

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

【対策のポイント】

- 感染拡大に備えた医療提供体制の確立
- 感染症予防のための公衆衛生の徹底

(1) 現状と課題

ア 新型コロナウイルス感染症への対応（総論）

○2000年以降、重症急性呼吸器症候群（SARS）、中東呼吸器症候群（MERS）といった新しいコロナウイルスによる感染症が相次いで発生しましたが、国内での感染はなかったことから、今般の新型コロナウイルス感染症の対応では、類似の感染症対応に関する知見がない中、感染症病床だけでは対応できず、一般病床等に多くの感染症患者を受け入れるなど、広く一般の医療体制に大きな影響が生じたほか、保健所の業務や感染防護具の生産・供給のひっ迫などの影響も生じました。

イ 本県の現状（2021年11月30日現在）

（ア）感染症予防計画

○「静岡県における感染症の予防のための施策の実施に関する計画」（1999年12月策定、2008年9月改正）に基づいて、感染症の発生の予防・まん延防止、感染症に係る医療提供体制の確保などに取り組んでいます。

（イ）新型インフルエンザ等感染症対策

○2013年9月に策定した「静岡県新型インフルエンザ等対策行動計画」に基づき、感染拡大を可能な限り抑制し、県民の生命・健康を保護すること及び県民の生活・地域経済に及ぼす影響が最小となるようにすることを達成するため、発生段階ごとに、①実施体制、②サーベイランス・情報収集、③情報提供・共有、④予防・まん延防止、⑤医療等、⑥県民生活・地域経済の安定の確保の6項目について対策を実施しています。

（ウ）感染症指定医療機関

○一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等の感染症患者に係る医療について、感染症患者に対して良質かつ適切な医療を提供するため、第一種感染症指定医療機関を1か所、第二種感染症指定医療機関を全ての2次保健医療圏に指定・整備しています。

（エ）新型コロナウイルス感染症対策

（専門家会議等の設置）

○県の対策を担う静岡県新型コロナウイルス感染症対策本部に対し、医療体制に関する適切な助言を行う「静岡県新型コロナウイルス感染症医療専門家会議」を2020年3月に設置するとともに、感染症対策について専門的な助言を行う「静岡県新型コロナウイルス感染症対策専門家

会議」を2020年5月に設置しました。特に「新型コロナウイルス感染症対策専門家会議」は、感染の状況に合わせ随時開催し、県の感染対策について、様々な意見をいただきました。

○感染拡大時に福祉施設における機能を維持するため情報共有や対策を検討する「静岡県福祉施設クラスター対策協議会」を2020年11月に設置しました。

(感染に対応するチーム等の形成)

○実際の医療現場や感染者発生現場において、適切な感染管理の指導や知見をいただく「ふじのくに感染症専門医協働チーム(FICT)」を2020年5月に立ち上げました。

○福祉施設でクラスターが発生した場合に速やかに応援職員を送るなど事業継続を支援するための「クラスター福祉施設支援チーム(CWAT)」を2021年2月に立ち上げました。

(相談体制)

○県民からの相談に24時間体制で対応するためのコールセンターとして、2020年5月から帰国者・接触者相談センターを設置し、2020年11月からは、名称を発熱等受診相談センターに名称変更し、受診可能な医療機関を案内するなど、相談体制を整備しました。

○また、外国人県民が母国語で相談できるよう、24時間体制で19言語に対応可能な多言語相談ホットラインを、2020年9月に設置しました。

(検査体制)

○陽性者の濃厚接触者やクラスター発生時における近隣の同種の施設の従業員、クラスター発生地域の高齢者施設の入所者・職員等に対し、行政検査を実施しました。

○帰国者・接触者外来、地域外来・検査センター、発熱等診療医療機関等に対し、検査機器の整備費助成等により、検査体制の強化に努めました。

○集団感染が発生しやすい高齢者施設や医療機関等に対し、軽度であっても症状が現れた場合に、各施設等において迅速に自主的な検査が実施できるよう、抗原定性検査の簡易キットを配布しました。

○国立遺伝学研究所との連携・協働により、検体の全ゲノム解析による分子疫学調査を実施し、濃厚接触者や感染経路の追跡・推定など、感染拡大防止に活用しました。

(患者の搬送)

○保健所の移送能力を超えた場合や患者の医療的処置が必要な場合に備え、救急車両による患者の搬送が可能となるよう、県内の各消防本部と協定を締結しました。

(コロナ患者専用病床の確保)

○当初、感染症指定医療機関での受入れにより対応してきましたが、感染者数の増加に伴い病床が不足することとなったことから、一般病床での受入れを県内病院に依頼し、重点医療機関等を定め病床を拡大してきました。第3波の感染拡大により病床がひっ迫したことを受け、国の試算ツールに基づき感染者数を推計し、病床確保計画を見直し582床を確保することとしました。第5波においては、デルタ株の爆発的な感染拡大の影響により、計画を上回る感染者数が見込まれたことから、感染症法第16条の2第1項¹に基づき、県内全病院に更なる病床確保の要請をするなどし、最大で751床の病床を確保するなど、各病院の協力を得る中で、医療提供

¹ 感染症法第16条の2第1項：「厚生労働大臣及び都道府県知事は、感染症のまん延を防止するため緊急の必要があると認めるときは、感染症のまん延の状況を勘案して、当該感染症のまん延を防止するために必要な措置を定め、医師、医療機関に対し、当該措置の実施に対する必要な協力を求めることができる。(抜粋)」とされている。

体制の確保に取り組みました。

(後方支援病院)

○限られたコロナ患者専用病床を効率的に運用するため、退院基準を満たした回復患者を受け入れる後方支援病院等の病床を確保し、転院を促進しました。

(宿泊療養施設)

○軽症者・無症状病原体保有者が療養する宿泊療養施設を確保しました。

○宿泊療養施設では、酸素濃縮装置の配備や、臨時医療施設の設置、近隣病院との連携、オンラインでの医師による看護師への指示などにより、医療体制の強化を図りました。

(自宅療養者への支援)

○自宅療養者には、パルスオキシメーターを貸し出すとともに、電話による体調確認により、定期的な健康観察を行いました。また、自宅療養者を診察する医療機関を自宅療養協力医療機関として登録し、急な体調悪化に備えました。

○支援が必要な自宅療養者には、市町とも連携し、食品・生活必需品の提供などを行いました。

(物資の確保)

○PPE（個人防護具）²を中心に衛生資材を確保し、備蓄並びに県内の医療機関・福祉施設・検査機関等への供給を行いました。

(ワクチン接種)

○医療従事者、高齢者、基礎疾患を有する者、高齢者施設等従事者、それ以外の優先順位に従い、政府の掲げる目標等を踏まえ、ワクチン接種のスケジュールを調整するとともに、市町支援の一環として広域接種会場の設置などを行いました。

ウ 今般の新型コロナウイルス感染症で表面化した課題（長期的な課題も含む）

(医療機関等と行政の連携)

○新興感染症等の感染拡大時に必要な対策が機動的に講じられるよう、保健所を中心に2次保健医療圏ごとに行政と医療関係者等がさらに連携していくことが必要です。

○医療関係団体との調整を積極的に行う必要があります。

(医療機関間の連携と役割分担)

○重症者や圏域内での病床利用率がひっ迫した場合の入院の広域調整を強化する必要があります。

○感染患者の受入病院と感染可能期間を経過した患者の治療を引き受ける後方支援病院との関係を構築しておく必要があります。

○医療圏ごとに救急医療をはじめとした通常医療への影響を踏まえつつ、医療体制を確保しておくことが必要です。

○人工透析患者、妊産婦、認知症患者や精神疾患を患う患者の受入対応について、医療機関同士や福祉施設等の連携を進める必要があります。

² PPE（個人防護具）：国の新型コロナウイルス感染症診療の手引きにより、診療ケアに当たる医療スタッフは、「接触予防策及び飛沫予防策として、ゴーグル、マスク、手袋、長袖ガウン、帽子などを着用する。（抜粋）」とされている。

(医療機関の対応力の強化)

- パンデミック発生時には、これまでの感染症指定医療機関の病床数だけでは入院患者に対応できないことが明確になりました。
- 平時からパンデミックに対応するための病床を確保しておくことは難しいため、感染拡大時に迅速に感染症病床として転換できる柔軟な医療施設の設備整備の手法が求められます。

(感染症に関わる人材の育成と確保)

- 感染症診療における医師、看護師等の医療人材を育成し確保していく必要があります。
- クラスターの発生防止など医療機関内や福祉施設内で、感染対策を講ずることができる人材の育成が求められます。
- 疫学情報を解析し、情報発信する専門家の育成が求められます。

(保健所の体制)

- 今回の新型コロナウイルス感染症のようなパンデミックを想定した人員体制となっていないため、感染拡大時において、保健所だけでは業務が滞る事態となることが明確となったことから、各市町からの応援職員の受入れを含め、パンデミックが発生した時の応援体制の構築が必要です。

(自宅療養者への支援)

- 感染者が急増した折に自宅療養者への健康観察が行き届かなかった事例もありました。
- 自宅療養者の医療に対応する自宅療養協力医療機関の数を増やす必要があります。
- 食料支援など市町との連携を円滑に実施するための体制について検討が必要です。

(感染防護具の備蓄)

- 感染防護具の生産や供給がひっ迫することを前提に、県の備蓄体制を整えておく必要があります。
- 国内生産がひっ迫した際にも、県内生産により安定供給ができる体制の充実が必要です。
- 医療機関や福祉施設等において、感染防護具の備蓄を促進する必要があります。

(検査体制の強化)

- 医療機関や登録検査機関におけるPCR検査等病原体検査の体制の維持及び検査精度の確保を強化していく必要があります。
- 感染拡大の防止には、検査により陽性が判明した感染者を確実に医療機関へ繋げていく必要があります。
- 県の検査拠点である環境衛生科学研究所が、災害等で被災した場合の代替機能の検討が必要です。

(ワクチン接種)

- 緊急的かつ速やかにワクチンを接種できる体制づくりが必要です。
- 接種率を向上するためにも、ワクチンの副反応やリスクなどを丁寧に県民に周知することが必要です。

(災害時の対応)

- 感染拡大時に災害が発生した場合の療養者の避難方法、避難場所やスペースの確保を市町と調整し用意する必要があります。
- 宿泊療養施設での療養者に対する食料等の物資の配送方法等を用意しておく必要があります。

(様々な健康課題への影響)

- 2020年度の市町がん検診受診者数は、前年度比85.3%と大きく減少しました。将来的ながん患者の発生数への影響が危惧されます。このため、感染状況に応じた検診の実施方法などの検討や住民への受診への呼びかけが必要です。
- 2020年度の保健所におけるH I V検査件数は、前年度比49.4%と大きく減少しました。保健所が新型コロナ対応のため夜間検査の体制を縮小したことや検査控えが要因ですが、早期発見への影響が懸念されます。
- 感染の拡大時には、県民が外出を控えることが対策となる一方で、社会との繋がりが薄くなることにより、高齢者をはじめとして認知機能の低下や認知症の症状の悪化、身体活動の低下によるフレイルの進行などが危惧されます。そのため、感染拡大時においても社会との繋がりを維持する方法や、心身機能の維持に向けた取組ができる仕組みの浸透が必要です。
- 社会経済状況の厳しさが増し、就業環境の悪化や日常活動が制限される中で、自殺者が増加に転じています。

(地域包括ケアシステムの課題)

- 在宅へ移行する際の退院支援カンファレンスや多職種による会議などが、これまでのように一堂に会したり、患者家族と会したりしながら進めることができないため、新しい形態を考えていく必要があります。
- 認知症患者や寝たきり患者については、本人や家族等に感染対策を理解してもらうための支援とともに、介護している家族が感染した場合の本人への介護を継続できる体制の構築が必要です。

(2) 今後の対策

ア 感染拡大に備えて

(病床の確保)

- 新型コロナウイルス感染症の再流行に備え、救急医療や通常医療のひっ迫状況も踏まえ、受入病院と調整し、感染状況に応じた病床を確保していきます。
- 限りのある病床を効率的に使用するため、後方支援病院を用意し、回復期の患者の受入れを促進します。

(宿泊療養施設)

- 現在の宿泊療養施設の規模を基本とし、感染拡大の兆候が生じた時点で新たな施設を開設できるような体制を構築します。

(入院の抑制等)

- 陽性判断時に抗体療法の適応を判断し、投与できる医療機関に確実につなげる仕組みを医療圏ごとに構築し、重症化を防ぎ、入院患者の抑制を図ります。
- 感染状況に応じて、宿泊療養施設の一部施設を入院待機施設とし、酸素投与や投薬治療ができる体制を整えます。

(経口薬の活用)

- 経口薬については、多くの医療機関で投与可能となるよう医師会、病院協会、薬剤師会等と連

携し、投与体制を構築します。

(自宅療養者への支援)

- 自宅療養者の急増時にも必要な健康観察を行える体制を整備します。
- 自宅療養協力医療機関の登録を促進し、体調悪化時の受診体制を整備するとともに、医療機関が健康観察を実施することにより健康観察体制を強化します。
- 健康観察への応答のない者への居宅訪問について、市町と覚書を結んで協力してもらい、速やかな対応を行います。
- 食料支援についても市町と連携し、療養生活に支障が生じないように対応していきます。

(保健所の体制強化)

- 保健所への増員が機を逸しないように、必要なタイミングで、感染の規模に応じて、健康福祉部をはじめ全庁各部局から応援職員として派遣できる体制や、各市町等からの応援の受入体制を構築します。

(ワクチン接種)

- 3回目以降も含め市町のワクチン接種の支援を継続的に行っていきます。

(検査体制の強化)

- 医療機関におけるPCR検査等病原体検査の体制の整備を図ります。特に感染拡大時には、国の施策と連動して必要な検査体制を実施していきます。
- 自費等での検査で陽性が判明された方に対しては、医療機関での受診を促していきます。

(災害時の対応)

- 感染拡大時に災害が発生した場合の療養者の避難方法、避難場所やスペースの確保について、事前に受入れ方法を定めておくとともに、訓練等を通じて保健所や医療機関等の連携の促進を図ります。

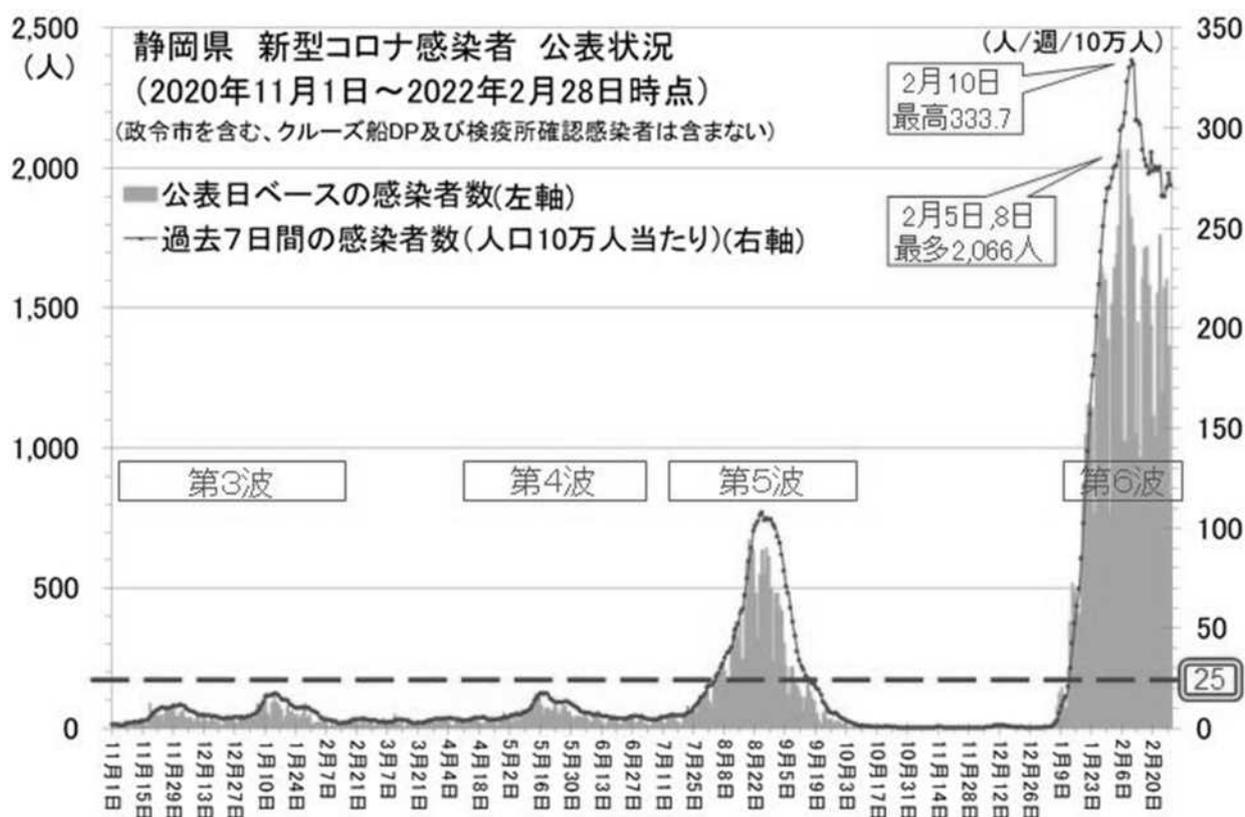
(様々な健康課題への取組)

- がん検診においては、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。
- H I V検査においては、夜間・休日検査の再開や前年並みの検査日数の実施により、検査機会の確保を図るとともに、引き続き、エイズに対する県民への正しい知識の啓発を実施します。
- 感染症患者受入医療機関と人工透析実施施設の役割分担等について、関係機関と連携して協議を行い、人工透析治療が必要な感染症患者の受入体制の確保を図ります。
- 感染症患者受入医療機関と精神科病院の役割分担等について、関係機関と連携して協議を行い、精神症状を有する感染症患者の受入体制の確保を図ります。
- 感染妊産婦等への対応について、感染妊婦を早期に把握・迅速に情報共有し、消防機関関係者、災害時小児周産期リエゾン等との連携体制の充実と、情報連絡体制の確保を図ります。
- 相談体制や見守りなどを強化し孤独・孤立を防ぐなど、自殺総合対策の取組を推進します。
- 認知機能の低下等の抑制、フレイルの進行対策として、オンラインで実施する通いの場、一般介護予防事業、退院支援カンファレンス等の好事例を市町や関係団体等の間で共有するなど、ICTの活用を推進します。

(地域包括ケアシステムの取組)

- 訪問看護ステーションや訪問介護事業所においては、感染症により運営休止や人員不足が生じた場合に、地域内で別の事業所が、利用者に必要なサービスを提供できる支援体制を構築します。
- 入院から在宅療養に円滑に移行できるよう、オンラインでのカンファレンス等、ICTを活用し、多職種連携を強化するとともに、認知症対策においては、ワクチン接種の正しい理解をはじめ、新型コロナウイルス感染症に関する基礎知識や感染予防の具体的な方法などについて、県、市町等の広報誌やホームページ等により情報提供します。
- 認知症患者の家族等が感染した場合の対応について、県、市町等の広報誌やホームページ等により、地域包括支援センター等の相談場所を含め、介護サービスの利用等を周知します。

図表 6-1 静岡県 新型コロナ感染者公表状況 (2020年11月1日～2022年2月28日時点)



第2節 新興・再興感染症対策

【対策のポイント】

- 新興感染症等の感染拡大時¹における医療提供体制の確保
- 新興感染症等の感染拡大に備えた平時からの医療連携体制の構築

(1) 次の新興・再興感染症の流行に備えて

(基本的な考え方)

- 新興感染症等（感染症法上の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症など）は、発生時期、感染力、病原性などについて、事前に予測することが難しいですが、新興感染症等の発生後、速やかに対応ができるようあらかじめ準備をしておくことが重要となります。
- 医療機関をはじめとして、様々な場面での感染症への対応力を強化していく必要があります。

ア 平時からの取組

(司令塔機能)

- 感染症に関する研修（住民向けの公開講座を含む）、検査、情報収集、疫学解析、情報発信、相談業務等、県内の感染症対策の拠点となる（仮称）ふじのくに感染症管理センターの設置を進めます。有事の際には、このセンターを拠点として、様々な対策を立案・実施していきます。
- 国立遺伝学研究所や国立感染症研究所などの研究機関等との連携により、感染症に関する研究や医療資機材・ワクチン等の開発に関する情報を迅速に共有します。
- 新しい感染症や再流行の感染症の感染拡大時に、機動的に対応するための訓練を定期的実施します。

(情報プラットフォームの構築)

- 保健所・医療機関等関係機関の業務の効率化、情報の共有化と感染状況の分析等のため、ICTを活用した業務のデジタル化とデータ管理を一元化するシステムを構築します。

(常設の専門家会議の設置)

- 現在設置している新型コロナウイルス感染症医療専門家会議及び新型コロナウイルス感染症対策専門家会議を参考に、常設の専門家会議を設置し、様々な感染症に対して県の施策に提案・意見する場を設けます。

(医療機関のネットワークの構築)

- 感染症指定医療機関との整合をとりつつ、パンデミックに対応するため、地域の拠点となる病院を医療圏に設置し、ネットワークを構築します。
- ネットワークを構築する中で、パンデミックを想定し病床確保のあり方を検討していきます。

¹ 「新興感染症等の感染拡大時」：厚生科学審議会感染症部会にて、「国民の生命・健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症（感染症法上の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症など）の全国的なまん延等であって、医療提供体制に重大な影響が及ぶ事態」と整理されている。

(医療機関の対応力の強化)

- 感染拡大時に対応可能な医療機関・病床等を確保するため、感染症指定医療機関における感染症病床の整備に加え、感染拡大時にゾーニング等の観点から活用しやすい一般病床を感染症対応の病床に転用することができるように施設・設備の整備促進を図ります。

(人材育成)

- 各医療機関における感染防止制御チームの活用を想定し、感染管理の専門性を有する医師・看護師（ICD・ICN²）の育成、重症患者（ECMO³や人工呼吸器管理が必要な患者等）に対応可能な人材など、専門人材の育成を図ります。
- 感染症の専門医の育成をするため感染症専門医のプログラムの開発と県の医師確保施策と連携した対応を検討します。
- 社会福祉施設等におけるクラスターの発生を防止するため、感染対策の指導を行うとともに、従事する職員の感染対策の知識や技術の向上を図ります。
- 保健所職員に対して継続的に感染症に関わる研修を実施します。

(保健所の体制強化)

- 感染症業務のデジタル化により、業務の効率化を図ります。

(情報収集と発信の強化)

- 様々な感染症の発生動向、感染症診療や対策（抗菌薬使用量や手指衛生実施率）に関する調査・分析の機能（現：感染症情報センター機能）を強化し、早期流行予測や県民（外国人を含む）への感染症に関する情報発信に活用し、県民の感染症に対する知識や対応力の向上に努めます。

(感染防護具の備蓄)

- 医療機関や福祉施設等において感染防護具の備蓄を促進します。
- 生産や供給がひっ迫することを前提に県の備蓄体制を整えます。
- 国内生産がひっ迫した際にも、県内生産により安定供給ができる体制の構築を進めます。
- 抗生物質やワクチンなどの薬剤供給が不安定になった際には医療機関に情報を提供するとともに対応策についても推奨していきます。

(医療機関・福祉施設の感染対策の徹底)

- 院内感染対策を徹底するとともに、医療機関内や福祉施設でクラスターが発生した際の医療機関の連携など、地域内の相互応援体制の構築を図ります。

(検査体制の強化)

- 新興感染症の検査方法を速やかに構築するとともに、医療機関や保健所細菌検査課におけるPCR検査等病原体検査の体制の整備の促進を図ります。

(災害時の対応)

- 災害発生時の公衆衛生基盤の破壊により増大する感染症のリスクに備え、感染対策の専門家による避難所を含む被災地の感染対策やリスクアセスメント実施体制、災害時の感染症サーベイランスの臨時体制のあり方を検討します。

² ICD・ICN：ICD（Infection Control Doctor：感染管理医師）、ICN（Infection Control Nurse：感染管理看護師）の略。

³ ECMO：人工心肺装置ECMO（Extracorporeal Membranous Oxygenation：体外式膜型人工肺）の略。

(ワクチン接種)

○緊急的なワクチン接種に対応できるノウハウを継承していきます。

(国への要望)

○今後発生する感染症に備えた体制を整えるため、国に対して十分な予算措置を講じるよう要望していきます。

イ 感染拡大時の取組

(司令塔機能)

○(仮称)ふじのくに感染症管理センターを核として、保健所と地域の医療機関との連携による医療ネットワークを活用し、病床の確保、入院調整、広域搬送調整を図るなど、県内の医療提供体制を確保します。

○感染拡大時には、(仮称)ふじのくに感染症管理センターの体制を強化し、業務に当たります。

(相談体制)

○県民からの相談を受ける相談センターを開設します。

(外来体制)

○医師会、病院協会など関係団体と調整し、有症状者の初診体制を帰国者・接触者外来などを中心に速やかに立ち上げます。

(保健所の体制)

○感染拡大に対応できるように、速やかに保健所の人員体制を強化します。

(医療提供体制の確保)

○感染症指定医療機関及び新しく設置する拠点病院を中心に、入院病床を確保しつつ、感染状況に応じて、他の医療機関での病床の確保を進めます。

○その際には、地域の救急医療など一般の医療への影響も考慮しつつ、医療圏内の合意を取りつつ進めていきます。

○病床を効率的に活用できるように、回復期の患者を受け入れる後方支援病院を設置します。

○新たに構築するネットワークを活用し、広域入院調整等を円滑に進めます。

○受入医療機関内において、感染患者の治療に重点的に人員を配置できる支援策を行います。

○県の備蓄等を活用し、受入医療機関へ感染防護具等の資材を供給します。

(宿泊療養施設や臨時の医療施設の開設)

○感染症の症状や感染の動向に応じて、軽症者等を受け入れる宿泊療養施設を開設したり、病床が逼迫した場合には、入院待機施設などの臨時の医療施設を開設します。

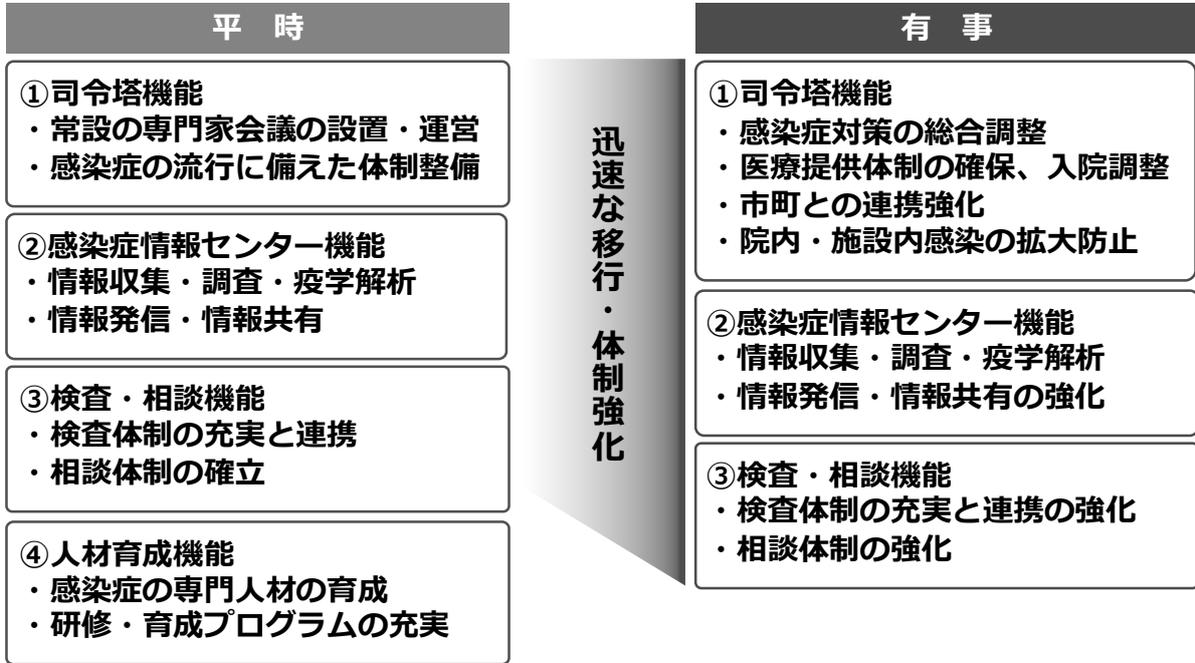
(ワクチン接種)

○接種者の確保とともに、広域接種や市町支援などを行い迅速に接種が進むよう支援していきます。

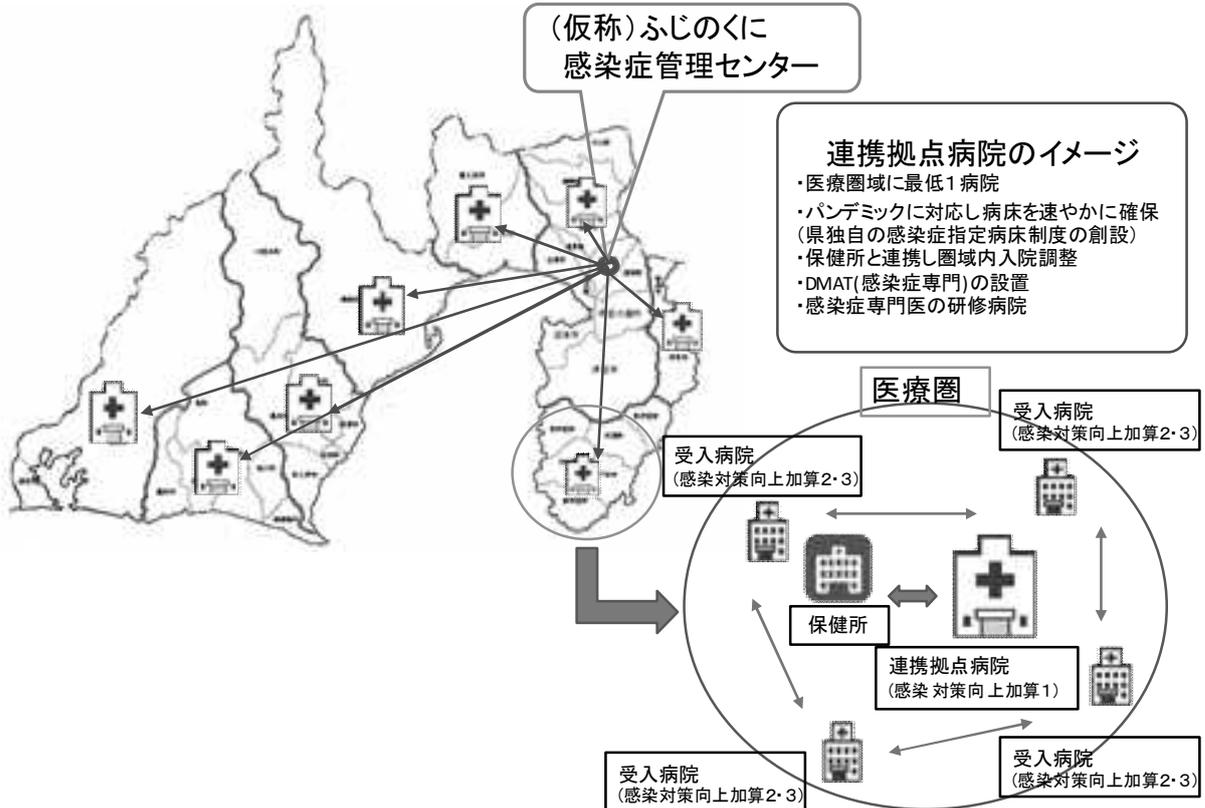
(2) 関連図表

(仮称) ふじのくに感染症管理センターの基本的な機能

平時から、様々な感染症に対する情報収集・情報分析機能を強化し、有事の際は、迅速に効果的な感染症対策を図る司令塔機能を発揮



感染症連携拠点病院とのネットワーク(案)



