

第3節 事業

1 救急医療

【対策のポイント】

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

【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
心肺機能停止患者*の1か月後の生存率	10.9% (2016年)	10.5% (2019年)	13.3%以上	生存率向上のために必要な発生から処置までの時間が増加している傾向であるため、目標に向けて、早期通報の重要性について一般市民への啓発を強化
心肺機能停止患者*の1か月後の社会復帰率	7.5% (2016年)	7.7% (2019年)	8.7%以上	目標に向け数値が改善
救命救急センター充実段階評価がS・Aとなった病院の割合	—	100% (2020年)	100%	—

*心因性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例

(1) 現状と課題

ア 救急医療の現状（救急医療とは）

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

イ 本県の状況

(ア) 救急搬送の状況

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

(イ) 救急医療体制

- 本県では、主として軽症患者の外来医療を担う初期救急医療から、入院が必要な重症患者に対

応する第2次救急医療、多発外傷等の重篤患者を受け持つ第3次救急医療、さらには社会復帰までの医療が継続して実施される体制の計画的かつ体系的な整備を推進しています。

(初期救急医療)

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

(第2次救急医療(入院救急医療))

- 第2次救急医療は、第2次救急医療圏(12地区)ごとに病院群輪番制により、入院を必要とする重症救急患者に対応しています(57病院が参加)。
- その他、救急医療に必要な体制を備え、救急病院等を定める省令に基づき県知事が認定する救急告示病院等があります(72病院・4診療所)。

(第3次救急医療(救命医療))

- 第3次救急医療は、重症及び複数の診療科領域にわたる重篤救急患者の救命救急医療を24時間体制で行う救命救急センターについて、東部2施設、中部4施設、西部5施設を指定しています。2017年4月に県内11箇所目の救命救急センターとして、藤枝市立総合病院を指定しています。
- 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対する高度専門的救命医療を行う高度救命救急センターとして、2015年3月に中部1施設(県立総合病院)、西部1施設(聖隷三方原病院)をそれぞれ指定しています。
- 県内の救命救急センターは、自家発電機(備蓄燃料を含む。)及び受水槽(備蓄飲料水を含む。)を保有しており、災害時においても、高度な救急医療を提供できる体制を整備しています。

(ドクターヘリ)

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

(救命期後医療(慢性期医療))

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

(ウ) 病院前救護活動

(メディカルコントロール体制¹⁾)

- 本県における救急業務の一層の高度化の推進と救急救命士の行う処置範囲の拡大に向けて、

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

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

【役割】①地域の救急搬送体制及び救急医療体制に係る検証

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

救急医療機関、消防機関等で構成する静岡県メディカルコントロール協議会を設置するほか、各地域でも地域メディカルコントロール協議会（8地域）を設置し、病院前救護体制の強化を図っています。

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

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

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

（傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（実施基準））

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

（県民への救急蘇生法の普及）

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

（広域災害・救急医療情報システム（医療ネットしずおか））

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

ウ 医療提供体制

（ア）救急搬送

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

（イ）救急医療体制

（初期救急医療）

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

○地域内の医師不足及び高齢化により、当番医の確保が困難になっている地域があります。

- 歯科については、日曜や休日に受診することが困難な地域があります。
- 休日夜間等に院外処方箋が発行される場合は、地域の薬局が調剤を行う体制が必要です。

(第2次救急医療（入院救急医療）)

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

(第3次救急医療（救命医療）)

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

(ドクターヘリ)

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

(救急医療を担う人材の確保)

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

(救急医療機関等と療養の場との間の円滑な移行)

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

(ウ) 病院前救護活動

(メディカルコントロール体制)

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

(県民への救急蘇生法の普及)

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

(エ) 住民の受療行動

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

² バイスタンダー：救急現場に居合わせた人

(2) 今後の対策

ア 数値目標

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

*心因性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例

イ 施策の方向性

(ア) 救急搬送

- 2011年4月より傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準が施行されています。この実施状況を各地域のメディカルコントロール協議会により毎年検証し、必要に応じて基準の改定を行う等により、受入医療機関と消防機関との円滑な連携体制の推進を図ります。
- 救急搬送件数の増加の原因として、安易な救急自動車の利用も見られることから、「救急の日」「救急医療週間」等を通じて、救急自動車の適正利用について市町と連携して住民に周知し、消防機関の負担軽減を図ります。

(イ) 救急医療体制

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

(初期救急医療)

- 市町や保健所、地域の医師会と連携して、在宅当番医制から急患センター方式への転換や、急患センターの既存施設の建替えや機能拡充を図り、診療時間の空白の解消や、持続可能な体制確保に向けた取組を進めます。
- 歯科については、地域の実情に応じて、市町や地域の歯科医師会による取組を進めます。
- 休日夜間等に院外処方箋が発行される場合は、地域の薬局が調剤を行う体制整備を図ります。

(第2次救急医療(入院救急医療))

- 市町や地域の関係機関の協力を得て、体制の確保、充実に努めます。必要な施設、設備については市町と連携して整備、拡充を図ります。
- 輪番制の構築による地域内における病院間の役割分担の明確化やICT等による連携の強化を図るなど、地域の実情に応じ、第2次救急医療体制の継続的確保に向けた取組を進めます。
- 脳卒中や心血管疾患などの救急患者については、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準により、専門的な治療が可能な医療機関への搬送体制を充実します。

(第3次救急医療(救命医療))

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

(ドクターヘリ)

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

(救急医療を担う人材の確保)

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

(救急医療機関等と療養の場との間の円滑な移行)

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

(ウ) 病院前救護活動

(メディカルコントロール体制)

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

(県民への救急蘇生法の普及)

- 県民向けの救命講習を継続的に開催し、心臓マッサージやAEDの使用等を含め、心肺蘇生法の普及を図るとともに、早期通報の重要性について啓発を強化します。

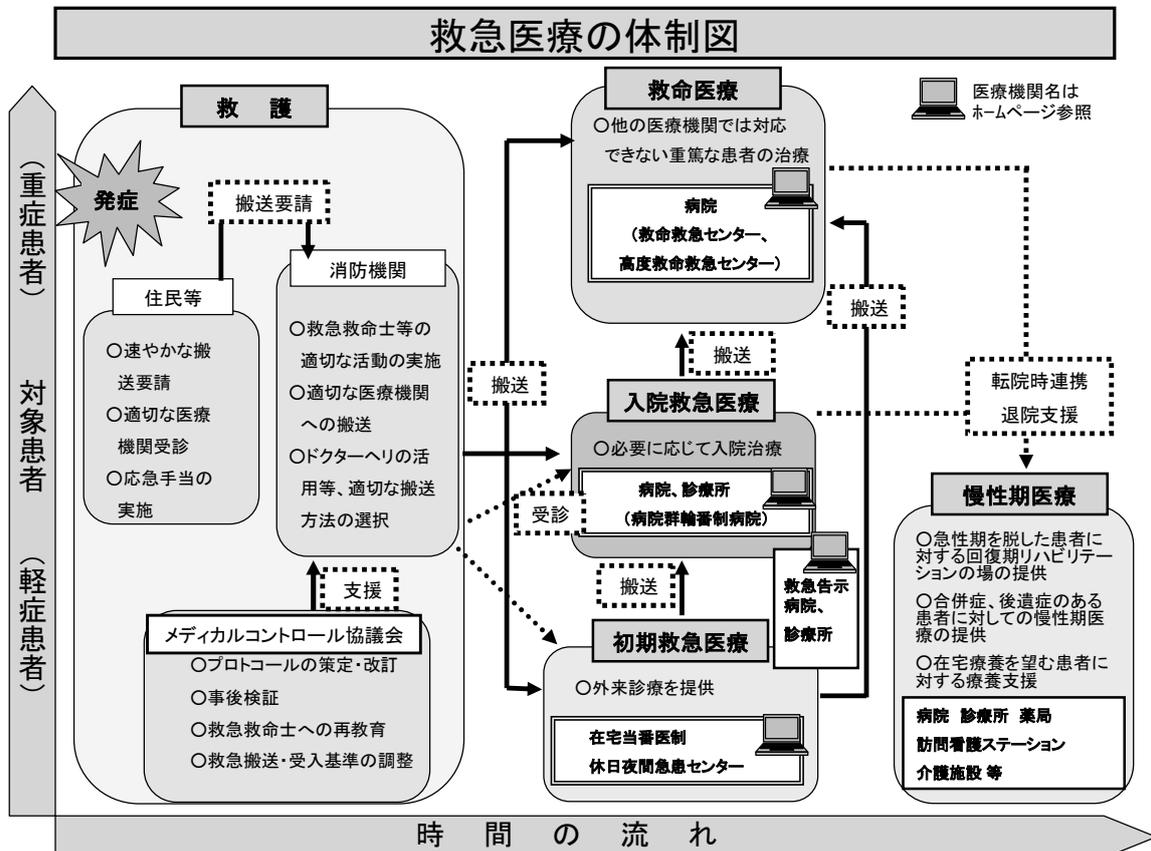
(エ) 住民の受療行動

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

(3) 「救急医療」に求められる医療機能

	救護	初期救急医療	入院救急医療	救命医療	慢性期医療
ポイント	○適切な病院前救護活動の実施	○外来治療を実施	○必要に応じて入院治療	○他の医療機関では対応できない重篤な患者の治療	○在宅療養を望む患者に対する退院支援 ○合併症、後遺症のある患者に対する慢性期医療の提供
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・住民等による速やかな搬送要請、適切な医療機関受診、応急手当やAED等による救命処置の実施 ・消防機関における救急救命士等の適切な活動の実施、適切な搬送方法の選択と適切な医療機関への搬送 ・メディカルコントロール協議会によるプロトコルの策定、改定、検証、救急救命士への再教育、救急搬送・受入基準の調整 	【休日夜間急患センター、在宅当番医】 <ul style="list-style-type: none"> ・主として外来における救急医療を実施 ・入院救急医療や救命医療を行う医療機関との連携 【薬局】 <ul style="list-style-type: none"> ・地域における休日・夜間の急病患者の処方箋調剤を実施 	【病院群輪番制病院】 <ul style="list-style-type: none"> ・初期救急の後方病院として、休日・夜間に入院医療を必要とする重症患者の受入れ 	【救命救急センター】 <ul style="list-style-type: none"> ・高度な医療施設とスタッフを備え、24時間体制で脳卒中、心筋梗塞、頭部損傷などの重篤救急患者の治療を実施 【高度救命救急センター】 <ul style="list-style-type: none"> ・広範囲熱傷等の高度専門的救急医療に対応 【ドクターヘリ】 <ul style="list-style-type: none"> ・重症患者の救命率向上や後遺症軽減のため救急専門医を現場に急行させ救命救急処置を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・気管切開等のある患者の受入れ ・遷延性意識障害等を有する患者の受入れ ・精神疾患を合併する患者の受入れ ・地域包括ケアシステムの構築に向けた居宅介護サービスの調整
		【救急告示病院、診療所】 <ul style="list-style-type: none"> ・病院群輪番制病院以外での救急医療に協力し、救急患者の入院を受入れ 			

(4) 「救急医療」の医療体制図

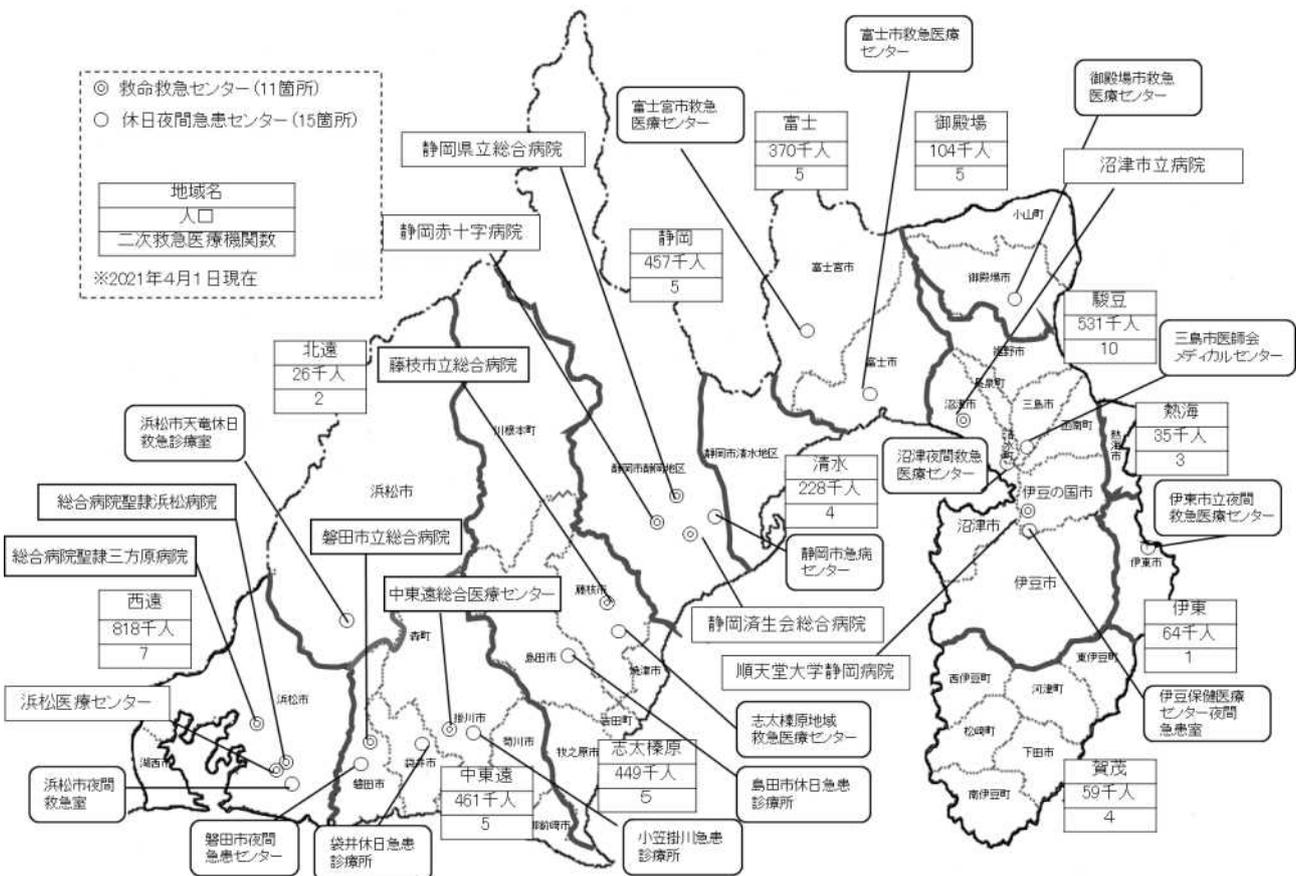


(5) 関連図表

○第2次救急医療圏

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

○救急医療体制



○在宅当番医制（初期）参加状況（診療所：2次保健医療圏別）

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

（出典：厚生労働省 医療施設調査（静態））

○入院を要する救急医療体制（二次）参加状況（病院：2次保健医療圏別）

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

（出典：厚生労働省 医療施設調査（静態）、県地域医療課調べ）

○救命救急センター（三次）設置数（2次保健医療圏別）

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

（出典：厚生労働省 医療施設調査（静態）、県地域医療課調べ）

○主たる診療科名を「救急科」としている医師の数

（単位：人）

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

（出典：厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師統計）

○認定看護師数

(単位：人)

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

(出典：日本看護協会調べ)

○県内2次保健医療圏域別高齢化率の推移(65歳以上人口の占める割合)

(単位：%)

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

(出典：静岡県年齢別推計人口)

○傷病程度別搬送人員及び構成比の推移

(単位：人、%)

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

(出典：消防庁「救急・救助の現況」)

○年齢区分別搬送人員構成の推移

(単位：人、%)

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

(出典：消防庁「救急・救助の現況」)

○救急救命士の業務拡大に係る認定者数の推移

(単位：人)

	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
気管挿管実施認定者数累計	289	338	386	432	474	514	566	613	663	687
薬剤投与実施認定者数累計	370	372	373	376	376	377	377	377	377	377
ビデオ挿管実施認定者数累計	—	—	18	60	113	176	251	341	418	462
静脈路確保及び輸液・ブドウ糖溶液投与認定者累計	—	—	—	1	102	200	296	388	483	546
指導救命士認定者累計	—	—	—	—	—	18	33	44	53	57

(出典：県地域医療課調べ)

○現状把握のための指標

指標		実績		出典
指標の項目	時点	静岡県	全国	
日本救急医学会指導医数 (人口10万対) ※	2021.1	0.3	0.6	日本救急医学会 ホームページ
日本救急医学会専門医数 (人口10万対) ※	2021.1	2.5	4.1	日本救急医学会 ホームページ
認定看護師(救急看護)数 (人口10万対) ※	2020.12	1.0	1.1	日本看護協会 ホームページ
救急救命士が同乗している救急自動車の割合	2020.4	95.7	92.6	消防庁 「救急・救助の現状」
住民の救急蘇生法講習の受講者数 (人口1万対) ※	2019	85	101	消防庁 「救急・救助の現状」
AEDの公共施設における設置台数 (人口10万対) ※	2021.1	177.2	170.6	日本救急医療財団 ホームページ
特定集中治療室を有する病院数 (人口100万対) ※	2017	4.7	4.9	厚生労働省 「医療施設調査」
心肺機能停止患者の1か月後の予後 (生存率)	2019	10.5	13.9	消防庁 「救急・救助の現状」
心肺機能停止患者の1か月後の予後 (社会復帰率)	2019	7.7	9.0	消防庁 「救急・救助の現状」
救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	2019	39.2	39.5	消防庁 「救急・救助の現状」

※2019年10月1日現在の推計人口(総務省)に基づき各指標の実数から算出

2 災害時における医療

【対策のポイント】

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

【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
業務継続計画を策定している災害拠点病院及び救護病院の割合（対象：87 施設）	20 施設 (22.2%) (2016 年 4 月)	50 施設 (57.5%) (2021 年 3 月)	100%	目標に向け数値が改善
業務継続計画に基づき被災した状況を想定した研修及び訓練を実施している災害拠点病院及び救護病院の割合（対象：87 施設）	研修 7 施設 (7.8%) 訓練 14 施設 (15.6%) (2016 年 4 月)	研修 35 施設 (40.2%) 訓練 36 施設 (41.4%) (2021 年 3 月)	100%	目標に向け数値が改善
2 次保健医療圏単位等で災害医療コーディネーター機能の確認を行う訓練実施回数	年 1 回 (2016 年度)	年 1 回 (2019 年度)	年 2 回以上 (毎年度)	県全体を対象とする訓練は実施済である。目標に向け、各地域の状況を踏まえた、訓練の実施を推進 (2020 年度は新型コロナウイルス感染症の影響により未実施)
静岡 D M A T 関連研修実施回数	年 3 回 (2016 年度)	年 2 回 (2019 年度)	年 2 回 (毎年度)	目標値を達成 (維持目標) (2020 年度は新型コロナウイルス感染症の影響により未実施) ※2018 年度に研修開催数を見直し、目標値を年 2 回に変更

(1) 現状と課題

ア 災害の現状

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

る傾向にあります。2021年7月に熱海市で発生した土石流災害では、多くの人的・物的被害をもたらしました。

- 爆発物・NBC（N：核物質、B：生物剤、C：化学剤）物質を使ったテロなど特別な対応を求められるものもあります。
- 鉄道、海上及び航空交通等の各分野において、大量・高速輸送システムが発展し、ひとたび事故が発生した場合には、重大な事故になる恐れが指摘されています。

イ 本県の状況

- 本県では、2013年6月に発表された静岡県第4次地震被害想定で、駿河トラフ・南海トラフ沿いと相模トラフ沿いのそれぞれで発生する二つのレベルの地震・津波を想定対象としています。
- 静岡県第4次地震被害想定（第一次報告）では、南海トラフ巨大地震により、最悪の場合、死者105,000人、重傷者（1か月以上の治療を要する負傷者）38,000人の被害が予想されています。
- 福島第一原子力発電所の事故による原子力災害を踏まえ、万一、浜岡原子力発電所で同様の事故が発生した場合の備えが求められています。

ウ 医療提供体制

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

（ア）医療救護施設

- 県及び市町は医療救護計画に基づき、災害時医療救護施設として、県が災害拠点病院¹、災害拠点精神科病院²を、市町が救護病院³、救護所⁴等を指定しています。
- 医療救護施設は、災害拠点病院・救護病院において重症患者及び中等症患者の受入れ、処置、広域医療搬送への対応等を、また、救護所において、軽症患者の処置を行うこととし、役割分担に応じて相互に補完しながら医療救護活動に当たります。
- 災害拠点精神科病院は、精神疾患を有する患者の受入れ、精神症状の安定化、広域搬送のための一時的避難所としての機能等、精神科医療の対応に当たります。
- 圏域別に災害時透析拠点施設⁵をおき透析患者の受け入れに当たるなど、医療的配慮が必要な県民への対応に当たります。
- なお、災害拠点病院が圏域内にない保健医療圏では、隣接圏域の災害拠点病院との連携により対応しています。
- より多くの災害時医療拠点の確保と、関係機関相互の密接な連携を図る必要があります。
- 災害拠点病院、災害拠点精神科病院、救護病院における施設・設備面での整備、院内の医療救

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

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

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

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

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

護体制の整備を推進していく必要があります。

- 入院患者等の安全確保や災害発生後の医療救護活動の実施のため、救護病院の耐震化を更に進める必要があります。
- 病院において、被災後、早急に診療機能を回復できるように、業務継続計画の整備と、整備された業務継続計画に基づき被災した状況を想定した研修・訓練を実施し、平時からの備えを行っていることが必要です。
- 救護所を迅速に設置し、適切に医療救護活動を実施するため、救護所で活動する医療従事者等の人材確保や、医薬品等の確保を万全にする必要があります。
- NBC（N：核物質、B：生物剤、C：化学剤）を使ったテロ・災害には、特別な対応が求められることから、救命救急センター等の医療機関における医療従事者への知識の普及や装備の充実を進めていくことが重要です。

(イ) 災害時の情報把握

- 東日本大震災においては、一般電話等の通信手段がほとんど失われ、医療施設の被害状況等の把握が非常に困難な状況となりました。
- 本県においては、災害拠点病院をはじめ、災害拠点精神科病院、救護病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会等に、東日本大震災において貴重な通信手段となった衛星電話が配備されています。
- 災害時の迅速な医療活動が可能となるように、また、医療施設の被害状況等の情報を関係機関が収集、共有できるように、「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」⁶に県内全ての病院を登録しています。
- 2013年11月に「ふじのくに防災情報共有システム（FUJISAN）」⁷に災害医療関係機能を追加し、従来から運用していた救護所開設情報や救護班要請機能のほか、「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」との連携機能や、人工透析機関状況、感染症指定医療機関及び結核病床を有する医療機関状況等を登録、閲覧できる機能を加え、定期的に情報伝達訓練を実施しています。
- 「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」の適切な利用を推進し、信頼に足る生きた情報として、情報提供、情報収集、情報共有が可能になるよう、関係機関において複数の操作担当者を確保する等の対応が必要です。
- 一般電話回線が復旧するまでの間、情報通信体制を確保するためには、医療救護施設や関係機関の更なる衛星電話の整備促進が必要です。
- 「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」はインターネット上のシステムであるため、システムを使用する関係機関は、衛星回線インターネット環境の整備が必要です。
- 災害時には複数の通信手段を確保しておくことが重要であり、防災行政無線、衛星電話のほか、MCA無線⁸や日赤無線、アマチュア無線等も積極的に活用する必要があります。

(ウ) 広域医療搬送

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

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

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

- 南海トラフ巨大地震などの大規模災害が発生した場合、県内の医療機関では対応できない事態も想定されることから、国、他都道府県と連携して広域医療搬送を実施します。
- クラッシュ症候群等⁹の広域医療搬送基準に適合した重症患者を、自衛隊機等を活用し、被災地外の空港等を経由して迅速に災害拠点病院等に搬送し、治療を行います。
- 東日本大震災において、初めて実際の広域医療搬送が行われたことを契機に、全国で広域医療搬送に対する取組が本格化しており、SCU¹⁰におけるDMAT¹¹活動等の全国標準化が進められています。
- 静岡県外から参集するドクターヘリは、航空搬送拠点や、ドクターヘリ基地病院（順天堂大学医学部附属静岡病院、聖隷三方原病院）等を拠点として地域医療搬送を行います。
- 広域医療搬送については、国、県、市町、医療機関などの連携の下、訓練により更に習熟度を高めていく必要があります。
- 医療機関側が広域医療搬送トリアージや医療搬送カルテの作成など、適切な対応ができるよう、医療従事者への知識の啓発、普及が必要です。
- 特に、地域医療搬送については、全国各地から参集したドクターヘリが航空搬送を担うことが想定されるため、「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に関わる指針について」（2016年12月5日付け医政地発1205第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を基に作成された災害時のドクターヘリの運用指針等に則り、ドクターヘリの要請手順や自地域における参集拠点に関しても訓練等を通して確認を行うことが必要です。本県では、2020年3月に、中部ブロック8県及びブロック内ドクターヘリ基地病院との間に「大規模災害時におけるドクターヘリ広域連携に関する基本協定」を締結し、災害時におけるドクターヘリの迅速かつ効率的な運用に向けた取組を行っています。

(エ) 広域受援

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

(災害超急性期（発災～2日）)

- 災害超急性期においては、DMAT等による支援が中心になります。

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

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

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

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

- 南海トラフ巨大地震等の大規模災害発生時には、県からの要請に基づき、非被災都道府県のDMAT等が派遣され、SCUや災害拠点病院等の活動に従事します。
- 災害超急性期において県内に参集するDMAT等を円滑に受け入れ、SCUや災害拠点病院等において、適切に活動できるよう、配置調整等を行う体制の充実が必要です。
- 空路によるDMAT等の参集だけでなく、新東名高速道路等により、陸路参集するDMAT等医療チームの受入体制の整備が必要です。

(災害急性期（3日～1週間）)

- 日本赤十字社の救護班や、JMAT、DPAT¹³等による支援が中心になります。
- 独立行政法人国立病院機構の医療班や、独立行政法人国立大学病院による支援を受け入れます。
- DMATの活動は段階的に縮小する一方、他都道府県が編成した医療チームによる支援が始まります。
- 日赤救護班、JMAT等の支援を円滑に受け入れるためには、日赤県支部、県医師会等の関係団体と、県災害対策本部において密接に連携する体制整備を更に進める必要があります。
- 2次保健医療圏単位等で円滑に医療資源の需給調整等を行うコーディネート体制を整備するため、災害医療コーディネーター¹⁴を中心とした関係機関によるネットワーク体制の連携強化を推進していく必要があります。

(災害亜急性期（1週間～）以降)

- 災害亜急性期以降は、他都道府県が編成した医療チームによる支援が中心になります。
- 特定非営利活動法人日本災害医療支援機構（JVMA）や、特定非営利活動法人アムダ（AMDA）等のNPO団体等の支援も受け入れます。
- 災害急性期以降においても、各保健医療圏において、参集した医療チーム等を円滑に受け入れ、適切に配置調整するコーディネート体制の整備が必要です。

(オ) 応援派遣

(DMAT)

- DMATは、大地震及び航空機・列車事故等の災害発生直後（概ね48時間以内）に活動が開始できる機動性を持った、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣医療チームです。
- 本県では、全ての災害拠点病院を静岡DMAT指定病院として指定しており、静岡DMATは、被災地域での活動（病院支援、地域医療搬送、現場活動等）及び広域医療搬送活動（SCU活動、航空機内の医療活動等）に従事します。
- 全ての災害拠点病院が、DMATを派遣できる体制を整備充実する必要があります。

(DPAT)

- 本県では、2021年度現在17病院を静岡DPAT指定病院として指定しており、被災地域での活動（DPAT都道府県調整本部等での指揮調整、被災地での精神科医療の提供、精神保健活

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

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

動への専門的支援)に従事します。

(応援班)

- 応援班は、静岡県医療救護計画に基づき、県内の公的病院等の医療スタッフにより編成し、災害時に県の要請により、県内外に派遣されます。
- 南海トラフ巨大地震等の県内における大規模災害発生時は、原則として、所属病院内の救護活動に専念します。

(医療関係団体による医療チーム)

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

(カ) 医薬品等の確保・供給

- 医療救護施設の備蓄が消費された後の医薬品等の調達については、医療救護施設(救護所を除く)は日常取引のある医薬品卸業者等から、救護所は市町災害対策本部から行う体制となっており、医薬品等が不足した場合に備えて、県は、県医薬品卸業協会等関係団体と協定を締結し、確保、供給体制を整えるとともに、委嘱した災害薬事コーディネーターを県(本庁、方面本部)、市町(災害対策本部等)、薬剤師会(県、地域)に配置し、供給要請等への対応体制をとっています。
- 輸血用血液が不足した場合に備えて、血液センター事業所ごとの血液保有状況の把握、調整など、確保、供給体制をとっています。
- 人工透析を行うための、大量の水の確保と、専用の薬品等の確保など、医療的配慮が必要な県民への対応が必要です。

(キ) 災害時の健康管理

- 災害が沈静化した後も、救護所等での住民等に対する健康管理を中心とした医療が必要となるため、医師会や歯科医師会、D P A T 等を中心とした医療チームが活動を行います。
- 医療チームは、避難所等における被災者に対する保健師等の健康支援活動と連携し、必要に応じ、感染症のまん延防止、衛生指導、口腔ケア、メンタルヘルスケアを適切に行うことが必要です。
- 生活の変化による被災者の持病の悪化や体調不良の増加、エコノミークラス症候群、生活不活発病、P T S D (心的外傷後ストレス障害)¹⁵の発生を未然に防止するため、広範囲にわたる多数の被災者に対して専門的なケアを行う予防対策を実施します。

(ク) 原子力災害への対応

- 福島第一原子力発電所の事故による原子力災害を踏まえ、資機材の整備等の防災対策の充実や原子力災害拠点病院の指定等を行い、原子力災害医療体制を確保しています。
- 安定ヨウ素剤について、国の原子力災害対策指針に基づき、P A Z¹⁶圏内の住民に対し、事前配

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

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

布を実施しています。また、UPZ¹⁷圏内の住民等の分を配備（備蓄）しています。

(ケ) その他

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

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

(2) 今後の対策

ア 数値目標

	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
継続	業務継続計画を策定している災害拠点病院及び救護病院の割合(対象:87施設)	50施設 (57.5%) (2021年3月)	100%	被災後、早急に診療機能を回復できるように、業務継続計画を整備	静岡県 「R2病院におけるBCPの考え方に基づいた災害対策マニュアル策定状況調査」<2021.3>
	業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施している災害拠点病院及び救護病院の割合(対象:87施設)	研修 35施設 (40.2%) (2021年3月)	100%	整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施	
		訓練 36施設 (41.4%) (2021年3月)	100%		
	2次保健医療圏単位等で災害医療コーディネーター機能の確認を行う訓練実施回数	年1回 (2019年度)	年2回以上 (毎年度)	全県一斉訓練のほか、各2次保健医療圏単位での訓練実施回数の合計値	地域災害医療対策会議開催状況等調査
	静岡DMAT関連研修の実施回数	年2回 (2019年度)	年3回 (毎年度)	静岡DMAT隊員の養成及び技能維持向上を図る	「静岡DMAT-L隊員養成研修」、「静岡DMATロジスティクス研修」、「静岡DMAT看護師研修」の実施回数<2021.3>
新規	静岡DPAT研修の実施回数	年1回 (2021年度)	年1回 (毎年度)	静岡DPAT隊員の養成及び技能維持向上を図る	「静岡DPAT研修」の実施回数<2021.11>

イ 施策の方向性

- 「防ぎ得る災害死」を1人でも減らすため、様々な災害に備え、災害時医療救護体制の整備、充実を図ります。
- 災害の超急性期を脱した後も、福祉関係など各種関係団体等と連携し、住民の健康が確保される体制を整備します。
- 今後増加が見込まれる局地災害に対しては、保健所を中心に、被災市町や医師会等の地元関係者と連携した活動が必要であるため、2次保健医療圏単位等の災害医療関係者のネットワークの構築を図ります。

(ア) 医療救護施設

- より多くの災害時医療拠点を確保するため、地域の実情に応じて、災害拠点病院の指定を積極的に推進します。
- 施設の耐震化やライフラインの確保など、救護病院等における施設・設備面での整備を引き続き推進します。

- DMATを派遣できる体制を整備充実するため、県内を中心に活動する静岡DMAT-L隊員（LはLimitedの略）を養成し、局地災害対応の強化を図っていきます。
- 市町が救護所を迅速に設置し、適切に医療救護活動を実施するため、県は、市町と医師会、歯科医師会、薬剤師会の協定締結を働きかける等、救護所で活動する医療従事者等の人材確保や、医薬品等の確保を推進します。
- 県は、平常時から、病院における業務継続計画の整備を働きかけるとともに、市町医療救護体制の整備指導や防災訓練等を通じ、院内の体制整備及び関係機関との連携体制の強化を図ります。また、医療救護活動が円滑に行われるように、必要に応じた医療救護計画の見直しを行います。
- 県は、災害拠点病院等にNBC災害に対応するための知識の普及などを進めていきます。
- 災害精神医療においては、災害拠点精神科病院を中心として、地域医療連携体制を構築します。

(イ) 災害時の情報把握

- 「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」や「ふじのくに防災情報共有システム（FUJISAN）」などの防災情報システムによる、医療救護施設と行政間の迅速な情報伝達や情報共有、医療救護に係る支援要請等に対する連絡・処理体制を、通信手段の確保とともに充実させます。
- 「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」等は、各機関で複数の入力担当者を確保するとともに、訓練での使用や必要に応じた研修などの実施により習熟を図り、実効性を高めていきます。
- また、MCA無線や日赤無線、アマチュア無線等、他の通信手段についても積極的な活用を図ります。

(ウ) 広域医療搬送

- 関係機関が連携して広域医療搬送訓練を実施し、搬送体制の検証と習熟に努めていきます。
- 広域医療搬送に使用するヘリポートの確保を進めます。
- 全国から参集したドクターヘリの運航管理体制を整備し、県やSCUへの専門人材配置に取り組みます。
- SCUへの地域医療搬送を円滑に実施するため、消防との連携体制確保を図ります。

(エ) 広域受援

- 県外から参集するDMAT及びDPATを円滑に受け入れ、活動を調整するため、県DMAT調整本部及びDPAT調整本部の機能強化を進めます。
- 平時から保健医療圏単位等で保健所・市町の行政担当者と地域の医師会や歯科医師会、災害拠点病院等の医療関係者等によるネットワークを構築します。また、災害時に保健医療調整本部¹⁸を設置し、医療救護施設等の保健医療ニーズを把握・分析した上で保健医療活動チームを配置調整する体制を整備します。
- DMAT連絡協議会及びDPAT連絡協議会における協議を踏まえ、各方面本部へのDMAT等の受入れを推進します。

¹⁸ 保健医療調整本部：都道府県災害対策本部の下に設置し、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報連携、保健医療活動に係る情報の整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う。なお、本県では、本機能は健康福祉部が担う。

- DMATの陸路による進出拠点を東西（東名足柄SA、新東名浜松SAを想定）に設置し、高速道路インターチェンジから災害拠点病院への緊急輸送ルートを迅速に確保することで、DMATの陸路受入体制を整備します。
- 災害時における医療の確保を図るため、新たに妊婦や乳幼児にかかる医療機関との調整を行う災害時小児周産期リエゾン¹⁹を養成し、小児・周産期医療に特化した調整役として災害医療コーディネーターをサポートする体制を整備します。また、研修・訓練の実施や連絡会議の開催により、救護活動をこなうDMATやJMAT、精神科医療を提供するDPAT等の医療チーム、医療資源需給調整を行う災害医療コーディネーター、医薬品等や薬剤師の確保・調整を行う災害薬事コーディネーター等の関係機関との連携体制の強化を推進します。

