

第3回静岡県 医療審議会	別冊資料 1	議題 1
-----------------	-----------	---------

# 第9次 静岡県保健医療計画（最終案）

【2024年度～2029年度】

●年●月

静 岡 県

※白紙

## 第9次静岡県保健医療計画 目次

第1章	基本的事項	
第1節	計画策定の趣旨	1-1
第2節	基本理念	1-1
第3節	計画の位置付け	1-2
第4節	計画の期間	1-2
第5節	将来に向けた取組	1-2
第6節	地域包括ケアシステムの <u>深化・充実</u> と目指す施策の方向	1-3
第2章	保健医療の現況	
第1節	人口	2-1
第2節	受療動向	2-8
第3節	医療資源	2-31
第3章	保健医療圏	
第1節	保健医療圏の設定の基本的考え方	3-1
第2節	保健医療圏の設定	
1	2次保健医療圏	3-1
2	3次保健医療圏	3-3
第3節	基準病床数	3-4
第4章	地域医療構想	
第1節	構想区域	4-1
第2節	2025年の必要病床数、在宅医療等の必要量	4-1
第3節	実現に向けた方向性	4-8
第4節	地域医療構想の推進体制	4-9
第5章	医療機関の機能分担と相互連携	
第1節	医療機関の機能分化と連携	5-1-1
第2節	プライマリーケア	5-2-1
第3節	外来医療	5-3-1
第4節	地域医療支援病院の整備	5-4-1
第5節	公的病院等の役割	
1	公的病院等の役割	5-5-1
2	公的病院改革等への対応	5-5-2
3	県立病院	
(1)	県立静岡がんセンター	5-5-4
(2)	地方独立行政法人静岡県立病院機構	5-5-8
第6節	医療機能に関する情報提供の推進	5-6-1
第7節	病床機能報告制度	5-7-1
第8節	医療DX	5-8-1
第6章	疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築	
第1節	疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制	6-1-1
第2節	疾病	
1	がん	6-2-1
2	脳卒中	6-3-1
3	心筋梗塞等の心血管疾患	6-4-1
4	糖尿病	6-5-1
5	肝疾患	6-6-1
6	精神疾患	6-7-1
第3節	事業	
1	救急医療	6-8-1
2	災害時における医療	6-9-1

3	新興感染症の発生・まん延時医療（※再興感染症も含む）	6-10-1
4	へき地の医療	6-11-1
5	周産期医療	6-12-1
6	小児医療（小児救急医療を含む。）	6-13-1
第4節	在宅医療	
1	在宅医療の充実	6-14-1
2	在宅医療を支える基盤整備	
(1)	訪問診療の促進	6-14-10
(2)	訪問看護の充実	6-14-11
(3)	歯科訪問診療の促進	6-14-12
(4)	かかりつけ薬局の促進	6-14-14
(5)	介護サービスの充実	6-14-17
第7章	各種疾病対策等	
第1節	結核対策	7-1-1
第2節	エイズ対策	7-2-1
第3節	その他の感染症対策	7-3-1
第4節	難病対策	7-4-1
第5節	認知症対策	7-5-1
第6節	地域リハビリテーション	7-6-1
第7節	アレルギー疾患対策	7-7-1
第8節	移植医療対策（旧：臓器移植対策）	7-8-1
第9節	慢性閉塞性肺疾患（COPD）対策	7-9-1
第10節	慢性腎臓病（CKD）対策	7-10-1
第11節	血液確保対策	7-11-1
第12節	治験の推進	7-12-1
第13節	歯科保健医療対策	7-13-1
第8章	医療従事者の確保	
第1節	医師	8-1-1
第2節	歯科医師	8-2-1
第3節	薬剤師	8-3-1
第4節	看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）	8-4-1
第5節	その他の保健医療従事者	8-5-1
第6節	ふじのくに医療勤務環境改善支援センター	8-6-1
第7節	介護サービス従事者	8-7-1
第9章	医療安全対策の推進	9-1
第10章	健康危機管理対策の推進	
第1節	健康危機管理体制の整備	10-1-1
第2節	医薬品等安全対策の推進	
1	医薬品等の品質確保と適正使用の推進	10-2-1
2	麻薬・覚醒剤・大麻等に対する薬物乱用防止対策	10-2-4
第3節	食品の安全衛生の推進	10-3-1
第4節	生活衛生対策の推進	10-4-1
第11章	保健・医療・福祉の総合的な取組の推進	
第1節	健康づくりの推進	11-1-1
第2節	高齢者保健福祉対策	11-2-1
第3節	母子保健福祉対策	11-3-1
第4節	障害者保健福祉対策	11-4-1
第5節	保健施設等の機能充実	
1	保健所（健康福祉センター）	11-5-1
2	発達障害者支援センター	11-5-3



3	精神保健福祉センター	11-5-4
4	静岡県健康福祉交流プラザ（旧：静岡県総合健康センター）	11-5-6
5	ふじのくに感染症管理センター	11-5-7
6	静岡社会健康医学大学院大学	11-5-8
7	環境衛生科学研究所	11-5-9
8	市町保健センター	11-5-11
第6節	地域医療に対する住民の理解促進	11-6-1
第12章 計画の推進方策と進行管理		
第1節	計画の推進体制	12-1
第2節	数値目標等の進行管理	12-1
第3節	主な数値目標等	12-2
2次保健医療圏版		
第1章	第9次静岡県保健医療計画「2次保健医療圏版」について	
1	「2次保健医療圏版」作成の趣旨	13-1-1
2	「2次保健医療圏版」を作成する単位	13-1-1
3	「2次保健医療圏版」の記載内容	13-1-1
4	指標から見る各医療圏の状況	13-1-2
第2章	2次保健医療圏における計画の推進	
1	賀茂保健医療圏	13-2-1
2	熱海伊東保健医療圏	13-3-1
3	駿東田方保健医療圏	13-4-1
4	富士保健医療圏	13-5-1
5	静岡保健医療圏	13-6-1
6	志太榛原保健医療圏	13-7-1
7	中東遠保健医療圏	13-8-1
8	西部保健医療圏	13-9-1

※白紙

## 第1章 基本的事項

### 第1節 計画策定の趣旨

- 静岡県では、保健医療に関する基本指針として、1988年度に最初の「静岡県地域保健医療計画」を策定し、その後、保健医療を取り巻く環境の変化に対応して、改定を重ねながら保健医療施策の推進に取り組んできました。
- 2014年6月には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が成立し、効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法が改正され「地域医療構想」が導入されました。
- 各圏域においては、今後も、病床の機能分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制を構築し、さらに在宅医療・介護の充実等により、地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるように、引き続き本計画と介護保険事業（支援）計画の整合性の確保が必要です。
- また、少子高齢化の進行や人口減少に伴い、人口構造が変化することにより、医療需要も大きく変化することが見込まれます。さらに、2020年以降の新型コロナウイルスの感染拡大を契機とした、新興・再興感染症の発生・まん延時の体制整備や、2021年5月の医療法の一部改正に伴う医師の働き方改革の導入など、医療を取り巻く環境は大きな変化に直面しています。
- これら課題に適切に対応するため、本県の保健医療に関する基本方針である現行計画（2018年3月）について総合的な見直しを行い、第9次「静岡県保健医療計画」として策定します。

### 第2節 基本理念

- 県民が、住み慣れた地域で安心して生活を送るためには、必要なときに、安全で質の高い医療が速やかに受けられる体制の整備が不可欠です。このため、医療人材を確保し、県内各地域の現状に即して効果的に配置するとともに、医療機能の分化と連携などを推進し、医療提供体制の一層の充実を図ります。
- 健康づくりは、まず県民一人ひとりが望ましい生活習慣の獲得や健診・検診の受診による適切な健康管理に主体的に取り組むことを基本として、正しい知識の普及のほか、個人の行動変容を後押しする環境づくり、個人と社会のつながりの維持確保に取り組めます。また、既に心身の不調がある方に対しては、医療機関等への適切な受診や服薬に関する指導等により重症化予防に取り組めます。
- 「医療は限りある資源である」という認識を持ち、地域の関係者の合意のもとに適切な医療資源の配置、緊密な連携体制の構築を進め、「地域全体で支える医療」の充実により、疾病や大規模災害などから「命をまもる医療」の確保に取り組めます。
- 疾病や障害があっても、あるいは要介護状態になっても、それぞれの健康状態を保ちつつ、地域の中で安心して暮らすことのできる社会を目指して、在宅医療等の充実、リハビリテーションや介護サービスとの連携を推進するなど、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる体制の構築に取り組めます。
- 新型コロナウイルス感染症の経験を生かし、次の新興・再興感染症に備えて、医療・介護・福祉の各分野で、感染症への対策を充実するとともに、連携体制の構築を進めます。また、災害

との同時発生を視野に入れて、必要な体制整備に努めます。

### 第3節 計画の位置付け

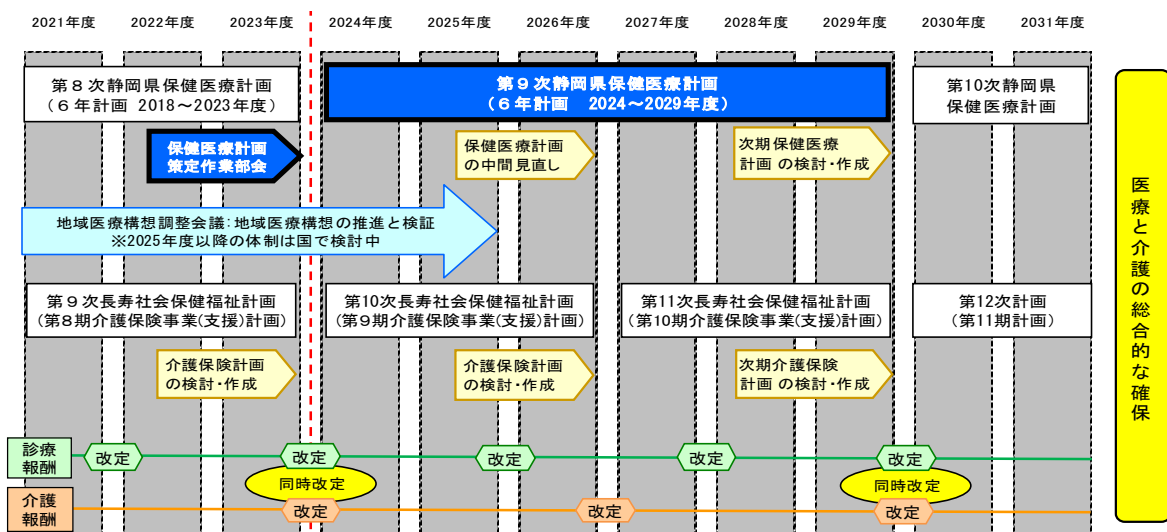
この計画は、次に掲げる性格を有するものです。

- 医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に基づく計画です。
- 静岡県の新ビジョン（総合計画）の分野別計画です。
- 本県における保健医療施策の基本指針となるものです。
- 市町及び保健・医療・福祉の関係機関・団体等に対しては施策推進の方向性を示す役割を持ち、県民に対しては、自主的、積極的な活動を促進する役割を持つものです。
- 健康増進計画や長寿社会保健福祉計画等、他の健康福祉政策との連携を図り、保健・医療・福祉の一体的な取組を推進するものです。

### 第4節 計画の期間

- 2014年6月の医療法改正により、医療計画はこれまでの5年計画から6年計画とし、2018年度から、3年ごとに改定する介護保険事業支援計画と整合性の確保を図ることとされました。
- これを受け、本計画の期間は、2024年度を初年度とし2029年度を終期とする6年間とします。また、中間年である3年目に見直しを行います。

○「地域医療構想」については、国による検討状況を注視しつつ、適切な時期で見直し、医療計画に反映します。



### 第5節 将来に向けた取組

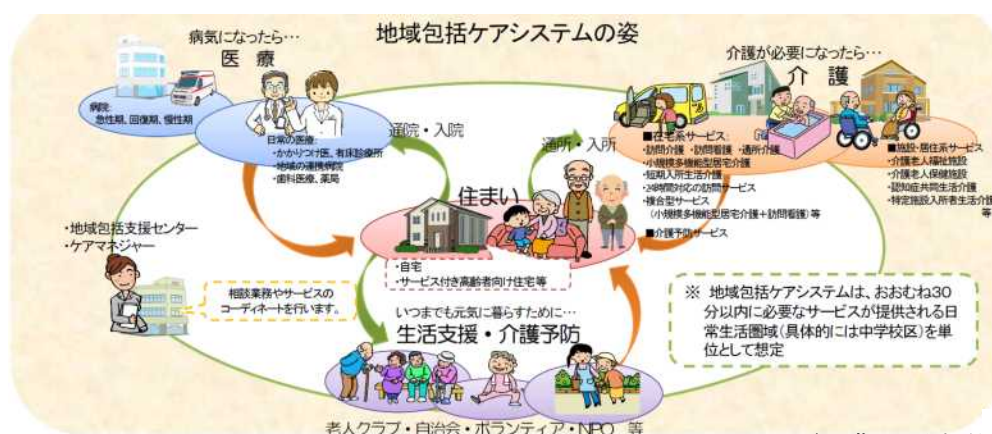
- 今後も、県内の人口は減少が続き、15歳から64歳までの生産年齢人口は大きく減少する一方、65歳以上の高齢者人口は、2040年頃まで増加すると推計されています。
- 高齢者の割合の増加など年齢構成の変化により、疾病構造が変化することから、入院の医療需要は、2035年頃まで増加しますが、総人口の減少によりその後減少が見込まれます。外来の医療需要は、今後も減少しますが、高齢者については横ばいが続くと見込まれます。
- 本県では、2025年における医療提供体制の目指すべき姿を示した「静岡県地域医療構想」の実現に向け、地域の現状や課題を踏まえつつ、地域医療構想調整会議等における協議や、地域医

療介護総合確保基金を活用した医療提供体制の構築に取り組んでいます。

- 今後、変化する医療需要に対応するため、2次保健医療圏内における医療機関の役割分担と連携を進めるとともに、労働力人口の減少を踏まえ、医師や看護師をはじめとした医療従事者の確保と定着を図り、幅広い診療能力を有する医師を養成します。
- また、医療分野のDX（デジタルトランスフォーメーション）を推進しつつ、限りある医療資源を効率的かつ効果的に活用するとともに、医療の地域間格差を是正し、県民がどこでも質の高い医療を受けられる環境を整備します。

## 第6節 地域包括ケアシステムの深化・充実と目指す施策の方向

- 地域包括ケアシステムとは、2014年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（地域医療介護総合確保法）」において、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されています。
- この体制は、団塊の世代が75歳以上となる2025年までに、必要なサービスが概ね30分以内に提供される範囲である「日常生活圏域」ごとに整備していくこととなっています。
- また、地域によって高齢化の状況、医療や介護の資源などの状況が異なることから、介護保険の保険者である市町が、地域の特性に応じて、また、自主性や主体性に基づき実現していくもので、県は市町の区域を超えた広域的な観点から市町の取組を支援していきます。
- この地域包括ケアシステムが、最期までその人らしく暮らすことを支えるシステムとして機能するためには、その根底には「本人の選択と本人・家族の心構え」が不可欠であることから、今後、さらに、地域包括ケアシステムの理念の浸透や県民の理解促進に取り組んでいきます。
- 地域包括ケアシステムの中で、医療、介護、福祉、保健が連携して、高齢者だけでなく、障害のある人や子どもなどを支えています。
- 医療では、医療機関の分化連携（病診連携・病病連携等）に加え、薬局や訪問看護ステーションなどとも連携して、最新の技術を活用しながら、必要な医療を必要とされる場所で提供します。
- 行政、介護・福祉サービス提供事業者、ボランティア団体、住民団体などと協力して、患者・家族の生活の質の向上を図り、最期まで、患者が望む場所で、その人らしく生活し続けられる社会を目指します。



(出典：厚生労働省資料)

※白紙

## 第2章 保健医療の現況

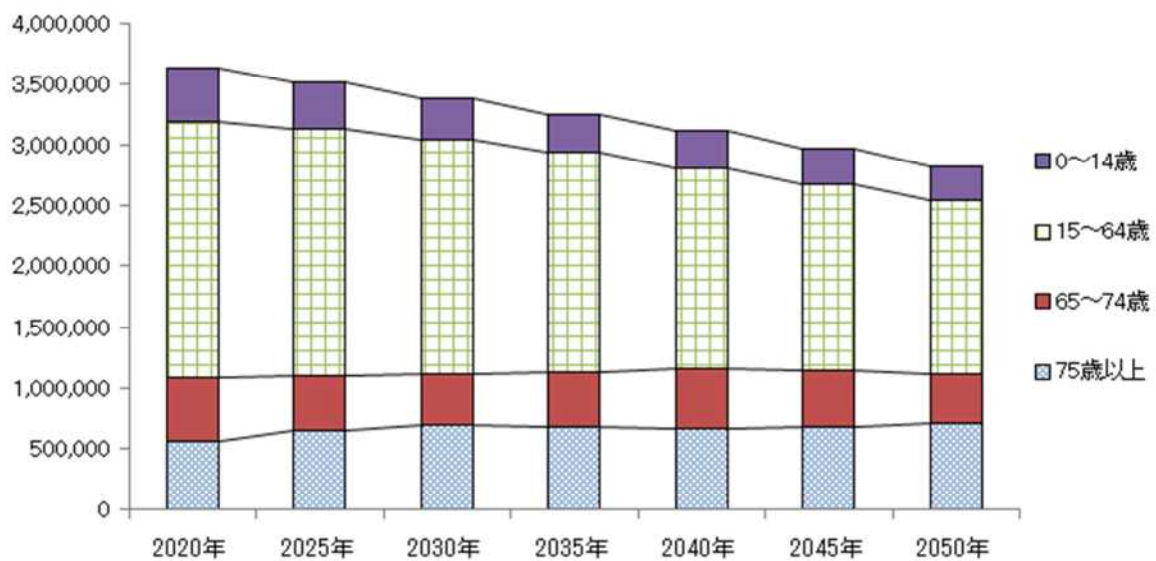
### 第1節 人口

#### 1 総人口

- 本県の総人口は、2023年10月1日現在、3,553,518人（男1,752,108人、女1,801,410人）で、日本の総人口の約3%を占めています。
- 本県では、2007年12月の379万7,000人をピークに人口減少局面を迎えています。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、人口減少のスピードは、2020年から10年ごとの減少数が、24万8,000人減、27万人減、28万7,000人減と徐々に加速していくと推計されていま
- す。
- また、単に人口が減少するだけではなく、人口構造そのものが大きく変化していきます。高齢者人口（65歳以上）が増加するとともに、少子化が進行する中で生産年齢人口（15～64歳）は減少し、急速な高齢化が進行していきます。
- 団塊の世代が後期高齢者（75歳以上）となる2025年には、本県においても、県民の約5人に1人が75歳以上になると予測されています。

図表2-1-1：静岡県の年齢階級別将来推計人口

（単位：人）



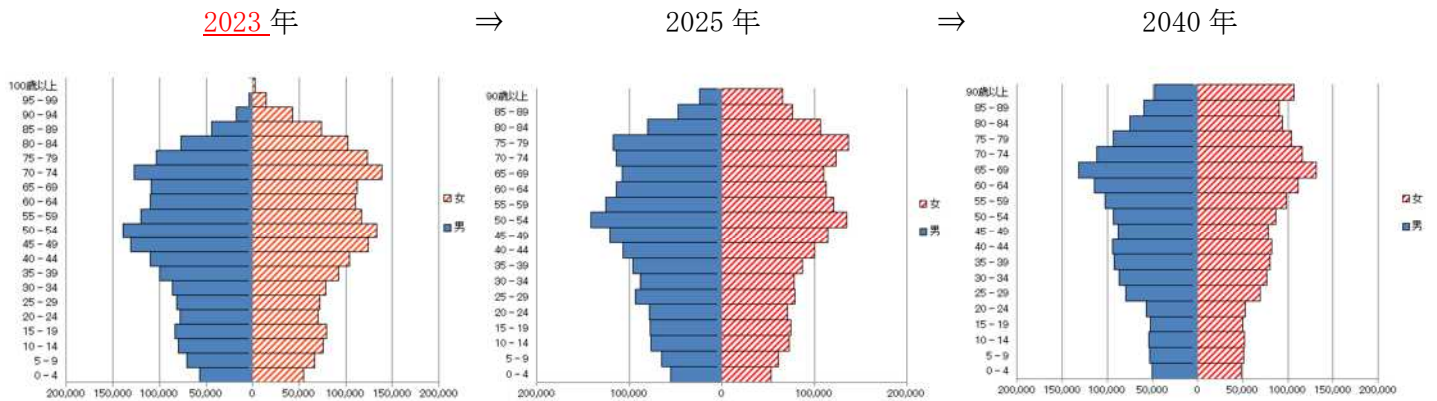
	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
0～14歳	439,490	384,208	340,095	317,684	308,259	295,317	275,225
15～64歳	2,100,962	2,017,755	1,930,599	1,808,382	1,647,073	1,527,594	1,433,292
65～74歳	526,895	455,017	428,558	448,256	490,297	473,204	406,102
75歳以上	565,855	653,529	686,254	679,269	670,148	677,336	714,204
総数	3,633,202	3,510,509	3,385,506	3,253,591	3,115,777	2,973,451	2,828,823

※2020年は実績

（出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」）



図表 2－1－2：静岡県における人口構造の変化



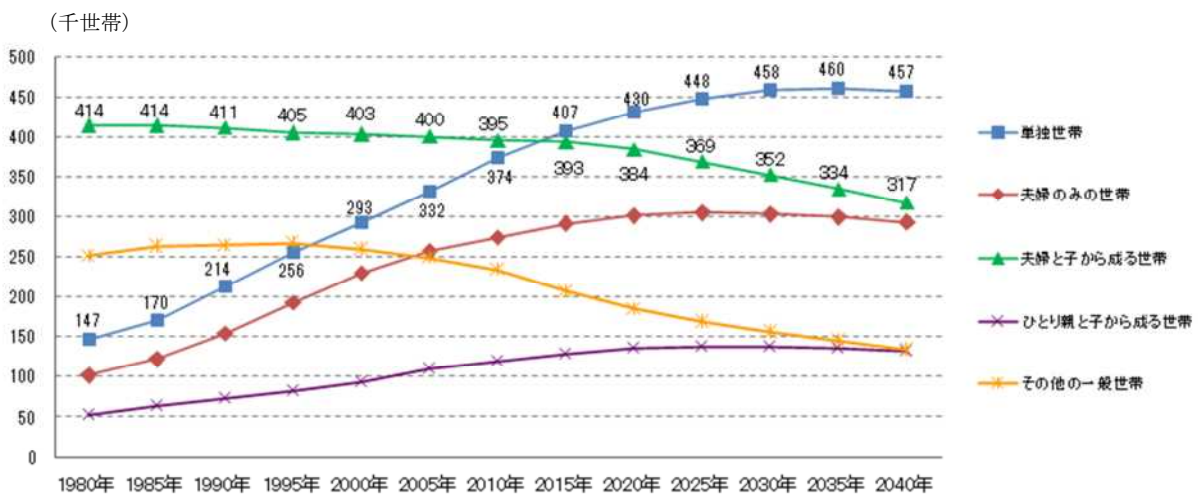
(出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023 年推計）」、静岡県「静岡県年齢別人口推計」)

## 2 世帯

### (1) 家族類型別世帯数及び割合

- 本県の世帯数は、2020 年の 144 万世帯から減少に転じるとともに、2015 年に「単独世帯」数が類型の中で最大となり、その構成比は 2025 年には 31.4%、2035 年には 33.5%まで上昇すると推計されています。
- 人口と同様に世帯数も減少していきませんが、世帯の構成の中で「単独世帯」数は 2035 年の 46 万世帯まで増加を続けると推計されています。
- 「夫婦のみの世帯」数は当面増加しますが、単独世帯数ほど急速ではなく 2025 年以降は減少に転じ、「夫婦と子から成る世帯」数は既に減少を開始しており今後も減少し続けると推計されています。

図表 2－1－3 静岡県の家族類型別世帯数の推移



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



**(2) 高齢者世帯**

○2020 年現在、本県の総世帯数は 148 万 969 世帯、「高齢者ひとり暮らし世帯」は 16 万 6,069 世帯、「高齢者夫婦のみ世帯」は 18 万 8,159 世帯と総世帯に占める割合はそれぞれ 11.2%、12.7% となっています。

○2020 年と 2025 年を比較すると、「高齢者ひとり暮らし世帯」は 1 万 6,399 世帯増 (1.1 倍)、「高齢者夫婦のみ世帯」は 86 世帯増 (横ばい)。同じく 75 歳以上の後期高齢者の世帯数については、「高齢者ひとり暮らし世帯」は 1 万 9,974 世帯増 (1.22 倍)、「高齢者夫婦のみ世帯」は 1 万 5,967 世帯増 (1.18 倍) と推計されています。

図表 2-1-4 静岡県の家族構成別世帯数の推移

(単位：世帯数) ( ) は総世帯に対する割合

区 分		2020年	2025年	2040年
総 世 帯		1,480,969	1,428,546	1,331,927
	世帯主が高齢者の 夫婦のみとひとり暮らし世帯	354,228 (23.9%)	370,713 (26.0%)	418,590 (31.4%)
	うち後期高齢者	180,481 (12.2%)	216,422 (15.1%)	232,027 (17.4%)
	高齢者夫婦のみ世帯	188,159 (12.7%)	188,245 (13.2%)	192,880 (14.5%)
	うち後期高齢者	89,892 (6.1%)	105,859 (7.4%)	102,645 (7.7%)
	高齢者ひとり暮らし世帯	166,069 (11.2%)	182,468 (12.8%)	225,710 (16.9%)
	うち後期高齢者	90,589 (6.1%)	110,563 (7.7%)	129,382 (9.7%)

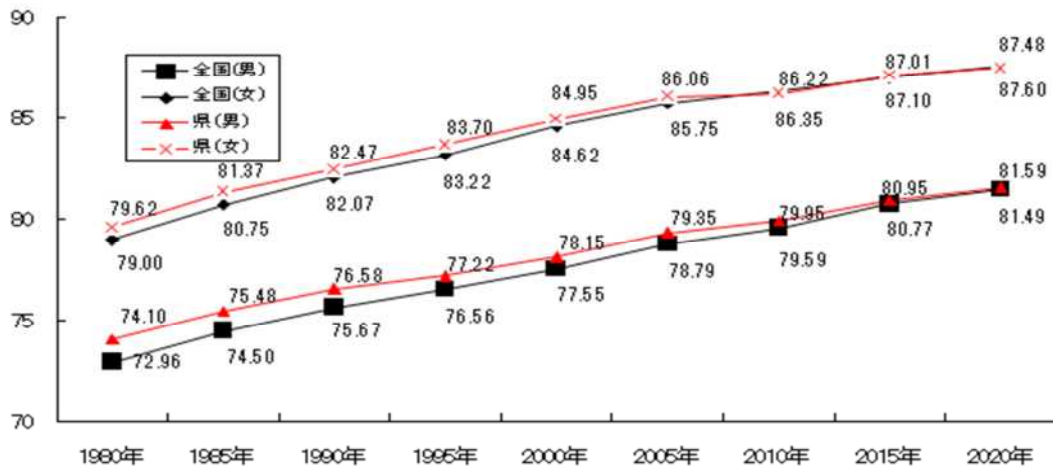
※2020 年は実績

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

### 3 平均寿命と健康寿命

○平均寿命<sup>1</sup>は着実に伸びており、2020 年現在における本県の平均寿命は男性 81.59 歳（全国 81.49 歳）で全国 21 位、女性 87.48 歳（全国 87.60 歳）で、全国 31 位です。

図表 2－1－5 平均寿命の推移（本県と全国）



（出典：厚生労働省統計情報部「都道府県別生命表」）

○本県における 2019 年の健康寿命<sup>2</sup>は、男性は 73.45 歳で全国 5 位、女性は 76.58 歳で全国 5 位でした。

図表 2－1－6 健康寿命の上位都道府県(2019 年)

男 性			女 性		
順位	都道府県	歳	順位	都道府県	歳
1	大分県	73.72	1	三重県	77.58
2	山梨県	73.57	2	山梨県	76.74
2	埼玉県	73.48	3	宮崎県	76.71
4	滋賀県	73.46	4	大分県	76.60
5	静岡県	73.45	5	静岡県	76.58
全 国		72.68	全 国		75.38

（出典：厚生労働省公表資料（2021 年 12 月公表））

<sup>1</sup> 平均寿命：0 歳における平均余命（その年の年齢別死亡率で死亡していった場合、0 歳の者が生きることとなる平均年数）のこと。

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

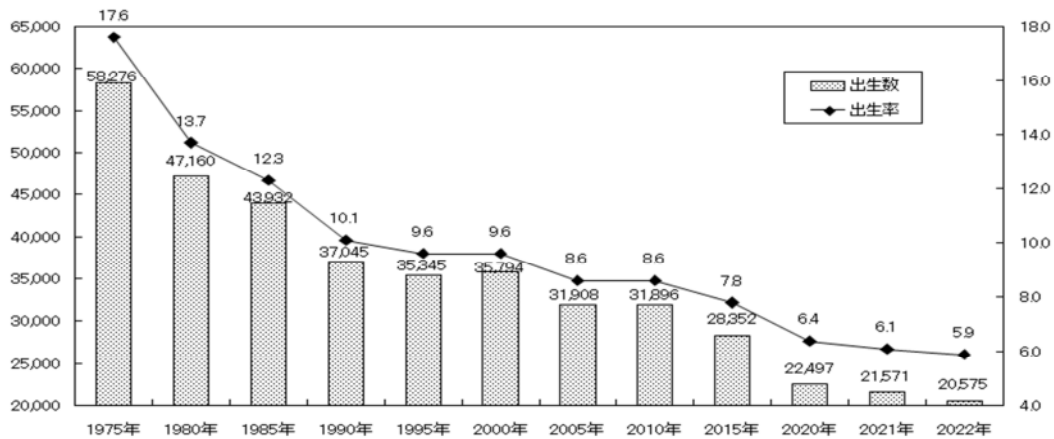
## 4 人口動態

### (1) 出生

○2022 年の出生数は 2 万 575 人で、出生率は人口千人当たり 5.9 人となっており、出生数・出生率ともに減少傾向にあります。

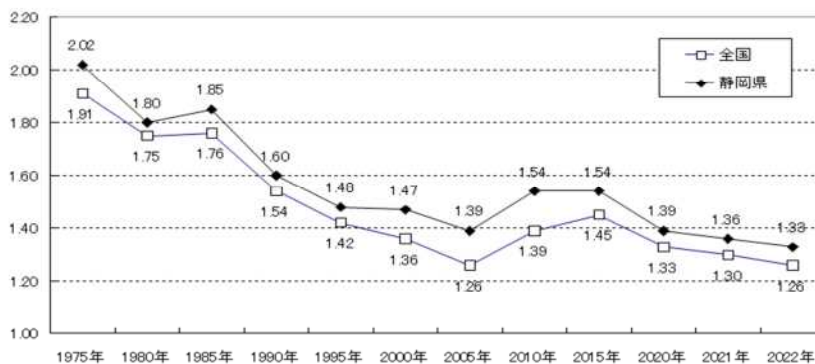
○2022 年の合計特殊出生率<sup>3</sup>は 1.33 で、全国平均の 1.26 を上回っています。

図表 2-1-7 出生数及び出生率の推移



(出典：厚生労働省「人口動態統計」)

図表 2-1-8 合計特殊出生率の推移



(出典：厚生労働省「人口動態統計」)

### (2) 死亡

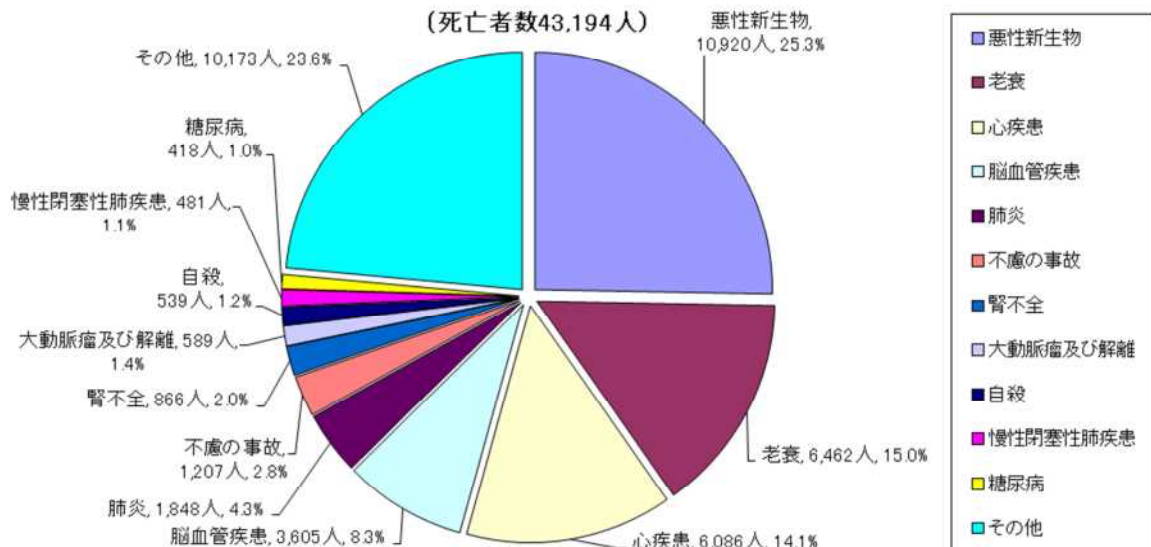
○2021 年の死亡数は 4 万 3,194 人、死亡率は人口千人当たり 12.3 人となっています。

○2021 年の死亡者の死因別状況では、悪性新生物（がん）25.3%、老衰 15.0%、心疾患 14.1%、脳血管疾患 8.3%、肺炎 4.3%の順となっており、上位 3 死因で、全死亡の 54.4%を占めています。

○特に、悪性新生物による死亡者数は全体の 4 分の 1 を占めており、死亡率は増加し続けています。

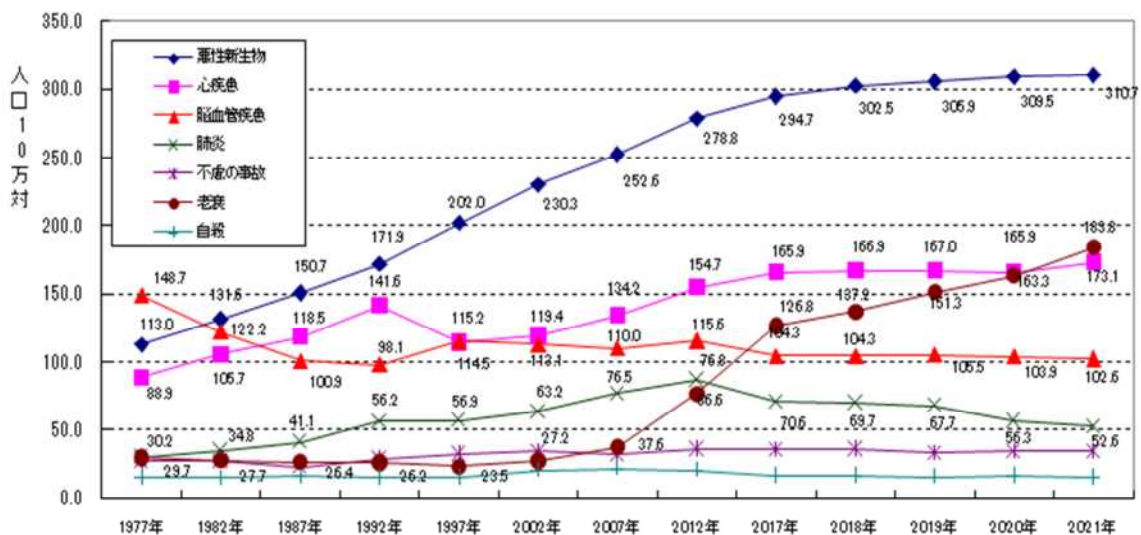
<sup>3</sup> 合計特殊出生率：15～49 歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、一人の女性がその年齢別出生率で一生の間に生むとしたときの子どもの数に相当する。

図表 2－1－9 本県の死因別死亡者数（2021 年）



（出典：県健康福祉部管理局「静岡県の人口動態統計（確定数）の概要」）

図表 2－1－10 主な死因別の死亡率の推移

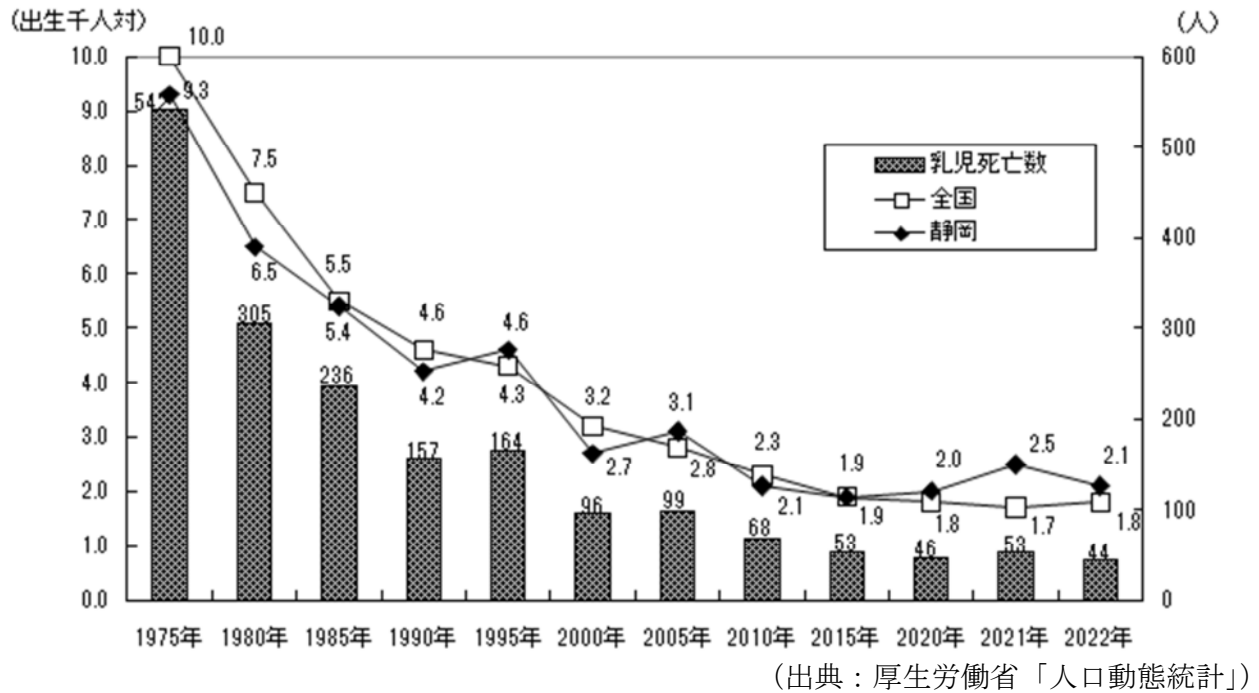


（出典：県健康福祉部管理局「静岡県の人口動態統計（確定数）の概要」）

### (3) 乳児死亡

○本県の乳児死亡率<sup>4</sup>（出生千人対）は長期的には低下傾向が続いており、2022 年は 2.1 人となっています。

図表 2－1－11 乳児死亡率及び乳児死亡数の推移



<sup>4</sup> 乳児死亡率：年間の 1000 出生当たりの生後 1 年未満の死亡数を指す

## 第2節 受療動向

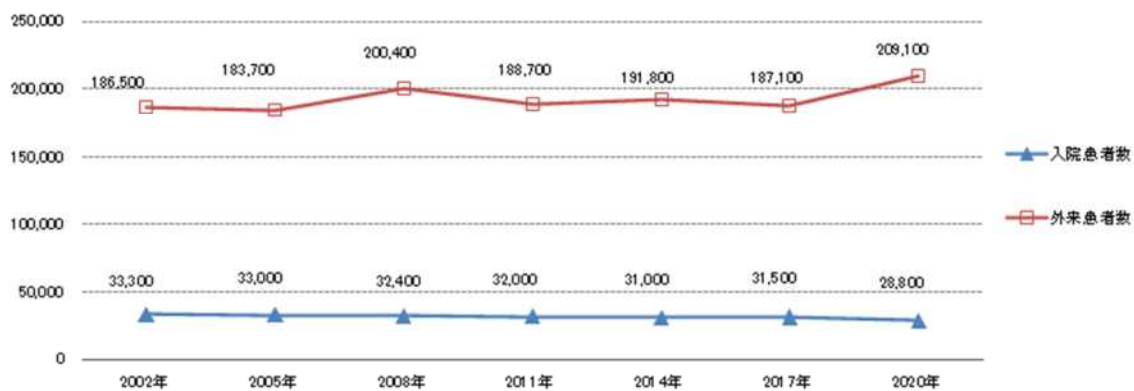
### 1 患者数

#### (1) 入院・通院患者の状況

○2020年の厚生労働省の患者調査によると、本県の推計入院患者数は2万8,800人、推計外来患者数は20万9,100人となっています。

○外来患者については、病院での受療者数が3万3,000人（15.8%）、診療所が14万900人（67.4%）、歯科診療所が3万5,200人（16.8%）となっています。

図表2-2-1 入院・外来患者の推移



（出典：厚生労働省「患者調査」）

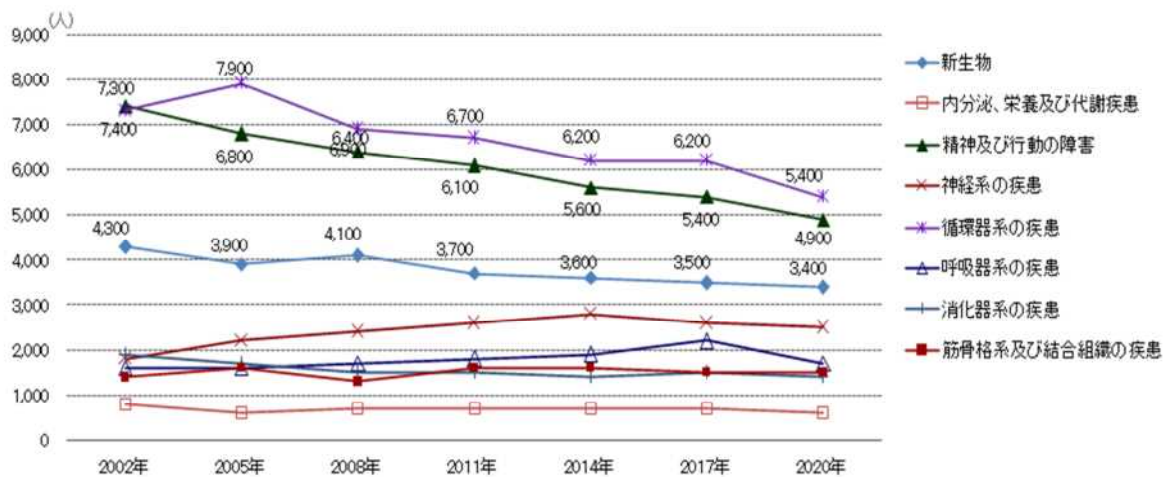
#### (2) 疾病別推計患者数

○疾病別の患者数を傷病大分類別にみると、入院については、「循環器系の疾患」が最も多く5,400人、次いで「精神及び行動の障害」が4,900人、「新生物」が3,400人（うち、「悪性新生物」が3,100人）となっています。全体の患者数は減少傾向ですが、「筋骨格系及び結合組織の疾患」の患者数は横ばいとなっています。

○また、外来については、「消化器系の疾患」が最も多く3万2,200人、次いで「筋骨格系及び結合組織の疾患」が2万6,700人、「循環器系の疾患」が2万5,700人となっています。

