

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			東部	東部	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				
御殿場市							
小山町	富士	富士	富士	富士			
富士宮市							
富士市							
静岡市(清水区)	静岡	清水	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	中部	志太榛原	焼津市		
藤枝市					藤枝市		
島田市					島田市・川根本町		
川根本町					牧之原市・吉田町		
牧之原市							
吉田町							
磐田市	中東遠	中東遠	西部	中東遠	中東遠		
掛川市							
袋井市							
御前崎市							
菊川市							
森町							
浜松市(天竜区)	西部	北遠	西部	西部			
浜松市(天竜区以外)		西遠					
湖西市							

<参考：2次保健医療圏等の内訳>

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

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

- 県内の 2 次保健医療圏のうち、賀茂保健医療圏を除く 7 保健医療圏においては、拠点病院等が整備されています。
- 2022 年現在、県内のがん治療認定医の数は 459 人、人口 10 万対 12.6 人で、全国平均の 14.4 人より少なく、がん専門看護師数は 28 人、人口 10 万対 0.8 人で、全国平均の 0.8 人と同程度

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

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

(がんゲノム医療)

○県立静岡がんセンターにおいて、手術で取り出したがん組織や血液中の細胞から遺伝子変異及びタンパク質や代謝産物の変化等の解析を行い、新しいがん診断・治療開発につなげるプロジェクト H O P E (High-tech Omics-based Patient Evaluation) が 2014 年から開始され、2023 年 8 月末までに 11,328 症例の解析を行っています。また、2022 年度には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、がん患者に適切なりハビリテーションを提供できる病院を増やしていく必要があります。
- がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を予防、軽減する支持療法を提供することで、がん患者のQOLを高め、社会復帰を早める必要があります。
- 成長期にある小児の特性に十分配慮した、教育環境を含む小児がん患者の療養環境の確保、治療終了後の晩期合併症への対応も含めた長期フォローアップの継続と成人診療科への円滑な移行、さらには、小児がん患者に対する緩和医療提供体制が必要です。
- AYA世代のがん患者について、その診療体制の整備と相談、就学・就労、生殖機能温存等に関する支援体制の充実を図っていく必要があります。
- 高齢者のがんについては、全身の状態が不良であることや併存疾患があること等により、提供すべきがん治療の標準化が困難です。
- 認知症等を合併したがん患者や終末期に達した高齢がん患者とその家族のがん治療に関する意思決定支援について、一定の基準や普及啓発が必要です。

(ウ) がん患者療養支援機能の充実

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

(2) 対策

ア 数値目標

項目		現状値	目標値	目標値の考え方	出典
対県標準化死亡比 最大の地域と最小の地域の 比較倍率		1.28 倍 (2017～21 年)	1.20 倍 (2025～29 年)	過去5年での縮小値 (0.012/年)を維持	県健康政策課 調査
現在自分らしい日常生活を 送れていると感じるがん患者 の割合		70.5% (2018 年度)	改善 (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・まん延時等にごがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討します。
- HPV 9 価ワクチンの定期予防接種化を含むワクチンに対する正しい情報の提供のほか、キャ

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

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。

〇がんのロジックモデル

<個別施策>

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

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

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

<中間アウトカム>

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

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: 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

<分野アウトカム>

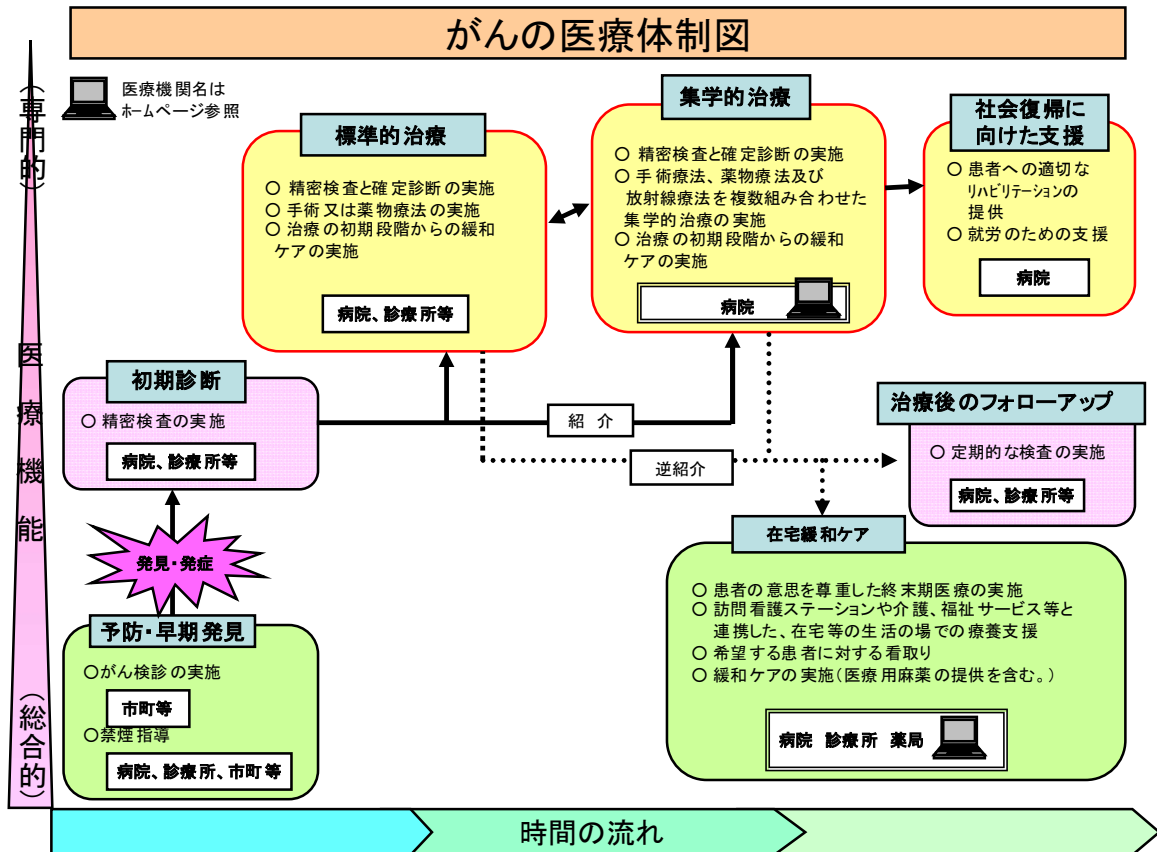
1: がん生存率の向上	
数値目標	対県標準化死亡比 最大の地域と最小の地域の比較倍率
現状データ	がん種別5年生存率
現状データ	がんの年齢調整罹患率
現状データ	県内の年間がん死亡者数

2: 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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る集学的治療の実施 ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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

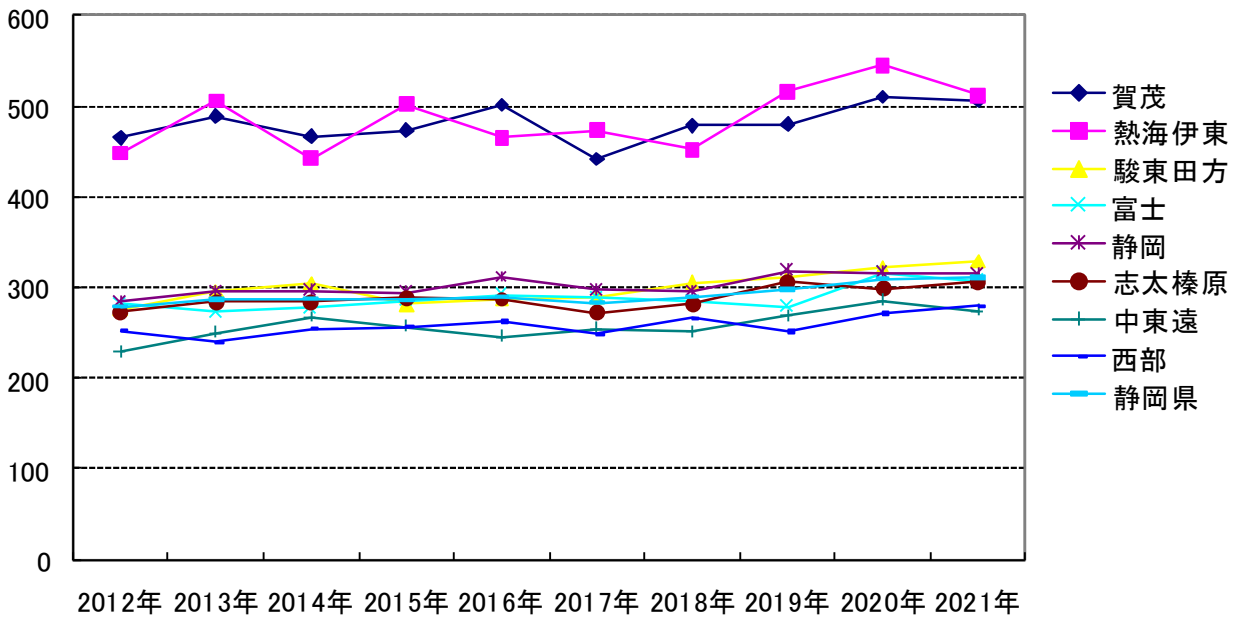
(4) 「がん」の医療体制図



(5) 関連図表

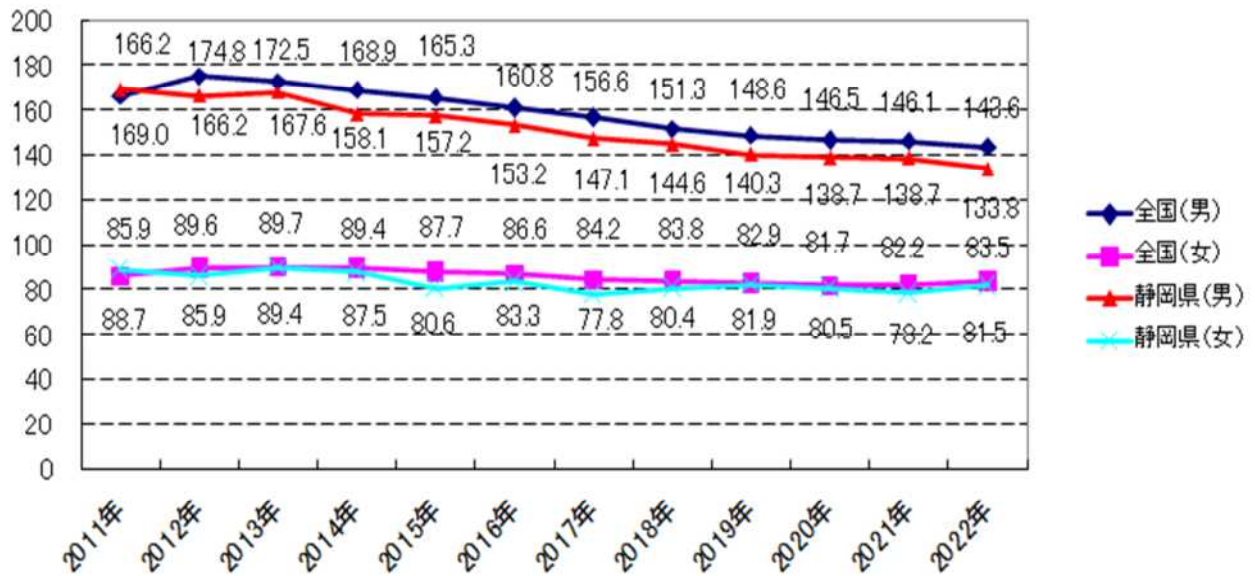
○がんによる死亡率(人口 10 万対)の推移

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)

○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

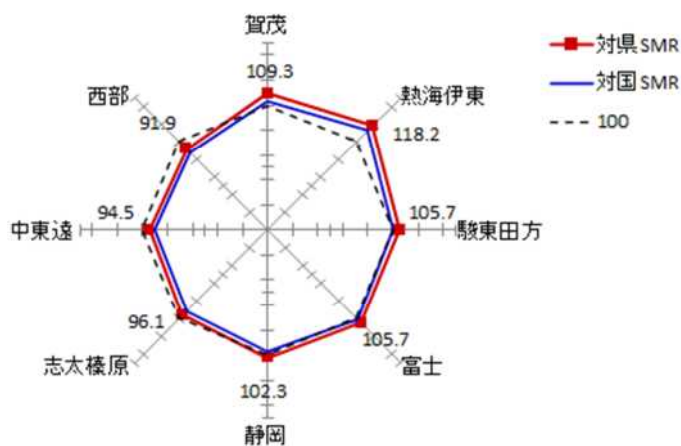
(出典：厚生労働省「医療施設調査」)

○標準化死亡比 (SMR) : がん総数、胃、結腸、直腸・S字結腸

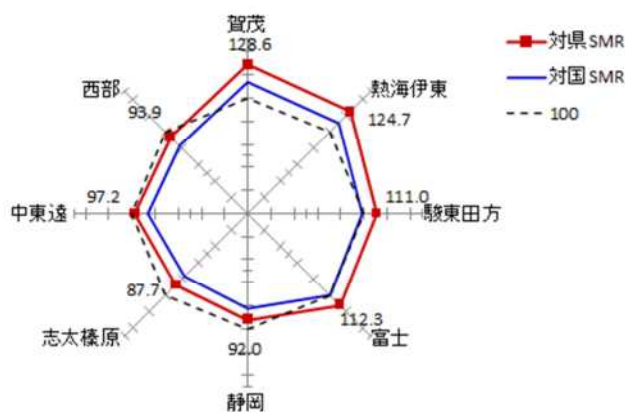
2017年-2021年	悪性新生物							
	総数		胃		結腸		直腸S状結腸移行部及び直腸	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	109.3	103.7	128.6	114.2	117.1	111.2	107.0	105.4
熱海伊東	118.2	112.5	124.7	111.1	147.3	140.0	123.7	121.9
駿東田方	105.7	100.5	111.0	98.8	110.6	105.0	106.2	104.0
富士	105.7	100.6	112.3	99.9	110.7	105.1	116.9	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。

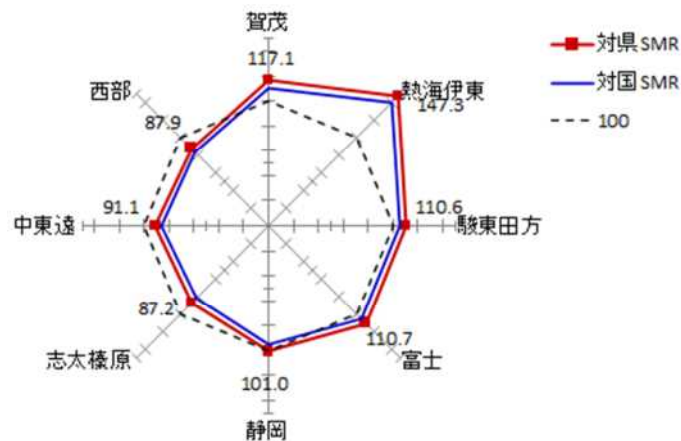
【総数】



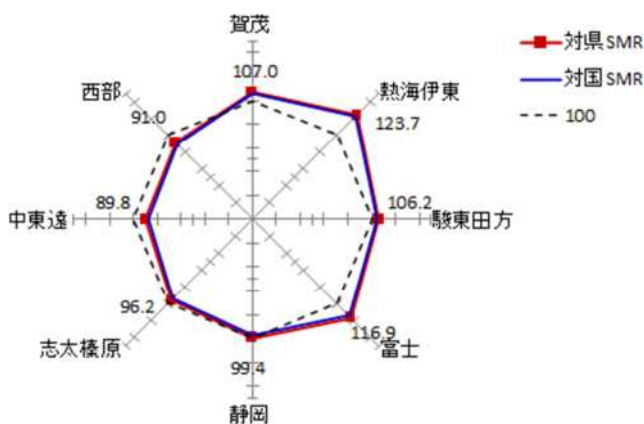
【胃】



【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) :

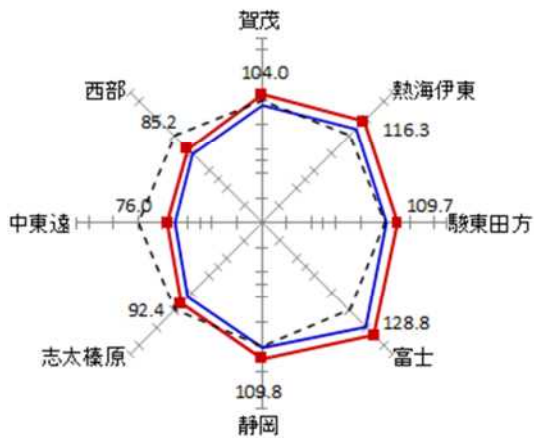
死亡数を人口で除した死亡率を比較すると、高齢者の多い市町では高くなり、若年者の多い市町では低くなる傾向があります。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率が「SMR(標準化死亡比)」です。この SMR を用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気にすることなく、より正しく地域比較を行うことができます。SMR=110 の場合、「性別・年齢を調整した場合、県(国)より 1.1 倍死亡数が多い(死亡率が高い)」「県の人口構成を基準とした場合、県(国)より 1.1 倍死亡数が多い(死亡率が高い)」ということができます。

○標準化死亡比 (SMR) : 肝、肺、乳房、子宮

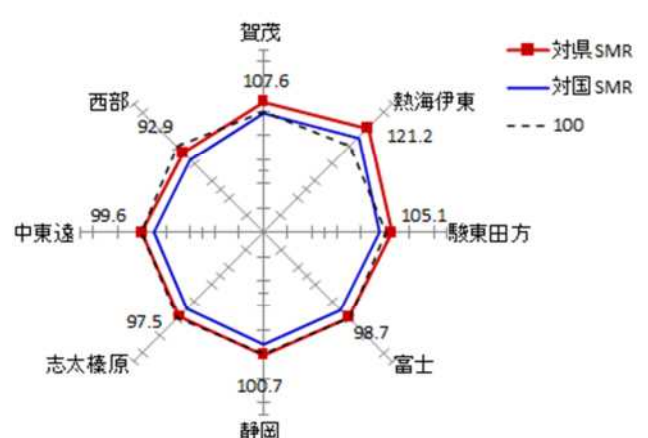
2017年-2021年	悪性新生物							
	肝及び肝内胆管		気管、気管支及び肺		乳房		子宮	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	104.0	95.9	107.6	97.7	82.3	77.5	118.0	122.9
熱海伊東	116.3	107.5	121.2	110.4	153.0	144.5	146.2	152.3
駿東田方	109.7	101.3	105.1	95.6	102.0	96.1	117.8	123.5
富士	128.8	119.0	98.7	89.8	112.4	106.0	111.7	117.2
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。

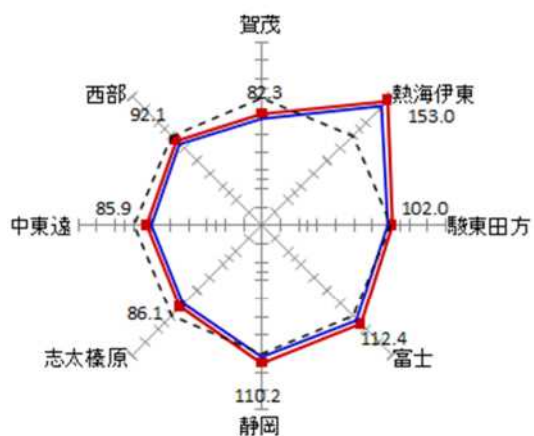
【肝及び肝内胆管】



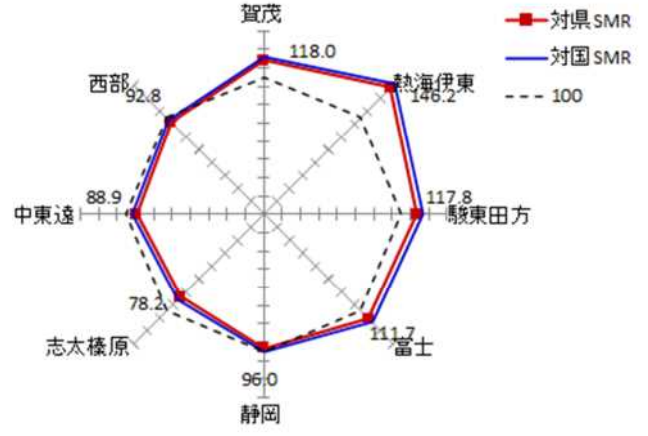
【気管、気管支及び肺】



【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15mm未満のラクナ梗塞、5～8mmの比較的太い血管がプラーク（コレステロールなどの塊）により血流が悪化し、そこに形成される血栓が原因となるアテローム血栓性脳梗塞、不整脈や弁膜症により心臓に生じた血栓（塞栓）により脳の血管が閉塞することで発症する心原性脳塞栓症の3種類に分類されます。
- 脳内出血は脳の細い血管が破綻するもの、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものです。
- 2022年で全国において、介護が必要になった者の主な原因のうち、脳卒中が16.1%を占めています。
- 認知症のうち、脳梗塞や脳内出血が原因で起こる脳血管性認知症が19.5%を占めています。

イ 本県の状況

（死亡・罹患の状況）

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

（医療従事者の状況）

- 2020年の人口10万対の脳神経内科の医師数は3.5人、脳神経外科の医師数は5.8人で、全国平均4.6人、5.8人と比較すると脳神経内科の医師数は少ないです。
- 2020年の人口10万対のリハビリテーション科の医師数は2.3人、理学療法士数は78.5人で、全国平均2.3人、80.0人と比較すると理学療法士数は少ないです。
- 2022年の脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数は35人です。

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

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みを整えることや、患者が生きがいを感じながら働くことができる社会のため、就労支援サービスの活用が必要です。

(カ) 再発・重症化予防

- 急性期治療により後遺症が残らない場合であっても、基礎疾患や危険因子を放置すると再発の可能性あります。
- 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-P A に よる血栓溶解療法及び血栓 回収療法を実施可能な保健 医療圏数	賀茂以外の 7 保健医療圏 (2021 年)	全保健医療圏 (2029 年)	全保健医療圏で 実施可能な体制 を構築	厚生労働省「ND B オープンデー タ」
脳血管疾患等リハビリテー ション料 (I)、(II) 又は (III) の基準を満たす医療機関が 複数ある保健医療圏数	全保健医療圏 (2023 年)	全保健医療圏 (2029 年)	全保健医療圏で 実施可能な体制 を維持	東海北陸厚生局 「施設基準の届出 受理状況」

イ 施策の方向性

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

○「F A S T」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を開始できるように地域における t-P A 療法の講習を受けた医師の増加を促進し、地域内の脳卒中急性期診療体制のネットワーク構築を図ります。

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

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

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

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

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

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

(エ) 回復期

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

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

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

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

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

(オ) 維持期・生活期

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

(カ) 再発・重症化予防

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

○脳卒中のロジックモデル

〈個別施策〉

〈中間アウトカム〉

〈分野アウトカム〉

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

1: 危険因子の治療、生活習慣指導等の推進	
数値目標	高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合

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

2: 救護	
現状データ	脳血管疾患により救急搬送された患者数

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

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

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

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

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

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

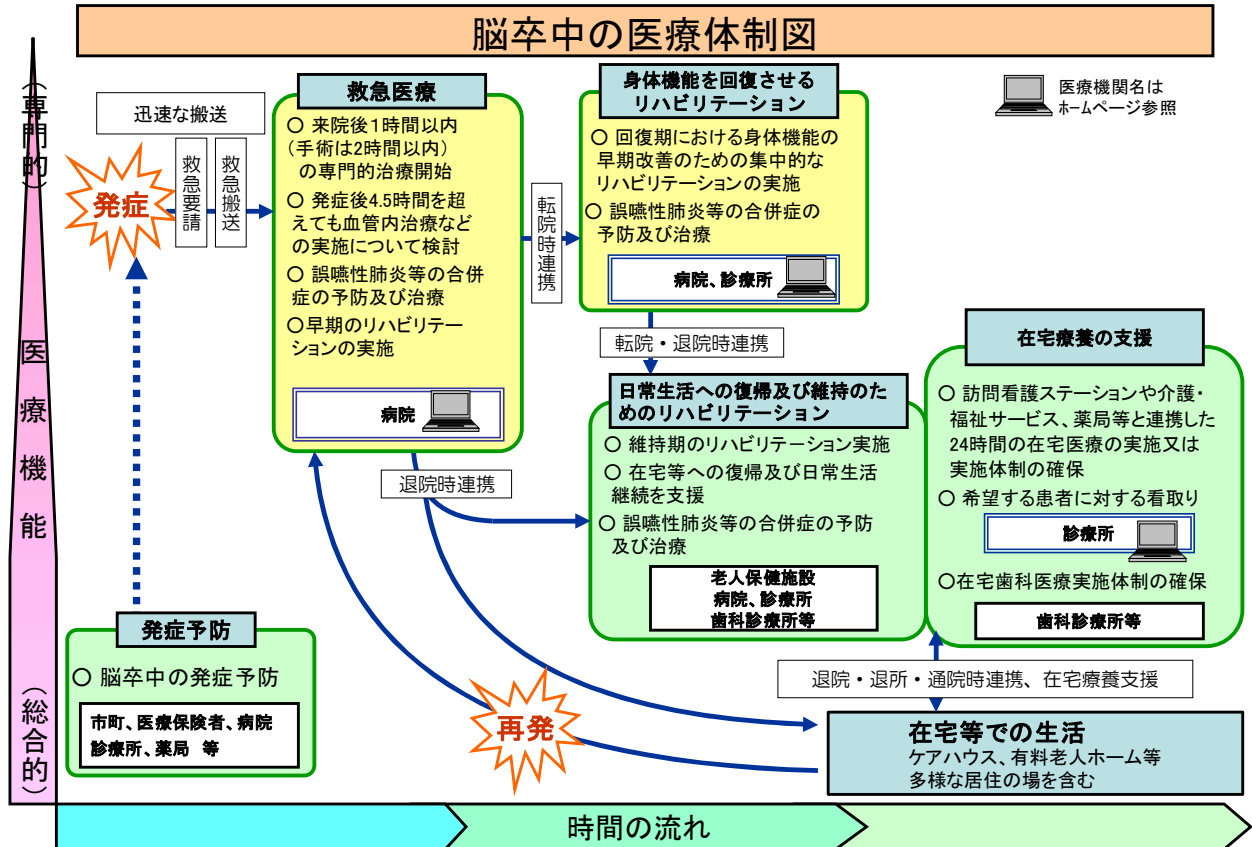
5: 維持期・生活期、再発・重症化予防	
現状データ	脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数
現状データ	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数
現状データ	歯周病専門医が在籍する医療機関数