(オ) 応援派遣

- 県外大規模災害発生時の本県医療チームの支援調整を円滑に実施するため、DMAT連絡協議会等を中心に、平時から関係団体との連携体制づくりに取り組みます。
- 消防等の関係機関と連携した訓練や研修の実施により、DMAT等の資質の向上に努めます。
- 急性期以降、状況に応じてDMAT等の医療チームから、現地調整本部の指揮下で活動を行うチームにスムーズに移行できるよう、訓練等を通じ、関係団体との連携体制の強化を推進します。

(カ) 医薬品等の確保・供給

- 災害薬事コーディネーターによる地域の医療ニーズを踏まえた医薬品等の確保・供給や薬剤師の配置体制及び市町、医薬品卸業者等との連携等の強化を進めます。
- 医薬品卸業者等による医薬品等の供給体制の強化を図ります。
- 災害時の人工透析を円滑に行えるよう、平時から水及び専用の薬品等を確保するなど、医療的配慮が必要な県民を支援する体制整備に向けた検討を、保健所、市町、医療機関等で進めます。

(キ) 災害時の健康管理

- 被災者に対する感染症のまん延防止、衛生指導、口腔ケア、メンタルヘルスケアを適切に行うため、JMAT等の医療チーム等と保健師等による健康支援活動の連携体制整備により、災害時の健康管理体制を強化します。
- 自主防災組織、民生・児童委員、市町職員等の被災者に接する多くの協力者との協働により、支援体制を充実します。
- 慢性疾患患者等に対し、適切な薬歴管理に基づく診療を行うため、お薬手帳の普及を推進します。

¹⁹ 災害時小児周産期リエゾン：災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県により任命された者

(ク) 原子力災害への対応

- 国の原子力災害対策指針に基づき、医療機関や災害拠点病院、医師会等の関係機関と連携しながら、原子力災害医療に必要な資機材・設備の整備や、医療関係者に対する研修・訓練の実施等、原子力災害医療体制の整備を進めます。
- 関係市、医師会及び薬剤師会等の関係機関と連携しながら、P A Z 圏内の住民への安定ヨウ素剤の事前配布を継続的に実施します。

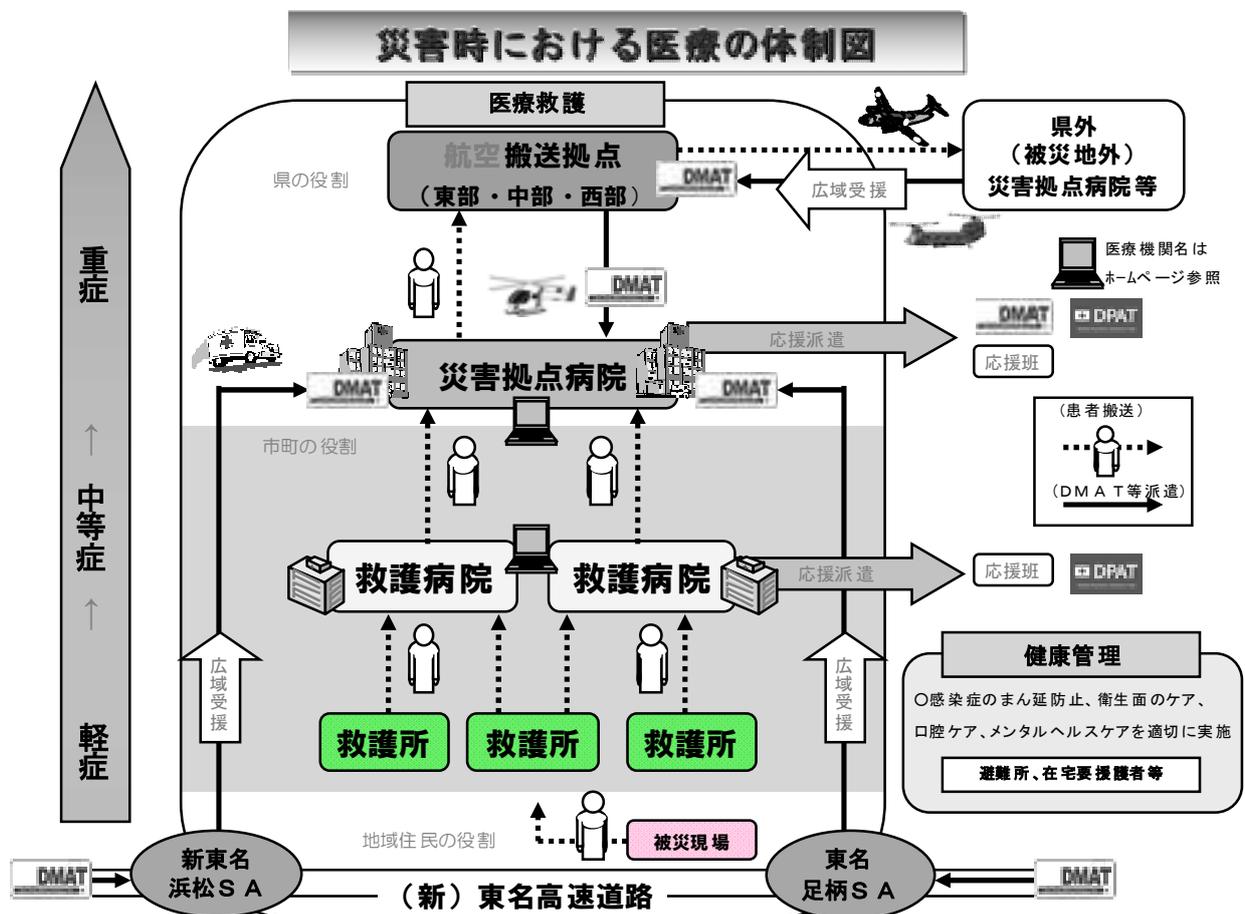
(ケ) その他

- 医師、看護師等医療従事者へのトリアージ等（広域搬送トリアージを含む。）災害医療知識の普及を図るため、関係団体との協力の下に災害医療技術の研修を実施します。
- 地域住民を対象に、災害時における医療救護体制、応急手当等の知識の普及を図るとともに、救急医薬品の準備についての啓発を進めます。

(3) 「災害時における医療体制」に求められる医療機能

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

(4) 災害時の医療体制図



(5) 関連図表

○指標による現状把握

指 標		実 績	
指標の項目	時点	静岡県	出典元
災害拠点病院指定数	2021. 4	23 施設	災害拠点病院現況調査
病院機能を維持するために必要な全ての建物が耐震化された災害拠点病院の割合	2021. 4	23/23 施設 (100%)	災害拠点病院現況調査
通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の燃料を確保済の災害拠点病院の割合	2021. 4	22/23 施設 (95.7%)	厚生労働省「災害拠点病院の現況調査」
衛星電話を設置している災害拠点病院及び救護病院の割合	2021. 4	68/87 施設 (78.2%)	市町医療救護体制調査
病院の敷地内で患者が利用する全ての建物が耐震化された救護病院の割合	2021. 9	80/84 施設 (95.2%)	病院の耐震改修状況調査
災害医療コーディネーター任命者数	2021. 4	47 人	県委嘱
災害時小児周産期リエゾン任命者数	2021. 4	16 人	周産期医療・小児医療に再掲
原子力災害拠点病院指定数	2021. 4	2 施設	県指定
原子力災害医療協力機関登録数	2021. 4	8 施設	県登録

○静岡県第4次地震被害想定

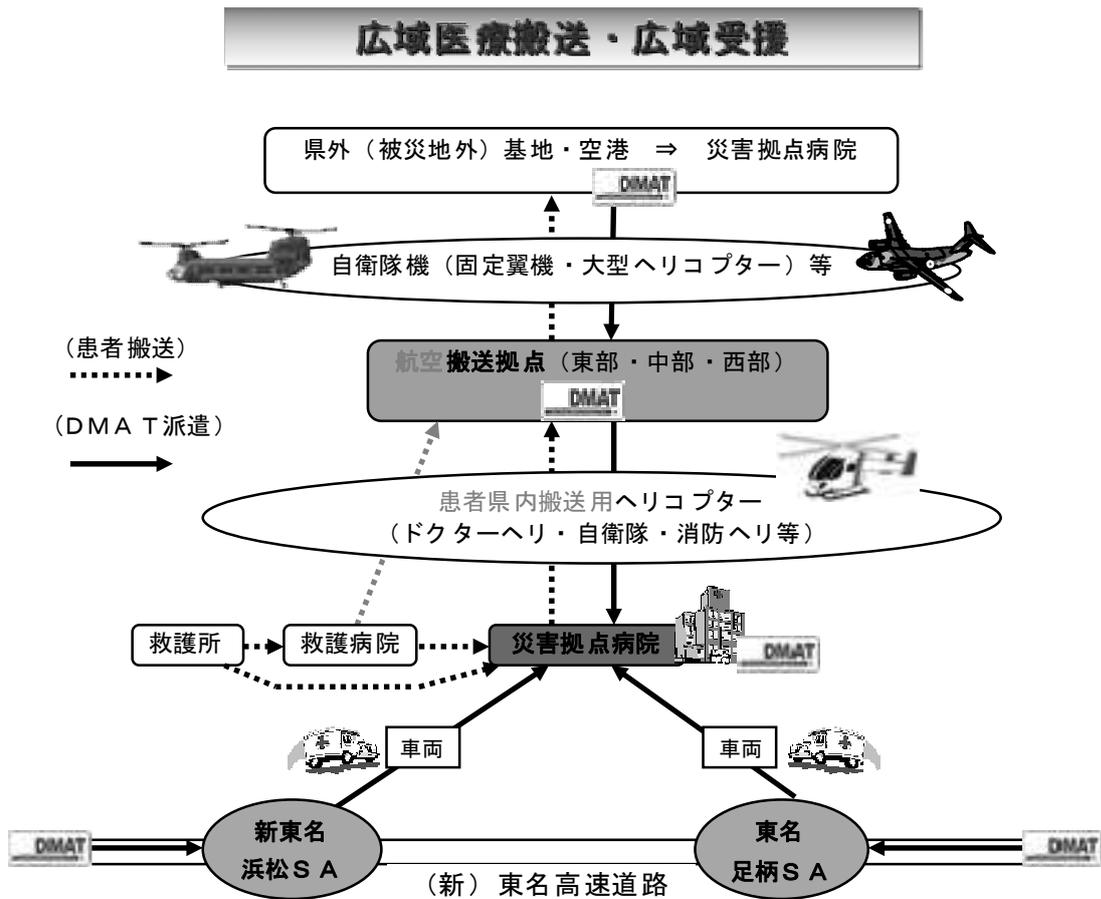
区分	内容	死者及び傷病者数
レベル1	東海地震のように、発生頻度が比較的高く、発生すれば大きな被害をもたらす地震・津波	<ul style="list-style-type: none"> ・死者数 約 16,000 人 ・重傷者数 約 20,000 人 ・軽症者数 約 51,000 人 <予知なし・冬・深夜ケース>
レベル2	南海トラフ巨大地震のように、発生頻度は極めて低いが、発生すれば甚大な被害をもたらす、最大クラスの地震・津波	<ul style="list-style-type: none"> ・死者数 約 105,000 人 ・重傷者数 約 24,000 人 ・軽症者数 約 50,000 人 <陸側(予知なし・冬・深夜) ケース>

※死者及び傷病者数は最大被害想定

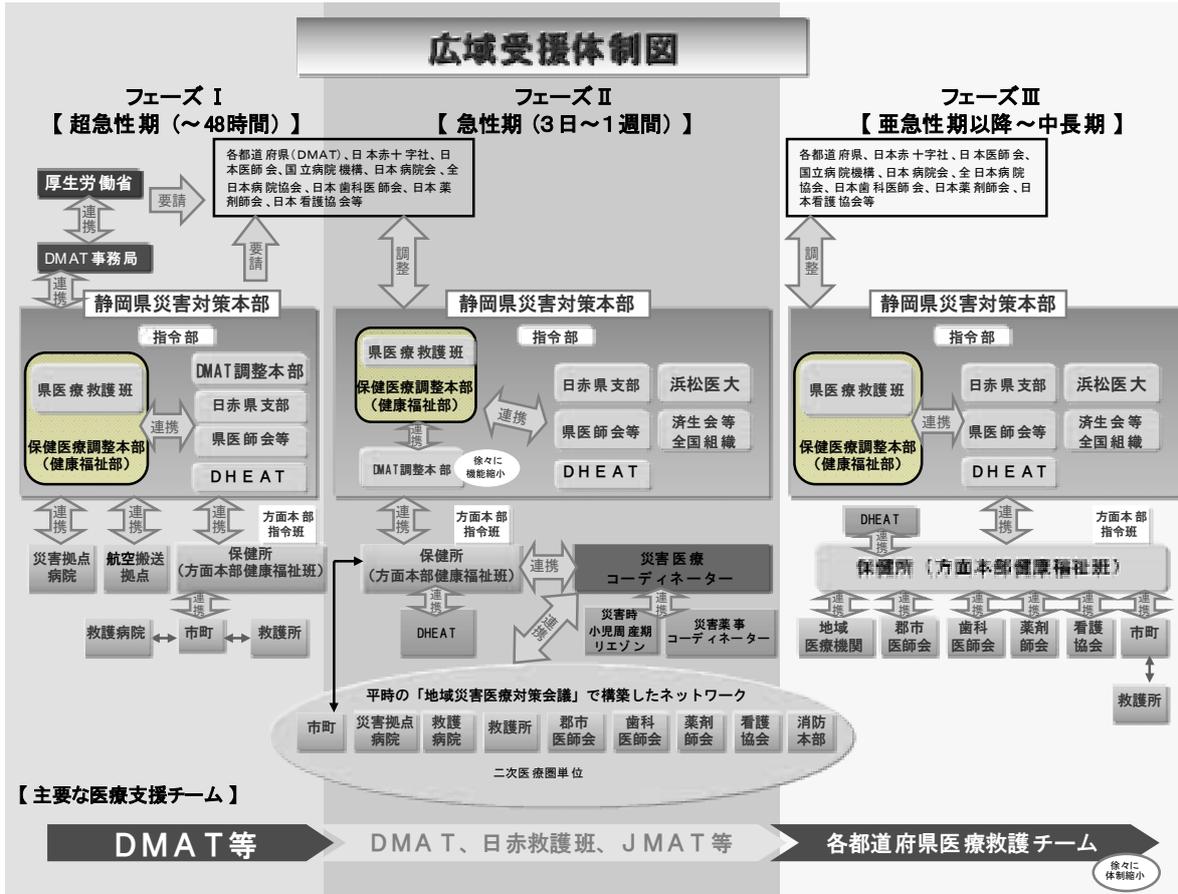
○圏域別医療救護施設指定状況等（2021年4月時点）

2次保健医療圏	救護所 (市町指定)	救護病院 (市町指定)	災害拠点病院 (県指定)	災害拠点 精神科病院 (県指定)	航空 搬送拠点	医療救護チーム	
						DMAT	DPAT
賀茂	16	5	0	0	愛鷹 広域公園	0	0
熱海伊東	15	4	2	0		2	0
駿東田方	64	25	4	1		9	3
富士	25	11	2	0		6	1
静岡	61	10	5	1	静岡空港	15	8
志太榛原	32	7	3	0		9	0
中東遠	37	6	2	0	航空自衛隊	4	3
西部	76	17	5	2	浜松基地	15	8
全県	326	85	23	4	3	60	23

○広域医療搬送体制図



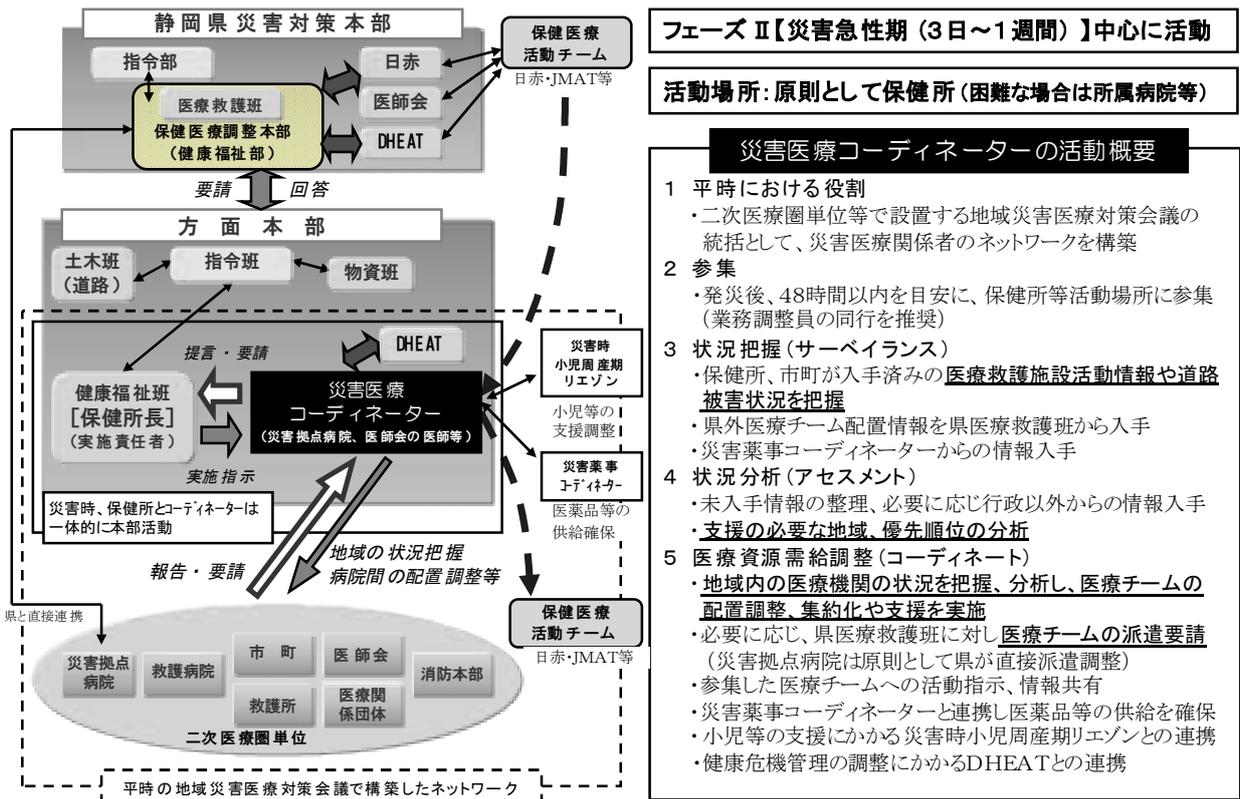
○広域受援体制図



○災害時における災害医療コーディネーターの役割

災害時（3日～1週間）における災害医療コーディネーターの役割

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



3 へき地医療

【対策のポイント】

- へき地住民への医療提供体制の確保
- へき地の診療を支援する機能の向上

【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
医療提供支援策 ¹ が実施されている無医地区の割合	100% (2016年度)	100% (2020年度)	100% (毎年度)	目標値を達成 (維持目標)
へき地医療拠点病院による、へき地への巡回診療	年16回/病院 (2016年度)	年12回/病院 (2020年度)	年12回以上/病院	目標値を達成 (維持目標)
へき地医療拠点病院による、へき地への代診医等派遣	年14回/病院 (2016年度)	年27回/病院 (2020年度)	年12回以上/病院	目標値を達成 (維持目標)

(1) 現状と課題

ア へき地の医療

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

イ 本県の状況

（県内のへき地の状況）

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

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

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

(県内の医療施設従事医師数等の状況)

へき地勤務医師等の状況

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

ウ 医療提供体制

(ア) へき地診療所等

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

(イ) へき地医療拠点病院

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

(ウ) へき地医療支援機構

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

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

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

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

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

へき地医療支援機構としての役割を強化していく必要があります。

(エ) 自治医科大学卒業医師の派遣

○医師の確保が困難な地域に、自治医科大学卒業医師を派遣しています。

(オ) 行政によるへき地医療支援の取組

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

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

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

(カ) へき地における救急搬送体制

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

(キ) へき地における保健予防活動

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

(2) 今後の対策

ア 数値目標

項目		現状値	目標値	目標値の考え方	出典
継続	医療提供支援策が実施されている無医地区の割合	100% (2020年度)	100% (毎年度)	へき地への継続的な医療提供は困難であるため、患者輸送車運行事業や巡回診療等による、医療提供の支援を行っていく。	無医地区等調査(厚生労働省)
新規	次のいずれかを実施したへき地医療拠点病院の割合 ・巡回診療 年間実績12回以上 ・医師派遣 年間実績12回以上 ・代診医派遣 年間実績1回以上	100% (2020年度)	100% (毎年度)	良質かつ適切なへき地医療を提供する体制を構築する。	へき地医療支援事業実施状況(静岡県へき地医療支援機構)

イ 施策の方向性

(ア) へき地住民への医療提供体制の確保

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

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

(イ) へき地の診療を支援する機能の向上

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

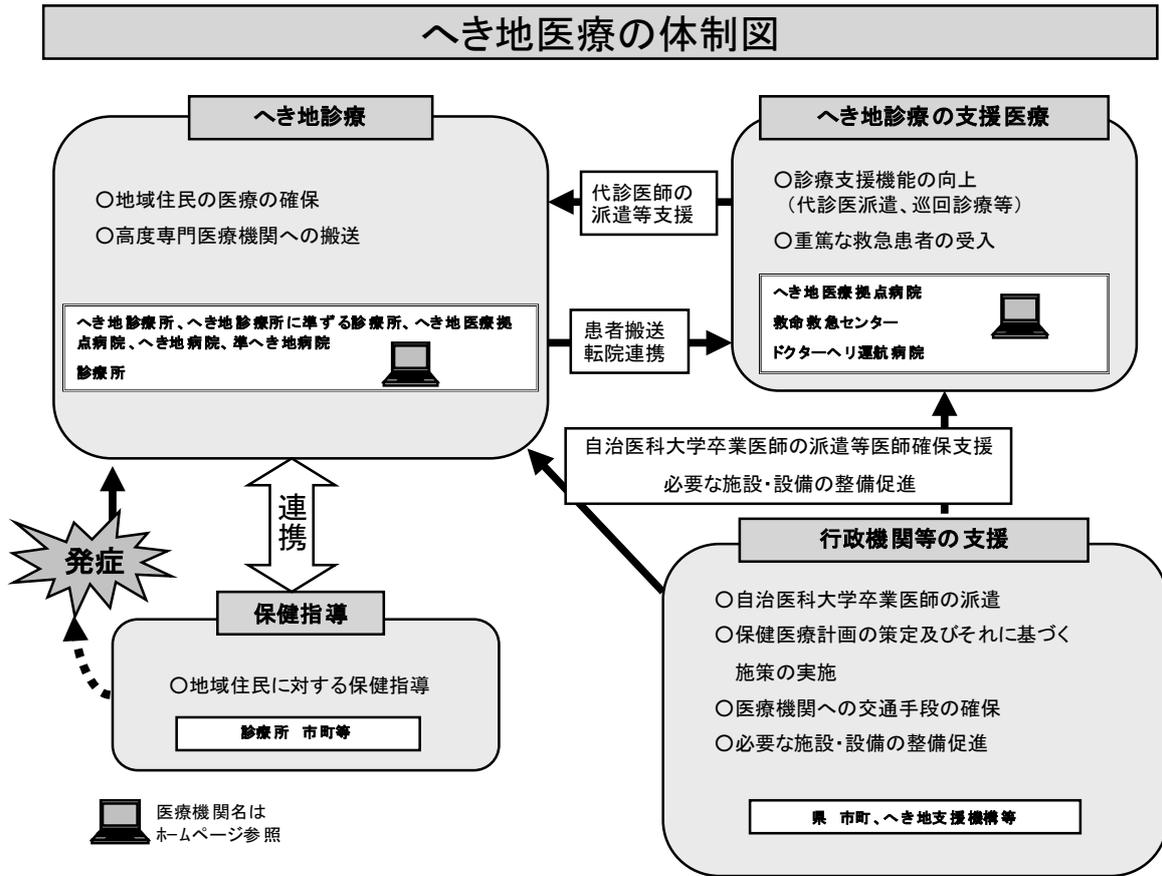
(ウ) 計画の推進

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

(3) へき地の医療体制に求められる医療機能

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

(4) へき地の医療体制図



(5) 関連図表

○指標による現状把握

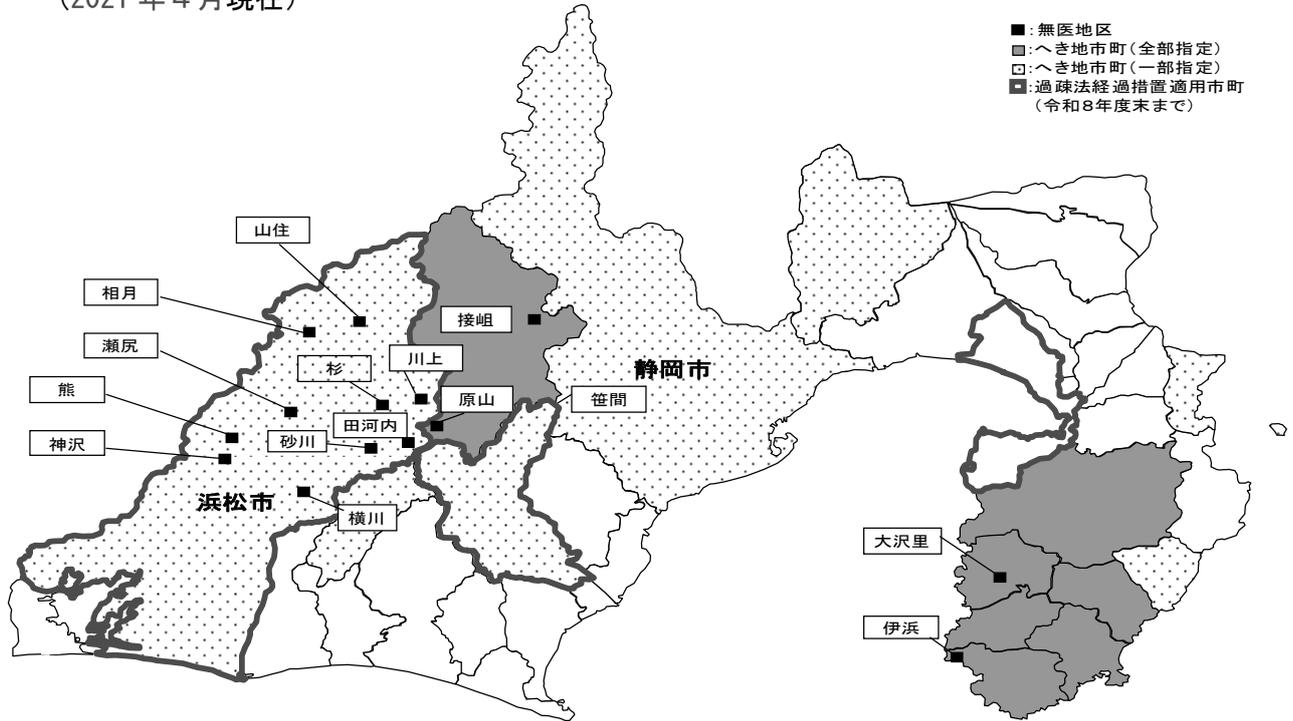
指標 指標の項目	時点・期間	実績		出典
		静岡県	全国	
へき地診療所数	2016. 1. 1	11	25. 6	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地診療所の医師数	2016. 1. 1	11. 8	21. 5	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院数	2016. 1. 1	5	7. 4	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院によるへき地への巡回診療の実施回数	2015. 4. 1 ～ 2016. 1. 1	47	129. 7	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院からへき地へ代診医を派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

※全国値は平均値

○県内のへき地の状況

<静岡県のへき地の現況図>

(2021年4月現在)



○各法律に基づくへき地医療対策の対象地域

区分	指定	該当地区	
(1) 過疎地域 (過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法に基づく過疎地域) 【7市町】	全地域指定	下田市、南伊豆町、松崎町、西伊豆町、川根本町、伊豆市、河津町	
	一部地域指定	該当なし	
	経過措置適用 (2026年度末まで)	浜松市(旧春野町、旧龍山村、旧佐久間町、旧水窪町)、沼津市(旧戸田村)、島田市(旧川根町)	
(2) 振興山村指定地域 (山村振興法に基づく振興山村指定地域) 【13市町】	全地域指定	川根本町	
	一部地域指定	下田市	稲梓村
		東伊豆町	城東村
		河津町	上河津村
		南伊豆町	南上村、三坂村
		松崎町	中川村
		西伊豆町	旧西伊豆町(仁科村)、旧賀茂村(宇久須村)
		伊豆市	旧中伊豆町(上大見村、中大見村、下大見村) 旧天城湯ヶ島町(上狩野村、中狩野村)
		富士宮市	旧芝川町(柚野村)
		静岡市	大河内村、梅ヶ島村、玉川村、井川村、清沢村、大川村
島田市	旧川根町(伊久美村、笹間村)		
森町	天方村、三倉村		
浜松市	旧天竜市(熊村、上阿多古村、竜川村)、旧佐久間町(浦川町、山香村、城西村)、旧引佐町(伊平村、鎮玉村)、旧春野町、旧龍山村、旧水窪町		
(3) 離島 (離島振興法に基づく離島)	指定地域	熱海市	初島

○2次保健医療圏別無医地区（2019年調査）

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

2019年 無医地区等調査（厚生労働省）

○2次保健医療圏別無歯科医地区（2019年調査）

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

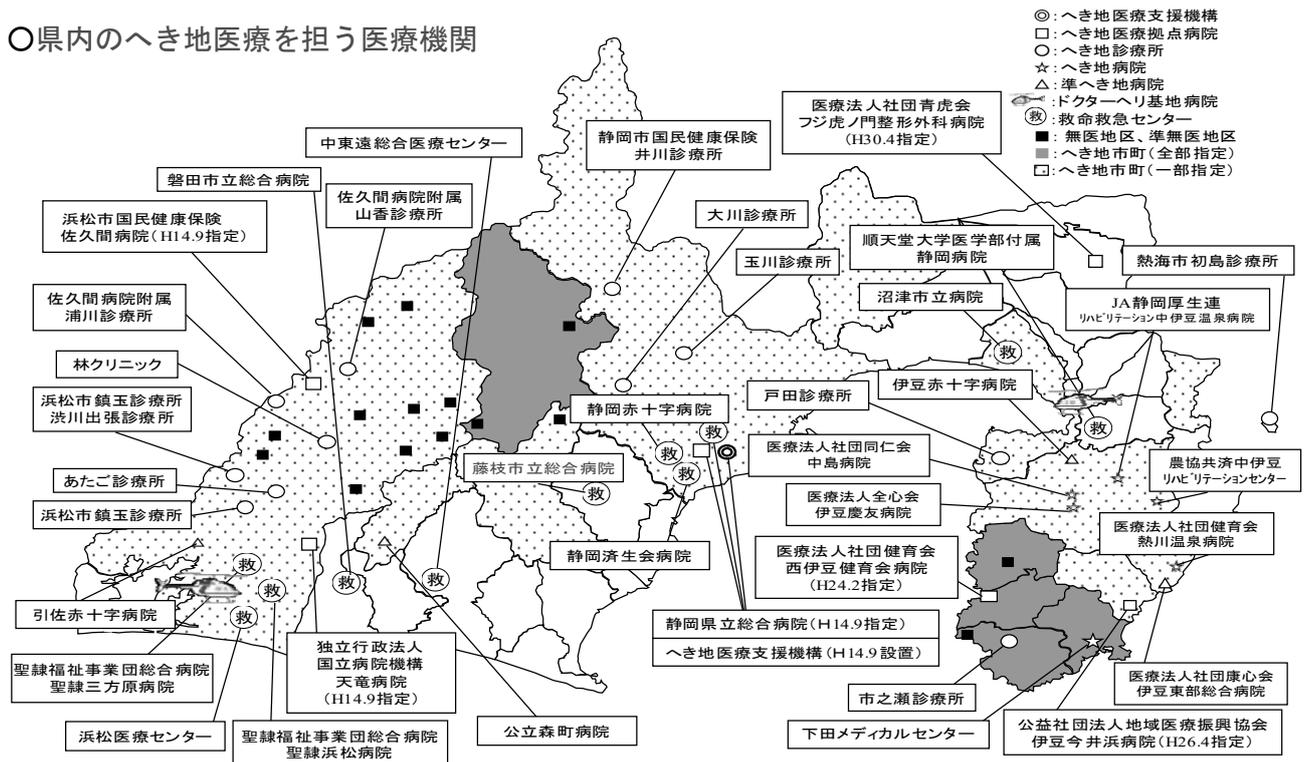
*無歯科医地区に準じる地区

2019年 無医地区等調査（厚生労働省）

○静岡県の無医地区等数の推移

区分	1999年	2004年	2009年	2014年	2017年	2019年
無医地区	17	13	16	11	12	15
準無医地区	0	2	2	7	5	0
計	17	15	18	18	17	15
無歯科医地区	15	10	19	16	16	20
準無歯科医地区	0	2	2	5	5	10
計	15	12	21	21	21	30

○県内のへき地医療を担う医療機関



○2次保健医療圏別へき地診療所等の医療機関数 (2021年)

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

○へき地医療拠点病院によるへき地医療支援活動

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

○へき地医療拠点病院による代診医の派遣実績の推移

(単位：回)

年度	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	備考
静岡県立総合病院	27	28	29	26	43	36	26	へき地公設公営診療所等(5箇所)へ派遣
浜松市国民健康保険佐久間病院	4	5	6	7	11	9	2	佐久間病院附属浦川診療所へ派遣
国立病院機構天竜病院	6	4	8	5	5	4	2	あたご診療所、林クリニックへ派遣
医療法人社団青虎会 フジ虎ノ門整形外科病院	-	-	-	-	55	59	60	戸田診療所へ派遣
N T T 東日本伊豆病院	-	-	-	-	-	48	46	初島診療所へ派遣

○へき地医療拠点病院による巡回診療実施実績の推移

(単位：回)

年度	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	備考
浜松市国民健康保険佐久間病院	10	12	13	13	13	13	13	浜松市(旧佐久間町)吉沢地区、上平山地区
医療法人社団健育会西伊豆健育会病院	12	12	12	12	12	12	12	西伊豆町大沢里地区
公益社団法人地域医療振興協会伊豆今井浜病院	24	24	24	24	12	12	12	南伊豆町伊浜地区 天神浜地区は2017まで

○へき地患者輸送車運行事業の状況(2019年度)

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

○へき地を有する市町のへき地医療支援の取組状況

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

4 周産期医療

【対策のポイント】

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

【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
周産期死亡率 (出産千人当たり)	3.7 (2015 年)	3.5 (2020 年)	3未満	目標に向け数値が改善
妊産婦死亡数	1.7 人 (2013~2015 年平均)	0.3 人 (2018~2020 年平均)	0人	目標に向け数値が改善
母体救命講習会受講者数	36 人 (2016 年度)	累計 332 人 (2020 年度)	累計 427 人 (2021 年度)	目標に向け数値が改善

(1) 現状と課題

ア 周産期の医療

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

イ 本県の状況

(出生数及び合計特殊出生率)

- 本県の出生数は、1975 年以降はほぼ毎年減少を続けており、1989 年に 4 万人を、2014 年には 3 万人を下回り、2020 年は 2 万 2,497 人となりました。
- 本県の合計特殊出生率は、2005 年の 1.39 人を底に緩やかな上昇傾向を辿り、2016 年には 1.55 人となりましたが、その後再び低下に転じ、2019 年には 1.44 人となっています。

(周産期死亡数及び周産期死亡率)

- 本県の周産期死亡数は 2015 年の 105 人から 2018 年に 77 人まで減少しましたが、2020 年は 79 人となっています。

○本県の周産期死亡率は、2018年から2020年の3年平均で出産千人当たり3.4と、全国平均の3.3を上回る水準となっています。妊娠22週以後の死産率は出産千人当たり2.6であり、全国平均2.6と同水準となっています。早期新生児死亡率は出生千人当たり0.8であり、こちらは全国平均0.7を上回る水準となっています。

