第9次
静岡県保健医療計画

【2024年度～2029年度】



いのち輝き、笑顔あふれる社会を。

令和6（2024）年3月

静　岡　県

は　じ　め　に



2019 年 12 月に初めて確認され、瞬く間に世界中に広がった新型コロナウイルス感染症は、県内の医療提供体制にも大きな影響を及ぼしました。2023 年５月に感染症法上の５類感染症に位置付けられたことで、新型コロナ対応は一つの区切りを迎えましたが、今後新たな脅威が発生した際に、早急に医療提供体制を整え、県民の安全・安心を確保するためには、医療機関をはじめあらゆる関係機関が協力し、平時から連携体制を構築していく必要があります。

また、少子高齢化も急激な速さで進行しています。今後県内の高齢者人口は 2040 年頃まで増加し、入院の医療需要も 2035 年頃まで増加する見込みである一方、生産年齢人口は大きく減少することから、医療従事者の確保と定着を進めると同時に、限りある医療資源を有効に活用し、持続可能な医療提供体制を整備することが、重要な課題となっています。

こうした課題に対応するため、このたび本県の保健医療に関する基本方針である「第９次静岡県保健医療計画」を策定しました。新型コロナウイルスの教訓を踏まえ、感染拡大時においても県民が必要なときに必要な医療が受けられるよう、「新興感染症の発生・まん延時の医療」を新たな項目として追加しました。また、医療従事者の確保に向けた取組の更なる強化や、医療ＤＸの推進に関する項目も追加するなど、2040 年を見据えて、必要なときに安全で質の高い医療を速やかに受けることができ、県民の皆様が住み慣れた地域で安心して生活を送ることができるよう、医療提供体制の一層の充実を図ってまいります。

今後、本計画に掲げた様々な取組を実施していく上では、県民一人ひとりの健康づくりの実践や関係の方々の意欲的な参画が不可欠です。私自身が先頭に立って取り組んでまいりますので、県民の皆様をはじめ、市町や関係団体、保健、医療、介護、福祉に携わる方々の御理解と御協力をお願いいたします。

結びに、本計画の策定に当たり、多大な御尽力を賜りました静岡県医療審議会、各地域医療協議会等の委員の皆様をはじめ、貴重な御意見、御提案を頂きました数多くの県民の皆様に、心から感謝申し上げます。

2024 年 3 月

静岡県知事　川勝平太

第９次静岡県保健医療計画　目次

第１章　基本的事項
　第１節　計画策定の趣旨 …… 1
　第２節　基本理念 …… 1
　第３節　計画の位置付け …… 2
　第４節　計画の期間 …… 2
　第５節　将来に向けた取組 …… 2
　第６節　地域包括ケアシステムの深化・充実と目指す施策の方向…… 3

第２章　保健医療の現況
　第１節　人口 …… 4
　第２節　受療動向 …… 11
　第３節　医療資源 …… 34

第３章　保健医療圏
　第１節　保健医療圏の設定の基本的考え方 …… 36
　第２節　保健医療圏の設定
　　１　２次保健医療圏 …… 36
　　２　３次保健医療圏 …… 38
　第３節　基準病床数 …… 39

第４章　地域医療構想
　第１節　構想区域 …… 40
　第２節　2025 年の必要病床数、在宅医療等の必要量 …… 40
　第３節　実現に向けた方向性 …… 47
　第４節　地域医療構想の推進体制 …… 48

第５章　医療機関の機能分担と相互連携
　第１節　医療機関の機能分化と連携 …… 52
　第２節　プライマリーケア …… 54
　第３節　外来医療 …… 56
　第４節　地域医療支援病院の整備 …… 67
　第５節　公的病院等の役割
　　１　公的病院等の役割 …… 70
　　２　公的病院改革等への対応 …… 71
　　３　県立病院
　　（１）県立静岡がんセンター …… 73
　　（２）地方独立行政法人静岡県立病院機構 …… 77
　第６節　医療機能に関する情報提供の推進 …… 80
　第７節　病床機能報告制度 …… 83
　第８節　医療ＤＸ …… 86

第６章　疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築
　第１節　疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制 …… 89
　第２節　疾病
　　１　がん …… 92
　　２　脳卒中 …… 108
　　３　心筋梗塞等の心血管疾患 …… 121
　　４　糖尿病 …… 138
　　５　肝疾患 …… 150
　　６　精神疾患 …… 160
　第３節　事業
　　１　救急医療 …… 184
　　２　災害時における医療 …… 197

３　新興感染症の発生・まん延時医療（再興感染症を含む。） ····· 213
４　へき地の医療 ····· 221
５　周産期医療 ····· 233
６　小児医療（小児救急医療を含む。） ····· 252
第４節　在宅医療
１　在宅医療の充実 ····· 264
２　在宅医療を支える基盤整備
(1)　訪問診療の促進 ····· 273
(2)　訪問看護の充実 ····· 274
(3)　歯科訪問診療の促進 ····· 275
(4)　かかりつけ薬局の促進 ····· 277
(5)　介護サービスの充実 ····· 280

第７章　各種疾病対策等
第１節　結核対策 ····· 286
第２節　エイズ対策 ····· 290
第３節　その他の感染症対策 ····· 295
第４節　難病対策 ····· 298
第５節　認知症対策 ····· 302
第６節　地域リハビリテーション ····· 318
第７節　アレルギー疾患対策 ····· 337
第８節　移植医療対策（旧：臓器移植対策） ····· 343
第９節　慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）対策 ····· 347
第 10 節　慢性腎臓病（ＣＫＤ）対策 ····· 350
第 11 節　血液確保対策 ····· 352
第 12 節　治験の推進 ····· 354
第 13 節　歯科保健医療対策 ····· 356

第８章　医療従事者の確保
第１節　医師 ····· 359
第２節　歯科医師 ····· 376
第３節　薬剤師 ····· 379
第４節　看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師） ····· 384
第５節　その他の保健医療従事者 ····· 399
第６節　ふじのくに医療勤務環境改善支援センター ····· 409
第７節　介護サービス従事者 ····· 413

第９章　医療安全対策の推進 ····· 415

第 10 章　健康危機管理対策の推進
第１節　健康危機管理体制の整備 ····· 418
第２節　医薬品等安全対策の推進
１　医薬品等の品質確保と適正使用の推進 ····· 421
２　麻薬・覚醒剤・大麻等に対する薬物乱用防止対策 ····· 424
第３節　食品の安全衛生の推進 ····· 428
第４節　生活衛生対策の推進 ····· 429

第 11 章　保健・医療・福祉の総合的な取組の推進
第１節　健康づくりの推進 ····· 433
第２節　高齢者保健福祉対策 ····· 443
第３節　母子保健福祉対策 ····· 447
第４節　障害者保健福祉対策 ····· 449
第５節　保健施設等の機能充実
１　保健所（健康福祉センター） ····· 453
２　発達障害者支援センター ····· 455

３　精神保健福祉センター　…… 456
４　静岡県健康福祉交流プラザ（旧：静岡県総合健康センター）　…… 458
５　ふじのくに感染症管理センター　…… 459
６　静岡社会健康医学大学院大学　…… 460
７　環境衛生科学研究所　…… 461
８　市町保健センター　…… 463
第６節　地域医療に対する住民の理解促進　…… 464

第 12 章　計画の推進方策と進行管理
第１節　計画の推進方策　…… 466
第２節　数値目標等の進行管理　…… 466
第３節　主な数値目標等　…… 467

巻　末　静岡県医療審議会委員名簿　…… 480
静岡県医療審議会静岡県保健医療計画策定作業部会委員名簿　…… 481

２次保健医療圏版　…… 別冊
第１章　第９次静岡県保健医療計画「２次保健医療圏版」について
１　「２次保健医療圏版」作成の趣旨　…… 1
２　「２次保健医療圏版」を作成する単位　…… 1
３　「２次保健医療圏版」の記載内容　…… 1
４　指標から見る各医療圏の状況　…… 2

第２章　２次保健医療圏における計画の推進
１　賀茂保健医療圏　…… 7
２　熱海伊東保健医療圏　…… 33
３　駿東田方保健医療圏　…… 65
４　富士保健医療圏　…… 95
５　静岡保健医療圏　…… 123
６　志太榛原保健医療圏　…… 155
７　中東遠保健医療圏　…… 189
８　西部保健医療圏　…… 221

第１章　基本的事項

第１節　計画策定の趣旨

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

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

○各圏域においては、今後も、病床の機能分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制を構築し、さらに在宅医療・介護の充実等により、地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるように、引き続き本計画と介護保険事業（支援）計画の整合性の確保が必要です。

○また、少子高齢化の進行や人口減少に伴い、人口構造が変化することにより、医療需要も大きく変化することが見込まれます。さらに、2020 年以降の新型コロナウイルスの感染拡大を契機とした、新興・再興感染症の発生・まん延時の体制整備や、2021 年５月の医療法の一部改正に伴う医師の働き方改革の導入など、医療を取り巻く環境は大きな変化に直面しています。

○これら課題に適切に対応するため、本県の保健医療に関する基本方針である現行計画（2018 年３月）について総合的な見直しを行い、第９次「静岡県保健医療計画」として策定します。

第２節　基本理念

○県民が、住み慣れた地域で安心して生活を送るためには、必要なときに、安全で質の高い医療が速やかに受けられる体制の整備が不可欠です。このため、医療人材を確保し、県内各地域の現状に即して効果的に配置するとともに、医療機能の分化と連携などを推進し、医療提供体制の一層の充実を図ります。

○健康づくりは、まず県民一人ひとりが望ましい生活習慣の獲得や健診・検診の受診による適切な健康管理に主体的に取り組むことを基本として、正しい知識の普及のほか、個人の行動変容を後押しする環境づくり、個人と社会のつながりの維持確保に取り組みます。また、既に心身の不調がある方に対しては、医療機関等への適切な受診や服薬に関する指導等により重症化予防に取り組みます。

○「医療は限りある資源である」という認識を持ち、地域の関係者の合意のもとに適切な医療資源の配置、緊密な連携体制の構築を進め、「地域全体で支える医療」の充実により、疾病や大規模災害などから「命をまもる医療」の確保に取り組みます。

○疾病や障害があっても、あるいは要介護状態になっても、それぞれの健康状態を保ちつつ、地域の中で安心して暮らすことのできる社会を目指して、在宅医療等の充実、リハビリテーションや介護サービスとの連携を推進するなど、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる体制の構築に取り組みます。

○新型コロナウイルス感染症の経験を生かし、次の新興・再興感染症に備えて、医療・介護・福祉の各分野で、感染症への対策を充実するとともに、連携体制の構築を進めます。また、災害

との同時発生を視野に入れて、必要な体制整備に努めます。

第３節　計画の位置付け

この計画は、次に掲げる性格を有するものです。

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

○静岡県の新ビジョン（総合計画）の分野別計画です。

○本県における保健医療施策の基本指針となるものです。

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

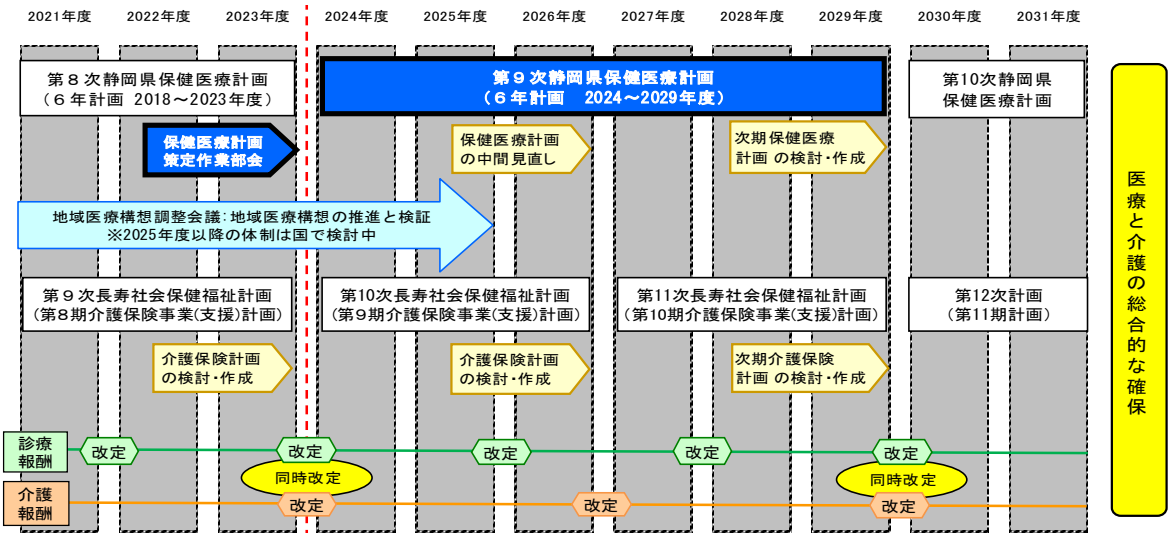
○健康増進計画や長寿社会保健福祉計画等、他の健康福祉政策との連携を図り、保健・医療・福祉の一体的な取組を推進するものです。

第４節　計画の期間

○2014 年６月の医療法改正により、医療計画はこれまでの５年計画から６年計画とし、2018 年度から、３年ごとに改定する介護保険事業支援計画と整合性の確保を図ることとされました。

○これを受け、本計画の期間は、2024 年度を初年度とし 2029 年度を終期とする６年間とします。また、中間年である３年目に見直しを行います。

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



第５節　将来に向けた取組

○今後も、県内の人口は減少が続き、15 歳から 64 歳までの生産年齢人口は大きく減少する一方、65 歳以上の高齢者人口は、2040 年頃まで増加すると推計されています。

○高齢者の割合の増加など年齢構成の変化により、疾病構造が変化することから、入院の医療需要は、2035 年頃まで増加しますが、総人口の減少によりその後減少が見込まれます。外来の医療需要は、今後も減少しますが、高齢者については横ばいが続くと見込まれます。

○本県では、2025 年における医療提供体制の目指すべき姿を示した「静岡県地域医療構想」の実現に向け、地域の現状や課題を踏まえつつ、地域医療構想調整会議等における協議や、地域医

療介護総合確保基金を活用した医療提供体制の構築に取り組んでいます。

○今後、変化する医療需要に対応するため、２次保健医療圏内における医療機関の役割分担と連携を進めるとともに、労働力人口の減少を踏まえ、医師や看護師をはじめとした医療従事者の確保と定着を図り、幅広い診療能力を有する医師を養成します。

○また、医療分野のＤＸ（デジタルトランスフォーメーション）を推進しつつ、限りある医療資源を効率的かつ効果的に活用するとともに、医療の地域間格差を是正し、県民がどこでも質の高い医療を受けられる環境を整備します。

第６節　地域包括ケアシステムの深化・充実と目指す施策の方向

○地域包括ケアシステムとは、2014 年６月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（地域医療介護総合確保法）」において、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されています。

○この体制は、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年までに、必要なサービスが概ね 30 分以内に提供される範囲である「日常生活圏域」ごとに整備していくこととなっています。

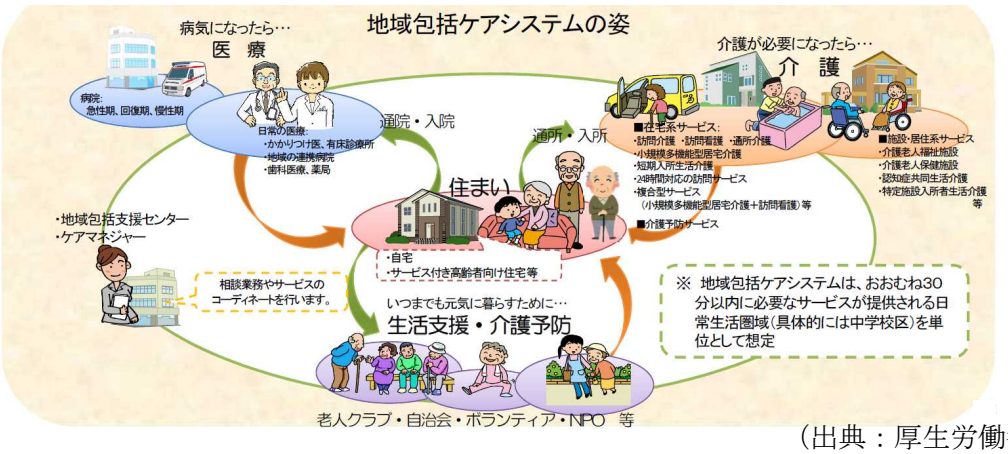
○また、地域によって高齢化の状況、医療や介護の資源などの状況が異なることから、介護保険の保険者である市町が、地域の特性に応じて、また、自主性や主体性に基づき実現していくもので、県は市町の区域を超えた広域的な観点から市町の取組を支援していきます。

○この地域包括ケアシステムが、最期までその人らしく暮らすことを支えるシステムとして機能するためには、その根底には「本人の選択と本人・家族の心構え」が不可欠であることから、今後、さらに、地域包括ケアシステムの理念の浸透や県民の理解促進に取り組んでいきます。

○地域包括ケアシステムの中で、医療、介護、福祉、保健が連携して、高齢者だけでなく、障害のある人や子どもなどを支えていきます。

○医療では、医療機関の分化連携（病診連携・病病連携等）に加え、薬局や訪問看護ステーションなどとも連携して、最新の技術を活用しながら、必要な医療を必要とされる場所で提供します。

○行政、介護・福祉サービス提供事業者、ボランティア団体、住民団体などと協力して、患者・家族の生活の質の向上を図り、最期まで、患者が望む場所で、その人らしく生活し続けられる社会を目指します。



（出典：厚生労働省資料）

第２章　保健医療の現況

第１節　人口

１　総人口

○本県の総人口は、2023 年 10 月 1 日現在、3,553,518 人（男 1,752,108 人、女 1,801,410 人）で、日本の総人口の約３％を占めています。

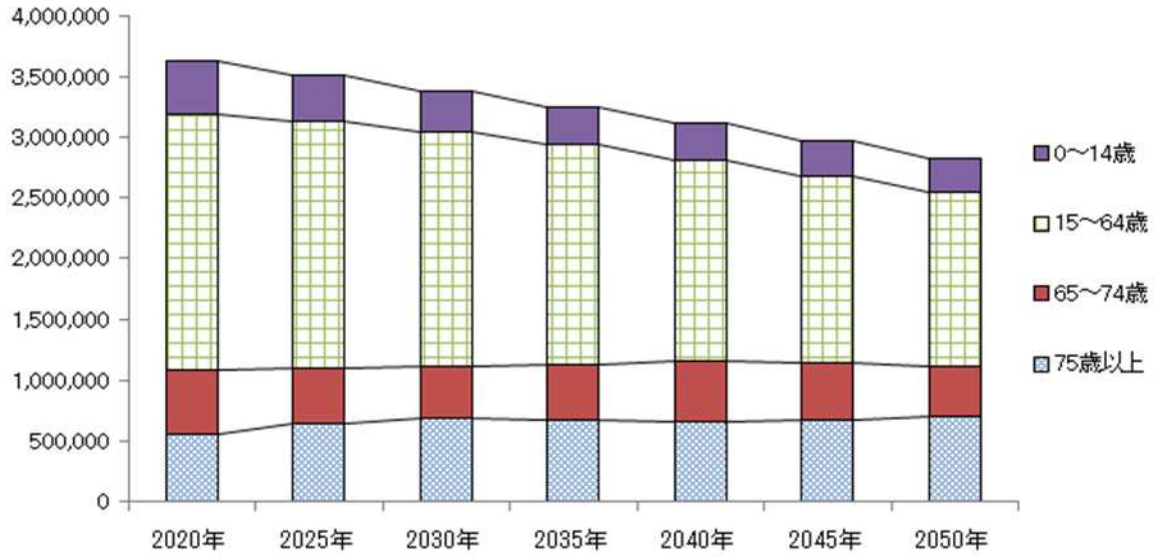
○本県では、2007 年 12 月の 379 万 7,000 人をピークに人口減少局面を迎えています。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、人口減少のスピードは、2020 年から 10 年ごとの減少数が、24 万 8,000 人減、27 万人減、28 万 7,000 人減と徐々に加速していくと推計されています。

○また、単に人口が減少するだけではなく、人口構造そのものが大きく変化していきます。高齢者人口（65 歳以上）が増加するとともに、少子化が進行する中で生産年齢人口（15～64 歳）は減少し、急速な高齢化が進行していきます。

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

図表２－１－１：静岡県の年齢階級別将来推計人口

（単位：人）



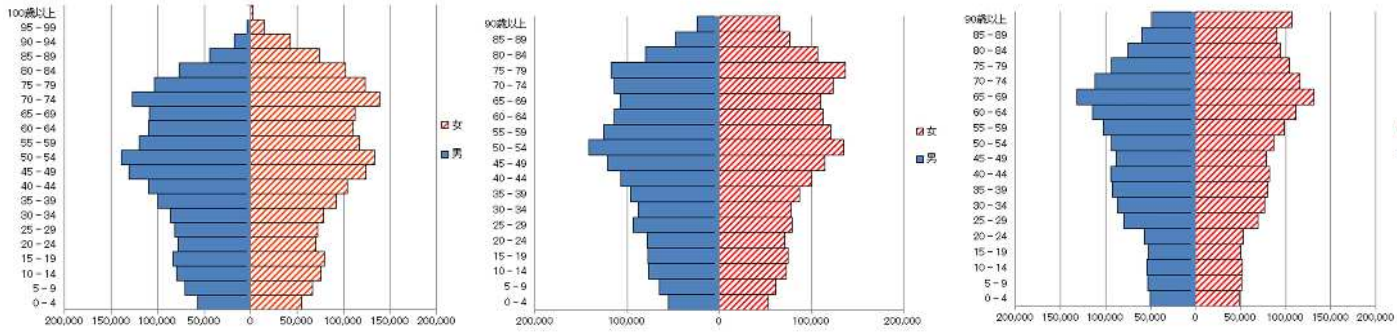
	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
0～14歳	439,490	384,208	340,095	317,684	308,259	295,317	275,225
15～64歳	2,100,962	2,017,755	1,930,599	1,808,382	1,647,073	1,527,594	1,433,292
65～74歳	526,895	455,017	428,558	448,256	490,297	473,204	406,102
75歳以上	565,855	653,529	686,254	679,269	670,148	677,336	714,204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

※2020 年は実績

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

図表２－１－２：静岡県における人口構造の変化

2023 年　⇒　2025 年　⇒　2040 年



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

２　世帯

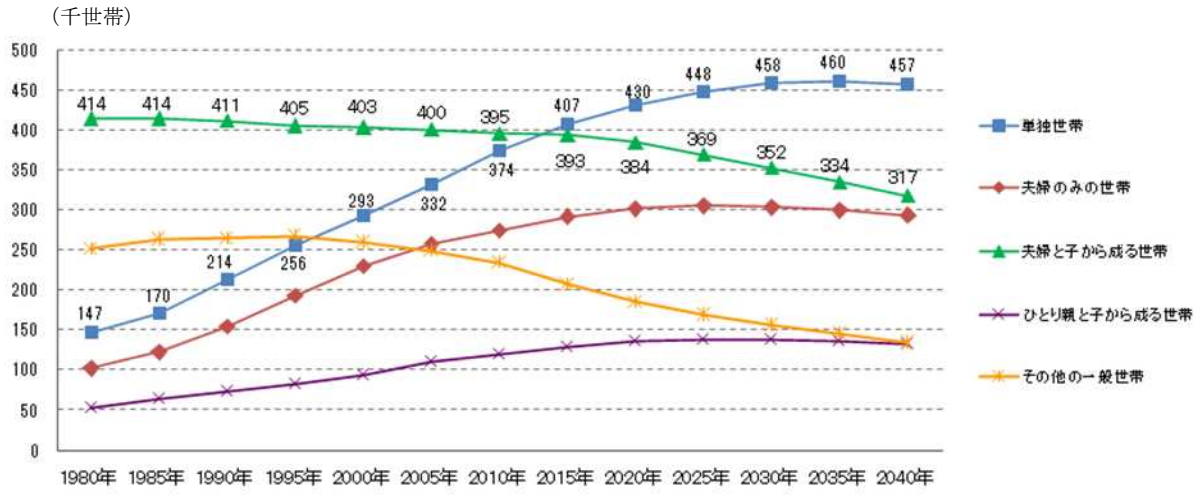
（１）家族類型別世帯数及び割合

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

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

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

図表２－１－３　静岡県の家族類型別世帯数の推移



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

（２）高齢者世帯

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

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

図表２－１－４　静岡県の家族構成別世帯数の推移

（単位：世帯数）（ ）は総世帯に対する割合

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

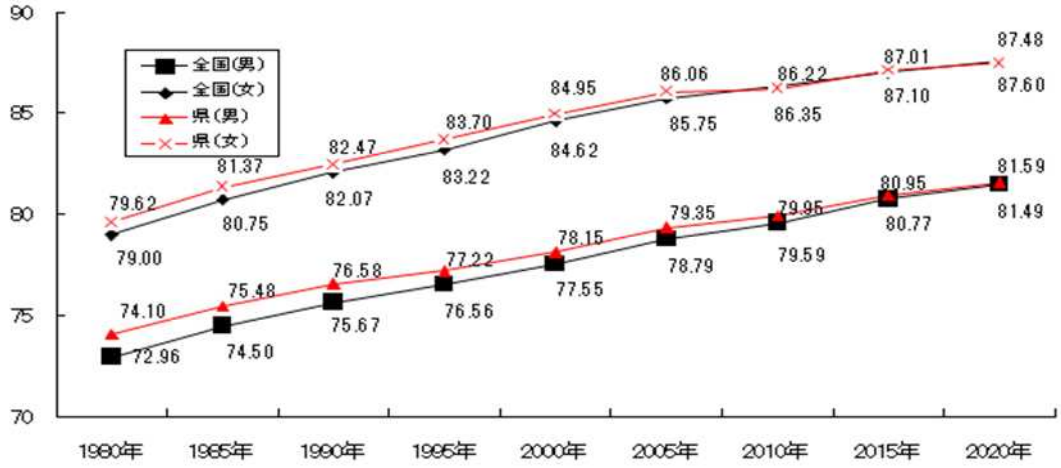
※2020 年は実績

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

３　平均寿命と健康寿命

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

図表２－１－５　平均寿命の推移（本県と全国）



（出典：厚生労働省統計情報部「都道府県別生命表」）

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

図表２－１－６　健康寿命の上位都道府県(2019 年)

男　性		
順位	都道府県	歳
1	大分県	73,72
2	山梨県	73.57
2	埼玉県	73.48
4	滋賀県	73.46
５	**静岡県**	**73.45**
全　国		72.68

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

（出典：厚生労働省公表資料（2021 年 12 月公表））

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

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

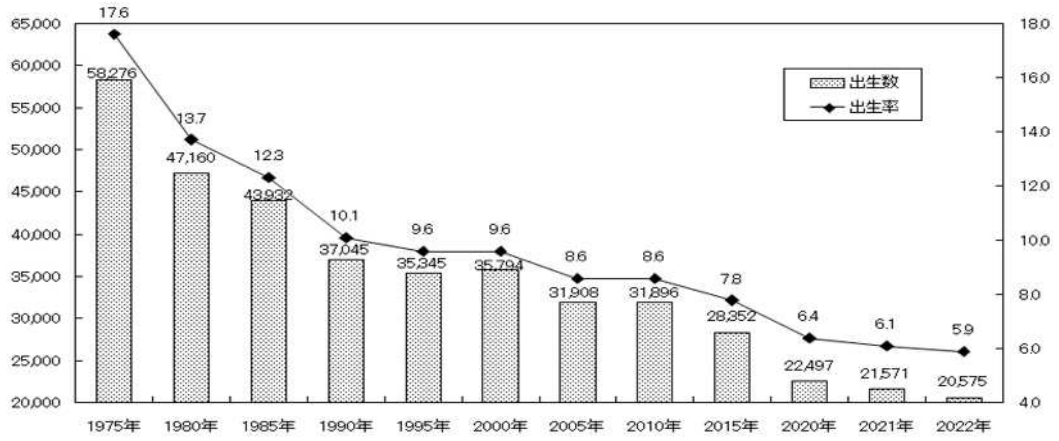
４　人口動態

（１）出生

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

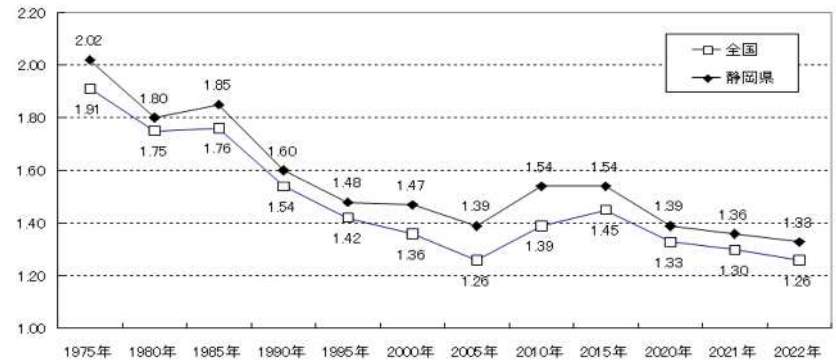
○2022 年の合計特殊出生率[3]は 1.33 で、全国平均の 1.26 を上回っています。

図表２－１－７　出生数及び出生率の推移



（出典：厚生労働省「人口動態統計」）

図表２－１－８　合計特殊出生率の推移



（出典：厚生労働省「人口動態統計」）

（２）死亡

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

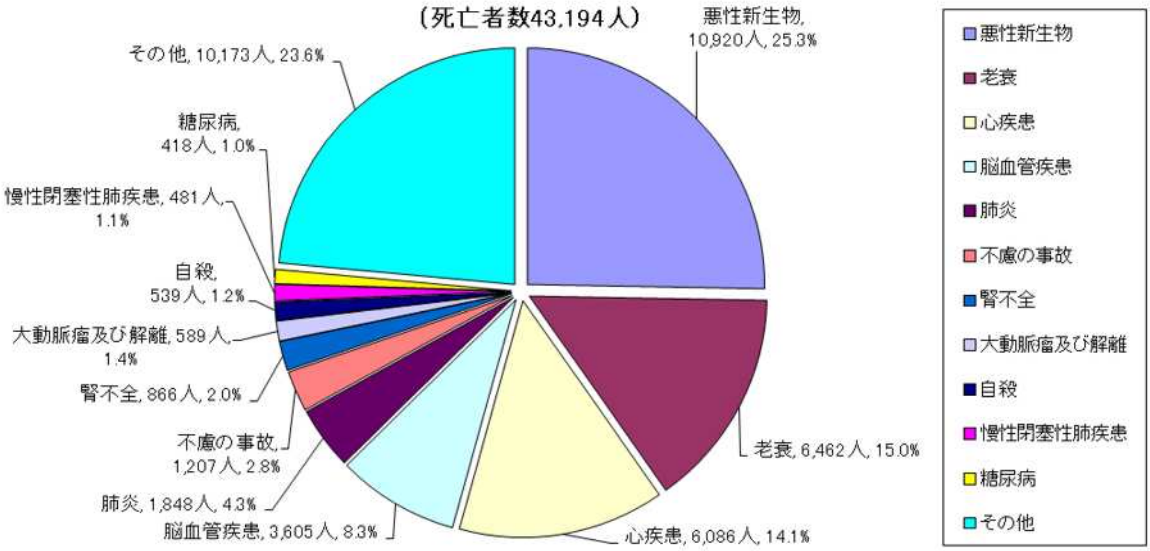
○2021 年の死亡者の死因別状況では、悪性新生物（がん）25.3%、老衰 15.0%、心疾患 14.1%、脳血管疾患 8.3%、肺炎 4.3%の順となっており、上位３死因で、全死亡の 54.4%を占めています。

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

---

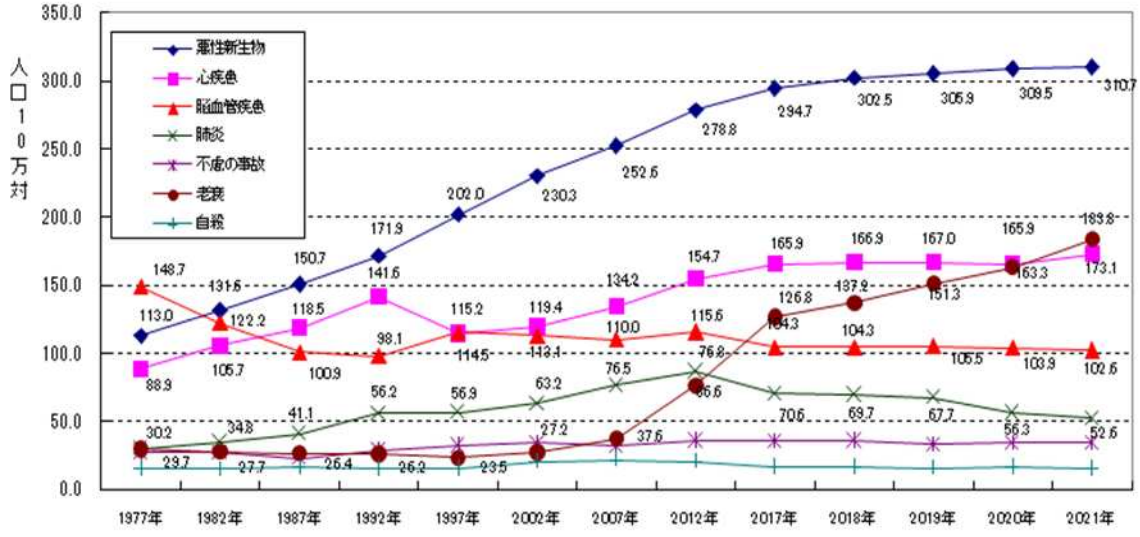
[3] 合計特殊出生率：15～49 歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、一人の女性がその年齢別出生率で一生の間に生むとしたときの子どもの数に相当する。

図表２－１－９　本県の死因別死亡者数（2021 年）



（出典：県健康福祉部政策管理局「静岡県の人口動態統計（確定数）の概要」）

図表２－１－10　主な死因別の死亡率の推移

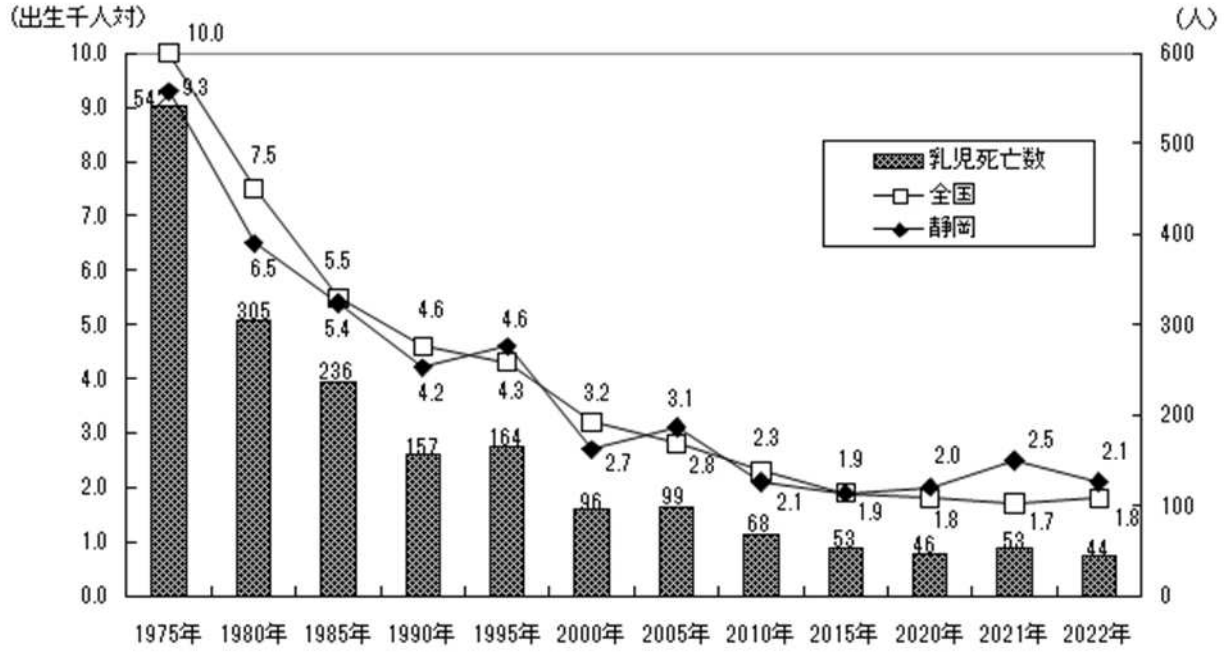


（出典：県健康福祉部政策管理局「静岡県の人口動態統計（確定数）の概要」）

（３）乳児死亡

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

図表２－１－11　乳児死亡率及び乳児死亡数の推移



（出典：厚生労働省「人口動態統計」）

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

第２節　受療動向

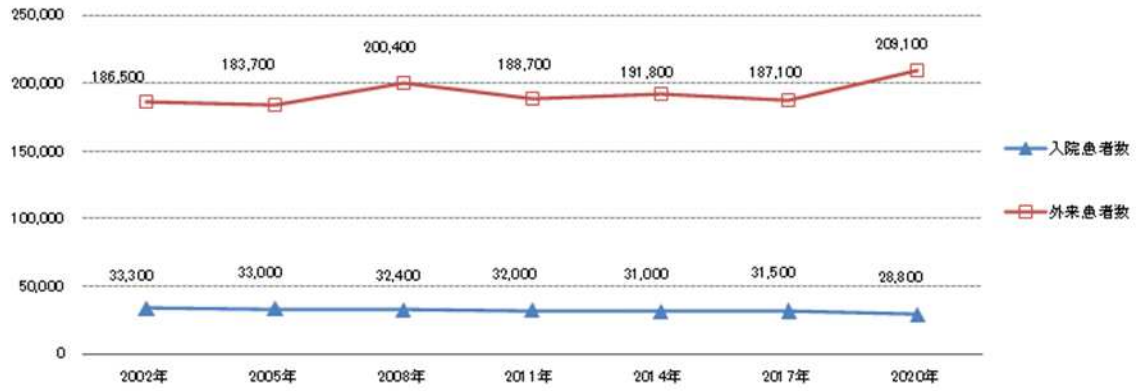
１　患者数

（１）入院・通院患者の状況

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

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

図表２－２－１　入院・外来患者の推移



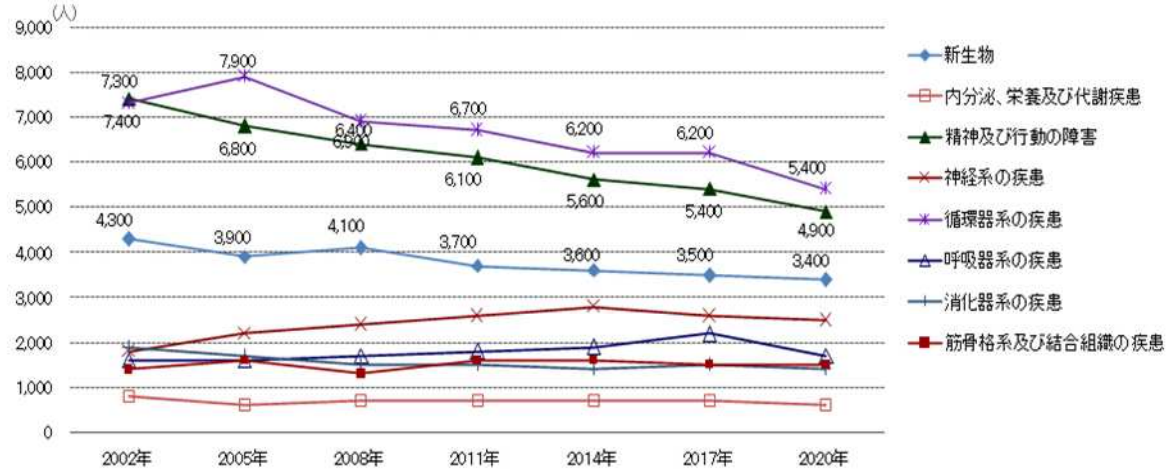
（出典：厚生労働省「患者調査」）

（２）疾病別推計患者数

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

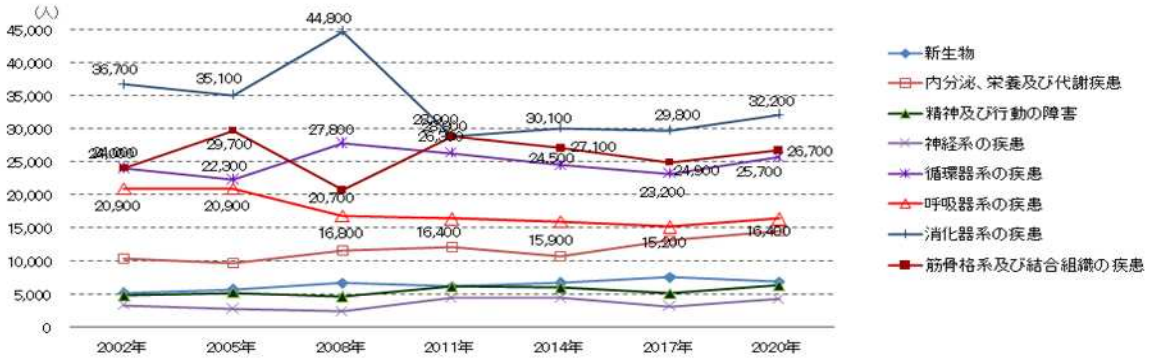
○また、外来については、「消化器系の疾患」が最も多く３万 2,200 人、次いで「筋骨格系及び結合組織の疾患」が２万 6,700 人、「循環器系の疾患」が２万 5,700 人となっています。

図表２－２－２　疾患別推計患者数の推移（入院）



（出典：厚生労働省「患者調査」）

図表２－２－３　疾患別推計患者数の推移（外来）



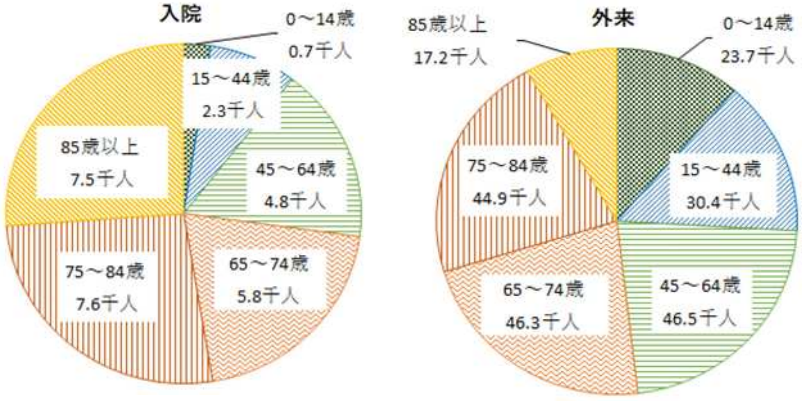
（出典：厚生労働省「患者調査」）

（３）年齢階級別の推計患者数

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

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

図表２－２－４　年齢階級別推計患者数（入院・外来）（2020 年）



（出典:厚生労働省「患者調査」）

２　受療率

（１）入院受療率・外来受療率

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

（２）年齢階級別受療率

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

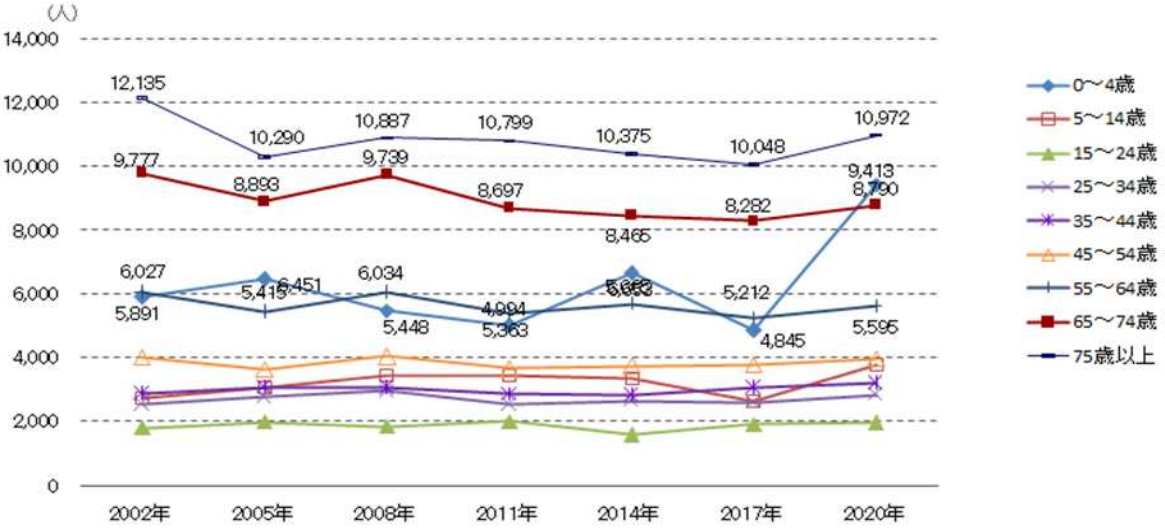
○外来受療率では、75 歳以上が 10,972 で最も高く、次いで 0 歳～4 歳の 9,413、65 歳～74 歳の 8,790 となっています。

図表２－２－５　年齢階級別受療率の推移（入院）



（出典：厚生労働省「患者調査」）

図表２－２－６　年齢階級別受療率の推移（外来）



（出典：厚生労働省「患者調査」）

３　県民意向調査

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

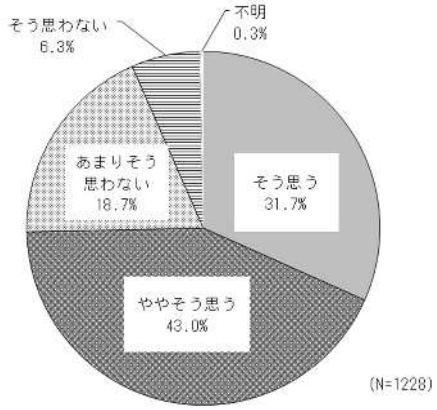
調査対象：静岡県全域
標 本 数：静岡県内の市町に居住する満 20 歳以上の県民　2,000 人
回 収 数：1,228 人（回収率 61.4%）
調査方法：郵送法
調査時期：2023 年１月下旬～２月中旬

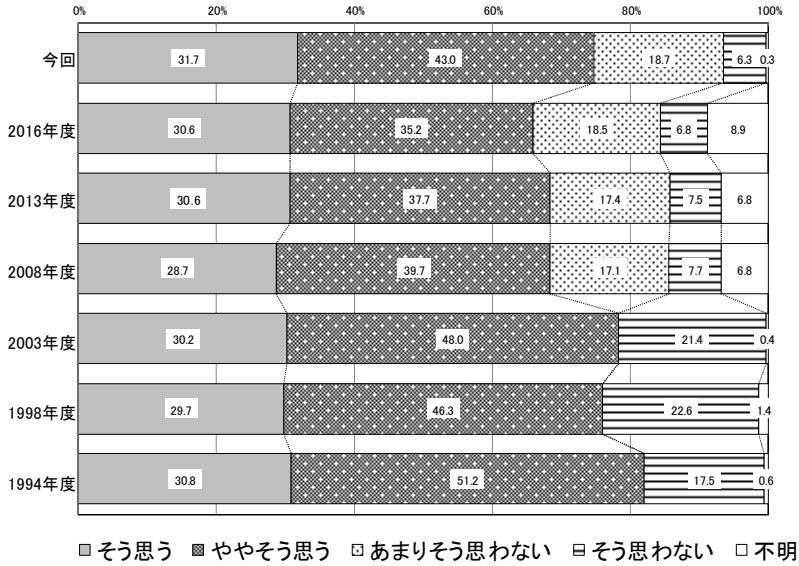
（１）自身の健康状態

ア　自分が健康であると思うか

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

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



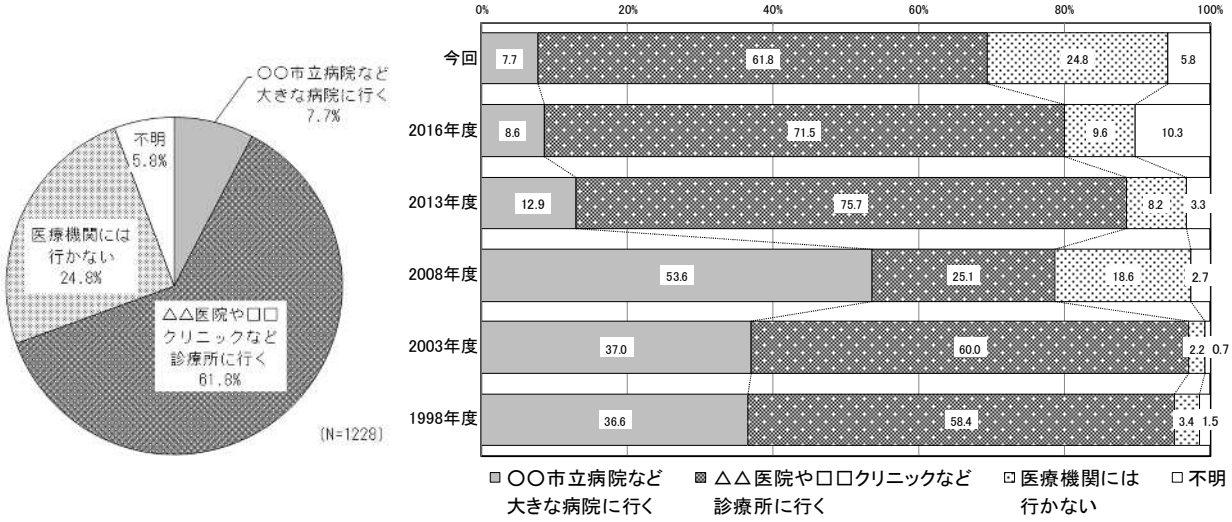


（２）医療機関にかかった状況

ア　軽い病気にかかったと思われる場合の対応

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

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

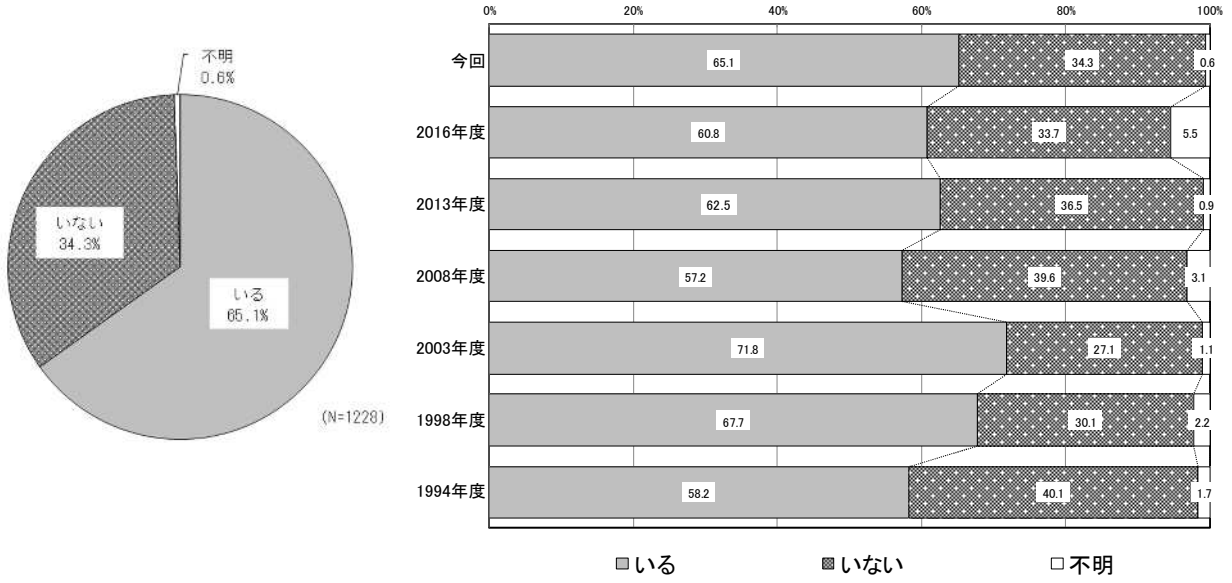


（３）かかりつけ医

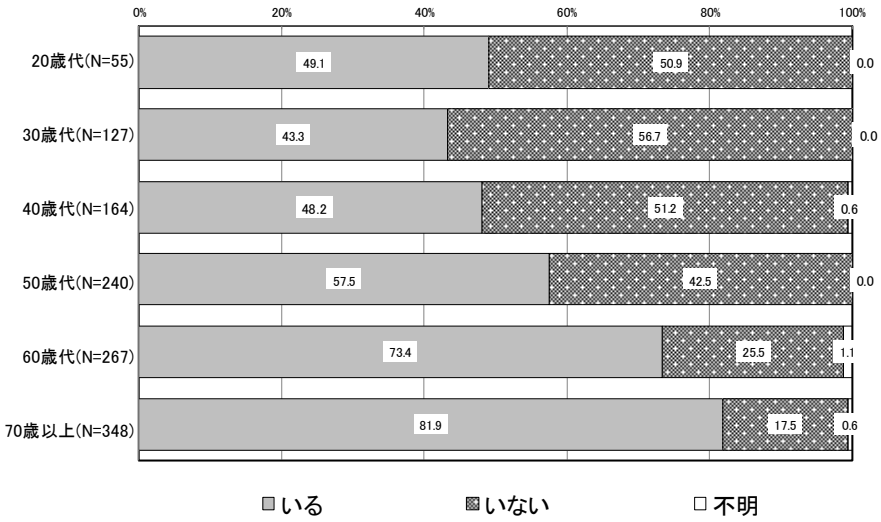
ア　かかりつけ医の有無

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

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

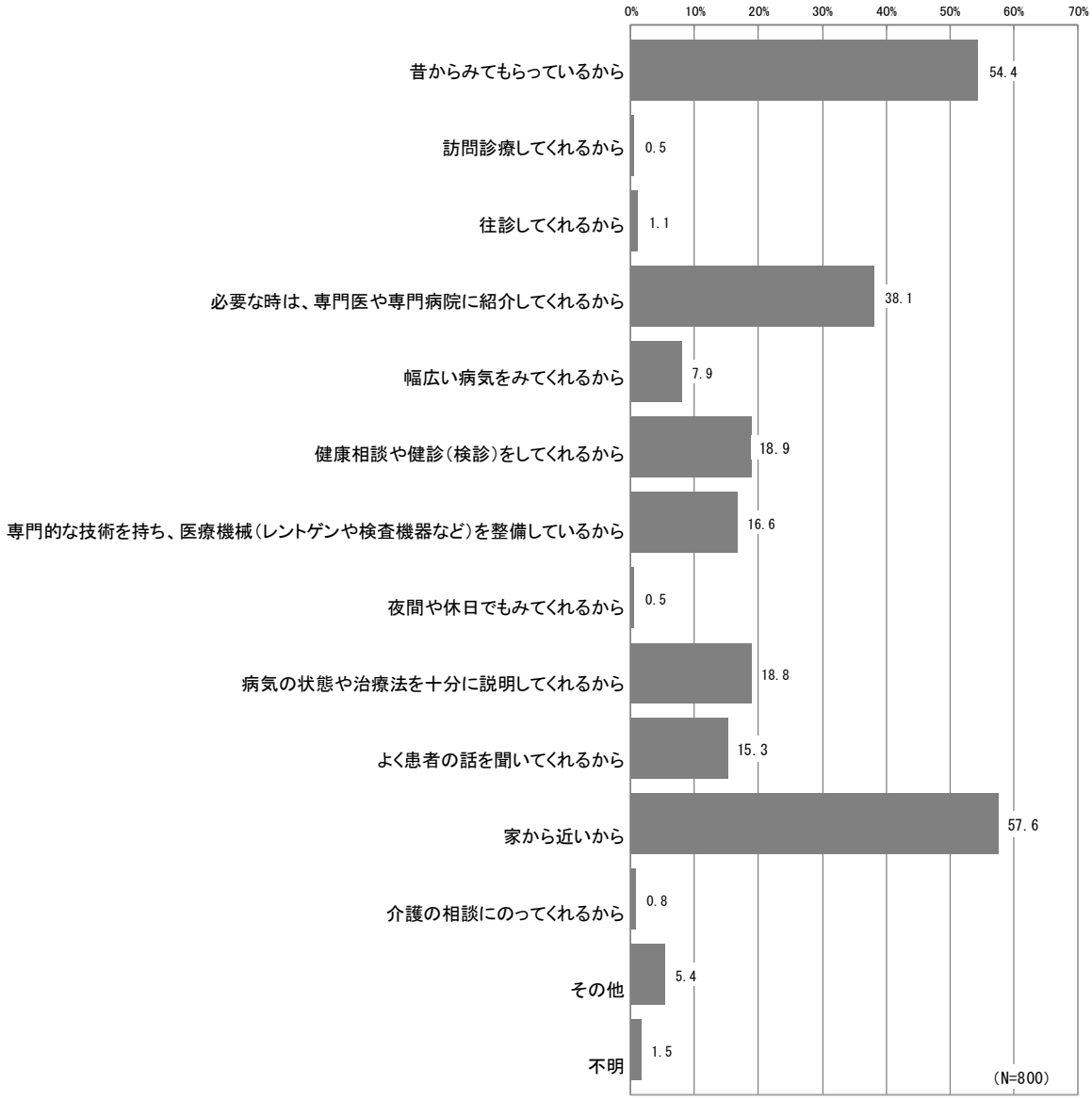


○年代別では、20 歳代から 40 歳代では、「いない」が半数を占めているのに対し、50 歳代以上は「いる」が半数を占め、70 歳以上では８割を占めています。



イ　かかりつけになっている主な理由

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

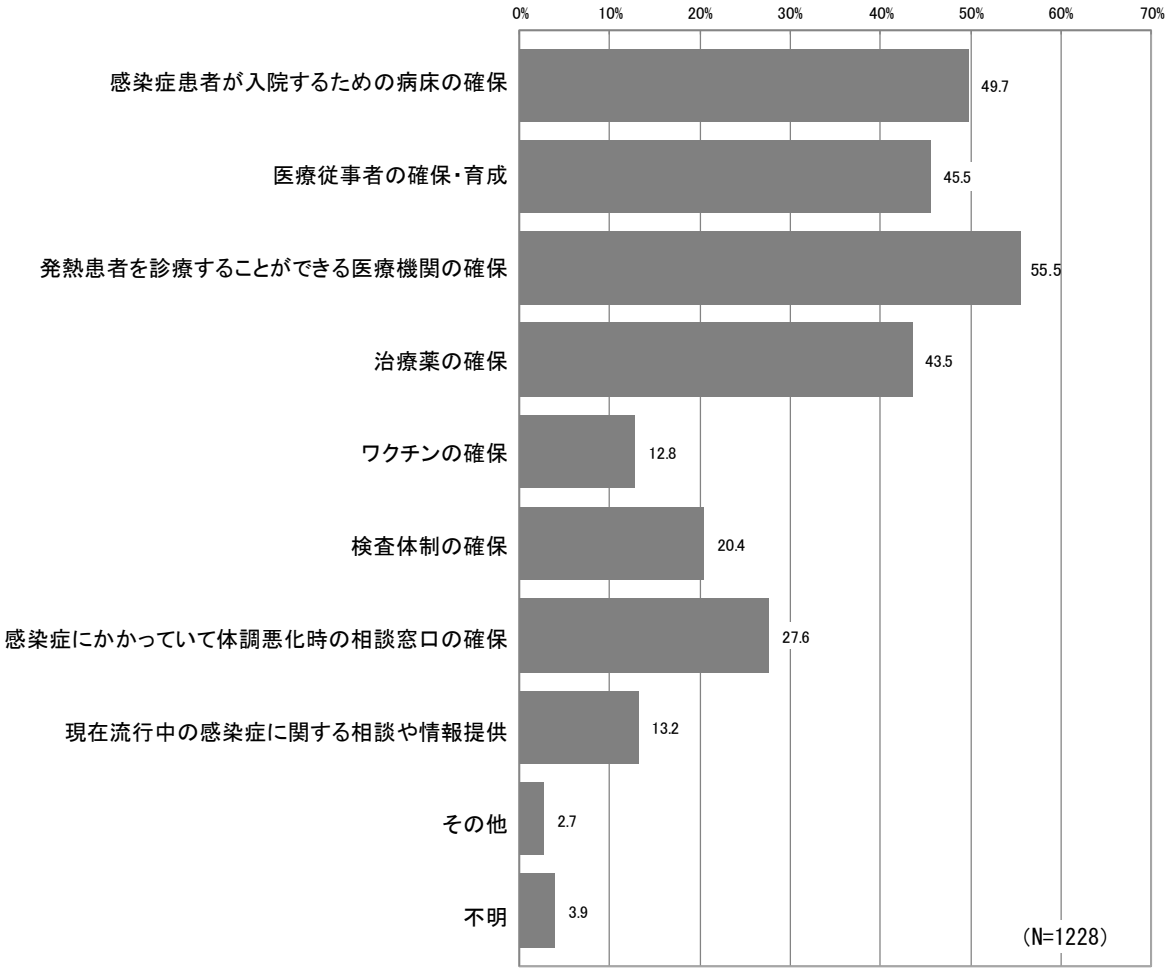


（４）感染症、新型コロナワクチン接種について

ア　感染症対策として、静岡県が特に充実を図るべきだと思うもの

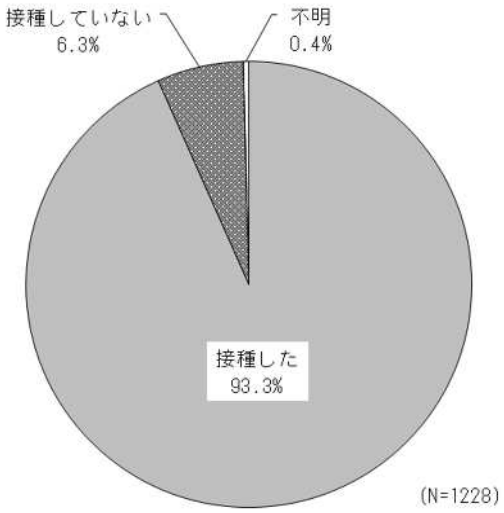
○「感染症対策として、静岡県が特に充実を図るべきだと思うもの」については、「発熱患者を診療することができる医療機関の確保」が 55.5％で最多、以下、「感染症患者が入院するための病床の確保」49.7％、「医療従事者の確保・育成」45.5％となっています。

○「その他」では、「医療従事者賃上げ」、「買い物サポート」、「学校のリモート授業化」等の意見が挙げられました。



イ　新型コロナウイルス感染症のワクチンの接種有無

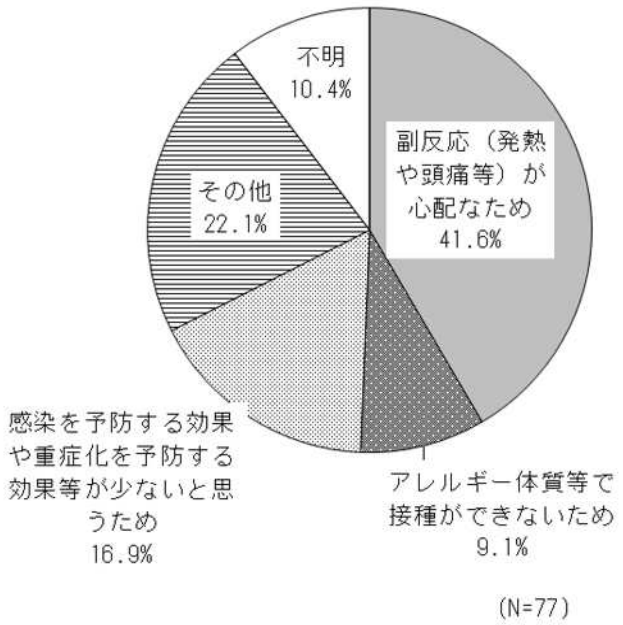
○「新型コロナウイルス感染症のワクチンの接種有無」については、「接種した」が 93.3%、「接種していない」が 6.3%となっています。



ウ　新型コロナワクチン接種をしなかった理由

○「新型コロナワクチン接種をしなかった理由」については、「副反応（発熱や頭痛等）が心配なため」が 41.6%で最多、以下、「その他」22.1%、「感染を予防する効果や重症化を予防する効果等が少ないと思うため」16.9%、「アレルギー体質等で接種ができないため」9.1%となっています。

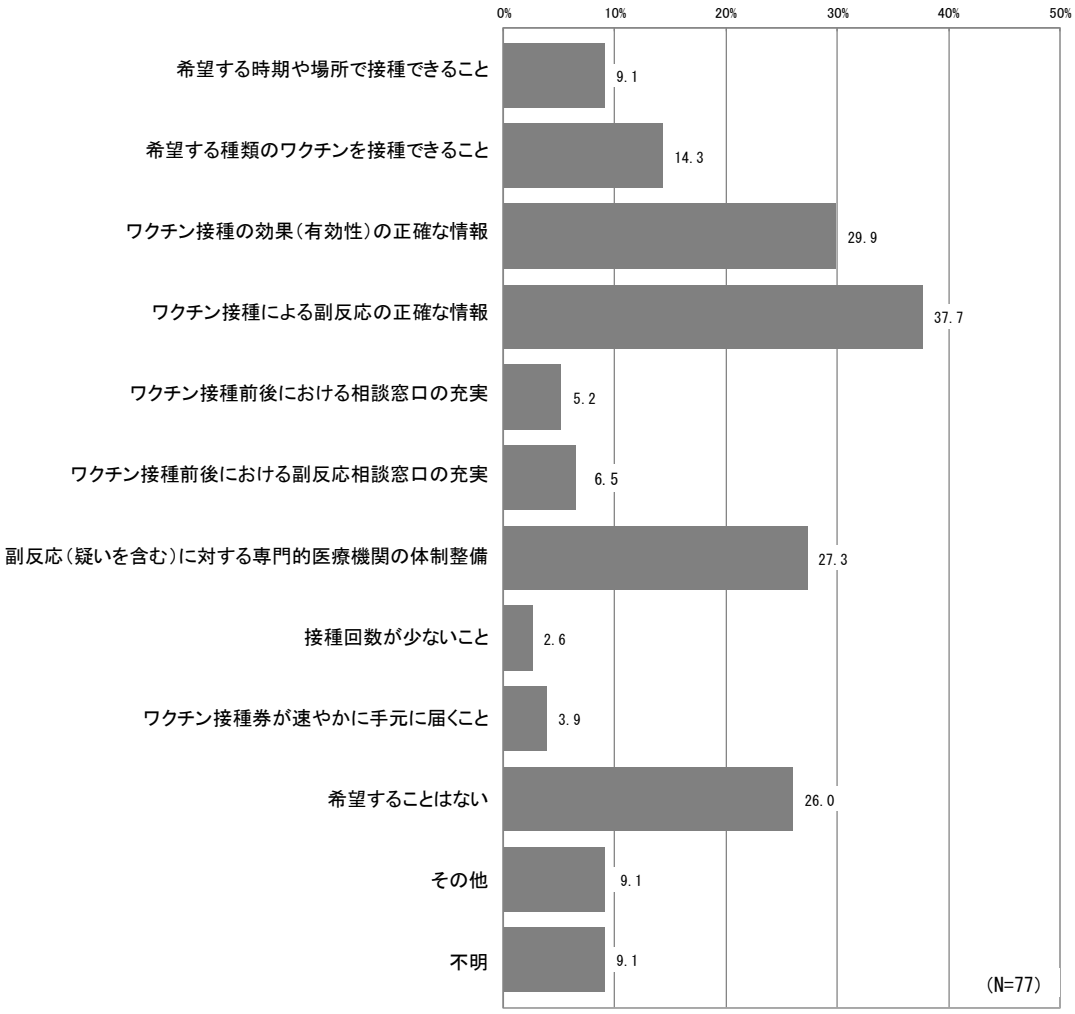
○「その他」では、「信用性がないから」、「効果がなく、副作用が重篤」、「かかりつけ医に相談した上で接種しなくてもよいと言われたから」等の意見が挙げられました。



エ　接種しなかった方が新型コロナワクチン接種に希望すること

○「接種しなかった方が新型コロナワクチン接種に希望すること」については、「ワクチン接種による副反応の正確な情報」が 37.7%で最多、以下、「ワクチン接種の効果（有効性）の正確な情報」29.9%、「副反応（疑いを含む）に対する専門的医療機関の体制整備」27.3%となっています。

○「その他」では、「国内メーカーで生産すること」、「ワクチンの正確な成分、安全性の正確な情報」等が挙げられました。

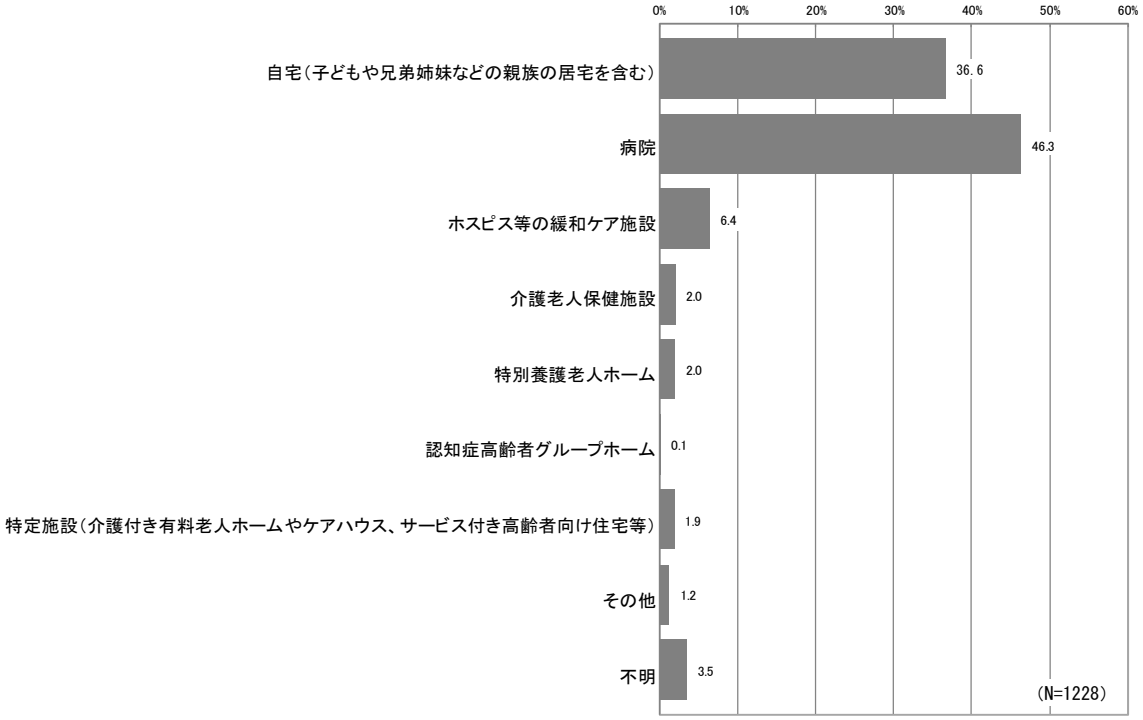


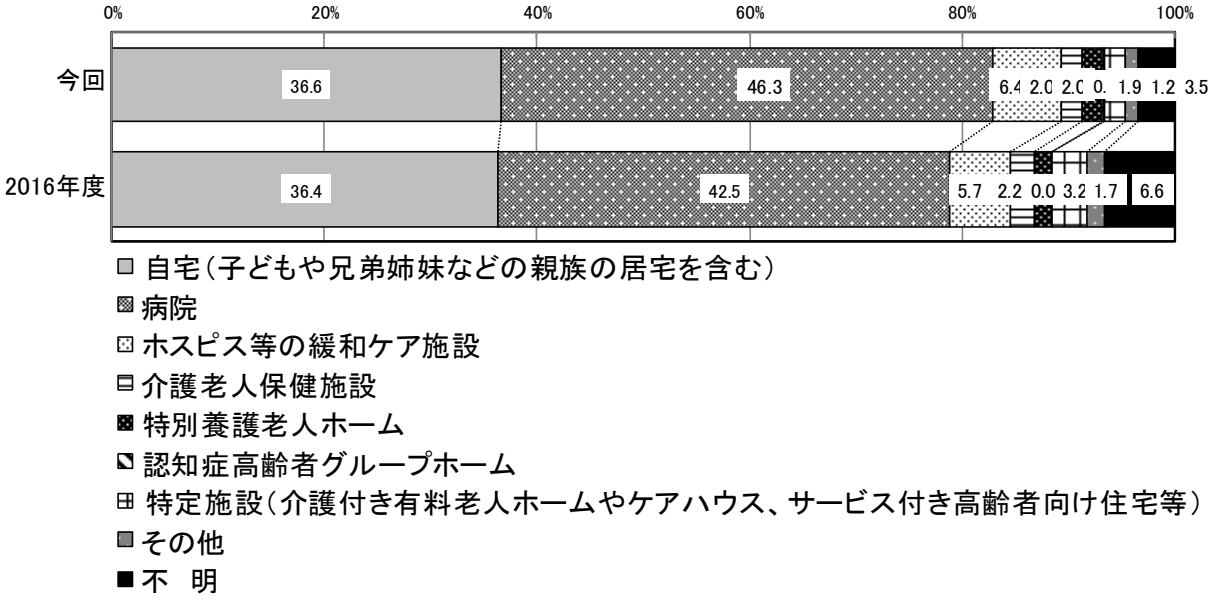
（５）在宅医療について

ア　長期療養を望む場所

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

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

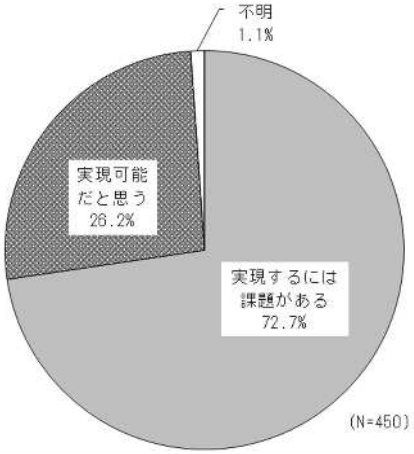


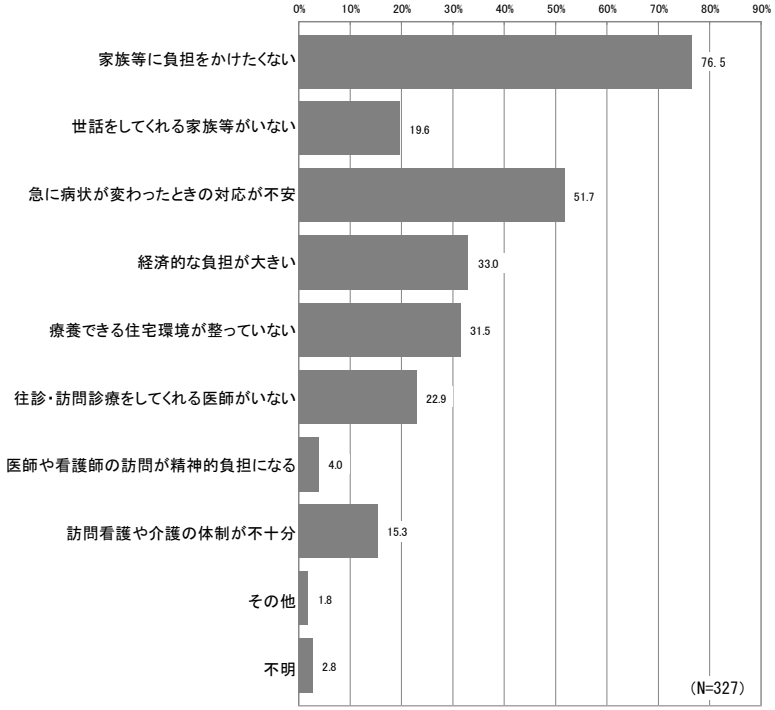


イ　自宅で長期療養することの実現可能性、課題と思うもの

○長期療養場所を「自宅」と回答した人にその実現可能性を尋ねたところ、全体では「実現するには課題がある」が 72.7%、「実現可能だと思う」が 26.2%となっています。

○「課題がある」と回答した人にその課題を尋ねたところ、全体では「家族等に負担をかけたくない」が 76.5%で最多、以下「急に病状が変わったときの対応が不安」51.7%、「経済的な負担が大きい」33.0%となっています。

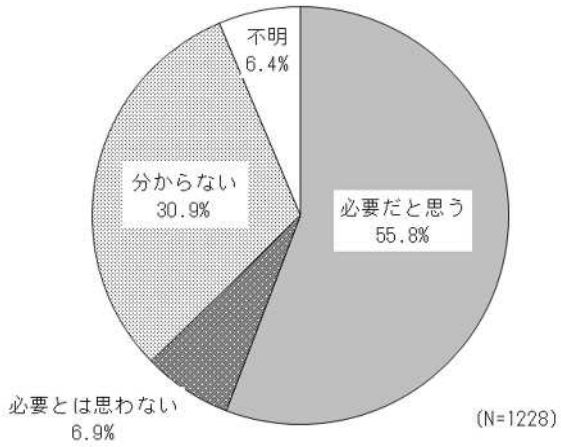


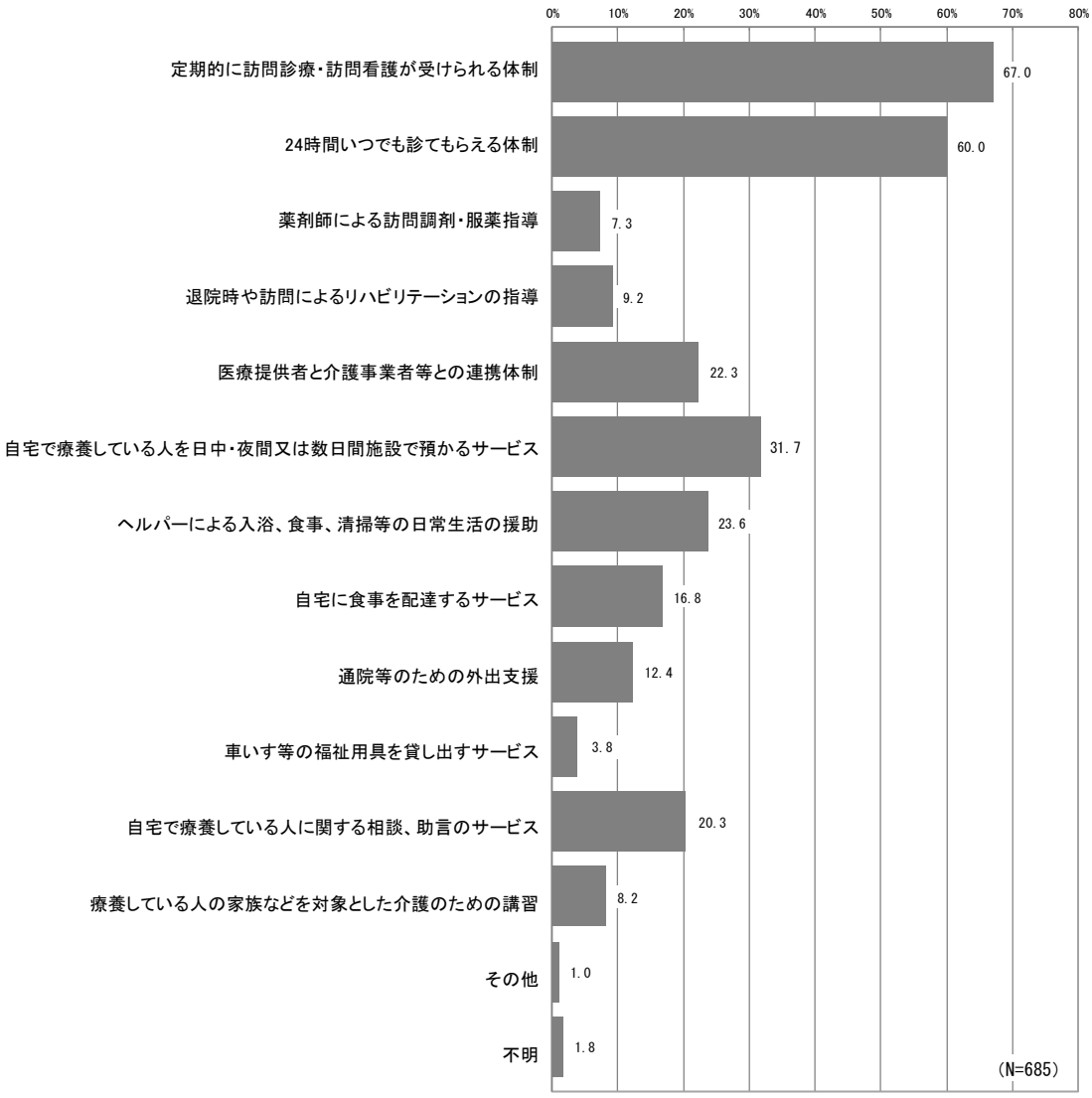


ウ　在宅医療の充実の必要性、整備が重要な体制

○「在宅医療の充実の必要性」について、全体では「必要だと思う」が 55.8%、次いで「分からない」30.9%、「必要とは思わない」6.9%となっています。

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

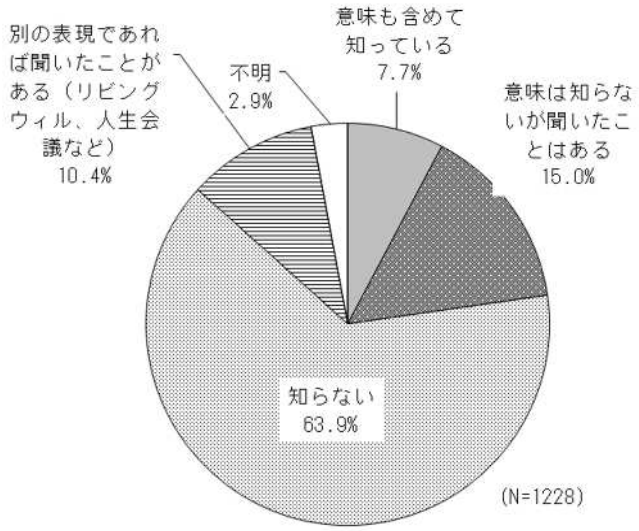




（６）人生の最終段階における医療（終末期医療）について

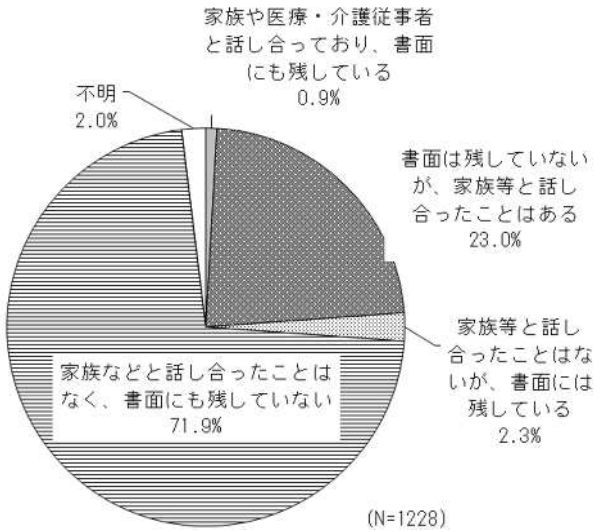
ア　「アドバンス・ケア・プランニング[5]（ACP）」を知っているか

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



イ　終末期医療における家族や親族との話し合い状況

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



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

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

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

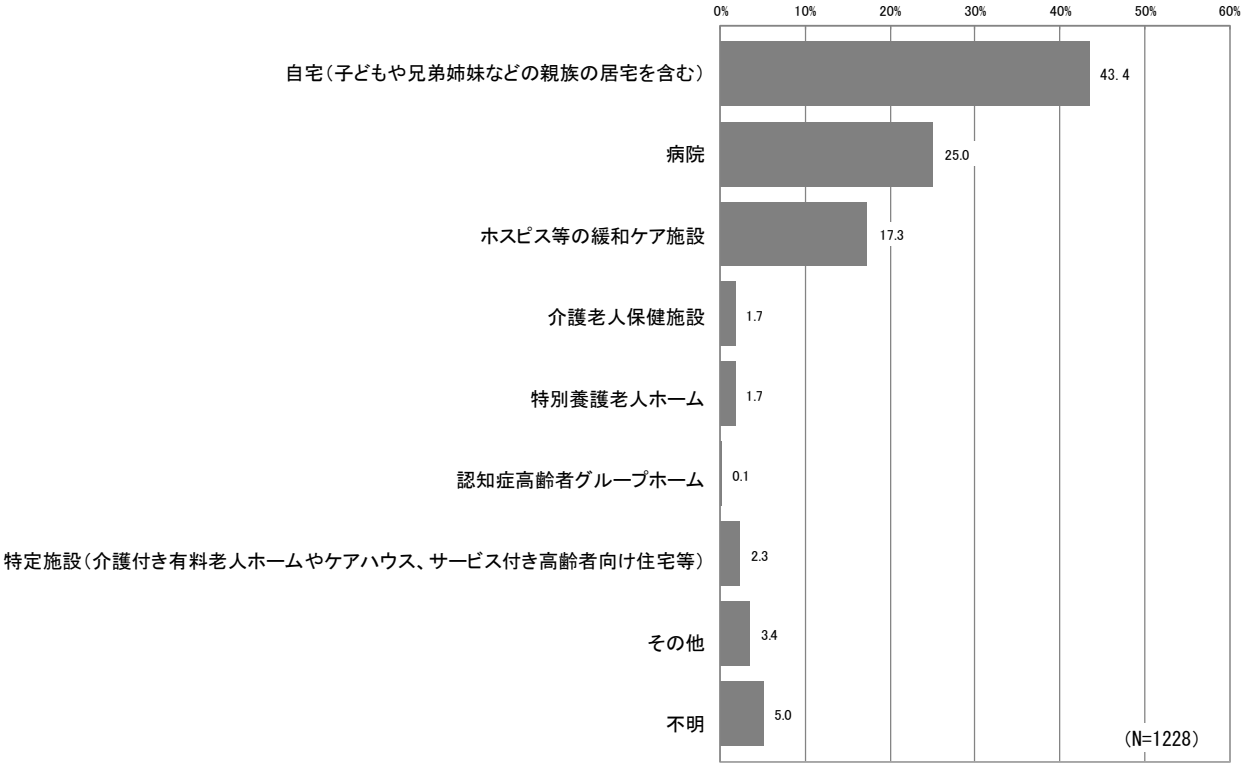


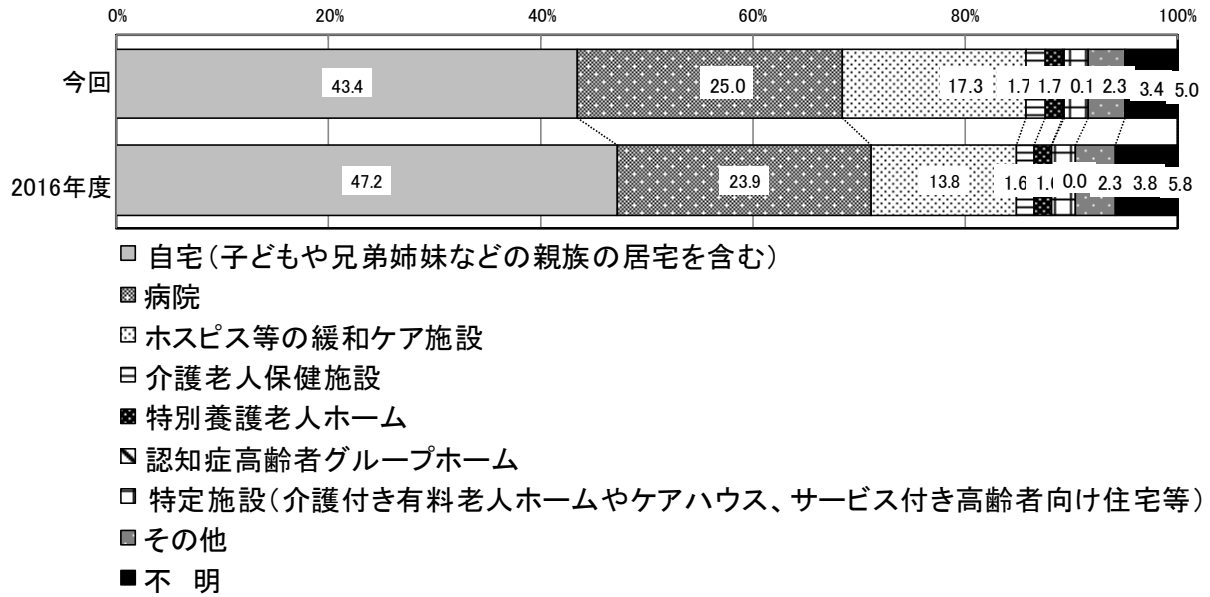
ウ　人生の最期を迎えたい場所

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

◯「その他」では、「どこでも良い」との回答が最多となりました。

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

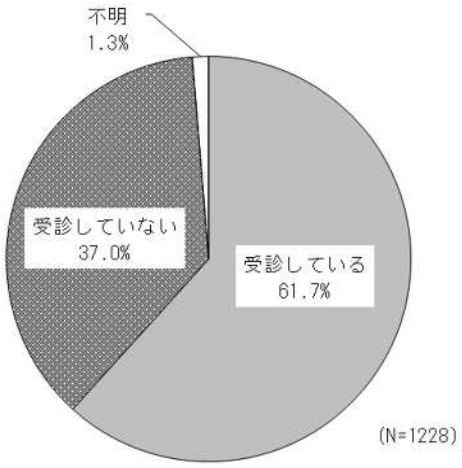




（７）特定健診・特定保健指導について

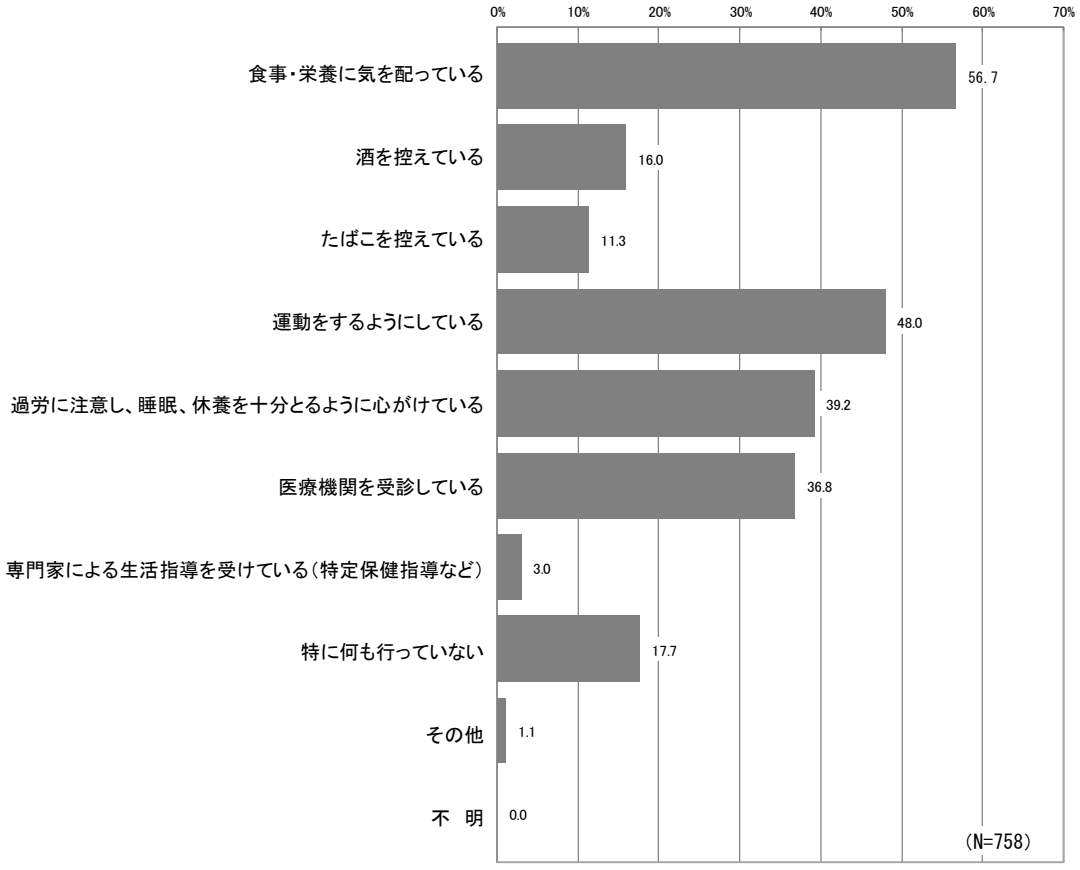
ア　特定健康診査（人間ドッグ含む）を受診しているか

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



イ　健診を受けた結果を生活改善に生かしているか

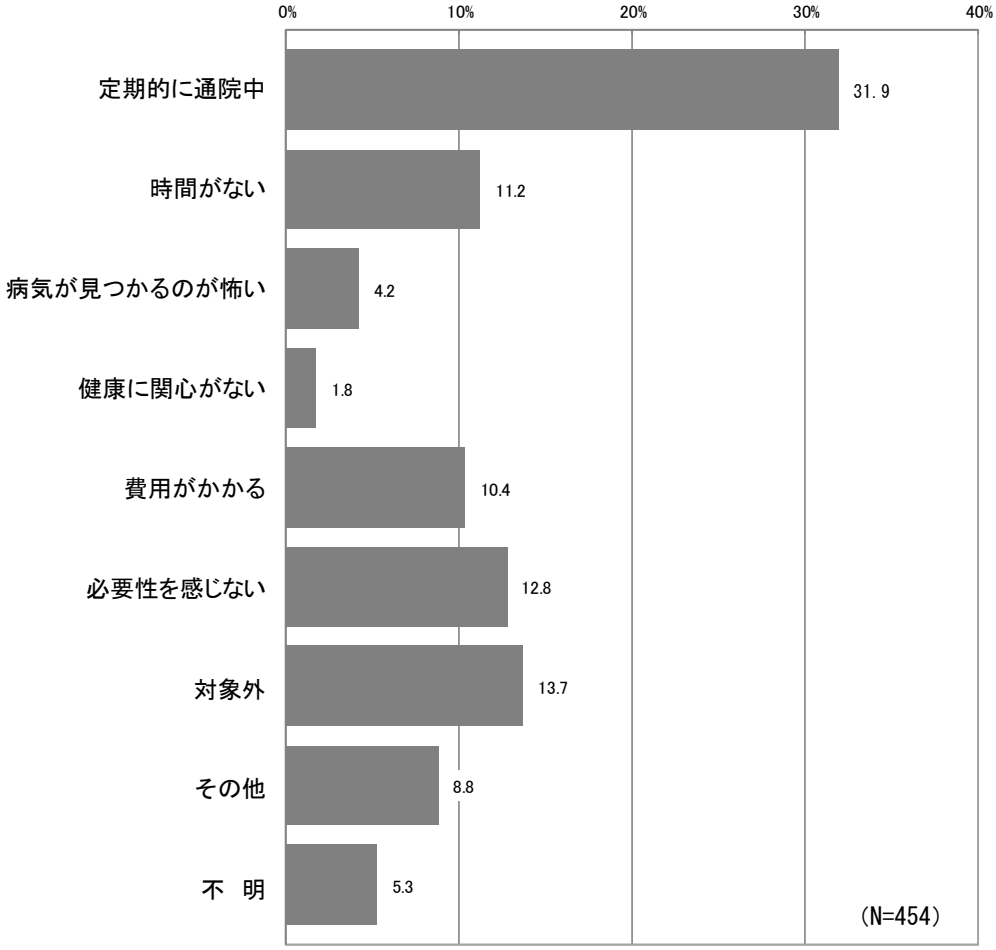
○「健診を受けた結果を生活改善に生かしているか」について、全体では「食事・栄養に気を配っている」が56.7%で最多、以下「運動するようにしている」48.0%、「過労に注意し、睡眠、休養を十分とるように心がけている」39.2%となっています。



ウ　特定健康診査を受診しない理由

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

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

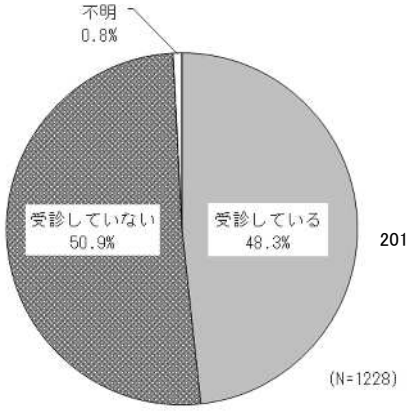


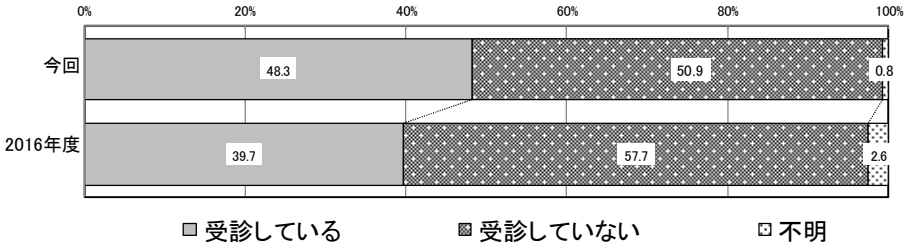
（８）歯科・口腔ケアについて

ア　年に１回以上の歯垢除去や定期的な歯科検診の受診

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

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

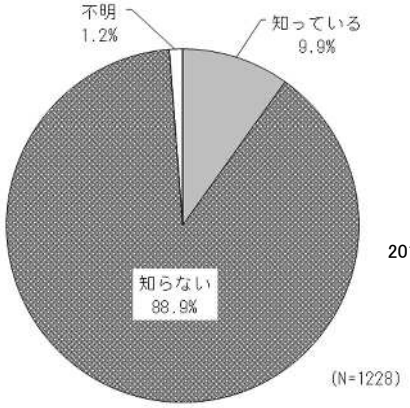


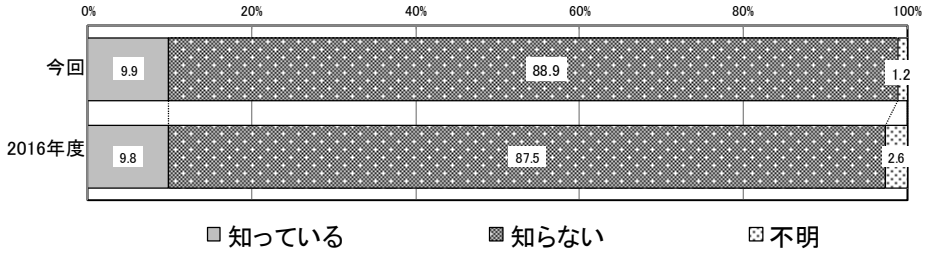


イ　訪問診療を行う歯科診療所の認知度

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

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

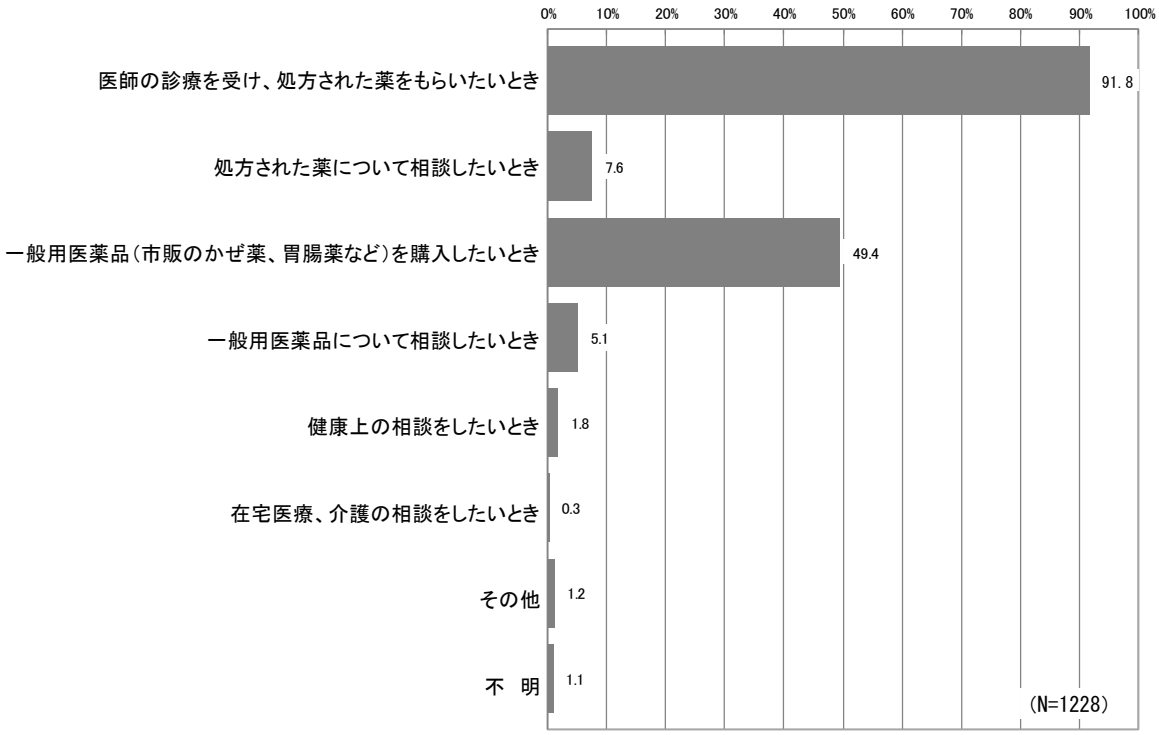




（９）薬局・薬について

ア　普段、どのようなときに薬局を利用しているか

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

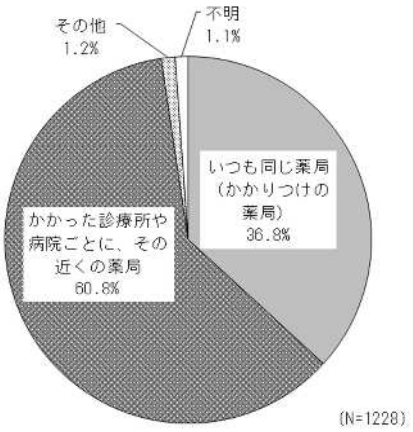


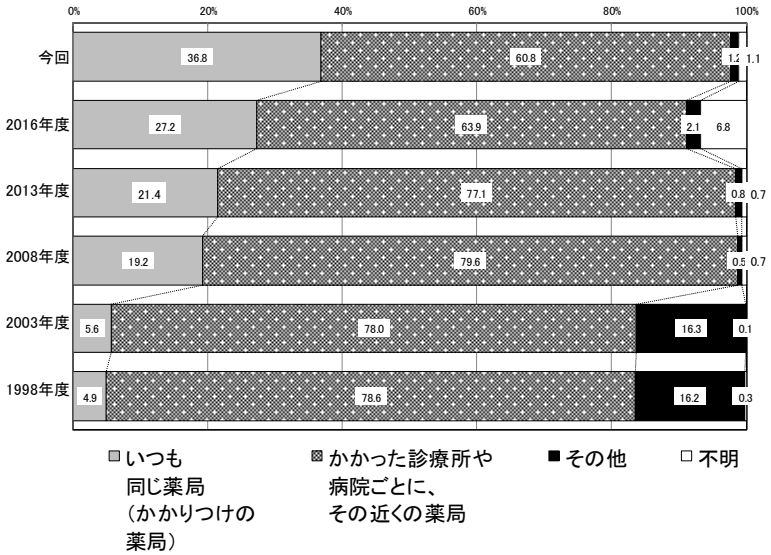
イ　調剤してもらう薬局

○「調剤薬局」について、全体では「かかった診療所や病院ごとに、その近くの薬局」が 60.8％、「いつも同じ薬局（かかりつけの薬局)」36.8％となっています。

○「その他」では、「院内薬局」との回答が多数挙げられました。

○過去調査との比較では、2008 年度を境に「いつも同じ薬局（かかりつけの薬局)」が徐々に増加し、今回の調査では３割を超えました。

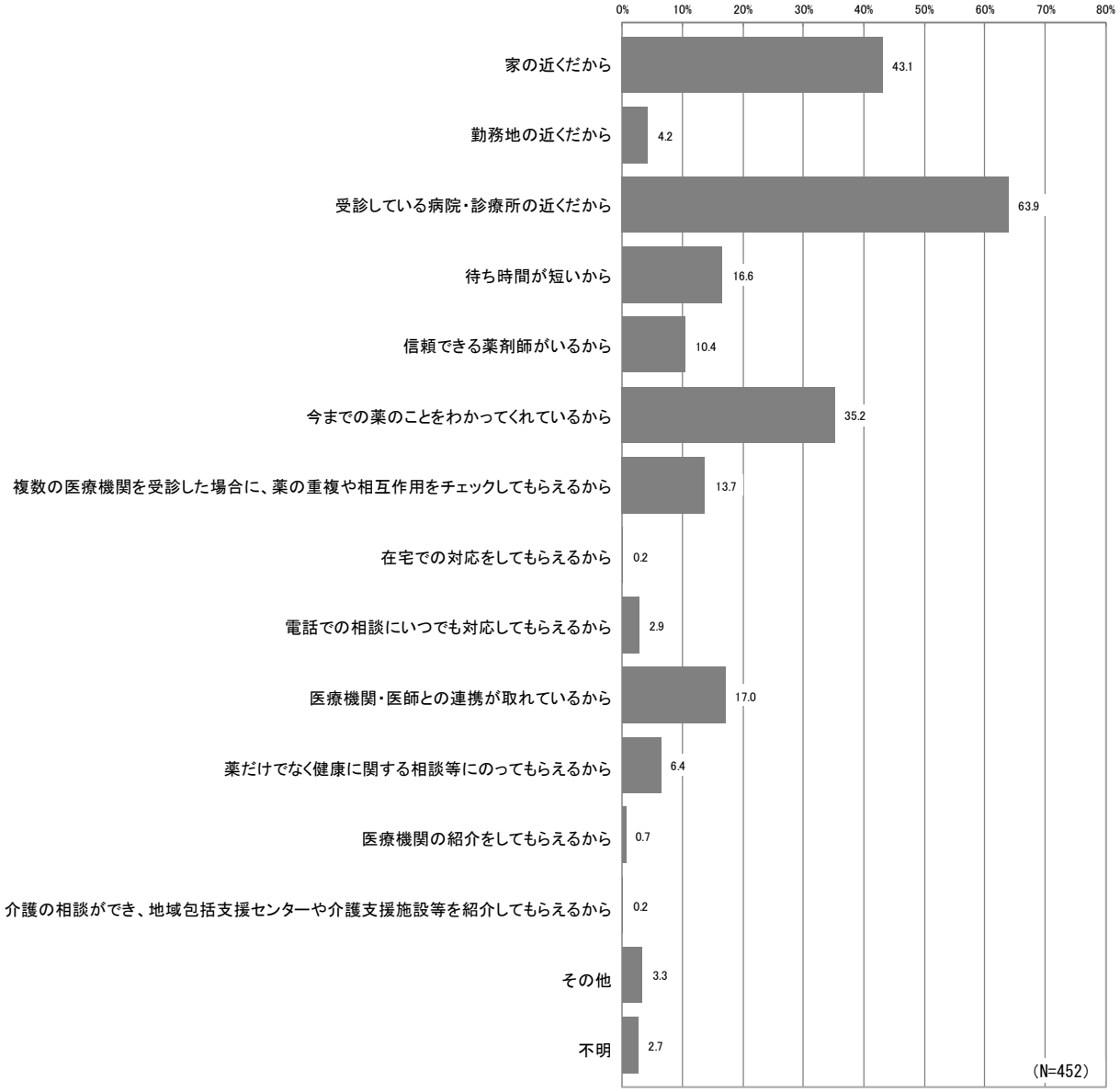




ウ　いつも同じ薬局（かかりつけの薬局）を選んだ理由

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

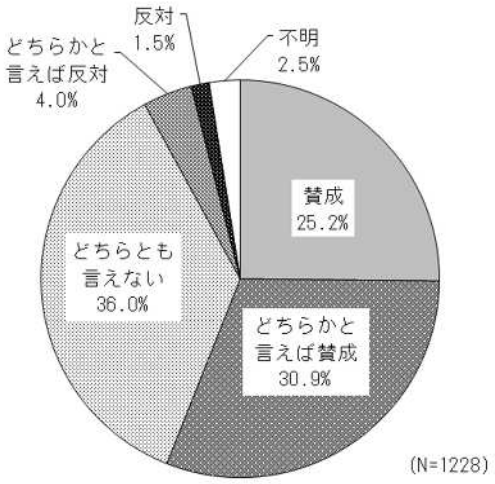
○「その他」では、「ドラッグストアで、ポイントがつくから」、「スーパーで、買い物もできるから」等の回答が多く挙げられました。



(10) 今後の地域医療体制について

ア　それぞれの医療機関の機能に応じて役割分担して治療すること

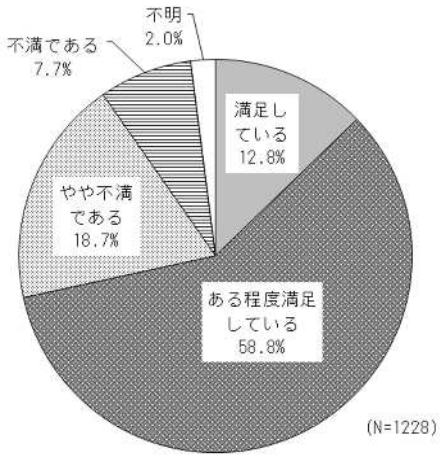
○「それぞれの医療機関の機能に応じて役割分担して治療すること」について、「賛成」と「どちらかと言えば賛成」を合算した『賛成』は 56.1%となっています。以下、「どちらとも言えない」36.0%、「どちらかと言えば反対」4.0%、反対 1.5%となっています。



イ　居住地域の医療機関の整備状況

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

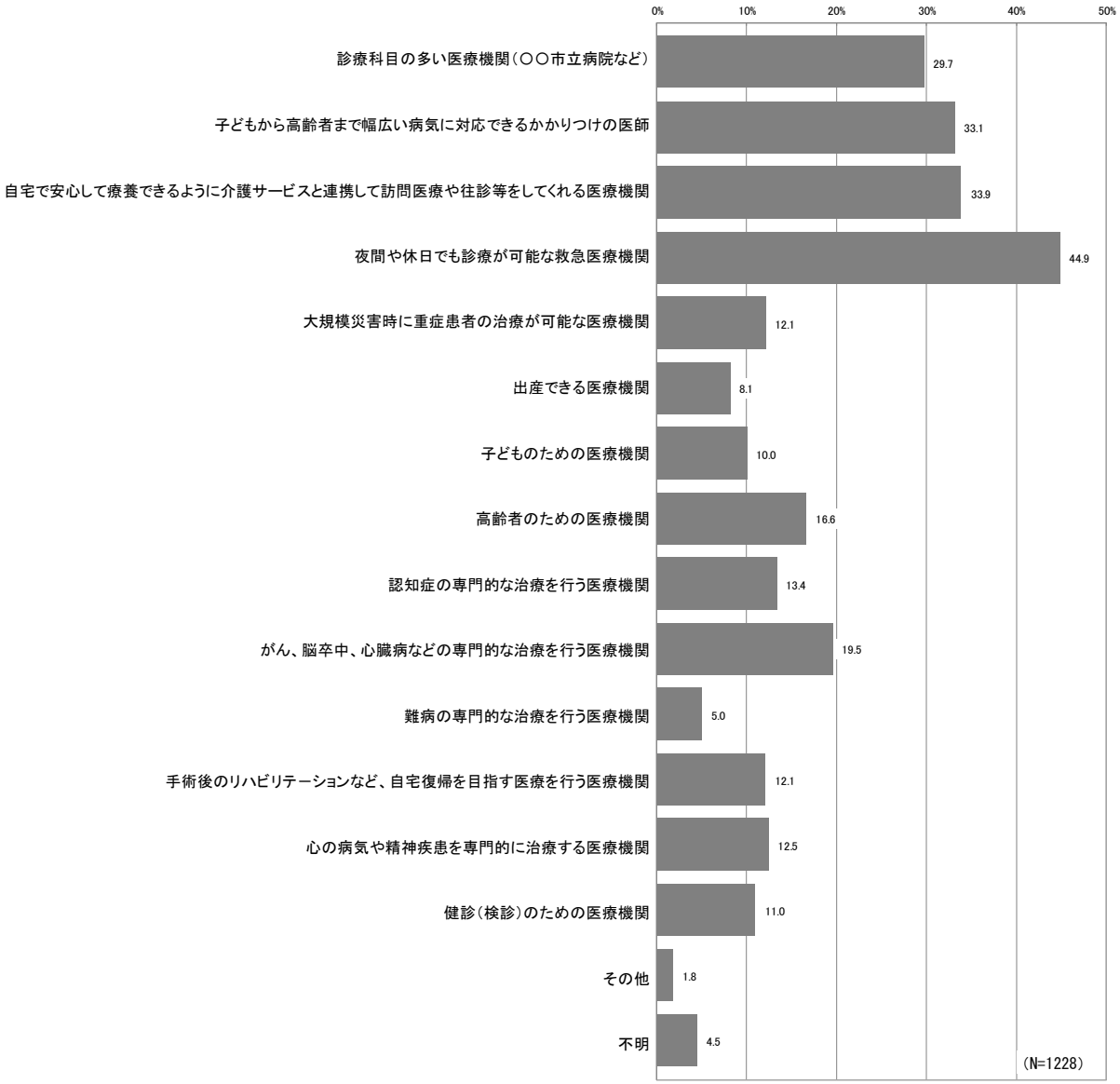
○「満足している」と「ある程度満足している」を合算した『満足』は 71.6%となっています。



ウ　今後特に整備充実を図るべき医療体制

○「今後特に整備拡充を図るべきだと思う医療体制」について、全体では「夜間や休日でも診療が可能な救急医療機関」が 44.9%で最多、以下「自宅で安心して療養できるように介護サービスと連携して訪問診療や往診等をしてくれる医療機関」33.9%、「子どもから高齢者まで幅広い病気に対応できるかかりつけの医師」33.1%となっています。

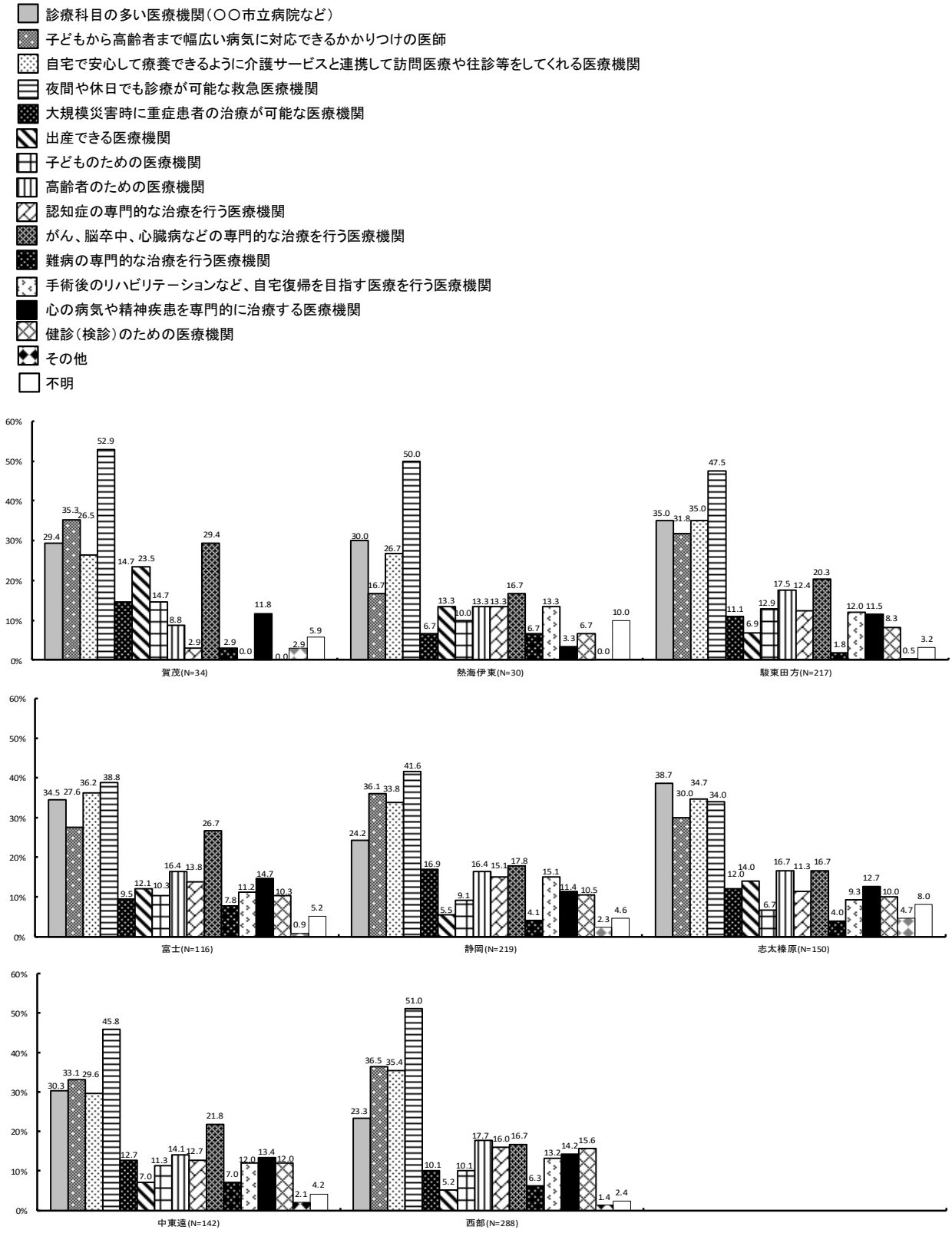
○「その他」では、「労働者の確保」、「出産後に滞在できる産後ケアホテルのような整備」、「慢性期から在宅移行までを支える医療機関」等が挙げられました。



＜２次保健医療圏別＞

・志太榛原以外の圏域では「夜間や休日でも診療が可能な救急医療機関」が最も多く、志太榛原では「診療科目の多い医療機関（○○市立病院など)」が最も多くなりました。

・賀茂、富士では「がん、脳卒中、心臓病などの専門的な治療を行う医療機関」が３割弱と、他の圏域と比較して高くなっています。



第３節　医療資源

１　病院及び診療所の概況

（１）病院

○2023 年４月１日現在、病院数は 170 施設、病床数は 36,127 床で、2018 年と比較して 2,405 床少なくなっています。

○病床の種類については、一般病床が 20,951 床、療養病床が 8,571 床、精神病床が 6,465 床で、人口 10 万人当たりの一般病床数は 588.3 床です。

（２）診療所

ア　一般診療所

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

○人口 10 万人当たりの一般診療所数は、77.4 施設です。

イ　歯科診療所

○2023 年４月１日現在の歯科診療所数は、1,743 施設です。

○人口 10 万人当たりの歯科診療所数は、48.9 施設です。

図表２－３－１　医療施設（病院・診療所）数の推移　（単位：施設）

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

（各年４月１日現在：県医療政策課調べ）

図表２－３－２　使用許可病床数の推移　（単位：床）

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

（各年４月１日現在：県医療政策課調べ）

２　医療人材の概況

（１）医師

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

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

（２）歯科医師

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

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

（３）薬剤師

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

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

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

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

※（　）内は人口10万人当たり　　出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

（４）看護師

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

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

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

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

※（　）内は人口10万人当たり　　出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

第３章　保健医療圏

第１節　保健医療圏の設定の基本的考え方

○県民が生涯にわたり健康な生活を送れるようにするためには、県民の誰もが、いつでもどこでも適切な保健医療サービスが受けられるよう、健康増進から疾病予防、健康診断、治療及びリハビリテーションに至る包括的で継続性のある医療提供体制の整備が必要です。

○このため、保健・医療・福祉の連携と施策の効果的な展開を図る地域単位として、また、限られた医療資源の適正な配置と機能連携を図り、医療提供体制の確保を図るための地域単位として、自然的条件及び社会的条件も踏まえた上、保健医療圏を設定します。

○２次保健医療圏は、特殊な医療を除く入院医療に対応し、医療機関の機能連携に基づく医療サービスと広域的、専門的な保健サービスとの連携等により、県民に包括的な保健医療サービスを提供する圏域です。また、主として病院及び診療所の病床の整備を図る地域的単位として設定され、一般病床及び療養病床の基準病床数を設定します。

○なお、保健医療圏の設定は、医療法等に基づき、医療計画を推進していくための区域として設定するものであり、県民の医療機関の選択等を妨げる趣旨のものではありません。

第２節　保健医療圏の設定

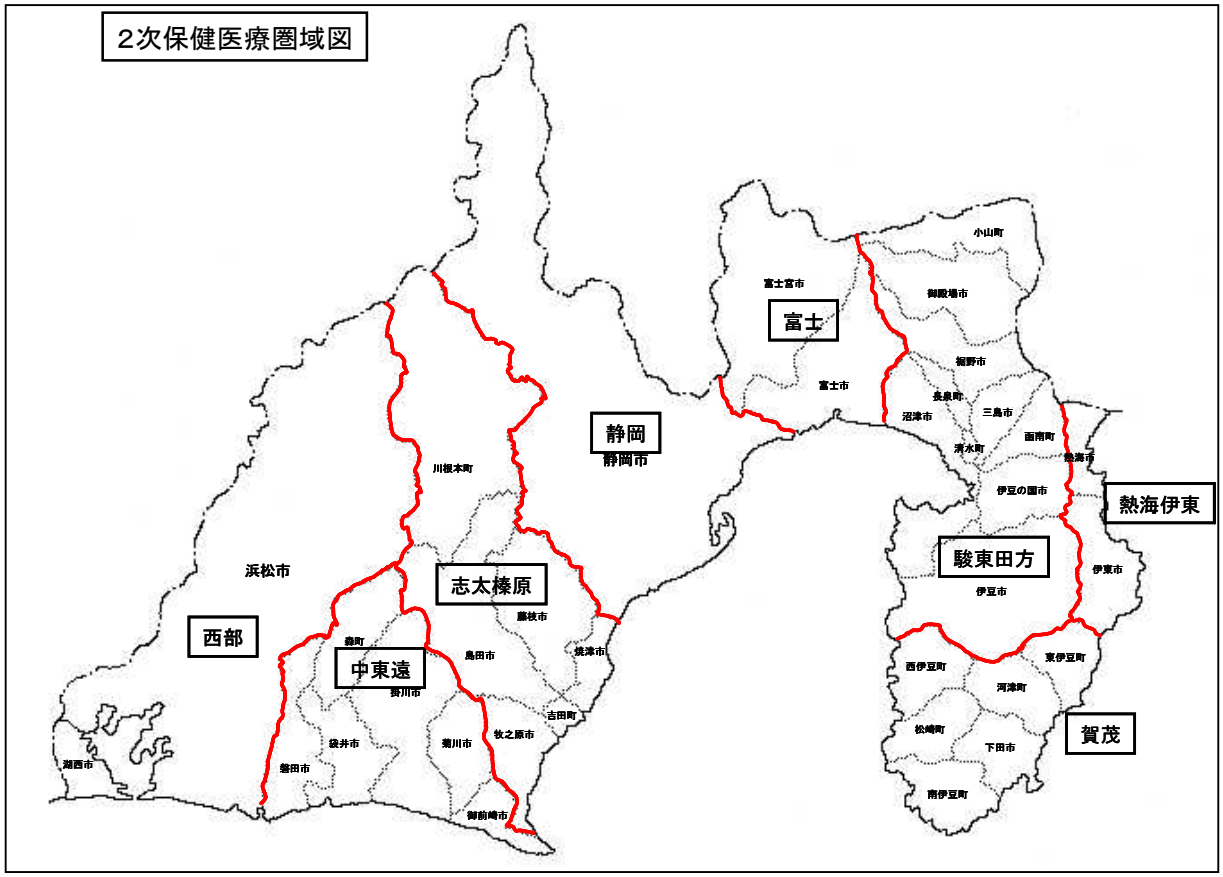
１　２次保健医療圏

○２次保健医療圏の設定は、入院・外来受療動向、保健医療資源の状況、交通事情、行政機関・関係団体等の管轄区域等、社会的条件を考慮して行います。

○厚生労働省の医療計画作成指針では、「人口規模が 20 万人未満の２次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合（特に、流入患者割合が 20%未満であり、流出患者割合が 20%以上である場合）、その設定の見直しについて検討する」こととされています。2023 年５月に本県が実施した在院患者調査によると、見直し基準に該当する医療圏はありませんでした。

○在院患者調査の結果及び地域医療協議会における意見等を踏まえ、２次保健医療圏の区域は現行のとおりとし、広域での対応が必要な疾病・事業については、医療資源の実情に応じて、隣接する２次保健医療圏間での連携等により適切な医療提供体制を確保していきます。なお、静岡県長寿社会保健福祉計画における、介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定める単位となる圏域である「高齢者保健福祉圏域」とも一致した圏域としています。

図表３－１　２次保健医療圏域図



図表３－２　２次保健医療圏別構成市町・面積・人口

医療圏	構成市町名	面積（km²）	人口（人）
賀　茂	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町	583.4	55,726
熱海伊東	熱海市、伊東市	185.8	95,402
駿東田方	沼津市、三島市、御殿場市、裾野市、伊豆市、伊豆の国市、函南町、清水町、長泉町、小山町	1,276.8	621,322
富　士	富士宮市、富士市	634.0	366,092
静　岡	静岡市	1,411.9	677,286
志太榛原	島田市、焼津市、藤枝市、牧之原市、吉田町、川根本町	1,209.4	442,369
中東遠	磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町	831.1	458,800
西　部	浜松市、湖西市	1,644.6	836,521
計		7,777.0	3,553,518

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

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

図表３－３　一般・療養病床の流出入患者割合

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

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

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

２　３次保健医療圏

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

（参考）１次保健医療圏

○１次保健医療圏は、法令上は特に明記されていませんが、住民自らが健康づくりに取り組むとともに、日常的な健康相談、住民の健康管理、疾病予防及び日常的疾病や外傷等の診断、治療、在宅医療等住民に密着した保健医療サービスを福祉サービスと一体となって提供していく基本的な区域として、位置付けできます。

○日常的な傷病に対応する医療は、身近に受診できるかかりつけ医療機関を中心とした地域医療体制が必要です。本県では、市町の保健・医療提供体制も大きく異なることから、１次保健医療圏については、かかりつけ医等によるプライマリーケアが推進される区域を地域の実情に応じてとることとします。

第３節　基準病床数

○基準病床数は、病床の適正配置の促進と適切な入院医療の確保を目的に、病床整備の基準として、医療法第 30 条の４第２項第 17 号の規定に基づき、病床の種類ごとに定めるものです。一般病床及び療養病床は２次保健医療圏ごとに、精神病床、感染症病床及び結核病床は県全域でそれぞれ定めることとされています。

○基準病床数の算定については、入院受療率や平均在院日数など、国が示す係数、算定式を用いて行います。

○既存病床数が基準病床数を上回る圏域においては、原則として病院及び有床診療所の開設、増床等はできず、開設の中止、増床数の削減等の知事の勧告の対象となります。

○本県における病床種別ごとの基準病床数及び既存病床数は次のとおりです。

１　２次保健医療圏における一般病床及び療養病床数

２次保健医療圏名	基準病床数 Ａ	既存病床数※ Ｂ	差引 Ｂ－Ａ
賀　　茂	４２０	７２６	３０６
熱海伊東	８５２	１，０４７	１９５
駿東田方	５，１９０	５，９５４	７６４
富　　士	２，３６５	２，５３８	１７３
静　　岡	５，４６２	６，０２９	５６７
志太榛原	２，９８２	３，３０４	３２２
中 東 遠	２，６０２	２，７５７	１５５
西　　部	５，８９１	６，７２３	８３２
計	２５，７６４	２９，０７８	３，３１４

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

２　県全域における精神病床数、結核病床数及び感染症病床数

病床の種別	基準病床数 Ａ	既存病床数※ Ｂ	差引 Ｂ－Ａ
精神病床	５，４８３	６，４００	９１７
結核病床	５６	９２	３６
感染症病床	５１	４８	▲３

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

第４章　地域医療構想

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

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

○本県においても、2016 年３月に「静岡県地域医療構想」を策定しました。

第１節　構想区域

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

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

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

第２節　2025 年の必要病床数、在宅医療等の必要量

１　推計方法

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

（１）高度急性期、急性期、回復期機能

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

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

○病床の機能区分に関しては、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値（医療資源投入量）で分析しています。

○病床の機能別分類の境界点の考え方は、図表４－１のとおりです。高度急性期は、入院基本料

---

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

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

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

図表４－１　病床の機能別分類の境界点の考え方

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

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

（２）慢性期機能及び在宅医療等[3]

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

○地域において、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計しました。その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小[4]していくこととしました。

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

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

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

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

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

２　推計結果

○2025 年における必要病床数の推計は、厚生労働省令、地域医療構想策定ガイドライン等に基づいて行いました。病床機能別の必要病床数を図表４－２に示します。

○医療需要の推計には、2025 年も現状(2013 年度)の患者受療動向と同じと仮定して推計した「医療機関所在地ベース」と、他の構想区域への患者移動はないと仮定して推計した「患者住所地ベース」とがありますが、地域医療構想策定ガイドラインの考え方に基づき、「高度急性期については医療機関所在地ベース」、「急性期、回復期、慢性期については患者住所地ベース」を用いました。

○また、都道府県間の患者移動についても調整を行い、４つの病床機能ごとに病床稼働率（高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%）で除したものを、2025 年の必要病床数として推計しました。在宅医療等の必要量については、患者に身近な地域で医療が提供できるよう、患者住所地ベースを用いました。

（１）2025 年の必要病床数

○2025 年における静岡県の必要病床数は 26,584 床、このうち高度急性期は 3,160 床、急性期は 9,084 床、回復期 7,903 床、慢性期は 6,437 床と推計しました。

○2016 年の病床機能報告における静岡県の稼働病床数は 31,158 床です。2025 年の必要病床数と比較すると 4,574 床の差が見られます。その中で、一般病床が主となる「高度急性期＋急性期＋回復期」は 21,272 床（2016 年の稼働病床数）と 20,147 床（2025 年の必要病床数）であるのに対して、療養病床が主となる「慢性期」は、9,886 床（2016 年の稼働病床数）と 6,437 床（2025 年の必要病床数）と大きな差が見られます。（図表４－３）

○慢性期におけるこの大きな差が、静岡県地域医療構想を今後実現していく上での大きな課題となります。一般病床及び療養病床の入院患者数の一部について在宅医療等へ移行することを前提としており、病床の機能分化と連携とともに、地域における介護老人保健施設など受け皿の整備も重要となります。

○なお、回復期機能については、地域包括ケア病棟及び回復期リハ病棟に限られるものではないことから、国の病床機能報告制度の見直し状況も踏まえつつ、地域医療構想調整会議における病棟単位での機能の検証など、より正確な実態把握を行っていきます。

○また、慢性期機能については、療養病床を有する医療機関の転換意向を今後も継続して把握していきます。

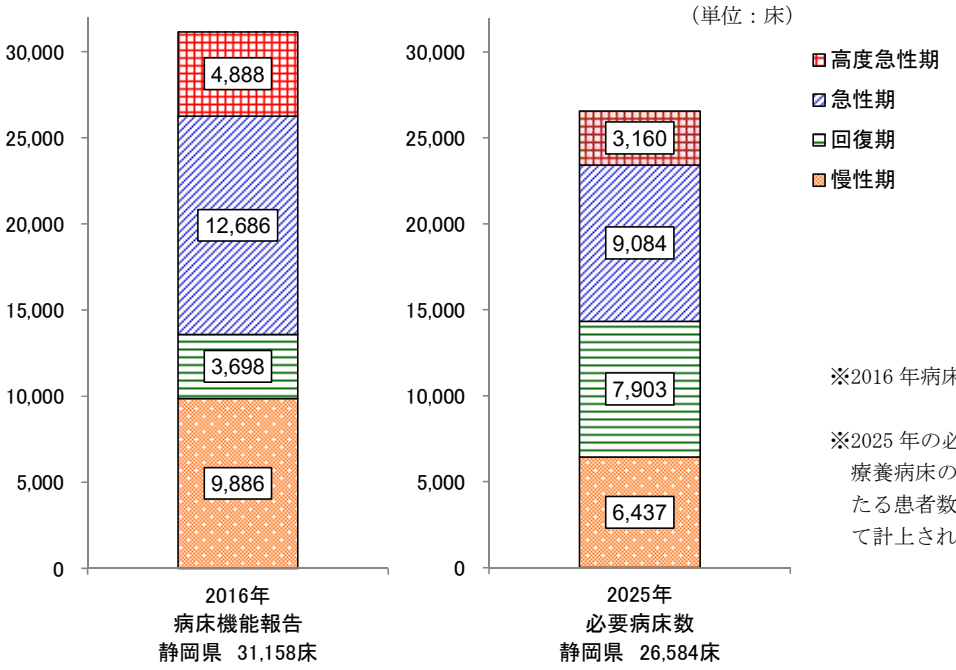
図表４－２　2025 年の必要病床数

（単位：床）

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

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

図表４－３　2016 年病床機能報告と 2025 年必要病床数の比較



※2016 年病床機能報告は稼働病床数

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

＜留意事項：病床機能報告と必要病床数との比較について＞

・「病床機能報告」は、定性的な基準に基づき、各医療機関が病棟単位で自ら選択します。

・「必要病床数」は、厚生労働省の定める算定式により、診療報酬の出来高点数等から推計しています。

・このようなことから、病床機能報告の病床数と必要病床数は必ずしも一致するものではありませんが、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けて、参考として比較するものです。

（２）2025 年の在宅医療等の必要量

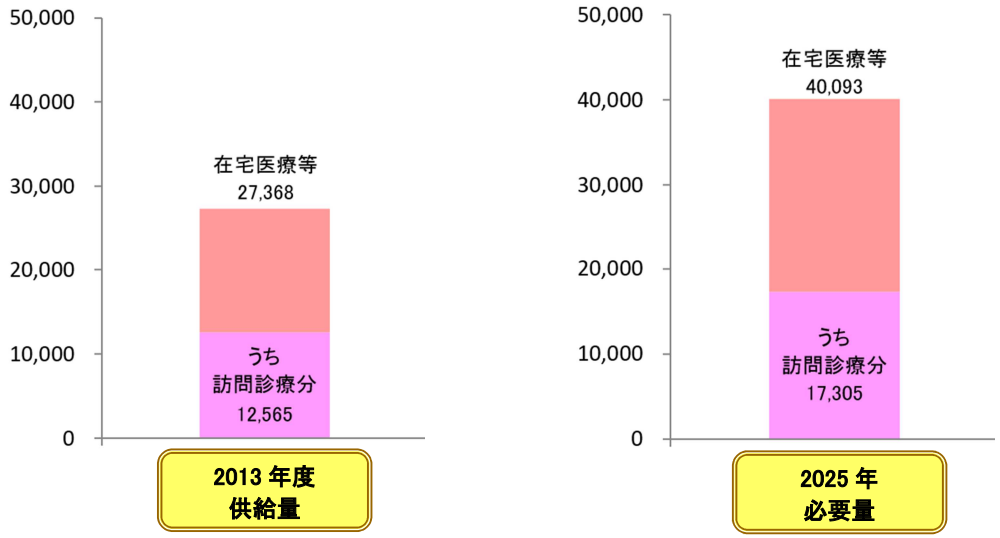
○2025 年における静岡県の在宅医療等の必要量[6]は 40,093 人、うち訪問診療分は 17,305 人と推計しました。