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

(3) 「脳卒中」の医療体制に求められる医療機能

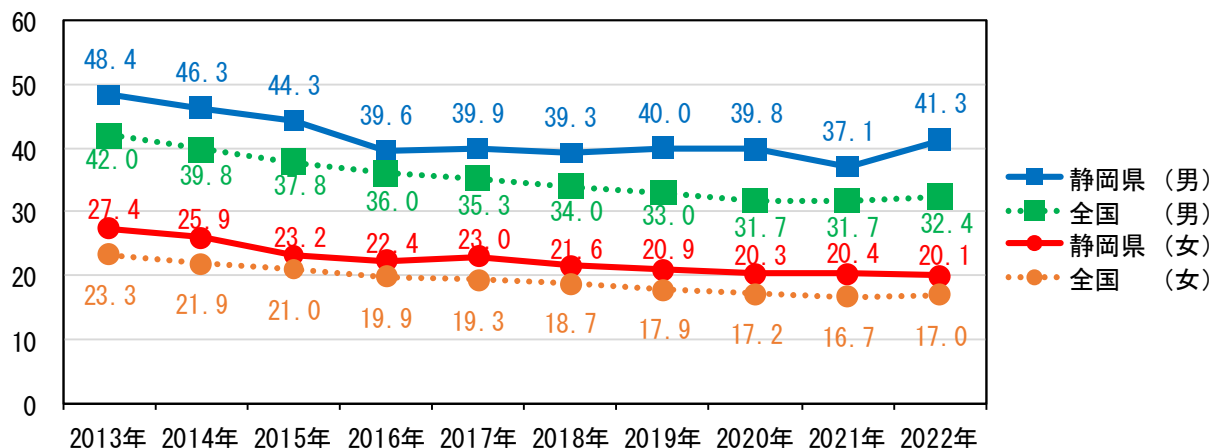
	発症予防	発症後の医療等	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	在宅療養の支援
ポイント	○ 脳卒中の発症予防	○ 脳卒中を疑われる患者を専門的な診療が可能な医療機関に発症後迅速に搬送	○ 24時間体制で、来院後1時間以内（手術は2時間以内）に専門的な治療を開始 ○ 発症後4.5時間を超えても血管内治療などの高度専門治療の実施について検討 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療 ○ 早期にリハビリテーションを実施	○ 回復期における身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションの実施 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防	○ 維持期のリハビリテーション実施 ○ 在宅等への復帰及び日常生活継続を支援 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防	○ 薬局、訪問看護ステーションや介護・福祉サービス等と連携した24時間の在宅医療の実施 ○ 希望する患者に対する看取り
機能の説明	・市町、医療保険者による特定健診・保健指導の実施、受診勧奨 ・医療機関での高血圧等の危険因子の治療	・地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコールに沿って、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（救急輸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。救急輸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時間以内に治療を実施 ・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 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（在宅療養管理指導）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）

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。

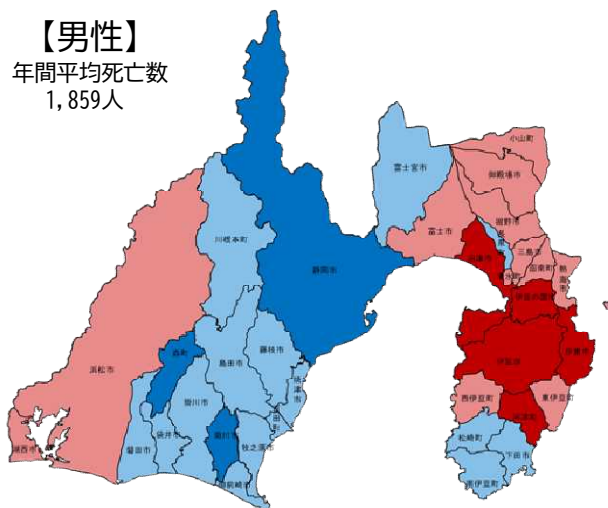
○標準化死亡比（SMR）（2017年-2021年）

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

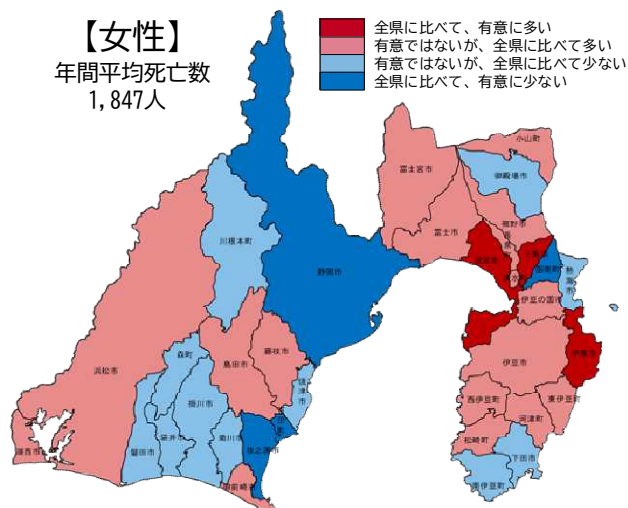
※網掛けは有意に多い

<県内比較（2021年）>

【男性】
年間平均死亡数
1,859人

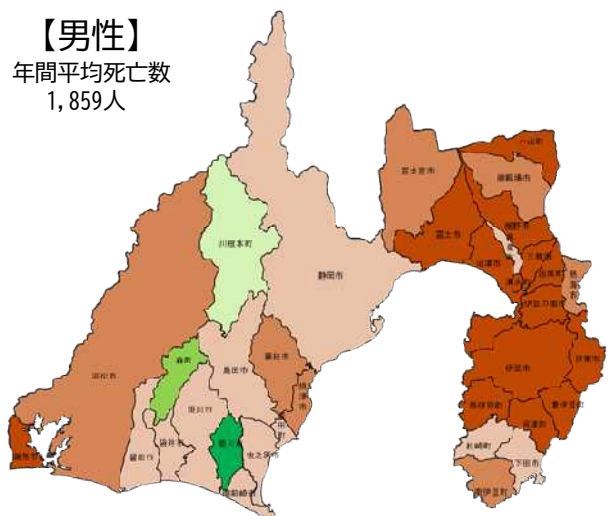


【女性】
年間平均死亡数
1,847人

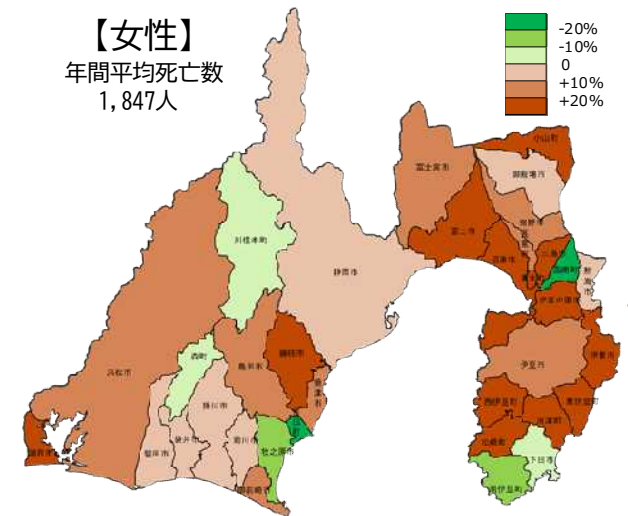


<全国比較>

【男性】
年間平均死亡数
1,859人



【女性】
年間平均死亡数
1,847人



(出典：静岡県「静岡縣市町別健康指標」)

○指標による現状把握

(医療従事者の状況) (2020年)

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

(出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

(救急患者の搬送)

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

(出典：厚生労働省「患者調査」)

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

(出典：総務省消防庁「救急救助の現況」)

(急性期の治療) (2021年)

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

(出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」)

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

(脳卒中のリハビリテーション等)

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

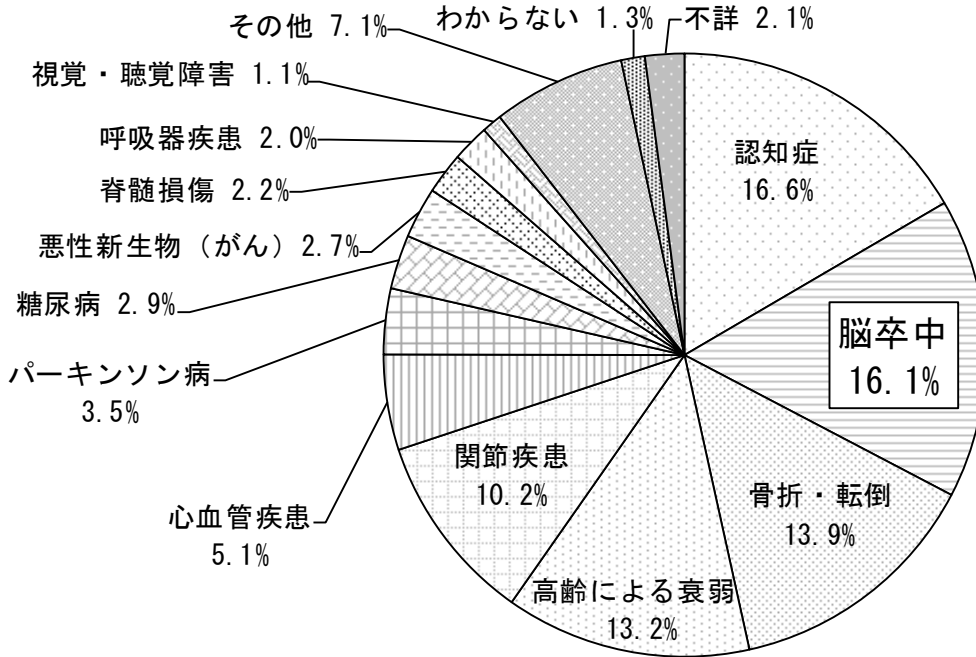
(出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」)

(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による電氣的除細動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（臓器に必要な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 電氣的除細動：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120/80mmHg未満と比較して、40歳から74歳まででは120/80mmHg以上、75歳から89歳まででは140/90mmHg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、冠動脈疾患に罹患する頻度が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、再かん流療法的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、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 田邊 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みを整え、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（意思表示書）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による電氣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・解離の治療を開始できるように、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

〈個別施策〉

〈中間アウトカム〉

〈分野アウトカム〉

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

1: 危険因子の治療、生活習慣指導等	
数値目標	高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合

1: 心血管疾患による死亡者数の減少	
数値目標	心血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万人対)

2: 救護	
現状データ	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

2: 発症後の早期治療	
現状データ	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
現状データ	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

2: 日常生活の場での質の高い生活	
数値目標	健康寿命
現状データ	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合
現状データ	在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合
現状データ	心不全手帳を導入した患者における再入院率

3: 急性期	
数値目標	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
現状データ	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数
現状データ	循環器内科医師数・心臓血管外科医師数

3: 急性期医療の提供	
現状データ	急性心筋梗塞患者に対するインターベンション(PCI)実施数(算定回数)
現状データ	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(算定回数)
現状データ	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数

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

4: 切れ目のないリハビリテーションの推進	
現状データ	入院心血管リハビリテーションの実施件数(算定回数)
現状データ	外来心血管リハビリテーションの実施件数(算定回数)

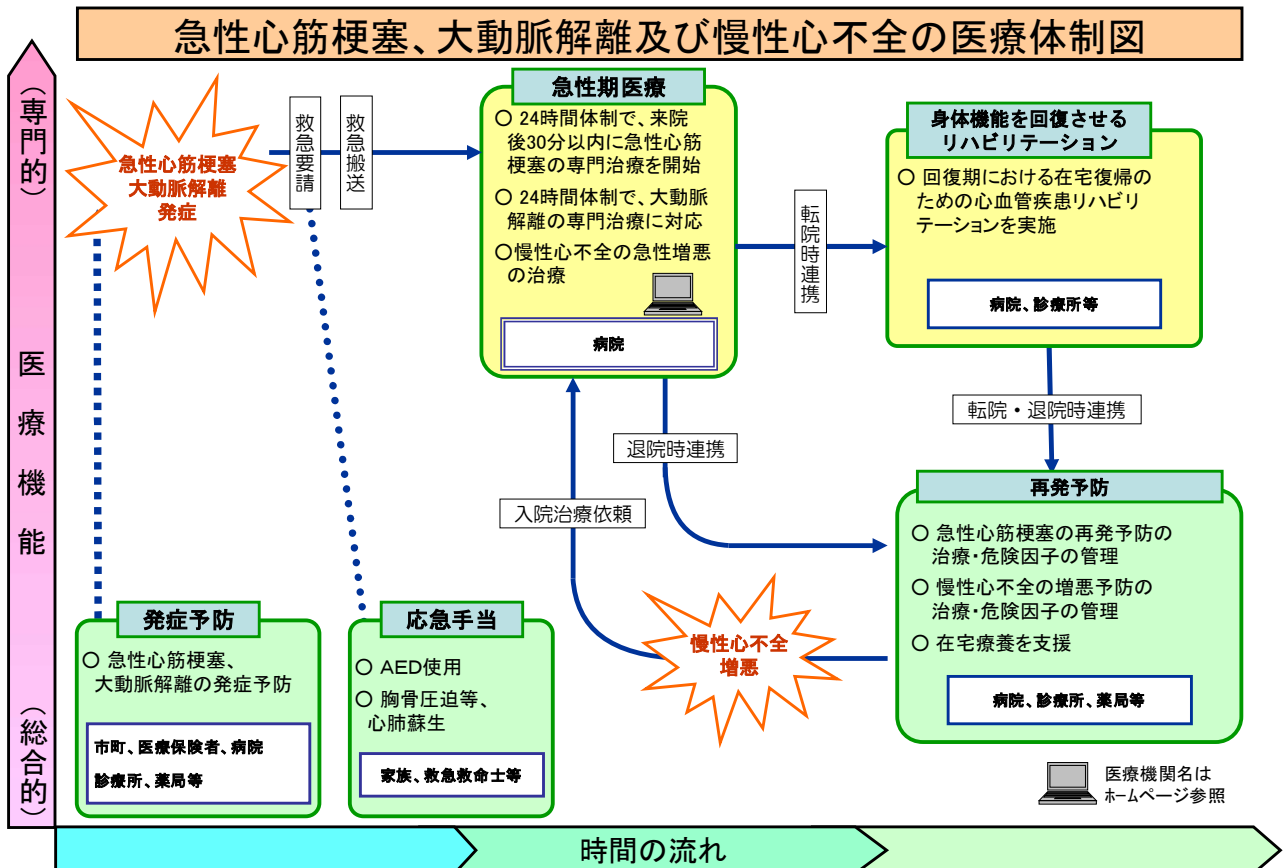
5: 維持期・生活期、再発・重症化予防	
現状データ	慢性心不全の再発を予防するためのケアに従事している看護師数
現状データ	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数
現状データ	歯周病専門医が在籍する医療機関数

5: 医療・介護関係者間連携の推進	
現状データ	心血管疾患における介護連携指導の実施件数(算定回数)

(3) 心血管疾患の医療体制に求められる医療機能

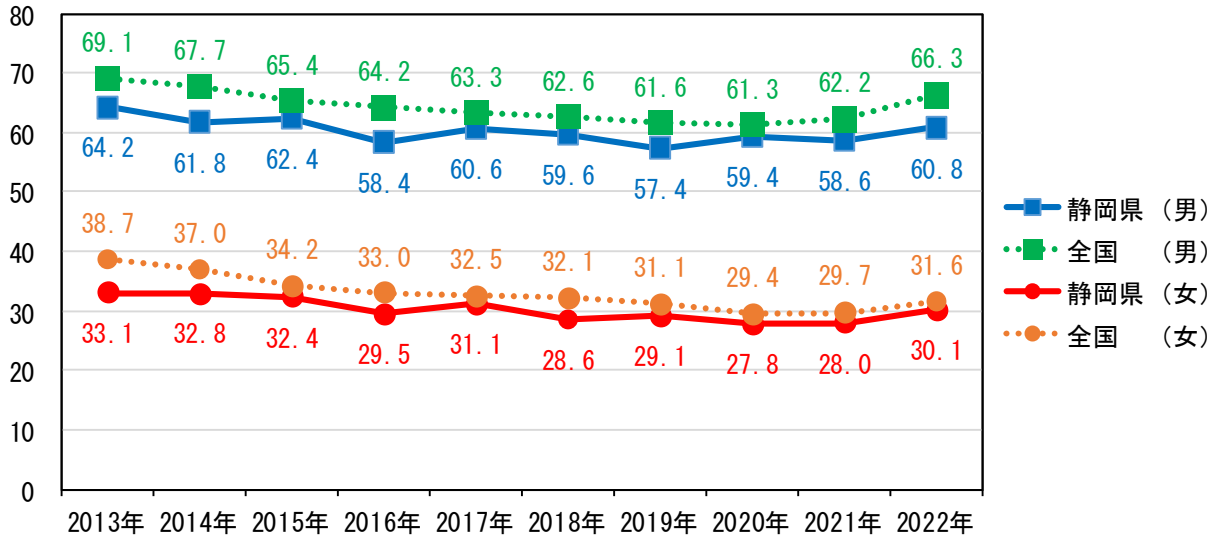
	発症予防	応急手当	救急医療	身体機能を回復させる リハビリテーション	再発予防
ポイント	○ 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防	○ 専門的な診療が可能な医療機関への早期搬送	○ 24時間体制で、来院後30分以内に専門治療を開始 ○ 再発予防の定期的専門的検査を実施	○ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施 ○ 在宅等生活の場への復帰の支援	○ 再発予防の治療・危険因子の管理 ○ 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教育 ○ 在宅療養継続の支援
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・市町、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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ベーンシングへの対応 ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応 ・心電図検査、電氣的除細動等急性増悪時の対応の実施 ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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）

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

（出典：静岡県「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」）

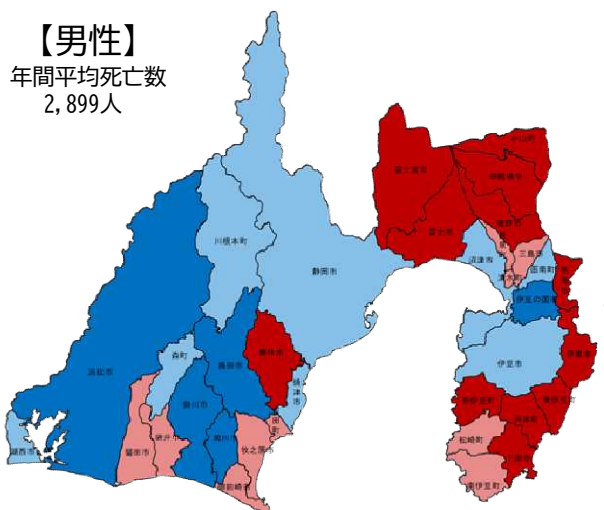
○標準化死亡比（SMR）（2017-2021年）

保健医療圏 区分	心疾患 (高血圧性を除く)						大動脈瘤及び解離	
	急性心筋梗塞		心不全		対県 SMR	対国 SMR	対県 SMR	対国 SMR
	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

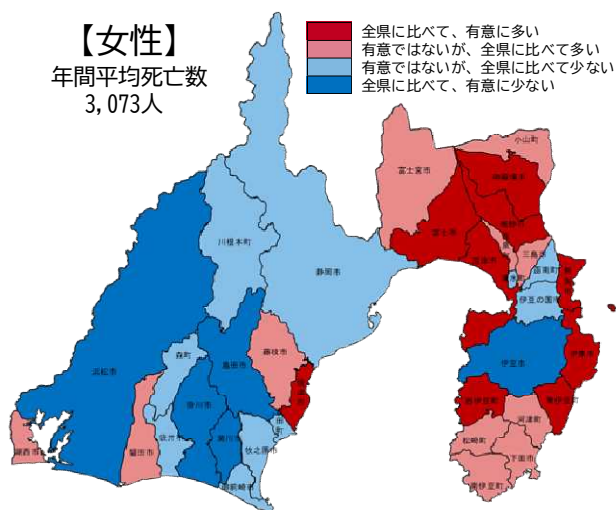
※網掛けは有意に多い

<県内比較>

【男性】
年間平均死亡数
2,899人



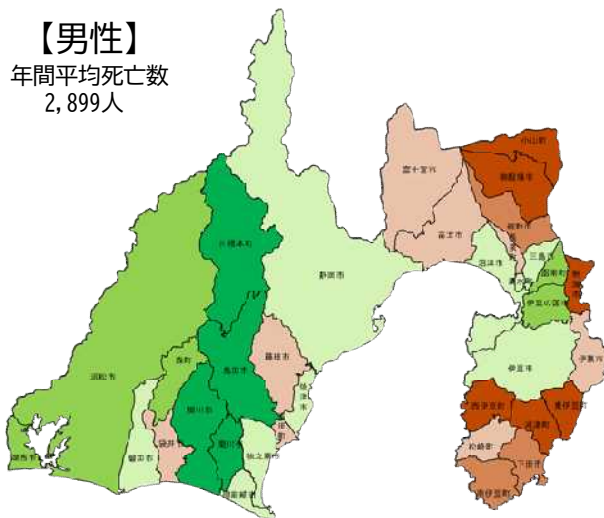
【女性】
年間平均死亡数
3,073人



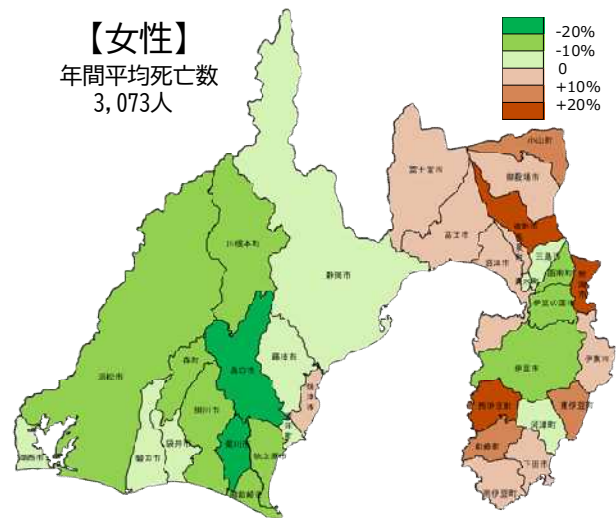
■ 全県に比べて、有意に多い
■ 有意ではないが、全県に比べて多い
■ 有意ではないが、全県に比べて少ない
■ 全県に比べて、有意に少ない

<全国比較>

【男性】
年間平均死亡数
2,899人



【女性】
年間平均死亡数
3,073人



■ -20%
■ -10%
■ 0
■ +10%
■ +20%

(出典：静岡県「静岡縣市町別健康指標」)