○相対的に出産のリスクが高くなる35歳以上の出産の割合は年々高くなっており、2000年の10.9%（3,907人）に対し、2020年には27.0%（6,076人）と比率として約2.5倍となっています。

(妊産婦死亡数及び妊産婦死亡率)

○本県における妊産婦死亡数は、2018年から2020年までの3年間の平均で0.3人となっています。また、妊産婦死亡率の3年間の平均は出生10万人当たり1.4と、全国の3.1を下回っています。

ウ 医療提供体制

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

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

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

(ア) 分娩取扱施設

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

○1医療施設あたりの1か月間の分娩件数は、病院、診療所ともに現在は減少傾向です。病院においては平均37件、診療所においては平均24件前後で推移しています。

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

(イ) 周産期医療従事者

○近年、本県の産科・産婦人科の医師は、2006年の264人を底に増加傾向にあり、2018年は303人となっています。分娩を取り扱う常勤医師は、直近の調査において病院156人、診療所55人の計211人となっています。

○県における新生児医療を担う常勤医師は2021年4月時点で157人であり、その多くは小児医療との兼任医師となっており、小児科医が不足しているなか、新生児医療兼任医師の負担は大きくなっています。

- 分娩を取り扱う 24 病院における常勤麻酔科医は 123 人であり、その約半数は西部地域に集中しています。また、2 次周産期医療機関の 17 病院のうち、常勤の麻酔科医が 1 人以下の病院が 3 病院あり、ハイリスク母体等の常時受入のためには、麻酔科の体制充実が必要となっています。
- 直近の調査において分娩取扱病院に勤務する常勤助産師は 567 人、分娩取扱診療所に勤務する常勤助産師は 135 人となっています。
- 周産期医療は母体から新生児まで、一貫して治療管理できる体制を整える必要があるため、産科医、新生児医療を行う医師及び麻酔科医の確保が必要です。このほか、助産師や新生児医療を行う看護師等の確保も必要です。
- 産科医、小児科医を含む医師の確保及び偏在対策のため、2019 年度に静岡県医師確保計画が策定されています。

(ウ) 周産期医療関連病床

- NICU の診療報酬加算病床は 12 施設に、117 床あり、2020 年度の NICU 病床利用率は 74.4%となっています。
- 本県の NICU 病床整備率は出生 1 万人当たり 49.3 床であり、国が定める基準（出生 1 万人対 25 床から 30 床）を超えています。ただし、地域別の病床整備率では、中部地域は 56.7 床、西部地域は 58.0 床であるのに対し、東部地域は 30.7 床であり、地域差があります。
- 2021 年 8 月の静岡県による調査時点で、県内 NICU における入院期間が半年以上に達した児は 6 人でした。
- NICU の整備状況に地域間の偏在があることから、地域バランスを考慮した整備を進めることが求められています。加えて、NICU の稼動に必要な医療従事者の確保も必要です。
- 2021 年 4 月現在、MFICU の診療報酬加算病床は 3 施設に、27 床あり、2020 年度の MFICU 病床利用率は 84.4%となっています。

(エ) 産科救急搬送

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

(地域別の搬送体制)

◇東部地域（2次保健医療圏：賀茂、熱海伊東、駿東田方、富士）

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

◇中部地域（2次保健医療圏：静岡、志太榛原）

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

◇西部地域（2次保健医療圏：中東遠、西部）

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

(オ) 災害時における対応

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

(カ) 妊産婦及び新生児のケア

(妊婦健康診査)

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

担され、経済的負担の軽減がなされています。

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

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

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

(在宅医療との連携)

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

(産後うつ)

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

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

(2) 今後の対策

ア 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
周産期死亡率 (出産千人当たり)	3.5 (2020年)	3未満	全国トップクラスを目指す。 (2015年に3未満であったのは6県のみ)	厚生労働省 「人口動態統計」
妊産婦死亡数	0.3人 (2018~2020年平均)	0人	過去最高の水準 (2014年:0人)で設定	厚生労働省 「人口動態統計」
母体救命講習会 受講者数	累計 332人 (2020年度)	累計 474人 (2023年度)	産科医全員等が受講	県地域医療課 調査

イ 施策の方向性

(ア) 分娩取扱施設

○東部、中部、西部の3地域を単位とした地域の周産期医療施設のネットワークによる持続的な周産期医療体制の整備を進めるため、地域の中核となる総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターへの支援を行うとともに、地域における周産期医療施設の機能分担による施設間の連携等、地域の実状に即した医療体制を各地域で検討します。

○新たに分娩を取り扱う施設を支援するため、施設及び設備の整備を行う分娩取扱施設に対し助成を行います。

(イ) 周産期医療従事者の確保及び育成

○魅力ある研修プログラムを提供し、県内での周産期医療に携わる専門医の養成を図るなど、静岡県医師確保計画に基づき、医師の確保及び偏在対策に努めます。

○また、看護職員に対する認定看護師（新生児集中ケア、小児救急看護等）資格取得支援を行う医療機関に対する支援を行います。

○分娩を取り扱う産科医及び助産師並びに新生児医療担当医に手当を支給する病院に対して助成を行うなど、産科医、新生児医療担当医等の処遇の改善を支援します。

○周産期医療従事者の専門的な知識習得や、初期研修医の産科、新生児科へのリクルート、助産師の資質向上及び助産師と産科医、産科以外の診療科の医師との連携強化、母体急変時の初期対応の習得などを目的とした研修会を開催します。また、周産期死亡率、妊産婦死亡数の減少のため、県内の母体・児の死亡症例の状況等について調査・分析し、症例の検討を通して得られた知見や治療方針を医療従事者で共有することで、周産期医療体制の強化を図ります。

○浜松医科大学に設置した地域周産期医療学講座において、周産期医療に携わる専門医の養成に対する支援を行い、県内の周産期医療に携わる人材の確保を図ります。

(ウ) 周産期医療関連病床の整備

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

(エ) 産科救急搬送の整備

○症状が安定し、搬送元医療機関等で治療管理可能な患者については、搬送元医療機関への戻り搬送を行うなど、3次・2次周産期医療機関において、緊急患者の受け入れができるような体制を確保します。

○県境を越えた母体及び新生児の搬送受入が引き続き円滑に行われるよう、必要に応じ、隣接県との調整を行います。

○身体合併症を有する母体に対応するため、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター等における救命救急センター又は関係診療科との一層の連携強化を図ります。

○精神合併症を有する母体に対応するため、産科と精神科との連携強化を図ります。

(地域別の搬送体制)

◇東部地域

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

◇中部地域

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

◇西部地域

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

(オ) 災害時における対応の強化

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

(カ) 妊産婦及び新生児のケアの充実

(妊婦健康診査)

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

(在宅医療との連携)

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

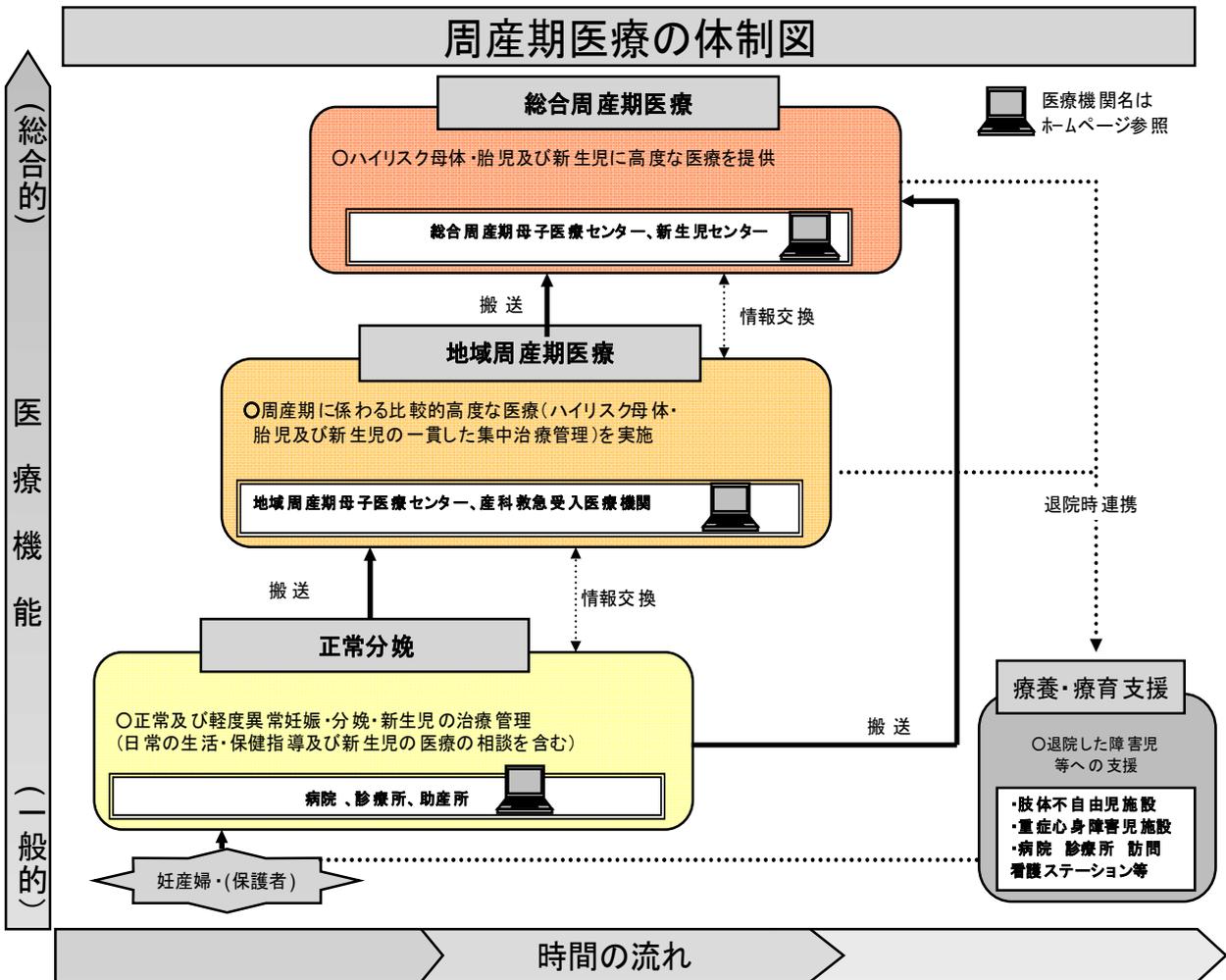
(産後うつへの対応)

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

(3) 「周産期」の医療体制に求められる医療機能

	正常分娩	地域周産期医療	総合周産期医療	療養・療育支援
ポイント	○正常及び軽度異常妊娠、分娩、新生児の治療管理（日常生活、保健指導及び新生児の医療の相談を含む。）	○周産期に関わる比較的高度な医療（ハイリスク母体、胎児及び新生児の一貫した集中治療管理）を実施	○ハイリスク母体、胎児及び新生児に高度な医療を提供	○退院した障害児や家族等への支援
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> 産科に必要とされる検査、診断、治療を実施（助産所を除く。） 正常分娩を実施 他の医療機関との連携により、合併症や、リスクの低い帝王切開術、その他の手術に適切に対応 妊産婦のメンタルヘルスへの対応 	<p>【地域周産期母子医療センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> ハイリスク母体・胎児及び新生児の常時受入れ、母体・胎児及び新生児の比較的高度な医療の実施 <p>【産科救急受入医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ハイリスク母体・胎児を常時受入れ、母体・胎児の集中管理 	<p>【総合周産期母子医療センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> 高度な医療施設とスタッフを備え、常時、ハイリスク母体・胎児及び新生児の搬送受入れ体制を有し、あらゆる異常妊娠・分娩及び新生児に対する一貫した治療の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 周産期医療施設と連携し、人工呼吸器の管理が必要な児や、気管切開等のある児の受入れ 救急対応可能な病院等との連携 地域又は総合周産期母子医療センター等の周産期医療施設と連携し、療養・療育が必要な児の診療情報や治療計画等を共有 家族に対する精神的なサポート等の支援の実施

(4) 「周産期」の医療体制図



(5) 関連図表

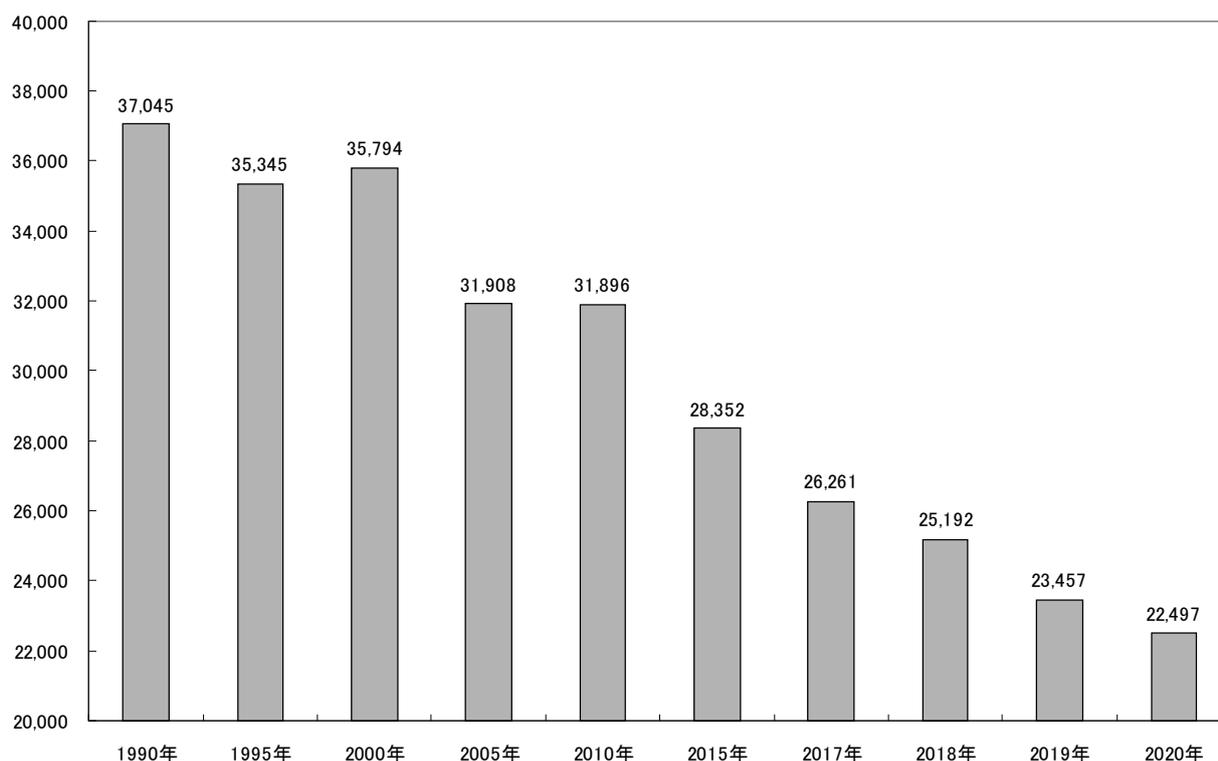
○指標による現状把握

指 標	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2017年	2018年	2019年	2020年	2018～ 2020平均
出 生 数	37,045	35,345	35,794	31,908	31,896	28,352	26,261	25,192	23,457	22,497	23,715
合計特殊出生率	1.60	1.48	1.47	1.39	1.54	1.54	1.52	1.50	1.44	-	1.47
周産期死亡率（出生千対）	10.3	7.8	5.6	5.0	4.2	3.7	3.2	3.0	3.7	3.5	3.4
全国平均	11.1	7.0	5.8	4.8	4.2	3.7	3.5	3.3	3.4	3.2	3.3
全国順位	11	37	22	28	24	25	12	15	30	27	-
妊娠22週以後死産率（出生千対）	8.6	6.4	4.5	3.8	3.3	3.0	2.9	2.2	2.8	2.8	2.6
全国平均	9.2	5.5	4.5	3.8	3.4	3.0	2.8	2.6	2.7	2.5	2.6
早期新生児死亡率（出生千対）	1.7	1.4	1.1	1.2	0.8	0.7	0.3	0.8	0.9	0.7	0.8
全国平均	1.9	1.5	1.3	1.0	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
新生児死亡率（出生千対）	2.3	2.1	1.5	1.8	1.1	0.9	0.5	1.2	1.4	1.0	1.2
全国平均	2.6	2.2	1.8	1.4	1.1	0.9	0.9	0.9	0.9	0.8	0.9
全国順位	11	20	11	24	28	28	3	40	43	27	-
35歳以上の出産数	2,814	3,101	3,907	4,726	7,057	7,278	6,959	6,691	6,356	6,076	6,374
出生千対	76.0	87.7	109.2	148.1	221.3	256.7	265.0	265.6	271.0	270.1	268.8
妊産婦死亡数	4	2	3	1	0	3	1	0	1	0	0.3
出生10万対	10.4	5.5	8.1	3.1	0.0	10.4	3.7	0.0	4.2	0.0	1.4
出生10万対（全国）	8.2	6.9	6.3	5.7	4.1	3.8	3.4	3.3	3.3	2.7	3.1

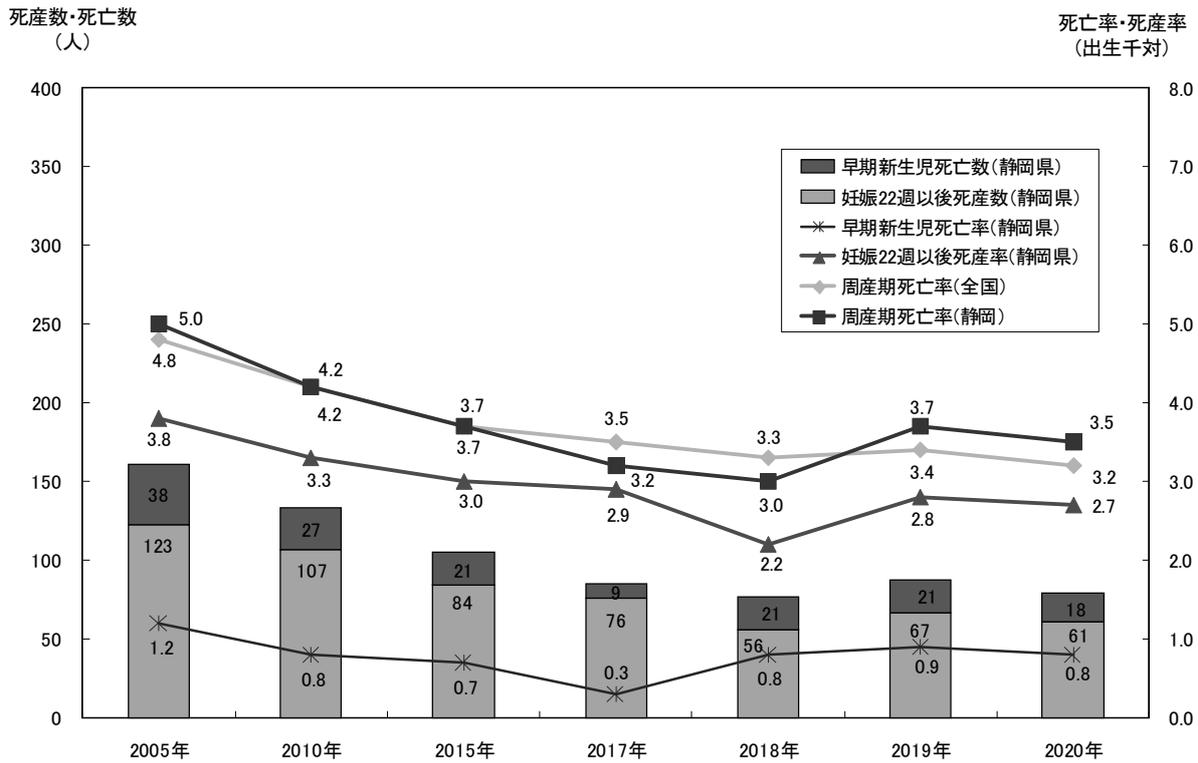
（出典）厚生労働省人口動態調査、静岡県的人口動態統計の概況
 * 新生児死亡率及び2018～2020年の3年平均は人口動態調査から計算
 * 全国順位は死亡率の低い方からの順位

（出生数の推移）

（単位：人）

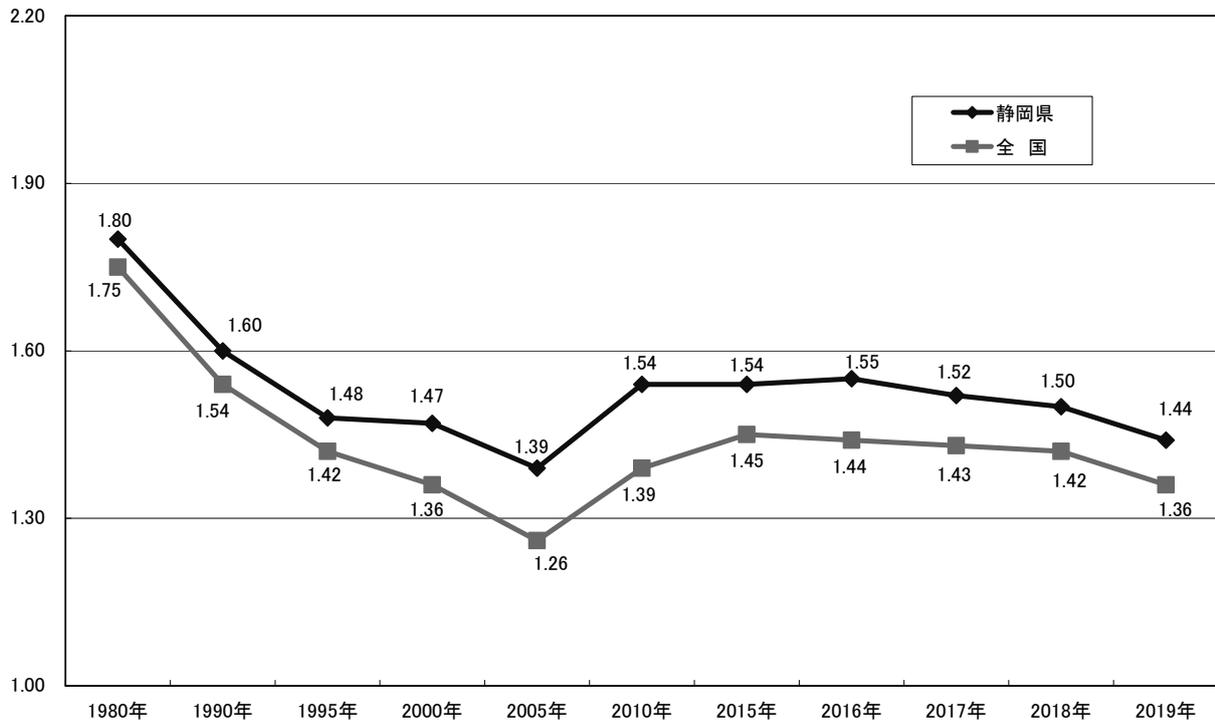


(周産期死亡率)



(合計特殊出生率)

(単位：人)



○分娩取扱施設数

(2次保健医療圏別の分娩取扱施設数：2020年12月現在)

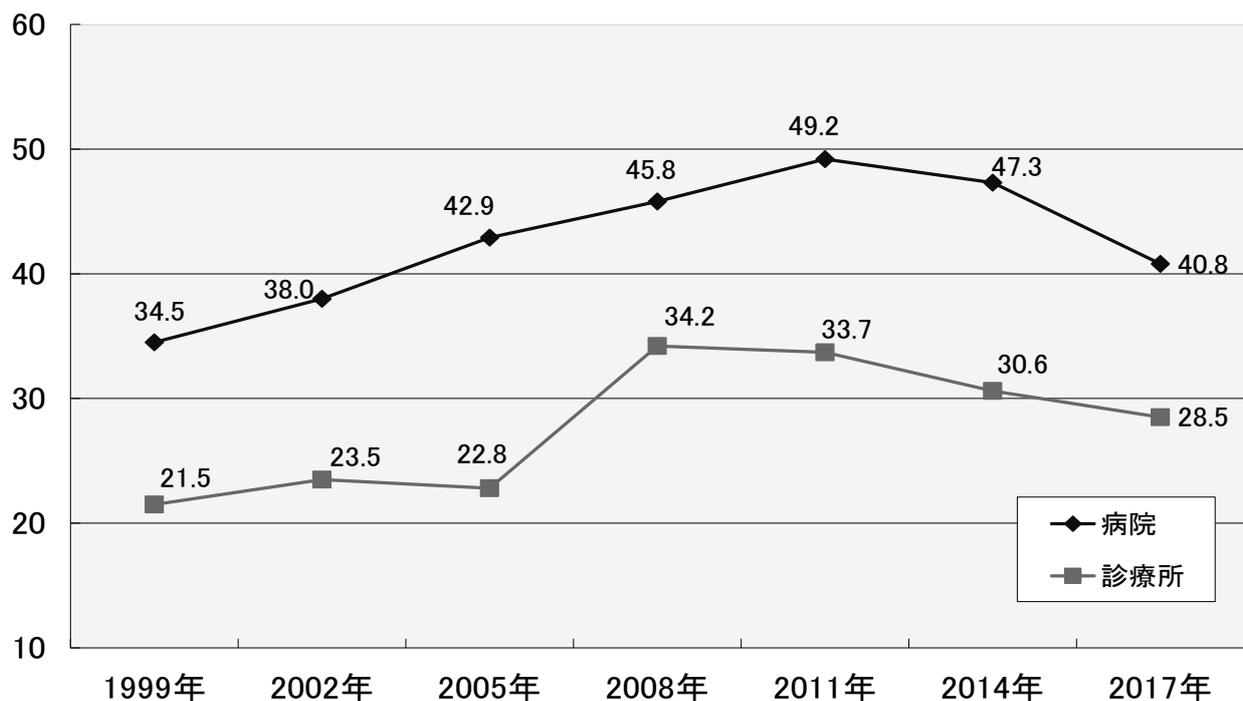
		病 院	診 療 所	助産所	計
東 部		7	17	5	29
	賀 茂	0	1	1	2
	熱海伊東	1	2	0	3
	駿東田方	4	10	1	15
	富 士	2	4	3	9
中 部		8	12	11	31
	静 岡	6	7	10	23
	志太榛原	2	5	1	8
西 部		9	11	11	31
	中東遠	3	5	7	15
	西 部	6	6	4	16
計		24	40	27	91

(分娩取扱施設数の推移) (各年度3月末現在)

区 分	1995年度	2014年度	2015年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
病 院	39	28	28	25	25	25	24
診 療 所	85	44	46	45	44	42	39
助産所	17	25	25	25	27	27	28
計	141	97	99	95	96	94	91

(分娩取扱施設の1施設あたりの分娩数：1箇月あたり)

(単位：件)



(出典：厚生労働省 医療施設調査)

○医療従事者の状況

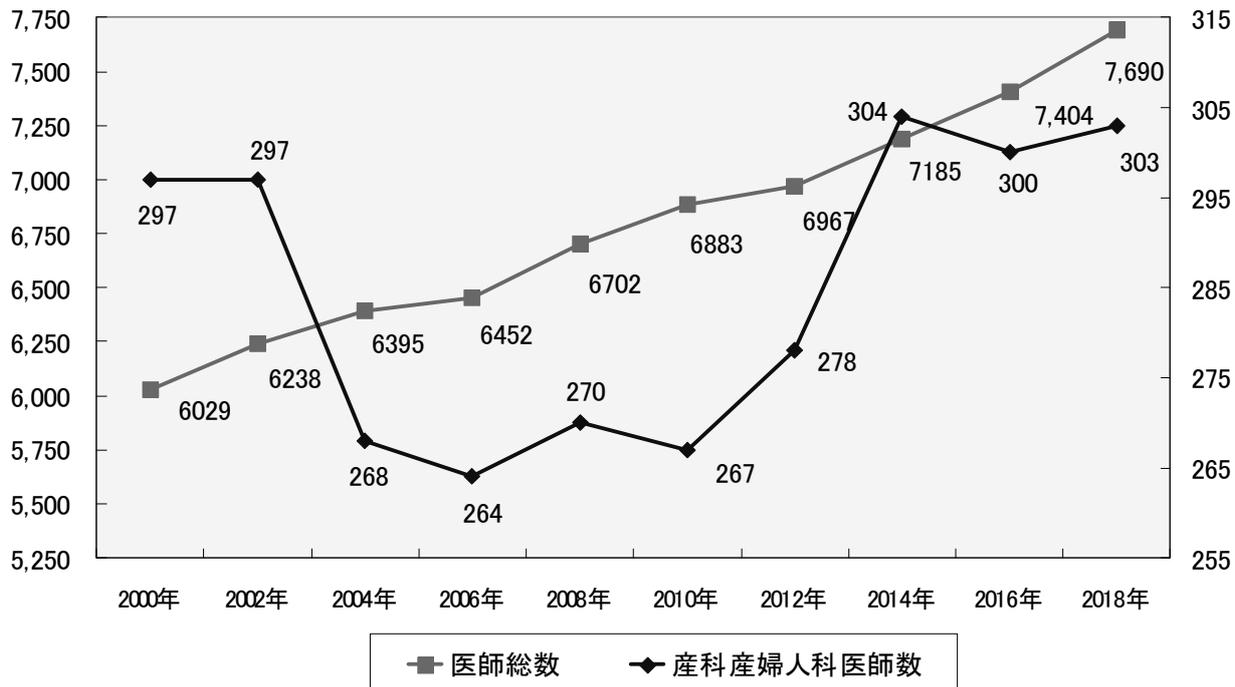
(本県の周産期医療に従事する常勤医師数、助産師数)(2021年4月現在)

地域	圏域	分娩を担う産婦人科医			新生児医療担当医		麻酔科医	助産師	
		病院	診療所	計	新生児専任	小児担当と兼任	病院	病院	診療所
東部		28	24	52	8	27	20	108	32
	賀茂	0	1	1	0	0	0	0	0
	熱海伊東	1	3	4	0	2	2	6	1
	駿東田方	18	15	33	8	14	15	66	11
	富士	9	5	14	0	11	3	36	20
中部		56	14	70	12	39	36	175	47
	静岡	43	11	54	12	23	32	126	36
	志太榛原	13	3	16	0	16	4	49	11
西部		72	17	89	19	52	67	284	56
	中東遠	15	7	22	1	16	13	49	23
	西部	57	10	67	18	36	54	235	33
	計	156	55	211	39	118	123	567	135

(本県の医師総数及び産科・産婦人科医師数)

医師総数(人)

産科・産婦人科
医師数(人)



(出典：厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査)

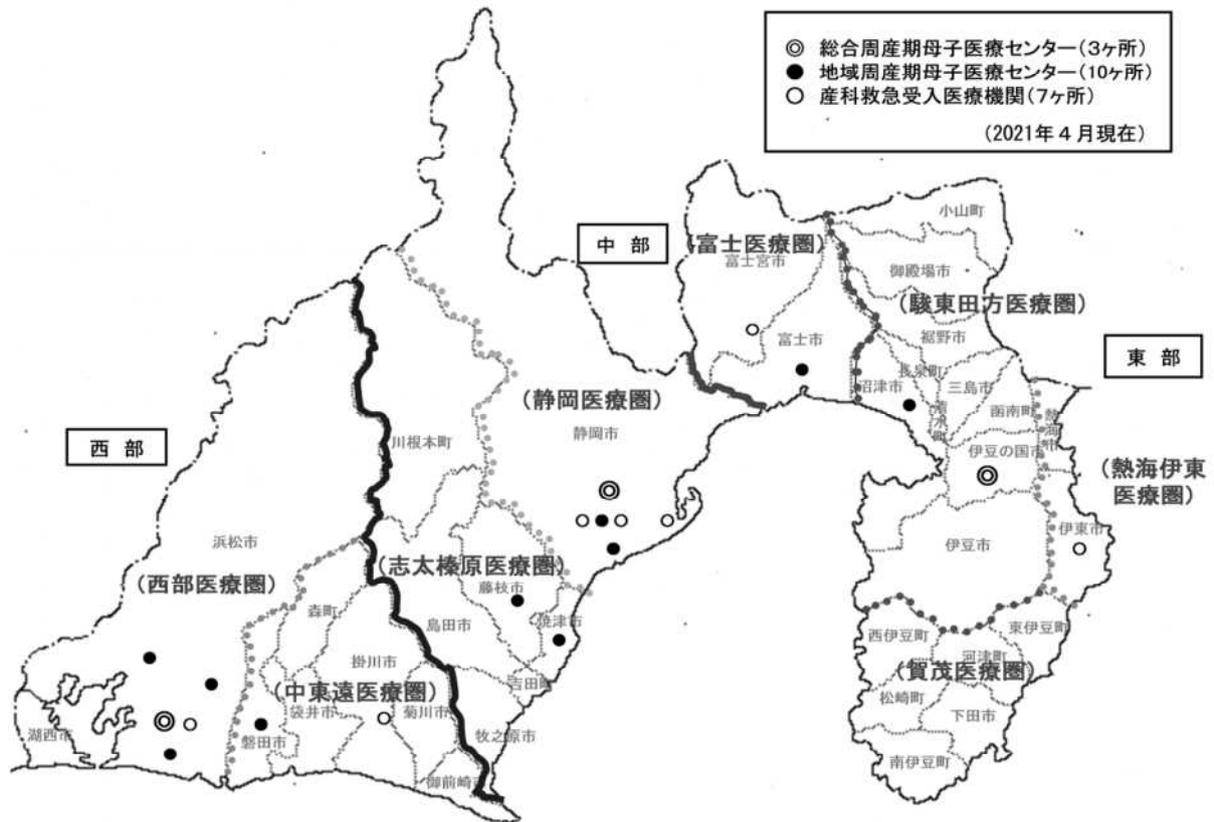
(本県の看護職員・助産師の推移)

(単位：人)

	2014年	2016年	2018年	2018年/2016年
看護職員	38,643	40,100	42,007	104.8%
うち助産師	952	952	998	104.8%

(出典：厚生労働省 衛生行政報告例)

○周産期医療体制
(ブロック図)



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

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

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

(NICU 病床数 : 2021 年 4 月現在)

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

(MFICU、NICU 及び GCU 病床数 : 2021 年 4 月現在)

地 域	M F I C U				N I C U				G C U	
	診療報酬加算		診療報酬非加算		診療報酬加算		診療報酬非加算		施設数	病床数
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数		
東 部	1	6	0	0	2	22	3	26	1	18
中 部	1	6	1	4	4	41	1	6	4	40
西 部	1	15	1	6	6	54	0	0	4	38
計	3	27	2	10	12	117	4	32	9	96

(MFICU 及び NICU の診療報酬加算病床の状況：2021 年 4 月現在)

地 域	医療機関名	M F I C U		N I C U	
		病床数 (床)	病床利用率 (%)	病床数 (床)	病床利用率 (床)
東 部	順天堂大学医学部附属静岡病院	6	83.9	12	92.5
	富士市立中央病院	—	—	10	27.1
中 部	静岡県立こども病院	6	66.1	18	90.0
	静岡済生会総合病院	—	—	9	88.2
	焼津市立総合病院	—	—	8	78.6
	藤枝市立総合病院	—	—	6	47.3
西 部	総合病院聖隷浜松病院	15	92.0	21	86.8
	磐田市立総合病院	—	—	6	87.7
	中東遠総合医療センター	—	—	3	80.7
	浜松医療センター	—	—	6	72.0
	浜松医科大学医学部附属病院	—	—	9	90.0
	総合病院聖隷三方原病院	—	—	9	18.6
計		27	84.4	117	74.4

(3次・2次周産期医療機関の麻酔科医の配置状況：2021 年 4 月現在)

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

※各病院の配置人数の合計

(本県の災害時小児周産期リエゾン委嘱人数)