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

図表４－４　在宅医療等の 2013 年度供給量と 2025 年必要量の比較

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

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



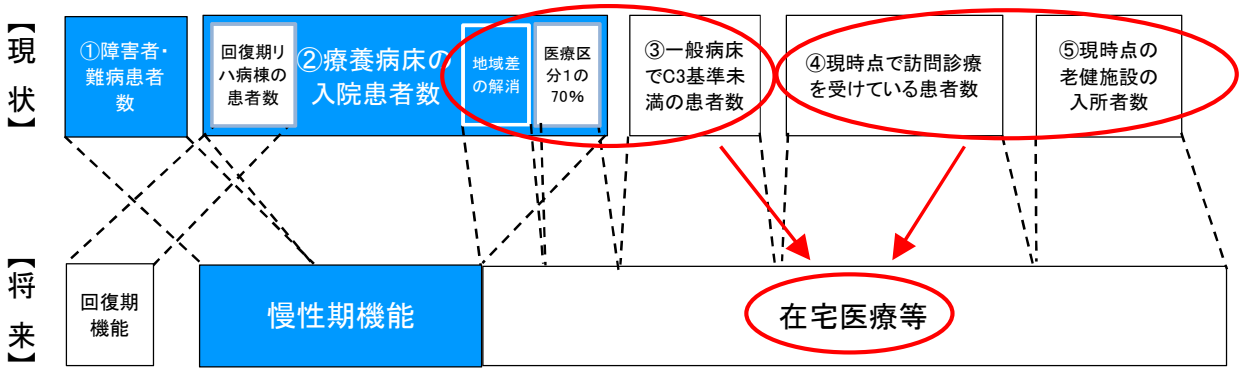
[6] 在宅医療等の必要量については、在宅医療等を必要とする対象者数を表しています。実際には全員が１日に医療提供を受けるものではなく、その患者の受ける医療の頻度等によって医療提供体制は異なってきます。

（３）在宅医療等の必要量の内訳

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

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

図表４－５　慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ



※網掛け部分は、慢性期機能として推計値に含まれている。

ア　追加的需要の推計

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

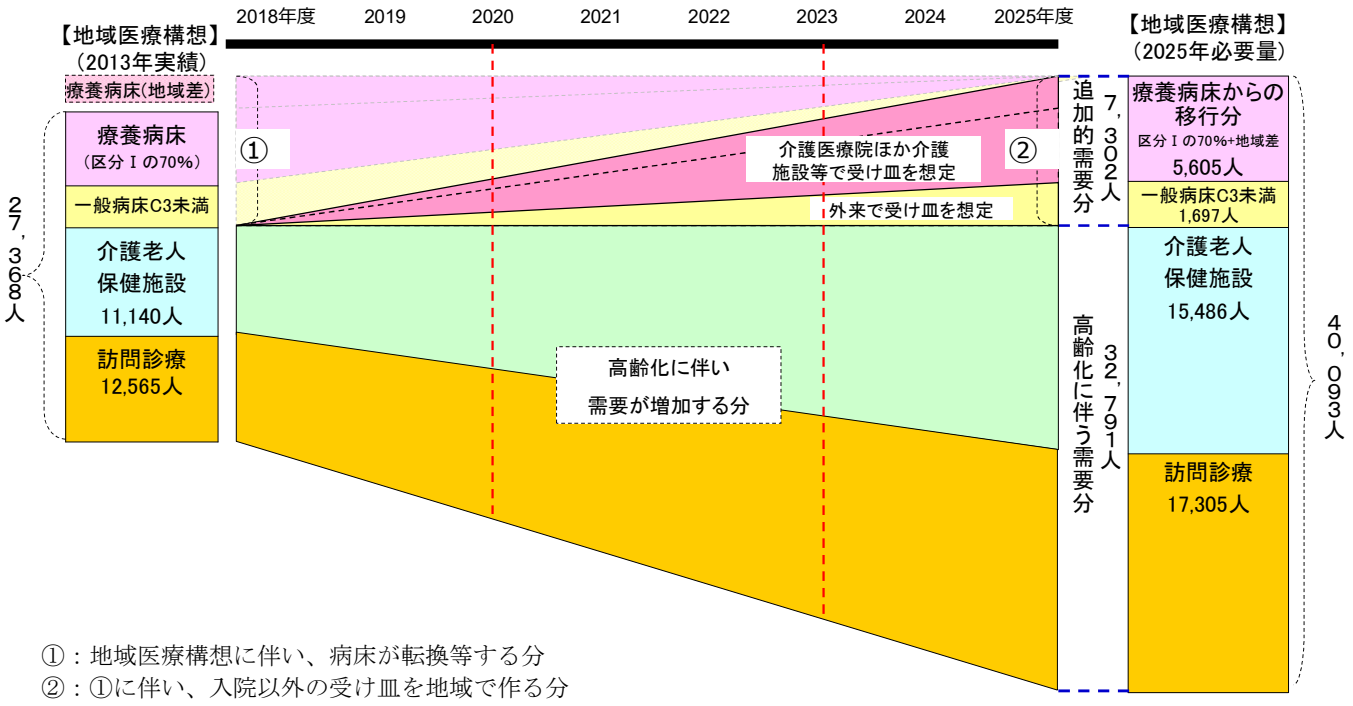
○このため、県と市町は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、地域包括ケア推進ネットワーク会議を開催し、保健医療計画及び介護保険事業（支援）計画における整合的な整備目標・見込み量を設定しました。

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

・一般病床から生じる新たなサービス必要量は、一般病床から退院する患者の多くは、退院後に外来により医療を受ける傾向にあることから、基本的には、外来医療により対応するものとして推計。

・療養病床から生じる新たなサービス必要量は、介護医療院等で対応する分を除いた上で、外来での対応を目指す部分、在宅医療での対応を目指す部分、介護サービスでの対応を目指す部分を推計。

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



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

イ　2025 年の在宅医療等の必要量への対応

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

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

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

第３節　実現に向けた方向性

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

１　病床の機能分化・連携の推進

（１）地域におけるバランスのとれた医療提供体制の構築（病床の機能分化の促進）

（２）慢性期医療（療養病床）の在り方の検討

（３）病床の機能分化・連携に関する県民の理解促進

２　在宅医療等の充実

（１）在宅医療の基盤整備の促進

（２）介護サービスの充実

（３）在宅医療を支える関係機関の連携体制の構築

（４）認知症施策の推進

（５）その他在宅療養患者への支援

（６）在宅医療等に関する県民の理解促進

３　医療従事者の確保・養成

（１）医師、看護職員等の確保・育成

（２）医療従事者の勤務環境改善支援

４　介護従事者の確保・育成

（１）介護従事者の確保・養成

（２）労働環境・処遇の改善

５　住まいの安定的な確保

（１）居住安定の確保

（２）特定施設等の整備推進等

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

第４節　地域医療構想の推進体制

○地域医療構想の実現に向けては、構想区域等ごとに「地域医療構想調整会議」を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の病床の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行うものとされています。（医療法第 30 条の 14）

○また、2018 年度の厚生労働省通知において、「都道府県は、各構想区域の地域医療構想調整会議における議論が円滑に進むよう支援する観点から、都道府県単位の地域医療構想調整会議を設置すること」とされたことを受け、本県では「静岡県医療対策協議会」を県単位の地域医療構想調整会議に位置付け、各構想区域での議論の進捗状況や課題、構想区域を越えた広域での調整が必要な事項等に関して協議しています。

○今後も引き続き、地域医療構想調整会議において医療機関や関係者同士が様々な情報やデータを共有し、それに基づき医療機関が自主的に判断し、地域医療介護総合確保基金も活用して地域に相応しいバランスの取れた医療提供体制の構築を図ります。

○併せて、厚生労働省などの動向も踏まえつつ、静岡県保健医療計画に掲げる疾病、事業及び在宅医療についても議論し、医療連携体制の構築の取組を進めていきます。

１　「地域医療構想調整会議」の活用

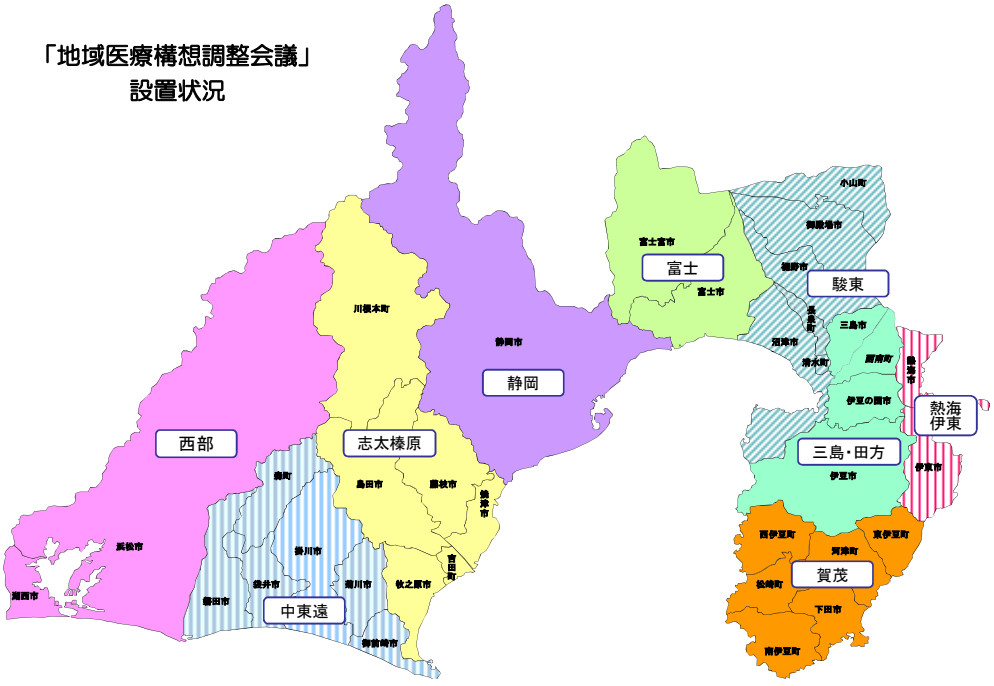
○本県では、各構想区域等における協議の場として、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町などから構成する「地域医療構想調整会議」[8]を 2016 年度に設置し、地域医療構想の実現に向けた検討を進めています。

○地域医療構想調整会議では、各医療機関における自主的な病床の機能分化及び連携、不足している病床機能への対応等について、具体的な対応策を検討します。

○併せて、各医療機関が策定した「公立病院経営強化プラン」、「公的医療機関等 2025 プラン」等で示された、地域医療構想の達成に向けた将来の方向性について、具体的な議論を進めます。

○各構想区域での協議の状況については、医療審議会や地域医療協議会等へ報告します。

「地域医療構想調整会議」
設置状況



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

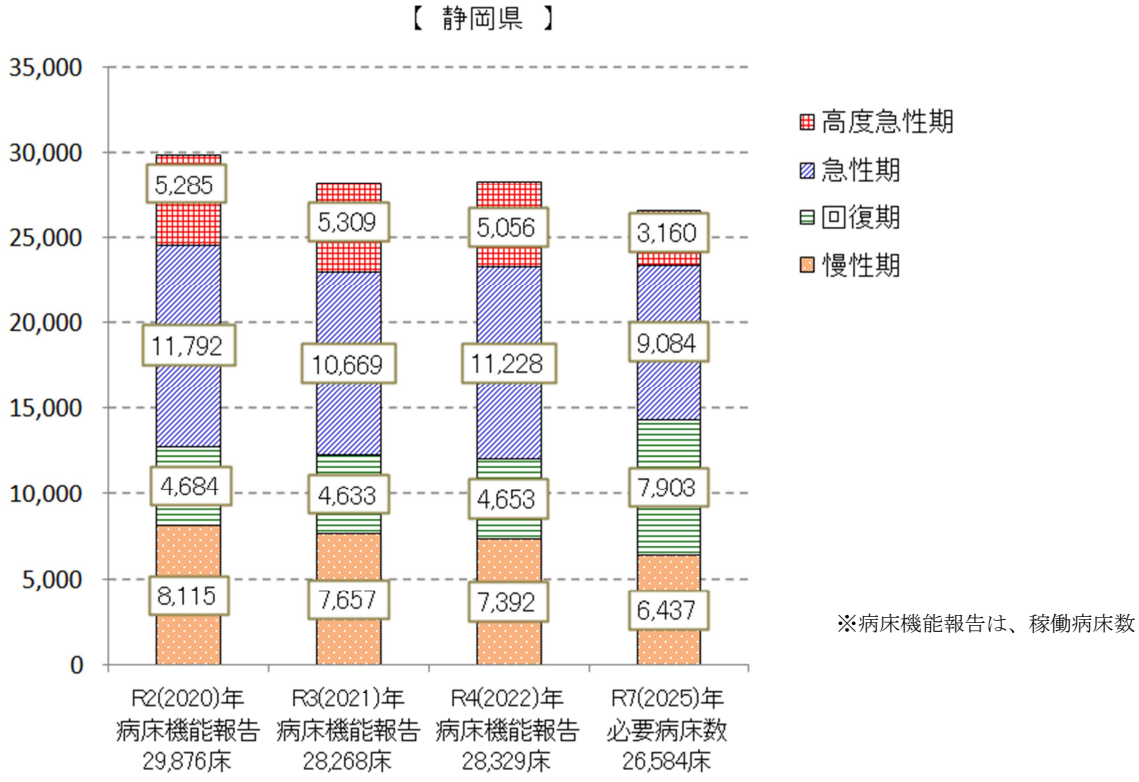
２　「病床機能報告制度」の活用

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

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

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

図表４－７　病床機能報告の推移と 2025 年の必要病床数との比較（静岡県）



＜「静岡方式」の導入＞

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

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

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

図表４－８　「静岡方式」における区分イメージ

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

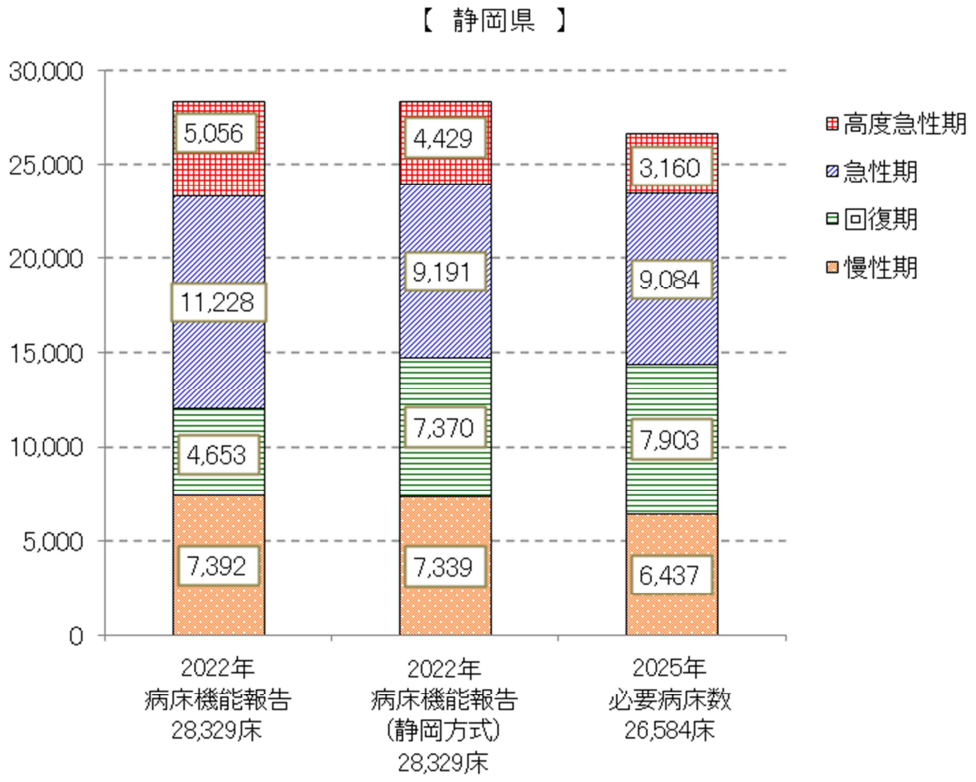
病院の一般病棟

有床診の一般病床

▪「特定入院料」「重症度、医療看護必要度」「平均在棟日数」「手術、放射線治療、化学療法」による区分

・医療機能を選択する際の「目安」であり、医療機関の裁量的判断は許容することを前提とする。

図表４－９　「静岡方式」の適用結果



３　「地域医療介護総合確保基金」の活用

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

４　2025 年以降における地域医療構想

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

参考：医療法の規定に基づく対応

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

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

※①～④の実施には、県医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要があります。
※勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができることとされています。

第５章　医療機関の機能分担と相互連携

第１節　医療機関の機能分化と連携

（１）現状

○少子高齢化の進行、疾病構造の変化、医療技術の向上等により、急性期、回復期、慢性期、在宅医療などそれぞれの段階に応じて多様な医療提供が必要となっています。

○多様な医療機能を全て１つの医療機関で提供することは困難であり、限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を提供するため、各医療機関の病床機能だけでなく外来機能の分化を前提とした連携を図ることが必要です。

○2016 年３月、本県では、地域における病床の機能の分化及び連携を推進するために定める「構想区域」ごとに、各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携を適切に推進することを目的として「静岡県地域医療構想」を策定しました。

○地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携を図る観点から、かかりつけ医等を支援する地域医療支援病院として 23 病院（2023 年９月末時点）を承認し、地域の医療機関と連携した患者の紹介・逆紹介の実施や、医療機器の共同利用の推進など、外来医療提供体制の確保にも取り組んでいます。

（２）課題

○医療機能の分化と連携を進めるため、行政、医療関係者、医療保険者等が一丸となって、地域医療構想の実現に向け取り組んでいく必要があります。

○医療機能の分化と連携に当たっては、各医療機関が互いに担っている医療機能について、理解し、各地域にふさわしい医療提供体制を構築していくことが必要です。

○地域医療支援病院が未整備の２次保健医療圏があります（賀茂）。

○医療の受け手である県民の理解を得て進めていく必要があります。

（３）対策

○地域医療構想の実現に向け、各構想区域に設置される地域医療構想調整会議において、関係者と協議し、医療機能の分化・連携を推進していきます。

○病床機能報告制度により医療機関（一般・療養病床を有する病院及び診療所）から報告された情報を活用し、関係者が地域の医療体制について共通認識を形成し、地域医療構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取組や相互の協議を進め、医療機関の機能分化と連携を促していきます。

○さらに、外来医療についても、外来機能報告制度により得られた医療機関の情報を基に、地域医療構想調整会議において紹介受診重点医療機関[1]に関する協議を行うなど、医療機関の機能分化と連携を促していきます。

○県内の医療機関間で患者・診療情報を共有するネットワークシステム（ふじのくにねっと）の活用を推進し、病診連携・病病連携等の地域連携の利便性向上と効率化・迅速化により、医療提供体制の強化を図ります。

---

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

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

第２節　プライマリーケア

【対策のポイント】
- ○　かかりつけ医等の推進
- ○　各医療機関のかかりつけ医機能の把握と県民への適切な情報提供

（１）現状

ア　プライマリーケア

○プライマリーケアは、診療所等での健康相談や診療など日常的な保健・医療サービスであり、身近で何でも相談に乗ってくれる総合的な医療です。

○県民が生涯を通じて、心身ともに健康でいられるためには、重い疾病や負傷した場合の治療だけでなく、健康の維持増進、疾病の予防や早期発見から、重症化予防のための継続的な治療、さらに退院後のリハビリテーションや、再発予防のための治療指導までの継続的かつ包括的な保健医療サービスが必要であり、プライマリーケアは地域における医療の基本となるものです。

○さらに、介護保険制度における要介護認定に必要な意見書の作成や訪問看護等の指示など、患者等が住みなれた地域で安心して生活が送れるよう様々なサービスが行われています。

イ　かかりつけ医等

○このような、県民に身近なところで日常的な保健・医療サービスを提供するプライマリーケアの中心的役割を担っているのが、かかりつけ医[1]及びかかりつけ歯科医[2]（以下「かかりつけ医等」という。）です。

○2022 年度に実施した「静岡県の地域医療に関する調査」では、65.1％が「かかりつけ医」がいると回答しています。かかりつけの理由としては、「家が近い」、「昔からみてもらっている」「必要な時は、専門医や専門病院を紹介してくれる」が、上位を占めています。

○また、軽い病気にかかった場合に、「診療所に行く」との回答が 61.8％、「大きな病院に行く」との回答が 7.7％となっている一方で、「医療機関には行かない」との回答が 24.8％と全体の約４分の１を占めています。

（２）課題

○かかりつけ医等によるプライマリーケアが十分に機能しないと、軽い症状の時に適切な保健医療サービスを受けることができなくなるだけでなく、結果として、救急医療機関等に過度な負担が掛かるおそれがあります。

○サービスの受け手である県民に対し、かかりつけ医等に関する周知を図るとともに、医療機関等のサービス提供側の連携が十分図られるよう、医療機能に関する情報を県民及び医療機関の双方に適切かつ迅速に提供することが必要です。

---

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

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

（３）対策

○プライマリーケアの充実を図るために、中核を担う地域の医師が新しい医療技術や知識を習得するため、関係機関・団体による医師の生涯教育を支援します。

○患者の病態に応じ、かかりつけ医等から紹介受診重点医療機関などへの患者の紹介や、入院治療を終えた患者の治療を引き続きかかりつけ医等が行うなど、患者に継続した治療が円滑に提供できるように、紹介率及び逆紹介率の向上や、医療機器の共同利用等の病診連携を促進します。

○2024 年度から全国統一システムが導入される「医療機能情報提供制度」と、2025 年度から開始される「かかりつけ医機能報告制度」により、医療機能やかかりつけ医機能[3]等に関する情報を県民に適切に提供することで、県民自らが医療機関を選択し利用できるよう支援します。

○歯科においても、全身の疾患に影響する歯周病の予防は、生涯を通じた取組が重要であることから、かかりつけ歯科医を持つ者の割合の向上を目指します。

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

第３節　外来医療

【対策のポイント】
○　地域における外来医療提供体制の確保

（１）現状と課題

ア　外来医療の需要

（ア）外来患者数の推移

○本県の 2008 年度以降における人口 10 万人当たりの外来患者数は、以下のとおりです。
○全国における人口 10 万人当たりの外来患者数と比較すると、病院、一般診療所及び歯科診療所のすべての施設区分で、本県の外来患者数の方が少ない状況です。

静岡県における10万人当たりの外来患者数　（単位：千人）

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

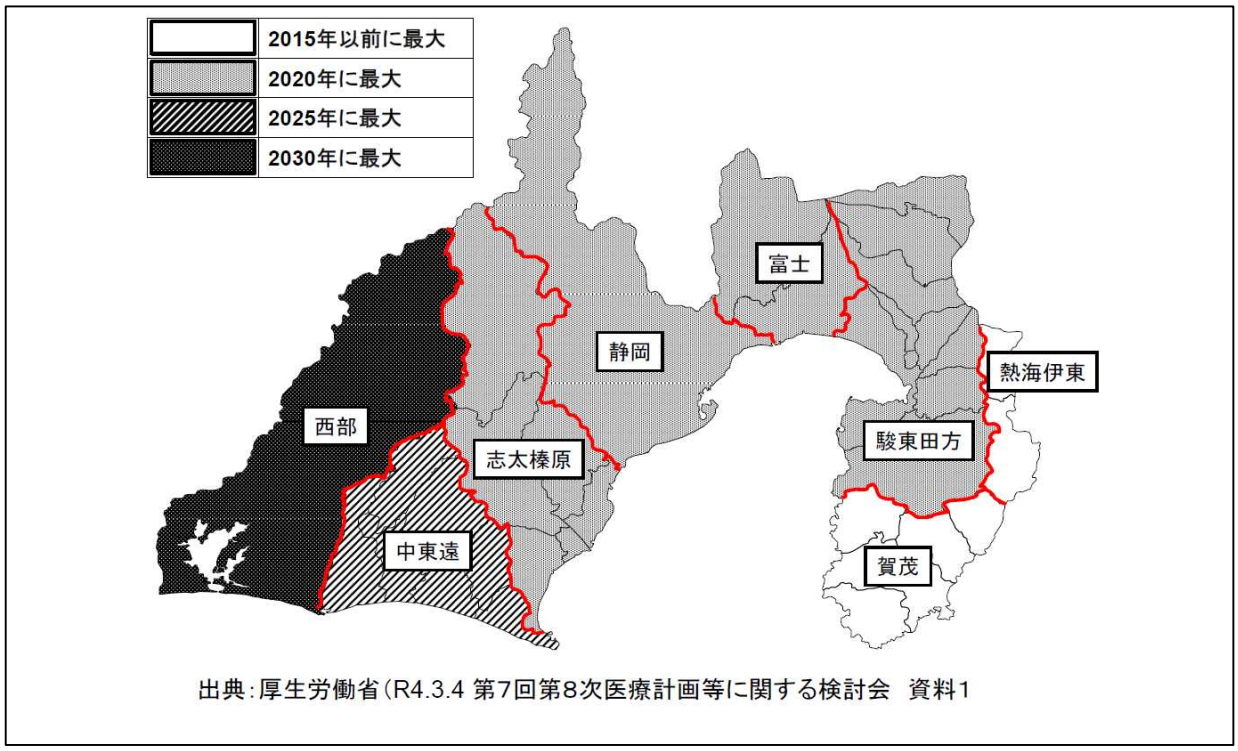
（参考）全国の人口10万人当たりの外来患者数　（単位：千人）

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

※各年度の患者調査（厚生労働省）における推計外来患者数を、各年度の人口推計（総務省）における推計人口を割り戻して算出
※2020 年度は新型コロナウイルスの影響を受けた数値のため、参考値として掲載

（イ）外来患者数の将来推計

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

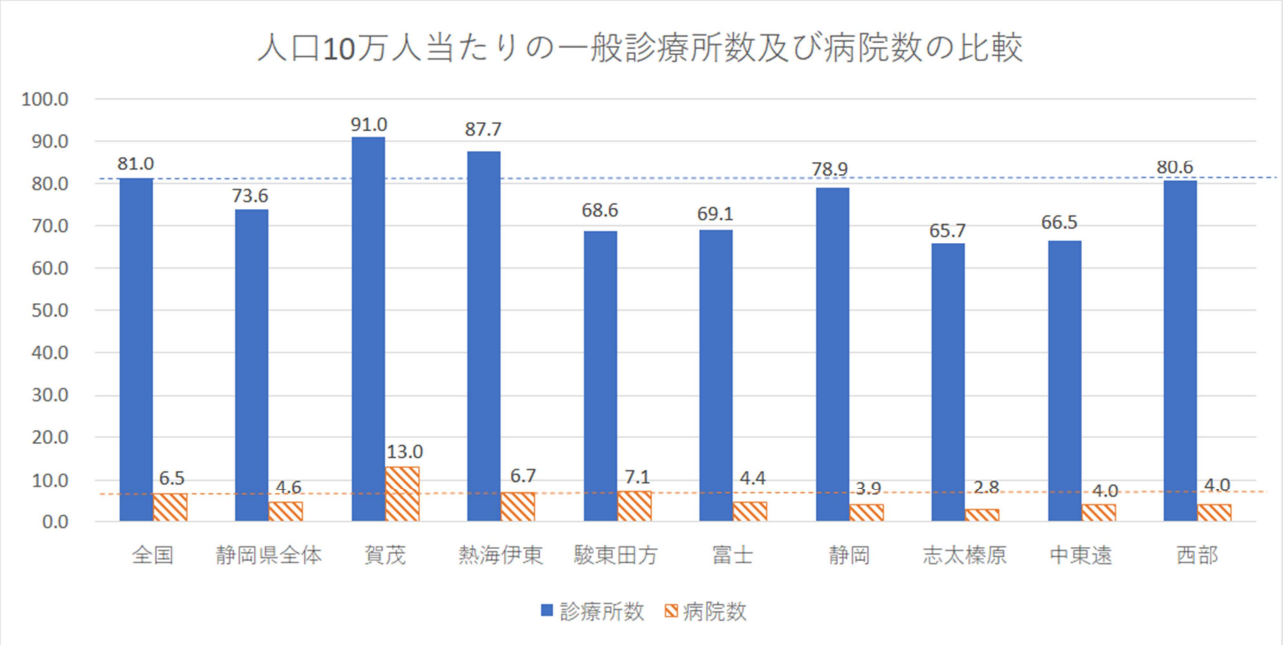


出典：厚生労働省（R4.3.4 第7回第8次医療計画等に関する検討会　資料1

イ　外来医療に係る医療資源

（ア）医療施設数

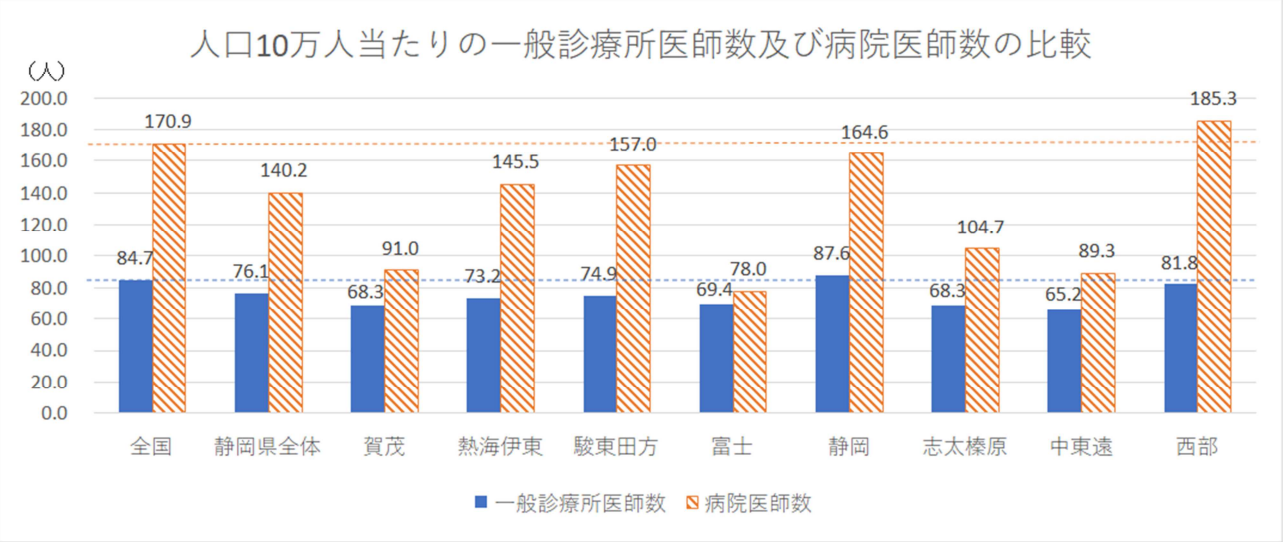
○本県の各２次保健医療圏における人口 10 万人当たりの一般診療所数及び病院数は、全国と比較して少ない傾向にあります。



（出典：厚生労働省「外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ」）

（イ）医師数

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



（出典：厚生労働省「外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ」）

（ウ）外来医師偏在指標と医師多数区域の設定

○国は、地域ごとの外来医療機能の偏在等を客観的に明らかにするため、人口構成や患者の流出入等を反映した「外来医師偏在指標」を定めています。

○このうち、指標の値が全国の２次医療圏（330 圏域）の中で上位 33.3%に該当する２次医療圏を「外来医師多数区域」と呼びます。外来医師多数区域における新規開業者に対しては、地域で不足する医療機能を担うよう求めることができます。

○本県には、外来医師多数区域となっている２次保健医療圏はありません。

○本県の外来医師偏在指標は以下のとおりです。

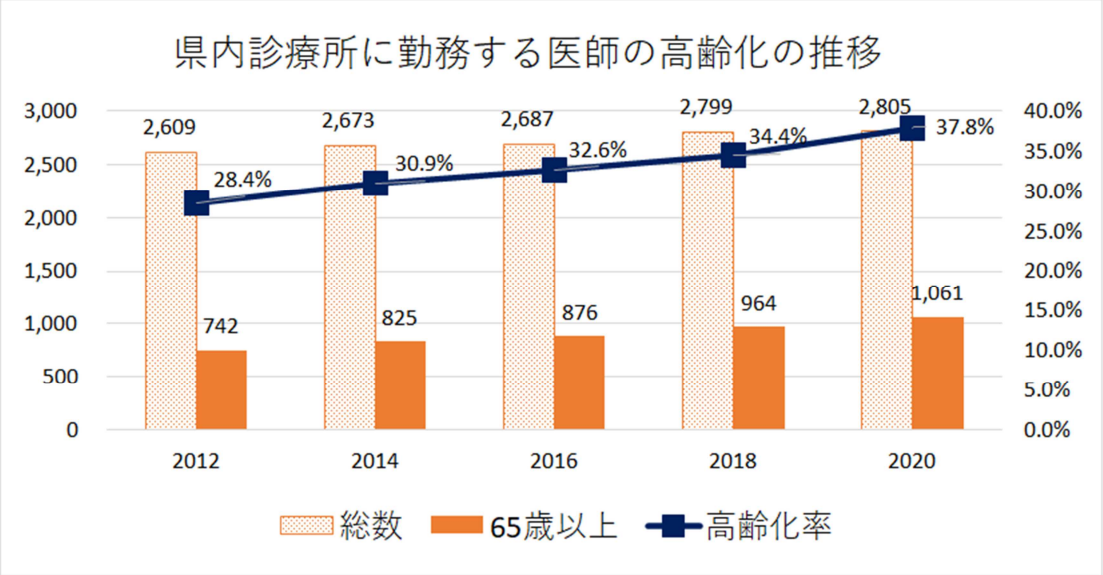
圏域名	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
外来医師偏在指標	103.5 (146位)	86.9 (249位)	97.5 (188位)	86.3 (253位)	101.8 (156位)	84.6 (261位)	84.2 (265位)	98.6 (177位)
(参考) 前回	108.1 (93位)※	90.1 (228位)	96.6 (171位)	90.3 (225位)	93.0 (201位)	76.1 (297位)	79.4 (287位)	90.9 (218位)

※外来医師多数区域

（出典：厚生労働省「外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ」）

（エ）医師の高齢化と一般診療所の開設・廃止の状況

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



（出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

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

県内の一般診療所施設数及び開設・廃止等の状況

（単位：件）

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

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

（出典：厚生労働省「医療施設調査」）

（オ）医療機器の活用状況

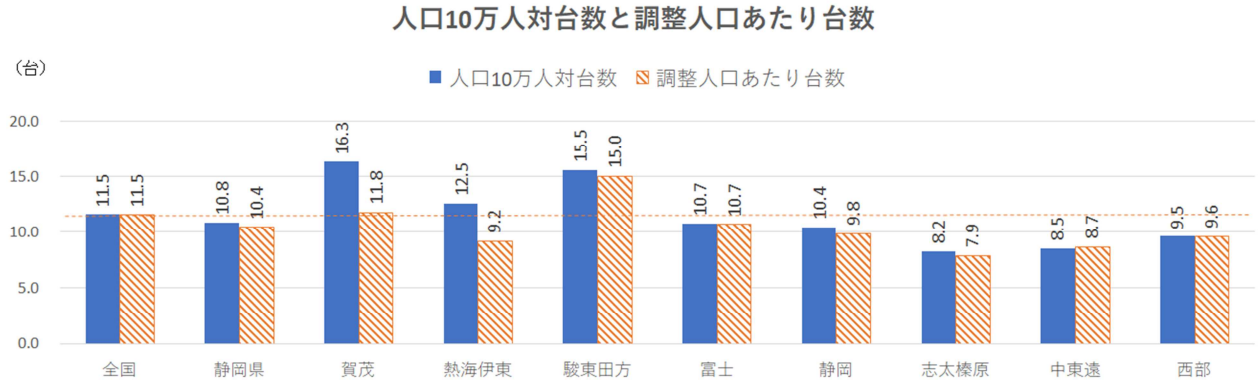
○近年の医療技術の進展には著しいものがあり、医療機器の果たす役割も非常に大きいものとなっています。

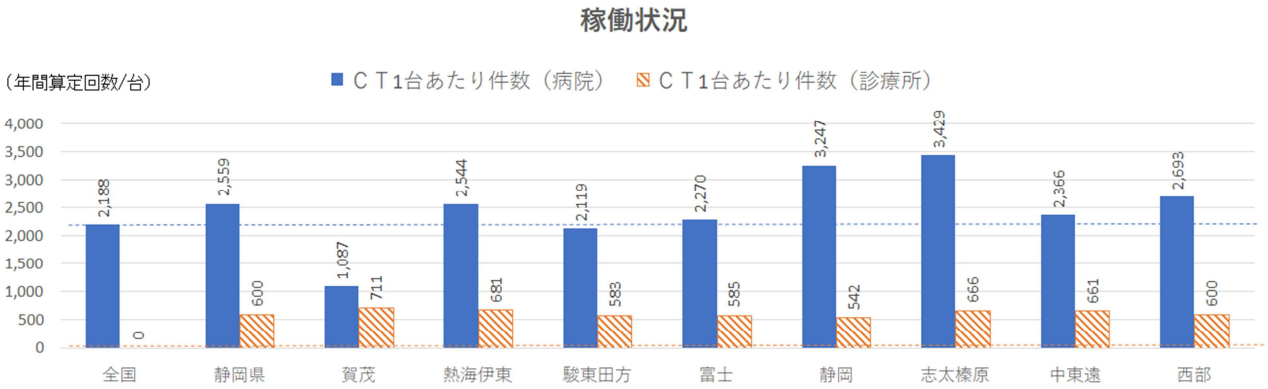
○一方で、人口当たりの医療機器の台数には地域差があり、医療機器ごとに地域差の状況は異なっています。

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

（出典：厚生労働省「医療機器の調整人口当たり台数に係るデータ集・グラフ」）

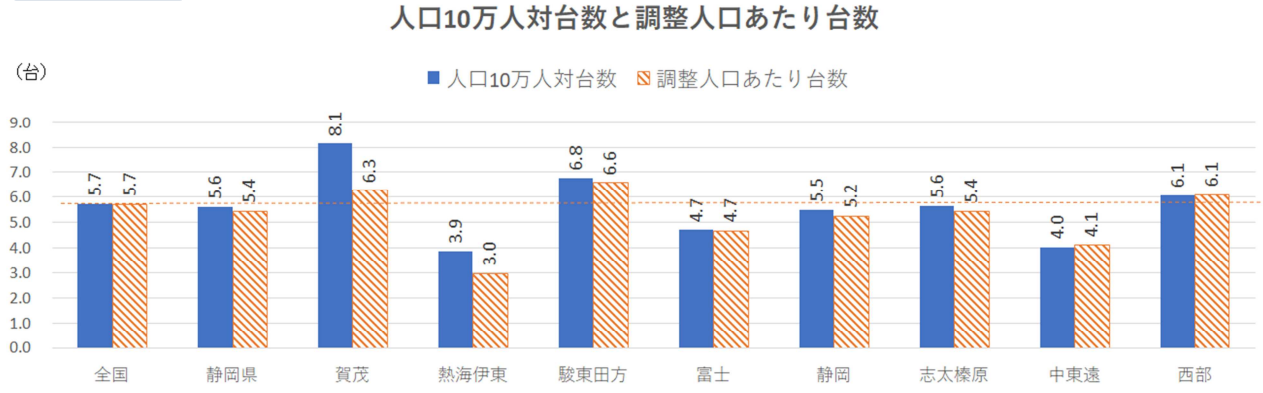
①ＣＴ

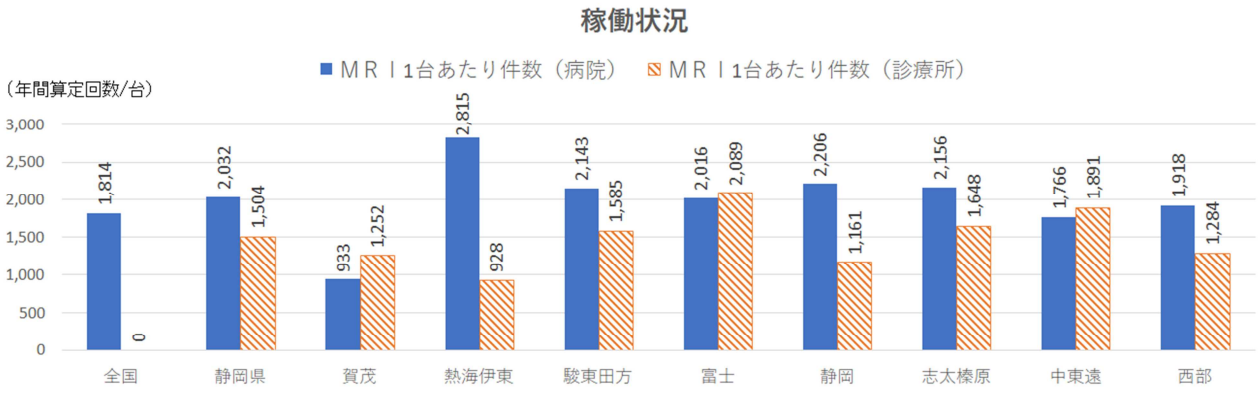




※データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

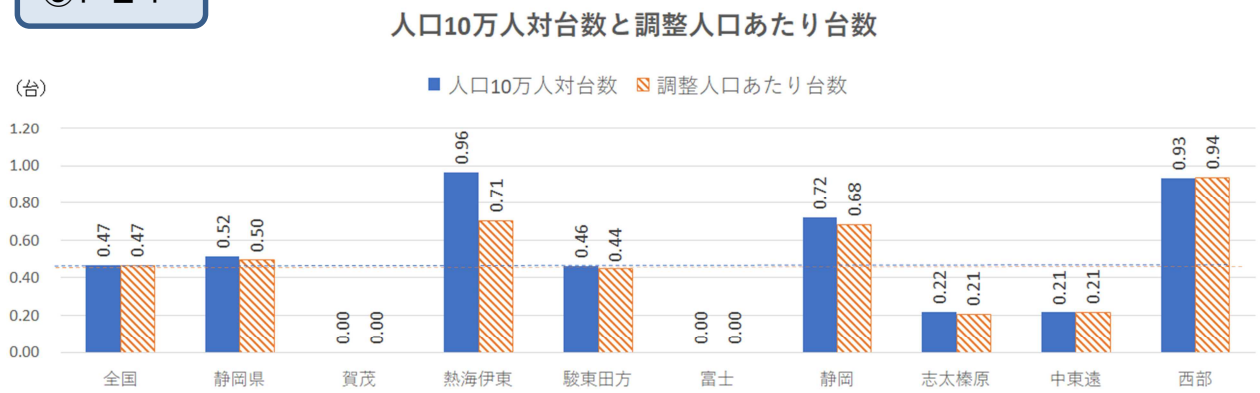
②ＭＲＩ

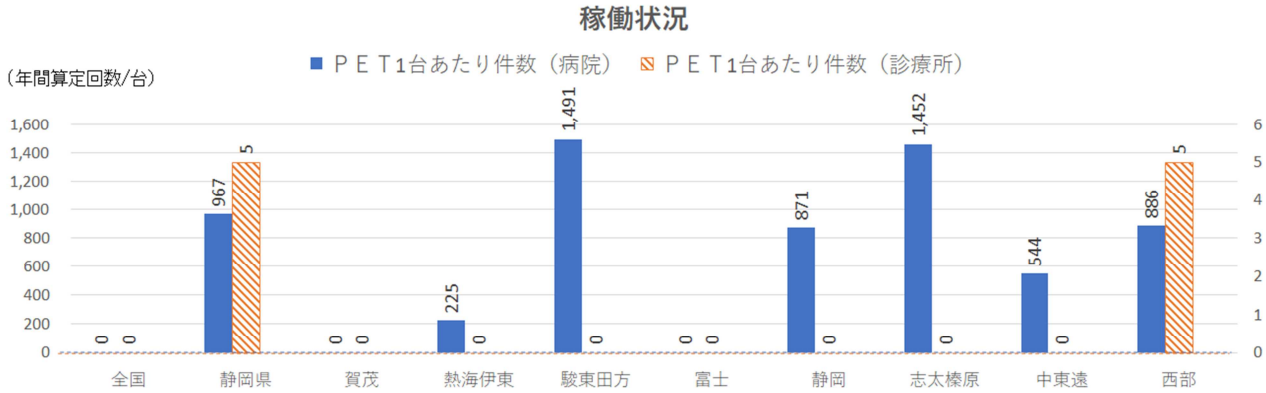




※データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

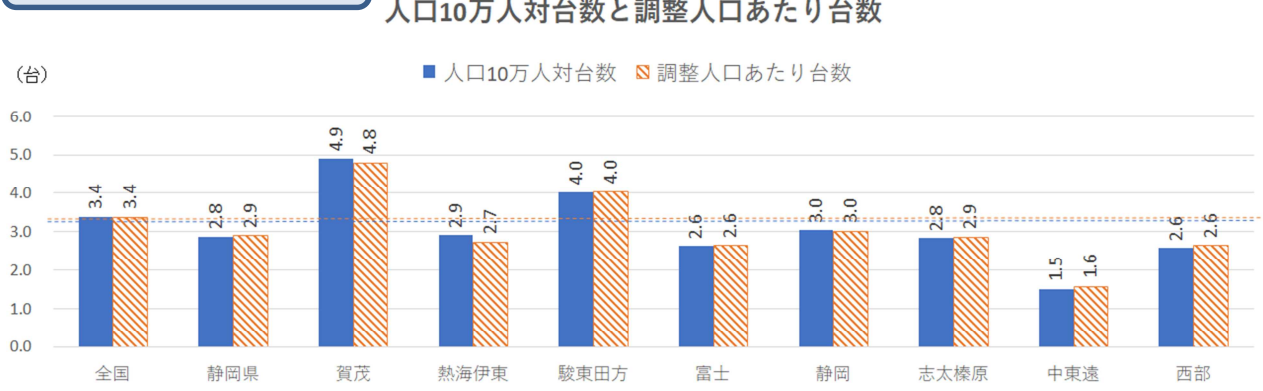
③ＰＥＴ



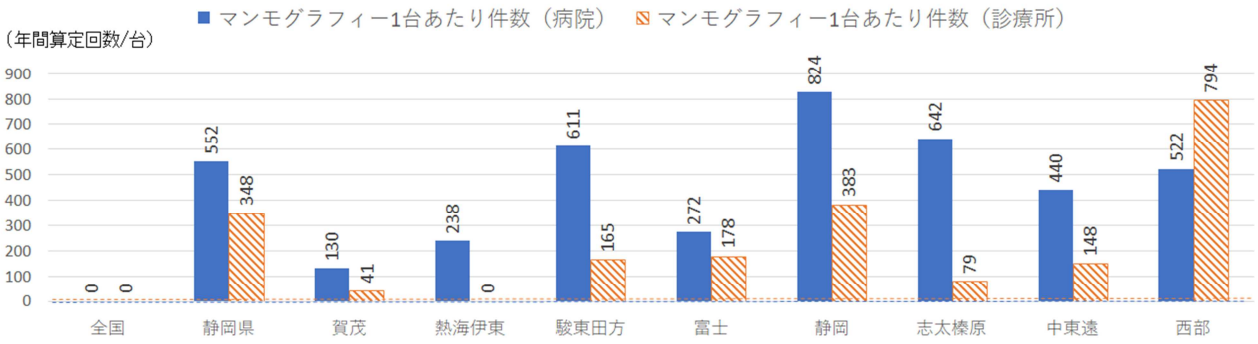


※データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

④マンモグラフィー



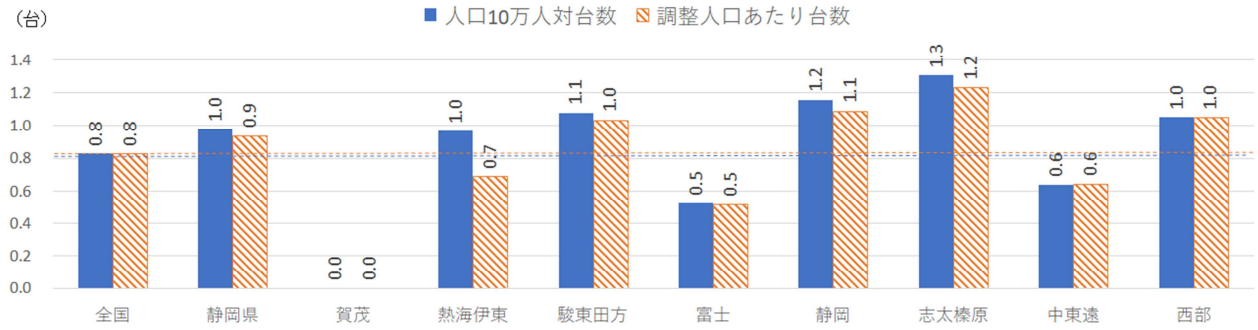
稼働状況



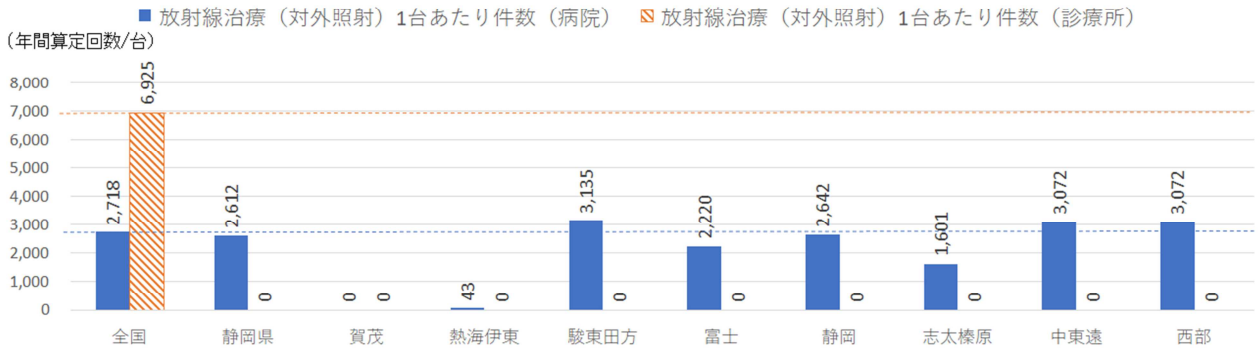
※データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。

⑤放射線治療機器（体外照射）

人口10万人対台数と調整人口あたり台数



稼働状況



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

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

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

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

（※2）地域の人口当たり期待検査数

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

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

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

（出典：県医療政策課「2022年度地域医療支援病院業務報告」）

ウ　外来機能報告

○患者の医療機関選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じています。

○地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、医療機関が有する外来医療に関する機能の現状等について、都道府県に報告する制度（外来機能報告制度）が、2022 年４月に施行（医療法第 30 条の 18 の２）されました。

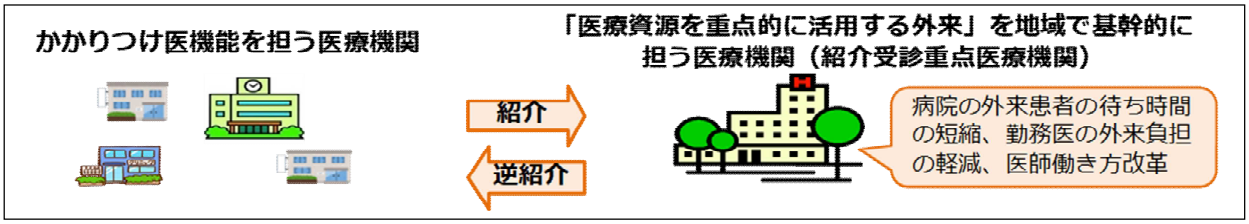
（ア）対象医療機関

○病院及び有床診療所（※無床診療所も意向があれば報告を行うことが可能）

（イ）制度概要

○医療機関による外来医療の実施報告（外来機能報告）を実施

○外来機能報告に基づき、協議の場（地域医療構想調整会議）において、「紹介受診重点医療機関」を決定



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

（ウ）紹介受診重点外来の基準

初診の外来件数のうち「重点外来」の件数の占める割合　40%以上（初診基準）

及び

再診の外来件数のうち「重点外来」の件数の占める割合　25%以上（再診基準）

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

（エ）紹介受診重点医療機関

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

（２）対策

ア　外来医療に係る地域での協議

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

＜地域医療構想調整会議で行う外来機能に関する協議内容＞
- 紹介受診重点医療機関の機能・役割や紹介・逆紹介の推進も踏まえた地域における外来医療提供体制の在り方
- 地域で不足する外来医療機能
  （夜間休日等における初期救急医療の提供状況、在宅医療の提供状況　等）
- 医療機器の効率的な活用

イ　高齢医師等の活躍支援

○医師が 65 歳を過ぎても意欲と能力のある医師が働き続けられるよう、医師の就労相談やマッチング支援を行う職業紹介サイト「静岡県医師バンク」を県医師会と連携して運営し、高齢医師の活躍を促進します。

ウ　医療機器の効率的な活用

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

（ア）医療機器の配置・保有状況等に関する情報

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

（イ）共同利用の方針

○共同利用の対象となる医療機器は以下のとおりです。
- CT（全てのマルチスライス CT 及びマルチスライス CT 以外の CT）
- MRI（1.5 テスラ未満、1.5 テスラ以上3.0 テスラ未満及び3.0 テスラ以上のMRI）
- PET（PET 及びPET-CT）
- マンモグラフィー
- 放射線治療機器（体外照射）

○医療機関が、上記に掲げた医療機器を購入する場合は、「共同利用計画」を作成し、地域医療構想調整会議の場において確認を行うこととします。

○本県の共同利用の方針は、以下のとおりとします。

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

（ウ）共同利用計画の記載事項等

○「共同利用計画」には、以下の事項を記載するものとします。

・共同利用の相手方となる医療機関

・共同利用の対象となる医療機器

・画像撮影等の検査機器については、画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針

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

第４節　地域医療支援病院の整備

【対策のポイント】
○　地域医療支援病院の機能強化によるかかりつけ医等との適切な役割分担と連携の推進

【数値目標】

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

（１）現状

ア　地域医療支援病院

○医療は患者の身近な地域で提供されるのが望ましいという観点から、かかりつけ医等を地域における第一線の医療機関として位置付けるとともに、他の医療機関との適切な役割分担と連携を図っていく必要があります。

○「地域医療支援病院」は、「紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施、地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修等を通じてかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院としてふさわしい構造設備等を有するもの」について、都道府県が「地域医療支援病院」の名称を承認する制度です。

○承認後のフォローアップのため、都道府県は、年次報告書の確認等を行い、基準を満たしていない場合には、２年程度の期間の改善計画の策定を求めるとともに、それによっても改善が図られない場合には、医療審議会の意見を聴いた上で、必要に応じ、承認取消しを含めた取扱いを決定します。

○診療報酬については、地域医療支援病院入院診療加算により、評価されています。

≪地域医療支援病院の主な承認要件（医療法第４条）≫

１　他の医療機関から紹介された患者に対する医療の提供
次のいずれかを満たしていること
・紹介率（※１）が 80%以上であること（紹介率が 65%以上であって、承認後２年間で 80%を達成することが見込まれる場合）
・紹介率が 65%以上であり、かつ、逆紹介率（※２）が 40%以上であること
・紹介率が 50%以上であり、かつ、逆紹介率が 70%以上であること
※１　紹介率：初診患者のうち、他の医療機関から紹介状により紹介された患者の数が占める割合のこと。（紹介率＝初診患者のうち紹介患者数÷初診患者数×100）
※２　逆紹介率：全患者のうちから他の医療機関に紹介した者で、診療情報提供料を算定した者の数と、初診患者の総数との比較のこと。（逆紹介率＝逆紹介患者数÷初診患者×100）

２　病床、高額医療機器等の共同利用の実施

３　救急医療の提供
・救急搬送患者数／救急医療圏域人口×1,000≧２　又は　当該医療機関における年間の救急搬送患者の受入数≧1,000

４　地域の医療従事者の資質向上のための研修を実施
・年間 12 回以上の研修を主催（当該病院以外の医療従事者が含まれること）

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

イ　本県の状況

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

図表５－４－１　地域医療支援病院（2023 年９月末現在）

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

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

（２）課題

○限られた医療資源を効率的に活用する観点からも、かかりつけ医等を支援する地域医療支援病院が各圏域において整備されることが望ましいですが、賀茂圏域では未整備となっています。

○地域医療支援病院となるためには、紹介率をはじめとする承認要件を満たす必要があります。これらは当該病院の努力に加え、診療所や他の病院などの地域の医療関係者の協力、まずは、かかりつけ医を受診するなど地域住民の理解も重要です。

○既に承認されている地域医療支援病院について、より一層、地域の医療機関との医療機能の分担と連携を推進し、地域の実情に応じた役割を明確にした上で、地域医療支援病院としてふさわしい機能を発揮していくことが必要です。

（３）対策

○かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保及び一層の病診連携を図るため、地域医療支援病院のない医療圏の解消を目指します。

○要件を満たさない既承認病院については、改善計画に沿った紹介率・逆紹介率向上の取組等により、かかりつけ医等との医療機能の分担と連携強化を図るなど、地域医療支援病院にふさわしい役割を発揮できるよう、指導・監督します。

○地域における医療の確保を図るために行うことが特に必要であるものとして定める事項を県として必要に応じ検討し、公表します。

○感染症発生・まん延時における医療環境の整備に向け、地域医療支援病院と連携強化を図ります。

○2024 年度から全国統一システムが導入される「医療機能情報提供制度」と、2025 年度から開始される「かかりつけ医機能報告制度」により、医療機能やかかりつけ医機能等に関する情報を県民に適切に提供することで、県民自らが医療機関を選択し利用できるよう支援します。

第５節　公的病院等の役割

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

１　公的病院等の役割

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

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

○県内の公的病院等は、2023 年４月現在 55 病院で、一般病床の 76.6%、全病床の 47.8%を占めています。

○また、本県における自治体病院（県、市町、地方独立行政法人）が占める割合は病院数で 15.2%、病床数で 26.3%と全国と比較して上回っています。特に、市町村立病院の病床数の割合は、全国の 8.2%に対して本県は 19.8%と大きく上回っているなど、地域の医療提供体制の中で重要な役割を担っており、今後も地域医療の確保に大きな役割を果たすことが期待されます。

図表５－５－１　２次保健医療圏別公的病院等の状況（2023 年４月１日現在）

区分 ＼ 医療圏名	公的病院等				計	公的病院等病床数			
	公的医療機関（法第 31 条）			その他		一般病床		全病床	
	県	市町	日赤 済生会 厚生連						
賀　茂		1		2	3	314	(57.7%)	318	(24.7%)
熱海伊東		1		1	2	484	(70.3%)	519	(48.6%)
駿東田方	1	1	4	6	１２	2,869	(63.4%)	3,447	(43.4%)
富　士		3		1	4	1,059	(59.6%)	1,318	(36.0%)
静　岡	3	2	4	1	１０	3,281	(72.7%)	3,865	(50.4%)
志太榛原		4		1	5	2,232	(93.3%)	2,337	(59.5%)
中東遠		6			6	1,572	(96.9%)	1,740	(44.7%)
西　部		4	3	6	１３	4,376	(86.0%)	5,048	(53.4%)
合　計	4	２２	１１	１８	５５	16,187	(76.6%)	18,592	(47.8%)

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

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

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

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

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

２　公立病院改革等への対応

（１）現状

（公立病院経営強化プラン）

○2021 年度末、今般の社会保障制度改革を踏まえた新たな公立病院経営強化ガイドラインが示され、2027 年までの計画である「公立病院経営強化プラン」が各病院で策定されました。

○これまでの「新公立病院改革プラン」の内容から、新たに「新興感染症の感染拡大時に備えた平時からの取組」「機能分化・連携強化」「医師の働き方改革への対応」「デジタル化への対応」等の視点を追加し、改革を進めることが必要であるとされています。

（公的医療機関等 2025 プラン）

○公的医療機関等においては、地域において果たしている役割等に鑑み、他の医療機関に率先して地域医療構想の達成に向けた将来の方向性を示していただくことが重要であるとして、2017 年８月に厚生労働省は「公的医療機関等 2025 プラン」の策定を関係機関に求めました。

○本県では、地域医療構想調整会議において各医療機関が策定したプランを提示して、当該医療機関が今後地域において担うべき役割などについて議論しました。

記載事項

【基本情報】
・医療機関名、開設主体、所在地　等

【現状と課題】
・構想区域の現状と課題
・当該医療機関の現状と課題　等

【今後の方針】
・当該医療機関が今後地域において担うべき役割　等

【具体的な計画】
・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する事項
（例）・4機能ごとの病床のあり方について
・診療科の見直しについて　等

・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する、具体的な数値目標
（例）・病床稼働率、手術室稼働率等、当該医療機関の実績に関する項目
・紹介率、逆紹介率等、地域との連携に関する項目、人件費率等、経営に関する項目　等

（２）課題

○これまでの新公立病院改革プランに基づく取組の結果、再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等により成果が上げられているところですが、依然として医師不足等の厳しい環境は続いていることから、地域ごとに適切な医療提供体制の再構築に取り組むことが一層求められています。

○地域医療構想の実現を目指す上で、公的病院等は各医療圏において中心的な役割を担うことが引き続き求められています。また、各公立病院が実施する公立病院改革は、地域医療構想と整合をもって行われる必要があります。

○各公的病院等が策定した「公立病院経営強化プラン」「公的医療機関等 2025 プラン」については、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制も含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性が図られていることが必要です。

（３）対策

○各公的病院等が策定した「公立病院経営強化プラン」や「公的医療機関等 2025 プラン」を踏まえ、公的病院等の機能等について地域の関係者と協議を進めます。

○各圏域の実情を勘案しながら、また、当事者や関係機関の意見を十分聴取した中で、より効果的で効率的な医療提供体制の構築を目指して、地域医療構想調整会議など「協議の場」等における議論を進めていきます。

○併せて、国の動向等も踏まえつつ、静岡県保健医療計画に掲げる疾病、事業及び在宅医療についても議論し、医療連携体制の構築の取組を進めていきます。

３　県立病院

（１）県立静岡がんセンター

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

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
患者満足度(入院/外来)	98.0%／97.5% (2022 年度)	95%以上／95%以上 (毎年度)	過去の実績を基に、最低限維持すべき数値として設定	県立静岡がんセンター調査
県立静岡がんセンターのがん治療患者数	13,144 人 (2022 年度)	13,800 人 (2029 年度)	過去の実績等を考慮して設定	県立静岡がんセンター調査
県立静岡がんセンターのがん患者や家族に対する相談・支援件数	47,073 件 (2022 年度)	53,600 件 (2029 年度)	過去の伸び率等を勘案して設定	県立静岡がんセンター調査
県立静岡がんセンターが実施した研修修了者数	累計 1,143 人 (2022 年度まで)	累計 1,648 人 (2029 年度まで)	過去の実績等を考慮して設定	県立静岡がんセンター調査

（１）現状

○県立静岡がんセンターは、本県のがん医療・がん対策の中核を担う高度がん専門医療機関として、2002 年に開設しました。病院、疾病管理センター、研究所、事務局、マネジメントセンターの５部門より構成され、活動を行っています。このうち病院は、2023 年４月１日現在、診療科目 37 科、615 床で運営しています。

○県立静岡がんセンターは、開設以来、基本理念「患者さんの視点の重視」と、３つの患者への約束（理念）「がんを上手に治す」「患者さんと家族を徹底支援する」「成長と進化を継続する」を一貫して掲げ、その具現化に取り組んでいます。

○県立静岡がんセンターは、基本理念及び理念を実現するための基本方針を 2023 年７月 24 日に更新し、「１．がんの高度専門医療機関として、安全かつ最高水準の医療を提供する。」をはじめとする 11 項目を新たに定め、その実現に向けて取り組んでいます。

○県立静岡がんセンターは、「都道府県がん診療連携拠点病院」「特定機能病院」「がんゲノム医療中核拠点病院」として、高度のがん医療の提供、高度のがん医療技術の開発・研究、高度のがん医療に関する研修を実施し、本県のがん医療の質の向上と連携体制の構築を推進しています。

ア　病院

○基本理念「患者さんの視点の重視」の具現化のために、患者や家族を医療の中心に位置付け、多職種チーム医療を実践しています。また、患者家族支援センター内には、初診・入院支援室、外来患者支援室、在宅転院支援室、地域医療連携室、緩和ケアセンターを置き、初診から在宅までの切れ目のない支援と情報提供に努めています。

○外科・内視鏡領域では、腹腔鏡や胸腔鏡を用いた体腔鏡手術やロボット支援手術、また内視鏡による早期消化管がんの切除などの低侵襲手術に積極的に取り組んでいます。手術支援ロボットは2023年11月時点で「ダ･ヴィンチ」を３台有するとともに、2023年12月からは国産ロボット「hinotori™」を用いた臨床研究を実施しています。

○がん薬物療法においては、従来の殺細胞性薬に加え、分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬を積極的に使用するとともに、これらの領域の治験や臨床試験に取り組んでいます。この結果、化学療法センターの利用患者数が増加（2022年度、29,525人）し、施設の拡充について検討しています。

○放射線・陽子線治療センターでは、リニアック４台（ＩＭＲＴに特化し動体追尾機能を持った最新の機器を含む）に加え、小線源治療装置、陽子線治療装置を運用し、年間2,000人弱の放射線治療を行っています。

○2015年６月には、国内初となる「ＡＹＡ世代病棟」の運用を開始し、15歳から29歳程度の年齢層の就学・就職時期と治療時期が重なる患者の、教育、就職、その後の社会生活への悩み、思春期特有の悩み、がん治療に伴う生殖機能の障害などの悩みに対応しています。

○開院当初から全国最大規模となる緩和ケア病棟（２棟50床）を有し、積極的な抗がん治療だけでなく、Quality of deathを重視した緩和医療を展開しています。

○各種医療従事者の養成においては、14コースからなる多彩な医師・歯科医師レジデント制度に加え、医師以外の職種を対象とした多職種がん専門レジデント制度、特定行為研修を組み込んだ認定看護師教育課程（緩和ケア分野をはじめとするがん看護関連５分野を同時開講）を運用しています。2022年度までに、医師・歯科医師レジデントコースは450人、多職種がん専門レジデント制度は119人、認定看護師教育課程は625人が修了し、修了生は静岡がんセンターをはじめ県内外で活躍しています。

○「都道府県がん診療連携拠点病院」としての指定を受けており、県民の死亡原因の第１位を占める「がん」について、県内どの地域においても標準的な専門医療を受けられる、「がん医療の均てん化」を図っています。

○2020年３月には、「がんゲノム医療中核拠点病院」に指定され、静岡県内の７つのがんゲノム医療連携病院と連携しつつエキスパートパネルを実施し、県内のがんゲノム医療の推進を図っています。

イ　疾病管理センター

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

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

ウ　研究所

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

（２）課題

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

（３）対策

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

ア　病院

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

○医療機器更新計画に沿って合理的な医療機器の導入・更新を進めていきます。

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

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

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

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

イ　疾病管理センター

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

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

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

ウ　研究所

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

（２）地方独立行政法人静岡県立病院機構

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

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
中期目標期間を累計した損益計算における経常収支比率	101.5% （第3期途中）	100%以上 （目標期間累計）	中期目標に明記	地方独立行政法人静岡県立病院機構中期目標
患者満足度（入院/外来） 県立総合病院 県立こころの医療センター 県立こども病院	99.0% ／ 95.9% — ／ 92.3% 95.9% ／100.0% （2022 年度）	90%以上／85%以上 — ／85%以上 90%以上／90%以上 （毎年度）	過去の実績を基に、最低限維持すべき数値として設定	各病院調査
病床稼働率 県立総合病院 県立こころの医療センター 県立こども病院	82.6% 80.1% 75.9% （2022 年度）	90%以上 85%以上 75%以上 （毎年度）	過去5年間の平均値を参考に設定	事業報告書 （2018～22 年度）

（１）現状

○地方独立行政法人静岡県立病院機構（以下「県立病院機構」という。）は、2009 年４月の法人設立以来、県が県立病院機構に対して指示した中期目標を達成するため、中期計画を策定し、他の医療機関では対応困難な高度・専門・特殊医療等を提供するほか、公的医療機関への医師派遣を行うなど、本県の政策医療を担う重要な役割を果たし、地域医療の確保に貢献してきました。

○新型コロナウイルスの感染拡大に当たっては、各病院ともに専用病床を確保するなど、県内の医療提供体制の確保に貢献しています。

○経営面でも、2009 年度の法人設立後から 14 年連続で経常収支の黒字を達成するなど、健全な病院運営が続いています。

○県立総合病院は、中核的医療を行う基幹病院として、先端医学棟の設備機能を最大限活用し、循環器疾患、がん、救急医療を３本柱として、各疾患の総合的な医療をはじめ、高度・専門医療や救急・急性期医療を提供しています。

○県立こころの医療センターは、県内精神医療の中核病院として、総合的・専門的な精神科医療をはじめ、精神科救急・急性期医療の提供を行うほか、県内唯一の医療観察法指定入院医療機関としての役割を果たしています。

○県立こども病院は、小児分野の中核的医療を行う基幹病院として、「こころ」から「からだ」まで総合的な高度・専門医療や救急・急性期医療を提供しています。

（２）課題

○今後の更なる少子化による人口減少の進行、医療技術の進歩、医療に対する県民の意識やニーズ等の地域における医療需要及び物価高騰をはじめとする経済状況の変化など、医療をとりまく環境は大きく変わりつつあります。

○県立病院として、高度・専門・特殊医療や救急・急性期医療等の分野において第一級の病院であり、かつ、地域医療を確保するための支援の中心的役割を果たすという基本的な役割や災害時医療の基幹的役割を継続し、新興感染症等や大規模災害などの緊急事態が発生した際にも機動的・弾力的に対応できるよう、さらにその機能を強化して、県民の医療に対するニーズに応え、安全で質の高い医療を提供することが求められています。

（３）対策

○県が策定した静岡県立病院機構第４期中期目標（2024 年度～2028 年度）に基づき、県立病院機構は第４期中期計画を策定し、６疾病６事業を念頭に、各病院が専門性を生かしつつ、県立病院間や地域の医療機関との連携を強化して、病態に即した的確な医療を提供します。

○全国的な課題とされている救急医療や急性期医療の充実に加え、新興感染症等の感染拡大に備えた平時からの患者等の受入体制確保や、医療従事者の勤務環境向上に重点的に取り組みます。

○各病院が重点的に取り組む医療は以下のとおりです。

ア　県立総合病院

○地域における中核的医療を担う基幹病院として、先端医学棟に整備した各種ハイブリッド手術室や放射線治療室の運用などにより、高度・専門医療を提供していきます。

○急性心筋梗塞、脳卒中等の循環器疾患において、常時高度な専門的治療を提供します。加えて、生活習慣病としての危険因子を管理するため、地域の医療機関との連携を強化します。

○がん患者に対し、地域がん診療連携拠点病院として、最新・最良の診断、ロボット支援手術などの先進的手術及び化学療法、放射線治療を組み合わせた高度な集学的治療（各分野の専門医が協力して治療にあたること）や予防医療を提供する体制を整備し、地域の医療機関等と連携した緩和ケアや終末期医療を提供していきます。

○認知症や精神科患者の身体合併症などに対応できる体制を充実していきます。

○高度救命救急センターとして一層の充実を図り、広範囲熱傷等の特殊疾病患者に対応します。

○静岡社会健康医学大学院大学との連携やリサーチサポートセンターを活用し、臨床医学や県が推進する社会健康医学を推進します。これらの研究成果の発信や還元により、県内医療水準の向上と医療人材の確保に努め、新しい医療を創出する研究中核拠点を目指します。

○効率的な病院運営を図り、また、県民に安全で質の高い医療の提供を行うため、病床稼働率及び入院・外来患者満足度について各事業年度で高い水準を目指します。

イ　県立こころの医療センター

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

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

ウ　県立こども病院

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

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

第６節　医療機能に関する情報提供の推進

【対策のポイント】
○　医療機能情報の提供により県民の適切な病院等の選択を支援

【数値目標】

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

（１）現状

○県は、県民が医療機関及び薬局の選択を適切に行うために必要な情報について、医療機関及び薬局から報告を受けるとともに、その情報をインターネット等で分かりやすい形で県民に対し情報提供しています。

○インターネットによる情報提供は、これまで各都道府県が個別に行い、本県では「医療ネットしずおか」により提供していましたが、2024 年４月からは、厚生労働省の全国統一システム（医療情報ネット）により情報提供されます。

○各医療機関及び薬局には、年１回の定期報告時に情報を更新すること、基本情報（名称、所在地、電話番号等）に変更があった場合には速やかに報告することが医療法及び医薬品医療機器等法により義務付けられています。

○医療機関及び薬局は、県に報告した事項について、当該医療機関及び薬局において、書面等により閲覧できるようにする等、県民に対して情報提供しています。

図表５－６－１　医療機関報告事項

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

図表５－６－２　薬局報告事項

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

図表５－６－３　「医療ネットしずおか」のアクセス件数の推移

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

（２）課題

○全ての医療機関及び薬局が、医療機能情報の県への報告や自らの施設における閲覧による提供を確実に実施する必要があります。医療機関及び薬局は、年１回の定期報告時に情報を更新することになっていますが、2022 年度に定期報告を行った医療機関は 93.5%でした。

○県民が医療機関及び薬局を適切に選択する上で必要となる場合には、医療法施行規則及び医薬品医療機器等法施行規則で定める項目以外の項目についても必要に応じて追加選定する必要があります。

○県民に対し、分かりやすい形で、かつ、使いやすい方法で情報提供する必要があります。

（３）対策

○立入検査等を通じて、報告済医療機関及び薬局に対しては、提供された医療機能情報の確認を行い、未報告医療機関及び薬局に対しては、速やかな報告を指導するなど、県への報告や施設における閲覧による提供を確実に行うように、適切な指導等を行います。県民へ適切な情報が提供できるように、引き続き医療機関及び薬局に情報の更新について周知していきます。

○県民の医療機関及び薬局の適切な選択を支援する観点から、県民のニーズを把握し、関係団体の意見を参考に情報提供を行う項目を追加します。

○全国統一システムの運用開始について、県民への周知を図るとともに、同システムを活用し、各医療機関の医療機能等を県民に対し適切に情報提供します。

第７節　病床機能報告制度

【対策のポイント】
〇病床機能報告の公表による地域医療構想実現に向けた医療機関相互の協議の推進

（１）現状

〇地域における病床の機能の分化及び連携を推進し、地域医療構想を実現するためには、地域の医療機関が担っている病床機能の現状把握や分析等が必要です。
〇2014 年 10 月に法施行（医療法第 30 条の 13）された病床機能報告制度は、医療機関が有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能の現状と、今後の方向性を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度です。
〇一般病床又は療養病床を有する病院及び診療所は、毎年７月１日時点の医療機能ごとの病床数のほか、医療機関の人員配置や医療機器の状況、入院患者の状況、手術・治療等の具体的な医療の内容に関する項目等について報告します。
〇各医療機関が報告する機能は、「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」の４区分です。
〇県は、ホームページにおいて、２次保健医療圏別に集計した医療機能ごとの病床の状況や、医療機関別の詳細な報告内容等を公表しています。
〇また、地域医療構想調整会議等においても報告内容等を情報提供し、地域の医療体制にかかる共通認識の形成に活用しています。
〇厚生労働省は各都道府県に対して、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、病床機能報告の「定量的基準」の導入を求めています。
〇本県においては、地域医療構想調整会議や関係者の意見を踏まえ、病床機能選択の目安となる定量的基準として「静岡方式」を 2019 年病床機能報告から導入し、医療機関に活用を呼びかけています。

図表５－７－１　各病棟の病床が担う医療機能

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

図表５－７－２　病床機能報告における主な報告項目

区　分	主な報告項目
医療機能・ 病床数	・　以下の時点における病棟の機能を「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」の４区分から選択 ・７月１日時点の機能 ・2025年７月１日時点の機能 ・　許可病床数・稼働病床数、一般病床・療養病床の別
構造設備・ 人員配置	・　看護師等医療スタッフの配置数、算定する入院基本料・特定入院料 ・　高額医療機器（CT、MRI、血管連続撮影装置等）の保有台数 ・　入院患者の状況（新規入棟・退棟患者数、入棟前・退棟先の場所別の状況等）
具体的な 医療の内容	・　幅広い手術の実施、がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療 ・　重症患者への対応、救急医療の実施 ・　急性期後・在宅復帰への支援、全身管理、リハビリ、長期療養患者等の受入

図表５－７－３

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

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

（２）課題

○報告対象医療機関における医療機能の選択においては、国から定量的な基準が示されていないため、同じ医療機能を有した医療機関であっても、医療機関の捉え方によっては一様の報告とならない場合があります。

○そのため、静岡方式の活用を推進し、実際に提供されている医療機能を踏まえた報告としての精度を向上させていくことが必要です。

（３）対策

○報告対象医療機関による医療機能の選択においては、医療関係団体等と連携して、静岡方式の自主的な活用を促進していきます。

○また、地域医療構想調整会議等の場を通じて分析結果等を情報提供することにより、地域医療構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取組や相互の協議が進むように促していきます。

第８節　医療ＤＸ

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

（１）現状・課題

○少子高齢化、人口減少の進行に伴い、高齢者の増加により医療需要が増加・変化するとともに、生産年齢人口の減少により医療従事者の確保が困難となることが見込まれ、医療現場における効率化が求められています。

○さらに、医療資源の偏在が進むことにより、提供される医療サービスの地域格差が拡大することも懸念され、特に、へき地等における医療の確保は大きな課題です。

○新型コロナウイルス感染症の流行は、医療提供体制に大きな影響を与え、危機管理の観点から、感染状況や対応医療機関等の情報管理が必要であることがわかりました。また、収集した情報を活用し、施策に反映させることが重要です。

○こうした課題に対応するためには、医療現場におけるＩＣＴ技術の導入及び情報連携等の医療ＤＸが急務です。国では、「医療ＤＸ推進本部」が設置され、2023 年６月に「医療ＤＸの推進に関する工程表」が示されたことから、県においても同工程表を踏まえた対応が必要です。

○医療ＤＸの推進においては、個人情報管理等のセキュリティ対策に加え、情報弱者への対策が重要です。

（２）対策

ア　情報基盤の整備

○マイナンバー制度の活用は、医療機関での業務効率化につながるだけでなく、県民にとって適切で迅速な診断や治療につながるとともに、自らの健康管理にも役立つことから、県民や医療機関等にメリットを説明し、制度周知を図ります。

○医療機関間で患者・診療情報を共有するネットワークシステム（ふじのくにねっと）について、引き続き導入を支援します。

○国の「全国医療情報プラットフォーム」の整備を踏まえ、早急な整備を国に対し働きかけるとともに、医療機関の連携が図られるよう努めます。また、医療機関への電子カルテの導入を働きかけます。

イ　医療提供体制の補完

○各種疾病・事業の対策において、ＩＣＴ技術を活用し、県民がどこでも質の高い医療を受けられる環境の整備に努めます。

○脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患においては、救急医療体制の整備のために、ＩＣＴを活用して円滑に画像情報等を共有する仕組みを検討します。

○周産期・小児医療においては、県立こども病院を中心に実施している小児救急リモート指導医相談支援事業などにより、地域の医師の負担軽減を図り、新生児や小児に対する医療体制を確保します。

○へき地医療においては、遠隔医療を実施している医療機関の現状や市町の介入状況を市町等に共有するとともに、オンライン診療を行う医療機関の情報通信機器の整備を支援します。

○在宅医療においては、静岡県医師会が運用する「シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム)」を活用し、在宅患者に関わる多職種が患者の医療情報や介護サービス情報等を共有し、入退院調整の円滑化を図ります。

○災害医療においては、防災情報システムを活用し、医療救護施設と行政間の迅速な情報伝達や情報共有、医療救護に係る支援要請等に対する連絡・処理体制の充実を図ります。

ウ　情報収集と施策への反映

○「ふじのくに感染症管理センター」において、情報プラットフォームを構築し、保健所・医療機関等関係機関の業務の効率化、情報の共有化と感染状況の分析等のため、業務のデジタル化とデータ管理を一元化します。また、必要な時に、必要な情報を得ることができるよう環境を整備します。

○難病対策においては、国の指定難病・小児慢性データベースへの県内指定医の登録を促進し、国の難病対策に関する調査及び研究に役立てます。

エ　医療ＤＸ推進に当たって必要な対策

○サイバーセキュリティ対策に関して、医療機関等への注意喚起や研修の実施等による人材育成を支援します。

○2024 年度から全国統一のシステム（医療情報ネット）が導入される医療機能情報提供制度等により、県民に対して各医療機関の医療機能等に関する情報を適切に提供します。

○新型コロナウイルスの感染拡大以降、高齢者にもオンラインの活用が広がったことから、引き続き市町や関係団体とともに、高齢者をはじめとした情報弱者への理解を深めながら、医療ＤＸの推進に取り組みます。

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

＜基本的な考え方＞

デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変えること。

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

＜実施主体＞

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

【医療ＤＸの推進に関する工程表（2023.6.2国 医療ＤＸ推進本部）より】

（参考２）医療ＤＸの取組例

【国による取組】（医療ＤＸの推進に関する工程表より）

○マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速

○全国医療情報プラットフォームの構築

・オンライン資格確認等システムを拡充し、保健・医療・介護の情報を共有可能な「全国医療情報プラットフォーム」を構築

・具体的には、ネットワークに接続する、電子カルテ情報の標準化・システム開発・標準規格に対応した電子カルテへの改修や更新の推進や、電子処方箋の全国的な普及・拡大、自治体や介護事業所等とも必要な情報を安全に共有できる仕組みの構築

・全国医療情報プラットフォームにおいて共有される医療情報の２次利用について、その方針の検討

○診療報酬ＤＸ

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

【その他の取組例】

○遠隔医療（オンライン診療、オンライン服薬指導など）の適切な普及による医療アクセスの確保

○健康づくり・行動変容、疾病管理に向けた自己管理

○データを作成・収集・集約・分析するためのインフラづくり

○関連分野におけるマネジメントコストの効率化

○ＡＩ等を活用したデジタル病理診断支援による、精度向上、集約化・効率化の実現

第６章　疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築

第１節　疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制

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

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

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

○2012 年３月に、医療法第 30 条の３第１項の規定に基づいた医療提供体制の確保に関する基本方針が改正され、新たに「精神疾患」が追加され「５疾病」になり、また「在宅医療」についても疾病・事業と同様に、医療連携体制の構築が求められました。さらに、2023 年３月の改正により、新たに「新興感染症発生・まん延時の医療」が追加され、「６事業」になりました。

○本県では、従前より、上記「５疾病」に、「肝炎」を加えて取組を進めてきましたが、第９次計画より、「肝炎」を「肝疾患」に名称変更しました。

○今後も、５疾病６事業及び在宅医療に、「肝疾患」を加え、６疾病６事業及び在宅医療として医療連携体制の構築の取組を進めます。

１　記載項目

（１）現状、課題、対策及び医療連携体制

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

（２）医療体制図

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

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

２　２次保健医療圏等構成市町

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

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

＜参考：２次保健医療圏等の内訳＞

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

第２節　疾病

１　がん

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

（１）現状と課題

ア　がんの現状

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

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

○がんは、県民の疾病による死亡の最大原因となっていることから、全ての県民が、がん対策に参加することにより、生涯にわたって健やかに安心して暮らせる「ふじのくに」づくりを目指して、2014 年 12 月に静岡県がん対策推進条例を制定し、2022 年に改正しました。

○本条例と 2024 年３月に策定した静岡県がん対策推進計画（第４次）に基づき、総合的ながん対策を推進します。

イ　本県の状況

（がんによる死亡の状況）

○1982 年以降、がんが死亡原因の第１位となっており、年間１万人以上の県民が、がんで亡くなっています。2022 年の死亡率（人口 10 万対）は 316.7、死亡数全体に占める割合は 23.3％と、約４人に１人が、がんで命を落としていることになります。

○全国と比較したがん全体の標準化死亡比（2017-2021）は 95.1 であり、有意に全国を下回っています。保健医療圏別では、静岡保健医療圏以西では全ての保健医療圏で全国を下回っており、西に行くほど低くなっています。しかし、富士保健医療圏以東では、全ての保健医療圏で全国を上回っています。

（たばこ対策）

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

（ワクチン接種の推進）

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

[1] ゲノム：遺伝子をはじめとした遺伝情報の全体を意味する。

（がん検診受診率等）

○がん検診の受診率は、2022 年で胃がん 43.2%、肺がん 54.4%、大腸がん 48.3%、乳がん 45.9%、子宮頸がん 44.0%となっています。

○2019 年度の市町が行ったがん検診で要精密検査となった者のうち、精密検査を受けた者の割合は、胃がん検診 71.0%、肺がん検診 82.1%、大腸がん検診 66.6%、乳がん検診 84.5%、子宮頸がん検診 64.4%でした。

○2022 年度の市町がん検診受診者数は延べ 981,480 人であり、新型コロナウイルス感染症流行前の 2019 年度と比較すると 96.8%と、おおむねコロナ禍前の受診者数に回復しつつありますが、いまだ、完全回復に至っていません。

（がん医療提供体制）

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

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

○県内の２次保健医療圏のうち、賀茂保健医療圏を除く７保健医療圏においては、拠点病院等が整備されています。

○2022 年現在、県内のがん治療認定医の数は 459 人、人口 10 万対 12.6 人で、全国平均の 14.4 人より少なく、がん専門看護師数は 28 人、人口 10 万対 0.8 人で、全国平均の 0.8 人と同程度

で、がん専門薬剤師数も 20 人、人口 10 万対 0.6 人で、全国平均の 0.6 人と同程度となっています。

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

（がんゲノム医療）

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

（がんのリハビリテーション）

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

（支持療法）

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

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

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

（希少がん、難治性がん）

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

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

（小児がん、AYA世代[2]のがん、高齢者のがん）

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

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

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

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

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

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

（緩和ケア）

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

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

（在宅医療の充実）

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

（就労支援）

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

ウ　医療提供体制等の課題

（ア）がんの予防・がんの早期発見

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

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

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

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

○ＨＰＶワクチン定期接種の更なる接種率の向上に取り組む必要があります。

（イ）がん患者一人ひとりに応じた治療と支援の推進

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

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

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

---

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

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

（ウ）がん患者療養支援機能の充実

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

（２）対策

ア　数値目標

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

イ　施策の方向性

（ア）がんの予防・がんの早期発見

○青少年を対象とした喫煙防止教育や妊婦及び乳幼児の保護者向けリーフレットの活用等を通じて、県民に対し、喫煙が及ぼす健康への影響などに関する正しい知識の一層の啓発を図ります。

○改正健康増進法及び静岡県受動喫煙防止条例に基づき、多くの人が集まる公共的な施設、飲食店や職場等の受動喫煙防止対策が図られるよう関係機関に働きかけます。

○がん検診のメリットに関する知識の周知や、市町が対象者個別に行う受診勧奨・再勧奨、企業と連携した啓発等を推進します。

○がん検診と特定健診の同時実施や休日検診の実施、託児環境を備えるなど子育て世代が受診しやすい環境整備等、受診者の利便性向上の取組を促進します。

○がん検診の受診率向上に向け、静岡県対がん協会等の関係団体との連携によって、引き続き、対象者などを意識した適切な啓発活動を行います。

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

○新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症発生・まん延時等にがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討します。

○ＨＰＶ９価ワクチンの定期予防接種化を含むワクチンに対する正しい情報の提供のほか、キャ

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

（イ）がん患者一人ひとりに応じた治療と支援の推進

○県内のどこでも適切ながん医療を受けられるように、拠点病院等における医療の質の向上と均てん化及び医療機関間の連携強化を図ります。

○拠点病院等がない賀茂保健医療圏の機能強化のため、隣接する保健医療圏にある拠点病院等に対し、施設や設備の整備を支援するとともに、拠点病院等からの積極的な関与や連携を強化し、がん医療の均てん化に取り組みます。

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

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

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

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

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

○拠点病院等のアピアランスケアの実状を把握し、アピアランスケアの普及及び県内の連携体制の構築を進めます。

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

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

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

○高齢のがん患者一人ひとりの状況に応じた適切ながん診療を提供できるよう治療のあり方について、静岡県がん診療連携協議会に設置された支持療法部会、緩和ケア部会等で検討し、県内の医療機関に対する働き掛けを行います。

○高齢者であっても比較的安全に手術が受けられる低侵襲医療を推進するため、県内の都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院における低侵襲医療体制の整備を支援します。

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

○全国がん登録のデータを、がん対策の施策立案と評価に活用します。

（ウ）がん患者療養支援機能の充実

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

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

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

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

○引き続き、緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発を推進します。

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

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

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

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

---

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

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

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

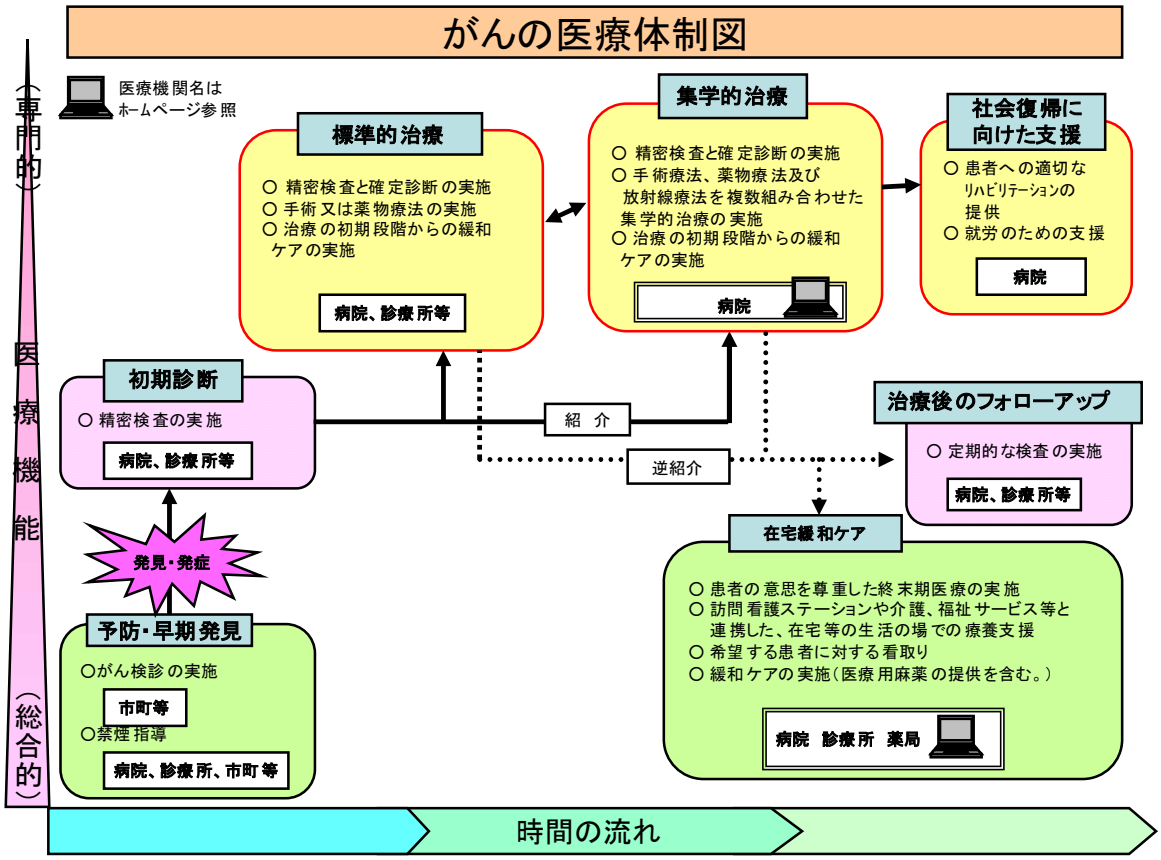
○がんのロジックモデル


〈個別施策〉
〈中間アウトカム〉
〈分野アウトカム〉
1:がんの予防・がんの早期発見
現状データ
普及啓発キャンペーンの実施状況
現状データ
指針を遵守したがん検診の実施市町数
1:精度管理されたがん検診の実施と受診促進
数値目標
検診5がん検診受診率
現状データ
検診5がん精密検査受診率
現状データ
検診5がん早期がん割合
現状データ
検診5がん進行がん罹患率
1:がん生存率の向上
数値目標
対県標準化死亡比
最大の地域と最小の地域の比較倍率
現状データ
がん種別5年生存率
現状データ
がんの年齢調整罹患率
現状データ
県内の年間がん死亡者数
2:がん患者一人ひとりに応じた治療と支援の推進
現状データ
拠点病院等及び県推進病院の数
現状データ
専門医療機関連携薬局(傷病の区分:がん)の認定数
現状データ
意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院等及び県推進病院の割合
2:がん患者一人ひとりに応じた治療と支援の推進
現状データ
悪性腫瘍の手術件数
現状データ
放射線治療延べ患者数
現状データ
がんに係る薬物療法延べ患者数
3:がん患者療養支援機能の充実
数値目標
がん患者の就労支援に関する研修受講者数
現状データ
拠点病院等及び県推進病院等に勤務する医師のうち緩和ケア研修会を修了した者の割合
現状データ
拠点病院等及び県推進病院で実施した、地域を対象とした、がんに関するセミナー等の開催回
3:住み慣れた地域でのがん患者療養支援機能の充実
現状データ
拠点病院等及び県推進病院の緩和ケアチームの新規介入患者数
現状データ
緩和ケア外来の新規診療患者数
現状データ
長期療養者就職支援事業におけるがん患者失職率
2:全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上
数値目標
現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合

（３）「がん」の医療体制に求められる医療機能

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

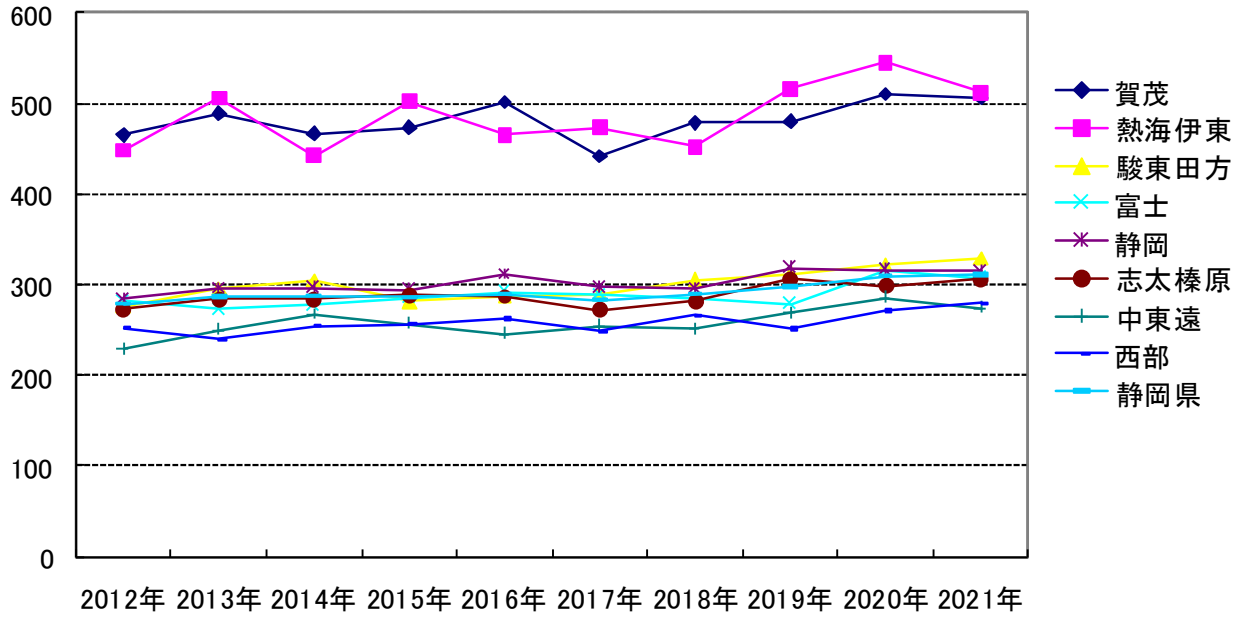
（４）「がん」の医療体制図



（５）関連図表

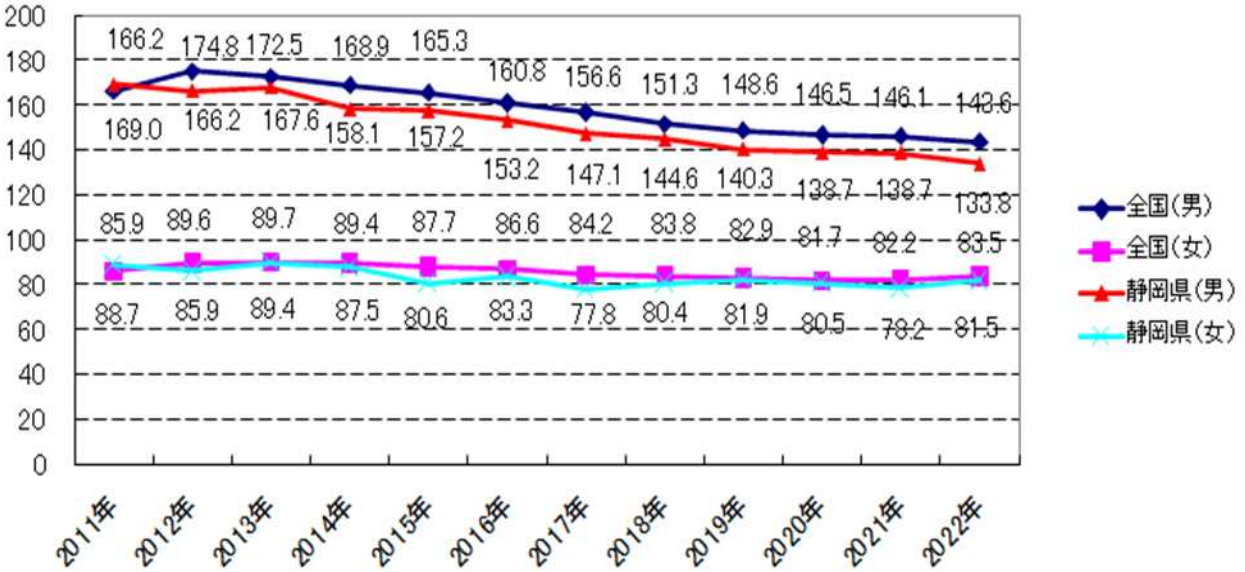
◯がんによる死亡率（人口 10 万対）の推移

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



（出典：静岡県人口動態統計から算出）

◯がんによる年齢調整死亡率（人口 10 万対）の推移



（出典：厚生労働省「人口動態統計」から算出（1985 年モデル人口を使用））

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

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

（出典：県医療政策課調査）

〇悪性腫瘍手術、放射線治療、外来化学療法の実施件数（2020 年9月実績）

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

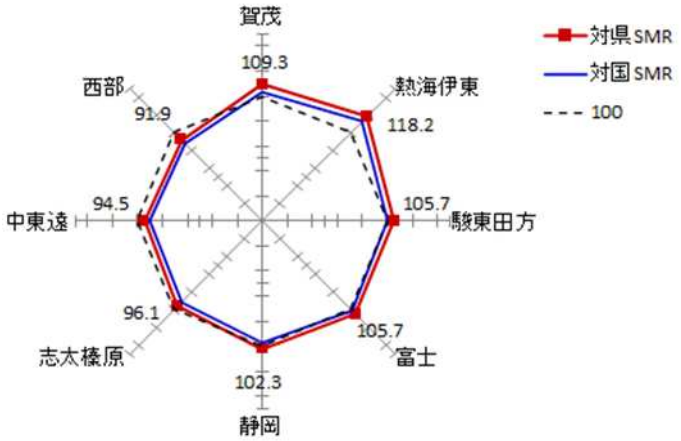
（出典：厚生労働省「医療施設調査」）

◯標準化死亡比（SMR）：がん総数、胃、結腸、直腸・S 字結腸

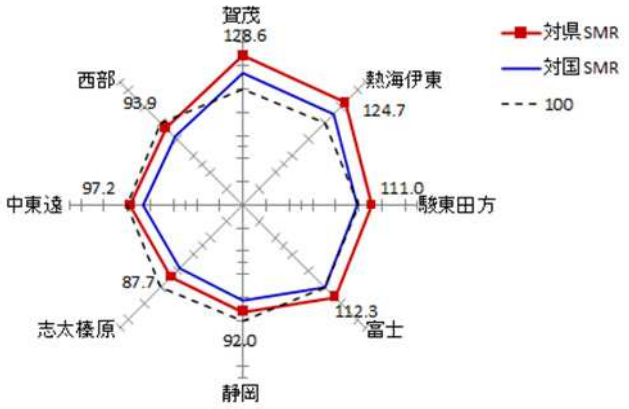
2017年-2021年	悪性新生物							
	総数		胃		結腸		直腸S状結腸移行部及び直腸	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	109.3	103.7	128.6	114.2	117.1	111.2	107.0	105.4
熱海伊東	118.2	112.5	124.7	111.1	147.3	140.0	123.7	121.9
駿東田方	105.7	100.5	111.0	98.8	110.6	105.0	106.2	104.0
富士	105.7	100.6	112.3	99.9	110.7	105.1	116.9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

※網掛けは有意に多い、又は有意に少ない。

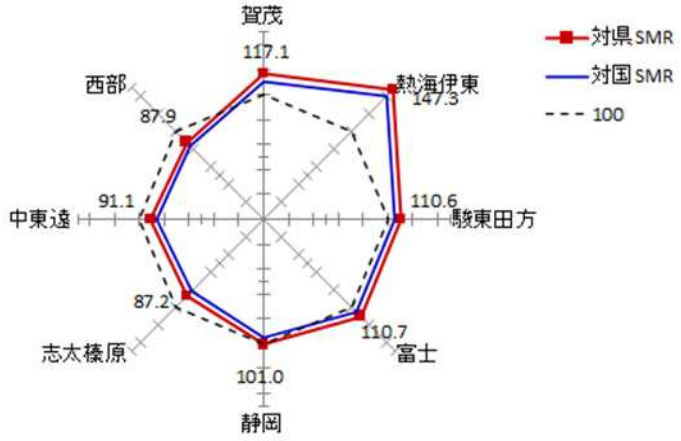
【総数】



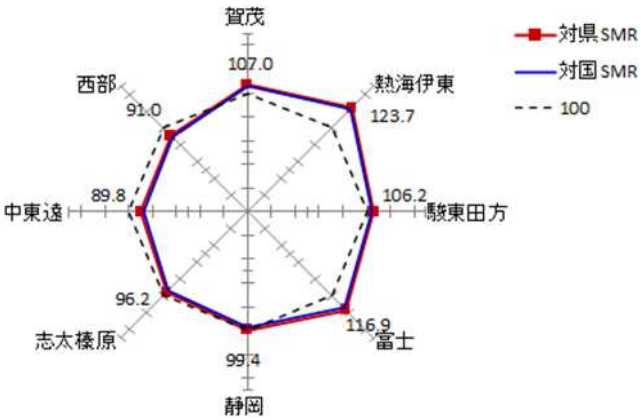
【胃】



【結腸】



【直腸 S 状結腸移行部及び直腸】



※図中の数値は対県 SMR

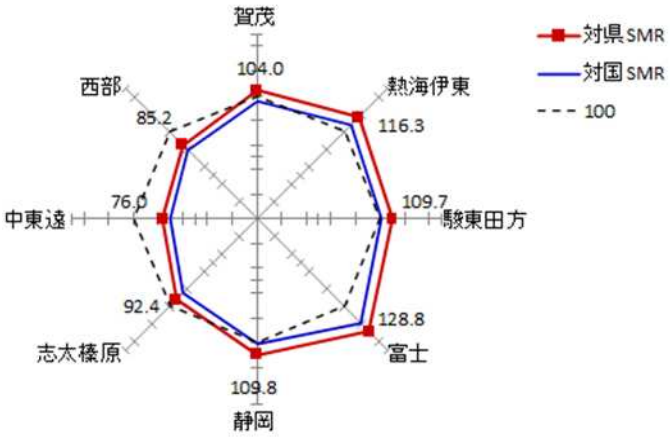
※SMR（標準化死亡比）：
死亡数を人口で除した死亡率を比較すると、高齢者の多い市町では高くなり、若年者の多い市町では低くなる傾向があります。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率が「SMR(標準化死亡比)」です。この SMR を用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気にすることなく、より正しく地域比較を行うことができます。SMR=110 の場合、「性別・年齢を調整した場合、県（国）より 1.1 倍死亡数が多い（死亡率が高い）」「県の人口構成を基準とした場合、県（国）より 1.1 倍死亡数が多い（死亡率が高い）」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

◯標準化死亡比（SMR）：肝、肺、乳房、子宮

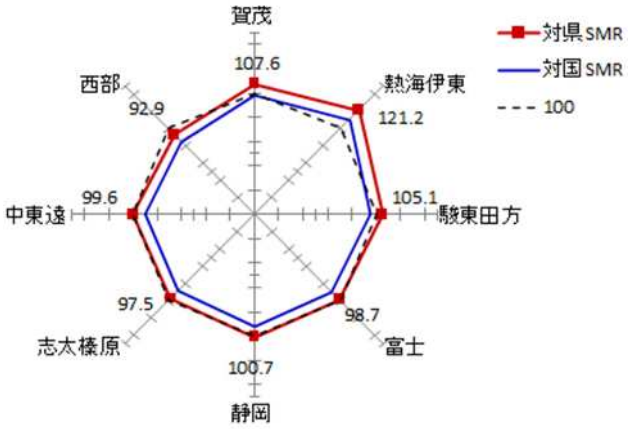
2017年-2021年	悪性新生物							
	肝及び肝内胆管		気管、気管支及び肺		乳房		子宮	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	104.0	95.9	107.6	97.7	82.3	77.5	118.0	122.9
熱海伊東	116.3	107.5	121.2	110.4	153.0	144.5	146.2	152.3
駿東田方	109.7	101.3	105.1	95.6	102.0	96.1	117.8	123.5
富士	128.8	119.0	98.7	89.8	112.4	106.0	111.7	117.2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

※網掛けは有意に多い、又は有意に少ない。

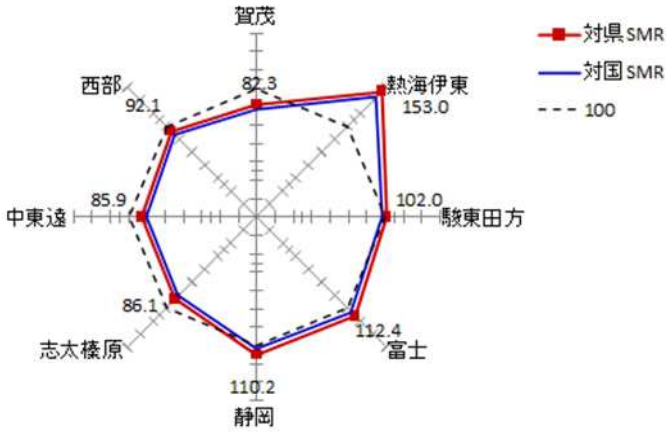
【肝及び肝内胆管】



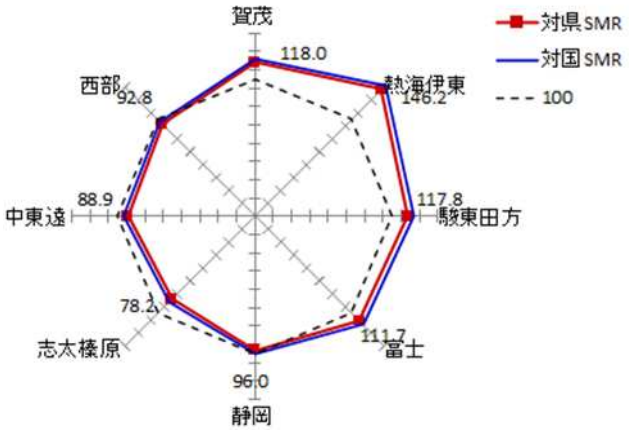
【気管、気管支及び肺】



【乳房】



【子宮】



（出典：県健康政策課調査）

○現状把握のための指標

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

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

２　脳卒中

【対策のポイント】

○　脳卒中の危険因子（高血圧症、脂質異常症、糖尿病、不整脈（心房細動）、喫煙等）、初期症状及び介護予防の啓発、危険因子の治療と生活習慣指導等の推進

○　発症後の早期治療、各病期を担う医療・介護関係者間連携の推進

○　発症早期から患者の状態に応じた集学的リハビリテーションの推進

（１）現状と課題

ア　脳卒中の現状

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

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

○脳梗塞は、「穿通枝（せんつうし）」と呼ばれる細い血管が閉塞することで発生し、脳梗塞の大きさが 15㎜未満のラクナ梗塞、５～８㎜の比較的太い血管がプラーク（コレステロールなどの塊）により血流が悪化し、そこに形成される血栓が原因となるアテローム血栓性脳梗塞、不整脈や弁膜症により心臓に生じた血栓（塞栓）により脳の血管が閉塞することで発症する心原性脳塞栓症の３種類に分類されます。

○脳内出血は脳の細い血管が破綻するもの、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものです。

○2022 年で全国において、介護が必要になった者の主な原因のうち、脳卒中が 16.1%を占めています。

○認知症のうち、脳梗塞や脳内出血が原因で起こる脳血管性認知症が 19.5%を占めています。

イ　本県の状況

（死亡・罹患の状況）

○2022 年の脳卒中による死亡者は 3,890 人、全死亡者 47,334 人中 8.2%であり、死亡原因としてはがん、老衰、心疾患に次いで第４位となっています。

○脳卒中のうち最も多い死亡原因は脳梗塞で 1,851 人(47.6%)、次いで脳内出血 1,422 人(36.6%)、くも膜下出血 433 人(11.1%)となっています。

○全国と比較した本県における脳卒中の標準化死亡比（2017 年-2021 年）は 115.1 であり、有意に高い状況です。

（医療従事者の状況）

○2020 年の人口 10 万対の脳神経内科の医師数は 3.5 人、脳神経外科の医師数は 5.8 人で、全国平均 4.6 人、5.8 人と比較すると脳神経内科の医師数は少ないです。

○2020 年の人口 10 万対のリハビリテーション科の医師数は 2.3 人、理学療法士数は 78.5 人で、全国平均 2.3 人、80.0 人と比較すると理学療法士数は少ないです。

○2022 年の脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数は 35 人です。

---

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

[2] 遷延性意識障害：重度の昏睡状態を指す病状である。

○2022 年の両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数は 299 人です。

○2022 年の歯周病専門医が在籍する医療機関数は 21 施設です。

（特定健康診査等の状況）

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

（救急患者の搬送）

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

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

（急性期の治療）

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

○2022 年時点で、一次脳卒中センター[4]は、25 施設あります。

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

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

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

（脳卒中のリハビリテーション）

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

（在宅への復帰）

○2020 年の脳卒中の退院患者平均在院日数は 88.5 日です。

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

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

ウ　医療提供体制

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

（ア）予防・啓発

○脳卒中の最大の危険因子は高血圧です。75 歳未満の成人は 130/80mmHg 未満、75 歳以上の高齢者は 140/90mmHg 未満（ただし、脳血管障害患者、冠動脈疾患患者等は 130/80mmHg 未満）を降圧目標として、高血圧のコントロールを厳密に行うことが重要です。また、脂質異常症、糖尿病、不整脈（心房細動）、高尿酸血症、慢性腎臓病（ＣＫＤ）、喫煙、多量飲酒等も危険因子です。さらに、喫煙しない人であっても、受動喫煙により影響を受ける場合があります。

○心原性脳梗塞の最大の原因は心房細動であり、心房細動がある人は、心房細動がない人に比べ、約５倍脳梗塞の発症リスクが高いことが報告されています[10]。

○特定健康診査において、治療が必要と判断された「要医療」となった者の多くは、危険因子となる基礎疾患を有しており、受診勧奨や治療中断を防ぐ働き掛けを行う必要があります。

○歯周病患者は、脳卒中のリスクが 1.24 倍高いことが報告されています[11]。

（イ）救護

○消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による受入れの実施に係る体制として、「静岡県傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の分類基準に「脳卒中疑い」を定め、傷病者の受入先となる医療機関のリストを作成しています。

○救急救命士を含む救急隊員の資質向上のため、循環器病対策を含めた研修機会の確保に取り組んでいます。

○脳梗塞では、できるだけ早く急性期の治療を受ける必要があり、発症 4.5 時間以内の専門治療可能な病院への搬送が重要です。

○医療資源が少ない地域では、脳梗塞の治療連携システムの１つである「Drip ＆ Ship」の Drip（血栓溶解剤などの点滴）が出来ないだけでなく、Ship（専門治療を行う病院に搬送）もされないという課題があります。

○脳卒中を発症した患者には、早急に治療を開始する必要があり、まずは、患者やその家族（施設入所の場合には、その職員等）が発症を認識することが重要です。

（ウ）急性期

○脳梗塞に対する迅速なｔ－ＰＡ療法や血栓回収療法が重要ですが、地域によっては、これらの治療を十分に受けられません。

○対応疾患に応じて、地域における複数の医療機関が連携して 24 時間 365 日受け入れる体制の整備が求められます。

○円滑な脳卒中の地域医療連携パスの実現のために、記載項目の標準化や記載の簡素化などの取組を進めることが必要です。

○脳卒中患者では、急性期治療を行った後にも様々な神経症状が残ることが多いため、急性期に速やかにリハビリテーションを開始し、円滑に回復期及び維持期・生活期のリハビリテーショ

---

[10] 出典：Cleveland Clinic. Atrial fibrillation (Afib). Published May 2015. Accessed August 25,2016.

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

ンに移行することが求められます。

○経口挿管されている場合は人工呼吸器関連肺炎を予防するために口腔ケアが欠かせません。

○新型コロナウイルスの拡大により、脳卒中患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、脳卒中診療のひっ迫や患者の受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療を確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要があります。

（エ）回復期

○在宅等への復帰に向けた再発予防を含む回復期の医療及びリハビリテーションから、生活の場における維持期・生活期のリハビリテーションまで切れ目のない医療、介護サービスが提供されるように、関係者（機関）の連携が重要です。

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

○それぞれの地域で、脳卒中の地域医療連携パスの運用が始まっていますが、地域によっては、回復期病院までの連携で、かかりつけ医の連携まで十分に行われていない状況があります。

（オ）維持期・生活期

○患者が、急性期から回復期、維持期・生活期まで切れ目なく医療を受けられるような在宅医療の体制整備や、医療サービスと介護・福祉サービス等の必要な支援が一貫して受けられるような体制の整備が必要です。

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

○また、後遺症により、日常生活の活動度が低下し、しばしば介護が必要な状態となり得るため、患者が必要な福祉サービスや後遺症に対する支援を受けることができる環境整備が必要です。

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

○病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組を整えることや、患者が生きがいを感じながら働くことができる社会のため、就労支援サービスの活用が必要です。

（カ）再発・重症化予防

○急性期治療により後遺症が残らない場合であっても、基礎疾患や危険因子を放置すると再発の可能性があります。

○再発予防・重症化予防のための医療機関間の連携の強化も重要です。

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

（２）対策

ア　数値目標

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

イ　施策の方向性

○各病期における保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実を図ります。

○患者本人の意思を尊重した医療・ケアの提供ができるよう、在宅医療を支える医療・ケア関係者の相談対応力の向上を図るとともに、県民に対し、ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）やリビングウィル（意思表明書）について、普及啓発を実施します。

（ア）予防・啓発

○禁煙、適切な飲酒、減塩、運動といった生活習慣の改善や特定健康診査・特定保健指導の推進により、脳卒中の危険因子となる高血圧症、糖尿病、脂質異常症等の生活習慣病の発症予防や重症化予防を推進します。

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

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

○世界脳卒中デー（10 月 29 日）を中心に、脳卒中に関する知識を広め、脳卒中の予防について普及啓発を図ります。

○県医師会等の関係団体と連携し、かかりつけ医での定期受診によって、高血圧症の降圧療法をはじめ、糖尿病、脂質異常症、不整脈（心房細動）、慢性腎臓病等の継続治療を徹底することを推進します。

---

[12] 1985 年モデル人口を使用して算出したものである。

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

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

（イ）救護

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

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

（ウ）急性期

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

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

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

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

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

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

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

（エ）回復期

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

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

---

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

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

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

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

（オ）維持期・生活期

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

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

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

○療養生活に移行して、それまで気付かれなかった高次脳機能障害により問題が生じる場合もあるので、家族等がかかりつけ医に相談するように啓発します。

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

○後遺症等に関する知識等について、分かりやすく効果的に伝わるよう必要な取組を進めます。

○患者の状態に応じた緩和ケアが提供されるよう、緩和ケアの提供体制を充実させます。

○治療と仕事の両立の相談支援体制を充実させます。

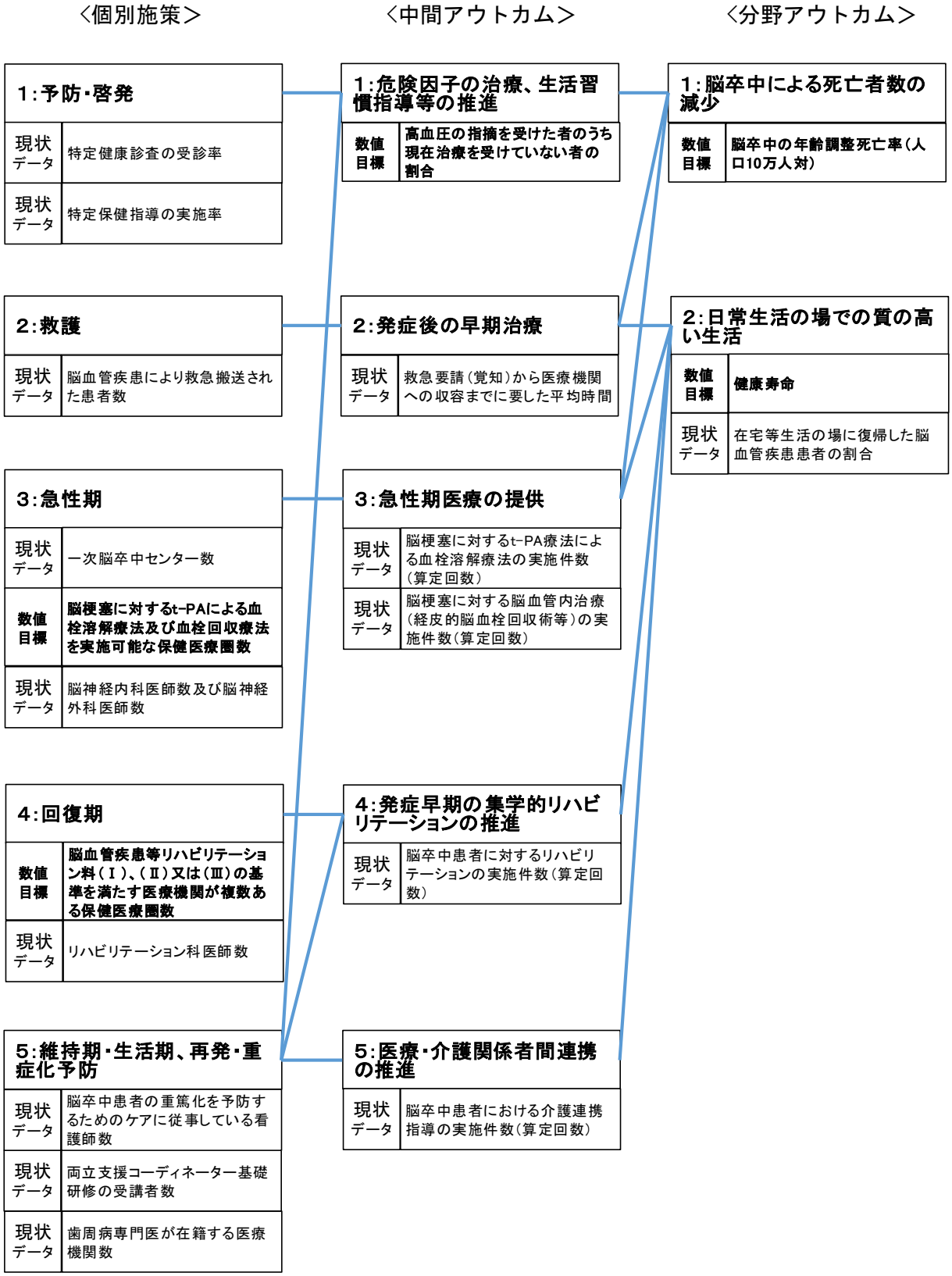
（カ）再発・重症化予防

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

○合併症の悪化や脳卒中の再発の際には、患者の状態に応じた適切な医療を地域で提供できるよう、医療機関（かかりつけ医）、かかりつけ薬局等の連携を推進します。

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

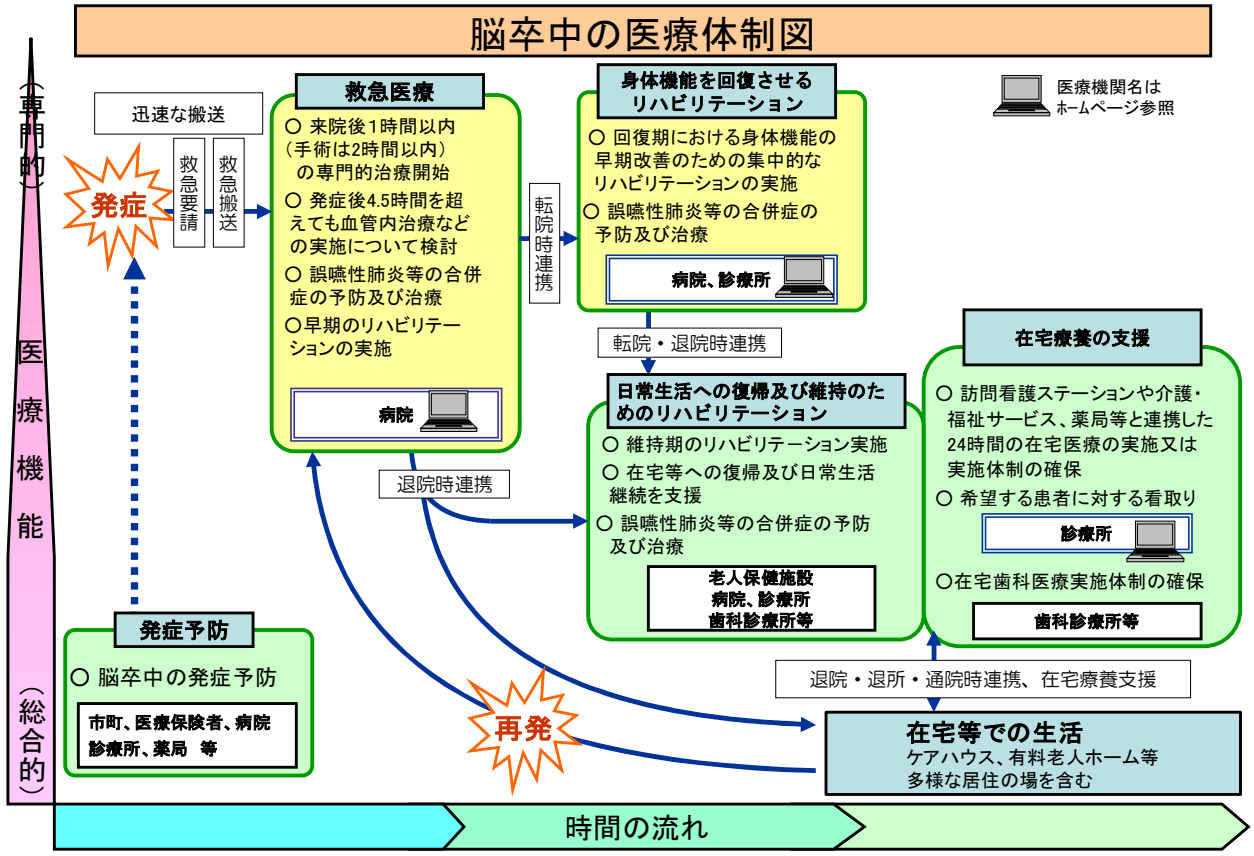
○脳卒中のロジックモデル



（３）「脳卒中」の医療体制に求められる医療機能

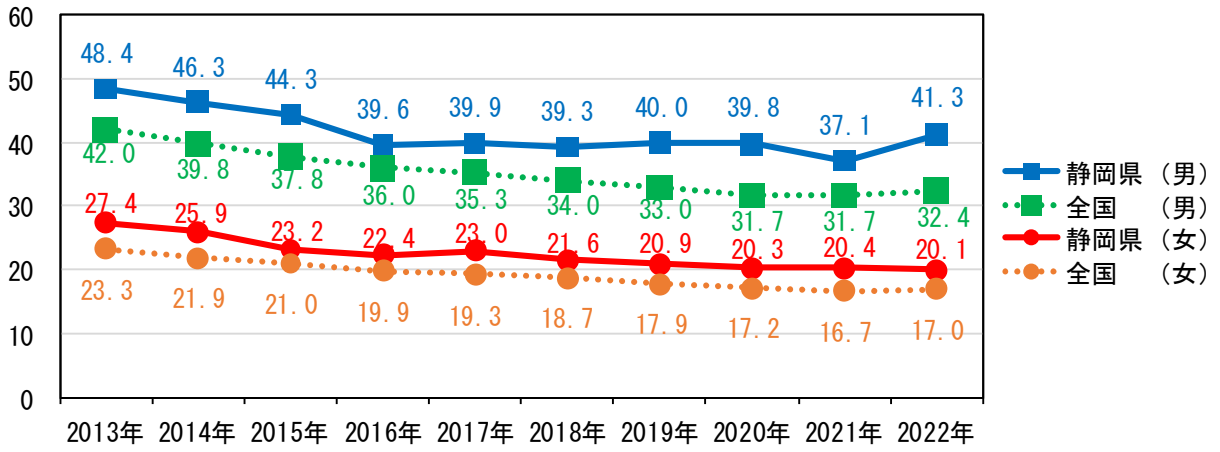
	発症予防	発症後の医療等	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	在宅療養の支援
ポイント	○ 脳卒中の発症予防	○ 脳卒中を疑われる患者を専門的な診療が可能な医療機関に発症後迅速に搬送	○ 24時間体制で、来院後1時間以内（手術は2時間以内）に専門的な治療を開始 ○ 発症後4.5時間を超えても血管内治療などの高度専門治療の実施について検討 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療 ○ 早期にリハビリテーションを実施	○ 回復期における身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションの実施 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防	○ 維持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

（４）「脳卒中」の医療体制図



（５）関連図表

◯脳卒中による年齢調整死亡率（人口 10 万対）の推移



（出典：厚生労働省「人口動態統計」から算出（1985 年モデル人口を使用））

◯脳卒中（脳血管疾患）による死亡数（2021 年）

		静岡県	２次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
脳卒中（脳血管疾患）	総数	3,605	91	166	712	356	626	422	396	836
	男	1,809	48	82	359	174	328	210	196	412
	女	1,796	43	84	353	182	298	212	200	424
脳梗塞	総数	1,762	37	73	369	178	279	223	191	412
	男	877	19	34	188	86	143	114	93	200
	女	885	18	39	181	92	136	109	98	212
脳内出血	総数	1,296	36	71	243	128	259	140	125	294
	男	712	21	41	130	71	151	75	67	156
	女	584	15	30	113	57	108	65	58	138
くも膜下出血	総数	402	15	19	64	34	76	39	62	93
	男	154	7	6	23	10	30	12	27	39
	女	248	8	13	41	24	46	27	35	54
その他の脳血管疾患	総数	145	3	3	36	16	12	20	18	37
	男	66	1	1	18	7	4	9	9	17
	女	79	2	2	18	9	8	11	9	20

（出典：静岡県人口動態統計）

◯特定健診分析結果（標準化該当比[16]）（2020 年）

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

（出典：静岡県「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」）

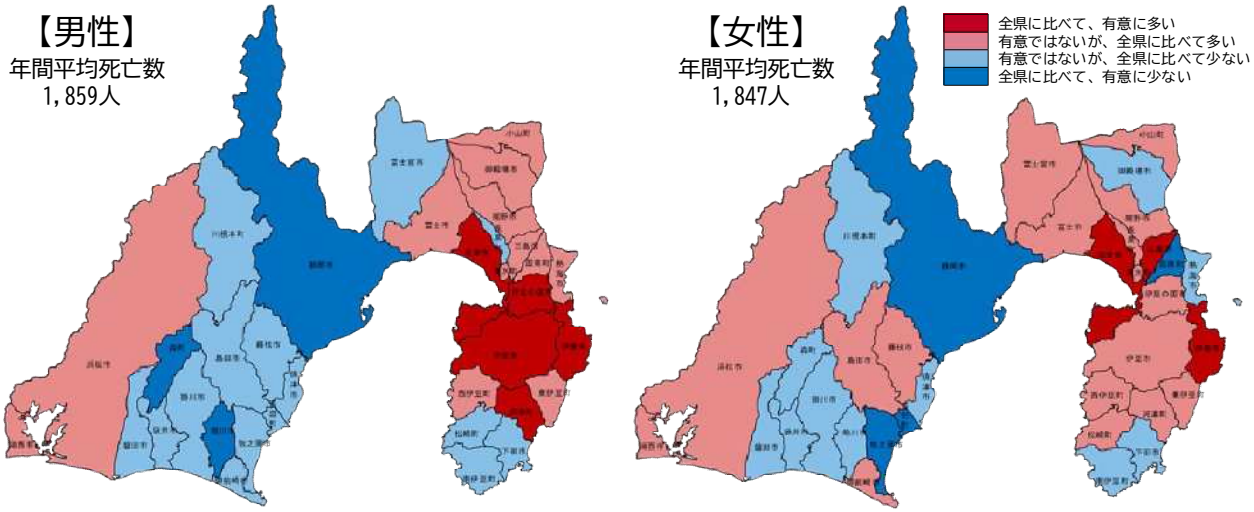
[16] 標準化該当比:県全体の有所見率を 100 とした場合の各市町の有所見率のことである。

○標準化死亡比（ＳＭＲ）（2017 年-2021 年）

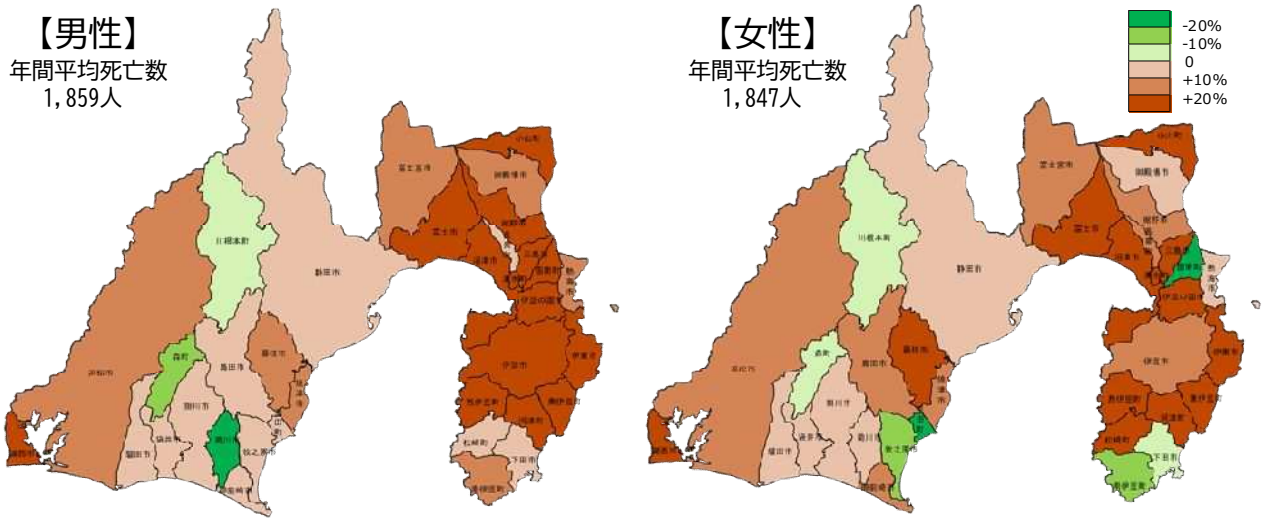
区分 / 保健医療圏	脳血管疾患（脳卒中）		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	対県 SMR	対国 SMR	対県 SMR	対国 SMR	対県 SMR	対国 SMR	対県 SMR	対国 SMR
賀茂	103.4	118.4	95.7	98.0	118.2	154.1	118.9	142.9
熱海伊東	114.0	131.1	103.2	106.0	137.8	180.2	116.8	140.4
駿東田方	114.8	132.3	114.9	118.0	105.9	138.3	109.3	129.7
富士	104.3	120.6	111.3	114.3	99.8	130.6	96.6	114.4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

※網掛けは有意に多い

＜県内比較（2021 年）＞



＜全国比較＞



（出典：静岡県「静岡県市町別健康指標」）

◯指標による現状把握

（医療従事者の状況）（2020 年）

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

（出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

（救急患者の搬送）

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

（出典：厚生労働省「患者調査」）

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

（出典：総務省消防庁「救急救助の現況」）

（急性期の治療）（2021 年）

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

（出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」）

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

（脳卒中のリハビリテーション等）

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

（出典：東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」）

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

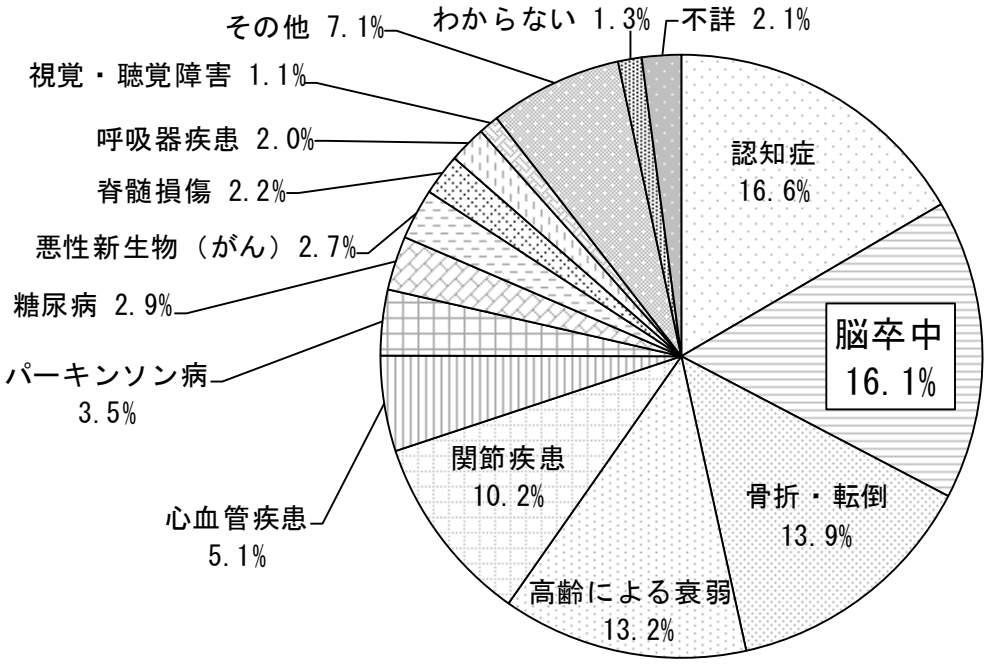
（出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」）

（在宅への復帰）（2020 年）

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

（出典：厚生労働省「患者調査」）

◯介護が必要となった者の主な原因（2022 年）



（出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」）

◯要介護度別にみた介護が必要となった主な原因（上位３位）（2022 年）

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

（出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」）

３　心筋梗塞等の心血管疾患

【対策のポイント】
- ○　心血管疾患の危険因子（高血圧症、脂質異常症、糖尿病、喫煙等）の啓発、危険因子の治療と生活習慣指導等の推進
- ○　発症後の早期治療、各病期を担う医療・介護関係者間連携の推進
- ○　患者の状態に応じた、切れ目のないリハビリテーションの推進

（１）現状と課題

ア　心血管疾患の現状

○急性心筋梗塞は、心臓に栄養と酸素を補給している冠動脈の閉塞等によって心筋（心臓の筋肉）への血流が阻害され、心筋が壊死し、心臓機能の低下が起きる疾患であり、心電図上の所見によりＳＴ上昇型心筋梗塞[1]と非ＳＴ上昇型心筋梗塞[2]に大別されます。心筋が虚血状態に陥っても壊死まで至らない前段階を狭心症と言います。