第3節 その他の感染症対策

【対策のポイント】

- 感染症発生の早期把握とまん延防止対策の迅速な実施
- 感染症に関する正しい知識と予防対策等の普及啓発

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
感染症患者届出数（二・三類）	532件 (2020年)	700件以下 (毎年)	感染症のまん延防止	県感染症対策課調査
感染症に関する情報提供、注意喚起（ブリーフィング等件数）	34件 (2019年度)	10件以上 (毎年度)	感染症に対する正しい知識の普及	県感染症対策課調査

（1）現状

- 「静岡県における感染症の予防のための施策の実施に関する計画」（1999年12月策定、2008年9月改正）に基づいて、感染症の発生の予防・まん延防止、平常時における感染症に係る医療提供体制の確保などに取り組んでいます。
- 一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等の感染症患者に係る医療について、感染症患者に対して良質かつ適切な医療を提供するため、第一種感染症指定医療機関を1か所、第二種感染症指定医療機関を全ての2次保健医療圏に指定・整備しています。（図表6-2）
- 2014年にはデング熱の諸外国における大流行を受け、蚊の継続的なウイルス保有調査を実施し、調査結果を広く周知しています。
- 2015年には県内でエボラ出血熱の疑似症患者が発生したこと受け、患者を移送する際に必要な、感染症患者隔離搬送用バッグ及び個人防護具等を県内保健所に整備し、2018年度には、感染症患者移送用車両を1台整備し、東部保健所に配置しています。
- 全国的にダニ媒介性感染症（日本紅斑熱、重症熱性血小板減少症候群(SFTS)）の患者数が増加傾向にあり、県内においても、重症熱性血小板減少症候群(SFTS)が2021年に初めて確認されるなど、ダニ媒介性感染症に感染する危険性が高まっているため、感染する可能性が高まる時期などに注意喚起を適宜行っています。（図表6-3）

図表 6 - 2 感染症指定医療機関

2次保健医療圏	管内人口	種別	基準病床数	指定医療機関	所在地	指定年月	指定病床数
賀茂	65,197	第二種	4	下田メディカルセンター	下田市	H24.5	4
熱海伊東	104,827	第二種	4	国際医療福祉大学熱海病院	熱海市	H17.7	4
駿東田方	654,623	第二種	6	裾野赤十字病院	裾野市	H11.4	6
富士	377,836	第二種	6	富士市立中央病院	富士市	H11.4	6
静岡	701,803	第一種	2	静岡市立静岡病院	静岡市	H20.10	2
		第二種	4			H11.4	4
志太榛原	460,970	第二種	6	島田市立総合医療センター	島田市	H11.4	6
中東遠	465,342	第二種	6	中東遠総合医療センター	掛川市	H25.5	4
				磐田市立総合病院	磐田市	H16.4	2
西部	856,347	第二種	10	国民健康保険佐久間病院	浜松市	H16.6	4
				浜松医療センター	浜松市	H11.4	6

(注) 人口は、2016年10月1日現在（静岡県経営管理部「静岡県年齢別人口推計」）

図表 6 - 3 県内のダニ媒介性感染症（日本紅斑熱、重症熱性血小板減少症候群(SFTS)）の患者数
(単位：人)

年次	日本紅斑熱		重症熱性血小板減少症候群(SFTS)	
	県内届出数	全国	県内届出数	全国
2017年	6 (2)	337	0	90
2018年	3	305	0	77
2019年	10 (1)	318	0	101
2020年	8	421	0	78
2021年	8 (1)	487	4	110

(注) () は、死亡患者数の再掲。

(2) 課題

- 一類感染症のエボラ出血熱や二類感染症の中東呼吸器症候群(MERS)等の海外からの輸入感染症に備えるほか、近年はダニ媒介性感染症(日本紅斑熱、重症熱性血小板減少症候群(SFTS))に感染する危険性が高まっているため、患者が発生した場合の早期把握と迅速なまん延防止に加えて、県民への正しい知識の普及が必要です。
- 抗菌薬などの抗微生物薬の不適切な使用により、細菌感染症に対して、本来効果のある抗微生物薬が効かなくなる又は効きにくくなる「薬剤耐性」(Antimicrobial Resistance: AMR)の問題が世界的に増加する一方、新たな抗微生物薬の開発は減少傾向にあり、国際社会でも大きな課題となっています。

(3) 対策

- 感染症の発生、流行情報の把握・分析・公表を迅速に行うとともに、患者発生時における迅速

な防疫措置及び感染症患者移送車による感染症指定医療機関への速やかな搬送、感染源調査などにより感染症のまん延防止を図ります。

○平常時から県民に対して感染症予防についての正しい知識の普及啓発を図ります。

○医療・獣医療等関係機関及び県民に対して、抗菌薬の適正使用に関する正しい知識の継続的な普及啓発を図ります。

第4節 認知症対策

【対策のポイント】

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

【数値目標に対する進捗状況】

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

(1) 現状と課題

ア 認知症の医療

- 認知症は、脳血管疾患、アルツハイマー病等に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度までに記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態を言います。
- 認知症の診断に最も用いられるもののひとつがアメリカ精神医学会のDSM-V¹です。各種の認知症疾患毎にその定義は異なりますが、共通する診断基準には以下の4項目があります。
 - ① 1つ以上の認知領域（複雑性注意、遂行機能、学習及び記憶、言語、知覚－運動、社会的認知）において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている。
 - (1) 本人、本人をよく知る情報提供者又は臨床家による有意な認知機能の低下があったという概念
 - (2) 標準化された神経心理学的検査によって、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって記録された実質的な認知行為の障害
 - ② 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する（すなわち、最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの、複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする）。
 - ③ その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない。
 - ④ その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない（例：うつ病、統合失調症）
- 認知症は様々な原因で発症します。最も多いのがアルツハイマー型認知症で、認知症全体の6～7割を占めます。次いで、脳出血や脳梗塞が原因で発症する脳血管性認知症で約2割を占め

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

ます。その他、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などがあります。

○認知症は、加齢、遺伝性のもの、高血圧、糖尿病、喫煙、頭部外傷、難聴等が危険因子であり、一方、運動、食事、余暇活動、社会参加、認知訓練、活発な精神活動等が防御因子とされています。

○65歳未満で発症する認知症を「若年性認知症」と言います。高齢期の認知症と症状等は同様ですが、年齢が若いほど進行が早いことに加え、男性に多く、初期症状が認知症特有の者でなく診断が難しいなどの特徴があります。また、働き盛りで発症することから、就労、日常生活への影響などの課題が生じ、高齢期の認知症とは異なる対応が必要とされます。

イ 本県の状況

(認知症高齢者の推計)

○認知症の出現率は、加齢に伴い増加し、75歳から79歳は10.9%、80歳から84歳は24.4%、85歳以上は55.5%と、誰もが認知症になり、認知症の人の介護者となる可能性があります²。

○国が2019年6月に策定した「認知症施策推進大綱」によると、2025年には高齢者の約5人に1人が認知症と推計されており、本県に当てはめると、認知症高齢者は、2025年には最大で約22.7万人になると推計されます。(図表6-4)

図表6-4 本県の認知症高齢者(軽度及び要介護認定未認定者を含む)の将来推計 (単位:千人)

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

(若年性認知症の人の推計)

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

(県内の医療機関における認知症診療の状況)

○2020年12月に県内の医療機関において認知症診療を受けた人(市町村国保被保険者、国保組合被保険者、後期高齢者医療保険被保険者)は約6.1万人であり、このうち入院が約0.5万人、外来が約5.6万人でした。また、男女の内訳は男性約2万人、女性約4.2万人となっています。若年性認知症は567人で、全体の1%となりました。(図表6-5)

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

図表 6-5 県内の医療機関における認知症診療の状況 (2020年12月分) (単位:人)

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

(認知症サポート医)

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

図表 6-6 認知症サポート医の状況 (2020年度末) (単位:人)

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

(認知症初期集中支援チーム)

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

図表 6-7 認知症初期集中支援チームの状況 (2020年度当初) (単位:チーム)

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

(認知症疾患医療センター)

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

関係者との連携、研修会の開催等の地域連携拠点機能を担っています。

- 本県では、2010年度から認知症疾患医療センターの指定に取り組み、2017年度に全ての保健福祉圏域に設置されました。今後は、認知症疾患医療センターを圏域の拠点とした医療と介護等の支援体制の構築が必要となります。(図表6-8)
- 認知症疾患医療センターが認知症サポート医リーダーと連携して、出張相談等により地域に出向き、認知症の早期発見、早期対応につなげる事業(認知症の人をみんなで支える地域づくり推進事業)を2018年度から実施しています。地域に出向いた相談事業については、認知症疾患医療センターの体制によって活動内容に差があります。
- 2018年度の初診までの待機日数別診療機関数は、14日未満が8か所、15日～1か月が4か所、1か月以上が3か所、相談件数は9,916件となっています。待機日数が長く、早期対応につながらない場合もあります。

図表6-8 県内の認知症疾患医療センターの状況(2020年7月1日現在)

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

(認知症地域支援推進員)

- 認知症地域支援推進員は、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医療や介護の専門職等で、認知症疾患医療センターなどの医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や、認知症の人や家族を支援する相談業務等を行います。全ての市町が、2018年4月から認知症地域支援推進員を配置しています。
- 認知症地域支援推進員は、市町行政や地域包括支援センターに兼務で配置される場合が多く、推進員としての活動に時間が取れない。本務の所属の理解や協力が得られにくい等の課題があり、活動のための環境整備が必要となっています。(図表6-9)

図表6-9 認知症地域支援推進員の状況(2020年度当初) (単位:人)

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

(認知症サポーター等)

- 2020年3月末現在、認知症に関する正しい知識と理解を持って、できる範囲で地域や職域で認知症の人や家族の手助けを行う認知症サポーターは361,977人養成されています。このうち、地域の生活関連企業・団体業務等に携わる企業・職域型の認知症サポーターは62,340人養成されています。
- 2020年3月末現在、認知症サポーター養成講座の講師役のキャラバン・メイトは、3,570人養成されています。
- 認知症サポーターの活動や活躍の場を拓げ、認知症の本人の意向に沿った活動ができるよう、2019年度から、県主催の認知症サポーター・チームオレンジ養成研修(ステップアップ講座)を実施しています。

ウ 医療提供体制等

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

(ア) 発症予防

- 2015年1月に発表された厚生労働省研究班報告によると、高齢者の糖尿病患者では合併症として、糖尿病でない人に比べ、アルツハイマー型や血管性認知症の発症リスクが2~4倍に上昇します。そのため、糖尿病予防の取組を推進する必要があります。
- 認知症は、神経変性疾患(アルツハイマー病、ピック病等)や脳血管障害(脳梗塞、脳出血等)の原因疾患を予防し、原因疾患にならないことが必要です。
- 糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防が、認知症予防に資する可能性が示唆されていることから、生活習慣病が認知症のリスク要因であることを周知するとともに、特定健診・特定保健指導の受診を促す必要があります。
- 地域において高齢者が身近に通える場である住民主体の通いの場は、2020年3月現在、県内に4,226か所に設置されており、2019年度の参加者数は95,512人で、高齢者人口に対する参加率は8.8%となっています。

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

(イ) 早期発見・早期対応

○認知症は、発症後しばらく放置されてしまうと治療による改善を望めないケースが多いことから、早期発見、早期対応が必要です。

○本人や家族が小さな異常を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにするとともに、かかりつけ医による日常診療やかかりつけ歯科医による口腔機能の管理、かかりつけ薬局における服薬指導等の中で、認知症の疑いがある人に早期に気づき適切に対応することができる体制を構築する必要があります。このため、かかりつけ医が、認知症サポート医や専門医等の支援を受けながら、認知症の早期発見や気づき、認知症に対する相談への対応等を適切に行うことができるよう認知症対応力の向上を図る必要があります。

○かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医が、全ての市町に配置され、体制は整備されつつありますが、認知症サポート医の役割が不明確であることや、医師の業務が多忙であることなどから、活動に地域差や個人差がみられるため、認知症サポート医のリーダー養成など認知症サポート医の活動しやすい環境づくりが必要となります。

○歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応できるよう、歯科医師及び薬剤師の認知症対応力の向上を図る必要があります。

○県歯科医師会は、2018年2月に県社会福祉士会と共同で「認知症虐待等チェックシート」を作成し、地域包括支援センターと連携して活用しています。

○一般病院の医療従事者、看護職員の研修は、2019年度から認知症本人による講話を取り入れ、各団体と協力し独自の内容で実施しています。

○認知症医療や介護サービスを受けていない一人暮らしの認知症高齢者や医療や介護のサービスを受けているものの行動・心理症状が顕著で対応に苦慮している認知症高齢者等に対しては、認知症初期集中支援チームが、地域包括支援センターが入手した情報等をもとに対象者を把握し、早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期対応を行う必要があります。このためには、市町が認知症初期集中支援チームの活動を推進するとともに、認知症初期集中支援チームの存在を様々な手段を用いて地域に周知する必要があります。

(ウ) 専門医療

○認知症の疑いのある場合は、かかりつけ医等が専門医、認知症サポート医等の支援も受けながら、必要に応じて認知症疾患医療センター等の専門医療機関に紹介し、速やかに鑑別診断が行われる必要があります。

○2次保健医療圏の認知症専門医療の拠点として、認知症疾患に関する鑑別診断、専門医療相談等を実施する認知症疾患医療センターが、全ての2次保健医療圏に設置されています。

○認知症疾患医療センターは、鑑別診断後、治療や入院の受入れ、対応可能な医療機関を確保する役割も担います。専門治療後、認知症疾患医療センターは、認知症の人の状況に応じた適切な対応が行われるよう、かかりつけ医や地域包括支援センター、介護支援専門員等との連絡・調整を行います。認知症疾患医療センターやかかりつけ医等が連携し、環境の変化、状態の変化等があっても、切れ目なく認知症治療を受けることのできる体制の整備が必要となります。

○病院において認知症の人の手術や処置等の適切な実施を確保するためには、病院勤務の看護職

員や医療従事者の認知症対応力の向上を図る必要があります。

- 認知症の行動・心理症状（B P S D）は認知症の進行により必ず生じるものではなく、周囲の不適切なケアや身体の不調や不快、ストレスや不安などの心理状態が原因となって現れる症状です。まずは早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じてB P S Dを予防するほか、B P S Dが見られた場合にも的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選択とするのが原則となります。
- 人生の最終段階にあっても本人の尊厳が尊重された医療・介護等が提供されることが必要です。

(エ) 地域支援

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

本人やボランティア等が集まる仕組みが必要です。

- 2020年4月現在の認知症家族会は19か所ありますが、家族会同士で連絡を取り合うことは少ない現状であるため、横のつながりを作っていく必要があります。
- 認知症が原因と疑われる行方不明者は、県内で208人（2019年）であり、年々増加傾向にあります。
- 行方不明になるおそれのある人の事前登録の推進と行方不明時の早期発見・保護に向けて、市町及び警察等の協力の下、「見守り・SOS体制の広域連携」の運用を2020年度から開始しています。
- ICTを活用した見守りシステムの導入は市町ごとに進んでおり、2020年度現在、GPSが12市町、QRコードが11市町、アプリが3市町となっていますが、手法ごとの効果検証が必要です。
- これまでに身元不明者を県ホームページに34人掲載し、2014年から2019年までに16人の身元が判明しましたが、引き続き、身元不明の人の情報を広く発信する必要があります。
- 認知症の人が周囲の理解や支援を求めるための手段としてヘルプマーク・ヘルプカードがありますが、ガイドラインを示して配布している市町は14市町にとどまっているため、全県的な普及が必要です。
- 認知症の人や家族を支える体制整備として、チームオレンジとピアサポート活動を一体的に推進しており、2019年度現在、10市町で先行的に実施していますが、認知症の人本人がチームの一員として参加している取組は少ない状況にあります。認知症の人や家族の生活面での早期支援を図るためには、多様な職域における認知症サポーターを養成し、チームオレンジを全県的に普及する必要があります。
- 若年性認知症相談窓口を2016年7月に設置し、若年性認知症支援コーディネーターを配置しており、2019年度の相談件数は162件です。
- 若年性認知症の人の居場所（仕事の間）づくり（2017年度、2018年度）やジョブサポート支援事業を実施しており（2019年度、2020年度）、5事業所において社会参加や就労を行う介護サービス事業を行っていますが、若年性認知症の人へのサービスが不足しており、就労継続や仕事の場の提供に向けた企業の理解促進が必要です。
- 若年性認知症支援コーディネーターを8人設置（東中西の地区分担制）し、若年性認知症企業出前講座の開催、本人ミーティングや認知症家族会の会合に出席していますが、ハローワークや認知症疾患医療センター、広域的な企業等も含め、ネットワークづくりが必要です。
- 75歳以上の高齢運転対策を強化した改正道路交通法が2017年3月に施行されて以降、県では、2020年までに約308,000人が認知機能検査を受検し、そのうち、約7,100人が認知症のおそれがあると判定され、約3,800人が運転免許証を自主返納しています。
- 改正道路交通法に対応して、県警察本部、県医師会と連携して、本県独自の認知症診断の流れを策定するなど、運転免許証を返納しやすい環境づくりを進めているほか、認知症等を理由に運転免許証を返納した場合、必要に応じて警察から地域包括支援センターへ連絡する取組を行っています。
- 住民主体の移動支援として、2019年度に3市でモデル事業を実施しましたが、住民ニーズに応じた移動支援対策を実施している市町は9市町のみであり、ニーズはあるが未対応は14市町であり、ニーズの把握未実施は12市町となっています。住民主体の移動サービスの立ち上げ

や継続を支援するための相談窓口の設置やアドバイザー派遣を実施しています。

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

(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	認知症サポート医養成研修の受講者数	334人 (2019年度)	400人 (2023年度)	大綱目標値(2025年度に1.6万人)の全国比(医師数)算出数の1割増	県健康増進課調査
	かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	986人 (2019年度)	1,769人 (2023年度)	大綱目標値(2025年度に9万人)の全国比(医師数)	県健康増進課調査
	認知症サポーター養成数	累計361,977人 (2019年度まで)	累計440,000人 (2023年度まで)	2025年度までに50万人、2040年度までに100万人	県健康増進課調査
新規	認知症の対応について不安に感じている介護者の割合	36.8% (2019年度)	33% (2023年度)	現状値から1割改善	静岡県の高齢者の生活と意識
	「通いの場」設置数	4,226か所 (2019年度)	5,500か所 (2023年度)	国目標(2025年度に8%)の参加率の1.5倍(12%)の箇所数	県健康増進課調査
	「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数	20市町 (2019年度)	全市町 (2023年度)	全ての市町で関与	県健康増進課調査
	認知症サポート医リーダー数	130人 (2019年度)	165人 (2023年度)	地域包括支援センター1か所に1人	県健康増進課調査
	初期集中支援チームの活動において、医療・介護サービスにつながった人の割合	78.6% (2019年度)	80%以上 (毎年度)	現状値を継続して維持	認知症総合支援事業等実施状況調べ

イ 施策の方向性

(ア) 認知症を正しく知る社会の実現（知る）

(認知症に関する理解促進)

- 市町における企業・職域型の認知症サポーターの養成を促進するため、企業や職域への普及啓発を行うとともに、キャラバン・メイトを計画的に養成します。
- 認知症サポーターの活動や活躍の場を拓げるため、引き続き、認知症サポーター・チームオレンジ養成研修を実施するとともに、その活動を周知していきます。
- 県民の認知症に対する理解促進を図るため、地域住民、医療や介護等の関係者、企業、団体等が一体となった普及啓発を行います。

(相談先の充実周知)

- 認知症に関する相談窓口（地域包括支援センターや認知症疾患医療センター、認知症家族会や当事者団体等）の認知度が高まるよう相談窓口の周知を行うとともに、住民の認知度を確認します。また、診断直後から相談窓口につながるよう支援します。
- 市町が作成する認知症ケアパス（認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れをまとめたもの）の改善を支援し、活用を促進します。

(認知症の人本人からの発信支援)

- 認知症本人大使やピアサポーター等、より多くの本人と協力し、市町や地域の活動を支援します。
- 認知症の人本人の声を聞いて施策に反映している好事例を紹介し、市町への普及展開を図ります。

(イ) 認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）

(認知症予防に資する可能性のある活動の推進)

- 市町等で実施する通いの場等の取組の情報を収集し、生活習慣病の予防や専門職の関与の観点から実施している効果的な事例等の共有化を図ります。
- 高齢期になる以前からの生活習慣病予防の重要性について、県民への周知を図ります。
- 市町の介護予防事業に協力可能な歯科衛生士や管理栄養士を育成します。
- 介護予防活動への専門職（歯科衛生士・管理栄養士）の関与強化を支援し、口腔ケアや低栄養の改善を推進します。
- 各市町における認知症予防に資する可能性のある各種活動の好事例を収集し、普及を図ります。

(予防に関する国の研究成果や事例の普及)

- 国の研究成果や認知症予防に関する取組の情報を収集し、効果的な事例等の共有化を図ります。
- 市町等で実施する認知症予防に関する取組を把握し、好事例を国へ報告します。

(ウ) 地域で支え合いつながる社会の実現（支え合う）

(早期発見・早期対応)

- 市町が認知症施策の全体像と、各機関や職種がどのような場面でどのような役割を期待されているかを明確にできるよう支援します。
- 認知症疾患医療センターの運営を支援し、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ります。

(医療体制の整備)

- かかりつけ医療機関等における早期発見・早期対応を促進するため、地域の関係機関との連携強化のための取組を支援します。
- 認知症対応力向上研修の受講者の拡大を図るとともに、研修で本人と接する機会を増やすなど研修内容を工夫します。
- 認知症に係る多職種連携を強化するため、認知症サポート医の養成を進めるとともに、認知症サポート医のリーダーを養成します。また、認知症サポート医リーダー連絡会を開催し、研修会等の企画立案や地域の実態に即した連携づくり等により認知症サポート医の活動を支援します。
- BPSDへの対応において、非薬物的介入を第一選択とし、薬物療法を行う際には、高齢者の特性等を考慮した投薬がされるよう「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン（第2版）」を引き続き普及します。
- 法律で身体拘束に関する規定のない医療現場等においても、行動の制限や身体拘束に対して、個人の尊厳を尊重し、人権に配慮した対応が取られるよう働き掛けを行います。
- 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を医療・介護従事者への研修において活用し、多職種協働による本人の意思決定支援の取組を推進します。

(介護者の負担軽減の推進)

- 認知症高齢者グループホームを地域の認知症ケアの拠点にするための支援等を検討していきます。
- 認知症介護指導者が、地域の中で、認知症の人や医療関係者と連携した取組を推進します。
- 地域包括支援センターなど介護家族からの相談窓口において、介護休業制度のリーフレット等を配布し、周知します。
- 認知症カフェの活用方法の好事例について、ホームページ等を通じて広く情報提供を行います。
- 認知症家族会同士、横のつながりが取れるよう働き掛けます。

(地域支援体制の強化)

- 地域支援体制の構築を担う地域包括支援センターや認知症地域支援推進員等を対象に、好事例の共有化を図ります。
- 2020年4月から運用を開始した「見守り・SOS体制の広域連携」について、市町や警察署をはじめ、関係機関の更なる連携強化に努めます。
- 身元不明の人の情報を広く発信するため、アルツハイマーデーや月間等の中で、ホームページ等を活用した広報を行います。
- ヘルプマーク・ヘルプカードの周知と必要な人が手に入れられるよう窓口での周知を行います。
- 認知症サポーターの活動や活躍の場を拓げるため、「チームオレンジ」を先行して実施している市町の事例や認知症の人本人がチームの一員として参加している事例を紹介し、市町の取組を支援します。

(若年性認知症の人への支援)

- 若年性認知症の人と家族が必要な支援につながるように、「静岡県若年性認知症相談窓口」の更なる周知を図るとともに、訪問支援を強化します。
- 若年性認知症の人の就労継続を支援するため、若年性認知症支援コーディネーターと連携して、企業・団体等への働き掛けを行います。
- 若年性認知症の人の就労や社会参加を促進するため、協力可能な企業とともに、デイサービスにおける就労メニューの普及を行います。

(エ) 誰もが障壁なく暮らす地域づくり(暮らす)

(バリアフリーのまちづくりの推進)

- 運転免許を持っていない方や、運転することを望まなかったりする高齢者等が生活に必要な移動ができる環境の整備を行います。
- 市町における住民ニーズに応じた移動支援の実施を支援します。
- 住民主体の移動支援として、2019年度に実施したモデル事業3市の取組状況等をまとめた普及事例集を活用し、移動サービスの普及を図ります。

(企業等における認知症に関する取組推進)

- 市町等が実施するチームオレンジへの企業の参加を促進します。
- チームオレンジ等の取組を通じて地域の店舗の認知症対応力向上を図ります。
- 認知症になっても小売店や飲食店などを利用しやすい環境を整備するため、認知症の人や家族の意見を民間事業者等に届ける取組を実施します。

(社会参加支援)

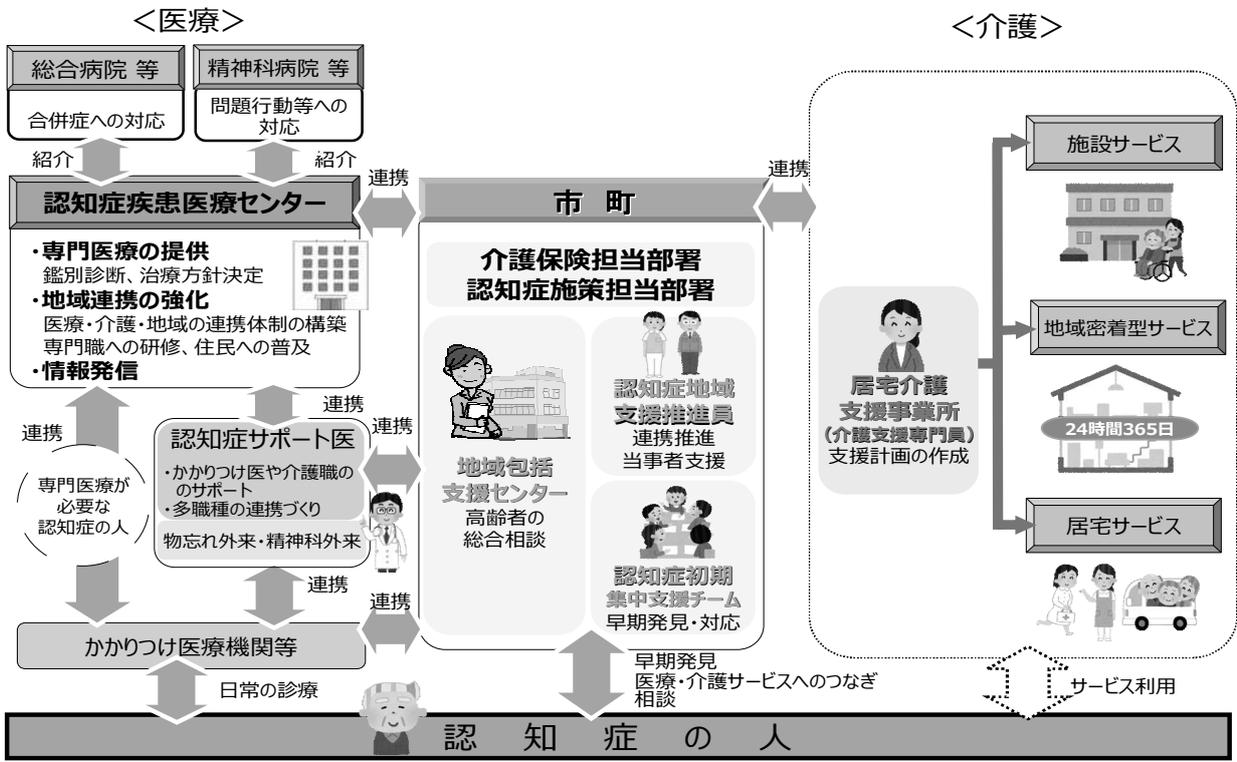
○地域において「生きがい」を持った生活や認知症予防等の介護予防に資するよう、社会参加活動や社会貢献の場づくりを促進します。

(3) 認知症の医療体制に求められる医療機能

	早期発見・早期対応	専門医療	地域支援
ポイント	○かかりつけ医による認知症の発見 ○関係機関との適切な連携	○鑑別診断、急性精神症状(BPSD等)、 身体合併症への対応	○認知症疾患医療センターと認知症 サポート医リーダーが中心となり、地域 における支援体制の構築 ○多職種によるネットワーク構築
機能の説明	・「かかりつけ医認知症対応力向上研 修」の実施 ・認知症サポート医からの助言 ・かかりつけ医と認知症サポート医、地 域包括支援センター、介護支援専門員、 介護サービス事業者との連携	・かかりつけ医、認知症サポート医、 認知症疾患医療センターとの連携 ・認知症疾患医療センターと一般病院、 精神科病院との連携	・医療、介護・福祉に従事する人の質の向 上を図り、医療と介護・福祉をはじめとす る多職種の連携 ・医療機関や介護サービス及び地域の支 援機関をつなぐコーディネーターとしての 役割を担う認知症地域支援推進員による、 認知症の人やその家族への支援

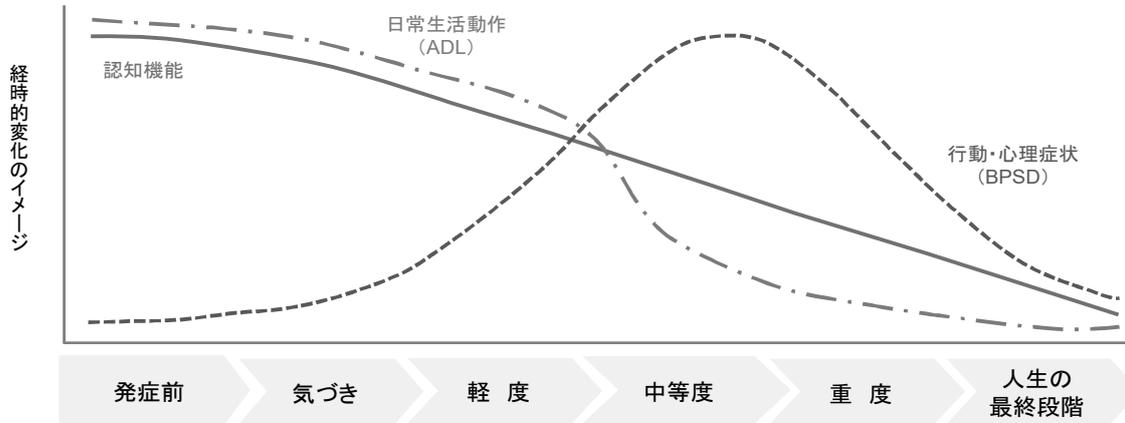
(4) 認知症の医療体制図

認知症に係る医療・介護サービスの提供体制



(5) 関連図表

認知症の状態像の変化 (アルツハイマー型)