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

※地域別人数は災害時小児周産期リエゾンの平時の勤務先所在地に基づき集計

5 小児医療（小児救急医療を含む。）

【対策のポイント】

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

【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
乳児死亡率 (出生千人当たり)	1.9 (2015年)	2.0 (2020年)	0.7以下	目標に向け施策の推進が必要
乳幼児死亡率 (5歳未満人口千人当たり)	0.53 (2015年)	0.60 (2019年)	0.36以下	目標に向け施策の推進が必要
小児の死亡率 (15歳未満人口千人当たり)	0.23 (2015年)	0.23 (2019年)	0.17以下	横ばいで推移

(1) 現状と課題

ア 小児医療

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

イ 本県の状況

(ア) 乳児死亡率及び15歳未満の死亡率

- 本県の乳児死亡率は2020年は出生千人当たり2.0と、全国の1.8より高い水準となっています。本県の2020年の乳児死亡数は46人であり、主な原因は「先天性奇形及び染色体異常」(23人、50%)、「周産期に発生した病態」(10人、21.7%)となっています。
- 本県の15歳未満の死亡率(2019年)は15歳未満人口千人当たり0.23となっており、ほぼ横ばいで推移しています。全国の0.21より高い水準となっています。
- 本県の不慮の事故による15歳未満の死亡者数(2020年人口動態調査)は2人となっています。内訳は、不慮の溺死・溺水が2人となっています。

(イ) 小児医療施設及び小児医療施設に関わる医師の状況

- 県内で小児科を標榜する医療機関数は減少傾向であり、2017年時点で一般病院は57施設、診療所は468施設です、2002年時点（一般病院は62施設、診療所は605施設）と比較すると、一般病院は8.0%減少、診療所は22.6%減少しています。小児科が主たる標榜である診療所数は、ほぼ横ばいで推移しています。
- 県内の小児科医の数は2018年時点で423人、小児人口10万人当たりでは92.8であり、2002年時点（77.0）と比較すると増加傾向にありますが、全国平均112.4を下回っています。
- 小児科を標榜する医療機関数が減少するなか、小児科医数は増加傾向にあり、小児医療提供体制は集約化傾向にあります。
- 小児科医を含む医師の確保及び偏在対策のため、2019年度に静岡県医師確保計画が策定されています。

(ウ) 小児救急電話相談(静岡こども救急電話相談、#8000)

- 子どもの病気やけがへの対応について電話で専門科に相談できる小児救急電話相談は、2006年7月に開始し、2007年度には相談時間を毎夜間に、2010年10月からは相談時間を18時～翌朝8時に延長して体制を充実してきました。さらに、2015年3月からは、土曜は13時～翌8時、休日は8時～翌8時に時間を延長するとともに、相談が集中する時間帯（18時～23時）の電話回線の数を増やしています。
- 1日当たりの相談件数は、2009年度は32.5件でしたが、相談時間の延長や広報啓発の強化により、2020年度は75.0件に増加しています。

(エ) 小児慢性疾患児

- 小児慢性疾患のうち医療費助成の対象となる小児慢性特定疾病として2021年4月1日現在で762疾病が指定されており、県内の受給患者は、3,047人となっています。
- 小児慢性疾患児に対する小児期から成人期にかけての診療においては、患児の成長や発達、個々の疾患の状態の変化にあわせた医療が必要であり、小児慢性疾患児が成人期の医療へ円滑に移行できる支援体制を構築するため、移行期医療を総合的に支援する拠点として、2020年度に静岡県立こども病院内に「移行期医療支援センター」を設置しました。

(オ) 医療的ケア児¹

- 医療的ケア児は、2016年現在、全国で1.7万人、本県で599人と推計されています。
- 特別支援学校における医療的ケアが必要な児童生徒数は、192人（2021年）と1998年の16人と比較して大幅に増加しています。
- 医療の進歩により小児の死亡率が減少し、障害や慢性疾患のある児が増加傾向にあるとともに、医療的ケアも複数化、高度化しています。

(カ) 小児在宅医療

- 訪問診療を受けている小児（0～14歳）の数は、2016年度の142人から2018年度の417人へと増加しており、在宅医療のニーズは増加が見られます。

(キ) 小児救急医療

¹ 医療的ケア児：日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケア（人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為）を受けることが不可欠である児童。

(初期小児救急医療)

- 初期救急医療は、在宅当番医（県内 20 地区）と休日夜間急患センター（県内 15 施設）で対応しています。在宅当番医と休日夜間急患センターによる診療時間は、概ね準夜帯（19 時から 22 時）までとなっており、翌朝まで診療している休日夜間急患センターは、6 施設となっています。
- 地域や時間によっては、初期小児救急を第 2 次救急医療機関が担っています。
- 在宅当番医制において、小児科医が当番でない場合は、内科医が担当しています。

(第 2 次小児救急医療)

- 入院治療を必要とする第 2 次救急医療は、2 次救急医療圏（12 圏域）で小児科を標榜する病院が輪番により対応しています。そのうち概ね年間を通じて週 5 回以上の小児科医による輪番体制を確保しているのは 7 圏域（熱海、駿豆、富士、清水、静岡、志太榛原、西遠）です。ただし、清水圏域及び静岡圏域は静岡市内全域で一体化して輪番体制を確保しています。
- 他の地域では、小児科医が常駐していない場合には、小児科医を電話で呼び出すオンコール体制や隣接する地域の当番病院で対応しています。

(第 3 次小児救急医療)

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

(ク) 医療機関とその連携

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

ウ 医療提供体制

(ア) 小児医療

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

(イ) 小児救急電話相談

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

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

(ウ) 小児救急医療

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

(エ) 医療的ケア児等に対する療養・療育支援

- 小児慢性疾患児が住み慣れた地域で療養・療育できるよう支援する機能が必要です。
- 医療的ケア児等が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、医師等の医療従事者に対する研修や医療的ケア児の在宅支援を担う人材の養成及び他職種の連携体制の構築が必要です。
- 医療的ケア児等の在宅支援のためには、日々の介護を続ける家族の支援も重要であり、住み慣れた地域で短期入所サービスを提供する医療機関の確保が必要です。
- 2021年9月18日に医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律が施行され、学校の設置者等が医療的ケア児に対し適切な支援を行う責務を有するとされたほか、都道府県知事が医療的ケア児支援センターを設置等できるとされています。

(オ) 災害時における小児医療

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

(2) 今後の対策

ア 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
乳児死亡率 (出生千人当たり)	2.0 (2020年)	0.7以下	全国1位と同水準に設定。 計画策定時(2015年)実績で 目標値据置	厚生労働省「人口動態統計」
乳幼児死亡率 (5歳未満人口千人当たり)	0.60 (2019年)	0.22以下	全国1位と同水準に設定。 計画策定時(2015年)より直 近実績(2019年)に改善が見 られるため、目標値を修正	厚生労働省「人口動態統計」・総務省「人口推計」より算出
小児の死亡率 (15歳未満人口千人当たり)	0.23 (2019年)	0.11以下	全国1位と同水準に設定。 計画策定時(2015年)より直 近実績(2019年)に改善が見 られるため、目標値を修正	厚生労働省「人口動態統計」・総務省「人口推計」より算出

イ 施策の方向性

(ア) 小児医療

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

(イ) 小児救急電話相談

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

(ウ) 小児救急医療

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

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

(エ) 医療的ケア児等に対する療養・療育支援

- 重症心身障害児が受診できる身近な診療所（2021年3月時点93診療所）について、県ホームページで公開し、情報提供することで、当事者家族等が医療を受けやすい環境を整えています。
- 医療的ケア児等が適切な医療・福祉サービスが受けられるよう、医療及び福祉・介護等のエキスパートの養成や、「静岡県重症心身障害児(者)在宅支援推進連絡調整会議」により、医療、福祉、行政、親の会等関係機関相互の連携を一層充実します。
- 医療的ケア児等が住み慣れた地域において安心して地域生活を過ごせるよう、医療機関による短期入所サービスの提供等在宅支援サービスの充実を図ります。また、医療的ケア児支援センターを設置し、専門的な相談への対応、情報提供等を行います。
- 人工呼吸器を装用する児童生徒の保護者付添いの負担を軽減するため検討会を設置し、体制の整備を図ります。
- 在宅医療に取り組む医師、歯科医師、訪問看護師及び薬剤師の確保を推進することで、在宅医療の提供体制の充実を図ります。

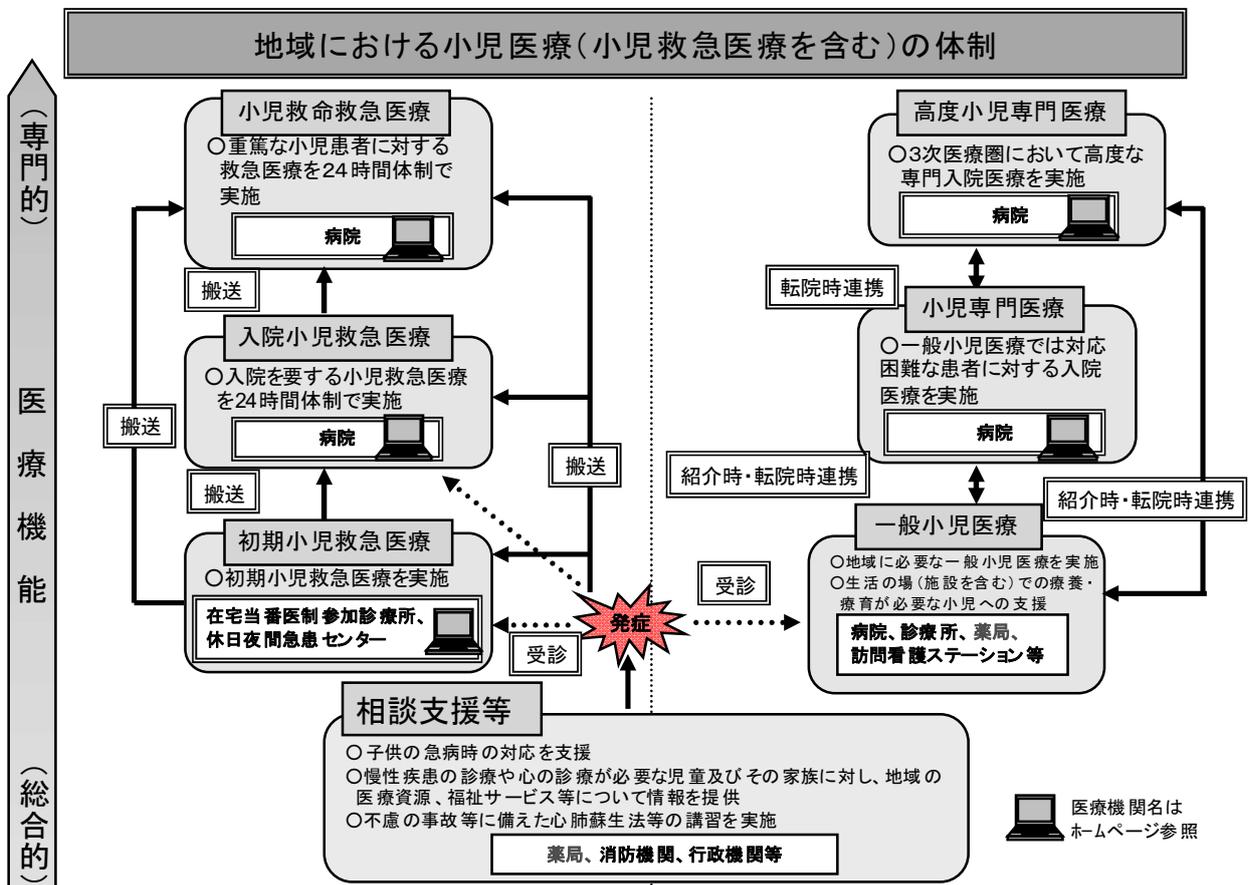
(オ) 災害時における小児医療

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

(3) 小児医療（小児救急医療を含む）の医療体制に求められる医療機能

	相談支援等	初期小児救急医療	入院小児救急医療	小児救命救急医療	一般小児医療	小児専門医療	高度小児専門医療
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○子供の急病時の対応を支援 ○慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供 ○不慮の事故等に備えた心肺蘇生法等の講習の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○初期小児救急医療を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○重篤な小児患者に対する救急医療を24時間体制で実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域に必要な一般小児医療を実施 ○生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児への支援 	<ul style="list-style-type: none"> ○一般小児医療では対応困難な患者に対する入院医療を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○3次医療圏において高度な専門入院医療を実施
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・住民等への電話相談事業の周知や救急蘇生法等の適切な処置の講習を実施 ・消防機関等による心肺蘇生法や不慮の事故予防の指導や適切な医療機関への速やかな搬送 ・小児救急電話相談事業の実施、慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療福祉サービス等についての情報を提供 	<p>【在宅当番医】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自らの施設で休日・夜間の急病患者に対し医療活動を実施 <p>【休日夜間急患センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・休日・夜間の急病患者に対し医療活動を実施 	<p>【入院小児救急医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初期救急の後方病院として、休日・夜間に入院医療を必要とする重症患者の受入れ 	<p>【小児救命救急医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児集中治療室（PICU）を運営し、24時間体制で重篤な小児患者に対する治療を実施。 <p>【救命救急センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高度な医療施設とスタッフを備え、24時間体制で重篤な小児患者に対する治療を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療を実施 ・軽症の入院診療を実施（入院設備を有する場合） ・療養・療育が必要な小児に対する支援 ・医療、介護及び福祉サービスの調整 ・慢性疾患の急変時や専門医療を担う地域の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般の小児医療機関では対応が困難な患者や、全身管理、呼吸管理等、常時監視や治療の必要な患者等に対する入院診療を実施 ・一般の小児医療機関では実施困難な診断・検査・治療を含む専門的な入院医療を実施 ・地域の小児科を標榜する診療所、病院等や、より高度専門的な対応について対応可能な医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・先天性心疾患や小児悪性腫瘍、腎臓移植、先天性消化器官奇形の乳児期手術、口唇口蓋形成手術、小児脳腫瘍手術等、他の医療機関では対応が困難な小児疾患に対して、高度な医療施設とスタッフを備え、専門的な診断・検査・治療を実施

(4) 小児医療（小児救急医療を含む）の医療体制図



(5) 関連図表

○指標による現状把握

指標		実績		出典
指標の項目	時点	静岡県	全国	
一般小児医療を担う診療所数 (小児人口 10 万対)	2017	30.0	33.9	厚生労働省 「医療施設調査」
一般小児医療を担う病院数 (小児人口 10 万対)	2017	12.3	16.2	厚生労働省 「医療施設調査」
小児科標榜診療所に勤務する医師数 (小児人口 10 万対)	2017	38.5	44.1	厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤師統計」
小児医療に係る病院勤務医師数 (小児人口 10 万対)	2017	62.0	65.5	厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤師統計」
小児歯科を標榜する歯科診療所数 (小児人口 10 万対)	2017	193.1	269.9	厚生労働省 「医療施設調査」
乳児死亡率 (1 歳未満 出生千対)	2020	2.0	1.8	厚生労働省 「人口動態調査」
乳幼児死亡率* (5 歳未満人口千対)	2019	0.60	0.49	厚生労働省 「人口動態調査」 総務省 「人口推計」
小児の死亡率* (15 歳未満人口千対)	2019	0.23	0.21	厚生労働省 「人口動態調査」 総務省 「人口推計」

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

○乳児死亡率、5歳未満の死亡率及び15歳未満の死亡率

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

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

○乳児死亡率、死亡数の推移

指標	1999	2002	2005	2008	2011	2014	2018	2019	2020
乳児死亡率	3.1	2.7	3.1	2.4	2.2	2.1	2.0	2.3	2.0
全国平均	3.4	3.0	2.8	2.6	2.3	2.1	1.9	1.9	1.8
15歳未満死亡数	204	188	177	144	125	109	89	103	103
1歳未満	111	94	99	80	70	61	50	55	46
1-4歳	53	44	41	35	28	22	15	26	11
5-9歳	29	26	19	14	10	14	10	11	15
10-14歳	11	24	18	15	17	12	14	11	17

(出典：人口動態調査(厚生労働省))

○小児医療施設数の推移

指標	1999	2002	2005	2008	2011	2014	2017
静岡県	病院	67	62	61	57	58	57
	診療所	624	605	598	531	464	468
	小児科が 主たる標榜*	155	161	156	157	153	144
全国	病院	3,528	3,359	3,154	2,905	2,745	2,612
	診療所	26,788	25,862	25,318	22,503	19,994	20,872
	小児科が 主たる標榜*	5,149	5,276	5,481	5,411	5,381	5,471

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

(出典：医療施設調査(厚生労働省))

○小児科医師数の推移(静岡県)

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

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

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

(出典：医師・歯科医師・薬剤師統計(厚生労働省))

○2次保健医療圏別の状況

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

(出典：2017年 医療施設調査(厚生労働省))

○小児医療体制を担う医療機関数等

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

○小児救急医療体制を担う医療機関数等

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

※ () 内の数字は、翌朝まで診療している休日夜間急患センター数 (内数)

○本県の災害時小児周産期リエゾン委嘱人数

地域※	2020年度 (人)
東 部	3
中 部	8
西 部	5
計	16

※地域別人数は災害時小児周産期リエゾンの平時の勤務先所在地に基づき集計

○小児の訪問診療を受けた患者数 (人)

区 分	2016年	2017年	2018年	2019年
患者数	142	266	466	577

※レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) を基に厚生労働省が集計

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

第4節 在宅医療

【対策のポイント】

- 医療機関相互、医療と介護の連携強化を通じた効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制の構築
- 在宅医療を担う機関の充実と、在宅医療を担う医師、歯科医師、看護師、薬剤師等の確保及び育成多職種の人材の育成

【数値目標に対する進捗状況】

項目	策定時	現状値	目標値	進捗状況
訪問診療を受けた患者数	12,565 人 (2013 年)	15,748 人 (2018 年)	15,519 人 (2020 年)	目標値を達成
最期を自宅で暮らすことができた人の割合	13.5% (2016 年)	14.4% (2019 年)	14.5% (2020 年)	目標に向け数値が改善
退院支援ルールを設定している2次保健医療圏数	— (2016 年)	4 医療圏 (2019 年)	全(8)医療圏 (2020 年)	目標達成には施策の改善が必要
訪問診療・往診を実施している診療所、病院数	1,050 施設 (2016 年度)	1,003 施設 (2018 年度)	1,161 施設 (2020 年度)	目標達成には施策の改善が必要
在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数	22 施設 (2016 年)	25 施設 (2019 年)	30 施設 (2020 年)	目標達成には施策の改善が必要
在宅看取りを実施している診療所、病院数	284 施設 (2016 年)	274 施設 (2018 年)	323 施設 (2020 年)	目標達成には施策の改善が必要
24 時間体制をとっている訪問看護ステーション数	165 施設 (2016 年度)	177 施設 (2018 年度)	230 施設 (2020 年度)	目標達成には施策の改善が必要
機能強化型訪問看護ステーション数	8 施設 (2016 年)	10 施設 (2018 年)	43 施設 (2020 年)	目標達成には施策の改善が必要
在宅療養支援歯科診療所数	303 施設 (2017 年)	335 施設 (2019 年)	438 施設 (2020 年)	目標達成には施策の改善が必要
歯科訪問診療を実施する歯科診療所数	437 施設 (2017 年)	880 施設 (2019 年)	605 施設 (2020 年)	目標値を達成
在宅訪問業務を実施している薬局数	665 薬局 (2016 年度)	824 薬局 (2018 年度)	1,180 薬局 (2020 年度)	目標に向け数値が改善

1 在宅医療の提供体制

(1) 現状と課題

ア 在宅医療の現状

(疾病構造等の変化)

- 悪性新生物（がん）、脳卒中、心血管疾患などの生活習慣病（慢性疾患）が死因の上位を占める

ようになり、こうした疾病構造の変化や高齢化の進行に伴い、要介護認定者や認知症患者は大幅に増加しています。自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る者が今後も増加することが見込まれます。

(在宅医療の状況)

- 本県の65歳以上の高齢者人口は、2018年は107万人ですが、2040年に116万人となりピークを迎えます。75歳以上の後期高齢化率は、2018年の14.3%から2040年には22.0%に増加します。
- 県内の医療機関における訪問診療・往診実施医療機関数は、2016年度の1,050施設から2018年度の1,003施設へとやや減少していますが、訪問診療を受けた患者数は2013年の12,565人から2018年の15,748人へと増加しており、1医療機関当たりの訪問診療実施件数は増えています。
- 本県の医療的ケア児(0～19歳)は、2016年は559人です。訪問診療を受けた小児(0～14歳)の数は、2016年の142人から2018年度の417人へと増加しており、在宅医療のニーズは高齢者以外にも増加が見られます。
- 県内の在宅療養支援診療所¹は、364施設、在宅療養支援病院²は、22施設です。(2020年10月現在)
- 患者宅を訪問し看護を行う訪問看護ステーションは、県内に238施設(2020年4月現在)で、2010年度の130施設から約1.8倍に増加しています。
- 訪問看護ステーションに勤務する看護職員数は、2010年の781人から2020年の1,510人へと約1.9倍に増加しています。県内の訪問看護ステーションの1施設当たりの看護職員数は6.3人でほぼ横ばいに推移しており、常勤換算看護職員数が5人未満の小規模な事業所は、全体の57.3%となっています。

(県民の意向と看取りの状況)

- 長期の療養などにより、人生の最終段階となった場合に、最期の時を自宅で迎えることを47.2%の県民が望んでいます。(静岡県健康福祉部平成28年度県民意向調査結果)
- 本県の場所別の死亡者数(割合)は、医療機関(病院・診療所)が2016年の27,998人(71.2%)から2019年の27,643人(65.5%)に、自宅は2016年の5,295人(13.5%)から2019年の6,061人(14.4%)になっています。老人ホーム(養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム)は2016年の3,645人(9.3%)から2019年の4,834人(11.5%)になっています。

イ 在宅医療の課題

- 高齢化の進行に伴い、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、「治す医

¹ 在宅療養支援診療所：地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有し、必要に応じて他の医療機関、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間体制で往診や訪問看護を実施できる体制を有する診療所。

² 在宅療養支援病院：地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有し、訪問看護ステーション等との連携により、24時間体制で往診や訪問看護を実施できる体制を有し、かつ、緊急時に在宅療養患者が入院できる病床を常に確保している病院。半径4km以内に診療所がないか、または、200床未満の病院であることが要件。

療」から「治し、支える医療」への転換が求められています。

- 患者が安心して在宅での療養を選択することができるように、急性期から回復期、在宅医療にいたるまでの切れ目のない医療を提供する体制を充実させる必要があります。
- 自宅等住み慣れた生活の場で療養し、人生の最終段階まで自分らしい生活を続けるためには、地域の医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行う必要があります。

(ア) 入退院支援

- 退院支援担当者を配置している病院は、2008年の50施設（27.2%）から2018年の105施設（58.7%）へと増加していますが、在宅医療への継続性や患者の退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題に対応するためには、更に配置施設を増やす必要があります。
- 病院で実施する退院支援カンファレンスに在宅主治医や訪問看護師、ケアマネジャー等の関係職種が参加し情報共有を図ることや、地域の実情にあった退院支援におけるルールづくりを進めるなど、連携体制を構築する必要があります。
- 平均在院日数が短縮化する中、支援開始が早ければ早いほど、患者の意思を尊重しながらきめ細かい支援が可能となることから、外来通院時（入院前）から支援を開始して生活のアセスメント等を行い、早めに退院後の生活に向けた準備を行うことが必要です。

(イ) 日常の療養支援

- 訪問診療を実施する病院や診療所をはじめ、訪問看護ステーションや介護サービス事業所、薬局等を増やすとともに、連携強化を図るほか、在宅医療に携わる医師、歯科医師、訪問看護師、薬剤師、歯科衛生士等の人材確保を進める必要があります。
- 今後も増加が見込まれる、がん患者、医療的ケア児や認知症患者等に対して、在宅で安心して暮らすことができるよう支援する体制を整備する必要があります。
- 身体機能及び生活機能の維持向上のために、患者のニーズに応じた継続的かつ効果的なリハビリテーションを推進し、医療機関相互の連携にとどまらず、地域包括支援センターや介護サービス事業所など、保健、医療、介護、福祉の垣根を越えた連携体制を構築する必要があります。

(ウ) 急変時の対応

- 在宅患者の急変時の不安や家族の負担を軽減するために、24時間いつでも往診や訪問看護の対応が可能な連携体制の構築が必要です。
- 在宅患者が病状の急変により入院が必要となった場合に円滑に入院でき、在宅での診療内容や患者、家族等の意向を踏まえた診療が引き続き提供されるよう、在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院³等による支援体制を整備する必要があります。

(エ) 在宅での看取り

- 人生の最終段階において、患者本人の意思を最大限に尊重した医療を提供するために、関係する職種が相互に連携することにより、看取りに関する方針決定や患者とその家族への支援ができる体制を整備する必要があります。

³ 在宅療養後方支援病院：当該病院を緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出ている患者（入院希望患者）に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換を行っており、緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受入れる病院。200床以上の病院であることが要件。

- 高齢者人口の増加による死亡者数の増加の受け皿として、在宅看取りを実施する病院、診療所及びターミナルケア⁴に対応できる訪問看護ステーション等を充実させる必要があります。
- 在宅医療を担う従事者は、緩和ケア⁵など、医療そのものに関する知識や技術ばかりではなく、本人の意思や家族の意向を踏まえた療養指導など、患者・家族の生活の支援に関する幅広い知識と技術の向上を図る必要があります。

(オ) 多職種連携

- 関係者による研修会等の開催により、一部の地域では多職種連携が進んでいますが、全ての地域において、顔の見える関係を構築する必要があります。
- 多職種連携体制の構築のために、在宅医療・介護連携を地域の中核となって推進する人材の確保及び養成を図る必要があります。
- 今後、更に増加が見込まれる在宅患者に適切に対応するため、病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護サービス事業所等において患者情報や対応可能なサービスに関する効率的な情報の共有を図る必要があります。

(カ) 県民への理解促進

- 人生の最終段階において、患者本人の意思を最大限尊重した医療・ケアの提供ができるよう、患者本人があらかじめ家族や医療・ケア関係者と話し合うACP⁶（アドバンス・ケア・プランニング、愛称「人生会議」）（以下、「ACP（人生会議）」）を普及させていくことが必要です。

⁴ ターミナルケア：人生の最終段階において提供される医療又は看護。

⁵ 緩和ケア：がん等の患者や家族に対して、肉体的・精神的苦痛を和らげ、生活の質の維持・向上を目的に、疼痛（とうつう）軽減や不安解消などの対症療法を主とした医療行為。

⁶ ACP（人生会議）：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス。厚生労働省が公募し、この取組の愛称を「人生会議」と決定した。

(2) 今後の対策

ア 数値目標

	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
継続	訪問診療を受けた患者数	15,748 人 (2018 年)	19,336 人 (2023 年)	各2次保健医療圏における提供見込量	国保データベース(KDB)
	自宅で最期を迎えることができた人の割合	14.4% (2019 年)	14.8% (2023 年)	在宅医療の提供見込量から算出	厚生労働省「人口動態統計」
	入退院支援ルールを設定している2次保健医療圏数	4 医療圏 (2019 年)	全医療圏 (2023 年)	全ての2次保健医療圏において設定	県健康増進課調査
	訪問診療・往診を実施している診療所、病院数	1,003 施設 (2018 年度)	1,231 施設 (2023 年度)	訪問診療を受けた患者数の増加に対して必要な数	国保データベース(KDB)
	在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数	25 施設 (2019 年)	33 施設 (2023 年)	在宅医療等必要量の見込みから算出	東海北陸厚生局届出
	在宅看取りを実施している診療所、病院数	274 施設 (2018 年)	326 施設 (2023 年)	在宅医療等必要量の見込みから算出	国保データベース(KDB)
	24 時間体制をとっている訪問看護ステーション数	177 施設 (2018 年度)	230 施設 (2023 年度)	24 時間体制加算の届出割合が全訪問看護ステーションの90%	厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」
	機能強化型訪問看護ステーション数	10 施設 (2018 年)	43 施設 (2023 年)	全ての市区町において設置	県訪問看護ステーション協議会調査
	在宅療養支援歯科診療所数	190 施設 (2020 年)	200 施設 (2023 年)	在宅医療等必要量の見込みから歯科必要量を算出	東海北陸厚生局届出
	歯科訪問診療を実施している歯科診療所数	258 施設 (2019 年)	272 施設 (2023 年)	在宅医療等必要量の見込みから歯科必要量を算出	国保データベース(KDB)
	在宅訪問業務を実施している薬局数	824 薬局 (2018 年度)	1,552 薬局 (2023 年度)	2025 年までにすべての薬局で在宅訪問業務を実施	国保データベース(KDB)
新規	住まい ⁷ で最期を迎えることができた人の割合	25.9% (2019 年)	29.0% (2023 年)	在宅医療の提供見込量、介護サービス量の推計等から算出	厚生労働省「人口動態統計」
	訪問口腔衛生指導を実施している診療所数	204 施設 (2019 年)	224 施設 (2023 年)	在宅医療等必要量の見込みから歯科必要量を算出	国保データベース(KDB)
	小児の訪問診療を受けた患者数	417 人 (2018 年)	486 人 (2023 年)	在宅医療等必要量の見込みから算出	レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)
	地域連携薬局認定数	二 (2020 年度)	100 薬局 (2023 年度)	2025 年までに日常生活圏域に1薬局以上を認定	県薬事課調査

イ 施策の方向性

- 在宅医療は、訪問診療を中心に、入院・外来医療、介護・福祉サービスと相互に連携・補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステム推進のためには不可欠です。
- 県民ができるだけ住み慣れた地域で生活を送り続けることができるよう、在宅医療の提供体制を充実させ、安心医療の提供を図ります。

⁷ 住まい：人口動態調査（厚生労働省）における自宅及び老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム）をいう。

(ア) 入退院支援

- 病院において、入退院支援担当者を配置し、外来通院時や入院初期から退院後の生活を見据えた入退院支援が実施できる体制を強化するほか、受け手側である在宅医療に携わる関係機関と地域の実情にあったルールづくりを進めることで、入退院調整機能の強化を図ります。
- 病院等の退院支援カンファレンスへ地域の在宅医療を担うかかりつけ医やかかりつけ歯科医、訪問看護ステーションの看護師、薬局の薬剤師、ケアマネジャー等の参加を促進し、関係者の密接な連携体制を構築します。
- 「シズケア*かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）⁸」を活用して、在宅患者に関わる病院やかかりつけ医、訪問看護ステーション、薬局、ケアマネジャー等が患者の医療情報や介護サービス情報を共有し、多職種連携の強化及び入退院調整の円滑化を図ります。
- 病院からの一定期間の出向等により訪問看護を経験した看護師を病院に配置することにより、病院の入退院支援機能の強化を図ります。

(イ) 日常の療養支援

- 在宅医療に取り組む医師、歯科医師、訪問看護師及び薬剤師の確保を推進することで、在宅医療の提供体制の充実を図ります。
- 訪問看護ステーションの大規模化やサテライト型訪問看護ステーションの設置などの機能強化を図り、訪問看護師の勤務環境を整備することで、訪問看護の質の向上を図ります。
- 郡市医師会や郡市歯科医師会、地域薬剤師会等の関係機関と連携しながら、在宅医療の提供体制の構築や在宅医療・介護連携の促進を図る市町の取組を支援します。
- がん患者が自宅に戻っても安心して緩和ケアが受けられるよう、がん診療連携拠点病院などの病院と診療所、訪問看護ステーション、薬局等が連携し、地域の在宅緩和ケアの実施体制の一層の強化を図ります。
- 医療的ケア児等が住み慣れた身近な地域において安心して過ごせるように、医療機関による短期入所サービスの提供等在宅支援サービスの充実を図ります。
- 訪問リハビリテーションを行う理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の養成や、かかりつけ医、ケアマネジャー等のリハビリテーションに対する理解を深めること等により、在宅患者に対するリハビリテーション提供体制の強化を図ります。
- 認知症の早期発見、早期対応に向けて、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、訪問看護師等の認知症対応力の向上を促進します。
- 認知症の人と家族、医療と介護の専門職等との間の情報共有を推進するため、認知症連携パス「ふじのくに“ささえあい”手帳」の普及を図ります。

(ウ) 急変時の対応

- 診療所等において24時間対応が困難な場合であっても、近隣の病院や診療所、訪問看護ステーション、薬局等との連携により、患者の病状急変時に対応できる体制の確保を図ります。
- 在宅患者の病状が急変した際に、受入れを行うことのできる在宅療養支援病院、有床診療所、

⁸ シズケア*かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）：シズケアサポートセンターを設置する県医師会において、在宅医療分野における連携を目的に2012年度から稼動した「静岡県版在宅医療連携ネットワークシステム」を、2016年度に地域包括ケアのプラットフォームとして機能を追加した。多職種間での患者情報の共有のほか、施設・サービス情報の検索や患者とのマッチング、システム利用者間の交流及び情報発信を行うことのできる多機能型システム。

在宅療養後方支援病院等の体制の整備を図ります。

- 病院から在宅、介護施設への患者の円滑な移行や在宅患者の急変時対応等、在宅での長期療養を支える機能等を有する有床診療所の機能強化を図ります。
- 在宅患者の急変時における地域でのルールの策定や、急変時の対応について、在宅患者・その家族が、かかりつけ医、訪問看護ステーションの看護師、ケアマネジャー等と事前に話し合いをすることで安心して在宅で療養できる環境の整備を図ります。

(エ) 在宅での看取り

- 人生の最終段階における患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築するために、在宅看取りを実施する病院・診療所及びターミナルケアを行う訪問看護ステーション、薬局の充実を図るとともに、関係職種間における連携体制の強化を図ります。
- 在宅でのターミナルケアや緩和ケアなど、人生の最終段階において、患者の希望に沿った医療の提供ができるように、専門的な知識及び技術の向上に対する取組を支援します。
- 40歳未満の終末期がん患者が自宅で家族と過ごすために訪問介護の費用等を助成する、小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業について、患者が円滑に制度を利用することができるよう、がん診療連携拠点病院等に対して制度の周知を強化します。

(オ) 多職種連携

- 県医師会が運営する「シズケアサポートセンター（静岡県地域包括ケアサポートセンター）⁹」を拠点として、在宅医療を実施するかかりつけ医の養成や、地域の多職種連携の推進に取り組みます。
- 「シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）」を活用して、在宅患者に関わる病院やかかりつけ医、訪問看護ステーション、薬局、ケアマネジャー等が患者の医療情報や介護サービス情報等を共有し、多職種連携の強化及び入退院調整の円滑化を図ります。
- ケアマネジャーが介護予防の段階から、訪問看護や訪問歯科診療、訪問薬剤管理、訪問リハビリテーション等の在宅医療及び多職種連携の必要性を適切に判断できるような知識、技術を身につけられる研修会等を実施するとともに、多職種連携の強化を図ります。