○急性冠症候群は、心臓に栄養と酸素を供給している冠動脈のプラーク（コレステロールなどの塊）の破たんとそれに伴う血栓（血の固まり）により、冠動脈の高度狭窄（きょうさく）（血管が細く狭くなる状態）や閉塞を、突然来した状態です。これにより、心筋に十分な血液が行き届かなくなり、胸痛などの様々な症状を引き起こします。不安定狭心症や急性心筋梗塞の総称として用いられます。

○急性心筋梗塞及び狭心症の症状としては、激しい胸痛、呼吸困難、冷汗、嘔気・嘔吐などがあり、血圧が低下すると意識を失うこともあります。胸痛は、安静にしていても 20 分以上続くことが多く、ニトロ製剤[3]を使用しても５分後に胸痛が治まらない場合は、狭心症ではなく急性心筋梗塞が強く疑われます。

○胸痛等の症状が起きたら、家族等周囲にいる者による迅速な救急要請を行いつつ、意識がない、呼吸、脈拍が感じられない場合等には胸骨圧迫[4]や自動体外式除細動器（ＡＥＤ）[5]による電気的除細動[6]の実施、その後の救急隊等による速やかな搬送、医療機関による適切な急性期治療という一連の対応が非常に大切です。

○大動脈解離は、大動脈の壁が二層に剥がれて（解離して）血液の通り道が、本来のものとは別にもう一つできた状態であり、突然の急激な胸背部痛、大動脈の破裂による出血症状、分枝動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状（臓器に必要量の血液が流入しないことによる症状）等、様々な症状をきたします。解離の範囲により、上行大動脈に解離が及んでいる Stanford Ａ型

---

[1] ＳＴ上昇型心筋梗塞：心臓の冠動脈が血栓により完全閉塞し、心筋が壊死を起こした状態の心筋梗塞であり、心電図のＳ波と呼ばれる部分からＴ波と呼ばれる部分まで（ＳＴ）が上昇する。

[2] 非ＳＴ上昇型心筋梗塞：心電図のＳＴの部分が上昇していない心筋梗塞である。

[3] ニトロ製剤：冠動脈を拡張させる作用があり、狭心症発作の初期に舌下に入れて溶かして服用する薬剤である。

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

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

[6] 電気的除細動：心臓に電流を流して心臓の動きを正しいリズムに戻すことである。

と上行大動脈に解離が及んでいないStanford B型に分類されます。なお、解離した大動脈が太くなって瘤を形成した場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれます。

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

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

○心不全患者の約80%は75歳以上です。高齢化の進行により、心不全で入院する患者数は、全国で毎年約１万人ずつ増加しています。

○不整脈は、脈がゆっくり打つ、速く打つ、不規則に打つ状態を指します。生理的なもの（運動や精神的興奮によるもの等）と、病気に由来するものがあります。心房細動は、不整脈の１つで、心房と呼ばれる心臓の部屋が小刻みに震えてけいれんし、うまく働かなくなってしまう状態です。

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

イ　本県の状況

（死亡・罹患の状況）

○2022年の心血管疾患による死亡者（心疾患（高血圧性を除く）、大動脈瘤及び解離による死亡者数の合計）は7,221人で、全死亡者47,334人中15.3%であり、死亡原因としてはがんに次いで第２位となっています。

○心血管疾患のうち最も多い死亡原因は心不全で2,963人(41.0%)、次いで不整脈及び伝導障害1,269人(17.6%)、急性心筋梗塞1,032人(14.3%)となっています。大動脈瘤及び解離による死亡は575人(8.0%)です。

○全国と比較した本県における心疾患（高血圧性を除く）の標準化死亡比（2017年-2021年）は94.7と、やや少なくなっています。心不全は95.3であり、全国と比較し、やや少なくなっていますが、急性心筋梗塞の標準化死亡比は104.9、大動脈瘤及び解離は105.4と全国と比べて有意に高く、特に東部地域で高くなっています。

（医療従事者の状況）

○2020年の人口10万対の循環器内科の医師数は8.6人、心臓血管外科の医師数は2.5人で、全国平均10.3人、2.6人と比較すると循環器内科の医師数は少なく、心臓血管外科の医師数はほぼ同じです。

○2020年の人口10万対のリハビリテーション科の医師数は2.3人、理学療法士数は78.5人で、全国平均2.3人、80.0人と比較すると理学療法士数は少ないです。

○2022年の慢性心不全の再発を予防するためのケアに従事している看護師数は11人です。

○2020年の両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数は299人です。

○2020年の歯周病専門医が在籍する医療機関数は21施設です。

（特定健康診査等の状況）

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

（救急患者の搬送）

○2020 年に虚血性心疾患及び大動脈疾患により救急搬送された患者数は約 110 人[7]です。

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

（急性期の治療）

○2022 年８月時点で、急性心筋梗塞の救急医療機能を担う病院は、賀茂保健医療圏を除く７保健医療圏に 25 施設あります。

○2021 年で、大動脈疾患患者に対する手術を実施できる病院は、賀茂、熱海伊東及び中東遠保健医療圏を除く５保健医療圏にあります。

○2020 年で、心臓内科系集中治療室（ＣＣＵ）[8]を有する病院は９施設、病床数は 80 床あり、駿東田方、静岡、志太榛原及び西部の４保健医療圏で冠疾患集中治療を実施できる体制が整っています。

○急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション（ＰＣＩ）[9]は、2021 年に県内全保健医療圏で実施され、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術については、賀茂、熱海伊東及び中東遠保健医療圏を除く５保健医療圏で実施されています。

（心血管疾患のリハビリテーション）

○2023 年４月時点で、心血管疾患リハビリテーションの機能を担う医療機関[10]は 31 施設あり、賀茂保健医療圏を除く７保健医療圏で実施されています。

（在宅への復帰）

○2020 年の虚血性心疾患の退院患者平均在院日数は 27 日、心血管疾患の退院患者平均在院日数は 35.2 日です。

○2020 年に主病名が虚血性心疾患の患者で退院後に在宅等生活の場に復帰した患者の割合は 95.5%となっています。

（移行期医療）

○本県の小児・先天性心疾患児を含む移行期医療の対応は、2020 年４月に、県立こども病院において、県移行期医療支援センターの運営を開始し、2022 年度に移行期医療協議会が設置されるなど、先進的に取り組んでいます。

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

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

---

[7] 2020 年患者調査を基に、厚生労働省医政局地域医療計画課で集計したデータである。

[8] 心血管疾患の重症患者を対象とする集中治療室である。

[9] 経皮的冠動脈インターベンション（ＰＣＩ）：カテーテルを用いて狭くなった冠動脈を拡張する治療法である。

[10] 診療報酬の心大血管疾患リハビリテーション料(I)又は(Ⅱ)の施設基準を満たす施設である。

ウ　医療提供体制

○本県における心血管疾患患者の年齢調整死亡率は、男女とも全国平均を下回っています。しかし、急性心筋梗塞の標準化死亡比（ＳＭＲ）(2017 年-2021 年)は、賀茂、熱海伊東、富士及び中東遠の４保健医療圏において各々174.4、203.3、132.5、148.1 と全国平均を有意に上回っており、早急な対策が必要です。

○患者本人の意思を最大限尊重した医療・ケアの提供ができるよう、患者本人があらかじめ家族や医療・ケア関係者と話し合うＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）を普及させていくことが必要です。

（ア）予防・啓発

○高血圧、脂質異常症、糖尿病及び喫煙は、急性心筋梗塞や大動脈瘤及び解離の危険因子です。

○心血管疾患死亡リスクが最も低い 120/80㎜Hg 未満と比較して、40 歳から 74 歳まででは 120/80㎜Hg 以上、75 歳から 89 歳まででは 140/90㎜Hg 以上で、血圧上昇に伴いリスクが増大することが報告されています[11]。このため、高血圧のコントロールを厳密に行うことが極めて重要です。

○急性冠症候群を一度発症した者は、再発を予防するため、厳格なＬＤＬコレステロール管理が必要とされ、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022」（日本動脈硬化学会）では 70mg/dl 未満が目標値とされています。

○糖尿病患者は、非糖尿病患者と比較して、冠動脈疾患にり患する頻度が２倍から４倍高いと報告されています。

○喫煙しない人であっても、受動喫煙により影響を受ける場合があるため、受動喫煙防止の推進が重要です。

○高尿酸血症、慢性腎臓病（ＣＫＤ）、多量飲酒、ストレス等も危険因子です。

○特定健康診査において、治療が必要と判断された「要医療」となった者の多くは、危険因子となる基礎疾患を有しており、受診勧奨や治療中断を防ぐ働き掛けを行う必要があります。

○歯周病患者は、冠動脈疾患のリスクが 1.14 倍高いことが報告されています[12]。

（イ）救護

○消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による受入れの実施に係る体制として、「静岡県傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の分類基準に「胸痛」を定め、傷病者の受入先となる医療機関のリストを作成しています。

○救急救命士を含む救急隊員の資質向上のため、循環器病対策を含めた研修機会の確保に取り組んでいます。

○急性冠症候群に対しては、急性期の再かん流（閉塞した血管を再び開通させる治療法）が生命予後の改善をもたらすことから、再かん流療法の手段として早く確実に再かん流が得られるＰＣＩが第一選択とされ、24 時間 365 日対応で治療を行うことが望ましいとされています。

○大動脈解離のうち、上行大動脈に解離のあるＡ型は、外科的手術（直達手術）により、上行大動脈に解離のないＢ型は、急性期には合併症がない限り降圧安静治療を行いますが、どちらも

[11] 一般社団法人日本循環器学会「2023 年改訂版冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン」

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

医療機関の外科部門が担っているところが大半です。

○大動脈緊急症（急性大動脈解離、大動脈瘤破裂など）は、急性冠症候群と同様に治療開始までの時間が重要であり、搬送時間を考慮した上で、保健医療圏ごとに消防と連携したＩＣＴを活用したネットワーク構築が必要です。

○静岡県は、東西に広く、心臓血管外科医のいる施設の密度に、地域的にかなりの差があるため、広域搬送になる場合があります。

○特に、賀茂保健医療圏及び熱海伊東保健医療圏からの救急搬送体制の整備が必要です。

○急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者が速やかに救急要請を行うことが大切です。また、病院外で心肺停止状態となった場合は、周囲にいる者による胸骨圧迫の実施及びＡＥＤを使用することで救命率の改善が見込まれます。2019 年末時点において、ＡＥＤは全国に約 65 万台普及しており[13]、一般市民による心肺機能停止傷病者への胸骨圧迫、人工呼吸、ＡＥＤ等による応急手当の実施率は 50.6％（2021 年）と上昇傾向になっています。また、本県において、心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民による除細動の実施件数は 44 件（2021 年）です。

（ウ）急性期

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

○ＳＴ上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法[14]や冠動脈造影検査及びそれに続くＰＣＩにより、阻害された心筋への血流を再かん流させることが主体となります。発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高いため、救急隊接触から 30 分以内の血栓溶解剤の静脈内投与、90 分以内のＰＣＩ実施が目標とされています。また、合併症等によっては冠動脈バイパス術（ＣＡＢＧ）[15]等の外科的治療が第一選択となることもあります。

○非ＳＴ上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物療法に加えて、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、適応に応じてＰＣＩ、冠動脈バイパス術を行います。

○賀茂、熱海伊東、富士、中東遠の４保健医療圏には、ＣＣＵを有する病院がなく、さらに賀茂、熱海伊東及び中東遠の３保健医療圏では心臓血管外科手術を実施している病院がありません。これら４保健医療圏における急性心筋梗塞の標準化死亡比は他の保健医療圏に比べて高くなっています。虚血性心疾患の急性期医療における県内の地域格差を解消するよう、これら４保健医療圏の急性期医療体制を充実させる必要があります。

○経口挿管されている場合は、人工呼吸器関連肺炎を予防するために口腔ケアが欠かせません。

○大動脈解離のＡ型は緊急の外科的治療の適応となる場合が多いですが、Ｂ型は急性期には内科的治療が選択されることが多いです。ただし、破裂や重要臓器虚血などの合併症を有する場合等には、ステントグラフト[16]を用い外科的治療が必要となります。

○心不全は、「心不全パンデミック」と言われるなど、非常に増加しつつあります。

---

[13] 出典：2020 年度厚生労働科学研究「ＡＥＤの販売台数と設置台数の全国調査」（研究分担者　救急救命東京研修所　教授　田邉　晴山）

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

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

[16] ステントグラフト：バネ状の金属と人工血管を組み合わせた器具である。

○さらに、心不全で入院される方は、高齢であることも多く、入院が長期間に渡ります。
○心不全は、急性冠症候群や弁膜症を起因とするなど多岐に渡るので、医療の質の向上を図るためには、各地域において、どのような心不全の診療体制となっているか、現状を把握する必要があります。
○重症心不全患者には心臓移植や人工心臓による治療が必要な場合がありますが、全国的に実施可能な施設は限られています。
○心房細動は、70 歳前後から急激に有病率が増加する疾患で、アブレーション[17]施行件数が増えています。
○質が担保された心房細動のアブレーションを行うためには、不整脈の専門医不足により、不整脈の認定施設になれないという本県の現状を改善する必要があります。
○心房が拡大し、アブレーション適用外となる症例も見受けられます。
○胎児診断、学校健診等の機会を通じて、小児の循環器病が見つかることがあり、それによって予後改善が期待できます。
○県移行期医療支援センターを中心に、対象患者について、患者レジストリ[18]の策定や、拠点施設・連携病院と地域の医療機関で適切に観察・治療できる体制の構築に取り組んでいます。
○新型コロナウイルス感染症の拡大により、心血管疾患患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、心血管疾患診療のひっ迫や受診控えが指摘されたことを踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療を確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制を構築していく必要があります。

（エ）回復期

○社会復帰という観点も踏まえ、日常生活動作の向上等の生活の質の維持向上を図るため、早期からの継続的なリハビリテーションの実施が必要となる場合があります。
○急性心筋梗塞患者に対するリハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じて運動療法、食事療法、患者教育等を実施します。
○トレッドミル[19]や自転車エルゴメーター[20]を用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成します。徐々に負荷をかけることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションを多職種（医師・歯科医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士・歯科衛生士・医療ソーシャルワーカー等）のチームにより実施します。
○より厳密に運動耐容能を評価する際は、呼気中の酸素や二酸化炭素の濃度を測定しながら運動をする心肺運動負荷試験が有用です。

---

[17] 心臓に挿入したカテーテルの先から高周波を流して、不整脈の原因となっている部分を焼く治療法のことである。
[18] レジストリ：特定の疾患、医薬品、医療機器、再生医療等製品等の使用、又は特定の状態(例えば年齢、妊婦、特定の患者の特徴)により定義される患者集団に関する研究を行う目的で構築されたものである。
[19] トレッドミル：運動負荷を与えるためのベルトコンベヤー状の室内ランニング装置である。
[20] 自転車エルゴメーター：ペダルをこぐことで運動負荷を与える自転車状の装置である。

○心不全の回復期、維持期・生活期は、リハビリテーションが重要で、入院中のリハビリテーションに加え、通院リハビリテーションの徹底により、患者のＱＯＬは確実に向上することから、どのようにリハビリテーションを進めていくかが課題です。

○慢性心不全患者に対しては、症状及び重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法（ＣＲＴ）[21]や随伴する難治性不整脈への治療が行われることがあります。

○慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを患者の状態に応じて実施しています。

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

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

○心房細動後のリハビリテーションは、脳卒中予防の観点からも、ひいては健康寿命の延伸などの点からも重要です。

（オ）維持期・生活期

○患者が、急性期から回復期、維持期・生活期まで切れ目なく医療を受けられるような在宅医療の体制整備や、医療サービスと介護・福祉サービス等の必要な支援が一貫して受けられるような体制の整備が必要です。

○日本心不全学会の「心不全手帳」や各医療機関で運用している心不全連携パスは、各医療機関の役割分担により、心不全の患者をマネジメントするものです。

○心不全においては、急性期を担う専門医療機関のほか、生活習慣の管理等を行う診療所のかかりつけ医（循環器の専門医以外を含む。）も重要な役割を果たすことになります。

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

○心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要であり、循環管理、呼吸管理等の全身管理も必要となります。

○心不全手帳は、各医療機関が共通した認識で心臓リハビリテーションを行う目的で活用されていくことにより、医療機関だけでなく、通所型介護施設や予防面からも重要です。

○介護老人保健施設等入所者の心不全増悪時に、急性期病院に救急搬送されたのにもかかわらず、到着後にその患者又は家族から侵襲的なことは希望しない、苦しまないように又は看取っていただければ十分と伝えられる事例もあります。施設での心不全への対応、認識が課題です。

○また、後遺症により、日常生活の活動度が低下し、しばしば介護が必要な状態となることがあります。

○病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組を整え、患者が生きがいを感じながら働ける社会を構築するためには、就労支援サービスの活用が必要です。

---

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

（カ）再発・重症化予防

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

○再発予防・重症化予防のための医療機関間の連携の強化も重要です。

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

○患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての啓発等が重要です。

（２）対策

ア　数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
心血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対）[22]	男性　60.8 女性　30.1 （2022 年）	改善 （2029 年度）	現状値から減少	厚生労働省「人口動態統計」から算出
健康寿命 【再掲】	男性 73.45 歳 女性 76.58 歳 （2019 年）	平均寿命の伸びを上回る延伸 （2029 年）	「健康日本 21（第三次）」に準じる	厚生労働省「健康日本 21 推進専門委員会」
高血圧の指摘を受けた者のうち、現在治療を受けていない者の割合【再掲】	男性　31.5% 女性　27.3% （2022 年）	男性　25.2%以下 女性　21.8%以下 （2029 年）	２割減少	県民健康基礎調査
急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション（ＰＣＩ）を実施可能な保健医療圏数	全保健医療圏 （2021 年）	全保健医療圏 （2029 年）	全保健医療圏で実施可能な体制を維持	厚生労働省「ＮＤＢオープンデータ」
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の基準を満たす施設が複数ある保健医療圏数	賀茂以外の７保健医療圏 （2023 年）	全保健医療圏 （2029 年）	全保健医療圏で実施可能な体制を構築	東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」

イ　施策の方向性

○各病期における保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実を図ります。

○患者本人の意思を尊重した医療・ケアの提供ができるよう、在宅医療を支える医療・ケア関係者の相談対応力の向上を図るとともに、県民に対し、ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）やリビングウィル（意思表明書）について、普及啓発を実施します。

（ア）予防・啓発

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

[22] 1985 年モデル人口を使用して算出したものである。

○小中学生から禁煙、減塩、野菜摂取、運動等の正しい生活習慣について教育し、親世代の啓発にもつなげます。
○地域や職域においても、生活習慣の改善についての相談対応や生涯教育、住民啓発の機会を増やしていきます。
○健康ハートの日（８月 10 日）や健康ハートウィーク[23]を中心に心臓や心身の健康について知識を広め、心血管疾患の予防について普及啓発を図ります。
○県医師会等の関係団体と連携し、かかりつけ医での定期受診や訪問診療によって、高血圧症の降圧療法をはじめ、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病等の継続治療を徹底することを推進します。
○動脈硬化は、う歯や歯周病との関連性があるため、虚血性心疾患の予防のためにかかりつけ歯科医への定期受診を勧めます。

（イ）救護

○救急隊の観察・処置等について、メディカルコントロール[24]体制の充実強化によって、引き続き科学的知見に基づいた知識・技術の向上等を図ります。
○救急医療体制の整備のために、ＩＣＴを活用して円滑に画像情報等を共有する仕組みを検討します。
○急性心筋梗塞や大動脈瘤・解離を疑うような症状（20 分以上続く激しい胸痛等）が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者が速やかに救急要請し、胸骨圧迫やＡＥＤによる電気的除細動の実施ができるように、県民への普及啓発を更に推進します。

（ウ）急性期

○県内のどの地域に住んでいても 24 時間体制で、発症後速やかに急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の治療が開始できるように、救急医療体制の整備・充実を図るほか、地域の救急搬送状況等を踏まえ、各医療機関の急性期心血管疾患診療機能を効率的に活用した病院間ネットワーク体制の構築を図ります。
○保健医療圏内で急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の急性期治療を行う病院間ネットワーク体制が構築できない場合は、隣接保健医療圏にある治療可能な医療機関への円滑な患者受入れと迅速な患者搬送を確保するシステムを構築します。
○慢性心不全患者の増悪時に、かかりつけ医から心血管疾患の急性期治療を行う医療機関への速やかな紹介入院が円滑にできるように、地域医療連携を更に推進します。
○心臓移植や人工心臓による治療が受けられるよう、県外を含めた医療機関との連携を推進します。
○今後入院の増加が予測されている高齢心不全患者は、合併症が起こりやすく入院が長期化することが多いため、院内の内科系医師全体で診療し、必要時に循環器内科で専門的な治療や検査を施行するような体制づくりも検討します。また、院内歯科との連携を推進します。
○患者、家族等への適切な情報提供や生活習慣病の厳格な管理を担うかかりつけ医向けの研修会

[23] 健康ハートウィーク：８月 10 日（ハート）を「健康ハートの日」とすることを日本心臓財団が提唱し、毎年、健康ハートの日を含む２週間を「健康ハートウィーク」として、全国各地で啓発イベント等が行われる。
[24] 救急現場から医療機関に傷病者が搬送されるまでの間において、医学的観点から救急救命士を含む救急隊員が行う応急措置などの質を保証することである。

や症例研究会の取組を進めます。

○アブレーション適用外の症例に対応するため、診療所のかかりつけ医も十分な認識を持って、心電図をこまめに取る、脈拍を計る、なるべく早く適切な抗凝固療法を行う、循環器の専門医に紹介することなどの取組を進めます。

○学校健診等の機会における小児の循環器病患者の早期発見を推進するとともに、小児期から成人期にかけて循環器病に係る必要な医療を切れ目なく行うことができる移行医療支援の体制整備、療養生活に係る相談支援及び疾病にかかっている児童の自立支援を推進します。

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

（エ）回復期

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

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

（オ）維持期・生活期

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

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

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

○慢性心不全患者は、退院後、身近なかかりつけ医への定期受診や訪問診療で増悪を予防するために、心不全と基礎疾患の治療を続けます。急性増悪時には病診連携により地域の急性期医療機関で入院治療を受け、在宅生活への速やかな復帰を目指します。このように慢性心不全患者の在宅での療養が継続されるように、地域の仕組みづくりを進めます。

○高齢で心機能の回復が難しい慢性心不全患者に対しては、患者の状態に応じた緩和ケアの実施や看取りを踏まえた対応を在宅医療で行うことを進めます。

○後遺症等に関する知識等について、分かりやすく効果的に伝わるよう必要な取組を進めます。

○治療と仕事の両立の相談支援体制を充実させます。

（カ）再発・重症化予防

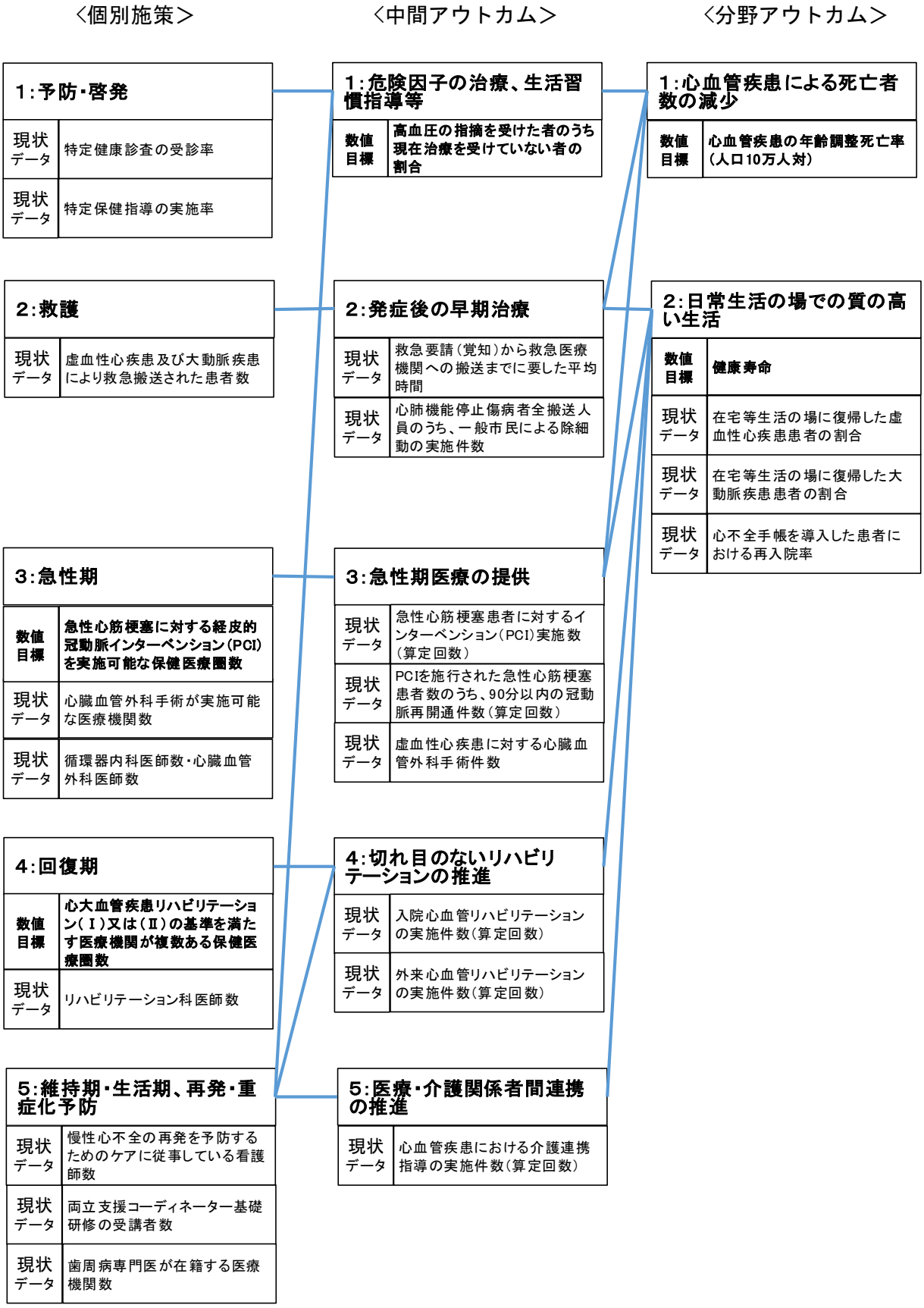
○発症早期から患者及びその家族に、医師をはじめとする多職種チームが急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離に関する現在の状態から再発予防、今後のリハビリテーション、ライフスタイル等の情報提供を行う体制を進めます。

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

○心不全により再入院する患者を減らすため、心不全手帳を活用した取組を推進し、心不全手帳を導入した患者の１年後の再入院率 20%未満を目指します。

○動脈硬化は、う歯や歯周病との関連性があるため、心筋梗塞の予防・再発防止のためにもかかりつけ歯科医への定期受診を勧めます。

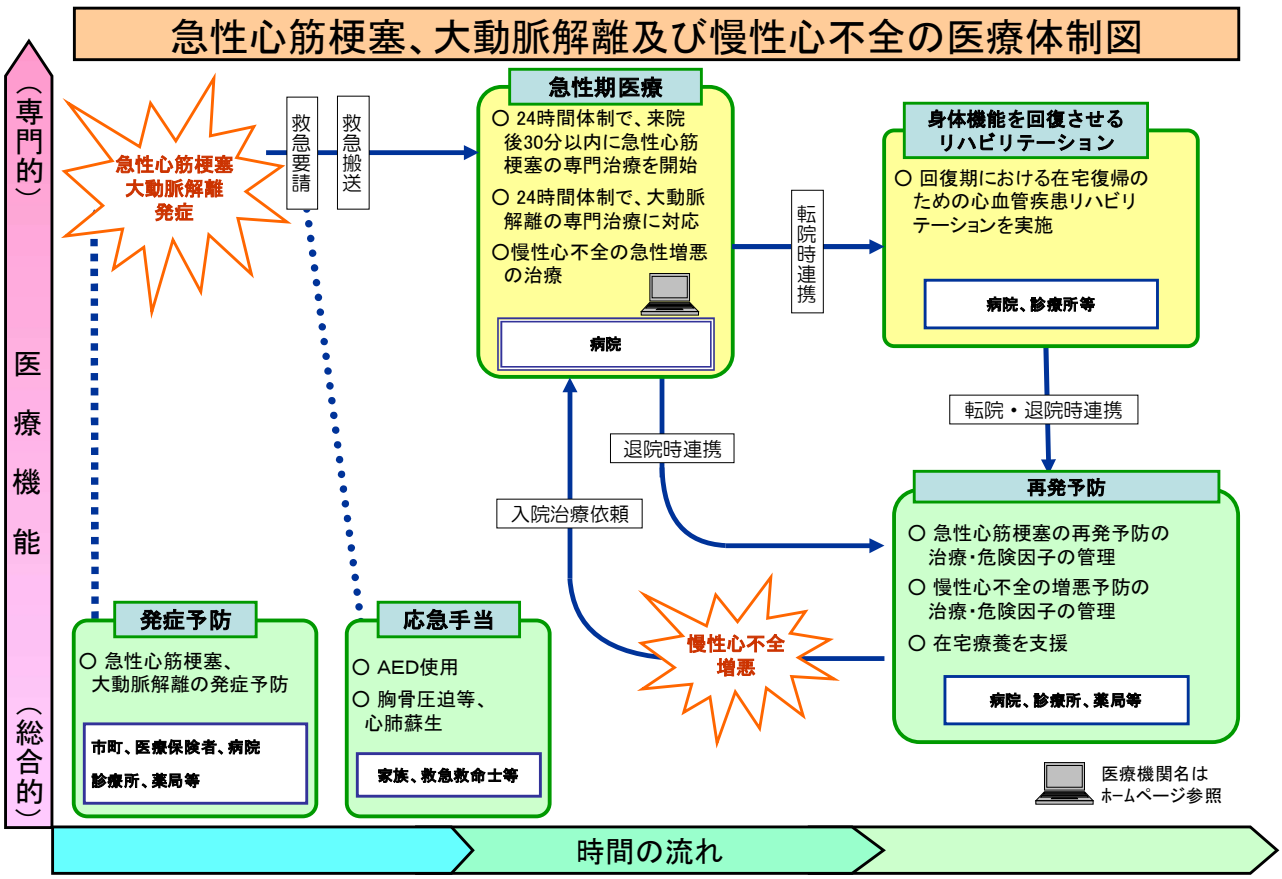
○心筋梗塞等の心血管疾患のロジックモデル



（３）心血管疾患の医療体制に求められる医療機能

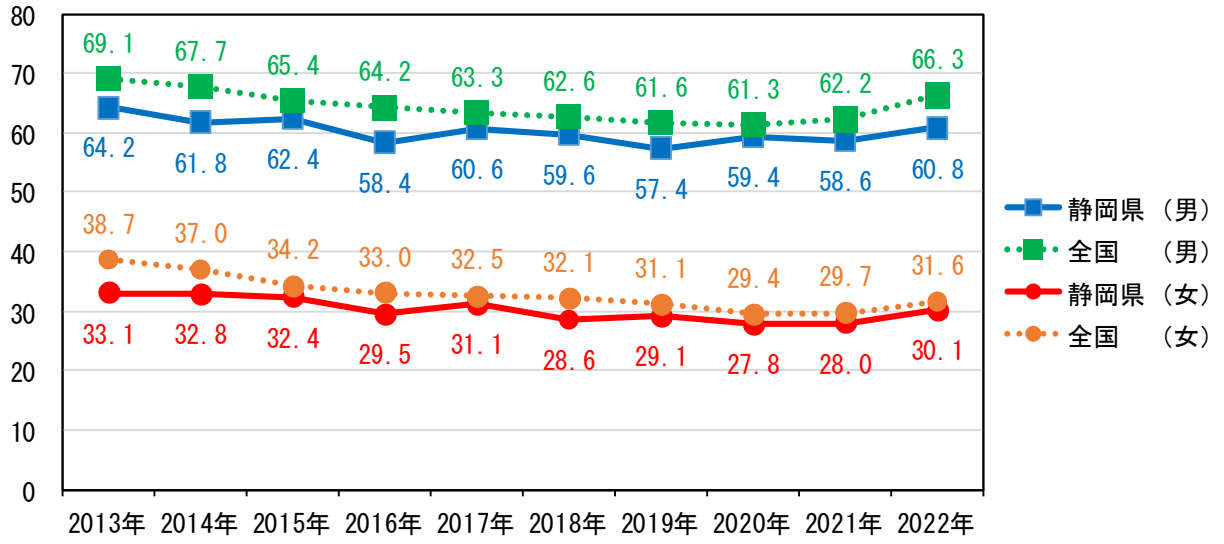
	発症予防	応急手当	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	再発予防
ポイント	○ 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防	○ 専門的な診療が可能な医療機関への早期搬送	○ 24時間体制で、来院後30分以内に専門治療を開始 ○ 再発予防の定期的専門的検査を実施	○ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施 ○ 在宅等生活の場への復帰の支援	○ 再発予防の治療・危険因子の管理 ○ 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教育 ○ 在宅療養継続の支援
機能の説明	・市町、医療保険者による特定健診・保健指導の実施・受診勧奨 ・高血圧、脂質異常症、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

（４）心血管疾患の医療体制図



（５）関連図表

◯心血管疾患による年齢調整死亡率（人口 10 万対）の推移



（出典：厚生労働省「人口動態統計」から算出（1985 年モデル人口を使用））

◯心血管疾患による死亡数（2021 年）

		静岡県	２次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
心疾患（高血圧性を除く）	総数	6,086	180	283	1,131	637	1,202	707	654	1,292
	男	2,966	88	126	533	303	578	374	324	640
	女	3,120	92	157	598	334	624	333	330	652
急性心筋梗塞	総数	1,029	51	82	136	161	135	94	171	199
	男	630	31	40	87	97	82	55	108	130
	女	399	20	42	49	64	53	39	63	69
心不全	総数	2,611	76	118	578	246	507	287	236	563
	男	1,058	32	46	245	88	211	126	84	226
	女	1,553	44	72	333	158	296	161	152	337
大動脈瘤及び解離	総数	589	23	26	109	53	111	74	58	135
	男	307	13	12	59	27	51	44	29	72
	女	282	10	14	50	26	60	30	29	63

（出典：静岡県人口動態統計）

◯特定健診分析結果（標準化該当比）（2020 年）

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

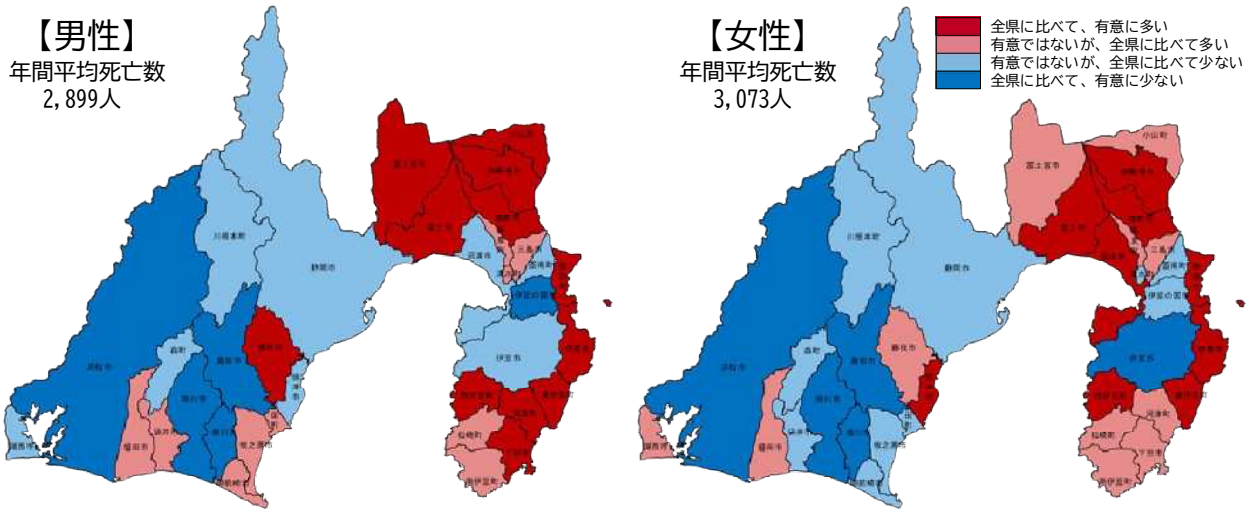
（出典：静岡県「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」）

○標準化死亡比（ＳＭＲ）（2017-2021 年）

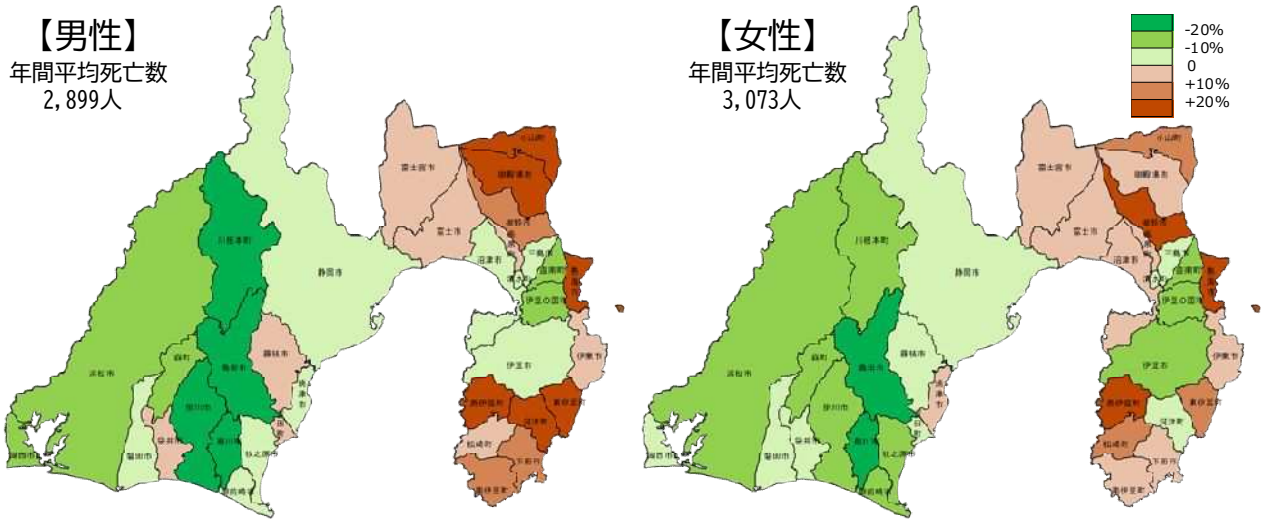
区分 / 保健医療圏	心疾患（高血圧性を除く）		急性心筋梗塞		心不全		大動脈瘤及び解離	
	対県ＳＭＲ	対国ＳＭＲ	対県ＳＭＲ	対国ＳＭＲ	対県ＳＭＲ	対国ＳＭＲ	対県ＳＭＲ	対国ＳＭＲ
賀茂	124.3	117.7	116.8	174.4	131.0	124.7	120.4	126.8
熱海伊東	120.4	113.9	194.2	203.3	94.0	89.4	118.9	124.8
駿東田方	106.4	100.7	86.9	91.2	125.6	119.7	109.3	115.1
富士	109.5	103.6	126.1	132.5	113.4	108.2	111.2	117.1
静岡	98.8	93.6	72.2	75.8	93.8	89.4	99.3	104.5
志太榛原	95.6	90.5	71.5	75.0	90.4	86.2	100.8	106.3
中東遠	91.9	87.0	141.3	148.1	82.3	78.4	85.8	90.6
西部	92.4	87.5	82.6	97.1	92.7	88.3	90.0	94.9
静岡県	100.0	94.7	100.0	104.9	100.0	95.3	100.0	105.4

※網掛けは有意に多い

＜県内比較＞



＜全国比較＞



（出典：静岡県「静岡県市町別健康指標」）

◯指標による現状把握

（医療従事者の状況）（2020 年）

指標名	全国	静岡県	２次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
循環器内科医師数	13,026	310	1	6	60	22	82	24	29	86
（人口 10 万対）	10.3	8.6	1.7	6.0	9.4	5.9	11.9	5.3	6.3	10.1
心臓血管外科医師数	3,222	90	0	0	18	2	36	5	0	29
（人口 10 万対）	2.6	2.5	0.0	0.0	2.8	0.5	5.2	1.1	0.0	3.4

（出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

（救急患者の搬送）

指標名	全国	静岡県	２次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
虚血性心疾患により救急搬送された患者数（0.1 千人）（2020 年）	28.5	1.1								

（出典：厚生労働省「患者調査」）

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

（出典：総務省消防庁「救急救助の現況」）

（急性期の治療）（2020 年）

指標名	全国	静岡県	２次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
ＣＣＵを有する病院数	258	9	0	0	2	0	3	1	0	3
（人口 10 万対）	0.20	0.25	0	0	0.3	0	0.4	0.2	0	0.4

（出典：厚生労働省「医療施設調査」）

指標名	全国	静岡県	２次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションを実施できる医療機関数	1,224	33	*	*	6	4	7	4	3	9
（人口 10 万対）	1.0	0.9	－	－	0.9	1.1	1.0	0.9	0.6	1.1
心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	378	14	0	0	5	*	4	*	0	5
（人口 10 万対）	0.3	0.4	0.0	0.0	0.8	－	0.6	－	0.0	0.6

（出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」）

※「*」は医療機関数が３未満、全国及び静岡県の数値は*を０として取り扱った場合の合計数

指標名	全国	静岡県	２次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
心筋梗塞に対するＰＣＩの実施件数	212,616	6,053	*	94	1,749	589	878	547	599	1,597
ＰＣＩを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、90 分以内の冠動脈再開通件数	32,352	1,060	0	*	271	112	155	153	103	266
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	13,915	435	0	0	81	10	169	13	0	162
大動脈疾患患者に対する手術件数	16,512	6,053	0	0	124	*	141	20	0	172

（出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」）

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

（心血管疾患のリハビリテーション等）

指標名	全国	静岡県	２次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の基準を満たす医療機関数（2023 年）		31	0	2	5	3	7	5	2	7
（人口 10 万対）		0.9	0.0	2.1	0.8	0.8	1.0	1.1	0.4	0.8

（出典：東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」）

指標名	全国	静岡県	２次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
入院心血管リハビリテーションの実施件数（2021 年）	3,363,642	64,944	0	2,061	17,443	5,440	11,902	4,188	2,767	21,143
外来心血管リハビリテーションの実施件数（2021 年）	1,526,943	17,225	0	*	5,394	586	6,083	3,294	268	1,600
心血管疾患における介護連携指導の実施件数（2021 年）	106,865	1,945								

（出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」）

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

（在宅への復帰）（2020 年）

指標名	全国	静岡県	２次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
虚血性心疾患の退院患者平均在院日数		27.0	186.2	4.0	4.0	5.3	6.6	11.6	5.6	104.7
心血管疾患の退院患者平均在院日数		35.2	103.4	23.8	11.4	17.0	16.4	25.8	22.1	85.5
在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者数（千人）		9.9								
在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合（%）		95.5								
在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者数（千人）		1.1								
在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合（%）		75.9								

（出典：厚生労働省「患者調査」）

（心不全患者の再入院率）（2023 年）

指標名	全国	静岡県	２次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
心不全手帳を導入した患者における再入院率（%）		15.3								

（出典：疾病対策課調査）

４　糖尿病

【対策のポイント】

- ○　糖尿病に関する正しい知識の普及啓発
- ○　糖尿病の早期発見のための特定健康診査と適切な治療及び静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用した重症化予防のための保健指導の推進
- ○　初期・安定期治療、専門的治療、急性合併症治療及び慢性合併症治療を行う医療機関の連携推進

（１）現状と課題

ア　糖尿病の現状

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

○発症の原因により、主に１型糖尿病と２型糖尿病に分類されています。１型糖尿病は、インスリンを合成・分泌する細胞が自己免疫の仕組みにより破壊・消失し、その分泌低下により発症します。２型糖尿病は、インスリン分泌低下やインスリン抵抗性を来す遺伝的要因に、過食、運動不足、肥満、ストレスなどの環境因子と加齢が加わり発症します。

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

○2019 年の全国の糖尿病が強く疑われる者は約 1,150 万人、糖尿病の可能性が否定できない者は約 1,060 万人と推計されています。また、2020 年の糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は全国で約 579 万人で、年間約１万４千人が糖尿病が原因で死亡し、死亡数全体の 1.0%を占めています。

○2021 年の全国の糖尿病患者のうち、新規に下肢を切断した者は 6,015 人です。

○2022 年の全国の新規の人工透析導入患者数は、約３万７千人であり、そのうち、糖尿病性腎症が原疾患である者は約１万４千人（約 38.7%）です。

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

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

○2021 年の１型糖尿病に対する専門的な治療を行う医療機関は、全国で 1,510 施設あり、本県では 40 施設あります。

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

イ　本県の状況

（死亡・罹患の状況）

○2022 年の糖尿病による死亡者は 467 人、年齢調整死亡率（人口 10 万対）は 4.1 で、全国の 4.1 と同じ値となっています（1985 年モデル人口を使用）。

○2017 年～2021 年の県内保健医療圏別の糖尿病の標準化死亡比[2]（ＳＭＲ）は、賀茂、富士の２保健医療圏が、全県と比べ有意に高くなっています。

○2020 年度特定健康診査データ分析では、40 歳～74 歳の糖尿病有病者の割合は、男性 13.3%、女性 6.3%であり、予備群の割合は、男性 13.4%、女性 10.3%となっています。男女とも年齢とともに、該当割合が増加しています。

（医療従事者の状況）

○2023 年の人口 10 万対の糖尿病専門医数は 3.5 人で、全国平均の 5.4 人と比較すると少なくなっており、養成が急務です。

○2022 年の人口 10 万対の糖尿病看護認定看護師数は 0.4 人で、全国平均の 0.8 人と比較すると少なくなっています。

○糖尿病療養指導士[3]（ＣＤＥ）には、日本ＣＤＥ[4]と地域ＣＤＥ[5]があり、2023 年の本県の人口 10 万対の日本ＣＤＥ数は 11.0 人で、全国平均の 14.4 人と比較すると少なくなっています。

○県内では地域ＣＤＥの資格試験が行われていますが、資格取得者の退職や資格更新しないこと、勤務先による糖尿病部門以外への配置換えが行われること等が指摘されています。

（初期・安定期治療の状況）

○2020 年の人口 10 万対の糖尿病内科（代謝内科）を標榜する病院数は 0.9、一般診療所数は 0.6 で、各々全国平均の 1.3、0.5 と比較すると病院数が少なくなっています。

（専門治療・急性増悪時治療の状況）

○2021 年の人口 10 万対の１型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数は 1.1 で、全国平均の 1.2 よりやや少なくなっています。

（慢性合併症治療の状況）

○2023 年の人口 10 万対の糖尿病足病変[6]の管理が可能な医療機関数は、2.0 です。

○2021 年の人口 10 万対の糖尿病患者の新規下肢切断件数は 5.5 件で、全国平均の 4.8 件より多くなっています。

○2022 年の人口 10 万対の歯周病専門医数は 0.7 で、全国平均の 1.0 より少なくなっています。

ウ　医療提供体制

（ア）発症・合併症予防

○２型糖尿病は、食生活や運動、喫煙、飲酒などの生活習慣が、発症に大きく関与します。

---

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

[3] 糖尿病療養指導士（Certified Diabetes Educator）：糖尿病の治療と療養指導に関する知識を持ち、医師の指示の下で患者に療養指導を行う専門医療従事者である。

[4] 日本ＣＤＥ：一般社団法人日本糖尿病療養指導士認定機構による認定資格であり、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士に与えられる資格である。

[5] 地域ＣＤＥ：地域で設立されている認定団体による認定資格であり、地域の必要性に応じて糖尿病療養指導に関わる幅広い職種に与えられる資格である。

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

○特定健康診査受診率は、2021 年度が 58.8％と、目標達成には至っていません。
○糖尿病の初期は、自覚症状が乏しく、早期発見が難しい場合があります。
○県民が生活習慣改善及び発症予防に取り組むきっかけが必要です。
○糖尿病網膜症や糖尿病性腎症など重篤な合併症を予防するためには、適正な血糖コントロールを目指した治療が最も重要ですが、眼科や腎臓内科等の医師の連携の下、糖尿病網膜症や糖尿病性腎症の早期発見に努める必要があります。
○糖尿病性腎症は末期腎不全に進んで透析導入となる原因疾患の第１位で、将来透析が必要になる可能性があります。
○糖尿病に足病変が合併することの認識の低さや網膜症による視力障害のため、足病変の発見や受診が遅れる傾向にあります。そのため、比較的若年の働き盛りの患者が足・趾切断を余儀なくされる例があります。
○歯周病は、糖尿病の増悪因子であり、糖尿病治療ガイドライン 2019 で、糖尿病の血糖コントロール改善のために、歯周病治療が推奨されています。

（イ）初期・安定期治療

○糖尿病は食事療法と運動療法が基本的治療ですが、薬物療法の併用により血糖コントロールを適切に行うことで合併症の発症を予防することができます。
○治療を中断してしまう場合があるため、患者や家族が、重症化や合併症のリスクの状態を理解することで、かかりつけ医の定期的な受診につながります。
○若年の糖尿病患者では、血糖コントロールが十分ではない場合や生活習慣が不規則な場合があります。
○初期・安定期の治療においても、医療機関において診療ガイドラインに準じて適切な医療機器[7]の活用、治療薬[8]による薬物療法、食事療法及び運動療法を実施することが求められます。
○初めて糖尿病と診断された患者においても、既に糖尿病性腎症、糖尿病網膜症等を合併していることがあるため、糖尿病の診断時から各診療科の連携が必要です。
○糖尿病と診断された時点からの定期的な眼科検診が必要です。

（ウ）専門的治療・急性合併症治療・慢性合併症治療

○糖尿病は、薬物による治療に併せて、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、理学療法士等の多職種が連携して、食事療法や運動療法により血糖のコントロールをしていくことが重要となります。
○血糖コントロールが難しい患者に対しては、地域の関係者の連携の下に、教育入院等により集中的に治療と生活指導が受けられる体制が必要ですが、県内では地域によっては専門的治療を実施する医療機関が少ない現状があります。
○高齢者の糖尿病患者が増加しており、高齢者は、心身機能の個人差が大きいため、個別に血糖コントロール目標を設定することが必要です。
○糖尿病の急性合併症に対応できる救急医療体制が必要です。

---

[7] 医療機器：簡易血糖測定器（持続グルコースモニタリングを含む）などがある。
[8] 治療薬：2024 年１月時点で、経口血糖降下薬は９種類あり、インスリンの分泌を促進して血糖を下げる薬とインスリンの分泌を介さずに血糖を下げる薬がある。それらの中には、血糖を下げる作用に加え、心臓や腎臓などの臓器保護作用が確認されている薬（ＳＧＬＴ２阻害薬、ＧＬＰ－１受容体作動薬）もある。

○糖尿病の患者は、慢性合併症の検査に加え、診断後、速やかに専門的な治療を受けられる必要があります。

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

（エ）他疾患治療中の血糖管理

○周術期や化学療法中、感染症治療中等に適切な血糖管理を行うことは予後の改善につながるため、糖尿病患者の適切な血糖コントロールを行う必要があります。

（オ）地域との連携

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

（２）対策

ア　数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病性腎症の患者数	442 人 （2022 年）	391 人以下 （2029 年）	「健康日本 21（第三次）」の算定方法に準じて算出	一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」
糖尿病の年齢調整死亡率（人口 10 万対）[9]	男性 6.0 女性 2.3 （2022 年）	改善 （2029 年）	現状値から減少	厚生労働省「人口動態統計」から算出
特定健康診査受診率	58.8%[10] （2021 年度）	70%以上 （2029 年度）	第４期医療費適正化計画の目標値	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

イ　施策の方向性

（ア）発症・合併症予防

○糖尿病の発症・重症化は食生活など生活習慣と関連することが多く、糖尿病の発症を予防する適切な生活習慣の知識を普及啓発するとともに、保険者等と協力して特定健康診査の受診を促します。学校教育の場でも生活習慣病予防の啓発に取り組みます。

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

○特定健康診査の結果に基づき、適切な受診勧奨及び食事指導等の生活習慣改善のための保健指

[9] 1985 年モデル人口を使用して算出したものである。

[10] 2022 年の国民健康保険の被保険者における生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞の 10 疾病）ではない者の特定健康診査受診率は、29.1%である。

導ができるよう、保険者等に研修実施や必要な助言支援等を行います。

○糖尿病網膜症及び糖尿病性腎症の早期発見のため、かかりつけ医は定期的に慢性合併症の検査を行います。

○糖尿病性腎症が発症した場合には、糖尿病としての管理・指導に加えて、将来透析が必要になる可能性があることを早い段階から患者と家族に認識していただき慢性腎臓病として指導します。

○糖尿病合併症としての足病変の頻度の高さとそれに対するフットケア[11]の重要性について啓発します。

○歯周病がある人は糖尿病発症のリスクが高いことと、歯周病治療が糖尿病発症予防に有効であることを啓発します。歯周病を診察する歯科医は、糖尿病がないかどうか、かかりつけ医に相談することを促し、かかりつけ医は歯科医へ歯周病の治療を相談するよう促します。

○歯周病検診において、歯周病と糖尿病との関係について啓発します。

○養成機関と協力してＣＤＥ養成を支援し、活用を医療機関等へ啓発します。

（イ）初期・安定期治療

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

○糖尿病患者のかかりつけ医は、定期的な診察により良好な血糖コントロールを目指した治療を継続します。また、急性増悪時や糖尿病網膜症、糖尿病性腎症等合併症の定期受診時には専門医療機関を紹介します。かかりつけ医、地域の医療関係者は、受診が途切れないように患者へ働きかけます。

○県は、糖尿病の正しい知識の普及によるスティグマ[12]の払拭等により、継続的に治療を受けられる環境整備を進めます。

○ＩＣＴを活用した患者情報を共有する取組の推進により、地域の医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士、理学療法士等の専門職種が連携して、糖尿病患者へ食生活や運動習慣等を効果的に指導できるようにします。

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

（ウ）専門的治療・急性合併症治療・慢性合併症治療

○初期・安定期の治療を行う医療機関と血糖コントロール困難例の専門的治療を行う医療機関や慢性合併症の治療を行う医療機関等との、地域での切れ目のない医療連携体制の整備を進めるほか、地域の医療機関間での患者情報や診療ガイドラインに沿った治療計画の共有を進めます。

○高齢者糖尿病において、年齢、認知機能、身体活動、フレイル、がんや心不全等の併存疾患、重症低血糖リスク等を考慮した患者ごとの血糖コントロール目標を医療機関へ設定するように促すとともに、目標を達成できるよう、訪問看護、介護サービス等を行う事業者等と医療機関との連携を推進します。

○急性合併症の治療に、24 時間対応するための体制整備を推進します。

---

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

[12] スティグマ：個人の持つ特徴に対する差別や偏見のことである。

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

（エ）他疾患治療中の血糖管理

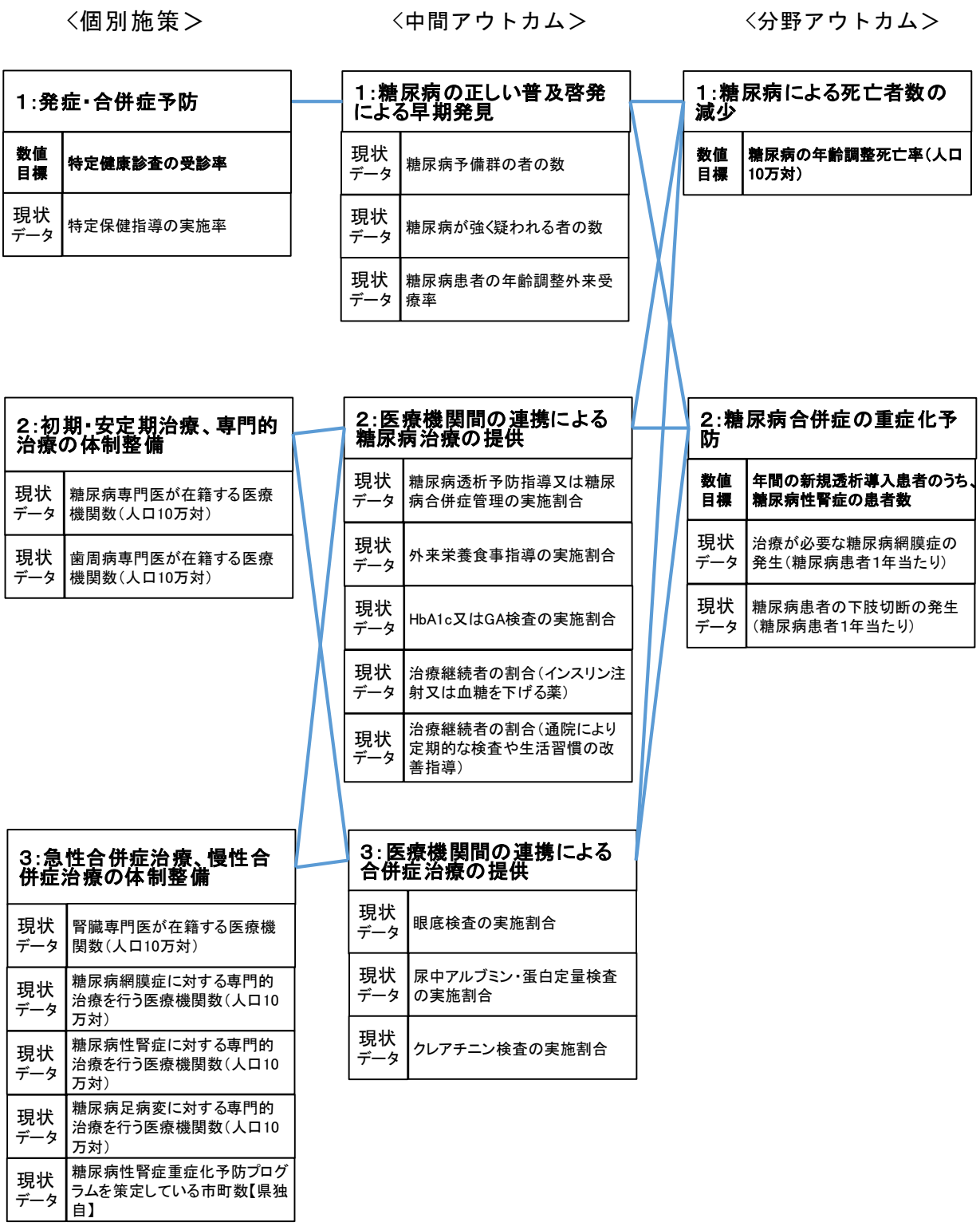
○医療機関において関係する診療ガイドラインに準じた診療が行われるよう、糖尿病患者に対して適切な血糖値管理を行うための体制整備を推進します。

（オ）地域との連携

○医療従事者が地域での健康づくりや生活習慣病予防の活動に協力できる機会を更に増やします。

○地域の関係団体と連携しつつ、糖尿病の発症予防、重症化予防を行う市町、保険者等と初期・安定期治療を行う診療所（かかりつけ医）、歯科診療所、薬局等と合併症治療を行う専門医療機関との情報共有や連携協力体制の構築を進めます。

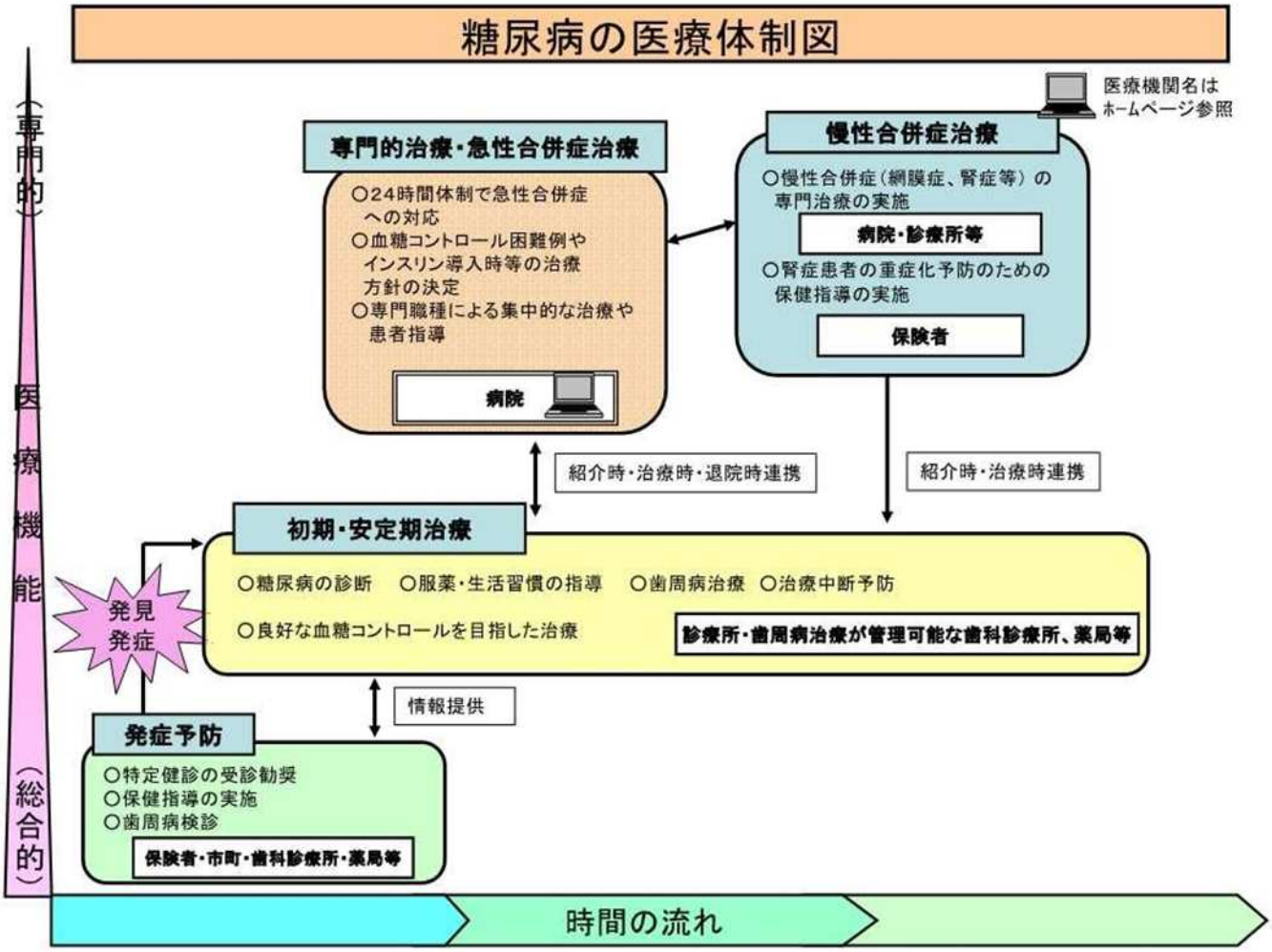
○糖尿病のロジックモデル



（３）「糖尿病」の医療体制に求められる医療機能

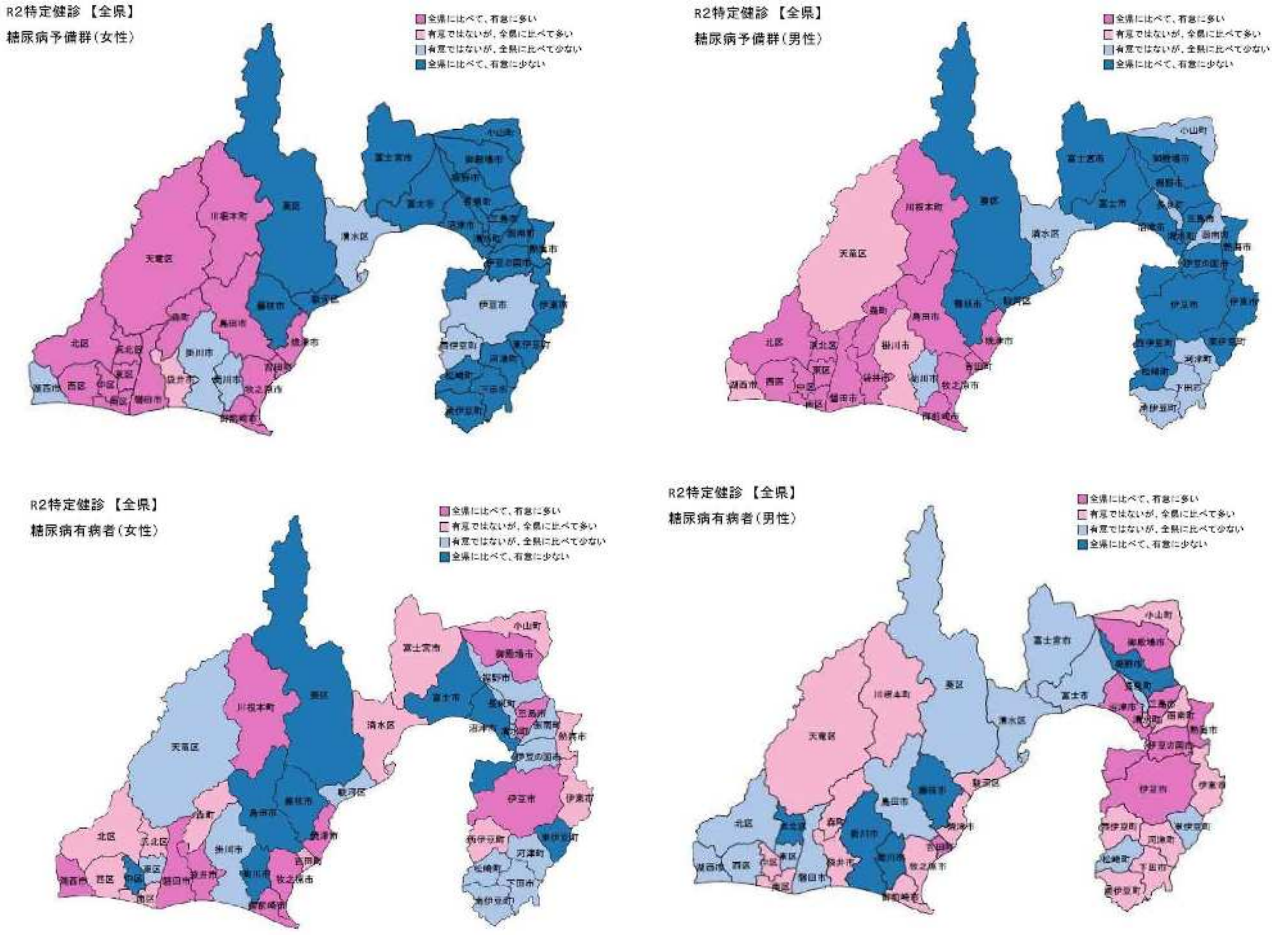
	発症・合併症予防	初期・安定期治療	専門的治療・急性合併症治療・慢性合併症治療	他疾患治療中の血糖管理	地域との連携
ポイント	○特定健診の受診勧奨 ○保健指導の実施 ○生活習慣に関する普及啓発	○糖尿病の早期診断及び生活習慣の指導の実施 ○定期的な診察による良好な血糖コントロールを目指した治療	○多職種と連携した治療・生活指導の実施 ○急性合併症の治療を実施 ○慢性合併症の専門治療を実施	○周術期、化学療法中、感染症治療中等の適切な血糖管理	○市町や保険者、歯科診療所、薬局との連携
機能の説明	・医療保険者等による特定健診・保健指導の実施と受診勧奨 ・定期的な慢性合併症の検査の実施 ・歯周病の予防と早期発見	・急性増悪時や合併症の定期受診時に専門医療機関を紹介 ・治療継続の指導の実施 ・専門職種との連携による、食生活、運動習慣の指導の実施	・初期・安定期の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画の共有等による連携 ・高齢者糖尿病における、患者ごとの血糖コントロール目標の設定 ・急性合併症の専門的治療を24時間実施 ・糖尿病の慢性合併症の専門的な検査・治療を実施	・診療ガイドラインに準じた診療の実施 ・適切な血糖管理を実施するための体制整備	・市町や保険者が保健指導をするための情報提供の実施 ・糖尿病の予防、重症化予防を行う市町及び保険者、薬局等と情報共有や連携協力体制を構築

（４）「糖尿病」の医療体制図



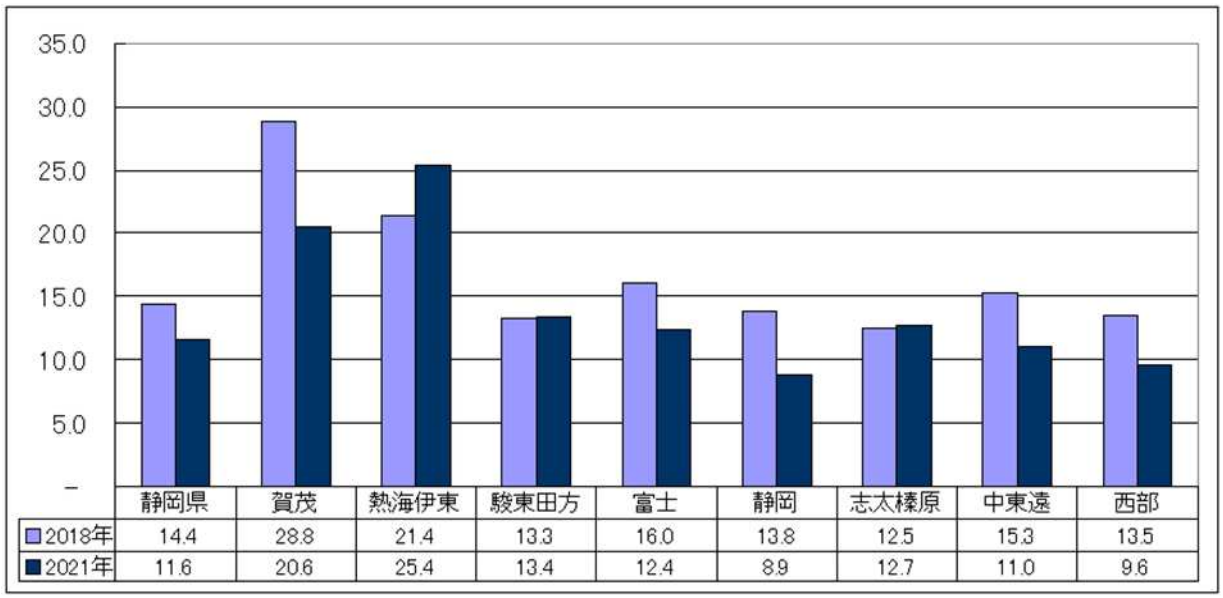
（５）関連図表

○糖尿病有病者（2020 年）



（出典：静岡県「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」）

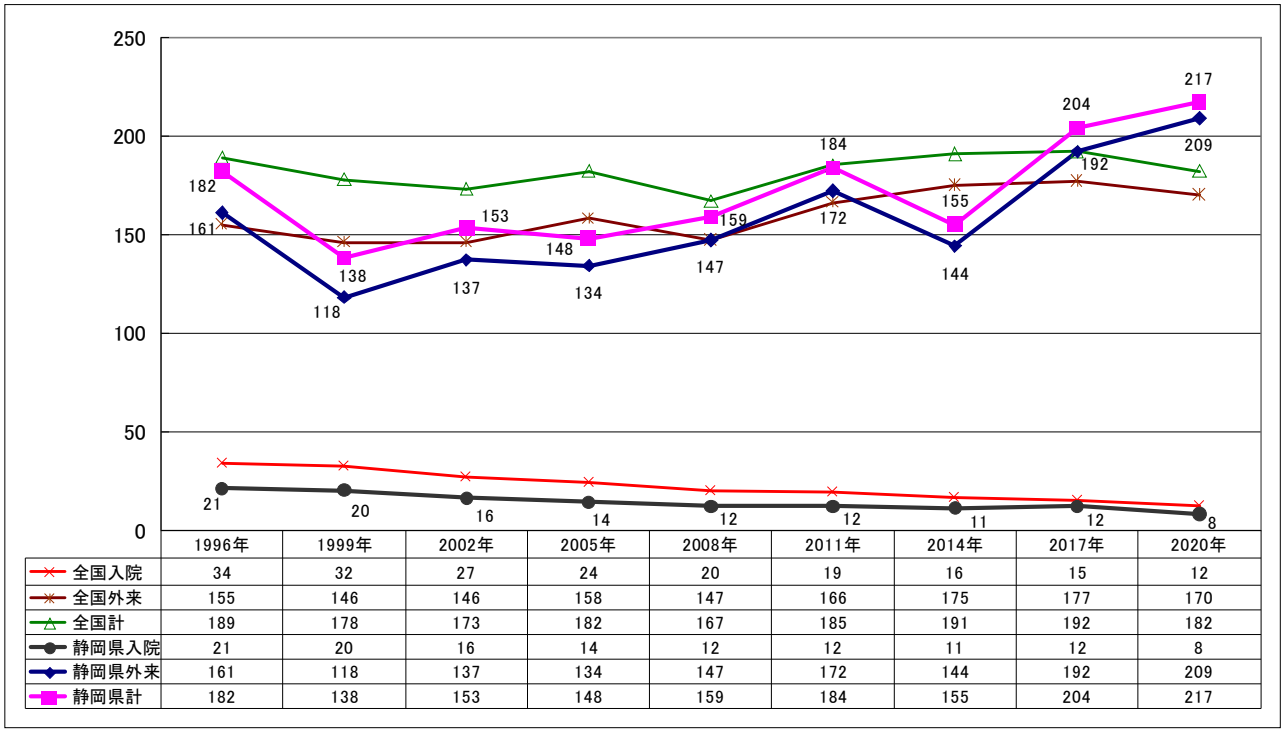
○保健医療圏別の糖尿病死亡率（人口 10 万対）（2021 年）



	静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
2018年	14.4	28.8	21.4	13.3	16.0	13.8	12.5	15.3	13.5
2021年	11.6	20.6	25.4	13.4	12.4	8.9	12.7	11.0	9.6

（出典：厚生労働省「人口動態統計」）

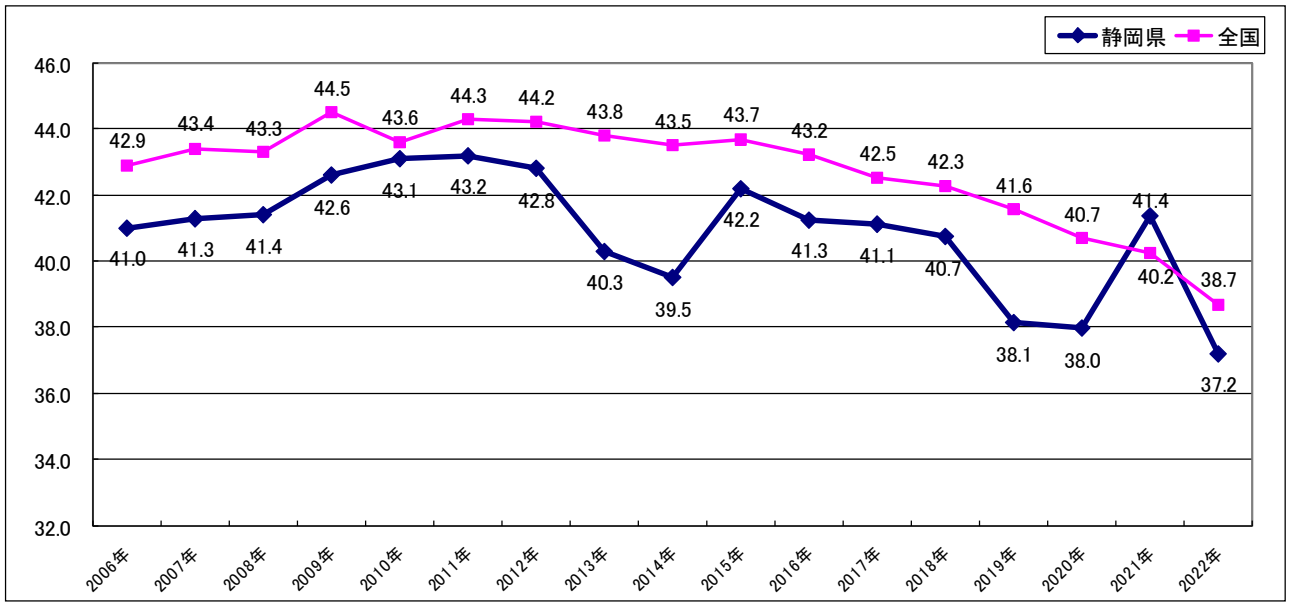
○糖尿病の入院、外来別受療率（人口 10 万対）の推移



	1996年	1999年	2002年	2005年	2008年	2011年	2014年	2017年	2020年
全国入院	34	32	27	24	20	19	16	15	12
全国外来	155	146	146	158	147	166	175	177	170
全国計	189	178	173	182	167	185	191	192	182
静岡県入院	21	20	16	14	12	12	11	12	8
静岡県外来	161	118	137	134	147	172	144	192	209
静岡県計	182	138	153	148	159	184	155	204	217

（出典：厚生労働省「2020 年患者調査」から算出）

○新規透析導入患者の糖尿病性腎症の割合の推移



（出典：一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」）

○指標による現状把握

（医療従事者の状況）

指標名	全国		二次保健医療圏								時点	出典
		静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
糖尿病内科（代謝内科）医師数	5,630	119	0	4	18	9	31	13	9	35	2020年	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」
（人口10万対）	4.5	3.3	0	4.0	2.8	2.4	4.5	2.9	1.9	4.1		
糖尿病専門医数	6,776	125									2023年	一般社団法人日本糖尿病学会公表
（人口10万対）	5.4	3.5										
糖尿病療養指導士数	18,012	395									2023年	一般社団法人日本糖尿病療養指導士認定機構公表
（人口10万対）	14.4	11.0										
糖尿病看護認定看護師数	962	14									2022年	公益社団法人日本看護協会公表
（人口10万対）	0.8	0.4										

（初期・安定期治療・専門治療・急性増悪時治療の状況）

指標名	全国		二次保健医療圏								時点	出典
		静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
糖尿病内科（代謝内科）を標榜する病院数	1,596	31	0	3	9	2	4	4	3	6	2020年	厚生労働省「医療施設調査」
（人口10万対）	1.3	0.9	0	3.0	1.4	0.5	0.6	0.9	0.6	0.7		
糖尿病内科（代謝内科）を標榜する一般診療所数	598	22	0	1	7	3	5	2	0	4	2022年	厚生労働省「医療施設調査」
（人口10万対）	0.5	0.6	0	1.0	1.1	0.8	0.7	0.4	0	0.5		
1型糖尿病患者に対する専門的治療を行う医療機関数	1,510	40									2023年	東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」
（人口10万対）	1.2	1.1										

（慢性合併症治療の状況）

指標名	全国		二次保健医療圏								時点	出典
		静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数	2,766	71	1	5	18	5	10	5	9	18	2023年	東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」
（人口10万対）	2.2	2.0	1.8	5.2	2.9	1.4	1.5	1.1	2.0	2.1		
新規下肢切断術件数	6,015	198									2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
（人口10万対）	4.8	5.5										
歯周病専門医数	1,192	24									2022年	特定営利活動法人日本歯周病学会公表
（人口10万対）	1.0	0.7										

※NDB：レセプト情報・特定健診等情報データベース

（ロジックモデル指標）

区分	指標名	全国	静岡県	時点	出典
発症・合併症予防	特定健康診査の受診率	56.2%	58.8%	2021年度	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
	特定保健指導の実施率	24.7%	26.0%	2021年度	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
初期・安定期治療・専門的治療の体制整備	糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口10万対）	3	2.2	2022年	一般社団法人日本糖尿病学会公表
	歯周病専門医が在籍する医療機関数（人口10万対）	0.8	0.6	2022年	特定非営利活動法人日本歯周病学会公表
急性合併症治療、慢性合併症治療の体制整備	腎臓専門医が在籍する医療機関数（人口10万対）	2.3	2.1	2023年	一般社団法人日本腎臓学会公表
	糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万対）		168	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万対）		20	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万対）		56	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定している市町数【県独自】		26	2023年	静岡県健康増進課調査
糖尿病の正しい普及啓発による早期発見	糖尿病予備群の者の数	2,412		2019年	厚生労働省「国民健康・栄養調査」
	糖尿病が強く疑われる者の数	351		2019年	厚生労働省「国民健康・栄養調査」
	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	92	114.8	2020年	厚生労働省「患者調査」
医療機関間の連携による糖尿病治療の提供	糖尿病透析予防指導又は糖尿病合併症管理の実施割合		0.6%	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	外来栄養食事指導の実施割合		5.6%	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	HbA1c又はGA検査の実施割合		95.7%	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	治療継続者の割合（インスリン注射又は血糖を下げる薬）	72.2%		2019年	厚生労働省「国民健康・栄養調査」
	治療継続者の割合（通院により定期的な検査や生活習慣の改善指導）	70.4%		2019年	厚生労働省「国民健康・栄養調査」
医療機関間の連携による合併症治療の提供	眼底検査の実施割合		41.8%	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合		19.5%	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	クレアチニン検査の実施割合		91.2%	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
糖尿病による死亡者数の減少	糖尿病の年齢調整死亡率	男6.0 女2.4	男6.0 女2.3	2022年	厚生労働省「人口動態統計」
糖尿病合併症の重症化予防	年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病性腎症の患者数	14,330	442	2022年	一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」
	治療が必要な糖尿病網膜症の発生率（糖尿病患者1年当たり）		1.8%	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	糖尿病患者の下肢切断の発生数（糖尿病患者1年当たり）	6,015	198	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」

５　肝疾患

【対策のポイント】
- ○　ウイルス性肝炎に関する正しい知識の普及と新規感染予防の推進
- ○　肝炎ウイルス検査の受検勧奨と検査陽性者に対する受診勧奨の推進
- ○　肝炎医療を提供する体制の確保と患者や家族等に対する支援の充実
- ○　Ｃ型ウイルス性肝炎治療後のフォローアップの推進
- ○　非ウイルス性肝疾患対策の取組の推進

「肝炎」から「肝疾患」への疾病名称変更について

○抗ウイルス治療の発展により、肝炎ウイルスの排除や増殖の抑制が可能となったことで、肝硬変、肝がんの成因に占めるウイルス性肝炎の割合は減少しています。

○一方で、生活習慣の変化等により脂肪肝等の非ウイルス性肝疾患から肝硬変や肝臓がんに進行するケースが増加しているため、一般社団法人日本肝臓学会は 2023 年 6 月に「奈良宣言 2023」を出し、肝疾患の早期発見を勧奨しています。

○静岡県でも 2020 年から健診の血液検査で肝機能を測る指標の１つであるＡＬＴ値が 30 を超え、脂肪肝等の非ウイルス性肝疾患を有していることが疑われる県民割合の増加幅が大きくなっていることから、従来の「肝炎」に非ウイルス性肝疾患を加えて「肝疾患」に名称を変更し、脂肪肝等を含めた全ての肝疾患の早期発見・悪化防止を全国に先駆けて取り組んでいきます。

（１）現状と課題

ア　肝疾患の現状

○肝疾患には肝炎、脂肪肝、肝硬変、肝がんなどが含まれ、その原因は、ウイルス性、アルコール性、脂肪性（非アルコール性）、自己免疫性等に分類されます。

○肝炎や脂肪肝は、自覚症状があまり無いため、適切な治療を行わないまま放置すると慢性化し、肝硬変や肝がんといったより重篤な病態に進行するおそれがありますが、早期発見と適切な治療でその進行を防ぐことができます。

○我が国では、これまでＢ型又はＣ型肝炎ウイルス感染に起因するウイルス性肝炎患者や、これらを原因とした肝硬変・肝がんが多くを占めていましたが、近年、アルコール摂取や生活習慣に起因する脂肪肝等の非ウイルス性肝疾患を原因とした肝硬変・肝がん患者が増加しています。

○ウイルス性肝炎に効果的な治療として、肝炎ウイルスの排除やその増殖を抑制する抗ウイルス療法があります。

○病態や感染経路等に関する周知が不十分で、ウイルス性肝炎患者が偏見や差別を受けることがあります。

○脂肪肝等は、アルコールの摂取や生活習慣に起因し、罹患しても自覚症状がないまま進行する場合が多いため、予防及び早期発見が重要です。

イ　本県の状況

（ウイルス性肝炎の状況）

○県内の肝炎ウイルス感染者は、Ｂ型 3.3 万～3.6 万人、Ｃ型 2.7 万～3.9 万人と推定され、ま

た、治療が必要な患者は、Ｂ型が約 4,500 人、Ｃ型が約 6,300 人と推定されます。

○2022 年度にウイルス性肝炎に関する医療費助成を受けた人は、延べ 2,309 人となっています。

（脂肪肝等の非ウイルス性肝疾患の状況）

○県内の非ウイルス性肝疾患患者数の把握は困難ですが、脂肪肝については全国で 2,000 万人前後の潜在患者がいると推定されています。

○脂肪肝等から肝硬変や肝がんに進行する患者が増加していることから、一般社団法人日本肝臓学会は 2023 年６月に「奈良宣言 2023」を出し、肝疾患の早期発見・早期治療につなげるため、ＡＬＴ値が 30 を超えている場合は「まずかかりつけ医等を受診し、かかりつけ医によって、その原因が検索され、機会を逸することなく、消化器内科における精密検査を受け、かかりつけ医と専門医の診療連携による適切な医療を受ける」よう勧奨しています。

○ＡＬＴ値が 30 を超えるものの割合は全国及び県とも増加傾向にあるため、早期発見・早期治療のための対策が必要です。

（死亡・罹患の状況）

○本県における 2022 年の人口 10 万対肝疾患死亡率は 33.4 人で、全国平均（36.3 人）よりやや少なくなっています。

○本県における 2019 年の人口 10 万対肝がん罹患率は 10.9 人で、全国平均（12.0 人）よりやや少なくなっています。

○ウイルス性肝炎や肝がんによる死亡者は全国、本県とも減少している一方で、非ウイルス性肝疾患等のその他の肝疾患による死亡者数は全国的に増加傾向で、本県も横ばいで推移しており、対策が必要です。

○2021 年の保健医療圏別の肝疾患死亡率では、賀茂、熱海伊東、駿東田方、富士及び静岡保健医療圏が県全体より高く、東高西低の状況にあります。

（医療連携体制の状況）

○身近で初期診断・安定期治療を受けることができるように、「肝疾患かかりつけ医」を登録（2024 年１月末現在 266 施設）し、ホームページにより公表・周知しています。

○また、肝疾患かかりつけ医では対応困難な患者への治療を支援するため、より専門的な検査や治療方針の決定などを行うことができる「地域肝疾患診療連携拠点病院」を２次保健医療圏ごとに指定し、肝疾患診療連携体制を構築しています。（2024 年１月末現在 28 施設）。

○さらに、肝疾患診療連携体制の中心的な役割を担う「静岡県肝疾患診療連携拠点病院」（肝疾患相談支援センター併設）を県内で２施設指定し、肝疾患かかりつけ医に対する研修や地域肝疾患連携拠点病院の連絡協議会を実施し、医療水準の向上と連携を図っています。

ウ　医療提供体制

（ア）肝炎ウイルス検査

○肝炎ウイルス感染を発見し、早期の治療開始につなげるために、肝炎ウイルス検査は、大変重要です。市町、保健所及び県委託医療機関では、地域住民を対象に無料検査を実施しており、検査実績は、ここ数年は年間３万件から４万件前後で推移していますが、県民が生涯に１回は検査を受けるように、引き続き、肝炎に関する正しい知識を普及し、受検勧奨していく必要があります。

○また、検査の機会を増やすため、2017 年１月に主に中小企業の従業員やその家族が加入する健

康保険を運営する団体（全国健康保険協会静岡支部）と協定を締結し、職場の定期検診時等に受検勧奨をしていますが、さらなる促進のため、大企業が運営する健康保険組合等のその他健康保険組合や雇用主等に対する働きかけを行う必要があります。

○2021 年度の市町、保健所及び県委託医療機関での肝炎ウイルス検査数は、Ｂ型が 33,235 件（うち陽性者 128 件：0.39％）、Ｃ型が 33,642 件（うち陽性者 67 件：0.20％）となっています。

（イ）肝炎ウイルス検査陽性者等のフォローアップ

○市町、保健所、県委託医療機関及び全国健康保険協会静岡支部のいずれかが実施したＢ型・Ｃ型肝炎ウイルス検査の結果、陽性と判定された者に対し、初回精密検査の費用を助成しています。2022 年度の助成件数は、28 件です。これは想定される対象者の約 14％であり、制度の周知が必要です。

○肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変又は肝がんの治療中又は治療後経過観察中である者に対し、定期的に受ける検査の費用の一部を助成しています。2022 年度の助成件数は、74 件です。対象者数の把握は困難ですが、治療の過程において医療機関等と連携して周知を図る必要があります。

○肝炎ウイルス検査陽性者等に対し、市町、保健所及び県委託医療機関等における肝炎医療コーディネーター[1]が中心となり、受診勧奨や治療の中断を防ぐ働きかけを行う必要があります。県内全 35 市町の医療機関への配置を目指しており、2024 年１月末現在、27 市町の 120 医療機関に 508 人が在籍しています。

（ウ）肝疾患患者に対する支援等

○2008 年度から、Ｂ型・Ｃ型慢性肝炎等に対する抗ウイルス療法の医療費の助成事業を実施しています。2022 年度の助成人数は延べ 2,309 人です。

○2018 年度から、Ｂ型・Ｃ型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変患者の医療費の助成事業を実施しています。2022 年度の助成人数は延べ 36 人です。

○ウイルス性肝炎患者等が自身の病状を把握できるよう、検査プランと肝機能等の血液検査、肝臓画像検査の概要を記入することができ、診療連携にも役立てることができる「肝臓病手帳[2]」を治療中の医療機関等で配付しています。

○生活習慣等に起因する肝疾患を原因とした肝硬変・肝がん患者が増加している現状を踏まえ、肝疾患かかりつけ医がウイルス性肝炎だけでなく、脂肪肝等を含めた肝疾患に対してより質の高い医療を行えるよう、地域肝疾患診療連携拠点病院との連携を強化する必要があります。

○ＡＬＴ値の検査は特定健診や 40 歳以上の職場健診で広く行われており、非ウイルス性肝疾患を見つける態勢は整っているため、健診において医療機関の受診が必要とされた場合に、肝疾患かかりつけ医を適切に受診することで肝疾患の早期発見・早期治療につなげるための対策が必要です。

○発生予防の取組として、2016 年 10 月から０歳児を対象としたＢ型肝炎ワクチンが定期接種化

---

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

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

となったことをふまえ、定期接種対象外である１・２歳児のうち感染リスクの高い小児を対象とするＢ型肝炎ワクチン予防接種助成事業を、2016・2017 年度の２か年に~~の~~緊急事業として実施し、17 人に対し計 30 回接種しました。

（２）対策

ア　数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
肝疾患死亡率 （人口 10 万対）	33.4 （2022 年）	28.8 以下 （2028 年）	県の過去６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	42 人 （2022 年）	30 人以下 （2028 年）	最近（2020～22 年）の都道府県別ウイルス性肝炎死亡率のうち、最少県の死亡率を本県に当てはめた死亡者数を目指す	厚生労働省「人口動態統計」
肝がん罹患率 （人口 10 万対）	10.9 （2019 年）	8.0 （2025 年）	県の過去６年間の減少率の維持	国立がん研究センターがん情報センター「がん登録・統計」（全国がん登録）
最近１年間にウイルス性肝炎を原因とした不当な扱い（合理的配慮を除く）等差別を受けた患者の割合	0.5% （2023 年）	０% （毎年度）	ウイルス性肝炎を原因とした不当な扱い等差別をなくす	静岡県「肝炎医療費助成受給者状況調査」

イ　施策の方向性

（ア）ウイルス性肝炎に関する正しい知識の普及と新規感染予防の推進

○ウイルス性肝炎の病態や感染経路等に関する県民の理解を深めることで、ウイルス性肝炎に関する偏見や差別を解消するとともに、新規感染予防の取組を推進します。

○１歳に至るまでの者に対するＢ型肝炎ワクチンの定期接種の勧奨を実施するほか、中学・高校における思春期講座等の機会を活用して正しい知識の普及を図り、新規感染予防の取組を推進します。

○雇用主・従業員に対する肝炎に関する知識の普及啓発に取り組み、職域における新規感染予防の取組を推進します。

（イ）肝炎ウイルス検査の受検勧奨と検査陽性者に対する受診勧奨

○県民が肝炎ウイルス検査の必要性を自覚し、生涯に一度は検査を受検するように勧奨するとともに、検査陽性者の定期的、継続的な受診に向けたフォローアップを行います。

○医療機関の術前検査等で実施した肝炎ウイルス検査で、陽性が判明した者を適切に受診につなげるよう、検査費用助成制度について医療機関への周知を継続します。

○全国健康保険協会静岡支部と締結した肝炎対策に関する協定を、他の健康保険組合等にも拡大し、肝炎医療コーディネーターと連携し、職域における肝炎ウイルス検査の受検勧奨と肝炎ウイルス検査陽性者に対する受診勧奨を推進します。

（ウ）肝疾患医療を提供する体制の確保

○肝疾患患者等が、身近な医療機関等で適切な医療を継続して受けられるように、静岡県肝疾患診療連携拠点病院、地域肝疾患診療連携拠点病院及び肝疾患かかりつけ医の連携体制を確保します。

○「肝臓病手帳」の周知及び普及を進め、手帳を活用した肝疾患かかりつけ医と地域肝疾患診療連携拠点病院の連携促進により、肝炎医療連携体制の拡充を図ります。

○肝炎医療コーディネーター養成研修を開催し、受講者を肝炎医療コーディネーターに認定するとともに、技能向上のための継続的な研修会や情報交換会を開催するなど、肝炎医療に携わる人材を育成します。

（エ）ウイルス性肝炎患者等及びその家族に対する支援の充実

○ウイルス性肝炎患者の経済的負担の軽減のため、肝炎医療費の助成を実施します。

○医療費助成事業はシステムを活用して着実に実施していますが、今後、国の推進する医療ＤＸの状況に応じて、他システムとの連携等、適切に対応していきます。

○肝炎医療コーディネーターによる肝疾患相談・支援センターや保健所等における相談支援を充実させます。

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

○肝炎医療コーディネーターによる肝炎患者の仕事と治療の両立支援を推進します。

○Ｃ型肝炎ウイルス排除後の定期的な受診・検査の必要性や検査費用助成事業について、周知を図ります。

（オ）脂肪肝等の予防啓発とＡＬＴ高値者に対する受診勧奨及び相談支援や情報提供

○従来のウイルス性肝炎と合わせて非ウイルス性肝疾患の原因や病態の広報を行い、県民の理解を深め、新規の罹患を予防します。

○脂肪肝等はアルコールの摂取や生活習慣に起因し、自覚症状がないまま悪化して肝硬変や肝がんになってから発見されるケースが増加していることを日本肝臓学会が指摘しているため、予防及び早期発見の重要について周知します。

○肝疾患の悪化を早期発見するため、定期的なＡＬＴ値の測定により肝臓の状態を把握することの重要性を普及啓発するとともに、市町や保険者と連携し、定期的な健診の受診を促進します。

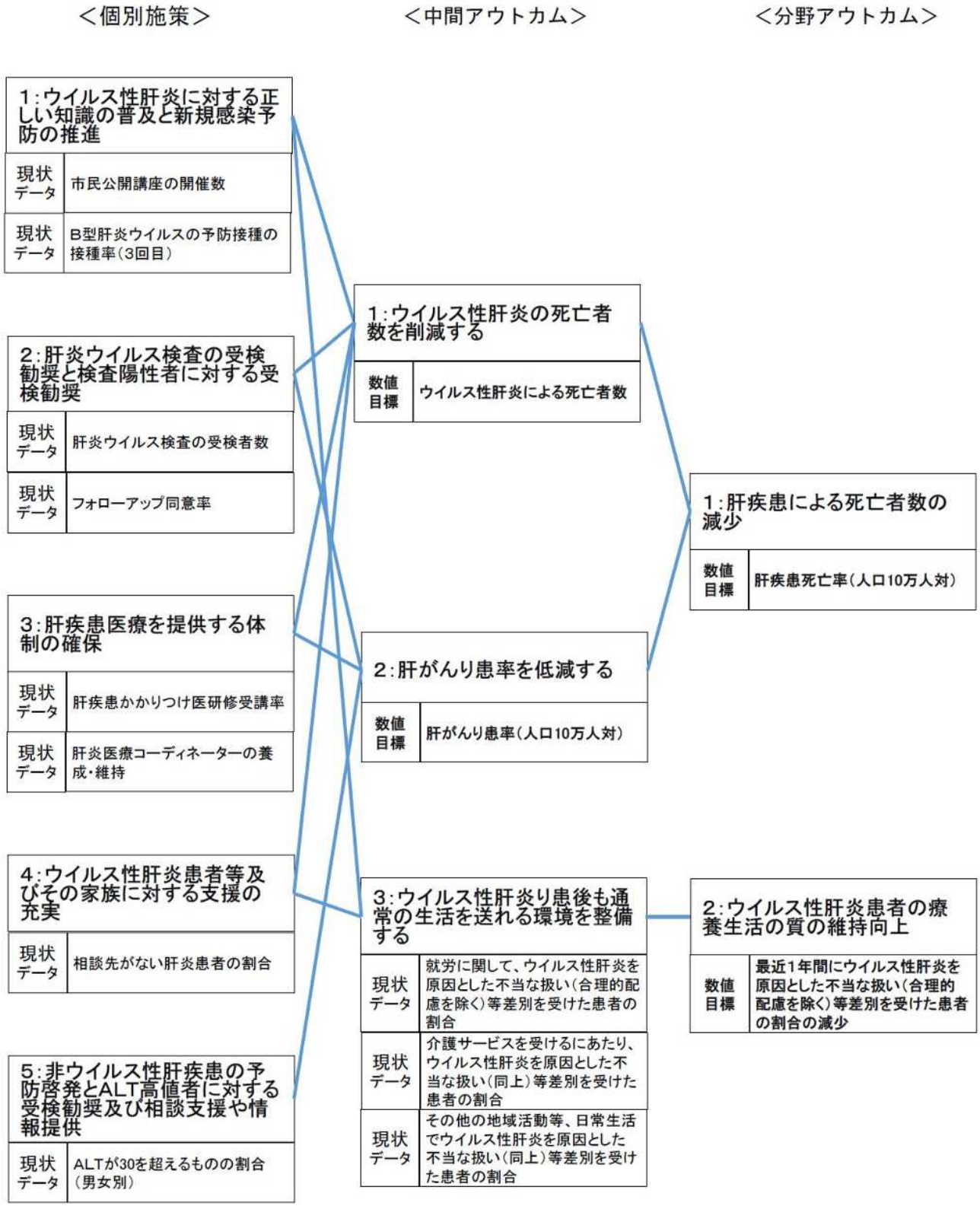
○健診において、ＡＬＴ値が 30 超の場合や生活習慣病との関連等をふまえて医療機関の受診が必要とされた場合に、県民が肝疾患かかりつけ医に適切に受診でき、精密検査や治療の必要性が医療機関で十分に検討されるよう、市町や保険者、健診機関、医療機関と連携し県民意識の醸成や医療提供体制の構築を行います。

○また、健診の結果で医師や保健師が勧めた場合は食生活、飲酒習慣の改善や運動不足の解消等に取り組むよう、市町や保険者を通じて啓発します。

○脂肪肝等の非ウイルス性肝疾患患者においても、肝疾患かかりつけ医と地域肝疾患診療連携拠点病院が連携して診療していきます。

○肝炎医療コーディネーターの研修内容に非ウイルス性肝疾患も加え、肝疾患相談・支援センターや保健所等における相談支援を充実させます。

○肝疾患のロジックモデル

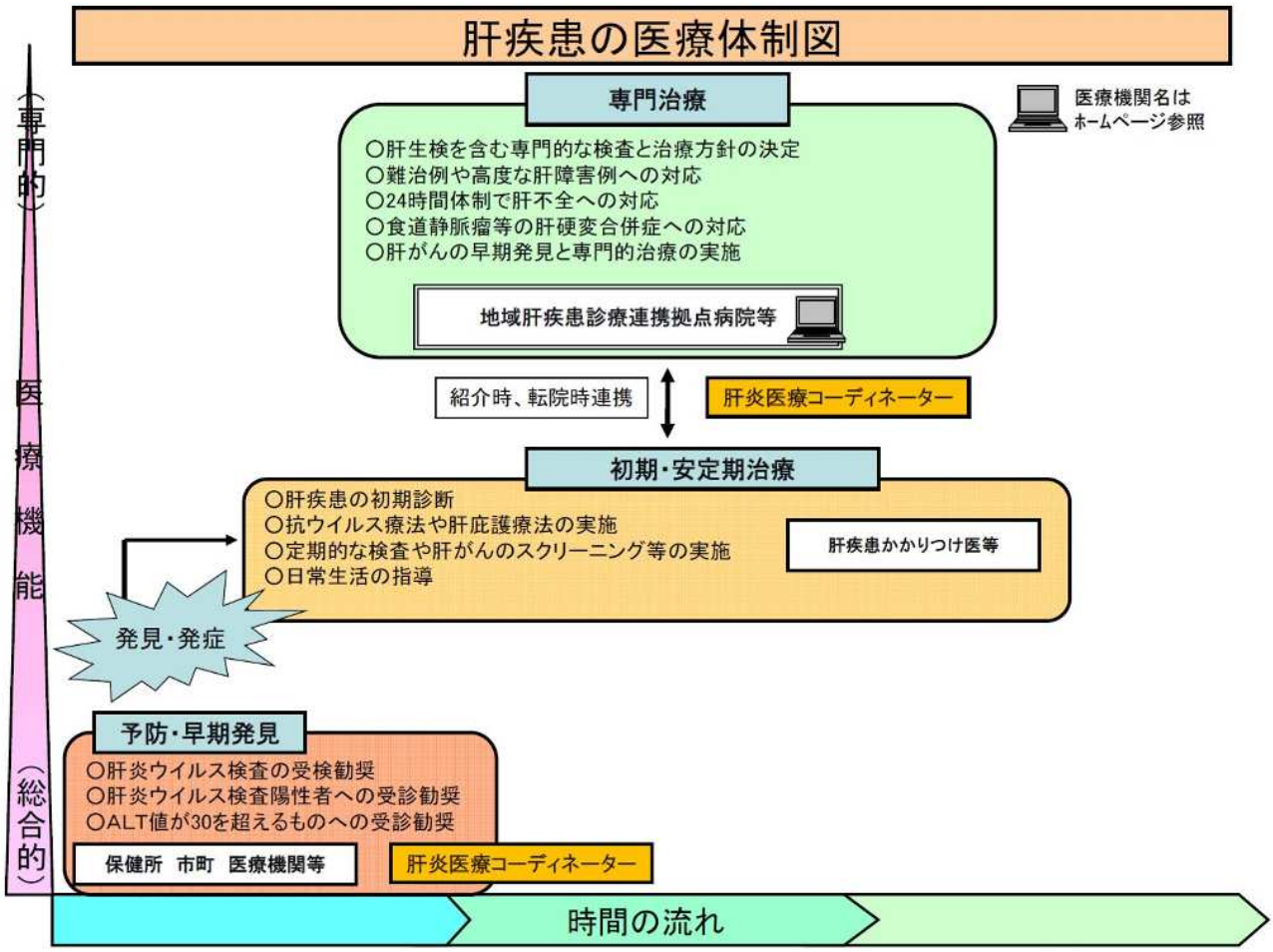


（３）「肝疾患」の医療体制に求められる医療機能

肝疾患の医療体制に求められる医療機能

	予防・早期発見	初期診断・安定期治療	専門治療
ポイント	○新規の感染を予防する啓発 ○職域における普及啓発活動の実施 ○肝炎ウイルス検査の受検勧奨 ○肝炎ウイルス検査陽性者への受診勧奨 ○ALT値が30を超えるものへの受診勧奨	○内服処方・注射・定期的な検査等日常的な処置の実施 ○肝疾患に関する専門医療機関との診療情報等の共有等による連携	○専門的な知識を持つ医師による診断と治療方針の決定 ○高度な知識を必要とする肝炎医療の実施 ○肝がんの高危険群の同定と正確な診断、高度な治療の実施 ○初期・安定期の治療を行う医療機関との連携
機能の説明	・1歳に至るまでの者に対するB型肝炎ワクチンの定期接種の勧奨 ・中学・高校における思春期講座等の機会を活用した感染予防のための知識の普及 ・雇用主・従業員に対する肝炎に対する知識の普及・啓発活動の実施 ・肝炎医療コーディネーターの活用による職域における受検勧奨 ・肝炎ウイルス検査陽性者に対する受診勧奨や初回精密検査費用助成によるフォローアップの実施	・肝炎患者等が、身近な医療機関で、継続して治療を受けられるための「肝疾患かかりつけ医」等による初期診断などの実施 ・肝炎の初期診断に必要な検査の実施 ・抗ウイルス療法や肝庇護療法の実施（専門治療を行う医療機関との連携による治療を含む。） ・肝臓病手帳（※）を活用した定期的な検査の実施（肝機能検査、肝がんのスクリーニング（1次）検査等） ・地域肝疾患診療連携拠点病院との診療情報や治療計画の共有等による連携	・2次保健医療圏において「肝疾患かかりつけ医」等と「地域肝疾患診療連携拠点病院」との連携による診療体制の確保と診療の質の向上を図る ・肝臓専門医等が行う肝生検を含む専門的な検査とそれに基づく治療方針の決定 ・難治例や高度肝障害例への対応、24時間体制での肝不全への対応、食道静脈瘤等の肝硬変合併症への対応、専門職種による食事や運動等の日常生活の指導を実施 ・高度な知識を有する肝臓専門医等の診断による肝がんの確実な発見と、発見された肝がんに対する肝切除術、ラジオ波焼灼、肝動脈塞栓術等、高度な技術を必要とする、より専門的治療の実施 ・肝臓病手帳等を活用した肝疾患かかりつけ医等との診療情報や治療計画の共有等による連携

（４）「肝疾患」の医療体制図



（５）関連図表

◯肝炎患者数の推定

	全国		静岡	
	Ｂ型	Ｃ型	Ｂ型	Ｃ型
キャリア ※１	110～120 万人	90～130 万人	3.3～3.6 万人	2.7～3.9 万人
患者 ※２	15 万人	21 万人	4,500 人	6,300 人

※１ 出典：2019 年度厚労科学研究費補助金 肝炎等克服緊急対策研究事業 報告書（田中班）
静岡県の感染者数は全国推計値に静岡県人口比率３％を乗じて推計

※２ 出典：2020 年度厚労科学研究費補助金 肝炎等克服緊急対策研究事業 報告書（田中班）
静岡県の感染者数は全国推計値に静岡県人口比率３％を乗じて推計

◯肝がん罹患率（人口 10 万対）の推移

	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
全国	15.2	14.7	14.1	14.7	13.3	12.6	12.0
静岡県	13.9	12.9	13.5	14.4	11.6	10.9	10.9

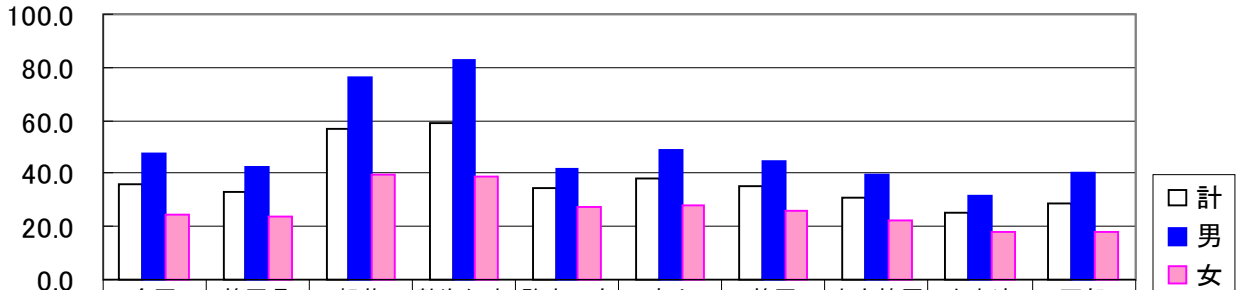
出典：（全国）2013 年～2015 年：国立がん研究センターがん情報センター「がん登録・統計」（全国がん罹患モニタリング集計（ＭＣＩＪ））
2016 年～2019 年：国立がん研究センターがん情報センター「がん登録・統計」（全国がん登録）
（静岡県）2013 年～2015 年：静岡県地域がん登録報告書
2016 年～2019 年：国立がん研究センターがん情報センター「がん登録・統計」（全国がん登録）

○肝疾患による死亡者数･死亡率の推移

	区分	ウイルス性肝炎		肝がん		肝硬変		その他の肝疾患		計	
		全国	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県
2018年	死亡者	3,055	97	25,925	723	8,307	213	8,968	261	46,255	1,294
	死亡率	2.5	2.7	20.9	20.2	6.7	5.9	7.2	7.3	37.2	36.1
2019年	死亡者	2,657	83	25,264	703	8,088	215	9,185	241	45,194	1,242
	死亡率	2.1	2.3	20.4	19.8	6.5	6.0	7.4	6.6	36.5	34.9
2020年	死亡者	2,201	51	24,839	721	8,053	182	9,635	285	44,728	1,239
	死亡率	1.8	1.4	20.1	20.4	6.5	5.1	7.8	8.0	36.2	35.0
2021年	死亡者	1,943	57	24,102	666	8,332	187	9,685	244	44,062	1,154
	死亡率	1.6	1.6	19.6	18.9	6.8	5.3	7.9	6.9	35.9	32.8
2022年	死亡者	1,799	42	23,620	663	8,644	206	10,252	254	44,315	1,165
	死亡率	1.5	1.2	19.4	19.0	7.1	5.9	8.4	7.3	36.3	33.4

出典：人口動態統計（厚生労働省）のうち「01400ウイルス性肝炎」、「02106肝及び肝内胆管の悪性新生物」、「11301肝硬変（アルコール性を除く）」、「11302その他の肝疾患」を掲出
死亡率は人口10万対死亡率（死亡者数）を算出

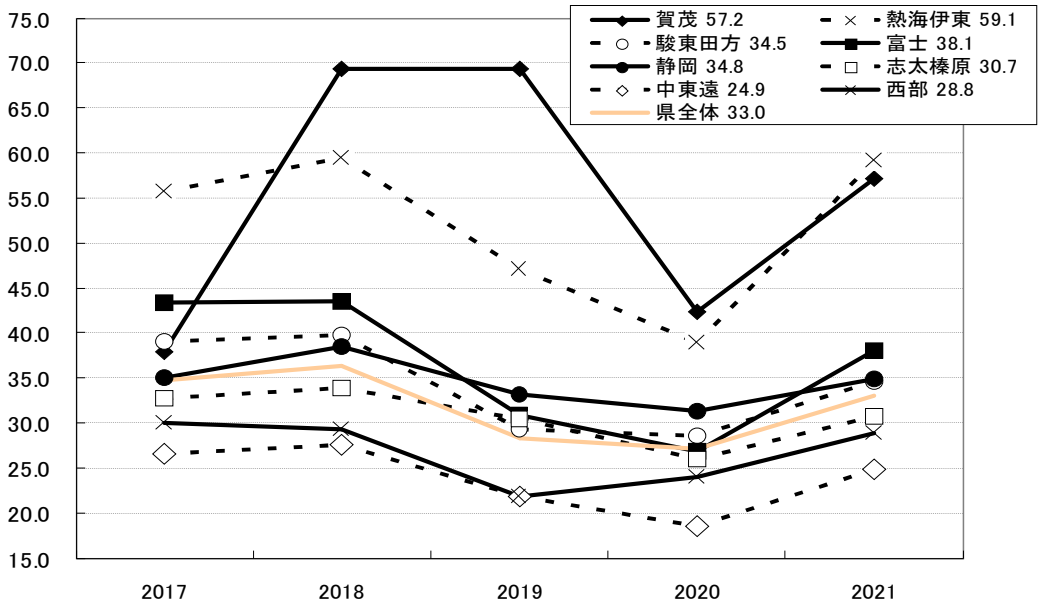
○医療圏別の肝疾患死亡率（人口 10 万対／2021 年）



	全国	静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
計	35.9	33.0	57.2	59.1	34.5	38.1	34.8	30.7	24.9	28.8
男	47.8	42.6	76.3	82.7	41.8	48.7	44.3	39.7	31.7	39.9
女	24.6	23.6	39.7	38.7	27.4	27.8	25.8	22.0	17.9	17.8

出典：静岡県人口動態統計のうち「01400ウイルス性肝炎」、「02106肝及び肝内胆管の悪性新生物」、「11301肝硬変（アルコール性を除く）」、「11302その他の肝疾患」を掲出
死亡率は2021年10月の推計人口から人口10万対死亡率（死亡者数）を算出

○医療圏別の肝疾患死亡率の推移（人口 10 万対）



◯ウイルス性肝炎による死亡数

2021 年死亡数		静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
01400 ウイルス肝炎	総数	57	3	2	13	7	9	5	7	11
	男	22	2	1	5	2	1	2	3	6
	女	35	1	1	8	5	8	3	4	5
01401 B型ウイルス肝炎	総数	9	2	－	1	3	－	－	1	2
	男	4	1	－	1	1	－	－	1	－
	女	5	1	－	－	2	－	－	－	2
01402 C型ウイルス肝炎	総数	40	1	2	10	2	8	5	4	8
	男	17	1	1	4	1	1	2	1	6
	女	23	－	1	6	1	7	3	3	2
01403 その他のウイルス肝炎	総数	8	－	－	2	2	1	－	2	1
	男	1	－	－	－	－	－	－	1	－
	女	7	－	－	2	2	1	－	1	1

出典：「静岡県人口動態調査」

○肝炎ウイルス検査の実施状況

年度	受検者区分		健康増進事業		特定感染症検査等事業		計
			40 歳検診	40 歳検診以外の対象者への検診	保健所検査	委託医療機関検査	
2014	B	陽性者数/受検者数（陽性率）	12/4,438（0.27%）	217/36,943（0.59%）	7/2,977（0.24%）	90/9,442（0.95%）	326/53,791（0.61%）
	C	陽性者数/受検者数（陽性率）	5/4,561（0.11%）	123/37,644（0.33%）	7/1,959（0.36%）	74/9,451（0.78%）	209/53,615（0.39%）
2015	B	陽性者数/受検者数（陽性率）	8/4,437（0.18%）	226/39,180（0.58%）	13/2,429（0.54%）	44/9,238（0.48%）	291/55,284（0.53%）
	C	陽性者数/受検者数（陽性率）	3/4,524（0.07%）	118/39,767（0.30%）	7/1,523（0.46%）	60/9,239（0.65%）	188/55,053（0.39%）
2016	B	陽性者数/受検者数（陽性率）	7/4,395（0.16%）	138/25,960（0.53%）	5/2,172（0.23%）	41/7,965（0.51%）	191/40,492（0.47%）
	C	陽性者数/受検者数（陽性率）	4/4,457（0.09%）	97/26,332（0.37%）	7/1,279（0.55%）	38/7,964（0.48%）	146/40,050（0.36%）
2017	B	陽性者数/受検者数（陽性率）	5/4,230（0.12%）	163/28,909（0.56%）	11/2,311（0.48%）	30/7,457（0.40%）	209/42,907（0.49%）
	C	陽性者数/受検者数（陽性率）	2/4,319（0.05%）	96/29,265（0.33%）	6/1,543（0.39%）	45/7,457（0.60%）	149/42,584（0.35%）
2018	B	陽性者数/受検者数（陽性率）	12/4,244（0.28%）	143/30,496（0.46%）	14/2,670（0.52%）	36/7,420（0.49%）	205/44,830（0.45%）
	C	陽性者数/受検者数（陽性率）	3/4,322（0.07%）	106/30,850（0.34%）	6/2,420（0.25%）	23/7,421（0.31%）	138/45,013（0.38%）
2019	B	陽性者数/受検者数（陽性率）	8/4,105（0.19%）	169/30,164（0.56%）	6/2,588（0.23%）	32/6,109（0.52%）	215/42,966（0.50%）
	C	陽性者数/受検者数（陽性率）	2/4,195（0.05%）	80/30,571（0.26%）	3/2,520（0.12%）	33/6,110（0.54%）	118/43,396（0.27%）
2020	B	陽性者数/受検者数（陽性率）	16/3,610（0.44%）	115/25,285（0.45%）	7/1,071（0.65%）	25/5,663（0.44%）	163/35,629（0.46%）
	C	陽性者数/受検者数（陽性率）	1/3,713（0.03%）	73/25,688（0.28%）	1/1,071（0.09%）	22/5,664（0.39%）	97/36,136（0.27%）
2021	B	陽性者数/受検者数（陽性率）	5/3,476（0.14%）	101/23,462（0.43%）	4/837（0.48%）	18/5,460（0.33%）	128/33,235（0.39%）
	C	陽性者数/受検者数（陽性率）	2/3,565（0.06%）	51/23,781（0.21%）	0/837（0.00%）	14/5,459（0.25%）	67/33,642（0.20%）

※Ｂ型肝炎ウイルスの陽性者はＨＢｓ抗原検査において「陽性」と判定された者（人）

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

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

○ＡＬＴ値が 30 を超えるものの割合の推移

区分		2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020 年
全国	男性	25.3	25.2	25.6	26.2	26.5	27.5	27.6	30.5
	女性	8.1	7.9	8.1	8.3	8.4	8.8	8.9	9.6
静岡県	男性	23.5	23.2	23.8	24.5	25	25.9	26.2	28.5
	女性	7.4	7.1	7.5	7.7	7.9	8.2	8.3	8.8

出典：ＮＤＢオープンデータ（厚生労働省）

６　精神疾患

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

（１）現状と課題

ア　精神疾患の現状

○精神疾患は、近年その患者数が増加しており、2020 年の患者調査によると全国で推定患者数は約 615 万人となっています。そのうち、入院患者数は約 29 万人、外来患者数は約 586 万人であり、１年以上の長期入院患者数は約 17 万人となっています。国の調査結果では、国民の４人に１人が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及びアルコール、薬物等の精神に作用する物質の有害使用や依存など物質に関連した障害（物質関連障害）のいずれかを経験していることが明らかとなっています。

○2021 年の国の調査では、３割から５割程度の方が様々な不安を感じており、精神保健福祉上のニーズや精神疾患は住民に広く関わっています。精神保健福祉上のニーズを有する者が必要な保健医療サービスや福祉サービスの提供を受け、地域の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する正しい知識の普及啓発を推進することが重要となっています。

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

○精神疾患の診断の基本は、十分な観察・問診による精神症状の正確な把握であり、心理検査等が診断の補助として行われています。精神疾患は、内科などに比べ客観的な指標が乏しいものの、近年、神経画像・脳機能画像などの画像診断技術が進歩しており、客観的な診断方法として期待されています。診断においては、脳以外の身体の疾患に起因する精神障害（症状性精神障害）なども考慮し、精神症状のみならず全身状態の把握も重要です。また、身体疾患で内科等を受診した患者に、うつ病等の精神疾患が疑われる場合には、精神科医に紹介することによって、より正確な診断が行われることが、適切な治療選択の観点からも重要と考えられます。

○精神疾患の治療においては、薬物・精神療法が中心となります。薬物療法において、向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬）を処方する際は、必要な投与期間、出現し得る全ての有害作用に対する対処法、奏功しなかった場合の代替薬物、長期投与の適応などを考慮した治療計画を患者とその家族等に説明する必要があります。また精神療法においては、認知行動療法等が薬物療法と同等の効果をあげる場合もありますが、作業療法、精神科デイ・ケア

を含めた専門的な精神療法以外にも、生活習慣の改善等も重要です。診断や治療において、生物学的、心理学的、社会文化的側面の視点が必要であり、薬物療法だけに限らない多様な治療法を用いることが重要と考えられています。

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

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

○このほか、精神疾患には、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症や、てんかん、発達障害等もあり、精神疾患は県民に広く関わる疾患です。また、精神疾患は、あらゆる年齢層で疾病により生じる負担が大きく、特に、稼得能力が低下することがあるなど、本人の生活の質の低下をもたらすとともに、社会経済的な損失を招きます。

○児童精神科を標榜する医療機関を受診する子どもの数は増加しており、近年では初診までの待機日数の長期化が常態化しています。長期的視点に立てば、児童精神科医療の充実は、子どものこころの問題が長引くことを防ぎ、ひきこもりやうつ病、自殺など、成人期のこころの問題の予防対策にも大きく寄与することになります。

イ　本県の状況

（精神科病院等の状況）

○2023 年４月１日現在、精神病床を有する県内の病院数は 39 病院、精神科病院（精神病床のみを有する病院）数は 31 病院で、精神病床数は、6,412 床です。また、精神科を主たる診療科目として標榜する診療所の数は、2020 年度の医療施設調査では 62 診療所です。精神科病院の医師数は、2021 年度の病院報告では 244 人です。

（精神科病院の入院患者の状況）

○県内の精神病床を有する病院に入院している人は、精神科病院月報によると 2023 年３月末現在 5,117 人で、６年前（2017 年３月末現在）の 5,508 人と比べ 391 人、約 7.1％減少しています。また、県内の精神病床における入院患者の平均在院日数は、2022 年度は 215.6 日で、６年前（2016 年度）の 228.5 日と比べ 12.9 日短くなっています。これは、治療技術の向上、抗精神病薬の開発等、精神障害に関する医療環境が改善されていることや障害福祉サービス事業所の整備が進んできたことなどから、早期退院が可能になったためと考えられます。

○一方で、１年以上の長期入院患者は、2022 年６月末現在 2,924 人と、全体の 57.3％を占めています（厚生労働省精神保健福祉資料）。病状が安定し、退院しても家族の受入体制がない、経済的な不安、地域生活の受け皿となる障害福祉サービス事業所や地域生活を支援するサービスが十分ではないなど、家庭や地域の受入体制が整わないために退院できない、いわゆる社会的

入院患者が相当数に上るものと推測されています。

（精神科訪問看護の状況）

○2022 年度の県内の精神科訪問看護を提供する病院数は 22 病院、人口 10 万人当たり 0.6 病院（全国平均:0.7 病院）、診療所数は 10 施設、人口 10 万人当たり 0.2 施設（全国平均:0.3 施設）、訪問看護ステーション数は 117 施設、人口 10 万人当たり 3.2 施設（全国平均:4.6 施設）と、いずれも全国平均より低い状況です。

○2022 年度の県内の精神科訪問看護の利用者数は 3,426 人で、人口 10 万人当たり 93.7 人、全国平均（163.8 人）より少ない状況です。

（精神科救急の状況）

○2023 年度の県内の精神科救急医療施設数は 10 施設で、内訳は常時対応型病院４施設、輪番型病院６施設となっています。2022 年度の夜間・休日における精神医療相談窓口での相談件数は 7,211 件、精神科救急情報センターでの電話相談件数は 1,714 件です。また、2022 年度の夜間・休日の受診件数は 1,104 件、入院件数は 601 件であり、受診件数は増減を繰り返していますが、入院件数は減少傾向となっています。

（疾患ごとの患者の状況）※精神病床以外の患者数を含む。

【統合失調症】

○統合失調症は、幻覚や妄想、意欲の欠如などの症状を伴い、100 人に 1 人弱がかかる頻度の高い疾患ですが、治療によって急性期の症状が治まると、回復期を経て、徐々に長期安定に至るという経過をたどるのが一般的です。

○継続的に治療を受けている統合失調症の外来患者数は 50,255 人、入院患者数は 7,921 人です。（2020 年）

【うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）】

○うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）は、精神的・身体的ストレス等を要因に、気分の波が主な症状として表れる疾患で、気持ちが強く落ち込むうつ状態のみを認める場合や、うつ状態と躁状態を繰り返す場合があります。

○継続的に治療を受けているうつ病・躁うつ病（双極性感情障害）の外来患者数は 86,526 人、入院患者数は 4,744 人です。（2020 年）

【依存症】

○依存症は、アルコールや薬物等の特定の物質を摂取することや、ギャンブルやゲーム・インターネット等の特定の行為に過度にのめり込むことにより、「やめたくても、やめられない」状態（コントロール障害）になる疾患です。

○2019 年５月にＷＨＯ（世界保健機関）において、ゲーム障害が国際疾病分類に新たに認定されました。

○継続的に治療を受けているアルコール依存症の外来患者数は 1,759 人、入院患者数は 589 人、薬物依存症の外来患者数は 268 人、入院患者数は 86 人、ギャンブル等依存症の外来患者数は 61 人です。（2020 年）

【心的外傷後ストレス障害（ＰＴＳＤ：Post Traumatic Stress Disorder)】

○ＰＴＳＤは、生死にかかわるような危険を体験したり目撃した記憶が残ってこころの傷となり、何度も思い出して当時と同じような恐怖を感じ続けるという疾患です。

○継続的に治療を受けているＰＴＳＤの外来患者数は 800 人、入院患者数は 26 人です。（2020 年）

【高次脳機能障害】

○高次脳機能障害は、脳卒中等の病気や事故等により脳の一部に損傷を受け、その後遺症として記憶、注意、遂行機能、社会的行動等の認知機能（高次脳機能）が低下した状態を指し、日常生活の中で症状が現れるものの外見では分かりにくいという特徴があります。

○厚生労働省（2016 年生活のしづらさなどに関する調査）によると、医師から高次脳機能障害と診断された者は全国に 32.7 万人、本県では約 9,800 人と推計されています。

【摂食障害】

○摂食障害は、拒食症と過食症が代表的な症状であり、10 代から 20 代の女性に多く、心身の成長・発達、日常の社会生活に深刻な影響を与える疾患で、日本摂食障害協会などの調査では、児童生徒の患者数がコロナ禍で増加しているとの報告があります。

○継続的に治療を受けている摂食障害の外来患者数（精神療法に限定）は 1,050 人、入院患者数は 286 人です。（2020 年）

【てんかん】

○てんかんは、何らかの原因で、一時的に脳の一部が過剰に興奮することにより発作が起きる疾患であり、多くの患者が適切な抗てんかん薬を服用することで、発作が止まり、通常の社会生活を支障なく送ることができると言われています。また、てんかん発作以外にも、知的障害など他の障害が併存することもあります。

○厚生労働科学研究において、医療機関の受療の有無にかかわらず、てんかん患者は、1,000 人当たり 7.71 人と推計されています。

○継続的に治療を受けているてんかんの外来患者数（精神療法に限定）は 12,955 人、入院患者数は 2,009 人です。（2020 年）

【児童・思春期精神疾患】

○児童・思春期精神疾患は、主に 20 歳未満のこころの問題が対象であり、児童虐待やいじめなど、子どもをめぐる様々なストレスを背景として、不登校、ひきこもり、発達障害児の二次障害、自傷・自殺、性的逸脱行動、反社会的行動など深刻化・多様化しています。

○継続的に治療を受けている児童・思春期精神疾患の外来患者数は 18,708 人、入院患者数は 427 人です。（2020 年）

（身体合併症の状況）

○高齢化の進展に伴い、精神疾患と身体疾患の合併症がある患者の増加が見込まれています。

○精神科病院に入院中の患者が、身体疾患の治療を必要とした場合、各保健医療圏域において、身体合併症治療を担う総合病院等と連携して対応しています。また、専門的入院治療が必要な患者の受入れは聖隷三方原病院に加え、2023 年度から県立総合病院が受入を開始しました。

○2020 年に精神科入院患者で身体合併症の診療を受けた患者数は 648 人です。

（自殺者の状況）

○職場や地域では、人と人とのつながりが薄れ、不安や孤独感を抱える人が増加し、さらに、健康・経済問題等のストレスが原因でうつ病等のこころの健康問題を抱え、自殺に至るケースもあります。本県の自殺者数は、1998 年以降、16 年連続して 700 人台から 800 人台の高水準で

推移していましたが、2010 年の 854 人をピークに減少傾向が続いている一方で減少幅は縮小しており、特に、若年層については、おおむね横ばい状態にあります。2022 年は自殺者数が前年より増加し、コロナ禍の長期化や物価高騰などの影響が考えられます。

○厚生労働省の人口動態統計調査（2022 年）によると、本県の自殺者数は前年より 66 人多い 605 人です。

（災害精神医療の状況）

○災害拠点精神科病院は、災害時に、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場所としての機能等、精神科医療の対応に当たり、2023 年４月現在、４病院（県立こころの医療センター、沼津中央病院、神経科浜松病院、聖隷三方原病院）を指定しています。

○災害時の円滑な応援体制と受援体制を整えるため、2017 年３月に静岡ＤＰＡＴ（災害派遣精神医療チーム）を発足し、2023 年４月現在、17 病院と「静岡ＤＰＡＴの出動に関する協定」を締結しており、被災地域での活動（県ＤＰＡＴ調整本部等での指揮調整、被災地での精神科医療の提供、精神保健活動への専門的支援）に従事しています。

（医療観察法における対象者の状況）

○「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（「医療観察法」）により、心神喪失又は心神耗弱の状態で、重大な他害行為を行った場合、医療観察法に基づく審判決定により入院又は通院による医療を受けることになります。

○制度開始の 2017 年７月から 2023 年３月末までに入院決定を受けた人数は 103 人、通院決定を受けた人数は 18 人となっています。

ウ　医療提供体制

（ア）精神疾患に関する普及啓発・相談支援

○精神疾患にり患した場合、早期に適切な医療を受けられるよう、精神疾患に関する正しい知識の普及啓発を図るとともに、精神障害のある人が地域の一員として安心して生活できるよう、障害に対する理解を促進する必要があります。

○精神保健福祉センターや保健所では、こころの健康問題に対応するため、精神保健福祉に関する相談支援を行い、必要に応じて医療機関や相談機関を紹介するなど早期治療や早期介入に向けた取組が必要です。

○精神保健福祉法の改正により、2023年度から市町が実施する精神保健に関する相談支援については、精神障害のある人のほか精神保健に課題を抱える人も対象となったことから、市町の相談支援に対する技術的な支援を行う必要があります。

（イ）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（地域移行・地域定着の推進）

○精神障害の有無やその程度にかかわらず、地域で暮らす全ての人が、必要な時に適切な医療や福祉サービスを受けられる体制の整備が必要です。

○急性増悪時には、入院治療へのアクセスに加えて、アウトリーチによる支援など、患者のニーズに応じた対応が必要です。

○新規入院患者については、入院中の処遇の改善や患者のＱＯＬの向上を図りつつ、できる限り１年以内に退院となるよう、多職種・多機関が連携した退院支援が求められています。

○精神科病院で１年以上の長期在院者数は減少傾向にありますが、１年以上長期在院者数は入院

患者数の 57.3%を占めることから、患者の状態や生活環境を踏まえながら、入院から地域生活への更なる移行を進めていくことが必要です。

○地域で適切な歯科医療や薬剤の服薬指導・管理が受けられるような支援が必要です。

（ウ）多様な疾患ごとの医療連携体制の構築

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

○統合失調症、うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）、依存症、ＰＴＳＤ、高次脳機能障害、摂食障害、てんかん等多様な精神疾患ごとに対応できる医療機関を明確にし、早期に必要な精神科医療が提供できる医療体制の確保が必要です。

【統合失調症、うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）】

○統合失調症やうつ病等の精神疾患は治療法が確立されており、早期受診、早期治療をするため、発症してから精神科医に受診するまでの期間を短縮する必要があります。

【依存症】

○「静岡県アルコール健康障害対策推進計画」及び「静岡県ギャンブル等依存症対策推進計画」に基づき、アルコール及びギャンブル等依存症に対応できる医療機関を明確にするとともに、依存症治療拠点機関と連携して、アルコール及びギャンブル等依存症治療に対応できる医療機関を確保する必要があります。

○依存症の理解を深めるための啓発や、患者・家族への相談支援体制の充実のほか、自助グループと連携した回復支援など地域連携体制を構築する必要があります。

○ゲーム障害・ネット依存については、学齢期からの啓発活動を始めとした発症予防の取組が重要であるため、教育機関等との連携が必要です。

○「静岡県薬物乱用対策推進方針」に基づき、薬物依存者の再乱用防止に向け、保護観察所と医療・保健・福祉機関、民間支援団体との緊密な連携体制の構築が必要です。

【心的外傷後ストレス障害（ＰＴＳＤ）】

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

【高次脳機能障害】

○高次脳機能障害は、外見からでは分かりにくい障害であり、治療から社会復帰、就労に至るまでの切れ目のないケアや福祉制度の狭間となることから、障害に対する理解や適切な支援が求められています。このため、高次脳機能障害支援拠点機関に支援コーディネーターを配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行い、医療及び福祉関係者による地域連携体制を構築する必要があります。

【摂食障害】

○摂食障害患者が早期に適切な支援を受けられるよう、摂食障害支援拠点病院において、本人・家族への相談支援、学校関係者への研修、精神科及び小児科を含む他医療機関への研修・技術的支援等を行うとともに、精神科と精神科以外の医療機関との連携を図り、身近な地域で相談

や治療が受けられる医療連携体制を構築する必要があります。

【てんかん】

○てんかんは発作に加え、様々な精神・心理・社会的問題を示すことがあり、包括的な支援が求められています。てんかん患者が早期に適切な支援を受けられるよう、てんかん支援拠点病院において、本人や家族への相談支援、他医療機関や学校関係者等への研修・技術的支援等を行うとともに、医療機関との連携を図り、身近な地域で相談や治療が受けられる医療連携体制を構築する必要があります。

【児童・思春期精神疾患】

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

（エ）精神科救急体制・身体合併症

○在宅の精神障害のある人の精神症状が悪化するなど、急性増悪等に対応できるよう、24 時間 365 日対応できる精神科救急医療体制や精神医療に関する相談窓口の設置等体制を充実する必要があります。

○精神疾患と身体合併症の専門的入院治療が必要な場合に、精神科医と精神科以外の医師が相互に診療情報や治療計画を共有し、入院治療に対応可能な機能や体制等が求められています。

（オ）自殺対策

○自殺は、その多くが「追い込まれた末の死」であり、その要因には、精神保健上の問題だけでなく、経済・生活問題、健康問題、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤独・孤立などの様々な社会的要因があります。

○これらの社会的要因を減らすとともに、追い込まれる状況に陥らないよう、相談支援体制の充実や地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・教育・警察等の関係機関・関係団体のネットワークの構築を図り、自殺リスクを減らす必要があります。

（カ）災害時及び新興感染症発生・まん延時における精神医療

○災害拠点精神科病院は、被災した精神科病院に入院する患者の受入れや精神科診療のほか、災害時の拠点として静岡ＤＰＡＴとの連携が必要です。

○静岡ＤＰＡＴ（災害派遣精神医療チーム）を中心に、災害時の精神医療に対応できる専門職の養成や多機関・多職種との連携が必要です。

○精神科病院では、マスク着用や身体的距離の確保など感染予防対策を十分に行うことが困難であり、感染症が発生すると拡大するリスクが高いことから、新興感染症の発生・まん延時においても精神医療が確保できるように、平時から対策を検討する必要があります。

（キ）医療観察法における対象者の医療提供体制

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

（ク）隔離・身体的拘束の最小化

○医療・保護を図る上でやむを得ないと判断された場合に、必要最小限の範囲で行われる隔離・身体的拘束について、人権擁護の観点から、最小化に関する取組が求められています。