○指標による現状把握

(医療従事者の状況) (2020年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
循環器内科医師数 (人口10万対)	13,026 10.3	310 8.6	1 1.7	6 6.0	60 9.4	22 5.9	82 11.9	24 5.3	29 6.3	86 10.1
心臓血管外科医師数 (人口10万対)	3,222 2.6	90 2.5	0 0.0	0 0.0	18 2.8	2 0.5	36 5.2	5 1.1	0 0.0	29 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 (人口10万対)	258 0.20	9 0.25	0 0	0 0	2 0.3	0 0	3 0.4	1 0.2	0 0	3 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 (人口10万対)	1,224 1.0	33 0.9	* -	* -	6 0.9	4 1.1	7 1.0	4 0.9	3 0.6	9 1.1
心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数 (人口10万対)	378 0.3	14 0.4	0 0.0	0 0.0	5 0.8	* -	4 0.6	* -	0 0.0	5 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) (人口10万対)		31	0	2	5	3	7	5	2	7
		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CDE⁴と地域CDE⁵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

<個別施策>

<中間アウトカム>

<分野アウトカム>

1:発症・合併症予防	
数値目標	特定健康診査の受診率
現状データ	特定保健指導の実施率

1:糖尿病の正しい普及啓発による早期発見	
現状データ	糖尿病予備群の者の数
現状データ	糖尿病が強く疑われる者の数
現状データ	糖尿病患者の年齢調整外来受療率

1:糖尿病による死亡者数の減少	
数値目標	糖尿病の年齢調整死亡率(人口10万対)

2:初期・安定期治療、専門的治療の体制整備	
現状データ	糖尿病専門医が在籍する医療機関数(人口10万対)
現状データ	歯周病専門医が在籍する医療機関数(人口10万対)

2:医療機関間の連携による糖尿病治療の提供	
現状データ	糖尿病透析予防指導又は糖尿病合併症管理の実施割合
現状データ	外来栄養食事指導の実施割合
現状データ	HbA1c又はGA検査の実施割合
現状データ	治療継続者の割合(インスリン注射又は血糖を下げる薬)
現状データ	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)

2:糖尿病合併症の重症化予防	
数値目標	年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病性腎症の患者数
現状データ	治療が必要な糖尿病網膜症の発生(糖尿病患者1年当たり)
現状データ	糖尿病患者の下肢切断の発生(糖尿病患者1年当たり)

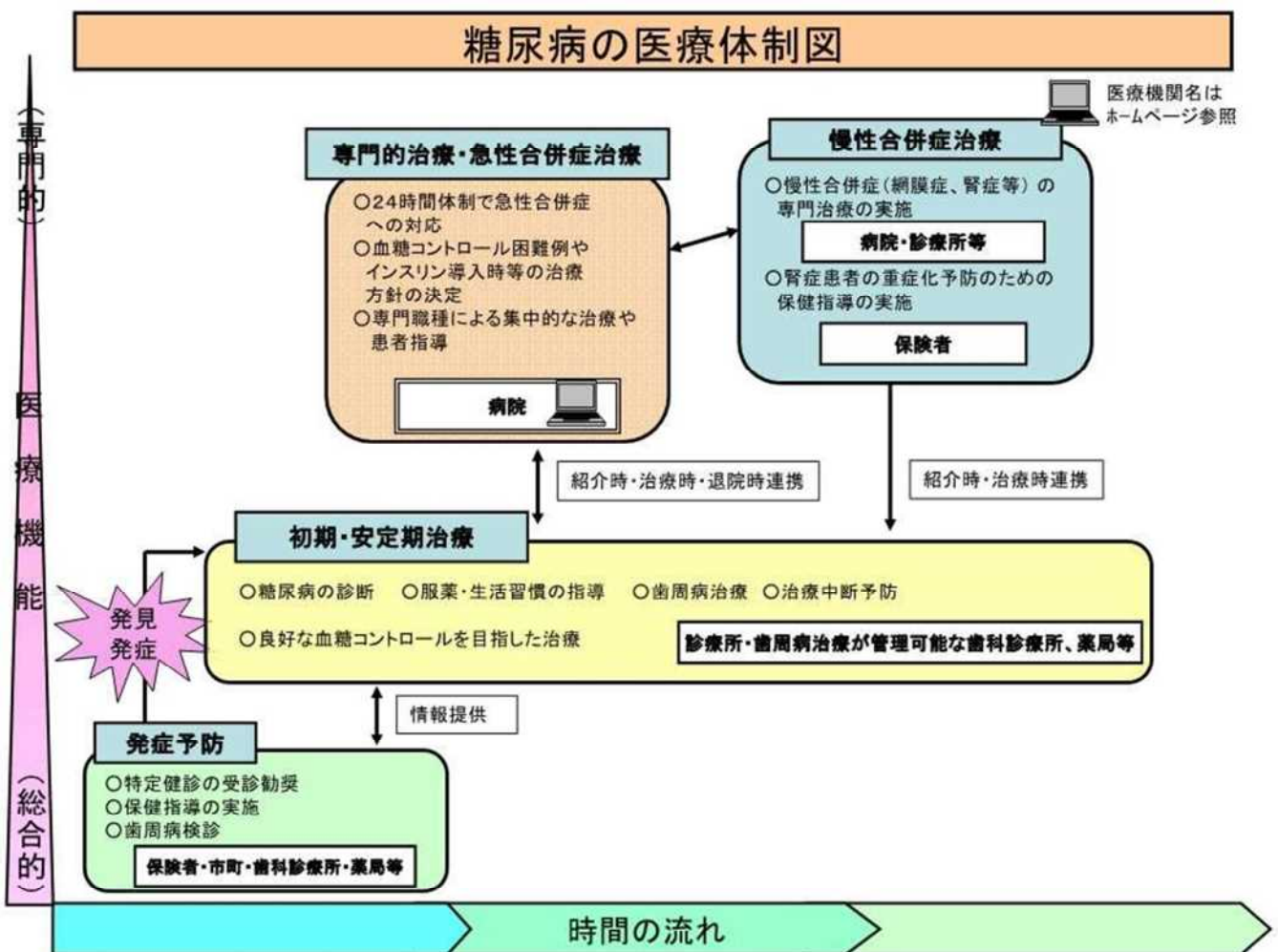
3:急性合併症治療、慢性合併症治療の体制整備	
現状データ	腎臓専門医が在籍する医療機関数(人口10万対)
現状データ	糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万対)
現状データ	糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万対)
現状データ	糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万対)
現状データ	糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定している市町数【県独自】

3:医療機関間の連携による合併症治療の提供	
現状データ	眼底検査の実施割合
現状データ	尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合
現状データ	クレアチニン検査の実施割合

(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	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○周術期、化学療法中、感染症治療中等の適切な血糖管理 	<ul style="list-style-type: none"> ○市町や保険者、歯科診療所、薬局との連携
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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

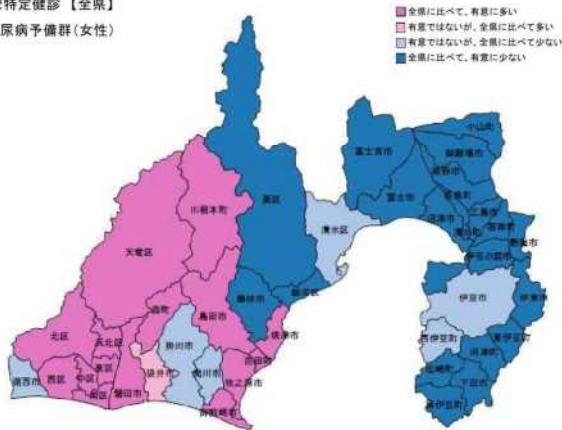
(4) 「糖尿病」の医療体制図



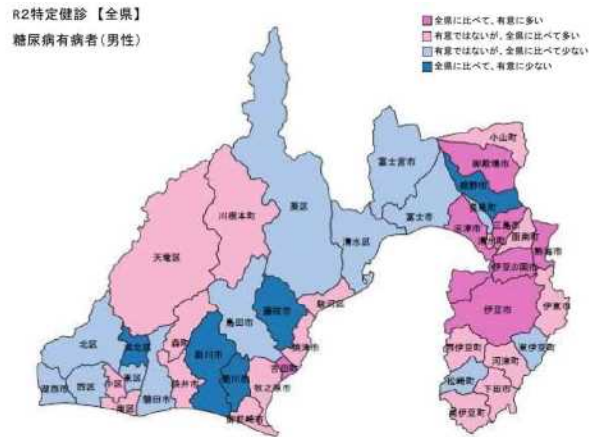
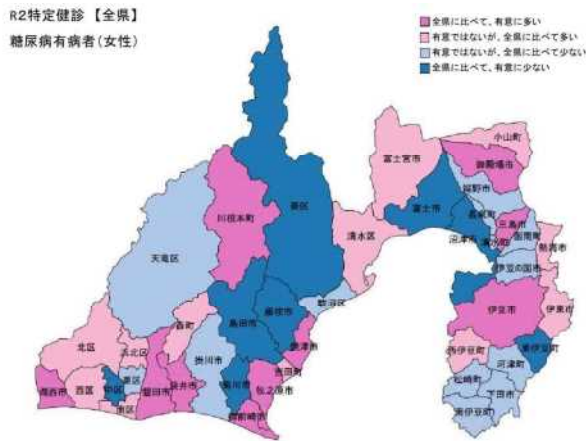
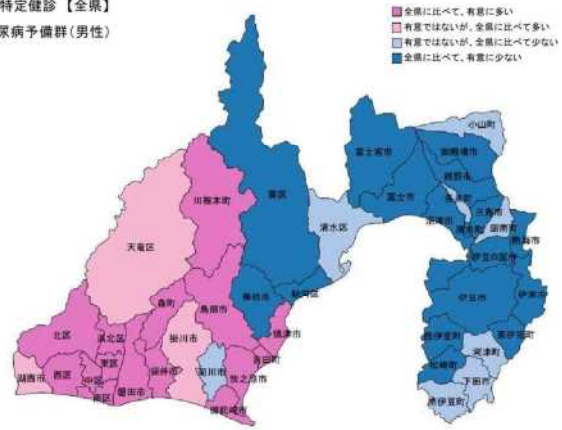
(5) 関連図表

○糖尿病有病者（2020年）

R2特定健診【全県】
糖尿病予備群(女性)

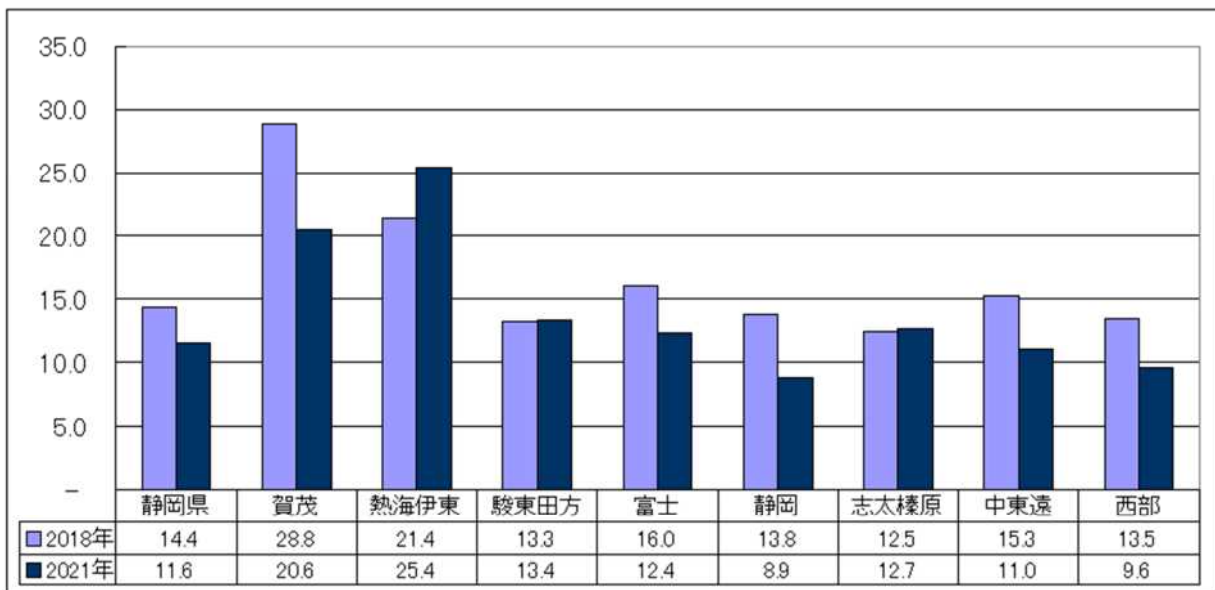


R2特定健診【全県】
糖尿病予備群(男性)



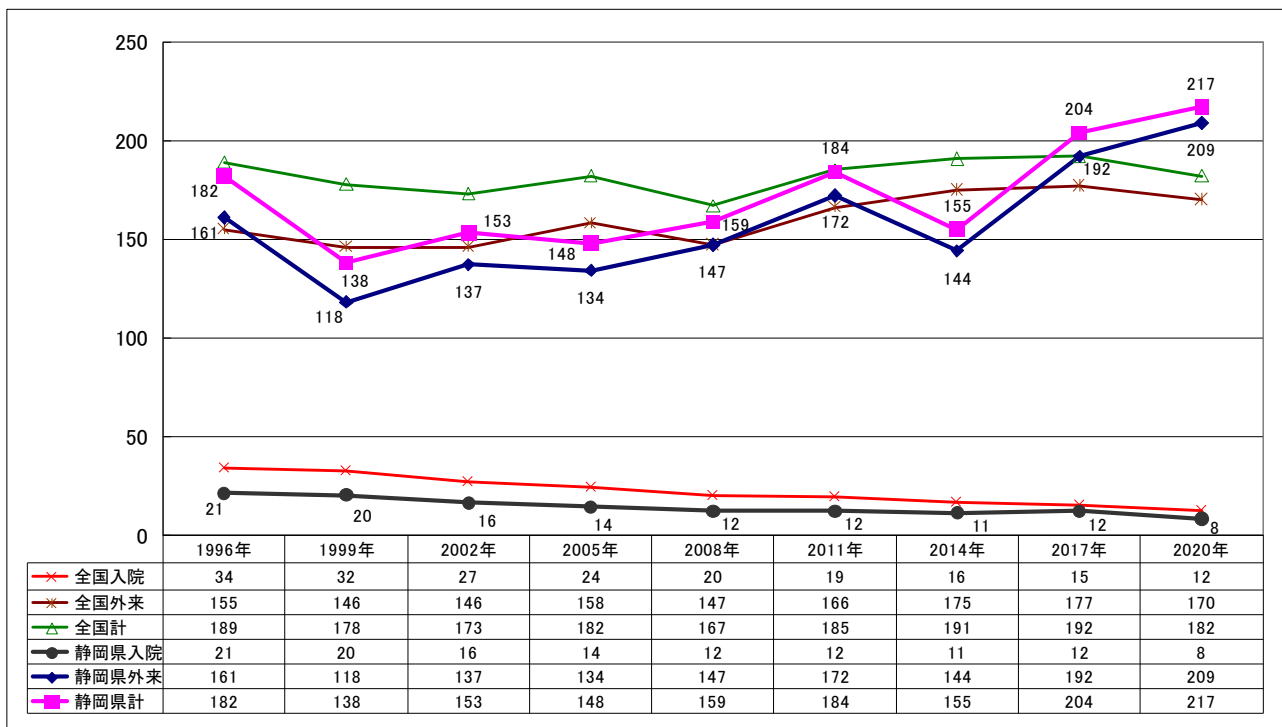
(出典：静岡県「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」)

○保健医療圏別の糖尿病死亡率（人口10万対）（2021年）



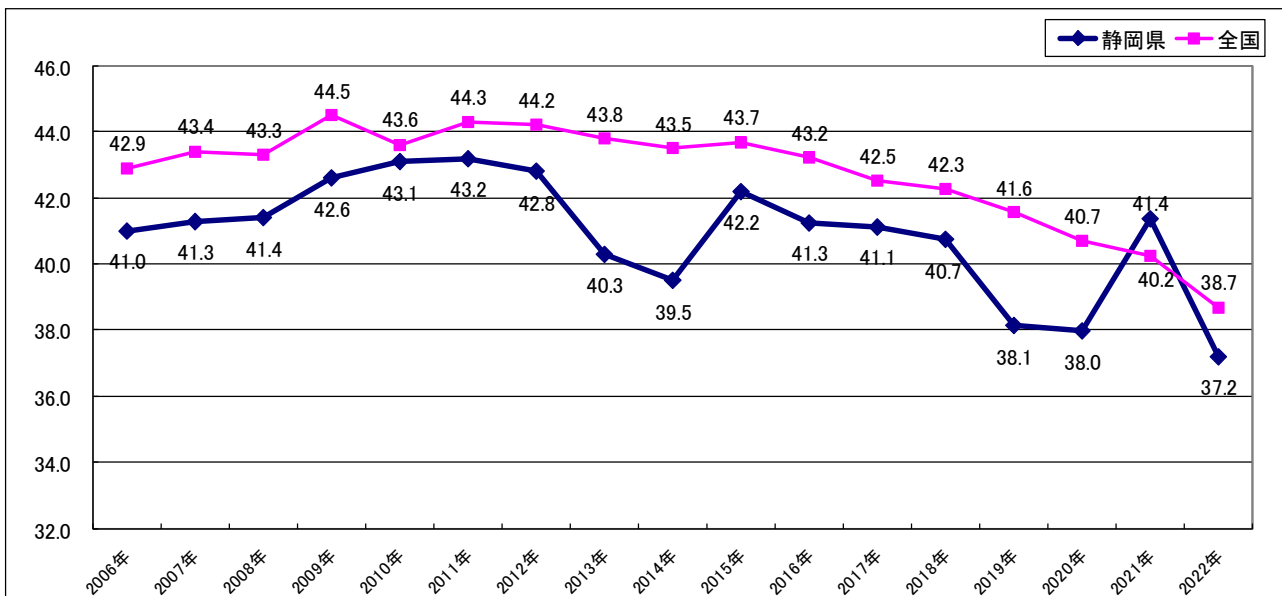
(出典：厚生労働省「人口動態統計」)

○糖尿病の入院、外来別受療率（人口10万対）の推移



(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くことから、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行進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。

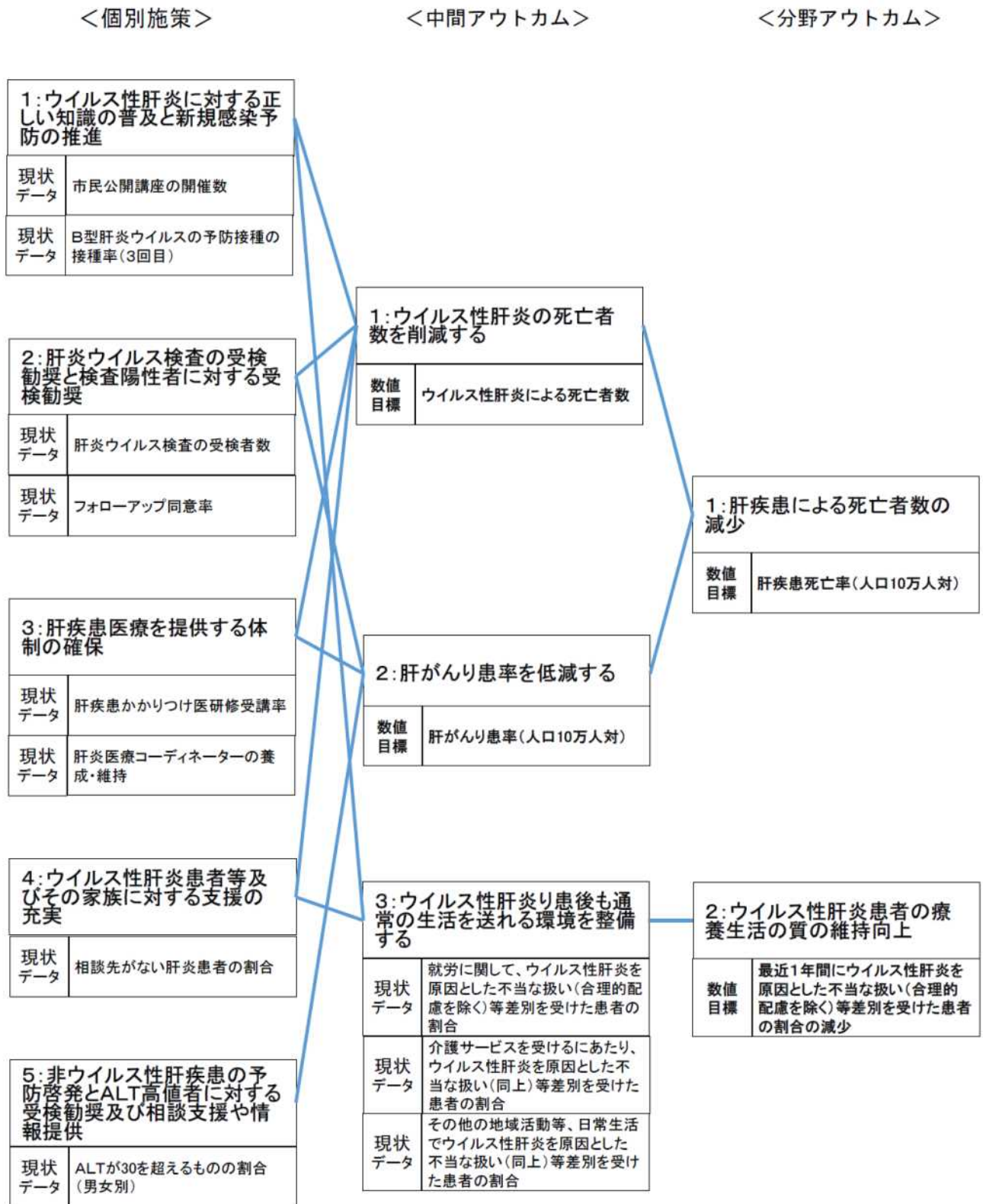
(エ) ウイルス性肝炎患者等及びその家族に対する支援の充実

- 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

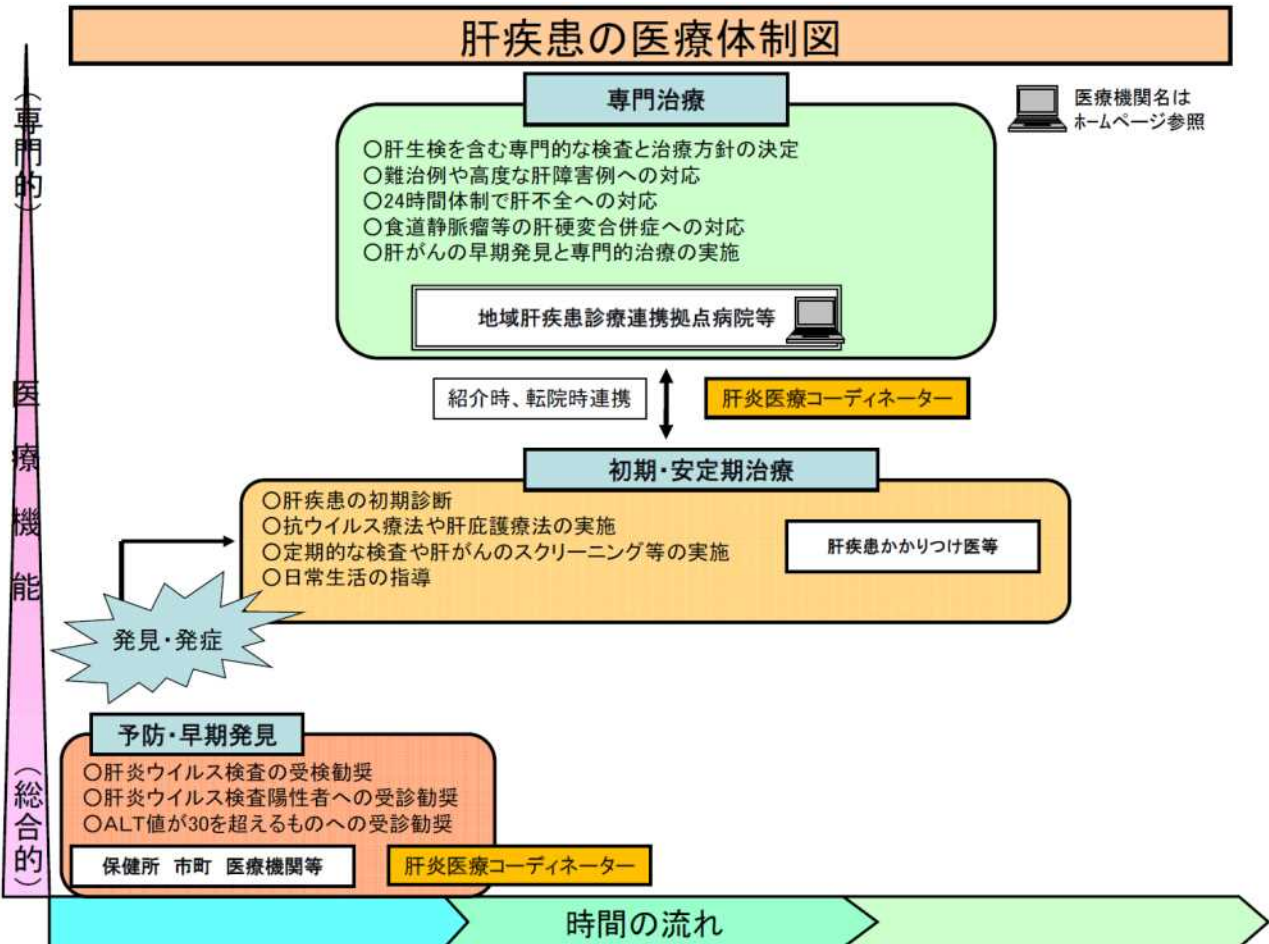


(3) 「肝疾患」の医療体制に求められる医療機能

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	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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（MC I J））