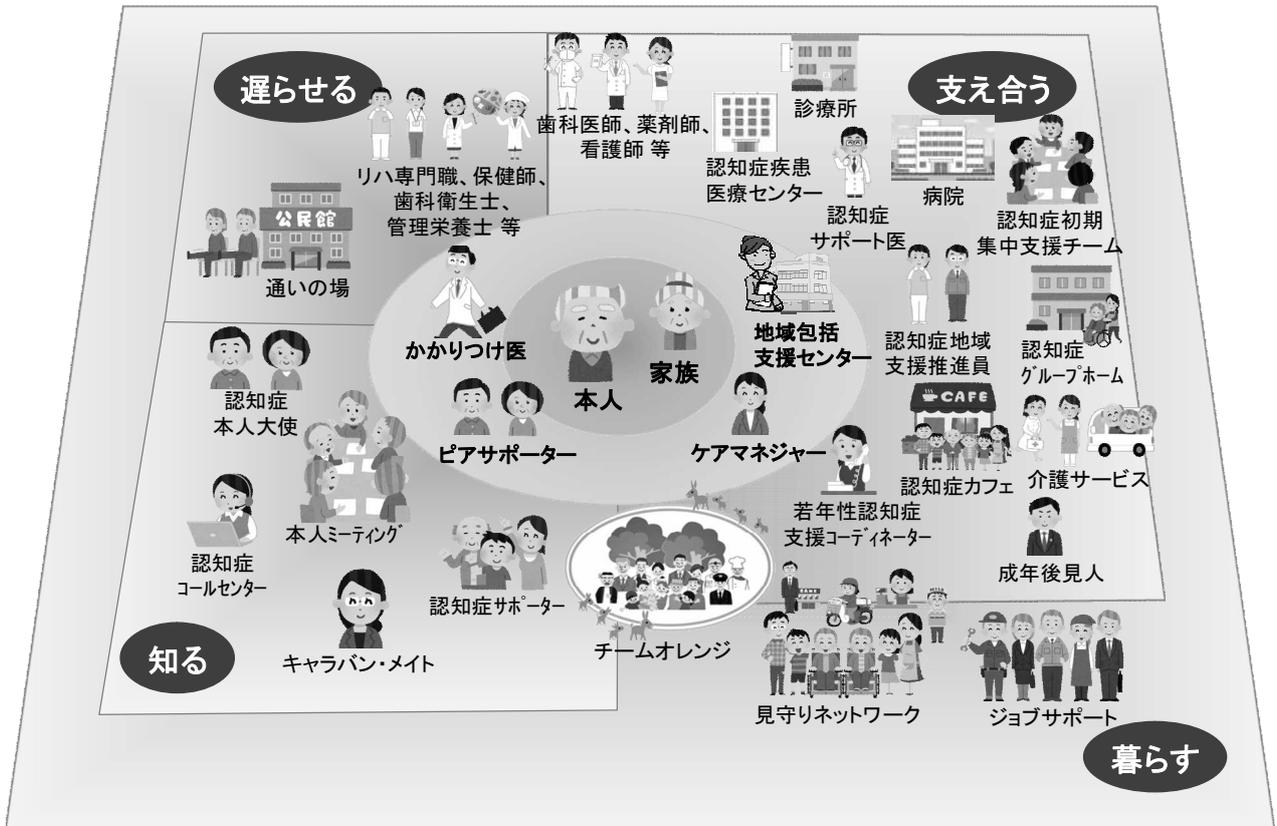


認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	II	III	IV	—
症状	認知機能障害は見られない	少し気になる様子はあるが、日常生活はほぼ自立	日常生活で見守りなどが必要	日常生活で介助が必要	日常生活で常時介護が必要	ほぼ寝たきりの状態
支援目標	一次予防(生活習慣病の予防、栄養・運動・社会参加の促進、口腔ケア)	早期発見・早期対応 確定診断	本人支援・家族支援 安否確認・見守り 権利擁護 重症化予防	介護保険サービス 地域ネットワーク 重症化予防		在宅医療・介護施設 看取り

各職種の役割

発症前	気づき	軽度	中等度	重度	人生の最終段階
予防	早期発見・早期対応	重度化予防			看取り
本人支援					
家族支援					
認知症サポーター					
キャラバン・メイト					
認知症地域支援推進員					
リハ専門職、保健師、歯科衛生士、管理栄養士					
かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師					
認知症サポート医					
ピアサポーター					
若年性認知症支援コーディネーター					
ケアマネジャー					
介護従事者					
成年後見人					

認知症施策の全体像



第5節 地域リハビリテーション

【対策のポイント】

- 地域リハビリテーションに関わる多職種による全体像の共有と住民への周知
- 地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成と活動しやすい環境整備
- 予防期から急性期、回復期、生活期まで、切れ目のないリハビリテーション体制の構築

(1) 現状と課題

ア 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

(ア) 全体像

(連携)

- 静岡県の要介護（支援）認定者数は、2010年3月の128,443人から2020年3月には178,620人となっており、10年間で50,000人の増加、1.39倍の伸び率となっています。
- 2019年度の国民生活基礎調査によると、要介護（支援）認定を受ける理由として、要介護者では、認知症、脳血管疾患、骨折・転倒の順で多くなっており、要支援では、関節疾患、高齢による衰弱、骨折・転倒の順となっていることから、介護予防の取組や重度化防止の観点からのリハビリテーションが必要になります。
- 地域リハビリテーションに関わるそれぞれの職種で、その全体像をどのように共有するかが課題となっています。
- 予防を含む地域リハビリテーションの理念や必要性について、県民をはじめ多職種・多機関の理解を深める必要があります。
- かかりつけ医やかかりつけ歯科医、地域リハビリテーション推進員、ケアマネジャー、地域リハビリテーションサポート医、市町職員、地域包括支援センター職員、地域リハビリテーション広域支援センター職員は、予防期、急性期、回復期、生活期の全ての段階で多職種と連携し、切れ目なく本人と関わっていくことが必要です。
- 2020年5月現在、かかりつけ医の相談役や地域づくりへの協力を行う地域リハビリテーションサポート医は18市町で、市町が実施する介護予防にリハビリテーションの視点から助言する地域リハビリテーション推進員は30市町で、それぞれ活動していますが、地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成が進んでいない地域があることから、周辺地域も含め、広域的な支援が必要です。
- 地域リハビリテーションサポート医・推進員の役割を浸透させ、地域包括支援センターとの連携を強化する必要があります。

(地域リハビリテーション広域支援センター)

- 県内に8か所ある地域リハビリテーション広域支援センターについて、地域ケア会議（個別会議）や住民主体の通いの場などへ、リハビリテーション専門職を効果的に派遣するため、地域リハビリテーション広域支援センターの役割や体制を見直す必要があります。

(イ) 専門職の育成

- 静岡県が目指す地域リハビリテーションの提供のためには、地域リハビリテーションサポート

医・推進員を中心に、リハビリテーション専門職、医師、看護師、ケアマネジャー、介護職員、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士等様々な職種の関わりが必要となるため、各職能団体と連携して、体制を整備する必要があります。

- かかりつけ医が、患者のリハビリテーションの必要性を判断し、地域包括支援センターと協力して、訪問・通所リハビリテーションの利用や介護予防・フレイル予防に関する助言・指導をする必要があります。
- 2020年5月現在、かかりつけ医の相談役や地域づくりへの協力をを行う地域リハビリテーションサポート医は18市町で、市町が実施する介護予防にリハビリテーションの視点から助言する地域リハビリテーション推進員は30市町で、それぞれ活動していますが、地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成が進んでいない地域があることから、周辺地域も含め、広域的な支援が必要です（再掲）。
- 市町における地域リハビリテーションサポート医・推進員の役割や活動内容を明確にしていく必要があります。
- 地域リハビリテーションサポート医が、取り組むべき具体的な活動内容をより一層の理解していくことが必要です。
- 通いの場や市町が実施する地域ケア会議など、介護予防事業に対するリハビリテーション専門職の派遣は全ての市町で実施されており、2019年度の派遣件数は2,374件となっています。
- 2019年度では地域ケア会議（個別会議）にリハビリテーション専門職が関与している市町が29市町あります。
- 地域リハビリテーション推進員が、地域で活動しやすい環境づくりのために、所属機関の理解が必要です。
- 言語聴覚士の数は少なく、不足している地域もあり、地域ごとの活動に差があることから、摂食・嚥下障害のある人に対して、その機能の維持向上を図るための十分なサービスが提供できていません。
- 2019年度には、通いの場に歯科衛生士や管理栄養士が関与している市町が、20市町あります。
- 全ての専門職が予防や自立支援の視点を持つよう、意識改革を促す必要があります。

(ウ) 住民への普及啓発

- 地域の関係者や住民に、医療・介護サービスに加え、地域の助け合いやボランティアなどによるインフォーマルサービスといった地域リハビリテーションの資源を更に周知していく必要があります。
- 地域リハビリテーションの理念や必要性について、住民の理解を深める必要があります。
- 県民へのオーラルフレイル（口腔機能の軽微な低下）予防や低栄養、水分不足、運動不足の解消などについての普及啓発が必要です。

イ 各段階における地域リハビリテーションの充実

(ア) 予防期（健康づくり、介護予防・重度化防止）

- 予防の必要性を住民が認識し、住民主体の通いの場（以下、「通いの場」）等への積極的な参加など、自発的な活動が必要です。
- 高齢者が自ら運営に参加し、体操や趣味活動などを行う通いの場は、2019年度、県内に4,226

か所設置されており、参加者数は 95,512 人で、高齢者人口に対する参加率は 8.8%となっています。

- 通いの場の設置数と参加率については地域差が大きく、通いの場に参加するメリットを住民に理解してもらうなど、参加を促進する取組が必要です。
- 住民主体の介護予防活動を推進するためには、介護予防リーダーなどの担い手不足が課題となっているため、自治会や民生委員・児童委員、社会福祉協議会等が協力してボランティアを育成することにより、担い手の確保を図っていく必要があります。
- 併せて、通いの場等の創出には、行政や生活支援コーディネーター、地域包括支援センターとの連携が必要です。
- また、通いの場等で効率的、効果的に介護予防を推進するためにリハビリテーション専門職等の関与を促進してきましたが、2020 年度に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施¹」が施行されたことから、通いの場等への多様な医療専門職の関与が求められています。
- 市町における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組を支援するため、通いの場への地域リハビリテーションサポート医・推進員、リハビリテーション専門職、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種関与を更に促進する必要があります。
- 併せて市町の保健師による健康指導や、看護師による生活指導・健康相談を、通いの場や介護予防教室で行うなど、保健師・看護師とその他の専門職と連携した取組が必要です。
- 加えて、かかりつけ医が患者の介護予防の視点を持ち、継続的に重度化を防ぐ必要があります。
- 新型コロナウイルス感染症の流行下においても、活動を継続するためには、通いの場や一般介護予防事業の開催方法を工夫することが必要です。
- 予防期では、住民主体の介護予防活動を推進するだけでなく、事業対象者など要介護状態になるリスクが高い高齢者に対し、自立支援の視点を入れたケアマネジメントを行い、心身の状態を把握しながら適時・適切に医療機関への受診や総合事業の多様なサービスの利用などを促し、介護が必要になる状態になることを予防する取組も必要です。
- 生涯を通じて歯と口の機能を維持していくため、80 歳で 20 本の自分の歯を保つ、「8020（ハチマルニイマル）運動」に取り組んでいます。
- 将来の全世代における介護予防を含めた健康につなげるためには、子ども世代からの健康増進と疾病予防に取り組む生涯を通じた健康づくりが必要です。
- 静岡県は、脳血管疾患を除き、多くの疾患で、全国に比べて死亡率は低い状況ですが、高齢化等により、がんの死亡者が増加しています。
- たばこ対策を含めた生活習慣病の発生予防、早期発見、重症化予防等の対策を進める必要があります。

(イ) 急性期

- 急性期においては、術後すぐにリハビリテーションを行う取組が進んでおり、早期に退院を促し入院日数が短縮される傾向を踏まえ、退院支援が必要となっています。

¹ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施：高齢者の効果的な健康づくりに向けた切れ目のない支援を行う体制の整備。高齢者の健康課題解決や生活機能の改善については、医療保険制度（国民健康保険、後期高齢者医療制度等）に基づく保健事業と、介護保険制度に基づく介護予防事業が、それぞれの制度及び年齢によって実施され事業の連携が取れていないこと等が課題となっている。

- 急性期、回復期において、入院時から、退院後の生活を見据えた医療関係者と介護関係者、リハビリテーション専門職との円滑な情報共有が必要です。
- また、そのためには、退院支援のルールづくりや、多職種による入退院時の連携体制の整備が必要です。
- 入院患者の合併症の予防・軽減のため、早期の歯科的介入や、術前からの口腔ケアを実施する必要があります。

(ウ) 回復期

- 回復期のリハビリテーションはそれぞれの医療機関や介護老人保健施設、介護医療院で行われていますが、回復期全体を通じた質の向上が必要です。
- 入院患者が日常生活に復帰するには、退院直後からのリハビリテーションの継続が必要となりますので、退院時に円滑な在宅復帰のための必要な情報を回復期病院医師からかかりつけ医、回復期病院リハビリテーション専門職から在宅生活を支えるリハビリテーション専門職、介護事業所職員など、関係者で共有をする必要があります。
- このため、退院前カンファレンス（会議）に退院後の生活を支えるケアマネジャーや、かかりつけ医、訪問看護師等の参加が必要です。
- 食べたり飲み込んだりすることが難しくなった場合には、機能を回復し、維持できるよう、口腔機能管理や摂食嚥下リハビリテーションが必要です。

(エ) 生活期（日常生活への復帰）

(退院後のリハビリテーションの継続)

- 3～6か月で運動器の機能向上等を行う介護予防・日常生活支援事業の短期集中サービス（C型）を実施している市町は、2020年4月時点で24市町となっています。
- 訪問リハビリテーション事業所が近くになく、退院後などもリハビリテーションが受けられないことがあります。
- 必要な時期に必要な量のリハビリテーションを提供する必要があります。また、必要なリハビリテーションが提供されていない高齢者を確認していくことも必要です。
- 要介護認定の結果が出るまでに時間がかかり、退院後にリハビリテーションを開始するまでに機能が低下してしまうことがあります。
- ケアプランにリハビリテーションが入っておらず、退院後などでリハビリテーションが継続できていないことがあります。
- 生活期における効果的なリハビリテーションの継続のためには、リハビリテーションの視点を踏まえたケアプランを作成する必要があり、そのためにはかかりつけ医とケアマネジャーの日常的な情報共有や連携が必要です。

(生活・身体機能維持)

- 日常生活の動作の中にリハビリテーションを取り入れる必要があります。また、本人にも、自分自身で体を管理しメンテナンスを行う、セルフコンディショニングの視点が必要です。
- 日常生活の不便をサービスで補う意識が住民にも専門職にも根強くありますが、サービスによって利用者の有する能力を維持・向上していくよう、自立した生活を目指していくことが必要です。
- 心身機能が低下した人の重度化を防ぐことも必要です。

○寝たきりの場合など、歯科診療所を受診することが困難な高齢者では、口腔環境が悪化し、歯周病等、口腔領域の感染症が増えています。

(予防期への移行)

- 生活期のリハビリテーションで生活機能の維持・改善が図られた人は予防期に移行していく必要があります。
- 市町全域の地域ケア会議（推進会議）を実施している市町数は、2019年度時点で31市町となっています。
- 市町や地域包括支援センターが、多職種で高齢者への適切な支援や必要な支援体制について検討する地域ケア会議（個別会議）を、自立支援、介護予防・重度化防止の視点を重視した自立支援型の地域ケア会議（個別会議）へと更に充実させていく必要があります。
- ケアマネジャーが介護予防・日常生活支援総合事業やインフォーマルサービスをケアプランに入れるようにすることが必要です。
- 退院後、後遺症が残っていても仕事の内容によっては働けるにも関わらず、引きこもるケースがあります。離職者向けや障害のある人に対する職業訓練につなげ、再就職を促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
新規	地域リハビリテーションサポート医養成者数	69人 (2019年度)	165人 (2023年度)	地域包括支援センター1か所に1人	県健康増進課調査
	「通いの場」設置数	4,226か所 (2019年度)	5,500か所 (2023年度)	国目標(2025年度に8%)の参加率の1.5倍(12%)の箇所数	県健康増進課調査
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組む市町数	5市町 (2020年度)	全市町 (2023年度)	全ての市町での取組実施	県健康増進課調査
	「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数	20市町 (2019年度)	全市町 (2023年度)	全ての市町で関与	県健康増進課調査

イ 施策の方向性

(ア) 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

(全体像)

【連携】

- 関係団体と協力し地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成に努め、各地域における地域リハビリテーション提供体制の整備を進めます。
- 各地域における地域リハビリテーションサポート医・推進員の役割の理解促進に取り組みます。

【地域リハビリテーション広域支援センター】

- 地域リハビリテーション広域支援センターの取組を評価し、積極的に活動を実施する地域リハビリテーション広域支援センターをバックアップするとともに、必要に応じ再指定を視野に入れて、県内全ての体制づくりを進めます。
- 圏域の実情を踏まえ、地域リハビリテーション広域支援センター等が、市町等と協議し、圏域内のリハビリテーション専門職の派遣調整を実施する仕組みを整備します。

（専門職の育成）

- かかりつけ医の地域リハビリテーションに関する意識の向上や理解促進を図ります。
- かかりつけ医が必要な患者を適切に医療・介護サービスにつなげるよう、資質向上を図ります。
- かかりつけ医が、地域における連携づくりに協力する地域リハビリテーションサポート医に自ら進んでなろうとする仕組みづくりに取り組みます。
- 関係団体と協力し地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成に努め、各地域における地域リハビリテーション提供体制の整備を進めます（再掲）。
- 地域リハビリテーションへの医師の関与の必要性について、市町の理解を深める取組を進めます。
- リハビリテーション専門職の派遣に協力できる機関を新たに地域リハビリテーション協力機関として指定し、地域リハビリテーション推進員が活動しやすい環境を整備します。
- 言語聴覚士が、摂食・嚥下障害のある人に対して、その機能の維持向上を図るため、嚥下訓練や必要な検査及び助言・指導を行う体制を整備します。
- 市町における地域ケア会議（個別会議）の開催を促進し、会議を通じてケアマネジャーのケアマネジメント能力の向上やアドバイスをする多職種のスキルアップを図ります。

（住民への普及啓発）

- 地域リハビリテーションに関わる多職種がその全体像を共有する取組を進め、地域の関係者や住民に地域資源を周知する取組を支援します。
- オーラルフレイルや低栄養など、高齢者が日常生活を送る上で注意すべきことについて、県民の理解促進を図ります。

（イ）各段階における地域リハビリテーションの充実

（予防期（健康づくり、介護予防・重度化防止））

- 介護ボランティアの育成や地域包括支援センター職員による担い手養成・組織化を図り、担い手の確保を促進します。
- 通いの場等への専門職の関与促進や地域リハビリテーションサポート医・推進員による住民への啓発活動を支援します。
- 市町の介護予防事業に協力可能な歯科衛生士、管理栄養士を養成するとともに、リハビリテーション専門職や歯科衛生士、管理栄養士を市町事業へ派遣する仕組みづくりを行います。
- リハビリテーション専門職の派遣に協力できる機関を新たに地域リハビリテーション協力機関として指定し、地域リハビリテーション推進員が活動しやすい環境を整備します（再掲）。
- 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」における市町の実施状況を把握し、好事例の共有化を図ります。
- かかりつけ医をはじめとする医療専門職の通いの場等への関与や健診、診療時におけるスクリ

ーニングなど「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を行う市町を支援します。

- 新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、市町がオンライン等で実施する通いの場や一般介護予防事業の取組を支援します。
- 地域ケア会議（推進会議）への生活支援コーディネーターの出席を促進するなど、地域課題の把握と資源開発を連携して実施する取組を促進します。
- 市町における自立支援、介護予防・重度化防止の視点を重視した自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の開催を促進し、多職種でのケアプランの改善を図るとともに、研修等により専門職のスキルアップを図ります。
- 歯や口の健康づくりへの関心を深め、自主的な努力を促すため、8020 推進員の養成などにより、8020 運動を推進します。
- 地域によって異なる健康課題や生活状況に応じて、健康課題の分析や健康づくり従事者の人材育成を行い、広域的に市町を支援します。
- 健康づくりや健診の重要性のほか、ロコモティブシンドロームやオーラルフレイル、低栄養など高齢者に生じやすい疾患や健康上の問題について、県民の理解促進を図ります。

（急性期）

- 入院から退院、その後の在宅復帰と介護サービス利用まで、市町や病院等が中心となって、地域リハビリテーションサポート医・推進員をはじめ、医療関係者と介護関係者が連携し、入退院を通じて切れ目なくリハビリテーションを提供できる連携体制の整備や退院支援のルールづくり、地域住民への普及を促進します。
- 病院でできたことが自宅へ帰るとできなくなるケースが多くあり、入院時から退院後の生活を見据えた医療関係者と介護関係者の連携が必要なことから、入院時、急性期、回復期を通じて、リハビリテーション専門職を含め関係者が必要な情報を共有できるように、ICT等も活用した仕組みづくりを進めます。
- 入院中の口腔ケアや口腔機能の向上に向けた体制を整備するため、歯科のない地域医療支援病院と地域の歯科医師による連携体制の構築を進めます。

（回復期）

- それぞれの医療機関や介護老人保健施設、介護医療院において質の高い回復期リハビリテーションが行われるよう、情報提供や好事例の横展開を進めます。
- 各地域で地域リハビリテーションサポート医・推進員をはじめ、病院関係者と在宅医療・介護・福祉関係者が連携した在宅復帰支援体制の整備を図ります。
- 病院でできたことが自宅へ帰るとできなくなるケースが多くあり、入院時から退院後の生活を見据えた医療関係者と介護関係者の連携が必要なことから、入院時、急性期、回復期を通じて、リハビリテーション専門職を含め関係者が必要な情報を共有できるように、ICT等も活用した仕組みづくりを進めます（再掲）。
- 口腔機能の回復に必要な口腔機能管理や摂食嚥下リハビリテーションを実施できる歯科医師を養成します。

(生活期（日常生活への復帰）)

【退院後のリハビリテーションの継続】

- 市町の適切なサービス見込みによる需要予測を支援し、介護老人保健施設やみなし指定事業所の事業への参入を図ります。
- 退院後の高齢者が早期に日常生活への復帰を果たすため、介護予防・日常生活支援総合事業の短期集中サービス（C型）の提供する体制整備を支援します。
- 状態に応じた、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、訪問看護ステーションのリハビリテーションの使い分けや連携を促進します。
- 退院直後からリハビリテーションが利用できるよう、市町ごとの仕組みづくりを支援します。
- 各地域で地域リハビリテーションサポート医・推進員をはじめ、病院関係者と在宅医療・介護・福祉関係者が連携した在宅復帰支援体制の整備を図ります（再掲）。
- ケアマネジャーやかかりつけ医に加え、本人や家族に対してリハビリテーションの重要性の理解促進を図ります。

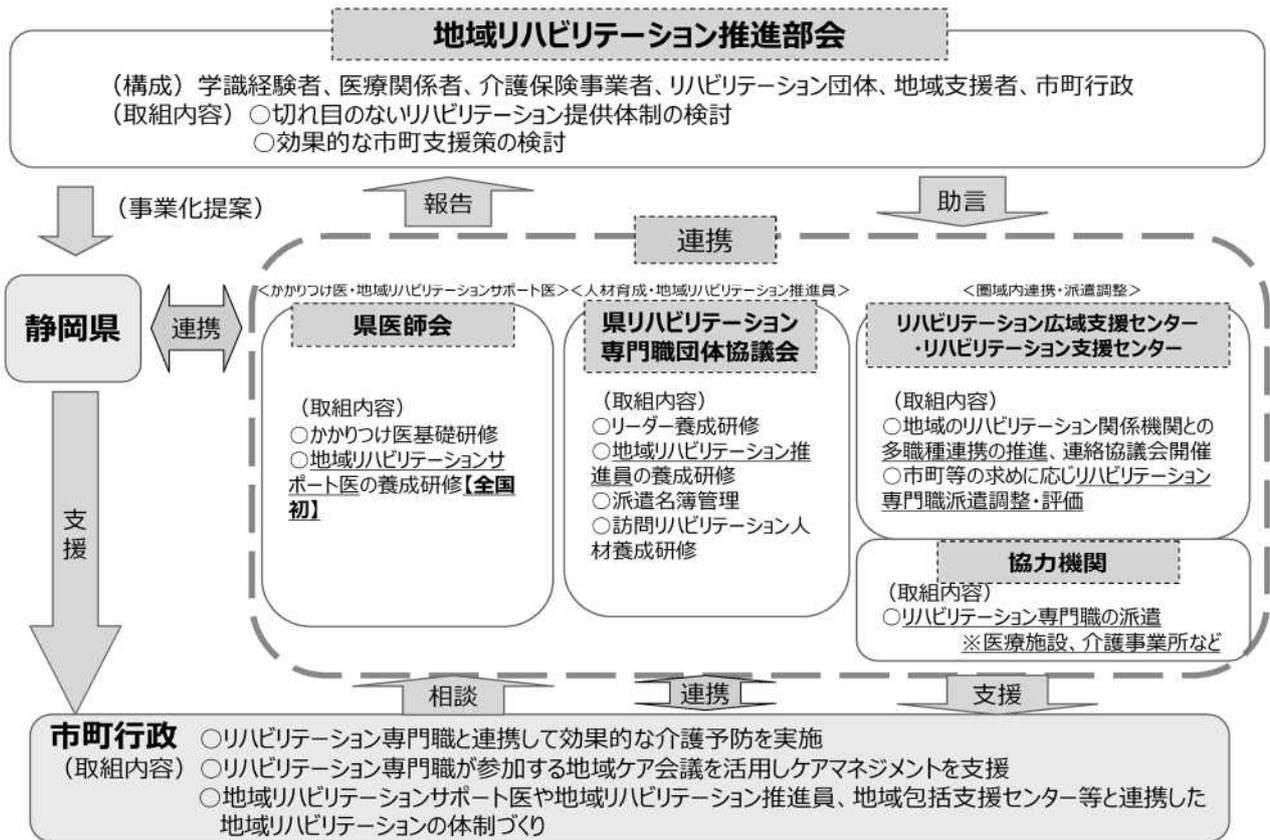
【生活・身体機能維持】

- 訪問介護員（ホームヘルパー）とリハビリテーション専門職が連携して利用者を訪問できる体制の強化を図ります。
- ケアマネジャーに対して、リハビリテーション専門職と他の職種との連携の重要性について理解を促進します。
- 県民に対して、本人のできることを大切にし、できることを増やしていき、自立していく意識の啓発を促進します。
- かかりつけ医が必要に応じて患者を専門機関でのリハビリテーションにつなぐことができるよう、かかりつけ医の意識の向上や理解促進を図ります。
- 高齢者の口腔ケアや口腔機能の維持・向上のため、かかりつけ歯科医の定着を図るとともに、在宅歯科診療や居宅等での口腔管理の普及啓発を推進します。

【予防期への移行】

- 介護サービスでの支援から介護予防・日常生活支援総合事業やインフォーマルサービスでの支援に移行できる人を増やすために、自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の活用を促進します。そのため、地域リハビリテーションサポート医・推進員の自立支援型の地域ケア会議（個別会議）への参画を更に促進します。
- 各圏域における地域リハビリテーションサポート医・推進員の活動を促進するため、地域リハビリテーション広域支援センターによる連絡協議会の開催を支援します。
- 介護サービス以外に、介護予防・日常生活支援総合事業などにより生活期における介護予防に活用すべきことを周知します。
- 全ての市町において、自立支援型の地域ケア会議（個別会議）にリハビリテーション専門職をはじめ、医師や管理栄養士歯科衛生士など、多職種が参加できる環境の整備を推進します。
- リハビリテーション中の方に職業訓練に関する制度の周知が進むよう、リハビリテーション専門職への周知に取り組みます。

<地域リハビリテーションの推進体制>



地域リハビリテーション広域支援センター等一覧

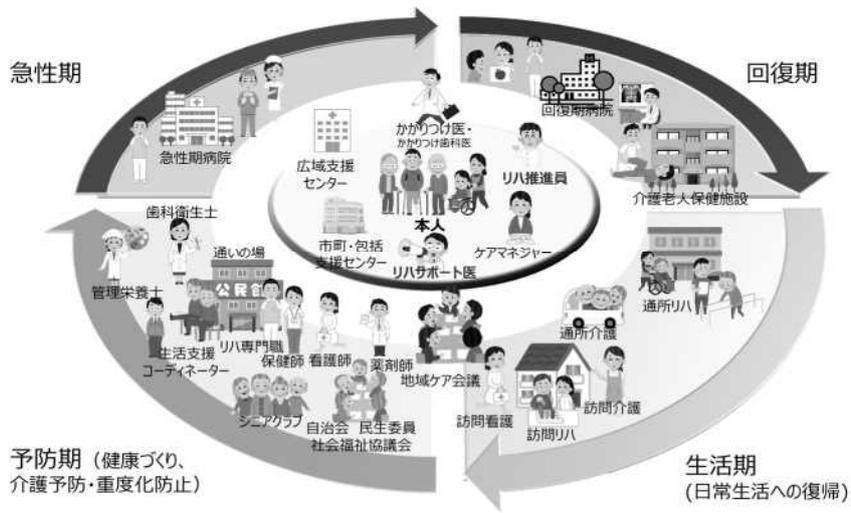
(2021年2月現在)

圏域	地域リハビリテーション広域支援センター	地域リハビリテーション支援センター	地域リハビリテーション協力機関
賀茂	熱川温泉病院	伊豆東部総合病院、伊豆今井浜病院、下田メディカルセンター	1 医療機関・施設
熱海伊東	国際医療福祉大学熱海病院	熱海所記念病院、市立伊東市民病院	8 医療機関・施設
駿東田方	中伊豆リハビリテーションセンター	NTT 東日本伊豆病院、リハビリテーション中伊豆温泉病院、フジ虎ノ門整形外科病院、沼津リハビリテーション病院	11 医療機関・施設
富士	富士いきいき病院	フジヤマ病院、湖山リハビリテーション病院、富士整形外科病院、新富士病院	5 医療機関・施設
静岡	静岡リハビリテーション病院	市立清水病院、静岡済生会総合病院、白萩病院	14 医療機関・施設
志太榛原	コミュニティーホスピタル甲賀病院	島田市立総合医療センター、藤枝市立総合病院、榛原総合病院、岡本石井病院、聖陵リハビリテーション病院	3 医療機関・施設
中東遠	磐田市立総合病院	中東遠総合医療センター、菊川市立総合病院、公立森町病院、市立御前崎総合病院	10 医療機関・施設
西部	浜松市リハビリテーション病院	天竜すずかけ病院、天竜厚生会診療所、佐久間病院、引佐赤十字病院、市立湖西病院	21 医療機関・施設
計	8 医療機関	30 医療機関	73 医療機関・施設

(3) 地域リハビリテーションの体制図

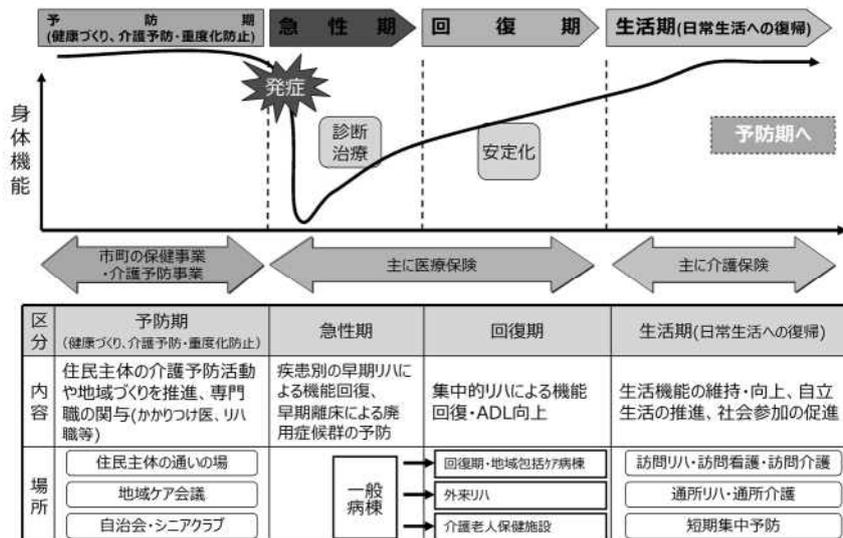
ア 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