（２）対策

ア　数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
精神病床から退院後１年以内の地域における平均生活日数	327 日 （2020 年度）	327 日以上 （2026 年度）	第７期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。	第７期障害福祉計画に係る国の基本方針
精神科病院１年以上の長期在院者数	2,924 人 （2022.6.30）	2,772 人以下 （2026 年度）	地域移行を推進することにより、１年以上の長期在院者数を引き下げる。	厚生労働省精神保健福祉資料より算出
精神科病院入院後３か月時点退院率	63.6% （2020 年度）	68.9%以上 （2026 年度）	第７期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。	第７期障害福祉計画に係る国の基本方針
精神科病院入院後６か月時点退院率	82.3% （2020 年度）	84.5%以上 （2026 年度）	第７期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。	第７期障害福祉計画に係る国の基本方針
精神科病院入院後１年時点退院率	89.5% （2020 年度）	91.0%以上 （2026 年度）	第７期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。	第７期障害福祉計画に係る国の基本方針
行動制限(隔離・身体的拘束)指示割合	10.5% （2022.6.30）	8.3%以内 （2026 年度）	国平均値(2022 年度)に基づき設定する。	厚生労働省精神保健福祉資料より算出

イ　施策の方向性

（ア）精神疾患に関する普及啓発・相談支援

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

○精神保健福祉センターや保健所では、精神保健福祉に関する電話相談や対面での相談会を実施しており、精神科医療機関や地域援助事業者、市町などと連携し、必要に応じて医療機関や相談機関を紹介するなど早期治療や早期介入に向けた相談支援の体制づくりを推進します。

○精神保健福祉法の改正により、2023 年度から市町が実施する精神保健に関する相談支援については、精神障害のある人のほか精神保健に課題を抱える人も対象となったことから、市町に対する技術的な支援を行い、市町を含む相談支援体制の充実を図ります。

（イ）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（地域移行・地域定着の推進）

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

○精神障害の有無やその程度にかかわらず、地域で安心して生活し続けることができるように、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種チームによる退院支援等の取組を推進します。また、精神科病院、診療所、訪問看護事業所、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、地域包括支援センター等及び市町の協力体制を強化し、段階的・計画的に地域生活へ

の移行を促進することにより、精神障害のある人の早期退院を図ります。

○急性増悪時には、精神科病院や診療所、訪問看護事業所等と連携して、訪問診療や訪問看護など、身近な地域で医療や福祉サービスを受けやすい体制の整備を促進します。

○新規入院患者については、入院中の処遇の改善や患者のＱＯＬ（生活の質）の向上を図り、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促進するとともに、相談支援事業者やピアサポーター等による訪問支援や、退院後生活環境相談員の選任や地域援助事業者の紹介等の退院に向けた支援を通じて、早期の地域移行・地域定着を進めていきます。

○精神科病院の長期在院者に対しては、各地域における協議を通じて、居住環境や生活環境の基盤整備を促進するほか、多職種・多機関による地域移行・定着に向けた研修等を通じて、長期在院者の地域移行や地域定着を進めていきます。

○歯科のない病院の入院患者への歯科訪問診療の提供体制の整備を促進します。

○薬物療法が適切に進むように、薬局と医療・介護関係機関との連携や「地域連携薬局」を中心とした薬局間の連携体制を整備し、薬局による在宅訪問業務を促進します。

（ウ）多様な疾患ごとの医療連携体制の構築

○多様化している精神疾患ごとの県内全域の拠点医療機関を明確にし、情報発信や人材育成を行うほか、２次保健医療圏における地域連携拠点機能を担う医療機関を支援し、地域での連携体制を構築します。

【統合失調症】

○浜松医科大学医学部附属病院及び県立こころの医療センターを県内全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築するほか、国が目指す専門的治療方法の県内全域での普及を図ります。

【うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）】

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

【依存症】

○依存症の治療を行う医療機関が少ないことから、県内の依存症治療拠点機関である服部病院、聖明病院に加え、県立こころの医療センターを全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

○アルコール、薬物、ギャンブル等の様々な依存症患者については、自助グループにおける取組の促進や多職種・多施設との連携を推進するほか、家族への支援等を行います。

○ゲーム障害・ネット依存については、依存症治療拠点機関や教育機関等と連携し、ワークショップや回復に向けた支援プログラムを実施するなど、発症予防や進行予防に関する取組を推進します。

【心的外傷後ストレス障害（ＰＴＳＤ）】

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

【高次脳機能障害】

○高次脳機能障害者が身近な地域で適切なケアを受けられるように、２次保健医療圏域ごとに地

域リハビリテーション関係医療機関、高次脳機能障害支援拠点機関、就労支援関係機関、健康福祉センター等との連携により相談支援体制の充実を図るほか、聖隷三方原病院を県内全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

【摂食障害】

○摂食障害は、早期の適切な治療と支援によって回復が可能な疾患であることから、摂食障害支援拠点病院である浜松医科大学医学部附属病院を中心に、患者・家族への専門的な相談支援とともに、関係機関に対して摂食障害に関する正しい知識の普及に努めます。

○浜松医科大学医学部附属病院のほか、県立こども病院、県立こころの医療センターを県内全域拠点機関とし、入院医療の体制維持を図るとともに、身近な地域での継続的な治療が可能となるよう外来医療機関の確保に努め、医療連携体制の充実を図ります。

【てんかん】

○てんかんは、適切な診断、手術や服薬等により、症状を抑えて社会で活動しながら生活できることや治癒することも多いため、運転、就労などの生活にかかわる相談支援や、関係機関に対する正しい知識の普及に努めます。

○てんかん支援拠点病院である静岡てんかん・神経医療センターを県内全域拠点機関とし、身近な地域での継続的な治療が可能となるよう外来医療機関の確保に努め、医療連携体制の充実を図ります。

【児童・思春期精神疾患】

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

（エ）精神科救急体制・身体合併症

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

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

○精神疾患のある人が身体合併症の入院治療を必要とした場合に、精神科救急医療圏域ごとに総合病院等において精神科医と精神科以外の医師が診療情報や治療計画を共有し診療に対応する体制（コンサルテーション・リエゾン）を基本に、対応が困難で専門的な入院治療が必要な場合には、24 時間体制で身体合併症の入院治療と精神科医療を実施できる聖隷三方原病院及び県立総合病院を全域拠点機関とした連携体制を構築します。

（オ）自殺対策

○誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して、「いのち支える“ふじのくに”自殺総合対策行動計画」に基づき、県、市町が一体となり、関係機関との連携のもと地域における相談体制の充実を図り、自殺リスクの軽減を図ります。

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

○若年層の自殺予防を図るため、24 時間 365 日の電話対応や、年間を通じたＬＩＮＥ相談を実施するとともに、教育委員会等の関係機関と連携し、ＳＯＳの出し方など困難に直面した際の対処方法について周知するほか、職場におけるメンタルヘルス対策を推進します。

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

○若年層・女性・働き盛り世代に対する支援のほか、社会的孤立や生活困窮等に対応した自殺総合対策の取組を推進します。

（カ）災害時及び新興感染症発生・まん延時における精神医療

○災害時に安定した精神医療を提供できる体制を確保するため、様々な訓練・研修等を通じて、災害拠点精神科病院、ＤＭＡＴ、ＤＰＡＴ及びその他関係機関との連携強化に努めます。

○災害時には、国ＤＰＡＴ事務局を通じた他都道府県ＤＰＡＴの受入れ、ＤＭＡＴや関係機関との連携等により、精神医療の提供体制の確保に努めます。

○新興感染症への対応については、ふじのくに感染症管理センターと連携し、平時からの対策を促進するとともに、発生・まん延時においても継続的に精神医療を確保するための体制を検討します。

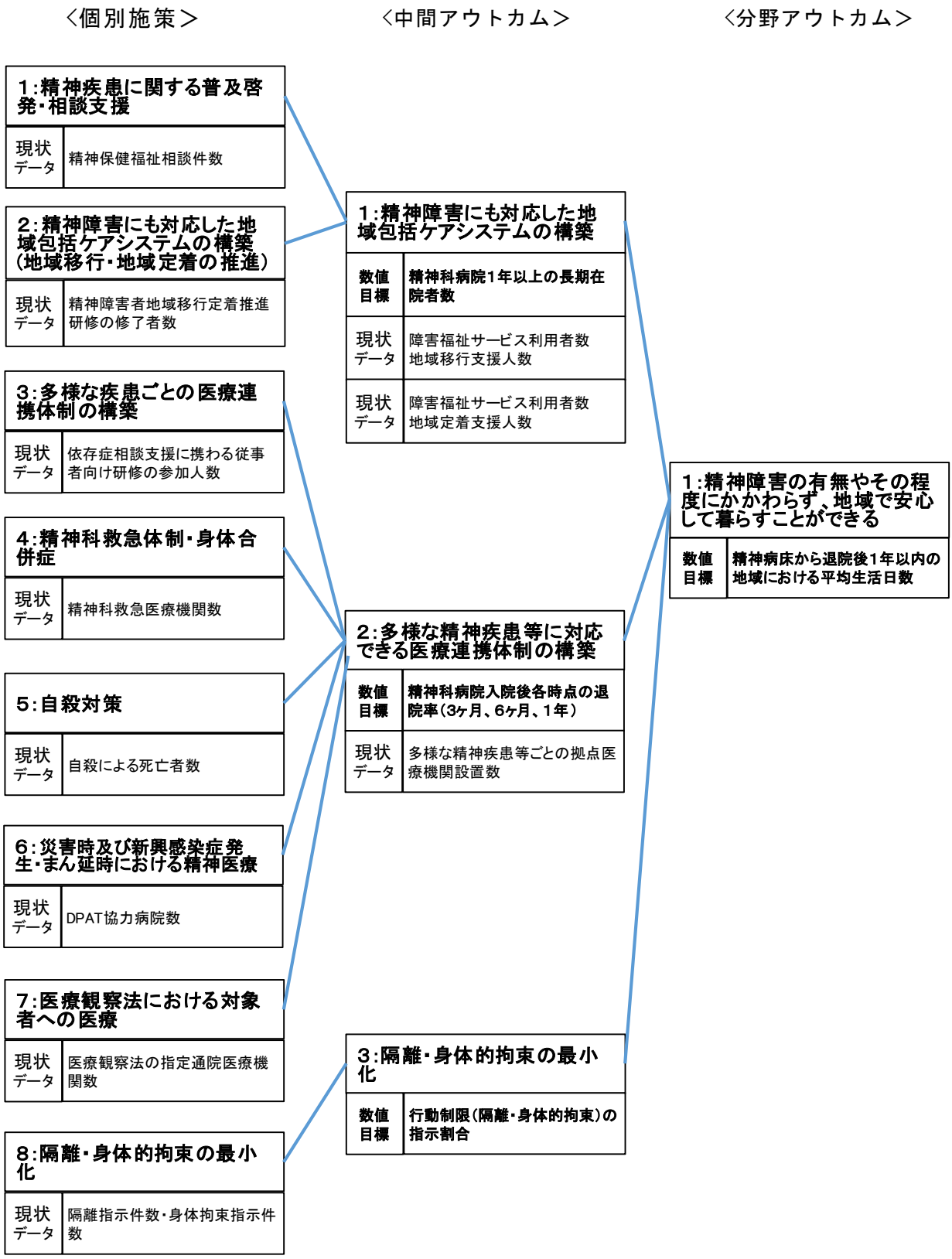
（キ）医療観察法における対象者の医療

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

（ク）隔離・身体的拘束の最小化

○隔離・身体的拘束などの行動制限を行う際には、特に患者の人権に配慮することが求められるため、法令に基づく実地指導等を通じて行動制限基準（国告示）の遵守徹底を図るほか、精神科病院における実践事例を共有するなど、行動制限の最小化に向けた取組を支援します。

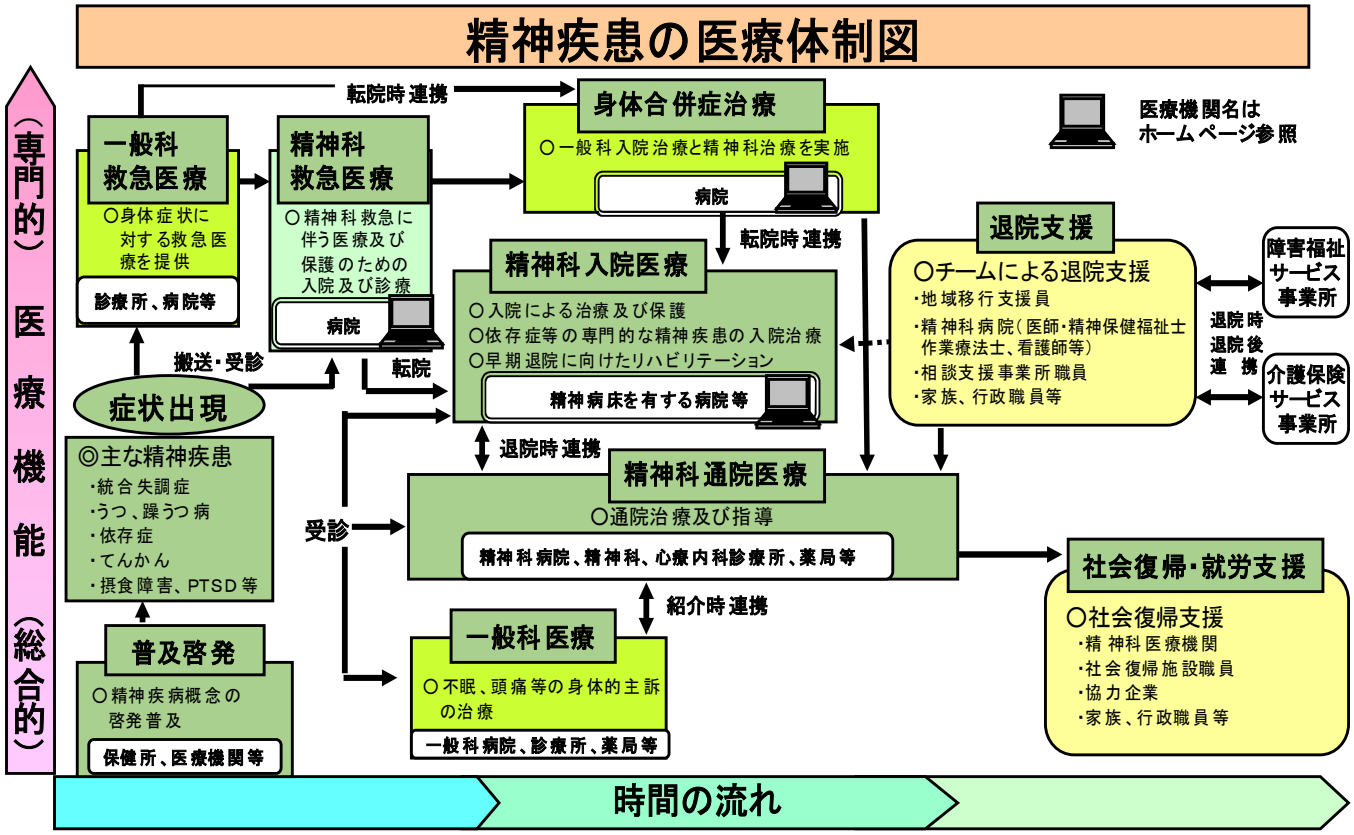
○精神疾患のロジックモデル



（３）「精神疾患」の医療体制に求められる医療機能

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

（４）精神疾患の医療体制図



（５）関連図表

○指標による現状把握

指　　標		実　　績	出典元
指標の項目	時点・期間	静岡県	
精神保健福祉相談件数	2022 年度	4,008 件	県調査
精神障害者地域移行定着推進研修の修了者数	2023 年度	140 人	県実施
精神障害者の障害福祉サービス利用者数（地域移行支援人数）	2022 年度	39 人	県調査
精神障害者の障害福祉サービス利用者数（地域定着支援人数）	2022 年度	125 人	県調査
依存症相談支援に携わる従事者向け研修の参加人数	2023 年度	46 人	県実施
精神科救急医療機関数	2023.4	10 施設	県指定
自殺による死亡者数	2022 年	605 人	厚生労働省「人口動態統計」
ＤＰＡＴ協力病院数	2023.4	17 施設	県指定
医療観察法の指定通院医療機関数	2023.4	18 施設	県指定
多様な精神疾患等ごとの拠点医療機関設置数	2022 年度	179 箇所	県調査
隔離指示件数	2022.6.30	474 件	厚生労働省「精神保健福祉資料」
身体拘束指示件数	2022.6.30	186 件	厚生労働省「精神保健福祉資料」

○県内の精神病床における入院患者数

区分	人数	調査年	調査名等
急性期（３か月未満）	1,237 人	2022.6.30	厚生労働省 精神保健福祉資料
回復期（３～12 か月未満）	937 人		
慢性期（12 か月以上）	2,924 人		

○県内の精神病床における退院率

入院後３か月時点	入院後６か月時点	入院後 12 か月時点	調査年	調査名等
63.6%	82.3%	89.5%	2020 年度	厚生労働省 精神保健福祉資料

○県内の精神病床を有する病院における入院患者数の推移

	合計	措置入院	医療保護入院	任意入院	その他	伸び率
2016.3 末	5,560 人	27 人	2,289 人	3,229 人	15 人	―
2017.3 末	5,508 人	35 人	2,546 人	2,913 人	14 人	0.99%
2018.3 末	5,454 人	31 人	2,375 人	3,035 人	13 人	0.99%
2019.3 末	5,350 人	38 人	2,344 人	2,957 人	11 人	0.98%
2020.3 末	5,283 人	32 人	2,373 人	2,865 人	13 人	0.99%
2021.3 末	5,269 人	31 人	2,404 人	2,816 人	18 人	1.00%
2022.3 末	5,167 人	39 人	2,511 人	2,600 人	17 人	0.98%
2023.3 末	5,117 人	32 人	2,572 人	2,500 人	13 人	0.99%

（資料：精神科病院月報により県が集計）

○精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数

	静岡県	全　国
2020 年度	327 日	327 日

（出典：厚生労働省精神保健福祉資料）

○精神科救急医療施設の利用状況

（単位：件）

年　度	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
外来受診者	1,312	1,412	1,321	1,331	1,105	1,079	1,104
うち入院者	668	694	632	608	598	609	601
入院の割合	50.9%	49.2%	47.8%	45.6%	54.1%	56.4%	54.4%

（資料：精神科救急医療月報により県が集計）

○年齢階層別自殺者の状況

区　分		2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
死亡総数	人　数 (A)	39,294人	41,078人	41,972人	42,190人	42,191人	43,195人	47,334人
自　殺	人　数 (B)	602人	588人	586人	564人	583人	539人	605人
	割合 (B/A)	1.5%	1.4%	1.4%	1.3%	1.4%	1.2%	1.3%
自殺の年齢内訳	19歳以下	13人	18人	23人	22人	17人	20人	20人
	20歳以上	65人	53人	60人	59人	75人	60人	56人
	30歳以上	76人	70人	75人	67人	79人	60人	74人
	40歳以上	115人	115人	89人	100人	112人	93人	96人
	50歳以上	105人	121人	98人	98人	89人	92人	136人
	60歳以上	99人	89人	106人	79人	76人	71人	73人
	70歳以上	76人	72人	86人	81人	89人	85人	90人
	80歳以上	53人	50人	49人	58人	46人	58人	60人
	不　詳	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
人口10万人当たり死亡率 (静　岡　県)		16.6人	16.3人	16.4人	15.9人	16.5人	15.3人	17.4人
人口10万人当たり死亡率 (全　　国)		16.8人	16.4人	16.1人	15.7人	16.4人	16.5人	17.4人
死因順位・静岡県 (全　　国)		8位 (8位)	10位 (9位)	10位 (10位)	11位以下 (11位以下)	10位 (11位以下)	11位以下 (11位以下)	11位以下 (11位以下)

(出典：厚生労働省「人口動態統計」)

６－２　発達障害

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

（１）現状と課題

ア　発達障害の現状

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

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

○発達障害に対する医療の関わりとしては、

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

②診療として、状態像の把握、検査、診断、合併症や二次的障害の治療、機能訓練

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

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

などが挙げられます。

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

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

イ　本県の状況

○本県では、2005 年４月にこども家庭相談センターに総合支援部（発達障害者支援センター）を設置し、市町や民間の機関で対応困難な事案について専門的な立場から相談を受け付け、発達支援や就労支援を行うほか、市町などの関係機関に対する情報提供や研修などを実施してきました。また、より専門性の高い発達支援や、より身近な場所での専門的支援を提供するため、2020 年４月から発達障害者支援センターの運営業務を民間委託するとともに、同センターを沼津市と島田市の２箇所に設置しています。民間委託に伴い、発達障害者支援センター診療所

は 2019 年度末をもって廃止しましたが、民間法人への委託後も各センターにそれぞれ医師を配置し、医学的判断のもと、発達障害のある人への支援を行っています。

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

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

○発達障害者支援センターの相談のうち、30.4%は生活面・家庭で家族ができることを知りたいというもので、最多になっています（2022 年度)。

○発達障害児等への専門的な治療を行う医師は、本県を含め全国的に不足しています。

○本県では、2010 年度に児童・青年期精神医学の診療能力を有する医師の育成、地域の児童精神医療に関する研究の促進、養成された専門医の県内定着などを目的に、浜松医科大学に寄附講座を設置し、人材育成に努めています。寄附講座では、県内の病院で臨床研修を行い、その後県内の医療機関等で勤務を開始しています。2022 年度までの 13 年間に、56 名が研修を修了し、うち 46 名(東部３名、中部 14 名、西部 29 名　2023 年４月１日時点)が県内の病院（精神科・児童精神科）に配置されています。

○発達障害児者の家族が互いに支え合うための活動への支援として、本県では 2021 年度から発達障害児者家族等支援事業としてペアレントメンター[1]やピアサポート支援者を養成・活用し、発達障害児者及び家族等への支援を実施しています。

ウ　医療提供体制

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

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

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

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

○発達障害の診断・検査を行う小児科の医療機関が少なく、地域により偏在し、また一部の医療機関の受診が集中する傾向があるため、必要な検査やその後の対応ができる医療機関を拡充することが求められます。

[1] ペアレントメンター：自らも発達障害のある子どもの子育てを経験し、かつ相談支援に関する一定のトレーニングを受けた親。

（２）対策

ア　施策の方向性

○医療機関への定期的な調査を行い、発達障害に係る医療情報の提供を行います。

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

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

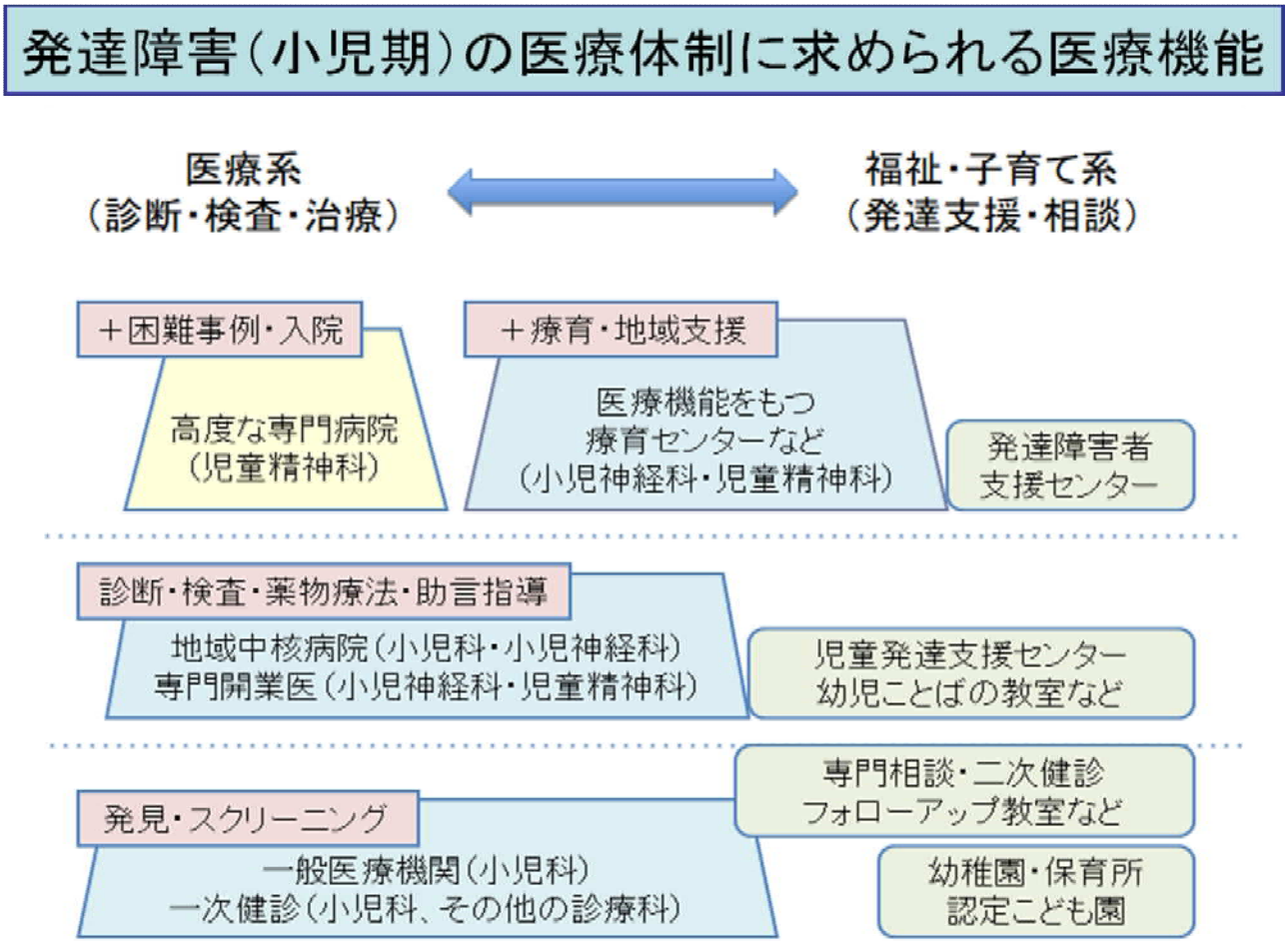
○小児科医や看護師その他の医療従事者への研修の充実に努めるなど、地域の小児科医等の対応力の強化を図ります。特に、医療の確保のため、発達障害の診療を行う病院の医師に対して、専門的な医療機関において診療技術を習得するための陪席研修を実施するなど受診環境の整備を進めます。また、寄附講座等、専門医養成の際の地域バランスを考慮した医師の配置に取り組みます。

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

（３）「発達障害」の医療体制に求められる医療機能

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

（４）「発達障害」の医療体制図



（５）関連図表

○発達障害が診療できる医療機関数

１　調査概要

（単位：件）

区分	R3	R4	R5	前年度比
公表に同意した医療機関	133(70)	136(66)	136(77)	0(11)

注：（　）は、うち診断と心理検査が可能な医療機関（内数）

２　調査結果（2023 年度）

①圏域別

（単位：件）

地区	圏　域	医療機関数				10 万人当たりの医療機関数			
		R3	R4	R5	増減 (R5-R4)	R3	R4	R5	増減 (R5-R4)
東部	賀　茂	4	3	3	0	6.8	5.2	5.4	+0.2
	熱海伊東	6	6	6	0	6.1	6.2	6.3	+0.1
	駿東田方	23	23	25	+2	3.6	3.7	4.0	+0.3
	富　士	11	12	11	−1	3.0	3.2	3.0	−0.2
	東部計	44	44	45	+1	3.8	3.8	3.9	+0.1
中部	静　岡	32	31	36	+5	4.6	4.5	5.3	+0.8
	志太榛原	13	14	13	−1	2.9	3.1	2.9	−0.2
	中部計	45	45	49	+4	3.9	4.0	4.9	+0.9
西部	中東遠	13	15	13	−2	2.8	3.3	2.8	−0.5
	西　部	31	32	29	−3	3.7	3.8	3.5	−0.3
	西部計	44	47	42	−5	3.4	3.6	3.2	−0.3
計		133	136	136	0	3.7	3.8	3.8	0.0

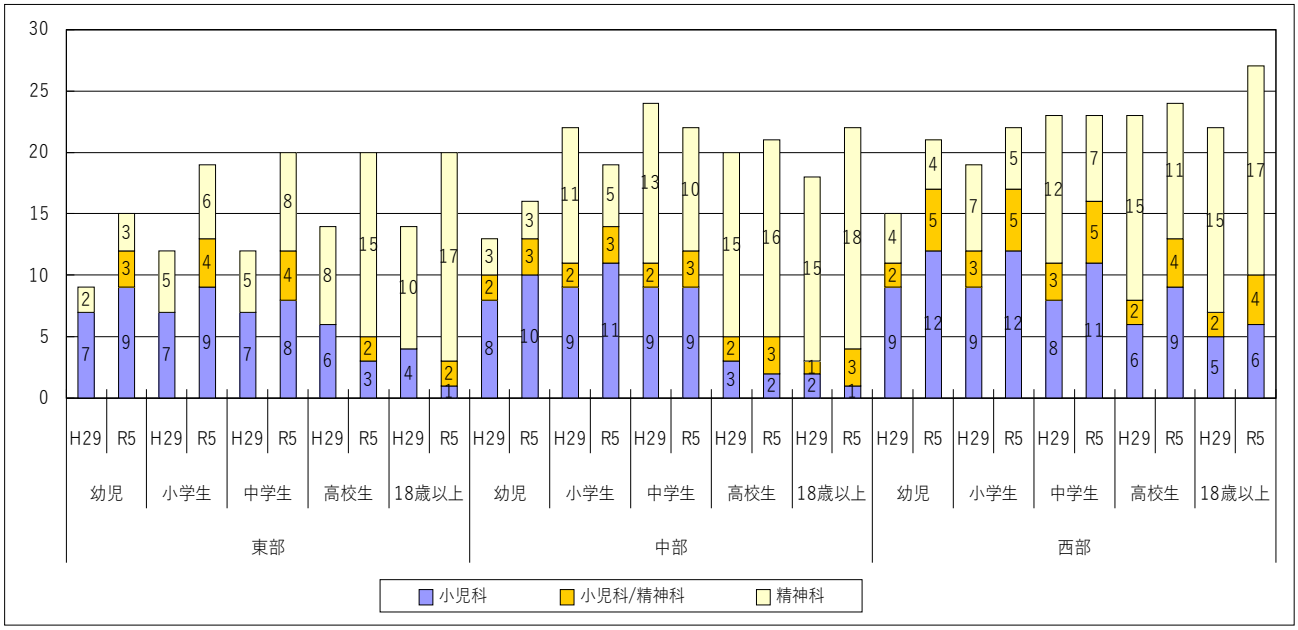
②上記のうち診断と心理検査が可能な医療機関数

（単位：件）

地域	圏　域	医療機関数				10 万人当たりの医療機関数			
		R3	R4	R5	増減 (R5-R4)	R3	R4	R5	増減 (R5-R4)
東部	賀　茂	2	2	1	−1	3.4	3.5	1.8	−1.7
	熱海伊東	1	1	2	+1	1.0	1.0	2.1	+1.1
	駿東田方	9	9	14	+5	1.6	1.4	2.3	+0.9
	富　士	8	7	7	0	2.2	1.9	1.9	0.0
	東部計	20	19	24	+5	1.8	1.6	2.1	+0.5
中部	静　岡	15	16	17	+1	2.2	2.3	2.5	+0.2
	志太榛原	6	7	8	+1	1.3	1.6	1.8	+0.2
	中部計	21	23	25	+2	1.8	2.0	2.2	+0.2
西部	中東遠	8	7	7	0	1.7	1.5	1.5	0.0
	西　部	19	17	21	+4	2.4	2.0	2.5	+0.5
	西部計	27	24	28	+4	2.1	1.8	2.2	+0.4
計		68	66	77	+11	1.9	1.8	2.2	+0.4

○発達障害の診断及び知能検査が可能な医療機関数（大地域・年齢別）※

（単位：件）

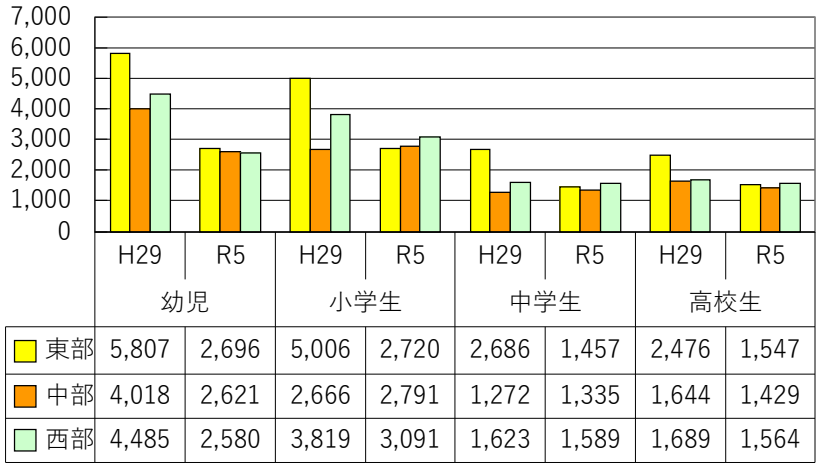


※　非公表の医療機関は分析から除外

○発達障害の診断及び知能検査が可能な１医療機関あたりの人口（大地域・年齢別）

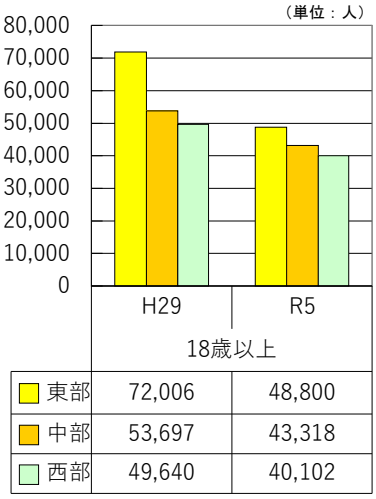
（全体）

（単位：人）



	幼児 H29	幼児 R5	小学生 H29	小学生 R5	中学生 H29	中学生 R5	高校生 H29	高校生 R5
東部	5,807	2,696	5,006	2,720	2,686	1,457	2,476	1,547
中部	4,018	2,621	2,666	2,791	1,272	1,335	1,644	1,429
西部	4,485	2,580	3,819	3,091	1,623	1,589	1,689	1,564

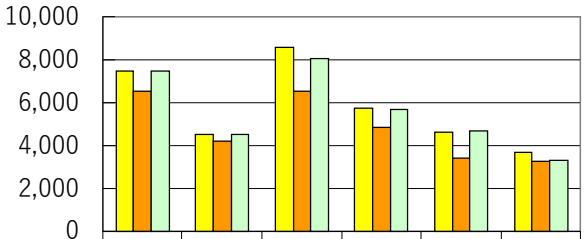
（単位：人）



	18歳以上 H29	18歳以上 R5
東部	72,006	48,800
中部	53,697	43,318
西部	49,640	40,102

（小児科）

（単位：人）

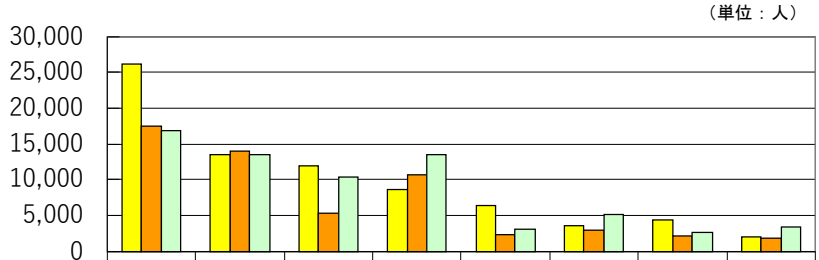


	H29	R5	H29	R5	H29	R5
	幼児		小学生		中学生	
東部	7,466	4,494	8,582	5,742	4,605	3,643
中部	6,529	4,194	6,518	4,821	3,391	3,262
西部	7,475	4,515	8,063	5,666	4,667	3,322

小児科/精神科は集計から外した。
16 歳以上は、小児科に初診となることは例外的であるため、除外して分析した。

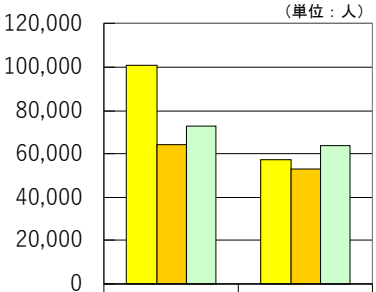
（精神科）

（単位：人）



	H29	R5	H29	R5	H29	R5	H29	R5
	幼児		小学生		中学生		高校生	
東部	26,131	13,482	12,014	8,614	6,446	3,643	4,333	2,062
中部	17,412	13,978	5,333	10,607	2,348	2,936	2,192	1,876
西部	16,819	13,544	10,366	13,599	3,111	5,220	2,590	3,413

（単位：人）

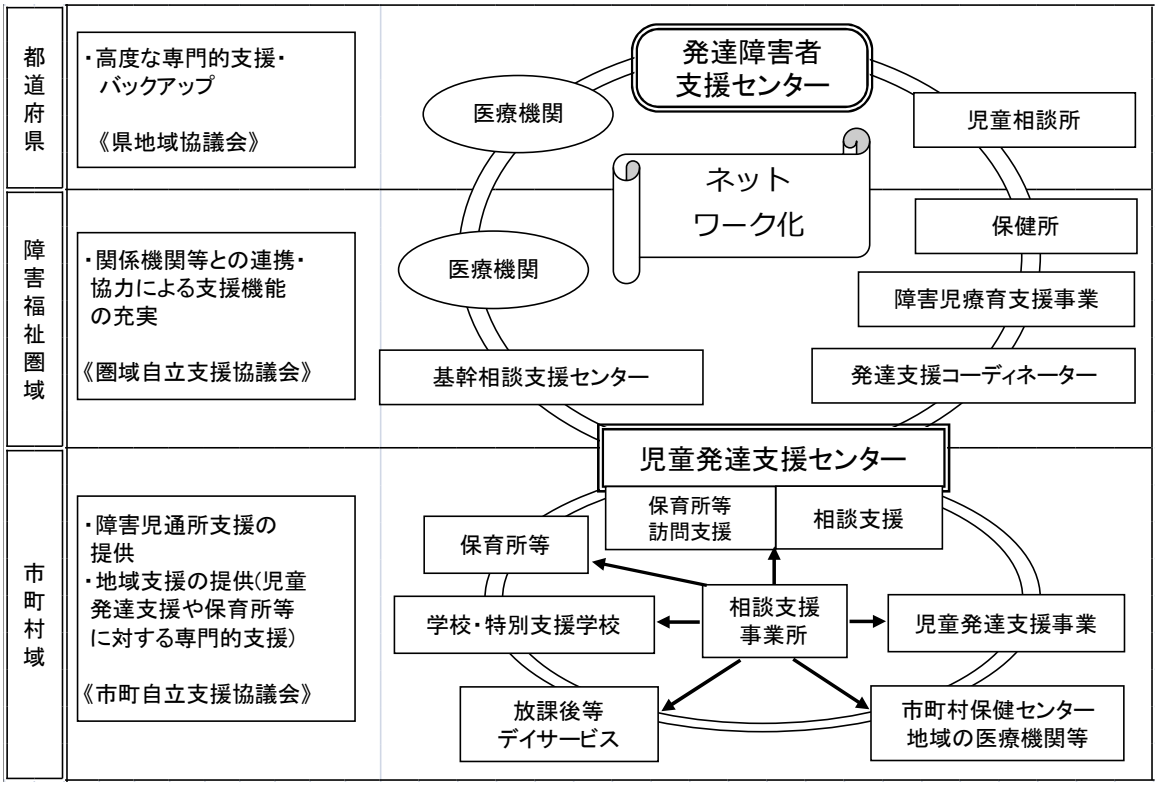


	H29	R5
	18歳以上	
東部	100,809	57,411
中部	64,437	52,945
西部	72,806	63,692

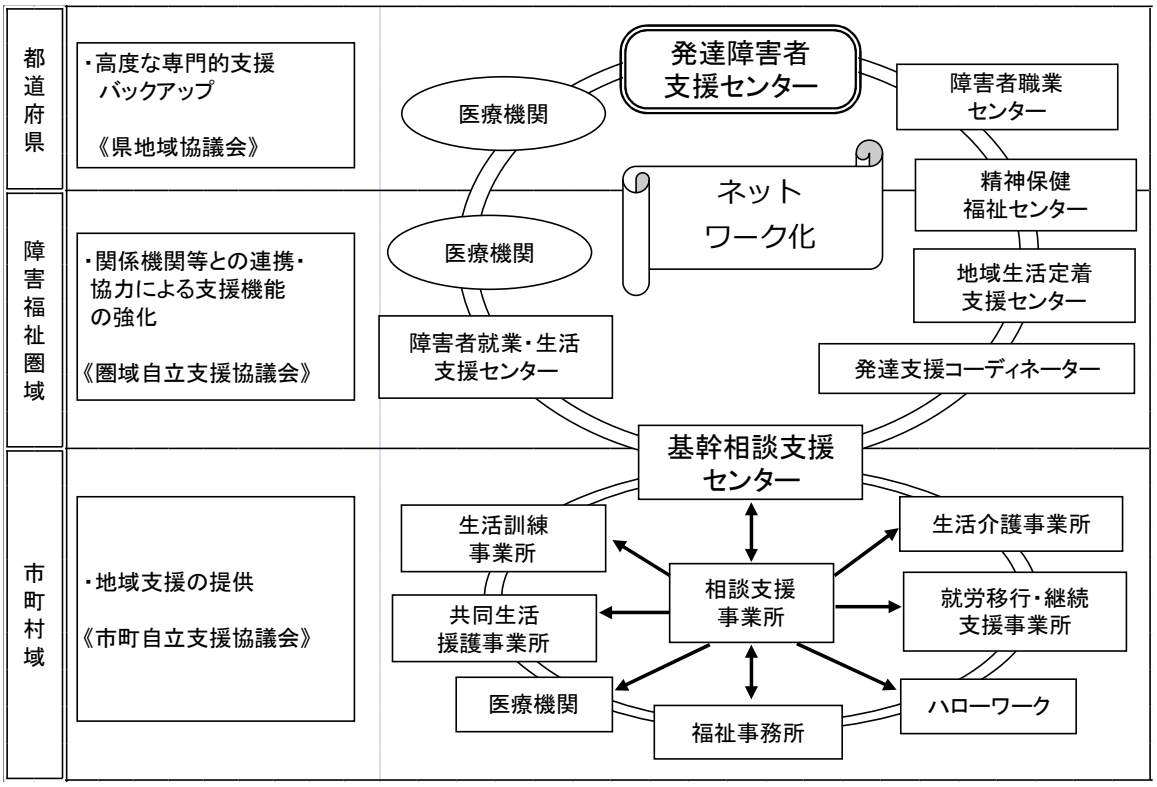
小児科/精神科は集計から外した

○発達障害児者支援システム

（発達障害児）



（発達障害者）



第３節　事業

１　救急医療

【対策のポイント】
- ○　重症度・緊急度に応じた救急医療の提供
- ○　適切な病院前救護活動と搬送体制の確立

（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。また、自宅への退院や他の病院等への転院等により、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、2020 年には減少したものの、それ以前は年々増加傾向にあり、2011 年には 140,906 人でしたが、2021 年には 143,086 人と 1.5%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 40%を超えるほか、高齢化の進行等が挙げられます。

○その内訳として、救急搬送人数の約 64%を 65 歳以上の高齢者が占めており、中等症の割合は 50%を超えています。

（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（18 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病院により、入院を必要とする重症救急患者に対応しています（56 病院が参加）。

○なお、病院群輪番制病院運営事業については、地方自治体の裁量の拡大を目的に、2005 年度から普通地方交付税として市町に税源移譲され、主体的に休日・夜間の体制整備に努めています。

○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（75 病院・３診療所）

（第３次救急医療（救命救急医療））

○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。

○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。）を整備しており、災害時においても、高度な救急医療を提供できる体制となっています。

（ドクターヘリ・ドクターカー）

○救急専門医がヘリコプターで現場に急行し救命救急処置を行うことにより、重症患者の救命率の向上や後遺症の軽減を図っています。本県では、ドクターヘリを順天堂大学医学部附属静岡病院（伊豆の国市）と聖隷三方原病院（浜松市中央区）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。また、安全かつ安定的な運航のために、各基地病院に格納庫が整備されています。

○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。また、中部ブロック８県において、大規模災害時におけるドクターヘリの運用に向けた取組を行っています。2024 年能登半島地震では初の出動を行いました。今後、超広域災害である南海トラフ巨大地震が想定されており、災害初動期においては、ドクターヘリによる医療救護活動が重要です。

○従来の救急車に加え、診察を行う医師の派遣が可能となるドクターカーの運用が進んでおり、傷病者の救命率向上を図っています。

（救命期後医療（慢性期医療））

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

（ウ）病院前救護活動

（メディカルコントロール体制[1]）

○本県における救急業務の一層の高度化の推進と救急救命士の行う処置範囲の拡大に向けて、救急医療機関、消防機関等で構成する静岡県メディカルコントロール協議会を設置するほか、各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。

---

[1] メディカルコントロール体制：病院前救護に関わる者の資質向上と地域における救命効果の更なる向上を目的とした以下の体制。
①事前プロトコールの策定　②救急救命士に対する医師の指示体制及び救急活動に対する指導・助言体制
③救急救命士の再教育　④救急活動の医学的観点からの事後検証体制
【役割】①地域の救急搬送体制及び救急医療体制に係る検証
②傷病者の受入れに係る連絡体制の調整等救急搬送体制及び救急医療体制に係る調整

○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。また、2021 年 10 月に改正救急救命士法が施行され、「病院前」から延長して「救急外来」まで、救急救命士が救急救命処置を実施することが可能となっています。

・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広域災害・救急医療情報システム（医療ネットしずおか）を 2006 年から運用していましたが、2024 年度から厚生労働省が運用する「全国統一システム」へ機能を移行します。これにより、都道府県を跨いだ情報検索が可能となり、更なる利便性が向上します。

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。なお、一部の市町において「シズケア＊かけはし」の救急搬送機能[2]を活用する等、両機関の連携を強化円滑にする試みが始まっています。また、総務省消防庁は、マイナンバーカードを活用し、救急隊が搬送先医療機関の選定に資する情報を入手することにより、救急業務の迅速化や円滑化を図るシステム構築に向けた実証事業が開始されます。

[2]「シズケア＊かけはし」の救急搬送機能：「シズケア＊かけはし」（静岡県地域包括ケア情報システム）は、県医師会が運営するＩＣＴシステム。救急搬送機能は、救急搬送時において、救急隊員と搬送先病院の間で患者情報を共有し、事前登録された住民の通院歴や調剤情報などのほか、救急隊が現場で撮影した動画や写真をリアルタイムに送信することで、病院で迅速な受入が可能となる機能。

（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（救命救急医療））

○第２次救急医療機関の負担増加に伴い、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、県内での治療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。

○急性期を脱した救命救急センターの患者を、一般病床への転床や他の病院等への転院、自宅への退院が円滑にできる体制が必要です。

（ドクターヘリ・ドクターカー）

○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。

○救急医療体制の一部として、ドクターカー等のより効果的な活用が求められます。

（救急医療を担う人材の確保・働き方改革）

○2020 年の県内の救急科医師数は 78 人、人口 10 万人当たり 2.2 人で、全国医師数の 3.1 人より少なく、2023 年の県内の専門研修プログラムの救急科採用数は ６人、人口 10 万人当たり 0.2 人で、全国採用数の 0.3 人より少なくなっています。

○各救急医療機関においては、救急科医師に加え、様々な診療科の医師が救急医療を支えています。

○救急医療体制を確保するため、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。

○医師の時間外労働上限規制への対応等に向けて、医療資源の効率的な活用がより重要になります。

（救急医療機関等と療養の場との間の円滑な移行）

○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[3] 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。

○救急搬送人数のうち軽症が 40％を超えており、安易な救急自動車の利用による救急医療機関や救急搬送の過度な負担が懸念されます。

○居宅・介護施設の高齢者が、人生の最終段階において、希望する救急医療を受けられるような環境整備を進めることが必要です。

（オ）新興感染症の発生・まん延時における救急医療

○新興感染症の発生・まん延時には、感染症対応の救急医療が急増し、通常の救急医療の提供に大きな影響が生じることが懸念されます。

（２）対策

ア　数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
心肺機能停止患者*の1か月後の生存率	8.6% （2022 年）	13.3%以上 （2029 年）	コロナ前の 2016 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	5.7% （2022 年）	8.7%以上 （2029 年）		

＊心原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ことや、「シズケア＊かけはし」の救急搬送機能の活用を県下に広げること等により、受入

[3] バイスタンダー：救急現場に居合わせた人。

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。

○総務省消防庁の「マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化に向けた実証事業」等の実施状況を注視しながら、県内関係機関と情報を共有していきます。

○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）

○市町が保健所、地域の医師会との連携により、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、地域連携薬局を中心とした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））

○市町が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。

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

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

（第３次救急医療（救命救急医療））

○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・ドクターカーの効率的な運用、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、急性期を脱した患者の転床・転院をさらに促進するため、救急患者退院コーディネーター事業等を活用した必要な人材育成の支援を検討します。特に高齢患者が受診後に安心して生活できるよう、生活上の留意点に関する指導を行い、必要な支援へつなぐ体制を構築します。

（ドクターヘリ・ドクターカー）

○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航や、神奈川・山梨両県との大規模災害時におけるドクターヘリの運用を進めていきます。

○ドクターカーの運用状況を把握するとともに、国が示すマニュアル等を基に、救急医療体制の

一部に位置づけることの有効性や、より効率的な活用方法を検討します。

（救急医療を担う人材の確保・働き方改革）

○浜松医科大学を始めとする各機関で医療従事者の育成を行うほか、各救命救急センターが、救急医療に関する臨床教育の場として医師等を育成します。

○初期臨床研修医に対して、救急科の指導医等が直接、救急医療の魅力を伝えることで、救急科を志す医師の増加を図ります。

○「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。

○医師の時間外労働上限規制への対応に向けて、ふじのくに医療勤務環境改善支援センター等と連携し、医療機関を支援します。

（救急医療機関等と療養の場との間の円滑な移行）

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

（ウ）病院前救護活動

（メディカルコントロール体制）

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

（県民への救急蘇生法の普及）

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

（エ）住民の受療行動

○救急医療及び救急業務に対する国民の正しい理解と認識を深めるために設けられた「救急の日」及び「救急医療週間」での救急医療を取り巻く環境についての啓発活動により、地域住民に救急医療への理解と適切な受療行動を促します。

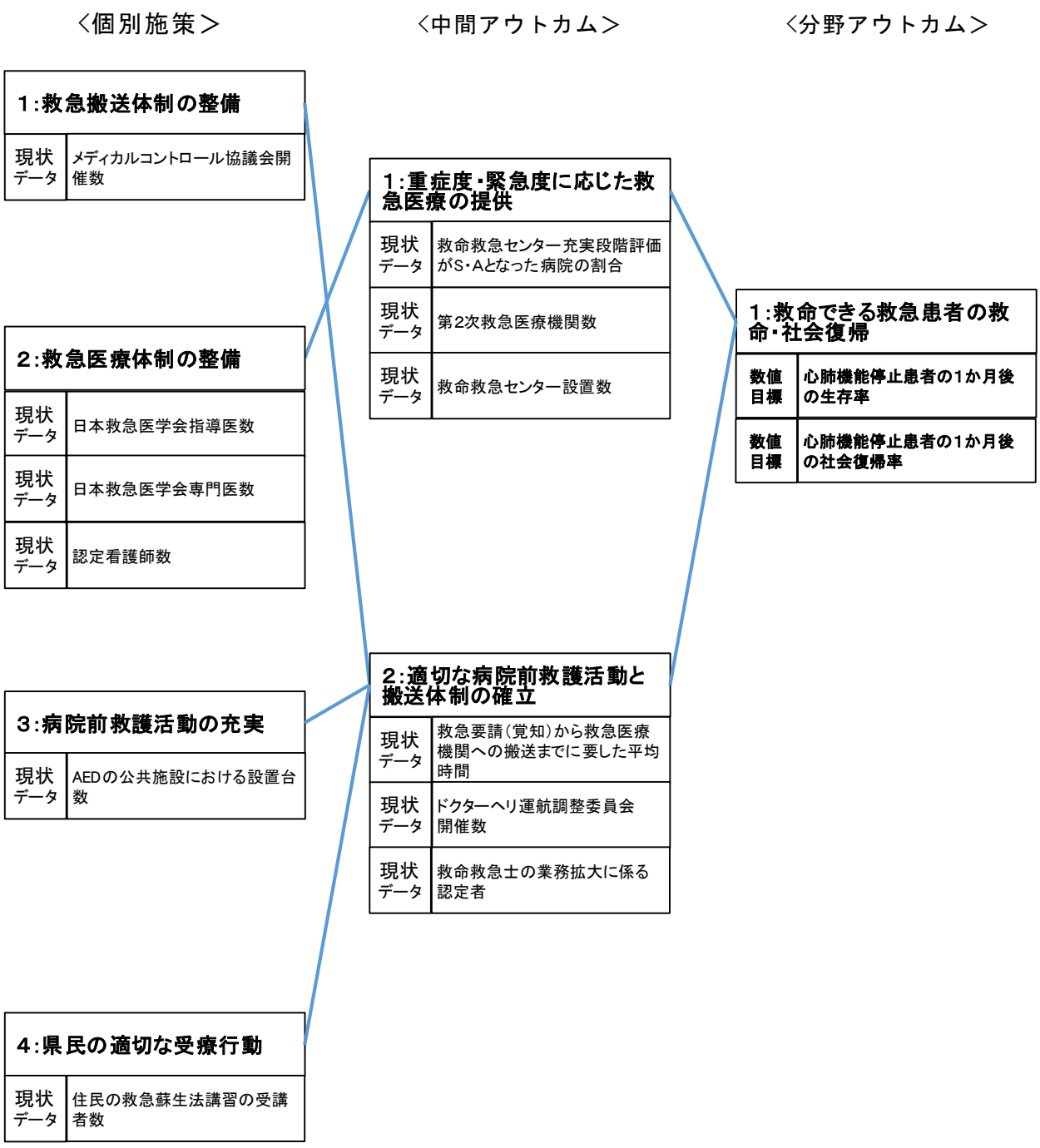
○「救急安心センター事業（#7119)」の整備等、適切な医療機関の受診や救急車の利用に関する助言等ができる相談体制の充実・強化を図ります。

○ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）に関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、救急医療の関係者や医療・介護関係者、消防関係者等、地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催する等、協力して取組を進めていきます。

（オ）新興感染症の発生・まん延時における救急医療

○救急外来の需要が急増した際にも、通常の救急医療と両立できるような体制の構築を検討します。

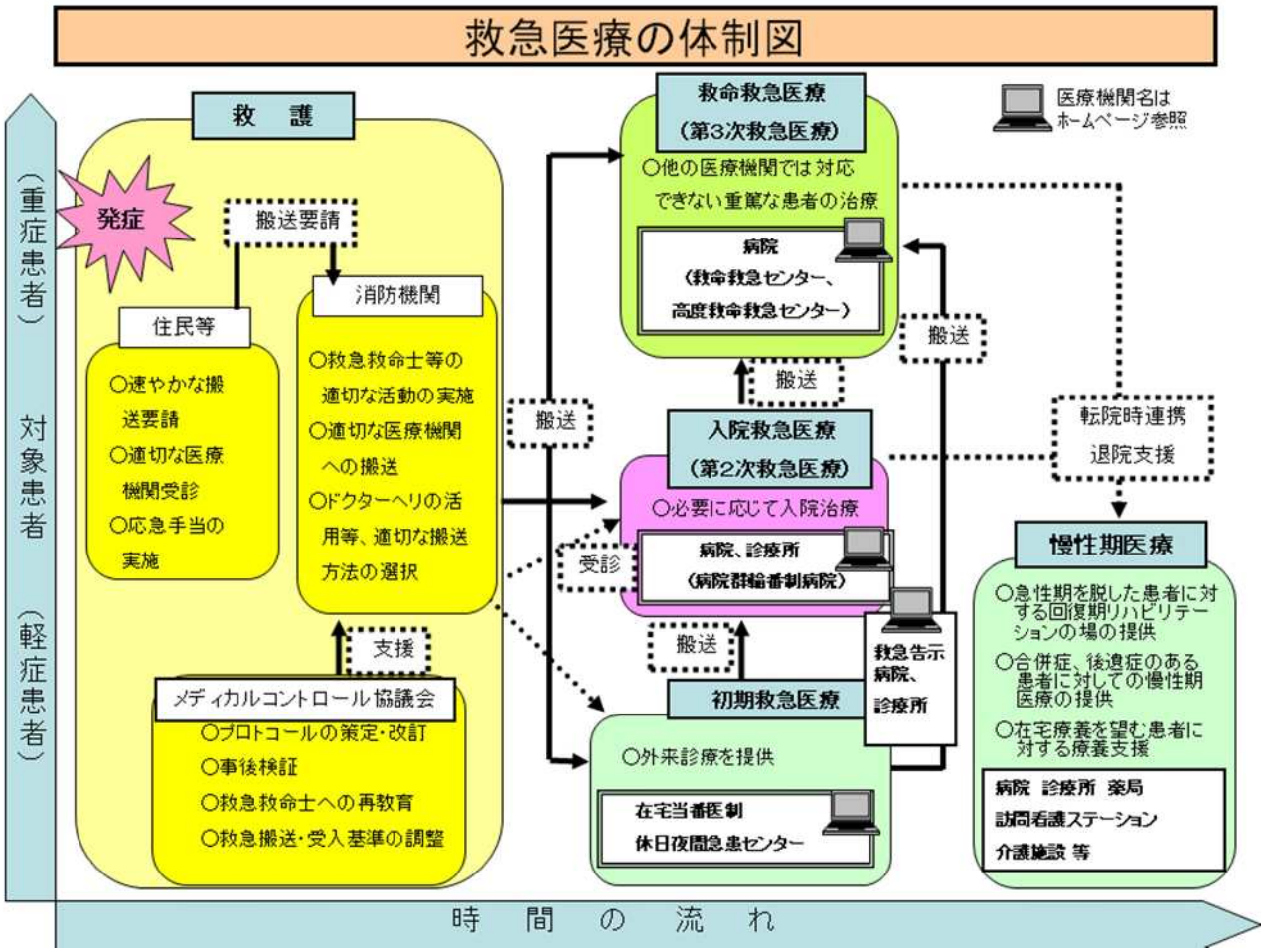
○救急医療のロジックモデル



（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 （第2次救急医療）	救命救急医療 （第3次救急医療）	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	○高齢者救急をはじめ初期診察や入院治療を実施	○他の医療機関では対応できない重篤な患者の治療	○在宅療養を望む患者に対しての退院支援 ○合併症、後遺症のある患者に対しての慢性期医療の提供
機能の説明	・住民等による速やかな搬送要請、適切な医療機関受診、AED 等による応急手当の実施 ・消防機関における救急救命士等の適切な活動の実施、適切な搬送方法の選択と適切な医療機関への搬送 ・メディカルコントロール協議会によるプロトコールの策定、改訂、検証、救急救命士への再教育、救急搬送・受入基準の調整	**【休日夜間急患センター、在宅当番医】** ・主として外来における救急医療を実施 ・入院救急医療や救命医療を行う医療機関との連携 **【薬局】** ・地域における休日・夜間の急病患者の処方箋調剤を実施 **【救急告示病院、診療所】** ・病院群輪番制病院以外での救急医療に協力し、救急患者の入院を受入れ	**【病院群輪番制病院】** ・初期救急の後方病院として、休日・夜間に入院医療を必要とする重症患者の受入れ	**【救命救急センター】** ・高度な医療施設とスタッフを備え、24 時間体制で脳卒中、心筋梗塞、頭部損傷などの重篤救急患者の治療を実施 **【高度救命救急センター】** ・広範囲熱傷等の高度専門的救急医療に対応 **【ドクターヘリ・ドクターカー】** ・重症患者の救命率向上や後遺症軽減のため救急専門医を現場に急行させ救命救急処置を実施	・気管切開等のある患者の受入れ ・遷延性意識障害等を有する患者の受入れ ・精神疾患を合併する患者の受入れ ・地域包括ケアシステムの構築に向けた居宅介護サービスの調整

（４）「救急医療」の医療体制図

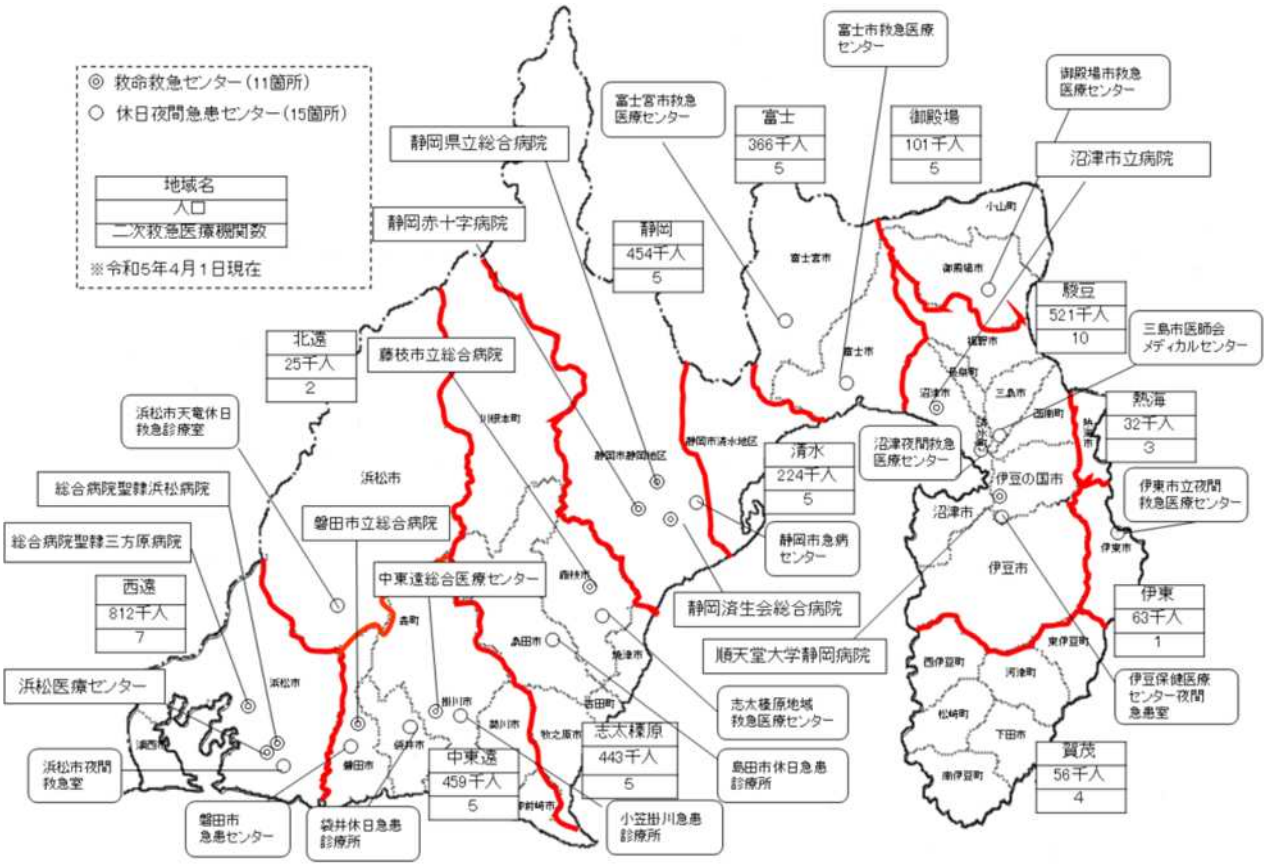


（５）関連図表

○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）

（単位：施設数）

	2008年	2011年	2014年	2017年	2020年
賀茂	22	17	12	7	6
熱海伊東	19	12	10	14	10
駿東田方	137	132	139	112	119
富士	33	31	33	36	35
静岡	248	244	229	179	203
志太榛原	131	108	123	111	101
中東遠	137	96	37	31	25
西部	374	287	337	322	324
県計	1,101	927	920	812	823

（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）

（単位：施設数）

	2008年	2011年	2014年	2017年	2020年	2023年
賀茂	2	3	4	4	4	4
熱海伊東	3	5	4	4	4	3
駿東田方	15	16	16	15	15	16
富士	4	6	6	6	5	4
静岡	8	9	10	9	9	10
志太榛原	4	5	4	4	5	5
中東遠	6	6	6	5	5	5
西部	8	7	9	9	9	9
県計	50	57	59	56	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）

（単位：施設数）

	2008年	2011年	2014年	2017年	2020年	2023年
賀茂	-	-	-	-	-	-
熱海伊東	-	-	-	-	-	-
駿東田方	2	2	2	2	2	2
富士	-	-	-	-	-	-
静岡	2	2	3	3	3	3
志太榛原	-	-	-	1	1	1
中東遠	-	1	1	2	2	2
西部	2	3	3	3	3	3
県計	6	8	9	11	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	2020年
賀茂	-	-	-	-	-	-	-
熱海伊東	-	-	-	-	1	1	2
駿東田方	3	3	11	9	8	10	13
富士	-	-	-	-	-	-	-
静岡	8	8	11	13	17	19	17
志太榛原	1	1	3	2	5	4	10
中東遠	1	2	2	6	7	5	5
西部	17	17	20	19	26	26	31
県計	30	31	47	49	64	65	78

（出典：厚生労働省　医師・歯科医師・薬剤師統計）

○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	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
賀茂	28.5%	33.2%	41.7%	44.7%	45.6%	50.2%	46.7%	47.2%	47.5%
熱海伊東	26.2%	31.5%	41.1%	43.6%	44.3%	49.1%	44.9%	45.1%	45.4%
駿東田方	17.7%	21.1%	27.2%	29.1%	29.6%	34.1%	30.7%	30.6%	30.9%
富士	16.7%	20.2%	26.1%	28.0%	28.4%	32.9%	29.2%	29.5%	29.8%
静岡	19.1%	22.8%	28.4%	30.0%	30.3%	34.4%	30.5%	30.7%	30.8%
志太榛原	19.5%	22.7%	28.2%	30.0%	30.3%	34.9%	30.9%	31.2%	31.5%
中東遠	18.5%	20.2%	25.3%	27.1%	27.5%	32.2%	28.3%	28.5%	28.8%
西部	18.3%	20.9%	26.0%	27.6%	27.8%	32.3%	28.3%	28.5%	28.8%
県計	18.8%	21.9%	27.6%	29.3%	29.7%	34.2%	30.3%	30.5%	30.7%

（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	2020年	2021年
死亡		1,892	1,889	1,684	1,532	1,485	1,341	1,539	1,521	1,484	1,614	1,645
	割合	1.3	1.3	1.2	1.1	1.0	0.9	1.0	1.0	0.9	1.2	1.1
重症		10,177	9,977	10,262	10,101	10,132	9,780	10,134	10,802	11,473	10,798	10,155
	割合	7.2	7.1	7.2	7.1	6.9	6.6	6.6	6.8	7.3	7.8	7.1
中等症		53,455	54,755	54,775	56,269	58,626	60,404	65,878	70,223	71,071	67,744	72,181
	割合	37.9	38.7	38.3	39.4	39.6	41.0	43.2	44.2	45.2	48.7	50.4
軽症		75,177	74,745	75,785	74,703	77,295	75,323	75,594	75,902	73,058	58,918	59,103
	割合	53.4	52.8	53.1	52.2	52.3	51.1	49.2	47.8	46.5	42.4	41.3
その他		205	194	270	346	315	423	432	482	31	6	2
	割合	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0
合計		140,906	141,560	142,776	142,951	147,853	147,271	153,577	158,930	157,117	139,080	143,086

（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、%）

		2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
新生児		222	195	178	163	139	128	171	131	131
	割合	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
乳幼児		5,970	5,939	6,288	6,119	6,237	6,610	6,435	3,978	4,515
	割合	4.2	4.2	4.3	4.2	4.1	4.2	4.1	2.9	3.2
少年		5,229	5,108	5,312	5,061	5,279	5,356	5,314	3,735	4,010
	割合	3.7	3.6	3.6	3.4	3.4	3.4	3.4	2.7	2.8
成人		48,995	48,460	48,240	47,225	47,062	48,209	46,737	40,524	41,701
	割合	34.3	33.9	32.6	32.1	30.6	30.3	29.7	29.1	29.1
高齢者		82,360	83,249	87,835	88,703	94,860	98,627	98,460	90,712	92,729
	割合	57.7	58.2	59.4	60.2	61.8	62.1	62.7	65.2	64.8
合計		142,776	142,951	147,853	147,271	153,577	158,930	157,117	139,080	143,086

（出典：消防庁「救急・救助の現況」）

○認定看護師数

（単位：人）

	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
県内認定看護師(救急看護)	25	30	32	32	36	31	28
県内認定看護師(全認定)	450	482	511	538	560	593	609
全認定看護師数(全国)	17,472	18,768	19,894	21,049	21,847	22,577	23,260

（出典：日本看護協会ホームページ）

○救急救命士の業務拡大に係る認定者数の推移

（単位：人）

	2013年度	2014度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
気管挿管実施認定者数累計	386	432	474	514	566	613	663	687	718	758
薬剤投与実施認定者数累計	373	376	376	377	377	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	500	543
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	600	600
指導救命士認定者累計	－	－	－	18	33	44	53	57	60	70

〇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	
メディカルコントロール協議会開催数	2022	3回	－	県実施
日本救急医学会指導医数（人口 10 万対）※	2023.1	0.2 人	0.7 人	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）※	2023.1	2.9 人	4.6 人	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）※	2022.12	0.8 人	0.9 人	日本看護協会ホームページ
ドクターヘリ運航調整委員会開催数	2022	10 回	－	各基地病院報告
救急救命士が同乗している救急自動車の割合	2023.4	98.6%	93.5%	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）※	2022	30 人	69 人	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）※	2024.1	187.2 台	177.8 台	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）※	2020	4.4 施設	5.4 施設	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）	2022	8.6%	10.3%	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）	2022	5.7%	6.6%	消防庁「救急･救助の現状」
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	2022	100%	－	厚生労働省調査
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	2022	43.7 分	47.2 分	消防庁「救急・救助の現状」

※2021 年 10 月 1 日現在の推計人口（総務省）に基づき各指標の実数から算出

２　災害時における医療

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

（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など、大規模な災害が発生しました。

○2024 年１月に発生した「能登半島地震」では、半島特有の地形が影響して、全容把握が困難な状態が続くとともに、道路の土砂崩れや亀裂による寸断等により、医療支援が思うように進捗しない課題が顕著となりました。本県においては、発災直後から様々な県内医療関係団体等が現地におもむき、長期にわたり支援を継続しています。

○近年は、ゲリラ豪雨や竜巻等の突発的発生の増加や、台風の強大化等により、風水害が増加する傾向にあります。2021 年７月に熱海市で発生した土石流災害では、多くの人的・物的被害をもたらしました。

○爆発物・ＮＢＣ（Ｎ：核物質、Ｂ：生物剤、Ｃ：化学剤）物質を使ったテロなど特別な対応を求められるものもあります。

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

イ　本県の状況

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

○静岡県第４次地震被害想定（第一次報告　2013 年６月公表）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ました。その後、「静岡県地震・津波対策アクションプログラム 2013」等の推進により、死者数の約８割減の減災効果が見込まれています。

○近年の大規模災害では、高齢者や障害のある方などの災害時に支援等の配慮を要する方が多数犠牲となっており、災害時における要配慮者への支援が必要です。

○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]（23 施設）、災害拠点精神科病院[2]（４施設）を、市町が救護病院[3]（83 施設）、救護所[4]（315 ヶ所）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。

○２次保健医療圏ごとに災害時透析拠点施設[5]を置き、透析患者の受入れに当たるなど、医療的配慮が必要な県民への対応に当たります。

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

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

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

○昨今、激甚化、頻発化する風水害に備え、浸水リスクの高い地域等においては、被災を軽減する取組が必要です。

○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、実効性の高い業務継続計画（ＢＣＰ）の整備と、整備された業務継続計画（ＢＣＰ）に基づき被災した状況を想定した研修・訓練を実施し、平時からの備えを行っていることが必要です。

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

○ＮＢＣ（Ｎ：核物質、Ｂ：生物剤、Ｃ：化学剤）を使ったテロ・災害には、特別な対応が求め

---

[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。

られることから、救命救急センター等の医療機関における医療従事者への知識の普及や装備の充実を進めていくことが重要です。

（イ）災害時の情報把握

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

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

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

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

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

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

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

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

（ウ）広域医療搬送

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

○クラッシュ症候群等[9]の広域医療搬送基準に適合した重症患者を、自衛隊機等を活用し、被災地外の空港等を経由して迅速に災害拠点病院等に搬送し、治療を行います。

○東日本大震災において、初めて実際の広域医療搬送が行われたことを契機に、全国で広域医療

---

[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。

[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。

搬送に対する取組が本格化しており、ＳＣＵ[10]（愛鷹広域公園、富士山静岡空港、航空自衛隊浜松基地）におけるＤＭＡＴ[11]活動等の全国標準化が進められています。

○静岡県外から参集するドクターヘリは、航空搬送拠点や、ドクターヘリ基地病院（順天堂大学医学部附属静岡病院、聖隷三方原病院）等を拠点として地域医療搬送を行います。

○広域医療搬送については、国、県、市町、医療機関などの連携の下、訓練により更に習熟度を高めていく必要があります。

○医療機関側が広域医療搬送トリアージや医療搬送カルテの作成など、適切な対応ができるよう、医療従事者への知識の啓発、普及が必要です。

○特に、地域医療搬送については、全国各地から参集したドクターヘリが航空搬送を担うことが想定されるため、「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に関わる指針について」（2016 年 12 月５日付け医政地発 1205 第１号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を基に作成された災害時のドクターヘリの運用指針等に則り、ドクターヘリの要請手順や自地域における参集拠点に関しても訓練等を通して確認を行うことが必要です。本県では、2020 年３月に、中部ブロック８県及びブロック内ドクターヘリ基地病院との間に「大規模災害時におけるドクターヘリ広域連携に関する基本協定」を締結し、災害時におけるドクターヘリの迅速かつ効率的な運用に向けた取組を行っています。

（エ）広域受援

○保健医療活動チーム[12]の受入調整、保健医療福祉活動に関する情報連携、保健医療福祉活動に係る情報の整理及び分析等の保健医療福祉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。

○南海トラフ巨大地震等の大規模災害発生時には、県からの要請に基づき、非被災都道府県のＤＭＡＴ等が派遣され、ＳＣＵや災害拠点病院等の活動に従事します。

○災害超急性期において県内に参集するＤＭＡＴ等を円滑に受入れ、ＳＣＵや災害拠点病院等において、適切に活動できるよう、配置調整等を行う体制の充実が必要です。

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

---

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

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

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

（災害急性期（３日～１週間））

○日本赤十字社の救護班や、ＪＭＡＴ[13]、ＤＰＡＴ[14]等による支援が中心になります。

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

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

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

○２次保健医療圏単位等で円滑に医療資源の需給調整等を行うコーディネート体制を整備するため、災害医療コーディネーター[15]を中心とした関係機関によるネットワーク体制の連携強化を推進していく必要があります。

（災害亜急性期（１週間～）以降）

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

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

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

（オ）応援派遣

（ＤＭＡＴ）

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

○医療法の改正により、災害時の医療に加え、感染症発生・まん延時に都道府県知事の求めに応じて派遣される人材を国が養成・登録する仕組みが法律に位置づけられました。

○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、県庁又は保健所での本部活動、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、2023 年度現在 17 病院を静岡ＤＰＡＴ指定病院として指定しており、被災地域での活動（ＤＰＡＴ都道府県調整本部等での指揮調整、被災地での精神科医療の提供、精神保健活動への専門的支援）に従事します。

---

[13] ＪＭＡＴ：(Japan Medical Association Team：日本医師会災害医療チーム)：災害発生時に、被災者の生命及び健康を守り、被災地の公衆衛生を回復し、地域医療や地域包括ケアシステムの再生・復興の支援を目的に活動する日本医師会災害医療チーム。

[14] 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。

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

（応援班）

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

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

（医療関係団体による医療チーム）

○医師会によるＪＭＡＴの派遣をはじめ、大学病院、日赤県支部、歯科医師会、病院協会、薬剤師会、看護協会（災害支援ナース）等医療関係団体の協力の下、医療チームの編成・派遣が実施されます。

（カ）医薬品等の確保・供給

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

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

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

（キ）災害時の健康管理

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

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

○生活の変化による被災者の持病の悪化や体調不良の増加、エコノミークラス症候群、生活不活発病、ＰＴＳＤ（心的外傷後ストレス障害）[16]の発生を未然に防止するため、広範囲にわたる多数の被災者に対して専門的なケアを行う予防対策を実施します。

（ク）原子力災害への対応

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

○安定ヨウ素剤について、国の原子力災害対策指針に基づき、ＰＡＺ[17]圏内の住民に対し、事前配布を実施しています。また、ＵＰＺ[18]圏内の住民等の分を配備（備蓄）しています。

---

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

[17] ＰＡＺ（Precautionary Action Zone）予防的防護措置を準備する区域：重篤な確定的影響等を回避するため、緊急事態の区分に応じて、直ちに避難を実施するなど、放射性物質の放出前に予防的防護措置（避難等）を準備する区域。範囲の目安は、半径概ね５km（御前崎市全域及び牧之原市一部）。

[18] 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）。

（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。

○2022 年度大規模地震時医療活動訓練において、厚生労働省と連携した医療用コンテナの実証実験や災害時小児周産期リエゾンとの連携確認を行うなど、関係団体の協力のもと、実効性のある医療救護訓練の実施が必要です。

（２）対策

ア　数値目標

項目	現状値		目標値	目標値の考え方	出典
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	65.9% （56/85 施設） （2023 年３月）		100% （2029 年）	被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画を整備	業務継続計画（ＢＣＰ）の策定及び研修等の実施に関する調査
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	研修	41.2% （35/85 施設） （2023 年３月）	100% （2029 年）	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	41.2% （35/85 施設） （2023 年３月）	100% （2029 年）		
２次保健医療圏単位等で災害医療コーディネート機能の確認を行う訓練実施回数	年１回 （2021 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３回 （2022 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
静岡ＤＰＡＴ研修の実施回数	年１回 （2022 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

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、地域の災害医療に関する関係者の協力のもと、災害時医療救護体制の整備、充実を図ります。

○能登半島地震などの実災害の教訓や、各訓練の検証結果等を市町、医療機関、関係団体等と共有するとともに、改善策を検討し、医療救護計画などの各種計画の実効性を高めていきます。

○市町が作成する要配慮者の個別避難計画の策定を促進するとともに、精神疾患を有する患者、障害のある方、小児、妊婦、透析患者などの関係団体との連携を強化し、災害時の体制構築について平時より検討を進めます。

○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

○病院の機能や地域における役割に応じた医療提供体制を整備するため、地域の実情に応じて、災害拠点病院や救護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。

○浸水想定区域又は津波災害警戒区域に所在する医療施設については、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を促進します。

○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。

○透析患者の受入調整は、災害時透析拠点病院が中心的な役割を果たすこととされており、発災時に円滑に調整が行えるよう、訓練等を通じて、平時から災害時透析拠点病院や関係団体との連携体制の強化を図ります。

○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、業務継続計画（ＢＣＰ）策定研修等を通じて、病院における実効性の高い業務継続計画（ＢＣＰ）の整備を働きかけるとともに、市町医療救護体制の整備指導や防災訓練等を通じ、院内の体制整備及び関係機関との連携体制の強化を図ります。また、医療救護活動が円滑に行われるように、必要に応じた医療救護計画の見直しを行います。

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

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

（イ）災害時の情報把握

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

させます。

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

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

（ウ）広域医療搬送

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

○広域医療搬送に使用するヘリポートの確保を進めます。

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

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

（エ）広域受援

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

○平時から保健医療圏単位等で保健所・市町の行政担当者と地域の医師会や歯科医師会、災害拠点病院等の医療関係者等によるネットワークを構築します。また、災害時に保健医療福祉調整本部[19]を設置し、医療救護施設等の保健医療福祉ニーズを把握・分析した上で保健医療活動チームを配置調整する体制を整備します。

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

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

○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[20]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、救護活動を担うＤＭＡＴやＪＭＡＴ、生活不活発病の予防を担うＪＲＡＴ[21]、精神科医療を提供するＤＰＡＴ等の医療チーム、ＤＷＡＴ[22]等の福祉チーム、医療資源需給調整

---

19 保健医療福祉調整本部：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。

20 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、保健医療福祉調整本部において、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。

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

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

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等の資質向上に努めます。

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

（カ）医薬品等の確保・供給

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

○医薬品卸業者等による医薬品等の供給体制の強化を図ります。

○災害時の人工透析を円滑に行えるよう、平時から市町や関係団体と協力して、水及び専用の医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を進めます。

（キ）災害時の健康管理

○被災者に対する感染症のまん延防止、衛生指導、口腔ケア、メンタルヘルスケアを適切に行うため、ＪＭＡＴや歯科医師（ＪＤＡＴ[23]など）、保健師、看護師（災害支援ナース）等の連携体制整備により、災害時の健康管理体制を強化します。

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

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

（ク）原子力災害への対応

○国の原子力災害対策指針に基づき、原子力災害拠点病院（県立総合病院、浜松医科大学医学部附属病院）や原子力災害医療協力機関（島田市立総合医療センター、焼津市立総合病院、藤枝市立総合病院、榛原総合病院、磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター、市立御前崎総合病院、菊川市立総合病院）、高度被ばく医療支援センター、原子力災害医療・総合支援センター、医師会、消防等の関係機関と連携し、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、薬剤師会及び看護協会等の関係機関と連携しながら、ＰＡＺ圏内の住民への安定ヨウ素剤の事前配布を継続的に実施します。

（ケ）その他

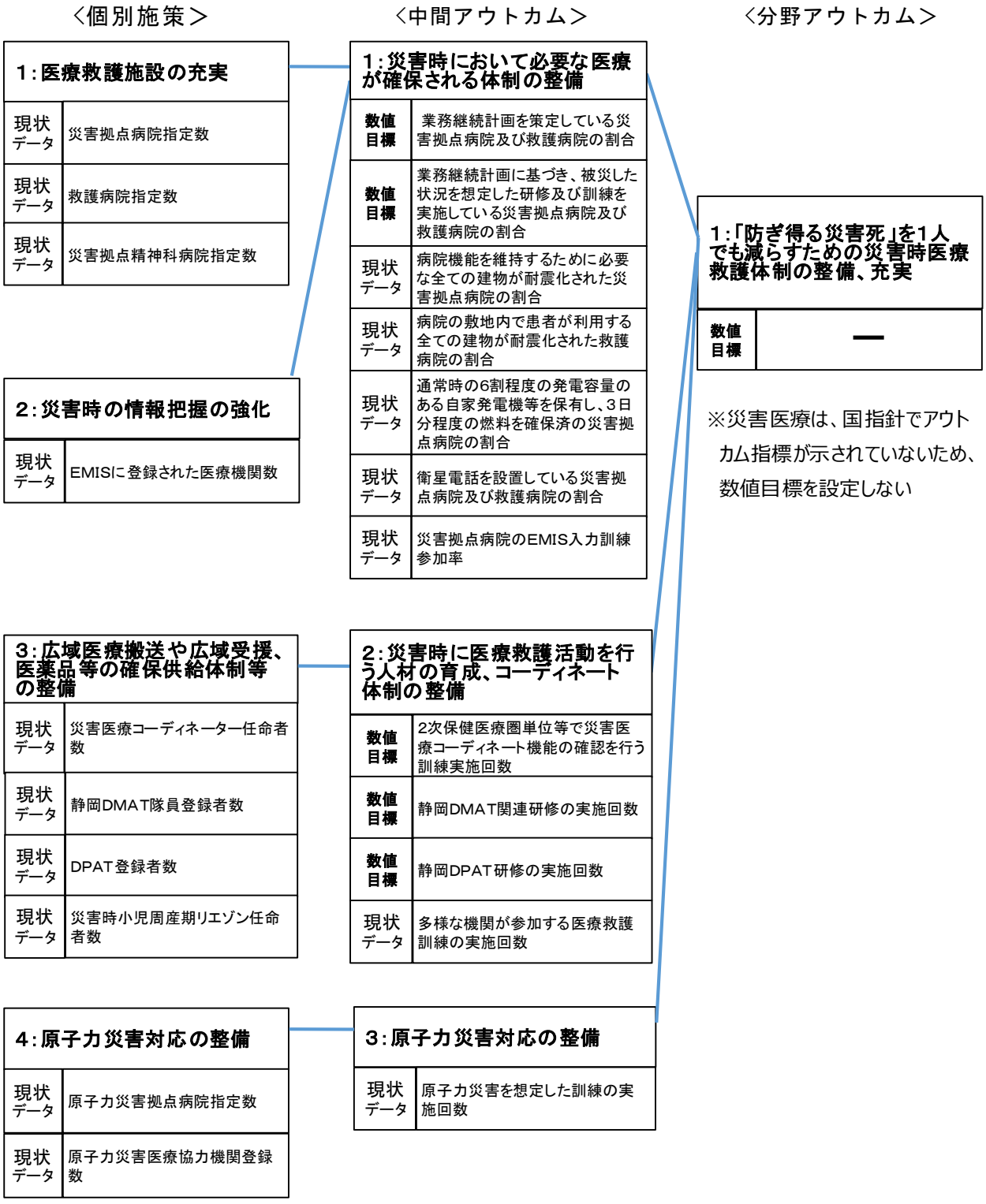
○医師、看護師等医療従事者へのトリアージ等（広域搬送トリアージを含む。）災害医療知識の普及を図るため、関係団体との協力の下に災害医療技術の研修を実施します。

---

[23] ＪＤＡＴ：（Japan Dental Alliance Team：日本災害歯科支援チーム）災害発生時の緊急災害歯科医療や、避難所等における口腔衛生を中心とした公衆衛生活動を通じて被災者の健康を守り、地域歯科医療の復旧支援を行うチーム。

○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。
○医療コンテナの活用など、災害時の医療提供体制を維持するための取組について、国等の動向を注視し、導入に向けた検討を進めます。

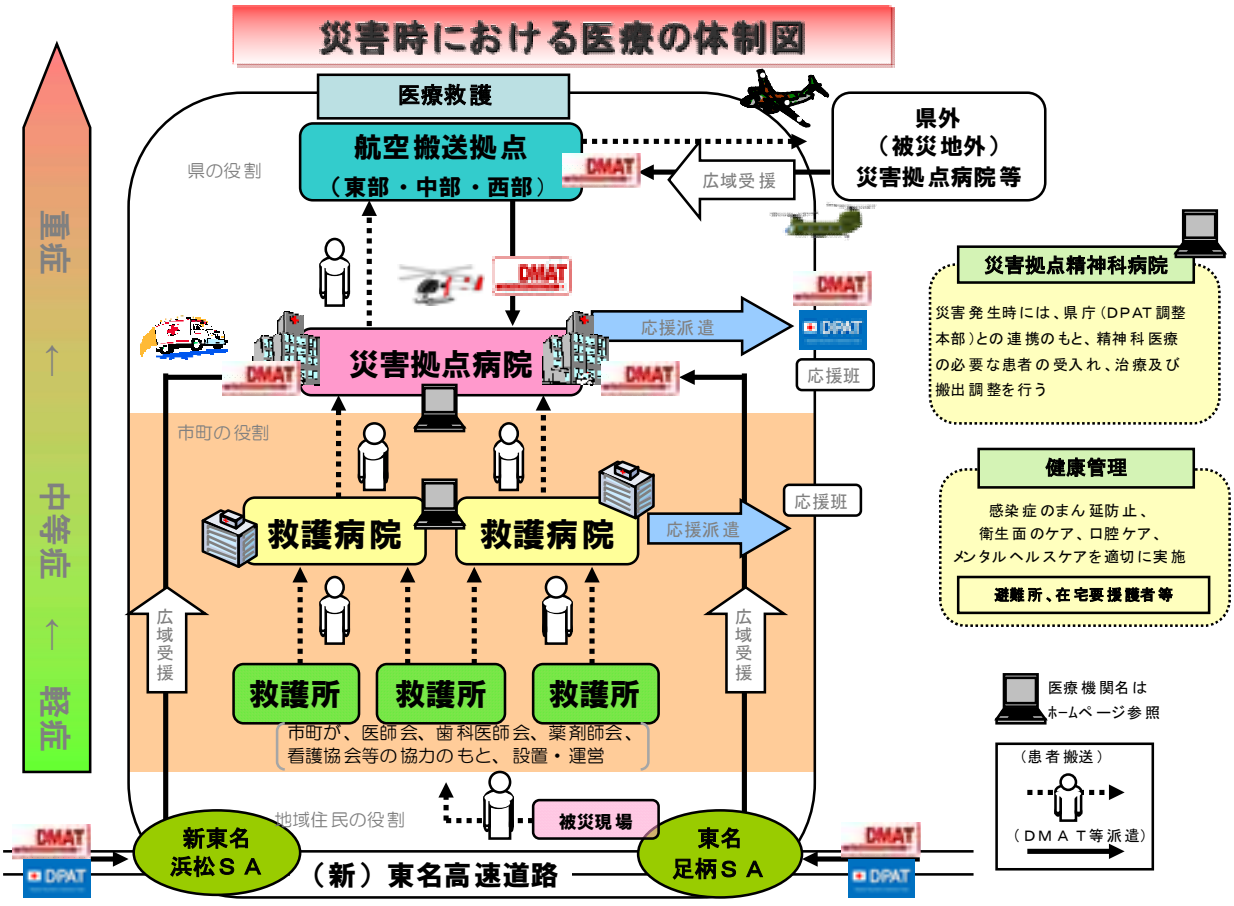
○災害時における医療のロジックモデル



（３）「災害時における医療体制」に求められる医療機能

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

（４）災害時の医療体制図



（５）関連図表

○指標による現状把握

指　　標		実　績	
指標の項目	時点・期間	静岡県	出典元
災害拠点病院指定数	2023.4	23 施設	災害拠点病院現況調査
救護病院指定数 （災害拠点病院との重複含む）	2023.4	83 施設	市町医療救護体制に関する調査
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	2023.4	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	2023.4	19/23 施設 (82.6%)	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	2023.4	68/85 施設 (80.0%)	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	2023.4	79/83 施設 (95.2%)	病院の耐震改修 状況調査
ＥＭＩＳに登録された医療機関数 （病院及び有床診療所）	2023.9	313 施設	県登録
災害拠点病院のＥＭＩＳ入力訓練参加率	2023.8	23/23 施設 (100%)	県実施
多様な機関が参加する医療救護訓練の実施回数	2023	2 回	県実施
災害医療コーディネーター任命者数	2023.9	53 人	県委嘱
静岡ＤＭＡＴ隊員登録者数	2023.4	321 人	県実施
災害拠点精神科病院指定数	2023.4	４施設	県指定
ＤＰＡＴ登録者数	2023.4	118 人	県実施
災害時小児周産期リエゾン任命者数	2023.9	33 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	2023.4	２施設	県指定
原子力災害医療協力機関登録数	2023.4	８施設	県登録
原子力災害を想定した訓練の実施回数	2023	１回	県実施

○静岡県第４次地震被害想定（2013 年６月公表）

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

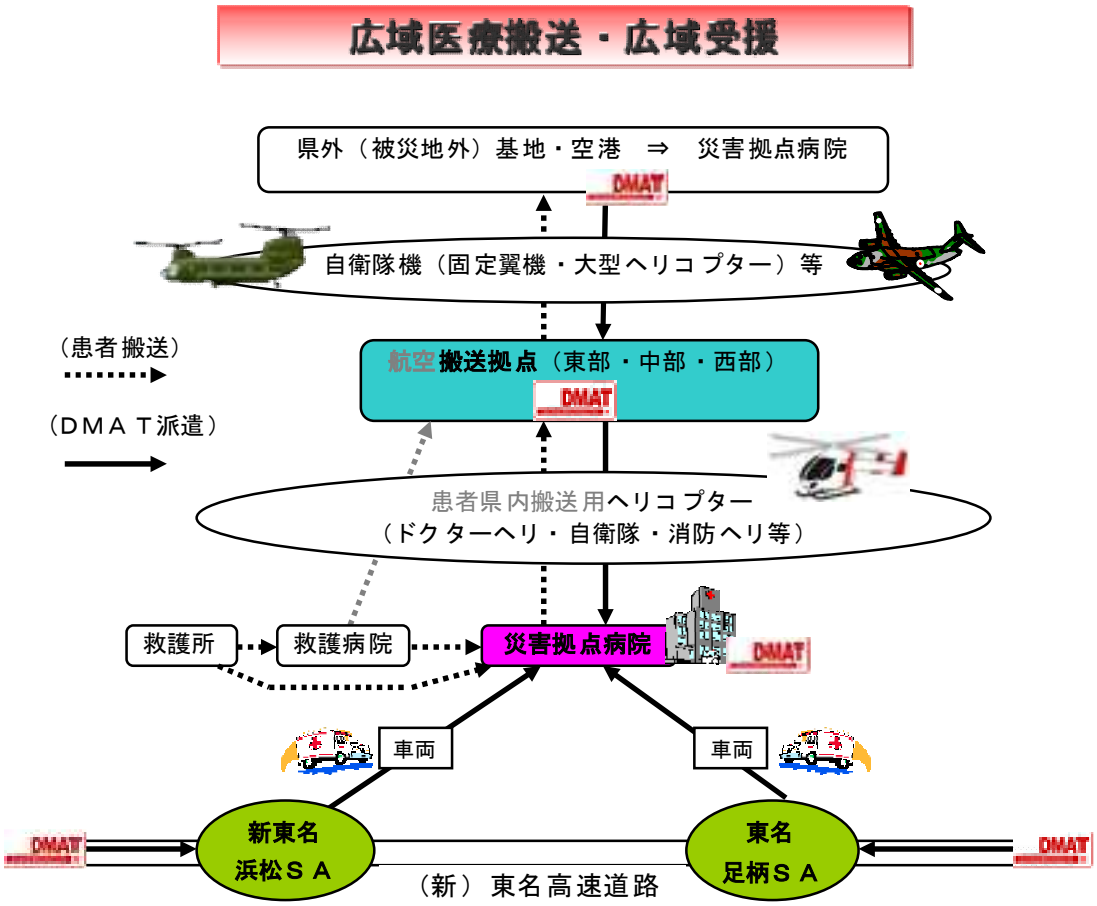
※死者及び傷病者数は最大被害想定

※「静岡県地震・津波対策アクションプログラム 2013」の推進等により、2022 年度末の試算では、約８割の減災効果を達成（死者数：約 105,000 人 → 約 22,000 人）

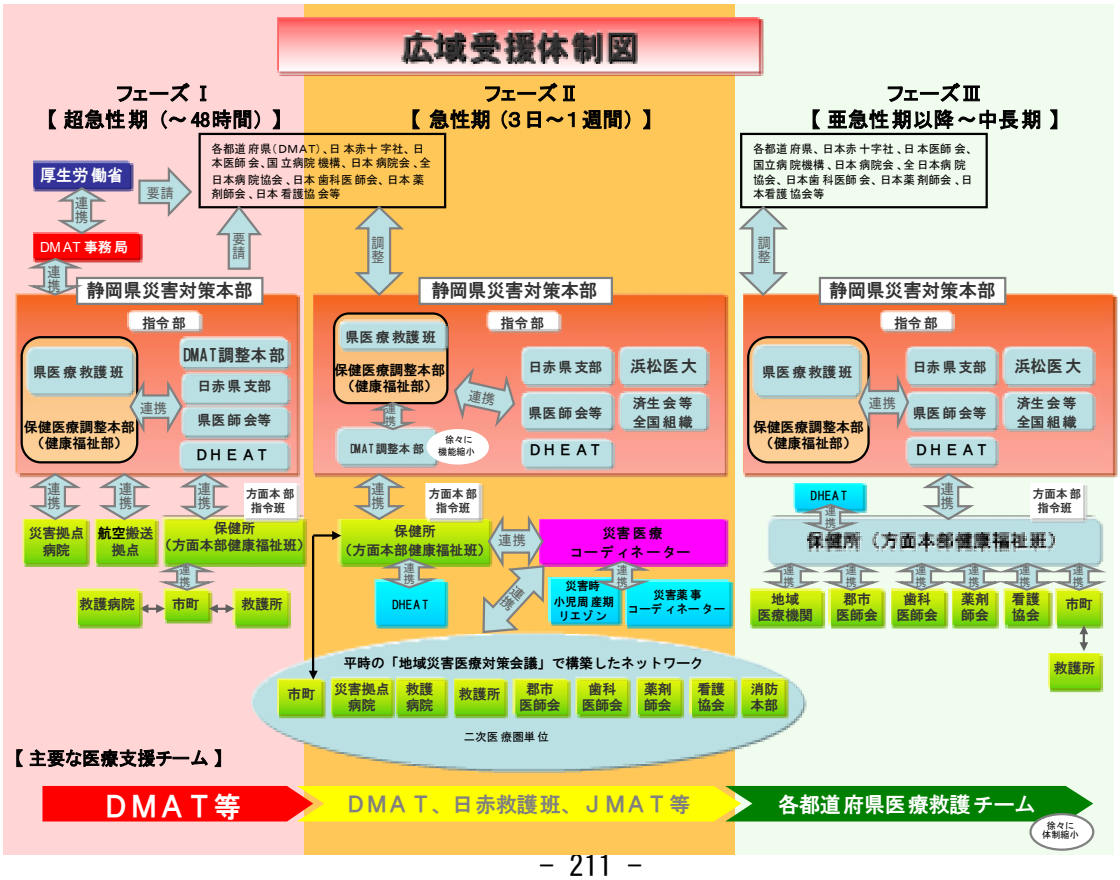
○圏域別医療救護施設指定状況等（2023 年４月時点）　（単位：箇所、施設、チーム）

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	13	5	0	0	愛鷹広域公園	0	0
熱海伊東	15	3	2	0		2	0
駿東田方	64	24	4	1		9	3
富士	25	11	2	0		5	1
静岡	61	10	5	1	静岡空港	15	5
志太榛原	31	7	3	0		6	0
中東遠	30	6	2	0	航空自衛隊浜松基地	4	3
西部	76	17	5	2		15	5
全県	315	83	23	4	3	56	17

○広域医療搬送体制図



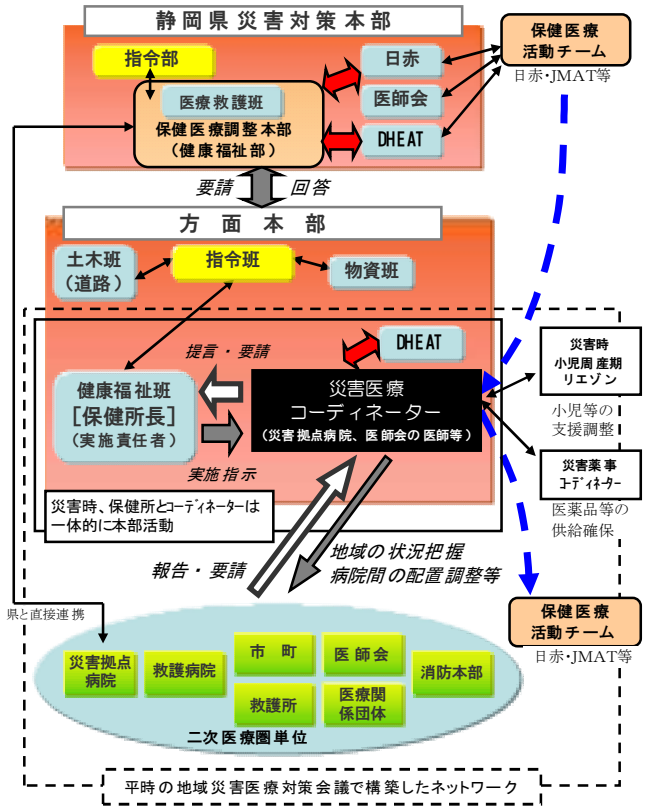
○広域受援体制図



○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



フェーズⅡ【災害急性期（3日～1週間）】中心に活動

活動場所：原則として保健所（困難な場合は所属病院等）

災害医療コーディネーターの活動概要

1　平時における役割
- 二次医療圏単位等で設置する地域災害医療対策会議の統括として、災害医療関係者のネットワークを構築

2　参集
- 発災後、48時間以内を目安に、保健所等活動場所に参集（業務調整員の同行を推奨）

3　状況把握（サーベイランス）
- 保健所、市町が入手済みの医療救護施設活動情報や道路被害状況を把握
- 県外医療チーム配置情報を県医療救護班から入手
- 災害薬事コーディネーターからの情報入手

4　状況分析（アセスメント）
- 未入手情報の整理、必要に応じ行政以外からの情報入手
- 支援の必要な地域、優先順位の分析

5　医療資源需給調整（コーディネート）
- 地域内の医療機関の状況を把握、分析し、医療チームの配置調整、集約化や支援を実施
- 必要に応じ、県医療救護班に対し医療チームの派遣要請（災害拠点病院は原則として県が直接派遣調整）
- 参集した医療チームへの活動指示、情報共有
- 災害薬事コーディネーターと連携し医薬品等の供給を確保
- 小児等の支援にかかる災害時小児周産期リエゾンとの連携
- 健康危機管理の調整にかかるDHEATとの連携

３　新興感染症の発生・まん延時医療（再興感染症を含む。）

【対策のポイント】
- ○　新興感染症等の感染拡大時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
- ○　ふじのくに感染症管理センターの司令塔機能の確立

（１）現状と課題

ア　新興感染症医療の現状

○新興感染症とは、そのまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症で、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下、「感染症法」という。）上の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症をいいます。

○新型コロナウイルス感染症（ＣＯＶＩＤ-19）（以下、「新型コロナ」という。）への対応を踏まえ、新興感染症の発生及びまん延に備えるため、国は、2022 年 12 月に感染症法を改正しました。改正感染症法に基づき、県は、「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（以下、「予防計画」という。）」を改定し、新型コロナ対応を念頭に、新興感染症の発生後速やかに対応ができるよう平時から地域における役割分担を踏まえた医療提供体制を確保するなど、あらかじめ準備をしておくことが必要となります。

イ　本県の状況

○2009 年の新型インフルエンザ（Ａ/Ｈ１Ｎ１）においては県内で約 55 万人が感染し、新型コロナは、2020 年２月 28 日に患者が初めて確認されてから 2023 年５月８日の５類感染症への移行までに県内で約 87 万人が感染する等、新興感染症が繰り返し流行し、大きな脅威となっています。

ウ　医療提供体制

（新型コロナにおける対応）

（ア）病床確保

○感染発生最初期は第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関で入院患者の受入れを行いましたが、入院患者の増加に伴い病床が不足したことから、2020 年４月以降、段階的に病床を確保しました。しかし、入院患者の増加に加え院内感染や基礎疾患の悪化等による入院などもあり、感染拡大の都度、確保病床のみでは対応が困難となりました。こうしたことから第７波以降は、全ての病院で患者を受入れる「オール静岡体制」で対応しました。

○後方支援病院や施設での回復患者の受入が円滑に行われなかったことも、確保病床のひっ迫の要因となりました。

○新型コロナの症状は軽症であっても、基礎疾患の悪化で入院が必要な高齢患者が多く、介護・介助の手間が新型コロナ患者受入病院の業務を圧迫しました。

○感染拡大初期において、医療機関間の役割分担が明確でなく、疑い患者等の入院調整が困難でした。

（イ）発熱外来

○2020 年２月、帰国者・接触者外来を 34 箇所の病院に設置し、発熱等の症状がある新型コロナの疑いのある患者等に対応していましたが、感染拡大に対応するため、発熱等診療医療機関を順次指定し、幅広い医療機関で診療できる体制を整備しました。

○物資・設備が不十分である等の理由で、当初は対応する医療機関数が限られていました。

○休日・夜間に対応する医療機関やかかりつけ患者以外にも対応する医療機関等、一部の医療機関に患者が集中する等の状況が発生しました。

（ウ）自宅療養者等への医療提供

○新型コロナ流行以前は自宅療養を前提とした医療提供の仕組みがなかったことから、医療機関の協力を得て、外来診療、往診及び健康観察を行う体制を整備しました。

（エ）後方支援

○後方支援病院や施設での回復患者の受入が円滑に行われなかったことも、確保病床のひっ迫の要因となりました。

（オ）医療人材派遣

○クラスターが発生した医療機関・福祉施設に対し、必要に応じて、県内において新型コロナ対策に従事する医療関係者等により構成されたチームを派遣し、現場での感染防止対策について専門的助言を行いました。

（カ）その他

○感染者数の増加により症状が軽い者や重症化のリスク（高齢・基礎疾患等）が低い者については、自宅等で療養することとされたことから、食料の提供及びパルスオキシメーターの貸出し等を行いました。また、高齢者施設等の入所者でも症状が軽い場合などは、施設内での療養の継続を求めるとともに、施設の感染対策を行うため、衛生資材の優先供給を行いました。

○患者搬送について、知事が入院勧告等をした者の病院への搬送に加え、自宅療養者の受診のための搬送、宿泊施設設置後は自宅から宿泊施設への搬送等、その時々の状況に応じて、体制を強化しながら患者等の搬送を行いました。

○ワクチン接種体制について、新型コロナワクチンは 2021 年２月から医療従事者の初回接種を開始し、高齢者、高齢者以外の県民と順次対象を拡大し、県大規模接種会場の実施等を通じて 2021 年 11 月には初回接種を完了しました。

（２）対策

ア　数値目標

項目	時期[1]	内容	目標（2029 年度）	出典
病床確保	流行初期	医療措置協定による確保病床数	414　床	予防計画
	流行初期以降		747　床	
発熱外来	流行初期	医療措置協定による医療機関数	760 機関	
	流行初期以降		930 機関	

イ　施策の方向性

（ア）新興感染症等に係る医療を提供する体制の確保

○本県における新型コロナへの対応を踏まえ、2023 年度に改定した予防計画に基づき、新興感染症等に係る医療提供体制を整備します。

○予防計画を実効性のあるものにするため、新興感染症等の発生から感染拡大までの各段階を想定[2]した上で、県は、病床確保、発熱外来確保、自宅療養者等への医療提供、後方支援及び医療人材派遣について、医療機関と医療措置協定を締結します。

○救急要請があった患者等の搬送に関して、消防機関と保健所の役割分担を整理し、必要に応じて協定を締結します。

○ワクチン接種体制の確保について、新型コロナワクチン接種対応の記録やマニュアル整備、郡市医師会及び各医療機関との定期的な連携等を市町へ働きかけを行います。

○平時から専門家や医療機関と連携した新興感染症等発生時の対応の検討、訓練の実施等により、医療提供体制の強化・充実を図ります。

（イ）静岡県感染症対策連携協議会による平時からの関係者との連携推進

○県は、保健所設置市、感染症指定医療機関、診療に関する学識経験者の団体、消防機関その他の関係機関を構成員とする静岡県感染症対策連携協議会[3]を設置し、予防計画の策定や進捗の確認、構成する機関の連携の緊密化を図ります。

（ウ）ふじのくに感染症管理センターの司令塔機能[4]の確立

○県は、新興感染症等の発生に備えるべく、感染症に関する研修、検査、相談業務等、県内の感染症対策を総括的に担う拠点施設としてふじのくに感染症管理センターを設置しています。

○常設の専門家会議を設置し、専門家の意見を施策に反映していきます。

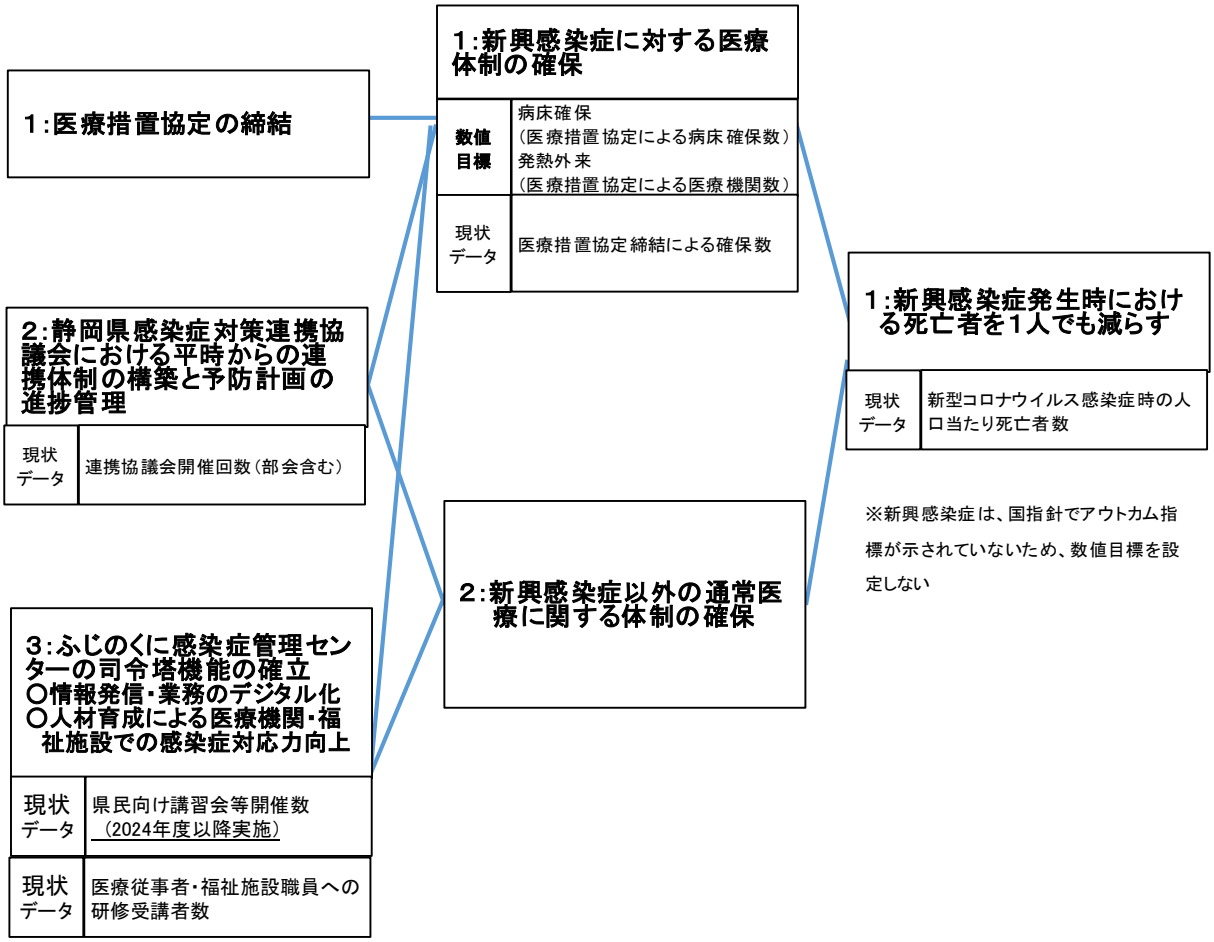
○情報プラットフォーム[5]を構築し、保健所・医療機関等関係機関の業務効率化、情報の共有化と感染状況分析等のため、業務のデジタル化とデータ管理を一元化します。また、県民が感染症に関する正しい情報を得るとともに、感染症に関するデータを活用することのできる環境を整備します。

○研修・訓練等により、医療機関や福祉施設において、感染対策を講ずることのできる人材を育成し、標準的な感染予防策の徹底や、感染症発生時の施設内のまん延防止対策が行えるよう、県全体の感染対策の底上げを目指します。

---

[1]厚生労働大臣の発生の公表から１週間から３カ月が「流行初期」、４カ月以降が「流行初期以降」
[2]「新興感染症の発生・まん延時に求められる医療機能」参照
[3]関連図表「ふじのくに感染症管理センター所管・関連会議体　一覧図」参照
[4]関連図表「ふじのくに感染症管理センターの機能（イメージ）」参照
[5]関連図表「情報プラットフォームの構築（イメージ）」参照

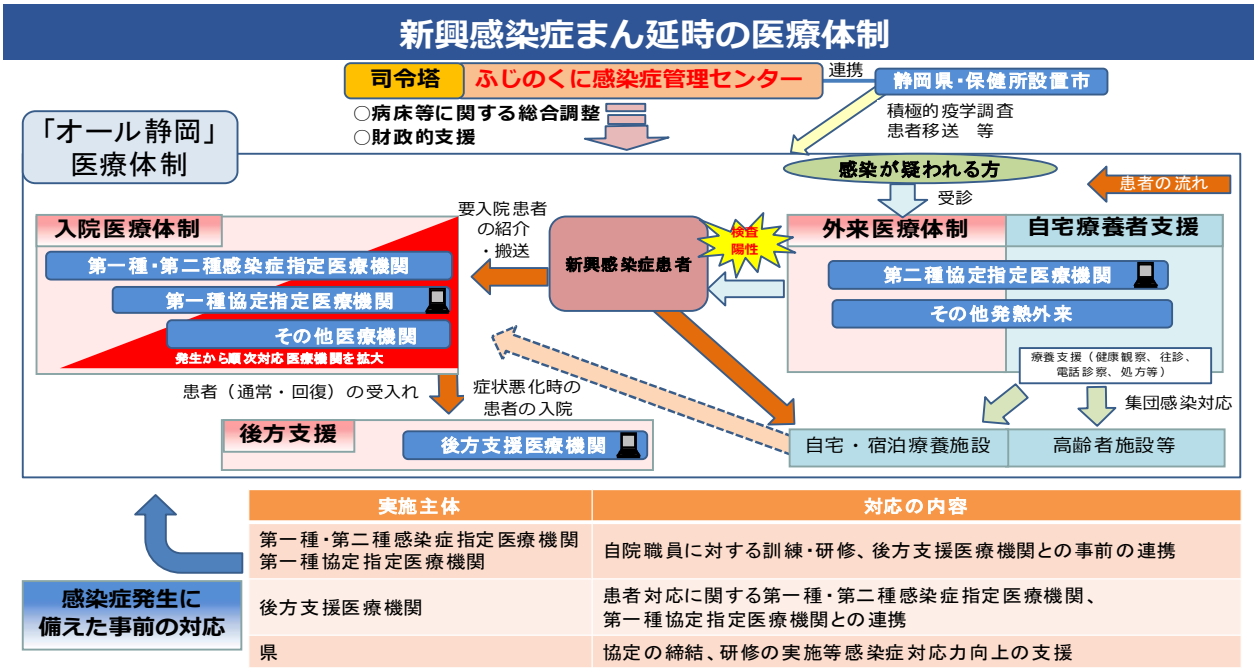
〇新興感染症の発生・まん延時医療（※再興感染症も含む）のロジックモデル



（３）新興感染症の発生・まん延時に求められる医療機能

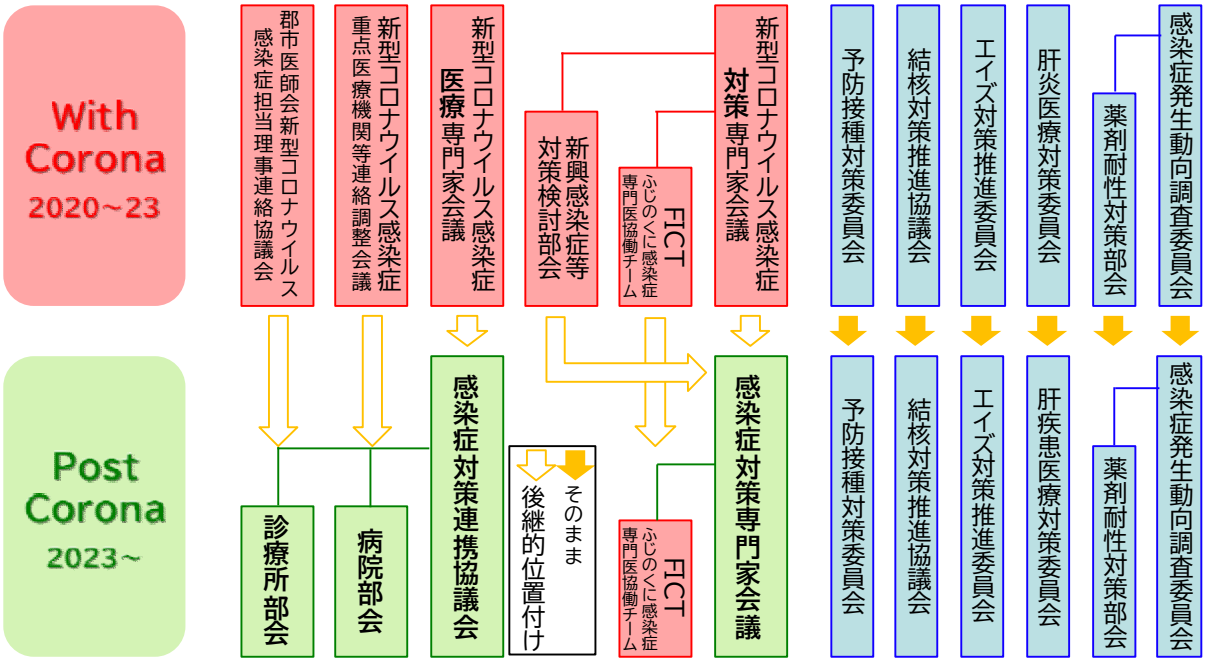
		入院医療	外来医療	自宅療養者等への医療提供	後方支援	医療人材派遣
ポイント		○新型コロナへの対応を念頭においた体制整備				
機能の説明	感染発生早期	第一種・第二種感染症指定医療機関を中心に対応	第一種・第二種感染症指定医療機関を中心に対応	－	－	－
	流行初期	第一種・第二種感染症指定医療機関及び第一種協定指定医療機関で対応	第一種・第二種感染症指定医療機関及び第二種協定指定医療機関のうち、病院を中心に対応	第二種協定指定医療機関で対応	病床を確保していない病院が、回復患者の受入れ及び病床確保病院に代わって一般患者の受入に対応	
	流行初期以降		第二種協定指定医療機関で対応			医療人材派遣に係る協定締結医療機関は、県の要請に応じて、医療従事者を派遣
	感染まん延期	全病院及び対応可能な有床診療所で入院患者を受入れ	第二種協定指定医療機関を中心に幅広い医療機関で対応			

（４）新興感染症の発生・まん延時の医療体制図



（５）関連図表

ふじのくに感染症管理センター所管・関連会議体　一覧図



ふじのくに感染症管理センターの機能（イメージ）

平　時

①司令塔機能
・常設の専門家会議の設置・運営
・感染症の流行に備えた体制整備

②感染症情報センター機能
・情報収集・調査・疫学解析
・情報発信・情報共有

③検査・相談機能
・有事に備えた検査・相談体制の検討・整備

④人材育成機能
・感染症の専門人材の育成
・研修・育成プログラムの充実

迅速な移行・体制強化

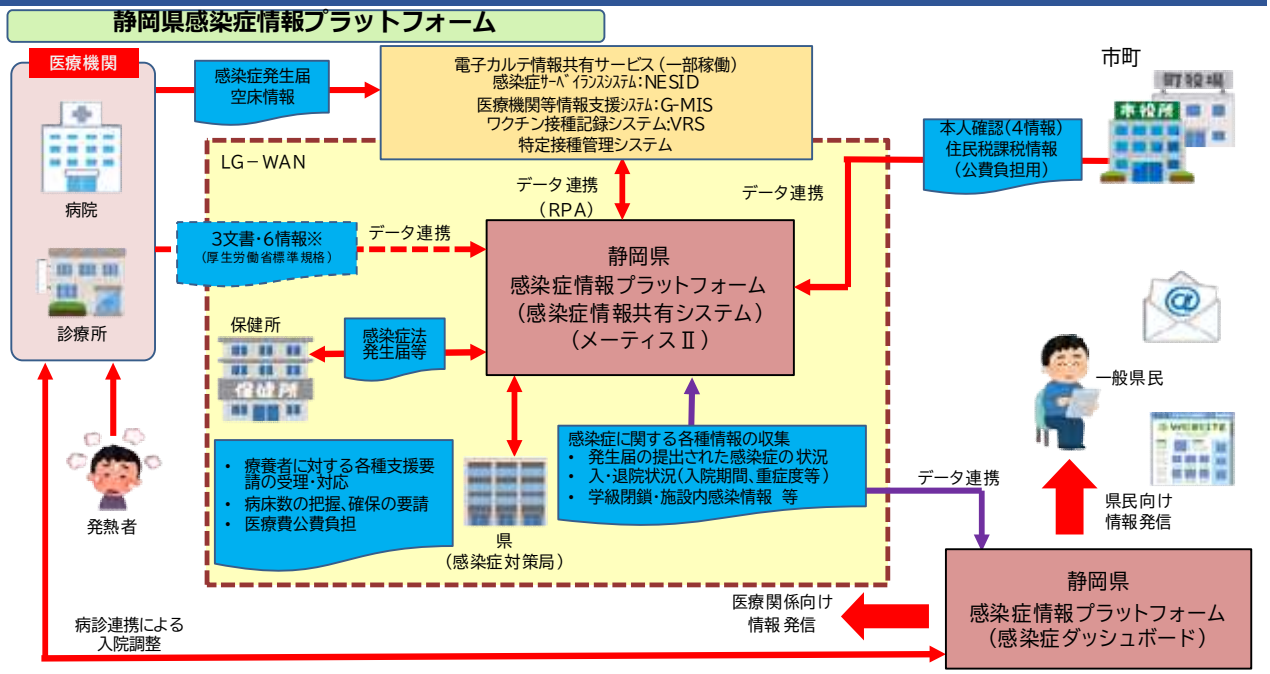
有　事

①司令塔機能
・感染症対策の総合調整
・医療提供体制の確保、入院調整
・市町との連携強化
・院内・施設内感染の拡大防止

②感染症情報センター機能
・情報収集・調査・疫学解析
・情報発信・情報共有の強化

③検査・相談機能
・速やかな検査・相談体制の整備

情報プラットフォームの構築（イメージ）



○指標による現状把握

連携協議会開催回数（部会含む）　（2023 年度実績）		
会議名	開催日	内容
静岡県感染症対策連携協議会	2023 年 7 月 25 日	静岡県感染症対策連携協議会・部会の設置 静岡県感染症予防計画改定の進め方　等
	2023 年 11 月 14 日	静岡県感染症予防計画素案概要(改定素案協議) 数値目標設定の考え方 静岡県保健医療計画の改定(新興感染症の発生・まん延時医療、その他の感染症)　等
	2024 年 2 月 27 日	静岡県感染症予防計画の改定（数値目標の設定等) 医療措置協定の締結等 静岡県保健医療計画の改定(新興感染症の発生・まん延時医療、その他の感染症)　等
静岡県感染症対策連携協議会 病院部会	2023 年 10 月 27 日	医療措置協定に関する意向調査の結果 予防計画における目標設定の考え方　等
	2024 年 2 月　7 日	新興感染症発生時の対応について 医療措置協定締結の進め方について　等
静岡県感染症対策連携協議会 診療所部会	2023 年 8 月 30 日	医療措置協定締結に向けた基本方針について 医療措置協定に関する意向調査について　等
	2024 年 1 月 25 日	新興感染症発生時の対応について 医療措置協定締結の進め方について　等

医療従事者・福祉施設職員への研修受講者数（2023 年度実績）	
対象職員	参加者数（内 Web 参加）
全職員	856 人　（473 人）
管理者	361 人　（261 人）
感染対策担当者	372 人　（248 人）
ケア実践者	711 人　（347 人）
合計	2,300 人（1,329 人）

新型コロナウイルス感染症の人口 10 万人あたり死亡者数（少ない順）			
都道府県名	累計死亡者数	人口(10 万人)	10 万人あたり死亡者数
新潟県	459 人	22	20.86 人
福井県	200 人	8	25.00 人
富山県	324 人	10	32.40 人
山形県	370 人	10	37.00 人
静岡県	1,407 人	36	39.08 人
（全国）	74,688 人	1,249	59.80 人）

※厚生労働省オープンデータ及び総務省統計局 2022 年 10 月 1 日都道府県別人口推計等を基に作成

※累計死亡者数は新型コロナウイルス感染症発生時から感染症法上の５類感染症移行（2023 年５月７日）時までの累計

４　へき地の医療

【対策のポイント】
- ○　へき地住民への医療提供体制の確保
- ○　へき地の診療を支援する機能の向上

（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、県、市町、医療機関等が協力して、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[1]が 6 市町 11 地区、無歯科医地区[1]が 7 市町 23 地区あります。

○2019 年度に実施した調査と比較すると、無医地区が減少し、準無医地区が増加しており、へき地の人口減少が理由に挙げられます。

○これらの地域では、公共交通機関による通院が困難となっています。加えて、高度専門医療機関がないため、重篤な救急患者の搬送に時間を要します。

（県内の医療施設従事医師数等の状況（へき地勤務医師等の状況））

○へき地の診療を担っている医師は高齢化が進んでおり、若い医師の専門医志向、病院勤務志向とあいまって、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、医師の確保と定着が課題です。

○へき地に勤務する医師には、総合診療・プライマリ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く、高齢化に伴い増加する疾患等が増えることが予想されます。

○へき地の医療機関では、医師だけでなく看護師等の医療従事者の確保が困難であり、少ないマンパワーで医療を維持・確保しています。

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

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[2]に定める、地域において設置されるへき地診療所が 13 診療所あり、地域の医療を支える役割を担うとともに、地域住民の医療を確保しています。

○へき地病院[3]や準へき地病院[4]、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、地域住民に対する医療の提供を行っています。

○へき地では無歯科医地区、準無歯科医地区が増加しています。

（イ）へき地医療拠点病院

○県が指定した９か所のへき地医療拠点病院[5]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６か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求められています。

（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ています。

○へき地医療支援機構は、へき地を有する市町や医療機関との連携を図りながら、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。

（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）医学修学研修資金の貸与

○県は、県内における医師の充足を図るため、県内外の医学生等に県内公的病院等での勤務を要件とする医学修学研修資金を貸与しています。被貸与者は県内の公的医療機関等のうち県が指定する医療機関に一定期間勤務する必要があり、対象の公的医療機関等にへき地医療拠点病院を含めています。

（カ）看護職員修学資金の貸与

○県は、県内への就業を促進し看護師等の充足を図るため、県内外の看護学生に看護職員修学資金を貸与しています。2022 年度以降の新規貸与者が過疎地域等の返還免除対象施設において勤

---

[2] 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おおむね半径４㎞の区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口 1,000 人以上であり、かつ、診療所の設置予定地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）

[3] 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。）。

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

[5] へき地医療拠点病院：無医地区を対象とした巡回診療、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）

務する場合、返還債務の免除に係る勤務期間を短縮する制度を設けています。

（キ）行政によるへき地医療支援の取組

○へき地を有する市町では、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、へき地診療所等の整備・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。

○へき地を有する市町では、地域住民の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市町によるへき地診療所等の支援及び施設設備整備に対する補助を行っています。

○県は、無医地区や準無医地区に該当しない地域であっても、無医地区等と同様に支援体制が必要な地域を、へき地医療支援の対象としています。

（ク）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。

（コ）へき地におけるオンライン診療

○オンライン診療は、公共交通手段の減少や災害時など、通院が困難な住民の対面診療を補完する手段として期待されます。

○国は、へき地医療拠点病院の指定要件のうち、巡回診療及び代診医派遣をオンライン診療により実施した場合も実績に含めることができるとしています。2023 年度に県が実施したオンライン診療実施状況調査では、へき地医療拠点病院のうち、３医療機関でオンライン診療を実施していると回答がありました。

○県は、へき地における医療従事者及び地域住民双方の負担軽減を図るため、2021 年度から 2023 年度にオンライン健康医療相談のモデル事業を西伊豆町で実施しました。

○市町においては、浜松市が中山間の各地域に地域支援看護師を配置し、オンライン診療の補助を行い、巡回による対面診療の一部を補完するオンライン診療を実施しています。

（２）対策

ア　数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
医療提供支援策が実施されている無医地区の割合	100% （2022 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う。	無医地区等調査（厚生労働省）
次のいずれかを実施したへき地医療拠点病院の割合 ・巡回診療 年間実績 12 回以上 ・医師派遣 年間実績 12 回以上 ・代診医派遣 年間実績1回以上	100% （2022 年度）	100% （毎年度）	国の指針に基づき、1へき地医療拠点病院当たり月1回以上あるいは年 12 回以上実施することを目標とする。	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

○地域医療への貢献を志す自治医科大学卒業医師及び医学修学研修資金貸与者の配置と、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。

○遠隔医療を実施している医療機関の現状や市町の介入状況を市町等に共有するとともに、オンライン診療を行う医療機関の情報通信機器の整備を支援します。

○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、人材確保を含め、地域のニーズに即した歯科医療提供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、へき地医療の広域的な支援体制の充実を図ります。

○無医地区の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。

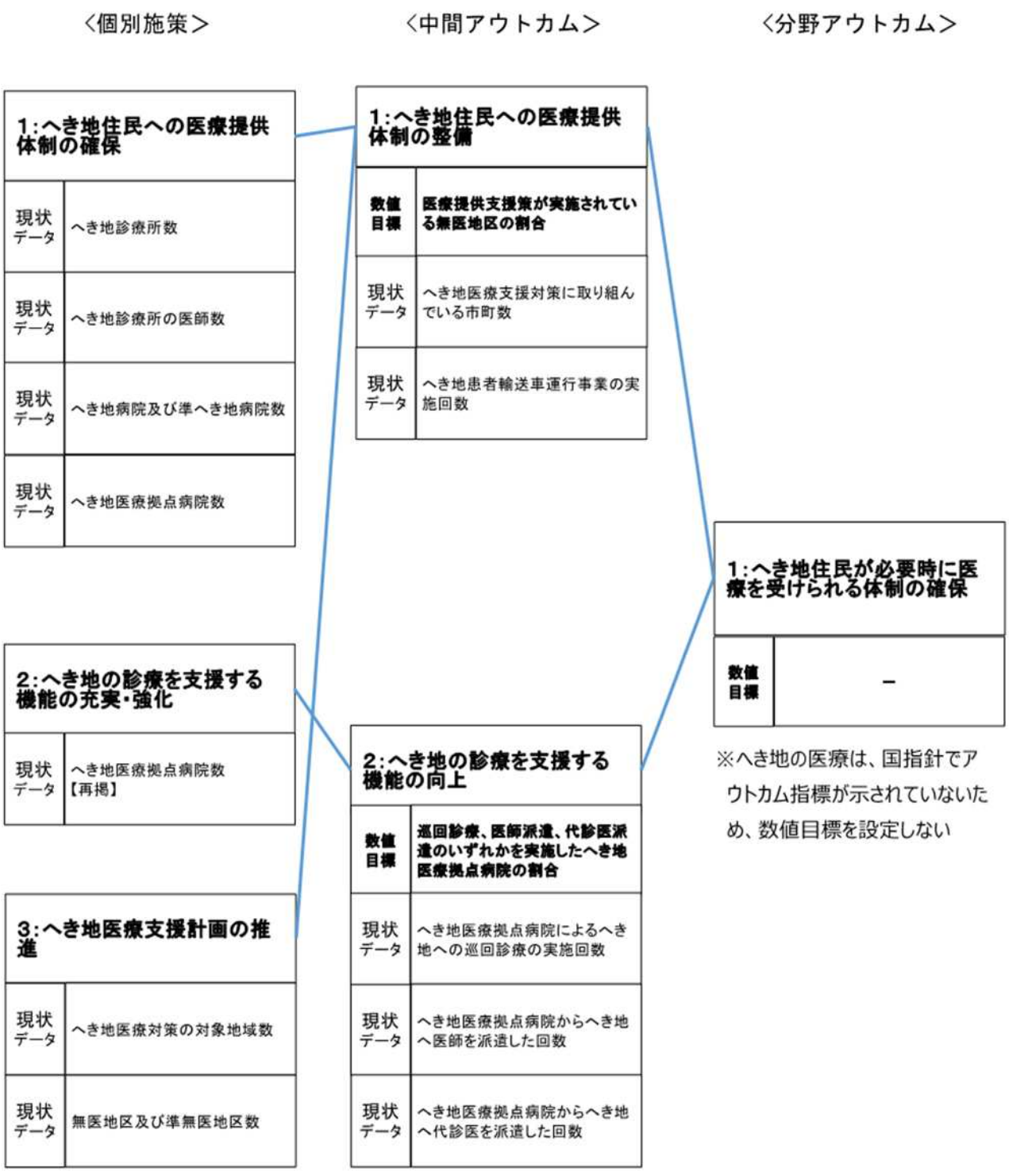
○重篤な救急患者を高度専門医療機関へ迅速に搬送するため、搬送事案の事後検証により救急隊員等の資質向上を図るなど、119 番通報から救急現場での診療着手までの時間のより一層の短縮を図ります。また、ドクターヘリの安全かつ安定的な運航を支援します。

（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と連携し、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。

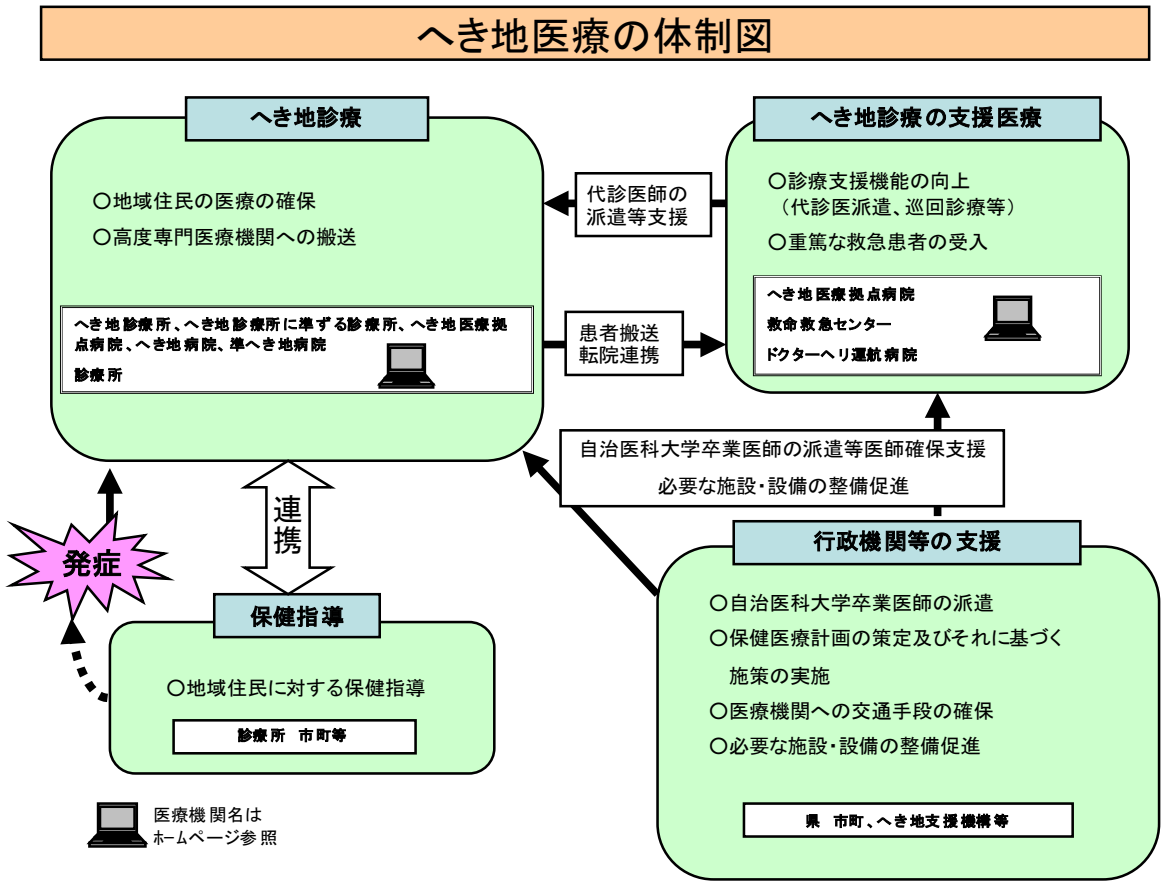
○「へき地の医療」のロジックモデル



（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 ・保健所及び最寄り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 ・巡回診療の実施	**【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 ・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