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

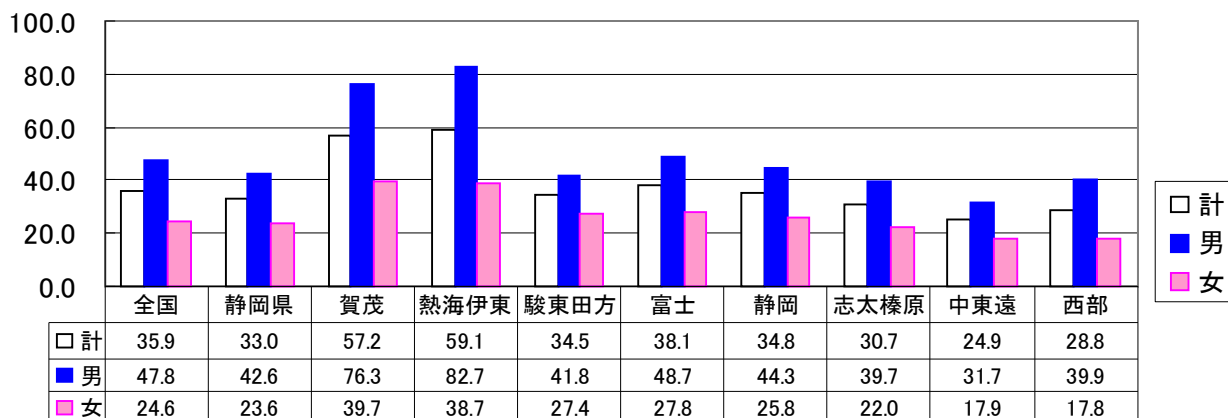
2016 年～2019 年：国立がん研究センターがん情報センター「がん登録・統計」（全国がん登録）

○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

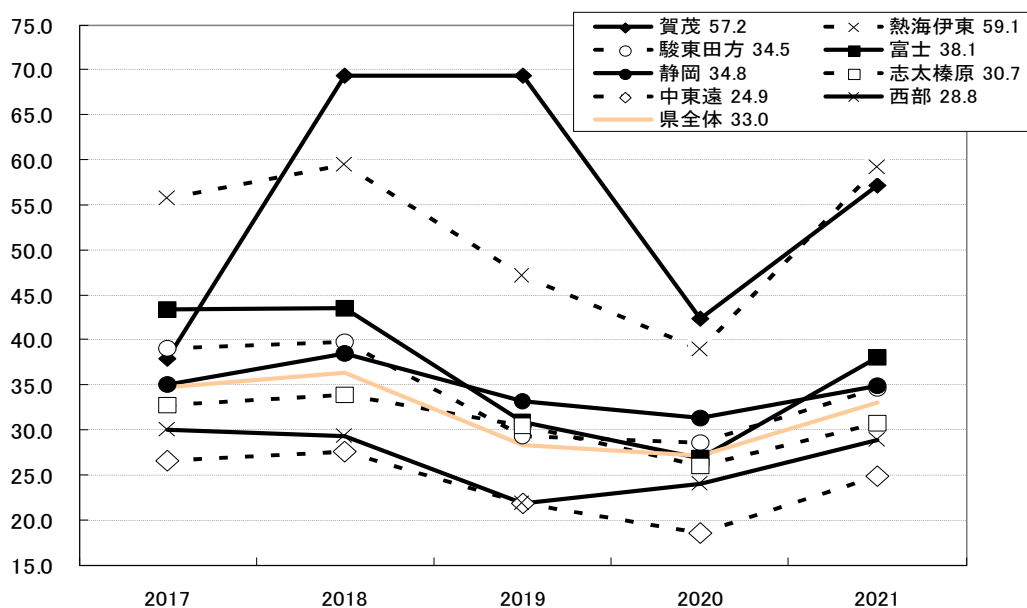
出典：人口動態統計（厚生労働省）のうち「01400ウイルス性肝炎」、「02106肝及び肝内胆管の悪性新生物」、「11301肝硬変（アルコール性を除く）」、「11302その他の肝疾患」を掲出
死亡率は人口10万対死亡率（死亡者数）を算出

○医療圏別の肝疾患死亡率(人口10万対/2021年)



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」

○A L T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、脾疾患、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、稼働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となります。
- 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

- 精神疾患に罹患した場合、早期に適切な医療を受けられるよう、精神疾患に関する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と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つて、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

<個別施策>

<中間アウトカム>

<分野アウトカム>

1:精神疾患に関する普及啓発・相談支援	
現状データ	精神保健福祉相談件数

2: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)	
現状データ	精神障害者地域移行定着推進研修の修了者数

3:多様な疾患ごとの医療連携体制の構築	
現状データ	依存症相談支援に携わる従事者向け研修の参加人数

4:精神科救急体制・身体合併症	
現状データ	精神科救急医療機関数

5:自殺対策	
現状データ	自殺による死亡者数

6:災害時及び新興感染症発生・まん延時における精神医療	
現状データ	DPAT協力病院数

7:医療観察法における対象者への医療	
現状データ	医療観察法の指定通院医療機関数

8:隔離・身体的拘束の最小化	
現状データ	隔離指示件数・身体拘束指示件数

1:精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築	
数値目標	精神科病院1年以上の長期在院者数
現状データ	障害福祉サービス利用者数 地域移行支援人数
現状データ	障害福祉サービス利用者数 地域定着支援人数

2:多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築	
数値目標	精神科病院入院後各時点の退院率(3ヶ月、6ヶ月、1年)
現状データ	多様な精神疾患等ごとの拠点医療機関設置数

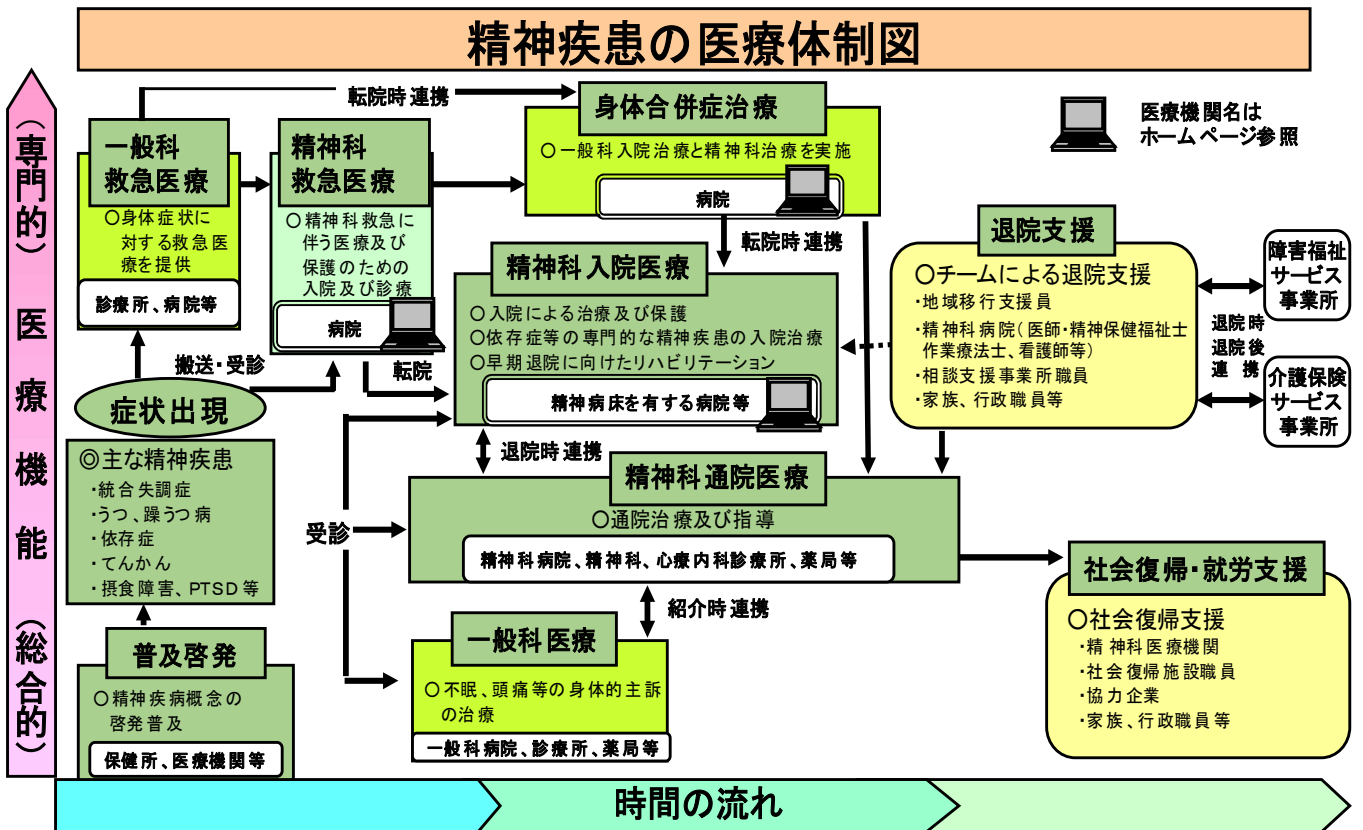
3:隔離・身体的拘束の最小化	
数値目標	行動制限(隔離・身体的拘束)の指示割合

1:精神障害の有無やその程度にかかわらず、地域で安心して暮らすことができる	
数値目標	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

(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	○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治療を実施 ・精神科入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」
D P A T 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營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箇所を設置しています。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

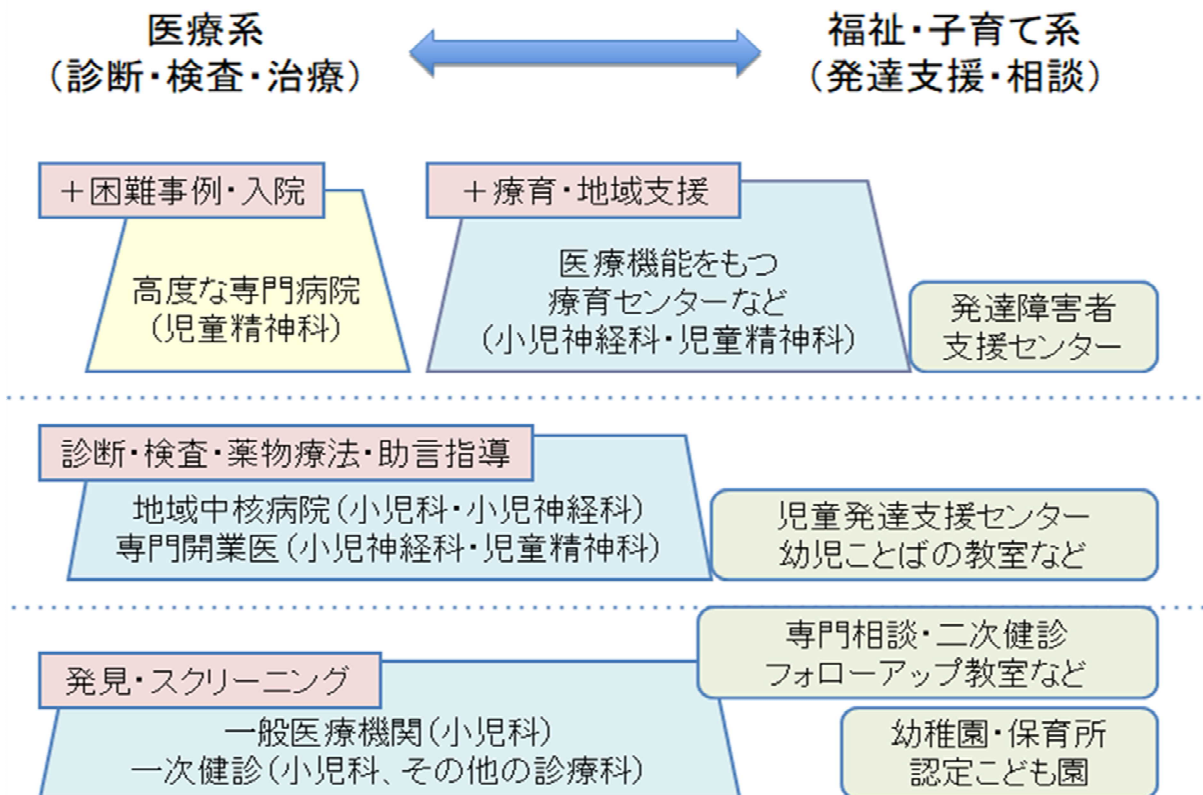
- 医療機関への定期的な調査を行い、発達障害に係る医療情報の提供を行います。
- 浜松医科大学への寄附講座による医師の養成をはじめ、小児神経科医や児童精神科医を地域で継続的に養成・確保する仕組みの検討など、専門医・専門的医療機関の確保を図ります。
- 医療から発達支援へつなぐための仕組みづくりなど、医療機関と福祉、教育などの支援機関の連携強化を進め、児童発達支援センターを中核とした重層的な地域支援体制の構築を図ります。
- 小児科医や看護師その他の医療従事者への研修の充実に努めるなど、地域の小児科医等の対応力の強化を図ります。特に、医療の確保のため、発達障害の診療を行う病院の医師に対して、専門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	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医・専門医療機関の確保 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健、福祉、教育等の支援機関との連携
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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

発達障害(小児期)の医療体制に求められる医療機能



(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

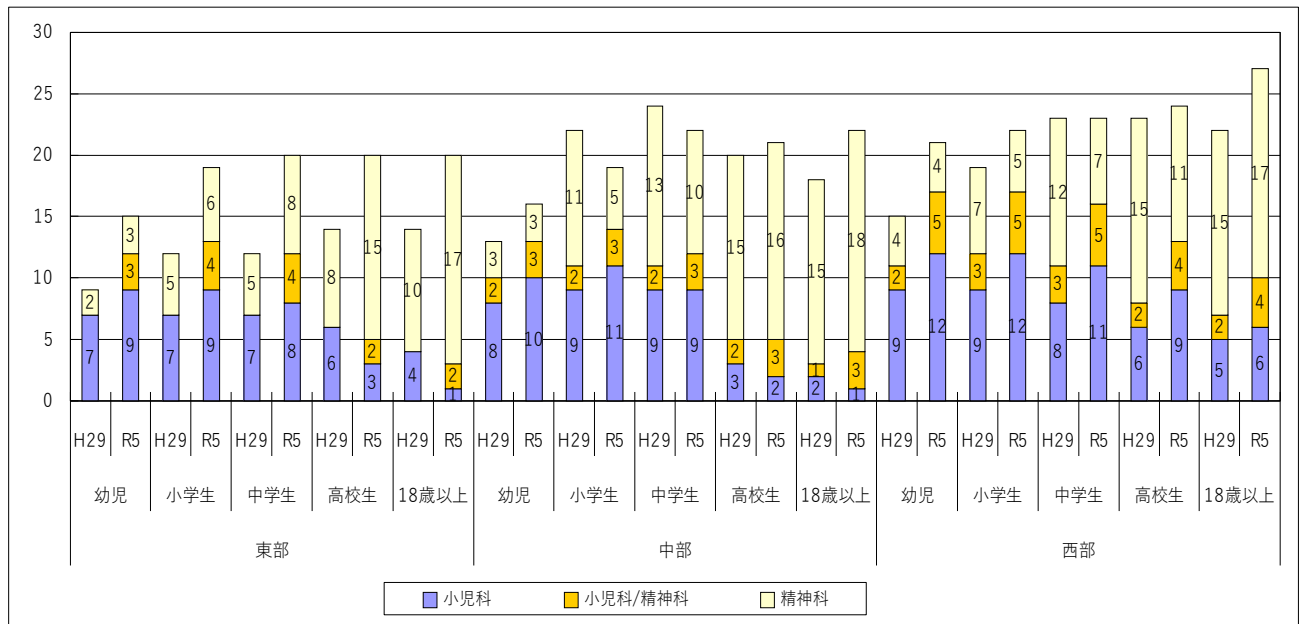
②上記のうち診断と心理検査が可能な医療機関数

(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）※

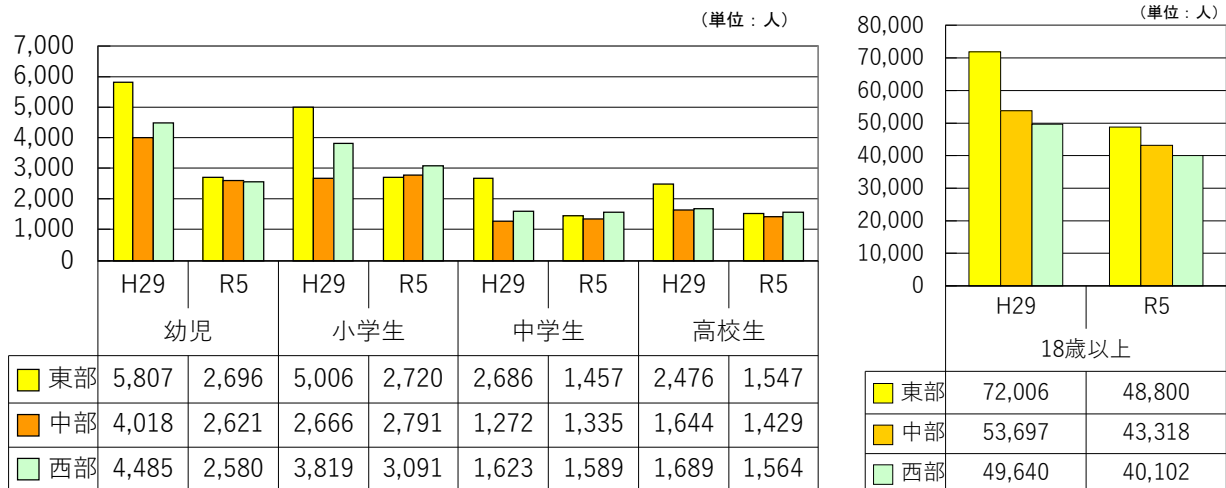
（単位：件）



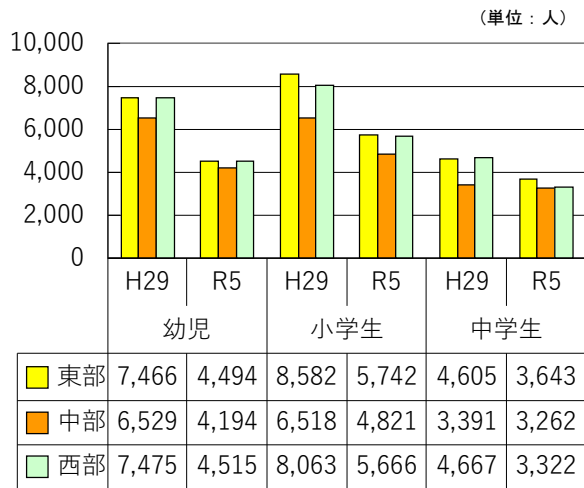
※ 非公表の医療機関は分析から除外

○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）



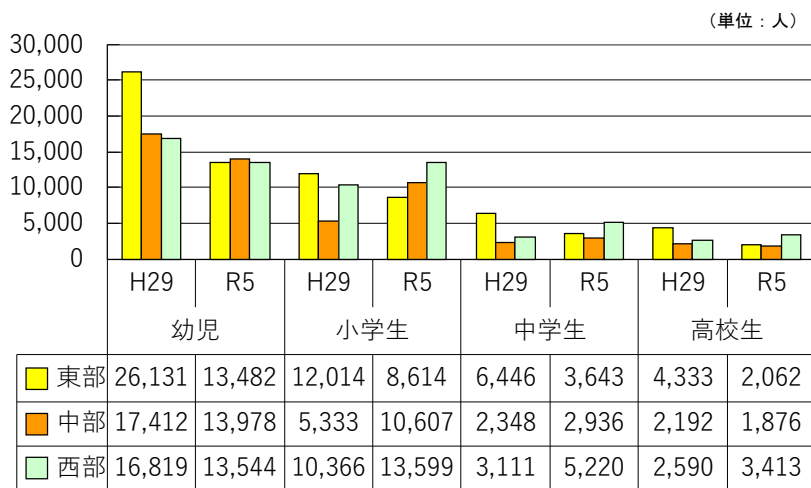
(小児科)



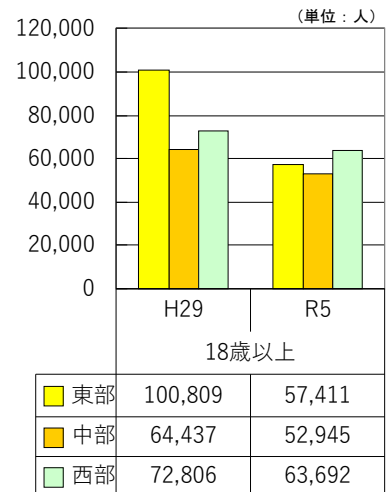
小児科/精神科は集計から外した。

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)

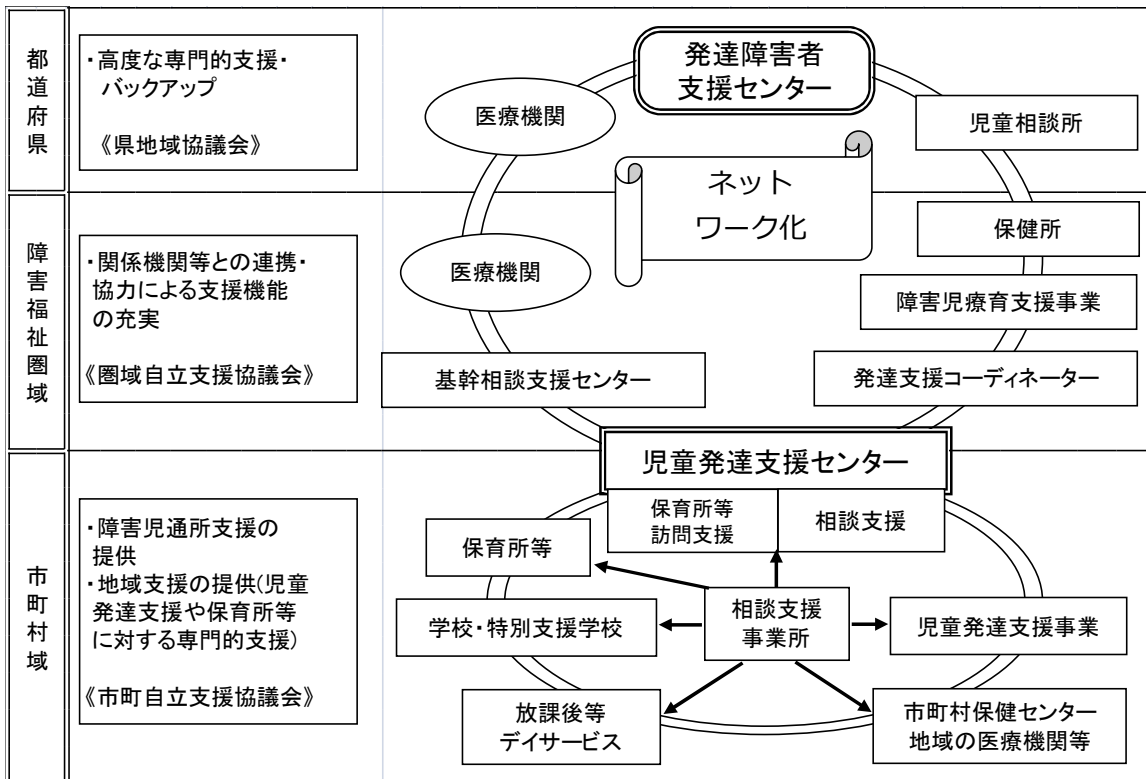


小児科/精神科は集計から外した

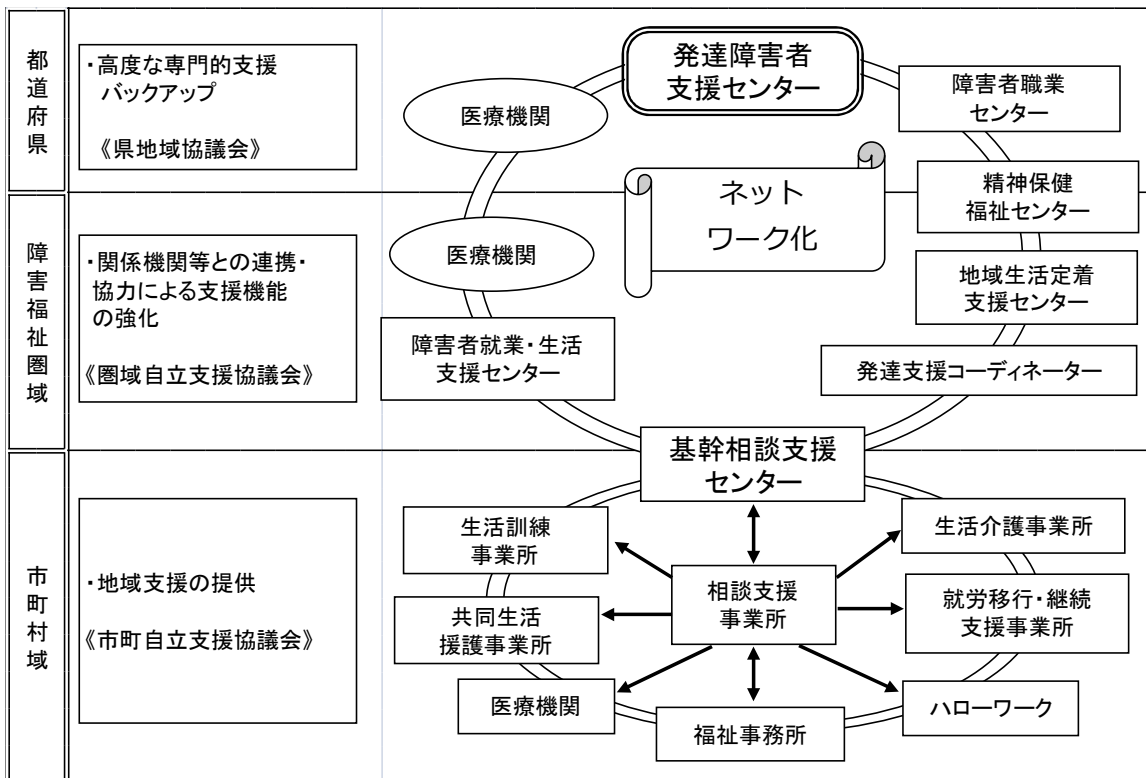


○発達障害児者支援システム

(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（57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ICU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

