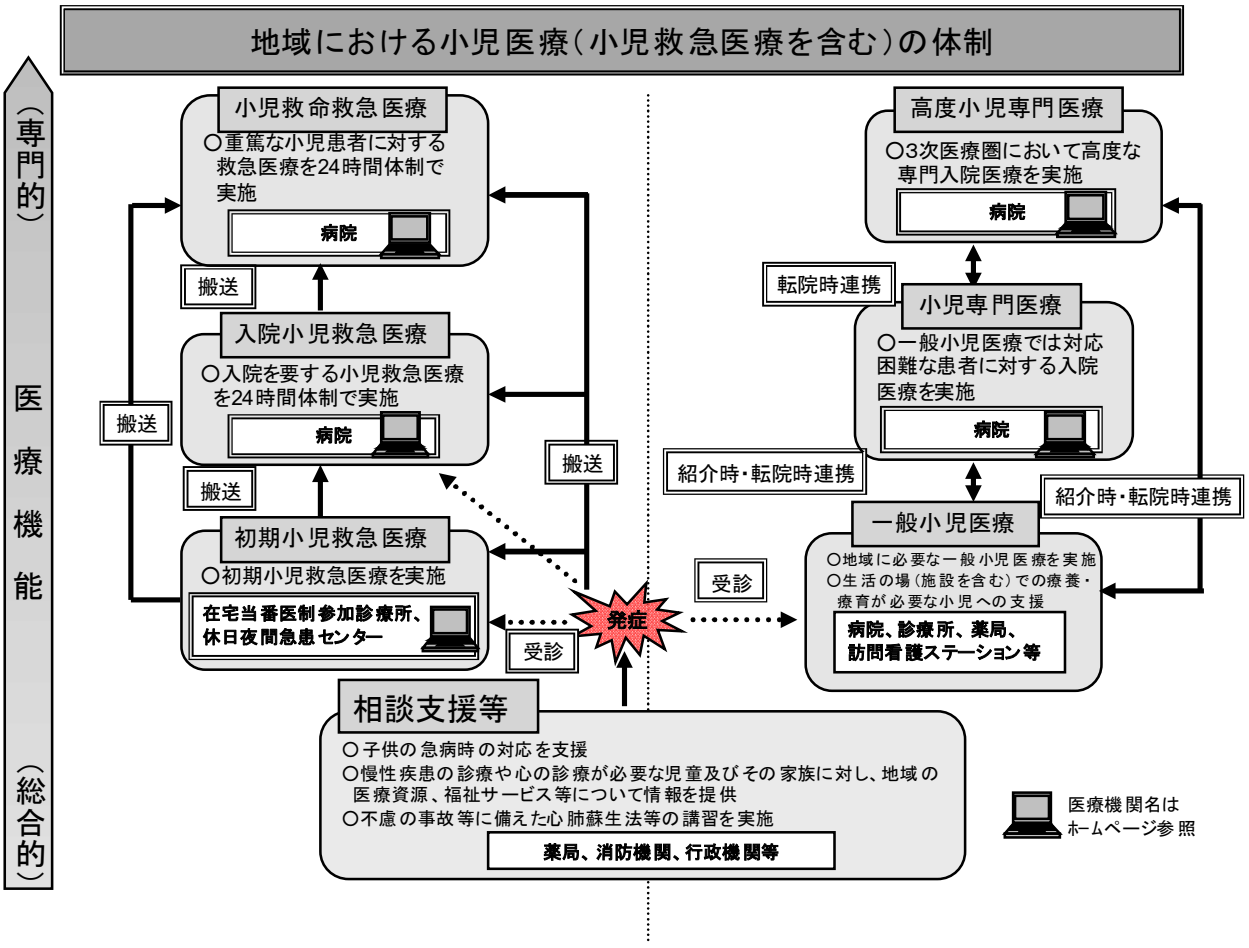
○災害時における医療の確保を図るため、新たに乳幼児にかかる医療機関との調整を行う災害時小児周産期リエゾンを養成し、小児医療に特化した調整役として災害医療コーディネーターをサポートする体制を整備します。また、研修・訓練の実施により、医療資源需給調整を行う災害医療コーディネーター、医薬品等や薬剤師の確保・調整を行う災害薬事コーディネーター等の関係機関との連携体制の強化を推進します。

（３）小児医療（小児救急医療を含む）の医療体制に求められる医療機能

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、常時監視や治療の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、先天性消化器官奇形の乳児期手術、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