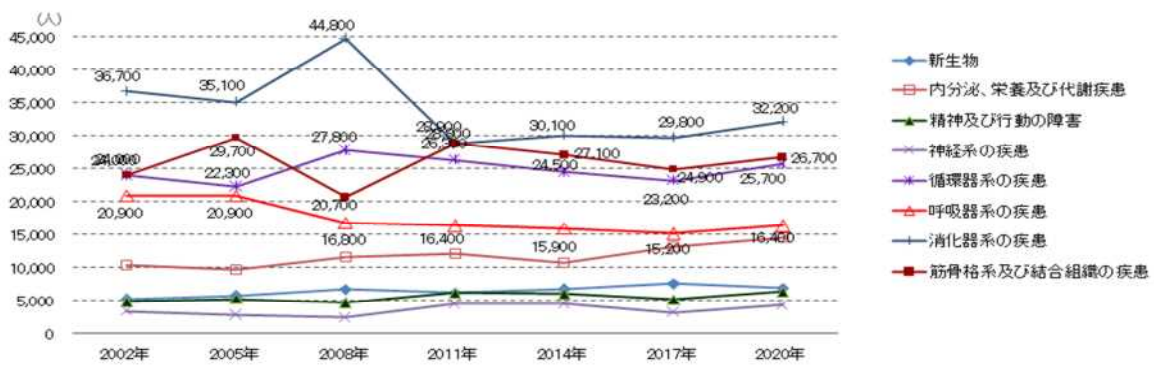


図表 2-2-2 疾患別推計患者数の推移（入院）



（出典：厚生労働省「患者調査」）

図表 2-2-3 疾患別推計患者数の推移（外来）



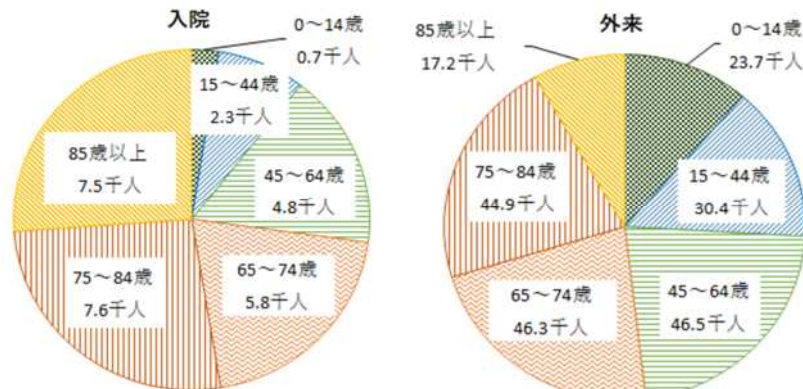
（出典：厚生労働省「患者調査」）

### （3）年齢階級別の推計患者数

○年齢階級別の患者数をみると、入院については、75歳～84歳が7,600人で最も多く、85歳以上が7,500人となっており、65歳以上が2万900人で全体の約7割となっています。

○外来については、45歳～64歳が4万6,500人で最も多く、次いで65歳～74歳が4万6,300人、75歳～84歳が4万4,900人となっています。65歳以上の割合は約半数となっています。

図表 2-2-4 年齢階級別推計患者数（入院・外来）（2020年）



（出典：厚生労働省「患者調査」）

## 2 受療率

### (1) 入院受療率・外来受療率

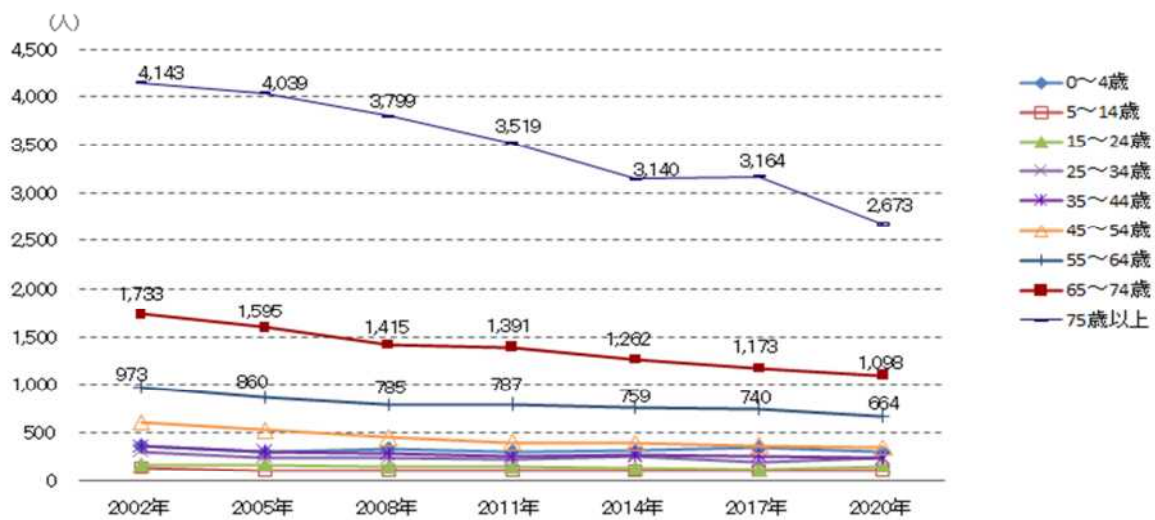
○2020年の患者調査から、本県の受療率についてみると、入院受療率は792（全国平均960）、外来受療率は5,754（全国平均5,658）で、入院受療率は全国平均より低くなっています（入院受療率は全国順位で低い方から6位、外来受療率は全国順位で低い方から26位）。

### (2) 年齢階級別受療率

○年齢階級別に入院受療率をみると、75歳以上が2,673で最も高く、次いで65歳～74歳の1,098、55歳～64歳の664となっています。

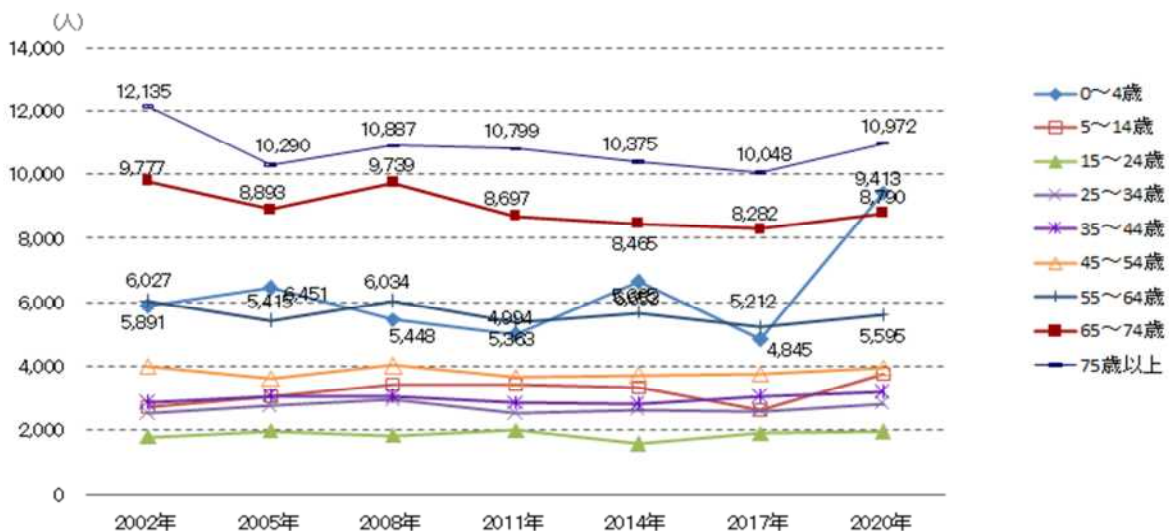
○外来受療率では、75歳以上が10,972で最も高く、次いで0歳～4歳の9,413、65歳～74歳の8,790となっています。

図表2-2-5 年齢階級別受療率の推移（入院）



（出典：厚生労働省「患者調査」）

図表2-2-6 年齢階級別受療率の推移（外来）



（出典：厚生労働省「患者調査」）



### 3 県民意向調査

○2022 年度に、保健医療関係の施設やサービスについての県民の利用実態や医療提供体制に関する要望を把握することを目的に、「静岡県の地域医療に関する調査」を実施しました。

調査対象：静岡県全域

標 本 数：静岡県内の市町に居住する満 20 歳以上の県民 2,000 人

回 収 数：1,228 人（回収率 61.4%）

調査方法：郵送法

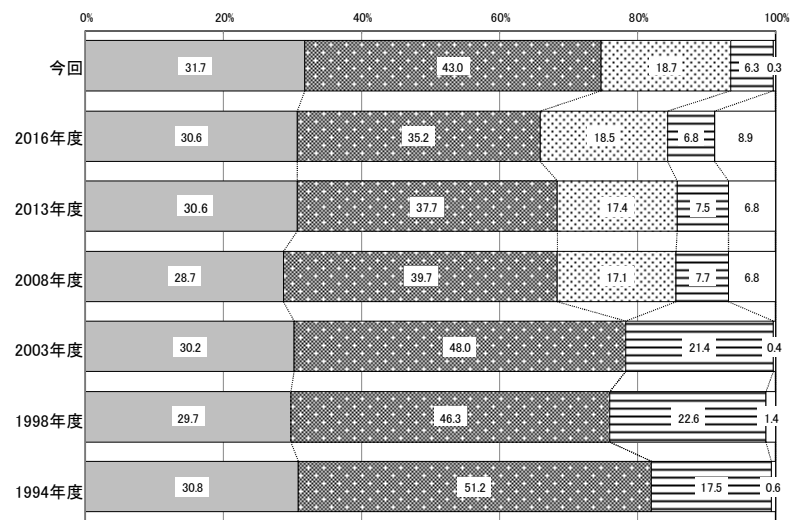
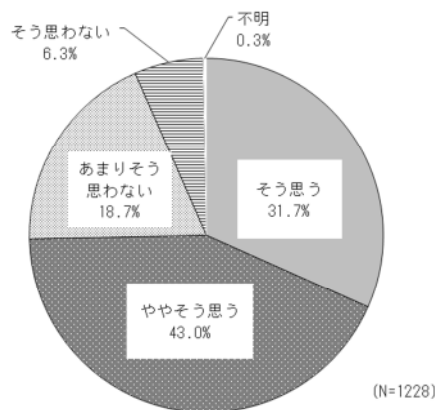
調査時期：2023 年 1 月下旬～2 月中旬

#### （1）自身の健康状態

##### ア 自分が健康であると思うか

○「自分が健康であると思うか」について、全体では「ややそう思う」が 43.0%で最多、以下「そう思う」31.7%、「あまりそう思わない」18.7%、「そう思わない」6.3%となっています。「そう思う」と「ややそう思う」を合算すると 74.7%を占め、「あまりそう思わない」と「そう思わない」を合算しても 25.0%に留まっています。

○過去調査との比較では、「そう思う」「ややそう思う」は、2008 年度を境に 7 割台から 6 割台へと減少していますが、今回調査では、再び 7 割を超えました。また、「そう思わない」「あまりそう思わない」は、1998 年度以降一貫して 2 割台で推移しています。



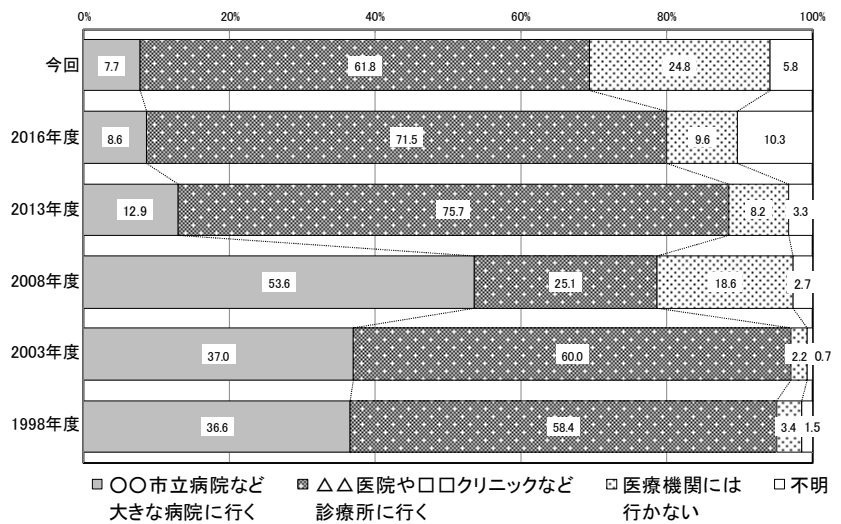
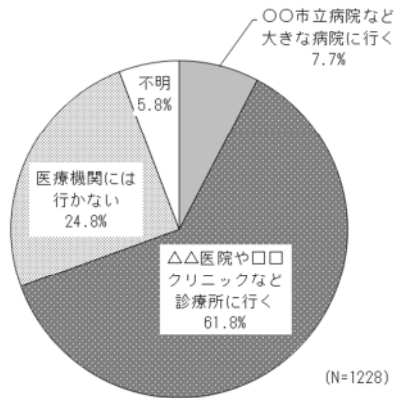
□ そう思う ■ ややそう思う ▨ あまりそう思わない ▩ そう思わない □ 不明

#### （2）医療機関にかかった状況

##### ア 軽い病気にかかったと思われる場合の対応

○軽い病気にかかったと思われる場合の対応については、全体では「△△医院や□□クリニックなど診療所に行く」が 61.8%を占め、以下「医療機関には行かない」24.8%、「〇〇市立病院など大きな病院に行く」が 7.7%と続いています。

○過去調査との比較では、「〇〇市立病院など大きな病院に行く」は 2013 年度から急激に減少しています。今回調査では、「医療機関には行かない」が、前回調査と比較して増加しました。

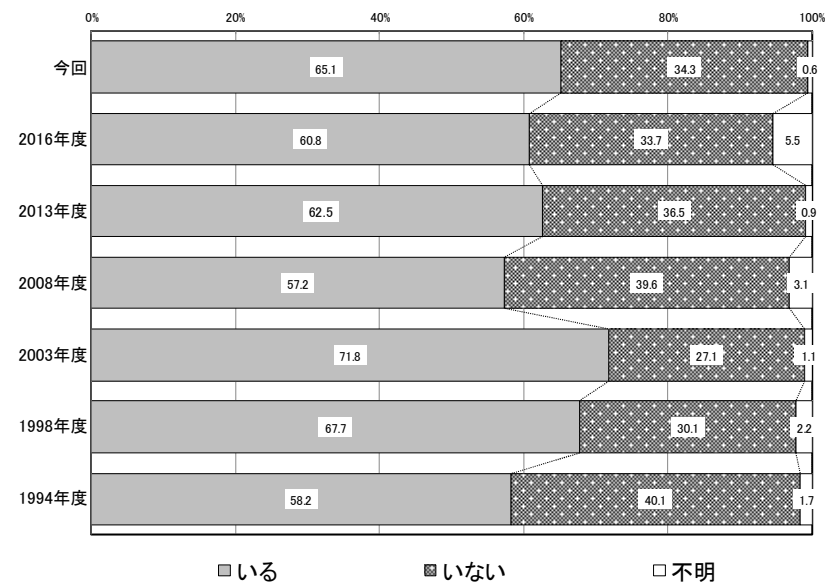
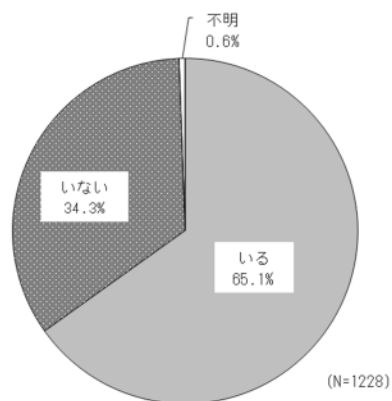


### (3) かかりつけ医

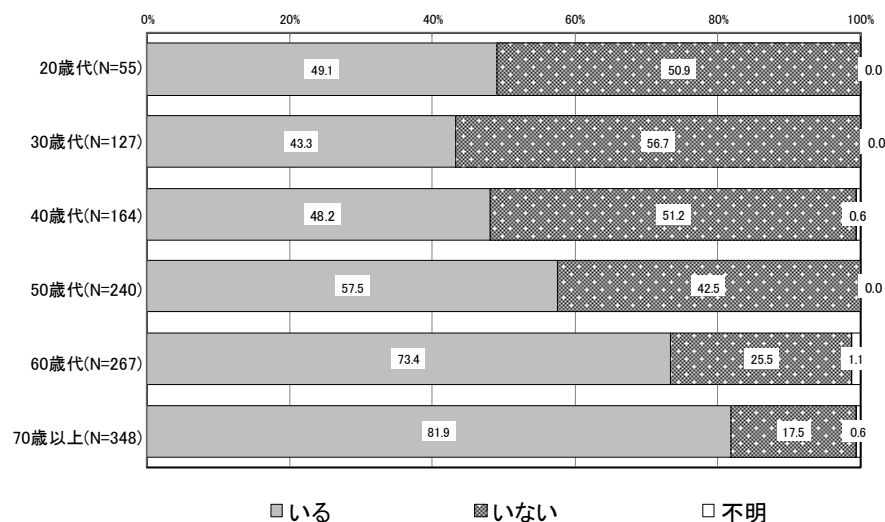
#### ア かかりつけ医の有無

○かかりつけの医師については「いる」が65.1%、「いない」が34.3%となっています。

○いずれの年度も、「いる」が過半数を占めており、直近3回分調査は6割台に達しています。

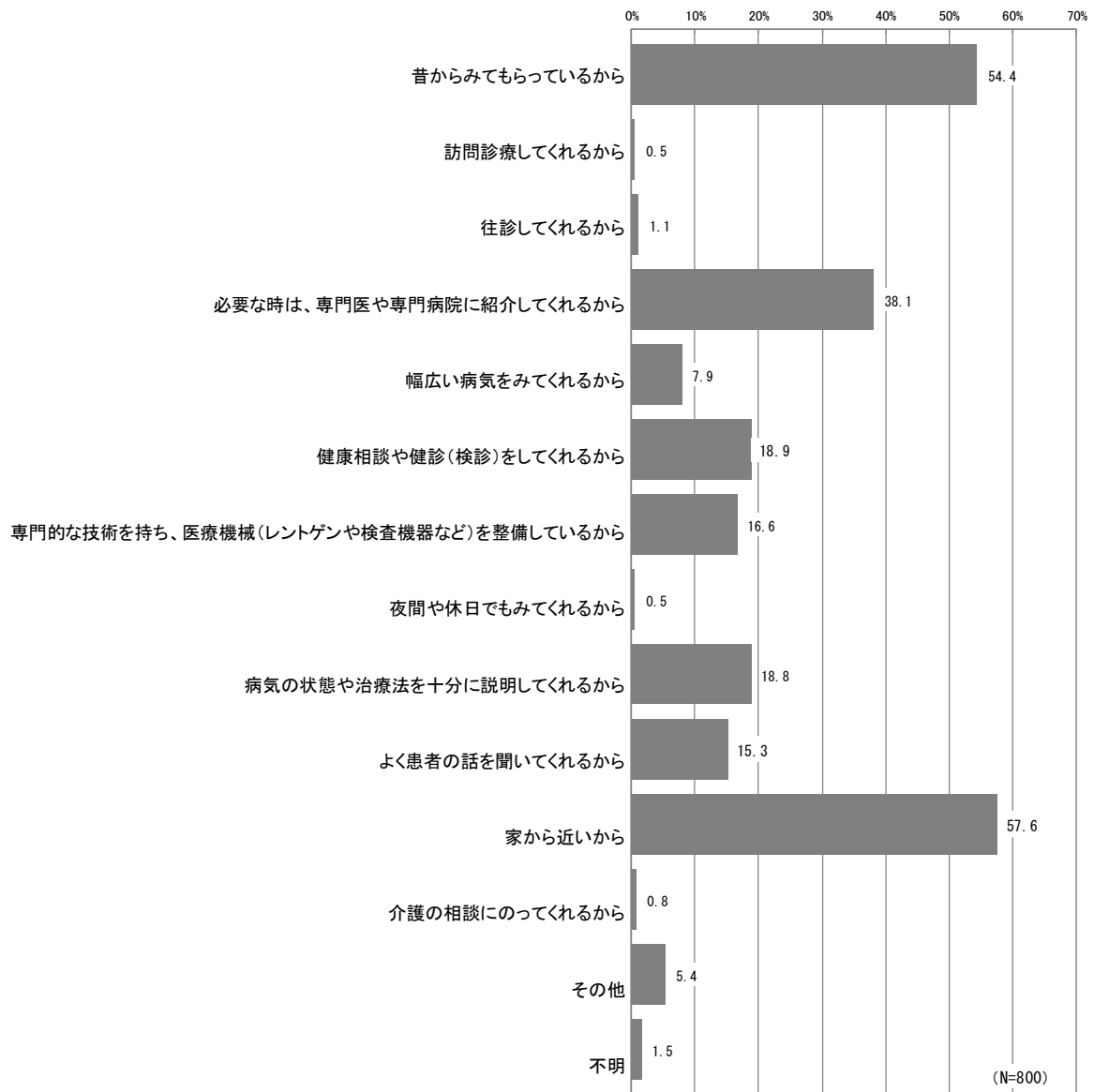


○年代別では、20歳代から40歳代では、「いない」が半数を占めているのに対し、50歳代以上は「いる」が半数を占め、70歳以上では8割を占めています。



## イ かかりつけになっている主な理由

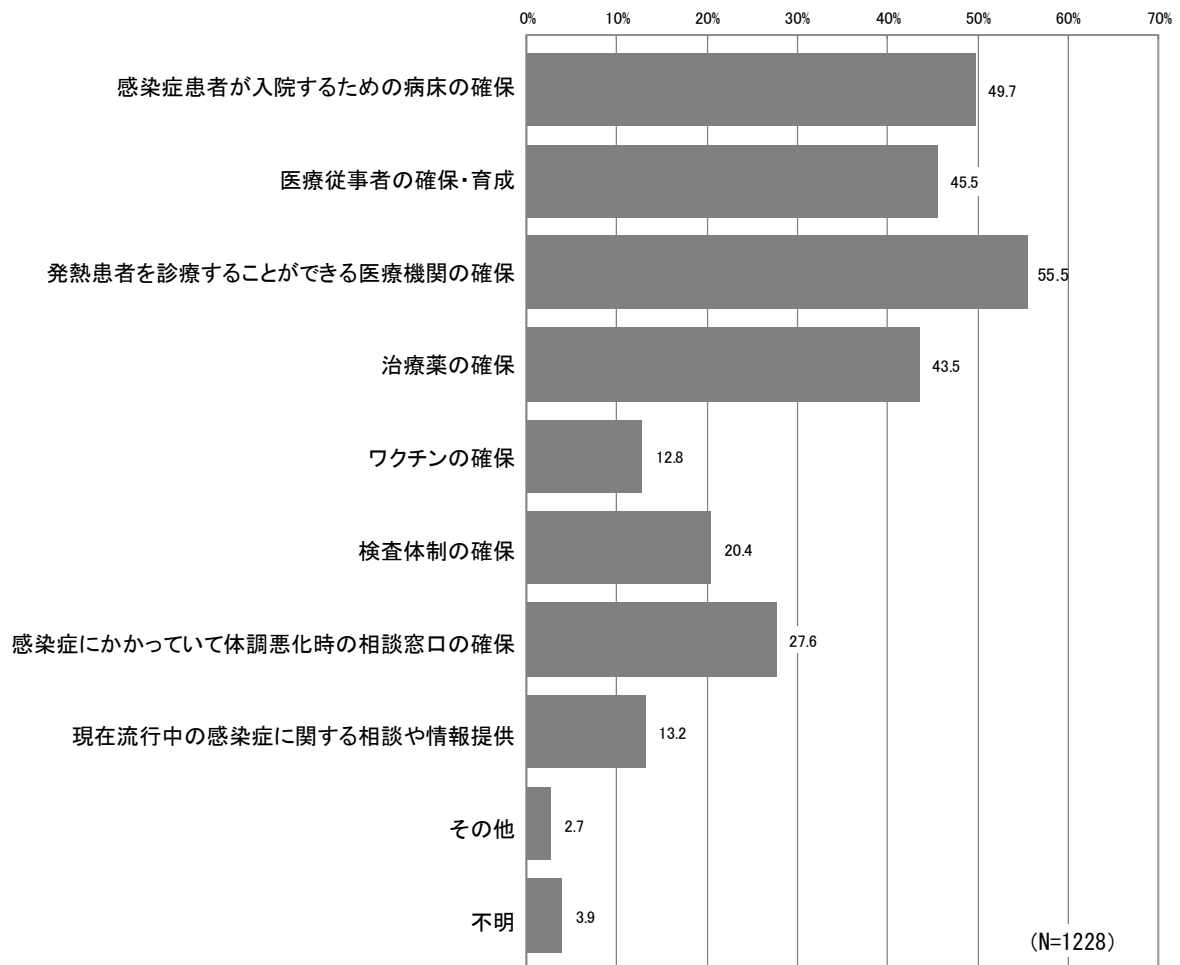
○「家から近いから」が57.6%で最多、以下、「昔からみてもらっているから」54.4%、「必要な時は、専門医や専門病院に紹介してくれるから」38.1%となっています。



#### (4) 感染症、新型コロナワクチン接種について

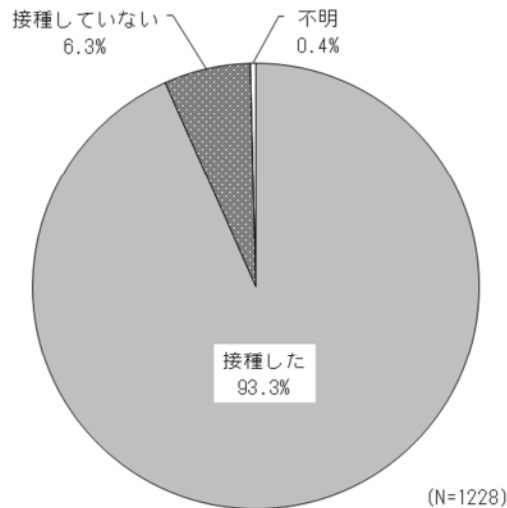
##### ア 感染症対策として、静岡県が特に充実を図るべきだと思うもの

- 「感染症対策として、静岡県が特に充実を図るべきだと思うもの」については、「発熱患者を診療することができる医療機関の確保」が55.5%で最多、以下、「感染症患者が入院するための病床の確保」49.7%、「医療従事者の確保・育成」45.5%となっています。
- 「その他」では、「医療従事者賃上げ」、「買い物サポート」、「学校のリモート授業化」等の意見が挙げられました。



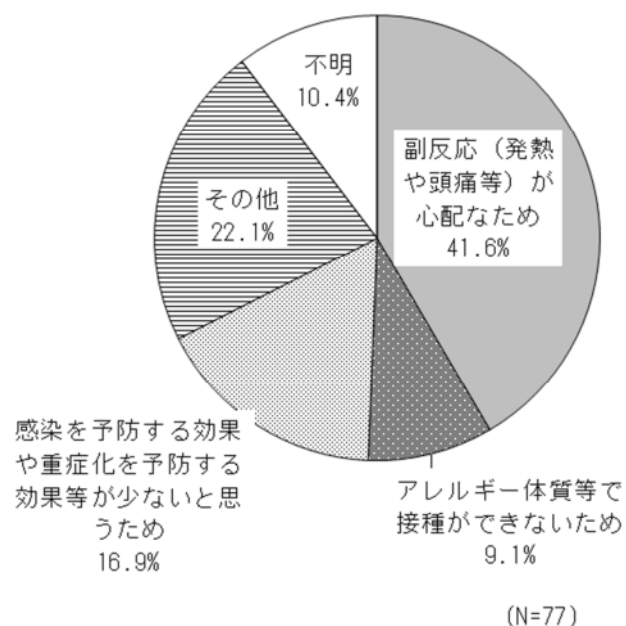
## イ 新型コロナウイルス感染症のワクチンの接種有無

- 「新型コロナウイルス感染症のワクチンの接種有無」については、「接種した」が93.3%、「接種していない」が6.3%となっています。



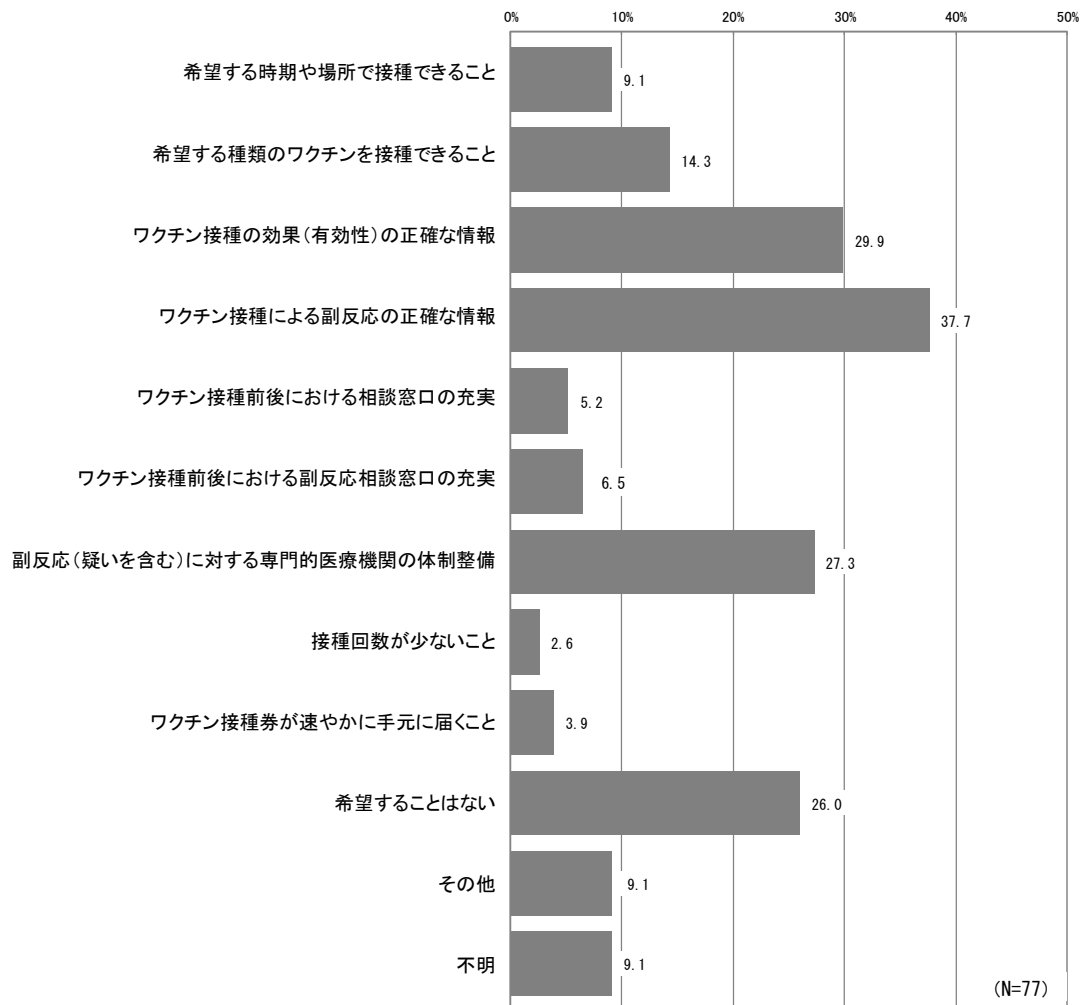
## ウ 新型コロナワクチン接種をしなかった理由

- 「新型コロナワクチン接種をしなかった理由」については、「副反応（発熱や頭痛等）が心配なため」が41.6%で最多、以下、「その他」22.1%、「感染を予防する効果や重症化を予防する効果等が少ないと思うため」16.9%、「アレルギー体質等で接種ができないため」9.1%となっています。
- 「その他」では、「信用性がないから」、「効果がなく、副作用が重篤」、「かかりつけ医に相談した上で接種しなくてもよいと言われたから」等の意見が挙げられました。



## エ 接種しなかった方が新型コロナワクチン接種に希望すること

- 「接種しなかった方が新型コロナワクチン接種に希望すること」については、「ワクチン接種による副反応の正確な情報」が37.7%で最多、以下、「ワクチン接種の効果（有効性）の正確な情報」29.9%、「副反応（疑いを含む）に対する専門的医療機関の体制整備」27.3%となっています。
- 「その他」では、「国内メーカーで生産すること」、「ワクチンの正確な成分、安全性の正確な情報」等が挙げられました。

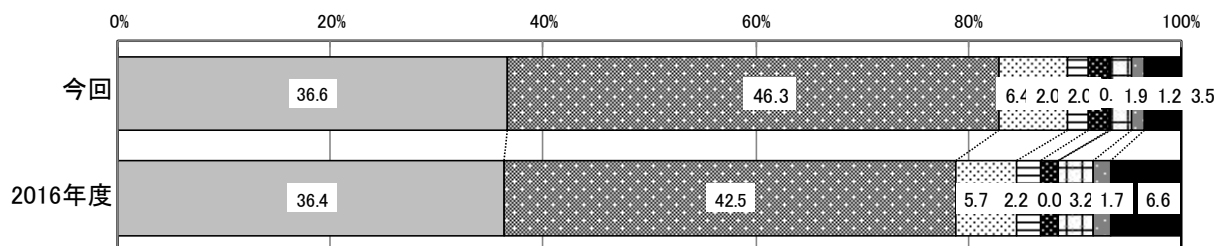
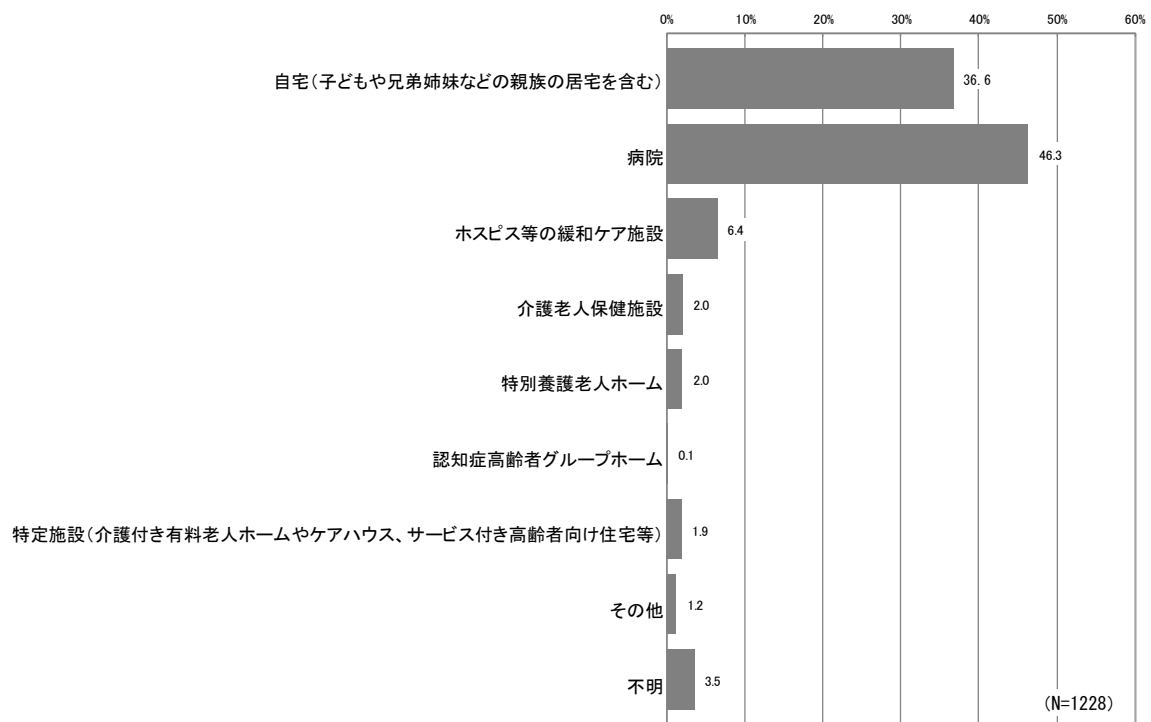


## (5) 在宅医療について

### ア 長期療養を望む場所

○「長期療養を望む場所」について、全体では「病院」が46.3%で最多、以下「自宅」36.6%、「ホスピス等の緩和ケア施設」6.4%となっています。

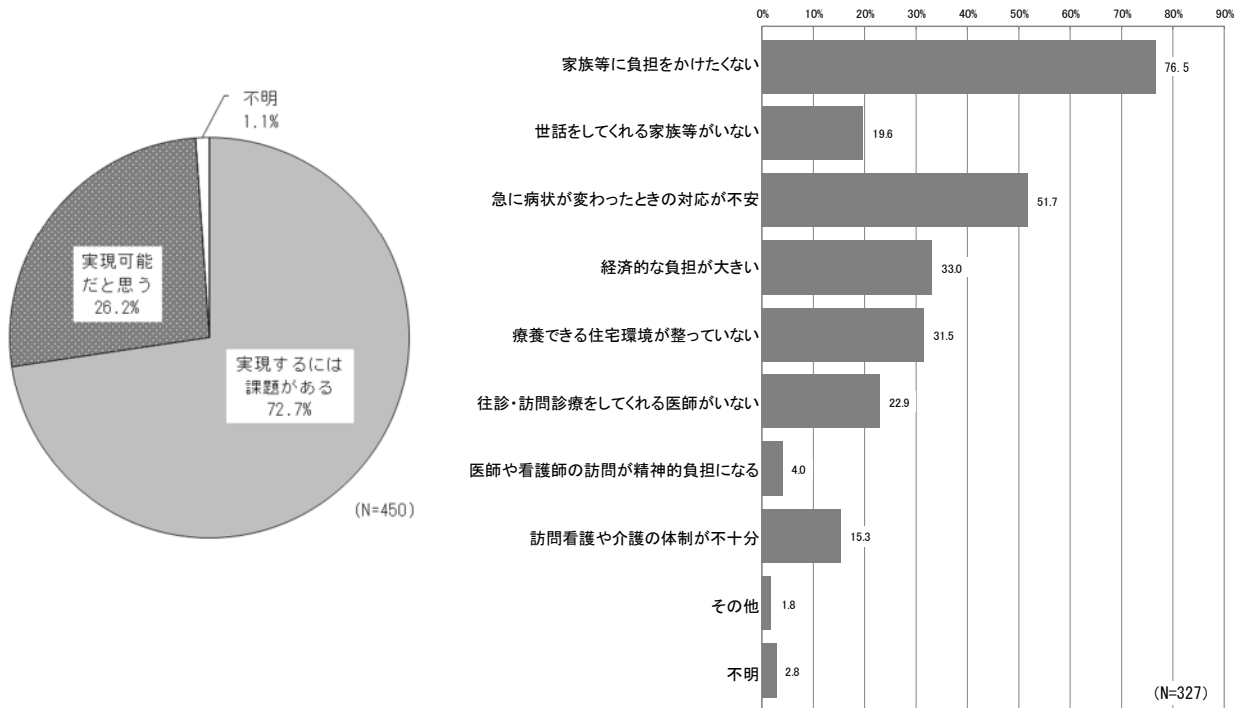
○過去調査との比較では、いずれの年度も、「病院」が4割台で最も多く、次いで「自宅（子どもや兄弟姉妹などの親族の居宅を含む）」が3割程度となりました。



- 自宅(子どもや兄弟姉妹などの親族の居宅を含む)
- 病院
- ▨ ホスピス等の緩和ケア施設
- ▩ 介護老人保健施設
- ▤ 特別養護老人ホーム
- ▥ 認知症高齢者グループホーム
- ▦ 特定施設(介護付き有料老人ホームやケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅等)
- ▧ その他
- 不 明

## イ 自宅で長期療養することの実現可能性、課題と思うもの

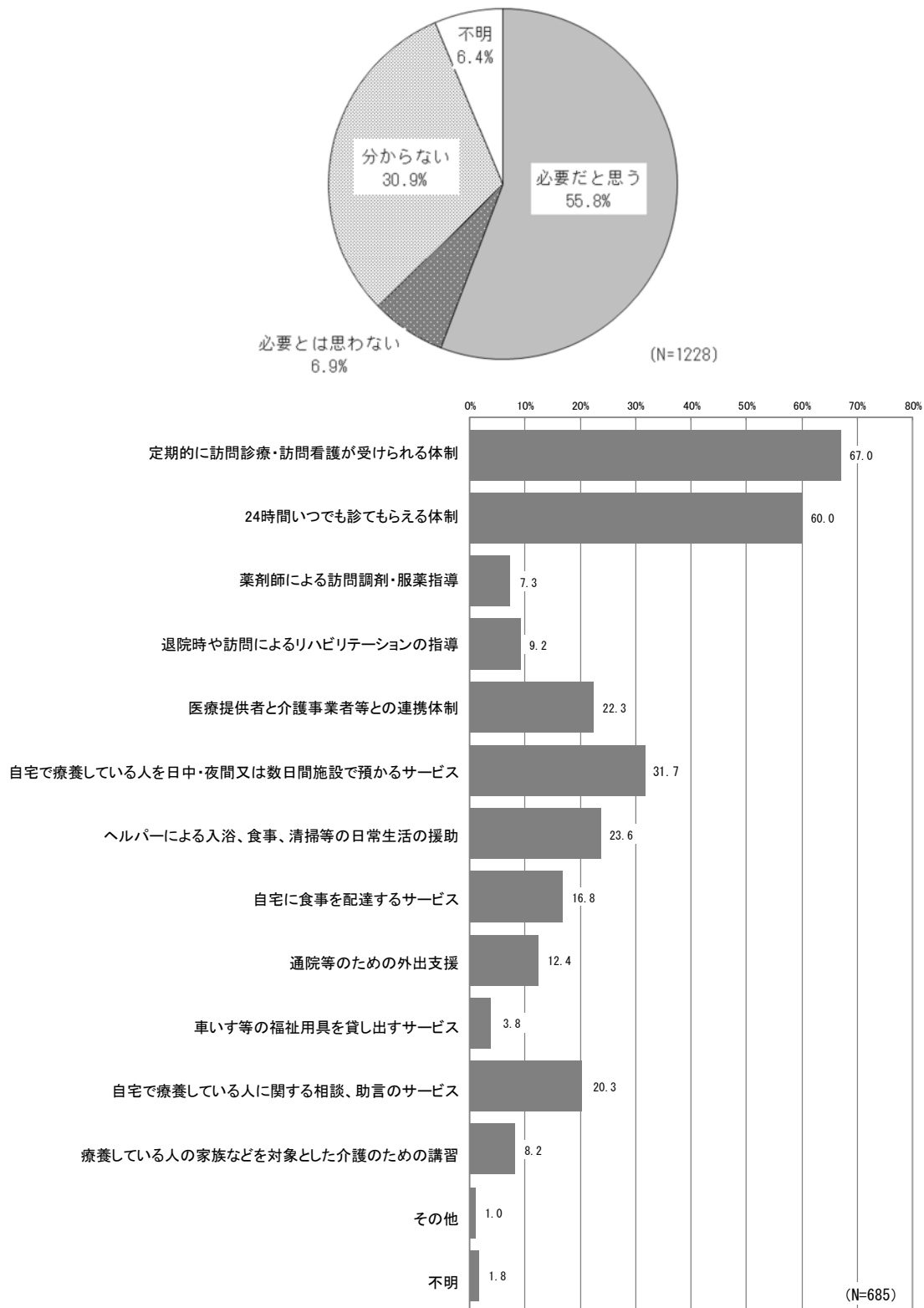
- 長期療養場所を「自宅」と回答した人にその実現可能性を尋ねたところ、全体では「実現するには課題がある」が72.7%、「実現可能だと思う」が26.2%となっています。
- 「課題がある」と回答した人にその課題を尋ねたところ、全体では「家族等に負担をかけたくない」が76.5%で最多、以下「急に病状が変わったときの対応が不安」51.7%、「経済的な負担が大きい」33.0%となっています。





## ウ 在宅医療の充実の必要性、整備が重要な体制

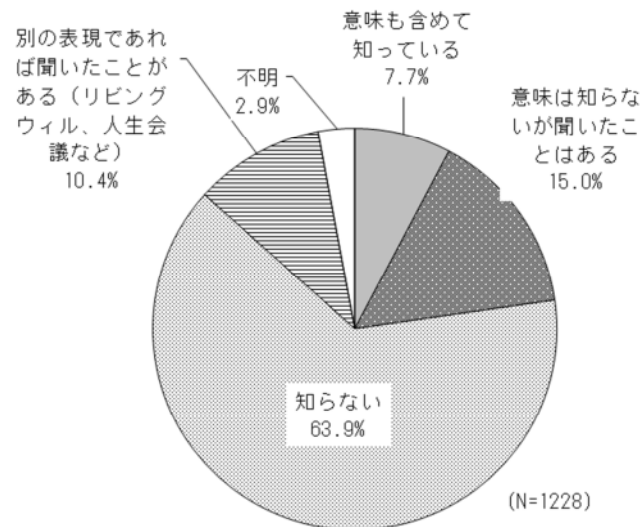
- 「在宅医療の充実の必要性」について、全体では「必要だと思う」が 55.8%、次いで「分からない」 30.9%、「必要とは思わない」 6.9%となっています。
- 「必要だと思う」と回答した人に整備が必要な体制について尋ねたところ、全体では「定期的に訪問診療・訪問看護が受けられる体制」が 67.0%で最多、以下「24 時間いつでも診てもらえる体制」 60.0%、「自宅で療養している人を日中・夜間又は数日間施設で預かるサービス」 31.7%となっています。



