

第9次静岡県保健医療計画 目次

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

| | | |
|------|----------------------------|---------|
| 3 | 新興感染症の発生・まん延時医療（※再興感染症も含む） | 6-10-1 |
| 4 | へき地の医療 | 6-11-1 |
| 5 | 周産期医療 | 6-12-1 |
| 6 | 小児医療（小児救急医療を含む。） | 6-13-1 |
| 第4節 | 在宅医療 | |
| 1 | 在宅医療の充実 | 6-14-1 |
| 2 | 在宅医療を支える基盤整備 | |
| (1) | 訪問診療の促進 | 6-14-13 |
| (2) | 訪問看護の充実 | 6-14-14 |
| (3) | 歯科訪問診療の促進 | 6-14-15 |
| (4) | かかりつけ薬局の促進 | 6-14-17 |
| (5) | 介護サービスの充実 | 6-14-20 |
| 第7章 | 各種疾病対策等 | |
| 第1節 | 結核対策 | 7-1-1 |
| 第2節 | エイズ対策 | 7-2-1 |
| 第3節 | その他の感染症対策 | 7-3-1 |
| 第4節 | 難病対策 | 7-4-1 |
| 第5節 | 認知症対策 | 7-5-1 |
| 第6節 | 地域リハビリテーション | 7-6-1 |
| 第7節 | アレルギー疾患対策 | 7-7-1 |
| 第8節 | 移植医療対策 | 7-8-1 |
| 第9節 | 慢性閉塞性肺疾患（COPD）対策 | 7-9-1 |
| 第10節 | 慢性腎臓病（CKD）対策 | 7-10-1 |
| 第11節 | 血液確保対策 | 7-11-1 |
| 第12節 | 治験の推進 | 7-12-1 |
| 第13節 | 歯科保健医療対策 | 7-13-1 |
| 第8章 | 医療従事者の確保 | |
| 第1節 | 医師 | 8-1-1 |
| 第2節 | 歯科医師 | 8-2-1 |
| 第3節 | 薬剤師 | 8-3-1 |
| 第4節 | 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師） | 8-4-1 |
| 第5節 | その他の保健医療従事者 | 8-5-1 |
| 第6節 | ふじのくに医療勤務環境改善支援センター | 8-6-1 |
| 第7節 | 介護サービス従事者 | 8-7-1 |
| 第9章 | 医療安全対策の推進 | 9-1 |
| 第10章 | 健康危機管理対策の推進 | |
| 第1節 | 健康危機管理体制の整備 | 10-1-1 |
| 第2節 | 医薬品等安全対策の推進 | |
| 1 | 医薬品等の品質確保と適正使用の推進 | 10-2-1 |
| 2 | 麻薬・覚醒剤・大麻等に対する薬物乱用防止対策 | 10-2-4 |
| 第3節 | 食品の安全衛生の推進 | 10-3-1 |
| 第4節 | 生活衛生対策の推進 | 10-4-1 |
| 第11章 | 保健・医療・福祉の総合的な取組の推進 | |
| 第1節 | 健康づくりの推進 | 11-1-1 |
| 第2節 | 高齢者保健福祉対策 | 11-2-1 |
| 第3節 | 母子保健福祉対策 | 11-3-1 |
| 第4節 | 障害者保健福祉対策 | 11-4-1 |
| 第5節 | 保健施設の機能充実 | |
| 1 | 保健所（健康福祉センター） | 11-5-1 |
| 2 | 発達障害者支援センター | 11-5-3 |

| | | |
|-----|-----------------------------|---------|
| 3 | 精神保健福祉センター | 11-5-4 |
| 4 | 静岡県健康福祉交流プラザ（旧：静岡県総合健康センター） | 11-5-6 |
| 5 | <u>ふじのくに感染症管理センター</u> | 11-5-7 |
| 6 | <u>静岡社会健康医学大学院大学</u> | 11-5-8 |
| 7 | 環境衛生科学研究所 | 11-5-9 |
| 8 | 市町保健センター | 11-5-11 |
| 第6節 | 地域医療に対する住民の理解促進 | 11-6-1 |

第12章 計画の推進方策と進行管理

| | | |
|-----|------------|-------------|
| 第1節 | 計画の推進体制 | 12-1 |
| 第2節 | 数値目標等の進行管理 | 12-1 |
| 第3節 | 主な数値目標等 | （別添資料5-1参照） |

| | | |
|----|-----------------------------|----------|
| 巻末 | 静岡県医療審議会委員名簿 | （最終案で作成） |
| | 静岡県医療審議会静岡県保健医療計画策定作業部会委員名簿 | （最終案で作成） |

2次保健医療圏版

第1章 第8次静岡県保健医療計画「2次保健医療圏版」について

| | | |
|---|-------------------|--------|
| 1 | 「2次保健医療圏版」作成の趣旨 | 13-1-1 |
| 2 | 「2次保健医療圏版」を作成する単位 | 13-1-1 |
| 3 | 「2次保健医療圏版」の記載内容 | 13-1-1 |
| 4 | 指標から見る各医療圏の状況 | 13-1-2 |

第2章 2次保健医療圏における計画の推進

| | | |
|---|-----------|--------|
| 1 | 賀茂保健医療圏 | 13-2-1 |
| 2 | 熱海伊東保健医療圏 | 13-3-1 |
| 3 | 駿東田方保健医療圏 | 13-4-1 |
| 4 | 富士保健医療圏 | 13-5-1 |
| 5 | 静岡保健医療圏 | 13-6-1 |
| 6 | 志太榛原保健医療圏 | 13-7-1 |
| 7 | 中東遠保健医療圏 | 13-8-1 |
| 8 | 西部保健医療圏 | 13-9-1 |

1 第1章 基本的事項

2

3 第1節 計画策定の趣旨

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

7 ○2014年6月には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備
8 等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が成立し、効率的かつ質の高い医療提供体制と地
9 域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進
10 するため、医療法が改正され「地域医療構想」が導入されました。

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

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

19 ○これらの課題に適切に対応するため、本県における保健医療に関する基本方針である現行の計
20 画（2018年3月）についても総合的な見直しを行い、第9次「静岡県保健医療計画」として策
21 定します。

22

23 第2節 基本理念

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

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

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

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

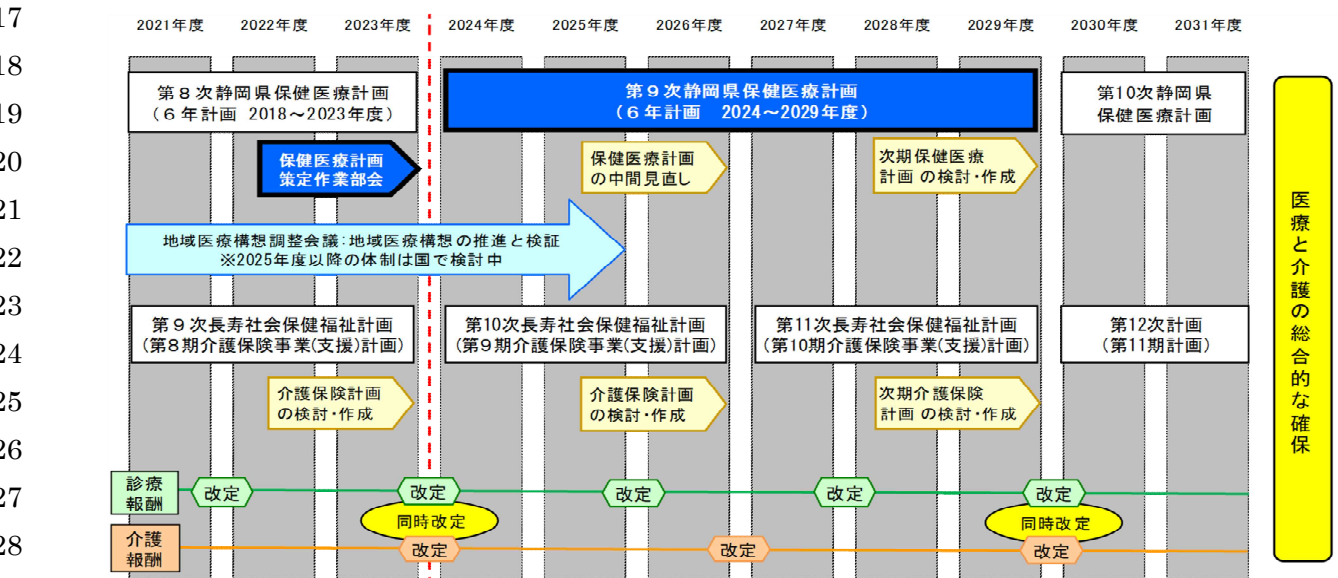
1 第3節 計画の位置付け

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

10

11 第4節 計画の期間

- 12 ○2014年6月の医療法の改正により、医療計画はこれまでの5年計画から6年計画とし、2018
- 13 年度からは3年ごとに改定する介護保険事業支援計画との整合性の確保を図ることとされま
- 14 した。
- 15 ○これを受け、本計画の期間は、2024年度を初年度とし2029年度を目標とする6年間とします。
- 16 また、中間年である3年目に見直しを行います。



30 第5節 将来に向けた取組

- 31 ○今後も、県内の人口は減少が続き、15歳から64歳までの生産年齢人口は大きく減少する一方、
- 32 65歳以上の高齢者人口は、2040年頃まで増加すると推計されています。
- 33 ○高齢者の割合の増加など年齢構成の変化により、疾病構造が変化することから、入院の医療需
- 34 要は、2035年頃まで増加しますが、総人口の減少によりその後減少が見込まれます。外来の医
- 35 療需要は、今後も減少しますが、高齢者については横ばいが続く見込まれます。
- 36 ○本県では、2025年における医療提供体制の目指すべき姿を示した「静岡県地域医療構想」の実
- 37 現に向け、地域の現状や課題を踏まえつつ、地域医療構想調整会議等における協議や、地域医
- 38 療介護総合確保基金を活用した医療提供体制の構築に取り組んでいます。
- 39 ○今後、変化する医療需要に対応するため、2次保健医療圏内における医療機関の役割分担と連

携を進めるとともに、医師や看護師をはじめとした医療従事者の確保と定着を図り、幅広い診療能力を有する医師を養成します。

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

第6節 地域包括ケアシステムの構築と目指す施策の方向

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

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

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

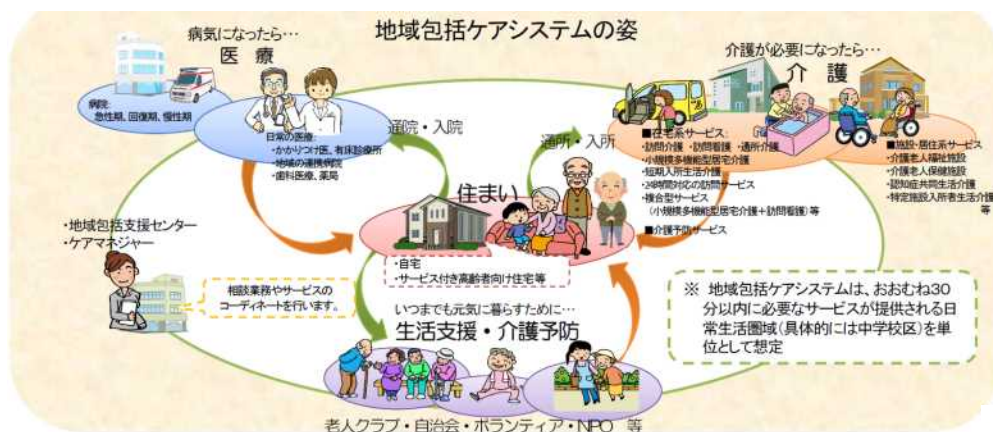
○この地域包括ケアシステムが、最期までその人らしく暮らすことを支えるシステムとして機能するためには、その根底には「本人の選択と本人・家族の心構え」が不可欠であることから、今後、さらに、地域包括ケアシステムの理念の浸透や県民の理解促進に取り組んでいきます。

○地域包括ケアシステムの中で、医療、介護、福祉、保健が連携して、高齢者や障がい者、子どもなどを支えていきます。

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

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

図表 1-1 地域包括ケアシステムの姿



(出典：厚生労働省資料)

1

2

3

4

※白紙

1 第2章 保健医療の現況

2

3 第1節 人口【最終案で更新予定】

4 1 総人口

5 ○本県の総人口は、2022年10月1日現在、3,582,194人（男1,765,909人、女1,816,285人）
6 で、日本の総人口の約3%を占めています。

7 ○本県では、2007年12月の379万7,000人をピークに人口減少局面を迎えています。国立社会
8 保障・人口問題研究所の推計によれば、人口減少のスピードは、2015年から10年ごとの減少
9 数が、19万4,000人減、26万4,000人減、29万9,000人減と徐々に加速していくと推計され
10 ます。

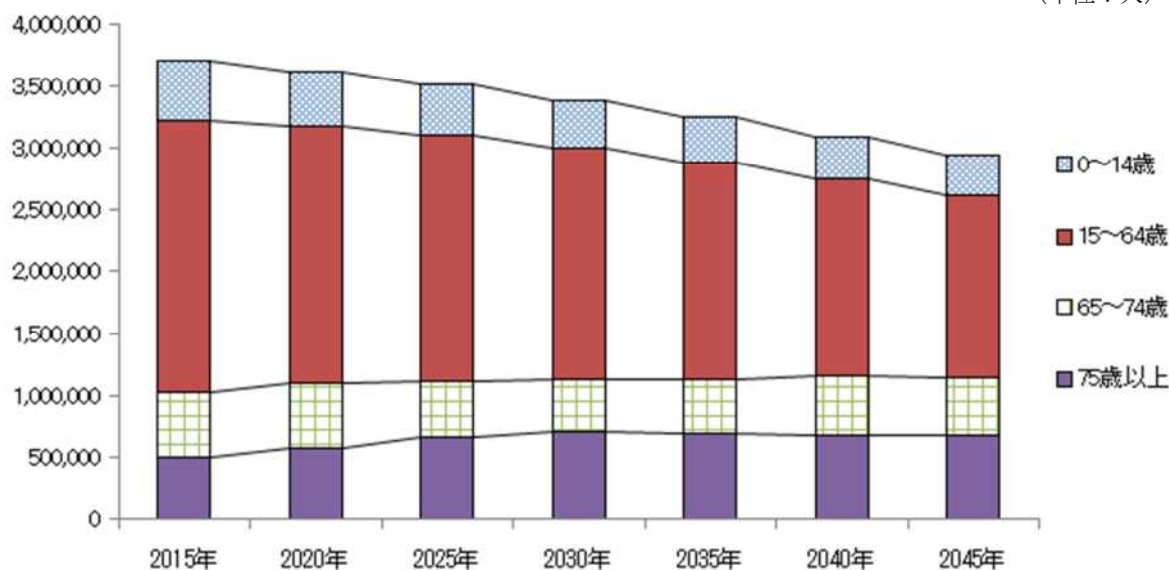
11 ○また、単に人口が減少するだけではなく、人口構造そのものが大きく変化していきます。高齢
12 者人口が増加するとともに、少子化が進行する中で生産年齢人口は減少し、急速な高齢化が進
13 行していきます。

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

16

17 図表2-1：静岡県の年齢階級別将来推計人口

18 (単位：人)



| | 2015年 | 2020年 | 2025年 | 2030年 | 2035年 | 2040年 | 2045年 |
|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 0～14歳 | 478,956 | 444,825 | 407,749 | 378,716 | 353,742 | 336,049 | 318,376 |
| 15～64歳 | 2,192,451 | 2,070,481 | 1,979,377 | 1,876,560 | 1,754,449 | 1,597,414 | 1,481,066 |
| 65～74歳 | 531,608 | 526,841 | 452,620 | 424,467 | 441,501 | 479,671 | 460,300 |
| 75歳以上 | 497,290 | 573,439 | 666,318 | 700,361 | 692,111 | 681,130 | 683,123 |
| 総数 | 3,700,305 | 3,615,586 | 3,506,064 | 3,380,104 | 3,241,803 | 3,094,264 | 2,942,865 |

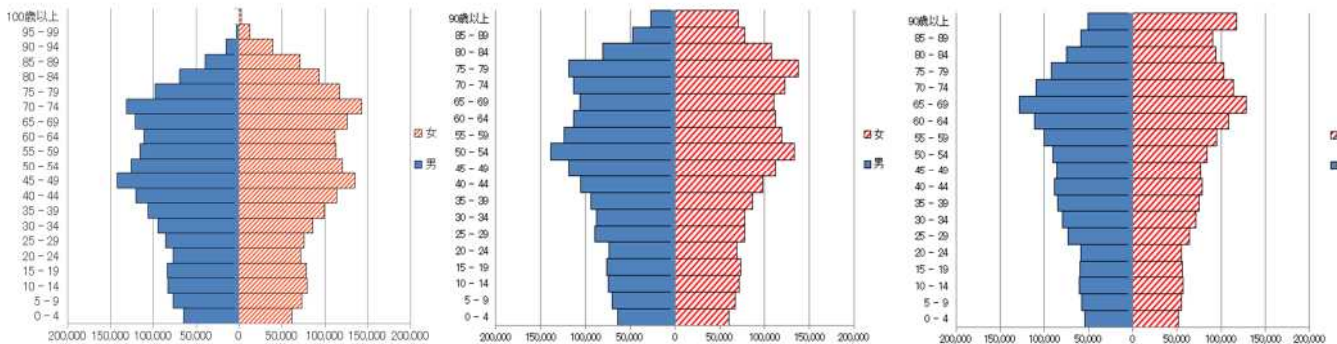
37 ※2015年は実績。2015年国勢調査を基にした推計のため、2020年は推計値であり実績と一致しない。

38 資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

39

図表 2-2：静岡県における人口構造の変化

2020年 <実績> ⇒ 2025年 <推計> ⇒ 2040年 <推計>



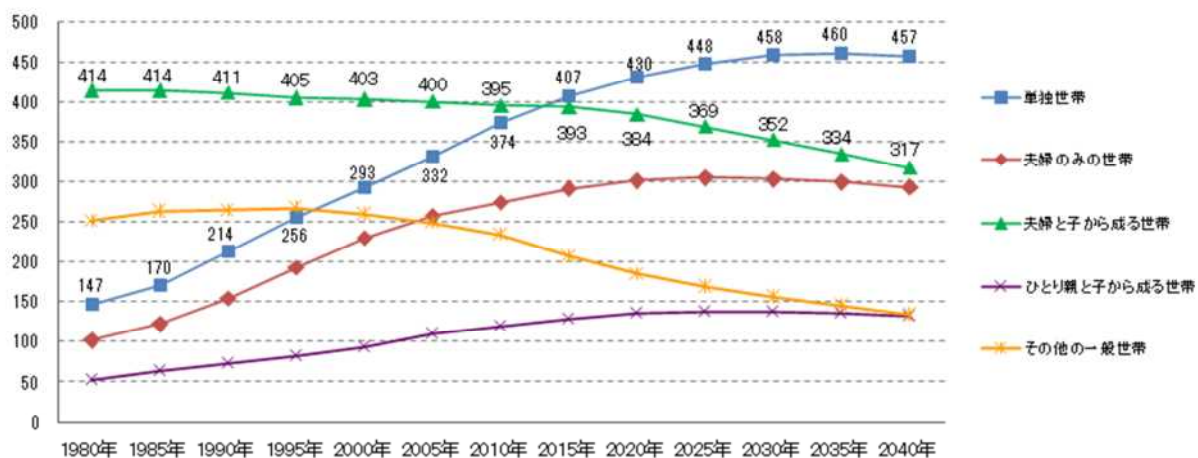
2 世帯【最終案で更新予定】

(1) 家族類型別世帯数及び割合

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

図表 2-3 静岡県の家族類型別世帯数の推移

(千世帯)



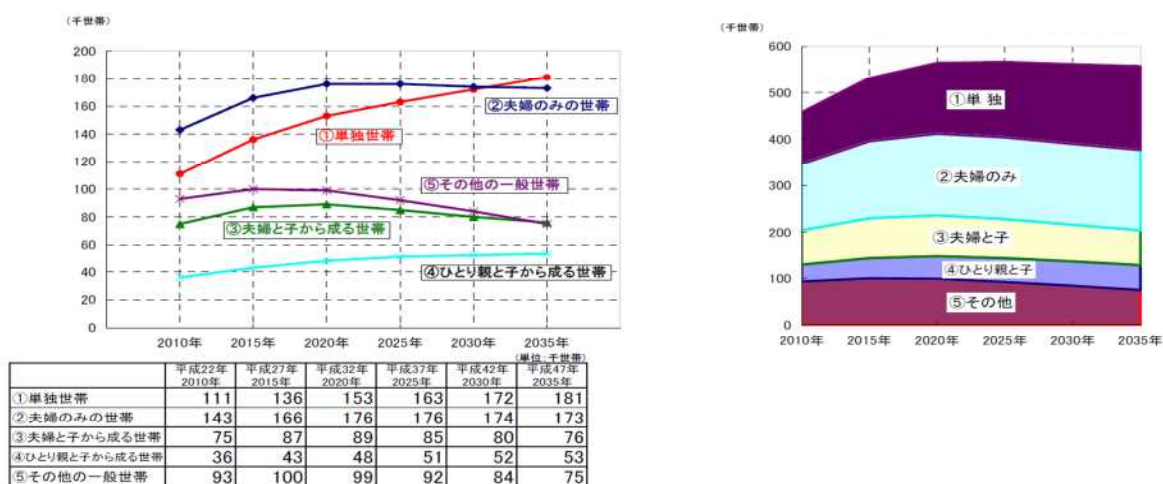
(資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(2019年推計)」、総務省「国勢調査」)

1 (2) 高齢者世帯

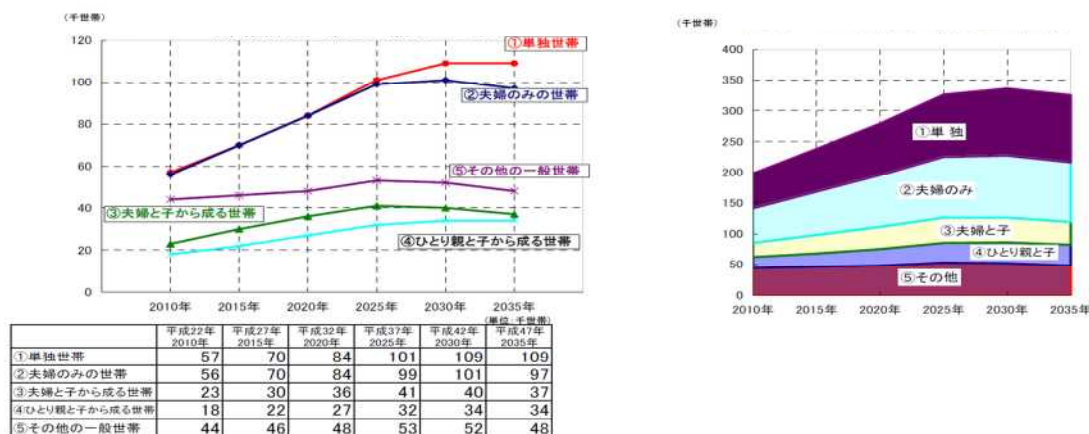
2 ○世帯主が65歳以上の一般世帯の総数は、2010年の45万8,000世帯から2025年には56万7,000
 3 世帯へ、同じく75歳以上の世帯では19万8,000世帯から32万6,000世帯へと増加し、世帯
 4 においても高齢化が進展すると推計されています。

5 ○世帯主が65歳以上の世帯数について、家族類型別に2010年と2025年を比較すると、最も増
 6 加するのは「単独世帯」の5万2,000世帯増(1.47倍)、次いで「夫婦のみの世帯」の3万3,000
 7 世帯増(1.23倍)。同じく75歳以上の世帯数については、「単独世帯」の4万4,000世帯増
 8 (1.77倍)、「夫婦のみの世帯」の4万3,000世帯増(1.77倍)と推計されています。

9
 10 図表2-4 世帯主が65歳以上の世帯数推移



20
 21
 22 図表2-5 世帯主が75歳以上の世帯数推移

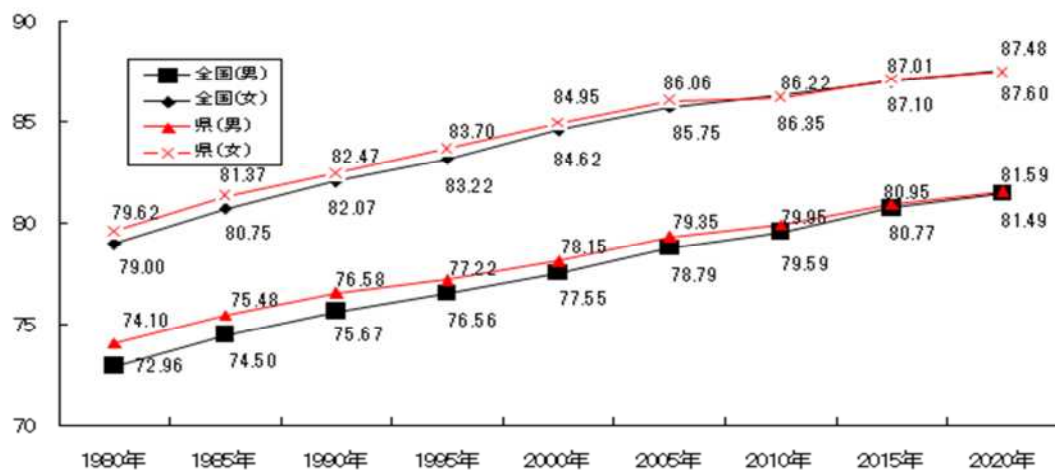


32
 33
 34 (資料：静岡県企画広報部「静岡県の世帯数の将来推計」)

3 平均寿命と健康寿命

○平均寿命¹は着実に伸びており、2020年現在の平均寿命は男性 81.59 歳（全国 81.49 歳）で全国 21 位、女性 87.48 歳（全国 87.60 歳）で、全国 31 位です（図表 2－6）。

図表 2－6 平均寿命の推移（本県と全国）



（資料：厚生労働省統計情報部『都道府県別生命表』）

○本県における 2019 年の健康寿命²は、男性は 73.45 歳で全国 5 位、女性は 76.58 歳で全国 5 位でした。（図表 2－7）。

図表 2－7 健康寿命の上位都道府県(2019年)

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

資料：厚生労働省公表資料（2021年12月公表）

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

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

1 4 人口動態

2 (1) 出生

3 ○2022年の出生数は2万575人で、出生率は人口千人当たり5.9人となっており、出生数・出生
4 率ともに減少傾向にあります(図表2-8)。

5 ○2022年の合計特殊出生率は1.33で、全国平均の1.26を上回っています(図表2-9)。

6

7 図表2-8 出生数及び出生率の推移

8

9

10

11

12

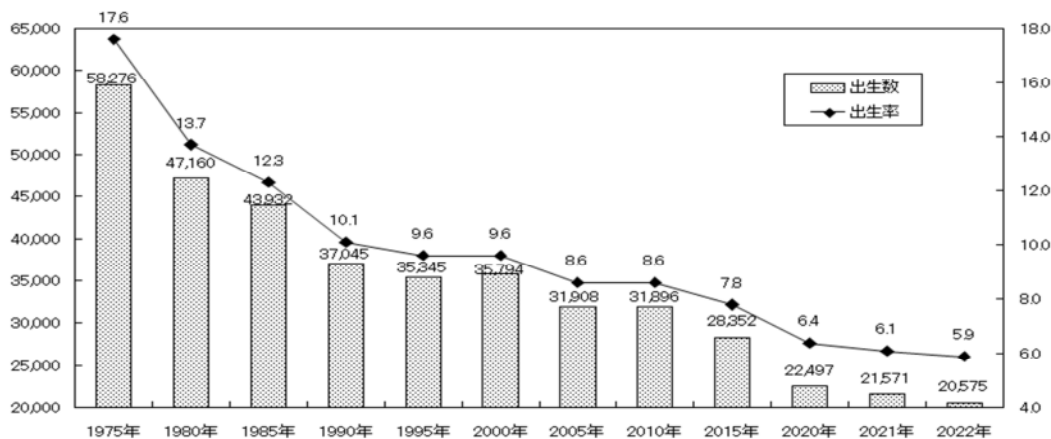
13

14

15

16

17



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

19 図表2-9 合計特殊出生率の推移

20

21

22

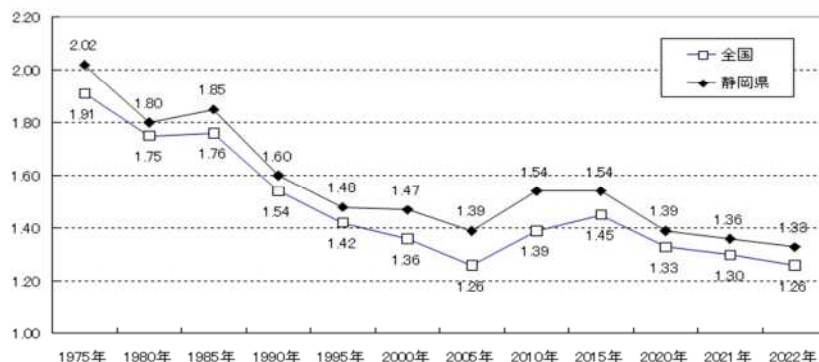
23

24

25

26

27



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

30 (2) 死亡

31 ○2021年の死亡数は4万3,194人、死亡率は人口千人当たり12.3人となっています。

32 ○2021年の死亡者の死因別状況では、悪性新生物(がん)25.3%、老衰15.0%、心疾患14.1%、
33 脳血管疾患8.3%、肺炎4.3%の順となっており、上位3死因で、全死亡の54.4%を占めてい
34 ます(図表2-10)。

35 ○特に、悪性新生物による死亡者数は全体の4分の1を占めており、死亡率は死因の上位1位と
36 して増加し続けています(図表2-11)。

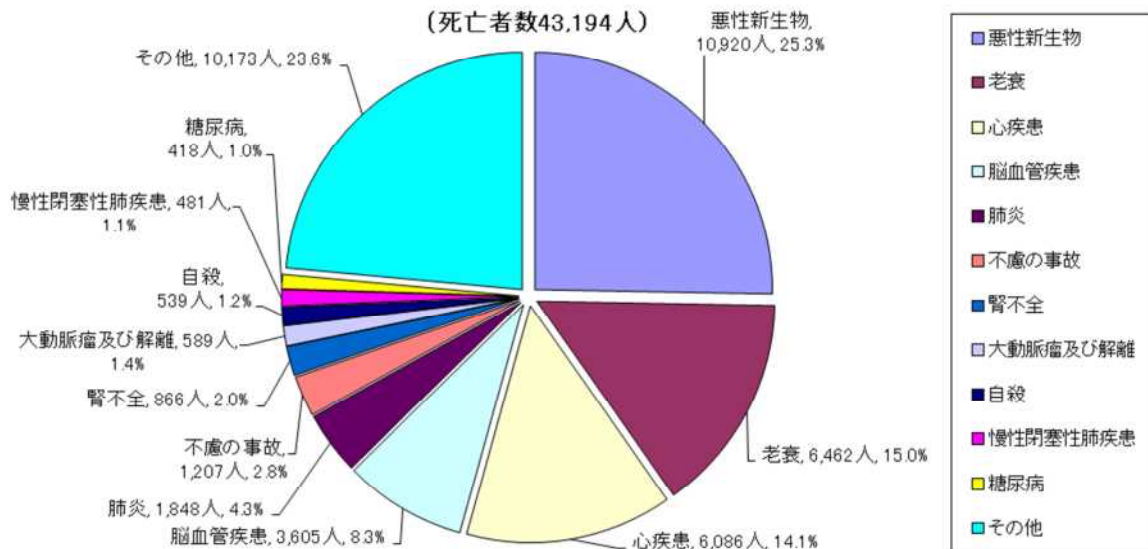
37

38

39

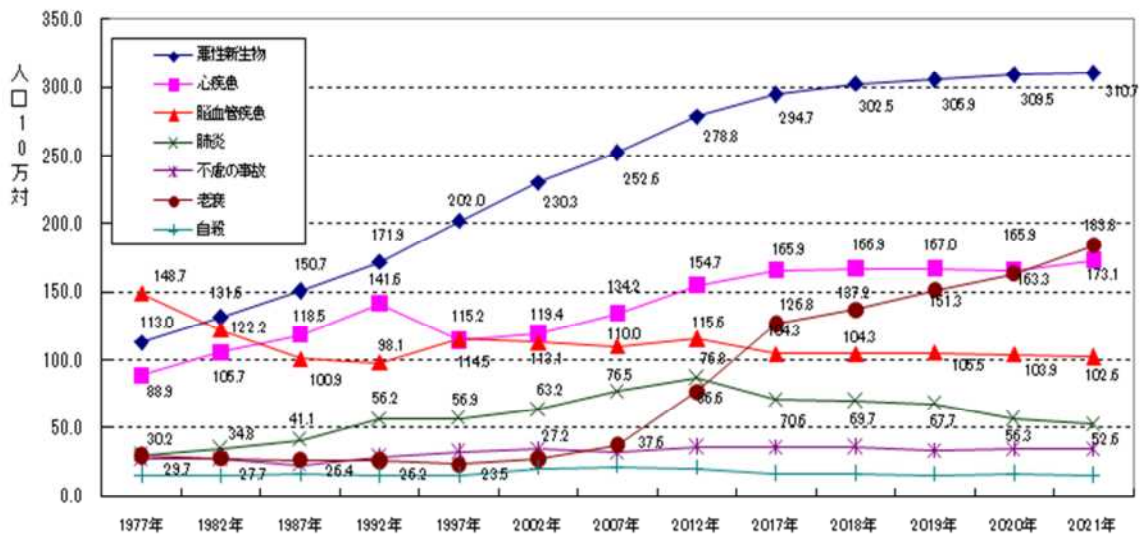
40

図表 2-10 本県の死因別死亡者数 (2021年)



(資料：県健康福祉部管理局「静岡県の人口動態統計(確定数)の概要」)

図表 2-11 主な死因別の死亡率の推移



(資料：県健康福祉部管理局「静岡県の人口動態統計(確定数)の概要」)

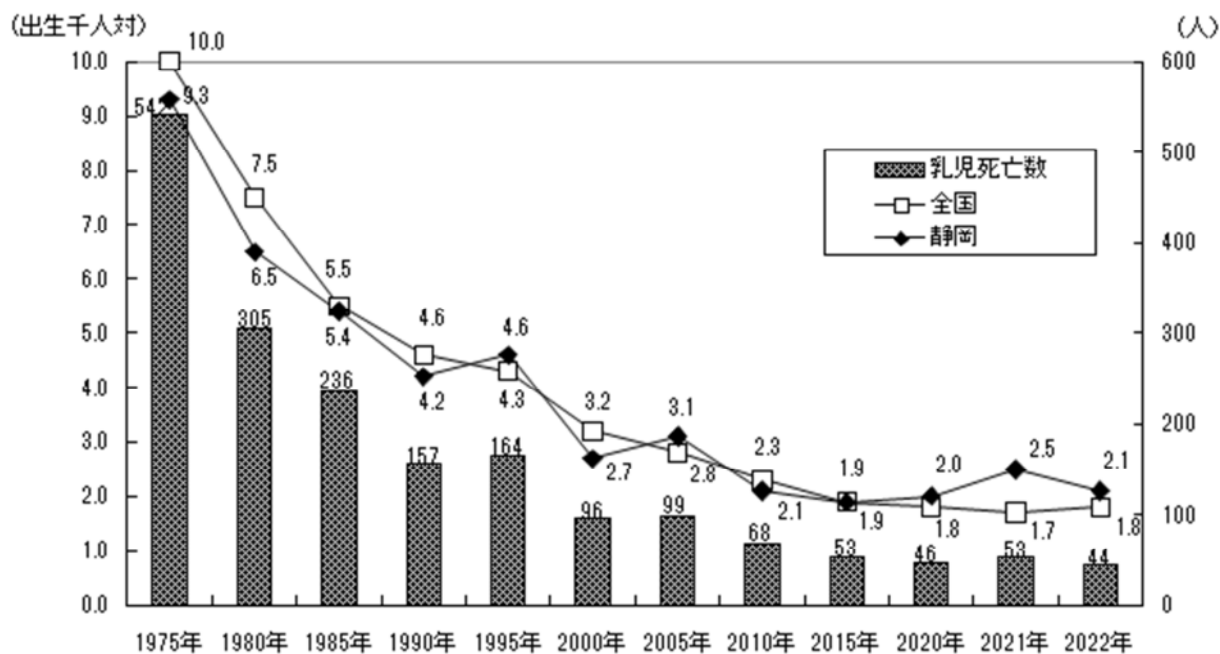
1 (3) 乳児死亡

2 ○本県の乳児死亡率（出生千人対）は長期的には低下傾向が続いており、2022年は2.1人となって
3 います（図表2-12）。

4

5 図表2-12 乳児死亡率及び乳児死亡数の推移

6



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

1 第2節 受療動向

2

3 1 患者数

4 (1) 入院・通院患者の状況

5 ○2020年の厚生労働省の患者調査によると、本県の推計入院患者数は2万8,800人、推計外来患者数は20万9,100人となっています（図表2-13）。

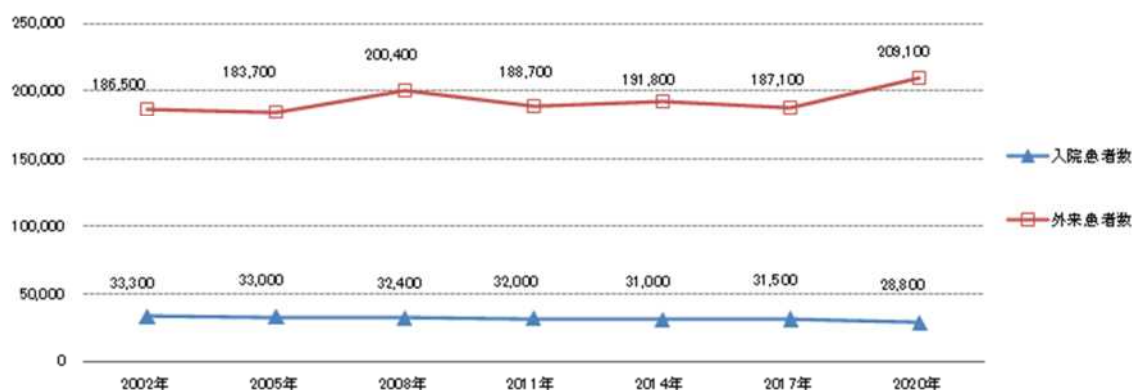
7 ○外来患者については、病院での受療者数が3万3,000人（15.8%）、診療所が14万900人（67.4%）、歯科診療所が3万5,200人（16.8%）となっています。

8

9

10 図表2-13 入院・外来患者の推移

11



12

13 （資料：厚生労働省「患者調査」）

14

15 (2) 疾病別推計患者数

16 ○疾病別の患者数を傷病大分類別にみると、入院については、「循環器系の疾患」が最も多く 5,400
 17 人、次いで「精神及び行動の障害」が 4,900 人、「新生物」が 3,400 人（うち、「悪性新生物」が
 18 3,100 人）となっています。全体の患者数としては減少傾向となりますが、「筋骨格系及び結合組
 19 織の疾患」の患者数は横ばいとなっています。（図表2-14）

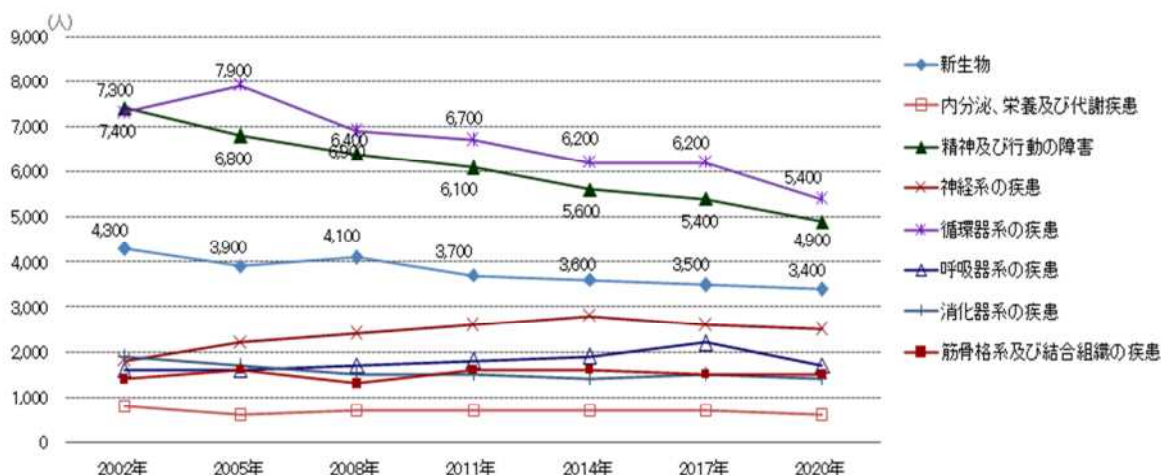
20 ○また、外来については、「消化器系の疾患」が最も多く 3万2,200 人、次いで「筋骨格系及び結
 21 合組織の疾患」が 2万6,700 人、「循環器系の疾患」が 2万5,700 人となっています。（図表2-
 22 15）

23

24

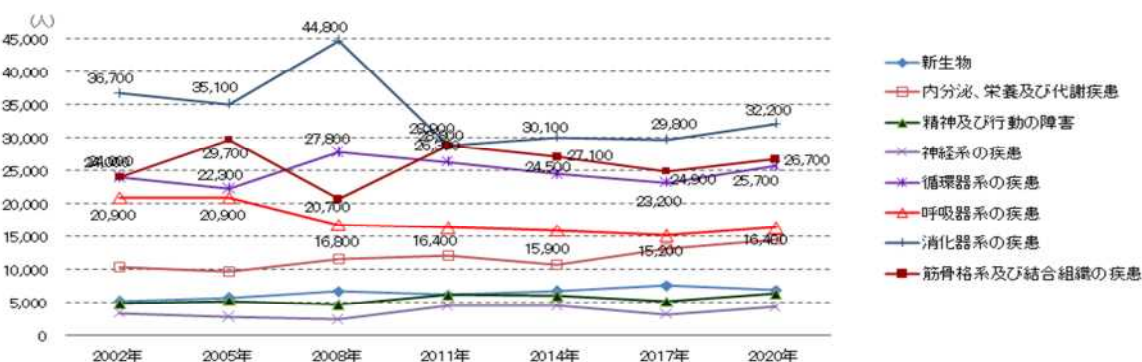
25

図表 2-14 疾患別推計患者数の推移（入院）



(資料：厚生労働省「患者調査」)

図表 2-15 疾患別推計患者数の推移（外来）



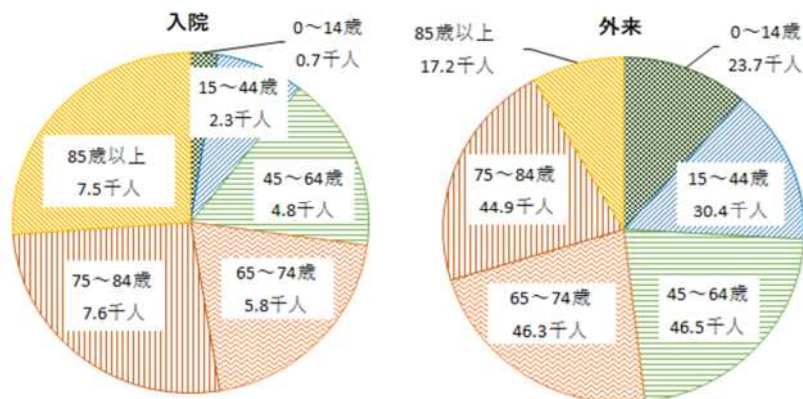
(資料：厚生労働省「患者調査」)

(3) 年齢階級別の推計患者数

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

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

図表 2-16 年齢階級別推計患者数（入院・外来）



(資料：厚生労働省「患者調査」)

1 **2 受療率**

2 **(1) 入院受療率・外来受療率**

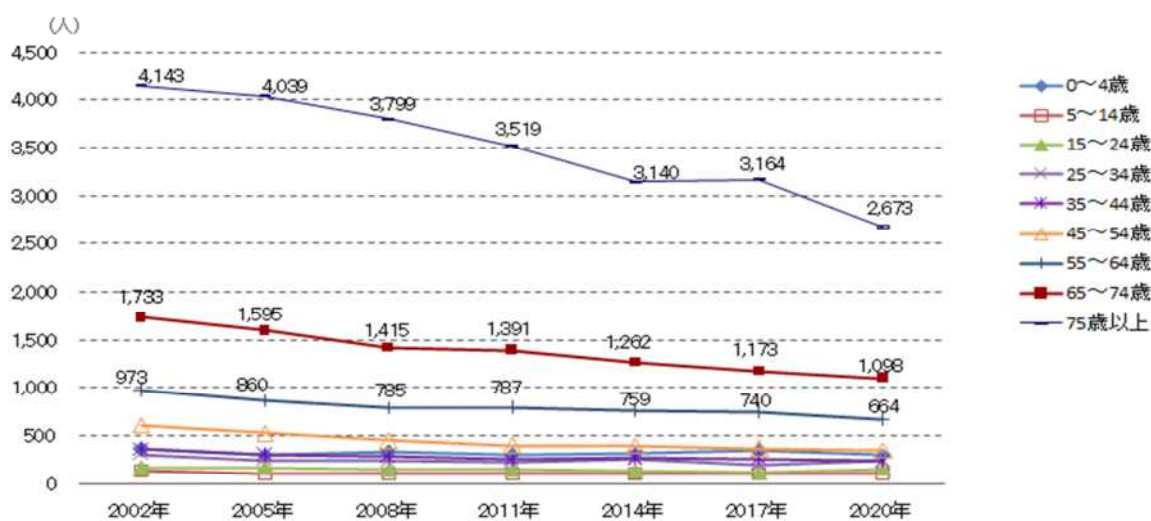
3 ○2020年の患者調査から、本県の受療率²についてみると、入院受療率は792（全国平均960）、
 4 外来受療率は5,754（全国平均5,658）で、入院受療率は全国平均より低くなっています（入
 5 院受療率は全国順位で低い方から6位、外来受療率は全国順位で低い方から26位）。

6 **(2) 年齢階級別受療率**

7 ○年齢階級別に入院受療率をみると、75歳以上が2,673で最も高く、次いで65歳～74歳の
 8 1,098、55歳～64歳の664となっています。（図表2-17）

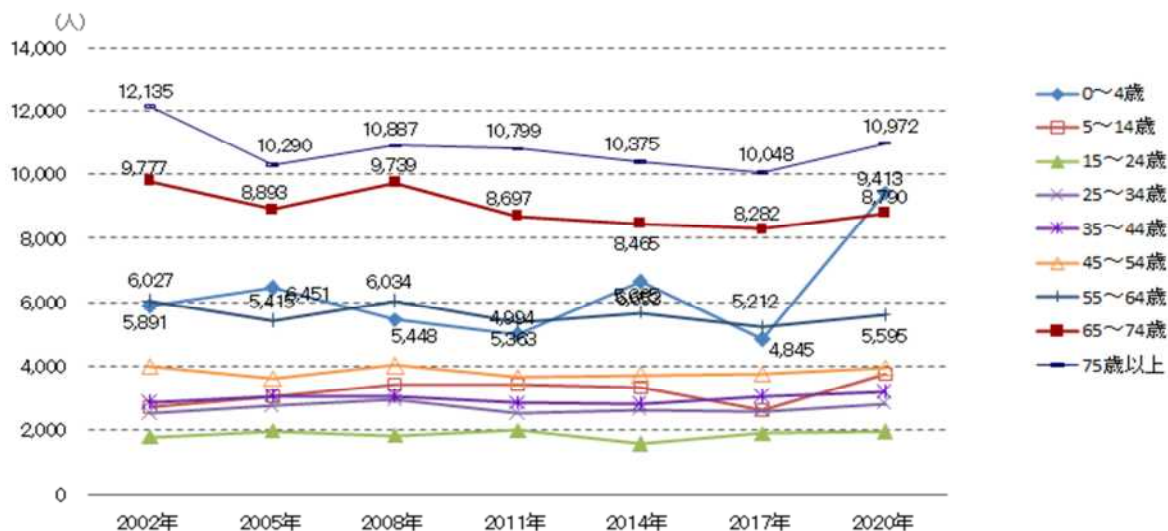
9 ○外来受療率では、75歳以上が10,972で最も高く、次いで0歳～4歳の9,413、65歳～74歳の
 10 8,790となっています。（図表2-18）

12 図表2-17 年齢階級別受療率の推移（入院）



13 (資料：厚生労働省「患者調査」)

16 図表2-18 年齢階級別受療率の推移（外来）



17 (資料：厚生労働省「患者調査」)

3 県民意向調査

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

調査対象：静岡県全域

標本数：静岡県内の市町に居住する満20歳以上の県民 2,000人

回収数：1,228人（回収率 61.4%）

調査方法：郵送法

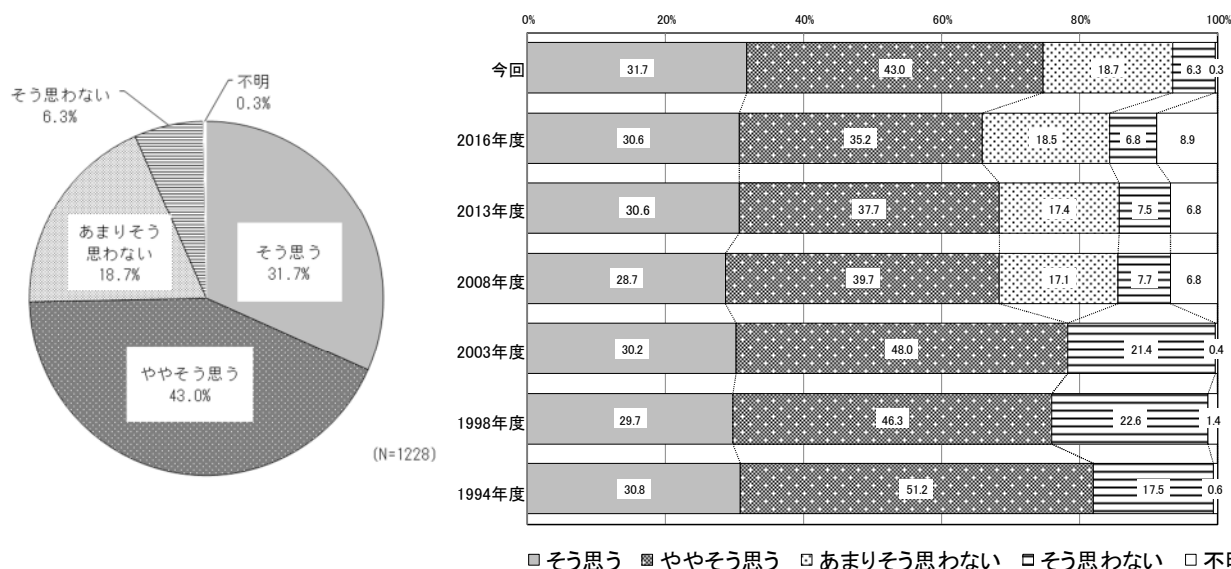
調査時期：2023年1月下旬～2月中旬

(1) 自身の健康状態

ア 自分が健康であると思うか

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

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

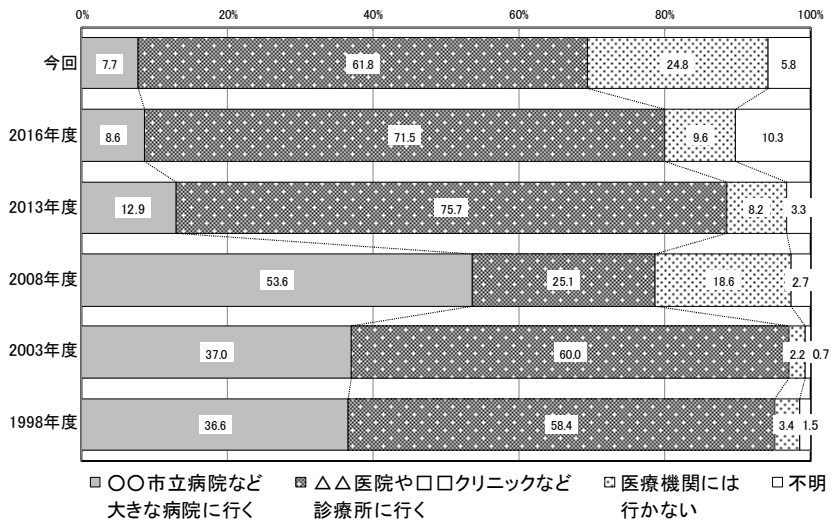
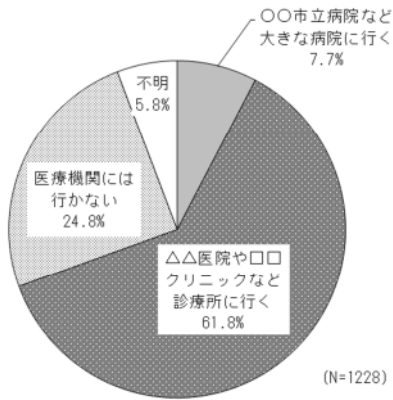


(2) 医療機関にかかった状況

ア 軽い病気にかかったと思われる場合の対応

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

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

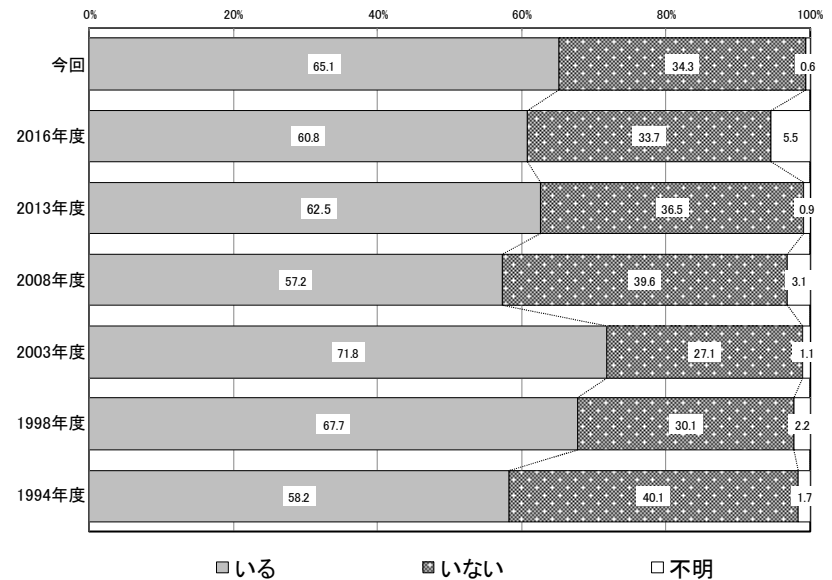
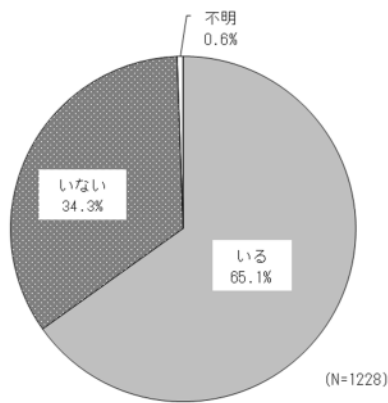


(3) かかりつけ医

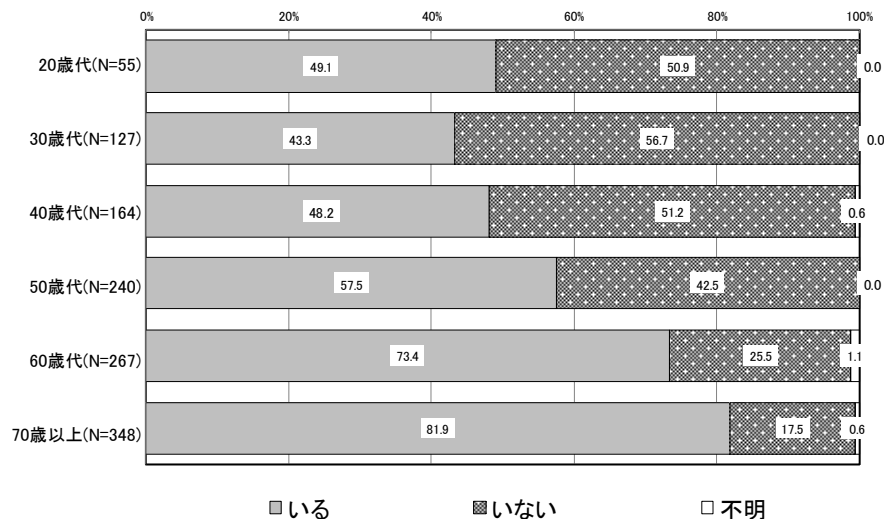
ア かかりつけ医の有無

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

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

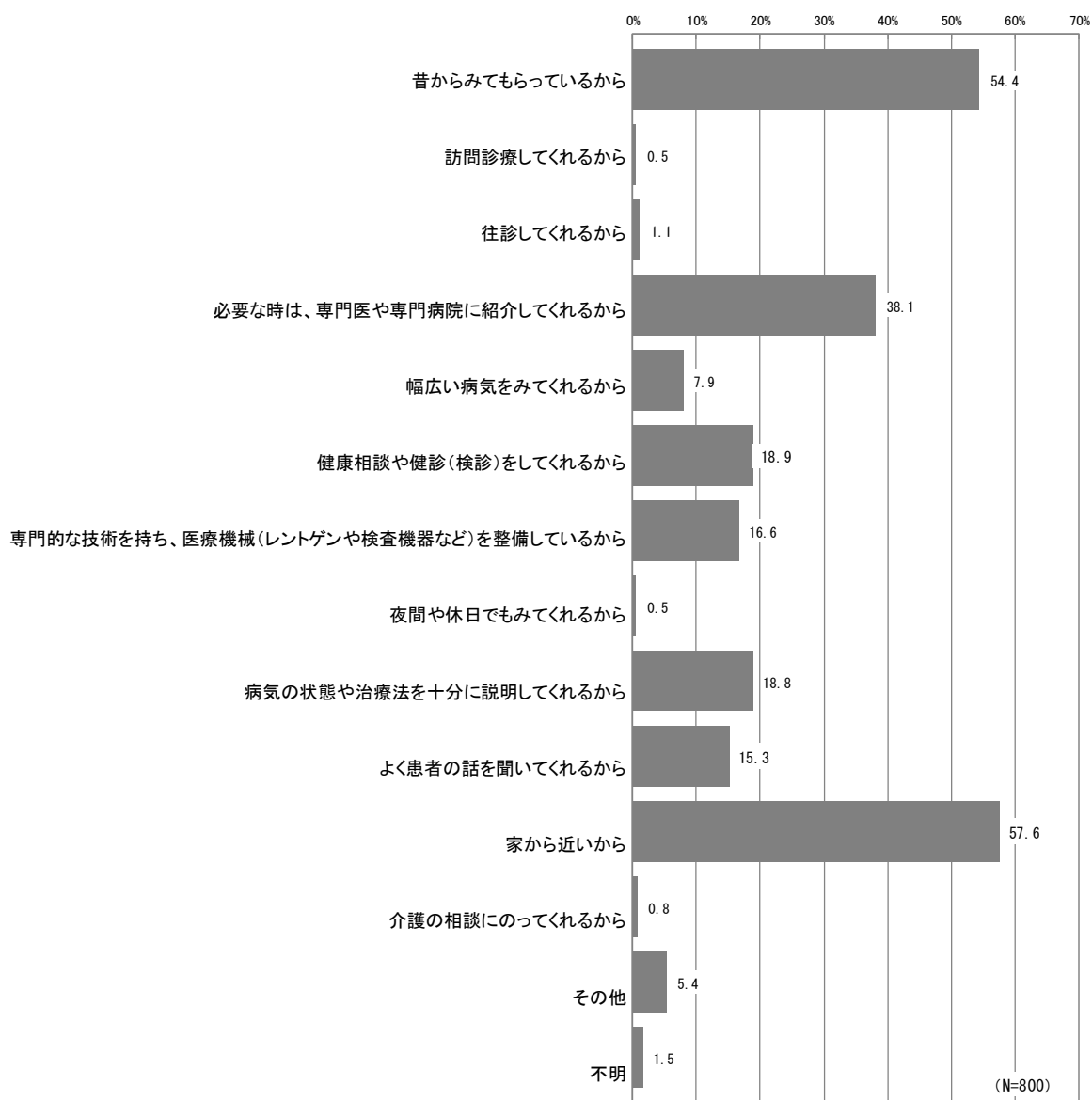


○年代別では、20歳代から40歳代では、「いない」が半数を占めているのに対し、50歳代以上は「いる」が半数を占め、70歳以上では8割を占めています。



1 イ かかりつけになっている主な理由

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



4

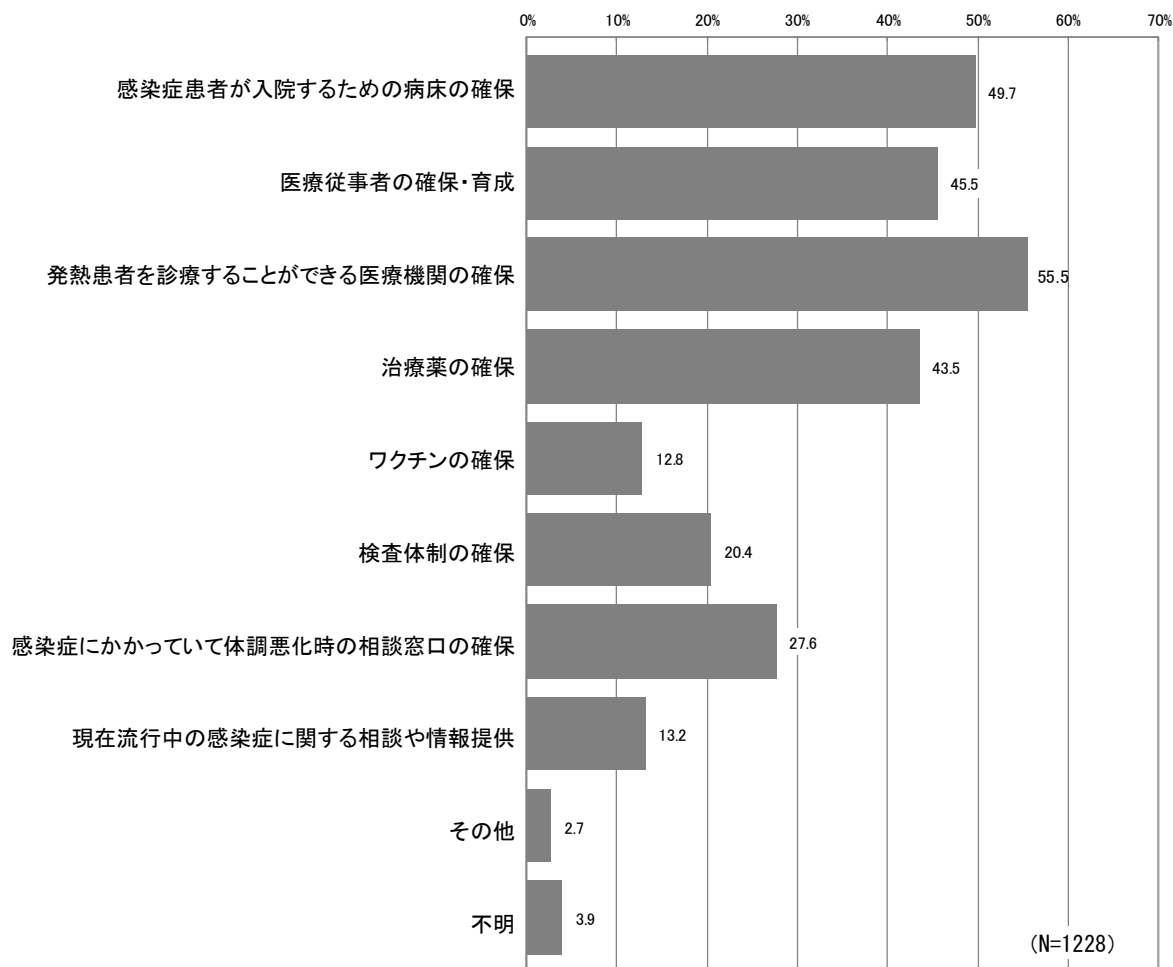
5

1 (4) 感染症、新型コロナワクチン接種について

2 ア 感染症対策として、静岡県が特に充実を図るべきだと思うもの

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

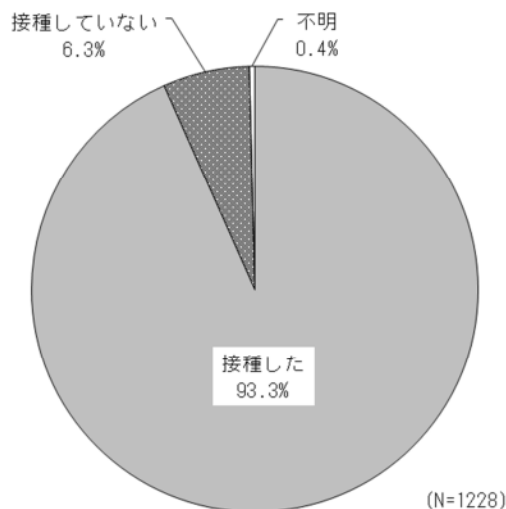
6 ○「その他」では、「医療従事者賃上げ」、「買い物サポート」、「学校のリモート授業化」等の意見
 7 が挙げられました。



9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19

1 **イ 新型コロナウイルス感染症のワクチンの接種有無**

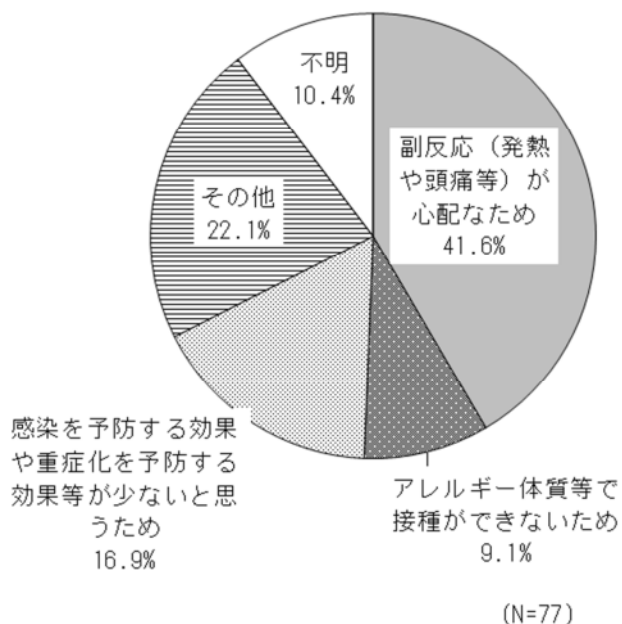
2 ○新型コロナウイルス感染症のワクチンの接種有無については、「接種した」が93.3%、「接種
3 していない」が6.3%となっています。



5
6
7 **ウ 新型コロナワクチン接種をしなかった理由**

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

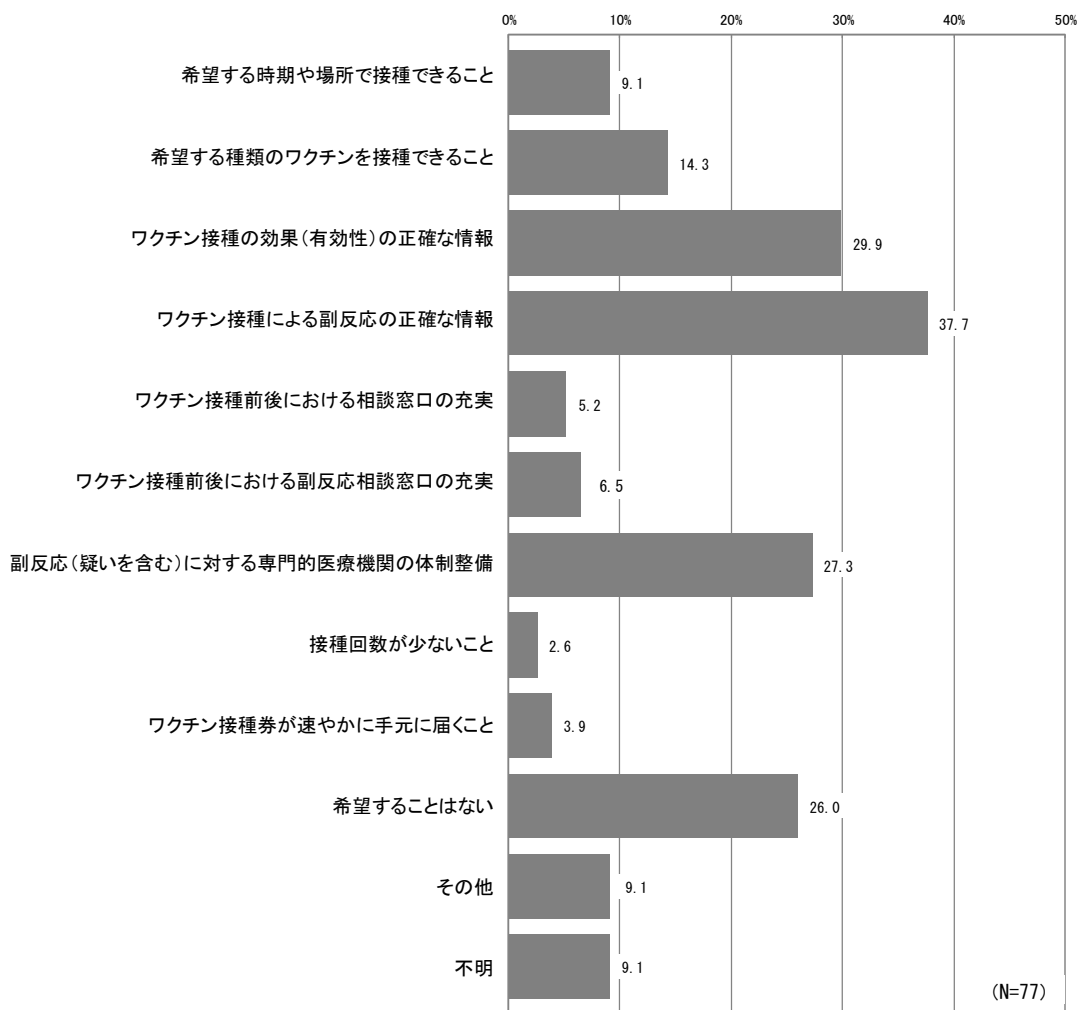
12 ○「その他」では、「信用性がないから」、「効果がなく、副作用が重篤」、「かかりつけ医に相談
13 した上で接種しなくてもよいと言われたから」等の意見が挙げられました。



エ 接種しなかった方が新型コロナワクチン接種に希望すること

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

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



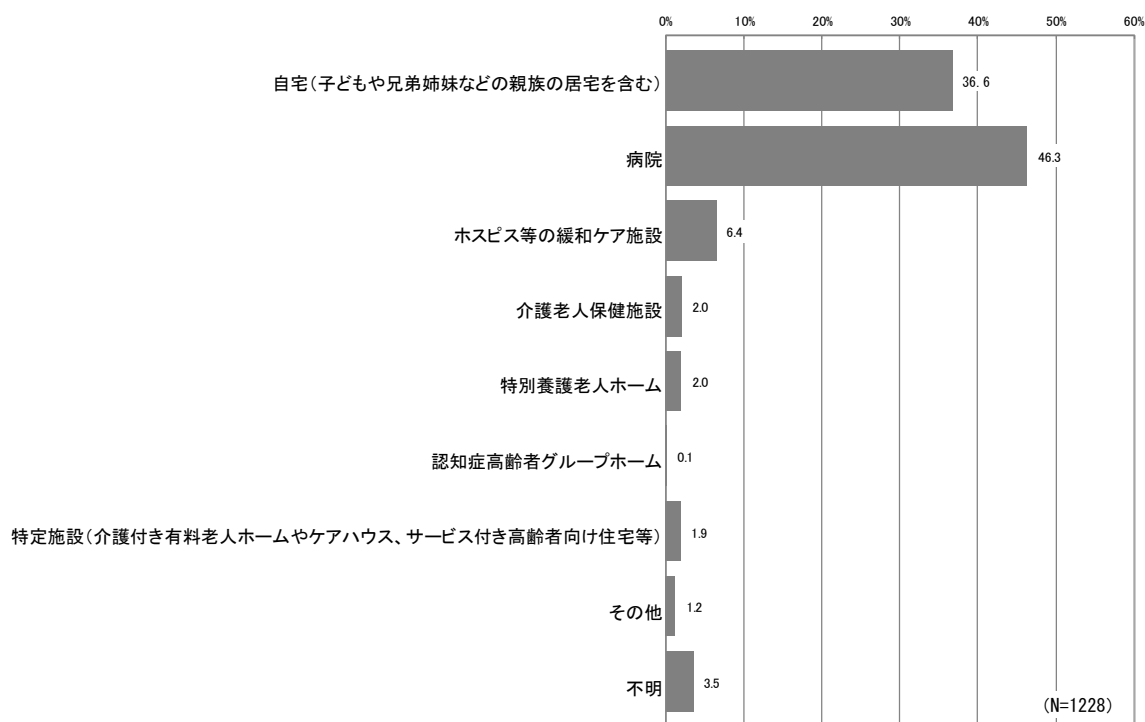
1 (5) 在宅医療について

2 ア 長期療養を望む場所

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

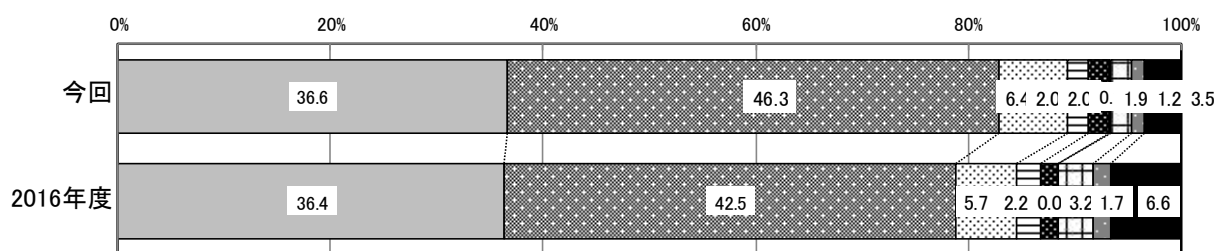
5 ○過去調査との比較では、いずれの年度も、「病院」が4割台で最も多く、次いで「自宅（子どもや兄弟姉妹などの親族の居宅を含む）」が3割程度となりました。

7



8

9



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

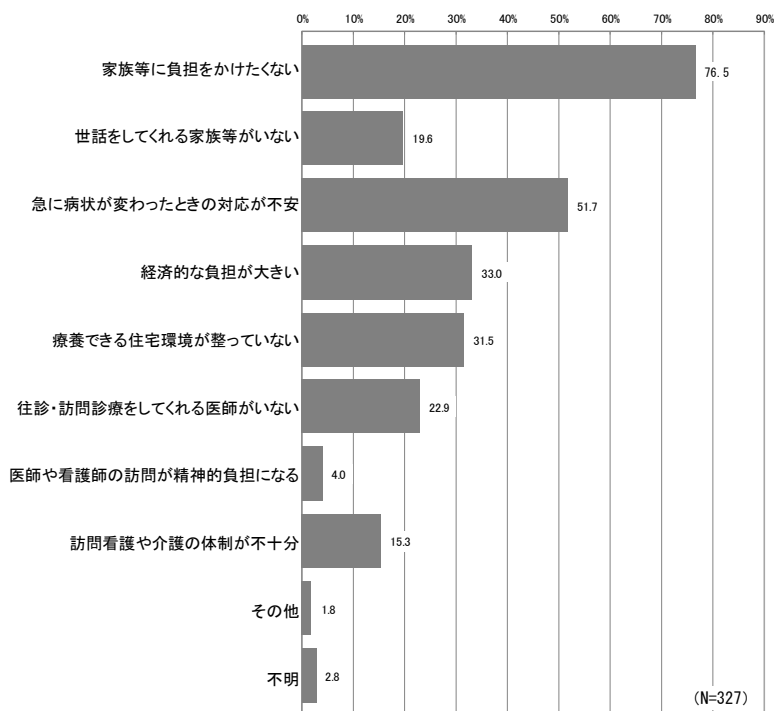
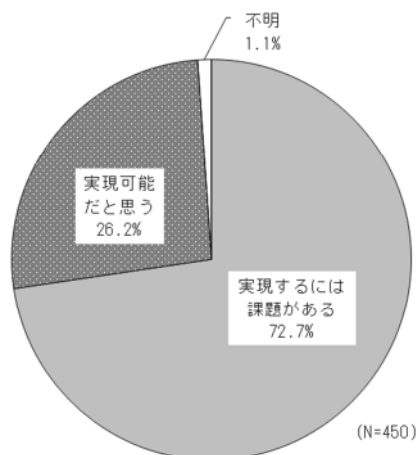
10

11

1 イ 自宅で長期療養することの実現可能性、課題と思うもの

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

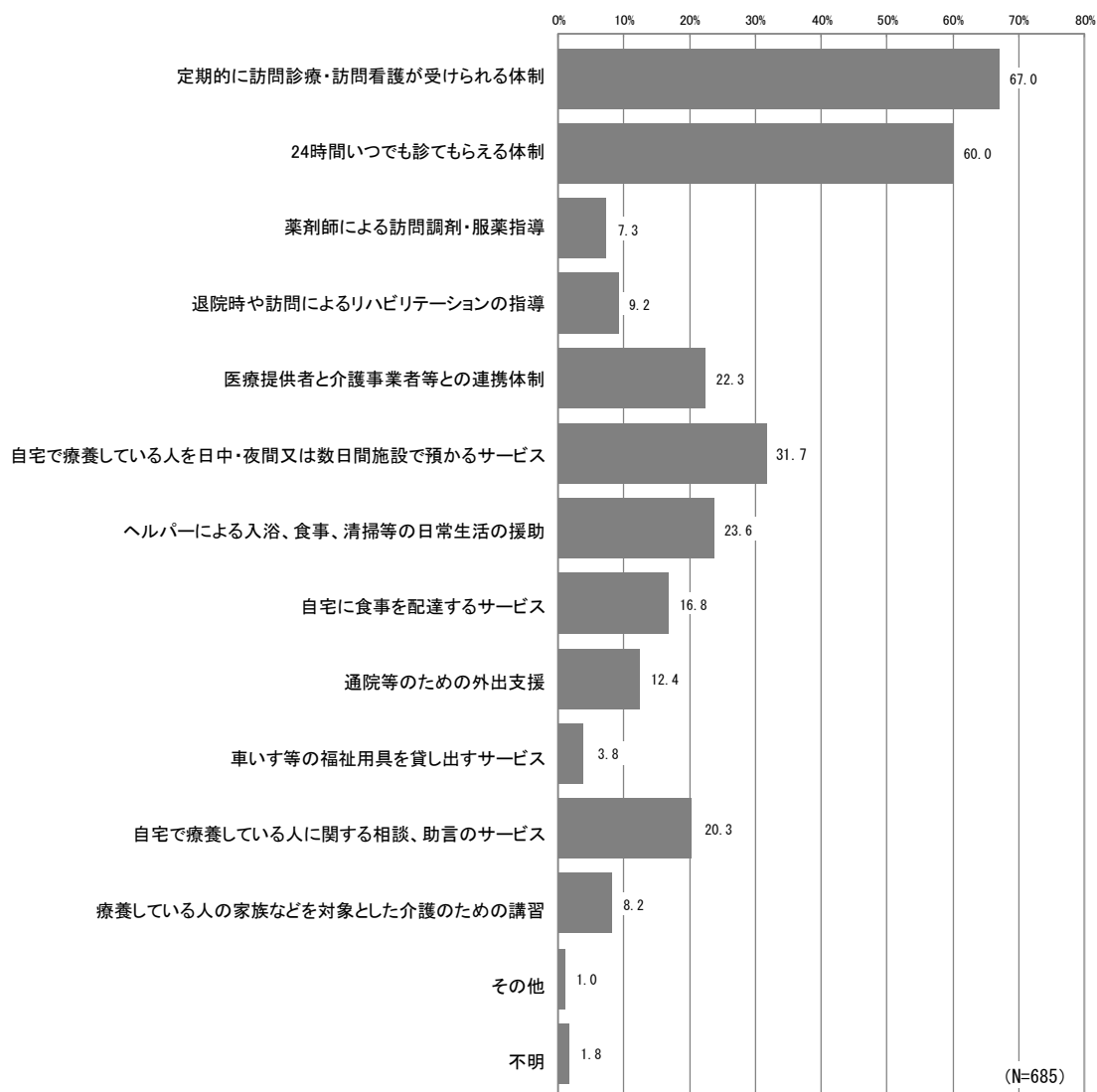
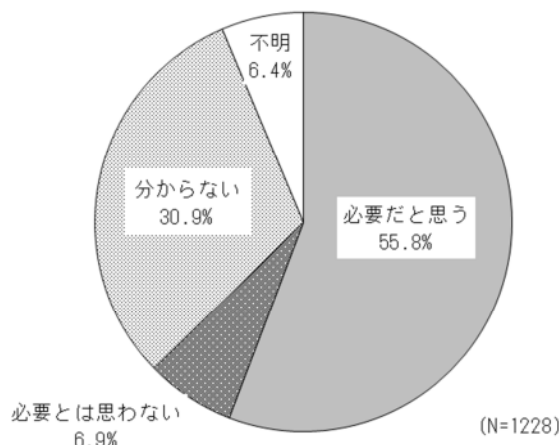
4 ○「課題がある」と回答した人にその課題を尋ねたところ、全体では「家族等に負担をかけた
5 くない」が 76.5%で最多、以下「急に病状が変わったときの対応が不安」51.7%、「経済的
6 な負担が大きい」33.0%となっています。



ウ 在宅医療の充実の必要性、整備が重要な体制

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

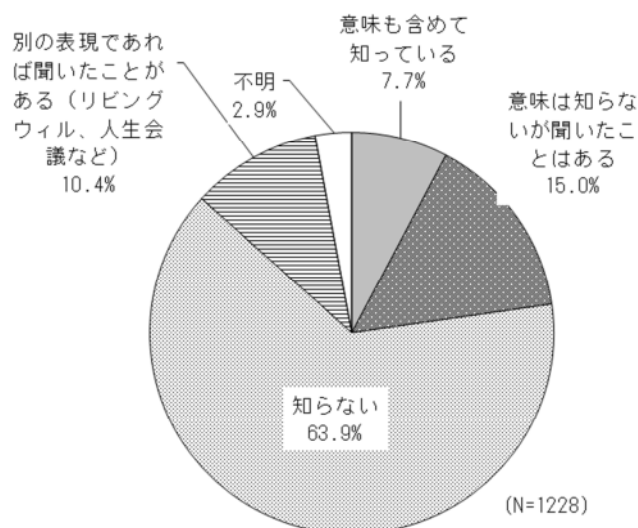
○「必要だと思う」と回答した人に整備が必要な体制について尋ねたところ、全体では「定期的に訪問診療・訪問看護が受けられる体制」が **67.0%**で最多、以下「24時間いつでも診てもらえる体制」 **60.0%**、「自宅で療養している人を日中・夜間又は数日間施設で預かるサービス」 **31.7%**となっています。



1 (6) 人生の最終段階における医療（終末期医療）について

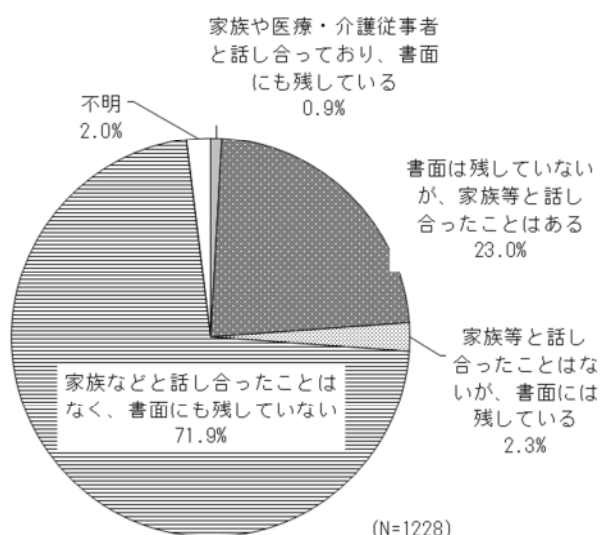
2 **ア 「アドバンス・ケア・プランニング³（ACP）」を知っているか**

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



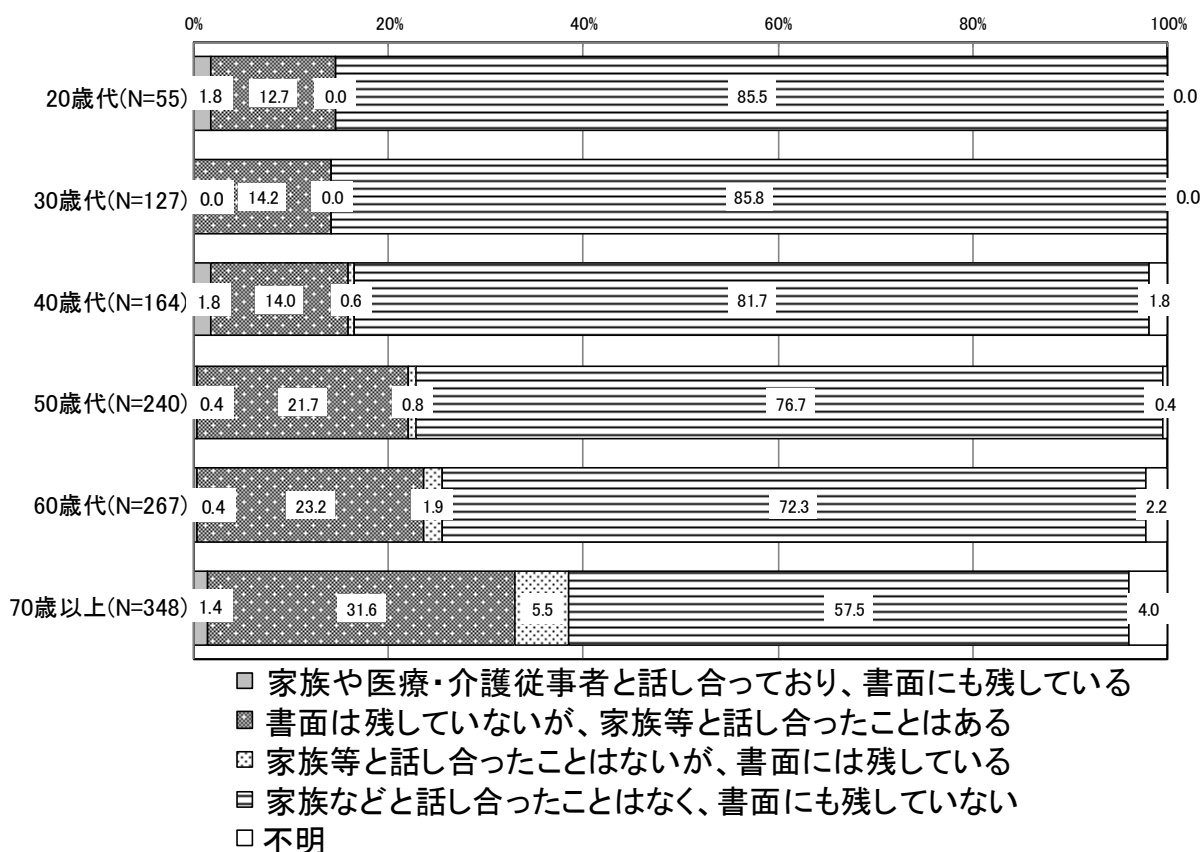
19 **イ 終末期医療における家族や親族との話し合い状況**

20 ○終末期医療における家族や親族との話し合い状況について、全体では「家族などと話し合った
21 ことはなく、書面にも残していない」が71.9%で最多、以下「書面は残していないが、家族等
22 と話し合ったことはある」23.0%、「家族等と話し合ったことはないが、書面には残している」
23 2.3%となっています。



³アドバンス・ケア・プランニング：将来の意思決定能力の低下に備え、本人と家族、医療・介護従事者が一緒になって、本人の終末期を含めた今後の医療や介護の方針について話し合い、共有する機会を持つこと。

- 1 ○年代別では、「家族などと話し合ったことはなく、書面にも残していない」は60歳以下まで
- 2 は、7割を超えています。
- 3 ○70歳以上になると、「書面は残していないが、家族等と話し合ったことはある」が3割を超
- 4 えて、他の年代に比べて多い結果となりました。



- 5
- 6

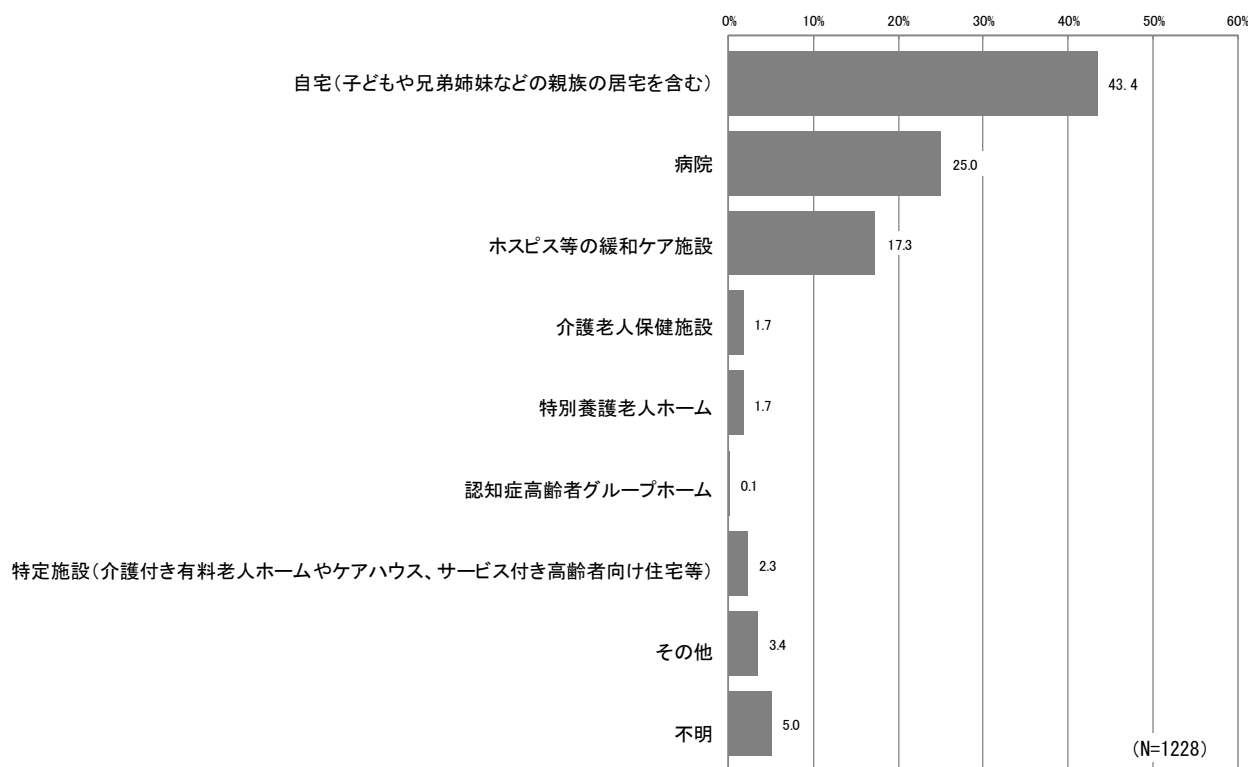
1 **ウ 人生の最期を迎えたい場所**

2 ○人生の最期を迎えたい場所について、全体では「自宅」が **43.4%**で最多、以下「病院」
3 **25.0%**、「ホスピス等の緩和ケア施設」 **17.3%**となっています。

4 ○「その他」では、「どこでも良い」との回答が最多となりました。

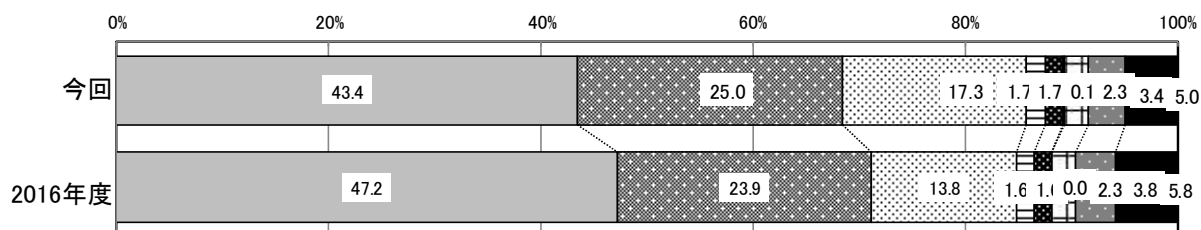
5 ○過去調査との比較では、いずれの年度も、「自宅（子どもや兄弟姉妹などの親族の居宅を含む）」が最も多く4割台、次いで「病院」が2割程度、「ホスピス等の緩和ケア施設」が1割程度となりました。

8



9

10



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

11

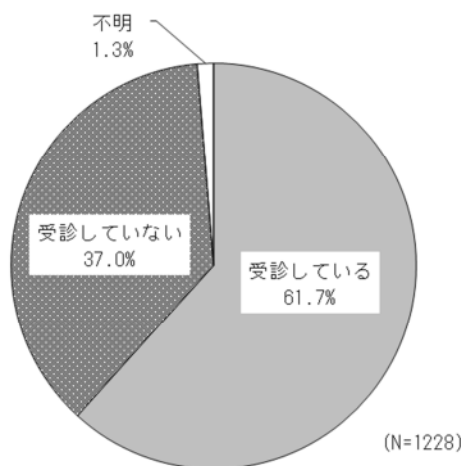
12

1 (7) 特定健診・特定保健指導について

2 **ア 特定健康診査（人間ドッグ含む）を受診しているか**

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

5



6

7

8 **イ 健診を受けた結果を生活改善に生かしているか**

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

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

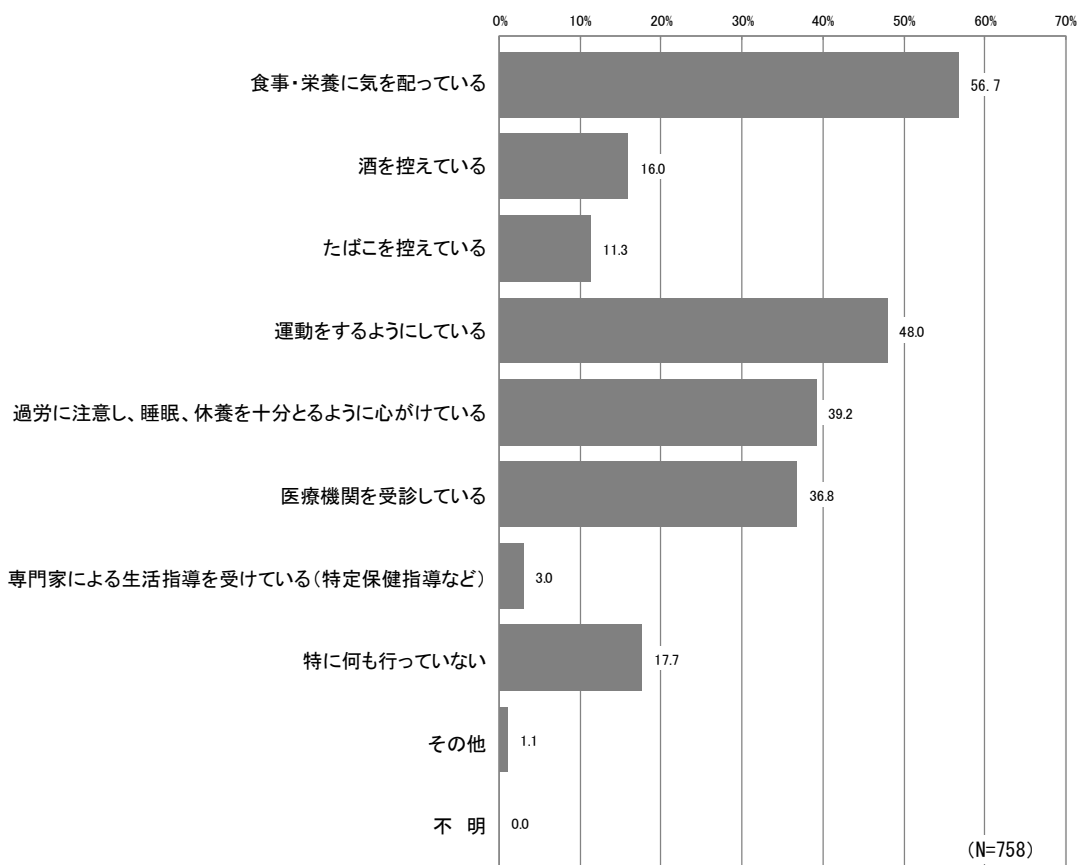
24

25

26

27

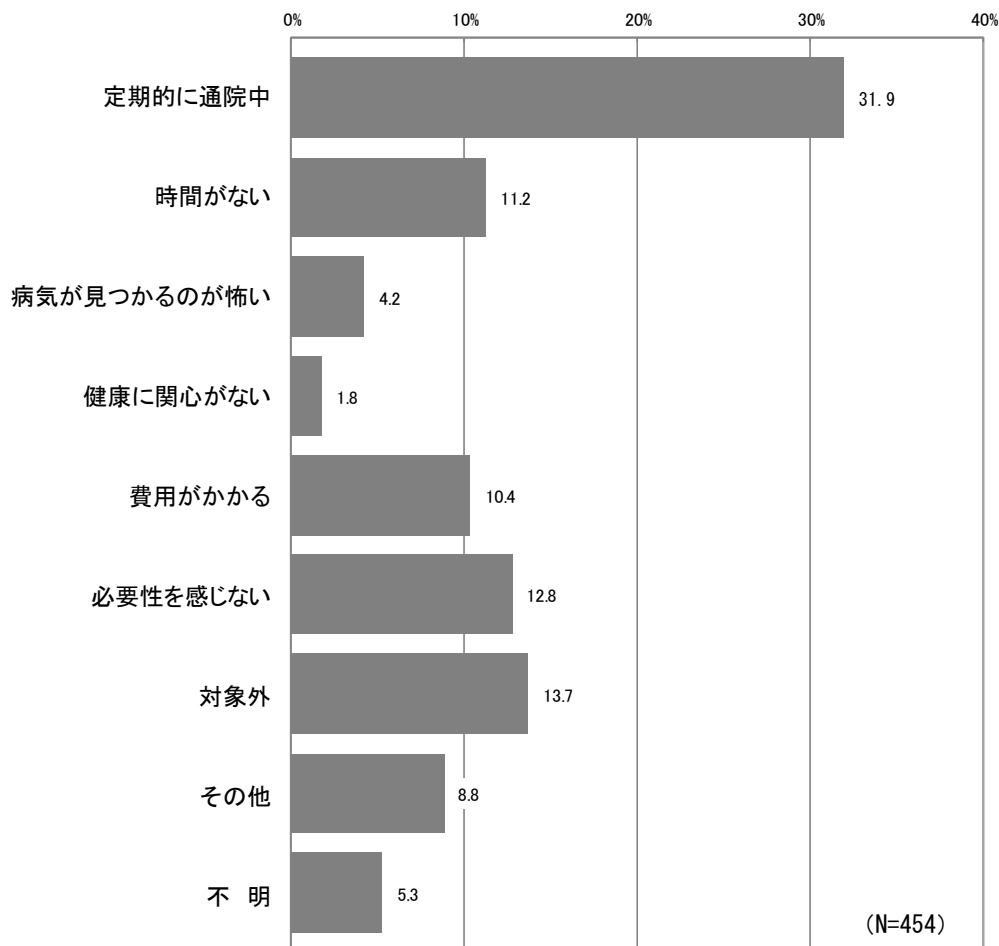
28



1 **ウ 特定健康診査を受診しない理由**

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

4 ○「その他」では、「会社で健康診断を受けている為」、「めんどう」、「最近仕事が変わった為」等
5 の回答が挙げられました。



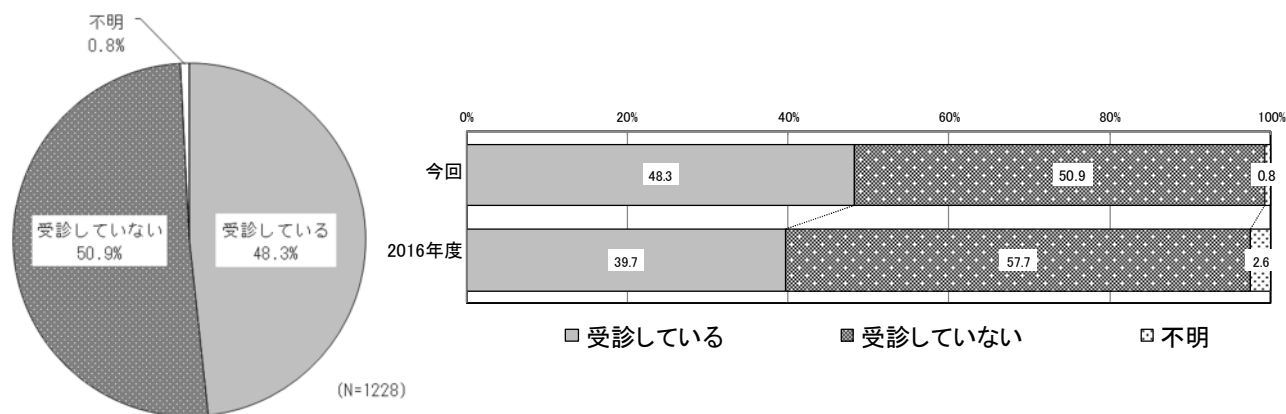
6
7

1 (8) 歯科・口腔ケアについて

2 ア 年に1回以上の歯垢除去や定期的な歯科検診の受診

3 ○年に1回以上の歯垢除去や定期的な歯科検診の受診について、全体では「受診していない」が
4 50.9%、「受診している」が48.3%となっています。

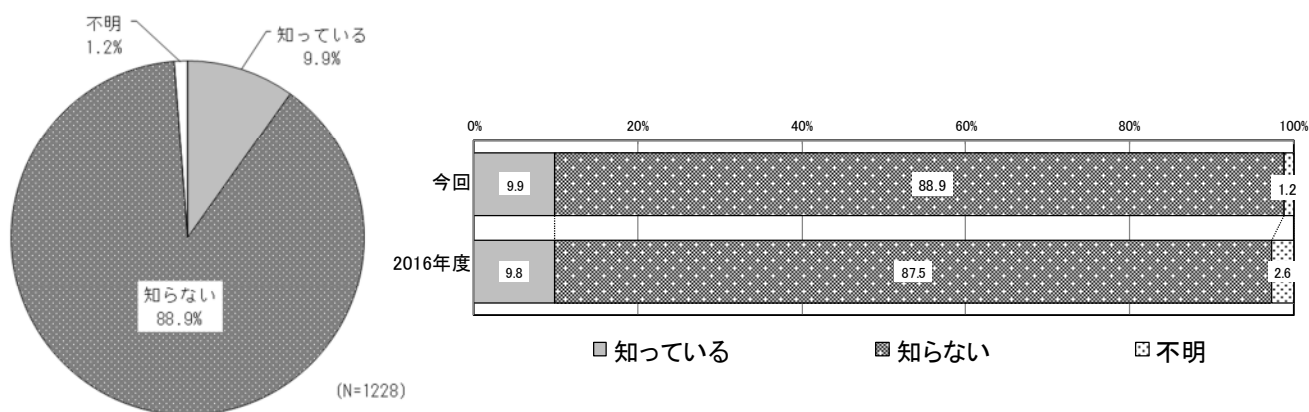
5 ○過去調査との比較では、「受診している」が前回調査より10ポイント程度多くなりました。「受
6 診していない」は7ポイント程度少なくなったことで、「受診している」および「受診してい
7 ない」は概ね同数となっています。



19 イ 訪問診療を行う歯科診療所の認知度

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

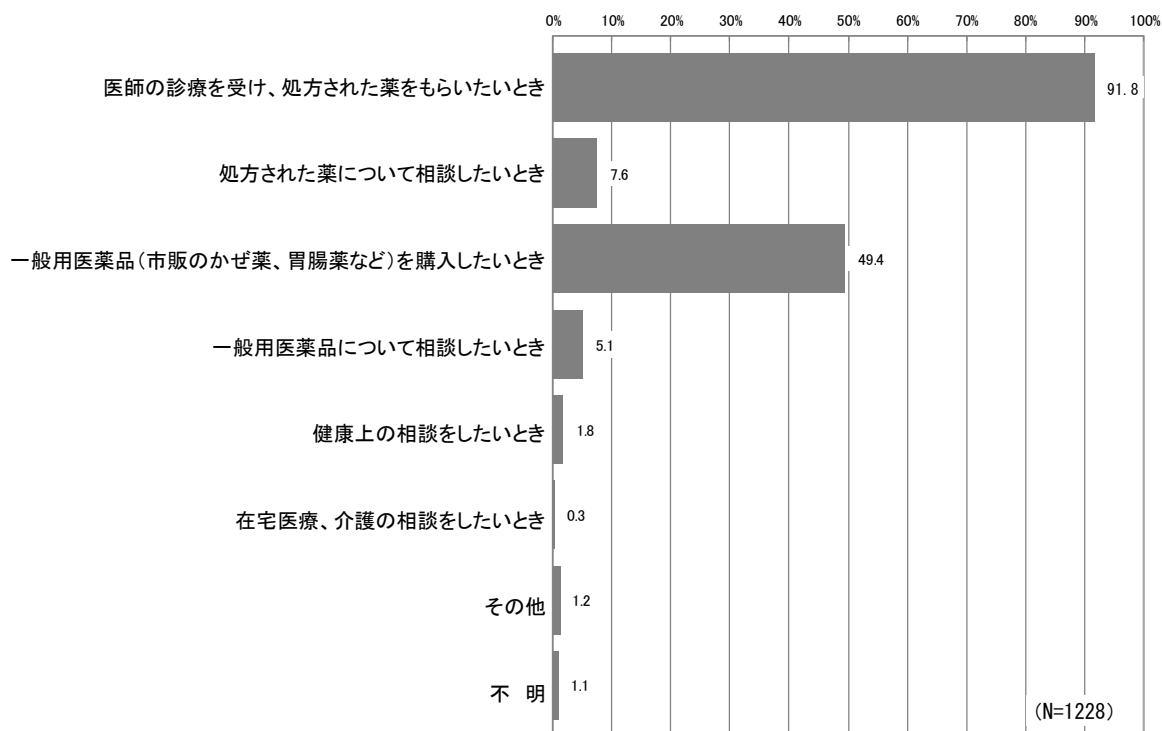
22 ○過去調査との比較では、いずれの年度も、「知らない」が8割以上を占めており、大きな差は
23 見られませんでした。



1 (9) 薬局・薬について

2 **ア 普段、どのようなときに薬局を利用しているか**

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



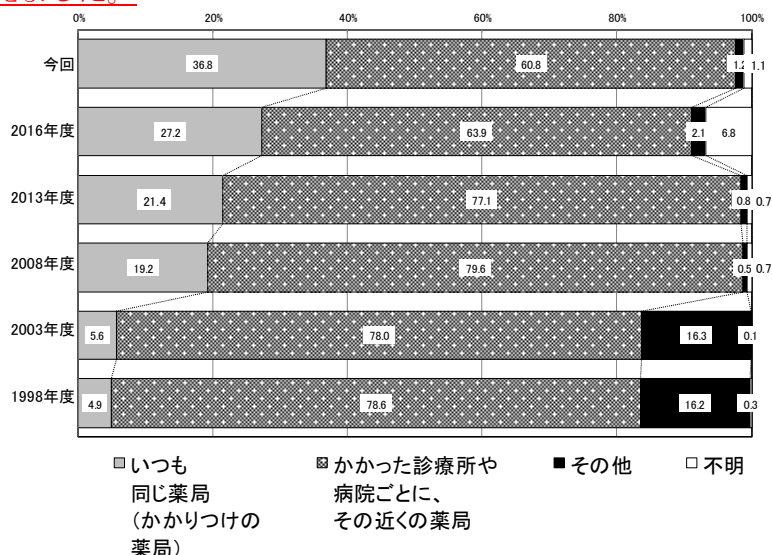
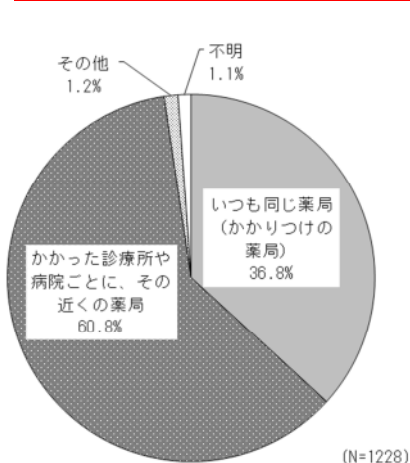
7

8 **イ 調剤してもらう薬局**

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

11 ○「その他」では、「院内薬局」との回答が多数挙げられました。

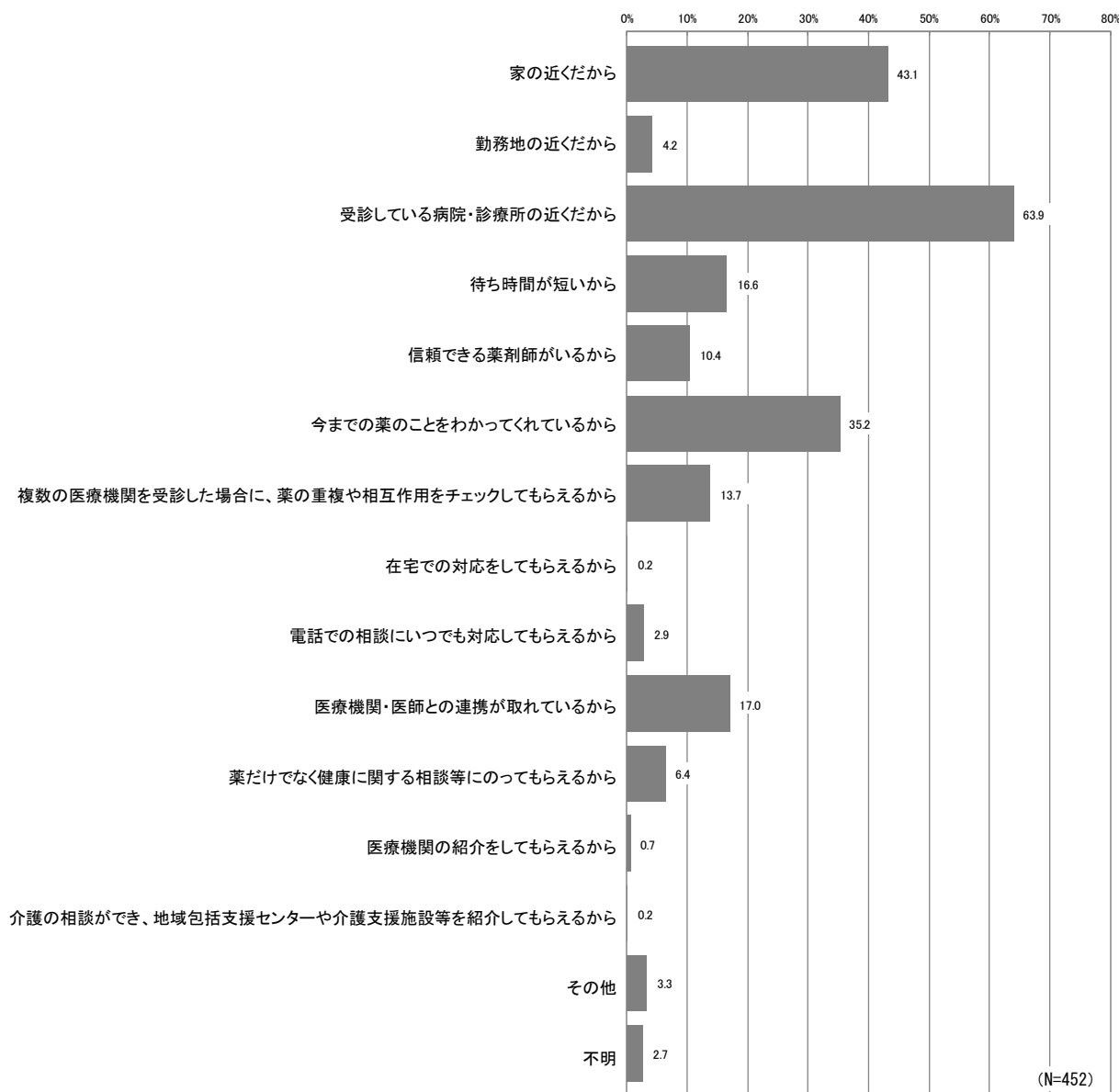
12 ○過去調査との比較では、2008年度を境に「いつも同じ薬局（かかりつけの薬局）」が徐々に
13 増加し、今回の調査では3割を超えました。



1 **ウ** いつも同じ薬局（かかりつけの薬局）を選んだ理由

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

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

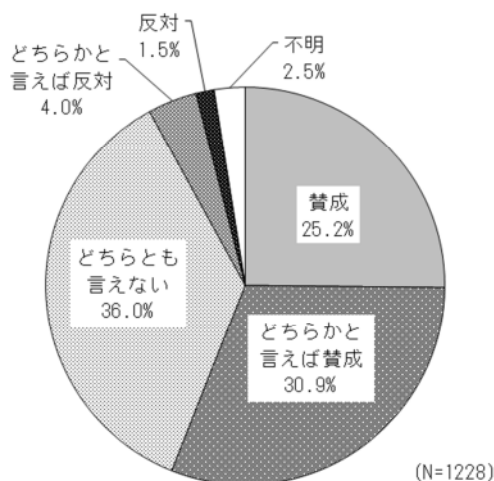


7
8
9
10
11
12

1 (10) 今後の地域医療体制について

2 ア それぞれの医療機関の機能に応じて役割分担して治療すること

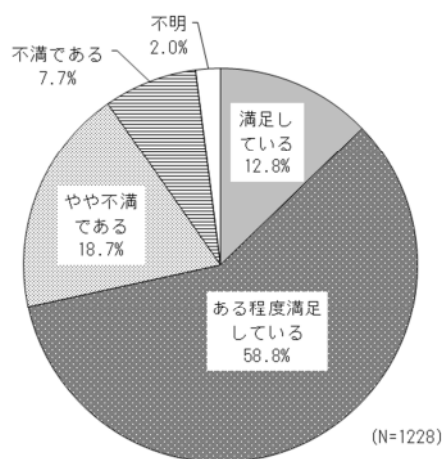
3 ○それぞれの医療機関の機能に応じて役割分担して治療することについて、「賛成」と「どちら
4 かと言えば賛成」を合算した『賛成』は 56.1% となっています。以下、「どちらとも言えな
5 い」 36.0%、「どちらかと言えば反対」 4.0%、反対 1.5% となっています。



19 イ 居住地域の医療機関の整備状況

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

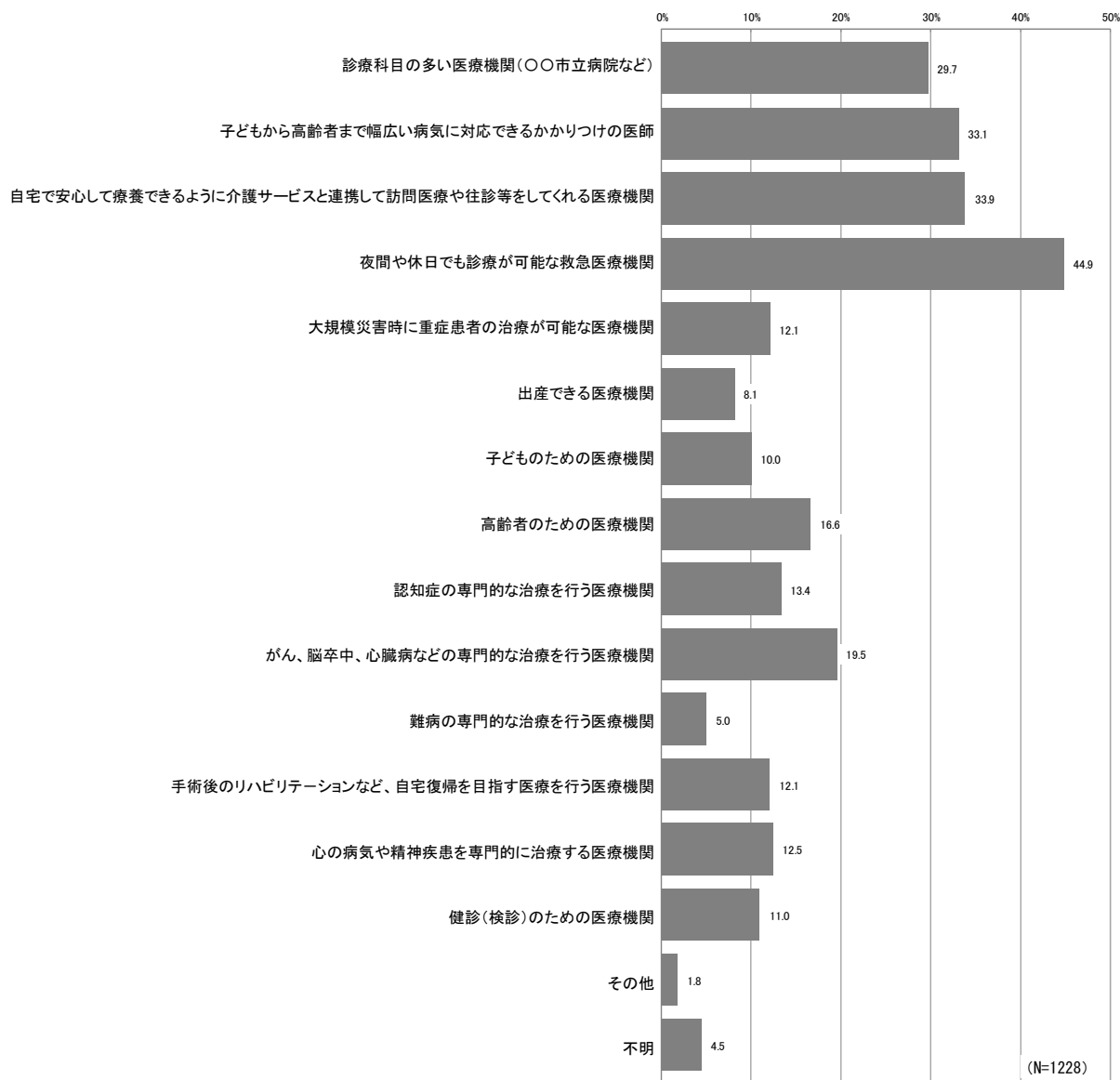
22 ○「満足している」と「ある程度満足している」を合算した『満足』は 71.6% となっていま
23 す。



ウ 今後特に整備充実を図るべき医療体制

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

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

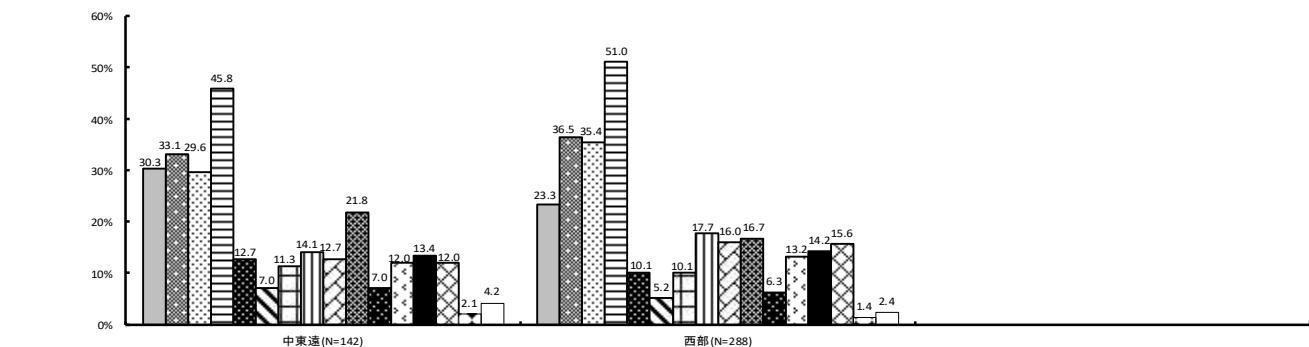
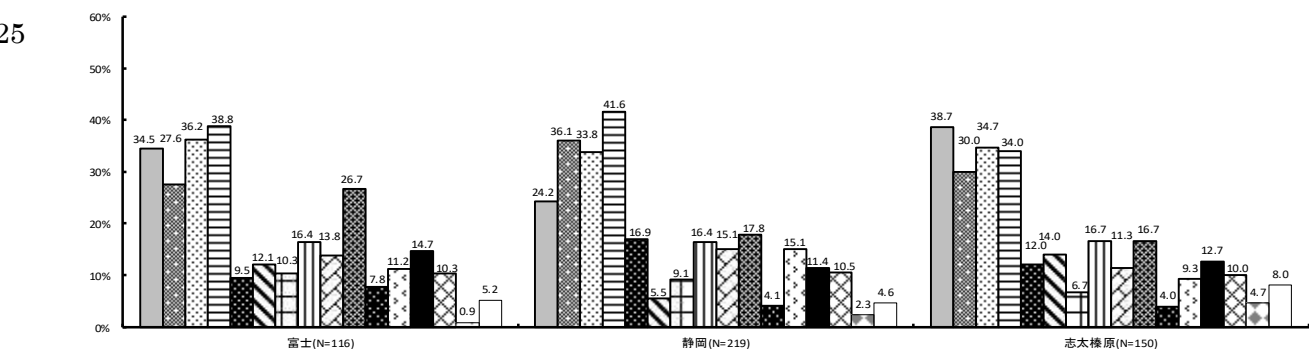
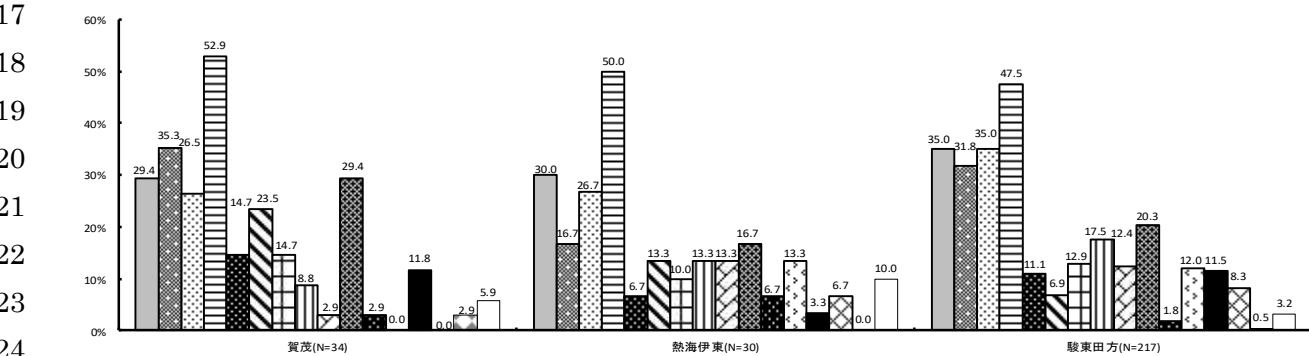


1 < 2次保健医療圏別 >

2 ・志太榛原以外の圏域では「夜間や休日でも診療が可能な救急医療機関」が最も多く、志太榛原
 3 では「診療科目の多い医療機関（〇〇市立病院など）」が最も多くなりました。

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

- 6 診療科目の多い医療機関(〇〇市立病院など)
- 7 子どもから高齢者まで幅広い病気に対応できるかかりつけの医師
- 8 自宅で安心して療養できるように介護サービスと連携して訪問医療や往診等をしてくれる医療機関
- 9 夜間や休日でも診療が可能な救急医療機関
- 10 大規模災害時に重症患者の治療が可能な医療機関
- 11 出産できる医療機関
- 12 子どものための医療機関
- 13 高齢者のための医療機関
- 14 認知症の専門的な治療を行う医療機関
- 15 がん、脳卒中、心臓病などの専門的な治療を行う医療機関
- 16 難病の専門的な治療を行う医療機関
- 17 手術後のリハビリテーションなど、自宅復帰を目指す医療を行う医療機関
- 18 心の病気や精神疾患を専門的に治療する医療機関
- 19 健診(検診)のための医療機関
- 20 その他
- 21 不明



1 第3節 医療資源

2

3 1 病院及び診療所の概況

4 (1) 病院

5 ○2023年4月1日現在、病院数は170施設、病床数は36,127床で、2018年と比較して2,405床
6 少なくなっています（図表2-18、2-19）。

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

9

10 (2) 診療所

11 ア 一般診療所

12 ○2023年4月1日現在、一般診療所数は2,758施設で、このうち有床診療所が154施設ありま
13 す。病床数は1,634床で、2018年と比較して477床少なくなっています。