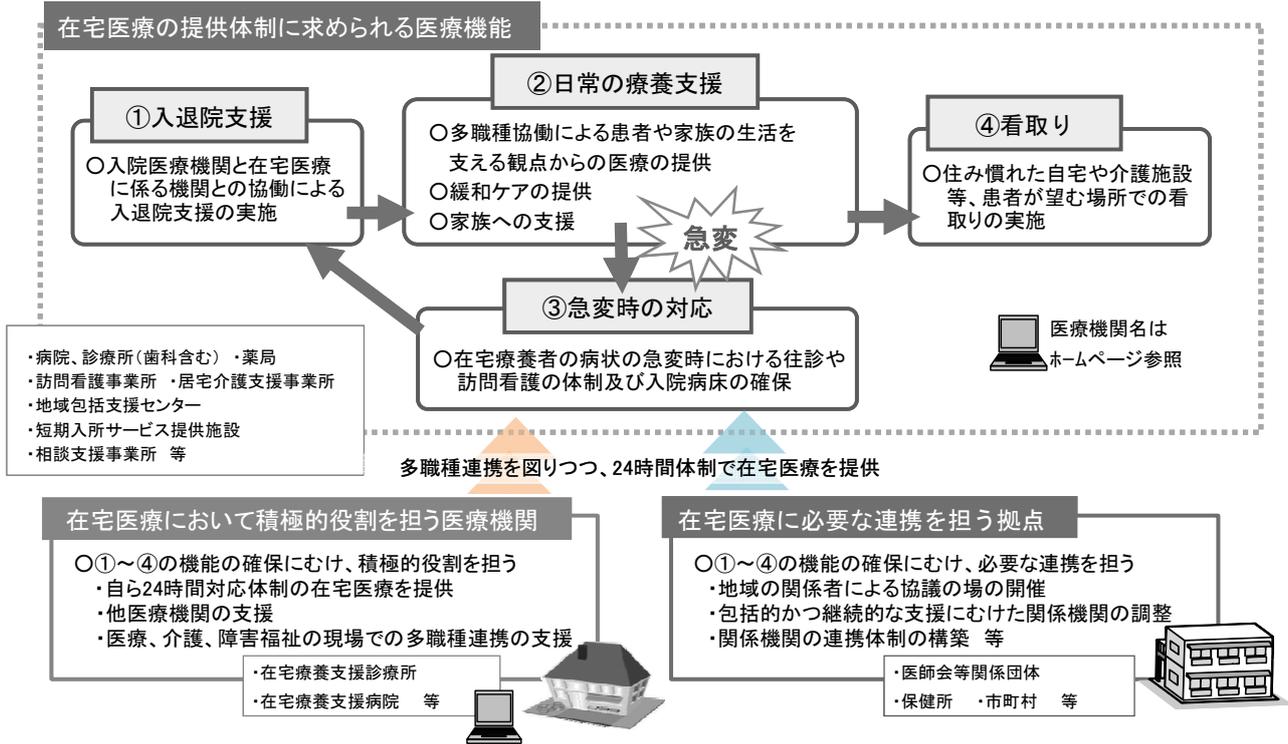
(カ) 県民への理解促進

- 市町や地域包括支援センターと連携し、県民に向けた普及啓発（シンポジウム、講演会等の開催）や在宅医療に関する相談窓口の周知などにより、県民の在宅医療に関する理解を深め、不安解消を図るなど在宅医療が選択される環境整備を促進します。
- 患者とその家族が安心して在宅療養を選択することができるよう、事例ごとに活用可能な介護・福祉サービスや療養生活を送る上でのポイント等を分かりやすく記載した「ふじのくに高齢者在宅生活“安心”の手引き」を活用して、県民に向けた在宅療養の普及啓発を図ります。
- 人生の最終段階において、患者本人の意思を尊重した医療・ケアの提供ができるよう、在宅医療を支える医療・介護関係者の相談対応力の向上を図るとともに、県民に対し、ACP（人生会議）やリビングウィル¹⁰（意思表示書）について、普及啓発を実施します。

⁹ シズケアサポートセンター（静岡県地域包括ケアサポートセンター）：2020年4月から県医師会内に設置された、県内の地域包括ケアシステム構築のための多職種連携の推進や、人材育成、普及啓発活動等を実施する中核拠点。

¹⁰ リビングウィル：重病になり自分自身では判断できなくなる場合に、治療に関して自分の希望を述べておく書類。

(3) 在宅医療の医療体制図



(4) 在宅医療提供体制に求められる医療機能

	入退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ●入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者の病状の急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること 	<ul style="list-style-type: none"> ●住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること
求められる機能	<p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●退院支援担当者を配置し、入院初期から退院後の生活を見据えた入退院支援を行うこと ●入退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること <p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること ●高齢者のみでなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること ●地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること ●医薬品や医療・衛生材料の供給を円滑に行うための体制を整備すること 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること ●24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により24時間対応が可能な体制を確保すること <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際に、必要に応じて受入れを行うこと ●重症等に対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること ●患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと ●介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

(5) 関連図表

ア 患者動向に関する指標

(本県の死亡場所別にみた死亡数の割合の推移)

(単位：%)

	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年
自宅	13.9	13.6	13.2	13.5	14.3
老人ホーム※ ¹	5.4	6.6	8.0	9.3	10.5
介護老人保健施設※ ²	2.2	2.9	3.7	4.3	4.8
病院	74.7	73.6	71.8	70.0	67.5
診療所	1.8	1.5	1.5	1.2	1.2
その他	2.0	1.8	1.8	1.7	1.6

資料：人口動態統計（厚生労働省）

※¹ 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。

※² 2018年は介護医療院を含む。

イ 医療資源・連携等に関する調査

(在宅療養支援診療所数、在宅療養支援病院数、在宅療養後方支援病院数、地域包括ケア病棟を有する病院数)

(単位：施設)

	静岡県	2次保健医療圏							
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
在宅療養支援診療所数	364	9	19	58	19	106	33	36	84
在宅療養支援病院数	22	2	1	7	2	2	2	3	3
在宅療養後方支援病院数	4	0	0	1	1	1	1	0	0
地域包括ケア病棟を有する病院数	43	3	2	12	5	5	3	4	9

資料：厚生局届出（2020年10月1日現在）

(訪問診療を実施している診療所、病院数)

(単位：施設)

	静岡県	2次保健医療圏							
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
訪問診療を実施している診療所、病院	1,003	30	35	154	87	208	133	125	231

県健康増進課調査（2018年度）

(在宅患者訪問診療 1ヶ月当たり患者数(月平均))

(単位：人)

	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
同一建物居住者	6,158	7,101	7,920	9,166	10,414
同一建物居住者以外	5,912	6,526	5,767	5,889	5,884
訪問診療	12,070	13,627	13,687	15,055	16,298
往診	2,912	2,970	3,101	3,152	3,139

KDBデータ (厚生労働省提供)

※県内被保険者分集計 (数値目標の「訪問診療を受けた患者数」は、県内医療機関の実施数)

(在宅患者訪問診療料算定回数)

(単位：回)

	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
同一建物居住者	10,666	12,028	14,961	17,431	19,439
同一建物居住者以外	9,020	9,935	9,390	9,515	9,469
訪問診療	19,686	21,963	24,351	26,946	28,908
往診	4,876	4,996	5,359	5,427	5,063

KDBデータ (厚生労働省提供)

(静岡県内の訪問看護ステーションの状況)

	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年
訪問看護ステーション (施設)	132	133	185	204	214	238
訪問看護従事者数 (人)	781	809	906	1,105	1,284	-
1施設当たり従事者数 (人)	5.9	6.1	4.9	5.4	6.0	-

※訪問看護ステーション数は各年度の4月1日現在の届出数 ((一社)全国訪問看護事業協会調査)

※訪問看護従事者数は各年度の12月末日現在の保健師、助産師、看護師、准看護師の従事者数 (看護職員及び歯科衛生士、歯科技工士業務従事届出)

ウ 指標による現状把握

指 標	2017年		2018年		備考 出典元
	静岡県	全国	静岡県	全国	
在宅看取りを実施している 診療所数 (施設)	156	5,166	-	-	医療施設調査 (3年ごと調査、9月時点)
在宅看取りを実施している 病院数 (施設)	14	583	-	-	医療施設調査 (3年ごと調査、9月時点)
ターミナルケアに対応する訪問看護 ステーション数 (施設)	-	-	185	8,927	介護サービス施設・事業所調査 (3年ごと調査、10月時点)
自宅での死亡者数 (人)	5,674	177,473	5,988	186,205	人口動態統計

2 在宅医療のための基盤整備

(1) 訪問診療の促進

- 在宅医療の中核となる、訪問診療について全県下において安定的に提供されるように、今後見込まれる必要量の確保及び関係職種間の連携体制の強化を図る必要があります。

ア 現状

- 静岡県地域医療構想を踏まえた2023年における静岡県の訪問診療の必要量は19,336人と推計されており、2013年度における静岡県の訪問診療の必要量(12,565人)から6,771人増加すると推計されています。
- 県内の医療機関における訪問診療の実施件数(在宅患者訪問診療料の算定回数)は、2016年度の24,351件から2018年度の28,908件へと約5,000件増加していますが、区分別に見ると、同一建物居住者が2016年度の14,961件から2018年度の19,439件へと約4,500件増加している一方、同一建物居住者以外は2016年度の9,390件から2018年度の9,469件へと微増に留まっています。また、実施医療機関数は、1,050施設から1,003施設へと減少しています。

イ 課題

- 2018年度の訪問診療を受けた患者数は、全県で見ると2020年の目標値を達成していますが、保健医療圏別に見ると充足状況の差が大きいことから、2023年に見込まれる訪問診療の必要量に対応するためには、引き続き訪問診療を実施する診療所、病院の確保が必要です。
- 外からの新規参入が見込めない地域においては、地域の病院や周辺の医療機関との連携により、全県下において訪問診療を受けられる体制を整備する必要があります。
- 訪問診療を実施する医療機関の多くが、診療所を中心とした小規模な組織体制であることから、24時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が必要です。
- 訪問診療においては、患者の様々な病状に合わせた全人的な医療を提供するため、医師の総合的な医療の知識や技術の向上が必要です。
- かかりつけ医を中心とした、関係職種で構成される支援チームにおいて、効率的かつ安全に患者情報を共有することができる環境が必要です。

ウ 対策

- 地域の診療所等が訪問診療を実施しやすい環境の整備に取り組むとともに、連携体制の構築など、訪問診療を実施する診療所の充実を目指す市町や郡市医師会等の取組を支援します。
- 地域の医療資源の状況や患者の希望を踏まえ、在宅療養を望む県民が適切な訪問診療を受けられることができるよう、地域のかかりつけ医の訪問診療への参入を促進します。
- 地域の病院においても、在宅患者に関する情報の共有等により診療所との連携や退院患者に対する訪問診療の実施など、在宅患者の日常療養の支援を図ります。
- 地域において、主治医・副主治医制や輪番制の導入などにより、関係医療機関相互の連携を図り、24時間対応、急変時対応及び看取りを行うための体制を整備します。
- 在宅医療に関する先進事例の研究・検討や講習会を開催する県医師会への支援等により、在宅医療に必要となる知識、技術の向上と、訪問診療を実施する医療機関の充実を図ります。
- 患者の医療・介護情報について、「シズケア*かけはし(静岡県地域包括ケア情報システム)」の活用により、在宅チーム内において効率的に情報を共有することができる体制づくりを支援します。

(2) 訪問看護の充実

○在宅医療の提供体制の構築において、必要不可欠である訪問看護サービスを充実させることで、在宅で療養している方が住み慣れた地域で安心して生活できる環境を整備する必要があります。

ア 現状

○県内の訪問看護ステーション数は増加しているものの、2018年度の人口10万人当たり施設数は、全国平均8.8施設に対し、本県は5.8施設と少ない状況です。

○2020年10月時点において、訪問看護ステーションが開設されていない市町が2町あります。開設市町においても山間部など未対応の地域があるなど、その開設状況には地域偏在が見られます。

○本県の訪問看護ステーションの開設主体は、株式会社等が49.8%、医療法人が24.9%と大半を占め、特に近年、株式会社等が増加しています。また、病院などの医療機関と併設されている訪問看護ステーションの設置数については、2016年の79施設から、2020年の85施設に増加しています。(2020年静岡県訪問看護ステーション実態調査)

○本県の訪問看護ステーションの57.3%は、看護職員が常勤換算5人未満の小規模な訪問看護ステーションであり、大規模な訪問看護ステーションと比較すると赤字の訪問看護ステーションが多くなっています。(2020年静岡県訪問看護ステーション実態調査)

○小規模な訪問看護ステーションは、がんのターミナルケアや難病等の利用者、緊急時の訪問依頼に対応できない実態があります。

○本県の機能強化型訪問看護ステーション¹¹は、18施設(2020年10月1日東海北陸厚生局届出状況)あり、比較的人口の多い地域に偏っています。

イ 課題

○訪問看護ステーションの地域偏在を解消し、県内全ての地域において充実した訪問看護サービスを受けられる体制の整備が必要です。

○看取りや重症度の高い利用者への対応ができるよう、訪問看護ステーションの機能強化等による安定的な訪問看護サービスの提供体制を整備する必要があります。

○精神疾患のある方や医療的ケア児などに対応することができる訪問看護ステーションを、県内各地域において設置する必要があります。

○訪問看護ステーションの人材確保や関係職種間との連携を強化し、必要な人材の確保ができないことによる休止や廃止を抑制し、安定的な経営を可能にすることが必要です。

○在宅で療養している方に対して充実した訪問看護サービスを提供するため、訪問看護ステーションにおける看護師等の人材確保及び資質向上を図る必要があります。

○訪問先で利用者や家族からハラスメントや暴言、暴力を受けた経験がある訪問看護従事者がいる訪問看護ステーションは、本県の全訪問看護ステーションの48.4%あり、ハラスメント等の防止とハラスメント等を受けた訪問看護従事者のケアが課題となっています。

¹¹ 機能強化型訪問看護ステーション：通常の訪問看護ステーションよりも、人員基準が高めに設定されており、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受入れを行い、同一敷地内に居宅介護支援事業所を設置することで、医療と介護の一体的なサービスを提供する機能を持った訪問看護ステーション。

ウ 対策

- 利用者が少なく運営が不安定な、開設初年度の訪問看護ステーションの運営経費を支援することで、訪問看護ステーションの新規開設の促進や開設直後の休止や廃止を抑制します。
- サテライト型の訪問看護ステーションの設置を促進し、地域における偏在の解消を図ります。
- 地域において拠点となる訪問看護ステーションを中心に、規模の小さな訪問看護ステーションと連携することで、地域において安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備を図ります。
- 訪問看護ステーション相互や関係機関との連携強化、訪問看護ステーションの大規模化等により、安定的な訪問看護サービスの提供体制とすることで、緊急時への対応や看取り及び重症度の高い利用者へ対応できる訪問看護ステーションの確保を図ります。
- 在宅で療養している方の様々なニーズに応じた医療・介護の提供が可能な、看護小規模多機能型居宅介護¹²や定期巡回・随時対応型訪問介護看護¹³を行うことができる事業所の整備を図ります。
- 各地域の実態に応じて、精神疾患のある方や医療的ケア児などに対応することができる訪問看護ステーションの確保を図ります。
- 認知症や小児分野などの専門的な研修や、訪問看護に必要な実践的な技術を学ぶ研修等の研修体系の整備により、訪問看護職員の資質向上に取り組みます。
- 訪問看護ステーションへの就業促進、潜在看護師等への普及啓発、現場復帰のための教育などに取り組み、訪問看護職員の確保を図ります。
- 看護職員養成施設における就職説明会やインターンシップを実施し、新卒看護職員を確保するとともに、訪問看護就業セミナーを開催し、病院看護職員や潜在看護職員の訪問看護ステーションへの就業を促進します。
- 訪問看護職員の確保と人材育成のため、訪問看護ステーションに初めて就職した看護職員の同行訪問を実施する訪問看護ステーションを支援します。
- 在宅で療養している方に対する迅速な対応及び在宅医療に取り組む医師の負担軽減のため、訪問看護職員を特定行為¹⁴研修や認定看護師¹⁵教育課程に派遣する訪問看護ステーションを支援することにより、特定行為のできる訪問看護師や認定看護師等の増加を図ります。
- 訪問看護従事者を対象とする研修に、ハラスメントや暴言、暴力への対応を研修テーマとして取り入れ、ハラスメント等の防止やハラスメント等を受けた訪問看護従事者のケアに取り組みます。

¹² 看護小規模多機能型居宅介護：医療ニーズの高い要介護者に対して、通い・訪問介護・宿泊に加え、必要に応じて訪問看護を提供するサービス。

¹³ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護：重症者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡訪問と随時の対応を行うサービス。

¹⁴ 特定行為：医師又は歯科医師が示す手順書により行う診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる 38 行為。

¹⁵ 認定看護師：近年の医療の高度化、専門化及び国民の医療ニーズの多様化等に対し、特定の看護分野において、より高度な看護ケアを行う看護師が求められているため、公益社団法人日本看護協会が、「認定看護師」及び「専門看護師」の認定資格制度を設置しており、日本看護協会が認定した教育機関において講座を受講後、日本看護協会の認定審査（筆記試験等）に合格した者を、「認定看護師」「専門看護師」として登録している。

(3) 歯科訪問診療の促進

- 摂食や嚥下の機能が低下していると、誤嚥性肺炎や低栄養状態となりやすい傾向があります。口腔機能を維持することは、日常生活の充実を図るために生涯を通じて不可欠であり、在宅歯科医療の提供体制を整備することにより、生涯を通じて生活を支援する歯科医療の実現を図ります。

ア 現状

- 適切な歯科医療と歯科医師や歯科衛生士による専門的な口腔機能管理（口腔ケアを含む。以下同じ）によって、低栄養状態の改善が期待できることや肺炎の発症率が減少することなどが報告されており、要介護者における歯科医療の充実が望まれています。
- 県内の歯科診療所数は1,750施設であり、そのうち歯科訪問診療の実施可能な歯科診療所数は887施設（2020年7月現在）、在宅療養支援歯科診療所¹⁶は253施設（2020年7月現在）あり、県民の約4千人に1施設、要介護3～5の者（2018年3月末現在、61,051人）約70人に1施設の割合で在宅歯科診療へのアクセスが整備されています。
- 要介護3～5の者で歯科治療が必要な者の割合は71.2%です（2016年厚生労働科学研究）。

< 歯科訪問診療を実施する診療所数 >

（単位：施設）

	静岡県	2次保健医療圏							
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
歯科訪問診療を実施する診療所	887	9	27	177	83	160	110	98	223

※県健康増進課調査（2020年7月31日現在）

イ 課題

- 要介護者は、口腔機能の低下や口腔清掃の不良から誤嚥性肺炎が発症しやすく、低栄養状態に陥やすい傾向が見られます。要介護状態となった場合、専門的な口腔機能管理が重要になることを県民共通の理解とする必要があります。また、在宅歯科医療が実施できる歯科医療機関の情報や、口腔機能管理の効果、利用できる制度等を、分かりやすく住民に情報を提供する必要があります。
- 在宅歯科医療を実施するためには、要介護者の特性に関する理解や、居宅等での診療に関する知識と技術に加え、患者や家族の生活を支援するという視点からかかりつけ医、看護師、介護支援専門員や介護サービス事業所担当者等と連携することが必要です。
- 在宅医療を担う医療機関や訪問看護ステーション、介護サービス事業所等と連携しながら支援できる歯科医師と歯科衛生士を育成する必要があります。
- 在宅歯科医療を推進するためには、歯科衛生士が大きな役割を担っており、その確保を図る必要があります。

¹⁶ 在宅療養支援歯科診療所：高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応に係る知識と技術を持ち、必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整備し、在宅歯科医療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制を確保するなど、安心・安全な在宅歯科医療提供体制を整備した歯科診療所として厚生労働省が定めた施設基準を満たし、届出を行った歯科診療所の保険算定上の名称。

ウ 対策

- 県内全ての地域において、在宅歯科医療を受けることを希望する者が在宅歯科医療を受けられるよう、県歯科医師会や郡市歯科医師会、市町などと連携し、在宅歯科医療を実施する医療機関に関する情報が県民に周知されるよう努めます。
- 歯科医師会等と連携し、訪問看護師やケアマネジャー、地域包括支援センターの職員等が口腔内への関心を持つように、口腔機能管理の重要性や効果に関する知識の普及を図ります。また、県民の在宅歯科医療に関する理解が深まるように努めます。
- 県歯科医師会と協働で設置している在宅歯科医療推進室において、在宅や施設における歯や口の困りごとについて、本人や家族等の相談を受けるほか、歯科訪問診療に対応できる歯科医療機関や口腔機能管理の効果、利用できる制度等の情報提供を行い、県民への周知に取り組みます。
- 歯科診療所や郡市歯科医師会等は、在宅歯科医療の実施に当たり、診療中の容態急変時の対応について診療所や病院との連携体制を構築するとともに、歯科診療所が相互に補完できる連携体制や歯科に関する後方支援機能を持つ病院との連携体制の構築を図ります。
- 在宅歯科医療を実施する歯科診療所は、要介護者を支援するチームの一員として診療所や訪問看護ステーション、介護サービス事業所等と顔の見える関係を築き、いつでも相談できる環境を整えることに努めます。
- 在宅歯科医療に従事する歯科医師や歯科衛生士を確保するため、在宅歯科医療に関する研修の実施を支援することや、歯科衛生士の就労等の相談に応じるなど、歯科衛生士の再就業促進や離職防止を図ります。

(4) かかりつけ薬局の促進

- 全ての薬局が、かかりつけ薬局として、かかりつけ薬剤師が患者の服薬情報の一元的・継続的な把握による適切な薬学的管理・指導や夜間・休日の対応、在宅医療の対応を行うための体制を整備するほか、かかりつけ医等との連携による、地域の中での相談対応を促進する必要があります。

ア 現状

(医療機関等との連携)

- 様々な種類の医薬品の調剤に対応する中、お薬手帳等により、患者の服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬の重複の有無、相互作用の可能性等を確認し、処方医への疑義照会や情報提供等を行うとともに、必要な薬学的管理や指導の実施を通じて、薬物療法の有効性・安全性を確保しています。
- 健康相談の窓口を設置し、要指導医薬品や一般用医薬品、健康食品の適正な使用、健康の維持・増進、健診、在宅医療・介護サービス、禁煙等に関する相談を受けるとともに、必要に応じ関係者への連絡や医療機関への受診勧奨を行っています。

(サービスの提供)

- 在宅患者、家族が安心して療養できるよう、24時間、電話等により薬の飲み方等についての相談に対応しています。
- 薬局の薬剤師が患者宅を訪問し、服薬アドヒアランス¹⁷の向上や残薬管理、服薬指導等を提供する在宅訪問業務を行える薬局（「在宅患者訪問薬剤管理指導」届出薬局）は、1,672薬局（2019

¹⁷ 服薬アドヒアランス：患者自身が服薬治療への積極的な参加を行い、理解して薬を服用すること。

年3月現在)ですが、2018年度1年間に在宅訪問業務を行った薬局は824薬局です。

- がんの疼痛緩和に必要な医療用麻薬を調剤できる麻薬小売業の免許を取得している薬局は1,354薬局(2014年3月末現在)から1,565薬局(2020年3月末現在)に増加し全薬局の84.9%となり、ほぼ県内全域で供給が可能です。

イ 課題

(医療機関等との連携)

- 薬物療法の有効性・安全性を確保し、在宅療養を維持していくには、病院、診療所、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等に、患者状態や服薬情報等の継続的な把握、処方医へのフィードバック、残薬管理・処方変更の提案、患者紹介や薬の管理等の在宅訪問業務における役割等の薬局の機能について周知し、在宅訪問業務を行える薬局全てが在宅サービスに関われるよう、幅広く連携していくことが必要です。
- 地域に密着した身近な健康相談窓口として、地域住民からの薬や在宅医療等を含めた様々な健康に関する相談に対応できる薬剤師・薬局が必要です。

(サービスの提供)

- かかりつけ薬剤師による24時間の相談対応や、休日や夜間における自局のみ又は近隣の薬局と連携しての緊急的な調剤が全ての地域で同様に提供できる体制の充実が必要です。
- 在宅訪問業務等を行う薬剤師の一層の資質向上・養成や、小規模な薬局における在宅分野での地域の薬局同士の連携強化等が必要です。
- 医療用麻薬、無菌調剤が必要な製剤及び医療・衛生材料の供給拠点としての期待に、薬局は応えていくことが必要です。
- 医療用麻薬については、多種の製剤が販売され、その使用方法も多様化しており、患者・家族等へ使用方法や管理方法等を正確に伝えることが必要です。
- 地域における充実した医療提供や健康維持・増進による地域包括ケアの実現のため、かかりつけ薬局には、がんや難病等、薬の使用において特段の注意を払う必要がある疾患を有する患者等への専門的な薬物療法の提供(高度薬学管理機能)や、率先した地域住民への健康支援の実施と発信(健康サポート機能)が求められています。
- 在宅医療における薬局の役割と個々の薬局が有する機能について、最新の情報を患者・家族や県民に広く提供することが必要です。

ウ 対策

(医療機関等との連携)

- 調剤、服薬指導・支援、情報提供等による処方医へのフィードバック等に加え、医療用麻薬等と医療・衛生材料の供給や、医療機関等の多職種との共同研修等の推進により、薬局の機能の周知を図り、地域の医療機関等との連携を充実させます。
- 薬局の健康支援・相談機能等について、地域住民に対し積極的に広報し、地域に密着した身近な健康相談窓口としての薬局の活用を推進するとともに、薬剤師の患者・住民とのコミュニケーション能力の向上に資する研修の推進を図ります。

(サービスの提供)

- かかりつけ薬剤師による24時間の相談や、緊急の調剤に対応するための薬局内の体制整備や薬局同士の連携強化を図ります。
- 薬剤師が在宅医療等において求められるサービスを提供できるよう、緩和ケアや無菌調剤等に

関する研修の充実により在宅訪問業務等を行う薬剤師の資質向上・養成を図るとともに、医療機関等に対する窓口の体制や地域の薬局間の連携の強化により、薬局の在宅訪問業務を推進します。

- 医療機関等との協議による医療用麻薬の規格・品目の統一化や近隣の麻薬小売業者間での譲渡・譲受制度（麻薬小売業者間譲渡許可制度）の活用等により、地域における医療用麻薬の供給体制の強化を推進します。
- 医療用麻薬の使用、管理に当たっては、患者・家族の理解と協力が特に重要であるため、医療用麻薬に関する知識、技術等の向上を図りながら、説明と相談を確実にを行います。
- かかりつけ薬局に対し、高度薬学管理機能や健康サポート機能の整備を推奨します。
- 服薬管理や無菌調剤等の在宅医療等における薬剤師の職能や薬局の機能、個々の薬局が提供するサービスについて、患者・家族や県民へ広く情報提供します。
- 在宅医療への対応や医療機関等の多職種との連携等を行う地域連携薬局及び専門的な薬物療法の提供を行う専門医療機関連携薬局により、県民の薬物療法を支援します。

（かかりつけ薬剤師・薬局に求められる機能）

	かかりつけ薬剤師・薬局			高度薬学管理機能	健康サポート機能
	服薬情報の一元的・継続的把握	24時間対応・在宅対応	医療機関等との連携		
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導。 ・患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化。 	<ul style="list-style-type: none"> ・開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談。 ・夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時等緊急時には調剤を実施。 ・地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅訪問業務に積極的に関与。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して疑義照会や処方提案。 ・調剤後も患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導。 ・医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。 	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬に特段の注意を払う必要がある疾患を有する患者への専門的な薬物療法の提供。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の中で率先して地域住民へ健康サポートを実施。

（５）介護サービスの充実

ア 現状

- 2019年現在の静岡県の高齢者人口は1,080,336人、総人口に占める割合は29.9%となっています。
- 高齢者のうち、65歳～74歳の人口は523,079人、75歳以上の人口は557,257人、総人口に占める割合はそれぞれ14.5%、15.4%となっています。
- 2019年度現在の静岡県の高齢者人口は1,080,336人、総人口に占める割合は29.9%となっています。
- 要介護（支援）認定者数は、団塊の世代が75歳以上となる2025（令和7）年には201,742人、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040（令和22）年には232,074人となり、それぞれ、2019（令和元）年度から1.13倍、1.30倍に増加する見込みとなっています。
- 地域医療構想により、2025年には40,093人の在宅医療等の必要量が発生する見込みとなっており、このうち、16,187人は介護医療院や介護老人保健施設等の介護施設の利用、20,065人は在宅での介護サービスの利用が見込まれています。
- 在宅における主な介護サービスの利用状況、提供事業所数及び2025年度における介護サービス見込み量は表1のとおりです。

<表 1 : 主な介護サービス種別の利用状況>

介護サービス種別	介護サービス量			2020 サービス提供事業所数
	2019 実績	2025 見込み	伸び率	
訪問介護(回/年)	5,176,541	6,479,214	1.25	673
訪問看護(回/年)	1,127,203	1,484,148	1.32	235
訪問リハビリテーション(回/年)	349,854	462,364	1.32	104
通所介護(地域密着型を含む)(回/年)	6,406,586	7,489,926	1.17	1,357
通所リハビリテーション(回/年)	1,378,398	1,618,262	1.17	230
小規模多機能型居宅介護(人/月)	3,017	3,965	1.31	160
看護小規模多機能型居宅介護(人/月)	512	1,088	2.12	27

(出典) 2019 年実績：厚生労働省「地域包括ケア見える化システム(介護保険事業状況報告)」による数
 2025 年見込み：各市町の推計による数の合計
 2020 年サービス提供事業所数：静岡県福祉長寿局調べ

イ 課題

- 高齢化の進行に伴い増加する介護サービスの需要に対し、介護人材の確保や事業所の増加など提供体制の整備が必要となっています。
- 特に、「訪問」「通い」「泊まり」を一体的に利用することのできる小規模多機能型居宅介護や小規模多機能型居宅介護に訪問看護の機能を加えた看護小規模多機能型居宅介護など、1日複数回、夜間の対応も可能な地域密着型サービスは、今後増加が見込まれる高齢者のみ世帯や医療ニーズのある高齢者の在宅生活を支えるために重要なサービスですが、現在事業所数が少なく、市町と連携した提供体制の整備が必要です。
- また、在宅での療養や看取りの推進に伴い、訪問介護の需要が増加していますが、ホームヘルパーの不足や高齢化の課題があり、サービス提供体制の強化が必要です。
- 介護サービスはケアマネジャーが作成するケアプランを基に提供されるため、ケアプランに必要なサービスが組み込まれるよう、ケアマネジャーの資質の向上、医療職を含めた多職種によるケアプラン作成の支援が必要です。

ウ 対策

- 市町において、2021 年度から 3 年間で、小規模多機能型居宅介護事業所 17 箇所、看護小規模多機能型居宅介護事業所 11 箇所の整備を計画しており、計画に基づいた設置を支援するため、県は、多様なサービスを提供できる質の高い介護人材の育成や、設置に係る財政的援助を行います。
- 訪問介護サービス提供体制を強化するため、ホームヘルパーのやりがいや魅力、仕事の内容の理解を促進するとともに、資格取得を支援し、人材の確保を図ります。
- 高齢者が安心して最期まで在宅生活を送るためには、地域における在宅医療・介護の連携を推進する役割を担うケアマネジャーの質の向上が不可欠であることから、介護サービス、医療サービス、インフォーマルサービス(介護保険給付外のサービス)のコーディネートに加え急変時の対応など、利用者の状況に応じた適切なケアマネジメントができるケアマネジャーを育成します。

○市町の実施する地域ケア会議において、多職種がそれぞれ療養、運動、口腔ケア、栄養等の専門的な助言を行うことにより、ケアマネジャーのケアプラン作成支援が図られるよう、県は、地域ケア会議へのアドバイザー派遣や市町職員等を対象とした研修を実施します。

第6章 各種疾病対策等

第1節 新型コロナウイルス感染症対策

【対策のポイント】

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

(1) 現状と課題

ア 新型コロナウイルス感染症への対応（総論）

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

イ 本県の現状（2021年11月30日現在）

(ア) 感染症予防計画

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

(イ) 新型インフルエンザ等感染症対策

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

(ウ) 感染症指定医療機関

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

(エ) 新型コロナウイルス感染症対策

(専門家会議等の設置)

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

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

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

(感染に対応するチーム等の形成)

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

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

(相談体制)

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

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

(検査体制)

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

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

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

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

(患者の搬送)

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

(コロナ患者専用病床の確保)

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

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

体制の確保に取り組みました。

(後方支援病院)

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

(宿泊療養施設)

○軽症者・無症状病原体保有者が療養する宿泊療養施設を確保しました。

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

(自宅療養者への支援)

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

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

(物資の確保)

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

(ワクチン接種)

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

ウ 今般の新型コロナウイルス感染症で表面化した課題（長期的な課題も含む）

(医療機関等と行政の連携)

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

○医療関係団体との調整を積極的に行う必要があります。

(医療機関間の連携と役割分担)

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

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

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

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

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

(医療機関の対応力の強化)

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

(感染症に関わる人材の育成と確保)

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

(保健所の体制)

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

(自宅療養者への支援)

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

(感染防護具の備蓄)

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

(検査体制の強化)

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

(ワクチン接種)

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

(災害時の対応)

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

(様々な健康課題への影響)

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

(地域包括ケアシステムの課題)

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

(2) 今後の対策**ア 感染拡大に備えて****(病床の確保)**

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

(宿泊療養施設)

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

(入院の抑制等)

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

(経口薬の活用)

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

携し、投与体制を構築します。

(自宅療養者への支援)

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

(保健所の体制強化)

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

(ワクチン接種)

- 3回目以降も含め市町のワクチン接種の支援を継続的に行っていきます。

(検査体制の強化)

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

(災害時の対応)

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

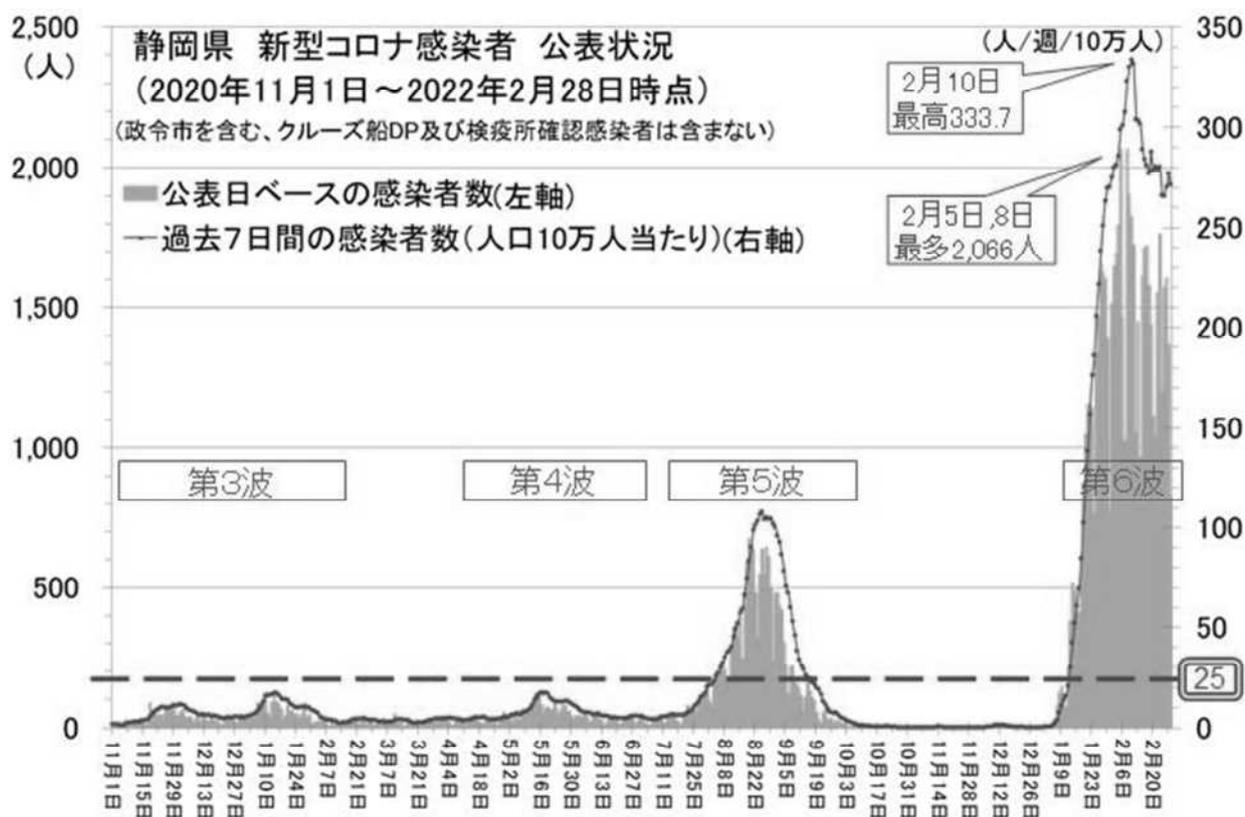
(様々な健康課題への取組)