## (6) 人生の最終段階における医療（終末期医療）について

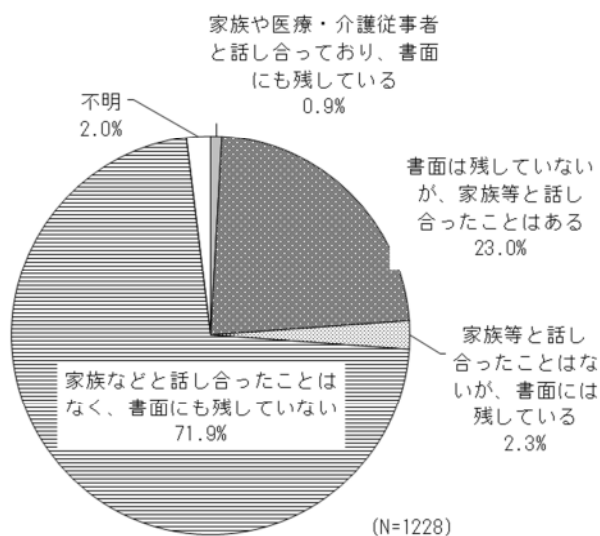
### ア 「アドバンス・ケア・プランニング<sup>5</sup>（ACP）」を知っているか

○「「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」を知っているか」について、全体では「知らない」が63.9%で最多、以下「意味は知らないが聞いたことはある」15.0%、「別の表現であれば聞いたことがある（リビングウィル、人生会議など）」10.4%となっています。



### イ 終末期医療における家族や親族との話し合い状況

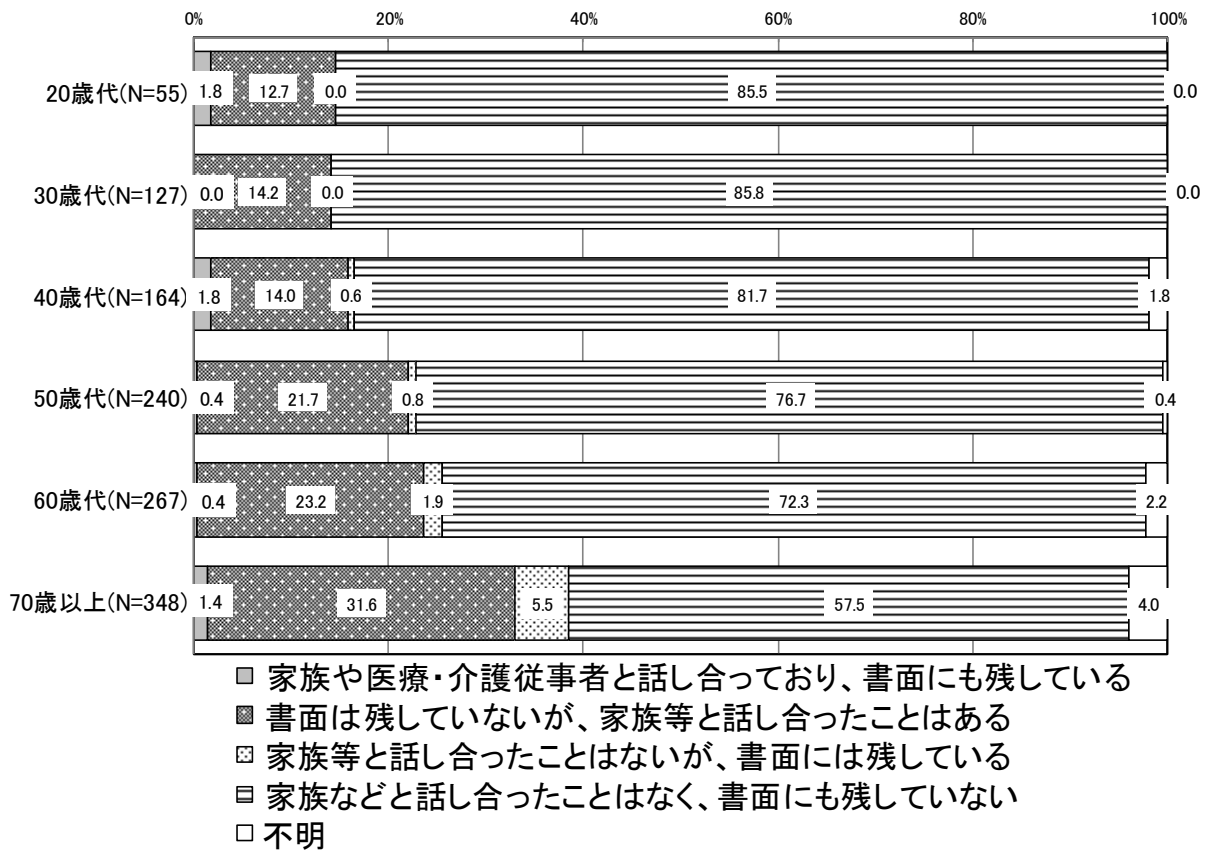
○「終末期医療における家族や親族との話し合い状況」について、全体では「家族などと話し合ったことはなく、書面にも残していない」が71.9%で最多、以下「書面は残していないが、家族等と話し合ったことはある」23.0%、「家族等と話し合ったことはないが、書面には残している」2.3%となっています。



<sup>5</sup> アドバンス・ケア・プランニング（ACP）：将来の意思決定能力の低下に備え、本人と家族、医療・介護従事者が一緒になって、本人の終末期を含めた今後の医療や介護の方針について話し合い、共有する機会を持つこと。厚生労働省が公募し、この取組の愛称を「人生会議」と決定した。

○年代別では、「家族などと話し合ったことはなく、書面にも残していない」は60歳以下までは、7割を超えています。

○70歳以上になると、「書面は残していないが、家族等と話し合ったことはある」が3割を超えて、他の年代に比べて多い結果となりました。

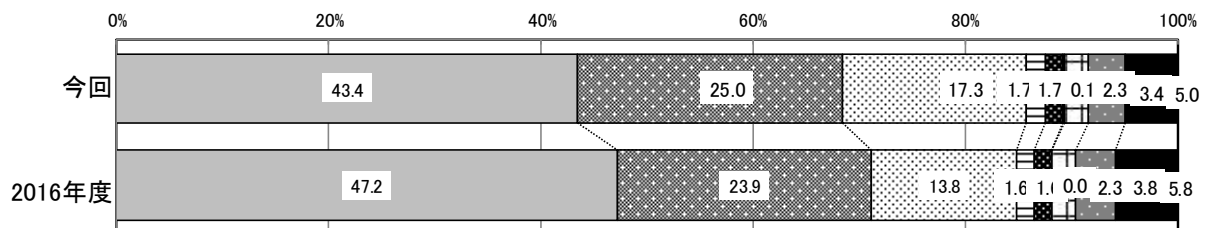
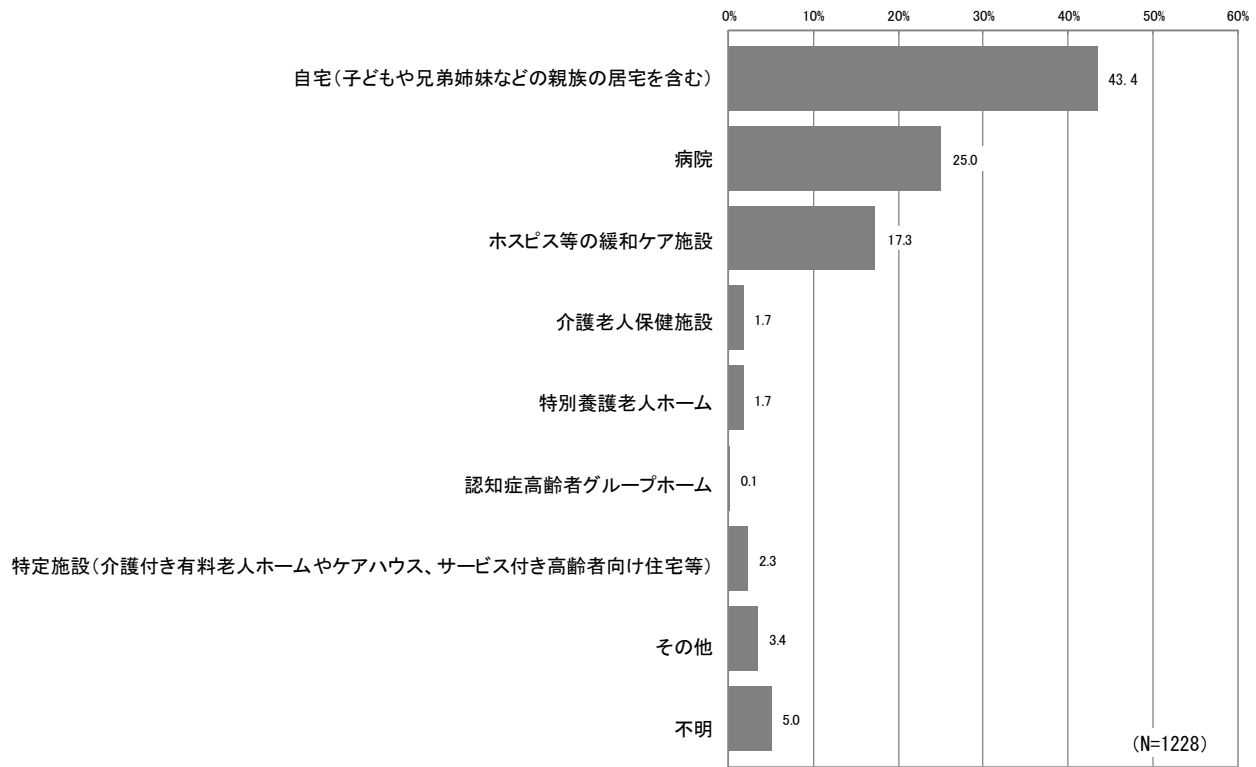


## ウ 人生の最期を迎えたい場所

○「人生の最期を迎えたい場所」について、全体では「自宅」が43.4%で最多、以下「病院」25.0%、「ホスピス等の緩和ケア施設」17.3%となっています。

○「その他」では、「どこでも良い」との回答が最多となりました。

○過去調査との比較では、いずれの年度も、「自宅（子どもや兄弟姉妹などの親族の居宅を含む）」が最も多く4割台、次いで「病院」が2割程度、「ホスピス等の緩和ケア施設」が1割程度となりました。

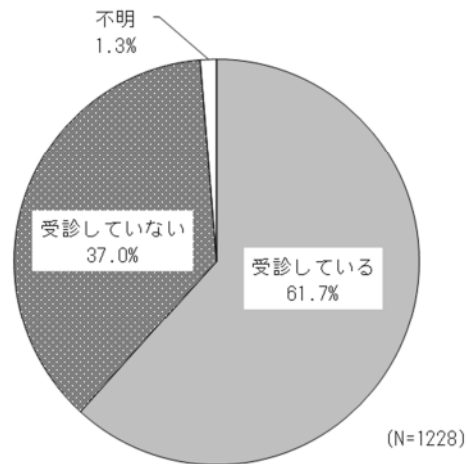


- 自宅(子どもや兄弟姉妹などの親族の居宅を含む)
- 病院
- ホスピス等の緩和ケア施設
- 介護老人保健施設
- 特別養護老人ホーム
- 認知症高齢者グループホーム
- 特定施設(介護付き有料老人ホームやケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅等)
- その他
- 不 明

## (7) 特定健診・特定保健指導について

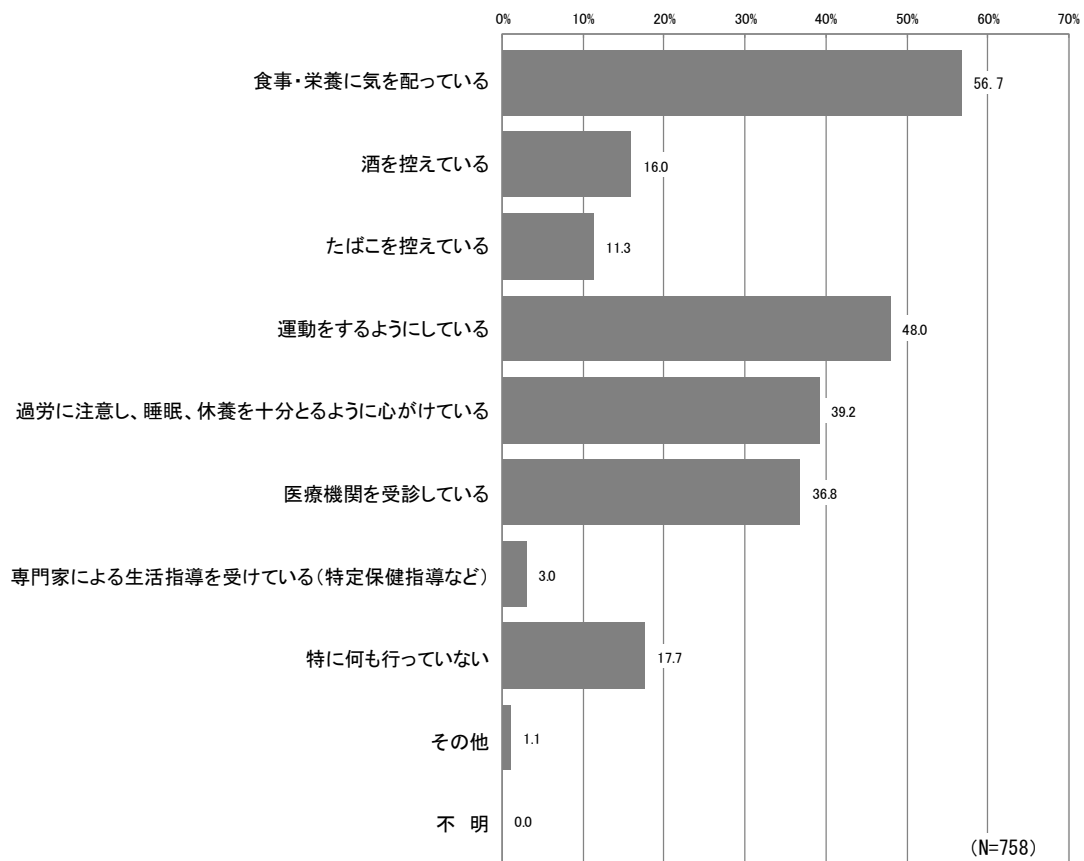
### ア 特定健康診査（人間ドッグ含む）を受診しているか

○「特定健康診査（人間ドッグ含む）を受診しているか」について、「受診している」が61.7%、「受診していない」が37.0%となっています。



### イ 健診を受けた結果を生活改善に生かしているか

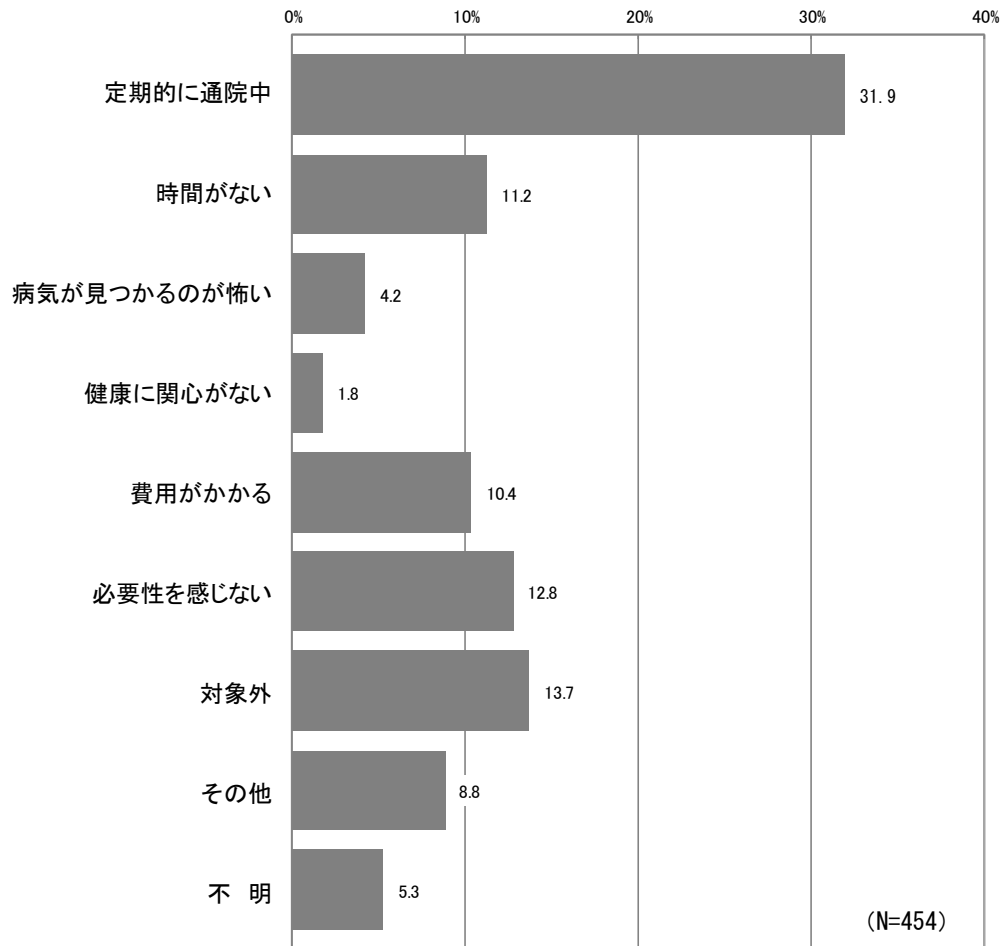
○「健診を受けた結果を生活改善に生かしているか」について、全体では「食事・栄養に気を配っている」が56.7%で最多、以下「運動するようにしている」48.0%、「過労に注意し、睡眠、休養を十分とるように心がけている」39.2%となっています。



## ウ 特定健康診査を受診しない理由

○「特定健康診査を受診しない理由」について、全体では「定期的に通院中」が31.9%で最多、以下「対象外」13.7%、「必要性を感じない」12.8%となっています。

○「その他」では、「めんどろ」、「最近仕事が変わった為」等の回答が挙げられました。

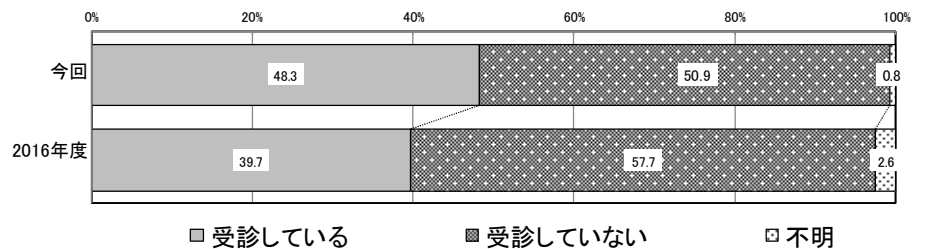
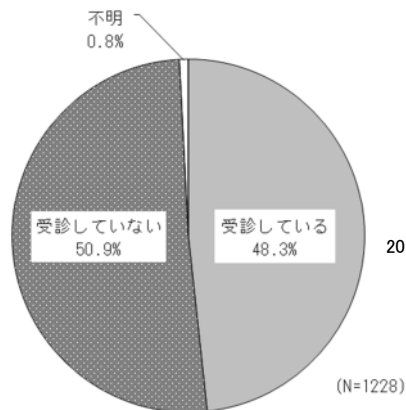


## (8) 歯科・口腔ケアについて

### ア 年に1回以上の歯垢除去や定期的な歯科検診の受診

○「年に1回以上の歯垢除去や定期的な歯科検診の受診」について、全体では「受診していない」が50.9%、「受診している」が48.3%となっています。

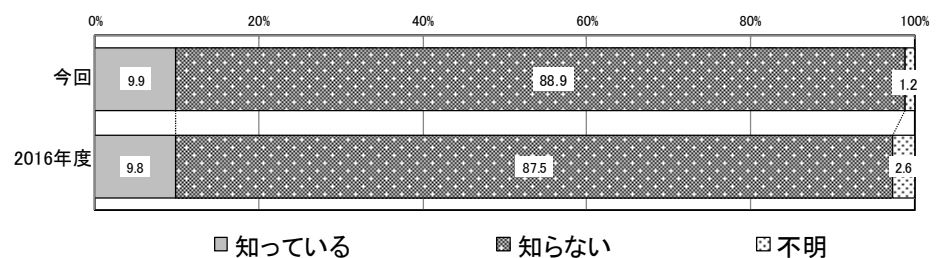
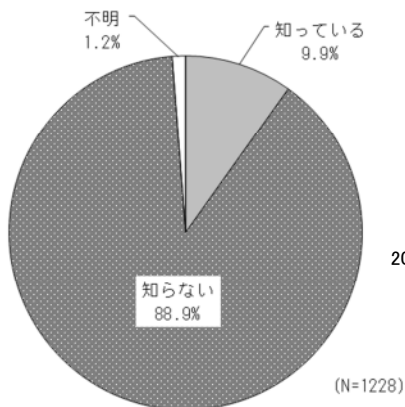
○過去調査との比較では、「受診している」が前回調査より 8.6 ポイント多くなりました。「受診していない」は 6.8 ポイント少なくなったことで、「受診している」および「受診していない」は概ね同数となっています。



### イ 訪問診療を行う歯科診療所の認知度

○「訪問診療を行う歯科診療所の認知度」について、全体では「知らない」が88.9%、「知っている」が9.9%となっています。

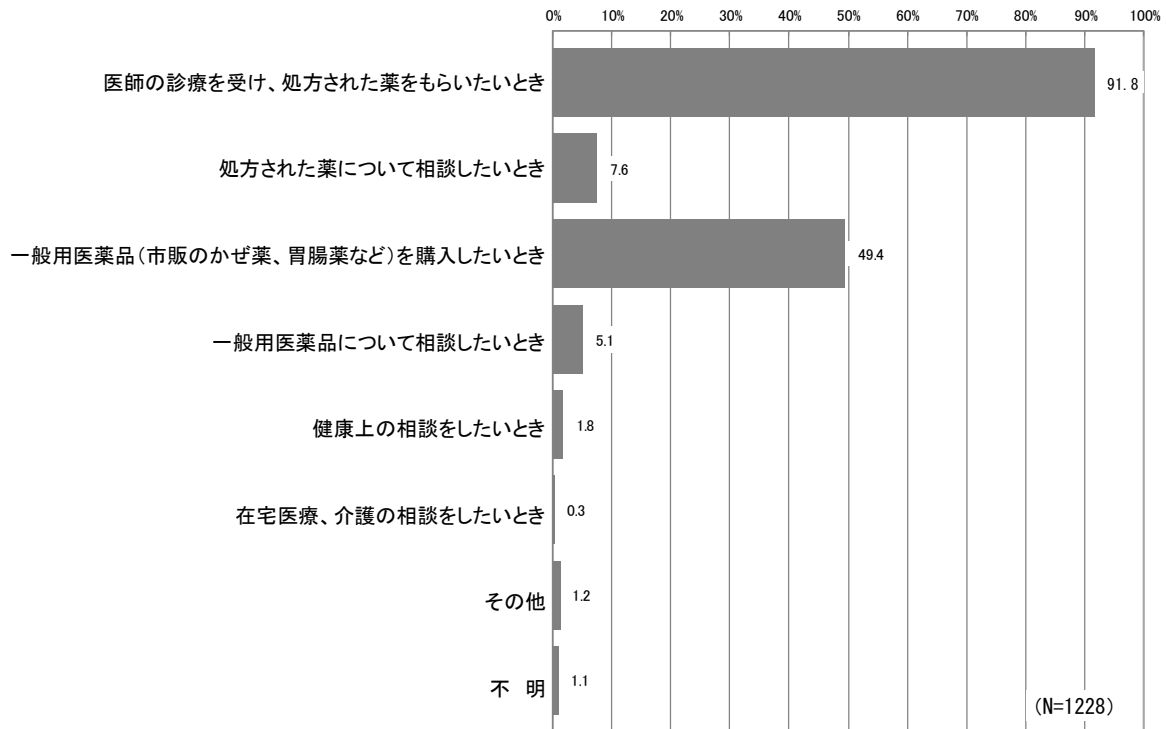
○過去調査との比較では、いずれの年度も、「知らない」が8割以上を占めており、大きな差は見られませんでした。



## (9) 薬局・薬について

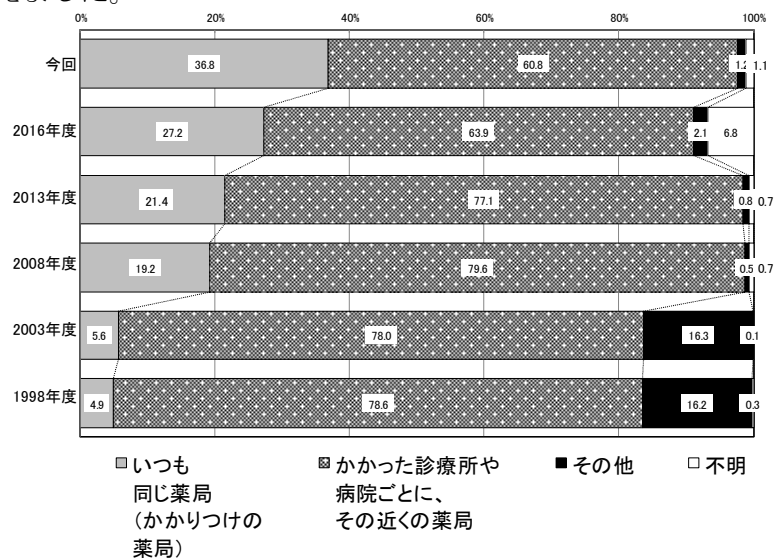
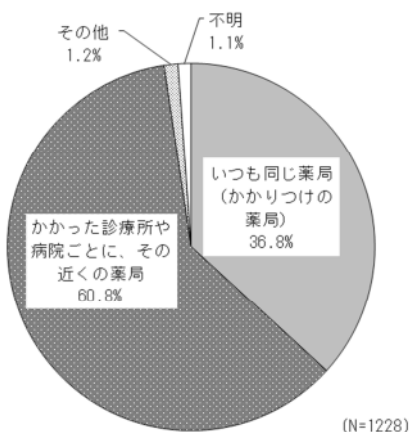
### ア 普段、どのようなときに薬局を利用しているか

- 「普段、どのようなときに薬局を利用しているか」について、全体では「医師の診療を受け、処方された薬をもらいたいとき」が91.8%で最多、以下「一般用医薬品（市販のかぜ薬、胃腸薬など）を購入したいとき」49.4%、「処方された薬について相談したいとき」7.6%となっています。



### イ 調剤してもらう薬局

- 「調剤薬局」について、全体では「かかった診療所や病院ごとに、その近くの薬局」が60.8%、「いつも同じ薬局（かかりつけの薬局）」36.8%となっています。
- 「その他」では、「院内薬局」との回答が多数挙げられました。
- 過去調査との比較では、2008年度を境に「いつも同じ薬局（かかりつけの薬局）」が徐々に増加し、今回の調査では3割を超えました。

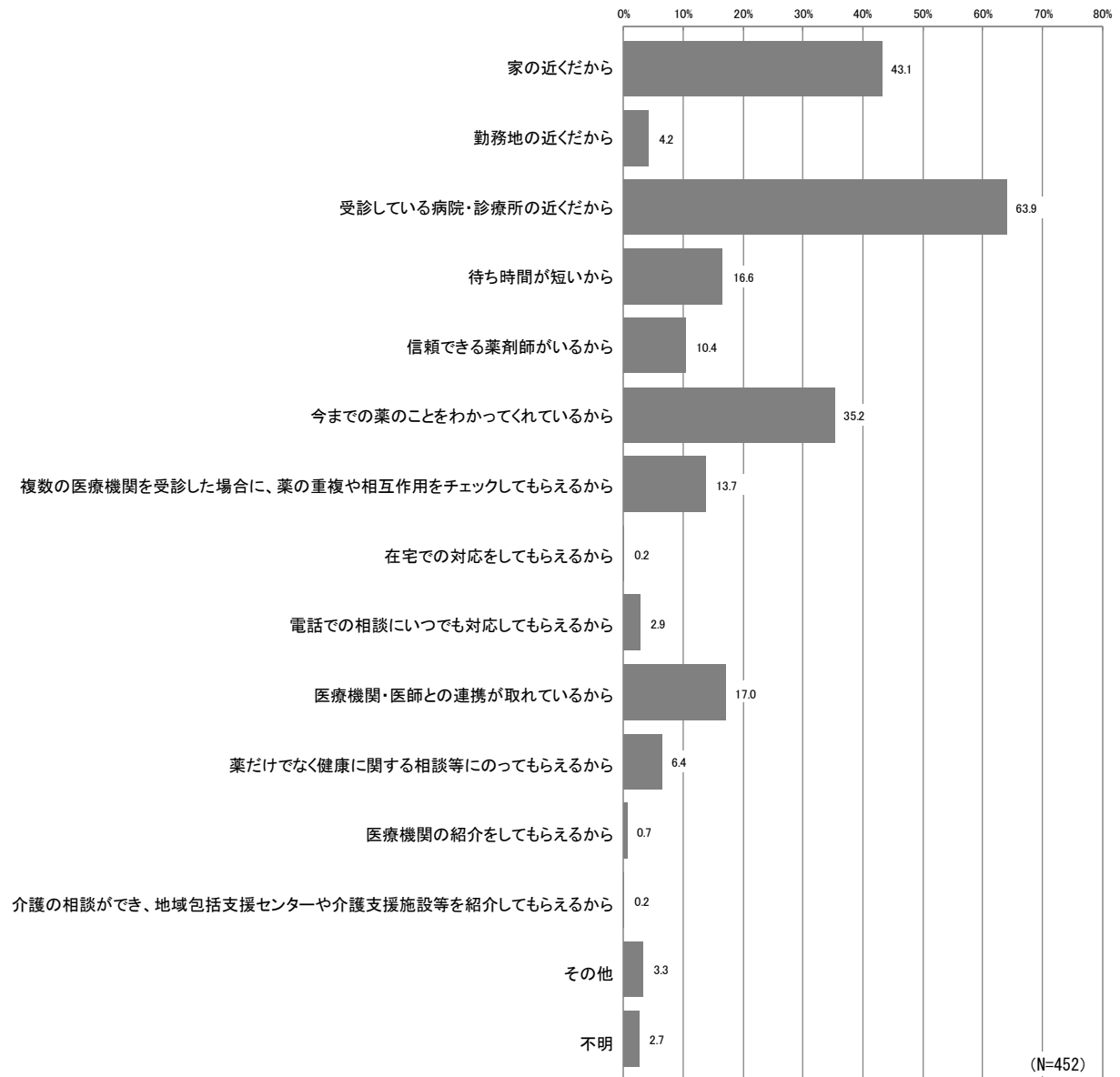




## ウ いつも同じ薬局（かかりつけの薬局）を選んだ理由

○「いつも同じ薬局（かかりつけの薬局）」と回答した人にその理由について尋ねたところ、全体では「受診している病院・診療所の近くだから」63.9%、「家の近くだから」43.1%、「今までの薬のことをわかってきているから」35.2%となっています。

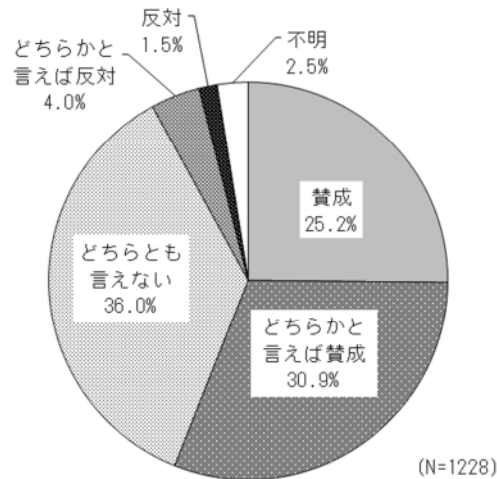
○「その他」では、「ドラッグストアで、ポイントがつくから」、「スーパーで、買い物もできるから」等の回答が多く挙げられました。



## (10) 今後の地域医療体制について

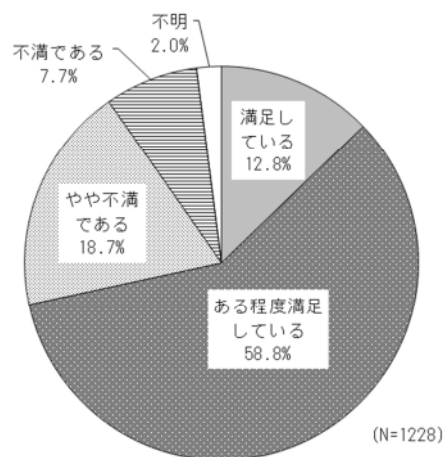
### ア それぞれの医療機関の機能に応じて役割分担して治療すること

- 「それぞれの医療機関の機能に応じて役割分担して治療すること」について、「賛成」と「どちらかと言えば賛成」を合算した『賛成』は56.1%となっています。以下、「どちらとも言えない」36.0%、「どちらかと言えば反対」4.0%、反対1.5%となっています。



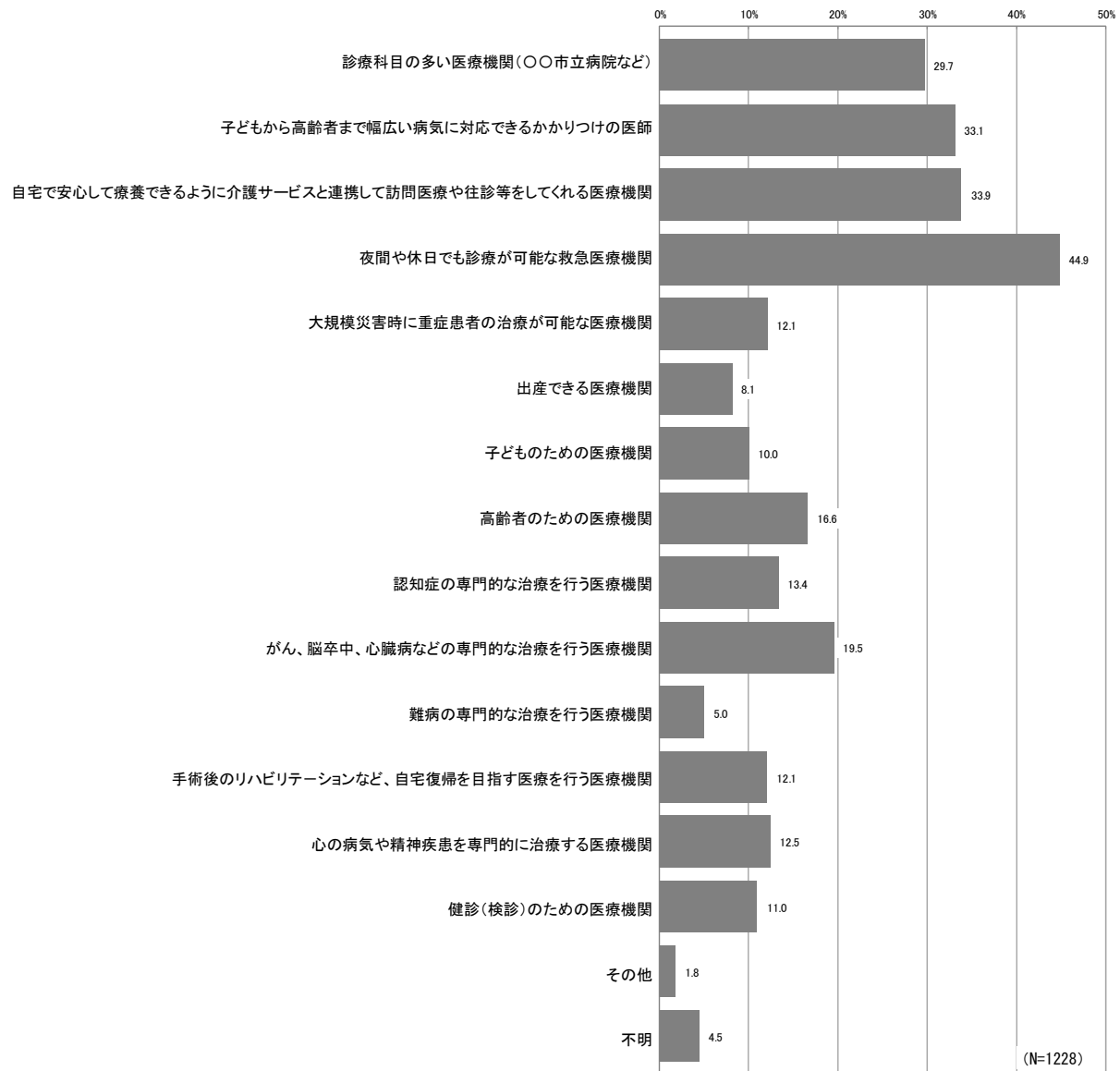
### イ 居住地域の医療機関の整備状況

- 「居住地域の医療機関の整備状況」について、全体では「ある程度満足している」が58.8%で最多、以下「やや不満である」18.7%、「満足している」12.8%となっています。
- 「満足している」と「ある程度満足している」を合算した『満足』は71.6%となっています。



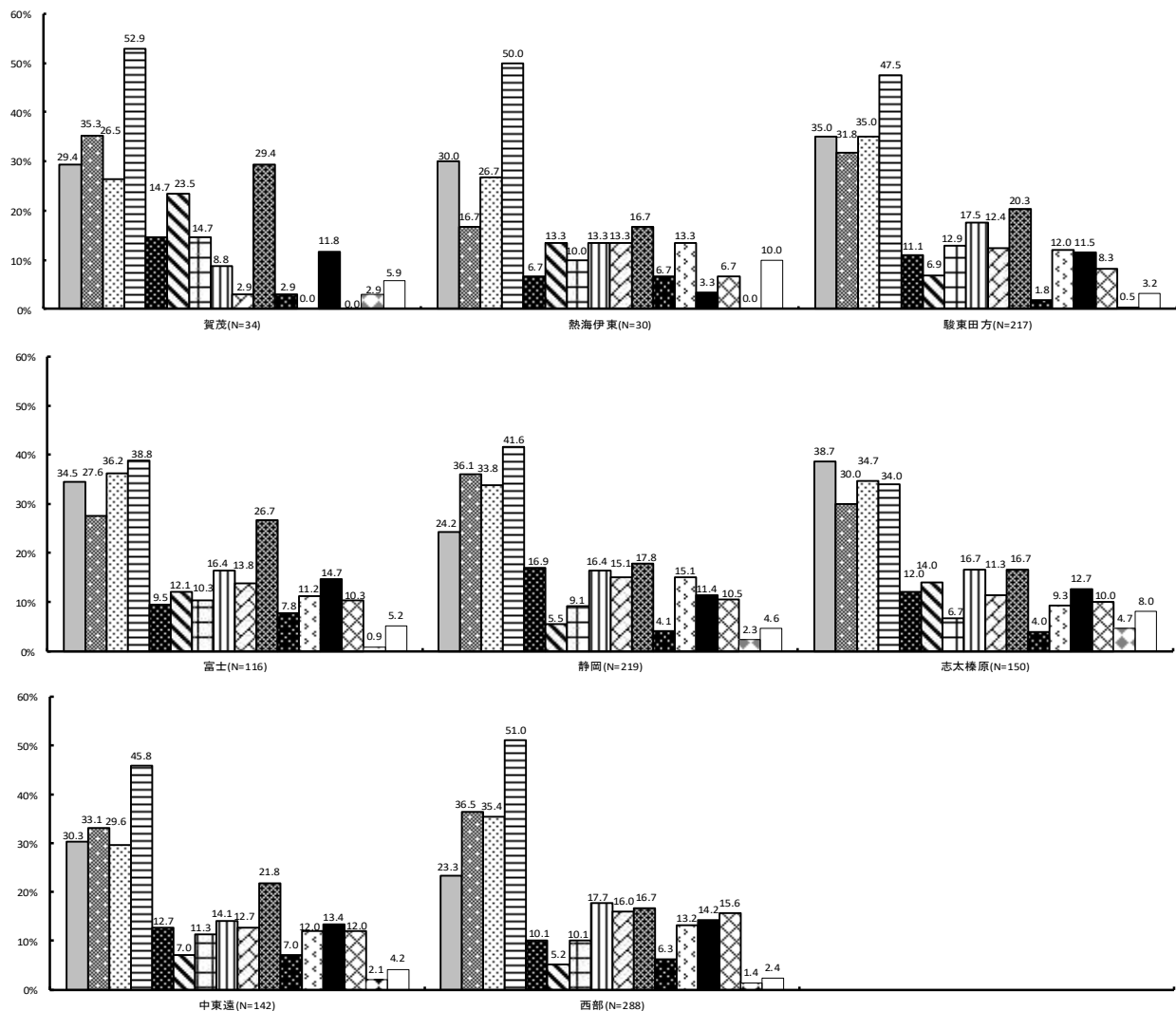
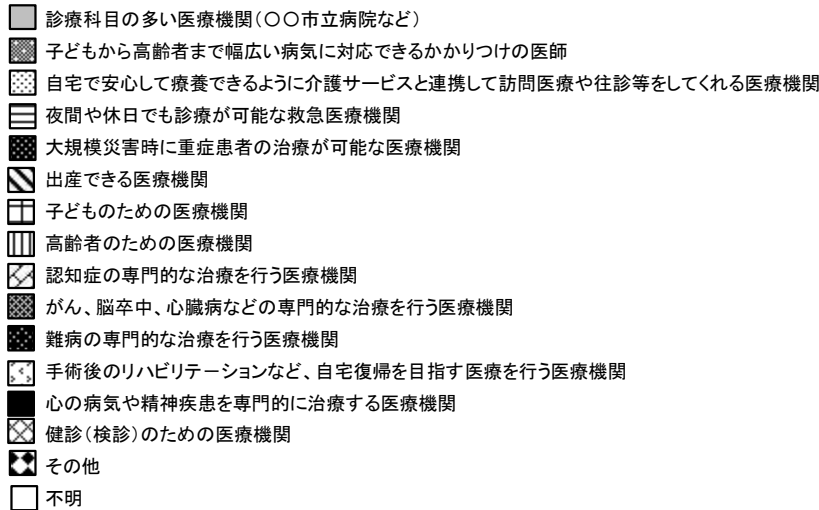
## ウ 今後特に整備充実を図るべき医療体制

- 「今後特に整備拡充を図るべきだと思う医療体制」について、全体では「夜間や休日でも診療が可能な救急医療機関」が44.9%で最多、以下「自宅で安心して療養できるように介護サービスと連携して訪問診療や往診等をしてくれる医療機関」33.9%、「子どもから高齢者まで幅広い病気に対応できるかかりつけの医師」33.1%となっています。
- 「その他」では、「労働者の確保」、「出産後に滞在できる産後ケアホテルのような整備」、「慢性期から在宅移行までを支える医療機関」等が挙げられました。



## ＜２次保健医療圏別＞

- ・志太榛原以外の圏域では「夜間や休日でも診療が可能な救急医療機関」が最も多く、志太榛原では「診療科目の多い医療機関（〇〇市立病院など）」が最も多くなりました。
- ・賀茂、富士では「がん、脳卒中、心臓病などの専門的な治療を行う医療機関」が３割弱と、他の圏域と比較して高くなっています。



### 第3節 医療資源

#### 1 病院及び診療所の概況

##### (1) 病院

- 2023年4月1日現在、病院数は170施設、病床数は36,127床で、2018年と比較して2,405床少なくなっています。
- 病床の種類については、一般病床が20,951床、療養病床が8,571床、精神病床が6,465床で、人口10万人当たりの一般病床数は588.3床です。

##### (2) 診療所

###### ア 一般診療所

- 2023年4月1日現在、一般診療所数は2,758施設で、このうち有床診療所が154施設あります。病床数は1,634床で、2018年と比較して477床少なくなっています。
- 人口10万人当たりの一般診療所数は、77.4施設です。

###### イ 歯科診療所

- 2023年4月1日現在の歯科診療所数は、1,743施設です。
- 人口10万人当たりの歯科診療所数は、48.9施設です。

図表2-3-1 医療施設（病院・診療所）数の推移 （単位：施設）

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
病院数	179	176	171	171	170	170
一般診療所数	2,758	2,770	2,750	2,760	2,774	2,758
有床	192	183	171	164	161	154
無床	2,566	2,587	2,579	2,596	2,613	2,604
歯科診療所数	1,797	1,782	1,777	1,767	1,762	1,743

（各年4月1日現在：県医療政策課調べ）

図表2-3-2 使用許可病床数の推移 （単位：床）

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
病院	38,532	37,801	36,769	36,474	36,188	36,127
一般病床	20,885	20,986	20,938	20,947	20,951	20,951
療養病床	10,860	10,057	9,122	8,870	8,632	8,571
精神病床	6,631	6,602	6,553	6,517	6,465	6,465
結核病床	108	108	108	92	92	92
感染症病床	48	48	48	48	48	48
一般診療所	2,111	2,022	1,873	1,754	1,717	1,634
歯科診療所	0	0	0	0	0	0