14 (図表2-18、2-19)。

15 ○人口10万人当たりの一般診療所数は、77.4施設です。

16

17 イ 歯科診療所

18 ○2023年4月1日現在の歯科診療所数は、1,743施設です（図表2-18）。

19 ○人口10万人当たりの歯科診療所数は、48.9施設です。

20

21 図表2-3-1 医療施設（病院・診療所）数の推移

(単位：施設)

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

22 (各年4月1日現在：県医療政策課調べ)

23

24 図表2-3-2 使用許可病床数の推移

(単位：床)

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

25 (各年4月1日現在：県医療政策課調べ)

26

2 医療人材の概況

(1) 医師

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

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

(2) 歯科医師

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

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

(3) 薬剤師

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

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

(4) 看護師

○2020年末における本県の就業看護師数は34,536人で、2016年末と比べて3,536人増加しています。

○人口10万人当たりでは950.6人で、全国平均の1,015.4人と比較すると64.8人下回っています。

図表2-3-3 医療人材の推移

(各年12月31日現在。単位：人)

| | | 2016(平成28)年 | 2018(平成30)年 | 2020(令和2)年 |
|-----------------------|-----|-------------------|-------------------|---------------------|
| 医師数 (医療施設従事者) | 静岡県 | 7,404 (200.8) | 7,690 (210.2) | 7,972 (219.4) |
| | 全国 | 304,759 (240.1) | 311,963 (246.7) | 323,700 (256.6) |
| 歯科医師数 (医療施設従事者) | 静岡県 | 2,318 (62.9) | 2,400 (65.6) | 2,340 (64.4) |
| | 全国 | 101,551 (80.0) | 101,777 (80.5) | 104,118 (82.5) |
| 薬剤師数(薬局及び 医療施設従事者) | 静岡県 | 6,231 (169.0) | 6,504 (177.8) | 6,673 (183.7) |
| | 全国 | 230,186 (181.3) | 240,371 (190.1) | 250,585 (198.6) |
| 就業看護師数 | 静岡県 | 31,000 (840.6) | 32,935 (900.1) | 34,536 (950.6) |
| | 全国 | 1,149,397 (905.5) | 1,218,606 (963.8) | 1,280,911 (1,015.4) |

※ () 内は人口10万人当たり 資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」、衛生行政報告例

1 第3章 保健医療圏

2

3 第1節 保健医療圏の設定の基本的考え方

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

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

10 ○2次保健医療圏は、特殊な医療を除く入院医療に対応し、医療機関の機能連携に基づく医療サ
11 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
12 を提供する圏域です。また、主として病院及び診療所の病床の整備を図る地域的単位として設
13 定され、一般病床及び療養病床の基準病床数を設定します。

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

16

17 第2節 保健医療圏の設定

18 1 2次保健医療圏

19 ○2次保健医療圏の設定は、入院・外来受療動向、保健医療資源の状況、交通事情、行政機関・
20 関係団体等の管轄区域等、社会的条件を考慮して行います。(図表3-1、3-2)

21 ○厚生労働省の医療計画作成指針では、「人口規模が20万人未満の2次医療圏については、入院
22 に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合(特に、流入患者
23 割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合)、その設定の見直しについて検
24 討する」こととされています。2023年5月に本県が実施した在院患者調査によると、見直し基
25 準に該当する医療圏はありませんでした(図表3-3)。

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

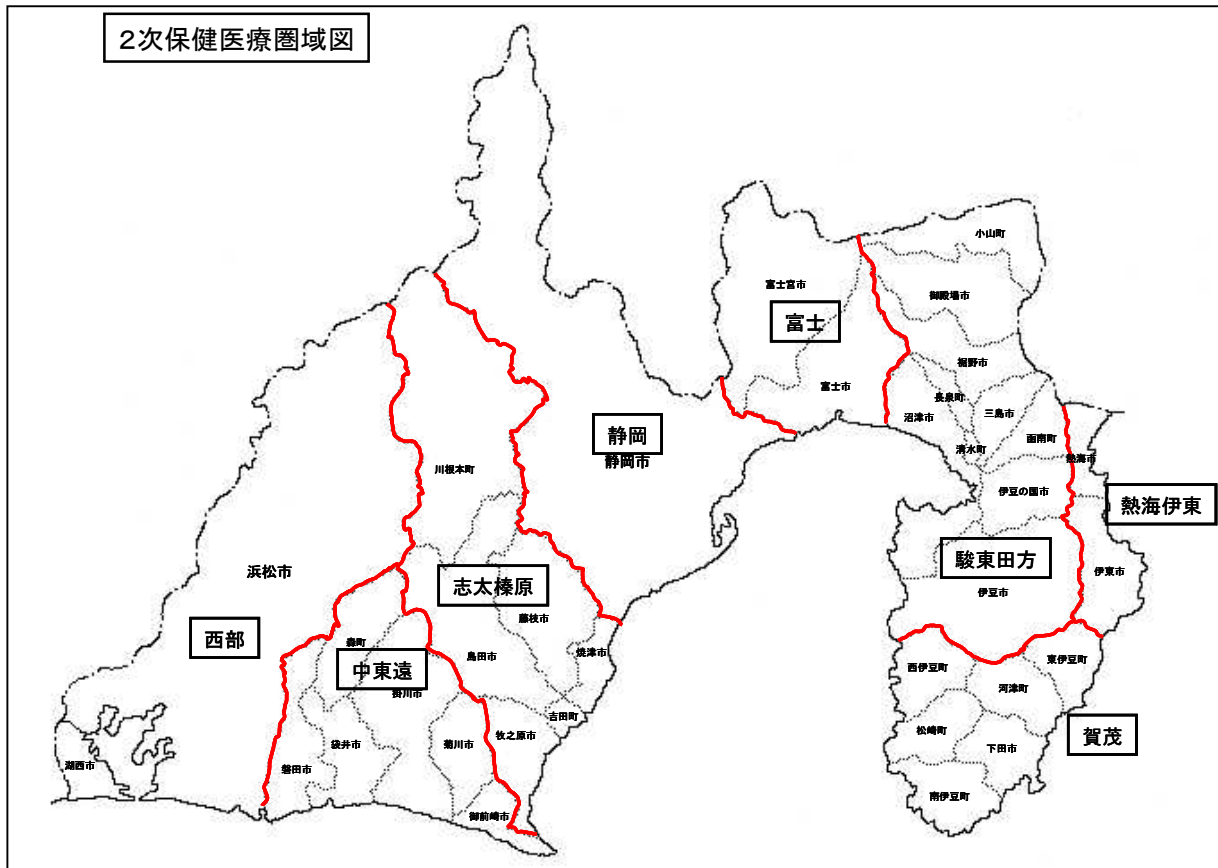
31

32

33

34

図表3-1 2次保健医療圏域図



図表3-2 2次保健医療圏別構成市町・面積・人口

| 医療圏 | 構成市町名 | 面積 (km ²) | 人口 (人) |
|-------|--|-----------------------|-----------|
| 賀 茂 | 下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、 松崎町、西伊豆町 | 583.4 | 57,040 |
| 熱海伊東 | 熱海市、伊東市 | 185.8 | 96,878 |
| 駿東田方 | 沼津市、三島市、御殿場市、裾野市、 伊豆市、伊豆の国市、函南町、清水町、 長泉町、小山町 | 1,276.8 | 628,306 |
| 富 士 | 富士宮市、富士市 | 634.0 | 368,830 |
| 静 岡 | 静岡市 | 1,411.9 | 683,358 |
| 志太榛原 | 島田市、焼津市、藤枝市、牧之原市、 吉田町、川根本町 | 1,209.4 | 446,212 |
| 中 東 遠 | 磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、 菊川市、森町 | 831.1 | 460,846 |
| 西 部 | 浜松市、湖西市 | 1,644.6 | 840,724 |
| | 合 計 | 7,777.0 | 3,582,194 |

※面積は、2022年10月1日現在（国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」）

※人口は、2022年10月1日現在（静岡県経営管理部「静岡県年齢別人口推計」）

1 図表3-3 一般・療養病床の流出入患者割合

| 医療圏 | 人口 | 流入患者割合 | | 流出患者割合 | |
|------|----------|--------|-------|--------|-------|
| | | | 前回 | | 前回 |
| 賀茂 | 57,040人 | 25.9% | 25.1% | 39.7% | 35.4% |
| 熱海伊東 | 96,878人 | 27.8% | 29.3% | 39.5% | 38.1% |
| 駿東田方 | 628,306人 | 21.0% | 23.5% | 9.3% | 11.6% |
| 富士 | 368,830人 | 8.9% | 10.5% | 22.2% | 21.3% |
| 静岡 | 683,358人 | 15.2% | 15.8% | 7.0% | 8.4% |
| 志太榛原 | 446,212人 | 4.5% | 5.3% | 18.3% | 18.4% |
| 中東遠 | 460,846人 | 8.3% | 8.8% | 23.0% | 24.7% |
| 西部 | 840,724人 | 13.3% | 14.2% | 11.2% | 9.7% |

2 ※静岡県健康福祉部「在院患者調査（2023年5月24日）」前回は2017年5月31日に実施

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

5

6 2 3次保健医療圏

7 ○3次保健医療圏は、特殊な診断や治療、先進的な技術を必要とするものや発生頻度が低い治療
8 が困難な疾病等に関するものなど、特殊・高度・専門的な医療需要に対応するための区域であ
9 り、県全域を対象とします。

10

11 （参考）1次保健医療圏

12 ○1次保健医療圏は、法令上は特に明記されていませんが、住民自らが健康づくりに取り組むと
13 とともに、日常的な健康相談、住民の健康管理、疾病予防及び日常的疾病や外傷等の診断、治療、
14 在宅医療等住民に密着した保健医療サービスを福祉サービスと一体となって提供していく基
15 本的な区域として、位置付けできます。

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

20

21

22

1 **第3節 基準病床数【最終案で更新予定】**

2 ○基準病床数は、病床の適正配置の促進と適切な入院医療の確保を目的に、病床整備の基準とし
 3 て、医療法第30条の4第2項第12号の規定に基づき、病床の種類ごとに定めるものです。一
 4 般病床及び療養病床は2次保健医療圏ごとに、精神病床、感染症病床及び結核病床は静岡県全
 5 域でそれぞれ定めることとされています。

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

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

10 ○本県における病床種別ごとの基準病床数及び既存病床数は次のとおりです。

11

12 **1 2次保健医療圏における一般病床及び療養病床数**

| 2次保健医療圏名 | 基準病床数 A | 既存病床数※ B | 差引 B-A |
|----------|------------|-------------|-----------|
| 賀茂 | 520 | 858 | 338 |
| 熱海伊東 | 826 | 1,136 | 310 |
| 駿東田方 | 5,473 | 6,495 | 1,022 |
| 富士 | 2,223 | 2,547 | 324 |
| 静岡 | 5,566 | 6,386 | 820 |
| 志太榛原 | 2,892 | 3,524 | 632 |
| 中東遠 | 2,643 | 3,008 | 365 |
| 西部 | 6,577 | 7,444 | 867 |
| 計 | 26,720 | 31,398 | 4,678 |

13 ※2017年9月30日現在の既存病床数に、医療法施行規則の規定に基づく所要の補正を
 14 行った数。

15

16 **2 県全域における精神病床数、結核病床数及び感染症病床数**

| 病床の種別 | 基準病床数 A | 既存病床数※ B | 差引 B-A |
|-------|-------------------|-------------|-----------|
| 精神病床 | 5,388 (2020年度) | 6,719 | 1,331 |
| 結核病床 | 82 | 108 | 26 |
| 感染症病床 | 48 | 48 | 0 |

17 ※既存病床数は2017年9月30日現在。精神病床については、医療法施行規則の規定に
 18 基づく所要の補正を行った数。

19

1 **第4章 地域医療構想**

2 ○団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるような、切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築するため、2014年6月

3 月に医療介護総合確保推進法が成立しました。この一括法において、医療法の中で医療計画の一部として「地域医療構想」が新たに位置づけられました。

4 ○地域医療構想は、構想区域ごとに、各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしい

5 バランスの取れた医療機能の分化と連携を適切に推進することを目的とするものです。

6 ○本県においても、2016年3月に「静岡県地域医療構想」を策定しました。

7

8

9

10 **第1節 構想区域**

11 ○構想区域は、医療法第30条の4第2項第7号に基づく区域であり、一体の区域として地域

12 における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域です。

13 ○将来の病床数の必要量（必要病床数）を設定する地域的な単位であり、現行の2次保健医療圏

14 を原則として、人口構造の見通し、医療需要の動向、医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通し等を考慮して設定します。（医療法施行規則第30の28の2）

15 ○このため、本県における構想区域も2次保健医療圏と同一とします。この区域は、保健・医療・

16 介護（福祉）の総合的な連携を図るため、静岡県長寿社会保健福祉計画における高齢者保健福祉圏域とも一致しています。

17

18

19

20 **第2節 2025年の必要病床数、在宅医療等の必要量**

21 **1 推計方法**

22 ○地域医療構想では、各構想区域における2025年の病床の機能区分（高度急性期、急性期、回

23 復期、慢性期）ごとの必要病床数と居宅等における医療の必要量（在宅医療等の患者数）を、厚生労働省令の定める算定式により算出しました。

24

25 **（1）高度急性期、急性期、回復期機能**

26 ○患者の状態や診療の実態を反映できるよう、一般病床等の患者のNDBのレセプトデータ¹や

27 DPCデータ²などを分析することで推計しました。

28

29
$$\text{構想区域の2025年の医療需要} = [\text{当該構想区域の2013年度の性・年齢階級別の} \\ \text{入院受療率} \times \text{当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口}] \text{を総和したもの}$$

30

31

32 ○病床の機能区分に関しては、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算し

33 た値（医療資源投入量）で分析しています。

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

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

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

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

4 図表4-1 病床の機能別分類の境界点の考え方

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

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

12 (2) 慢性期機能及び在宅医療等³

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

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

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

- 22 ①一般病床の障害者数・難病患者数について、慢性期機能の医療需要として推計
- 23 ②療養病床の入院患者数のうち、「医療区分⁵1の患者数の70%」を、在宅医療等に対応する患
 24 者数として推計。その他の入院患者数については、「入院受療率の地域差を解消」していく、
 25 将来の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要としてそれぞれ推計。
- 26 ③一般病床の入院患者数のうち、「医療資源投入量が175点未満」の患者数については、在宅
 27 医療等に対応する患者数の医療需要として推計。
- 28 ④在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構
 29 想区域の2025年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等
 30 の医療需要として推計。
- 31 ⑤介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構
 32 想区域の2025年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等
 33 の医療需要として推計。

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

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

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

1 2 推計結果

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

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

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

13

14 (1) 2025年の必要病床数

15 ○2025年における静岡県の必要病床数は26,584床、このうち高度急性期は3,160床、急性期は
16 9,084床、回復期7,903床、慢性期は6,437床と推計しました。

17 ○2016年の病床機能報告における静岡県の稼働病床数は31,158床です。2025年の必要病床数と
18 比較すると4,574床の差が見られます。その中で、一般病床が主となる「高度急性期+急性期
19 +回復期」は21,272床(2016年の稼働病床数)と20,147床(2025年の必要病床数)である
20 のに対して、療養病床が主となる「慢性期」は、9,886床(2016年の稼働病床数)と6,437床
21 (2025年の必要病床数)と大きな差が見られます。(図表4-3)

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

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

29 ○また、慢性期機能については、療養病床を有する医療機関の転換意向が重要となりますが、
30 介護医療院の施設基準など流動的な要因も多いことから、今後も継続して転換意向を把握し
31 ていきます。

32

33

34

35

図表 4-2 2025 年の必要病床数

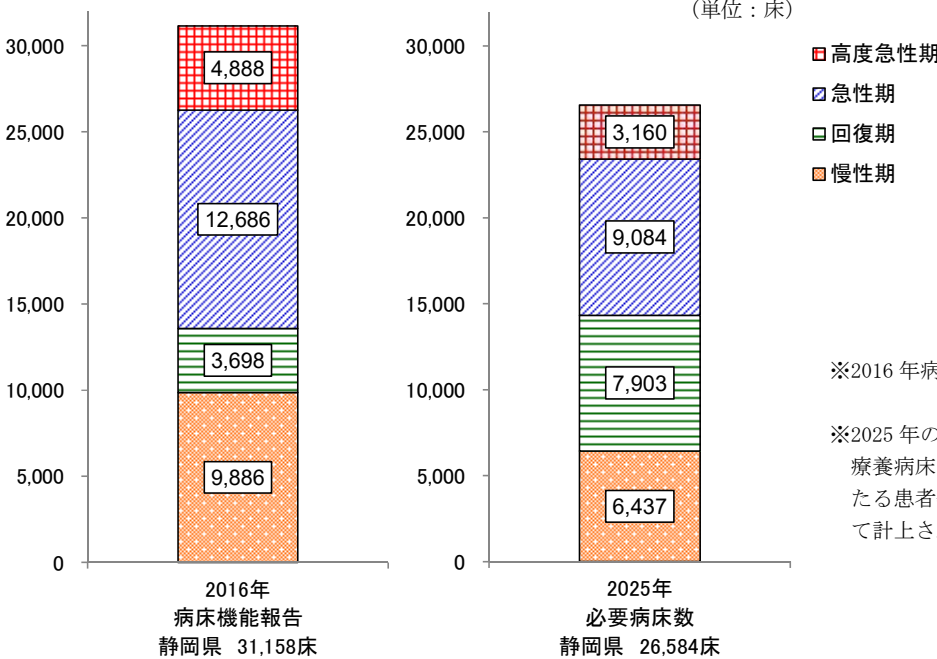
(単位：床)

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

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

図表 4-3 2016 年病床機能報告と 2025 年必要病床数の比較

(単位：床)



※2016 年病床機能報告は稼働病床数

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

<留意事項：病床機能報告と必要病床数との比較について>

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

1 (2) 2025年の在宅医療等の必要量

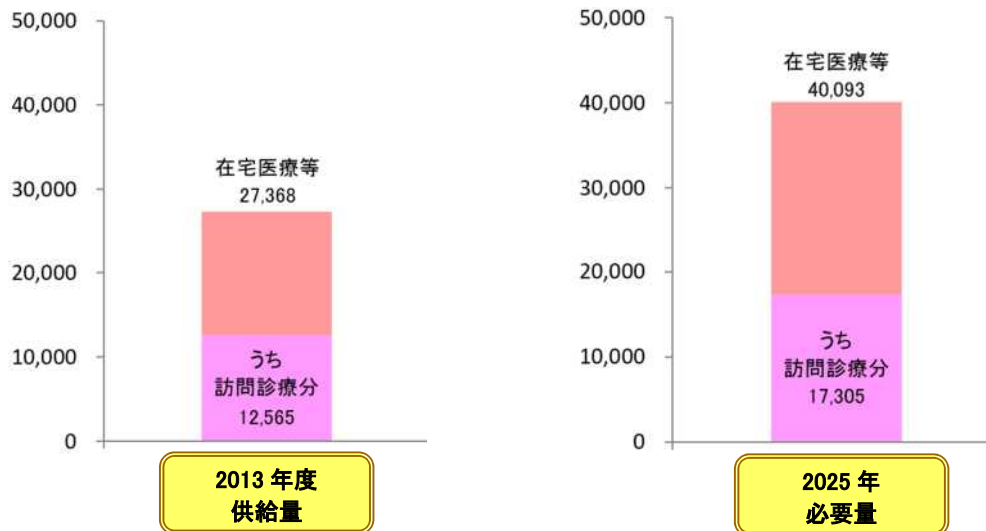
2 ○2025年における静岡県の在宅医療等の必要量⁶は40,093人、うち訪問診療分は17,305人と推
3 計しました。

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

7 図表4-4 在宅医療等の2013年度供給量と2025年必要量の比較

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

19 ※地域差解消分にあたる患者数は、2013年度には含まれず、2025年には含まれている
20 ※2013年度の値は医療機関所在地ベース

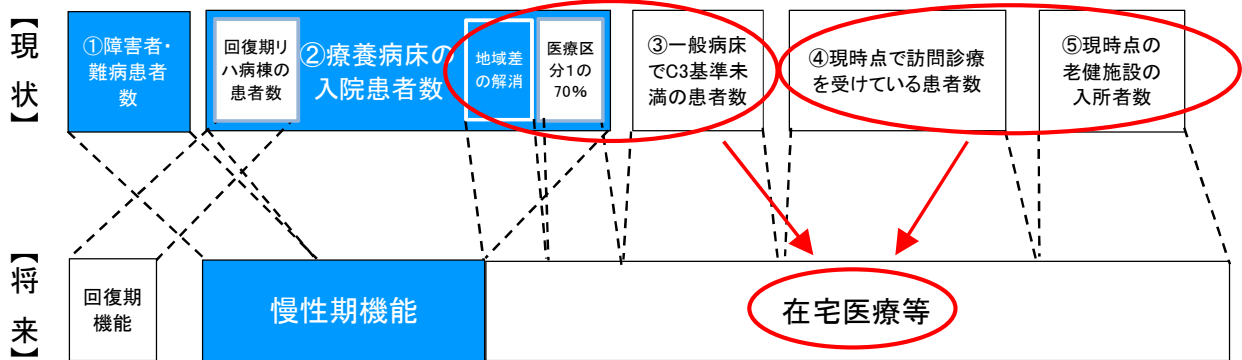


6 在宅医療等の必要量については、在宅医療等を必要とする対象者数を表しています。実際には全員が1日に医療提供を受けるものではなく、その患者の受ける医療の頻度等によって医療提供体制は異なってきます。

1 (3) 在宅医療等の必要量の内訳

- 2 ○2025年に向けて、在宅医療等の需要は、「高齢化の進行」や、地域医療構想による病床の機能
 3 分化連携を踏まえた「追加的需要」により、大きく増加する見込みです。
 4 ○将来の医療需要については、医療機能の分化・連携により、療養病床及び一般病床の患者数の
 5 うち一定数は、2025年には在宅医療等で対応するものとして推計しました。

7 図表4-5 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ



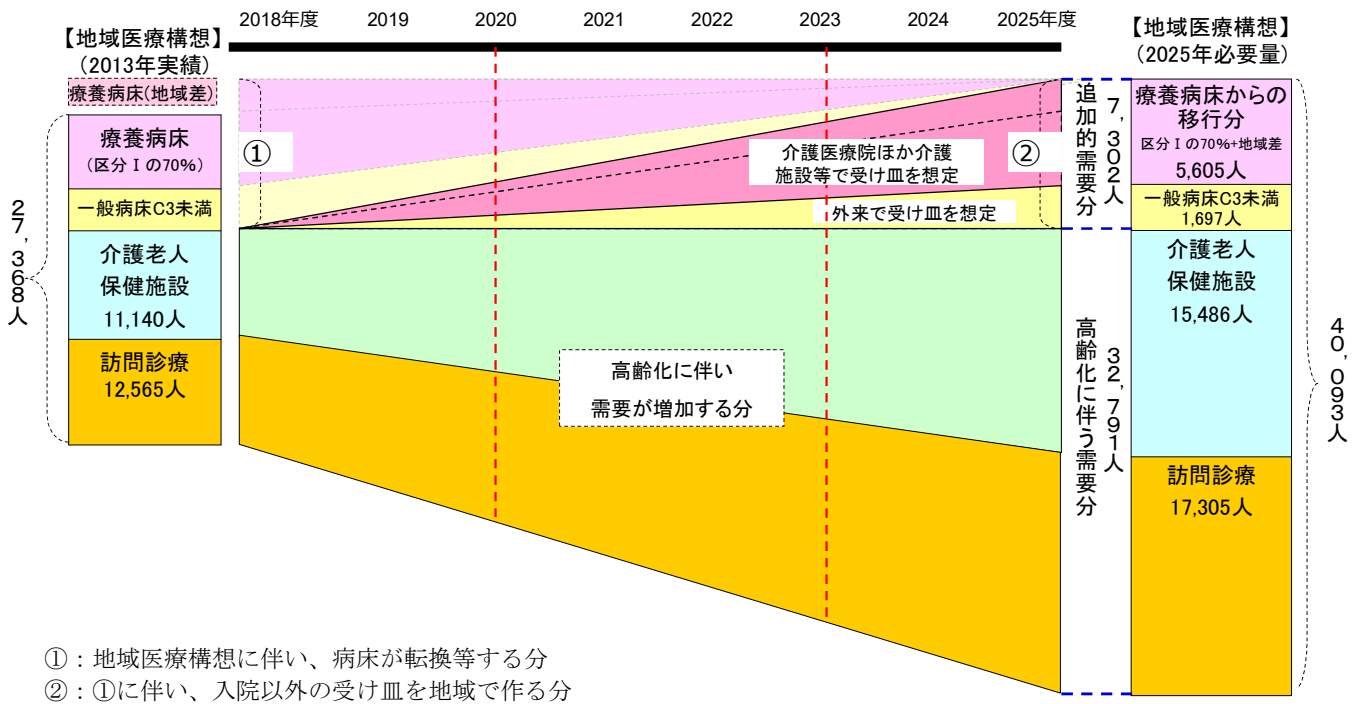
※網掛け部分は、慢性期機能として推計値に含まれている。

18 ア 追加的需要の推計

- 19 ○医療・介護需要の増大に確実に対応していくため、県・市町、関係団体が一体となってサービ
 20 ス提供体制を構築していくことが重要です。
 21 ○このため、県と市町は、在宅医療等の新たなサービス必要量について、地域包括ケア推進ネッ
 22 トワーク会議を開催し、保健医療計画及び介護保険事業（支援）計画における整合的な整備目
 23 標・見込み量を設定しました。
 24 ○介護保険事業計画と整合性のとれた整備目標を検討するためには、両計画の構成要素のそれぞ
 25 れの必要量や、市町別のデータが必要ですが、現時点においては分析可能なデータに限界があ
 26 ることから、一定の仮定を置いて按分や補正等を行うこととし、具体的には、以下の方法によ
 27 り設定しました。

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

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



イ 2025 年の在宅医療等の必要量への対応

- 2025 年における在宅医療等の必要量は県全体で 40,093 人、このうち追加的需要は 7,302 人、高齢化に伴う需要分は 32,791 人と推計されます。
- この対応に向けて、訪問診療 23,034 人、介護医療院 2,870 人、介護老人保健施設 12,738 人等
で対応する体制の整備を目指します。

| 在宅医療等必要量 2025年 | | | | | 提供見込み量(追加的需要分+高齢化に伴う需要分) | | | | |
|----------------|--------|-------|-----------|--------|--------------------------|-------|----------|--------|-----|
| | 追加的需要分 | | 高齢化に伴う需要分 | | 介護医療院 | 外来 | 介護老人保健施設 | 訪問診療 | その他 |
| | 療養病床分 | 一般病床分 | 介護老人保健施設分 | 訪問診療分 | | | | | |
| 40,093 | 5,605 | 1,697 | 15,486 | 17,305 | 2,870 | 1,307 | 12,738 | 23,034 | 499 |

1 第3節 実現に向けた方向性

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

1 病床の機能分化・連携の推進

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

2 在宅医療等の充実

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

3 医療従事者の確保・養成

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

4 介護従事者の確保・育成

- (1) 介護従事者の確保・養成
- (2) 労働環境・処遇の改善

5 住まいの安定的な確保

- (1) 居住安定の確保
- (2) 特定施設等の整備推進等

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

1 **第4節 地域医療構想の推進体制**

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

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

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

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

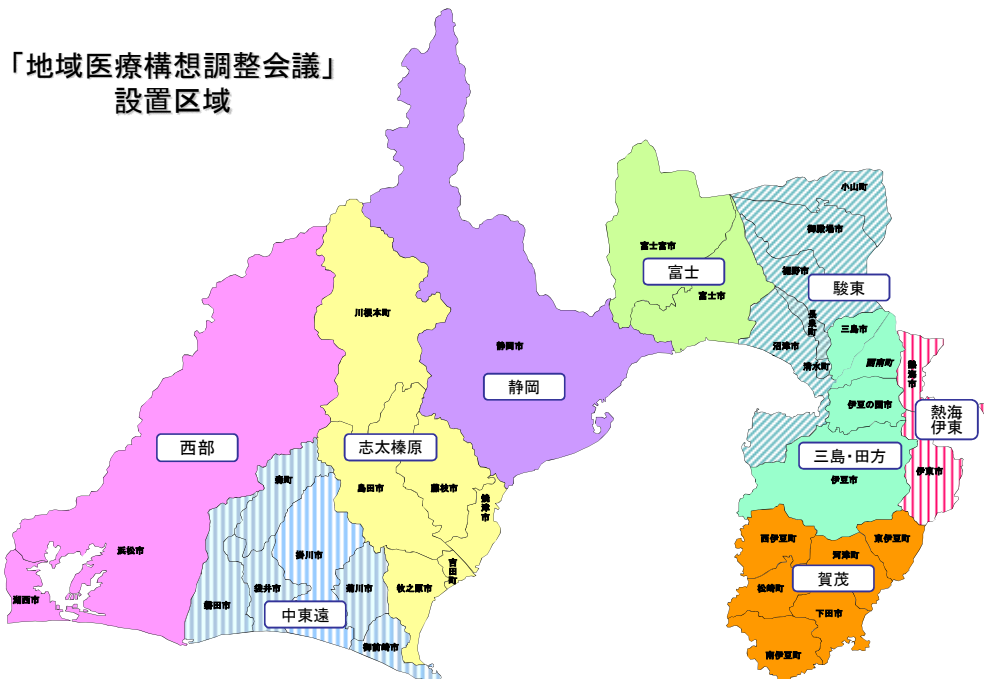
16 **1 「地域医療構想調整会議」の活用**

17 ○本県では、各構想区域等における協議の場として、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、
18 病院団体、医療保険者、市町などから構成する「地域医療構想調整会議」を2016年度に9区
19 域⁸で設置し、地域医療構想の実現に向けた検討を進めています。

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

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

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



8 駿東田方保健医療圏においては「駿東」と「三島・田方」の2区域で設置

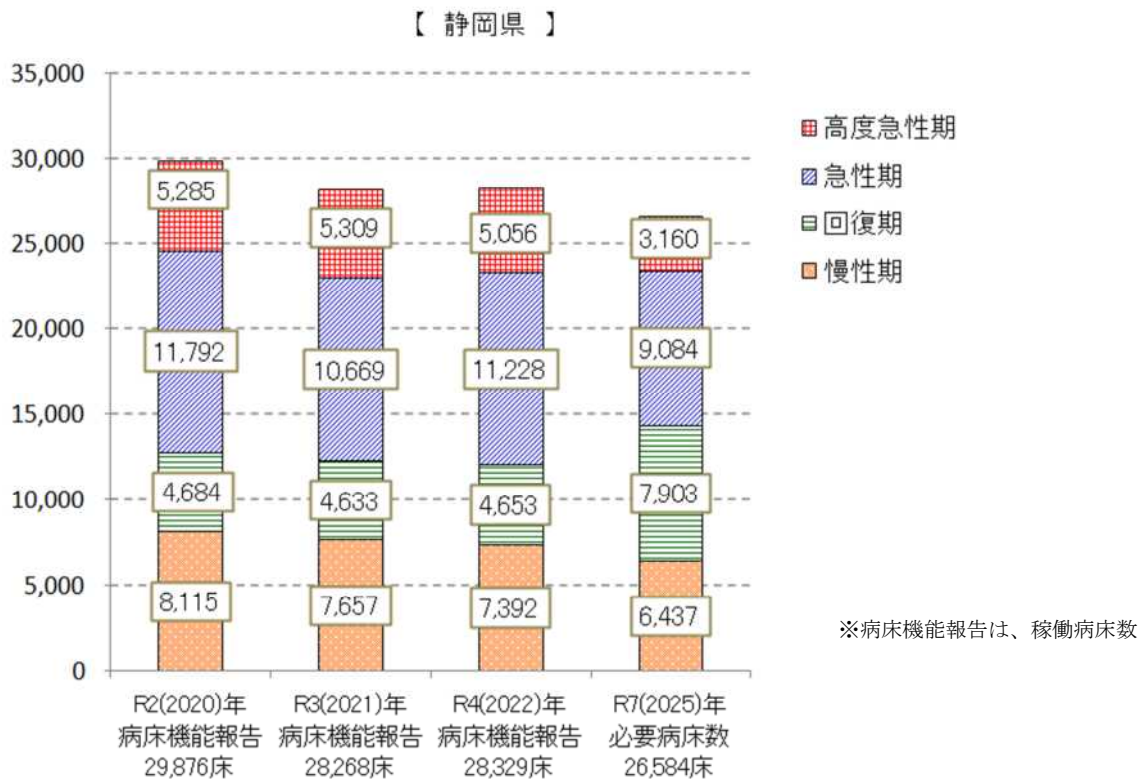
2 「病床機能報告制度」の活用

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

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

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

図表4-7 病床機能報告の推移と2025年の必要病床数との比較（静岡県）



<「静岡方式」の導入>

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

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

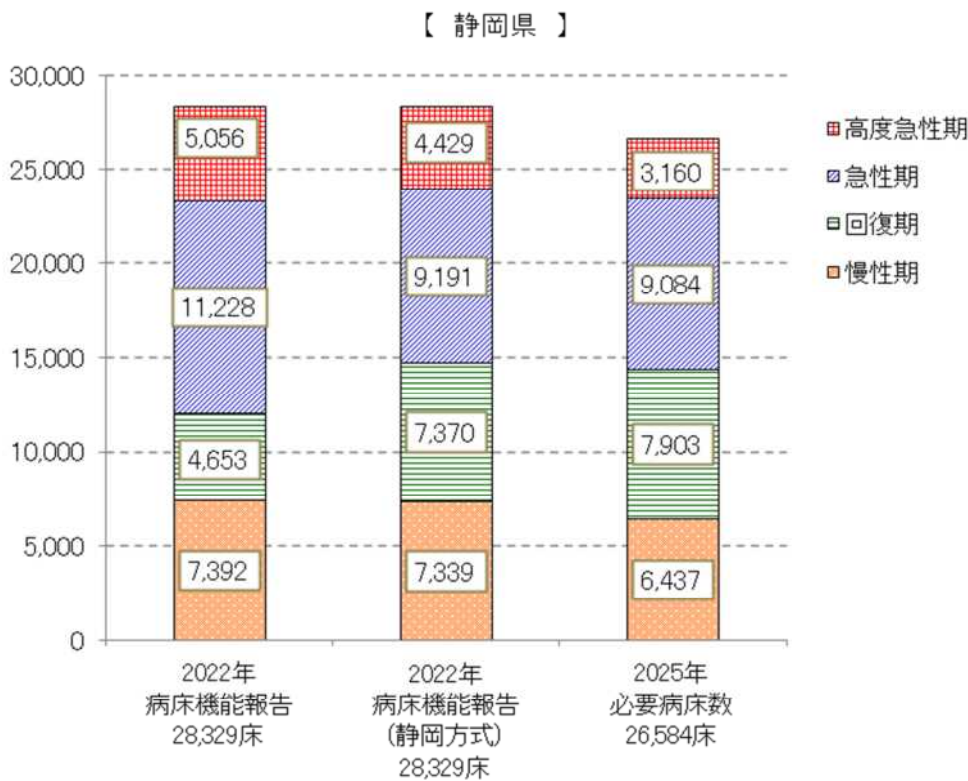
○「静岡方式」を適用した場合、図表4-9のとおり、病床の各機能区分（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）について、2025年の必要病床数の割合に近づいています。

図表 4-8 「静岡方式」における区分イメージ

| 医療機能 | 病院 | | 有床診療所 |
|-------|---|--|--|
| | 【特定入院料等による区分】 | 【「重症度、医療・看護必要度」及び平均在棟日数による区分】 | |
| 高度急性期 | <ul style="list-style-type: none"> 救命救急 ICU・HCU・SCU PICU・NICU・MFICU・GCU 小児入院医療管理料 1 | <急性期一般入院料 1～3、特定機能病院一般病棟 7 対 1 入院基本料、専門病院入院基本料> ・上記入院料のうち、「重症度、医療・看護必要度」が [I : 40%以上, II : 35%以上] かつ平均在棟日数 11 日未満 | - |
| 急性期 | <ul style="list-style-type: none"> 小児入院医療管理料 2・3 | <急性期一般入院料 1～3、特定機能病院一般病棟 7 対 1 入院基本料、専門病院入院基本料> ・上記入院料のうち、「高度急性期」の基準を満たさないもの | <ul style="list-style-type: none"> 手術あり(年間100件以上) 放射線治療あり 化学療法あり(年間50件以上) |
| 回復期 | <ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料 4～6 地域一般入院料 小児入院医療管理料 4・5 回復期リハ病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料 緩和ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料 | - | ・上記、下記を 1 つも満たさない診療所 |
| 慢性期 | <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟特別入院基本料 療養病棟入院料 障害者施設等入院基本料 特殊疾患病棟入院料 | - | ・有床診療所療養病床入院基本料 |

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

図表 4-9 「静岡方式」の適用結果



3 「地域医療介護総合確保基金」の活用

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

4 2025年以降における地域医療構想

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

参考：医療法の規定に基づく対応

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

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

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

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

1 第5章 医療機関の機能分担と相互連携

2

3 第1節 医療機関の機能分化と連携

4 1 現状

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

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

10 ○2016年3月、本県では、地域における病床の機能の分化及び連携を推進するために定める「構想区域」ごとに、各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携を適切に推進することを目的として「静岡県地域医療構想」を策定しました。

14 ○地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携を図る観点から、かかりつけ医等を支援する地域医療支援病院として、23病院を承認しています。

16 2 課題

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

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

21 ○地域医療支援病院が未整備の2次保健医療圏があります（賀茂）。

22 ○医療の受け手である県民の理解を得て進めていく必要があります。

23 3 対策

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

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

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

33 ○病院に地域医療連携室等の設置を促し、医療機関の連携システムの推進を図ります。

34 ○地域医療支援病院のない医療圏の解消を目指します。

35 ○県民に対して、地域医療構想の目的や医療機能の分化・連携の必要性などを周知するとともに、医療機能情報提供制度を充実することにより、県民の適切な医療機関の選択を支援します。

37

1

2

3

4

※白紙

1 第2節 プライマリーケア

【対策のポイント】

○ かかりつけ医の推進

○ 各医療機関のかかりつけ医機能の把握と県民への適切な情報提供

1 現状

(1) プライマリーケア

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

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

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

(2) かかりつけ医

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

○2022年度に実施したアンケートでは、65.1%が「かかりつけ医」がいると回答しています。かかりつけの理由としては、「家が近い」、「昔からみてもらっている」「必要な時は、専門医や専門病院を紹介してくれる」が、上位を占めています。

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

2 課題

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

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

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

1 **3 対策**

- 2 ○プライマリーケアの充実を図るために、中核を担う地域の医師が新しい医療技術や知識を習得
3 するため、関係機関・団体による医師の生涯教育を支援します。
- 4 ○患者の病態に応じ、かかりつけ医から紹介受診重点医療機関などへの患者の紹介や、入院治療
5 を終えた患者の治療を引き続きかかりつけ医が行うなど、患者に継続した治療が円滑に提供で
6 きるように、紹介率及び逆紹介率の向上²や、医療機器の共同利用等の病診連携を促進します。
- 7 ○2024年度から全国統一システムが導入される「医療機能情報提供制度」と、2025年度から開
8 始される「かかりつけ医機能報告制度」により、医療機能やかかりつけ医機能²等に関する情報
9 を県民に適切に提供することで、県民自らが医療機関を選択し利用できるよう支援します。

² かかりつけ医機能：身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機
関の機能として厚生労働大臣が定めるもの（医療法施行規則 別表第一第二の項第一号イ(13)）

1 第3節 外来医療

2 【対策のポイント】

- 3 ○ 地域における外来医療提供体制の確保

6 (1) 現状と課題

7 ア 外来医療の需要

8 (ア) 外来患者数の推移

9 ○本県の2008年度以降における人口10万人当たりの外来患者数は、多少の増減はあるものの、
10 全体として減少傾向にあります。

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

13 静岡県における10万人当たりの外来患者数 (単位：千人)

| 14 年度 | 15 総数 | 16 病院 | 17 一般診療所 | 18 歯科診療所 |
|-------|-------|-------|----------|----------|
| 2008 | 5.27 | 1.02 | 2.87 | 1.38 |
| 2011 | 5.03 | 1.01 | 3.22 | 0.81 |
| 2014 | 5.07 | 1.01 | 3.18 | 0.89 |
| 2017 | 5.09 | 1.02 | 3.21 | 0.86 |
| 2020 | 5.76 | 0.91 | 3.88 | 0.97 |

21 (参考) 全国の人口10万人当たりの外来患者数 (単位：千人)

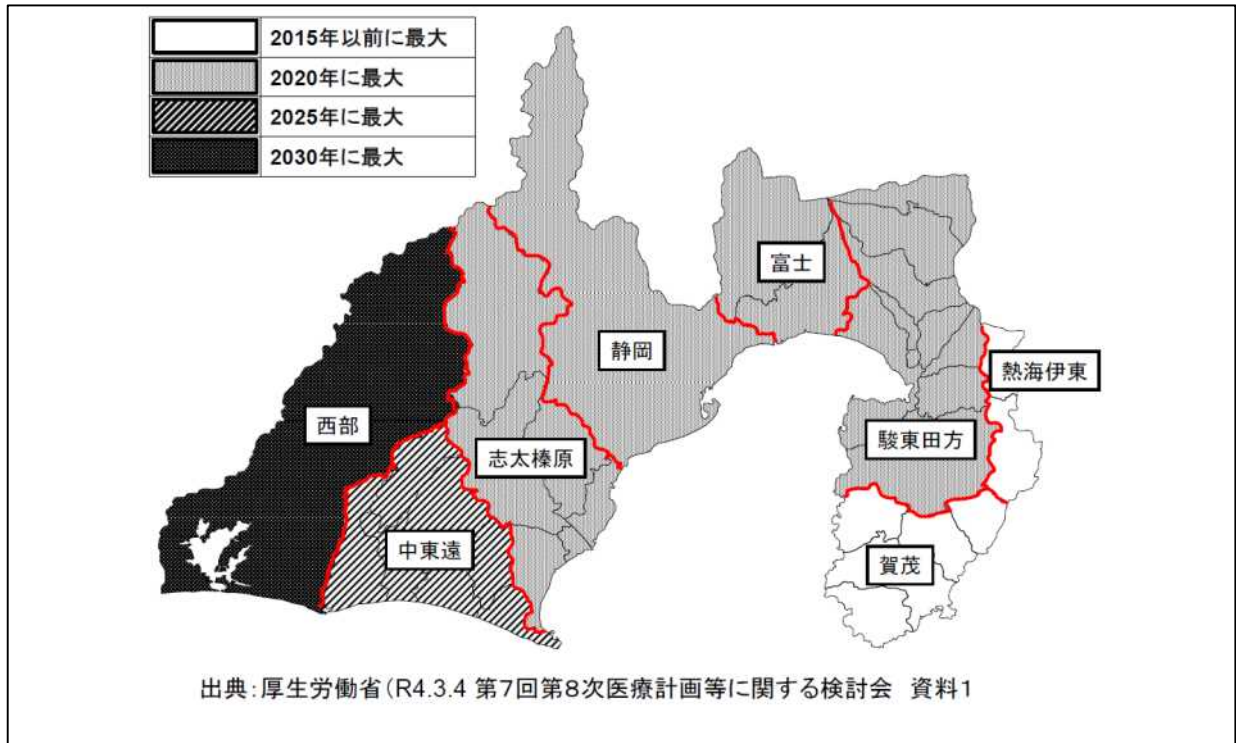
| 22 年度 | 23 総数 | 24 病院 | 25 一般診療所 | 26 歯科診療所 |
|-------|-------|-------|----------|----------|
| 2008 | 5.38 | 1.35 | 3.00 | 1.03 |
| 2011 | 5.68 | 1.30 | 3.32 | 1.07 |
| 2014 | 5.70 | 1.29 | 3.33 | 1.07 |
| 2017 | 5.67 | 1.29 | 3.32 | 1.06 |
| 2020 | 5.66 | 1.17 | 3.43 | 1.06 |

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

31 (※2) 2020年度は新型コロナウイルスの影響を受けた数値のため、参考値として掲載

1 (イ) 外来患者数の将来推計

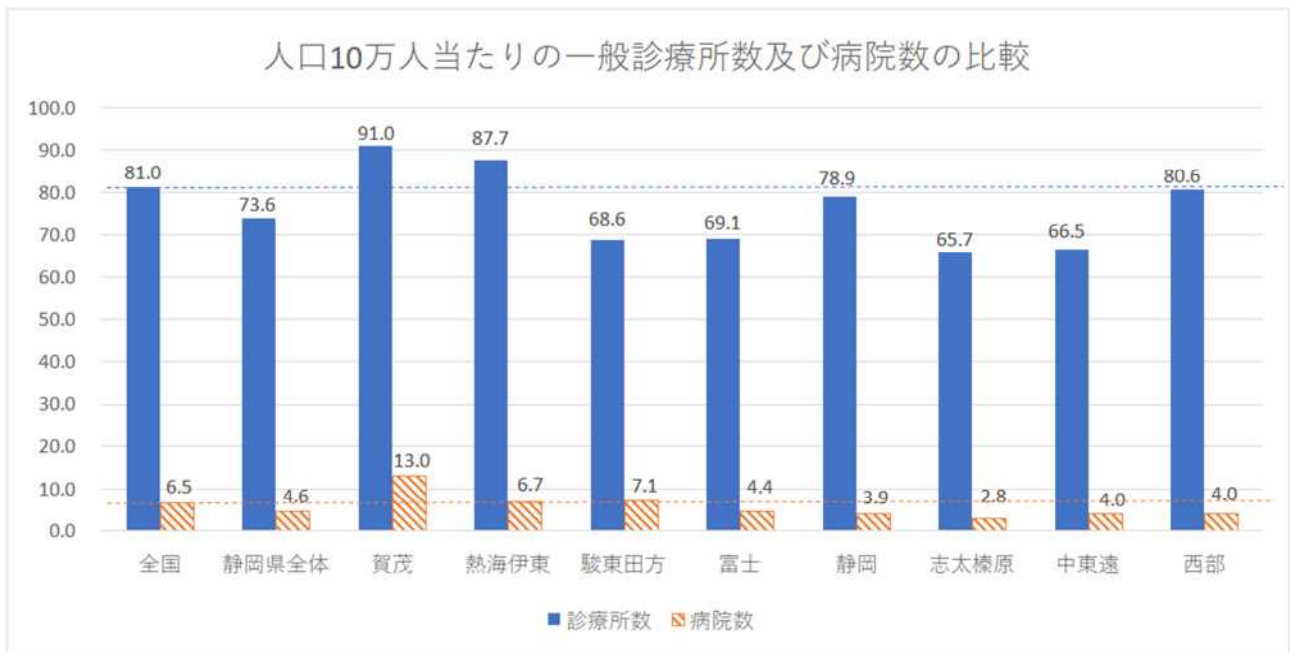
2 ○今後も高齢化と人口減少が進行し、中東遠と西部を除く県内の二次保健医療圏では、外来医療
3 における需要は減少局面にあると見込まれています。



15
16 **イ 外来医療に係る医療資源**

17 (ア) 医療施設数

18 ○本県の各二次保健医療圏における人口10万人当たりの一般診療所数及び病院数は、全国と比
19 較して少ない傾向にあります。

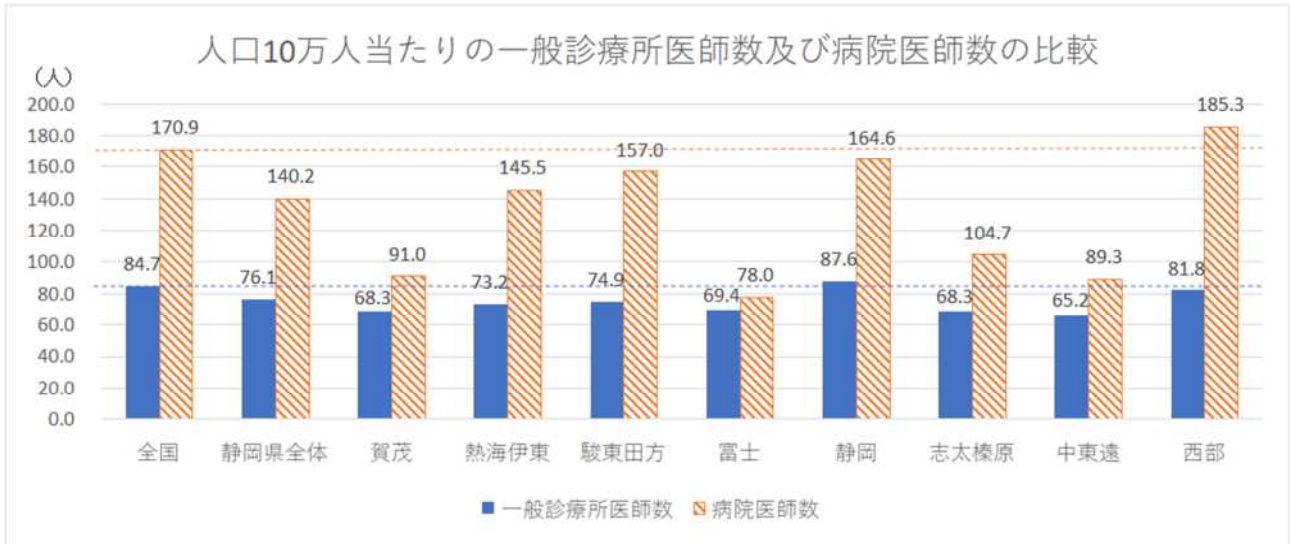


(※) 出典：外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ（厚生労働省が2020年度時点のデータを基に作成）

1
2
3
4
5
6

(イ) 医師数

- 本県の各二次保健医療圏における人口10万人当たりの一般診療所医師数は、全国と比較して少ない傾向にあります。
- 病院医師数では、二次保健医療圏によっては全国や他の圏域に比べ大きく不足している医療圏がありますが、一般診療所医師数では、全国と比較して大きな差はありません。



7
8
9

(※) 出典：外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ（厚生労働省が2020年度時点のデータを基に作成）

10
11

(ウ) 外来医師偏在指標と医師多数区域の設定

- 国は、地域ごとの外来医療機能の偏在等を客観的に明らかにするため、人口構成や患者の流入等を反映した「外来医師偏在指標」を定めています。
- このうち、指標の値が全二次医療圏の中で上位33.3%に該当する二次医療圏を「外来医師多数区域」と呼びます。外来医師多数区域における新規開業者に対しては、地域で不足する医療機能を担う医療機能を担うよう求めることができます。
- 本県には、外来医師多数区域となっている二次保健医療圏はありません。
- 本県の外来医師偏在指標は以下のとおりです。

| 圏域名 | 賀茂 | 熱海伊東 | 駿東田方 | 富士 | 静岡 | 志太榛原 | 中東遠 | 西部 |
|----------|------------------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|
| 外来医師偏在指標 | 103.5 (146位) | 86.9 (250位) | 97.5 (188位) | 86.3 (254位) | 101.8 (157位) | 84.6 (264位) | 84.2 (268位) | 98.6 (177位) |
| (参考) 前回 | 108.1 (93位) ^{*1} | 90.1 (228位) | 96.6 (171位) | 90.3 (225位) | 93.0 (201位) | 76.1 (297位) | 79.4 (287位) | 90.9 (218位) |

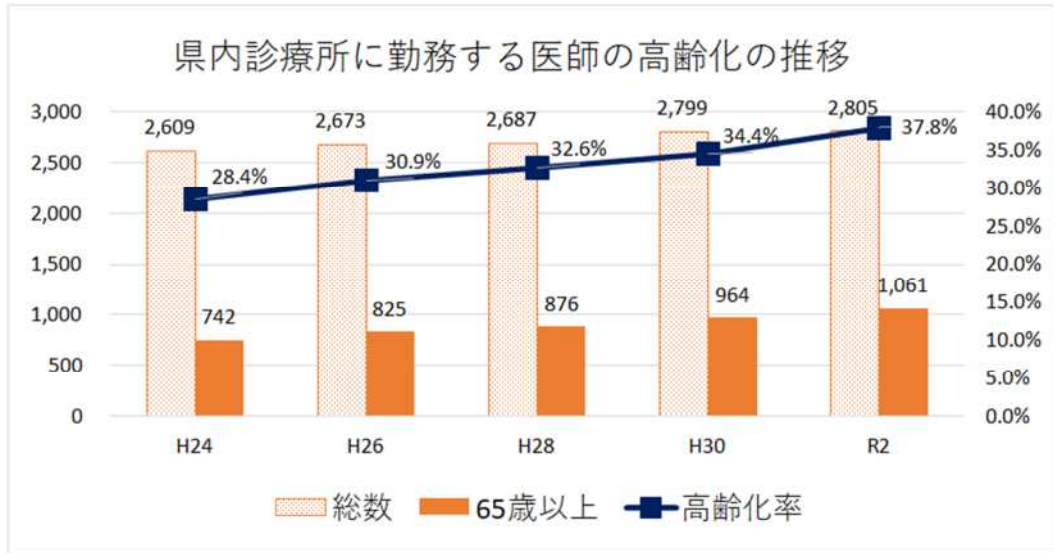
20
21
22

(※1) 外来医師多数区域

(※2) 出典：外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ（厚生労働省が2020年度時点のデータを基に作成）

1 (エ) 医師の高齢化と一般診療所の開設・廃止の状況

2 ○診療所の医師の高齢化率は、平成24年度の28.4%から令和2年度には37.8%まで上昇するなど
 3 急速に進んでおり、今後医業承継が進まず廃業する診療所が増加した場合、地域に必要な外来
 4 医療の確保が危ぶまれます。



17 (※) 出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

18

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

21 県内の一般診療所施設数及び開設・廃止等の状況

(単位：件)

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

22 (※1) 出典：医療施設調査（厚生労働省）

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

1 (オ) 医療機器の活用状況

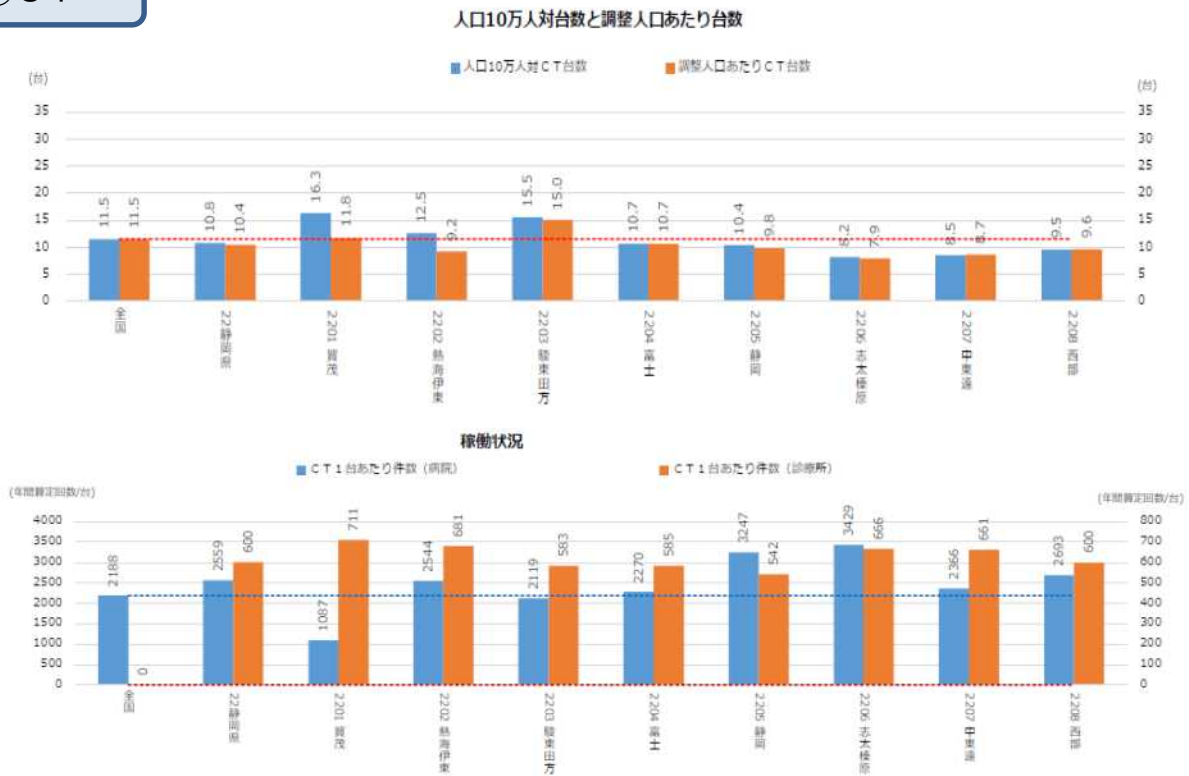
2 ○近年の医療技術の進展には著しいものがあり、医療機器の果たす役割も非常に大きいものとな
3 っています。

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

6 ○各二次保健医療圏におけるそれぞれの医療機器の台数及び稼働状況は、次のとおりです。

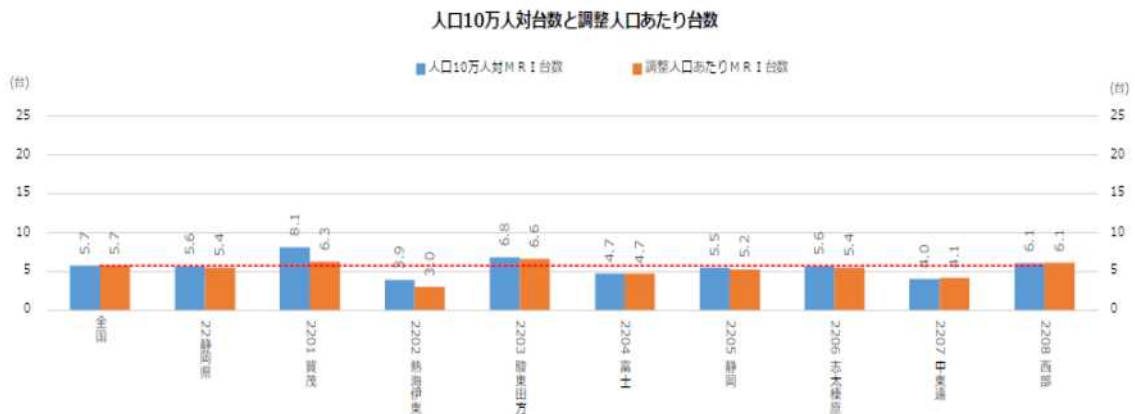
7 (※) 出典：医療機器の調整人口当たり台数に係るデータ集・グラフ（厚生労働省が2020年度
8 時点のデータを基に作成）。

9
10 ①CT

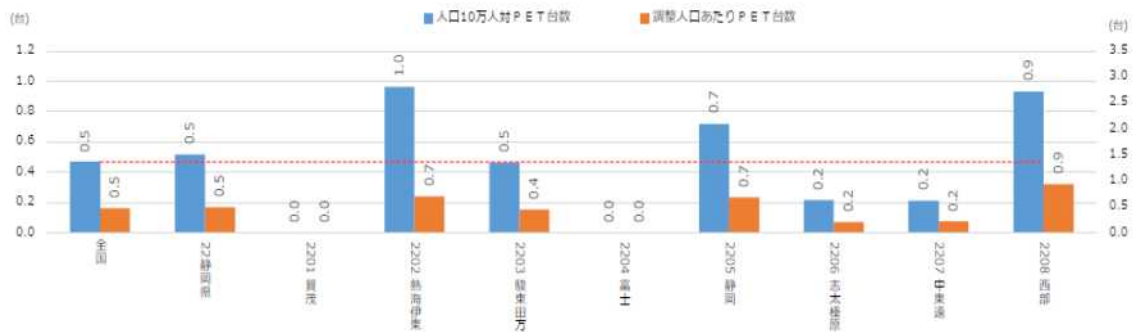


※ データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。詳細は、「1調査人口あたり台数データ」シートにて確認。

29 ②MRI

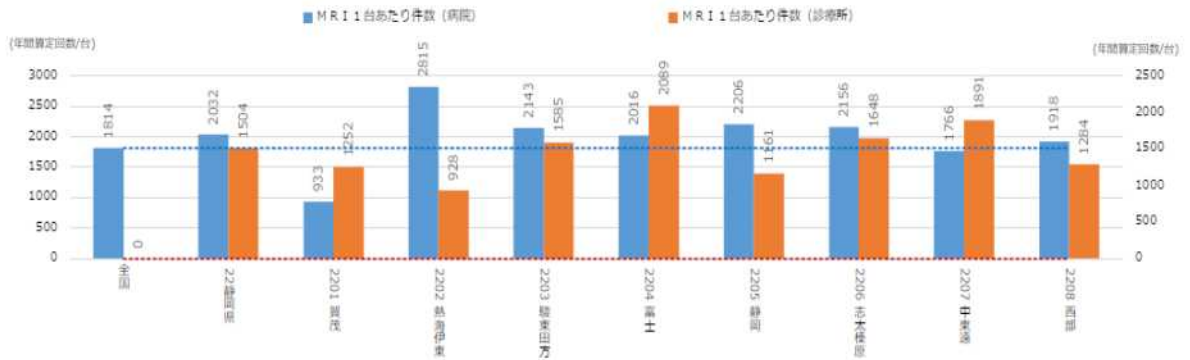


人口10万人対台数と調整人口あたり台数

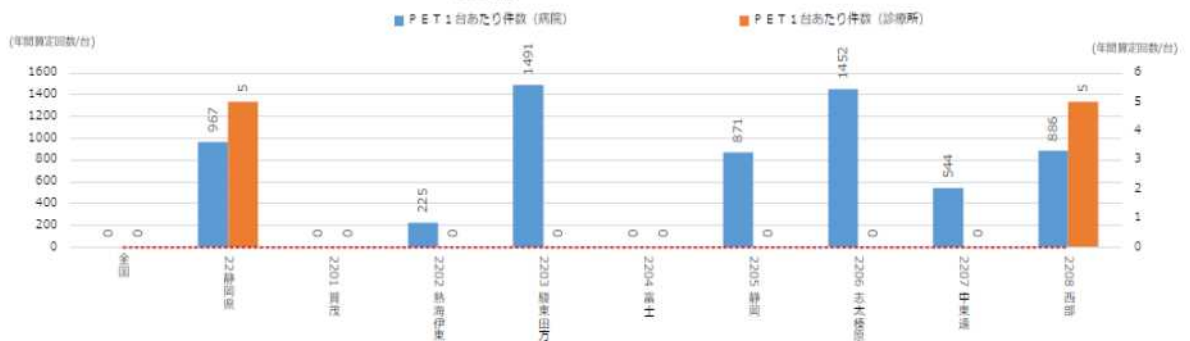


③PET

稼働状況



稼働状況

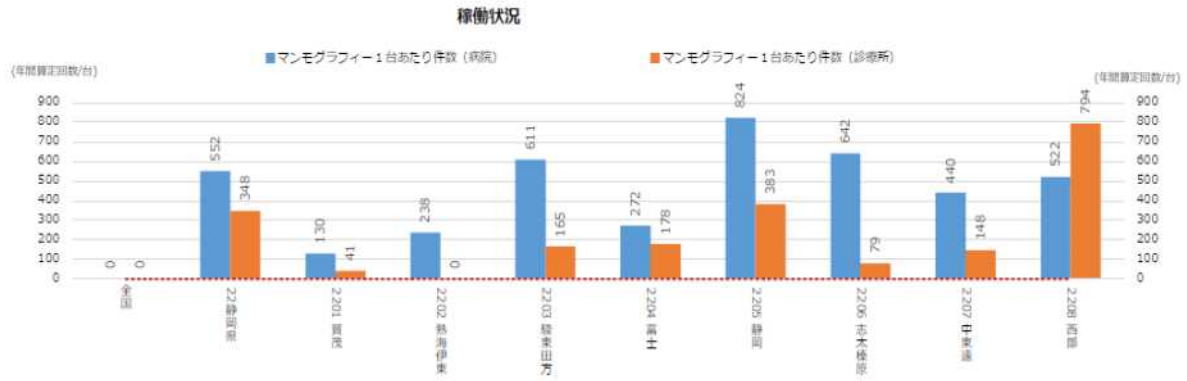


※ データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。詳細は、「1調査人口あたり台数データ」シートにて確認。

④マンモグラフィー

人口10万人対台数と調整人口あたり台数

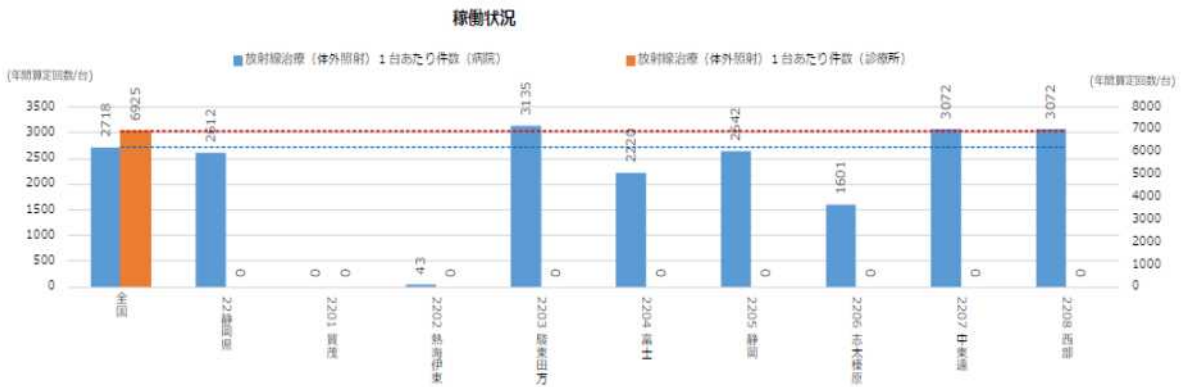
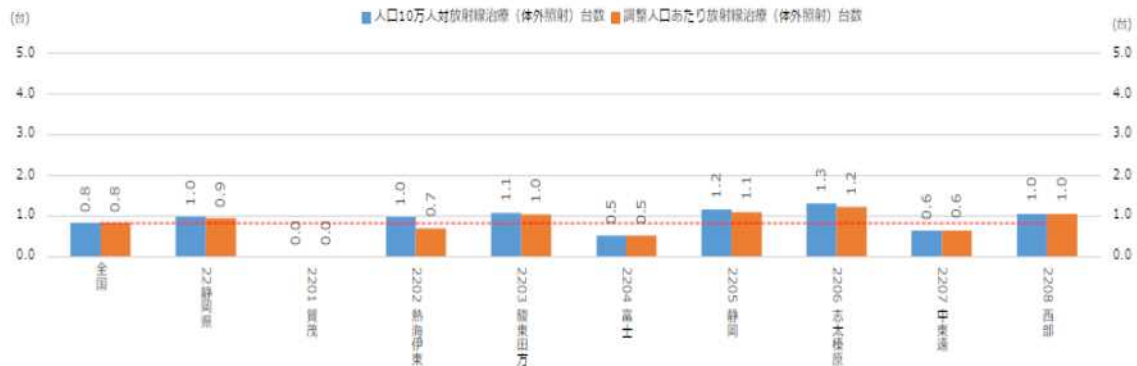




※ データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。詳細は、「1調査人口あたり台数データ」シートにて確認。

⑤放射線治療(体外照射)

人口10万人対台数と調整人口あたり台数



※ データ値表記の「0」は、台数があっても検査件数がない場合と台数がない場合、及び秘匿の場合がある。詳細は、「1調査人口あたり台数データ」シートにて確認。

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

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

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

(※2) 地域の人口あたり期待検査数

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

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

| 圏域名 | 施設名称 | 医療機関の延数 | CT利用数 | MRI利用数 | RI利用数 | 超音波利用数 | その他利用数 |
|------|--------------------------|-------------------|-------|--------|-------|--------|--------|
| 熱海伊東 | 伊東市民病院 | 58 | 27 | 31 | | | |
| 東部 | 順天堂大学医学部附属静岡病院 | 223 | 32 | 148 | 32 | 0 | 11 |
| 東部 | 沼津市立病院 | 781 | 130 | 582 | 0 | 0 | 69 |
| 東部 | 独立行政法人国立病院機構静岡医療センター | 1,993 | 659 | 1,115 | 209 | 0 | 10 |
| 富士 | 富士宮市立病院 | 859 | 289 | 364 | 16 | 183 | 7 |
| 富士 | 富士市立中央病院 | 1,695 | 746 | 576 | 200 | 46 | 127 |
| 静岡 | 静岡県立こども病院 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 静岡 | 静岡市立静岡病院 | 292 | 114 | 109 | 28 | 0 | 41 |
| 静岡 | 静岡県立総合病院 | 1,255 | 733 | 522 | 0 | 0 | 0 |
| 静岡 | 静岡赤十字病院 | 258 | 109 | 90 | 33 | 0 | 0 |
| 静岡 | 静岡済生会総合病院 | 88 | 29 | 38 | 0 | 10 | 11 |
| 静岡 | 静岡市立清水病院 | 393 | 154 | 206 | 8 | 25 | 0 |
| 志太榛原 | 焼津市立総合病院 | 1410 | 138 | 344 | 5 | 0 | 923 |
| 志太榛原 | 藤枝市立総合病院 | 835 | 80 | 176 | 0 | 505 | 74 |
| 志太榛原 | 島田市立総合医療センター | 1,764 | 799 | 559 | 211 | 80 | 115 |
| 中東遠 | 磐田市立総合病院 | 1,674 | 701 | 816 | 35 | 0 | 122 |
| 中東遠 | 中東遠総合医療センター | 2,673 | 891 | 1,032 | 108 | | 642 |
| 西部 | 浜松医療センター | 3,448 | 50 | 34 | | | 2,663 |
| 西部 | 浜松赤十字病院 | 1,046 | 587 | 459 | 0 | 0 | 9 |
| 西部 | 社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院 | 4,688 | 1,360 | 2,359 | 107 | 0 | 1,339 |
| 西部 | 社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院 | 2,642 | 1,050 | 1,419 | 81 | 0 | 92 |
| 西部 | JA静岡厚生連 遠州病院 | 受託画像検査 1,145施設 | 416 | 616 | 2 | 55 | 56 |
| 西部 | 独立行政法人労働者健康安全機構浜松労災病院 | 416 | 120 | 232 | 58 | 0 | 6 |

(※) 出典：2022年度地域医療支援病院業務報告（県医療政策課まとめ）

1 **イ 外来機能報告**

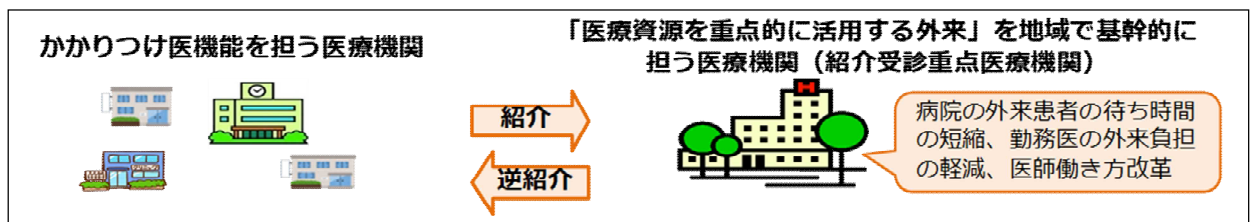
- 2 ○患者の医療機関選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院
3 志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の
4 課題が生じています。
5 ○地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
6 医療機関が有する外来医療に関する機能の現状等について、都道府県に報告する制度（外来機
7 能報告制度）が、2022年4月より施行（医療法第30条の18の2）されました。

8
9 **(ア) 対象医療機関**

- 10 ○病院及び有床診療所（※無床診療所も意向があれば報告を行うことが可能）

11
12 **(イ) 制度概要**

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



16
17
18
19
20
21 **<「医療資源を重点的に活用する外来（紹介受診重点外来）」のイメージ>**
22 ○医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
23 ○高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
24 ○特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

25
26 **(ウ) 紹介受診重点外来の基準**

| | |
|---------------------------|-------------|
| 初診の外来件数のうち「重点外来」の件数の占める割合 | 40%以上（初診基準） |
| 及び | |
| 再診の外来件数のうち「重点外来」の件数の占める割合 | 25%以上（再診基準） |

27
28
29 ※上記基準を満たさない場合であっても、紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上を参考の水準とする。

30
31
32 **(エ) 紹介受診重点医療機関**

33 23 医療機関（令和5年12月1日公表時点） ※県ホームページに掲載

1 **(2) 対策**

2 **ア 外来医療に係る地域での協議**

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

5 **<地域医療構想調整会議で行う外来機能に関する協議内容>**

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

10
11 **イ 高齢医師等の活躍支援**

12 ○1973年の「一県一医大構想」により養成された医師が順次定年を迎える中で、65歳を過ぎて
13 も意欲と能力のある医師が働き続けられるよう、医師の就労相談やマッチング支援を行う職業
14 紹介サイト「静岡県医師バンク」を県医師会と連携して運営し、高齢医師の活躍を促進します。

15 **ウ 医療機器の効率的な活用**

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

18 **(ア) 医療機器の配置・保有状況等に関する情報**

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

22 **(イ) 共同利用の方針**

23 ○共同利用の対象となる医療機器は以下のとおりです。

- 24 ・CT (全てのマルチスライスCT及びマルチスライスCT以外のCT)
- 25 ・MRI (1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のMRI)
- 26 ・PET (PET及びPET-CT)
- 27 ・マンモグラフィ
- 28 ・放射線治療機器(体外照射)

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

31 ○本県の共同利用の方針は、以下のとおりとします。

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

1 (ウ) 共同利用計画の記載事項等

2 ○「共同利用計画」には、以下の事項を記載するものとします。

3 ・共同利用の相手方となる医療機関

4 ・共同利用の対象となる医療機器

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

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

8

1

2

3

4

※白紙

1 **第4節 地域医療支援病院の整備**

2 **【対策のポイント】**

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

6 **【数値目標】**

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

8 **1 現状**

9 **(1) 地域医療支援病院**

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

22 **《地域医療支援病院の主な承認要件（医療法第4条）》**

- 23 1 他の医療機関から紹介された患者に対する医療の提供
- 24 次のいずれかを満たしていること
- 25 ・紹介率（※1）80%以上であること（紹介率65%以上であって、承認後2年間で80%を達成することが見込まれる場合）
 - 26 ・紹介率が65%以上であり、かつ、逆紹介率（※2）が40%以上であること
 - 27 ・紹介率が50%以上であり、かつ、逆紹介率が70%以上であること
- 28 ※1 紹介率：初診患者のうち、他の医療機関から紹介状により紹介された患者の数が占める割合のこと。（紹介率＝初診患者のうち紹介患者数÷初診患者数×100）
- 29 ※2 逆紹介率：全患者のうちから他の医療機関に紹介した者と、診療情報提供料を算定した者の数と、初診患者の総数との比較のこと。（逆紹介率＝逆紹介患者数÷初診患者×100）
- 30
- 31
- 32 2 病床、高額医療機器等の共同利用の実施
- 33 3 救急医療の提供
- 34 ・救急搬送患者数／救急医療圏域人口×1,000 ≥ 2 又は 当該医療機関における年間の救急搬送患者の受入数 ≥ 1,000
- 35 4 地域の医療従事者の資質向上のための研修を実施
- 36 ・年間12回以上の研修を主催（当該病院以外の医療従事者が含まれること）

- 1 5 原則 200 床以上
 2 6 集中治療室等、必要な要件を満たした構造設備を有する
 3 7 その他、次の掲げる取組を行うことが望ましい
 4 ・良質な医療を提供するための取組をより一層高めていくために、日本医療機能評
 5 価機構が実施する病院機能評価等の第三者による評価を受けること
 6 ・逆紹介を円滑に行うため、退院調整部門を設置すること
 7 ・地域連携を促進するため、地域連携クリティカルパスを策定するとともに、地域の
 8 医療機関に普及させること
 9 ・住民・患者が医療機関を適切に選択できるよう、地域医療支援病院は、その果たし
 10 ている役割を地域住民に対し、他の医療機関よりも適切に情報発信すること

11 **(2) 本県の状況**

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

14 図表5-4-1 地域医療支援病院 (2023年9月末現在)

| 医療圏 | 病 院 名 | 承認年月日 |
|------|--------------------------|---------------------------|
| 熱海伊東 | <u>伊東市民病院</u> | <u>2018年9月5日</u> |
| 駿東田方 | 沼津市立病院 | 2008年7月8日 |
| | 独立行政法人国立病院機構静岡医療センター | 2011年9月29日 |
| | <u>順天堂大学医学部附属静岡病院</u> | <u>2020年1月7日</u> |
| 富士 | 富士宮市立病院 | 2011年9月29日 |
| | 富士市立中央病院 | 2017年8月29日 |
| 静 岡 | 静岡市立静岡病院 | 2016年4月1日 (2006年9月21日) |
| | 静岡県立こども病院 | 2009年4月1日 (2001年2月23日) |
| | 静岡県立総合病院 | 2009年4月1日 (2007年7月20日) |
| | 静岡済生会総合病院 | 2010年9月16日 |
| | 静岡赤十字病院 | 2010年9月16日 |
| | 静岡市立清水病院 | 2011年9月29日 |
| 志太榛原 | 焼津市立総合病院 | 2010年9月14日 |
| | 藤枝市立総合病院 | 2010年9月14日 |
| | 市立島田市民病院 | 2011年9月29日 |
| 中東遠 | 磐田市立総合病院 | 2011年9月29日 |
| | 掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療センター | 2016年8月15日 |
| 西 部 | 浜松医療センター | 2001年2月23日 |
| | 社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院 | 2004年6月29日 |
| | 社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院 | 2004年6月29日 |
| | 浜松赤十字病院 | 2009年9月17日 |
| | 独立行政法人労働者健康安全機構浜松労災病院 | 2010年9月17日 |
| | J A 静岡厚生連遠州病院 | 2012年9月10日 |

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

4 2 課題

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

14 3 対策

- 15 ○かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保及び一層の病診連携を図るため、全ての2次
16 保健医療圏において地域医療支援病院の整備を進めます。
17 ○要件を満たさない既承認病院については、改善計画に沿った紹介率・逆紹介率向上の取組の推
18 進等により、かかりつけ医との医療機能の分担と連携強化を図るなど、地域医療支援病院にふ
19 さわしい役割を発揮できるよう、指導・監督します。
20 ○地域における医療の確保を図るために行うことが特に必要であるものとして定める事項を県
21 として必要に応じて検討し、公表します。
22 ○感染症発生・まん延時における医療環境の整備に向け、地域医療支援病院と連携強化を図りま
23 す。
24 ○2024年度から全国統一システムが導入される「医療機能情報提供制度」と、2025年度から開
25 始される「かかりつけ医機能報告制度」により、医療機能やかかりつけ医機能等に関する情報
26 を県民に適切に提供することで、県民自らが医療機関を選択し利用できるよう支援します。

1

2

3

4

※白紙

1 第5節 公的病院等の役割

2 【対策のポイント】

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

6 1 公的病院等の役割

- 7 ○公的病院等（医療法第31条の公的医療機関及び5事業等において中核的な医療機能を担って
- 8 いる病院）は、地域における基幹的な医療機関として重要な役割を果たしています。
- 9 ○2007年4月に施行された改正医療法により、医療従事者の確保など医療の確保に関する県の
- 10 施策についての公的医療機関の協力が義務付けられています。
- 11 ○県内の公的病院等は、2023年4月現在 55病院で、一般病床の 77.5%、全病床の 48.3%を占めて
- 12 います。
- 13 ○また、本県における自治体病院（県、市町、地方独立行政法人）が占める割合は病院数で 15.2%、
- 14 病床数で 26.3%と全国と比較して上回っています。特に、市町村立病院の病床数の割合は、全
- 15 国の 8.2%に対して本県は 19.8%と大きく上回っているなど、地域の医療提供体制の中で重要
- 16 な役割を担っており、今後も地域医療の確保に大きな役割を果たすことが期待されます。

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

| 区分 医療圏名 | 公的病院等 | | | | 計 | 公的病院等病床数 | | | |
|------------|-------------------|----|------------------|-----|----|----------|---------|--------|---------|
| | 公的医療機関 (法第31条) | | | その他 | | 一般病床 | | 全病床 | |
| | 県 | 市町 | 日赤 済生会 厚生連 | | | 一般病床 | | 全病床 | |
| 賀茂 | | 1 | | 2 | 3 | 314 | (57.7%) | 318 | (24.7%) |
| 熱海伊東 | | 1 | | 1 | 2 | 484 | (70.3%) | 519 | (48.6%) |
| 駿東田方 | 1 | 1 | 4 | 6 | 12 | 2,869 | (63.4%) | 3,447 | (43.4%) |
| 富士 | | 3 | | 1 | 4 | 1,059 | (59.6%) | 1,318 | (36.0%) |
| 静岡 | 3 | 2 | 4 | 1 | 10 | 3,281 | (72.7%) | 3,865 | (50.4%) |
| 志太榛原 | | 4 | | 1 | 5 | 2,232 | (93.3%) | 2,337 | (59.5%) |
| 中東遠 | | 6 | | | 6 | 1,572 | (96.9%) | 1,740 | (44.7%) |
| 西部 | | 4 | 3 | 6 | 13 | 4,376 | (86.0%) | 5,048 | (53.4%) |
| 合計 | 4 | 22 | 11 | 18 | 55 | 16,386 | (77.5%) | 18,791 | (48.3%) |

20 ※病床欄の（ ）書きは、圏域内の病床数に対する割合。

資料：県医療政策課調べ

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

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

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

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

17 **2 公立病院改革等への対応**

18 **(1) 現状**

19 **(公的医療機関等 2025 プラン)**

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

25 **記載事項**

| 【基本情報】 | 【具体的な計画】 |
|--------------------------------|--|
| ・医療機関名、開設主体、所在地 等 | ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する事項 (例)・4機能ごとの病床のあり方について ・診療科の見直しについて 等 |
| 【現状と課題】 | ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する、具体的な数値目標 (例)・病床稼働率、手術室稼働率等、当該医療機関の実績に関する項目 |
| ・構想区域の現状と課題 ・当該医療機関の現状と課題 等 | ・紹介率、逆紹介率等、地域との連携に関する項目、人件費率等、 経営に関する項目 等 |
| 【今後の方針】 | |
| ・当該医療機関が今後地域において担うべき役割 等 | |

32 **(公立病院経営強化プラン)**

- 33 ○2021年度末、今般の社会保障制度改革を踏まえた新たな 公立病院経営強化ガイドライン が示
34 され、2027年までの計画である「公立病院経営強化プラン」が各病院で策定されました。
35 ○これまでの「新公立病院改革プラン」の内容から、新たに「新興感染症の感染拡大時に備えた
36 平時からの取組」「機能分化・連携強化」「医師の働き方改革への対応」「デジタル化への対応」
37 等の視点を追加し、改革を進めることが必要であるとされています。

1 **(2) 課題**

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

12
13 **(3) 対策**

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

3 県立病院

(1) 県立静岡がんセンター

【対策のポイント】

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

【数値目標】

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

- 県立静岡がんセンター（駿東郡長泉町）は、開設後21年の歩みの中で、患者の視点を重視し、患者・家族を支えるという職員一人ひとりに共通した価値観の下、包括的患者支援体制の先進的な仕組み作りを行うとともに、世界レベルの最先端のがん医療を開発・実践しています。
- 基本理念として「患者の視点の重視」を掲げ、さらに患者と家族への約束として、「がんを上手に治す」「患者・家族を徹底支援する」「成長と進化を継続する」の三つを掲げ、全人的治療の実践に取り組んでいます。
- 新しいがん医療の開発に向け、各部門が一体となって研究を進めています。質の高い医師主導治験・特定臨床研究の推進を図るとともに、新しい治療法や治療薬に係る研究、開発に積極的に参加していきます。
- がん医療の発展に寄与する人材を育成するため、多彩な研修制度を設け、向上心を持つ優秀な医師や、がんチーム医療に欠かせない医療人材の確保、充実に努めています。

(1) 現状

- 県立静岡がんセンターは、本県のがん対策の中核を担う高度がん専門医療機関として、2002年に整備され、2023年4月1日現在、診療科目37科、615床で運営されています。

- 県立静岡がんセンターは、病院、疾病管理センター、研究所、事務局、マネジメントセンターの5部門より形成され、活動を行っています。

ア 病院

- 腹腔鏡や胸腔鏡を用いた手術・手術支援ロボット「ダ・ヴィンチ」の導入により、低侵襲性手術の推進に大きく貢献しています。また、放射線・陽子線治療センターには、陽子線治療装置、放射線治療装置リニアックなどの最新医療機器を設置・運用しています。
- 全国最大規模となる緩和ケア病棟（2棟 50床）、外来患者に対して抗がん剤治療を行う化学療法センター、病気による症状や治療に伴う副作用の治療・予防を行う支持療法センターなどを整備しています。
- 患者や家族を医療の中心に位置付け、チームを組んでサポートする多職種チーム医療を実践しています。また、患者家族支援センター内には、初診・入院支援室、外来患者支援室、在宅転院支援室、地域医療連携室、緩和ケアセンターを置き、初診から在宅までの切れ目のない支援と情報提供に努めています。
- 2015年6月には、国内初となる「AYA世代病棟」の運用を開始し、15歳から29歳程度の年齢層の修学・就職時期と治療時期が重なる患者の教育、就職、その後の社会生活への悩み、思春期特有の悩み、がん治療に伴う生殖機能の障害などの悩みに対応しています。
- 各種医療従事者の養成においては、従来の医師・歯科医師レジデント制度に加え、全国に先駆けて、多職種がん専門レジデント制度を導入しました。また、2009年6月からは、病院立では全国で初となる、認定看護師教育課程を開講し、県立静岡がんセンターの高水準の看護力と実践力を備えた講師陣の講義と演習・実習により、質の高い認定看護師の養成を目指すなど、医療従事者が専門性を高めるための教育体制の充実に取り組んでいます。
- 「都道府県がん診療連携拠点病院」としての指定を受けており、県民の死亡原因の第1位を占める「がん」について、県内どの地域においても標準的な専門医療を受けられる、「がん医療の均てん化」を図っています。また、(公財)日本医療機能評価機構が学術的、中立的視点から行う病院機能評価における認定を 2018年12月に更新しています。
- 2013年4月には、厚生労働大臣から「特定機能病院」としての承認を受け、大学医学部附属病院や国立高度専門医療研究センターと同等の高機能病院として、高度医療の提供、高度の医療技術の開発とともに、医療従事者の育成・研修等を通じて地域医療の質の底上げに寄与しています。
- 2020年3月には、「がんゲノム医療中核拠点病院」に指定され、静岡県内のがんゲノム医療連携病院の症例についてのエキスパートパネルを実施し、ゲノム医療を用いた県内のがんゲノム医療連携病院の保険診療に貢献しています。

イ 疾病管理センター

- 疾病管理センターは、県立静岡がんセンターと「患者・家族」「地域の関係機関」「県民」との連携・対話の窓口としての役割を担っており、患者家族支援センターと連携して、県民の健康期から人生の最終段階まで、各段階に応じたがんに関する総合的な支援を行っています。
- 患者や家族の徹底支援のために、よろず相談(がん相談支援センター)を設置し、広く県内外か

らの様々な相談に応じるとともに県立静岡がんセンターに対する意見や苦情を受け止めるなど、患者満足度の向上を図っています。

○がんに罹患をしても働き続けることができるよう、よろず相談では静岡労働局等の関連機関と連携し、相談から実際の復職支援まで行うなど、両立支援を推進しています。

○静岡県がん診療連携協議会の事務局を務め、県内がん診療の連携協力体制等についての情報交換や、緩和ケアや支持療法などの専門部会を設置し各分野の充実を図るとともに、がん医療に携わる医療者向けの研修会を実施し、がん診療の強化を支援しています。

ウ 研究所

○研究所は、2005年11月に病院に隣接して研究所棟が完成し、「がんを上手に治すための医療技術の開発」「患者家族の支援技術の開発」「富士山麓先端健康産業集積プロジェクト（ファルマバレープロジェクト）の推進」の三つを使命として研究活動に取り組んでいます。

○主要な研究課題には、がんの診断技術、高度医療技術、患者・家族支援技術、新しい看護技術、ゲノム解析、新しい薬剤などの開発が含まれ、医学、看護学、工学に基盤をおいた産官学の連携の下、患者の視点を重視した研究を進めています。

○がん医療の実践に用いるため、がん患者を対象としたマルチオミクス研究(プロジェクト HOPE)を進めており、日本人のがんゲノムデータベース (JCGA) を国内で初めて構築、公開しています。

(2) 課題

○高齢化に伴うがん患者数の増加に対応するため、医師、看護師等医療従事者の確保が必要です。医師については、特定の診療科の医師の不足、看護師については産前産後休暇や育児休暇の取得者の増加等の課題があります。こうしたことから、引き続き職員の確保について年間を通じた積極的な採用に努めるとともに、医師レジデント制度、多職種レジデント制度、認定看護師の養成等を通じた、がん医療に強い人材の育成を図っていく必要があります。

○最先端のがん診療を提供するためには、医療機器の最先端機器への更新を常に図るとともに、がんゲノム医療の推進や、新しい治療に資する薬剤や新規医療技術の研究、開発にも積極的に参加していく必要があります。

○生存率の向上に伴い、がんとの共生が社会にとって重要な課題になっています。がんとの共生を支援するため、妊孕性の温存、ピアサポートの充実、アピランスケアの導入なども積極的に推進していく必要があります。

(3) 対策

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

ア 病院

- 病院では、医師・看護師にとっての魅力向上とPRの充実などを図り、医師・看護師の年間を通じた積極的な採用・確保に努めるとともに、大学医学部との連携大学院制度、認定看護師教育課程などにより、有能な医師・看護師等医療従事者の育成を図り、魅力ある病院づくりに努めていきます。
- 医療機器更新計画に沿った医療機器の導入・更新を進めています。
- 高齢がん患者の増加や、早期社会復帰の実現に向け、身体の負担をできるだけ少なくした、手術支援ロボット等による侵襲性の低い手術や、がん治療に伴う副作用・合併症等を軽減し、患者のQOLを向上させるための支持療法などを行います。
- がん患者のゲノム（全遺伝情報）を調べ、患者一人ひとりに最適な治療法を選ぶ「がんゲノム医療」を提供し、がん医療の質の向上と、それぞれのがんの特性に応じた効率的かつ持続可能ながん医療を提供する体制を整えていきます。
- 新しい治療に資する薬剤や新規医療技術の研究、開発にも積極的に参加するとともに、質の高い医師主導治験・特定臨床研究を推進していきます。
- 切れ目のない医療・ケアの実現のため、患者や家族の悩みや負担に応じて、患者家族支援センター、よろず相談、化学療法センター、支持療法センターが協力・連携し、包括的な患者・家族支援体制を構築し、妊孕性の温存やピアランスケアの普及など新しい課題にも積極的に取り組み、「患者と家族を徹底支援する」という理念を実践していきます。

イ 疾病管理センター

- 本県のがん対策の推進のための計画策定や実施を進めるための支援を行います。
- よろず相談事業のノウハウを県内医療機関に広め、相談支援体制の強化を図るとともに、がんとの共生の推進のため、就労支援やピアサポートなどを強化していきます。
- 静岡県がん診療連携協議会を運営し、県内のがん診療に関わる医療機関の連携協力体制等の強化を図り、効率的な役割分担がなされるように支援していきます。

ウ 研究所

- 研究所では、臨床支援とがん医療水準の向上を目指し、がんの診断技術、高度医療技術、患者・家族支援技術、新しい看護技術、新しい薬剤、プロジェクト HOPE などの主要な研究課題での研究を進めます。また、ファルマバレープロジェクトの中核施設としてこれまでの患者や企業主体の「医療城下町」を基盤におきつつ、住民主体の「医療田園都市（メディカルガーデンシティ）」へと発展させていきます。

1 (2) 地方独立行政法人静岡県立病院機構

2 【対策のポイント】

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

5 【数値目標】

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

7 (1) 現状

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

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

10 ○経営面でも、14年連続で経常収支の黒字を達成するなど、健全な病院運営が続いています。

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

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

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

14 (2) 課題

15 ○人口減少・少子高齢化の進行や医療技術の進歩、医療に対する県民の意識やニーズの変化など、

1 地域における医療需要は大きく変わりつつあります。

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

7 8 9 **(3) 対策**

- 10 ○6 疾病 6 事業を念頭に、各病院が専門性を生かしつつ、県立病院間や地域の医療機関との連携
11 を強化して、病態に即した的確な医療を提供します。
12 ○特に、全国的な課題とされている救急医療や急性期医療の充実に重点的に取り組むとともに医
13 師の働き方改革等の各種政策を一体的に推進します。
14 ○各病院における重点的に取り組む医療は以下のとおりです。

15 16 **ア 県立総合病院**

- 17 ○急性心筋梗塞、脳卒中等の循環器疾患において、24 時間を通して高度な専門的治療を提供しま
18 す。加えて、糖尿病をはじめとした生活習慣病を心血管疾患の発症危険因子と捉え、循環器関
19 連診療科の連携によるチーム医療の提供を推進するほか、地域の医療機関との連携を強化しま
20 す。
21 ○がん患者に対し、地域がん診療連携拠点病院として、最新・最良の診断、ロボット支援手術な
22 どの先進的手術及び化学療法、放射線治療を組み合わせた高度な集学的治療（各分野の専門医
23 が協力して治療にあたること）を提供する体制を整備するほか、地域の医療機関等と連携した
24 緩和ケアや終末期医療を提供していきます。
25 ○高度救命救急センターとして、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対応しま
26 す。
27 ○先端医学棟に整備した各種ハイブリッド手術室や放射線治療室の運用により、低侵襲な治療の
28 提供に努めます。
29 ○静岡県社会健康医学大学院大学との連携やリサーチサポートセンターの活用により、ゲノム研
30 究、腎臓、高血圧をはじめとした臨床医学や社会健康医学などの研究を推進し、その成果を発
31 信することなどにより、県内医療水準の向上と医療人材の確保に努め、新しい医療を創出する
32 研究中核拠点を目指します。

33 34 **イ 県立こころの医療センター**

- 35 ○24 時間を通して精神科救急医療相談に応じるとともに、救急患者を受け入れ、新たな入院患者
36 が早期に退院し社会復帰できるよう支援する精神科救急・急性期医療の提供体制の充実を図り
37 ます。
38 ○クロザピンの投与や m-ECT（修正型電気けいれん療法）の実施など、他の医療機関では対応困
39 難な精神疾患患者への先進的治療に積極的に取り組みます。

- 1 ○入院患者が早期に退院し、地域で安心して生活できるよう、多職種チームによる包括的在宅医
2 療支援体制を構築します。
3 ○認知症・依存症・摂食障害など多様な精神疾患に対応できる体制の構築のほか、発達障害や思
4 春期及び小児から成人への移行期における精神疾患への対応を図ります。
5 ○「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」の司法精神
6 医療について、指定医療機関としての役割を積極的に果たします。

7

8 **ウ 県立こども病院**

- 9 ○小児重症心疾患・腹部疾患患者等に対し、外科治療体制の更なる充実により、高度な先進的治
10 療を提供します。加えて、小児心疾患治療の先導的施設として専門医等の育成に努めます。
11 ○地域の医療機関と連携して、ハイリスク胎児・妊婦を早期に把握、治療するための一貫した医
12 療システムの構築に努めるほか、新生児に対して、高度な先進的治療を提供するとともに、県
13 内一般小児医療水準の向上に取り組みます。
14 ○小児血液腫瘍に対する造血幹細胞移植の実施など、小児がん拠点病院として、高度な集学的治
15 療に積極的に取り組みます。
16 ○24 時間を通して重篤な小児救命救急患者を受け入れることができる体制を維持・強化するほ
17 か、救急医療全般にわたって地域の医療機関と分担して受け入れる体制を整備します。
18 ○精神疾患を持つ小児患者やその家族に対して、児童精神科分野における中核的機能を果たすほ
19 か、発達障害への取組の推進に努めます。
20 ○重症心身障害児等の医療的ケア児の退院、在宅移行を支援する体制について、県と連携して整
21 備を図ります。

22

1 **第6節 医療機能に関する情報提供の推進**

2
3 **【対策のポイント】**

- 4 ○ 医療機能情報の提供により県民の適切な病院等の選択を支援

5
6 **【数値目標】**

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

7
8 **(1) 現状**

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

12 ○インターネットによる情報提供は、これまで各都道府県が個別に行っていましたが、2024年4
13 月からは、厚生労働省の全国統一システム（医療情報ネット）により情報提供されます。

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

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

1 図表 5-6-1 医療機関報告事項

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

2

3 図表 5-6-2 薬局報告事項

| 区 分 | 報告事項 |
|--------------|---|
| 薬局概要 | 営業日、開店時間、アクセス、設備 |
| 基本情報 | 名称、開設者、管理者、所在地、電話番号及びFAX番号、営業日、開店時間、休業日、健康サポート薬局、時間外の対応 |
| 薬局へのアクセス | 交通手段、駐車場、ホームページ |
| 薬局サービス等 | 相談に対する対応、障害者に対する配慮、車椅子利用者への配慮、受動喫煙防止措置、対応することができる外国語 |
| 費用負担等 | 医療保険及び公費負担等の扱い、クレジットカードによる支払い |
| 業務内容・提供サービス | 認定薬剤師の種類及び人数、薬局の業務内容、地域医療連携体制 |
| 実績、結果等に関する事項 | 薬剤師数、医療安全対策、情報開示体制、処方箋応需患者数等 |

4

5 図表 5-6-3 アクセス件数の推移

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

6

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

(2) 課題

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

(3) 対策

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

1

2

3

4

※白紙

第7節 病床機能報告制度

【対策のポイント】

○病床機能報告の公表による地域医療構想実現に向けた医療機関相互の協議の推進

(1) 現状

○地域における病床の機能の分化及び連携を推進し、地域医療構想を実現するためには、地域の医療機関が担っている病床機能の現状把握や分析等が必要です。

○2014年10月より法施行（医療法第30条の13）された病床機能報告制度は、医療機関がその有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能の現状と、今後の方向性を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度です。

○一般病床または療養病床を有する病院または診療所は、毎年7月1日時点の医療機能ごとの病床数のほか、医療機関の人員配置や医療機器の状況、入院患者の状況、手術・治療等の具体的な医療の内容に関する項目等について報告しています。

○各医療機関が報告する機能は、「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」の4区分となっています。

○県は、ホームページにおいて、二次医療圏別に集計した医療機能ごとの病床の状況や、医療機関別の詳細な報告内容等を公表しています。

○また、地域医療構想調整会議等においても報告内容等を情報提供し、地域の医療体制にかかる共通認識の形成に活用しています。

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

○本県においては、地域医療構想調整会議や関係者の意見を踏まえ、病床機能選択の目安となる定量的基準として「静岡方式」を2019年病床機能報告から導入し、医療機関に活用を呼びかけています。

図表5-9 各病棟の病床が担う医療機能

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

1 図表 5-10 病床機能報告における主な報告項目

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

2

3 図表 5-11

4 2022年7月1日時点の病床数（稼働病床）と必要病床数（2025年）の比較（二次医療圏別）

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

5

6

1 **(2) 課題**

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

5 ○そのため、静岡方式の活用を推進し、実際に提供されている医療機能を踏まえた報告としての
6 精度を向上させていく必要があります。

7
8 **(3) 対策**

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

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

13

14

1

2

3

4

※白紙

1 第8節 医療DX

2 【対策のポイント】

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

7 (1) 現状・課題

- 8 ○少子高齢化、人口減少の進行に伴い、高齢者の割合の増加により医療需要が増加・変化すると
9 ともに、生産年齢人口減少により医療従事者の確保が困難となることが見込まれ、医療現場に
10 おける効率化が求められます。
- 11 ○さらに、医療資源の偏在が進み、提供される医療サービスの地域格差が拡大することも懸念さ
12 れ、特に、へき地等における医療の確保は大きな課題です。
- 13 ○新型コロナウイルス感染症の流行は、医療提供体制に大きな影響を与え、危機管理の観点から、
14 感染状況や対応医療機関等の情報管理が必要です。また、収集した情報を活用し、施策に反映
15 させることが重要です。
- 16 ○こうした課題に対応するためには、医療現場におけるICT技術の導入及び情報連携等の医療
17 DXが急務です。国では、「医療DX推進本部」が設置され、令和5年6月に「医療DXの推進
18 に関する工程表」が示されたことから、県においても同工程表を踏まえた対応が必要です。
- 19 ○医療DXの推進においては、個人情報管理等、セキュリティ対策に加え、情報弱者への対策が
20 重要です。

22 (2) 対策

23 ア 情報基盤の整備

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

33 イ 医療提供体制の補完

- 34 ○本県が進める医師確保対策と併せて、今後は生産年齢人口が減少していくことを踏まえ、少な
35 い医療従事者数でも診療科や地域の偏在を解消する対策を進める必要があります。
- 36 ○各種疾病・事業の対策において、ICT技術を活用し、県民がどこでも質の高い医療を受けら
37 れる環境の整備に努めます。
- 38 ○脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患においては、救急医療体制の整備のために、ICTを活用して
39 円滑に画像情報等を共有する仕組みを検討します。

- 1 ○周産期・小児医療においては、県立こども病院を中心に実施している小児救急リモート指導医
2 相談支援事業などにより、地域の医師の負担軽減を図り、新生児や小児に対する医療体制を確
3 保します。
- 4 ○へき地医療においては、遠隔医療を実施している医療機関の現状や市町の介入状況を市町等に
5 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。
- 6 ○在宅医療においては、静岡県医師会が運用する「シズケア*かけはし（静岡県地域包括ケア情
7 報システム）」を活用し、在宅患者に関わる多職種が患者の医療情報や介護サービス情報等を
8 共有し、入退院調整の円滑化を図ります。
- 9 ○災害医療においては、防災情報システムを活用し、医療救護施設と行政間の迅速な情報伝達や
10 情報共有、医療救護に係る支援要請等に対する連絡・処理体制の充実を図ります。

11

12 **ウ 情報収集と施策への反映**

- 13 ○「ふじのくに感染症管理センター」において、情報プラットフォームを構築し、保健所・医療
14 機関等関係機関の業務の効率化、情報の共有化と感染状況の分析等のため、業務のデジタル化
15 とデータ管理を一元化します。また、必要な時に、必要な情報を得ることができるよう環境を
16 整備します。
- 17 ○難病対策においては、国の指定難病・小児慢性データベースへの県内指定医の登録を促進し、
18 国の難病対策に関する調査及び研究に役立てます。

19

20 **エ 医療DX推進に当たって必要な対策**

- 21 ○サイバーセキュリティ対策に関して、医療機関等への注意喚起や研修の実施等による人材育成
22 を支援します。
- 23 ○令和6年度より全国統一のシステムが導入される医療機能情報提供制度等により、県民に対し
24 て各医療機関の医療機能等に関する情報を適切に提供します。
- 25 ○コロナ禍で高齢者にもオンラインの活用が広がったことから、引き続き市町や関係団体ととも
26 に、高齢者をはじめとした情報弱者への理解を深めながら、医療DXの推進に取り組みます。

27

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

2 <基本的な考え方>

3 デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変えること。

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

10 <実施主体>

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

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

17
18 (参考2) 医療DXの取組例

19 【国による取組】（医療DXの推進に関する工程表より）

20 ○マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速

21 ○全国医療情報プラットフォームの構築

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

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

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

29 ○診療報酬DX

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

34 【その他の取組例】

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

37 ○地域包括ケア、チーム医療・ケア、「かかりつけ医」における情報共有・集約

38 ○健康づくり・行動変容、疾病管理に向けた自己管理

39 ○データを作成・収集・集約・分析するためのインフラづくり

40 ○関連分野におけるマネジメントコストの効率化

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

1

2

3

※白紙

4

5

6

1 第6章 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築

2

3 第1節 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制

4 ○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、
5 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。

6 ○医療提供者は、患者本位の医療という理念を踏まえつつ、それぞれの専門性を発揮しながら連
7 携していくほか、例えば入院した患者の場合、治療後できるだけ早期に日常生活に復帰し、退
8 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など、互いに役割を分担し、かつ
9 連携して医療を提供することが必要です。

10 ○従来から、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
11 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
12 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
13 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
14 制の構築を進めています。

15 ○その後、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、
16 2012年3月の改正により、4疾病に新たに「精神疾患」が追加され、また「在宅医療」につい
17 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
18 により、5事業に新たに「新興感染症発生・まん延時の医療」が追加されました。

19 ○なお、本県においては、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
20 医療として医療連携体制の構築の取組を進めます。

21

22 1 記載項目

23 (1) 現状、課題、対策及び医療連携体制

24 ○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
25 なる機能の説明を記載しています。

26 (2) 医療体制図

27 ○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
28 います。

29 ○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
30 います。

31 ○また、2次保健医療圏等を構成する市町は、図表6-1-1のとおりです。

32

33

34

1 図表 6-1-1 2次保健医療圏等構成市町

2
3

| 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 | 精神科救急医療地域 | |
|--------------|---------|---------|---------|-----------|-----|
| 下田市 | 賀茂 | 賀茂 | 東部 | 東部 | |
| 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 | | | |
| 伊東市 | | 伊東 | | | |
| 伊豆市 | 駿東田方 | 駿豆 | | | |
| 伊豆の国市 | | | | | |
| 沼津市 | | | | | |
| 三島市 | | | | | |
| 裾野市 | | | | | |
| 函南町 | | | | | |
| 清水町 | | | | | |
| 長泉町 | | | | | |
| 御殿場市 | | | | | 御殿場 |
| 小山町 | | | | | |
| 富士宮市 | 富士 | 富士 | | | 富士 |
| 富士市 | | | | | |
| 静岡市(清水区) | 静岡 | 清水 | 静岡 | | |
| 静岡市(葵区, 駿河区) | | 静岡 | | | |
| 島田市 | 志太榛原 | 志太榛原 | 中部 | 志太榛原 | |
| 焼津市 | | | | | |
| 藤枝市 | | | | | |
| 牧之原市 | | | | | |
| 吉田町 | | | | | |
| 川根本町 | | | | | |
| 磐田市 | 中東遠 | 中東遠 | 西部 | 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 | | |
| 浜松市(天竜区以外) | | 西遠 | | | |
| 湖西市 | | | | | |

1 第2節 疾病

2 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でき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、基本的にすべての臓器、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月策定の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）

○本県では、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10万人に対する死亡者の割合)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。

○全国と比較した本県におけるがん全体の標準化死亡比 (2017-2022) 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）

○成人の喫煙率は、2019年に18.6%で、2022年に 16.4%と、減少傾向にあります。

（がん検診受診率等）

○本県の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

¹ ゲノム：遺伝子をはじめとした遺伝情報の全体。

- 1 宮頸がん検診 64.4%でした。
- 2 ○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
- 3 の2019年度と比較すると96.8%と、概ねコロナ禍前の受診者数に回復しつつありますが、未
- 4 だ、完全回復に至っていません。
- 5 (がん医療提供体制)
- 6 ○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
- 7 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²」が1施設、「地域がん診療
- 8 連携拠点病院³」が 11施設、「地域がん診療病院⁴」が 1施設指定され（以下、これら国指定病院
- 9 をあわせて「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⁵」(以
- 10 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⁶」を2施設指定してい
- 11 ます。上記以外に、国指定病院としてそれぞれ1病院が「がんゲノム医療中核拠点病院⁷」及び
- 12 「小児がん拠点病院⁸」に指定されています。さらに、「がんゲノム医療連携病院⁹」として8施設、
- 13 「小児がん連携病院¹⁰」として3施設が指定されています。
- 14 ○県内の2次保健医療圏のうち、賀茂医療圏を除く7保健医療圏においては、拠点病院等が整備
- 15 されています。
- 16 ○2022年の県内のがん治療認定医の数は 459人、人口10万人当たり 12.6人で、全国平均の 14.4
- 17 人より少なく、がん専門看護師数は 28人、人口10万人当たり 0.8人で、全国平均の 0.8人と
- 18 同程度で、がん専門薬剤師数も 20人、人口10万人当たり 0.6人で、全国平均の 0.6人と同程
- 19 度となっています。
- 20 ○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
- 21 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
- 22 などの項目が、新たに追加されています。

2 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。

3 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。

4 地域がん診療病院：がん診療連携拠点病院が無い保健医療圏に厚生労働大臣が指定する病院。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。

5 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、静岡県知事が指定する病院。

6 がん相談支援センター設置病院：賀茂・熱海伊東医療圏のうち、がんの相談支援を行う機能を有する部門を設置する、静岡県知事が指定する病院。

7 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。2023年10月1日現在、全国に 13施設指定されている。

8 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。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。

9 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。

10 小児がん連携病院：各地方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さんに提供できるよう、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から指定を受けた病院

1 (がんゲノム医療)

2 ○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
3 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
4 ェクトHOPE (High-tech Omics-based Patient Evaluation) が2014年から開始され、2023年
5 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
6 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
7 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
8 ています。

9 (がんのリハビリテーション)

10 ○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
11 整備を進めており、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、
12 2023年度で46施設となっており、全保健医療圏にあります。

13 (支持療法)

14 ○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、
15 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
16 等があります。

17 ○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
18 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
19 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。

20 ○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、
21 近年その重要性が認識されています。県では、2019年4月から、「若年がん患者等支援事業費
22 補助」を実施し、アピアランスケアの支援を行っています。

23 (希少がん、難治性がん)

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

26 ○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
27 ジで各拠点病院のがんの診療状況を公開しています。

28 (小児がん、AYA世代¹¹のがん、高齢者のがん)

29 ○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、
30 2023年4月1日から4年間の指定を受けています。

31 ○AYA世代(思春期・若年成人世代)のがんは、小児と成人領域の狭間で、患者が少なく、がん
32 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て
33 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
34 診療科の連携治療や支持療法などを行っています。

35 ○県は、2019年度から、40歳未満のがん患者を対象とした、妊孕性温存療法に係る費用への助
36 成制度を創設しています。

37 ○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

¹¹ AYA世代：おおよそ15歳から40歳の思春期・若年成人の世代を指す。AYAはAdolescent and Young Adultの略。

1 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。

2 (緩和ケア)

3 ○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
4 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
5 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。

6 ○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
7 偏見があります。

8 (在宅医療の充実)

9 ○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、6年間で約15.2ポ
10 イント上昇しました。

11 (就労支援)

12 ○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
13 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。

14

15 ウ 医療提供体制等の課題

16 (ア) がんの予防・がんの早期発見

17 ○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
18 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。

19 ○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
20 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
21 ん検診60%以上、それ以外のがん検診で50%以上には不十分でした。

22 ○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
23 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
24 ります。

25 ○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
26 善する「精度管理」を徹底する必要があります。

27 (イ) がん患者一人ひとりに応じた治療と支援の推進

28 ○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、
29 更なる質の向上を図っていく必要があります。

30 ○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。

31 ○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。

32 ○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
33 診療提供体制の整備が必要です。

34 ○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
35 る病院を増やしていく必要があります。

36 ○がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対応する支持療法を提供することで、がん患者のQ
37 O Lを高め、社会復帰を早める必要があります。

38 ○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
39 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
40 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。

- 1 ○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
 2 する支援体制の充実を図っていく必要があります。
- 3 ○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
 4 すべきがん治療の標準化が困難です。
- 5 ○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
 6 意思決定について、一定の基準や普及啓発が必要です。
- 7 **(ウ) がん患者療養支援機能の充実**
- 8 ○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
 9 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。
- 10 ○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
 11 進めるほか、かかりつけ医、看護師、かかりつけ薬局の薬剤師等が、在宅緩和ケアのスキルを
 12 高めていく必要があります。
- 13 ○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
 14 を、さらに進めていく必要があります。
- 15 ○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
 16 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。
- 17 ○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、
 18 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
 19 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。

21 **(2) 対策**

22 **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 | <u>1.28 倍</u> (2017~21 年) | <u>1.20 倍</u> (2025~29 年) | <u>過去5年での縮小値</u> (0.012/年)を維持 | 静岡県市町別 健康指標 |
| <u>現在自分らしい日常生活を送</u> <u>れていると感じるがん患者の</u> <u>割合</u> | <u>70.5%</u> (2018 年度) | <u>改善</u> | <u>現状値からの増加</u> | <u>患者体験調査</u> |
| <u>がん検診受</u> <u>診率</u> | 胃がん | <u>43.2%</u> (2022 年) | <u>60%以上</u> (2029 年) | 国の「 <u>第4期がん対策</u> <u>推進基本計画</u> 」の目標 値と同じ値を設定 |
| | 肺がん | <u>54.4%</u> (2022 年) | | |
| | 大腸がん | <u>48.3%</u> (2022 年) | | |
| | 乳がん | <u>45.9%</u> (2022 年) | | |
| | 子宮頸がん | <u>44.0%</u> (2022 年) | | |
| がん患者の就労支援に関す る研修受講者数 | <u>40 人</u> (2022 年度) | <u>年 40 人</u> (毎年度) | <u>現状値と同じ人数の研</u> <u>修受講者数を設定</u> | 県疾病対策課 調査 |

1 **イ 施策の方向性**

2 **(ア) がんの予防・がんの早期発見**

3 ○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
4 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
5 す。

6 ○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
7 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。

8 ○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
9 と連携した啓発等を推進します。

10 ○がん検診と特定健診の同時実施や休日検診の実施、さらに託児環境を備えるなど子育て世代が
11 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。

12 ○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、対象者など
13 を意識した適切な啓発活動を、引き続き、行います。

14 ○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
15 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
16 上を進めます。

17 ○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
18 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
19 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。

20 **(イ) がん患者一人ひとりに応じた治療と支援の推進**

21 ○県内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
22 ん化及び医療機関間との連携強化を図ります。

23 ○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
24 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、
25 がん医療の均てん化に取り組みます。

26 ○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
27 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。

28 ○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
29 ンゲノム医療体制の構築を進めます。

30 ○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
31 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
32 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。

33 ○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
34 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。

35 ○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
36 る支持療法の提供体制の充実を推進します。

37 ○アピアランスケアを支持療法の一環として捉え、拠点病院等のアピアランスケアの実状を把握
38 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。

39 ○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り

- 1 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
2 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
3 進めます。
- 4 ○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
5 ん患者の復学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
6 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、地域の医療機関等の関係
7 者との連携の下で整備を進めます。
- 8 ○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
9 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
10 進めます。
- 11 ○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
12 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
13 内の医療機関に対する働き掛けを行います。
- 14 ○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、県内の拠点病院
15 における低侵襲医療体制の整備を支援します。
- 16 ○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
17 療を支える医療・介護関係者の相談対応力の向上を図るとともに、県民に対し、ACP（人生会議）
18 の重要性を説明し、リビングウィル（意思表示書）の作成を促します。
- 19 ○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。
- 20 **(ウ) がん患者療養支援機能の充実**
- 21 ○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
22 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
23 を進め、県内の在宅医療体制の強化を進めます。
- 24 ○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、
25 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、
26 整備を進めます。
- 27 ○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
28 ケアの地域連携クリティカルパス等を検討します。
- 29 ○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
30 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
31 実に向け、県医師会や県薬剤師会等と連携を進めます。
- 32 ○緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発を、引き続き、推進します。
- 33 ○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
34 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。
- 35 ○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
36 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。
- 37 ○「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
38 体制の構築、拠点病院等及び県推進病院で労働局等と連携した就労相談体制の整備などを通じ
39 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。

- 1 ○医療者、雇用主等の事業者、両立支援コーディネーターの3者によるトライアングル型サポ
- 2 ート体制の円滑な実施を図ります。
- 3
- 4

1 ○がんのロジックモデル

2

＜個別施策＞

＜中間アウトカム＞

＜分野アウトカム＞

| | |
|------------------------|-----------------|
| 1:がんの予防・がんの早期発見 | |
| 現状データ | 普及啓発キャンペーンの実施状況 |
| 現状データ | 指針の遵守市町村数 |

| | |
|------------------------------|---------------|
| 1:精度管理されたがん検診の実施と受診促進 | |
| 数値目標 | 検診5がん検診受診率 |
| 現状データ | 検診5がん精密検査受診率 |
| 現状データ | 検診がん種別早期がん割合 |
| 現状データ | 検診がん種別進行がん罹患率 |

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

| | |
|--------------------------------|---|
| 2:がん患者一人ひとりに応じた治療と支援の推進 | |
| 現状データ | がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院の数 |
| 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がん診療連携拠点病院等の割合 |

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

| | |
|------------------------|--|
| 3:がん患者療養支援機能の充実 | |
| 数値目標 | がん患者の就労支援に関する研修受講者数 |
| 現状データ | がん診療連携拠点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) |

| | |
|---------------------------------|------------------------|
| 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 | 拠点病院等の緩和ケアチーム新規診療症例数 |
| 現状データ | 緩和ケア外来の新規診療患者数 |
| 現状データ | 長期療養者就職支援事業におけるがん患者失職率 |

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

3

4

5

6

7

8

9

10

11

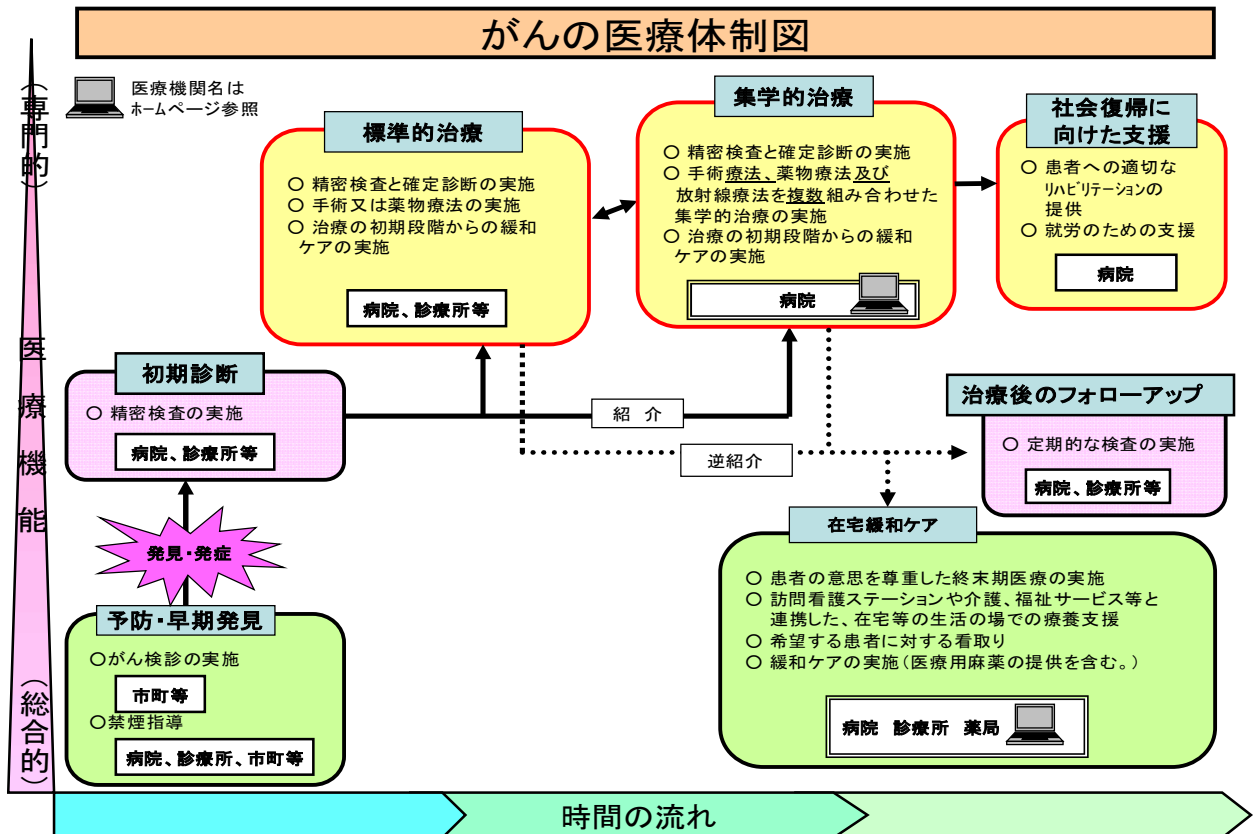
12

13

1 (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"> ○喫煙対策やがんに関連するウイルスの感染予防などによるがんリスクの低減 ○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の実施 ○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 ・<u>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</u> (以下は、がん拠点病院の対応) ・<u>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</u> ・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、がん経験者の就業継続支援取組をがん患者に提供できるよう周知 ・<u>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</u> ・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 |

2
3 (4) 「がん」の医療体制図

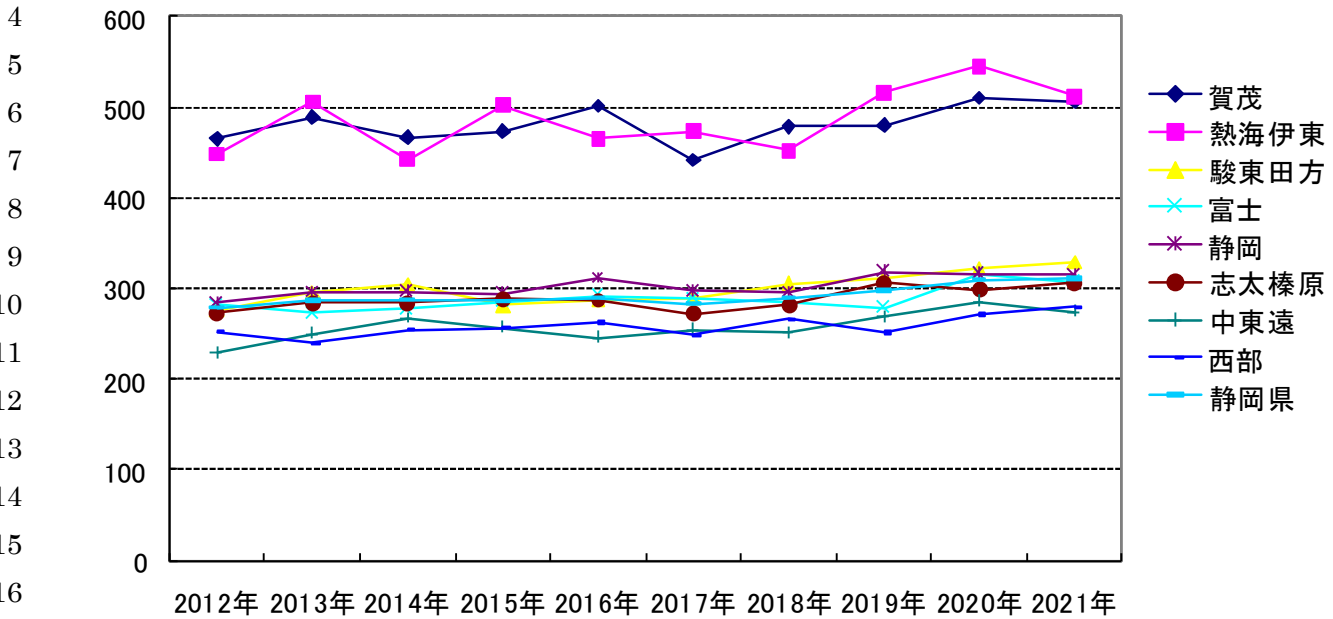


1 (5) 関連図表

2 ○がんによる死亡率(人口 10 万人当たり)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 | <u>510.3</u> | <u>505.9</u> |
| 熱海伊東 | 448.2 | 505.8 | 442.3 | 501.6 | 465.0 | 473.2 | 452.1 | 516.0 | <u>544.9</u> | <u>511.3</u> |
| 駿東田方 | 275.5 | 295.7 | 304.3 | 281.9 | 286.9 | 289.9 | 305.1 | 311.4 | <u>321.9</u> | <u>328.7</u> |
| 富士 | 282.3 | 272.5 | 277.2 | 284.3 | 292.1 | 289.2 | 284.4 | 278.5 | <u>315.9</u> | <u>307.3</u> |
| 静岡 | 284.1 | 295.2 | 296.3 | 294.3 | 310.6 | 297.0 | 295.8 | 318.7 | <u>316.0</u> | <u>314.4</u> |
| 志太榛原 | 273.4 | 284.6 | 284.1 | 288.1 | 286.5 | 272.2 | 281.9 | 305.7 | <u>298.5</u> | <u>306.8</u> |
| 中東遠 | 228.6 | 249.8 | 266.8 | 256.5 | 245.3 | 254.0 | 250.4 | 268.3 | <u>285.5</u> | <u>274.1</u> |
| 西部 | 252.4 | 239.3 | 254.2 | 256.5 | 262.1 | 248.3 | 265.8 | 251.0 | <u>271.5</u> | <u>279.6</u> |
| 静岡県 | 278.8 | 286.6 | 287.2 | 286.1 | 289.8 | 282.8 | 289.5 | 297.8 | <u>309.5</u> | <u>310.7</u> |