〇指標による現状把握

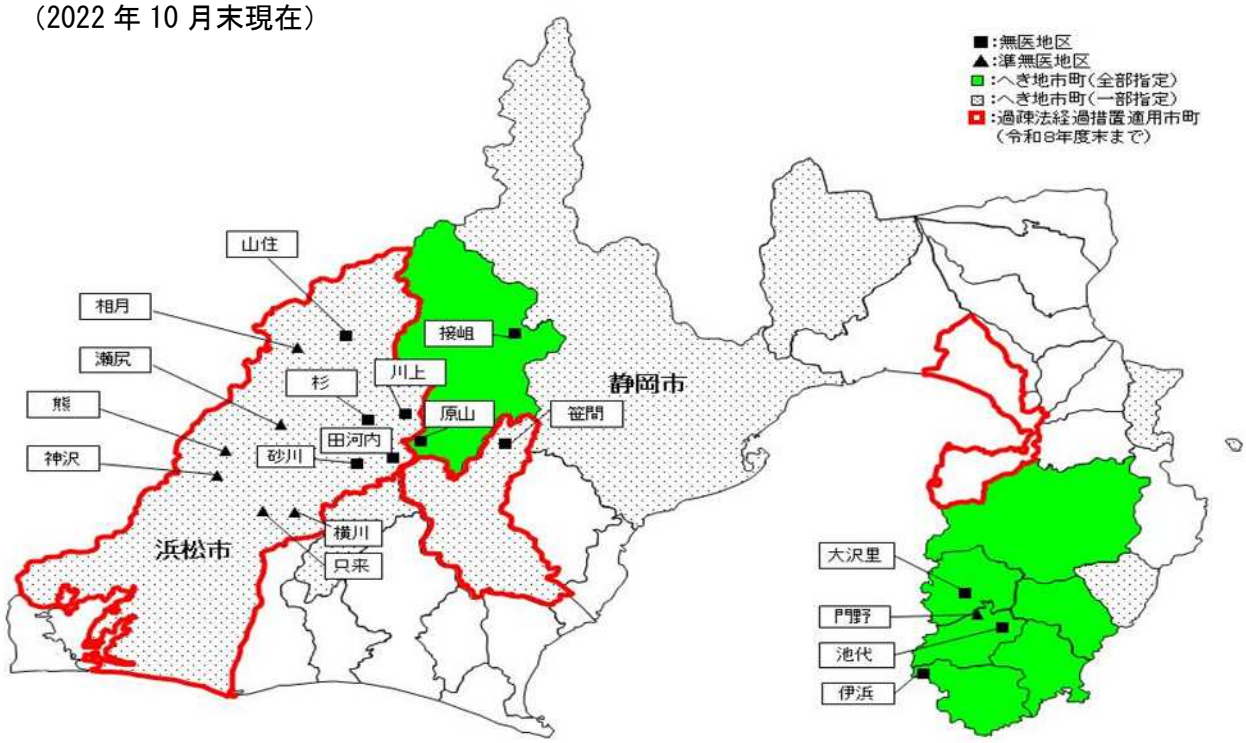
指標		実績		出典
指標の項目	時点・期間	静岡県	全国	
へき地診療所数	2022.4.1	12	23.8	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地診療所の医師数	2022.4.1	10.6	18.2	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院数	2022.4.1	8	7.3	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院によるへき地への巡回診療の実施回数	2021.4.1 ～ 2022.1.1	48	96.6	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院からへき地へ医師を派遣した回数	2021.4.1 ～ 2022.1.1	110	298	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	2021.4.1 ～ 2022.1.1	33	77	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
巡回診療、健康診断等が実施されている無医地区数	2021.4.1 ～ 2022.3.31	11	11.6	厚生労働省「無医地区等調査」

※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＞

（2022 年 10 月末現在）



○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、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町、伊豆市、川根本町	
	経過措置適用（2026 年度末まで）	沼津市（旧戸田村）、島田市（旧川根町） 浜松市（旧春野町、旧龍山村、旧佐久間町、旧水窪町）	
（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（2022 年調査）

圏域	市町名	旧市町村名	地区名	地区数
賀茂	南伊豆町		伊浜	1
	松崎町		池代、門野＊	2
	西伊豆町		大沢里	1
志太榛原	島田市	川根町	笹間	1
	川根本町	中川根町	原山	1
		本川根町	接岨	1
西部	浜松市	天竜市	只来＊、横川＊、熊＊、神沢＊	4
		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	6 市町		18 地区	

＊無医地区に準じる地区　　2022 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（2022 年調査）

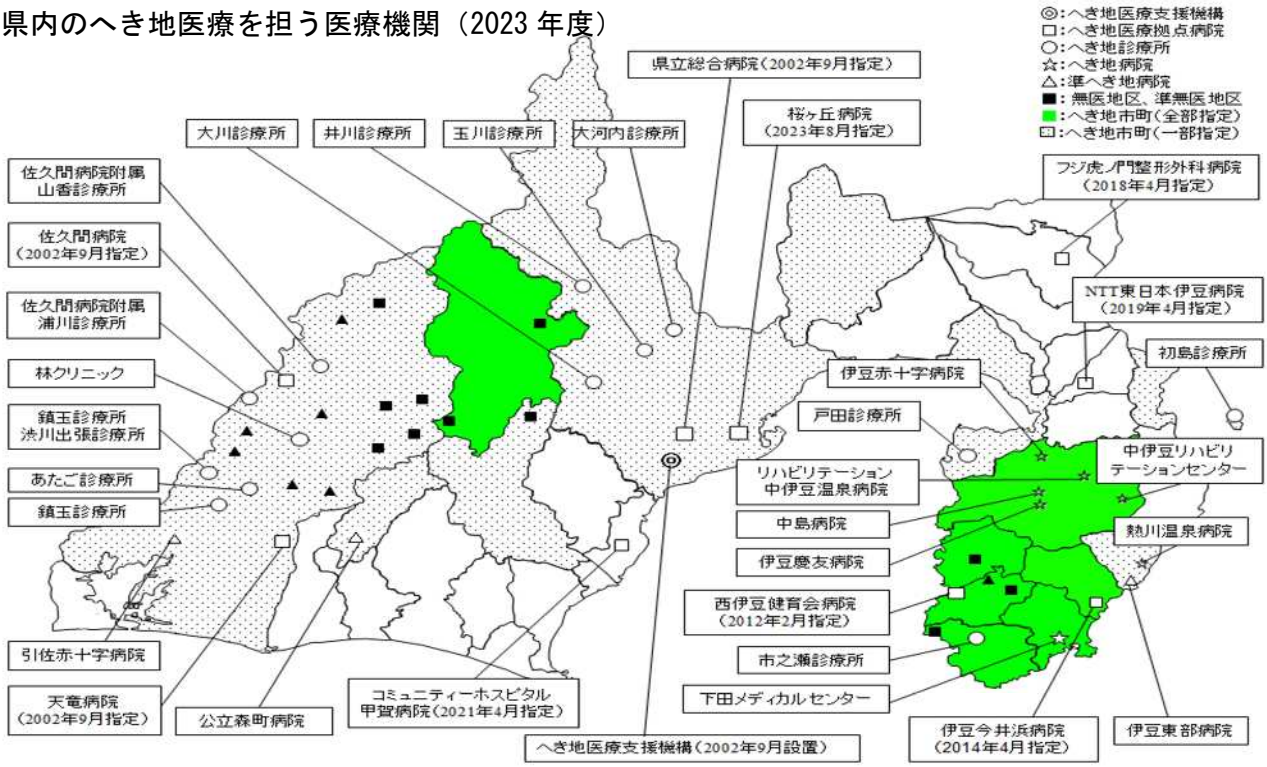
圏域	市町名	旧市町村名	地区名	地区数
賀茂	南伊豆町		天神原、伊浜	2
	松崎町		池代、門野＊	2
	西伊豆町		大沢里	1
静岡	静岡市		梅ヶ島、長熊、落合、大河内	4
志太榛原	島田市	川根町	笹間	1
	川根本町	中川根町	原山	1
		本川根町	接岨	1
西部	浜松市	天竜市	東藤平・阿寺、懐山、只来＊、横川＊、熊＊、神沢＊、大栗安＊、西藤平・芦窪・長沢＊、石神＊、上野＊	10
		龍山村	下平山、瀬尻＊	2
		春野町	田河内、砂川、杉、川上、筏戸大上＊	5
		佐久間町	大井、浦川＊、相月＊	3
		水窪町	山住	1
		引佐町	川名、渋川、久留女木	3
計	7 市町		36 地区	

＊無歯科医地区に準じる地区　　2022 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	2022 年
無医地区	17	13	16	11	12	15	11
準無医地区	0	2	2	7	5	0	7
計	17	15	18	18	17	15	18
無歯科医地区	15	10	19	16	16	20	23
準無歯科医地区	0	2	2	5	5	10	13
計	15	12	21	21	21	30	36

○県内のへき地医療を担う医療機関（2023 年度）



○２次保健医療圏別へき地診療所等の医療機関数（2023 年度）

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	5		2	1
富士						
静岡	4	2			3	
志太榛原		1			1	
中東遠				1	2	1
西部	6	2		1	3	
全県	13	9	7	3	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
伊豆今井浜病院	巡回診療、症例検討会の実施
西伊豆健育会病院	巡回診療
ＮＴＴ東日本伊豆病院	医師派遣
フジ虎ノ門整形外科病院	医師派遣
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
桜ヶ丘病院	巡回診療
コミュニティーホスピタル甲賀病院	巡回診療
天竜病院	代診医派遣
佐久間病院	巡回診療、代診医派遣、症例検討会の実施

○へき地医療拠点病院による医師派遣及び代診医派遣実績の推移　　（単位：回）

年度	2017	2018	2019	2020	2021	2022	備考
ＮＴＴ東日本伊豆病院	－	－	48	46	46	45	初島診療所へ派遣
フジ虎ノ門整形外科病院	－	55	59	60	63	55	戸田診療所へ派遣
静岡県立総合病院	26	43	36	26	23	22	へき地公設公営診療所等（６箇所）へ派遣
桜ヶ丘病院	－	－	－	－	－	－	井川診療所へ派遣
天竜病院	5	5	4	2	0	2	あたご診療所、林クリニックへ派遣
佐久間病院	7	11	9	2	0	0	佐久間病院附属浦川診療所へ派遣

○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	2017	2018	2019	2020	2021	2022	備考
伊豆今井浜病院	24	12	12	12	12	12	南伊豆町伊浜地区 天神浜地区は 2017 まで
西伊豆健育会病院	12	12	12	12	12	12	西伊豆町大沢里地区
コミュニティーホスピタル甲賀病院	－	12	12	12	12	12	南伊豆町伊浜地区、天神浜地区
佐久間病院	13	13	13	13	13	13	浜松市(旧佐久間町)吉沢地区、上平山地区

○へき地患者輸送車運行事業の状況（2022 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	飯島医院、みなとクリニック、白津医院
	三坂地区（差田）	週１回	
川根本町	坂京地区（坂京）	隔週１回	本川根診療所、いやしの里診療所
森町	三倉地区（大河内）	週２回	公立森町病院
	三倉地区（乙丸）	週２回	
浜松市	塩沢地区（塩沢）	月２回	亀井内科、鈴木診療院

○へき地を有する市町のへき地医療支援の取組状況

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

５　周産期医療

【対策のポイント】
- ○　妊婦健康診査による安全、安心なお産の確保
- ○　妊娠、出産に係るリスクに対応する周産期医療体制の確保
- ○　出産後の産褥婦と新生児の状態に応じた医療やケアの提供

（１）現状と課題

ア　周産期の医療

○妊娠 22 週から出生後７日未満までの「周産期」は、合併症妊娠や分娩時の新生児仮死など、母体・胎児や新生児の生命に関わる事態が発生する可能性が高い時期です。

○周産期を含めた前後の期間における周産期医療は、突発的な緊急事態に備えて産科、小児科双方からの一貫した総合的な体制が必要です。

○安全・安心なお産のためには、定期的な健診を受けるなど、妊婦の健康管理が適切に行われることが重要です。また、妊産婦に対する健康管理の推進や診療の質の向上のためには、産科及び産婦人科以外の診療科との連携も必要です。

○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、2022 年は２万 575 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、2022 年には 1.33 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 2022 年は 66 人まで減少しています。

○本県の周産期死亡率は、2020 年から 2022 年の３年平均で出産千人当たり 3.6 と、全国平均の 3.3 を上回っています。妊娠 22 週以後の死産率は出産千人当たり 2.8 であり、全国平均 2.6 を上回っています。早期新生児死亡率は出生千人当たり 0.8 であり、こちらも全国平均 0.6 を上回っています。

○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、2022 年には 27.9%（5,744 人）と比率としては約 2.6 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、2020 年から 2022 年までの３年間の平均で 0.7 人となっています。また、妊産婦死亡率の３年間の平均は出生 10 万人当たり 3.0 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ハイリスク分娩まで、あらゆる母体、胎児、新生児に対応しています。

○医師の時間外労働時間の短縮、勤務間インターバルの確保、宿日直回数の制限に対応した体制の構築が必要です。

（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、2023 年 12 月末時点では、1995 年の 141 施設と比べて 52 施設減の 89 施設（病院 23 施設、診療所 35 施設、助産所 31 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 39 件、診療所においては平均 28 件前後で推移しています。

○今後も継続的に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、ハイリスク分娩を取り扱う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に集中する負担を軽減するため、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等との連携や役割分担が求められています。

○医師の時間外労働上限規制等に対応しながら、周産期医療体制を維持するため、医療資源の効率的な活用がより重要になります。

○高度な周産期医療の提供や分娩取扱が可能な施設までのアクセスが容易ではない地域が、医療機関の重点化等により拡大することが懸念されます。

○分娩取扱施設には、産科区域の特定等、母子の心身の安定・安全の確保を図る施設の運営や整備が求められます。

（イ）周産期医療従事者

○本県の産科・産婦人科の医師は、2020 年時点で 303 人となっています。303 人のうち、分娩を取り扱っている医師は、229 人です。

○県における新生児医療を担う常勤医師は 2023 年４月時点で 163 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 23 病院における常勤麻酔科医は 129 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 16 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 534 人、分娩取扱診療所に勤務する常勤助産師は 161 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。

○2011 年度に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研修を受けた医師が、県内各地域の病院で常勤又は非常勤医師としてを診療業務を担っています。また、同講座では、2022 年度末までに周産期医療に携わる専門医が計 20 名養成され、県内で周産期医療に携わっています。

○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[1]の診療報酬加算病床は 12 施設に、114 床あり、2022 年度末のＮＩＣＵ病床利用率は 74.6％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 52.9 床であり、国が定める基準（出生１万人対 25 床から 30 床）を超えています。ただし、地域別の病床整備率では、中部地域は 56.9 床、西部地域は 60.7 床であるのに対し、東部地域は 34.0 床であり、地域差があります。

○2023 年４月時点で、県内ＮＩＣＵにおける入院期間が半年以上に達した入院児は 12 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。

○2023 年４月現在、ＭＦＩＣＵ[2]の診療報酬加算病床は３施設に、27 床あり、2022 年度末のＭＦＩＣＵ病床利用率は 68.2％となっています。

（エ）産科救急搬送受入体制

○母体及び新生児搬送は、基本的には東部、中部、西部の各地域内で行われており、東部地域では順天堂大学医学部附属静岡病院が、中部地域では県立こども病院が、西部地域では聖隷浜松病院が、１次・２次周産期医療機関からの受入要請に対する受入先の調整などのコーディネート機能を担っています。

○東部地域では、ハイリスク患者に対応できる病院が限られており、緊急時には、主に、順天堂大学医学部附属静岡病院が受入れを行っています。また、東部地域のうち、富士医療圏では、２次周産期医療機関では対応できないハイリスク患者を主に県立こども病院に搬送しています。

○搬送受入は、概ね地域内で行うことができていますが、地域内の病床が満床等の理由で地域を越えた搬送を行うケースもあります。

---

[1] ＮＩＣＵ（Neonatal Intensive Care Unit）：新生児集中治療室－心疾患や救急搬送された重症な小児の患者等の治療を行う未熟児・新生児専用の集中治療室

[2] ＭＦＩＣＵ（Maternal Fetal Intensive Care Unit）：母体胎児集中治療室－切迫流産の可能性がある妊婦や他の疾患等による妊娠出産に係るリスクが高い妊婦のための集中治療室

○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や精神科と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。また、妊婦の精神合併症に対応可能な機能を有する施設は、20施設のうち８施設です。

○周産期には、母体、胎児及び新生児の状態が急激に変化する可能性があり、産科救急患者を受け入れる医療機関には、24時間対応が可能な人員体制が求められますが、令和６年４月に施行される時間外労働規制、勤務間インターバル、宿日直回数制限など医師の働き方改革への対応により、産科救急患者の受入を担う２次周産期医療機関、３次周産期医療機関においても、24時間体制の維持が困難になることが懸念されます。

（地域別）

◇東部地域（２次保健医療圏：賀茂、熱海伊東、駿東田方、富士）

・地域周産期母子医療センター及び産科救急受入医療機関が少なく、ハイリスク患者が総合周産期母子医療センターである順天堂大学医学部附属静岡病院に集中しています。

・賀茂医療圏では、分娩取扱施設が２施設（診療所、助産所各１施設）のみとなっており、熱海伊東医療圏では、分娩取扱施設が３施設（病院１施設、診療所２施設）となっています。

・駿東田方医療圏は、分娩を取り扱う診療所が多く、他の東部地域の医療圏に比べ診療所における分娩比率が高くなっています。

・富士医療圏では、２次周産期医療機関では対応できないハイリスク患者については、主に県立こども病院へ搬送しています。

◇中部地域（２次保健医療圏：静岡、志太榛原）

・志太榛原医療圏では、帝王切開時に他の診療所の医師が応援に行くなど、診療所間のネットワークが形成されているとともに、病院の新生児科医師が帝王切開に立ち会うなど病院と診療所の連携が形成されています。

・重篤な症状の妊産婦に対応するため、救命救急センターを整備している県立総合病院と県立こども病院との母体救急における連携を強化しています。

◇西部地域（２次保健医療圏：中東遠、西部）

・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。

・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や県立こども病院から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。

・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）災害時及び新興感染症の発生・まん延時における周産期医療

○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、2023 年９月末時点で 33 人に委嘱していますが、より多くの配置が必要です。

○新興感染症の発生・まん延時においても、地域で周産期医療を確保するため、平時から対策を検討する必要があります。

（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、緊急時には母体と胎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り、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等、社会的ハイリスク妊産婦（特定妊婦等の妊娠中から家庭環境におけるハイリスク要因を有する妊産婦）に対応することが重要です。

○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[3]を退院した医療的ケア児等の生活の場における療養・療育への円滑な移行支援や児の家族等の負担軽減のための在宅支援サービスの充実が必要です。

（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。

[3] ＧＣＵ（Growing Care Unit）：NICU の後方病床で、NICU への入院が必要な状態を脱したが、小児科の一般病床における管理は難しい小児患者のための回復期治療室

（２）対策

ア　数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
周産期死亡率 （出産千人当たり）	3.2 (2022 年)	3.0 未満 (2029 年)	過去最高の水準（2018 年）で設定	厚生労働省 「人口動態統計」
妊産婦死亡数	0.7 人 (2020~2022 年平均)	０人 （毎年）	過去最高の水準（2021 年）で設定	厚生労働省 「人口動態統計」

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持続可能な医療体制を各地域で検討します。

○産科救急患者の受入を担い、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を軽減する機能を有する産科救急受入医療機関を支援します。

○周産期医療と母子保健を地域全体で支えられるよう、総合周産期医療、地域周産期医療、正常分娩の各医療機能を担う医療機関と、分娩を取り扱わないが妊婦健診や産前・産褥管理・産後ケアを実施する医療機能を担う医療機関の役割分担を検討します。

○医療勤務環境改善支援センター事業により医療機関の宿日直許可の取得を支援します。

○高度な周産期医療の提供や分娩取扱が可能な施設までのアクセスが容易ではない地域等における妊産婦のアクセス確保に向けた対策を実施します。

○新たに分娩を取り扱う施設や母子の心身の安定・安全の確保を図るための分娩取扱施設における施設や設備の整備を支援する助成を行います。

（イ）周産期医療従事者

○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ける周産期医療に携わる人材の養成を引

き続き支援し、県内の周産期医療体制を支える人材の確保を図ります。

（ウ）周産期医療関連病床

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

（エ）産科救急搬送受入体制

○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下り搬送を行うなど、３次・２次周産期医療機関において、緊急患者の受入れができるような体制を確保します。

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

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

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

○地域における協議を通じて、周産期医療機関の機能分担や連携等よる持続可能な周産期医療体制の実現を目指します。

○県立こども病院を中心に、新生児の専門医が、オンラインで診療支援を行う体制を整備することで（小児救急リモート相談支援事業）、地域の医師の負担軽減を図るとともに、新生児に対する医療提供体制を確保します。

（地域別）

◇東部地域

・３次周産期医療機関及び２次周産期医療機関が担うハイリスク患者の受入体制と正常分娩に対応する分娩取扱施設の継続的な確保に努めます。

◇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、産科救急患者の 24 時間受入が継続的に維持されるよう、持続可能な周産期医療体制の実現を目指します。

（オ）災害時及び新興感染症の発生・まん延時における周産期医療

○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訓練を実施するとともに、定期的に会議を開催し、災害時小児周産期リエゾン等の関係者との連携体制強化を推進します。

○今後も災害時小児周産期リエゾンの養成と技能維持に取り組みます。

○新型コロナウイルス感染症まん延時の知見を生かし、災害時小児周産期リエゾンや消防機関等と連携するなど、新興感染症の発生・まん延時の体制を検討します。

（カ）妊産婦及び新生児のケア

（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ます。

○妊婦健診や母子手帳交付時の面談等で把握した家庭環境に係る支援が必要な社会的ハイリスク妊産婦等、支援を必要とする母子について、こども家庭センター[4]において、社会的ハイリスク妊産婦を把握し、安心して出産や育児ができるよう、保健師等の専門職が、妊娠期から出産・子育てまで一貫して面接、相談、訪問を行い、情報発信や助言、必要な支援につなぐ取り組みを実施します。

○各地域の妊産婦及び母子支援ネットワーク会議等における医療、保健、福祉の関係機関との情報交換を通じ、支援に関する認識を共有します。

○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市町による啓発等を促します。

（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。

○医療的ケア児等支援センターにおいて、医療・福祉・保健・教育等の関係機関と連携し、医療的ケア等に関する様々な相談に対応するとともに、人材の開拓・養成、関係機関との連携体制の構築などを総合的に実施します。

○重症心身障害児等が地域の診療所を受診しやすい環境を整えるため、重症心身障害児等の診療が可能な診療所に関する情報を県ホームページで公開します。

○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。

（産後うつ）

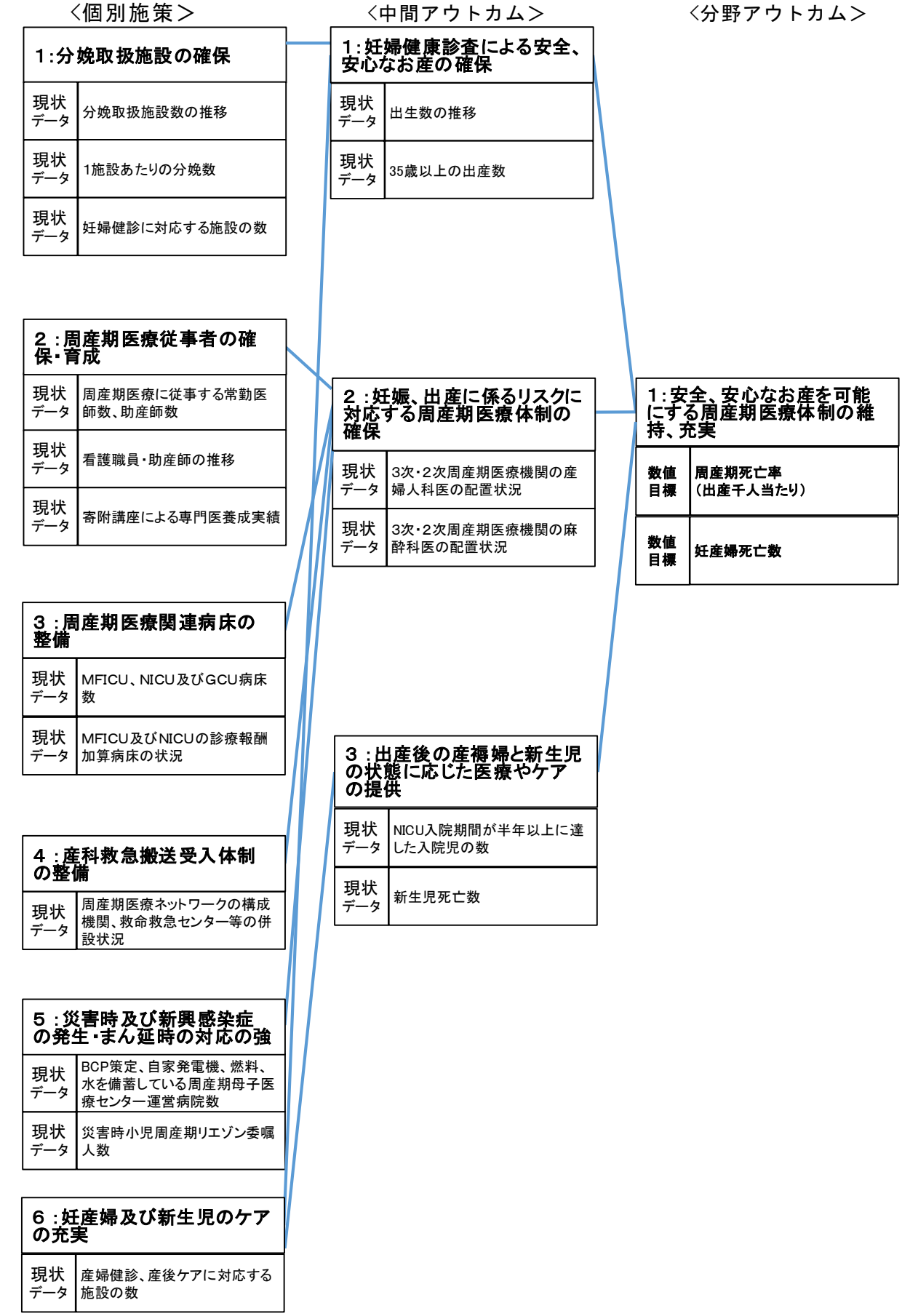
○産後うつの早期発見・支援のため、産婦健診等で把握した支援の必要な母子に対する支援が適切に行なわれるよう、産科や精神科などの医療と保健の連携体制を構築します。

○医療と保健の連携において、妊産婦訪問事業や養育支援訪問事業等の活用を図ります。

○母子保健関係職員等研修事業、母子保健関係職員等支援事業により母子の支援を担当する従事者の技術向上を図ります。

[4] こども家庭センター：市町の子ども家庭総合支援拠点と子育て世代包括支援センターを見直し、2024年４月設置を努力義務化

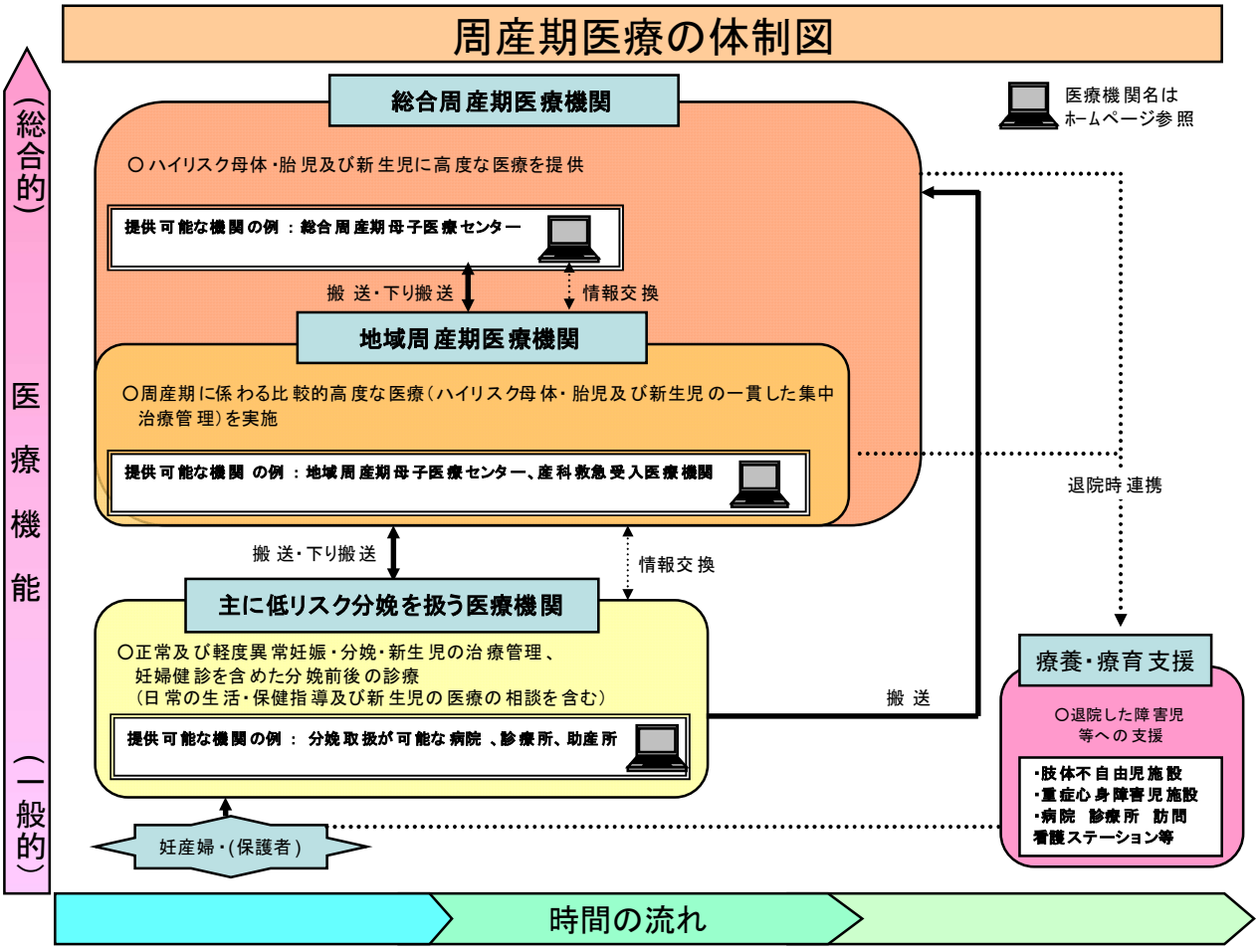
○「周産期医療」のロジックモデル



（３）「周産期」の医療体制に求められる医療機能

	正常分娩 （「主に低リスク分娩を扱う医療機関」が担う機能）	地域周産期医療 （「地域周産期医療機関」が担う機能）	総合周産期医療 （「総合周産期医療機関」が担う機能）	療養・療育支援
ポイント	○正常及び軽度異常妊娠、分娩、新生児の治療管理（日常の生活、保健指導及び新生児の医療の相談を含む。） ○**1次周産期医療機関**に相当する機能	○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 ○**2次周産期医療機関**に相当する機能	○ハイリスク母体、胎児及び新生児に高度な医療を提供 ○**3次周産期医療機関**に相当する機能	○退院した障害児や家族等への支援
機能の説明	・産科に必要とされる検査、診断、治療を実施（助産所を除く。） ・正常分娩を実施 ・妊婦健診を含む分娩前後の診療 ・他の医療機関との連携により、合併症や、リスクの低い帝王切開術、その他の手術に適切に対応 ・妊産婦のメンタルヘルスへの対応	**【地域周産期母子医療センター】** ・ハイリスク母体・胎児及び新生児の常時受入れ、母体・胎児及び新生児の比較的高度な医療の実施 **【産科救急受入医療機関】** ・ハイリスク母体・胎児を常時受入れ、母体・胎児の集中管理	**【総合周産期母子医療センター】** ・高度な医療施設とスタッフを備え、常時、ハイリスク母体・胎児及び新生児の搬送受入れ体制を有し、あらゆる異常妊娠・分娩及び新生児に対する一貫した治療の実施	・周産期医療施設と連携し、人工呼吸器の管理が必要な児や、気管切開等のある児の受入れ ・救急対応可能な病院等との連携 ・地域又は総合周産期母子医療センター等の周産期医療施設と連携し、療養・療育が必要な児の診療情報や治療計画等を共有 ・家族に対する精神的なサポート等の支援の実施

（４）「周産期」の医療体制図



（５）関連図表

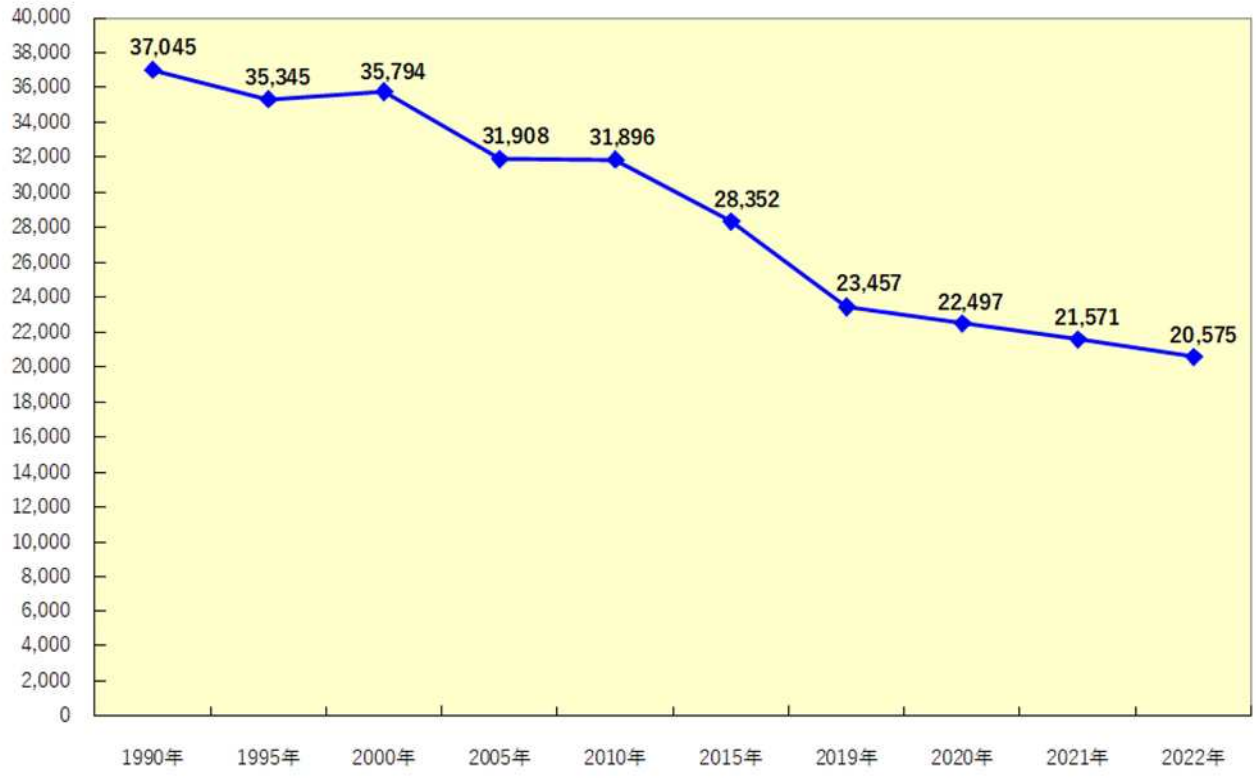
○指標による現状把握

指　　標	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2019年	2020年	2021年	2022年	2020～2022平均
出　生　数	37,045	35,345	35,794	31,908	31,896	28,352	23,457	22,497	21,571	20,575	21,548
合計特殊出生率	1.60	1.48	1.47	1.39	1.54	1.54	1.44	1.39	1.36	1.33	1.36
周産期死亡率（出生千対）	10.3	7.8	5.6	5.0	4.2	3.7	3.7	3.5	4.0	3.2	3.6
全国平均	11.1	7.0	5.8	4.8	4.2	3.7	3.4	3.2	3.4	3.3	3.3
全国順位	11	37	22	28	24	25	30	27	40	21	－
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	2.8	2.8	3.1	2.5	2.8
全国平均	9.2	5.5	4.5	3.8	3.4	3.0	2.7	2.5	2.7	2.7	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	0.9	0.7	0.8	0.7	0.8
全国平均	1.9	1.5	1.3	1.0	0.8	0.7	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6
新生児死亡率（出生千対）	2.3	2.1	1.5	1.8	1.1	0.9	1.4	1.0	1.3	0.9	1.1
全国平均	2.6	2.2	1.8	1.4	1.1	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8
全国順位	11	20	11	24	28	28	43	27	44	35	－
35歳以上の出産数	2,814	3,101	3,907	4,726	7,057	7,278	6,356	6,076	6,034	5,744	5,951
出生千対	76.0	87.7	109.2	148.1	221.3	256.7	271.0	270.1	279.7	279.2	276.2
妊産婦死亡数	4	2	3	1	0	3	1	0	0	2	0.7
出生10万対	10.4	5.5	8.1	3.1	0.0	10.4	4.2	0.0	0.0	9.5	3.0
出生10万対（全国）	8.2	6.9	6.3	5.7	4.1	3.8	3.3	2.7	2.5	4.2	3.1

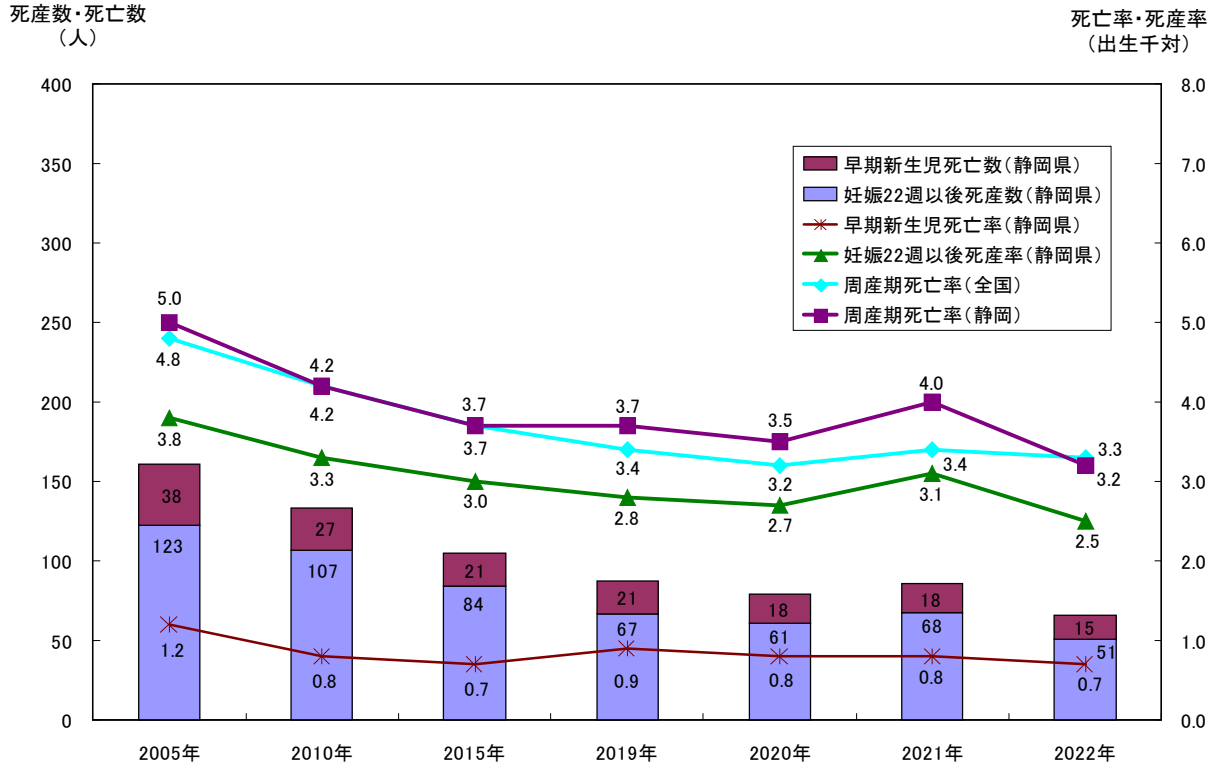
（出典）厚生労働省人口動態調査、静岡県の人口動態統計の概況
＊新生児死亡率及び2020～2022年の３年平均は人口動態調査から計算
＊全国順位は死亡率の低い方からの順位

（出生数の推移）

（単位：人）

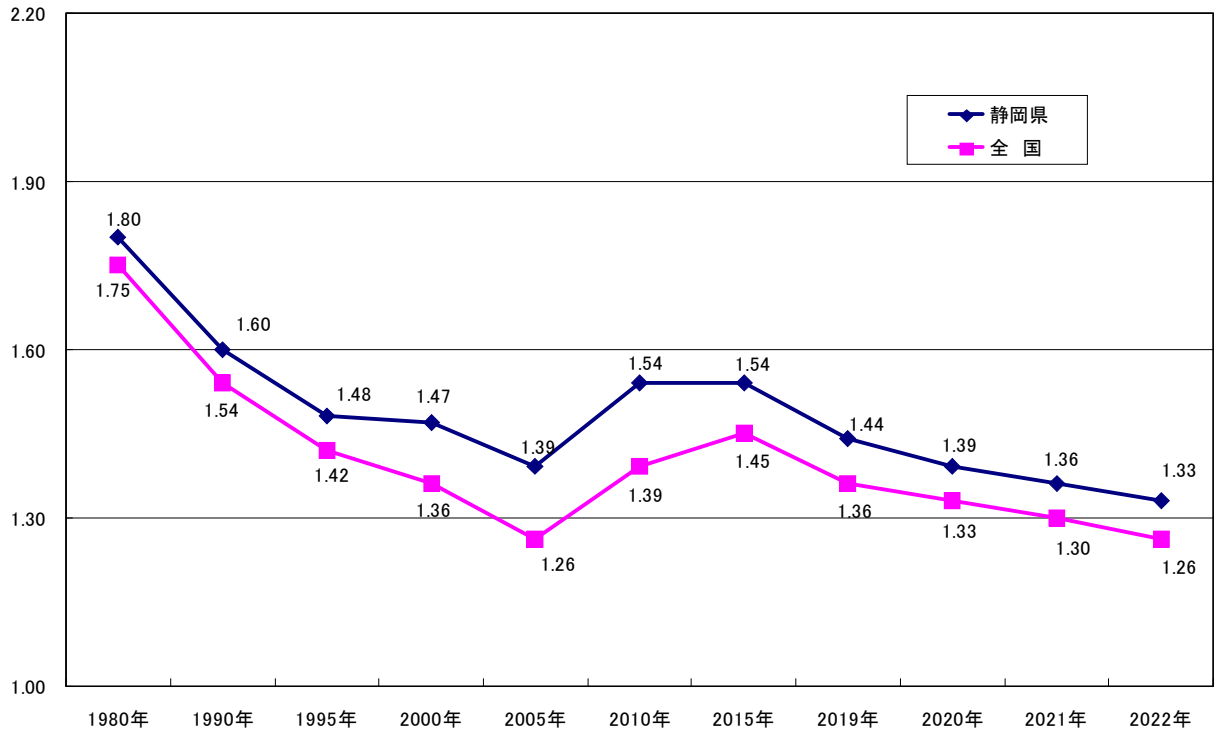


（周産期死亡率）



（合計特殊出生率）

（単位：人）



○分娩取扱施設数

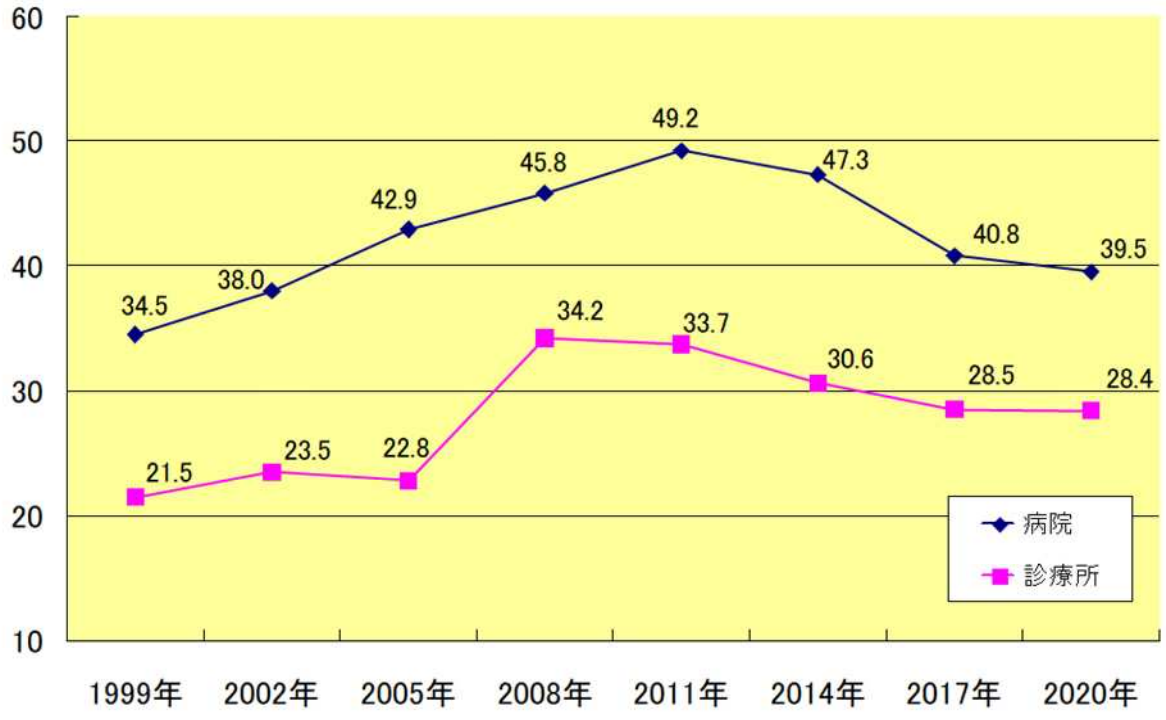
（２次保健医療圏別の分娩取扱施設数：2023 年 12 月現在）

		病　院	診療所	助産所	計
東　部		6	14	7	27
	賀　　茂	0	1	1	2
	熱海伊東	1	2	0	3
	駿東田方	3	8	2	13
	富　　士	2	3	4	9
中　部		8	11	14	33
	静　　岡	6	6	13	25
	志太榛原	2	5	1	8
西　部		9	10	10	29
	中 東 遠	3	5	7	15
	西　　部	6	5	3	14
計		23	35	31	89

（分娩取扱施設数の推移）（各年度３月末現在）

区　　分	1995 年度	2015 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度
病　　院	39	28	25	25	24	23	23
診 療 所	85	46	44	42	39	38	37
助 産 所	17	25	27	27	28	28	32
計	141	99	96	94	91	89	92

（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）（2023 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		30	22	52	10	24	18	101	40
	賀茂	0	1	1	0	0	0	0	0
	熱海伊東	3	3	6	0	1	2	2	4
	駿東田方	19	14	33	10	12	13	66	20
	富士	8	4	12	0	11	3	33	16
中部		56	15	71	12	40	41	161	51
	静岡	43	10	53	12	22	38	117	30
	志太榛原	13	5	18	0	18	3	44	21
西部		64	17	81	21	56	70	272	70
	中東遠	14	8	22	1	17	13	52	33
	西部	50	9	59	20	39	57	220	37
計		150	54	204	43	120	129	534	161

※ただし、診療所に関するデータは2022年９月現在

（本県の医師総数及び産科・産婦人科医師数）



（出典：厚生労働省　医師・歯科医師・薬剤師統計）

（本県の看護職員・助産師の推移）

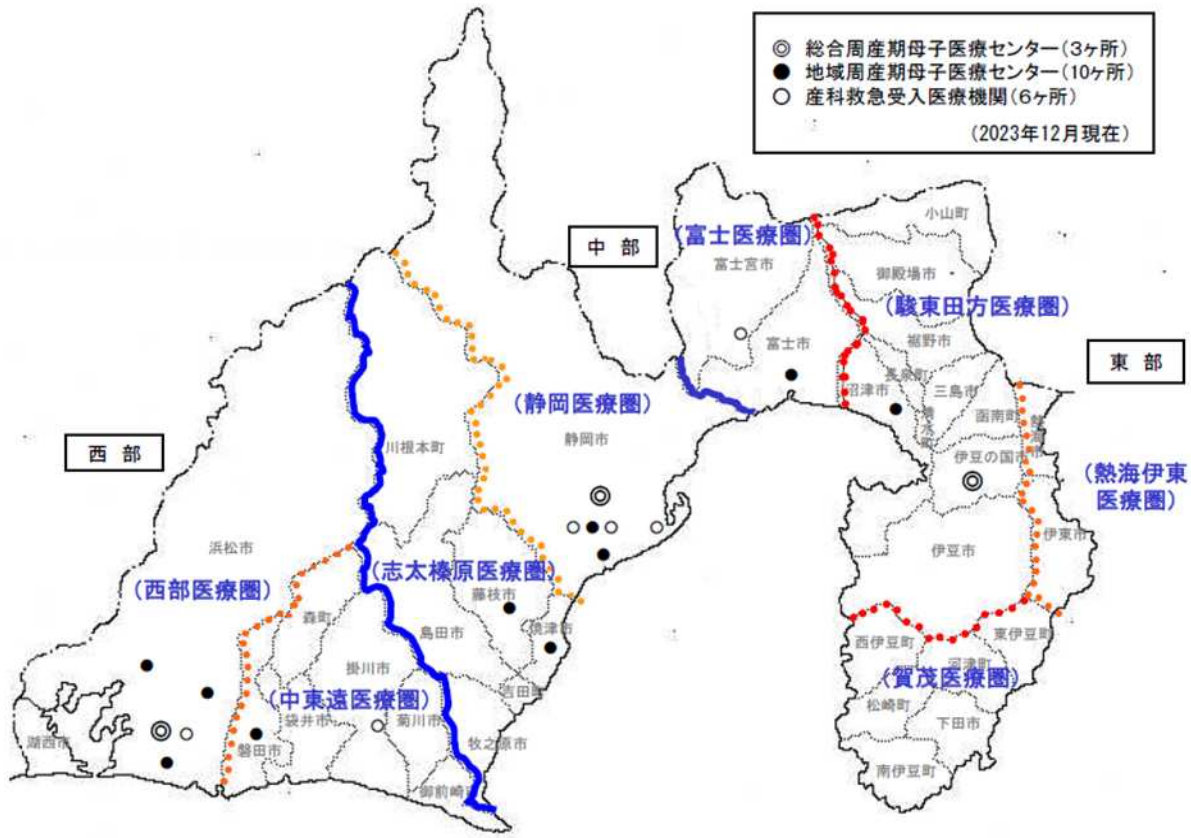
（単位：人）

	2014 年	2016 年	2018 年	2020 年	2022 年	2022年/2020年
看護職員	38,643	40,100	42,007	43,216	44,510	103.0%
うち助産師	952	952	998	976	1,085	111.2%

（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：2023 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	70	6	10	3
主たる機能	正常及び軽度異常の妊娠・分娩・新生児の治療管理を実施	ハイリスク母体・胎児を常時受入れ、母体・胎児を集中管理	ハイリスク母体・胎児及び新生児を常時受入れ、母体・胎児及び新生児に対する一貫した治療の実施	高度な医療施設とスタッフを備え、常時、ハイリスク母体・胎児及び新生児の受入体制を有し、あらゆる異常妊娠・分娩及び新生児に対する一貫した治療を実施
東　部	病　院　2　施設 診療所　14 施設 助産所　7　施設	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　11 施設 助産所　14 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　10 施設 助産所　10 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

○その他関連図表

（ＮＩＣＵ病床数：2023 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	―	174	―
	熱海伊東	―	303	―
	駿東田方	12	3,789	31.7
	富　　士	10	2,196	45.4
東部　計		22	6,462	34.0
中　部	静　　岡	24	4,121	58.2
	志太榛原	14	2,558	54.4
中部　計		38	6,679	56.9
西　部	中 東 遠	9	2,962	20.3
	西　　部	45	5,445	82.6
西部　計		54	8,407	60.7
計		114	21,548	52.9

（ＭＦＩＣＵ、ＮＩＣＵ及びＧＣＵ病床数：2023 年４月現在）

地　域	ＭＦＩＣＵ				ＮＩＣＵ				ＧＣＵ	
	診療報酬加算		診療報酬非加算		診療報酬加算		診療報酬非加算			
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数
東　部	1	6	0	0	2	22	3	22	1	18
中　部	1	6	1	4	4	38	1	6	4	40
西　部	1	15	2	9	6	54	0	0	4	38
計	3	27	3	13	12	114	4	28	9	96

（ＭＦＩＣＵ及びＮＩＣＵの診療報酬加算病床の状況：2023 年４月現在）

地　域	医療機関名	ＭＦＩＣＵ		ＮＩＣＵ	
		病床数（床）	病床利用率（％）	病床数（床）	病床利用率（床）
東　部	順天堂大学医学部附属静岡病院	6	80.1	12	97.8
	富士市立中央病院	－	－	10	37.7
中　部	静岡県立こども病院	6	31.2	15	94.0
	静岡済生会総合病院	－	－	9	93.5
	焼津市立総合病院	－	－	8	62.9
	藤枝市立総合病院	－	－	6	44.6
西　部	総合病院聖隷浜松病院	15	78.3	21	88.0
	磐田市立総合病院	－	－	6	90.8
	中東遠総合医療センター	－	－	3	75.3
	浜松医療センター	－	－	6	75.3
	浜松医科大学医学部附属病院	－	－	9	88.9
	総合病院聖隷三方原病院	－	－	9	6.1
計		27	68.2	114	74.6

（県内でNICU入院期間が半年以上に達した入院児の数：2023 年4月現在）

入院期間	半年～１年	１年～２年	２年以上
入院児数（人）	5	5	2

（３次・２次周産期医療機関の産婦人科医の配置状況：2023 年４月現在）

区　分		施設数（施設）	勤務体制（人）※		院内の常勤産婦人科医（施設）		
			当　直	オンコール	5 人以下	6～9 人	10 人以上
3次	総合周産期母子医療センター	3	5	2	0	1	2
2次	地域周産期母子医療センター	10	6	12	5	3	2
	産科救急受入医療機関	6	3	7	3	2	1
合　計		19	14	21	8	6	5

※各病院の配置人数の合計

（３次・２次周産期医療機関の麻酔科医の配置状況：2023 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	3	－	－	1	2
2次	地域周産期母子医療センター	10	5	8	3	3	3	1
	産科救急受入医療機関	6	－	4	－	4	1	1
合　計		19	7	15	3	7	5	4

※各病院の配置人数の合計

（寄附講座による専門医養成実績【地域周産期医療学講座周産期専門医取得者数】）　　単位：人

取得年度	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
母体胎児	1	－	1	1	4	1	－	3	－	2	1
新生児	－	－	－	2	1	－	－	1	－	－	2

（周産期母子医療センターの災害対策の状況）　　単位：箇所

周産期母子医療センター区分	県内の運営病院数	業務継続計画策定済	自家発電機等（発電容量通常時６割程度）を保有	左記発電機等の３日分程度の備蓄燃料の確保	３日分の病院機能を維持する水の確保
総合	3	3	3	3	3
地域	10	10	10	10	10

（本県の災害時小児周産期リエゾン委嘱人数）

地域（※）	2023年度（人）	職種別内訳			
		産婦人科医	小児科医（※）	助産師	看護師
東　部	9	3	4	1	1
中　部	12	4	6	1	1
西　部	12	3	6	2	1
計	33	10	16	4	3

※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
※小児科医の医師数には新生児医療担当科の医師数を含む

（妊婦健康診査及び産婦健康診査実施機関数：2023年９月現在）

区　分	病　院	診療所	助産所
妊婦健康診査	34	95	30
うち 多胎妊娠の健診に対応	22	45	－
産婦健康診査	28	77	31

（産後ケア事業実施機関数：2023年３月現在）

区　分	病　院	診療所	助産所
うち 短期入所（ショートステイ）型	12	21	25
うち 通所型（デイサービス）型	10	25	48
うち 居宅訪問型（アウトリーチ）型	5	4	74

６　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

（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 2022 年は出生千人当たり 2.1 と、全国の 1.8 より高い水準となっています。本県の 2022 年の乳児死亡数は 44 人であり、主な原因は「先天性奇形及び染色体異常」（19 人、43.2%）、「周産期に発生した病態」（12 人、27.3%）となっています。

○本県の 15 歳未満の死亡率（2022 年）は 15 歳未満人口千人当たり 0.19 となっており、緩やかに減少していますが、全国の 0.18 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（2022 年人口動態調査）は７人となっています。内訳は、交通事故が２人、不慮の窒息が２人、転倒・転落・墜落が１人、不慮の溺死及び溺水が１人、その他の不慮の事故が１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、2020 年時点で一般病院は 54 施設、診療所は 441 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 12.9%減少、診療所は 27.1%減少しています。小児科が主たる標榜である診療所数は、減少傾向にあります。

○県内の小児科医の数は 2020 年時点で 434 人、小児人口 10 万人当たりでは 98.9 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 119.7 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、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ました。さらに、2022 年８月からは、相談時間を毎日 24 時間にするとともに、全時間帯の電話回線の数を増やしました。

○１日当たりの相談件数は、2022 年度は 107.1 件でしたが、相談時間の延長や広報啓発の強化により、2023 年度は 151.7 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 2023 年４月１日現在で 762 疾病が指定されており、県内の受給患者は、2,517 人となっています。

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

（オ）医療的ケア児[1]等

○医療的ケア児の健やかな成長を図るため、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 2021 年に施行されました。

○在宅で生活する医療的ケア児は、2021 年現在、全国で約２万人、本県で約 600 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、195 人（2023 年）と 2005 年の 104 人と比較して増加しています。

○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、医療的ケア児も多様化しています。

（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、2018 年度の 466 人から 2021 年度の 646 人と増加しており、在宅医療のニーズは増加が見られます。

（キ）小児救急医療

（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。

[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。

（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。このうち、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、かかりつけ薬剤師・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いる中、小児医療提供体制を確保するため、小児科医の継続的な育成・確保が必要です。

○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

○15 歳未満の子供を持つ保護者の小児救急電話相談の認知度は、2023 年７月の調査では 85.1％であり、更なる普及啓発が必要です。

○2022 年には１時間あたり最大 30 件の相談があり、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。

○医師の時間外労働上限規制等に対応しながら、小児救急医療体制を維持するため、医療資源の効率的な活用がより重要になります。

○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

○小児慢性疾患児が住み慣れた地域で療養・自立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等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拡充等の在宅支援サービスの充実が必要です。
○地方公共団体は、自主的かつ主体的に、医療的ケア児及びその家族に対する支援に係る施策を切れ目なく実施することが求められます。
○保育所や学校等の設置者は、設置する施設に在籍する医療的ケア児が適切なケアを受けられるようにするため、看護師の配置等必要な措置を講ずる必要があります。
○地域において子どもの心の問題や児童虐待に対応する医療・保健・福祉の関係者間の連携体制を構築することが必要です。

（オ）災害時及び新興感染症の発生・まん延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。
○感染症の発生・まん延時においても、地域で小児医療を確保するため、平時から対策を検討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）	2.1 （2022 年）	1.8 以下 （2029 年）	全国平均と同水準に設定	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）	0.50 （2022 年）	0.44 以下 （2029 年）	全国平均と同水準に設定	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）	0.19 （2022 年）	0.18 以下 （2029 年）	全国平均と同水準に設定	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。

○臨床研修医向けの小児科研修会の開催などにより、小児科を目指す医師の増加に取り組みます。

○少子化の影響などによる小児科医を目指す医学生の減少や今後の少子化対策などを踏まえ、静岡県周産期・小児医療協議会に専門委員会を設置し、今後の小児医療のあり方について検討します。

○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。

○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

○子どもに人気のキャラクターを活用した啓発資材の作成、市町等関係機関との連携により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、相談件数の推移や応答率等を確認し、相談体制の改善の必要性を適宜検討するとともに、相談体制を補完する小児救急に関するウェブ情報についても周知します。

（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。

○県立こども病院を中心に実施している小児救急リモート指導医相談支援事業などにより、第２次小児救急医療機関の指導医の負担軽減を図り、小児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、地域連携薬局を中心とした地域の薬局における調剤体制の整備を図ります。

○安心して薬を服用できるよう、かかりつけ薬剤師・薬局による 24 時間電話で相談できる体制

の整備を図ります。

（エ）医療的ケア児等

○重症心身障害児が受診できる身近な診療所（2023 年 3 月時点 99 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、福祉・介護等のエキスパート及び、医療、福祉等の各種支援を総合的に調整する医療的ケア児等コーディネーターの養成や、「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、市町等と連携し、短期入所サービスを提供する医療機関等の拡充に努めることにより、在宅支援サービスの充実を図ります。

○2022 年に設置した医療的ケア児等支援センターにおいて、医療・福祉・保健・教育等の関係機関と連携し、医療的ケアに関する様々な相談に対応するとともに、人材の開拓・養成、関係機関との連携体制の構築などを総合的に実施するほか、2024 年から医療的ケア児等スーパーバイザーを配置し、地域の支援体制の強化等を図ります。

○保育所等における医療的ケア児の受け入れのため、看護師等の雇い上げに要する経費を助成します。

○2023 年から実施している県立学校医療的ケア児就学支援事業により、医療的ケアが必要な幼児児童生徒が安定して学習を継続できる体制を整備し、保護者の負担軽減を図ります。

○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。

○子どもの心の問題や児童虐待に対応するため、子どもの心の診療ネットワーク事業等により、地域の医療機関と保健福祉関係機関等が連携した支援体制の構築を促進します。

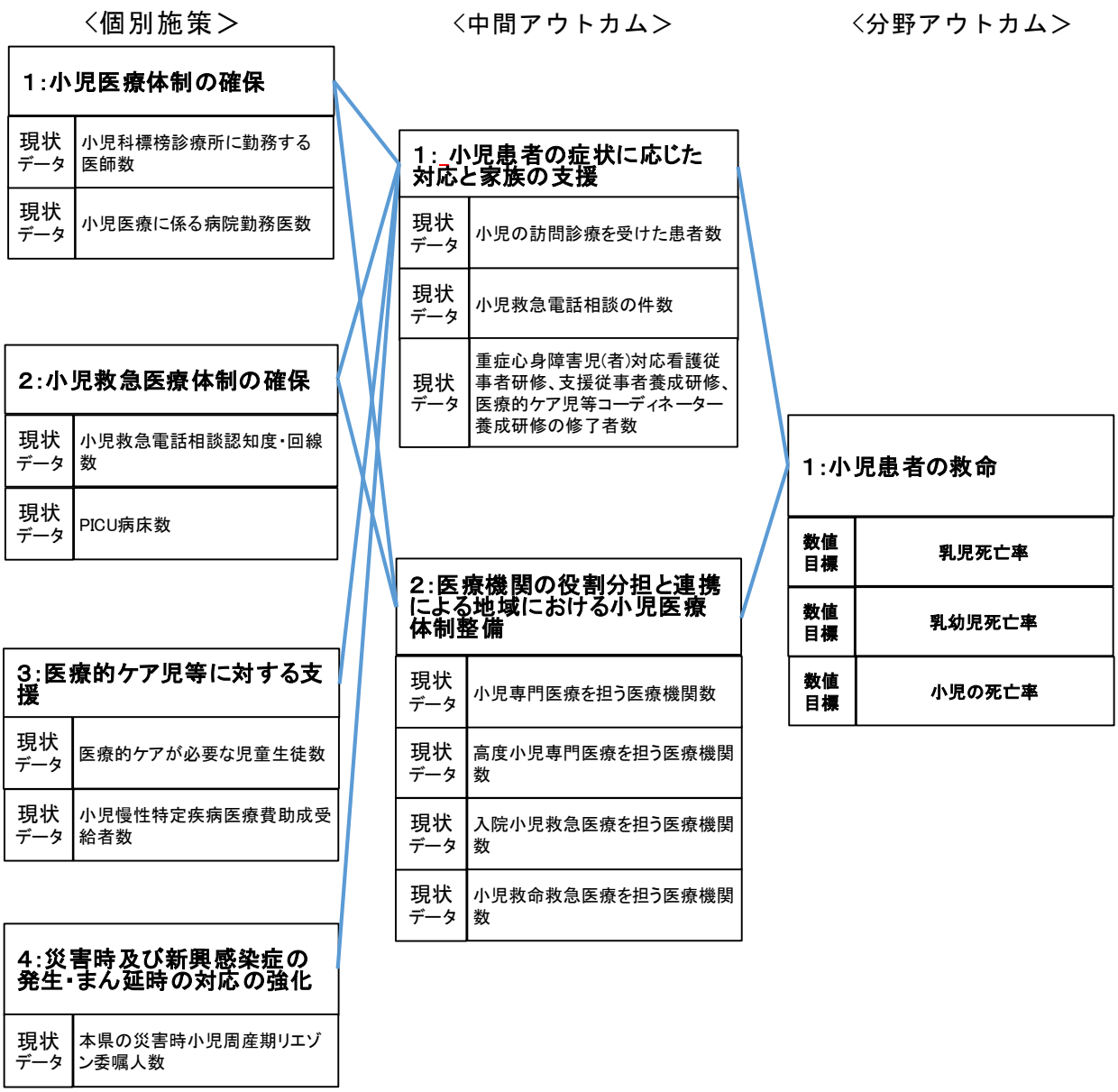
（オ）災害時及び新興感染症の発生・まん延時における小児医療

○今後も災害時小児周産期リエゾンの養成と技能維持に取り組みます。

○定期的な研修・訓練・会議の実施により、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。

○新型コロナウイルス感染症まん延時の知見を生かし、災害時小児周産期リエゾンや消防機関等と連携するなど、新興感染症の発生・まん延時の体制を検討します。

○「小児医療（小児救急医療を含む。）」のロジックモデル

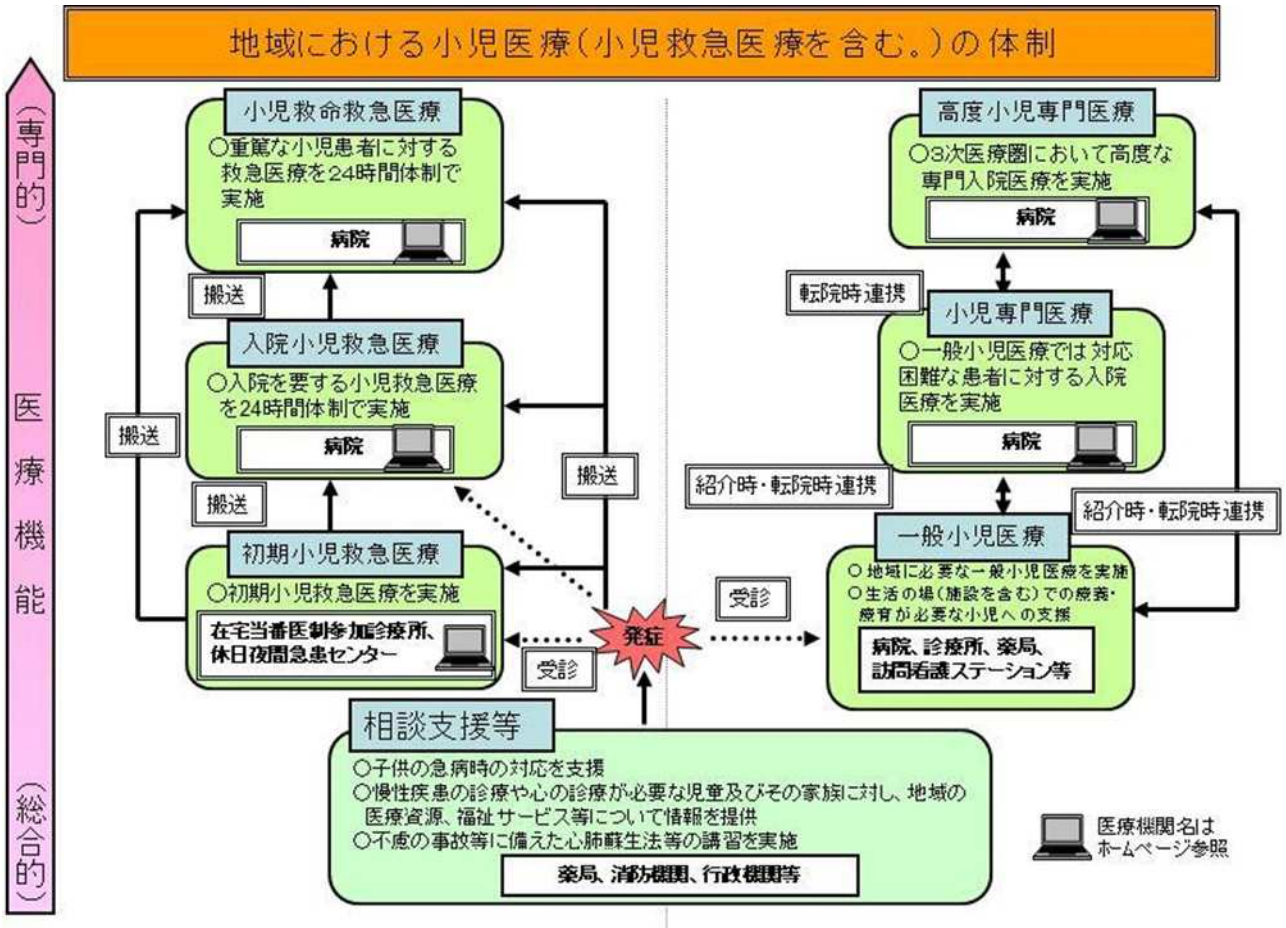


（３）小児医療（小児救急医療を含む。）の医療体制に求められる医療機能

小児医療（小児救急医療を含む。）の体制に求められる医療機能

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

（４）小児医療（小児救急医療を含む。）の医療体制図



（５）関連図表

○指標による現状把握

指標		実績		出典
指標の項目	時点	静岡県	全国	
一般小児医療を担う診療所数（小児人口 10 万対）	2020	31.7	36.4	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）	2020	12.3	16.9	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）	2020	44.0	48.7	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）	2020	57.9	73.8	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）	2020	211.8	292.1	厚生労働省「医療施設調査」
乳児死亡率（１歳未満出生千対）	2022	2.1	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）	2022	0.50	0.44	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）	2022	0.19	0.18	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	0.0	0.0	2.2	1.4	2.5	0.8	3.0	2.2	2.1	1.8
５歳未満の死亡率	0.0	0.0	0.55	0.33	0.57	0.34	0.60	0.54	0.50	0.44
15 歳未満の死亡率	0.24	0.15	0.20	0.16	0.20	0.17	0.27	0.17	0.19	0.18

（出典：2022 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	2002	2005	2008	2011	2014	2017	2020	2021	2022
乳児死亡率	2.7	3.1	2.4	2.2	2.1	1.8	2.0	2.5	2.1
全国平均	3.0	2.8	2.6	2.3	2.1	1.9	1.8	1.7	1.8
15 歳未満死亡数	188	177	144	125	109	94	103	83	81
１歳未満	94	99	80	70	61	47	46	53	44
１－４歳	44	41	35	28	22	19	11	12	14
５－９歳	26	19	14	10	14	12	15	6	8
10-14 歳	24	18	15	17	12	16	17	12	15

（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		2002	2005	2008	2011	2014	2017	2020
静岡県	病院	62	61	57	58	57	57	54
	診療所	605	598	531	464	491	468	441
	小児科が主たる標榜※	161	156	157	153	152	144	139
全国	病院	3,359	3,154	2,905	2,745	2,656	2,612	2,545
	診療所	25,862	25,318	22,503	19,994	20,872	19,647	18,798
	小児科が主たる標榜※	5,276	5,481	5,411	5,381	5,510	5,471	5,469

※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	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020
医師総数	6,238	6,395	6,452	6,702	6,883	6,967	7,185	7,404	7,690	7,972
小児科医※1	422	434	414	459	473	423	476	405	423	434
病院	220	228	221	268	278	247	222	289	237	254
診療所	202	206	193	191	195	176	183	187	186	180
小児 10 万人当たり小児科医数	77.0	82.2	78.1	88.9	92.5	84.4	97.5	85.8	92.8	98.9
小児科専門医※2	－	－	－	－	313	302	349	356	382	371

※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	54	2	3	12	4	11	5	5	12
小児人口 10 万対	12.3	42.9	40.0	15.9	8.7	14.1	8.9	8.0	11.1
一般小児医療を担う診療所数	139	2	2	22	17	32	18	14	32
小児人口 10 万対	31.7	42.9	26.7	29.2	36.8	40.9	32.2	22.5	29.5
小児医療に係る病院勤務医数	254	2	4	40	16	59	23	20	90
小児人口 10 万対	57.9	42.9	53.4	53.1	34.6	75.4	41.1	32.1	83.0
小児科標榜診療所勤務医数	193	1.1	2	28.8	24.3	42.8	23.8	17.7	52.5
小児人口 10 万対	44.0	23.6	26.7	38.2	52.6	54.7	42.6	28.4	48.4

（出典：2020 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		3	
中東遠		2	
西部		7	
計		24	1

○小児救急医療体制を担う医療機関数等

２次救急 医療圏名	初期小児救急医療		入院小児 救急医療	小児救命 救急医療		
	休日夜間 急患センター	在宅当番医 （地区数）		（高度）救命 救急センター	小児救命 救急センター	ＰＩＣＵ 病床数
賀茂	－	2	1	2	1	0
熱海	－	－	1			
伊東	1	1	1			
駿豆	※（１） 2	3	2			
御殿場	1	－	－			
富士	※（２） 2	－	2			
清水	－	2	2	4		12
静岡	1	1	5			
志太榛原	※（１） 2	4	3			
中東遠	3	2	2	5		6
北遠	1	－	－			
西遠	※（１） 1	5	7			
計	※（５）14	20	26	12		18

※　　（　）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）

〇小児救急電話相談の実施体制等（%、回線、件）

区分	2015	2022	2023（4～12月）
認知度	28.0（58.3※1）	32.0	43.4（85.1※1）
回線数	２～３	２～５	２～５
相談件数	41,003（112.3※2）	39,103（107.1※2）	41,708（151.7※2）

※1　15歳未満の子供を持つ保護者の認知度

※2　１日当たりの相談件数

〇本県の災害時小児周産期リエゾン委嘱人数

※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

※小児科医の医師数には新生児医療担当科の医師数を含む

地域※	2023年度（人）	職種別内訳			
		産婦人科医	小児科医(※)	助産師	看護師
東　部	9	3	4	1	1
中　部	13	4	6	2	1
西　部	11	3	6	1	1
計	33	10	16	4	3

〇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	2020年	2021年
患者数	142	266	466	577	651	646

※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。

〇重症心身障害児(者)対応看護従事者研修、支援従事者養成研修、医療的ケア児等コーディネーター養成研修の修了者数（人）

区分	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
修了者数	101	112	112	109	118	178	162	58	144

※医療的ケア児等コーディネーター養成研修は2018年から開催

〇医療的ケアが必要な児童生徒数（人）

区分	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
児童生徒数	165	175	178	178	182	186	196	192	196	195

〇小児慢性特定疾病の状況（2023年４月１日時点）

区　分	疾病数	患者数
小児慢性特定疾病医療費助成対象	762	2,517

第４節　在宅医療

【対策のポイント】
〇高齢化の進展に伴い疾病構造が変化し、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、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換
〇患者の日常生活を支え、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完し、点から面で支える医療へ

Ⅰ　在宅医療の充実

１　現状と課題

（１）在宅医療の現状

（地域包括ケアシステムから地域共生社会へ）

〇地域包括ケアシステムは、現在、高齢期のケアを中心に構築されていますが、地域で必要な支援を包括的に提供するという考え方は、障害のある人、小児等への支援にも共通するものです。

〇障害のある人、小児といった分野ごとに推進してきた支援を、分野でなく地域を単位とすることで、複数の分野にまたがる課題や制度の隙間の課題などを含め、地域生活課題への包括的な支援体制を構築し、高齢者、障害のある人、小児等の属性を問わず、全ての人々が生きがいを持って暮らすことのできる「地域共生社会」の実現が、求められています。

（疾病構造等の変化）

〇悪性新生物（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。

〇地域で療養する患者等を支えるためには、在宅患者に関わる病院やかかりつけ医、訪問看護師、かかりつけ薬剤師、リハビリテーション専門職、ケアマネジャー等による多職種のチームにより、医療と介護に携わる多職種の綿密な連携と、適切かつ切れ目のない医療・介護サービスの提供が不可欠です。

（在宅医療の状況）

〇本県の高齢者人口は、2022 年は 110 万人ですが、2040 年に 116 万人となりピークを迎えます。そのうち 75 歳以上の後期高齢化率は、2022 年の 16.4%から 2040 年には 22.0%に上昇します。

〇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、2018 年度の 1,003 施設から 2022 年度の 903 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 2018 年度の 15,748 人から 2022 年度の 20,559 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。

〇本県の在宅での医療的ケア児（０～19 歳）は、2021 年現在、約 600 人と推計されています。訪問診療を受けた小児（０～14 歳）の数は、2018 年の 466 人から 2021 年の 646 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、369 施設、在宅療養支援病院[2]は、27 施設です。（2023 年９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 300 施設（2023 年４月現在）で、2018 年度の 214 施設から約 1.4 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、2018 年の 1,342 人から 2022 年の 1,791 人へと約 1.3 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 6.8 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 54.6％となっています。

○県内の歯科診療所数は 1,727 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 840 施設（2023 年９月現在）、在宅療養支援歯科診療所[3]は 201 施設（2023 年９月現在）あり、県民の約４千人に１施設、要介護３～５の者（2023 年３月末現在、63,232 人）約 75 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。

○薬局の薬剤師が患者宅を訪問し、服薬アドヒアランスの向上や残薬管理、服薬指導等の在宅訪問業務が行える薬局（「在宅患者訪問薬剤管理指導」届出薬局）は、1,786 薬局（2023 年３月末現在）ですが、2022 年度１年間に在宅訪問業務を行った薬局は 1,043 薬局です。

○在宅患者訪問栄養食事指導[4]（医療保険）の件数は 2019 年度の全国 3,157 件、県内 31 件から 2021 年度の全国 3,540 件、県内 52 件へと増加しています。

○栄養ケア・ステーション[5]は、県内に 18 箇所設置されています。その内、療養中の方や要介護の方を対象にした栄養食事指導を行う「機能強化型栄養ケア・ステーション」は３箇所です。（2023 年９月現在）

（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、最期の時を住まい（自宅及び老人ホーム）で迎えることを 47.5％の県民が望んでいます。（静岡県健康福祉部 2022 年度「静岡県の地域医療」に関する調査）

---

[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４㎞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。

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

[4] 在宅患者訪問栄養食事指導：在宅での療養を行う患者に対して、医師が必要と認めた場合に、医師の指示に基づき、管理栄養士が患者の自宅等を訪問し、患者の生活条件等を考慮した食事計画案や具体的な献立等を示した栄養食事指導箋の交付、食事の用意や食べ方等に関する具体的な指導を行うもの。

[5] 栄養ケア・ステーション：管理栄養士・栄養士が所属する地域密着型の拠点。地域住民、医療機関、自治体、健康保険組合、保険薬局などを対象に管理栄養士・栄養士を紹介し、用途に応じたさまざまなサービスを提供する。静岡県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」と（公社）日本栄養士会が事業者等を個別に認定する「認定栄養・ケアステーション」がある。

○本県の場所別の死亡者数（割合）は、医療機関（病院・診療所）が 2018 年の 28,850 人（68.7%）から 2021 年の 26,318 人（60.9%）に、自宅は 2018 年の 5,988 人（14.3%）から 2021 年の 7,559 人（17.5%）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 2018 年の 4,428 人（10.5%）から 2021 年の 5,521 人（12.8%）になっています。（厚生労働省 2022 年人口動態統計）

○県民への在宅医療に関する理解促進等を目的に 2022 年度は県内３会場で在宅療養セミナーを開催し、多職種連携による在宅医療の現状等の公演を行い普及啓発を図っています。

（２）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、地域全体で患者・家族等を支え、継続的な在宅医療・介護の提供体制の構築を行う必要があります。

ア　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情報を「シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）[6]」等の ICT を活用して効率的に共有していく必要があります。

イ　県民への理解促進

○在宅療養を望む県民がいる一方、在宅療養に関して不安を感じている県民がいるため、住民の在宅療養に関する普及啓発等による不安解消を図っていくことが必要です。

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

ウ　在宅医療の充実に求められる機能

（ア）入退院支援

○退院支援担当者を配置している病院は、2018 年の 105 施設（58.7%）から 2022 年の 92 施設

[6] シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）：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、2021 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。予防の段階から救急・災害時を含め人生の最期までケアが可能な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。

（54.1%）に減少していますが、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、病院の入退院調整機能の充実を進める必要があります。

○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など、地域の実情にあった入退院支援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する中、患者とその家族が安心して病院から在宅へ復帰するためには、入院前の外来通院時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、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、リハビリ専門職、管理栄養士、その他の保健医療従事者など、在宅医療に携わる人材の確保を進める必要があります。

○災害発生時・感染症にも安心して在宅で療養を継続できるような体制を整備する必要があります。

○患者を支える家族には、家族そのものの役割のほか介護者、本人の代理など多くの役割があり、その関わりの中で健康を害することがあることから、家族の負担軽減により、介護・看病疲れを原因とした自殺リスクを低下させる必要があります。

○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。

○在宅療養を続ける患者が安心して地域で生活できるよう、患者の状態に応じた適切な食事提供の重要性について関係者の理解を促進する必要があります。

○高齢者の増加に伴う在宅栄養ケアサービスの需要増加に対応するため、栄養ケア・ステーションの整備や訪問栄養食事指導を担う人材の育成に取り組む必要があります。

（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、在宅医療において積極的役割を担う医療機関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

○在宅での看取りやターミナルケア[7]を実施できる医療機関等を充実させるとともに、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。

---

[7] 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。

○在宅医療従事者は、緩和ケア[8]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。

○患者とその家族がＱＯＬ[9]を維持しながら生活し続けられるためには、患者のニーズに応じた口腔管理、栄養管理、リハビリテーション等の終末期における生活機能等の維持が必要です。

[8] 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。

[9] ＱＯＬ(Quality Of Life)：「生活の質」「生命の質」等と訳され、患者の身体的な苦痛の軽減、精神的、社会的活動を含めた総合的な活力、生きがい、満足度を指す。

２　対策

（１）　数値目標

区分		項目	現状値	目標値	目標設定の考え方	出典
在宅医療の充実		訪問診療を受けた患者数	20,559 人 (2022 年)	23,961 人 (2026 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）
		小児の訪問診療を受けた患者数	646 人 (2021 年)	802 人 (2026 年)	在宅医療等の提供見込量から算出	レセプト情報・特定健診等情報データベース(ＮＤＢ)
		住まい[10]で最期を迎えることができた人の割合（自宅で最期を迎えることができた人の割合）	31.3% (17.4%) (2022 年)	34.6% (19.2%) (2026 年)	在宅医療等の必要量の伸びに合わせて設定	厚生労働省「人口動態統計」
在宅医療を支える基盤整備	訪問診療	訪問診療・往診を実施している診療所、病院数	903 施設 (2022 年)	1,052 施設 (2026 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（ＫＤＢ）
		在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数	35 施設 (2022 年)	40 施設 (2026 年)	在宅医療等の必要量の見込から算出	東海北陸厚生局届出
		入退院支援を実施している診療所・病院数	85 施設 (2022 年)	97 施設 (2026 年)	在宅医療等の必要量の見込から算出	国保データベース（ＫＤＢ）
		在宅看取りを実施している診療所、病院数	276 施設 (2022 年)	322 施設 (2026 年)	在宅医療等の必要量の見込から算出	国保データベース（ＫＤＢ）
	訪問看護	24 時間体制をとっている訪問看護ステーション数（従事看護師数）	232 施設 (1,545 人) (2022 年)	315 施設 (2,096 人) (2026 年)	24 時間体制加算の届出割合が全訪問看護ステーションの 90%	県訪問看護ステーション協議会調査
		機能強化型訪問看護ステーション数	19 施設 (2022 年)	39 施設 (2026 年)	全市区町に設置	県訪問看護ステーション協議会調査
	歯科訪問診療	在宅療養支援歯科診療所数	206 施設 (2022 年)	222 施設 (2026 年)	在宅医療等必要量の見込から歯科必要量を算出	東海北陸厚生局届出
		歯科訪問診療を実施する歯科診療所数	281 施設 (2021 年)	302 施設 (2026 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）
		訪問口腔衛生指導を実施している診療所数	201 施設 (2021 年)	248 施設 (2026 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）
	かかりつけ薬局	在宅訪問業務を実施している薬局数	1,043 薬局 (2022 年度)	1,216 薬局 (2026 年度)	在宅医療等の必要量の見込から算出	国保データベース（ＫＤＢ）
		地域連携薬局認定数[11]	98 薬局 (2022 年度)	172 薬局 (2025 年度)	県内日常生活圏域数と同数	県薬事課調査
	介護サービス	介護支援専門員数	5,333 人 (2022 年度)	5,627 人 (2026 年度)	第 10 次静岡県長寿社会保健福祉計画の目標値	介護人材需給推計ワークシートによる推計

[10] 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。

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

（２）施策の方向性

○在宅医療は、訪問診療を中心に、入院・外来医療、介護・福祉サービスと相互に連携・補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステム推進には不可欠です。

○県民ができる限り住み慣れた地域で安心して生活を送り続けることができるよう、医療・介護の関係機関が連携し、地域全体で患者・家族を支える体制の構築を図ります。

【在宅医療圏】

○今後増大する医療ニーズに対して、地域全体で対応する在宅医療提供体制を構築するため、地域の医療・介護資源等の実情に応じて圏域（在宅医療圏）を設定します。

○在宅医療圏に求められる事項は、次のとおりです。

・「急変時対応(重症例を除く)」及び「医療と介護の連携体制」の構築が図られていること

・「在宅医療において積極的役割を担う医療機関（積極的医療機関)」、「在宅医療において必要な連携を担う拠点（連携拠点)」を、圏域内に少なくとも一つは設定すること

【積極的医療機関、連携拠点】

○「在宅医療において積極的役割を担う医療機関（積極的医療機関)」、「在宅医療において必要な連携を担う拠点（連携拠点)」を在宅医療圏ごとに位置付け、その活動を支援することで、地域全体を面的に支える在宅医療提供体制の構築を進めます。

ア　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）[12]」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ための人材や在宅医療・介護連携コーディネーター[13]の確保及び養成に取り組みます。

○「シズケア＊かけはし」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、訪問栄養食事指導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。

イ　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。

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

---

[12] 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。

[13] 在宅医療・介護連携コーディネーター：市町が介護保険法の地域支援事業において設置している医療介護関係者や地域包括支援センター等からの在宅医療・介護連携に関する相談に対応し、地域の医療・介護連携のコーディネート機能を有する。

ウ　在宅医療の充実に求められる機能

（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）」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。

（イ）日常の療養支援

○研修会等の実施により在宅医療に取り組む医師、歯科医師、訪問看護師、薬剤師等の確保と連携の強化を図ります。

○災害発生時・感染症にも在宅での療養を継続できるよう、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関や必要な連携を担う拠点の取組を支援します。

○患者の療養を支える家族の負担軽減につながるよう、ケアマネジャー等に対して患者が利用可能な在宅サービスの周知を図ります。

○地域包括支援センターの相談支援体制の強化など在宅患者を支える家族に対する相談体制を充実し、介護者へのメンタルヘルスケアを推進します。

○がん患者の在宅緩和ケアを推進するため、引き続き、がん診療連携拠点病院等と在宅緩和ケアを行う診療所、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。

○認知症サポート医[14]を養成するほか、認知症の早期発見、早期対応や認知症の人と家族、医療と介護の専門職等の間の情報共有の推進のため、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。

○地域リハビリテーションサポート医[15]、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。

○在宅患者の医療、介護、看護、栄養に関連する団体との連絡調整会議を通じて、患者の状態に応じた適切な食事提供に資する情報を提供し、栄養管理の重要性について理解促進を図り

---

[14] 認知症サポート医：認知症の早期診断・早期対応の体制を構築するため、かかりつけ医が適切な認知症診断の知識・技術を修得する研修、地域連携の推進役となる医師。今後は、認知症の方も暮らしやすい地域共生社会を実現するため、関係機関と連携し、行政に対して助言を行い、共に地域活動を進めていく役割も担う。

[15] 地域リハビリテーションサポート医：静岡県独自に位置付けているリハビリテーションに関するかかりつけ医や介護専門職への支援、多職種の連携づくりの推進役となる医師

ます。

○訪問栄養食事指導等の充実を図るため、県栄養士会と連携し、栄養ケア・ステーションの整備を進めるとともに、研修会等を通じて、栄養食事指導を担う管理栄養士の人材育成に取り組みます。

（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、積極的医療機関等の体制の整備を図ります。

（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、住民への普及啓発や医療機関等に対しての研修会を通じ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向けた取組を支援します。

○40 歳未満の末期がん患者が、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、引き続き、がん診療連携拠点病院等に対する制度周知の強化を図ります。

○終末期においても、患者とその家族がＱＯＬを維持しながら生活し続けるために、患者のニーズに応じた口腔管理、栄養管理、リハビリテーション等の生活機能等の維持が必要なことから、研修会の実施等により医療・介護の関係者の意識醸成を図ります。

Ⅱ　在宅医療を支える基盤整備

１　訪問診療の促進

○在宅医療の中核となる、訪問診療について県内すべて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。

（１）現状

○静岡県地域医療構想を踏まえた2026年における静岡県の訪問診療の必要量は23,961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11,396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、2018年度の28,908件から2022年度の38,608件へと9,700件増加していますが、区分別に見ると、同一建物居住者が2018年度の19,439件から2022年度の24,600件へと5,161件増加し、同一建物居住者以外は2018年度の9,469件から2022年度の14,007件へと4,538件増加しています。また、実施医療機関数は、1,003施設から903施設へと減少しています。

（２）課題

○2022年度の訪問診療を受けた患者数は、県内すべてで見ると2023年の目標値を達成していますが、２次保健医療圏別に見ると達成状況の差が大きいことから、2026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、訪問診療を受けることができる体制を整備する必要があります。

○訪問診療を実施する医療機関の多くが、診療所を中心とした小規模な組織体制であることから、24時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が必要です。

○訪問診療においては、患者の様々な病状に合わせた全人的な医療を提供するため、医師の総合的な医療の知識や技術の向上が必要です。

○かかりつけ医を中心とした、関係職種で構成される支援チームにおいて、効率的かつ安全に患者情報を共有することができる環境が必要です。

（３）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や訪問診療を実施する医師の育成に取り組むとともに、連携体制の構築など、訪問診療を実施する診療所の充実を目指す市町や郡市医師会等の取組を支援します。

○地域の医療資源の状況や患者の希望を踏まえ、在宅療養を望む県民が適切な訪問診療を受けることができるよう、地域のかかりつけ医の訪問診療への参入を促進します。

○地域の病院、診療所等の関係医療機関相互で患者情報の共有等の連携を図り、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関を中心とした入退院支援、日常療養、急変時、看取りの体制の支援を図ります。

○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、支援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。

（１）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、2022 年度の人口 10 万人当たり施設数は、全国平均 11.45 施設に対し、本県は 7.71 施設と少ない状況です。

○2023 年９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１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 56.9%、医療法人が 20.4%と多くを占め、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に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、2018 年の 75 施設から、2022 年には 92 施設に増加しています。（2022 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 54.6%は、看護従事者が常勤換算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。（2022 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という実態もあるものの、少ない人員でも 24 時間対応を行う事業所も多くあり、所属する訪問看護師の負担軽減が求められます。

○本県の機能強化型訪問看護ステーションは、21 施設（2023 年９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。

（２）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を整備するとともに、訪問看護ステーションが安定的な経営を可能にすることが必要です。

○看取りやターミナルケア、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人材確保、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。

○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や業務の効率化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 38.8%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。（2022 年静岡県訪問看護ステーション実態調査）

（３）対策

○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、サテライト型の訪問看護ステーショ

ンの設置や、規模の小さな訪問看護ステーションとの連携により、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。

○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を図るとともに開設直後の休止や廃止を抑制します。

○インターンシップや訪問看護就業セミナー等の対象者の属性に応じた人材確保対策や新卒・新任訪問看護師向けの育成・同行研修、管理者向けマネジメント研修により離職防止対策に取り組むとともに、ＤＸを活用した業務の効率化等による負担軽減を図ります。

○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、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。

○精神疾患等の専門的な研修を実施し、認知症の人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。

○在宅で療養している方により適切なサービスを提供するため、訪問看護従事者を特定行為研修や認定看護師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。

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。

（１）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 1,727 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 840 施設（2023 年９月現在)、在宅療養支援歯科診療所は 201 施設（2023 年９月現在）あり、県民の約４千人に１施設、要介護３～５の者（2023 年３月末現在、63,232 人）約 75 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できる診療所数＞　（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できる診療所	840	11	26	168	80	156	103	89	207

※県健康増進課調査（2023 年９月現在）

（２）課題

○要介護（支援）認定者は、口腔機能の低下や口腔内が清潔に保たれていないことで誤嚥性肺炎が発症しやすく、低栄養状態に陥りやすいという特徴があります。要介護状態となった場合、専門的な口腔機能管理が重要なことを県民に理解してもらう必要があります。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、わかりやすく県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（支援）認定者の特性に関する理解や、自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、訪問看護師、管理栄養士、ケアマネジャーや介護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、歯科医師・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。

（３）対策

○県内全ての地域において、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を県民に周知します。

○県歯科医師会等と連携し、医師、訪問看護師、管理栄養士、ケアマネジャーや地域包括支援センターの職員等に対し、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取り組みます。

○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が、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、栄養ケア・ステーションや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を促進します。

○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、歯科医師・歯科衛生士の就労等の相談に応じることなどにより、歯科医師・歯科衛生士の就業支援や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。

（１）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、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、これらの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。また、かかりつけ薬局を選択しやすくなるよう、特定の機能を持つ薬局ができています。

○在宅医療への対応や医療機関との情報提供に一定の実績を持ち、麻薬・無菌や休日・夜間の調剤にも対応できる薬局として認められた「地域連携薬局」が 111 薬局（2023 年９月末現在）あります。

○医療機関と連携し専門的な薬物療法の提供を行う薬局として認められた「専門医療機関連携薬局」が３薬局（2023 年９月末現在）あります。

○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う薬局として届け出た「健康サポート薬局」が 71 薬局（2023 年９月末現在）あります。

（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の向上や残薬管理、服薬指導等の在宅訪問業務が行える薬局（「在宅患者訪問薬剤管理指導」届出薬局）は、1,786 薬局（2023 年３月末現在）ですが、2022 年度１年間に在宅訪問業務を行った薬局は 1,043 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 1,680 薬局（2023 年３月末現在）と全薬局の 87.8％です。

（２）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「患者の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」、「残薬の確認や管理」、「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。

○在宅訪問業務を行える薬局は、ほぼ全ての薬局にまで増加したが、業務実績を持つ薬局は、毎年増加しているものの、全体の約半数に留まり、その広がりに遅れが生じています。

○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養成・資質向上や、地域の小規模な薬局における在宅分野で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、難病、医療的ケア児等、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）も期待されています。

○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、さらには、かかりつけ薬剤師・薬局の有用性について、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。

（３）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、地域の医療機関等との連携を充実させ、「地域連携薬局」や「専門医療機関連携薬局」の認定取得を推進します。

○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実施を通じて「健康サポート薬局」の増加を図ります。

（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、「地域連携薬局」を中心とした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、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養成・資質向上を図るとともに、「地域連携薬局」や「専門医療機関連携薬局」の認定取得の推進を通じて、医療機関等に対する窓口の体制や地域の薬局間の連携を強化し、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を強化を推進します。

○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、服薬説明や相談応需を確実に行えるよう、医療用麻薬に関する知識、技術等の向上を図ります。

○「地域連携薬局」、「専門医療機関連携薬局」、「健康サポート薬局」の整備を推進することにより、県民の薬物療法や健康維持・増進を支援します。

○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、さらには、かかりつけ薬剤師・薬局の有用性について、患者・家族や県民へ広く情報提供します。

（かかりつけ薬剤師・薬局に求められる機能）

	かかりつけ薬剤師・薬局			高度薬学管理機能	健康サポート機能
	服薬情報の一元的・継続的把握	24 時間対応・在宅対応	医療機関等との連携		
機能の説明	・主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導。 ・患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化。	・開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談。 ・夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時等緊急時には調剤を実施。 ・地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅訪問業務に積極的に関与。	・医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して疑義照会や処方提案。 ・調剤後も患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導。 ・医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。	・服薬に特段の注意を払う必要がある疾患を有する患者への専門的な薬物療法の提供。	・地域の中で率先して地域住民へ健康サポートを実施。
標榜・機能	地域連携薬局				
	○				
	専門医療機関連携薬局				
	○			○	
	健康サポート薬局				
	○				○

５　介護サービスの充実

（１）現状

○2022 年現在の静岡県の高齢者人口は 1,091,752 人、総人口に占める割合は 30.5%となっています。

○高齢者のうち、65 歳～74 歳の人口は 502,594 人、75 歳以上の人口は 597,485 人、総人口に占める割合はそれぞれ 14.0%、16.7%となっています。

○2021 年度現在の静岡県の要介護（支援）認定者は、189,247 人、認定率は 17.0%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 倍に増加が見込まれています。

○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 2026 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			2022 サービス提供事業所数
	2022 実績	2026 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) 2022 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
2026 年見込み：各市町の推計による数の合計
2022 年サービス提供事業所数：県福祉長寿局調べ

（２）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、ケアマネジャーの人材の確保と資質の向上、適切なケアプラン作成のための医療職を含めた多職種による支援やＡＩの活用が必要です。

（３）対策

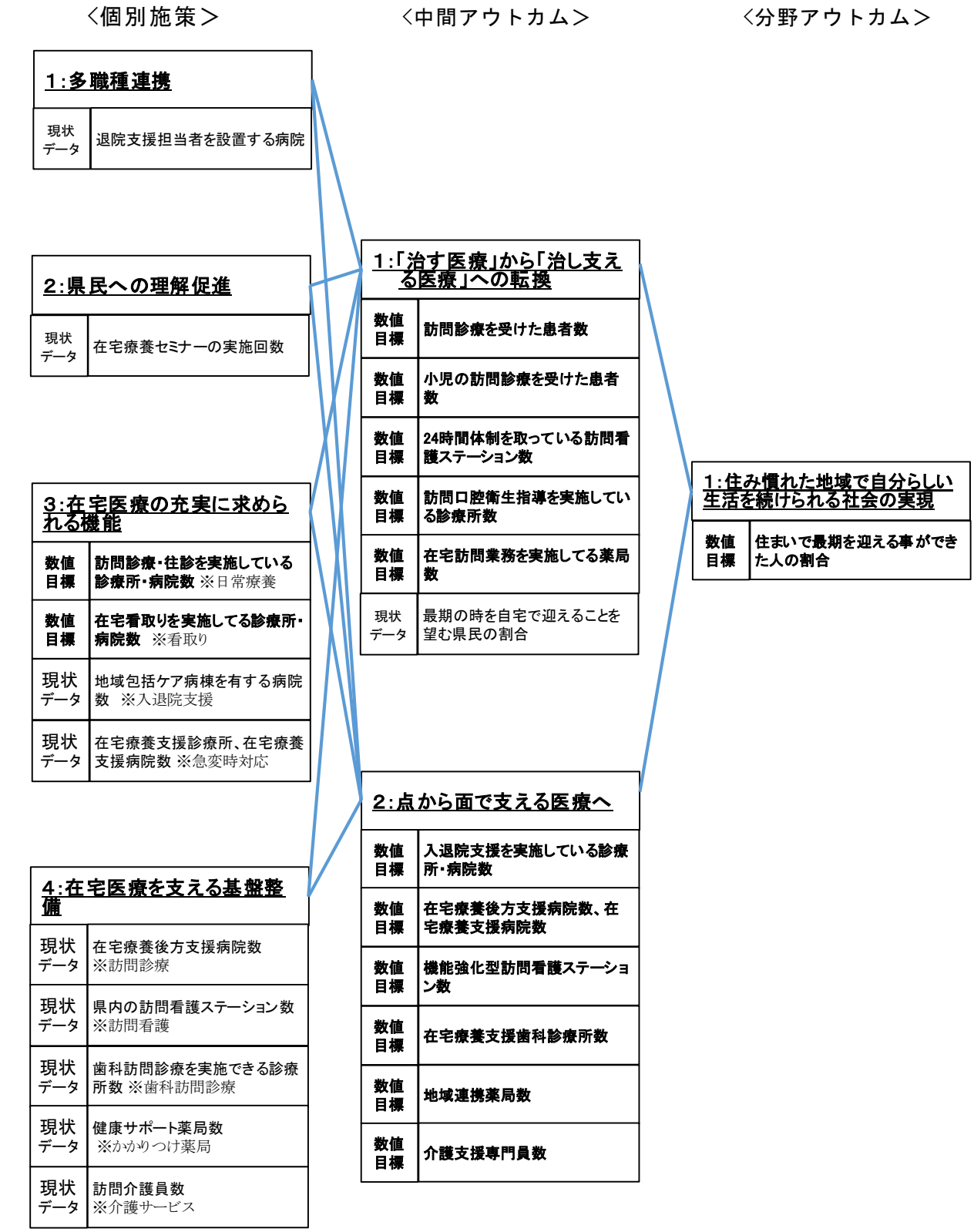
○市町では、2024 年度から３年間で、小規模多機能型居宅介護事業所２箇所、看護小規模多機能型居宅介護事業所８箇所の整備を計画しており、計画に基づく設置を支援するため、県は、多様なサービスを提供できる質の高い介護人材の育成や、設置に係る財政的援助を行います。

○訪問介護サービス提供体制を強化するため、ホームヘルパーのやりがいや魅力、仕事の内容の理解を促進するとともに、資格取得を支援し、人材の確保を図ります。

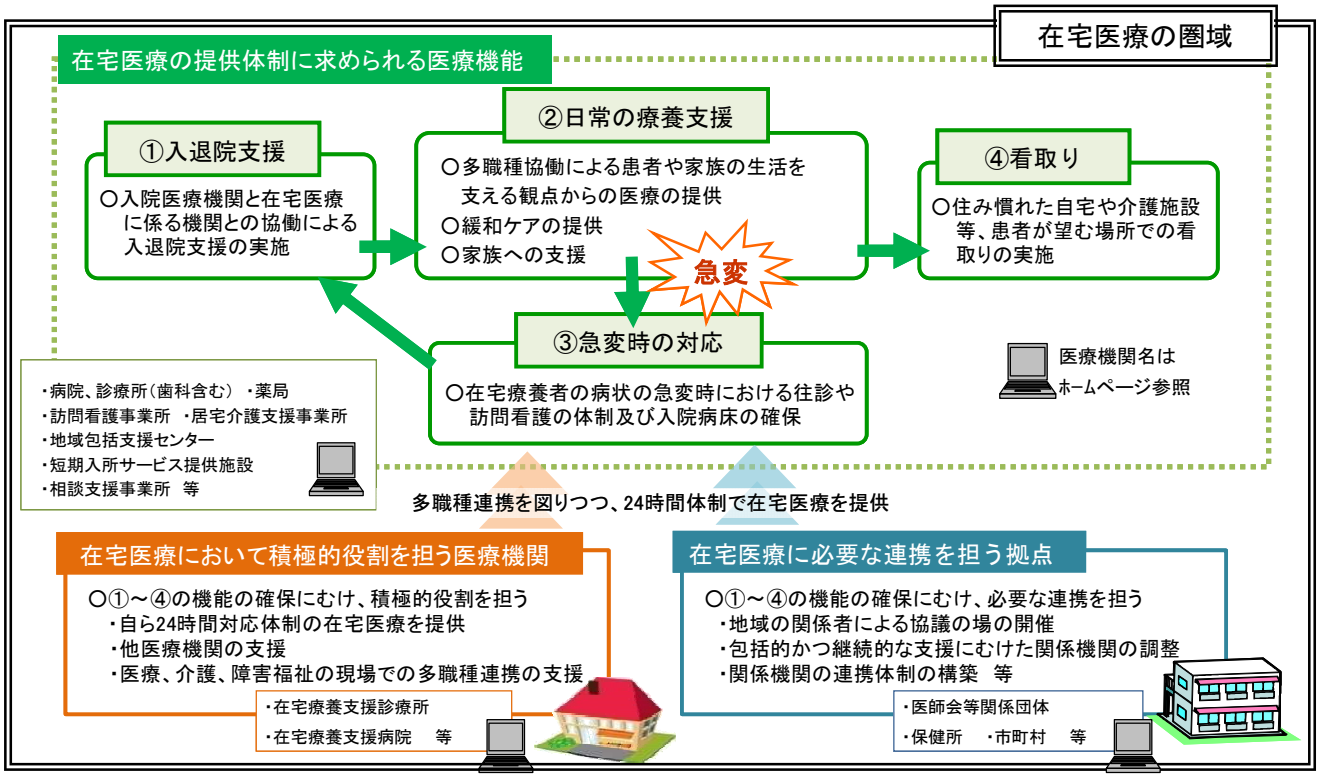
○高齢者が安心して最期まで在宅生活を送るためには、地域における在宅医療・介護連携の中核的な役割を担うケアマネジャーの人材の確保・定着と質の向上が不可欠であることから、介護サービス、医療サービス、インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネートに加え急変時の対応など、利用者の状況に応じた適切なケアマネジメントができるケアマネジャーの確保・定着、育成を図ります。

○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。また、適切なケアプランの作成を支援するため、ケアマネジメントＡＩの導入・活用を推進します。

○在宅医療のロジックモデル



6　在宅医療の提供体制イメージ



※ 🖥 ：医療機関及び連携拠点名について、ホームページで公開

7　在宅医療提供体制に求められる医療機能

	入退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
ポイント	●入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること	●患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること	●患者の病状の急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、薬局、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること	●住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること
求められる機能	【入院医療機関】 ●退院支援担当者を配置し、入院初期から退院後の生活を見据えた入退院支援を行うこと ●入退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること ●退院後、患者に起こりうる症状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で情報共有を十分図ること 【在宅医療に係る機関】 ●患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること ●高齢者のみでなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等にも対応できるような体制を確保すること	【在宅医療に係る機関】 ●相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること ●地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること ●がん患者、認知症患者、小児患者等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること ●災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること ●医薬品や医療・衛生材料の供給を円滑に行うための体制を整備すること	【在宅医療に係る機関】 ●病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族に提示し、また、求めがあった際に 24 時間対応が可能な体制を確保すること ●24 時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、薬局、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 ●対応できない急変の場合は、その症状に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議して入院病床を確保するとともに、搬送については、地域の消防関係者と連携を図ること 【入院医療機関】 ●在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、在宅医療に係る医療機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際の受け入れを行うこと	【在宅医療に係る機関】 ●人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族等の不安を解消し、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 ●患者や家族等に対して、自分や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと ●介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること 【入院医療機関】 ●在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

８　関連図表

（１）患者動向に関する指標

①本県の死亡場所別にみた死亡数の割合の推移

（単位：％）

区分	2012 年	2014 年	2016 年	2018 年	2020 年	2022 年
自宅	13.6	13.2	13.5	14.3	16.4	17.4
老人ホーム※1	6.6	8.0	9.3	10.5	11.7	14.0
介護老人保健施設※2	2.9	3.7	4.3	4.8	6.7	8.1
病院	73.6	71.8	70.0	67.5	62.5	58.3
診療所	1.5	1.5	1.2	1.2	1.2	0.9
その他	1.8	1.8	1.7	1.6	1.4	1.4

出典：厚生労働省「人口動態統計」

※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 年以降は介護医療院を含む。

②住まい（自宅・老人ホーム）で亡くなった人数

（単位：人）

	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
自宅・老人ホームでの死亡者数	8,124	8,747	8,940	9,743	10,416	10,895	11,871	13,080	14,823

出典：厚生労働省「人口動態統計」

③自宅等で看取られた人数の推移

（単位：人）

	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
自宅等で看取られた人数	1,979	2,228	2,598	2,744	3242,	3,586	4,377	5,131	5,876

出典：県福祉長寿政策課調査

④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	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
同一建物居住者	6,158	7,101	7,920	9,166	10,414	11,141	11,956	12,611	13,396
同一建物居住者以外	5,912	6,526	5,767	5,889	5,884	6,129	6,847	7,403	7,918
訪問診療	12,070	13,627	13,687	15,055	16,298	17,270	18,803	20,013	21,314
往診	2,912	2,970	3,101	3,152	3,139	3,154	3,329	3,653	3,970

出典：厚生労働省「ＫＤＢデータ（～2018 年）」、県福祉長寿政策課調査（2019 年～）
※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）

⑤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	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
同一建物居住者	10,666	12,028	14,961	17,431	19,439	20,557	21,901	23,240	24,600
同一建物居住者以外	9,020	9,935	9,390	9,515	9,469	10,141	11,535	12,773	14,007
訪問診療	19,686	21,963	24,351	26,946	28,908	30,699	33,435	36,014	38,608
往診	4,876	4,996	5,359	5,427	5,063	4,883	5,110	5,593	6,245

出典：厚生労働省「ＫＤＢデータ（～2018 年）」、県福祉長寿政策課調査（2019 年～）

⑥在宅時医学総合管理料と施設入居時医学総合管理料の推移　（単位：人/月）

	2019年	2020年	2021年	2022年
在宅時医学総合管理料	4,077	4,840	5,419	6,002
施設入居時医学総合管理料	10,469	11,281	12,121	12,965

出典：県福祉長寿政策課調査
※在宅時医学総合管理料：自宅等で療養する患者に訪問診療を行う場合に月１回算定できる診療報酬
※施設入居時医学総合管理料：老人ホーム等の施設で療養する患者に訪問診療を行う場合に月１回算定できる診療報酬

（２）医療資源・連携等に関する調査

（単位：施設）

区分	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
① 在宅療養支援診療所数	369	8	18	63	19	104	36	37	84
② 在宅療養支援病院数	27	2	1	10	2	2	2	4	4
③ 在宅療養後方支援病院数	8	0	1	0	2	1	2	1	1
④ 地域包括ケア病棟を有する病院数	45	3	1	15	3	4	4	6	9
⑤ 訪問診療・往診を実施している診療所、病院数	903	29	35	148	75	180	115	117	204

①～④出典：東海北陸厚生局「届出受理医療機関名簿」（2023年９月１日現在）
⑤出典：県福祉長寿政策課調査（2022年度）

（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	2022年
訪問看護ステーション（施設）	132	133	185	204	214	238	300
訪問看護従事者数（人）	781	809	906	1,105	1,284	1,510	1,823
１施設当たり従事者数（人）	5.9	6.1	4.9	5.4	6.0	6.3	6.1

※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）

（３）指標による現状把握

指標	2017年		2018年		2020年		2021年		備考
	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県	全国	出典元
在宅看取りを実施している診療所数（施設）	156	5,166	－	－	166	5,335	－	－	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	－	－	17	708	－	－	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	－	－	223	11,045	介護ｻｰﾋﾞｽ施設・事業所調査（３年ごと調査、10月時点）
自宅での死亡者数（人）	5,674	177,473	5,988	186,205	6,929	216,103	7,559	247,896	人口動態統計

第７章　各種疾病対策等

第１節　結核対策

【対策のポイント】
- ○　結核患者の高齢化等に対応した服薬支援体制の整備
- ○　結核の初期症状がある者に対する早期受診の勧奨

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
新登録結核患者（全結核患者）への服薬支援の実施率	98.9%（2021 年）	100%（2029 年）	全結核患者への支援を目指す	県感染症対策課調査
受診の遅れ（発病～初診の期間が２月以上）の割合	20.6%（2021 年）	10%以下（2029 年）	り患率が低く、発病～初診の期間を正確に把握していて、かつ、受診の遅れの割合の低い県を参考	県感染症対策課調査

（１）現状

○結核は、かつて「国民病」としてまん延していましたが、結核予防対策の強化に加え、生活水準の向上、医療技術の進歩により、り患率、死亡率が飛躍的に改善されました。その結果、全国の 2021 年のり患率（人口 10 万対）は 9.2 となり、結核低まん延国となりました。2022 年のり患率は 8.2 となり、順調に減少しています。

○本県の新登録結核患者は減少傾向にあるものの、70 歳以上の高齢者の患者が占める割合は６割前後となっています。

○外国出生患者は増加傾向で、2020 年の外国出生患者が占める割合は 20%を超え、2021 年には 16.1%に減少したものの、2022 年には 19.9%となり、再び増加しました。

○その他、複数の主要な抗結核薬に耐性を持つ多剤耐性結核患者や高まん延国から来日する外国人結核患者において治療困難例が報告されています。

図表７－１－１　新登録結核患者の推移

年次	全国（人）	静岡県（人）	静岡県年代別構成比（%）							静岡県外国出生患者（人（%））
			～19	20 代	30 代	40 代	50 代	60 代	70	
1961 年	419,424	12,235	20.0	15.9	18.3	13.2	13.4	12.6	6.6	データなし
1970 年	178,940	4,444	12.8	12.0	12.8	15.4	15.4	18.6	13.0	
2017 年	16,789	424	2.1	7.8	5.7	5.2	4.0	8.5	66.7	53（12.5）
2018 年	15,590	393	1.3	8.4	6.9	4.3	3.6	10.7	64.8	57（14.5）
2019 年	14,460	357	1.2	14.0	5.3	5.3	4.8	5.0	64.4	63（17.6）
2020 年	12,739	348	0.9	16.3	5.4	3.7	5.5	9.5	58.7	75（21.6）
2021 年	11,519	291	1.0	9.3	3.4	4.5	7.2	8.9	65.7	47（16.1）
2022 年	10,235	241	0.8	8.7	7.5	4.1	7.5	9.1	62.2	48（19.9）

（２）課題

○新型コロナウイルス感染症による渡航規制が解除され、国際的な人の往来の増加に伴い結核高まん延国への出国者及び結核高まん延国からの入国者の増加が予測されます。

○結核患者の高齢化及び外国人結核患者の増加傾向に対応した感染の防止と患者の早期発見・早期受診が重要です。特に、健康診断の機会を逃しやすい通所施設に通う高齢者及び技能等の習得を目的に入国する若年の外国人に対する健康診断の徹底と結核の正しい知識の普及啓発活動が必要です。

○高齢者、多剤耐性結核患者、外国人など、治療脱落しやすい患者に対する確実な服薬支援体制の整備が必要です。

○県内の喀痰塗抹陽性肺結核患者の居住地には偏りはほぼありませんが、県内の結核病床は、約９割が中部及び西部地域にあるため、伊豆地域を含む東部地域に少なく、病床の地域的偏在が問題になっています。

○静岡県の受診の遅れに関して、実態把握の拠り所となる、発病～初診の期間の聞き取りによる把握率が低いため（発病～初診の期間把握割合中央値（2018 年～2021 年）：全国 31 位)、受診の遅れの状況やその理由を正確に把握できていません。

○結核罹患率の低下に伴い、医療従事者の結核症例に関わる機会が減少しています。

（３）対策

○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（静岡県感染症・結核予防計画)」（2024 年３月改定）により、結核の発生予防・まん延防止と適正な医療の提供などに取り組んでいきます。

○療養病床や老人保健施設、特別養護老人ホームなどの入所施設及びデイサービスなどの通所施設における院内や施設内感染防止と、結核発症者の早期発見のための助言指導を研修等で強化し、高齢者施設等における結核の感染拡大を防止します。

○技能等の習得を目的に入国する外国人本人やその関係者に対して適切な情報提供を図っていきます。特に結核高まん延国への出国者並びに結核高まん延国からの入国者及びその関係者に対しては、感染の危険性や多剤耐性結核の情報等について十分な周知を行います。

○結核患者の治療完遂のため、保健所が中心となり結核病床を有する医療機関、一般病院、診療所、薬局、高齢者福祉施設、市町、地域住民等との連携・調整を図り、ＩＣＴやＳＮＳも活用して服薬支援を推進していきます。

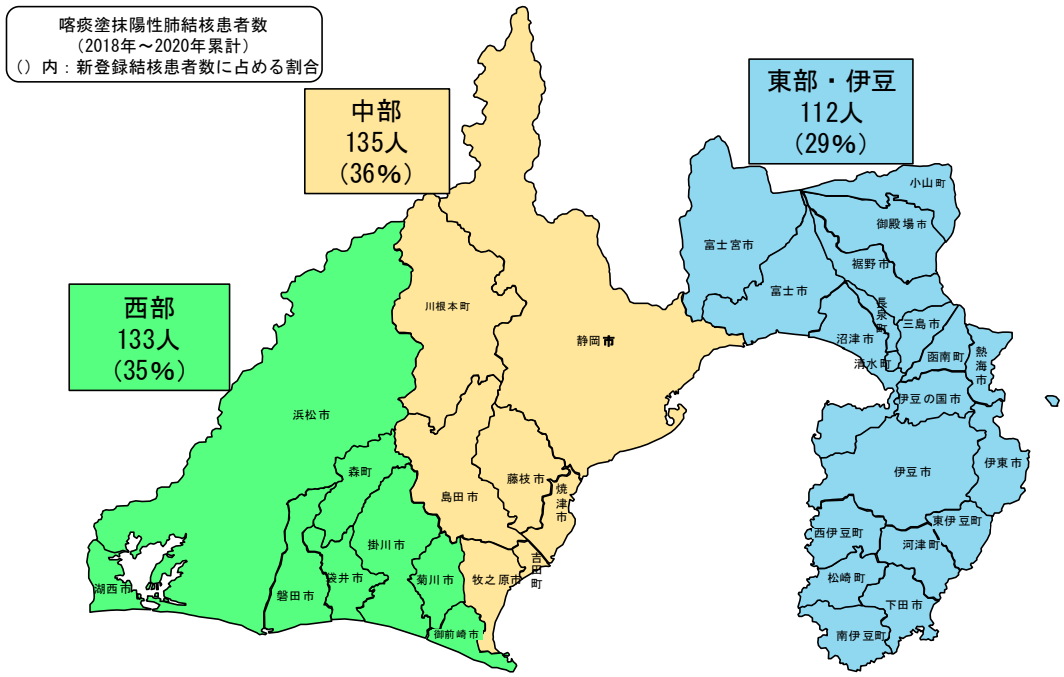
○県内の結核患者発生動向を勘案しつつ、結核基準病床数の見直しを行い、結核患者に対する病床を確保していきます。県東部地域における入院を必要とする結核患者については、県中部地域の病院への受入体制を維持しつつ、地域での受入体制の整備を図るとともに、結核モデル病床[1]を活用し、適切な結核医療の提供を図るため、医療機関とも連携を進めます。

○発病～初診の期間を正確に把握するとともに、受診の遅れのさらなる減少を目指し、結核の初期症状や早期受診の重要性の周知啓発を強化します。

[1] 結核患者の高齢化等に伴って複雑化する、高度な合併症を有する結核患者又は入院を要する精神障害者である結核患者に対して、医療上の必要性から、一般病床又は精神病床において収容治療するためのより適切な基準を策定するための事業（結核患者収容モデル事業）において整備された、結核患者を収容するための病床（出典：結核患者収容モデル事業の実施について（1992 年 12 月 10 日健医発第 1415 号))

○医療従事者における結核に対する知識習得を図るべく、コホート検討会で審議された症例の共有や結核予防会結核研究所等が実施する研修会の参加案内等、情報発信を強化します。

図表７－１－２　喀痰塗抹陽性肺結核患者の分布（2018 年～2020 年累計）



図表７－１－３　結核病床を有する病院（2023 年 11 月１日現在）

地域	病　院　名	所在地	稼動病床（床）
東部	富士市立中央病院	富士市	0　※１
	小計		0
中部	県立総合病院	静岡市	50
	島田市立総合医療センター	島田市	4
	小計		54
西部	天竜病院　※２	浜松市	8
	聖隷三方原病院	浜松市	20
	小計		28
合計	（５医療機関）		82

※１　結核病床工事中のため

※２　特定の疾患（心筋梗塞や脳梗塞など）については常勤医師が不在であるが、病状が落ち着いていれば受入れ可能

図表７－１－４　結核モデル病床を有する病院（2023 年４月１日現在）

地域	病　院　名	所在地	稼動病床（床）
西部	天竜病院	浜松市	10
	小計		10
合計	（１医療機関）		10

図表７－１－５　発病～初診までの期間が２月以上の者の人数及び割合

発病～初診までの期間が２月以上							
区　分	全国			静岡			
	人数合計（把握者）	人数	割合	人数合計（把握者）	人数	割合	全国順位
2012 年	8,177	1,532	18.7%	217	38	17.5%	－
2013 年	7,854	1,419	18.1%	152	18	11.8%	9
2014 年	6,901	1,297	18.8%	111	15	13.5%	15
2015 年	6,678	1,335	20.0%	134	18	13.4%	11
2016 年	6,703	1,323	19.7%	95	7	7.4%	5
2017 年	6,295	1,312	20.8%	126	22	17.5%	24
2018 年	6,253	1,289	20.6%	154	22	14.3%	15
2019 年	5,458	1,112	20.4%	128	19	14.8%	15
2020 年	4,449	848	19.1%	69	9	13.0%	18
2021 年	3,847	799	20.8%	68	14	20.6%	29
2022 年	3,327	661	19.9%	47	7	14.9%	23

図表７－１－６　発病～初診の期間把握割合

発病～初診の期間把握割合						
区　分	全　国			静　岡		
	人数合計	うち把握人数	割合	人数合計	うち把握人数	割合
2012 年	12,197	8,177	67.0%	280	217	77.5%
2013 年	11,933	7,854	65.8%	311	152	48.9%
2014 年	11,189	6,901	61.7%	292	111	38.0%
2015 年	10,592	6,678	63.0%	239	134	56.1%
2016 年	10,063	6,703	66.6%	227	95	41.9%
2017 年	9,445	6,295	66.6%	223	126	56.5%
2018 年	8,677	6,253	72.1%	196	154	78.6%
2019 年	7,904	5,458	69.1%	192	128	66.7%
2020 年	6,807	4,449	65.4%	164	69	42.1%
2021 年	6,053	3,847	63.6%	152	68	44.7%
2022 年	5,436	3,327	61.2%	133	47	35.3%

第２節　エイズ対策

【対策のポイント】
- ○　ＨＩＶ感染の予防と早期発見
- ○　ＨＩＶ陽性者の診療を支援するエイズ医療提供体制の整備

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
県内新規ＨＩＶ感染者及びエイズ患者報告数に占める新規エイズ患者報告数の割合	36.9% (2018～22年)	29%未満 (2024～28年)	過去５年間(2018～22年)の全国平均(29.0%)を下回る。	厚生労働省「エイズ発生動向年報」
県内９保健所におけるＨＩＶ検査件数	974件 (2022年)	2,700件以上 (2029年)	2015年から2019年の５年間の静岡県平均検査件数実績(約2,700件)を上回る。	厚生労働省「エイズ発生動向年報」
安定しているＨＩＶ陽性者に対する定期処方を紹介できる診療所の２次保健医療圏数	－	全医療圏 (2029年度)	県内全域のＨＩＶ陽性者の病診連携体制確保を進める。	県感染症対策課調査

（１）現状

ア　ＨＩＶ感染者・エイズ患者の現状

○世界のＨＩＶ(Human Immunodeficiency Virus;ヒト免疫不全ウイルス)陽性者は、2021年末時点で3,840万人と推計されています。

○全国のエイズ発生動向調査は、1984年９月から開始され、1989年からは、「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律」に基づき1999年３月末まで実施されてきました。1999年からは、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（感染症法）に基づき実施され、2003年の法改正により四類感染症から五類感染症（全数把握）に位置付けられています。

○全国の新規ＨＩＶ感染者[1]及びエイズ患者[2]の報告数は、1991年から増加し、2007年頃からは1,500件前後の横ばい傾向で推移しています。これまでの過去最多の報告年は、2013年であり、ＨＩＶ感染者は1,106件、エイズ患者は484件、合計1,590件でした。

○本県の新規ＨＩＶ感染者及びエイズ患者の報告数は、全国と同様に1991年から増加し、近年は25件前後で推移しています。これまでの過去最多の報告年は、2011年であり、ＨＩＶ感染者は32件、エイズ患者は12件、合計44件でした。

○ＨＩＶ感染後、適切な治療によりエイズ発症を抑えることができます。全国においては、新規ＨＩＶ感染者及びエイズ患者報告数に占める新規エイズ患者報告数の割合は、30%前後で推移

[1] ＨＩＶ感染者：エイズ発生動向調査において、感染症法の規定に基づく後天性免疫不全症候群発生届により、無症候性キャリアあるいはその他として報告された者。

[2] エイズ患者：エイズ発生動向調査において、初回報告時にエイズと診断された者。(既にＨＩＶ感染者として報告されている症例がエイズを発症する等病状に変化を生じた場合は除く。)

していますが、本県においては、40%前後で推移しています。

○県内保健所(政令市保健所を含む)では、ＨＩＶの匿名・無料検査を実施しています。新型コロナウイルス流行前の 2015 年から 2019 年の間、本県の人口(千人)あたりの検査数 74 件に対して、新規ＨＩＶ感染者及びエイズ患者報告数に占める新規エイズ患者報告数の割合(エイズ患者割合)の少ない他都道府県上位 24 県における同様の検査数の平均も 74 件であり、全国平均並みの検査数でした。

図表７－２－１　県内９保健所保健所におけるＨＩＶ検査件数及び陽性数　　(単位：件)

年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年
静岡県	2,934	3,046	3,279	2,834	2,501	2,739
うち陽性者数	9	7	1	7	6	2
全国	102,512	105,531	111,743	96,740	88,415	92,022
年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	
静岡県	2,670	3,010	1,486	989	974	
うち陽性者数	7	5	5	5	2	
全国	97,107	105,859	46,901	34,212	42,006	

(出典：厚生労働省「エイズ発生動向調査」)

図表７－２－２　新規ＨＩＶ感染者及びエイズ患者報告数の年次推移　　(単位：件)

年	全国			静岡県		
	HIV 感染者	エイズ患者	計	HIV 感染者	エイズ患者	計
2012 年	1,002	447	1,449	17	12	29
2013 年	1,106	484	1,590	20	16	36
2014 年	1,091	455	1,546	16	8	24
2015 年	1,006	428	1,434	21	6	27
2016 年	1,011	437	1,448	15	7	22
2017 年	976	413	1,389	11	8	19
2018 年	940	377	1,317	15	13	28
2019 年	903	333	1,236	13	8	21
2020 年	750	345	1,095	10	10	20
2021 年	742	315	1,057	17	3	20
2022 年	632	252	884	10	4	14

(出典：厚生労働省「エイズ発生動向調査」)

図表７－２－３　新規ＨＩＶ感染者及びエイズ患者報告数に占める新規エイズ患者報告数の割合　（単位：件）

	エイズ患者割合※が低い都道府県上位 24 県(2015 年から 2019 年の 5 年間)			エイズ患者割合※が低い都道府県上位 24 県(2015 年から 2019 年の 5 年間)	
	エイズ患者割合(%)	人口(千人)あたりの検査件数(件)		エイズ患者割合(%)	人口(千人)あたりの検査件数(件)
石川県	15	75	千葉県	32	70
東京都	19	94	熊本県	33	92
岡山県	20	53	神奈川県	33	60
福井県	20	59	宮城県	33	67
香川県	21	31	茨城県	33	57
青森県	22	39	和歌山県	33	48
大阪府	27	117	長野県	34	73
兵庫県	28	39	佐賀県	34	77
新潟県	29	68	京都府	34	143
愛知県	30	122	岐阜県	35	38
沖縄県	31	152	栃木県	36	100
愛媛県	31	79	北海道	36	35
エイズ患者割合※が低い都道府県上位 24 県における人口(千人)あたりの検査件数の平均(2015 年から 2019 年の５年間)					74

静岡県(2015 年から 2019 年の５年間)		人口(千人)あたりの検査件数の平均(2015 年から 2019 年の 5 年間)
エイズ患者割合※(%)	人口(千人)あたりの検査件数(件)	
15	75	74

※　エイズ患者割合＝その年報告された新規エイズ患者数／（新規エイズ患者数＋新規ＨＩＶ感染者数）

（出典：厚生労働省「エイズ発生動向調査」）

イ　エイズ医療提供体制の現状

○全国のエイズに関する医療提供体制は、「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」(エイズ予防指針)に基づき、中核的医療機関である国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター、全国８ブロックの地方ブロック拠点病院、各都道府県内で指定された中核拠点病院、拠点病院により整備されています。

○本県における医療提供体制の整備状況は、1996 年５月に、エイズ拠点病院（20 か所）及びエイズ診療病院（10 か所）を指定しましたが、2006 年の「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」(エイズ予防指針)の改正に伴い、2007 年４月に、新たにエイズ中核拠点病院、エイズ拠点病院を指定するとともに、本県独自にエイズ診療協力病院を指定しました。現在は、エイズ中核拠点病院２か所、エイズ拠点病院 20 か所、エイズ診療協力病院４か所を整備しています。

図表７－２－４　静岡県におけるエイズ医療提供体制

	役割	病院名
エイズ中核拠点病院	・高度なエイズ診療の実施 ・全科によるエイズ診療体制の確保 ・入院医療提供体制の整備 ・カウンセリング体制の整備 ・拠点病院、地域の他の医療機関との連携 ・エイズ医療関係者研修会・連絡会の開催 (拠点病院等に対する研修事業及び医療情報の提供)	静岡市立静岡病院 浜松医療センター （２施設）
エイズ拠点病院	・多くの診療科による総合的なエイズ診療の実施 ・カウンセリング体制の整備 ・中核拠点病院、地域の他の医療機関との連携 ・エイズ医療関係者研修会・連絡会への参加	伊東市民病院 静岡医療センター 沼津市立病院 順天堂大学医学部附属静岡病院 富士宮市立病院 富士市立中央病院 県立総合病院 静岡市立清水病院 静岡赤十字病院 静岡済生会総合病院 島田市立総合医療センター 焼津市立総合病院 藤枝市立総合病院 磐田市立総合病院 市立湖西病院 浜松医科大学医学部附属病院 浜松赤十字病院 ＪＡ静岡厚生連遠州病院 聖隷浜松病院 聖隷三方原病院 (20 施設)
エイズ診療協力病院	(専門医療機関における協力) ・結核、がん、精神疾患を合併し高度な治療を要するＨＩＶ陽性者(児)の診療及び診療支援 ・中核拠点病院、拠点病院との連携	(本県独自に指定) 【結核】天竜病院 【がん】県立静岡がんセンター 【精神】県立こころの医療センター 【小児】県立こども病院 （４施設）

（２）課題

○ＨＩＶ感染の新規感染予防及び早期発見による感染の拡大防止を図るため、県民やハイリスクの方を含めて、正しい知識の普及と合わせた予防啓発や、検査・相談体制の強化が必要です。

○エイズ中核拠点病院へのＨＩＶ陽性者の集中による診療負担の偏重や、拠点病院も含めた診療担当医の後継不足等が懸念されることから、エイズ医療提供体制の維持のため、エイズ中核拠点病院及び拠点病院の他に、一般の診療所や高齢者施設等を含めた幅広い人材育成が必要です。

○抗ＨＩＶ療法は進歩[3]しているが、生涯治療を継続する必要があることから、ＨＩＶ陽性者が今後高齢となっていくため、地域における医療と介護の包括的な連携体制の確保が必要です。

[3] 抗ＨＩＶ療法は進歩：ＨＩＶに対する多剤併用療法（ＡＲＴ）が開始されてから、患者の免疫機能が正常に保たれるようになり、日和見感染症やＨＩＶ関連疾患の発症を抑制できるようになった。早期抗ＨＩＶ療法導入(Treatment as Prevention)が未感染パートナーへのＨＩＶ感染リスクを低下させることも実証され、早期治療が推奨されるようになってきている。

○ＨＩＶ陽性者に対する差別や偏見を無くし、不安を軽減、治療継続を支援するため、相談支援を行う医療従事者や保健所職員の育成が必要です。

（３）対策

ア　正しい知識の普及と予防啓発及び検査体制の充実

○県民への正しい知識の普及に加え、性的指向に多様性のある方等を対象とした予防啓発を、ＮＰＯ法人等と連携してさらに推進していきます。

○検査体制の一層の充実を図るため、引き続き、保健所における日中･平日夜間･休日検査の実施、保健所以外の場所における検査の実施をしていきます。

○保健所が実施しているＨＩＶ検査の認知度を高めるため、保健所における日中･平日夜間･休日検査について県ホームページ、ＳＮＳ等への掲載やチラシ等の作成・配架を行い、広報活動を実施していきます。

○ＨＩＶ郵送検査[4]については、検査精度管理や個人情報保護の確保状況や国の検討状況を注視し、本県での実施の有用性を検討していきます。

イ　エイズ医療の連携推進と水準向上

○エイズ医療の連携推進と水準の向上を図るため、各エイズ中核拠点病院・拠点病院・診療協力病院の医療従事者等を専門的研修へ派遣するほか、県内の東・中・西部ごとに開催するエイズ医療関係者研修会・連絡会において情報共有を行います。また、ＮＰＯ法人と連携して、保健所職員や医療関係者等と情報共有を行います。

○エイズ診療担当医の後継不足に対応するために、県内の研修医や専攻医等の若手医師等に対して、エイズ診療に従事することを働きかけます。

○病状が安定したＨＩＶ陽性者への病診連携による診療体制を構築するため、ＨＩＶ診療が可能な医療機関に対し、障害者総合支援法の規定に基づく自立支援医療機関（免疫に関する医療）の指定の推進とＨＩＶ地域診療クリニカルパス[5]等の作成について検討し、県内全域で身近な診療所でも希望すればＨＩＶ診療が受けられる体制づくりを目指します。

○ＨＩＶ陽性者の高齢化に対応するため、地域における保健医療サービス及び介護福祉サービスとの連携等が必要であることから、訪問看護ステーションや介護保険施設の職員向けの研修会を開催していきます。

○ＨＩＶ陽性者に対する歯科診療を確保するため、県歯科医師会と調整の上、各エイズ中核拠点病院・拠点病院等と診療に協力する歯科診療所等との連携体制の構築を図ることにより、ＨＩＶ陽性者に対し、県内全域で滞りなく歯科診療が提供できるようにしていきます。

○ＨＩＶ陽性者に対する相談支援体制の充実を図るため、ＨＩＶ陽性者の相談支援を行う拠点病院等の医療従事者に対し、国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センターや公益財団法人エイズ予防財団が開催する専門的研修への派遣や、保健所職員等を対象とした会議の開催をしていきます。

---

[4] ＨＩＶ郵送検査：検査を申し込むと検体採取キットが自宅に届き，採取した検体を検査会社に郵送することで検査を行い、検査結果を郵便やウェブサイト等により自宅で知ることができるサービス。

[5] クリニカルパス：良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表。

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）	432 件（2022 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

（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、2024 年３月最終改正）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７－３－１）

○2014 年にはデング熱の諸外国における大流行を受け、蚊の継続的なウイルス保有調査を実施し、調査結果を広く周知しています。

○2015 年には県内でエボラ出血熱の疑似症患者が発生したこと受け、患者を移送する際に必要な、感染症患者隔離搬送用バッグ及び個人防護具等を県内保健所に整備し、2018 年度には、感染症患者移送用車両を１台整備し、東部保健所に配置しています。

○全国的にダニ媒介性感染症（日本紅斑熱、重症熱性血小板減少症候群（ＳＦＴＳ））の患者数が増加傾向にあり、県内においても、重症熱性血小板減少症候群（ＳＦＴＳ）が 2021 年に初めて確認されるなど、ダニ媒介性感染症に感染する危険性が高まっているため、感染する可能性が高まる時期などに注意喚起を適宜行っています。（図表７－３－２）

○2020 年には県内在住者が海外で狂犬病に感染（国内 14 年ぶりの発生）したほか、2023 年には県内で日本脳炎が７年ぶりに発生する等、過去に流行していた感染症も散発的に発生しており、注意喚起を適宜行っています。