- 本人とその家族が、住み慣れた地域社会の中で安心してその人らしくいきいきとした日常生活を送ることができるよう、市町・地域包括支援センター、地域リハビリテーションサポート医や地域リハビリテーション推進員等が本人を支えながら、予防期、急性期、回復期、生活期の各段階を通じて多職種・多機関が連携し、切れ目なく支援することを目指します。
- 本県の地域リハビリテーションは、疾病からの回復だけでなく、介護予防や疾病予防も含めた幅広い概念です。



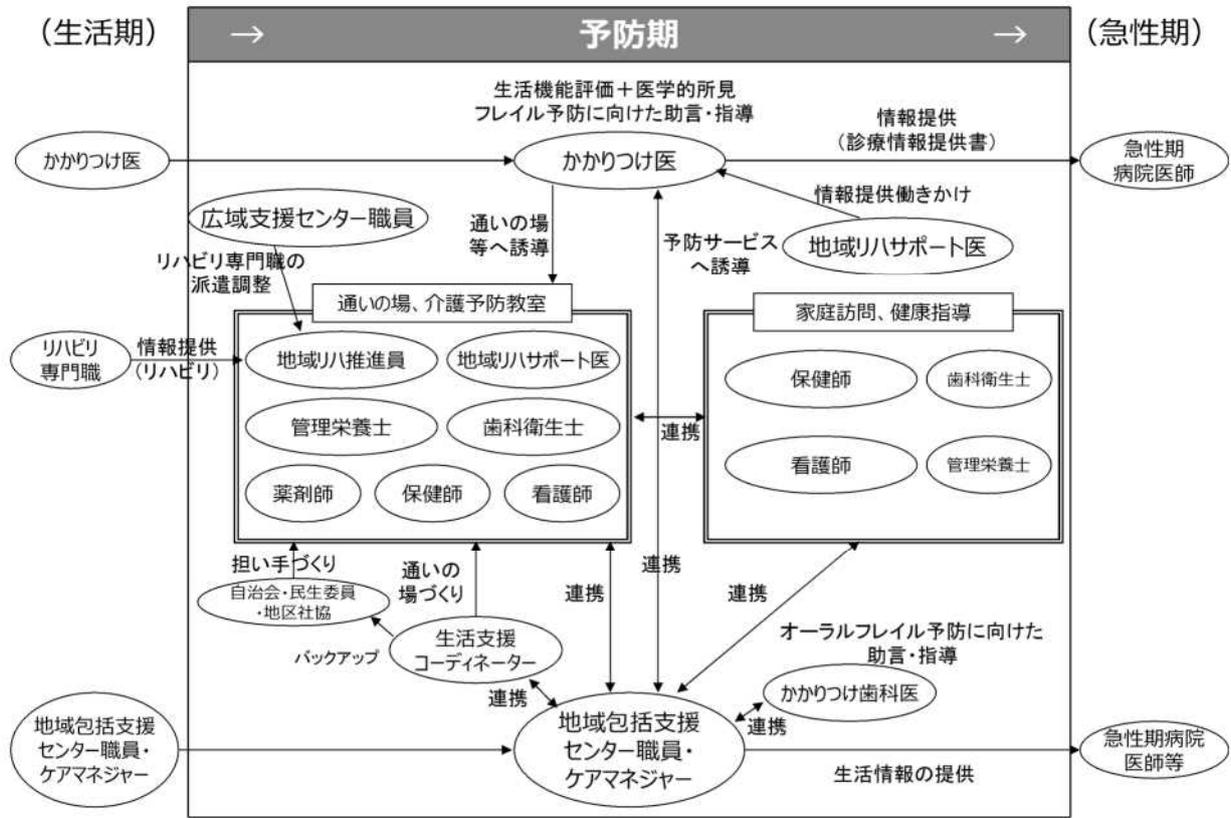
イ 地域リハビリテーション全体の流れ

- 高齢者が住み慣れた地域で、最期まで安心していきいきと暮らしていくためには、疾病予防や介護予防だけでなく、病気やケガなどにより入院が必要になった時（急性期）から、回復期、生活期まで、どの段階においてもリハビリテーションを切れ目なく提供し、できるだけ自立を支援していくことが必要です。
- そのためには、各段階における地域リハビリテーションの提供体制を整備し、段階が変わっても継続してリハビリテーションが提供できるよう、各提供機関や関係職種等の連携を強化していきます。



(4) 関連図表

＜図1：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（予防期）＞

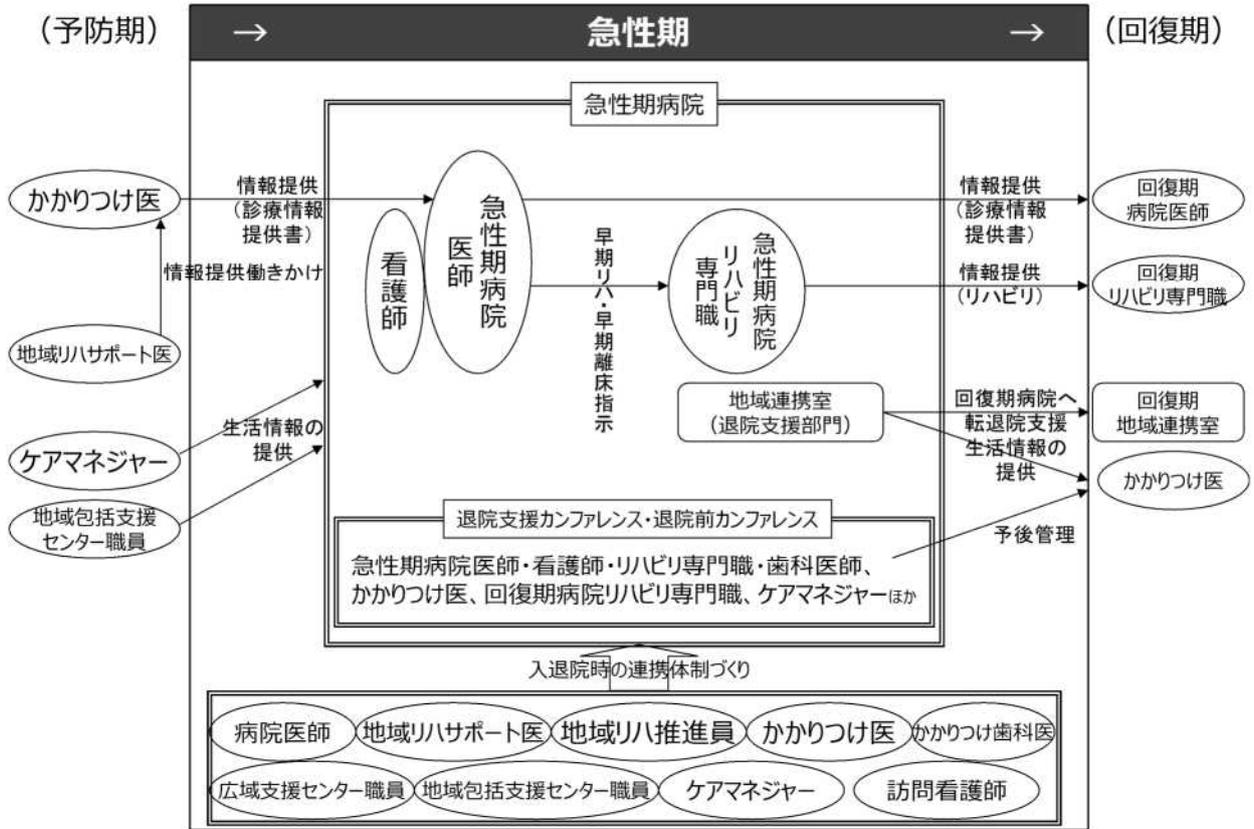


＜表1：関係職種に期待される役割（予防期）＞

区分	職種	役割
予防期に関わる職種	リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	・市町等が実施する介護予防事業（介護予防教室・地域ケア会議（個別会議）等）に関わり、専門職の視点から助言
	看護師	・通いの場や家庭訪問等で、地域住民に対する慢性疾患など重症化予防のための内服管理指導や生活指導、健康相談
	保健師	・家庭訪問や通いの場等で、健康状態や生活習慣等を把握し、健康指導や助言、健康相談
	歯科衛生士	・通いの場等で、口腔機能・口腔衛生の観点から助言 ・口腔機能低下リスク者等に対して家庭訪問による歯科相談
	管理栄養士	・通いの場等で、適切な栄養摂取など低栄養防止の観点から助言 ・低栄養リスク者等に対して家庭訪問による栄養相談
	薬剤師	・地域住民に対する慢性疾患などの重症化予防のための薬学的管理・指導 ・通いの場等における薬の適正使用等の観点から助言
	生活支援コーディネーター	・地域住民に対する通いの場の設置等の働き掛け、地域資源の開発
	自治会・民生委員・社協	・生活支援コーディネーター等のバックアップのもと、通いの場等における担い手づくり、住民の社会参加を推進

区分	職 種	役 割
全ての段階（期） に関わる職種	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の基礎疾患の管理や介護予防・フレイル予防に向けた助言・指導 ・患者の生活機能低下への気付きとその対応
	かかりつけ歯科医	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の口腔機能の管理やオーラルフレイル予防に向けた助言・指導、関係機関との連携
	地域リハビリテーション 広域支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ・地域リハビリテーション関係機関との連携事業や連絡協議会を実施 ・市町等からの依頼を受け、市町の介護予防事業等に関与するリハビリテーション専門職の派遣調整を実施
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの作成やその実施状況の評価に当たり、かかりつけ医やリハビリテーション専門職、他専門職等との緊密な連携調整
	地域包括支援 センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ・自立した生活ができるよう支援する介護予防ケアマネジメントの実施 ・通いの場等や、市町、地域包括支援センター等が実施する介護予防教室等の紹介
	地域リハビリテーション サポート医	<ul style="list-style-type: none"> ・市町が実施する介護予防教室などで、講師として介護予防の必要性を啓発 ・かかりつけ医・ケアマネジャーに対する研修会の講師 ・地域ケア会議（個別会議）における医学的視点からの助言
	地域リハビリテーション 推進員	<ul style="list-style-type: none"> ・市町や関係機関と地域リハビリテーションの仕組みづくり ・地域ケア会議（個別会議）で自立支援の視点から助言 ・介護予防教室での運動機能・IADL（手段的日常生活動作）評価と助言

<図2：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（急性期）>

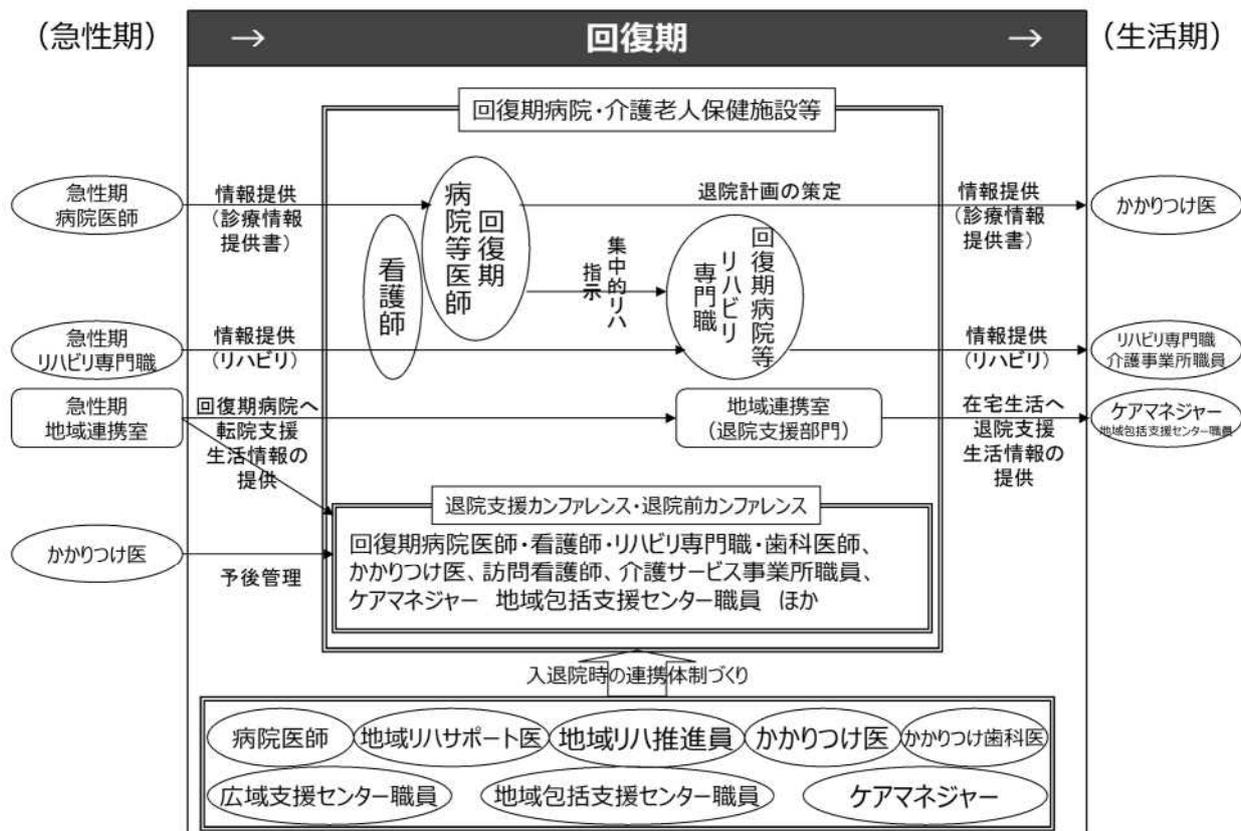


<表2：関係職種に期待される役割（急性期）>

区分	職種	役割
急性期に関わる職種	急性期病院 医師	<ul style="list-style-type: none"> 疾患別の早期リハビリテーションによる機能回復 治療を受けた患者が、どこまで回復できるかの見通しを持ち、今後どのようなリハビリテーションを受ける必要があるかを決定し、必要に応じて回復期を担う病院を紹介 入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	急性期病院 看護師	<ul style="list-style-type: none"> 重篤化予防に向けた適切な看護ケアの提供 退院に向けた在宅調整
	急性期病院 リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	<ul style="list-style-type: none"> 疾患別の早期リハビリテーションによる機能回復 早期離床による廃用症候群の予防
	急性期病院 歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医療の提供 入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加

区分	職 種	役 割
全ての段階(期)に関わる職種	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時の患者情報（診療情報提供書）の提供 ・退院支援カンファレンス等への参加 ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	かかりつけ歯科医	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時の患者情報（診療情報提供書）の提供や病院への訪問歯科診療の実施、関係機関との連携
	地域リハビリテーション 広域支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時に入院前の生活状況等を病院等へ情報提供 ・入院時に退院後を見据えて、利用者・入所者の要介護認定の新規申請や更新認定の手続き ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	地域包括支援 センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時に入院前の生活状況等を病院等へ情報提供 ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加 ・ケアマネジャーが担当していない場合の相談支援や各種手続き
	地域リハビリテーション サポート医	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時における病院への適切な診療情報の提供に関するかかりつけ医への働き掛け ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	地域リハビリテーション 推進員	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加

<図3：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（回復期）>



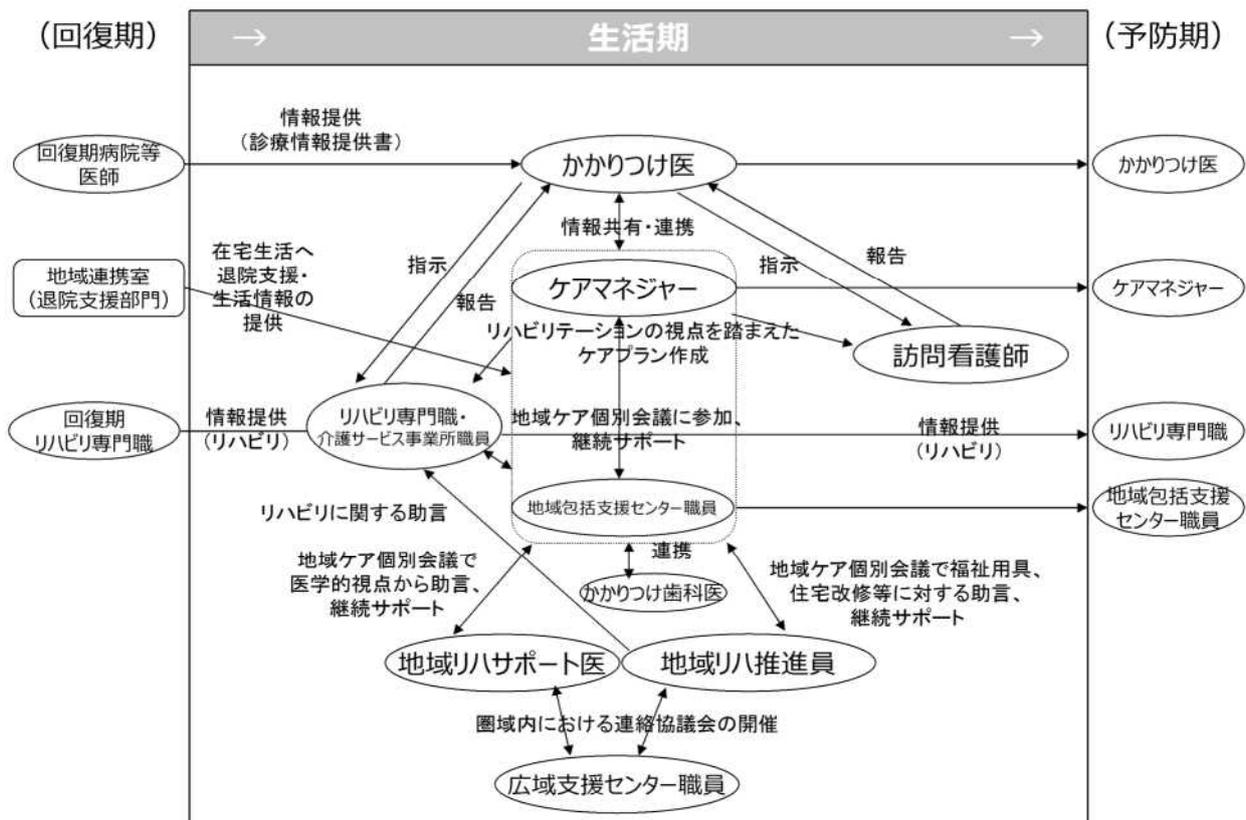
※急性期から退院して回復期を経ずに生活期（日常生活への復帰）へ移行される方もいる。

<表3：関係職種に期待される役割（回復期）>

区分	職種	役割
回復期に関わる職種	回復期病院 医師	<ul style="list-style-type: none"> 在宅復帰が可能な患者には社会資源の活用を支援して地域への復帰を働き掛け 退院支援計画の策定と実施 かかりつけ医へのリハビリテーションに関する診療情報提供
	回復期病院 リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟で専門的な医学的リハビリテーションを担当し、心身機能回復を図りながら社会復帰の観点からのリハビリテーションを実施 退院後の生活を想定した退院支援計画の策定と実施 退院後の支援スタッフへの情報提供と連携
	回復期病院 歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医療の提供 退院後の継続的な口腔機能管理の提供に向けた関係機関等との連携
	訪問看護師・ 看護師	<ul style="list-style-type: none"> 高度医療処置のある在宅療養者への医療管理及び家族を含む技術（医療ケア）指導 看護の側面から退院後の生活を想定した退院支援計画の策定と実施 退院後の支援チームとの情報交換と連携
	介護サービス 事業所職員	<ul style="list-style-type: none"> 退院前に、利用者の状態や、サービスの中止基準や禁忌事項等について情報収集

区分	職 種	役 割
全ての段階(期)に関わる職種	かかりつけ医	・退院後の継続的なリハビリテーションの提供に向けた関係機関との連携
	かかりつけ歯科医	・病院への訪問歯科診療の実施、関係機関との連携
	地域リハビリテーション 広域支援センター職員	・退院後の継続的なリハビリテーション提供に向けた関係機関との連携促進のための研修実施 ・病院スタッフと退院後の支援スタッフとの相互理解のための研修実施
	ケアマネジャー	・退院前に、病棟スタッフ、訪問看護師やリハビリテーション専門職、他専門職等と連携し、住環境等の確認、住宅改修や福祉用具の利用検討 ・患者・入所者の要介護認定の新規申請や更新認定の手続き
	地域包括支援 センター職員	・退院前に、退院後の必要なサービスや生活状況等を情報共有 ・ケアマネジャーが担当していない場合の相談支援や各種手続き
	地域リハビリテーション サポート医	・退院後の継続的なリハビリテーション提供に向けた病院と在宅医療・介護関係機関との仕組みの構築
	地域リハビリテーション 推進員	・退院後の切れ目のないリハビリテーション提供に向けたケアマネジメント支援や仕組みづくり

<図4：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（生活期）>



<表4：関係職種に期待される役割（生活期）>

区分	職種	役割
生活期に関わる職種	訪問看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・重症化しないための生活管理 ・チームケアにおける調整機能 ・リハビリテーション提供に伴い、利用者の病状変化があった場合に、かかりつけ医へ報告 ・在宅移行後の様子を病院の退院調整担当者にフィードバック
	リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者等や家族に対する総合的な相談・支援 ・介護（介護予防）サービスを利用し自立した生活ができるようリハビリテーションの実施及び助言
	介護サービス事業所職員	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅の要介護高齢者に対し日常生活訓練などを実施 ・訪問リハビリテーション・訪問看護は、かかりつけ医の指示のもと、高齢者等に対する歩行や食事、機能訓練等を、生活スタイルの再構築・定着を図る観点から提供

区分	職 種	役 割
全ての段階（期） に関わる職種	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状態に応じたりハビリテーションの必要性を判断し、適切な介護サービスへつなげる ・介護サービス提供時のリスク管理に関する助言 ・「サービス担当者会議」への参加等を通じた、傷病の経過等に関する情報提供
	かかりつけ歯科医	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問歯科診療等の実施 ・地域の専門職や関係機関との連携や歯科の視点からの助言
	地域リハビリテーション 広域支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ・地域リハビリテーション関係機関との連携事業や連絡協議会を実施 ・圏域において、地域リハビリテーションサポート医・推進員と意見交換を実施するなど相互の連携を促進 ・地域リハビリテーションの充実のための地域課題の把握と支援
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護高齢者等やその家族からの相談に応じて、心身機能の状況等に応じ、生活スタイルの再構築を目指す観点から適切なリハビリテーションが提供できるよう、市町や居宅サービス事業所、インフォーマルサービスなどとの連携調整 ・リハビリテーションの視点を踏まえたケアプラン作成、地域ケア会議への参加
	地域包括支援 センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者等や家族に対する総合的な相談・支援 ・介護予防サービスを利用し自立した生活ができるよう介護予防ケアマネジメントの実施
	地域リハビリテーション サポート医	<ul style="list-style-type: none"> ・市町や関係機関との地域リハビリテーションの仕組みづくり ・地域の専門職や関係機関からの相談への対応 ・必要なリハビリテーションが提供されていない高齢者への対応支援
	地域リハビリテーション 推進員	<ul style="list-style-type: none"> ・市町や関係機関との地域リハビリテーションの仕組みづくり ・地域包括支援センター等の相談に基づく福祉用具、住宅改修、補装具に対する助言 ・地域ケア会議（個別会議）で自立支援の視点から助言

第7章 医療従事者の確保

第1節 医師

【対策のポイント】

- 県内医療施設に従事する医師数の増加
- 地域間・診療科間の偏在解消
- 医師の県内定着の促進

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
県内医療施設従事 医師数	7,690人 (2018年12月)	8,274人 (2025年度)	医師確保計画に掲げる 「目標医師数」の2025 年度時点の推計	厚生労働省「医 師・歯科医師・薬 剤師統計」
人口10万人当たり 医師数 (県内医療施設従事医師数)	210.2人 (2018年12月)	236.0人 (2025年度)		
医師偏在指標 賀茂医療圏 富士医療圏 中東遠医療圏	127.5 150.4 160.8 (2019年度)	(3圏域同一目標値) 161.9 (2023年度)	医師少数区域（医師偏 在指標下位1/3）を脱 するために必要となる 指標	厚生労働省「医師 偏在指標」
医学修学研修資金 利用者数	累計 1,308人 (2020年度)	累計 1,846人 (2025年度)	2016年度～2020年度の 平均利用者数（108人） を継続	県地域医療課調 査
医学修学研修資金貸与 者の県内医療機関勤務 者数	522人 (2020年度)	845人 (2025年度)	2016年度～2020年度の 平均増加者数（65人）を 継続	県地域医療課調 査

(1) 現状

ア 医師数の状況

- 2018年12月末における本県の医師数は7,690人で、2年間で286人(3.9%)、8年間で807人(11.7%)増加しています。(図表7-1)
- 人口10万人当たりの医療施設(病院及び診療所)に従事する医師数(2018年12月)は210.2人で、多い方から40位ですが、2年間で9.4人増加しています。(図表7-2)
- また、病院勤務医数については、全国164.6人に対して、133.7人と全国平均との差が特に大きくなっています。(図表7-3)

図表 7-1 医師数の状況（医療施設従事医師数）

（単位：人）

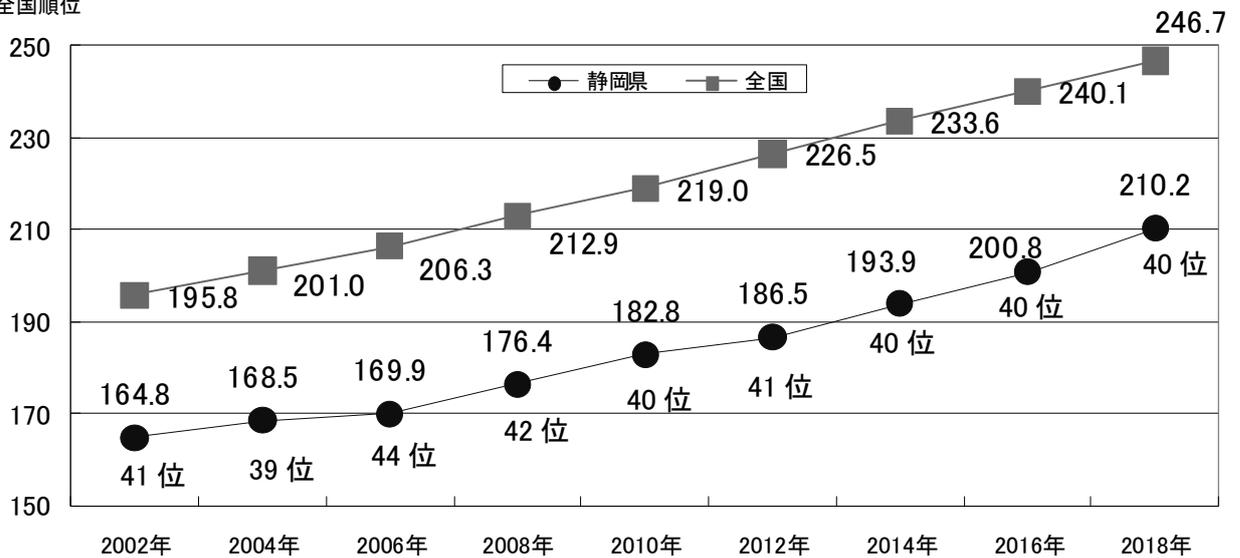
年 医療圏	2010	2012	2014	2016	2018	2018-2016	2018-2010
県計	6,883	6,967	7,185	7,404	7,690	+286	+807
賀茂	89	95	99	97	98	+1	+9
熱海伊東	244	236	255	222	231	+9	△13
駿東田方	1,345	1,326	1,386	1,425	1,467	+42	+122
富士	517	508	529	555	555	±0	+38
静岡	1,514	1,496	1,532	1,611	1,675	+64	+161
志太榛原	629	687	718	716	751	+35	+122
中東遠	581	605	621	681	696	+15	+115
西部	1,964	2,014	2,045	2,097	2,217	+120	+253

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2016年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

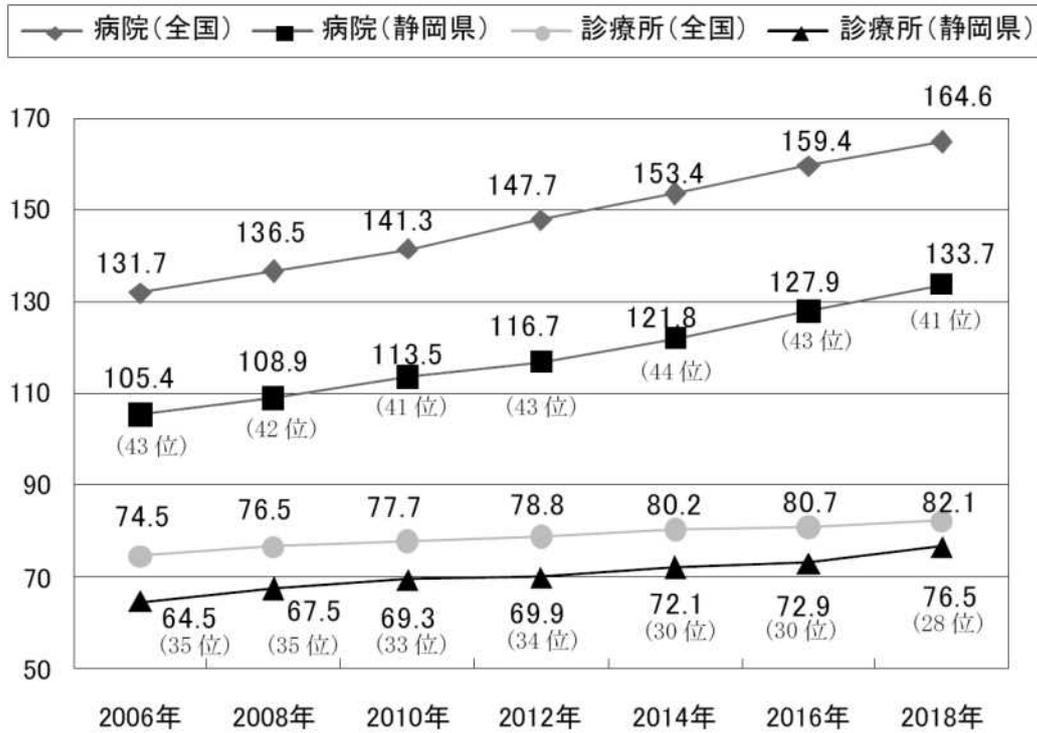
図表 7-2 人口10万人対医療施設従事医師数の推移

（単位：人）

全国順位



図表 7-3 人口 10 万人対医療施設従事医師数の推移 (病院別・診療科別) (単位:人)