（各年4月1日現在：県医療政策課調べ）

## 2 医療人材の概況

### (1) 医師

○2020 年末における本県の医師数（医療施設従事者）は 7,972 人で、2016 年末と比べて 568 人増加しています。

○人口 10 万人当たりでは 219.4 人、全国平均の 256.6 人と比較すると 37.2 人下回っています。

### (2) 歯科医師

○2020 年末における本県の歯科医師数（医療施設従事者）は 2,340 人で、2016 年末と比べて 22 人増加しています。

○人口 10 万人当たりでは 64.4 人、全国平均の 82.5 人と比較すると 18.1 人下回っています。

### (3) 薬剤師

○2020 年末における本県の薬剤師数（薬局及び医療施設従事者）は 6,673 人で、2016 年末と比べて 442 人増加しています。

○人口 10 万人当たりでは 183.7 人、全国平均の 198.6 人と比較すると 14.9 人下回っています。

図表 2-3-3 医療人材の推移（医師、歯科医師、薬剤師）（各年 12 月 31 日現在。単位：人）

		2016(平成28)年	2018(平成30)年	2020(令和2)年
医師数 (医療施設従事者)	静岡県	7,404 (200.8)	7,690 (210.2)	7,972 (219.4)
	全国	304,759 (240.1)	311,963 (246.7)	323,700 (256.6)
歯科医師数 (医療施設従事者)	静岡県	2,318 (62.9)	2,400 (65.6)	2,340 (64.4)
	全国	101,551 (80.0)	101,777 (80.5)	104,118 (82.5)
薬剤師数(薬局及び 医療施設従事者)	静岡県	6,231 (169.0)	6,504 (177.8)	6,673 (183.7)
	全国	230,186 (181.3)	240,371 (190.1)	250,585 (198.6)

※（ ）内は人口10万人当たり

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

### (4) 看護師

○2022 年末における本県の就業看護師数は 35,953 人で、2018 年末と比べて 3,018 人増加しています。

○人口 10 万人当たりでは 1,003.7 人で、全国平均の 1,049.8 人と比較すると 46.1 人下回っています。

図表 2-3-4 医療人材の推移（看護師）（各年 12 月 31 日現在。単位：人）

		2018(平成30)年	2020(令和2)年	2022(令和4)年
就業看護師数	静岡県	32,935 (900.1)	34,536 (950.6)	35,953 (1,003.7)
	全国	1,218,606 (963.8)	1,280,911 (1,015.4)	1,311,687 (1,049.8)

※（ ）内は人口10万人当たり

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

## 第3章 保健医療圏

### 第1節 保健医療圏の設定の基本的考え方

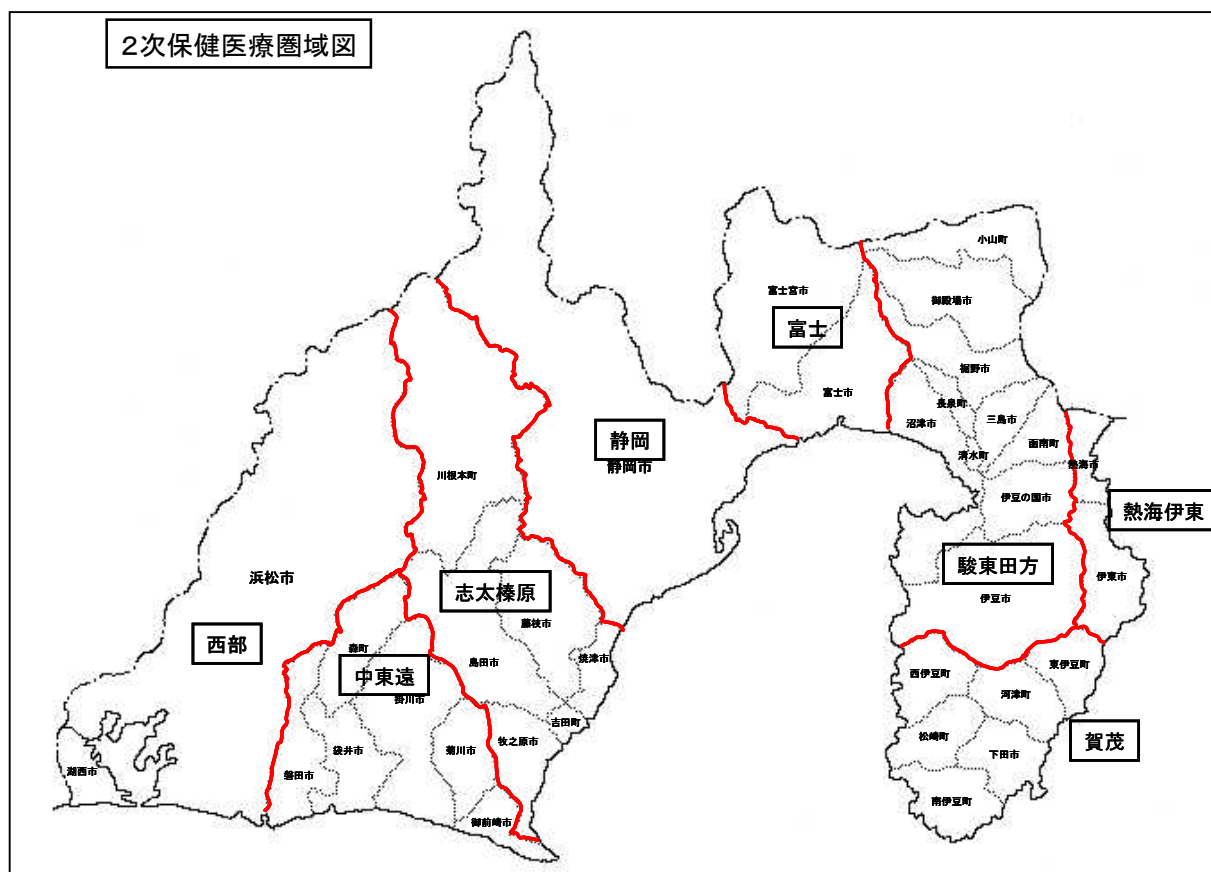
- 県民が生涯にわたり健康な生活を送れるようにするためには、県民~~の~~誰もが、いつでもどこでも適切な保健医療サービスが受けられるよう、健康増進から疾病予防、健康診断、治療及びリハビリテーションに至る包括的で継続性のある医療提供体制の整備が必要です。
- このため、保健・医療・福祉の連携と施策の効果的な展開を図る地域単位として、また、限られた医療資源の適正な配置と機能連携を図り、医療提供体制の確保を図るための地域単位として、自然的条件及び社会的条件も踏まえた上、保健医療圏を設定します。
- 2次保健医療圏は、特殊な医療を除く入院医療に対応し、医療機関の機能連携に基づく医療サービスと広域的、専門的な保健サービスとの連携等により、県民に包括的な保健医療サービスを提供する圏域です。また、主として病院及び診療所の病床の整備を図る地域的単位として設定され、一般病床及び療養病床の基準病床数を設定します。
- なお、保健医療圏の設定は、医療法等に基づき、医療計画を推進していくための区域として設定するものであり、県民の医療機関の選択等を妨げる趣旨のものではありません。

### 第2節 保健医療圏の設定

#### 1 2次保健医療圏

- 2次保健医療圏の設定は、入院・外来受療動向、保健医療資源の状況、交通事情、行政機関・関係団体等の管轄区域等、社会的条件を考慮して行います。
- 厚生労働省の医療計画作成指針では、「人口規模が20万人未満の2次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合（特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合）、その設定の見直しについて検討する」としてされています。2023年5月に本県が実施した在院患者調査によると、見直し基準に該当する医療圏はありませんでした。
- 在院患者調査の結果及び地域医療協議会における意見等を踏まえ、2次保健医療圏の区域は現行のとおりとし、広域での対応が必要な疾病・事業については、医療資源の実情に応じて、隣接する2次保健医療圏間での連携等により適切な医療提供体制を確保していきます。なお、静岡県長寿社会保健福祉計画における、介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定める単位となる圏域である「高齢者保健福祉圏域」とも一致した圏域としています。

図表 3-1 2次保健医療圏域図



図表 3-2 2次保健医療圏別構成市町・面積・人口

医療圏	構成市町名	面積 (km <sup>2</sup> )	人口 (人)
賀 茂	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町	583.4	55,726
熱海伊東	熱海市、伊東市	185.8	95,402
駿東田方	沼津市、三島市、御殿場市、裾野市、伊豆市、伊豆の国市、函南町、清水町、長泉町、小山町	1,276.8	621,322
富 士	富士宮市、富士市	634.0	366,092
静 岡	静岡市	1,411.9	677,286
志太榛原	島田市、焼津市、藤枝市、牧之原市、吉田町、川根本町	1,209.4	442,369
中 東 遠	磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町	831.1	458,800
西 部	浜松市、湖西市	1,644.6	836,521
計		7,777.0	3,553,518

※面積は、2023 年 10 月 1 日現在（出典：国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」）

※人口は、**2023**年10月1日現在（出典：静岡県統計調査課「静岡県年齢別人口推計」）



図表 3－3 一般・療養病床の流出入患者割合

医療圏	人口	流入患者割合		流出患者割合	
			前回		前回
賀 茂	55,726 人	25.9%	25.1%	39.7%	35.4%
熱海伊東	95,402 人	27.8%	29.3%	39.5%	38.1%
駿東田方	621,322 人	21.0%	23.5%	9.3%	11.6%
富 士	366,092 人	8.9%	10.5%	22.2%	21.3%
静 岡	677,286 人	15.2%	15.8%	7.0%	8.4%
志太榛原	442,369 人	4.5%	5.3%	18.3%	18.4%
中 東 遠	458,800 人	8.3%	8.8%	23.0%	24.7%
西 部	836,521 人	13.3%	14.2%	11.2%	9.7%

※静岡県医療政策課「在院患者調査（2023 年 5 月 24 日）」前は 2017 年 5 月 31 日に実施

※太字は、厚生労働省の定める 2 次医療圏の見直し基準に該当する項目（人口・流入患者割合・流出患者割合の 3 項目全てに該当すると、見直しの検討対象）

## 2 3 次保健医療圏

- 3 次保健医療圏は、特殊な診断や治療、先進的な技術を必要とするものや発生頻度が低い治療が困難な疾病等に関するものなど、特殊・高度・専門的な医療需要に対応するための区域であり、県全域を対象とします。

### （参考）1 次保健医療圏

- 1 次保健医療圏は、法令上は特に明記されていませんが、住民自らが健康づくりに取り組むとともに、日常的な健康相談、住民の健康管理、疾病予防及び日常的疾病や外傷等の診断、治療、在宅医療等住民に密着した保健医療サービスを福祉サービスと一体となって提供していく基本的な区域として、位置付けできます。
- 日常的な傷病に対応する医療は、身近に受診できるかかりつけ医療機関を中心とした地域医療体制が必要です。本県では、市町の保健・医療提供体制も大きく異なることから、1 次保健医療圏については、かかりつけ医等によるプライマリーケアが推進される区域を地域の実情に応じてとることとします。

### 第3節 基準病床数

- 基準病床数は、病床の適正配置の促進と適切な入院医療の確保を目的に、病床整備の基準として、医療法第30条の4第2項第17号の規定に基づき、病床の種類ごとに定めるものです。一般病床及び療養病床は2次保健医療圏ごとに、精神病床、感染症病床及び結核病床は静岡県全域でそれぞれ定めることとされています。
- 基準病床数の算定については、入院受療率や平均在院日数など、国が示す係数、算定式を用いて行います。
- 既存病床数が基準病床数を上回る圏域においては、原則として病院及び有床診療所の開設、増床等はできず、開設の中止、増床数の削減等の知事の勧告の対象となります。
- 本県における病床種別ごとの基準病床数及び既存病床数は次のとおりです。

#### 1 2次保健医療圏における一般病床及び療養病床数

2次保健医療圏名	基準病床数 A	既存病床数※ B	差引 B－A
賀 茂	4 2 0	7 2 6	3 0 6
熱海伊東	8 5 2	1, 0 4 7	1 9 5
駿東田方	5, 1 9 0	5, 9 5 4	7 6 4
富 士	2, 3 6 5	2, 5 3 8	1 7 3
静 岡	5, 4 6 2	6, 0 2 9	5 6 7
志太榛原	2, 9 8 2	3, 3 0 4	3 2 2
中 東 遠	2, 6 0 2	2, 7 5 7	1 5 5
西 部	5, 8 9 1	6, 7 2 3	8 3 2
計	2 5, 7 6 4	2 9, 0 7 8	3, 3 1 4

※2024年1月1日現在の既存病床数に、医療法施行規則の規定に基づく所要の補正を行った数。なお、2024年4月1日より、介護医療院への転換病床分について、既存病床数に含まれなくなることから、基準病床との比較のために転換病床分を除外して記載。

#### 2 県全域における精神病床数、結核病床数及び感染症病床数

病床の種別	基準病床数 A	既存病床数※ B	差引 B－A
精神病床	5, 4 8 3	6, 4 0 0	9 1 7
結核病床	5 6	9 2	3 6
感染症病床	5 1	4 8	▲ 3

※既存病床数は 2024年1月1日 現在。精神病床については、医療法施行規則の規定に基づく所要の補正を行った数。

## 第4章 地域医療構想

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるような、切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築するため、2014年6月に医療介護総合確保推進法が成立しました。この法律において、医療法の中で医療計画の一部として「地域医療構想」が新たに位置づけられました。
- 地域医療構想は、構想区域ごとに、各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携を適切に推進することを目的とするものです。
- 本県においても、2016年3月に「静岡県地域医療構想」を策定しました。

### 第1節 構想区域

- 構想区域は、医療法第30条の4第2項第7号に基づく区域であり、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域です。
- 将来の病床数の必要量（必要病床数）を設定する地域的な単位であり、現行の2次保健医療圏を原則として、人口構造の見通し、医療需要の動向、医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通し等を考慮して設定します。（医療法施行規則第30の28の2）
- このため、本県における構想区域も2次保健医療圏と同一とします。この区域は、保健・医療・介護（福祉）の総合的な連携を図るため、静岡県長寿社会保健福祉計画における高齢者保健福祉圏域とも一致しています。

### 第2節 2025年の必要病床数、在宅医療等の必要量

#### 1 推計方法

- 地域医療構想では、各構想区域における2025年の病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとの必要病床数と居宅等における医療の必要量（在宅医療等の患者数）を、厚生労働省令の定める算定式により算出しました。

#### （1）高度急性期、急性期、回復期機能

- 患者の状態や診療の実態を反映できるよう、一般病床等の患者のNDB<sup>1</sup>のレセプト<sup>1</sup>データやDPCデータ<sup>2</sup>などを分析することで推計しました。

構想区域の2025年の医療需要 = [当該構想区域の2013年度の性・年齢階級別の入院受療率 × 当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口] を総和したもの

- 病床の機能区分に関しては、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）で分析しています。
- 病床の機能別分類の境界点の考え方は、図表4-1のとおりです。高度急性期は、入院基本料

<sup>1</sup> NDB (National Database) : レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称。高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集するレセプト（診療報酬明細書及び調剤報酬明細書）に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報をNDBに格納し管理しています。

<sup>2</sup> DPC (Diagnosis Procedure Combination) データ : DPCとは診断と処置の組み合わせによる診断群分類のこと、DPCを利用した包括支払システムをDPC/PDPS (Per-Diem Payment System; 1日当たり包括支払い制度) といいます。DPC/PDPS参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出しており、これを地域医療構想ではDPCデータと呼びます。

等を除いた1日あたりの診療報酬の出来高点数が3,000点以上、急性期は600点以上、回復期は175点以上で区分して患者数を算出し、それぞれについて、将来の推計人口を用いて患者数を推計しました。

図表4-1 病床の機能別分類の境界点の考え方

医療機能の名称	医療資源投入量(※)	基本的な考え方
高度急性期	3,000点以上	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重傷者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	600点以上	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	225点以上 (175点以上)	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する

※医療資源投入量とは、1日当たりの診療報酬の出来高点数(入院基本料等を除く)

## (2) 慢性期機能及び在宅医療等<sup>3</sup>

- 慢性期機能の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在、療養病床で入院している状態の患者数のうち一定数は、2025年には在宅医療等に対応するものとしています。
- 地域において、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計しました。その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小<sup>4</sup>していくこととしました。
- 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要については、厚生労働省令の定める算定式により、以下の内容で推計しました。

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

<sup>3</sup> 在宅医療等：「地域医療構想策定ガイドライン」では、在宅医療等の範囲について、「居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定」するとしています。

<sup>4</sup> 地域差を一定の目標まで縮小：本県では「構想区域ごとの入院受療率と全国最小値との差を一定割合解消する」ことを設定しています。

<sup>5</sup> 医療区分：医療の必要度により「医療区分1～3」に分類され、重度の病態を区分3、中等度の医療必要度を持つ患者を区分2とし、医療区分2、3に該当しない患者を医療区分1としています。

## 2 推計結果

- 2025 年における必要病床数の推計は、厚生労働省令、地域医療構想策定ガイドライン等に基づいて行いました。病床機能別の必要病床数を図表 4－2 に示します。
- 医療需要の推計には、2025 年も現状(2013 年度)の患者受療動向と同じと仮定して推計した「医療機関所在地ベース」と、他の構想区域への患者移動はないと仮定して推計した「患者住所地ベース」とがありますが、地域医療構想策定ガイドラインの考え方に基づき、「高度急性期については医療機関所在地ベース」、「急性期、回復期、慢性期については患者住所地ベース」を用いました。
- また、都道府県間の患者移動についても調整を行い、4 つの病床機能ごとに病床稼働率（高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%）で除したものを、2025 年の必要病床数として推計しました。在宅医療等の必要量については、患者に身近な地域で医療が提供できるよう、患者住所地ベースを用いました。

### （１）2025 年の必要病床数

- 2025 年における静岡県の必要病床数は 26,584 床、このうち高度急性期は 3,160 床、急性期は 9,084 床、回復期 7,903 床、慢性期は 6,437 床と推計しました。
- 2016 年の病床機能報告における静岡県の稼働病床数は 31,158 床です。2025 年の必要病床数と比較すると 4,574 床の差が見られます。その中で、一般病床が主となる「高度急性期＋急性期＋回復期」は 21,272 床（2016 年の稼働病床数）と 20,147 床（2025 年の必要病床数）であるのに対して、療養病床が主となる「慢性期」は、9,886 床（2016 年の稼働病床数）と 6,437 床（2025 年の必要病床数）と大きな差が見られます。（図表 4－3）
- 慢性期におけるこの大きな差が、静岡県地域医療構想を今後実現していく上での大きな課題となります。一般病床及び療養病床の入院患者数の一部について在宅医療等へ移行することを前提としており、病床の機能分化と連携とともに、地域における介護老人保健施設など受け皿の整備も重要となります。
- なお、回復期機能については、地域包括ケア病棟及び回復期リハ病棟に限られるものではないことから、国の病床機能報告制度の見直し状況も踏まえつつ、地域医療構想調整会議における病棟単位での機能の検証など、より正確な実態把握を行っていきます。
- また、慢性期機能については、療養病床を有する医療機関の転換意向を今後も継続して把握していきます。

図表 4－2 2025 年の必要病床数

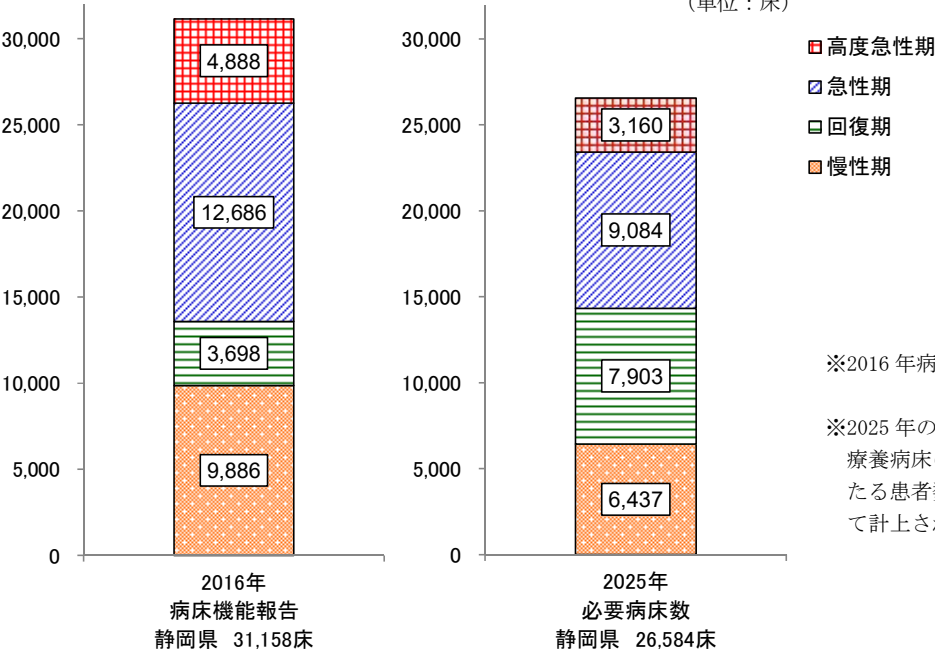
(単位：床)

	2025年の必要病床数				
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
	3,000点以上	600点以上 3,000点未満	175点以上 600点未満	※	—
賀茂	20	186	271	182	659
熱海伊東	84	365	384	235	1,068
駿東田方	609	1,588	1,572	1,160	4,929
富士	208	867	859	676	2,610
静岡	773	1,760	1,370	1,299	5,202
志太榛原	321	1,133	1,054	738	3,246
中東遠	256	1,081	821	698	2,856
西部	889	2,104	1,572	1,449	6,014
静岡県	3,160	9,084	7,903	6,437	26,584
	11.9%	34.2%	29.7%	24.2%	100%

※慢性期機能の必要病床数には、一般病床での医療資源投入量 175 点未満、療養病床での医療区分 1 の 70%、地域差解消分にあたる患者数は含まれておらず、「在宅医療等」として計上されている。

図表 4－3 2016 年病床機能報告と 2025 年必要病床数の比較

(単位：床)



※2016 年病床機能報告は稼働病床数

※2025 年の必要病床数には、一般病床の 175 点未満、療養病床の医療区分 1 の 70%、地域差解消分にあたる患者数は含まれておらず、「在宅医療等」として計上されている。

＜留意事項：病床機能報告と必要病床数との比較について＞

- ・「病床機能報告」は、定性的な基準に基づき、各医療機関が病棟単位で自ら選択します。
- ・「必要病床数」は、厚生労働省の定める算定式により、診療報酬の出来高点数等から推計しています。
- ・このようなことから、病床機能報告の病床数と必要病床数は必ずしも一致するものではありませんが、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けて、参考として比較するものです。



## (2) 2025 年の在宅医療等の必要量

○2025 年における静岡県の在宅医療等の必要量<sup>6</sup>は 40,093 人、うち訪問診療分は 17,305 人と推計しました。

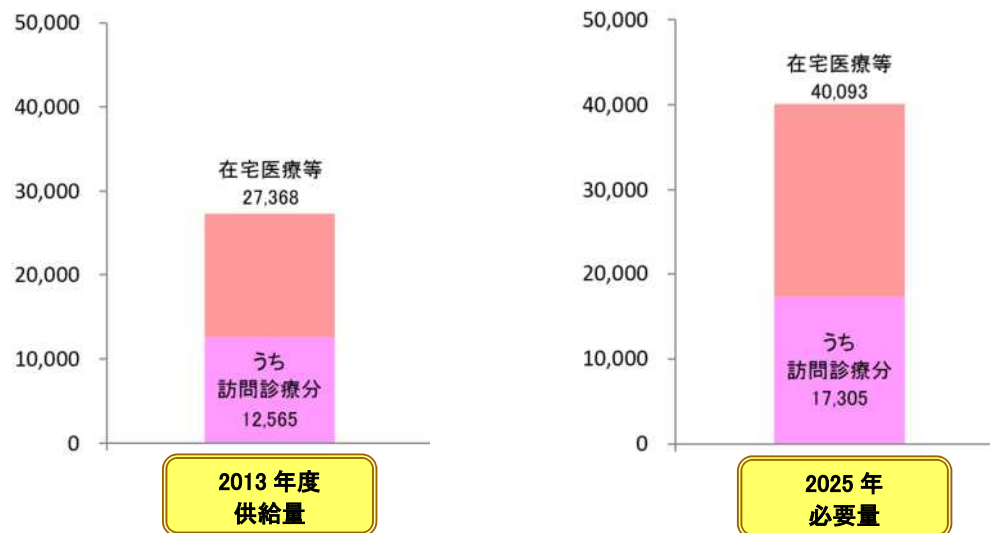
○2013 年度の供給量と比較すると、2025 年に向けて、在宅医療等の必要量の増加は 12,725 人、うち訪問診療分について 4,740 人と推計しました。

図表 4－4 在宅医療等の 2013 年度供給量と 2025 年必要量の比較

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

※地域差解消分にあたる患者数は、2013 年度には含まれず、2025 年には含まれている

※2013 年度の値は医療機関所在地ベース



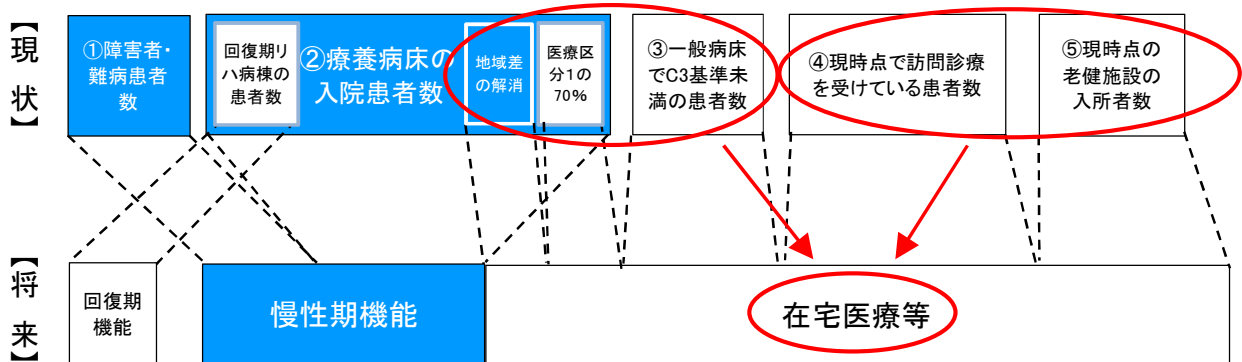
<sup>6</sup> 在宅医療等の必要量については、在宅医療等を必要とする対象者数を表しています。実際には全員が 1 日に医療提供を受けるものではなく、その患者の受ける医療の頻度等によって医療提供体制は異なってきます。

### (3) 在宅医療等の必要量の内訳

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

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

図表 4－5 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ



※網掛け部分は、慢性期機能として推計値に含まれている。

#### ア 追加的需要の推計

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

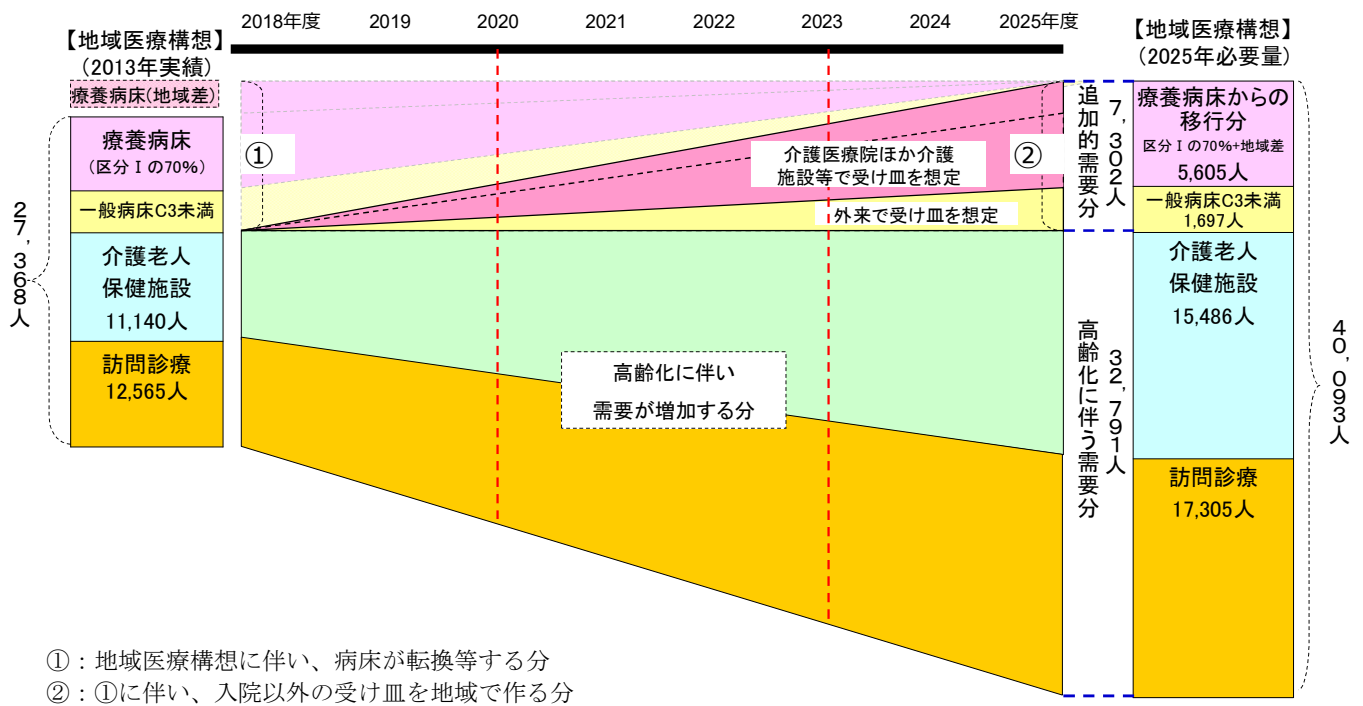
○このため、県と市町は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、地域包括ケア推進ネットワーク会議を開催し、保健医療計画及び介護保険事業（支援）計画における整合的な整備目標・見込み量を設定しました。

○介護保険事業計画と整合性のとれた整備目標を検討するためには、両計画の構成要素のそれぞれの必要量や、市町別のデータが必要ですが、現時点においては分析可能なデータに限界があることから、一定の仮定を置いて按分や補正等を行うこととし、具体的には、以下の方法により設定しました。

- ・一般病床から生じる新たなサービス必要量は、一般病床から退院する患者の多くは、退院後に外来により医療を受ける傾向にあることから、基本的には、外来医療により対応するものとして推計。
- ・療養病床から生じる新たなサービス必要量は、介護医療院等で対応する分を除いた上で、外来での対応を目指す部分、在宅医療での対応を目指す部分、介護サービスでの対応を目指す部分を推計。



図表 4－6 地域医療構想を踏まえた 2025 年における在宅医療等の必要量のイメージ



## イ 2025 年の在宅医療等の必要量への対応

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

○この対応に向けて、訪問診療 23,533 人、介護老人保健施設 12,044 人、介護医療院 2,722 人等で対応する体制の整備を目指します。

2025年	在宅医療等必要量 2025年					提供見込み量(追加的需要分＋高齢化に伴う需要分)				
	追加的需要分		高齢化に伴う需要分			介護医療院	外来	介護老人 保健施設	訪問診療	その他
	療養病床 分	一般病床 分	介護老人 保健施設分	訪問 診療分						
静岡県	40,093	5,605	1,697	15,486	17,305	2,722	1,503	12,044	23,533	611

### 第3節 実現に向けた方向性

地域医療構想を実現し、その地域にふさわしいバランスのとれた医療・介護サービス提供体制を構築するため、下記の方向性を踏まえた具体的な取組等について、医療・介護に携わる関係者と検討するとともに、地域医療介護総合確保基金<sup>7</sup>等を活用して推進します。

#### 1 病床の機能分化・連携の推進

- (1) 地域におけるバランスのとれた医療提供体制の構築（病床の機能分化の促進）
- (2) 慢性期医療（療養病床）の在り方の検討
- (3) 病床の機能分化・連携に関する県民の理解促進

#### 2 在宅医療等の充実

- (1) 在宅医療の基盤整備の促進
- (2) 介護サービスの充実
- (3) 在宅医療を支える関係機関の連携体制の構築
- (4) 認知症施策の推進
- (5) その他在宅療養患者への支援
- (6) 在宅医療等に関する県民の理解促進

#### 3 医療従事者の確保・養成

- (1) 医師、看護職員等の確保・育成
- (2) 医療従事者の勤務環境改善支援

#### 4 介護従事者の確保・育成

- (1) 介護従事者の確保・養成
- (2) 労働環境・処遇の改善

#### 5 住まいの安定的な確保

- (1) 居住安定の確保
- (2) 特定施設等の整備推進等

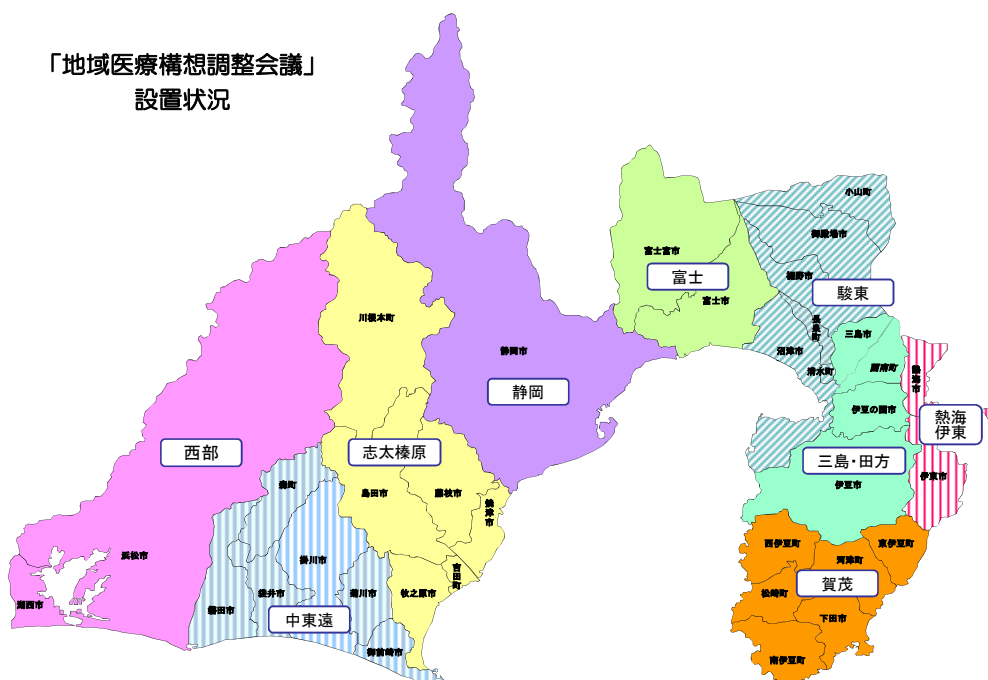
<sup>7</sup> 地域医療介護総合確保基金（医療介護総合確保促進法第6条）：都道府県が計画した、医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）に要する経費を支弁するため、消費税増収分を活用して、都道府県に設置する基金。

## 第4節 地域医療構想の推進体制

- 地域医療構想の実現に向けては、構想区域等ごとに「地域医療構想調整会議」を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の病床の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行うものとされています。（医療法第30条の14）
- また、2018年度の厚生労働省通知において、「都道府県は、各構想区域の地域医療構想調整会議における議論が円滑に進むよう支援する観点から、都道府県単位の地域医療構想調整会議を設置すること」とされたことを受け、本県では「静岡県医療対策協議会」を県単位の地域医療構想調整会議に位置付け、各構想区域での議論の進捗状況や課題、構想区域を越えた広域での調整が必要な事項等に関して協議しています。
- 今後も引き続き、地域医療構想調整会議において医療機関や関係者同士が様々な情報やデータを共有し、それに基づき医療機関が自主的に判断し、地域医療介護総合確保基金も活用して地域に相応しいバランスの取れた医療提供体制の構築を図ります。
- 併せて、厚生労働省などの動向も踏まえつつ、静岡県保健医療計画に掲げる疾病、事業及び在宅医療についても議論し、医療連携体制の構築の取組を進めていきます。

### 1 「地域医療構想調整会議」の活用

- 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」<sup>8</sup>を2016年度に設置し、地域医療構想の実現に向けた検討を進めています。
- 地域医療構想調整会議では、各医療機関における自主的な病床の機能分化及び連携、不足している病床機能への対応等について、具体的な対応策を検討します。
- 併せて、各医療機関が策定した「公立病院経営強化プラン」、「公的医療機関等 2025 プラン」等で示された、地域医療構想の達成に向けた将来の方向性について、具体的な議論を進めます。
- 各構想区域での協議の状況については、医療審議会や地域医療協議会等へ報告します。



<sup>8</sup> 駿東田方構想区域においては「駿東」と「三島・田方」の2地域にそれぞれ調整会議を設置。

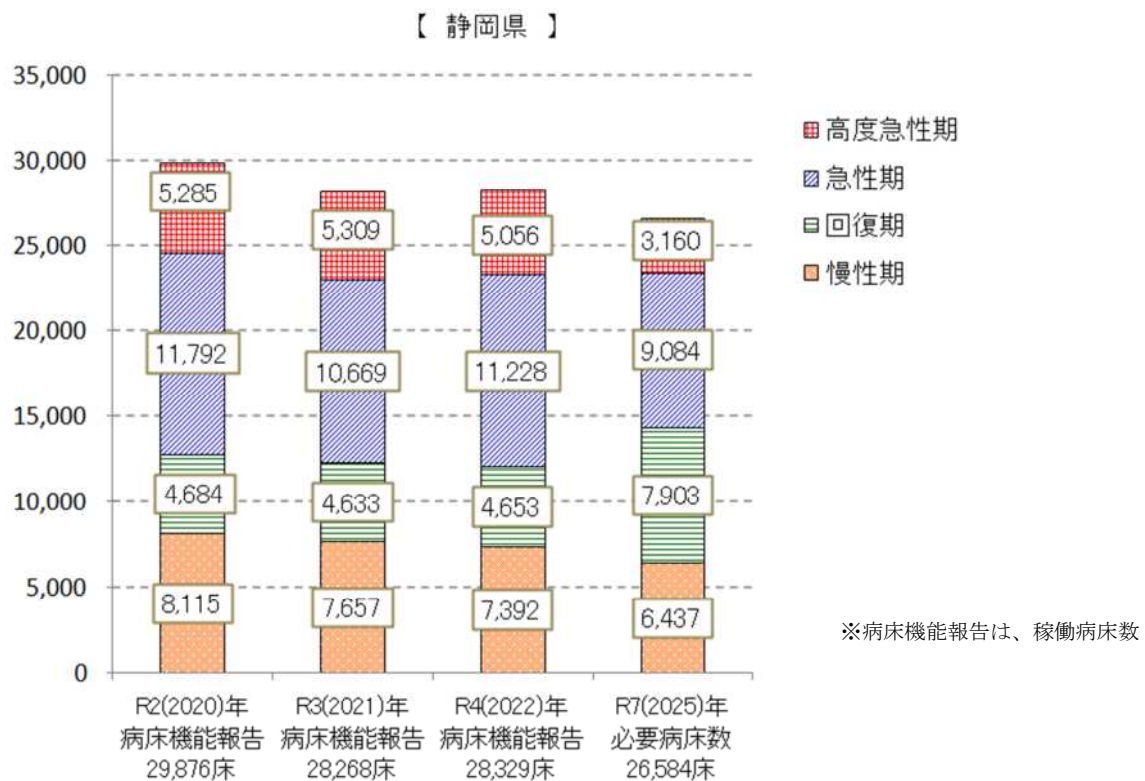
## 2 「病床機能報告制度」の活用

○病床の機能分化と連携に向けて、毎年度実施される病床機能報告による病床機能の現状と、地域医療構想において定める構想区域における病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数とを、地域全体の状況として把握し、情報提供を行うとともに各医療機関の自主的な取組を促します。

○病床機能報告の3年間の推移を見ると、慢性期機能は減少し続けていますが、その他の機能は、新型コロナウイルス感染症等の影響により、増減を繰り返しています。

○病床機能報告と2025年の必要病床数を比較すると、回復期機能が大きく不足しています。

図表4－7 病床機能報告の推移と2025年の必要病床数との比較（静岡県）



### ＜「静岡方式」の導入＞

○厚生労働省は各都道府県に対して、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、病床機能報告の「定量的基準」の導入を求めています。

○本県では、地域医療構想調整会議や関係者の意見を踏まえ、病床機能選択の目安となる一定の基準として、「静岡方式」を導入しました。

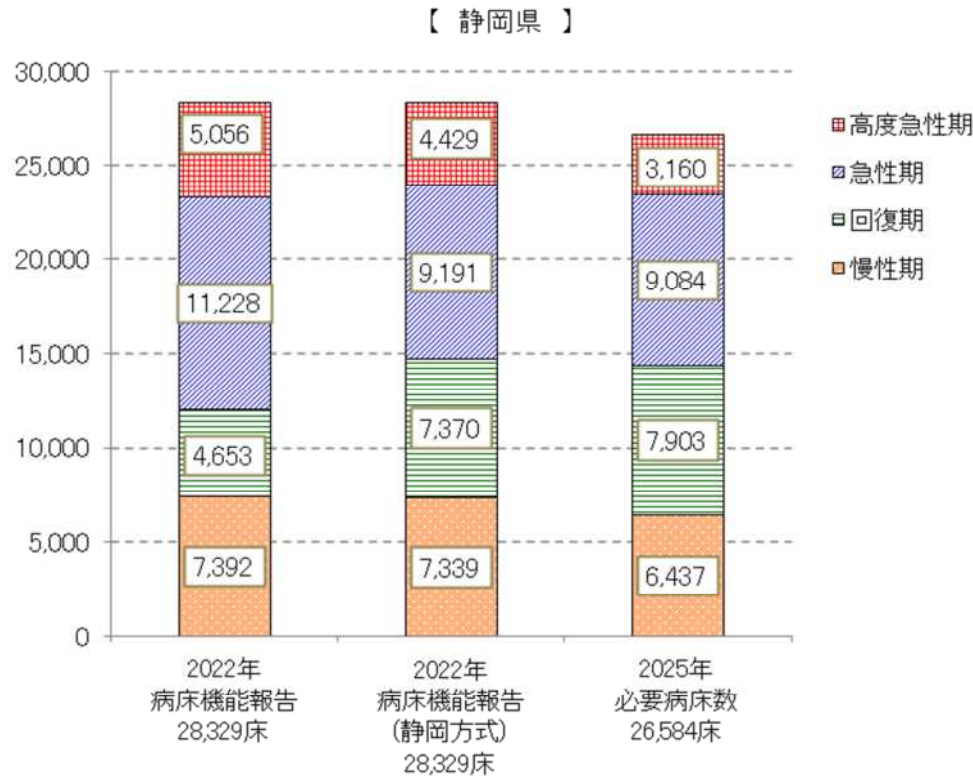
○「静岡方式」を適用した場合、図表4－9のとおり、病床の各機能区分（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）について、2025年の必要病床数の割合に近づいています。

図表４－８ 「静岡方式」における区分イメージ

医療機能	病院		有床診療所
	【特定入院料等による区分】	【「重症度、医療・看護必要度」及び平均在棟日数による区分】	
高度急性期	・救命救急 ・ICU・HCU・SCU ・PICU・NICU・MFICU・GCU ・小児入院医療管理料 1	<急性期一般入院料 1～3、特定機能病院一般病棟 7 対 1 入院基本料、専門病院入院基本料> ・上記入院料のうち、「重症度、医療・看護必要度」が〔Ⅰ：40%以上,Ⅱ：35%以上〕かつ平均在棟日数11日未満	—
急性期	・小児入院医療管理料 2・3	<急性期一般入院料 1～3、特定機能病院一般病棟 7 対 1 入院基本料、専門病院入院基本料> ・上記入院料のうち、「高度急性期」の基準を満たさないもの	・手術あり(年間100件以上) ・放射線治療あり ・化学療法あり(年間50件以上)
回復期	・急性期一般入院料 4～6 ・地域一般入院料 ・小児入院医療管理料 4・5 ・回復期リハビリ病棟入院料 ・地域包括ケア病棟入院料 ・緩和ケア病棟入院料 ・特定一般病棟入院料	—	・上記、下記を 1 つも満たさない診療所
慢性期	・一般病棟特別入院基本料 ・療養病棟入院料 ・障害者施設等入院基本料 ・特殊疾患病棟入院料	—	・有床診療所療養病床入院基本料