図表７－３－１　感染症指定医療機関

２次保健医療圏	管内人口	種別	基準病床数	指定医療機関	所在地	指定年月	指定病床数
賀茂	55,726	第二種	4	下田メディカルセンター	下田市	2012.5	4
熱海伊東	95,402	第二種	4	国際医療福祉大学熱海病院	熱海市	2005.7	4
駿東田方	621,322	第二種	6	裾野赤十字病院	裾野市	1999.4	6
富士	366,092	第二種	6	富士市立中央病院	富士市	1999.4	6
静岡	677,286	第一種	2	静岡市立静岡病院	静岡市	2008.10	2
		第二種	4※			1999.4	4
志太榛原	442,369	第二種	6	島田市立総合医療センター	島田市	1999.4	6
中東遠	458,800	第二種	6	中東遠総合医療センター	掛川市	2013.5	4
				磐田市立総合病院	磐田市	2004.4	2
西部	836,521	第二種	10	国民健康保険佐久間病院	浜松市	2004.6	4
				浜松医療センター	浜松市	1999.4	6

（注）人口は、2023 年 10 月１日現在（静岡県知事直轄組織「静岡県年齢別人口推計」）
※静岡保健医療圏の第二種基準病床数について、７床への変更を今後調整

図表７－３－２　県内のダニ媒介性感染症（日本紅斑熱、重症熱性血小板減少症候群(ＳＦＴＳ)）の患者数

（単位：人）

年次	日本紅斑熱		重症熱性血小板減少症候群（ＳＦＴＳ）	
	県内届出数	全国	県内届出数	全国
2017 年	6（2）	337	0	90
2018 年	3	305	0	77
2019 年	10（1）	318	0	101
2020 年	8	421	0	78
2021 年	8（1）	487	4	110
2022 年	5	460	6	118

（注）（ ）は、死亡患者数の再掲。

（２）課題

○一類感染症のエボラ出血熱や二類感染症の中東呼吸器症候群（ＭＥＲＳ）等の海外からの輸入感染症に備えるほか、近年はダニ媒介性感染症（日本紅斑熱、重症熱性血小板減少症候群(ＳＦＴＳ)）や、蚊媒介感染症（デング熱、ジカウイルス感染症、日本脳炎、ウエストナイル熱等）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。

○感染症患者が発生した場合に備え、適切な医療を提供する体制の確保が必要です。

○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。

○第一種・第二種感染症指定医療機関について基準病床数の見直しを行い、整備を図ります。

○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　難病対策

【対策のポイント】
- ○　難病の医療提供体制における医療機関間の連携の確保
- ○　難病の患者及びその支援者に対する情報提供、相談・支援の充実
- ○　難病患者に対する災害時支援体制の整備

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
難病診療分野別拠点病院等の数※	38 施設（2023 年度）	38 施設（2029 年度）	現状維持	県疾病対策課調査
難病患者ホームヘルパー養成研修受講者数	累計 3,608 人（2023 年度まで）	累計 3,800 人（2025 年度まで）	県総合計画指標	県疾病対策課調査
難病患者介護家族リフレッシュ事業及び県立学校医療的ケア児就学支援事業の利用者数	38 人（2022 年度）	76 人（2029 年度）	利用者数倍増	県疾病対策課県教育委員会調査
在宅人工呼吸器使用難病患者に対する災害時個別避難計画策定数	47 件（2022 年度）	264 件（2029 年度）	2022 年度末県内ＡＬＳ患者の人数	県疾病対策課調査

※ 難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院の合計

（１）現状

ア　難病患者を取り巻く状況

○「難病の患者に対する医療等に関する法律」では、①発病の機構が明らかでない、②治療方法が確立していない、③希少な疾病である、④長期の療養を必要とするという４つの要件を満たす病気を難病と定めています。

○厚生労働省は、難病のうち、患者数がおおむね人口の 0.1%程度以下で客観的な診断基準等が確立しているものを医療費助成の対象（指定難病）とし、2021 年 11 月１日現在で 338 疾病が指定されています。

○また、指定難病の指定や特定疾患治療研究事業として助成が行われているほか、難治性疾患克服研究事業として難病の治療研究を行い、客観的な診断基準の確立を進めています。

イ　本県の状況

○静岡県での特定医療費（指定難病）の受給者は年々増加しており、2023 年３月 31 日現在で 16,139 人に対して受給者証を発行し、医療費助成を行っています。

○指定難病（338 疾病のうち県内に受給者のいる疾病は 188 疾病）のほか、2023 年３月 31 日現在で、特定疾患治療研究事業として、スモン、難治性肝炎のうち劇症肝炎、重症急性膵炎、プリオン病（ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病）及び先天性血液凝固因子障害等の患者 194 人に助成を行っています。また、県は独自に橋本病と突発性難聴の患者 614 人に対して助成を行っています。

○県では、難病診療連携拠点病院[1]として、浜松医科大学医学部附属病院を指定しています。浜松医科大学医学部附属病院は、難病医療に従事する専門医を多数擁するほか、県内の難病医療協力病院等に医師を多数派遣しています。また、院内に「医療福祉支援センター」を設置し、難病患者の相談等に対応しています。

○難病患者が身近な地域で医療を受けることができるように、難病診療分野別拠点病院[2]を３施設、難病医療協力病院[3]を 34 施設指定し、難病診療連携拠点病院を中心に県難病医療ネットワークを構築しています。

○2005 年に「静岡県難病相談支援センター」を開設し、患者及び支援者への相談や生活・就労全般の相談会の実施、ピアサポーターによる電話相談を実施しています。

○難病患者地域支援事業として訪問相談、訪問診療や難病の知識啓発のための講演会等を実施するほか、研修を通じて難病患者の介護に対応するホームヘルパーの養成を行っています。

○在宅で人工呼吸器を使用する患者等を介護する家族を支援する難病患者介護家族リフレッシュ事業を実施するほか、県教育委員会では 2023 年度から県立学校に通学する児童・生徒の送迎や在校時に医療的ケアを行う、県立学校医療的ケア児就学支援事業を実施しています。

○指定難病患者は、障害者総合支援法に基づき、在宅介護等の各種障害福祉サービスやハローワークの就労支援を受けることができます。

○本県においては、「南海トラフ地震」をはじめとする大規模災害のほか、風水害による停電や浸水など様々な災害が想定されます。

○台風等による風水害により停電等が発生した場合、在宅で人工呼吸器を装着している難病患者は大きな影響を受けます。そのため、2022 年、在宅で人工呼吸器を装着する難病患者等が、台風等の風水害が予想される場合に、事前避難入院を可能とする制度を創設しました。

（２）課題

ア　難病の医療提供体制における医療機関間の連携の確保

○指定難病に指定されていない希少な疾病については、治療経験のある医師が少なく、早期に診断がつきにくいため、医療提供体制は必ずしも十分ではありません。

○患者数が少ない難病の多くは、調査研究を行う組織がないため、難病指定のための検討が行われておりません。

イ　患者や支援者に対する情報提供、相談・支援の充実

○原因が不明で治療方法が確立されていない病気の患者は、病気に対する不安や長期にわたる療養生活など様々な問題を抱えており、支援を行う家族を含めてサポートをする体制が必要です。

○障害者総合支援法に基づく各種障害福祉サービスや就労支援サービスについて、認知が進んでおらず、十分に利用されていません。

ウ　災害時支援体制の整備

○災害に備えるため、人工呼吸器を装着している難病患者等を把握し、避難支援を含めた災害時

---

[1] 難病診療連携拠点病院：早期診断・早期治療推進のための本県の拠点となる病院であり、患者に身近な医療機関・専門医療機関との連携や、医療従事者等への研修を実施する。

[2] 難病診療分野別拠点病院：神経系疾患、膠原病、消化管疾患等の専門分野における、複数の保健医療圏にかかる早期診断・早期治療推進のための拠点となる病院である。

[3] 難病医療協力病院：難病患者の受入及び治療、一時入院のための病床の確保、確定診断が困難な患者を拠点病院等に紹介する役割を持つ病院である。

個別避難計画を策定する市町等を支援することにより、難病患者の安全で安心した在宅生活を確保する必要があります。

○災害時の事前避難入院制度については、2023 年 10 月末現在で対応できる医療機関が５施設にとどまっています。

（３）対策

ア　難病の医療提供体制における医療機関間の連携の確保

○現行の医療提供体制を見直し、専門性の高い難病医療の提供を可能とする病院を難病診療分野別拠点病院として指定し、難病患者がその医療機関に適切に紹介されることで早期に病気の診断を確定できる体制を構築し、患者の支援の強化を図ります。

○難病患者の地域におけるケアは、保健・医療・福祉のより一層緊密な連携が必要であり、保健師を中心に専門医療機関と地域の医療機関及びかかりつけ薬局、訪問看護ステーションや介護事業所等をはじめとした地域の関係者と協力し、社会資源を有効に活用することで、連携のとれた支援体制を構築していきます。

○難病対策地域協議会[4]等において、地域の課題を地域の関係者で議論し、地域のみでは解決できない課題については、静岡県難病医療連絡協議会において協議し、県全体で難病対策をより良い方向へ進めて行きます。

○2023 年度を目処に国が導入を進める指定難病・小児慢性データベースへの県内の難病指定医[5]の登録を促進し、国の難病対策に関する調査及び研究の一助とします。

イ　患者や支援者に対する情報提供、相談・支援の充実

○患者及びその家族の生活の質（ＱＯＬ）向上のため、医療費助成制度の周知を図り、制度を利用しやすい環境を整えるとともに、住民に分かりやすい形で難病医療提供体制を公表します。

○指定難病に認定されていない希少な疾病に対し、患者や医療機関と対策の必要性を協議しながら、病気への理解を進めるため医療関係者等へ情報提供の講演会を開催していきます。

○病気について理解し、安心な日常生活や就学・就労生活を営めるよう、静岡県難病相談支援センターにおいて、患者やその家族に対する適切な知識の普及を行います。

○難病の患者が治療と日常生活、就学・就労との両立ができるように、患者の希望や治療状況、疾病の特性等を踏まえたサポートに取り組みます。

○2024 年４月から開始する登録者証の発行を通じて、障害福祉サービス等を円滑に利用できるよう、登録者証制度の周知による障害福祉サービス等の利用拡大に取り組みます。

ウ　災害時支援体制の整備

○在宅で人工呼吸器等を使用するなど介護の必要性の高い難病患者に対して、保健所、市町、医療機関等と密に連携を図り、市町等が行う災害時個別避難計画の策定を支援します。

○静岡県難病医療連絡協議会等を通じ、事前避難入院を可能とする制度の一層の周知を図り、利用を働き掛けるとともに、対応できる病院の増加を図るなど、利用者の意見を伺いながら使いやすい制度に向け、改善を進めます。

---

[4] 難病対策地域協議会：２次保健医療圏ごとに医療・福祉・教育・就労支援等の関係者で構成する協議会である

[5] 難病指定医：都道府県知事によって指定された、臨床調査個人票を作成できる医師を指す。「難病指定医」と「協力難病指定医」の２種類がある。

（４）関連図表

図表７－４－１　受給者数の推移（各年度末現在）　（単位：人）

項　　目	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度
全　国　A	892,445	912,714	946,110	1,033,770	1,021,606	1,048,680
静岡県※　B	24,311	24,598	25,543	27,467	26,930	28,325

※県及び政令市が認定した指定難病の受給者数、県疾患受給者数(橋本病、突発性難聴)の合計

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」を基に、県疾病対策課作成

図表７－４－２　静岡県における受給者数の多い 10 疾病（2022 年度末現在）　（単位：人）

順位	疾病名	疾患群	静岡県　A （構成比）	全国　B （構成比）	全国構成比 A／B
1	潰瘍性大腸炎	消 化 器	4,033（14.6%）	141,387（13.5%）	2.9%
2	パーキンソン病	神経・筋	3,709（13.4%）	143,267（13.7%）	2.6%
3	全身性エリテマトーデス	免　　疫	1,700（6.1%）	65,145（6.2%）	2.6%
4	クローン病	消 化 器	1,428（5.2%）	50,184（4.8%）	2.8%
5	全身性強皮症	皮　　膚	790（2.9%）	27,013（2.6%）	2.9%
6	皮膚筋炎/多発性筋炎	皮　　膚	777（2.8%）	26,046（2.5%）	3.0%
7	脊髄小脳変性症※	神経・筋	733（2.6%）	26,476（2.5%）	2.8%
8	重症筋無力症	神経・筋	709（2.6%）	26,387（2.5%）	2.7%
9	後縦靱帯骨化症	骨・関節	660（2.4%）	31,571（3.0%）	2.1%
10	多発性硬化症/視神経脊髄炎	神経・筋	625（2.3%）	23,105（2.2%）	2.7%

※脊髄小脳変性症は多系統萎縮症を除く。

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」を基に、県疾病対策課作成

図表７－４－３　静岡県における難病指定医及び難病指定医療機関認定状況　（単位：人、施設）

区分		2020 年度	2021 年度	2022 年度
難病指定医		1,749	1,784	1,811
	難病指定医	1,681	1,719	1,745
	協力難病指定医	68	65	66
難病指定医療機関		2,162	2,183	2,223

※政令市の認定数を除く（各年度末時点）。県疾病対策課作成

第５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がる社会の実現（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】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
認知症サポート医養成者数	397 人 （2022 年度）	470 人 （2026 年度）	大綱目標値（2025 年度に 1.6 万人）の人口割（2.9%）で設定	県福祉長寿政策課調査
かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	1,185 人 （2022 年度）	1,340 人 （2026 年度）	認知症の人の推計増加率の 10 年間平均（3.15%×4 年）を現状値に乗じて算出	県福祉長寿政策課調査
認知症サポーター養成数	累計 411,701 人 （2022 年度まで）	累計 530,000 人 （2026 年度まで）	2040 年までに 100 万人養成を目指す	県福祉長寿政策課調査
認知症の対応について不安に感じている介護者の割合	36.1% （2022 年度）	33% （2026 年度）	引き続き、認知症や認知症の人に対する理解を促し、不安に感じる介護者の割合の減少を目指す	静岡県の高齢者の生活と意識
「通いの場」設置数	4,665 か所 （ 2021 年度）	6,100 か所 （2025 年度）	県総合計画	厚生労働省調査
「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	28 市町 （2022 年度）	全市町 （2026 年度）	引き続き全市町においての実施を目指す	県健康増進課調査
認知症サポート医リーダー養成者数	181 人 （2022 年度）	210 人 （2026 年度）	認知症の人の推計増加率の 10 年間平均（3.15%×4 年）を現状値に乗じて算出	県福祉長寿政策課調査
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	80.6% （2022 年度）	81%以上 （毎年度）	現状値を超える 81%以上を継続して維持	認知症総合支援事業等実施状況調べ

（１）現状と課題

ア　認知症の医療

○認知症は、脳卒中、アルツハイマー病その他の要因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。（介護保険法第５条の２）。

○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－Ⅴ[1]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。

①１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から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もの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。

○2024 年１月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下「基本法」という。）」が施行され、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進し、もって認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現を推進することが明記されました。県としても、基本法の理念に基づき、認知症の人とその家族が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができ、認知症の人を含めた県民一人ひとりが支え合い共生する社会を目指します。

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]。

---

[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）。その後 2023 年６月にＤＳＭ－Ⅴ－ＴＲが発行され一部内容が改訂された。認知症に関しては変更なし。

[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」（2014 年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業）

○国が 2015 年１月に策定した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン)」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 22.8 万人に、2040 年には 29.5 万人になると推計されます。

図表７－５－１ 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	2040 年
各年齢の認知症有病率が一定の場合	137	161	187	211	248
各年齢の認知症有病率が上昇する場合		164	196	228	295

（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１千人の若年性認知症の人がいると推計されます。

（県内の医療機関における認知症診療の状況）

○2023 年８月に県内の医療機関において認知症診療を受けた人（市町村国保被保険者、国保組合被保険者、後期高齢者医療保険被保険者）は約 6.5 万人であり、このうち入院が約 0.5 万人、外来が約 6.0 万人でした。また、男女の内訳は男性約 2.1 万人、女性約 4.5 万人となっています。若年性認知症は 537 人で、全体の１％となりました。

○認知症診療を受けた人数は３年前より４千人増えていますが、入院した人数にほぼ変化がなく、外来の人数が増えています。65 歳以上の高齢者数が１％増加したこともありますが、認知症の知識や理解促進の効果と考えられます。

図表７－５－２　県内の医療機関における認知症診療の状況（2023 年７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	2,057	3,390	5,447	18,467	41,544	60,011	20,524	44,934	65,456
（うち若年性）	(65)	(44)	(109)	(219)	(209)	(428)	(284)	(253)	(537)

（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。

○今後は、認知症の方も暮らしやすい地域共生社会を実現するため、関係機関と連携し、行政に対して助言を行い、共に地域活動を進めていく役割も担っていきます。

○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。

図表７－５－３　認知症サポート医の状況（2023 年度末）　（単位：人）

	2020 年度まで	2021 年度	2022 年度	2023 年度	累計
認知症サポート医	346	26	25	23	420

（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、2023 年４月で 34 市町に設置されています。

○市町の直営のチームが減少し、地域包括支援センター等への委託をする市町が増えています。

図表７－５－４　認知症初期集中支援チームの状況（2023 年４月）　　（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
109	5	98	1	5

（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２次保健医療圏に設置されました。

○認知症疾患医療センターは、鑑別診断後、治療や入院の受入れ、対応可能な医療機関を確保する役割も担います。専門治療後、認知症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、ケアマネジャー等との連絡・調整を行います。

○認知症疾患医療センターが、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。2021 年度から事業の対象に認知症高齢者グループホームを追加しました。

○2022 年度の初診までの待機日数別診療機関数は、14 日未満が３か所、15 日から１か月が８か所、1 か月以上が４か所、相談件数は 8,967 件となっています。

図表７－５－５　県内の認知症疾患医療センターの状況（2023 年９月 30 日現在）

指定	圏域	医療機関名	所在地	初回指定日
県	賀　茂	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	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	ＮＴＴ東日本伊豆病院	田方郡函南町	2010.10.1
		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
		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	公益財団法人復康会 鷹岡病院	富士市	2013.10.1
		医療法人社団一就会 東静脳神経センター	富士宮市	2017.11.1
	志　太 榛　原	焼津市立総合病院	焼津市	2017.4.1
		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	掛川市・袋井市病院企業団立 中東遠総合医療センター	掛川市	2012.1.1
		磐田市立総合病院	磐田市	2017.2.1
政令市	静　岡	独立行政法人国立病院機構 静岡てんかん・神経医療センター	静岡市葵区	2014.2.1
		医療法人社団リラ 溝口病院	静岡市葵区	2015.10.1
		静岡市立清水病院	静岡市清水区	2016.10.1
	西　部	社会福祉法人　聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院	浜松市中央区	2013.7.22
計　15 か所：県指定 11 か所、政令市指定４か所（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の役割や必要性の理解が少しずつ進んでおり、認知症地域支援推進員の人数は３年前に比べ 30 人増加しています

図表７－５－６　認知症地域支援推進員の状況（2023 年度）　　（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
231	36	184	1	10

（認知症サポーター等）

○2023 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が累計 411,701 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累計 71,587 人養成されています。

○2023 年 3 月末現在、認知症サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイトは、累計 3,845 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拡げ、認知症の人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

○認知症は、誰もがなりうるものであるという前提の下、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。

●認知症を正しく知る社会の実現（知る）

（ア）認知症に関する理解促進

○県民の認知症に対する理解が不十分で偏見や受診の遅れが発生しており、「認知症バリアフリー」の取組が必要です。そのため、認知症に関する知識や対応の仕方を認知症の人本人を含む地域住民に向けて周知し、認知症に対する理解を促進する必要があります。

（認知症サポーター等）

○認知症サポーター、キャラバン・メイトは増加していますが、増加したことによる社会の理解の促進について評価する必要があります。

○子どもサポーターは増加していますが、認知症に関する理解促進に向け、子どもサポーターの更なる養成が必要です。特に学童期の段階から認知症を理解してもらうことが重要です。

○企業・職域型の認知症サポーターを養成するために、企業の協力が必要となります。

○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が、一般の県民には十分に知られていません。

○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、県内の全ての市町で作成されていますが、対象が一般の高齢者である場合、自分のこととして捉えにくいため周知が難しく、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。

●認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）

（イ）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）の原因疾患を予防することが必要です。

○糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防や難聴の早期発見などの適切な対応が、認知症予防に資する可能性が示唆されていることから、生活習慣病や難聴が認知症の発症の可能性を高める要因であることを若年層を含めた幅広い年代に対し、周知するとともに、特定健診・特定保健指導の受診を促すことが必要です。

○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、2021 年度、県内に 4,665 か所に設置されており、参加者数は 85,518 人で、高齢者人口に対する参加率は 7.8%となっています。

○また、2022 年度、通いの場へ歯科衛生士及び管理栄養士の派遣を行った市町は 27 市町となっており、年々増加しているものの、全市町への普及にまで至っていません。

○閉じこもり等の社会参加活動の減少が、認知症の発症につながる可能性があります。多様な社会参加により、認知症の予防を図るためには、これらの活動が認知症予防につながる可能性があることを認識してもらい、参加機会や活動内容の充実を図る必要があります。

○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地域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。

●地域で支え合いつながる社会の実現（支え合う）

（ウ）早期発見・早期対応

○偏見や認知症の理解不足により、受診や支援制度の利用が遅れ、重度化したり行動・心理症状（ＢＰＳＤ）が出現する恐れがあり、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付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、認知症の行動・心理症状（ＢＰＳＤ）の対応等、認知症に対する相談への対応等を適切に行うことができるよう認知症対応力の向上を図る必要があります。また、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。

○病院において認知症の人本人の意思を尊重し、適切な医療サービスを提供するために、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。

（初期集中支援チーム）

○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（ＢＰＳＤ）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。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。

（エ）専門医療

（認知症サポート医）

○かかりつけ医の認知症診断等に関する相談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、相談等の体制は整備されつつありますが、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ます。

○そのため、認知症サポート医の中で核となる認知症サポート医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。

○2023 年７月に認知症サポート医リーダー連絡会が、認知症サポート医の役割についての提言を行い、認知症サポート医はこれまでの認知症の人への対応とサポートする役割から、認知症の人も暮らしやすい地域共生社会を実現するため、関係機関と連携し、行政に対して助言を行い、共に地域活動を進めていく役割にシフトしていくことが求められています。

（認知症疾患医療センター）

○認知症疾患医療センター受診までの待機日数が長く、早期対応につながらない場合もあります。認知症疾患医療センターや認知症サポート医、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。

○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。

○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。

（その他）

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

○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、不適切なケアや身体的な不調や不快、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。まずは早期に診断を受け、病態に応じて本人主体の医療・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薬物を使用しない治療的なアプローチを対応の第一選択とするのが原則となります。さらに、パーソン・センタード・ケアなどの本人主体の医療・介護の実践が普及するよう、認知症対応力向上研修を引き続き開催します。

○2023 年９月には認知症疾患修飾薬が厚生労働省から薬事承認を受けました。投与を希望する人が適切に治療を受けられるような体制の検討が必要です。

○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。

○本人が望む終末期を迎えるために、ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）についての医療・介護従事者の理解、住民への普及啓発が必要です。

（オ）地域支援

○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、2022 年度は 23 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」の委嘱を行いましたが、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。

○県が作成した「ふじのくに“ささえあい”手帳」を活用している市町や、独自の認知症情報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。

○介護従事者向けの認知症対応力向上研修を国のカリキュラムに基づき実施しており、2022 年度までに認知症介護指導者養成研修 62 人、認知症介護実践者研修 7,900 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、2023 年４月現在 179 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。

○2023 年４月現在の認知症家族会は 16 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 283 人（2022 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が市町ごとに進んでおり、2022 年度現在、ＧＰＳが 11 市町、二次元コードが 14 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 42 人掲載し、2014 年から 2022 年までに 25 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がありますが、各市町障害福祉担当課、各保健所、県庁等において配布していますが、必要な人が手に入れられることができるよう今後も周知をしていくことが必要です。

○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、2022 年度現在、20 市町で実施されていますが、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。

○「静岡県若年性認知症相談窓口」に若年性認知症支援コーディネーターを配置して電話相談や個別相談支援を行っており、2022 年度の相談件数は 192 件です。
○若年性認知症の人の居場所や就労継続への支援が不足しており、本人ミーティングや認知症カフェ等の居場所の設置や、就労継続や仕事の場の提供に向けた企業等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は、企業向け出前講座の実施、本人ミーティングや認知症家族会の会合への出席のほか、ハローワークや認知症疾患医療センター等と連携を図っていますが、企業等も含めた広域的なネットワークづくりが必要です。
○本人ミーティングや認知症家族会の会合等により把握した若年性認知症の人やその家族の意見を取組に反映していくことが必要です。

●誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

（オ）地域支援

○75 歳以上の高齢運転者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は、2022 年度までに 28 市が実施をしており、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、公共施設の利用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。

（認知症地域支援推進員）

○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。
○認知症地域支援推進員の役割として、社会参加活動のための体制整備の推進が 2019 年度から位置づけられ、多くの市町で取組が進んでいますが、一部の市町では取組が進んでいない現状があります。

（２）対策

●認知症を正しく知る社会の実現（知る）

（ア）認知症に関する理解促進

○認知症月間を中心に当事者団体、全市町、医療機関、介護事業所等、多くの関係者と連携し、全県的な普及啓発を実施します。
○県教育委員会と連携し、子どものための認知症学習用ウェブサイト「認知症こどもサイト」を小学校教員に周知し、総合的な学習や道徳の授業などでの活用を促します。
○市町における企業・職域型の認知症サポーターの養成の促進するため、企業や職域へキャラバ

ン・メイトの普及啓発を行います。
○市町は、地域における認知症の理解促進のため、認知症に関するイベントの開催、普及啓発媒体の配布を実施します。
○県及び市町は、認知症サポーターの活動や活躍の場を拡げるため、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。
○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。

（相談先の充実周知）

○県及び市町は、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の改善を支援し、活用を促進します。

●認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）

（イ）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。
○「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を促進し、市町での通いの場等の充実、活用を支援します。
○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、特定健診等の機会を通じて県民への周知を図ります。
○難聴が認知症の発症の可能性を高める要因となりうることから、早期受診の必要性の周知を図ります。
○市町の介護予防事業に協力可能なリハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士を育成するとともに、関係機関の協力を得て派遣の仕組みづくりを行います。
○通いの場等へ専門職（歯科衛生士・管理栄養士等）の関与強化を支援し、高齢者の口腔ケアや低栄養の改善を推進します。
○通いの場等で、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の専門職が連携し、地域リハビリテーションサポート医と協力しながら健康相談を行う活動を促進します。
○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、情報共有により他市町への社会参加活動の普及・促進を図ります。

（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。
○市町における認知症予防の強化を図るため、市町や地域包括支援センターの職員など、認知症予防事業に従事する者を対象にした研修会や講習会等を開催し、国の研修成果や活動事例の普及を図ります。

●地域で支え合いつながる社会の実現（支え合う）

（ウ）早期発見・早期対応

○早期発見、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、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、研修参加者が、習得した知識、技術等を活かし、さらに、関係職種等との連携を深めるとともに、地域での活動にもつなげるよう、関係団体と協力して研修内容の充実に取り組みます。

○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を加えて実施しています。引き続き、認知症の人を尊重し尊厳を守ることの重要性の理解を促進します。

（初期集中支援チーム）

○認知症初期集中支援チームの研修会等を通し、具体的な取組の好事例を紹介し、市町同士が情報交換をしながら、初期集中支援チームの体制づくりを進めるための支援をします。

（エ）専門医療

（認知症サポート医）

○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。

○認知症の方も暮らしやすい地域共生社会の実現のため、各地域において認知症サポート医が、医師会をはじめ、市町、地域包括支援センター、介護事業所等と連携し、連絡会や研修会を行うなど、各地域で必要な取り組みを行えるよう支援します。

（認知症疾患医療センター）

○認知症疾患医療センターが地域の相談機関との連携を深め、かかりつけ医や認知症サポート医との役割分担の明確化や地域での役割について、各認知症疾患医療連携協議会において協議するよう支援します。

○認知症疾患医療センターが実施する地域に出向いた相談事業の報告会を行い、他のセンターの取組状況を共有し、その後の活動に取り入れられるよう支援します。

○各認知症疾患医療センターが主催する連絡協議会等への介護事業所の参加を促進し、地域における関係機関の連携強化の取組を支援します。

（その他）

○行動・心理症状（ＢＰＳＤ）への対応において、薬物を使用しない治療的なアプローチを第一選択とし、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。

○認知症疾患修飾薬の投与を希望する人が、適切に治療を受けられるような体制を検討していきます。

○「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。
○認知症サポート医やかかりつけ医や行政、及び地域包括支援センター等と協力し、ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発、エンディングノート（ＡＣＰノート）の作成や活用を促進し、本人が望む生活を考え選択できるよう支援します。

（オ）地域支援

○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。また、家族教室や家族へのピアサポート活動について、活動状況や好事例を収集し、広く情報提供します。
○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。また、各市町の見守り事例について情報を収集し紹介します。
○身元不明の人の情報を広く発信するため、認知症の日や認知症月間等の中で、ホームページ等を活用した広報を行います。
○フォーラムや、出前講座により、意味や目的を紹介することで、ヘルプマークの普及を進めます。
○認知症サポーターの活動や活躍の場を拡げるため、「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。また、「チームオレンジ」が未設置となっている市町に対し伴走型支援を行い設置を促進していきます。
○市町や関係団体と協力して、認知症の人に認知症本人大使を委嘱し、「希望ある暮らしを続けていく姿を発信することを通じて、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる」ことの理解と普及を図ります。
○より多くの認知症本人大使やピアパートナー（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。

（若年性認知症の人への支援）

○若年性認知症の人やその家族の意見を聴きながら、支えられる側だけでなく、支える側としての役割と生きがいを持って暮らすことができる環境整備に取り組みます。
○若年性認知症に対する理解促進を図るため、認知症サポーター養成研修やホームページなどにより普及啓発を行います。
○若年性認知症の人とその家族が必要な支援につながることができるよう、「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、若年性認知症支援コーディネーターの相談対応力の向上や、認知症疾患医療センターをはじめとする多機関・多職種との連携を促進します。
○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。

（認知症地域支援推進員）

○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。

○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し、認知症地域支援推進員が認知症施策の推進役となれるよう、市町と認知症地域支援推進員の円滑なコミュニケーションに基づく活動を支援します。

○市町が実施するチームオレンジへの企業の参加を促進し、チームオレンジの取組を通じて企業等の認知症対応力向上を図ります。

●誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

（オ）地域支援

（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い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の向上を図ります。

○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、移動サービス創出の支援や認知症の人やその家族の意見を民間事業者等に届ける取組を実施します。

○企業等に対して、サポーター養成研修等を行い、認知症に関する理解促進を図ります。

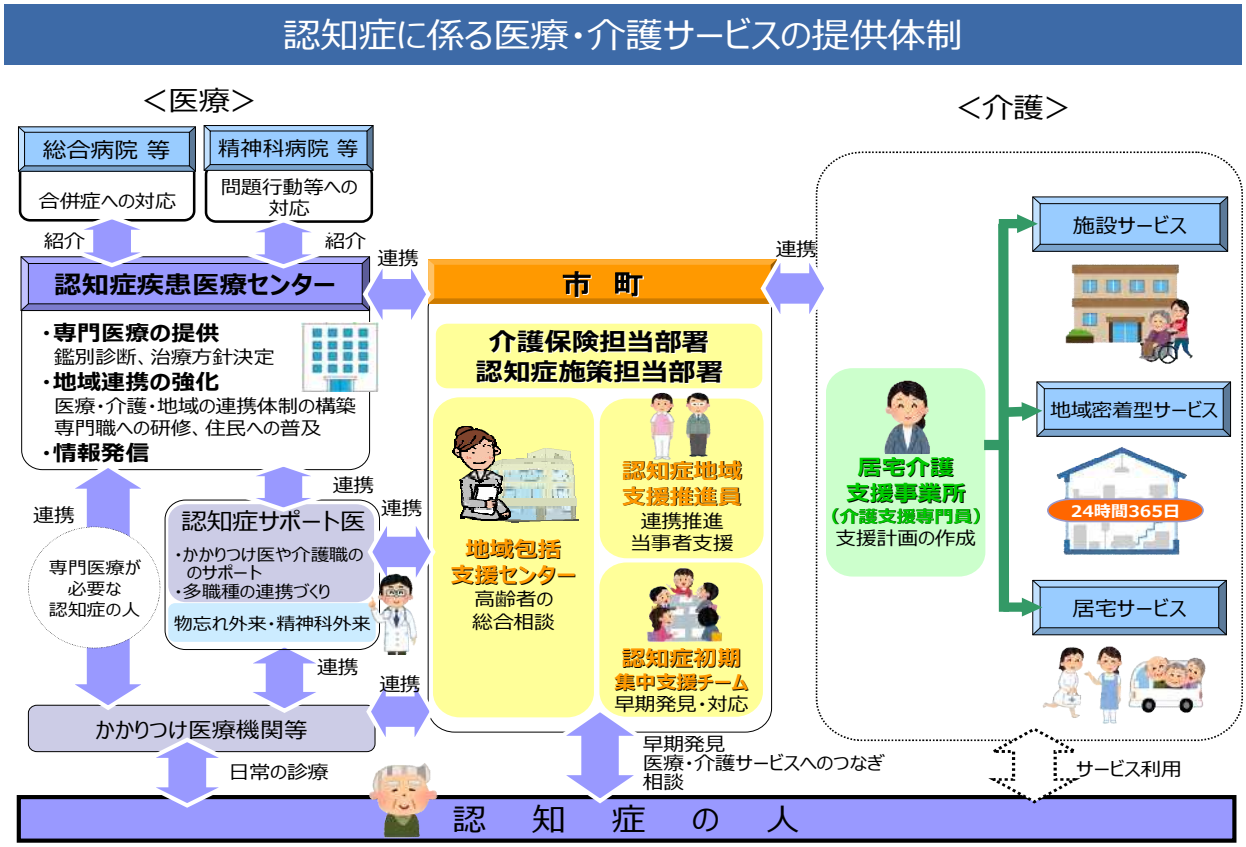
（社会参加支援）

○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につなげる取組を促進します。

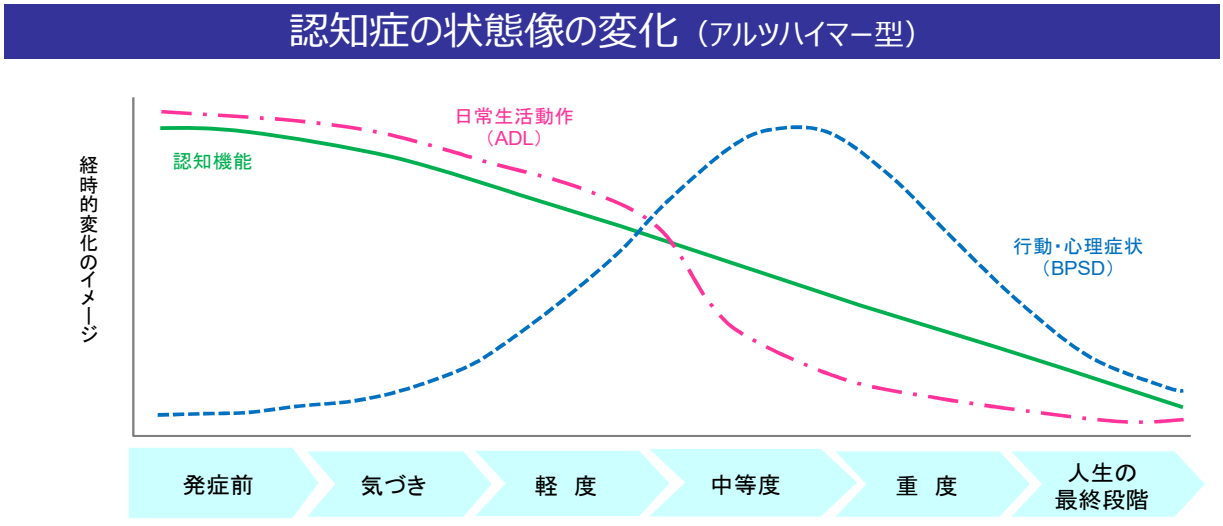
（３）認知症の医療体制に求められる医療機能

	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

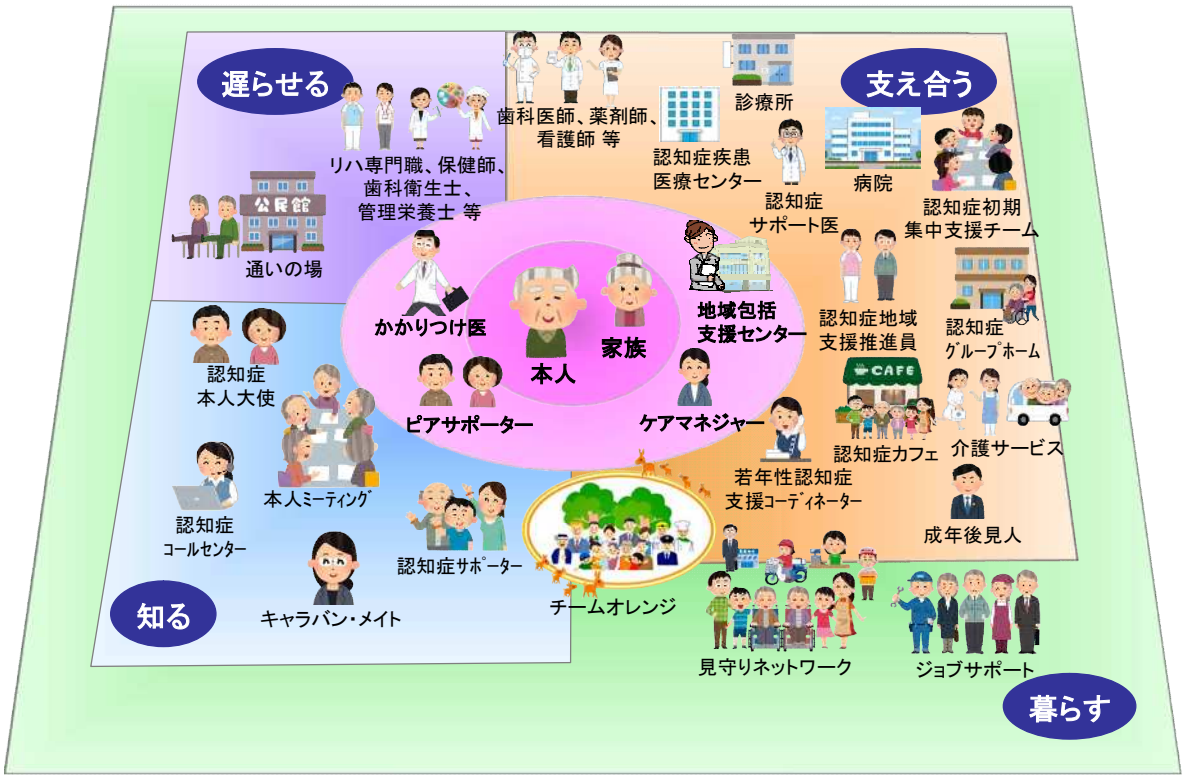


（５）関連図表



認知症高齢者の日常生活自立度	自立	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ｍ
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

認知症施策の全体像



＜認知症施策の取組＞

	認知症発症を遅らせる取組（一次予防）	早期発見・早期対応（二次予防）、発症後の進行を遅らせる取組（三次予防）	認知症の本人視点にたった「認知症バリアフリー」
認知症を正しく知る社会の実現（知る）	■ 認知症サポーターの養成等認知症に関する理解促進 ■ 相談先の充実・周知 ■ 認知症の人本人からの発信		
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 ■ 予防に関する国の研究成果や事例の普及／等		
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	■ 医療体制の整備 ■ 医療従事者等の認知症対応力向上の促進 ■ 介護サービス基盤整備 ■ 介護従事者の認知症対応力向上の促進 ■ 認知症の人の介護者の負担軽減・介護休業制度の周知 ■ 診断直後からの家族教室や家族同士のピア活動の推進 ■ 若年性認知症の人への支援 ■ チームオレンジの活動 ■ 成年後見制度の利用促進 ■ 見守りＳＯＳ	■ 認知症カフェの普及
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 ■ 企業等における認知症に関する取組促進 ■ 社会参加支援		

認知症の人や家族の意見を踏まえた推進

第６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

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
地域リハビリテーションサポート医養成者数	132 人 （2022 年度）	180 人 （2026 年度）	リハビリテーション必要な人の増加率約3割	県福祉長寿政策課調査
地域リハビリテーション推進員養成者数	463 人 （ 2022 年度）	650 人 （2026 年度）	リハビリテーション必要な人の増加率約3割	県福祉長寿政策課調査
「通いの場」設置数 【再掲】	4,665 か所 （ 2021 年度）	6,100 か所 （2025 年度）	県総合計画	厚生労働省調査
「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【再掲】	28 市町 （2022 年度）	全市町 （2026 年度）	引き続き全市町においての実施を目指す	県健康増進課調査

（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

○静岡県の要介護（支援）認定者数は、2013 年３月の 147,887 人から 2023 年３月には 187,677 人と 10 年間で約 40,000 人が増加し、1.3 倍となっています。

○2022 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、要支援者では、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、介護予防や重度化防止の観点からのリハビリテーションは重要です。

○地域リハビリテーションに関わる多くの専門職種や機関の間で、全体像を共有すること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サポート医、地域リハビリテーション推進員、ケアマネジャー、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他の職種と連携し、切れ目なく本人と関わっていくことが必要です。

○2023 年３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 28 市町、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 31 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、広域的な支援が求められています。

○地域リハビリテーションサポート医・推進員の役割を地域包括支援センターに浸透させ、連携を強化する必要があります。

○地域ケア会議（個別会議）や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、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の体制を強化する必要があります。

○2023 年９月現在、地域リハビリテーション広域支援センターと連携して多職種連携の推進等の事業を実施するリハビリテーション支援センターが 34 機関、広域支援センターの依頼に応じ、市町等にリハビリ専門職を派遣する協力機関が 100 施設あります。

（イ）専門職の育成と確保

○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重要となるため、各職能団体と連携して、体制を整備する必要があります。

○介護人材需給推計によると、2022 年時点で、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の人数は 3,123 人で、2026 年には 3,338 人必要になると推計されています。

○日常生活における自立を支援するため、訪問リハビリテーションのサービス量の増加が見込まれていることから、人材の確保が必要です。

○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・指導を行う必要があります。

○地域リハビリテーションサポート医・推進員がいない地域があり、引き続き養成を推進する必要があります。

○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。

○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、2022 年度の派遣件数は 2,921 件となっています。

○2022 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 32 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は、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。

○2022 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 28 市町あります。

（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活用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。

○県民へのフレイル予防、オーラルフレイル（口腔機能の軽微な低下）予防や高齢者の低栄養、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）

○予防期では、健康な人がその健康をできるだけ維持するための取組と身体機能の維持向上を図り、要介護（支援）状態となることを防ぐための介護予防の取組を一体的に進める必要があります。

○県内の高齢者の生活習慣や健康状態を追跡した調査研究によれば、運動習慣がある人は、運動習慣のない人に比べて、生活習慣病発症や死亡のリスクが少ないことが判明しています。

○多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実施するため、身体活動や運動の健康への効用やその実施方法について、正しい知識を持つことが必要です。

○健康づくりと介護予防は、県民一人ひとりが健康への意識を高め、自発的に取り組むことが重要です。

○特に、フレイル、オーラルフレイル、誤嚥性肺炎、心不全、大腿骨近位部骨折[1]、サルコペニア、骨粗しょう症、嚥下障害などは高齢期に生じやすい疾患や健康上の問題であり、介護や看護が必要となる要因となることから予防が必要です。

○また、静岡県は、脳卒中を除き、多くの疾患で、全国に比べて死亡率は低い状況ですが、脳卒中は要介護状態となった主な要因の一つでもあり、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。

○県民の健康を維持し、健康寿命の延伸を図るためには、高齢期の健康づくりと介護予防の取組を推進することに加え、幼少期から生涯を通じた健康づくりが重要です。

○加えて、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」の取組を更に進めていく必要があります。

○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、2021 年度、県内に 4,665 か所設置されていますが、参加者数は新型コロナウイルス感染症まん延の影響もあり、85,518 人となっており、2019 年度の 95,512 人から約 1 万人減少しています。高齢者人口に対する参加率は 7.8%となっており、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等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。

[1]大腿骨の足のつけね側にあたる部位の骨折

○また、通いの場等で効率的、効果的に介護予防を推進するためにリハビリテーション専門職等の関与を促進してきましたが、2020 年度に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施[2]」が施行され、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効果的なものとするため、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、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、管理栄養士等の多職種の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の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も持ち、継続的に重度化を防ぐ必要があります。
○新興感染症発生・まん延時に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内容を工夫することが必要です。
○要介護状態になるリスクが高い高齢者に対し、自立支援の視点を取り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介護予防・日常生活支援総合事業の多様なサービスの利用などを促し、介護が必要な状態になることを予防する取組も必要です。

（イ）急性期

○急性期においては、術後すぐにリハビリテーションを行う取組が進んだことにより、早期に退院が可能となり入院日数が短縮される傾向を踏まえ、入院後の早い時期からの退院支援が必要となっています。
○急性期において、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、退院後のリハビリテーションを継続することが重要で、退院前から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、退院支援カンファレンス（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。

---

[2]「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」とは、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

○回復期において、入院前から、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。
○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、退院後も維持できるよう、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、2022 年時点で 24 市町となっています。
○県内で訪問リハビリテーションを提供する事業所は 120 か所で、人口 10 万人あたり 3.3 か所となっていますが、全国平均（4.5 か所）を下回っており、訪問リハビリテーション事業所が近くになく、退院後にリハビリテーションが受けられないことがあります。
○日常生活の維持のためには、適切な時期に適切な量のリハビリテーションを提供する必要がありますが、要介護認定の申請から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取り入れられず、退院後の日常生活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。このため、訪問リハビリテーションの重要性について、専門職を含め地域住民に周知していくことが必要です。
○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るため、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。
○訪問リハビリテーションの更なる普及や、介護老人保健施設による在宅療養支援機能の充実を図ることが重要です。

（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ことが効果的です。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意識が必要です。
○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、サービスの利用により本人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視点や意識が必要です。
○心身機能が低下した人の重度化を防ぐことも日常生活の維持のためには必要です。
○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、口腔環境の悪化や、歯周病等、口腔領域の感染症のおそれがあります。

（予防期への移行）

○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、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、2019 年度の 31 市町から、2021 年度では、29 市町と減少しています。
○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。
○従来の日常生活を送るためには、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

があるので、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　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）

○関係団体・関係機関等の保健・医療・福祉・介護の関係者で構成される協議会を設けて取組を推進します。

○高齢者に適切かつ効果的なリハビリテーションが提供されるよう、地域リハビリテーションサポート医・推進員の活用や関係機関の協力により、多職種連携を進め、地域におけるリハビリテーション提供体制の強化を図ります。

○地域リハビリテーションの理念の理解促進を図るとともに、市町や地域包括支援センターの職員など関係者の連携を強化します。

○静岡県医師会や静岡県リハビリテーション専門職団体協議会と連携し、地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成研修等により、引き続き人材育成を行います。

○研修会や関係機関が集う会議等を活用し、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の派遣調整・取組評価について、担当者連絡会を開催し、好事例の普及などの情報共有を図ります。

○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行います。

○地域リハビリテーション支援センターや地域リハビリテーション協力機関を追加で指定し、圏域内の体制強化を進めていきます。

（専門職の育成と確保）

○訪問リハビリテーションの供給体制を拡充するため、訪問リハビリテーション専門職を育成する研修を実施します。

○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。

○市町における地域ケア会議（個別会議）に、アドバイザーを派遣し、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。

○かかりつけ医が、患者を適切に医療・介護サービスにつなげるほか、日常生活の改善に資する助言を行えるよう、資質の向上を図ります。

○関係団体と協力して、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を強化します。

○地域リハビリテーションサポート医・推進員の活動の好事例を収集、発信し、市町が期待する役割をイメージできるよう支援します。

○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強化します。

○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。

（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ため、市町が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。

○利用者の見守り・支え合いや社会参加のきっかけ作りにもなるようなリハビリテーションの支援について、好事例を共有します。

○フレイル予防、オーラルフレイル予防や低栄養など、高齢者が日常生活を送る上で注意すべきことについて、県民の普及啓発を図ります。

（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））

○地域によって異なる健康課題や生活状況に応じた取組ができるよう、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。

○運動についての正しい知識の普及・啓発により、運動習慣者の増加に取り組みます。

○健康づくりや健診の重要性のほか、フレイル、オーラルフレイルや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。

○通いの場や生活習慣病予防の好事例を把握し、地域包括支援センター等に対して研修会等を通じて周知・普及を図ります。

○歯や口の健康づくりへの関心を高め、県民に自主的な努力を促すため、8020 運動を推進します。

○専門職の関与を促進することにより、通いの場の魅力を高め、高齢者の参加を促進します。

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

○関係団体と協力し市町の介護予防事業に協力可能なリハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士を養成するとともに、派遣の仕組みづくりを支援します。

○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、多職種でのケアマネジメント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。

○「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」について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。

○新興感染症発生・まん延時には、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。

（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、地域の実情に応じて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。

○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、「シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム)」等の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、好事例などの情報提供を進めます。

○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、地域包括ケア情報システム「シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム)」等のＩＣＴ等も活用した仕組みづくりを進めます。

○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。

○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】

○退院直後からリハビリテーションが利用できるよう、訪問リハビリテーションに対応できる人材の養成を推進します。

○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を周知し連携を支援します。

○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）を提供する体制整備を支援します。

○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。

【生活・身体機能維持】

○本人に対して、自身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。

○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。

○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、かかりつけ医の理解促進を図ります。

○訪問介護員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。

○高齢者の口腔ケアや口腔機能の維持・向上のため、かかりつけ歯科医を持つことの重要性について周知するとともに、在宅歯科診療や自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】

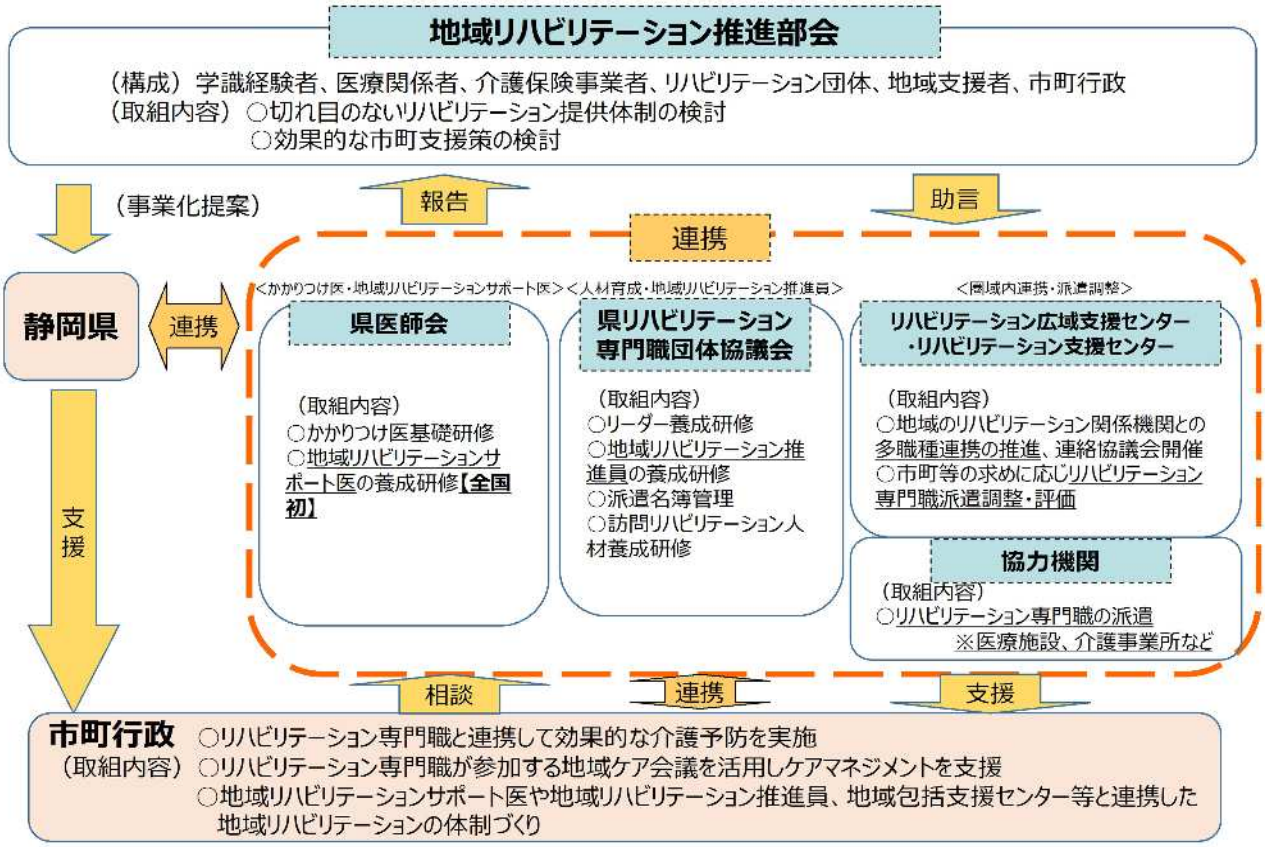
○介護サービスでの支援から介護予防・日常生活支援総合事業やインフォーマルサービスでの支援に移行できる人を増やすために、自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の活用を促進します。

○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型の地域ケア会議（個別会議）の効果的な開催を支援するため、リハビリテーション専門職等のアドバイザーを派遣します。

○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、医師や歯科医師、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。
○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。
○リハビリテーション中の方に職業訓練に関する情報が伝わるよう、リハビリテーション専門職へ制度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　　（2023 年 9 月現在）

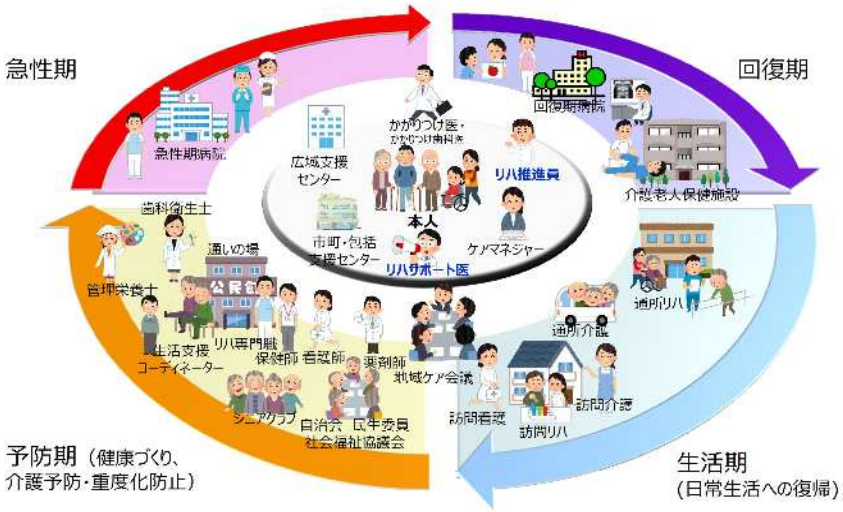
圏　域	地域リハビリテーション 広域支援センター	地域リハビリテーション 支援センター	協力機関
賀　　茂	熱川温泉病院	伊豆東部総合病院、伊豆今井浜病院、 下田メディカルセンター	1 施設
熱海伊東	国際医療福祉大学 熱海病院	熱海所記念病院、市立伊東市民病院	8 施設
駿東田方	中伊豆リハビリテーションセンター	NTT 東日本伊豆病院、リハビリテーション中伊豆温泉病院、フジ虎ノ門整形外科病院、沼津リハビリテーション病院	19 施設
富　　士	富士いきいき病院	フジヤマ病院、湖山リハビリテーション病院、富士整形外科病院、新富士病院	8 施設
静　　岡	静岡リハビリテーション病院	市立清水病院、静岡済生会総合病院、 白萩病院	23 施設
志太榛原	コミュニティーホスピタル甲賀病院	島田市立総合医療センター、藤枝市立総合病院、榛原総合病院、岡本石井病院、聖陵リハビリテーション病院、駿河西病院	5 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、掛川東病院、豊田えいせい病院、すずかけヘルスケアホスピタル	9 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	27 施設
計	8 医療機関	34 医療機関	100 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

○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、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、切れ目なく本人とその家族を支援することを目指します。

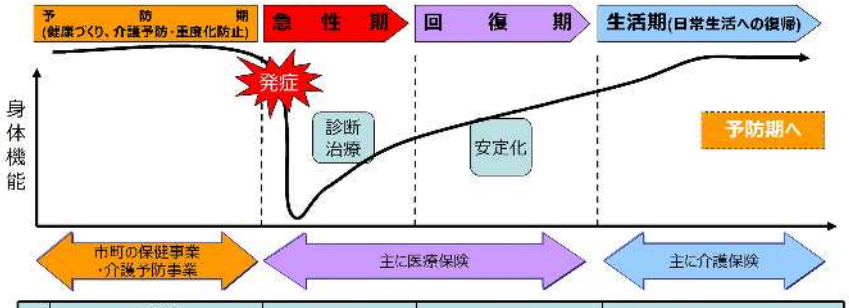
○本県の地域リハビリテーションは、疾病からの回復だけでなく、介護予防や疾病予防も含めた幅広い概念です。



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、自立した生活を送れるように支援していくことが必要です。

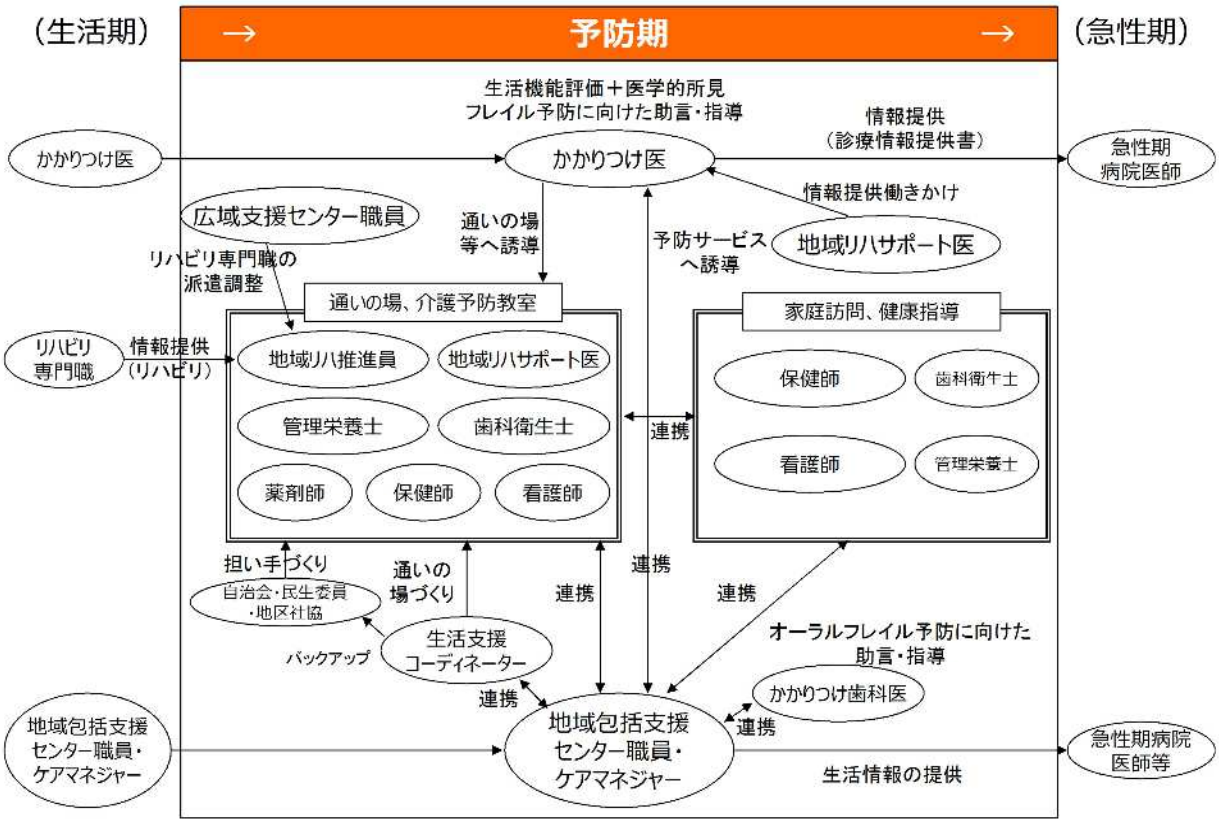
○そのためには、各段階における地域リハビリテーションの提供体制を整備し、継続してリハビリテーションが提供できるよう、各提供機関や関係職種等の連携を強化していきます。



区分	予防期（健康づくり、介護予防・重度化防止）	急性期	回復期	生活期(日常生活への復帰)
内容	住民主体の介護予防活動や地域づくりを推進、専門職の関与(かかりつけ医、リハ職等)	疾患別の早期リハによる機能回復、早期離床による廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	生活機能の維持・向上、自立生活の推進、社会参加の促進
場所	住民主体の通いの場 地域ケア会議 自治会・シニアクラブ	一般病棟	回復期・地域包括ケア病棟 外来リハ 介護老人保健施設	訪問リハ・訪問看護・訪問介護 通所リハ・通所介護 短期集中予防

（４）関連図表

＜図１：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（予防期）＞

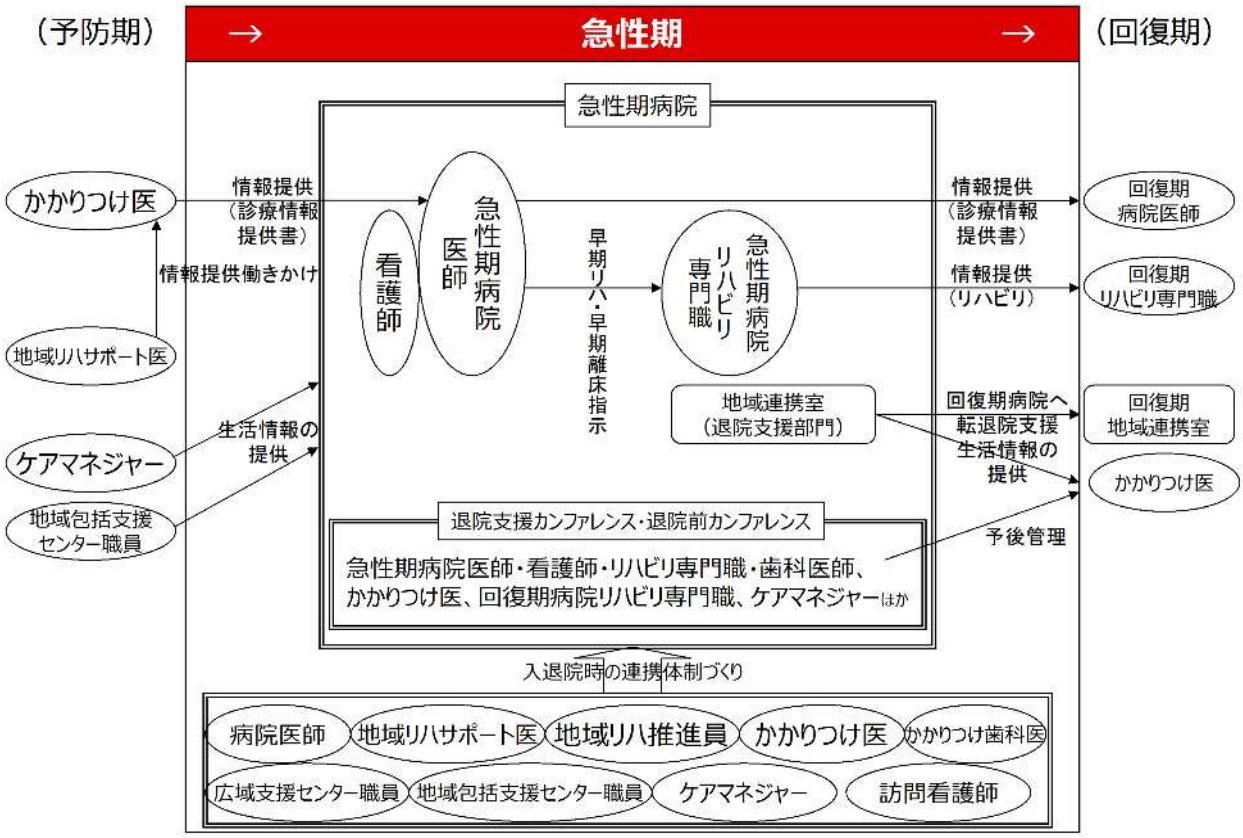


＜表１：関係職種に期待される役割（予防期）＞

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

区分	職　種	役　割
全ての段階（期）に関わる職種	かかりつけ医	・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	・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	・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	・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	・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	・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	・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）＞

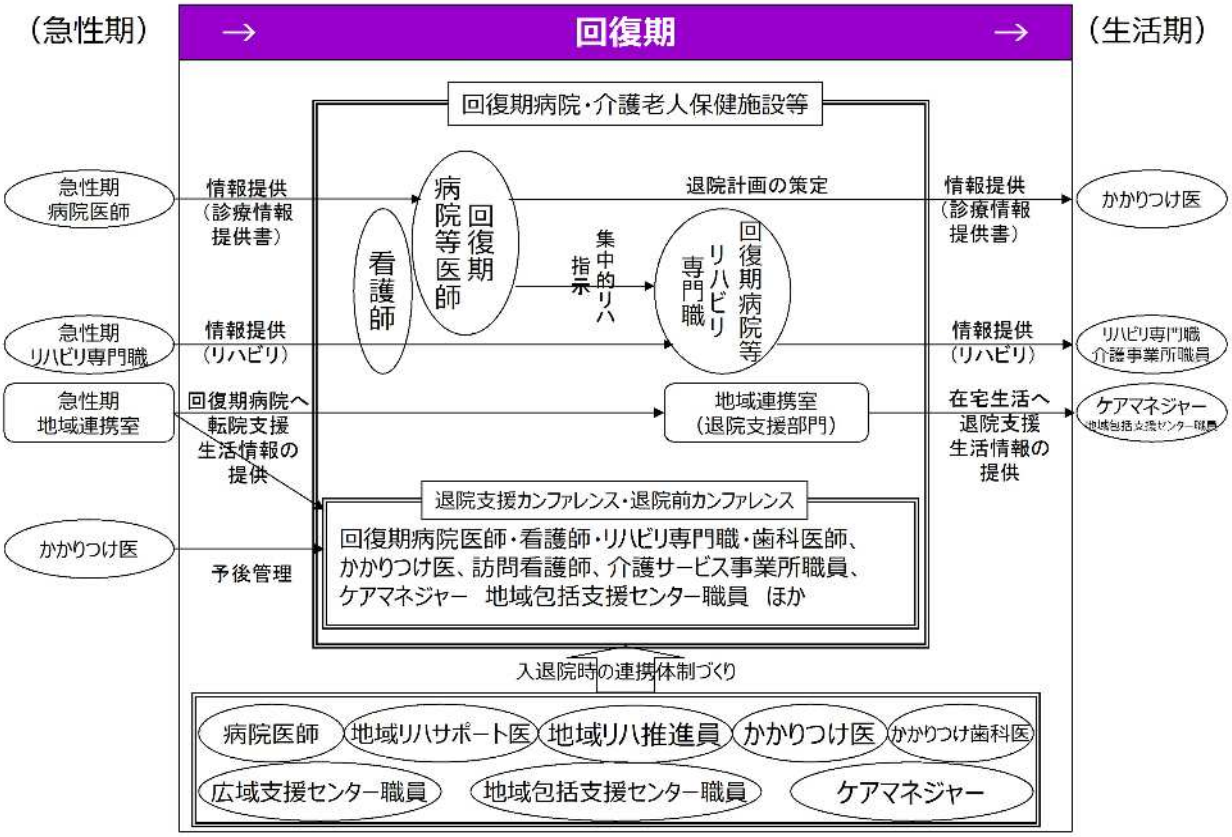


＜表２：関係職種に期待される役割（急性期）＞

区分	職　種	役　割
急性期に関わる職種	急性期病院 医師	・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	・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)	・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	・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	・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	・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	・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	・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	・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	・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	・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）＞



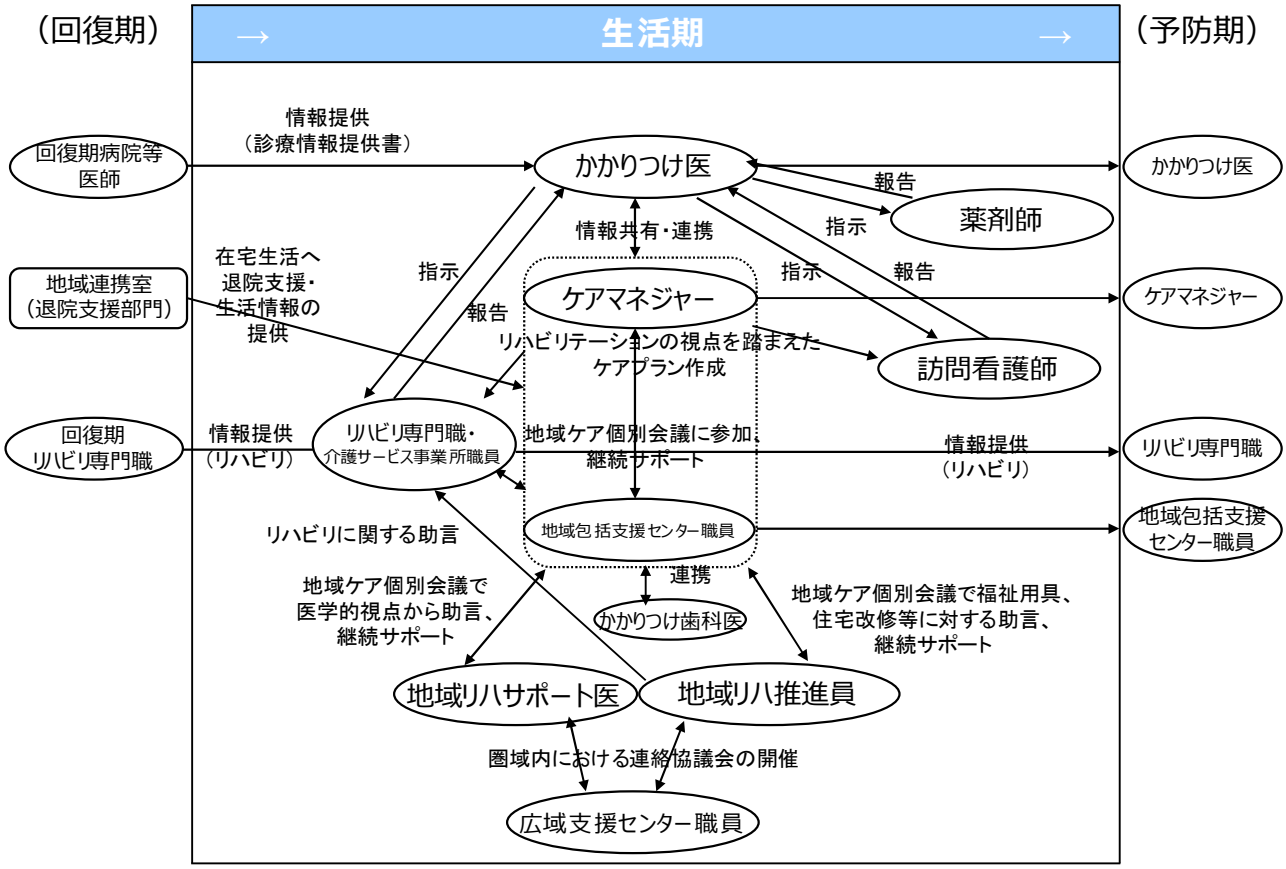
※急性期から退院して回復期を経ずに生活期（日常生活への復帰）へ移行される方もいる。

＜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	・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）	・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	・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	・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	・退院前に、利用者の状態や、サービスの中止基準や禁忌事項等について情報収集

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

＜図４：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（生活期）＞



＜表４：関係職種に期待される役割（生活期）＞

区分	職　種	役　割
生活期に関わる職種	訪問看護師	・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
	薬剤師	・在宅訪問業務による服薬アドヒアランス（患者が治療方針を理解・納得し、治療方法を積極的に実施・継続すること）の向上
	リハビリ専門職 （PT・OT・ST）	・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	・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	・患者の状態に応じたリ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	・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	・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	・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（個別会議）への参加
	地域包括支援センター職員	・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	・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	・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節　アレルギー疾患対策

【対策のポイント】
- ○　アレルギー疾患に関する正しい知識の普及啓発
- ○　アレルギー疾患に携わる医療従事者、教職員の知識、技能の向上及び人材育成の推進
- ○　県拠点病院を中心としたアレルギー疾患医療提供体制の整備
- ○　県内アレルギー疾患患者の実態把握及び分析調査、研究の実施

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
子どものアレルギー疾患予防に関する講習会受講者数	累計 1,539 人 (2022 年度まで)	累計 2,200 人 (2029 年度まで)	年 100 人の増	県疾病対策課調査
適切な情報提供や助言を目的とした、養護教諭、保健主事向けの研修会開催	１回 （2022 年度）	１回 （毎年度）	年１回以上の開催	県教育委員会 健康体育課調査

（１）現状

ア　アレルギー疾患の現状

○アレルギー疾患とは、食物や花粉など本来体に無害な物質をアレルゲンと認識し、過剰な免疫反応であるアレルギー反応を起こすことで生じる急性や慢性の炎症の総称です。

○現在は、乳幼児から高齢者まで国民の約２人に１人が何らかのアレルギー疾患に罹患していると言われています。

○アレルギー疾患の主なものには、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、食物アレルギー及び花粉症があります。

○食物アレルギーは、複数臓器に及ぶ全身性の重篤な過敏症状であるアナフィラキシーショックなど、死亡する場合もあり、注意が必要です。

○アレルギー疾患を持つ患者は、生活環境における複合的な要因で、複数のアレルギー疾患を合併することも多く、しばしば発症、増悪、軽快、寛解及び再燃を不定期に繰り返します。また、症状の悪化や長期にわたる通院、入院により学校生活や仕事に支障をきたし、生活の質（ＱＯＬ）を低下させるおそれもあるため、長期的な支援を行うことが重要です。

○医療の進歩に伴い、症状のコントロールは可能となっていますが、最新医療の提供体制は未だ十分に整備できておらず、地域により格差があるため、全てのアレルギー疾患患者が同程度の医療を受けられないという現状があります。

○国は、アレルギー医療提供体制の均てん化及びアレルギー疾患患者の生活の質（ＱＯＬ）の向上を図るため、「アレルギー疾患対策基本法」を 2015 年 12 月 25 日に施行しました。また、2017 年３月 21 日にアレルギー疾患に関する基本的な事項を記した「アレルギー疾患対策基本指針」を告示し、2022 年３月 14 日にその一部を改正しました。

イ　本県の現状

○本県の気管支ぜん息による粗死亡率[1]は、全年齢で 0.5 であり、全国の 0.8 に比べ低くなっています。死亡に至る主な原因は、重篤な発作による窒息です。

○本県の気管支ぜん息の外来受療率[2]は、全年齢で 60 であり、全国の 71 に比べ低くなっています。

○本県での小学生の気管支ぜん息罹患率は 2017 年度以降、全国平均より低い値で推移しています。しかし、増減を繰り返す傾向にあり、今後の推移に注意する必要があります。

○本県において小学校で学校生活管理指導表[3]を活用している気管支ぜん息罹患児童の数は、2022 年 10 月現在 1,331 人で、児童全体の 0.8％です。2017 年から５年間では、ほぼ横ばいに推移しています。また、中学、高校と進むにつれ、学校生活管理指導表を活用している気管支ぜん息の生徒数は減少しています。

○気管支ぜん息による死亡者数は、年々減少しているものの、気管支ぜん息有病率は、全国的には小児、成人とも年々増加傾向にあり、小児では過去 30 年間で１％から５％に、成人では１％から３％に増加しています。

○県内の小学校で食物アレルギーの学校生活管理指導表を活用している児童の数は、2022 年 10 月現在 5,062 人で、小学校児童全体の 2.9％です。県内の小学校、中学校及び高等学校において、食物アレルギーの学校生活管理指導表を活用している児童生徒の数は、年々増加しています[4]。

○県内でアドレナリン自己注射薬[5]を処方されている小学校の児童数は、2022 年 10 月現在 658 人で、児童全体の 0.4％です。これは、食物アレルギーで学校生活管理指導表を活用している児童のうちの 13.0％に当たります。同様に中学生ではそれぞれ、345 人、0.4％、16.8％です。また、高校生ではそれぞれ、151 人、0.3％、24.8％です。アドレナリン自己注射薬の処方生徒数については、県内の小学校、中学校、高等学校において、年々緩やかに増加しています。

○本県においてアレルギー科を標榜する病院の数は６施設で、診療所の数は 227 施設です。保健医療圏ごとに差はあるものの、県内全ての保健医療圏にアレルギー科を標榜する医療機関があります。

○日本アレルギー学会が認定するアレルギー専門医は、静岡県内に 132 人います。賀茂以外の保健医療圏で専門医が勤務しています。

○日本小児臨床アレルギー学会が認定する小児アレルギーエデュケーター[6]は、静岡県内に 15 人

---

[1] 粗死亡率：人口 10 万対の死亡者数である。（厚生労働省「2022 年人口動態統計」）

[2] 受療率：人口 10 万対の推計患者数である。（厚生労働省「2020 年患者調査」）

[3] 学校生活管理指導表：個々の児童生徒についてのアレルギー疾患に関する情報を、医師が記載し、保護者が学校に提出する表である。

[4] 出典：厚生労働省厚生科学審議会疾病対策部会「リウマチ・アレルギー対策委員会報告書」（2011 年８月）

[5] アドレナリン自己注射薬：アナフィラキシー症状の進行を一時的に抑えてショックに至るのを防ぐために、患者やその保護者等が注射する薬剤キットである。迅速かつ安全に自己注射できるように、内蔵されている注射針が大腿への圧着によって突出刺入し、一定量のアドレナリンを筋肉内注入後還納される。使用方法と使用すべき症状を熟知することが重要である。

[6] 小児アレルギーエデュケーター：小児のアレルギー疾患を総合的に捉え、患児とその保護者への教育を担うことができる専門スタッフを指す（看護師、薬剤師及び管理栄養士）。

います。

○アレルギー専門医教育研修施設は、県内に 18 施設あります。

（２）課題

ア　正しい知識の普及啓発

○インターネット等にはアレルギー疾患の原因や予防法、症状の軽減に関する膨大な情報があふれており、この中から、正しい情報を選択することは困難となっています。

イ　知識、技能の向上及び人材育成の推進

○全てのアレルギー疾患患者が、居住する地域や世代にかかわらず、等しくアレルギーの状態に応じた適切な医療を受けることができるよう、医療従事者や教職員の知識、技能の向上及び人材育成を推進することにより、アレルギー疾患医療全体の質の向上を進めることが求められます。

ウ　医療提供体制の整備

○地域の特性に応じたアレルギー疾患対策を推進するため、静岡県アレルギー疾患医療連絡協議会等を通じて、地域の実情を把握することが求められます。

○アレルギー疾患患者は、複数のアレルギー疾患を合併することが多く、また寛解と再発を繰り返すことから、内科、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科、小児科等の各診療科の連携及び医療機関や、薬局の連携が重要です。一般的な診療では病状が安定しない重症及び難治性アレルギー疾患患者に対し、関係する複数の診療科が連携して診断、治療及び管理を行うことが求められます。

○アレルギー疾患発症時の初診や安定期の定期受診を受け持つことの多いかかりつけ医と、重症及び難治性の患者に対して専門治療を行う病院とが、診療情報や治療計画を共有するなどの緊密な連携が必要となります。

○救急医療では、発作時や、増悪時の緊急治療を実施できる医療機関の整備が重要です。

エ　実態把握及び分析調査、研究の実施

○現在、県内のアレルギー疾患に関する十分な疫学データがないことから、地域ごとの実情を正確に把握できずにいることが問題となっています。本県のアレルギー疾患の実情を把握するために、長期的かつ戦略的に調査研究を行う必要があります。

（３）対策

ア　正しい知識の普及啓発

○アレルギー疾患患者とその家族が各アレルギー疾患に対する適切な情報を入手して選択できるように、県民向けの講演会を開催します。

○アレルギー専門医や小児アレルギーエデュケーターが在籍する医療機関、各アレルギー疾患の専門的な検査や治療を実施している医療機関等の情報をホームページ等に公開し、アレルギー疾患患者の受診を支援します。

○市町保健センター等で実施する両親学級や乳幼児健康診査等の母子保健事業の機会を活用し、妊婦や乳幼児の保護者等に対する保健指導や医療機関への受診勧奨等、適切な情報提供が実施されるよう、関係機関に対し働き掛けます。

イ　知識、技能の向上及び人材育成の推進

○居住地域や世代にかかわらず治療や継続的な受診の機会を確保するため、医療従事者向けの研修会及び講演会を実施し、科学的知見に基づく治療に関する最新の情報を提供します。

○アレルギー疾患児に関わる機会の多い教育関係者向けの講習会を実施し、アドレナリン自己注射薬の使用法や日常生活における注意点を専門の医師から学ぶことのできる機会を設けます。

ウ　医療提供体制の整備

○2017 年３月に示された「アレルギー疾患対策基本指針」により、各都道府県にアレルギー疾患医療の中心となる、都道府県アレルギー疾患医療拠点病院の指定が求められました。本県でも、2018 年 10 月、アレルギー疾患医療拠点病院を７施設指定しました。

○静岡県アレルギー疾患医療連絡協議会等を通じて、地域の実情を把握し、静岡県アレルギー疾患医療拠点病院等を中心とした診療連携体制の構築や情報提供等の取組を進めます。

○専門的な治療を提供できる医療機関の情報を提供するほか、保健医療圏ごとに関係機関の協力の下、医療連携体制の整備、充実を図ります。

○保健医療圏内の医療機関では対応が困難で、より専門性の高い治療が要求されるアレルギー疾患患者に対しては、専門医のいる県内外の医療機関との連携を推進し、症状がコントロールできるように努めます。

○環境、労働、医療等の各分野について、県と関係機関との連携体制の構築に努めます。

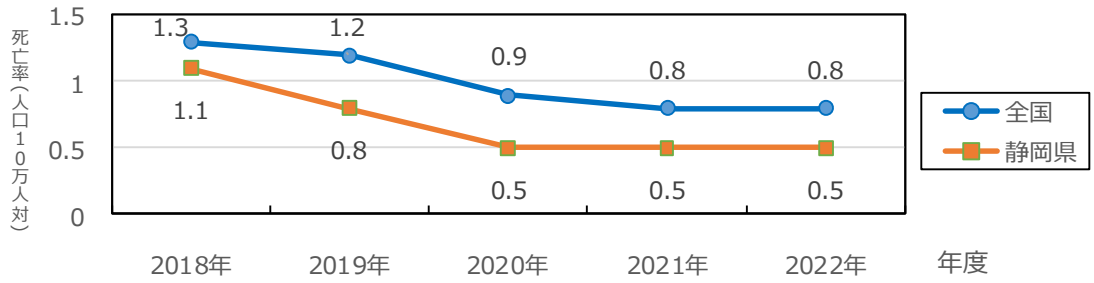
○２次救急医療圏ごとに関係機関と協力し、救急医療連携体制の整備、充実を図ります。

エ　実態把握及び分析調査、研究の実施

○県内のアレルギー疾患患者の実態を把握するため、静岡県アレルギー疾患医療拠点病院や地域の協力医療機関などによる研究活動を支援し、分析調査を実施します。

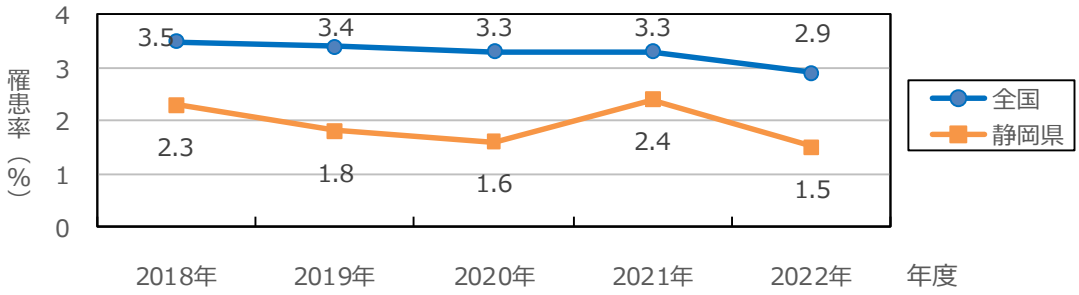
（４）関連図表

図表７－７－１　　気管支ぜん息粗死亡率の推移



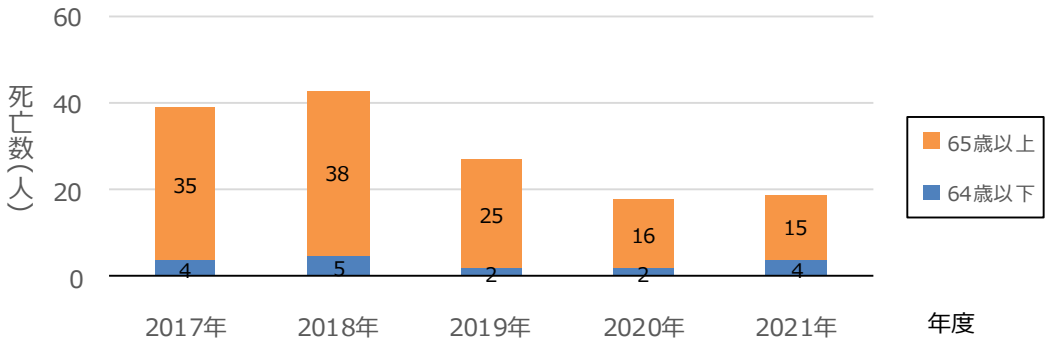
（出典：厚生労働省「人口動態統計」）

図表７－７－２　小学生の気管支ぜん息罹患率



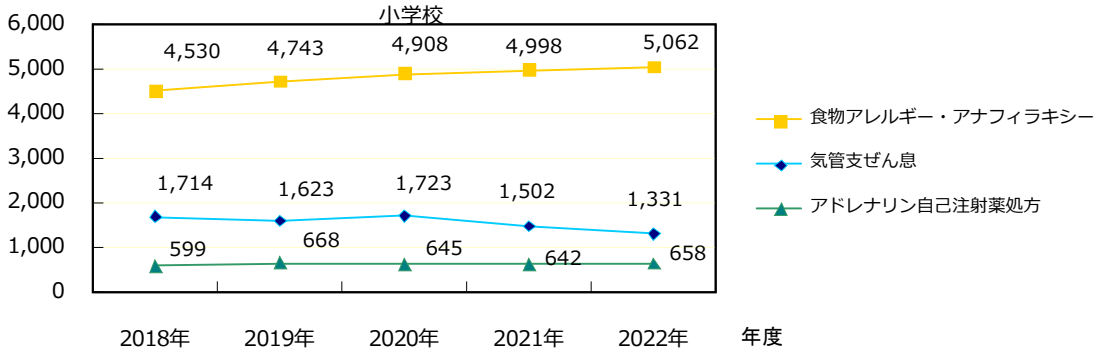
（出典：文部科学省「学校保健統計調査」）

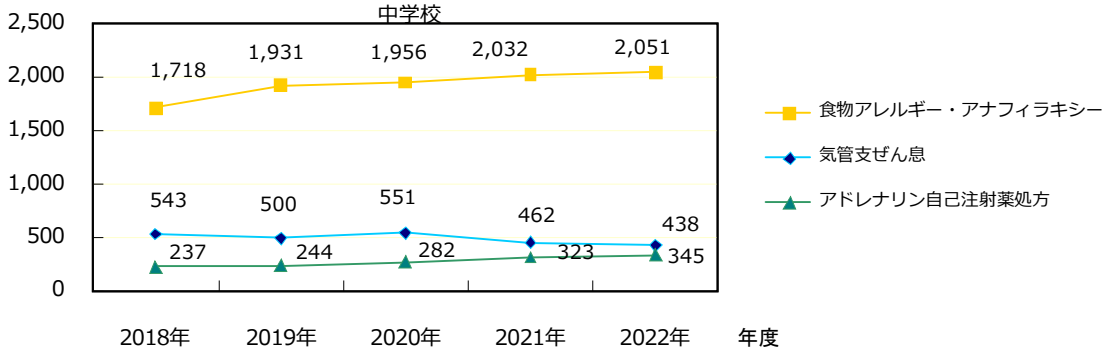
図表７－７－３　静岡県の気管支ぜん息による死亡数

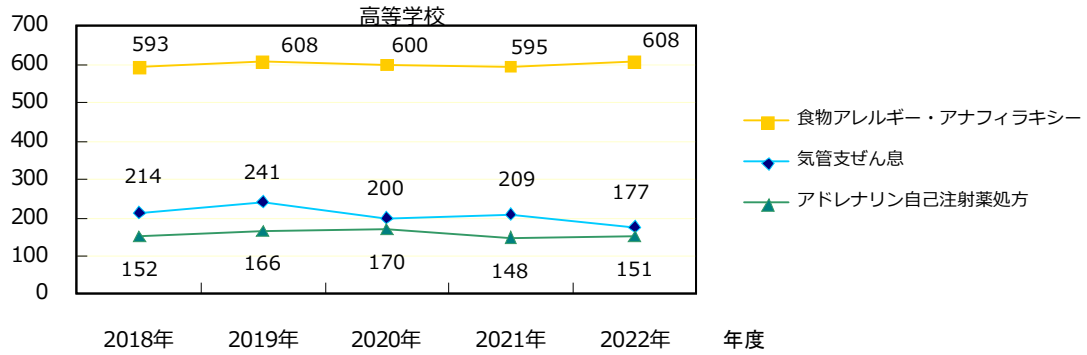


（出典：静岡県人口動態統計）

図表７－７－４　学校生活管理指導表を活用する児童・生徒の数の推移（2018 年度から 2022 年度）







（出典：県教育委員会「学校生活管理指導表活用状況報告」）

図表７－７－５　静岡県内のアレルギー専門医数及びアレルギー専門医教育研修施設数

	賀茂	熱海 伊東	駿東 田方	富士	静岡	志太 榛原	中東遠	西部	計
アレルギー専門医	0	3	16	7	31	12	15	48	132
アレルギー専門医教育研修施設	0	1	1	1	5	0	2	8	18

（出典：日本アレルギー学会）

第８節　移植医療対策（旧：臓器移植対策）

【対策のポイント】
- ○　臓器提供の体制整備
- ○　移植医療に関する理解促進、普及啓発
- ○　骨髄ドナー登録の推進

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
臓器移植推進協力病院数	29 施設 （2023 年度）	29 施設 （2029 年度）	現在の病院数を維持	県疾病対策課調査
院内移植コーディネーター数	82 人 （2023 年度）	82 人 （2029 年度）	2023 年度並の数を見込む	県疾病対策課調査
新規骨髄提供希望者（骨髄ドナー登録者）数	574 人 （2022 年度）	580 人 （毎年度）	2017～2022 年度の平均新規希望者数と同程度の登録	公益財団法人 日本骨髄バンク 調査

（１）現状

○臓器移植とは、重い病気や事故などにより臓器の機能が低下した人に、他者の健康な臓器と取り替えて機能を回復させる医療です。他者の善意による臓器の提供がなければ成り立ちません。

○移植医療について県民の理解を深めるため、1997 年 10 月に施行された臓器の移植に関する法律（臓器移植法）に基づき、静岡県腎臓バンクや静岡県アイバンク等と連携して普及啓発を推進しています。

○2010 年に臓器移植法が改正され、本人の意思が不明な場合でも、家族の書面による承諾があれば、脳死下の臓器提供が可能となり、脳死下での臓器提供数は増え続けていますが、移植希望者数には達していません。

○2006 年度から臓器移植推進協力病院[1]を指定しており（2023 年度、29 施設）、院内外における普及啓発活動のほか、2009 年度からは移植に係る意思確認、移植に関する相談窓口の設置、静岡県臓器提供・移植対策協議会の開催などを行っています。

○2023 年度に、臓器移植コーディネーター[2]を２人、院内移植コーディネーターを 82 人（36 施設）委嘱しています。臓器提供事例発生時には、日本臓器移植ネットワーク及び臓器提供施設と連携を図り、臓器提供のコーディネート業務を実施する体制を整えるほか、県民や医療機関等に対する普及啓発を行っています。

---

[1] 臓器移植推進協力病院：移植医療の推進のため協力する病院である。院内移植推進委員会・院内移植コーディネーターの設置、マニュアル整備を要件とし、病院から申請を受け、県が審査の上適当と認められた場合指定している。

[2] 臓器移植コーディネーター：臓器提供の候補者が出た場合に、その病院に駆けつけて家族への説明や承諾の意思確認等を行うとともに移植チームとの調整を図る。県腎臓バンクに配置している。

○県内には必要な体制を整え、施設名を公表することについて了承した脳死下臓器提供施設が14施設あります。そのうち、18歳未満の児童の臓器提供が可能な施設は6施設です。
○2023年度の、県内の腎臓移植施設は3施設ありますが、心臓、肺、肝臓、膵臓及び小腸の移植施設はない状況です。
○骨髄移植や、さい帯血移植などの造血幹細胞移植については、白血病や再生不良性貧血などの治療法として一定の成果を挙げてきており、公益財団法人日本骨髄バンク及びさい帯血バンク等によるあっせん体制が整備されています。
○県内には、公益財団法人日本骨髄バンクが認定する移植・採取施設が7施設あります。
○県内の骨髄ドナー登録者は2022年度末現在で9,160人、2022年度新規ドナー登録数は574人、年齢超過等による取消数が610人です。骨髄ドナー登録者の人口千人対登録者数は6.07人と全国の9.99人より低く、特に若年層（20代）の割合は10.6%と、全国の16.1%より低くなっています。

（2）課題

○今後も脳死下の移植件数の増加が見込まれることから、各病院において臓器提供事例発生時に適切に対応ができる体制が必要です。
○県臓器移植コーディネーターが、きめ細かくコーディネートを行い、最終的に移植につなげる体制が必要です。
○臓器移植件数を更に増やすためには、移植医療についての幅広い啓発が必要です。
○骨髄提供登録者数を増やすため、特に若年者をターゲットとした啓発が必要です。

（3）対策

○臓器移植推進協力病院を中心とした移植医療における医療連携体制の充実を図ります。
○院内移植コーディネーターが設置された病院内における普及啓発の促進や臓器提供情報を早期収集できる体制の整備をより一層推進します。
○県臓器移植コーディネーターの活動の強化を図り、広域的な臓器移植案件に対応できる体制の整備を推進します。
○10月の移植推進月間等の機会を捉えて、県民への臓器移植や臓器提供意思表示に対する理解等の普及啓発をします。
○骨髄ドナー登録数増加のため、特に若年層の関心を高めるための普及啓発に努めます。

（４）関連図表

○臓器移植推進協力病院名簿（2023 年度）

病院名	２次保健医療圏	所在地
伊豆今井浜病院	賀茂	賀茂郡河津町
伊東市民病院	熱海伊東	伊東市
国際医療福祉大学熱海病院	熱海伊東	熱海市
静岡医療センター	駿東田方	駿東郡清水町
三島総合病院		三島市
沼津市立病院		沼津市
西島病院		沼津市
順天堂大学医学部附属静岡病院		伊豆の国市
富士宮市立病院	富士	富士宮市
富士市立中央病院		富士市
静岡県立こども病院	静岡	静岡市
静岡県立総合病院		静岡市
静岡市立静岡病院		静岡市
静岡赤十字病院		静岡市
静岡済生会総合病院		静岡市
ＪＡ静岡厚生連　静岡厚生病院		静岡市
静岡徳洲会病院		静岡市
焼津市立総合病院	志太榛原	焼津市
藤枝市立総合病院		藤枝市
榛原総合病院		牧之原市
磐田市立総合病院	中東遠	磐田市
中東遠総合医療センター		掛川市
浜松医科大学医学部附属病院	西部	浜松市
浜松労災病院		浜松市
浜松医療センター		浜松市
浜松赤十字病院		浜松市
ＪＡ静岡厚生連　遠州病院		浜松市
総合病院聖隷浜松病院		浜松市
総合病院聖隷三方原病院		浜松市

（出典：静岡県疾病対策課）

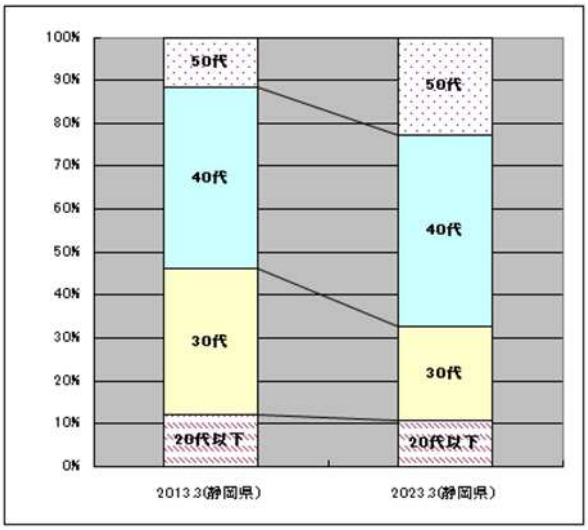
○院内移植コーディネーター数

	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度
臓器移植推進協力病院数	29 施設	29 施設	29 施設	29 施設	29 施設	29 施設
院内移植コーディネーター数	37 施設 67 人	37 施設 71 人	37 施設 76 人	36 施設 71 人	35 施設 70 人	36 施設 82 人

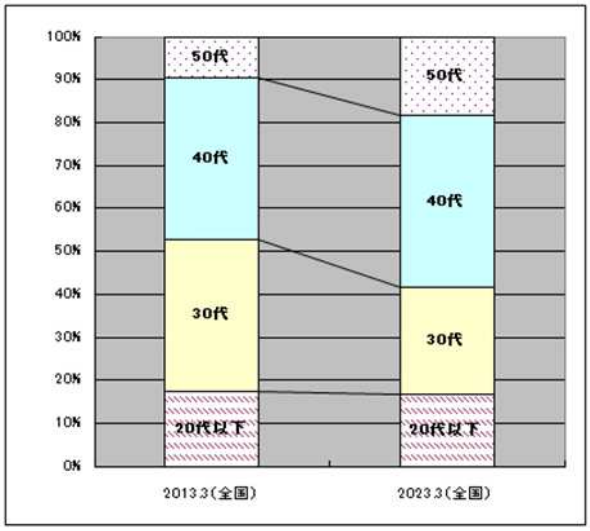
（出典：静岡県疾病対策課）

○骨髄ドナー登録者　年代別割合（2012 年度末・2022 年度末比較）

＜静岡県＞



＜全国＞



（出典：公益財団法人日本骨髄バンク）

○骨髄ドナー登録者数

区　分	静岡県		全　国
	合計	増減	
2012年度末	8,946	26	429,677
2013年度末	9,007	61	444,143
2014年度末	8,894	△113	450,597
2015年度末	8,890	△4	458,352
2016年度末	8,948	58	470,270
2017年度末	8,998	50	483,879
2018年度末	9,269	271	509,263
2019年度末	9,324	55	529,965
2020年度末	9,142	△182	530,953
2021年度末	9,196	54	537,820
2022年度末	9,160	△36	544,305

（出典：公益財団法人日本骨髄バンク）

第９節　慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）対策

【対策のポイント】
- ○　ＣＯＰＤの原因や症状についての正しい知識の普及啓発
- ○　長期喫煙者等のハイリスク者及び治療中断者に対する受診勧奨の支援

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
ＣＯＰＤによる死亡率（人口 10 万対）	13.7（2022 年）	10.0（2035 年）	「健康日本 21（第三次）」の目標値に準じる	厚生労働省「人口動態統計」
20 歳以上の者の喫煙率	男性 25.9% 女性 7.6% （2022 年度）	男性 20% 女性 5% （2035 年度）	喫煙者のたばこをやめたいと思う者(26.1%)がやめた場合の喫煙率	厚生労働省「国民生活基礎調査」

（１）現状

○慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）は、肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主な症状として、緩やかに呼吸障害が進行する疾患であり、かつて肺気腫、慢性気管支炎と称されていた疾患が含まれています。

○ＣＯＰＤの原因としては、50～80%程度にたばこ煙が関与し、喫煙者では、20～50%がＣＯＰＤを発症するとされます。

○全国の推定罹患者は 500 万人を超えますが、実際に治療されている患者は数十万人で、ＣＯＰＤの認知度は低いです。また、病気であることを自覚しにくいため、未診断・未治療であることが多く、喫煙を続けて重症化するケースが多いです。

○2022 年の人口動態統計によると、ＣＯＰＤによる死亡者数は男女合わせて全国では 16,676 人、本県では 477 人です。また、死亡率（人口 10 万対）は、全国では 13.7、本県でも 13.7 と同じ値となっています。

○2022 年の国民生活基礎調査では、本県の喫煙率は、男性は 25.9%、女性は 7.6%であり、男女とも全国平均（男性 25.4%、女性 7.7%）に近い値となっています。

○喫煙歴や呼吸機能検査により診断されます。

○疾病の重症度に応じて、禁煙治療、薬物療法、呼吸器リハビリテーション等の治療が行われます。

（２）課題

ア　正しい知識の普及啓発

○ＣＯＰＤに関する正しい知識の普及を図り、認知度を向上させ、ＣＯＰＤという病気の発見を促すことの動機付けを起こしていくことが必要です。

○ＣＯＰＤの発症には、出生前後・小児期の栄養障害やたばこ煙への暴露、ぜん息などによる肺の成長障害も関わることが明らかになっています。

イ　たばこ対策

○禁煙は、ＣＯＰＤの疾患進行を遅らせることが知られており、禁煙を達成するための指導が重要です。

ウ　早期発見

○ＣＯＰＤに関するスクリーニングを行い、早期の受診や治療の継続につなげる必要があります。

○他の疾患の治療中の患者の中に、潜在的なＣＯＰＤ患者がいる場合があります。

エ　重症化予防

○ＣＯＰＤは、心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗しょう症、うつ病などの併存疾患や、肺がん、気腫合併肺線維症等の他の呼吸器疾患との合併も多いほか、慢性的な炎症疾患であり栄養障害によるサルコペニア[1]からフレイル[2]を引き起こすことがあります。

○ＣＯＰＤが進行すると呼吸困難の症状により、運動能力や生活の質（ＱＯＬ）を低下させます。

○吸入治療は手技などの面から、患者のアドヒアランス[3]が低い傾向があります。

（３）対策

ア　正しい知識の普及啓発

○市町や関係団体等が実施する特定健康診査やがん検診などの健康増進イベントの場を活用し、ＣＯＰＤが禁煙等により予防することができる生活習慣病であることなど、病気に関する知識の普及啓発を行い、ＣＯＰＤの認知度を高め、早期発見、早期治療を推進します。

○妊娠中の喫煙等、ライフコースアプローチ[4]の観点を考慮した対策を推進します。

イ　たばこ対策

○禁煙を希望する人を支援するために、禁煙治療ができる医療機関や禁煙指導ができる薬局の情報提供を進めます。

○５月 31 日の世界禁煙デーや５月 31 日から６月６日までの禁煙週間に合わせて、たばこの害や禁煙の方法について周知を行うためのキャンペーンを展開します。

○県内の小学５年生又は６年生、中学生及び高校生を対象とした薬学講座を開催し、学校薬剤師等により、たばこの害等について、知識の普及を図ります。

○小学５年生に対し、たばこの害について啓発する「防煙下敷き」を配布し、喫煙防止教育を推進します。

ウ　早期発見

○ＣＯＰＤに関するスクリーニング質問票で特定したハイリスク者及び治療中断者に対する受診勧奨を支援します。

○かかりつけ医が疑いのある者を早期に発見し、呼吸器専門医が確定診断する医療連携が重要です。

---

[1] サルコペニア:高齢になるに伴い、筋肉の量が減少していく状態を指す。

[2] フレイル：「加齢に伴う予備能力低下のため，ストレスに対する回復力が低下した状態」を表し、要介護状態に至る前段階として位置づけられるが，身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。

[3] アドヒアランス：患者が治療方針の決定に賛同し、積極的に治療を受けることである。

[4] ライフコースアプローチ：胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくりである。

エ　重症化予防

○感染症対策や有害物質（たばこ煙）吸入回避などによる予防とともに早期治療を図り、重症化を予防します。

○併存疾患や合併症に対しては、必要に応じてそれぞれの専門医及び多職種によるチーム医療を推進し、診療体制の強化を図ります。

○かかりつけ医と専門医の病診連携を推進し、ＣＯＰＤ患者に最適な医療を継続的に提供します。

○患者が適切に吸入器を使用し、薬物治療を継続できるよう、ＣＯＰＤの治療に関わる医療機関や薬局等の医療従事者の連携を推進します。

第 10 節　慢性腎臓病（ＣＫＤ）対策

【対策のポイント】
- ○　関係団体等と連携し、ＣＫＤの危険因子となる高血圧症や糖尿病等の治療継続を推進
- ○　ＣＫＤの原疾患となる疾患の治療継続のため、腎臓専門医療機関等との連携を推進
- ○　特定健康診査等に従事する者のスキルアップ

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病性腎症の患者数	442 人 （2022 年）	391 人以下 （2029 年）	「健康日本 21（第三次）」の算定方法に準じて算出	一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」
高血圧の指摘を受けた者のうち、現在治療を受けていない者の割合	男性　31.5% 女性　27.3% （2022 年）	男性　25.2%以下 女性　21.8%以下 （2029 年）	２割減少	県民健康基礎調査

（１）現状

○慢性腎臓病（ＣＫＤ）とは、糸球体ろ過値[1]（ＧＦＲ）が 60mL/分/1.73 ㎡未満又は、尿異常、画像診断、血液、病理で腎障害の存在が明らかな状態が３か月以上持続する疾患です。

○ＣＫＤの発症や危険因子には、加齢、ＣＫＤの家族歴、尿蛋白異常、腎機能異常、糖尿病、高血圧、脂質異常や肥満等が挙げられます。

○ＣＫＤの原因疾患は様々ですが、主な疾患として糖尿病性腎症、慢性糸球体腎炎、腎硬化症などがあります。

○糖尿病性腎症は、高血糖状態が続くことにより、腎臓内の血管が傷害され、腎臓の機能が低下する疾患です。

○慢性糸球体腎炎は、腎臓の糸球体が何らかの影響で炎症を起こし、血液をうまくろ過できなくなる疾患です。

○腎硬化症は、高血圧によって腎臓の細い血管や糸球体が硬くなり、血液をうまくろ過できなくなる疾患です。

○2020 年のＣＫＤ患者数[2]は、全国で約 629,000 人、本県で約 16,000 人です。

○2022 年にＣＫＤが原因で死亡した人数は、全国で 22,841 人、本県で 771 人です。

○2022 年で、本県の透析患者数は 11,460 人であり、糖尿病性腎症と腎硬化症が原因で人工透析が必要となる患者は近年増加しています。特に、新規人工透析導入患者 1,188 人のうち 442 人が糖尿病性腎症の患者であり、37.2%を占めています。

○高血圧はＣＫＤの危険因子であり、2016 年の本県において高血圧と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は、男性が 26.5%、女性が 19.5%です。

---

[1] 糸球体ろ過値（ＧＦＲ）は腎臓の機能を表す検査値である。腎臓では、毛細血管が球状に絡まった糸球体で血液をろ過して尿を生成している。

[2] 出典：厚生労働省「患者調査」における慢性腎臓病の総患者数

○2023 年で、本県の腎臓専門医[3]が在籍する医療機関数は、人口 10 万対 2.1 施設であり、全国平均の 2.3 施設と比べ、やや少ないです。また、2023 年で、本県の腎臓専門医は、人口 10 万対 3.9 人であり、全国平均の 5.0 人と比べ、少ないです。

（２）課題

ア　重症化予防

○ＣＫＤの危険因子を有する人に対しては、早期から生活習慣の改善などの指導や治療が必要です。

○糖尿病はＣＫＤの危険因子となるため、糖尿病と診断された時点からの適切な血糖コントロールを行う必要があります。

○末期腎不全へ至ることを防ぐためには、ＣＫＤを早期発見し、治療を継続することが必要です。

○ＣＫＤは、腎機能が悪化すると透析が必要な腎不全まで進行するだけではなく、脳卒中や心血管疾患等の循環器病の重大な危険因子となります。

イ　関係者の連携・人材育成

○早期受診者や適切な治療継続等の重症化予防策を適切に進めるために、市町や保険者、医療機関等が連携する必要があります。

○特定健康診査や特定保健指導の際に、ＣＫＤの危険因子を有する人に対して適切な指導や必要に応じて医療機関へつなぐことができる人材が必要です。

（３）対策

ア　重症化予防

○ＣＫＤについて、積極的に予防啓発に取り組みます。住民の理解を深めることで、生活習慣改善に向けた動機付け支援を行います。

○県医師会等の関係団体と連携し、かかりつけ医への定期受診や訪問診療によって、高血圧症の降圧療法、糖尿病の血糖コントロール、脂質異常症の治療等を継続する取組を進めます。

○原疾患となる疾患の治療を継続するため、地域で診療を担う医療機関と腎臓専門医療機関等との連携が適切に行われるような取組を進めます。

○ＣＫＤの重症化を予防するため、地域の医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士、腎臓病療養指導士[4]等の専門職種が連携して、患者へ食生活や運動習慣等を効果的に指導します。

○患者の腎機能に応じて、お薬手帳にシールを貼付し、病態に応じた適切な医療や生活習慣の改善指導を行うなど、地域の医療機関、薬局、保険者、行政等が連携した取組を推進します。

イ　関係者の連携・人材育成

○県内外の重症化予防対策や対応事例の共有を図り、市町や保険者と医療機関等との連携を進めます。

○特定健康診査・特定保健指導に従事する者が、対象者に対して適切な指導ができるよう、ＣＫＤに関する研修会等を開催し、従事者のスキルアップを図ります。

---

[3] 腎臓専門医：一般社団法人腎臓学会が認定。

[4] 腎臓病療養指導士：日本腎臓病協会が認定。

第 11 節　血液確保対策

【対策のポイント】
○　医療に不可欠な輸血用血液製剤等の原料となる血液の安定的な確保への取組

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
必要な献血者数に対する献血受付者数の割合	96.4% （2022年度）	100% （2025年度）	県献血推進計画で必要とされる献血者数の確保	静岡県献血推進計画

（１）現状

ア　献血の推進体制

○献血による血液の供給体制を確立し、売血による弊害をなくすため、1964 年８月閣議決定「献血の推進について」に基づき、国、地方公共団体、採血事業者である日本赤十字社の三者が一体となって献血の推進を図っています。

○血液製剤の安定的供給と一層の安全性向上を目的とする「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律」（血液法）に基づき、県は毎年度、献血推進計画を策定し、県、市町及び採血事業者は安定的な血液製剤の供給のために必要な献血量の確保に向けて取り組んでいます。

イ　献血者数及び輸血用の血液確保状況

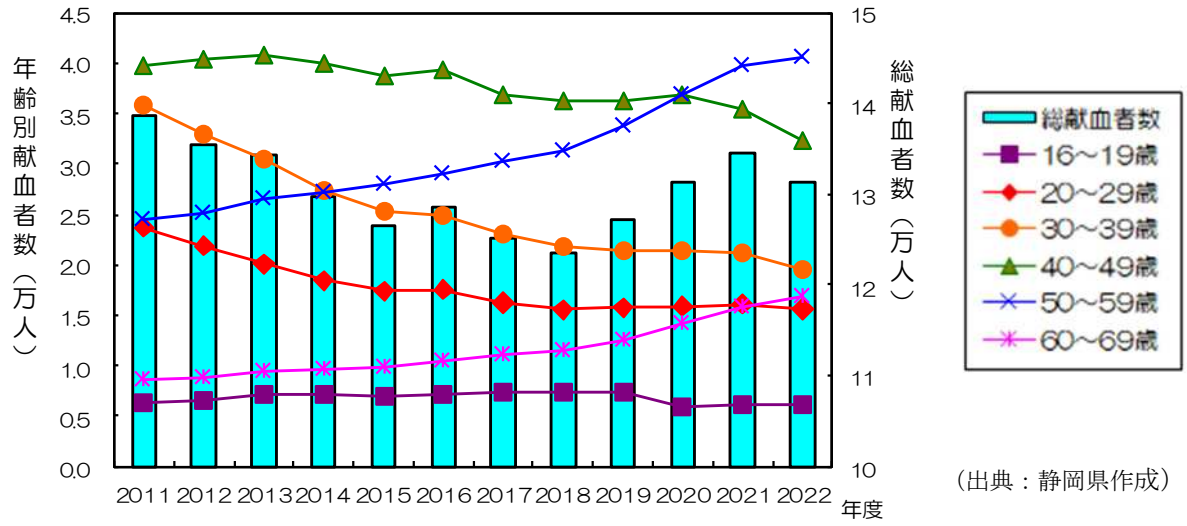
○県内の献血者数は、1991 年度の約 24 万人をピークに年々減少し、近年は約 13 万人前後で推移しています。

○2022 年度の献血者数は 131,274 人で前年度の 134,550 人より 3,276 人減少しました。血液製剤の国内自給を推進する目的で国から本県に割り当てられた、血漿分画製剤の原料となる血漿の確保目標量 36,272L に対し 37,990L（104.7%）を確保しました。現在、献血者の 95%以上が成分献血又は 400ml 献血であること、また、採血事業者において輸血用血液製剤の広域需給体制が構築されたことなどから、県内で必要な輸血用血液製剤は支障なく供給されています。

○2022 年度における 10 代、20 代の若年層献血者数は 21,681 人で、10 年前（2012 年度）の 28,388 人から、6,707 人減少しています。全献血者に占める若年層献血者の割合についても、2022 年度は 16.5%で、10 年前（2012 年度）の 21.0%から大きく減少しています。

○2022 年度の献血可能人口は 2,228,538 人で、10 年前（2012 年度）の 2,496,582 人から、268,044 人減少しています。

図表７－１１－１　年代別の献血者の推移（静岡県）



（出典：静岡県作成）

（２）課題

ア　若年層（10 代、20 代）及び 30 代に対する献血意識の普及啓発

○団塊の世代が後期高齢者となる本格的な高齢化による血液製剤の需要増大と少子化による献血可能人口の減少が予想される中、若年層（10 代、20 代）及び 30 代の献血者の減少が顕著であり、将来の献血者確保が危惧されます。このため、10～30 代に対する献血意識の普及啓発が必要です。

イ　複数回献血者の確保対策

○実献血者数（献血した人の実数）に占める複数回献血者（年間２回以上の献血した人）の割合は、2022 年度において 39.5%を占めました。安全な献血者を安定的に確保するため、複数回献血に協力いただける献血者を増やしていく必要があります。

（３）対策

○毎年度策定する献血推進計画に基づき、各市町及び採血事業者と協力して、献血推進に取り組みます。

○高校生献血ボランティア「アボちゃんサポーター」の委嘱、大学生献血ボランティアの育成、献血セミナーや学内献血の開催を通じて、若年層に献血意識の普及啓発を図ります。

○献血会場等における子ども向けイベント等の実施により、20～30 代の子育て世代の献血参加を推進します。

○複数回献血を促進するため、献血会場等でのラブラッド[1]への登録を働き掛けます。

○献血推進大会を開催し、献血功労者に対する表彰を行うなど、献血推進団体、献血協力団体の献血活動を奨励します。

○医療機関の輸血用血液製剤の利用実態と治療症例検討等を通じて、医療機関の血液製剤の適正使用を促進します。

[1] ラブラッド：日本赤十字社の運営する複数回献血クラブの愛称、ラブ（愛）とブラッド（血）の造語。2018 年 10 月 29 日、全国統一システムとなり、全国の献血ルームへの予約が可能となった。加入者へは、献血に関するお知らせやキャンペーン情報が配信されるほか、血液検査の結果をインターネット上で閲覧できる等のサービスを提供している。

第 12 節　治験の推進

【対策のポイント】
○　静岡県治験ネットワークによる県内病院の治験実施促進

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
治験ネットワーク病院による新規治験実施件数	148件 （2022年度）	150件 （2025年度）	治験が実施できる環境を維持	（公財）ふじのくに医療城下町推進機構ファルマバレーセンター調査

（１）現状

○本県では、県民に先進的な医療を届けられるよう治験を推進するため、2003 年度に県内の中核医療機関で構成する静岡県治験ネットワーク[1]を立ち上げ、新医薬品等の承認に向けた治験の推進を図っています。

○2007 年度には静岡県治験ネットワーク内にがん診療拠点病院を中心にがん領域グループを設置し、がんに特化した治験や臨床研究を推進しています。

○静岡県治験ネットワーク病院（NW病院）における新規治験実施件数は、一般財団法人ふじのくに医療城下町推進機構ファルマバレーセンター（ＰＶＣ）が関与したものを含め、2022 年度末現在、2,574 件（累計）となっています。

図表７－１２－１　治験ネットワーク病院による新規治験実施件数

年度	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
件数	99	153	102	142	152	120	112	126	135	146
年度	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
件数	153	125	124	135	155	122	105	95	126	148

（２）課題

○医療の進歩により、年々、新たな薬剤が開発されていることから、患者が新たな治療方法の恩恵を早期に受けられるように、治験を積極的に進める必要があります。

○近年、全国的に増加している抗がん剤の治験について、より高度な知見が必要であるため、実施する病院が一部に留まっています。

○また、新たに承認された医薬品が医療現場の治療に広く導入されるためには、既存の薬や治療法との併用における安全性・有効性等を評価する臨床研究が必要です。

[1] 静岡県治験ネットワーク（NW）：病床数が 200 床以上の県内医療機関で構成され、約 14,000 床のネットワークとして治験受託体制（運営事務局はＰＶＣ）を構築している。

（３）対策

○静岡県治験ネットワークは、患者が医療の進歩に貢献しつつ新たな治療方法の恩恵を早期に受けられるように、先進的な医療に用いる薬剤の治験に積極的に取り組みます。

○より多くの病院において、がん領域の治験が実施できるよう、治験担当者を対象としたがん領域のセミナーの開催等の人材育成に継続的に取り組みます。

○静岡県治験ネットワークは、新薬を含め、患者に提供する新たな治療方法の選択肢を増やせるように、臨床研究にも積極的に取り組みます。

第 13 節　歯科保健医療対策

【対策のポイント】
- ○　歯科疾患の予防・重症化予防
- ○　口腔機能の獲得・維持・向上
- ○　歯科保健医療を推進するために必要な社会環境の整備

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
80 歳で自分の歯が 20 本以上ある人の割合	69.8% （2022 年度）	85% （2035 年度）	国の目標値	後期高齢者歯科健診
かかりつけ歯科医を持つ者の割合	58.1% （2022 年度）	95% （2035 年度）	国の目標値	健康に関する県民意識調査

（１）現状

ア　歯科疾患の予防・重症化予防

○ＷＨＯの研究によると、糖尿病やアルツハイマー型認知症、脳卒中等とともに口腔疾患が高齢者の健康寿命を喪失させる 10 大原因の一つと報告されています。

○80 歳で、自分の歯の数を 20 本以上ある者の割合は 69.8%です。

○歯を失う理由のほとんどがう蝕（むし歯）と歯周病です。抜歯となる主原因は、54 歳未満ではう蝕（むし歯）が多く、55 歳以上では歯周病が多いという特徴があります。全体の割合は、う蝕（むし歯）が３割程度、歯周病が４割程度です。

○う蝕（むし歯）は有病率が世界で最も高い疾患であり、歯科疾患実態調査によると国民の約３割が未処置のう蝕（むし歯）がある状況です。また、う蝕（むし歯）は歯の喪失の主要な原因の一つであり、生涯にわたるう蝕（むし歯）予防は非常に重要です。

○歯周病は、糖尿病や循環器疾患等の全身疾患との関連性も指摘されていることから、その予防は生涯を通じての重要な健康課題の一つです。

イ　口腔機能の獲得・維持・向上

○口腔機能の低下した状態（オーラルフレイル）は低栄養状態とも関連し、運動機能や認知機能の低下を引き起こす原因のひとつとなるため、口腔機能の維持及び向上に取り組むことや、専門職が早期介入することによって、要支援状態や要介護状態が予防できると期待されています。

ウ　歯科保健医療を推進するために必要な社会環境の整備

○静岡県では 2009 年に静岡県民の歯や口の健康づくり条例を制定し、2011 年に静岡県歯科保健計画を策定、2017 年に口腔保健支援センターを設置しています。

○歯科疾患の早期発見・重症化予防等を図り、歯・口腔の健康を保持する観点等から、生涯を通じて歯科検診を受診することは重要です。

○フッ化物応用は、う蝕（むし歯）予防効果、安全性及び高い費用便益率等の医療経済的な観点から推奨されており、フッ化物の応用に係る取組は県内全市町で実施されています。

○障害のある人の歯科医療は、地域の実情に応じて歯科診療体制整備が図られるよう、その経費が市町に交付税措置され、その実施は市町の裁量に委ねられているため、公立病院での障害者

歯科外来の実施や地域の歯科医療機関での対応等、その取組は様々です。

○高齢者では、様々な疾患により多種の薬剤を使用していることも多く、唾液の分泌量が減少していることもあります。そのため、口腔感染症や口腔粘膜疾患への配慮が必要です。また、加齢とともに口腔がんの発生もみられるようになります。

（２）課題

ア　歯科疾患の予防・重症化予防

○12 歳児（中学１年生）でう蝕（むし歯）がない者の割合が 67.3%(2012 年)から 82.2%(2022 年)に増加するなど、幼児期・学齢期の有病状況は改善傾向にありますが、依然として多数の歯にう蝕（むし歯）がある小児が一定数おり、また、有病状況について地域格差が存在します。

○社会経済的因子等により、う蝕（むし歯）の有病状況に健康格差が生じること等も指摘されています。

○う蝕（むし歯）と糖尿病などの全身の疾患とは、過剰な砂糖摂取などのコモンリスクファクターを共有することが挙げられています。

○歯周病検診にて、成人期以降の未処置のう蝕（むし歯）がある者の割合や歯周病を有する者の割合が増加しています。

○歯周病は全身の疾患へ影響し、ライフコース等、個人の特性に応じた歯科疾患の予防を図る必要がありますが、40 歳、60 歳の歯周炎を有する者の割合は５～６割程度と高くなっており、かかりつけ歯科を中心とした対応が必要です。

○歯周病と全身の疾患とは、喫煙などのコモンリスクファクターを共有することが挙げられていますが、この視点を取り入れた対策や県民等への周知啓発が不足しています。

○歯周病予防・重症化予防は生涯を通じた取組が重要であることから、ライフステージの早い段階からの個人での口腔ケア（セルフケア）の取組等の歯科保健活動の推進が必要であるとともに、かかりつけ歯科医による定期的な口腔管理（プロフェッショナルケア）も必要です。

イ　口腔機能の獲得・維持・向上

○県民のオーラルフレイルの認知度は 24.8%となっており、さらなる認知度の向上が必要です。

○健康寿命の延伸や 8020 達成者の増加などの健康状態が改善している中、「かみにくい」という主訴が 70 歳以降で大きく増加することや、口腔機能低下症の有病率が高齢の地域住民で 40～50%という報告もあります。

○乳幼児期以降における食育や口腔機能に関する取組や、高齢期における介護予防の取組など、各ライフステージに応じた取組が行われていますが、生涯を通じた口腔機能の獲得・維持・向上のためには、各個人のライフコースに沿った取組を充実させる必要があります。

ウ　歯科保健推進体制のための社会環境の整備

○市町において、歯科口腔保健を総合的に推進するためには、歯科口腔保健の推進に関する条例を制定するとともに、条例等に基づいて歯科口腔の推進に関する基本的事項や歯科保健計画等を策定すること等によって、計画に沿った歯科口腔保健施策を実施することが有効ですが、条例制定市町数は 15、歯科保健計画作成市町数は 22 となっています。

○歯科検診の受診率が市町により異なることや、特に若年層においては受診率が低いことが課題となっています。

○集団でのフッ化物応用は、健康格差を縮小し、集団全体のう蝕予防の効果が期待できると指摘されているため、地域の状況に応じたフッ化物応用に関する事業の実施をさらに推進することが必要です。

○障害がある方は、歯科疾患が進行すると歯科治療がより困難になるため、定期的な歯科検診や歯科保健指導等の実施やかかりつけ歯科医を持つ者を増やしていく必要があります。

○障害や要介護状態、認知症の患者となっても、住みなれた地域で住み続けられるよう、歯科診療所がかかりつけ歯科医となり、病院や医科医療機関、訪問看護ステーションや介護事業者などとの連携体制の充実が求められています。

（３）対策

ア　歯科疾患の予防・重症化予防

○歯科口腔保健に係る健康格差の縮小が期待される砂糖の適正な摂取等によるコモンリスクファクターアプローチや、フッ化物応用等の科学的根拠に基づいたう蝕（むし歯）予防対策を推進します。

フッ化物応用の例：フッ化物配合歯磨剤（フッ素入り歯磨き剤）の使用、フッ化物洗口（フッ素うがい)の実施、フッ化物歯面塗布（フッ素塗布）など

○セルフケアの推進のために、効果的な情報提供等を行うとともに、かかりつけ歯科医によるプロフェッショナルケア推進のために、かかりつけ歯科医を持つ者の割合の向上を目指します。

○歯周病の予防に禁煙等のコモンリスクファクターアプローチの視点を取り入れます。

○関係団体等と連携しながら、ナッジ理論等の行動科学的アプローチも活用し、セルフケアの推進やかかりつけ歯科医を定期的に受診する人の増加を図る普及啓発等を行います。

イ　口腔機能の獲得・維持・向上

○関係団体、市町等と連携しながらオーラルフレイルの周知啓発に取り組みます。

○高齢期における口腔機能低下への対策として、通いの場等での口腔機能の維持・向上の取組を支援します。

○ライフステージに応じた取組に加え、ライフコースアプローチを踏まえた取組により、高齢期以前からの生涯を通じた様々な側面から、口腔機能の獲得・維持・向上のための取組を推進します。

ウ　歯科保健医療推進のための社会環境の整備

○市町における条例制定、計画策定を支援するとともに、人材育成のための研修会を開催します。

○市町が地域の状況に応じて行っている歯科検診の受診率の向上のための受診勧奨や、歯科検診の機会の充実等の取組を、ナッジ理論等の行動科学的アプローチを活用しながら支援します。

○地域の状況に応じ、フッ化物応用が推進するよう支援します。

○障害のある人への歯科医療体制を強化するため、歯科医療従事者に対し、障害に関する理解促進のための研修を実施します。また、市町が地域の実情に応じて歯科診療体制整備を図れるよう、必要な情報の提供や市町ごとの課題に対応した助言等を行います。

○静岡県歯科医師会に設置している静岡県在宅歯科医療推進室を中心に、多職種連携や誤嚥性肺炎等の予防のための口腔健康管理等の普及推進や連携体制の充実を図ります。

第８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	7,972 人 （2020 年 12 月）	8,317 人 （2026 年度）	医師確保計画に定める目標医師数（下位 1/3 から脱するために必要な医師数）	厚生労働省「医師偏在指標」
人口 10 万人当たり医師数 （県内医療施設従事医師数）	219.4 人 （2020 年 12 月）	238.9 人 （2026 年度）		
医師偏在指標 賀茂医療圏 富士医療圏 中東遠医療圏	 98 人 565 人 730 人 （2020 年度）	 107 人 617 人 730 人 （2026 年度）	医師確保計画に定める医師少数区域の目標医師数（下位 1/3 から脱するために必要な医師数） 【参考：医師偏在指標（現状値）】 賀茂医療圏：144.4 富士医療圏：157.9 中東遠医療圏：176.3 （目標指標：179.7）	厚生労働省「医師偏在指標」
医師少数スポットの病院勤務医師数 伊東市 伊豆市 三島市 裾野市 函南町 御殿場市 静岡市清水区 静岡市駿河区 牧之原市 浜松市天竜区 湖西市	 52 人 26 人 60 人 11 人 34 人 64 人 130 人 169 人 26 人 7人 29 人 （2020 年 12 月）	 61 人 27 人 101 人 48 人 35 人 81 人 215 人 197 人 41 人 25 人 54 人 （2026 年度）	人口 10 万人当たり病院勤務医数が医師少数区域（下位 1/3）から脱するために必要な医師数	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

（１）現状と課題

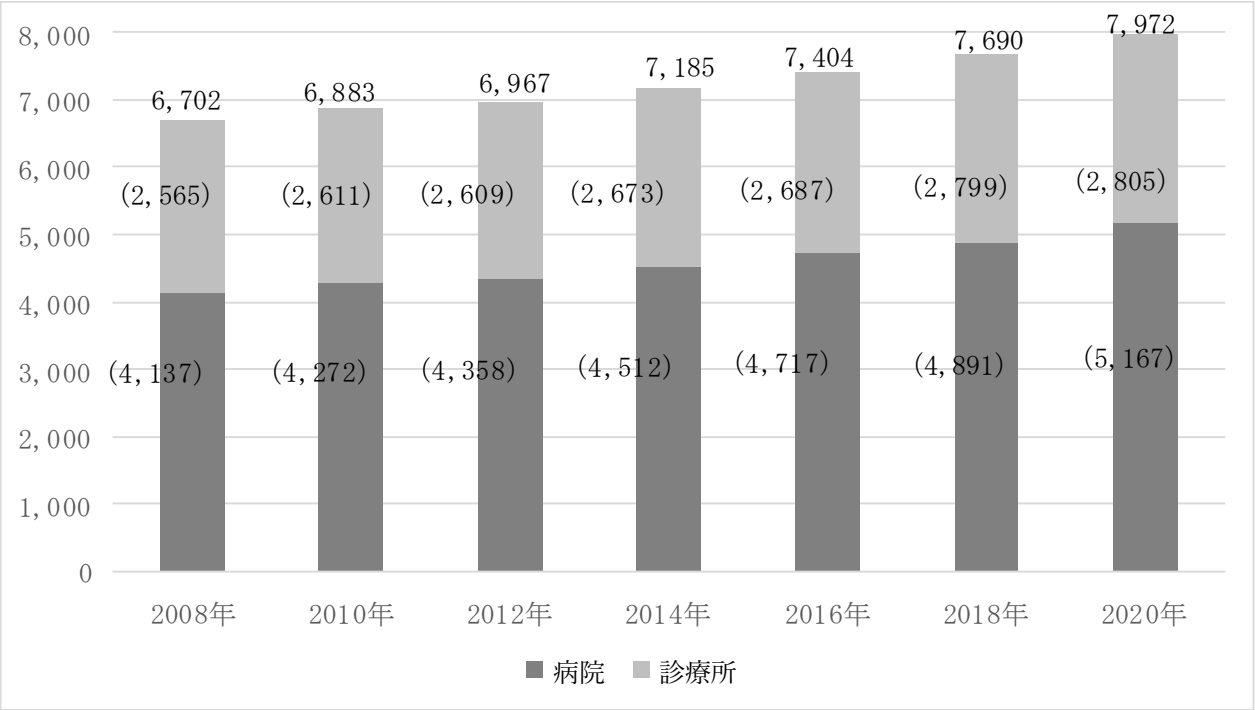
ア　医師数の状況

○2020 年 12 月末における本県の医師数は、病院 5,167 人、診療所 2,805 人、計 7,972 人で、２年間で 282 人（3.7%）、10 年間で 1,089 人（15.8%）増加しています。（図表８－１－１）

○人口 10 万人当たりでは、219.4 人と多い方から 40 位です。（図表８－１－２）

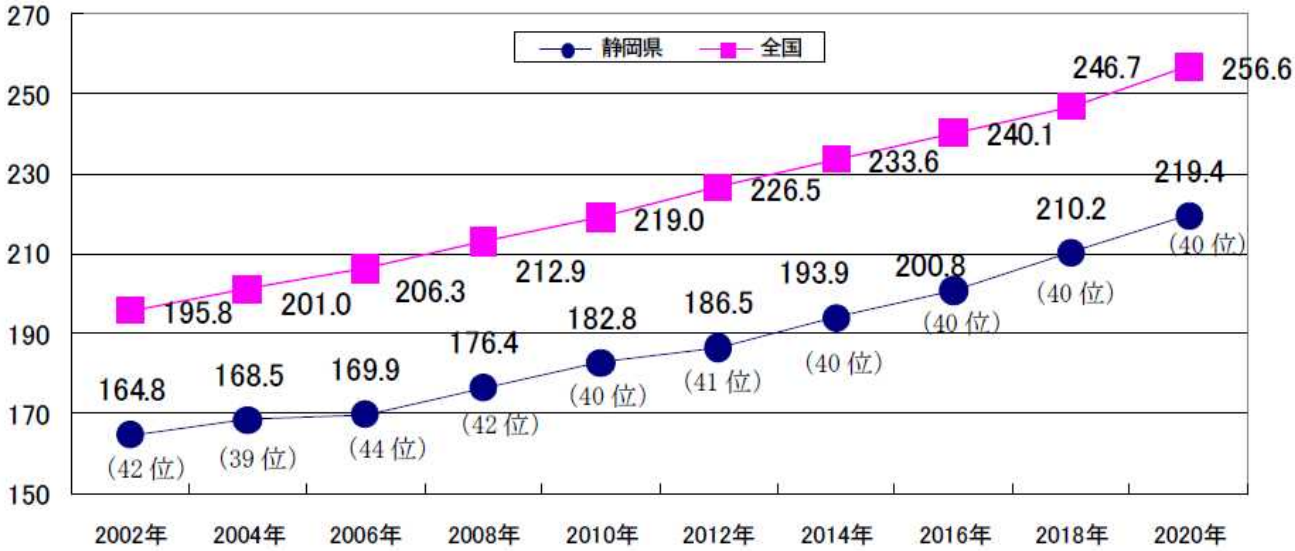
○特に、病院勤務医について全国平均との差が大きくなっています。（図表８－１－３）

図表８－１－１　医師数の状況（県全体）（医療施設従事医師数）　（単位：人）

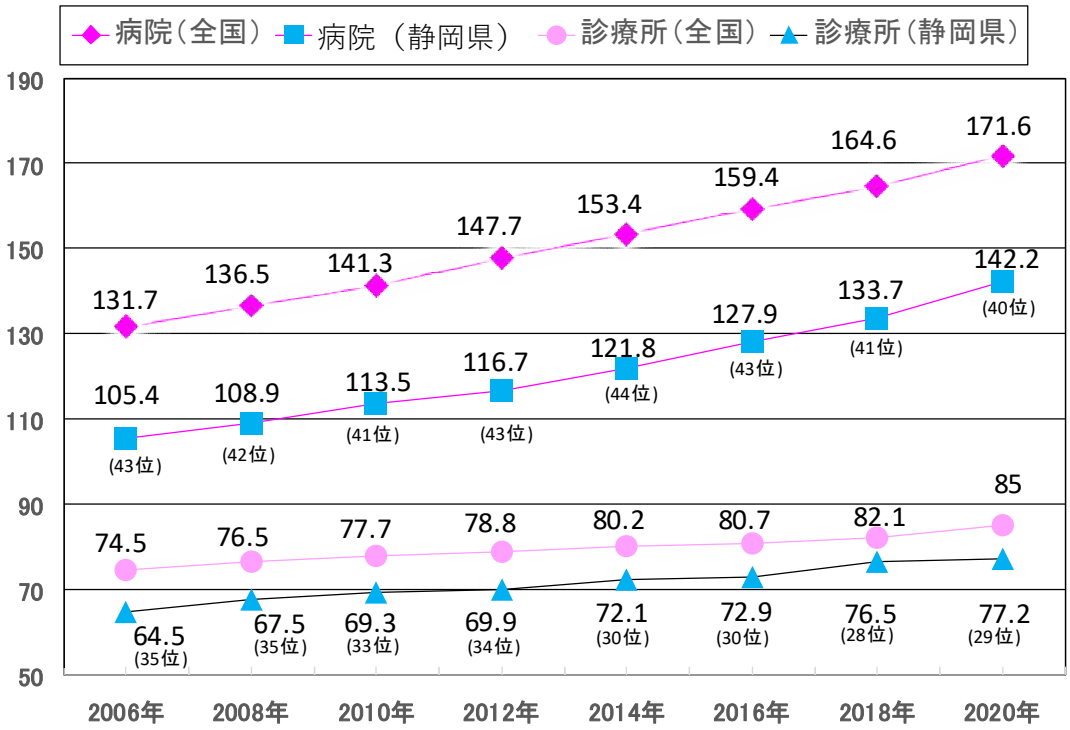


出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2016 年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