3



4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

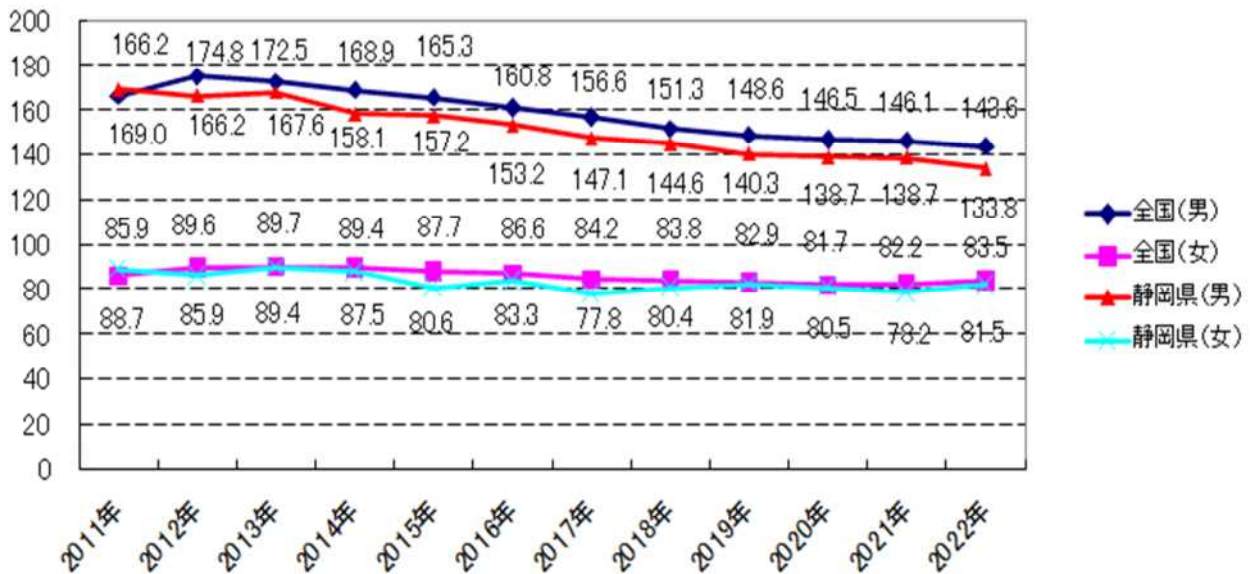
16

17

18

19

○がんによる年齢調整死亡率(人口 10 万人当たり)の推移



20

21

1 ○がんに関する各医療機能を担う医療機関数(2023年10月16日現在)

| 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：県健康福祉部調べ)

5 ○悪性腫瘍手術、放射線治療、外来化学療法の実施件数(2020年)

| 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 |

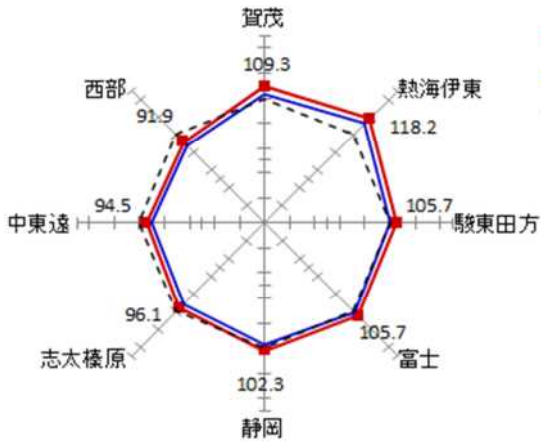
(出典：厚生労働省「医療施設調査」)

1 ○標準化死亡比 (SMR¹²) : がん総数、胃、結腸、直腸・S字結腸

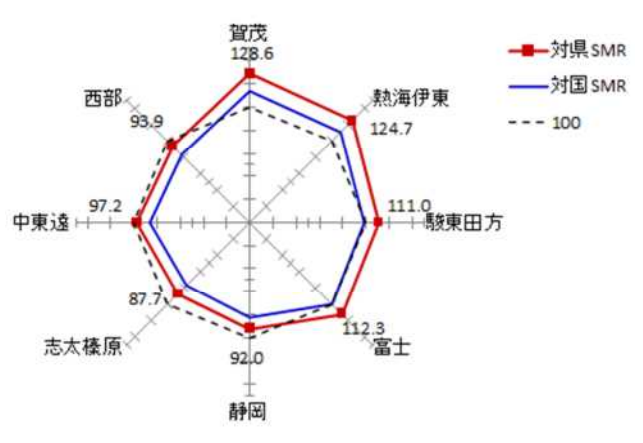
| 2017年-2021年 | 悪性新生物 | | | | | | | |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------|-------|
| | 総数 | | 胃 | | 結腸 | | 直腸S状結腸移行部及び直腸 | |
| | 対県SMR | 対国SMR | 対県SMR | 対国SMR | 対県SMR | 対国SMR | 対県SMR | 対国SMR |
| 賀茂 | 109.3 | 103.7 | 128.6 | 114.2 | 117.1 | 111.2 | 107.0 | 105.4 |
| 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 | 二 | 95.1 | 二 | 88.9 | 二 | 94.9 | 二 | 97.9 |

2
3
4

【総数】

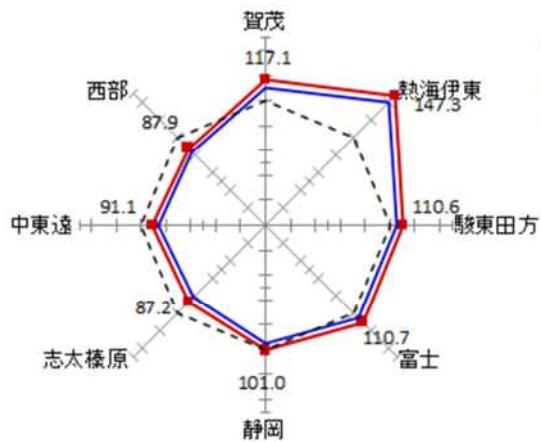


【胃】

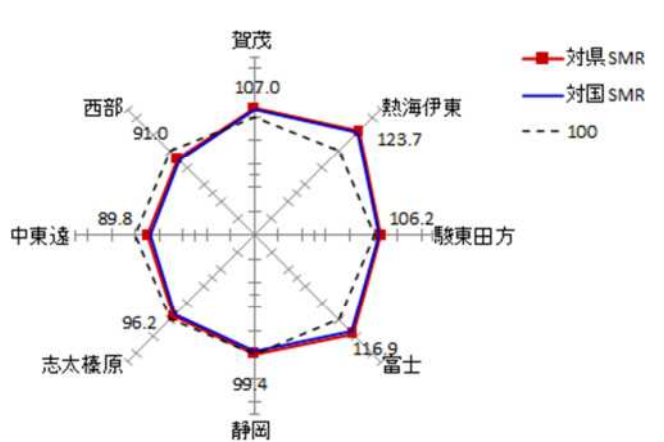


5
6
7

【結腸】



【直腸S状結腸移行部及び直腸】



8
9
10
11

¹² 標準化死亡比(SMR) : 国また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。数値が100より大きい場合は、国や県よりも死亡者が多い。

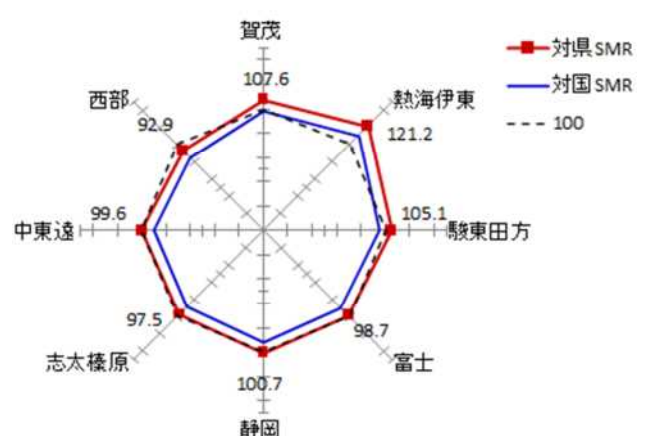
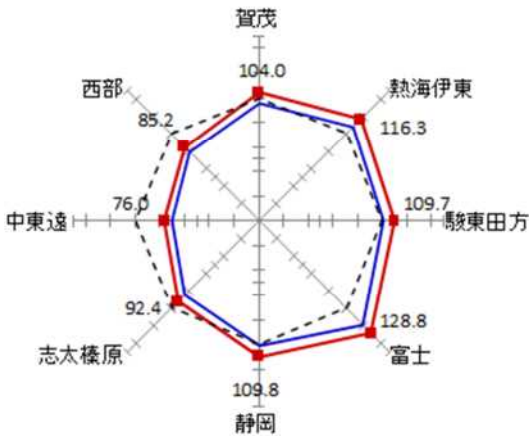
1 ○標準化死亡比 (SMR) : 肝、肺、乳房、子宮

| 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 | 二 | 92.3 | 二 | 90.9 | 二 | 94.1 | 二 | 104.8 |

2
3
4

【肝及び肝内胆管】

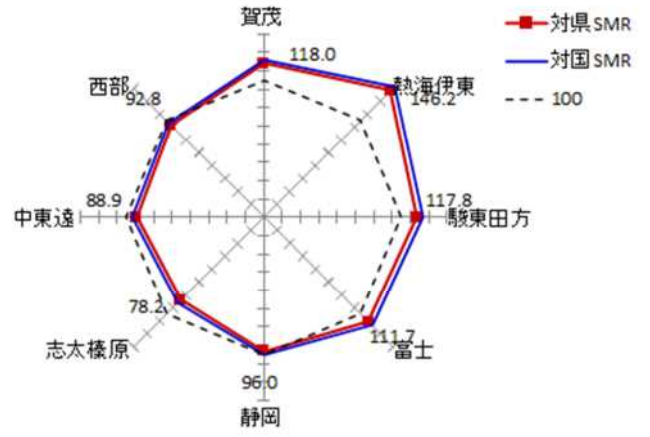
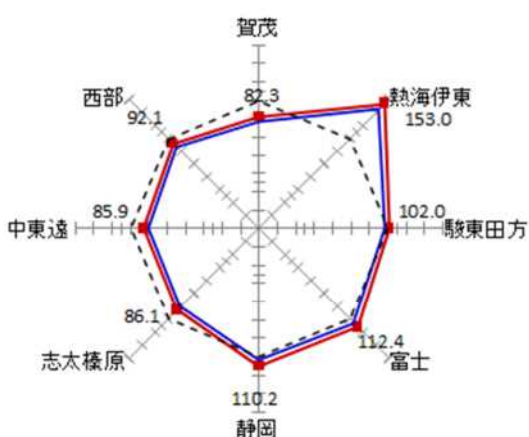
【気管、気管支及び肺】



5
6
7

【乳房】

【子宮】



8

9 ※図中の数値は対県 SMR (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」)

10 ※SMR (標準化死亡比) :
 11 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
 12 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
 13 「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
 14 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)
 15 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
 16 率が高い)」ということができます。

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)

- 本県における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、死亡原因としては悪性新生物（がん）、心血管疾患、老衰に次いで第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、依然として高い傾向を示しています。

(医療従事者の状況)

- 2020年の本県の人口10万人当たり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年の本県の人口10万人当たり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。

(特定健康診査の状況)

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、失認の他、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：重度の昏睡状態をさす病状のこと。

1 ○2021年度の本県の特定健康診査（特定健診）受診率は58.8%です。

2 (救急患者の搬送)

3 ○本県において、2020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。

4 ○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
5 国平均 42.8分とほぼ同水準の搬送時間となっています。

6 (急性期の治療)

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

9 ○本県において、2022年時点で、一次脳卒中センターの認定（一般社団法人脳卒中学会）を受け
10 ている病院は、25施設あります。

11 ○本県において、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）⁴の実施
12 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。

13 ○本県において、2021年時点で、脳梗塞に対する血栓回収療法⁵の実施可能な病院は 18施設あり
14 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。

15 ○本県において、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⁶及び脳動脈瘤
16 コイル塞栓術⁷が、賀茂を除く7保健医療圏で実施されています。

17 (脳卒中のリハビリテーション)

18 ○本県において、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⁸は 186
19 施設あり、県内の全保健医療圏で実施されています。

20 (在宅への復帰)

21 ○本県において、2020年の脳卒中の退院患者平均在院日数は 88.5日です。

22 ○本県において、2017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
23 56.6%となっています。

24 ○本県において、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
25 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。

26 **ウ 医療提供体制**

27 ○静岡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
28 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望まれます。

29 ○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
30 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
31 及させていくことが必要です。

32 **(ア) 予防・啓発**

33 ○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

³ 2020年患者調査をもとに、厚生労働省医政局地域医療計画課で集計

⁴ 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

⁵ 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

⁶ 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

⁷ 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

⁸ 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

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、糖尿病、脂質異常症、不整脈（心房細動）、慢性腎臓病（CKD）、喫煙、多量飲酒も危険因子です。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。

○特定健康診査において「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。

○歯周病患者では、脳卒中のリスクが1.24倍高いことが報告されています⁹。

(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、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、出来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、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）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t-PA療法や機械的血栓回収療法を迅速に行うことで、機能予後の改善につながることをしていますが、急性期治療を十分に受けられる状況には至っていません。

○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日受け入れる体制での対応を行うことが求められます。

○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。

○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感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、循環器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

○脳卒中患者では、急性期診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に移行することが求められます。

○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ります。急性期、

⁹Harriet 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

1 回復期、維持期・生活期の各期において、病状や合併症に応じた適切なリハビリテーションを
2 継続して受けられる体制の整備が必要です。

3 ○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
4 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
5 れるように、関係者（機関）の連携が重要です。

6 ○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、
7 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。

8 (オ) 維持期・生活期

9 ○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
10 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
11 な体制の整備が必要です。

12 ○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
13 療を提供できる医療機関との連携が重要です。

14 ○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、
15 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。

16 ○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。

17 ○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、病を患った方々が生き
18 がいを感じながら働ける社会のため、就労支援サービスの活用が必要です。

19 (カ) 再発・重症化予防

20 ○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
21 可能性があります。

22 ○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。

23 ○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
24 い、誤嚥性肺炎を予防することも重要です。

25

26

1 (2) 対策

2 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 万人当たり) | 男性 37.1 女性 20.4 (2021 年) | <u>男性 31.7</u> <u>女性 16.7</u> (2029 年) | 全国平均まで引 下げ | 厚生労働省「人 口動態統計」か ら算出 |
| 健康寿命 (歳) | 男性 73.45 女性 76.58 男女計 75.04 (2019 年) | <u>平均寿命の増加 分を上回る健康 寿命の増加</u> (2029 年) | <u>「第 4 次ふじの くに健康増進計 画」と整合</u> | 厚生労働省「健 康日本 21 推進 専門委員会」 |
| 高血圧の指摘を受けた者の うち、 <u>現在治療を受けてい ない者の割合</u> | 男性 26.6% 女性 19.5% (2016 年) | <u>男性 21.2%以下</u> <u>女性 15.6%以下</u> (2029 年) | 2 割減少 | 県民健康基礎調 査 |
| 脳梗塞に対する t-PA による 血栓溶解療法及び血栓回収 療法を実施可能な保健医療 圏数 | <u>賀茂以外の 7 医療圏</u> (2021 年) | <u>全医療圏</u> (2029 年) | 全圏域で実施可 能な体制を構築 | 厚生労働省「NDB オープンデー タ」 |
| <u>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</u> | <u>全医療圏</u> (2023 年) | <u>全医療圏</u> (2029 年) | <u>全圏域で実施可 能な体制を維持</u> | <u>東海北陸厚生局 「施設基準の届 出受理状況」</u> |

3
4 イ 施策の方向性

5 ○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。

6 ○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
7 者の相談対応力の向上を図るとともに、県民に対し、ACP やリビングウィル（意思表示書）に
8 ついて、普及啓発を実施します。

9 (ア) 予防・啓発

10 ○禁煙、適切な飲酒、減塩、運動習慣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
11 推進による高血圧症、糖尿病、脂質異常症等、脳卒中の危険因子となる生活習慣病の発症予防
12 や重症化予防を推進します。

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

15 ○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
16 やしていきます。

17 ○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
18 普及啓発を図ります。

19 ○県医師会等の関係団体と連携し、かかりつけ医への定期受診によって、高血圧症への降圧療法
20 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。

21 ○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
22 勧めます。

23 (イ) 救護

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

3 ○脳卒中を疑うような症状（片側の顔や手足が動きにくい、ろれつが回らない、激しい頭痛）が
4 出現した場合、本人や家族等周囲にいる者が速やかに受診行動をできるように、県民への脳卒
5 中の正しい知識を普及啓発します。

6 (ウ) 急性期

7 ○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 t-PA
8 脳血栓溶解療法の講習を受けた医師の地域での増加を促進し、地域内の脳卒中急性期診療体制
9 のネットワーク構築を図ります。

10 ○救急患者の CT、MRI 画像を脳卒中専門医のいる施設へネットワーク経由で伝送することによ
11 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、専門医の指示のもと
12 で t-PA 療法を開始した上で病院間搬送を行う体制の構築について、地域の実情に合わせて検
13 討し、標準的治療の普及（発症から 4.5 時間以内の t-PA 治療、カテーテルによる血栓回収療
14 法等）を図ります。

15 ○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
16 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。

17 ○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
18 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
19 組を進めます。

20 ○院内歯科との連携を進めます。

21 ○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
22 活用できる仕組みづくりを推進します。

23 (エ) 回復期

24 ○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
25 ることを進めます。

26 ○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
27 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
28 連携パスや ICT 端末等にて共有及び意見交換し、リハビリテーション、合併症の治療、再発し
29 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。

30 ○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、
31 特に栄養状態や嚥下機能の評価を行うことによって円滑な嚥下訓練につなげる仕組みづくりを
32 推進します。

33 ○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
34 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
35 の口腔機能の維持・改善を図ります。

36 ○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
37 る低栄養状態のケース等では、胃瘻造設適応を含めた各種対応の判断を多職種のチームで検討
38 することを勧めます。

39 (オ) 維持期・生活期

- 1 ○かかりつけ医・かかりつけ薬局等と専門的医療を行う施設の医療従事者との連携が適切に行
2 われるような取組を進めます。
- 3 ○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
4 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
5 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。
- 6 ○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
7 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。
- 8 ○療養生活に移行して初めて、それまで気付かれなかった高次脳機能障害によって問題が生じ
9 る場合もあるので、適宜家族がかかりつけ医に相談するように啓発します。
- 10 ○脳卒中により介護が必要となった場合、老老介護など家族へ負担が大きいため、地域で支え
11 合える環境づくりや医療と介護の連携を推進します。
- 12 ○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。
- 13 ○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。
- 14 ○治療と仕事の両立の相談支援体制を充実させます。
- 15 **(カ) 再発・重症化予防**
- 16 ○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
17 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
18 な福祉資源等の情報提供を教育的に行う体制を進めます。
- 19 ○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
20 よう、医療機関、薬局の連携体制を推進します。
- 21 ○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治療及び危険因子の管理を続ける
22 とともに、かかりつけ歯科医のもとで口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防を進めます。
- 23

○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 | 特定健康診査の実施率 |
| 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【県独自】 |

| | |
|-------------------------|------------------------|
| 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10万人当たり) |

| | |
|--------------|--------------------|
| 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【県独自】 |
| 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【県独自】 |
| 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【県独自】 |
| 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) |

1
2

(3) 「脳卒中」の医療体制に求められる医療機能

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

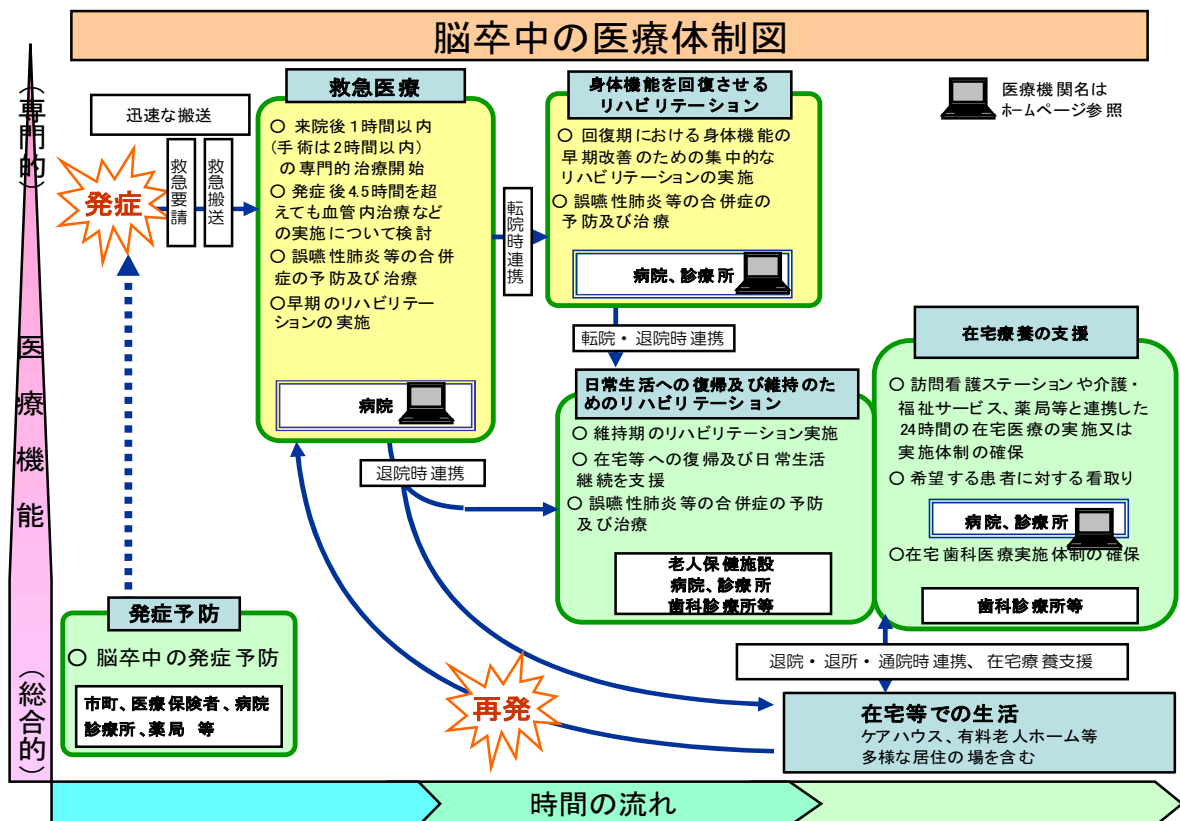
3

4

5

6

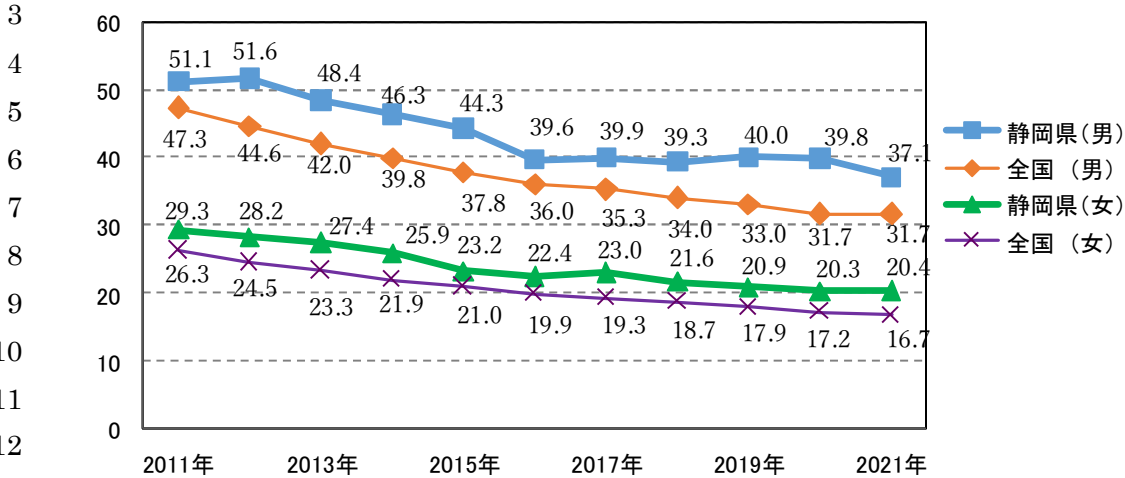
(4) 「脳卒中」の医療体制図



22

1 (5) 関連図表

2 ○脳卒中による年齢調整死亡率（人口10万人対）の推移



(出典：厚生労働省「人口動態統計」から算出)

14 ○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)

16 ○特定健診分析結果（標準化該当比¹⁰）（2020年）

| 2020年 | 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」)

¹⁰ 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

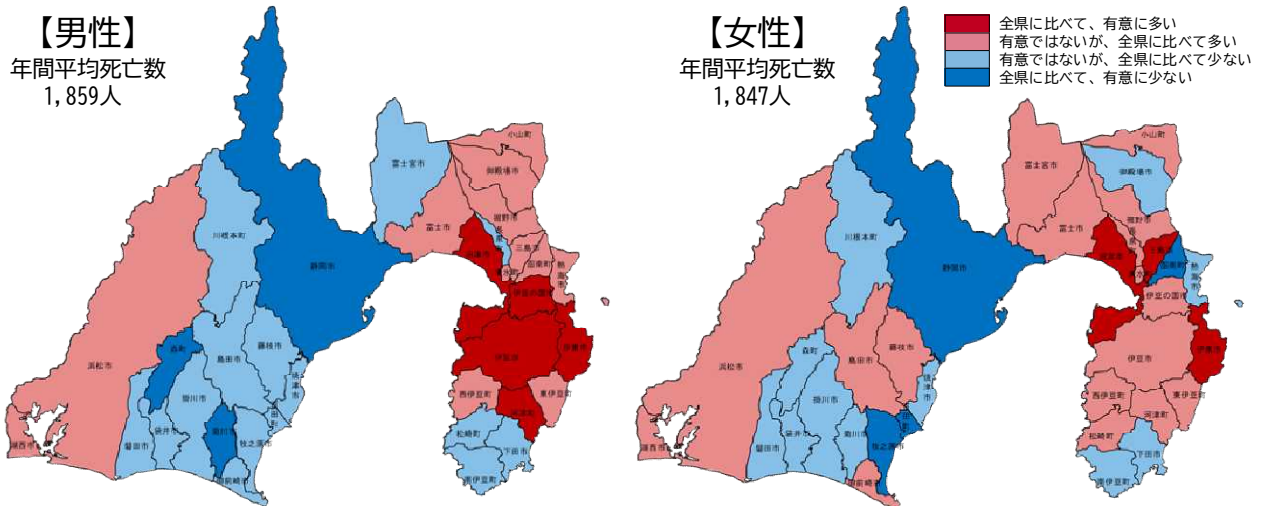
1 ○標準化死亡比（SMR）（2017年-2021年）

| 2017年-2021年 | 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

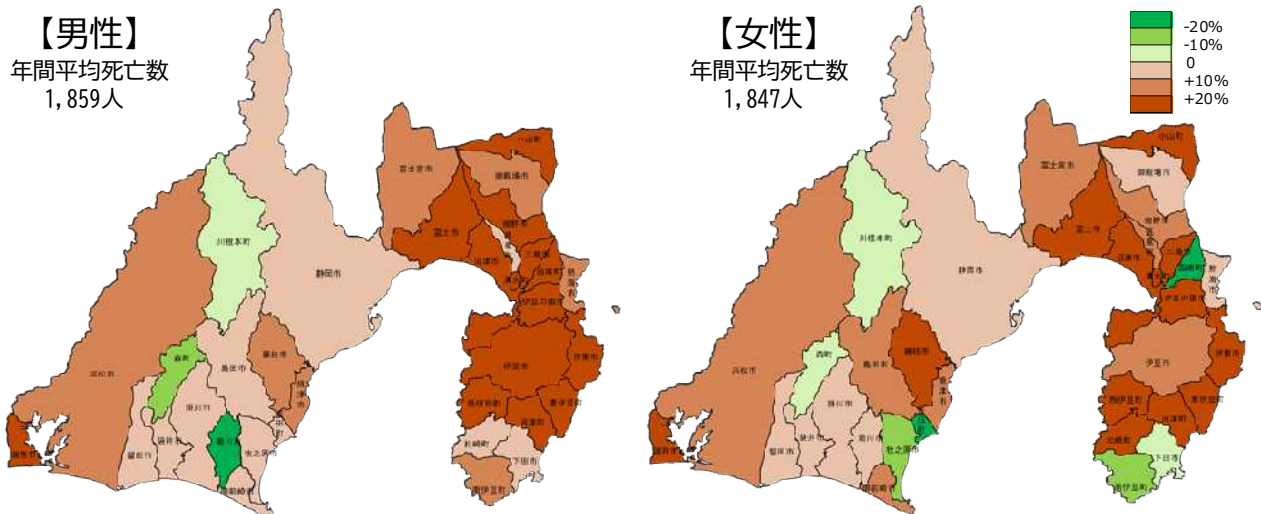
2

3 <県内比較（2021年）>



4

5 <全国比較>



6

(出典：静岡県「静岡縣市町別健康指標」)

1 ○指標による現状把握

2 (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10万人対) | 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10万人対) | 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」)

4 (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(千人)(2020年) | | 7.9 | 0.0 | 0.5 | 1.3 | 1.9 | 1.4 | 0.7 | 0.0 | 1.5 |

(出典：厚生労働省「患者調査」)

6

| 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」)

8

9 (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

13 (脳卒中のリハビリテーション)(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 |
| 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 (人口10万人対) | | 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 |

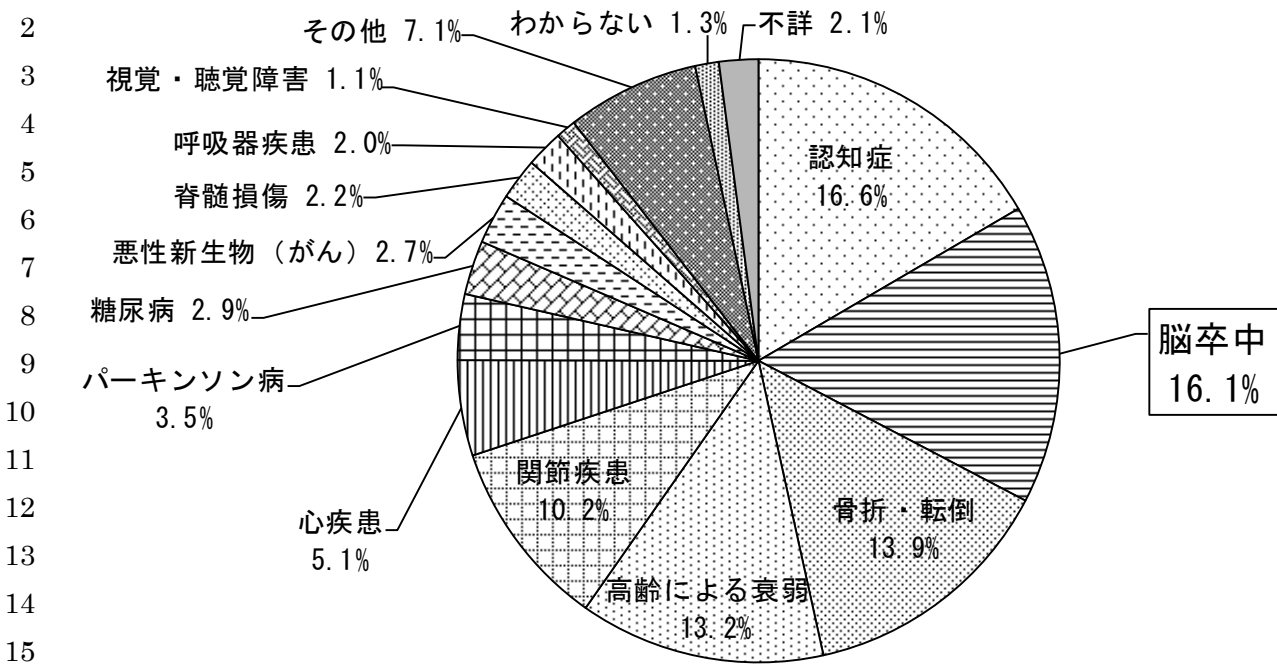
(出典：東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」)

15 (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 | 0.0 | 0.0 | 1.3 | 2.7 | 1.3 | 1.1 | 0.5 | 2.1 |
| 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合(%) | | 56.6 | 53.0 | 50.4 | 47.9 | 68.4 | 55.4 | 59.2 | 43.4 | 55.7 |

(出典：厚生労働省「患者調査」)

1 ○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」）

18 ○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」）

1

2

3

4

※白紙

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

- 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、冠動脈の高度狭窄や閉塞を突然きたした状態を指します。結果、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、その後の速やかな救急搬送、医療機関での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）二つの腔になった状態であり、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、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、身体の各臓器へ必要量に見合う

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。心電図上、ST の部分が上昇する。

² 非 ST 上昇型心筋梗塞：心電図の波形において ST の部分が上昇していない心筋梗塞

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

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）

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

⁶ 電氣的除細動：致命的な不整脈の際、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

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。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。運動や精神的興奮によるものと、誘因なく発生する病的なものがあります。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の成績が一気に改善したことによって、現在は小児期に心臓病の治療をして成人し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)

○本県における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、死亡原因としては悪性新生物(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年の本県の人口10万人当たり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いです。

○2020年の本県の人口10万人当たり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。

(救急患者の搬送)

○本県において、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790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分とほぼ同水準の搬送時間となっています。

(急性期の治療)

⁷ 2020年患者調査をもとに、厚生労働省医政局地域医療計画課で集計。

- 1 ○本県において、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、賀茂を除く7
2 保健医療圏に25施設あります。
- 3 ○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を除く5保健医
4 療圏にあります。
- 5 ○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病床あり、駿東田方、静岡、
6 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。
- 7 ○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）は、2021年に県内全保健医療
8 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
9 遠を除く5保健医療圏で実施されています。

10 （心血管疾患のリハビリテーション）

- 11 ○本県において、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⁹は
12 31施設あり、賀茂を除く7保健医療圏で実施されています。

13 （在宅への復帰）

- 14 ○本県において、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
15 者平均在院日数は35.2日です。
- 16 ○本県において、2017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
17 者の割合は95.5%となっています。

18 （移行期医療）

- 19 ○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、県立こども病院が県
20 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
21 進的に取り組んでいます。
- 22 ○小児期に心疾患に対する治療等を行なった場合、合併症や治療の遺残病変に起因した心不全や
23 不整脈で、薬物治療や再手術を含む治療が必要となる、治療した部位が成長に対応できずに再
24 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、健康寿命
25 が大きく変わります。
- 26 ○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
27 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。

28

29 ウ 医療提供体制

- 30 ○静岡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
31 かし、急性心筋梗塞の標準化死亡比（SMR）は、賀茂、熱海伊東、富士及び中東遠の4保健医療圏
32 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、早急な対策が望
33 まれます。
- 34 ○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
35 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
36 及させていくことが必要です。

37 （ア）予防・啓発

⁸ 心血管疾患の重症患者を対象とする集中治療室。2020年医療施設調査（厚生労働省）。

⁹ 心大血管疾患リハビリテーション（I）又は（II）の施設基準を満たす施設。

1 ○急性心筋梗塞の最大の危険因子は高血圧です。心血管疾患死亡リスクが最も低い 120/80mmHg
2 未満と比較して、40 歳から 74 歳では 120/80mmHg 以上、75 歳から 89 歳では 140/90mmHg 以上
3 で、血圧上昇に伴いリスクが増大したことが報告されています¹⁰。このため、高血圧のコントロ
4 ールを厳密に行うことが極めて重要です。また、糖尿病も危険因子です。糖尿病患者は、非糖
5 尿病患者と比較して、冠動脈疾患の頻度が 2 倍から 4 倍高いと報告されています。脂質異常症、
6 慢性腎臓病（CKD）、喫煙、常習飲酒習慣、ストレスも危険因子です。さらに、喫煙しない人で
7 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。

8 ○大動脈瘤及び解離の危険因子も高血圧です。

9 ○また、急性冠症候群を一度発症した方は、再発を予防するため、厳格な LDL コレステロール管
10 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
11 未満が目標値とされています。

12 ○特定健康診査において「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、
13 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。

14 ○歯周病患者では、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¹¹。

15 (イ) 救護

16 ○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
17 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
18 病者の受入先となる医療機関リストを作成しています。

19 ○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
20 んでいます。

21 ○急性冠症候群に対しては、急性期の再灌流が生命予後の改善をもたらすことから、再灌流療法
22 の手段として早く確実に再灌流が得られる冠動脈インターベンション(PCI)が第一選択とされ、
23 24 時間 365 日対応で行うことが望ましいとされています。

24 ○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
25 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
26 外科部門が担っているところが大半です。

27 ○大動脈緊急症は、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
28 た上で、保健医療圏ごとに消防と連携した ICT のネットワーク構築が必要です。

29 ○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、
30 相当の広域搬送になる場合があります。

31 ○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。

32 ○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
33 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
34 胸骨圧迫の実施及び自動対外式除細動器（AED）を使用することで救命率の改善が見込まれま
35 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¹²、一般市民による心肺機能

¹⁰ 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」

¹¹ 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

¹² 令和 2 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）

1 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) と向
2 上傾向になっています。

3 (ウ) 急性期

4 ○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、
5 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。

6 ○ST 上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法¹³や冠動脈造影検査及びそれに続く経皮的冠動脈イ
7 ンターベンション (PCI) により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体となりま
8 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
9 血栓溶解薬静脈内投与、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
10 ては冠動脈バイパス術 (CABG)¹⁴等の外科的治療が第一選択となることもあります。

11 ○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
12 検査を行い、適応に応じて経皮的冠動脈インターベンション、冠動脈バイパス術を行います。

13 ○賀茂、熱海伊東、富士、中東遠の 4 保健医療圏には、心臓内科系集中治療室 (CCU) を有する病
14 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
15 いる病院がなく、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
16 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
17 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。

18 ○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。

19 ○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
20 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
21 等には、ステントグラフト¹⁵を用い外科的治療が必要となります。

22 ○心不全は、「心不全パンデミック」という言葉も提唱されるなど、非常に増加しつつあります。

23 ○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。

24 ○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
25 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
26 があります。

27 ○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
28 可能な施設は限られています。

29 ○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、アブレーション施行件数が増えて
30 います。

31 ○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
32 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。

33 ○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。

34 ○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ます、それによって
35 予後改善が期待できます。

¹³ 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

¹⁴ 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

¹⁵ 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

1 ○県移行期医療支援センターを中心に、対象患者について、患者レジストリーの策定や、拠点施
2 設・連携病院と地域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。

3 ○新型コロナウイルス感染症の拡大により、循環器病患者の救急搬送や手術に制限が生じる等、
4 循環器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
5 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
6 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
7 していく必要があります。

8 (エ) 回復期

9 ○社会復帰という観点も踏まえつつ、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、
10 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。

11 ○急性心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在
12 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
13 教育等を実施します。

14 ○トレッドミル¹⁶や自転車エルゴメーター¹⁷を用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作
15 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
16 神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリ
17 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・
18 医療ソーシャルワーカー等）のチームにより実施します。

19 ○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
20 をする心肺運動負荷試験が有用です。

21 ○心不全の回復期、維持期・生活期は、心臓リハビリテーションが重要で、入院中のリハビリテ
22 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
23 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。

24 ○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
25 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）¹⁸や随伴する難治性不
26 整脈への治療が行われることがあります。

27 ○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
28 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
29 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。

30 ○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
31 ョンを開始し、退院後も継続することが重要です。

32 ○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
33 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。

34 ○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
35 の点からも重要です。

¹⁶ 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

¹⁷ 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

¹⁸ 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

1 **(オ) 維持期・生活期**

2 ○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
3 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
4 な体制の整備が必要です。

5 ○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
6 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。

7 ○心不全においては、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
8 すこととなります。

9 ○心不全が急に悪化し症状が顕在化することを急性増悪と言います。心不全増悪の要因には、虚
10 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
11 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
12 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。

13 ○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す。
14 この状態では循環管理、呼吸管理等の全身管理も必要となります。

15 ○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ことができる意味
16 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。

17 ○老人介護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、
18 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
19 いただければそれで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
20 す。

21 ○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
22 ります。

23 ○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、病を患った方々が生き
24 がいを感じながら働ける社会のため、就労支援サービスの活用が必要です。

25 **(カ) 再発・重症化予防**

26 ○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
27 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
28 退院後も含めて継続的に行います。

29 ○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。

30 ○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
31 い、誤嚥性肺炎を予防することも重要です。

32 ○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教育等も重要です。

1 (2) 対策

2 ア 数値目標

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|--|--|--|----------------------------|---------------------------------|
| <u>心血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万人当たり）</u> | <u>男性 58.6</u> <u>女性 28.0</u> <u>(2021年)</u> | <u>改善</u> | <u>現状値から減少</u> | 厚生労働省「人口動態統計」から算出 |
| 健康寿命（歳） | 男性 73.45 女性 76.58 男女計 75.04 (2019年) | <u>平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加</u> <u>(2029年)</u> | <u>「第4次ふじのくに健康増進計画」と整合</u> | 厚生労働省「健康日本21推進専門委員会」 |
| 高血圧の指摘を受けた者のうち、現在治療を受けていない者の割合 | 男性 26.6% 女性 19.5% (2016年) | 男性 21.2%以下 女性 15.6%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） ¹ を実施可能な保健医療圏数 | 全医療圏 (2021年) | 全医療圏 (2029年) | 全圏域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（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医療圏 (2023年) | 全医療圏 (2029年) | 全圏域で実施可能な体制を構築 | <u>東海北陸厚生局</u> 「施設基準の届出受理状況」 |

3

4 イ 施策の方向性

5 ○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。

6 ○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。

7 (ア) 予防・啓発

10 ○禁煙、適切な飲酒、減塩、運動習慣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る高血圧症や脂質異常症等、急性心筋梗塞の危険因子となる生活習慣病の発症予防や重症化予防を推進します。

13 ○小中学生から禁煙、減塩、野菜摂取、運動習慣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。

15 ○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。

17 ○健康ハートの日（8月10日）や健康ハートウィーク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。

19 ○県医師会等の関係団体と連携し、かかりつけ医への定期受診や訪問診療によって、高血圧症へ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。

22 ○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。

23

1 **(イ) 救護**

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

4 ○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
5 す。

6 ○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
7 合、本人や家族等周囲にいる者が速やかに救急要請し、胸骨圧迫や自動対外式除細動器（AED）
8 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さらに推進します。

9 **(ウ) 急性期**

10 ○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・
11 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
12 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
13 体制の構築を図ります。

14 ○保健医療圏内で急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の急性期治療病院間ネットワーク体制が構築
15 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
16 者搬送を確保するシステムを構築します。

17 ○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
18 やかな紹介入院が円滑にできるように、地域医療連携をさらに推進します。

19 ○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
20 す。

21 ○今後入院が増加す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
22 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
23 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。

24 ○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
25 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
26 組を進めます。

27 ○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、
28 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
29 に紹介することなどの取組を進めます。

30 ○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
31 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
32 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。

33 ○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
34 活用できる仕組みづくりを推進します。

35 **(エ) 回復期**

36 ○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
37 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。

38 ○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
39 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

1 ス等にて共有し、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
2 して実施する体制づくりを推進します。

3 **(オ) 維持期・生活期**

4 ○かかりつけ医・かかりつけ薬局等と専門的医療を行う施設の医療従事者との連携が適切に行わ
5 れるような取組を進めます。

6 ○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
7 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
8 護連携体制を整備して、日常生活の継続を支援します。

9 ○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
10 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。

11 ○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
12 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
13 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
14 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。

17 ○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。

18 ○治療と仕事の両立の相談支援体制を充実させます。

19 **(カ) 再発・重症化予防**

20 ○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
21 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
22 ル等の情報提供を教育的に行う体制を進めます。

23 ○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
24 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
25 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
26 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
27 めます。

28 ○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
29 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。

30 ○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
31 りつけ歯科医への定期受診を勧めます。

32

1 ○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 | 特定健康診査の実施率 |
| 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【県独自】 |

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| 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10万人当たり) |

| | |
|-------------|----------------------------|
| 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 | 心不全手帳導入後の再入院率 |

| | |
|--------------|---|
| 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【県独自】 |
| 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【県独自】 |
| 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 |

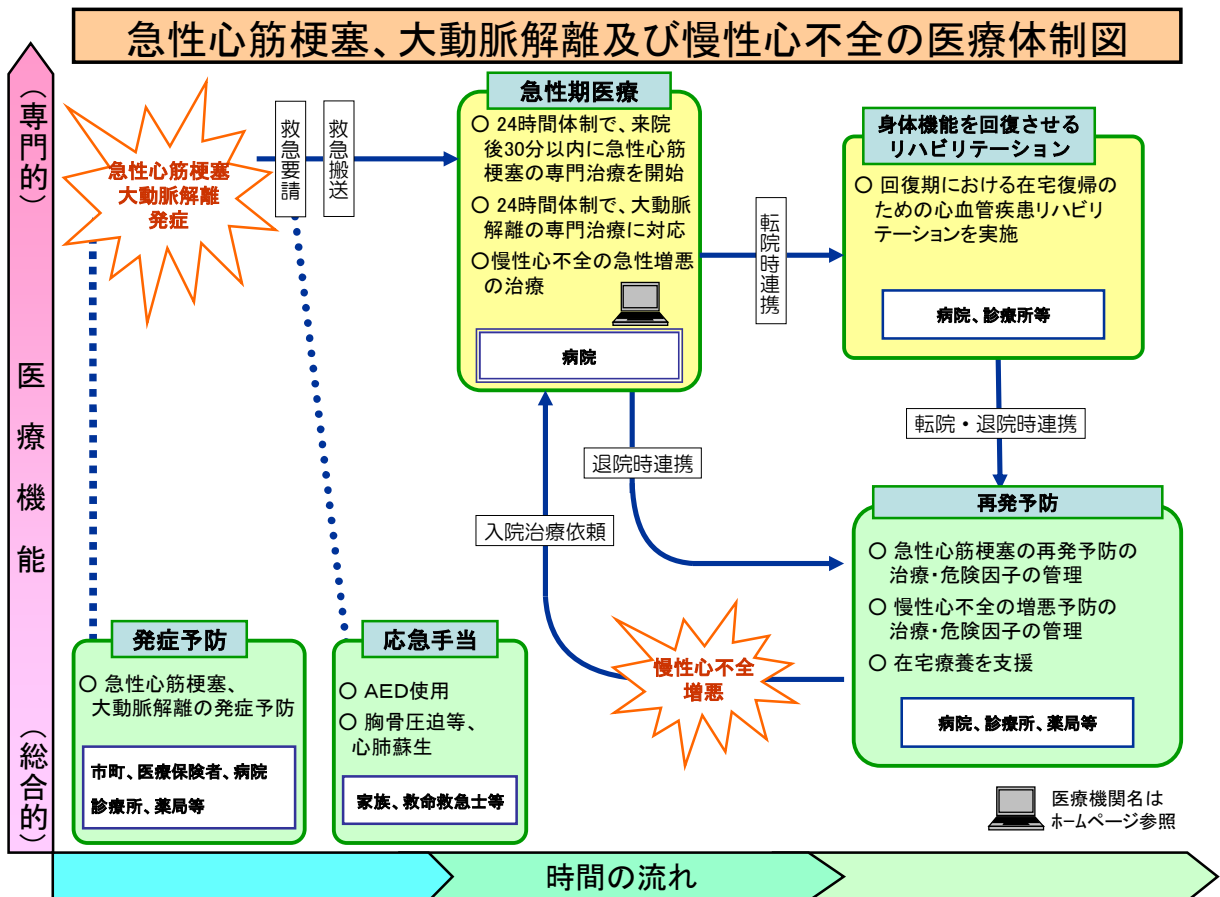
| | |
|-------------------------|----------------------------|
| 5:医療・介護関係者間連携の推進 | |
| 現状データ | 心不全手帳を導入した患者における再入院率【県独自】 |
| 現状データ | 心血管疾患における介護連携指導の実施件数(算定回数) |

2
3

(3) 心血管疾患の医療体制に求められる医療機能

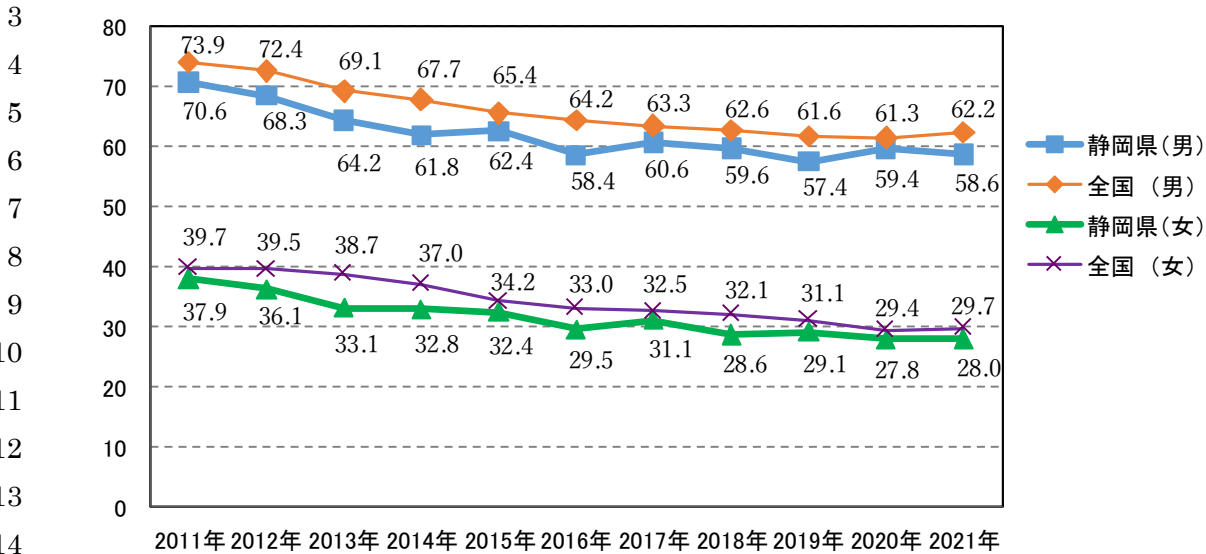
| | 発症予防 | 応急手当 | 救急医療 | 身体機能を回復させる リハビリテーション | 再発予防 |
|-------|--|---|--|---|--|
| ポイント | ○ 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防 | ○ 専門的な診療が可能な医療機関への早期搬送 | ○ 24時間体制で、来院後30分以内に専門治療を開始 ○ 再発予防の定期的専門的検査を実施 | ○ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施 ○ 在宅等生活の場への復帰の支援 | ○ 再発予防の治療・危険因子の管理 ○ 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教育 ○ 在宅療養継続の支援 |
| 機能の説明 | ・市町、医療保険者による特定健診・保健指導の実施・受診勧奨 ・高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理 ・初期症状出現時に急性期医療を担う医療機関への受診勧奨 | ・家族、救命救急士等による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 | ・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、緊急ペーシングへの対応 ・運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施 ・抑うつ状態等の対応の実施 ・回復期(あるいは在宅医療)の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施 | ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応 ・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 | ・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 ・かかりつけ医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



1 (5) 関連図表

2 ○心血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万人対）の推移



(出典：厚生労働省「人口動態統計」から算出)

16 ○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)

18 ○特定健診分析結果（標準化該当比）（2020年）

| 2020年 | 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 |

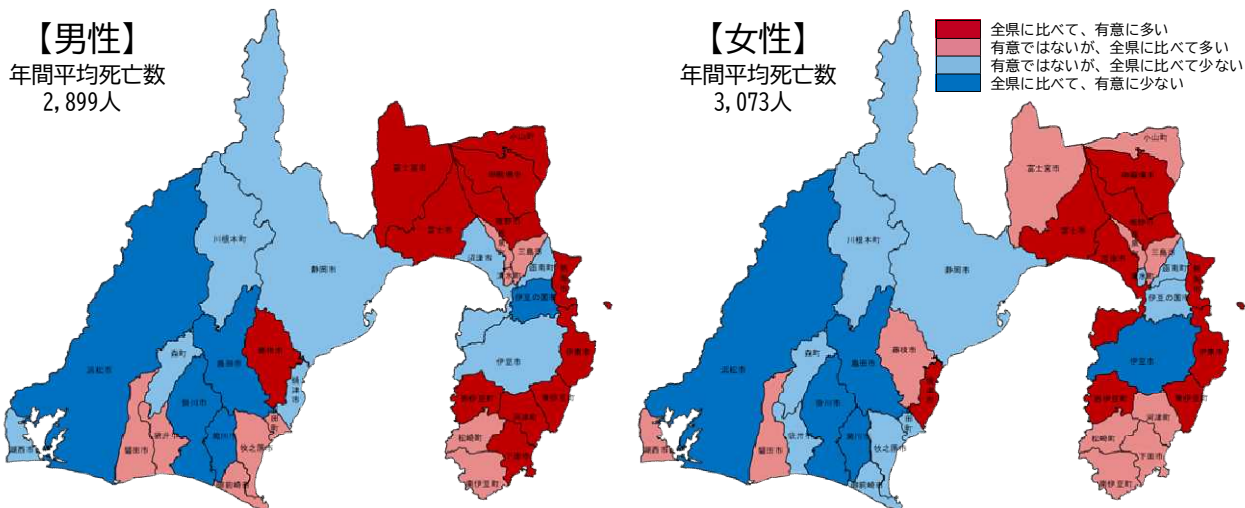
(出典：静岡県「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」)

1 ○標準化死亡比（SMR）

| 2017年-2021年 | 心疾患 (高血圧性を除く) | | 急性心筋梗塞 | | 心不全 | | 大動脈瘤及び解離 | |
|-------------|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 対県 SMR | 対国 SMR | 対県 SMR | 対国 SMR | 対県 SMR | 対国 SMR | 対県 SMR | 対国 SMR |
| 賀茂 | 124.3 | 117.7 | 116.8 | 174.4 | 131.0 | 124.7 | 120.4 | 126.8 |
| 熱海伊東 | 120.4 | 113.9 | 194.2 | 203.3 | 94.0 | 89.4 | 118.9 | 124.8 |
| 駿東田方 | 106.4 | 100.7 | 86.9 | 91.2 | 125.6 | 119.7 | 109.3 | 115.1 |
| 富士 | 109.5 | 103.6 | 126.1 | 132.5 | 113.4 | 108.2 | 111.2 | 117.1 |
| 静岡 | 98.8 | 93.6 | 72.2 | 75.8 | 93.8 | 89.4 | 99.3 | 104.5 |
| 志太榛原 | 95.6 | 90.5 | 71.5 | 75.0 | 90.4 | 86.2 | 100.8 | 106.3 |
| 中東遠 | 91.9 | 87.0 | 141.3 | 148.1 | 82.3 | 78.4 | 85.8 | 90.6 |
| 西部 | 92.4 | 87.5 | 82.6 | 97.1 | 92.7 | 88.3 | 90.0 | 94.9 |
| 静岡県 | 100.0 | 94.7 | 100.0 | 104.9 | 100.0 | 95.3 | 100.0 | 105.4 |

※網掛けは有意に多い

3 <県内比較>



15 <全国比較>

(出典：静岡県「静岡縣市町別健康指標」)

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。
- 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する1型糖尿病と、過食、運動不足、肥満、飲酒、喫煙等の生活習慣に、遺伝、加齢が加わりインスリンの作用不足や分泌低下により発症する2型糖尿病に分かれます。
- 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1,050万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。
- 2021年の全国の新規の人工透析導入患者数は、約3万8千人であり、そのうち、糖尿病性腎症が原疾患である者は約1万5千人（約40.2%）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。

イ 本県の状況

(死亡・罹患の状況)

- 2021年の本県の糖尿病による死亡者は418人、死亡率（人口10万人当たり）は11.6で、全国

¹ 糖尿病は心血管疾患の危険因子の一つ。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者における中長期の心血管事故の発生は、非糖尿病患者に比べて高い。

の 11.4 と同程度です。

○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 年の本県の人口 10 万人当たりの糖尿病専門医数は 3.5 人で、全国平均 5.4 人と比較すると不足しており、養成が急務です。

○2022 年の本県の人口 10 万人当たりの糖尿病看護認定看護師数は 0.4 人で、全国平均 0.8 人と比較すると不足しています。

○糖尿病療養指導士³ (CDE⁴) には、日本 CDE と地域 CDE があり、2023 年の本県の人口 10 万人当たりの日本 CDE 数は 11.0 人で、全国平均 14.4 人と比較すると不足しています。

○県内では地域 CDE の資格試験が行われていますが、日本 CDE も含め CDE の配置が診療報酬において評価されていないこともあり、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 年の本県の人口 10 万人当たりの糖尿病内科（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 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 年の本県の人口 10 万人当たりの 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 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 年の本県の人口 10 万人当たりの糖尿病足病変⁵の管理が可能な医療機関数は、2.0 です。

○2021 年の本県の人口 10 万人当たりの糖尿病患者の新規下肢切断件数は 5.5 件で、全国平均 4.8 件より多くなっています。

○2022 年の本県の人口 10 万人当たりの歯周病専門医数は 0.7 で、全国平均 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。

○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。

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。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：糖尿病の治療と療養指導に関する知識を持ち、医師の指示のもとで患者に療養指導を行う専門医療従事者。

⁴ CDE (Certified Diabetes Educator)：日本 CDE は、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。

⁵ 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。

- 1 ○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が必要です。
- 2 ○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、良好な血糖コントロール
- 3 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もと糖尿病網膜症や糖尿
- 4 病性腎症の早期発見に努める必要があります。
- 5 ○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
- 6 る可能性があります。
- 7 ○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
- 8 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
- 9 くされる例がみられます。
- 10 ○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
- 11 ロール改善のために、歯周病治療が推奨されています。
- 12 **(イ) 初期・安定期治療**
- 13 ○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
- 14 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。
- 15 ○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
- 16 診につながります。
- 17 ○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
- 18 ります。
- 19 ○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
- 20 6の活用、治療薬7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。
- 21 ○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
- 22 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。
- 23 ○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。
- 24 **(ウ) 専門的治療・急性合併症治療・慢性合併症治療**
- 25 ○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
- 26 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
- 27 重要となります。
- 28 ○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もとに、教育入院等により
- 29 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
- 30 を実施する医療機関が少ない現状があります。
- 31 ○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
- 32 コントロール目標を設定することが必要です。
- 33 ○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。
- 34 ○慢性合併症の検査に加え、発症後、速やかに専門的な治療が受けられる必要があります。
- 35 ○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
- 36 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。

6 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

7 治療薬：臓器保護効果が確認された経口血糖降下薬（SGLT2 阻害薬）や GLP-1 受容体作動薬など

1 **(エ) 他疾患治療中の血糖管理**

2 ○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。

4 **(オ) 地域との連携**

5 ○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医療機関、歯科及び薬局が、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。

8 **(2) 対策**

9 **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 | 543人 (2021年) | 458人以下 (2029年) | 「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」と整合 | 日本透析医学会統計調査 |
| 糖尿病の年齢調整死亡率 (人口10万人当たり) | 男性 5.3 女性 1.9 (2021年) | 改善 | 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% ⁸ (2021年度) | 70%以上 (2029年度) | 「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」と整合 | 厚生労働省特定健康診査・特定保健指導の実施状況 |

11 **イ 施策の方向性**

12 **(ア) 発症・合併症予防**

13 ○糖尿病の発症・重症化は食生活など生活習慣と密接な関係にあるため、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。

16 ○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、保険者の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。

19 ○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。

21 ○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。

23 ○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。

⁸ 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。

1 ○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⁹の重要性について啓発
2 します。

3 ○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
4 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
5 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。

6 ○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。

7 ○養成機関と協力して糖尿病療養指導士養成を支援し、糖尿病療養指導士の活用推進を医療機関
8 等へ啓発します。

9 (イ) 初期・安定期治療

10 ○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
11 進します。

12 ○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
13 継続し、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
14 紹介します。かかりつけ医は、受診が途切れないように患者へ働きかけます。

15 ○かかりつけ医、歯科医等地域関係者は、糖尿病患者に治療中断をしないように指導します。

16 ○県は、糖尿病の正しい知識の普及によるスティグマ¹⁰の払拭等により、継続的に治療を受けら
17 れる環境整備を進めます。

18 ○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
19 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
20 慣等を効果的に指導できるようにします。

21 ○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
22 注視していきます。

23 (ウ) 専門的治療・急性合併症治療・慢性合併症治療

24 ○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
25 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
26 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。

27 ○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、
28 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
29 に促すとともに、目標を達成できるよう、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者
30 等と医療機関との連携を推進します。

31 ○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。

32 ○慢性合併症のうち、脳卒中や急性心筋梗塞等の心血管疾患については、県循環器病対策推進計
33 画に基づく対策を推進します。

34 ○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・専門医との連携のもと重症
35 化予防を図ります。

36 (エ) 他疾患治療中の血糖管理

⁹ 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。

¹⁰ スティグマ：個人の持つ特徴に対する差別や偏見のこと。

1 ○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
2 適切な血糖値管理を行うための体制整備を推進します。

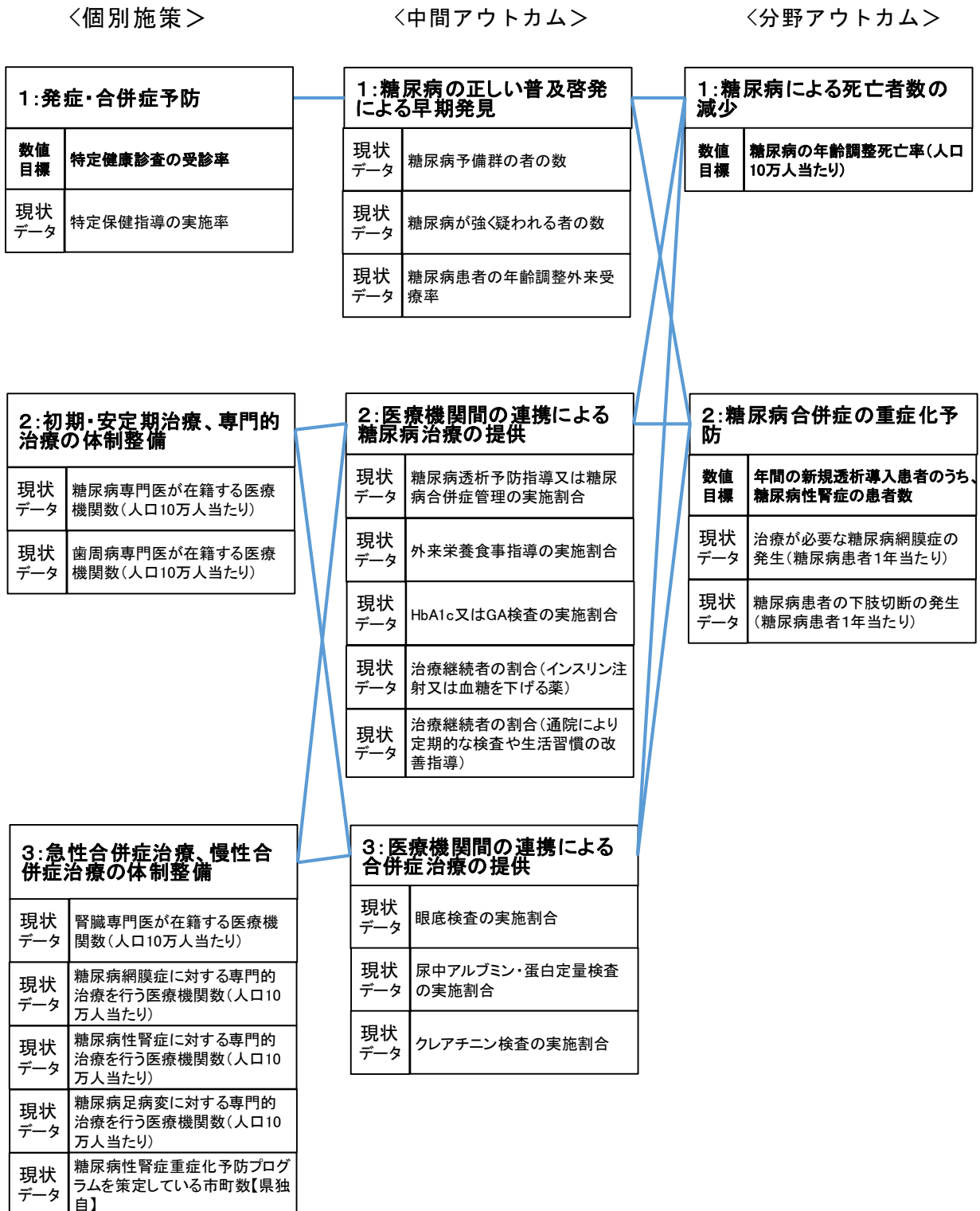
3 **(オ) 地域との連携**

4 ○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さらに増やし
5 ます。

6 ○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・安定期治療を行う医療機関（か
7 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
8 体制の構築を進めます。

9
10

1 ○糖尿病のロジックモデル



2

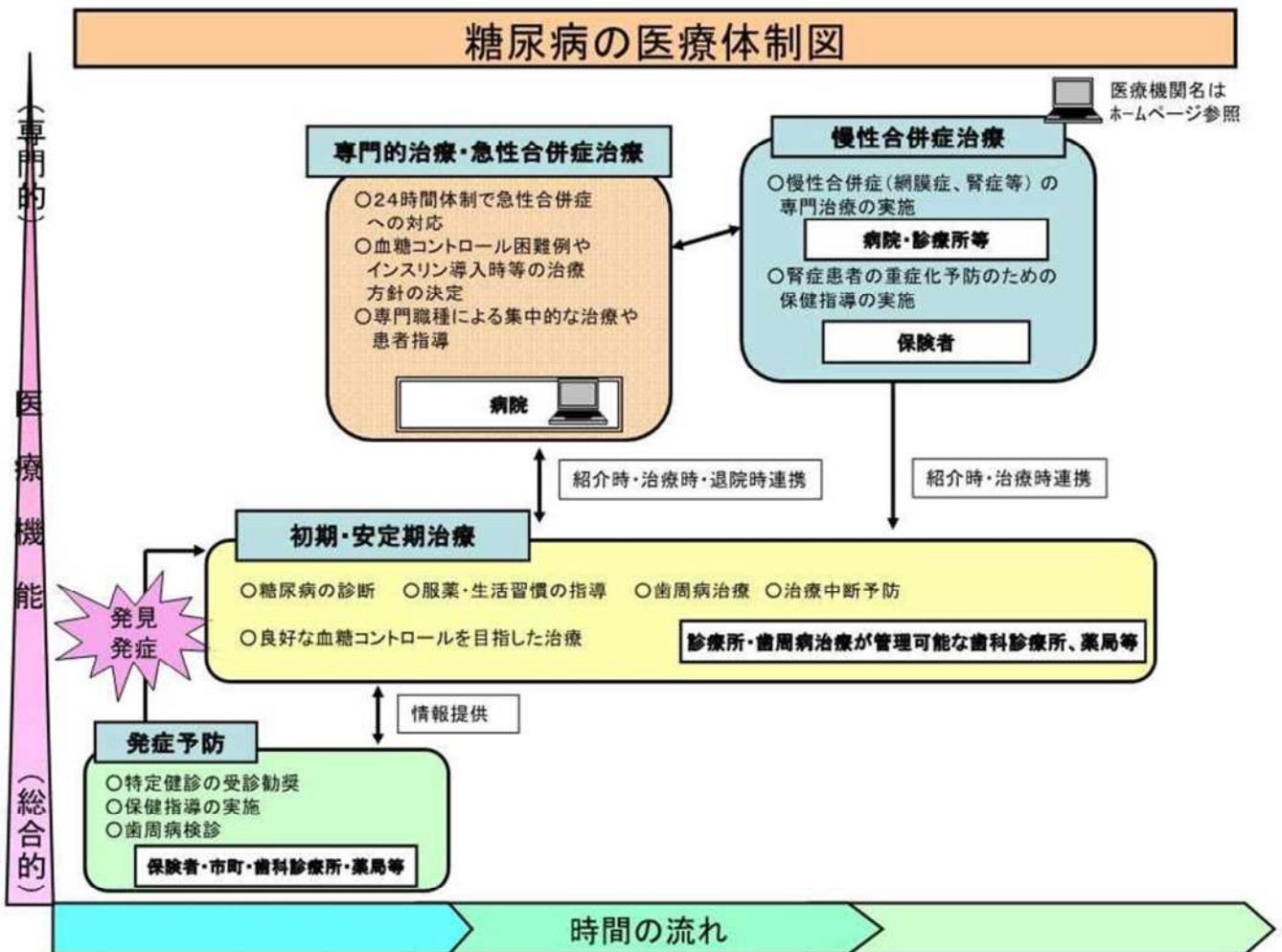
3

1 (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 |

2

3 (4) 「糖尿病」の医療体制図



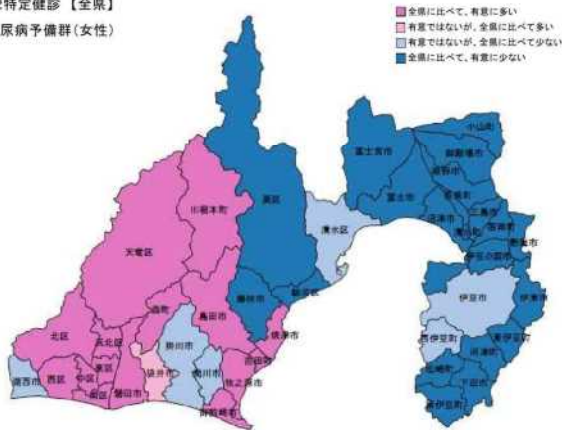
4

5

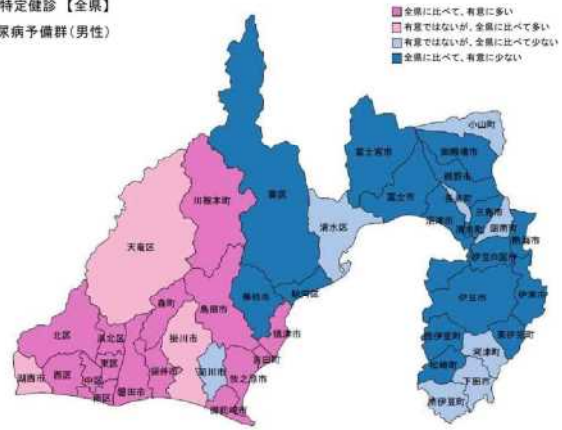
1 (5) 関連図表

2 ○糖尿病有病者

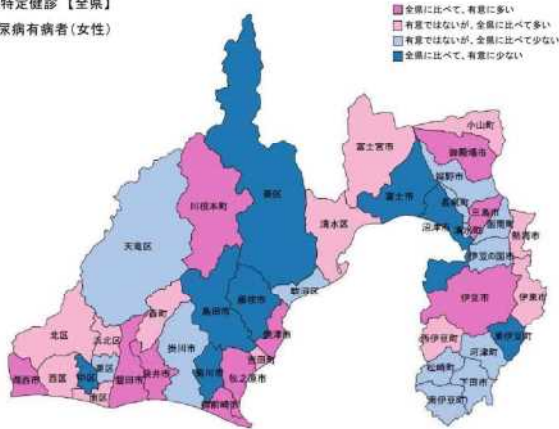
R2特定健診【全県】
糖尿病予備群(女性)



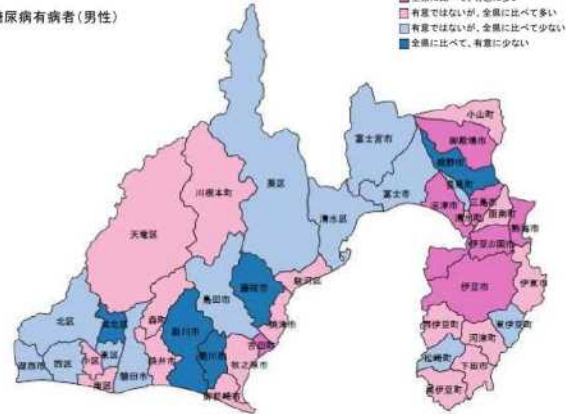
R2特定健診【全県】
糖尿病予備群(男性)



R2特定健診【全県】
糖尿病有病者(女性)

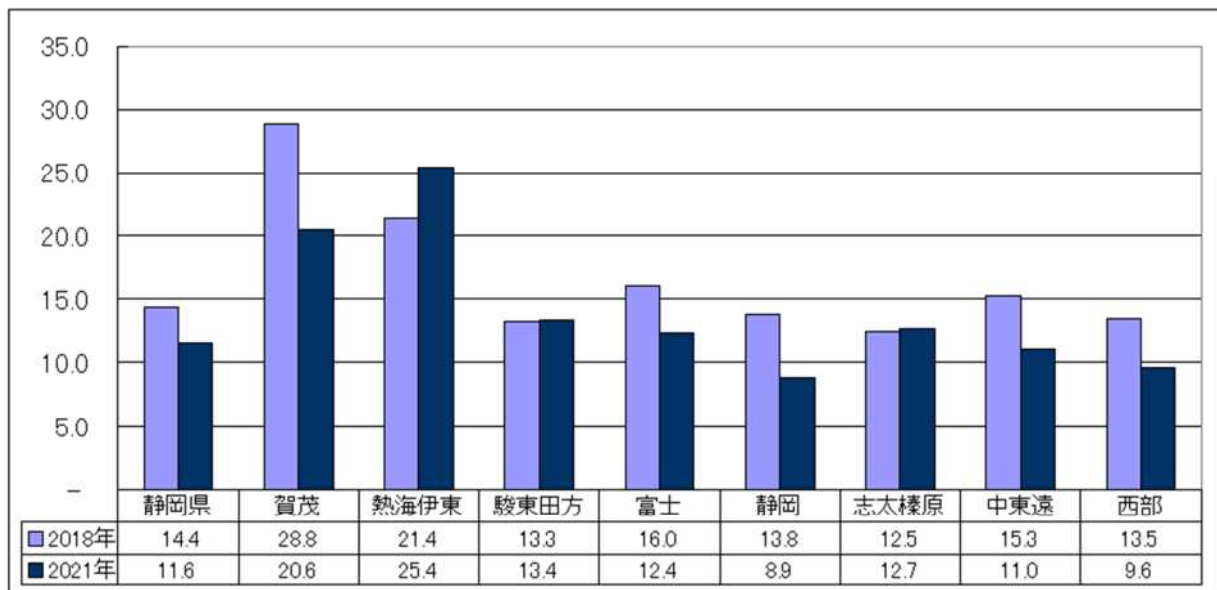


R2特定健診【全県】
糖尿病有病者(男性)



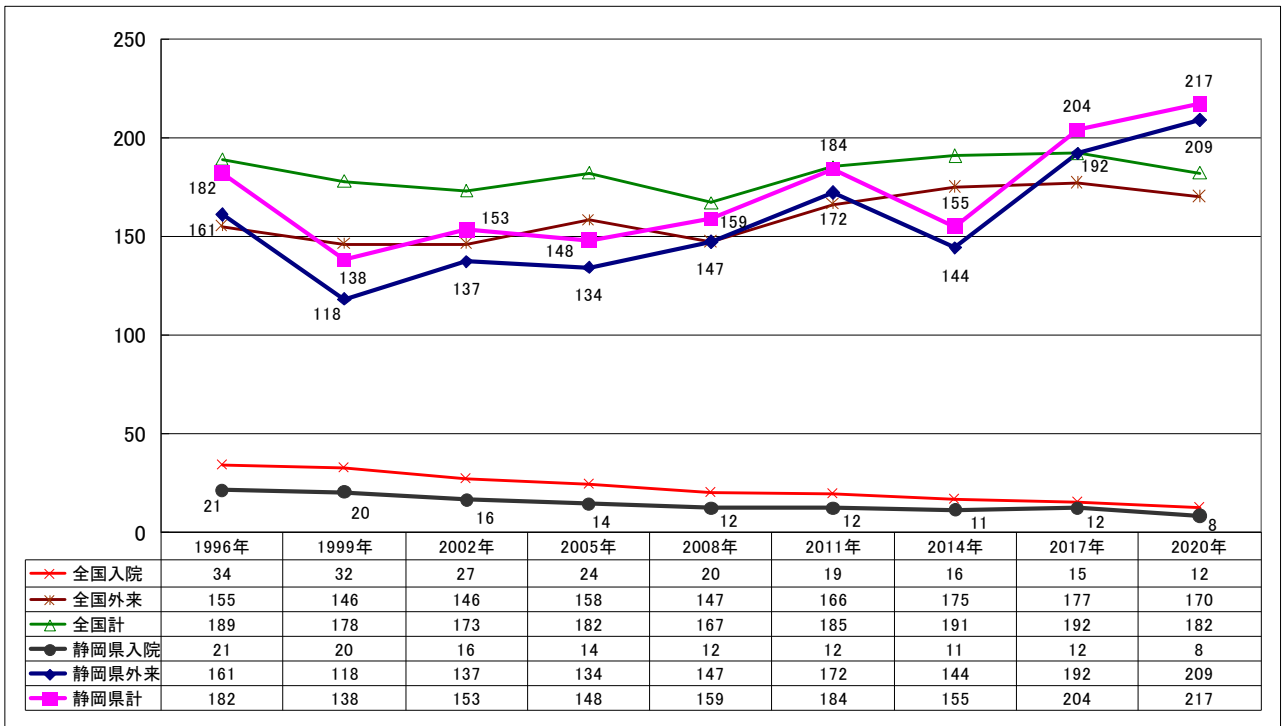
(出典：静岡県「2020年度特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」)

3
4
5 ○保健医療圏別の糖尿病死亡率（人口10万人対）



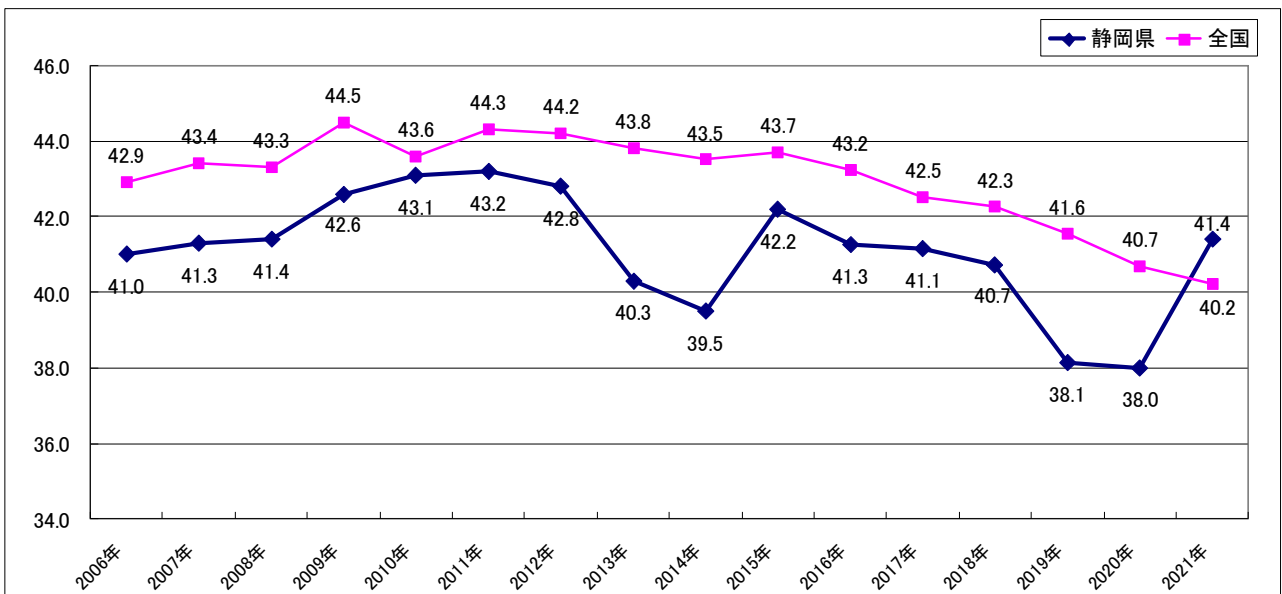
(出典：厚生労働省「2021年人口動態統計」より)

1 ○入院、外来別受療率（人口10万人対）



(出典：厚生労働省「2020年患者調査」より算出)

6 ○新規透析導入患者の糖尿病性腎症の割合



(出典：(一社)日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」)

1 ○指標による現状把握

2 (医療従事者の状況)

| 指標名 | 全国 | 二次保健医療圏 | | | | | | | | | 調査年 | 調査名等 |
|----------------|-------|---------|----|------|------|-----|-----|------|-----|-----|----------|----------------|
| | | 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 | 5630 | 119 | 0 | 4 | 18 | 9 | 31 | 13 | 9 | 35 | 令和2年 | 医師・歯科医師・薬剤師統計 |
| (10万人当たり) | 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 | 6776 | 125 | / | / | / | / | / | / | / | / | 令和5年8月7日 | 日本糖尿病学会 |
| (10万人当たり) | 5.4 | 3.5 | / | / | / | / | / | / | / | / | | |
| 糖尿病指導士数 | 18012 | 395 | / | / | / | / | / | / | / | / | 令和5年6月5日 | 日本糖尿病療養指導士認定機構 |
| (10万人当たり) | 14.4 | 11.0 | / | / | / | / | / | / | / | / | | |
| 糖尿病看護認定看護師数 | 962 | 14 | / | / | / | / | / | / | / | / | 令和4年 | 日本看護協会 |
| (10万人当たり) | 0.8 | 0.4 | / | / | / | / | / | / | / | / | | |

3

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 | | | | | | | | | 調査年 | 調査名等 |
|--------------------------|------|---------|----|------|------|-----|-----|------|-----|-----|------|----------|
| | | 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 | 1596 | 31 | 0 | 3 | 9 | 2 | 4 | 4 | 3 | 6 | 令和2年 | 医療施設調査 |
| (10万人当たり) | 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 | 令和2年 | 医療施設調査 |
| (10万人当たり) | 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 | 1510 | 40 | / | / | / | / | / | / | / | / | 令和3年 | 診療報酬施設基準 |
| (10万人当たり) | 1.2 | 1.1 | / | / | / | / | / | / | / | / | | |

5

6 (慢性合併症治療の状況)

| 指標名 | 全国 | 二次保健医療圏 | | | | | | | | | 調査年 | 調査名等 |
|--------------------|------|---------|-----|------|------|-----|-----|------|-----|-----|--------|----------|
| | | 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 | 2766 | 71 | 1 | 5 | 18 | 5 | 10 | 5 | 9 | 18 | 令和5年4月 | 診療報酬施設基準 |
| (10万人当たり) | 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 | 6015 | 198 | / | / | / | / | / | / | / | / | 令和3年 | NDB※解析 |
| (10万人当たり) | 4.8 | 5.5 | / | / | / | / | / | / | / | / | | |
| 歯周病専門医数 | 1192 | 24 | / | / | / | / | / | / | / | / | 令和4年 | 日本歯周病学会 |
| (10万人当たり) | 1.0 | 0.7 | / | / | / | / | / | / | / | / | | |

7 ※NDB: レセプト情報・特定健診等情報データベース

8

9

1

2

※白紙

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

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

(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（非アルコール性脂肪性肝疾患）、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型肝炎ウイルス又はC型肝炎ウイルスの感染に起因する肝炎患者や、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、アルコールの摂取や生活習慣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ます。
- ウイルス性肝炎に効果的な治療として、インターフェロン治療や核酸アナログ製剤治療、インターフェロンフリー治療などの抗ウイルス療法があります。
- 非ウイルス性肝疾患は、アルコールの摂取や生活習慣に起因し、り患しても自覚症状がないまま進行する場合がありますため、予防及び早期発見が重要です。

イ 本県の状況

(肝炎ウイルス感染者の状況)

- 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。

(死亡・罹患の状況)

- 本県における2022年の人口10万人当たり肝疾患死亡率は26.1人で、全国平均(28.0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10万人当たり肝がん罹患率は10.9人で、全国平均(12.0人)よりやや少なくなっています。
- 2021年の保健医療圏別の肝疾患死亡率では、賀茂医療圏、熱海伊東医療圏、駿東田方医療圏、富士医療圏及び静岡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)

- 2008年2月に、2次保健医療圏ごとに専門的な医療機関である「地域肝疾患診療連携拠点病

- 1 院」を指定しました（2021年3月末現在28施設）。
- 2 ○2009年3月には、地域肝疾患診療連携拠点病院における医療水準の向上と連携を図るために、
- 3 肝疾患に関する診療ネットワーク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
- 4 疾患相談支援センター併設）を、県内で2施設指定しました。
- 5 ○2012年度から、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、地域肝疾患診療連
- 6 携拠点病院と連携した「肝疾患かかりつけ医」を登録（2023年9月末現在264施設）し、ホー
- 7 ムページにより公表・周知しています。

8 **（発生予防）**

- 9 ○2016年10月から開始された0歳児を対象としたB型肝炎ワクチンの定期接種化に合わせて、
- 10 1・2歳児のうち感染リスクの高い小児を対象に、B型肝炎ワクチン予防接種助成事業を
- 11 2016・2017年度の2か年の緊急事業として実施しました。

12

13 **ウ 医療提供体制**

14 **（ア）肝炎ウイルス検査**

- 15 ○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
- 16 要です。市町、保健所及び県委託医療機関では、無料で検査を実施しており、検査実績は、年
- 17 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
- 18 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。
- 19 ○肝炎ウイルス感染者の早期発見のために、2017年1月に全国健康保険協会静岡支部と肝炎対
- 20 策に関する協定を締結しています。職域（健康保険組合等）において肝炎ウイルス検査の実施
- 21 について、職域への働きかけを行う必要があります。
- 22 ○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
- 23 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。

24

25 **（イ）肝炎ウイルス検査陽性者等のフォローアップ**

- 26 ○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
- 27 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
- 28 す。2022年度の助成件数は、28件です。
- 29 ○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
- 30 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
- 31 は、74件です。
- 32 ○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
- 33 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。
- 34 2023年9月末現在、508人を肝炎医療コーディネーターに認定しています。

35 **（ウ）肝炎患者に対する支援**

- 36 ○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（肝炎ウイルスの排除やその増

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。

- 1 殖を抑制する治療)の医療費の助成事業を実施しています。
- 2 ○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
- 3 業を開始しました。
- 4 ○適切な時期に必要な検査、治療を行うとともに、肝炎患者等が自身の病状を把握できるよう、
- 5 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
- 6 役立てることができる「肝臓病手帳²」を配付しています。
- 7
- 8
- 9
- 10

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。

1 **(2) 対策**

2 **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 万人当たり) | <u>33.4</u> (2022 年) | <u>28.8 以下</u> (2029 年度) | 県の過去 <u>6年間</u> 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者数 | <u>42 人</u> (2022 年) | <u>30 人以下</u> (2029 年度) | <u>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者数を指す</u> | 厚生労働省「人口動態統計」 |
| 肝がん罹患率 (人口 10 万人当たり) | <u>10.9</u> (2019 年) | <u>8.0</u> (2029 年度) | 県の過去 <u>6年間</u> 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) |

3
4 **イ 施策の方向性**

5 **(ア) ウィ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**

- 6 ○ ウィ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、ウィルス性肝炎に関する偏見や差別を解消するとともに、新規の感染を予防します。
- 8 ○ 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た感染予防のための知識の普及を図り、新規の肝炎ウイルス感染予防を推進します。
- 11 ○ 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、職域における新規の肝炎ウイルス感染予防を推進します。

13 **(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**

- 14 ○ 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。
- 16 ○ 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医療機関に周知します。
- 18 ○ 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。

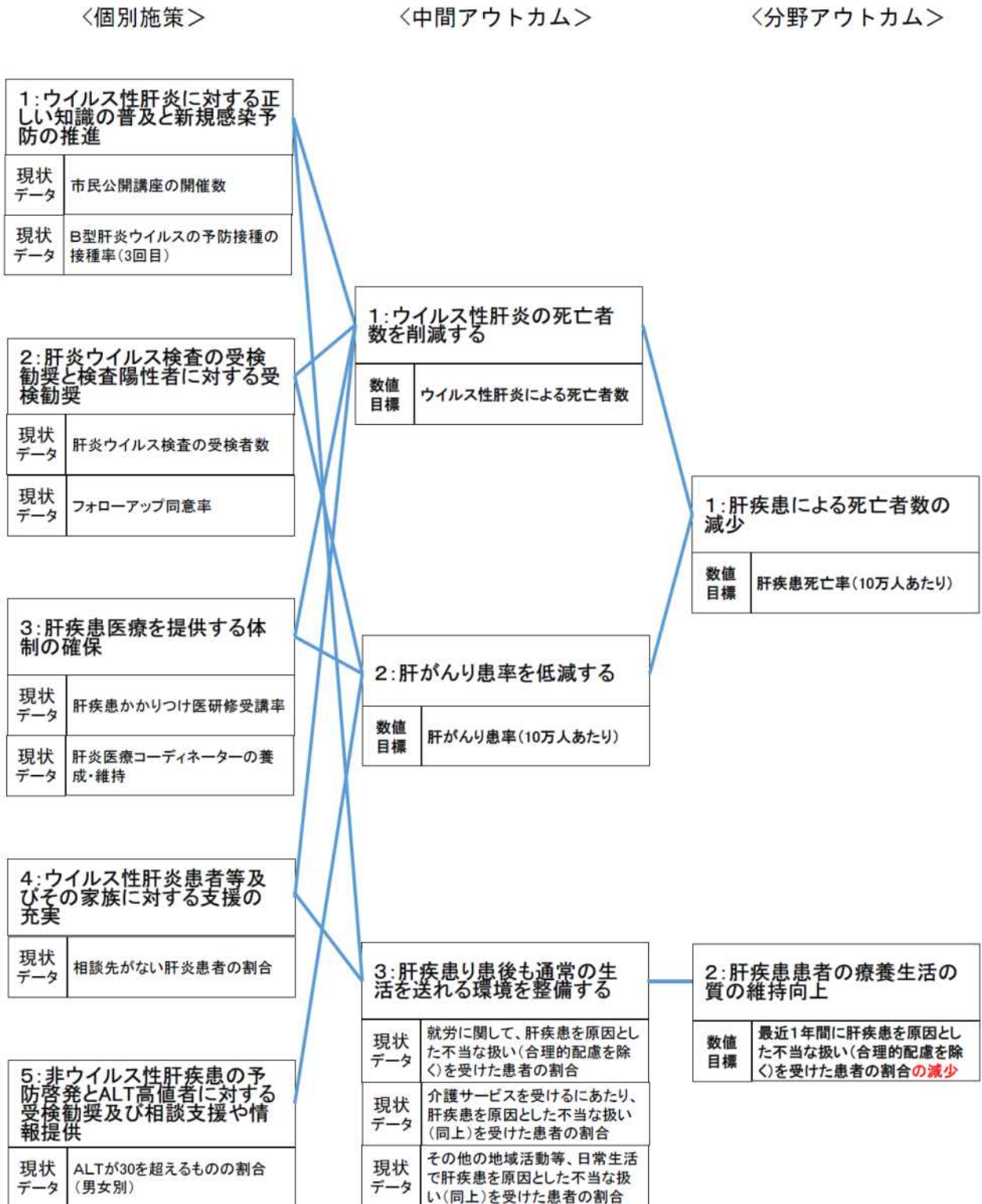
21 **(ウ) 肝疾患医療を提供する体制の確保**

- 22 ○ 肝疾患患者等が、身近な医療機関や薬局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。
- 25 ○ 「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。
- 27 ○ 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

- 1 人材を育成します。
- 2 **(エ) ウィルス性肝炎患者等及びその家族に対する支援の充実**
- 3 ○ウィ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。
- 4 ○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
- 5 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。
- 6 ○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
- 7 実させます。
- 8 ○ウィ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。
- 9 ○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。
- 10 ○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
- 11 図ります。
- 12 **(オ) 非ウイルス性肝疾患の予防啓発と ALT 高値者に対する受診勧奨及び相談支援や情報提供**
- 13 ○非ウイルス性肝疾患の原因や病態に関する県民の理解を深めることで、新規のり患を予防しま
- 14 す。
- 15 ○早期発見のため、県民が定期的に健康診断を受検し、ALT 値が 30 を超えている場合は受診の必
- 16 要性が適切に検討され肝炎から肝硬変や肝がんへの進展が予防できるよう、市町や職域と連携
- 17 して進めます。
- 18 ○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
- 19 携して診療していきます。
- 20 ○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
- 21 ーや保健所等における相談支援を充実させます。

1 ○肝疾患のロジックモデル

2



3

4

5

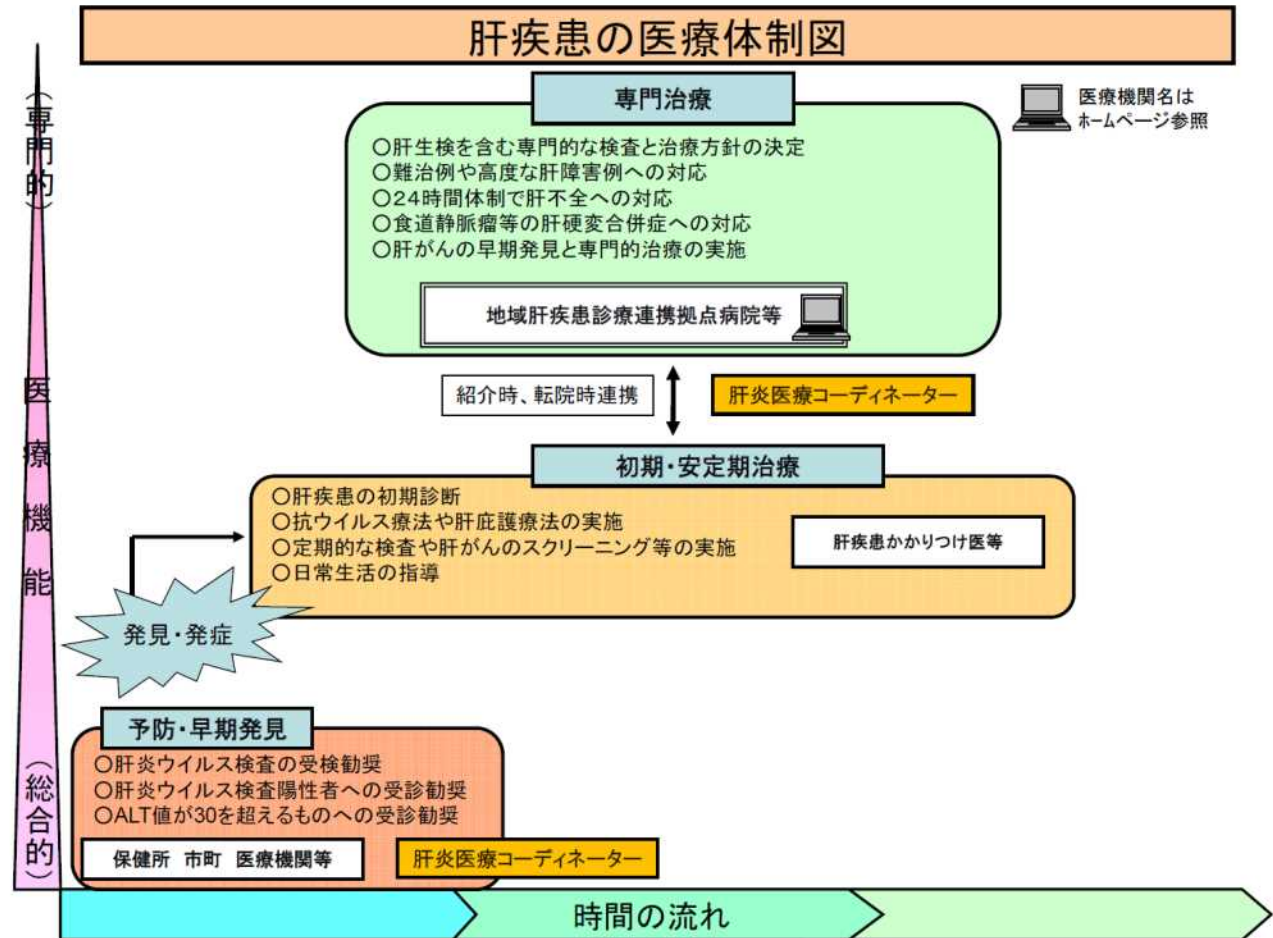
6

(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」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) 「肝炎」の医療体制図



1 (5) 関連図表

2 ○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 |

3 ※1 出典：2019 年度厚生労働科学研究費補助金 肝炎等克服緊急対策研究事業 報告書（田中班）
 4 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

5 ※2 出典：2020 年度厚生労働科学研究費補助金 肝炎等克服緊急対策研究事業 報告書（田中班）
 6 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

7

8 ○肝がん罹患率(人口 10 万人当たり)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 |

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
 10 ん罹患モニタリング集計 (MCIJ) ）

11 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
 12 ん登録）

13 (静岡県) 2013 年～2015 年：静岡県地域がん登録報告書

14 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
 15 国がん登録）

16

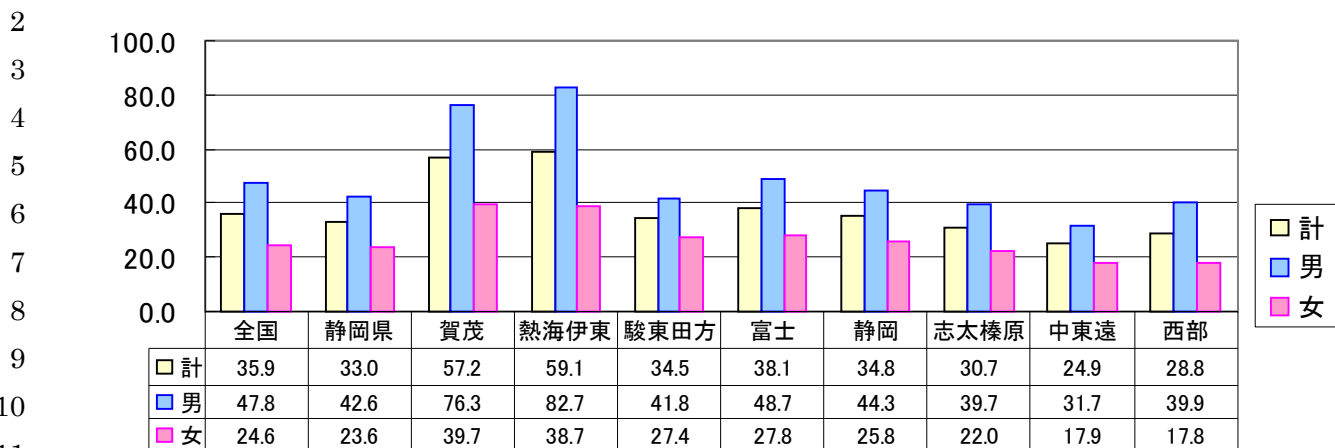
17 ○肝疾患による死亡者数・死亡率の推移

| | 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 | 6.0 | 7.1 | 5.9 | 8.4 | 7.3 | 36.3 | 33.4 |

18 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
 19 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
 20 死亡率は人口10万当たりの死亡率（死亡者数）を算出

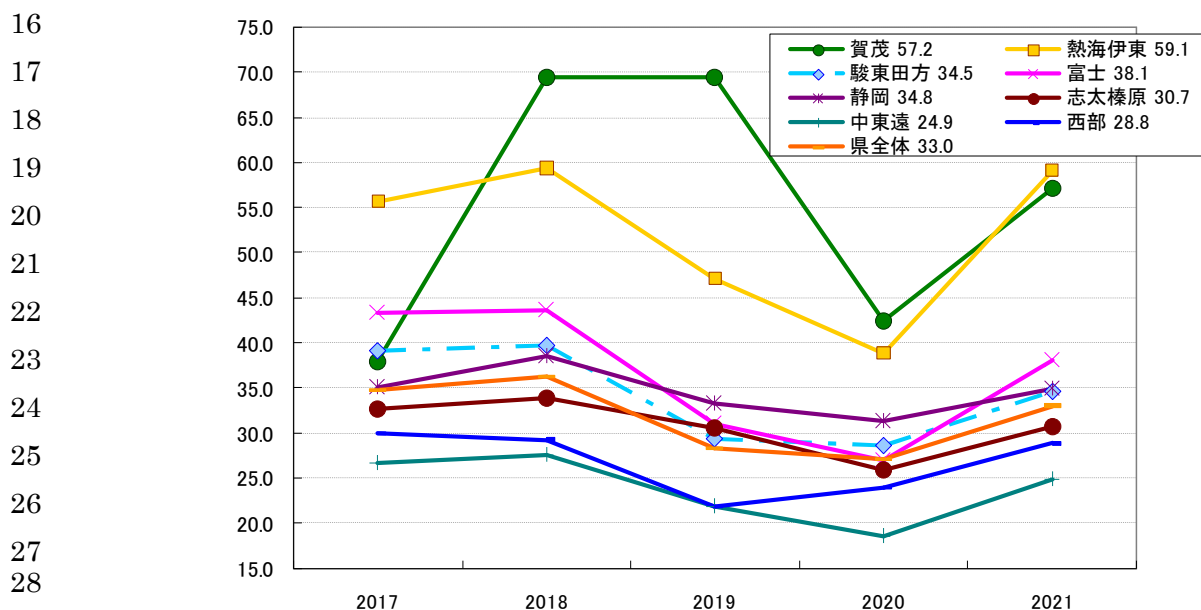
21

1 ○医療圏別の肝疾患死亡率(人口 10 万人当たり/2021 年)



12 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
13 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
14 死亡率は2021年10月の推計人口から人口10万人当たりの死亡率（死亡者数）を算出

15 ○医療圏別の肝疾患死亡率の推移(人口 10 万人当たり)



29 ○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 |

30 出典：「静岡県人口動態調査」

1 ○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 | |
| 2010 | B | 陽性者数/受検者数 (陽性率) | 12/2,097 (0.57%) | 140/14,378 (0.97%) | 10/2,692 (0.37%) | 64/5,862 (1.09%) | 226/25,029 (0.90%) |
| | C | 陽性者数/受検者数 (陽性率) | 8/2,099 (0.38%) | 130/14,386 (0.90%) | 13/1,335 (0.97%) | 96/5,867 (1.64%) | 247/23,687 (1.04%) |
| 2011 | B | 陽性者数/受検者数 (陽性率) | 22/4,373 (0.50%) | 224/34,268 (0.65%) | 12/2,599 (0.46%) | 85/9,443 (0.90%) | 343/50,683 (0.68%) |
| | C | 陽性者数/受検者数 (陽性率) | 1/4,425 (0.02%) | 171/34,668 (0.49%) | 20/1,216 (1.64%) | 102/9,439 (1.08%) | 294/49,748 (0.59%) |
| 2012 | B | 陽性者数/受検者数 (陽性率) | 18/4,469 (0.40%) | 222/35,547 (0.62%) | 23/2,654 (0.87%) | 77/11,253 (0.68%) | 340/53,923 (0.63%) |
| | C | 陽性者数/受検者数 (陽性率) | 4/4,598 (0.09%) | 153/35,990 (0.43%) | 22/1,381 (1.59%) | 98/11,253 (0.87%) | 277/53,222 (1.08%) |
| 2013 | B | 陽性者数/受検者数 (陽性率) | 16/4,603 (0.35%) | 223/36,703 (0.61%) | 8/2,862 (0.28%) | 55/8,925 (0.62%) | 302/53,093 (0.57%) |
| | C | 陽性者数/受検者数 (陽性率) | 6/4,664 (0.13%) | 156/37,288 (0.42%) | 17/1,642 (1.04%) | 63/8,926 (0.71%) | 242/52,520 (0.46%) |
| 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%) |

2 ※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)

3 ※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)

5 出典：静岡県特定感染症検査等事業実績

6 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

1 における肝炎ウイルス検査等の実績」

2

3 ○ALT 値が 30 を超えるものの割合の推移

| 区分 | | 2013年 | 2014年 | 2015年 | 2016年 | 2017年 | 2018年 | 2019年 | 2020年 |
|-----|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 全国 | 男性 | 25.3 | 25.2 | 25.6 | 26.2 | 26.5 | 27.5 | 27.6 | 30.5 |
| | 女性 | 8.1 | 7.9 | 8.1 | 8.3 | 8.4 | 8.8 | 8.9 | 9.6 |
| 静岡県 | 男性 | 23.5 | 23.2 | 23.8 | 24.5 | 25 | 25.9 | 26.2 | 28.5 |
| | 女性 | 7.4 | 7.1 | 7.5 | 7.7 | 7.9 | 8.2 | 8.3 | 8.8 |

4 出典：NDB オープンデータ（厚生労働省）

5

6

1

2

3

4

※白紙

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28.8万人、外来患者数は約586.1万人であり、1年以上の長期入院患者数は約17.0万人となっています。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方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、がんなどの予防はエビデンスに基づいた方法が確立していますが、精神疾患については、その必要性は認識されているものの予防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です。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、健康のための3つの要素とされてきたところです。さらに、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要素となっています。

○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、心理検査等の検査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・脳機能画像などの技術が進歩しており、客観的診断方法として期待されています。診断においては、身体疾患に起因する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の知識をもとに、治療計画を患者とその家族等に説明しておく必要があります。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、生活習慣の改善等の重要性があげられます。診断や治療において、生物学的、心理学的、社会文化的側面を考慮できる視点が必要であり、

1 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ます。

2 ○うつ病の診断では、うつ病だけではなく、甲状腺疾患、副腎疾患、膝疾患、膠原病、悪性腫瘍、
3 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
4 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
5 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
6 必要です。うつ病の診断には、上記の鑑別診断を考慮に入れた詳細な問診が不可欠であり、心
7 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
8 の精神療法など非薬物療法も行われています。

9 ○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
10 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
11 うち、健康問題の中では、うつ病が多くを占めています。

12 ○精神疾患にはこのほか、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
13 んかん、発達障害等も含まれており、精神疾患は住民に広く関わる疾患です。また、精神疾患
14 は、あらゆる年齢層で疾病により生じる負担が大きく、また、精神疾患にかかると稼得能力の
15 低下などにより、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。

16 ○少子化によって一般小児科の受診者数が減少しているのに対し、児童精神科を標榜する医療機
17 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
18 います。長期的視点に立てば、児童精神科医療の充実は、子どもの心の問題の遷延化を防ぎ、
19 ひきこもりやうつ病、自殺など、成人期の心の問題の予防対策にも大きく寄与することになり
20 ます。

21 22 イ 本県の状況

23 (精神科病院等の状況)

24 ○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
25 を有する病院）数は31病院で、精神病床数は、6,412床となっています。また、精神科を主た
26 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診療所となってい
27 ます。精神科病院の医師数は、2021年度の病院報告では244人となっています。

28 (精神科病院の入院患者の状況)

29 ○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
30 在 5,117人で、6年前（2017年3月末現在5,508人）と比べ391人、約7.1%減少しています。
31 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
32 （2016年度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
33 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
34 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。

35 ○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
36 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
37 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
38 スが少ないなど、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
39 者が相当数に上るものと推測されています。

1 (精神科訪問看護の状況)

2 ○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
3 (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)、
4 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
5 ずれも全国平均より低い状況です。

6 ○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
7 平均(163.8人)より少ない状況です。

8 (精神科救急の状況)

9 ○2023年度の県内の精神科救急医療施設は10施設で、内訳は常時対応の常時対応型病院4施設、
10 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
11 件数は7,211件、精神科救急情報センターへの電話相談件数は1,714件となっています。また、
12 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
13 り返していますが、入院件数は減少傾向となっています。

14 (疾患ごとの患者の状況) ※一般病院の患者数を含む。

15 【統合失調症】

16 ○統合失調症は、幻覚や妄想、意欲の欠如などの症状を伴い、およそ100人に1人弱がかかる頻
17 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
18 に至るといった経過をたどるのが一般的です。

19 ○2020年に医療機関を継続的に受療している統合失調症の外来患者数は50,255人、入院患者数
20 は7,921人です。

21 【うつ病・躁うつ病(双極性感情障害)】

22 ○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背景に、気分の波が主
23 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
24 躁状態を繰り返す場合があります。

25 ○2020年に医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病(双極性感情障害)の外来患者数
26 は86,526人、入院患者数は4,744人です。

27 【依存症】

28 ○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
29 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
30 (コントロール障害)になる疾患です。

31 ○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
32 ました。

33 ○2020年に医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症の外来患者数は1,759人、入院患
34 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
35 の外来患者数は61人です。

36 【心的外傷後ストレス障害(PTSD)】

37 ○PTSDは、生死にかかわるような危険を体験したり目撃したりした記憶が残ってこころの傷
38 となり、何度も思い出されて当時と同じような恐怖を感じ続けるという疾患です。

39 ○2020年に医療機関を継続的に受療しているPTSDの外来患者数は800人、入院患者数は26

1 人です。

2 **【高次脳機能障害】**

3 ○高次脳機能障害は、事故や病気等により脳に損傷を受け、その後遺症として記憶、注意、遂行
4 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
5 現れるものの外見では分かりにくい特徴があります。

6 ○厚生労働省の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
7 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。

8 **【摂食障害】**

9 ○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
10 長・発達、日常生活・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
11 は、児童生徒の症状がコロナ禍で増加しているとの報告があります。

12 ○2020年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の外来患者数（精神療法に限定）は1,050
13 人、入院患者数は286人です。

14 **【てんかん】**

15 ○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
16 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
17 活を支障なく送ることができると言われてしています。

18 ○2020年に医療機関を継続的に受療しているてんかんの外来患者数（精神療法に限定）は12,955
19 人、入院患者数は2,009人です。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
20 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。

21 **【児童・思春期精神疾患】**

22 ○児童・思春期精神疾患は、主に20歳未満の心の問題が対象であり、児童虐待やいじめなど、
23 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、
24 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。

25 ○2020年に医療機関を継続的に受療している児童・思春期精神疾患（20歳未満）の外来患者数
26 は18,708人、入院患者数は427人です。

27 **（身体合併症の状況）**

28 ○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。

29 ○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、
30 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
31 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追加されました。

32 ○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。

33 **（自殺者の状況）**

34 ○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
35 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
36 あります。本県の自殺者数は、1998年以降、16年連続700人台から800人台の高水準で推移
37 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
38 り、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
39 し、コロナ禍の長期化や物価高騰などの影響が懸念されています。

1 ○2022年の厚生労働省の人口動態統計調査によると、本県の自殺者数は前年より 66人多い605
2 人です。

3 (災害精神医療の状況)

4 ○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
5 避難所としての機能等、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
6 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。

7 ○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
8 神医療チーム）を発足し、2023年4月現在、17病院と協定を締結しており、被災地域での活動
9 （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
10 的支援）に従事します。

11 (医療観察法における対象者への状況)

12 ○「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
13 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
14 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。

15 ○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
16 受けた人数は18人となっています。

18 ウ 医療提供体制

19 (ア) 精神疾患に関する普及啓発・相談支援

20 ○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、精神疾患に関する普及啓発を
21 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精神疾患に対す
22 る理解の促進を図る必要があります。

23 ○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相談支援を行い、必要に応じて医
24 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。

25 ○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
26 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
27 談支援に対する技術的な支援を行う必要があります。

28 (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)

29 ○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、必要な時に適切な保健医
30 療サービスや福祉サービスを受けられる体制の整備が必要です。

31 ○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
32 ズに応じた対応が必要です。

33 ○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
34 1年以内の退院となるよう、多職種・多機関が連携した退院支援が求められています。

35 ○精神科病院1年以上の長期在院者数は減少傾向にあるが、1年以上長期在院者数は入院患者数
36 の約6割を占めることから、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さ
37 らなる移行を進めていくことが必要です。

38 ○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配慮が必要です。

39 (ウ) 多様な疾患ごとの医療連携体制の構築

1 ○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
2 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
3 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
4 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。

5 ○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
6 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
7 医療が提供できる医療体制の確保が必要です。

8 **【統合失調症、うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）】**

9 ○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、
10 発症してから精神科医に受診までの期間を短縮する必要があります。

11 **【依存症】**

12 ○「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」
13 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、
14 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
15 関を確保する必要があります。

16 ○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
17 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。

18 ○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たこと発症予防の取組が重
19 要であるため、教育機関等との連携が必要です。

20 ○「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
21 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。

22 **【心的外傷後ストレス障害（PTSD）】**

23 ○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
24 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P
25 TSD（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。

26 **【高次脳機能障害】**

27 ○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
28 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
29 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、
30 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
31 を構築する必要があります。

32 **【摂食障害】**

33 ○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・
34 家族への相談支援、学校関係者への研修、精神科および小児科を含む他医療機関への研修・技
35 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
36 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。

37 **【てんかん】**

38 ○てんかんはてんかん発作に加え、様々な精神・心理・社会的問題を示すことがあり、包括的な
39 ケア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

1 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
2 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
3 携体制を構築する必要があります。

4 **【児童・思春期精神疾患】**

5 ○児童・思春期精神疾患について、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
6 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、
7 児童精神科医療機関が中核となって、福祉・教育・保健・司法等を含む関係領域が連携し、包
8 括的な支援を行うことが重要となっています。

9 **(エ) 精神科救急体制・身体合併症**

10 ○在宅の精神障害のある人が、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
11 365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
12 要があります。

13 ○精神疾患と身体合併症の専門的入院治療を必要とした場合に、精神科医師と一般科医師が相互
14 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。

15 **(オ) 自殺対策**

16 ○自殺は、「その多くが追い込まれた末の死」であり、その要因は、精神保健上の問題だけでなく、
17 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
18 な社会的要因があります。

19 ○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
20 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
21 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。

22 **(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**

23 ○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
24 害時の拠点として静岡DPATとの連携が必要です。

25 ○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
26 養成や多機関・多職種との連携が必要です。

27 ○精神科病院では、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
28 ん延時においても精神医療が確保できるように、平時から対策を検討する必要があります。

29 **(キ) 医療観察法における対象者への医療提供体制**

30 ○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
31 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。

32 **(ク) 隔離・身体的拘束の最小化**

33 ○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・
34 身体的拘束について、人権擁護の観点から、最小化することが求められています。

1

2 **(2) 対策**

3 **ア 数値目標**

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 精神科病院1年以上の長期在院者数 | <u>2,924人</u> (2022.6.30) | <u>2,772人以下</u> (2029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 | <u>63.6%</u> (2020年度) | <u>68.9%以上</u> (2029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 | <u>82.3%</u> (2020年度) | <u>84.5%以上</u> (2029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 | <u>89.5%</u> (2020年度) | <u>91.0%以上</u> (2029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 |
| 精神病床から退院後1年内の地域における平均生活日数 | <u>327日</u> (2020年度) | <u>327日以上</u> (2029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 |
| <u>行動制限(隔離・身体的拘束)指示割合</u> | <u>10.5%</u> (2022.6.30) | <u>8.3%以内</u> (2029年度) | <u>国平均値(2022年度)に基づき設定する。</u> | <u>厚生労働省精神保健福祉資料より算出</u> |

4

5 **イ 施策の方向性**

6 **(ア) 精神疾患に関する普及啓発・相談支援**

7 ○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、相互に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、
8 継続して普及啓発を行い、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
9 めます。

12 ○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
13 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
14 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。

15 ○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
16 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
17 対する技術的な支援を行い、市町の相談支援体制の充実を図ります。

18 **(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)**

19 ○精神障害のある人の人権に配慮し、患者やその家族の意思を尊重した適正な医療及び看護等の
20 提供体制の整備を促進します。

21 ○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、
22 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

進めます。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や社会復帰の支援体制の整備を促進します。

○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など、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、薬局の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に県下全域の拠点病院を明確にし、情報発信や人材育成を行うほか、2次保健医療圏において地域連携拠点機能を担う医療機関を支援し、地域医療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】

○依存症については全県の医療体制の構築に向けて、地域連携拠点機能の強化を図るとともに、多職種・多施設との連携を推進します。

○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家族への支援等を行うほか、依存症の治療を行う医療機関が少ないことから、県立こころの医療センターに加え、県内の依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関である服部病院、聖明病院を全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

○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全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

1 **【高次脳機能障害】**

2 ○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、圏域ごとに地域リハビリテ
3 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
4 等との連携により相談支援体制の充実を図るほか、聖隷三方原病院リハビリテーション科を全
5 域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

6 **【摂食障害】**

7 ○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
8 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
9 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。

10 ○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全域拠点
11 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
12 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。

13 **【てんかん】**

14 ○てんかんは、適切な診断、手術や服薬等により症状を抑えることができる又は治癒する場合や、
15 社会で活動しながら生活できる場合も多いことから、運転、就労などの生活にかかわる相談支
16 援や、関係機関に対しててんかんに関する正しい知識の普及に努めます。

17 ○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全域拠点機関とし、身近な地
18 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
19 ます。

20 **【児童・思春期精神疾患】**

21 ○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
22 生活していくために、浜松医科大学医学部附属病院、国立病院機構天竜病院、県立こども病院、
23 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。

24 **(エ) 精神科救急体制・身体合併症**

25 ○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、精神医療に関する相談窓
26 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。

27 ○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
28 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
29 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
30 置し、精神科救急を推進します。

31 ○精神疾患を有する患者が身体合併症の入院治療を必要とした場合に、圏域ごとに総合病院等に
32 おいて一般科医師と精神科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
33 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
34 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
35 全域拠点機関とした連携体制を構築します。

36 **(オ) 自殺対策**

37 ○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
38 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自殺対策を行
39 うとともに、地域における相談体制の充実を図ります。

- 1 ○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
2 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。
- 3 ○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
4 するとともに、教育委員会等関係機関と連携し、SOSの出し方等困難に直面した際の対処方
5 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。
- 6 ○自殺未遂者に対する良質かつ適切な治療の実施が必要であることから、浜松医科大学医学部附
7 属病院、県立こころの医療センター、県立こども病院を全域拠点機関とし、地域医療連携体制
8 を構築します。
- 9 ○コロナ禍の長期化や物価高騰などの影響に伴う新たな課題に対応した自殺総合対策の取組を
10 推進します。

11 **(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**

- 12 ○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、
13 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。
- 14 ○災害時には、国DPAT事務局を通じた他都道府県DPAT隊の受入れ、DMATや関係機関
15 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。
- 16 ○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
17 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
18 します。

19 **(キ) 医療観察法における対象者への医療**

- 20 ○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、指定
21 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全域拠点機関とし、指定通院医
22 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。

23 **(ク) 隔離・身体的拘束の最小化**

- 24 ○隔離・身体的拘束など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
25 め、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
26 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。

1 ○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 | — |

| | |
|-----------------------|-----------------|
| 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 |
| 現状データ | — |

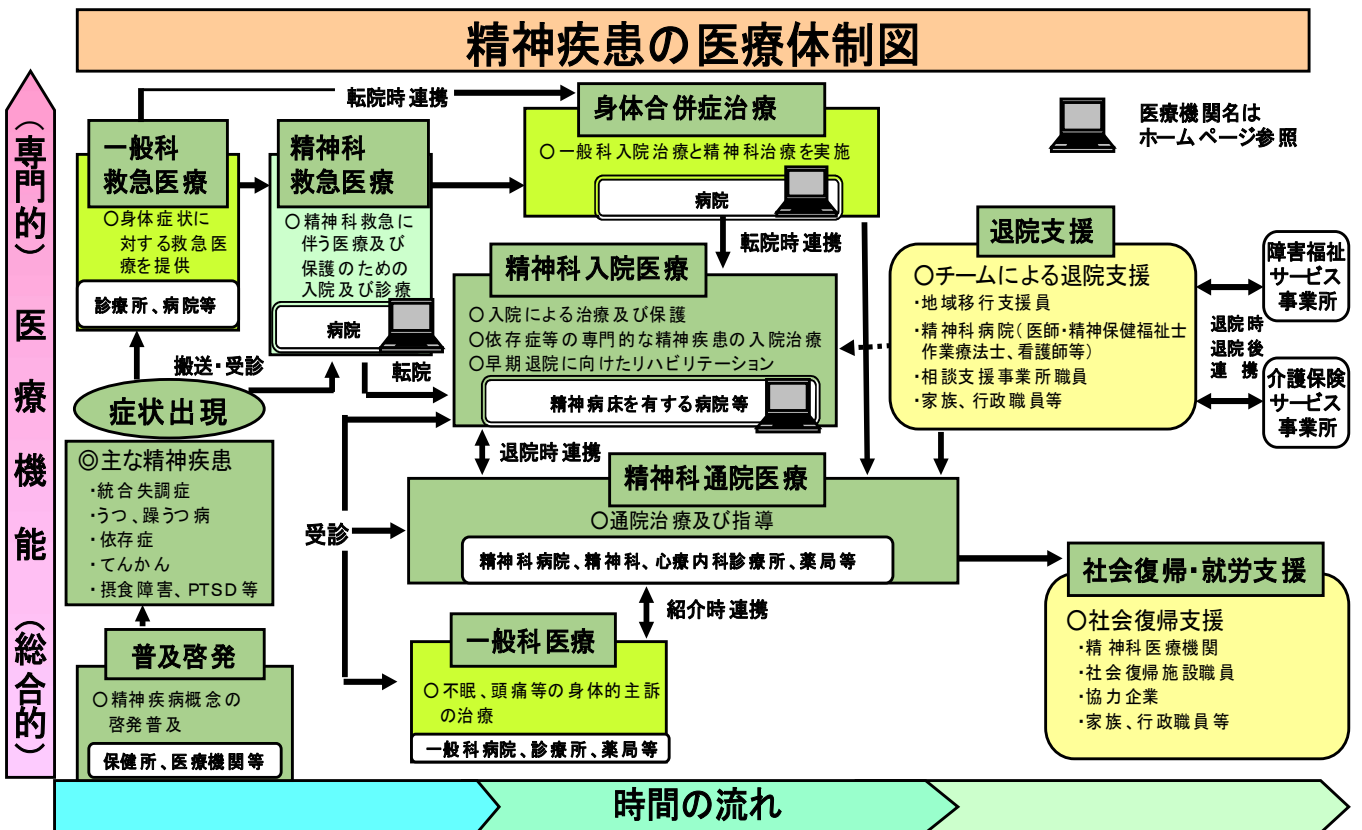
| | |
|--|----------------------------|
| 1:精神障害の有無やその程度にかかわらず、地域で安心して暮らすことができる | |
| 数値目標 | 精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数 |

- 2
- 3
- 4
- 5

(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 ○チームによる退院支援 | ○通院治療及び指導 | ○社会復帰支援 |
| 機能の説明 | ・精神疾患の理解を推進 ・啓発のための広報活動 | ・プライマリケアにおけるうつ病等の治療 ・身体合併症の治療 ・精神科入院・通院医療を行う医療機関との連携 | ・身体症状に対する救急医療 ・精神科救急医療や身体合併症治療を行う医療機関との連携 | 【精神科救急医療施設】 ・休日・夜間等の精神科急性症状に対する救急医療を実施 ・24時間365日対応できる精神医療相談窓口の機能強化 | ・24時間体制で、身体合併症の入院治療と精神科治療を実施 ・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



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17

(5) 関連図表

○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 | 327.3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 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 外来受診者 | 1,538 | 1,530 | 1,511 | 1,312 | 1,412 | 1,321 | 1,331 | 1,105 | 1,079 | 1,104 |
| うち入院者 | 650 | 643 | 625 | 668 | 694 | 632 | 608 | 598 | 609 | 601 |
| 入院の割合 | 42.3% | 42.0% | 41.4% | 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)

1

2 ○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」)

3

4

1

2

3

4

5

※白紙

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、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狭義の医療として、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

1 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
2 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。

3 ○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
4 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
5 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
6 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
7 施し、県民に情報を公表しています。

8 ○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
9 というもので、最多になっています (2022 年度)。また、発達障害専門医は全国的に不足して
10 います。

11 ○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
12 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
13 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
14 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、
15 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・
16 児童精神科)に配置されています。

17 ○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
18 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。

19 ○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
20 達障害児者家族等支援事業としてペアレントメンターやピアサポート支援者を養成・活用し、
21 発達障害児者及び家族等への支援を実施しています。

23 ウ 医療提供体制

24 ○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
25 とが必要です。

26 ○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
27 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
28 が求められます。

29 ○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
30 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
31 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
32 進も求められます。

33 ○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
34 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。

35 ○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
36 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確保す
37 ることが求められます。