〈個別施策〉

〈中間アウトカム〉

〈分野アウトカム〉

1:救急搬送体制の整備	
現状データ	メディカルコントロール協議会開催数

2:救急医療体制の整備	
現状データ	日本救急医学会指導医数
現状データ	日本救急医学会専門医数
現状データ	認定看護師数

3:病院前救護活動の充実	
現状データ	AEDの公共施設における設置台数

4:県民の適切な受療行動	
現状データ	住民の救急蘇生法講習の受講者数

1:重症度・緊急度に応じた救急医療の提供	
現状データ	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
現状データ	第2次救急医療機関数
現状データ	救命救急センター設置数

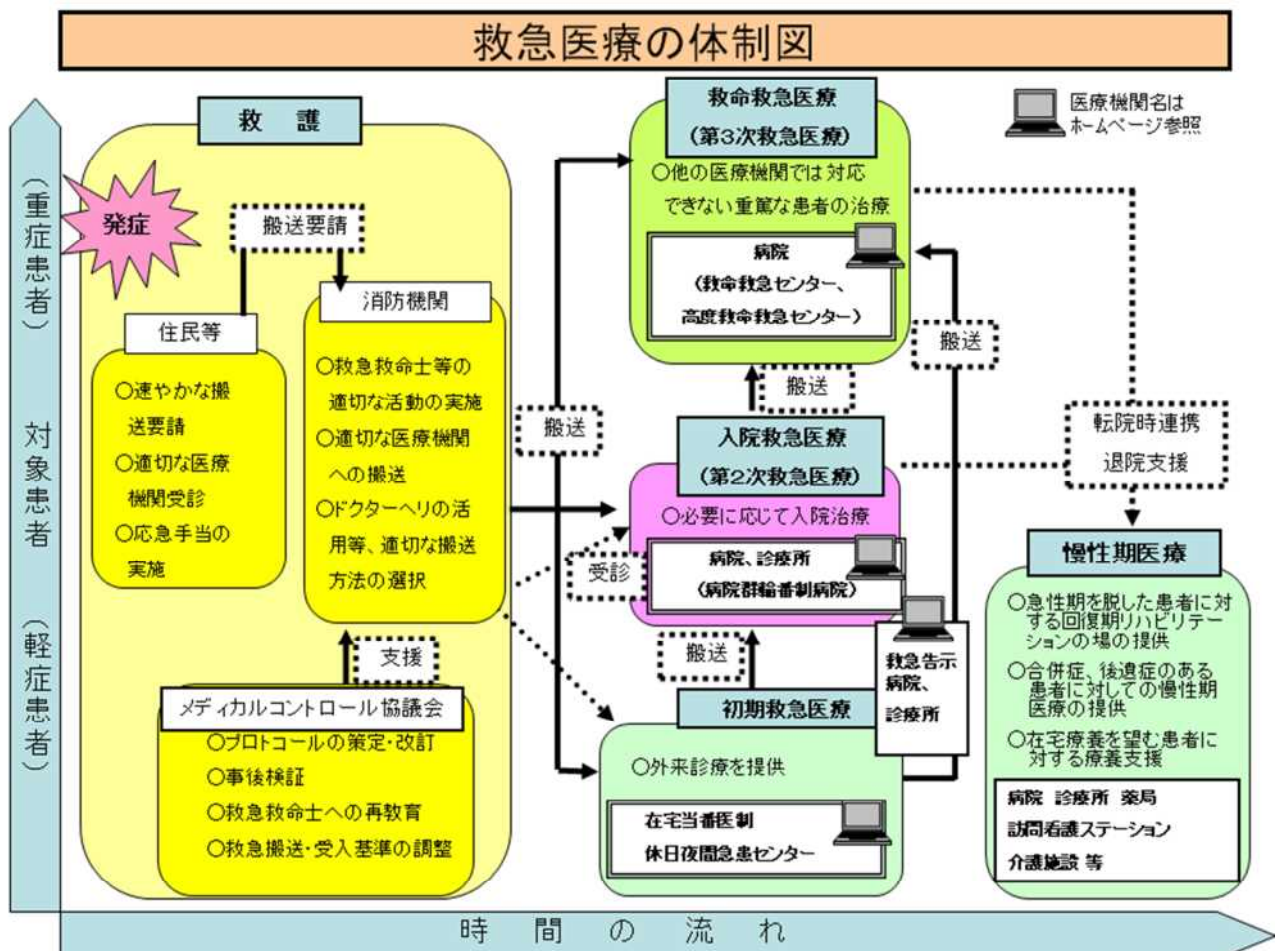
2:適切な病院前救護活動と搬送体制の確立	
現状データ	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間
現状データ	ドクターヘリ運航調整委員会開催数
現状データ	救命救急士の業務拡大に係る認定者

1:救命できる救急患者の救命・社会復帰	
数値目標	心肺機能停止患者の1か月後の生存率
数値目標	心肺機能停止患者の1か月後の社会復帰率

(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する退院支援 ○合併症、後遺症のある患者に対する慢性期医療の提供
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・住民等による速やかな搬送要請、適切な医療機関受診、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 	<p>【休日夜間急患センター、在宅当番医】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主として外来における救急医療を実施 ・入院救急医療や救命医療を行う医療機関との連携 <p>【薬局】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域における休日・夜間の急病者の処方箋調剤を実施 	<p>【病院群輪番制病院】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初期救急の後方病院として、休日・夜間に入院医療を必要とする重症患者の受入れ 	<p>【救命救急センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高度な医療施設とスタッフを備え、24時間体制で脳卒中、心筋梗塞、頭部損傷などの重篤救急患者の治療を実施 <p>【高度救命救急センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・広範囲熱傷等の高度専門的救急医療に対応 <p>【ドクターヘリ・ドクターカー】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重症患者の救命率向上や後遺症軽減のため救急専門医を現場に急行させ救命救急処置を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・気管切開等のある患者の受入れ ・遷延性意識障害等を有する患者の受入れ ・精神疾患を合併する患者の受入れ ・地域包括ケアシステムの構築に向けた居宅介護サービスの調整
		<p>【救急告示病院、診療所】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院群輪番制病院以外での救急医療に協力し、救急患者の入院を受入れ 			

(4) 「救急医療」の医療体制図

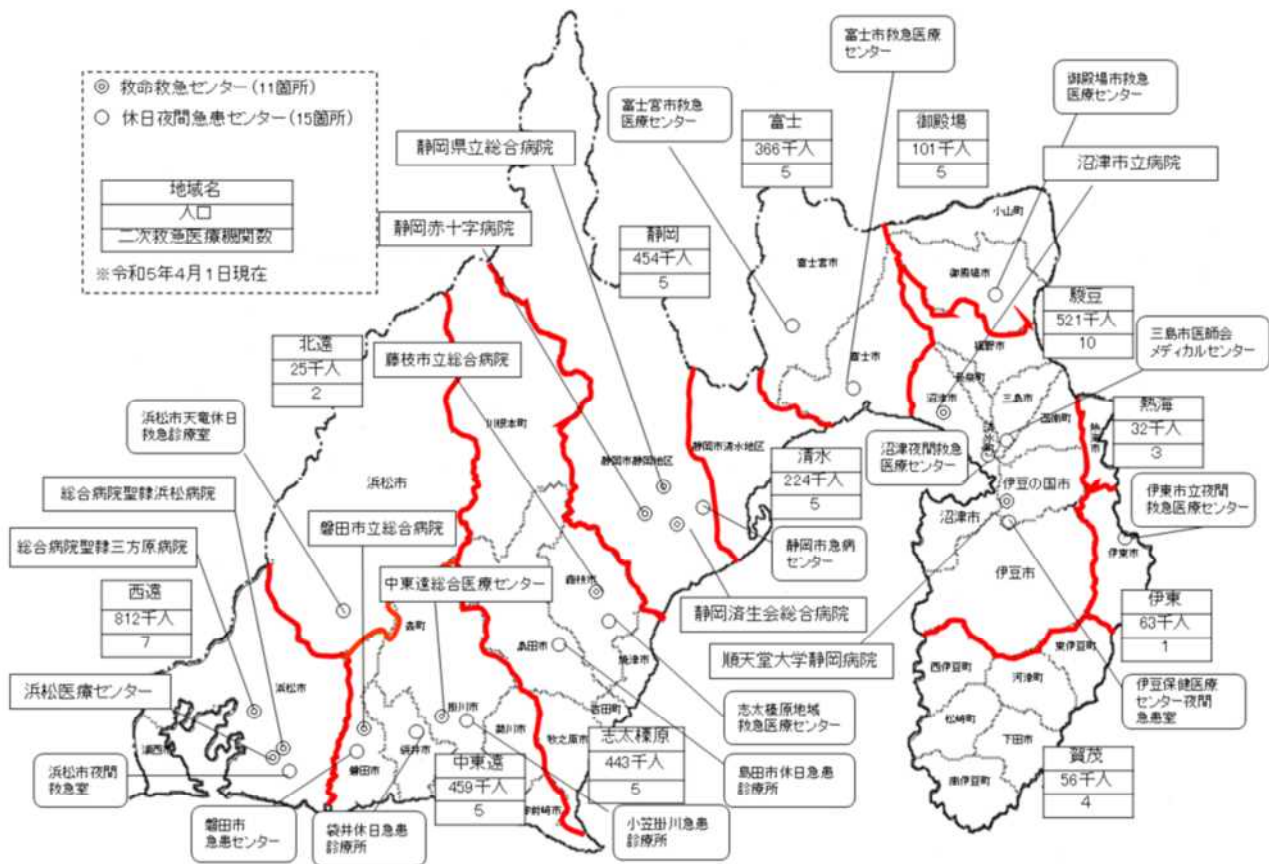


(5) 関連図表

○第2次救急医療圏

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

○救急医療体制



○在宅当番医制（初期）参加状況（診療所：2次保健医療圏別）

（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	4
駿東田方	15	16	16	15	15	15
富士	4	6	6	6	5	5
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	57

（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	18.6%	21.9%	27.6%	29.3%	29.7%	34.2%	30.3%	30.5%	30.7%

（出典：静岡県年報推計人口）

○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	87,744	72,181
割合	37.9	38.7	38.3	39.4	39.6	41.0	49.2	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	140,806	141,580	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年度	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	80	113	176	251	341	418	482	500	543
静脈路確保及び輸液・ブドウ糖溶液投与認定者数累計	-	1	102	200	296	388	483	546	600	600
指導救命士認定者数累計	-	-	-	18	33	44	53	57	60	70

○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ター体制
- 超急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

（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 of 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」等に推進により、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確保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、SCU¹⁰（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DMAT¹¹活動等の全国標準化が進められています。

- 静岡県外から参集するドクターヘリは、航空搬送拠点や、ドクターヘリ基地病院（順天堂大学医学部附属静岡病院、聖隷三方原病院）等を拠点として地域医療搬送を行います。
- 広域医療搬送については、国、県、市町、医療機関などの連携の下、訓練により更に習熟度を高めていく必要があります。
- 医療機関側が広域医療搬送トリアージや医療搬送カルテの作成など、適切な対応ができるよう、医療従事者への知識の啓発、普及が必要です。
- 特に、地域医療搬送については、全国各地から参集したドクターヘリが航空搬送を担うことが想定されるため、「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に関わる指針について」（2016年12月5日付け医政地発1205第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を基に作成された災害時のドクターヘリの運用指針等に則り、ドクターヘリの要請手順や自地域における参集拠点に関しても訓練等を通して確認を行うことが必要です。本県では、2020年3月に、中部ブロック8県及びブロック内ドクターヘリ基地病院との間に「大規模災害時におけるドクターヘリ広域連携に関する基本協定」を締結し、災害時におけるドクターヘリの迅速かつ効率的な運用に向けた取組を行っています。

(エ) 広域受援

- 保健医療活動チーム¹²の受入調整、保健医療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、JMAT¹³、DPAT¹⁴等による支援が中心になります。
- 独立行政法人国立病院機構の医療班や、独立行政法人国立大学病院による支援を受け入れます。
- DMATの活動は段階的に縮小する一方、他都道府県が編成した医療チームによる支援が始まります。
- 日赤救護班、JMAT等の支援を円滑に受け入れるためには、日赤県支部、県医師会等の関係団体と、県災害対策本部において密接に連携する体制整備を更に進める必要があります。
- 2次保健医療圏単位等で円滑に医療資源の需給調整等を行うコーディネート体制を整備するため、災害医療コーディネーター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（JVMA）や、特定非営利活動法人アムダ（AMDA）等のNPO団体等の支援も受け入れます。
- 災害急性期以降においても、各保健医療圏において、参集した医療チーム等を円滑に受け入れ、適切に配置調整するコーディネート体制の整備が必要です。

(オ) 応援派遣

(DMAT)

- DMATは、大地震及び航空機・列車事故等の災害発生直後（概ね48時間以内）に活動を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 J M A T の派遣をはじめ、大学病院、日赤県支部、歯科医師会、病院協会、薬剤師会、看護協会（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、D P A T 等を中心とした医療チームが活動を行います。
- 医療チームは、避難所等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、P T S D（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、P A Z¹⁷圏内の住民に対し、事前配布を実施しています。また、U P Z¹⁸圏内の住民等の分を配備（備蓄）しています。

¹⁶ P T S D（心的外傷後ストレス障害）：何か脅威的あるいは、破局的な出来事を経験した後、長く続く心身の病的反応。

¹⁷ P A Z（Precautionary Action Zone）予防的防護措置を準備する区域：重篤な確定的影響等を回避するため、緊急事態の区分に応じて、直ちに避難を実施するなど、放射性物質の放出前に予防的防護措置（避難等）を準備する区域。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 U P Z（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に、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イ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、救護活動をこなすDMATやJMAT、生活不活発病の予防を担うJRAT²¹、精神科医療を提供するDPAT等の医療チーム、DWA T²²等の福祉チーム、医療資源需給調

¹⁹ 保健医療調整本部：都道府県災害対策本部の下に設置し、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報連携、保健医療活動に係る情報の整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う。なお、本県では、本機能は健康福祉部が担う。

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 DWA T (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。

整を行う災害医療コーディネーター、医薬品等や薬剤師の確保・調整を行う災害薬事コーディネーター等の関係機関との連携体制の強化を推進します。

(オ) 応援派遣

- 県外大規模災害発生時の本県医療チームの支援調整を円滑に実施するため、DMAT連絡協議会等を中心に、平時から関係団体との連携体制づくりに取り組みます。
- 消防等の関係機関と連携した訓練や研修の実施により、DMAT等の資質向上に努めます。
- 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（JDAT²³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

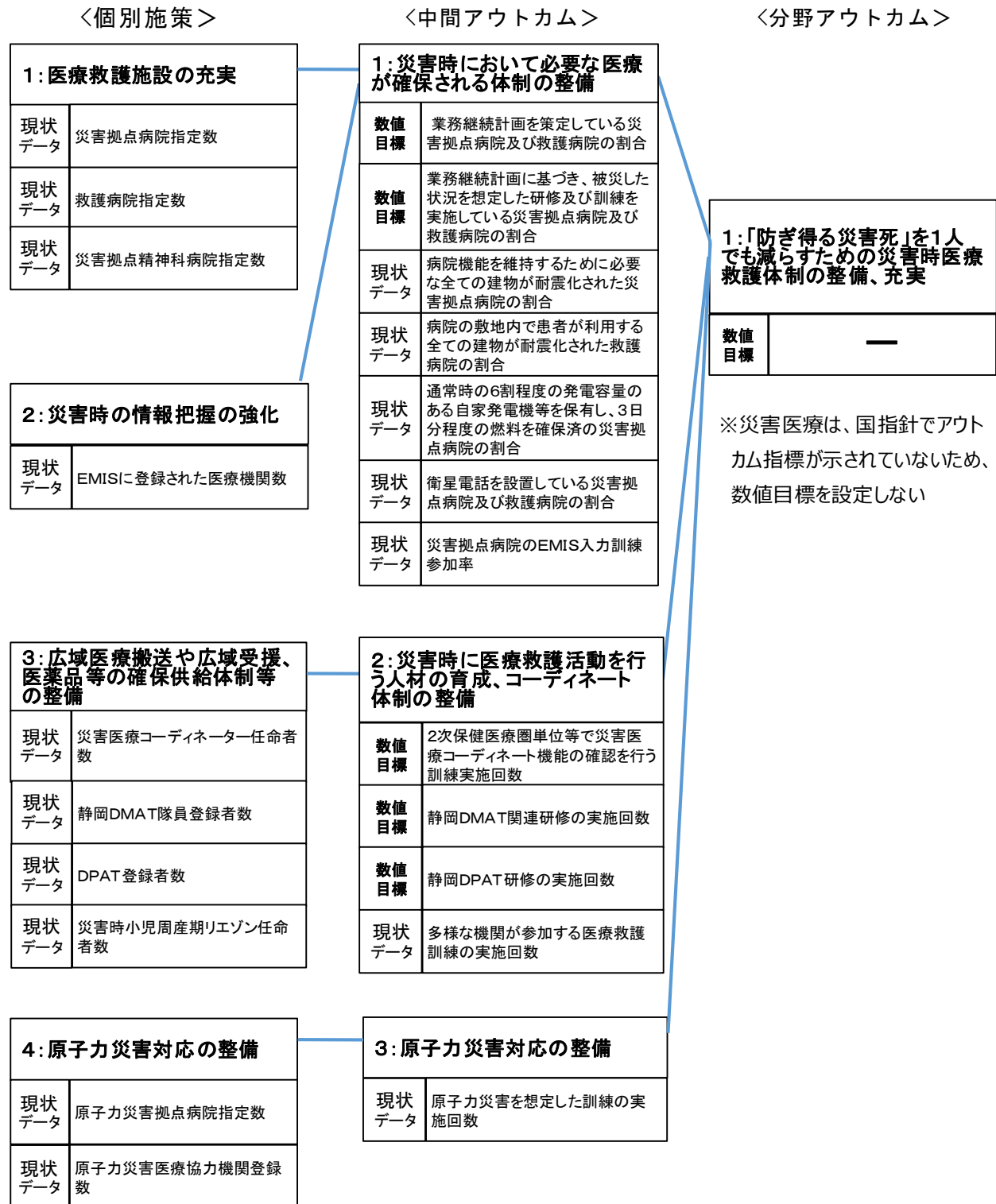
- 医師、看護師等医療従事者へのトリアージ等（広域搬送トリアージを含む。）災害医療知識の普及を図るため、関係団体との協力の下に災害医療技術の研修を実施します。

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。

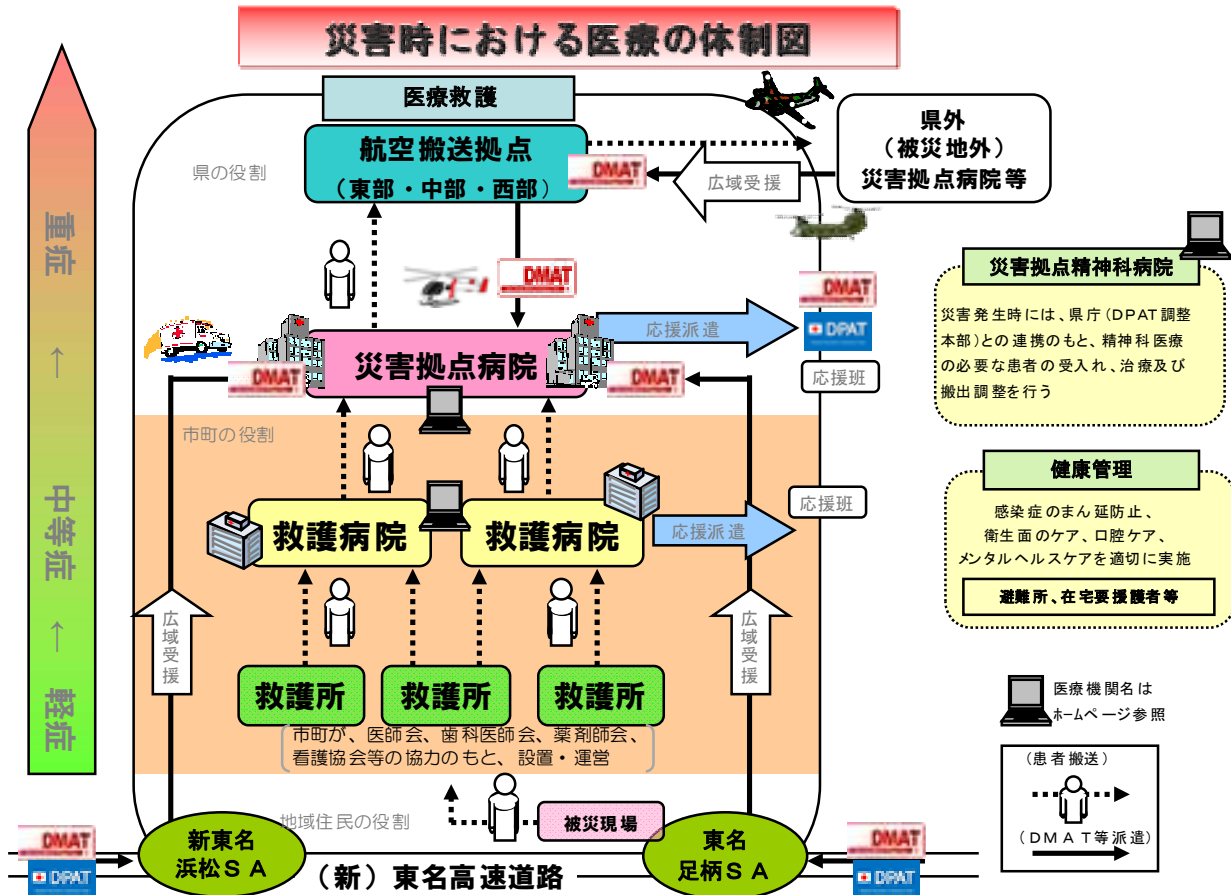
○災害時における医療のロジックモデル



(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	○OSCU、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、メンタルヘルスクアを適切に実施	
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、メンタルヘルスクアを実施 ・携行式の応急用医薬品器材の準備 ・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 (91.8%)	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 (被災想定策定時)
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	<ul style="list-style-type: none"> ・死者数 約 16,000 人 ・重傷者数 約 20,000 人 ・軽症者数 約 51,000 人 <予知なし・冬・深夜ケース>
レベル2	南海トラフ巨大地震のように、発生頻度は極めて低いが、発生すれば甚大な被害をもたらす、最大クラスの地震・津波	<ul style="list-style-type: none"> ・死者数 約 105,000 人 ・重傷者数 約 24,000 人 ・軽症者数 約 50,000 人 <陸側(予知なし・冬・深夜)ケース>