イ 医学修学研修資金の状況

- 医師免許取得後に、県内病院への就業を促進し県内における医師の充足を図るため、2007 年度から県内外の医学生等に、毎年 120 人規模で医学修学研修資金を貸与しています。
- 医学修学研修資金の被貸与者は 2007 年度からの累計で 1,400 人を超え (2021 年 9 月末現在)、県内勤務者数も年々増加しています。(図表 7-4、7-5、7-6、7-7)

図表 7-4 医学修学研修資金貸与制度

区分	内容
貸与額	月額 20 万円 (原則 6 年間)
返還免除勤務期間	臨床研修修了後、貸与期間の 1.5 倍の期間 ※履行期限: 大学卒業後、貸与期間の 2 倍の期間に 4 年を加えた期間
勤務医療機関	県内の公的医療機関等のうち県が指定する医療機関
診療科の指定	なし

図表 7-5 医学修学研修資金の貸与実績 (単位:人)

年度区分	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	合計
新規被貸与者	17	20	130	95	92	100	97	107	112	98	105	115	120	100	102	1,410

図表 7-6 医学修学研修資金を利用した県内勤務医師数（4月1日時点）（単位：人）

区分 \ 年	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
返還免除勤務	1	3	16	31	62	75	100	120	126	162	212	232
猶予	0	1	3	5	5	10	11	19	35	35	45	72
免除後県内勤務	0	0	2	9	19	35	45	55	66	86	104	137
臨床研修	17	43	71	83	64	79	99	109	138	178	161	137
計	18	47	92	128	150	199	255	303	365	461	522	578

※猶予：返還免除のため勤務対象施設以外の県内医療機関に勤務中の者

※免除後県内勤務：返還免除を受けるために必要な期間の勤務を終えた者のうち、県内で勤務している者

図表 7-7 医学修学研修資金を利用した勤務医師数（地域別、4月1日時点）（単位：人）

地域 \ 年	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
東 部	1	2	6	10	16	22	28	40	48	61	74	83
中 部	6	18	38	58	64	85	107	108	135	173	184	181
西 部	11	27	48	60	70	92	120	155	182	227	264	314
計	18	47	92	128	150	199	255	303	365	461	522	578

※猶予及び免除後県内勤務を含む

ウ 本県の医師養成数

○県内唯一の医育機関である浜松医科大学医学部医学科の入学定員は、100人でしたが、2009年度に110人に、2010年度から120人に増員されています。

○2019年度の浜松医科大学医学部医学科の卒業生のうち、県内で臨床研修を行う者は78人で、2017年度以降は70人を超えています。（図表7-8）

図表 7-8 浜松医科大学医学部医学科卒業生の状況（単位：人）

区分 \ 年度	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
就 職 者	100	87	99	104	114	114	115	119	122
うち県内就職者	52	56	53	64	59	66	72	77	78
県内就職率	52.0%	64.4%	53.5%	61.5%	51.8%	57.9%	62.6%	64.7%	63.9%

提供：浜松医科大学（出典：浜松医科大学 NEWSLETTER）

○2015年度に初めて設置した、本県の地域医療に従事することを条件とする県外大学の地域枠は、全国最大規模となる9大学62枠まで拡大し、出身地にかかわらず広く本県に勤務する医師を養成しています。（図表7-9）

図表 7-9 本県の地域枠の状況

(単位:人(入学者/地域枠数))

区分 大学名	2021年の 枠数	入学者数							
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	計
近畿大学	10※	2/5	0/5	1/5	1/5	5/5	5/5	10/10	24/40
川崎医科大学	10※	5/5	5/5	8/10	8/10	10/10	10/10	10/10	56/60
帝京大学	2	—	2/2	2/2	1/2	2/2	2/2	2/2	11/12
日本医科大学	4※	—	1/1	1/1	4/4	4/4	4/4	4/4	18/18
東海大学	3	—	1/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	16/18
順天堂大学	5	—	—	0/5	2/5	5/5	5/5	5/5	17/25
関西医科大学	8※	—	—	—	5/5	5/5	8/8	8/8	26/26
浜松医科大学	15	—	—	—	—	—	15/15	15/15	30/30
昭和大学	5	—	—	—	—	—	—	5/5	5/5
計	62	7/10	9/16	15/26	24/34	34/34	52/52	62/62	203/234

※近畿大学 2015～2020 認可 5名、2021～認可 10名
 川崎医科大学 2015～2016 認可 5名、2017～認可 10名
 日本医科大学 2016～2017 認可 1名、2018～認可 4名
 関西医科大学 2018～2019 認可 5名、2020～認可 8名

エ 臨床研修医の状況

- これまで国が行っていた臨床研修病院の指定や募集定員の設定について、2019年度の制度改正により、各都道府県へ権限移譲されました。
- 臨床研修を開始する医学生等と臨床研修病院との相互選抜（マッチング）において、臨床研修開始予定者（マッチ者）数は、研修環境の整備など各病院における取組や医学修学研修資金の貸与を受けた卒業生の増加に伴い、着実に増加しています。
- 2020年度のマッチ者は242人で前年度よりも減少しており、医療圏ごとのマッチ率に差が出ています。（図表7-10）

図表 7-10 臨床研修医の状況

(単位：人)

医療圏	区分	研修 施設数	2020年*			2021年*		
			定員	マッチ者数	マッチ率	定員	マッチ者数	マッチ率
	県計	24	292	262	89.7%	299	242	80.9%
	賀茂	0	-	-	-	-	-	-
	熱海伊東	2	15	15	100.0%	16	15	93.7%
	駿東田方	3	46	40	87.0%	46	35	76.0%
	富士	2	11	10	90.9%	10	10	100.0%
	静岡	5	64	56	87.5%	68	63	92.6%
	志太榛原	3	32	31	96.9%	32	32	100.0%
	中東遠	2	27	27	100.0%	27	22	100.0%
	西部	7	97	83	85.6%	100	65	65.0%

※：勤務開始年度

オ 「新専門医制度」の状況

- 2018年度からスタートした「新専門医制度」において、専門医研修プログラム設置数は、2018年度の73から、2021年度では89と年々増加しています。(図表7-11)
- 制度開始1年目は、専門医資格取得を目指す専攻医が大病院の集まる東京など大都市圏に集中する傾向が顕著となりましたが、2019年度には、本県の専攻医数は増加しています。
- 産婦人科及び小児科の専門医研修プログラムについて、本県では基幹となる医療機関の所在地に偏りが見られます。

図表 7-11 専門医研修プログラム数の推移

2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
73	76	79	89

カ 医療施設に従事する女性医師の状況

- 医療施設に従事する女性医師数は、1,362人と12年前と比較して49.3%増加しており、女性医師の構成比も14.2%から17.7%へ3.5ポイント上昇し(図表7-12)、特に若い世代において女性医師の割合が高くなっています。(図表7-13)

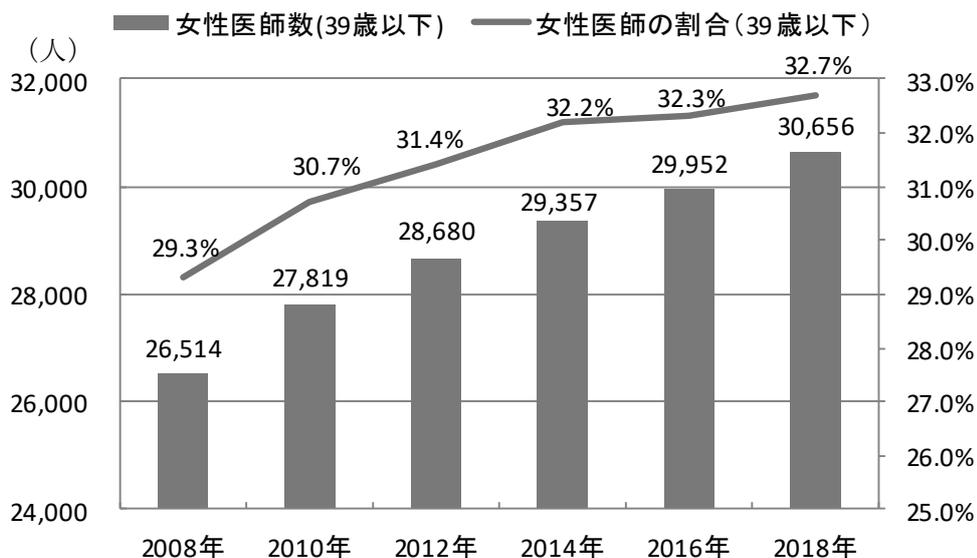
図表 7-12 医療施設従事医師数(女性医師の構成比)

(単位：人)

区分		年	2006年	2018年	増加率等
静岡県	女性医師		913	1,362	49.3%
	男性医師		5,539	6,328	14.2%
	女性医師の構成比		14.2%	17.7%	3.5ポイント
全国	女性医師		45,222	68,296	51.0%
	男性医師		218,318	243,667	11.6%
	女性医師の構成比		17.2%	21.9%	4.7ポイント

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(2016年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

図表 7-13 医療施設従事医師数



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2016年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

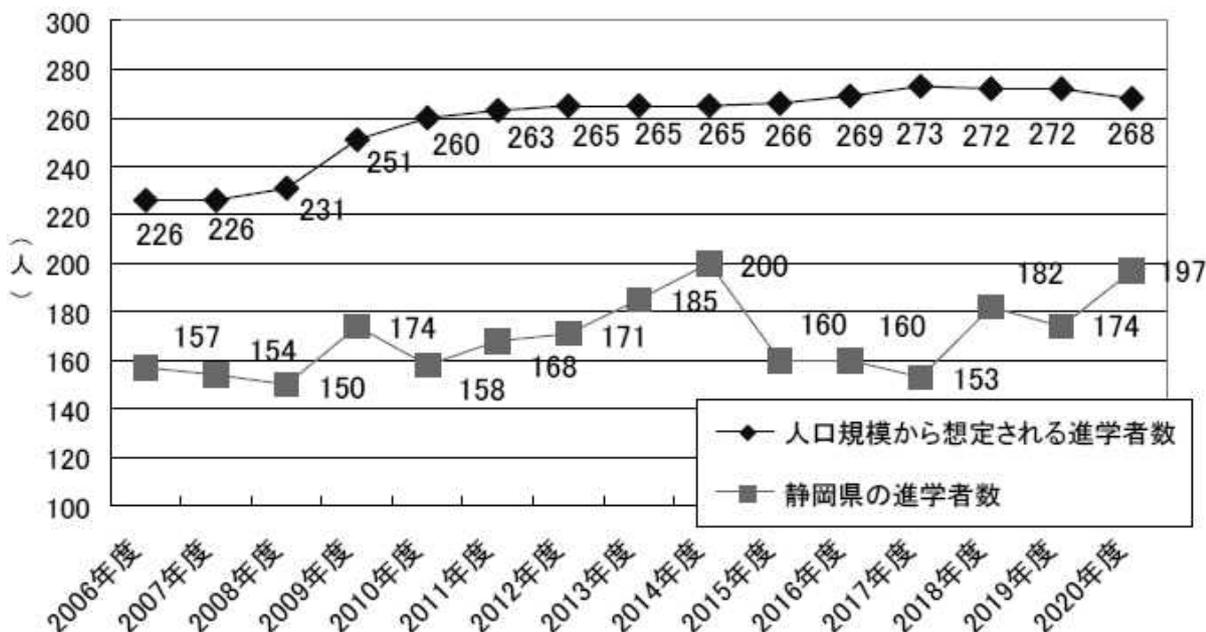
キ 医学部医学科に進学する本県の学生

○本県の高卒業者（新卒及び既卒）の医学部医学科への進学者数は、近年、150人から200人の間で推移しています。（図表7-14）

○全国の医学部医学科の定員数を、静岡県で人口で按分した場合の進学者数は、2020年度では、268人※となりますが、実際の進学者数は大幅に下回っており、進学者数を増やすことが、将来の医師確保につながります。

※全国医学部定員数 9,330人 × (静岡県推計人口 3,618千人 ÷ 全国推計人口 125,708千人)
 ≒ 268人 (2020年10月1日推計人口)

図表 7-14 本県高校出身の医学部医学科進学者数 (単位：人)



資料：「高等学校等卒業後の卒業後の状況調査」・静岡県教育委員会事務局

ク 医師の働き方改革

○2021年5月の医療法等の改正により、2024年4月1日の医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に向け、勤務する医師が長時間労働となる医療機関において医師労働時間短縮計画の策定等の措置を講じることとされました。また、各医療専門職種の専門性の活用を進めるため、各職種の業務範囲の拡大等を行うこととされました。

<改正医療法等の概要>

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（2024年4月1日）に向け次の措置を講じる。

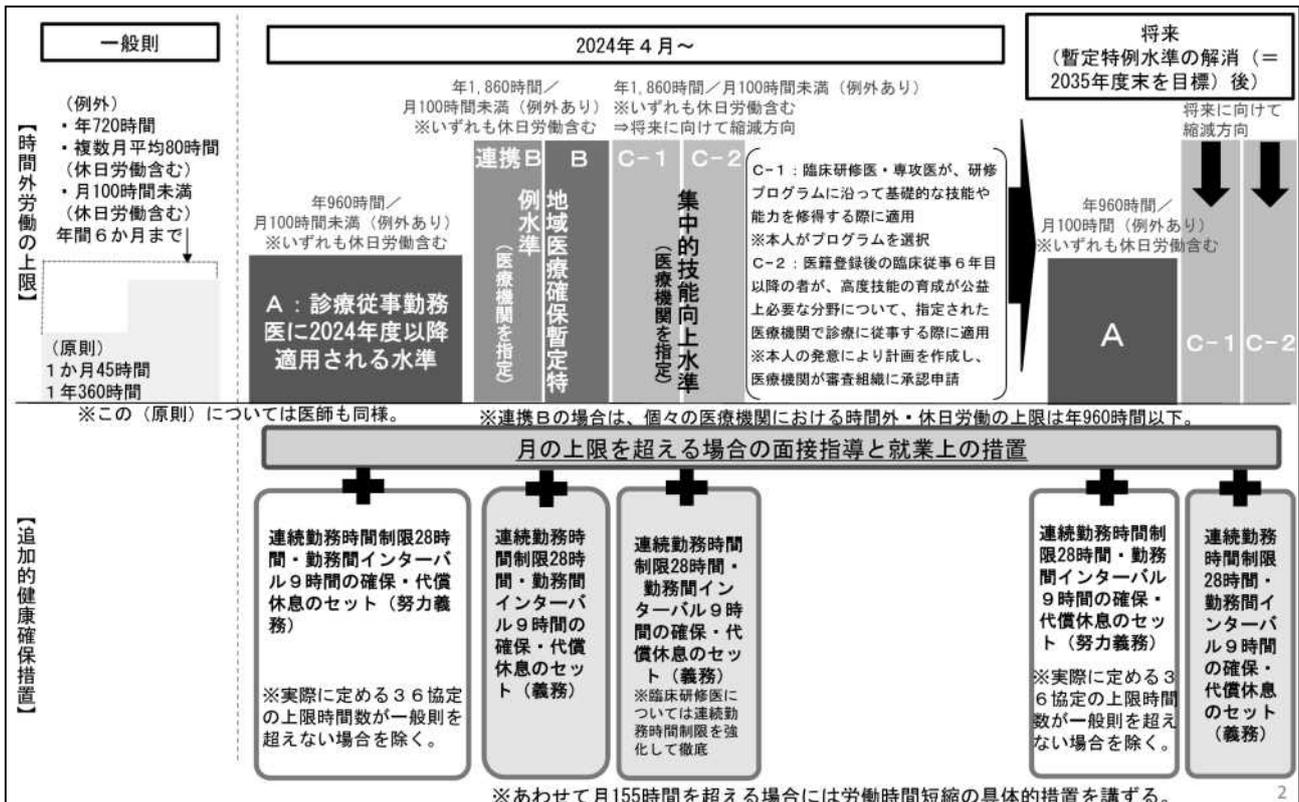
- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の策定
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

タスク・シフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律等）

<医師労働時間上限規制の概要>

- ・時間外労働時間の上限は、年 960 時間／月 100 時間未満
- ・地域医療提供体制の確保のため、医療技能の向上のためにやむを得ず長時間労働する医師に対し、例外的な水準を設定
- ・医師労働時間短縮計画の策定、評価機能による計画及び労働時間短縮の取組の評価、これを踏まえた県による指定を経て、各水準が適用される
- ・労働時間上限規制に加え、連続勤務時間制限、勤務間インターバルなどの追加的措置により医師の健康確保に取り組む

図表 7-15 医師の時間外労働規制①



資料：「医師の働き方改革に関する検討会 中間とりまとめ参考資料」（2020年12月22日）

図表 7-16 医師の時間外労働規制②

区分	規制の概要		都道府県の指定要件の概要
A水準	診療従事勤務医に 2024年度以降適 用される水準	年960時間／月100時 間未満（例外あり） ※休日労働含む	—
B水準	地域医療提供体制 の確保の観点から やむを得ずA水準 を超えざるを得な い場合の水準	年1,860時間／月100 時間未満（例外あり） ※休日労働含む	三次救急医療機関、二次救急医療機関 かつ「年間救急車受入台数1,000台以 上又は年間での夜間・休日・時間外入院 件数500件以上」かつ「医療計画にお いて5疾病5事業の確保のために必要 な役割を担うと位置付けられた医療機 関」等
連携B 水準			医師の派遣を通じて、地域の医療提供 体制を確保するために必要な役割を担 う医療機関等
C-1 水準	一定の期間集中的 に技能向上のため の診療を必要とす る医師のための水 準		都道府県知事により指定された臨床研 修プログラム又は日本専門医機構によ り認定された専門研修プログラム／カ リキュラムの研修機関等
C-2 水準			対象分野における医師の育成が可能 等

資料：「医師の働き方改革に関する検討会 中間とりまとめ」（2020年12月22日）から抜粋

- B水準、連携B水準、C-1水準、C-2水準の指定を受けることを予定している場合は、当該指定申請にあたり、評価機能による評価を受審する前までに2024年4月以降の医師労働時間短縮計画の案を作成することが必要です。また、A水準超の時間外・休日労働を行う医師が勤務する医療機関は、A水準を予定している場合であっても2023年3月末までに医師労働時間短縮計画を作成することが努力義務とされており、期限までに確実に医師の時間外・休日労働を短縮することが必要です。
- 2021年9月30日付け医政発0930第16号厚生労働省医政局長通知において、医師の時間外労働の上限規制が適用される2024年4月に向けて、現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例やタスク・シフト/シェアを推進するにあたっての留意点等が整理されており、各医療機関はこれを踏まえて取組を早急に進めることが求められています。

ケ 医師少数区域・医師多数区域の設定

- 国が地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な指標として2019年度に公表した「医師偏在指標」に基づく本県の医師少数区域・医師多数区域については、図表7-17のとおりです。（図表7-17）

○産科については、医師偏在指標上、県全域及び周産期医療圏ともに「相対的医師少数県（区域）ではない」と位置付けられていますが、分娩を取り扱う医療機関は横ばいとなっています。（図表 7-18、図表 7-19）

○小児科医について、県全体で「相対的医師少数県」と位置付けられており、小児医療圏においても医療圏ごとの偏在が大きくなっています。（図表 7-18）

図表 7-17 本県の医師偏在指標の状況

地域	区分	分類	医師偏在指標	順位
県	県	医師少数県	194.5	39位／47都道府県
	西部	医師多数区域	239.1	67位 [※]
	静岡		213.6	89位 [※]
	駿東田方	中位区域	188.0	137位 [※]
	熱海伊東		178.4	165位 [※]
	志太榛原		167.4	204位 [※]
	中東遠	医師少数区域	160.8	227位 [※]
	富士		150.4	261位 [※]
	賀茂		127.5	314位 [※]
全国平均		—	239.8	—

※全 335 の 2 次保健医療圏における順位

図表 7-18 相対的医師少数^{※1}県（区域）の設定

<産科>

地域	区分	分類	医師偏在指標 <産科>	順位
県	県	相対的医師少数県でない	12.6	19位／47都道府県
	中部	相対的医師少数区域でない	15.0	61位 ^{※2}
	西部	相対的医師少数区域でない	12.6	99位 ^{※2}
	東部	相対的医師少数区域でない	10.9	137位 ^{※2}

<小児科>

地域	区分	分類	医師偏在指標 <小児科>	順位
県	県	相対的医師少数県	84.2	45位／47都道府県
	熱海伊東	相対的医師少数区域でない	116.2	77位 ^{※2}
	賀茂	相対的医師少数区域でない	111.6	93位 ^{※2}
	志太榛原	相対的医師少数区域でない	93.7	173位 ^{※2}
	駿東田方	相対的医師少数区域でない	88.5	191位 ^{※2}
	静岡	相対的医師少数区域でない	86.7	199位 ^{※2}
	西部	相対的医師少数区域	85.0	210位 ^{※2}
	富士	相対的医師少数区域	74.2	245位 ^{※2}
	中東遠	相対的医師少数区域	60.1	289位 ^{※2}

※1：産科・小児科の医師偏在指標の値を全国で比較し、指標が下位 33.3%に該当する医療圏を「相対的医師少数都道府県（区域）」と設定

※2：全 307 小児医療圏におけるにおける順位

図表 7-19 分娩取扱施設数の推移

	1995	2012	2013	2014	2015	2016
病 院	39	26	27	28	27	26
診 療 所	85	47	47	48	45	46
計	124	73	74	76	72	72

出典：厚生労働省「医療施設調査」

コ 医師少数スポット

- 医師少数区域以外の地域で、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができるものとされています。2019年度の「静岡県医師確保計画」策定時は、医師少数スポットを設定していませんでしたが、医療提供が難しい状況になるなど環境の変化があった場合には、その地域の医療提供体制の確保に努めることとしていました。

(2) 課題

ア 医師数の状況

- 本県の医師数は全体として増加傾向にありますが、人口10万人当たり医師数が全国平均を大幅に下回っており、医師の絶対数を増加させる必要があります。
- 本県は、特に病院勤務医数（人口10万人当たり）が少なく、全国164.6人に対して、133.7人の全国41位となっています。また、一般診療所に勤務する医師数（人口10万人当たり）についても、全国82.1人に対して、本県は76.5人と全国平均を下回り、全国28位となっていますが、病院勤務医に比べて全国平均との乖離の幅は少ないことから、病院勤務医の確保がより必要となります。また、医師の働き方改革では、医師に対する時間外労働の上限規制の適用や健康確保措置等の実施が求められることから、医療機関によっては、これまで以上に病院勤務医を確保する必要があります。
- 医療資源が乏しい中山間地域等においては、診療所医師の高齢化が進んでおり、積極的な対応が必要です。更に、医師数の状況には2次保健医療圏ごとに偏りがあることから、この偏在を解消し、充実した医療体制の確保を図る必要があります。

イ 医師の確保

- 県内の医育機関は浜松医科大学1校のみであることから、県と大学が連携し、医師の県内定着や偏在解消に向けた取組を強化する必要があります。
- 臨床研修医は、定員数が増加傾向にある一方、マッチ者数が減少しており、マッチ者数の回復・増加に向け、研修体制の充実を図る必要があります。
- 医師が不足する本県にとって、専攻医の確保は引き続き大きな課題となっており、プログラムの設置状況及び専攻医の登録状況には、地域別・診療科別に偏りも見られます。受け皿となるプログラムを数・質ともに充実させることが必要です。
- 本県においては、医師確保の方策について調整を行ってもなお、医師の確保が困難な地域があ

り、当該地域の医療体制を確保する必要があります。

- 出産や子育てなどにより、一時的に勤務を離れる女性医師が職場に復帰しやすくなるよう、働きやすい環境をつくり、今後の女性医師の活躍を推進していく必要があります。
- 将来的に、出身地である本県で勤務することが期待されることから、県内で従事する医師を増加させるためには、医学部医学科に進学する県内の高校生を増やすことが必要です。
- 医師の労働時間短縮を着実に進めるためには、医療関係職種の業務を見直し、医師の業務のタスク・シフト/シェアを推進することが必要です。
- 医師の働き方改革の実現には、労働時間の上限規制に加え、地域医療構想、医師の確保・偏在対策の推進、医療を受ける県民の理解に基づく上手な医療のかかり方の促進が必要です。
- 産科・小児科については、引き続き産科医、小児科医の確保が必要な状況にあります。また、受け皿となるプログラムを数・質ともに充実させることが必要です。また、成長過程における切れ目のない医療を提供し、政策医療としての母児の安全性確保をはじめ、適切な母子保健及び学校保健を進めるためにも、医師の確保と偏在解消に向けた取組が必要です。

(3) 対策

- 本県は医師少数県に位置付けられており、医師数の増加を基本方針とし、医師多数都道府県等からの医師確保に取り組みます。
- 特に、全国平均と大きな差がある病院勤務医の確保に向けて、必要な対策に取り組みます。
- 2次保健医療圏においては、医師少数区域（医師少数スポットを含む）では医師少数区域以外からの医師確保に取り組みるとともに、中位区域及び医師多数区域においても、本県が医師少数県であることを踏まえ、現在の水準以上の医師確保に取り組みます。
- 浜松医科大学、医師会、病院協会、その他関係団体との連携を図りながら、本県の目標医師数を達成するための施策について随時検討を進め、必要な対策を実施します。
- 小児科については「相対的医師少数県」と位置付けられ、地域における医師偏在も大きいことから、働き方改革を踏まえ、産科・小児科医療の持続的かつ効率的な提供体制について検討を進めます。

【目標医師数】

- 現在の医師偏在指標の下位 1/3 である医師少数県や医師少数区域を脱する数値として国が示した数値を、本県が最低限達成すべき「目標医師数」として設定します。
- 国が進められている診療科別の医師偏在の検討状況を踏まえつつ、今後、本県における診療科の偏在についても検討します。

区分	地域	静岡県	賀茂医療圏	富士医療圏
	目標医師数	275人	4人	10人

ア 医学修学研修資金制度

- 被貸与者のキャリア形成支援等により、返還免除勤務終了後の県内定着をより一層促進します。
- 2020年度以降、大学在学中に貸与を行う者については、6年間の貸与を原則化しており、県による勤務先調整が可能な者（専門研修終了後の勤務者）の確保につなげております。また、臨床研修期間についても返還免除勤務対象期間に加えることにより、早期からの県内居住による

定着を促進しています。

- 静岡県医学修学研修資金の貸与資格者に、産科・小児科等の専攻医も含まれていることを周知することで、本県に必要な診療科へ誘導を図ります。

イ 地域枠医師の確保

- 地域枠は、都道府県間の医師偏在を是正する機能があることから、引き続き地域枠の維持に努めます。
- 国は、2023年度以降の医師養成数については「日本全体としての臨時定員を含む医学部総定員は減員する」、「地域の実情に応じて設置、増員を進めていく」としていることから、引き続き状況を注視していきます。

ウ キャリア形成プログラム

- 各都道府県は、「医師少数区域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的に、キャリア形成プログラムを定めることとなりました。
- 本県においては、サブスペシャリティ領域の専門研修まで行う「①専門コース」、基本領域までの専門医資格取得を目指す「②基本コース」、より地域に密着した医療への従事を目指す「③地域密着型コース」の3類型を基本に、病院別・診療科別の個別具体的なプログラムを策定します。
- 県内への定着を促進する観点から、キャリア形成プログラムの適用を受ける者は、臨床研修は県内病院で行うとともに、専門研修は県内病院が基幹研修病院となるプログラムにて実施します。

エ 医師少数スポットの設定

- 本県においては、浜松市天竜区を医師少数区域と同様に取り扱うことができる医師少数スポットに設定します。
- 設定にあたっては、「当該地域において、医師確保の方策について調整を行ってもなお、医師の確保が困難な場合」であって、以下の指標の内、①～④について、県内の医師少数区域の中で、医師偏在指標の順位が一番高い2次保健医療圏の値を下回る範囲（市町単位。政令市は区単位）、かつ、⑤において「30分以上」要する場合を目安とし、総合的に勘案し設定します。

（指標）

- ① 人口10万人あたり医師数
- ② 100km²あたり医療機関数
- ③ 1km²あたり病床数
- ④ 人口10万人あたり看護師数
- ⑤ 市町に立地する二次救急病院から近隣二次救急病院までのアクセス

オ 専攻医の確保・定着促進策の推進

- 専攻医を確保するには、魅力ある専門医研修プログラムの整備が必要であることから、新たに指導医を招聘し、研修環境の充実を図る病院や、既存の指導医の指導環境の整備に取り組む病院を支援します。
- 専攻医募集において、募集定員に上限（シーリング）が設定されている都道府県に立地する医科大学から、県内医療機関への専攻医受入れにつながるよう、専攻医数に偏りがある診療科を中心に各医科大学等への働きかけを実施します。

- 病院の垣根を越えて、専攻医が臨床研修医等の若手医師を指導する機会をつくり、研修に参加した臨床研修医が専攻医となり、次の臨床研修医を指導するような育成の仕組みを築くなど、専攻医の安定した確保を促進します。
- 2020年度以降、県外大学出身の地域卒学生が順次6年生となることから、県内で安心して臨床研修が始められるよう、地域卒設置大学と協議を行い、低学年のうちから地域医療について学ぶ機会を設けるほか、病院見学や病院実習など臨床研修への移行支援に取り組みます。
- 臨床研修医に対する積極的な研修機会の確保、関係構築の場の提供を目的として、地域別の研修に加え、小児科・産婦人科等の診療科別の研修の実施を支援し、専攻医の確保を促進します。

カ 寄附講座

- 浜松医科大学と連携し、必要に応じて見直しを行いながら、寄附講座を実施します。
〔寄附講座（2021.3.31現在）〕
 - ・「児童青年期精神医学講座設置事業」
児童青年期精神医学の診療能力を有する医師の養成等を行うとともに、養成された医師の県内定着による、児童精神科医療の地域偏在の解消を図ります。
 - ・「地域周産期医療学寄附講座設置事業」
周産期の専任教員の増員と周産期専門医（母体・胎児、新生児）を養成するとともに、養成した専門医の県内周産期母子医療センターへの定着を図ります。
 - ・「地域家庭医療学寄附講座設置事業」
県内の中小病院の医師不足と開業医の高齢化等に対応するため、将来の家庭医（総合診療医）の養成を図ります。
 - ・「地域医療確保支援研修体制充実事業」
医療需要等の調査分析を行うほか、医師が不足する地域における研修体制を充実させることにより、医師の偏在解消を図ります。

キ 研究・学術環境の整備

- 本県では、県民の健康寿命の更なる延伸や、世界に誇れる健康長寿“ふじのくに”実現のため、社会健康医学の推進を図っています。
- 社会健康医学の研究を長期かつ継続的に推進するとともに、研究成果を広く還元する人材を養成するため、県民の健康寿命の延伸に役立つ「疫学」、「医療ビッグデータ」、「ゲノム医学」などの専門的知識を修得する「静岡社会健康医学大学院大学」が2021年4月に開学しました。
- 更なる医師確保と医療水準の向上に向け、優秀な医師を全国から呼び込み、県内への定着を図るため、医師にとって、より魅力のある教育・研究環境を整えていくことが重要です。このため、医科系の博士課程を持つ大学院大学の設置に向けて、設置に必要な条件や課題の洗い出しなどを行った上で、医療・教育関係などの皆様から御意見を伺って検討を進めていきます。

ク 女性医師の活躍支援

- 2017年4月に、県が浜松医科大学に設置した、県全体の女性医師支援を推進する「ふじのくに女性医師支援センター」において、出産等により離職した女性医師の復職支援やキャリア形成支援など、専任のコーディネーター（医師）による、高い専門性を活かした取組を積極的に実施することにより、女性医師が県内で更に活躍する仕組みを構築します。