- ・「特定入院料」「重症度、医療看護必要度」「平均在棟日数」「手術、放射線治療、化学療法」による区分
- ・医療機能を選択する際の「目安」であり、医療機関の裁量的判断は許容することを前提とする。

図表４－９ 「静岡方式」の適用結果



### 3 「地域医療介護総合確保基金」の活用

○地域医療構想で定める構想区域における病床の機能区分ごとの必要病床数に基づき、医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議を実効性のあるものとするため、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化と連携を図るとともに、在宅医療や在宅歯科医療の充実、医療介護人材の確保等の必要な施策を進めます。

### 4 2025 年以降における地域医療構想

○2025 年以降における地域医療構想については、国が高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる 2040 年頃を視野に入れつつ課題整理・検討している新たな地域医療構想を踏まえ、対応していきます。

#### 参考：医療法の規定に基づく対応

○将来の方向性を踏まえた自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合、改正医療法等により、都道府県知事は地域医療構想の実現に向けて以下の対応が可能とされています。

- ①地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、転換の中止の命令（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）
- ②協議が調わない等の場合に、地域で不足している医療機能を担うよう指示（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）
- ③病院の開設等の許可申請があった場合に、地域で不足している医療機能を担うよう、開設等の許可に条件を付与
- ④稼働していない病床の削減を命令（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）

※①～④の実施には、県医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要があります。

※勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができることとされています。



## 第5章 医療機関の機能分担と相互連携

### 第1節 医療機関の機能分化と連携

#### (1) 現状

- 少子高齢化の進行、疾病構造の変化、医療技術の向上等により、急性期、回復期、慢性期、在宅医療などそれぞれの段階に応じて多様な医療提供が必要となっています。
- 多様な医療機能を全て1つの医療機関で提供することは困難であり、限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を提供するため、各医療機関の病床機能だけでなく外来機能の分化を前提とした連携を図ることが必要です。
- 2016年3月、本県では、地域における病床の機能の分化及び連携を推進するために定める「構想区域」ごとに、各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携を適切に推進することを目的として「静岡県地域医療構想」を策定しました。
- 地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携を図る観点から、かかりつけ医等を支援する地域医療支援病院として23病院（2023年9月末時点）を承認し、地域の医療機関と連携した患者の紹介・逆紹介の実施や、医療機器の共同利用の推進など、外来医療提供体制の確保にも取り組んでいます。

#### (2) 課題

- 医療機能の分化と連携を進めるため、行政、医療関係者、医療保険者等が一丸となって、地域医療構想の実現に向け取り組んでいく必要があります。
- 医療機能の分化と連携に当たっては、各医療機関が互いに担っている医療機能について、理解し、各地域にふさわしい医療提供体制を構築していくことが必要です。
- 地域医療支援病院が未整備の2次保健医療圏があります（賀茂）。
- 医療の受け手である県民の理解を得て進めていく必要があります。

#### (3) 対策

- 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。
- 病床機能報告制度により医療機関（一般・療養病床を有する病院及び診療所）から報告された情報を活用し、関係者が地域の医療体制について共通認識を形成し、地域医療構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取組や相互の協議を進め、医療機関の機能分化と連携を促していきます。
- さらに、外来医療についても、外来機能報告制度により得られた医療機関の情報を基に、地域医療構想調整会議において紹介受診重点医療機関<sup>1</sup>に関する協議を行うなど、医療機関の機能分化と連携を促していきます。
- 県内の医療機関間で患者・診療情報を共有するネットワークシステム（ふじのくにねっと）の活用を推進し、病診連携・病病連携等の地域連携の利便性向上と効率化・迅速化により、医療提供体制の強化を図ります。

<sup>1</sup>紹介受診重点医療機関：医療資源を重点的に活用する外来（例：悪性腫瘍手術の前後の外来、外来化学療法、外来放射線治療など）を地域で基幹的に担う医療機関

- 病院に地域医療連携室等の設置を促し、医療機関の連携システムの推進を図ります。
- 地域医療支援病院のない医療圏の解消を目指します。
- 地域医療支援団体の協力も得ながら、県民に対して、地域医療構想の目的や医療機能の分化・連携の必要性などを周知するとともに、2024 年度から全国統一システムが運用される医療機能情報提供制度を活用することにより、県民の適切な医療機関の選択を支援します。



## 第2節 プライマリーケア

### 【対策のポイント】

- かかりつけ医等の推進
- 各医療機関のかかりつけ医機能の把握と県民への適切な情報提供

### (1) 現状

#### ア プライマリーケア

- プライマリーケアは、診療所等での健康相談や診療など日常的な保健・医療サービスであり、身近で何でも相談に乗ってくれる総合的な医療です。
- 県民が生涯を通じて、心身ともに健康でいられるためには、重い疾病や負傷した場合の治療だけでなく、健康の維持増進、疾病の予防や早期発見から、重症化予防のための継続的な治療、さらに退院後のリハビリテーションや、再発予防のための治療指導までの継続的かつ包括的な保健医療サービスが必要であり、プライマリーケアは地域における医療の基本となるものです。
- さらに、介護保険制度における要介護認定に必要な意見書の作成や訪問看護等の指示など、患者等が住みなれた地域で安心して生活が送れるよう様々なサービスが行われています。

#### イ かかりつけ医等

- このような、県民に身近なところで日常的な保健・医療サービスを提供するプライマリーケアの中心的役割を担っているのが、かかりつけ医<sup>1</sup>及びかかりつけ歯科医<sup>2</sup>（以下「かかりつけ医等」という。）です。
- 2022年度に実施した「静岡県地域医療に関する調査」では、65.1%が「かかりつけ医」がいると回答しています。かかりつけの理由としては、「家が近い」、「昔からみてもらっている」「必要な時は、専門医や専門病院を紹介してくれる」が、上位を占めています。
- また、軽い病気にかかった場合に、「診療所に行く」との回答が61.8%、「大きな病院に行く」との回答が7.7%となっている一方で、「医療機関には行かない」との回答が24.8%と全体の約4分の1を占めています。

### (2) 課題

- かかりつけ医等によるプライマリーケアが十分に機能しないと、軽い症状の時に適切な保健医療サービスを受けることができなくなるだけでなく、結果として、救急医療機関等に過度な負担が掛かるおそれがあります。
- サービスの受け手である県民に対し、かかりつけ医等に関する周知を図るとともに、医療機関等のサービス提供側の連携が十分図られるよう、医療機能に関する情報を県民及び医療機関の双方に適切かつ迅速に提供することが必要です。

<sup>1</sup> かかりつけ医：なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師（2013年8月8日 日本医師会・四病院団体協議会合同提言）

<sup>2</sup> かかりつけ歯科医：安全・安心な歯科医療の提供のみならず医療・介護に係る幅広い知識と見識を備え、地域住民の生涯にわたる口腔機能の維持・向上を目指し、地域医療の一翼を担う者としてその責任を果たすことができる歯科医師（日本歯科医師会ホームページより）

### (3) 対策

---

- プライマリーケアの充実を図るために、中核を担う地域の医師が新しい医療技術や知識を習得するため、関係機関・団体による医師の生涯教育を支援します。
- 患者の病態に応じ、かかりつけ医<sup>等</sup>から紹介受診重点医療機関などへの患者の紹介や、入院治療を終えた患者の治療を引き続きかかりつけ医<sup>等</sup>が行うなど、患者に継続した治療が円滑に提供できるように、紹介率及び逆紹介率の向上や、医療機器の共同利用等の病診連携を促進します。
- 2024 年度から全国統一システムが導入される「医療機能情報提供制度」と、2025 年度から開始される「かかりつけ医機能報告制度」により、医療機能やかかりつけ医機能<sup>3</sup>等に関する情報を県民に適切に提供することで、県民自らが医療機関を選択し利用できるよう支援します。
- 歯科においても、全身の疾患に影響する歯周病の予防は、生涯を通じた取組が重要であることから、かかりつけ歯科医を持つ者の割合の向上を目指します。

---

<sup>3</sup> かかりつけ医機能：身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能として厚生労働大臣が定めるもの（医療法施行規則 別表第一第二の項第一号イ(13)）

### 第3節 外来医療

#### 【対策のポイント】

- 地域における外来医療提供体制の確保

#### （１）現状と課題

##### ア 外来医療の需要

##### （ア）外来患者数の推移

○本県の2008年度以降における人口10万人当たりの外来患者数は、以下のとおりです。

○全国における人口10万人当たりの外来患者数と比較すると、病院、一般診療所及び歯科診療所のすべての施設区分で、本県の外来患者数の方が少ない状況です。

静岡県における10万人当たりの外来患者数 (単位：千人)

年度	総数	病院	一般診療所	歯科診療所
2008	5.27	1.02	2.87	1.38
2011	5.03	1.01	3.22	0.81
2014	5.07	1.01	3.18	0.89
2017	5.09	1.02	3.21	0.86
2020	5.76	0.91	3.88	0.97

(参考) 全国の人口10万人当たりの外来患者数 (単位：千人)

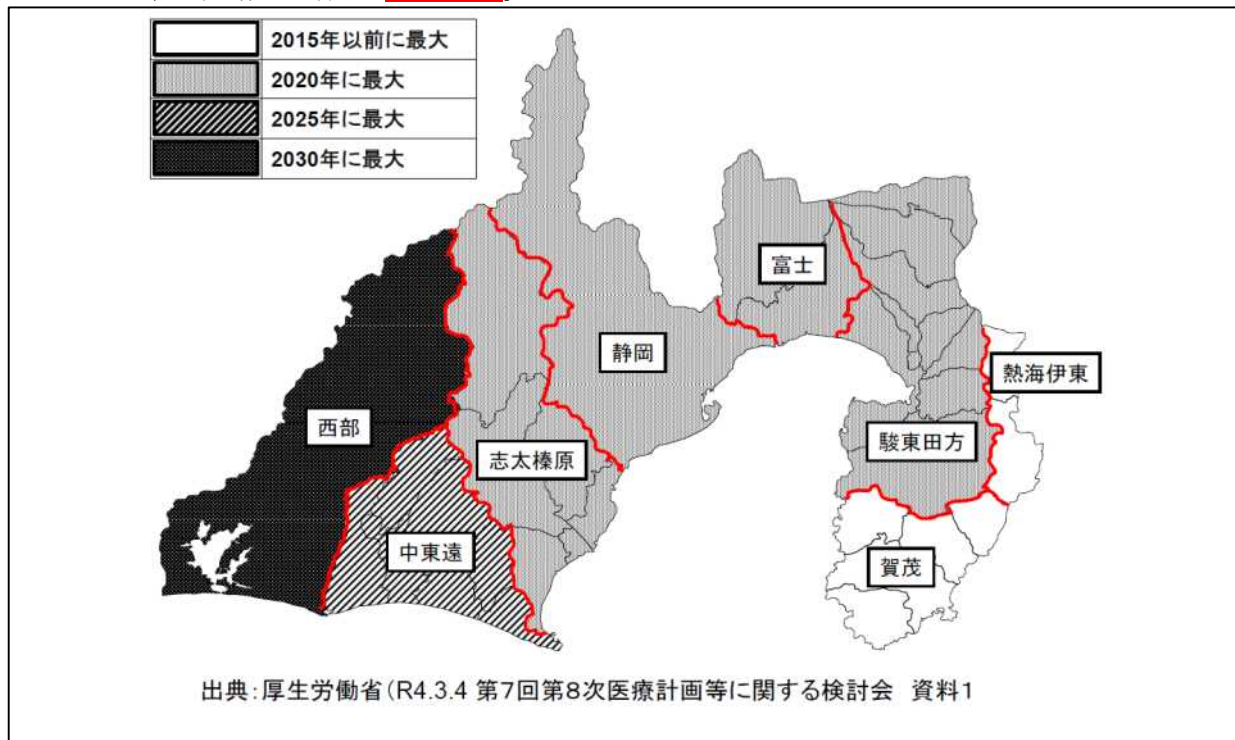
年度	総数	病院	一般診療所	歯科診療所
2008	5.38	1.35	3.00	1.03
2011	5.68	1.30	3.32	1.07
2014	5.70	1.29	3.33	1.07
2017	5.67	1.29	3.32	1.06
2020	5.66	1.17	3.43	1.06

※各年度の患者調査（厚生労働省）における推計外来患者数を、各年度の人口推計（総務省）における推計人口を割り戻して算出

※2020年度は新型コロナウイルスの影響を受けた数値のため、参考値として掲載

## (イ) 外来患者数の将来推計

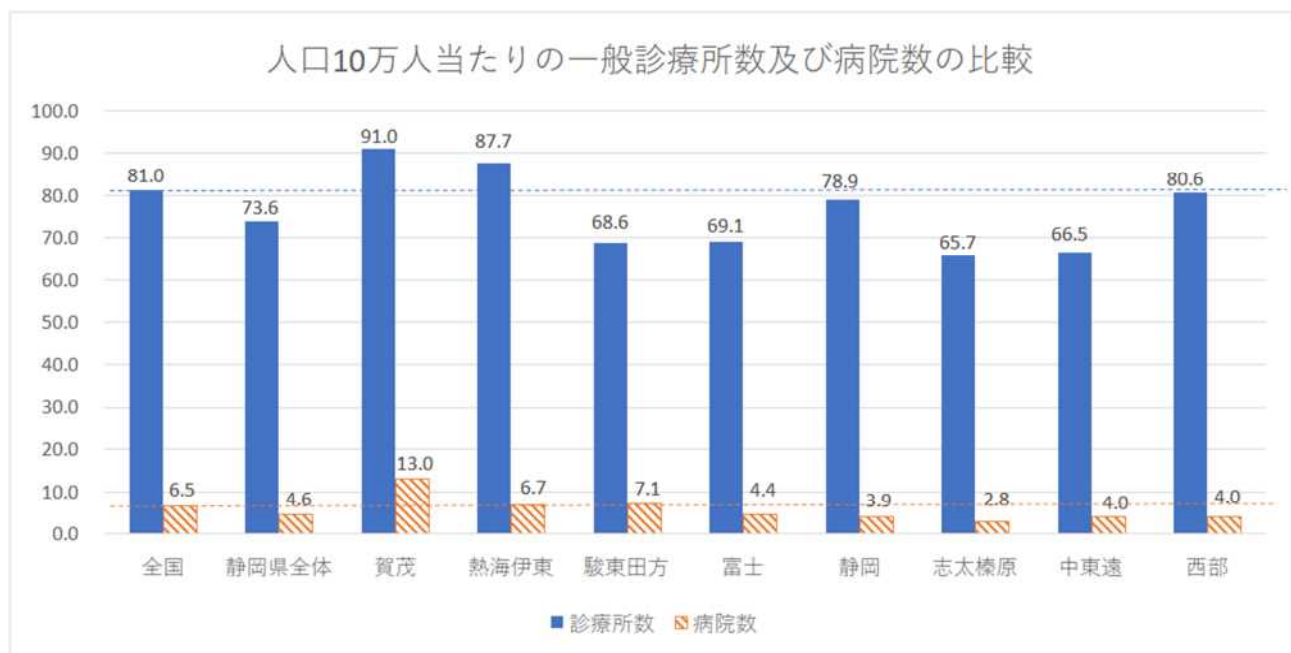
○今後も高齢化と人口減少が進行し、中東遠と西部を除く県内の2次保健医療圏では、外来医療における需要は減少局面にあります。



## イ 外来医療に係る医療資源

### (ア) 医療施設数

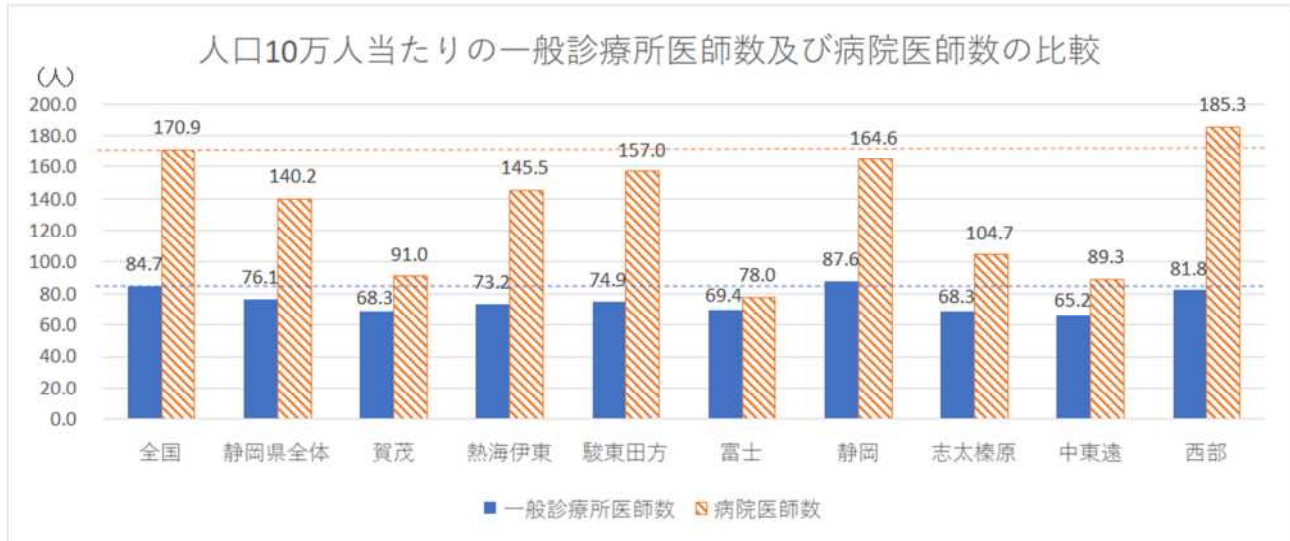
○本県の各2次保健医療圏における人口10万人当たりの一般診療所数及び病院数は、全国と比較して少ない傾向にあります。



(出典：厚生労働省「外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ」)

## (イ) 医師数

- 本県の各2次保健医療圏における人口10万人当たりの病院医師数は、2次保健医療圏によっては全国や他の圏域に比べ大きく不足している医療圏がありますが、一般診療所医師数では、県内いずれの圏域においても全国と比較して大きな差はありません。



(出典：厚生労働省「外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ」)

## (ウ) 外来医師偏在指標と医師多数区域の設定

- 国は、地域ごとの外来医療機能の偏在等を客観的に明らかにするため、人口構成や患者の流入等を反映した「外来医師偏在指標」を定めています。
- このうち、指標の値が全国の2次医療圏(330圏域)の中で上位33.3%に該当する2次医療圏を「外来医師多数区域」と呼びます。外来医師多数区域における新規開業者に対しては、地域で不足する医療機能を担うよう求めることができます。
- 本県には、外来医師多数区域となっている2次保健医療圏はありません。
- 本県の外来医師偏在指標は以下のとおりです。

圏域名	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
外来医師偏在指標	103.5 (146位)	86.9 (249位)	97.5 (188位)	86.3 (253位)	101.8 (156位)	84.6 (261位)	84.2 (265位)	98.6 (177位)
(参考) 前回	108.1 (93位)※	90.1 (228位)	96.6 (171位)	90.3 (225位)	93.0 (201位)	76.1 (297位)	79.4 (287位)	90.9 (218位)

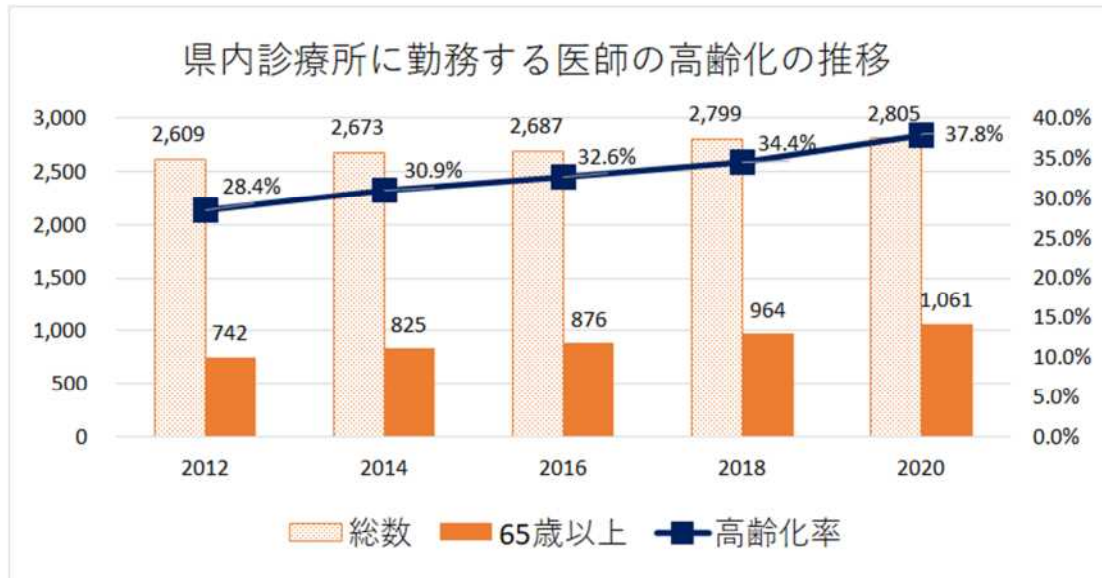
※外来医師多数区域

(出典：厚生労働省「外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ」)



## (エ) 医師の高齢化と一般診療所の開設・廃止の状況

○診療所の医師の高齢化率は、2012年度の28.4%から2020年度には37.8%まで上昇するなど急速に進んでおり、今後医業承継が進まず廃業する診療所が増加した場合、地域に必要な外来医療の確保が危ぶまれます。



(出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

○県内の一般診療所数は、2020年度に廃止数が開設数を上回ったため、一時的に減少しましたが、その後は開設数が廃止数を上回り、増加に転じています。

### 県内の一般診療所施設数及び開設・廃止等の状況

(単位：件)

年度	2018	2019	2020	2021	2022
一般診療所数	2,718	2,732	2,715	2,750	2,761
開設	104	166	217	256	189
廃止	85	151	224	208	170
休止	16	10	16	20	15
再開	7	9	6	7	7

※一般診療所数は当該年度の10月1日現在、開設、廃止、休止、再開はいずれも前年度の10月1日から当該年度の9月30日までの数

(出典：厚生労働省「医療施設調査」)

## (オ) 医療機器の活用状況

○近年の医療技術の進展には著しいものがあり、医療機器の果たす役割も非常に大きいものとなっています。

○一方で、人口当たりの医療機器の台数には地域差があり、医療機器ごとに地域差の状況は異なります。

○各<sup>2</sup>次保健医療圏におけるそれぞれの医療機器の台数及び稼働状況は、次のとおりです。

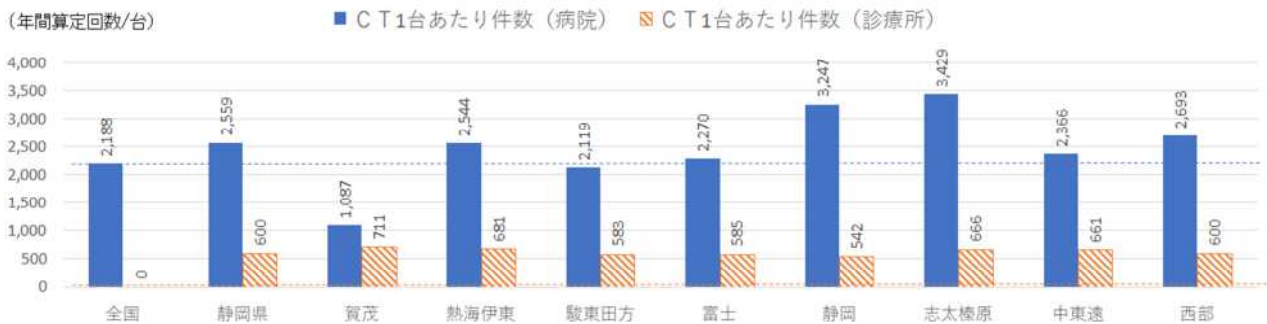
(出典：厚生労働省「医療機器の調整人口あたり台数に係るデータ集・グラフ」)

### ①CT

人口10万人対台数と調整人口あたり台数



稼働状況



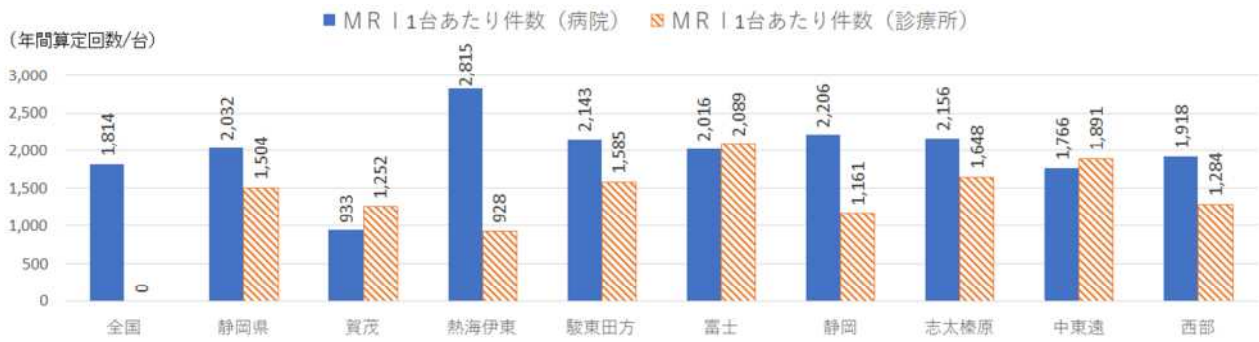
※データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

### ②MRI

人口10万人対台数と調整人口あたり台数



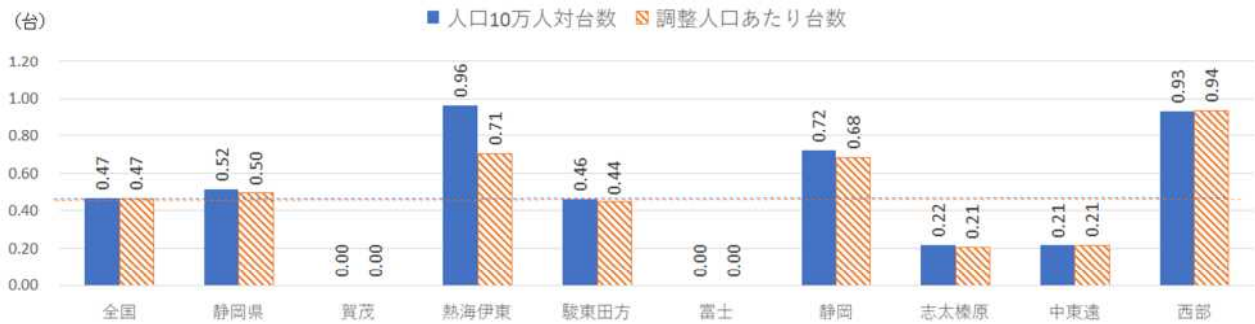
### 稼働状況



※データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

### ③PET

#### 人口10万人対台数と調整人口あたり台数



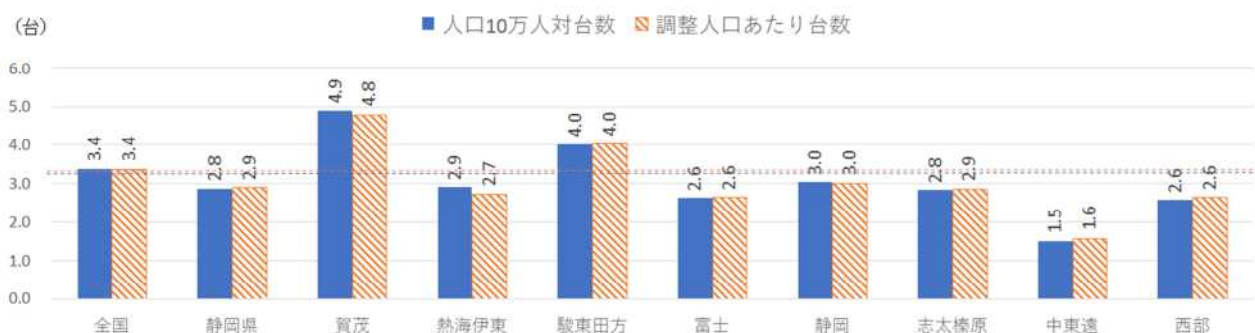
### 稼働状況



※データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

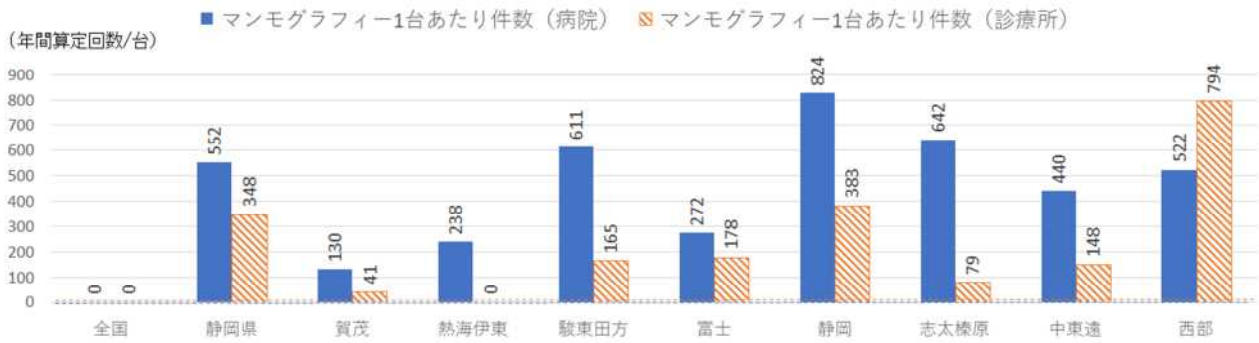
### ④マンモグラフィー

#### 人口10万人対台数と調整人口あたり台数





## 稼働状況



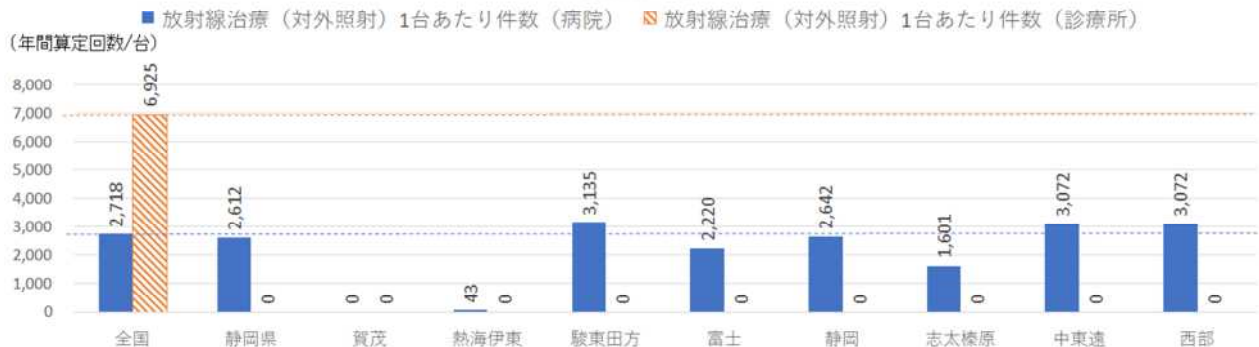
※データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

## ⑤放射線治療機器（体外照射）

### 人口10万人対台数と調整人口あたり台数



## 稼働状況



※データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

（参考）医療機器の効率的活用における性・年齢階級別検査率を用いた各地域の医療機器の配置状況に関する指標の計算方法

$$\text{調整人口あたり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化検査率比（※1）}}$$

$$\text{（※1）地域の標準化検査率比} = \frac{\text{地域の性年齢調整人口当たり期待検査数（外来（※2））}}{\text{全国の人口当たり期待検査数（外来）}}$$

（※2）地域の人口当たり期待検査数

$$= \frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性年齢階級別検査数（外来）}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

○なお、多くの地域では、地域医療支援病院を中心に、医療機器の共同利用が行われています。

圏域名	施設名称	医療機関の延数	CT利用数	MRI利用数	RI利用数	超音波利用数	その他利用数
熱海伊東	伊東市民病院	58	27	31	0	0	0
東部	順天堂大学医学部附属静岡病院	223	32	148	32	0	11
東部	沼津市立病院	781	130	582	0	0	69
東部	独立行政法人国立病院機構静岡医療センター	1,993	659	1,115	209	0	10
富士	富士宮市立病院	859	289	364	16	183	7
富士	富士市立中央病院	1,695	746	576	200	46	127
静岡	静岡県立こども病院	0	0	0	0	0	0
静岡	静岡市立静岡病院	292	114	109	28	0	41
静岡	静岡県立総合病院	1,255	733	522	0	0	0
静岡	静岡赤十字病院	232	109	90	33	0	0
静岡	静岡済生会総合病院	88	29	38	0	10	11
静岡	静岡市立清水病院	393	154	206	8	25	0
志太榛原	焼津市立総合病院	1410	138	344	5	0	923
志太榛原	藤枝市立総合病院	835	80	176	0	505	74
志太榛原	島田市立総合医療センター	1,764	799	559	211	80	115
中東遠	磐田市立総合病院	1,674	701	816	35	0	122
中東遠	中東遠総合医療センター	2,673	891	1,032	108	0	642
西部	浜松医療センター	2,747	50	34	0	0	2,663
西部	浜松赤十字病院	1,055	587	459	0	0	9
西部	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院	5,165	1,360	2,359	107	0	1,339
西部	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院	2,642	1,050	1,419	81	0	92
西部	JA静岡厚生連 遠州病院	1,145	416	616	2	55	56
西部	独立行政法人労働者健康安全機構浜松労災病院	416	120	232	58	0	6

(出典：県医療政策課「2022年度地域医療支援病院業務報告」)

## ウ 外来機能報告

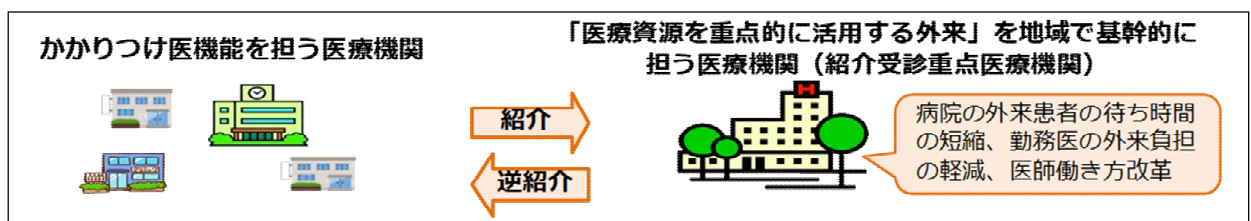
- 患者の医療機関選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じています。
- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、医療機関が有する外来医療に関する機能の現状等について、都道府県に報告する制度（外来機能報告制度）が、2022年4月に施行（医療法第30条の18の2）されました。

### （ア）対象医療機関

- 病院及び有床診療所（※無床診療所も意向があれば報告を行うことが可能）

### （イ）制度概要

- 医療機関による外来医療の実施報告（外来機能報告）を実施
- 外来機能報告に基づき、協議の場（地域医療構想調整会議）において、「紹介受診重点医療機関」を決定



#### ＜「医療資源を重点的に活用する外来（紹介受診重点外来）」のイメージ＞

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

### （ウ）紹介受診重点外来の基準

初診の外来件数のうち「重点外来」の件数の占める割合 40%以上（初診基準）  
及び

再診の外来件数のうち「重点外来」の件数の占める割合 25%以上（再診基準）

※上記基準を満たさない場合であっても、紹介率 50%以上かつ逆紹介率 40%以上を参考の水準とする。

### （エ）紹介受診重点医療機関

23 医療機関（2023 年 12 月 1 日公表時点） ※県ホームページに掲載

## (2) 対策

### ア 外来医療に係る地域での協議

- 外来医療機能については、外来機能報告等のデータを活用し、地域医療構想調整会議で必要な協議を行います。

#### ＜地域医療構想調整会議で行う外来機能に関する協議内容＞

- ・紹介受診重点医療機関の機能・役割や紹介・逆紹介の推進も踏まえた地域における外来医療提供体制の在り方
- ・地域で不足する外来医療機能  
(夜間休日等における初期救急医療の提供状況、在宅医療の提供状況 等)
- ・医療機器の効率的な活用

### イ 高齢医師等の活躍支援

- 医師が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。

### ウ 医療機器の効率的な活用

- 今後さらに人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中、医療機器についても効率的に活用できるよう、引き続き以下の対応を行う必要があります。

#### (ア) 医療機器の配置・保有状況等に関する情報

- 本県における医療機器の配置・保有状況等については、県のホームページ上で公開します。また、2024年度から全国統一される医療機能情報提供制度(2023年度までは「医療ネットしずおか」)において、個別の医療機関の情報を掲載します。

#### (イ) 共同利用の方針

- 共同利用の対象となる医療機器は以下のとおりです。
- ・CT(全てのマルチスライスCT及びマルチスライスCT以外のCT)
  - ・MRI(1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のMRI)
  - ・PET(PET及びPET-CT)
  - ・マンモグラフィー
  - ・放射線治療機器(体外照射)
- 医療機関が、上記に掲げた医療機器を購入する場合は、「共同利用計画」を作成し、地域医療構想調整会議の場において確認を行うこととします。
- 本県の共同利用の方針は、以下のとおりとします。

- ・今後人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中、医療機器についても効率的な活用を行う観点から、共同利用を推進します。
- ・推進にあたっては、個別の医療機関の事情にも配慮するとともに、「画像診断や治療における病病・病診・診診連携による紹介」など、地域医療支援病院を中心に可能なところから取り組むこととします。

**(ウ) 共同利用計画の記載事項等**

○「共同利用計画」には、以下の事項を記載するものとします。

- ・共同利用の相手方となる医療機関
- ・共同利用の対象となる医療機器
- ・画像撮影等の検査機器については、画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針

○共同利用を行わない場合は、その理由について、地域医療構想調整会議の場において確認を行うこととします。

※白紙

## 第4節 地域医療支援病院の整備

### 【対策のポイント】

- 地域医療支援病院の機能強化によるかかりつけ医等との適切な役割分担と連携の推進

### 【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
地域医療支援病院の整備	7 医療圏 23 病院 (2022 年度末)	全医療圏に整備 (2029 年度)	地域バランスを考慮した整備の推進	県医療政策課調査

## (1) 現状

### ア 地域医療支援病院

- 医療は患者の身近な地域で提供されるのが望ましいという観点から、かかりつけ医等を地域における第一線の医療機関として位置付けるとともに、他の医療機関との適切な役割分担と連携を図っていく必要があります。
- 「地域医療支援病院」は、「紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施、地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修等を通じてかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院としてふさわしい構造設備等を有するもの」について、都道府県が「地域医療支援病院」の名称を承認する制度です。
- 承認後のフォローアップのため、都道府県は、年次報告書の確認等を行い、基準を満たしていない場合には、2年程度の期間の改善計画の策定を求めるとともに、それによっても改善が図られない場合には、医療審議会の意見を聴いた上で、必要に応じ、承認取消しを含めた取扱いを決定します。
- 診療報酬については、地域医療支援病院入院診療加算により、評価されています。

#### 《地域医療支援病院の主な承認要件（医療法第4条）》

- 他の医療機関から紹介された患者に対する医療の提供  
次のいずれかを満たしていること
  - ・紹介率（※1）80%以上であること（紹介率65%以上であって、承認後2年間で80%を達成することが見込まれる場合）
  - ・紹介率が65%以上であり、かつ、逆紹介率（※2）が40%以上であること
  - ・紹介率が50%以上であり、かつ、逆紹介率が70%以上であること

※1 紹介率：初診患者のうち、他の医療機関から紹介状により紹介された患者の数が占める割合のこと。（紹介率＝初診患者のうち紹介患者数÷初診患者数×100）

※2 逆紹介率：全患者のうちから他の医療機関に紹介した者で、診療情報提供料を算定した者の数と、初診患者の総数との比較のこと。（逆紹介率＝逆紹介患者数÷初診患者×100）
- 病床、高額医療機器等の共同利用の実施
- 救急医療の提供
  - ・救急搬送患者数／救急医療圏域人口×1,000≥2 又は 当該医療機関における年間の救急搬送患者の受入数≥1,000
- 地域の医療従事者の資質向上のための研修を実施
  - ・年間12回以上の研修を主催（当該病院以外の医療従事者が含まれること）



- 5 原則 200 床以上
- 6 集中治療室等、必要な要件を満たした構造設備を有する
- 7 その他、次の掲げる取組を行うことが望ましい
  - ・良質な医療を提供するための取組をより一層高めていくために、日本医療機能評価機構が実施する病院機能評価等の第三者による評価を受けること
  - ・逆紹介を円滑に行うため、退院調整部門を設置すること
  - ・地域連携を促進するため、地域連携クリティカルパスを策定するとともに、地域の医療機関に普及させること
  - ・住民・患者が医療機関を適切に選択できるよう、地域医療支援病院は、その果たしている役割を地域住民に対し、他の医療機関よりも適切に情報発信すること

## イ 本県の状況

○本県には、8つの2次保健医療圏のうち、7医療圏に23の地域医療支援病院があります。2018年3月の計画改定時に比べ、2病院増加しています。

図表5-4-1 地域医療支援病院（2023年9月末現在）

医療圏	病 院 名	承認年月日
熱海伊東	伊東市民病院	2018年9月5日
駿東田方	沼津市立病院	2008年7月8日
	静岡医療センター	2011年9月29日
	順天堂大学医学部附属静岡病院	2020年1月7日
富士	富士宮市立病院	2011年9月29日
	富士市立中央病院	2017年8月29日
静 岡	県立こども病院	2009年4月1日 (2001年2月23日)
	県立総合病院	2009年4月1日 (2007年7月20日)
	静岡済生会総合病院	2010年9月16日
	静岡赤十字病院	2010年9月16日
	静岡市立清水病院	2011年9月29日
	静岡市立静岡病院	2016年4月1日 (2006年9月21日)
志太榛原	焼津市立総合病院	2010年9月14日
	藤枝市立総合病院	2010年9月14日
	島田市立総合医療センター	2011年9月29日
中東遠	磐田市立総合病院	2011年9月29日
	中東遠総合医療センター	2016年8月15日
西 部	浜松医療センター	2001年2月23日
	聖隷浜松病院	2004年6月29日
	聖隷三方原病院	2004年6月29日
	浜松赤十字病院	2009年9月17日
	浜松労災病院	2010年9月17日
	J A 静岡厚生連遠州病院	2012年9月10日

※県立こども病院、県立総合病院及び静岡市立静岡病院の括弧内は、地方独立行政法人への移行前の承認年月日



## (2) 課題

---

- 限られた医療資源を効率的に活用する観点からも、かかりつけ医等を支援する地域医療支援病院が各圏域において整備されることが望ましいですが、賀茂圏域では未整備となっています。
- 地域医療支援病院となるためには、紹介率をはじめとする承認要件を満たす必要があります。これらは当該病院の努力に加え、診療所や他の病院などの地域の医療関係者の協力、まずは、かかりつけ医を受診するなど地域住民の理解も重要です。
- 既に承認されている地域医療支援病院について、より一層、地域の医療機関との医療機能の分担と連携を推進し、地域の実情に応じた役割を明確にした上で、地域医療支援病院としてふさわしい機能を発揮していくことが必要です。

## (3) 対策

---

- かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保及び一層の病診連携を図るため、地域医療支援病院のない医療圏の解消を目指します。
- 要件を満たさない既承認病院については、改善計画に沿った紹介率・逆紹介率向上の取組等により、かかりつけ医等との医療機能の分担と連携強化を図るなど、地域医療支援病院にふさわしい役割を発揮できるよう、指導・監督します。
- 地域における医療の確保を図るために行うことが特に必要であるものとして定める事項を県として必要に応じ検討し、公表します。
- 感染症発生・まん延時における医療環境の整備に向け、地域医療支援病院と連携強化を図ります。
- 2024年度から全国統一システムが導入される「医療機能情報提供制度」と、2025年度から開始される「かかりつけ医機能報告制度」により、医療機能やかかりつけ医機能等に関する情報を県民に適切に提供することで、県民自らが医療機関を選択し利用できるよう支援します。

※白紙

## 第5節 公的病院等の役割

### 【対策のポイント】

- 地域医療における中核的な役割
- 地域の医療機関との機能分担と相互連携の強化

### 1 公的病院等の役割

- 公的病院等（医療法第31条の公的医療機関及び5事業等において中核的な医療機能を担っている病院）は、地域における基幹的な医療機関として重要な役割を果たしています。
- 2007年4月に施行された改正医療法により、医療従事者の確保など医療の確保に関する県の施策についての公的医療機関の協力が義務付けられています。
- 県内の公的病院等は、2023年4月現在55病院で、一般病床の76.6%、全病床の47.8%を占めています。
- また、本県における自治体病院（県、市町、地方独立行政法人）が占める割合は病院数で15.2%、病床数で26.3%と全国と比較して上回っています。特に、市町村立病院の病床数の割合は、全国の8.2%に対して本県は19.8%と大きく上回っているなど、地域の医療提供体制の中で重要な役割を担っており、今後も地域医療の確保に大きな役割を果たすことが期待されます。