※死者及び傷病者数は最大被害想定

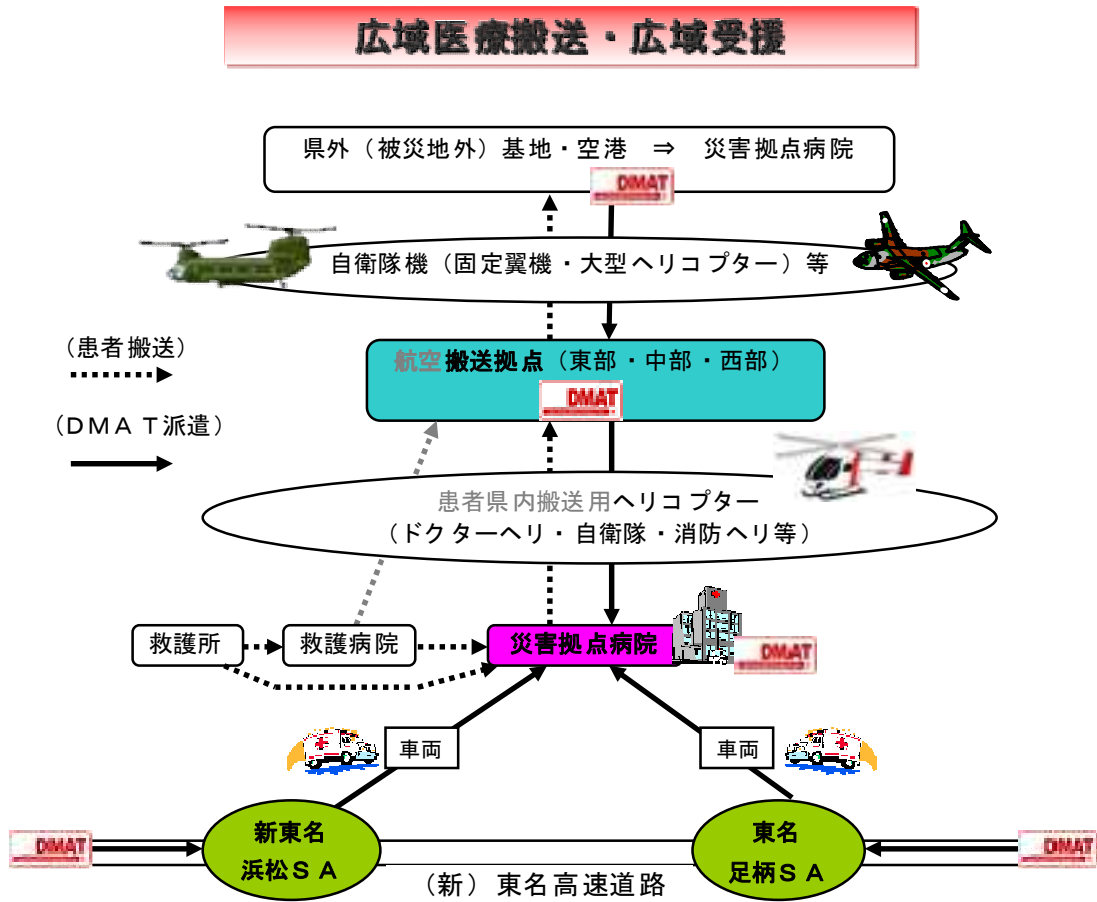
※「静岡県地震・津波対策アクションプログラム 2013」の推進等により、2022年度末の試算では、約8割の減災効果を達成（死者数：約105,000人 → 約22,000人）

○圏域別医療救護施設指定状況等（2023年4月時点）

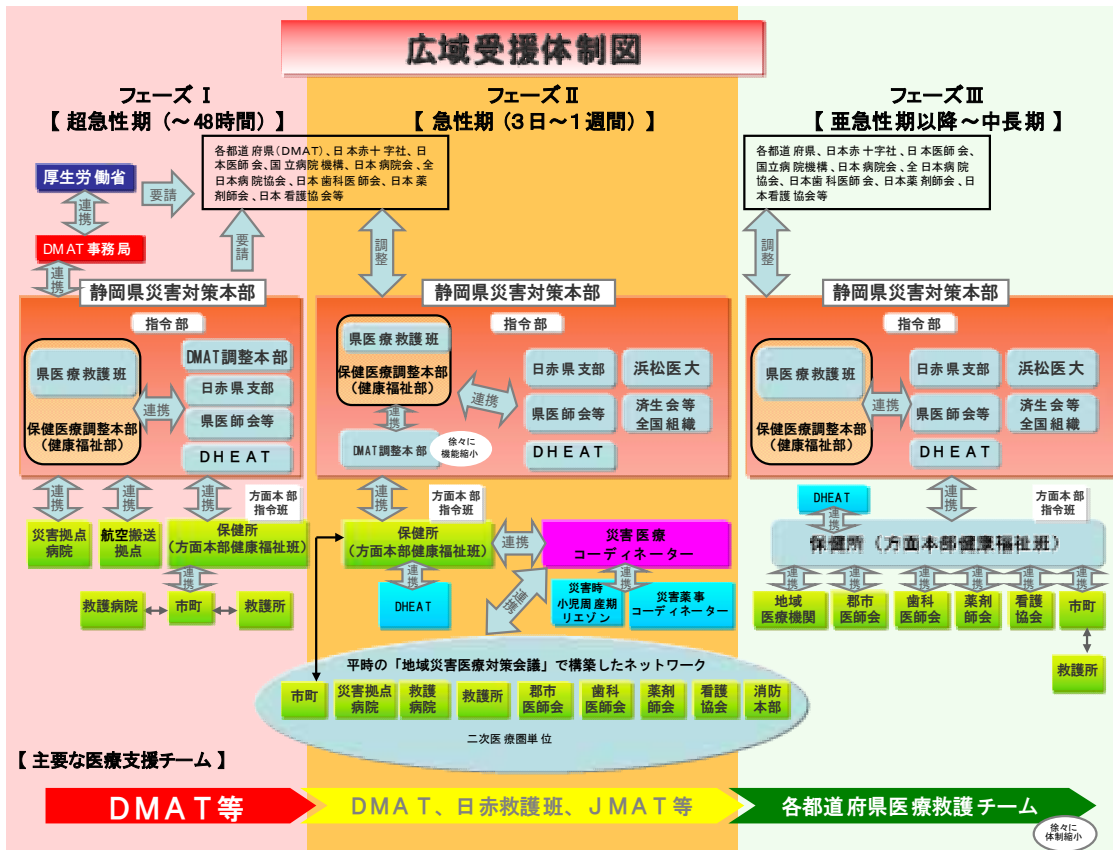
（単位：箇所、施設、チーム）

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	静岡空港	5	1
静岡	61	10	5	1		15	5
志太榛原	31	7	3	0		6	0
中東遠	30	6	2	0	航空自衛隊	4	3
西部	76	17	5	2	浜松基地	15	5
全県	315	83	23	4	3	56	17

○広域医療搬送体制図



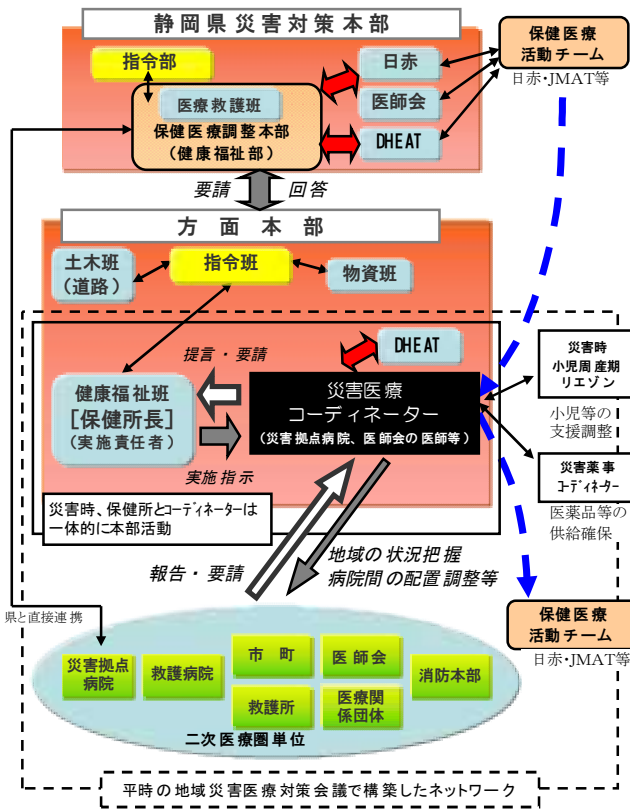
○広域受援体制図



○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。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ウイルス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

- 新型コロナウイルス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ウイルス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、新型コロナウイルスワクチンは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	760 機関	
	流行初期以降	医療機関数	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

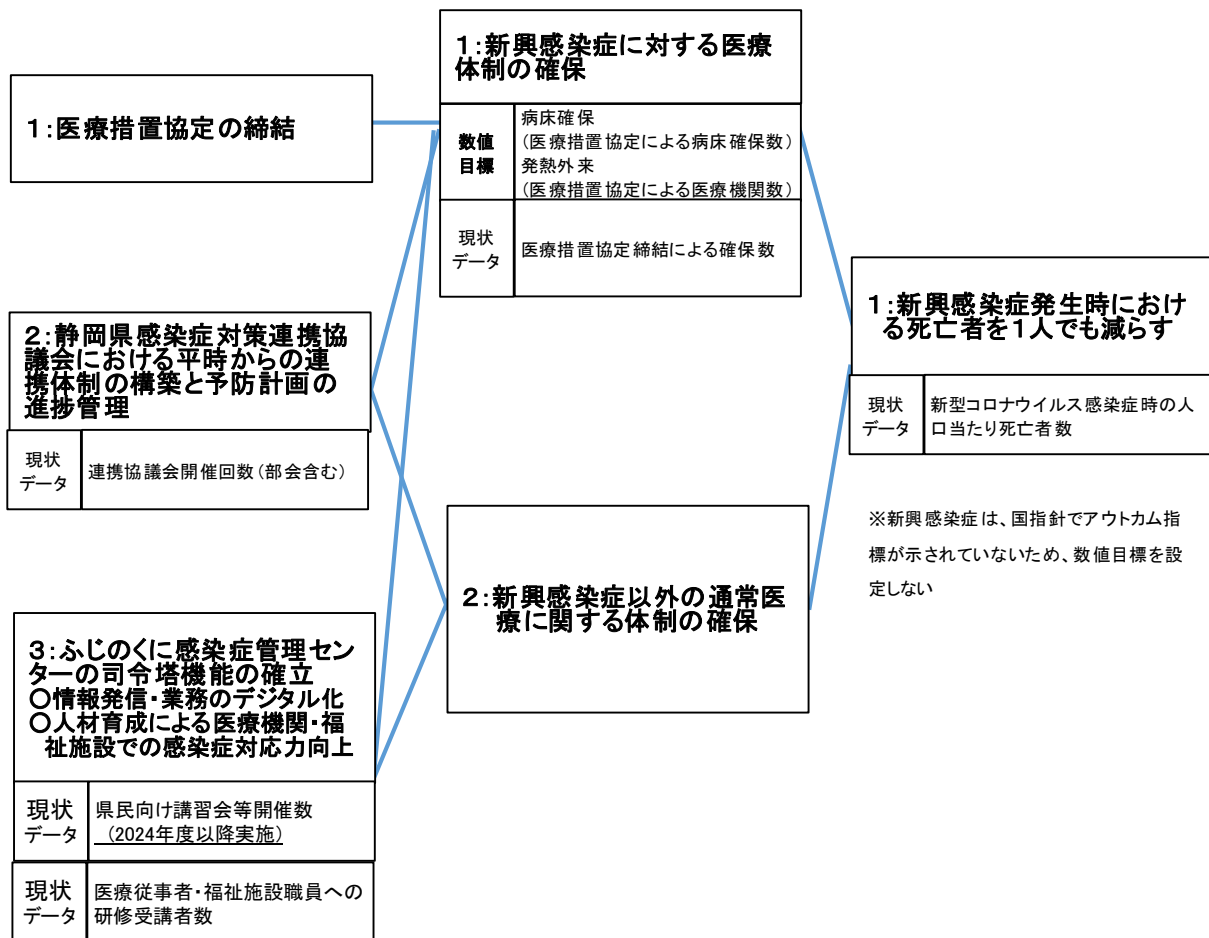
⁵関連図表「情報プラットフォームの構築 (イメージ)」参照

○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

<個別施策>

<中間アウトカム>

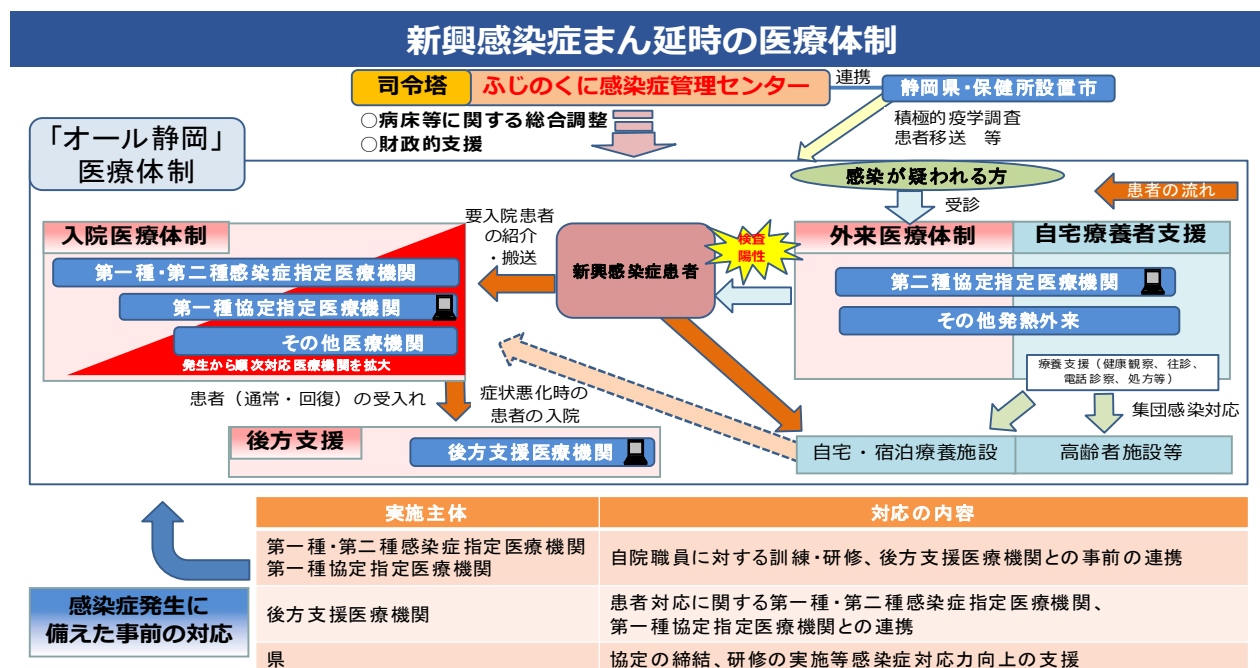
<分野アウトカム>



(3) 新興感染症の発生・まん延時に求められる医療機能

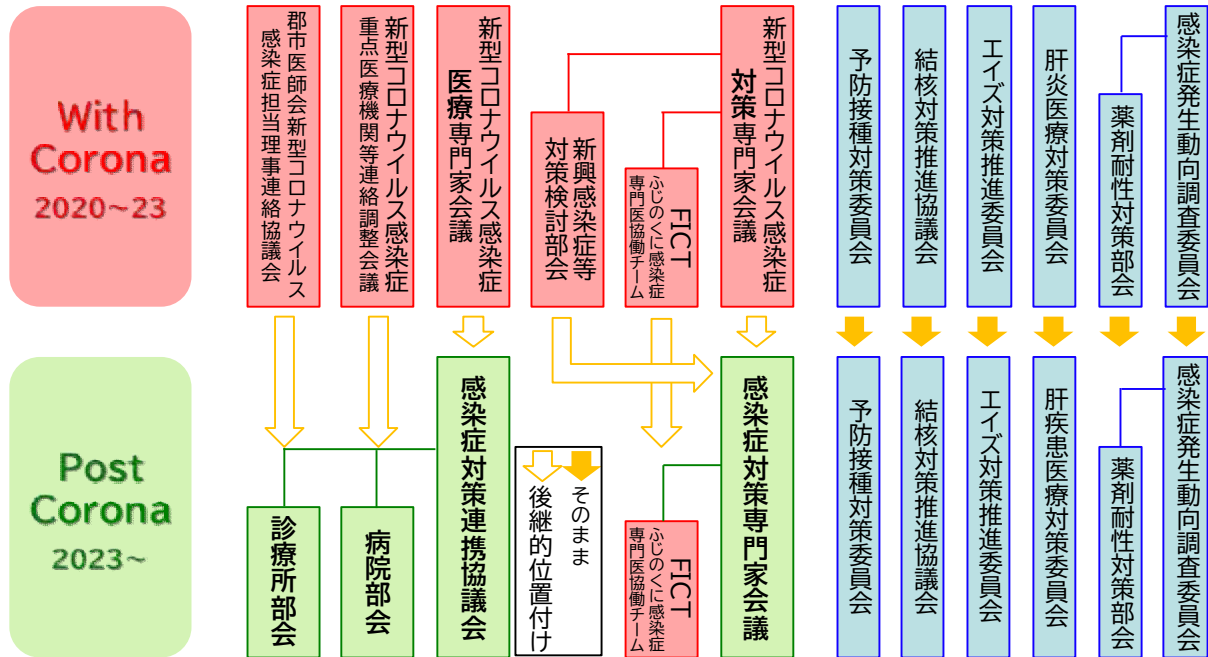
	入院医療	外来医療	自宅療養者等への医療提供	後方支援	医療人材派遣
ポイント	○新型コロナへの対応を念頭においた体制整備				
機能の説明	感染発生早期	第一種・第二種感染症指定医療機関を中心に対応	第一種・第二種感染症指定医療機関を中心に対応	-	-
	流行初期	第一種・第二種感染症指定医療機関及び第一種協定指定医療機関で対応	第一種・第二種感染症指定医療機関のうち、病院を中心に対応	第二種協定指定医療機関で対応	病床を確保していない病院が、回復患者の受入れ及び病床確保病院に代わって一般患者の受入に対応
	流行初期以降		第二種協定指定医療機関で対応		
	感染まん延期	全病院及び対応可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

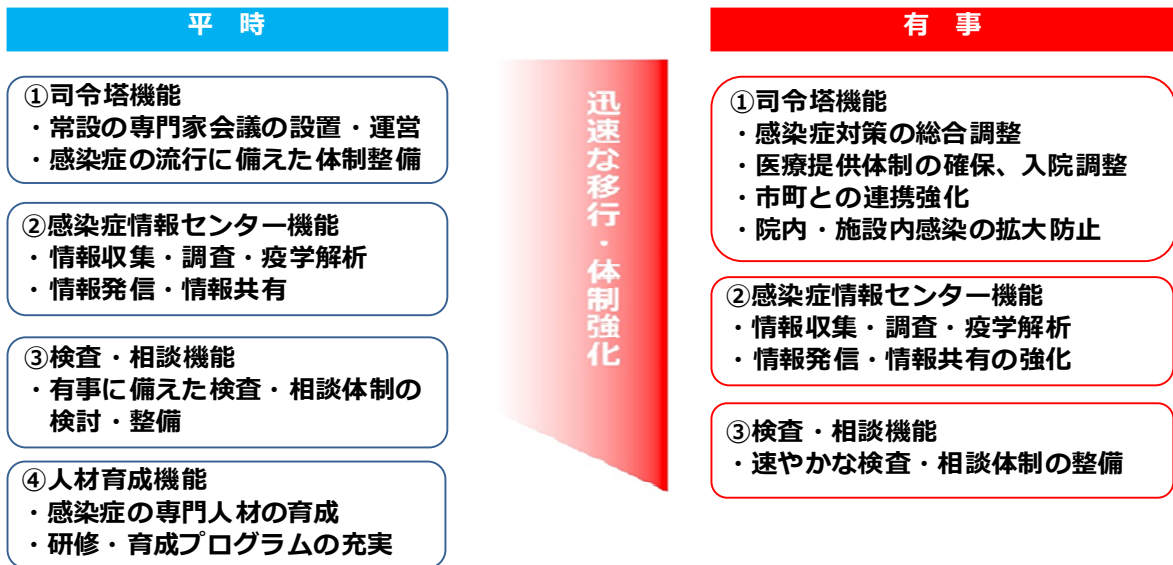


(5) 関連図表

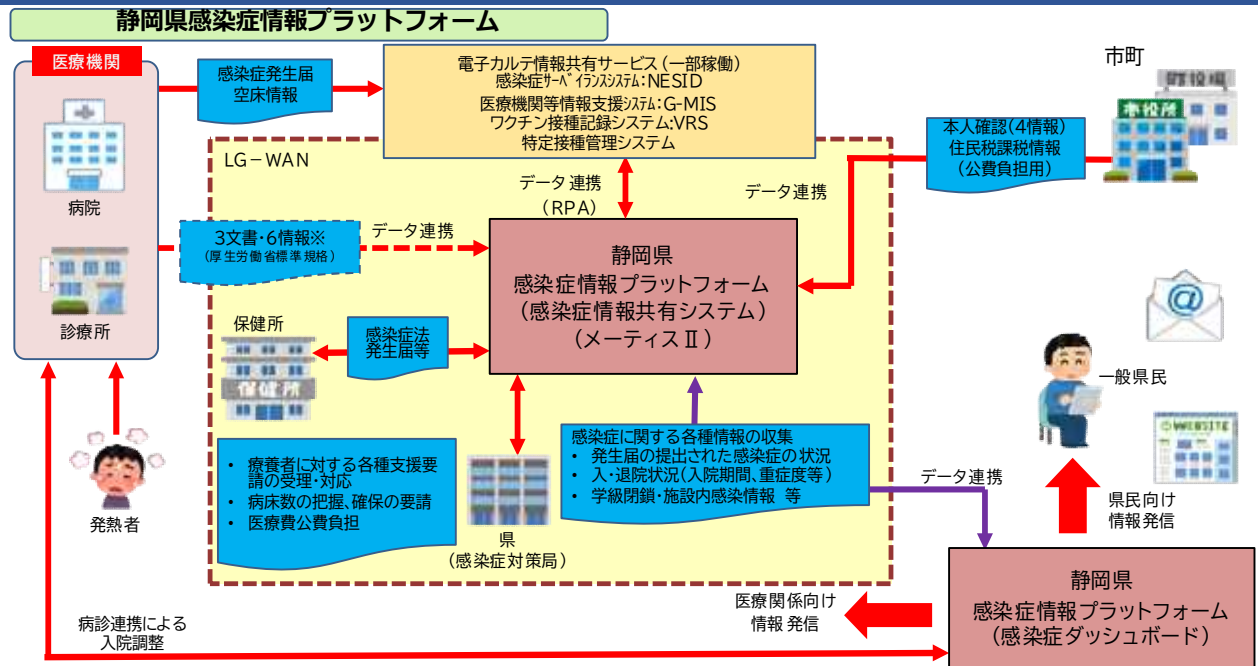
ふじのくに感染症管理センター所管・関連会議体 一覧図



ふじのくに感染症管理センターの機能 (イメージ)



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、当該地区の中心な場所を起点としておおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区。なお、区域内の人口が49人以下の場合、無医地区に準じる地区、無歯科医地区に準じる地区としている。

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るため、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 km 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られる病院。

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行を支援します。

(ウ) 計画の推進

- 県医師会、郡市医師会、市町、へき地医療拠点病院等の関係機関と連携し、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

<個別施策>

<中間アウトカム>

<分野アウトカム>

1:へき地住民への医療提供体制の確保	
現状データ	へき地診療所数
現状データ	へき地診療所の医師数
現状データ	へき地病院及び準へき地病院数
現状データ	へき地医療拠点病院数

1:へき地住民への医療提供体制の整備	
数値目標	医療提供支援策が実施されている無医地区の割合
現状データ	へき地医療支援対策に取り組んでいる市町数
現状データ	へき地患者輸送車運行事業の実施回数

2:へき地の診療を支援する機能の充実・強化	
現状データ	へき地医療拠点病院数【再掲】

2:へき地の診療を支援する機能の向上	
数値目標	巡回診療、医師派遣、代診医派遣のいずれかを実施したへき地医療拠点病院の割合
現状データ	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
現状データ	へき地医療拠点病院からへき地へ医師を派遣した回数
現状データ	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