- キャリア形成支援及び相談体制の充実のほか、院内保育所（病児・病後児保育含む）の整備による就業環境の改善など、医師にとって魅力ある病院づくりへの支援を進めます。

ケ 高齢医師等の活躍支援

- 1973年の「一県一医大構想」により養成された医師が順次定年を迎える中で、65歳を過ぎても意欲と能力のある医師が働き続けられるよう、医師の就労相談やマッチング支援を行う職業紹介サイト「静岡県医師バンク」を県医師会と連携して運営し、高齢医師の活躍を促進します。
- また、女性医師の割合の増加等、医師それぞれのライフスタイルに合わせた多様な求職ニーズが生まれていることから、幅広い年齢を対象とした、きめ細やかな支援を行います。

コ 高校生等への支援による医学科進学者の増

- 将来の本県の医療を支える人材を育成するため、県内の高校生等に対し、実際の医療現場に訪問する機会や、医療従事者や医学部合格者と接する機会を提供することで、医学部医学科への進学を目指す高校生等を増やします。

サ 医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援

- 医療従事者の勤務環境改善を推進するため設置した「ふじのくに医療勤務環境改善支援センター」において、医療機関からの要請に応じ、社会保険労務士や医業経営コンサルタント等を派遣し、指導・助言を行います。
- 働きやすい環境を整備するため、医療勤務環境改善計画を策定し、働き方の改善等に取り組む病院を支援するなど、医師に対する負担の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる取組を推進します。
- 医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に対応するため、長時間労働の医師が勤務する医療機関を対象として、医師労働時間短縮計画策定のためのアドバイザー派遣や、医師労働時間短縮等の取組に対する助成により重点的な支援を行うほか、全ての病院を対象として、法令改正や医療機関が取り組むべき具体的な内容について説明会を開催するなど改めて周知を図ります。
- 医師の業務のタスク・シフト/シェアを推進するため、医師・看護師事務作業補助者の資質向上を目的とした研修を行うほか、看護師特定行為研修の研修機関や受講生を派遣する派遣病院への支援等を行います。
- 特定の医療機関に外来受診が集中し、医師に過度な負担を招くのを防ぐため、県民に対して、上手な医療のかかり方や在宅医療に関する講演会を開催するなど、周知啓発を図ります。

シ 産科医等確保支援策の実施

- 分娩を取り扱う産科医等に手当を支給する施設に対し支援を行うことで、過酷な勤務状況にある産科医等の処遇を改善し、周産期医療従事者の確保を図ります。

ス 医療機関の機能分担・連携強化

- 特に産科・小児科については、産前・産後のケア等一般的な医療は身近な場所で受診できる体制を維持する一方で、ハイリスクな症例や緊急時は、病院間の機能分担・連携強化により対応する必要があることから、産科・小児科関係者が協議する場を設け、県内の医療機関の在り方について検討を進めます。

第2節 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）

【対策のポイント】

- 看護職員の計画的な養成と確保
- 就業看護職員の離職防止と未就業看護師の再就業支援
- 病院から地域まで幅広く活躍できる看護職員の育成

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
看護職員数	42,007 人 (2018 年 12 月)	47,046 人 (2025 年)	看護職員需給推計による需給ギャップの解消を目指す。	看護職員業務従事者届
新人看護職員を指導する実地指導者養成数	累計 445 人 (2020 年度まで)	累計 645 人 (2025 年度まで)	毎年度 40 人増加	県地域医療課調査
再就業準備講習会参加者数	73 人 (2020 年度)	80 人 (毎年度)	毎年度 80 人参加	県地域医療課調査
認定看護師数	560 人 (2020 年 12 月)	710 人 (2025 年)	毎年 30 人増加	日本看護協会資料
特定行為研修修了者の就業者数	96 人 (2021 年8月)	260 人 (2023 年度)	毎年度 80 人程度増加	厚生労働省資料

<看護職員需給推計>

- 厚生労働省が2019年10月に公表した看護職員需給推計結果では、全国の2025年における看護職員需要推計は、約188万人から約202万人とされています。一方、供給推計は、約175万人から約182万人とされており、約6万人から約27万人の需給ギャップが見込まれています。
- 当該推計結果の都道府県版では、本県の需要推計は、46,628人から50,076人とされています。一方、供給推計は、43,596人とされており、約3千人から約6千人の需給ギャップが見込まれています。

(いずれも下表のシナリオ①から③の数値)

図表7-20 本県と全国の推計結果

(単位：人、%)

区分	静岡県			全国		
	需要A	供給B	差引C (B-A) (充足率)	需要D	供給E	差引F (E-D) (充足率)
シナリオ①	46,628	43,596	△3,032 (93.5%)	1,880,682	1,746,664 ~1,819,466	△61,216 ~△273,109 (86.5% ~96.7%)
シナリオ②	47,046	43,596	△3,450 (92.7%)	1,897,561		
シナリオ③	50,076	43,596	△6,480 (87.1%)	2,019,773		

資料：医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会中間とりまとめ（2019年）厚生労働省

(需要推計の方法)

○都道府県は地域医療構想に基づき病床再編が図られることを前提とした厚生労働省推計ツールを用いて算定し報告。その数値を厚生労働省が全国ベースに集約のうえ、短時間勤務者の増加に伴う常勤換算対人員数の比率を加味し、ワーク・ライフ・バランスの実現を前提に看護職員の労働環境の変化に対応して幅を持たせた3つのシナリオを踏まえて推計

< 需要推計の考え方 (3つのシナリオ) >

区分	1月あたり超過勤務時間	1年あたり有給休暇取得日数
シナリオ①	10時間以内	有給休暇5日以上
シナリオ②	10時間以内	有給休暇10日以上
シナリオ③	0時間	有給休暇20日以上

対象施設等	推計方法
一般病床及び療養病床 (病院及び有床診療所)	地域医療構想で推計した2025年における4つの医療機能ごとの必要病床数から自動計算(国の提供する推計ツールに数値入力)
精神病床	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所提供の推計患者数から自動計算(国の提供する推計ツールに数値入力)
無床診療所、訪問看護事業所 介護保険サービス	国が推計 (県で数値確認)
保健所・市町村・学校養成所 等	実情、今後の動向を踏まえ都道府県で推計

(供給推計の方法)

○国の示す以下の計算式により推計

$$(\text{①前年の看護職員数} + \text{②新規就業者数} + \text{③再就業者数}) \times (1 - \text{④離職率})$$

○県が独自に設定できる一部数値について、看護学校養成所定員の増加等を踏まえ修正

- ・ ②新規就業者数を2020年から20人増員
2019年に県立看護専門学校及び静岡市立清水看護専門学校が助産師養成課程(定員計20人、1年課程)設置。卒業生が輩出される2020年以降の新規就業者数を定員分増員
- ・ ④離職率を2017年の10.0%(日本看護協会の最新数値(2018年調査))とし、将来の離職率については、2016(9.9%) - 2017年(10.0%)の上昇率を反映
- ・ 離職率の上昇は2025年まで続くと想定

○推計結果

(単位:人)

2016年実績	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年
42,593	42,904	43,209	43,435	43,607	43,713	43,759	43,751	43,695	43,596

○新規就業者数: 2017年1,359人、2018~2019年1,441人、2020年~1,461人

○再就業者数: 2017~2025年3,719人

<就業看護職員数>

(全国の状況)

○2018年12月末における全国の就業看護職員数（保健師、助産師、看護師、准看護師の合計）は、実人員で約161万人（常勤換算では、約147万人）となっています。

図表7-21 全国の就業看護職員数

(単位：人)

区 分		保健師	助産師	看護師	准看護師	計
2018年 12月	実人員数	52,955	36,911	1,218,606	304,479	1,612,951
	常勤換算人数	49,241.4	33,563.9	1,124,151.7	267,306.9	1,474,263.9
	人口10万人当たり	38.9	26.6	889.1	211.4	1,166.0
2016年 12月	実人員数	51,280	35,774	1,149,397	323,111	1,559,562
	常勤換算人数	47,805.1	32,488.5	1,056,749.0	282,604.1	1,419,646.7
	人口10万人当たり	37.7	25.6	832.5	222.6	1,118.4
差 引	実人員数	+1,675	+1,137	+69,209	△18,632	+53,389
	常勤換算人数	+1,436.3	+1,075.4	+67,402.7	△15,297.2	+54,617.2
	人口10万人当たり	+1.2	+1.0	+56.6	△11.2	+47.6

資料：衛生行政報告例（2018年、2016年）厚生労働省 ※人口10万人当たりは常勤換算ベース

(県内の状況)

○2018年12月末における県内の就業看護職員数は42,007人で、2016年末の40,100人に比べ、1,907人（4.8%）増加しており、全国の伸び率3.4%を上回っています。

○年齢別状況を見ると、20歳代から30歳代の占める割合は、全体の38.9%となっており、2016年末の40.9%に比べ減少しています。

○2018年12月末の人口10万人当たりの看護職員従事者数（常勤換算）は1,028.4人で、全国平均の1,166.0人と比較すると137.6人下回っており、多い方から全国41位です。

図表7-22 県内の就業看護職員数

(単位：人)

区 分		保健師	助産師	看護師	准看護師	計
2018年 12月	実人員数	1,718	998	32,935	6,356	42,007
	常勤換算人数	1,589.2	903.6	29,712.1	5,423.4	37,628.3
	人口10万人当たり	43.5	24.7	812.0	148.2	1,028.4
2016年 12月	実人員数	1,626	952	31,000	6,522	40,100
	常勤換算人数	1,501.6	844.2	28,065.3	5,612.9	36,024.0
	人口10万人当たり	40.7	22.9	761.0	152.2	976.8
差 引	実人員数	+92	+46	+1,935	△166	+1,907
	常勤換算人数	+87.6	+59.4	+1,646.8	△189.5	+1,604.3
	人口10万人当たり	+2.8	+1.8	+51.0	△4.0	+51.6

資料：衛生行政報告例（2018年、2016年）厚生労働省 ※人口10万人当たりは常勤換算ベース

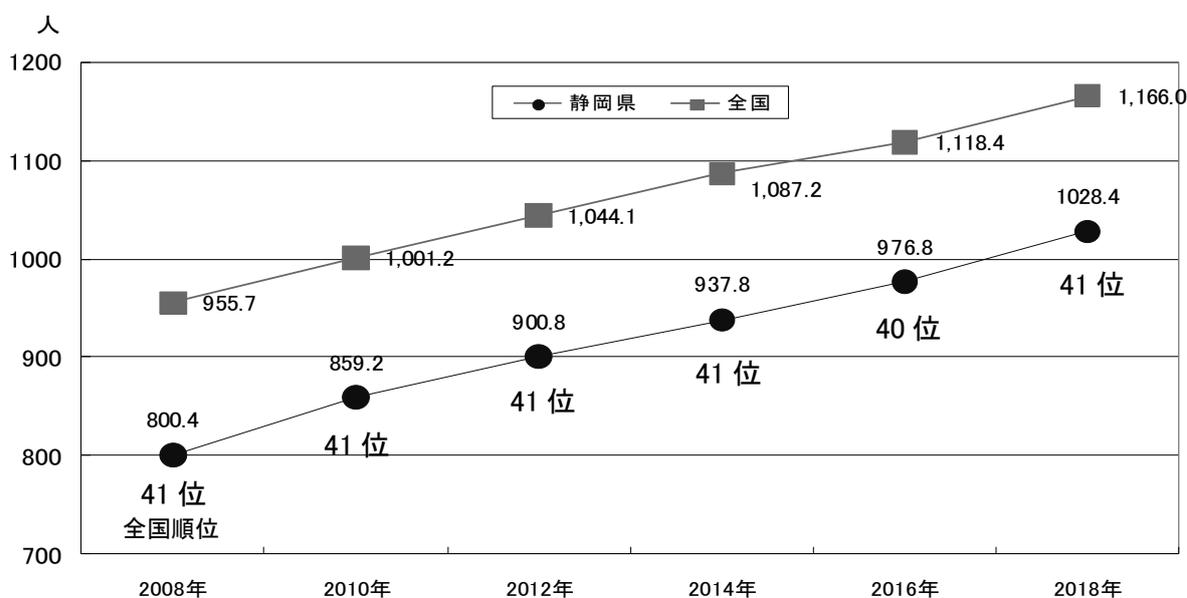
図表7-23 就業場所別の状況（2018年12月末時点実人員）

（単位：人、％）

従事場所	保健師		助産師		看護師		准看護師		総数	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
病院	120	6.9	585	58.7	21,644	65.7	2,082	32.8	24,431	58.2
有床診療所	54	3.1	239	23.9	796	2.4	486	7.6	1,575	3.7
無床診療所	111	6.5	10	1.0	4,014	12.2	1,631	25.7	5,766	13.7
助産所	0	0.0	81	8.1	20	0.1	15	0.2	116	0.3
訪問看護ステーション	4	0.2	0	0	1,210	3.7	70	1.1	1,284	3.1
介護老人保健施設	1	0.1	0	0	1,028	3.1	564	8.9	1,593	3.8
介護医療院	0	0	0	0	53	0.2	46	0.7	99	0.2
介護老人福祉施設	26	1.5	0	0	2,415	7.3	1,135	17.9	3,576	8.5
その他の社会福祉施設	21	1.2	0	0	613	1.9	207	3.3	841	2.0
保健所	93	5.4	0	0	9	0.0	0	0.0	102	0.2
県	49	2.9	1	0.1	39	0.1	1	0.0	90	0.2
市町	1,027	59.8	27	2.7	238	0.7	22	0.3	1,314	3.1
事業所	119	6.9	0	0.0	166	0.5	36	0.6	321	0.8
学校養成所、研究機関	25	1.5	48	4.8	380	1.2	1	0.0	454	1.1
その他	68	4.0	7	0.7	310	0.9	60	0.9	445	1.1
総計	1,718	100	998	100	32,935	100	6,356	100	42,007	100

資料：衛生行政報告例（2018年）厚生労働省

図表7-24 人口10万人当たり医療施設従事看護職員数の推移（常勤換算）（単位：人）



資料：「衛生行政報告例」（2018年）・厚生労働省から地域医療課作成

※ 順位は本県の全国順位

<看護職員の養成状況>

○2021年度における看護職員の養成は23校、30課程で行われ、入学定員は1,532人（大学編入者除く）となっており、2012年度と比較すると、179人増加しています。

○助産師養成施設は、2019年度に中部地域と東部地域に養成所が設置され、県内全域に養成所が整備されています。

図表7-25 県内看護職員養成施設の状況（2021年4月）

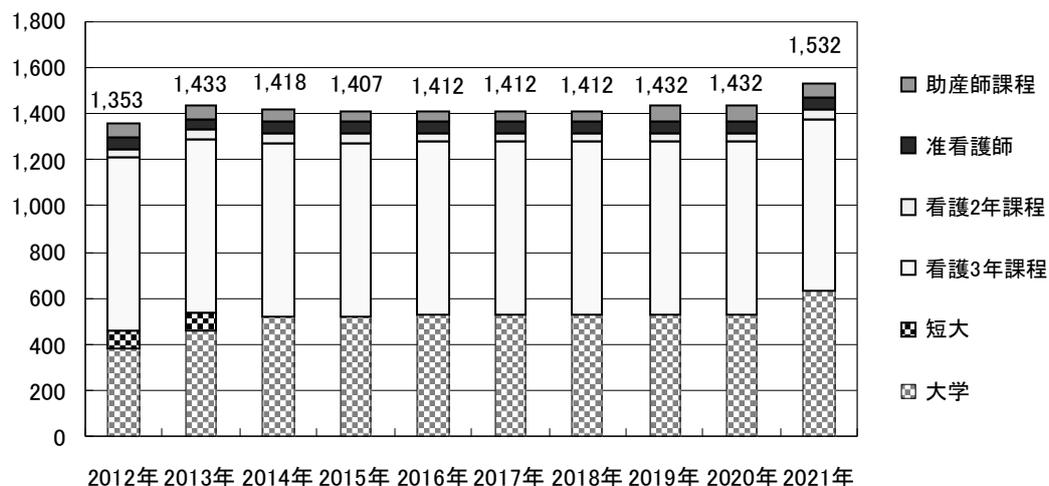
（単位：人、課程）

区分		東 部	中 部	西 部	計
看護 師 養 成	大学	220 (2)	200 (2)	210 (2)	630 (6)
	3年課程	337 (7)	200 (5)	210 (4)	747 (16)
	2年課程	40 (1)	—	—	40 (1)
	小 計	597 (10)	400 (7)	420 (6)	1,417 (23)
准看護師養成		—	—	50 (1)	50 (1)
助 産 師 養 成	大学院	—	10 (1)	5 (1)	15 (2)
	大学専攻科	—	—	15 (1)	15 (1)
	養成所	10 (1)	10 (1)	15 (1)	35 (3)
	小 計	10 (1)	20 (2)	35 (3)	65 (6)
合 計		607 (11)	420 (9)	505 (10)	1,532 (30)

資料：県地域医療課調べ（ ）は課程数

○入学定員数の内訳は、短大が廃止され0になった一方、大学は、2012年度と比較すると250人増加しています。

図表7-26 県内看護職員養成施設の入学定員の状況（毎年4月時点）（単位：人）



資料：県地域医療課調べ

○県内養成施設の卒業生の県内への就職状況は、2021年4月時点で、全体では8割を超えていますが、大学及び助産師養成課程では7割程度となっています。

図表7-27 県内看護職員養成施設卒業生の就業状況（2020年度卒業生）（単位：人）

区 分		卒業 者数	就業先別就業者数						就 業 率	進 学 者	そ の 他
			病院	診療所	県市町	老健施設	その他	計			
看護師 保健師	大学	536	468	0	19 (19)	1	12 (12)	500 (31)	93.3%	23	13
			364	0	13 (13)	1	9 (9)	387 (22)	77.4%		
看護師	看護師 3年課程	657	637	0	0	0	3	640	97.4%	13	4
	看護師 2年課程	2	574	0	0	0	3	577	90.2%		
准看護師	准看護師 課程	45	2	0	0	0	0	2	100.0%	9	0
			26	9	0	1	0	36	80.0%		
助産師	助産師 課程	58	26	0	0	0	0	36	100.0%	0	0
			58	0	0	0	0	58	100.0%		
合 計		1,298	42	0	0	0	0	42	72.4%	45	17
			1,191	9	19 (19)	2	15 (12)	1,236 (31)	95.2%		
			1,008	9	13 (13)	2	12 (9)	1,044 (22)	84.5%		

資料：県地域医療課調べ

※ 上段：総数、下段：うち県内就業

就業率：就業者数/卒業生数×100、県内就業率：県内就業者数/就業者数×100

（ ）内は保健師として就業した者で内数

職種別の状況

【保健師】

(1) 現状

- 2018年12月末における県内の就業保健師数は1,718人で、2016年末の1,626人に比べ、5.7%の増加となっています(2018年衛生行政報告例(厚生労働省))。
- 就業場所別にみると、保健所・区市町に從事する者1,169人(68.0%)、病院・診療所285人(16.5%)、事業所119人(6.9%)、社会福祉施設・訪問看護ステーション52人(3.0%)などとなっています。
- 年齢別状況をみると、20歳代が15.8%、30歳代が27.6%、40歳代が28.0%、50歳代が21.8%となっており、30歳代から40歳代が中心となっています。
- 2018年12月末の調査によると、本県における人口10万人当たりの就業保健師数(常勤換算)は43.5人で、全国平均(38.9人)よりも多くなっています。

(2) 課題

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、生活習慣病予防や重症化予防等、地域保健の中核を担う保健師の役割はますます重要となっています。
- 2013年4月「地域における保健師の保健活動に関する指針」が改正され「予防的介入の重視」や「健康なまちづくりの推進」の強化が示されたことから、「地区担当制の推進」や「統括的な役割を担う保健師の配置」の必要性が高まっています。
- 住み慣れた地域でその人らしい生活を継続するために、保健、医療、福祉、介護等の各種サービスの総合的な調整及び不足しているサービスの確保など「地域包括ケアシステム」を実現するコーディネーターとしての役割が求められています。
- 育児におけるストレス、養育者の孤立など子育てに関する問題が多く発生しています。児童虐待の発生を予防し、子どもが健やかに育つため、関係機関との情報提供・調整等による、地域での子育て支援活動の強化が重要な課題となっています。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、保健所の積極的疫学調査や入院調整など、感染症対応業務が保健師に集中し、業務のひっ迫が課題となっています。

(3) 対策

ア 保健師の確保

- 地域住民への保健サービスの充実を図るため、市町保健師の計画的な確保及び配置の促進を図ります。過疎地域等への保健師の就業を促進するため、看護職員修学資金制度について、過疎地域等をその区域に含む町で保健師業務に従事した場合、返還債務を免除とする見直しを行います。
- 広域のかつ二次的な機能を発揮させ、地域の保健サービス水準を総合的に向上させるとともに、感染症拡大時の体制確保に向け、県保健師を適正に配置するため、中長期的な視点に立った確保、育成に努めます。
- 未就業保健師のナースバンク登録を促進します。
- 保健師を養成する大学、地域実習を受け持つ市町等と連携し、保健師の専門性や活動分野の多様性に対する学生の理解を深めます。

イ 保健師の資質向上

- 地域社会が求める健康ニーズに見合った施策を展開する役割を持つ行政保健師の資質の向上のため、経験年数に応じた研修、地区診断・健康施策に関する研修などを実施します。
- 統括保健師の配置により、組織横断的な保健活動の調整や保健師の人材育成につながり、保健サービスの質の向上が期待できることから、管理期保健師を対象とする研修や会議などを通じて市町に働きかけ、配置を推進します。
- 県保健師の役割として、専門性をもった質の高い保健サービスの提供を確保するため、人材育成ガイドラインに基づき、職場内研修、職場外研修、計画的な人事異動及び自己啓発などにより、保健師の現任教育体系を構築し人材育成を図ります。
- 未就業保健師の就業促進のため、教育・研修体制の整備を図ります。

ウ 感染症拡大時のための体制整備

- 感染症の拡大時に、多職種と業務を分担し、協働する体制を整備し、円滑な業務の遂行に努めます。

【助産師】

(1) 現状

- 2018年12月末における県内の就業助産師は998人で、2016年末より46人増加しており、常勤換算数でも、59.4人増加しています。(2018年衛生行政報告例(厚生労働省))。
- 就業場所別にみると、病院勤務者が585人となり、2016年末の564人から21人増加する一方で、助産所開設者(出張のみによる者は除く)は、41人で2016年末と同数となっています。
- 2021年4月現在、県内24病院で分娩を取り扱っており、うち、14病院に助産師外来又は院内助産所が設置されています。
- 年齢構成別の助産師数では、20歳代から30歳代の占める割合が全体の43.3%となっています。
- 2018年12月末の調査によると、本県における人口10万人当たりの就業助産師数(常勤換算)は24.7人で、全国平均の26.6人と比較すると1.9人下回っています。また、地域別では、東部地域15.8人、中部地域23.3人、西部地域34.1人となっており、地域別の差が生じています。
- 2019年4月に県立看護専門学校に助産師養成課程を新設しました。また、静岡市立清水看護専門学校に助産師養成課程が新設されました。これにより、県内全域に助産師養成施設が設置されました。

(2) 課題

- 核家族化や地域のつながりが薄くなる中、安全安心な出産と、充実した子育てを支援するためには、病院等施設の内外を問わず助産師本来の業務である助産をはじめ、妊婦・じょく婦や新生児の保健指導などの役割を果たすことが重要になっています。
- 母子のみならず女性の生涯における性と生殖にかかわる健康相談や教育活動など、助産師の役割は家族や地域社会に広く貢献するものであり、助産師の確保と専門性の向上に取り組む必要があります。

(3) 対策

- 2019年4月に県立看護専門学校に設置した助産師養成課程において、県東部地区を中心として医療機関や地域で活躍する助産師を毎年10人程度養成します。また、静岡市立清水看護専門学校に設置された助産師養成課程において、毎年10人程度が養成されます。
- 助産師の県内定着と就業促進を図るため、未就業助産師の再就業支援をはじめ、ナースセンター事業の活用などによりその確保に努めます。
- 周産期医療の著しい進歩に対応するため、専門的な知識習得や産科医との連携強化、母体急変時の初期対応の習得などを目的とした研修会等の開催などにより、質の向上を図ります。

【看護師・准看護師】

(1) 現状

- 2018年12月末における県内の就業看護師等の数は、看護師が32,935人、准看護師が6,356人で、看護師は2016年末の31,000人に比べ、1,935人(6.2%)増加する一方、准看護師は2016年末の6,522人に比べ、166人(2.5%)減少しています(2018年衛生行政報告例(厚生労働省))。
- 年齢別状況を見ると、20歳代から30歳代の占める割合は、看護師で全体の43.8%となっている一方、准看護師は全体の11.9%であり、若年層が減少し高齢化が進む傾向にあります。
- 2018年末の人口10万人当たりの就業看護師数(常勤換算)は812.0人で、全国平均の889.1人と比較すると77.1人下回っています。また、人口10万人当たりの就業准看護師数(常勤換算)は148.2人で、全国平均の211.4人と比較すると63.2人下回っています。
- 看護師等の離職時届出制度に基づく届出者数は、2021年8月末時点で累計5,320人となっており、このうち1,202人がナースセンターの無料職業紹介事業(eナースセンター)の登録を希望しています。
- 高度化し専門分化が進む医療の現場においては、認定看護師や専門看護師の資格認定制度を通じて特定の看護分野において知識・技術を深めた水準の高い看護実践のできる者の養成が進められています。県内では、2021年8月末時点で認定看護師は、A課程21分野534人(全国21分野20,673人)、B課程9分野22人(全国19分野922人)、専門看護師は10分野71人(全国13分野2,714人)が登録されています。
- 2015年10月に創設された看護師の特定行為研修制度は、2021年8月時点で全国に指定研修機関が289設置され、県内に12設置されています。また、研修修了者の就業者数は、2021年8月末時点で全国で3,239人、県内で96人となっています。
- 2018年6月の労働基準法の改正により、時間外労働の上限規制について月45時間、年360時間を原則とし、臨時的な特別な事情がある場合は年720時間、単月100時間未満、複数月平均80時間とすることなどが定められました。ただし、医師等の一部の事業・業務については法施行5年後に上限規制を適用すること等とされました。
- 2020年の新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受けて、県看護協会との連携により復職を依頼する広報等を実施し、離職中の看護職員の再就業を図りました。また、感染対策として遠隔授業や医療機関での臨地実習に代えて学内演習を行う看護師等養成所等への支援を行いました。

○2021年5月の医療法の改正により、2024年4月1日の医師に対する時間外労働上限規制の適用開始に向け、勤務する医師が長時間労働となる医療機関において医師労働時間短縮計画の策定等の措置を講じることとされました。

(2) 課題

○少子高齢化や疾病構造の変化、新型コロナウイルス感染症対応等に伴う医療需要の増大や多様化により、近年の医療は高度化・専門化の傾向にあり、看護業務も高度専門医療の一翼を担うものから慢性疾患・在宅療養患者等の訪問看護に至るまで、その果たす役割は、質、量とも拡大しています。

○厚生労働省が2019年10月に公表した看護職員需給推計の都道府県版では、本県の需要推計は、46,628人から50,076人とされています。一方、供給推計は、43,596人とされており、約3千人から約6千人の需給ギャップが見込まれています。

○就業看護師の離職防止を図るためには、夜勤の負担軽減や時間外労働の縮減などの勤務環境の改善が必要です。また、労働基準法改正による時間外労働の上限規制に対応し、長時間労働をなくすための勤務間インターバル制度(1日の勤務終了後、翌日の出社までの間に一定時間以上の休息時間(インターバル時間)を確保する仕組み)の導入等に取り組むことが必要です。

○医師の労働時間短縮を着実に進めるためには、医療関係職種の業務を見直し、医師の業務のタスク・シフト/シェアを推進することが必要です。

○看護師等の離職時届出制度については、2015年10月の施行から5年程度経過し、努力義務である届出を行う看護職員(又は本人に代行して届け出る就業先)の届出意識の希薄化が考えられ、届出意識向上のための啓発が必要です。

○離職中の看護職員の再就業を促進するためには、きめ細かな求職求人マッチング、医療・看護技術の進展に対応するための復職時研修の実施など再就業しやすい環境を整える必要があります。

○患者や家族の要請に応じた看護サービスの担い手として、患者の生活の質の向上を目指した療養支援を行うためには、人々の暮らしに視点を置いた看護の推進が求められています。

○特定行為研修の指定研修機関及び協力施設の県内設置が進み、研修体制が整備され、研修修了者の就業者数は県内で96人と増加してきましたが、さらなる普及に向けた取組が必要です。

○地域包括ケアシステムの推進のため、多職種と連携しながら、切れ目のない医療と介護を提供するためのコーディネーターの役割を果たすことが求められています。

○県内養成施設の卒業生の県内への就職状況は、2021年4月時点で、全体では8割を超えており、大学及び助産師養成課程では7割程度となっています。

(3) 対策

ア 養给力強化

○基礎看護教育の内容向上を図るため、看護師等養成所の運営を支援します。

○看護教員及び実習指導者を養成する研修会を開催し、教育の質の向上を図ります。

○こころざし育成セミナーの開催や看護の出前事業、看護系学校進学案内ガイドブックの作成等による広報等により、看護師等を志望する学生への啓発を促進します。

○県看護協会と連携し、看護の日(5月12日)及び看護週間等の啓発事業を通じて、県民の看護についての関心と理解を深めます。

イ 離職防止・定着促進

- 新人看護職員の臨床実践能力を高めるため、病院内における新人看護職員研修に関する研修責任者や教育担当者等を養成する研修会を開催します。
- 病児保育や延長保育、児童保育への支援など院内保育事業の充実、ナースステーション等の改修や休憩室の整備及び看護師宿舎の個室化などを促進することにより、働きやすい職場環境づくりを推進します。
- 県病院協会に設置した医療勤務環境改善支援センターにおいて、医療現場の実情を踏まえた労働時間短縮の取組事例やメンタルヘルス対策を含む医療勤務環境改善計画策定方法の提案、医療機関の課題に対応する研修会の開催により、実効性のある支援を行います。
- 看護学生に修学資金を貸与することにより、県内への就業・定着を強化します。
過疎地域等への看護職員の就業を促進するため、看護職員修学資金制度について、過疎地域等の医療機関等で看護業務に従事した場合の返還債務免除に係る期間を、5年間から貸与期間に相当する期間とする見直しを行います。

ウ 再就業支援

- 静岡県ナースセンターと連携しながら、ナースバンク事業を充実し、求職求人マッチングを強化するとともに、最新の看護知識・技術を習得するための講習会や研修会、就業相談会を開催し、離職中の看護職員の再就業を促進します。
- 2017年度に静岡県ナースセンターに配置した再就業支援コーディネーターが、看護師等の離職時届出制度を活用し、離職者に対して、医療機関の求人情報や復職体験談の提供、復職研修の開催案内、復職意向の定期的な確認など、きめ細かな支援を行います。
- 在宅医療を支える訪問看護や介護施設など、看護職員が活躍する場の広がりを踏まえ、未就業看護師に対して、多様な働き方や働く場所などの情報提供を行います。
- 県内高等学校、看護職員養成施設等の訪問、県移住フェアへの参加等を通じて、UIターンの呼びかけ、本県の看護職員確保・定着の取組紹介を行います。