図表5-5-1 2次保健医療圏別公的病院等の状況（2023年4月1日現在）

区分 医療圏名	公的病院等				計	公的病院等病床数			
	公的医療機関 (法第 31 条)			その他					
	県	市町	日赤 済生会 厚生連			一般病床		全病床	
賀 茂		1		2	3	314	(57.7%)	318	(24.7%)
熱海伊東		1		1	2	484	(70.3%)	519	(48.6%)
駿東田方	1	1	4	6	1 2	2,869	(63.4%)	3,447	(43.4%)
富 士		3		1	4	1,059	(59.6%)	1,318	(36.0%)
静 岡	3	2	4	1	1 0	3,281	(72.7%)	3,865	(50.4%)
志太榛原		4		1	5	2,232	(93.3%)	2,337	(59.5%)
中 東 遠		6			6	1,572	(96.9%)	1,740	(44.7%)
西 部		4	3	6	1 3	4,376	(86.0%)	5,048	(53.4%)
合 計	4	2 2	1 1	1 8	5 5	16,187	(76.6%)	18,592	(47.8%)

※病床欄の（ ）書きは、圏域内の病床数に対する割合。

（出典：県医療政策課調べ）

図表 5-5-2 自治体病院数 (2020 年 10 月 1 日現在) (単位: 施設、%)

	総数	自治体病院				
		都道府県立	市町村立	地方独立 行政法人	計	比率
静岡県	171	1	21	4	26	15.2
全国計	8,238	200	609	109	918	11.1

図表 5-5-3 自治体病院の病床数 (2020 年 10 月 1 日現在) (単位: 床、%)

	総数	自治体病院							
		都道府県立		市町村立		地方独立行政法人		計	
		実数	比率	実数	比率	実数	比率	実数	比率
静岡県	36,636	615	1.7	7,257	19.8	1,777	4.9	9,649	26.3
全国計	1,507,526	52,516	3.5	123,213	8.2	42,227	2.8	217,956	14.5

## 2 公立病院改革等への対応

### (1) 現状

#### (公立病院経営強化プラン)

- 2021 年度末、今般の社会保障制度改革を踏まえた新たな公立病院経営強化ガイドラインが示され、2027 年までの計画である「公立病院経営強化プラン」が各病院で策定されました。
- これまでの「新公立病院改革プラン」の内容から、新たに「新興感染症の感染拡大時に備えた平時からの取組」「機能分化・連携強化」「医師の働き方改革への対応」「デジタル化への対応」等の視点を追加し、改革を進めることが必要であるとされています。

#### (公的医療機関等 2025 プラン)

- 公的医療機関等においては、地域において果たしている役割等に鑑み、他の医療機関に率先して地域医療構想の達成に向けた将来の方向性を示していただくことが重要であるとして、2017 年 8 月に厚生労働省は「公的医療機関等 2025 プラン」の策定を関係機関に求めました。
- 本県では、地域医療構想調整会議において各医療機関が策定したプランを提示して、当該医療機関が今後地域において担うべき役割などについて議論しました。

#### 記載事項

##### 【基本情報】

- ・医療機関名、開設主体、所在地 等

##### 【現状と課題】

- ・構想区域の現状と課題
- ・当該医療機関の現状と課題 等

##### 【今後の方針】

- ・当該医療機関が今後地域において担うべき役割 等

##### 【具体的な計画】

- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する事項  
(例)・4機能ごとの病床のあり方について  
・診療科の見直しについて 等
- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する、具体的な数値目標  
(例)・病床稼働率、手術室稼働率等、当該医療機関の実績に関する項目  
・紹介率、逆紹介率等、地域との連携に関する項目、人件費率等、経営に関する項目 等

## (2) 課題

---

- これまでの新公立病院改革プランに基づく取組の結果、再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等により成果が上げられているところですが、依然として医師不足等の厳しい環境は続いていることから、地域ごとに適切な医療提供体制の再構築に取り組むことが一層求められています。
- 地域医療構想の実現を目指す上で、公的病院等は各医療圏において中心的な役割を担うことが引き続き求められています。また、各公立病院が実施する公立病院改革は、地域医療構想と整合をもって行われる必要があります。
- 各公的病院等が策定した「公立病院経営強化プラン」「公的医療機関等 2025 プラン」については、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制も含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性が図られていることが必要です。

## (3) 対策

---

- 各公的病院等が策定した「公立病院経営強化プラン」や「公的医療機関等 2025 プラン」を踏まえ、公的病院等の機能等について地域の関係者と協議を進めます。
- 各圏域の実情を勘案しながら、また、当事者や関係機関の意見を十分聴取した中で、より効果的で効率的な医療提供体制の構築を目指して、地域医療構想調整会議など「協議の場」等における議論を進めていきます。
- 併せて、国の動向等も踏まえつつ、静岡県保健医療計画に掲げる疾病、事業及び在宅医療についても議論し、医療連携体制の構築の取組を進めていきます。

### 3 県立病院

#### (1) 県立静岡がんセンター

##### 【対策のポイント】

- 全国トップクラスの「高度がん専門医療機関」
- 「患者さんの視点の重視」の下での全人的治療の実践
- 新しいがん医療の開発・研究の推進
- がん医療の発展に寄与する人材を育成
- 「ファルマバレープロジェクト」の中核施設

##### 【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
患者満足度(入院/外来)	<u>98.0%</u> ／ <u>97.5%</u> (2022 年度)	95%以上／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	13,144 人 (2022 年度)	13,800 人 (2029 年度)	過去の実績等 を考慮して設 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 患者や家族に対する相談・支 援件数	47,073 件 (2022 年度)	53,600 件 (2029 年度)	過去の伸び率 等を勘案して 設定	県立静岡がん センター調 査
県立静岡がんセンターが実施 した研修修了者数	累計 1,143 人 (2022 年度まで)	累計 1,648 人 (2029 年度)	過去の実績等 を考慮して設 定	県立静岡がん センター調 査

#### (1) 現状

- 県立静岡がんセンターは、本県のがん医療・がん対策の中核を担う高度がん専門医療機関として、2002 年に開設しました。病院、疾病管理センター、研究所、事務局、マネジメントセンターの 5 部門より構成され、活動を行っています。このうち病院は、2023 年 4 月 1 日現在、診療科目 37 科、615 床で運営しています。
- 県立静岡がんセンターは、開設以来、基本理念「患者さんの視点の重視」と、3 つの患者への約束（理念）「がんを上手に治す」「患者さんと家族を徹底支援する」「成長と進化を継続する」を一貫して掲げ、その具現化に取り組んでいます。
- 県立静岡がんセンターは、基本理念及び理念を実現するための基本方針を 2023 年 7 月 24 日に更新し、「1. がんの高度専門医療機関として、安全かつ最高水準の医療を提供する。」をはじめとする 11 項目を新たに定め、その実現に向けて取り組んでいます。
- 県立静岡がんセンターは、「都道府県がん診療連携拠点病院」「特定機能病院」「がんゲノム医療中核拠点病院」として、高度のがん医療の提供、高度のがん医療技術の開発・研究、高度のがん医療に関する研修を実施し、本県のがん医療の質の向上と連携体制の構築を推進しています。

## ア 病院

- 基本理念「患者さんの視点の重視」の具現化のために、患者や家族を医療の中心に位置付け、多職種チーム医療を実践しています。また、患者家族支援センター内には、初診・入院支援室、外来患者支援室、在宅転院支援室、地域医療連携室、緩和ケアセンターを置き、初診から在宅までの切れ目のない支援と情報提供に努めています。
- 外科・内視鏡領域では、腹腔鏡や胸腔鏡を用いた体腔鏡手術やロボット支援手術、また内視鏡による早期消化管がんの切除などの低侵襲手術に積極的に取り組んでいます。手術支援ロボットは2023年11月時点で「ダ・ヴィンチ」を3台有するとともに、2023年12月からは国産ロボット「hinotori™」を用いた臨床研究を実施しています。
- がん薬物療法においては、従来の殺細胞性薬に加え、分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬を積極的に使用するとともに、これらの領域の治験や臨床試験に取り組んでいます。この結果、化学療法センターの利用患者数が増加（2022年度、29,525人）し、施設の拡充について検討しています。
- 放射線・陽子線治療センターでは、リニアック4台（IMRTに特化し動体追尾機能を持った最新の機器を含む）に加え、小線源治療装置、陽子線治療装置を運用し、年間2,000人弱の放射線治療を行っています。
- 2015年6月には、国内初となる「AYA世代病棟」の運用を開始し、15歳から29歳程度の年齢層の就学・就職時期と治療時期が重なる患者の、教育、就職、その後の社会生活への悩み、思春期特有の悩み、がん治療に伴う生殖機能の障害などの悩みに対応しています。
- 開院当初から全国最大規模となる緩和ケア病棟（2棟50床）を有し、積極的な抗がん治療だけでなく、Quality of deathを重視した緩和医療を展開しています。
- 各種医療従事者の養成においては、14コースからなる多彩な医師・歯科医師レジデント制度に加え、医師以外の職種を対象とした多職種がん専門レジデント制度、特定行為研修を組み込んだ認定看護師教育課程（緩和ケア分野をはじめとするがん看護関連5分野を同時開講）を運用しています。2022年度までに、医師・歯科医師レジデントコースは450人、多職種がん専門レジデント制度は119人、認定看護師教育課程は625人が修了し、修了生は静岡がんセンターをはじめ県内外で活躍しています。
- 「都道府県がん診療連携拠点病院」としての指定を受けており、県民の死亡原因の第1位を占める「がん」について、県内どの地域においても標準的な専門医療を受けられる、「がん医療の均てん化」を図っています。
- 2020年3月には、「がんゲノム医療中核拠点病院」に指定され、静岡県内の7つのがんゲノム医療連携病院と連携しつつエキスパートパネルを実施し、県内のがんゲノム医療の推進を図っています。

## イ 疾病管理センター

- 疾病管理センターは、県立静岡がんセンターと「患者・家族」「地域の関係機関」「県民」との連携・対話の窓口としての役割を担っており、患者家族支援センターと連携して、県民の健康期から人生の最終段階まで、各段階に応じたがんに関する総合的な支援を行っています。



- 患者や家族の徹底支援のために、よろず相談(がん相談支援センター)を設置し、広く県内外からの様々な相談に応じるとともに県立静岡がんセンターに対する意見や苦情を受け止めるなど、患者満足度の向上を図っています。
- がんに罹患しても働き続けることができるよう、静岡労働局等の関連機関と連携し、相談から実際の復職支援まで行うなど、治療と社会生活の両立支援を推進しています。
- 静岡県がん対策推進計画に基づき、がん予防に係る普及・啓発、医療従事者の研修などのがん総合対策を推進・実行しています。
- 静岡県がん診療連携協議会の事務局を務め、県内がん診療の連携協力体制等についての情報交換や、6つの専門部会(相談支援、希少がん、緩和ケア、支持療法、小児・AYA世代がん、がんゲノム医療)の設置により、各分野の充実を図るとともに、がん医療に携わる医療者向けの研修会を実施し、がん診療の強化を支援しています。

## ウ 研究所

- 研究所は、2005年11月に病院に隣接して研究所棟が完成し、「がんを上手に治すための医療技術の開発」「患者家族の支援技術の開発」「富士山麓先端健康産業集積プロジェクト(ファルマバレープロジェクト)の推進」の3つを使命として研究活動に取り組んでいます。
- 主要な研究課題には、がんの診断技術、高度医療技術、患者・家族支援技術、新しい看護技術、ゲノム解析、新しい薬剤などの開発が含まれ、医学、看護学、工学に基盤をおいた産官学の連携の下、患者の視点を重視した研究を進めています。
- がん医療の実践に用いるため、がん患者を対象としたマルチオミクス研究(プロジェクト H O P E)を進めており、日本人のがんゲノムデータベース(J C G A)を国内で初めて構築、公開しています。なお、2023年までにH O P E研究の成果としてがんセンター全体で101編の論文を発表しており、2021年より国家プロジェクトであるがんの全ゲノム解析研究にも参加しています。

## (2) 課題

- 高齢化に伴うがん患者数の増加やがん患者の背景の複雑化に対応するため、医師のみならず看護師、薬剤師、技師、ソーシャルワーカーなどの医療従事者の確保が引き続き必要です。医師については、特定の診療科の医師の不足、看護師については産前産後休暇や育児休暇の取得者の増加等の課題があります。こうしたことから、引き続き職員の確保について年間を通じた積極的な採用に努めるとともに、医師・歯科医師レジデント制度、多職種がん専門レジデント制度、認定看護師教育課程を通じ、がん医療に強い人材の育成を継続して図っていく必要があります。
- 最先端のがん診療を提供するためには、医療機器の最先端機器への更新を常に図るとともに、がんゲノム医療の推進や、新しい治療に資する薬剤や新規医療技術の研究・開発にも積極的に参加していく必要があります。
- 生存率の向上に伴い、がんとの共生が社会にとって重要な課題になっています。がんとの共生を支援するため、妊孕性の温存、ピアサポートの充実、アピアランスケアの導入なども積極的に推進していく必要があります。

### (3) 対策

○県立静岡がんセンターは、全国におけるがん専門病院のフロントランナーとして、トップクラスの高度がん専門医療を提供し、がんに関する様々な情報提供や、患者・家族の支援強化、充実を図るとともに、新たながん診療・治療技術の研究及び開発のため、ファルマバレープロジェクトとの連携強化や共同研究等に取り組みます。

#### ア 病院

○病院では、優秀な医療従事者の継続的な確保のため、医師・歯科医師レジデント制度、多職種がん専門レジデント制度、認定看護師教育課程、連携大学院制度の充実に取り組みます。特に医師の研修においては、静岡県、とりわけ東部地域における医師確保にも資するよう努めています。

○医療機器更新計画に沿って合理的な医療機器の導入・更新を進めていきます。

○高齢がん患者の増加や、早期社会復帰の実現に向け、低侵襲手術や、より高精度の放射線治療を推進するとともに、がん治療に伴う副作用・合併症等を軽減し、患者のQOLを向上させるための支持療法を一層推進します。

○がん患者のゲノム（全遺伝情報）を調べ、患者一人ひとりに最適な治療法を選ぶ「がんゲノム医療」を提供し、がん医療の質の向上と、それぞれのがんの特性に応じた効率的かつ持続可能ながん医療を提供する体制を整えていきます。

○新しい治療に資する薬剤や新規医療技術の研究・開発にも積極的に参加するとともに、質の高い医師主導治験や特定臨床研究を推進していきます。

○切れ目のない医療・ケアの実現のため、患者・家族の悩みや負担に応じて、患者家族支援センター、よろず相談、化学療法センター、支持療法センターが協力・連携し、包括的な患者・家族支援体制を構築し、妊孕性の温存やアピランスケアの普及など新しい課題にも積極的に取り組み、「患者さんと家族を徹底支援する」という理念を実践していきます。

#### イ 疾病管理センター

○本県のがん対策の推進のための計画策定や、実施を進めるための支援を行います。

○よろず相談事業のノウハウを県内医療機関に広め、相談支援体制の強化を図るとともに、がんとの共生の推進のため、就労支援やピアサポートなどを強化していきます。

○静岡県がん診療連携協議会を運営し、県内のがん診療に関わる医療機関の連携協力体制等の強化を図り、効率的な役割分担がなされるように支援していきます。

#### ウ 研究所

○研究所では、臨床支援とがん医療水準の向上を目指し、がんの診断技術、高度医療技術、患者・家族支援技術、新しい看護技術、新しい薬剤、プロジェクトHOP Eなどの主要な研究課題での研究を進め、るほか、ファルマバレープロジェクトの中核施設として大学や地域の企業、研究機関等との共同研究を行い、新しい分野の研究や医療現場のニーズを踏まえた研究にも積極的に取り組み、地域の民産学官の交流を活性化させることにより、県内医療・健康産業の活性化に寄与します。

## (2) 地方独立行政法人静岡県立病院機構

## 【対策のポイント】

- 他の医療機関では対応が困難な医療の提供と地域医療支援の中心的役割
- 地域における医療需要等の変化に対する法人の特徴を生かした迅速・柔軟な対応

## 【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
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	101.5% (第3期途中)	100%以上 (目標期間累計)	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
患者満足度(入院/外来) 県立総合病院 県立こころの医療センター 県立こども病院	99.0% / 95.9% — / 92.3% 95.9% / 100.0% (2022 年度)	90%以上/85%以上 — /85%以上 90%以上/90%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	各病院調査
病床稼働率 県立総合病院 県立こころの医療センター 県立こども病院	82.6% 80.1% 75.9% (2022 年度)	90%以上 85%以上 75%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 (2018～22 年度)

## (1) 現状

- 地方独立行政法人静岡県立病院機構（以下「県立病院機構」という）は、2009 年 4 月の法人設立以来、県が県立病院機構に対して指示した中期目標を達成するため、中期計画を策定し、他の医療機関では対応困難な高度・専門・特殊医療等を提供するほか、公的医療機関への医師派遣を行うなど、本県の政策医療を担う重要な役割を果たし、地域医療の確保に貢献してきました。
- 新型コロナウイルスの感染拡大に当たっては、各病院ともに専用病床を確保するなど、県内の医療提供体制の確保に貢献しています。
- 経営面でも、2009 年度の法人設立後から 14 年連続で経常収支の黒字を達成するなど、健全な病院運営が続いています。
- 県立総合病院は、中核的医療を行う基幹病院として、先端医学棟の設備機能を最大限活用し、循環器疾患、がん、救急医療を 3 本柱として、各疾患の総合的な医療をはじめ、高度・専門医療や救急・急性期医療を提供しています。
- 県立こころの医療センターは、県内精神医療の中核病院として、総合的・専門的な精神科医療をはじめ、精神科救急・急性期医療の提供を行うほか、県内唯一の医療観察法指定入院医療機関としての役割を果たしています。
- 県立こども病院は、小児分野の中核的医療を行う基幹病院として、「こころ」から「からだ」まで総合的な高度・専門医療や救急・急性期医療を提供しています。

## (2) 課題

- 今後の更なる少子化による人口減少の進行、医療技術の進歩、医療に対する県民の意識やニーズ等の地域における医療需要及び物価高騰をはじめとする経済状況の変化など、医療をとりまく環境は大きく変わりつつあります。
- 県立病院として、高度・専門・特殊医療や救急・急性期医療等の分野において第一級の病院であり、かつ、地域医療を確保するための支援の中心的役割を果たすという基本的な役割や災害時医療の基幹的役割を継続し、新興感染症等や大規模災害などの緊急事態が発生した際にも機動的・弾力的に対応できるよう、さらにその機能を強化して、県民の医療に対するニーズに応え、安全で質の高い医療を提供することが求められています。

## (3) 対策

- 県が策定した静岡県立病院機構第4期中期目標（2024年度～2028年度）に基づき、県立病院機構は第4期中期計画を策定し、6疾病6事業を念頭に、各病院が専門性を生かしつつ、県立病院間や地域の医療機関との連携を強化して、病態に即した的確な医療を提供します。
- 全国的な課題とされている救急医療や急性期医療の充実に加え、新興感染症等の感染拡大に備えた平時からの患者等の受入体制確保や、医療従事者の勤務環境向上に重点的に取り組みます。
- 各病院の重点的に取り組む医療は以下のとおりです。

### ア 県立総合病院

- 地域における中核的医療を担う基幹病院として、先端医学棟に整備した各種ハイブリッド手術室や放射線治療室の運用などにより、高度・専門医療を提供していきます。
- 急性心筋梗塞、脳卒中等の循環器疾患において、常時高度な専門的治療を提供します。加えて、生活習慣病としての危険因子を管理するため、地域の医療機関との連携を強化します。
- がん患者に対し、地域がん診療連携拠点病院として、最新・最良の診断、ロボット支援手術などの先進的手術及び化学療法、放射線治療を組み合わせた高度な集学的治療（各分野の専門医が協力して治療にあたること）や予防医療を提供する体制を整備し、地域の医療機関等と連携した緩和ケアや終末期医療を提供していきます。
- 認知症や精神科患者の身体合併症などに対応できる体制を充実していきます。
- 高度救命救急センターとして一層の充実を図り、広範囲熱傷等の特殊疾病患者に対応します。
- 静岡社会健康医学大学院大学との連携やリサーチサポートセンターを活用し、臨床医学や県が推進する社会健康医学を推進します。これらの研究成果の発信や還元により、県内医療水準の向上と医療人材の確保に努め、新しい医療を創出する研究中核拠点を目指します。
- 効率的な病院運営を図り、また、県民に安全で質の高い医療の提供を行うため、病床稼働率及び入院・外来患者満足度について各事業年度で高い水準を目指します。

### イ 県立こころの医療センター

- 常時精神科救急医療相談に応じるとともに、救急患者を受け入れ、新たな入院患者が早期に退院し社会復帰できるよう支援する精神科救急・急性期医療の提供体制の充実を図ります。



- クロザピン<sup>1</sup>の投与や m-ECT（修正型電気けいれん療法）の実施など、他の医療機関では対応困難な精神疾患患者への先進的治療に積極的に取り組みます。
- 入院患者が早期に退院し、地域で安心して生活できるよう、多職種チームによる包括的在宅医療支援体制を構築します。
- 「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」に基づく医療について、指定医療機関としての役割を積極的に果たします。
- 認知症・依存症・摂食障害など多様な精神疾患に対応できる体制を構築し、発達障害や思春期及び小児から成人への移行期における精神疾患への対応を図ります。
- 良好な療養環境の整備と効率的な病院運営を図り、県民に安全で質の高い医療の提供を行うため、病床稼働率及び外来患者満足度について各年度で高い水準を目指します。

## ウ 県立こども病院

- 小児分野の中核的医療を担う基幹病院として、ハイブリッド手術室等の先進設備を活用し、小児重症心疾患患者などに対して常時高度な先進的治療を提供します。加えて、小児心疾患治療の先導的施設として専門医等の育成に努めます。
- 地域の医療機関と連携して、ハイリスク胎児・妊婦を早期に把握、治療するための一貫した医療システムの構築に努めるほか、新生児に対して、高度な先進的治療を提供するとともに、県内一般小児医療水準の向上に取り組みます。
- 本県における小児がんの拠点機能を有する病院として、高度な集学的治療に積極的に取り組みます。
- 重篤な小児救命救急患者を常時受け入れることができる体制を維持・強化し、救急医療全般にわたって地域の医療機関と連携して受け入れる体制を整備します。
- 精神疾患を持つ小児患者やその家族に対して、児童精神科分野における中核的機能の発揮に努めます。
- 重症心身障害児等の医療的ケア児の退院、在宅移行を支援する体制について、県と連携して整備を図ります。
- 少子化の進行等に対応する効率的な病院運営体制と良好な療養環境を整備し、県民に安全で質の高い医療の提供を行うことにより、病床稼働率及び入院・外来患者満足度について各事業年度で高い水準を目指します。

---

<sup>1</sup> クロザピン：抗精神病薬で、H21.4月に製造承認され、7月より発売開始となった。使用に当たっては、高い治療効果の反面、重篤な副作用（白血球の減少）が報告されていることから、安全管理体制の整備が義務付けられている。

## 第6節 医療機能に関する情報提供の推進

### 【対策のポイント】

- 医療機能情報の提供により県民の適切な病院等の選択を支援

### 【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
年1回定期報告 県内医療機関の報告率	93.5% (2022年度)	100% (2029年度)	医療法第6条の3による報告義務	県医療政策課調査
年1回定期報告 県内薬局の報告率	99.8% (2022年度)	100% (2029年度)	医薬品医療機器等法第8条の2による報告義務	県薬事課調査

### (1) 現状

- 県は、県民が医療機関及び薬局の選択を適切に行うために必要な情報について、医療機関及び薬局から報告を受けるとともに、その情報をインターネット等で分かりやすい形で県民に対し情報提供しています。
- インターネットによる情報提供は、これまで各都道府県が個別に行い、本県では「医療ネットしずおか」により提供しておりましたが、2024年4月からは、厚生労働省の全国統一システム（医療情報ネット）により情報提供されます。
- 各医療機関及び薬局には、年1回の定期報告時に情報を更新すること、基本情報（名称、所在地、電話番号等）に変更があった場合には速やかに報告することが医療法及び医薬品医療機器等法により義務付けられています。
- 医療機関及び薬局は、県に報告した事項について、当該医療機関及び薬局において、書面等により閲覧できるようにする等、県民に対して情報提供しています。

図表 5 - 6 - 1 医療機関報告事項

区 分	報告事項
医療機関概要	診療科目、診療時間、アクセス、設備、休診日
基本情報	名称、開設者、管理者、所在地、電話番号及びFAX番号、病床種別及び届出・許可病床数、外来区分、診療科目、診療日、診療時間（外来受付時間）、休診日
医療機関へのアクセス	交通手段、駐車場、ホームページ、休日・夜間対応、面会
医療機関内サービス・アメニティ	院内処方、障害者への配慮、車椅子利用者への配慮、受動喫煙防止措置、医療に関する相談、入院食、売店又は食堂、外国人の受け入れ体制
費用負担等	公費負担・各指定医療機関、選定療養、治験、電子決済による料金の支払い、先進医療
診療内容、提供保健医療・介護サービス	認定医、専門医、専門薬剤師、専門看護師、施設設備、治療内容、短期滞手術、専門外来、予防接種、在宅医療、セカンドオピニオン、地域医療連携への取組
医療の実績等	人員配置、看護配置、医療安全対策、院内感染対策、情報開示体制、その他医療の実績等、患者数及び平均在院日数、特定疾患

図表 5 - 6 - 2 薬局報告事項

区 分	報告事項
基本情報	名称、開設者、管理者、所在地、電話番号及びFAX番号、営業日、開店時間、健康サポート薬局、時間外の対応 <u>等</u>
薬局へのアクセス	交通手段、駐車場、ホームページ、 <u>薬局からのお知らせ</u>
薬局サービス等	相談に対する対応、障害者に対する配慮、車椅子利用者への配慮、対応することができる外国語 <u>等</u>
費用負担等	医療保険及び公費負担等の扱い、 <u>電子決済による料金の支払いの可否</u>
業務内容・提供サービス	認定薬剤師の種類及び人数、薬局の業務内容、地域医療連携体制 <u>等</u>
実績、結果等に関する事項	薬剤師数、医療安全対策、情報開示体制、総処方箋数 等
<u>地域連携薬局等に関する事項</u>	<u>地域包括システムに関する研修を終了した薬剤師の人数、医療の適正使用に関する情報を提供した回数 等</u>

図表 5 - 6 - 3 「医療ネットしずおか」のアクセス件数の推移

年度		件数
2020 年度	累計	627,619 件
	月平均	52,302 件
2021 年度	累計	528,685 件
	月平均	44,057 件
2022 年度	累計	425,135 件
	月平均	35,428 件



## **(2) 課題**

---

- 全ての医療機関及び薬局が、医療機能情報の県への報告や自らの施設における閲覧による提供を確実に実施する必要があります。医療機関及び薬局は、年1回の定期報告時に情報を更新することになっていますが、2022年度に定期報告を行った医療機関は93.5%でした。
- 県民が医療機関及び薬局を適切に選択する上で必要となる場合には、医療法施行規則及び医薬品医療機器等法施行規則で定める項目以外の項目についても必要に応じて追加選定する必要があります。
- 県民に対し、分かりやすい形で、かつ、使いやすい方法で情報提供する必要があります。

## **(3) 対策**

---

- 立入検査等を通じて、報告済医療機関及び薬局に対しては、提供された医療機能情報の確認を行い、未報告医療機関及び薬局に対しては、速やかな報告を指導するなど、県への報告や施設における閲覧による提供を確実に行うように、適切な指導等を行います。県民へ適切な情報が提供できるように、引き続き医療機関及び薬局に情報の更新について周知していきます。
- 県民の医療機関及び薬局の適切な選択を支援する観点から、県民のニーズを把握し、関係団体の意見を参考に情報提供を行う項目を追加します。
- 全国統一システムの運用開始について、県民への周知を図るとともに、同システム活用し、各医療機関の医療機能等を県民に対し適切に情報提供します。

※白紙

## 第7節 病床機能報告制度

### 【対策のポイント】

○病床機能報告の公表による地域医療構想実現に向けた医療機関相互の協議の推進

### (1) 現状

- 地域における病床の機能の分化及び連携を推進し、地域医療構想を実現するためには、地域の医療機関が担っている病床機能の現状把握や分析等が必要です。
- 2014年10月に法施行（医療法第30条の13）された病床機能報告制度は、医療機関が有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能の現状と、今後の方向性を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度です。
- 一般病床又は療養病床を有する病院及び診療所は、毎年7月1日時点の医療機能ごとの病床数のほか、医療機関の人員配置や医療機器の状況、入院患者の状況、手術・治療等の具体的な医療の内容に関する項目等について報告します。
- 各医療機関が報告する機能は、「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」の4区分です。
- 県は、ホームページにおいて、2次保健医療圏別に集計した医療機能ごとの病床の状況や、医療機関別の詳細な報告内容等を公表しています。
- また、地域医療構想調整会議等においても報告内容等を情報提供し、地域の医療体制にかかる共通認識の形成に活用しています。
- 厚生労働省は各都道府県に対して、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、病床機能報告の「定量的基準」の導入を求めています。
- 本県においては、地域医療構想調整会議や関係者の意見を踏まえ、病床機能選択の目安となる定量的基準として「静岡方式」を2019年病床機能報告から導入し、医療機関に活用を呼びかけています。

図表5-7-1 各病棟の病床が担う医療機能

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

図表 5-7-2 病床機能報告における主な報告項目

区 分	主な報告項目
医療機能・ 病床数	<ul style="list-style-type: none"> <li>以下の時点における病棟の機能を「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」の4区分から選択 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 7月1日時点の機能</li> <li>・ 2025年7月1日時点の機能</li> </ul> </li> <li>許可病床数・稼働病床数、一般病床・療養病床の別</li> </ul>
構造設備・ 人員配置	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師等医療スタッフの配置数、算定する入院基本料・特定入院料</li> <li>高額医療機器（CT、MRI、血管連続撮影装置等）の保有台数</li> <li>入院患者の状況（新規入棟・退棟患者数、入棟前・退棟先の場所別の状況等）</li> </ul>
具体的な 医療の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>幅広い手術の実施、がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療</li> <li>重症患者への対応、救急医療の実施</li> <li>急性期後・在宅復帰への支援、全身管理、リハビリ、長期療養患者等の受入</li> </ul>

図表 5-7-3

2022年7月1日時点の病床数（稼働病床）と必要病床数（2025年）の比較（二次医療圏別）

2次保健医療圏		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
賀茂	病床機能報告	0	254	169	337	760
	必要病床数	20	186	271	182	659
熱海伊東	病床機能報告	17	494	146	275	932
	必要病床数	84	365	384	235	1,068
駿東田方	病床機能報告	719	2,563	910	1,670	5,862
	必要病床数	609	1,588	1,572	1,160	4,929
富士	病床機能報告	254	1,063	517	545	2,379
	必要病床数	208	867	859	676	2,610
静岡	病床機能報告	1,552	1,825	843	1,539	5,759
	必要病床数	773	1,760	1,370	1,299	5,202
志太榛原	病床機能報告	251	1,761	466	677	3,155
	必要病床数	321	1,133	1,054	738	3,246
中東遠	病床機能報告	384	974	675	719	2,752
	必要病床数	256	1,081	821	698	2,856
西部	病床機能報告	1,879	2,294	927	1,630	6,730
	必要病床数	889	2,104	1,572	1,449	6,014
静岡県計	病床機能報告	5,056	11,228	4,653	7,392	28,329
		17.9%	39.6%	16.4%	26.1%	100.0%
	必要病床数	3,160	9,084	7,903	6,437	26,584
		11.9%	34.2%	29.7%	24.2%	100.0%

## **(2) 課題**

---

- 報告対象医療機関における医療機能の選択においては、国から定量的な基準が示されていないため、同じ医療機能を有した医療機関であっても、医療機関の捉え方によっては一様の報告としない場合があります。
- そのため、静岡方式の活用を推進し、実際に提供されている医療機能を踏まえた報告としての精度を向上させていく必要があります。

## **(3) 対策**

---

- 報告対象医療機関による医療機能の選択においては、医療関係団体等と連携して、静岡方式の自主的な活用を促進していきます。
- また、地域医療構想調整会議等の場を通じて分析結果等を情報提供することにより、地域医療構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取組や相互の協議が進むように促していきます。

※白紙

## 第8節 医療DX

### 【対策のポイント】

- 国の「医療DXの推進に関する工程表」を踏まえた医療DXの推進
- 医療DXの推進に当たってのサイバーセキュリティ対策の強化

### （１）現状・課題

- 少子高齢化、人口減少の進行に伴い、高齢者~~の~~増加により医療需要が増加・変化するとともに、生産年齢人口~~の~~減少により医療従事者の確保が困難となることが見込まれ、医療現場における効率化が求められ~~て~~います。
- さらに、医療資源の偏在が進むことにより、提供される医療サービスの地域格差が拡大することも懸念され、特に、へき地等における医療の確保は大きな課題です。
- 新型コロナウイルス感染症の流行は、医療提供体制に大きな影響を与え、危機管理の観点から、感染状況や対応医療機関等の情報管理が必要で~~あることがわかりました~~。また、収集した情報を活用し、施策に反映させることが重要です。
- こうした課題に対応するためには、医療現場におけるICT技術の導入及び情報連携等の医療DXが急務です。国では、「医療DX推進本部」が設置され、2023年6月に「医療DXの推進に関する工程表」が示されたことから、県においても同工程表を踏まえた対応が必要です。
- 医療DXの推進においては、個人情報管理等~~の~~セキュリティ対策に加え、情報弱者への対策が重要です。

### （２）対策

#### ア 情報基盤の整備

- マイナンバー制度の活用は、医療機関での業務効率化につながるだけでなく、県民にとって適切で迅速な診断や治療につながるとともに、自らの健康管理にも役立つことから、県民や医療機関等にメリットを説明し、制度周知を図ります。
- 医療機関間で患者・診療情報を共有するネットワークシステム（ふじのくにねっと）について、引き続き導入を支援します。
- 国の「全国医療情報プラットフォーム」の整備を踏まえ、早急な整備を国に対し働き掛けるとともに、医療機関の連携が図られるよう努めます。また、医療機関への電子カルテの導入を働きかけます。

#### イ 医療提供体制の補完

- 各種疾病・事業の対策において、ICT技術を活用し、県民がどこでも質の高い医療を受けられる環境の整備に努めます。
- 脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患においては、救急医療体制の整備のために、ICTを活用して円滑に画像情報等を共有する仕組みを検討します。
- 周産期・小児医療においては、県立こども病院を中心に実施している小児救急リモート指導医相談支援事業などにより、地域の医師の負担軽減を図り、新生児や小児に対する医療体制を確保します。



- へき地医療においては、遠隔医療を実施している医療機関の現状や市町の介入状況を市町等に共有するとともに、オンライン診療を行う医療機関の情報通信機器の整備を支援します。
- 在宅医療においては、静岡県医師会が運用する「シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）」を活用し、在宅患者に関わる多職種が患者の医療情報や介護サービス情報等を共有し、入退院調整の円滑化を図ります。
- 災害医療においては、防災情報システムを活用し、医療救護施設と行政間の迅速な情報伝達や情報共有、医療救護に係る支援要請等に対する連絡・処理体制の充実を図ります。

#### ウ 情報収集と施策への反映

- 「ふじのくに感染症管理センター」において、情報プラットフォームを構築し、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、業務のデジタル化とデータ管理を一元化します。また、必要な時に、必要な情報を得ることができるよう環境を整備します。
- 難病対策においては、国の指定難病・小児慢性データベースへの県内指定医の登録を促進し、国の難病対策に関する調査及び研究に役立てます。

#### エ 医療DX推進に当たって必要な対策

- サイバーセキュリティ対策に関して、医療機関等への注意喚起や研修の実施等による人材育成を支援します。
- 2024年度から全国統一のシステムが導入される医療機能情報提供制度等により、県民に対して各医療機関の医療機能等に関する情報を適切に提供します。
- 新型コロナウイルスの感染拡大以降、高齢者にもオンラインの活用が広がったことから、引き続き市町や関係団体とともに、高齢者をはじめとした情報弱者への理解を深めながら、医療DXの推進に取り組みます。

(参考 1) D X (Digital Transformation (デジタルトランスフォーメーション))

＜基本的な考え方＞

デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変えること。

これを踏まえ、医療 D X とは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、申請手続き、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報に関し、その全体が最適化された基盤を構築し、活用することを通じて、保健・医療・介護の関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えていくことと定義する。

＜実施主体＞

オンライン資格確認等システムを拡充して行う全国医療情報プラットフォームの構築、及び診療報酬改定 D X 等本工程表に記載された施策に係る業務を担う主体を定める。具体的には、社会保険診療報酬支払基金が行っているレセプトの収集・分析や、オンライン資格確認等システムの基盤の開発等の経験やノウハウを生かす観点から、同基金を、審査支払機能に加え、医療 D X に関するシステムの開発・運用主体の母体とし、抜本的に改組する。

【医療 D X の推進に関する工程表（2023. 6. 2 国 医療 D X 推進本部）より】

(参考 2) 医療 D X の取組例

【国による取組】（医療 D X の推進に関する工程表より）

○マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速

○全国医療情報プラットフォームの構築

- ・オンライン資格確認等システムを拡充し、保健・医療・介護の情報を共有可能な「全国医療情報プラットフォーム」を構築
- ・具体的には、ネットワークに接続する、電子カルテ情報の標準化・システム開発・標準規格に対応した電子カルテへの改修や更新の推進や、電子処方箋の全国的な普及・拡大、自治体や介護事業所等とも必要な情報を安全に共有できる仕組みの構築
- ・全国医療情報プラットフォームにおいて共有される医療情報の 2 次利用について、その方針の検討

○診療報酬 D X

- ・診療報酬改定時に医療機関等やベンダーが短期間で集中して個別にシステム改修やメンテナンス等の作業に対応することで人的、金銭的に非常に大きなコストが発生しているため、全国統一の共通的なモジュール開発や、標準様式を実装した標準型レセプトコンピュータの提供など

【その他の取組例】

- 遠隔医療（オンライン診療、オンライン服薬指導など）の適切な普及による医療アクセスの確保
- 健康づくり・行動変容、疾病管理に向けた自己管理
- データを作成・収集・集約・分析するためのインフラづくり
- 関連分野におけるマネジメントコストの効率化
- A I 等を活用したデジタル病理診断支援による、精度向上、集約化・効率化の実現

※白紙

## 第6章 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築

### 第1節 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制

- 医療は、出生から死亡まで、人生の全ての過程に関わるものであり、傷病の治療だけではなく、健康づくり等を通じた予防や介護サービスの利用等、様々な領域と関わるものです。
- 医療提供者は、患者本位の医療という理念を踏まえつつ、例えば入院した患者の場合、治療後はできるだけ早期に日常生活に復帰し、退院後においても継続的に適切な医療が受けられるようにするため、互いに役割を分担し、それぞれの専門性を発揮しながらも、連携して医療を提供することが必要です。
- 少子高齢化が急速に進み、疾病構造が変化し、生活習慣病が増加している中、生活の質の向上を実現するため、「がん」、「脳卒中」、「急性心筋梗塞」及び「糖尿病」の「4疾病」、並びに地域における医療提供体制の確保において重要な課題となる「救急医療」、「災害時における医療」、「へき地の医療」、「周産期医療」及び「小児医療（小児救急医療を含む。）」の「5事業」に対応した医療連携体制の構築を従来から、進めています。
- 2012年3月に、医療法第30条の3第1項の規定に基づいた医療提供体制の確保に関する基本方針が改正され、新たに「精神疾患」が追加され「5疾病」になり、また「在宅医療」についても疾病・事業と同様に、医療連携体制の構築が求められました。さらに、2023年3月の改正により、新たに「新興感染症発生・まん延時の医療」が追加され、「6事業」になりました。
- 本県では、従前より、上記「5疾病」に、「肝炎」を加えて取組を進めてきましたが、第9次計画より、「肝炎」を「肝疾患」に名称変更しました。
- 今後も、5疾病6事業及び在宅医療に、「肝疾患」を加え、6疾病6事業及び在宅医療として医療連携体制の構築の取組を進めます。

#### 1 記載項目

##### （1）現状、課題、対策及び医療連携体制

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

##### （2）医療体制図

- 2次保健医療圏等地域の医療機関がどのような役割を担うのかを医療体制図として記載しています。
- なお、疾病又は事業ごとの医療連携体制を担う医療機関の名称は、ホームページにて公表しています。

## 2 2次保健医療圏等構成市町

- 2次保健医療圏以外に、疾病・事業の特性に応じ、必要な医療を提供する区域を設定しています。

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

<参考：2次保健医療圏等の内訳>

区 分	内 容
2次保健医療圏	特殊な医療を除く入院医療に対応し、医療機関の機能連携に基づく医療サービスと広域的、専門的な保健サービスとの連携等により、県民に包括的な保健医療サービスを提供する圏域
2次救急医療圏	入院治療を必要とする重症救急患者に対応し、市町が主体的に整備する病院群輪番制病院により、救急医療を提供する圏域
周産期医療地域	安全・安心な妊娠・出産を確保するため、正常分娩からハイリスク分娩まで、母体・胎児及び新生児の一貫した治療管理を体系的に提供する地域
精神科救急医療圏	緊急な医療を必要とする精神障害のある人が、24時間365日、迅速かつ適切な医療を受けられるように、精神科救急医療を提供する圏域
在宅医療圏	円滑な在宅療養移行に向けての退院支援、日常の療養支援、急変時の対応及び患者が望む場所での看取りが可能となる在宅医療を提供する圏域

※白紙



## 第2節 疾病

### 1 がん

#### 【対策のポイント】

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

#### (1) 現状と課題

##### ア がんの現状

- がんは、ゲノム<sup>1</sup>に傷が付くことにより発生した異常な細胞が増殖し（がん化）、血管などに入り込んで体内に広がり（転移）、周囲の正常な細胞を破壊していくことにより、体を衰弱させる疾患です。
- がんは、基本的に全ての臓器、組織で発生しますが、代表的なものとして、胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がん等の上皮細胞（組織の表面で上皮を形成する細胞）でできるものや、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫等の造血器（血球を作る機能を持つ器官）でできるもの及び全身の骨や軟部組織（脂肪、筋肉、神経など）から発生する肉腫などがあります。
- がんは、県民の疾病による死亡の最大原因となっていることから、全ての県民が、がん対策に参加することにより、生涯にわたって健やかに安心して暮らせる「ふじのくに」づくりを目指して、2014年12月に静岡県がん対策推進条例を制定し、2022年に改正しました。
- 本条例と2024年3月に策定した静岡県がん対策推進計画（第4次）に基づき、総合的ながん対策を推進します。

##### イ 本県の状況

###### （がんによる死亡の状況）

- 1982年以降、がんが死亡原因の第1位となっており、年間1万人以上の県民が、がんで亡くなっています。2022年の死亡率（人口10万対）は316.7、死亡数全体に占める割合は23.3%と、約4人に1人が、がんで命を落としていることになります。
- 全国と比較したがん全体の標準化死亡比（2017-2021）は95.1であり、有意に全国を下回っています。保健医療圏別では、静岡保健医療圏以西では全ての保健医療圏で全国を下回っており、西に行くほど低くなっています。しかし、富士保健医療圏以東では、全ての保健医療圏で全国を上回っています。

###### （たばこ対策）

- 20歳以上の者の喫煙率は、2019年に18.6%で、2022年に16.4%と、減少傾向にあります。

###### （ワクチン接種の推進）

○子宮頸がんの発生原因の多くはHPV（ヒトパピローマウイルス）であるため、HPVワクチンの接種により子宮頸がんの発症を予防できる可能性が高く、国は、予防接種法（1948年法律第68号）に基づく個別の接種勧奨を2022年4月から再開しており、2022年度のHPVワクチン定期接種の接種率は36.3%（全国30.2%）となっています。

<sup>1</sup> ゲノム：遺伝子をはじめとした遺伝情報の全体を意味する。

## (がん検診受診率等)

- がん検診の受診率は、2022 年で胃がん 43.2%、肺がん 54.4%、大腸がん 48.3%、乳がん 45.9%、子宮頸がん 44.0%となっています。
- 2019 年度の市町が行ったがん検診で要精密検査となった者のうち、精密検査を受けた者の割合は、胃がん検診 71.0%、肺がん検診 82.1%、大腸がん検診 66.6%、乳がん検診 84.5%、子宮頸がん検診 64.4%でした。
- 2022 年度の市町がん検診受診者数は延べ 981,480 人であり、新型コロナウイルス感染症流行前の 2019 年度と比較すると 96.8%と、おおむねコロナ禍前の受診者数に回復しつつありますが、いまだ、完全回復に至っていません。