3:へき地医療支援計画の推進	
現状データ	へき地医療対策の対象地域数
現状データ	無医地区及び準無医地区数

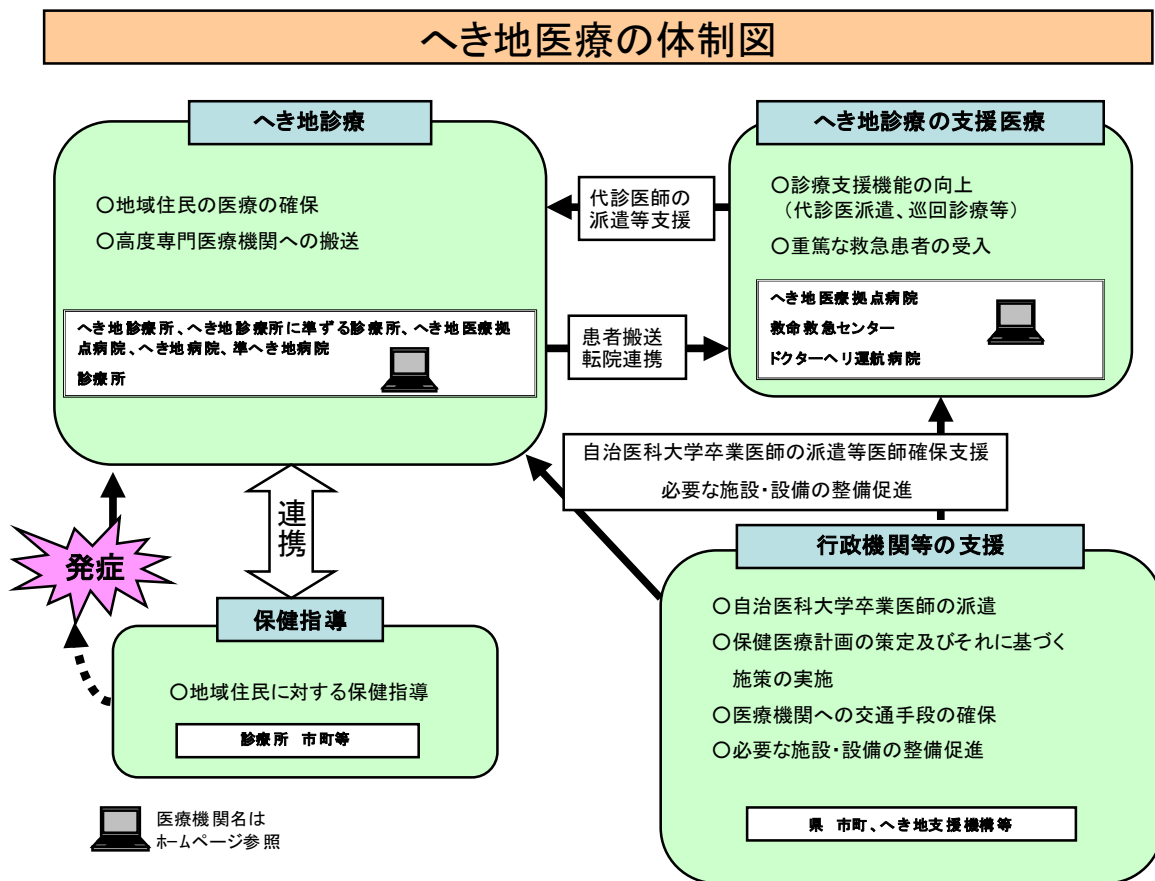
1:へき地住民が必要時に医療を受けられる体制の確保	
数値目標	-

※へき地の医療は、国指針でアウトカム指標が示されていないため、数値目標を設定しない

(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

○指標による現状把握

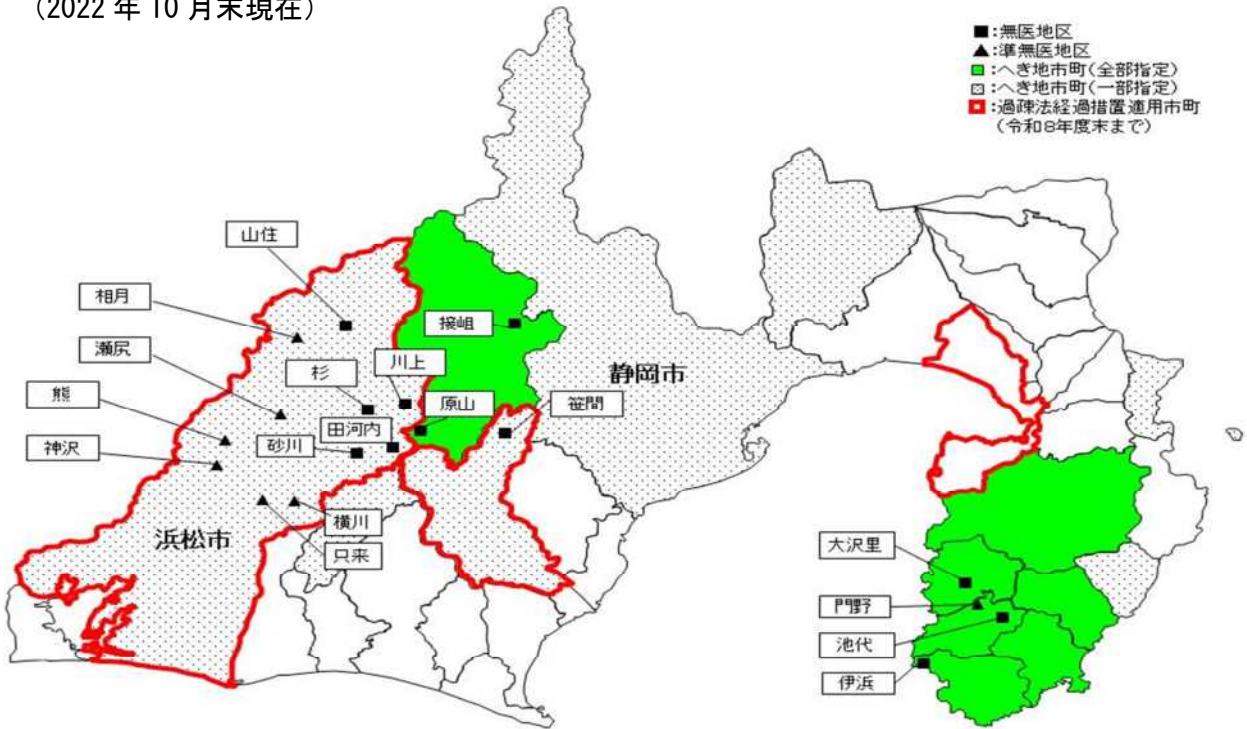
指標		実績		出典
指標の項目	時点・期間	静岡県	全国	
へき地診療所数	2022. 4. 1	12	23. 8	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地診療所の医師数	2022. 4. 1	10. 6	18. 2	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院数	2022. 4. 1	8	7. 3	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院によるへき地への巡回診療の実施回数	2021. 4. 1 ～ 2022. 1. 1	48	96. 6	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院からへき地へ医師を派遣した回数	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】	一部地域 指定	全地域指定	川根本町
		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	

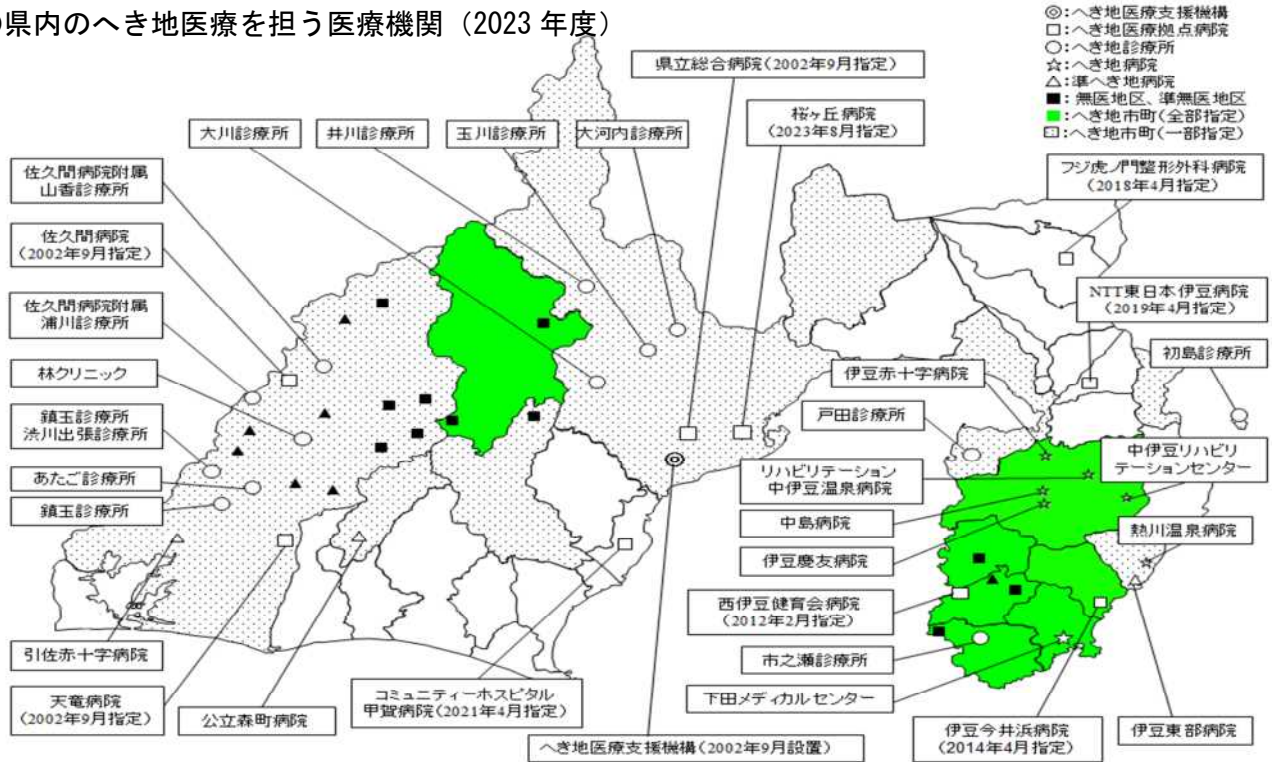
*無歯科医地区に準じる地区

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
N T T 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

- NICU¹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、MFICU²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—一切迫流産の可能性の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設置し、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、受入医療機関探しに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GCU³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戻り搬送を行うなど、3次・2次周産期医療機関において、緊急患者の受入れができるような体制を確保します。

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

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

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

○地域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に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。
- 妊娠中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)

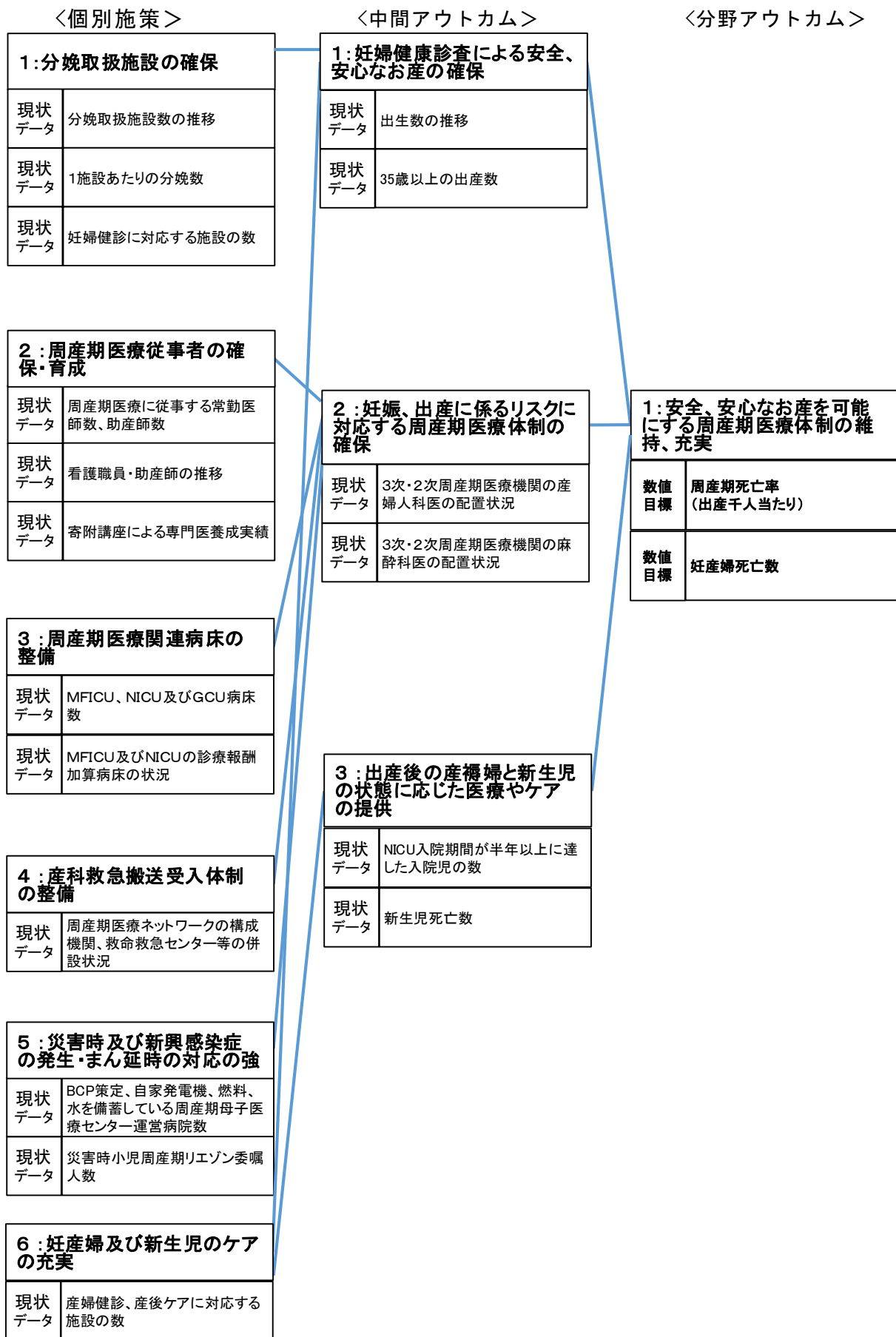
- NICU、GCUに長期入院している児に対し、一人ひとりの児にふさわしい療育・療養環境を確保するための体制整備を検討するとともに、在宅での療養に対する支援の充実を図っていきます。
- NICU等を退院後、地域で医療的なケアを要する児や家族が適切な医療支援を受けるために、医療従事者等に対して、環境整備や地域連携についての研修を行います。
- 医療的ケア児等支援センターにおいて、医療・福祉・保健・教育等の関係機関と連携し、医療的ケア等に関する様々な相談に対応するとともに、人材の開拓・養成、関係機関との連携体制の構築などを総合的に実施します。
- 重症心身障害児等が地域の診療所を受診しやすい環境を整えるため、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が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

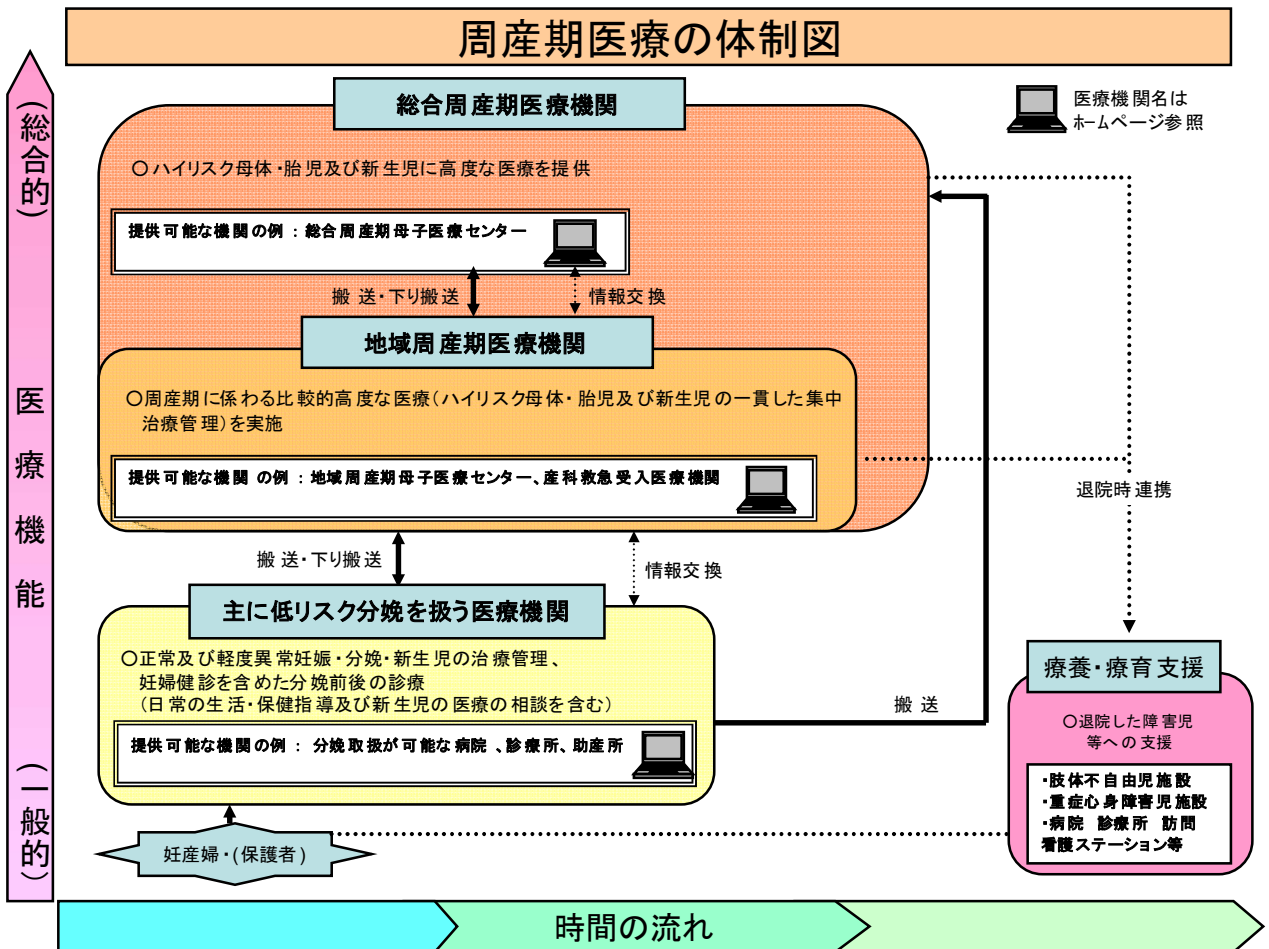
○「周産期医療」のロジックモデル



(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

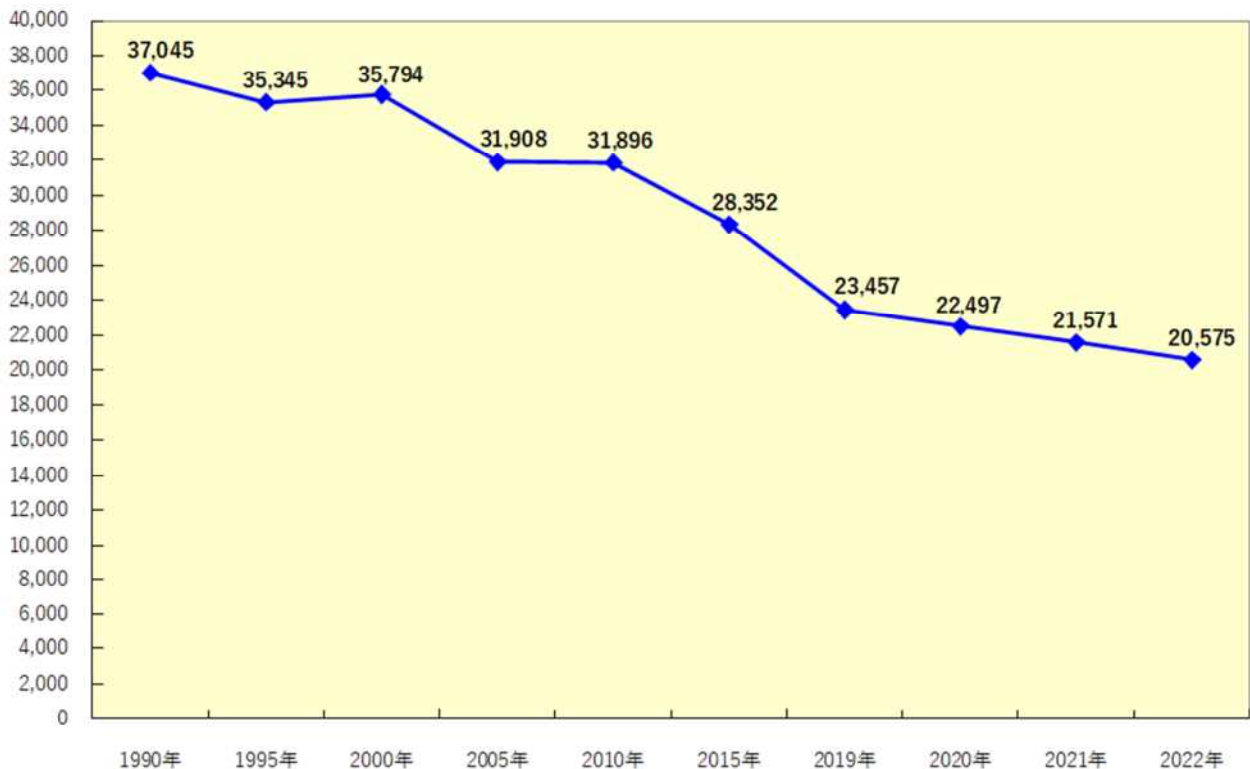
（出典）厚生労働省人口動態調査、静岡県的人口動態統計の概況

* 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)

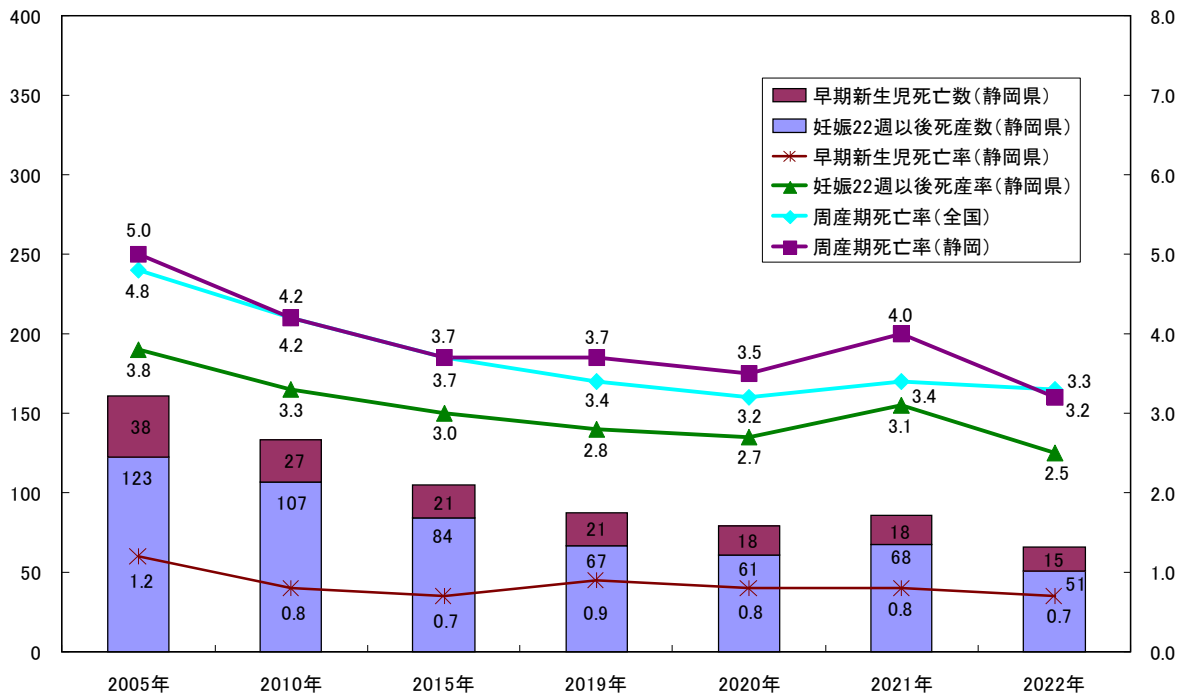
(単位：人)



(周産期死亡率)