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

(地域包括ケアシステムの取組)

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

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



第2節 新興・再興感染症対策

【対策のポイント】

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

(1) 次の新興・再興感染症の流行に備えて

(基本的な考え方)

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

ア 平時からの取組

(司令塔機能)

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

(常設の専門家会議の設置)

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

(医療機関のネットワークの構築)

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

(医療機関の対応力の強化)

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

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

(人材育成)

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

(保健所の体制強化)

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

(情報収集と発信の強化)

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

(感染防護具の備蓄)

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

(院内感染対策の徹底)

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

(検査体制の強化)

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

(災害時の対応)

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

(ワクチン接種)

- 緊急的なワクチン接種に対応できるノウハウを継承していきます。

(国への要望)

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

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

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

イ 感染拡大時の取組

(司令塔機能)

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

(相談体制)

- 県民からの相談を受ける相談センターを開設します。

(外来体制)

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

(保健所の体制)

- 感染拡大に対応できるように、速やかに保健所の人員体制を強化します。

(医療提供体制の確保)

- 感染症指定医療機関及び新しく設置する拠点病院を中心に、入院病床を確保しつつ、感染状況に応じて、他の医療機関での病床の確保を進めます。
- その際には、地域の救急医療など一般の医療への影響も考慮しつつ、医療圏内の合意を取りつつ進めていきます。
- また、病床を効率的に活用できるように、回復期の患者を受け入れる後方支援病院を設置します。
- 新たに構築するネットワークを活用し、広域入院調整等を円滑に進めます。
- 受入医療機関内において、感染患者の治療に重点的に人員を配置できる支援策を行います。
- 県の備蓄等を活用し、受入医療機関へ感染防護具等の資材を供給します。

(宿泊療養施設や臨時の医療施設の開設)

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

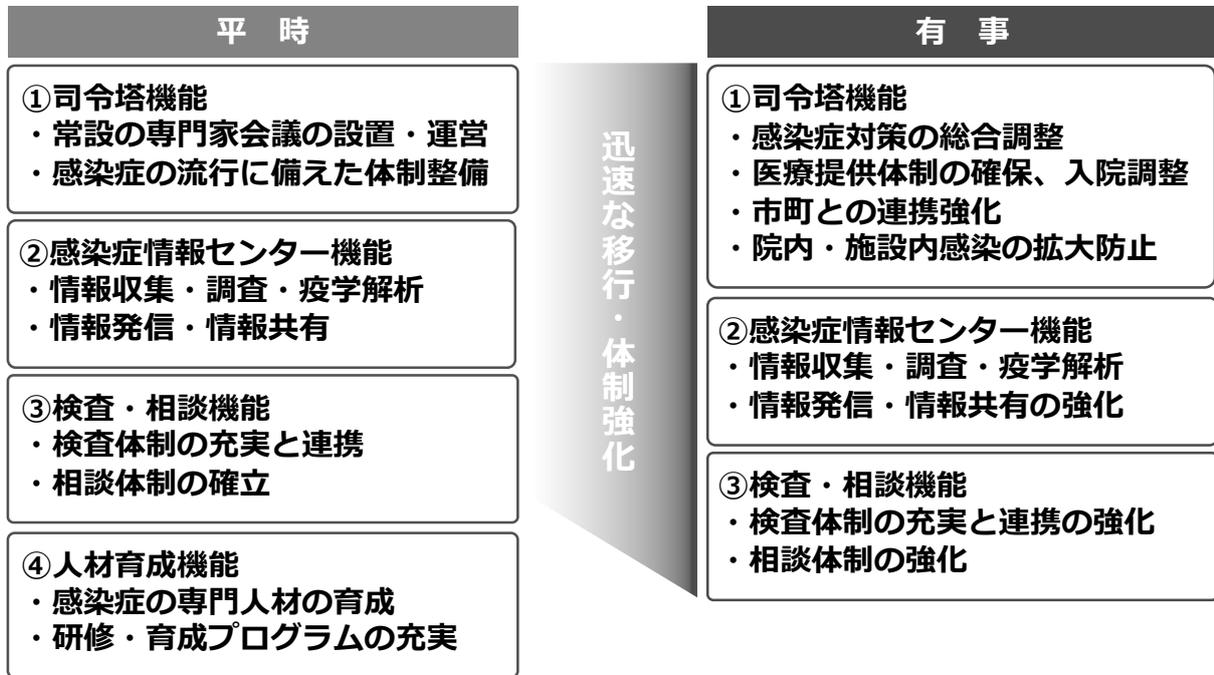
(ワクチン接種)

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

(2) 関連図表

(仮称) ふじのくに感染症管理センターの基本的な機能

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



感染症連携拠点病院とのネットワーク(案)



第3節 その他の感染症対策

【対策のポイント】

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

【数値目標】

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

(1) 現状

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

図表 6-2 感染症指定医療機関（再掲）

2次保健医療圏	管内人口	種別	基準病床数	指定医療機関	所在地	指定年月	指定病床数
賀茂	65,197	第二種	4	下田メディカルセンター	下田市	H24.5	4
熱海伊東	104,827	第二種	4	国際医療福祉大学熱海病院	熱海市	H17.7	4
駿東田方	654,623	第二種	6	裾野赤十字病院	裾野市	H11.4	6
富士	377,836	第二種	6	富士市立中央病院	富士市	H11.4	6
静岡	701,803	第一種	2	静岡市立静岡病院	静岡市	H20.10	2
		第二種	4	(H28,4 地方独立行政法人化)		H11.4	4
志太榛原	460,970	第二種	6	島田市立総合医療センター	島田市	H11.4	6
中東遠	465,342	第二種	6	中東遠総合医療センター	掛川市	H25.5	4
				磐田市立総合病院	磐田市	H16.4	2
西部	856,347	第二種	10	国民健康保険佐久間病院	浜松市	H16.6	4
				浜松医療センター	浜松市	H11.4	6

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

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

年次	日本紅斑熱		重症熱性血小板症候群(SFTS)	
	県内届出数	全国	県内届出数	全国
2017年	6 (2)	337	0	90
2018年	3	305	0	77
2019年	10 (1)	318	0	101
2020年	8	421	0	78
2021年	8 (1)	374	4	102

(注) () は、死亡患者数の再掲。2021年は10月24日現在

(2) 課題

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

(3) 対策

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

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

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

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

第4節 認知症対策

【対策のポイント】

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

【数値目標に対する進捗状況】

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

(1) 現状と課題

ア 認知症の医療

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

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

ます。その他、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などがあります。

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

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

イ 本県の状況

(認知症高齢者の推計)

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

○国が2019年6月に策定した「認知症施策推進大綱」によると、2025年には高齢者の約5人に1人が認知症と推計されており、本県に当てはめると、認知症高齢者は、2025年には最大で約22.7万人になると推計されます。（図表7-10）

図表7-10 本県の認知症高齢者（軽度及び要介護認定未認定者を含む）の将来推計 単位：千人

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

(若年性認知症の人の推計)

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

(県内の医療機関における認知症診療の状況)

○2020年12月に県内の医療機関において認知症診療を受けた人（市町村国保被保険者、国保組合被保険者、後期高齢者医療保険被保険者）は6.1万人であり、このうち入院が0.5万人、外来が5.6万人でした。また、男女の内訳は男性2万人、女性4.2万人となっています。若年性認知症は567人で、全体の1%となりました。（図表7-11）

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

図表 7-11 県内の医療機関における認知症診療の状況 (2020 年 12 月分)

単位：人

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

(認知症サポート医)

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

図表 7-12 認知症サポート医の状況 (2020 年度末)

単位：人

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

(認知症初期集中支援チーム)

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

図表 7-13 認知症初期集中支援チームの状況 (2020 年度当初)

単位：チーム

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

(認知症疾患医療センター)

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

護関係者との連携、研修会の開催等の地域連携拠点機能を担っています。

- 本県では、2010年度から認知症疾患医療センターの指定に取り組み、2017年度に全ての保健福祉圏域に設置されました。今後は、認知症疾患医療センターを圏域の拠点とした医療と介護等の支援体制の構築が必要となります。(図表7-14)
- 認知症疾患医療センターが認知症サポート医リーダーと連携して、出張相談等により地域に出向き、認知症の早期発見、早期対応につなげる事業(認知症の人をみんなで支える地域づくり推進事業)を2018年度から実施しています。地域に出向いた相談事業については、認知症疾患医療センターの体制によって活動内容に差があります。
- 2018年度の初診までの待機日数別診療機関数は、14日未満が8か所、15日～1か月が4か所、1か月以上が3か所、相談件数は9,916件となっています。待機日数が長く、早期対応につながらない場合もあります。

図表7-14 県内の認知症疾患医療センターの状況(2020年7月1日現在)

指定	圏域	類型	医療機関名	所在地	初回指定日
県	賀茂	地域型	医療法人辰五会ふれあい南伊豆ホスピタル	賀茂郡南伊豆町	2016.12.1
	熱海 伊東	地域型	公益社団法人地域医療振興協会 伊東市民病院	伊東市	2017.2.1
	駿東 田方	地域型	N T T東日本伊豆病院	田方郡函南町	2010.10.1
		地域型	独立行政法人国立病院機構 静岡医療センター	駿東郡清水町	2017.4.1
		地域型	医療法人社団静岡康心会 ふれあい沼津ホスピタル	沼津市	2017.10.1
	富士	地域型	公益財団法人復康会 鷹岡病院	富士市	2013.10.1
		連携型	医療法人社団一就会 東静岡神経センター	富士宮市	2017.11.1
	志太 榛原	地域型	焼津市立総合病院	焼津市	2017.4.1
		連携型	医療法人社団峻凌会 やきつべの径診療所	焼津市	2017.6.1
	中東遠	地域型	中東遠総合医療センター	掛川市	2012.1.1
地域型		磐田市立総合病院	磐田市	2017.2.1	
政令市	静岡	地域型	静岡てんかん・神経医療センター	静岡市葵区	2014.2.1
		地域型	溝口病院	静岡市葵区	2015.10.1
		地域型	静岡市立清水病院	静岡市清水区	2016.10.1
	西部	基幹型	総合病院 聖隷三方原病院	浜松市北区	2013.7.22
計 15箇所：県指定 11箇所、政令市指定 4箇所(静岡市3か所、浜松市1か所)					

(認知症地域支援推進員)

- 認知症地域支援推進員は、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医療や介護の専門職等で、認知症疾患医療センターなどの医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や、認知症の人や家族を支援する相談業務等を行います。全ての市町が、2018年4月から認知症地域支援推進員を配置しています。
- 認知症地域支援推進員は、市町行政や地域包括支援センターに兼務で配置される場合が多く、推進員としての活動に時間が取れない。本務の所属の理解や協力が得られにくい等の課題があり、活動のための環境整備が必要となっています。(図表7-15)

図表7-15 認知症地域支援推進員の状況(2020年度当初) 単位:人

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

(認知症サポーター等)

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

ウ 医療提供体制等

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

(ア) 発症予防

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

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

(イ) 早期発見・早期対応

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

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

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

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

○県歯科医師会は、平成30年2月に県社会福祉士会と共同で「認知症虐待等チェックシート」を作成し、地域包括支援センターと連携して活用しています。

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

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

(ウ) 専門医療

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

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

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

- 病院において認知症の人の手術や処置等の適切な実施を確保するためには、病院勤務の看護職員や医療従事者の認知症対応力の向上を図る必要があります。
- 認知症の行動・心理症状（BPSD）は認知症の進行により必ず生じるものではなく、周囲の適切なケアや身体の不調や不快、ストレスや不安などの心理状態が原因となって現れる症状です。まずは早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じてBPSDを予防するほか、BPSDが見られた場合にも的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選択とするのが原則となります。
- 人生の最終段階にあっても本人の尊厳が尊重された医療・介護等が提供されることが必要です。

(エ) 地域支援

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

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

であり、ニーズの把握未実施は12市町となっています。住民主体の移動サービスの立ち上げや継続を支援するための相談窓口の設置やアドバイザー派遣を実施しています。

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

(2) 今後の対策

ア 数値目標

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

イ 施策の方向性

(ア) 認知症を正しく知る社会の実現(知る)

(認知症に関する理解促進)

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

(相談先の充実周知)

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

(認知症の人本人からの発信支援)

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

(イ) 認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）

(認知症予防に資する可能性のある活動の推進)

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

(予防に関する国の研究成果や事例の普及)

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

(ウ) 地域で支え合いつながる社会の実現（支え合う）

(早期発見・早期対応)

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

(医療体制の整備)

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

(介護者の負担軽減の推進)

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

(地域支援体制の強化)

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

(若年性認知症の人への支援)

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

(エ) 誰もが障壁なく暮らす地域づくり(暮らす)

(バリアフリーのまちづくりの推進)

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

(企業等における認知症に関する取組推進)

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

(社会参加支援)

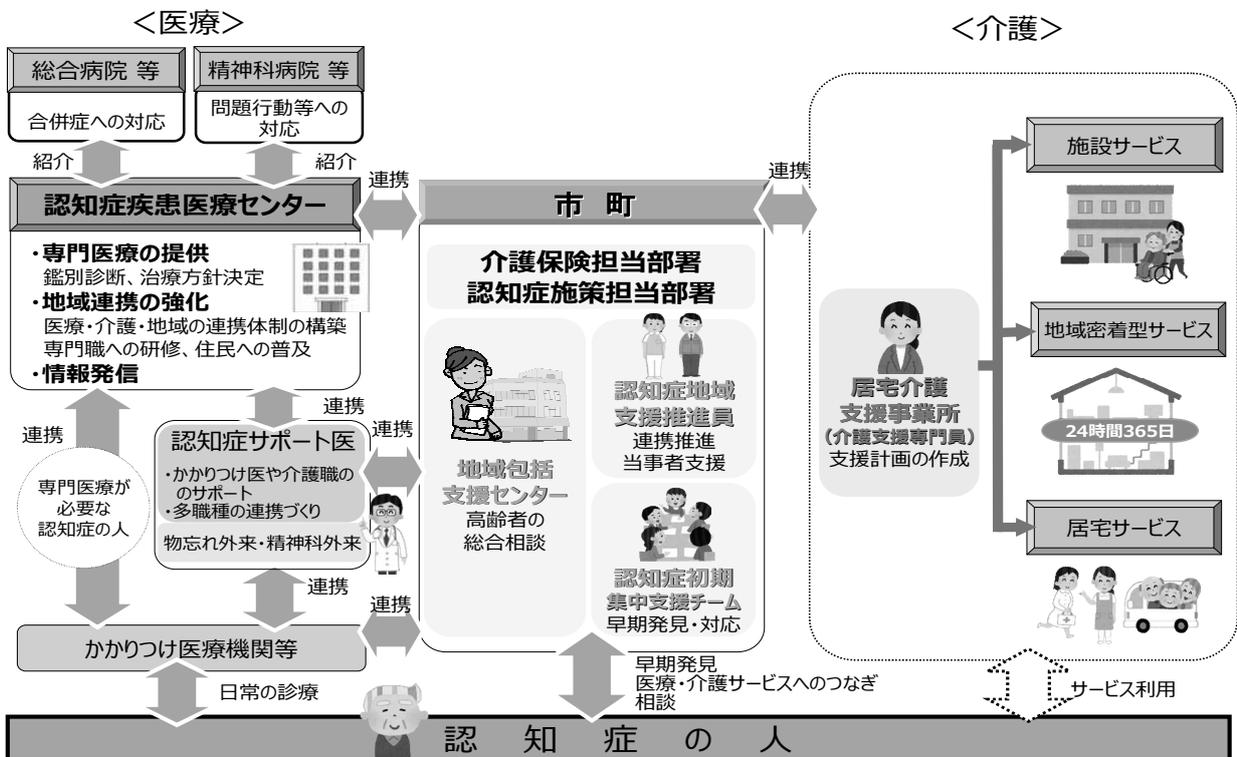
○地域において「生きがい」を持った生活や認知症予防等の介護予防に資するよう、社会参加活動や社会貢献の場づくりを促進します。

(3) 認知症の医療体制に求められる医療機能

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

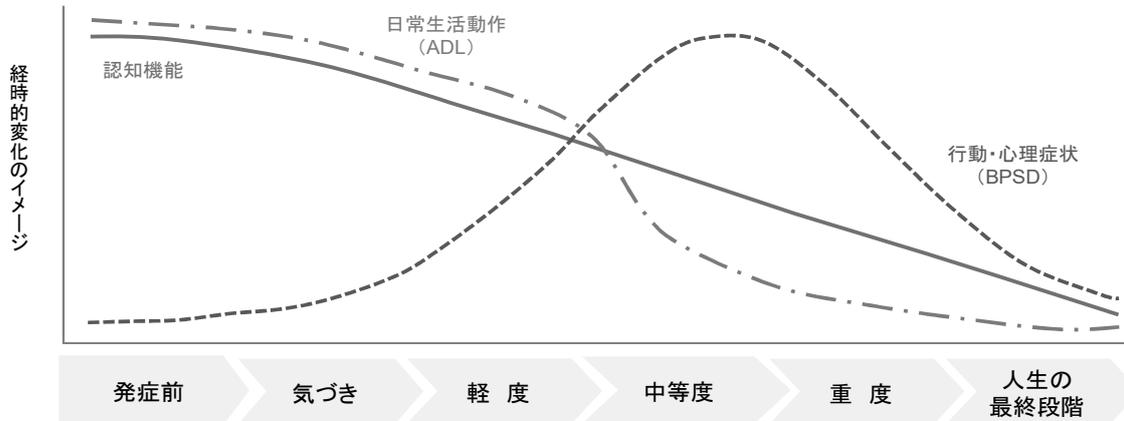
(4) 認知症の医療体制図

認知症に係る医療・介護サービスの提供体制



(5) 関連図表

認知症の状態像の変化 (アルツハイマー型)

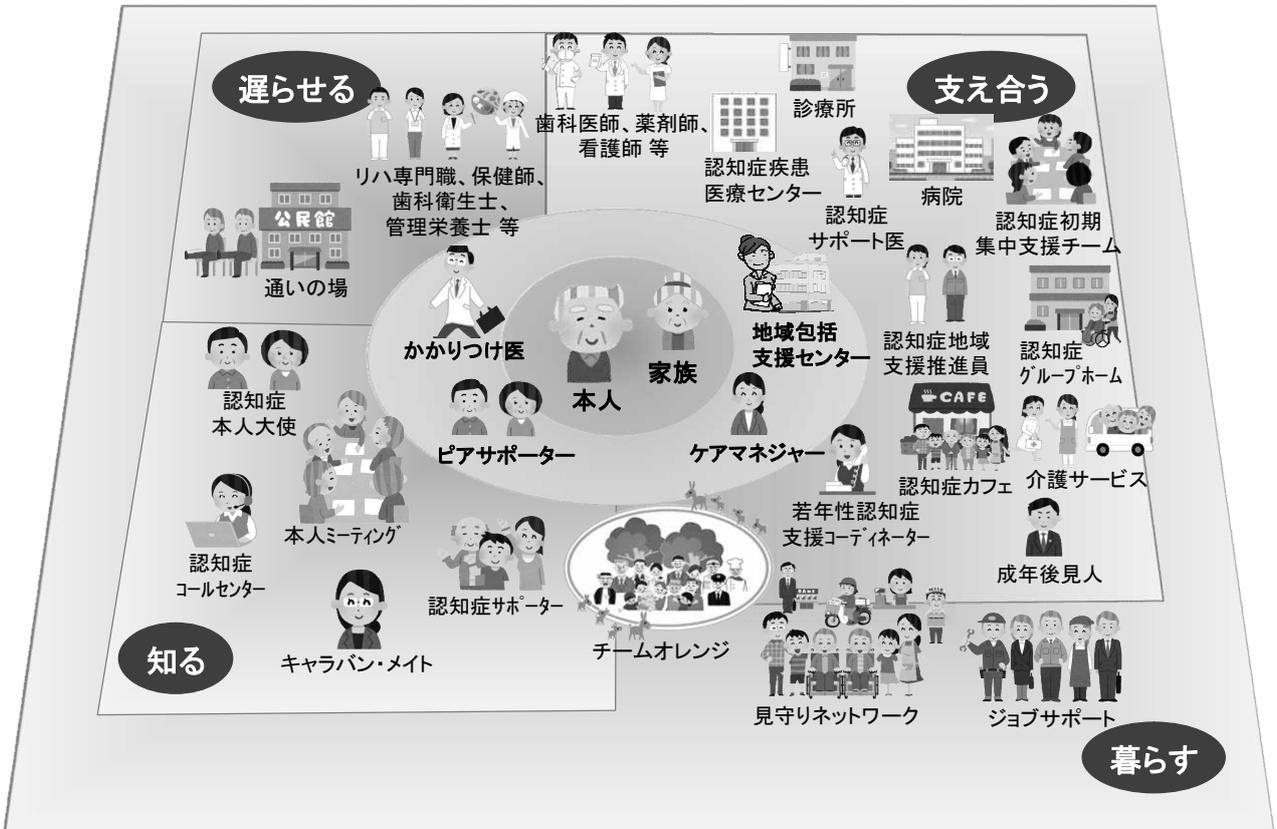


認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	II	III	IV	—
症状	認知機能障害は見られない	少し気になる様子はあるが、日常生活はほぼ自立	日常生活で見守りなどが必要	日常生活で介助が必要	日常生活で常時介護が必要	ほぼ寝たきりの状態
支援目標	一次予防(生活習慣病の予防、栄養・運動・社会参加の促進、口腔ケア)	早期発見・早期対応 確定診断	本人支援・家族支援 安否確認・見守り 権利擁護 重症化予防	介護保険サービス 地域ネットワーク 重症化予防		在宅医療・介護施設 看取り

各職種の役割

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

認知症施策の全体像



第5節 地域リハビリテーション

【対策のポイント】

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

(1) 現状と課題

ア 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

(ア) 全体像

(連携)

- 静岡県の要介護（支援）認定者数は、2010年3月の128,443人から2020年3月には178,620人となっており、10年間で50,000人の増加、1.39倍の伸び率となっています。
- 令和元年度の国民生活基礎調査によると、要介護（支援）認定を受ける理由として、要介護者では、認知症、脳血管疾患、骨折・転倒の順で多くなっており、要支援では、関節疾患、高齢による衰弱、骨折・転倒の順となっていることから、介護予防の取組や重度化防止の観点からのリハビリテーションが必要になります。
- 地域リハビリテーションに関わるそれぞれの職種で、その全体像をどのように共有するかが課題となっています。
- 予防を含む地域リハビリテーションの理念や必要性について、県民をはじめ多職種・多機関の理解を深める必要があります。
- かかりつけ医やかかりつけ歯科医、地域リハビリテーション推進員、ケアマネジャー、地域リハビリテーションサポート医、市町職員、地域包括支援センター職員、地域リハビリテーション広域支援センター職員は、予防期、急性期、回復期、生活期の全ての段階で多職種と連携し、切れ目なく本人と関わっていくことが必要です。
- 2020（令和2）年5月現在、かかりつけ医の相談役や地域づくりへの協力を行う地域リハビリテーションサポート医は18市町で、市町が実施する介護予防にリハビリテーションの視点から助言する地域リハビリテーション推進員は30市町で、それぞれ活動していますが、地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成が進んでいない地域があることから、周辺地域も含め、広域的な支援が必要です。
- 地域リハビリテーションサポート医・推進員の役割を浸透させ、地域包括支援センターとの連携を強化する必要があります。

(地域リハビリテーション広域支援センター)

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

(イ) 専門職の育成

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

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

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

（ウ）住民への普及啓発

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

イ 各段階における地域リハビリテーションの充実

（ア）予防期（健康づくり、介護予防・重度化防止）

- 予防の必要性を住民が認識し、住民主体の通いの場（以下、「通いの場」）等への積極的な参加

など、自発的な活動が必要です。

- 高齢者が自ら運営に参加し、体操や趣味活動などを行う通いの場は、2019（令和元）年度、県内に4,226か所設置されており、参加者数は95,512人で、高齢者人口に対する参加率は8.8%となっています。
- 通いの場の設置数と参加率については地域差が大きく、通いの場に参加するメリットを住民に理解してもらうなど、参加を促進する取組が必要です。
- 住民主体の介護予防活動を推進するためには、介護予防リーダーなどの担い手不足が課題となっているため、自治会や民生委員・児童委員、社会福祉協議会等が協力してボランティアを育成することにより、担い手の確保を図っていく必要があります。
- 併せて、通いの場等の創出には、行政や生活支援コーディネーター、地域包括支援センターとの連携が必要です。
- また、通いの場等で効率的、効果的に介護予防を推進するためにリハビリテーション専門職等の関与を促進してきましたが、2020（令和2）年度に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施¹」が施行されたことから、通いの場等への多様な医療専門職の関与が求められています。
- 市町における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組を支援するため、通いの場への地域リハビリテーションサポート医・推進員、リハビリテーション専門職、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種関与を更に促進する必要があります。
- 併せて市町の保健師による健康指導や、看護師による生活指導・健康相談を、通いの場や介護予防教室で行うなど、保健師・看護師とその他の専門職と連携した取組が必要です。
- 加えて、かかりつけ医が患者の介護予防の視点を持ち、継続的に重度化を防ぐ必要があります。
- 新型コロナウイルス感染症の流行下においても、活動を継続するためには、通いの場や一般介護予防事業の開催方法を工夫することが必要です。
- 予防期では、住民主体の介護予防活動を推進するだけでなく、事業対象者など要介護状態になるリスクが高い高齢者に対し、自立支援の視点を入れたケアマネジメントを行い、心身の状態を把握しながら適時・適切に医療機関への受診や総合事業の多様なサービスの利用などを促し、介護が必要になる状態になることを予防する取組も必要です。
- 生涯を通じて歯と口の機能を維持していくため、80歳で20本の自分の歯を保つ、「8020（ハチマルニイマル）運動」に取り組んでいます。
- 将来の全世代における介護予防を含めた健康につなげるためには、子ども世代からの健康増進と疾病予防に取り組む生涯を通じた健康づくりが必要です。
- 静岡県は、脳血管疾患を除き、多くの疾患で、全国に比べて死亡率は低い状況ですが、高齢化等により、がんの死亡者が増加しています。
- たばこ対策を含めた生活習慣病の発生予防、早期発見、重症化予防等の対策を進める必要があります。

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

(イ) 急性期

- 急性期においては、術後すぐにリハビリテーションを行う取組が進んでおり、早期に退院を促し入院日数が短縮される傾向を踏まえ、退院支援が必要となっています。
- 急性期、回復期において、入院時から、退院後の生活を見据えた医療関係者と介護関係者、リハビリテーション専門職との円滑な情報共有が必要です。
- また、そのためには、退院支援のルールづくりや、多職種による入退院時の連携体制の整備が必要です。
- 入院患者の合併症の予防・軽減のため、早期の歯科的介入や、術前からの口腔ケアを実施する必要があります。

(ウ) 回復期

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

(エ) 生活期（日常生活への復帰）

(退院後のリハビリテーションの継続)

- 3～6か月で運動器の機能向上等を行う介護予防・日常生活支援事業の短期集中サービス（C型）を実施している市町は、2020（令和2）年4月時点で24市町となっています。
- 訪問リハビリテーション事業所が近くになく、退院後などもリハビリテーションが受けられないことがあります。
- 必要な時期に必要な量のリハビリテーションを提供する必要があります。また、必要なリハビリテーションが提供されていない高齢者を確認していくことも必要です。
- 要介護認定の結果が出るまでに時間がかかり、退院後にリハビリテーションを開始するまでに機能が低下してしまうことがあります。
- ケアプランにリハビリテーションが入っておらず、退院後などでリハビリテーションが継続できていないことがあります。
- 生活期における効果的なリハビリテーションの継続のためには、リハビリテーションの視点を踏まえたケアプランを作成する必要があり、そのためにはかかりつけ医とケアマネジャーの日常的な情報共有や連携が必要です。

(生活・身体機能維持)

- 日常生活の動作の中にリハビリテーションを取り入れる必要があります。また、本人にも、自分自身で体を管理しメンテナンスを行う、セルフコンディショニングの視点が必要です。
- 日常生活の不便をサービスで補う意識が住民にも専門職にも根強くありますが、サービスによ

って利用者の有する能力を維持・向上していくよう、自立した生活を目指していくことが必要です。

- 心身機能が低下した人の重度化を防ぐことも必要です。
- 寝たきりの場合など、歯科診療所を受診することが困難な高齢者では、口腔環境が悪化し、歯周病等、口腔領域の感染症が増えています。
(予防期への移行)
- 生活期のリハビリテーションで生活機能の維持・改善が図られた人は予防期に移行していく必要があります。
- 市町全域の地域ケア会議（推進会議）を実施している市町数は、2019（令和元）年度時点で31市町となっています。
- 市町や地域包括支援センターが、多職種で高齢者への適切な支援や必要な支援体制について検討する地域ケア会議（個別会議）を、自立支援、介護予防・重度化防止の視点を重視した自立支援型の地域ケア会議（個別会議）へと更に充実させていく必要があります。
- ケアマネジャーが介護予防・日常生活支援総合事業やインフォーマルサービスをケアプランに入れるようにすることが必要です。
- 退院後、後遺症が残っていても仕事の内容によっては働けるにも関わらず、引きこもるケースがあります。離職者向けや障害のある人に対する職業訓練につなげ、再就職を促していく必要があります。

(2) 今後の対策

ア 数値目標

	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
新規	地域リハビリテーションサポート医養成者数	69人 (2019年度)	165人 (2023年度)	地域包括支援センター1か所に1人	県健康増進課調査
	「通いの場」設置数	4,226か所 (2019年度)	5,500か所 (2023年度)	国目標(2025年度に8%)の参加率の1.5倍(12%)の箇所数	県健康増進課調査
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組む市町数	5市町 (2020年度)	全市町 (2023年度)	全ての市町での取組実施	県健康増進課調査
	「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数	20市町 (2019年度)	全市町 (2023年度)	全ての市町で関与	県健康増進課調査

イ 施策の方向性

(ア) 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

(全体像)

【連携】

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

○各地域における地域リハビリテーションサポート医・推進員の役割の理解促進に取り組みます。

【地域リハビリテーション広域支援センター】

○地域リハビリテーション広域支援センターの取組を評価し、積極的に活動を実施する地域リハビリテーション広域支援センターをバックアップするとともに、必要に応じ再指定を視野に入れて、県内全ての体制づくりを進めます。

○圏域の実情を踏まえ、地域リハビリテーション広域支援センター等が、市町等と協議し、圏域内のリハビリテーション専門職の派遣調整を実施する仕組みを整備します。

(専門職の育成)

○かかりつけ医の地域リハビリテーションに関する意識の向上や理解促進を図ります。

○かかりつけ医が必要な患者を適切に医療・介護サービスにつなげるよう、資質の向上を図ります。

○かかりつけ医が、地域における連携づくりに協力する地域リハビリテーションサポート医に自ら進んでなろうとする仕組みづくりに取り組みます。

○関係団体と協力し地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成に努め、各地域における地域リハビリテーション提供体制の整備を進めます（再掲）。

○地域リハビリテーションへの医師の関与の必要性について市町の理解を深める取組を進めます。

○リハビリテーション専門職の派遣に協力できる機関を新たに地域リハビリテーション協力機関として指定し、地域リハビリテーション推進員が活動しやすい環境を整備します。

○言語聴覚士が、摂食・嚥下障害のある人に対して、その機能の維持向上を図るため、嚥下訓練や必要な検査及び助言・指導を行う体制を整備します。

○市町における地域ケア会議（個別会議）の開催を促進し、会議を通じてケアマネジャーのケアマネジメント能力の向上やアドバイスをする多職種のスキルアップを図ります。

(住民への普及啓発)

○地域リハビリテーションに関わる多職種がその全体像を共有する取組を進め、地域の関係者や住民に地域資源を周知する取組を支援します。

○オーラルフレイルや低栄養など、高齢者が日常生活を送る上で注意すべきことについて、県民の理解促進を図ります。

(イ) 各段階における地域リハビリテーションの充実

(予防期（健康づくり、介護予防・重度化防止）)

○介護ボランティアの育成や地域包括支援センター職員による担い手養成・組織化を図り、担い手の確保を促進します。

○通いの場等への専門職の関与促進や地域リハビリテーションサポート医・推進員による住民への啓発活動を支援します。

○市町の介護予防事業に協力可能な歯科衛生士、管理栄養士を養成するとともに、リハビリテーション専門職や歯科衛生士、管理栄養士を市町事業へ派遣する仕組みづくりを行います。

○リハビリテーション専門職の派遣に協力できる機関を新たに地域リハビリテーション協力機関として指定し、地域リハビリテーション推進員が活動しやすい環境を整備します（再掲）。

○「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」における市町の実施状況を把握し、好事例の

共有化を図ります。

- かかりつけ医をはじめとする医療専門職の通いの場等への関与や健診、診療時におけるスクリーニングなど「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を行う市町を支援します。
- 新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、市町がオンライン等で実施する通いの場や一般介護予防事業の取組を支援します。
- 地域ケア会議（推進会議）への生活支援コーディネーターの出席を促進するなど、地域課題の把握と資源開発を連携して実施する取組を促進します。
- 市町における自立支援、介護予防・重度化防止の視点を重視した自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の開催を促進し、多職種でのケアプランの改善を図るとともに、研修等により専門職のスキルアップを図ります。
- 歯や口の健康づくりへの関心を深め、自主的な努力を促すため、8020 推進員の養成などにより、8020 運動を推進します。
- 地域によって異なる健康課題や生活状況に応じて、健康課題の分析や健康づくり従事者の人材育成を行い、広域的に市町を支援します。
- 健康づくりや健診の重要性のほか、ロコモティブシンドロームやオーラルフレイル、低栄養など高齢者に生じやすい疾患や健康上の問題について、県民の理解促進を図ります。

(急性期)

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

(回復期)

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

(生活期（日常生活への復帰）)