## (がん医療提供体制)

- 県民がどこに住んでいても質の高いがん医療が受けられる体制の整備を進めており、2023 年 4 月 1 日現在、国指定病院として「都道府県がん診療連携拠点病院」が 1 施設、「地域がん診療連携拠点病院」が 11 施設、「地域がん診療病院」が 1 施設指定され（以下、これら国指定病院を合わせて「拠点病院等」という。）、県指定病院として、「静岡県地域がん診療連携推進病院」（以下「県推進病院」という。）を 7 施設、「がん相談支援センター設置病院」を 2 施設指定しています。上記以外に、国指定病院としてそれぞれ 1 施設が「がんゲノム医療中核拠点病院」及び「小児がん拠点病院」に指定されています。さらに、「がんゲノム医療連携病院」として 8 施設、「小児がん連携病院」として 3 施設が指定されています。

種 別	役 割
都道府県がん診療連携拠点病院	都道府県内においてがん医療の中心的役割を果たすよう厚生労働大臣が指定する病院で、原則として各都道府県に 1 施設指定されている。専門的ながん医療を提供するとともに、都道府県内のがん診療の連携協力体制の整備やがんに関する相談支援を担う。
地域がん診療連携拠点病院	保健医療圏内ではがん医療の中心的役割を果たすよう厚生労働大臣が指定する病院で、専門的ながん医療を提供する。
地域がん診療病院	がん診療連携拠点病院がない保健医療圏に厚生労働大臣が指定する病院である。隣接する保健医療圏のがん診療連携拠点病院と連携して専門的ながん医療を提供する。
静岡県地域がん診療連携推進病院	拠点病院等とその同一保健医療圏で連携してがん診療に携わり、地域がん診療病院に準ずるがん診療機能を有する病院として、静岡県知事が指定する病院である。
がん相談支援センター設置病院	賀茂及び熱海伊東保健医療圏のうち、がんの相談支援を行う機能を有する部門を設置する病院として、静岡県知事が指定する病院である。
がんゲノム医療中核拠点病院	全国のがんゲノム医療の中核となる施設として厚生労働大臣が指定する病院である。2023 年 10 月 1 日現在、全国に 13 施設指定されている。
小児がん拠点病院	地域において小児がん医療及び支援を提供する中心施設として厚生労働大臣が指定する病院である。地域ブロック単位（静岡県：東海北陸ブロック）で、2023 年 4 月 1 日現在、全国に 15 施設指定されている。
がんゲノム医療連携病院	がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療拠点病院と連携してがんゲノム医療を行う病院である。
小児がん連携病院	各地域ブロック内の小児がん医療において、質の高い医療及び患者支援をより多くの患者に提供できるよう、医師をはじめとする一定水準以上の専門の医療スタッフ、一定の医療設備を設けている医療機関に対して、当該地方ブロックの小児がん拠点病院が指定した病院である。

- 県内の 2 次保健医療圏のうち、賀茂保健医療圏を除く 7 保健医療圏においては、拠点病院等が整備されています。
- 2022 年現在、県内のがん治療認定医の数は 459 人、人口 10 万 対 12.6 人で、全国平均の 14.4 人より少なく、がん専門看護師数は 28 人、人口 10 万 対 0.8 人で、全国平均の 0.8 人と同程度

で、がん専門薬剤師数も 20 人、人口 10 万 対 0.6 人で、全国平均の 0.6 人と同程度となっています。

○2023 年 4 月に施行された国のがん対策推進基本計画では、がん検診受診率の目標値が 50% から 60%に変更されたほか、患者・市民参画の推進、デジタル化の推進、緩和ケアの更なる推進などの項目が、新たに追加されています。

#### (がんゲノム医療)

○県立静岡がんセンターにおいて、手術で取り出したがん組織や血液中の細胞から遺伝子変異及びタンパク質や代謝産物の変化等の解析を行い、新しいがん診断・治療開発につなげるプロジェクト H O P E (High-tech Omics-based Patient Evaluation) が 2014 年から開始され、2023 年 8 月末までに 11,328 症例の解析を行っています。また、2022 年度には A M E D (日本医療研究開発機構) の「全ゲノム解析による患者還元体制構築研究」に、「10,000 症例マルチオミクス解析の経験に基づく、全ゲノム解析の患者還元に関する研究」が採択され、5 年間の研究を行っています。

#### (がんのリハビリテーション)

○がん患者の早期社会復帰や療養生活の質の向上を図るため、リハビリテーションの提供体制の整備を進めており、診療報酬に係るがん患者リハビリテーション料の施設基準の届出を行っている病院は、2023 年 12 月 1 日現在で 45 施設となっており、全保健医療圏にあります。

#### (支持療法)

○がんそのものや、手術、放射線治療、薬物療法等のがんの治療に伴って生じる副作用、合併症、後遺症等を予防、軽減するための治療のことを支持療法と言い、抗菌薬や制吐剤の投与、輸血等があります。

○手術、放射線治療、薬物療法に伴う口内炎等の予防及びその症状緩和を行うがん患者の口腔ケアについては、県立静岡がんセンターや県歯科医師会と連携し、県内全ての拠点病院等及び県推進病院において医科歯科連携の体制が構築されています。

○脱毛、皮膚や爪の障害など、がん治療に伴う外見の変化に対するケア（アピアランスケア）は、近年その重要性が認識されています。県は、2019 年 4 月 に、アピアランスケアに係る費用への助成制度を 創設しました。

#### (希少がん、難治性がん)

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

○県民が希少がんへの対応可能情報を確認できるように、静岡県がん診療連携協議会ホームページで拠点病院等のがんの診療状況を公開しています。

#### (小児がん、A Y A世代<sup>2</sup>のがん、高齢者のがん)

○2019 年 4 月 1 日、県立こども病院が国から「小児がん拠点病院」として指定され、引き続き、2023 年 4 月 1 日から 4 年間の指定を受けています。

○A Y A 世代（思春期・若年成人世代）のがんは、小児と成人領域の中間で、患者が少なく、がんの種類も多様であることから、最適で効果の高い治療を受けるための診療体制が必要とされ

<sup>2</sup> A Y A 世代：おおよそ 15 歳から 40 歳の思春期・若年成人の世代を指す。A Y A は Adolescent and Young Adult の略である。

ています。県立静岡がんセンターは、2015 年から全国に先駆けて、「AYA世代」病棟を整備し、各診療科の連携治療や支持療法などを行っています。

○県は、2019 年度に、AYA世代のがん患者を対象とした、妊よう性温存療法<sup>3</sup>に係る費用への助成制度を創設しました。

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

#### (緩和ケア)

○がんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する専門的な緩和ケアを提供できるよう、拠点病院等及び県推進病院において、がん診療に携わる医師等を対象に研修を行い、2022 年度までの医師の修了者数は累計 4,036 人となっています。

○緩和ケアについては、終末期のケアであるという誤解や医療用麻薬についての依存性に関する偏見があります。

#### (在宅医療の充実)

○がん患者のうち、在宅で亡くなっている人の割合は、2021 年に 29.8%で、2015 年から約 15.2 ポイント上昇しました。

#### (就労支援)

○がん患者の就労継続や再就労を支援するため、ハローワーク等関係機関と連携した就労支援が実施できる拠点病院等及び県推進病院は、2023 年度で 17 施設となっています。

## ウ 医療提供体制等の課題

### (ア) がんの予防・がんの早期発見

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

○がん検診は、市町や健康保険組合等で行われており、県民は、がんの早期発見、早期治療につながる重要な検査と認識が深まったものの、第3次静岡県がん対策推進計画の目標である肺がん検診 60%以上、それ以外のがん検診で 50%以上は達成できませんでした。

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

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

○HPVワクチン定期接種の更なる接種率の向上に取り組む必要があります。

### (イ) がん患者一人ひとりに応じた治療と支援の推進

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

○賀茂保健医療圏は、拠点病院等及び県推進病院がない空白の保健医療圏となっています。

○個々のがん患者に、最適なゲノム医療を提供する体制を構築する必要があります。

---

<sup>3</sup> 妊よう性温存療法：将来自分の子どもを授かる可能性を残すために、がん治療の前に、卵子や精子、受精卵、卵巣組織の凍結保存を行う治療のことを指す。



- 希少がん・難治性がんについては、正確な診断とエビデンスに基づいた標準的な治療ができる診療提供体制の整備が必要です。
- がん患者の早期社会復帰等を推進するため、がん患者に適切なりハビリテーションを提供できる病院を増やしていく必要があります。
- がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を予防、軽減する支持療法を提供することで、がん患者のQOLを高め、社会復帰を早める必要があります。
- 成長期にある小児の特性に十分配慮した、教育環境を含む小児がん患者の療養環境の確保、治療終了後の晩期合併症への対応も含めた長期フォローアップの継続と成人診療科への円滑な移行、さらには、小児がん患者に対する緩和医療提供体制が必要です。
- AYA世代のがん患者について、その診療体制の整備と相談、就学・就労、生殖機能温存等に関する支援体制の充実を図っていく必要があります。
- 高齢者のがんについては、全身の状態が不良であることや併存疾患があること等により、提供すべきがん治療の標準化が困難です。
- 認知症等を合併したがん患者や終末期に達した高齢がん患者とその家族のがん治療に関する意思決定支援について、一定の基準や普及啓発が必要です。

#### **(ウ) がん患者療養支援機能の充実**

- 県内のがん治療を行う全ての医療機関において、がんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する緩和ケアを、がん治療と並行して実施する必要があります。
- 在宅緩和ケアを推進するためには、病院と診療所、訪問看護ステーション、薬局等との連携を進めるほか、かかりつけ医、看護師、かかりつけ薬剤師等が、在宅緩和ケアのスキルを高めていく必要があります。
- 在宅療養のニーズに応えられるように、がん患者が安心して在宅療養できる地域での体制整備を、更に進めていく必要があります。
- がんに関する情報の中で、科学的根拠に基づいていない情報が含まれていることから、確実に必要な情報及び正しい情報にアクセスできる環境整備が重要です。
- がん患者を取り巻く就労環境は厳しく、治療と仕事の両立支援が社会全体で進んでいないため、がんと診断されると仕事を辞めてしまう人が多く、就労の継続及び再就労が困難な状況にあることから、就労支援の充実強化を図っていく必要があります。

## (2) 対策

### ア 数値目標

項目		現状値	目標値	目標値の考え方	出典
対県標準化死亡比 最大の地域と最小の地域の 比較倍率		1.28 倍 (2017～21 年)	1.20 倍 (2025～29 年)	過去5年での縮小値 (0.012/年)を維持	県健康政策課 調査
現在自分らしい日常生活を 送れていると感じるがん患者 の割合		70.5% (2018 年度)	改善 <u>(2029 年度)</u>	現状値からの増加	厚生労働省 「患者体験調査」
がん検診 受診率	胃がん	43.2% (2022 年)	60%以上 (2029 年)	国の「第4期がん対策推進基本計画」の 目標値と同じ値を設定	厚生労働省 「国民生活基礎調査」
	肺がん	54.4% (2022 年)			
	大腸がん	48.3% (2022 年)			
	乳がん	45.9% (2022 年)			
	子宮頸がん	44.0% (2022 年)			
がん患者の就労支援に関する 研修受講者数		40 人 (2022 年度)	年 40 人 (毎年度)	現状値と同じ人数の 研修受講者数を設定	県疾病対策課 調査

### イ 施策の方向性

#### (ア) がんの予防・がんの早期発見

- 青少年を対象とした喫煙防止教育や妊婦及び乳幼児の保護者向けリーフレットの活用等を通じて、県民に対し、喫煙が及ぼす健康への影響などに関する正しい知識の一層の啓発を図ります。
- 改正健康増進法及び静岡県受動喫煙防止条例に基づき、多くの人が集まる公共的な施設、飲食店や職場等の受動喫煙防止対策が図られるよう関係機関に働きかけます。
- がん検診のメリットに関する知識の周知や、市町が対象者個別に行う受診勧奨・再勧奨、企業と連携した啓発等を推進します。
- がん検診と特定健診の同時実施や休日検診の実施、託児環境を備えるなど子育て世代が受診しやすい環境整備等、受診者の利便性向上の取組を促進します。
- がん検診の受診率向上に向け、静岡県対がん協会等の関係団体との連携によって、引き続き、対象者などを意識した適切な啓発活動を行います。
- 静岡県がん検診精度管理委員会での協議結果を踏まえたがん検診従事者を対象とした各種講習会や研修会を開催することにより、検診従事者の資質向上を図るなど、がん検診の精度の向上を進めます。
- 新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症発生・まん延時等にごがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討します。

○HPV 9 価ワクチンの定期予防接種化を含むワクチンに対する正しい情報の提供のほか、キャ

ッチアップ接種の対象者に対する制度の周知等、適切な情報に基づく正しい理解の促進に取り組めます。

#### (イ) がん患者一人ひとりに応じた治療と支援の推進

- 県内のどこでも適切ながん医療を受けられるように、拠点病院等における医療の質の向上と均てん化及び医療機関間の連携強化を図ります。
- 拠点病院等がない賀茂保健医療圏の機能強化のため、隣接する保健医療圏にある拠点病院等に対し、施設や設備の整備を支援するとともに、拠点病院等からの積極的な関与や連携を強化し、がん医療の均てん化に取り組めます。
- 国及び県指定病院のいずれにおいても、継続して指定要件を充足できるよう支援を行うとともに、更なる機能強化が図られるよう、施設・設備整備への助成や人材の養成などを進めます。
- がんゲノム医療中核拠点病院に指定されている県立静岡がんセンターを中心として、県内のがんゲノム医療体制の構築を進めます。
- 県立静岡がんセンター及び県歯科医師会等との連携を深め、引き続き、がん患者の口腔ケアに対応できる歯科医師の養成を推進するとともに、拠点病院等やがん治療を行う医療機関と院内外の歯科医師との連携による口腔ケアの実施体制の充実を図ります。また、口腔がんについても、医療機関間の連携体制の整備を進めます。
- 県内の拠点病院等及び県推進病院における希少がん、難治性がんの治療状況を調査し、がん種ごとの治療の集約化等、県内外の医療機関の連携体制の整備を進めます。
- 拠点病院等及び県推進病院において、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を予防、軽減する支持療法の提供体制の充実を推進します。
- 拠点病院等のアピアランスケアの実状を把握し、アピアランスケアの普及及び県内の連携体制の構築を進めます。
- 県立静岡がんセンターや県リハビリテーション専門職団体協議会等と連携したがん患者のリハビリテーションの研修会の開催、拠点病院等及び県推進病院における常勤・専任のリハビリテーション医師の配置促進など、引き続き、がん患者のリハビリテーション提供体制の整備を進めます。
- 小児がん拠点病院に指定されている県立こども病院を中心として、学校との連携による小児がん患者の学習支援や臨床心理士等による心理的な支援を行うとともに、成人診療科への移行を含めた患者の長期フォローアップや在宅も加えた緩和ケアについて、地域の医療機関等との連携の下で整備を進めます。
- 県内の拠点病院等及び県推進病院の中で、AYA世代のニーズに対応した治療やケア、相談、就学・就労、生殖機能温存等に関する支援を実施できる施設の調査及び県内の連携体制の整備を進めます。
- 高齢のがん患者一人ひとりの状況に応じた適切ながん診療を提供できるよう治療のあり方について、静岡県がん診療連携協議会に設置された支持療法部会、緩和ケア部会等で検討し、県内の医療機関に対する働き掛けを行います。
- 高齢者であっても比較的安全に手術が受けられる低侵襲医療を推進するため、県内の都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院における低侵襲医療体制の整備を支援します。

○人生の最終段階において、患者本人の意思を尊重した医療・ケアの提供ができるよう、在宅医療を支える医療・介護関係者の相談対応力の向上を図るとともに、県民に対し、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）<sup>4</sup>の重要性を説明し、リビングウィル（意思表示書）<sup>5</sup>の作成を促します。

○全国がん登録のデータを、がん対策の施策立案と評価に活用します。

#### **（ウ）がん患者療養支援機能の充実**

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

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

○拠点病院等の病棟や外来における緩和ケア及び地域の在宅緩和ケアの実施状況を把握し、緩和ケアの地域連携クリティカルパス等を検討します。

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

○引き続き、緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発を推進します。

○適切に治療や生活等に関する選択ができるよう、科学的根拠に基づく情報を迅速に提供するほか、地域の医療資源や医療制度・福祉制度等の情報を提供します。

○がん患者やその家族の高齢化に伴い、地域の公民館や図書館等の身近な施設で、がん診療体制や医学的に正しいがん治療法等の情報を容易に得られる仕組みづくりを進めます。

○「静岡県がん患者就労支援協議会」での専門家の意見を踏まえ、地域の関係者による就労支援体制の構築、拠点病院等及び県推進病院で静岡労働局等と連携した就労相談体制の整備などを通じて、がん患者の治療と職業生活の両立支援を進めていきます。

○治療と就労の両立支援について、医療者、雇用主等の事業者、両立支援コーディネーター<sup>6</sup>の3者による支援（トライアングル型サポート体制）の円滑な実施を図ります。

---

<sup>4</sup> ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスである。厚生労働省が公募し、この取組の愛称を「人生会議」と決定した。

<sup>5</sup> リビングウィル（意思表示書）：重病になり自分自身では判断できなくなる場合に、治療に関して自分の希望を述べておく書類である。

<sup>6</sup> 両立支援コーディネーター：医療機関、企業、公的相談機関等に所属し、医療や心理学、労働関係法令や労働管理等、治療と仕事の両立支援に関する基礎的な知識や考え方等に関する一定の研修を受講した者である。



## 〇がんのロジックモデル

### 〈個別施策〉

<b>1:がんの予防・がんの早期発見</b>	
現状データ	普及啓発キャンペーンの実施状況
現状データ	指針を遵守したがん検診の実施市町数

<b>2:がん患者一人ひとりに応じた治療と支援の推進</b>	
現状データ	拠点病院等及び県推進病院の数
現状データ	専門医療機関連携薬局(傷病の区分:がん)の認定数
現状データ	意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院等及び県推進病院の割合

<b>3:がん患者療養支援機能の充実</b>	
数値目標	がん患者の就労支援に関する研修受講者数
現状データ	拠点病院等及び県推進病院等に勤務する医師のうち緩和ケア研修会を修了した者の割合
現状データ	拠点病院等及び県推進病院で実施した、地域を対象とした、がんに関するセミナー等の開催回

### 〈中間アウトカム〉

<b>1:精度管理されたがん検診の実施と受診促進</b>	
数値目標	検診5がん検診受診率
現状データ	検診5がん精密検査受診率
現状データ	検診5がん早期がん割合
現状データ	検診5がん進行がん罹患率

<b>2:がん患者一人ひとりに応じた治療と支援の推進</b>	
現状データ	悪性腫瘍の手術件数
現状データ	放射線治療延べ患者数
現状データ	がんに係る薬物療法延べ患者数

<b>3:住み慣れた地域でのがん患者療養支援機能の充実</b>	
現状データ	拠点病院等及び県推進病院の緩和ケアチームの新規介入患者数
現状データ	緩和ケア外来の新規診療患者数
現状データ	長期療養者就職支援事業におけるがん患者失職率

### 〈分野アウトカム〉

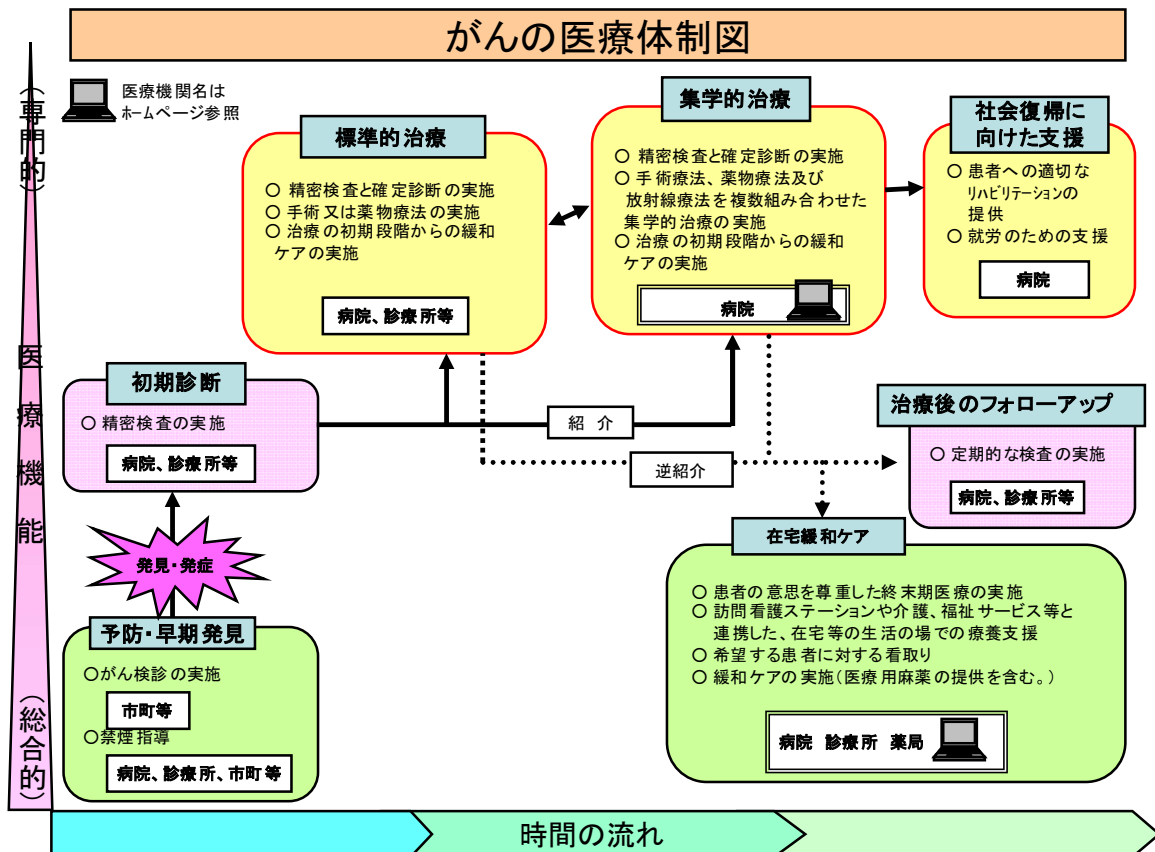
<b>1:がん生存率の向上</b>	
数値目標	対県標準化死亡比 最大の地域と最小の地域の比較倍率
現状データ	がん種別5年生存率
現状データ	がんの年齢調整罹患率
現状データ	県内の年間がん死亡者数

<b>2:全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上</b>	
数値目標	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合

### (3)「がん」の医療体制に求められる医療機能

	予防・早期発見	がん診療機能	在宅療養支援機能
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>○喫煙対策やがんに関連するウイルスの感染予防などによるがんリスクの低減</li> <li>○科学的根拠に基づくがん検診の実施やがん検診の精度管理・事業評価の実施による、がん検診受診率の向上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○精密検査や確定診断の実施</li> <li>○患者の状態やがんの病態に応じて、診療ガイドラインに準拠した手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療を実施</li> <li>○がんと診断された時からの緩和ケアの実施</li> <li>○がん治療の合併症の予防や軽減</li> <li>○治療後のフォローアップ</li> <li>○多職種でのチーム医療の実施</li> <li>○周術期や薬物療法、放射線治療における口腔管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○がん患者やその家族の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにする</li> <li>○在宅緩和ケアの実施（医療用麻薬の提供を含む）</li> </ul>
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院、診療所、市町等による禁煙指導、禁煙治療や喫煙対策</li> <li>・全国がん登録等の情報の利用によるがんの現状把握</li> <li>・市町による科学的根拠に基づくがん検診の実施と受診勧奨</li> <li>・要精検者が確実に医療機関を受診するように連携体制を構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・血液検査、画像検査（エックス線検査、CT、MRI、核医学検査、超音波検査、内視鏡）及び病理検査等実施</li> <li>・病理診断や画像診断等の実施</li> <li>・患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法、薬物療法等を複数組み合わせる集学的治療の実施</li> <li>・がんと診断時から患者とその家族等に対する全人的緩和ケアの実施（以下は、がん拠点病院の対応）</li> <li>・がん診療機能の設置、月1回以上の開催</li> <li>・がんゲノム医療等の高度かつ専門的な医療等については、地域における役割分担等を踏まえつつ、必要に応じて他の医療機関と連携し実施すること</li> <li>・患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師の意見を求めることができるセカンドオピニオンの実施</li> <li>・相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施（小児・AYA世代のがん、希少がん、難治性がん等に関する情報を含む）。</li> <li>・仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験者の就労継続支援取組をがん患者に提供できるよう周知</li> <li>・がんと診断された時から患者とその家族等に対して全人的緩和ケアを実施するために必要な緩和ケアチームや外来での緩和ケア提供体制等を整備</li> <li>・がん治療の合併症予防や軽減を図るため、周術期の口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関と連携</li> <li>・地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援、地域連携クリティカルパス等の活用や、急変時の対応も含めて、他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関等との連携</li> <li>・院内がん登録の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間対応が可能な在宅医療の提供</li> <li>・がん疼痛等に対する緩和ケアの実施</li> <li>・看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを24時間体制で提供</li> <li>・がん診療機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携（地域連携クリティカルパスを含む）</li> <li>・医療用麻薬の提供</li> </ul>

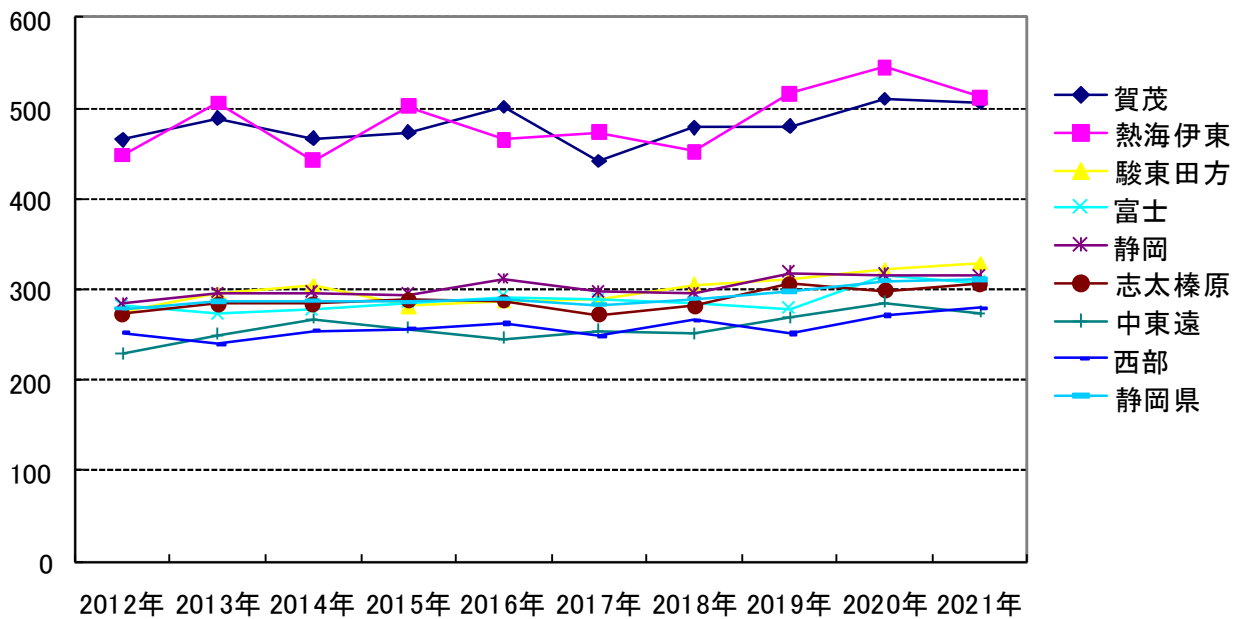
### (4)「がん」の医療体制図



## (5) 関連図表

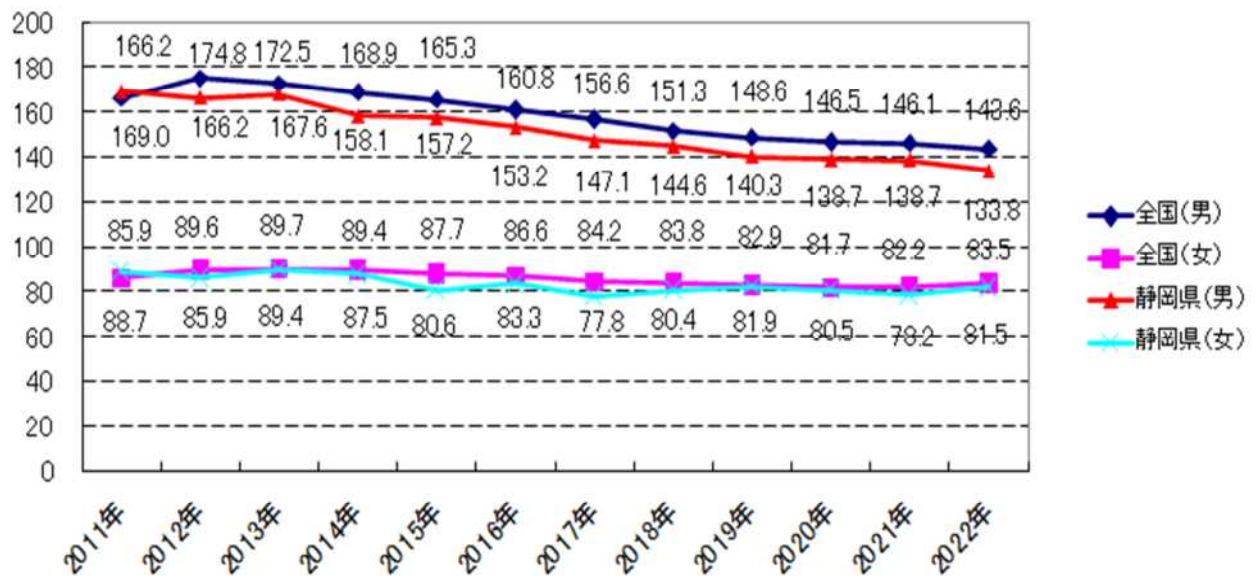
## ○がんによる死亡率(人口 10 万対)の推移

医療圏	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
賀茂	464.8	488.3	466.6	473.1	501.0	441.5	478.4	479.5	510.3	505.9
熱海伊東	448.2	505.8	442.3	501.6	465.0	473.2	452.1	516.0	544.9	511.3
駿東田方	275.5	295.7	304.3	281.9	286.9	289.9	305.1	311.4	321.9	328.7
富士	282.3	272.5	277.2	284.3	292.1	289.2	284.4	278.5	315.9	307.3
静岡	284.1	295.2	296.3	294.3	310.6	297.0	295.8	318.7	316.0	314.4
志太榛原	273.4	284.6	284.1	288.1	286.5	272.2	281.9	305.7	298.5	306.8
中東遠	228.6	249.8	266.8	256.5	245.3	254.0	250.4	268.3	285.5	274.1
西部	252.4	239.3	254.2	256.5	262.1	248.3	265.8	251.0	271.5	279.6
静岡県	278.8	286.6	287.2	286.1	289.8	282.8	289.5	297.8	309.5	310.7



(出典：静岡県人口動態統計から算出)

## ○がんによる年齢調整死亡率(人口 10 万対)の推移



(出典：厚生労働省「人口動態統計」から算出(1985年モデル人口を使用))

## ○がんに関する各医療機能を担う医療機関数(2023 年 10 月 16 月現在)

医療圏	集学的治療	ターミナルケア		
		病院(緩和ケア 病棟を有する)	診療所	薬局
賀茂	0	0	5	19
熱海伊東	0	0	9	38
駿東田方	4	2	30	137
富士	2	1	11	86
静岡	7	1	48	163
志太榛原	5	0	21	73
中東遠	2	0	26	82
西部	8	1	46	91
静岡県	28	5	196	689

(出典：県医療政策課調査)

## ○悪性腫瘍手術、放射線治療、外来化学療法の実施件数(2020 年9月実績)

指標名	静岡県	二次保健医療圏							
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
病院における悪性腫瘍手術の実施件数	1,469	4	28	354	71	332	129	106	445
一般診療所における悪性腫瘍手術の実施件数	15	-	-	4	-	-	8	-	3
放射線治療（体外照射）の実施件数	10,642	-	17	4,430	197	1,849	1,076	563	2,510
放射線治療（組織内照射）の実施件数	47	-	-	19	-	21	-	4	3
病院における外来化学療法の実施件数	10,978	15	147	3,293	376	2,125	903	898	3,221
一般診療所における外来化学療法の実施件数	99	1	-	5	-	14	1	53	25

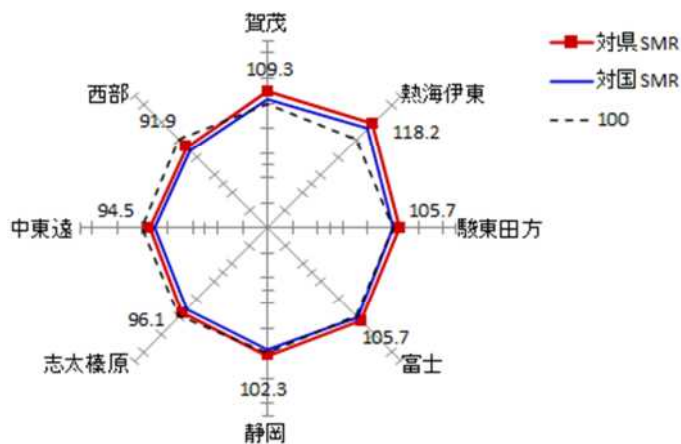
(出典：厚生労働省「医療施設調査」)

○標準化死亡比（SMR）：がん総数、胃、結腸、直腸・S字結腸

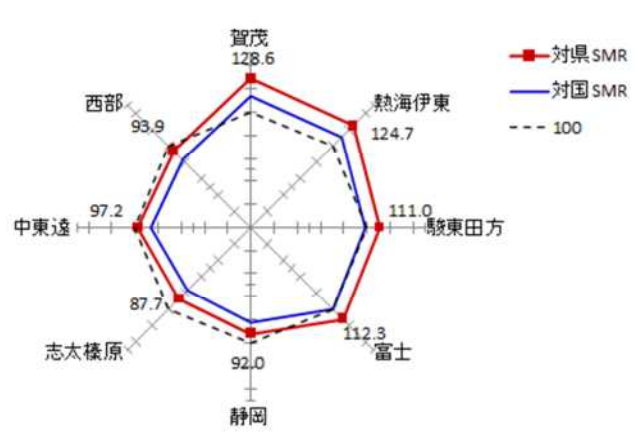
2017年-2021年	悪性新生物							
	総数		胃		結腸		直腸S状結腸移行部及び直腸	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	109.3	103.7	128.6	114.2	117.1	111.2	107.0	105.4
熱海伊東	118.2	112.5	124.7	111.1	147.3	140.0	123.7	121.9
駿東田方	105.7	100.5	111.0	98.8	110.6	105.0	106.2	104.0
富士	105.7	100.6	112.3	99.9	110.7	105.1	116.9	114.3
静岡	102.3	97.4	92.0	81.9	101.0	95.9	99.4	97.3
志太榛原	96.1	91.4	87.7	78.0	87.2	82.8	96.2	94.2
中東遠	94.5	89.8	97.2	86.2	91.1	86.5	89.8	87.6
西部	91.9	87.4	93.9	83.4	87.9	83.4	91.0	89.0
静岡県	—	95.1	—	88.9	—	94.9	—	97.9

※網掛けは有意に多い、又は有意に少ない。

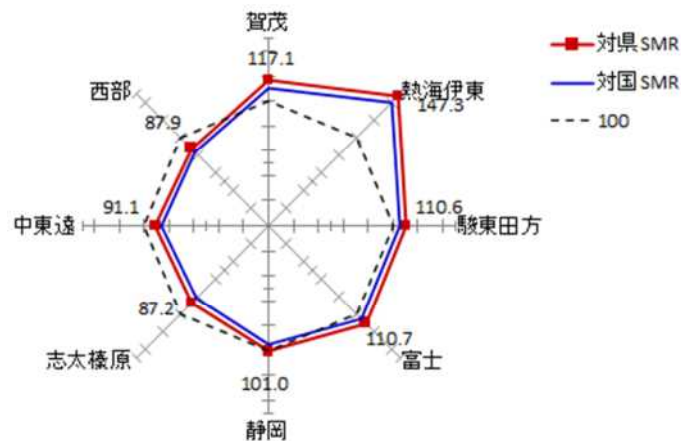
【総数】



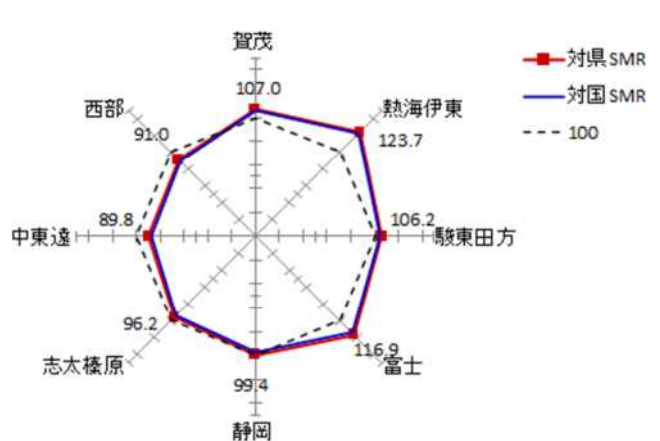
【胃】



【結腸】



【直腸 S 状結腸移行部及び直腸】



※図中の数値は対県 SMR

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

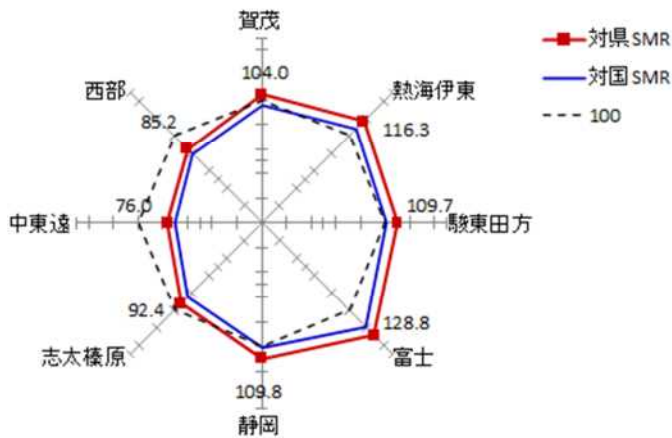


○標準化死亡比（SMR）：肝、肺、乳房、子宮

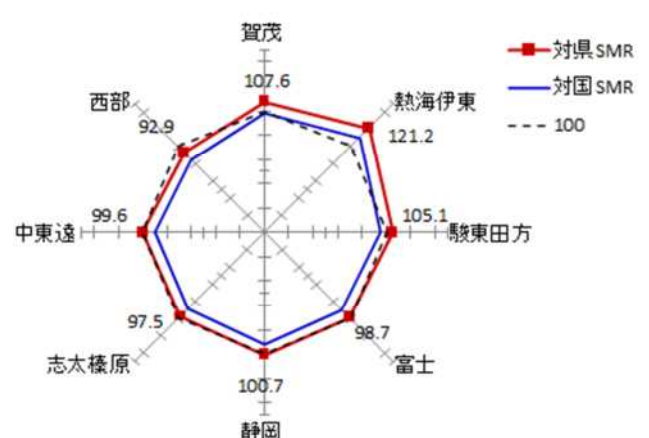
2017年-2021年	悪性新生物							
	肝及び肝内胆管		気管、気管支及び肺		乳房		子宮	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	104.0	95.9	107.6	97.7	82.3	77.5	118.0	122.9
熱海伊東	116.3	107.5	121.2	110.4	153.0	144.5	146.2	152.3
駿東田方	109.7	101.3	105.1	95.6	102.0	96.1	117.8	123.5
富士	128.8	119.0	98.7	89.8	112.4	106.0	111.7	117.2
静岡	109.8	101.4	100.7	91.7	110.2	103.8	96.0	100.6
志太榛原	92.4	85.3	97.5	88.6	86.1	81.0	78.2	82.0
中東遠	76.0	69.9	99.6	90.4	85.9	80.6	88.9	93.3
西部	85.2	78.6	92.9	84.4	92.1	86.5	92.8	97.4
静岡県	—	92.3	—	90.9	—	94.1	—	104.8

※網掛けは有意に多い、又は有意に少ない。

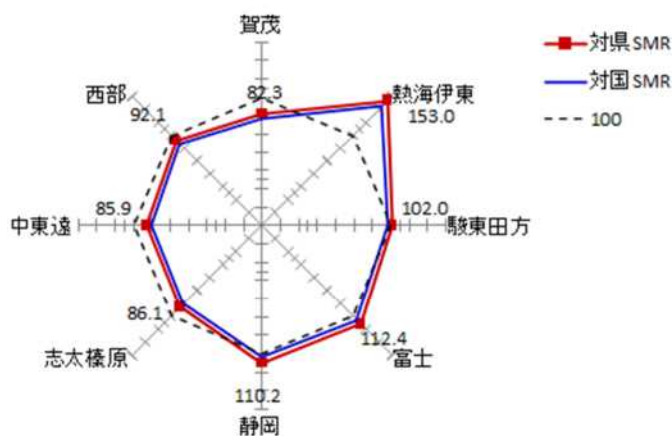
【肝及び肝内胆管】



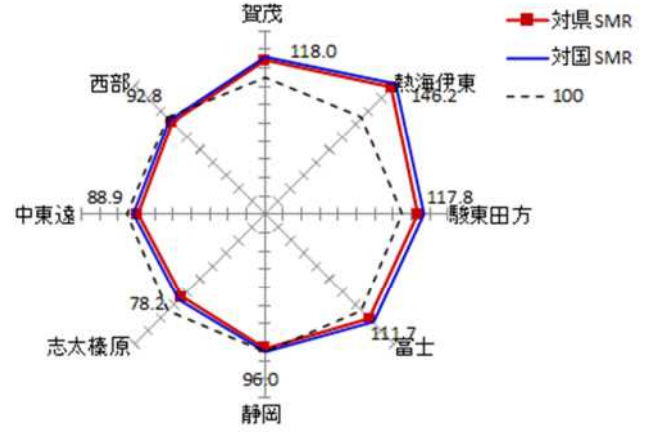
【気管、気管支及び肺】



【乳房】



【子宮】



(出典：県健康政策課調査)

## ○現状把握のための指標

指標の項目		実績			出典
		静岡県	全国	時点	
ハ 分 野 ア ウ ト カ ム ▽	対県標準化死亡比 最大地域と最小地域の比 較倍率（再掲）	1.28 倍	—	2017 ～ 21 年	県健康政策課 調査
	がん種別 5 年生存率	全部位 62.2%	—	2015 年	全国がん 登録
		胃がん 64.4%	—		
		肺がん 38.9%	—		
		大腸がん 67.9%	—		
		乳がん 88.4%	—		
		子宮頸がん 73.0%	—		
	がんの年齢調整罹患率 （人口 10 万対）	342.7	—	2020 年	全国がん 登録
	県内の年間がん死亡者数	11,035 人	385,797 人	2022 年	厚生労働省「人 口動態統計」
	現在自分らしい日常生活 を送れていると感じるが ん患者の割合（再掲）	—	70.5%	2018 年度	厚生労働省 「患者体験調 査」
ハ 中 間 ア ウ ト カ ム ▽	検診 5 がん検診受診率 （再掲）	胃がん 43.2%	41.9%	2022 年	厚生労働省 「国民生活基礎 調査」
		肺がん 54.4%	49.7%		
		大腸がん 48.3%	45.9%		
		乳がん 45.9%	47.4%		
		子宮頸がん 44.0%	43.6%		
	検診 5 がん精密検査受診 率	胃がん 73.2%	85.5%	2020 年度	厚生労働省 「地域保健 ・健康増進 事業報告」
		肺がん 84.2%	83.4%		
		大腸がん 69.4%	71.4%		
		乳がん 86.4%	90.1%		
		子宮頸がん 64.3%	76.7%		
	検診 5 がん早期がん割合	胃がん 54.0%	—	2020 年	全国がん登録
		肺がん 35.7%	—		
		大腸がん 55.8%	—		
		乳がん 62.8%	—		
		子宮頸がん 76.2%	—		
	検診 5 がん進行がん罹患 率（人口 10 万対）	胃がん 29.4	—	2020 年	全国がん登録
		肺がん 50.1	—		
		大腸がん 54.7	—		
		乳がん 26.1	—		
		子宮頸がん 5.1	—		
	拠点病院等及び県推進病 院の悪性腫瘍の手術件数	18,324 件	—	2023 年	拠点病院等及 び県推進病院 「現況報告書」
	拠点病院等及び県推進病 院の放射線治療延べ患者 数	7,529 人	—	2023 年	拠点病院等及 び県推進病院 「現況報告書」