1 **(2) 対策**

2 **ア 施策の方向性**

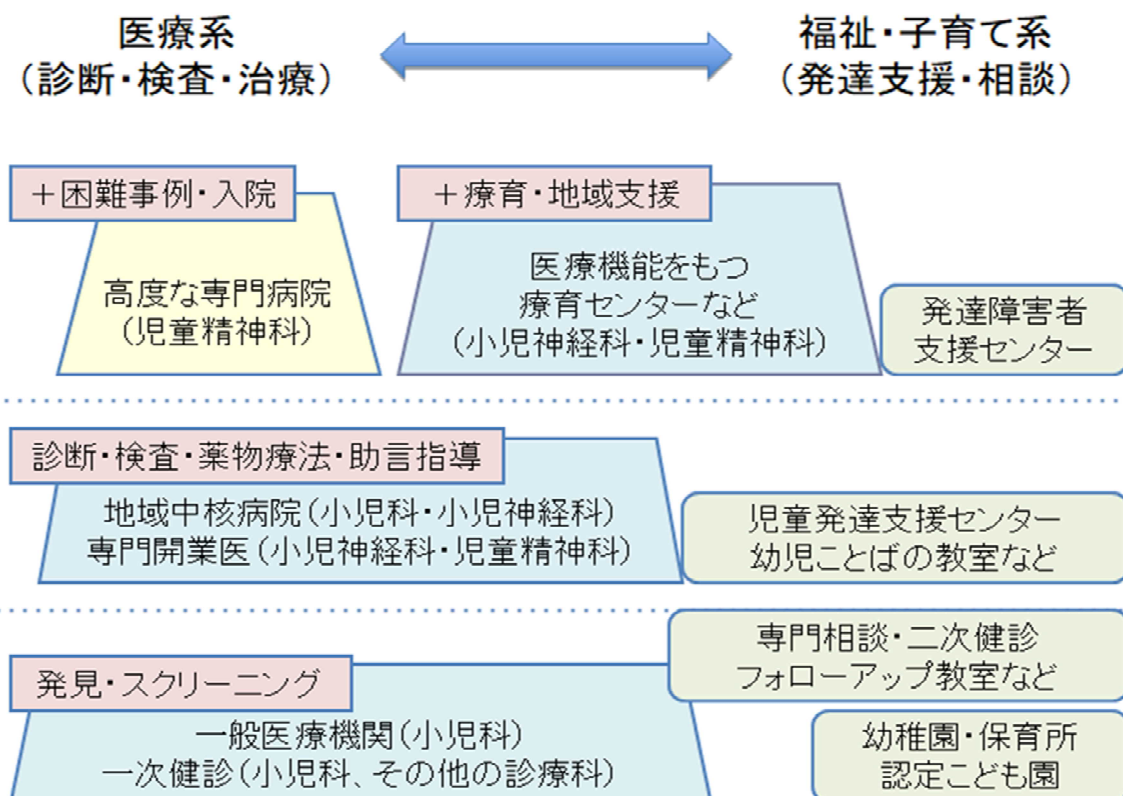
- 3 ○医療機関への定期的な調査を行い、発達障害に係る医療情報の提供を行います。
- 4 ○浜松医科大学への寄附講座による医師の養成をはじめ、小児神経科医や児童精神科医を地域で
- 5 継続的に養成・確保する仕組みの検討など、専門医・専門的医療機関の確保を図ります。
- 6 ○医療から発達支援へつなぐための仕組みづくりなど、医療機関と福祉、教育などの支援機関の
- 7 連携強化を進め、児童発達支援センターを中核とした重層的な地域支援体制の構築を図ります。
- 8 ○小児科医や看護師その他の医療従事者への研修の充実に努めるなど、地域の小児科医等の対応
- 9 力の強化を図ります。特に、医療の確保のため、発達障害の診療を行う病院の医師に対して、
- 10 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
- 11 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
- 12 組みます。
- 13 ○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
- 14 や心理検査に対するサポートなどを進めます。
- 15

(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



1 (5) 関連図表

2 ○発達障害が診療できる医療機関数

3 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) |

4 注：() は、うち診断と心理検査が可能な医療機関 (内数)

5

6 2 調査結果 (2023 年度)

7 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 |

8

9 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)

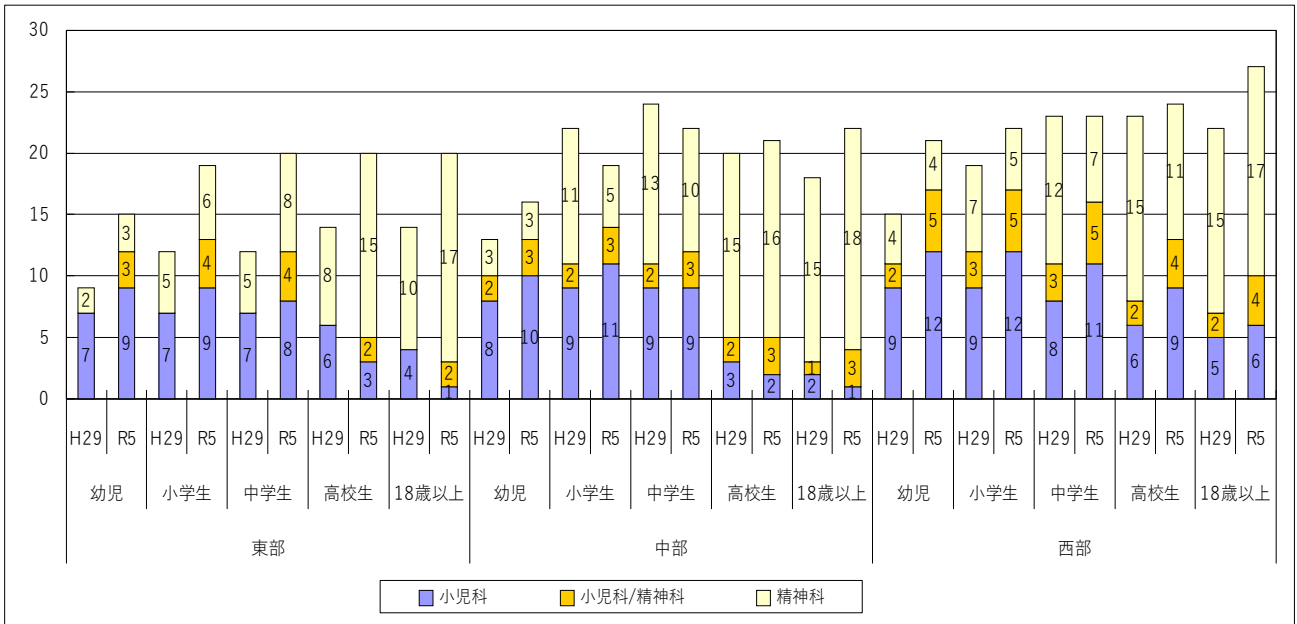
| 地域 | 圏域 | 医療機関数 | | | | 10万人当たりの医療機関数 | | | |
|----|------|-------|----|----|---------------|---------------|-----|-----|---------------|
| | | R3 | R4 | R5 | 増減 (R5-R4) | R3 | R4 | R5 | 増減 (R5-R4) |
| 東部 | 賀茂 | 2 | 2 | 1 | -1 | 3.4 | 3.5 | 1.8 | -1.7 |
| | 熱海伊東 | 1 | 1 | 2 | +1 | 1.0 | 1.0 | 2.1 | +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 |

10

1 ○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）※

2

（単位：件）



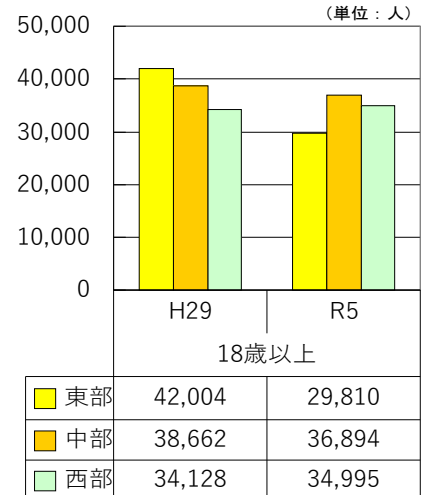
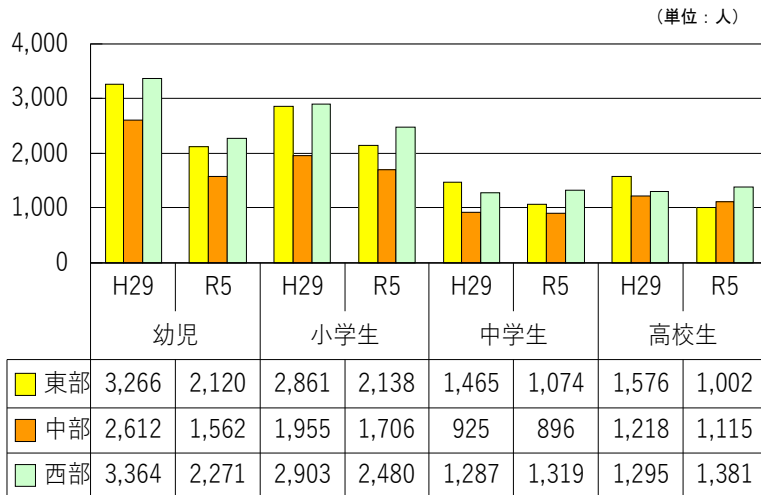
3

4 ※ 非公表の医療機関は分析から除外

5

6 ○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）

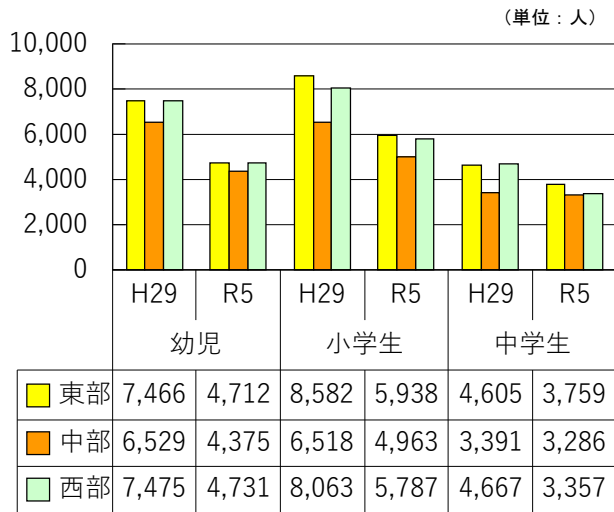
7 （全体）



8

9

1 (小児科)



2

3

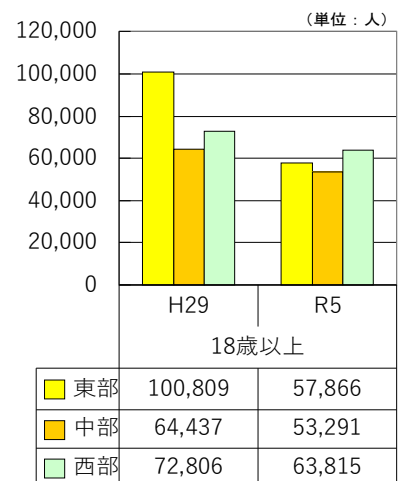
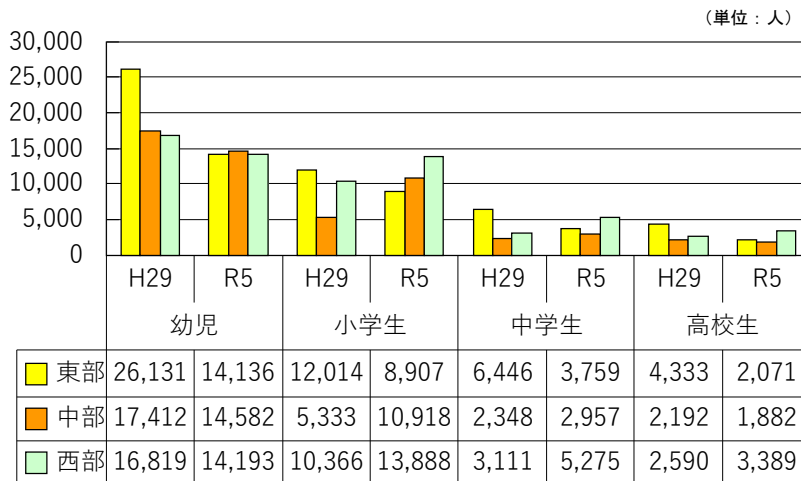
小児科/精神科は集計から外した。

4

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。

5

6 (精神科)



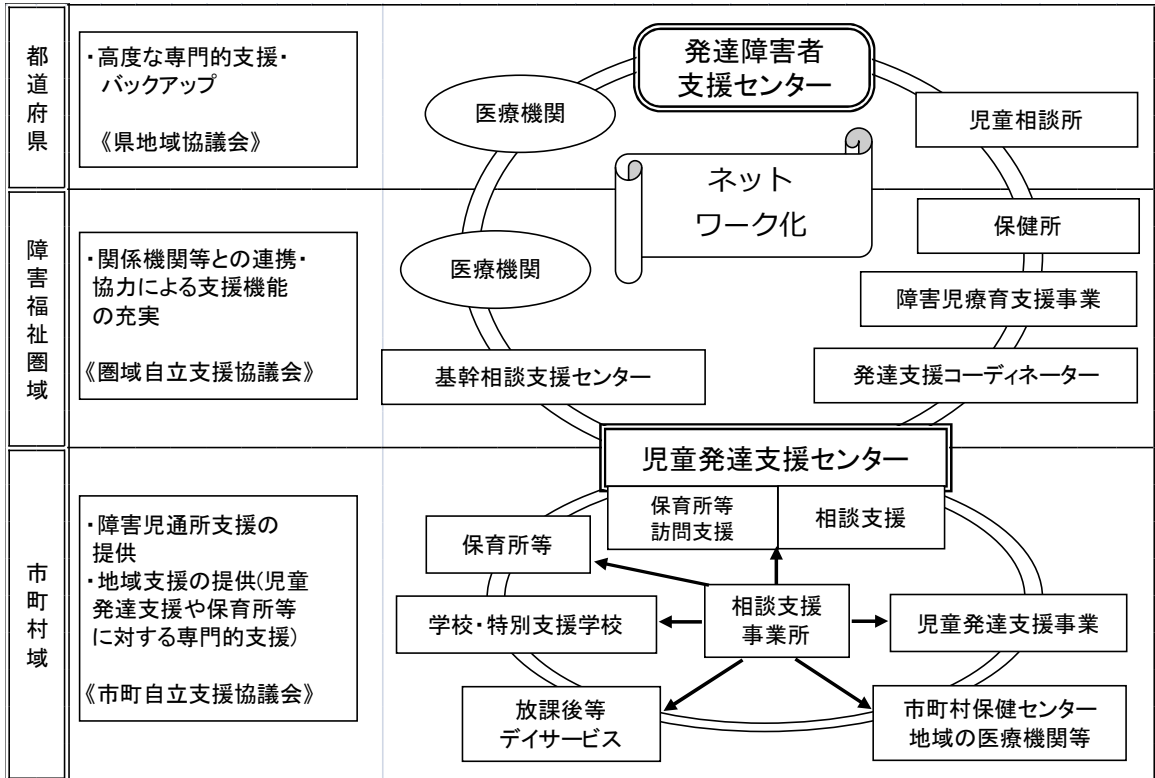
7

8

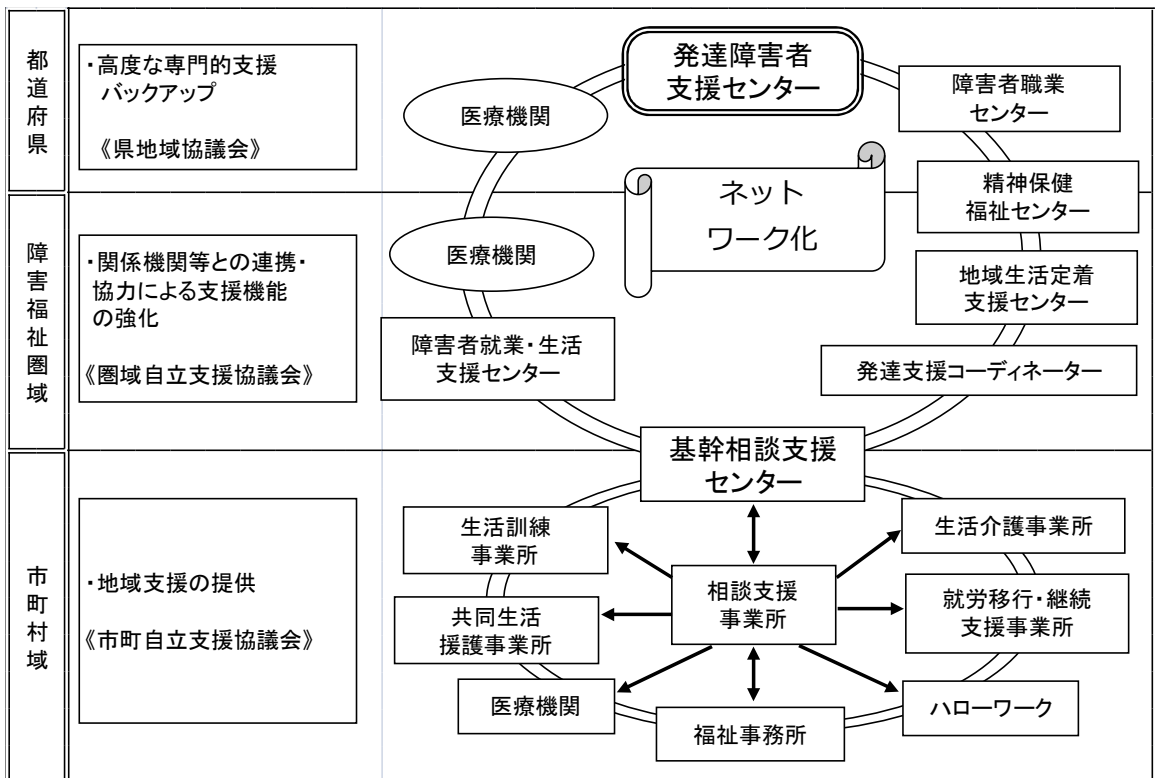
小児科/精神科は集計から外した

9

1 ○発達障害児者支援システム
2 (発達障害児)



21 (発達障害者)



1 **第3節 事業**

2 **1 救急医療**

3 **【対策のポイント】**

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

6

7

8 **(1) 現状と課題**

9 **ア 救急医療の現状（救急医療とは）**

- 10 ○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
- 11 対応を目的とする医療です。
- 12 ○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
- 13 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。
- 14 ○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
- 15 要請等が求められます。
- 16 ○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。
- 17 ○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
- 18 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。
- 19 ○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。

20

21 **イ 本県の状況**

22 **(ア) 救急搬送の状況**

- 23 ○本県における救急搬送人数は、令和2年度には減少したものの、それ以前は年々増加傾向にあ
- 24 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
- 25 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
- 26 す。
- 27 ○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
- 28 50%を超えています。

29 **(イ) 救急医療体制**

- 30 ○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
- 31 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
- 32 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。

33 **(初期救急医療)**

- 34 ○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
- 35 います。
- 36 ○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
- 37 対応しています。

38 **(第2次救急医療（入院救急医療）)**

- 39 ○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（72 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。2017 年 4 月に県内 11 箇所目の救命救急センターとして、藤枝市立総合病院を指定しています。

○広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対する高度専門的救命医療を行う高度救命救急センターとして、2015 年 3 月に中部 1 施設（県立総合病院）、西部 1 施設（聖隷三方原病院）をそれぞれ指定しています。

○県内の救命救急センターは、自家発電機（備蓄燃料を含む。）及び受水槽（備蓄飲料水を含む。）を保有しており、災害時においても、高度な救急医療を提供できる体制を整備しています。

（ドクターヘリ・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（浜松市北区）で運航し、2 機体制で全県をカバーし、特に山間地や半島部の救急医療体制の強化に大きく貢献しています。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り組みを行っています。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

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

1 っています。

2 ○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。
3 また、令和3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
4 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。

- 5 ・心肺停止患者に対する気管内チューブ挿管（2004年7月）
- 6 ・心肺停止患者に対する薬剤（エピネフリン）投与（2006年4月）
- 7 ・ビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気道確保（2011年8月）
- 8 ・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
- 9 年4月）

10 ○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
11 る救急救命士を養成しています。

12 （傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（実施基準））

13 ○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
14 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
15 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
16 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。

17 （県民への救急蘇生法の普及）

18 ○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
19 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
20 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。

21 （広域災害・救急医療情報システム（医療ネットしずおか））

22 ○休日夜間における県民への救急医療情報の提供を行うとともに、医療機関と消防本部等をオン
23 ラインで結び患者の搬送に必要な情報の提供を行う広域災害・救急医療情報システム（医療ネ
24 ットしずおか）を平成18年から運用していましたが、令和6年度から厚生労働省が運用する
25 「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
26 なり、さらなる利便性が向上します。

28 ウ 医療提供体制

29 （ア）救急搬送

30 ○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
31 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
32 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。

33 （イ）救急医療体制

34 （初期救急医療）

35 ○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
36 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
37 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
38 する要因となっています。

39 ○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。

- 1 ○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。
- 2 ○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。
- 3 **(第2次救急医療（入院救急医療）)**
- 4 ○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
- 5 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
- 6 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。
- 7 ○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
- 8 構築し、対応する必要があります。
- 9 **(第3次救急医療（救命救急医療）)**
- 10 ○第2次救急医療機関の疲弊に伴い、第3次救急医療機関の負担も増加しています。
- 11 ○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
- 12 な連携体制を確保する必要があります。
- 13 ○特殊な疾病患者に対する高度専門的救命医療については、県内での受入が困難な場合はドクタ
- 14 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
- 15 関の確保などが必要です。
- 16 ○急性期を乗り越えた救命救急センターの患者を、自宅への退院や他の病院等への転院、一般病
- 17 床への円滑な転床ができる体制が必要です。
- 18 **(ドクターヘリ・ドクターカー)**
- 19 ○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
- 20 の時間をより一層短縮することが必要です。
- 21 ○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。
- 22 **(救急医療を担う人材の確保・働き方改革)**
- 23 ○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
- 24 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
- 25 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。
- 26 ○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
- 27 す。
- 28 ○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
- 29 必要です。
- 30 ○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
- 31 す。
- 32 **(救急医療機関等と療養の場との間の円滑な移行)**
- 33 ○地域包括ケアシステムの構築に向け、救急医療機関の機能と役割を明確にし、急性期を脱した
- 34 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
- 35 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。
- 36 **(ウ) 病院前救護活動**
- 37 **(メディカルコントロール体制)**
- 38 ○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
- 39 る中で、十分な人員を確保していくことが必要です。

1 (県民への救急蘇生法の普及)

2 ○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
3 ー²による心肺蘇生法の実施を普及していく必要があります。

4 (エ) 住民の受療行動

5 ○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
6 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。

7 ○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
8 救急搬送の過度な負担が懸念されます。

9 ○居宅・介護施設の高齢者が、自らの意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進め
10 る必要があります。

11 (オ) 新興感染症の発生・まん延時における救急医療

12 ○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
13 大きな影響が生じることが懸念されます。

14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38

² バイスタンダー：救急現場に居合わせた人。

1 **(2) 対策**

2 **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 | 9.3% (2021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 | 5.6% (2021年) | 8.7%以上 (2029年) | | |

3 *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

4
5 **イ 施策の方向性**

6 **(ア) 救急搬送**

7 ○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
8 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
9 行う等により、受入医療機関と消防機関との円滑な連携体制の推進を図ります。

10 ○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」
11 「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、
12 消防機関の負担軽減を図ります。

13 **(イ) 救急医療体制**

14 ○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
15 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。

16 **(初期救急医療)**

17 ○市町が保健所、地域の医師会と連携により、在宅当番医制から急患センター方式への転換や、
18 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
19 制確保に向けた取組を進めます。

20 ○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。

21 ○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
22 行う体制整備を図ります。

23 **(第2次救急医療（入院救急医療）)**

24 ○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
25 ては市町と連携して整備、拡充を図ります。

26 ○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
27 分担の明確化やICT等による連携の強化を図るなど、地域の実情に応じ、第2次救急医療体
28 制の継続的確保に向けた取組を進めます。

29 ○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
30 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。

31 **(第3次救急医療（救命救急医療）)**

32 ○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。

33 ○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

- 1 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
2 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。
- 3 ○各救命救急センターにおいて、急性期を乗り越えた患者の転床・転院をさらに促進するため、
4 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
5 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
6 へつなぐ体制を構築します。
- 7 (ドクターヘリ・ドクターカー)
- 8 ○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、
9 119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。
- 10 ○ドクターヘリの安全かつ安定的な運行や、神奈川・山梨両県との大規模災害時におけるドクタ
11 ーヘリの運用を進めていきます。
- 12 ○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
13 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。
- 14 (救急医療を担う人材の確保・働き方改革)
- 15 ○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
16 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。
- 17 ○初期臨床研修医に対して、救急科の指導医等が直接、救急医療の魅力伝えることで、救急科
18 を志す医師の増加を図ります。
- 19 ○「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
20 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
21 ます。
- 22 ○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
23 ける体系的な研修の実施及び参加を促進します。
- 24 ○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
25 連携し、医療機関を支援します。
- 26 (救急医療機関等と療養の場との間の円滑な移行)
- 27 ○地域包括ケアシステムの構築のため、救急医療機関、回復期を担う医療機関、かかりつけ医や
28 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
29 を活用して構築し、より地域で連携した取組を進めます。
- 30 (ウ) 病院前救護活動
- 31 (メディカルコントロール体制)
- 32 ○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。
- 33 (県民への救急蘇生法の普及)
- 34 ○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
35 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。
- 36 (エ) 住民の受療行動
- 37 ○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」
38 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
39 急医療への理解と適切な受療行動を促します。

- 1 ○「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要請ができる
2 体制の充実・強化を検討します。
- 3 ○ACP³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、
4 救急医療の関係者や地域包括ケアの医療・介護関係者、消防関係者等、地域の関係者がそれぞ
5 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。
- 6 **(オ) 新興感染症の発生・まん延時における救急医療**
- 7 ○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
8 す。
- 9
- 10

³ 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

1 ○救急医療のロジックモデル

2

〈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

4

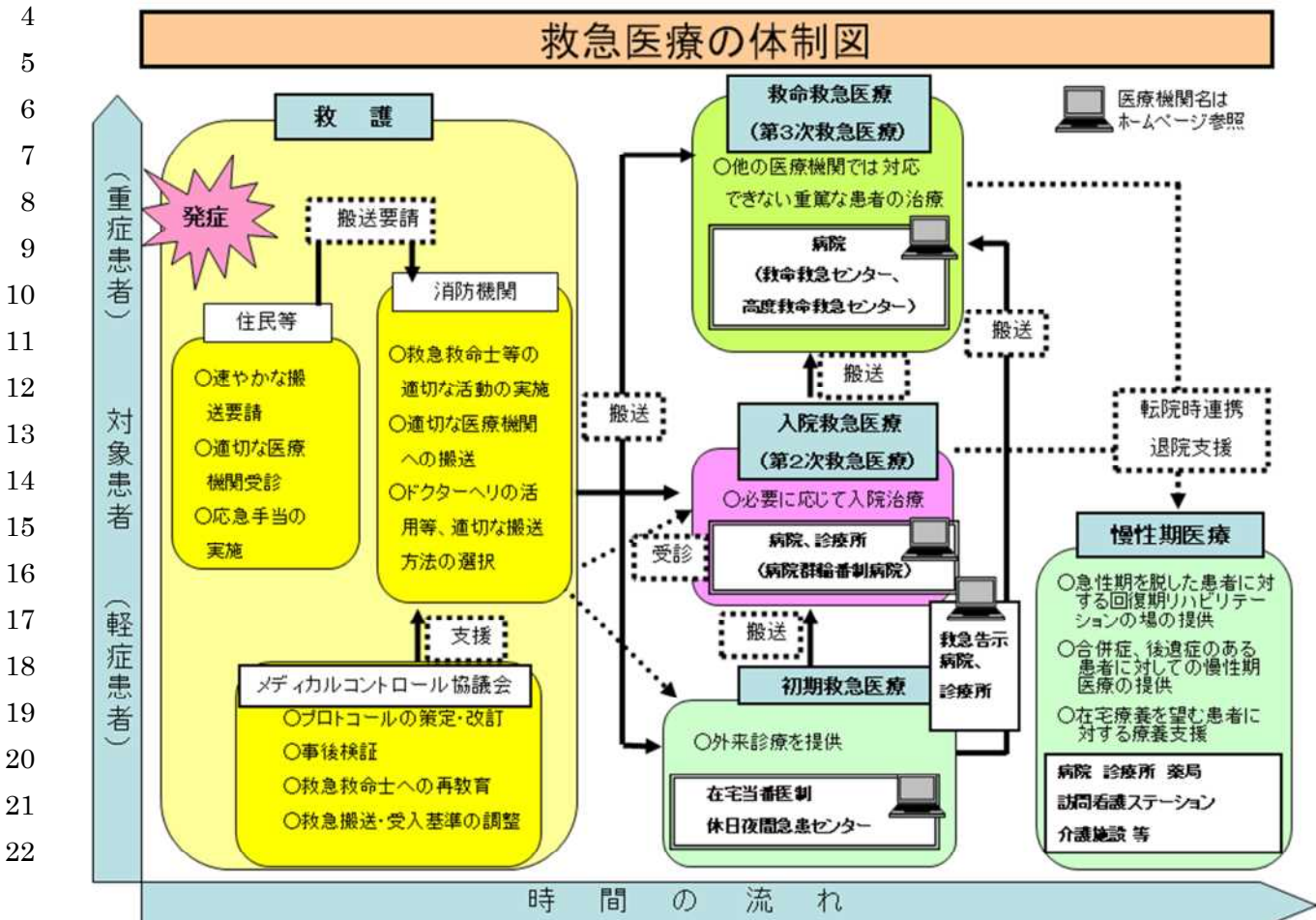
5

6

1 (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 <u>初期診察</u> 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、応急手当やAED等による救命処置の実施 ・消防機関における救急救命士等の適切な活動の実施、適切な搬送方法の選択と適切な医療機関への搬送 ・メディカルコントロール協議会によるプロトコルの策定、改定、検証、救急救命士への再教育、救急搬送・受入基準の調整 | <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・夜間の急病患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 | | | |

2
3 (4) 「救急医療」の医療体制図



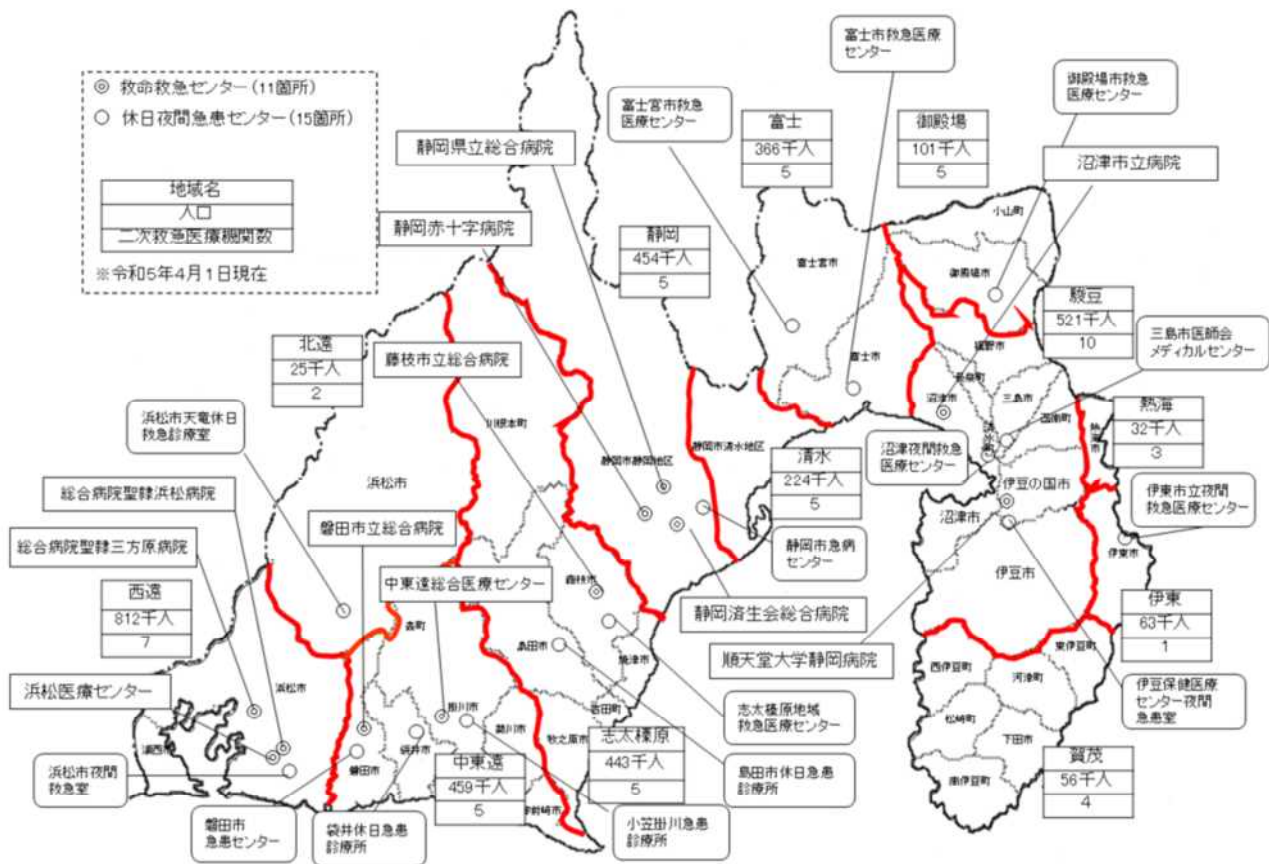
1 (5) 関連図表

2 ○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 |

3

4 ○救急医療体制



5

6

7

1 ○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））

2

3 ○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）

4

5 ○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）

6

7 ○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）

1 ○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)

2

3 ○県内2次保健医療圏域別高齢化率の推移(65歳以上人口の占める割合)

(単位：%)

| | 2002年 | 2007年 | 2015年 | 2016年 | 2017年 | 2018年 | 2019年 | 2020年 | 2021年 | 2022年 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 賀茂 | 28.5% | 33.2% | 41.7% | 42.9% | 43.9% | 44.7% | 45.6% | 50.2% | 46.7% | 47.2% |
| 熱海伊東 | 26.2% | 31.5% | 41.1% | 42.1% | 42.9% | 43.6% | 44.3% | 49.1% | 44.9% | 45.1% |
| 駿東田方 | 17.7% | 21.1% | 27.2% | 28.0% | 28.6% | 29.1% | 29.6% | 34.1% | 30.7% | 30.6% |
| 富士 | 16.7% | 20.2% | 26.1% | 26.9% | 27.5% | 28.0% | 28.4% | 32.9% | 29.2% | 29.5% |
| 静岡 | 19.1% | 22.8% | 28.4% | 29.1% | 29.6% | 30.0% | 30.3% | 34.4% | 30.5% | 30.7% |
| 志太榛原 | 19.5% | 22.7% | 28.2% | 28.9% | 29.5% | 30.0% | 30.3% | 34.9% | 30.9% | 31.2% |
| 中東遠 | 18.5% | 20.2% | 25.3% | 26.0% | 26.6% | 27.1% | 27.5% | 32.2% | 28.3% | 28.5% |
| 西部 | 18.3% | 20.9% | 26.0% | 26.6% | 27.2% | 27.6% | 27.8% | 32.3% | 28.3% | 28.5% |
| 県計 | 18.8% | 21.9% | 27.6% | 28.3% | 28.9% | 29.3% | 29.7% | 34.2% | 30.3% | 30.5% |

(出典：静岡県年齢別推計人口)

4

5 ○傷病程度別搬送人員及び構成比の推移

(単位：人、%)

| | 2013年 | 2014年 | 2015年 | 2016年 | 2017年 | 2018年 | 2019年 | 2020年 | 2021年 |
|-----|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 死亡 | 1,684 | 1,532 | 1,485 | 1,341 | 1,539 | 1,521 | 1,484 | 1,614 | 1,645 |
| 割合 | 1.2 | 1.1 | 1.0 | 0.9 | 1.0 | 1.0 | 0.9 | 1.2 | 1.1 |
| 重症 | 10,262 | 10,101 | 10,132 | 9,780 | 10,134 | 10,802 | 11,473 | 10,798 | 10,155 |
| 割合 | 7.2 | 7.1 | 6.9 | 6.6 | 6.6 | 6.8 | 7.3 | 7.8 | 7.1 |
| 中等症 | 54,775 | 56,269 | 58,626 | 60,404 | 65,878 | 70,223 | 71,071 | 67,744 | 72,181 |
| 割合 | 38.3 | 39.4 | 39.6 | 41.0 | 49.2 | 44.2 | 45.2 | 48.7 | 50.4 |
| 軽症 | 75,785 | 74,703 | 77,295 | 75,323 | 75,594 | 75,902 | 73,058 | 58,918 | 59,103 |
| 割合 | 53.1 | 52.2 | 52.3 | 51.1 | 49.2 | 47.8 | 46.5 | 42.4 | 41.3 |
| その他 | 270 | 346 | 315 | 423 | 432 | 482 | 31 | 6 | 2 |
| 割合 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 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」)

14

15 ○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」)

16

17 ○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 |

18

1 ○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 | 2022.4 | 96.4% | 93.2% | 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) ※ | 2021 | 21人 | 37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) ※ | 2023.1 | 186.7台 | 176.6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) | 2021 | 9.3% | 11.1% | 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) | 2021 | 5.6% | 6.9% | 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 | 2021 | 41.6分 | 42.8分 | 消防庁 「救急・救助の現状」 |

2 ※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

3

2 災害時における医療

【対策のポイント】

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

(1) 現状と課題

ア 災害の現状

- 災害には、地震、風水害といった自然災害から、テロ、鉄道・航空機事故といった人為災害及び原子力災害等に至るまで様々な種類があります。また、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や時期等によって被災・被害の程度は大きく異なります。
- 2011 年 3 月に発生した「東北地方太平洋沖地震」は、それまでの想定を大幅に上回る巨大な津波などにより、東日本の太平洋岸の広範な地域に甚大な被害をもたらし、岩手・宮城・福島の東北 3 県の沿岸部を中心に約 2 万人の尊い命を奪う大災害「東日本大震災」となりました。
- また、2014 年 9 月の御嶽山噴火、2016 年 4 月の熊本地震、2018 年 9 月の北海道胆振東部地震が発生し、甚大な被害をもたらしました。
- 近年は、ゲリラ豪雨や竜巻等の突発的発生の増加や、台風の強大化等により、風水害が増加する傾向にあります。2021 年 7 月に熱海市で発生した土石流災害では、多くの人的・物的被害をもたらしました。
- 爆発物・NBC（N：核物質、B：生物剤、C：化学剤）物質を使ったテロなど特別な対応を求められるものもあります。
- 鉄道、海上及び航空交通等の各分野において、大量・高速輸送システムが発展し、ひとたび事故が発生した場合には、重大な事故に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、高齢者や障害者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。

1 ウ 医療提供体制

2 ○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
3 の下、医療救護体制を整備し、充実を図っています。

4 (ア) 医療救護施設

5 ○県及び市町は医療救護計画に基づき、災害時医療救護施設として、県が災害拠点病院¹、災害拠
6 点精神科病院²を、市町が救護病院³、救護所⁴等を指定しています。

7 ○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、
8 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
9 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。

10 ○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
11 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。

12 ○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
13 慮が必要な県民への対応に当たります。

14 ○なお、災害拠点病院が圏域内にない保健医療圏では、隣接圏域の災害拠点病院との連携により
15 対応しています。

16 ○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。

17 ○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
18 護体制の整備を推進していく必要があります。

19 ○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
20 る取組が必要です。

21 ○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
22 める必要があります。

23 ○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（B
24 CP）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・
25 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。

26 ○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
27 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。

28 ○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
29 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
30 充実を進めていくことが重要です。

31 (イ) 災害時の情報把握

32 ○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

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。

- 1 把握が非常に困難な状況となりました。
- 2 ○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
- 3 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
- 4 す。
- 5 ○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
- 6 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
- 7 院を登録しています。
- 8 ○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
- 9 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
- 10 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
- 11 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
- 12 しています。
- 13 ○「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
- 14 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
- 15 担当者を確認する等の対応が必要です。
- 16 ○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
- 17 関の更なる衛星電話の整備促進が必要です。
- 18 ○「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、
- 19 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。
- 20 ○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、
- 21 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。

22 (ウ) 広域医療搬送

- 23 ○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
- 24 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。
- 25 ○クラッシュ症候群等⁹の広域医療搬送基準に適合した重症患者を、自衛隊機等を活用し、被災地
- 26 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。
- 27 ○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
- 28 搬送に対する取組が本格化しており、SCU¹⁰におけるDMAT¹¹活動等の全国標準化が進めら

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。

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）に活動を開始できる機動性を持った、専門的な研修・訓練

1 れています。

2 ○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
3 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。

4 ○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
5 高めていく必要があります。

6 ○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、
7 医療従事者への知識の啓発、普及が必要です。

8 ○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
9 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」
10 （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
11 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
12 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
13 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
14 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
15 効率的な運用に向けた取組を行っています。

16 **(エ) 広域受援**

17 ○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
18 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。

19 **(災害超急性期（発災～2日））**

20 ○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。

21 ○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D
22 MAT等が派遣され、SCUや災害拠点病院等の活動に従事します。

23 ○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
24 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。

25 ○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
26 医療チームの受入体制の整備が必要です。

27 **(災害急性期（3日～1週間））**

28 ○日本赤十字社の救護班や、JMAT、DPAT¹³等による支援が中心になります。

29 ○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。

30 ○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
31 ります。

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。）。

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

1 ○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
2 団体と、県災害対策本部において密接に連携する体制整備を更に進めることが必要です。

3 ○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
4 ため、災害医療コーディネーター¹⁴を中心とした関係機関によるネットワーク体制の連携強化
5 を推進していく必要があります。

6 (災害亜急性期(1週間～)以降)

7 ○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。

8 ○特定非営利活動法人日本災害医療支援機構(JVMA T)や、特定非営利活動法人アムダ(A
9 MDA)等のNPO団体等の支援も受け入れます。

10 ○災害急性期以降においても、各保健医療圏において、参集した医療チーム等を円滑に受入れ、
11 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。

12 (オ) 応援派遣

13 (DMAT)

14 ○DMATは、大地震及び航空機・列車事故等の災害発生直後(概ね48時間以内)に活動が開
15 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。

16 ○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
17 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。

18 ○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、
19 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
20 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。

21 ○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。

22 (DPAT)

23 ○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
24 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
25 動への専門的支援)に従事します。

26 (応援班)

27 ○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
28 害時に県の要請により、県内外に派遣されます。

29 ○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
30 動に専念します。

31 (医療関係団体による医療チーム)

32 ○医師会によるJMATの派遣をはじめ、大学病院、日赤県支部、歯科医師会、病院協会、薬剤
33 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
34 施されます。

35 (カ) 医薬品等の確保・供給

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

- 1 ○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
2 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
3 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、
4 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
5 （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。
6 ○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
7 ど、確保、供給体制をとっています。
8 ○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
9 の対応が必要です。

10 **(キ) 災害時の健康管理**

- 11 ○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
12 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。
13 ○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
14 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。
15 ○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
16 発病、P T S D（心的外傷後ストレス障害）¹⁵の発生を未然に防止するため、広範囲にわたる多
17 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。

18 **(ク) 原子力災害への対応**

- 19 ○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
20 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。
21 ○安定ヨウ素剤について、国の原子力災害対策指針に基づき、P A Z¹⁶圏内の住民に対し、事前配
22 布を実施しています。また、U P Z¹⁷圏内の住民等の分を配備（備蓄）しています。

23 **(ケ) その他**

- 24 ○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
25 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
26 います。
27 ○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
28 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
29 くことも重要です。
30 ○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
31 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。

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

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

¹⁷ 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）。

1 ○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
2 努めることが必要です。

3 ○令和4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
4 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
5 ある医療救護訓練の実施が必要です。

7 (2) 対策

8 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 | 56 病院 (65.9%) (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(対象:87 施設) | 研修 研修 35 病院 (41.2%) (2023 年3月) | 100% (2029 年) | 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施 | |
| | 訓練 訓練 35 病院 (41.2%) (2023 年3月) | 100% (2029 年) | | |
| 2次保健医療圏単位等で災害医療コーディネート機能の確認を行う訓練実施回数 | 年1回 (2021 年度) | 年2回以上 (毎年度) | 全県一斉訓練のほか、各2次保健医療圏単位での訓練実施回数の合計値 | 地域災害医療対策会議開催状況等調査 |
| 静岡DMAT関連研修の実施回数 | 年3回 (2022 年度) | 年3回 (毎年度) | 静岡DMAT隊員の養成及び技能維持向上を図る | 「静岡DMAT-L隊員養成研修」、「静岡DMATロジスティクス研修」、「静岡DMAT看護師研修」の実施回数 |
| 静岡DPAT研修の実施回数 | 年1回 (2022 年度) | 年1回 (毎年度) | 静岡DPAT隊員の養成及び技能維持向上を図る | 「静岡DPAT研修」の実施回数 |

9
10 イ 施策の方向性

11 ○「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
12 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。

13 ○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、
14 障害者、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
15 平時より検討を進めます。

16 ○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

1 体制を整備します。

2 ○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
3 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
4 の構築を図ります。

5 (ア) 医療救護施設

6 ○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、
7 災害拠点病院や救護病院の指定を積極的に推進します。

8 ○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
9 き推進します。

10 ○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
11 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
12 等による浸水対策を促進します。

13 ○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
14 (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。

15 ○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
16 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
17 連携体制の強化を図ります。

18 ○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
19 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、
20 医薬品等の確保を推進します。

21 ○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
22 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
23 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
24 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。

25 ○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。

26 ○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。

27 (イ) 災害時の情報把握

28 ○「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(FU
29 JISAN)」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
30 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
31 させます。

32 ○「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
33 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
34 きます。

35 ○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
36 ります。

37 (ウ) 広域医療搬送

38 ○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。

39 ○広域医療搬送に使用するヘリポートの確保を進めます。

1 ○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S C Uへの専門人材配置に取り
2 組みます。

3 ○S C U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。

4 (エ) 広域受援

5 ○県外から参集するD M A T及びD P A Tを円滑に受入れ、活動を調整するため、県D M A T
6 調整本部及びD P A T調整本部の機能強化を進めます。

7 ○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
8 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
9 調整本部¹⁸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
10 動チームを配置調整する体制を整備します。

11 ○D M A T連絡協議会及びD P A T連絡協議会における協議を踏まえ、各方面本部へのD M A T
12 等の受入れを推進します。

13 ○D M A Tの陸路による進出拠点を東西（東名足柄S A、新東名浜松S Aを想定）に設置し、
14 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、
15 D M A Tの陸路受入体制を整備します。

16 ○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
17 う災害時小児周産期リエゾン¹⁹を養成し、小児・周産期医療に特化した調整役として災害医療
18 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
19 開催により、救護活動をになうD M A TやJ M A T、生活不活発病の予防を担うJ R A T²⁰、
20 精神科医療を提供するD P A T等の医療チーム、D W A T²¹等の福祉チーム、医療資源需給調
21 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
22 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。

23 (オ) 応援派遣

24 ○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、D M A T連絡協
25 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。

26 ○消防等の関係機関と連携した訓練や研修の実施により、D M A T等の資質の向上に努めま
27 す。

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

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

²⁰ J R A T：(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。

²¹ D W A T：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。

1 ○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
2 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
3 強化を推進します。

4 (カ) 医薬品等の確保・供給

5 ○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
6 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。

7 ○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。

8 ○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
9 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。

10 (キ) 災害時の健康管理

11 ○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
12 うため、JMATや歯科医師(JDAT²²など)、保健師、看護師(災害支援ナース)等の連携
13 体制整備により、災害時の健康管理体制を強化します。

14 ○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
15 り、支援体制を充実します。

16 ○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
17 ます。

18 (ク) 原子力災害への対応

19 ○国の原子力災害対策指針に基づき、原子力災害拠点病院(静岡県立総合病院、浜松医科大学
20 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
21 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
22 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
23 支援センター、医師会、消防等の関係機関と連携しながら、原子力災害医療に必要な資機
24 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
25 進めます。

26 ○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
27 の安定ヨウ素剤の事前配布を継続的に実施します。

28 (ケ) その他

29 ○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
30 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。

31 ○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
32 に、救急医薬品の準備についての啓発を進めます。

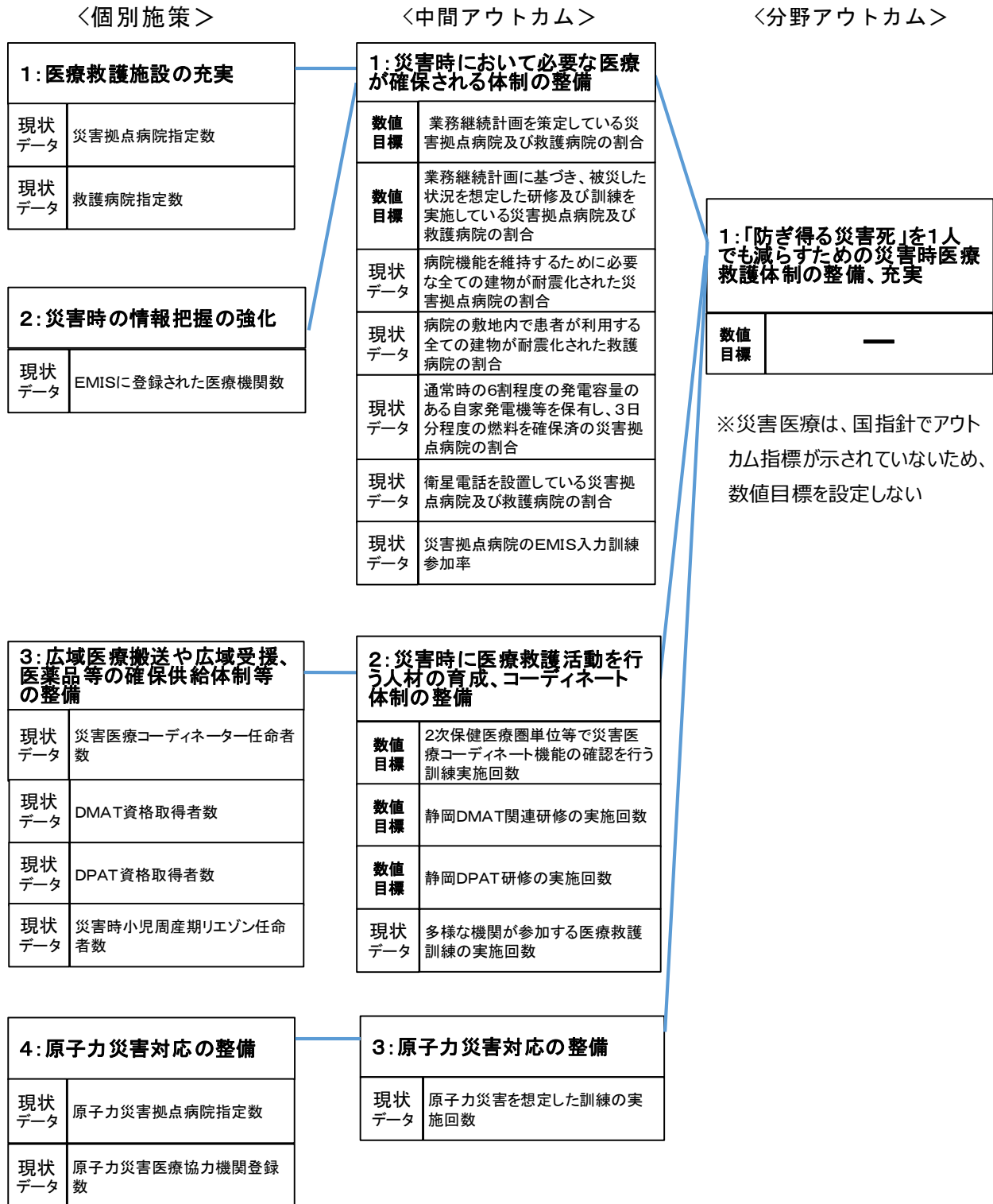
33 ○医療コンテナの活用など、災害時の医療提供体制を維持するための取組について、国等の動
34 向を注視し、導入に向けた検討を進めます。

35

²² 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。

1 ○災害時における医療のロジックモデル

2



3

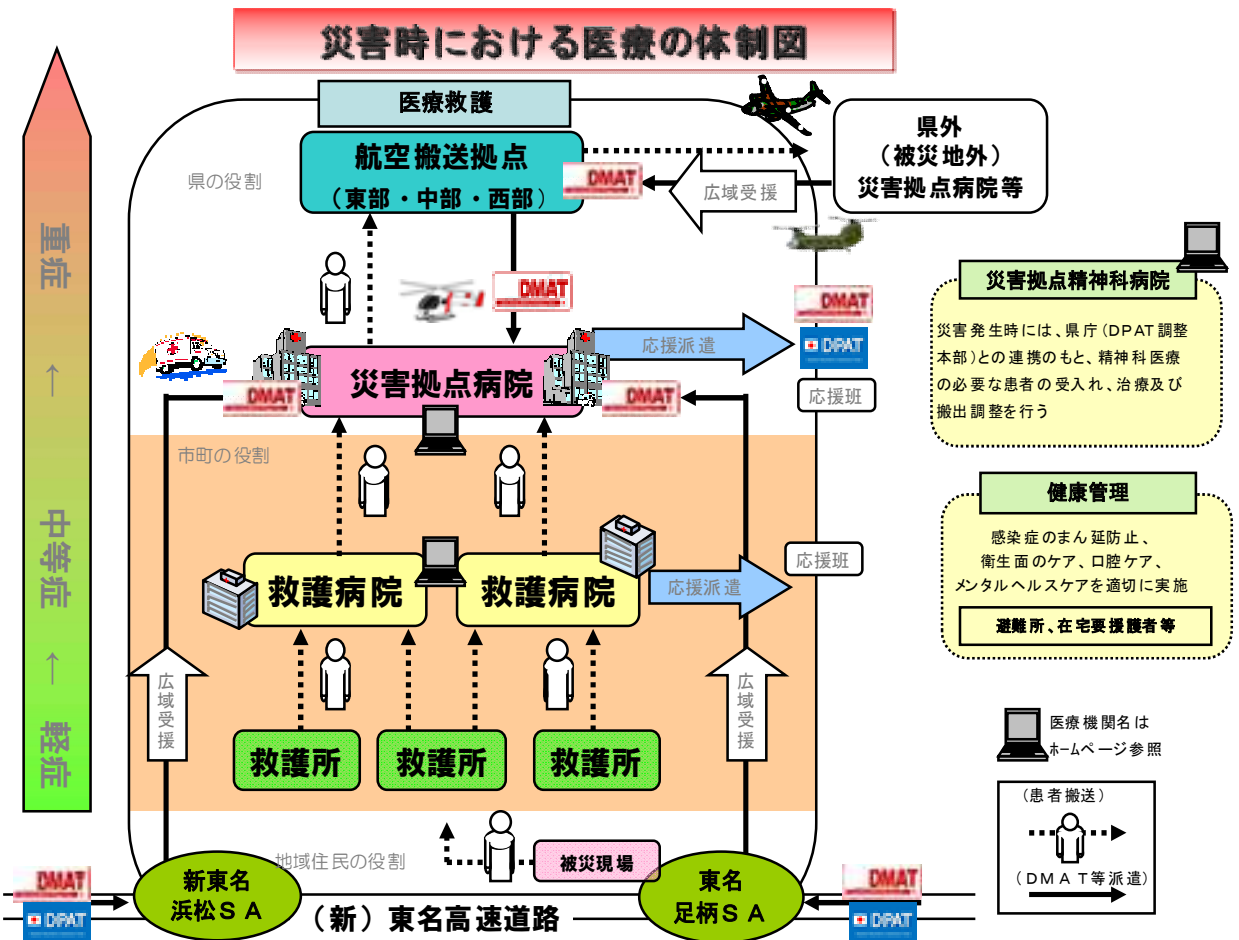
4

5

(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 | | | | | | |
| 【救護所】 | 【救護病院】 | 【災害拠点病院】 | 【災害拠点精神科病院】 | 広域医療搬送 | 広域受援 | | | 応援派遣 |
| 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供給調整（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 |

(4) 災害時の医療体制図



1 (5) 関連図表

2

3 ○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 | 2024 | 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 |
| 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 |

4

5

6

7

8

1 ○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 <u>（被災想定策定時）</u> |
|------|---|---|
| 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> |

2 ※死者及び傷病者数は最大被害想定

3 ※「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
4 は、約8割の減災効果を達成（死者数：約105,000人 → 約22,000人）

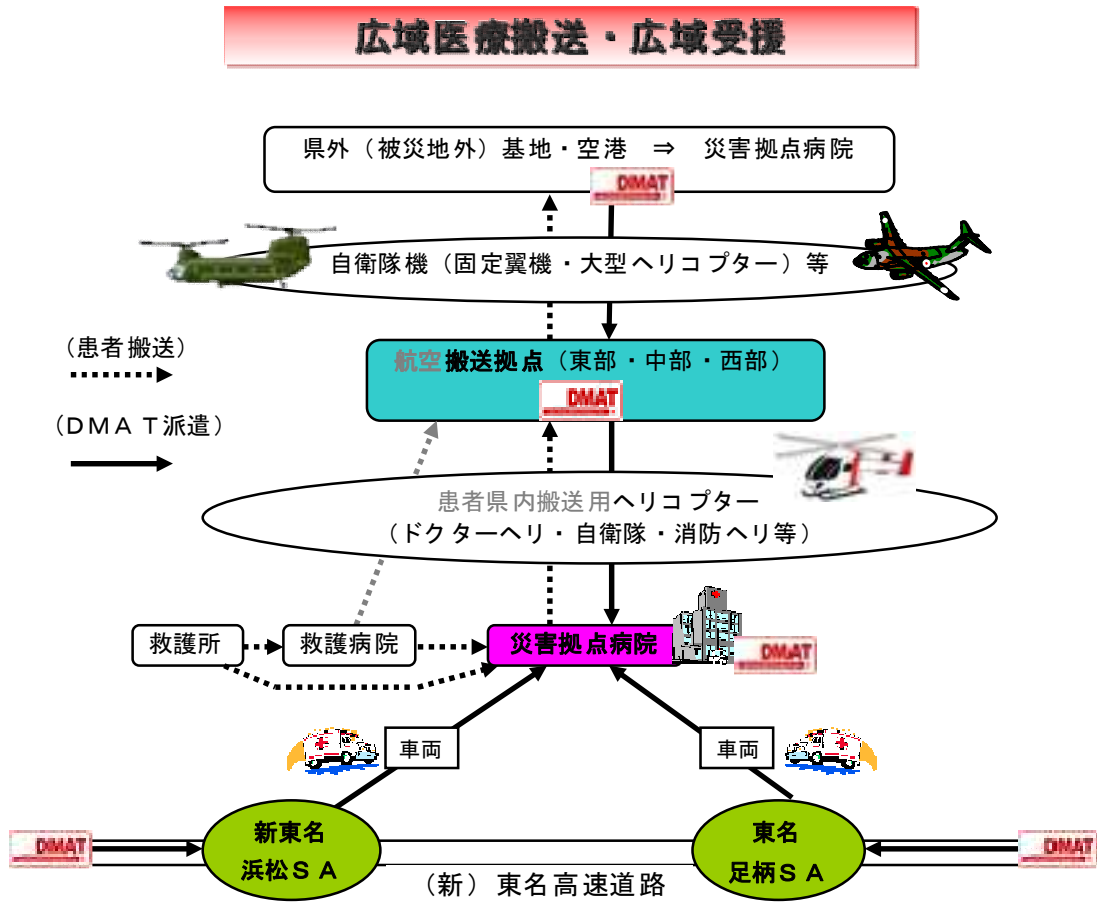
6 ○圏域別医療救護施設指定状況等（2023年4月時点）

（単位：箇所、施設、チーム）

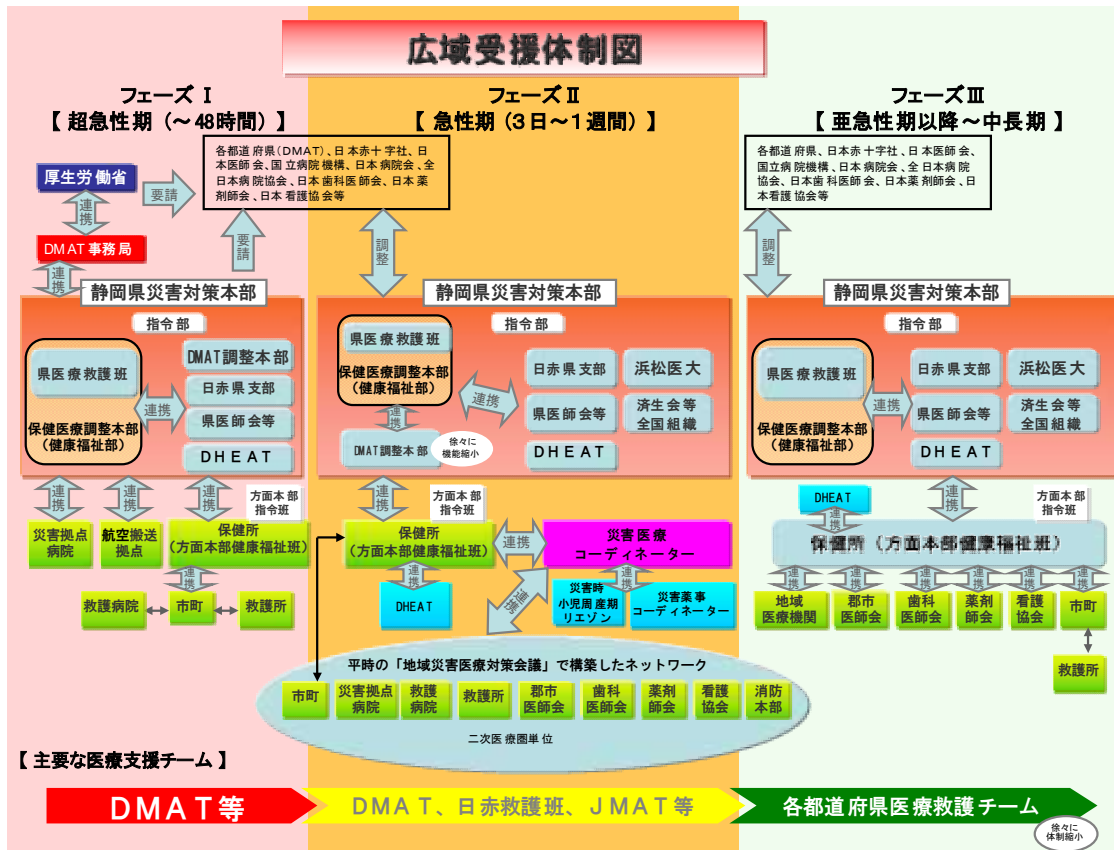
| 2次保健医療圏 | 救護所 (市町指定) | 救護病院 (市町指定) | 災害拠点病院 (県指定) | 災害拠点 精神科病院 (県指定) | 航空 搬送拠点 | 医療救護チーム | |
|---------|---------------|----------------|-----------------|------------------------|------------|---------|------|
| | | | | | | DMAT | DPAT |
| 賀茂 | 13 | 5 | 0 | 0 | 愛鷹 広域公園 | 0 | 0 |
| 熱海伊東 | 15 | 3 | 2 | 0 | | 2 | 0 |
| 駿東田方 | 64 | 24 | 4 | 1 | | 9 | 3 |
| 富士 | 25 | 11 | 2 | 0 | | 5 | 1 |
| 静岡 | 61 | 10 | 5 | 1 | 静岡空港 | 15 | 5 |
| 志太榛原 | 31 | 7 | 3 | 0 | | 6 | 0 |
| 中東遠 | 30 | 6 | 2 | 0 | 航空自衛隊 | 4 | 3 |
| 西部 | 76 | 17 | 5 | 2 | 浜松基地 | 15 | 5 |
| 全県 | 315 | 83 | 23 | 4 | 3 | 56 | 17 |

7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17

○広域医療搬送体制図



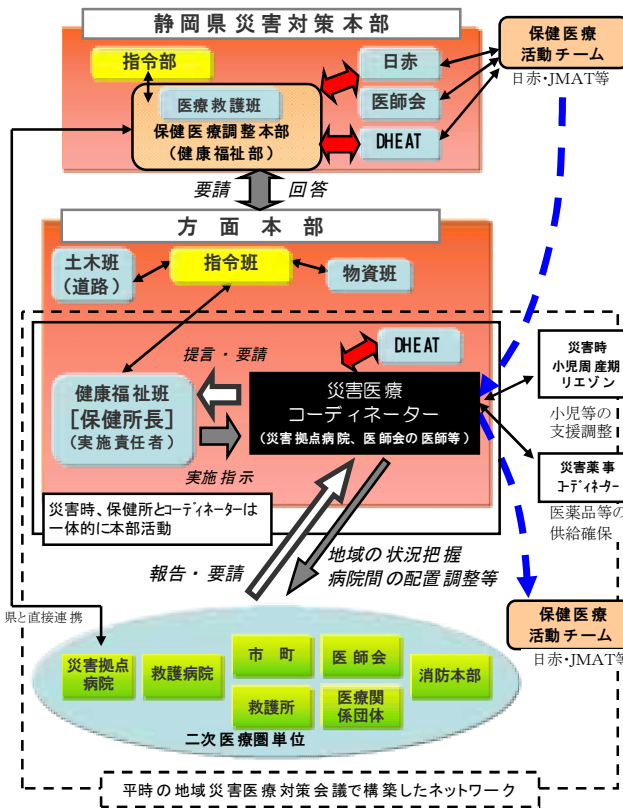
○広域受援体制図



1 ○災害時における災害医療コーディネーターの役割

2 **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**

3 ◎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



4 **フェーズⅡ【災害急性期（3日～1週間）】中心に活動**

5 **活動場所：原則として保健所（困難な場合は所属病院等）**

6 **災害医療コーディネーターの活動概要**

- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 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、優先順位を分析**
 - 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（※再興感染症も含む）

【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」といいます。）上の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症を言います。
- 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）（以下、「新型コロナ」といいます。）への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれのある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」といいます。）」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

（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っていましたが、入院患者の増加に伴い病床が不足したことから、2020年4月以降、段階的に病床を確保しました。しかし、入院患者の増加に加え院内感染や基礎疾患の悪化等による入院などもあり、感染拡大の都度、確保病床のみでは対応が困難となりました。こうしたことから第7波以降は、全ての病院で患者を受入れる「オール静岡体制」で対応しました。
- 後方支援病院や施設での回復患者の受入が円滑に行われなかったことも、確保病床のひっ迫の要因となりました。
- 新型コロナの症状は軽症だが、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。

1 (イ) 発熱外来

2 ○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
3 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
4 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。

5 ○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。

6 ○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
7 関に患者が集中する等の状況が発生しました。

8 (ウ) 自宅療養者等への医療提供

9 ○自宅療養体制について、医療機関の協力を得て、健康観察又は対面での外来診療、往診等、自
10 宅療養体制を整備しました。

11 ○新型コロナ流行以前は自宅療養を前提とした医療提供の仕組みがありませんでした。

12 (エ) 後方支援

13 ○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
14 要因となりました。(再掲)

15 (オ) 医療人材派遣

16 ○クラスターが発生した医療機関・福祉施設に対し、必要に応じて、県内において新型コロナ対
17 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
18 専門的助言を行いました。

19 (カ) その他

20 ○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
21 は、自宅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
22 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
23 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。

24 ○患者搬送について、知事が入院勧告等をした者の感染症指定医療機関等への搬送に加え、宿泊
25 施設設置後は宿泊施設への搬送、病院から宿泊施設への下り搬送、また自宅療養者の受診のた
26 めの搬送等、その時々状況に応じて、保健所の搬送体制を見直し、強化しながら患者等の移
27 送・搬送を行いました。

28 ○ワクチン接種体制について、新型コロナワクチンは2021年2月から医療従事者の初回接種を
29 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
30 2021年11月には初回接種を完了しました。

31
32
33
34
35
36
37
38
39

1 **(2) 対策**

2 **ア 数値目標**

| 項目 | 時期 ¹ | 内容 | 目標 | 出典 |
|------|-----------------|-----------|--------|------------|
| 病床確保 | 流行初期 | 医療措置協定による | 382 床 | 静岡県感染症予防計画 |
| | 流行初期以降 | 確保病床数 | 691 床 | |
| 発熱外来 | 流行初期 | 医療措置協定による | 748 機関 | |
| | 流行初期以降 | 医療機関数 | 908 機関 | |

3

4 **イ 施策の方向性**

5 **(ア) 新興感染症等に係る医療を提供する体制の確保**

- 6 ○本県における新型コロナへの対応を踏まえ、2023 年度に改定する予防計画に基づき、新興感染
7 症等に係る医療提供体制を整備します。
- 8 ○予防計画を実効性のあるものにするため、新興感染症の発生から感染拡大までの各段階を想定
9 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
10 材派遣について、医療機関と医療措置協定を締結します。
- 11 ○患者搬送について、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
12 整理し、必要に応じて協定を締結します。
- 13 ○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
14 市医師会及び各医療機関との定期的な連携等について、市町へ働きかけを行います。

15 **(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**

- 16 ○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
17 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
18 確認、構成する機関の連携の緊密化を行います。

19 **(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**

- 20 ○県は、新興感染症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
21 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。
- 22 ○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。
- 23 ○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
24 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
25 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
26 備します。
- 27 ○研修等により、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、
28 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
29 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関連図表「新興感染症の発生から感染拡大までの各段階における医療提供体制の想定」参照

³関連図表「既存会議と今後の会議体（静岡県感染症対策連携協議会・常設専門家会議）の関係（イメージ）」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

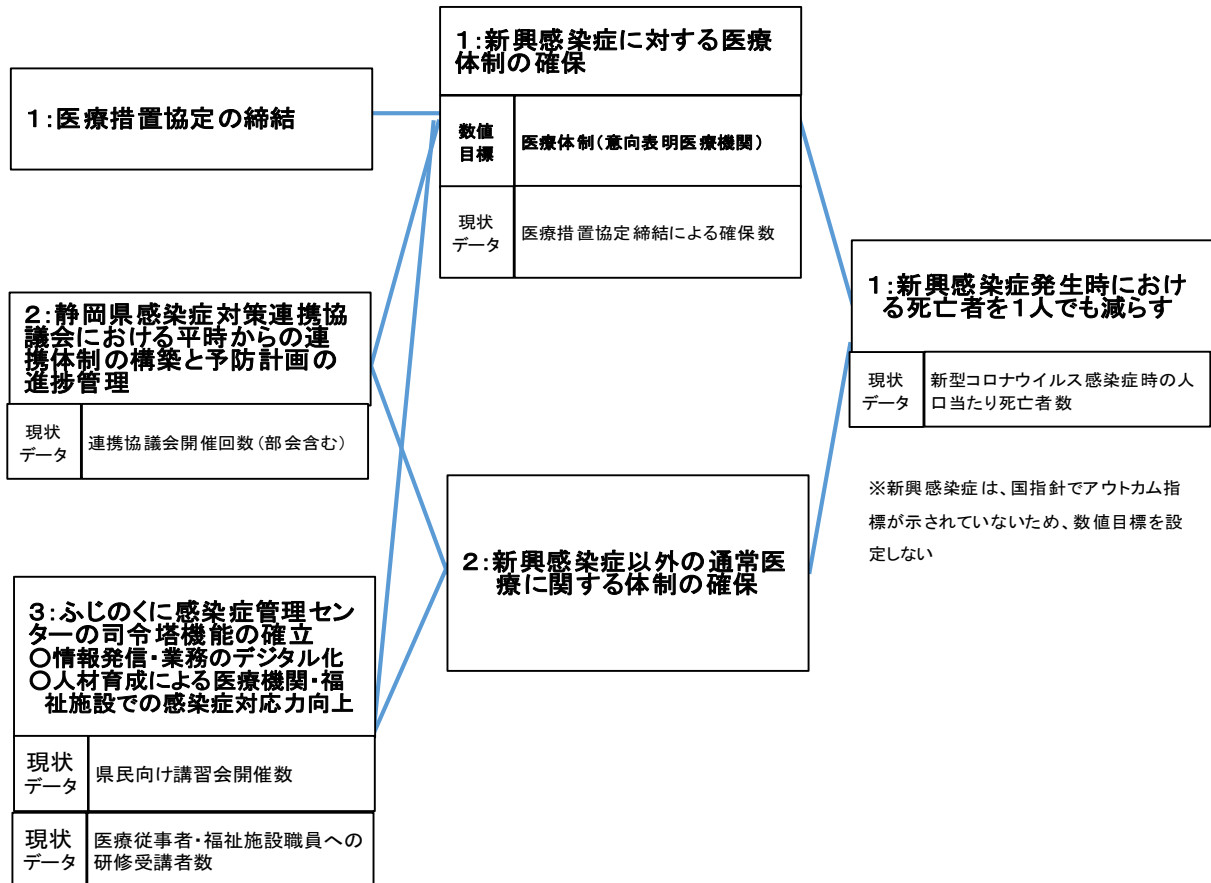
1 ○新興感染症の発生・まん延時医療（※再興感染症も含む）のロジックモデル

2

<個別施策>

<中間アウトカム>

<分野アウトカム>



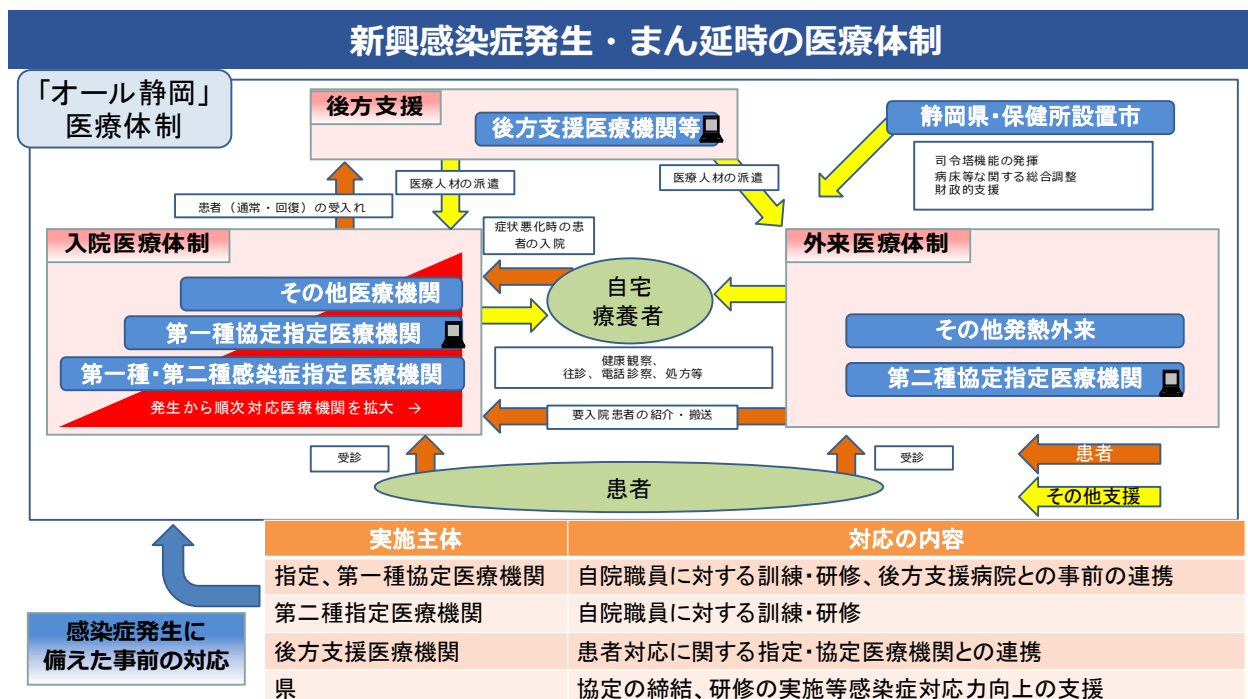
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18

1 (3) 新興感染症の発生・まん延時に求められる医療機能

| | 病床確保 | 発熱外来 | 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 | ○新型コロナの規模に対応 | | | | |
| 機能の説明 | <ul style="list-style-type: none"> ○新興感染症患者の入院受入れ ○まずは第一種・第二種感染症指定医療機関で対応し、その後医療措置協定を締結した医療機関で対応 ○院内感染対策の適切な実施 ○自院の医療従事者への訓練・研修の実施 ○重症用病床の確保 | <ul style="list-style-type: none"> ○新興感染症患者の発熱外来の受入れと検査 ○院内感染対策の適切な実施 | <ul style="list-style-type: none"> ○自宅療養中の新興感染症患者への医療の提供 ○自宅療養者等が症状悪化した場合に入院医療機関等へ適切につなぐこと ○感染対策の適切な実施 ○医療従事者の福祉施設への往診・派遣 | <ul style="list-style-type: none"> ○新興感染症患者以外の患者の受入れと感染症から回復後に入院が必要な患者の受入れ ○通常医療の確保のため、特に流行初期の感染症以外の患者の受入れや感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入れ | <ul style="list-style-type: none"> ○感染対策の指導等の実施 ○医療人材派遣の協定締結医療機関は、感染症対応力を高めるため、自機関の医療従事者への訓練・研修の実施 |

2

3 (4) 新興感染症の発生・まん延時の医療体制図



4

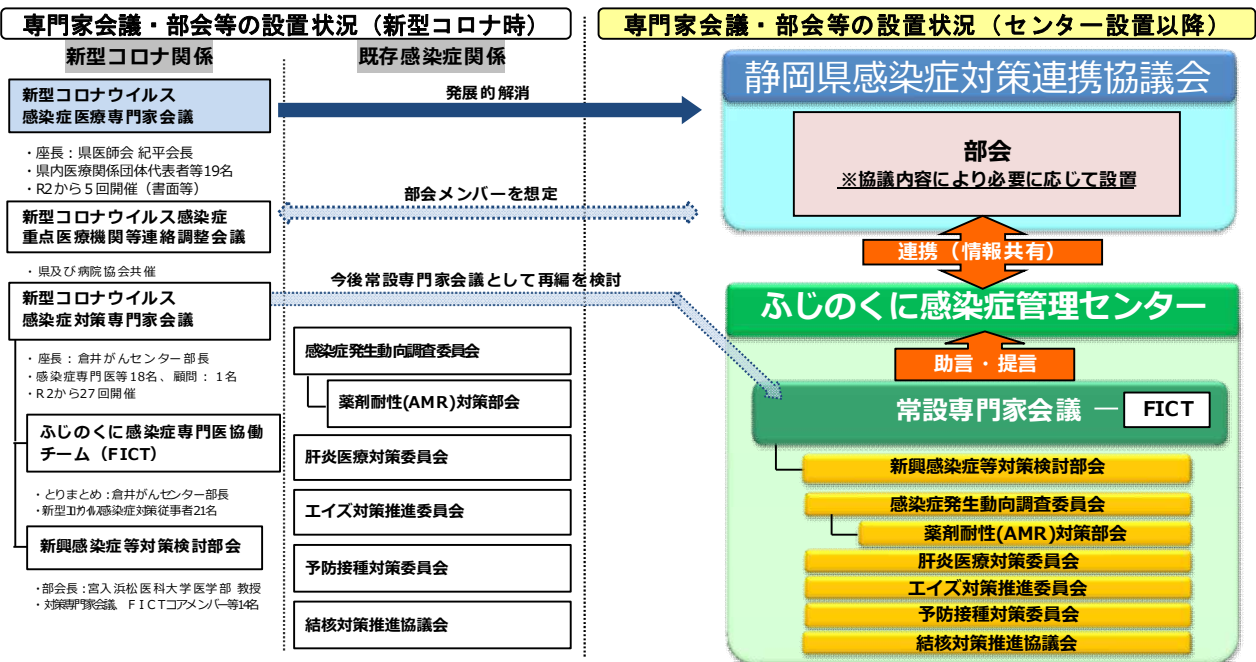
1 (5) 関連図表

新興感染症の発生から感染拡大までの各段階における医療提供体制の想定

| 区分 | 感染発生早期 | 流行初期 | 流行初期以降 | 感染まん延期 |
|--------------|-------------------------------|---|--|---------------|
| 病床確保 | 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対応 | 第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関及び医療措置協定締結医療機関で入院を担当する第一種協定指定医療機関で対応 | | 全医療機関で入院患者に対応 |
| 発熱外来確保 | 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対応 | 第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関及び医療措置協定締結医療機関で発熱外来を担当する第二種協定指定医療機関の内、病院を中心に対応 | 発熱外来を担当する全ての第二種協定指定医療機関で対応 | |
| 自宅療養者等への医療提供 | — | — | 医療措置協定締結医療機関で自宅療養者等への医療提供を担当する第二種協定指定医療機関（病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション）が対応 | |
| 後方支援 | — | 病床を確保していない病院が、回復患者の受け入れ及び病床確保病院に代わって一般患者の受け入れに対応 | | |
| 医療人材派遣 | — | — | 必要に応じ対応 | |

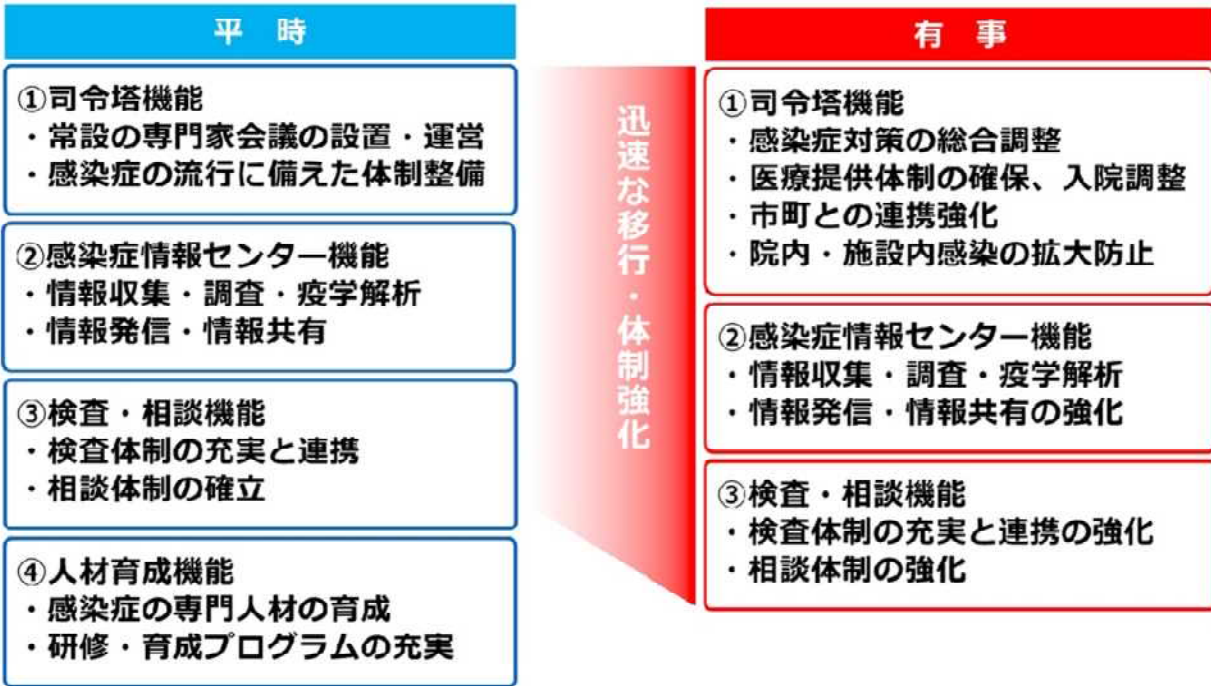
2

既存会議と今後の会議体（静岡県感染症対策連携協議会・常設専門家会議）の関係（イメージ）

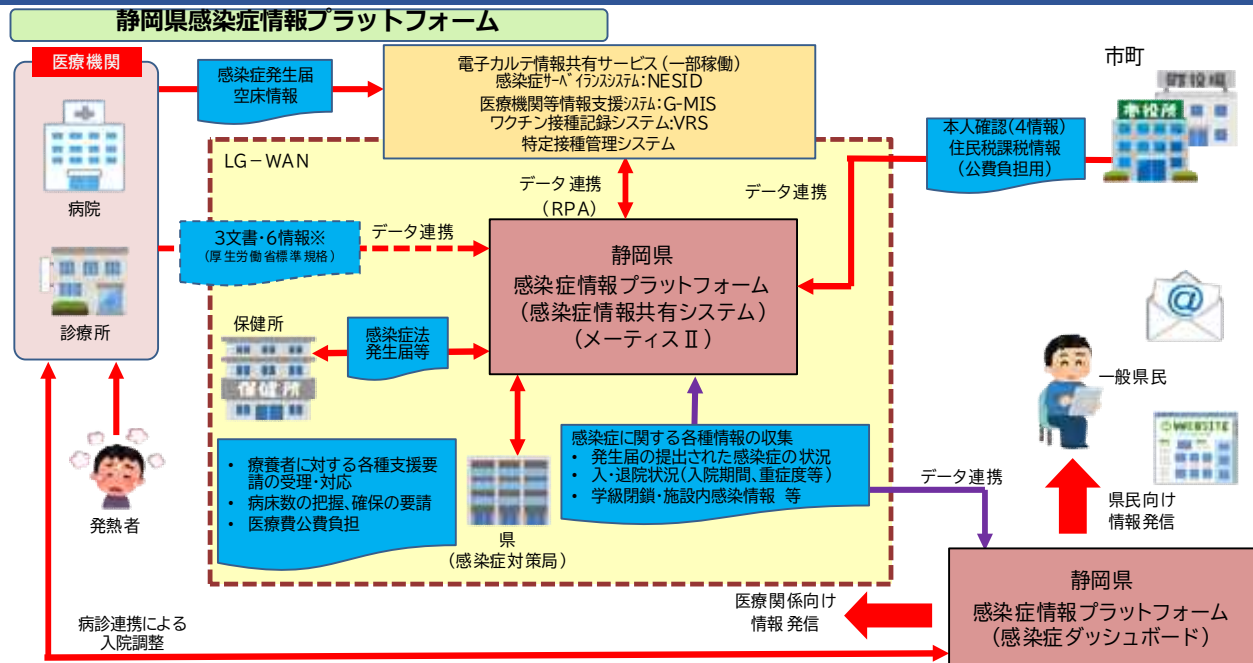


3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13

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）



1

2

3

4

5

6

※白紙

1 **4** **へき地の医療**

2 **【対策のポイント】**

- 3 ○ へき地住民への医療提供体制の確保
 4 ○ へき地の診療を支援する機能の向上

5
6
7 **(1) 現状と課題**

8 **ア へき地の医療**

- 9 ○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
 10 を含む。）を言います。
 11 ○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
 12 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
 13 整備等を進める必要があります。
 14 ○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
 15 み、疾病の予防や早期発見に努めることも必要です。

16
17 **イ 本県の状況**

18 **(県内のへき地の状況)**

- 19 ○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
 20 町にあります。
 21 ○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。
 22 ○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
 23 地の人口減少が理由に挙げられます。
 24 ○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
 25 関がないため、重篤な救急患者の搬送に時間を要します。

26 **(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))**

- 27 ○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
 28 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
 29 定着が課題です。
 30 ○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
 31 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。
 32 ○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
 33 ンパワーで医療を維持・確保しています。

1 無医地区・無歯科医地区：医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点としておおむね半
 径 4 km 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。

1 ウ 医療提供体制

2 (ア) へき地診療所等

3 ○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 12 診療
4 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。

5 ○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、
6 地域住民に対する医療の提供を行っています。

7 ○へき地では無歯科医地区、準無歯科医地区が増加しており、歯科検診等の歯科保健事業を行う
8 歯科診療所が減少しています。

9 (イ) へき地医療拠点病院

10 ○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
11 診医派遣等の各種事業を行っています。

12 ○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
13 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
14 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
15 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
16 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。

17 (ウ) へき地医療支援機構

18 ○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
19 支援機構を設置しています。

20 ○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
21 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
22 の派遣調整等を行っています。

23 (エ) 自治医科大学卒業医師の派遣

24 ○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。

25 (オ) 医学修学研修資金の貸与

26 ○県は、県内病院への就業を促進し医師の充足を図るため、県内外の医学生等に医学修学研修資
27 金を貸与しています。

28 (カ) 看護職員修学資金の貸与

29 ○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
30 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
31 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。

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)

1 **(キ) 行政によるへき地医療支援の取組**

2 ○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、
3 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
4 組んでいます。

5 ○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
6 実施しており、県は運行経費の一部を補助しています。

7 ○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
8 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。

9 ○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
10 要な地域を、へき地医療支援の対象としています。

11 **(ク) へき地における救急搬送体制**

12 ○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
13 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。

14 **(キ) へき地における保健予防活動**

15 ○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
16 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
17 などを市町と連携して行っています。

18 **(コ) へき地におけるオンライン診療**

19 ○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
20 る手段として期待されます。

21 ○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
22 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
23 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
24 ていると回答がありました。

25 ○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、オンライン健康医
26 療相談のモデル事業を西伊豆町で実施しました。

27 ○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
28 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。

29

1 (2) 対策

2 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) |

3

4 イ 施策の方向性

5 (ア) へき地住民への医療提供体制の確保

- 6 ○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、
7 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。
- 8 ○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。
- 9 ○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
10 する看護師の確保に努めます。
- 11 ○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。
- 12 ○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
13 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、
14 地域医療やへき地医療への動機付けを図ります。
- 15 ○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
16 施設・設備整備の支援に積極的に取り組みます。
- 17 ○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。
- 18 ○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
19 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。
- 20 ○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
21 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。

22

1 ○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
2 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
3 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。

4 ○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
5 医療提供体制の整備に努めます。

6 **(イ) へき地の診療を支援する機能の向上**

7 ○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。

8 ○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
9 療の広域的な支援体制の充実を図ります。

10 ○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
11 す。

12 ○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。

13 ○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。

14 ○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
15 受診する住民の移動を支援する体制の確保を図ります。

16 ○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
17 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
18 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。

19 **(ウ) 計画の推進**

20 ○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
21 た医療提供体制の確保と計画の推進に努めます。

22 ○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
23 評価・検討を加えます。

24

1 ○「へき地の医療」のロジックモデル

2

〈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指定数 |

| 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 |

| 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 | - |

| 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指定数【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 |

※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 |

3

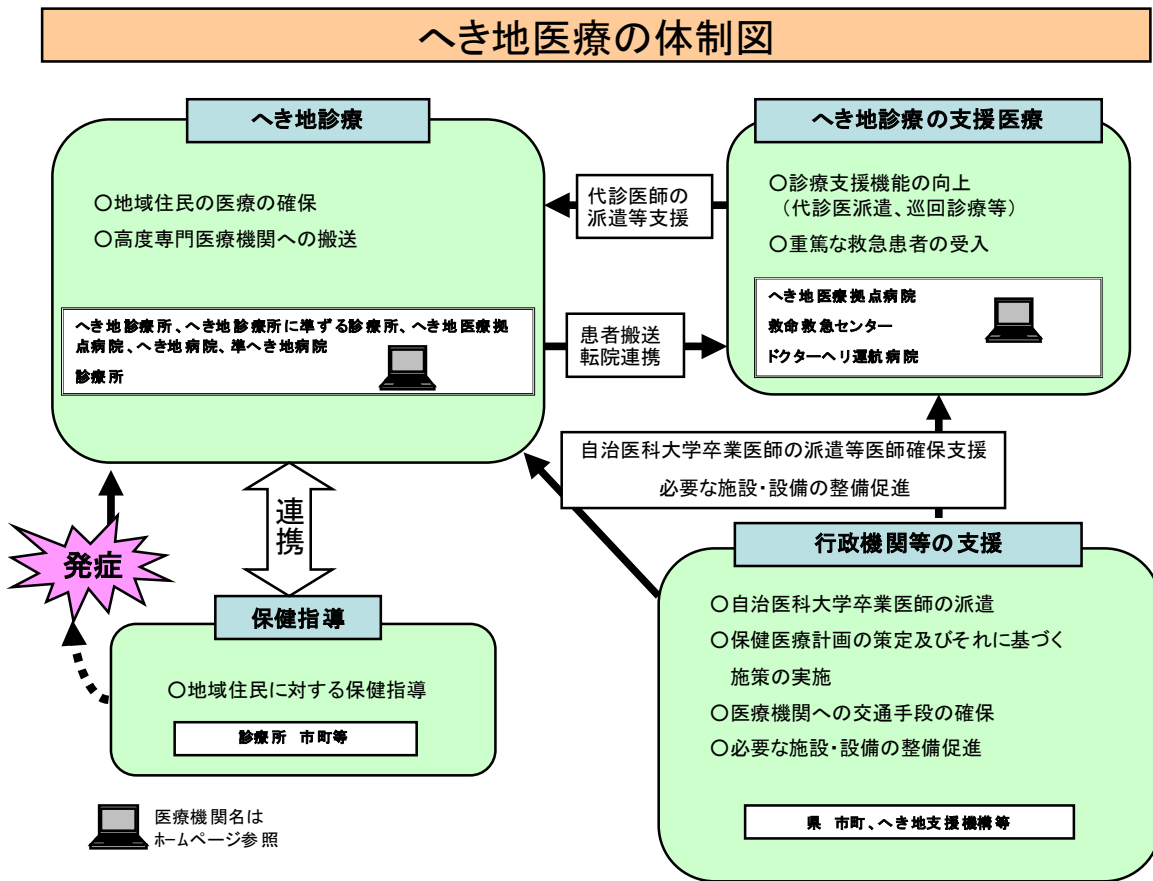
4

1 (3) へき地の医療体制に求められる医療機能

2

| | 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 |

3
4 (4) へき地の医療体制図



1 (5) 関連図表

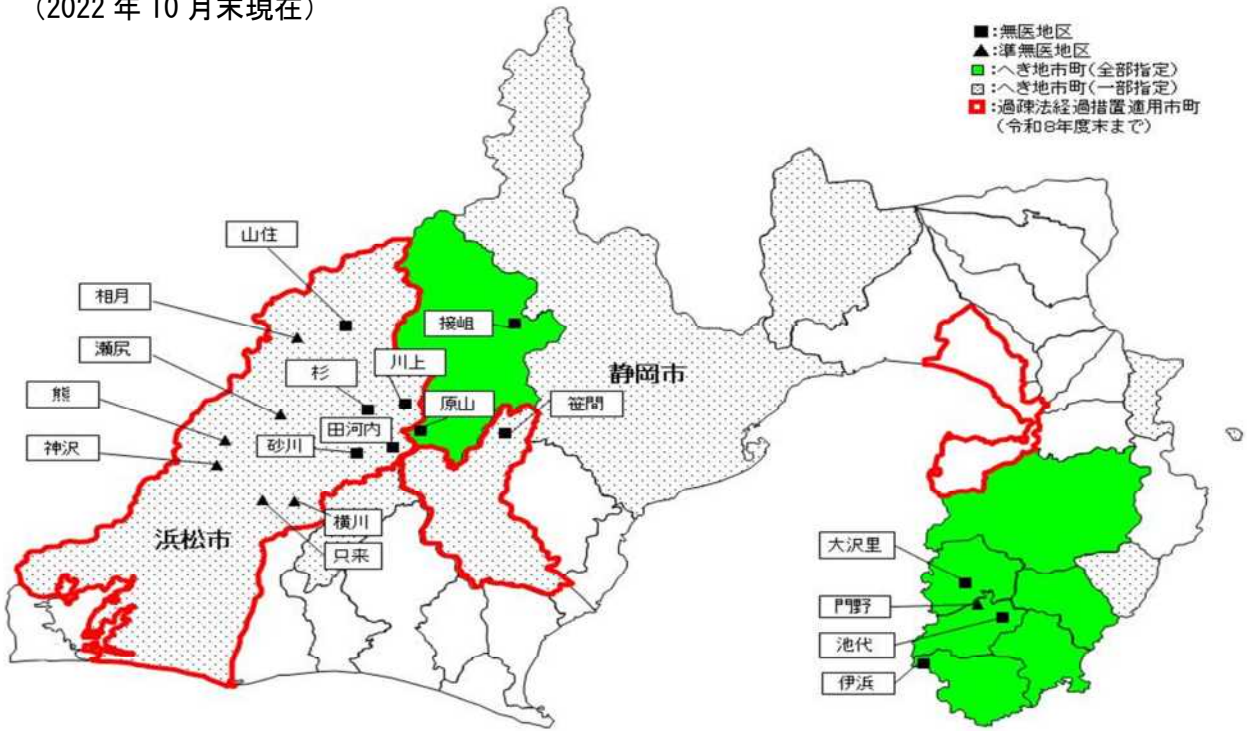
2 ○指標による現状把握

| 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」 |

3 ※全国値は平均値

4

1 ○県内のへき地の状況
 2 <静岡県のへき地の現況図>
 3 (2022年10月末現在)



19 ○各法律に基づくへき地医療対策の対象地域

| 区分 | 指定 | 該当地区 | |
|---|--|---|---|
| (1) 過疎地域 (過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法に基づく過疎地域) 【7市町】 | 全地域指定 | 下田市、南伊豆町、松崎町、西伊豆町、川根本町、伊豆市、河津町 | |
| | 経過措置適用 (2026年度末まで) | 浜松市(旧春野町、旧龍山村、旧佐久間町、旧水窪町)、沼津市(旧戸田村)、島田市(旧川根町) | |
| (2) 振興山村指定地域 (山村振興法に基づく振興山村指定地域) 【13市町】 | 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 |

1 ○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 | 南伊豆町 | 伊浜 | 1 |
| | 松崎町 | 松崎町 | 池代、門野* | 2 |
| | 西伊豆町 | 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 | |

2 *無医地区に準じる地区 2022年 無医地区等調査（厚生労働省）

3

4 ○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 | 南伊豆町 | 天神原、伊浜 | 2 |
| | 松崎町 | 松崎町 | 池代、門野* | 2 |
| | 西伊豆町 | 西伊豆町 | 大沢里 | 1 |
| 静岡 | 静岡市 | 静岡市 | 梅ヶ島、長熊、落合、大河内 | 4 |
| 志太榛原 | 島田市 | 川根町 | 笹間 | 1 |
| | 川根本町 | 中川根町 | 原山 | 1 |
| | | 本川根町 | 接岨 | 1 |
| 西部 | 浜松市 | 天竜市 | 東藤平・阿寺、懐山、只来*、横川*、熊*、神沢*、大栗安*、西藤平・芦窪・長沢*、石神*、上野* | 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 | |

5 *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）

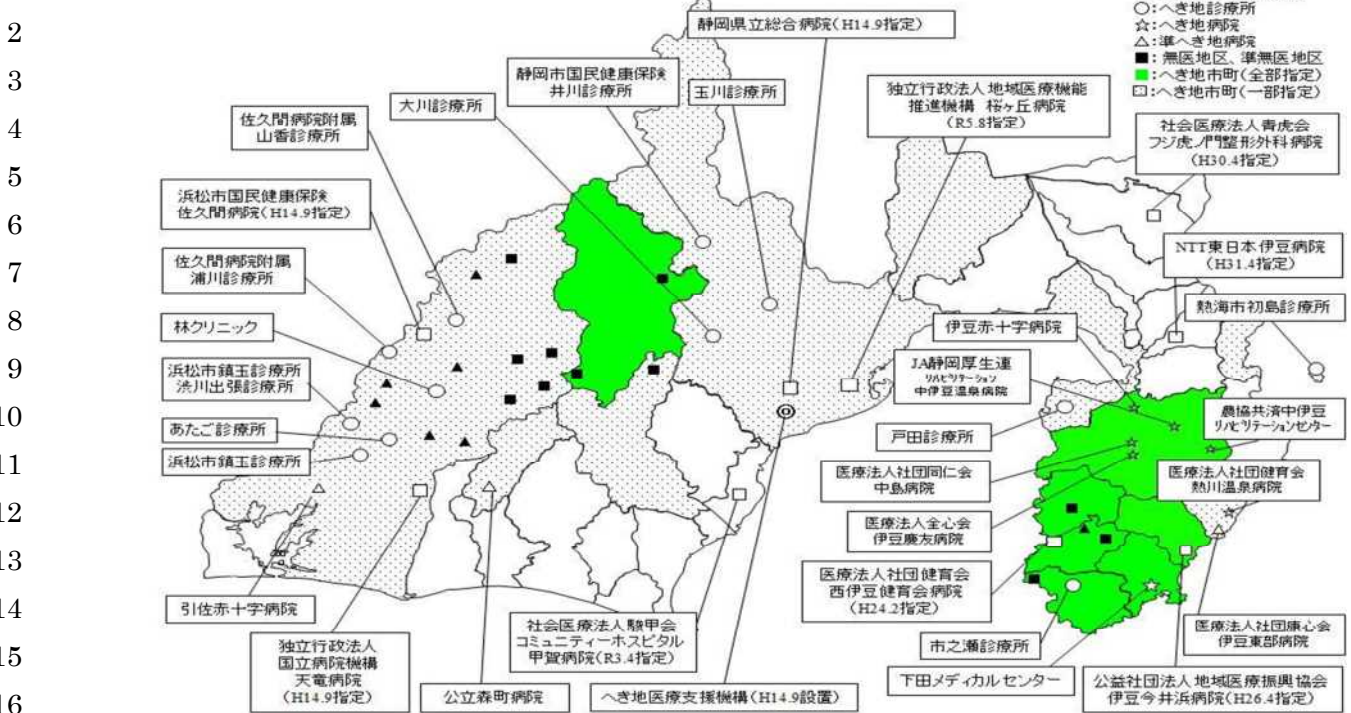
6

7 ○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 |

8

1 ○県内のへき地医療を担う医療機関



17 ○2次保健医療圏別へき地診療所等の医療機関数（2022年）

| 2次保健医療圏名 | へき地診療所 | へき地医療拠点病院 | へき地病院 | 準へき地病院 | 救命救急センター | ドクターヘリ基地病院 |
|----------|--------|-----------|-------|--------|----------|------------|
| 賀茂 | 1 | 2 | 2 | 1 | | |
| 熱海伊東 | 1 | | | | | |
| 駿東田方 | 1 | 2 | 5 | | 2 | 1 |
| 富士 | | | | | | |
| 静岡 | 3 | 2 | | | 3 | |
| 志太榛原 | | 1 | | | 1 | |
| 中東遠 | | | | 1 | 2 | 1 |
| 西部 | 6 | 2 | | 1 | 3 | |
| 全県 | 12 | 9 | 7 | 3 | 11 | 2 |

18

19 ○へき地医療拠点病院によるへき地医療支援活動

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

1 ○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 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|---------------------|
| 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 |
| 浜松市国民健康保険 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 |
| 国立病院機構天竜病院 | 5 | 5 | 4 | 2 | 0 | 2 | あたご診療所、林クリニックへ派遣 |
| 医療法人社団青虎会 フジ虎ノ門整形外科病院 | - | 55 | 59 | 60 | 63 | 55 | 戸田診療所へ派遣 |
| NTT 東日本伊豆病院 | - | - | 48 | 46 | 46 | 45 | 初島診療所へ派遣 |
| 独立行政法人地域医療 機能推進機構桜ヶ丘病院 | - | - | - | - | - | - | 井川診療所へ派遣 |

2

3 ○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 | 2020 | 2020 | 備考 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|--------------------------|
| 浜松市国民健康保険 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 |
| 医療法人社団健育会 西伊豆健育会病院 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 西伊豆町大沢里地区 |
| 公益社団法人地域医療 振興協会伊豆今井浜病院 | 24 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 南伊豆町伊浜地区 天神浜地区は2017まで |
| 社会医療法人駿甲会コミュニ ティーホスピタル甲賀病院 | - | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 南伊豆町伊浜地区、 天神浜地区 |

4

5 ○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 |

6

7 ○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 |

8

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。
- また、出産後には授乳などで歯科受診が困難となる場合もあるので、妊娠中（安定期）に口腔内のチェックを受け、必要な治療や口腔衛生管理を受けることも重要です。

イ 本県の状況

(出生数及び合計特殊出生率)

- 本県の出生数は、1975 年以降はほぼ毎年減少を続けており、1989 年に 4 万人を、2014 年には 3 万人を下回り、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を上回る水準となっています。妊娠 22 週以後の死産率は出産千人当たり 2.8であり、全国平均 2.6を上回る水準となっています。早期新生児死亡率は出生千人当たり 0.8であり、こちらは全国平均 0.6を上回る水準となっています。
- 相対的に出産のリスクが高くなる 35 歳以上の出産の割合は年々高くなっており、2000 年の 10.9% (3,907 人) に対し、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。

1 ウ 医療提供体制

2 ○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
3 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
4 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
5 期医療システムを整備しています。

6 ○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
7 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
8 た役割を担うことで、システム全体として正常分娩からリスクの高い分娩まで、あらゆる母体、
9 胎児、新生児に対応しています。

10 ○医師の時間外労働規制、勤務間インターバル、宿日直回数の制限に対応した体制の構築が必要
11 です。

12 (ア) 分娩取扱施設

13 ○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9月末時点では、
14 1995年の141施設と比べて50施設減の91施設（病院23施設、診療所36施設、助産所32施
15 設）となっています。

16 ○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
17 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。

18 ○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
19 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
20 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、
21 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。

22 ○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
23 す。

24 ○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
25 機関の重点化等により拡大することが懸念されます。

26 ○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
27 備が求められます。

28 (イ) 周産期医療従事者

29 ○近年、本県の産科・産婦人科の医師は、2020年は303人となっています。303人のうち、分娩
30 を取り扱っている医師は、229人です。

31 ○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151人であり、その多くは小児医
32 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
33 きくなっています。

34 ○分娩を取り扱う23病院における常勤麻酔科医は125人であり、その約半数は西部地域に集中
35 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
36 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
37 ます。

38 ○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520人、分娩取扱診療所に勤務する
39 常勤助産師は161人となっています。

1 ○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
2 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
3 を行う看護師等の確保も必要です。

4 ○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
5 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、
6 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
7 ています。

8 ○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
9 定されています。

10 (ウ) 周産期医療関連病床

11 ○NICU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
12 74.6%となっています。

13 ○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
14 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、
15 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。

16 ○2023年9月の静岡県による調査時点で、県内NICUにおける入院期間が半年以上に達した
17 児は12人でした。

18 ○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
19 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。

20 ○2023年4月現在、MFICUの診療報酬加算病床は3施設に、27床あり、2022年度末のMF
21 ICU病床利用率は68.2%となっています。

22 (エ) 産科救急搬送受入体制

23 ○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
24 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
25 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
26 ト機能を担っています。

27 ○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
28 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、
29 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
30 す。

31 ○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
32 越えた搬送を行うケースもあります。

33 ○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、
34 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
35 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
36 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
37 能を有する施設は、20施設のうち8施設です。

38 ○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
39 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

1 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
2 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
3 時間体制の維持が困難になることが懸念されます。

4 (地域別)

5 ◇**東部地域（2 次保健医療圏：賀茂、熱海伊東、駿東田方、富士）**

- 6 ・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
7 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。
8 ・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
9 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。
10 ・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
11 ける分娩比率が高くなっています。
12 ・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
13 立こども病院へ搬送しています。

14 ◇**中部地域（2 次保健医療圏：静岡、志太榛原）**

- 15 ・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
16 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
17 療所の連携が形成されています。
18 ・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
19 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。

20 ◇**西部地域（2 次保健医療圏：中東遠、西部）**

- 21 ・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
22 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
23 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。
24 ・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
25 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。
26 ・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
27 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
28 もあります。

29 (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**

- 30 ○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
31 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
32 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
33 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。
34 ○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
35 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
36 を配置し、訓練を行うことが求められています。本県では、2023 年 9 月末時点で 33人に委嘱
37 していますが、より多くの配置が必要です。

38 ○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
39 検討する必要があります。

1 (カ) 妊産婦及び新生児のケア

2 (妊婦健康診査)

3 ○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
4 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
5 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
6 担され、経済的負担の軽減がなされています。

7 ○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
8 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
9 ていないため、救急時には母児にとって非常に危険であるとともに、受入医療機関探しが難航
10 する場合があります。

11 ○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
12 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
13 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。

14 ○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
15 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
16 必要があります。

17 (在宅医療との連携)

18 ○NICUやGCU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
19 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。

20 (産後うつ)

21 ○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
22 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
23 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。

24 ○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
25 急務とされています。

27 (2) 対策

28 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) | <u>3.2</u> (<u>2022年</u>) | 3.0未満 (<u>2029年</u>) | <u>過去最高の水準(2018年)で</u> <u>設定</u> | 厚生労働省 「人口動態統計」 |
| 妊産婦死亡数 | <u>0.7人</u> (<u>2020~2022年平均</u>) | 0人 (<u>毎年</u>) | 過去最高の水準(<u>2021年</u>)で 設定 | 厚生労働省 「人口動態統計」 |

30 イ 施策の方向性

31 (ア) 分娩取扱施設

32 ○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

1 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
2 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
3 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。

4 ○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
5 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。

6 ○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
7 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
8 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。

9 ○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。

10 ○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
11 ける妊産婦のアクセス確保に向けた対策を検討します。

12 ○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
13 る施設や設備の整備を支援する助成を行います。

14 (イ) 周産期医療従事者

15 ○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
16 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。

17 ○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
18 医療機関に対する支援を行います。

19 ○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
20 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。

21 ○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
22 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
23 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
24 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
25 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。

26 ○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
27 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。

28 (ウ) 周産期医療関連病床

29 ○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
30 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、
31 設備及び運営に対する支援を行います。

32 (エ) 産科救急搬送受入体制

33 ○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
34 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
35 を確保します。

36 ○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
37 との調整を行います。

38 ○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
39 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。

1 ○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。

2 ○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
3 制の実現を目指します。

4 ○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
5 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
6 る医療提供体制を確保します。

7 (地域別)

8 ◇**東部地域**

- 9 ・ 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
10 娩に対応する分娩取扱施設の継続的な確保に努めます。

11 ◇**中部地域**

- 12 ・ 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
13 機能強化を図ります。

14 ◇**西部地域**

- 15 ・ 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
16 能な周産期医療体制の実現を目指します。

17 (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**

18 ○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、訓練を実施し、災害時
19 小児周産期リエゾン等の関係者と連携した体制の整備に努めます。

20 ○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。

21 ○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
22 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。

23 (カ) **妊産婦及び新生児のケア**

24 (妊婦健康診査)

25 ○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
26 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
27 進に努めます。

28 ○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
29 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¹において、社会的ハイリス
30 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・
31 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組み
32 を実施します。

33 ○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
34 報交換を通じ、支援に関する認識を共有します。

35 ○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
36 について啓発等を促します。

37

¹ 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 令和6年4月設置を
努力義務化

1 (在宅医療との連携)

2 ○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
3 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
4 きます。

5 ○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、
6 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。

7 ○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
8 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
9 の構築などを総合的に実施します。

10 ○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
11 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。

12 ○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
13 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。

14 (産後うつ)

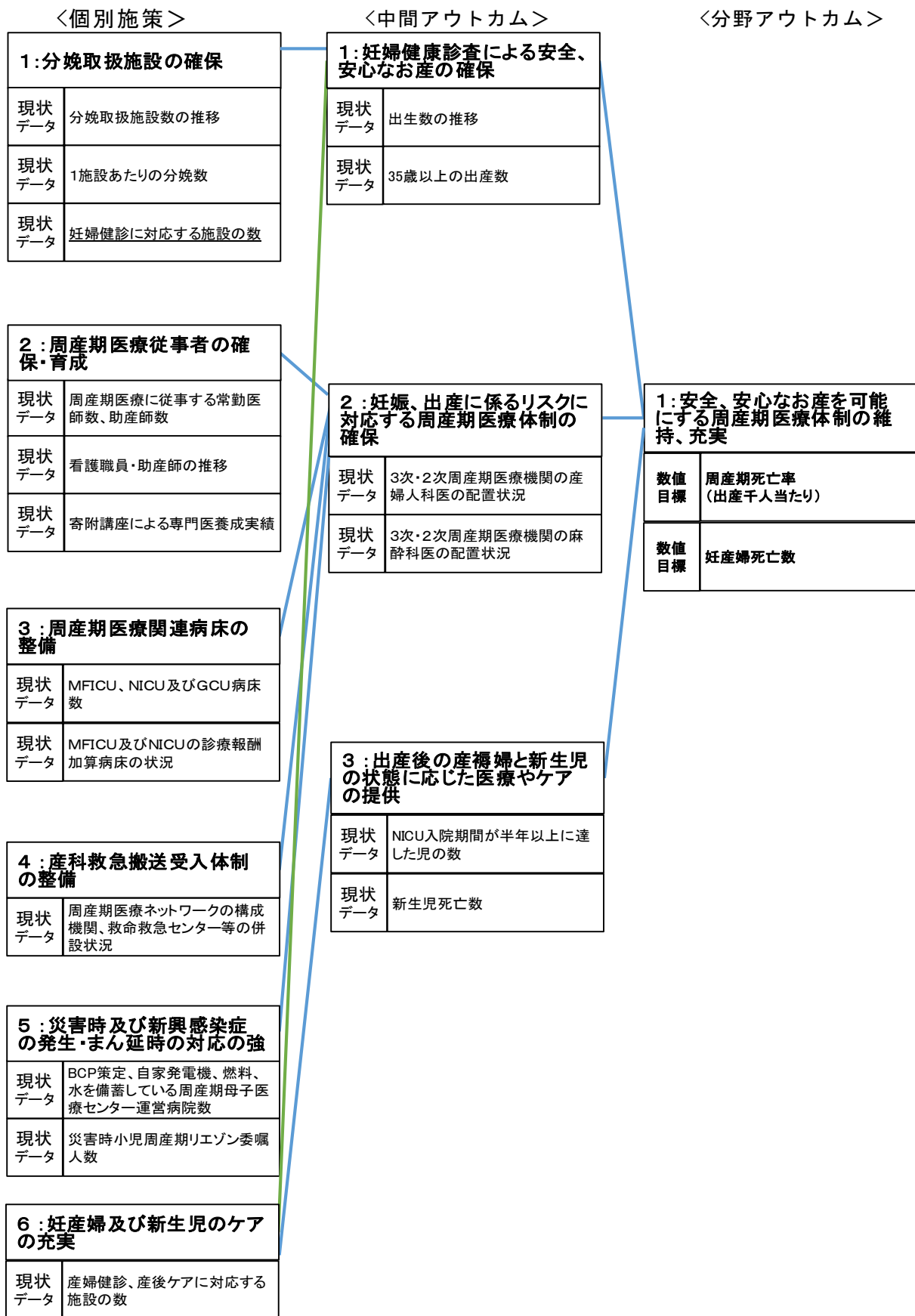
15 ○産後うつの早期発見・支援のため、産婦健診等で把握した支援の必要な母子に対する支援が適
16 切に行なわれるよう、産科や精神科などの医療と保健の連携体制を構築します。

17 ○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。

18 ○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
19 者の技術向上を図ります。

20

1 ○「周産期医療」のロジックモデル



2
3

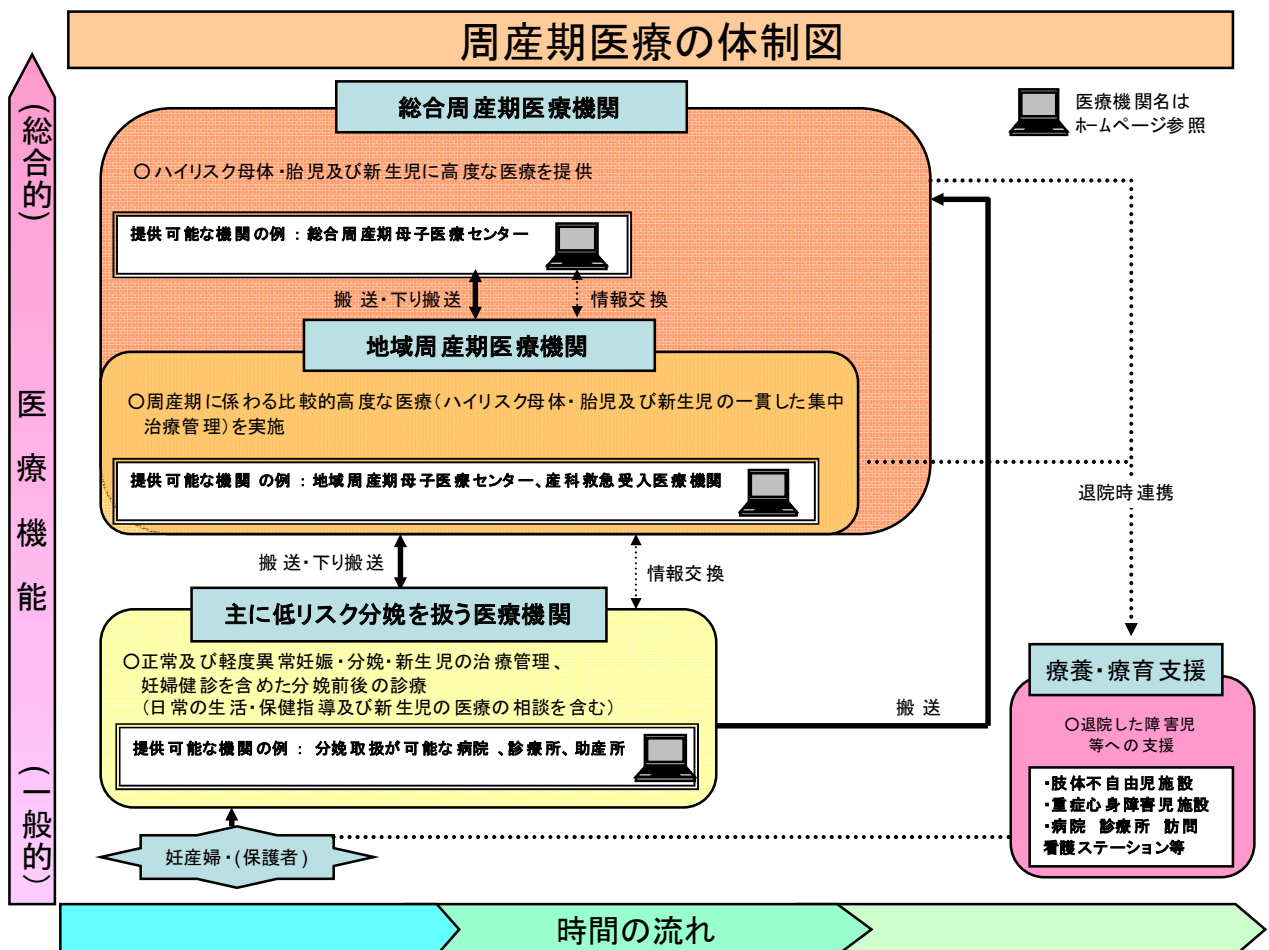
1 (3) 「周産期」の医療体制に求められる医療機能

| | 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 |

2

3

4 (4) 「周産期」の医療体制図



5

1 (5) 関連図表

2 ○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

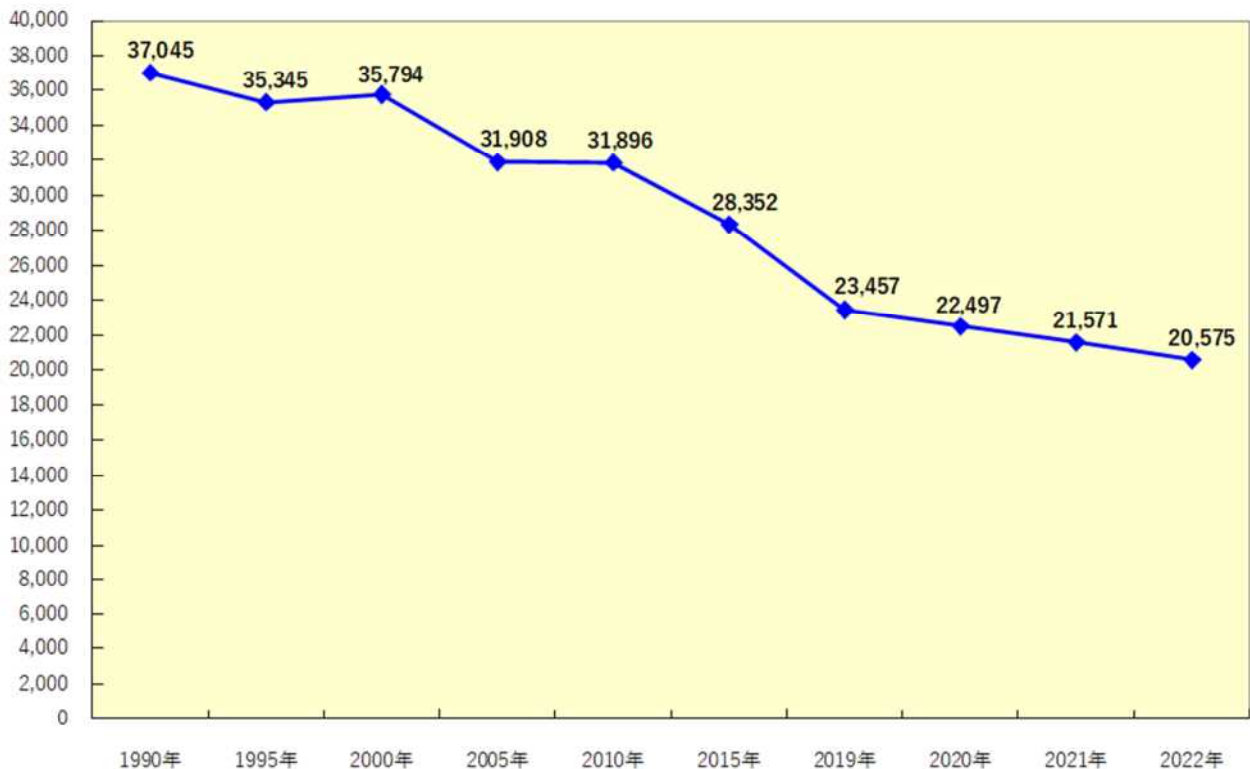
3

4

5 (出生数の推移)

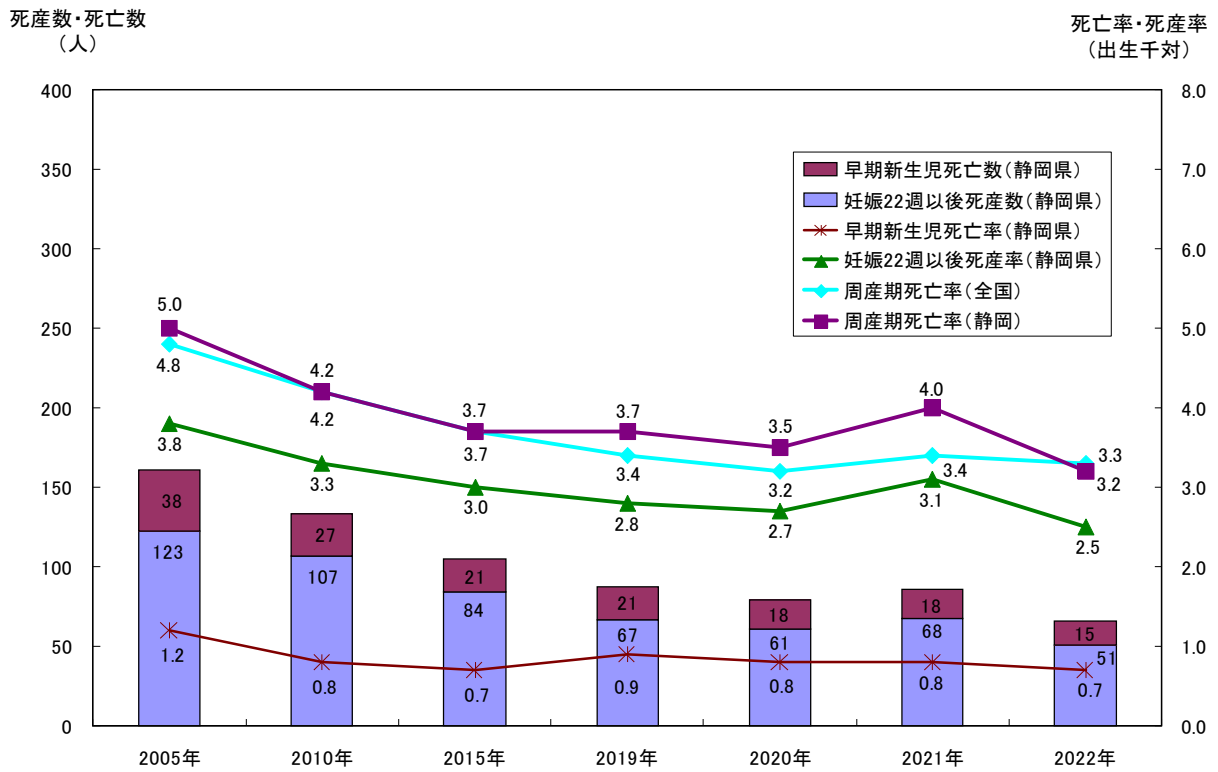
(単位：人)

6



7

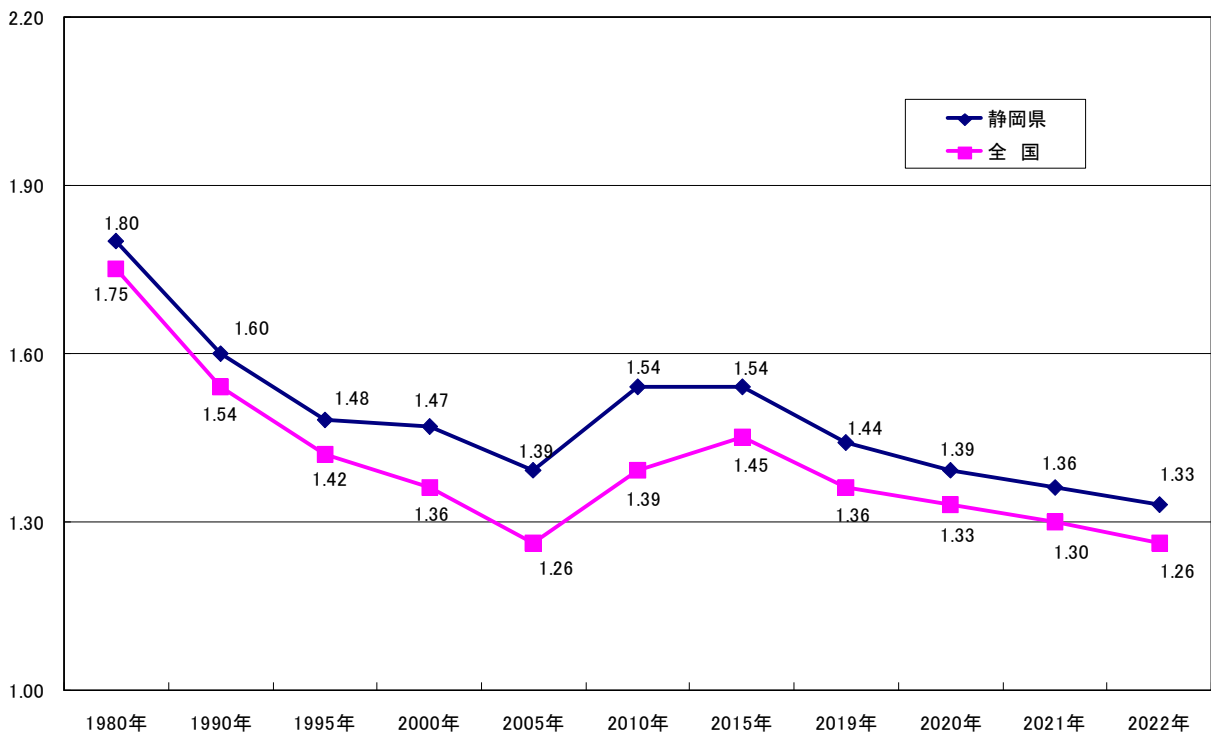
1 (周産期死亡率)