【退院後のリハビリテーションの継続】

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

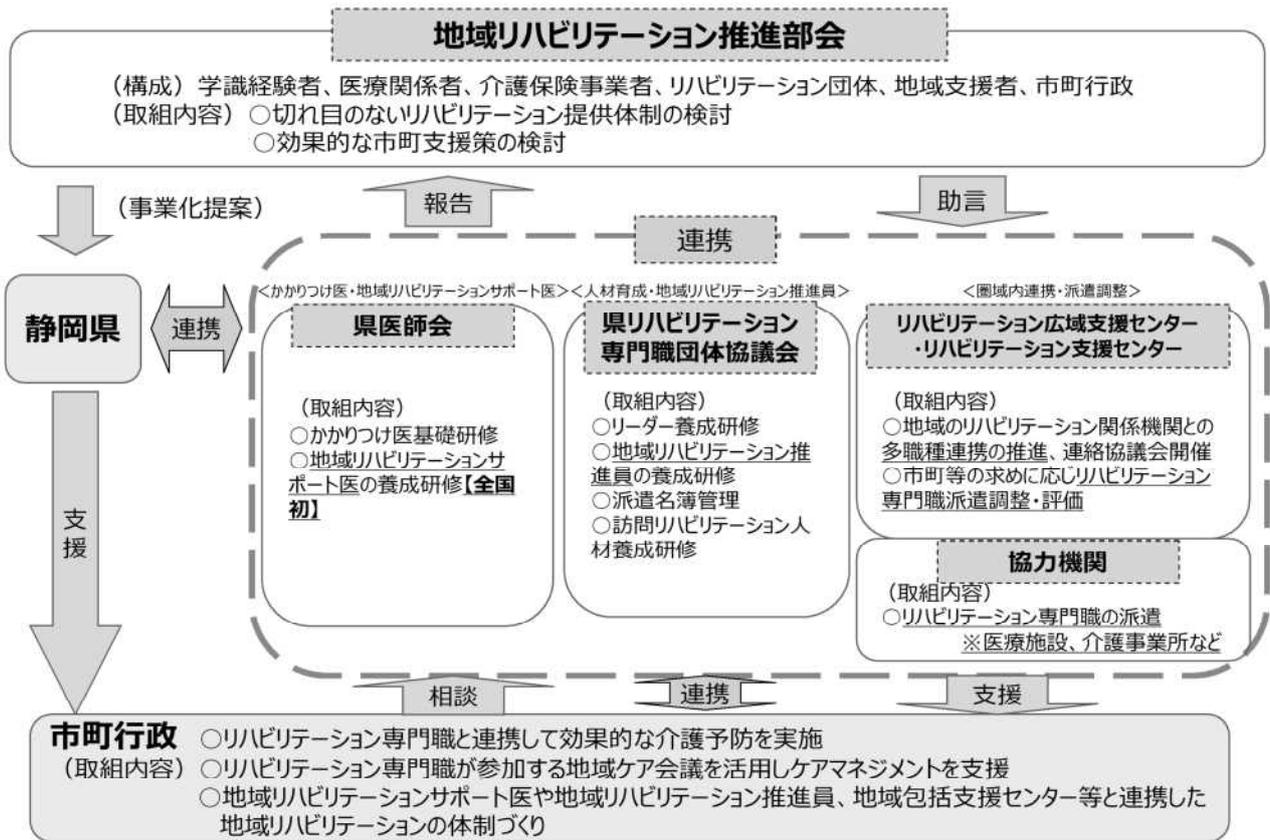
【生活・身体機能維持】

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

【予防期への移行】

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

＜地域リハビリテーションの推進体制＞



地域リハビリテーション広域支援センター等一覧

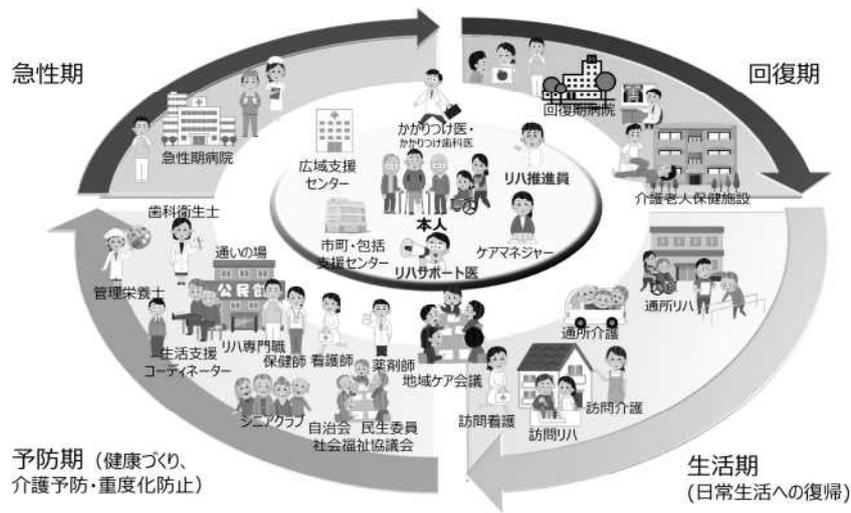
(2021年2月現在)

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

(3) 地域リハビリテーションの体制図

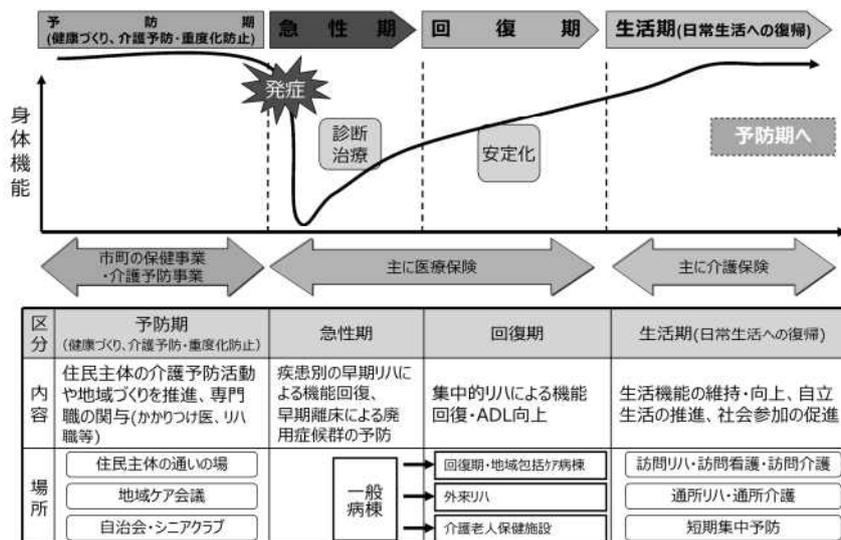
ア 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

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



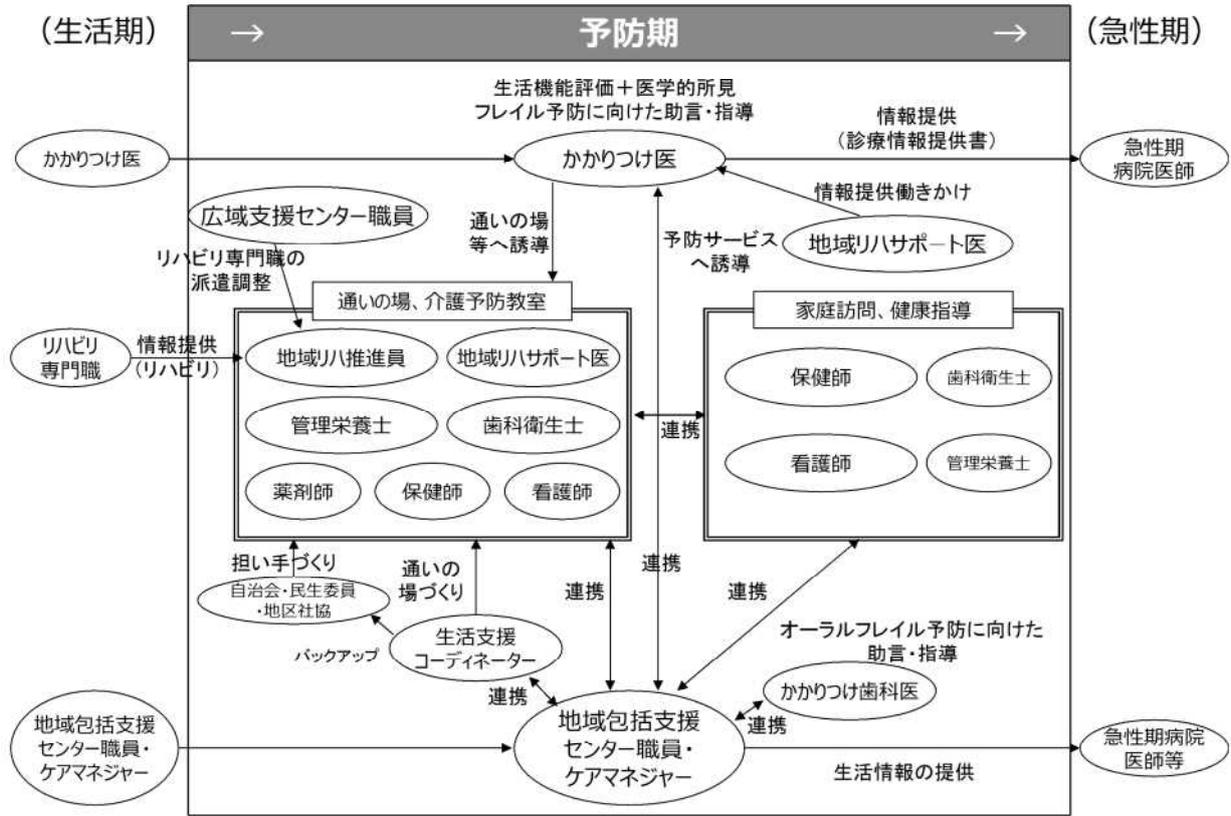
イ 地域リハビリテーション全体の流れ

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



(4) 関連図表

＜図1：地域リハビリテーションの各段階における関係職種連携（予防期）＞

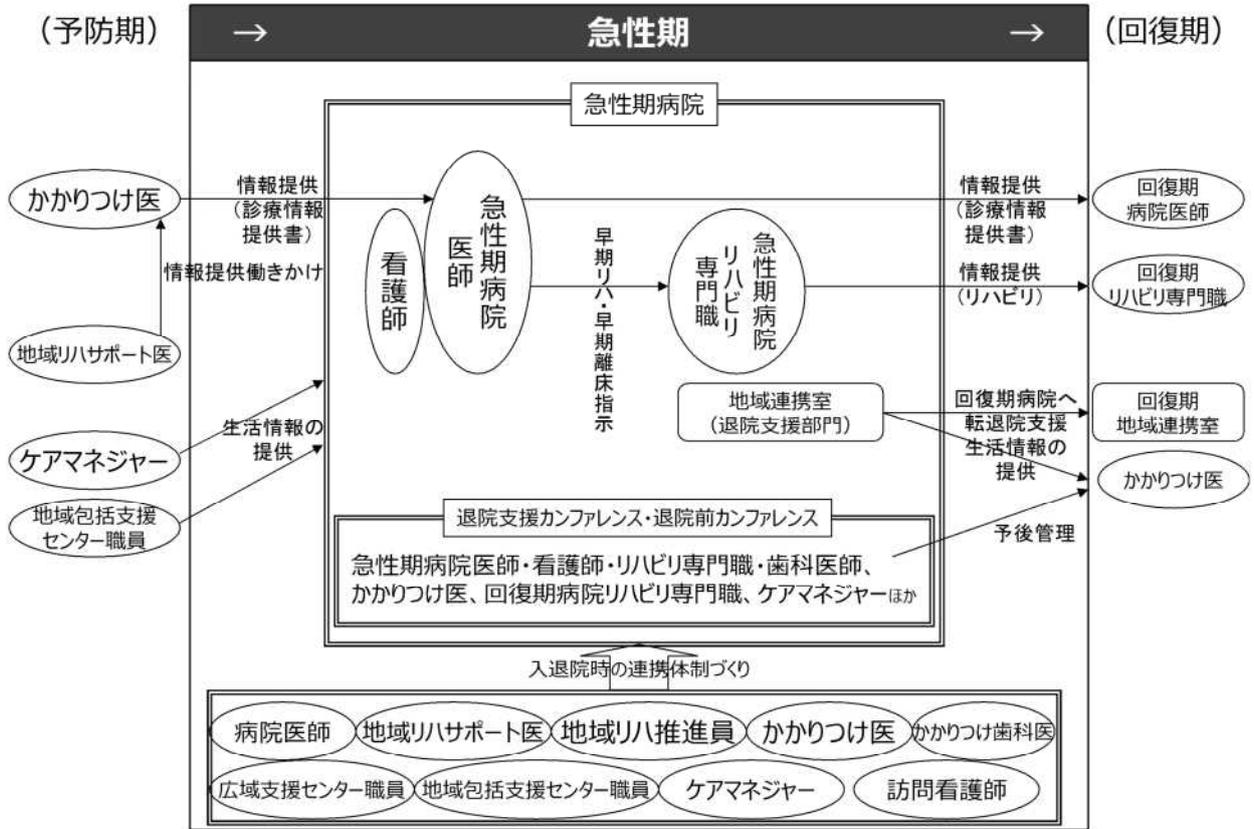


＜表1：関係職種に期待される役割（予防期）＞

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

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

<図2：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（急性期）>

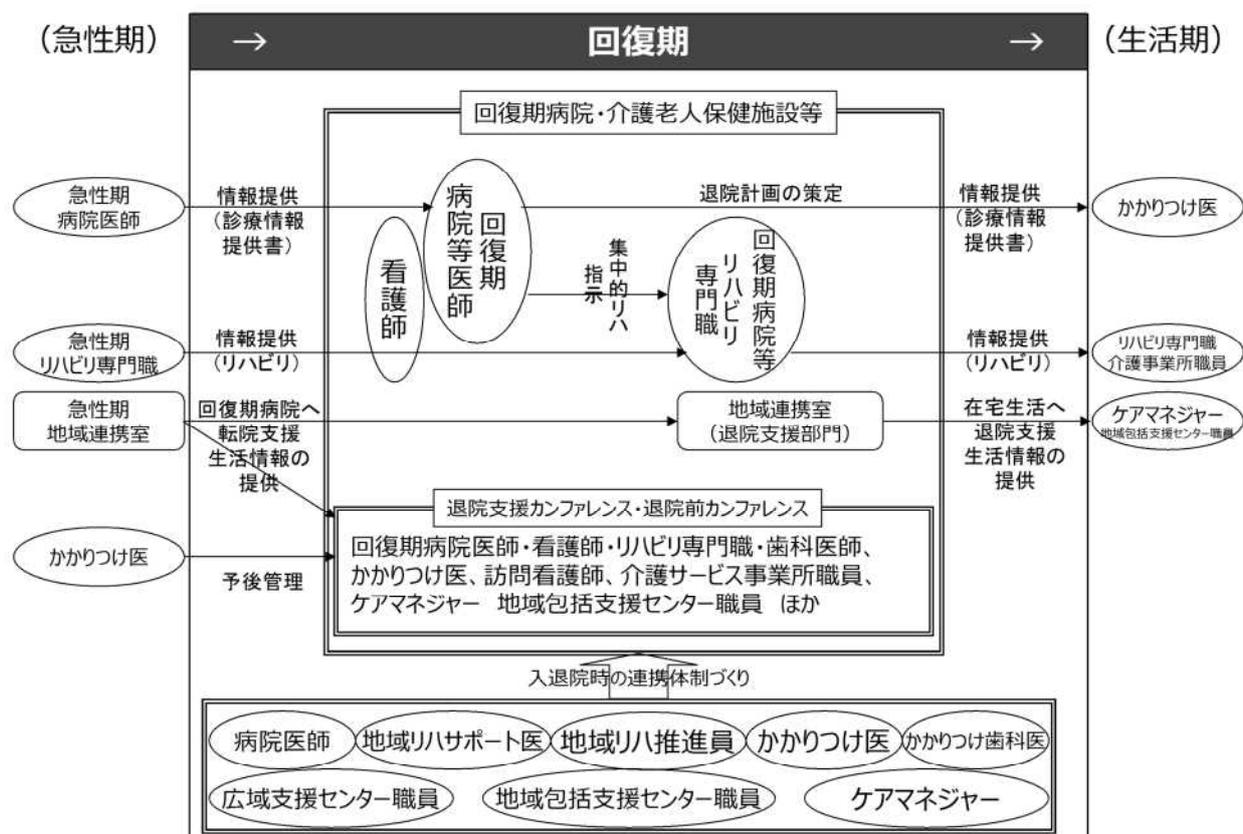


<表2：関係職種に期待される役割（急性期）>

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

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

<図3：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（回復期）>



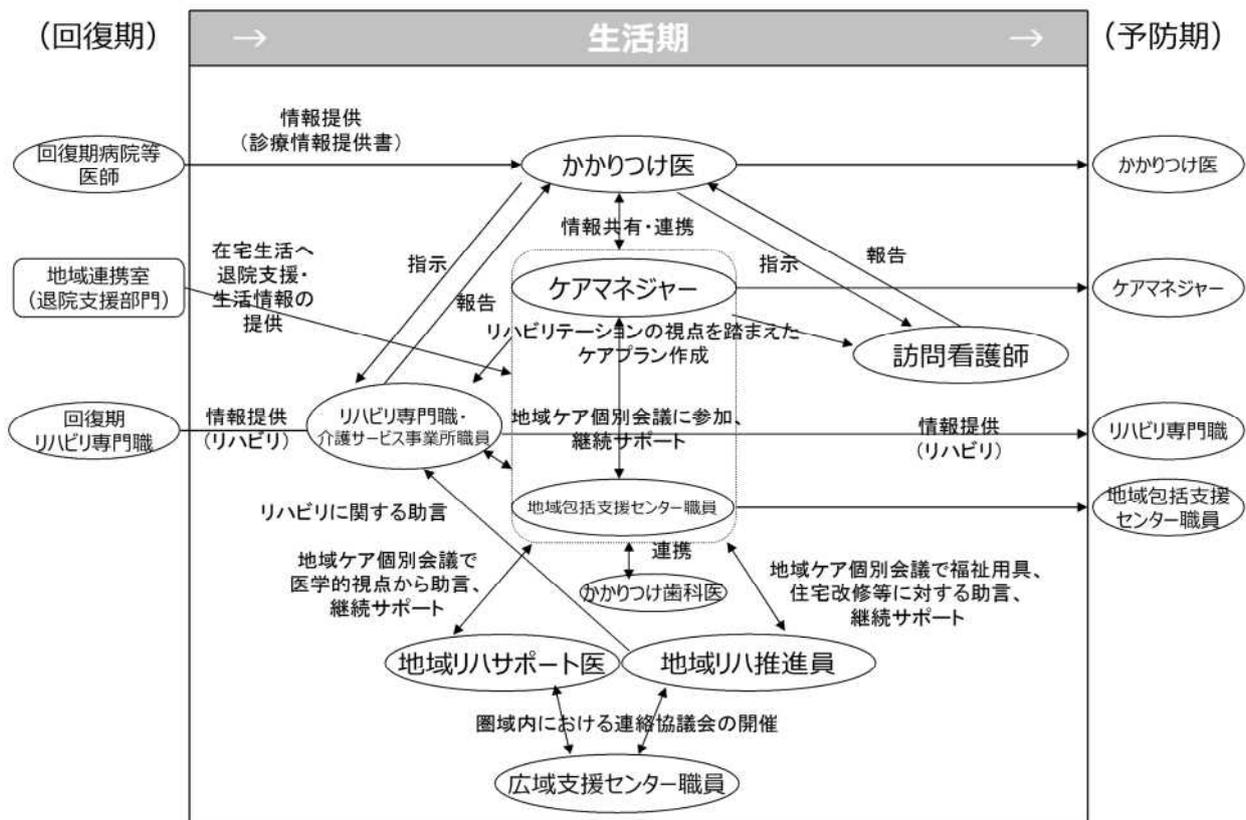
※急性期から退院して回復期を経ずに生活期（日常生活への復帰）へ移行される方もいる。

<表3：関係職種に期待される役割（回復期）>

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

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

<図4：地域リハビリテーションの各段階における関係職種連携（生活期）>



<表4：関係職種に期待される役割（生活期）>

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

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

第7章 医療従事者の確保

第1節 医師

【対策のポイント】

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

【数値目標】

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

（1）現状

ア 医師数の状況

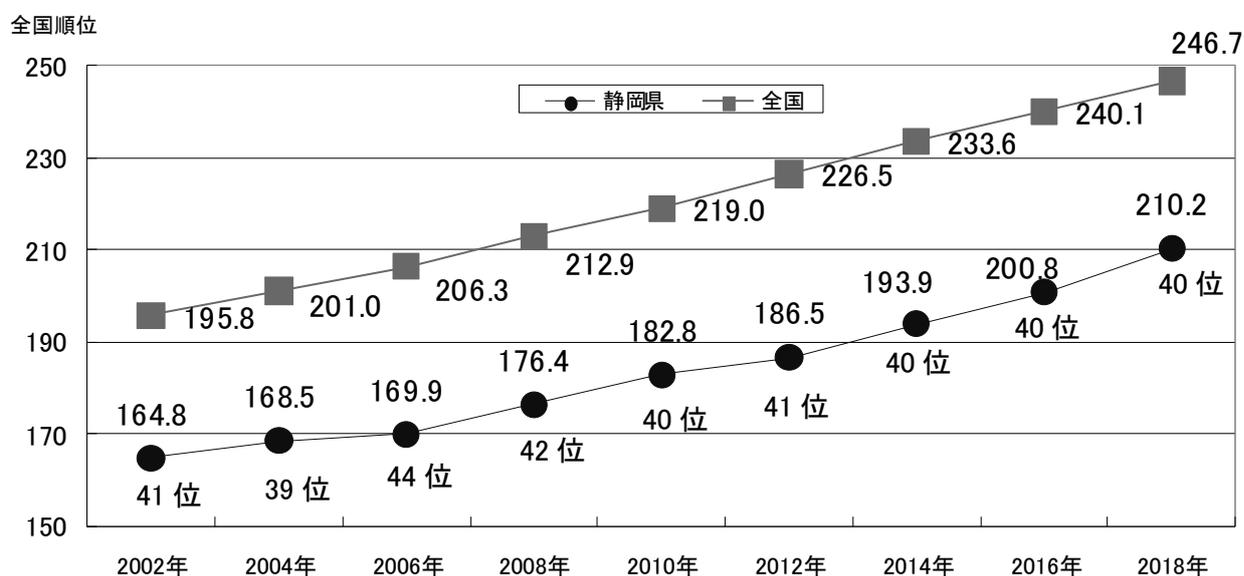
- 2018年12月末における本県の医師数は7,690人で、2年間で286人（3.9%）、8年間で807人（11.7%）増加しています。（図表7-1）
- 人口10万人当たりの医療施設（病院及び診療所）に従事する医師数（2018年12月）は210.2人で、多い方から40位ですが、2年間で9.4人増加しています。（図表7-2）また、病院勤務医数については、全国164.6人に対して、133.7人と全国平均との差が特に大きくなっています。（図表7-3）

図表 7-1 医師数の状況（医療施設従事医師数）（単位：人）

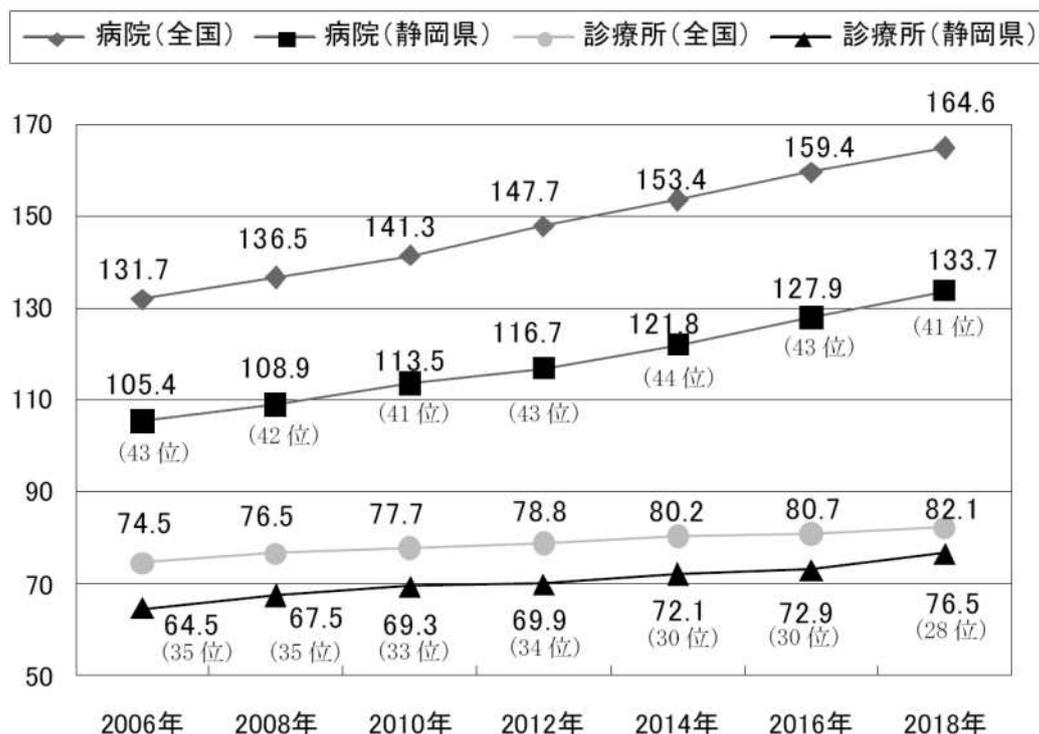
年 医療圏	2010	2012	2014	2016	2018	2018-2016	2018-2010
県計	6,883	6,967	7,185	7,404	7,690	+286	+807
賀茂	89	95	99	97	98	+1	+9
熱海伊東	244	236	255	222	231	+9	△13
駿東田方	1,345	1,326	1,386	1,425	1,467	+42	+122
富士	517	508	529	555	555	±0	+38
静岡	1,514	1,496	1,532	1,611	1,675	+64	+161
志太榛原	629	687	718	716	751	+35	+122
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

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

図表 7-2 人口10万人対医療施設従事医師数の推移（単位：人）



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



イ 医学修学研修資金の状況

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

図表 7-4 医学修学研修資金貸与制度

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

図表 7-5 医学修学研修資金の貸与実績（単位：人）

区分 \ 年度	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	合計
新規被貸与者	17	20	130	95	92	100	97	107	112	98	105	115	120	100	1,308

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

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

※猶予：返還免除のため勤務対象施設以外の県内医療機関に勤務中の者

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

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

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

※猶予及び免除後県内勤務を含む

ウ 本県の医師養成数

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

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

図表 7-8 浜松医科大学医学部医学科卒業生の状況（単位：人）

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

提供：浜松医科大学（出典：浜松医科大学 NEWSLETTER）

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

図表 7-9 本県の地域枠の状況 (単位:人(入学者/地域枠数))

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

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

エ 臨床研修医の状況

○これまで国が行っていた臨床研修病院の指定や募集定員の設定について、2019年度の制度改正により、各都道府県へ権限委譲されました。

○臨床研修を開始する医学生等と臨床研修病院との相互選抜（マッチング）において、臨床研修開始予定者（マッチ者）数は、研修環境の整備など各病院における取組や医学修学研修資金の貸与を受けた卒業生の増加に伴い、着実に増加しています。

○2020年度のマッチ者は242人で前年度よりも減少しており、医療圏ごとのマッチ率に差が出ています。（図表7-10）

図表 7-10 臨床研修医の状況 (単位：人)

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

※：勤務開始年度

オ 「新専門医制度」の状況

- 2018年度からスタートした「新専門医制度」において、専門医研修プログラム設置数は、73（2018年度）→76（2019年度）→79（2020年度）と年々増加しています。（図表 7-11）
- 制度開始1年目は、専門医資格取得を目指す専攻医が大病院の集まる東京など大都市圏に集中する傾向が顕著となりましたが、2019年度には、本県の専攻医数は増加しています。
- 産婦人科及び小児科の専門医研修プログラムについて、本県では基幹となる医療機関の所在地に偏りが見られます。

図表 7-11 専門医研修プログラム数の推移

2019年度	2020年度	2021年度
76	79	89

カ 医療施設に従事する女性医師の状況

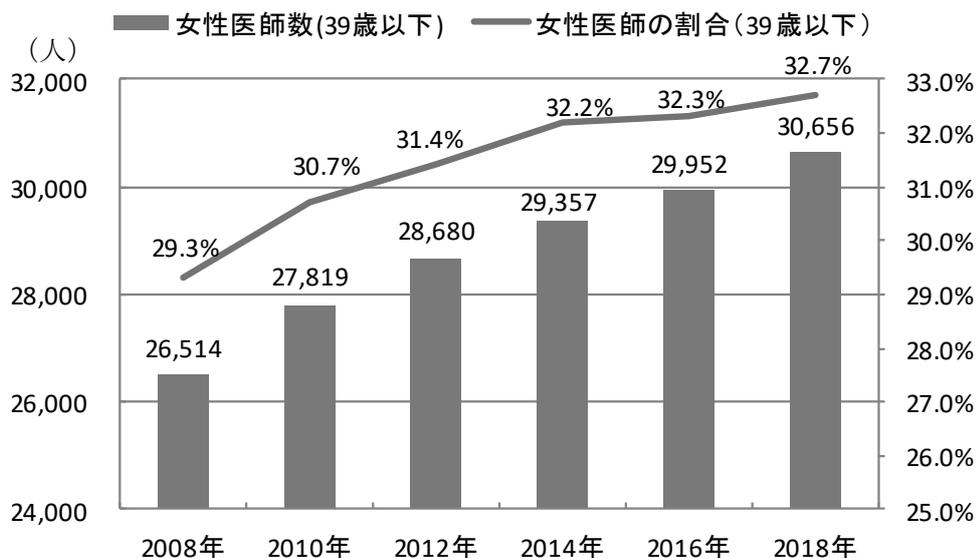
- 医療施設に従事する女性医師数は、1,362人と12年前と比較して49.3%増加しており、女性医師の構成比も14.2%から17.7%へ3.5ポイント上昇し（図表 7-12）、特に若い世代において女性医師の割合が高くなっています。（図表 7-13）。

図表 7-12 医療施設従事医師数（女性医師の構成比） (単位：人)

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

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

図表 7-13 医療施設従事医師数



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

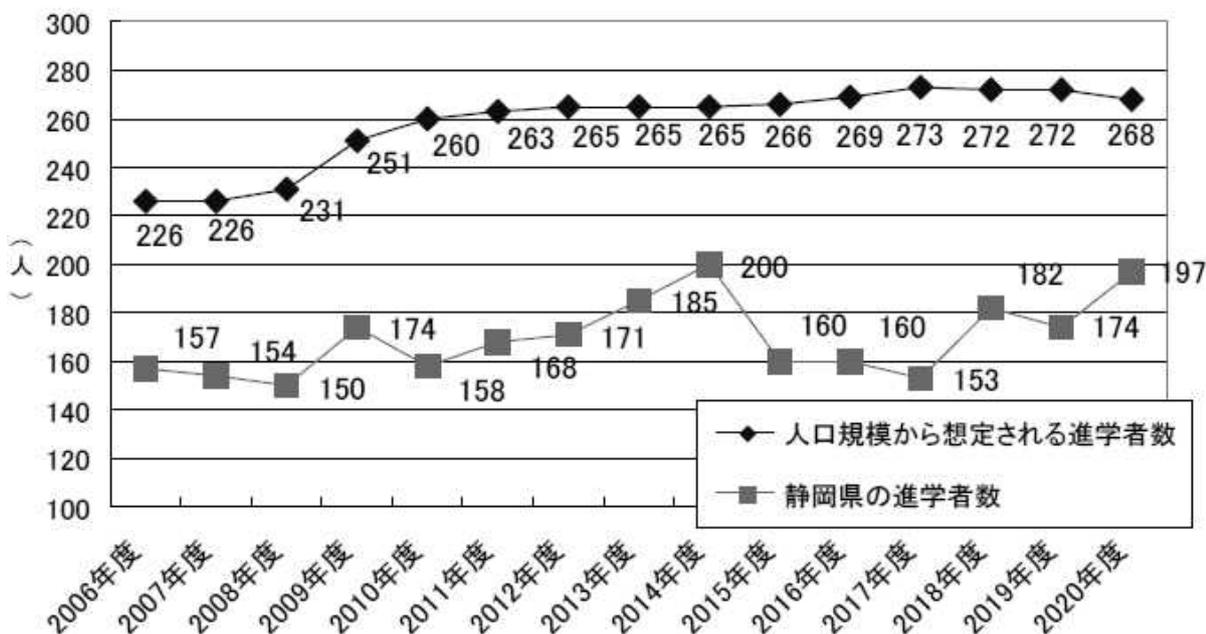
キ 医学部医学科に進学する本県の学生

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

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

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

図表 7-14 本県高校出身の医学部医学科進学者数 (単位：人)



資料：「高等学校等卒業後の卒業後の状況調査」・静岡県教育委員会事務局

ク 医師の働き方改革

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

<改正医療法等の概要>

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

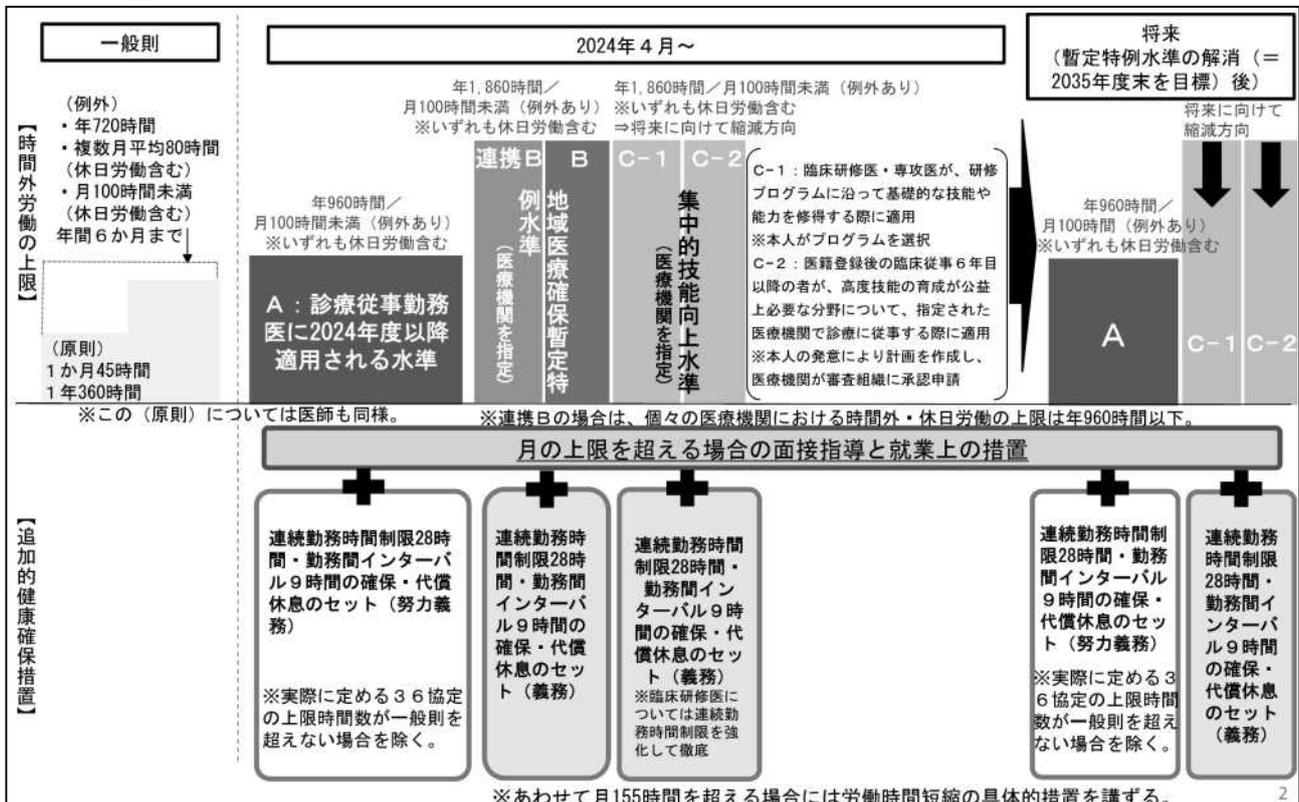
- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の策定
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

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

<医師労働時間上限規制の概要>

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

図表7-15 医師の時間外労働規制①



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

図表 7-16 医師の時間外労働規制②

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

資料：「医師の働き方改革に関する検討会 中間とりまとめ」（令和 2 年 12 月 22 日）」から抜粋

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

ケ 医師少数区域・医師多数区域の設定

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

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

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

図表7-17 本県の医師偏在指標の状況

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

※全335二次保健医療圏における順位

図表7-18 相対的医師少数^{※1}県（区域）の設定

<産科>

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

<小児科>

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

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

※2：全307小児医療圏における順位

図表 7-19 分娩取扱施設数の推移

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

出典：厚生労働省「医療施設調査」

コ 医師少数スポット

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

（2）課題

ア 医師数の状況

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

イ 医師の確保

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

り、当該地域の医療体制を確保する必要があります。

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

（3）対策

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

【目標医師数】

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

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

ア 医学修学研修資金制度

- 被貸与者のキャリア形成支援等により、返還免除勤務終了後の県内定着をより一層促進します。
- 令和2年度以降、大学在学中に貸与を行う者については、6年間の貸与を原則化しており、県による勤務先調整が可能な者（専門研修終了後の勤務者）の確保につなげております。また、臨床研修期間についても返還免除勤務対象期間に加えることにより、早期からの県内居住によ