（４）小児医療（小児救急医療を含む）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	静岡県	全国	
一般小児医療を担う診療所数（小児人口 10 万対）	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 万対）	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 万対）	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 万対）	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 万対）	2017	193.1	269.9	厚生労働省「医療施設調査」
乳児死亡率（１歳未満出生千対）	2020	2.0	1.8	厚生労働省「人口動態調査」
乳幼児死亡率※（５歳未満人口千対）	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 歳未満人口千対）	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	2018	2019	2020
乳児死亡率		3.1	2.7	3.1	2.4	2.2	2.1	2.0	2.3	2.0
	全国平均	3.4	3.0	2.8	2.6	2.3	2.1	1.9	1.9	1.8
15 歳未満死亡数		204	188	177	144	125	109	89	103	103
	１歳未満	111	94	99	80	70	61	50	55	46
	１－４歳	53	44	41	35	28	22	15	26	11
	５－９歳	29	26	19	14	10	14	10	11	15
	10-14 歳	11	24	18	15	17	12	14	11	17

（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	57
	診療所		624	605	598	531	464	491	468
		小児科が主たる標榜※	155	161	156	157	153	152	144
全国	病院		3,528	3,359	3,154	2,905	2,745	2,656	2,612
	診療所		26,788	25,862	25,318	22,503	19,994	20,872	19,647
		小児科が主たる標榜※	5,149	5,276	5,481	5,411	5,381	5,510	5,471

※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	3	3	12	4	13	5	5	12
小児人口 10 万対	11.9	50.6	32.5	14.2	7.8	15.3	8.2	7.3	10.3
一般小児医療を担う診療所数	144	2	2	25	17	29	17	18	34
小児人口 10 万対	30.0	33.8	21.6	29.6	33.1	34.0	28.0	26.3	29.1
小児医療に係る病院勤務医数	297.8	2.3	6.7	35.6	15.5	114.4	23.1	21.4	78.8
小児人口 10 万対	62.0	38.8	72.5	42.2	30.2	134.3	38.0	31.3	67.4
小児科標榜診療所勤務医数	184.6	1.1	2	36.3	21.5	33.6	21.2	19.1	49.8
小児人口 10 万対	38.5	18.6	21.6	43.0	41.9	39.4	34.9	28.0	42.6

（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		2	
駿東田方		3	
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	2		
御殿場	1	－	－		
富士	※（２）２	－	2		
清水	－	2	2	4	
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	27	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	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	142	266	466	577

※レセプト情報・特定健診等情報データベース（ＮＤＢ）を基に厚生労働省が集計

※集計されたデータは「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に準じて処理されている。

第４節　在宅医療

【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

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 年現在、559 人と推計されています。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 132 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、「治す医

---

[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。

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リ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。

---

[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。

○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ＡＣＰ[6]（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）
	自宅で最期を迎えることができた人の割合	14.4% （2019 年）	14.8% （2023 年）	在宅医療の提供見込量から算出	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・往診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 （従事看護師数）	199 施設 （1,275 人） （2020 年度）	230 施設 （1,474 人） （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%	県訪問看護ステーション協議会調査
	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	190 施設 （2020 年）	200 施設 （2023 年）	在宅医療等必要量の見込から歯科必要量を算出	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	258 施設 （2019 年）	272 施設 （2023 年）	在宅医療等必要量の見込から歯科必要量を算出	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	住まい[7]で最期を迎えることができた人の割合	25.9% （2019 年）	29.0% （2023 年）	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	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	204 施設 （2019 年）	224 施設 （2023 年）	在宅医療等必要量の見込から歯科必要量を算出	国保データベース（KDB）
	小児の訪問診療を受けた患者数	417 人 （2018 年）	486 人 （2023 年）	在宅医療等必要量の見込みから算出	レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）
	地域連携薬局認定数[8]	ー （2020 年度）	100 薬局 （2023 年度）	2025 年までに日常生活圏域に1薬局以上を認定	県薬事課調査

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を充実させ、安心医療の提供を図ります。

---

[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。

[8] 地域連携薬局：かかりつけ薬局として、医療や介護の関係施設と連携し、患者を支える薬局

（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）[9]」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、

---

[9] 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

○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）[10]」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。