2
3
4
5
6

(合計特殊出生率)

(単位：人)



7

1 ○分娩取扱施設数

2 (2次保健医療圏別の分娩取扱施設数：2023年9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 | 11 | 11 | 31 |
| | 中東遠 | 3 | 6 | 7 | 16 |
| | 西 部 | 6 | 5 | 4 | 15 |
| 計 | | 23 | 36 | 32 | 91 |

3

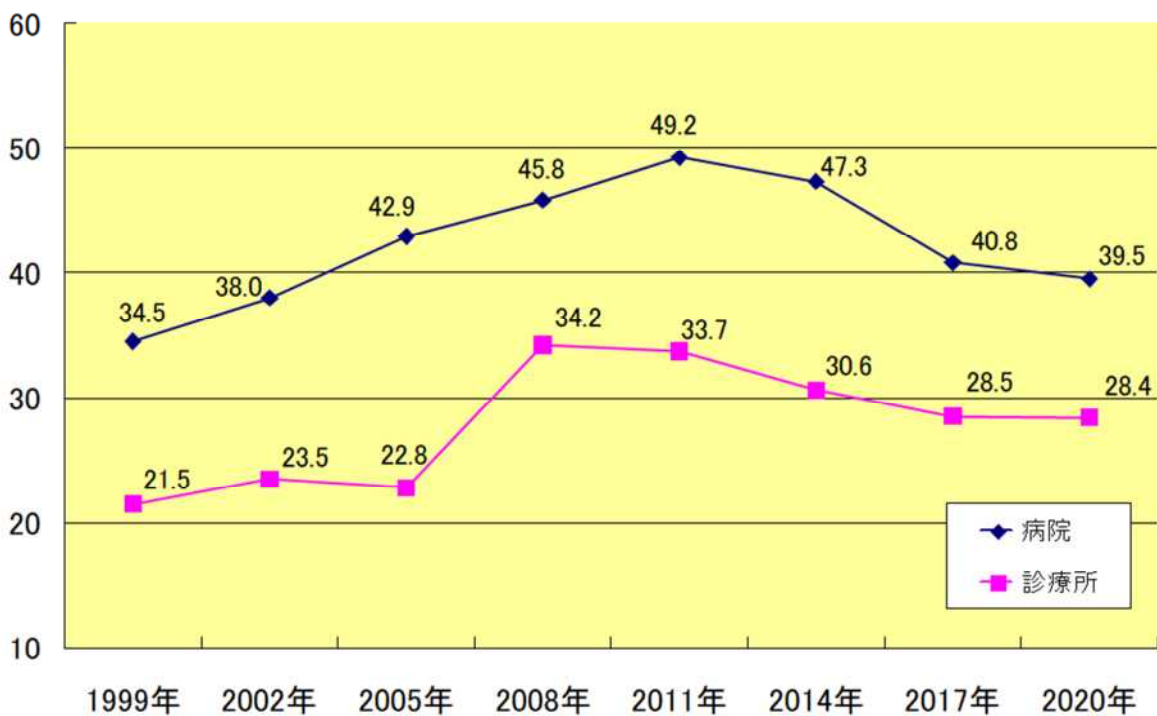
4 (分娩取扱施設数の推移) (各年度3月末現在)

| 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 |

5

6 (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)



7

8

9

(出典：厚生労働省 医療施設調査)

1 ○医療従事者の状況

2

3 (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 | 8 | 26 | 20 | 101 | 40 |
| | 賀茂 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 熱海伊東 | 3 | 3 | 6 | 0 | 1 | 2 | 2 | 4 |
| | 駿東田方 | 19 | 14 | 33 | 8 | 14 | 15 | 66 | 20 |
| | 富士 | 8 | 4 | 12 | 0 | 11 | 3 | 33 | 16 |
| 中部 | | 56 | 15 | 71 | 12 | 40 | 41 | 161 | 51 |
| | 静岡 | 43 | 10 | 53 | 12 | 22 | 38 | 117 | 30 |
| | 志太榛原 | 13 | 5 | 18 | 0 | 18 | 3 | 44 | 21 |
| 西部 | | 71 | 17 | 88 | 19 | 53 | 67 | 287 | 70 |
| | 中東遠 | 14 | 8 | 22 | 1 | 17 | 13 | 52 | 33 |
| | 西部 | 57 | 9 | 66 | 18 | 36 | 54 | 235 | 37 |
| | 計 | 157 | 54 | 211 | 39 | 119 | 128 | 549 | 161 |

※ただし、診療所に関するデータは2022年9月現在

4

5

6 (本県の医師総数及び産科・産婦人科医師数)

医師総数(人)

産科・産婦人科
医師数(人)



(出典：厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査)

7

8

9

10 (本県の看護職員・助産師の推移)

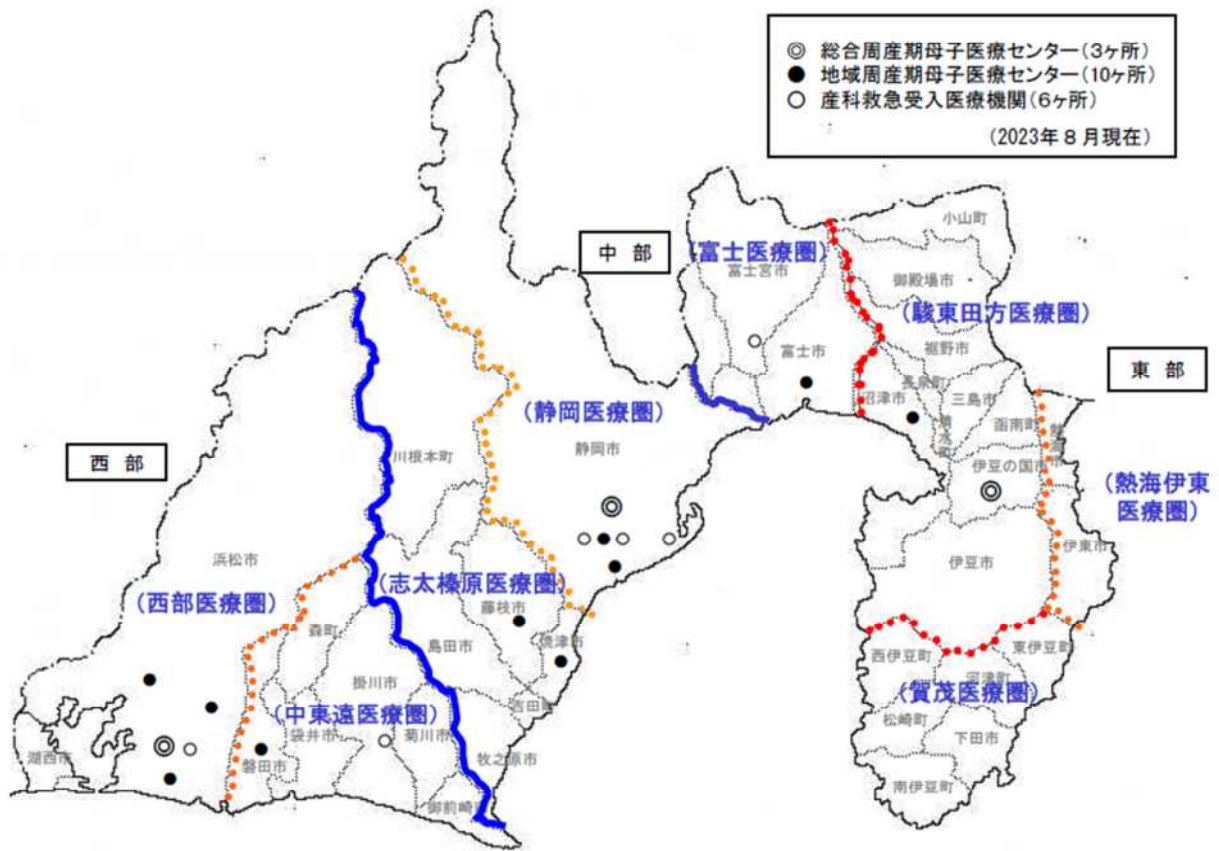
(単位：人)

| | 2014年 | 2016年 | 2018年 | 2020年 | 2020年/2018年 |
|-------|--------|--------|--------|--------|-------------|
| 看護職員 | 38,643 | 40,100 | 42,007 | 43,216 | 102.9% |
| うち助産師 | 952 | 952 | 998 | 976 | 97.8% |

(出典：厚生労働省 衛生行政報告例)

11

- 1 ○周産期医療体制
- 2 (ブロック図)



- 3
- 4 (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8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 | 72 | 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 11 施設 助産所 11 施設 | 中東遠総合医療センター [㊦] JA 静岡厚生連遠州病院 [㊦] | 磐田市立総合病院 [㊦] 浜松医療センター [㊦] 浜松医科大学医学部附属病院 [㊦] 総合病院聖隷三方原病院 [㊦] | 総合病院聖隷浜松病院 [㊦] |

- 5
- ㊦: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

1 (NICU病床数：2023年4月現在)

| 地 域 | 2次保健 医療圏 | 病床数 (床) | 出生数 (2018~2020 平均) (人) | 出生1万人あたり (床) |
|------|-------------|------------|---------------------------|-----------------|
| 東 部 | 賀 茂 | — | 174 | — |
| | 熱海伊東 | — | 303 | — |
| | 駿東田方 | 12 | 3,789 | 31.7 |
| | 富 士 | 10 | 2,196 | 45.4 |
| 東部 計 | | 22 | 6,462 | 34.0 |
| 中 部 | 静 岡 | 24 | 4,121 | 58.2 |
| | 志太榛原 | 14 | 2,558 | 54.4 |
| 中部 計 | | 38 | 6,679 | 56.9 |
| 西 部 | 中 東 遠 | 9 | 2,962 | 20.3 |
| | 西 部 | 45 | 5,445 | 82.6 |
| 西部 計 | | 54 | 8,407 | 60.7 |
| 計 | | 114 | 21,548 | 52.9 |

2

3 (MFICU、NICU及びGCU病床数：2023年4月現在)

| 地 域 | MFICU | | | | NICU | | | | GCU | |
|-----|--------|-----|---------|-----|--------|-----|---------|-----|-----|-----|
| | 診療報酬加算 | | 診療報酬非加算 | | 診療報酬加算 | | 診療報酬非加算 | | 施設数 | 病床数 |
| | 施設数 | 病床数 | 施設数 | 病床数 | 施設数 | 病床数 | 施設数 | 病床数 | | |
| 東 部 | 1 | 6 | 0 | 0 | 2 | 22 | 3 | 26 | 1 | 18 |
| 中 部 | 1 | 6 | 1 | 4 | 4 | 38 | 1 | 6 | 4 | 40 |
| 西 部 | 1 | 15 | 2 | 11 | 6 | 54 | 0 | 0 | 4 | 38 |
| 計 | 3 | 27 | 3 | 15 | 12 | 114 | 4 | 32 | 9 | 96 |

4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18

1 (M F I C U及びN I C Uの診療報酬加算病床の状況：2021年4月現在)

| 地 域 | 医療機関名 | M F I C U | | N I C U | |
|-----|----------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | | 病床数 (床) | 病床利用率 (%) | 病床数 (床) | 病床利用率 (床) |
| 東 部 | 順天堂大学医学部附属静岡病院 | 6 | 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 |

2
3 (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 | 4 | 1 | 1 |
| 合 計 | | 19 | 14 | 21 | 9 | 5 | 5 |

※各病院の配置人数の合計

1 (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 産科救急受入 医療機関 | 10 | 4 | 7 | 2 | 4 | 3 | 1 |
| | 6 | — | 5 | 1 | 4 | 1 | 1 |
| 合計 | 19 | 6 | 16 | 3 | 8 | 5 | 4 |

2 ※各病院の配置人数の合計

3

4 (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 | 13 | 4 | 6 | 2 | 1 |
| 西 部 | 11 | 3 | 6 | 1 | 1 |
| 計 | 33 | 10 | 16 | 4 | 3 |

5 ※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

6 ※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

7

8 (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 |

9

10 (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 |

11

12

1 **6 小児医療（小児救急医療を含む。）**

2 **【対策のポイント】**

- 3 ○ 小児患者の症状に応じた対応と家族の支援
 4 ○ 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

5
6
7
8 **（1）現状と課題**

9 **ア 小児医療**

- 10 ○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
 11 などへの対応が求められます。
 12 ○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
 13 役割分担と連携を行うことが必要となります。
 14 ○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
 15 ります。
 16 ○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
 17 を持ち、適切な受療行動を取ることも必要です。

18
19 **イ 本県の状況**

20 **（ア）乳児死亡率及び 15 歳未満の死亡率**

- 21 ○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
 22 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
 23 人、43.2%)、「周産期に発生した病態」(12 人、27.3%) となっています。
 24 ○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
 25 していますが、全国の 0.18 より高い水準となっています。
 26 ○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。
 27 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
 28 が 1 人、その他の不慮の事故が 1 人となっています。

29 **（イ）小児医療施設及び小児医療施設に関わる医師の状況**

- 30 ○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
 31 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、
 32 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
 33 数は、減少傾向にあります。
 34 ○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
 35 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。
 36 ○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
 37 制は集約化傾向にあります。
 38 ○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
 39 います。

1 (ウ) 小児救急電話相談(静岡こども救急電話相談、#8000)

2 ○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
3 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
4 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
5 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
6 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
7 増やしました。

8 ○1日当たりの相談件数は、2021年度は82.2件でしたが、相談時間の延長や広報啓発の強化に
9 より、2022年度は107.1件に増加しています。

10 (エ) 小児慢性疾患児

11 ○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
12 762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。

13 ○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
14 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
15 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
16 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。

17 (オ) 医療的ケア児¹等

18 ○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
19 律が2021年に施行されました。

20 ○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
21 います。

22 ○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
23 と比較して増加しています。

24 ○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、
25 医療的ケア児も多様化しています。

26 (カ) 小児在宅医療

27 ○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
28 増加しており、在宅医療のニーズは増加が見られます。

29 (キ) 小児救急医療

30 (初期小児救急医療)

31 ○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
32 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
33 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
34 ます。

35 ○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。

36 ○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。

37 (第2次小児救急医療)

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

- 1 ○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
2 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
3 制を確保しているのは7圏域（熱海、駿豆、富士、清水、静岡、志太榛原、西遠）です。ただ
4 し、清水圏域及び静岡圏域は静岡市内全域で一体化して輪番体制を確保しています。
5 ○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
6 制や隣接する地域の当番病院で対応しています。

7 **（第3次小児救急医療）**

- 8 ○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
9 に整備されている救命救急センターで対応しています。
10 ○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、
11 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
12 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
13 し広域的な搬送・受入体制を構築しています。

14 **（ク）医療機関とその連携**

- 15 ○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
16 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
17 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。
18 ○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
19 携して対応しています。
20 ○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
21 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。

23 **ウ 医療提供体制**

24 **（ア）小児医療**

- 25 ○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
26 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。
27 ○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
28 ぞれの診療体制の医療従事者間の連携が必要です。

29 **（イ）小児救急電話相談**

- 30 ○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%
31 であり、更なる普及啓発が必要です。
32 ○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
33 に相談につながらないケースが発生しています。

34 **（ウ）小児救急医療**

- 35 ○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、
36 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。
37 ○医師の時間外労働上限規制施行後も、小児救急医療体制を維持するため、質の高い医療を幅広
38 く提供する仕組みを構築することが必要です。
39 ○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

1 法等の普及が必要です。

2 ○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。

3 ○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。

4 **(エ) 医療的ケア児等**

5 ○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。

6 ○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
7 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。

8 ○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
9 れた地域で短期入所サービスを提供する医療機関の確保等の在宅支援サービスの充実が必要
10 です。

11 ○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
12 実施することが求められます。

13 ○学校の設置者は、設置する学校に在籍する医療的ケア児が保護者の付き添いがなくても適切な
14 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。

15 ○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
16 を構築することが必要です。

17 **(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**

18 ○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
19 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
20 体制を構築する必要があります。

21 ○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
22 る必要があります。

1 **(2) 今後の対策**

2 **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) | <u>2.1</u> (2022年) | <u>1.8以下</u> (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) | <u>0.50</u> (2022年) | <u>0.44以下</u> (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) | <u>0.19</u> (2022年) | <u>0.18以下</u> (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 |

3

4 **イ 施策の方向性**

5 **(ア) 小児医療**

6 ○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
7 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
8 す。

9 ○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。

10 ○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
11 院の支援に努めます。

12 ○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
13 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
14 ます。

15 **(イ) 小児救急電話相談**

16 ○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
17 的な広報を行い、認知度の向上を図ります。

18 ○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
19 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
20 知します。

21 **(ウ) 小児救急医療**

22 ○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
23 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
24 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。

25 ○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
26 の病院との連携により救急医療体制を確保します。

1 ○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
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。

3 ○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
4 療体制の強化を進めます。

5 ○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
6 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
7 の向上を目指します。

8 ○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
9 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
10 情報提供や啓発活動を進めます。

11 ○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
12 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。

13 ○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
14 の整備を図ります。

15 (エ) 医療的ケア児等

16 ○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
17 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。

18 ○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
19 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、
20 「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
21 等関係機関相互の連携を一層充実します。

22 ○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
23 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。

24 ○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
25 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
26 関との連携体制の構築などを総合的に実施します。

27 ○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
28 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。

29 ○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
30 療の提供体制の充実を図ります。

31 ○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、
32 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。

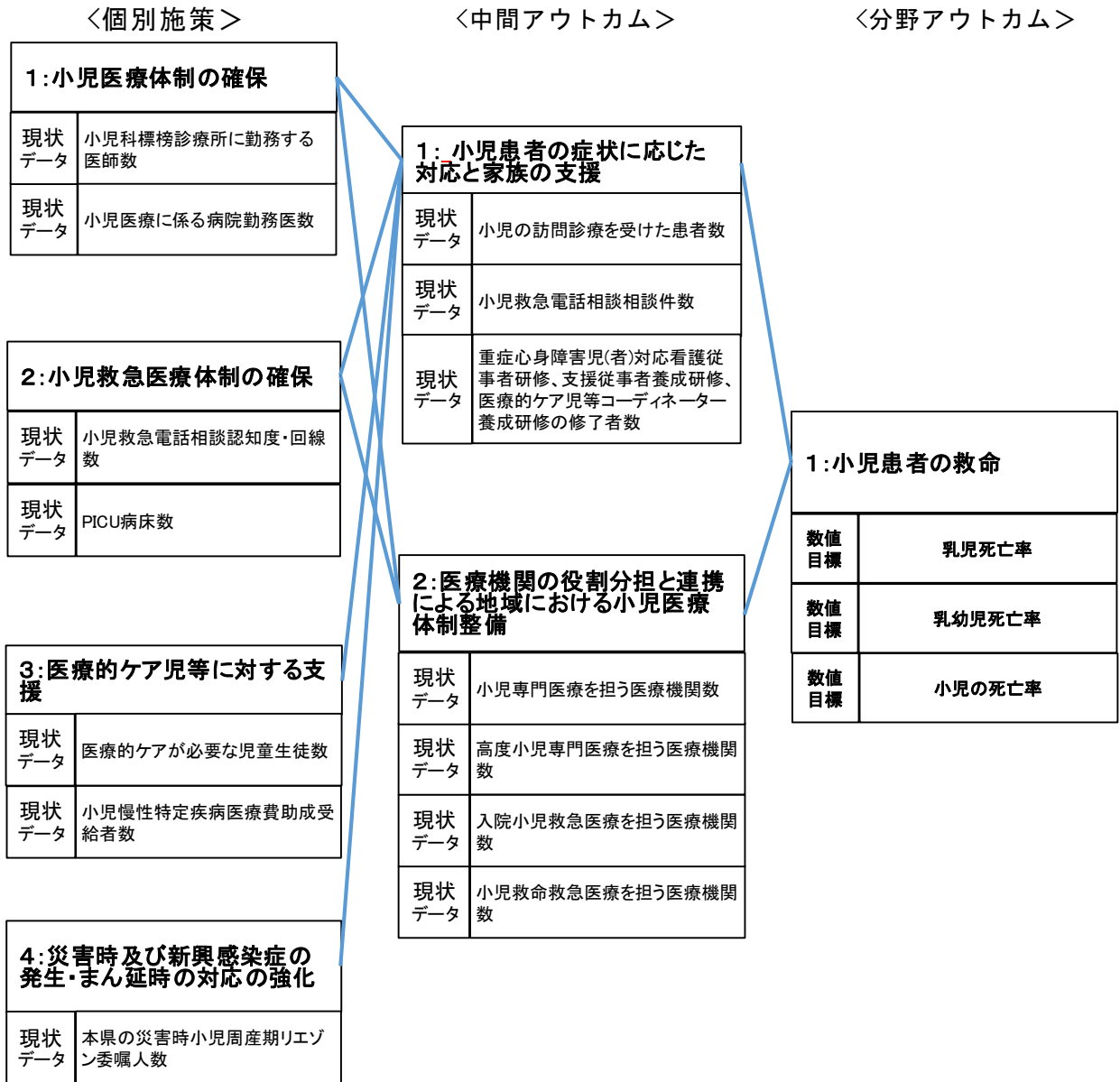
33 (オ) 災害時及び新興感染症の発生・まん延時における小児医療

34 ○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。

35 ○研修・訓練の実施により、医療資源需給調整を行う災害医療コーディネーター、医薬品等や薬
36 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
37 ます。

38 ○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
39 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。

1 ○「小児医療（小児救急医療を含む。）」のロジックモデル
2



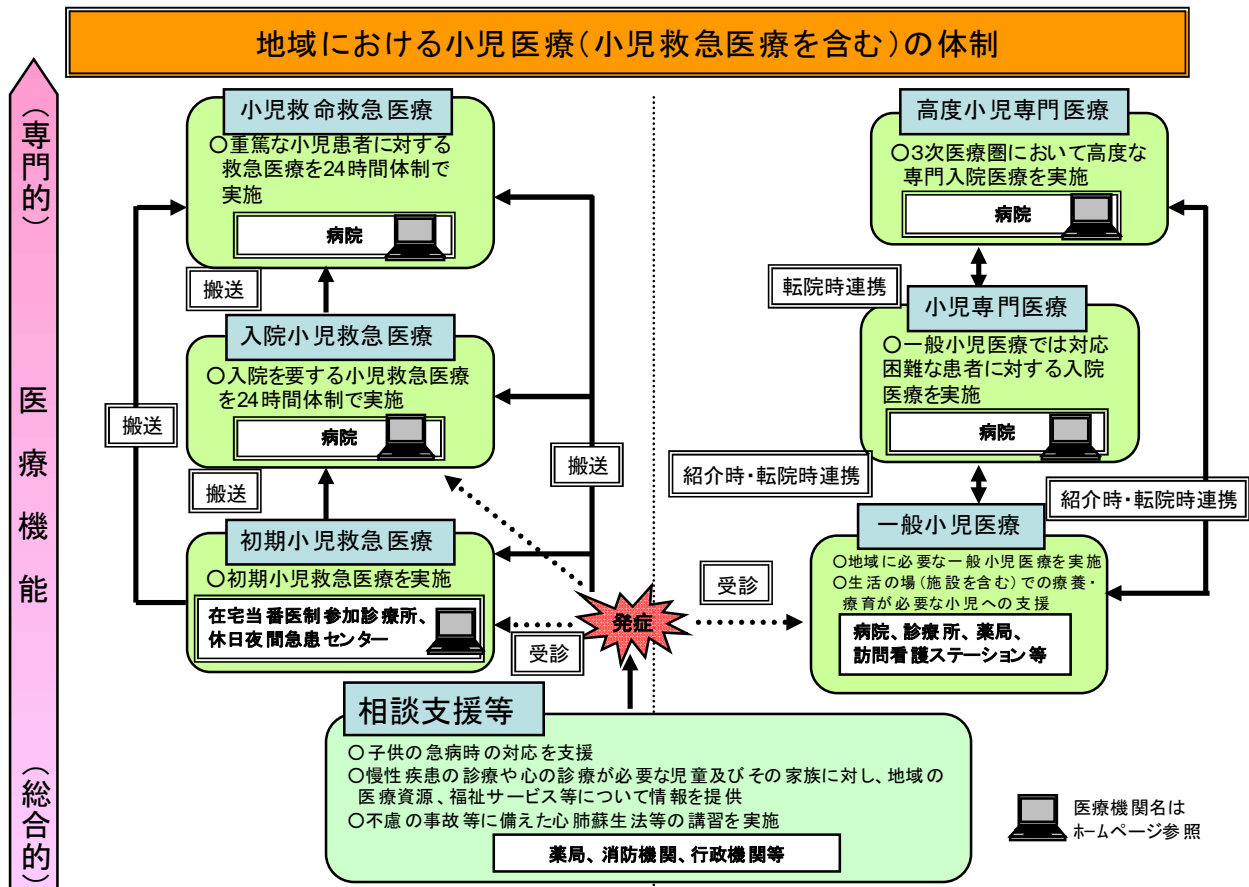
3
4
5

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

(4) 小児医療（小児救急医療を含む）の医療体制図



1 (5) 関連図表

2

3 ○指標による現状把握

| 指標 指標の項目 | 時点 | 実績 | | 出典 |
|-----------------------------------|------|-------|-------|------------------------------------|
| | | 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」 |

4 ※「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

5

6 ○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))

7

8

9

10

11

12

1 ○乳児死亡率、死亡数の推移

| 指標 | 1999 | 2002 | 2005 | 2008 | 2011 | 2014 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 乳児死亡率 | 3.1 | 2.7 | 3.1 | 2.4 | 2.2 | 2.1 | 2.0 | 2.5 | 2.1 |
| 全国平均 | 3.4 | 3.0 | 2.8 | 2.6 | 2.3 | 2.1 | 1.8 | 1.7 | 1.8 |
| 15歳未満死亡数 | 204 | 188 | 177 | 144 | 125 | 109 | 103 | 83 | 81 |
| 1歳未満 | 111 | 94 | 99 | 80 | 70 | 61 | 46 | 53 | 44 |
| 1-4歳 | 53 | 44 | 41 | 35 | 28 | 22 | 11 | 12 | 14 |
| 5-9歳 | 29 | 26 | 19 | 14 | 10 | 14 | 15 | 6 | 8 |
| 10-14歳 | 11 | 24 | 18 | 15 | 17 | 12 | 17 | 12 | 15 |

(出典：人口動態調査(厚生労働省))

4 ○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))

8 ○小児科医師数の推移(静岡県)

| 指標 | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 | 2008 | 2010 | 2012 | 2014 | 2016 | 2018 | 2020 |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 医師総数 | 6,029 | 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} | 403 | 422 | 434 | 414 | 459 | 473 | 423 | 476 | 405 | 423 | 434 |
| 病院 | 212 | 220 | 228 | 221 | 268 | 278 | 247 | 222 | 289 | 237 | 254 |
| 診療所 | 191 | 202 | 206 | 193 | 191 | 195 | 176 | 183 | 187 | 186 | 180 |
| 小児10万人当たり 小児科医数 | 70.8 | 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))

1 ○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))

2
3

4 ○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 | | 3 | |
| 西部 | | 8 | |
| 計 | | 26 | |

5
6
7
8
9
10
11
12
13
14

15 ○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 | ※(2) 3 | 3 | 2 | | | |
| 御殿場 | 1 | — | — | | | |
| 富士 | ※(2) 2 | — | 2 | 4 | 10 | |
| 清水 | — | 2 | 2 | | | |
| 静岡 | 1 | 1 | 5 | | | |
| 志太榛原 | ※(1) 2 | 4 | 3 | | | |
| 中東遠 | 3 | 2 | 3 | 5 | 6 | |
| 北遠 | 1 | — | — | | | |
| 西遠 | ※(1) 1 | 5 | 7 | | | |
| 計 | ※(6) 15 | 20 | 27 | 12 | 16 | |

※ ()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)

1 ○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 | 13 | 4 | 6 | 2 | 1 |
| 西 部 | 11 | 3 | 6 | 1 | 1 |
| 計 | 33 | 10 | 16 | 4 | 3 |

2 ※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

3 ※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

4

5 ○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 |

6 ※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

7 ※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
8 処理されている。

9

10 ○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 |

12 ※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

13

14

1 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、高齢期のケアを念頭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、障害者、小児等への支援にも共通するものです。

○障害者、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、障害者、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、近年求められています。

(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、訪問看護ステーション、薬局、リハビリ専門職、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枠を超えた綿密な連携と、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65歳以上の高齢者人口は、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。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%に増加します。

○県内の医療機関における訪問診療・往診実施医療機関数は、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。

1 ○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
2 在)

3 ○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、
4 2018 年度の 214 施設から約 1.4 倍に増加しています。

5 ○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
6 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
7 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
8 体の 54.6%となっています。

9 ○在宅患者訪問栄養食事指導³ (医療保険) の件数は 2019 年度の全国 3,157 件、県内 31 件から
10 2021 年度の全国 3,540 件、県内 52 件へと増加しています。

11 ○栄養ケア・ステーション⁴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
12 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。
13 (2023 年 9 月現在)

14 (県民の意向と看取りの状況)

15 ○長期の療養などにより、人生の最終段階となった場合に、最期の時を自宅で迎えることを
16 43.4%の県民が望んでいます。(静岡県健康福祉部 2022 年度県民意向調査結果)

17 ○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%)
18 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
19 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
20 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%)
21 になっています。(厚生労働省 2022 年人口動態統計)

23 (2) 在宅医療の課題

24 ○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
25 療」から「治し、支える医療」への転換が求められています。

26 ○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
27 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。

28 ○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、

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、管理栄養士が患者さんの自宅等を訪問し、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。

⁴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。

1 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・
2 介護の提供体制の構築を行う必要があります。

4 **ア 多職種連携**

5 ○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
6 域において、顔の見える関係を構築する必要があります。

7 ○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
8 保及び養成を図る必要があります。

9 ○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
10 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
11 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）⁵」等の ICT を活用し
12 て効率的に共有していく必要があります。

14 **イ 県民への理解促進**

15 ○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
16 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。

17 ○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、
18 患者本人があらかじめ家族や医療・ケア関係者と話し合うACP⁶（アドバンス・ケア・プラン
19 ニング、愛称「人生会議」）（以下、「ACP（人生会議）」）を普及させていくことが必要です。

21 **ウ 在宅医療の充実に求められる機能**

22 **（ア）入退院支援**

23 ○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
24 （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
25 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。

26 ○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
27 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
28 あります。

29 ○平均在院日数が短縮化する中、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、
30 外来通院時（入院前）から支援を開始して生活のアセスメント等を行い、早めに退院後の生活
31 に向けた準備を行うことが必要です。

32 **（イ）日常の療養支援**

33 ○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

⁵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。

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

1 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、
2 リハビリ専門職、管理栄養士、診療放射線技師等の人材確保を進める必要があります。

3 ○感染症・災害発生時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。
4

5 ○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、
6 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
7 を原因とした自殺リスクを低下させる必要があります。

8 ○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
9 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。

10 ○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
11 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
12 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。

13 ○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
14 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。

15 ○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
16 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。

17 (ウ) 急変時の対応

18 ○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
19 対応が可能な連携体制の構築が必要です。

20 ○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
21 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
22 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。

23 (エ) 在宅での看取り

24 ○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
25 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、
26 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。

27 ○在宅医療を担う従事者は、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、
28 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
29 識と技術の向上を図る必要があります。

30 ○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
31 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。
32
33

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。

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。

⁹QOL(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。

1 2 対策

2 (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) | 23,428人 (2026年) | 各2次保健医療圏における提供見込み量 | 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) | 784人 (2026年) | 在宅医療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 で最期を迎える事ができた人の割合(自宅で最期を迎える事ができた人の割合) | 31.3% (17.4%) (2022年) | 34.0% (18.8%) (2026年) | 在宅医療の提供見込量から算出 | 厚生労働省「人口動態統計」 | |
| 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) | 1,029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 | <u>35</u> 施設 (2022年) | <u>40</u> 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 |
| | | <u>入退院支援を実施している診療所・病院数</u> | <u>85</u> 施設 <u>(2022年)</u> | <u>97</u> 施設 <u>(2026年)</u> | <u>在宅医療等の必要量の見込から算出</u> | <u>国保データベース(KDB)</u> |
| | | 在宅看取りを実施している診療所、病院数 | 276施設 (2022年) | 315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(従事看護師者数) | 232施設 (1,545人) (2022年) | 308施設 (2,049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 | 273施設 (2022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 (2022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 | 1,019薬局 (2021年度) | 1,237薬局 (2026年度) | 訪問診療を受けた患者数の増加に対して必要な数 | 国保データベース(KDB) |
| | | 地域連携薬局認定数 ¹¹ | 98薬局 (2021年) | 172薬局 (2025年) | 県内日常生活圏域数と同数 | 県薬事課調査 |
| | 介護サービス | <u>介護支援専門員数</u> | <u>5,516人</u> <u>(2019年)</u> | <u>検討中</u> <u>(2026年)</u> | <u>介護サービス等の必要量の見込から算出</u> | <u>県介護保険課調査</u> |

3
4
5

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

1 (2) 施策の方向性

- 2 ○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
3 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。
4 ○県民ができるだけ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
5 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。

6 【在宅医療圏】

- 7 ○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
8 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。

- 9 ○在宅医療圏に求められる事項は、次のとおりです。

- 10 ・「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
11 ・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
12 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

13 【積極的医療機関、連携拠点】

- 14 ○「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
15 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
16 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。

18 ア 多職種連携

- 19 ○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」
20 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
21 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。
22 ○「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
23 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
24 携の強化及び入退院調整の円滑化を図ります。
25 ○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
26 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
27 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。

29 イ 県民への理解促進

- 30 ○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
31 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
32 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。
33 ○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
34 療を支える医療・介護関係者の相談対応力の向上を図るとともに、県民に対し、ACP（人生

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。

1 会議) やリビングウィル¹⁴ (意思表示書) について、普及啓発を実施します。

3 **ウ 在宅医療の充実に求められる機能**

4 **(ア) 入退院支援**

5 ○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
6 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
7 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。

8 ○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
9 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
10 係者の密接な連携体制を構築します。

11 ○「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
12 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
13 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。

14 **(イ) 日常の療養支援**

15 ○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、薬剤師及び診療放
16 射線技師等の確保を推進することで、在宅医療の提供体制の充実に図ります。

17 ○感染症・災害発生時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
18 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。

19 ○患者の療養を支える家族の負担軽減につながるよう、患者が利用可能な在宅サービスの周知
20 を図ります。

21 ○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
22 を充実し、介護者へのメンタルヘルスケアを推進します。

23 ○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
24 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
25 宅緩和ケアの実施体制の一層の強化を図ります。

26 ○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
27 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。

28 ○認知症サポート医¹⁵を養成するほか、認知症の早期発見、早期対応に向けて、かかりつけ医、
29 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。

30 ○認知症の人と家族、医療と介護の専門職等の間の情報共有を推進するため、認知症連携パス
31 「ふじのくに“ささえあい”手帳」の普及を図ります。

32 ○地域リハビリテーションサポート医¹⁶、訪問リハビリテーションを行う理学療法士、作業療法
33 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
34 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

¹⁴リビングウィル：重病になり自分自身では判断できなくなる場合に、治療に関して自分の希望を述べておく書類。

¹⁵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

¹⁶地域リハビリテーションサポート医：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

1 す。

2 ○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
3 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
4 ます。

5 ○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
6 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
7 組みます。

8 (ウ) 急変時の対応

9 ○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
10 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。

11 ○在宅患者の病状が急変した際に、受入れを行うことのできる**病床を有する積極的役割を担う**
12 **医療機関等**の体制の整備を図ります。

13 (エ) 在宅での看取り

14 ○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
15 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**
16 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
17 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。

18 ○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
19 療の提供ができるように、専門的な知識及び技術の向上に対する取組を支援します。

20 ○40 歳未満の終末期がん患者が、自宅で家族と過ごすために訪問介護の費用等を助成する「小
21 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
22 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。

23 ○**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**
24 **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、**
25 **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。**

(3) 在宅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: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 |

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 |

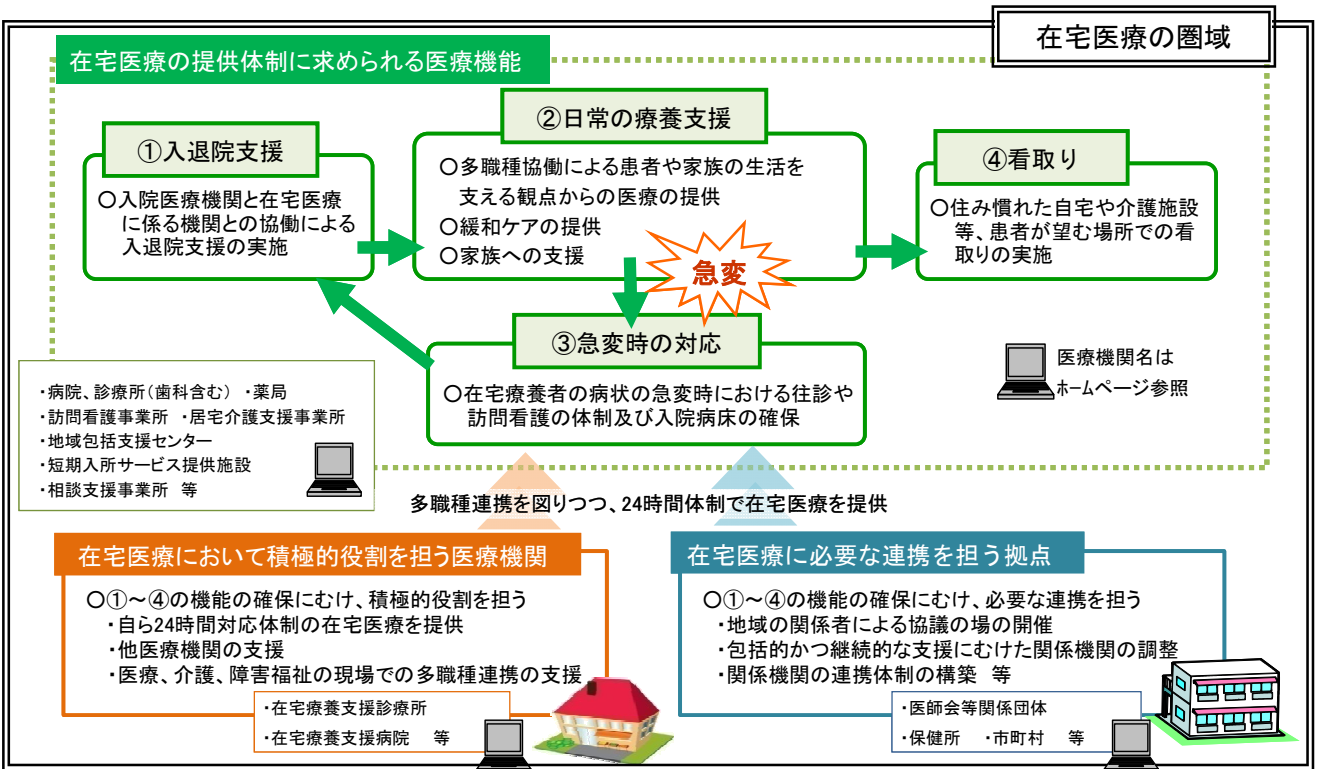
2:点から面で支える医療へ

| | |
|------|-----------------------|
| 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 |

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 |
|------|---------------------|

3 在宅医療の提供体制イメージ



※ 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関、在宅医療に必要な連携を担う拠点」とも、1の機関での実施が難しい場合には、関係機関で連携して役割を担うことも可能

※ : 医療機関及び連携拠点名について、ホームページで公開

4 在宅医療提供体制に求められる医療機能

| | 入退院支援 | 日常の療養支援 | 急変時の対応 | 看取り |
|---------|---|---|--|---|
| ポイント | ●入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること | ●患者の疾患、重症度に応じた医療(緩和ケアを含む。)が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること | ●患者の病状の急変時に対応できるような、在宅医療を担う病院・診療所、薬局、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること | ●住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること |
| 求められる機能 | <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、患者が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・有床診療所で必要に応じて受け入れること |

1 **5 関連図表**

2 **(1) 患者動向に関する指標**

3 **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 |

4 出典：厚生労働省「人口動態統計」

5 ※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。

6 ※² 2018年は介護医療院を含む。

7

8 **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 |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 住まいで亡くなった人数 | 更新作業中 | | | | | | | | |

9 出典：厚生労働省「人口動態統計」のうち、自宅と老人ホームの死亡者数合計

10

11 **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 | 更新作業中 | | | | | | | | |

12 出典：県福祉長寿政策課調査のうち、県内の医療機関による看取り加算の算定回数

13

14 **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 |

15 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～）

16 ※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）

17

18 **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 |

19 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～）

1 **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 | 更新作業中 | | | |
| 施設入居時医学総合管理料 | | | | |

2 出典：県福祉長寿政策課調査

3 ※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

4 ※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

5 ける診療報酬

6

7 **（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 |

8 ①～④出典：東海北陸厚生局「届出受理医療機関名簿」（2022年9月1日現在）

9 ⑤出典：県福祉長寿政策課調査（2022年度）

10

11

（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 | 更新作業中 |
| 訪問看護従事者数（人） | 781 | 809 | 906 | 1,105 | 1,284 | 1,510 | |
| 1施設当たり従事者数（人） | 5.9 | 6.1 | 4.9 | 5.4 | 6.0 | 6.3 | |

12 ※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）

13 ※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）

14

15

16

（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 | — | — | 更新作業中 | | | | 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 | — | — | | | | | 介護サービス施設・事業所調査（3年ごと調査、9月時点） |
| ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数（施設） | — | — | 185 | 8,927 | | | | | 介護サービス施設・事業所調査（3年ごと調査、10月時点） |
| 自宅での死亡者数（人） | 5,674 | 177,473 | 5,988 | 186,205 | | | | | 人口動態統計 |

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

(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23,428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10,863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、全県で見ると2023年の目標値を達成していますが、保健医療圏別に見ると充足状況の差が大きいことから、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、全県下において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% と大半を占め、特に近年、株式会社等が増加しています。また、病院などの医療機関と併設されている訪問看護ステーションの設置数については、2018年の75施設 から、2022年の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、看護職員が常勤換算5人未満の小規模な訪問看護ステーションであり、大規模な訪問看護ステーションと比較すると赤字の訪問看護ステーションが多くなっています。(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実態があります。

○本県の機能強化型訪問看護ステーションは、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

○サテライト型の訪問看護ステーションの設置 や、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、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

- 1 看護ステーションの新規開設の促進や開設直後の休止や廃止を抑制します。
- 2 ○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分けた人材確保対策や新卒・新
- 3 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る離職防止対策に取り
- 4 組みます。
- 5 ○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
- 6 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
- 7 保を図ります。
- 8 ○精神疾患や小児分野などの専門的な研修を実施し、認知症のある方や医療的ケア児などに対応
- 9 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。
- 10 ○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、訪問看護職員を特定行為研修や
- 11 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
- 12 る訪問看護師や認定看護師等の増加を図ります。
- 13 ○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
- 14 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
- 15 ます。

3 歯科訪問診療の促進

- 18 ○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。
- 19 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
- 20 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
- 21 ます。

(1) 現状

- 23 ○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
- 24 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
- 25 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。
- 26 ○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
- 27 840 施設 (2023年9月現在)、在宅療養支援歯科診療所¹⁷は 201 施設 (2023年9月現在) あり、
- 28 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
- 29 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。
- 30 ○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）。
- 31 <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 | <u>840</u> | <u>11</u> | <u>26</u> | <u>168</u> | <u>80</u> | <u>156</u> | <u>103</u> | <u>89</u> | <u>207</u> |

32 ※県健康増進課調査 (2023年9月7日現在)

¹⁷ 在宅療養支援歯科診療所：高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応に係る知識と技術をもち、必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整備し、在宅歯科医療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制を確保するなど、安心・安全な在宅歯科医療提供体制を整備した歯科診療所として厚生労働省が定めた施設基準を満たし、届出を行った歯科診療所の保険算定上の名称。

1 **(2) 課題**

- 2 ○要介護者は、口腔機能の低下や口腔清掃の不良から誤嚥性肺炎が発症しやすく、低栄養状態に
3 陥やすい傾向が見られます。要介護状態となった場合、専門的な口腔機能管理が重要になるこ
4 とを県民共通の理解とする必要があります。また、在宅歯科医療が実施できる歯科医療機関の
5 情報や、口腔機能管理の効果、利用できる制度等を、分かりやすく住民に情報を提供する必要
6 があります。
- 7 ○在宅歯科医療を実施するためには、要介護者の特性に関する理解や、居宅等での診療に関する
8 知識と技術に加え、患者や家族の生活を支援するという視点からかかりつけ医、看護師、介護
9 支援専門員や介護サービス事業所担当者等と連携することが必要です。
- 10 ○在宅医療を担う医療機関や訪問看護ステーション、介護サービス事業所等と連携しながら支援
11 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。
- 12 ○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
13 保を図る必要があります。

14 **(3) 対策**

- 15 ○県内全ての地域において、在宅歯科医療を受けることを希望する者が在宅歯科医療を受けられ
16 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
17 関に関する情報が県民に周知されるよう努めます。
- 18 ○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
19 ターの職員等が口腔内への関心を持つように、口腔機能管理の重要性や効果に関する知識の普
20 及を図ります。また、県民の在宅歯科医療に関する理解が深まるように努めます。
- 21 ○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
22 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
23 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
24 す。
- 25 ○歯科診療所や郡市歯科医師会等は、在宅歯科医療の実施に当たり、診療中の容態急変時の対応
26 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
27 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。
- 28 ○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
29 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、
30 いつでも相談できる環境を整えることに努めます。
- 31 ○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
32 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など、歯科医師・歯科
33 衛生士の就業支援や再就業促進や離職防止を図ります。
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41

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109薬局(2023年9月現在)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70薬局あります。

(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月現在)ですが、2021年度1年間に在宅訪問業務を行った薬局は1,019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%となり、ほぼすべての薬局において対応が可能です。

(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、患者状態や服薬情報等の継続的な把握、処方医へのフィードバック、残薬管理・処方変更の提案、患者紹介や薬の管理等の在宅訪問業務における役割等の薬局の機能について周知し、在宅訪問業務を行える薬局全てが在宅サービスに関われるよう、幅広く連携していくことが必要です。

○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。

1 (サービスの提供)

2 ○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
3 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。

4 ○在宅訪問業務等を行う薬剤師の一層の資質向上・養成や、小規模な薬局における在宅分野での
5 地域の薬局同士の連携強化等が必要です。

6 ○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
7 えていくことが必要です。

8 ○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
9 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。

10 ○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
11 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
12 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
13 の健康支援の実施と発信（健康サポート機能）が求められています。

14 ○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
15 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。

16 **(3) 対策**

17 (医療機関等との連携)

18 ○調剤、服薬指導・支援、情報提供等による処方医へのフィードバック等に加え、医療用麻薬等
19 と医療・衛生材料の供給や、医療機関等の多職種との共同研修等を実施するモデル事業を通じ
20 て、薬局の機能の周知を図り、地域の医療機関等との連携を充実させ、「地域連携薬局」や「専
21 門医療機関連携薬局」の認定取得を推進します。

22 ○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
23 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
24 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。

25 (サービスの提供)

26 ○かかりつけ薬剤師による 24 時間の相談や、緊急の調剤に対応するための薬局内の体制整備や
27 「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。

28 ○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、医
29 療的ケア児等に関する研修の充実により在宅訪問業務等を行う薬剤師の資質向上・養成を図る
30 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
31 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。

32 ○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
33 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
34 給体制を強化を推進します。

35 ○医療用麻薬の使用、管理に当たっては、患者・家族の理解と協力が特に重要であるため、医療
36 用麻薬に関する知識、技術等の向上を図りながら、説明と相談を確実にを行います。

37 ○「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
38 り、県民の薬物療法や健康維持・増進を支援します。

39 ○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
40 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
41 情報提供します。

42

1 (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 | | | | |
| | ○ | | | | |

2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25

5 介護サービスの充実

ア 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。
- 要介護（支援）認定者数は、団塊の世代が75歳以上となる2025（令和7）年には201,742人、団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040（令和22）年には232,074人となり、それぞれ、2019（令和元）年度から1.13倍、1.30倍に増加する見込みとなっています。
- 地域医療構想により、2025年には40,093人の在宅医療等の必要量が発生する見込みとなっており、このうち、16,187人は介護医療院や介護老人保健施設等の介護施設の利用、20,065人は在宅での介護サービスの利用が見込まれています。
- 在宅における主な介護サービスの利用状況、提供事業所数及び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> 【更新作業中】

| 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

イ 課題

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

1 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
2 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 ウ 対策

4 ○市町では、2021年度から3年間で、小規模多機能型居宅介護事業所17箇所、看護小規模多機
5 能型居宅介護事業所11箇所の整備を計画しており、計画に基づく設置を支援するため、県は、
6 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。

7 ○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
8 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。

9 ○高齢者が安心して最期まで在宅生活を送るためには、地域における在宅医療・介護の連携を推
10 進する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
11 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
12 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
13 アマネジャーの確保・定着、育成を図ります。

14 ○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
15 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、
16 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
17 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。

18

1

2

3

4

※白紙

1 第1節 結核対策

2 【対策のポイント】

- 3 ○ 結核患者の高齢化等に対応した服薬支援体制の整備
 4 ○ 結核の初期症状がある者に対する早期受診の勧奨

6 【数値目標】

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|-----------|
| <u>新登録結核患者（全結核患者）への服薬支援の実施率</u> | <u>98.9%</u> <u>(2021年)</u> | <u>100%</u> <u>(2029年)</u> | <u>全結核患者への支援を目指す</u> | 県感染症対策課調査 |
| <u>受診の遅れ（発病～初診の期間が2月以上）の割合</u> | <u>20.6%</u> <u>(2021年)</u> | <u>10%以下</u> <u>(2029年)</u> | <u>り患率が低く、発病～初診の期間を正確に把握して、かつ、受診の遅れの割合の低い県を参考</u> | 県感染症対策課調査 |

7

8 (1) 現状

- 9 ○結核は、かつて「国民病」としてまん延していましたが、結核予防対策の強化に加え、生活水準の向上、医療技術の進歩により、り患率、死亡率が飛躍的に改善されました。その結果、全国の2021年のり患率（人口10万対）は9.2となり、結核低まん延国となりました。2022年のり患率は8.2となり、順調に減少しています。
- 13 ○本県の新登録結核患者は減少傾向にあるものの、70歳以上の高齢者の患者が占める割合は6割前後となっています。（図表7-1-1）
- 15 ○外国出生患者は増加傾向で、2020年の外国出生患者が占める割合は20%を超え、2021年には16.1%に減少したものの、2022年には19.9%となり、再び増加しました。（図表7-1-1）
- 17 ○その他、複数の主要な抗結核薬に耐性を持つ多剤耐性結核患者や高まん延国から来日する外国人結核患者において治療困難例が報告されています。

19

20 図表7-1-1 新登録結核患者の推移

| 年次 | 全国（人） | 静岡県（人） | 静岡県年代別構成比（%） | | | | | | | 静岡県外国出生患者（人（%）） |
|-------|---------|--------|--------------|------|------|------|------|------|------|-----------------|
| | | | ～19 | 20代 | 30代 | 40代 | 50代 | 60代 | 70 | |
| 1961年 | 419,424 | 12,235 | 20.0 | 15.9 | 18.3 | 13.2 | 13.4 | 12.6 | 6.6 | データなし |
| 1970年 | 178,940 | 4,444 | 12.8 | 12.0 | 12.8 | 15.4 | 15.4 | 18.6 | 13.0 | |
| 2017年 | 16,789 | 424 | 2.1 | 7.8 | 5.7 | 5.2 | 4.0 | 8.5 | 66.7 | 53 (12.5) |
| 2018年 | 15,590 | 393 | 1.3 | 8.4 | 6.9 | 4.3 | 3.6 | 10.7 | 64.8 | 57 (14.5) |
| 2019年 | 14,460 | 357 | 1.2 | 14.0 | 5.3 | 5.3 | 4.8 | 5.0 | 64.4 | 63 (17.6) |
| 2020年 | 12,739 | 348 | 0.9 | 16.3 | 5.4 | 3.7 | 5.5 | 9.5 | 58.7 | 75 (21.6) |
| 2021年 | 11,519 | 291 | 1.0 | 9.3 | 3.4 | 4.5 | 7.2 | 8.9 | 65.7 | 47 (16.1) |
| 2022年 | 10,235 | 241 | 0.8 | 8.7 | 7.5 | 4.1 | 7.5 | 9.1 | 62.2 | 48 (19.9) |

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

(2) 課題

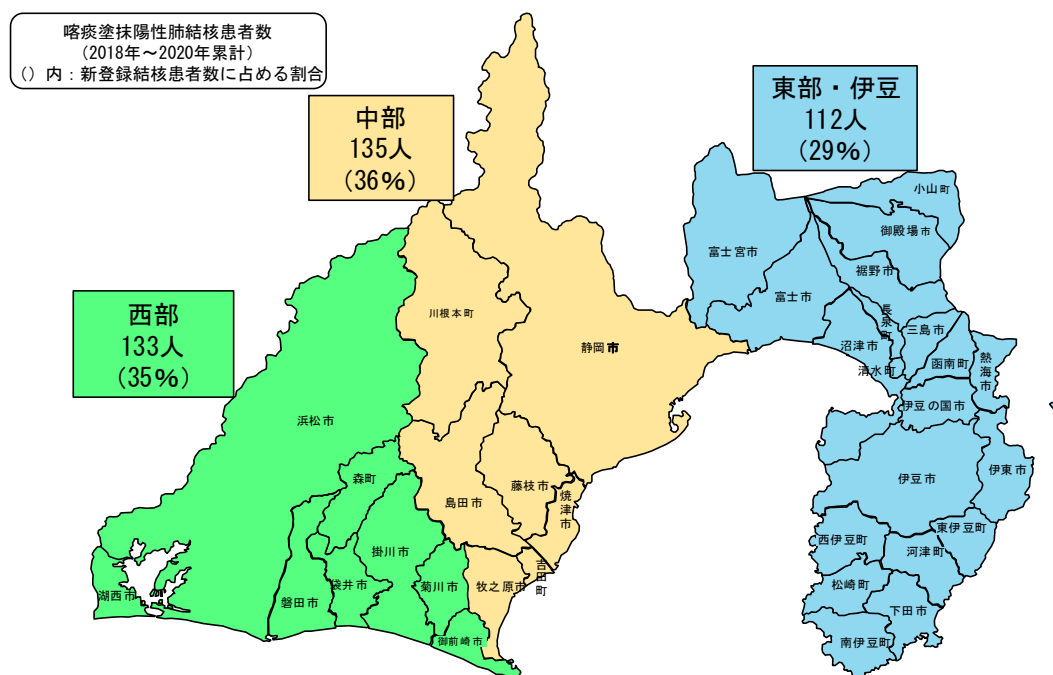
- 結核患者の高齢化及び外国人結核患者の増加傾向に対応した感染の防止と患者の早期発見・早期受診が重要です。特に、健康診断の機会を逃しやすい通所施設に通う高齢者及び技能等の習得を目的に入国する若年の外国人に対する健康診断の徹底と結核の正しい知識の普及啓発活動が必要です。
- 高齢者、多剤耐性結核患者、外国人など、治療脱落しやすい患者に対する確実な服薬支援体制の整備が必要です。
- 県内の喀痰塗抹陽性肺結核患者の居住地には偏りはほぼありませんが（図表7-1-2）、県内の結核病床は、約9割が中部及び西部地域にあるため、伊豆地域を含む東部地域に少なく、病床の地域的偏在が問題になっています。（図表7-1-3）
- 静岡県の受診の遅れに関して、実態把握の拠り所となる、発病～初診の期間の聞き取りによる把握率が低いため（発病～初診の期間把握割合中央値（2018年～2021年）：全国31位）、受診の遅れの状況やその理由を正確に把握できていません。（図表7-1-5、6）

(3) 対策

- 静岡県における感染症の予防のための施策の実施に関する計画（静岡県感染症・結核予防計画）¹（2024年3月改定）により、結核の発生予防・まん延防止と適正な医療の提供などに取り組んでいきます。
- 療養病床や老人保健施設、特別養護老人ホームなどの入所施設及びデイサービスなどの通所施設における院内や施設内感染防止と、結核発症者の早期発見のための助言指導を研修等で強化し、高齢者施設等における結核の感染拡大を防止します。
- 技能等の習得を目的に入国する外国人本人やその関係者に対して適切な情報提供を図っていきます。
- 結核患者の治療完遂のため、保健所が中心となり結核病床を有する医療機関、一般病院、診療所、薬局、高齢者福祉施設、市町、地域住民等との連携・調整を図り、ICTやSNSも活用して服薬支援を推進していきます。
- 県内の結核患者発生動向を勘案しつつ、結核患者に対する病床を確保していきます。県東部地域における入院を必要とする結核患者については、県中部地域の病院への受入体制を維持しつつ、地域での受入体制の整備を図るとともに、結核モデル病床¹を活用し、適切な結核医療の提供を図るため、医療機関とも連携を進めます。
- 発病～初診の期間を正確に把握するとともに、静岡県の受診の遅れのさらなる減少を目指すために、結核の初期症状や早期受診の重要性の周知啓発を強化します。

¹結核患者の高齢化等に伴って複雑化する、高度な合併症を有する結核患者又は入院を要する精神障害者である結核患者に対して、医療上の必要性から、一般病床又は精神病床において収容治療するためのより適切な基準を策定するための事業（結核患者収容モデル事業）において整備された、結核患者を収容するための病床（出典：結核患者収容モデル事業の実施について（平成4年12月10日健医発第1415号））

1 図表 7-1-2 喀痰塗抹陽性肺結核患者の分布 (2018年~2020年累計)



2
3 図表 7-1-3 結核病床を有する病院 (2023年11月1日現在)

| 地域 | 病院名 | 所在地 | 稼働病床 (床) |
|----|--------------|-----|----------|
| 東部 | 富士市立中央病院 | 富士市 | 0 ※1 |
| | 小計 | | 0 |
| 中部 | 県立総合病院 | 静岡市 | 50 |
| | 島田市立総合医療センター | 島田市 | 4 |
| | 小計 | | 54 |
| 西部 | 天竜病院 ※2 | 浜松市 | 8 |
| | 聖隷三方原病院 | 浜松市 | 20 |
| | 小計 | | 28 |
| 合計 | (5 医療機関) | | 82 |

- 4 ※1 結核病床工事中のため
- 5 ※2 特定の疾患 (心筋梗塞や脳梗塞など) については常勤医師が不在であるが、
- 6 病状が落ち着いていれば受入れ可能

7
8 図表 7-1-4 結核モデル病床を有する病院 (2023年4月1日現在)

| 地域 | 病院名 | 所在地 | 稼働病床 (床) |
|----|----------|-----|----------|
| 西部 | 天竜病院 | 浜松市 | 10 |
| | 小計 | | 10 |
| 合計 | (1 医療機関) | | 10 |

1 図表 7-1-5 発病～初診までの期間が2月以上の者の人数及び割合

| 発病～初診までの期間が2月以上 | | | | | | | |
|-----------------|---------------|-------|-------|---------------|----|-------|----------|
| 区 分 | 全 国 | | | 静 岡 | | | 全国 順位 |
| | 人数合計 (把握者) | 人数 | 割合 | 人数合計 (把握者) | 人数 | 割合 | |
| 2012年 | 8,177 | 1,532 | 18.7% | 217 | 38 | 17.5% | — |
| 2013年 | 7,854 | 1,419 | 18.1% | 152 | 18 | 11.8% | 9 |
| 2014年 | 6,901 | 1,297 | 18.8% | 111 | 15 | 13.5% | 15 |
| 2015年 | 6,678 | 1,335 | 20.0% | 134 | 18 | 13.4% | 11 |
| 2016年 | 6,703 | 1,323 | 19.7% | 95 | 7 | 7.4% | 5 |
| 2017年 | 6,295 | 1,312 | 20.8% | 126 | 22 | 17.5% | 24 |
| 2018年 | 6,253 | 1,289 | 20.6% | 154 | 22 | 14.3% | 15 |
| 2019年 | 5,458 | 1,112 | 20.4% | 128 | 19 | 14.8% | 15 |
| 2020年 | 4,449 | 848 | 19.1% | 69 | 9 | 13.0% | 18 |
| 2021年 | 3,847 | 799 | 20.8% | 68 | 14 | 20.6% | 29 |
| 2022年 | 3,327 | 661 | 19.9% | 47 | 7 | 14.9% | 23 |

2

3 図表 7-1-6 発病～初診の期間把握割合

| 発病～初診の期間把握割合 | | | | | | |
|--------------|--------|--------|-------|------|--------|-------|
| 区 分 | 全 国 | | | 静 岡 | | |
| | 人数合計 | うち把握人数 | 割合 | 人数合計 | うち把握人数 | 割合 |
| 2012年 | 12,197 | 8,177 | 67.0% | 280 | 217 | 77.5% |
| 2013年 | 11,933 | 7,854 | 65.8% | 311 | 152 | 48.9% |
| 2014年 | 11,189 | 6,901 | 61.7% | 292 | 111 | 38.0% |
| 2015年 | 10,592 | 6,678 | 63.0% | 239 | 134 | 56.1% |
| 2016年 | 10,063 | 6,703 | 66.6% | 227 | 95 | 41.9% |
| 2017年 | 9,445 | 6,295 | 66.6% | 223 | 126 | 56.5% |
| 2018年 | 8,677 | 6,253 | 72.1% | 196 | 154 | 78.6% |
| 2019年 | 7,904 | 5,458 | 69.1% | 192 | 128 | 66.7% |
| 2020年 | 6,807 | 4,449 | 65.4% | 164 | 69 | 42.1% |
| 2021年 | 6,053 | 3,847 | 63.6% | 152 | 68 | 44.7% |
| 2022年 | 5,436 | 3,327 | 61.2% | 133 | 47 | 35.3% |

4

1 **第2節 エイズ対策**

2
3 **【対策のポイント】**

- 4 ○ HIV感染の予防と早期発見
5 ○ HIV陽性者の診療を支援するエイズ医療提供体制の整備

6
7 **【数値目標】**

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|--|---------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|
| 県内新規HIV感染者及びエイズ患者報告数に占める新規エイズ患者報告数の割合 | 28.6% (2022年) | 30%未満 | 過去5年間の全国新規エイズ患者報告数割合(29%)を下回る。 | 厚生労働省「エイズ発生動向年報」 |
| 県内9保健所におけるHIV検査で確認したHIV検査陽性者 | 2018～22年の5年間で24人(年平均4.8人) | 2024～29年の6年間で30人 | 2018～22年の5年間の年平均4.8件を次の計画期間も維持する | 県感染症対策課調査 |
| 安定しているHIV陽性者に対する定期処方を紹介できる診療所の2次保健医療圏数 | 二 | 全医療圏 | 県内全域のHIV陽性者の病診連携体制確保を進める。 | 県感染症対策課調査 |

8
9 **(1) 現状**

10 **ア HIV感染者・エイズ患者の現状**

11 ○世界のHIV(Human Immunodeficiency Virus;ヒト免疫不全ウイルス)陽性者は、2021年末時点で3,840万人と推計されています。

12
13 ○全国のエイズ発生動向調査は、1984年9月から開始され、1989年からは、「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律」に基づき1999年3月末まで実施されてきました。1999年からは、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(感染症法)に基づき実施され、14
15
16 2003年の法改正により四類感染症から五類感染症(全数把握)に位置付けられています。

17 ○全国の新規HIV感染者¹及びエイズ患者²の報告数は、1991年から増加し、2007年頃からは1,500件前後の横ばい傾向で推移しています。これまでの過去最多の報告年は、2013年であり、18
19 HIV感染者は1,106件、エイズ患者は484件、合計1,590件でした。

20 ○本県の新規HIV感染者及びエイズ患者の報告数は、全国と同様に1991年から増加し、近年は25件前後で推移しています。これまでの過去最多の報告年は、2011年であり、HIV感染者は32件、エイズ患者は12件、合計44件でした。

21
22
23 ○HIV感染後、適切な治療によりエイズ発症を抑えることができます。全国においては、新規HIV感染者及びエイズ患者報告数に占める新規エイズ患者報告数の割合は、30%前後で推移
24
25 していますが、本県においては、40%前後で推移しています。

¹ HIV感染者：エイズ発生動向調査において、感染症法の規定に基づく後天性免疫不全症候群発生届により、無症候性キャリアあるいはその他として報告された者。

² エイズ患者：エイズ発生動向調査において、初回報告時にエイズと診断された者。(既にHIV感染者として報告されている症例がエイズを発症する等病状に変化を生じた場合は除く。)

○県内保健所(政令市保健所を含む)では、H I Vの匿名・無料検査を実施しています。新型コロナウイルス流行前の2015年から2019年の間、本県の人口(千人)あたりの検査数74件に対して、新規H I V感染者及びエイズ患者報告数に占める新規エイズ患者報告数の割合(エイズ患者割合)の少ない他都道府県上位24県における同様の検査数の平均も74件であり、全国平均並みの検査数でした。

図表7-2-1 県内9保健所保健所におけるH I V検査件数及び陽性数 (単位：件)

| 年 | 2012年 | 2013年 | 2014年 | 2015年 | 2016年 | 2017年 |
|--------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|
| 静岡県 | 2,934 | 3,046 | 3,279 | 2,834 | 2,501 | 2,739 |
| うち陽性者数 | 9 | 7 | 1 | 7 | 6 | 2 |
| 全国 | 102,512 | 105,531 | 111,743 | 96,740 | 88,415 | 92,022 |
| 年 | 2018年 | 2019年 | 2020年 | 2021年 | 2022年 | |
| 静岡県 | 2,670 | 3,010 | 1,486 | 989 | 974 | |
| うち陽性者数 | 7 | 5 | 5 | 5 | 2 | |
| 全国 | 97,107 | 105,859 | 46,901 | 34,212 | 42,006 | |

(出典：厚生労働省「エイズ発生動向調査」)

図表7-2-2 新規H I V感染者及びエイズ患者報告数の年次推移 (単位：件)

| 年 | 全国 | | | 静岡県 | | |
|-------|--------|-------|-------|--------|-------|----|
| | HIV感染者 | エイズ患者 | 計 | HIV感染者 | エイズ患者 | 計 |
| 2012年 | 1,002 | 447 | 1,449 | 17 | 12 | 29 |
| 2013年 | 1,106 | 484 | 1,590 | 20 | 16 | 36 |
| 2014年 | 1,091 | 455 | 1,546 | 16 | 8 | 24 |
| 2015年 | 1,006 | 428 | 1,434 | 21 | 6 | 27 |
| 2016年 | 1,011 | 437 | 1,448 | 15 | 7 | 22 |
| 2017年 | 976 | 413 | 1,389 | 11 | 8 | 19 |
| 2018年 | 940 | 377 | 1,317 | 15 | 13 | 28 |
| 2019年 | 903 | 333 | 1,236 | 13 | 8 | 21 |
| 2020年 | 750 | 345 | 1,095 | 10 | 10 | 20 |
| 2021年 | 742 | 315 | 1,057 | 17 | 3 | 20 |
| 2022年 | 632 | 252 | 884 | 10 | 4 | 14 |

(出典：厚生労働省「エイズ発生動向調査」)

1 図表7-2-3 新規HIV感染者及びエイズ患者報告数に占める新規エイズ患者報告数の割合 (単位: 件)

| | エイズ患者割合※が低い 都道府県上位 24 県(2015年から2019年の5年間) | | | エイズ患者割合※が低い 都道府県上位 24 県(2015年から2019年の5年間) | |
|---|--|-----------------------|------|--|-----------------------|
| | エイズ患者 割合(%) | 人口(千人)あたりの 検査件数(件) | | エイズ患者 割合(%) | 人口(千人)あたりの 検査件数(件) |
| 石川県 | 15 | 75 | 千葉県 | 32 | 70 |
| 東京都 | 19 | 94 | 熊本県 | 33 | 92 |
| 岡山県 | 20 | 53 | 神奈川県 | 33 | 60 |
| 福井県 | 20 | 59 | 宮城県 | 33 | 67 |
| 香川県 | 21 | 31 | 茨城県 | 33 | 57 |
| 青森県 | 22 | 39 | 和歌山県 | 33 | 48 |
| 大阪府 | 27 | 117 | 長野県 | 34 | 73 |
| 兵庫県 | 28 | 39 | 佐賀県 | 34 | 77 |
| 新潟県 | 29 | 68 | 京都府 | 34 | 143 |
| 愛知県 | 30 | 122 | 岐阜県 | 35 | 38 |
| 沖縄県 | 31 | 152 | 栃木県 | 36 | 100 |
| 愛媛県 | 31 | 79 | 北海道 | 36 | 35 |
| エイズ患者割合※が低い都道府県上位 24 県における 人口(千人)あたりの検査件数の平均(2015年から2019年の5年間) | | | | | 74 |

2

| 静岡県(2015年から2019年の5年間) | | 人口(千人)あたりの 検査件数の平均 (2015年から2019年の5年間) |
|-----------------------|-------------------|---|
| エイズ患者割合※(%) | 人口(千人)あたりの検査件数(件) | |
| 15 | 75 | 74 |

3 ※ エイズ患者割合=その年報告された新規エイズ患者数 / (新規エイズ患者数+新規HIV感染者数)
4 (出典: 厚生労働省「エイズ発生動向調査」)

5

6 イ エイズ医療提供体制の現状

7 ○全国のエイズに関する医療提供体制は、中核的医療機関である国立国際医療研究センター エ
8 イズ治療・研究開発センター、全国8ブロックの地方ブロック拠点病院、各都道府県内で指定
9 された中核拠点病院、拠点病院により整備されています。

10 ○本県における医療提供体制の整備状況は、1996年5月に、エイズ拠点病院(20か所)及びエ
11 イズ診療病院(10か所)を指定しましたが、2006年の「後天性免疫不全症候群に関する特定
12 感染症予防指針」(エイズ予防指針)の改正に伴い、2007年4月に、新たにエイズ中核拠点病
13 院、エイズ拠点病院を指定するとともに、本県独自にエイズ診療協力病院を指定しました。現
14 在は、エイズ中核拠点病院 2か所、エイズ拠点病院 20か所、エイズ診療協力病院4か所を整
15 備しています。

16

1 **図表 7-2-4 静岡県におけるエイズ医療提供体制**

| | 役割 | 病院名 |
|-----------|--|---|
| エイズ中核拠点病院 | <ul style="list-style-type: none"> 高度なエイズ診療の実施 全科によるエイズ診療体制の確保 入院医療提供体制の整備 カウンセリング体制の整備 拠点病院、地域の他の医療機関との連携 エイズ医療関係者研修会・連絡会の開催 (拠点病院等に対する研修事業及び医療情報の提供) | 地方独立行政法人静岡市立静岡病院 浜松医療センター (2施設) |
| エイズ拠点病院 | <ul style="list-style-type: none"> 多くの診療科による総合的なエイズ診療の実施 カウンセリング体制の整備 中核拠点病院、地域の他の医療機関との連携 エイズ医療関係者研修会・連絡会への参加 | 伊東市民病院 独立行政法人国立病院機構静岡医療センター <u>沼津市立病院</u> 順天堂大学医学部附属静岡病院 富士宮市立病院 富士市立中央病院 地方独立行政法人静岡県立総合病院 静岡市立清水病院 静岡赤十字病院 静岡済生会総合病院 <u>島田市立総合医療センター</u> 焼津市立総合病院 藤枝市立総合病院 磐田市立総合病院 市立湖西病院 浜松医科大学医学部附属病院 浜松赤十字病院 J A 静岡厚生連遠州病院 社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院 社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院 (20施設) |
| エイズ診療協力病院 | (専門医療機関における協力) <ul style="list-style-type: none"> 結核、がん、精神疾患を合併し高度な治療を要するH I V陽性者(児)の診療及び診療支援 中核拠点病院、拠点病院との連携 | (本県独自に指定) 【結核】 独立行政法人国立病院機構天竜病院 【がん】 静岡県立静岡がんセンター 【精神】 地方独立行政法人静岡県立こころの医療センター 【小児】 地方独立行政法人静岡県立こども病院 (4施設) |

2 **(2) 課題**

- 3 ○H I V感染の新規感染予防及び早期発見による感染の拡大防止を図るため、県民への正しい知
- 4 識の普及と合わせた予防啓発や、検査・相談体制の強化が必要です。
- 5 ○エイズ中核拠点病院へのH I V陽性者の集中による診療負担の偏重や、拠点病院も含めた診療
- 6 担当医の後継不足等が懸念されることから、エイズ医療提供体制の維持のため、エイズ中核拠
- 7 点病院及び拠点病院の人材育成が必要です。
- 8 ○抗H I V療法の進歩³により、H I V陽性者が今後高齢者となっていくため、地域における医療
- 9 と介護の包括的な連携体制の確保が必要です。

³ 抗H I V療法の進歩：H I Vに対する多剤併用療法(A R T)が開始されてから、患者の免疫機能が正常に保たれるようになり、日和見感染症やH I V関連疾患の発症を抑制できるようになった。早期抗H I V療法導入(Treatment as Prevention)が未感染パートナーへのH I V感染リスクを低下させることも実証され、早期治療が推奨されるようになってきている。

1 ○H I V陽性者の不安を軽減し、治療継続を支援するため、相談支援を行う医療従事者や保健所
2 職員の育成が必要です。

3

4 (3) 対策

5 **ア 正しい知識の普及と予防啓発及び検査体制の充実**

6 ○県民への正しい知識の普及に加え、性的指向に多様性のある方等を対象とした予防啓発を、N
7 P O等と連携してさらに推進していきます。

8 ○検査体制の一層の充実を図るため、引き続き、保健所における日中・平日夜間・休日検査の実施、
9 保健所以外の場所における検査の実施をしていきます。

10 ○保健所が実施しているH I V検査の認知度を高めるため、保健所における日中・平日夜間・休日
11 検査について県ホームページ、SNS等への掲載やチラシ等の作成・配架を行い、広報活動
12 を実施していきます。

13 ○H I V郵送検査⁴については、検査精度管理や個人情報保護の確保状況や国の検討状況を注視
14 し、本県での実施の有用性を検討していきます。

15 **イ エイズ医療の連携推進と水準向上**

16 ○エイズ医療の連携推進と水準の向上を図るため、各エイズ中核拠点病院・拠点病院・診療協力
17 病院の医療従事者等を専門的研修へ派遣するほか、県内の東・中・西部ごとに開催するエイズ
18 医療関係者研修会・連絡会において情報共有を行います。

19 ○エイズ診療担当医の後継不足に対応するために、県内の研修医や若手医師等に対して、今後の
20 勤務先としてエイズ診療に従事することを働きかけます。

21 ○病状が安定したH I V陽性者への病診連携による診療体制を構築するため、H I V診療が可能
22 な医療機関に対し、障害者総合支援法の規定に基づく自立支援医療機関（免疫に関する医療）
23 の指定の推進とH I V地域診療クリニカルパス⁵等の作成について検討し、県内全域で身近な
24 診療所でも希望すればH I V診療が受けられる体制づくりを目指します。

25 ○H I V陽性者の高齢化に対応するため、地域における保健医療サービス及び介護福祉サービ
26 スとの連携等が必要であることから、訪問看護ステーションや介護保険施設の職員向けの研修会
27 を開催していきます。

28 ○H I V陽性者に対する歯科診療を確保するため、県歯科医師会と調整の上、各エイズ中核拠点
29 病院・拠点病院等と診療に協力する歯科診療所等との連携体制の構築を図ることにより、H I
30 V陽性者に対し、県内全域で滞りなく歯科診療が提供できるようにしていきます。

31 ○H I V陽性者に対する相談支援体制の充実を図るため、H I V陽性者の相談支援を行う拠点病
32 院等の医療従事者に対し、国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センターや公益財
33 団法人エイズ予防財団が開催する専門的研修への派遣や、保健所職員等を対象とした会議の開
34 催をしていきます。

⁴H I V郵送検査：検査を申し込むと検体採取 キットが自宅に届き、採取した検体を検査会社に郵送する ことで検査を行い、検査結
果を郵便やウェブサイト等により自宅で見ることが出来るサービス。

⁵クリニカルパス：良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表。

1

2

3

4

5

6

※白紙

1 **第3節 その他の感染症対策**

2 **【対策のポイント】**

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

6 **【数値目標】**

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|----------------|---------------------------------|-----------------|-----------|-----------|
| 感染症患者届出数（二・三類） | <u>433 件</u> <u>(2022 年)</u> | 700 件以下 (毎年) | 感染症のまん延防止 | 県感染症対策課調査 |

8 **(1) 現状**

9 ○「静岡県における感染症の予防のための施策の実施に関する計画」（1999年12月策定、2008年
10 9月改正）に基づいて、感染症の発生の予防・まん延防止、平常時における感染症に係る医療
11 提供体制の確保などに取り組んでいます。

12 ○一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等の感染症患者に係る医療について、感染症
13 患者に対して良質かつ適切な医療を提供するため、第一種感染症指定医療機関を1か所、第二
14 種感染症指定医療機関を全ての2次保健医療圏に指定・整備しています。（図表7-3-1）

15 ○2014年にはデング熱の諸外国における大流行を受け、蚊の継続的なウイルス保有調査を実施
16 し、調査結果を広く周知しています。

17 ○2015年には県内でエボラ出血熱の疑似症患者が発生したこと受け、患者を移送する際に必要
18 な、感染症患者隔離搬送用バッグ及び個人防護具等を県内保健所に整備し、2018年度には、感
19 染症患者移送用車両を1台整備し、東部保健所に配置してあります。

20 ○全国的にダニ媒介性感染症（日本紅斑熱、重症熱性血小板減少症候群(SFTS)）の患者数が増加
21 傾向にあり、県内においても、重症熱性血小板減少症候群(SFTS)が2021年に初めて確認され
22 るなど、ダニ媒介性感染症に感染する危険性が高まっているため、感染する可能性が高まる時
23 期などに注意喚起を適宜行っています。（図表7-3-2）

24 ○2020年には県内在住者が海外で狂犬病に感染（国内14年ぶりの発生）したほか、2023年には
25 県内で日本脳炎が7年ぶりに発生する等、過去に流行していた感染症も散発的に発生しており、
26 注意喚起を適宜行っています。

1 図表 7-3-1 感染症指定医療機関

| 2次保健医療圏 | 管内人口 | 種別 | 基準病床数 | 指定医療機関 | 所在地 | 指定年月 | 指定病床数 |
|---------|----------------|-----|-------|--------------|-----|--------|-------|
| 賀茂 | <u>55,726</u> | 第二種 | 4 | 下田メディカルセンター | 下田市 | H24.5 | 4 |
| 熱海伊東 | <u>95,402</u> | 第二種 | 4 | 国際医療福祉大学熱海病院 | 熱海市 | H17.7 | 4 |
| 駿東田方 | <u>621,322</u> | 第二種 | 6 | 裾野赤十字病院 | 裾野市 | H11.4 | 6 |
| 富士 | <u>366,092</u> | 第二種 | 6 | 富士市立中央病院 | 富士市 | H11.4 | 6 |
| 静岡 | <u>677,286</u> | 第一種 | 2 | 静岡市立静岡病院 | 静岡市 | H20.10 | 2 |
| | | 第二種 | 4 | | | H11.4 | 4 |
| 志太榛原 | <u>442,369</u> | 第二種 | 6 | 島田市立総合医療センター | 島田市 | H11.4 | 6 |
| 中東遠 | <u>458,800</u> | 第二種 | 6 | 中東遠総合医療センター | 掛川市 | H25.5 | 4 |
| | | | | 磐田市立総合病院 | 磐田市 | H16.4 | 2 |
| 西部 | <u>836,521</u> | 第二種 | 10 | 国民健康保険佐久間病院 | 浜松市 | H16.6 | 4 |
| | | | | 浜松医療センター | 浜松市 | H11.4 | 6 |

2 (注) 人口は、2023年 10月1日現在 (静岡県知事直轄組織「静岡県年齢別人口推計」)

3

4 図表 7-3-2 県内のダニ媒介性感染症 (日本紅斑熱、重症熱性血小板減少症候群(SFTS)) の患者数

5

(単位:人)

| 年次 | 日本紅斑熱 | | 重症熱性血小板減少症候群(SFTS) | |
|--------------|----------|------------|--------------------|------------|
| | 県内届出数 | 全国 | 県内届出数 | 全国 |
| 2017年 | 6 (2) | 337 | 0 | 90 |
| 2018年 | 3 | 305 | 0 | 77 |
| 2019年 | 10 (1) | 318 | 0 | 101 |
| 2020年 | 8 | 421 | 0 | 78 |
| 2021年 | 8 (1) | 487 | 4 | 110 |
| <u>2022年</u> | <u>5</u> | <u>460</u> | <u>6</u> | <u>118</u> |

6 (注) () は、死亡患者数の再掲。

7

8 **(2) 課題**

9 ○一類感染症のエボラ出血熱や二類感染症の中東呼吸器症候群 (MERS) 等の海外からの輸入
10 感染症に備えるほか、近年はダニ媒介性感染症 (日本紅斑熱、重症熱性血小板減少症候群(SFTS))
11 や、蚊媒介感染症 (デング熱、ジカウイルス感染症、日本脳炎、ウエストナイル熱等) に感染
12 する危険性が高まっているため、患者が発生した場合の早期把握と迅速なまん延防止に加えて、
13 県民への正しい知識の普及が必要です。

14 ○抗菌薬などの抗微生物薬の不適切な使用により、細菌感染症に対して、本来効果のある抗微生物
15 薬物が効かなくなる又は効きにくくなる「薬剤耐性」(Antimicrobial Resistance: AMR) の
16 問題が世界的に増加する一方、新たな抗微生物薬の開発は減少傾向にあり、国際社会でも大きな
17 課題となっています。

18

1 **(3) 対策**

- 2 ○感染症の発生、流行情報の把握・分析・公表を迅速に行うとともに、患者発生時における迅速
3 な防疫措置及び感染症患者移送車による感染症指定医療機関への速やかな搬送、感染源調査な
4 どにより感染症のまん延防止を図ります。
- 5 ○平常時から県民に対して感染症予防についての正しい知識の普及啓発を図ります。
- 6 ○医療・獣医療等関係機関及び県民に対して、抗菌薬の適正使用に関する正しい知識の継続的な
7 普及啓発を図ります。

8

1
2
3
4
5
6
7
8
9

白紙

1 **第4節 難病対策**

2 **【対策のポイント】**

- 3 ○ 難病の医療提供体制における医療機関間の連携の確保
 4 ○ 難病の患者及びその支援者に対する情報提供、相談・支援の充実
 5 ○ 難病患者に対する災害時支援体制の整備

6 **【数値目標】**

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|---|-------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|
| 難病診療分野別拠点病院等の数 ※ | 38 施設 (2022 年) | 38 施設 (2029 年) | 現状維持 | 県疾病対策課調査 |
| 難病患者ホームヘルパー養成研修受講者数 | 累計 3,562 人 (2022 年度) | 累計 3,800 人 (2025 年度) | 県総合計画指標 | 県疾病対策課調査 |
| 難病患者介護家族リフレッシュ事業及び県立学校医療的ケア児就学支援事業の利用者数 | 38 人 (2022 年) | 76 人 (2029 年度) | 利用者数倍増 | 県疾病対策課 県教育委員会調査 |
| 在宅人工呼吸器使用難病患者に対する災害時個別避難計画策定数 | 47 件 (2022 年) | 264 件 (2029 年度) | 2022 年度末県内 ALS 患者の人数 | 県疾病対策課調査 |

7 ※ 難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院の合計

8 **(1) 現状**

9 **ア 難病患者を取り巻く状況**

- 10 ○ 「難病の患者に対する医療等に関する法律」では、①発病の機構が明らかでない、②治療方法が確立していない、③希少な疾病である、④長期の療養を必要とするという4つの要件を満たす病気を難病と定めています。
- 11 ○ 難病のうち、患者数が概ね人口の0.1%程度以下で客観的な診断基準等が確立しているものを医療費助成の対象（指定難病）とし、2021年11月1日現在で338疾病が指定されています。
- 12 ○ 厚生労働省では、指定難病の指定や特定疾患治療研究事業として助成を行うほか、難治性疾患克服研究事業として難病の治療研究を行い、客観的な診断基準の確立を進めています。

13 **イ 本県の状況**

- 14 ○ 静岡県での特定医療費（指定難病）の受給者は年々増加しており、2023年3月31日現在で16,139人に対して受給者証を発行し、医療費助成を行っています。
- 15 ○ 指定難病（338疾病のうち県内に受給者のいる疾病は188疾病）のほか、2023年3月31日現在で、特定疾患治療研究事業として、スモン、難治性肝炎のうち劇症肝炎及び重症急性膵炎、プリオン病（ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病）の患者194人に助成を行っています。また、県単独疾患として橋本病と突発性難聴の患者614人に対して助成を行っています。

- 1 ○浜松医科大学医学部附属病院は、難病医療に従事する専門医を多数擁するほか、県内の難病医
2 療協力病院等に医師を多数派遣しています。また、院内に「医療福祉支援センター」を設置し、
3 難病患者の相談等に対応していることから、浜松医科大学医学部附属病院を難病診療連携拠点
4 病院¹として1箇所指定しています。
- 5 ○難病患者が身近な地域で医療を受けることができるように、難病診療分野別拠点病院²を3箇
6 所、難病医療協力病院³を34箇所指定し、難病診療連携拠点病院を中心に県難病医療ネットワ
7 ークを構築しています。
- 8 ○2005年に「静岡県難病相談支援センター」を開設し、患者及び支援者への相談や生活・就労全
9 般の相談会の実施、ピアサポーターによる電話相談を実施しています。
- 10 ○難病患者地域支援事業として訪問相談、訪問診療や難病の知識啓発のための講演会等を実施す
11 るほか、研修を通じて難病患者の介護に対応するホームヘルパーの養成を行っています。
- 12 ○在宅で治療を行う患者を介護する家族等を支援する難病患者介護家族リフレッシュ事業を実
13 施するほか、県教育委員会では2023年度から県立学校に通学する児童・生徒の送迎や在校時
14 に医療的ケアを行う、県立学校医療的ケア児就学支援事業を実施しています。
- 15 ○指定難病患者は、障害者総合支援法に基づき、在宅介護等の各種障害福祉サービスやハローワ
16 ークの就労支援を受けることができます。
- 17 ○本県においては、「南海トラフ地震」をはじめとする大規模災害の他、風水害による停電や浸
18 水など様々な災害が想定されます。

20 (2) 課題

21 ア 難病の医療提供体制における医療機関間の連携の確保

- 22 ○指定難病に指定されていない希少な疾病については、治療経験のある医師が少なく、早期に診
23 断がつきにくいいため、医療提供体制は必ずしも十分ではありません。
- 24 ○患者数が少ない難病の多くは、調査研究を行う組織がないため、難病指定のための検討が行わ
25 れておりません。

27 イ 患者や支援者に対する情報提供、相談・支援の充実

- 28 ○原因が不明で治療方法が確立されていない病気の患者は、病気に対する不安や長期にわたる療
29 養生活など様々な問題を抱えており、支援を行う家族を含めてサポートをする体制が必要です。
- 30 ○障害者総合支援法に基づく各種障害福祉サービスや就労支援サービスについて、認知が進んで
31 おらず、十分に利用されていません。

35 1 難病診療連携拠点病院：早期診断・早期治療推進のための本県の拠点となる病院であり、患者に身近
36 な医療機関・専門医療機関との連携や、医療従事者等への研修を実施する。

37 2 難病診療分野別拠点病院：神経系疾患、膠原病、消化管疾患等の専門分野における、複数の保健医療
38 圏にかかる早期診断・早期治療推進のための拠点となる病院

39 3 難病医療協力病院：難病患者の受入及び治療、一時入院のための病床の確保、確定診断が困難な患者
40 を拠点病院等に紹介する役割を持つ病院

1 **ウ 災害時支援体制の整備**

- 2 ○災害に備えるため、人工呼吸器を装着している難病患者等を把握し、避難支援を含めた災害時
3 個別避難計画を策定する市町等を支援することにより、難病患者の安心した在宅生活を確保す
4 る必要があります。
- 5 ○台風等による風水害により停電等が発生した場合、在宅で人工呼吸器を装着している難病患者
6 は大きな影響を受けます。そのため、2022年、在宅で人工呼吸器を装着する難病患者等が、台
7 風等の風水害が予想される場合に、事前避難入院を可能とする制度を創設しました。しかし、
8 2023年10月末現在で対応できる医療機関が5病院に留まっています。

9
10 **(3) 対策**

11 **ア 難病の医療提供体制における医療機関間の連携の確保**

- 12 ○現行の医療提供体制を見直しつつ、専門性の高い難病医療の提供を可能とする病院を難病診療
13 分野別拠点病院として指定し、その医療機関に適切に紹介されることで早期に病気の診断を確
14 定できる体制を構築し、難病患者の支援の強化を図ります。
- 15 ○難病患者の地域におけるケアは、保健・医療・福祉のより一層緊密な連携が必要であり、保健
16 師を中心に専門医療機関と地域の医療機関及びかかりつけ薬局、訪問看護ステーションや介護
17 事業所等をはじめとした地域の関係者と協力し、社会資源を有効に活用することで、連携のと
18 れた支援体制を構築していきます。
- 19 ○難病対策地域協議会¹等において、地域の課題を地域の関係者で議論し、地域のみでは解決で
20 きない課題については、静岡県難病医療連絡協議会において協議し、県全体で難病対策をより
21 良い方向へ進めていきます。
- 22 ○2023年度を目処に国が導入を進める指定難病・小児慢性データベースへの県内指定医の登録を
23 促進し、国の難病対策に関する調査及び研究の一助とします。

24
25 **イ 患者や支援者に対する情報提供、相談・支援の充実**

- 26 ○患者及びその家族のQOL向上のため、医療費助成制度の周知を図り、制度を利用しやすい環
27 境を整えるとともに、住民に分かりやすい形で難病医療促進体制を公表します。
- 28 ○指定難病に認定されていない希少な疾病に対し、患者や医療機関と対策の必要性を協議しなが
29 ら、病気への理解を進めるため医療関係者等へ情報提供の講演会を開催していきます。
- 30 ○病気について理解し、安心な日常生活や就学・就労生活を営めるよう、静岡県難病相談支援セ
31 ンターは、難病患者やその家族に対する適切な知識の普及を行っていきます。
- 32 ○難病の患者が難病であることを安心して開示し、治療と日常生活、就学・就労との両立ができ
33 るように、難病患者の希望や治療状況、疾病の特性等を踏まえた支援に取り組みます。
- 34 ○2024年4月から開始する登録者証の発行を通じて、障害福祉サービス等を円滑に利用できるよ
35 う、登録者証制度の周知による障害福祉サービス等の利用拡大に取り組みます。

36
37
38
39 1 難病対策地域協議会：2次医療圏ごとに、医療・福祉・教育・就労支援等の関係者で構成する協議会
40

1 **ウ 災害時支援体制の整備**

- 2 ○難病患者の在宅生活における安心を確保するため、在宅で人工呼吸器等を使用するなど介護の
 3 必要性の高い難病患者に対して、保健所、市町及び医療機関等と密に連携を図り、市町等が行
 4 う災害時個別避難計画の策定を支援します。
 5 ○静岡県難病医療連絡協議会等を通じ、事前避難入院を可能とする制度の一層の周知を図り、利
 6 用を働き掛けるとともに、対応できる病院の増加を図るなど、利用者の意見を伺いながら使い
 7 やすい制度に向け、改善を進めます。

10 **(4) 関連図表**

11 図表 7-4-1 受給者数の推移 (単位:人)

| 項 目 | 2016 年度 | 2017 年度 | 2018 年度 | 2019 年度 | 2020 年度 | 2021 年度 |
|--------|---------|---------|---------|---------|-----------|-----------|
| 全 国 A | 986,071 | 892,445 | 912,714 | 946,110 | 1,033,770 | 1,021,606 |
| 静岡県※ B | 28,452 | 24,311 | 14,893 | 15,203 | 16,578 | 16,084 |

12 ※県疾患(橋本病、突発性難聴)含む。2017年度以前は政令指定都市の指定難病受給者も含む。

14 図表 7-4-2 静岡県における受給者数の多い10疾病(2021年度末現在) (単位:人)

| 順位 | 疾病名 | 疾患群 | 静岡県 A (構成比) | 全国 B (構成比) | 全国構成比 A/B |
|----|-------------------------|-------|------------------|--------------------|--------------|
| 1 | 潰瘍性大腸炎 | 消 化 器 | 3,856 (24.2%) | 138,079 (13.5%) | 2.8% |
| 2 | パーキンソン病 | 神経・筋 | 3,439 (21.6%) | 140,473 (13.8%) | 2.4% |
| 3 | 全身性エリテマトーデス | 免 疫 | 1,667 (10.5%) | 64,304 (6.3%) | 2.6% |
| 4 | クローン病 | 消 化 器 | 1,364 (8.6%) | 48,320 (1.5%) | 2.8% |
| 5 | 全身性強皮症 | 皮 膚 | 772 (4.9%) | 26,851 (4.7%) | 2.9% |
| 6 | 皮膚筋炎/多発性筋炎 | 皮 膚 | 745 (4.7%) | 25,259 (2.6%) | 2.9% |
| 7 | 脊髄小脳変性症 (多系統萎縮症を除く。) | 神経・筋 | 726 (4.6%) | 26,630 (1.8%) | 2.7% |
| 8 | 後縦靭帯骨化症 | 骨・関節 | 675 (4.2%) | 32,406 (3.2%) | 2.1% |
| 9 | 重症筋無力症 | 神経・筋 | 662 (4.2%) | 25,568 (2.6%) | 2.6% |
| 10 | 網膜色素変性症 | 眼 | 556 (3.5%) | 22,223 (1.7%) | 2.5% |

1 図表 7-4-3 静岡県における難病指定医及び難病指定医療機関認定状況 (単位: 人、箇所)

| 区分 | | 2020 年度 | 2021 年度 | 2022 年度 |
|----------|---------|--------------|--------------|--------------|
| 難病指定医 | | <u>1,749</u> | <u>1,784</u> | <u>1,811</u> |
| | 難病指定医 | <u>1,681</u> | <u>1,719</u> | <u>1,745</u> |
| | 協力難病指定医 | <u>68</u> | <u>65</u> | <u>66</u> |
| 難病指定医療機関 | | <u>2,162</u> | <u>2,183</u> | <u>2,223</u> |

2 県疾病対策課 調べ (各年度末時点)

3

1

2

白紙

1 第5節 認知症対策

2 【対策のポイント】

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

7 【数値目標】

| 8 項目 | 9 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|------------------|
| 認知症サポート医の数 | 397人 (2022年度) | 470人 (2026年度) | 大綱では2025年目標値1.6万人の人口割合(2.9%)で設定 | 県福祉長寿政策課調査 |
| かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数 | 1,185人 (2022年度) | 1,340人 (2026年度) | 認知症の人の推計増加率の10年間平均(3.15%×4年)を現状値に乗じて算出 | 県福祉長寿政策課調査 |
| 認知症サポーター養成数 | 累計411,701人 (2022年度まで) | 累計530,000人 (2026年度まで) | 2040年までに100万人養成を目指す。 | 県福祉長寿政策課調査 |
| 認知症の対応について不安に感じている介護者の割合 | 36.1% (2022年度) | 33% (2026年度) | 引き続き、認知症や認知症の人に対する理解を促し、不安に感じる介護者の割合の減少を目指す | 静岡県の高齢者の生活と意識 |
| 「通いの場」設置数 | 4,665か所 (2021年度) | 6,100か所 (2025年度) | 総合計画 | 厚生労働省調査 |
| 「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数 | 28市町 (2022年度) | 全市町 (2026年度) | 引き続き全市町においての実施を目指す | 県健康増進課調査 |
| 認知症サポート医リーダー数 | 181人 (2022年度) | 210人 (2026年度) | 認知症の人の推計増加率の10年間平均(3.15%×4年)を現状値に乗じて算出 | 県福祉長寿政策課調査 |
| 初期集中支援チームの活動において、医療・介護サービスにつながった人の割合 | 80.6% (2022年度) | 毎年度 81%以上 | 現状値を超える81%以上を継続して維持 | 認知症総合支援事業等実施状況調べ |

10 (1) 現状と課題

11 ア 認知症の医療

- 12 ○認知症は、脳卒中、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度までに記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態を言います。(介護保険法第5条の2)。

1 ○認知症の診断に最も用いられるもののひとつがアメリカ精神医学会のDSM-V¹です。各種
2 の認知症疾患毎にその定義は異なりますが、共通する診断基準には以下の4項目があります。

3 ①1つ以上の認知領域（複雑性注意、遂行機能、学習及び記憶、言語、知覚—運動、社会的認知）
4 において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている。

5 (1) 本人、本人をよく知る情報提供者又は臨床家による有意な認知機能の低下があったという
6 概念

7 (2) 標準化された神経心理学的検査によって、それがなければ他の定量化された臨床的評価に
8 よって記録された実質的な認知行為の障害

9 ②毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する（すなわち、最低限、請求書を支払う、内服
10 薬を管理するなどの、複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする）。

11 ③その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない。

12 ④その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない（例：うつ病、統合失調症）

13 ○認知症は様々な原因で発症します。最も多いのがアルツハイマー型認知症で、認知症全体の6
14 ～7割を占めます。次いで、脳出血や脳梗塞が原因で発症する脳血管性認知症で約2割を占め
15 ます。その他、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などがあります。

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

19 ○65歳未満で発症する認知症を「若年性認知症」と言います。高齢期の認知症と症状等は同様で
20 すが、年齢が若いほど進行が早いことに加え、男性に多く、初期症状が認知症特有のものでな
21 く診断が難しいなどの特徴があります。また、働き盛りで発症することから、就労、日常生活
22 への影響などの課題が生じ、高齢期の認知症とは異なる対応が必要とされます。

23 ○2023年6月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下「基本法」という。）」が公
24 布され、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を
25 総合的かつ計画的に推進し、もって認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分
26 に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現を推進
27 することが明記されました。県としても、基本法の理念に基づき、認知症の人とその家族が住
28 み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができ、認知症の人を含めた県民一人一人が支え
29 合い共生する社会を目指します。

32 イ 本県の状況

33 （認知症高齢者の推計）

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

¹ DSM-V：精神障害の診断と診断マニュアル。精神障害の分類のための共通言語と標準的な基準を提示するものであり、アメリカ精神医学会が出版した。最新のDSMは第5版で、2013年5月18日に出版（「DSM-V」と表記される）。その後2023年6月にDSM-V-TRが発行され一部内容が改訂された。認知症に関しては変更なし。

○国が2015年1月に策定した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」によると、2025年には高齢者の約5人に1人が認知症と推計されており、本県に当てはめると、認知症高齢者は、2025年には最大で約22.7万人に、2040年には28.6万人になると推計されます。
（図表7-5-1）

図表7-5-1 本県の認知症高齢者（軽度及び要介護認定未認定者を含む）の将来推計 単位：千人

| 区 分 | 2012年 | 2015年 | 2020年 | 2025年 | 2040年 |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 各年齢の認知症有病率が一定の場合 | 137 | 161 | 187 | 209 | 240 |
| 各年齢の認知症有病率が上昇する場合 | | 164 | 196 | 227 | 286 |

（若年性認知症の人の推計）

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

（県内の医療機関における認知症診療の状況）

○2023年8月に県内の医療機関において認知症診療を受けた人（市町村国保被保険者、国保組合被保険者、後期高齢者医療保険被保険者）は約6.5万人であり、このうち入院が約0.5万人、外来が約6.0万人でした。また、男女の内訳は男性約2.1万人、女性約4.5万人となっています。若年性認知症は537人で、全体の1%となりました。（図表7-5-2）

○認知症診療を受けた人数は3年前より4千人増えており、入院した人数にほぼ変化がなく、外来の人数が増えています。65歳以上の高齢者数が1%増加したこともありますが、認知症の知識や理解促進の効果と考えられます。

図表7-5-2 県内の医療機関における認知症診療の状況（2023年7月分） 単位：人

| 区分 | 入院 | | | 外来 | | | 合計 | | |
|---------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 男 | 女 | 小計 | 男 | 女 | 小計 | 男 | 女 | 小計 |
| 人 数 | 2,057 | 3,390 | 5,447 | 18,467 | 41,544 | 60,011 | 20,524 | 44,934 | 65,456 |
| （うち若年性） | (65) | (44) | (109) | (219) | (209) | (428) | (284) | (253) | (537) |

（認知症サポート医）

○認知症サポート医は、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言やその他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師です。

○本県では、2005年度から認知症サポート医を養成しており、2016年度で全ての市町に配置されました。

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

図表 7-5-3 認知症サポート医の状況 (2023 年度末)

単位：人

| | 2020 年度まで | 2021 年度 | 2022 年度 | 2023 年度 | 累計 |
|----------|-----------|---------|---------|---------|--------|
| 認知症サポート医 | 346 | 26 | 25 | (今後確定) | (今後確定) |

(認知症初期集中支援チーム)

○認知症初期集中支援チームは、認知症サポート医の指導のもと、医療と介護の専門職（保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士 等）が、家族の訴え等により、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームであり、2023 年度当初で 34 市町に設置されています。

○市町の直営のチームが減少し、地域包括支援センター等への委託をする市町が増えています。

図表 7-5-4 認知症初期集中支援チームの状況 (2023 年度当初)

(単位：チーム)

| チーム数 | 設置場所 | | | |
|------|-------------------|------------|-------------|------|
| | 市町 (本庁舎及び出先機関) | 地域包括支援センター | 認知症疾患医療センター | 医療機関 |
| 109 | 5 | 98 | 1 | 5 |

(認知症疾患医療センター)

○認知症疾患医療センターは、保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する詳細な診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するものとして、県及び指定都市が指定した医療機関です。

○認知症疾患医療センターにおいては、認知症専門医、相談員（精神保健福祉士又は保健師等）等の人員体制、CT、MRI 等による検査体制、周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行うことのできる一般病床や精神病床が整備され（検査体制、病床については他の医療機関との連携による場合あり）、鑑別診断や専門医療相談等の専門的医療機能、地域の医療、介護関係者との連携、研修会の開催等の地域連携拠点機能を担っています。

○本県では、2010 年度から認知症疾患医療センターの指定に取り組み、2017 年度に全ての保健福祉圏域に設置されました。（図表 7-5-5）

○認知症疾患医療センターは、鑑別診断後、治療や入院の受入れ、対応可能な医療機関を確保する役割も担います。専門治療後、認知症の人の状況に応じた適切な対応が行われるよう、かかりつけ医や地域包括支援センター、介護支援専門員等との連絡・調整を行います。

○認知症疾患医療センターが、出張相談等により地域に出向き、認知症の早期発見、早期対応につなげる事業（認知症の人をみんなで支える地域づくり推進事業）を 2018 年度から実施しています。2021 年度から事業の対象に認知症高齢者グループホームを追加しました。

○2021 年度の初診までの待機日数別診療機関数は、14 日未満が 5 か所、15 日～1 か月が 7 か所、1 か月以上が 3 か所、相談件数は 11,387 件 となっています。

1 図表 7-5-5 県内の認知症疾患医療センターの状況 (2023年9月30日現在)

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

2
3

1 (認知症地域支援推進員)

2 ○認知症地域支援推進員は、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医療や介
3 護の専門職で、認知症疾患医療センターなどの医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の
4 間の連携を図るための支援や、認知症の人や家族を支援する相談業務等を行います。全ての市
5 町が、2018年4月から認知症地域支援推進員を配置しています。

6 ○認知症地域支援推進員の人数は3年前に比べ30人増加しています。推進員の役割や必要性の
7 理解が少しずつ進んでいると思われます。(図表7-5-6)

8

9 図表7-5-6 認知症地域支援推進員の状況(2023年度当初) (単位:人)

| 推進員人数 | 配置場所 | | | |
|-------|-------------------|----------------|-----------------|-----|
| | 市町 (本庁舎及び出先機関) | 地域包括支援 センター | 認知症疾患医療 センター | その他 |
| 231 | 36 | 184 | 0 | 10 |

10 (認知症サポーター等)

11 ○2023年3月末現在、認知症に関する正しい知識と理解を持って、できる範囲で地域や職域で認
12 知症の人や家族の手助けを行う認知症サポーターは411,701人養成されています。このうち、
13 地域の生活関連企業・団体業務等に携わる企業・職域型の認知症サポーターは71,587人養成
14 されています。

15 ○2023年3月末現在、認知症サポーター養成講座の講師役のキャラバン・メイトは、3,845人養
16 成されています。

17 ○認知症サポーターの活動や活躍の場を拡げ、認知症の本人の意向に沿った活動ができるよう、
18 2019年度から、県主催の認知症サポーター・チームオレンジ養成研修(ステップアップ講座)
19 を実施しています。

20

21 **ウ 医療提供体制**

22 ○認知症は、誰もがなりうるものであるという前提の下、早期診断・早期対応を軸に、「本人主
23 体」を基本とした医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態の変化に応じて、適時・適
24 切に切れ目なく、その時の容態に最もふさわしい医療・介護等が提供される循環型の仕組みが
25 必要です。

26 ●**認知症を正しく知る社会の実現(知る)**

27 (ア) 認知症に関する理解促進

28 ○県民の認知症に対する理解が不十分で偏見や受診の遅れが発生しており、「認知症バリアフリ
29 ー」の取組が必要です。そのため、認知症に関する知識や対応の仕方を認知症の本人を含
30 む地域住民に向けて周知し、認知症に対する理解を促進する必要があります。

31 (認知症サポーター等)

32 ○認知症サポーター、キャラバン・メイトは増加していますが、増加したことによる社会の理解
33 の促進について評価する必要があります。

34 ○子どもサポーター数は増加していますが、認知症に関する理解促進に向け、更なる子どもサポ
35 ーターの養成が必要です。特に学童期の段階から認知症を理解してもらうことが重要です。

- 1 ○企業・職域型の認知症サポーターを養成するために、企業の協力が必要となります。
- 2 ○認知症に関する相談窓口として、地域包括支援センターや認知症疾患医療センター、認知症家
- 3 族会や当事者団体等があります。県や市町では、広報誌やホームページ等により相談窓口の周
- 4 知を行っていますが、一般の県民には十分に周知されていない現状があります。
- 5 ○認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れをまとめた認知症ケアパスは、県内では、
- 6 全ての市町で作成されており、地域包括支援センターや市町がホームページ、リーフレット等
- 7 で広く周知していますが、地域によっては十分に活用されていないところがあります。

8

9 ●認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）

10 (イ) 発症予防

- 11 ○2015年1月に発表された厚生労働省研究班報告によると、高齢者の糖尿病患者では合併症とし
- 12 て、糖尿病でない人に比べ、アルツハイマー型や血管性認知症の発症リスクが2～4倍に上昇
- 13 します。そのため、糖尿病予防の取組を推進する必要があります。
- 14 ○認知症は、神経変性疾患（アルツハイマー病、ピック病等）や脳血管障害（脳梗塞、脳出血等）
- 15 の原因疾患を予防し、原因疾患にならないことが必要です。
- 16 ○糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防が、認知症予防に資する可能性が示唆されていること
- 17 から、生活習慣病が認知症のリスク要因であることを若年層を含めた幅広い年代に対し、周知
- 18 するとともに、特定健診・特定保健指導の受診を促したり、必要があります。
- 19 ○地域において高齢者が身近に通える場である住民主体の通いの場合は、2021年度、県内に4,665
- 20 か所に設置されており、参加者数は85,518人で、高齢者人口に対する参加率は7.8%となっ
- 21 ています。
- 22 ○また、2022年度、通いの場に歯科衛生士及び管理栄養士の派遣を行った市町は27市町となっ
- 23 ており、年々増加しているものの、全市町への普及にまで至っていない状況です。
- 24 ○通いの場の設置数と参加率については地域差が大きく、通いの場に参加するメリットを住民に
- 25 理解してもらうなど、参加を促進する取組が必要です。

26

27 ●地域で支え合いつなげる社会の実現（支え合う）

28 (ウ) 早期発見・早期対応

- 29 ○偏見や認知症の理解不足により、受診や支援制度の利用が遅れ、重度化したり行動・心理症状
- 30 （BPSD）が出現する恐れがあり、早期発見、早期対応が必要です。本人や家族が小さな異
- 31 常を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにするとともに、かかりつけ医による
- 32 日常診療やかかりつけ歯科医による口腔機能の管理、かかりつけ薬局における服薬指導等の中
- 33 で、認知症の疑いがある人に早期に気づき適切に対応することができる体制を構築する必要が
- 34 あります。
- 35 ○このため、かかりつけ医が、認知症サポート医や専門医等の支援を受けながら、認知症の早期
- 36 発見や気づき、BPSDの対応等、認知症に対する相談への対応等を適切に行うことができる
- 37 よう認知症対応力の向上を図る必要があります。また、歯科医師、薬剤師が、認知症の疑い
- 38 ある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応できるよう、歯科医師及び薬剤師の認
- 39 知症対応力の向上を図る必要があります。

1 ○病院において認知症の人本人の意思を尊重し、適切な医療サービスを提供するために、病院勤
2 務の看護職員や医療従事者の認知症対応力の向上を図る必要があります。

3 (初期集中支援チーム)

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

10

11 (エ) 専門医療

12 (認知症サポート医)

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

17 ○2023年7月に認知症サポート医リーダー連絡会より、認知症サポート医の役割についての提言
18 より、認知症サポート医はこれまでの認知症の方への対応のサポートから、認知症の方も暮ら
19 しやすい地域共生社会の実現のため、関係機関と連携し、行政に対し助言を行い、共に地域活
20 動を進めていく方向にシフトしていくことが求められています。

21 (認知症疾患医療センター)

22 ○認知症疾患医療センター受診までの待機日数が長く、早期対応につながらない場合もあります。
23 認知症疾患医療センターや認知症サポート医、かかりつけ医等が連携し、環境の変化、状態の
24 変化等があっても、切れ目なく認知症治療を受けることのできる体制の整備が必要となります。

25 ○地域に出向いた相談事業については、認知症疾患医療センターの体制によって活動内容に差が
26 あります。

27 ○今後は、認知症疾患医療センターを圏域の拠点とした医療と介護等の支援体制の構築が必要と
28 なります。

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

31 ○認知症の行動・心理症状(B P S D)は認知症の進行により必ず生じるものではなく、周囲の
32 不適切なケアや身体の不調や不快、ストレスや不安などの心理状態が原因となって現れる症状
33 です。まずは早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じてB P S Dを予防するほか、
34 B P S Dが見られた場合にも的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選
35 択とするのが原則となります。さらに、パーソン・センタード・ケアなどのケアの実践が普及
36 するよう、認知症対応力向上研修を引き続き開催します。

37 ○2023年9月には認知症疾患修飾薬の一つであるレカネマブが厚生労働省から承認を受けまし
38 た。投与を希望する人が治療を受けられるよう体制整備の検討が必要です。

39 ○人生の最終段階にあっても本人の尊厳が尊重された医療・介護等が提供されることが必要です。

1 ○本人が望む終末期を迎えるために、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）についての医
2 療・介護従事者の理解、住民への普及啓発が必要です。

3 (オ) 地域支援

4 ○認知症の人本人の意見を聴く取組として、本人ミーティングの開催や認知症カフェの運営など
5 を、2022年度は23市町で実施していますが、本人からの意見を聴く機会を更に増やし、施策
6 へつなぐ必要があります。

7 ○認知症の人本人からの発信の機会を増やし、認知症に関する普及啓発に取り組むため、2020年
8 9月に、全国初となる地域版の認知症本人大使「静岡県希望大使」の委嘱式を行いました、
9 さらに、認知症の人本人による普及啓発活動を強化する必要があります。

10 ○県が作成したふじのくにささえあい手帳を一部の市町で活用していますが、独自の連携シート
11 を作成している市町もあります。

12 ○認知症高齢者グループホームについては、認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域
13 における認知症ケアの拠点としての機能が期待されています。

14 ○介護従事者の認知症対応力向上研修を国のカリキュラムにより実施しており、2022年度までに
15 認知症介護指導者養成研修62人、認知症介護実践者研修7,900人が修了していますが、研修
16 への積極的な参加及び参加者の資質の担保が必要です。

17 ○認知症の人やその家族が、同じ立場の人や地域の人、専門職と相互に情報を共有し、お互いに
18 理解し合う認知症カフェは、2023年4月現在179か所であり、県のホームページなどを通じて
19 周知していますが、認知症の家族の負担軽減にも活用していく必要があります。

20 ○認知症カフェの設置状況が市町により差があり、歩いていける範囲での設置を促進するほか、
21 本人やボランティア等が集まる仕組みが必要です。

22 ○2023年4月現在の認知症家族会は16か所ありますが、家族会同士で連絡を取り合うことは少
23 ない現状であるため、横のつながりを作っていく必要があります。

24 ○認知症が原因と疑われる行方不明者は、県内で283人(2022年)であり、年々増加傾向にあり
25 ます。

26 ○行方不明になるおそれのある人の事前登録の推進と行方不明時の早期発見・保護に向けて、市
27 町及び警察等の協力の下、「見守り・SOS体制の広域連携」の運用を2020年度から開始して
28 います。

29 ○ICTを活用した見守りシステムの導入は市町ごとに進んでおり、2022年度現在、GPSが11市
30 町、二次元コードが14市町、アプリが3市町となっていますが、手法ごとの効果検証が必要
31 です。

32 ○これまでに身元不明者を県ホームページに42人掲載し、2014年から2022年までに25人の身
33 元が判明しましたが、引き続き、身元不明の人の情報を広く発信する必要があります。

34 ○認知症の人が周囲の理解や支援を求めるための手段としてヘルプマーク・ヘルプカードがあり
35 ますが、各市町障害福祉担当課、各保健所、県庁等において配布していますが、必要な人が手
36 に入れられることができるよう今後も周知をしていくことが必要です。

37 ○認知症の人や家族を支える体制整備として、チームオレンジとピアサポート活動を一体的に推
38 進しており、2022年度現在、20市町で実施していますが、認知症の人本人がチームの一員と
39 して参加している取組は少ない状況にあります。認知症の人や家族の生活面での早期支援を図

1 るためには、多様な職域における認知症サポーターを養成し、チームオレンジを全県的に普及
2 する必要があります。

3 ○若年性認知症相談窓口に若年性認知症支援コーディネーターを配置しており、2022年度の相談
4 件数は192件です。

5 ○若年性認知症の人の居場所や就労継続への支援が不足しており、本人ミーティングや認知症カ
6 フェ等の居場所の設置や、就労継続や仕事の場の提供に向けた企業等の理解促進が必要です。

7 ○若年性認知症支援コーディネーターは、企業向け出前講座の実施、本人ミーティングや認知症
8 家族会の会合に出席するほか、ハローワークや認知症疾患医療センター等と連携を図っていま
9 すが、企業等も含め、広域的なネットワークづくりが必要です。

10 ○本人ミーティングや認知症家族会の会合等により把握した若年性認知症の人や家族の意見を
11 取組に反映していくことが必要です。

13 ●誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

14 （オ）地域支援

15 ○75歳以上の高齢運転対策を強化した改正道路交通法が2017年3月に施行されて以降、県では、
16 2020年までに約308,000人が認知機能検査を受検し、そのうち、約7,100人が認知症のおそれ
17 があると判定され、約3,800人が運転免許証を自主返納しています。

18 ○改正道路交通法に対応して、県警察本部、県医師会と連携して、本県独自の認知症診断の流れ
19 を策定するなど、運転免許証を返納しやすい環境づくりを進めているほか、認知症等を理由に
20 運転免許証を返納した場合、必要に応じて警察から地域包括支援センターへ連絡する取組を行
21 っています。

22 ○住民主体の移動支援は、2022年度までに28市が実施をしており、住民主体の移動サービスの
23 立ち上げや継続を支援するための相談窓口の設置やアドバイザー派遣を実施しています。

24 ○移動、消費、金融手続き、公共施設など生活のあらゆる場面で、「認知症バリアフリー」の取組
25 を推進するためには、企業等の理解が必要です。

26 （認知症地域支援推進員）

27 ○認知症地域支援推進員は、市町行政や地域包括支援センターに兼務で配置される場合が多く、
28 推進員としての活動に時間が取れない。本務の所属の理解や協力が得られにくい等の課題があ
29 り、活動のための環境整備が必要となっています。

30 ○社会参加活動や認知症予防のための体制整備について、認知症地域支援推進員の取組として
31 2019年度から新たに位置付けられ、一部の市町で取り組みはじめていますが市町により活動に
32 差が見られます。

34 （2）対策

35 ●認知症を正しく知る社会の実現（知る）

36 （ア）認知症に関する理解促進

37 ○アルツハイマー月間を中心に当事者団体、全市町、医療機関、介護事業所等、多くの関係者と
38 連携し、全県的な普及啓発を実施します。

39 ○県教育委員会と連携し、子どものための認知症学習用ウェブサイト「認知症こどもサイト」を

1 小学校教員に周知し、総合的な学習や道徳の授業などでの活用を促します。

2 ○市町における企業・職域型の認知症サポーターの養成の促進するため、企業や職域へキャラバ
3 ン・メイトの普及啓発を行います。

4 ○地域における認知症の理解促進のため、認知症に関するイベントの開催、普及啓発媒体の配布
5 を実施します。

6 ○認知症サポーターの活動や活躍の場を拓げるため、引き続き、認知症サポーター・チームオレ
7 ンジ養成研修を実施するとともに、その活動を周知していきます。

8 ○市町における企業・職域型の認知症サポーターの養成を促進するため、企業や職域への普及啓
9 発を行うとともに、キャラバン・メイトを計画的に養成します。

10 (相談先の充実周知)

11 ○認知症に関する相談窓口（地域包括支援センターや認知症疾患医療センター、認知症家族会や
12 当事者団体等）の認知度が高まるよう相談窓口の周知を行うとともに、住民の認知度を確認し
13 ます。また、診断直後から相談窓口につながるよう支援します。

14 ○市町が作成する認知症ケアパス（認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れをまと
15 めたもの）の改善を支援し、活用を促進します。

17 ●認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）

18 (イ) 認知症予防に資する可能性のある活動の推進

19 ○市町等で実施する通いの場等の取組の情報を収集し、生活習慣病の予防や専門職の関与の観点
20 から実施している効果的な事例等の共有化を図ります。

21 ○「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を推進し、市町での通いの場等の充実、活用
22 を支援します。

23 ○高齢期になる以前からの生活習慣病予防の重要性について、特定健診等の機会を通じて県民へ
24 の周知を図ります。

25 ○市町の介護予防事業に協力可能なリハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士を育成
26 するとともに、派遣の仕組みづくりを行います。

27 ○介護予防活動への専門職（歯科衛生士・管理栄養士）の関与強化を支援し、口腔ケアや低栄養
28 の改善を推進します。

29 ○通いの場等で、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の専門職が、地域リハ
30 ビリテーションサポート医と協力しながら健康相談を行う活動を推進します。

31 ○各市町における認知症予防に資する可能性のある各種活動の好事例を収集し、普及を図ります。

32 (予防に関する国の研究成果や事例の普及)

33 ○国の研究成果や認知症予防に関する取組の情報を収集し、効果的な事例等の共有化を図ります。

34 ○市町における認知症予防の強化を図るため、市町や地域包括支援センターなど認知症予防事業
35 に従事する者を対象に研修会や講習会等を開催し、国の研修成果や活動事例の普及を図ります。

37 ●地域で支え合いつながる社会の実現（支え合う）

38 (ウ) 早期発見・早期対応

39 ○早期診断、早期対応や行動・心理症状（B P S D）、身体合併症等への対応においては、医療、

1 介護の関係機関をはじめ様々な主体が関わることから、地域の関係機関との連携強化のための
2 取組を支援します。

3 ○認知症対応力向上研修の受講者の拡大を図るとともに、研修参加者が、習得した知識、技術等
4 を活かし、更に、関係職種等との連携を深めるとともに、地域での活動にもつなげるよう、関
5 係団体と協力して研修内容の充実に取り組みます。

6 ○一般病院の医療従事者、看護職員の研修は、2019年度から認知症本人による講話を取り入れ、
7 各団体と協力し独自の内容で実施しています。引き続き、認知症の人を尊重し尊厳を守ること
8 の重要性の理解を促進します。

9 (初期集中支援チーム)

10 ○認知症初期集中支援チームの研修会等を通し、具体的な取り組みの好事例を紹介し、市町同士
11 が情報交換をしながら初期集中支援チームの体制づくりの支援を行う支援をします。

12

13 (エ) 専門医療

14 (認知症サポート医)

15 ○認知症に係る多職種連携を強化するため、認知症サポート医の養成を進めるとともに、認知症
16 サポート医のリーダーを養成します。また、認知症サポート医リーダー連絡会を開催し、研修
17 会等の企画立案や地域の実態に即した連携づくり等により認知症サポート医の活動を支援し
18 ます。

19 ○医師会と連携し、各地域で認知症サポート医と市町や地域包括支援センター、介護事業所等が
20 連絡会や研修会を行い、各地域で関係機関が相互理解を深め、認知症の人や家族への支援を一
21 体的に行えるよう支援します。

22 (認知症疾患医療センター)

23 ○認知症疾患医療センターが地域の相談機関との連携を深め、かかりつけ医や認知症サポート医
24 との役割分担の明確化や地域での役割について、各認知症疾患医療センター連絡協議会におい
25 て協議するよう支援します。

26 ○認知症疾患医療センターが実施する地域に出向いた相談事業の報告会を行い、他のセンターの
27 取組状況を共有し、その後の活動に取り入れられるよう支援します。

28 ○各認知症疾患医療センターが主催する連絡協議会等への介護事業所の参加を促進し、地域にお
29 ける関係機関の連携強化の取組を支援します。

30 ○B P S Dへの対応において、非薬物的介入を第一選択とし、薬物療法を行う際には、高齢者の
31 特性等を考慮した投薬がされるよう「かかりつけ医のためのB P S Dに対応する向精神薬使用
32 ガイドライン（第2版）」を引き続き普及します。

33 ○法律で身体拘束に関する規定のない医療現場等においても、行動の制限や身体拘束に対して、
34 個人の尊厳を尊重し、人権に配慮した対応が取られるよう働き掛けを行います。

35 ○認知症疾患修飾薬の投与を希望する人が、治療を受けられるような体制を検討してい
36 きます。

37 ○「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を医療・介護従事者
38 への研修において活用し、多職種協働による本人の意思決定支援の取組を推進します。

39 ○認知症サポート医やかかりつけ医や行政、及び地域包括支援センター等と協力し、ACPの普

1 及啓発、エンディングノート（ACPノート）の作成や活用を推進し、本人が望む生活を考え
2 選択できるよう支援します。

4 (オ) 地域支援

5 ○認知症カフェの活用方法の好事例について、ホームページ等を通じて広く情報提供を行います。
6 ○認知症家族会同士、横のつながりが取れるよう働き掛けます。また、家族教室や家族同士の
7 ピア活動について、活動状況や好事例を収集し、広く情報提供します。

8 ○2020年4月から運用を開始した「見守り・SOS体制の広域連携」について、市町や警察署をは
9 じめ、関係機関の更なる連携強化に努めます。また、各市町の見守り事例について情報を収集
10 し紹介します。

11 ○身元不明の人の情報を広く発信するため、アルツハイマーデーや月間等の中で、ホームページ
12 等を活用した広報を行います。

13 ○フォーラムや、出前講座を行い、ヘルプマークの意味や目的を紹介し、ヘルプマークを普及し
14 ていきます。

15 ○認知症サポーターの活動や活躍の場を拓げるため、「チームオレンジ」を先行して実施してい
16 る市町の事例や認知症の人本人がチームの一員として参加している事例を紹介し、市町の取組
17 を支援します。また、「チームオレンジ」が未設置となっている市町に対し伴走型支援を行い
18 「チームオレンジ」設置を促進していきます。