る定着を促進しています。

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

イ 地域枠医師の確保

- 地域枠は、都道府県間の医師偏在を是正する機能があることから、引き続き地域枠の維持に努めます。
- 国は、令和5年度以降の医師養成数については「日本全体としての臨時定員を含む医学部総定員は減員する」、「地域の実情に応じて設置、増員を進めていく」としていることから、引き続き状況を注視していきます。

ウ キャリア形成プログラム

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

エ 医師少数スポットの設定

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

（指標）

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

オ 専攻医の確保・定着促進策の推進

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

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

カ 寄附講座

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

キ 研究・学術環境の整備

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

ク 女性医師の活躍支援

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

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

ケ 高齢医師等の活躍支援

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

コ 高校生等への支援による医学科進学者の増

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

サ 医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援

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

シ 産科医等確保支援策の実施

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

ス 医療機関の機能分担・連携強化

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

【医師確保計画（R2.3）の内容を踏まえて、記載内容を全面見直し】

第2節 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）

【対策のポイント】

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

【数値目標】

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

<看護職員需給推計>

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

(いずれも下表のシナリオ①から③の数値)

図表7-20 本県と全国の推計結果

(単位：人、%)

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

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

○需要推計の方法

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

< 需要推計の考え方（3つのシナリオ） >

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

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

○供給推計の方法

- ・国の示す以下の計算式により推計
 $(\text{①前年の看護職員数} + \text{②新規就業者数} + \text{③再就業者数}) \times (1 - \text{④離職率})$
- ・県が独自に設定できる一部数値について、看護学校養成所定員の増加等を踏まえ修正

<ul style="list-style-type: none"> ・②新規就業者数を2020年から20人増員 2019年に県立看護専門学校及び静岡市立清水専門学校が助産師養成課程(定員計20人、1年課程)設置。卒業生が輩出される2020年以降の新規就業者数を定員分増員 ・④離職率を2017年の10.0%(日本看護協会の最新数値(2018年調査))とし、将来の離職率については、2016(9.9%) - 2017年(10.0%)の上昇率を反映 離職率の上昇は2025年まで続くと想定

- ・推計結果 (単位:人)

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

- ・新規就業者数: 2017年1,359人、2018~2019年1,441人、2020年~1,461人
- ・再就業者数: 2017~2025年3,719人

<就業看護職員数>

○全国の状況

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

図表7-21 全国の就業看護職員数

(単位：人)

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

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

○県内の状況

- ・2018年12月末における県内の就業看護職員数は42,007人で、2016年末の40,100人に比べ、1,907人（4.8%）増加しており、全国の伸び率3.4%を上回っています。
- ・年齢別状況を見ると、20歳代から30歳代の占める割合は、全体の38.9%となっており、2016年末の40.9%に比べ減少しています。
- ・2018年12月末の人口10万人当たりの看護職員従事者数（常勤換算）は1,028.4人で、全国平均の1,166.0人と比較すると137.6人下回っており、多い方から全国41位です。

図表7-22 県内の就業看護職員数

(単位：人)

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

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

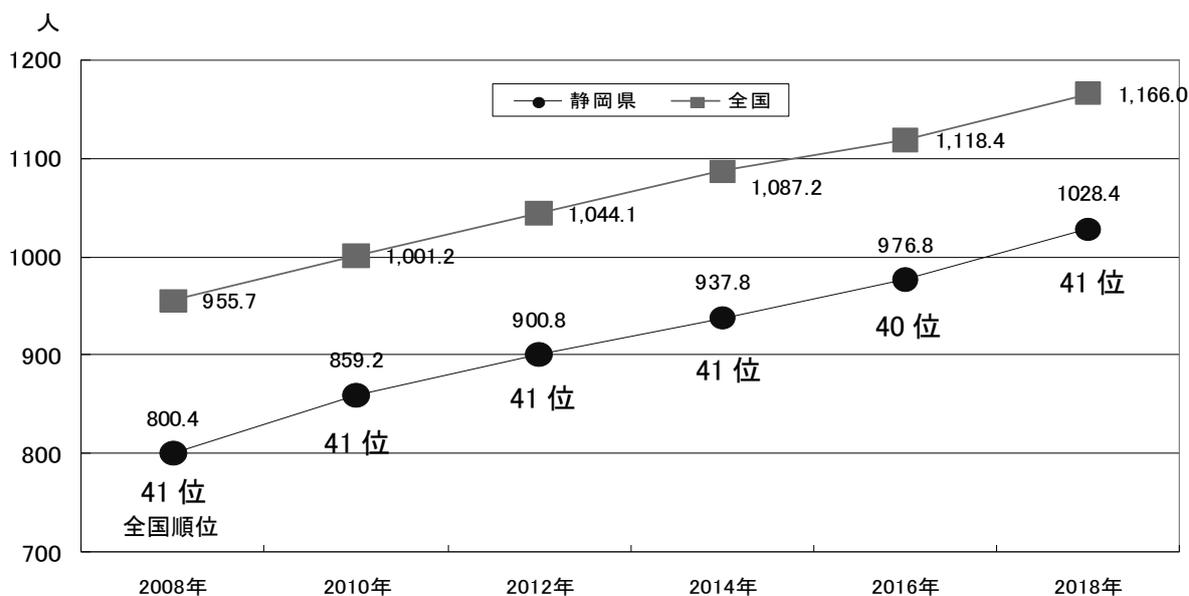
図表 7-23 就業場所別の状況 (2018年12月末時点実人員)

(単位:人、%)

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

資料: 衛生行政報告例 (2018年) 厚生労働省

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



資料: 「衛生行政報告例」 (2018年) ・厚生労働省から地域医療課作成

※ 順位は本県の全国順位

＜看護職員の養成状況＞

- ・2021年度における看護職員の養成は23校、30課程で行われ、入学定員は1,532人（大学編入者除く）となっており、2012年度と比較すると、179人増加しています。
- ・助産師養成施設は、2019年度に中部地域と東部地域に養成所が設置され、県内全域に養成所が整備されています。

図表7-25 県内看護職員養成施設の状況（2021年4月）（単位：人、課程）

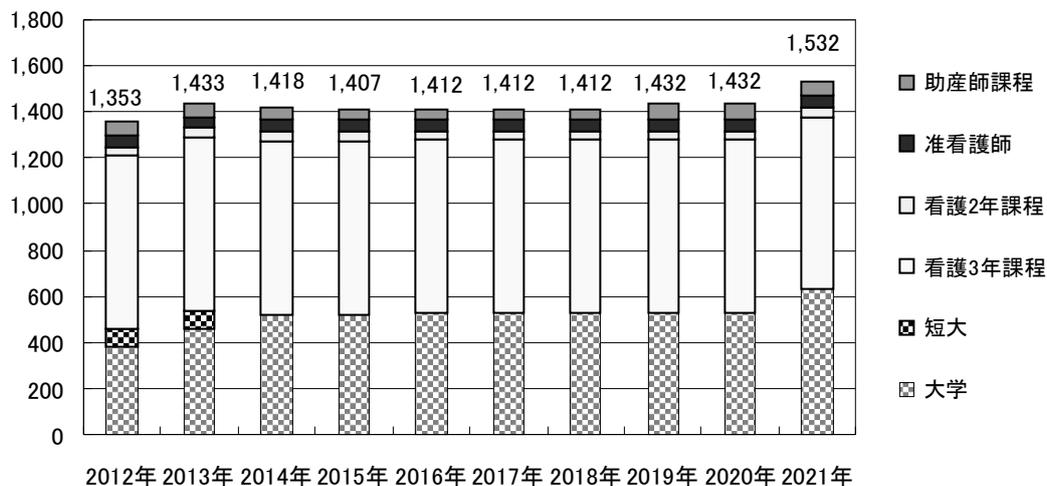
区分		東 部	中 部	西 部	計
看護 師 養 成	大学	220 (2)	200 (2)	210 (2)	630 (6)
	3年課程	337 (7)	200 (5)	210 (4)	747 (16)
	2年課程	40 (1)	—	—	40 (1)
	小 計	597 (10)	400 (7)	420 (6)	1,417 (23)
准看護師養成		—	—	50 (1)	50 (1)
助 産 師 養 成	大学院	—	10 (1)	5 (1)	15 (2)
	大学専攻科	—	—	15 (1)	15 (1)
	養成所	10 (1)	10 (1)	15 (1)	35 (3)
	小 計	10 (1)	20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

資料：県地域医療課調べ

（ ）は課程数

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

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



資料：県地域医療課調べ

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

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

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

資料：県地域医療課調べ

※ 上段：総数、下段：うち県内就業

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

（ ）内は保健師として就業した者で内数

職種別の状況

【保健師】

(1) 現状

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

(2) 課題

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

(3) 対策

ア 保健師の確保

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

イ 保健師の資質向上

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

ウ 感染症拡大時のための体制整備

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

【助産師】

(1) 現状

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

(2) 課題

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

(3) 対策

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

【看護師・准看護師】

(1) 現状

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

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

(2) 課題

- 少子高齢化や疾病構造の変化、新型コロナウイルス感染症対応等に伴う医療需要の増大や多様化により、近年の医療は高度化・専門化の傾向にあり、看護業務も高度専門医療の一翼を担うものから慢性疾患・在宅療養患者等の訪問看護に至るまで、その果たす役割は、質、量とも拡大しています。
- 厚生労働省が2019年10月に公表した看護職員需給推計の都道府県版では、本県の需要推計は、46,628人から50,076人とされています。一方、供給推計は、43,596人とされており、約3千人から約6千人の需給ギャップが見込まれています。
- 就業看護師の離職防止を図るためには、夜勤の負担軽減や時間外労働の縮減などの勤務環境の改善が必要です。また、労働基準法改正による時間外労働の上限規制に対応し、長時間労働をなくすための勤務間インターバル制度(1日の勤務終了後、翌日の出社までの間に一定時間以上の休息时间(インターバル時間)を確保する仕組み)の導入等に取り組むことが必要です。
- 医師の労働時間短縮を着実に進めるためには、医療関係職種の業務を見直し、医師の業務のタスク・シフト/シェアを推進することが必要です。
- 看護師等の離職時届出制度については、2015年10月の施行から5年程度経過し、努力義務である届出を行う看護職員(又は本人に代行して届け出る就業先)の届出意識の希薄化が考えられ、届出意識向上のための啓発が必要です。
- 離職中の看護職員の再就業を促進するためには、きめ細かな求職求人マッチング、医療・看護技術の進展に対応するための復職時研修の実施など再就業しやすい環境を整える必要があります。
- 患者や家族の要請に応じた看護サービスの担い手として、患者の生活の質の向上を目指した療養支援を行うためには、人々の暮らしに視点を置いた看護の推進が求められています。
- 特定行為研修の指定研修機関及び協力施設の県内設置が進み、研修体制が整備され、研修修了者の就業者数は県内で96人と増加してきましたが、さらなる普及に向けた取組が必要です。
- 地域包括ケアシステムの推進のため、多職種と連携しながら、切れ目のない医療と介護を提供するためのコーディネーターの役割を果たすことが求められています。
- 県内養成施設の卒業生の県内への就職状況は、2021年4月時点で、全体では8割を超えており、大学及び助産師養成課程では7割程度となっています。

(3) 対策

ア 養给力強化

- 基礎看護教育の内容向上を図るため、看護師等養成所の運営を支援します。
- 看護教員及び実習指導者を養成する研修会を開催し、教育の質の向上を図ります。
- こころざし育成セミナーの開催や看護の出前事業、看護系学校進学案内ガイドブックの作成等による広報等により、看護師等を志望する学生への啓発を促進します。
- 静岡県看護協会と連携し、看護の日(5月12日)及び看護週間等の啓発事業を通じて、県民の看護についての関心と理解を深めます。

イ 離職防止・定着促進

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

ウ 再就業支援

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

エ 看護の質の向上

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

オ 医療・介護・福祉の連携強化

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

第3節 ふじのくに医療勤務環境改善支援センター

【対策のポイント】

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

【数値目標】

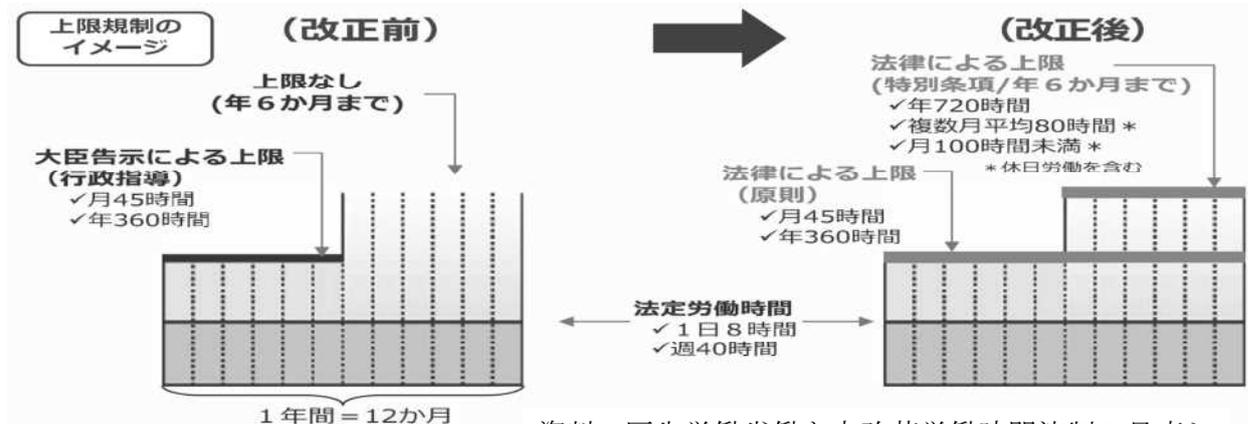
項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
医療勤務環境改善計画の策定	50 病院 (2020 年)	県内全病院 (参考: 171 病院 (2021.4 時点))	県内すべての病院において計画的に勤務環境改善に取り組む。	県地域医療課調査

(1) 現状

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

<改正労働基準法の概要>

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



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

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

＜改正医療法等の概要＞

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

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

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

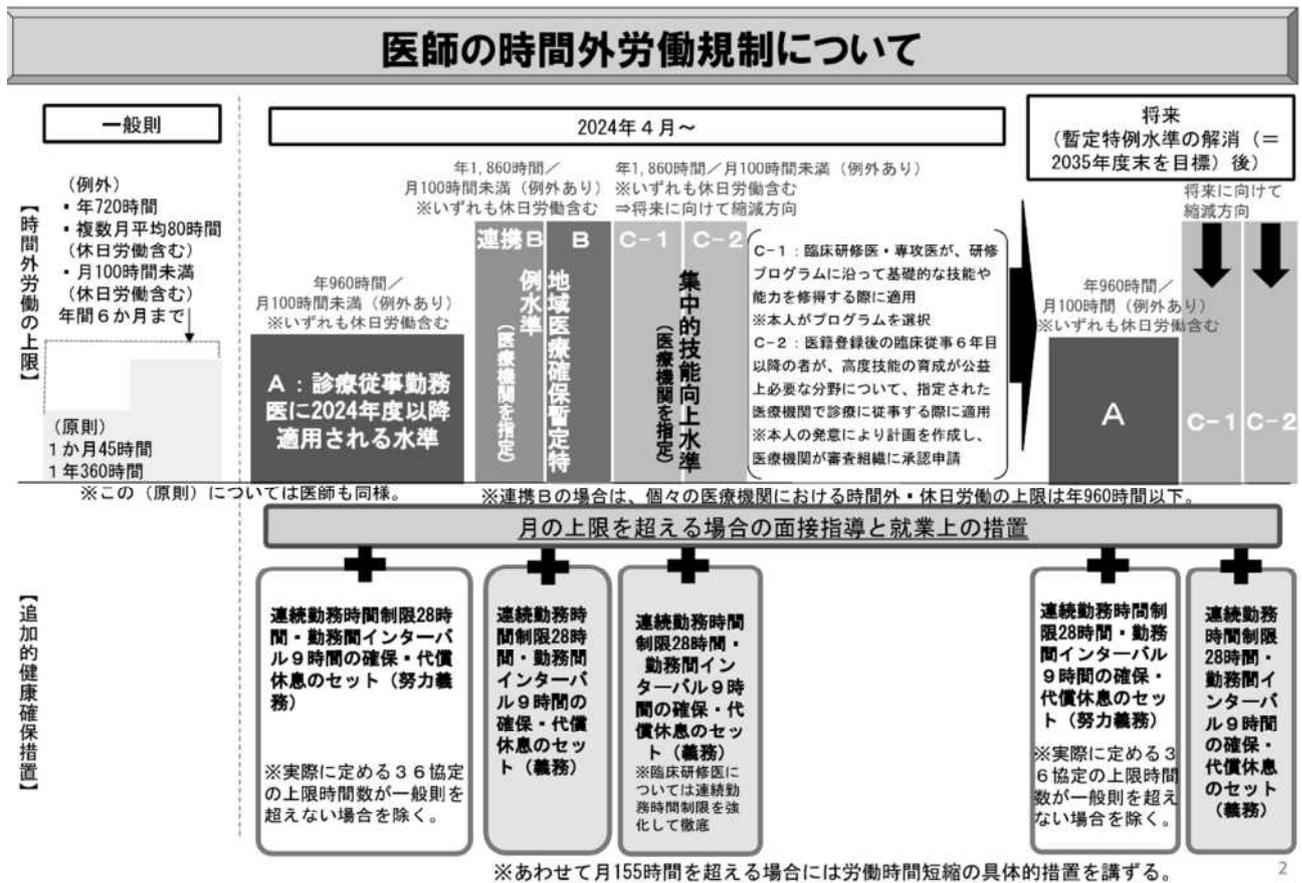
職種	業務範囲の拡大等
診療放射線技師	<ul style="list-style-type: none"> ・放射性同位元素（その化合物及び放射性同位元素又はその化合物の含有物を含む。）を人体内に挿入して行う放射線の人体に対する照射を追加 ・病院又は診療所以外の場所において業務を行うことができる場合として、医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、出張して超音波診断装置その他の画像による診断を行うための装置であって厚生労働省令で定めるものを用いた検査を行うときを追加
臨床検査技師	<ul style="list-style-type: none"> ・採血、検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

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

＜医師労働時間上限規制の概要＞

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

図表 7-28 医師の時間外労働規制①

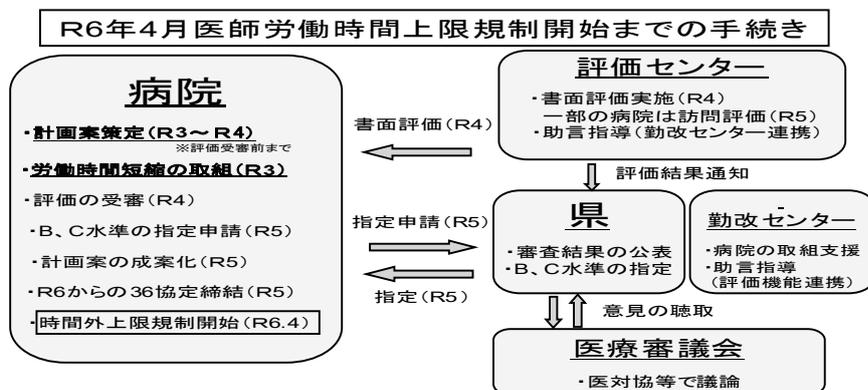


資料：「医師の働き方改革に関する検討会 中間とりまとめ参考資料」(2020年12月22日)

図表 7-29 医師の時間外労働規制②

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

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



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

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

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

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

（２）課題

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

（３）対策

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

を周知し、自主的な取組を促進します。

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

第8章 保健・医療・福祉の総合的な取組の推進

第1節 健康寿命の延伸

1 科学的知見に基づく健康施策の推進

【対策のポイント】

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

【数値目標】

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

(1) 現状

ア 高齢化の進行と平均寿命と健康寿命の差

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

イ 医療費・介護費の拡大

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

ウ 高齢者の定義と認識の差異

- 高齢者を65歳以上と定義したのは、1956年の国連報告によるものですが、当時（1955年）の静岡県の平均寿命は男性64.12歳、女性68.63歳であり、高齢者の定義となる年齢は概ね平均寿命に相当していました。
- 現在の平均寿命は、当時と比較して男女とも15年以上延伸し、65歳以上で健康で活躍している人も増加し、高齢者自身の意識も変化してきています。

エ 静岡社会健康医学大学院大学の開学

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

(2) 課題

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

(3) 対策

ア 静岡社会健康医学大学院大学の教育・研究機能の充実

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

イ 社会健康医学の研究成果の還元

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

第2節 保健施設の機能充実

1 保健所（健康福祉センター）

【対策のポイント】

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

（1）現状

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

（2）課題

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

（3）対策

ア 保健所の機能強化

（ア）企画調整機能の充実・強化

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

（イ）公衆衛生専門機関としての機能強化

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

(ウ) 健康危機管理体制の強化・充実

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

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

イ 市町に対する支援機能の充実・強化

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

ウ 関係団体との連携強化

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

1 保健医療計画に掲げる数値目標等

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

(ア) 疾病

数値目標		現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
がん	胃がん	73.0% (2017年)	90%以上	国の第3期がん対策推進基本計画の目標値の90%と同じ値を設定	地域保健・健康増進事業報告	
	肺がん	81.8% (2017年)				
	大腸がん	65.9% (2017年)				
	子宮頸がん	60.5% (2017年)				
	乳がん	74.0% (2017年)				
がん	対県標準化死亡比 最大の地域と最小の地域の比較倍率	1.27倍 2014～2018年	1.20倍	がんで亡くなる県民の地域差を1.2倍以内に下げないように設定	静岡県市町別健康指標	
	がん患者の就労支援に関する研修受講者数	28人 2020年度	毎年度40人	年間40人を養成	県疾病対策課調査	目標値見直し
脳卒中	高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合	男 26.6% 女 19.5% (2016年)	男 24.0%以下 女 16.0%以下	2割減少させる。	県民健康基礎調査	
	脳卒中の年齢調整死亡率 (人口10万人当たり)	男 40.0 女 20.9 (2019年)	男 37.8以下 女 21.0以下	年齢調整死亡率について全国平均まで引き下げる	厚生労働省「人口動態統計」より算出	
	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法を実施可能な保健医療圏	賀茂以外の7医療圏 (2018年)	全医療圏	全医療圏で実施可能な体制を構築	厚生労働省「診療報酬施設基準」	
心筋梗塞等の心血管疾患	県民の健康寿命（歳）	男 73.45 女 76.58 男女計 75.04 (2019年)	男 75.63以上 女 78.37以上 男女計 77.02以上 (2040年)	2016年を基準とし、他の施策とともに、2040年までに健康寿命を3年以上延伸させる	厚生労働省「健康日本21 推進専門委員会」	新規目標
	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 26.6% 女 19.5% (2016年)	男 24.0%以下 女 16.0%以下	2割減少させる。	県民健康基礎調査	
心筋梗塞等の心血管疾患	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション（PCI）を実施可能な保健医療圏	全医療圏 (2018年)	全医療圏	全医療圏で実施可能な体制を構築	厚生労働省「診療報酬施設基準」	
	心大血管疾患リハビリテーション(I)又は(II)の基準を満たす施設が複数ある医療圏の数	駿東田方、富士、静岡、志太榛原、西部の5医療圏 (2019年)	全医療圏	全医療圏で心血管疾患リハビリテーションを実施可能な体制を構築	厚生労働省「診療報酬施設基準」	
糖尿病	県民の健康寿命（歳）	男 73.45 女 76.58 男女計 75.04 (2019年)	男 75.63以上 女 78.37以上 男女計 77.02以上 (2040年)	2016年を基準とし、他の施策とともに、2040年までに健康寿命を3年以上延伸させる	厚生労働省「健康日本21 推進専門委員会」	新規目標
	特定健診受診率	57.8% (2019年度)	70%以上	第3期医療費適正化計画の目標値	国定報告	
糖尿病	年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病腎症の患者数	491人 (2019年)	481人	健康日本21の算定方法に準じて算出	日本透析医学会統計調査	

参考：第8次静岡県保健医療計画 数値目標一覧（中間見直し関係）

数値目標		現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
肝炎	肝炎患者死亡率（人口10万人当たり）	28.1 (2019年)	27.0以下 (2022年)	県の過去3年間の減少率の維持	厚生労働省「人口動態統計」	
	ウイルス性肝炎の死亡者数	83人 (2019年)	50人以下 (2022年)	半減を目指す	厚生労働省「人口動態統計」	
	肝がんり患者率（人口10万人当たり）	11.6% (2017年)	12.0以下	第3期静岡県肝炎対策推進計画の目標値を維持	静岡県地域がん登録報告書	新規目標
精神疾患	精神科病院1年以上の長期在院者数	3,188人 (2020.6.30)	2,783人以下 (2023年度)	地域移行の推進により1年以上の長期在院者数を引き下げ	厚生労働省「精神保健福祉資料」より算出	目標値見直し
	精神科病院入院後3か月時点退院率	65.4% (2017年度)	69%以上 (2023年度)			
	精神科病院入院後6か月時点退院率	84.6% (2017年度)	86%以上 (2023年度)	第6期障害福祉計画に係る国の基本指針に基づき設定	第6期障害福祉計画に係る国の基本方針	目標値見直し
	精神科病院入院後1年時点退院率	91.9% (2017年度)	92%以上 (2023年度)			
	精神科病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数	290日 (2016.3)	316日 (2023年度)	第6期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定	第6期障害福祉計画に係る国の基本方針	新規目標

(イ) 事業

数値目標		現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
救急医療	心肺機能停止患者の1か月後の生存率	10.5% (2019年)	13.9%以上	2019年の全国平均値を目標に設定	消防庁「救急・救助の現況」	目標値見直し
	心肺機能停止患者の1か月後の社会復帰率	7.7% (2019年)	9.0%以上			目標値見直し
災害医療	救命救急センター系実段階評価がS・Aとなった病院の割合	100% (2020年)	100%	全センターに対するS・A評価を継続	厚生労働省調査	
	業務継続計画を策定している災害拠点病院及び救護病院の割合（対象：87病院）	50病院(57.5%) (2021年3月)	100%	被災後、早急に診療機能を回復できるように業務継続計画を整備	静岡県「R2病院におけるBCPの考え方に基づいた災害対策マニュアル策定状況調査」(2021.3)	
	業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修を実施している災害拠点病院及び救護病院の割合（対象：87病院）	研修35病院(40.2%) 訓練36病院(41.4%) (2021年3月)	100%	整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施		
	2次保健医療圏単位等で災害医療コーディネーター機能の確認を行う訓練実施回数	年1回 (2019年度)	年2回以上 (毎年度)	全県一斉訓練のほか、各2次保健医療圏単位での訓練実施回数の合計値	地域災害医療対策会議開催状況等調査	目標値見直し
静岡DMA T関連研修実施回数	年2回 (2019年度)	年3回 (毎年度)	静岡DMA T隊員の養成及び技能維持向上を図る	県地域医療課調査	目標値見直し	
静岡DPA T研修の実施回数	年1回 (2021年度)	年1回 (毎年度)	静岡DPA T隊員の養成及び技能維持向上を図る	県障害福祉課調査	新規目標	

参考：第8次静岡県保健医療計画 数値目標一覧（中間見直し関係）

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
へき地の医療 医療提供支援策が実施されている無医地区の割合	100% (2020年)	100% (毎年度)	患者輸送車運行事業や巡回診療等による、医療提供の支援を行う	無医地区等調査（厚生労働省）	
へき地の医療 次のいずれかを実施したへき地医療拠点病院の割合 ・巡回診療年間実績12回以上 ・医師派遣年間実績12回以上 ・代診医派遣年間実績1回以上	100% (2020年度)	100% (毎年度)	良質かつ適切なへき地医療を提供する体制を構築する。	へき地医療支援事業実施状況（静岡県へき地医療支援機構）	「へき地への巡回診療回数」「へき地への代診医派遣回数」の目標見直し
周産期医療 周産期死亡率（出産千人当たり）	3.5 (2020年)	3未滿	全国トップクラスを目指す。（2015年に3未滿であったのは6県のみ）	厚生労働省「人口動態統計」	
周産期医療 妊産婦死亡数	0.3人 (2018～2020年平均)	0人	過去最高の水準(2014年：0人)で設定	厚生労働省「人口動態統計」	
周産期医療 母体救命講習会受講者数	累計332人 (2020年度)	累計474人 (2023年度)	産科医全員等が受講	県地域医療課調査	目標値見直し
小児医療 乳児死亡率（出生千人当たり）	2.0 (2020年)	0.7以下	全国1位と同水準に設定 計画策定時（2015年）実績で目標値据置	厚生労働省「人口動態統計」	
小児医療 乳幼児死亡率（5歳未満人口千人当たり）	0.60 (2019年)	0.22以下	全国1位と同水準に設定 直近実績（2019年）に目標値修正	厚生労働省「人口動態統計」・総務省「人口推計」より算出	目標値見直し
小児医療 小児の死亡率（15歳未満人口千人当たり）	0.23 (2019年)	0.11以下	全国1位と同水準に設定 直近実績（2019年）に目標値修正	厚生労働省「人口動態統計」・総務省「人口推計」より算出	目標値見直し

(ウ) 在宅医療

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
訪問診療を受けた患者数	15,748人 (2018年)	19,336人 (2023年)	各2次保健医療圏における提供見込量	国保データベース（KD B）	目標値見直し
自宅で最期を迎えることができる人の割合	14.4% (2019年)	14.8% (2023年)	在宅医療の提供見込量から算出	厚生労働省「人口動態統計」	目標値見直し
住まいで最期を迎えることができる人の割合	25.9% (2019年)	29.0% (2023年)	在宅医療の提供見込量、介護サービスの推計等から算出	厚生労働省「人口動態統計」	新規目標
退院支援 人退院支援ルールを設定している2次保健医療圏数	4医療圏 (2019年)	全医療圏 (2023年)	全ての2次保健医療圏において設定	県健康増進課調査	
日常療養支援 訪問診療・往診を実施している診療所、病院数	1,003施設 (2018年)	1,231施設 (2023年)	訪問診療を受けた患者数の増加に対して必要な数	国保データベース（KD B）	目標値見直し
急変時対応 在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数	25施設 (2019年)	33施設 (2023年)	在宅医療等必要量の見込みから算出	東海北陸厚生局届出	目標値見直し
看取り 在宅看取りを実施している診療所、病院数	274施設 (2018年)	326施設 (2023年)	在宅医療等必要量の見込みから算出	国保データベース（KD B）	目標値見直し

参考：第8次静岡県保健医療計画 数値目標一覧（中間見直し関係）

数値目標		現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
基礎整備	訪問診療 小児の訪問診療を受けた患者数	417人 (2018年)	486人 (2023年)	在宅医療等必要量の見込みから算出	レポート情報・特定健診等情報データベース(NDB)	新規目標
	訪問看護 24時間体制をとっている訪問看護ステーション数	177施設 (2018年度)	230施設 (2023年度)	24時間体制加算の届出割合が全訪問看護ステーションの90%	厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」	目標値見直し
	機能強化型訪問看護ステーション数	10施設 (2018年)	43施設 (2023年)	全ての市区町において設置	県訪問看護ステーション協議会調査	目標値見直し
	在宅療養支援歯科診療所数	190施設 (2020年)	200施設 (2023年)	在宅医療等必要量の見込から歯科必要量を算出	東海北陸厚生局届出	目標値見直し
	歯科訪問診療を実施する歯科診療所数	258施設 (2019年)	272施設 (2023年)	在宅医療等必要量の見込から歯科必要量を算出	国保データベース(KDB)	目標値見直し
かかりつけ薬局	訪問口腔衛生指導を実施している診療所数	204施設 (2019年)	224施設 (2023年)	在宅医療等必要量の見込から歯科必要量を算出	国保データベース(KDB)	新規目標
	在宅訪問業務を実施している薬局数	824薬局 (2018年度)	1,552薬局 (2023年)	2025年までにすべての薬局で在宅訪問業務を実施	国保データベース(KDB)	目標値見直し
	地域連携薬局認定数	— (2020年度)	100薬局 (2023年度)	2025年までに日常生活圏域に1薬局以上を認定	県薬事課調査	新規目標

イ 各種疾病対策（当初：第7章、中間見直し：第6章）

数値目標		現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
感染症対策	感染症患者届出数（二・三類）	532件 (2020年)	700件以下 (毎年)	感染症のまん延防止	県感染症対策課調査	
	感染症に関する情報提供、注意喚起（プリーフィング等件数）	34件 (2019年)	10件以上 (毎年)	感染症に対する正しい知識の普及	県感染症対策課調査	
	認知症サポート医養成研修の受講者数	334人 (2019年度)	400人 (2023年度)	大綱目標値(2025年度に1.6万人)の全国比(医師数)算出数の1割増	県健康増進課調査	目標値見直し
	かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	986人 (2019年度)	1,769人 (2023年度)	大綱目標値(2025年度に9万人)の全国比(医師数)	県健康増進課調査	目標値見直し
	認知症サポート医養成数	累計361,977人 (2019年度)	累計440,000人 (2023年度)	2025年度までに50万人、2040年度までに100万人	県健康増進課調査	目標値見直し
認知症	認知症の対応について不安に感じている介護者の割合	36.8% (2019年度)	33.0% (2023年度)	現状値から1割改善	静岡県の高齢者の生活と意識	新規目標
	「通いの場」設置数	4,226か所 (2019年度)	5,500か所 (2023年度)	国目標(2025年度に8%)の参加率の1.5倍(12%)の箇所数	県健康増進課調査	新規目標
	「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数	20市町 (2019年度)	全市町 (2023年度)	全ての市町で関与	県健康増進課調査	新規目標
	認知症サポート医1医師1か所	130人 (2019年度)	165人 (2023年度)	地域包括支援センター1か所に1人	県健康増進課調査	新規目標
	初期集中支援チームの活動において、医療・介護サービスにつなごうとした人の割合	78.6% (2019年度)	80%以上 (毎年)	現状値を継続して維持	認知症総合支援事業等実施状況調べ	新規目標

参考：第8次静岡県保健医療計画 数値目標一覧（中間見直し関係）

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
地域 リハビリ テーション センター	地域リハビリテーションサポート医養成者数	69人 (2019年度)	165人 (2023年度)	地域包括支援センター1か所に1人	新規目標
	「通いの場」設置数【再掲】	4,226か所 (2019年度)	5,500か所 (2023年度)	国目標（2025年度に8%）の参加率の1.5倍（12%）の箇所数	新規目標
	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に取り組む市町数	5市町 (2020年度)	全市町 (2023年度)	全ての市町での取組実施	新規目標
	「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数【再掲】	20市町 (2019年度)	全市町 (2023年度)	全ての市町で関与	新規目標

ウ 医療従事者の確保（当初：第8章、中間見直し：第7章）

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	備考
県内医療施設従事医師数	7,690人 (2018.12)	8,274人 (2025年)	医師確保計画に掲げる「目標医師数」の2025年度時点の推計	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」	新規目標
人口10万人当たり医師数（医療施設従事医師数）	210.2人 (2018年12月)	236.0人 (2025年)	医師確保計画に掲げる「目標医師数」の2025年度時点の推計	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」	目標値見直し
医師偏在指標	賀茂 127.5 富士 150.4 中東遠 160.8 (2019年度)	3圏域 同一目標値 161.9 (2023年度)	医師少数数区域（医師偏在指標下位1/3）を脱すために必要となる指標	厚生労働省「医師偏在指標」	新規目標
医学修学研修資金利用者数	累計1,308人 (2020年度)	累計1,846人 (2025年度)	2016～2020年度の平均利用者数108人を継続	県地域医療課調査	目標値見直し
医学修学研修資金貸与者の県内医療機関勤務者数	522人 (2020年度)	845人 (2025年度)	2016～2020年度の平均増加者数65人を継続	県地域医療課調査	目標値見直し

(イ) 看護職員

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

(ウ) ふじのくに医療勤務環境改善支援センター

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

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

(ア) 科学的知見に基づく健康施策の推進

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