	拠点病院等及び県推進病院のがんに係る薬物療法延べ患者数	41,678 人	—	2023 年	拠点病院等及び県推進病院「現況報告書」
	拠点病院等及び県推進病院の緩和ケアチームの新規介入患者数	3,737 人	—	2023 年	拠点病院等及び県推進病院「現況報告書」
	拠点病院等及び県推進病院の緩和ケア外来の新規診療患者数	656 人	—	2023 年	拠点病院等及び県推進病院「現況報告書」
	長期療養者就職支援事業におけるがん患者失職率	51.0%	—	2022 年度	静岡労働局調査
△ 個別 施策 ▽	普及啓発キャンペーンの実施状況	31/35 市町	—	2023 年度	県疾病対策課調査
	指針を遵守したがん検診の実施市町数	胃がん 35/35 市町	1,730/1,737 市区町村	2022 年度	国立がん研究センター「全国がん検診実施状況データブック」
		肺がん 35/35 市町	1,730/1,737 市区町村		
		大腸がん 35/35 市町	1,733/1,737 市区町村		
		乳がん 35/35 市町	1,729/1,737 市区町村		
		子宮頸がん 35/35 市町	1,729/1,737 市区町村		
	拠点病院等及び県推進病院の数	20 施設	—	2023 年度	県疾病対策課調査
	専門医療機関連携薬局（傷病の区分：がん）の認定数	3 施設	180 施設	2024 年 1 月	厚生労働省調査
	意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院等及び県推進病院の割合	<u>100.0%</u>	—	2023 年	拠点病院等及び県推進病院「現況報告書」
	がん患者の就労支援に関する研修受講者数（再掲）	40 人	—	2022 年	県疾病対策課調査
	拠点病院等及び県推進病院等に勤務する医師のうち緩和ケア研修会を修了した者の割合	74.3%	—	2022 年度	県疾病対策課調査
	拠点病院等及び県推進病院で実施した、地域を対象とした、がんに関するセミナー等の開催回数（総数）	84 回	—	2023 年	拠点病院等及び県推進病院「現況報告書」

## 2 脳卒中

### 【対策のポイント】

- 脳卒中の危険因子（高血圧症、脂質異常症、糖尿病、不整脈（心房細動）、喫煙等）、初期症状及び介護予防の啓発、危険因子の治療と生活習慣指導等の推進
- 発症後の早期治療、各病期を担う医療・介護関係者間連携の推進
- 発症早期から患者の状態に応じた集学的リハビリテーションの推進

### （１）現状と課題

#### ア 脳卒中の現状

- 脳卒中は、脳血管疾患とも呼ばれ、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血に大別されます。
- 脳卒中は、片麻痺、失語、摂食機能・嚥下障害、高次脳機能障害<sup>1</sup>、遷延性意識障害<sup>2</sup>などの後遺症が残ることがあり、患者及びその家族の日常生活に大きな影響を及ぼす疾患です。
- 脳梗塞は、「穿通枝 （せんつうし）」と呼ばれる細い血管が閉塞することで発生し、脳梗塞の大きさが 15mm 未満のラクナ梗塞、5～8mm の比較的太い血管がプラーク（コレステロールなどの塊）により血流が悪化し、そこに形成される血栓が原因となるアテローム血栓性脳梗塞、不整脈や弁膜症により心臓に生じた血栓（塞栓）により脳の血管が閉塞することで発症する心原性脳塞栓症の 3 種類に分類されます。
- 脳内出血は脳の細い血管が破綻するもの、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものです。
- 2022 年で全国において、介護が必要になった者の主な原因のうち、脳卒中が 16.1%を占めています。
- 認知症のうち、脳梗塞や脳内出血が原因で起こる脳血管性認知症が 19.5%を占めています。

#### イ 本県の状況

##### （死亡・罹患の状況）

- 2022 年の脳卒中による死亡者は 3,890 人、全死亡者 47,334 人中 8.2%であり、死亡原因としてはがん、老衰、心疾患に次いで第 4 位となっています。
- 脳卒中のうち最も多い死亡原因は脳梗塞で 1,851 人(47.6%)、次いで脳内出血 1,422 人(36.6%)、くも膜下出血 433 人(11.1%)となっています。
- 全国と比較した本県における脳卒中の標準化死亡比（2017 年-2021 年）は 115.1 であり、有意に高い状況です。

##### （医療従事者の状況）

- 2020 年の人口 10 万 対の脳神経内科の医師数は 3.5 人、脳神経外科の医師数は 5.8 人で、全国平均 4.6 人、5.8 人と比較すると脳神経内科の医師数は少ないです。
- 2020 年の人口 10 万 対のリハビリテーション科の医師数は 2.3 人、理学療法士数は 78.5 人で、全国平均 2.3 人、80.0 人と比較すると理学療法士数は少ないです。
- 2022 年の脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数は 35 人です。

<sup>1</sup> 高次脳機能障害：脳の損傷による認知障害全般を指し、失語、失行、失認のほか、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害等がある。

<sup>2</sup> 遷延性意識障害：重度の昏睡状態を指す病状である。

○2022年の両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数は299人です。

○2022年の歯周病専門医が在籍する医療機関数は21施設です。

#### (特定健康診査等の状況)

○2021年度の特定健康診査（特定健診）受診率は58.8%、特定保健指導の実施率は26.0%です。

#### (救急患者の搬送)

○2017年に脳卒中により救急搬送された患者数は約790人<sup>3</sup>です。

○2021年に救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は41.6分であり、全国平均42.8分と同水準の搬送時間となっています。

#### (急性期の治療)

○2022年8月時点で、脳卒中の救急医療機能を担う病院は、賀茂保健医療圏を除く7保健医療圏に29施設あります。

○2022年時点で、一次脳卒中センター<sup>4</sup>は、25施設あります。

○2021年時点で、脳梗塞に対するt-P Aによる血栓溶解療法（t-P A療法）<sup>5</sup>の実施可能な病院は38施設あり、全ての保健医療圏で実施できます。

○2021年時点で、脳梗塞に対する血栓回収療法<sup>6</sup>の実施可能な病院は18施設ありますが、賀茂保健医療圏には、血栓回収療法を実施できる病院がありません。

○2021年時点で、くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術<sup>7</sup>及び脳動脈瘤コイル塞栓術<sup>8</sup>が、賀茂保健医療圏を除く7保健医療圏で実施されています。

#### (脳卒中のリハビリテーション)

○2023年4月時点で、脳卒中リハビリテーションの機能を担う医療機関<sup>9</sup>は186施設あり、県内の全保健医療圏で実施されています。

#### (在宅への復帰)

○2020年の脳卒中の退院患者平均在院日数は88.5日です。

○2020年に主病名が脳卒中の患者で、退院後に在宅等生活の場に復帰した割合は56.6%です。

○2023年8月時点で、脳卒中の「生活の場における療養支援」の機能を担う医療機関は288施設あり、県内の全保健医療圏で実施されています。

### ウ 医療提供体制

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

○発症した場合に患者本人の意思を最大限尊重した医療・ケアの提供ができるよう、患者本人が

<sup>3</sup> 2020年患者調査を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課で集計されたデータである。

<sup>4</sup> 一次脳卒中センター：地域の医療機関や救急隊からの要請に対して、24時間365日脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療を開始できる施設として、一般社団法人日本脳卒中学会が認定した施設である。

<sup>5</sup> t-P A療法：脳神経細胞が壊死する前に、t-P A (tissue plasminogen activator：組織プラスミノーゲン活性化因子)を静脈注射により投与し脳動脈を塞ぐ血栓を溶かし、脳動脈の血流を再開させる治療法である。

<sup>6</sup> 血栓回収療法：カテーテルを用いて、詰まっている血栓を直接回収・除去する治療法である。

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

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

<sup>9</sup> 診療報酬の脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、(II)又は(III)の施設基準を満たす施設である。

あらかじめ家族や医療・ケア関係者と話し合うACP（アドバンス・ケア・プランニング）を普及させていくことが必要です。

## （ア）予防・啓発

- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧です。75歳未満の成人は130/80mmHg未満、75歳以上の高齢者は140/90mmHg未満（ただし、脳血管障害患者、冠動脈疾患患者等は130/80mmHg未満）を降圧目標として、高血圧のコントロールを厳密に行うことが重要です。また、脂質異常症、糖尿病、不整脈（心房細動）、高尿酸血症、慢性腎臓病（CKD）、喫煙、多量飲酒等も危険因子です。さらに、喫煙しない人であっても、受動喫煙により影響を受ける場合があります。
- 心原性脳梗塞の最大の原因は心房細動であり、心房細動がある人は、心房細動がない人に比べ、約5倍脳梗塞の発症リスクが高いことが報告されています<sup>10</sup>。
- 特定健康診査において、治療が必要と判断された「要医療」となった者の多くは、危険因子となる基礎疾患を有しており、受診勧奨や治療中断を防ぐ働き掛けを行う必要があります。
- 歯周病患者は、脳卒中のリスクが1.24倍高いことが報告されています<sup>11</sup>。

## （イ）救護

- 消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による受入れの実施に係る体制として、「静岡県傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の分類基準に「脳卒中疑い」を定め、傷病者の受入先となる医療機関のリストを作成しています。
- 救急救命士を含む救急隊員の資質向上のため、循環器病対策を含めた研修機会の確保に取り組んでいます。
- 脳梗塞では、できるだけ早く急性期の治療を受ける必要があり、発症4.5時間以内の専門治療可能な病院への搬送が重要です。
- 医療資源が少ない地域では、脳梗塞の治療連携システムの1つである「Drip & Ship」のDrip（血栓溶解剤などの点滴）が出来ないだけでなく、Ship（専門治療を行う病院に搬送）もされないという課題があります。
- 脳卒中を発症した患者には、早急に治療を開始する必要があり、まずは、患者やその家族（施設入所の場合には、その職員等）が発症を認識することが重要です。

## （ウ）急性期

- 脳梗塞に対する迅速なt-P療法や血栓回収療法が重要ですが、地域によっては、これらの治療を十分に受けられません。
- 対応疾患に応じて、地域における複数の医療機関が連携して24時間365日受け入れる体制の整備が求められます。
- 円滑な脳卒中の地域医療連携パスの実現のために、記載項目の標準化や記載の簡素化などの取組を進めることが必要です。
- 脳卒中患者では、急性期治療を行った後にも様々な神経症状が残ることが多いため、急性期に速やかにリハビリテーションを開始し、円滑に回復期及び維持期・生活期のリハビリテーション

<sup>10</sup> 出典：Cleveland Clinic. Atrial fibrillation (Afib). Published May 2015. Accessed August 25, 2016.

<sup>11</sup> 出典：Harriet Larvin ら「Risk of incident cardiovascular disease in people with periodontal disease: A systematic review and meta-analysis」Clin Exp Dent Res. 2021;7(1):109-122

ンに移行することが求められます。

- 経口挿管されている場合は人工呼吸器関連肺炎を予防するために口腔ケアが欠かせません。
- 新型コロナウイルスの拡大により、脳卒中患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、脳卒中診療のひっ迫や患者の受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療を確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要があります。

#### (エ) 回復期

- 在宅等への復帰に向けた再発予防を含む回復期の医療及びリハビリテーションから、生活の場における維持期・生活期のリハビリテーションまで切れ目のない医療、介護サービスが提供されるように、関係者（機関）の連携が重要です。
- 必要に応じて、在宅歯科診療を利用するなどして、口腔衛生状態や口腔機能の管理を定期的に行い、誤嚥性肺炎を予防することが重要です。
- それぞれの地域で、脳卒中の地域医療連携パスの運用が始まっていますが、地域によっては、回復期病院までの連携で、かかりつけ医の連携まで十分に行われていない状況があります。

#### (オ) 維持期・生活期

- 患者が、急性期から回復期、維持期・生活期まで切れ目なく医療を受けられるような在宅医療の体制整備や、医療サービスと介護・福祉サービス等の必要な支援が一貫して受けられるような体制の整備が必要です。
- 維持期・生活期に合併症を併発した患者に対しては、合併症及び患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関との連携が重要です。
- また、後遺症により、日常生活の活動度が低下し、しばしば介護が必要な状態となり得るため、患者が必要な福祉サービスや後遺症に対する支援を受けることができる環境整備が必要です。
- 最期まで在宅等での療養を望む患者に対して、看取りまでを含めた包括的な体制が必要です。
- 病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整えることや、患者が生きがいを感じながら働くことができる社会のため、就労支援サービスの活用が必要です。

#### (カ) 再発・重症化予防

- 急性期治療により後遺症が残らない場合であっても、基礎疾患や危険因子を放置すると再発の可能性があります。
- 再発予防・重症化予防のための医療機関間の連携の強化も重要です。
- 必要に応じて在宅歯科診療を利用するなどして、口腔衛生状態や口腔機能の管理を定期的に行い、誤嚥性肺炎を予防することも重要です。



## (2) 対策

### ア 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
脳卒中の年齢調整死亡率 (人口 10 万対) <sup>12</sup>	男性 <u>41.3</u> 女性 <u>20.1</u> (2022 年)	男性 <u>32.4 以下</u> 女性 <u>17.0 以下</u> (2029 年)	全国平均まで引 下げ	厚生労働省「人口 動態統計」から算 出
健康寿命 <sup>13</sup>	男性 73.45 歳 女性 76.58 歳 (2019 年)	平均寿命の <u>伸び</u> <u>を上回る延伸</u> (2029 年)	<u>「健康日本 21 (第三次)」に準 じる</u>	厚生労働省「健康 日本 21 推進専門 委員会」
高血圧の指摘を受けた者の うち、現在治療を受けてい ない者の割合	男性 <u>31.5%</u> 女性 <u>27.3%</u> (2022 年)	男性 <u>25.2%</u> 以下 女性 <u>21.8%</u> 以下 (2029 年)	2 割減少	県民健康基礎調査
脳梗塞に対する t-P A に よる血栓溶解療法及び血栓 回収療法を実施可能な保健 医療圏数	賀茂以外の 7 保健医療圏 (2021 年)	全保健医療圏 (2029 年)	全保健医療圏で 実施可能な体制 を構築	厚生労働省「 <b>N D</b> <b>B</b> オープンデー タ」
脳血管疾患等リハビリテー ション料(I)、(Ⅱ)又は(Ⅲ) の基準を満たす医療機関が 複数ある保健医療圏数	全保健医療圏 (2023 年)	全保健医療圏 (2029 年)	全保健医療圏で 実施可能な体制 を維持	東海北陸厚生局 「施設基準の届出 受理状況」

### イ 施策の方向性

- 各病期における保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実を図ります。
- 患者本人の意思を尊重した医療・ケアの提供ができるよう、在宅医療を支える医療・ケア関係者の相談対応力の向上を図るとともに、県民に対し、ACP (アドバンス・ケア・プランニン  
グ) やリビングウィル（意思表明書）について、普及啓発を実施します。

### (ア) 予防・啓発

- 禁煙、適切な飲酒、減塩、運動といった生活習慣の改善や特定健康診査・特定保健指導の推進により、脳卒中の危険因子となる高血圧症、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病の発症予防や重症化予防を推進します。
- 小中学生から禁煙、減塩、野菜摂取、運動等の正しい生活習慣について教育し、親世代の啓発にもつなげます。
- 地域や職域においても、生活習慣の改善についての相談対応や生涯教育、住民啓発の機会を増やしていきます。
- 世界脳卒中デー（10 月 29 日）を中心に、脳卒中に関する知識を広め、脳卒中の予防について普及啓発を図ります。
- 県医師会等の関係団体と連携し、かかりつけ医での定期受診によって、高血圧症の降圧療法をはじめ、糖尿病、脂質異常症、不整脈（心房細動）、慢性腎臓病等の継続治療を徹底することを推進します。

<sup>12</sup> 1985 年モデル人口を使用して算出したものである。

<sup>13</sup> 健康寿命の延伸の指標は、日常生活に制限のない状態（介護保険制度による支援や介護を受けていない期間）として算定している。

○脳卒中は、歯周病との関連性があるため、その予防のためにかかりつけ歯科医への定期受診を勧めます。

#### (イ) 救護

○救急隊の観察・処置等について、メディカルコントロール<sup>14</sup>体制の充実強化によって、引き続き科学的知見に基づいた知識・技術の向上等を図ります。

○「F A S T」<sup>15</sup>などを活用した脳卒中の初期症状に気付くための啓発を行うとともに、脳卒中の発症時の対応に関する情報提供を推進していきます。

#### (ウ) 急性期

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

○救急患者の C T、M R I 画像を脳卒中専門医のいる施設へネットワーク経由で伝送することにより、専門医がいない医療機関でも脳卒中の早期診断が可能になる体制や、専門医の指示の下で t-P A 療法を開始した上で病院間搬送を行う体制の構築について、地域の実情に合わせて検討し、標準的治療（発症から 4.5 時間以内の t-P A 治療、カテーテルによる血栓回収療法等）の普及を図ります。

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

○専門的な治療ができる医療機関において迅速に治療を開始できるように、患者、家族等への適切な情報提供や生活習慣病の厳格な管理を担うかかりつけ医向けの研修会や症例研究会の取組を進めます。

○発症後、早期にリハビリテーションを開始することが、後遺症の軽減につながるため、十分なリスク管理の下でできるだけ発症早期から、組織化されたリハビリテーションを開始することを進めます。

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

○平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

#### (エ) 回復期

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

○重度の嚥下障害に伴う誤嚥性肺炎リスクの高いケースや重度の認知症状併発に伴う拒食によ

<sup>14</sup> メディカルコントロール：救急現場から医療機関に傷病者が搬送されるまでの間において、医学的観点から救急救命士を含む救急隊員が行う応急措置などの質を保証することである。

<sup>15</sup> F A S T：脳卒中で起こる 3 つの症状「顔の麻痺 (Face)」「腕の麻痺 (Arm)」「言葉の障害 (Speech)」と「発症時刻 (Time)」の頭文字からなる脳卒中の初期症状を確認する方法である。



る低栄養状態のケース等では、胃ろう造設適応を含めた各種対応の判断を多職種チームで検討することを進めます。

- 脳卒中の地域医療連携パスの普及、充実のために、記載項目の標準化や見直しの取組を進め、特に栄養状態や嚥下機能の評価を行うことによって円滑な嚥下訓練につなげる仕組みづくりを推進します。

#### (オ) 維持期・生活期

○かかりつけ医機能の充実や病診連携、かかりつけ歯科医等による医科歯科連携や歯科口腔保健の充実、かかりつけ薬剤師・薬局による服薬アドヒアランスの向上、看護師による切れ目のない看護の提供、管理栄養士・栄養士による栄養管理や、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーション等の多職種による支援・サービスの提供等を推進します。

- 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、かかりつけ薬局等の充実により、在宅又は介護施設での訪問診療や生活機能の維持・向上のための訪問リハビリテーションを実施し、医療介護連携体制を整備して、日常生活の継続を支援します。
- 住み慣れた地域で脳卒中の各病期の治療を総合的に切れ目なく受けられるよう、医療機関等の機能分担及び連携、更には介護施設との連携を推進します。
- 療養生活に移行して、それまで気付かれなかった高次脳機能障害により問題が生じる場合もあるので、家族等がかかりつけ医に相談するように啓発します。
- 脳卒中により介護が必要となった場合、老老介護などは家族へ負担が大きいため、地域で支え合える環境づくりや医療と介護の連携を推進します。
- 後遺症等に関する知識等について、分かりやすく効果的に伝わるよう必要な取組を進めます。
- 患者の状態に応じた緩和ケアが提供されるよう、緩和ケアの提供体制を充実させます。
- 治療と仕事の両立の相談支援体制を充実させます。

#### (カ) 再発・重症化予防

- 発症早期から患者及びその家族に、医師をはじめとする多職種チームが、脳卒中に関する現在の状態に応じた再発予防、今後のリハビリテーション、ライフスタイル、介護方法、利用可能な福祉資源等の情報提供を行う体制を進めます。
- 合併症の悪化や脳卒中の再発の際には、患者の状態に応じた適切な医療を地域で提供できるよう、医療機関 (かかりつけ医)、かかりつけ薬局等の連携を推進します。
- 再発予防のために身近なかかりつけ医が行う基礎疾患の治療及び危険因子の管理を続けるとともに、かかりつけ歯科医が行う口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防を進めます。

## ○脳卒中のロジックモデル

### ＜個別施策＞

### ＜中間アウトカム＞

### ＜分野アウトカム＞

1: 予防・啓発	
現状データ	特定健康診査の受診率
現状データ	特定保健指導の実施率

1: 危険因子の治療、生活習慣指導等の推進	
数値目標	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

1: 脳卒中による死亡者数の減少	
数値目標	脳卒中の年齢調整死亡率(人口10万人対)

2: 救護	
現状データ	脳血管疾患により救急搬送された患者数

2: 発症後の早期治療	
現状データ	救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間

2: 日常生活の場での質の高い生活	
数値目標	健康寿命
現状データ	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合

3: 急性期	
現状データ	一次脳卒中センター数
数値目標	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法及び血栓回収療法を実施可能な保健医療圏数
現状データ	脳神経内科医師数及び脳神経外科医師数

3: 急性期医療の提供	
現状データ	脳梗塞に対するt-PA療法による血栓溶解療法の実施件数(算定回数)
現状データ	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施件数(算定回数)

4: 回復期	
数値目標	脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の基準を満たす医療機関が複数ある保健医療圏数
現状データ	リハビリテーション科医師数

4: 発症早期の集学的リハビリテーションの推進	
現状データ	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(算定回数)

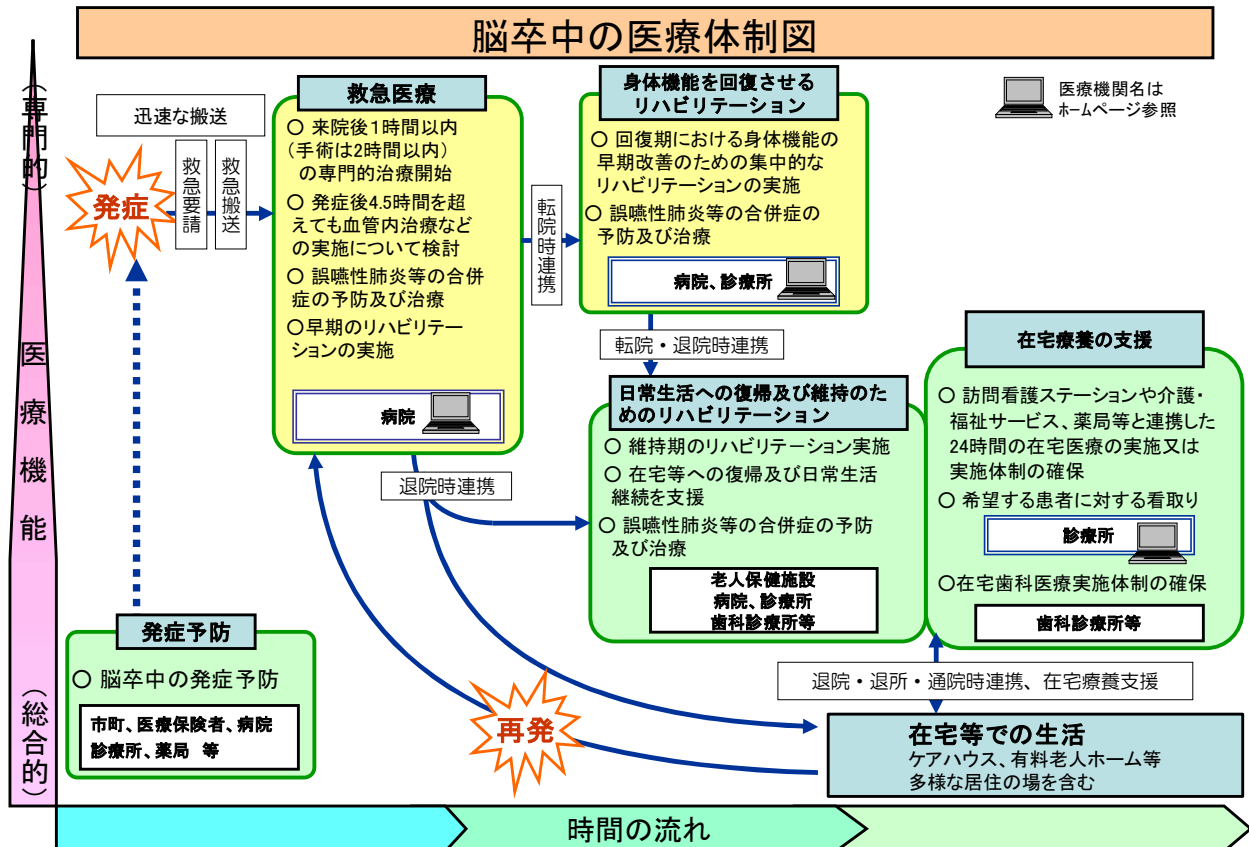
5: 維持期・生活期、再発・重症化予防	
現状データ	脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数
現状データ	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数
現状データ	歯周病専門医が在籍する医療機関数

5: 医療・介護関係者間連携の推進	
現状データ	脳卒中患者における介護連携指導の実施件数(算定回数)

### (3)「脳卒中」の医療体制に求められる医療機能

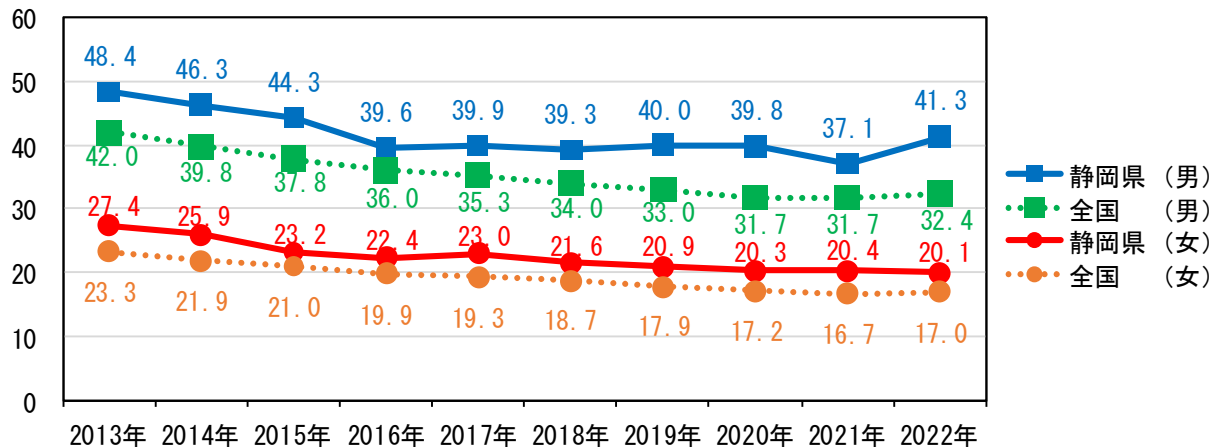
	発症 予防	発症後の 医療等	救急医療	身体機能を回復させる リハビリテーション	日常生活への復帰 及び維持のための リハビリテーション	在宅療養の 支援
ポイント	○ 脳卒中 の発症予 防	○ 脳卒中を疑わ れる患者を専門 的な診療が可能 な医療機関に発 症後迅速に搬送	○ 24時間体制で、来院後1時間以内（手 術は2時間以内）に専門的な治療を開始 ○ 発症後4.5時間を超えても血管内治療な どの高度専門治療の実施について検討 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治 療 ○ 早期にリハビリテーションを実施	○ 回復期における身体機能 の早期改善のための集中 的なリハビリテーションの実 施 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症 の予防	○ 維持期のリハビリテ ーション実施 ○ 在宅等への復帰及び 日常生活継続を支援 ○ 誤嚥性肺炎等の合併 症の予防	○ 薬局、訪問看護 ステーションや介 護・福祉サービ ス等と連携した24時 間の在宅医療の実 施 ○ 希望する患者に 対する看取り
機能の説明	・市町、医 療保険者 による特 定健診・ 保健指導 の実施、 受診勧奨 ・医療機関 での高血 圧等の危 険因子の 治療	・地域メディカルコ ントロール協議 会の定めた活動 プロトコルに 沿って、脳卒 中を疑われる患者 に対する適切な 観察・判断・処置 の実施 ・急性期医療を担 う医療機関へ脳 卒中を疑われる 患者を迅速に搬 送	・血液検査や画像検査（X線、CT、MRI 検査）等の必要な検査を24時間実施（救急 輪番制による対応を含む。） ・脳卒中が疑われる患者に対して、専門的 診療が24時間実施（画像伝送等の遠隔診 断に基づく治療を含む。救急輪番制によ る対応を含む。） ・適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時 間以内（もしくは発症後3時間以内）に組織 プラスミノーゲンアクチベーター（t-PA）の 静脈内投与による血栓溶解療法を実施 ・脳出血やくも膜下出血等、外科的治療や 血管内治療を必要と判断した場合には、 来院2時間以内に治療を開始 ・呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身 管理、及び合併症に対する診療 ・合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防 のために、口腔管理を実施する病院内の 歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間 で連携して対策を図る ・リスク管理の下に早期座位・立位、関節可 動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた 早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハ ビリテーションを実施 ・回復期（あるいは維持期、在宅医療）の医 療機関等と診療情報やリハビリテーション を含む治療計画を共有するなどして連携	・再発予防治療（抗血小板療 法、抗凝固療法）、基礎 疾患・危険因子の管理、及 び抑うつ状態への対応 ・失語、高次脳機能障害（記 憶障害、注意障害等）、嚥 下障害、歩行障害などの機 能障害の改善及びADLの 向上を目的とした、理学療 法、作業療法、言語聴覚療 法等のリハビリテーションを 専門医療スタッフにより集 中的に実施（回復期リハビ リテーション病棟を保有、又 は脳血管リハビリテーショ ン料I算定医療機関） ・合併症の中でも、特に誤嚥 性肺炎の予防のために、口 腔管理を実施する病院内 の歯科や歯科医療機関等 を含め、多職種間で連携 して対策を図る ・急性期の医療機関及び維 持期の医療機関等と診療 情報やリハビリテーション を含む治療計画を共有 するなどして連携	・再発予防治療（抗血小板療 法、抗凝固療法）、基礎 疾患・危険因子の管理、 及び抑うつ状態 への対応 ・生活機能の維持及び向 上のためのリハビリテ ーションを実施 ・回復期（あるいは急性 期）の医療機関等と診療 情報や治療計画を共有 するなどして連携 ・合併症の中でも、特に誤 嚥性肺炎の予防のため に、口腔管理を実施する 病院内の歯科や歯科医 療機関等を含め、多職 種間で連携して対策を 図る ・急性期の医療機関及び 維持期の医療機関等と 診療情報やリハビリテ ーションを含む治療計 画を共有するなどして 連携 ・摂食・嚥下リハビリテ ーションや専門的な口腔 ケアを実施	・24時間体制で患 者家族の要請によ る往診又は訪問 看護などを実施あ るいは実施可能な 体制を確保 ・希望する患者への 看取り（在宅療養 支援診療所届出 医療機関、在宅患 者訪問薬剤管理 指導（居宅療養管 理指導）届出薬 局） ・急性期あるいは回 復期、維持期の医 療機関や介護保 険事業者等と、診 療情報や治療計 画を共有するなど して連携 ・在宅歯科医療の 実施体制を確保

### (4)「脳卒中」の医療体制図



## (5) 関連図表

## ○脳卒中による年齢調整死亡率（人口10万対）の推移



(出典：厚生労働省「人口動態統計」から算出(1985年モデル人口を使用))

## ○脳卒中（脳血管疾患）による死亡数（2021年）

		静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
脳卒中（脳血管疾患）	総数	3,605	91	166	712	356	626	422	396	836
	男	1,809	48	82	359	174	328	210	196	412
	女	1,796	43	84	353	182	298	212	200	424
	脳梗塞	総数	1,762	37	73	369	178	279	223	412
		男	877	19	34	188	86	143	114	200
		女	885	18	39	181	92	136	109	212
	脳内出血	総数	1,296	36	71	243	128	259	140	294
		男	712	21	41	130	71	151	75	156
		女	584	15	30	113	57	108	65	138
	くも膜下出血	総数	402	15	19	64	34	76	39	93
		男	154	7	6	23	10	30	12	27
		女	248	8	13	41	24	46	27	54
	その他の脳血管疾患	総数	145	3	3	36	16	12	20	37
		男	66	1	1	18	7	4	9	17
		女	79	2	2	18	9	11	9	20

(出典：静岡県人口動態統計)

○特定健診分析結果（標準化該当比<sup>16</sup>）（2020年）

保健医療圏	区分		高血圧有病者		糖尿病有病者		脂質異常有病者		習慣的喫煙者		メタボ該当者	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
賀茂	115.0	116.1	101.2	80.3	101.4	101.8	105.3	121.9	111.6	99.7		
熱海伊東	106.1	102.1	110.6	104.4	106.0	103.7	109.1	196.2	110.3	91.5		
駿東田方	104.2	105.3	101.1	100.5	102.3	102.3	107.5	122.2	108.4	108.4		
富士	105.5	107.0	99.2	96.5	102.6	102.4	112.9	132.1	104.9	109.1		
静岡	107.6	104.6	99.4	96.8	100.9	99.2	99.8	102.3	105.1	105.3		
志太榛原	100.8	101.9	98.5	99.0	96.2	95.7	100.9	88.1	95.2	82.5		
中東遠	92.7	92.8	97.3	106.2	98.1	99.7	97.8	78.0	91.4	96.4		
西部	90.6	90.3	99.0	101.4	99.3	100.0	89.8	77.8	94.0	99.1		
静岡県	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		

(出典：静岡県「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」)

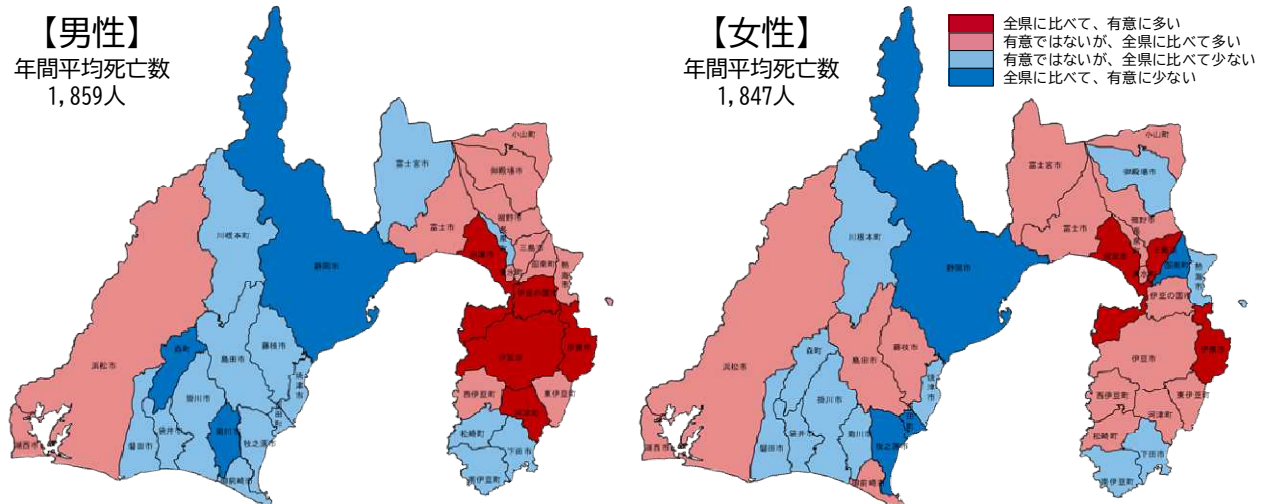
<sup>16</sup> 標準化該当比：県全体の有所見率を100とした場合の各市町の有所見率のことである。

○標準化死亡比（SMR）（2017 年-2021 年）

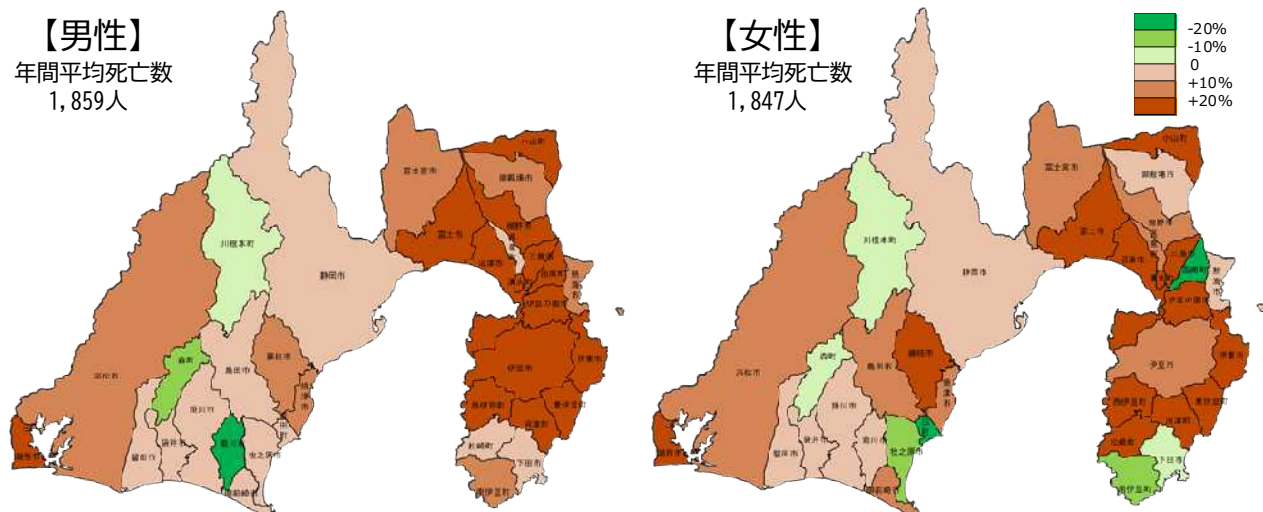
保健医療圏 区分	脳血管疾患 (脳卒中)		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	対県 SMR	対国 SMR	対県 SMR	対国 SMR	対県 SMR	対国 SMR	対県 SMR	対国 SMR
賀茂	103.4	118.4	95.7	98.0	118.2	154.1	118.9	142.9
熱海伊東	114.0	131.1	103.2	106.0	137.8	180.2	116.8	140.4
駿東田方	114.8	132.3	114.9	118.0	105.9	138.3	109.3	129.7
富士	104.3	120.6	111.3	114.3	99.8	130.6	96.6	114.4
静岡	89.1	102.6	86.6	88.9	94.2	123.1	100.9	119.9
志太榛原	95.6	109.9	99.8	102.3	92.7	121.0	83.4	99.0
中東遠	89.4	102.6	91.3	93.3	84.0	109.5	106.0	125.5
西部	101.4	116.5	100.2	102.6	104.5	136.2	94.6	112.2
静岡県	100.0	115.1	100.0	102.5	100.0	130.5	100.0	118.7

※網掛けは有意に多い

<県内比較（2021 年）>



<全国比較>



（出典：静岡県「静岡縣市町別健康指標」）



## ○指標による現状把握

(医療従事者の状況)(2020年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
脳神経内科医師数 (人口10万対)	5,758 4.6	125 3.5	0 0.0	1 1.0	30 4.7	6 1.6	38 5.5	10 2.2	7 1.5	33 3.9
脳神経外科医師数 (人口10万対)	7,349 5.8	209 5.8	4 6.7	11 11.0	46 7.2	23 6.2	36 5.2	26 5.8	18 3.9	45 5.3

(出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

(救急患者の搬送)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
脳血管疾患により救急搬送された患者数(0.1千人)(2017年)	219.5	7.9	/	/	/	/	/	/	/	/

(出典：厚生労働省「患者調査」)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間(分)(2021年)	42.8	41.6	/	/	/	/	/	/	/	/

(出典：総務省消防庁「救急救助の現況」)

(急性期の治療)(2021年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	16,923	583	*	10	113	61	105	97	40	157
脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数	13,575	391	0	23	80	46	63	62	23	94
くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数	5,486	175	0	*	44	19	31	36	15	30
くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	5,828	165	0	*	26	12	41	16	14	56

(出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」)

※「\*」は算定回数が10回未満の医療機関の算定回数を含まない、全国及び静岡県の数値は\*を0として取り扱った場合の合計数

(脳卒中のリハビリテーション等)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、(II)又は(III)の基準を満たす医療機関数(2023年)	/	186	6	6	47	16	32	15	23	41
(人口10万対)	/	5.2	10.5	6.2	7.5	4.3	4.7	3.4	5.0	4.9

(出典：東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(2021年)	77,769,424	2,331,174	54,009	106,316	406,376	243,014	443,102	271,912	300,687	505,758
脳卒中患者における介護連携指導の実施件数(2021年)	26,442	188	/	/	/	/	/	/	/	/

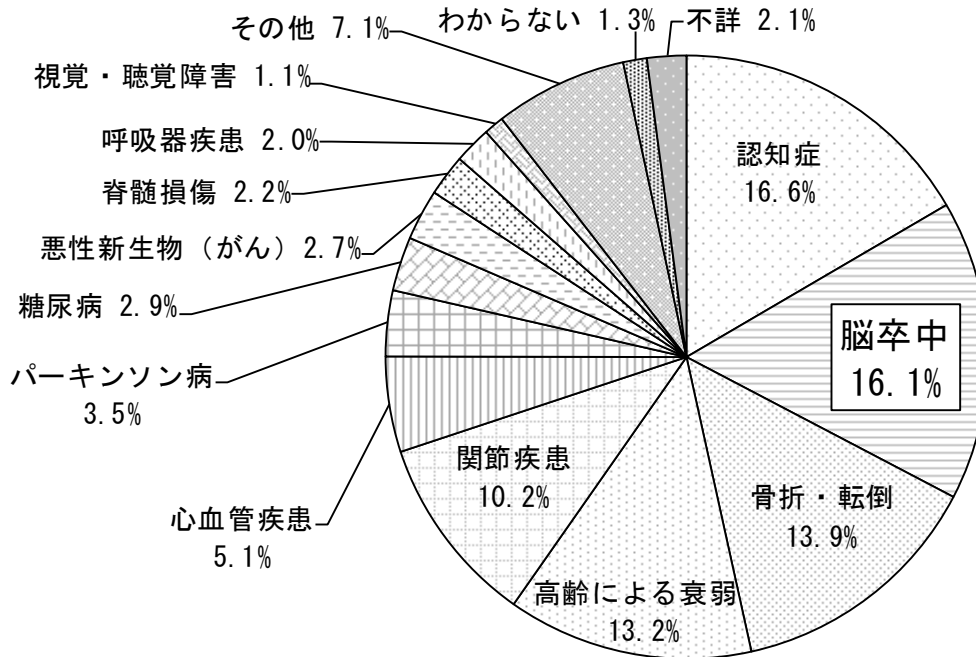
(出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」)

(在宅への復帰) (2020 年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
脳血管疾患退院患者平均在院日数		88.5	65.2	89.7	87.3	51.6	94.9	53.7	70.2	145.1
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者数(千人)		9.4								
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合(%)		56.6								

(出典：厚生労働省「患者調査」)

○介護が必要となった者の主な原因 (2022 年)



(出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」)

○要介護度別にみた介護が必要となった主な原因 (上位3位) (2022 年)

要介護度	第1位		第2位		第3位	
総数	認知症	16.6%	脳卒中	16.1%	骨折・転倒	13.9%
要支援者	関節疾患	19.3%	高齢による衰弱	17.4%	骨折・転倒	16.1%
要支援1	高齢による衰弱	19.5%	関節疾患	18.7%	骨折・転倒	12.2%
要支援2	関節疾患	19.8%	骨折・転倒	19.6%	高齢による衰弱	15.5%
要介護者	認知症	23.6%	脳卒中	19.0%	骨折・転倒	13.0%
要介護1	認知症	26.4%	脳卒中	17.5%	骨折・転倒	13.1%
要介護2	認知症	23.6%	脳卒中	17.5%	骨折・転倒	11.0%
要介護3	認知症	25.3%	脳卒中	19.6%	骨折・転倒	12.8%
要介護4	脳卒中	28.0%	骨折・転倒	18.7%	認知症	14.4%
要介護5	脳卒中	26.3%	認知症	23.1%	骨折・転倒	11.3%

(出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」)



※白紙