19 ○市町や関係団体と協力して、認知症の人に認知症本人大使を委嘱し、「希望ある暮らしを続け
20 ていく姿を発信することを通じて、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる」こと
21 の理解と普及を図ります。

22 ○認知症本人大使やピアサポーター等、より多くの本人と協力し、市町や地域の活動を支援しま
23 す。

24 ○認知症の人本人の声を聞いて施策に反映している好事例を紹介し、市町への普及展開を図りま
25 す。

26 (若年性認知症の人への支援)

27 ○若年性認知症の人や家族の意見を聴きながら、支えられる側だけでなく、支える側としての役
28 割と生きがいを持って暮らすことができる環境整備に取り組みます。

29 ○若年性認知症に対する理解促進を図るため、認知症サポーター養成研修やホームページなどに
30 より普及啓発を行います。

31 ○若年性認知症の人と家族が必要な支援につながるように、「静岡県若年性認知症相談窓口」の
32 更なる周知を図るとともに、若年性認知症支援コーディネーターの相談対応力向上や、認知症
33 疾患医療センターをはじめとする多機関・多職種との連携を促進します。

34 ○若年性認知症の人の就労継続を支援するため、若年性認知症支援コーディネーターと連携して、
35 企業・団体等への働き掛けを行います。

36 (認知症地域支援推進員)

37 ○地域支援体制の構築を担う地域包括支援センターや認知症地域支援推進員等を対象に、好事例
38 の共有化を図ります。

39 ○市町が認知症施策の全体像と、各機関や職種がどのような場面でどのような役割を期待されて

いるかを明確にし、認知症地域支援推進員が認知症施策の推進役となれるよう、市町と推進員の円滑なコミュニケーションに基づく活動を支援します。

○市町が実施するチームオレンジへの企業の参加を促進し、チームオレンジの取組を通じて企業等の認知症対応力向上を図ります。

●誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

(オ) 地域支援

(バリアフリーのまちづくりの推進)

○運転免許を持っていない方や、運転することを望まなかったりする高齢者等が生活に必要な移動ができる環境の整備を行います。

○市町における住民ニーズに応じた移動支援の実施を支援します。

○住民主体の移動支援として、2019年度に実施したモデル事業3市の取組状況等をまとめた普及事例集を活用し、移動サービスの普及を図ります。

(企業等における認知症に関する取組推進)

○市町等が実施するチームオレンジへの企業の参加を促進します。

○チームオレンジ等の取組を通じて地域の店舗の認知症対応力向上を図ります。

○認知症になっても小売店や飲食店などを利用しやすい環境を整備するため、認知症の人や家族の意見を民間事業者等に届ける取組を実施します。

○企業等に対して、サポーター養成研修等を行い、認知症に関する理解促進を図ります。

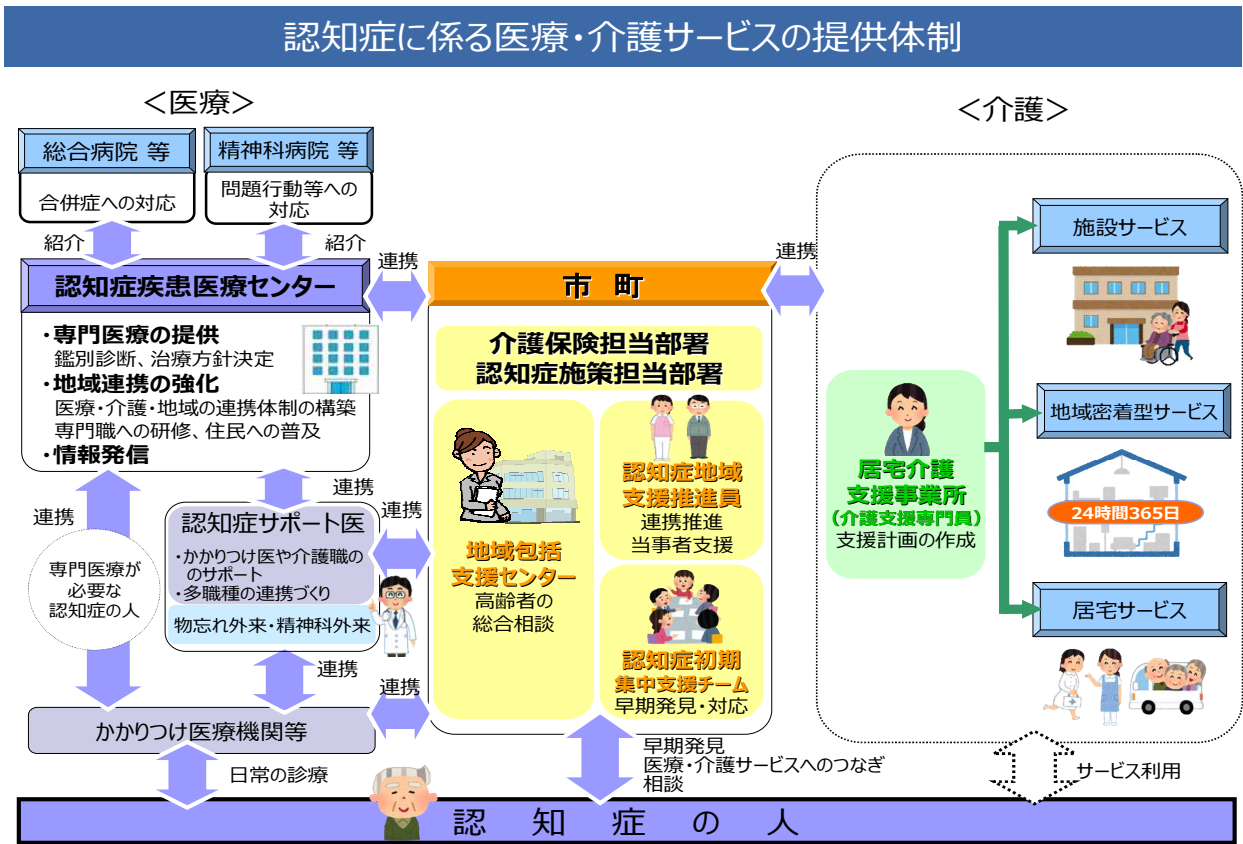
(社会参加支援)

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

3 認知症の医療体制に求められる医療機能

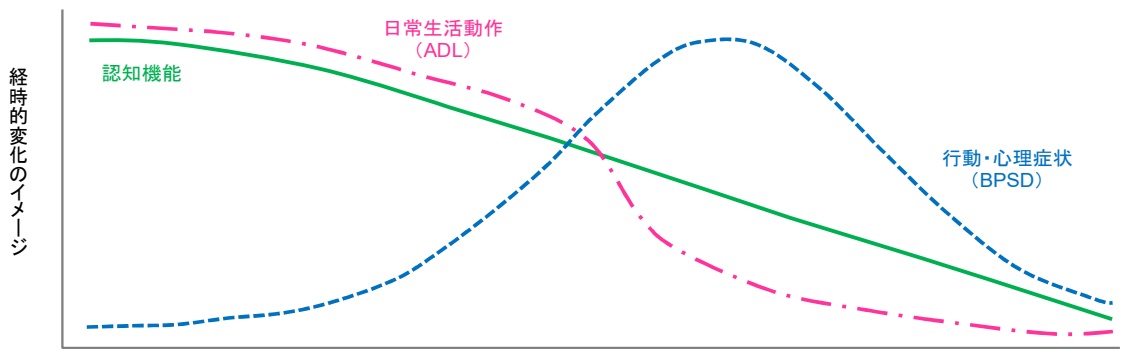
| | 早期発見・早期対応 | 専門医療 | 地域支援 |
|-------|---|---|---|
| ポイント | <ul style="list-style-type: none"> ○かかりつけ医による認知症の発見 ○関係機関との適切な連携 | <ul style="list-style-type: none"> ○鑑別診断、急性精神症状(BPSD等)、身体合併症への対応 | <ul style="list-style-type: none"> ○認知症疾患医療センターと認知症サポート医リーダーが中心となり、地域における支援体制の構築 ○多職種によるネットワーク構築 |
| 機能の説明 | <ul style="list-style-type: none"> ・「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の実施 ・認知症サポート医からの助言 ・かかりつけ医と認知症サポート医、地域包括支援センター、介護支援専門員、介護サービス事業者との連携 | <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医、認知症サポート医、認知症疾患医療センターとの連携 ・認知症疾患医療センターと一般病院、精神科病院との連携 | <ul style="list-style-type: none"> ・医療、介護・福祉に従事する人の質の向上を図り、医療と介護・福祉をはじめとする多職種の連携 ・医療機関や介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う認知症地域支援推進員による、認知症の人やその家族への支援 |

4 認知症の医療体制図



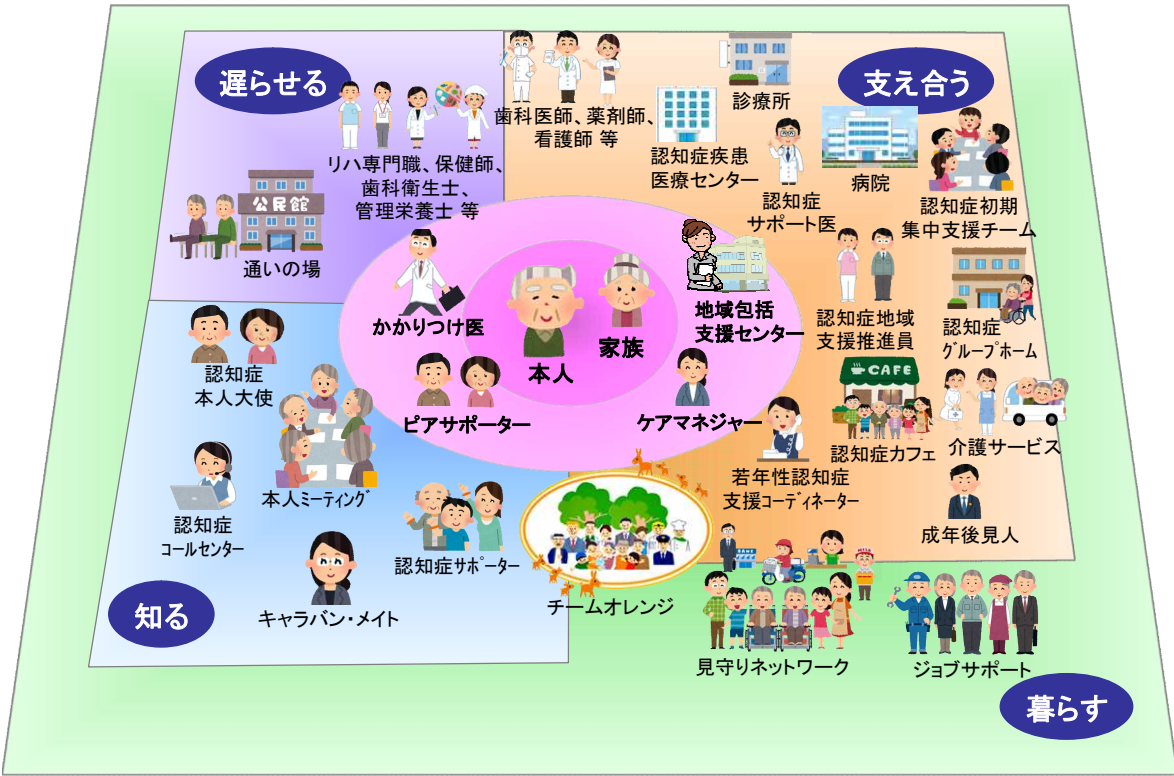
5 関連図表

認知症の状態像の変化 (アルツハイマー型)



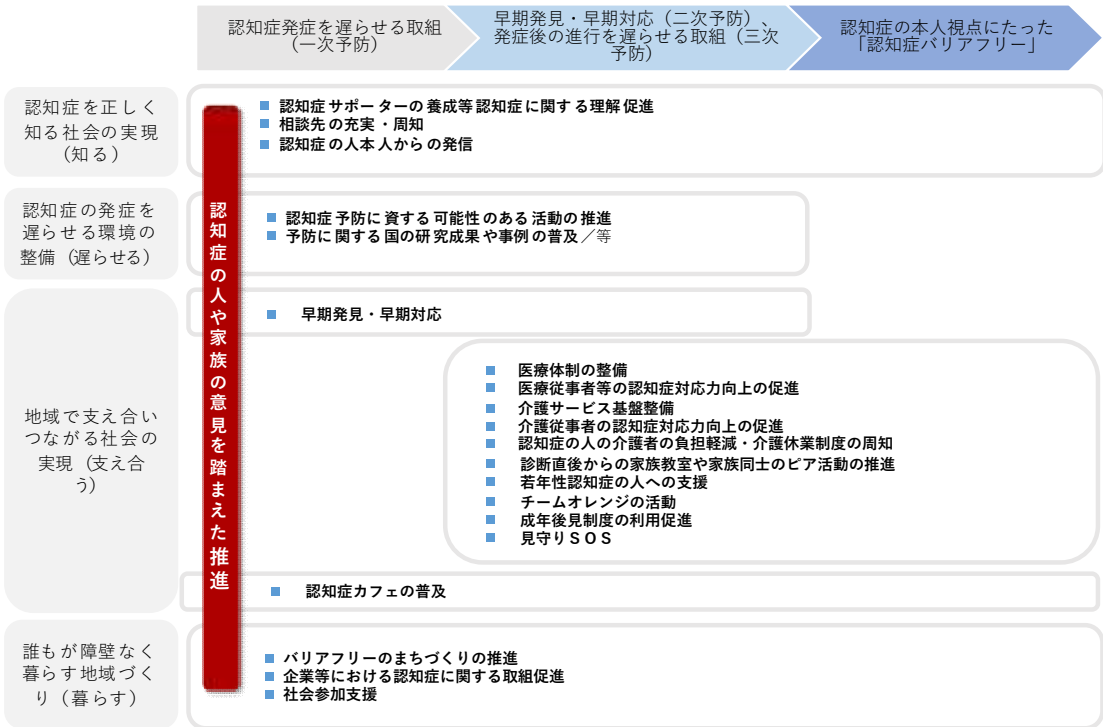
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立 | I | II | III | IV | — |
|----------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------|--------------|---------------|
| 症状 | 認知機能障害は見られない | 少し気になる様子はあがるが、日常生活はほぼ自立 | 日常生活で見守りなどが必要 | 日常生活で介助が必要 | 日常生活で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

認知症施策の全体像



1
2

< 認知症施策の取組 >



3

1 第6節 地域リハビリテーション

2 【対策のポイント】

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

7 【数値目標】

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|------------|
| 地域リハビリテーションサポート医養成者数 | 132人 (2022年度) | 180人 (2026年度) | リハビリテーション必要な人の増加率約3割 | 県福祉長寿政策課調査 |
| 地域リハビリテーションサポート推進員養成者数 | 463人 (2022年度) | 650人 (2026年度) | リハビリテーション必要な人の増加率約3割 | 県福祉長寿政策課調査 |
| 「通いの場」設置数 | 4,665か所 (2021年度) | 6,100か所 (2025年度) | 総合計画 | 厚生労働省調査 |
| 「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数 | 28市町 (2022年度) | 全市町 (2026年度) | 全ての市町で関与 | 県健康増進課調査 |

9 (1) 現状と課題

10 ア 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

11 (ア) 全体像

12 (連携)

- 13 ○静岡県の要介護（支援）認定者数は、2013年3月の147,887人から2023年3月には187,677人となっており、10年間で約40,000人の増加、1.3倍の伸び率となっています。
- 14 ○2022年度の国民生活基礎調査によると、要介護（支援）認定を受ける理由として、要介護者では、認知症、脳血管疾患、骨折・転倒の順で多くなっており、要支援者では、関節疾患、高齢による衰弱、骨折・転倒の順となっていることから、介護予防の取組や重度化防止の観点からのリハビリテーションが重要になります。
- 15 ○地域リハビリテーションに関わるそれぞれの職種で、その全体像をどのように共有するかが課題となっています。
- 16 ○予防を含む地域リハビリテーションの理念や必要性について、県民をはじめ多職種・多機関の理解を深める必要があります。
- 17 ○かかりつけ医やかかりつけ歯科医、地域リハビリテーション推進員、ケアマネジャー、地域リハビリテーションサポート医、市町職員、地域包括支援センター職員、地域リハビリテーション広域支援センター職員は、予防期、急性期、回復期、生活期の全ての段階で多職種と連携し、切れ目なく本人と関わっていくことが必要です。

- 1 ○2023年3月現在、かかりつけ医の相談役や地域づくりへの協力を行う地域リハビリテーション
2 サポート医は 28市町、市町が実施する介護予防にリハビリテーションの視点から助言する地
3 域リハビリテーション推進員は 31市町で、それぞれ活動していますが、地域リハビリテーシ
4 ョンサポート医・推進員の養成が進んでいない地域があることから、周辺地域も含め、広域的
5 な支援が求められています。
- 6 ○地域リハビリテーションサポート医・推進員の役割を浸透させ、地域包括支援センターとの連
7 携を強化する必要があります。
- 8 ○県内に8か所ある地域リハビリテーション広域支援センターについて、地域ケア会議（個別
9 会議）や通いの場などへリハビリテーション専門職を効果的に派遣するため、地域リハビリ
10 テーション広域支援センターの体制を強化する必要があります。
- 11 ○2023年9月現在、地域リハビリテーション広域支援センターと連携して多職種連携の推進等の
12 事業を実施するリハビリテーション支援センターが34機関、広域支援センターの依頼に応じ、
13 市町等にリハビリ専門職を派遣する協力機関が100施設あります。
- 14 **(イ) 専門職の育成と確保**
- 15 ○静岡県が目指す地域リハビリテーションの提供のためには、地域リハビリテーションサポート
16 医・推進員を中心に、リハビリテーション専門職、医師、看護師、ケアマネジャー、介護職員、
17 歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士等、様々な職種の関わりが重要となるため、各職
18 能団体と連携して、体制を整備する必要があります。
- 19 ○介護人材需給推計によると、2019（令和元）年時点で、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚
20 士の人数は2,835人で、2025（令和7）年には3,301人と更なる専門職の確保が必要になると
21 想定されています。
- 22 ○訪問リハビリテーションのサービス量の増加が見込まれていることから、人材の確保が必要で
23 す。
- 24 ○かかりつけ医が、患者のリハビリテーションの必要性を判断し、地域包括支援センターと協力
25 して、訪問・通所リハビリテーションの利用や介護予防・フレイル予防に関する助言・指導を
26 行う必要があります。
- 27 ○地域リハビリテーションサポート医・推進員がいない地域があり、引き続き、全県的な養成の
28 推進が必要です。
- 29 ○市町における地域リハビリテーションサポート医・推進員の役割や活動内容を明確にしていく
30 必要があります。
- 31 ○通いの場や市町が実施する地域ケア会議など、介護予防事業に対するリハビリテーション専門
32 職の派遣は、全ての市町で実施されており、2022年度の派遣件数は 2,921件となっています。
- 33 ○2022年度では地域ケア会議（個別会議）にリハビリテーション専門職が関与している市町が
34 32市町あります。
- 35 ○地域リハビリテーション推進員が、地域で活動しやすい環境づくりのために、所属機関の理解
36 が必要です。
- 37 ○言語聴覚士の数は少なく、不足している地域もあり、地域ごとの活動に差があることから、摂
38 食・嚥下障害のある人に対して、その機能の維持向上を図るための十分なサービスが提供でき
39 ています。

1 ○2022年度には、通いの場に歯科衛生士や管理栄養士が関与している市町が 27市町あります。

2 (ウ) 住民への普及啓発

3 ○地域の関係者や住民に、医療・介護サービスに加え、地域の助け合いやボランティアなどによ
4 るインフォーマルサービスといった地域リハビリテーションの資源を更に活用していく必要
5 があります。

6 ○地域リハビリテーションの理念や必要性について、住民の理解を深める必要があります。

7 ○県民へのオーラルフレイル（口腔機能の軽微な低下）予防や低栄養、水分不足、運動不足の解
8 消などについての普及啓発が必要です。

9

10 イ 各段階における地域リハビリテーションの充実

11 (ア) 予防期（健康づくり、介護予防・重度化防止）

12 ○予防期では、健康な人がその健康をできるだけ維持するための取組や身体機能の維持向上を
13 り、要介護状態となることを防ぐための介護予防の取組を一体的に進める必要があります。

14 ○県内医療保険者の協力により、検診データを県に集約した報告書によれば、運動習慣がある人
15 は、運動習慣のない人に比べて、生活習慣病発症や死亡のリスクが少ないことが知られていま
16 す。

17 ○多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実施するため、身体活動や運動の健康への効用やそ
18 の実施方法について、正しい知識を持つことが必要です。

19 ○これらの健康づくりと介護予防は、県民一人ひとりが健康への意識を高め、自発的に取り組む
20 ことが重要です。

21 ○特に、フレイル（オーラルフレイル）、誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折、サルコペニア、足腰の痛
22 み、骨粗しょう症、嚥下障害などは高齢期に生じやすい疾患や健康上の問題であり、介護や看
23 護が必要となる要因となることから早めの予防が必要です。（表2-1）

24 ○また、静岡県は、脳血管疾患を除き、多くの疾患で、全国に比べて死亡率は低い状況ですが、
25 高齢化等により、がんの死亡者が増加しています。

26 ○脳血管疾患は要介護状態となった主な要因の一つでもあり、たばこ対策を含めた生活習慣病の
27 発生予防、早期発見、重症化予防等の対策を進める必要があります。

28 ○県民の健康を維持し、健康寿命の延伸を図るためには、高齢期の健康づくりと介護予防の取組
29 を推進することに加え、子ども世代からの健康増進と疾病予防に取り組む生涯を通じた健康づ
30 くりが重要です。

31 ○加えて、生涯を通じて歯と口の機能を維持していくため、80歳で20本の自分の歯を保つ、
32 「8020（ハチマルニイマル）運動」の取組を更に進めていく必要があります。

33 ○高齢者が自ら運営に参加し、体操や趣味活動などを行う通いの場は、2021年度、県内に 4,665
34 か所設置されておりますが、参加者数は 85,518人となっており、2019年度の95,512人から約
35 一万人減少しています。高齢者人口に対する参加率は 7.8%となっており、通いの場に参加する
36 メリットを住民に理解してもらうなど、参加を促進する取組が必要です。

37 ○住民主体の介護予防活動を推進するためには、介護予防リーダーなどの担い手不足が課題とな
38 っているため、自治会や民生委員・児童委員、社会福祉協議会等が協力してボランティア等を
39 育成することにより、担い手の確保を図っていく必要があります。

- 1 ○併せて、通いの場等の創出には、行政や生活支援コーディネーター、地域包括支援センターと
2 の連携が必要です。
- 3 ○また、通いの場等で効率的、効果的に介護予防を推進するためにリハビリテーション専門職等
4 の関与を促進してきましたが、2020年度に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施¹」
5 が施行され、通いの場等への多様な医療専門職の関与が求められています。
- 6 ○市町における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組を支援するため、通いの場へ
7 の地域リハビリテーションサポート医・推進員、リハビリテーション専門職、歯科医師、歯科
8 衛生士、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種関与を更に促進する必要があります。
- 9 ○併せて、市町の保健師による健康指導や、看護師による生活指導・健康相談を、通いの場や介
10 護予防教室で行うなど、保健師・看護師とその他の専門職との連携した取組が必要です。
- 11 ○加えて、かかりつけ医が患者の介護予防の視点を持ち、継続的に重度化を防ぐ必要があります。
- 12 ○新興感染症発生・まん延時には、活動を継続するためには、通いの場や一般介護予防事業の開
13 催方法を工夫することが必要です。
- 14 ○予防期では、住民主体の介護予防活動を推進するだけでなく、事業対象者など要介護状態にな
15 るリスクが高い高齢者に対し、自立支援の視点を入れたケアマネジメントを行い、心身の状態
16 を把握しながら適時・適切に医療機関への受診や総合事業の多様なサービスの利用などを促し、
17 介護が必要な状態になることを予防する取組も必要です。

18 (イ) 急性期

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

27 (ウ) 回復期

- 28 ○回復期のリハビリテーションはそれぞれの医療機関や介護老人保健施設、介護医療院で行われ
29 ています。回復期全体を通じた質の向上が必要です。
- 30 ○入院患者が日常生活に復帰するには、退院直後からのリハビリテーションの継続が重要となり
31 ますので、退院時に円滑な在宅復帰のための必要な情報を回復期病院医師からかかりつけ医、
32 回復期病院リハビリテーション専門職から在宅生活を支えるリハビリテーション専門職、介護
33 事業所職員など、関係者で共有をする必要があります。

35 1 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」とは、高齢者の効果的な健康づくりに向けた切れ目
36 のない支援を行う体制整備をするもの。高齢者の健康課題解決や生活機能の改善については、医療保
37 険制度(国民健康保険、後期高齢者医療制度等)に基づく保健事業と、介護保険制度に基づく介護予
38 防事業が、それぞれの制度及び年齢によって実施され事業の連携が取れていないこと等が課題となっ
39 ている

1 ○このため、退院支援カンファレンス（会議）に退院後の生活を支えるケアマネジャーや、かか
2 りつけ医、訪問看護師等の参加が必要です。

3 ○食べたり飲み込んだりすることが難しくなった場合には、機能を回復し、維持できるよう、口
4 腔機能管理や摂食嚥下リハビリテーションが必要です。

5 (エ) 生活期（日常生活への復帰）

6 (退院後のリハビリテーションの継続)

7 ○3～6か月で運動器の機能向上等を行う介護予防・日常生活支援事業の短期集中サービス（C
8 型）を実施している市町は、2022年時点で24市町となっています。

9 ○県内で訪問リハビリテーションを提供する事業所は122か所で、人口10万人あたり3.3か所
10 となっており、全国平均（4.5か所）を下回っています。

11 ○訪問リハビリテーション事業所が近くになく、退院後などもリハビリテーションが受けられな
12 いことがあります。

13 ○必要な時期に必要な量のリハビリテーションを提供する必要があります。また、必要なリハビリ
14 また、訪問リハビリテーションの重要性について、専門職を含め地域住民に周知していくことが
15 必要です。

16 ○要介護認定の結果が出るまでに時間がかかり、退院後にリハビリテーションを開始するまでに
17 機能が低下してしまうことがあります。

18 ○ケアプランにリハビリテーションが入っておらず、退院後などでリハビリテーションが継続で
19 きていないことがあります。

20 ○生活期における効果的なリハビリテーションの継続のためには、リハビリテーションの視点を
21 踏まえたケアプランを作成する必要があり、そのためにはかかりつけ医とケアマネジャーの日
22 常的な情報共有や連携が必要です。

23 ○訪問リハビリテーションの更なる普及や、介護老人保健施設による在宅療養支援機能の充実を
24 図ることが重要です。

25 (生活・身体機能維持)

26 ○日常生活の動作の中にリハビリテーションを取り入れる必要があります。また、本人にも、自
27 分自身で体を管理しメンテナンスを行う、セルフコンディショニングの視点が必要です。

28 ○日常生活の不便をサービスで補う意識が住民にも専門職にも根強くありますが、サービスの利
29 用により本人の有する能力を維持・向上していくよう、自立した生活を目指していくことが必
30 要です。

31 ○心身機能が低下した人の重度化を防ぐことも必要です。

32 ○寝たきりの場合など、歯科診療所を受診することが困難な高齢者では、口腔環境が悪化や、歯
33 周病等、口腔領域の感染症のおそれがあります。

34 (予防期への移行)

35 ○生活期のリハビリテーションで生活機能の維持・改善が図られた人は予防期に移行していく必
36 要があります。

37 ○市町全域の地域ケア会議（推進会議）を実施している市町数は、新型コロナウイルス感染症の
38 影響もあり、2019年度の31市町から、2021年度では、29市町と減少しています。

39 ○市町や地域包括支援センターが、多職種で高齢者への適切な支援や必要な支援体制について検

- 1 討する地域ケア会議（個別会議）を、自立支援、介護予防・重度化防止の視点を重視した自立
2 支援型の地域ケア会議（個別会議）へと更に充実させていく必要があります。
- 3 ○ケアマネジャーが介護予防・日常生活支援総合事業やインフォーマルサービスをケアプランに
4 入れるようにすることが必要です。
- 5 ○退院後、後遺症が残っていても仕事の内容によっては働けるにも関わらず、引きこもるケース
6 があります。離職者向けや障害のある人に対する職業訓練につなげ、再就職を促していく必要
7 があります。

8

9 (2) 今後の対策

10 **ア 施策の方向性**

11 **(ア) 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿**

12 **(全体像)**

- 13 ○関係団体・関係機関等の保健・医療・福祉の関係者で構成される協議会を設けて取組を推進し
14 ます。
- 15 ○高齢者に適切かつ効果的なリハビリテーションが提供されるよう、地域リハビリテーションサ
16 ポート医・推進員の活用や各機関の協力により、多職種連携を進め、地域におけるリハビリテ
17 ーション提供体制の強化を図ります。
- 18 ○地域リハビリテーションの理念の理解促進を図るとともに、市町や地域包括支援センターの職
19 員など関係者の連携を強化します。
- 20 ○静岡県医師会や静岡県リハビリテーション専門職団体協議会と連携し、引き続き地域リハビリ
21 テーションサポート医・推進員の養成研修等により、人材育成を行います。
- 22 ○研修会や関係機関が集う会議等を活用し、各地域における地域リハビリテーションサポート
23 医・推進員の役割の理解促進に取り組みます。
- 24 ○地域リハビリテーション広域支援センターの派遣調整・取組評価について、担当者連絡会を開
25 催し、情報共有と好事例の普及を図ります。
- 26 ○圏域の実情を踏まえ、地域リハビリテーション広域支援センター等が、市町等と協議し、圏域
27 内のリハビリテーション専門職の派遣調整を行います。
- 28 ○リハビリテーション支援センターや協力機関を追加で指定し、県域内の体制強化を進めていき
29 ます。

30 **(専門職の育成と確保)**

- 31 ○訪問リハビリテーションの供給体制を拡充するため、訪問リハビリテーション専門職を育成す
32 る研修を実施します。
- 33 ○かかりつけ医の地域リハビリテーションに関する意識の向上や理解促進を図ります。
- 34 ○市町における地域ケア会議（個別会議）の開催を促進し、会議を通じてケアマネジャーのケア
35 マネジメント能力の向上やアドバイスをする多職種のスキルアップを図ります。
- 36 ○かかりつけ医が、必要な患者を適切に医療・介護サービスにつなげるよう、資質の向上を図り
37 ます。
- 38 ○関係団体と協力し地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成に努め、各地域における
39 地域リハビリテーション提供体制を強化します。

- 1 ○地域リハビリテーションサポート医・推進員の活動の好事例を収集、発信し、市町が期待する
2 役割をイメージできるよう支援します。
- 3 ○リハビリテーション専門職の派遣に協力できる機関を地域リハビリテーション協力機関とし
4 て指定し、地域リハビリテーション推進員が活動しやすい環境を強化します。
- 5 ○言語聴覚士が、摂食・嚥下障害のある人に対して、その機能の維持向上を図るため、嚥下訓練
6 や必要な検査及び助言・指導を行う体制を整備します。

7 (住民への普及啓発)

- 8 ○地域リハビリテーションに関わる多職種がその全体像を共有するため、地域の関係者や住民に
9 地域資源を周知する取組を支援します。
- 10 ○利用者の見守り・支え合いや社会参加のきっかけ作りにもなるようリハビリテーションの支
11 援について、好事例を共有します。
- 12 ○オーラルフレイル予防や低栄養など、高齢者が日常生活を送る上で注意すべきことについて、
13 県民の普及啓発を図ります。

14 (イ) 各段階における地域リハビリテーションの充実

15 (予防期（健康づくり、介護予防・重度化防止）)

- 16 ○地域によって異なる健康課題や生活状況に応じて、健康課題の分析や健康づくり従事者の人材
17 育成を行い、広域的に市町を支援します。
- 18 ○正しい知識の普及・啓発により、運動習慣者の増加に取り組みます。
- 19 ○健康づくりや健診の重要性のほか、オーラルフレイル、低栄養など高齢者に生じやすい疾患や
20 健康上の問題について、県民の理解促進を図ります。
- 21 ○通いの場や生活習慣病予防の好事例を把握し、研修会等を通じて周知・普及を図ります。
- 22 ○歯や口の健康づくりへの関心を深め、県民に自主的な努力を促すため、8020 運動を推進しま
23 す。
- 24 ○専門職の関与を促進することにより、通いの場の魅力を高め、高齢者の参加を促進します。
- 25 ○介護予防ボランティアの育成や地域包括支援センター職員等による担い手養成・組織化を図り、
26 担い手の確保を促進します。
- 27 ○関係団体と協力し市町の介護予防事業に協力可能なリハビリテーション専門職、歯科衛生士、
28 管理栄養士を養成するとともに、派遣の仕組みづくりを支援します。
- 29 ○市町における自立支援、介護予防・重度化防止の視点を重視した自立支援型の地域ケア会議（個
30 別会議）の開催を促進し、多職種でのケアマネジメントの改善を図るとともに、研修等により
31 専門職のスキルアップを図ります。
- 32 ○「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」における市町の実施状況を把握し、好事例の
33 共有化を図ります。
- 34 ○かかりつけ医をはじめとする医療専門職の通いの場等への関与や健診、診療時におけるスクリ
35 ーニングなど「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を行う市町を支援します。
- 36 ○新興感染症発生・まん延時には、市町がオンライン等で実施する通いの場や一般介護予防事業
37 の取組を支援します。

38 (急性期)

- 39 ○入院から退院、その後の在宅復帰と介護サービス利用まで、市町や病院等が中心となって、地

1 域リハビリテーションサポート医・推進員をはじめ、医療関係者と介護関係者が連携し、入退
2 院を通じて切れ目なくリハビリテーションを提供できる連携体制の整備や退院支援のルール
3 づくり、地域住民への普及を促進します。

4 ○入院時、急性期、回復期を通じて、リハビリテーション専門職を含め関係者が必要な情報を共
5 有できるように、地域包括ケア情報システム「シズケア*かけはし」等のICT等も活用した
6 仕組みづくりを進めます。

7 ○入院中の口腔ケアや口腔機能の向上に向けた体制を整備するため、歯科のない地域医療支援病
8 院と地域の歯科医師による連携体制の構築を進めます。

9 (回復期)

10 ○それぞれの医療機関や介護老人保健施設、介護医療院において質の高い回復期リハビリテーシ
11 ョンが行われるよう、情報提供や好事例の横展開を進めます。

12 ○入院時、急性期、回復期を通じて、リハビリテーション専門職を含め関係者が必要な情報を共
13 有できるように、地域包括ケア情報システム「シズケア*かけはし」等のICT等も活用した
14 仕組みづくりを進めます。(再掲)

15 ○各地域で地域リハビリテーションサポート医・推進員をはじめ、病院関係者と在宅医療・介護・
16 福祉関係者が連携した在宅復帰支援体制の整備を図ります。

17 ○口腔機能の回復に必要な口腔機能管理や摂食嚥下リハビリテーションを実施できる歯科医師
18 を養成します。

19 (生活期(日常生活への復帰))

20 【退院後のリハビリテーションの継続】

21 ○退院直後からリハビリテーションが利用できるよう、介護人材需給推計で見込まれる県内の介
22 護職員の増加に合わせて、訪問リハビリテーションできる人材も増加するように養成を促進し
23 ます。

24 ○状態に応じた、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、訪問看護ステーションの
25 リハビリテーションの使い分けや連携を促進します。

26 ○退院後の高齢者が早期に日常生活への復帰を果たすため、介護予防・日常生活支援総合事業の
27 短期集中サービス(C型)の提供する体制整備を支援します。

28 ○各地域で地域リハビリテーションサポート医・推進員をはじめ、病院関係者と在宅医療・介護・
29 福祉関係者が連携した在宅復帰支援体制の整備を図ります。(再掲)

30 【生活・身体機能維持】

31 ○県民に対して、本人のできることを大切にし、できることを増やしていき、自立していく意識
32 の啓発を促進します。

33 ○ケアマネジャーに対して、リハビリテーション専門職と他の職種との連携の重要性について理
34 解を促進します。

35 ○かかりつけ医が必要に応じて患者を専門機関でのリハビリテーションにつなぐことができる
36 よう、かかりつけ医の意識の向上や理解促進を図ります。

37 ○訪問介護員(以下、「ホームヘルパー」とリハビリテーション専門職が連携して利用者を訪問
38 できる体制の強化を図ります。

39 ○高齢者の口腔ケアや口腔機能の維持・向上のため、かかりつけ歯科医の定着を図るとともに、

1 在宅歯科診療や自宅等での口腔管理の普及啓発を推進します。

2 **【予防期への移行】**

3 ○自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の開催方針を示し、住民や医療・介護専門職に対し、
4 会議の趣旨について理解を促進します。

5 ○地域ケア会議（推進会議）への生活支援コーディネーターの出席を促進するなど、地域課題の
6 把握と資源開発を連携して実施する取組を促進します。

7 ○市町における自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の効果的な開催を支援するため、リハビリ
8 テーション専門職等のアドバイザーを派遣します。

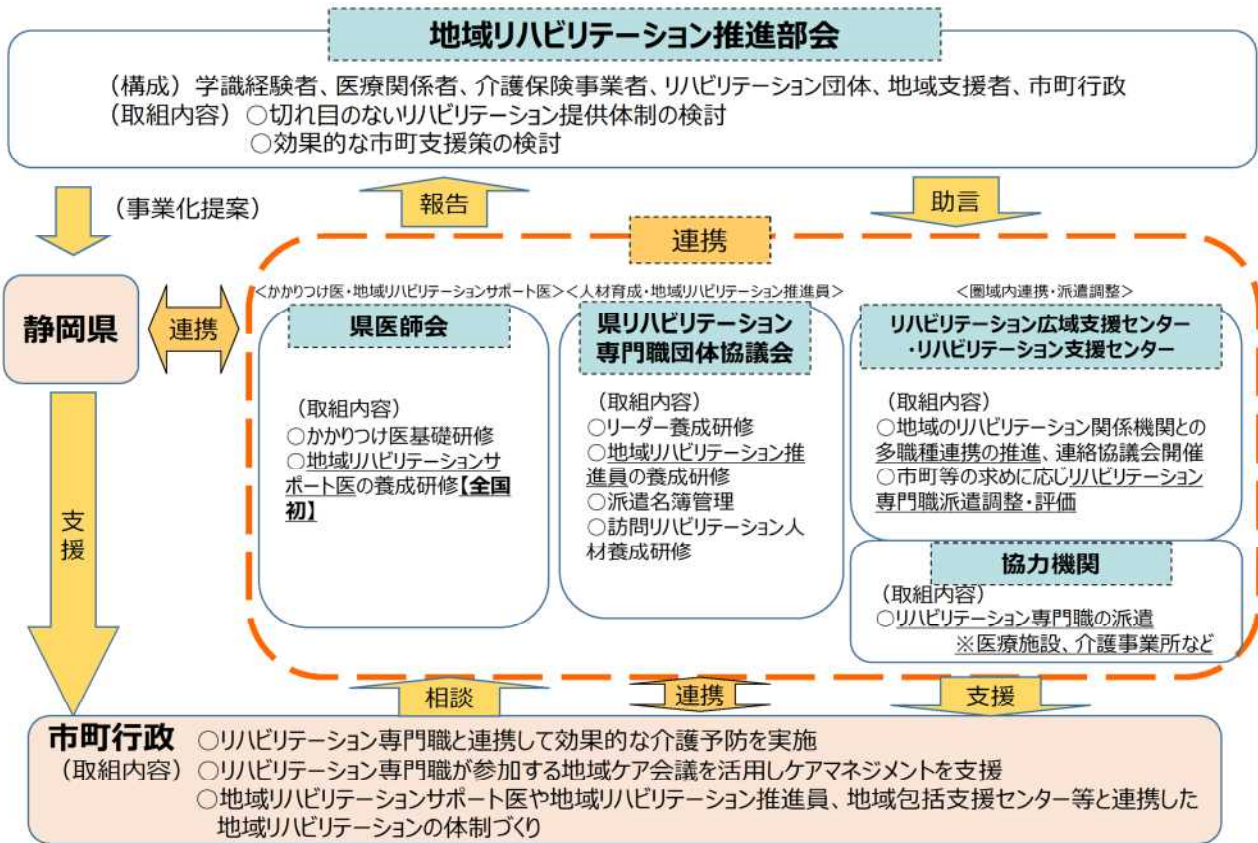
9 ○全ての市町において、自立支援型の地域ケア会議（個別会議）にリハビリテーション専門職を
10 はじめ、医師や管理栄養士、歯科衛生士など、多職種が参加できる環境の整備を推進します。

11 ○介護サービス以外に、介護予防・日常生活支援総合事業などにより生活期における介護予防に
12 活用すべきことを周知します。

13 ○リハビリテーション中の方に職業訓練に関する 情報が伝わる よう、リハビリテーション専門職
14 へ 制度の 周知に取り組みます。

15

1 <地域リハビリテーションの推進体制>



21 地域リハビリテーション広域支援センター等一覧

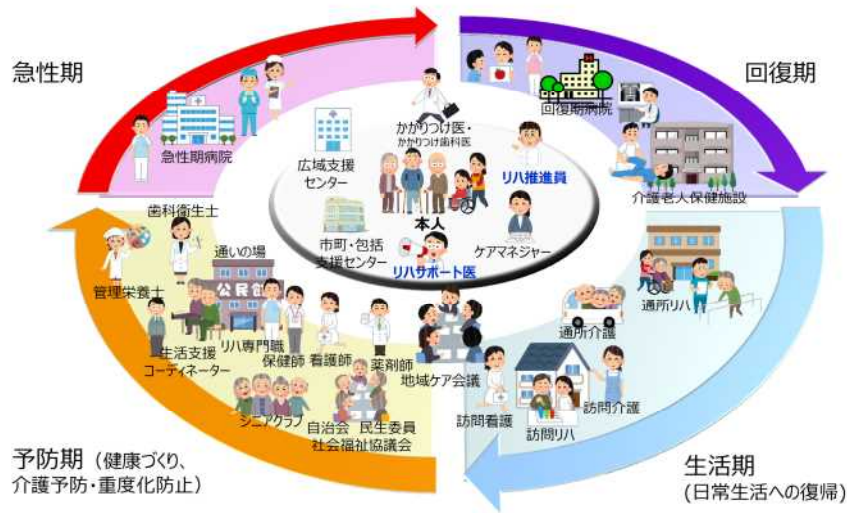
(2023年6月現在)

| 圏域 | 地域リハビリテーション 広域支援センター | 地域リハビリテーション 支援センター | 協力機関 |
|------|-------------------------|---|-------|
| 賀茂 | 熱川温泉病院 | 伊豆東部総合病院、伊豆今井浜病院、 下田メディカルセンター | 1施設 |
| 熱海伊東 | 国際医療福祉大学熱海病 院 | 熱海所記念病院、市立伊東市民病院 | 8施設 |
| 駿東田方 | 中伊豆リハビリテーショ ンセンター | NTT東日本伊豆病院、リハビリテーショ ン中伊豆温泉病院、フジ虎ノ門整形外科 病院、沼津リハビリテーション病院 | 19施設 |
| 富士 | 富士いきいき病院 | フジヤマ病院、湖山リハビリテーショ ン病院、富士整形外科病院、新富士病院 | 8施設 |
| 静岡 | 静岡リハビリテーショ ン病院 | 市立清水病院、静岡済生会総合病院、 白萩病院 | 23施設 |
| 志太榛原 | コミュニティーホスピタ ル甲賀病院 | 島田市立総合医療センター、藤枝市立総 合病院、榛原総合病院、岡本石井病院、 聖陵リハビリテーション病院、駿河西 | 5施設 |
| 中東遠 | 磐田市立総合病院 | 中東遠総合医療センター、 菊川市立総合病院、公立森町病院、 市立御前崎総合病院、掛川東病院、 豊田えいせい病院、 すずかけヘルスケアホスピタル | 9施設 |
| 西部 | 浜松市リハビリテーショ ン病院 | 天竜すずかけ病院、天竜厚生会診療所、 佐久間病院、引佐赤十字病院、 市立湖西病院 | 27施設 |
| 計 | 8医療機関 | 34医療機関 | 100施設 |

1 **(3) 地域リハビリテーションの体制図**

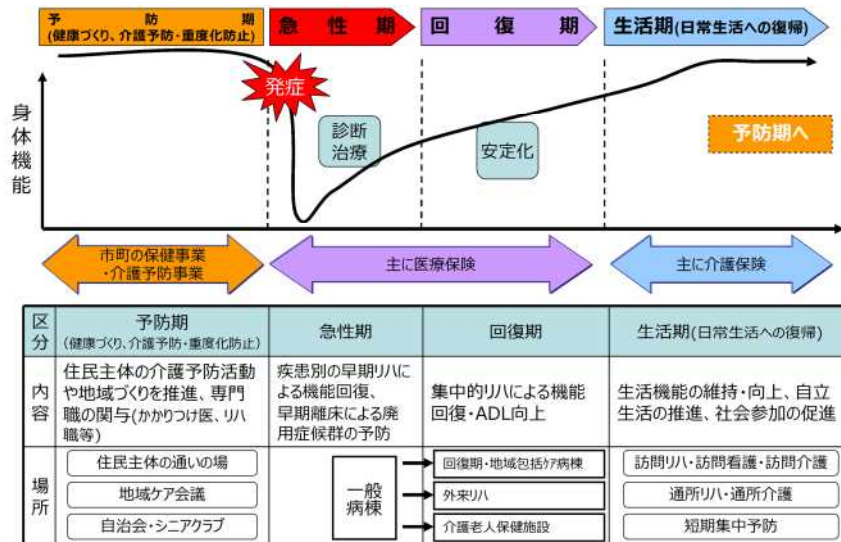
2 **ア 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿**

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



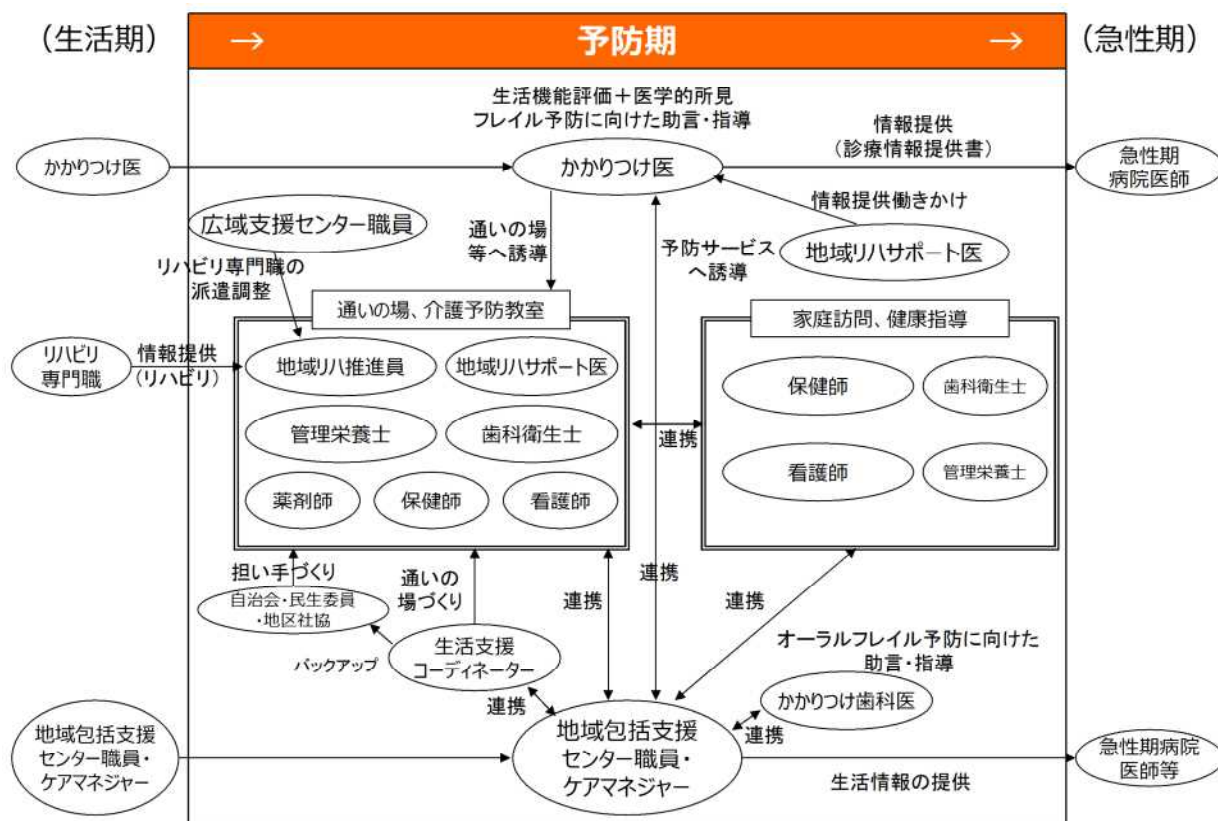
9
 10 **イ 地域リハビリテーション全体の流れ**

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



1 (4) 関連図表

2 <図1：地域リハビリテーションの各段階における関係職種連携（予防期）>



3

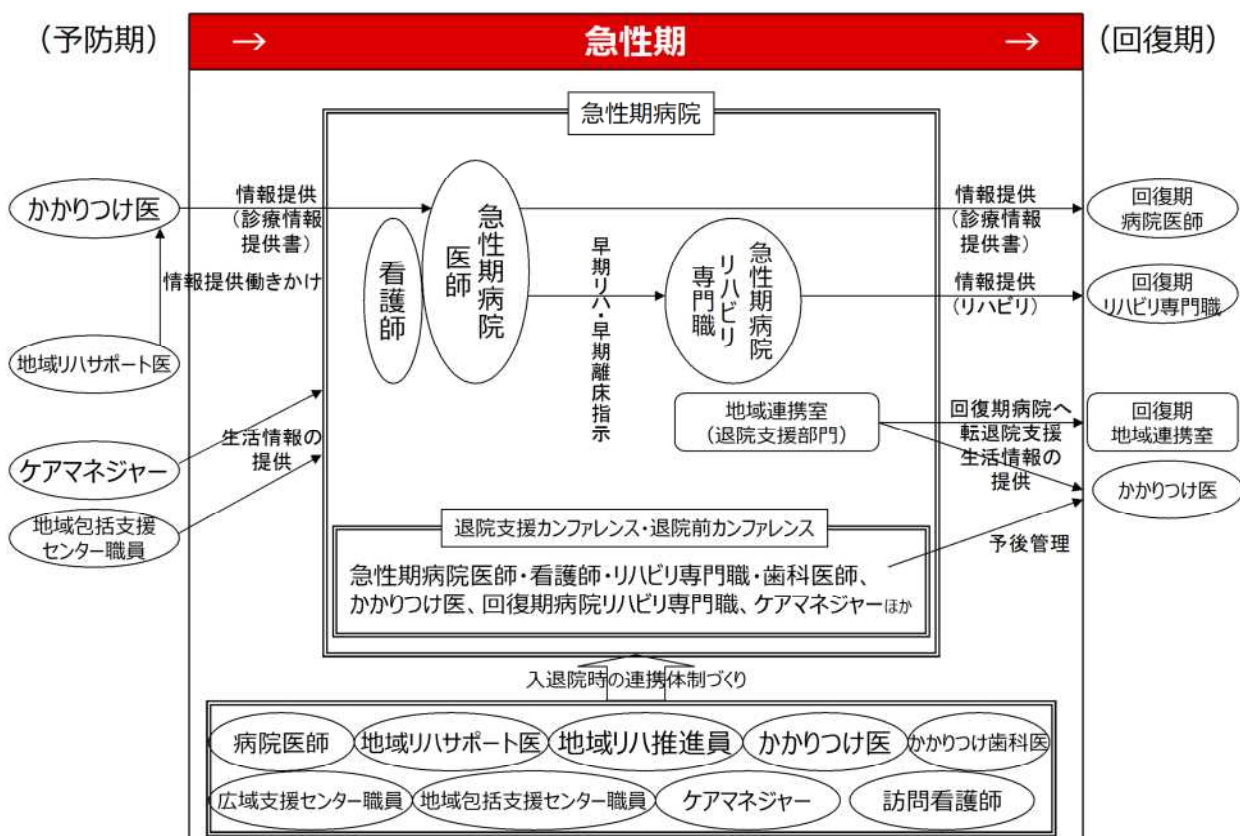
4

5 <表1：関係職種に期待される役割（予防期）>

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

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

1 <図2：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（急性期）>



2
3
4
5
6
7
8

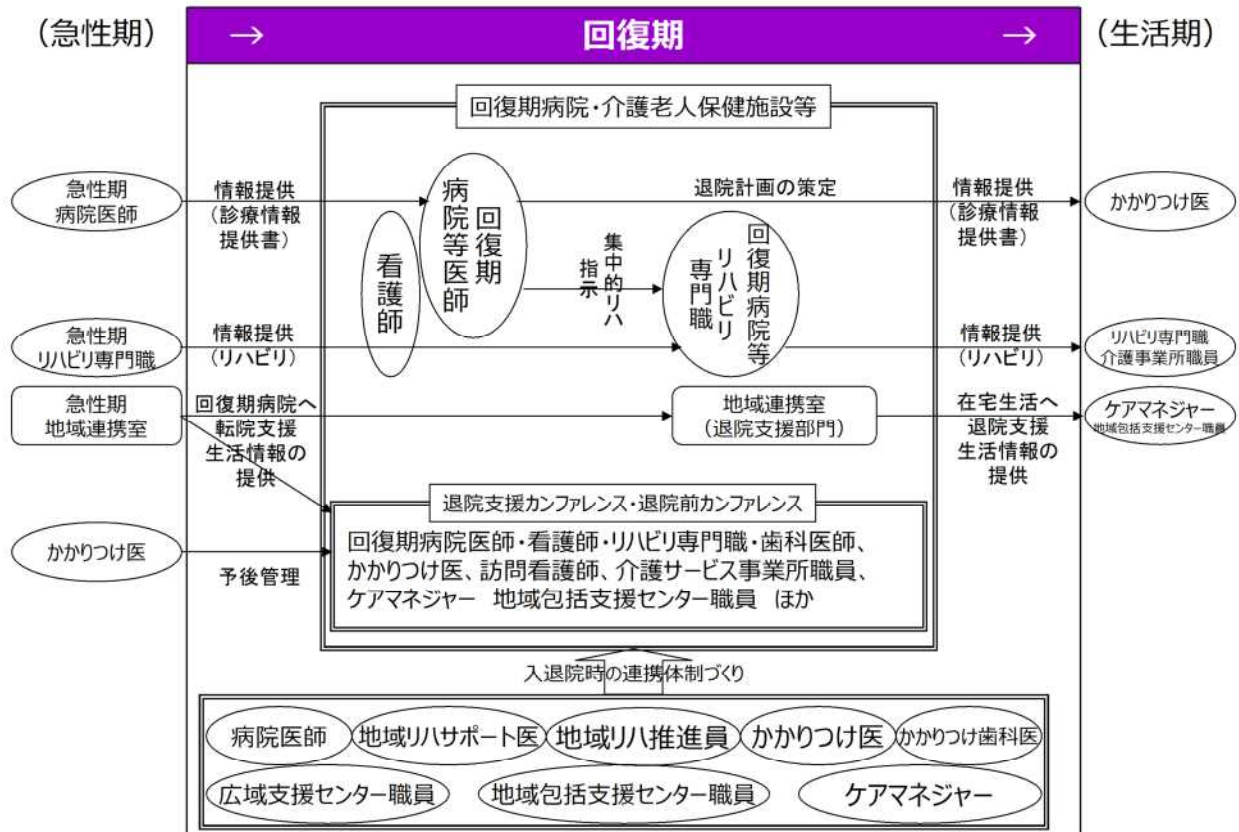
<表2：関係職種に期待される役割（急性期）>

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

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

1
2

1 <図3：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（回復期）>



2
3 ※急性期から退院して回復期を経ずに生活期（日常生活への復帰）へ移行される方もいる。

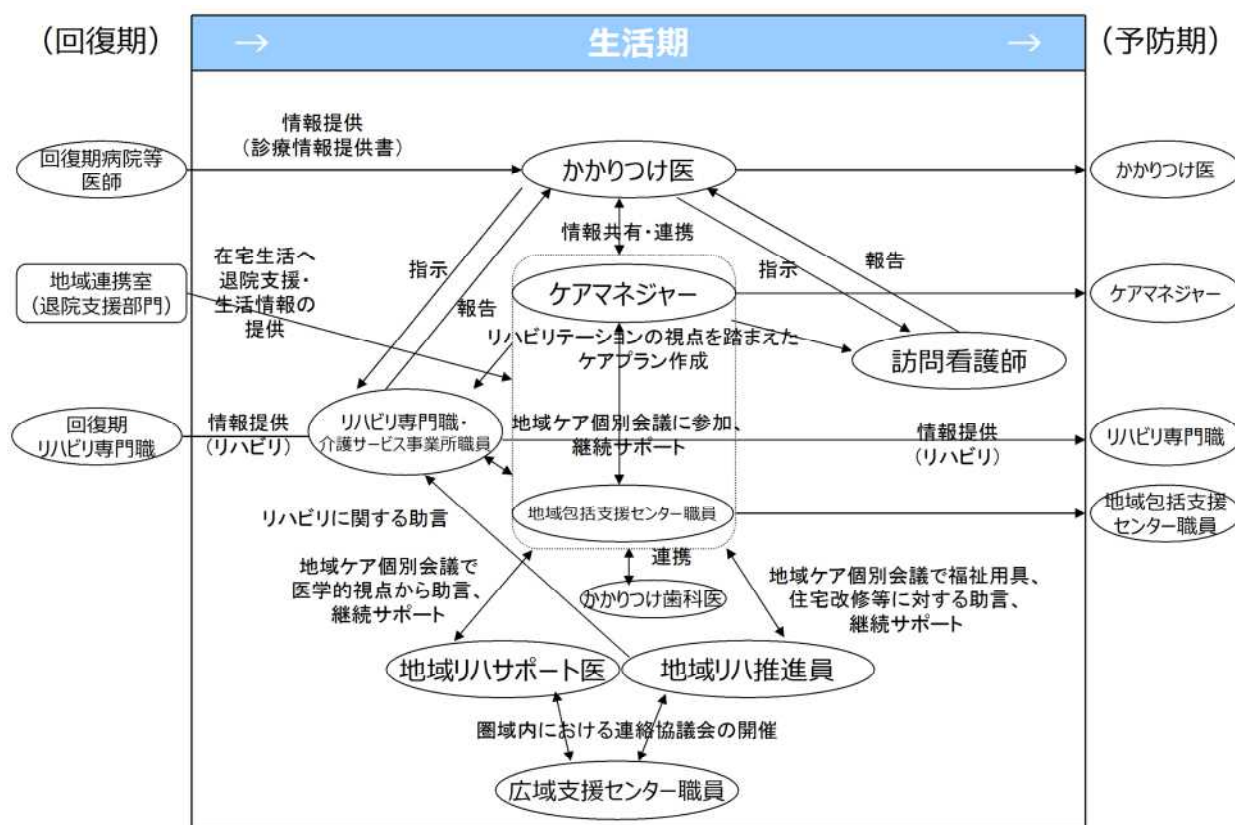
4 <表3：関係職種に期待される役割（回復期）>

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

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

1
2
3

1 <図4：地域リハビリテーションの各段階における関係職種連携（生活期）>



2
3
4
5
6
7
8
9

10 <表4：関係職種に期待される役割（生活期）>

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

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

1
2

1

2

3

4

5

白紙

1 **第7節 アレルギー疾患対策**

2 **【対策のポイント】**

- 3 ○ アレルギー疾患に関する正しい知識の普及啓発
- 4 ○ アレルギー疾患に携わる医療従事者、教職員の知識、技能の向上及び人材育成の推進
- 5 ○ 県拠点病院を中心としたアレルギー疾患医療提供体制の整備
- 6 ○ 県内アレルギー疾患患者の実態把握及び分析調査、研究の実施

7 **【数値目標】**

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|---|-----------------------------------|----------------------|-----------------|------------------------|
| <u>子どものアレルギー疾患予防に関する講習会受講者数</u> | <u>累計 1,539人 (2022年度)</u> | <u>累計 2,200人</u> | <u>年100人の増</u> | <u>県疾病対策課調査</u> |
| <u>適切な情報提供や助言を目的とした、養護教諭、保健主事向けの研修会開催</u> | <u>1回 (2022年度)</u> | <u>1回 (毎年度)</u> | <u>年1回以上の開催</u> | <u>静岡県教育委員会健康体育課調査</u> |

8 **(1) 現状**

9 **ア アレルギー疾患の現状**

- 10 ○アレルギー疾患とは、食物や花粉など本来体に無害な物質をアレルゲンと認識し、過剰な免疫反応であるアレルギー反応を起こすことで生じる急性や慢性の炎症による疾患の総称です。
- 11 ○現在は、乳幼児から高齢者まで国民の約2人に1人が何らかのアレルギー疾患に罹患していると言われてしています。
- 12 ○アレルギー疾患の主なものには、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、食物アレルギー、花粉症があります。
- 13 ○食物アレルギーでは、複数臓器に及ぶ全身性の重篤な過敏症状であるアナフィラキシーショックなど、致死的な転帰をたどる例もあり注意が必要です。
- 14 ○アレルギー疾患を持つ患者は、生活環境の複合的な要因で、複数のアレルギー疾病を合併することも多く、しばしば発症、増悪、軽快、寛解、再燃を不定期に繰り返します。また、症状の悪化や長期にわたる通院、入院により学校生活や仕事に支障をきたし、生活の質(QOL)を損なうおそれもあるため、長期的な支援を行うことが重要です。
- 15 ○医療の進歩に伴い、症状のコントロールは可能となっていますが、最新医療の提供体制の整備は未だ十分ではなく、地域による格差があります。全てのアレルギー疾患患者が同程度の医療を受けられないという現状があります。
- 16 ○国はアレルギー医療提供体制の均てん化、及びアレルギーを有する患者の生活の質(QOL)の向上を図るため、「アレルギー疾患対策基本法」を2014年6月20日に公布、2015年12月25日に施行しました。また、2017年3月21日にアレルギー疾患に関する基本的な事項を記した「アレルギー疾患対策基本指針」を告示し、2022年3月14日に指針の一部を改正しました。

1 イ 本県の現状

- 2 ○本県の気管支ぜん息による粗死亡率¹は、全年齢で 0.5 であり、全国の 0.8 に比べ低くなつて
- 3 います。死亡に至る主な原因は、重篤な発作による窒息です。
- 4 ○本県の気管支ぜん息の外来受療率²は、全年齢で 60 であり、全国の 71 に比べ低くなつていま
- 5 す。
- 6 ○本県での小学生の気管支ぜん息り患率は 2017 年度以降、全国平均より低い値で推移していま
- 7 す。しかし、増減を繰り返す傾向にあり、今後の推移に注意する必要があります。
- 8 ○本県において小学校で学校生活管理指導表を活用して配慮、管理している気管支ぜん息り患児
- 9 童の数は、2022 年 10 月現在 1,331 人で、児童全体の 0.8 %です。2017 年から 5 年間では、ほ
- 10 ぼ横ばいに推移しています。また、中学、高校と進むにつれ、学校生活管理指導表を活用して
- 11 いる気管支ぜん息の生徒数は減少しています。
- 12 ○気管支ぜん息死は、年々減少しているものの、気管支ぜん息有病率は、全国的には小児、成人
- 13 とも年々増加傾向にあり、小児では過去 30 年間で 1 %から 5 %に、成人では 1 %から 3 %に
- 14 増加しています。
- 15 ○県内の小学校で食物アレルギーの学校生活管理指導表を活用している児童の数は、2022 年 10
- 16 月現在 5,062 人で、小学校児童全体の 2.9 %です。小学校、中学校、高等学校の全てにおいて、
- 17 食物アレルギーについて学校生活管理指導表を活用している児童生徒の数は、年々増加してい
- 18 ます³。
- 19 ○県内でアドレナリン自己注射薬⁴を処方されている小学校の児童数は、2022 年 10 月現在 658 人
- 20 で、児童全体の 0.4 %です。また、この数は食物アレルギーで学校生活管理指導表を活用して
- 21 いる児童のうちの 13.0 %です。同様に中学生ではそれぞれ、345 人、0.4 %、16.8 %です。また、
- 22 高校生ではそれぞれ、151 人、0.3 %、24.8 %です。アドレナリン自己注射薬の処方生徒数につ
- 23 いては小学校、中学校、高等学校の全てにおいて、年々緩やかに増加しています。
- 24 ○本県においてアレルギー科を標榜する病院の数は 6 施設で、一般診療所の数は 227 施設です。
- 25 保健医療圏ごとの数に差はあるものの、県内全ての保健医療圏にアレルギー科を標榜する医療
- 26 機関があります。
- 27 ○日本アレルギー学会が認定するアレルギー専門医は、静岡県内に 132 人います。賀茂以外の保
- 28 健医療圏では専門医が勤務しています。
- 29 ○日本小児臨床アレルギー学会が認定する小児アレルギーエデュケーター⁵は、静岡県内に 15 人
- 30 います。
- 31 ○アレルギー専門医教育研修施設は、県内に 18 施設あります。

¹ 粗死亡率：人口 10 万人当たりの死亡者数。（令和 4 年人口動態統計）

² 受療率：人口 10 万人当たりの推計患者数。（令和 2 年患者調査）

³ 出典：厚生労働省厚生科学審議会疾病対策部会「リウマチ・アレルギー対策委員会報告書」（平成 23 年 8 月）

⁴ アドレナリン自己注射薬：アナフィラキシー症状の進行を一時的に抑えてショックに至るのを防ぐために、患者やその保護者等が注射する薬剤キット。迅速かつ安全に自己注射できるように、内蔵されている注射針が大腿への圧着によって突出刺入し、一定量のアドレナリンを筋肉内注入後還納される。使用方法と使用すべき症状を熟知することが重要。

⁵ 小児アレルギーエデュケーター：小児のアレルギー疾患を総合的に捉え、患児とその保護者への教育を担うことができる専門スタッフ（看護師、薬剤師、管理栄養士）。

1 (2) 課題

2 ア 正しい知識の普及啓発

3 ○インターネット等にはアレルギー疾患の原因やその予防法、症状の軽減に関する膨大な情報が
4 あふれており、この中から、適切な情報を選択することは困難となっています。

6 イ 知識、技能の向上及び人材育成の推進

7 ○全てのアレルギー疾患患者が、居住する地域や世代に関わらず、等しくアレルギーの状態に応
8 じて適切なアレルギー疾患医療を受けることができるよう、医療従事者、教職員の知識、技能
9 の向上及び人材育成の推進を図り、アレルギー疾患医療全体の質の向上を進めることが求めら
10 れます。

12 ウ 医療提供体制の整備

13 ○地域の特性に応じたアレルギー疾患対策を推進するため、静岡県アレルギー疾患医療連絡協議
14 会等を通じて、地域の実情を把握することが求められます。

15 ○アレルギー疾患患者は、複数のアレルギー疾患を合併することが多く、また寛解と再発を繰り返
16 返すことから、内科、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科、小児科等の各診療科の連携及び各医療機関、
17 薬局の連携が重要です。一般的な診療では病状が安定しない重症及び難治性アレルギー疾患患
18 者に対し、関係する複数の診療科が診断、治療、管理を行うことが求められます。

19 ○アレルギー疾患発症時の初診やコントロールのついた安定期の定期受診を受け持つことの多
20 いかかりつけ医と、重症及び難治性の患者に対して専門治療を行う病院とが、診療情報や治療
21 計画を共有するなどの緊密な連携が必要となります。

22 ○救急医療では、発作時や症状増悪時の緊急治療を実施できる医療機関の整備が重要

23 エ 実態把握及び分析調査、研究の実施

24 ○現在、県内のアレルギー疾患に関する十分な疫学データがないことから、県内地域の実情を正
25 確に把握できずにいることが問題と考えられます。本県のアレルギー疾患の実情を把握するた
26 めに、長期的かつ戦略的な調査研究を行う必要があります。

28 (3) 対策

29 ア 正しい知識の普及啓発

30 ○アレルギー疾患患者やその家族が各アレルギー疾患に対する適切な情報を入手して選択でき
31 るように、県民向けの講演会を開催します。

32 ○アレルギー疾患患者の受診を支援するため、アレルギー専門医や小児アレルギーエデュケーター
33 が在籍する医療機関、各アレルギー疾患の専門的な検査や治療を実施している医療機関等の
34 情報をホームページ等に公開し、アレルギー疾患患者の受診を支援します。

35 ○市町保健センター等で実施する両親学級や乳幼児健康診査等の母子保健事業の機会を活用し、
36 妊婦や乳幼児の保護者等に対する適切な保健指導や医療機関への受診勧奨等、適切な情報提供
37 が実施されるよう、関係機関に対し働きかけを行います。

38 イ 知識、技能の向上及び人材育成の推進

39 ○居住地域や世代に関わらず適切な治療の推進や継続的な受診の機会を確保するため、医療従事

者向けの研修会及び講演会を実施し、科学的知見に基づく治療に関する最新の情報を提供します。

- アレルギー疾患児に関わる機会の多い教育関係者向けの講習会を実施し、アドレナリン自己注射薬の使用法や日常生活における注意点を専門の医師から学ぶことのできる機会を設けます。

ウ 医療提供体制の整備

○2017年3月に示された「アレルギー疾患対策基本指針」により、各都道府県にアレルギー疾患医療の中心となる、都道府県アレルギー疾患医療拠点病院の設置が求められました。本県でも、2018年10月アレルギー疾患医療の中心を担う拠点病院を7病院設置しました。

○静岡県アレルギー疾患医療連絡協議会等を通じて、地域の実情を把握し、静岡県アレルギー疾患医療拠点病院等を中心とした診療連携体制や情報提供等の取組を進めます。

○専門的な治療を提供できる医療機関の情報提供を行うほか、保健医療圏ごとに関係機関の協力の下、医療連携体制の整備、充実を図ります。

○保健医療圏内の医療機関では対応が困難で、より専門性の高い治療が要求されるアレルギー疾患患者に対しては、専門医のいる県内外の医療機関との連携を推進し、症状コントロールの向上に努めます。

○県は、環境、労働、医療等の各分野について関係機関との連携体制の構築に努めます。

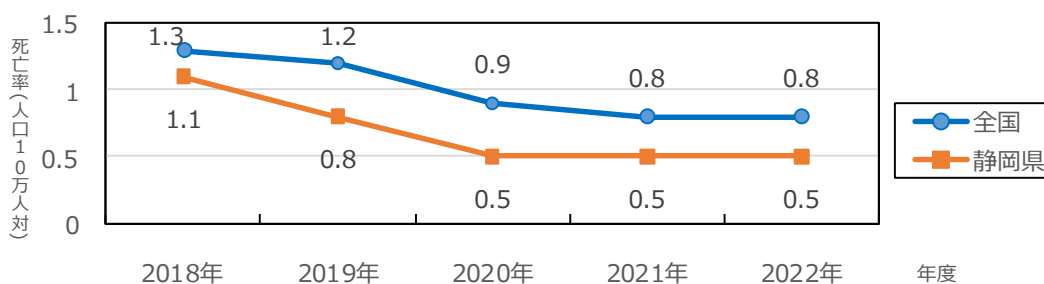
○2次救急医療圏ごとに関係機関の協力の下、救急医療連携体制の整備、充実を図ります。

エ 実態把握及び分析調査、研究の実施

○県内のアレルギー疾患患者の実態を把握するため、静岡県アレルギー疾患医療拠点病院や地域の協力医療機関を中心とした研究活動を支援し、分析調査を実施します。

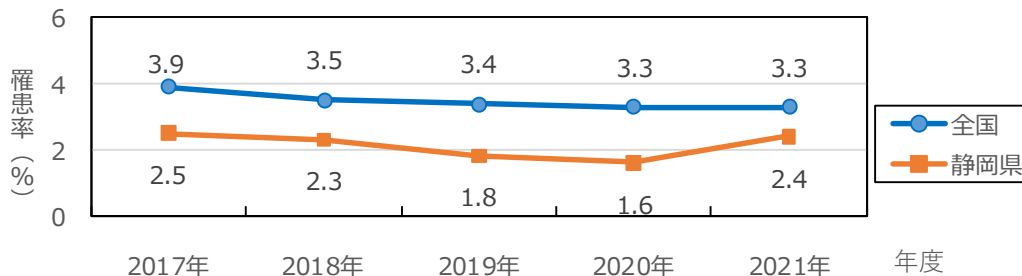
(4) 関連図表

図表 7-6-1 気管支ぜん息粗死亡率の推移



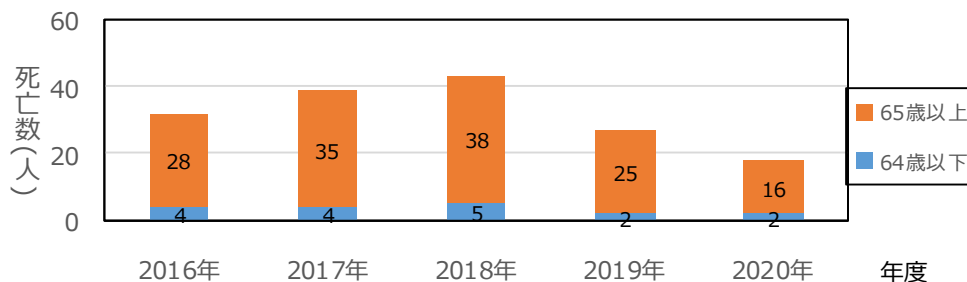
(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

図表 7-6-2 小学生の気管支ぜん息罹患率



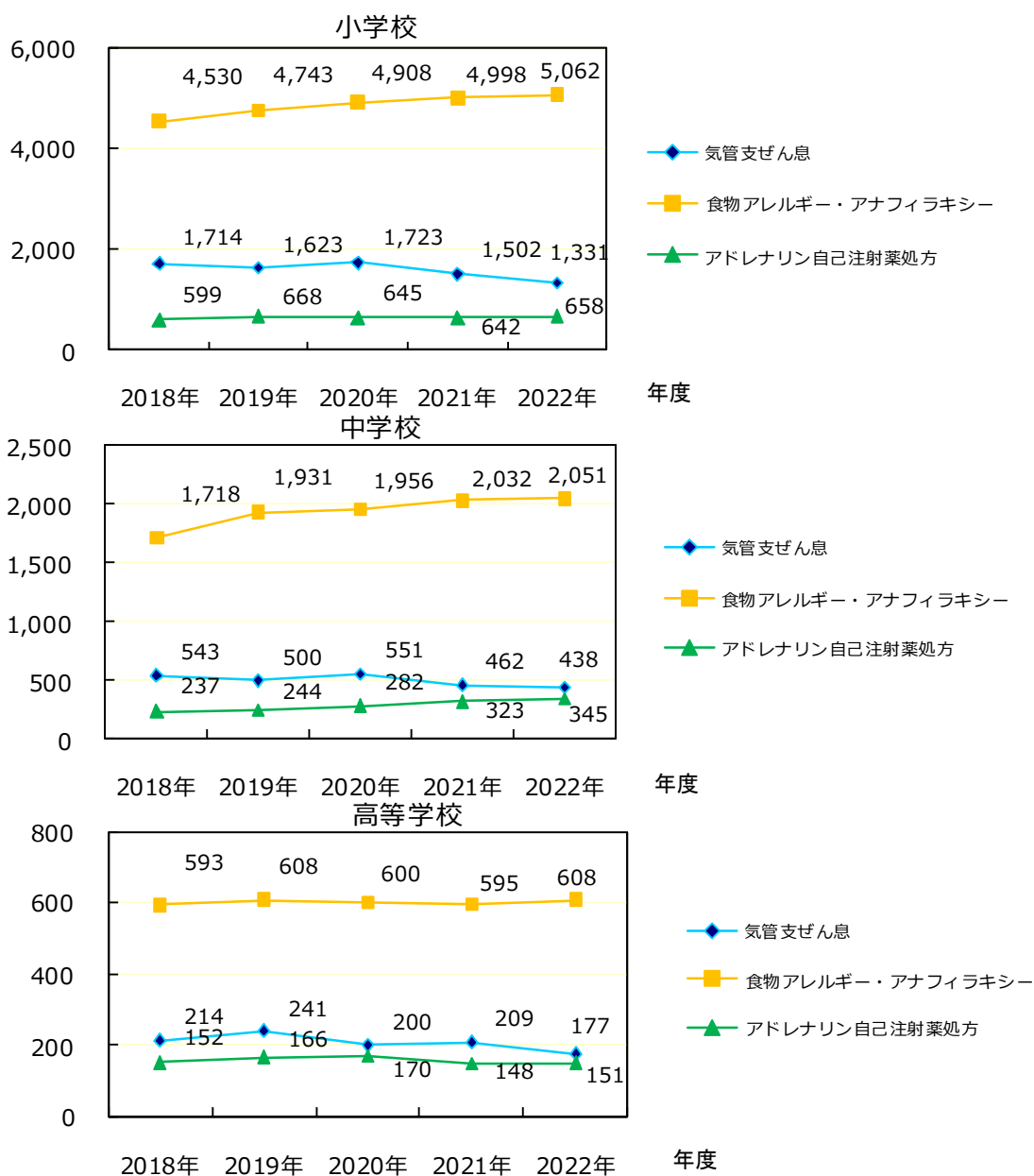
(資料：静岡県学校保健統計)

図表 7-6-3 静岡県の気管支ぜん息による死亡数



(資料：静岡県人口動態統計)

図表 7-6-4 学校生活管理指導表を活用する児童・生徒の数の推移
(2018年度から2022年度)



1

2

(出典：静岡県教育委員会「学校生活管理指導表活用状況報告」)

3

図表 7-6-5 静岡県内のアレルギー専門医数及びアレルギー専門医教育研修施設数

| | 賀茂 | 熱海 伊東 | 駿東 田方 | 富士 | 静岡 | 志太 榛原 | 中東遠 | 西部 | 計 |
|----------------|----|----------|----------|----|----|----------|-----|----|-----|
| アレルギー専門医 | 0 | 3 | 16 | 7 | 31 | 12 | 15 | 48 | 132 |
| アレルギー専門医教育研修施設 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0 | 2 | 8 | 18 |

4

(資料：日本アレルギー学会)

1 **第8節 移植医療対策（旧：臓器移植対策）**

2 **【対策のポイント】**

- 3 ○ 臓器提供の体制整備
 4 ○ 移植医療に関する理解促進、普及啓発
 5 ○ 骨髄ドナー登録の推進
 6

7 **【数値目標】**

8

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| 臓器移植推進協力病院数 | 29 施設 <u>(2023 年度)</u> | 29 施設 <u>(2029 年度)</u> | 現在の病院数を維持 | 県疾病対策課調査 |
| 院内移植コーディネーター数 | 82 人 <u>(2023 年度)</u> | 82 人 <u>(2029 年度)</u> | <u>2023 年度並の数を見込む</u> | 県疾病対策課調査 |
| <u>新規骨髄提供希望者(骨髄ドナー登録者)数</u> | 574 人 <u>(2022 年度)</u> | 580 人 <u>(毎年度)</u> | <u>2017～2022 年度の平均新規希望者数と同程度の登録</u> | <u>公益財団法人日本骨髄バンク調査</u> |

9
10
11 **(1) 現状**

- 12 ○臓器移植とは、重い病気や事故などにより臓器の機能が低下した人に、他者の健康な臓器と取り替えて機能を回復させる医療です。他者の善意による臓器の提供がなければ成り立ちません。
 13
 14 ○移植医療について県民の理解を深めるため、1997 年 10 月に施行された臓器の移植に関する法律（臓器移植法）に基づき、静岡県腎臓バンクや静岡県アイバンク等と連携して普及啓発を推進しています。
 15
 16 ○2010 年に臓器移植法が改正され、本人の意思が不明な場合でも、家族の書面による承諾があれば、脳死下の臓器提供が可能となり、脳死下での臓器提供数は増え続けていますが、移植希望者数には達していません。
 17
 18 ○2006 年度から臓器移植推進協力病院¹を指定しており（2023 年度、29 施設）、院内外における普及啓発活動のほか、2009 年度からは移植に係る意思確認、移植に関する相談窓口の設置、静岡県臓器提供・移植対策協議会の開催などを行っています。
 19
 20 ○2023 年度に、臓器移植コーディネーター²を 2 人、院内移植コーディネーターを 82 人（36 施設）委嘱しています。臓器提供事例発生時には、日本臓器移植ネットワーク及び臓器提供施設と連携を図り、臓器提供のコーディネート業務を実施する体制を整えるほか、県民や医療機関
 21
 22
 23
 24
 25

¹ 臓器移植推進協力病院：移植医療の推進のため協力する病院。院内移植推進委員会・院内移植コーディネーターの設置、マニュアル整備を要件とし、病院から申請を受け、県が審査の上適当と認められた場合指定している。

² 臓器移植コーディネーター：臓器提供の候補者が出た場合に、その病院に駆けつけて家族への説明や承諾の意思確認等を行うとともに移植チームとの調整を図る。県腎臓バンクに配置している。

1 等に対する普及啓発を行っています。

2 ○県内には必要な体制を整え、施設名を公表することについて了承した脳死下臓器提供施設が
3 14施設あります。そのうち、18歳未満の児童の臓器提供が可能な施設は6施設です。

4 ○2023年度の、県内の腎臓移植施設は3施設ありますが、心臓、肺、肝臓、膵臓及び小腸の移植
5 施設はない状況です。

6 ○骨髄移植や、さい帯血移植などの造血幹細胞移植については、白血病や再生不良性貧血などの
7 治療法として一定の成果を挙げてきており、公益財団法人日本骨髄バンク及びさい帯血バンク
8 等によるあっせん体制が整備されています。

9 ○県内には、公益財団法人日本骨髄バンクが認定する移植・採取施設が7施設あります。

10 ○県内の骨髄ドナー登録者は 2022年度末現在で 9,160人、2022年度新規ドナー登録数は 574人、
11 年齢超過等による取消数が 610人です。骨髄ドナー登録者の人口千人対登録者数は 6.07人と
12 全国の 9.99人より低く、特に若年層（20代）の割合は 10.6%と、全国の 16.1%より低くなっ
13 ています。

14 (2) 課題

16 ○今後も脳死下の移植件数の増加が見込まれることから、各病院において臓器提供事例発生時に
17 適切に対応ができる体制が必要です。

18 ○県臓器移植コーディネーターが、きめ細かくコーディネートを行い、最終的に移植につなげる
19 体制が必要です。

20 ○臓器移植件数を更に増やすためには、移植医療についての幅広い啓発が必要です。

21 ○骨髄提供登録者数を増やすため、特に若年者をターゲットとした啓発が必要です。

22 (3) 対策

24 ○臓器移植推進協力病院を中心とした移植医療における医療連携体制の充実を図ります。

25 ○院内移植コーディネーターが設置された病院内における普及啓発の促進や臓器提供情報を早
26 期収集できる体制の整備をより一層推進します。

27 ○県臓器移植コーディネーターの活動の強化を図り、広域的な臓器移植案件に対応できる体制の
28 整備を推進します。

29 ○10月の移植推進月間等の機会を捉えて、県民への臓器移植や臓器提供意思表示に対する理解
30 等の普及啓発をします。

31 ○骨髄ドナー登録数増加のため、特に若年層の関心を高めるための普及啓発に努めます。

1 (4) 関連図表

2 ○臓器移植推進協力病院名簿（2023年度）

| 病院名 | 2次保健医療圏 | 所在地 |
|----------------|---------|--------|
| 伊豆今井浜病院 | 賀茂 | 賀茂郡河津町 |
| 伊東市民病院 | 熱海伊東 | 伊東市 |
| 国際医療福祉大学熱海病院 | 熱海伊東 | 熱海市 |
| 静岡医療センター | 駿東田方 | 駿東郡清水町 |
| 三島総合病院 | | 三島市 |
| 沼津市立病院 | | 沼津市 |
| 西島病院 | | 沼津市 |
| 順天堂大学医学部附属静岡病院 | | 伊豆の国市 |
| 富士宮市立病院 | 富士 | 富士宮市 |
| 富士市立中央病院 | | 富士市 |
| 静岡県立こども病院 | 静岡 | 静岡市 |
| 静岡県立総合病院 | | 静岡市 |
| 静岡市立静岡病院 | | 静岡市 |
| 静岡赤十字病院 | | 静岡市 |
| 静岡済生会総合病院 | | 静岡市 |
| JA静岡厚生連 静岡厚生病院 | | 静岡市 |
| 静岡徳洲会病院 | | 静岡市 |
| 焼津市立総合病院 | | 志太榛原 |
| 藤枝市立総合病院 | 藤枝市 | |
| 榛原総合病院 | 牧之原市 | |
| 磐田市立総合病院 | 中東遠 | 磐田市 |
| 中東遠総合医療センター | | 掛川市 |
| 浜松医科大学医学部附属病院 | 西部 | 浜松市 |
| 浜松労災病院 | | 浜松市 |
| 浜松医療センター | | 浜松市 |
| 浜松赤十字病院 | | 浜松市 |
| JA静岡厚生連 遠州病院 | | 浜松市 |
| 総合病院聖隷浜松病院 | | 浜松市 |
| 総合病院聖隷三方原病院 | | 浜松市 |

(出典:静岡県疾病対策課)

3
4
5
6
7
8

1 ○院内移植コーディネーター数

| | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 臓器移植推進協力 病院数 | 29施設 | 29施設 | 29施設 | 29施設 | 29施設 | 29施設 |
| 院内移植コーディネ ーター数 | 37施設 67人 | 37施設 71人 | 37施設 76人 | 36施設 71人 | 35施設 70人 | 36施設 82人 |

(出典:静岡県疾病対策課)

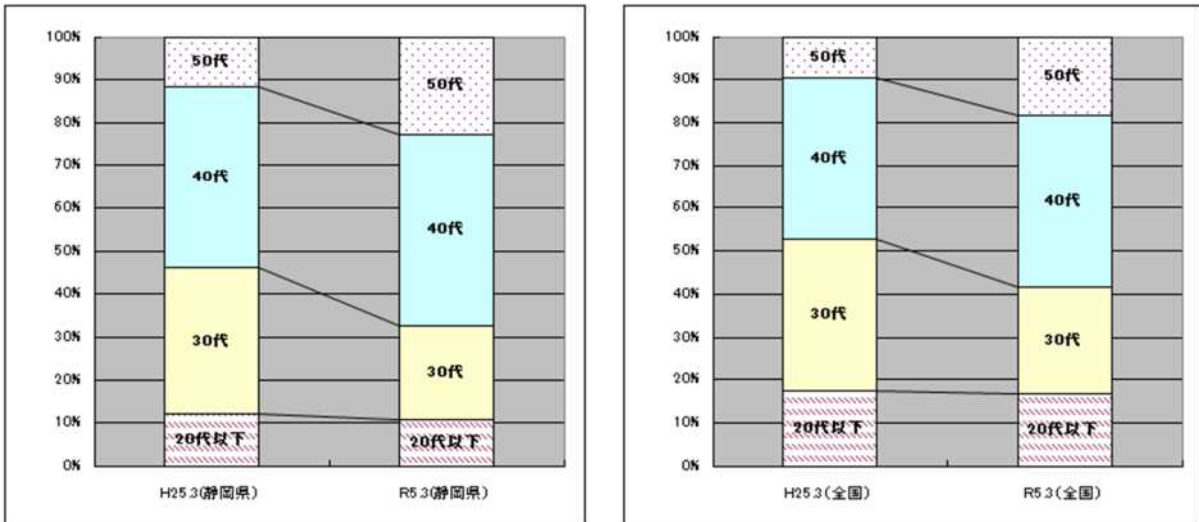
2
3

4 ○骨髄ドナー登録者 年代別割合 (2012年度末・2022年度末比較)

5 <静岡県>

<全国>

6



(出典: [公益財団法人日本骨髄バンク](#))

7
8

9 ○骨髄ドナー登録者数

| 区 分 | 静岡県 | | 全 国 |
|---------|-------|------|---------|
| | 合計 | 増減 | |
| 2012年度末 | 8,946 | 26 | 429,677 |
| 2013年度末 | 9,007 | 61 | 444,143 |
| 2014年度末 | 8,894 | △113 | 450,597 |
| 2015年度末 | 8,890 | △4 | 458,352 |
| 2016年度末 | 8,948 | 58 | 470,270 |
| 2017年度末 | 8,998 | 50 | 483,879 |
| 2018年度末 | 9,269 | 271 | 509,263 |
| 2019年度末 | 9,324 | 55 | 529,965 |
| 2020年度末 | 9,142 | △182 | 530,953 |
| 2021年度末 | 9,196 | 54 | 537,820 |
| 2022年度末 | 9,160 | △36 | 544,305 |

(出典: [公益財団法人日本骨髄バンク](#))

10
11

1 第9節 慢性閉塞性肺疾患（COPD）対策

2 【対策のポイント】

- 3 ○ COPDの原因や症状についての正しい知識の普及啓発
 4 ○ 長期喫煙者等のハイリスク者及び治療中断者に対する受診勧奨の支援
 5

6
 7 【数値目標】

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|---------------------|------------------|------------------|---------------------|----------|
| COPDの死亡率（人口10万人当たり） | 13.7 (2022年) | 11.7 (2029年) | 「第4次ふじのくに健康増進計画」と整合 | 人口動態統計 |
| 20歳以上の者の喫煙率 | 16.4% (2022年) | 14.0% (2029年) | 「第4次ふじのくに健康増進計画」と整合 | 国民生活基礎調査 |

8
 9 (1) 現状

10 ○慢性閉塞性肺疾患（COPD）は、肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主な症状として、緩やかに呼吸障害が進行する疾患であり、かつて肺気腫、慢性気管支炎と称されていた疾患が含まれています。

13 ○COPDの原因としては、50～80%程度にたばこ煙が関与し、喫煙者では、20～50%がCOPDを発症するとされます。

15 ○全国の推定罹患者は500万人を超えますが、実際に治療されている患者は数十万人で、COPDの認知度は低いです。また、病気であることを自覚しにくいため、未診断・未治療であることが多く、喫煙を続けて重症化するケースが多いです。

18 ○2022年の人口動態統計によると、COPDによる死亡者数は男女合わせて全国で16,676人、本県は477人です。また、死亡率は、人口10万人当たり全国で13.7、本県も13.7と同じ値となっています。

21 ○2022年の国民生活基礎調査では、本県の喫煙率は、男性は25.9%、女性は7.6%であり、男女とも全国平均（男性25.4%、女性7.7%）に近い値となっています。

23 ○喫煙歴や呼吸機能検査により診断されます。

24 ○疾病の重症度に応じて、禁煙治療、薬物療法、呼吸器リハビリテーション等の治療が行われます。

27 (2) 課題

28 ア 正しい知識の普及啓発

29 ○COPDに関する正しい知識の普及を図り認知度を向上し、COPDという病気の発見を促すことの動機付けを起こしていくことが必要です。

31 ○COPDの発症には、出生前後・小児期の栄養障害やたばこ煙への暴露、ぜん息などによる肺の成長障害も関与することが明らかになっています。

33 イ たばこ対策

1 ○禁煙は、COPD の疾患進行を遅らせることが知られており、禁煙を達成するための指導が重要で
2 す。

3 ウ 早期発見

4 ○COPD に関するスクリーニングを行い、早期の受診や治療の継続につなげる必要があります。

5 ○他の疾患の治療中の患者の中に、潜在的な COPD 患者がいる場合があります。

6 エ 重症化予防

7 ○COPD は、心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗しょう症、うつ病などの併存疾患や、肺がん、
8 気腫合併肺線維症等の他の呼吸器疾患との合併も多いほか、慢性的な炎症疾患であり栄養障害
9 によるサルコペニア¹からフレイル²を引き起こすことがあります。

10 ○COPD が進行すると呼吸困難の症状により、運動能力や生活の質（QOL）を低下させます。

11 ○吸入治療は手技などの面から、患者のアドヒアランス³が低い傾向があります。

12

13 (3) 対策

14 ア 正しい知識の普及啓発

15 ○市町や関係団体等が実施する特定健康診査やがん検診などの健康増進イベントの場を活用し、
16 COPD が禁煙等により予防することができる生活習慣病であることなど、病気に関する知識
17 の普及啓発を行い COPD の認知度を高め、早期発見、早期治療を推進します。

18 ○妊娠中の喫煙等、ライフコースアプローチ⁴の観点を考慮した対策を推進します。

19 イ たばこ対策

20 ○禁煙を希望する人を支援するために、禁煙治療ができる医療機関や禁煙指導ができる薬局の情
21 報提供を進めます。

22 ○5月31日の世界禁煙デーや5月31日から6月6日までの禁煙週間に合わせて、たばこの害や
23 禁煙の方法について周知を行うためのキャンペーンを展開します。

24 ○県内の小学5年生又は6年生、中学生及び高校生を対象とした薬学講座を開催し、学校薬剤師
25 等により、たばこの害等について、知識の普及を図ります。

26 ○小学5年生に対し、たばこの害について啓発する「防煙下敷き」を配布し、喫煙防止教育を推
27 進します。

28 ウ 早期発見

29 ○COPD に関するスクリーニング質問票で特定したハイリスク者及び治療中断者に対する受診勧
30 奨を支援します。

31 ○かかりつけ医が疑いのある者を早期に発見し、呼吸器専門医が確定診断する医療連携が重要で
32 す。

33 エ 重症化予防

34 ○感染症対策や有害物質（たばこ煙）吸入回避などによる予防とともに早期治療を図り、重症化

¹ サルコペニア:高齢になるに伴い、筋肉の量が減少していく現象。

² フレイル:「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表し、要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。

³ アドヒアランス:患者が治療方針の決定に賛同し、積極的に治療を受けること。

⁴ ライフコースアプローチ:胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくり。

- 1 を予防します。
- 2 ○併存疾患や合併症に対しては、必要に応じてそれぞれの専門医及び多職種によるチーム医療を
- 3 推進し、診療体制の強化を図ります。
- 4 ○かかりつけ医と専門医の病診連携を推進し、COPD 患者に最適な医療を継続的に提供します。
- 5 ○患者が適切に吸入器を使用し、薬物治療を継続できるよう、COPD の治療に関わる医療機関や薬
- 6 局等の医療従事者の連携を推進します。
- 7

1

2

3

4

5

白紙

第10節 慢性腎臓病（CKD）対策

【対策のポイント】

- 関係団体等と連携し、CKDの危険因子となる高血圧症や糖尿病等の治療継続を推進
- CKDの原疾患となる疾患の治療継続のため、腎臓専門医療機関等との連携を推進
- 特定健康診査等に従事する者のスキルアップ

【数値目標】

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------|
| 年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病性腎症の患者数 | 543人 (2021年) | 458人以下 (2029年) | 「健康日本21（第三次）」の算定方法に準じて算出 | 日本透析医学会統計調査 |
| 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 26.6% 女性 19.5% (2016年) | 男性 21.2% 女性 15.6% (2029年) | 2割減少 | 県民健康基礎調査 |

(1) 現状

- 慢性腎臓病（CKD）とは、糸球体ろ過値¹（GFR）が60mL/分/1.73m²未満又は、尿異常、画像診断、血液、病理で腎障害の存在が明らかな状態が3か月以上持続する状態です。
- CKDの発症や危険因子には、加齢、CKDの家族歴、尿蛋白異常、腎機能異常、糖尿病、高血圧、脂質異常や肥満等が挙げられます。
- CKDの原因疾患は様々ですが、主な疾患として糖尿病性腎症、慢性糸球体腎炎、腎硬化症などがあります。
- 糖尿病性腎症は、高血糖状態が続くことにより、腎臓内の血管が傷害され、腎臓の機能が低下する疾患です。
- 慢性糸球体腎炎は、腎臓の糸球体が何らかの影響で炎症を起こし、血液をうまくろ過できなくなる疾患です。
- 腎硬化症は、高血圧によって腎臓の細い血管や糸球体が硬くなり、血液をうまくろ過できなくなる疾患です。
- 2020年のCKD患者数は、全国で約1,478,000人、本県で約3,800人です。
- 2022年にCKDが原因で死亡した人数は、全国で22,841人、本県で771人です。
- 2021年で、本県の透析患者数は11,532人であり、糖尿病性腎症と腎硬化症が原因で人工透析が必要となる患者は近年増加しています。特に、新規人工透析導入患者1,313人のうち543人が糖尿病性腎症の患者であり、41.3%を占めています。
- 高血圧はCKDの危険因子であり、2016年の本県において高血圧と指摘を受けた者のうち、現在治療を受けていない者の割合は、男性が26.5%、女性が19.5%です。

¹ 糸球体ろ過値（GFR）は腎臓の機能を表す検査値。腎臓では、毛細血管が球状に絡まった糸球体で血液をろ過して尿を生成している。

1 ○2023年で、本県の腎臓専門医²が在籍する医療機関数は、人口10万人当たり2.1施設であり、
 2 全国平均2.3施設と比べ、やや少ないです。また、2023年で、本県の腎臓専門医は、人口10
 3 万人当たり3.9人であり、全国平均5.0人と比べ、少ないです。

4

5 (2) 課題

6 ア 重症化予防

7 ○CKDの危険因子を有する人に対しては、早期から生活習慣の改善などの指導や治療が必要です。

8 ○糖尿病はCKDの危険因子となるため、糖尿病と診断された時点からの適切な血糖コントロール
 9 を行う必要があります。

10 ○末期腎不全へ至ることを防ぐためには、CKDを早期発見し、治療を継続することが必要です。

11 ○CKDは、腎機能が悪化すると透析が必要な腎不全まで進行するだけではなく、脳卒中や心血管
 12 疾患等の循環器病の重大な危険因子となります。

13 イ 関係者の連携・人材育成

14 ○早期受診者や適切な治療継続等の重症化予防策を適切に進めるために、市町や保険者、医療機
 15 関等が連携する必要があります。

16 ○特定健康診査や特定保健指導の際に、CKDの危険因子を有する人に対して適切な指導や必要に
 17 応じて医療機関へつなぐことができる人材が必要です。

18

19 (3) 対策

20 ア 重症化予防

21 ○CKDについて、積極的に予防啓発に取り組みます。住民の理解を深めることで、生活習慣改善
 22 に向けた動機付け支援を行います。

23 ○県医師会等の関係団体と連携し、かかりつけ医への定期受診や訪問診療によって、高血圧症の
 24 降圧療法、糖尿病の血糖コントロール、脂質異常症の治療等を継続する取組を進めます。

25 ○原疾患となる疾患の治療を継続するため、地域でCKD診療を担う医療機関と腎臓専門医療機関
 26 等との連携が適切に行われるような取組を進めます。

27 ○CKDの重症化を予防するため、地域の医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士、
 28 腎臓病療養指導士³等の専門職種が連携して、CKD患者へ食生活や運動習慣等を効果的に指導し
 29 ます。

30 ○患者の腎機能に応じて、お薬手帳にシールを貼付し、病態に応じた適切な医療や生活習慣の改
 31 善指導を行うなど、地域の医療機関、薬局、保険者、行政等が連携した取組を推進します。

32 イ 関係者の連携・人材育成

33 ○県内外の重症化予防対策や対応事例の共有を図り、市町や保険者と医療機関等との連携を進め
 34 ます。

35 ○特定健康診査・特定保健指導に従事する者が、対象者に対して適切な指導ができるよう、CKD
 36 に関する研修会等を開催し、従事者のスキルアップを図ります。

² 腎臓専門医：一般社団法人腎臓学会が認定。

³ 腎臓病療養指導士：日本腎臓病学会が認定。

第 11 節 血液確保対策

【対策のポイント】

- 医療に不可欠な輸血用血液製剤等の原料となる血液の安定的な確保への取組

【数値目標】

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|----------------------|-------------------|------------------|-----------------------|-----------|
| 必要な献血者数に対する献血受付者数の割合 | 96.4% (2022年度) | 100% (2025年度) | 県献血推進計画で必要とされる献血者数の確保 | 静岡県献血推進計画 |

(1) 現状

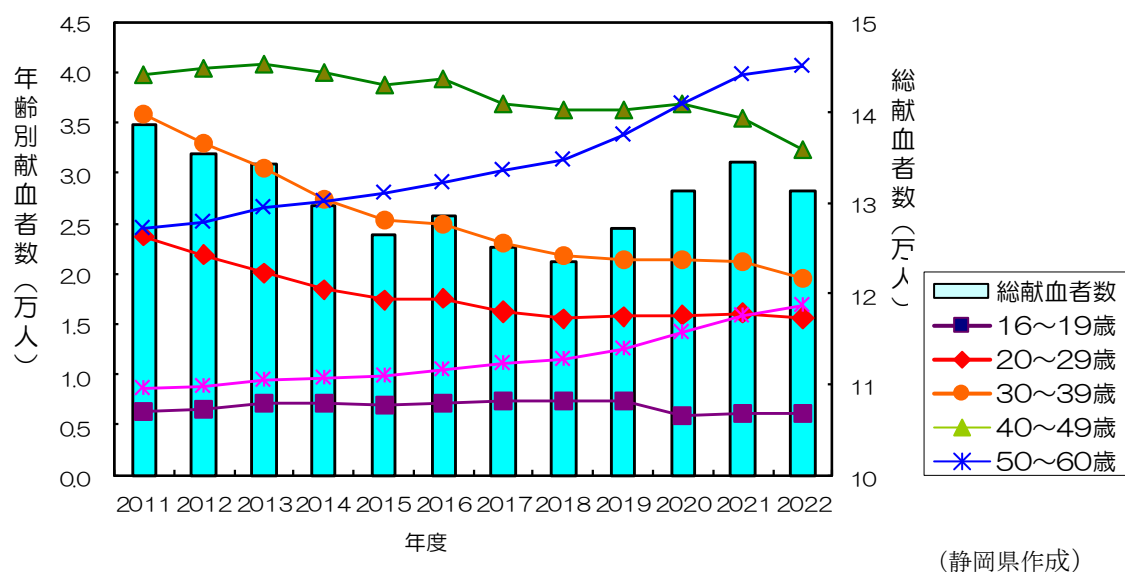
ア 献血の推進体制

- 献血による血液の供給体制を確立し、売血による弊害をなくすため、1964年8月閣議決定「献血の推進について」に基づき、国、地方公共団体、採血事業者である日本赤十字社の三者が一体となって献血の推進を図っています。
- 血液製剤の安定的供給と一層の安全性向上を目的とする「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律」(血液法)に基づき、県は毎年度、献血推進計画を策定し、県、市町及び採血事業者は安定的な血液製剤の供給のために必要な献血量の確保に向けて取り組んでいます。

イ 献血者数及び輸血用の血液確保状況

- 県内の献血者数は、1991年度の約24万人をピークに年々減少し、近年は約13万人前後で推移しています。
- 2022年度の献血者数は131,274人で前年度の134,550人より3,276人減少しました。血液製剤の国内自給を推進する目的で国から本県に割り当てられた、血漿分画製剤の原料となる血漿の確保目標量36,272Lに対し37,990L(104.7%)を確保しました。現在、献血者の95%以上が成分献血又は400ml献血であること、また、採血事業者において輸血用血液製剤の広域需給体制が構築されたことなどから、県内で必要な輸血用血液製剤は支障なく供給されています。
- 2022年度における10代、20代の若年層献血者数は21,681人で、10年前(2012年度)の28,388人から、6,707人減少しています。全献血者に占める若年層献血者の割合についても、2022年度は16.5%で、10年前(2012年度)の21.0%から大きく減少しています。
- 2022年度の献血可能人口は2,228,538人で、10年前(2012年度)の2,496,582人から、268,044人減少しています。

図表 7-1 1-1 年代別の献血者の推移（静岡県）



(2) 課題

ア 若年層（10代、20代）及び30代に対する献血意識の普及啓発

○団塊の世代が後期高齢者となる本格的な高齢化による血液製剤の需要増大と少子化による献血可能人口の減少が予想される中、若年層（10代、20代）及び30代の献血者の減少が顕著であり、将来の献血者確保が危惧されます。このため、10～30代に対する献血意識の普及啓発が必要です。

イ 複数回献血者の確保対策

○実献血者数（献血した人の実数）に占める複数回献血者（年間2回以上の献血した人）の割合は、2022年度において39.5%を占めました。安全な献血者を安定的に確保するため、複数回献血に協力いただける献血者を増やしていく必要があります。

(3) 対策

- 毎年度策定する献血推進計画に基づき、各市町及び採血事業者と協力して、献血推進に取り組みます。
- 高校生献血ボランティア「アボちゃんサポーター」の委嘱、大学生献血ボランティアの育成、献血セミナーや学内献血の開催を通じて、若年層に献血意識の普及啓発を図ります。
- 献血会場等における子ども向けイベント等の実施により、20～30代の子育て世代の献血参加を推進します。
- 複数回献血を促進するため、献血会場等でのラブブラッド¹⁴への登録を働き掛けます。
- 献血推進大会を開催し、献血功労者に対する表彰を行うなど、献血推進団体、献血協力団体の献血活動を奨励します。
- 医療機関の輸血用血液製剤の利用実態と治療症例検討等を通じて、医療機関の血液製剤の適正使用を促進します。

¹⁴ ラブブラッド：日本赤十字社の運営する複数回献血クラブの愛称、ラブ（愛）とブラッド（血）の造

語。平成 30 年 10 月 29 日、全国統一システムとなり、全国の献血ルームへの予約が可能となった。加入者へは、献血に関するお知らせやキャンペーン情報が配信されるほか、血液検査の結果をインターネット上で閲覧できる等のサービスを提供している。

白紙

1 **第12節 治験の推進**

2 **【対策のポイント】**

- 3 ○ 静岡県治験ネットワークによる県内病院の治験実施促進

4 **【数値目標】**

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|-----------------------|------------------|--------------------|---------------|---------------------------------|
| 治験ネットワーク病院による新規治験実施件数 | 148件 (2022年度) | 150件以上 (2025年度) | 治験が実施できる環境を維持 | (公財)ふじのくに医療城下町推進機構ファルマバレーセンター調査 |

5 **(1) 現状**

- 6 ○本県では、県民に先進的な医療を届けられるよう治験を推進するため、2003年度に県内の中核医療機関で構成する静岡県治験ネットワーク¹⁵を立ち上げ、新医薬品等の承認に向けた治験の推進を図っています。
- 7 ○2007年度には静岡県治験ネットワーク内にがん診療拠点病院を中心にがん領域グループを設置し、がんに特化した治験や臨床研究を推進しています。
- 8 ○静岡県治験ネットワーク病院（NW病院）における新規治験実施件数は、一般財団法人ふじのくに医療城下町推進機構ファルマバレーセンター（PVC）が関与したものを含め、2022年度末現在、2,574件（累計）となっています。

9 図表7-12-1 治験ネットワーク病院による新規治験実施件数

| 年度 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 件数 | 99 | 153 | 102 | 142 | 152 | 120 | 112 | 126 | 135 | 146 |
| 年度 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| 件数 | 153 | 125 | 124 | 135 | 155 | 122 | 105 | 95 | 126 | 148 |

10 **(2) 課題**

- 11 ○医療の進歩により、年々、新たな薬剤が開発されていることから、患者が新たな治療方法の恩恵を早期に受けられるように、治験を積極的に進める必要があります。
- 12 ○近年、全国的に増加している抗がん剤の治験について、より高度な知見が必要であるため、実施する病院が一部に留まっています。
- 13 ○また、新たに承認された医薬品が医療現場の治療に広く導入されるためには、既存の薬や治療法との併用における安全性・有効性等を評価する臨床研究が必要です。

14 **(3) 対策**

1 ○静岡県治験ネットワークは、患者が医療の進歩に貢献しつつ新たな治療方法の恩恵を早期に受
2 けられるように、先進的な医療に用いる薬剤の治験に積極的に取り組みます。

3 ○より多くの病院において、がん領域の治験が実施できるよう、治験担当者を対象としたがん領
4 域のセミナーの開催等の人材育成に継続的に取り組みます。

5 ○静岡県治験ネットワークは、新薬を含め、患者に提供する新たな治療方法の選択肢を増やせる
6 ように、臨床研究にも積極的に取り組みます。

7

8 注釈

9 15 静岡県治験ネットワーク（NW）：病床数が200床以上の県内医療機関で構成され、約14,000床の
10 ネットワークとして治験受託体制（運営事務局はPVC）を構築している。

11

1 第13節 歯科保健医療対策

2 **【対策のポイント】**

- 3 ○ 歯科疾患の予防・重症化予防
- 4 ○ 口腔機能の獲得・維持・向上
- 5 ○ 歯科保健医療を推進するために必要な社会環境の整備

6 **【数値目標】**

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|----------------------|-------------------|-------------------|---------|--------------|
| 80歳で自分の歯が20本以上ある人の割合 | 69.8% (2022年度) | 76.7% (2028年度) | 国の目標値 | 後期高齢者歯科健診 |
| かかりつけ歯科医を持つ者の割合 | 58.5% (2021年度) | 76.7% (2029年度) | 国の目標値 | 健康に関する県民意識調査 |

7 **(1) 現状**

8 **ア 歯科疾患の予防・重症化予防**

- 9 ○ WHOの研究によると、糖尿病やアルツハイマー型認知症、脳卒中等とともに口腔疾患が高齢者の健康寿命を喪失させる10大原因の一つと報告されています。
- 10 ○ 80歳で、自分の歯の数を20本以上ある者の割合は68.4%です。
- 11 ○ 歯を失う理由のほとんどがう蝕と歯周病です。抜歯となる主原因は、54歳未満ではう蝕が多く、55歳代以上では歯周病が多いという特徴があります。全体の割合は、う蝕が3割程度、歯周病が4割程度です。
- 12 ○ う蝕は有病率が世界で最も高い疾患であり、歯科実態調査によると国民の約3割が未処置のう蝕がある状況です。また、う蝕は歯の喪失の主要な原因の一つであり、生涯にわたる蝕予防は非常に重要です。
- 13 ○ 歯周病は、糖尿病や循環器疾患等の全身疾患との関連性も指摘されていることから、その予防は生涯を通じての重要な健康課題のひとつです。

14 **イ 口腔機能の獲得・維持・向上**

- 15 ○ 口腔機能の低下した状態（オーラルフレイル）は低栄養状態とも関連し、運動機能や認知機能の低下を引き起こす原因のひとつとなるため、口腔機能の維持及び向上に取り組むことや、専門職が早期介入することによって、要支援状態や要介護状態が予防できると期待されています。

16 **ウ 歯科保健医療を推進するために必要な社会環境の整備**

- 17 ○ 静岡県では2009年に静岡県民の歯や口の健康づくり条例を制定し、2011年に静岡県歯科保健計画を策定、2017年に口腔保健支援センターを設置しております。
- 18 ○ 歯科疾患の早期発見・重症化予防等を図り、歯・口腔の健康を保持する観点等から、生涯を通じて歯科検診を受診することは重要です。
- 19 ○ フッ化物応用はう蝕予防効果、安全性及び高い費用便益率等の医療経済的な観点から推奨されており、フッ化物の応用に係る取組は県内全市町で実施されています。

- 1 ○ 障害のある方の歯科医療は、地域の実情に応じて歯科診療体制整備が図れるよう、その経費が市
2 町に交付税措置され、その実施は市町の裁量に委ねられているため、公立病院での障害者歯科外来
3 の実施や地域の歯科医療機関での対応等、その取組は様々です。
- 4 ○ 高齢者では、様々な疾患により多種の薬剤を使用していることも多く、唾液の分泌量が減少して
5 いることもあります。そのため、口腔感染症や口腔粘膜疾患への配慮が必要です。また、加齢とと
6 もに口腔がんの発生もみられるようになります。

9 (2) 課題

10 ア 歯科疾患の予防・重症化予防

- 11 ○ 12歳児（中学1年生）でむし歯がない者の割合が67.3%（2012年）から82.2%（2022年）に増加す
12 るなど、幼児期・学齢期の有病状況は改善傾向にありますが、依然として多数の歯う蝕がある小児
13 が一定数おり、また、有病状況について地域格差が存在します。
- 14 ○ 社会経済的因子等により、う蝕の有病状況に健康格差が生じること等も指摘されています。
- 15 ○ う蝕と糖尿病などの全身の疾患とは、過剰な砂糖摂取などのコモンリスクファクターを共有する
16 ことが挙げられています。
- 17 ○ 歯周病検診にて、成人期以降の未処置のう蝕がある者の割合や歯周病を有する者の割合が増加し
18 ています。
- 19 ○ 歯周病は全身の疾患へ影響し、ライフコース等、個人の特性に応じた歯科疾患の予防を図る必要
20 がありますが、40歳、60歳の歯周炎を有する者の割合は5～6割程度と高くなっています。
- 21 ○ 歯周病と全身の疾患とは、喫煙などのコモンリスクファクターを共有することが挙げられていま
22 すが、この視点を取り入れた対策や県民等への周知啓発が不足しています。
- 23 ○ 歯周病予防・重症化予防は生涯を通じた取り組みが重要であることから、ライフステージの早い
24 段階からの個人での口腔ケア（セルフケア）の取組等の歯科保健活動の推進が必要であるとともに、
25 かかりつけ歯科医による定期的な口腔管理（プロフェッショナルケア）も必要です。

27 イ 口腔機能の獲得・維持・向上

- 28 ○ 県民のオーラルフレイルの認知度は24.8%となっており、さらなる認知度の向上が必要です。
- 29 ○ 健康寿命の延伸や8020達成者の増加などの健康状態が改善している中、「かみにくい」という主
30 訴が70歳以降で大きく増加することや、口腔機能低下症の有病率が高齢の地域住民で40～50%とい
31 う報告もあります。
- 32 ○ 乳幼児期以降における食育や口腔機能に関する取組や、高齢期における介護予防の取組など、各
33 ライフステージに応じた取組が行われていますが生涯を通じた口腔機能の獲得・維持・向上のため
34 には、各個人のライフコースに沿った取組を充実させる必要があります。

36 ウ 歯科保健推進体制のための社会環境の整備

- 37 ○ 市町において、歯科口腔保健を総合的に推進するためには、歯科口腔保健の推進に関する条例を
38 制定するとともに、条例等に基づいて歯科口腔の推進に関する基本的事項や歯科保健計画等を策定
39 すること等によって、計画に沿った歯科口腔保健施策を実施することが有効ですが、条例制定市町

1 数は15、歯科保健計画作成市町数は22となっております。

2 ○ 歯科検診の受診率が市町により異なることや、特に若年層においては受診率が低いことが課題と
3 となっております。

4 ○ 集団でのフッ化物応用は、健康格差を縮小し、集団全体のう蝕予防の効果が期待できると指摘さ
5 れているため、地域の状況に応じたフッ化物応用に関する事業の実施をさらに推進することが必要
6 です。

7 ○ 重度の障害がある方は、歯科疾患が進行すると歯科治療がより困難になるため、定期的な歯科検
8 診や歯科保健指導等の実施やかかりつけ歯科医を持つ者を増やしていく必要があります。

9 ○ 障害や要介護状態、認知症の患者となっても、住みなれた地域で住み続けられるよう、歯科診療
10 所がかかりつけ歯科医となり、病院や医科医療機関、訪問看護ステーションや介護事業者などとの
11 連携体制の充実が求められています。

13 (3) 対策

14 ア 歯科疾患の予防・重症化予防

15 ○ 歯科口腔保健に係る健康格差の縮小が期待される砂糖の適正な摂取等によるコモンリスクファ
16 クターアプローチや、フッ化物応用等の科学的根拠に基づいたう蝕予防対策を推進します。

17 フッ化物応用の例：フッ化物配合歯磨剤（フッ素入り歯磨き剤）の使用、フッ化物洗口（フッ素う
18 がい）の実施、フッ化物歯面塗布（フッ素塗布）など

19 ○ セルフケアの推進ため、効果的な情報提供等を行うとともに、かかりつけ歯科医によるプロフェ
20 ヂショナルケア推進のため、かかりつけ歯科医を持つ者の割合の向上を目指します。

21 ○ 歯周病の予防に禁煙等のコモンリスクファクターアプローチの視点を取り入れます。

22 ○ 関係団体等と連携しながら、ナッジ理論等の行動科学的アプローチも活用し、セルフケアの推進
23 やかかりつけ歯科医を定期的に受診する人の増加を図る普及啓発等を行います。

25 イ 口腔機能の獲得・維持・向上

26 ○ 関係団体、市町等と連携しながらオーラルフレイルの周知啓発に取り組みます。

27 ○ 高齢期における口腔機能低下への対策として、通いの場等での口腔機能の維持・向上の取組を支
28 援します。

29 ○ ライフステージに応じた取組に加え、ライフコースアプローチを踏まえた取組により、高齢期以
30 前からの生涯を通じた様々な側面から、口腔機能の獲得・維持・向上のための取組を推進します。

32 ウ 歯科保健医療推進のための社会環境の整備

33 ○ 市町における条例制定、計画策定を支援するとともに、人材育成のための研修会を開催します。

34 ○ 市町が地域の状況に応じて行っている歯科検診の受診率の向上のための受診勧奨や、歯科検診の
35 機会の充実等の取組を、ナッジ理論等の行動科学的アプローチを活用しながら支援します。

36 ○ 地域の状況に応じ、フッ化物応用が推進するよう支援します。

37 ○ 障害のある方への歯科医療体制を強化するため、歯科医療従事者に対し、障害に関する理解促進
38 のための研修を実施します。また、市町が地域の実情に応じて歯科診療体制整備を図れるよう、必
39 要な情報の提供や市町ごとの課題に対応した助言等を行います。

- 1 ○ 静岡県在宅歯科医療推進室を中心に、多職種連携や誤嚥性肺炎等の予防のための口腔健康管理等
- 2 の普及推進や連携体制の充実を図ります。
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

1 第8章 医療従事者の確保

2
3 第1節 医師

4 【対策のポイント】

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

8
9
10 【数値目標】

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|------------------------------------|--|---|---|------------------------------|
| 県内医療施設従事 医師数 | <u>7,972人</u> (2020年12月) | <u>8,317人</u> (2026年度) | <u>医師確保計画に定める 目標医師数(下位1/3 から脱するために必要 な医師数)</u> | 厚生労働省「医 師偏在指標」 |
| 人口10万人当たり 医師数 (県内医療施設従事医師数) | <u>219.4人</u> (2020年12月) | <u>238.9人</u> (2026年度) | | |
| 医師偏在指標 賀茂医療圏 富士医療圏 中東遠医療圏 | <u>98人</u> <u>565人</u> <u>730人</u> (2020年度) | <u>107人</u> <u>617人</u> <u>730人</u> (2026年度) | <u>医師確保計画に定める 医師少数区域の目標医 師数(下位1/3から脱す るために必要な医師数)</u> 【参考:医師偏在指標(現状値)】 <u>賀茂医療圏:144.4</u> <u>富士医療圏:157.9</u> <u>中東遠医療圏:176.3</u> <u>(目標指標:179.7)</u> | 厚生労働省「医 師偏在指標」 |
| <u>医師少数スポットの病院 勤務医師数</u> | | | <u>人口10万人当たり病院 勤務医数が医師少数区 域(下位1/3)から脱す るために必要な医師数</u> | 厚生労働省「医 師・歯科医師・薬 剤師統計」 |
| <u>伊東市</u> | <u>52人</u> | <u>61人</u> | | |
| <u>伊豆市</u> | <u>26人</u> | <u>27人</u> | | |
| <u>三島市</u> | <u>60人</u> | <u>101人</u> | | |
| <u>裾野市</u> | <u>11人</u> | <u>48人</u> | | |
| <u>函南町</u> | <u>34人</u> | <u>35人</u> | | |
| <u>御殿場市</u> | <u>64人</u> | <u>81人</u> | | |
| <u>静岡市清水区</u> | <u>130人</u> | <u>215人</u> | | |
| <u>静岡市駿河区</u> | <u>169人</u> | <u>197人</u> | | |
| <u>牧之原市</u> | <u>26人</u> | <u>41人</u> | | |
| <u>浜松市天竜区</u> | <u>7人</u> | <u>25人</u> | | |
| <u>湖西市</u> | <u>29人</u> | <u>54人</u> | | |
| | (2020年12月) | (2026年度) | | |

1 (1) 現状と課題

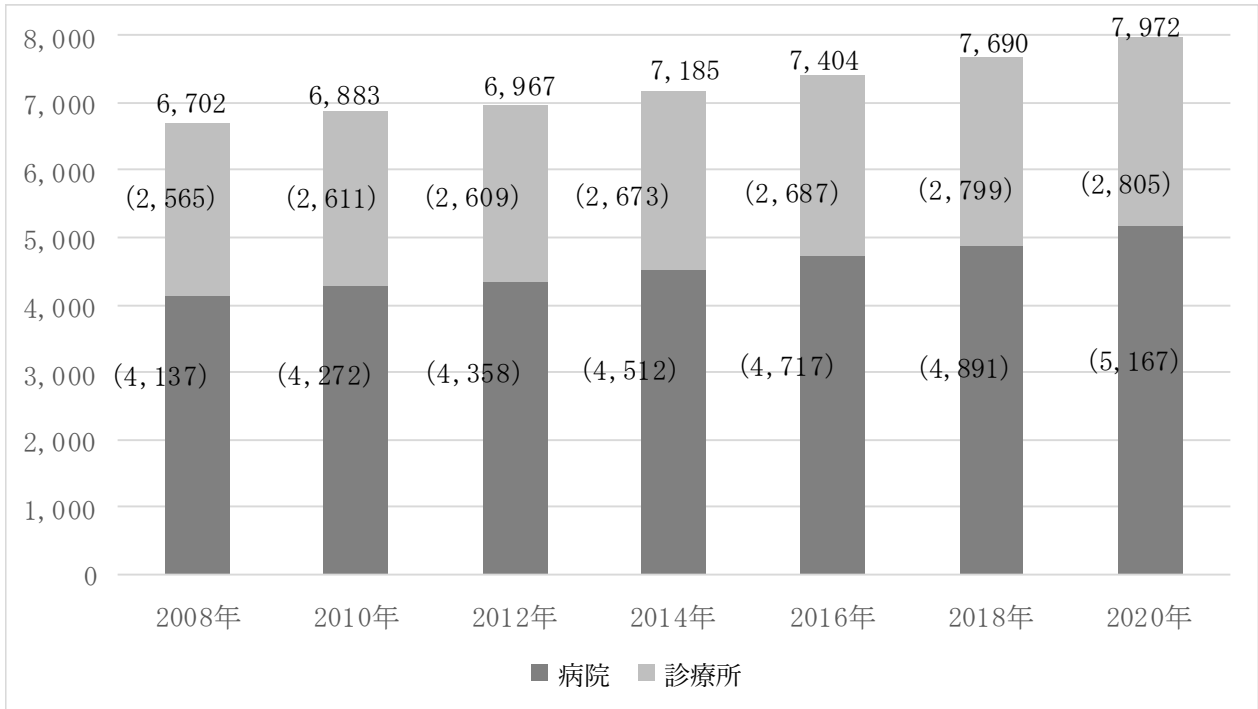
2 ア 医師数の状況

3 ○2020年12月末における本県の医師数は、病院5,167人、診療所2,805人、計7,972人で、2
4 年間で282人(3.7%)、10年間で1,089人(15.8%)増加しています。(図表8-1-1)

5 ○人口10万人当たりでは、219.4人と多い方から40位です。(図表8-1-2)

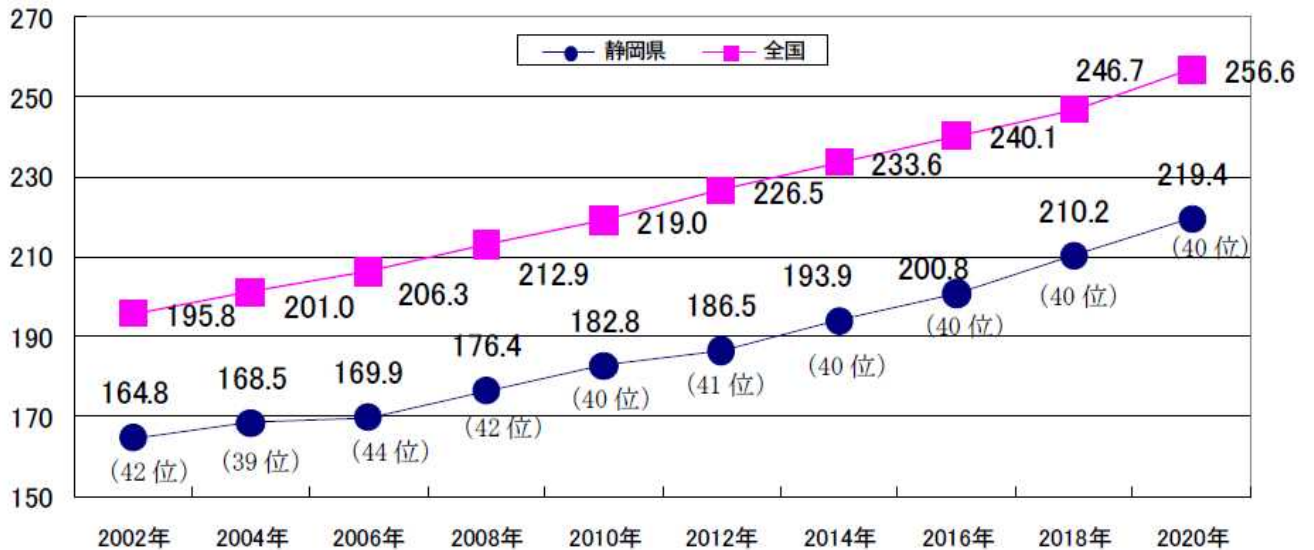
6 ○特に、病院勤務医について全国平均との差が大きくなっています。(図表8-1-3)