エ 看護の質の向上

- 新型コロナウイルス感染症等の新興感染症、高度化、多様化する看護業務に的確に対応できるよう、認定看護師教育課程など研修機関等における体系的な研修の実施及び参加促進のため、研修機関への支援や、受講費への助成等を通じて看護職員が受講しやすい環境を整えます。
- 研修機会の少ない中小病院や診療所等の看護職員に対する研修を実施し、安全な医療・看護を提供する体制を整えます。
- 医師の労働時間短縮にも大きな役割を果たす特定行為研修修了者数の増加を図るため、県内の研修施設や研修受講を推進する医療機関等への支援、特定行為研修修了者の活用促進を目的とした実践報告会等を行います。

オ 医療・介護・福祉の連携強化

- 地域包括ケアシステムの推進に向けて、訪問看護師を対象とした研修の実施により、その資質の向上を図ります。
- 病院から在宅や施設への切れ目ない看護の提供体制を確保するため、病院看護師と訪問看護師のネットワークづくりをはじめ、保健、医療、介護、福祉の垣根を越えた多職種連携強化を進めます。

第3節 ふじのくに医療勤務環境改善支援センター

【対策のポイント】

- 医療機関の行う医療従事者の勤務環境改善の支援
- 「医師の働き方改革」による時間外労働上限規制への対応支援
- 医療勤務環境改善マネジメントシステムの普及

【数値目標】

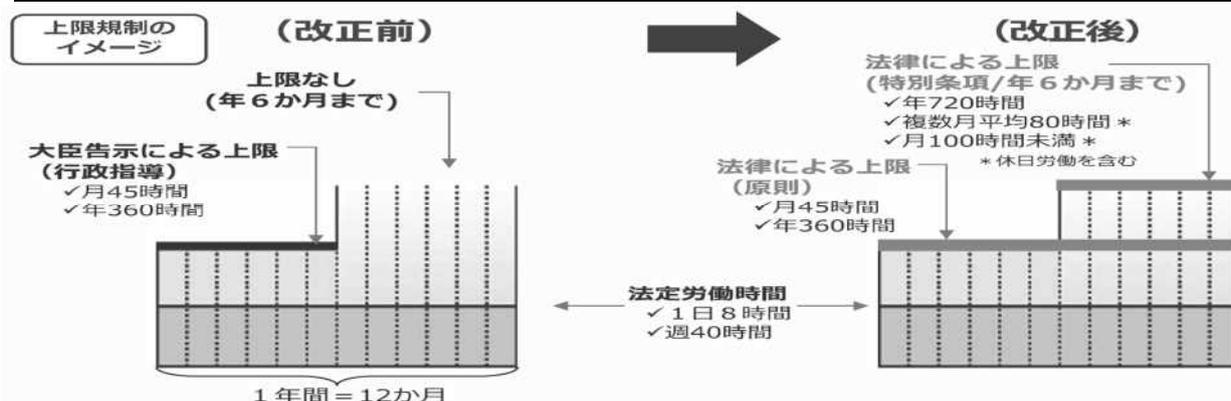
項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
医療勤務環境改善計画の策定	50 病院 (2020 年)	県内全病院 (2023 年) (参考:171 病院 (2021.4 時点))	県内すべての病院において計画的に勤務環境改善に取り組む。	県地域医療課調査

(1) 現状

- 医療法では、病院又は診療所の管理者は、医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずるよう努めることが義務づけられ、都道府県にはその取組を支援する拠点整備に努めると規定されています。
- 本県では、2014 年 10 月に「ふじのくに医療勤務環境改善支援センター」（以下「支援センター」）を設置し、医療機関からの要請に基づき医業経営コンサルタントや、社会保険労務士等の専門家を派遣し、医療勤務環境改善計画の策定・実施を支援してきました。2020 年 4 月から、病院により近い立場で効果的に勤務環境改善支援を実施するため、支援センターを県病院協会に置く、体制の見直しを行いました。
- 2018 年 6 月の労働基準法の改正により、時間外労働の上限規制について月 45 時間、年 360 時間を原則とし、臨時的な特別な事情があって労使が合意する場合は年 720 時間、単月 100 時間未満、複数月平均 80 時間とすることなどが定められました。ただし、医師等の一部の事業・業務については改正法施行 5 年後に上限規制を適用すること等とされました。

<改正労働基準法の概要>

- ・時間外労働の上限規制（時間外労働の上限は原則として月 45 時間・年 360 時間、臨時的な特別な事情があっても時間外労働が年 720 時間以内、時間外労働と休日労働の合計が月 100 時間未満としなければならない 等）
- ・年 5 日の年次有給休暇の取得（使用者の義務）



資料：厚生労働省働き方改革労働時間法制の見直しの概要(残業時間の上限規制)から抜粋

○2021年5月の医療法等の改正により、2024年4月1日の医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に向け、勤務する医師が長時間労働となる医療機関において医師労働時間短縮計画の策定等の措置を講じることとされました。また、各医療専門職種の専門性の活用を進めるため、各職種の業務範囲の拡大等を行うこととされました。

<改正医療法等の概要>

- 医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（2024年4月1日）に向け次の措置を講じる。
 - ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の策定
 - ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
 - ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等
- タスク・シフト/シェアを推進し、医師負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律等）

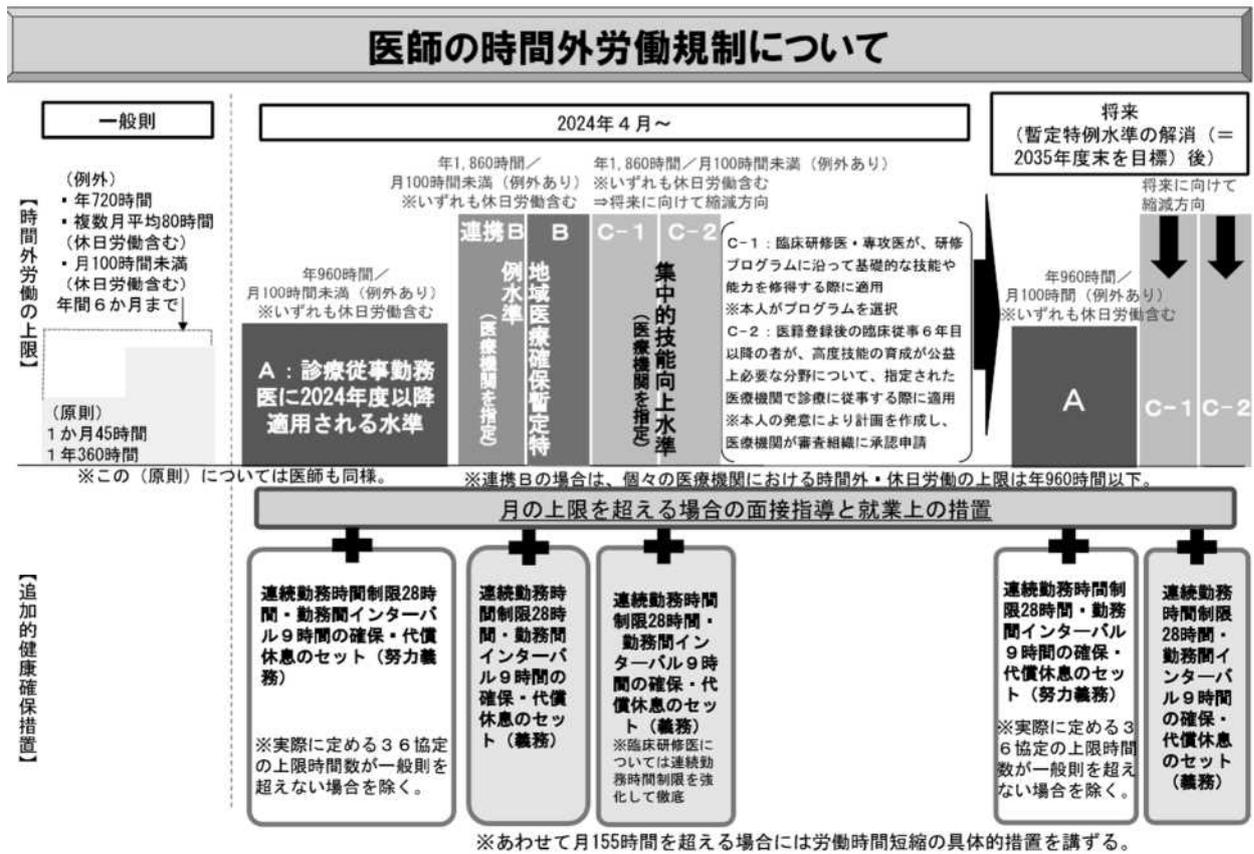
職種	業務範囲の拡大等
診療放射線技師	<ul style="list-style-type: none"> ・放射性同位元素（その化合物及び放射性同位元素又はその化合物の含有物を含む。）を人体内に挿入して行う放射線の人体に対する照射を追加 ・病院又は診療所以外の場所において業務を行うことができる場合として、医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、出張して超音波診断装置その他の画像による診断を行うための装置であって厚生労働省令で定めるものを用いた検査を行うときを追加
臨床検査技師	<ul style="list-style-type: none"> ・採血、検体採取又は生理学的検査に関連する行為として厚生労働省令で定めるもの（医師又は歯科医師の具体的な指示を受けて行うものに限る。）を追加
臨床工学技士	<ul style="list-style-type: none"> ・生命維持管理装置を用いた治療において当該治療に関連する医療用の装置の操作（当該医療用の装置の先端部の身体への接続又は身体からの除去を含む。）として厚生労働省令で定めるもの（医師の具体的な指示を受けて行うものに限る。）を行うことを追加
救急救命士	<ul style="list-style-type: none"> ・「救急救命処置」の定義について、重度傷病者が病院若しくは診療所に搬送されるまでの間又は病院若しくは診療所に到着し当該病院若しくは診療所に入院するまでの間（当該重度傷病者が入院しない場合は、病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に滞在している間。以下同じ。）に当該重度傷病者に対して行われる気道の確保、心拍の回復その他の処置であって、当該重度傷病者の症状の著しい悪化を防止し、又はその生命の危険を回避するために緊急に必要なものとする ・救急救命士が救急用自動車その他の重度傷病者を搬送するためのものであって厚生労働省令で定めるもの以外の場所において業務を行うことができる場合として、重度傷病者が病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に入院するまでの間において救急救命処置を行うことが必要と認められる場合を追加 ・病院又は診療所に勤務する救急救命士は、重度傷病者が当該病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に入院するまでの間において救急救命処置を行おうとするときは、あらかじめ、厚生労働省令で定めるところにより、当該病院又は診療所の管理者が実施する医師その他の医療従事者との緊密な連携の促進に関する事項その他の重度傷病者が当該病院又は診療所に到着し当該病院又は診療所に入院するまでの間において救急救命士が救急救命処置を行うために必要な事項として厚生労働省令で定める事項に関する研修を受けなければならないものとする

資料：良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案要綱から抜粋

< 医師労働時間上限規制の概要 >

- ・ 時間外労働時間の上限は、年 960 時間 / 月 100 時間未満
- ・ 地域医療提供体制の確保のため、医療技能の向上のためにやむを得ず長時間労働する医師に対し、例外的な水準を設定
- ・ 医師労働時間短縮計画の策定、医療機関勤務環境評価センター(以下「評価センター」)による計画及び労働時間短縮の取組の評価、これを踏まえた県による指定を経て、各水準が適用される
- ・ 労働時間上限規制に加え、連続勤務時間制限、勤務間インターバルなどの追加的措置により医師の健康確保に取り組む

図表 7-28 医師の時間外労働規制①

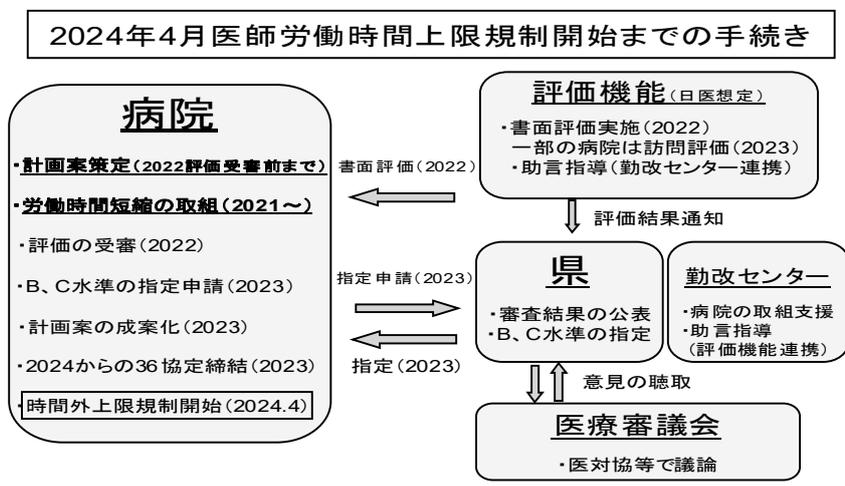


資料: 「医師の働き方改革に関する検討会 中間とりまとめ参考資料」(2020年12月22日)

図表 7-29 医師の時間外労働規制②

区分	規制の概要		都道府県の指定要件の概要
A水準	診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準	年960時間／月100時間未満(面接指導の実施により例外的に緩和あり) ※休日労働含む	—
B水準	地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ずA水準を超えざるを得ない場合の水準	年1,860時間／月100時間未満(面接指導の実施により例外的に緩和あり) ※休日労働含む	三次救急医療機関、二次救急医療機関かつ「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」かつ「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」等
連携B水準			医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関等
C-1水準			都道府県知事により指定された臨床研修プログラム又は日本専門医機構により認定された専門研修プログラム／カリキュラムの研修機関等
C-2水準			対象分野における医師の育成が可能等

資料：「医師の働き方改革に関する検討会 中間とりまとめ」（2020年12月22日）から抜粋
 ○B水準、連携B水準、C-1水準、C-2水準の指定を受けることを予定している場合は、当該指定申請にあたり、評価センターによる評価を受審する前までに2024年4月以降の医師労働時間短縮計画の案を作成することが必要です。また、A水準超の時間外・休日労働を行う医師が勤務する医療機関は、A水準を予定している場合であっても2023年3月末までに医師労働時間短縮計画を作成することが努力義務とされており、期限までに確実に医師の時間外・休日労働を短縮することが必要です。



資料：「医師の働き方改革の推進に関する検討会中間とりまとめ」（2020年12月22日）等から地域医療課作成

○2021年9月30日付け医政発0930第16号厚生労働省医政局長通知において、医師の時間外労働の上限規制が適用される2024年4月に向けて、現行制度の下で医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト/シェアが可能な業務の具体例やタスク・シフト/シェアを推進するにあたっての留意点等が整理されており、各医療機関はこれを踏まえて取組を早急に進めることが求められています。

区分	内容
基本的な考え方	<ul style="list-style-type: none"> ・医療安全の確保及び各医療関係職種の資格法における職種毎の専門性を前提として、各個人の能力や各医療機関の体制、医師との信頼関係等も踏まえつつ、多くの医療関係職種それぞれが自らの能力を生かし、より能動的に対応できるよう必要な取組を進めることが重要 ・まずは現行制度の下で実施可能な範囲において、医師以外の医療関係職種が実施可能な業務についてのタスク・シフト/シェアの最大限の推進が必要
タスク・シフト/シェアを効果的に進めるための留意事項	<p>1)意識改革・啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ・タスク・シフト/シェアの効果的な推進には個々のモチベーションや危機感等が重要 ・病院長等の管理者の意識改革・啓発に加え、医療従事者全体の意識改革・啓発に取り組むことが必要 <p>具体例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院長等の管理者向けのマネジメント研修や医師全体に対する説明会の開催、各部門責任者に対する研修、全職員の意識改革に関する研修会等 <p>2)知識・技能の習得</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療安全を確保しつつ、タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の不安を解消するためには、医療関係職種の知識・技能の担保が重要 <p>具体例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各医療関係職種が新たに担当する業務に必要な知識・技能を習得するための教育・研修の実施 ・教育・研修の実施に当たっては、座学のみではなくシミュレーター等による実技の研修も行うほか、指導方法や研修のあり方の統一・マニュアルを作成 <p>3)余力の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・タスク・シフト/シェアを受ける側の医療関係職種の余力の確保も重要 <p>具体例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ICT機器の導入等による業務全体の縮減を行うほか、医師だけでなく看護師その他の医療関係職種から別の職種へのタスク・シフト/シェア(現行の担当職種の見直し)にもあわせて取り組むとともに、タスク・シフト/シェアを受ける側についても必要な人員を確保 <p>資料：2021年9月30日付け医政発0930第16号厚生労働省医政局長通知から抜粋</p>

○厚生労働省では、医療機関がPDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み（医療勤務環境改善マネジメントシステム）を構築し、自主的な取組を支援するガイドラインを整備しましたが、本県では当システムを活用して医療勤務環境改善計画を策定する医療機関は少数にとどまっています。

(2) 課題

- 医療従事者の離職防止及び定着促進のために、健康で働き続けられる勤務環境にすることが求められています。労働基準法改正による時間外労働の上限規制に対応し、長時間労働をなくすための勤務間インターバル制度（1日の勤務終了後、翌日の出社までの間に一定時間以上の休息時間（インターバル時間）を確保する仕組み）の導入等に取り組むことが必要です。
- 医療機関から支援センターへのアドバイザー派遣依頼数は少数にとどまっており、支援センターの認知度向上やアドバイザーの資質向上が必要です。
- 2024年4月1日から始まる医師に対する時間外労働の上限規制について、医療機関の取組の進捗に差が生じていることから、さらなる制度の周知と支援が必要です。
- 医師の労働時間短縮を着実に進めるためには、医療関係職種の業務を見直し、医師の業務のタスク・シフト/シェアを推進することが必要です。特に、看護師、助産師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、義肢装具士、救急救命士、医師事務作業補助者や看護補助者などを含めた、多職種の協力体制を整えていく必要があります。
- また、医師の働き方改革の実現には、労働時間の上限規制に加え、地域医療構想、医師の確保・偏在対策の推進、医療を受ける県民の理解に基づく上手な医療のかかり方の促進が必要です。

(3) 対策

- 県病院協会に設置した支援センターにおいて、医療現場の実情を踏まえた労働時間短縮の取組事例の提供や医療従事者のメンタルヘルス対策を含めた医療勤務環境改善計画策定方法の提案、医療機関の課題に対応する研修会の開催により、実効性のある支援を行います。
- 支援センターの認知度向上に向けて、ホームページによる労働時間短縮の取組事例や医師労働時間短縮計画策定マニュアルの紹介など、医療機関のニーズに応じた情報発信を行うとともに、アドバイザーの資質向上を目的とした研修や情報共有のための会議を開催します。
- 医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に対応するため、長時間労働の医師が勤務する医療機関を対象として、医師労働時間短縮計画策定のためのアドバイザー派遣や医師労働時間短縮等の取組に対する助成により重点的な支援を行うほか、全ての病院を対象として、法令改正や医療機関が取り組むべき具体的な内容について説明会を開催するなど改めて周知を図ります。
- 2021年9月30日付け医政発 0930 第16号厚生労働省医政局長通知の内容を踏まえ、医師事務作業補助者の資質向上を目的とした研修や看護師特定行為研修の研修機関や受講生を派遣する病院への支援を行うほか、タスク・シフト/シェアの好事例の発表を含む研修や特定行為研修修了者の活用促進を目的とした実践報告会などを実施します。
- 時間外労働の上限規制にかかる法令遵守に加え、勤務環境改善の取組が、医療の質の向上や経営の安定化につながり、医療従事者や患者だけでなく病院経営にとってもメリットがあることを周知し、自主的な取組を促進します。

- 医師の働き方改革の推進とあわせて、地域医療構想の実現に向けた取組を引き続き進めます。
- 医師の確保、偏在解消に向けて、浜松医科大学、県医師会、県病院協会、その他関係団体との連携を図りながら医師確保計画に基づき、必要な取組を実施します。
- 県民の理解に基づく上手な医療のかかり方の促進のため、国の進める「みんなで医療を考える月間」の取組や医療のかかり方の重要性に関する普及啓発に協力するとともに、地域の医療を支えようと自ら活動している住民の方々の集まりである地域医療支援団体との協働により、医師の働き方改革についての周知を図ります。

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

【対策のポイント】

- 健康寿命の更なる延伸を図るため、県民総ぐるみの健康づくりや科学的知見に基づく健康施策を推進

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
静岡社会健康医学大学院大学の論文及び学会等発表の合計件数	— (2020年度)	80件 (2022～ 2025年度)	静岡社会健康医学大学院 大学中期計画活動目標	県健康福祉部 健康政策課 調査
社会健康医学に関する講演会等参加者数	累計 1,614人 (2017～ 2020年度)	累計 2,400人 (2022～ 2025年度)	講演会等年5回程度 計600人×4年=2,400人	県健康福祉部 健康政策課 調査

(1) 現状

ア 高齢化の進行と平均寿命と健康寿命の差

- 2020年10月1日現在の静岡県の総人口は約363万人であり、65歳以上の高齢者人口は、約108万人に増加し、総人口に占める割合（高齢化率）は30.2%と、いずれも過去最高になっています。
- 今後、高齢化は更に進行し、団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年には、65歳以上の高齢者人口は、111万9千人（高齢化率31.9%）、2030年には約3人に1人（高齢化率33.3%）が高齢者になると予測されています。
- 2019年の静岡県の平均寿命は男性81.41歳、女性87.24歳、健康寿命は男性73.45歳、女性76.58歳と、何らかの健康上の問題で日常生活が制限される期間（平均寿命と健康寿命の差）は、男性で約8年、女性で約11年となっています。

イ 医療費・介護費の拡大

- 2008年度から2018年度までに、静岡県の医療費は9,288億円から1兆1,716億円へ増加しています。
- 同じ期間に、介護費も1,886億円から2,784億円へ増加しています。

ウ 高齢者の定義と認識の差異

- 高齢者を65歳以上と定義したのは、1956年の国連報告によるものですが、当時（1955年）の静岡県の平均寿命は男性64.12歳、女性68.63歳であり、高齢者の定義となる年齢は概ね平均寿命に相当していました。

- 現在の平均寿命は、当時と比較して男女とも15年以上延伸し、65歳以上で健康で活躍している人も増加し、高齢者自身の意識も変化してきています。

エ 静岡社会健康医学大学院大学の開学

- 社会健康医学の研究を長期かつ継続的に推進するとともに、研究成果を広く還元する人材を養成するため、2021年4月1日に静岡社会健康医学大学院大学が開学しました。

(2) 課題

- 平均寿命と健康寿命の差が依然として長いことから、県民の健康づくりを一層推進することが必要です。
- 2021年4月に開学した静岡社会健康医学大学院大学の研究成果の還元が必要です。

(3) 対策

ア 静岡社会健康医学大学院大学の教育・研究機能の充実

- 県民の健康寿命延伸に向けて、大学院大学における疫学、医療ビッグデータ、ゲノムコホート、聴覚言語学等の教育、研究等を支援します。

イ 社会健康医学の研究成果の還元

- 大学院大学の研究成果の地域への還元や本県の健康課題を解決するため、ヘルスオープンイノベーション静岡により、効果的な健康施策を推進するとともに、市町や医療機関等の健康増進・疾病予防の立案における研究成果の活用を支援します。
- 社会健康医学に対する県民の理解を深めるため、科学的知見に基づいた研究成果等の情報発信を行います。

第2節 保健施設の機能充実

1 保健所（健康福祉センター）

【対策のポイント】

- 保健所における、企画調整機能、公衆衛生専門機関としての機能、新型コロナウイルス感染症対策をはじめとする健康危機管理体制の強化
- 市町に対する支援機能の充実、関係団体との連携強化

（1）現状

- 保健所は、結核・エイズ等の感染症対策、難病患者等に対する地域ケア対策、健康増進、生活衛生など、地域住民の保健水準の向上、精神保健などの地域保健活動など、公衆衛生の専門機関としての役割を担っています。
- 新型コロナウイルス感染症への対応では、積極的疫学調査、入院先の調整・搬送、自宅療養者の健康観察、様々な相談への対応など、中心的な役割を果たしています。
- また、本県では、各構想区域等における協議の場として、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町などから構成する「地域医療構想調整会議」を2016年度に9区域で設置し、地域医療構想の実現に向けた検討を進めています。

（2）課題

- 特に、新型コロナウイルス感染症等の新興感染症発生時の対応や、食の安全対策等の健康危機管理への適切な対応、健康増進法に基づく生涯を通じた保健サービスを受けるための地域保健及び職域保健との連携、社会的入院患者の地域医療を進める精神保健福祉対策などについて、機能の強化が求められています。
- 地方分権の推進などに伴って、市町の保健活動分野の役割が増加していることから、県設置の保健所は、市町との役割分担を明確にしつつ、県民が求める保健衛生機能のうち高度・専門的、広域的なものについて、活動・調整を行っていく必要があります。
- 公衆衛生学の識見を有する医師である保健所長は、地域の医療関係機関を含む多様な関係機関との連携、管内における医療提供体制の整備・充実のための調整、健康危機管理に対する的確な対応をはじめ保健医療に関する課題解決について、地域の中で、主体的な役割を担っていくことが期待されています。

（3）対策

ア 保健所の機能強化

（ア）企画調整機能の充実・強化

- 地域における保健医療の実情を踏まえた施策の企画・立案などを行う企画調整機能と情報の収集・分析、住民への情報提供機能の強化を図ります。
- 地域医療構想の実現に向け、各構想区域に設置される地域医療構想調整会議において、関係者と協議し、医療機能の分化・連携を推進していきます。

(イ) 公衆衛生専門機関としての機能強化

○感染症対策、難病対策、精神保健など公衆衛生の専門機関としての機能の強化を図ります。

(ウ) 健康危機管理体制の強化・充実

○感染症の発生や食品による健康被害、テロ・犯罪等、健康危機の発生時に的確で速やかな対応が行えるように、日常から市町、医療機関、その他関係団体等と協力して、健康危機管理体制の強化を図ります。

○新興感染症の感染拡大時に備え、業務のアウトソーシングを進めるとともに、保健師の増員や感染症に関する研修の実施など、体制の強化充実を図ります。

イ 市町に対する支援機能の充実・強化

○市町で実施する保健衛生サービスが円滑、かつ効果的に推進されるように、市町の求めに応じた高度・専門的な技術支援等の充実を図ります。

ウ 関係団体との連携強化

○管内の市町、医療関係団体その他関係者等、多様な関係機関との連携を強化し、圏域内における医療機関の機能の分担と連携など医療提供体制の適正な整備の推進を図ります。

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

- 日常的な健康相談、保健サービスの提供、介護保険制度等の福祉サービスの提供等については、市町を中心として、住民に密着した活動を積極的に展開するとともに、かかりつけ医等と病院、福祉関係機関等との連携を強化し、保健医療計画の推進を図ります。
- 2次保健医療圏においては、地域医療協議会等を中心として、圏域の特性に対応した総合的な保健医療提供体制が確立されるよう、関連する福祉分野まで含めた基本的な問題について協議、調整を行います。
- また、保健所（健康福祉センター）は、市町の行う地域保健活動と連携しつつ、高度・専門的、広域的な業務を担うとともに、地域医療協議会や地域医療構想調整会議、地域の医療関係団体等と協力して保健医療計画の推進を図ります。
- 3次保健医療圏における課題については、県健康福祉部が中心となって、各関係団体等の協力を得て、計画の着実な推進を図ります。
- 保健医療計画の内容を、様々な機会をとらえて県民をはじめ市町、関係者に周知し、計画に対する理解と協力を得るよう努めていきます。
- また、保健・医療・福祉に関する情報を積極的に提供するとともに、計画の数値目標に対する進捗状況の分析結果などについて、静岡県医療審議会への報告やホームページなどを通じて公開します。

第2節 数値目標等の進行管理

- 保健医療計画の実効性を高めるため、あらかじめ数値目標を設定して、PDCAサイクルを取り入れながら計画の進行管理を行います。
- 計画の推進に当たっては、数値目標に対する進捗状況等を分析し改善を図るとともに、中間年に見直しを行います。

第3節 主な数値目標等

第8次静岡県保健医療計画 数値目標一覧（中間見直し後）

1 保健医療計画に掲げる数値目標等

ア 医療機関の機能分担と相互連携（当初：第5章）

(ア) 地域医療支援病院の整備

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
地域医療支援病院の整備	6医療圏21病院 (2017年度末)	全医療圏に整備	地域バランスを考慮した整備の推進	県医療政策課調査	

(イ) 県立静岡がんセンター

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
患者満足度(入院/外来)	入院98.0% 外来96.4% (2016年度)	入院95%以上 外来95%以上 (毎年度)	過去の実績を基に、最低限維持すべき数値として設定	県立静岡がんセンター調査	
県立静岡がんセンターのがん治療患者数	12,528人 (2020年度)	13,100人 (2025年度)	手術、放射線、化学療法などの実績及び今後の見通しをもとに設定	県立静岡がんセンター調査	目標値見直し (県総合計画見直し)
県立静岡がんセンターのがん患者や家族に対する相談・支援件数	35,035件 (2020年度)	38,900件 (2025年度)	がんよろず相談、患者家族支援センターにおける相談・支援件数の実績及び今後の見通しをもとに設定	県立静岡がんセンター調査	目標値見直し (県総合計画見直し)
県立静岡がんセンターが実施した研修修了者数	累計961人 (2020年度まで)	累計1,276人 (2025年度)	医師・歯科医師レジデント、多職種がん専門レジデント、認定看護師教育課程修了者数の実績及び今後の見通しをもとに設定	県立静岡がんセンター調査	目標値見直し (県総合計画見直し)

(ウ) 地方独立行政法人静岡県立病院機構

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
県立3病院の経常収支比率	中期目標期間を累計した損益計算における経常収支比率	102.8% (第2期中途)	100%以上	中期目標に明記	地方独立行政法人静岡県立病院機構中期目標
県立病院の患者満足度	県立総合病院	入院96.0% 外来86.2% (2016年度)	入院90%以上 外来85%以上 (毎年度)	過去実績を元に最低限維持すべき目標値として設定	各病院の患者満足度調査
	県立こころの医療センター	外来88.5% (2016年度)	外来85%以上 (毎年度)		
	県立こども病院	入院92.7% 外来94.6% (2016年度)	入院90%以上 外来90%以上 (毎年度)		
県立病院の病床利用率	県立総合病院	90.4% (2016年度)	90%以上 (毎年度)	過去5年間の平均値を参考に設定	事業報告書 (2012～2016年度)
	県立こころの医療センター	90.6% (2016年度)	85%以上 (毎年度)		
	県立こども病院	78.7% (2016年度)	75%以上 (毎年度)		

(エ) 医療機能に関する情報提供の推進

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
年1回定期報告 県内医療機関の報告率	77.6% (2016年度)	100%	医療法第6条の3により、報告義務あり	県医療政策課調査	
年1回定期報告 県内薬局の報告率	96.8% (2016年度)	100%	医薬品医療機器等法第8条の2により、報告義務あり	県薬事課調査	

イ 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築（当初：第6章、中間見直し：第5章）

(ア) 疾病

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考	
がん	胃がん	77.5% (2014年)	90%以上	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	75.1% (2014年)				
	大腸がん	65.6% (2014年)				
	子宮頸がん	44.4% (2014年)				
	乳がん	81.3% (2014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 (2011～2015年)	1.20倍	がんで亡くなる県民の地域差を1.2倍以内に下げようとして設定	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	目標値見直し (中間見直し)	
脳卒中	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 29.8% 女 20.2% (2013年)	男 24.0%以下 女 16.0%以下	2割減少させる。	県民健康基礎調査	
	脳卒中中の年齢調整死亡率 (人口10万人当たり)	男 44.5 女 23.3 (2015年)	男 37.8以下 女 21.0以下	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 (2016年)	全医療圏	全医療圏で実施可能な体制を構築	厚生労働省「診療報酬施設基準」	
	県民の健康寿命(歳)	男 73.45 女 76.58 男女計 75.04 (2019年)	男 75.63以上 女 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」	新規目標 (中間見直し)