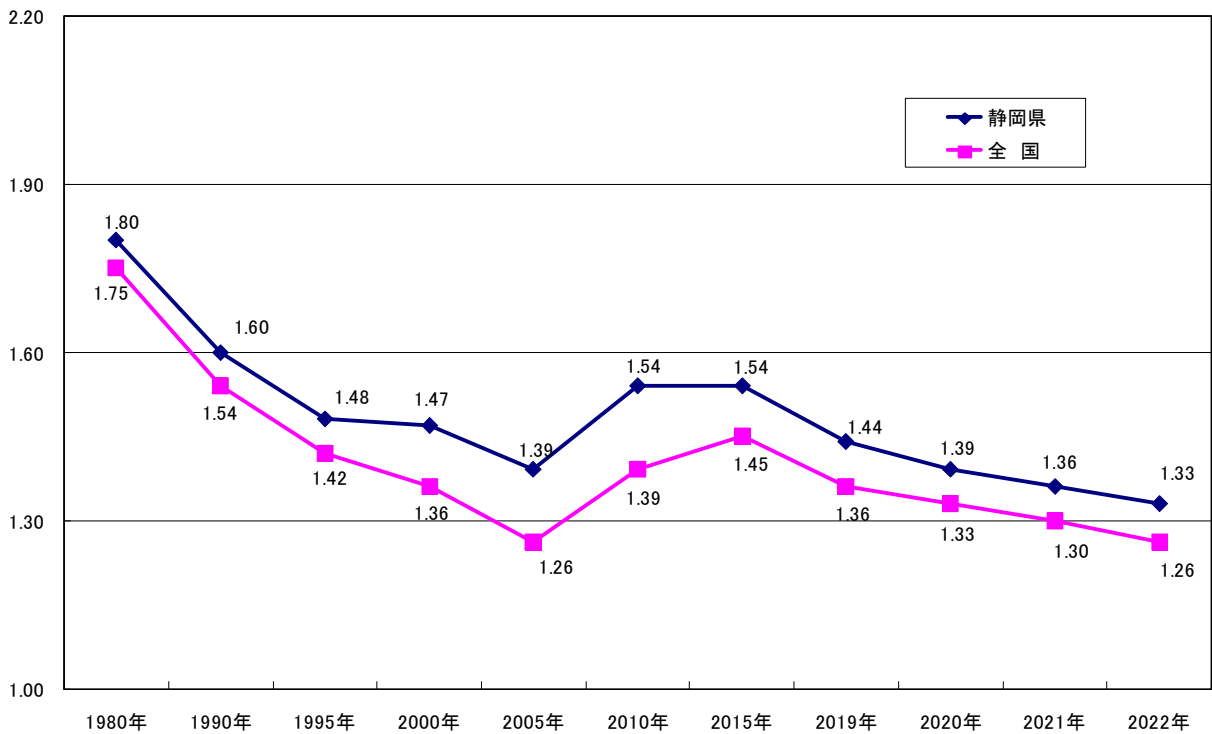
死産数・死亡数
(人)

死亡率・死産率
(出生千対)



(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)

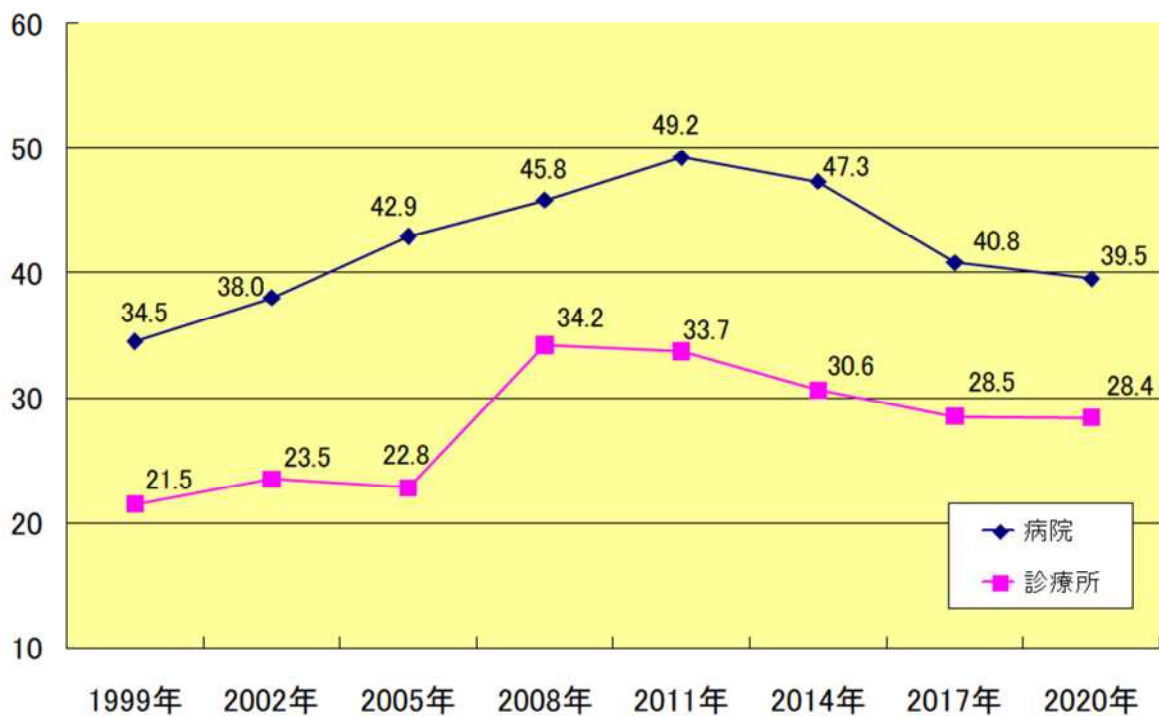
		病 院	診 療 所	助産所	計
東 部		6	14	7	27
	賀 茂	0	1	1	2
	熱海伊東	1	2	0	3
	駿東田方	3	8	2	13
	富 士	2	3	4	9
中 部		8	11	14	33
	静 岡	6	6	13	25
	志太榛原	2	5	1	8
西 部		9	10	10	29
	中東遠	3	5	7	15
	西 部	6	5	3	14
計		23	35	31	89

(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
東 部	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
中 部	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
西 部	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)

医師総数(人)

産科・産婦人科
医師数(人)



(出典：厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師統計)

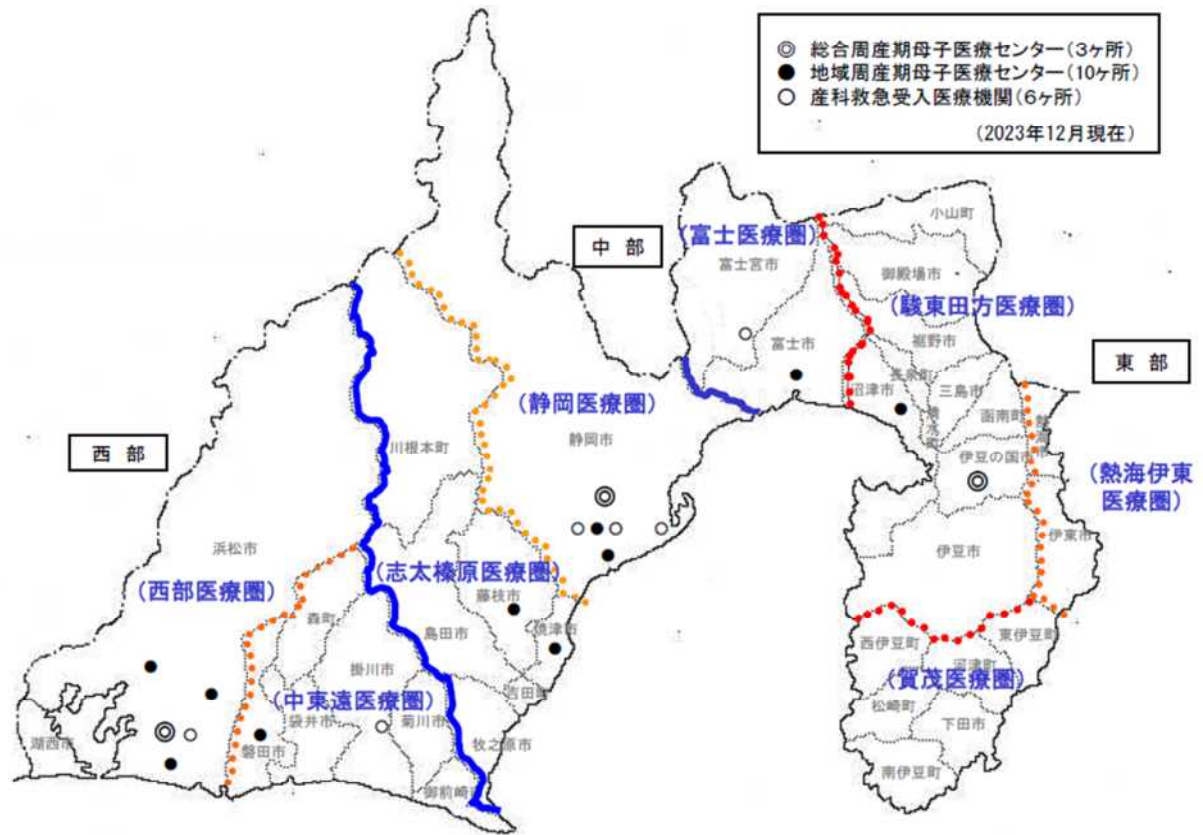
(本県の看護職員・助産師の推移)

(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

(N I C U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

(M F I C U、N I C U及びG C U病床数：2023年4月現在)

地 域	M F I C U				N I C U				G C U	
	診療報酬加算		診療報酬非加算		診療報酬加算		診療報酬非加算		施設数	病床数
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数		
東 部	1	6	0	0	2	22	3	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

(M F I C U及びN I C U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	M F I C U		N I C U	
		病床数 (床)	病床利用率 (%)	病床数 (床)	病床利用率 (床)
東 部	順天堂大学医学部附属静岡病院	6	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 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しました。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。

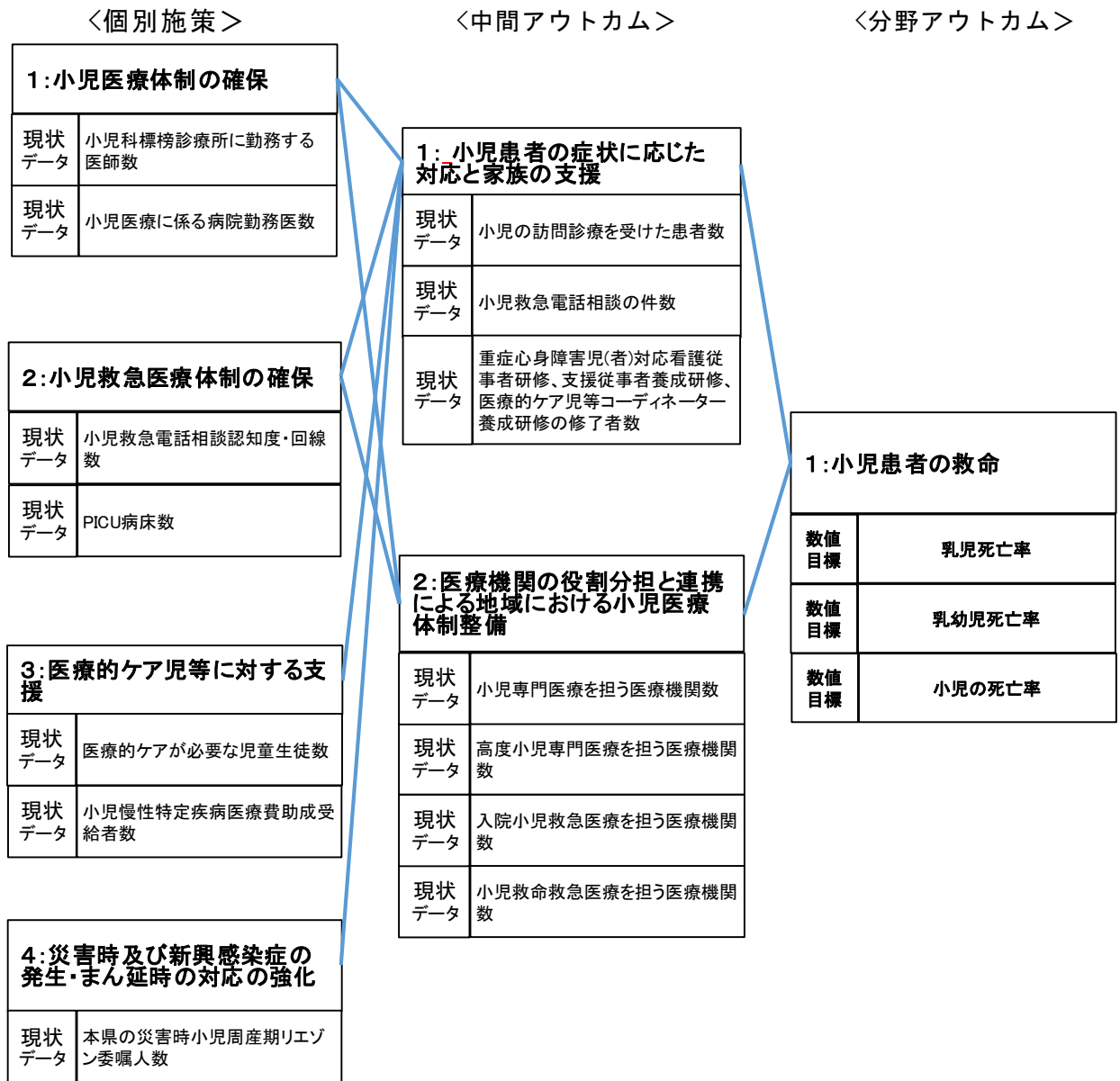
(エ) 医療的ケア児等

- 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

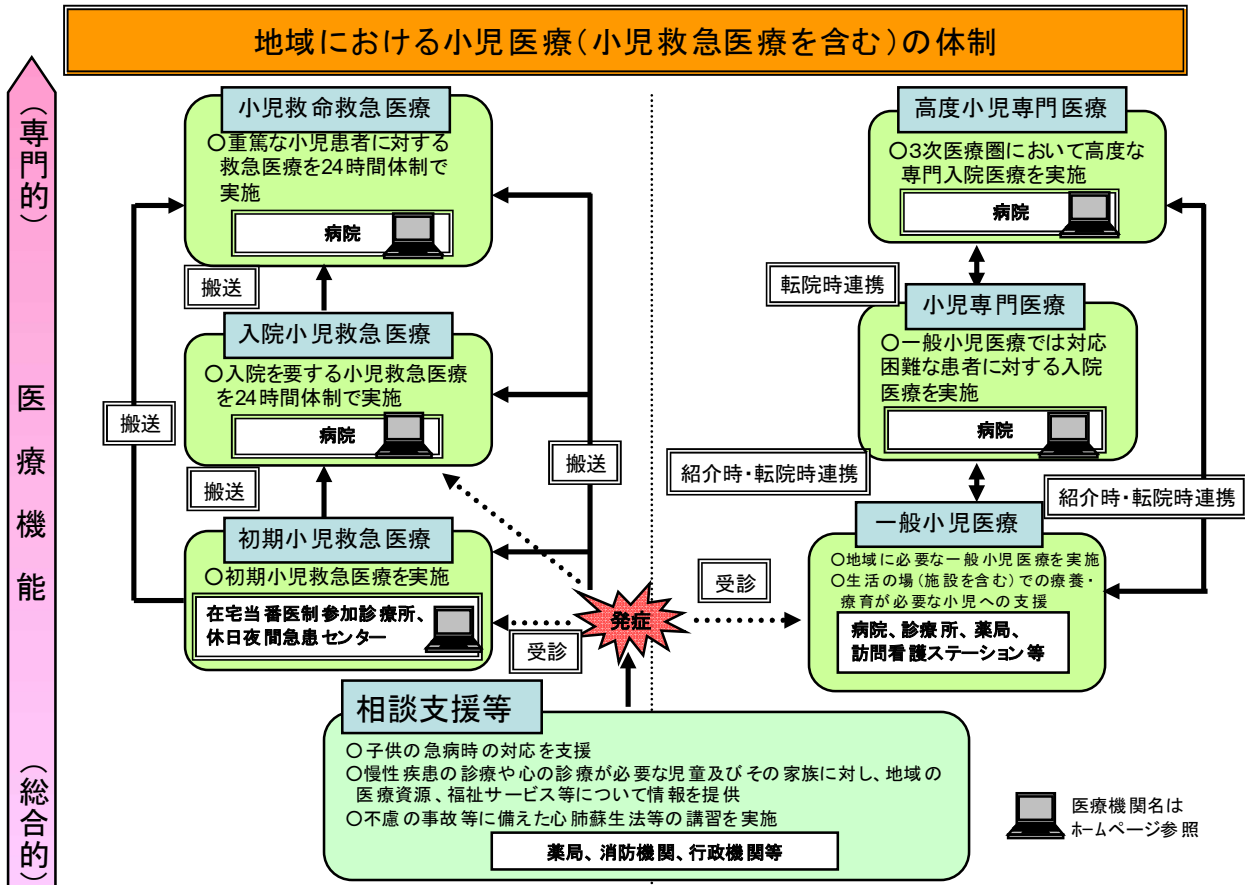


(3) 小児医療（小児救急医療を含む）の医療体制に求められる医療機能

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	<ul style="list-style-type: none"> ○子供の急病時の対応を支援 ○慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供 ○不慮の事故等に備えた心肺蘇生法等の講習の実施 	○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	<ul style="list-style-type: none"> ○地域に必要な一般小児医療を実施 ○生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児への支援 	○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	<ul style="list-style-type: none"> ・住民等への電話相談事業の周知や救急蘇生法等の適切な処置の講習を実施 ・消防機関等による心肺蘇生法や不慮の事故予防の指導や適切な医療機関への速やかな搬送 ・小児救急電話相談事業の実施、慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療福祉サービス等についての情報を提供 	【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な診断・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	54
	診療所	605	598	531	464	491	441
	小児科が 主たる標榜*	161	156	157	153	152	139
全国	病院	3,359	3,154	2,905	2,745	2,656	2,545
	診療所	25,862	25,318	22,503	19,994	20,872	18,798
	小児科が 主たる標榜*	5,276	5,481	5,411	5,381	5,510	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	

○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	—	—	4	12	
富士	※(2) 2	—	2			
清水	—	2	2			
静岡	1	1	5			
志太榛原	※(1) 2	4	3	5	6	
中東遠	3	2	2			
北遠	1	—	—			
西遠	※(1) 1	5	7	12	18	
計	※(5) 14	20	26			

※ () 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)

○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

○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

○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。

○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

○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

○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】

- 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
- 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)

- 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。
- 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)

- 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。
- 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)

- 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。
- 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。
- 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 km 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持ち、必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整備し、在宅歯科医療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制を確保するなど、安心・安全な在宅歯科医療提供体制を整備した歯科診療所として厚生労働省が定めた施設基準を満たし、届出を行った歯科診療所の保険算定上の名称。

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年度から稼働した「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QOL⁹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
	介護士	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（意思表示書）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に図ります。
- 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と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、その広がりには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できるよう、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	<ul style="list-style-type: none"> 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導。 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化。 	<ul style="list-style-type: none"> 開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談。 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時等緊急時には調剤を実施。 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅訪問業務に積極的に関与。 	<ul style="list-style-type: none"> 医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して疑義照会や処方提案。 調剤後も患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導。 医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。 	<ul style="list-style-type: none"> 服薬に特段の注意を払う必要がある疾患を有する患者への専門的な薬物療法の提供。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の中で率先して地域住民へ健康サポートを実施。
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A I 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A I の導入・活用を推進します。

○在宅医療のロジックモデル

<個別施策>

1:多職種連携	
現状データ	退院支援担当者を設置する病院

2:県民への理解促進	
現状データ	在宅療養セミナーの実施回数

3:在宅医療の充実に求められる機能	
数値目標	訪問診療・往診を実施している診療所・病院数 ※日常療養
数値目標	在宅看取りを実施している診療所・病院数 ※看取り
現状データ	地域包括ケア病棟を有する病院数 ※入退院支援
現状データ	在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院数 ※急変時対応

4:在宅医療を支える基盤整備	
現状データ	在宅療養後方支援病院数 ※訪問診療
現状データ	県内の訪問看護ステーション数 ※訪問看護
現状データ	歯科訪問診療を実施できる診療所数 ※歯科訪問診療
現状データ	健康サポート薬局数 ※かかりつけ薬局
現状データ	訪問介護員数 ※介護サービス

<中間アウトカム>

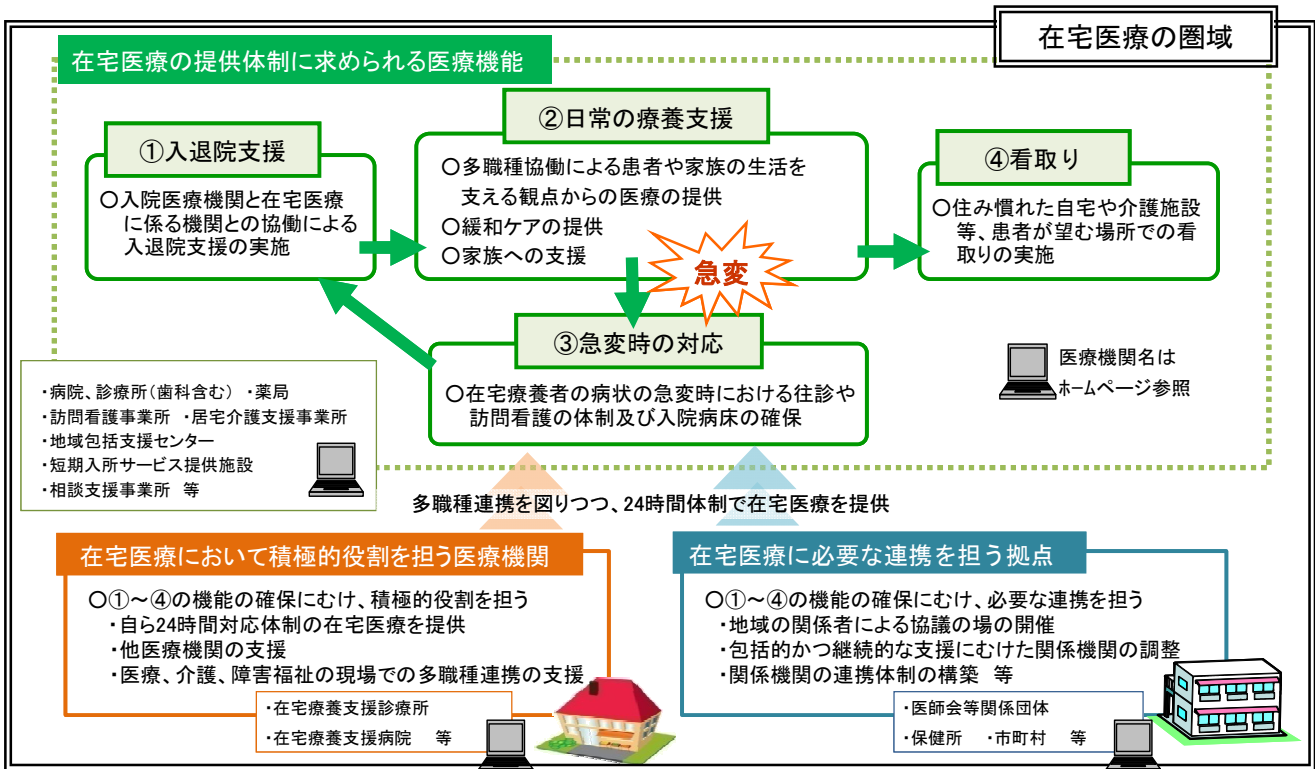
1:「治す医療」から「治し支える医療」への転換	
数値目標	訪問診療を受けた患者数
数値目標	小児の訪問診療を受けた患者数
数値目標	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数
数値目標	訪問口腔衛生指導を実施している診療所数
数値目標	在宅訪問業務を実施している薬局数
現状データ	最期の時を自宅で迎えることを望む県民の割合

2:点から面で支える医療へ	
数値目標	入退院支援を実施している診療所・病院数
数値目標	在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数
数値目標	機能強化型訪問看護ステーション数
数値目標	在宅療養支援歯科診療所数
数値目標	地域連携薬局数
数値目標	介護支援専門員数

<分野アウトカム>

1:住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられる社会の実現	
数値目標	住まいで最期を迎える事ができた人の割合

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	<ul style="list-style-type: none"> ●入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者の疾患、重症度に応じた医療(緩和ケアを含む。)が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること 	<ul style="list-style-type: none"> ●患者の病状の急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、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 	<ul style="list-style-type: none"> ●住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること
求められる機能	<p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●退院支援担当者を配置し、入院初期から退院後の生活を見据えた入退院支援を行うこと ●入退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること ●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 <p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること ●高齢者のみでなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問歯科診療、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 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること ●地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること ●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 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること ●24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、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 <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、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 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族等の不安を解消し、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 <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所が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	3,242	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 出典元
	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県	全国	
在宅看取りを実施している診療所数(施設)	156	5,166	—	—	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	介護ケア施設・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