図表８－１－２　人口 10 万人対医療施設従事医師数の推移　（単位：人）



図表８－１－３　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　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、2010 年度から 120 人に増員されています。

○2022 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 66 人で、半数以上が県内で就業しています。（図表８－１－４）

○県内に就業する医師を増加させるためには、浜松医科大学卒業医師の県内定着を促進するとともに、県外大学卒業医師の県内就業を促進する必要があります。

○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 53 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８－１－５）

図表８－１－４　浜松医科大学医学部医学科卒業生の状況　（単位：人）

区分＼年度	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
就　業　者	100	87	99	104	114	114	115	119	122	111	120	113
うち県内就業者	52	56	53	64	59	66	72	77	78	57	63	66
県内就業率（%）	52.0	64.4	53.5	61.5	51.8	57.9	62.6	64.7	63.9	51.4	52.5	58.4

提供：浜松医科大学（出典：浜松医科大学 NEWSLETTER）

図表８－１－５　本県の地域枠の状況　（単位：人（入学者／地域枠数））

大学名	2024定員	入学者数									
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	計
近畿大学	10	2/5	0/5	1/5	1/5	5/5	5/5	10/10	10/10	10/10	44/60
川崎医科大学	10	5/5	5/5	8/10	8/10	10/10	10/10	10/10	9/10	10/10	75/80
帝京大学	2	－	2/2	2/2	1/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	15/16
東海大学	3	－	1/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	22/24
日本医科大学	4	－	1/1	1/1	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4	26/26
順天堂大学	5	－	－	0/5	2/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5	27/35
関西医科大学	8	－	－	－	5/5	5/5	8/8	8/8	8/8	8/8	42/42
浜松医科大学	15	－	－	－	－	－	15/15	15/15	15/15	11/15	56/60
昭和大学	8	－	－	－	－	－	－	5/5	8/8	8/8	21/21
日本大学	3	－	－	－	－	－	－	－	－	3/3	3/3
計	68	7/10	9/16	15/26	24/34	34/34	52/52	62/62	64/65	64/68	331/367

ウ　医学修学研修資金の状況

○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、県内公的病院等での勤務を要件とする医学修学研修資金を貸与しています。（図表８－１－６）

○人口当たり医学部定員が少ない状況を踏まえて、2014 年に「ふじのくにバーチャルメディカルカレッジ」を創立し、医学修学研修資金の新規貸与枠を医科大学１校分に拡充するとともに、在学中に地域医療の魅力を学び、本県の地域医療に貢献する医師を育む取組を進めています。

○また、2020 年度に９年の勤務期間の確保による長期的視点に立った医師の計画的育成等のため、原則貸与期間を６年間とする制度改正を行いました。

○医学修学研修資金の被貸与者は 2007 年度からの累計で 1,500 人を超え、県内勤務者数も年々増加し、671 人となっていますが、地域的な偏りがあります。（図表８－１－７、１－８、１－９）

○医師の働き方改革の影響などにより、返還免除勤務対象となる公的医療機関等の不足数は増加傾向にあり、2023 年４月時点で 670 人が不足しています。（図表８－１－10）

○2024 年４月１日から医師に対する時間外労働の上限規制が罰則付きで開始されることから、今後も不足数が増加する可能性があるため、医学修学研修資金被貸与者の配置などにより、医師不足の解消を図る必要があります。

図表８－１－６　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	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
貸与枠	地域枠（2020 年度以降入学者はキャリア形成プログラム参加） 大学特別枠（大学と協議して勤務先を指定） 一般枠（一般枠の配置基本方針により指定）

図表８－１－７　医学修学研修資金の貸与実績　　（単位：人）

年 区分	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	合計
新規 被貸与者	17	20	130	95	92	100	97	107	112	98	105	115	120	100	102	108	1,518

図表８－１－８　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	2022	2023
返還免除勤務	1	3	16	31	62	75	100	120	126	162	212	232	271	275
猶　　予	0	1	3	5	5	10	11	19	35	35	45	72	67	77
免除後県内勤務	0	0	2	9	19	35	45	55	66	86	104	137	165	201
臨 床 研 修	17	43	71	83	64	79	99	109	138	178	161	137	124	118
計	18	47	92	128	150	199	255	303	365	461	522	578	627	671

※猶予：返還免除のための勤務対象施設以外の県内医療機関に勤務中の者

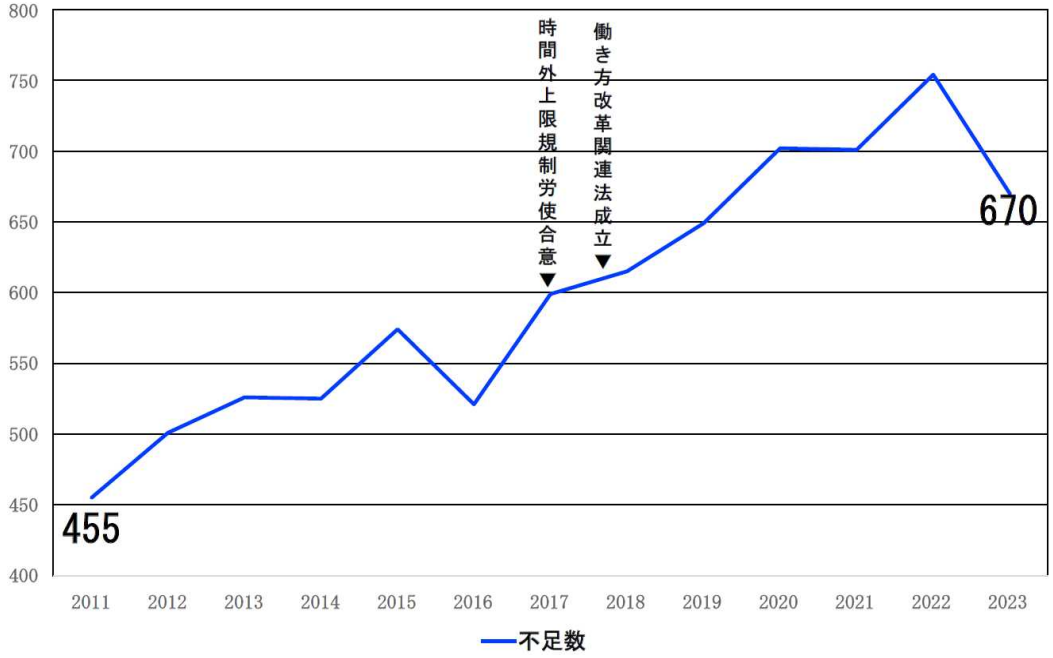
※免除後県内勤務：返還免除を受けるために必要な期間の勤務を終えた者のうち、県内で勤務している者

図表８－１－９　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	2022	2023
東　部	1	2	6	10	16	22	28	40	48	61	74	83	98	118
中　部	6	18	38	58	64	85	107	108	135	173	184	181	206	203
西　部	11	27	48	60	70	92	120	155	182	227	264	314	323	350
計	18	47	92	128	150	199	255	303	365	461	522	578	627	671

※猶予及び免除後県内勤務を含む

図表８－１－10　医師数等調査における県内公的医療機関等の医師不足数　　（単位：人）



エ　臨床研修医の状況

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

○臨床研修を開始する医学生等と臨床研修病院との相互選抜（マッチング）において、臨床研修開始予定者（マッチ者）数は、各病院における研修環境の整備などの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。

○卒後２年間の臨床研修医及び募集定員に対する充足率（マッチ率）は近年大幅に増加しており、2023 年度のマッチ者は 282 人、マッチ率は 92.8%です。（図表８－１－11）

図表８－１－11　臨床研修医の状況

年度 （研修開始年度）	2013 年度 （2014 年度）	2014 年度 （2015 年度）	2017 年度 （2018 年度）	2018 年度 （2019 年度）	2019 年度 （2020 年度）	2020 年度 （2021 年度）	2021 年度 （2022 年度）	2022 年度 （2023 年度）	2023 年度 （2024 年度）
マッチ者数 （全国順位）	169 人 （11 位）	209 人 （11 位）	245 人 （11 位）	248 人 （10 位）	262 人 （10 位）	242 人 （10 位）	252 人 （11 位）	272 人 （10 位）	282 人 （10 位）
マッチ率 （全国順位）	69.5% （24 位）	76.0% （13 位）	86.9% （11 位）	84.6% （11 位）	89.7% （9 位）	80.9% （14 位）	86.3% （11 位）	91.6% （8 位）	92.8% （9 位）

※ 自治医科大学卒業生についてはマッチングの対象外

※ マッチ率が 100%に満たない病院は、研修先未決定者に対して追加募集を行っている。

オ　専攻医の状況

○2018 年度からスタートした現在の専門医制度における専門医研修プログラム数は、2023 年度には 95 と年々増加しています。（図表８－１－12）

○一方で、県内プログラムに参加する専攻医は伸び悩んでおり、2023 年度は 154 人となっています。

○特に、県内で臨床研修を修了した医師の参加が減少しており、2023 年度は半数以上が県外プログラムに流出しています。（図表８－１－13）

○また、地域や診療科の偏在も生じています。県内臨床研修医の定着を促進し、専攻医の増加を図る必要があります。（図表８－１－14）

図表８－１－12　専門医研修プログラム

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度
73	76	79	89	94	95

図表８－１－13　県内プログラムによる専攻医採用者数　（単位：人）

開始年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度
県内臨床実施 （県内定着率）	101 （50.5%）	118 （59.9%）	151 （60.6%）	148 （61.2%）	140 （53.6%）	110 （45.3%）
県外臨床実施	13	32	22	33	36	44
計	114	150	173	181	176	154

図表８－１－14　専門医研修プログラム設置数（2023 年度時点）

区分	東部	中部	西部	計
設置数 （参加者数）	20 （18 人）	27 （27 人）	48 （109 人）	95 （154 人）

カ　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ています。

○キャリア形成プログラムは、医療法第 30 条の 23 第２項第１号に規定された、医師の確保を特に図るべき区域（医師少数区域及び医師少数スポット）における医師の確保に資するとともに、医師の確保を特に図るべき区域に派遣される医師の能力開発及び向上を図ることを目的として、都道府県が策定するプログラムです。キャリア形成プログラムは、医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関において、原則４年間以上就業することとされています。

○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。

○本県においては、病院別・診療科別に 183 のプログラムを策定しています。

キ　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、1,514 人と 10 年前と比較して 37.9%増加しており、女性医師の構成比も 16.0%から 19.0%へ 3.0 ポイント上昇していますが、全国に比べて低くなっています。（図表８－１－15）

○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８－１－16、１－17）

○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、働きやすい環境づくりや、病院管理を担う人材育成等、女性医師の活躍を推進していく必要があ

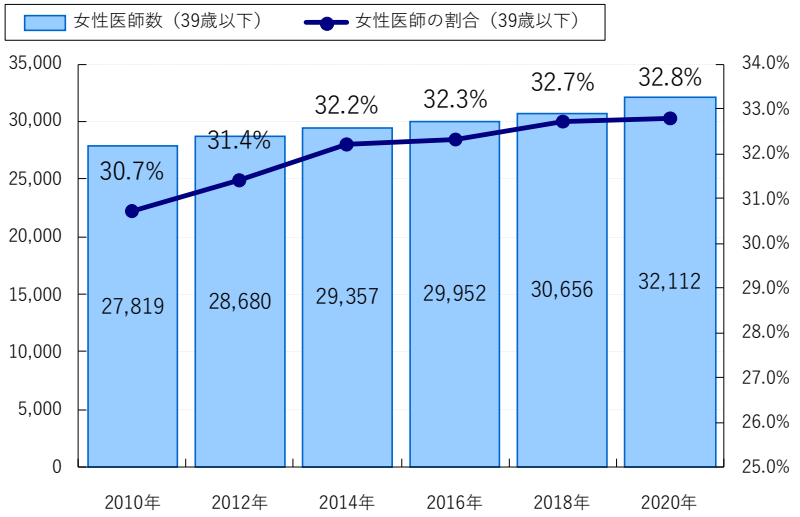
ります。

図表８－１－15　医療施設従事医師数（女性医師の構成比）　（単位：人）

区分＼年		2010 年	2020 年	増加率等
静岡県	女性医師	1,098	1,514	＋37.9%
	男性医師	5,785	6,458	＋11.6%
	女性医師の構成比	16.0%	19.0%	＋3.0ﾎﾟｲﾝﾄ
全国	女性医師	53,002	73,822	＋39.3%
	男性医師	227,429	249,878	＋9.9%
	女性医師の構成比	18.9%	22.8%	＋3.9ﾎﾟｲﾝﾄ

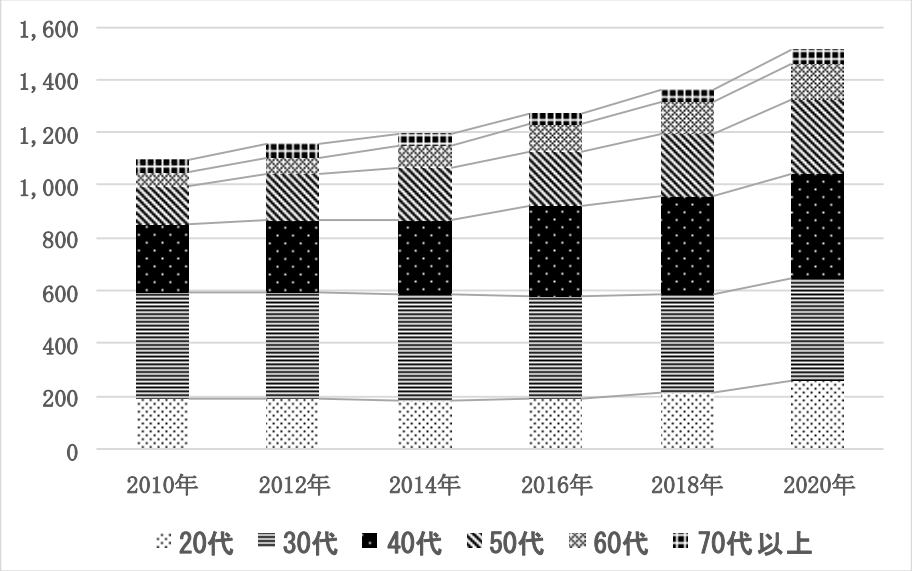
出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2016 年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

図表８－１－16　医療施設従事医師数　（単位：人）



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８－１－17　女性医師年齢別構成　（単位：人）



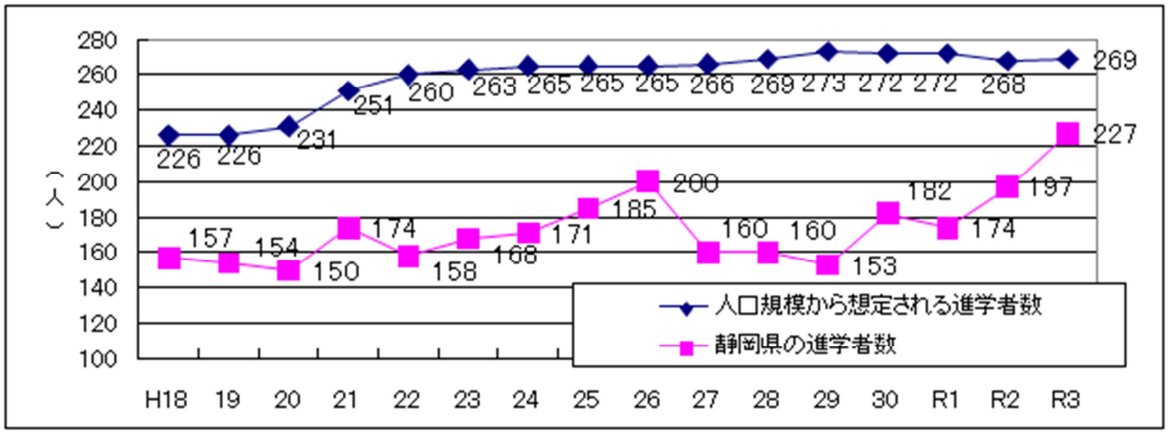
ク　医学部医学科進学の状況

○本県の高校卒業者（新卒及び既卒）の医学部医学科への進学者数は、近年、170 人から 230 人の間で推移しています。（図表８－１－18）

○全国の医学部医学科の定員数を、静岡県の人口で按分した場合の進学者数は、2021 年度では、269 人※となりますが、実際の進学者数は大幅に下回っており、医学部に進学する県内の高校生を増やすことが重要です。

※全国医学部定員数 9,357 人×（静岡県推計人口 3,608 千人 ÷ 全国推計人口 125,502 千人）≒ 269 人（2021 年 10 月 1 日推計人口）

図表８－１－18　本県高校出身の医学部医学科進学者数　（単位：人）



出典：静岡県教育委員会「高等学校等卒業者の卒業後の状況調査」

ケ　医師の確保を特に図るべき区域

○国が 2023 年度に公表した「医師偏在指標」において、県内では富士医療圏、中東遠医療圏、賀茂医療圏の３医療圏が、全国の２次保健医療圏における下位１/３に該当する医師少数区域に位置付けられています。
（図表８－１－20）

○本県は 11 市区町を医師少数スポットに設定しています。

＜設定の考え方＞

人口 10 万人当たり病院勤務医数が、医師少数区域の人口当たり病院勤務医数より少ない市区町で、公的医療機関等が所在する以下の市区町とします。

伊東市、伊豆市、三島市、裾野市、函南町、御殿場市、静岡市清水区、静岡市駿河区、牧之原市、浜松市天竜区、湖西市

○また、国は 2023 年度に勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標を参考として提示しました。（図表８－１－21）

○本県の医師数の状況には、２次保健医療圏ごとに地域偏在が生じています。（図表８－１－19）

○分娩取扱医師については、国の偏在指標上、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。分娩を取り扱う医療機関は減少傾向となっています。（図表８－１－22、23）

○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

ては医療圏ごとの偏在が大きくなっています。(図表８－１－22)

○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。

図表８－１－19　医師数の状況（２次保健医療圏）(医療施設従事医師数)　　(単位：人)

医療圏＼年	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2020-2018	2020-2010
賀茂	89	95	99	97	98	98	±0	+9
熱海伊東	244	236	255	222	231	227	△4	△17
駿東田方	1,345	1,326	1,386	1,425	1,467	1,508	+41	+163
富士	517	508	529	555	555	565	+10	+48
静岡	1,514	1,496	1,532	1,611	1,675	1,751	+76	+237
志太榛原	629	687	718	716	751	798	+47	+169
中東遠	581	605	621	681	696	730	+34	+149
西部	1,964	2,014	2,045	2,097	2,217	2,295	+78	+331

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８－１－20　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	医師少数県	211.8	39 位／47 都道府県
西部	医師多数区域	258.0	67 位※
静岡		234.4	88 位※
駿東田方	中位区域	201.4	153 位※
志太榛原		191.8	187 位※
熱海伊東		190.4	193 位※
中東遠	医師少数区域	176.3	229 位※
富士		157.9	272 位※
賀茂		144.4	301 位※
全国平均	－	255.6	－

※全 330 の２次保健医療圏における順位

図表８－１－21　勤務施設別の医師偏在指標の状況

＜病院のみ医師偏在指標＞

地域＼区分	分類	医師偏在指標	順位
西部	医師多数区域	182.3	68 位※
静岡		155.1	97 位※
駿東田方	中位区域	132.2	166 位※
志太榛原		128.0	180 位※
熱海伊東		127.9	181 位※
中東遠	医師少数区域	110.5	243 位※
富士		90.8	300 位※
賀茂		82.1	318 位※
全国	―	175.9	―

＜診療所のみ医師偏在指標＞

地域＼区分	分類	医師偏在指標	順位
静岡	医師多数区域	79.0	79 位※
西部		75.1	103 位※
駿東田方	中位区域	68.9	148 位※
富士		66.2	168 位※
中東遠		65.6	173 位※
志太榛原		64.3	184 位※
賀茂		63.9	189 位※
熱海伊東		62.4	204 位※
全国平均	―	79.7	―

※全 330 の２次保健医療圏における順位

図表８－１－22　相対的医師少数※1県（区域）の設定

＜分娩取扱＞

地域＼区分	分類	医師偏在指標＜分娩取扱＞	順位
県	相対的医師少数県でない	9.8	29 位／47 都道府県
中部	相対的医師少数区域でない	13.3	42 位※2
西部	相対的医師少数区域でない	9.4	121 位※2
東部	相対的医師少数区域でない	8.0	169 位※2

＜小児科＞

地域＼区分	分類	医師偏在指標 ＜小児科＞	順位
県	相対的医師少数県	94.4	46位／47都道府県
駿東田方	相対的医師少数区域でない	153.0	25位※3
賀茂	相対的医師少数区域でない	151.0	27位※3
熱海伊東	相対的医師少数区域でない	131.5	62位※3
志太榛原	相対的医師少数区域でない	101.0	170位※3
西部	相対的医師少数区域でない	99.1	176位※3
静岡	相対的医師少数区域	91.0	208位※3
富士	相対的医師少数区域	84.0	233位※3
中東遠	相対的医師少数区域	74.5	269位※3

※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263周産期医療圏における順位

※３：全303小児医療圏におけるにおける順位

図表８－１－23　分娩取扱施設数の推移

区分＼年度	1995	2018	2019	2020	2021	2022
病院	39	25	25	24	23	23
診療所	85	44	42	39	38	37
計	124	69	67	63	61	60

出典：県地域医療課調べ

コ　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日から医師に対する時間外労働の上限規制が罰則付きで開始されます。

○年間960時間を超えて医師に時間外勤務を命じる医療機関は、県知事により特定労務管理対象機関の指定を受ける必要があります。

○特定労務管理対象機関は、目標上限時間を最大1,860時間から３年ごと225時間ずつ下げ、2035年度までに年間960時間とすることが求められています。

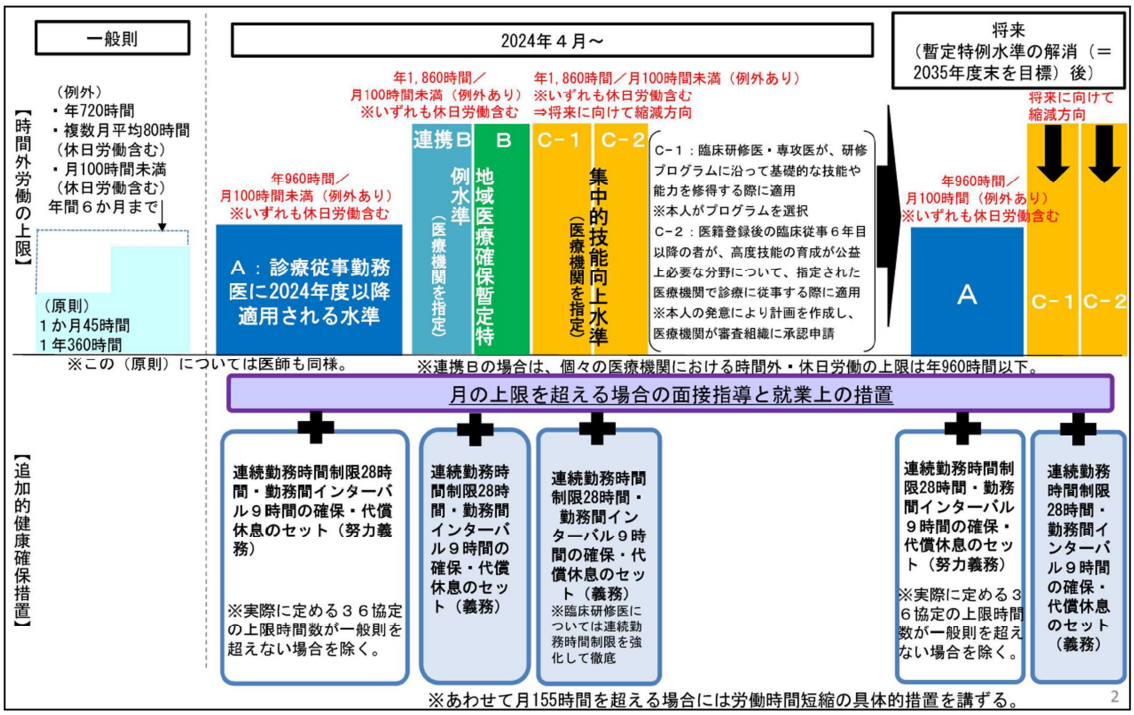
○また、宿直は週１回、日直は月１回が原則とされています。

○大学等が医師派遣する場合には、派遣先の医療機関の時間外労働と合わせて960時間を超える場合には、連携Ｂ水準の指定を受ける必要があり、派遣先病院において宿日直許可の取得など適切な労務時間管理が求められています。

○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。

図表８－１－24　医師の時間外労働規制



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）」

サ　高齢医師等への就業支援状況

○県医師会と連携し、きめ細かな相談対応とマッチングを行っていくことを目的として、2021 年１月に「静岡県医師バンク」を設置し、職業紹介事業を行っています。

○「静岡県医師バンク」については、就業者数も増加していることから、その取組をさらに加速させる必要があります。

シ　研究・学術環境の状況

○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を図り、県内にいる優秀な医師が県外に流出することを抑制し、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。

（２）施策の方向性

○本県は医師少数県に位置付けられていることから、地域医療介護総合確保基金を最大限に活用するなど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。

○地域枠等医師のキャリア形成プログラムや医師偏在解消推進事業費助成の活用などにより、特に医師の確保を特に図るべき区域の医師の確保を推進し、地域偏在の解消に取り組みます。

○浜松医科大学、医師会、病院協会、その他関係団体との連携を図りながら、本県の目標医師数を達成するための施策について随時検討を進め、必要な対策を実施します。

○令和６年４月から適用が開始される医師の時間外上限規制など医師の働き方改革への対応を進め、産科・小児科など地域医療の持続的かつ効率的な体制構築に取り組みます。

○専門領域ごとの「キャリア形成プログラム」の整備により、地域枠など医学修学研修資金貸与者一人ひとりを９年間にわたり県内の病院で丁寧に育て、返還免除後も引き続き県内への定着を確かなものとしていきます。

（３）今後の対策

ア　目標医師数

（ア）国医師偏在指標に基づく目標医師数

（県）

○現在の医師偏在指標の下位 1/3 である医師少数県を脱する数値として国が示した数値を、本県全体で最低限達成すべき「目標医師数」として設定します。

（２次保健医療圏）

○医師少数区域（賀茂医療圏、富士医療圏、中東遠医療圏）は、現在の医師偏在指標の下位 1/3 である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。

なお、中東遠医療圏については、計画開始時に既に下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成していますが、医師の地域偏在の解消を図る観点から、目標医師数は計画開始時の医師数とします。

（イ）本県の特性に応じた目標医師数

○医師少数スポットにおいては、医師少数区域の人口当たり病院勤務医数の最大値に達するために必要な医師数を目標医師数とします。

イ　医学修学研修資金制度

○浜松医科大学及び静岡社会健康医学大学院大学、静岡県立総合病院と連携し、医学修学研修資金の被貸与者のきめ細かな配置調整などキャリア形成支援等を行うことにより、返還免除勤務終了後の県内定着をより一層促進します。

○2020 年度以降、大学在学中に貸与を行う者については、６年間の貸与を原則化しており、県による勤務先調整が可能な者（専門研修終了後の勤務者）の確保につなげていきます。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ます。

○県内における医師不足の状況について、県内医療関係者と共有しながら、さらなる医師不足解消に向けて、医学修学研修資金被貸与者の今後の配置調整のあり方について検討を行っていきます。

○静岡県医学修学研修資金の貸与資格者に、産科・小児科・麻酔科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。

ウ　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、2025 年度以降の医学部臨時定員については、「第８次医療計画等に関する検討会」等に

おける議論の状況を踏まえ、改めて検討するとされていることから、引き続き国の状況を注視していきます。

エ　キャリア形成プログラム

○地域枠卒業医師等、医師少数区域等に派遣される医師の能力開発及び向上を図るため、キャリア形成プログラムの再構築を推進し、医師の地域偏在解消を図ります。

○地域枠設置大学と連携しながら、キャリア形成卒前支援プラン[1]等を通じ、地域実習など医学部生時から地域医療に貢献するこころざしを育む取組を行います。

オ　医師少数区域等における医師確保

○医師の確保を特に図るべき区域に一定期間勤務し、医療の提供のため必要な業務を行った医師を医師少数区域経験認定医師として認定する国の制度や、同制度により認定を受けた医師の研修参加費用等を補助する県の事業の積極的な活用を病院等に働きかけを行うことで、医師の確保を推進します。

○医師少数スポットについては、医師確保の実情に合わせて、設定の見直しを継続的に行います。

カ　分娩取扱医師等確保支援策の実施

○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。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子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て取り組みます。

○過酷な勤務状況にある産科医等の処遇を改善するため、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など、周産期医療従事者の確保を進めます。

キ　臨床研修医・専攻医

○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病院等から、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病院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などにより、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枠学生が順次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、地域枠設置大学と協議を行い、入学当初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。

○地域における今後の医療需要の変化に対応した、幅広い総合診療能力を有する医師の養成を推進します。

○医師数等調査結果等を医療関係者と共有することなどによって、医師の確保を特に図るべき区域等における必要な診療科について検討し、キャリア形成プログラムの整備や「地域医療確保

[1]都道府県は、各大学で実施している医学部の教育カリキュラムを基盤としつつ、地域医療へ貢献する意思を有する学生に対し、地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養を図り、対象学生が学生の期間を通じて、地域医療に貢献するキャリアを描けるように支援することを目的とした「キャリア形成卒前支援プラン」を策定するものとされています。

支援研修体制充実事業」等の寄附講座を通じた研修体制の充実などにより、医師派遣調整機能を強化します。

○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。

＜寄附講座＞

○政策的に必要な領域の医師確保対策等を推進するため、寄附講座を実施します。

〔寄附講座（2024.3.31 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を養成し、医師の県内定着を促進するとともに、県東部地域へ養成された医師を配置し、児童精神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」
地域周産期医療学の診療能力を有する医師の養成と周産期医療に関する研究を行うとともに、研修システム及び医師派遣システムの研究・構築と養成された専門医の県内の周産期母子医療センターをはじめとする周産期医療施設への配置・定着を図ります。

・「地域家庭医療学寄附講座設置事業」
県内の家庭医養成施設等と連携した幅広い診療能力を有する医師の養成及び定着促進を通じて、地域包括ケアシステムの構築、医療提供体制の充実を図ります。

・「地域医療確保支援研修体制充実事業」
医師の地域偏在解消、地域医療構想の実現に向けて、効率的効果的な医師の配置、拠点化のための調査分析、医師派遣調整を通じて、医師不足地域における研修体制の充実を図ります。

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子育て、介護等をしながら就業を継続できるようロールモデル講演会開催等による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。また、女性医師の活躍の場を広げるため、将来的に病院管理を担う人材を育成するための取組を推進していきます。

○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。

○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、きめ細かな支援を行います。

ケ　高校生等への支援による医学科進学者の増

○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。

コ　医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援

○「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、医師時短計画の策定や見直しなど医師の働き方改革に対する支援を行います。

○周産期医療や小児医療など持続可能な医療提供体制について検討を進め、必要な対策を実施します。

○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ことを防ぐため、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。

サ　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。

シ　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。

○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・教育関係者などの意見を伺いながら、検討を進めていきます。

（４）医師確保計画の効果の測定・評価

○策定した計画の効果測定・評価を静岡県医療対策協議会（含む医師確保部会）において実施します。

○計画終了時には、県外からの医師の受入状況や、地域枠医師の定着率及び派遣先、義務履行率等を把握し、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させます。

○医師確保計画の効果については、病床機能報告等の県が活用可能なデータも参考として効果を測定・評価することとします。

第２節　歯科医師

【対策のポイント】
- ○　誰もが受診できる歯科医療提供体制の確保
- ○　地域の実情に応じた歯科医療を提供するための歯科医師の育成

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
歯科訪問診療を実施している歯科診療所数（再掲）	281 施設（2021 年）	302 施設（2026 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）
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所数	287 施設（2023 年）	338 施設（2029 年）	中医協資料により、増加割合を推定	東海北陸厚生局

（１）現状

○2020 年末における本県の歯科医師数は 2,376 人（医療施設に従事する者 2,340 人：病院 103 人、診療所 2,222 人）です。

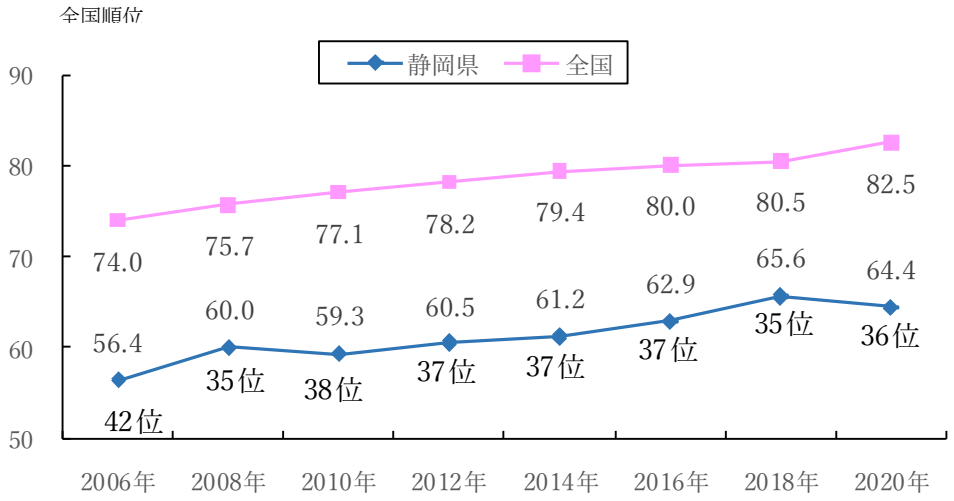
○人口 10 万人当たり歯科医師数は 65.4 人で、全国値の 85.2 人よりも少ない状況です。人口 10 万人当たり医療施設従事歯科医師数は、2018 年末と比較して、全国値は 2.0 人増加し 82.5 人ですが、本県は 1.2 人減少し 64.4 人です。減少している都道府県は全国で６県です。

図表８－２－１　業務種別歯科医師数及び増加率　（単位：人）

区分			総数	医療施設従事歯科医師数	病院	医育機関	診療所	介護老人保健施・介護医療院	医療・老人保健施設・介護医療院以外	その他
静岡県	人数	実数	2,376	2,340	103	15	2,222	0	11	25
		人口10万人対	65.4	64.4	3.2	0.4	61.2	0	0.3	0.7
	増加率	２年間	▲2.9%	▲2.5%	▲12.7%	▲6.3%	▲2.6%	▲100%	▲35.3%	▲10.7%
		10年間	4.5%	4.8%	▲16.3%	▲21.1%	5.3%	▲100%	▲26.7%	0%
全国	人数	実数	107,443	104,118	12,329	9,099	91,789	34	1,646	1,619
		人口10万人対	85.2	82.5	9.8	7.2	72.8	0.0	1.3	1.3
	増加率	２年間	2.4%	2.3%	5.6%	6.9%	1.9%	0%	2.4%	9.6%
		10年間	5.8%	5.5%	▲0.9%	▲4.5%	6.4%	112.5%	15.8%	14.4%

（出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2020 年））
（2016 年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

図表８－２－２　人口 10 万人当たり医療施設従事歯科医師数の推移　　（単位：人）



（出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2020 年））
（2016 年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

図表８－２－３　圏域別の医療施設従事歯科医師数　　（単位：人）

区　分	人口 10 万人対歯科医師数			歯科医師数（実数）		
	2020 年	2018 年	２年増減	2020 年	2018 年	２年増減
賀　茂	65.5	60.8	4.7	39	38	1
熱海伊東	84.3	89.6	▲5.3	84	92	▲8
駿東田方	72.0	72.7	▲0.7	461	471	▲10
富　士	57.8	65.6	▲7.8	216	246	▲30
東　部	68.2	71.3	▲3.1	800	847	▲47
静　岡	70.4	72.9	▲2.5	488	507	▲19
志太榛原	56.1	52.8	3.3	254	241	13
中　部	64.8	65.0	▲0.2	742	748	▲6
中東遠	52.4	52.3	0.1	242	243	▲1
西　部	65.3	65.9	▲0.6	556	562	▲6
西　部	60.7	61.1	▲0.4	798	805	▲7

（出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2020 年））

（２）課題

ア　誰もが受診できる歯科医療提供体制の確保

○高齢者人口の増加に伴い、歯科医師には、その特性等に応じた歯科医療の提供が求められており、これまで以上に病院や医科診療所、介護保険事業者等と連携体制を築くことが求められています。

○地域の歯科診療所と、後方支援の機能を持つ病院歯科との機能を分担しながら地域に歯科医療を提供していくことが課題です。

○通院による歯科医療が困難であっても、住み慣れた地域で暮らしていけるよう、県内どの地域でも歯科訪問診療を希望すれば治療を受けられる体制の推進が求められています。

○県民が住み慣れた地域で暮らし続けていくために、障害や認知機能の衰えなどで歯科治療に配慮が必要な人に対し、地域の歯科診療所が幅広く対応していくことが求められています。

イ　地域の実情に応じた歯科医療を提供するための歯科医師の育成

○かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所は、質の高い歯科医療を提供する歯科診療所として貢献が期待されていますが、全歯科診療所の約 16%に留まっています。

○健康寿命の延伸を支援する 8020 運動・オーラルフレイル予防をさらに推進するため、歯科診療所を核として地域における歯科保健を実践する歯科医師が必要であるが、地域によってはその不足が懸念されています。

（３）対策

ア　誰もが受診できる歯科医療提供体制の確保

○医科歯科連携、病診連携、多職種との連携体制の推進を支援します。

○障害のある人や介護の必要な人、疾病を持っている人に対する歯科医療に対応できる歯科訪問診療体制の充実を図ります。

○地域の歯科診療所が、歯科治療に配慮が必要な人に対し幅広く対応できるよう、その人材育成・確保を支援します。

イ　地域の実情に応じた歯科医療を提供するための歯科医師の育成

○医科歯科連携や歯科訪問診療の推進等により、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の充実を図ります。

○あらゆる年齢の住民の生活の質を向上させるために研修等により 8020 運動や、オーラルフレイル予防を推進する歯科医師を養成します。

第３節　薬剤師

【対策のポイント】
- ○　薬剤師の地域における必要数の確保
- ○　薬剤師の資質向上
- ○　薬剤師のかかりつけとしての役割・機能の発揮
- ○　薬剤師の職能についての県民への周知

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
県内病院不足薬剤師数	127 人 (2023 年末)	0 人 (2029 年度)	県内各病院が設定している定員数から不足している薬剤師数を解消	県薬事課調査
かかりつけ薬剤師･薬局の機能を強化する研修受講薬剤師数	1,046 人 (2021 年度)	累計 1,913 人 (2029 年度まで)	全ての薬局で、かかりつけ薬剤師・薬局の機能を保持	県薬事課調査

（１）現状

ア　薬剤師数等

○2020 年末における本県の薬剤師数は 8,485 人で、2018 年末の 8,320 人と比較すると 165 人、2.0%増加しています。人口 10 万人当たりの薬剤師数は 233.5 人で、全国 21 位であり、全国平均 255.2 人を下回っています。2018 年末の 227.4 人からは 6.1 人増加しています。

○業務種別をみると、薬局の従事者（薬局薬剤師）は 5,194 人（総数の 61.2%）で、2018 年末に比べ 154 人、3.1%増加し、医療施設（病院･診療所）の従事者（病院薬剤師）は 1,479 人（同 17.4%）で 2018 年末に比べ 15 人、1.0%の若干の増加となっています。薬局・医療施設に従事する人口 10 万人当たりの薬剤師数は、183.7 人で全国 29 位であり、全国平均の 198.4 人を下回っています。2018 年末の 177.8 人からは 5.9 人増加しています。

○国が公表した「薬剤師偏在指標」によると、現時点において、病院薬剤師について、本県は薬剤師少数県、西部医療圏を除く７医療圏が薬剤師少数区域とされ、薬局薬剤師については、賀茂医療圏が薬剤師少数区域とされました。将来時点（2036 年）において、病院薬剤師について、本県は薬剤師少数県、全８医療圏が薬剤師少数区域とされています。

イ　薬局の薬剤師

○地域住民からの要指導医薬品や一般用医薬品、健康食品、健康、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。

○患者の服薬情報を一元的・継続的に把握して薬の重複の有無、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、適切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。

○在宅療養する患者の服薬アドヒアランスの向上や残薬管理、服薬指導等を行うため薬局薬剤師が患者宅に訪問する体制づくりを進めています。

○かかりつけ医を始めとした医療機関等や地域包括ケアを担う多職種との連携を進めています。
○開局時間以外であっても患者、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。

ウ　病院・診療所の薬剤師

○多職種とのチーム医療の中で、病棟薬剤業務、外来支援業務、周術期薬学管理や薬物血中濃度モニタリング、治験・臨床研究等を担い、患者の薬物療法の適正化や医療過誤の防止に努めています。
○医薬品を管理する者として麻薬や向精神薬等の適正な品質管理や在庫管理を行うほか、副作用などの医薬品安全情報の収集や関係者への周知を通じて医薬品の安全管理を行っています。

エ　医薬品卸業の薬剤師

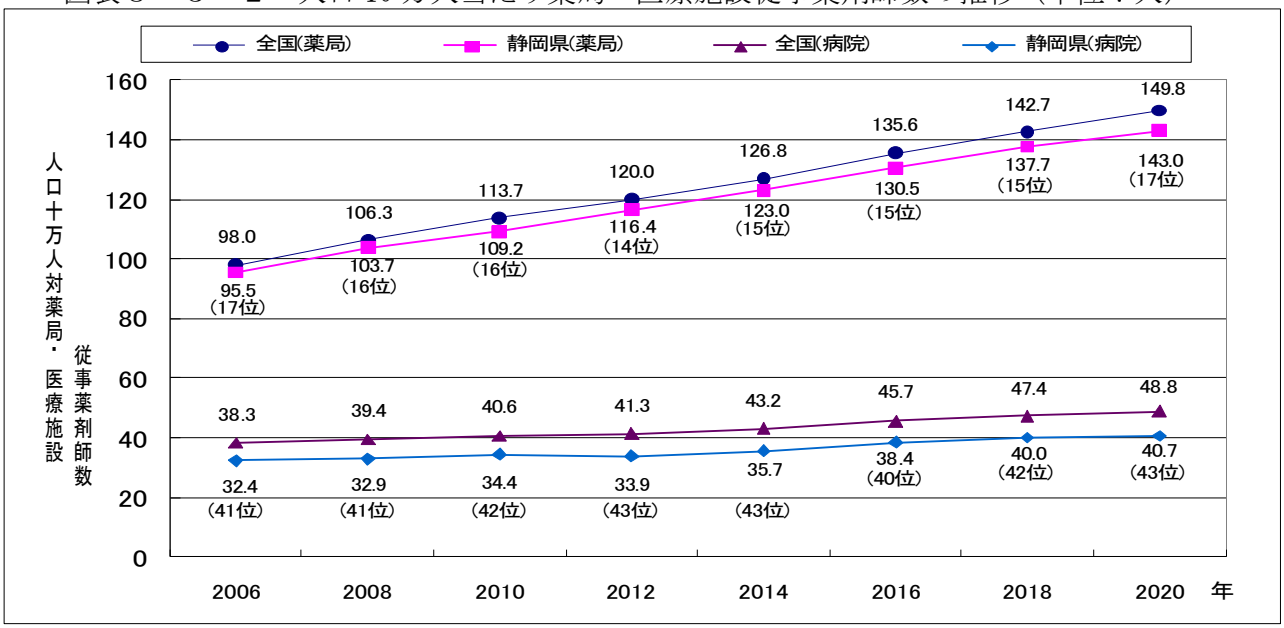
○配送中の温度管理等の医薬品の流通過程における品質管理に努めています。
○医療機関等への公正で安定した供給のほか、医薬品等の安全性等に関する情報の収集と提供等を行うことにより、医療安全の確保に努めています。

図表８－３－１　業務種別薬剤師数　（単位：人）

区分	年	総数	薬局・医療施設従事者	薬局の開設者	薬局の勤務者	病院又は診療所の勤務者	医薬品関連企業の従事者	大学で教育又は研究に従事する者	衛生行政保健衛生施設の従事者	その他・無職
静岡県	2020	8,485 (233.5)	6,673 (183.7)	577 (15.9)	4,617 (127.1)	1,479 (40.7)	918 (25.3)	83 (2.3)	280 (7.7)	531 (14.6)
	2018	8,320 (227.4)	6,504 (177.8)	592 (16.2)	4,448 (121.6)	1,464 (40.0)	1,007 (27.5)	82 (2.2)	273 (7.5)	454 (13.3)
全国	2020	321,982 (255.2)	250,585 (198.4)	17,352 (13.7)	171,630 (136.0)	61,603 (48.7)	39,044 (30.9)	5,111 (4.1)	6,776 (5.4)	20,466 (16.3)
	2018	311,289 (246.2)	240,371 (190.1)	16,698 (13.2)	163,717 (129.5)	59,956 (47.4)	41,303 (32.7)	5,263 (4.2)	6,661 (5.3)	17,691 (13.2)

資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）2020 年、2018 年
※（　　）内は人口 10 万人当たりの数

図表８－３－２　人口 10 万人当たり薬局・医療施設従事薬剤師数の推移（単位：人）



資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）　※順位は本県の全国順位

図表８－３－３　薬剤師偏在指標

総計		現時点（2022 年）		将来時点(2036 年)	
		偏在指標	分類	偏在指標	分類
全国	病院	0.80	—	0.82	—
	薬局	1.08	—	1.22	—
静岡県	病院	0.66	薬剤師少数県	0.69	薬剤師少数県
	薬局	1.01	薬剤師多数県	1.19	薬剤師多数県
賀茂	病院	0.44	薬剤師少数区域	0.58	薬剤師少数区域
	薬局	0.64	薬剤師少数区域	1.04	薬剤師多数区域
熱海伊東	病院	0.58	薬剤師少数区域	0.71	薬剤師少数区域
	薬局	0.84	少数でも多数でもない	1.24	薬剤師多数区域
駿東田方	病院	0.68	薬剤師少数区域	0.73	薬剤師少数区域
	薬局	1.00	薬剤師多数区域	1.21	薬剤師多数区域
富士	病院	0.61	薬剤師少数区域	0.63	薬剤師少数区域
	薬局	0.96	少数でも多数でもない	1.14	薬剤師多数区域
静岡	病院	0.67	薬剤師少数区域	0.71	薬剤師少数区域
	薬局	1.12	薬剤師多数区域	1.31	薬剤師多数区域
志太榛原	病院	0.58	薬剤師少数区域	0.61	薬剤師少数区域
	薬局	1.06	薬剤師多数区域	1.25	薬剤師多数区域
中東遠	病院	0.58	薬剤師少数区域	0.59	薬剤師少数区域
	薬局	0.87	少数でも多数でもない	0.98	少数でも多数でもない
西部	病院	0.76	少数でも多数でもない	0.73	薬剤師少数区域
	薬局	1.07	薬剤師多数区域	1.17	薬剤師多数区域

資料：厚生労働省公表資料(2023 年６月公表)

（２）課題

○国が公表した「薬剤師偏在指標」によると、本県の病院薬剤師については、薬剤師少数県、西部医療圏を除く７医療圏が薬剤師少数区域とされました。薬局薬剤師については、賀茂医療圏が薬剤師少数区域とされ、特に病院薬剤師を確保していく必要があります。

○薬剤師養成に必要な長期実務実習の強化として、受入施設の確保及び指導薬剤師の養成を充実させる必要があります。

○薬剤師は、高い職業意識や倫理観を持って、常に自己研鑽に励み、最新の医療及び医薬品等の情報に精通するなど専門性を高めていく必要があります。

○薬剤師の資質向上のための各種講習会・研修会や病院・大学などでの実務・臨床教育等により、薬剤師免許取得後も生涯教育の場を確保していく必要があります。

○薬局の薬剤師には、地域医療の専門家として地域住民に対する調剤や医薬品の適正使用に関する助言のみでなく、疾病予防など健康に関する相談への応需や医療･介護等を含めた様々な情報を提供する役割が求められています。

○患者や地域住民が安心して相談ができるよう、薬局の薬剤師には患者の心理等にも適切に配慮して相談に傾聴し、平易でわかりやすい情報提供や説明するに不可欠なコミュニケーション能力を高めていく必要があります。

○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よう、体制を充実させる必要があります。

○全ての薬局の薬剤師は、県民に選ばれるかかりつけ薬剤師となり、薬局や患者宅における調剤を通じて、患者状態や服薬情報等の継続的な把握等を行い、薬物療法の有効性・安全性を確保し、地域包括ケアや地域医療に貢献することが求められています。

○薬局の薬剤師にも、生命の危険性を伴う副作用のコントロールや効果に特段の注意が必要ながんや難病等の治療薬において、高度な薬学的管理ニーズに応じられる機能の発揮が求められています。

○薬剤師の職能は、調剤だけでなく、服薬指導やチーム医療への参画、在宅訪問業務、かかりつけ機能や健康づくりのサポート等、多岐に渡っていますが、その職能や活躍が県民に充分に認知される必要があります。

（３）対策

○県内の薬剤師(特に病院薬剤師)の確保に向け、県立大学、県病院協会、県病院薬剤師会、県薬剤師会等の関係者間で連携し、薬学生のみならず県外薬剤師の県内就職を支援します。

○県内出身の薬剤師の増加に向け、県薬剤師会、県病院薬剤師会等と連携し、高校生の薬学部進学の促進、小中高校生の薬剤師・薬学部への関心向上を図ります。

○薬剤師同士が互いに結びつくことで、薬剤師の資質や意欲の向上が図られるよう、県内各病院薬剤師間や、病院薬剤師と薬局薬剤師間の交流業務を支援します。

○県薬剤師会等との連携により、生涯教育の機会を確保することで、地域医療の担い手としての役割を担う志を持つ薬剤師を支援し、資質向上を図ります。

○地域住民からの健康相談に適切に対応するため、医療機関や健診の受診勧奨に関する対応力の向上、地域の医療や福祉等に関する情報の把握とそれら関係者との連携構築を支援します。

○患者や地域住民が安心して相談できるよう、県薬剤師会と連携して、薬局の薬剤師に対するコミュニケーション能力向上に資する研修の推進を図ります。
○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るほか、多職種と共同で行う研修等を通じて地域の医療機関と薬局との連携を促進します。
○患者状態や薬物療法の継続的な把握による副作用や効果の確認、多剤投薬や相互作用の防止、多職種との連携等のかかりつけ薬剤師・薬局に関する機能強化を図るほか、がん専門薬剤師等高度で専門的な技能の習得等を促進します。
○医薬品等の管理に関する関係法令の知識を深め、医薬品が適切に取り扱われることにより健康被害の未然防止を図ります。
○県薬剤師会や県病院薬剤師会等との連携により、それぞれが担う薬剤師の職能や活躍を、若年層を始めとした多くの県民へ周知しその活用を促すことで、医療の安全と質を向上させるとともに、薬剤師がやりがいを感じられるよう、県民に対する情報発信、理解促進を進めます。
○薬剤師の業務の効率化のため、オンライン服薬指導や電子処方箋などのＩＣＴ、ＡＩ技術を活用する薬剤師ＤＸの推進に取り組みます。

第４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
- ○　訪問看護に従事する看護職員の確保
- ○　特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の確保

【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	44,510 人 (2022 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 504 人 (2022 年度まで)	累計 784 人 (2029 年度)	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	60 人 (2022 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	624 人 (2023 年 12 月)	924 人 (2029 年 12 月)	毎年 50 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	177 人 (2023 年３月)	877 人 (2029 年３月)	毎年度 100 人増加	厚生労働省資料
特定行為指定研修機関及び協力施設数	指定研修機関 14 施設 (2023 年８月) 協力施設 22 施設 (2023 年度)	指定研修機関 14 施設 (2029 年８月) 協力施設 22 施設 (2029 年度)	指定研修機関・協力施設数を維持	厚生労働省資料、 県地域医療課調査
24 時間体制をとっている訪問看護ステーション数（従事看護師数）（再掲）	232 施設 (1,545 人) (2022 年)	315 施設 (2,096 人) (2026 年)	24 時間体制加算の届出割合が全訪問看護ステーションの 90%	県訪問看護ステーション協議会調査

＜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において、本県の 2025 年における看護職員の需要推計は、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。

図表８－４－１　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		

出典：厚生労働省「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）」

（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

（①前年の看護職員数＋②新規就業者数＋③再就業者数）×（１－④離職率）

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

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

○推計結果　（単位：人）

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

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

○再就業者数：2017～2025年3,719人

＜就業看護職員数＞

（全国の状況）

○2022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166万人（常勤換算では、約151万人）となっています。

図表８－４－２　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
2022年12月	実人員数	60,299	38,063	1,311,687	254,329	1,664,378
	常勤換算人数	55,637.5	34,433.7	1,199,445.8	219,690.5	1,509,207.5
	人口10万人当たり	48.3	30.5	1,049.8	203.5	1,332.1
2020年12月	実人員数	55,595	37,940	1,280,911	284,589	1,659,035
	常勤換算人数	51,405.1	34,248.4	1,172,014.1	246,696.0	1,504,363.6
	人口10万人当たり	44.1	30.1	1,015.4	225.6	1,315.2
差　引	実人員数	+4,704	+123	+30,776	△30,260	+5,343
	常勤換算人数	+4,232.4	+185.3	+27,431.7	△27,005.5	+4,843.9
	人口10万人当たり	+4.2	+0.4	+34.4	△22.1	+16.9

出典：厚生労働省「衛生行政報告例（2020年、2022年）」※人口10万人当たりは実人員ベース

（県内の状況）

○2022年12月末における県内の就業看護職員数は44,510人で、2020年末の43,216人に比べ、1,294人（+3.0%）増加しており、全国の伸び率+0.3%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37.3%となっており、2020年末の38.2%に比べ減少しています。

○2022年12月末の人口10万人当たりの看護職員従事者数（実人員）は1242.6人で、全国平均の1,332.1人と比較すると89.5人下回っており、多い方から全国38位です。

図表８－４－３　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
2022年12月	実人員	人数	1,891	1,085	35,953	5,581	44,510
		人口10万人当たり	52.8	30.3	1,003.7	155.8	1,242.6
	常勤換算	人数	1,725.1	977.7	32,144.9	4,731.8	39,579.5
		人口10万人当たり	48.2	27.3	897.4	132.1	1,105.0
2020年12月	実人員	人数	1,727	976	34,536	5,977	43,216
		人口10万人当たり	47.5	26.9	950.6	164.5	1,189.5
	常勤換算	人数	1,602.7	883.1	31,155.1	5,081.8	38,722.7
		人口10万人当たり	44.1	24.3	857.5	139.9	1,065.8
差引	実人員数	人数	+164	+109	+1,417	△396	+1,294
		人口10万人当たり	+5.3	+3.4	+53.1	△8.7	+53.1
	常勤換算	人数	+122.4	+94.6	+989.8	△350.0	+856.8
		人口10万人当たり	+4.1	+3.0	+39.9	△7.8	+39.2

出典：厚生労働省「衛生行政報告例（2020年、2022年）」から地域医療課作成

図表８－４－４　医療従事者職種別年代別割合

区分	年齢／職種	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代
2022年12月	保健師	16.1%	24.8%	27.5%	21.7%	9.9%
	助産師	17.4%	26.2%	24.0%	20.5%	11.9%
	看護師	20.7%	20.7%	26.0%	20.7%	11.9%
	准看護師	1.7%	6.5%	23.4%	30.6%	37.8%
	総数	18.0%	19.3%	25.6%	22.0%	15.1%
2020年12月	保健師	17.9%	25.7%	26.9%	21.1%	8.3%
	助産師	17.6%	24.6%	26.5%	21.1%	10.1%
	看護師	21.1%	21.7%	26.9%	20.0%	10.3%
	准看護師	2.1%	7.8%	24.3%	30.3%	35.6%
	総数	18.2%	20.0%	26.5%	21.5%	13.7%

資料：厚生労働省「衛生行政報告例（2020年、2022年）」から地域医療課作成

○就業場所別の状況を見ると、2022年12月末における訪問看護ステーションの就業看護職員数は1,823人で、2020年12月末の1,421人に比べ402人（28.29%）増加しています。

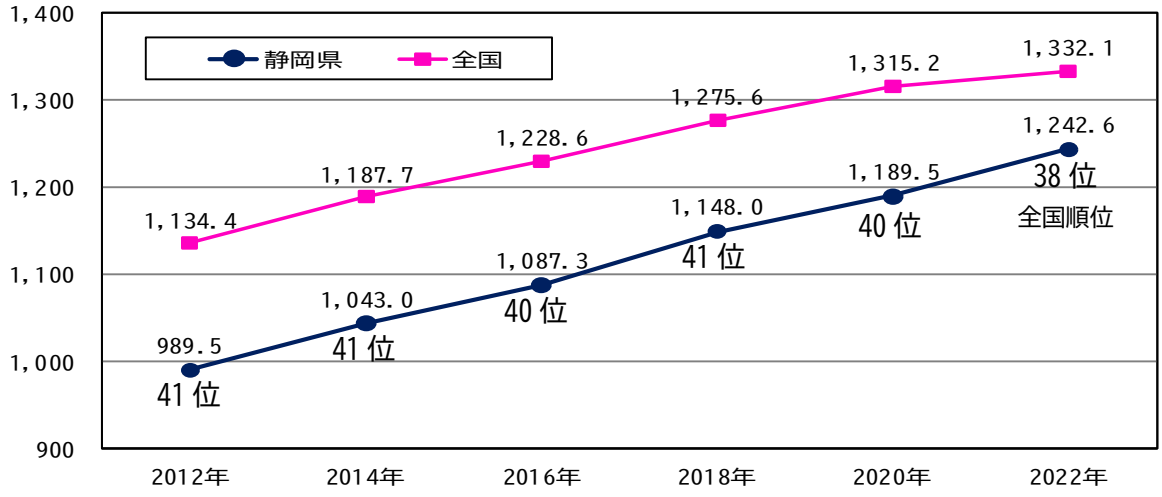
図表８－４－５　就業場所別の状況（2022 年 12 月末時点実人員）　（単位：人、％）

職種 / 従事場所	保健師		助産師		看護師		准看護師		総数		2020 年末時点総数 (B)	A-B
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数 (A)	割合		
病院	155	8.2	617	56.8	22,292	62.0	1,521	27.2	24,585	55.2	24,526	+59
有床診療所	56	3.0	249	22.9	808	2.3	367	6.6	1,480	3.3	1,454	+26
無床診療所	141	7.5	11	1.0	4,698	13.1	1,506	27.0	6,356	14.3	6,175	+181
助産所	0	0.0	118	10.9	11	0.0	0	0.0	129	0.3	106	+23
訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ	1	0.0	2	0.2	1,726	4.8	94	1.7	1,823	4.1	1,421	+402
介護老人保健施設	4	0.2	0	0.0	1,147	3.2	506	9.1	1,657	3.7	1,761	△104
介護医療院	0	0.0	0	0.0	339	0.9	128	2.3	467	1.1	440	+27
介護老人福祉施設	63	3.3	0	0.0	2,920	8.1	1,121	20.1	4,104	9.2	3,927	+177
その他の社会福祉施設	33	1.7	1	0.1	683	1.9	225	4.0	942	2.1	840	+102
保健所	116	6.1	2	0.2	28	0.1	0	0.0	146	0.3	120	+26
県	45	2.4	1	0.1	20	0.1	1	0.0	67	0.2	70	△3
市町	1,043	55.3	31	2.9	240	0.7	16	0.3	1,330	3.0	1,260	+70
事業所	135	7.1	1	0.1	193	0.5	38	0.7	367	0.8	309	+58
学校養成所、研究機関	33	1.7	50	4.6	408	1.1	0	0.0	491	1.1	467	+24
その他	66	3.5	2	0.2	440	1.2	58	1.0	566	1.3	340	+226
総計	1,891	100	1,085	100	35,953	100	5,581	100	44,510	100	43,216	+1,294

出典：厚生労働省「衛生行政報告例（2022 年）」から地域医療課作成

○医療施設に従事する看護職員数は増加していますが、全国順位は 40 位前後にとどまっています。

図表８－４－６　人口 10 万人当たり医療施設従事看護職員数の推移（実人員）　（単位：人）



出典：厚生労働省「衛生行政報告例（2022 年）」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＞

○2023 年度における看護職員の養成は 24 校、31 課程で行われ、入学定員は 1,616 人（大学編入者除く）となっており、2014 年度と比較すると、198 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８－４－７　県内看護職員養成施設の状況（2023 年４月）　（単位：人、課程）

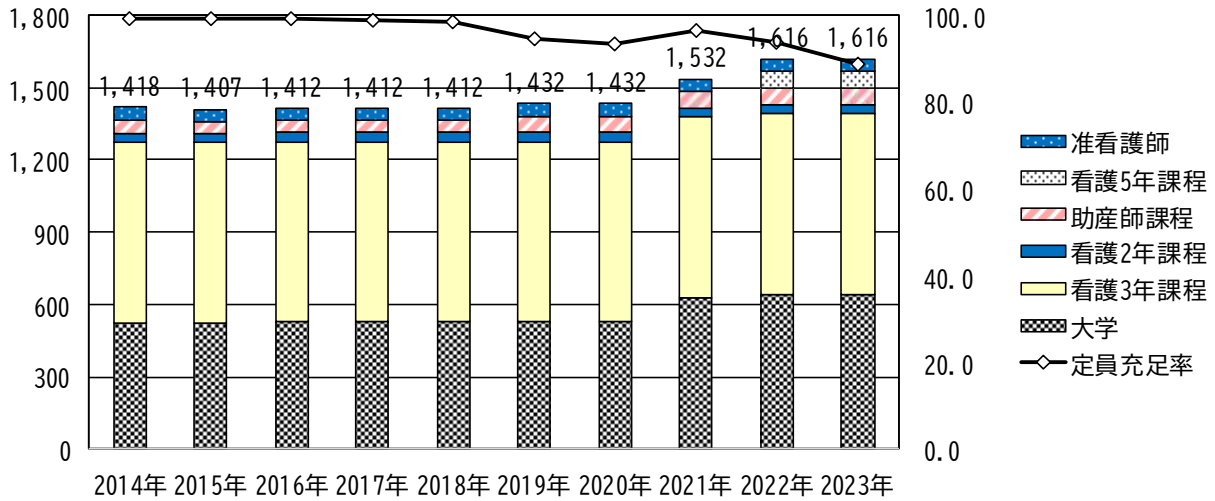
区　分		東　部	中　部	西　部	計
看護師養成	大学	230 (2)	200 (2)	210 (2)	640 (6)
	５年課程	－	－	70 (1)	70 (1)
	３年課程	341 (7)	200 (5)	210 (4)	751 (16)
	２年課程	40 (1)	－	－	40 (1)
	小　計	611 (10)	400 (7)	490 (7)	1,501 (24)
准看護師養成		－	－	50 (1)	50 (1)
助産師養成	大学院	－	10 (1)	5 (1)	15 (2)
	大学専攻科	－	－	15 (1)	15 (1)
	養成所	10 (1)	10 (1)	15 (1)	35 (3)
	小　計	10 (1)	20 (2)	35 (3)	65 (6)
合　計		621 (11)	420 (9)	575 (11)	1,616 (31)

出典：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、2014 年度と比較すると 115 人増加しています。

図表８－４－８　県内看護職員養成施設の入学定員および定員充足率の状況（毎年４月時点）

（単位：人、％）



出典：県地域医療課調べ

○県内養成施設の 2022 年度卒業生の県内への就職状況は、2023 年４月時点で、全体では 87.8%ですが、大学では 81.2%、助産師養成課程では 70.7%となっています。

図表８－４－９　県内看護職員養成施設卒業生における県内就業率の推移

課程＼卒業年度	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
大　　学	71.5%	76.7%	78.4%	72.2%	76.9%	84.4%	81.2%
３年課程	92.6%	94.3%	93.3%	90.0%	90.2%	92.2%	94.4%
２年課程	75.0%	65.0%	85.7%	66.7%	100%	33.3%	100%
准看護師課程	97.7%	100%	94.6%	97.5%	100%	97.1%	97.2%
助産師課程	59.0%	76.3%	81.0%	71.7%	72.4%	59.3%	70.7%
合　　計	83.9%	82.0%	86.6%	82.0%	84.3%	87.5%	87.8%

出典：県地域医療課調べ

図表８－４－10　県内看護職員養成施設卒業生の就業状況（2022 年度卒業生）　（単位：人）

区分		卒業者数	就業先別就業者数							就業率	進学者	その他※
			病院	診療所	県市町	介護施設	訪問看護	その他	計			
看護師保健師	大学	545	478	4	23 (23)	0	1	5 (4)	511 (27)	93.8%	24	10
			390	2	19 (19)	0	1	3 (3)	415 (22)	81.2%		
看護師	看護師３年課程	619	602	1	0	0	0	0	603	97.4%	8	8
			568	1	0	0	0	0	569	94.4%		
	看護師２年課程	3	2	0	0	0	0	0	2	66.7%	1	0
			2	0	0	0	0	0	2	100.0%		
准看護師	准看護師課程	44	23	9	0	3	0	1	36	81.8%	7	1
			22	9	0	3	0	1	35	97.2%		
助産師	助産師課程	58	57	1	0	0	0	0	58	100.0%	0	0
			41	0	0	0	0	0	41	70.7%		
合計		1,269	1,162	15	23 (23)	3	1	6 (4)	1,210 (27)	95.4%	40	19
			1,023	12	19 (19)	3	1	4 (3)	1,062 (22)	87.8%		

出典：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/卒業者数×100、県内就業率：県内就業者数/就業者数×100、（　　）内：保健師として就業した者で内数

※　「その他」は一般職への就業及び未就業

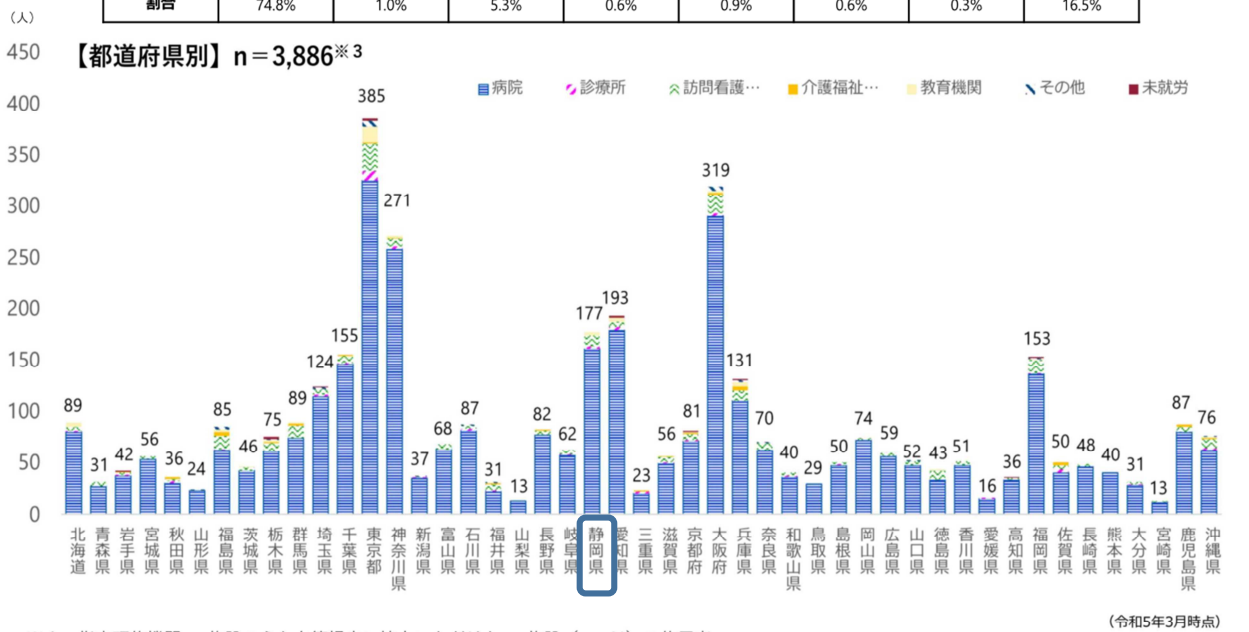
＜特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の状況＞

○2023 年３月における県内の特定行為研修修了者の就業状況は 177 人となっており、全国５位の人数となっています。

図表８－４－11　　特定行為研修修了者の就業状況（2023 年３月時点）　　（単位：人）

【就業場所別】n＝4,653名※1

就業場所	病院	診療所	訪問看護ステーション	介護福祉施設	教育機関	その他	未就労	不明※2
就業者総数	3,481	47	246	30	44	26	12	767
割合	74.8%	1.0%	5.3%	0.6%	0.9%	0.6%	0.3%	16.5%

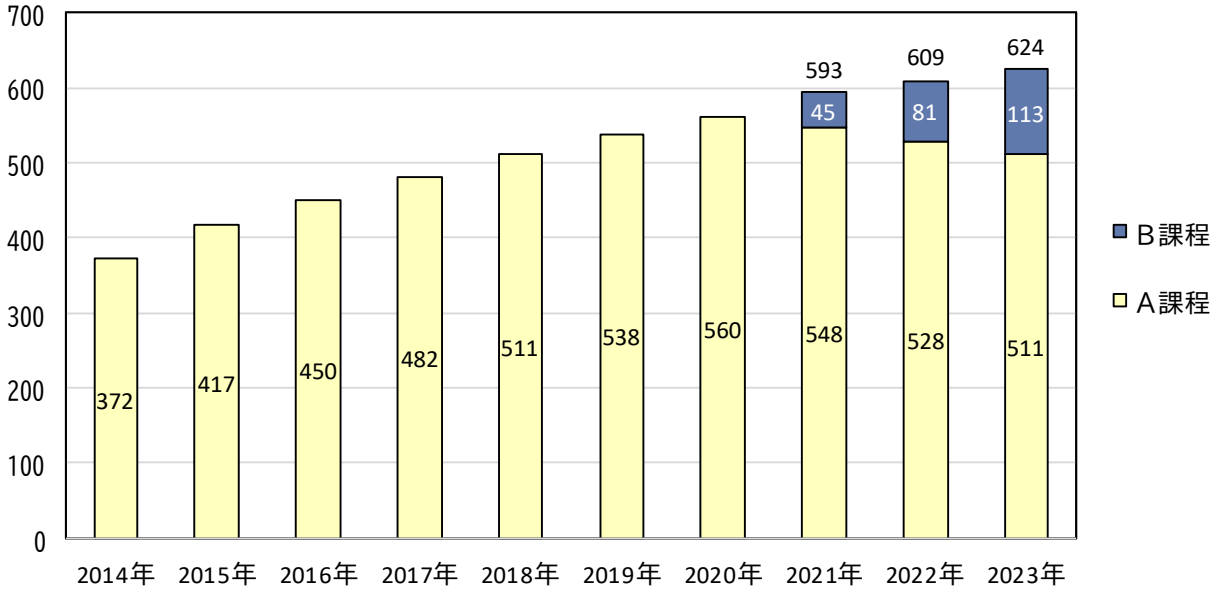


※１　指定研修機関338施設のうち名簿提出に協力いただけた266施設（78.5%）の修了者
※２　「都道府県」「就業場所」いずれかに回答がない方
※３　総数4,653名から※2を除いた数

【出典】令和4年「看護師の特定行為に係る研修機関拡充支援事業」調査結果より看護課作成

出典：厚生労働省看護課

図表８－４－12　　県内の認定看護師の状況　　（単位：人）



出典：日本看護協会資料より地域医療課作成

職種別の状況

【保健師】

（１）現状

○2022 年 12 月末における県内の就業保健師数は 1,891 人で、2020 年末の 1,727 人に比べ、9.5％の増加となっています（2022 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・県市町に従事する者 1,204 人(63.7％)、病院・診療所 352 人(18.6％)、事業所 135 人(7.1％)、介護保険施設等 67 人(3.5％)などとなっています。

○年齢別状況をみると、20 歳代が 16.1％、30 歳代が 24.8％、40 歳代が 27.5％、50 歳代が 21.7％となっており、30 歳代から 40 歳代が中心となっています。

○2022 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（実人数）は 52.8 人で、全国平均（48.3 人）よりも多くなっています。

（２）課題

○団塊ジュニア世代が高齢者となる 2040 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おり、将来に渡って安定した施策を推進するため、適切に人材の確保を図る必要があります。

○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。

○2023 年５月「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」が改正され健康危機管理を含めた地域保健施策の推進のために統括保健師を配置することが示されました。

○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保健師には「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、保健師には保健・医療分野の知識・経験を活用した判断や支援、関係機関との連携窓口を担う役割が求められています。

○感染症感染拡大等の際には、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。

○広域的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、感染症感染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。

○保健活動の組織横断的な総合調整及び推進等の役割を担う統括的立場の保健師の配置を促進

します。

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。

○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、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　感染症感染拡大時等のための体制整備

○感染症の感染拡大時等に、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

○2022 年 12 月末における県内の就業助産師は 1,085 人で、2020 年末より 109 人増加しています。(2022 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 617 人となり 2020 年末の 564 人から 53 人の増加、助産所勤務者が 118 人で 2020 年末より 28 人増加しています。

○2023 年 4 月現在、県内 23 病院で分娩を取り扱っており、うち、11 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、30 歳代から 40 歳代の占める割合が全体の 50.2%となっています。

○2022 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（実人数）は 30.3 人で、全国平均の 30.5 人と比較すると 0.2 人下回っています。また、地域別では、東部地域 20.0 人、中部地域 27.9 人、西部地域 41.5 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より求められています。

○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ることから、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

ア　助産師の確保

○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。

○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やナースセンターなどで助産師資格を活かせる施設の紹介を行うことなどによりその確保に努めます。

イ　専門性の向上

○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

○2022 年 12 月末における県内の就業看護師等の数は、看護師が 35,953 人、准看護師が 5,581 人で、看護師は 2020 年末の 34,536 人に比べ、1,417 人（4.1%）増加する一方、准看護師は 2020 年末の 5,977 人に比べ、396 人（6.6%）減少しています（2022 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 41.4%となっている一方、准看護師は全体の 8.2%であり、若年層が減少し高年齢化が進む傾向にあります。

○2022 年末の人口 10 万人当たりの就業看護師数は 1,003.7 人で、全国平均の 1,049.8 人と比較すると 46.1 人下回っています。また、人口 10 万人当たりの就業准看護師数は 155.8 人で、全国平均の 203.5 人と比較すると 47.7 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、2023 年９月末時点で累計 7,208 人となっており、このうち 1,516 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、2023 年 12 月末時点で認定看護師は、Ａ課程 21 分野 511 人（全国 21 分野 20,351 人）、Ｂ課程 14 分野 113 人（全国 19 分野 3,745 人）、専門看護師は 11 分野 90 人（全国 14 分野 3,316 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、2023 年８月時点で全国に指定研修機関が 373 設置され、県内に 14 設置されています。また、研修修了者の就業者数は、2023 年３月末時点で全国で 3,886 人、県内で 177 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。

○2021 年５月の医療法の改正により、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

大していることから、これに対応する人材の確保が必要です。

○厚生労働省が 2019 年 11 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ることから、需要に対応できる看護職員総数の確保が必要です。

○就業看護師の離職防止を図るためには、新人期においては看護技術の向上を図るとともに、職場環境への適応を促す支援が必要です。また、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。加えて、労働基準法改正による時間外労働の上限規制に対応し、長時間労働をなくすための勤務間インターバル制度（１日の勤務終了後、翌日の出社までの間に一定時間以上の休息時間（インターバル時間）を確保する仕組み）の導入等に取り組むことが必要です。

○医師の働き方改革を含めた医療従事者の働き方改革を進めるためには、それぞれの専門性を発揮できるよう医療関係職種の業務を見直すほか、看護補助者の確保などタスク・シフト/シェアを推進することが必要です。

○看護職の復職支援を円滑に行うための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８年程度経過し、努力義務である届出の件数は年間 1,000 件に満たない状況で推移しており届出制度が十分に浸透していないことが考えられます。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）への啓発とともに届出数を着実に増やす実行性のある取組が必要です。

○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。

○特定行為研修を修了した看護師（以下「特定行為研修修了者」という。）などの専門性の高い看護師は、在宅医療の推進のほか、新興感染症等の感染拡大時の迅速かつ的確な対応及び医師の働き方改革に伴うタスク・シフト/シェアの推進に資するものとしてその役割が期待されています。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 177 人と増加してきましたが、その養成と得られた知識や技術が実践できる配置、並びに就業の促進について更なる取組が必要です。

○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。

（３）対策

ア　養成力強化

○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。

○看護職こころざし育成セミナーの開催や看護の出前事業、高等学校で進路指導を担当する教員への看護の進路についての説明会、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新人看護職員研修を実施するとともに、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。

○職場での悩みのほか、出産、子育て、介護など、新人期から高齢期に至るまでライフステージに対応した働き方を支援するための悩み相談窓口を県ナースセンターで運営します。

○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。

○看護師業務の補助者の確保を図り、看護師がその専門性を発揮し業務に従事するための取組を支援します。

○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。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については５年間ではなく貸与期間に相当する期間としており、引き続き過疎地域等への看護職員の就業を図ります。

ウ　再就業支援

○静岡県ナースセンターにおいてナースバンク事業（求職求人マッチング）を充実強化するとともに、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。

○看護職員の離職時届出制度について各種研修やあらゆる機会を通じて制度の普及に関する取組をすすめ、届出数を増やします。

○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ステーションや介護施設など、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。

○県内高等学校や看護職員養成施設等を訪問し将来の県内での就業を働き掛けるとともに、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。

○定年退職前後の看護職員（プラチナナース）が看護業務を通じた経験を活かして働き続けることができるよう、静岡県ナースセンターにおいて多様な働き方のニーズを把握し再就業支援を行います。また、ハローワークとの連携など様々な就業支援の機会を活用して再就業支援を図ります。

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。

○看護の質の向上に加えて、医師の業務のタスク・シフト/シェア等により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など高度な知識と技術を身に着けた看護師について、医療機関におけるニーズを踏まえながら積極的に養成を進めるため、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を行います。また、研修で得られた知識や技術を生かした看護を実践するため、在宅医療や、チーム医療の視点に立ったタスク・シフト/シェアを進めるよう具体的な配置を含め、活用促進を目的とした実践報告会等を行います。このほか特定行為研修の指定研修機関及び実習を行う協力施設相互の意見交換を実施し、研修運営や研修修了者の養成における課題を明確にすることで研修修了者の増加に向けた取組につなげます。

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の連携強化を進めます。

○在宅医療における質の高い効果的なケアの実施の推進を図るため、職員の特定行為研修受講を推進する訪問看護ステーションへの支援を行います。

○静岡県ナースセンターと静岡県訪問看護ステーション協議会、ハローワークとの連携により、訪問看護をテーマにした就業相談会を実施するなど求職求人マッチングを強化します。

○看護職こころざし育成セミナーの開催や出前事業において訪問看護の魅力を伝え、看護の進路を目指す学生への啓発に取り組みます。

第５節　その他の保健医療従事者

【対策のポイント】
- ○　医療の高度化・専門化、保健医療に対するニーズの多様化に対応する人材の確保
- ○　地域包括ケアシステムの推進に向けた人材の養成及び資質の向上

○医療の高度化・専門化、保健医療ニーズの多様化に対応するため、医療現場では、様々な職種が業務に従事しています。これらスタッフは、チーム医療に欠かせない存在として、近年、その重要性が高まってきています。
○これらの各職種の需要動向を把握し、不足が顕著な職種について、その確保に努めます。
○各職種の関係機関・団体等の行う研修会・講習会等を通じて養成及び資質の向上を図ります。

１　診療放射線技師

○診療放射線技師は、放射線機器を用い、アルファ線、ガンマ線、エックス線などの放射線を人体に照射し、各種検査・治療を行います。医師・歯科医師以外で唯一放射線を扱うことができる専門職であり、県内の病院・診療所における従事者は、図表８－５－１のとおりです。
○近年、ＣＴ、陽電子放射断層撮影装置（ＰＥＴ）など、放射線機器の多様化・高度化や、がんに対する放射線治療の需要増、さらには磁気共鳴画像装置（ＭＲＩ）、超音波診断装置など放射線を利用しない検査にも業務が拡大するなど、その専門性・重要性は高くなっています。
○2021 年の診療放射線技師法の一部改正により、2021 年 10 月から、核医学検査のために静脈路に放射性医薬品を投与するための装置の接続、操作、放射性医薬品の投与が終了した後の抜針及び止血等の行為が実施できるようになりました。

図表８－５－１　職種別県内医療機関における医療従事者数

職　　種	2014 年 10 月			2017 年 10 月			2020 年 10 月			B/A
	病院	診療所	計(A)	病院	診療所	計	病院	診療所	計(B)	
診療放射線技師	1101.1	272.5	1373.6	1156.3	307.8	1464.1	1180.7	354.6	1535.3	111.8
臨床検査技師	1352.7	368.7	1721.4	1422.0	377.0	1799.0	1435.5	353.9	1789.4	104.0

（出典：厚生労働省「医療施設静態調査」）

２　臨床検査技師

○臨床検査技師は、微生物学的検査、血清学的検査、血液学的検査、病理学的検査、生化学的検査及び心電図検査・超音波検査等の生理学的検査などができる専門職で、各種臨床検査に携わり、医師による的確な診断や治療の方針決定等に欠かせない重要な役割を果たしています。
○医師による的確な診断のためには、検査に係る精度管理が重要です。
○県内の病院、診療所における従事者は、図表８－５－１のとおりであり、この外、登録衛生検査所や各種医療関連研究施設も主要な就業場所となっています。
○近年、検査領域の高度化・専門化・複雑化や、チーム医療の普及に伴い、臨床検査技師の対象業務が拡大しており、その専門性・重要性は高くなっています。

○がん発見のための細胞の検査（細胞診）を行うことができる専門職として、日本臨床細胞学会が資格認定を行う細胞検査士の制度があります。

○2021 年の臨床検査技師等に関する法律の一部改正により、2021 年 10 月から、採血、検体採取又は生理学的検査に関連する行為として、採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に接続されたチューブにヘパリン加生理食塩水を充填する行為等が追加され、生理学的検査にも運動誘発電位検査や体性感覚誘発電位検査等が新たに追加されました。

○衛生検査技師は、臨床検査技師の業務のうち、生理学的検査以外の検査（検体検査）を行うことができます。2006 年４月の法改正により、衛生検査技師の資格は廃止されましたが、免許取得者はこれまで同様に業務を行うことができます。

３　理学療法士・作業療法士

○手術後の早期離床や廃用症候群の予防などのための急性期のリハビリテーション、病気やけがからの機能回復・ＡＤＬ向上のための回復期のリハビリテーションや機能の衰えの予防・機能維持を目的として主として介護の場において行われる維持期・生活期におけるリハビリテーションなどのリハビリテーションに係る専門職種の活躍の場が増加しています。

○高齢化に伴い、地域医療構想では、回復期機能を担う病床の不足が見込まれるほか、介護保険事業において訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションのサービス量の増加が見込まれていることから、人材の確保が必要です。

○理学療法士は、身体機能障害や、脳卒中後の麻痺、新生児の運動能力の発達の遅れなど身体に障害のある人に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行わせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱療法その他の物理的手段を加えることができる専門職であり、県内の病院・診療所における従事者は、図表８－５－２のとおりです。

○作業療法士は、身体又は精神に障害のある人に対し、その応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行わせることができる専門職であり、県内の病院・診療所における従事者は、図表８－５－３のとおりです。

○県内には、理学療法士の養成施設が６校あり、養成定員は 320 人となっています。また、作業療法士は４校、養成定員 140 人となっています。

○2018 年には、養成施設は、教員資格及び教育内容等に関して、５年以内ごとに第三者による評価を受けることとなり、2022 年から、自らの教員資格及び教育内容等について、自己点検、自己評価及びその結果の公表を毎年度行うことが義務付けられました。

図表８－５－２　理学療法士の就業場所別従事者数　　（単位：人）

種　　別	2011年（A）	2013年	2015年	2017年	2019年	2021年（B）	B／A
病院	1,222	1,457	1,681	1,997	1,853	2,052	167.9%
診療所	209	300	360	405	436	477	228.2%
介護老人保健施設	259	338	387	363	372	461	178.0%
訪問看護ステーション	105	137	112	157	195	239	227.6%
その他	172	181	201	190	254	361	209.9%
静岡県　合計	1,967	2,413	2,741	3,112	3,110	3,590	182.5%

（出典：県地域医療課調査（各年３月末日現在））

図表８－５－３　作業療法士の就業場所別従事者数　　（単位：人）

種　　別	2011年（A）	2013年	2015年	2017年	2019年	2021年（B）	B／A
病院	793	920	994	1,136	1,068	1,177	148.4%
診療所	45	53	48	59	62	99	220.0%
介護老人保健施設	187	248	242	231	205	245	131.0%
訪問看護ステーション	40	50	70	94	100	113	282.5%
その他	116	122	124	104	153	239	206.0%
静岡県　合計	1,181	1,393	1,478	1,624	1,588	1,873	158.6%

（出典：県地域医療課調査（各年３月末日現在））

４　言語聴覚士

○言語聴覚士は、失語症や難聴など、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある人に対して、その機能の維持向上を図るため、言語訓練や必要な検査及び助言・指導を行うことができる専門職で、1997年に制度化されました。リハビリテーション領域では比較的新しい国家資格であり、県内の病院・診療所における従事者は、図表８－５－４のとおりです。

○高齢化に伴い、脳卒中等による言語機能障害を生じる人や誤嚥性の肺炎に罹患する患者が増加すると考えられ、言語聴覚士による心身機能の回復・維持のための専門的な言語聴覚療法・摂食嚥下療法の必要性、重要性も高まってきています。

○県内には、言語聴覚士の養成施設が１校あり、養成定員は25人となっています。

５　視能訓練士

○視能訓練士は、両眼視機能に障害のある人に対して、その両眼視機能の回復のための矯正訓練やこれに必要な検査を行うことができる専門職であり、県内の病院・診療所における従事者は、図表８－５－４のとおりです。

○1993年に、対象業務に「人体に及ぼす影響の程度が高くない眼科検査」が追加されたことにより、斜視や弱視の分野の視能矯正訓練から、幅広く眼科一般検査を行うことができるようになりました。

６　臨床工学技士

○臨床工学技士は、人の呼吸、循環又は代謝の機能の一部を代替・補助する生命維持管理装置（人工心肺装置、人工呼吸器、血液透析装置など）の操作及び保守点検を行うことができる専門職

で、医療のハイテク化に伴い 1987 年に法制化された資格です。医療機器の高度化に対応できる専門技術を持った職種の重要度は高く、県内の病院・診療所における従事者は、図表８－５－４のとおりです。

○県内には、１校の養成施設があり、入学定員は 30 人となっています。

○2021 年の臨床工学技士法の一部改正により、2021 年 10 月から、手術室又は集中治療室で生命維持管理装置を用いて行う治療における静脈路への輸液ポンプ又はシリンジポンプの接続、操作、薬剤の投与が終了した後の抜針及び止血等の行為が実施できるようになりました。

７　義肢装具士

○義肢装具士は、手足を欠損した人又はその機能に障害のある人に対して、義肢や装具の製作、身体への適合等を行うことができる専門職です。

○就業場所としては民間等の義肢装具製作所が大半です。

８　医療社会事業従事者（医療ソーシャルワーカー・ＭＳＷ）

○医療社会事業従事者は、医療ソーシャルワーカー（ＭＳＷ）とも呼ばれ、保健・医療機関等において患者の抱える経済的、心理的・社会的諸問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図ることができる専門職であり、県内の病院・診療所における従事者は、図表８－５－４のとおりです。

○法律上の資格ではありませんが、社会福祉士の資格を保持することが求められる場合が多くなっています。

○近年は、医療社会事業従事者の業務は、患者の療養生活の援助のみならず、在宅移行の促進によって退院調整の比重が大きくなる傾向があるなど、その業務は多様化・複雑化しています。

図表８－５－４　職種別県内医療機関における医療従事者数

職　　種	2014 年 10 月			2017 年 10 月			2020 年 10 月			B/A
	病院	診療所	計(A)	病院	診療所	計(B)	病院	診療所	計(B)	
言語聴覚士	295.2	19.4	314.6	393.5	13.2	406.7	385.6	19.8	405.4	128.9%
視能訓練士	100.3	102.9	203.2	104.2	128.2	232.4	118	164.2	282.2	138.9%
臨床工学技士	464.0	198.9	662.9	553.4	237.4	790.8	614.4	254.6	869	131.1%
医療社会事業従事者（ＭＳＷ）	236.3	9.2	245.5	152.7	17.5	170.2	78	41.7	119.7	48.8%

（出典：厚生労働省「医療施設静態調査」）

９　救急救命士

○救急救命士は、重度傷病者が病院等に搬送されるまでの間に、救急救命処置を行うことができる専門職で、1991 年に法制化されました。

○2022 年４月１日現在、本県における有資格者は 1,042 人おり、そのうち 759 人が救急隊で活動しています。

○所定の講習・実習を修了した救急救命士については、これまでの心肺停止患者に対する気管内

チューブ挿管及び薬剤（エピネフリン）投与に加え、2011 年８月にビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気道確保、2014 年４月には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を実施できることになるなど、救急救命士の担う役割等が拡大しており、十分な人員と更なる資質の向上が望まれます。

○救急業務の質の向上のために、救急現場での活動経験が豊富な救急救命士（指導救命士）の養成を進めています。

○救急救命士が救急救命処置を実施できる場は病院前のみであったが、2021 年 10 月の医療法改正により、医療機関に勤務する救急救命士は、あらかじめ必要な研修を受けた上で、重度傷病者が医療機関に入院するまでの間に、救急救命処置を実施することが可能となりました。

10　歯科衛生士

○歯科衛生士は、歯科医師との密接な連携のもとに歯科予防処置や歯科診療の補助を行うことができる専門職で、その専門性をもとに歯科保健指導を行います。在宅歯科医療の推進や居宅療養指導の実施、地域包括ケアシステムの構築などにおいて重要性が増しています。

○2020 年度における本県の就業歯科衛生士は、3,838 人（うち歯科診療所に従事する者 3,399 人）です。

○人口 10 万人当たり歯科診療所従事歯科衛生士は 93.6 人で、全国値の 102.9 人と比べると 9.3 人下回っています。

○県内には、５校の養成施設があり、入学定員は合わせて 231 人となっています。

図表８－５－５　県内の就業者数の年次別推移

(1)　就業歯科衛生士　（単位：人）

区　分	2010 年	2012 年	2014 年	2016 年	2018 年	2020 年
静 岡 県	2,729 (72.5)	2,958 (79.2)	3,129 (84.5)	3,358 (91.1)	3,623 (99.0)	3,838 (105.6)
全　国	103,180 (80.6)	108,123 (84.8)	116,299 (91.5)	123,831 (97.6)	132,635 (104.9)	142,760 (113.2)

※（　）内：人口 10 万人当たり　（出典：厚生労働省「衛生行政報告例」）

(2) 静岡県の就業場所別従事者数　（単位：人）

種　別		2010 年	2012 年	2014 年	2016 年	2018 年	2020 年
病院		121	139	167	174	182	186
歯科診療所	静 岡 県	2,389 (63.5)	2,573 (68.9)	2,726 (73.6)	2,925 (79.3)	3,191 (87.2)	3,399 (93.6)
	(参考) 全　国	93,824 (73.3)	98,116 (76.9)	105,248 (82.8)	112,211 (88.4)	120,068 (95.0)	129,758 (102.9)
介護老人保健施設		19	24	32	59	70	88
保健所・市町		130	135	124	135	118	103
事業所・養成施設・その他		70	87	80	65	62	62
静岡県　合計		2,729	2,958	3,129	3,358	3,623	3,838

※（　）内：人口 10 万人当たり　（出典：厚生労働省「衛生行政報告例」）

図表８－５－６　１診療所あたりの歯科衛生士数の推移　（単位：人、箇所）

区　　分	2010 年	2012 年	2014 年	2016 年	2018 年	2020 年
診療所数	1,789	1,792	1,795	1,792	1,801	1,777
1診療所あたりの歯科衛生士数	1.34	1.44	1.52	1.63	1.77	1.91

（出典：県地域医療課調べ）

・診療所数は４月１日現在の数値。
・１診療所あたりの歯科衛生士数は、12 月末日現在の歯科衛生士数を上記診療所数で除して算出した数値

11　歯科技工士

○歯科技工士は、歯科医療用の歯冠修復物、義歯や矯正装置等の技工物の作成・修理・加工を行うことができる専門職で、県内就業者は、図表８－５－７のとおりです。

○2020 年末時点の歯科技工所は 690 か所です。

○県内には養成施設はありません。

図表８－５－７　県内就業者数

区　　分	2010 年（A）	2012 年	2014 年	2016 年	2018 年	2020 年（B）	B／A
歯科技工士	1,029	1,026	992	1,001	976	940	91.3%

（出典：厚生労働省「衛生行政報告例」）

12　あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師

○あん摩マッサージ指圧師は、疾病の治療又は慰安の目的をもって体の各部を押し、引き、なでる等の施術を、はり師は、病気に応じて皮膚の定点等にはりをもって刺激を与える施術を、きゅう師は、病気に応じて皮膚の定点等にもぐさ等の燃焼物質を直接又は間接に接触させその温熱を体に作用させる施術を行うことができる専門職であり、県内就業者は図表８－５－８、県内の施術所数は図表８－５－９のとおりです。

○県内には、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の養成施設が６校あり、養成定員は合わせて 186 人であり、その他視覚障害のある人のために県内３校の視覚特別支援学校にも、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師養成課程が設けられています。

図表８－５－８　職種別県内就業者数

区　　分	2010 年（A）	2012 年	2014 年	2016 年	2018 年	2020 年（B）	B／A
あん摩マッサージ指圧師	3,436	3,548	3,594	3,646	3,532	2,510	73%
はり師	2,316	2,582	2,693	2,884	2,719	2,829	122.5%
きゅう師	2,270	2,530	2,643	2,836	2,697	2,763	121.7%
柔道整復師	1,052	1,266	1,386	1,474	1,631	1,637	155.6%

（出典：厚生労働省「衛生行政報告例」）

図表８－５－９　県内施術所数

区　　分	2010年（A）	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年（B）	B／A
あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律に基づく施術所	2,007	2,119	2,223	2,172	2,476	2,308	115%
柔道整復士法に基づく施術所	808	912	951	1,044	1,108	1,028	127.2%

（出典：厚生労働省「衛生行政報告例」）

13　柔道整復師

○柔道整復師は、人の体の打撲、捻挫、脱臼又は骨折の患部の整復を行うことができる専門職であり、県内就業者は図表８－５－８のとおりです。

○2020年における県内の柔道整復の施術所数は、1,028か所であり、2010年比127.2%と増加しています。

○県内には、柔道整復師の養成施設が５校あり、養成定員は合わせて238人となっています。

14　管理栄養士・栄養士

（１）現状

○栄養・食生活は多くの生活習慣病と関係が深く、また、ＱＯＬ（生活の質）との関係も深いことから、保健、医療、福祉それぞれの分野において管理栄養士・栄養士の専門性はますます重要になってきています。

○管理栄養士は、傷病者に対する療養や健康の保持増進のための栄養の指導などを行い、診療報酬制度においては、外来栄養指導、入院栄養指導及び集団栄養指導や栄養サポートチーム加算の要件となるなど、その活動が求められています。

○2023年３月末現在、本県の栄養士免許交付者数は31,992人です。

○2023年４月現在、保健衛生行政機関に従事する常勤栄養士は、県の健康福祉センター（保健所）等に23人、政令市に50人、市町については32市町で123人（配置率97.0%：政令市を除く）であり、未配置が１市町あります。

○2023年７月３日現在、特定給食施設に従事する管理栄養士は947人、栄養士は837人で、病院、介護老人保健施設、介護医療院を除く栄養士配置率は76.1%です。

○2023年７月３日現在、健康増進法第21条に基づき特別の栄養管理が必要なものとして指定した特定給食施設は66施設で、そのうち管理栄養士の配置があるのは56施設(84.8%)です。

（２）課題

○地域保健法の基本理念に則った地域住民の健康保持及び増進を推進するためには、栄養士の全市町配置と資質の向上を図る必要があります。

○給食利用者の健康増進及び生活習慣病の予防のためには、栄養士未配置施設の解消が必要です。

○栄養管理体制の整備を進めるためには、管理栄養士及び栄養士の資質の向上を図ることが必要です。

（３）対策

ア　管理栄養士・栄養士の配置促進

○全市町への管理栄養士（又は栄養士）の配置促進及び複数配置を図ります。

○特定給食施設への栄養士配置を促進します。なお、健康増進法第 21 条に基づき栄養改善上特別の栄養管理が必要なものとして指定した施設については、管理栄養士の配置を促進します。

イ　栄養指導体制の確立

○管理栄養士・栄養士の資質の向上を図ります。また、栄養士会等が行う研修等により、最新の専門的な知識・技術の習得を促します。

○保健、医療、福祉、学校、病院、事業所等関係機関における管理栄養士・栄養士の連携及び栄養指導体制の確立を図ります。

15　精神保健福祉士（ＭＨＳＷ）

（１）現状

○精神保健福祉士は、精神障害者の保健福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）に課題を抱える者の相談に応じ、助言、指導等の援助を行うことができる専門職で、精神科病院、障害者総合支援法の指定相談支援事業所、就労支援事業所や行政等の幅広い職場で活躍しています。

○精神保健福祉士登録者は全国で 2023 年７月末現在、103,799 人、静岡県内で 2,269 人、うち、職能団体である静岡県精神保健福祉士協会の会員は 440 人です。任意で加入の団体であるため、実際、精神保健福祉分野で働いている資格者は推計で 600 人程度と考えられます。

○精神保健福祉士試験の受験資格である厚生労働大臣が指定する精神保健福祉士養成施設は、2023 年４月現在、全国に短期養成施設 26 校、一般養成施設 29 校ありますが、県内にはありません。卒業により受験資格を取得できる県内の大学は、聖隷クリストファー大学と静岡福祉大学の２校となります。

○支援の主な対象となる精神障害者数は、2022 年度末で、入院患者が 5,117 人、通院患者が 56,390 人、計 61,507 人となっており、入院患者は減少、通院患者は増加傾向にあります。

（２）課題

○精神障害の有無やその程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい生活ができるよう、医療、福祉・介護、住まい、社会参加、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を進める必要があります。

○特に、権利擁護の視点に立って精神障害者の支援を行うとともに、子どもから高齢者まで精神保健（メンタルヘルス）に課題を抱える者に対し、相談や生活支援を行うことが求められています。また、精神科病院の入院者の退院支援や関係機関との連携に関し、精神科病院の管理者に義務付けられた「退院後生活環境相談員」として中心的役割を果たすことが期待されるため、地域生活支援の担い手として資質の向上を図る必要があります。

○近年採用枠の増加があるにもかかわらず、就職希望があまり多くなく、人材不足が課題です。また離職率も高く、職場環境の改善や人材育成の仕組みが必要と考えられます。

（３）対策

○精神保健福祉行政の円滑な推進を図るため、県が主催する各種会議、委員会等における精神保健福祉士の参加を促進するなど、現場で活躍する精神保健福祉士の意見等の聴取に努め、施策に反映させていきます。

○精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）に課題を抱える者に対する心と生活の包括的な支援技術の向上に努めるとともに、精神障害者の地域移行を促進するため、家族との調整や住居の確保など、地域移行や地域定着に関わる精神保健福祉士の専門的知識に加え、幅広い支援技術の向上に努めます。

○人材確保や処遇改善に向けた取組を検討します。

16　公認心理師

（１）現状

○公認心理師は、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、心理に関する支援を要する者に対し、心理状態の観察や分析、相談、助言、指導等の援助を行うことができる専門職で、2017年９月に国家資格として法制化されました。総合病院や精神科病院、診療所、保健所などの保健医療分野のほか、福祉、教育等の幅広い職場で活躍しています。

○公認心理師登録者は2023年３月末現在、全国で69,875人、静岡県内で1,538人、うち、職能団体である静岡県公認心理師協会員は730人です。このうち、保健医療分野で働いている資格者は推計で260人程度と考えられます。

○公認心理師試験の受験資格につながる県内の大学は、静岡大学、静岡福祉大学、静岡英和学院大学、常葉大学と聖隷クリストファー大学の５校で、県内の大学院は静岡大学大学院と常葉大学大学院の２校となります。

（２）課題

○厚生労働省の公認心理師の活動状況等に関する調査によると、公認心理師は、病院の多岐にわたる診療科で活動しているほか、リエゾン活動を行うなど、保健医療分野におけるニーズに対応する必要があります。

○特に、うつ病、自殺、虐待、いじめ、不登校、さらに災害時の心のケアなど、心の問題への対応が急務となり、高度な倫理観と専門的知識、技術を有する公認心理師の果たす役割が期待されるため、公認心理師の配置の拡大や安定した雇用の強化が望まれます。

（３）対策

○保健福祉行政の円滑な推進を図るため、県が主催する各種会議、委員会等における公認心理師の参加を促進するなど、現場で活躍する公認心理師の意見等の聴取に努め、施策に反映させていきます。

○公認心理師による支援の実態やニーズを把握し、公認心理師の役割や活動内容を明確化するなど、公認心理師の活動の推進を図ります。

17　獣医師

（１）現状

○本県の 2021 年 12 月末現在の獣医師数は、943 人で、このうち公衆衛生行政の分野に 112 人、動物診療分野には 438 人が従事しています。

○公衆衛生行政に従事する獣医師（以下、「公衆衛生獣医師」という。）は、食中毒対策などを担う食品衛生分野、と畜及び食鳥検査員として食肉の安全を確保する食肉衛生分野、動物愛護管理分野、狂犬病の予防をはじめとする動物由来感染症関連分野などの幅広い分野で活躍していますが、こうした公衆衛生獣医師が年々、減少する傾向にあります。

○近年、人と動物の移動が増大するなか、アジア等の諸外国では依然として狂犬病が発生しており、年間おおよそ 55,000 人が死亡していると推計されています。

（２）課題

○今後も公衆衛生獣医師が減少した場合、食中毒の防止対策や食肉の安全確保などの業務に支障が生じることが懸念されます。

○科学技術の著しい進歩や食品輸入の増大、国際化の進展等に伴い、公衆衛生獣医師には最新の専門的知識に基づく指導的役割を担うことが期待されています。

○狂犬病の発生及び蔓延の防止を図るための社会的役割を担うことが期待されています。

○高病原性鳥インフルエンザの変異による新型インフルエンザの発生が危惧されるなど動物由来感染症の発生及び蔓延防止を図るため、専門的知識を踏まえた普及啓発や適正管理の指導が必要とされています。

（３）対策

○公衆衛生行政の円滑な推進を図るため、公衆衛生獣医師の確保に努めます。

○国際化の進展など業務を取り巻く環境変化に的確に対応するため、最新情報の共有化、監視指導や検査法の検討等、研修会の充実を図るなど、公衆衛生獣医師の資質向上に努めます。

○狂犬病予防接種の徹底・指導を図るため、獣医師が中心となった啓発指導に取り組みます。

第６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」への取組の支援

【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	62 病院 （2022 年度）	県内全病院 （2029 年度） （参考:170 病院 （2023 年４月）	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

ア　医療従事者の勤務環境改善

○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。

○厚生労働省では、医療機関が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一部にとどまっています。

○2018年６月の労働基準法の改正により、労働時間の適正な把握や、医師等の一部の事業・業務を除き時間外労働の上限規制が2019年４月から適用開始されました。

＜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、臨時的な特別の事情があっても時間外労働が年 720 時間以内、時間外労働と休日労働の合計が月 100 時間未満としなければならない　等）
- ・「勤務間インターバル」制度の導入を促進
- ・労働時間の客観的把握
- ・労働者における年５日の年次有給休暇の確実な取得（使用者の義務）　　等

イ　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日から医師に対する時間外労働の上限規制の適用が開始され、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の適正化のための計画を策定する等の措置を講じることとされました。また、各医療専門職種の専門

性の活用を進めるため、各職種の業務範囲の拡大等を行うこととされました。

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

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

図表８－６－１　医師の時間外労働規制

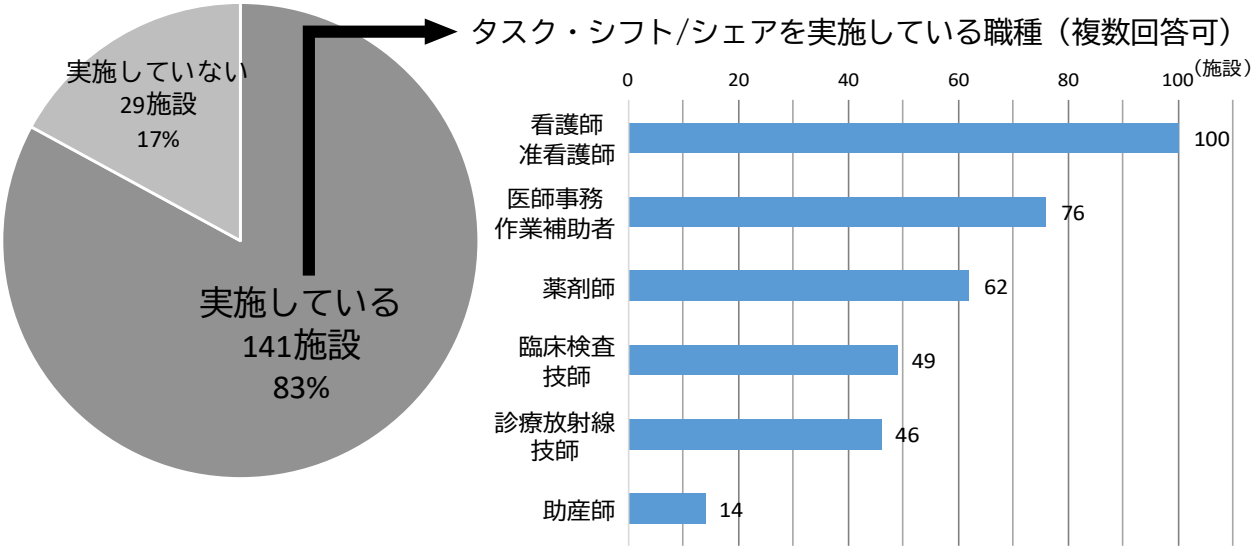
区分	規制の概要		都道府県の指定要件の概要
A水準	診療従事勤務医に 2024 年度以降適用される水準	年 960 時間／月 100 時間未満（面接指導の実施により例外的に緩和あり） ※休日労働含む	－
B水準	地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ずA水準を超えざるを得ない場合の水準	年 1,860 時間／月 100 時間未満（面接指導の実施により例外的に緩和あり） ※休日労働含む	三次救急医療機関、二次救急医療機関かつ「年間救急車受入台数 1,000 台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数 500 件以上」かつ「医療計画において５疾病５事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」　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	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

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

○Ｂ水準、連携Ｂ水準、Ｃ－１水準、Ｃ－２水準の指定申請を行うには、評価センターによる評価を受審することが必要です。

○地域医療確保暫定特例水準（Ｂ、連携Ｂ水準）については 2035 年度末を目標に解消することとされています。

図表８－６－２　タスク・シフト/シェア実施の状況（県内 170 病院）



出典：地域医療課調べ（2023 年 11 月）

（２）課題

ア　医療従事者の勤務環境改善

○働き方改革関連法の施行に伴い、労働時間の適正な把握や、時間外労働の上限規制が適用され、これらの改正に適切に対応するとともに、勤務間インターバル制度の導入など、全ての医療従事者が健康で働き続けられる勤務環境を整えることが必要です。

○医療機関において人口の減少、医療ニーズの多様化などを背景として、医療従事者の確保が困難となる中、質の高い医療提供体制を維持するには働き方・休み方の改善や職員の健康支援、働きやすさの確保など、継続的な勤務環境改善の取組が必要です。

○医療機関の様々なニーズに的確に対応するため、アドバイザーの更なる資質向上が必要です。

イ　医師の働き方改革

○2024 年４月から施行された医師の時間外労働の上限規制への対応は、全ての医療機関において取組を行う必要があることから、更なる制度の周知と支援が必要です。

○時間外労働上限規制へ対応するために医療機関が策定した医師労働時間短縮計画等に沿った取組が必要です。

○地域医療確保暫定特例水準（Ｂ、連携Ｂ水準）については、2035 年度末に解消することを目標として段階的な見直しの検討を行うこととされており、これに対応するための医療機関の取組が必要です。

○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、タスク・シフト/シェアの推進に向け、特定行為研修制度が拡充された看護師や法改正が行われた診療放射線技師、臨床検査技師、臨

床工学技士、救急救命士をはじめ、助産師、薬剤師、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、医師事務作業補助者[1]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。

（３）対策

ア　医療従事者の勤務環境改善

○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。

○勤怠管理システムの導入による労働時間の適正な把握や、電子カルテや電子処方箋による情報の取得・管理効率化など、勤務環境改善に資するＩＣＴ技術を活用した医療機関の取組を支援します。

○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するとともに医療勤務環境改善計画に基づく取組を継続的に支援します。

○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、アドバイザーの更なる資質向上を目的とした研修や会議の開催等を通じて情報共有を促進します。

○医療従事者確保に係る業務の効率化や医療安全などのため、診断書等作成や画像診断等に役立つＡＩ技術の発展など医療ＤＸ（デジタルトランスフォーメーション）等の動向を注視し、その活用について検討します。

イ　医師の働き方改革

○全ての医療機関を対象として、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。

○医師に対する時間外労働上限規制の適用開始への対応に取り組む医療機関を支援するため、長時間労働の医師が勤務する医療機関を対象として、支援センターから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います。

○特定労務管理対象機関の指定を受けた医療機関については、将来に向けて医師の時間外労働の段階的な縮減が求められることから、支援センターによる継続的な支援を行います。

○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、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を行います。また、全ての医療従事者がそれぞれの専門性を活かせるようタスク・シフト/シェアを推進するため、好事例の発表を含む研修などを実施します。

---

[1]医師事務作業補助者：医療文書の代行作成、診療記録の代行入力など医師が行う事務的な業務をサポートする。名称は「医療秘書」や「医療クラーク」など医療機関によって異なる。

第７節　介護サービス従事者

【対策のポイント】
- ○　介護職員の新規就業の促進、職員の育成・職場定着の促進
- ○　介護現場の生産性向上の推進
- ○　介護支援専門員の確保・育成・定着

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
介護職員数	55,567 人 （2022 年度）	59,061 人 （2026 年度）	第 10 次静岡県長寿社会保健福祉計画の目標値	介護人材需給推計ワークシートによる推計
介護支援専門員数 （再掲）	5,333 人 （2022 年度）	5,627 人 （2026 年度）	第 10 次静岡県長寿社会保健福祉計画の目標値	介護人材需給推計ワークシートによる推計

（１）現状

○第１号被保険者の要介護・要支援認定者数は、2022 年３月末現在で 183,106 人と、介護保険制度施行当初と比べて、2.89 倍で 119,757 人増加しています。

○第１号被保険者の要介護・要支援認定率は、2022 年３月末現在で 16.6％と、制度施行当初の 8.3％から増加しています。

○介護サービスの受給者数は、2021 年度（１か月平均）で 172,890 人と、制度施行当初と比べて、3.97 倍で 129,318 人増加しています。

○県が推計した結果、2022 年度現在、介護サービス事業所に従事する介護職員は 55,567 人で、介護支援専門員[1]は 5,333 人となっています。

（２）課題

○今後も高齢化は進行し、高齢者人口も、いわゆる団塊ジュニアが 65 歳以上となるまで増加すると予測され、介護需要の増大に対応する必要があります。

○介護職員数の需給見通しでは、団塊の世代が全て 75 歳以上となる 2026 年度には、約 59,000 人が必要で、約 2,300 人が不足すると推計され、人材の確保が必要です。

○介護分野は、他産業に比べて短い勤務年数と低い賃金水準にあり、介護関連の求職者数は年々減少し、有効求人倍率は依然として高く、慢性的な人材不足にあり、新規就業の促進とともに、職員の職場定着の促進や介護現場の生産性の向上が必要です。

○中でも、地域包括ケアを担う重要な一員の訪問介護員、訪問看護師の確保が必要です。

○地域包括ケアを実現していくためには、介護保険制度の運用の要である介護支援専門員の確保と定着、資質の向上が必要です。

[1] 介護支援専門員（ケアマネジャー）：要介護者や要支援者からの相談に応じるとともに、要介護者や要支援者が心身の状況に応じた適切なサービスを受けられるよう、ケアプラン（介護サービス等の提供についての計画）の作成や市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者や要支援者が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識・技術を有する者として、介護支援専門員証の交付を受けた者をいう。

○介護支援専門員には、自立支援の考え方、適切なアセスメント（課題把握）、多職種協働、医療との連携、インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネートと地域のネットワーク化が十分に機能することが必要です。
○加えて、介護支援専門員の能力向上の支援として、地域で実践的に学ぶための有効なスーパーバイズ機能等を整える必要があります。

図表８－７－１　静岡県内の有効求人倍率

	2018年度平均	2019年度平均	2020年度平均	2021年度平均	2022年度平均	2024年1月
全産業平均	1.68	1.48	0.97	1.15	1.29	1.21
介護関係	4.58	4.64	4.09	4.06	4.33	4.60

（静岡労働局調）

（３）対策

○元気高齢者や外国人等の多様な人材の介護分野への就業を進めます。
○介護に関する資格を持たない方を対象とした介護人材の育成を進めます。
○能力の最大化と技術力の不安の解消のため、介護技術の習得・向上、人材の教育を進めます。
○労働環境の改善及び質の高いサービス提供のため、介護ロボット・ＩＣＴ機器の活用や、食事の配膳等介護の周辺業務を担う介護サポーターの活用などにより、身体的・精神的負担の軽減や介護現場の業務改善に取り組み、介護現場の生産性向上を進めます。
○外国人介護人材関係の支援機能を集約し、外国人介護人材の受入・定着等に係る総合的な支援を進めます。
○市町や様々な団体と共同して人材の確保の取組を進めます。
○介護支援専門員を確保するため、仕事の魅力発信や業務の負担軽減を図ります。
○介護支援専門員には、利用者の生活状況を総合的に把握し、ニーズに応じた様々なサービスを医療も含め一体的に提供するコーディネート機能を備えるための研修等を進めます。
○主任介護支援専門員には、介護支援専門員に対するスーパーバイズ、地域包括ケアシステムの実現のための情報の収集・発信、事業所や職種間の調整の役割を担うことができる者を養成するための研修等を進めます。
○適切なケアプランの作成を支援するため、ケアマネジメントＡＩの導入・活用を推進します。

第９章　医療安全対策の推進

【対策のポイント】
- ○　立入検査による安全管理体制の確認強化
- ○　医療安全のための研修等の充実

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
立入検査において指摘を受けた施設の割合	26.0% (2022 年度)	26.0% (毎年度)	直近の実績数値以下を維持	県医療政策課調査

（１）　現状

ア　医療安全の確保、医療事故の再発防止

○安全で良質かつ適正な医療を提供することは、医療の最も基本的かつ重要な要件です。

○医療の安全性、信頼性の確保・一層の向上のためには、事故を未然に防止することが最も大切ですが、事故が発生した場合には、医療機関が自主的かつ積極的にその原因を解明し、再発防止に取り組むことが必要です。

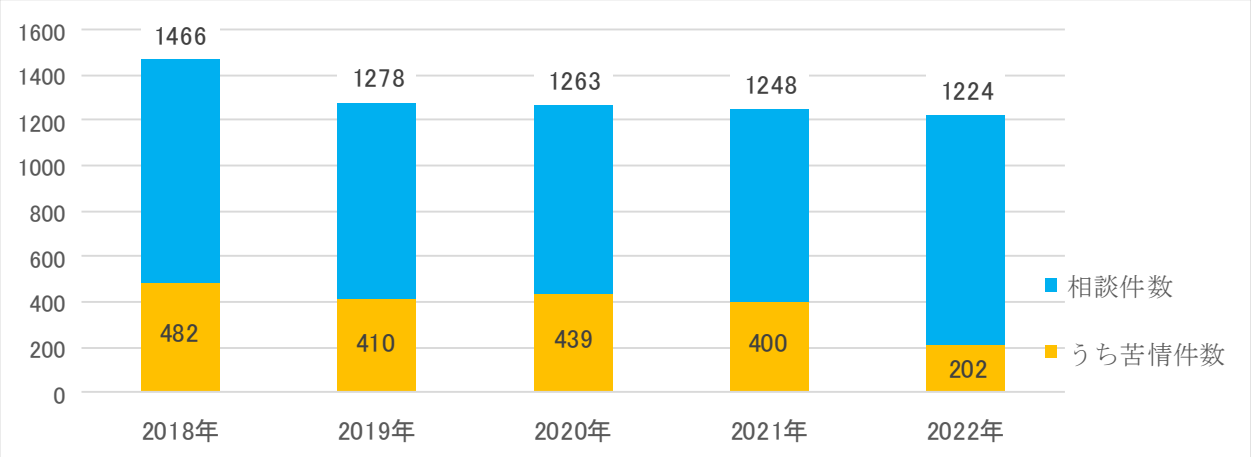
イ　医療安全支援センター

○2002 年に、国の医療安全推進総合対策において都道府県に設置することが示された「医療安全支援センター」は、2007 年の医療法の改正により、医療に関する患者・住民の苦情・心配や相談に対応し、医療機関等に対する助言、情報提供及び研修、患者・住民に対する助言・情報提供により医療安全を推進することによって、住民の医療に対する信頼を確保することを目的として、都道府県及び政令市が設置する機関として、法律に位置付けられました。

○県では、「医療安全支援センター」の役割を担うものとして、2003 年度から看護師資格を有する専任の相談員による「医療安全相談窓口」を設置しています。

○過去５年間における医療安全相談窓口への相談件数は減少傾向にあります。なお、2022 年度の相談件数は 1,224 件で、うち「相談・質問」が 995 件、「不信・苦情」が 202 件となっています。相談内容は、医療行為や診療報酬に関するものを始めとして、多種多様にわたっています。

図表９－１　医療安全相談窓口（医療政策課設置分のみ）における相談件数



＜静岡県医療安全相談窓口＞
○設置場所　健康福祉部医療局医療政策課
○相 談 日　月曜日～金曜日（祝日は除く。）
○相談時間　午前９時から午後４時（ただし、水曜日は午後３時まで）
※ 午後０時から午後１時までは除く。
○連 絡 先　電話番号　054-221-2593　　FAX 番号　054-251-7188
○相談内容　病気や健康に関する相談、
医療機関の対応等の医療に関する相談及び苦情等
○相 談 員　医療従事経験を有する相談員（看護師）
○備　　考　医療に関するトラブル等の相談については、中立的な立場で、当事者が自主的に解決するための助言を実施
※ 当窓口で医療機関への指導は行わない。

ウ　医療事故に係る調査の仕組み

○2015 年 10 月から「医療事故調査制度」が施行され、患者が予期せず死亡した医療事故が発生した場合には、医療事故の調査・分析を実施する機関として、厚生労働大臣が指定した「医療事故調査・支援センター」に届け出ることが医療機関に義務付けされました。

○本制度は、医療事故の原因究明と再発防止を図ることにより、医療の安全と医療の質の向上を目的としており、事故の原因を個々の医療従事者に求めるのではなく、システムや構造に着目して分析・検証することが求められます。

○制度が開始された 2015 年 10 月から 2022 年 12 月までの医療事故調査支援センターへの全国の事故報告件数は 2,548 件であり、うち本県の件数は 68 件となっています。

（２）課題

ア　医療機関における安全管理体制の確保

○医療安全の確保のためには、全ての医療機関において、医療事故や院内感染等の防止のためのマニュアルの整備や研修の実施、感染性廃棄物の適正な管理など、継続的な体制の維持や取組が必要であり、その取組状況等について確認し、指導監督をすることが必要です。

○各医療機関に対し、重大な医療事故や多数の院内感染が発生した場合には、速やかに県に報告するよう求めていますが、必要に応じて自ら公表する等、他の医療機関における同様の事故の発生を防止することが必要です。

イ　医療事故の防止や医療機関と患者との対話促進

○医療事故の防止や院内感染の防止には、現場において実際に医療安全の確保に携わる人が、正しい知識と実践的な技術を身に付けることが必要です。

○県民が安心して医療を受けるためには、自らの疾病の状態と治療についての十分な理解が必要であることから、インフォームド・コンセントの一層の徹底や、医療機関が患者からの相談に応じる体制の充実が求められます。

（３）対策

ア　立入検査による指導

○医療機関に対して実施する立入検査を通じ、安全管理体制や院内感染対策のための体制の確保状況を確認するなど安全確保の強化を推進します。

イ　医療事故情報の収集、防止対策や医療機関と患者との対話促進に対する支援

○医療事故が発生した場合の概要及び再発防止策の速やかな報告の徹底を図るほか、医療従事者を対象にした研修会の実施により医療事故の発生防止を図り、医療の信頼確保に努めます。

○医療事故調査制度について県民及び医療機関に対する情報提供等、必要な対応をしていきます。

○医療従事者に対し、患者・家族とのコミュニケーション能力向上のための研修会を実施し、患者との対話促進を支援するとともに、相談に応じる体制の充実を図ります。

ウ　院内感染対策の推進

○感染対策地域支援委員会における協議等により、医療従事者の感染対策に関する知識の向上や医療機関間の連携を推進し、安心して医療を提供し、また医療の提供を受けることのできる環境整備を図ります。

エ　医療安全推進のための普及・啓発

○医療安全の確保・推進のため、医療従事者に対する研修の機会を提供するとともに、医療安全推進週間等を通じて意識高揚に努めます。

○医療機関の医療安全に関する取組状況の把握に努めます。

オ　医療安全相談体制の充実

○専門化、多様化する医療相談に対応していくために、２次保健医療圏相談窓口のほか、医療関係団体等とのネットワークを強化し、相談・情報提供機能の充実に努め、医療機関と患者・家族との信頼関係の構築を支援します。

第 10 章　健康危機管理対策の推進

第１節　健康危機管理体制の整備

【対策のポイント】
- ○　健康危機発生時に迅速に対応できる体制の整備
- ○　健康危機が発生した場合、健康被害の拡大防止等の対策の速やかな実施

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
新しい感染症や再流行への対応訓練実施回数	0回 （2022 年度）	2回 （毎年度）	新型インフルエンザ対応訓練に加え、一種感染症に対応した訓練を実施	県感染症対策課

（１）現状

○健康危機管理とは、医薬品、食中毒、感染症、その他何らかの原因により生じる県民の生命・健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止等に関する業務をいいます。

○感染症においては、新型インフルエンザ、エボラ出血熱、中東呼吸器症候群（ＭＥＲＳ）、重症熱性血小板減少症候群（ＳＦＴＳ）等の新たな感染症（新興感染症）、デング熱や結核[1]等の再び注目されている感染症（再興感染症）の流行が世界各地で発生し、大きな問題となっています。

○新型コロナウイルス感染症の感染拡大時には、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、医療体制に大きな影響を生じさせるとともに、人々の暮らし方や働き方、人流や物流に大きな影響をもたらしました。

○O-157 による食中毒に加えて、残留農薬や遺伝子組換え食品など食品衛生を取り巻く環境も変化しています。

○「その他何らかの原因」とは、地震や風水害等の自然災害、地下鉄サリン事件のような無差別大量殺傷型テロ、和歌山市の毒物混入事件のような犯罪など、不特定多数の人々の生命・健康を脅かす事態を県が対応すべき健康危機として想定しています。

（２）課題

○健康危機に対して迅速かつ適切な危機管理を行えるよう、当該健康危機の際に生じ得る県民への精神的な影響も考慮した上で、健康危機管理体制を構築する必要があります。

○新興・再興感染症により重篤な患者が大量に発生した場合の医療体制の確保が課題です。

○県民生活の安全・安心を確保するためには、県民の生命・健康を脅かす健康被害の発生を防止し、被害を拡大させない対応を迅速かつ的確に実施することが大切であり、地域において、保健所（健康福祉センター）、消防、警察などの行政機関や医療関係者等が緊密に連携し、最新の専門知識と技術によって対応することができる「健康危機管理」の体制構築が重要になってい

[1] 結核罹患率(人口 10 万対)：2022 年の人口 10 万対の結核罹患率は、全国 8.2、本県 6.7 である。

ます。

（３）対策

○県、保健所設置市、保健所の役割を明確にし、健康危機に備えた平時からの計画的な体制整備等に取り組みます。

○県民の生命・健康を脅かす健康危機に迅速かつ的確に対応するために、「“ふじのくに”危機管理計画基本計画」に基づき、関係機関と緊密に連携し、健康危機の発生に備えるほか、発生時に迅速に対応できるように、体制の整備を行います。

○地域においては、健康危機管理に係わる保健所（健康福祉センター）の体制を強化するほか、市町、消防、警察、医療機関等の連携を一層強化し、連絡体制や対応体制等の確認を行うなど、平常時から健康危機発生に備えた準備を行います。

○健康危機管理に携わる関係者が迅速かつ的確に対応できるように、実践的な対応マニュアルの作成等を行い、研修や想定訓練を実施して、その資質の向上を図ります。

○大規模災害に備え、災害時健康危機管理支援チーム（ＤＨＥＡＴ）による応援派遣が可能となるよう、構成する者の養成、資質の維持及び向上を図るための研修・訓練を実施します。また、平時よりＤＨＥＡＴを受け入れる際に必要な機器及び機材等を準備するほか、受入体制を整備します。

○健康危機が発生した場合は、健康危機管理対策会議（県健康福祉部所管）において決定した対策を関係機関と連携し、速やかに実施するほか、県民に対し適切な情報提供を行います。
なお、大規模な事案などの場合については、知事を本部長とする対策本部を設置し、対策本部員会議や対策会議において適切な対応をとることとしています。

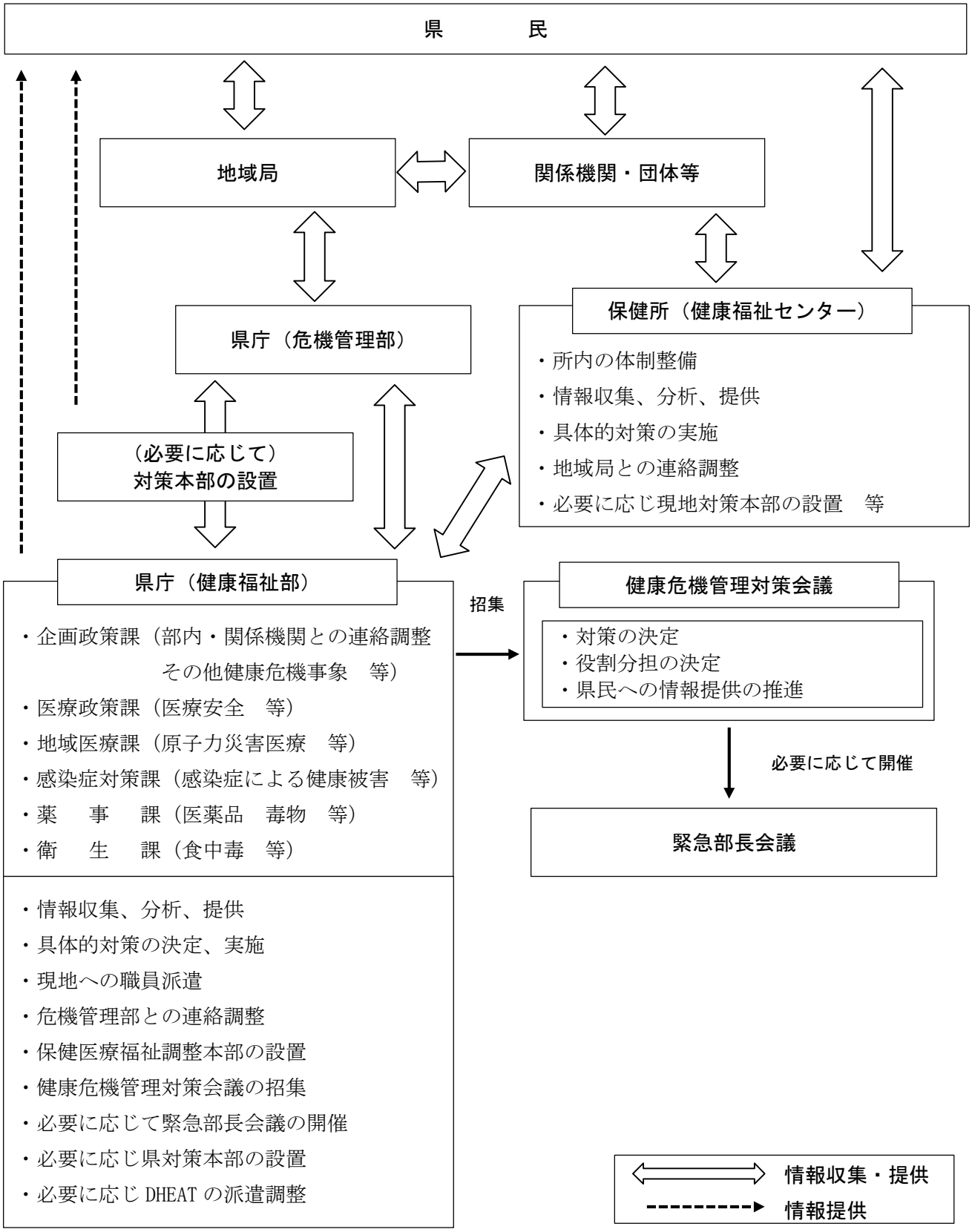
○新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、感染症対策の司令塔となる「ふじのくに感染症管理センター」を開設し、「防疫先進県」を目指して感染症への対応力を強化に取り組みます。

○同センターにおいて、感染症の発生、流行情報の収集・分析・公表を迅速に行うとともに、患者発生における迅速な防疫措置、感染源調査などにより感染症のまん延防止を図ります。

○感染症の発生及びまん延時に備え、保健所設置市や感染症指定医療機関、医師会や病院協会などからなる「県感染症対策連携協議会」を設置し、平時から関係団体との連携協力を図ります。

○平時から病床等の確保などを確実に推進するため、「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」の改定をするとともに、当該計画に新たに盛り込む数値目標に係る医療措置協定を締結することにより、有事に対応可能な応援体制の構築を図ります。

図表 10-1-１　健康危機管理体制（健康危機発生時）



第２節　医薬品等安全対策の推進

１　医薬品等の品質確保と適正使用の推進

【対策のポイント】
- ○　医薬品等の品質確保のための監視指導
- ○　毒物劇物営業者等における毒物劇物の適正な取扱いの徹底

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
薬事監視で発見した違反施設数	平均19施設 (2017～2020年度)	15施設 (2025年度)	医薬品等による健康被害を未然防止するため、現状値から毎年１施設減少	県薬事課「薬事年度報告」
収去検査	33検体 (2022年度)	34検体 (毎年度)	不良医薬品等の発生・流通防止の取組指標として現状値を維持	県薬事課「薬事年度報告」
医薬品類似食品の試買調査	６検体 (2022年度)	６検体 (毎年度)	健康被害防止の取組指標として現状値を維持	県薬事課「薬事年度報告」
医薬品の適正使用等に関する県民向け出前講座の開催数	87 回 (2022 年度)	87回 (2025 年度)	健康被害防止の取組指標として現状値を維持	県薬事課「薬事年度報告」
毒物劇物監視で発見した違反施設数	平均５施設 (2018～2022年度)	５施設以下 (毎年度)	毒物劇物による危害未然防止の取組指標として現状値を維持	県薬事課「薬事年度報告」

（１）現状

ア　薬事関係許認可

○医薬品、医療機器、医薬部外品、化粧品、再生医療等製品（本節において「医薬品等」とする。）の品質、有効性及び安全性を確保するために、医薬品医療機器等法（旧薬事法）により、個々の製品を市販する場合は厚生労働大臣等による製造販売承認が、業として製造販売、製造、修理、販売（貸与）をする場合は都道府県知事等による許可等が必要です。

○県内の薬事関係許可届出施設は、19,490 施設（2022 年度末）あります。

○本県内で製造される医薬品等の生産金額（2021 年）は、医薬品が全国第３位、医療機器が全国第１位であり、その合計金額において全国第２位です。また、本県の化粧品の生産金額（2022 年）は、全国第４位です。

図表 10－２－１　薬事関係許可届出施設数（2022 年度末）

区　　分		施設数
製造販売・製造	医薬品等製造販売業	159
	医薬品等製造業、医療機器修理業	620
	薬局製造販売医薬品製造販売・製造業	202
販売・流通	薬局	1,913
	医薬品等販売業、医療機器貸与業	16,596

（注）「医薬品等販売業」には配置従事者数を含む

図表 10－２－２　医薬品等生産金額　　（単位：億円）

区分 順位	医薬品＋医療機器 （2021）		医薬品*1 （2021）		医療機器*1 （2021）		化粧品*2 （2022）	
1	栃木県	10,871	埼玉県	8,465	静岡県	3,391	愛知県	2,290
2	静岡県	10,389	栃木県	8,127	栃木県	2,744	神奈川県	1,766
3	埼玉県	9,981	静岡県	6,998	福島県	2,521	埼玉県	1,637
4	山口県	6,981	山口県	6,933	茨城県	1,519	静岡県	1,176

＊1（出典：厚生労働省「薬事工業生産動態統計年報」）

＊2（出典：経済産業省「生産動態統計年報　化学工業統計編」）

イ　毒物劇物による危害防止対策

○毒物劇物は、毒性又は劇性が強いことから、保健衛生上の危害を防止するため、毒物及び劇物取締法により、その製造、販売、業務上の取扱等について厳しく規制されています。

○県内の毒物劇物関係の登録届出施設は、1,979 施設（2022 年度末）あります。

図表 10－２－３　毒物劇物関係登録届出施設数（2022 年度末）

区　分	製造業	輸入業	販売業	業務上取扱施設 （要届出施設）	計
施設数	97	25	1,763	94	1,979

（２）課題

ア　医薬品等の品質確保と適正使用の推進

○許可や届出事業者における違反が確認されていることから、事業者の法令遵守体制の強化が必要です。

○全国では、医薬品製造での不正事案が相次いで明らかになり、医療現場への供給不足が生じるなど、医薬品への信頼が揺らいでいます。

○不良医薬品等を排除し、高い品質の医薬品等の供給を通じて県民の健康の向上を図るため、監視指導を強化する必要があります。

○販売・流通において不十分な医薬品等の管理を起因とした健康被害が発生しないように、管理徹底に努める必要があります。

○医薬品的効能効果を標榜したり、医薬品成分を含有した医薬品類似食品により、県民が適正な医療を受ける機会を消失したり健康被害にあわないように、その発見に努める必要があります。

○医薬品等の不適正使用による県民の健康被害を防止するため、医薬品等の正しい知識の普及、

啓発に努める必要があります。

イ　毒物劇物による危害防止対策

○毒物劇物は、化学工業薬品、農薬、塗料など種々の分野において広く用いられ、現代社会にとって有用なものですが、不適正な取扱等により保健衛生上極めて重大な危害を及ぼすおそれがあります。