数値目標		当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
心筋梗塞等の 心血管疾患	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 29.8% 女 20.2% (2013年)	男 24.0%以下 女 16.0%以下	2割減少させる。	県民健康基礎調査	
	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	賀茂以外の7医療圏 (2016年)	全医療圏	全医療圏で実施可能な体制を構築	厚生労働省「診療報酬施設基準」	
	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)	全医療圏	全医療圏で心大血管疾患リハビリテーションを実施可能な体制を構築	厚生労働省「診療報酬施設基準」	
	県民の健康寿命 (歳)	男 73.45 女 76.58 男女計 75.04 (2019年)	男 75.63以上 女 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」	新規目標 (中間見直し)
糖尿病	特定健診受診率	52.9% (2015年度)	70%以上	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	522人 (2015年)	481人	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	
肝炎	肝疾患死亡率 (人口10万人当たり)	31.2 (2016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	109人 (2016年)	50人以下 (2022年)	半減を目指す	厚生労働省「人口動態統計」	
	肝がん罹患率 (人口10万人当たり)	11.6 (2017年)	12.0以下	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	目標値見直し (中間見直し)
精神疾患	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	地域移行の推進により1年以上の長期在院者数を引き下げ	厚生労働省「精神保健福祉資料」より算出	新規目標 (中間見直し)
	精神科病院入院後3か月時点退院率	65.4% (2017年度)	69%以上			
	精神科病院入院後6か月時点退院率	84.6% (2017年度)	86%以上	第6期障害福祉計画に係る国の基本指針に基づき設定	第6期障害福祉計画に係る国の基本方針	目標値見直し (中間見直し)
	精神科病院入院後1年時点退院率	91.9% (2017年度)	92%以上			
	精神科病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数	290日 (2016.3)	316日	第6期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定	第6期障害福祉計画に係る国の基本方針	新規目標 (中間見直し)

(イ) 事業

数値目標		当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
救急医療	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	2019年の全国平均値を目標に設定	消防庁「救急・救助の現況」	目標値見直し (中間見直し)
	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			目標値見直し (中間見直し)
	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%	全センターに対するS・A評価を継続	厚生労働省調査	
災害医療	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病院)	20病院 (22.2%) (2016年4月)	100%	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を整備	静岡県「R2病院におけるBCPの考え方に基づいた災害対策マニュアル策定状況調査」<2021.3>	
	業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施している災害拠点病院及び救護病院の割合 (対象: 87病院)	研修7病院 (7.8%) 訓練14病院 (15.6%) (2016年4月)	100%	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		
	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2回以上 (毎年度)	全県一斉訓練のほか、各2次保健医療圏単位での訓練実施回数の合計値	地域災害医療対策会議開催状況等調査	
	静岡DMA T関連研修実施回数	年2回 (2019年度)	年3回 (毎年度)	静岡DMA T隊員の養成及び技能維持向上を図る	県地域医療課調査	目標値見直し (中間見直し)
	静岡D P A T研修の実施回数	年1回 (2021年度)	年1回 (毎年度)	静岡D P A T隊員の養成及び技能維持向上を図る	県障害福祉課調査	新規目標 (中間見直し)
へき地の医療	医療提供支援策が実施されている無医地区の割合	100% (2016年)	100% (毎年度)	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う	無医地区等調査 (厚生労働省)	
	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)	「へき地への巡回診療回数」「へき地への代診医派遣回数」から目標見直し (中間見直し)
周産期医療	周産期死亡率 (出産千人当たり)	3.7 (2015年)	3未満	全国トップクラスを目指す。 (2015年に3未満であったのは6県のみ)	厚生労働省「人口動態統計」	
	妊産婦死亡数	1.7人 (2013~2015年平均)	0人	過去最高の水準 (2014年: 0人) で設定	厚生労働省「人口動態統計」	
	母体救命講習会受講者数	累計332人 (2020年度)	累計474人	産科医全員等が受講	県地域医療課調査	目標値見直し (中間見直し)
小児医療	乳児死亡率 (出生千人当たり)	1.9 (2015年)	0.7以下	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	全国1位と同水準に設定 直近実績 (2019年) に目標値修正	厚生労働省「人口動態統計」・総務省「人口推計」より算出	目標値見直し (中間見直し)
	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	全国1位と同水準に設定 直近実績 (2019年) に目標値修正	厚生労働省「人口動態統計」・総務省「人口推計」より算出	目標値見直し (中間見直し)

(ウ) 在宅医療

数値目標		当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考	
提供体制	訪問診療を受けた患者数	15,748人 (2018年)	19,336人	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)	目標値見直し (中間見直し)	
	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%	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」	目標値見直し (中間見直し)	
	住まいで最期を迎えることができた人の割合	25.9% (2019年)	29.0%	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」	新規目標 (中間見直し)	
	退院支援	入退院支援ルールを設定している2次保健医療圏数	— (2016年)	全医療圏	全ての2次保健医療圏において設定	県健康増進課調査	
	日常療養支援	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)	1,231施設	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)	目標値見直し (中間見直し)
	急変時対応	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	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	目標値見直し (中間見直し)
	看取り	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	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)	目標値見直し (中間見直し)
基盤整備	訪問診療	小児の訪問診療を受けた患者数	417人 (2018年)	486人	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)	新規目標 (中間見直し)
	訪問看護	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)	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	目標値見直し (中間見直し)
		機能強化型訪問看護ステーション数	10施設 (2018年)	43施設	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	目標値見直し (中間見直し)
	歯科訪問診療	在宅療養支援歯科診療所数	190施設 (2020年)	200施設	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	目標値見直し (中間見直し)
		歯科訪問診療を実施する歯科診療所数	258施設 (2019年)	272施設	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)	目標値見直し (中間見直し)
		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	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)	新規目標 (中間見直し)
	かかりつけ薬局	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	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)	目標値見直し (中間見直し)
地域連携薬局認定数		— (2020年度)	100薬局	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	新規目標 (中間見直し)	

ウ 各種疾病対策等(当初:第7章、中間見直し:第5章)

数値目標		当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
感染症対策	感染症患者届出数(二・三類)	676件 (2016年)	700件以下 (毎年)	感染症のまん延防止	県感染症対策課調査	
	感染症に関する情報提供、注意喚起(ブリーフィング等件数)	11件 (2016年度)	10件以上 (毎年度)	感染症に対する正しい知識の普及	県感染症対策課調査	
結核対策	喀痰塗抹陽性肺結核初回治療患者の失敗脱落割合	5.99% (2016年)	4.7%	全国平均以下 (2016年全国平均4.7%)	結核登録者情報調査年報	
	新登録結核患者(全結核患者)への服薬支援の実施率	97.4% (2016年)	100%	全結核患者への支援を目指す	県感染症対策課調査	
エイズ対策	県内新規HIV感染者及びエイズ患者報告数に占める新規エイズ患者報告数の割合	31.8% (2016年)	28.4%以下	過去5年間の平均新規エイズ患者報告数割合(35.5%)を2割減	厚生労働省「エイズ発生動向年報」	
	県内9保健所におけるHIV検査件数	2,430件 (2016年度)	3,000件以上	過去5年間の平均検査件数実績(約2,900件)を上回る	県感染症対策課調査	
	HIV陽性者に対する歯科診療の連携体制が構築できている2次保健医療圏数	1保健医療圏 (2016年度)	全8保健医療圏	県内全域のHIV陽性者の歯科診療体制確保を進める	県感染症対策課調査	
難病対策	難病診療分野別拠点病院等指定	0施設 (2017年)	8施設	2次保健医療圏に1箇所の指定	県疾病対策課調査	
	難病患者ホームヘルパー養成研修受講者数	累計3,378人 (2020年度まで)	累計3,800人 (2025年度)	年90人の増	県疾病対策課調査	目標値見直し (県総合計画見直し)
	難病患者介護家族リフレッシュ事業の利用者数	45人 (2016年)	90人	利用者数倍増	県疾病対策課調査	
	在宅人工呼吸器使用難病患者に対する災害時個別支援計画策定	0件 (2016年)	270件	2016年度末県内ALS患者の人数	県疾病対策課調査	
認知症	認知症サポート医養成研修の受講者数	334人 (2019年度)	400人	大綱目標値(2025年度に1.6万人)の全国比(医師数)算出数の1割増	県健康増進課調査	目標値見直し (中間見直し)
	かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	986人 (2019年度)	1,769人	大綱目標値(2025年度に9万人)の全国比(医師数)	県健康増進課調査	目標値見直し (中間見直し)
	認知症サポーター養成数	累計361,977人 (2019年度)	累計440,000人	2025年度までに50万人、2040年度までに100万人	県健康増進課調査	目標値見直し (中間見直し)
	認知症の対応について不安に感じている介護者の割合	36.8% (2019年度)	33.0%	現状値から1割改善	静岡県の高齢者の生活と意識	新規目標 (中間見直し)
	「通いの場」設置数	4,226か所 (2019年度)	5,500か所	国目標(2025年度に8%)の参加率の1.5倍(12%)の箇所数	県健康増進課調査	新規目標 (中間見直し)
	「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数	20市町 (2019年度)	全市町	全ての市町で関与	県健康増進課調査	新規目標 (中間見直し)
	認知症サポート医リーダー数	130人 (2019年度)	165人	地域包括支援センター1か所に1人	県健康増進課調査	新規目標 (中間見直し)
初期集中支援チームの活動において、医療・介護サービスにつながった人の割合	78.6% (2019年度)	80%以上 (毎年度)	現状値を継続して維持	認知症総合支援事業等実施状況調べ	新規目標 (中間見直し)	

数値目標		当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
地域リハビリテーション	地域リハビリテーションサポート医養成者数	69人 (2019年度)	165人	地域包括支援センター1か所に1人	県健康増進課調査	新規目標 (中間見直し)
	「通いの場」設置数【再掲】	4,226か所 (2019年度)	5,500か所	国目標(2025年度に8%)の参加率の1.5倍(12%)の箇所数	県健康増進課調査	新規目標 (中間見直し)
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組む市町数	5市町 (2020年度)	全市町	全ての市町での取組実施	県健康増進課調査	新規目標 (中間見直し)
	「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数【再掲】	20市町 (2019年度)	全市町	全ての市町で関与	県健康増進課調査	新規目標 (中間見直し)
アレルギー疾患対策	気管支ぜん息の64歳以下死亡者数	3人 (2015年度)	0人	気管支ぜん息死は、防ぎ得る死である。	静岡県人口動態統計	
	気管支ぜん息について学校生活管理指導表を提出している中学校生徒の割合	0.6% (2016年度)	0.5%	中学校入学までに気管支ぜん息が寛解する小児を2割増加させる。	静岡県教育委員会「学校生活管理指導表活用状況報告」	
	食物アレルギーについて学校生活管理指導表を提出している小学校児童の割合	2.2% (2016年度)	1.8%	小学校入学までに食物アレルギーが寛解する小児を2割増加させる。	静岡県教育委員会「学校生活管理指導表活用状況報告」	
臓器移植対策	臓器移植推進協力病院数	29施設 (2017年度)	31施設	2013～2017年の5年間に1施設増のため、その倍増を見込む	県疾病対策課調査	
	院内移植コーディネーター数	61人 (2017年度)	65人	2014～2016年度並の数を見込む	県疾病対策課調査	
	骨髄提供登録者数	8,948人 (2017年3月末)	9,000人	骨髄バンク設立当時の全国30万人登録者確保の目標に対し人口比で設定	日本骨髄バンク調査	
血液確保対策	必要な献血者数に対する献血受付者数の割合	99.0% (2020年度)	100%	県献血推進計画で必要とされる献血者数の確保	静岡県献血推進計画	目標値見直し (県総合計画見直し)
治験の推進	治験ネットワーク病院による新規治験実施件数	95件 (2020年度)	128件	2025年度に150件を目指す	ふじのくに医療城下町推進機構ファルマバレー調査	目標値見直し (県総合計画見直し)
歯科保健対策	80歳(75～84歳)で自分の歯が20本以上ある人の割合	47.2% (2016年度)	52% (2022年度)	2016年の全国値を上回る値	健康に関する県民意識調査	目標値見直し (関連計画見直し)
	かかりつけ歯科医を持つ者の割合	41.6% (2016年)	65% (2022年)	国の目標値	健康に関する県民意識調査	

エ 医療従事者の確保(当初:第8章、中間見直し:第7章)

(ア) 医師

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
県内医療施設従事医師数	7,690人 (2018.12)	8,274人 (2025年度)	医師確保計画に掲げる「目標医師数」の2025年度時点の推計	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」	新規目標 (中間見直し)
人口10万人当たり医師数 (医療施設従事医師数)	210.2人 (2018.12)	236.0人 (2025年度)			目標値見直し (中間見直し)
医師偏在指標	賀茂 127.5 富士 150.4 中東遠 160.8 (2019年度)	3圏域 同一目標値 161.9	医師少数区域(医師偏在指標下位1/3)を脱するために必要となる指標	厚生労働省「医師偏在指標」	新規目標 (中間見直し)
医学修学研修資金利用者数	累計1,308人 (2020年度)	累計1,846人 (2025年度)	2016～2020年度の平均利用者数108人を継続	県地域医療課調査	目標値見直し (中間見直し)
医学修学研修資金貸与者の県内医療機関勤務者数	522人 (2020年度)	845人 (2025年度)	2016～2020年度の平均増加者数65人を継続	県地域医療課調査	目標値見直し (中間見直し)

(イ) 歯科医師

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
歯科訪問診療を実施する歯科診療所数【再掲】	258施設 (2019年)	272施設	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)	目標値見直し (中間見直し)
がん診療連携登録歯科医の数	534人 (2016年度)	600人 (2022年度)	県内歯科診療所の1/3で対応可能とする	国立がん研究センター「がん診療連携登録医名簿」	

(ウ) 薬剤師

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
かかりつけ薬剤師・薬局の機能を強化するための研修を受講した薬剤師数	476人 (2018年度)	累計1,630人 (2024年度)	2025年までに全ての薬局でかかりつけ薬剤師・薬局の機能を保持	県薬事課調査	目標値見直し (関連計画改定)

(エ) 看護職員

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
看護職員数	42,007人 (2018.12)	47,046人 (2025年)	看護職員需給推計による需給ギャップの解消を目指す。	看護職員業務従事者届	「人口10万人当たり看護職員数」から目標見直し (中間見直し)
新人看護職員を指導する実地指導者養成数	累計445人 (2020年度)	累計645人 (2025年度)	毎年度40人増加	県地域医療課調査	目標値見直し (中間見直し)
再就業準備講習会参加者数	73人 (2020年度)	80人 (毎年度)	毎年度80人参加	県地域医療課調査	「看護師等の離職時届出人数」から目標見直し (中間見直し)
認定看護師数	560人 (2020.12)	710人 (2025年)	毎年30人増加	日本看護協会資料	新規目標 (中間見直し)
特定行為研修修了者の就業者数	96人 (2021.8)	260人	毎年度80人程度増加	厚生労働省資料	「特定行為指定研修機関又は協力施設数」から目標見直し (中間見直し)

(オ) 管理栄養士・栄養士

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
市町管理栄養士(栄養士)配置率 (政令市を除く)	90.9% (2017年度)	100% (2022年度)	全ての市町で管理栄養士(栄養士)を配置	県健康増進課調査	
管理栄養士・栄養士を配置している特定給食施設の割合	75.4% (2017年度)	80% (2022年度)	健康増進法において努力義務とされている	県健康増進課調査	
健康増進法第21条による指定施設における管理栄養士配置率	90.0% (2017年度)	100% (2022年度)	全ての指定施設で管理栄養士を配置	県健康増進課調査	

(カ) ふじのくに医療勤務環境改善支援センター

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
医療勤務環境改善計画の策定	24病院 (2016年)	県内全病院 参考:171病院 (2021.4時点)	県内すべての病院において計画的に勤務環境改善に取り組む	県地域医療課調査	

(キ) 介護サービス従事者

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
介護職員数	54,310人 (2019年)	59,449人	第9次静岡県長寿社会保健福祉計画の目標値	介護人材需給推計ワークシートによる推計	目標値見直し (関連計画改定)
介護支援専門員数	5,516人 (2019年)	6,072人	第9次静岡県長寿社会保健福祉計画の目標値	介護人材需給推計ワークシートによる推計	目標値見直し (関連計画改定)

オ 医療安全対策の推進(当初:第9章)

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
立入検査において指摘を受けた施設の割合	31.9% (2016年度)	30%	直近の実績数値以下を維持	県医療政策課調査	

カ 健康危機管理対策の推進(当初:第10章)

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考	
健康危機管理体制 新興感染症・再興感染症対応訓練開催回数	1回 (2017年度)	2回 (毎年度)	新型インフルエンザ対応訓練に加え、一種感染症に対応した訓練を実施	県健康福祉部企画政策課・感染症対策課調査		
医薬品等安全対策の推進	薬事監視で発見した違反施設数	平均19件 (2017~2020年度)	17施設以下	医薬品等による健康被害を未然防止するため、現状値から毎年10%減少	県薬事課「薬事年度報告」	目標値見直し (県総合計画見直し)
	収去検査	34検体 (2016年度)	34検体 (毎年度)	医薬品等の品質を維持するため、現状値を継続	県薬事課「薬事年度報告」	
	医薬品類似食品の試買調査	6検体 (2020年度)	6検体 (毎年度)	健康被害を未然防止するため、現状値を継続	県薬事課「薬事年度報告」	目標値見直し (関連計画改定)
	毒物劇物監視で発見した違反施設数	平均14施設 (2012~2016年度)	14施設以下 (毎年度)	毒物劇物による危害を未然防止するため、現状値を継続	県薬事課「薬事年度報告」	
薬物乱用防止対策	薬物乱用防止に関する講習会未開催校数	21校 (2020年度)	10校	全ての学校等で薬学講座等を開催	県薬事課調査	目標値見直し (県総合計画見直し)
	危険ドラッグ販売店舗数	0店 (2016年度)	0店 (毎年度)	危険ドラッグによる健康被害を未然防止するため、最終目標である現目標値を継続	県薬事課「薬事年度報告」	
	麻薬等監視で発見した違反施設数	平均13施設 (2012~2016年度)	10施設以下 (毎年度)	麻薬及び向精神薬の乱用による危害を未然防止するため、現目標値を継続	県薬事課「薬事年度報告」	
食品の安全衛生	人口10万人当たりの食品を原因とする健康被害者数	8.1人 (2019年度)	10人以下 (2025年度)	しずおか食の安全推進のためのアクションプラン(2022-2025)の目標値	県衛生課調査	目標値見直し (関連計画改定)
生活衛生対策の推進	レジオネラ症患者の集団発生(2名以上)の原因となった入浴施設数	0施設 (2016年度)	0施設 (毎年度)	集団発生ゼロを維持	・旅館業法施行条例衛生措置基準 ・公衆浴場法施行条例衛生措置基準	
	生活衛生関係営業施設の監視率	100% (2016年度)	100% (毎年度)	生活衛生関係営業施設の衛生水準の維持向上	・生活衛生関係営業施設等の監視目標	
水道	水道法水質基準不適合件数	3件 (2016年度)	0件 (毎年度)	定期的な水質検査の実施及び施設の適切な維持管理・衛生対策の徹底	・静岡県水道施設等立入検査実施要領 ・水道施設等立入検査計画	

キ 保健・医療・福祉の総合的な取組の推進(当初:第11章、中間見直し:第8章)

(7) 健康づくりの推進

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
健康寿命の延伸(日常生活に制限のない期間の平均の延伸)	男性 72.15歳 女性 75.43歳 (2010、2013、2016年の平均値)	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加	第3次ふじのくに健康増進計画の目標値(健康日本21の目標値)	厚生労働省科学研究の公表値による(国民生活基礎調査を基に算出)	
ふじのくに健康づくり推進事業所数	5,668事業所 (2020年度)	6,700事業所 (2025年度)	2017年度末目標400事業所に対して、毎年度150事業所ずつ増加	県健康増進課調査	目標値見直し (県総合計画見直し)
健幸アンバサダー養成数	— (2016年度)	累計10,000人 (2021年度)	2017年度800人に対して、毎年度2,300人養成	県健康増進課調査	
特定健診受診率【再掲】	52.9% (2015年度)	70%以上	第3期医療費適正化計画の目標値	国法定報告	
特定保健指導実施率	18.5% (2015年度)	45%以上	第3期医療費適正化計画の目標値	国法定報告	
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率(特定保健指導対象者の減少率をいう。)	2008年度の18.7%減少 (2015年度)	2008年度の25%以上減少	第3期医療費適正化計画の目標値	県健康増進課調査	

数値目標		当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
がん検診受診率	胃がん (40-69歳)	42.6% (2016年)	50%以上	第3次静岡県がん対策 推進計画の目標値	国民生活基礎調査	
	肺がん (40-69歳)	52.4% (2016年)	60%以上			
	大腸がん(40-69歳)	43.5% (2016年)	50%以上			
	乳がん (40-69歳)	45.4% (2016年)	50%以上			
	子宮頸がん(20-69歳)	43.2% (2016年)	50%以上			
朝食を1人で食べる子どもの割合の減少		幼児 17.9% 小6年 29.4% 中2年 45.3% 高2年 62.3% (2016年度)	減少傾向へ (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計 画の目標値	教育委員会「朝食摂 取状況調査」	
喫煙習慣のある人の割合 (20歳以上)		男女計 20.1% 男 31.6% 女 9.4% (2016年度)	12% (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計 画の目標値 (健康日本21の目標値)	国民生活基礎調査	

(4) 科学的知見に基づく健康施策の推進

数値目標		当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
静岡社会健康医学大学院大学の論文及び学会等 発表の合計件数		— (2020年度)	80件 (2022～2025年度)	静岡社会健康医学大学院大学 中期計画活動目標	県健康福祉部健康政 策課調査	「分析を行った県内の医療 関係データ数」から目標見 直し(中間見直し)
社会健康医学に関する講演会等参加者数		累計1,614人 (2017～2020年度)	累計2,400人 (2022～2025年度)	講演会等年5回程度 計600人×4年=2,400人	県健康福祉部健康政 策課調査	目標値見直し (中間見直し)

(5) 高齢化に伴い増加する疾患等対策

数値目標		当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を 認知している県民の割合の増加		39.3% (2016年度)	80% (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計 画の目標値(健康日本21の目 標値)	健康に関する県民意 識調査	
足腰に痛みのある高齢者の割合の減少(千人当 たり)		男 209人 女 280人 (2013年)	男 200人 女 260人 (2022年)	第3次ふじのくに健康増進計 画の目標値(健康日本21の目 標値)	国民生活基礎調査	

(6) 高齢者保健福祉対策

数値目標		当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
「通いの場」設置数【再掲】		4,226か所 (2019年度)	5,500か所	国目標(2025年度に8%)の 参加率の1.5倍(12%)の箇 所数	県健康増進課調査	目標値見直し (中間見直し)
認知症カフェ設置数		170箇所 (2020年度)	231箇所	市町の設置目標を積み上げて 設定	県健康増進課調査	目標値見直し (県総合計画見直し)
自宅で最期を迎えることができた人の割合 【再掲】		14.4% (2019年)	14.8%	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」	目標値見直し (中間見直し)

(7) 母子保健福祉対策

数値目標		当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
産後、助産師等からの指導・ケアを十分に受け ることができた人の割合		91.4% (2019年度)	100% (2025年度)	全対象者が十分に指導・ケア を受けることができたことを 目指す	厚生労働省母子保健 課「健やか親子21指 標」	「子育て世代包括支援セン ター設置数」から目標見直 し(県総合計画見直し)
産婦健康診査受診率		83.6% (2020年度)	91.8%	2025年度までに全産婦の受検 を目指す	県子ども家庭課調査	「産婦健康診査実施市町 数」から目標見直し (県総合計画見直し)
新生児聴覚スクリーニング検査受検率		96.4% (2020年度)	100% (毎年度)	全新生児の受検を目指す	県子ども家庭課調査	目標値見直し (県総合計画見直し)
医療従事者向け母子保健研修受講者数		295人 (2019年度)	400人 (毎年度)	2013～2015年度平均値(382 人)を元に設定	県子ども家庭課調査	

(8) 障害者保健福祉対策

数値目標		当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
障害を理由とする差別解消推進県民会議参画団 体数		266団体 (2020年度)	340団体 (2025年度)	第5次静岡県障害者計画目標 値	県障害者政策課調査	目標値見直し (関連計画改定)
障害福祉サービス1か月当たり利用人数		31,025人 (2020年度)	39,703人 (2025年度)	第5次静岡県障害者計画目標 値	県障害者政策課調査	目標値見直し (関連計画改定)

(9) 地域の医療を育む住民活動

数値目標		当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
地域医療支援団体の数		10団体 (2017年)	15団体	東部及び中部地区での新規設 立を目指す	県医療政策課調査	

○ 2次保健医療圏における計画の推進

ア 賀茂保健医療圏

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
高血圧症ハイリスク者（Ⅱ度以上）の割合	10.1% (2014年度)	9%未満 (2022年度)	H26年度1,091人（10.1%）から120人減らし971人（9.0%）とする。	特定健診データ報告書	
新規透折導入患者数	31人/年 (2012～2016年)	16人/年以下 (2022年度)	新規導入者の半減	障害者手帳交付台帳搭載数	
救急搬送先検討から決定までに30分以上を要した件数	12件/年 (2014～2016年)	6件/年以下	搬送先検討から決定までに30分以上を要した件数の半減	下田消防本部及び東伊豆消防署資料	
定期的な救護所設置運営訓練を実施している市町数	1町 (2016年度)	6市町	管内全市町で実施	市町医療救護体制に関する調査（県地域医療課）	

イ 熱海伊東保健医療圏

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
特定健康診査・特定保健指導の実施率 (管内市町国保)	特定健診の受診率 42.8% (2015年度)	70%以上	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	市町法定報告	
	特定保健指導実施率 23.0% (2015年度)	45%以上			
がん検診受診率	胃がん 13.8% 肺がん 24.8% 大腸がん 30.4% 子宮頸がん44.8% 乳がん 46.7% (2015年)	50%以上 (2022年)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」	
医療・介護の多職種連携のための協議会等の開催回数	各市が設置・運営する協議会：年2～3回 熱海健康福祉センターが設置・運営する圏域会議：年3回 (2017年度)	各市が設置・運営する協議会：年1回以上 熱海健康福祉センターが設置・運営する圏域会議：年1回以上 (毎年度)	地域包括ケアシステム構築のための方策等を協議会等で検討・策定し、運営体制維持・強化のために継続開催	県熱海健康福祉センター調べ	

ウ 駿東田方保健医療圏

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
がん検診精密検査受診率	胃がん 83.8% 肺がん 65.4% 大腸がん 64.9% 子宮頸がん50.6% 乳がん 75.2% (2014年)	90%以上 (2022年)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」	
特定健診・特定保健指導の実施率 (管内市町国保)	41.4% (2015年度)	60%以上 (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	市町法定報告	
	24.8% (2015年度)	45%以上 (2022年度)			
喫煙習慣のある人の割合（20歳以上）	男性 33.3% 女性 9.0% (2014年度)	減少 (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書	
自宅で最期を迎えることができた人の割合	13.0% (2018年)	14.8%	県の目標値まで引き上げる	厚生労働省「人口動態統計」	数値目標見直し (中間見直し)
人口10万人当たり医師数 (医療施設従事医師数)	217.7人 (2016年)	229.5人	静岡医療圏のレベルまで引き上げる	医師数等調査	

エ 富士保健医療圏

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
特定健診受診率（管内市町国保）	35.4% (2015年度)	70% (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	市町法定報告	
がん検診受診率	胃がん 10.7% 肺がん 35.5% 大腸がん 36.4% 子宮頸がん45.4% 乳がん 39.7% (2015年)	肺がん：60%以上 胃がん、大腸がん、 子宮頸がん、 乳がん： 50%以上	県がん対策（第3次）推進計画の目標値	国民生活基礎調査	
がん検診精密検査受診率	胃がん 88.2% 肺がん 75.7% 大腸がん 73.9% 子宮頸がん61.4% 乳がん 94.8% (2014年)	90%以上	県がん対策（第3次）推進計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」	
喫煙習慣のある人の割合（20歳以上）	男性 36.8% 女性 10.3% 計 24.2% (2014年度)	12% (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	特定健診・特定保健指導分析結果	

オ 静岡保健医療圏

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
がん検診受診率	胃がん(男) 14.5% 胃がん(女) 12.6% 肺がん(男) 22.8% 肺がん(女) 23.1% 大腸がん(男)23.7% 大腸がん(女)24.0% (2016年)	40% (2022年)	静岡市健康増進計画に関連して設定	静岡市調べ	
	子宮頸がん27.4% 乳がん 67.1% (2016年度)	50% (2022年)			
自宅看取り率	14.6% (2014年)	30% (2025年)	静岡市健康長寿のまちづくり計画に関連して設定	静岡県人口動態統計	

カ 志太榛原保健医療圏

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
がん検診精密検査受診率	胃がん 79.1% 肺がん 79.6% 大腸がん 72.2% (2014年)	90%以上 (2022年)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」	
	子宮頸がん92.7% 乳がん 93.6% (2014年)	増加 (2022年)			
「回復期」の病床数	396床 (2016年)	1,054床	2025年必要病床数を目指す	病床機能報告	
人口10万人当たり医師数 (医療施設従事医師数)	155.3人 (2016年)	200.8人	県平均レベルを目指す	医師・歯科医師・薬剤師調査	

キ 中東遠保健医療圏

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
がん検診精密検査受診率	胃がん 71.1% 大腸がん66.4% 肺がん 71.7% 乳がん 85.6% 子宮頸がん70.2% (2014年)	90%以上 (2022年)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」	
特定健診受診率（管内市町国保）	磐田市 46.1% 掛川市 38.1% 袋井市 52.9% 御前崎市44.3% 菊川市 41.9% 森町 42.4% (2015年度)	60% (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	市町法定報告	
習慣的喫煙者の標準化該当比	男性 101.2 女性 85.8 (2014年)	男性 60.0 女性 60.0	県内8医療圏中で最も低い数値を目指す。	静岡県総合健康センター「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」	
紹介元病院の退院時カンファレンスに参加する診療所の率	23.3% (2016年度)	30%	退院後の療養を円滑に進める。	静岡県「疾病または事業ごとの医療連携体制に関する調査」	

ク 西部保健医療圏

数値目標	当初策定時 又は 目標見直し時	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
がん検診精密検査受診率	胃がん 75.2% 大腸がん 58.2% 肺がん 70.4% 乳がん 78.6% (2014年)	90%以上 (2022年)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」	
メタボリックシンドローム該当者の標準化該当比	男性93.1 女性98.2 (2014年)	男性90.0 女性95.0	現状、良好な数値であるが、さらに向上させる	静岡県総合健康センター「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」	
糖尿病の標準化該当比	有病者男性 97.1 女性 101.4 予備群男性 104.0 女性 104.6 (2014年)	100を越す場合は100以下、100以下の場合は更なる低下	県値あるいはそれ以下まで減少させる	静岡県総合健康センター「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」	
習慣的喫煙者の標準化該当比	男性 90.3 女性 74.8 (2014年)	男性 60.0 女性 60.0	県内8医療圏中で最も低い数値を目指す	静岡県総合健康センター「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」	
紹介元病院の退院時カンファレンスに参加する診療所の率	23.8% (2016年度)	30%	退院後の療養を円滑に進める	静岡県「疾病または事業ごとの医療連携体制に関する調査」	