7
8 図表8-1-1 医師数の状況(県全体)(医療施設従事医師数) (単位:人)

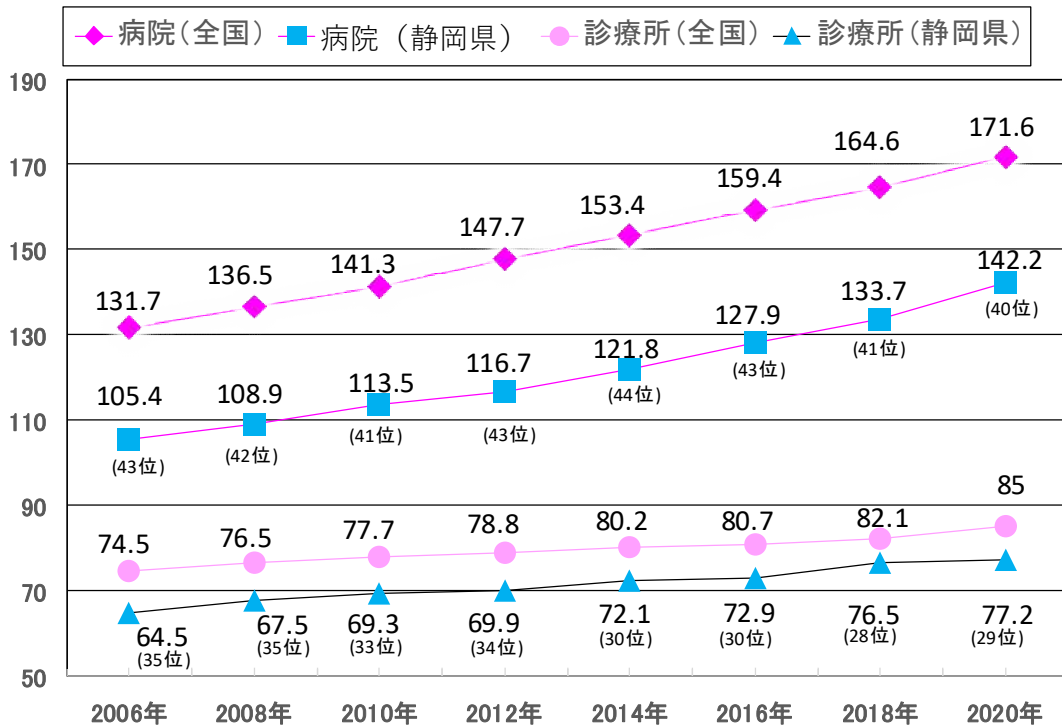


24 出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(2016年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

25
26 図表8-1-2 人口10万人対医療施設従事医師数の推移 (単位:人)



1 図表 8-1-3 人口 10 万人対医療施設従事医師数の推移（病院別・診療科別）（単位：人）



2

3

4 **イ 本県の医師養成数**

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

7 ○2022 年度の浜松医科大学医学部医学科の卒業生のうち、県内で臨床研修を行う者は 66 人で、
8 半数以上が県内で就業しています。（図表 8-1-4）

9 ○県内に就業する医師を増加させるためには、浜松医科大学卒業医師の県内定着を促進するとと
10 もに、県外大学卒業医師の県内就業を促進する必要があります。

11 ○2015 年度に初めて設置した、本県の地域医療に従事することを条件とする県外大学の地域枠
12 は、全国最大規模となる 9 大学 53 枠まで拡大し、出身地にかかわらず広く本県に勤務する医
13 師を養成しています。（図表 8-1-5）

14 図表 8-1-4 浜松医科大学医学部医学科卒業生の状況（単位：人）

| 区分 \ 年度 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 就業者 | 100 | 87 | 99 | 104 | 114 | 114 | 115 | 119 | 122 | 111 | 120 | 113 |
| うち県内就業者 | 52 | 56 | 53 | 64 | 59 | 66 | 72 | 77 | 78 | 57 | 63 | 66 |
| 県内就業率(%) | 52.0 | 64.4 | 53.5 | 61.5 | 51.8 | 57.9 | 62.6 | 64.7 | 63.9 | 51.4 | 52.5 | 58.4 |

15 提供：浜松医科大学（出典：浜松医科大学 NEWSLETTER）

16

17

18

1 図表 8-1-5 本県の地域枠の状況 (単位：人 (入学者/地域枠数))

| 大学名 | 2024 定員 | 入学者数 | | | | | | | | | |
|--------|------------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 計 |
| 近畿大学 | 10 | 2/5 | 0/5 | 1/5 | 1/5 | 5/5 | 5/5 | 10/10 | 10/10 | 10/10 | 44/60 |
| 川崎医科大学 | 10 | 5/5 | 5/5 | 8/10 | 8/10 | 10/10 | 10/10 | 10/10 | 9/10 | 10/10 | 75/80 |
| 帝京大学 | 2 | - | 2/2 | 2/2 | 1/2 | 2/2 | 2/2 | 2/2 | 2/2 | 2/2 | 15/16 |
| 東海大学 | 3 | - | 1/3 | 3/3 | 3/3 | 3/3 | 3/3 | 3/3 | 3/3 | 3/3 | 22/24 |
| 日本医科大学 | 4 | - | 1/1 | 1/1 | 4/4 | 4/4 | 4/4 | 4/4 | 4/4 | 4/4 | 26/26 |
| 順天堂大学 | 5 | - | - | 0/5 | 2/5 | 5/5 | 5/5 | 5/5 | 5/5 | 5/5 | 27/35 |
| 関西医科大学 | 8 | - | - | - | 5/5 | 5/5 | 8/8 | 8/8 | 8/8 | 8/8 | 42/42 |
| 浜松医科大学 | 15 | - | - | - | - | - | 15/15 | 15/15 | 15/15 | 11/15 | 56/60 |
| 昭和大学 | 8 | - | - | - | - | - | - | 5/5 | 8/8 | 8/8 | 21/21 |
| 日本大学 | 3 | - | - | - | - | - | - | - | - | 3/3 | 3/3 |
| 計 | 68 | 7/10 | 9/16 | 15/26 | 24/34 | 34/34 | 52/52 | 62/62 | 64/65 | 64/68 | 331/367 |

2

3 **ウ 医学修学研修資金の状況**

4 ○県内における医師の充足を図るため、2007年度から県内外の医学生等に、県内公的病院等での
5 勤務を要件とする医学修学研修資金を貸与しています。(図表 8-1-6)

6 ○人口当たり医学部定員が少ない状況を踏まえて、2014年に「ふじのくにバーチャルメディカル
7 カレッジ」を創立し、医学修学研修資金の新規貸与枠を医科大学1校分に拡充するとともに、
8 在学中に地域医療の魅力を学び、本県の地域医療に貢献する医師を育む取組を進めています。

9 ○また、2020年度に9年の勤務期間の確保による長期的視点に立った医師の計画的育成等のた
10 め、原則貸与期間を6年間とする制度改正を行いました。

11 ○医学修学研修資金の被貸与者は2007年度からの累計で1,500人を超え、県内勤務者数も年々
12 増加し、671人となっていますが、地域的な偏りがあります。(図表 8-1-7、1-8、1-
13 9)

14 ○医師の働き方改革の影響などにより、返還免除勤務対象となる公的医療機関等の不足数は増加
15 傾向にあり、2023年4月時点で670人が不足しています。(図表 8-1-10)

16 ○2024年4月1日から医師に対する時間外労働の上限規制が罰則付きで開始されることから、
17 今後も不足数が増加する可能性があるため、医学修学研修資金被貸与者の配置などにより、医
18 師不足の解消を図る必要があります。

19

20

1 図表 8-1-6 医学修学研修資金貸与制度

| 区 分 | 内 容 |
|------------------|---|
| 貸 与 額 | 月額 20 万円（原則 6 年間） |
| 返還免除勤務期間 | 貸与期間の 1.5 倍の期間 ※履行期限：大学卒業後、貸与期間の 2 倍の期間に 4 年を加えた期間 |
| 勤務医療機関 診療科の指定 | 県内の公的医療機関等のうち県が指定する医療機関 なし |
| 貸与枠 | 地域枠（2020 年度以降入学者はキャリア形成プログラム参加） 大学特別枠（大学と協議して勤務先を指定） 一般枠（一般枠の配置基本方針により指定） |

2

3 図表 8-1-7 医学修学研修資金の貸与実績

（単位：人）

| 年 区分 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 合計 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 新規 被貸与者 | 17 | 20 | 130 | 95 | 92 | 100 | 97 | 107 | 112 | 98 | 105 | 115 | 120 | 100 | 102 | 108 | 1,518 |

4

5 図表 8-1-8 医学修学研修資金を利用した県内勤務医師数（4月1日時点）

（単位：人）

| 年 区分 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 返還免除勤務 | 1 | 3 | 16 | 31 | 62 | 75 | 100 | 120 | 126 | 162 | 212 | 232 | 271 | 275 |
| 猶 予 | 0 | 1 | 3 | 5 | 5 | 10 | 11 | 19 | 35 | 35 | 45 | 72 | 67 | 77 |
| 免除後県内勤務 | 0 | 0 | 2 | 9 | 19 | 35 | 45 | 55 | 66 | 86 | 104 | 137 | 165 | 201 |
| 臨 床 研 修 | 17 | 43 | 71 | 83 | 64 | 79 | 99 | 109 | 138 | 178 | 161 | 137 | 124 | 118 |
| 計 | 18 | 47 | 92 | 128 | 150 | 199 | 255 | 303 | 365 | 461 | 522 | 578 | 627 | 671 |

6 ※猶予：返還免除のための勤務対象施設以外の県内医療機関に勤務中の者

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

9

10 図表 8-1-9 医学修学研修資金を利用した勤務医師数（地域別、4月1日時点）

（単位：人）

| 年 地域 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 東 部 | 1 | 2 | 6 | 10 | 16 | 22 | 28 | 40 | 48 | 61 | 74 | 83 | 98 | 118 |
| 中 部 | 6 | 18 | 38 | 58 | 64 | 85 | 107 | 108 | 135 | 173 | 184 | 181 | 206 | 203 |
| 西 部 | 11 | 27 | 48 | 60 | 70 | 92 | 120 | 155 | 182 | 227 | 264 | 314 | 323 | 350 |
| 計 | 18 | 47 | 92 | 128 | 150 | 199 | 255 | 303 | 365 | 461 | 522 | 578 | 627 | 671 |

11 ※猶予及び免除後県内勤務を含む

12

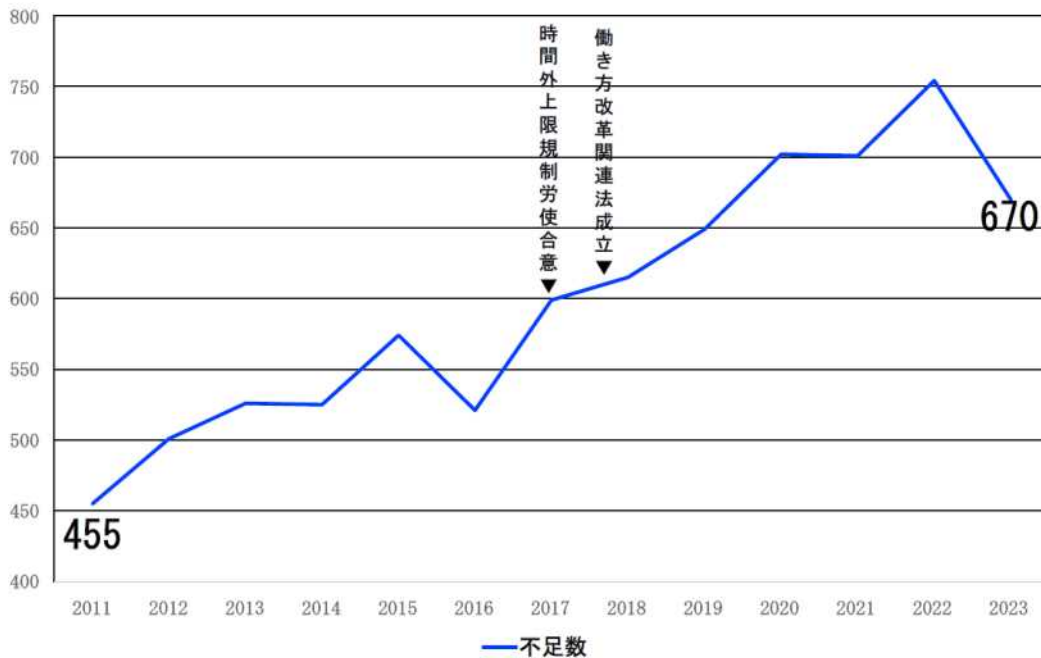
13

14

15

16

1 図表 8-1-10 医師数等調査における県内公的医療機関等の医師不足数 (単位:人)



2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

エ 臨床研修医の状況

- これまで国が行っていた臨床研修病院の指定や募集定員の設定について、2019年度の制度改正により、各都道府県へ権限移譲されました。
- 臨床研修を開始する医学生等と臨床研修病院との相互選抜（マッチング）において、臨床研修開始予定者（マッチ者）数は、各病院における研修環境の整備などの取組や医学修学研修資金の貸与を受けた卒業生の増加に伴い、着実に増加しています。
- 卒後2年間の臨床研修医及び募集定員に対する充足率（マッチ率）は近年大幅に増加しており、2022年度のマッチ者は272人、マッチ率は91.6%です。（図表8-1-11）

13 図表 8-1-11 臨床研修医の状況

| 年度 (研修開始年度) | 2013年度 (2014年度) | 2014年度 (2015年度) | 2015年度 (2016年度) | 2016年度 (2017年度) | 2017年度 (2018年度) | 2018年度 (2019年度) | 2019年度 (2020年度) | 2020年度 (2021年度) | 2021年度 (2022年度) | 2022年度 (2023年度) |
|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| マッチ者数 (全国順位) | 169人 (11位) | 209人 (11位) | 196人 (11位) | 222人 (11位) | 245人 (11位) | 248人 (10位) | 262人 (10位) | 242人 (10位) | 252人 (11位) | 272人 (10位) |
| マッチ率 (全国順位) | 69.5% (24位) | 76.0% (13位) | 70.3% (25位) | 77.1% (16位) | 86.9% (11位) | 84.6% (11位) | 89.7% (9位) | 80.9% (14位) | 86.3% (11位) | 91.6% (8位) |

- ※ 自治医科大学卒業生についてはマッチングの対象外
- ※ マッチ率が100%に満たない病院は、研修先未決定者に対して追加募集を行っている。

16
17
18
19
20
21

オ 専攻医の状況

- 2018年度からスタートした現在の専門医制度における専門医研修プログラム数は、2023年度には95と年々増加しています。（図表8-1-12）
- 一方で、県内プログラムに参加する専攻医は伸び悩んでおり、2023年度は154人となっています。

- 1 ○特に、県内で臨床研修を修了した医師の参加が減少しており、2023年度は半数以上が県外プロ
 2 グラムに流出しています。(図表8-1-13)
 3 ○また、地域や診療科の偏在も生じています。県内臨床研修医の定着を促進し、専攻医の増加を
 4 図る必要があります。(図表8-1-14)
 5

6 図表8-1-12 専門医研修プログラム

| 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 73 | 76 | 79 | 89 | 94 | 95 |

7 図表8-1-13 県内プログラムによる専攻医採用者数 (単位:人)

| 開始年度 | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 |
|-------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 県内臨床実施 (県内定着率) | 101 (50.5%) | 118 (59.9%) | 151 (60.6%) | 148 (61.2%) | 140 (53.6%) | 110 (45.3%) |
| 県外臨床実施 | 13 | 32 | 22 | 33 | 36 | 44 |
| 計 | 114 | 150 | 173 | 181 | 176 | 154 |

8 図表8-1-14 専門医研修プログラム設置数 (2023年度時点)

| 区分 | 東部 | 中部 | 西部 | 計 |
|---------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| 設置数 (参加者数) | 20 (18人) | 27 (27人) | 48 (109人) | 95 (154人) |

9

10 **カ キャリア形成プログラム**

- 11 ○各都道府県は、「医師少数区域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能
 12 力開発・向上の機会の確保」の両立を目的に、キャリア形成プログラムを定めています。
 13 ○キャリア形成プログラムは、医療法第30条の23第2項第1号に規定された、医師の確保を特
 14 に図るべき区域(医師少数区域及び医師少数スポット)における医師の確保に資するとともに、
 15 医師の確保を特に図るべき区域に派遣される医師の能力開発及び向上を図ることを目的とし
 16 て、都道府県が策定するプログラムです。キャリア形成プログラムは、医師の確保を特に図る
 17 べき区域等の医療機関において、原則4年間以上就業することとされています。
 18 ○県内への定着を促進する観点から、キャリア形成プログラムの適用を受ける者は、臨床研修は
 19 県内病院で行うとともに、専門研修は県内病院が基幹研修病院となるプログラムにて実施しま
 20 す。
 21 ○本県においては、病院別・診療科別に183のプログラムを策定しています。
 22

23 **キ 医療施設に従事する女性医師の状況**

- 24 ○医療施設に従事する女性医師数は、1,514人と10年前と比較して37.9%増加しており、女性
 25 医師の構成比も16.0%から19.0%へ3.0ポイント上昇していますが、全国に比べて低くなって
 26 います。(図表8-1-15)
 27 ○特に若い世代において女性医師の割合が高くなっています。(図表8-1-16、1-17)
 28 ○出産や子育てなどにより、一時的に勤務を離れる女性医師が職場に復帰しやすくなるよう、働

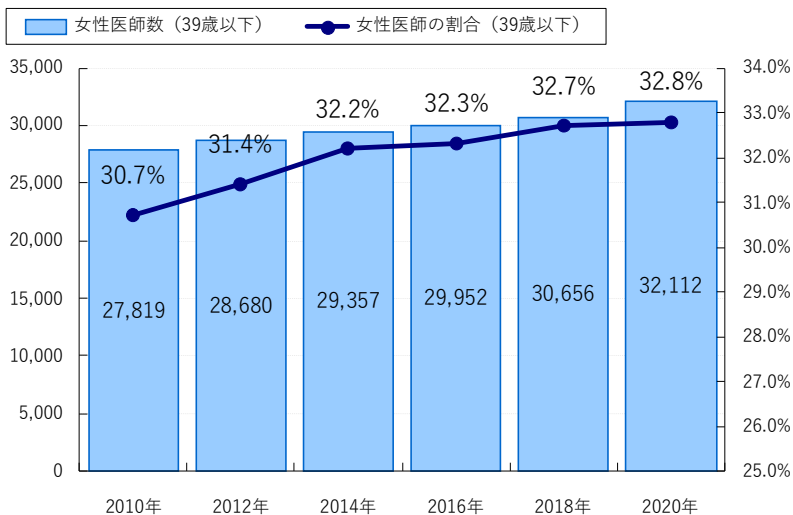
1 きやすい環境づくりや、病院管理を担う人材育成等、女性医師の活躍を推進していく必要があ
 2 ります。

3 図表 8-1-15 医療施設従事医師数（女性医師の構成比）（単位：人）

| 区分 | | 年 | 2010年 | 2020年 | 増加率等 |
|-----|----------|---|---------|---------|----------|
| 静岡県 | 女性医師 | | 1,098 | 1,514 | +37.9% |
| | 男性医師 | | 5,785 | 6,458 | +11.6% |
| | 女性医師の構成比 | | 16.0% | 19.0% | +3.0ポイント |
| 全国 | 女性医師 | | 53,002 | 73,822 | +39.3% |
| | 男性医師 | | 227,429 | 249,878 | +9.9% |
| | 女性医師の構成比 | | 18.9% | 22.8% | +3.9ポイント |

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

6 図表 8-1-16 医療施設従事医師数（単位：人）

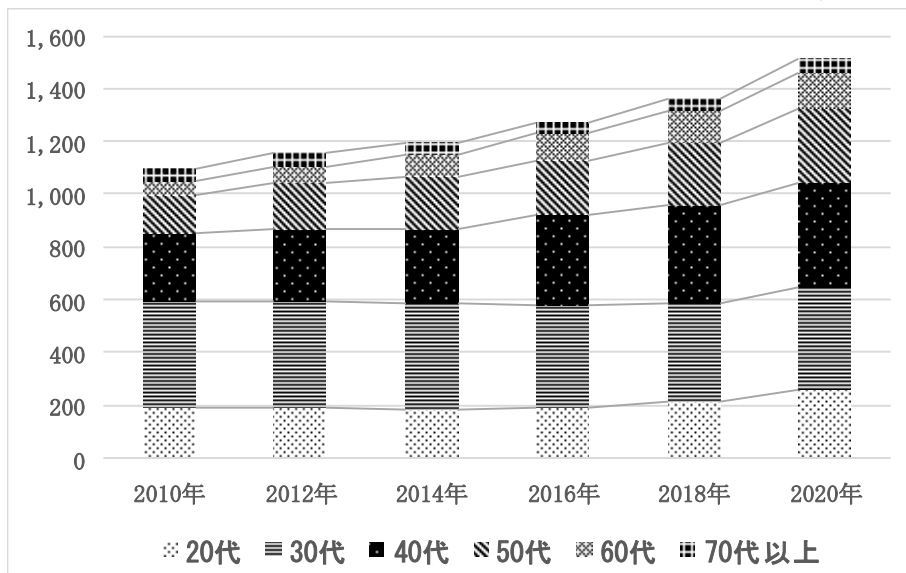


7

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

9

10 図表 8-1-17 女性医師年齢別構成（単位：人）



21

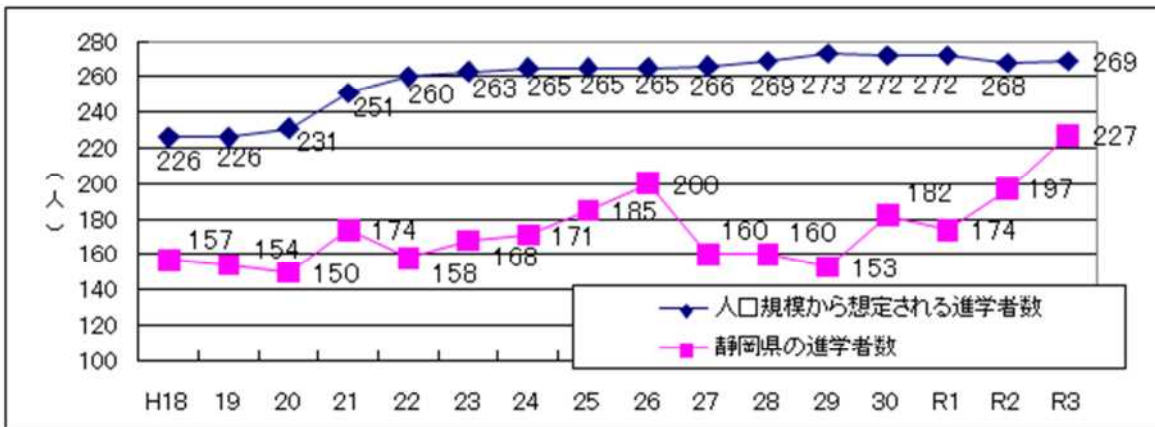
1 **ク 医学部医学科進学状況**

2 ○本県の高卒業者（新卒及び既卒）の医学部医学科への進学者数は、近年、170人から230人
3 の間で推移しています。（図表8-1-18）

4 ○全国の医学部医学科の定員数を、静岡県の人口で按分した場合の進学者数は、2021年度では、
5 269人※となりますが、実際の進学者数は大幅に下回っており、医学部に進学する県内の高校
6 生を増やすことが重要です。

7 ※全国医学部定員数 9,357人 ×（静岡県推計人口 3,608千人 ÷ 全国推計人口 125,502千人）≒
8 269人（2021年10月1日推計人口）

9
10 図表8-1-18 本県高校出身の医学部医学科進学者数 (単位：人)



11 出典：静岡県教育委員会「高等学校等卒業生の卒業後の状況調査」

14 **ケ 医師の確保を特に図るべき区域**

15 ○国が2023年度に公表した「医師偏在指標」において、県内では富士医療圏、中東遠医療圏、
16 賀茂医療圏の3医療圏が、全国の2次保健医療圏における下位1/3に該当する医師少数区域
17 に位置付けられています。

18 (図表8-1-20)

19 ○本県は11市区町を医師少数スポットに設定しています。

20 <設定の考え方>

21 人口10万人当たり病院勤務医数が、医師少数区域の人口当たり病院勤務医数より少ない市区
22 町で、公的医療機関等が所在する以下の市区町とします。

23 伊東市、伊豆市、三島市、裾野市、函南町、御殿場市、静岡市清水区、静岡市駿河区、牧之
24 原市、浜松市天竜区、湖西市

25 ○また、国は2023年度に勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標を参考として提示しま
26 した。（図表8-1-21）

27 ○本県の医師数の状況には、2次保健医療圏ごとに地域偏在が生じています。（図表8-1-
28 19）

29 ○分娩取扱医師については、国の偏在指標上、県全域及び周産期医療圏ともに「相対的医師少数
30 県（区域）ではない」と位置付けられています。分娩を取り扱う医療機関は減少傾向となっ
31 ています。（図表8-1-22、23）

32 ○小児科医について、県全体で「相対的医師少数県」と位置付けられており、小児医療圏におい

- 1 ては医療圏ごとの偏在が大きくなっています。(図表8-1-22)
 2 ○産科・小児科については、引き続き産科医、小児科医の確保が必要な状況にあります。
 3

4 図表8-1-19 医師数の状況(2次保健医療圏)(医療施設従事医師数) (単位:人)

| 医療圏 \ 年 | 2010 | 2012 | 2014 | 2016 | 2018 | 2020 | 2020-2018 | 2020-2010 |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|-----------|
| 賀茂 | 89 | 95 | 99 | 97 | 98 | 98 | ±0 | +9 |
| 熱海伊東 | 244 | 236 | 255 | 222 | 231 | 227 | △4 | △17 |
| 駿東田方 | 1,345 | 1,326 | 1,386 | 1,425 | 1,467 | 1,508 | +41 | +163 |
| 富士 | 517 | 508 | 529 | 555 | 555 | 565 | +10 | +48 |
| 静岡 | 1,514 | 1,496 | 1,532 | 1,611 | 1,675 | 1,751 | +76 | +237 |
| 志太榛原 | 629 | 687 | 718 | 716 | 751 | 798 | +47 | +169 |
| 中東遠 | 581 | 605 | 621 | 681 | 696 | 730 | +34 | +149 |
| 西部 | 1,964 | 2,014 | 2,045 | 2,097 | 2,217 | 2,295 | +78 | +331 |

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

6
 7 図表8-1-20 本県の医師偏在指標の状況

| 地域 \ 区分 | 分類 | 医師偏在指標 | 順位 |
|---------|--------|--------|-------------------|
| 県 | 医師少数県 | 211.8 | 39位/47都道府県 |
| 西部 | 医師多数区域 | 258.0 | 68位 [※] |
| 静岡 | | 234.4 | 88位 [※] |
| 駿東田方 | 中位区域 | 201.4 | 153位 [※] |
| 志太榛原 | | 191.8 | 187位 [※] |
| 熱海伊東 | | 190.4 | 194位 [※] |
| 中東遠 | 医師少数区域 | 176.3 | 230位 [※] |
| 富士 | | 157.9 | 274位 [※] |
| 賀茂 | | 144.4 | 305位 [※] |
| 全国平均 | — | 255.6 | — |

8 ※全335の2次保健医療圏における順位

- 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15

1 図表 8-1-21 勤務施設別の医師偏在指標の状況

2 <病院のみ医師偏在指標>

| 地域 | 区分 | 分類 | 医師偏在指標 | 順位 |
|------|----|--------|--------|-------------------|
| 西部 | | 医師多数区域 | 182.3 | 69位 [※] |
| 静岡 | | | 155.1 | 97位 [※] |
| 駿東田方 | | 中位区域 | 132.2 | 166位 [※] |
| 志太榛原 | | | 128.0 | 181位 [※] |
| 熱海伊東 | | | 127.9 | 182位 [※] |
| 中東遠 | | 医師少数区域 | 110.5 | 246位 [※] |
| 富士 | | | 90.8 | 303位 [※] |
| 賀茂 | | | 82.1 | 322位 [※] |
| 全国 | | — | 175.9 | — |

3

4 <診療所のみ医師偏在指標>

| 地域 | 区分 | 分類 | 医師偏在指標 | 順位 |
|------|----|--------|--------|-------------------|
| 静岡 | | 医師多数区域 | 79.0 | 79位 [※] |
| 西部 | | | 75.1 | 103位 [※] |
| 駿東田方 | | 中位区域 | 68.9 | 149位 [※] |
| 富士 | | | 66.2 | 168位 [※] |
| 中東遠 | | | 65.6 | 173位 [※] |
| 志太榛原 | | | 64.3 | 184位 [※] |
| 賀茂 | | | 63.9 | 189位 [※] |
| 熱海伊東 | | | 62.4 | 204位 [※] |
| 全国平均 | | — | 79.7 | — |

5 ※全 335 の 2 次保健医療圏における順位

6

7 図表 8-1-22 相対的医師少数^{※1}県（区域）の設定

8 <分娩取扱>

| 地域 | 区分 | 分類 | 医師偏在指標 <分娩取扱> | 順位 |
|----|----|--------------|------------------|--------------------|
| 県 | | 相対的医師少数県でない | 9.8 | 29位/47都道府県 |
| | 中部 | 相対的医師少数区域でない | 13.3 | 48位 ^{※2} |
| | 西部 | 相対的医師少数区域でない | 9.4 | 127位 ^{※2} |
| | 東部 | 相対的医師少数区域でない | 8.0 | 176位 ^{※2} |

9

10

11

12

13

1 <小児科>

| 地域 | 区分 | 分類 | 医師偏在指標 <小児科> | 順位 |
|----|------|--------------|-----------------|--------------------|
| | 県 | 相対的医師少数県 | 94.4 | 46位/47都道府県 |
| | 駿東田方 | 相対的医師少数区域でない | 153.0 | 25位 ^{※2} |
| | 賀茂 | 相対的医師少数区域でない | 151.0 | 28位 ^{※2} |
| | 熱海伊東 | 相対的医師少数区域でない | 131.5 | 62位 ^{※2} |
| | 志太榛原 | 相対的医師少数区域でない | 101.0 | 173位 ^{※2} |
| | 西部 | 相対的医師少数区域でない | 99.1 | 178位 ^{※2} |
| | 静岡 | 相対的医師少数区域 | 91.0 | 212位 ^{※2} |
| | 富士 | 相対的医師少数区域 | 84.0 | 238位 ^{※2} |
| | 中東遠 | 相対的医師少数区域 | 74.5 | 272位 ^{※2} |

2 ※1：産科・小児科の医師偏在指標の値を全国で比較し、指標が下位33.3%に該当する医療圏を
3 「相対的医師少数都道府県（区域）」と設定

4 ※2：全307小児医療圏におけるにおける順位

6 図表8-1-23 分娩取扱施設数の推移

| 区分 | 年度 | 1995 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|-----|----|------|------|------|------|------|------|
| 病院 | | 39 | 25 | 25 | 24 | 23 | 23 |
| 診療所 | | 85 | 44 | 42 | 39 | 38 | 37 |
| 計 | | 124 | 69 | 67 | 63 | 61 | 60 |

7 出典：県地域医療課調べ

9 コ 医師の働き方改革

10 ○2021年5月の医療法等の改正により、2024年4月1日から医師に対する時間外労働の上限規
11 制が罰則付きで開始されます。

12 ○年間960時間を超えて医師に時間外勤務を命じる医療機関は、県知事により特定労務管理対象
13 機関の指定を受ける必要があります。

14 ○特定労務管理対象機関は、目標上限時間を最大1,860時間から3年ごと225時間ずつ下げ、
15 2035年度までに年間960時間とすることが求められています。

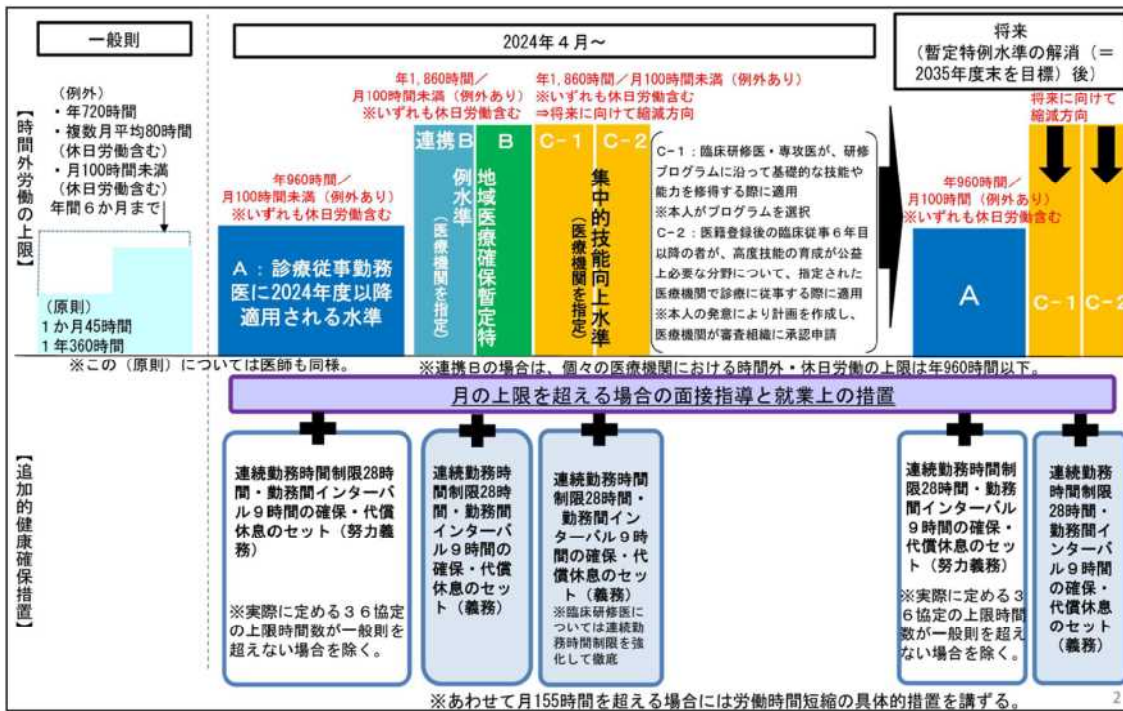
16 ○また、宿直は週1回、日直は月1回が原則とされています。

17 ○大学等が医師派遣する場合には、派遣先の医療機関の時間外労働と合わせて960時間を超え
18 る場合には、連携B水準の指定を受ける必要があります、派遣先病院において宿日直許可の取得
19 など適切な労務時間管理が求められています。

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

22 ○医師の働き方改革の実現には、労働時間の上限規制に加え、地域医療構想、医師の確保・偏在
23 対策の推進、医療を受ける県民の理解に基づく上手な医療のかかり方の促進が必要です。

1 図表 8-1-24 医師の時間外労働規制



2 ※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。
 3 資料：「医師の働き方改革に関する検討会 中間とりまとめ参考資料」（2020年12月22日）

4
 5 **サ 高齢医師等への就業支援状況**

- 6 ○県医師会と連携し、きめ細かな相談対応とマッチングを行っていくことを目的として、2021年
 7 1月に「静岡県医師バンク」を設置し、職業紹介事業を行っています。
 8 ○「静岡県医師バンク」については、就業者数も増加していることから、その取組をさらに加速
 9 させる必要があります。

10
 11 **シ 研究・学術環境の状況**

- 12 ○社会健康医学の研究を長期かつ継続的に推進するとともに、研究成果を広く還元する人材を養
 13 成するため、県民の健康寿命の延伸に役立つ「疫学」、「医療ビッグデータ」、「ゲノム医学」な
 14 どの専門的知識を修得する「静岡社会健康医学大学院大学」が2021年4月に開学しました。
 15 ○更なる医師確保と医療水準の向上を図り、県内にいる優秀な医師が県外に流出することを抑制
 16 し、県内への定着を図るため、医師にとって、より魅力のある教育・研究環境を整えていくこ
 17 とが重要です。

18
 19 **(2) 施策の方向性**

- 20 ○本県は医師少数県に位置付けられていることから、地域医療介護総合確保基金を最大限に活用
 21 するなど医師確保に取り組みます。
 22 ○特に、全国平均と大きな差がある病院勤務医の確保に向けて、必要な対策に取り組みます。
 23 ○地域枠等医師のキャリア形成プログラムや医師偏在解消推進事業費助成の活用などにより、特
 24 に医師の確保を特に図るべき区域の医師の確保を推進し、地域偏在の解消に取り組みます。
 25 ○浜松医科大学、医師会、病院協会、その他関係団体との連携を図りながら、本県の目標医師数

- 1 を達成するための施策について随時検討を進め、必要な対策を実施します。
- 2 ○令和6年4月から適用が開始される医師の時間外上限規制など医師の働き方改革への対応を
- 3 進め、産科・小児科など地域医療の持続的かつ効率的な体制構築に取り組みます。
- 4 ○専門領域ごとの「キャリア形成プログラム」の整備により、地域枠など医学修学研修資金貸与
- 5 者一人ひとりを9年間にわたり県内の病院で丁寧育て、返還免除後も引き続き県内への定着
- 6 を確かなものとしていきます。

7

8 (3) 今後の対策

9 **ア 目標医師数**

10 ①国医師偏在指標に基づく目標医師数

11 (県)

12 ○現在の医師偏在指標の下位 1/3 である医師少数県を脱する数値として国が示した数値を、本県

13 全体で最低限達成すべき「目標医師数」として設定します。

14 (2次保健医療圏)

15 ○医師少数区域(賀茂医療圏、富士医療圏、中東遠医療圏)は、現在の医師偏在指標の下位 1/3

16 である医師少数区域を脱する数値として国が示した数値を、本県が最低限達成すべき「目標医

17 師数」として設定します。

18 なお、中東遠医療圏については、計画開始時に既に下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達す

19 るために必要な医師数を達成していますが、医師の地域偏在の解消を図る観点から、目標医師

20 数は計画開始時の医師数とします。

21 ②本県の特性に応じた目標医師数

22 ○医師少数スポットにおいては、医師少数区域の人口当たり病院勤務医数の最大値に達するため

23 に必要な医師数を目標医師数とします。

24 **イ 医学修学研修資金制度**

25 ○浜松医科大学及び静岡社会健康医学大学院大学、静岡県立総合病院と連携し、医学修学研修資

26 金の被貸与者のきめ細かな配置調整などキャリア形成支援等を行うことにより、返還免除勤務

27 終了後の県内定着をより一層促進します。

28 ○2020年度以降、大学在学中に貸与を行う者については、6年間の貸与を原則化しており、県に

29 よる勤務先調整が可能な者(専門研修終了後の勤務者)の確保につなげていきます。また、臨

30 床研修期間についても返還免除勤務対象期間に加えることにより、早期からの県内居住による

31 定着を促進します。

32 ○県内における医師不足の状況について、県内医療関係者と共有しながら、さらなる医師不足解

33 消に向けて、医学修学研修資金被貸与者の今後の配置調整のあり方について検討を行っていき

34 ます。

35 ○静岡県医学修学研修資金の貸与資格者に、産科・小児科・麻酔科の専攻医も含まれていること

36 を周知することで、本県に必要な診療科へ誘導を図ります。

37 **ウ 地域枠医師の確保**

38 ○地域枠は、都道府県間の医師偏在を是正する機能があることから、引き続き地域枠の維持に努

39 めます。

1 ○国は、2025年度以降の医学部臨時定員については、「第8次医療計画等に関する検討会」等に
2 おける議論の状況を踏まえ、改めて検討するとされていることから、引き続き国の状況を注視
3 していきます。

4 **エ キャリア形成プログラム**

5 ○地域枠卒業医師等、医師少数区域等に派遣される医師の能力開発及び向上を図るため、キャリ
6 ア形成プログラムの再構築を推進し、医師の地域偏在解消を図ります。

7 ○地域枠設置大学と連携しながら、キャリア形成卒前支援プラン¹等を通じ、地域実習など医学部
8 生時から地域医療に貢献するこころざしを育む取組を行います。

9 **オ 医師少数区域等における医師確保**

10 ○医師の確保を特に図るべき区域に一定期間勤務し、医療の提供のため必要な業務を行った医師
11 を医師少数区域経験認定医師として認定する国の制度や、同制度により認定を受けた医師の研
12 修参加費用等を補助する県の事業の積極的な活用を病院等に働きかけを行うことで、医師の確
13 保を推進します。

14 ○医師少数スポットについては、医師確保の実情に合わせて、設定の見直しを継続的に行います。

15 **カ 分娩取扱医師等確保支援策の実施**

16 ○受け皿となるプログラムを数・質ともに充実させることが必要です。成長過程における切れ目
17 のない医療を提供し、政策医療としての母子の安全性確保をはじめ、適切な母子保健及び学校
18 保健を進めるためにも、医師の確保と偏在解消に向けて取り組みます。

19 ○過酷な勤務状況にある産科医等の処遇を改善するため、分娩を取り扱う産科医等に手当を支給
20 する施設に対し支援を行うなど、周産期医療従事者の確保を進めます。

21 **キ 臨床研修医・専攻医**

22 ○専攻医を確保するには、魅力ある専門医研修プログラムの整備が必要であることから、新た
23 に指導医を招聘し、研修環境の充実を図る病院や、既存の指導医の指導環境の整備に取り組
24 む病院を支援します。

25 ○専攻医募集において、募集定員に上限（シーリング）が設定されている都道府県に立地する
26 医科大学病院等から、県内医療機関への専攻医受入れにつながるよう、専攻医数に偏りがあ
27 る診療科を中心に各医科大学病院等への働きかけを実施します。

28 ○病院の垣根を越えて、専攻医が臨床研修医等の若手医師を指導する機会をつくり、研修に参
29 加した臨床研修医が専攻医となり、次の臨床研修医を指導するような育成の仕組みなどによ
30 り、専攻医の安定した確保を促進します。

31 ○2020年度以降、県外大学出身の地域枠学生が順次6年生となることから、県内で安心して臨
32 床研修が始められるよう、地域枠設置大学と協議を行い、入学当初から地域医療について学
33 ぶ機会を設けるほか、病院見学や病院実習など臨床研修への移行支援に取り組みます。

34 ○地域における今後の医療需要の変化に対応した、幅広い総合診療能力を有する医師の養成を推
35 進します。

36 ○臨床研修医に対する積極的な研修機会の確保、関係構築の場の提供を目的として、地域別の

¹都道府県は、各大学で実施している医学部の教育カリキュラムを基盤としつつ、地域医療へ貢献する意思を有する学生に対し、地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養を図り、対象学生が学生の期間を通じて、地域医療に貢献するキャリアを描けるように支援することを目的とした「キャリア形成卒前支援プラン」を策定するものとされています。

1 研修に加え、小児科・産婦人科等の診療科別の研修の実施を支援し、専攻医の確保を促進し
2 ます。

4 <寄附講座>

5 ○政策的に必要な領域の医師確保対策等を推進するため、寄附講座を実施します。

6 [寄附講座（2024. 3. 31 現在）]

7 ・「児童青年期精神医学講座設置事業」

8 児童青年期精神医学の診療能力を有する医師を養成し、医師の県内定着を促進するとともに、
9 県東部地域へ養成された医師を配置し、児童精神医療の地域偏在の解消を図ります。

11 ・「地域周産期医療学寄附講座設置事業」

12 地域周産期医療学の診療能力を有する医師の養成と周産期医療に関する研究を行うととも
13 に、研修システム及び医師派遣システムの研究・構築と養成された専門医の県内の周産
14 期母子医療センターをはじめとする周産期医療施設への配置・定着を図ります。

16 ・「地域家庭医療学寄附講座設置事業」

17 県内の家庭医養成施設等と連携した幅広い診療能力を有する医師の養成及び定着促進を
18 通じて、地域包括ケアシステムの構築、医療提供体制の充実を図ります。

20 ・「地域医療確保支援研修体制充実事業」

21 医師の地域偏在解消、地域医療構想の実現に向けて、効率的効果的な医師の配置、拠点
22 化のための調査分析、医師派遣調整を通じて、医師不足地域における研修体制の充実を
23 図ります。

24 ク 女性医師の活躍支援

25 ○2017年4月に、県が浜松医科大学に設置した、県全体の女性医師支援を推進する「ふじのく
26 に女性医師支援センター」において、出産等により離職した女性医師の復職支援や子育て、
27 介護等をしながら就業を継続できるようロールモデル講演会開催等によるキャリア形成支援
28 など、専任のコーディネーター（医師）による、高い専門性を活かした取組を積極的に実施
29 することにより、女性医師が県内で更に活躍する仕組みを構築します。また、女性医師の活
30 躍の場を広げるため、将来的に病院管理を担う人材を育成するための取組を推進していきま
31 す。

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

34 ○女性医師の割合の増加等、医師それぞれのライフスタイルに合わせた多様な求職ニーズが生ま
35 れていることから、幅広い年齢を対象とした、きめ細かな支援を行います。

36 ケ 高校生等への支援による医学科進学者の増

37 ○県内の高校生等に対し、実際の医療現場に訪問する機会や、医療従事者や医学部合格者と接す
38 る機会を提供することで、医学部医学科への進学を目指す高校生等を増やします。

39 コ 医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援

40 ○「ふじのくに医療勤務環境改善支援センター」において、医療機関からの要請に応じ、社会保
41 険労務士や医業経営コンサルタント等を派遣し、医師時短計画の策定や見直しなど医師の働き
42 方改革に対する支援を行います。

43 ○周産期医療や小児医療など持続可能な医療提供体制について検討を進め、必要な対策を実施し

1 ます。

2 ○医師の業務のタスク・シフト/シェアを推進するため、医師・看護師事務作業補助者の資質向
3 上を目的とした研修を行うほか、看護師特定行為研修の研修機関や受講生を派遣する派遣病
4 院への支援等を行います。

5 ○特定の医療機関に外来受診が集中し、医師に過度な負担を招くことを防ぐため、県民に対して、
6 上手な医療のかかり方や在宅医療に関する講演会を開催するなど、周知啓発を図ります。

7 **サ 高齢医師等の活躍支援**

8 ○1973年の「一県一医大構想」により養成された医師が順次定年を迎える中で、65歳を過ぎて
9 も意欲と能力のある医師が働き続けられるよう、医師の就労相談やマッチング支援を行う職
10 業紹介サイト「静岡県医師バンク」を県医師会と連携して運営し、高齢医師の活躍を促進し
11 ます。

12 **シ 研究・学術環境の整備**

13 ○本県では、県民の健康寿命の更なる延伸や、世界に誇れる健康長寿“ふじのくに”実現のため、
14 社会健康医学の推進を図っています。

15 ○医科系の博士課程を持つ大学院大学の設置に向けて、設置に必要な条件や課題の洗い出しなど
16 を行った上で、医療・教育関係などの皆様から御意見を伺って検討を進めていきます。

17

18 **(4) 医師確保計画の効果の測定・評価**

19 ○策定した計画の効果測定・評価を静岡県医療対策協議会（含む医師確保部会）において実施
20 します。

21 ○計画終了時には、県外からの医師の受入状況や、地域枠医師の定着率及び派遣先、義務履行
22 率等を把握し、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させます。

23 ○医師確保計画の効果については、病床機能報告等の県が活用可能なデータも参考として効果を
24 測定・評価することとします。

25

1

2

3

4

※白紙

1 第2節 歯科医師

【対策のポイント】

- 誰もが受診できる歯科医療提供体制の確保
- 地域の実情に応じた歯科医療を提供するための歯科医師の育成

【数値目標】

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------|
| 歯科訪問診療を実施している 歯科診療所数（再掲） | <u>278 施設</u> <u>(2021 年)</u> | <u>302 施設</u> <u>(2026 年)</u> | 在宅医療等必要量の見 込みから算出 | 県健康増進課調 査 |
| <u>かかりつけ歯科医機能強化型歯 科診療所数</u> | <u>287 施設</u> <u>(2023 年)</u> | <u>338 施設</u> <u>(2029 年)</u> | <u>中医協資料により、増加 割合を推定</u> | <u>東海北陸厚生局</u> |

(1) 現状

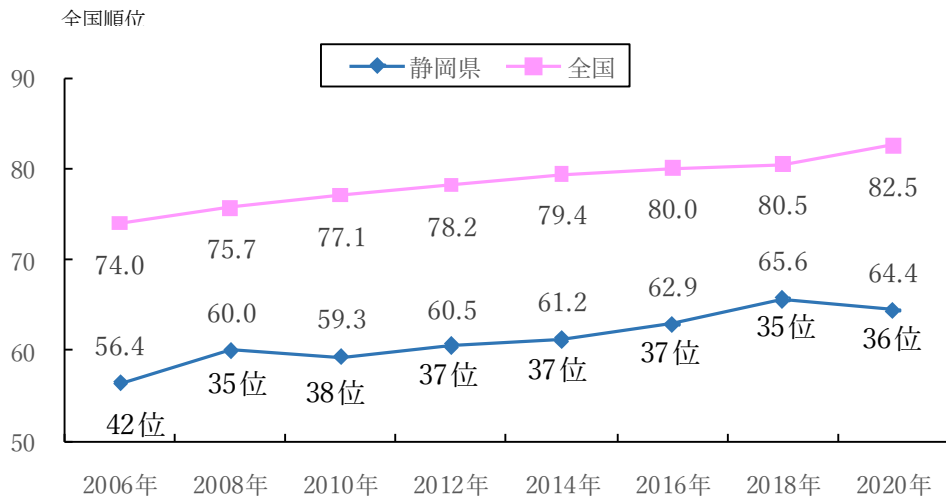
- 2020 年末における本県の歯科医師数は 2,376 人（医療施設に従事する者 2,340 人：病院 103 人、診療所 2,222 人）です。
- 人口 10 万人当たり歯科医師数は 65.4 人で、全国値の 85.2 人よりも少ない状況です。人口 10 万人当たり医療施設従事歯科医師数は、2018 年末と比較して、全国値は 2.0 人増加し 82.5 人ですが、本県は 1.2 人減少し 64.4 人です。減少している都道府県は全国で 6 県です。

図表 8-2-1 業務種別歯科医師数及び増加率 (単位：人)

| 区分 | | 実数 | 総数 | 医療施設 従事歯科 医師数 | 医療施設 従事歯科 医師数 | | | 介護老 人保健 施設・介護 医療院 | 医療・ 老人保健 施設・介 護医療院 以外 | その他 |
|-----|-----|------------------|---------|---------------------|---------------------|--------|--------|----------------------------|-----------------------------------|--------|
| | | | | | 病院 | 医育機関 | 診療所 | | | |
| 静岡県 | 人数 | 実数 | 2,376 | 2,340 | 103 | 15 | 2,222 | 0 | 11 | 25 |
| | | 人口 10 万人 対 | 65.4 | 64.4 | 3.2 | 0.4 | 61.2 | 0 | 0.3 | 0.7 |
| | 増加率 | 2 年間 | ▲2.9% | ▲2.5% | ▲12.7% | ▲6.3% | ▲2.6% | ▲100% | ▲35.3% | ▲10.7% |
| | | 10 年間 | 4.5% | 4.8% | ▲16.3% | ▲21.1% | 5.3% | ▲100% | ▲26.7% | 0% |
| 全国 | 人数 | 実数 | 107,443 | 104,118 | 12,329 | 9,099 | 91,789 | 34 | 1,646 | 1,619 |
| | | 人口 10 万人 対 | 85.2 | 82.5 | 9.8 | 7.2 | 72.8 | 0.0 | 1.3 | 1.3 |
| | 増加率 | 2 年間 | 2.4% | 2.3% | 5.6% | 6.9% | 1.9% | 0% | 2.4% | 9.6% |
| | | 10 年間 | 5.8% | 5.5% | ▲0.9% | ▲4.5% | 6.4% | 112.5% | 15.8% | 14.4% |

資料：「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2020 年）（2016 以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」）・厚生労働省

図表 8-2-2 人口 10 万人当たり医療施設従事歯科医師数の推移 (単位：人)



資料：「医師・歯科医師・薬剤師統計」(2020年)(2016以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」)・厚生労働省

図表 8-2-3 圏域別の医療施設従事歯科医師数 (単位：人)

| 区分 | 人口 10 万人対歯科医師数 | | | 歯科医師数 (実数) | | |
|------|----------------|--------|-------|------------|--------|-------|
| | 2020 年 | 2018 年 | 2 年増減 | 2020 年 | 2018 年 | 2 年増減 |
| 賀茂 | 65.5 | 60.8 | 4.7 | 39 | 38 | 1 |
| 熱海伊東 | 84.3 | 89.6 | ▲5.3 | 84 | 92 | ▲8 |
| 駿東田方 | 72.0 | 72.7 | ▲0.7 | 461 | 471 | ▲10 |
| 富士 | 57.8 | 65.6 | ▲7.8 | 216 | 246 | ▲30 |
| 東部 | 68.2 | 71.3 | ▲3.1 | 800 | 847 | ▲47 |
| 静岡 | 70.4 | 72.9 | ▲2.5 | 488 | 507 | ▲19 |
| 志太榛原 | 56.1 | 52.8 | 3.3 | 254 | 241 | 13 |
| 中部 | 64.8 | 65.0 | ▲0.2 | 742 | 748 | ▲6 |
| 中東遠 | 52.4 | 52.3 | 0.1 | 242 | 243 | ▲1 |
| 西部 | 65.3 | 65.9 | ▲0.6 | 556 | 562 | ▲6 |
| 西部 | 60.7 | 61.1 | ▲0.4 | 798 | 805 | ▲7 |

資料：「医師・歯科医師・薬剤師統計」(2020年)・厚生労働省

(2) 課題

ア 誰もが受診できる歯科医療提供体制の確保

- 高齢者人口の増加に伴い、歯科医師には、その特性等に応じた歯科医療の提供が求められており、これまで以上に病院や医科診療所、介護保険事業者等と連携体制を築くことが求められています。
- 地域の歯科診療所と、後方支援の機能を持つ病院歯科との機能を分担しながら地域に歯科医療を提供していくことが課題です。

1 ○通院による歯科医療が困難であっても、住み慣れた地域で暮らしていけるよう、県内どの地域
2 でも歯科訪問診療を希望すれば治療を受けられる体制の推進が求められています。

3 ○県民が住み慣れた地域で暮らし続けていくために、障害や認知機能の衰えなどで歯科治療に配
4 慮が必要な人に対し、地域の歯科診療所が幅広く対応していくことが求められています。

5 **イ 地域の実情に応じた歯科医療を提供するための歯科医師の育成**

6 ○かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所は、質の高い歯科医療を提供する歯科診療所として貢
7 献が期待されていますが、全歯科診療所の約 16%に留まっています。

8 ○健康寿命の延伸を支援する 8020 運動・オーラルフレイル予防をさらに推進するため、歯科診
9 療所を核として地域における歯科保健を実践する歯科医師が必要であるが、地域によってはそ
10 の不足が懸念されています。

11

12

13 **(3) 対策**

14 **ア 誰もが受診できる歯科医療提供体制の確保**

15 ○医科歯科連携、病診連携、多職種との連携体制の推進を支援します。

16 ○障害のある人や介護の必要な人、疾病を持っている人に対する歯科医療に対応できる歯科訪問
17 診療体制の充実を図ります。

18 ○地域の歯科診療所が、歯科治療に配慮が必要な人に対し幅広く対応できるよう、その人材育
19 成・確保を支援します。

20 **イ 地域の実情に応じた歯科医療を提供するための歯科医師の育成**

21 ○医科歯科連携や歯科訪問診療の推進により、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の充実を
22 図ります。

23 ○あらゆる年齢の住民の生活の質を向上させるために研修等により 8020 運動や、オーラルフレ
24 イル予防を推進する歯科医師を養成します。

1

2

3

4

※白紙

1 第3節 薬剤師

3 【対策のポイント】

- 4 ○ 薬剤師の地域における必要数の確保
- 5 ○ 薬剤師の資質向上
- 6 ○ 薬剤師のかかりつけとしての役割・機能の発揮
- 7 ○ 薬剤師の職能についての県民への周知

10 【数値目標】

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|-----------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------------|--------|
| 県内病院不足薬剤師数 | 127人 (2023年末) | 0人 (2029年度) | 県内各病院が設定している定員数から不足している薬剤師数を解消 | 県薬事課調査 |
| かかりつけ薬剤師・薬局の機能を強化する研修受講薬剤師数 | 1,046人 (2021年度) | 累計 1,913人 (2029年度) | 全ての薬局で、かかりつけ薬剤師・薬局の機能を保持 | 県薬事課調査 |

12 (1) 現状

13 ア 薬剤師数等

- 14 ○ 2020年末における本県の薬剤師数は 8,485人 で、2018年末の 8,320人 と比較すると 165人、2.0% 増加しています。人口10万人当たりの薬剤師数は 233.5人 で、全国 21位 であり、全国平均 255.2人 を下回っています。2018年末の 227.4人 からは 6.1人 増加しています。
- 17 ○ 業務種別をみると、薬局の従事者 (薬局薬剤師) は 5,194人 (総数の 61.2%) で、2018年末 に比べ 154人、3.1% 増加し、医療施設 (病院・診療所) の従事者 (病院薬剤師) は 1,479人 (同 17.4%) で 2018年末 に比べ 15人、1.0% の若干の増加となっています。薬局・医療施設に従事する人口10万人当たりの薬剤師数は、183.7人 で全国 29位 であり、全国平均の 198.4人 を下回っています。2018年末の 177.8人 からは 5.9人 増加しています。
- 22 ○ 国が公表した「薬剤師偏在指標」によると、現時点において、病院薬剤師について、本県は薬剤師少数県、西部医療圏を除く7医療圏が薬剤師少数区域とされ、薬局薬剤師については、賀茂医療圏が薬剤師少数区域とされました。将来時点(2036年)において、病院薬剤師について、本県は薬剤師少数県、全8医療圏が薬剤師少数区域とされています。

26 イ 薬局の薬剤師

- 27 ○ 地域住民からの要指導医薬品や一般用医薬品、健康食品、健康、健診、在宅医療・介護サービス、禁煙等に関する相談を受けるとともに、必要に応じ関係者への連絡や医療機関への受診勧奨を行っています。
- 30 ○ 患者の服薬情報を一元的・継続的に把握して薬の重複の有無、相互作用の可能性等を確認し、処方医への疑義照会や情報提供等を行うとともに、適切な薬学的管理や指導の実施を通じて、薬物療法の有効性・安全性を確保しています。
- 33 ○ 在宅療養する患者の服薬アドヒアランスの向上や残薬管理、服薬指導等を行うため薬局薬剤師

- 1 が患者宅に訪問する体制づくりを進めています。
- 2 ○かかりつけ医を始めとした医療機関等や地域包括ケアを担う多職種との連携を進めています。
- 3 ○開局時間以外であっても患者、家族が安心して療養できるよう、24時間、電話等により薬の飲
- 4 み方等についての相談に対応しています。

5 **ウ 病院・診療所の薬剤師**

- 6 ○多職種とのチーム医療の中で、病棟薬剤業務、外来支援業務、周術期薬学管理や薬物血中濃度
- 7 モニタリング、治験・臨床研究等を担い、患者の薬物療法の適正化や医療過誤の防止に努めて
- 8 います。
- 9 ○医薬品を管理する者として麻薬や向精神薬等の適正な品質管理や在庫管理を行うほか、副作用
- 10 などの医薬品安全情報の収集や関係者への周知を通じて医薬品の安全管理を行っています。

11 **エ 医薬品卸業の薬剤師**

- 12 ○配送中の温度管理等の医薬品の流過程における品質管理に努めています。
- 13 ○医療機関等への公正で安定した供給のほか、医薬品等の安全性等に関する情報の収集と提供等
- 14 を行うことにより、医療安全の確保に努めています。

15 図表 8-3-1 業務種別薬剤師数（単位：人）

| 区分 | 年 | 総数 | 薬局・医療施設従事者 | | | 病院又は診療所の勤務者 | 医薬品関連企業の従事者 | 大学で教育又は研究に従事する者 | 衛生行政保健衛生施設の従事者 | その他・無職 |
|-----|------|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|------------------|-----------------|----------------|------------------|
| | | | 薬局の開設者 | 薬局の勤務者 | | | | | | |
| 静岡県 | 2020 | 8,485 (233.5) | 6,673 (183.7) | 577 (15.9) | 4,617 (127.1) | 1,479 (40.7) | 918 (25.3) | 83 (2.3) | 280 (7.7) | 531 (14.6) |
| | 2018 | 8,320 (227.4) | 6,504 (177.8) | 592 (16.2) | 4,448 (121.6) | 1,464 (40.0) | 1,007 (27.5) | 82 (2.2) | 273 (7.5) | 454 (13.3) |
| 全国 | 2020 | 321,982 (255.2) | 250,585 (198.4) | 17,352 (13.7) | 171,630 (136.0) | 61,603 (48.7) | 39,044 (30.9) | 5,111 (4.1) | 6,776 (5.4) | 20,466 (16.3) |
| | 2018 | 311,289 (246.2) | 240,371 (190.1) | 16,698 (13.2) | 163,717 (129.5) | 59,956 (47.4) | 41,303 (32.7) | 5,263 (4.2) | 6,661 (5.3) | 17,691 (13.2) |

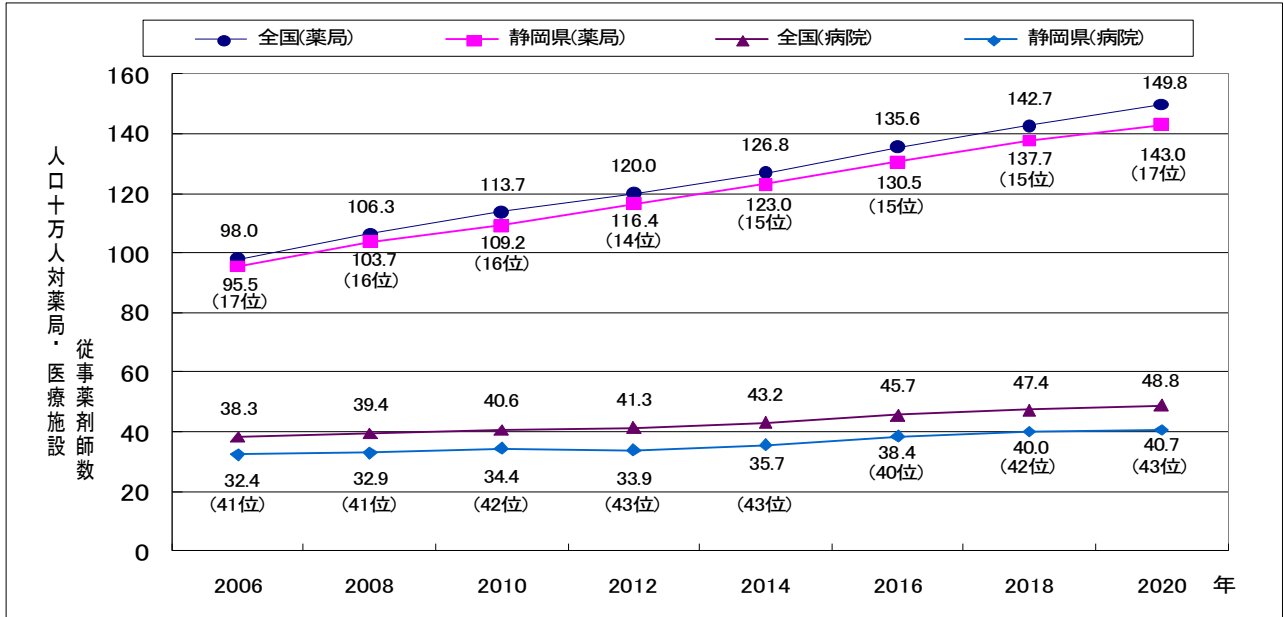
16 資料：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）2020年、2018年

17 ※（ ）内は人口10万人当たりの数

18
19
20
21
22
23
24
25
26
27

※下線は現計画からの主な変更箇所

図表 8-3-2 人口 10 万人当たり薬局・医療施設従事薬剤師数の推移 (単位: 人)



資料: 医師・歯科医師・薬剤師統計 (厚生労働省) ※順位は本県の全国順位

図表 8-3-3 薬剤師偏在指標

| 総計 | | 現時点 (2022 年) | | 将来時点 (2036 年) | |
|----------|----|--------------|------------|---------------|------------|
| | | 偏在指標 | 分類 | 偏在指標 | 分類 |
| 全国 | 病院 | 0.80 | — | 0.82 | — |
| | 薬局 | 1.08 | — | 1.22 | — |
| 静岡県 | 病院 | 0.66 | 薬剤師少数県 | 0.69 | 薬剤師少数県 |
| | 薬局 | 1.01 | 薬剤師多数県 | 1.19 | 薬剤師多数県 |
| 賀茂 | 病院 | 0.44 | 薬剤師少数区域 | 0.58 | 薬剤師少数区域 |
| | 薬局 | 0.64 | 薬剤師少数区域 | 1.04 | 薬剤師多数区域 |
| 熱海 伊東 | 病院 | 0.58 | 薬剤師少数区域 | 0.71 | 薬剤師少数区域 |
| | 薬局 | 0.84 | 少数でも多数でもない | 1.24 | 薬剤師多数区域 |
| 駿東 田方 | 病院 | 0.68 | 薬剤師少数区域 | 0.73 | 薬剤師少数区域 |
| | 薬局 | 1.00 | 薬剤師多数区域 | 1.21 | 薬剤師多数区域 |
| 富士 | 病院 | 0.61 | 薬剤師少数区域 | 0.63 | 薬剤師少数区域 |
| | 薬局 | 0.96 | 少数でも多数でもない | 1.14 | 薬剤師多数区域 |
| 静岡 | 病院 | 0.67 | 薬剤師少数区域 | 0.71 | 薬剤師少数区域 |
| | 薬局 | 1.12 | 薬剤師多数区域 | 1.31 | 薬剤師多数区域 |
| 志太 榛原 | 病院 | 0.58 | 薬剤師少数区域 | 0.61 | 薬剤師少数区域 |
| | 薬局 | 1.06 | 薬剤師多数区域 | 1.25 | 薬剤師多数区域 |
| 中東遠 | 病院 | 0.58 | 薬剤師少数区域 | 0.59 | 薬剤師少数区域 |
| | 薬局 | 0.87 | 少数でも多数でもない | 0.98 | 少数でも多数でもない |
| 西部 | 病院 | 0.76 | 少数でも多数でもない | 0.73 | 薬剤師少数区域 |
| | 薬局 | 1.07 | 薬剤師多数区域 | 1.17 | 薬剤師多数区域 |

資料: 厚生労働省調べ

1 (2) 課題

- 2 ○国が公表した「薬剤師偏在指標」によると、本県の病院薬剤師については、薬剤師少数県、西
3 部医療圏を除く7医療圏が薬剤師少数区域とされました。薬局薬剤師については、賀茂医療圏
4 が薬剤師少数区域とされ、特に病院薬剤師を確保していく必要があります。
- 5 ○薬剤師養成に必要な長期実務実習の強化として、受入施設の確保及び指導薬剤師の養成を充実
6 させる必要があります。
- 7 ○薬剤師は、高い職業意識や倫理観を持って、常に自己研鑽に励み、最新の医療及び医薬品等の
8 情報に精通するなど専門性を高めていく必要があります。
- 9 ○薬剤師の資質向上のための各種講習会・研修会や病院・大学などでの実務・臨床教育等により、
10 薬剤師免許取得後も生涯教育の場を確保していく必要があります。
- 11 ○薬局の薬剤師には、地域医療の専門家として地域住民に対する調剤や医薬品の適正使用に関す
12 る助言のみでなく、疾病予防など健康に関する相談への応需や医療・介護等を含めた様々な情
13 報を提供する役割が求められています。
- 14 ○患者や地域住民が安心して相談ができるよう、薬局の薬剤師には患者の心理等にも適切に配慮
15 して相談に傾聴し、平易でわかりやすい情報提供や説明するに不可欠なコミュニケーション能
16 力を高めていく必要があります。
- 17 ○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
18 と連携しての緊急的な調剤が全ての地域で同様に提供できるよう、体制を充実させる必要があ
19 ります。
- 20 ○全ての薬局の薬剤師は、県民に選ばれるかかりつけ薬剤師となり、薬局や患者宅における調剤
21 を通じて、患者状態や服薬情報等の継続的な把握等を行い、薬物療法の有効性・安全性を確保
22 し、地域包括ケアや地域医療に貢献することが求められています。
- 23 ○薬局の薬剤師にも、生命の危険性を伴う副作用のコントロールや効果に特段の注意が必要な
24 んや難病等の治療薬において、高度な薬学的管理ニーズに応じられる機能の発揮が求められて
25 います。
- 26 ○薬剤師の職能は、調剤だけでなく、服薬指導やチーム医療への参画、在宅訪問業務、かかりつ
27 け機能や健康づくりのサポート等、多岐に渡っていますが、その職能や活躍が県民に十分に認
28 知される必要があります。

30 (3) 対策

- 31 ○県内の薬剤師(特に病院薬剤師)の確保に向け、県立大学、県病院協会、県病院薬剤師会、県薬
32 剤師会等の関係者間で連携し、薬学生のみならず県外薬剤師の県内就職を支援します。
- 33 ○県内出身の薬剤師の増加に向け、県薬剤師会、県病院薬剤師会等と連携し、高校生の薬学部進
34 学の促進、小中高校生の薬剤師・薬学部への関心向上を図ります。
- 35 ○薬剤師同士が互いに結びつくことで、薬剤師の資質や意欲の向上が図られるよう、県内各病院
36 薬剤師間や、病院薬剤師と薬局薬剤師間の交流業務を支援します。
- 37 ○県薬剤師会等との連携により、生涯教育の機会を確保することで、地域医療の担い手としての
38 役割を担う志を持つ薬剤師を支援し、資質向上を図ります。
- 39 ○地域住民からの健康相談に適切に対応するため、医療機関や健診の受診勧奨に関する対応力の
40 向上、地域の医療や福祉等に関する情報の把握とそれら関係者との連携構築を支援します。

- 1 ○患者や地域住民が安心して相談できるよう、県薬剤師会と連携して、薬局の薬剤師に対するコ
2 ミュニケーション能力向上に資する研修の推進を図ります。
- 3 ○かかりつけ薬剤師による 24 時間の相談や、緊急の調剤に対応するための薬局内の体制整備や
4 薬局同士の連携強化を図るほか、多職種と共同で行う研修等を通じて地域の医療機関と薬局と
5 の連携を促進します。
- 6 ○患者状態や薬物療法の継続的な把握による副作用や効果の確認、多剤投薬や相互作用の防止、
7 多職種との連携等のかかりつけ薬剤師・薬局に関する機能強化を図るほか、がん専門薬剤師等
8 高度で専門的な技能の習得等を促進します。
- 9 ○医薬品等の管理に関する関係法令の知識を深め、医薬品が適切に取り扱われることにより健康
10 被害の未然防止を図ります。
- 11 ○県薬剤師会や県病院薬剤師会等との連携により、それぞれが担う薬剤師の職能や活躍を、若年
12 層を始めとした多くの県民へ周知しその活用を促すことで、医療の安全と質を向上させるとと
13 もに、薬剤師がやりがいを感じられるよう、県民に対する情報発信、理解促進を進めます。
- 14

1

2

3

4

※白紙

第4節 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）

【対策のポイント】

- 看護職員の計画的な養成と確保
- 訪問看護に従事する看護職員の確保
- 特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の確保

【数値目標】

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|--|---|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| 看護職員数 | <u>43,216人</u> (2020年12月) | 47,046人 (2025年) | 看護職員需給推計による需給ギャップの解消を目指す。 | 看護職員従事者届 |
| 新人看護職員を指導する実地指導者養成数 | <u>累計504人</u> (2022年度まで) | <u>累計784人</u> (2029年度まで) | 毎年度40人増加 | 県地域医療課調査 |
| 再就業準備講習会参加者数 | <u>60人</u> (2022年度) | 80人 (毎年度) | 毎年度80人参加 | 県地域医療課調査 |
| 認定看護師数 | <u>609人</u> (2022年12月) | <u>959人</u> (2029年12月) | 毎年 <u>50人</u> 増加 | 日本看護協会資料 |
| 特定行為研修修了者の就業者数 | <u>177人</u> (2023年3月) | <u>877人</u> (2029年3月) | 毎年度 <u>100人</u> 増加 | 厚生労働省資料 |
| <u>特定行為指定研修機関及び協力施設数</u> | <u>指定研修機関13施設</u> (2023年8月) <u>協力施設22施設</u> (2023年度) | <u>指定研修機関13施設</u> (2029年8月) <u>協力施設22施設</u> (2029年度) | <u>指定研修機関・協力施設数を維持</u> | <u>厚生労働省資料、</u> <u>県地域医療課調査</u> |
| <u>24時間体制をとっている訪問看護ステーション数(従事看護師数)(再掲)</u> | <u>232施設</u> (1,545人) (2022年) | <u>308施設</u> (2,049人) (2026年) | <u>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%</u> | <u>県訪問看護ステーション協議会調査</u> |

<看護職員需給推計>

- 厚生労働省が2019年10月に公表した看護職員需給推計結果において、本県の2025年における看護職員の需要推計は、46,628人から50,076人とされています。一方、供給推計は、43,596人とされており、約3千人から約6千人の需給ギャップが見込まれています。
(いずれも次表のシナリオ①から③の数値)

1 図表8-4-1 本県と全国の推計結果 (単位：人、%)

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

2 資料：厚生労働省「医療従事者の賃給に関する検討会 看護職員賃給分科会中間とりまとめ」
3 (2019年)

4

5 <需要推計の方法>

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

10 <需要推計の考え方(3つのシナリオ)>

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

11

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

12 (供給推計の方法)

13 ○国の示す以下の計算式により推計

14 $(①前年の看護職員数 + ②新規就業者数 + ③再就業者数) \times (1 - ④離職率)$

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

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

1 ○推計結果 (単位:人)

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

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

3 ○再就業者数: 2017~2025年3,719人

4
5 <就業看護職員数>

6 (全国の状況)

7 ○2020年12月末における全国の就業看護職員数(保健師、助産師、看護師、准看護師の合計)
8 は、実人員で約166万人(常勤換算では、約150万人)となっています。

9 図表8-4-2 全国の就業看護職員数 (単位:人)

| 区 分 | | 保健師 | 助産師 | 看護師 | 准看護師 | 計 |
|--------------|-----------|----------|----------|-------------|-----------|-------------|
| 2020年 12月 | 実人員数 | 55,595 | 37,940 | 1,280,911 | 284,589 | 1,659,035 |
| | 常勤換算人数 | 51,405.1 | 34,248.4 | 1,172,014.1 | 246,696.0 | 1,504,363.6 |
| | 人口10万人当たり | 44.1 | 30.1 | 1,015.0 | 225.6 | 1,315.2 |
| 2018年 12月 | 実人員数 | 52,955 | 36,911 | 1,218,606 | 304,479 | 1,612,951 |
| | 常勤換算人数 | 49,241.4 | 33,563.9 | 1,124,151.7 | 267,306.9 | 1,474,263.9 |
| | 人口10万人当たり | 41.9 | 29.2 | 963.8 | 240.8 | 1,275.6 |
| 差 引 | 実人員数 | +2,640 | +1,029 | +62,305 | △19,890 | +46,084 |
| | 常勤換算人数 | +2,163.7 | +684.5 | +47,862.4 | △17,610.9 | +30,099.9 |
| | 人口10万人当たり | +2.2 | +0.9 | +51.2 | △15.2 | +39.6 |

10 資料: 厚生労働省「衛生行政報告例(2020年、2018年)」※人口10万人当たりは実人員ベース

11
12 (県内の状況)

13 ○2020年12月末における県内の就業看護職員数は43,216人で、2018年末の42,007人に比べ、
14 1,209人(+2.9%)増加しており、全国の伸び率+2.9%と同程度です。

15 ○年齢別状況を見ると、20歳代から30歳代の占める割合は、全体の38.2%となっており、2018
16 年末の38.9%に比べ減少しています。

17 ○2020年12月末の人口10万人当たりの看護職員従事者数(常勤換算)は1,065.8人で、全国平
18 均の1,192.6人と比較すると126.8人下回っており、多い方から全国40位です。

1 図表 8-4-3 県内の就業看護職員数 (単位：人)

| 区 分 | | | 保健師 | 助産師 | 看護師 | 准看護師 | 計 |
|--------------|------|-----------|---------|-------|----------|---------|----------|
| 2020年 12月 | 実人員 | 人数 | 1,727 | 976 | 34,536 | 5,977 | 43,216 |
| | | 人口10万人当たり | 47.5 | 26.9 | 950.6 | 164.5 | 1,189.5 |
| | 常勤換算 | 人数 | 1,602.7 | 883.1 | 31,155.1 | 5,081.8 | 38,722.7 |
| | | 人口10万人当たり | 44.1 | 24.3 | 857.5 | 139.9 | 1,065.8 |
| 2018年 12月 | 実人員 | 人数 | 1,718 | 998 | 32,935 | 6,356 | 42,007 |
| | | 人口10万人当たり | 47.0 | 27.3 | 900.1 | 173.7 | 1,148.0 |
| | 常勤換算 | 人数 | 1,589.2 | 903.6 | 29,712.1 | 5,423.4 | 37,628.3 |
| | | 人口10万人当たり | 43.5 | 24.7 | 812.0 | 148.2 | 1,028.4 |
| 差引 | 実人員数 | 人数 | +9 | △22 | +1,601 | △379 | +1,209 |
| | | 人口10万人当たり | +0.5 | △0.4 | +50.5 | △9.2 | +41.5 |
| | 常勤換算 | 人数 | +13.5 | △20.5 | +1,443.0 | △341.6 | +1,094.4 |
| | | 人口10万人当たり | +0.6 | △0.4 | +45.5 | △8.3 | +37.4 |

2 資料：厚生労働省「衛生行政報告例（2020年、2018年）」

3

4 図表 8-4-4 医療従事者職種別年代別割合

| 区分 | 職種 | 年齢 | | | | |
|--------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 20歳代 | 30歳代 | 40歳代 | 50歳代 | 60歳代 |
| 2020年 12月 | 保健師 | 17.9% | 25.7% | 26.9% | 21.1% | 8.3% |
| | 助産師 | 17.6% | 24.6% | 26.5% | 21.1% | 10.1% |
| | 看護師 | 21.1% | 21.7% | 26.9% | 20.0% | 10.3% |
| | 准看護師 | 2.1% | 7.8% | 24.3% | 30.3% | 35.6% |
| | 総数 | 18.2% | 20.0% | 26.5% | 21.5% | 13.7% |
| 2018年 12月 | 保健師 | 15.8% | 27.6% | 28.0% | 21.8% | 6.8% |
| | 助産師 | 16.5% | 26.8% | 25.8% | 22.0% | 8.9% |
| | 看護師 | 20.9% | 22.9% | 27.3% | 20.0% | 9.0% |
| | 准看護師 | 2.2% | 9.7% | 25.8% | 30.8% | 31.4% |
| | 総数 | 17.7% | 21.2% | 27.1% | 21.7% | 12.3% |

5 資料：厚生労働省「衛生行政報告例（2020年、2018年）」

6 ○就業場所別の状況を見ると、2020年12月末における訪問看護ステーションの就業看護職員数は1,421人で、2018年12月末の1,284人に比べ137人（10.7%）増加しています。

8

9

10

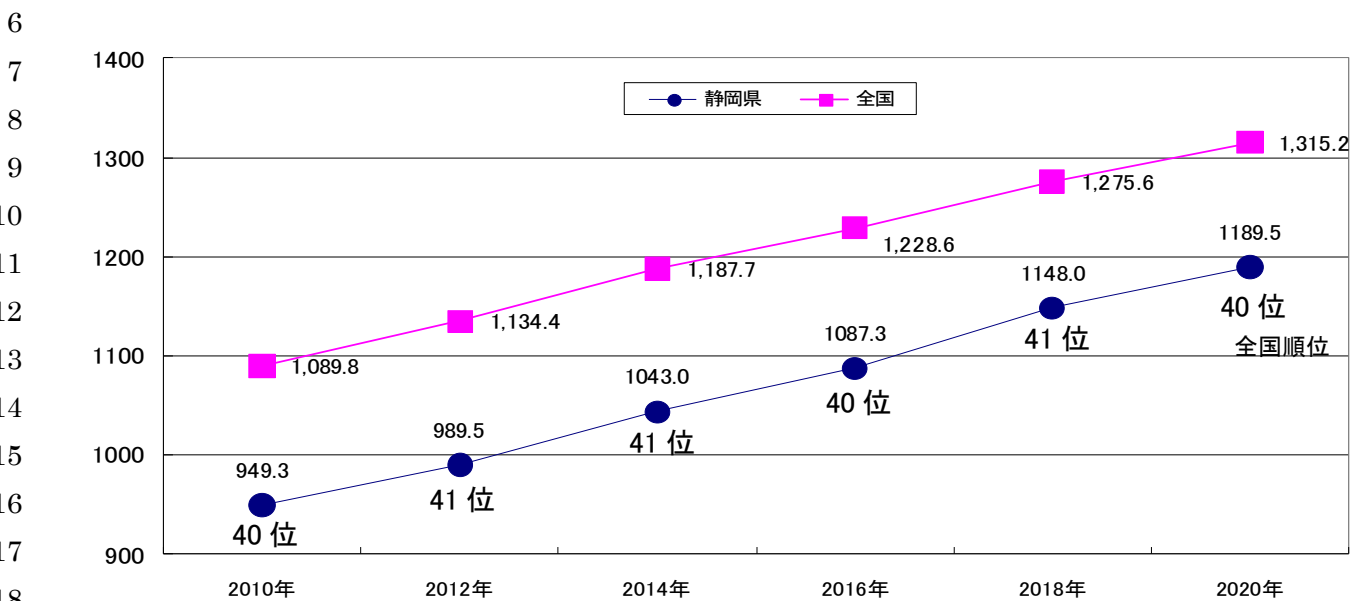
1 図表8-4-5 就業場所別の状況(2020年12月末時点実人員) (単位:人、%)

| 職 種 従事場所 | 保健師 | | 助産師 | | 看護師 | | 准看護師 | | 総 数 | | 2018年 末時点 総 数 (B) | A-B |
|-------------|-------|------|-----|------|--------|------|-------|------|-----------|------|----------------------------|--------|
| | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 (A) | 割合 | | |
| 病 院 | 91 | 5.3 | 564 | 57.8 | 22,167 | 64.2 | 1,704 | 28.5 | 24,526 | 56.8 | 24,431 | +95 |
| 有床診療所 | 56 | 3.2 | 213 | 21.8 | 759 | 2.2 | 426 | 7.1 | 1,454 | 3.4 | 1,575 | △121 |
| 無床診療所 | 130 | 7.5 | 35 | 3.6 | 4,376 | 12.7 | 1,634 | 27.3 | 6,175 | 14.3 | 5,766 | +409 |
| 助 産 所 | 0 | 0.0 | 90 | 9.2 | 16 | 0.0 | 0 | 0.0 | 106 | 0.2 | 116 | △10 |
| 訪問看護ステーション | 0 | 0.0 | 1 | 0.1 | 1,343 | 3.9 | 77 | 1.3 | 1,421 | 3.3 | 1,284 | +137 |
| 介護老人保健施設 | 3 | 0.2 | 0 | 0.0 | 1,165 | 3.4 | 593 | 9.9 | 1,761 | 4.1 | 1,593 | +168 |
| 介護医療院 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 293 | 0.8 | 147 | 2.5 | 440 | 1.0 | 99 | +341 |
| 介護老人福祉施設 | 48 | 2.8 | 1 | 0.1 | 2,775 | 8.0 | 1,103 | 18.5 | 3,927 | 9.1 | 3,576 | +351 |
| その他の社会福祉施設 | 10 | 0.6 | 0 | 0.0 | 602 | 1.7 | 228 | 3.8 | 840 | 1.9 | 841 | △1 |
| 保 健 所 | 109 | 6.3 | 0 | 0.0 | 11 | 0.0 | 0 | 0.0 | 120 | 0.3 | 102 | +18 |
| 県 | 46 | 2.7 | 0 | 0.0 | 23 | 0.1 | 1 | 0.0 | 70 | 0.2 | 90 | △20 |
| 市 町 | 1,027 | 59.5 | 25 | 2.6 | 194 | 0.6 | 14 | 0.2 | 1,260 | 2.9 | 1,314 | △54 |
| 事 業 所 | 130 | 7.5 | 0 | 0.0 | 152 | 0.4 | 27 | 0.5 | 309 | 0.7 | 321 | △12 |
| 学校養成所、研究機関 | 23 | 1.3 | 43 | 4.4 | 399 | 1.2 | 2 | 0.0 | 467 | 1.1 | 454 | +13 |
| そ の 他 | 54 | 3.1 | 4 | 0.4 | 261 | 0.8 | 21 | 0.4 | 340 | 0.8 | 445 | △105 |
| 総 計 | 1,727 | 100 | 976 | 100 | 34,536 | 100 | 5,977 | 100 | 43,216 | 100 | 42,007 | +1,209 |

2 資料：厚生労働省「衛生行政報告例（2020年）」

3 ○医療施設に従事する看護職員数は増加していますが、全国順位は40位前後にとどまっています。

4 図表8-4-6 人口10万人当たり医療施設従事看護職員数の推移(実人員) (単位:人)



19 ※ 順位は本県の全国順位

1
2 <看護職員の養成状況>

3 ○2023年度における看護職員の養成は24校、31課程で行われ、入学定員は1,616人（大学編入
4 者除く）となっており、2014年度と比較すると、198人増加しています。

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

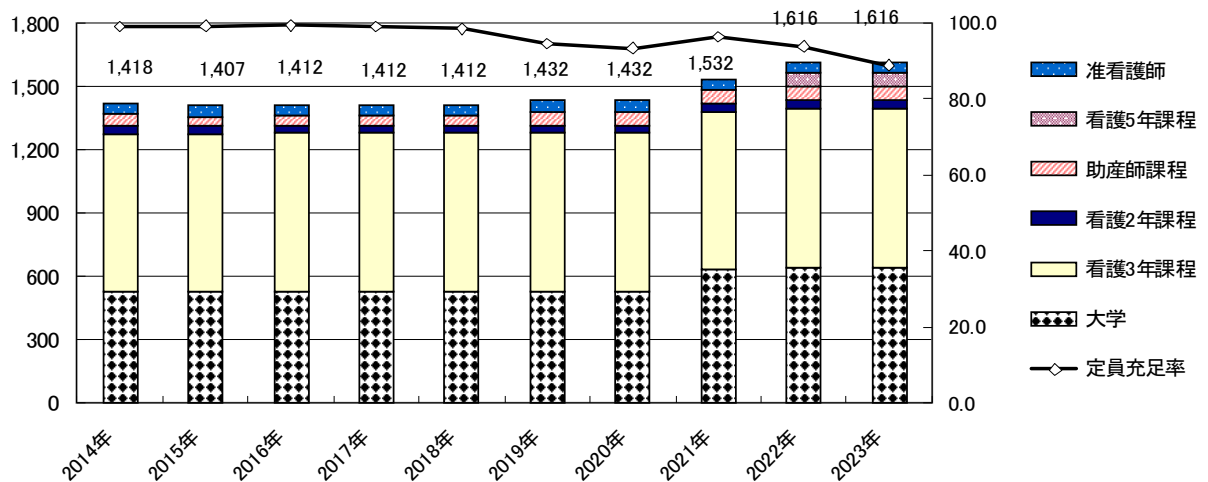
7
8 図表8-4-7 県内看護職員養成施設の状況（2023年4月）（単位：人、課程）

| 区分 | | 東 部 | 中 部 | 西 部 | 計 |
|-----------------------|-------|----------|---------|----------|------------|
| 看護 師 養 成 | 大学 | 230 (2) | 200 (2) | 210 (2) | 640 (6) |
| | 5年課程 | — | — | 70 (1) | 70 (1) |
| | 3年課程 | 341 (7) | 200 (5) | 210 (4) | 751 (16) |
| | 2年課程 | 40 (1) | — | — | 40 (1) |
| | 小 計 | 611 (10) | 400 (7) | 490 (6) | 1,501 (23) |
| 准看護師養成 | | — | — | 50 (1) | 50 (1) |
| 助 産 師 養 成 | 大学院 | — | 10 (1) | 5 (1) | 15 (2) |
| | 大学専攻科 | — | — | 15 (1) | 15 (1) |
| | 養成所 | 10 (1) | 10 (1) | 15 (1) | 35 (3) |
| | 小 計 | 10 (1) | 20 (2) | 35 (3) | 65 (6) |
| 合 計 | | 621 (11) | 420 (9) | 575 (10) | 1,616 (31) |

9 資料：県地域医療課調べ（ ）は課程数

10
11 ○入学定員数の内訳は、短大が廃止され0になった一方、大学は、2014年度と比較すると115人
12 増加しています。

13 図表8-4-8 県内看護職員養成施設の入学定員および定員充足率の状況（毎年4月時点）
14 （単位：人、%）



15
16
17
18
19
20
21
22
23
24 資料：県地域医療課調べ

1 ○県内養成施設の 2022 年度卒業生の県内への就職状況は、2023 年4 月時点で、全体では 88.0%
 2 ですが、大学では 81.2%、助産師養成課程では 70.7%となっています。

3

4 図表 8-4-9 県内看護職員養成施設卒業生における県内就業率の推移 (単位：人)

| 卒業年度 課程 | 2016 年 | 2017 年 | 2018 年 | 2019 年 | 2020 年 | 2021 年 | 2022 年 |
|------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 大 学 | 71.5% | 76.7% | 78.4% | 72.2% | 76.9% | 84.4% | 81.2% |
| 3 年 課 程 | 92.6% | 94.3% | 93.3% | 90.0% | 90.2% | 92.2% | 94.2% |
| 2 年 課 程 | 75.0% | 65.0% | 85.7% | 66.7% | 100% | 33.3% | 100% |
| 准看護師課程 | 97.7% | 100% | 94.6% | 97.5% | 100% | 97.1% | 97.2% |
| 助産師課程 | 59.0% | 76.3% | 81.0% | 71.7% | 72.4% | 59.3% | 70.7% |
| 合 計 | 83.9% | 82.0% | 86.6% | 82.0% | 84.3% | 87.5% | 88.0% |

5 資料：県地域医療課調べ

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

1 図表 8-4-10 県内看護職員養成施設卒業生の就業状況 (2022 年度卒業生) (単位:人)

| 区 分 | | 卒業 者数 | 就業先別就業者数 | | | | | | | 就業 率 | 進学 者 | その 他 |
|------------|-------------|----------|----------|---------|------------|----------|----------|-----------|---------------|------------|---------|---------|
| | | | 病院 | 診療 所 | 県市 町 | 介護 施設 | 訪問 看護 | その 他 | 計 | | | |
| 看護師 保健師 | 大学 | 545 | 478 | 4 | 23 (23) | 0 | 1 | 10 (4) | 516 (27) | 94.7% | 24 | 5 |
| | | | 390 | 2 | 19 (19) | 0 | 1 | 7 (3) | 419 (22) | 81.2% | | |
| 看護師 | 看護師 3年課程 | 619 | 602 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 606 | 97.9% | 8 | 5 |
| | | | 568 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 571 | 94.2% | | |
| | 看護師 2年課程 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 66.7% | 1 | 0 |
| | | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 100.0 % | | |
| 准看護師 | 准看護師 課程 | 44 | 23 | 9 | 0 | 3 | 0 | 1 | 36 | 81.8% | 7 | 1 |
| | | | 22 | 9 | 0 | 3 | 0 | 3 | 35 | 97.2% | | |
| 助産師 | 助産師 課程 | 58 | 57 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 58 | 100.0 % | 0 | 0 |
| | | | 41 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 41 | 70.7% | | |
| 合 計 | | 1,269 | 1,162 | 15 | 23 (23) | 0 | 1 | 5 (4) | 1,205 (27) | 95.0% | 35 | 11 |
| | | | 1,023 | 12 | 19 (19) | 3 | 1 | 3 (3) | 1,060 (22) | 88.0% | | |

2 資料: 県地域医療課調べ

3 ※ 上段:総数、下段:うち県内就業

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

5 ()内は保健師として就業した者で内数

6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17

1 **＜特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の状況＞**

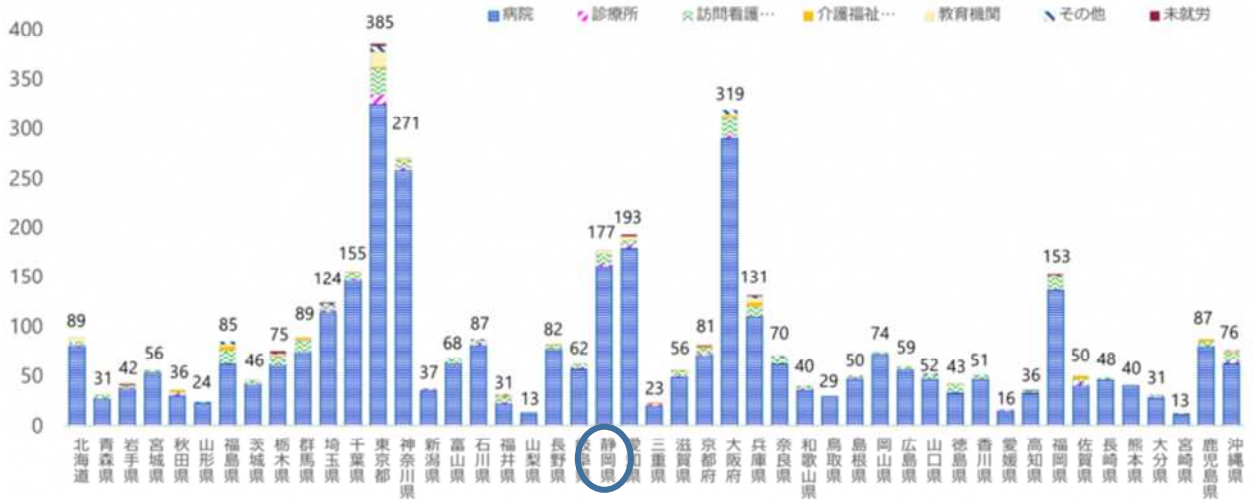
2 ○2023年3月における県内の特定行為研修修了者の就業状況は177人となっており、全国5位の
3 人数となっています。

4 **図表8-4-11 特定行為研修修了者の就業状況（2023年3月時点）** (単位：人)

5 **【就業場所別】 n=4,653名^{※1}**

| 就業場所 | 病院 | 診療所 | 訪問看護 ステーション | 介護福祉 施設 | 教育機関 | その他 | 未就労 | 不明 ^{※2} |
|-------|-------|------|----------------|------------|------|------|------|------------------|
| 就業者総数 | 3,481 | 47 | 246 | 30 | 44 | 26 | 12 | 767 |
| 割合 | 74.8% | 1.0% | 5.3% | 0.6% | 0.9% | 0.6% | 0.3% | 16.5% |

6 **【都道府県別】 n=3,886^{※3}**

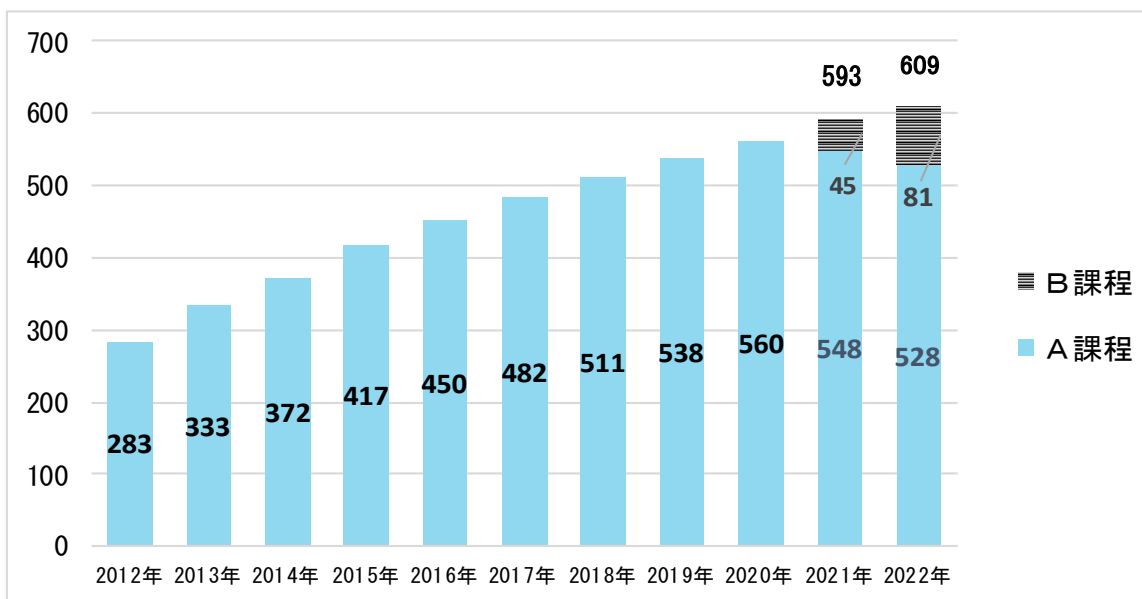


7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24 ※1 指定研修機関338施設のうち名簿提出に協力いただけた266施設（78.5%）の修了者
25 ※2 「都道府県」「就業場所」いずれかに回答がない方
26 ※3 総数4,653名から※2を除いた数

61
【出典】令和4年「看護師の特定行為に係る研修機関拡充支援事業」調査結果より看護課作成
(令和5年3月時点)

27 資料：厚生労働省看護課

28
29 **図表8-4-12 県内の認定看護師の状況** (単位：人)



30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47 資料：日本看護協会資料より地域医療課作成

1 職種別の状況

2 **【保健師】**

3 (1) 現状

4 ○2020年12月末における県内の就業保健師数は1,727人で、2018年末の1,718人に比べ、0.5%
5 の増加となっています(2020年衛生行政報告例(厚生労働省))。

6 ○就業場所別にみると、保健所・区市町に従事する者1,182人(68.4%)、病院・診療所277人
7 (16.0%)、事業所130人(7.5%)、介護保険施設等51人(3.0%)などとなっています。

8 ○年齢別状況をみると、20歳代が17.9%、30歳代が25.7%、40歳代が26.9%、50歳代が21.1%
9 となっており、30歳代から40歳代が中心となっています。

10 ○2020年12月末の調査によると、本県における人口10万人当たりの就業保健師数(実人数)は
11 47.5人で、全国平均(44.1人)よりも多くなっています。

12 (2) 課題

13 ○団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年を見据え、生活習慣病予防や重症化予防等、地域保
14 健の中核を担う保健師の役割はますます重要となっており、将来に渡って安定した施策を推進
15 するため、適切に人材の確保を図る必要があります。

16 ○2013年4月「地域における保健師の保健活動に関する指針」が改正され「予防的介入の重視」
17 や「健康なまちづくりの推進」の強化が示されたことから、「地区担当制の推進」や「統括的な
18 役割を担う保健師の配置」の必要性が高まっています。

19 ○2023年5月「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」が改正され健康危機管理を含めた地
20 域保健施策の推進のために統括保健師を配置することが示されました。

21 ○住み慣れた地域でその人らしい生活を継続するために、保健、医療、福祉、介護等の各種サー
22 ビスの総合的な調整及び不足しているサービスの確保など保健師には「地域包括ケアシステム」
23 を実現するコーディネーターとしての役割が求められています。

24 ○育児におけるストレス、養育者の孤立など子育てに関する問題が多く発生しています。児童虐
25 待の発生を予防し、子どもが健やかに育つため、保健師には保健・医療分野の知識・経験を活
26 用した判断や支援、関係機関との連携窓口を担う役割が求められています。

27 ○感染症感染拡大等の際には、保健所の積極的疫学調査や入院調整など、感染症対応業務が保健
28 師に集中し、業務のひっ迫が課題となっています。

29 (3) 対策

30 **ア 保健師の確保**

31 ○地域住民への保健サービスの充実を図るため、市町保健師の計画的な確保及び配置の促進を図
32 ります。

33 ○広域のかつ二次的な機能を発揮させ、地域の保健サービス水準を総合的に向上させるとともに、
34 感染症感染拡大時の体制確保にむけ、県保健師を適正に配置するため、中長期的な視点に立っ
35 た確保、育成に努めます。

36 ○未就業保健師のナースバンク登録を促進します。

37 ○保健師を養成する大学、地域実習を受け持つ市町等と連携し、保健師の専門性や活動分野の多
38 様性に対する学生の理解を深めます。

39 ○保健活動の組織横断的な総合調整及び推進等の役割を担う統括的立場の保健師の配置を促進

1 します。

2 **イ 保健師の資質向上**

3 ○地域社会が求める健康ニーズに見合った施策を展開する役割を持つ行政保健師の資質の向上
4 のため、経験年数に応じた研修、地区診断・健康施策に関する研修などを実施します。

5 ○県保健師の役割として、専門性をもった質の高い保健サービスの提供を確保するため、人材育
6 成ガイドラインに基づき、職場内研修、職場外研修、計画的な人事異動及び自己啓発などによ
7 り、現任教育体系を構築し人材育成を図ります。

8 ○未就業保健師の就業促進のため、教育・研修体制の整備を図ります。

9 **ウ 感染症感染拡大時等のための体制整備**

10 ○感染症の感染拡大時等に、多職種と業務を分担し、協働する体制を整備し、円滑な業務の遂行
11 に努めます。

13 **【助産師】**

14 **(1) 現状**

15 ○2020年12月末における県内の就業助産師は976人で、2018年末より22人減少しています。
16 (2020年衛生行政報告例(厚生労働省))。

17 ○就業場所別にみると、病院勤務者が564人となり、2018年末の585人から21人減少する一方
18 で、助産所勤務者は、90人で2018年末より9人増加しています。

19 ○2021年4月現在、県内24病院で分娩を取り扱っており、うち、14病院に助産師外来又は院内
20 助産所が設置されています。

21 ○年齢構成別の助産師数では、30歳代から40歳代の占める割合が全体の51.1%となっていま
22 す。

23 ○2020年12月末の調査によると、本県における人口10万人当たりの就業助産師数(実人数)は
24 26.9人で、全国平均の30.1人と比較すると3.2人下回っています。また、地域別では、東部
25 地域19.6人、中部地域25.2人、西部地域34.8人となっており、地域別の差が生じています。

26 ○2019年4月に県立看護専門学校に助産師養成課程を新設しました。また、静岡市立清水看護専
27 門学校に助産師養成課程が新設されました。これにより、県内全域に助産師養成施設が設置さ
28 れました。

29 **(2) 課題**

30 ○核家族化や地域のつながりが薄くなる中、安全安心な出産と、充実した子育てを支援するため
31 には、病院等施設の内外を問わず助産師本来の業務である助産をはじめ、妊婦・じょく婦や新
32 生児の保健指導などの役割を果たすことがより求められています。

33 ○母子のみならず女性の生涯における性と生殖にかかわる健康相談や教育活動など、助産師の役
34 割は家族や地域社会に広く貢献するものであることから、助産師の確保と専門性の向上に取り
35 組む必要があります。

36 **(3) 対策**

37 **ア 助産師の確保**

38 ○2019年4月に県立看護専門学校に設置した助産師養成課程において、県東部地区を中心とし
39 て医療機関や地域で活躍する助産師を毎年10人程度養成します。

1 ○助産師の県内定着と就業促進を図るため、未就業助産師の再就業支援をはじめ、ナースセンタ
2 ー事業の活用やナースセンターなどで助産師資格を活かせる施設の紹介を行うことなどによ
3 りその確保に努めます。

4 **イ 専門性の向上**

5 ○周産期医療の著しい進歩に対応するため、専門的な知識習得や産科医との連携強化、母体急変
6 時の初期対応の習得などを目的とした研修会等の開催などにより、質の向上を図ります。

7

8 **【看護師・准看護師】**

9 **(1) 現状**

10 ○2020年12月末における県内の就業看護師等の数は、看護師が34,536人、准看護師が5,977人
11 で、看護師は2018年末の32,935人に比べ、1,601人(4.9%)増加する一方、准看護師は2018
12 年末の6,356人に比べ、379人(6.0%)減少しています(2020年衛生行政報告例(厚生労働
13 省))。

14 ○年齢別状況を見ると、20歳代から30歳代の占める割合は、看護師で全体の42.8%となってい
15 る一方、准看護師は全体の9.9%であり、若年層が減少し高年齢化が進む傾向にあります。

16 ○2020年末の人口10万人当たりの就業看護師数は950.6人で、全国平均の1,015人と比較する
17 と64.4人下回っています。また、人口10万人当たりの就業准看護師数は164.5人で、全国平
18 均の225.6人と比較すると61.1人下回っています。

19 ○看護師等の離職時届出制度に基づく届出者数は、2023年9月末時点で累計7,208人となっ
20 ており、このうち1,516人がナースセンターの無料職業紹介事業(eナースセンター)の登録を
21 希望しています。

22 ○高度化し専門分化が進む医療の現場においては、認定看護師や専門看護師の資格認定制度を通
23 じて特定の看護分野において知識・技術を深めた水準の高い看護実践のできる者の養成が進め
24 られています。県内では、2022年12月末時点で認定看護師は、A課程21分野528人(全国21
25 分野20,710人)、B課程14分野81人(全国19分野2,550人)、専門看護師は10分野87人
26 (全国14分野3,155人)が登録されています。

27 ○2015年10月に創設された看護師の特定行為研修制度は、2022年8月時点で全国に指定研修機
28 関が338設置され、県内に13設置されています。また、研修修了者の就業者数は、2023年3
29 月末時点で全国で3,481人、県内で177人となっています。

30 ○2018年6月の労働基準法の改正により、時間外労働の上限規制について月45時間、年360時
31 間を原則とし、臨時的な特別な事情がある場合は年720時間、単月100時間未満、複数月平均
32 80時間とすることなどが定められました。ただし、医師等の一部の事業・業務については法施
33 行5年後に上限規制を適用すること等とされました。

34 ○2021年5月の医療法の改正により、勤務する医師が長時間労働となる医療機関において医師
35 労働時間短縮計画の策定等の措置を講じることとされました。

36 **(2) 課題**

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

- 1 大していることから、これに対応する人材の確保が必要です。
- 2 ○厚生労働省が2019年11月に公表した看護職員需給推計の都道府県版では、本県の需要推計
- 3 は、46,628人から50,076人とされています。一方、供給推計は、43,596人とされており、約
- 4 3千人から約6千人の需給ギャップが見込まれていることから、需要に対応できる看護職員総
- 5 数の確保が必要です。
- 6 ○就業看護師の離職防止を図るためには、新人期においては看護技術の向上を図るとともに、職
- 7 場環境への適応を促す支援が必要です。また、夜勤の負担軽減や時間外労働の縮減などの勤務
- 8 環境の改善が必要です。加えて、労働基準法改正による時間外労働の上限規制に対応し、長時
- 9 間労働をなくすための勤務間インターバル制度(1日の勤務終了後、翌日の出社までの間に一
- 10 定時間以上の休息时间(インターバル時間)を確保する仕組み)の導入等に取り組むことが必要
- 11 です。
- 12 ○医師の働き方改革を含めた医療従事者の働き方改革を進めるためには、それぞれの専門性を発
- 13 揮できるよう医療関係職種の業務を見直すほか、看護補助者の確保などタスク・シフト/シェ
- 14 アを推進することが必要です。
- 15 ○看護職の復職支援を円滑に行うための看護師等の離職時届出制度については、2015年10月の
- 16 施行から8年程度経過し、努力義務である届出の件数は年間1,000件に満たない状況で推移し
- 17 ており届出制度が十分に浸透していないことが考えられます。届出を行う看護職員(又は本人
- 18 に代行して届け出る就業先)への啓発とともに届出数を着実に増やす実行性のある取組が必要
- 19 です。
- 20 ○離職中の看護職員の再就業を促進するためには、きめ細かな求職求人マッチング、医療・看護
- 21 技術の進展に対応するための復職時研修の実施など再就業しやすい環境を整える必要があり
- 22 ます。
- 23 ○患者や家族の要請に応じた看護サービスの担い手として、患者の生活の質の向上を目指した療
- 24 養支援を行うためには、人々の暮らしに視点を置いた看護の推進が求められています。
- 25 ○特定行為研修を修了した看護師(以下「特定行為研修修了者」という。)などの専門性の高い看
- 26 護師は、在宅医療の推進のほか、新興感染症等の感染拡大時の迅速かつ的確な対応及び医師の
- 27 働き方改革に伴うタスク・シフト/シェアの推進に資するものとしてその役割が期待されてい
- 28 ます。特定行為研修の指定研修機関及び協力施設の県内設置が進み、研修体制が整備され、研
- 29 修修了者の就業者数は県内で177人と増加してきましたが、その養成と就業の促進について更
- 30 なる取組が必要です。
- 31 ○地域包括ケアシステムの推進のため、多職種と連携しながら、切れ目のない医療と介護を提供
- 32 するためのコーディネーターの役割を果たすことが求められています。

(3) 対策

ア 養给力強化

- 35 ○基礎看護教育の内容向上を図るため、看護師等養成所の運営を支援します。
- 36 ○看護教員及び実習指導者を養成する研修会を開催し、教育の質の向上を図ります。
- 37 ○看護職ころざし育成セミナーの開催や看護の出前事業、高等学校で進路指導を担当する教員
- 38 への看護の進路についての説明会、看護系学校進学案内ガイドブックの作成等による広報等に
- 39 より、看護師等を志望する学生への啓発を促進します。

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

3 **イ 離職防止・定着促進**

4 ○新人看護職員の臨床実践能力を高めるため新人看護職員研修を実施するとともに、病院内にお
5 ける新人看護職員研修に関する研修責任者や教育担当者等を養成する研修会を開催します。

6 ○病児保育や延長保育、児童保育への支援など院内保育事業の充実、ナースステーション等の改
7 修や休憩室の整備及び看護師宿舍の個室化などを促進することにより、働きやすい職場環境づ
8 くりを推進します。

9 ○職場での悩みのほか、出産、子育て、介護など、新人期から高齢期に至るまでライフステージ
10 に対応した働き方を支援するための悩み相談窓口を県ナースセンターで運営します。

11 ○静岡県県病院協会に設置した医療勤務環境改善支援センターにおいて、医療現場の実情を踏まえ
12 た労働時間短縮の取組事例やメンタルヘルス対策を含む医療勤務環境改善計画策定方法の提
13 案、医療機関の課題に対応する研修会の開催により、実効性のある支援を行います。

14 ○看護師業務の補助者の確保を図り、看護師がその専門性を発揮し業務に従事するための取組を
15 支援します。

16 ○看護学生に修学資金を貸与することにより、県内への就業・定着を強化します。看護職員修学
17 資金制度について、過疎地域等の医療機関等で看護業務に従事した場合の返還債務免除に係る
18 期間については5年間ではなく貸与期間に相当する期間としており、引き続き過疎地域等への
19 看護職員の就業を図ります。

20 **ウ 再就業支援**

21 ○静岡県ナースセンターにおいてナースバンク事業（求職求人マッチング）を充実強化すると
22 も、最新の看護知識・技術を習得するための講習会や研修会、就業相談会を開催し、離職中の
23 看護職員の再就業を促進します。

24 ○看護職員の離職時届出制度について各種研修やあらゆる機会を通じて制度の普及に関する取
25 組をすすめ、届出数を増やします。

26 ○静岡県ナースセンターに配置した再就業支援コーディネーターが、看護師等の離職時届出制度
27 を活用し、離職者に対して、医療機関の求人情報や復職体験談の提供、復職研修の開催案内、
28 復職意向の定期的な確認など、きめ細かな支援を行います。

29 ○在宅医療を支える訪問看護ステーションや介護施設など、看護職員が活躍する場の広がり
30 を踏まえ、未就業看護師に対して、多様な働き方や働く場所などの情報提供を行います。

31 ○県内高等学校や看護職員養成施設等を訪問し将来の県内での就業を働き掛けるとともに、県移
32 住フェアへの参加等を通じて、U I ターンの呼びかけ、本県の看護職員確保・定着の取組紹介
33 を行います。

34 ○定年退職前後の看護職員（プラチナナース）が看護業務を通じた経験を活かして働き続けるこ
35 とができるよう、静岡県ナースセンターにおいて多様な働き方のニーズを把握し再就業支援を
36 行います。また、ハローワークとの連携など様々な就業支援の機会を活用して再就業支援を図
37 ります。

38 **エ 看護の質の向上**

39 ○新型コロナウイルス感染症等の新興感染症、高度化、多様化する看護業務に的確に対応できる

- 1 よう、認定看護師教育課程など研修機関等における体系的な研修の実施及び参加促進のため、
2 研修機関への支援や、受講費への助成等を通じて看護職員が受講しやすい環境を整えます。
3 ○研修機会の少ない中小病院や診療所等の看護職員に対する研修を実施し、安全な医療・看護を
4 提供する体制を整えます。
5 ○看護の質の向上に加えて、医師の業務のタスク・シフト/シェア等により労働時間短縮にも大
6 きな役割を果たす特定行為研修修了者の養成と就業の促進、研修で得られた知識や技術を生か
7 した看護実践を推進するため、県内の研修施設や研修受講を推進する医療機関等への支援、特
8 定行為研修修了者の具体的な配置を含め、活用促進を目的とした実践報告会等を行います。ま
9 た特定行為研修の指定研修機関及び実習を行う協力施設相互の意見交換を実施します。

10

11 オ 医療・介護・福祉の連携強化

- 12 ○地域包括ケアシステムの推進に向けて、訪問看護師を対象とした研修の実施により、その資質
13 の向上を図ります。
14 ○病院から在宅や施設への切れ目ない看護の提供体制を確保するため、病院看護師と訪問看護師
15 のネットワークづくりをはじめ、保健、医療、介護、福祉の垣根を越えた多職種の連携強化を
16 進めます。
17 ○在宅医療における質の高い効果的なケアの実施の推進を図るため、職員の特定行為研修受講を
18 推進する訪問看護ステーションへの支援を行います。
19 ○静岡県ナースセンターと静岡県訪問看護ステーション協議会、ハローワークとの連携により、
20 訪問看護をテーマにした就業相談会実施するなど求職求人マッチングを強化します。
21 ○看護職こころざし育成セミナーの開催や出前事業において訪問看護の魅力を伝え、看護の進路
22 を目指す学生への啓発に取り組みます。

23

24

1

2

3

4

※白紙

1 第5節 その他の保健医療従事者

2 **【対策のポイント】**

- 3 ○ 医療の高度化・専門化、保健医療に対するニーズの多様化に対応する人材の確保
 4 ○ 地域包括ケアシステムの推進に向けた人材の養成及び資質の向上

5
 6
 7 ○医療の高度化・専門化、保健医療ニーズの多様化に対応するため、医療現場では、様々な職種
 8 が業務に従事しています。これらスタッフは、チーム医療に欠かせない存在として、近年、そ
 9 の重要性が高まっています。

10 ○これらの各職種の需要動向を把握し、不足が顕著な職種について、その確保に努めます。

11 ○各職種の関係機関・団体等の行う研修会・講習会等を通じて養成及び資質の向上を図ります。

12
 13 **1 診療放射線技師**

14 ○診療放射線技師は、放射線機器を用い、アルファ線、ガンマ線、エックス線などの放射線を人
 15 体に照射し、各種検査・治療を行います。医師・歯科医師以外で唯一放射線を扱うことができ
 16 る専門職であり、県内の病院・診療所における従事者は、図表8-5-1のとおりです。

17 ○近年、CT、陽電子放射断層撮影装置など、放射線機器の多様化・高度化や、がんに対する放
 18 射線治療の需要増、さらには磁気共鳴画像装置(MRI)、超音波診断装置など放射線を利用し
 19 ない検査にも業務が拡大するなど、その専門性・重要性は高くなっています。

20 ○2021年の診療放射線技師法の一部改正により、2021年10月から、核医学検査のために静脈路
 21 に放射性医薬品を投与するための装置の接続、操作、放射性医薬品の投与が終了した後の抜針
 22 及び止血等の行為が実施できるようになりました。

23
 24 図表8-5-1 職種別県内医療機関における医療従事者数

| 職 種 | 2014年10月 | | | 2017年10月 | | | 2020年10月 | | | B/A |
|---------|----------|-------|--------|----------|-------|--------|----------|-------|--------|-------|
| | 病院 | 診療所 | 計(A) | 病院 | 診療所 | 計 | 病院 | 診療所 | 計(B) | |
| 診療放射線技師 | 1101.1 | 272.5 | 1373.6 | 1156.3 | 307.8 | 1464.1 | 1180.7 | 354.6 | 1535.3 | 111.8 |
| 臨床検査技師 | 1352.7 | 368.7 | 1721.4 | 1422.0 | 377.0 | 1799.0 | 1435.5 | 353.9 | 1789.4 | 104.0 |

資料：医療施設静態調査（厚生労働省）

25
 26 **2 臨床検査技師**

27 ○臨床検査技師は、微生物学的検査、血清学的検査、血液学的検査、病理学的検査、生化学的検
 28 査及び心電図検査・超音波検査等の生理学的検査などができる専門職で、各種臨床検査に携わ
 29 り、医師による的確な診断や治療の方針決定等に欠かせない重要な役割を果たしています。

30 ○医師による的確な診断のためには、検査に係る精度管理が重要です。

31 ○県内の病院、診療所における従事者は、図表8-5-1のとおりであり、この外、登録衛生検
 32 査所や各種医療関連研究施設も主要な就業場所となっています。

33 ○近年、検査領域の高度化・専門化・複雑化や、チーム医療の普及に伴い、臨床検査技師の対象
 34 業務が拡大しており、その専門性・重要性は高くなっています。

- 1 ○がん発見のための細胞の検査（細胞診）を行うことができる専門職として、日本臨床細胞学会
2 が資格認定を行う細胞検査士の制度があります。
- 3 ○2021年の臨床検査技師等に関する法律の一部改正により、2021年10月から、採血、検体採取
4 又は生理学的検査に関連する行為として、採血を行う際に静脈路を確保し、当該静脈路に接続
5 されたチューブにヘパリン加生理食塩水を充填する行為等が追加され、生理学的検査にも運動
6 誘発電位検査や体性感覚誘発電位検査等が新たに追加されました。
- 7 ○衛生検査技師は、臨床検査技師の業務のうち、生理学的検査以外の検査（検体検査）を行うこ
8 とができます。2006年4月の法改正により、衛生検査技師の資格は廃止されましたが、免許取
9 得者はこれまで同様に業務を行うことができます。

11 3 理学療法士・作業療法士

- 12 ○手術後の早期離床や廃用症候群の予防などのための急性期のリハビリテーション、病気やけが
13 からの機能回復・ADL向上のための回復期のリハビリテーションや機能の衰えの予防・機能
14 維持を目的として主として介護の場において行われる維持期・生活期におけるリハビリテーシ
15 ョンなどのリハビリテーションに係る専門職種の活躍の場が増加しています。
- 16 ○高齢化に伴い、地域医療構想では、回復期機能を担う病床の不足が見込まれるほか、介護保険
17 事業において訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションのサービス量の増加が見
18 込まれていることから、人材の確保が必要です。
- 19 ○理学療法士は、身体機能障害や、脳卒中後の麻痺、新生児の運動能力の発達の遅れなど身体に
20 障害のある人に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動
21 を行わせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱療法その他の物理的手段を加えることができる専
22 門職であり、県内の病院・診療所における従事者は、図表8-5-2のとおりです。
- 23 ○作業療法士は、身体又は精神に障害のある人に対し、その応用的動作能力又は社会的適応能力
24 の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行わせることができる専門職であり、県内の病
25 院・診療所における従事者は、図表8-5-3のとおりです。
- 26 ○県内には、理学療法士の養成施設が6校あり、養成定員は320人となっています。また、作業
27 療法士は4校、養成定員140人となっています。
- 28 ○2018年には、養成施設は、教員資格及び教育内容等に関して、5年以内ごとに第三者による評
29 価を受けることとなり、2022年から、自らの教員資格及び教育内容等について、自己点検、自
30 己評価及びその結果の公表を毎年度行うことが義務付けられました。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

図表 8-5-2 理学療法士の就業場所別従事者数 (単位：人)

| 種 別 | 2011年 (A) | 2013年 | 2015年 | 2017年 | 2019年 | 2021年 (B) | B/A |
|------------|--------------|-------|-------|-------|-------|--------------|--------|
| 病院 | 1,222 | 1,457 | 1,681 | 1,997 | 1,853 | 2,052 | 167.9% |
| 診療所 | 209 | 300 | 360 | 405 | 436 | 477 | 228.2% |
| 介護老人保健施設 | 259 | 338 | 387 | 363 | 372 | 461 | 178.0% |
| 訪問看護ステーション | 105 | 137 | 112 | 157 | 195 | 239 | 227.6% |
| その他 | 172 | 181 | 201 | 190 | 254 | 361 | 209.9% |
| 静岡県 合計 | 1,967 | 2,413 | 2,741 | 3,112 | 3,110 | 3,590 | 182.5% |

資料：県地域医療課調査（各年3月末日現在）

図表 8-5-3 作業療法士の就業場所別従事者数 (単位：人)

| 種 別 | 2011年 (A) | 2013年 | 2015年 | 2017年 | 2019年 | 2021年 (B) | B/A |
|------------|--------------|-------|-------|-------|-------|--------------|--------|
| 病院 | 793 | 920 | 994 | 1,136 | 1,068 | 1,177 | 148.4% |
| 診療所 | 45 | 53 | 48 | 59 | 62 | 99 | 220.0% |
| 介護老人保健施設 | 187 | 248 | 242 | 231 | 205 | 245 | 131.0% |
| 訪問看護ステーション | 40 | 50 | 70 | 94 | 100 | 113 | 282.5% |
| その他 | 116 | 122 | 124 | 104 | 153 | 239 | 206.0% |
| 静岡県 合計 | 1,181 | 1,393 | 1,478 | 1,624 | 1,588 | 1,873 | 158.6% |

資料：県地域医療課調査（各年3月末日現在）

4 言語聴覚士

○言語聴覚士は、失語症や難聴など、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある人に対して、その機能の維持向上を図るため、言語訓練や必要な検査及び助言・指導を行うことができる専門職で、1997年に制度化されました。リハビリテーション領域では比較的新しい国家資格であり、県内の病院・診療所における従事者は、図表8-5-4のとおりです。

○高齢化に伴い、脳卒中等による言語機能障害を生じる人や誤嚥性の肺炎に罹患する患者が増加すると考えられ、言語聴覚士による心身機能の回復・維持のための専門的な言語聴覚療法・摂食嚥下療法の必要性、重要性も高まっています。

○県内には、言語聴覚士の養成施設が1校あり、養成定員は25人となっています。

図表 8-5-4 職種別県内医療機関における医療従事者数

| 職 種 | 2014年10月 | | | 2017年10月 | | | 2020年10月 | | | B/A |
|-----------------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|----------|-------|-------|--------|
| | 病院 | 診療所 | 計(A) | 病院 | 診療所 | 計(B) | 病院 | 診療所 | 計(B) | |
| 言語聴覚士 | 295.2 | 19.4 | 314.6 | 393.5 | 13.2 | 406.7 | 385.6 | 19.8 | 405.4 | 128.9% |
| 視能訓練士 | 100.3 | 102.9 | 203.2 | 104.2 | 128.2 | 232.4 | 118 | 164.2 | 282.2 | 138.9% |
| 臨床工学技士 | 464.0 | 198.9 | 662.9 | 553.4 | 237.4 | 790.8 | 614.4 | 254.6 | 869 | 131.1% |
| 医療社会事業従事者 (MSW) | 236.3 | 9.2 | 245.5 | 152.7 | 17.5 | 170.2 | 78 | 41.7 | 119.7 | 48.8% |

資料：医療施設静態調査（厚生労働省）

1 **5 視能訓練士**

2 ○視能訓練士は、両眼視機能に障害のある人に対して、その両眼視機能の回復のための矯正訓練
3 やこれに必要な検査を行うことができる専門職であり、県内の病院・診療所における従事者は、
4 図表8-5-4のとおりです。

5 ○1993年に、対象業務に「人体に及ぼす影響の程度が高くない眼科検査」が追加されたことによ
6 り、斜視や弱視の分野の視能矯正訓練から、幅広く眼科一般検査を行うことができるようにな
7 りました。

8
9 **6 臨床工学技士**

10 ○臨床工学技士は、人の呼吸、循環又は代謝の機能の一部を代替・補助する生命維持管理装置（人
11 工心肺装置、人工呼吸器、血液透析装置など）の操作及び保守点検を行うことができる専門職
12 で、医療のハイテク化に伴い1987年に法制化された資格です。医療機器の高度化に対応でき
13 る専門技術を持った職種の重要度は高く、県内の病院・診療所における従事者は、図表8-5
14 -4のとおりです。

15 ○県内には、1校の養成施設があり、入学定員は40人となっています。

16 ○2021年の臨床工学技士法の一部改正により、2021年10月から、手術室又は集中治療室で生命
17 維持管理装置を用いて行う治療における静脈路への輸液ポンプ又はシリンジポンプの接続、操
18 作、薬剤の投与が終了した後の抜針及び止血等の行為が実施できるようになりました。