○爆発物に使用される等、犯罪の手段として使用されることもあり、譲渡手続き等の厳密な管理が必要とされています。

○県内には大量の毒物劇物の取扱施設や保管施設があり、万一の事故発生の際には、大惨事に繋がるおそれがあります。

○毒物劇物に起因する中毒等の事故発生時には、被害の拡大防止のため速やかに適切な対応が図れるよう連絡体制を整備する必要があります。

（３）対策

ア　医薬品等の品質確保と適正使用の推進

○県内の許可・届出事業者に対する監視指導や各種講習会を通じて、事業者の法令遵守体制の強化を求めます。

○また、製薬企業に対して抜き打ち検査を実施するなど監視指導を強化し、医薬品の信頼確保に努めます。

○薬局、医薬品販売業者等に対する監視指導により、流通及び販売段階における医薬品等の品質を確保するほか、消費者への医薬品等の情報提供の徹底を図ります。

○県知事承認医薬品、県内製造医薬品等の収去検査を計画的に実施し、不良医薬品等の発生、流通を防止します。

○医薬品類似食品の試買調査、広告監視等により、無承認・無許可医薬品等の流通、販売を防止します。

○薬と健康の週間（毎年 10 月 17 日から 23 日の一週間）を中心に、関係団体と協力して県民への医薬品の適正使用等の普及啓発を図ります。

○高齢者が必要とする医薬品の情報提供や服薬に関する相談に対応するため、関係団体による出前講座やかかりつけ薬剤師・薬局の充実を支援し、医薬品等の適正使用の推進を図ります。

イ　毒物劇物による危害防止対策

○毒物劇物営業者、業務上取扱者へ立入検査を実施し、毒物劇物の保管取扱上の基準、譲渡手続等の指導の徹底を図るほか、講習会を開催し危害及び犯罪防止の徹底を図ります。

○一定量以上の多量の毒物劇物の製造、保管又は取扱事業場に対しては、定期的に立入検査を実施し、適正な取扱いや管理について指導するほか、地震等災害時における応急計画の策定（見直し）についても指導します。

○事故等が発生した場合は、「静岡県毒物劇物等対策マニュアル」及び「化学物質漏洩事故対応マニュアル」に沿って速やかに対応します。

２　麻薬・覚醒剤・大麻等に対する薬物乱用防止対策

【対策のポイント】
- ○　薬物乱用対策推進方針に基づき、青少年に重点を置いた大麻や危険ドラッグ等の薬物乱用防止対策を実施
- ○　麻薬等取扱施設に対する立入検査の計画的な実施による適正管理の徹底

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
薬物乱用防止に関する講習会未開催校数	０校 （2022年度）	０校 （2025年度）	全ての学校等で薬学講座等を開催	県薬事課調査
知事指定監視店舗数	０店 （2022年度）	０店 （毎年度）	危険ドラッグによる健康被害を未然防止するため、最終目標である現目標値を継続	県薬事課「薬事年度報告」
麻薬等監視で発見した違反施設数	12施設 （2022年度）	10施設以下 （毎年度）	麻薬及び向精神薬の乱用による危害を未然防止するため、現目標値を継続	県薬事課「薬事年度報告」

（１）現状

ア　県内の薬物乱用の状況

○近年の大麻事犯は大幅な増加傾向にあり、2022 年における県内の検挙者数は、158 人と初めて覚醒剤事犯の検挙者数を上回りました。

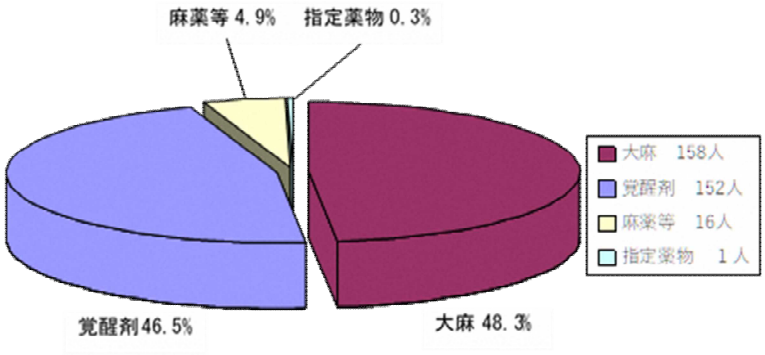
○2022 年の覚醒剤事犯の検挙者数は 152 人と減少傾向にあるものの、再犯者は検挙者全体の約７割と高く、大量押収の事例が散見されます。

○危険ドラッグが原因と思われる意識障害等で救急搬送された人数は、2017 年から０人を維持しており、検挙者数も平成 28 年以降は 10 人以下となっています。

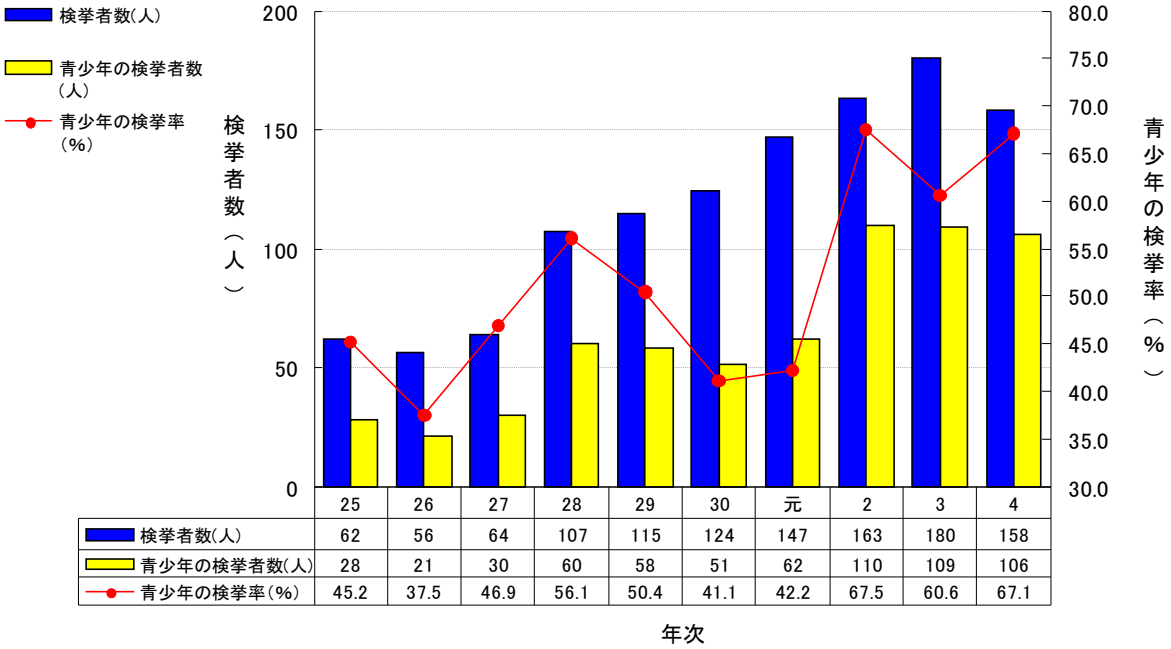
イ　麻薬等取扱施設に対する立入指導

○麻薬、向精神薬等取扱施設における適正使用、適正管理を図るため、2022 年度は全施設数の 24.5%にあたる 4,344 施設に立入検査を実施しました。

図表 10-２-４　2022 年の薬物事犯別検挙者の割合（静岡県）

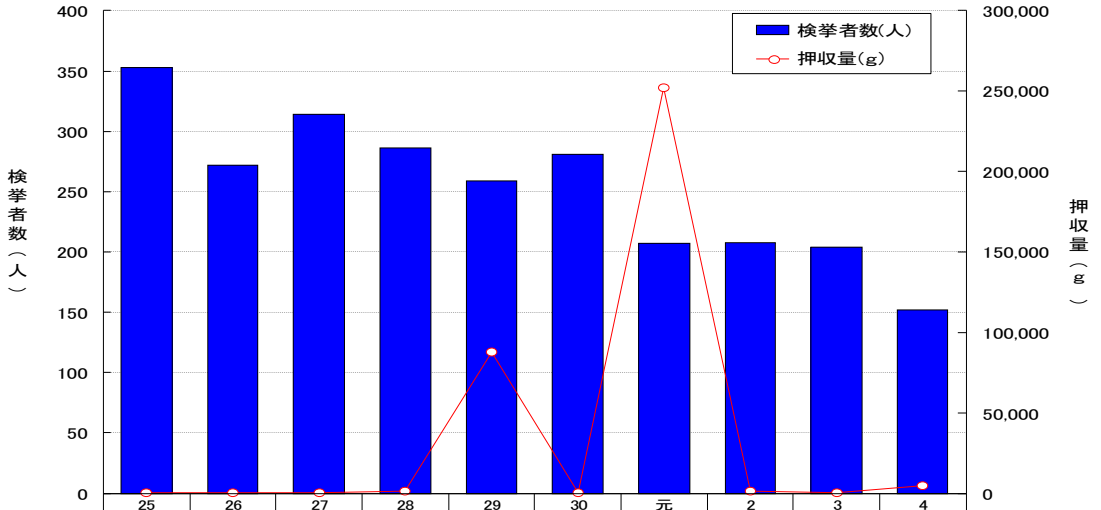


図表 10-２-５　大麻事犯による検挙者数（静岡県）



	25	26	27	28	29	30	元	2	3	4
検挙者数(人)	62	56	64	107	115	124	147	163	180	158
青少年の検挙者数(人)	28	21	30	60	58	51	62	110	109	106
青少年の検挙率(%)	45.2	37.5	46.9	56.1	50.4	41.1	42.2	67.5	60.6	67.1

図表 10-２-６　覚醒剤事犯の推移（静岡県）



	25	26	27	28	29	30	元	2	3	4
検挙者数(人)	353	272	314	286	259	281	207	208	204	152
押収量(g)	326	55	373	1,194	87,688	71	251,841	1,040	136	4,872

（静岡県警察本部の資料を基に作成）

（２）課題

ア　若者における意識、社会環境の変化

○若者の規範意識の低下や薬物に対する抵抗感、警戒感の希薄化が進んでいます。

○インターネットやＳＮＳの普及など、若者が大麻等の薬物を入手しやすい環境が形成されています。

イ　青少年層への大麻の乱用の拡大

○2022 年における大麻事犯の検挙者は、10 代、20 代の青少年が全体の６割を超えており、青少年の大麻乱用が拡大しています。

ウ　危険ドラッグの販売手法の巧妙化、潜在化

○危険ドラッグのインターネット等を介した販売や合法大麻等を標榜した商品を販売する店舗が確認されています。

エ　麻薬等取扱施設に対する指導

○麻薬や向精神薬等の不正流出、不正使用等の防止のため、麻薬、向精神薬等取扱施設に対する立入検査を行う必要があります。

（３）対策

○静岡県薬物乱用対策推進本部の下で策定した薬物乱用対策推進方針に基づき、関係機関と連携を図り、効果的な啓発活動を行います。

○静岡県薬物の濫用の防止に関する条例に基づき、知事指定薬物の指定を迅速に行うなど、危険ドラッグの取締強化を図ります。

ア　青少年、一般県民への啓発

○小学生・中学生・高校生を対象とした「薬学講座」や、大学生・専修学校生を対象とした「薬物乱用防止講習会」を実施し、大麻等の正しい知識の普及を図ります。

○中学生・高校生や大学生等の青少年を対象に、デジタルサイネージや Web 動画広告等による啓発を実施し、大麻等の薬物乱用防止意識の高揚を図ります。

○静岡県薬物乱用防止県民大会を開催し、広く一般県民に薬物乱用防止を訴えます。

○国際麻薬乱用撲滅デー（毎年６月 26 日）を中心とした「ダメ。ゼッタイ。」普及運動」や麻薬・覚醒剤・大麻乱用防止運動（10 月～11 月）に合わせて実施する街頭キャンペーン等により、薬物乱用防止意識の高揚を図ります。

○薬物乱用防止指導員協議会を中心として、地域に根ざした薬物乱用防止活動を推進します。

イ　関係団体との連携

○不動産業界団体や運輸業界団体と連携して、「店を貸さない」、「危険ドラッグを運ばない」との協定や業界団体からの不信情報を収集し、官民一体となって危険ドラッグの撲滅を図ります。

○大手コンビニエンスストアと連携して、店頭での啓発活動を強化します。

ウ　通報、相談対応

○静岡県薬物の濫用の防止に関する条例に基づき設置した薬物乱用通報･相談窓口において、大麻・危険ドラッグ等に関する県民からの通報、相談に対応します。

○薬物乱用の予防及び再乱用防止の観点から、様々な機関で実施している薬物相談窓口の積極的な周知と相談体制の充実強化を図るほか、医療保護対策の充実を図ります。

エ　立入指導

○麻薬、向精神薬等取扱施設に対する立入検査や講習会等を開催し、保管管理、記録等の不備がないように徹底を図ります。

○危険ドラッグに関するサイバーパトロールや疑わしい店舗の立入調査等を実施し、販売実態の把握や条例による知事指定監視店への適応を考慮した指導等を行います。

○危険ドラッグの買上検査を実施し、違法薬物の流通を排除します。

第３節　食品の安全衛生の推進

【対策のポイント】
- ○　県民への安全で安心できる食品の提供のため、食品衛生管理体制の充実
- ○　食に対する県民の信頼度を高めるため、食品の安全性に関する正しい知識の理解普及を推進

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
人口 10 万人当たりの食品を原因とする健康被害者数	4.4 人（2022 年度）	10 人以下（毎年度）	前回アクションプラン平均値（15.1 人）よりも引き下げることを目指す	しずおか食の安全推進のためのアクションプラン（2022－2025）

（１）現状

（食の安全の確保）

○食品を原因とする健康被害者数は食中毒患者で占められており、食中毒患者数は大規模食中毒の発生状況により変動しています。また、腸管出血性大腸菌Ｏ157 やノロウイルス等による広域的な食中毒事件も発生しています。

（２）課題

（食の安全の確保）

○食中毒対策については調理段階における対策として、大中規模施設への衛生管理の強化が必要です。

○安心な食生活の確保のため、食品の安全・安心に係る情報発信を充実・強化して、消費者の信頼を確保するための施策を推進する必要があります。

（３）対策

（食の安全の確保）

○食品を原因とする健康被害の発生を防止するため、食品衛生に係る監視指導、抜取り検査、検査結果に基づく改善指導を実施します。

○食品製造施設へのＨＡＣＣＰ[1]に沿った衛生管理の普及や技術的な助言・指導を行うことで、その精度の向上を図ります。

○食に対する県民の信頼度を高めるため、県民に分かりやすい食の安全安心情報の提供、タウンミーティングの開催を通じて、食品の安全性に関する正しい知識の理解普及に取り組みます。

○食品の適正表示を確保するため、食品表示の自主管理の推進と食品表示に係る監視指導や抜取り検査を実施します。

[1] ＨＡＣＣＰ：安全な食品をつくるための高度な衛生管理手法のこと。食品の製造加工工程において発生する可能性のある危害をあらかじめ分析し(Hazard Analysis)、この結果を基に衛生管理をするとともに、その中で特に重点的に監視する必要がある重要管理点(Critical Control Point)を定め、その工程を連続的に管理することにより製品の安全性を確保する方法。

第４節　生活衛生対策の推進

１　生活衛生

【対策のポイント】
- ○　旅館業等の衛生水準の向上
- ○　営業施設における新型インフルエンザ等対策への対応

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
レジオネラ症患者の集団発生（2名以上）の原因となった入浴施設数	0施設 （2022 年度）	0施設 （毎年度）	入浴施設におけるレジオネラ症患者の集団発生ゼロを維持	・旅館業法施行条例衛生措置基準 ・公衆浴場法施行条例衛生措置基準
生活衛生関係営業施設の監視率	100% （2022 年度）	100% （毎年度）	生活衛生関係営業施設の衛生水準の維持向上	・生活衛生関係営業施設等の監視目標

（１）現状

ア　生活衛生対策

○県民の生活に身近な旅館、興行場、公衆浴場、理容所、美容所、クリーニング所における衛生水準の維持向上と利用者の安全を図るため、関係法令に基づき営業の許可・確認及び施設の監視指導等を行っています。

イ　本県の状況

○保健所による地域の実情に応じた監視指導等の計画的な実施により、違反施設の改善及び営業者の衛生管理意識の向上を図っています。

○公益財団法人静岡県生活衛生営業指導センター（以下「指導センター」という。）による生活衛生同業組合※に対する支援・指導を通じて、生活衛生営業の経営の適正化、健全化を図っています。

図表 10－４－１　生活衛生営業施設数と監視指導数（2023 年３月末現在）

施設数※１	保健所監視指導	センター指導※２
13,509	3,778	1,877

※１　旅館、興行場、公衆浴場、理・美容所、クリーニング所
※２　指導センターへの委託による指導数

図表 10－４－２　生活衛生同業組合※の設立状況（2022 年 12 月末現在）

業種数	12	組合員数	8,713

※生活衛生同業組合は、「生活衛生関係営業の運営の適正化及び振興に関する法律」に基づき営業者が組織する組合

ウ　生活衛生関係営業を取り巻く状況

○レジオネラ属菌による健康被害の未然防止を目的として、旅館業法施行条例及び公衆浴場法施行条例の衛生措置基準に基づき、衛生管理の徹底を指導しています。患者の集団発生（２名以上）の原因となった入浴施設は、これまでに報告されていませんが、単発的には依然として健康被害の発生が続いています。

○大規模な健康被害と社会的影響が懸念される感染症について、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律や新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく適切な対応が、営業施設において求められています。

（２）課題

○レジオネラ症防止対策については、健康被害の発生が続いていることから、旅館等の入浴施設における衛生水準の確保に引き続き取り組む必要があります。

○感染症対策については、感染症予防法（基本指針、予防計画）や特別措置法（行動計画）に基づく対応が円滑に進められるように、情報の迅速、確実な提供を行うほか、興行場の施設の使用制限等を要請する場合もあるため、営業者の理解と協力が必要です。

（３）対策

○レジオネラ症防止対策については、旅館等の入浴施設への監視指導を着実に実施し、衛生管理の徹底を図っていくほか、環境衛生科学研究所と連携し、新たな消毒方法等についての検討を進めていきます。

○感染症対策については、指導センターを通じた生活衛生同業組合の連絡体制を強化し、営業施設におけるまん延防止体制の整備を図ります。

２　水道

【対策のポイント】
- ○　安心・安全な水道水の安定供給
- ○　生活に不可欠な水道基盤の機能の向上

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
水道法水質基準不適合件数	３件 (2021 年度)	０件 (毎年度)	定期的な水質検査の実施及び施設の適切な維持管理・衛生対策の徹底	・静岡県水道施設等立入検査実施要領 ・水道施設等立入検査計画

（１）現状

ア　県内の水道普及率及び施設数

○水道は、県民の日常生活や産業活動に不可欠な基盤施設です。県内の普及率は 2021 年度末で 99.0%となっており、全国平均の 98.2%を上回っています。

○上水道 37 事業に対して、簡易水道 106 事業、飲料水供給施設 419 施設と小規模な水道事業が多数あります。

イ　化学物質による水道原水の汚染

○各種化学物質が産業・農業等において多量に使用されてきた等により、水道の原水である地下水や河川水から化学物質等が検出される事例がみられます。

（２）課題

ア　水道事業の基盤強化、水道施設の老朽化等に伴う施設整備の必要性

○水道施設の多くは昭和 30 年代半ばから整備されたため、すでに老朽化している施設も多く、更新等が必要となっています。

○一方、人口減少による水道料金収入の減少、老朽化施設の更新費用の捻出、施設の適切な維持管理等への対応のため、各水道事業者の基盤を強化する必要があります。

○予測される南海トラフ地震等の危機管理対策として、災害に強い水道施設の整備等が必要となっています。

イ　水道施設の適切な維持管理の必要性

○安全で良質な水道水を供給するために、水道水源から給水栓に至るまでの総合的な水質管理が必要です。

（３）対策

ア　水道事業の統合等を伴う施設整備の支援

○水道の広域化、小規模水道等の統合などを図り、効率的な運営や経営の合理化に向け、水道事業者を指導・支援します。

○水道施設の「長期修繕・改良計画」と投資と財源の均衡確保を主な内容とする「経営戦略」の

策定を通して、老朽化施設の更新を進め、地震等の災害に強い水道施設の整備、管理体制の充実が図られるよう、市町に対して指導を行います。

イ　水道事業者等に対する適正な維持管理、衛生対策に係る指導

○水道水質基準不適合施設については、水道事業者に対し、原因究明及び再発防止対策を徹底させるとともに、水道等の認可協議等を通じて、水道施設の計画的な整備を促すなど、水道事業者に対する指導を行うことにより、安全で安定した水道水の供給を図ります。

○水道事業者に対し、計画的な水道水質の管理、水質検査結果の公表を行うよう指導し、水道に対する信頼性を確保します。また、水道法の対象外施設である、ビル等の貯水槽水道、飲用井戸等に対しても適正な維持管理指導や衛生対策指導を行います。

第 11 章　保健・医療・福祉の総合的な取組の推進

第１節　健康づくりの推進

【対策のポイント】
- ○　個人の生活習慣の改善による生活習慣病の予防や生活機能の維持向上を推進。
- ○　社会環境の質の向上により、自然と健康になれる環境づくりを推進。
- ○　ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりを推進。

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
健康寿命 【再掲】	男性 73.45 歳 女性 76.58 歳 （2019 年）	平均寿命の伸びを上回る延伸 （2029 年）	「健康日本 21（第三次）」に準じる	厚生労働省「健康日本 21 推進専門委員会」
平均自立期間の市町間差	男性 4.0 年 女性 2.9 年 （2020 年度）	上位、下位７市町の平均の差の縮小 （2035 年度）	「健康日本 21（第三次）」に準じる	県健康増進課調べ
脳卒中による年齢調整死亡率（人口 10 万対） 【再掲】	男性　41.3 女性　20.1 （2022 年）	男性　32.4 以下 女性　17.0 以下 （2029 年）	全国平均まで引下げ	厚生労働省「人口動態統計」から算出
高血圧症有病者割合 （40～74 歳）	男性 41.0% 女性 30.3% （2020 年度）	35.6% 26.5% （2035 年度）	「健康日本 21（第三次）」の目標値である収縮期血圧マイナス５㎜Hg に相当する数値	県特定健診データ分析報告書
糖尿病有病者割合 （40～74 歳）	男性 13.3% 女性 6.3% （2020 年度）	維持 （2035 年度）	現状から増加しないことを目指す	県特定健診データ分析報告書
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（特定保健指導対象者の減少率をいう。）	2008 年度の 14.5%減少 （2021 年度）	2008 年度の 25%以上減少 （2029 年度）	第４期医療費適正化計画の目標値	厚生労働省推計ツール
特定健診受診率	58.8% （2021 年度）	70%以上 （2029 年度）	第４期医療費適正化計画の目標値	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
特定保健指導実施率	26.0% （2021 年度）	45%以上 （2029 年度）	第４期医療費適正化計画の目標値	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
野菜摂取量平均値	男性 288.0ｇ 女性 282.6ｇ （2022 年度）	共通 350ｇ以上 （2035 年度）	「健康日本 21（第三次）」に準じる	県民健康基礎調査
食塩摂取量平均値	男性 10.8ｇ 女性 9.2ｇ （2022 年度）	男性　7.5ｇ 女性　6.5ｇ （2035 年度）	日本人の食事摂取基準に準じる	県民健康基礎調査

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
１回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週２回以上、１年以上実施の割合(40～74 歳)	男性 26% 女性 18% (2022 年度)	共通 30% (2035 年度)	現状＋10 ポイント程度（男女共通）	県特定健診データ分析報告書
20 歳以上の者の喫煙率 【再掲】	男性　25.9% 女性　 7.6% (2022 年度)	男性　20% 女性　 5% (2035 年度)	喫煙者のたばこをやめたいと思う者(26.1%)がやめた場合の喫煙率	厚生労働省「国民生活基礎調査」
80 歳で自分の歯が 20 本以上ある人の割合	69.8% (2022 年度)	85% (2035 年度)	国の目標値	後期高齢者歯科健診
足腰に痛みがある高齢者の人数（人/1000 人）	男性　206 人 女性　255 人 (2019 年度)	185 人以下 230 人以下 (2035 年度)	「健康日本 21（第三次)」に準じる(１割減少)	国民生活基礎調査
低栄養傾向（BMI20 以下）の高齢者（65～74 歳）の割合	18.6% (2020 年度)	13%未満 (2035 年度)	「健康日本 21（第三次)」に準じる	県特定健診データ分析報告書
社会参加している高齢者の割合	69.0% (2022 年度)	75% (2025 年度)	県総合計画	県福祉長寿政策課「高齢者の生活と意識に関する調査」
通いの場の設置数 【再掲】	4,665 箇所 (2021 年度)	6,100 箇所 (2025 年度)	県総合計画	厚生労働省調査
ふじのくに健康づくり推進事業所数	6,839 事業所 (2022 年度)	15,300 事業所 (2035 年度)	第４次健康増進計画	県健康増進課調べ
ヘルシーメニューの提供をしている特定給食施設（事業所、一般給食センター）の割合	78.1% (2022 年度)	81% (2035 年度)	過去の推移から 2035 年の予測値を設定 81%	県健康増進課調べ
地域・職域連絡協議会の開催（健康福祉センターごとに）	各１回 (2022 年度)	各１回以上 (2035 年度)	各健康福祉センターで１回/年以上の開催	県健康増進課調べ

○健康づくりは、まず県民一人ひとりが望ましい生活習慣の獲得や健診・検診の受診による適切な健康管理に主体的に取り組むことが重要です。

○本県における 2019 年の健康寿命は、男性 73.45 歳、女性 76.58 歳で、いずれも全国５位でした。また、平均寿命と健康寿命の差は、男性 7.96 年、女性 10.66 年です。平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸により、平均寿命と健康寿命の差である不健康期間の縮減を図ります。

○本県では、2024 年３月に「第４次静岡県健康増進計画」を策定し、「健康寿命の延伸」と「健康格差の縮小」を大目標に掲げ、すべての県民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現を目指して、個人の行動と健康状態の改善、社会環境の質の向上、ライフコースを踏まえた健康づくりに取り組みます。また、これらの取組を下支えし実効性を高める研究や人材育成等の取組を推進します。

○また、関連する計画として、栄養・食生活分野については「第４次静岡県食育推進計画」、歯・口腔の健康分野については「第３次静岡県歯科保健計画」を策定し、関係施策の展開を図ります。

（１）現状

ア　生活習慣の改善

○本県は脳卒中などの脳血管疾患による死亡者数が全国に比べて高く、要因の一つである高血圧対策として減塩や食塩の排出を促す野菜の摂取量を増やすことが必要です。

○子どもから成人期にかけては、肥満が多くの健康リスクを高めるとされる一方、高齢者においては低栄養等によるやせが、健康リスクを高めることが知られています。

○運動習慣を有する者は、生活習慣病発症や死亡のリスクが少ないことが知られています。

○睡眠の問題が慢性化すると、肥満や高血圧、糖尿病等の発症リスク上昇と症状悪化に関連し、死亡率の上昇にも関与することが明らかとなっています。

○飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、１日の平均飲酒量とともに上昇することが示されています。

○喫煙は、がん、循環器病、糖尿病、ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）等の主要の危険因子であることが知られています。また、利用が拡大している加熱式たばこにおいても、紙巻きたばこと同様に有害物質が含まれており、受動喫煙が起こるとされています。

○口腔機能は、健康で質の高い生活を営むために不可欠な摂食や会話等に密接に関連し、健康寿命の延伸や生活の質の向上に関係しています。特に、高齢者における咀嚼機能の低下は、摂取できる食品群にも大きな影響を与えると考えられています。また、オーラルフレイル・口腔機能の低下は、う蝕（むし歯）や歯周病等に起因する歯の喪失にも関係します。

イ　生活習慣病（ＮＣＤｓ:Non-Communicable Diseases)の発症予防・重症化予防

○高血圧が進んで動脈硬化になると、心臓では狭心症や心筋梗塞、心不全などに、また脳では、脳梗塞、脳出血などの脳血管障害（脳卒中）や認知症のリスクが高くなります。

○がんは県民の死因の第１位であり、2022 年の年間死亡は 11,035 人と総死亡の４分の１を占めており、生涯のうちに約２人に１人ががんに罹患すると推計されています。

○本県における脳卒中による年齢調整死亡率は、男女とも全国平均を上回っています。また、全国に比べた超過死亡は、老衰に次いで多い状況です。

○糖尿病が進行すると、神経障害、網膜症、腎症等の合併症を併発し、心筋梗塞や脳卒中等の循環器疾患のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん、肝がん、歯周病等のリスクを高めると報告されています。

○本県におけるメタボリックシンドローム該当者割合は、全国でトップクラスに少ない状況ですが、該当者・予備群は増加傾向にあります。

○腎機能は加齢とともに低下するため、高齢者になるほど慢性腎臓病（ＣＫＤ）が多くなります。ＣＫＤのリスク要因として、高血圧、糖尿病、脂質異常、肥満、メタボリックシンドローム、肝疾患等が挙げられます

○ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）は、肺の炎症疾患で、かつては肺気腫、慢性気管支炎と呼ばれていた疾患が含まれます。喫煙者のうち 20～50%がＣＯＰＤを発症するとされ、症状はゆっくり進行し、高齢者ほど罹患者が多い疾患です。

ウ　生活機能の維持・向上（ロコモ、フレイル、肺炎、大腿骨近位部折等の対策を含む）

○要介護となる原因の約２割は、高齢者に多い変形性膝関節症、変形性腰椎症、骨粗鬆症等の運動器の障害が原因とされています。

○高齢者においては、健康な人であっても若年時に比べ食が細くなり、体重の減少や筋力や体力の低下がみられます。

○本県における認知症の人は、2025 年には約 23 万人に達すると推計されています。また、その後も、高齢者人口の増加に伴い、一定の増加が見込まれています。

○今後、熱中症による搬送者数や死亡者の増加が予測されています。熱中症は、場合によっては、生命にかかわる健康影響ですが、適切な行動をとることで予防が可能です。

○こころの健康は、自分らしく生きるための重要な条件であるとともに、身体の健康とも関連があります。

エ　社会とのつながり・こころの健康

○社会的なつながりを持つことは、精神的健康のほか、身体的健康、生活習慣、死亡リスク等に良い影響を与えることが報告されています。本県でも、運動・食生活・社会参加が「健康寿命の３要素」として、社会参加を推進しています。

○孤食が多いと、欠食が多いこと、野菜等の摂取が少なくなることが報告されており、健康的な食生活を続けるためにも、誰かと食事をする機会を設けることが有効とされています。

○社会とのつながりが少ないと、脳卒中や心臓病、認知症の発症リスクが高くなるなどの健康への悪影響が報告されています。

○仕事に関して強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者が半数を超える状況にあり、労働者の健康確保対策においては、特にメンタルの不調による健康障害が課題となっています。

オ　自然に健康になれる環境づくり・基盤整備

○県民が、健康や疾病について正しい知識を獲得することは、自らの健康にとって最適な行動を選択する上の基本的な事項であり、自ら正しい情報にアクセスできる環境の整備が求められます。

○「健康経営」とは、従業員等の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実践することです。企業理念に基づき、従業員等への健康投資を行うことは、従業員の活力向上や生産性の向上等の組織の活性化をもたらし、結果的に業績向上につながることが期待されています。

○2020 年４月に施行された改正健康増進法に基づき、飲食店等は、受動喫煙防止のため適切な措置を講じる義務があります。

○健康増進法に基づく特定給食施設では、提供する食事の量及び質の改善等を図り、利用者の健康の維持・増進に寄与することが求められます。

カ　ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

○子ども期の生活習慣や健康状態は、成人になってからの健康状態にも大きく影響を与えるため、子どもの健康を支える取組を進める必要があります。

○高齢期にあっては、複数の疾患が慢性的に共存し、完全治癒が難しい場合があるため、個人の価値観を尊重しながら、生活機能の向上、維持を目指すことが求められます。

○女性はライフステージ（「思春期」「妊娠・出産期」「更年期（閉経の前後５年)」「老年期」）による女性ホルモンの変化が大きく、健康への影響が出やすいことが知られています。例えば、女性ホルモンの分泌が減る 40 歳を過ぎた頃から“骨粗鬆症のリスク”が高まるなど、各ライフステージに応じた健康影響の存在が知られています。

キ　実効性を高める取組

○県では、独自に特定健診データの収集・分析を行い、県民に対し分かりやすく健康課題の見える化を行ってきました。2021 年度からは、疾病の予防や健康づくりについて高い専門性を有する静岡社会健康医学大学院大学を設置し、健康寿命の延伸につながる研究を推進しています。

○誰一人取り残さない健康づくりを効果的に展開するためには、行政間の連携のほか、地域の医療保健福祉関係者や民間が連携し、効果的な取組を行うことが望まれます。

○県民に対する保健指導等の取組の充実を図るほか、健康づくりの実施を支える業務の効率化のためにも、健康づくり施策を取り巻く業務にＩＣＴ技術の活用や新たな視点の取組が求められます。

○県は、地域保健法に基づき、地域保健対策が円滑に実施できるように、必要な人材の確保及び資質の向上に努めるとともに、市町に対し、必要な支援を行う責務があります。

○災害発生時や新興感染症まん延時には、平時の取組に加えて、緊急的、広域的、専門的に発生する健康ニーズに対応する必要があります。

○各種健康関連データにより、県内には、生活習慣病や生活習慣等に一定の地域差があることが判明しているため、県内政令市と適切に調和をとりつつ、各健康福祉センターが管内市町や地域の関係者等と連携し、各地域に応じた健康づくり施策を進めていくことが求められます。

（２）課題

ア　生活習慣の改善

○身体的、精神的、社会的に良好な食生活の実現のためには、健康・栄養状態、食事内容、摂取食品、摂取栄養素の各レベルにおいて適切な状態となるよう個人の行動の改善を進めていく必要があります。また、個人の行動の改善に加えて、飲食店等と連携し、社会全体で食環境の改善を進めていく必要があります。

○多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実施するため、身体活動や運動の健康への効用やその実施方法について、正しい知識を持つことが必要です。

○40～74 歳の約３人に１人が、睡眠による休養を十分とれていないと感じているため、日常生活の中に十分な睡眠を取り入れることの健康への効用について、更なる普及啓発が必要です。

○飲酒に伴うリスクやアルコール依存症について、正しい理解を促進し、20 歳未満者や妊産婦等の不適切な飲酒を防止していく必要があります。

○喫煙率の低下に向けて、禁煙を希望する人を増やすとともに、希望者が禁煙に成功するよう支援していくことが必要です。また、たばこの健康被害や禁煙の方法等、たばこに関する新たな情報について、広く普及を図る必要があります。

○う蝕（むし歯）・歯周病は全身の疾患へ影響するとともに、歯の喪失は、生涯にわたる健康状態や生活の質に大きく影響するため、画一的な対策だけでなく、ライフコース等、個人の特性に応じた歯科疾患の予防を図る必要があります。

イ　生活習慣病（ＮＣＤｓ）の発症予防・重症化予防

○高血圧の予防には、食生活をはじめとする生活習慣の改善が有効です。特に、日本人の食生活は食塩が多くなりやすい特徴があるため、適切な減塩対策を進める必要があります。また、カリウムが多く含まれる野菜等の食品の摂取も推奨されています。

○がんによる死亡の減少を目指すため、がん検診の受診率や、精密検査の受診率をさらに高める必要があります。

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

○循環器病の主要な危険因子である生活習慣病の予防及び早期発見のためにも、健康診査等の受診や、行動変容をもたらす保健指導が重要です。

○ＣＯＰＤに関する正しい知識の普及を図るとともに、ＣＯＰＤに関するスクリーニング等を行い、早期の受診や治療の継続につなげる必要があります。

ウ　生活機能の維持・向上（ロコモ、フレイル、肺炎、大腿骨近位部骨折等の対策を含む）

○特に閉経後の女性は、ロコモティブ症候群の１つである骨粗鬆症につながる骨密度の大きな低下がみられるほか、大腿骨骨折等の健康リスクが高い状態を早期に発見し、早期の治療につなげることや、生活機能の維持向上を図ることが重要です。

○運動、食（栄養・口腔機能）、社会参加等の適切な生活習慣の維持・獲得や、社会とのつながりの確保によりフレイル予防（オーラルフレイル予防による肺炎予防を含む。）を進めることが重要です。

○認知症は誰でも起こりうるものであるという前提のもと、本人や周囲の人が正しい知識を持つことにより、早期の発見や、認知症の本人やその家族が感じる不安や負担の軽減を図ることが重要です。

○熱中症対策においては、特に、体温の調整能力が十分に発達していない子ども、水分不足に対する感覚機能や身体の調整機能が低下しがちな高齢者、又は自ら症状を訴えられない方に対する支援が必要です。

○高齢者の心身の健康の維持向上を図るため、地域において気軽に立ち寄り、地域の方と交流することができる「場」や「機会」の確保が必要です。

エ　社会とのつながり・こころの健康

○特に、今後増加が見込まれる退職後の世代に対し地域活動や趣味・スポーツ、就労等の社会活動の実践を支援する必要があります。

○現在における望ましい食生活や健康状態の確保のほか、将来における望ましい食習慣の確保につなげる上で、家庭等において共食の機会を確保することが重要です。

○日常生活環境において、見守り・交流の場や居場所を確保し、人と人の「つながり」を実感できる地域づくりや通いの場等の居場所づくりが求められます。

○働く人のメンタルヘルス対策を含めた健康の増進を図るためには、各職場における健康づくりの取組の推進することが重要です。

オ　自然に健康になれる環境づくり・基盤整備

○健康づくりに関する正しい情報を、適時に適切な手段により県民に情報提供し、普及啓発を図る必要があります。

○働き盛り世代の健康づくりを推進するため、健康経営に取り組む事業所の増加を図り、その企業・事業所の健康課題に応じた取組を支援する必要があります。

○飲食店等が健康増進法や静岡県受動喫煙防止条例に基づく適切な受動喫煙対策が図られるよう、適切な助言・指導を行う必要があります。

○特定給食施設における適切な栄養管理体制を確保するため、管理栄養士・栄養士が配置され、利用者に応じた食事提供が行われる必要があります。

カ　ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

○子ども期においては、将来に渡り望ましい食習慣を獲得する時期であることから、食に関する様々な体験を通じた望ましい食習慣の獲得の機会を提供していくことが必要です。

○子どもの身体活動量低下の原因として外遊びの減少や、テレビ、テレビゲームなどの非活動的に過ごす時間の増加が指摘されています。乳幼児期からの体を動かした遊びに取り組む習慣を身につけたり、学校生活を通じてスポーツに親しむことが大切です。

○特に、今後増加が見込まれる退職後の世代に対し地域活動や趣味・スポーツ、就労等の社会活動の実践を支援する必要があります。

○運動、食（栄養・口腔機能）、社会参加等の適切な生活習慣の維持・獲得や、社会とのつながりの確保によりフレイル予防（オーラルフレイル予防による肺炎予防を含む。）を進めることが重要です。

○偏った食生活は、鉄欠乏など潜在的な栄養不良のリスクを高めます。摂食障害が慢性化すると、無月経や低血圧・不整脈など多くの健康障害を招く恐れがあります。

○特定の年齢の女性を対象とした骨粗鬆症健診を未実施の市町があることや、骨粗鬆症健診を実施していても、受診者数が少ないという課題があります。

キ　実効性を高める取組

○専門的な視点や手法により、健康課題の解決につながる知見を得るため、研究機関等と連携して、健康関連データを用いた研究を進める必要があります。また、得られた研究成果は、地域保健従事者のほか、県民に分かりやすく伝える必要があります。

○すべての県民が、健康づくりに関する取組の恩恵を受けるためには、多様な主体が連携して、情報を共有して、課題の共有や対策の検討を行う必要があります。

○県民の利便性の向上や、より効果的、効率的な健康づくりの推進を図るためには、対象となる県民のＩＣＴ技術への親和性を考慮しつつ、ＩＣＴ技術の積極的な活用を図る必要があります。

○地域保健対策を着実に効果的に推進するため、担い手である保健師や管理栄養士等の専門性を高める継続的な人材育成を図ることが重要です。

○災害や感染症等の健康危機が発生し健康支援ニーズが著しく増大し、市町が自ら対応することが困難な場合には、自治体間が連携し、相互に人的な支援を行うなどの対応をとる必要があります。

○健康課題の地域差につながる要因は、様々な要因が考えられるため、地域における健康課題の対策を検討する上では、地域の関係者による情報共有と意見交換を行うことが重要です。

（３）対策

ア　生活習慣の改善

○飲食店や給食施設、小売店等と連携し、食塩や野菜量等の一定の基準を満たした食事の提供や料理の販売を拡大し、個人が意識せずとも適切な食習慣につながる選択ができるような環境の

整備を図ります。

○運動の健康への効用について正しい知識を持ってもらうため、「健康増進普及月間」や「ふじのくにスポーツ推進月間」をはじめとした様々な機会を通じて普及・啓発に取り組みます。

○市町や保険者が特定健診・特定保健指導などの機会を通じ実施する、休養や睡眠の健康への効用に関する正しい知識の普及・啓発を支援します。

○大学等と連携し、大学生等の急性アルコール中毒を含む不適切な飲酒の防止について啓発を推進するとともに、母子手帳交付時や健診時に合わせて、妊婦及びその家族等に情報提供を行うよう市町に働きかけます。

○禁煙を希望する人を支援するために、禁煙の治療ができる医療機関や禁煙指導ができる薬局の情報提供を進めます。また、５月 31 日の世界禁煙デーや５月 31 日から６月６日の禁煙週間に合わせて、たばこの害や禁煙の方法について周知を行うためのキャンペーンを展開します。

○う蝕（むし歯）・歯周病や歯の喪失、全身の健康との関連性、予防方法について、効果的な情報提供を行い、個人の行動変容を促します。

イ　生活習慣病（ＮＣＤｓ）の発症予防・重症化予防

○適切な量の食塩・野菜・果物の摂取に関する情報提供等を通じて、各個人に沿ったバランスの良い食事の実践に向けた普及啓発を行います。また、飲食店や給食施設、小売店等と連携し、食塩や野菜量等の一定の基準を満たした食事の提供や料理の販売を拡大します。

○がん検診のメリットに関する知識の周知や、対象者個別に行う受診勧奨・再勧奨、企業と連携した啓発等を推進します。また、がん検診と特定健診の同時実施や休日検診の実施、女性が受診しやすい検診環境整備等、受診者の利便性の向上を図ります。

○県医師会等の関係団体と連携し、かかりつけ医への定期受診や訪問診療を促進し、高血圧症への降圧療法をはじめ、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病（ＣＫＤ）、肝疾患等の継続治療を徹底することを推進します。

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

○市町や保険者が行うＣＯＰＤに関する正しい知識の普及や、長期喫煙者やＣＯＰＤに関するスクリーニング質問票で特定したハイリスク者に対する受診勧奨を支援します。

ウ　生活機能の維持・向上（ロコモ、フレイル 、 肺炎、大腿骨近位部折等の対策を含む）

○女性の健康週間（３月１日から３月８日まで）等に合わせて、ロコモティブ症候群の１つであり、転倒による大腿骨近位部骨折のリスクを高める骨粗鬆症に関する適切な知識の普及を図るとともに、市町による骨粗鬆症検診の実施や受診率向上の取組を支援します。また、転倒予防に資する運動の実践について、関係団体や市町と連携し普及啓発に取り組みます。

○通いの場等で活動するリハビリテーション専門職や管理栄養士、歯科衛生士等の活動を支援することにより、高齢期において適切な食、運動、社会参加等の生活習慣の維持・確保によるフレイル予防や、オーラルフレイルの改善を通じた肺炎の予防等を図ります。

○認知症に関する正しい知識を持って地域や職域で認知症の人や家族を手助けする認知症サポーターの養成を推進します。

○夏季を中心に熱中症に関する正しい知識の普及を図るとともに、熱中症予防に関する相談に対応します。熱中症等警戒情報発生時においては、関係機関への迅速な伝達により、社会全体と

して県民に適切な行動を促す体制の確保を図ります。

○高齢者等の孤立を防止するため、高齢者が主体的に集まり、体操や趣味活動等を行う通いの場の設置を促進します。

エ　社会とのつながり・こころの健康

○高齢者の地域貢献を促進するため、生活支援等の担い手の養成や、地域で活躍できる場の情報発信など、高齢者を地域とつなぐ環境づくりを推進します。また、高齢者の多様な就労や社会参加を支援するため、シルバー人材センターの健全な運営を支援します。

○毎月 19 日の食育の日等を活用し、みんなで食べる機会のほか、料理等の食に関する体験をする機会の設定など、家庭内における共食について普及を図ります。

○高齢者の孤独・孤立化を防ぐため、関係団体等と連携し、見守り体制の強化や、世代・属性を超えて交流できる場の提供など、地域とのつながりの強化に取り組みます。

○健康づくりを推進する事業所の認定制度や啓発ツールの提供により、中小規模の事業所におけるメンタルヘルス対策を含めた健康づくりの取組の普及を図ります。

オ　自然に健康になれる環境づくり・基盤整備

○県民健康の日（毎月１日）や、健康増進普及月間等の機会を活用し、関係機関と連携した情報発信を行います。また、健康づくりに関する正しい情報の発信を、県民だより等の広報誌や街頭キャンペーン、ＳＮＳの活用や動画配信など、情報を届けたい対象に応じて適時に行います。

○健康づくりに取り組む企業や事業に対する表彰制度や健康づくり事業所宣言認定制度の運用、働き盛り世代の健康課題に応じた生活習慣改善ツールの提供により、健康経営に取り組む事業所の増加を図ります。

○飲食店等が保健所等において新規・更新等の手続時に、受動喫煙対策に関する適切な情報提供を行います。

○管理栄養士・栄養士が未配置の特定給食施設に対し、必要な情報提供、相談対応、指導等を行います。

カ　ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

○知事部局と教育委員会が連携し、学校給食を活用した食の指導等を通じて、子どもの頃からの望ましい食習慣の形成に取り組みます。

○子どもが、乳幼児期から体を動かした遊びに取り組む習慣を身につけるため、「ふじのくにファミリー・プレイ・プログラム」等、親子で楽しめる運動プログラムの普及に取り組みます。

○高齢者の地域貢献を促進するため、生活支援等の担い手の養成や、地域で活躍できる場の情報発信など、高齢者を地域とつなぐ環境づくりを推進します。また、高齢者の多様な就労や社会参加を支援するため、シルバー人材センターの健全な運営を支援します。

○通いの場等で活動するリハビリテーション専門職や管理栄養士、歯科衛生士等の活動を支援することにより、高齢期において適切な食、運動、社会参加の習慣の維持・確保を図ります。

○生活習慣病の予防や改善のため、適正な量の食塩・野菜・果物の摂取に関する情報提供や健康教育に活用できるツールの作成等を通じて、各個人に沿ったバランスの良い食事の実戦に向けた普及啓発を行います。

○女性の健康週間等に合わせて、骨粗鬆症に関する適切な知識の普及を図るとともに、市町による骨粗鬆症検診の実施や受診率向上を支援します。

キ　実効性を高める取組

○静岡社会健康医学大学院大学等の大学や研究機関と連携により、医療、介護、健診等の情報を活用した研究や、長期に集団を追跡する研究等の実施を支援します。また、研究により得られた知見を、県民に分かりやすく伝えるとともに、県の健康施策の立案に活用するなど、社会実装を図ります。

○多様な主体による連携の場を設置し、幅広い視点と立場から健康づくりの推進を行います。

○県内市町等におけるＩＣＴ技術やナッジ等を活用した取組のほか、新たな視点による取組について、好事例を収集し共有します。

○県や市町の保健従事者に対し、新任期、中堅期、管理期等の経験に応じた研修のほか、施策立案の基礎となる研修（地域診断研修、健康施策研修）、災害対応等の個別の業務に応じた研修を実施します。

○県内で大規模な災害等の健康危機管理が発生した場合には、被災者の健康支援等の必要な業務の実施体制を確保するため、県内市町への職員派遣等の支援を行うとともに、必要に応じ、国や他都道府県調整により人的支援等の調整を行います。

○市町のほか、地域の職域団体、保険者、事業者等の関係者との更なる連携を図るため、地域・職域連携会議を開催し、協力して住民に対して効果的な取組を行います。

第２節　高齢者保健福祉対策

【対策のポイント】

- **○　健康づくり、社会参加の促進**
- **○　認知症にやさしい地域づくり**
- **○　自立と尊厳のある暮らしを支える長寿社会づくり**

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
「通いの場」設置数 【再掲】	4,665 箇所 （2021 年度）	6,100 箇所 （2025 年度）	県総合計画	厚生労働省　調査
認知症カフェ設置数	179 箇所 （2022 年度）	232 箇所 （2026 年度）	市町の設置目標を積み上げて設定	県福祉長寿政策課調査
住まいで最期を迎える事ができた人の割合	31.3% （2022 年）	34.6% （2026 年）	在宅医療等の必要量の伸び率に合わせて設定	厚生労働省「人口動態統計」

（１）現状

ア　高齢化をめぐる状況

○少子高齢化が進行する中、静岡県の総人口は減少傾向ですが、高齢者（65 歳以上）人口は 2015 年に 100 万人を越え、2022 年には 109 万人に達し、高齢化率は 30.8%となっています。受療率や要介護認定率の高まる後期高齢化率（75 歳以上）は 16.4%となっています。

○今後は、人口が減少していく中で高齢者人口は増加し、2035 年には３人に１人以上（34.7%）が高齢者になると予測しています。

○2020 年の本県の総世帯数は 1,483,472 世帯となっており、そのうち、高齢者ひとり暮らし世帯は 166,069 世帯（11.2%）、高齢者夫婦のみ世帯は 162,423 世帯（11.0%）となっています。

○今後は、人口減少に伴い 2040 年の総世帯数は 1,331,927 世帯と減少しますが、高齢者ひとり暮らし世帯及び高齢者夫婦のみ世帯はそれぞれ 225,710 世帯（16.9%）、192,880 世帯（14.5%）と世帯数及び総世帯に占める割合が増加する見込みです。

イ　介護保険制度をめぐる状況

○2022 年 10 月現在、本県の要介護（支援）認定者数は 185,384 人となっており、そのうち、介護サービス受給者数は 154,557 人となっています。

○2022 年 10 月現在、要介護認定率（第１号保険者）は 17.0%となっていますが、65 歳以上 75 歳未満では約４%、75 歳以上 85 歳未満では約 16%、85 歳以上では約 54%と、70 歳代後半から急増しています。

○今後、65 歳以上 75 歳未満人口は減少しますが、要介護認定率の高まる 75 歳以上人口が増加することから、高齢者人口の増加率以上に要介護認定者数が増加することが見込まれています。

○要介護（支援）認定者数は、2026 年度には 200,030 人、2022 年度から 10,783 人増加し、1.06 倍になると推計されています。

○要介護（支援）認定者の増加に伴い、サービス種別ごとの見込み量も図表 11－２－１のとおり増加を見込んでいますが、施設サービスに比較して居宅サービス及び地域密着型サービスの増加率が高くなっています。

図表 11－２－１：要介護(支援)認定者数、主な介護サービス見込み量等の推計

		2022 年度（実績）	2026 年度	伸び率
要支援･要介護認定者数(人)		189,247	200,030	1.06
居宅サービス	訪問介護(回/年)	6,237,197	7,083,221	1.14
	訪問看護(回/年)	1,377,521	1,628,950	1.18
	訪問リハビリテーション(回/年)	476,334	584,416	1.23
	通所リハビリテーション(回/年)	1,313,880	1,436,010	1.09
	特定施設入居者生活介護(人/月)	6,345	6,979	1.10
地域密着型サービス	定期巡回･随時対応型訪問介護看護(人/月)	508	738	1.45
	小規模多機能型居宅介護(人/月)	3,143	3,393	1.08
	認知症対応型共同生活介護(人/月)	6,225	6,885	1.11
	地域密着型特定施設入居者生活介護(人/月)	427	511	1.20
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(人/月)	1,258	1,299	1.03
	看護小規模多機能型居宅介護(人/月)	678	992	1.46
施設サービス	介護老人福祉施設(人/月)	17,632	17,987	1.02
	介護老人保健施設(人/月)	11,847	12,201	1.03
	介護医療院(人/月)	2,294	2,858	1.25
	介護療養型医療施設(人/月)	178	-	-

※介護サービス見込み量は、訪問介護、通所リハビリテーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域密着型特定入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護を除き介護予防サービスを含む
※2022 年は厚生労働省「介護保険事業状況報告月報」

ウ　介護保険制度の改正

○2023 年５月、介護保険法が改正され、主な改正内容は、①介護情報基盤の整備、②介護サービス事業所の財務状況等の見える化、③介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務、④看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化、⑤地域包括支援センターの体制整備等　となっています。

（２）課題

ア　健康づくり、社会参加の促進

○健康寿命をさらに延伸するために、地域における住民主体の介護予防活動の推進が必要ですが、住民主体の「通いの場」の運営者や介護予防リーダーなどの担い手確保が課題です。

○また、住民主体の「通いの場」における介護予防活動を効果的なものにするために、リハビリテーション専門職や歯科衛生士、管理栄養士等の専門職の関与を促進する必要があります。

○地域包括ケアシステムの実現にあたっては、住民が主体となって地域における健康づくり活動

や助け合い活動などを行うことが重要であり、元気な高齢者が担い手として期待されています。

○元気な高齢者が担い手として活躍するためには、就労、ボランティア活動、地域活動、趣味活動など様々な形態の社会参加を促す必要があります。

イ　認知症にやさしい地域づくり

○認知症の人が、できる限り住み慣れた地域で、正しい理解や適切な支援のあるよい環境のもと、自分らしく暮らし続けるためには、医療・介護サービス等の状態に応じた適時・適切な支援体制とともに、若年性認知症を含めた認知症の人の視点に立った社会の認知症への理解が必要です。

○地域における支援体制を充実させるためには、認知症に関する正しい知識と理解を持って、地域や職域で認知症の人や家族を支える認知症サポーターの養成及び活動の活性化が必要です。

○また、認知症の人と家族が地域住民や専門家と情報を共有し、お互いを理解しあう認知症カフェの設置促進や相談機関の周知などが課題となっています。

ウ　介護サービス等の充実・強化

○少子高齢化の進行に伴う要介護（支援）認定者の増加や高齢者のみ世帯の増加により、介護需要は増加しているだけではなく、多様化しています。

○高齢者の自立と尊厳のある暮らしを支えるためには、増加する介護需要に対応する量的・質的に十分な介護サービスの提供基盤の整備だけでなく、多様化した介護需要に個別に対応できる多様な介護サービスの提供が不可欠です。

○特に、地域密着型サービスについては、高齢者が中重度の要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた自宅又は地域で暮らし続けるために、提供基盤の充実が課題です。

○介護を必要とする人やその家族が、それぞれの介護ニーズや家庭・生活環境などに応じて必要なサービス等を利用できるよう利用者や介護家族への支援が必要です。

エ　自立支援、介護予防・重度化防止の推進

○自立支援、介護予防・重度化防止は、単に、高齢者の心身機能の維持・回復のみを目的とするのではなく、一人ひとりの生きがいや自己実現を支援し、生活の質の向上を目指す取組が必要です。

○そのためには、高齢者が自ら運営に参加することにより生きがいづくりや社会参加につなげていく住民主体の「通いの場」の設置及び「通いの場」における多様な活動の促進に加え、市町の地域支援事業における介護予防事業など多様な介護予防活動の充実が課題です。

○また、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生活を送るためには、介護予防だけでなく、病気やけがで入院したときから、回復期、退院直後、在宅での生活期のすべての段階で、自立支援、要介護状態の悪化防止を目的とした切れ目のないリハビリテーションの提供が必要です。

（３）対策

ア　健康づくり、社会参加の促進

○介護予防活動の重要性について、県民の理解促進を図ります。

○ふじのくに型人生区分の普及により高齢者の多様な社会参加を促進するほか、主に“壮年熟期”（66～76 歳）を対象に、地域や社会の担い手としての活動を促進します。

○市町と連携して、住民主体の「通いの場」の設置促進及び「通いの場」における介護予防活動

の推進を図ります。

○また、リハビリテーション専門職団体、歯科医師会、栄養士会等と連携して住民主体の「通いの場」への専門職の関わりを推進します。

イ 認知症にやさしい地域づくり

○認知症の人の家族、関係機関・団体、学識経験者等で構成する分野横断的な会議を開催し、当事者の視点に立った施策の総合的な展開を図ります。

○認知症の当事者が自らの体験を発信する機会を通して、認知症の理解促進と普及啓発を図ります。

○市町における認知症サポーターの養成を促進するため、キャラバン・メイトの計画的な養成と活動の活性化を図ります。

○市町における認知症カフェの設置を促進するとともに、認知症の人や家族が認知症カフェを利用しやすい環境づくりに取り組みます。

○市町の地域包括支援センター等の相談窓口に加え、認知症介護の経験者等が相談に対応する「認知症コールセンター」や「若年性認知症相談窓口」などの周知を図ります。

ウ 介護サービス等の充実･強化

○市町ごとの介護サービスの利用状況や介護サービス事業所における提供状況などを全県的に実態把握し、介護サービス提供基盤が不足している地域における計画的な基盤整備を支援します。

○介護サービス事業所の経営課題の解決を支援し、経営の安定化を図るため、人材の確保とＩＣＴや介護サポーターの有効活用による生産性向上などを推進します。

○多様な介護需要に対応し、自立と尊厳のある暮らしを支える介護サービスの質を確保するため、利用者一人ひとりの心身の状態や個性、生活リズムに合わせた個別ケアの推進のほか、事業者指導による法令遵守、虐待の防止、身体拘束の廃止などを図ります。

○介護を必要とする人やその家族の介護サービスの利用等を支援するため、介護保険に関する多様な情報提供や苦情相談体制の整備に加え、市町における介護教室・介護者交流会の実施を促進します。

エ 自立支援、介護予防･重度化防止の推進

○多様な介護予防活動の好事例を収集、情報発信することで、市町における住民主体の「通いの場」の設置や地域支援事業における介護予防事業の充実を支援します。

○切れ目のないリハビリテーションの提供のため、入院から回復期、生活期までの各段階におけるリハビリテーションの提供体制の充実を図ります。

○訪問リハビリテーションについては、必要な知識、技能を要する専門職の養成を図るなど、提供体制を強化します。

○また、入院患者の円滑な在宅復帰を支援するため、各地域において病院、診療所、介護サービス事業所等のリハビリテーション関係者の連携体制の整備を図ります。

第３節　母子保健福祉対策

【対策のポイント】
- ○　妊娠期から子育て期までの切れ目ない支援体制の構築
- ○　子育て支援における医療との連携

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
産後、助産師等からの指導・ケアを十分に受けることができた人の割合	91.3% （2022 年度）	100% （2025 年度）	全対象者が十分に指導・ケアを受けることができたことを目指す	こども家庭庁成育局母子保健課「健やか親子 21 指標」
産婦健康診査受診率	84.9% （2022 年度）	100% （2025 年度）	全対象者の受診を目指す	県こども家庭課調査
新生児聴覚スクリーニング検査受検率	97.9% （2022 年度）	100% （毎年度）	全対象者の受診を目指す	県こども家庭課調査
医療従事者向け母子保健研修受講者数	542 人 （2022 年度）	400 人 （毎年度）	2013～2015 年度平均値（382 人）を元に設定	県こども家庭課調査

（１）現状

○子育て世代包括支援センターが全市町に設置され、全市町で産婦健康診査が実施されるようになりましたが、核家族化や地域のつながりの希薄化に伴う子育て家庭の孤立化などにより、子育てに関する保護者の心身の負担や不安感が増加しています。

○晩婚化や晩産化により全出生児に占める生殖補助医療による出生児の割合は増加傾向にあり、心理的な相談や専門的な治療の相談ニーズが高まっています。

（２）課題

○子育て家庭の孤立化を防ぐため、社会全体で子育て家庭を応援していく必要があります。

○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、母親の心身の負担増加の問題が生じていることから、母子保健と医療が連携し産後の母子支援サービスの体制を整える必要があります。

○不妊・不育症の相談から、妊娠期・子育て期の相談まで、切れ目ない母子保健サービスを提供し、安心して子どもを産み育てられる環境づくりを進めていくことが必要です。

○子どもを持ちたいと考える人の希望を叶える社会の実現を目指し、不妊症や不育症で悩む県民の心に寄り添う相談支援の充実を図る必要があります。

○医療や保健福祉サービスが必要な子どもへの支援体制をつくるため、保健と医療との連携強化が必要です。

○新生児聴覚スクリーニング検査の受検率は向上しているが、必要性を感じない等の理由で検査を受けない場合があります。

（３）対策

ア　妊娠・出産期から子育て期までの母子への支援

○妊娠期から子育て期までにおける全ての家庭に寄り添い、身近な相談に応じ、切れ目ない母子保健サービスを提供することによって、安心して子どもを産み育てられる環境づくりを支援します。

○妊産婦健康診査・伴走型相談支援・産後ケアなどの市町母子保健事業の推進を支援し、出産前後の母子をサポートする体制整備を図ります。

○子どもの健やかな成長と育児を支援するための市町母子保健事業の推進のために、乳幼児健康診査の標準化や従事者の育成等に取り組みます。

○小児慢性特定疾病児童等の療養や社会的自立に関する相談、思春期特有の健康問題に対する相談等に取り組みます。

○こども医療費助成の充実や小児慢性特定疾病医療費助成等の経済的支援に取り組みます。

○不妊症・不育症に関する専門的な相談の対応等によって、治療に悩む方を支援します。

イ　子育て支援における医療との連携

○子どもの疾病や障害の早期発見・早期治療のために、妊婦や子どもの健診の実施体制、医療が必要な母子への支援体制を整備し、医療との連携強化に取り組みます。

○医療関係団体と連携し、児童福祉及び母子保健について医療従事者等の意識向上や最新知見の普及を図ります。

○こども救急電話相談により、子どもの急な発熱や怪我等への対応をアドバイスすることで、安心して子育てできる環境を整備します。

○新生児聴覚スクリーニング検査の未受検者を減らすため、正しい知識の提供や受診勧奨を行うことによって、市町、産科等の関係医療機関の連携体制を強化を図ります。

○多様なニーズを抱える方へのきめ細かな支援を行うため、相談支援を担当する職員の質向上や相談体制の機能強化を図ります。

第４節　障害者保健福祉対策

【対策のポイント】
- ○　障害のある人に対する「合理的配慮の提供」の徹底
- ○　地域生活への移行支援
- ○　様々な障害の特性に応じた支援体制整備

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
障害を理由とする差別解消推進県民会議参画団体数	272 団体（2022 年度）	340 団体（2025 年度）	第５次静岡県障害者計画目標値	県障害者政策課調査
障害福祉サービス１か月当たり利用人数	34,272 人（2022 年度）	42,431 人（2026 年度）	第７期静岡県障害福祉計画目標値	県障害者政策課調査

（１）現状

ア　障害者差別解消法と静岡県障害者差別解消条例の施行

○障害を理由とする差別の解消を推進し、全ての国民が、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現を目的とした「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（障害者差別解消法）」が 2016 年４月に施行されました。また、民間事業所における「合理的配慮の提供[1]」の義務化を含めた改正障害者差別解消法が 2024 年４月から施行されました。

○障害者差別解消法に定められた「障害を理由とする不当な差別的取扱いの禁止」と、障害のある人に対する「合理的配慮の提供」という理念の具現化のため、2017 年４月に「静岡県障害を理由とする差別の解消の推進に関する条例（静岡県障害者差別解消条例）」を施行するとともに、上記法改正を受けて関連規定の改正を行いました（2024 年４月施行）。

イ　障害のある人の状況

○2023 年３月末現在において、県内の身体障害のある人（身体障害者手帳所持者）は 118,294 人、知的障害のある人（療育手帳所持者）は 38,900 人、精神障害のある人（精神障害者入院・通院患者）は 61,507 人であり、身体障害を除き増加の傾向にあります。（図表 11－４－１）

[1] 合理的配慮の提供：障害のある人からの何らかの配慮を求める意思の表明に対し、例えば車いすを利用している人が電車に乗降する際に駅員が手助けすることや、知的障害のある人に、ゆっくり丁寧に繰り返し説明をすることなど、負担になりすぎない範囲で対応を行うこと。

図表 11－４－１　障害のある人の状況（2023 年３月末現在）　（単位：人・%）

区分	2022.3.31（A）		2023.3.31（B）		人数増減（B－A）	参考	
	人数	構成比	人数	構成比		2013.3.31 人数（C）	増減率（B／C）
身体	120,440	55.4	118,294	54.1	△2,146	126,119	93.8
知的	37,767	17.4	38,900	17.8	1,133	27,110	143.5
精神	59,043	27.2	61,507	28.1	2,464	42,179	145.8
計	217,250	100.0	218,701	100.0	1,451	195,408	111.9

ウ　障害種別の状況

（身体障害のある人）

○身体障害のある人（身体障害者手帳所持者）のうち、65 歳以上の人の占める割合は 72.7%、重度の人の占める割合は 51.4%にのぼり、高齢化、重度化の傾向が見られます。

図表 11－４－２　等級別身体障害者数（2023 年３月 31 日現在）　（単位：人・%）

区　分	重度		中度		軽度		計	うち 65 歳以上
	１級	２級	３級	４級	５級	６級		
視覚障害	2,525	2,660	429	558	1,102	316	7,590	5,462
聴覚・平衡	488	2,112	1,127	2,484	39	3,274	9,524	7,102
音声・言語・咀嚼	93	68	967	450	0	0	1,578	1,142
肢体不自由	12,916	11,473	9,198	14,246	5,287	2,925	56,045	38,354
内部障害	28,095	406	6,680	8,376	0	0	43,557	33,941
計	44,117	16,719	18,401	26,114	6,428	6,515	118,294	86,001
構成比	37.3	14.1	15.6	22.1	5.4	5.5	100.0	72.7

（知的障害のある人）

○知的障害のある人（療育手帳所持者）は年々増加しており、特に中軽度の増加が顕著です。

図表 11－４－３　障害の程度別知的障害者数（2023 年３月 31 日現在）　（単位：人・%）

区　分	2022.3.31			2023.3.31		
	A（重度）	B（中軽度）	計	A（重度）	B（中軽度）	計
18 歳未満	2,351	8,342	10,693	2,336	8,633	10,969
18 歳以上	9,572	17,502	27,074	9,680	18,251	27,931
計	11,923	25,844	37,767	12,016	26,884	38,900
構成比	31.6	68.4	100.0	30.9	69.1	100.0

（精神障害のある人）

○精神障害のある人（精神障害者入院・通院患者）は入院患者が減少している一方で、通院患者は年々増加しています。

図表 11－４－４　精神障害者入院通院患者数（2023 年３月 31 日現在）　（単位：人・%）

区　分	2022.3.31			2023.3.31		
	入院	通院	計	入院	通院	計
患者数	5,187	53,876	59,043	5,117	56,390	61,507
構成比	8.8	91.2	100.0	8.3	91.7	100.0

＜参考＞精神障害者保健福祉手帳所持者数　29,979 人　（2023 年３月 31 日現在）

（２）課題

ア　障害についての理解促進

○「合理的配慮の提供」が民間事業者においても義務化されることも踏まえ、多くの県民・企業の方々の更なる障害に対する理解が必要です。

イ　地域における自立した生活の促進

○障害のある人の重度化・高齢化が進む中、「親亡き後」を見据え地域生活を支える相談支援体制や居住支援の一層の充実が必要です。

ウ　障害特性に応じた支援体制の整備

○障害によって必要となる支援は様々であり、医療的ケア児を含め、多様な障害に応じたきめ細かな支援体制の整備が必要です。

（３）対策

ア　障害に対する理解と相互交流の促進

○民間事業者の「合理的配慮の提供」に対する理解を深めるため、一層の周知啓発を行います。

○障害のある人がスポーツに触れる機会の提供や、障害のある人とない人が共に参加できる環境の整備などにより障害者スポーツの振興を図るほか、障害のある人や障害に対する正しい理解を広めるため、障害者芸術祭の開催などにより障害のある人の文化芸術活動の振興を図ります。

イ　地域における自立を支える体制づくり

○親亡き後も障害のある人の地域生活を支えるため、緊急対応等の機能を持つ市町の地域生活支援拠点等の設置を支援するほか、市町・地域自立支援協議会で対応が難しい専門的な課題について、県が設置する圏域自立支援協議会の専門部会で検討し技術的助言を行うなど、市町等の相談支援体制を支援します。

○障害福祉サービスの利用ニーズの増加に対応するため、障害福祉計画及び障害児福祉計画に基づき、計画的な障害福祉サービス事業所等の整備を促進します。

○入所施設や精神科病院からの地域移行を進めるため、圏域自立支援協議会の地域移行部会において課題を協議し、保健・医療・福祉の連携を推進するとともに、精神障害のある人の地域生活への移行の推進に携わる精神科医療機関、地域援助事業者、市町等の人材を養成し、重層的な支援体制を構築します。

○企業への一般就労を促進するため、障害者就業・生活支援センターを拠点とした就労と生活の両面からのきめ細かな相談と職場定着支援の充実を図るとともに、一般就労が困難な障害のある人の福祉的就労を促進し経済的自立を支援するため、企業との連携や農業分野の職場開拓などによる障害の特性に応じた仕事の創出や事業所の収益拡大による工賃向上を図ります。

ウ　多様な障害に応じたきめ細かな支援

○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、福祉・介護等のエキスパート及び、医療、福祉等の各種支援を総合的に調整する医療的ケア児等コーディネーターの養成や、「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導入提供等在宅支援サービスの充実を図ります。

○2022 年に設置した医療的ケア児等支援センターにおいて、医療・福祉・保健・教育等の関係機関と連携し、医療的ケアに関する様々な相談に対応するとともに、人材の開拓・養成、関係機関との連携体制の構築などを総合的に実施します。
○医療的ケア児が医療的ケア児でない児童と共に教育を受けられ、また、家族の付き添い負担を軽減し、適切な医療的ケアが受けられるよう、看護師の配置など必要な体制整備に取り組みます。
○発達障害のある人の地域における支援体制を構築し、地域での対応力の向上を図るとともに、障害児に対する重層的な地域支援体制の構築を図ります。
○精神障害のある人が身近な地域で適切な医療を受けられるように、多様な精神疾患等ごとに、各医療機関の医療機能を明確にし、医療連携体制を構築します。

第５節　保健施設等の機能充実

１　保健所（健康福祉センター）

【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、新興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・新型コロナウイルス感染症等の感染症対策、難病患者等に対する地域ケア対策、健康増進、生活衛生、地域住民の保健水準の向上、精神保健をはじめとする地域保健活動など、公衆衛生の専門機関としての役割を担っています。

○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。

○感染症に関する人材育成機能の充実や研修の実施など、新興感染症発生時に備えた体制の強化を図ります。

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、医療圏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。

２　発達障害者支援センター

（１）現状

○発達障害者支援センターは、2005 年４月の発達障害者支援法の施行に伴い創設され、県内には、県の２か所のセンター（東部・中西部）のほか、静岡市、浜松市の４か所あります。

○2020 年４月から発達障害者支援センターの運営業務を民間委託するとともに、同センターを東部（アスタ、沼津市）と中西部（ｃｏｃｏ、島田市）の２箇所に設置しています。

○発達障害者支援センターへの相談は、男性が 59.2%、19 歳以上の青年期以降の方が 54.4%と多く、「生活面・家庭で家族ができることを知りたい」という相談内容が 30.4%と最多になっています（2022 年度）。

○市町や民間の機関で対応困難な事案について専門的な立場から相談を受け付け、発達支援や就労支援を行うほか、市町などの関係機関に対する情報提供や研修などを実施しています。

○発達障害者支援センター診療所は 2019 年度末をもって廃止しました。

（２）課題

ア　発達障害者支援センターの地域支援機能の強化

○県民からの相談の増加や地域の支援機関の増加などに伴い、発達障害者支援センターに対して求められる専門性が高まっていますが、業務を適切に行いつつ、専門性の向上を図る必要があります。

○身近な支援を行う市町などの地域支援機関と、「困難事例等への支援」や「地域支援機関の対応力の向上支援」を専門的に行う発達障害者支援センターとの役割分担を明確化し、相互に連携しながら、増加する専門的支援ニーズに適切に対応していく必要があります。

○県内の各地域において一定の質の療育や支援が行われるよう、発達障害者支援センターの地域支援機能の強化が求められています。また、各地域の支援体制や相談状況を考慮しつつ、できるだけ身近な地域で専門的支援を行い、その支援効果を高めるため、発達障害者支援センターの展開のあり方も整理する必要があります。

イ　支援の専門性の向上

○困難事例等に対して適切な支援を行うため、発達障害者支援センターの専門性を持続的に向上させる必要があります。

（３）対策

ア　発達障害者支援センターの地域支援機能の強化

○発達障害者支援センターにおいて市町や事業所等の支援機関を対象とした機関コンサルテーションを実施するほか、地域の支援機能を担う発達障害者支援コーディネーターと連携することで、身近な地域において必要な支援を受けられる体制の強化を図ります。

イ　支援の専門性向上

○研修等により、幼児から成人までの支援のコーディネートといった職員の支援技術の向上を図ります。

３　精神保健福祉センター

（１）現状

○精神保健福祉センターは、精神保健福祉に関する総合的技術センターとして、次のような活動をしています。

・県民に対する精神保健福祉に関する知識の普及啓発
・精神保健福祉に関する相談及び指導のうち、複雑又は困難なもの
・保健所、市町等の関係機関及び組織に対する技術的事項についての協力やその他必要な援助
・精神保健福祉関係職員に対する専門的な教育研修
・地域精神保健福祉活動の推進並びに精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加促進等についての調査研究、資料収集及びそれらの提供
・自立支援医療費（精神通院医療）の判定・認定及び発行に関する業務
・精神障害者保健福祉手帳の判定・発行に関する業務
・精神医療審査会の審査に関する事務

（２）課題

○多様化、複雑化する精神保健福祉ニーズに対応し、効果的に施策を推進するため、関係機関に対して、専門的立場から精神保健福祉に関する意見具申等をすることが精神保健福祉センターに求められます。

○精神保健福祉法の改正により、2024 年４月から市町が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化することが定められました。これにより、精神保健福祉センターには、従前どおり複雑又は困難な相談に対応することに加え、相談者の身近で福祉・母子保健・介護等を担当している市町において、包括的な相談支援を受けられるよう、市町の相談支援体制の整備を支援することが求められます。

○阪神・淡路大震災、東日本大震災などの大規模災害や、熱海市逢初川土石流災害における経験から、災害時等のこころのケア対策の推進が求められます。

○精神科病院に入院している患者の人権に配慮しつつ、その適正な医療及び保護を確保する観点で実施する精神医療審査会について、より一層適正な運営が求められます。

（３）対策

ア　専門性を発揮した技術的協力及び援助

○保健所及び市町等が行う精神保健福祉業務が効果的に展開されるよう、関係機関や関係部署等に対する技術的事項についての協力やその他必要な援助を積極的に行います。

イ　人材育成の充実

○保健所、市町、福祉事務所、障害福祉サービスを行う事業所等その他の関係機関において精神保健福祉業務に従事する職員に対する専門的教育研修等を行います。また、体系的・階層的な研修の企画について、関係機関及び部署と連携して進めます。

ウ　普及啓発の推進、促進

○県民に対する精神保健福祉の知識や精神障害についての正しい知識等の普及啓発を効果的に行うとともに、保健所及び市町が行う普及啓発活動に対する専門的な立場からの協力及び援助を行います。

エ　調査研究と情報提供

○地域精神保健福祉活動の推進、精神障害者の社会復帰の促進等精神障害者の希望やニーズに応じた支援等についての調査研究を行うとともに、必要な統計及び資料を収集整備し、県、保健所、市町が行う精神保健福祉活動が効果的に展開できるよう情報提供します。

オ　相談体制の充実

○精神保健福祉に関する相談のうち、自死遺族相談、依存問題を抱える当事者や家族に対する相談、市町や保健所では対応困難なひきこもり相談など、高度な専門性を必要とするものを対象に相談支援するとともに、市町や保健所等身近な相談支援機関と連携して、相談者が包括的な支援が受けられる体制の構築を図ります。

○災害時等におけるこころのケア対策として、研修や緊急支援を行います。

カ　精神障害のある人の人権の擁護の推進

○入院中の精神障害のある人の人権に配慮した適切な医療及び保護が確保されるように、精神医療審査会事務を適正かつ迅速に進めます。

キ　精神障害のある人の地域生活の支援

○精神障害のある人が地域で生活するために必要となる自立支援医療費（精神通院医療）の受給や精神障害者保健福祉手帳取得のための判定等を適正かつ迅速に進めます。

○長期入院者の地域移行と地域定着を促進し、地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるように、関係機関職員への情報提供・助言等を行います。

４　静岡県健康福祉交流プラザ（旧：静岡県総合健康センター）

【対策のポイント】
○　健康、福祉、交流に着目した総合施設として、県民の生涯を通じた健康づくり及び社会参加を促進

（１）現状

○県健康福祉交流プラザ（三島市谷田）は、これまで県民の健康づくりのための総合施設として設置、運営してきた県総合健康センターの位置づけを見直し、県民の多様な健康福祉活動（心身の健康増進、障害者福祉・スポーツ、人と人とのつながり等）や感染症対策の推進に寄与する総合施設として、2024年１月から、新たに設置し運営を開始しました。

○これまで、県総合健康センターが担ってきた、健康づくりの指導者の養成及び研修、健康づくりのための調査研究、情報収集、それらの結果の提供については、県（健康政策課）や、2021年度に開設した静岡社会健康医学大学院大学（静岡市葵区北安東）に継承しました。

（２）課題

○健康寿命の更なる延伸のためには、運動を始めとした生涯を通じた健康づくりの実践や、年齢の違いや障害の有無に関わらず参加できる社会活動の実践が必要です。

○健康づくり及び社会参加を実践するためには、県民が健康福祉活動を実践できる場や、実践について適切な支援を得られる機能が必要です。

○新型コロナウイルス感染症等の感染症まん延時においては、感染症対策を適切に推進するため、物資の一時的な保管場所やワクチン接種会場等の確保が必要となります。

（３）対策

○県健康福祉交流プラザ内の施設（体育館、会議室、ホール、ランニングコース等）の供用により、県民の多様な健康福祉活動の実施を支援します。

○県健康福祉交流プラザにおいて、健康づくり及び社会参加の実践に関する指導、普及啓発及び相談対応を行います。

○感染症対策として必要な場合は、一般の県民の利用を中止し、施設全体を物資の一時的な保管場所やワクチン摂取会場等に使用する場合があります。

５　ふじのくに感染症管理センター

【対策のポイント】
○　政令市を含む保健所、市町、県内医療機関や医療関係団体、研究機関など、様々な機関と連携しつつ、効果的な感染症対策を推進

（１）現状

○新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、本県における感染症対策の司令塔となる「ふじのくに感染症管理センター」を 2023 年４月１日に静岡県健康福祉交流プラザ[1]（三島市谷田）内に開設し、有事に備えた活動を行っています。

（２）課題

○医療関係者等と連携し、適時に適切な感染症対策を推進するため、司令塔機能の発揮が必要です。
○県民への的確な情報発信のために、保健所、医療機関などが感染状況や病床の状況を共有できるＩＣＴを活用した情報プラットフォームが必要です。
○医療機関や福祉施設において、感染症への対応力を上げるために、人材の育成を進めることが必要です。

（３）対策

○ふじのくに感染症管理センターの司令塔機能を発揮するため、常設の専門家会議を設置し、専門家の意見を施策に反映するなど、感染症発生前から流行拡大時、そして終息まで一貫した対応ができる体制を整備します。また、保健所設置市、市町、県内医療機関、医療関係団体、研究機関その他の関係機関を構成員とする静岡県感染症対策連携協議会を設置し、新型インフルエンザ感染症等の発生の予防及びそのまん延を防止するために必要な対策について協議を行います。
○ふじのくに感染症管理センターに情報プラットフォームを構築し、保健所、医療機関等の関係機関の業務効率化、情報の共有化と感染状況分析等のため、業務のデジタル化とデータ管理を一元化します。また、県民が感染症に関する正しい情報を得るとともに、感染症に関するデータを活用することのできる環境を整備します。
○ふじのくに感染症管理センターにおいて研修等を実施し、医療機関や福祉施設において、感染対策を講ずることのできる人材を育成し、標準的な感染予防策の徹底や、感染症発生時の施設内のまん延防止対策が行えるよう、県全体の感染対策の底上げを目指します。

[1] 2023 年 12 月までは県総合健康センター

６　静岡社会健康医学大学院大学

【対策のポイント】

○　科学的な知見に基づく健康増進施策・疾病予防対策を推進するため、静岡社会健康医学大学院大学と連携し、「社会健康医学研究の推進」「人材の育成」「成果の還元」を推進

（１）現状

○平均寿命と健康寿命の差である、いわゆる不健康期間を短縮するためには、これまで以上に、科学的知見に基づいた施策の構築や研究が欠かせません。

○社会健康医学の視点を取り入れ、これまでの健康長寿の取組を体系化し、健康寿命の延伸に資する先端的な施策や研究などに取り組むことにより、得られた成果や知見を的確に県民の生活に反映させることを目的に、県では、社会健康医学の「知と人材の拠点」として、2021年４月に、静岡社会健康医学大学院大学を開学しました。

（２）課題

○県民一人ひとりが心身ともに健康で、いきいきと社会生活を送るためには、健康長寿を支える要因に関して、十分に科学的な分析が必要です。

○科学的知見に基づいた健康施策を推進するために、「社会健康医学」の研究に取り組み、得られた知見をこれまでの健康長寿の取組の体系化や、健康寿命の延伸に資する施策に反映させることができる人材育成が必要です。

○研究成果の健康増進施策、疾病予防対策を科学的な視点に基づいて整理、体系化し、研究で得られた科学的知見を施策の立案に反映させ、効果的な実施を図る必要があります。

（３）対策

○健康増進施策や疾病予防対策に科学的な知見を導入するため、医療ビッグデータ解析、効果的な健康増進施策・疾病予防対策の最適化に資する疫学研究・ゲノムコホート研究に取り組みます。

○社会健康医学の研究を長期かつ継続的に推進し、研究の成果を県民に分かりやすい形で随時還元する担い手として、地域医療で先導的な役割を果たす高度医療専門職や、地域保健の最前線で健康増進施策を担う健康づくり実務者、社会が必要とするエビデンスの導出とその社会実装を通じて広く人々の健康に貢献できる能力を身につけた研究者を育成します。

○社会健康医学の研究により得られた成果を、行政や医療機関などと連携して健康増進施策や疾病予防対策に反映するとともに、県民が自らの健康を意識し主体的に取り組むよう、県民に分かりやすく情報提供を行います。

７　環境衛生科学研究所

（１）現状

○環境衛生科学研究所（静岡市葵区北安東（～2019 年度）、藤枝市谷稲葉（2020 年度～））は、地方衛生研究所として、これまでの調査研究や試験検査で得た高度で専門的な知見やデータ、高度な分析機器及び技術を活かし、調査研究、試験検査、研修指導及び保健衛生に係る情報の収集・解析・発信を通じて感染症予防、食品衛生、薬事衛生等、広範多岐にわたる保健衛生行政の科学的・技術的な中核機関としての役割を担います。

（２）課題

○近年、新型コロナウイルス感染症の流行やデング熱等の輸入感染症の国内発生が危惧されています。感染症や食中毒が発生した場合、保健衛生上の観点から、迅速に病原微生物や感染源等を特定し、感染拡大や被害拡大を防ぐことが求められます。

○本県は医薬品、医療機器及び化粧品の生産金額の合計が 1 兆円を超え、全国トップクラスです。県内で製造される医薬品等の品質を確認することは、保健衛生上の観点だけでなく、産業育成の観点からも重要です。

○他県において発生した医薬品の製造に係る不正事案に起因して、医薬品の供給に支障が生じる問題が発生しています。医薬品生産県である本県のメーカーで同様の事案が発生した場合、全国の医薬品供給に深刻な影響を及ぼすことが懸念され、収去検査の強化が求められます。

○当研究所は、県が推進する富士山麓先端健康産業集積（ファルマバレー）プロジェクトの協力機関として、約 12 万種の化合物ライブラリーを保管、管理しています。化合物ライブラリーを活用した創薬探索研究において、当研究所がその一翼を担うことが期待されています。

○農畜水産物に使用される農薬や抗菌性物質は、人体に対する有害性が懸念されることから、使用量や流通食品中の残留量は厳しく制限されていますが、年々規制対象となる農薬等が増大しており、試験検査の対応が必要となっています。

（３）対策

ア　感染症や食中毒への対応

○新型コロナウイルス感染症やデング熱等の輸入感染症の流行拡大、食中毒による健康被害の拡大を抑制するため、検査手法の開発や高度な検査機器等を活用した試験検査方法に関する調査研究を実施します。

○研究成果を活用して感染症及び食中毒検査の短時間処理体制や病原体の同定処理体制の充実を図り、迅速・集中的な検査の実施や早期の原因究明を行います。

イ　医薬品収去検査の強化

○医薬品製造業者の製造実態、検査体制等の正確な把握のため、これまで実施してきた計画的な医薬品等の収去検査に加えて、無通告査察時に抜き打ちで収去した医薬品の検査を行います。

ウ　ファルマバレープロジェクトの推進

○静岡県発の医薬品の創製を目指して、化合物ライブラリーを活用した創薬探索研究を推進します。

エ　先進的、高度な技術力を要する研究・試験検査の実施

○農畜水産物の残留農薬等、食品中の規制対象となる化学物質について、複数物質の一斉分析法や迅速分析法の開発のための研究を実施し、その成果を活用して収去食品の検査を実施します。

○日本は医薬品査察の国際団体であるＰＩＣ／Ｓ（医薬品査察協定・医薬品査察協同スキーム）に加盟しており、医薬品検査における公的認定試験検査機関として、ＰＩＣ／Ｓが提唱する国際基準の品質管理監督システムにより試験検査業務を運用します。

オ　試験検査の精度管理

○正しい試験検査結果を出すために、機器点検、試験検査結果の検証、職員への教育訓練や信頼性確保（保証）部門による内部点検等の実施により、精度管理を徹底します。また、ISO9001をベースとした試験検査の品質管理監督システム（ISO17025）の手法を導入し、試験検査の品質を確保します。

カ　業者等への研修、技術指導

○県や市町の保健衛生行政関係職員の研修指導、試験検査機関や医薬品製造業者の品質管理担当者に対する測定機器の操作等の技術指導を積極的に行います。

キ　情報の収集・解析・提供

○国や他自治体の研究機関、医療機関、大学等と連携し、保健衛生に関する情報の迅速な収集、解析を進めるほか、行政機関及び県民に対する情報提供を積極的に行います。

８　市町保健センター

【対策のポイント】

○　地域保健サービスの拠点施設である市町保健センターを活用した効果的な保健活動の展開

（１）現状

○市町保健センターは地域保健法を根拠に、市町が地域保健に必要な事業を行うために設置することができる施設です。

○30 市町に 53 ヶ所の保健センターが設置されています。（2023 年 10 月現在）

○市町は、基礎自治体として、住民への直接的保健サービスを担当し、住民に身近な場で母子保健、成人保健等を中心とした健康相談、保健指導、健康診査などを実施し、地域のニーズに沿った健康づくり活動を実施しています。

（２）課題

○市町は、地域保健対策の円滑な実施のため、必要な人材の確保、企画調整機能の強化など、地域住民のニーズに十分応えられる体制を充実していく必要があります。

○より効果的な保健活動の実施にあたっては、医師会・医療機関、保健所、社会福祉施設等関係団体・機関との連携・協力のもと事業を行う必要があります。

（３）対策

○市町における保健サービスのより一層の推進のために、必要な人材の確保、資質の向上とともに、保健、医療、福祉サービスの連携のための体制の確立を図ります。

○市町が効果的な保健活動を行うために、県及び健康福祉センター（保健所）は医師会・医療機関、社会福祉施設等関係団体・機関との連携・協力を支援します。

○県及び健康福祉センター（保健所）は、住民の様々なニーズに応え、効果的、効率的に事業を実施するため、保健活動の拠点施設としての保健センター機能の充実を支援します。保健センター未設置市町について、代替施設において適切な保健活動が実施されている場合は、その保健活動を支援します。

第６節　地域医療に対する住民の理解促進

【対策のポイント】
- ○　医療機関の役割分担と連携に当たり、サービスの受け手である住民の理解促進
- ○　地域の医療を育む住民団体等との協働により、医療機関の適切な利用について住民に周知

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
地域医療支援団体の数	９団体 （2023 年）	15 団体 （2029 年）	東部及び中部地区での新規設立を目指す	県医療政策課調査

（１）現状

○県では、2015 年度から地域医療を育む住民団体との協働により、身近な医療に対する理解の促進を図る活動を展開することで、地域住民が主体となって地域医療を支えていく社会を目指しています。

○2022 年度の静岡県の地域医療に関する調査の結果によると、軽い病気にかかったと思われる場合の対応として、医療機関にかかる割合が約７割を占めており、かかりつけ医の有無について、過去調査と比較すると、いずれの年度も「いる」が６割程度となっています。住民に対して、医療機関の適切な利用の周知を進める必要があります。

○高齢化の進行に伴い、年間死亡者数は今後も増加し続けることが予想されるため、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、ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）を普及させていくことが必要です。

○県では、2019 年３月、外部有識者等による「人生の最終段階における医療・ケアの在り方」に関する検討会を設置し、検討会において３年度にわたる議論の成果をまとめ、提言書「人生 100 年時代における自分らしい晩年そして末期（まつご）のために」を 2021 年３月に知事に提出しました。

○提言を踏まえ、県では県民向けのセミナーを開催するなど、ＡＣＰの普及啓発に取り組んでいます。

（２）課題

○医療機関の役割分担と連携に当たっては、サービスの受け手である住民の理解を得て進めていく必要があります。

○在宅医療・介護への不安の払拭とともに、在宅での療養を望む方に対して、在宅サービスを利用して最期まで在宅で生活できることを紹介し、人生の最終段階における医療・ケアの在り方に対する住民の理解を促進することが求められています。

○2022 年度の静岡県の地域医療に関する調査の結果によると、およそ 64％の県民がＡＣＰを知らないと回答しており、「終末期医療について、家族等と話し合ったことがあるか」という質問に対しては、およそ 72％の県民が「家族等と話し合ったことはなく、書面にも残していない」

と回答していることから、ＡＣＰの普及に向けた更なる取組が必要です。

（３）対策

○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を増やすことによって、県民による地域医療を支える活動の拡大を目指します。

○地域医療支援団体との協働により、医療機関の役割分担や連携についての周知を図り、地域医療構想の目的や必要性の理解を促進します。

○患者や住民が医療の必要性に応じた質の高い医療を受けることができるよう、「コンビニ受診[1]」の抑制と「かかりつけ医」の普及啓発を図ります。

○在宅患者の急変時における地域でのルールの策定や、在宅患者とその家族が、かかりつけ医と急変時の対応について、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。

○住み慣れた地域で、人生の最期まで自分らしい生活を送ることができるように、「ふじのくに高齢者在宅生活“安心”の手引き」等を活用し、住民へ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方針決定ができるように、患者とその家族を支える関係職種間における連携体制の強化を図ります。

○ＡＣＰの普及を促進するため、より住民に近い市町や地域医療支援団体と連携し、周知を進めます。

[1] コンビニ受診：「平日は休めない」、「昼間は混んでいる」といった理由で、コンビニに出掛けるような軽い気持ちで夜間や休日に救急外来を利用する緊急性のない軽症患者の行動のこと。救急外来は少数の重症者の対処に特化したスタッフ体制をとっており、多数の患者の診療は難しい。

第 12 章　計画の推進方策と進行管理

第１節　計画の推進方策

○日常的な健康相談、保健サービスの提供、介護保険制度等の福祉サービスの提供等については、市町を中心として、住民に密着した活動を積極的に展開するとともに、かかりつけ医等と病院、福祉関係機関等との連携を強化し、保健医療計画の推進を図ります。

○２次保健医療圏においては、地域医療協議会等を中心として、圏域の特性に対応した総合的な保健医療提供体制が確立されるよう、関連する福祉分野まで含めた基本的な問題について協議、調整を行います。

○また、保健所（健康福祉センター）は、市町の行う地域保健活動と連携しつつ、高度・専門的、広域的な業務を担うとともに、地域医療協議会や地域医療構想調整会議、地域の医療関係団体等と協力して保健医療計画の推進を図ります。

○３次保健医療圏における課題については、県健康福祉部が中心となって、各関係団体等の協力を得て、計画の着実な推進を図ります。

○保健医療計画の内容を、様々な機会をとらえて県民をはじめ市町、関係者に周知し、計画に対する理解と協力を得るよう努めていきます。

○また、保健・医療・福祉に関する情報を積極的に提供するとともに、計画の数値目標に対する進捗状況の分析結果などについて、静岡県医療審議会への報告やホームページなどを通じて公開します。

第２節　数値目標等の進行管理

○保健医療計画の実効性を高めるため、あらかじめ数値目標を設定して、ＰＤＣＡサイクルを取り入れながら計画の進行管理を行います。

○計画の推進に当たっては、数値目標に対する進捗状況等を分析し改善を図るとともに、中間年に見直しを行います。

第３節　主な数値目標等

第９次静岡県保健医療計画　数値目標一覧

1　保健医療計画に掲げる数値目標等

第５章　医療機関の機能分担と相互連携

（ア）地域医療支援病院の整備

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

（イ）県立静岡がんセンター

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
2	患者満足度(入院/外来)	入院98.0% 外来97.5% （2022年度）	入院95%以上 外来95%以上 （毎年度）	過去の実績を基に、最低限維持すべき数値として設定	県立静岡がんセンター調査
3	県立静岡がんセンターのがん治療患者数	13,144人 （2022年度）	13,800人 （2029年度）	過去の実績等を考慮して設定	県立静岡がんセンター調査
4	県立静岡がんセンターのがん患者や家族に対する相談・支援件数	47,073件 （2022年度）	53,600件 （2029年度）	過去の伸び率等を勘案して設定	県立静岡がんセンター調査
5	県立静岡がんセンターが実施した研修修了者数	累計1,143人 （2022年度まで）	累計1,648人 （2029年度）	過去の実績等を考慮して設定	県立静岡がんセンター調査

（ウ）地方独立行政法人静岡県立病院機構

	数値目標		現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
6	経常収支比率	中期目標期間を累計した損益計算における経常収支比率	101.5% （第３期途中）	100%以上 （目標期間累計）	中期目標に明記	地方独立行政法人静岡県立病院機構中期目標
7	患者満足度 （入院/外来）	県立総合病院	入院99.0% 外来95.9% （2022年度）	入院90%以上 外来85%以上 （毎年度）	過去実績を基に最低限維持すべき目標値として設定	各病院の患者満足度調査
		県立こころの医療センター	外来92.3% （2022年度）	外来85%以上 （毎年度）		
		県立こども病院	入院95.9% 外来100.0% （2022年度）	入院90%以上 外来90%以上 （毎年度）		
8	病床稼働率	県立総合病院	82.6% （2022年度）	90%以上 （毎年度）	過去５年間の平均値を参考に設定	事業報告書 （2018～22年度）
		県立こころの医療センター	80.1% （2022年度）	85%以上 （毎年度）		
		県立こども病院	75.9% （2022年度）	75%以上 （毎年度）		

（エ）医療機能に関する情報提供の推進

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

第６章　疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築

（ア）疾病

	数値目標			現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
11	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		1.28倍 （2017～21年）	1.20倍 （2025～29年）	過去５年での縮小値（0.012/年）を維持	県健康政策課調査
12		現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合		70.5% （2018年度）	改善 （2029年度）	現状値からの増加	厚生労働省「患者体験調査」
13		がん検診受診率	胃がん	43.2% （2022年）	60%以上 （2029年）	国の「第４期がん対策推進基本計画」の目標値と同じ値を設定	厚生労働省「国民生活基礎調査」
			肺がん	54.4% （2022年）			
			大腸がん	48.3% （2022年）			
			乳がん	45.9% （2022年）			
			子宮頸がん	44.0% （2022年）			
14		がん患者の就労支援に関する研修受講者数		40人 （2022年度）	年40人 （毎年度）	現状値と同じ人数の研修受講者数を設定	県疾病対策課調査
15	脳卒中	脳卒中の年齢調整死亡率 （人口10万対）		男性　41.3 女性　20.1 （2022年）	男性　32.4以下 女性　17.0以下 （2029年）	全国平均まで引下げ	厚生労働省「人口動態統計」から算出
16		健康寿命		男性 73.45歳 女性 76.58歳 （2019年）	平均寿命の伸びを上回る延伸 （2029年）	「健康日本21（第三次）」に準じる	厚生労働省「健康日本21推進専門委員会」
17		高血圧の指摘を受けた者のうち、現在治療を受けていない者の割合		男性　31.5% 女性　27.3% （2022年）	男性　25.2%以下 女性　21.8%以下 （2029年）	２割減少	県民健康基礎調査
18		脳梗塞に対するｔ－ＰＡによる血栓溶解療法及び血栓回収療法を実施可能な保健医療圏数		賀茂以外の ７保健医療圏 （2021年）	全保健医療圏 （2029年）	全保健医療圏で実施可能な体制を構築	厚生労働省「ＮＤＢオープンデータ」
19		脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の基準を満たす医療機関が複数ある保健医療圏数		全保健医療圏 （2023年）	全保健医療圏 （2029年）	全保健医療圏で実施可能な体制を維持	東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」
20	心筋梗塞等の心血管疾患	心血管疾患の年齢調整死亡率 （人口10万対）		男性　60.8 女性　30.1 （2022年）	改善 （2029年）	現状値から減少	厚生労働省「人口動態統計」から算出
21		健康寿命 【再掲】		男性 73.45歳 女性 76.58歳 （2019年）	平均寿命の伸びを上回る延伸 （2029年）	「健康日本21（第三次）」に準じる	厚生労働省「健康日本21推進専門委員会」
22		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 【再掲】		男性　31.5% 女性　27.3% （2022年）	男性　25.2%以下 女性　21.8%以下 （2029年）	２割減少	県民健康基礎調査
23		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数		全保健医療圏 （2021年）	全保健医療圏 （2029年）	全保健医療圏で実施可能な体制を維持	厚生労働省「ＮＤＢオープンデータ」
24		心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の基準を満たす施設が複数ある保健医療圏数		賀茂以外の ７保健医療圏 （2023年）	全保健医療圏 （2029年）	全保健医療圏で実施可能な体制を構築	東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」
25	糖尿病	年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病性腎症の患者数		442人 （2022年）	391人以下 （2029年）	「健康日本21（第三次）」の算定方法に準じて算出	一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」
26		糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万対）		男性　6.0 女性　2.3 （2022年）	改善 （2029年）	現状値から減少	厚生労働省「人口動態統計」から算出

27	糖尿病	特定健康診査受診率	58.8% （2021年度）	70%以上 （2029年度）	第４期医療費適正化計画の目標値	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
28	肝疾患	肝疾患死亡率（人口10万対）	33.4 （2022年）	28.8以下 （2029年度）	県の過去６年間の減少率の維持	厚生労働省「人口動態統計」
29		ウイルス性肝炎の死亡者数	42人 （2022年）	30人以下 （2029年度）	最近（2020～22年）の都道府県別ウイルス性肝炎死亡率のうち、最少県の死亡率を本県に当てはめた死亡者数を目指す	厚生労働省「人口動態統計」
30		肝がん罹患率（人口10万人当たり）	10.9 （2019年）	8.0 （2029年度）	県の過去６年間の減少率の維持	国立がん研究センターがん情報センター「がん登録・統計」（全国がん登録）
31		最近１年間にウイルス性肝炎を原因とした不当な扱い（合理的配慮を除く）等差別を受けた患者の割合	0.5% （2023年）	0% （毎年度）	ウイルス性肝炎を原因とした不当な扱い等差別をなくす	静岡県「肝炎医療費助成受給者状況調査」
32	精神疾患	精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数	327日 （2020年度）	327日以上 （2026年度）	第７期障害福祉計画に係る国の基本指針に基づき設定	第７期障害福祉計画に係る国の基本方針
33		精神科病院１年以上の長期在院者数	2,924人 （2022.6.30）	2,772人以下 （2026年度）	地域移行を推進することにより、１年以上の長期在院者数を引き下げ	厚生労働省「精神保健福祉資料」より算出
34		精神科病院入院後３か月時点退院率	63.6% （2020年度）	68.9%以上 （2026年度）	第７期障害福祉計画に係る国の基本指針に基づき設定	第７期障害福祉計画に係る国の基本方針
35		精神科病院入院後６か月時点退院率	82.3% （2020年度）	84.5%以上 （2026年度）		
36		精神科病院入院後１年時点退院率	89.5% （2020年度）	91.0%以上 （2026年度）		
37		行動制限（隔離・身体的拘束）指示割合	10.5% （2022.6.30）	8.3%以内 （2026年度）	国平均値(2022年度)に基づき設定	厚生労働省「精神保健福祉資料」より算出

（イ）事業

	数値目標		現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
38	救急医療	心肺機能停止患者の１か月後の生存率	8.6% （2022年）	13.3%以上 （2029年）	コロナ前の2016年の全国平均値を目標に設定	消防庁「救急・救助の現況」
39		心肺機能停止患者の１か月後の社会復帰率	5.7% （2022年）	8.7%以上 （2029年）		
40	災害医療	業務継続計画を策定している災害拠点病院及び救護病院の割合	65.9% （56/85施設） （2023年３月）	100% （2029年）	被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画を整備	業務継続計画（ＢＣＰ）の策定及び研修等の実施に関する調査
41		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	研修35/85施設 （41.2%） 訓練35/85施設 （41.2%） （2023年３月）	100% （2029年）	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	
42		２次保健医療圏単位等で災害医療コーディネート機能の確認を行う訓練実施回数	年１回 （2021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
43		静岡ＤＭＡＴ関連研修の実施回数	年３回 （2022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
44		静岡ＤＰＡＴ研修の実施回数	年１回 （2022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

45	新興感染症	病床確保（流行初期）	－ ※協定締結前	414床 （2029年度）	医療措置協定による確保病床数	県感染症予防計画
46		病床確保（流行初期以降）	－ ※協定締結前	747床 （2029年度）	医療措置協定による確保病床数	県感染症予防計画
47		発熱外来（流行初期）	－ ※協定締結前	760機関 （2029年度）	医療措置協定による医療機関数	県感染症予防計画
48		発熱外来（流行初期以降）	－ ※協定締結前	930機関 （2029年度）	医療措置協定による医療機関数	県感染症予防計画
49	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% （2022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う	厚生労働省「無医地区等調査」
50		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% （2022年度）	100% （毎年度）	国の指針に基づき、１へき地医療拠点病院当たり月１回以上あるいは年12回以上実施することを目標とする。	県へき地医療支援機構「へき地医療支援事業実施状況」
51	周産期医療	周産期死亡率（出産千人当たり）	3.2 （2022年）	3.0未満 （2029年）	過去最高の水準（2018年）で設定	厚生労働省「人口動態統計」
52		妊産婦死亡数	0.7人 （2020～2022年平均）	０人 （毎年）	過去最高の水準（2021年）で設定	厚生労働省「人口動態統計」
53	小児医療	乳児死亡率(出生千人当たり)	2.1 （2022年）	1.8以下 （2029年）	全国平均と同水準に設定	厚生労働省「人口動態統計」
54		乳幼児死亡率 （５歳未満人口千人当たり）	0.50 （2022年）	0.44以下 （2029年）	全国平均と同水準に設定	厚生労働省「人口動態統計」・総務省「人口推計」より算出
55		小児の死亡率 (15歳未満人口千人当たり)	0.19 （2022年）	0.18以下 （2029年）	全国平均と同水準に設定	厚生労働省「人口動態統計」・総務省「人口推計」より算出

（ウ）在宅医療

	数値目標			現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
56	在宅医療の充実	訪問診療を受けた患者数		20,559人 （2022年）	23,961人 （2026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）
57		小児の訪問診療を受けた患者数		646人 （2021年）	802人 （2026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）
58		住まいで最期を迎えることができた人の割合（自宅で最期を迎えることができた人の割合）		31.3% （17.4%） （2022年）	34.6% （19.2%） （2026年）	在宅医療等の必要量の伸びに合わせて設定	厚生労働省「人口動態統計」
59	在宅医療を支える基盤整備	訪問診療	訪問診療・往診を実施している診療所、病院数	903施設 （2022年）	1,052施設 （2026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（ＫＤＢ）
60			在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数	35施設 （2022年）	40施設 （2026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
61			入退院支援を実施している診療所・病院数	85施設 （2022年）	97施設 （2026年）	在宅医療等の必要量の見込から算出	国保データベース(KDB)
62			在宅看取りを実施している診療所、病院数	276施設 （2022年）	322施設 （2026年度）	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）

63	在宅医療を支える基盤整備	訪問看護	24時間体制をとっている訪問看護ステーション数（従事看護師数）	232施設 （1,545人） （2022年）	315施設 （2,096人） （2026年）	24時間体制加算の届出割合が全訪問看護ステーションの90%	県訪問看護ステーション協議会調査
64			機能強化型訪問看護ステーション数	19施設 （2022年）	39施設 （2026年度）	全市区町に設置	県訪問看護ステーション協議会調査
65		歯科 訪問診療	在宅療養支援歯科診療所数	206施設 （2022年）	222施設 （2026年度）	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
66			歯科訪問診療を実施する歯科診療所数	281施設 （2021年）	302施設 （2026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）
67			訪問口腔衛生指導を実施している診療所数	201施設 （2021年）	248施設 （2026年度）	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）
68		かかりつけ薬局	在宅訪問業務を実施している薬局数	1,043薬局 （2022年度）	1,216薬局 （2026年度）	在宅医療等の必要量の見込から算出	国保データベース（ＫＤＢ）
69			地域連携薬局認定数	98薬局 （2022年度）	172薬局 （2025年度）	日常生活圏域数と同数	県薬事課調査
70		介護サービス	介護支援専門員数	5,333人 （2022年度）	5,627人 （2026年度）	第10次県長寿社会保健福祉計画の目標値	介護人材需給推計ワークシートによる推計

第７章　各種疾病対策等

	数値目標		現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
71	結核対策	新登録結核患者（全結核患者）への服薬支援の実施率	98.9% （2021年）	100% （2029年）	全結核患者への支援を目指す	県感染症対策課調査
72		受診の遅れ（発病～初診の期間が２月以上）の割合	20.6% （2021年）	10%以下 （2029年）	り患率が低く、発病～初診の期間を正確に把握していて、かつ、受診の遅れの割合の低い県を参考	県感染症対策課調査
73	エイズ対策	県内新規ＨＩＶ感染者及びエイズ患者報告数に占める新規エイズ患者報告数の割合	36.9% （2018～22年）	29%未満 （2024～28年）	過去５年間(2018～22年)の全国平均(29.0%)を下回る	厚生労働省「エイズ発生動向年報」
74		県内９保健所におけるＨＩＶ検査件数	974件 （2022年）	2,700件以上 （2029年）	2015～19年の５年間の静岡県平均検査件数実績(約2,700件)を上回る	厚生労働省「エイズ発生動向年報」
75		安定しているＨＩＶ陽性者に対する定期処方を紹介できる診療所の２次保健医療圏数	－	全医療圏 （2029年度）	県内全域のHIV陽性者の病診連携体制確保を進める	県感染症対策課調査
76	その他の感染症対策	感染症患者届出数（二・三類）	432件 （2022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
77	難病対策	難病診療分野別拠点病院等の数（難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病協力病院の合計）	38施設 （2023年度）	38施設 （2029年度）	現状維持	県疾病対策課調査
78		難病患者ホームヘルパー養成研修受講者数	累計3,608人 （2023年度）	累計3,800人 （2025年度）	県総合計画	県疾病対策課調査
79		難病患者介護家族リフレッシュ事業及び県立学校医療的ケア児就学支援事業の利用者数	38人 （2022年度）	76人 （2029年度）	利用者数倍増	県疾病対策課、県教育委員会調査
80		在宅人工呼吸器使用難病患者に対する災害時避難行動要支援者個別計画策定数	47件 （2022年度）	264件 （2029年度）	2022年度末県内ＡＬＳ患者の人数	県疾病対策課調査

81	認知症	認知症サポート医養成者数	397人 （2022年度）	470人 （2026年度）	大綱目標値（2025年度に1.6万人）の人口割（2.9%）で設定	県福祉長寿政策課調査
82		かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	1,185人 （2022年度）	1,340人 （2026年度）	認知症の人の推計増加率の10年間平均（3.15%×4年）を現状値に乗じて算出	県福祉長寿政策課調査
83		認知症サポーター養成数	累計411,701人 （2022年度）	累計530,000人 （2026年度）	2040年までに100万人養成を目指す	県福祉長寿政策課調査
84		認知症の対応について不安に感じている介護者の割合	36.1% （2022年度）	33% （2026年度）	引き続き、認知症や認知症の人に対する理解を促し、不安に感じる介護者の割合の減少を目指す	静岡県の高齢者の生活と意識
85		「通いの場」設置数	4,665か所 （2021年度）	6,100か所 （2025年度）	県総合計画	厚生労働省調査
86		「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	28市町 （2022年度）	全市町 （2026年度）	引き続き全市町においての実施を目指す	県健康増進課調査
87		認知症サポート医リーダー養成者数	181人 （2022年度）	210人 （2026年度）	認知症の人の推計増加率の10年間平均（3.15%×4年）を現状値に乗じて算出	県福祉長寿政策課調査
88		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	80.6% （2022年度）	81%以上 （毎年度）	現状値を越える81%以上を継続して維持	認知症総合支援事業等実施状況調査
89	地域リハビリテーション	地域リハビリテーションサポート医養成者数	132人 （2022年度）	180人 （2026年度）	リハビリテーション必要な人の増加率約３割	県福祉長寿政策課調査
90		地域リハビリテーション推進員養成者数	463人 （2022年度）	650人 （2026年度）	リハビリテーション必要な人の増加率約３割	県福祉長寿政策課調査
91		「通いの場」設置数 【再掲】	4,665か所 （2021年度）	6,100か所 （2025年度）	県総合計画	厚生労働省調査
92		「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】	28市町 （2022年度）	全市町 （2026年度）	引き続き全市町においての実施を目指す	県健康増進課調査
93	アレルギー疾患対策	子どものアレルギー疾患予防に関する講習会受講者数	累計1,539人 （2022年度）	累計2,200人 （2029年度）	年100人の増	県疾病対策課調査
94		適切な情報提供や助言を目的とした、養護教諭、保健主事向けの研修会開催	１回 （2022年度）	１回 （毎年度）	年１回以上の開催	県教育委員会健康体育課調査
95	移植医療対策	臓器移植推進協力病院数	29施設 （2023年度）	29施設 （2029年度）	現在の病院数を維持	県疾病対策課調査
96		院内移植コーディネーター数	82人 （2023年度）	82人 （2029年度）	2023年度並の数を見込む	県疾病対策課調査
97		新規骨髄提供希望者（骨髄ドナー登録者）数	574人 （2022年度）	580人 （毎年度）	2017～22年度の平均新規希望者数と同程度の登録	公益財団法人日本骨髄バンク調査
98	慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）対策	ＣＯＰＤによる死亡率 （人口10万対）	13.7 （2022年）	10.0 （2035年）	「健康日本21（第三次）」の目標値に準じる	厚生労働省「人口動態統計」
99		20歳以上の者の喫煙率	男性　25.9% 女性　7.6% （2022年）	男性　20% 女性　5% （2035年度）	喫煙者のたばこをやめたいと思う者(26.1%)がやめた場合の喫煙率	厚生労働省「国民生活基礎調査」

100	慢性腎臓病（CKD）対策	年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病性腎症の患者数	442人 （2022年）	391人以下 （2029年）	「健康日本21（第三次）」の算定方法に準じて算出	一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」
101		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【再掲】	男性　31.5% 女性　27.3% （2022年）	男性　25.2%以下 女性　21.8%以下 （2029年）	２割減少	県民健康基礎調査
102	血液確保対策	必要な献血者数に対する献血受付者数の割合	96.4% （2022年度）	100% （2025年度）	県献血推進計画で必要とされる献血者数の確保	県献血推進計画
103	治験の推進	治験ネットワーク病院による新規治験実施件数	148件 （2022年度）	150件 （2025年度）	治験が実施できる環境を維持	（公財）ふじのくに医療城下町推進機構ファルマバレーセンター調査
104	歯科保健対策	80歳で自分の歯が20本以上ある人の割合	69.8% （2022年度）	85% （2035年度）	国の目標値	後期高齢者歯科健診
105		かかりつけ歯科医を持つ者の割合	58.1% （2022年度）	95% （2035年度）	国の目標値	健康に関する県民意識調査

第８章　医療従事者の確保

（ア）医師

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
106	県内医療施設従事医師数	7,972人 （2020年12月）	8,317人 （2026年度）	医師確保計画に定める目標医師数（下位1/3から脱するために必要な医師数）	厚生労働省「医師偏在指標」
107	人口10万人当たり医師数（医療施設従事医師数）	219.4人 （2020年12月）	238.9人 （2026年度）		
108	医師偏在指標	賀茂医療圏：98人 富士医療圏：565人 中東遠医療圏：730人 （2020年度）	賀茂医療圏：107人 富士医療圏：617人 中東遠医療圏：730人 （2026年度）	医師確保計画に定める医師少数区域の目標医師数（下位1/3から脱するために必要な医師数） 【参考：医師偏在指標（現状値）】 賀茂医療圏：144.4 富士医療圏：157.9 中東遠医療圏：176.3 （目標指標：179.7）	厚生労働省「医師偏在指標」
109	医師少数スポットの病院勤務医師数	伊東市：52人 伊豆市：26人 三島市：60人 裾野市：11人 函南町：34人 御殿場市：64人 静岡市清水区：130人 静岡市駿河区：169人 牧之原市：26人 浜松市天竜区：７人 湖西市：29人 （2020年12月）	伊東市：61人 伊豆市：27人 三島市：101人 裾野市：48人 函南町：35人 御殿場市：81人 静岡市清水区：215人 静岡市駿河区：197人 牧之原市：41人 浜松市天竜区：25人 湖西市：54人 （2026年度）	人口10万人当たり病院勤務医数が医師少数区域（下位1/3）から脱するために必要な医師数	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

（イ）歯科医師

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
110	歯科訪問診療を実施している歯科診療所数【再掲】	281施設 （2021年）	302施設 （2026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）
111	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所数	287施設 （2023年）	338施設 （2029年）	中医協資料により、増加割合を推定	東海北陸厚生局

（ウ）薬剤師

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
112	県内病院不足薬剤師数	127人 （2023年度）	0人 （2029年度）	県内各病院が設定している定員数から不足している薬剤師数を解消	県薬事課調査
113	かかりつけ薬剤師・薬局の機能を強化するための研修受講薬剤師数	1,046人 （2021年度）	累計1,913人 （2029年度）	全ての薬局でかかりつけ薬剤師・薬局の機能を保持	県薬事課調査

（エ）看護職員

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
114	看護職員数	44,510人 （2022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
115	新人看護職員を指導する実地指導者養成数	累計504人 （2022年度まで）	累計784人 （2029年度まで）	毎年度40人増加	県地域医療課調査
116	再就業準備講習会参加者数	60人 （2022年度）	80人 （毎年度）	毎年度80人参加	県地域医療課調査
117	認定看護師数	624人 （2023年12月）	924人 （2029年12月）	毎年50人増加	日本看護協会資料
118	特定行為研修修了者の就業者数	177人 （2023年3月）	877人 （2029年3月）	毎年度100人増加	厚生労働省資料
119	特定行為指定研修機関及び協力施設数	指定研修機関14施設 （2023年８月） 協力施設22施設 （2023年度）	指定研修機関14施設 （2029年８月） 協力施設22施設 （2029年度）	指定研修機関・協力施設数を維持	厚生労働省資料、県地域医療課調査
120	24時間体制をとっている訪問看護ステーション数 （従事看護師数）【再掲】	232施設 （1,545人） （2022年）	315施設 （2,096人） （2026年）	24時間体制加算の届出割合が全訪問看護ステーションの90%	県訪問看護ステーション協議会調査

（オ）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	目標値設定の考え方	出典
121	医療勤務環境改善計画の策定	62施設 （2022年）	県内全病院 （2029年度） 参考:170施設 （2023年４月）	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

（カ）介護サービス従事者

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
122	介護職員数	55,567人 （2022年）	59,061人 （2026年）	第10次県長寿社会保健福祉計画の目標値	介護人材需給推計ワークシートによる推計
123	介護支援専門員数 【再掲】	5,333人 （2022年度）	5,627人 （2026年度）	第10次県長寿社会保健福祉計画の目標値	介護人材需給推計ワークシートによる推計

第９章　医療安全対策の推進

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
124	立入検査において指摘を受けた施設の割合	26.0% （2022年度）	26.0% （毎年度）	直近の実績数値以下を維持	県医療政策課調査

第10章　健康危機管理対策の推進

		数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
125	健康危機管理体制	新しい感染症や再流行への対応訓練実施回数	０回 （2022年度）	２回 （毎年度）	新型インフルエンザ対応訓練に加え、一種感染症に対応した訓練を実施	県感染症対策課
126	医薬品等安全対策の推進	薬事監視で発見した違反施設数	平均19施設 （2017～20年度）	15施設 （2025年度）	医薬品等による健康被害を未然防止するため、現状値から毎年１施設減少	県薬事課「薬事年度報告」
127		収去検査	33検体 （2022年度）	34検体 （毎年度）	不良医薬品等の発生・流通防止の取組指標として現状値を維持	県薬事課「薬事年度報告」
128		医薬品類似食品の試買調査	６検体 （2022年度）	６検体 （毎年度）	健康被害防止の取組指標として現状値を維持	県薬事課「薬事年度報告」
129		医薬品の適正使用等に関する県民向け出前講座の開催数	87回 （2022年度）	87回 （2025年度）	健康被害防止の取組指標として現状値を維持	県薬事課「薬事年度報告」
130		毒物劇物監視で発見した違反施設数	平均５施設 （2018～22年度）	５施設以下 （毎年度）	毒物劇物による危害を未然防止するため、現状値を継続	県薬事課「薬事年度報告」
131	薬物乱用防止対策	薬物乱用防止に関する講習会未開催校数	０校 （2022年度）	０校 （2025年度）	全ての学校等で薬学講座等を開催	県薬事課調査
132		知事指定監視店舗数	０店 （2022年度）	０店 （毎年度）	危険ドラッグによる健康被害を未然防止するため、最終目標である現目標値を継続	県薬事課「薬事年度報告」
133		麻薬等監視で発見した違反施設数	12施設 （2022年度）	10施設以下 （毎年度）	麻薬及び向精神薬の乱用による危害を未然防止するため、現目標値を継続	県薬事課「薬事年度報告」
134	食品の安全衛生	人口10万人当たりの食品を原因とする健康被害者数	4.4人 （2022年度）	10人以下 （毎年度）	前回アクションプラン平均値（15.1人）よりも引き下げることを目指す	しずおか食の安全推進のためのアクションプラン（2022－2025）
135	生活衛生対策の推進	レジオネラ症患者の集団発生（２人以上）の原因となった入浴施設数	０施設 （2022年度）	０施設 （毎年度）	入浴施設におけるレジオネラ症患者の集団発生ゼロを維持	旅館業法施行条例衛生措置基準・公衆浴場法施行条例衛生措置基準
136		生活衛生関係営業施設の監視率	100% （2022年度）	100% （毎年度）	生活衛生関係営業施設の衛生水準の維持向上	生活衛生関係営業施設等の監視目標
137	水道	水道法水質基準不適合件数	３件 （2021年度）	０件 （毎年度）	定期的な水質検査の実施及び施設の適切な維持管理・衛生対策の徹底	県水道施設等立入検査実施要領・水道施設等立入検査計画

第11章　保健・医療・福祉の総合的な取組の推進

（ア）健康づくりの推進

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
138	健康寿命 【再掲】	男性 73.45歳 女性 76.58歳 （2019年）	平均寿命の伸びを上回る延伸 （2029年）	「健康日本21（第三次）」に準じる	厚生労働省「健康日本21推進専門委員会」
139	平均自立期間の市町間差	男性4.0年 女性2.9年 （2020年度）	上位、下位７市町の平均の差の縮小 （2035年度）	健康日本21（第三次）に準じる	県健康政策課調査

140	脳卒中の年齢調整死亡率 （人口10万対） 【再掲】	男性　41.3 女性　20.1 （2022年）	男性　32.4以下 女性　17.0以下 （2029年）	全国平均まで引下げ	厚生労働省「人口動態統計」から算出
141	高血圧症有病者割合 （40～74歳）	男性41.0% 女性30.3% （2020年度）	男性35.3% 女性26.5% （2035年度）	健康日本21（第三次）の目標値である収縮期血圧マイナス５㎜Hgに相当する数値	県特定健診データ分析報告書
142	糖尿病有病者割合 （40～74歳）	男性13.3% 女性6.3% （2020年度）	維持 （2035年度）	現状から増加しないことを目指す	県特定健診データ分析報告書
143	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（特定保健指導対象者の減少率をいう）	2008年度の14.5%減少 （2021年度）	2008年度の25%以上減少 （2029年度）	第４期医療費適正化計画の目標値	厚生労働省推計ツール
144	特定健診受診率	58.8% （2021年度）	70%以上 （2029年度）	第４期医療費適正化計画の目標値	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
145	特定保健指導実施率	26.0% （2021年度）	45%以上 （2029年度）	第４期医療費適正化計画の目標値	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
146	野菜摂取量平均値	男性288.0ｇ 女性282.6ｇ （2022年度）	共通 350ｇ以上 （2035年度）	健康日本21（第三次）に準じる	県民健康基礎調査
147	食塩摂取量平均値	男性10.8ｇ 女性 9.2ｇ （2022年度）	共通 ７ｇ （2035年度）	健康日本21（第三次）に準じる	県民健康基礎調査
148	１回30分以上の軽く汗をかく運動を週２回以上、１年以上実施の割合(40～74歳)	男性26% 女性 18% （2022年度）	共通 30% （2035年度）	現状＋10ポイント程度（男女共通）	県特定健診データ分析報告書
149	20歳以上の者の喫煙率 【再掲】	男性　25.9% 女性　 7.6% （2022年度）	男性　 20% 女性　 5% （2035年度）	喫煙者のたばこをやめたいと思う者(26.1%)がやめた場合の喫煙率	厚生労働省「国民生活基礎調査」
150	80歳で自分の歯が20本以上ある人の割合 【再掲】	69.8% （2022年度）	85% （2035年度）	国の目標値	後期高齢者歯科健診
151	足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（千人当たり）	男性　206人 女性　255人 （2019年度）	185人以下 230人以下 （2035年度）	健康日本21（第三次）に準じる（1割減少）	国民生活基礎調査
152	低栄養傾向（ＢＭＩ20以下）の高齢者（65～74歳）の割合	18.6% （2020年度）	13%未満 （2035年度）	健康日本21（第三次）に準じる	県特定健診データ分析報告書
153	社会参加している高齢者の割合	69.0% （2022年度）	75% （2025年度）	県総合計画	県福祉長寿政策課「高齢者の生活と意識に関する調査」
154	「通いの場」設置数 【再掲】	4,665か所 （2021年度）	6,100か所 （2025年度）	県総合計画	厚生労働省調査
155	ふじのくに健康づくり推進事業所数	6,839事業所 （2022年度）	15,300事業所 （2035年度）	第４次健康増進計画	県健康増進課調査
156	ヘルシーメニューの提供をしている特定給食施設（事業所、一般給食センター）の割合	78.1% （2023年度）	81% （2035年度）	過去の推移から2035年の予測値を設定	県健康増進課調査
157	地域・職域連絡協議会の開催（健康福祉センターごと）	各１回 （2022年）	各１回以上 （2035年度）	各健康福祉センターで１回/年以上の開催	県健康増進課調査

（イ）高齢者保健福祉対策

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
158	「通いの場」設置数【再掲】	4,665か所 （2021年度）	6,100か所 （2025年度）	県総合計画	厚生労働省調査
159	認知症カフェ設置数	179か所 （2022年度）	232か所 （2026年度）	市町の設置目標を積み上げて設定	県福祉長寿政策課調査
160	住まいで最期を迎える事ができた人の割合	31.3% （2022年）	34.6% （2026年）	在宅医療等の必要量の伸び率に合わせて設定	厚生労働省「人口動態統計」

（ウ）母子保健福祉対策

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
161	産後、助産師等からの指導・ケアを十分に受けることができた人の割合	91.3% （2022年度）	100% （2025年度）	全対象者が十分に指導・ケアを受けることができたことを目指す	こども家庭庁成育局母子保健課「健やか親子21指標」
162	産婦健康診査受診率	84.9% （2022年度）	100% （2025年度）	全対象者の受検を目指す	県こども家庭課調査
163	新生児聴覚スクリーニング検査受検率	97.9% （2022年度）	100% （毎年度）	全対象者の受検を目指す	県こども家庭課調査
164	医療従事者向け母子保健研修受講者数	542人 （2022年度）	400人 （毎年度）	2013～15年度平均値（382人）を元に設定	県こども家庭課調査

（エ） 障害者保健福祉対策

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
165	障害を理由とする差別解消推進県民会議参画団体数	272団体 （2022年度）	340団体 （2025年度）	第５次県障害者計画目標値	県障害者政策課調査
166	障害福祉サービス１か月当たり利用人数 ※目標値は、R5年度内に確定予定	34,272人 （2022年度）	42,431人 （暫定値） （2026年度）	第７期静岡県障害福祉計画目標値	県障害者政策課調査

（オ）地域の医療を育む住民活動

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
167	地域医療支援団体の数	９団体 （2023年）	15団体 （2029年）	東部及び中部地区での新規設立を目指す	県医療政策課調査

第13章　２次保健医療圏版に掲げる数値目標

ア　賀茂保健医療圏

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
168	救急搬送先の検討から決定までに30分以上を要した件数	13件／年 （2020～22年）	６件／年以下 （2029年度）	搬送先の検討から決定までに30分以上を要した件数の半減	管内消防本部等からの報告
169	特定健康診査の受診率、 特定保健指導の実施率 （管内市町国保）	受診率30.8% 実施率36.0% （2021年度）	60%以上 60%以上 （2029年度）	第４期静岡県医療費適正化計画の目標値	市町法定報告等
170	災害医療の訓練や関係機関連絡会を定期的に実施している市町数	３市町 （2023年度）	６市町 （2029年度）	管内全市町で実施	賀茂保健所調査

イ　熱海伊東保健医療圏

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
171	特定健康診査の受診率 特定保健指導の実施率 （管内市町国保）	特定健診の受診率 39.5% （2021年度）	60%以上 （2029年度）	第４期静岡県医療費適正化計画の目標値	市町法定報告
		特定保健指導実施率 24.9% （2021年度）	60%以上 （2029年度）		
172	がん検診精密検診受診率	胃がん　88.8% 肺がん　91.3% 大腸がん　69.7% 子宮頸がん76.1% 乳がん　92.4% （2020年度）	90%以上 （2029年度）	第４次静岡県がん対策推進計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
173	習慣的喫煙者の標準化該当比	男性　109.1 女性　196.2 （2020年度）	100 （2035年度）	ふじのくに健康増進計画目標値	特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書
174	「シズケア＊かけはし」の登録率	熱海市　47.8% 伊東市　42.4% （2022年度）	50%以上 （2029年度）	すべての施設で登録率を上げる	県医師会調査

ウ　駿東田方保健医療圏

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
175	がん検診精密検査受診率	胃がん　78.5% 肺がん　85.0% 大腸がん　69.1% 子宮頸がん 81.7% 乳がん　90.8% （2020年度）	90%以上 （2029年度）	第４次静岡県がん対策推進計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
176	特定健診の受診率 （管内市町国保）	41.5% （2021年度）	60%以上 （2029年度）	第４期静岡県医療費適正化計画の目標値	市町法定報告
177	習慣的喫煙者の割合 （40～74歳）	男性　33.9% 女性　9.9% （2020年度）	男性　25.6% 女性　6.8% （2029年度）	第４次静岡県健康増進計画と同様に算出	特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書
178	住まいで最期を迎えることができた人の割合（自宅で最期を迎えることができた人の割合）	28.3% （15.4%） （2022年）	29.6% （16.1%） （2026年）	在宅医療等の必要量の伸びに合わせて設定	厚生労働省「人口動態統計」
179	人口10万人当たり医師数 （医療施設従事医師数）	236.2 （2020年度）	256.6 （2026年度）	全国のレベルまで引き上げる	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

エ　富士保健医療圏

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
180	特定健診受診率 （管内市国保）	33.4% （2021年度）	60%以上 （2029年度）	第４期静岡県医療費適正化計画の目標値	市法定報告
181	がん検診精密検査受診率	胃がん　92.9%※ 肺がん　75.0% 大腸がん　79.0% 子宮頸がん 74.5% 乳がん　96.8% （2020年度） ※2020年度富士市は胃がん検診未実施	90%以上 （2029年度）	第４次静岡県がん対策推進計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
182	習慣的喫煙者の割合 （40～74歳）	男性　36.6% 女性　11.3% （2020年度）	男性　27.6% 女性　7.8% （2035年度）	第４次ふじのくに健康増進計画地域別計画の目標値	特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書
183	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医師数	565 （2020年度）	617 （2026年度）	医師偏在指標下位1/3（179.7未満）から脱するために必要な医師数	厚生労働省「医師偏在指標」

オ　静岡保健医療圏

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
184	がん検診受診率	胃がん　11.3% 肺がん　19.7% 大腸がん24.4% 子宮頸がん53.9% 乳がん　39.7% （2022年）	胃がん　30% 肺がん　28% 大腸がん 27% 子宮頸がん 60% 乳がん　47% （2026年）	静岡市がん対策推進計画における目標値との整合性を図った	静岡市調査
185	高血糖者（HbA1c6.5%以上の者）の割合	9.1% （2022年）	8.5% （2029年）	静岡市データヘルス計画における目標値との整合性を図った	静岡市調査
186	在宅看取り率	33.8% （2021年）	40.0% （2030年）	静岡市健康長寿のまちづくり計画における目標値との整合性を図った	厚生労働省「人口動態調査」から算出

カ　志太榛原保健医療圏

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
187	がん検診精密検査受診率	胃がん　94.2% 肺がん　87.7% 大腸がん　76.1% 乳がん　86.1% （2020年度）	90%以上 （2029年度）	第４次静岡県がん対策推進計画における目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
		子宮頸がん92.7% （2020年度）	増加 （2029年度）		
188	「回復期」の病床数	455床 （2022年度）	1,054床 （2025年度）	2025年必要病床数を目指す	病床機能報告
189	人口10万人当たり医師数 （医療施設従事医師数）	176.8人 （2020年度）	200.8人 （2026年度）	県平均レベルを目指す	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

キ　中東遠保健医療圏

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
190	がん検診精密検査受診率	胃がん　82.1% 大腸がん　75.2% 肺がん　82.8% 乳がん　92.9% 子宮頸がん 88.9% （2020年度）	90%以上 （2029年度）	第４次静岡県がん対策推進計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
191	特定健診受診率 （管内市町国保）	磐田市　40.6% 掛川市　40.5% 袋井市　42.1% 御前崎市　39.8% 菊川市　44.4% 森町　42.6% （2021年度）	60% （2029年度）	第４期静岡県医療費適正化計画の目標値	市町法定報告
192	紹介元病院の退院時カンファレンスに参加する診療所の率	25.6% （2022年度）	30% （2029年度）	現計画と同じ目標値	静岡県「疾病または事業ごとの医療連携体制に関する調査」

ク　西部保健医療圏

	数値目標	現状値	目標値	目標値設定の考え方	出典
193	がん検診精密検査受診率	胃がん　57.4% 大腸がん　61.4% 肺がん　88.1% 乳がん　85.1% 子宮頸がん 67.8% （2020年度）	90%以上 （2029年度）	第４次静岡県がん対策推進計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
194	特定健診受診率 （管内市国保）	浜松市　32.3% 湖西市　46.6% （2021年度）	60% （2029年度）	第４期静岡県医療費適正化計画の目標値	市町法定報告
195	紹介元病院の退院時カンファレンスに参加する診療所の率	18.2% （2022年度）	30% （2029年度）	現計画と同じ目標値	静岡県「疾病または事業ごとの医療連携体制に関する調査

静岡県医療審議会委員名簿

2024年３月現在

◎会長、〇副会長、敬称略

区分		氏　　名	所属団体名・役職名	備考
医療審議会委員	医師・歯科医師・薬剤師	◎ 紀平　幸一	静岡県医師会会長	
		加陽　直実	静岡県医師会副会長	
		齋藤　昌一	静岡県医師会副会長	作業部会委員
		福地　康紀	静岡県医師会副会長	
		木本　紀代子	静岡県医師会会員	
		谷口　千津子	静岡県医師会会員	
		毛利　博	静岡県病院協会会長	作業部会委員
		鈴木　昌八	静岡県病院協会副会長	
		森　典子	静岡県病院協会参与	
		山岡　功一	静岡県精神科病院協会会長	
		平野　明弘	静岡県歯科医師会会長	
		大内　仁之	静岡県歯科医師会専務理事	作業部会委員
		萩原　久子	静岡県歯科医師会理事	
		岡田　国一	静岡県薬剤師会会長	
		河西　きよみ	静岡県薬剤師会常務理事	作業部会委員
	受療者	小野　達也	静岡県市長会（伊東市長）	作業部会委員
		太田　康雄	静岡県町村会（森町長）	作業部会委員
		田中　弘俊	健康保険組合連合会静岡連合会	
		安田　剛	全国健康保険協会静岡支部長	作業部会委員
		石田　友子	認知症の人と家族の会静岡県支部　代表	
		稲葉　由子	しずおか女性の会運営委員	
	学識経験者	今野　弘之	国立大学法人浜松医科大学学長	作業部会委員
		松本　志保子	静岡県看護協会会長	作業部会委員
		〇 坪内　秀樹	静岡県議会厚生委員会副委員長	
		山本　たつ子	静岡県社会福祉協議会理事	
		渡邊　昌子	静岡県訪問看護ステーション協議会会長	
		小林　公子	静岡県立大学副学長	
		大須賀　伸江	静岡新聞社編集局社会部記者	
		鈴木　みちえ	順天堂大学保健看護学部客員教授	
		中村　祐三子	特定非営利活動法人静岡県介護支援専門員協会理事	
専門委員		小林　利彦	地域医療構想アドバイザー	作業部会委員
		竹内　浩視	地域医療構想アドバイザー	作業部会委員

静岡県医療審議会
静岡県保健医療計画策定作業部会　委員名簿

2024年３月現在
◎部会長、敬称略

区分	氏　　名	所属団体名・役職名	備　考
審議会委員	◎ 齋藤　昌一	静岡県医師会副会長	（医師）
	毛利　　博	静岡県病院協会会長	（医師）
	大内　仁之	静岡県歯科医師会専務理事	（歯科医師）
	河西　きよみ	静岡県薬剤師会常務理事	（薬剤師）
	小野　達也	静岡県市長会（伊東市長）	（市町）
	太田 康雄	静岡県町村会（森町長）	（市町）
	安田　剛	全国健康保険協会静岡支部長	（保険者）
	今野 弘之	国立大学法人浜松医科大学学長	（学識経験者）
	松本　志保子	静岡県看護協会会長	（学識経験者）
専門委員	小林 利彦	地域医療構想アドバイザー	（学識経験者）
	竹内　浩視	地域医療構想アドバイザー	（学識経験者）

＜任期途中退任委員＞　※所属団体・役職名は、委員在職中のものです。（敬称略）

・山口　宜子　（静岡県薬剤師会常務理事）　～2023年６月18日

・渡邊　昌子　（静岡県看護協会会長）　～2023年６月23日

・長野　豊　（全国健康保険協会静岡支部長）　～2023年８月31日

第９次　静岡県保健医療計画

令和６（2024）年３月
静岡県健康福祉部医療局医療政策課

〒420-8601 静岡県静岡市葵区追手町９番６号
電話番号　　054-221-2341　FAX 054-251-7188
E-MAIL　　iryoseisaku@pref.shizuoka.lg.jp