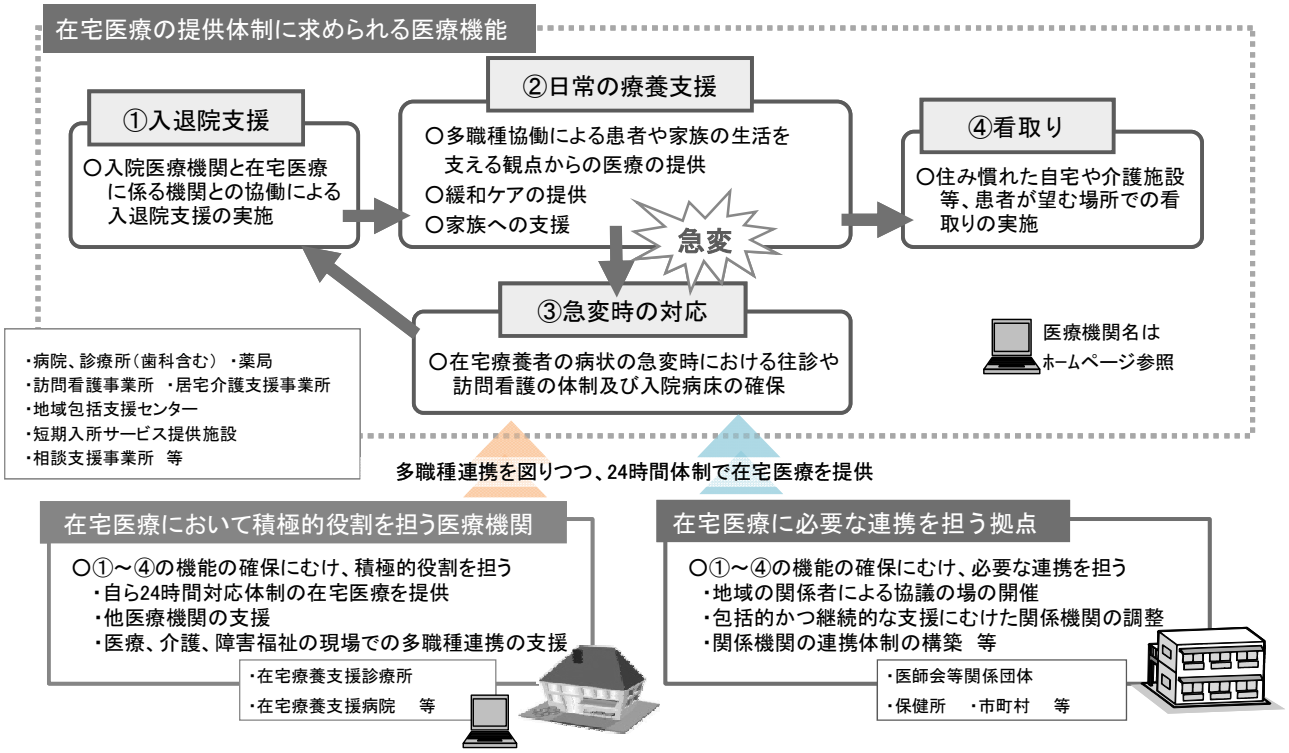
○人生の最終段階において、患者本人の意思を尊重した医療・ケアの提供ができるよう、在宅医療を支える医療・介護関係者の相談対応力の向上を図るとともに、県民に対し、ＡＣＰ（人生会議）やリビングウィル[11]（意思表明書）について、普及啓発を実施します。

---

[10] 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。

[11] 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	【入院医療機関】 ●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 【在宅医療に係る機関】 ●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	【在宅医療に係る機関】 ●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	【在宅医療に係る機関】 ●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 【入院医療機関】 ●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 ●重症等で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	【在宅医療に係る機関】 ●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 【入院医療機関】 ●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	1,510
１施設当たり従事者数（人）	5.9	6.1	4.9	5.4	6.0	6.3

※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
	静岡県	全国	静岡県	全国	出典元
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	介護ｻｰﾋﾞｽ施設・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[12]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。

---

[12] 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[13]や定期巡回･随時対応型訪問介護看護[14]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[15]研修や認定看護師[16]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。

---

[13] 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。

[14] 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、定期巡訪問と随時の対応を行うサービス。

[15] 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。

[16] 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[17]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。

---

[17] 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もち、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。

○県歯科医師会と協働で設置している在宅歯科医療推進室において、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い、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[18]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

[18] 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	・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。	・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。	・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。	・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。	・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：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

○市町では、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、計画に基づく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。