19
20 **7 義肢装具士**

21 ○義肢装具士は、手足を欠損した人又はその機能に障害のある人に対して、義肢や装具の製作、
22 身体への適合等を行うことができる専門職です。

23 ○就業場所としては民間等の義肢装具製作所が大半です。

24
25 **8 医療社会事業従事者（医療ソーシャルワーカー・MSW）**

26 ○医療社会事業従事者は、医療ソーシャルワーカー（MSW）とも呼ばれ、保健・医療機関等に
27 おいて患者の抱える経済的、心理的・社会的諸問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を
28 図ることができる専門職であり、県内の病院・診療所における従事者は、図表8-5-4のと
29 おりです。

30 ○法律上の資格ではありませんが、社会福祉士の資格を保持することが求められる場合が多くな
31 っています。

32 ○近年は、医療社会事業従事者の業務は、患者の療養生活の援助のみならず、在宅移行の促進に
33 よって退院調整の比重が大きくなる傾向があるなど、その業務は多様化・複雑化しています。

34
35 **9 救急救命士**

36 ○救急救命士は、重度傷病者が病院等に搬送されるまでの間に、救急救命処置を行うことができ
37 る専門職で、1991年に法制化されました。

38 ○2022年4月1日現在、本県における有資格者は1,042人おり、そのうち759人が救急隊で活動
39 しています。

- 1 ○所定の講習・実習を修了した救急救命士については、これまでの心肺停止患者に対する気管内
 2 チューブ挿管及び薬剤（エピネフリン）投与に加え、2011年8月にビデオ硬性挿管用喉頭鏡を
 3 用いた気道確保、2014年4月には心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、
 4 ブドウ糖溶液の投与を実施できることになるなど、救急救命士の担う役割等が拡大しており、
 5 十分な人員と更なる資質の向上が望まれます。
- 6 ○救急業務の質の向上のために、救急現場での活動経験が豊富な救急救命士（指導救命士）の養
 7 成を進めています。
- 8 ○救急救命士が救急救命処置を実施できる場合は病院前のみであったが、2021年10月の医療法改
 9 正により、医療機関に勤務する救急救命士は、あらかじめ必要な研修を受けた上で、重度傷病
 10 者が医療機関に入院するまでの間に、救急救命処置を実施することが可能となりました。

10 歯科衛生士

- 13 ○歯科衛生士は、歯科医師との密接な連携のもとに歯科予防処置や歯科診療の補助を行うことが
 14 できる専門職で、その専門性をもとに歯科保健指導を行います。在宅歯科医療の推進や居宅療
 15 養指導の実施、地域包括ケアシステムの構築などにおいて重要性が増しています。
- 16 ○2020年度における本県の就業歯科衛生士は、3,838人（うち歯科診療所に従事する者 3,399
 17 人）です。
- 18 ○人口10万人当たり 歯科診療所従事歯科衛生士は 93.6人で、全国値の 102.9人と比べると 9.3
 19 人下回っています。（図表8-5-5）
- 20 ○県内には、5校の養成施設があり、入学定員は合わせて 231人となっています。

図表8-5-5 県内の就業者数の年次別推移

(1) 就業歯科衛生士 (単位：人)

| 区 分 | 2010年 | 2012年 | 2014年 | 2016年 | 2018年 | 2020年 |
|-----|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| 静岡県 | 2,729 (72.5) | 2,958 (79.2) | 3,129 (84.5) | 3,358 (91.1) | 3,623 (99.0) | 3,838 (105.6) |
| 全 国 | 103,180 (80.6) | 108,123 (84.8) | 116,299 (91.5) | 123,831 (97.6) | 132,635 (104.9) | 142,760 (113.2) |

※（ ）内：人口10万人当たり 資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

(2) 静岡県の就業場所別従事者数 (単位：人)

| 種 別 | 2010年 | 2012年 | 2014年 | 2016年 | 2018年 | 2020年 |
|--------------|-----------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| 病院 | 121 | 139 | 167 | 174 | 182 | 186 |
| 歯科診療所 | 静岡県 (63.5) | 2,389 (68.9) | 2,573 (73.6) | 2,726 (79.3) | 2,925 (87.2) | 3,399 (93.6) |
| | (参考) 全 国 (73.3) | 93,824 (76.9) | 98,116 (82.8) | 105,248 (88.4) | 112,211 (95.0) | 129,758 (102.9) |
| 介護老人保健施設 | 19 | 24 | 32 | 59 | 70 | 88 |
| 保健所・市町 | 130 | 135 | 124 | 135 | 118 | 103 |
| 事業所・養成施設・その他 | 70 | 87 | 80 | 65 | 62 | 62 |
| 静岡県 合計 | 2,729 | 2,958 | 3,129 | 3,358 | 3,623 | 3,838 |

※（ ）内：人口10万人当たり 資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

1 図表 8-5-6 1 診療所あたりの歯科衛生士数の推移 (単位：人、箇所)

| 区 分 | 2010 年 | 2012 年 | 2014 年 | 2016 年 | 2018 年 | 2020 年 |
|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 診療所数 | 1,789 | 1,792 | 1,795 | 1,792 | 1,801 | 1,777 |
| 1診療所あたりの歯科衛生士数 | 1.34 | 1.44 | 1.52 | 1.63 | 1.77 | 1.91 |

- 2 ・診療所数は4月1日現在の数値。
 3 ・1診療所あたりの歯科衛生士数は、12月末日現在の歯科衛生士数を上記診療所数で除して
 4 算出した数値

6 **11 歯科技工士**

- 7 ○歯科技工士は、歯科医療用の歯冠修復物、義歯や矯正装置等の技工物の作成・修理・加工を行
 8 うことができる専門職で、県内就業者は、図表 8-5-7 のとおりです。
 9 ○2020 年末時点の歯科技工所は 690 か所です。

10 ○県内には養成施設はありません。

11 図表 8-5-7 県内就業者数

| 区 分 | 2010 年 (A) | 2012 年 | 2014 年 | 2016 年 | 2018 年 | 2020 年 (B) | B/A |
|-------|---------------|--------|--------|--------|--------|---------------|-------|
| 歯科技工士 | 1,029 | 1,026 | 992 | 1,001 | 976 | 940 | 91.3% |

12 資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

14 **12 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師**

- 15 ○あん摩マッサージ指圧師は、疾病の治療又は慰安の目的をもって体の各部を押し、引き、なで
 16 る等の施術を、はり師は、病気に応じて皮膚の定点等にはりをもって刺激を与える施術を、き
 17 ゅう師は、病気に応じて皮膚の定点等にもぐさ等の燃焼物質を直接又は間接に接触させその温
 18 熱を体に作用させる施術を行うことができる専門職であり、県内就業者は図表 8-5-8、県
 19 内の施術所数は図表 8-5-9 のとおりです。

- 20 ○県内には、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の養成施設が7校あり、養成定員は合
 21 わせて 290 人であり、その他視覚障害のある人のために県内3校の視覚特別支援学校にも、あ
 22 ん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師養成課程が設けられています。

24 図表 8-5-8 職種別県内就業者数

| | 2010 年 (A) | 2012 年 | 2014 年 | 2016 年 | 2018 年 | 2020 年 (B) | B/A |
|-------------|---------------|--------|--------|--------|--------|---------------|--------|
| あん摩マッサージ指圧師 | 3,436 | 3,548 | 3,594 | 3,646 | 3,532 | 2,510 | 73% |
| はり師 | 2,316 | 2,582 | 2,693 | 2,884 | 2,719 | 2,829 | 122.5% |
| きゅう師 | 2,270 | 2,530 | 2,643 | 2,836 | 2,697 | 2,763 | 121.7% |
| 柔道整復師 | 1,052 | 1,266 | 1,386 | 1,474 | 1,631 | 1,637 | 155.6% |

25 資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

1 図表 8-5-9 県内施術所数

| | 2010年 (A) | 2012年 | 2014年 | 2016年 | 2018年 | 2020年 (B) | B/A |
|------------------------------------|--------------|-------|-------|-------|-------|--------------|--------|
| あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律に基づく施術所 | 2,007 | 2,119 | 2,223 | 2,172 | 2,476 | 2,308 | 115% |
| 柔道整復士法に基づく施術所 | 808 | 912 | 951 | 1,044 | 1,108 | 1,028 | 127.2% |

2 資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

3

4 **13 柔道整復師**

5 ○柔道整復師は、人の体の打撲、捻挫、脱臼又は骨折の患部の整復を行うことができる専門職で
6 あり、県内就業者は図表 8-5-8 のとおりです。

7 ○2020年における県内の柔道整復の施術所数は、1,028か所であり、2010年比 127.2%と増加し
8 ています。

9 ○県内には、柔道整復師の養成施設が5校あり、養成定員は合わせて 238人となっています。

10

11 **14 管理栄養士・栄養士**

12 **(1) 現状**

13 ○栄養・食生活は多くの生活習慣病と関係が深く、また、QOL（生活の質）との関係も深いこ
14 とから、保健、医療、福祉それぞれの分野において管理栄養士・栄養士の専門性はますます重
15 要になってきています。

16 ○管理栄養士は、傷病者に対する療養や健康の保持増進のための栄養の指導などを行い、診療報
17 酬制度においては、外来栄養指導、入院栄養指導及び集団栄養指導や栄養サポートチーム加算
18 の要件となるなど、その活動が求められています。

19 ○2023年3月末現在、本県の栄養士免許交付者数は 31,992人です。

20 ○2023年4月現在、保健衛生行政機関に従事する常勤栄養士は、県の健康福祉センター（保健
21 所）等に 23人、政令市に 50人、市町については 32市町で 123人（配置率 97.0%：政令市を
22 除く）であり、未配置が 1市町あります。

23 ○2023年7月3日現在、特定給食施設に従事する管理栄養士は 947人、栄養士は 837人で、病
24 院、介護老人保健施設、介護医療院を除く栄養士配置率は 76.1%です。

25 ○2023年7月3日現在、健康増進法第21条に基づき特別の栄養管理が必要なものとして指定し
26 た特定給食施設は 66施設で、そのうち管理栄養士の配置があるのは 56施設 (84.8%)です。

27

28 **(2) 課題**

29 ○地域保健法の基本理念に則った地域住民の健康保持及び増進を推進するためには、栄養士の全
30 市町配置と資質の向上を図る必要があります。

31 ○給食利用者の健康増進及び生活習慣病の予防のためには、栄養士未配置施設の解消が必要です。

32 ○栄養管理体制の整備を進めるためには、管理栄養士及び栄養士の資質の向上を図ることが必要
33 です。

34

35

1 **(3) 対策**

2 **ア 管理栄養士・栄養士の配置促進**

3 ○全市町への管理栄養士（又は栄養士）の配置促進及び複数配置を図ります。

4 ○特定給食施設への栄養士配置を促進します。なお、健康増進法第 21 条に基づき栄養改善上特
5 別の栄養管理が必要なものとして指定した施設については、管理栄養士の配置を促進します。

6 **イ 栄養指導体制の確立**

7 ○管理栄養士・栄養士の資質の向上を図ります。また、栄養士会等が行う研修等により、最新の
8 専門的な知識・技術の習得を促します。

9 ○保健、福祉、学校、病院、事業所等関係機関における管理栄養士・栄養士の連携及び栄養指導
10 体制の確立を図ります。

11
12 **15 精神保健福祉士 (MHSW)**

13 **(1) 現状**

14 ○精神保健福祉士は、精神障害者の保健福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神障害者
15 や精神保健（メンタルヘルス）に課題を抱える者の相談に応じ、助言、指導等の援助を行うこ
16 とができる専門職で、精神科病院、障害者総合支援法の指定相談支援事業所、就労支援事業所
17 や行政等の幅広い職場で活躍しています。

18 ○精神保健福祉士登録者は全国で 2023 年 7 月末現在、103,799 人、静岡県内で 2,269 人、うち、
19 職能団体である静岡県精神保健福祉士協会の会員は 440 人です。任意で加入の団体であるた
20 め、実際、精神保健福祉分野で働いている資格者は推計で 600 人程度と考えられます。

21 ○精神保健福祉士試験の受験資格である厚生労働大臣が指定する精神保健福祉士養成施設は、
22 2023 年 4 月現在、全国に短期養成施設 26 校、一般養成施設 29 校ありますが、県内にはありま
23 せん。卒業により受験資格を取得できる県内の大学は、聖隷クリストファー大学と静岡福祉大
24 学の 2 校となります。

25 ○支援の主な対象となる精神障害者数は、2022 年度末で、入院患者が 5,117 人、通院患者が
26 56,390 人、計 61,507 人となっており、入院患者は減少、通院患者は増加傾向にあります。

27
28 **(2) 課題**

29 ○精神障害の有無やその程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい生活が
30 できるよう、医療、福祉・介護、住まい、社会参加、地域の助け合いが包括的に確保された地
31 域包括ケアシステムの構築を進める必要があります。

32 ○特に、権利擁護の視点に立って精神障害者の支援を行うとともに、子どもから高齢者まで精神
33 保健（メンタルヘルス）に課題を抱える者に対し、相談や生活支援を行うことが求められてい
34 ます。また、精神科病院の入院者の退院支援や関係機関との連携に関し、精神科病院の管理者
35 に義務付けられた「退院後生活環境相談員」として中心的役割を果たすことが期待されるため、
36 地域生活支援の担い手として資質の向上を図る必要があります。

37 ○近年採用枠の増加があるにもかかわらず、就職希望があまり多くなく、人材不足が課題です。
38 また離職率も高く、職場環境の改善や人材育成の仕組みが必要と考えられます。

1 (3) 対策

2 ○精神保健福祉行政の円滑な推進を図るため、県が主催する各種会議、委員会等における精神保
3 健福祉士の参加を促進するなど、現場で活躍する精神保健福祉士の意見等の聴取に努め、施策
4 に反映させていきます。

5 ○精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）に課題を抱える者に対する心と生活の包括的な支援
6 技術の向上に努めるとともに、精神障害者の地域移行を促進するため、家族との調整や住居の
7 確保など、地域移行や地域定着に関わる精神保健福祉士の専門的知識に加え、幅広い支援技術
8 の向上に努めます。

9 ○人材確保や処遇改善に向けた取組を検討します。

11 16 公認心理師

12 (1) 現状

13 ○公認心理師は、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、心理に関する支援を要する者に
14 対し、心理状態の観察や分析、相談、助言、指導等の援助を行うことができる専門職で、2017
15 年9月に国家資格として法制化されました。総合病院や精神科病院、診療所、保健所などの保
16 健医療分野のほか、福祉、教育等の幅広い職場で活躍しています。

17 ○公認心理師登録者は2023年3月末現在、全国で69,875人、静岡県内で1,538人、うち、職能
18 団体である静岡県公認心理師協会員は730人です。このうち、保健医療分野で働いている資格
19 者は推計で260人程度と考えられます。

20 ○公認心理師試験の受験資格につながる県内の大学は、静岡大学、静岡福祉大学、静岡英和学院
21 大学、常葉大学と聖隷クリストファー大学の5校で、県内の大学院は静岡大学大学院と常葉大
22 学大学院の2校となります。

24 (2) 課題

25 ○厚生労働省の公認心理師の活動状況等に関する調査によると、公認心理師は、病院の多岐にわ
26 たる診療科で活動しているほか、リエゾン活動を行うなど、保健医療分野におけるニーズに対
27 応する必要があります。

28 ○特に、うつ病、自殺、虐待、いじめ、不登校、さらに災害時の心のケアなど、心の問題への対
29 応が急務となり、高度な倫理観と専門的知識、技術を有する公認心理師の果たす役割が期待さ
30 れるため、公認心理師の配置の拡大や安定した雇用の強化が望まれます。

32 (3) 対策

33 ○保健福祉行政の円滑な推進を図るため、県が主催する各種会議、委員会等における公認心理師
34 の参加を促進するなど、現場で活躍する公認心理師の意見等の聴取に努め、施策に反映させて
35 いきます。

36 ○公認心理師による支援の実態やニーズを把握し、公認心理師の役割や活動内容を明確化するな
37 ど、公認心理師の活動の推進を図ります。

1 **17 獣医師**

2 **(1) 現状**

3 ○本県の 2021 年 12 月末現在の獣医師数は、943 人で、このうち公衆衛生行政の分野に 112 人、
4 動物診療分野には 438 人が従事しています。

5 ○公衆衛生行政に従事する獣医師（以下、「公衆衛生獣医師」という。）は、食中毒対策などを担
6 う食品衛生分野、と畜及び食鳥検査員として食肉の安全を確保する食肉衛生分野、動物愛護管
7 理分野、狂犬病の予防をはじめとする動物由来感染症関連分野などの幅広い分野で活躍してい
8 ますが、こうした公衆衛生獣医師が年々、減少する傾向にあります。

9 ○近年、人と動物の移動が増大するなか、アジア等の諸外国では依然として狂犬病が発生してお
10 り、年間おおよそ 55,000 人が死亡していると推計されています。

11

12 **(2) 課題**

13 ○今後も公衆衛生獣医師が減少した場合、食中毒の防止対策や食肉の安全確保などの業務に支障
14 が生じることが懸念されます。

15 ○科学技術の著しい進歩や食品輸入の増大、国際化の進展等に伴い、公衆衛生獣医師には最新の
16 専門的知識に基づく指導的役割を担うことが期待されています。

17 ○狂犬病の発生及び蔓延の防止を図るための社会的役割を担うことが期待されています。

18 ○高病原性鳥インフルエンザの変異による新型インフルエンザの発生が危惧されるなど動物由
19 来感染症の発生及び蔓延防止を図るため、専門的知識を踏まえた普及啓発や適正管理の指導が
20 必要とされています。

21

22 **(3) 対策**

23 ○公衆衛生行政の円滑な推進を図るため、公衆衛生獣医師の確保に努めます。

24 ○国際化の進展など業務を取り巻く環境変化に的確に対応するため、最新情報の共有化、監視指
25 導や検査法の検討等、研修会の充実を図るなど、公衆衛生獣医師の資質向上に努めます。

26 ○狂犬病予防接種の徹底・指導を図るため、獣医師が中心となった啓発指導に取り組みます。

27

28

1 第6節 ふじのくに医療勤務環境改善支援センター

2 【対策のポイント】

- 3 ○ 医療機関の行う医療従事者の勤務環境改善の支援
 4 ○ 「医師の働き方改革」への取組の支援

7 【数値目標】

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|---------------|--------------------|--|------------------------------|----------|
| 医療勤務環境改善計画の策定 | 62 病院 (2022 年度) | 県内全病院 (2029 年度) (参考:170 病院) (2023.4 時点) | 県内すべての病院において計画的に勤務環境改善に取り組む。 | 県地域医療課調査 |

8 (1) 現状

9 **ア 医療従事者の勤務環境改善**

- 10 ○医療法では、病院又は診療所の管理者は、医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずるよう努めることが義務づけられ、都道府県にはその取組を支援する拠点整備に努めると規定されています。
- 11 ○本県では、2014年10月に「ふじのくに医療勤務環境改善支援センター」（以下「支援センター」）を設置し、医療機関からの要請に基づき医業経営コンサルタントや、社会保険労務士等の専門家を派遣し、医療勤務環境改善計画の策定・実施を支援してきました。2020年4月から、病院により近い立場で効果的に勤務環境改善支援を実施するため、支援センターを静岡県病院協会に置く体制の見直しを行いました。
- 12 ○厚生労働省では、医療機関が計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み（医療勤務環境改善マネジメントシステム）を構築し、自主的な取組を支援するガイドラインを整備しましたが、本県では当システムを活用して医療勤務環境改善計画を策定する医療機関は一部にとどまっています。
- 13 ○2018年6月の労働基準法の改正により、労働時間の適正な把握や、医師等の一部の事業・業務を除き時間外労働の上限規制が2019年4月から適用開始されました。

14 <改正労働基準法の概要>

- 15 ・時間外労働の上限規制（時間外労働の上限は原則として月 45 時間・年 360 時間、臨時的な特別の事情があっても時間外労働が年 720 時間以内、時間外労働と休日労働の合計が月 100 時間未満としなければならない 等）
- 16 ・「勤務間インターバル」制度の導入を促進
- 17 ・労働時間の客観的把握
- 18 ・労働者における年 5 日の年次有給休暇の確実な取得（使用者の義務） 等

25 **イ 医師の働き方改革**

- 26 ○2021年5月の医療法等の改正により、2024年4月1日から医師に対する時間外労働の上限規制の適用が開始され、勤務する医師が長時間労働となる医療機関において医師労働時間の適正化のための計画を策定する等の措置を講じることとされました。また、各医療専門職種

1 性の活用を進めるため、各職種の業務範囲の拡大等を行うこととされました。

| | | |
|--|--|--|
| <p><改正医療法等の概要></p> <p>○医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（2024年4月1日）に向け次の措置を講じる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の策定 ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設 ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等 <p>○タスク・シフト/シェアを推進し、医師負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。（診療放射線技師、臨床検査技師等に関する法律等）</p> <p>資料：厚生労働省「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の概要」から抜粋</p> | | |
| <p><医師労働時間上限規制の概要></p> <ul style="list-style-type: none"> ・時間外労働時間の上限は、年 960 時間／月 100 時間未満 ・地域医療提供体制の確保のため、医療技能の向上のためにやむを得ず長時間労働する医師に対し、例外的な水準を設定 ・医師労働時間短縮計画の策定、医療機関勤務環境評価センター（以下「評価センター」）による計画及び労働時間短縮の取組の評価、これを踏まえた県による指定を経て、各水準が適用される ・労働時間上限規制に加え、連続勤務時間制限、勤務間インターバルなどの追加的措置により医師の健康確保に取り組む | | |

2

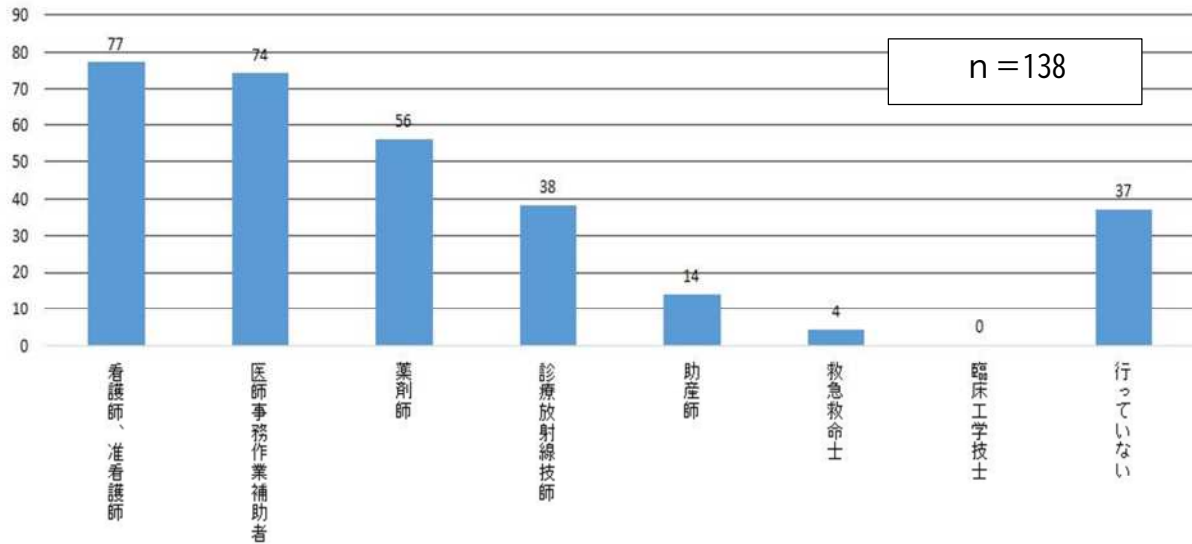
3 図表 8-6-1 医師の時間外労働規制

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

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

- 1 ○B水準、連携B水準、C-1水準、C-2水準の指定申請を行うには、評価センターによる評
 2 価を受審することが必要です。
 3 ○地域医療確保暫定特例水準（B、連携B水準）については2035年度末を目標に解消することと
 4 されています。

6 図表8-6-2 タスク・シフト/シェアを実施している病院 (箇所)



25 資料：地域医療課調べ タスク・シフト/シェア実施病院数 101 病院（複数回答可）

28 **(2) 課題**

29 **ア 医療従事者の勤務環境改善**

- 30 ○働き方改革関連法の施行に伴い、労働時間の適正な把握や、時間外労働の上限規制が適用され、
 31 これらの改正に適切に対応するとともに、勤務間インターバル制度の導入など、全ての医療従
 32 事者が健康で働き続けられる勤務環境を整えることが必要です。
 33 ○医療機関において人口の減少、医療ニーズの多様化などを背景として、医療従事者の確保が困
 34 難となる中、質の高い医療提供体制を維持するには働き方・休み方の改善や職員の健康支援、
 35 働きやすさの確保など、継続的な勤務環境改善の取組が必要です。
 36 ○医療機関の様々なニーズに的確に対応するため、アドバイザーの更なる資質向上が必要です。

37 **イ 医師の働き方改革**

- 38 ○2024年4月から施行された医師の時間外労働の上限規制への対応は、全ての医療機関において
 39 取組を行う必要があることから、更なる制度の周知と支援が必要です。
 40 ○時間外労働上限規制へ対応するために医療機関が策定した医師労働時間短縮計画等に沿った
 41 取組が必要です。
 42 ○地域医療確保暫定特例水準（B、連携B水準）については、2035年度末に解消することを目標
 43 として段階的な見直しの検討を行うこととされており、これに対応するための医療機関の取組
 44 が必要です。
 45 ○医師の労働時間短縮を着実に進めるためには、医療関係職種の業務を見直し、医師の業務のタ
 46 スク・シフト/シェアを推進することが必要です。特に、タスク・シフト/シェアの推進に向け、

1 特定行為研修制度が拡充された看護師や法改正が行われた診療放射線技師、臨床検査技師、臨
2 床工学技士、救急救命士をはじめ、助産師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、
3 視能訓練士、義肢装具士、医師事務作業補助者や看護補助者などを含めた、多職種の協力体制
4 を整えていく必要があります。

5 (3) 対策

6 ア 医療従事者の勤務環境改善

7 ○静岡県県病院協会に設置した支援センターにおいて、医療現場の実情を踏まえた労働時間短縮の
8 取組事例の提供や医療従事者のメンタルヘルス対策を含めた医療勤務環境改善計画策定方法
9 の提案、医療機関の課題に対応する研修会の開催により実効性のある支援を行います。

10 ○勤怠管理システムの導入による労働時間の適正な把握や、電子カルテや電子処方箋による情報
11 の取得・管理効率化など、勤務環境改善に資するICT技術を活用した医療機関の取組を支援
12 します。

13 ○時間外労働の上限規制にかかる法令遵守に加え、勤務環境改善の取組が、医療の質の向上や経
14 営の安定化につながり、医療従事者や患者だけでなく病院経営にとってもメリットがあること
15 を周知し、自主的な取組を促進するとともに医療勤務環境改善計画に基づく取組を継続的に支
16 援します。

17 ○ホームページによる労働時間短縮の取組事例や医師労働時間短縮計画策定マニュアルの紹介
18 など、医療機関のニーズに応じた情報発信を行うとともに、アドバイザーの更なる資質向上を
19 目的とした研修や会議の開催等を通じて情報共有を促進します。

20 イ 医師の働き方改革

21 ○全ての医療機関を対象として、法令改正や医療機関が取り組むべき具体的な内容について説明
22 会を開催するなど改めて周知を図ります。

23 ○医師に対する時間外労働上限規制の適用開始への対応に取り組む医療機関を支援するため、長
24 時間労働の医師が勤務する医療機関を対象として、支援センターから医師労働時間短縮計画策
25 定のためのアドバイザー派遣や医師労働時間短縮等の取組に対する助成により重点的な支援
26 を行います。

27 ○特定労務管理対象機関の指定を受けた医療機関については、将来に向けて医師の時間外労働の
28 段階的な縮減が求められることから、支援センターによる継続的な支援を行います。

29 ○医師事務作業補助者の資質向上を目的とした研修や看護師特定行為研修の研修機関や受講生
30 を派遣する病院への支援を行うほか、特定行為研修修了者の活用促進を目的とした実践報告会
31 を行います。また、全ての医療従事者がそれぞれの専門性を活かせるようタスク・シフト/シェ
32 アを推進するため、好事例の発表を含む研修などを実施します。

1 第7節 介護サービス従事者

2
3 【対策のポイント】

- 4 ○ 介護職員の新規就業の促進、職員の育成・職場定着の促進
- 5 ○ 介護現場の生産性向上の推進
- 6 ○ 介護支援専門員の確保・育成・定着

7
8 【数値目標】

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|----------|--------------------|-------|--------------------------|-------------------------|
| 介護職員数 | 54,310人 (2019年) | 【検討中】 | 第9次静岡県長寿社会 保健福祉計画の目標値 | 介護人材需給推計ワ ークシートによる推計 |
| 介護支援専門員数 | 5,516人 (2019年) | 【検討中】 | 第9次静岡県長寿社会 保健福祉計画の目標値 | 介護人材需給推計ワ ークシートによる推計 |

9
10 (1) 現状

- 11 ○第1号被保険者の要介護・要支援認定者数は、2022年3月末現在で 183,106人と、介護保険制
12 度施行当初と比べて、2.89倍で 119,757人増加しています。
- 13 ○第1号被保険者の要介護・要支援認定率は、2022年3月末現在で 16.6%と、制度施行当初の
14 8.3%から増加しています。
- 15 ○介護サービスの受給者数は、2021年度（1か月平均）で 172,890人と、制度施行当初と比べ
16 て、3.97倍で 129,318人増加しています。
- 17 ○県が推計した結果、2019年現在、介護サービス事業所に従事する介護職員は 54,310人で、介
18 護支援専門員¹は 5,516人となっています。

19
20 (2) 課題

- 21 ○今後も高齢化は進行し、高齢者人口も、いわゆる団塊ジュニアが65歳以上となるまで増加す
22 ると予測され、介護需要の増大に対応する必要があります。
- 23 ○介護職員数の需給見通しでは、団塊の世代が全て75歳以上となる2025年には、約 63,000人
24 が必要で、約 5,700人が不足すると推計され、人材の確保が必要です。
- 25 ○介護分野は、他産業に比べて短い勤務年数と低い賃金水準にあり、介護関連の求職者数は年々
26 減少し、有効求人倍率は依然として高く、慢性的な人材不足にあり、新規就業の促進とともに、
27 職員の職場定着の促進や介護現場の生産性の向上が必要です。
- 28 ○中でも、地域包括ケアを担う重要な一員の訪問介護員、訪問看護師の確保が必要です。
- 29 ○地域包括ケアを実現していくためには、介護保険制度の運用の要である介護支援専門員の確保
30 と定着、資質の向上が必要です。

¹ 介護支援専門員（ケアマネジャー）：要介護者や要支援者からの相談に応じるとともに、要介護者や要支援者が心身の状況に応じた適切なサービスを受けられるよう、ケアプラン（介護サービス等の提供についての計画）の作成や市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者や要支援者が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識・技術を有する者として、介護支援専門員証の交付を受けた者をいう。

- 1 ○介護支援専門員には、自立支援の考え方、適切なアセスメント（課題把握）、多職種協働、医療
 2 との連携、インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネートと地域の
 3 ネットワーク化が十分に機能することが必要です。
 4 ○加えて、介護支援専門員の能力向上の支援として、地域で実践的に学ぶための有効なスーパー
 5 バイズ機能等を整える必要があります。

6

7 図表 8-7-1 静岡県内の有効求人倍率

| | 2018年度 平均 | 2019年度 平均 | 2020年度 平均 | 2021年度 平均 | 2022年度 平均 | 2023年 9月 |
|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| 全産業平均 | 1.68 | 1.48 | 0.97 | 1.15 | 1.29 | 1.19 |
| 介護関係 | 4.58 | 4.64 | 4.09 | 4.06 | 4.33 | 4.39 |

8

※静岡労働局調

9

10 **(3) 対策**

- 11 ○元気高齢者や外国人等の多様な人材の介護分野への就業を進めます。
- 12 ○介護に関する資格を持たない方を対象とした介護人材の育成を進めます。
- 13 ○能力の最大化と技術力の不安の解消のため、介護技術の習得・向上、人材の教育を進めます。
- 14 ○労働環境の改善及び質の高いサービス提供のため、介護ロボット・ICT機器の活用や、食事
 15 の配膳等介護の周辺業務を担う介護サポーターの活用などにより、身体的・精神的負担の軽減
 16 や介護現場の業務改善に取り組み、介護現場の生産性向上を進めます。
- 17 ○外国人介護人材関係の支援機能を集約し、外国人介護人材の受入・定着等に係る総合的な支援
 18 を進めます。
- 19 ○市町や様々な団体と共同して人材の確保の取組を進めます。
- 20 ○介護支援専門員を確保するため、仕事の魅力発信や業務の負担軽減を図ります。
- 21 ○介護支援専門員には、利用者の生活状況を総合的に把握し、ニーズに応じた様々なサービスを
 22 医療も含め一体的に提供するコーディネート機能を備えるための研修等を進めます。
- 23 ○主任介護支援専門員には、介護支援専門員に対するスーパーバイズ、地域包括ケアシステムの
 24 実現のための情報の収集・発信、事業所や職種間の調整の役割を担うことができる者を養成す
 25 るための研修等を進めます。
- 26 ○適切なケアプランの作成を支援するため、ケアマネジメントAIの導入・活用を推進します。

27

28

29

30

31

32

1 **第9章 医療安全対策の推進**

3 **【対策のポイント】**

- 4 ○ 立入検査による安全管理体制の確認強化
- 5 ○ 医療安全のための研修等の充実

7 **【数値目標】**

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|---------------------|--------------------------|------------|--------------|----------|
| 立入検査において指摘を受けた施設の割合 | <u>26.0%</u> (2022年度) | <u>26%</u> | 直近の実績数値以下を維持 | 県医療政策課調査 |

9 **(1) 現状**

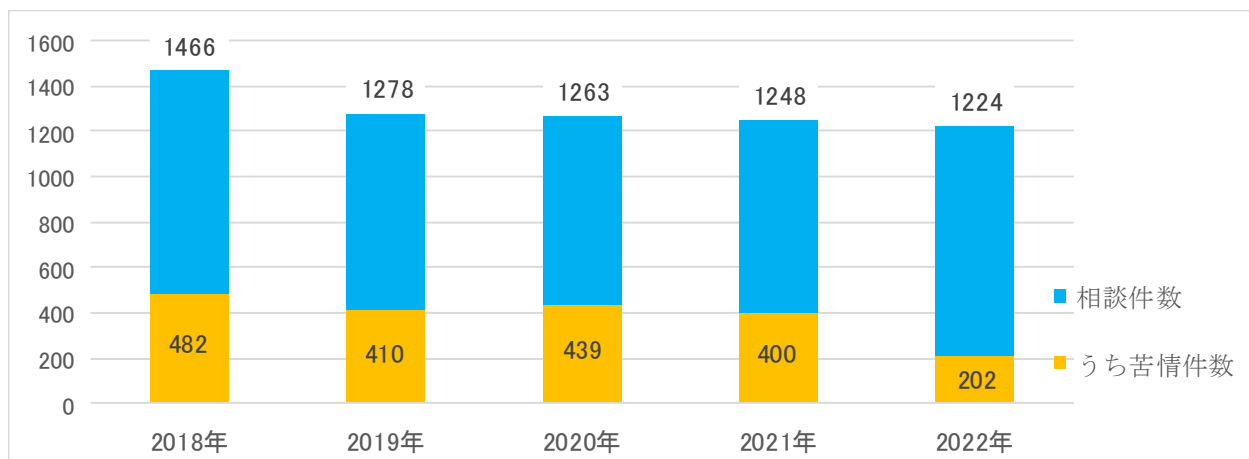
10 **ア 医療安全の確保、医療事故の再発防止**

- 11 ○安全で良質かつ適正な医療を提供することは、医療の最も基本的かつ重要な要件です。
- 12 ○医療の安全性、信頼性の確保・一層の向上のためには、事故を未然に防止することが最も大切
- 13 ですが、事故が発生した場合には、医療機関が自主的かつ積極的にその原因を解明し、再発防
- 14 止に取り組むことが必要です。

15 **イ 医療安全支援センター**

- 16 ○2002年に、国の医療安全推進総合対策において都道府県に設置することが示された「医療安全
- 17 支援センター」は、2007年の医療法の改正により、医療に関する患者・住民の苦情・心配や相
- 18 談に対応し、医療機関等に対する助言、情報提供及び研修、患者・住民に対する助言・情報提
- 19 供により医療安全を推進することによって、住民の医療に対する信頼を確保することを目的と
- 20 して、都道府県及び政令市が設置する機関として、法律に位置付けられました。
- 21 ○県では、「医療安全支援センター」の役割を担うものとして、2003年度から看護師資格を有す
- 22 る専任の相談員による「医療安全相談窓口」を設置しています。
- 23 ○過去5年間における医療安全相談窓口への相談件数は減少傾向にあります。なお、2022年度の
- 24 相談件数は1,224件で、うち「相談・質問」が995件、「不信・苦情」が202件となっていま
- 25 す。相談内容は、医療行為や診療報酬に関するものを始めとして、多種多様にわたっています。

27 図表9-1 医療安全相談窓口（医療政策課設置分のみ）における相談件数



1 <静岡県医療安全相談窓口>

2 ○設置場所 健康福祉部医療健康局医療政策課

3 ○相談日 月曜日～金曜日（祝日は除く。）

4 ○相談時間 午前9時から午後4時（ただし、水曜日は午後3時まで）

5 ※ 午後0時から午後1時までは除く。

6 ○連絡先 電話番号 054-221-2593 FAX 番号 054-221-3291

7 ○相談内容 病気や健康に関する相談、

8 医療機関の対応等の医療に関する相談及び苦情等

9 ○相談員 医療従事経験を有する相談員（看護師）

10 ○備考 医療に関するトラブル等の相談については、中立的な立場で、当事者が自主的
11 に解決するための助言を実施

12 ※ 当窓口で医療機関への指導は行わない。

13
14 **ウ 医療事故に係る調査の仕組み**

15 ○2015年10月から「医療事故調査制度」が施行され、患者が予期せず死亡した医療事故が発生
16 した場合には、医療事故の調査・分析を実施する機関として、厚生労働大臣が指定した「医療
17 事故調査・支援センター」に届け出ることが医療機関に義務付けられました。

18 ○本制度は、医療事故の原因究明と再発防止を図ることにより、医療の安全と医療の質の向上を
19 目的としており、事故の原因を個々の医療従事者に求めるのではなく、システムや構造に着目
20 して分析・検証することが求められます。

21 ○制度が開始された2015年10月から2022年12月までの医療事故調査支援センターへの全国の
22 事故報告件数は2548件であり、うち本県の件数は68件となっています。

23
24 **(2) 課題**

25 **ア 医療機関における安全管理体制の確保**

26 ○医療安全の確保のためには、全ての医療機関において、医療事故や院内感染等の防止のための
27 マニュアルの整備や研修の実施、感染性廃棄物の適正な管理など、継続的な体制の維持や取組
28 が必要であり、その取組状況等について確認し、指導監督をすることが必要です。

29 ○各医療機関に対し、重大な医療事故や多数の院内感染が発生した場合には、速やかに県に報告
30 するよう求めています。必要に応じて自ら公表する等、他の医療機関における同様の事故の
31 発生を防止することが必要です。

32 **イ 医療事故の防止や医療機関と患者との対話促進**

33 ○医療事故の防止や院内感染の防止には、現場において実際に医療安全の確保に携わる人が、正
34 しい知識と実践的な技術を身に付けることが必要です。

35 ○県民が安心して医療を受けるためには、自らの疾病の状態と治療についての十分な理解が必要
36 であることから、インフォームド・コンセントの一層の徹底や、医療機関が患者からの相談に
37 応じる体制の充実が求められます。

1 **(3) 対策**

2 **ア 立入検査による指導**

3 ○医療機関に対して実施する立入検査を通じ、安全管理体制や院内感染対策のための体制の確保
4 状況を確認するなど安全確保の強化を推進します。

5 **イ 医療事故情報の収集、防止対策や医療機関と患者との対話促進に対する支援**

6 ○医療事故が発生した場合の概要及び再発防止策の速やかな報告の徹底を図るほか、医療従事者
7 を対象にした研修会の実施により医療事故の発生防止を図り、医療の信頼確保に努めます。

8 ○医療事故調査制度について県民及び医療機関に対する情報提供等、必要な対応をしていきます。

9 **ウ 院内感染対策の推進**

10 ○安心して医療を提供し、また医療の提供を受けることのできる環境整備を図るため、医療機関
11 からの院内感染防止対策に関する相談に対応し、支援するための「院内感染ネットワーク」制
12 度を構築します。

13 **エ 医療安全推進のための普及・啓発**

14 ○医療安全の確保・推進のため、医療従事者に対する研修の機会を提供するとともに、医療安全
15 推進週間等を通じて意識高揚に努めます。

16 ○医療機関の医療安全に関する取り組み状況把握に努めます。

17 **オ 医療安全相談体制の充実**

18 ○専門化、多様化する医療相談に対応していくために、2次保健医療圏相談窓口のほか、医療関
19 係団体等とのネットワークを強化し、相談・情報提供機能の充実に努め、医療機関と患者・家
20 族との信頼関係の構築を支援します。

21

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17

白紙

1 第10章 健康危機管理対策の推進

2
3 第1節 健康危機管理体制の整備

4 **【対策のポイント】**

- 5 ○ 健康危機発生時に迅速に対応できる体制の整備
- 6 ○ 健康危機が発生した場合、健康被害の拡大防止等の対策の速やかな実施

7
8
9 **【数値目標】**

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|--------------------------|----------------|-------------|----------------------------------|-----------|
| 新しい感染症や再流行への対応訓練実施回数(再掲) | 0回 (2022年度) | 2回 (毎年度) | 新型インフルエンザ対応訓練に加え、一種感染症に対応した訓練を実施 | 県感染症対策課調査 |

10
11 **(1) 現状**

- 12 ○健康危機管理とは、医薬品、食中毒、感染症、その他何らかの原因により生じる県民の生命・健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止等に関する業務をい
- 13 います。
- 14 ○感染症においては、新型インフルエンザ、エボラ出血熱、中東呼吸器症候群(MERS)、重症熱性血小板減少症候群(SFTS)等の新たな感染症(新興感染症)、デング熱や結核¹等の再び注目されている感染症(再興感染症)の流行が世界各地で発生し、大きな問題となっています。
- 15 ○新型コロナウイルス感染症が感染拡大時には、感染症病床だけでは対応できず、一般病床等に多くの感染症患者を受け入れるなど、医療体制に大きな影響を生じさせるとともに、人々の暮らし方や働き方、人流や物流に大きな影響をもたらしました。
- 16 ○腸管出血性大腸菌O-157による食中毒に加えて、残留農薬や遺伝子組換え食品など食品衛生を取り巻く環境も変化しています。
- 17 ○「その他何らかの原因」とは、地震や風水害等の自然災害、地下鉄サリン事件のような無差別大量殺傷型テロ、和歌山市の毒物混入事件のような犯罪など、不特定多数の人々の生命・健康を脅かす事態を県が対応すべき健康危機として想定しています。

18
19
20
21
22
23
24
25
26
27 **(2) 課題**

- 28 ○健康危機に対して迅速かつ適切な危機管理を行えるよう、当該健康危機の際に生じ得る県民への精神的な影響も考慮した上で、健康危機管理体制を構築する必要があります。
- 29 ○新興・再興感染症により重篤な患者が大量に発生した場合の医療体制の確保が課題です。
- 30 ○県民生活の安全・安心を確保するためには、県民の生命・健康を脅かす健康被害の発生を防止し、被害を拡大させない対応を迅速かつ的確に実施することが大切であり、地域において、保健所(健康福祉センター)、消防、警察などの行政機関や医療関係者等が緊密に連携し、最新の専門知識と技術によって対応することができる「健康危機管理」の体制構築が重要になってい

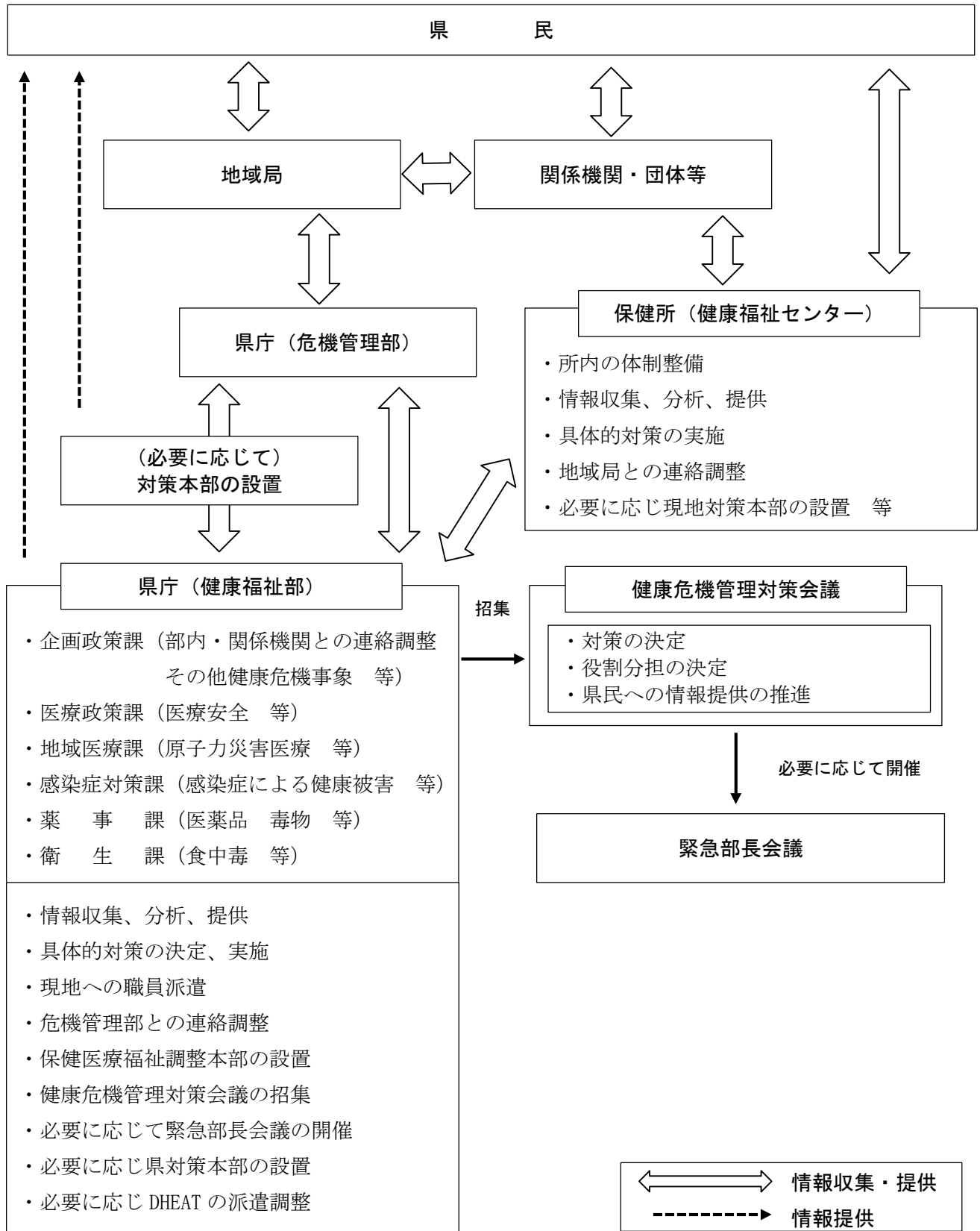
1 結核罹患率(人口10万対)：2022年の人口10万対の結核罹患率は、全国8.2、本県6.7である。

1 ます。

2
3 **(3) 対策**

- 4 ○県、保健所設置市、保健所の役割を明確にし、健康危機に備えた平時からの計画的な体制整備
5 等に取り組みます。
- 6 ○県民の生命・健康を脅かす健康危機に迅速かつ的確に対応するために、「“ふじのくに”危機管
7 理計画基本計画」に基づき、関係機関と緊密に連携し、健康危機の発生に備えるほか、発生時
8 に迅速に対応できるように、体制の整備を行います。
- 9 ○地域においては、健康危機管理に係わる保健所（健康福祉センター）の体制を強化するほか、
10 市町、消防、警察、医療機関等の連携を一層強化し、連絡体制や対応体制等の確認を行うなど、
11 平常時から健康危機発生に備えた準備を行います。
- 12 ○健康危機管理に携わる関係者が迅速かつ的確に対応できるように、実践的な対応マニュアルの
13 作成等を行い、研修や想定訓練を実施して、その資質の向上を図ります。
- 14 ○大規模災害に備え、災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）による応援派遣が可能とな
15 るよう、構成する者の養成、資質の維持及び向上を図るための研修・訓練を実施します。また、
16 平時よりDHEATを受け入れる際に必要な機器及び機材等を準備するほか、受入体制を整備
17 します。
- 18 ○健康危機が発生した場合は、健康危機管理対策会議（県健康福祉部所管）において決定した対
19 策を関係機関と連携し、速やかに実施するほか、県民に対し適切な情報提供を行います。
20 なお、大規模な事案などの場合については、知事を本部長とする対策本部を設置し、対策本部
21 員会議や対策会議において適切な対応をとることとしています。
- 22 ○新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、感染症対策の司令塔となる「ふじのくに感染症管
23 理センター」を開設し、「防疫先進県」を目指して感染症への対応力を強化に取り組みます。
- 24 ○同センターにおいて、感染症の発生、流行情報の収集・分析・公表を迅速に行うとともに、患
25 者発生における迅速な防疫措置、感染源調査などにより感染症のまん延防止を図ります。
- 26 ○感染症の発生及びまん延時に備え、保健所設置市や感染症指定医療機関、医師会や病院協会な
27 どからなる「県感染症対策連携協議会」を設置し、平時から関係団体との連携協力を図ります。
- 28 ○平時から病床等の確保などを確実に推進するため、「静岡県における感染症の予防のための施
29 策の実施に関する計画」の改定をするとともに、当該計画に新たに盛り込む数値目標に係る医
30 療措置協定を締結することにより、有事に対応可能な応援体制の構築を図ってまいります。

図表 10-1-1 健康危機管理体制（健康危機発生時）



1
2
3
4
5
6
7

白紙

1 第2節 医薬品等安全対策の推進
 2 1 医薬品等の品質確保と適正使用の推進

3
 4 【対策のポイント】

- 5 ○ 医薬品等の品質確保のための監視指導
- 6 ○ 毒物劇物営業者等における毒物劇物の適正な取扱いの徹底

7
 8
 9 【数値目標】

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|--------------|
| 薬事監視で発見した違反施設数 | 平均 <u>19</u> 施設 (<u>2017</u> ～ <u>2020</u> 年度) | <u>15</u> 施設以下 (<u>2025</u> 年度) | <u>医薬品等による健康被害を未然防止するため、現状値から毎年1施設減少</u> | 県薬事課「薬事年度報告」 |
| 収去検査 | <u>33</u> 検体 (<u>2022</u> 年度) | 34検体以上 (<u>2029</u> 年度) | <u>不良医薬品等の発生・流通防止の取組指標として現状値を維持</u> | 県薬事課「薬事年度報告」 |
| 医薬品類似食品の試買調査 | <u>6</u> 検体 (<u>2022</u> 年度) | <u>6</u> 検体以上 (<u>2029</u> 年度) | 健康被害防止の取組指標として現状値を維持 | 県薬事課「薬事年度報告」 |
| <u>医薬品の適正使用等に関する県民向け出前講座の開催数</u> | <u>84</u> 回 (<u>2022</u> 年度) | <u>84</u> 回以上 (<u>2025</u> 年度) | 健康被害防止の取組指標として現状値を維持 | 県薬事課「薬事年度報告」 |
| 毒物劇物監視で発見した違反施設数 | 平均 <u>5</u> 施設 (<u>2018</u> ～ <u>2022</u> 年度) | <u>5</u> 施設以下 (<u>2029</u> 年度) | 毒物劇物による危害未然防止の取組指標として現状値を維持 | 県薬事課「薬事年度報告」 |

10
 11 (1) 現状

12 ア 薬事関係許認可

- 13 ○ 医薬品、医療機器、医薬部外品、化粧品、再生医療等製品（本節において「医薬品等」とする。）
- 14 の品質、有効性及び安全性を確保するために、医薬品医療機器等法（旧薬事法）により、個々の製品を市販する場合は厚生労働大臣等による製造販売承認が、業として製造販売、製造、修理、販売（貸与）をする場合は都道府県知事等による許可等が必要です。
- 15 ○ 県内の薬事関係許可届出施設は、19,490施設（2022年度末）あります。
- 16 ○ 本県内で製造される医薬品等の生産金額（2021年）は、医薬品が全国第3位、医療機器が全国第1位であり、その合計金額において全国第2位です。また、本県の化粧品の生産金額（2022年）は、全国第4位です。

1 図表 10-2-1 薬事関係許可届出施設数 (2022 年度末)

| 区 分 | | 施設数 |
|---------|-------------------|---------------|
| 製造販売・製造 | 医薬品等製造販売業 | <u>159</u> |
| | 医薬品等製造業、医療機器修理業 | <u>620</u> |
| | 薬局製造販売医薬品製造販売・製造業 | <u>202</u> |
| 販売・流通 | 薬局 | <u>1,913</u> |
| | 医薬品等販売業、医療機器貸与業 | <u>16,596</u> |

2 (注)「医薬品等販売業」には配置従事者数を含む

3 図表 10-2-2 医薬品等生産金額 (単位：億円)

| 区分 順位 | 医薬品+医療機器 (2021) | | 医薬品*1 (2021) | | 医療機器*1 (2021) | | 化粧品*2 (2022) | |
|----------|--------------------|---------------|-----------------|--------------|------------------|--------------|-----------------|--------------|
| <u>1</u> | <u>栃木県</u> | <u>10,871</u> | <u>埼玉県</u> | <u>8,465</u> | <u>静岡県</u> | <u>3,391</u> | <u>愛知県</u> | <u>2,290</u> |
| <u>2</u> | <u>静岡県</u> | <u>10,389</u> | <u>栃木県</u> | <u>8,127</u> | <u>栃木県</u> | <u>2,744</u> | <u>神奈川県</u> | <u>1,766</u> |
| <u>3</u> | <u>埼玉県</u> | <u>9,981</u> | <u>静岡県</u> | <u>6,998</u> | <u>福島県</u> | <u>2,521</u> | <u>埼玉県</u> | <u>1,637</u> |
| <u>4</u> | <u>山口県</u> | <u>6,981</u> | <u>山口県</u> | <u>6,933</u> | <u>茨城県</u> | <u>1,519</u> | <u>静岡県</u> | <u>1,176</u> |

4 *1 薬事工業生産動態統計年報 (厚生労働省)

5 *2 生産動態統計年報 化学工業統計編 (経済産業省)

6 イ 毒物劇物による危害防止対策

7 ○毒物劇物は、毒性又は劇性が強いことから、保健衛生上の危害を防止するため、毒物及び劇物
8 取締法により、その製造、販売、業務上の取扱等について厳しく規制されています。

9 ○県内の毒物劇物関係の登録届出施設は、1,979施設 (2022 年度末) あります。

10

11 図表 10-2-3 毒物劇物関係登録届出施設数 (2022 年度末)

| 区 分 | 製造業 | 輸入業 | 販売業 | 業務上取扱施設 (要届出施設) | 計 |
|-----|-----------|-----------|--------------|--------------------|--------------|
| 施設数 | <u>97</u> | <u>25</u> | <u>1,763</u> | <u>94</u> | <u>1,979</u> |

12

13 (2) 課題

14 ア 医薬品等の品質確保と適正使用の推進

15 ○許可や届出事業者における違反が確認されていることから、事業者の法令遵守体制の強化が必
16 要です。

17 ○全国では、医薬品製造での不正事案が相次いで明らかになり、医療現場への供給不足が生じる
18 など、医薬品への信頼が揺らいでいます。

19 ○不良医薬品等を排除し、高い品質の医薬品等の供給を通じて県民の健康の向上を図るため、監
20 視指導を強化する必要があります。

21 ○販売・流通において不十分な医薬品等の管理を起因とした健康被害が発生しないように、管理
22 徹底に努める必要があります。

23 ○医薬品的効能効果を標榜したり、医薬品成分を含有した医薬品類似食品により、県民が適正な
24 医療を受ける機会を消失したり健康被害にあわないように、その発見に努める必要があります。

25 ○医薬品等の不適正使用による県民の健康被害を防止するため、医薬品等の正しい知識の普及、

啓発に努める必要があります。

イ 毒物劇物による危害防止対策

○毒物劇物は、化学工業薬品、農薬、塗料など種々の分野において広く用いられ、現代社会にとって有用なものですが、不適正な取扱等により保健衛生上極めて重大な危害を及ぼすおそれがあります。

○爆発物に使用される等、犯罪の手段として使用されることもあり、譲渡手続き等の厳密な管理が必要とされています。

○県内には大量の毒物劇物の取扱施設や保管施設があり、万一の事故発生の際には、大惨事に繋がるおそれがあります。

○毒物劇物に起因する中毒等の事故発生時には、被害の拡大防止のため速やかに適切な対応が図れるよう連絡体制を整備する必要があります。

(3) 対策

ア 医薬品等の品質確保と適正使用の推進

○県内の許可・届出事業者に対する監視指導や各種講習会を通じて、事業者の法令遵守体制の強化を求めます。

○また、製薬企業に対して抜き打ち検査を実施するなど監視指導を強化し、医薬品の信頼確保に努めます。

○薬局、医薬品販売業者等に対する監視指導により、流通及び販売段階における医薬品等の品質を確保するほか、消費者への医薬品等の情報提供の徹底を図ります。

○県知事承認医薬品、県内製造医薬品等の収去検査を計画的に実施し、不良医薬品等の発生、流通を防止します。

○医薬品類似食品の試買調査、広告監視等により、無承認・無許可医薬品等の流通、販売を防止します。

○薬と健康の週間（毎年10月17日から23日の一週間）を中心に、関係団体と協力して県民への医薬品の適正使用等の普及啓発を図ります。

○高齢者が必要とする医薬品の情報提供や服薬に関する相談に対応するため、関係団体による出前講座やかかりつけ薬剤師・薬局の充実を支援し、医薬品等の適正使用の推進を図ります。

イ 毒物劇物による危害防止対策

○毒物劇物営業者、業務上取扱者へ立入検査を実施し、毒物劇物の保管取扱上の基準、譲渡手続き等の指導の徹底を図るほか、講習会を開催し危害及び犯罪防止の徹底を図ります。

○一定量以上の多量の毒物劇物の製造、保管又は取扱事業場に対しては、定期的に立入検査を実施し、適正な取扱いや管理について指導するほか、地震等災害時における応急計画の策定（見直し）についても指導します。

○事故等が発生した場合は、「静岡県毒物劇物等対策マニュアル」及び「化学物質漏洩事故対応マニュアル」に沿って速やかに対応します。

2 麻薬・覚醒剤・大麻等に対する薬物乱用防止対策

【対策のポイント】

- 薬物乱用対策推進方針に基づき、青少年に重点を置いた大麻や危険ドラッグ等の薬物乱用防止対策を実施
- 麻薬等取扱施設に対する立入検査の計画的な実施による適正管理の徹底

【数値目標】

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|--------------------|------------------|-----------------|---------------------------------------|--------------|
| 薬物乱用防止に関する講習会未開催校数 | 0校 (2022年度) | 0校 (毎年度) | 全ての学校等で薬学講座等を開催 | 県薬事課調査 |
| 知事指定監視店舗数 | 0店 (2022年度) | 0店 (毎年度) | 危険ドラッグによる健康被害を未然防止するため、最終目標である現目標値を継続 | 県薬事課「薬事年度報告」 |
| 麻薬等監視で発見した違反施設数 | 12施設 (2022年度) | 10施設以下 (毎年度) | 麻薬及び向精神薬の濫用による危害を未然防止するため、現目標値を継続 | 県薬事課「薬事年度報告」 |

(1) 現状

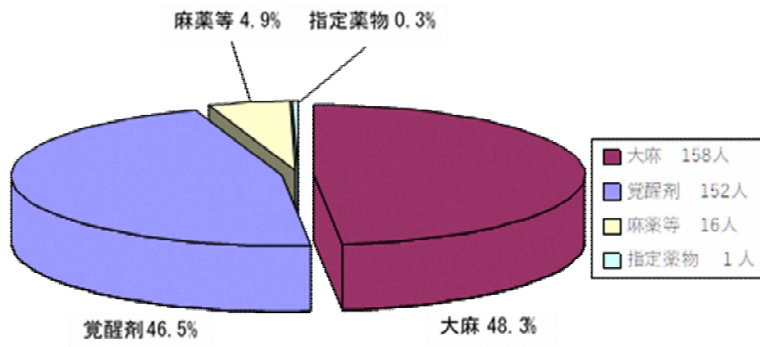
ア 県内の薬物乱用の状況

- 近年の大麻事犯は大幅な増加傾向にあり、2022年における県内の検挙者数は、158人と初めて覚醒剤事犯の検挙者数を上回りました。
- 2022年の覚醒剤事犯の検挙者数は 152人と減少傾向にあるものの、再犯者は検挙者全体の約7割と高く、大量押収の事例が散見されます。
- 危険ドラッグが原因と思われる意識障害等で救急搬送された人数は、2017年から0人を維持しており、検挙者数も平成28年以降は10人以下と落ち着いていますが、本県を含め、全国的に疑わしい店舗が確認されています。

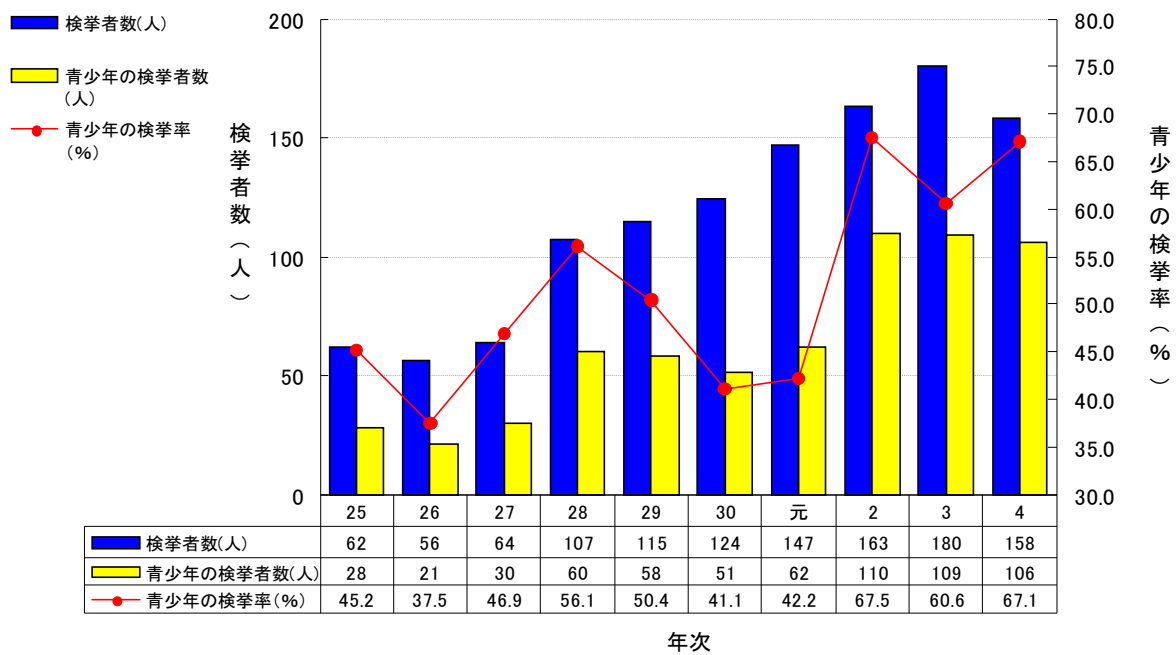
イ 麻薬等取扱施設に対する立入指導

- 麻薬、向精神薬等取扱施設における適正使用、適正管理を図るため、2022年度は全施設数の 24.5%にあたる 4,344施設に立入検査を実施しました。

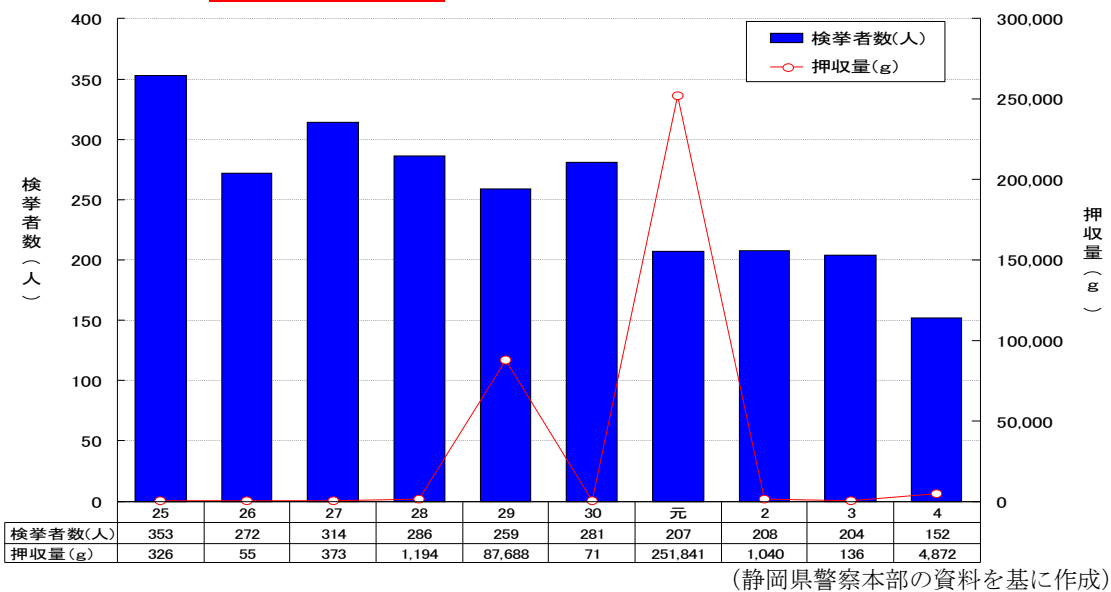
図表 10-2-4 2022年の薬物事犯別検挙者の割合（静岡県）



図表 10-2-5 大麻事犯による検挙者数（静岡県）



図表 10-2-6 覚醒剤事犯の推移（静岡県）



(静岡県警察本部の資料を基に作成)

1 **(2) 課題**

2 **ア 若者における意識、社会環境の変化**

- 3 ○若者の規範意識の低下や薬物に対する抵抗感、警戒感の希薄化が進んでいます。
4 ○インターネットやSNSの普及など、若者が大麻等の薬物を入手しやすい環境が形成されてい
5 ます。

6 **イ 青少年層への大麻の乱用の拡大**

- 7 ○2022年における大麻事犯の検挙者は、10代、20代の青少年が全体の6割を超えており、青少年
8 年の大麻濫用が拡大しています。

9 **ウ 危険ドラッグの販売手法の巧妙化、潜在化**

- 10 ○危険ドラッグのインターネット等を介した流通や合法大麻等を標榜した疑わしい店舗が確認
11 されています。

12 **エ 麻薬等取扱施設に対する指導**

- 13 ○麻薬や向精神薬等の不正流出、不正使用等の防止のため、麻薬、向精神薬等取扱施設に対する
14 立入検査を行う必要があります。

15

16 **(3) 対策**

- 17 ○静岡県薬物乱用対策推進本部の下で策定した薬物乱用対策推進方針に基づき、関係機関と連携
18 を図り、効果的な啓発活動を行います。

- 19 ○静岡県薬物の濫用の防止に関する条例に基づき、知事指定薬物の指定を迅速に行うなど、危険
20 ドラッグの取締強化を図ります。

21 **ア 青少年、一般県民への啓発**

- 22 ○小学生・中学生・高校生を対象とした「薬学講座」や、大学生・専修学校生を対象とした「薬
23 物乱用防止講習会」を実施し、大麻等の正しい知識の普及を図ります。

- 24 ○中学生・高校生や大学生等の青少年を対象に、デジタルサイネージやWeb動画広告等による啓
25 発を実施し、大麻等の薬物乱用防止意識の高揚を図ります。

- 26 ○静岡県薬物乱用防止県民大会を開催し、広く一般県民に薬物乱用防止を訴えます。

- 27 ○国際麻薬乱用撲滅デー（毎年6月26日）を中心とした「ダメ。ゼッタイ。」普及運動」や麻薬・
28 覚醒剤・大麻乱用防止運動（10月～11月）に合わせて実施する街頭キャンペーン等により、
29 薬物乱用防止意識の高揚を図ります。

- 30 ○薬物乱用防止指導員協議会を中心として、地域に根ざした薬物乱用防止活動を推進します。

31 **イ 関係団体との連携**

- 32 ○不動産業界団体や運輸業界団体と連携して、「店を貸さない」、「危険ドラッグを運ばない」と
33 の協定や業界団体からの不信情報を収集し、官民一体となって危険ドラッグの撲滅を図ります。

- 34 ○大手コンビニエンスストアと連携して、店頭での啓発活動を強化します。

35 **ウ 通報、相談対応**

- 36 ○静岡県薬物の濫用の防止に関する条例に基づき設置した薬物濫用通報・相談窓口において、大
37 麻・危険ドラッグ等に関する県民からの通報、相談に対応します。

- 38 ○薬物乱用の予防及び再乱用防止の観点から、様々な機関で実施している薬物相談窓口の積極的
39 な周知と相談体制の充実強化を図るほか、医療保護対策の充実を図ります。

1 **エ 立入指導**

- 2 ○麻薬、向精神等取扱施設に対する立入検査や講習会等を開催し、保管管理、記録等の不備がな
3 いように徹底を図ります。
- 4 ○危険ドラッグに関するサイバーパトロールや疑わしい店舗の立入調査等を実施し、販売実態の
5 把握や条例による知事指定監視店への適応を考慮した指導等を行います。
- 6 ○危険ドラッグの買上検査を実施し、違法薬物の流通を排除します。
- 7

1
2
3
4
5

白紙

第3節 食品の安全衛生の推進

【対策のポイント】

- 県民への安全で安心できる食品の提供のため、食品衛生管理体制の充実
- 食に対する県民の信頼度を高めるため、食品の安全性に関する正しい知識の理解普及を推進

【数値目標】

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|----------------------------|--------------------|---------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 人口 10 万人当たりの食品を原因とする健康被害者数 | 4.4 人 (2022 年度) | 毎年度 10 人以下 | 前回アクションプラン平均値(15.1 人)よりも引き下げることを目指す | しずおか食の安全推進のためのアクションプラン(2022-2025) |

(1) 現状

(食の安全の確保)

- 食品を原因とする健康被害者数は食中毒患者で占められており、食中毒患者数は大規模食中毒の発生状況により変動しています。また、腸管出血性大腸菌O157やノロウイルス等による広域的な食中毒事件も発生しています。

(2) 課題

(食の安全の確保)

- 食中毒対策については調理段階における対策として、大中規模施設への衛生管理の強化が必要です。
- 安心な食生活の確保のため、食品の安全・安心に係る情報発信を充実・強化して、消費者の信頼を確保するための施策を推進する必要があります。

(3) 対策

(食の安全の確保)

- 食品を原因とする健康被害の発生を防止するため、食品衛生に係る監視指導、抜取り検査、検査結果に基づく改善指導を実施します。
- 食品製造施設への HACCP¹に沿った衛生管理の普及や技術的な助言・指導を行うことで、その精度の向上を図ります。
- 食に対する県民の信頼度を高めるため、県民に分かりやすい食の安全安心情報の提供、タウンミーティングの開催を通じて、食品の安全性に関する正しい知識の理解普及に取り組めます。
- 食品の適正表示を確保するため、食品表示の自主管理の推進と食品表示に係る監視指導や抜取り検査を実施します。

¹ HACCP：安全な食品をつくるための高度な衛生管理手法のこと。食品の製造加工工程において発生する可能性のある危害をあらかじめ分析し(Hazard Analysis)、この結果を基に衛生管理をするとともに、その中で特に重点的に監視する必要がある重要管理点(Critical Control Point)を定め、その工程を連続的に管理することにより製品の安全性を確保する方法。

白紙

1 **第4節 生活衛生対策の推進**

2 **1 生活衛生**

3 **【対策のポイント】**

- 4 ○ 旅館業等の衛生水準の向上
- 5 ○ 営業施設における新型インフルエンザ等対策への対応

6 **【数値目標】**

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|---------------------------------|---------------------------|---------------|----------------------------|-------------------------------------|
| レジオネラ症患者の集団発生(2名以上)の原因となった入浴施設数 | 0施設 (<u>2022</u> 年度) | 0施設 (毎年度) | 入浴施設におけるレジオネラ症患者の集団発生ゼロを維持 | ・旅館業法施行条例衛生措置基準 ・公衆浴場法施行条例衛生措置基準 |
| 生活衛生関係営業施設の監視率 | 100% (<u>2022</u> 年度) | 100% (毎年度) | 生活衛生関係営業施設の衛生水準の維持向上 | ・生活衛生関係営業施設等の監視目標 |

7
8
9
10 **(1) 現状**

11 **ア 生活衛生対策**

12 ○県民の生活に身近な旅館、興行場、公衆浴場、理容所、美容所、クリーニング所における衛生
13 水準の維持向上と利用者の安全を図るため、関係法令に基づき営業の許可・確認及び施設の監
14 視指導等を行っています。

15 **イ 本県の状況**

- 16 ○保健所による地域の実情に応じた監視指導等の計画的な実施により、違反施設の改善及び営業
17 者の衛生管理意識の向上を図っています。
- 18 ○指導センターによる生活衛生同業組合※に対する支援・指導を通じて、生活衛生営業の経営の
19 適正化、健全化を図っています。

20
21 図表 10-4-1 生活衛生営業施設数と監視指導数 (2023年3月末現在)

| 施設数※1 | 保健所監視指導 | センター指導※2 |
|---------------|--------------|--------------|
| <u>13,509</u> | <u>3,778</u> | <u>1,877</u> |

22 ※1 旅館、興行場、公衆浴場、理・美容所、クリーニング所

23 ※2 公益財団法人静岡県生活衛生営業指導センター（以下「指導センター」という。）への
24 委託による指導数

25
26 図表 10-4-2 生活衛生同業組合※の設立状況 (2022年12月末現在)

| 業種数 | <u>12</u> | 組合員数 | <u>8,713</u> |
|-----|-----------|------|--------------|
|-----|-----------|------|--------------|

27 ※生活衛生同業組合は、「生活衛生関係営業の運営の適正化及び振興に関する法律」に基づき営
28 業者が組織する組合

1 **ウ 生活衛生関係営業を取り巻く状況**

2 ○レジオネラ属菌による健康被害の未然防止を目的として、旅館業法施行条例及び公衆浴場法施
3 行条例の衛生措置基準に基づき、衛生管理の徹底を指導しています。患者の集団発生（2名以
4 上）の原因となった入浴施設は、これまでに報告されていませんが、単発的には依然として健
5 康被害の発生が続いています。

6 ○大規模な健康被害と社会的影響が懸念される感染症について、感染症の予防及び感染症の患者
7 に対する医療に関する法律や新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく適切な対応が、営
8 業施設において求められています。

9

10 **(2) 課題**

11 ○レジオネラ症防止対策については、健康被害の発生が続いていることから、旅館等の入浴施設
12 における衛生水準の確保に引き続き取り組む必要があります。

13 ○感染症対策については、感染症予防法（基本指針、予防計画）や特別措置法（行動計画）に基
14 づく対応が円滑に進められるように、情報の迅速、確実な提供を行うほか、興行場の施設の使
15 用制限等を要請する場合もあるため、事業者の理解と協力が必要です。

16

17 **(3) 対策**

18 ○レジオネラ症防止対策については、旅館等の入浴施設への監視指導を着実に実施し、衛生管理
19 の徹底を図っていくほか、環境衛生科学研究所と連携し、新たな消毒方法等についての検討を
20 進めていきます。

21 ○感染症対策については、指導センターを通じた生活衛生同業組合の連絡体制を強化し、営業施
22 設におけるまん延防止体制の整備を図ります。

23

24

2 水道

【対策のポイント】

- 安心・安全な水道水の安定供給
- 生活に不可欠な水道基盤の機能の向上

【数値目標】

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|--------------|------------------------|-------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 水道法水質基準不適合件数 | 3件 (<u>2021</u> 年) | 0件 (毎年度) | 定期的な水質検査の実施 及び施設の適切な維持管理・衛生対策の徹底 | ・静岡県水道施設等 立入検査実施要領 ・水道施設等立入検査計画 |

(1) 現状

ア 県内の水道普及率及び施設数

- 水道は、県民の日常生活や産業活動に不可欠な基盤施設です。県内の普及率は 2021 年度末で 99.0% となっており、全国平均の 98.2% を上回っています。
- 上水道 37 事業に対して、簡易水道 106 事業、飲料水供給施設 419 施設と小規模な水道事業が多数あります。

イ 化学物質による水道原水の汚染

- 各種化学物質が産業・農業等において多量に使用されてきた等により、水道の原水である地下水や河川水から化学物質等が検出される事例がみられます。

(2) 課題

ア 水道事業の基盤強化、水道施設の老朽化等に伴う施設整備の必要性

- 水道施設の多くは昭和 30 年代半ばから整備されたため、すでに老朽化している施設も多く、更新等が必要となっています。
- 一方、人口減少による水道料金収入の減少、老朽化施設の更新費用の捻出、施設の適切な維持管理等への対応のため、各水道事業者の基盤を強化する必要があります。
- 予測される東海地震等の危機管理対策として、災害に強い水道施設の整備等が必要となっています。

イ 水道施設の適切な維持管理の必要性

- 安全で良質な水道水を供給するために、水道水源から給水栓に至るまでの総合的な水質管理が必要です。

(3) 対策

ア 水道事業の統合等を伴う施設整備の支援

- 水道の広域化、小規模水道等の統合などを図り、効率的な運営や経営の合理化に向け、水道事業者を指導・支援します。
- 水道施設の「長期修繕・改良計画」と投資と財源の均衡確保を主な内容とする「経営戦略」の

1 策定を通して、老朽化施設の更新を進め、地震等の災害に強い水道施設の整備、管理体制の充
2 実が図られるよう、市町に対して指導を行います。

3 **イ 水道事業者等に対する適正な維持管理、衛生対策に係る指導**

4 ○水道水質基準不適合施設については、水道事業者に対し、原因究明及び再発防止対策を徹底さ
5 せるとともに、水道等の認可協議等を通じて、水道施設の計画的な整備を促すなど、水道事業
6 者に対する指導を行うことにより、安全で安定した水道水の供給を図ります。

7 ○水道事業者に対し、計画的な水道水質の管理、水質検査結果の公表を行うよう指導し、水道に
8 対する信頼性を確保します。また、水道法の対象外施設である、ビル等の貯水槽水道、飲用井
9 戸等に対しても適正な維持管理指導や衛生対策指導を行います。

10

11

12

1 第11章 保健・医療・福祉の総合的な取組の推進

2

3 第1節 健康づくりの推進

4

【対策のポイント】

- 個人の生活習慣の改善による生活習慣病の予防や生活機能の維持向上を推進。
- 社会環境の質の向上により、自然と健康になれる環境づくりを推進。
- ライフコースを踏まえた健康づくりを推進。

9 【数値目標】

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------|
| 健康寿命 | 男性 73.45 歳 女性 76.58 歳 (2019 年度) | 平均寿命の 伸びを上回 る延伸 (2035 年度) | 健康日本21(第三次)に 準じる | 厚生労働省 公表値 |
| 平均自立期間の市町間差 | 男性 4.0 年 女性 2.9 年 (2020 年度) | 上位、下位7 市町の平均 の差の縮小 (2035 年度) | 健康日本21(第三次)に 準じる | 県健康増進課 調査 |
| 脳卒中の年齢調整死亡率 (人口 10 万人当たり) 【再掲】 | 男性 37.1 女性 20.4 (2021 年) | 男性 31.7 女性 16.7 (2029 年) | 全国平均まで引下げ | 厚生労働省「人 口動態統計」か ら算出 |
| 高血圧症有病者割合 (40～74 歳) | 男性 41.0% 女性 30.3% (2020 年度) | 38.3% 28.4% (2035 年度) | 健康日本21(第三次)の 目標値である収縮期血圧 マイナス5mmHg に相当す る数値 | 県特定健診デ ータ分析報告書 |
| 糖尿病有病者割合 (40～74 歳) | 男性 13.3% 女性 6.3% (2020 年度) | 維持 (2035 年度) | 現状から増加しないことを 目指す | 県特定健診デ ータ分析報告書 |
| メタボリックシンドロームの該当 者及び予備群の減少率(特定保 健指導対象者の減少率をいう。) | 2008 年度の 14.5%減少 (2021 年度) | 2008 年度の 25%以上 減少 (2029 年度) | 第4期医療費適正化計画 の目標値 | 厚生労働省推 計ツール |
| 特定健診受診率 ※2 | 58.8% (2021 年度) | 70%以上 (2029 年度) | 第4期医療費適正化計画 の目標値 | 国法定報告 |
| 特定保健指導実施率 ※2 | 26.0% (2021 年度) | 45%以上 (2029 年度) | 第4期医療費適正化計画 の目標値 | 国法定報告 |
| 野菜摂取量平均値 | 男性 288.0g 女性 282.6g (2022 年度) | 共通 350g以上 (2035 年度) | 健康日本21(第三次)に 準じる | 県民健康基礎 調査 |
| 食塩摂取量平均値 | 男性 10.8g 女性 9.2g (2022 年度) | 共通 7g (2035 年度) | 健康日本21(第三次)に 準じる | 県民健康基礎 調査 |

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|--|---|---|--|---------------------------------------|
| <u>1回 30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施の割合(40～74歳)</u> | <u>男性 26%</u> <u>女性 18%</u> <u>(2022年度)</u> | <u>共通</u> <u>30%</u> <u>(2035年度)</u> | <u>現状+10ポイント程度</u> <u>(男女共通)</u> | <u>県特定健診デ</u> <u>ータ分析報告書</u> |
| 成人の喫煙率 | <u>16.7%</u> <u>(2019年度)</u> | <u>12%</u> <u>(2035年度)</u> | <u>喫煙者のたばこをやめた</u> <u>いと思う者(26.1%)がやめ</u> <u>た場合の喫煙率</u> | 国民生活基礎 調査 |
| <u>80歳で自分の歯が20本以上ある者の割合</u> | <u>68.4%</u> <u>(2022年度)</u> | <u>85%</u> <u>(2035年度)</u> | <u>国指針による</u> | 後期高齢者 歯科検診 |
| <u>足腰に痛みがある高齢者の人数(人/1000人)</u> | <u>男性 206人</u> <u>女性 255人</u> <u>(2019年度)</u> | <u>185人以下</u> <u>230人以下</u> <u>(2035年度)</u> | <u>健康日本21(第三次)に</u> <u>準じる(1割減少)</u> | 国民生活基礎 調査 |
| <u>低栄養傾向(BMI20以下)の高齢者(65～74歳)の割合</u> | <u>20.4%</u> <u>(2022年度)</u> | <u>13%未満</u> <u>(2035年度)</u> | <u>健康日本21(第三次)に</u> <u>準じる</u> | 県特定健診デ ータ分析報告書 |
| 社会参加している高齢者の割合 | <u>69.0%</u> <u>(2022年度)</u> | <u>75%</u> <u>(2025年度)</u> | (県総合計画) | 県福祉長寿政 策課「高齢者の 生活と意識に関 する調査」 |
| <u>通いの場の設置数</u> <u>【再掲】</u> | <u>4,665箇所</u> <u>(2021年度)</u> | <u>6,100箇所</u> <u>(2025年度)</u> | (県総合計画) | 厚生労働省 調査 |
| ふじのくに健康づくり推進事業所数 | <u>6,839</u> <u>(2022年度)</u> | <u>15,300</u> <u>(2035年度)</u> | (県総合計画) | 県健康増進課 調べ |
| <u>ヘルシーメニューの提供をして</u> <u>いる特定給食施設(事業所、一</u> <u>般給食センター)の割合</u> | <u>78.1%</u> <u>(2023年度)</u> | <u>81%</u> <u>(2035年度)</u> | <u>過去の推移から2035年の</u> <u>予測値を設定 81%</u> | 県健康増進課 調べ |
| <u>地域・職域連絡協議会の開催</u> | <u>7回</u> <u>(2022年)</u> | <u>毎年度</u> <u>7回以上</u> <u>(2035年度)</u> | <u>各健康福祉センターで</u> <u>1回/年以上の開催</u> | 県健康増進課 調べ |

1 ※1：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
2 を受けていない期間)として算定している。

3

4 ○本県における2019年の健康寿命は、男性は73.45歳で全国5位、女性は76.58歳で全国5位
5 でした。一方、平均寿命と健康寿命の差は、男性は7.96年、女性は10.66年です。平均寿命の
6 伸びを上回る健康寿命の延伸により、平均寿命と健康寿命の差である不健康期間の縮減を図り
7 ます。

8 ○本県では、2024年3月(予定)に「静岡県健康増進計画(仮称)」を策定し、「健康寿命の延伸」
9 と「健康格差の縮小」を目標に掲げ、すべての県民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な
10 社会の実現を目指して、個人の行動と健康状態の改善、社会環境の質の向上、ライフコースを
11 踏まえた健康づくりに取り組みます。また、これらの取組を下支えし実効性を高める研究や人
12 材育成等の取組を推進します。

13 ○また、関連する計画として、栄養・食生活分野については「静岡県食育推進計画(仮称)」、歯・
14 口腔の健康分野については「静岡県歯科保健計画(仮称)」を策定し、関係施策の展開を図りま
15 す。

1 (1) 現状

2 ア 生活習慣の改善

- 3 ○本県は脳卒中などの脳血管疾患による死亡者数が全国に比べて高く、要因の一つである高血圧
4 対策として減塩や食塩の排出を促す野菜の摂取量を増やすことが必要です。
- 5 ○こどもから成人期にかけては、肥満が多く健康リスクを高めるとされる一方、高齢者においては
6 低栄養等によるやせが、健康リスクを高めることが知られています。
- 7 ○運動習慣を有する者は、生活習慣病発症や死亡のリスクが少ないことが知られています。
- 8 ○睡眠の問題が慢性化すると、肥満や高血圧、糖尿病等の発症リスク上昇と症状悪化に関連し、
9 死亡率の上昇にも関与することが明らかとなっています。
- 10 ○飲酒に関連する多くの健康問題のリスクは、1日平均飲酒量とともに上昇することが示されて
11 います。
- 12 ○喫煙は、がん、循環器病、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）等の主要の危険因子である
13 ことが知られています。また、利用が拡大している加熱式たばこにおいても、紙巻きたばこと
14 同様に有害物質が含まれており、受動喫煙がおこるとされています。
- 15 ○口腔機能は、健康で質の高い生活を営むために不可欠な摂食や会話等に密接に関連し、健康寿命の
16 延伸や生活の質の向上に関係しています。特に、高齢者における咀嚼機能の低下は、摂取できる食
17 品群にも大きな影響を与えられとされています。また、オーラルフレイル・口腔機能の低下は、
18 う蝕や歯周病等に起因する歯の喪失にも関係します。

19 イ 生活習慣病（NCDs:Non-Communicable Diseases）の発症予防・重症化予防

- 20 ○高血圧が進んで動脈硬化になると、心臓では狭心症や心筋梗塞、心不全などに、また脳では、
21 脳梗塞、脳出血などの脳血管障害（脳卒中）や認知症になりやすくなります。
- 22 ○がんは県民の死因の第1位であり、令和3（2021）年の年間死亡は10,920人で総死亡の四分
23 の一を占めており、生涯のうちに約2人に1人ががんに罹患すると推計されています。
- 24 ○本県における脳血管疾患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。また、全
25 国に比べた超過死亡は、老衰について多い状況です。
- 26 ○糖尿病が進行すると、神経障害、網膜症、腎症等の合併症を併発し、心筋梗塞や脳卒中等の循環器
27 疾患のリスク因子となるほか、認知症や大腸がん等のリスクを高めると言われています。
- 28 ○本県におけるメタボリックシンドローム該当者割合は、全国でトップクラスに少ない状況ですが、
29 該当者・予備群は増加傾向にあります。
- 30 ○腎機能は加齢とともに低下するため、高齢者になるほどCKD（慢性腎臓病）が多くなります。C
31 KDのリスク要因として、高血圧、糖尿病、脂質異常、肥満やメタボリックシンドロームが挙げら
32 れます
- 33 ○COPD（慢性閉塞性肺疾患）は、肺の炎症疾患で、かつては肺気腫、慢性気管支炎と呼ばれてい
34 た疾患が含まれます。喫煙者のうち20～50%がCOPDを発症するとされ、症状はゆっくり進行
35 し、高齢者ほど罹患率が多い疾患です。

36 ウ 生活機能の維持・向上（ロコモ、フレイル、肺炎、大腿骨頸部折等の対策を含む）

- 37 ○介護となる原因の約2割は、高齢者に多い変形性膝関節症、変形性腰椎症、骨粗鬆症等の運動
38 器の障害が原因とされています。
- 39 ○高齢者においては、健康な人であっても若年時に比べ食が細くなり、体重の減少や筋力や体力

1 の低下がみられます。

2 ○本県における認知症の人は、2025年には約23万人に達すると推計されています。また、その
3 後も、高齢者人口の増加に伴い、一定の増加が見込まれています。

4 ○今後、熱中症による搬送者数や死亡者やの増加が予測されています。熱中症は、場合によって
5 は、生命にかかわる健康影響ですが、適切な行動をとることで予防が可能です。

6 ○こころの健康は、自分らしく生きるための重要な条件であるとともに、身体の健康とも関連が
7 あります。

8 **エ 社会とのつながり・こころの健康**

9 ○社会的なつながりを持つことは、精神的健康のほか、身体的健康、生活習慣、死亡リスク等い
10 よい影響を与えることが報告されています。本県でも、運動・食生活・社会参加が「健康寿命
11 の3要素」として、社会参加を推進してきました。

12 ○孤食が多いと、欠食が多いこと、野菜等の摂取が少なくなることが報告されており、健康的な
13 食生活を続けるためにも、誰かと食事をする機会を設けることが有効とされています。

14 ○社会とのつながりが少ないと、脳卒中や心臓病、認知症の発症リスクが高くなるなどの健康へ
15 の悪影響が報告されています。

16 ○仕事に関して強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者が半数を超える状況にあり、労働
17 者の健康確保対策においては、特にメンタルの不調による健康障害が課題となっています。

18 **オ 自然に健康になれる環境づくり・基盤整備**

19 ○県民が、健康や疾病について正しい知識を獲得することは、自らの健康にとって最適な行動を
20 選択する上の基本的な事項であり、自ら正しい情報にアクセスできる環境の整備が求められま
21 す。

22 ○「健康経営」とは、従業員等の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実践することです。
23 企業理念に基づき、従業員等への健康投資を行うことは、従業員の活力向上や生産性の向上等
24 の組織の活性化をもたらし、結果的に業績向上につながることを期待されています。

25 ○2020年4月に施行された改正健康増進法に基づき、飲食店等は、受動喫煙防止のため適切な措
26 置を講じる義務があります。

27 ○健康増進法に基づく特定給食施設では、提供される食事の量及び質の改善等が図られ、利用者
28 の健康の維持・増進に寄与することが求められます。

29 **カ ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり**

30 ○こども期の生活習慣や健康状態は、大人になってからの健康状態にも大きく影響を与えるため、
31 こどもの健康を支える取組を進める必要があります。

32 ○高齢期にあっては、複数の疾患が慢性的に共存し、完全治癒が難しい場合があるため、個人の
33 価値観を尊重しながら、生活機能の向上、維持を目指すことが求められます。

34 ○女性はライフステージ（「思春期」「妊娠・出産期」「更年期（閉経の前後5年）」「老年期」）によ
35 る女性ホルモンの変化が大きく、女性ホルモンの分泌が減る40歳を過ぎた頃から“骨粗しょう
36 症のリスク”が高まるなど各ライフステージに応じた健康影響の存在が知られています。

37 **キ 実効性を高める取組**

38 ○県では、独自に特定健診データの収集・分析を行い、県民に対し分かりやすく健康課題の見え
39 る化を行ってきました。令和3年度からは、疾病の予防や健康づくりについて高い専門性を有

- 1 する静岡社会健康医学大学院大学を設置し、健康寿命の延伸につながる研究を推進しています。
- 2 ○誰一人取り残さない健康づくりを効果的に展開するためには、行政間の連携のほか、地域の医
- 3 療保健関係者や民間部門が連携し、効果的な取組を行うことが望まれます。
- 4 ○県民に対する保健指導等の取組の充実を図るほか、健康づくりの実施を支える業務の効率化の
- 5 ためにも、ICT技術の活用やナッジ等の新たな視点による取組により事業の実効性を高める
- 6 ことが期待されます。
- 7 ○地域保健対策を着実に効果的に推進するため、担い手である保健師や管理栄養士等の専門性を
- 8 高める継続的な人材育成を図ることが重要です。
- 9 ○災害発生時や新興感染症まん延時には、平時の取組に加えて、緊急的、広域的、専門的に発生
- 10 する健康ニーズに対応する必要があります。
- 11 ○各種健康関連データにより、県内には、生活習慣病や生活習慣等に一定の地域差があることが
- 12 判明しているため、県内政令市と適切に調和をとりつつ、各健康福祉センターが管内市町や地
- 13 域の保健関係者等と連携し、各地域に応じた健康づくり施策を進めていくことが求められます。

14

15 (2) 課題

16 ア 生活習慣の改善

- 17 ○良好な食生活の実現のためには、健康・栄養状態、食事内容、摂取食品、摂取栄養素の各レベ
- 18 ルにおいて適切な状態となるよう個人の行動の改善を進めていく必要があります。また、個人
- 19 の食行動の改善に加えて、飲食店等と連携し、社会全体で食環境の改善を進めていく必要があ
- 20 ります。
- 21 ○多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実施するため、身体活動や運動の健康への効用やそ
- 22 の実施方法について、正しい知識を持つことが必要です。
- 23 ○40～74歳の約3人に1人が、睡眠による休養を十分とれていないと感じているため、日常生活
- 24 の中に十分な睡眠を取り入れることの健康への効用について、さらなる普及啓発が必要です。
- 25 ○飲酒に伴うリスクやアルコール依存症について、正しい理解を促進し、20歳未満や妊産婦等の
- 26 不適切な飲酒を防止していく必要があります。
- 27 ○喫煙率の低下に向けて、禁煙を希望する人を増やすとともに、希望者が禁煙に成功するよう支
- 28 援していくことが必要です。また、たばこの健康被害や禁煙の方法等、たばこに関する新たな
- 29 情報について、広く普及を図る必要があります。
- 30 ○う蝕・歯周病は全身の疾患へ影響するとともに、歯の喪失は、生涯にわたる健康状態や生活の
- 31 質に大きく影響するため、画一的な対策だけでなく、ライフコース等、個人の特性に応じた歯
- 32 科疾患の予防を図る必要があります。

33 イ 生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防

- 34 ○高血圧の予防には、食生活をはじめとする生活習慣の改善が有効です。特に、日本人の食生活は食
- 35 塩が多くなりやすい特徴があるため、適切な減塩対策を進める必要があります。また、カリウムが
- 36 多く含まれる野菜等の食品の摂取も推奨されています。
- 37 ○がんによる死亡の減少を目指すため、がん検診の受診率や、精密検査の受診率をさらに高める必要
- 38 があります。
- 39 ○特定健康診査において「要医療」となった人の多くは、危険因子となる基礎疾患を有しており、医

1 療保険者、特定健康診査や特定保健指導の受託者、医療機関（かかりつけ医）、かかりつけ薬局等が
2 連携して、受診勧奨や治療中断を防ぐ働きかけを行う必要があります。

3 ○COPDに関する正しい知識の普及を図るとともに、COPDに関するスクリーニング等を行い、
4 早期の受診や治療の継続につなげる必要があります。

5 **ウ 生活機能の維持・向上（ロコモ、フレイル、肺炎、大腿骨頸部折等の対策を含む）**

6 ○特に閉経後の女性は、骨密度の大きな低下がみられるため、大腿骨骨折等の健康リスクが高い
7 状態を早期に発見し、早期の治療につなげることや、生活機能の維持向上を図ることが重要で
8 す。

9 ○運動、食（栄養・口腔機能）、社会参加等の適切な生活習慣の維持・獲得や、社会とのつながり
10 の確保によりフレイル予防を進めることが重要です。

11 ○認知症は誰でも起こりうるものであるという前提のもと、本人や周囲の人が正しい知識を持つ
12 ことにより、早期の発見や、認知症本人が感じる不安や負担の軽減を図ることが重要です。

13 ○熱中症対策においては、特に、体温の調整能力が十分に発達していないこども、水分不足に対
14 する感覚機能やからだの調整機能が低下しがちな高齢者、又は自ら症状を訴えられない方に対
15 する支援が必要です。

16 ○高齢者の心身の健康の維持向上を図るため、地域において気軽に立ち寄り、地域の方と交流す
17 ることができる「場」や「機会」の確保が必要です。

18 **エ 社会とのつながり・こころの健康**

19 ○特に、今後増加が見込まれる退職後の世代に対し地域活動や趣味・スポーツ、就労等の社会活
20 動の実践を支援する必要があります。

21 ○現在における望ましい食生活や健康状態の確保のほか、将来における望ましい食習慣の確保に
22 つなげる上で、家庭等において共食の機会を確保することが重要です。

23 ○日常生活環境において、見守り・交流の場や居場所を確保し、人と人の「つながり」を実感で
24 きる地域づくりや「通いの場」等の居場所づくりが求められます。

25 ○働く人のメンタルヘルス対策を含めた健康の増進を図るためには、各職場における健康づくり
26 の取組の推進することが重要です。

27 **オ 自然に健康になれる環境づくり・基盤整備**

28 ○健康づくりに関する正しい情報を、適時に適切な手段により県民に情報提供し、普及啓発を図
29 る必要があります。

30 ○働き世代の健康づくりを推進するため、健康経営に取り組む事業所の増加を図り、その企業・
31 事業所の健康課題に応じた取組を支援する必要があります。

32 ○飲食店等が健康増進法や静岡県受動喫煙防止条例にに基づく適切な受動喫煙対策が図られる
33 よう、適切な助言・指導を行う必要があります。

34 ○特定給食施設における適切な栄養管理体制を確保するため、管理栄養士・栄養士が配置され、
35 利用者に応じた食事提供が行われる必要があります。

36 **カ ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり**

37 ○こども期においては、将来に渡り望ましい食習慣を獲得する時期であることから、食に関する
38 様々な体験を通じた望ましい食習慣の獲得の機会を提供していくことが必要です。

39 ○こどもの身体活動量低下の原因として外遊びの減少や、テレビ、テレビゲームなどの非活動的

1 に過ごす時間の増加が指摘されています。乳幼児期からの体を動かした遊びに取り組む習慣を
2 身につけたり、学校生活を通じてスポーツに親しむことが大切です。

3 ○特に、今後増加が見込まれる退職後の世代に対し地域活動や趣味・スポーツ、就労等の社会活
4 動の実践を支援する必要があります。【再掲】

5 ○高齢者の心身の健康の維持向上を図るため、地域において気軽に立ち寄り、地域の方と交流す
6 ることができる「場」や「機会」の確保が必要です。【再掲】

7 ○偏った食生活は、鉄欠乏など潜在的な栄養不良のリスクを高めます。摂食障害が慢性化すると、無
8 月経や低血圧・不整脈など多くの健康障害を招く恐れがあります。

9 ○特定の年齢の女性を対象とした骨粗鬆症健診を未実施の市町があることや、骨粗鬆症健診を実施し
10 ていても、受診者数が少ないという課題があります。

11 キ 実効性を高める取組

12 ○専門的な視点や手法により、健康施策につながる知見を得るため、高度な研究機関と連携して、
13 健康関連データを用いた研究を進める必要があります。また、得られた研究成果は、地域保健
14 従事者のほか、県民に分かりやすく伝える必要があります。

15 ○すべての県民が、健康づくりに関する取組の恩恵を受けるためには、多様な主体と連携し、目
16 的の共有や課題や対策の検討、情報を共有する必要があります。

17 ○県民の利便性の向上や、より効果的、効率的に健康づくりの推進を図るためには、対象となる
18 県民のデジタル技術への親和性を考慮しつつ、デジタル技術の積極的な活用を図る必要があり
19 ます。

20 ○地域保健対策を着実に効果的に推進するため、担い手である保健師や管理栄養士等の専門性を
21 高める継続的な人材育成を図ることが重要です。

22 ○災害や感染症等の健康危機が発生し健康支援ニーズが著しく増大し、市町が自ら対応すること
23 が困難な場合には、自治体間が連携し、相互に人的な支援を行い対応する必要があります。

24 ○健康課題の地域差につながる要因は、様々な要因が考えられるため、地域における健康課題の
25 対策を検討する上では、地域の関係者が適切に情報共有と意見交換を行うことが重要です。

26 (3) 対策

27 ア 生活習慣の改善

28 ○飲食店や給食施設、小売店等と連携し、食塩や野菜量等の一定の基準を満たした食事の提供や
29 料理の販売を拡大し、個人が意識せずとも適切な食習慣につながる選択ができるような環境の
30 整備を図ります。

31 ○運動の健康への効用について正しい知識を持ってもらうため、「健康増進普及月間」や「ふじの
32 くにスポーツ推進月間」をはじめとした様々な機会を通じて普及・啓発に取り組めます。

33 ○市町や保険者が特定健診・特定保健指導などの機会を通じ実施する、休養や睡眠の健康への効
34 用に関する正しい知識の普及・啓発を支援します。

35 ○大学等と連携し、大学生等の急性アルコール中毒を含む不適切な飲酒の防止について啓発を推
36 進するとともに、母子手帳交付時や健診時に合わせて、妊婦及びその家族等に情報提供を行う
37 よう市町に働きかけます。

38 ○禁煙を希望する人を支援するために、禁煙の治療ができる医療機関や禁煙指導ができる薬局の
39 情報提供を進めます。また、5月31日の世界禁煙デーや5月31日から6月6日の禁煙週間に

- 1 合わせて、たばこの害や禁煙の方法について周知を行うためのキャンペーンを展開します。
2 ○う蝕・歯周病や歯の喪失、全身の健康との関連性、予防方法について、効果的な情報提供を行
3 い、個人の行動変容を促します。

4 **イ 生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防**

- 5 ○適正な量の食塩・野菜・果物の摂取に関する情報提供等を通じて、各個人に沿ったバランスの
6 良い食事の実践に向けた普及啓発を行います。また、飲食店や給食施設、小売店等と連携し、
7 食塩や野菜量等の一定の基準を満たした食事の提供や料理の販売を拡大します。
8 ○がん検診のメリットに関する知識の周知や、対象者個別に行う受診勧奨・再勧奨、企業と連携
9 した啓発等を推進します。また、がん検診と特定健診の同時実施や休日検診の実施、女性が受
10 診しやすい検診環境整備等、受診者の利便性の向上を図ります。
11 ○医療機関等と連携し、かかりつけ医への定期受診や訪問診療によって、高血圧症への降圧療法
12 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。
13 ○特定健診の結果に基づき、適切な受診勧奨及び食事指導等の生活習慣改善のための保健指導が
14 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。
15 ○市町や保険者が行うCOPDに関する正しい知識の普及や、長期喫煙者やCOPDに関するス
16 クリーニング質問票で特定したハイリスク者に対する受診勧奨を支援します。

17 **ウ 生活機能の維持・向上（ロコモ、フレイル、肺炎、大腿骨頸部折等の対策を含む）**

- 18 ○女性の健康週間等に合わせて、骨粗鬆症に関する適切な知識の普及を図るとともに、市町によ
19 る骨粗鬆症検診の実施や受診率向上を支援します。
20 ○「通いの場」等で活動するリハビリテーション専門職や管理栄養士、歯科衛生士等の活動を支
21 援することにより、高齢期において適切な食、運動、社会参加の習慣の維持・確保、オーラル
22 フレイルの改善を通じた肺炎の予防を図ります。
23 ○認知症に関する正しい知識を持って地域や職域で認知症の人や家族を手助けする認知症サポ
24 ーターの養成を推進します。
25 ○夏季を中心に熱中症に関する正しい知識の普及を図るとともに、熱中症予防に関する相談に対
26 応します。熱中症等警戒情報発生時においては、関係機関への迅速な伝達により、社会全体と
27 して県民に適切な行動を促す体制の確保を図ります。
28 ○高齢者等の孤立を防止するため、高齢者が主体的に集まり、体操や趣味活動等を行う「通いの
29 場」の設置を促進します。

30 **エ 社会とのつながり・こころの健康**

- 31 ○高齢者の地域貢献を促進するため、生活支援等の担い手の養成や、地域で活躍できる場の情報
32 発信など、高齢者を地域とつなぐ環境づくりを推進します。また、高齢者の多様な就労や社会
33 参加を支援するため、シルバー人材センターの健全な運営を支援します。
34 ○毎月19日の食育の日等を活用し、みんなで食べる機会のほか、料理等の食に関する体験をす
35 る機会の設定など、家庭内における共食について普及を図ります。
36 ○高齢者の孤独・孤立化を防ぐため、関係団体等と連携し、見守り体制の強化や、世代・属性を
37 超えて交流できる場の提供など、地域とのつながりの強化に取り組みます。
38 ○健康づくりを推進する事業所の認定制度や啓発ツールの提供により、中小規模の事業所におけ
39 るメンタルヘルス対策を含めた健康づくりの取組の普及を図ります。

1 オ 自然に健康になれる環境づくり・基盤整備

- 2 ○県民健康の日（毎月1日）や、健康増進普及月間等の機会を活用し、関係機関と連携した情報
3 発信を行います。また、健康づくりに関する正しい情報の発信を、県民だより等の広報誌や街
4 頭キャンペーン、SNSの活用や動画配信など、情報を届けたい対象に応じて適時に行います。
5 ○健康づくりに取り組む企業や事業に対する表彰制度や健康づくり事業所宣言認定制度の運用、
6 働き世代の健康課題に応じた生活習慣改善ツールの提供により、健康経営に取り組む事業所の
7 増加を図ります。
8 ○飲食店等が保健所等において新規・更新等の手続時に、受動喫煙対策に関する適切な情報提供
9 を行います。
10 ○管理栄養士・栄養士が未配置の特定給食施設に対し、必要な情報提供、相談対応、指導等を行
11 います。

12 カ ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

- 13 ○知事部局と教育委員会が連携し、学校給食を活用した食の指導等を通じて、子どもの頃からの望ま
14 しい食習慣の形成に取り組みます。
15 ○こどもが、乳幼児期から体を動かした遊びに取り組む習慣を身につけるため、「ふじのくにフ
16 ァミリー・プレイ・プログラム」等、親子で楽しめる運動プログラムの普及に取り組みます。
17 ○高齢者の地域貢献を促進するため、生活支援等の担い手の養成や、地域で活躍できる場の情報
18 発信など、高齢者を地域とつなぐ環境づくりを推進します。また、高齢者の多様な就労や社会
19 参加を支援するため、シルバー人材センターの健全な運営を支援します。【再掲】
20 ○「通いの場」等で活動するリハビリテーション専門職や管理栄養士、歯科衛生士等の活動を支
21 援することにより、高齢期において適切な食、運動、社会参加の習慣の維持・確保を図ります。
22 【再掲】
23 ○生活習慣病の予防や改善のため、適正な量の食塩・野菜・果物の摂取に関する情報提供や健康教育
24 に活用できるツールの作成等を通じて、各個人に沿ったバランスの良い食事の実践に向けた普及啓
25 発を行います。
26 ○女性の健康週間等に合わせて、骨粗鬆症に関する適切な知識の普及を図るとともに、市町による骨
27 粗鬆症検診の実施や受診率向上を支援します。

28 キ 実効性を高める取組

- 29 ○静岡社会健康医学大学院大学等の大学や研究機関と連携により、医療、介護、健診等の情報を
30 活用した研究や、長期に集団を追跡する研究等の実施を支援します。また、研究により得られ
31 た知見を、県民に分かりやすく伝えるとともに、県の健康施策の立案に活用するなど、社会実
32 装を図ります。
33 ○多様な主体による連携の場を設置し、幅広い視点と立場から健康づくりの推進を行います。
34 ○県内市町等におけるICT技術やナッジ等を活用した取組のほか、新たな視点による取組につ
35 いて、好事例を収集し共有します。
36 ○県や市町の保健従事者に対し、新任期、中堅期、管理期等の職位に応じた研修のほか、施策立
37 案の基礎となる研修（地域診断研修、健康施策研修）、災害等の個別の業務に応じた研修を実施
38 します。
39 ○県内で大規模な災害等の健康危機管理が発生した場合には、被災者の健康支援等の必要な業務

※次期計画にて「健康寿命の延伸」「高齢化に伴い増加する疾患等対策」を統合、新規作成

- 1 の実施体制を確保するため、県内市町への職員派遣等の支援を行うとともに、必要に応じ、国
- 2 や他都道府県調整により人的支援等の調整を行います。
- 3 ○市町のほか、地域の職域団体、保険者、事業者とのさらなる連携を図るため、地域・職域連携
- 4 会議を開催し、協力して住民に対して効果的な取組を行います。

1 **第2節 高齢者保健福祉対策**

2 **【対策のポイント】**

- 3 ○ **健康づくり、社会参加の促進**
 4 ○ **認知症にやさしい地域づくり**
 5 ○ **自立と尊厳のある暮らしを支える長寿社会づくり**

6 **【数値目標】**

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------|---------------|
| 「通いの場」設置数 | <u>4,665 箇所</u> (2021 年度) | <u>6,100 箇所</u> (2025 年度) | 総合計画 | 厚生労働省 調査 |
| 認知症カフェ設置数 | <u>179 箇所</u> (2022 年度) | 調整中 | 市町の設置目標を積み上げて設定 | 県福祉長寿政策課 調査 |
| <u>住まいで最期を迎える事ができた人の割合【再掲】</u> | <u>31.3%</u> (2022 年) | <u>34.0%</u> (2026 年) | 在宅医療等の必要量の伸び率に合わせて設定 | 厚生労働省「人口動態統計」 |

7
8
9 **(1) 現状**

10 **ア 高齢化をめぐる状況**

11 ○ 少子高齢化が進行する中、静岡県の総人口は減少傾向ですが、高齢者（65 歳以上）人口は 2015
 12 年に 100 万人を越え、2022 年には 110 万人に達し、高齢化率は 30.7% となっています。受療
 13 率や要介護認定率の高まる後期高齢化率（75 歳以上）は 16.4% となっています。

14 ○ 今後は、人口が減少していく中で高齢者人口は増加し、2035 年には 3 人に 1 人以上（34.5%）
 15 が高齢者になると予測しています。

16 ○ 2020 年の本県の総世帯数は 1,483,472 世帯となっており、そのうち、高齢者ひとり暮らし世
 17 帯は 166,069 世帯 (11.2%)、高齢者夫婦のみ世帯は 162,423 世帯 (11.0%) となっています。

18 ○ 今後は、人口減少に伴い 2040 年の総世帯数は 1,331,927 世帯と減少しますが、高齢者ひとり
 19 暮らし世帯及び高齢者夫婦のみ世帯はそれぞれ 225,710 世帯 (35.5%)、192,880 (30.4%) と世
 20 帯数及び総世帯に占める割合が増加する見込みです。

21
22 **イ 介護保険制度をめぐる状況**

23 ○ 2022 年 10 月現在、本県の要介護（支援）認定者数は 185,384 人となっており、そのうち、介護
 24 サービス受給者数は 154,557 人となっています。

25 ○ 2022 年 10 月現在、要介護認定率（第 1 号保険者）は 17.0% となっていますが、65 歳以上 74
 26 歳未満では約 4%、75 歳以上 84 歳未満では約 16%、85 歳以上では約 54% と、70 歳代後半か
 27 ら急増しています。

28 ○ 今後、65 歳以上 74 歳未満人口は減少しますが、要介護認定率の高まる 75 歳以上人口が増加す
 29 ることから、高齢者人口の増加率以上に要介護認定者数が増加することが見込まれています。

30 ○ 要介護（支援）認定者数は、2026 年度には 199,387 人、2022 年度から 10,140 人増加し、1.05
 31

- 1 倍になると推計されています。
- 2 ○要介護（支援）認定者の増加に伴い、サービス種別ごとの見込み量も図表 11-2-1 のとおり増
- 3 加を見込んでいますが、施設サービスに比較して居宅サービス及び地域密着型サービスの増加
- 4 率が高くなっています。

6 図表 11-2-1：要介護（支援）認定者数、主な介護サービス見込み量等の推計

| | | 2022 年度 (実績) | 2026 年度 | 伸び率 |
|----------------|---------------------------|-----------------|-----------|------|
| 要支援・要介護認定者数(人) | | 189,247 | 199,387 | 1.05 |
| 居宅サービス | 訪問介護(回/年) | 6,237,197 | 7,352,170 | 1.18 |
| | 訪問看護(回/年) | 1,191,792 | 1,459,594 | 1.22 |
| | 訪問リハビリテーション(回/年) | 384,501 | 507,986 | 1.32 |
| | 通所リハビリテーション(回/年) | 1,313,880 | 1,447,214 | 1.10 |
| | 特定施設入居者生活介護(人/月) | 5,516 | 5,988 | 1.09 |
| 地域密着型サービス | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護(人/月) | 508 | 658 | 1.30 |
| | 小規模多機能型居宅介護(人/月) | 2,934 | 3,174 | 1.08 |
| | 認知症対応型共同生活介護(人/月) | 6,193 | 6,660 | 1.08 |
| | 地域密着型特定施設入居者生活介護(人/月) | 427 | 449 | 1.05 |
| | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(人/月) | 1,258 | 1,302 | 1.03 |
| | 看護小規模多機能型居宅介護(人/月) | 678 | 875 | 1.29 |
| 施設サービス | 介護老人福祉施設(人/月) | 17,631 | 17,885 | 1.01 |
| | 介護老人保健施設(人/月) | 11,846 | 12,175 | 1.03 |
| | 介護医療院(人/月) | 2,295 | 2,598 | 1.13 |
| | 介護療養型医療施設(人/月) | 178 | - | - |

7 ※介護サービス見込み量は、訪問介護、通所リハビリテーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、
8 地域密着型特定入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居
9 宅介護を除き介護予防サービスを含む

10 ※2022 年は厚生労働省「介護保険事業状況報告月報」

12 ウ 介護保険制度の改正

- 13 ○2023 年 5 月、介護保険法が改正され、主な改正内容は、①介護情報基盤の整備、②介護サービ
14 ス事業所の財務状況等の見える化、③介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取
15 組に係る努力義務、④看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化、⑤地域包括支援
16 センターの体制整備等 となっています。

18 (2) 課題

19 ア 健康づくり、社会参加の促進

- 20 ○健康寿命を更に延伸するために、地域における住民主体の介護予防活動の推進が必要ですが、
21 住民主体の「通いの場」の運営者や介護予防リーダーなどの担い手確保が課題です。
- 22 ○また、住民主体の「通いの場」における介護予防活動を効果的なものにするために、リハビリ
23 テーション専門職や歯科衛生士、管理栄養士等の専門職の関与を促進する必要があります。
- 24 ○地域包括ケアシステムの実現にあたっては、住民が主体となって地域における健康づくり活動
25 や助け合い活動などを行うことが重要であり、元気な高齢者が担い手として期待されています。
- 26 ○元気な高齢者が担い手として活躍するためには、就労、ボランティア活動、地域活動、趣味活
27 動など様々な形態の社会参加を促す必要があります。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40

イ 認知症にやさしい地域づくり

- 認知症の人が、できる限り住み慣れた地域で、正しい理解や適切な支援のあるよい環境のもと、自分らしく暮らし続けるためには、医療・介護サービス等の状態に応じた適時・適切な支援体制とともに、若年性認知症を含めた認知症の人の視点に立った社会の認知症への理解が必要です。
- 地域における支援体制を充実させるためには、認知症に関する正しい知識と理解を持って、地域や職域で認知症の人や家族を支える認知症サポーターの養成及び活動の活性化が必要です。
- また、認知症の人と家族が地域住民や専門家と情報を共有し、お互いを理解しあう認知症カフェの設置促進や相談機関の周知などが課題となっています。

ウ 介護サービス等の充実・強化

- 少子高齢化の進行に伴う要介護（支援）認定者の増加や高齢者のみ世帯の増加により、介護需要は増加しているだけでなく、多様化しています。
- 高齢者の自立と尊厳のある暮らしを支えるためには、増加する介護需要に対応する量的・質的に十分な介護サービスの提供基盤の整備だけでなく、多様化した介護需要に個別に対応できる多様な介護サービスの提供が不可欠です。
- 特に、地域密着型サービスについては、高齢者が中重度の要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた自宅又は地域で暮らし続けるために、提供基盤の充実が課題です。
- 介護を必要とする人やその家族が、それぞれの介護ニーズや家庭・生活環境などに応じて必要なサービス等を利用できるよう利用者や介護家族への支援が必要です。

エ 自立支援、介護予防・重度化防止の推進

- 自立支援、介護予防・重度化防止は、単に、高齢者の心身機能の維持・回復のみを目的とするのではなく、一人ひとりの生きがいや自己実現を支援し、生活の質の向上を目指す取組が必要です。
- そのためには、高齢者が自ら運営に参加することにより生きがいづくりや社会参加につなげていく住民主体の「通いの場」の設置及び「通いの場」における多様な活動の促進に加え、市町の地域支援事業における介護予防事業など多様な介護予防活動の充実が課題です。
- また、高齢者が住み慣れた地域で、最後まで安心していきいきと生活を送るためには、介護予防だけでなく、病気やけがで入院したときから、回復期、退院直後、在宅での生活期のすべての段階で、自立支援、要介護状態の悪化防止を目的とした切れ目のないリハビリテーションの提供が必要です。

(3) 対策

ア 健康づくり、社会参加の促進

- 介護予防活動の重要性について、県民の理解促進を図ります。
- ふじのくに型人生区分の普及により高齢者の多様な社会参加を促進するほか、主に“壮年熟期”（66～76歳）を対象に、地域や社会の担い手としての活動を促進します。
- 市町と連携して、住民主体の「通いの場」の設置促進及び「通いの場」における介護予防活動

1 の推進を図ります。

2 ○また、リハビリテーション専門職団体、歯科医師会、栄養士会等と連携して住民主体の「通いの場」への専門職の関わりを推進します。

4 **イ 認知症にやさしい地域づくり**

5 ○認知症の人の家族、関係機関・団体、学識経験者等で構成する分野横断的な会議を開催し、当事者の視点に立った施策の総合的な展開を図ります。

7 ○認知症の当事者が自らの体験を発信する機会を通して、認知症の理解促進と普及啓発を図ります。

9 ○市町における認知症サポーターの養成を促進するため、キャラバン・メイトの計画的な養成と活動の活性化を図ります。

11 ○市町における認知症カフェの設置を促進するとともに、認知症の人や家族が認知症カフェを利用しやすい環境づくりに取り組みます。

13 ○市町の地域包括支援センター等の相談窓口に加え、認知症介護の経験者等が相談に対応する「認知症コールセンター」や「若年性認知症相談窓口」などの周知を図ります。

15 **ウ 介護サービス等の充実・強化**

16 ○市町ごとの介護サービスの利用状況や介護サービス事業所における提供状況などを全県的に実態把握し、介護サービス提供基盤が不足している地域における計画的な基盤整備を支援します。

19 ○介護サービス事業所の経営課題の解決を支援し、経営の安定化を図るため、人材の確保とICTや介護サポーターの有効活用による生産性向上などを推進します。

21 ○多様な介護需要に対応し、自立と尊厳のある暮らしを支える介護サービスの質を確保するため、利用者一人ひとりの心身の状態や個性、生活リズムに合わせた個別ケアの推進のほか、事業者指導による法令遵守、虐待の防止、身体拘束の廃止などを図ります。

24 ○介護を必要とする人やその家族の介護サービスの利用等を支援するため、介護保険に関する多様な情報提供や苦情相談体制の整備に加え、市町における介護教室・介護者交流会の実施を促進します。

27 **エ 自立支援、介護予防・重度化防止の推進**

28 ○多様な介護予防活動の好事例を収集、情報発信することで、市町における住民主体の「通いの場」の設置や地域支援事業における介護予防事業の充実を支援します。

30 ○切れ目のないリハビリテーションの提供のため、入院から回復期、生活期までの各段階におけるリハビリテーションの提供体制の充実を図ります。

32 ○訪問リハビリテーションについては、必要な知識、技能を要する専門職の養成を図るなど、提供体制を強化します。

34 ○また、入院患者の円滑な在宅復帰を支援するため、各地域において病院、診療所、介護サービス事業所等のリハビリテーション関係者の連携体制の整備を図ります。

36

37

38

1 **第3節 母子保健福祉対策**

2 **【対策のポイント】**

- 3 ○ 妊娠期から子育て期までの切れ目ない支援体制の構築
 4 ○ 子育て支援における医療との連携

5 **【数値目標】**

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|----------------------------------|-------------------|------------------|-------------------------------|---------------------------|
| 産後、助産師等からの指導・ケアを十分に受けることができた人の割合 | 91.3% (2022年度) | 100% (2027年度) | 全対象者が十分に指導・ケアを受けることができたことを目指す | こども家庭庁成育局母子保健課「健やか親子21指標」 |
| 産婦健康診査受診率 | 84.9% (2022年度) | 100% (2027年度) | 全対象者の受診を目指す | 県こども家庭課調査 |
| 新生児聴覚スクリーニング検査受検率 | 97.9% (2022年度) | 100% (毎年度) | 全対象者の受診を目指す | 県こども家庭課調査 |
| 医療従事者向け母子保健研修受講者数 | 542人 (2022年度) | 400人 (毎年度) | 2013～2015年度平均値(382人)を元に設定 | 県こども家庭課調査 |

7
8 **(1) 現状**

- 9 ○ 子育て世代包括支援センターが全市町に設置され、全市町で産婦健康診査実施されるようになったが、核家族化や地域のつながりの希薄化に伴う子育て家庭の孤立化などにより、子育てに関する保護者の心身の負担や不安感が増加しています。
- 10 ○ 晩婚化や晩産化により 全出生児に占める生殖補助医療による出生児の割合は増加傾向にあり、心理的な相談や専門的な治療やの相談ニーズが高まっています。

11
12 **(2) 課題**

- 13 ○ 子育て家庭の孤立化を防ぐため、社会全体で子育て家庭を応援していく必要があります。
- 14 ○ 核家族化や産後の早期退院化により、出産直後から母親が一人で育児をするケースが増え、母親の心身の負担増加の問題が生じていることから、母子保健と医療が連携し産後の母子支援サービスの体制を整える必要があります。
- 15 ○ 不妊・不育症の相談から、妊娠期・子育て期の相談まで、切れ目ない母子保健サービスを提供し、安心して子どもを産み育てられる環境づくりを進めていくことが必要です。
- 16 ○ 子どもを持ちたいと考える人の希望を叶える社会の実現を目指し、不妊症や不育症で悩む県民の心に寄り添う相談支援の充実を図る必要があります。
- 17 ○ 医療や保健福祉サービスが必要な子どもへの支援体制をつくるため、保健と医療との連携強化が必要です。
- 18 ○ 新生児聴覚スクリーニング検査の受検率は向上しているが、必要性を感じない等の理由で検査を受けない場合があります。

19
20 **(3) 対策**

21 **ア 妊娠・出産期から子育て期までの母子への支援**

- 1 ○妊娠期から子育て期の相談まで、切れ目ない母子保健サービスを提供し、安心して子どもを産み育
2 てられる環境づくりを支援します。
- 3 ○妊産婦健康診査・産後ケアなどの市町母子保健事業の推進を支援し、出産前後の母子をサポート
4 する体制整備を図ります。
- 5 ○子どもの健やかな成長と育児を支援するための市町母子保健事業の推進のために、乳幼児健康
6 診査の標準化や従事者の育成等に取り組みます。
- 7 ○小児慢性特定疾病児童等の療養や社会的自立に関する相談、思春期特有の健康問題に対する相
8 談等に取り組みます。
- 9 ○こども医療費助成の充実や小児慢性特定疾病医療費助成等の経済的支援に取り組みます。
- 10 ○不妊症・不育症に関する専門的な相談の対応等によって、治療に悩む方を支援します。

11 **イ 子育て支援における医療との連携**

- 12 ○子どもの疾病や障害の早期発見・早期治療のために、妊婦や子どもの健診の実施体制、医療が
13 必要な母子への支援体制を整備し、医療との連携強化に取り組みます。
- 14 ○医療関係団体と連携し、児童福祉及び母子保健について医療従事者等の意識向上や最新知見の
15 普及を図ります。
- 16 ○こども救急電話相談により、子どもの急な発熱や怪我等への対応をアドバイスすることで、安心し
17 て子育てできる環境を整備します。
- 18 ○新生児聴覚スクリーニング検査の未受検者を減らすため、正しい知識の提供や受診勧奨を行うこと
19 によって、市町、産科等の関係医療機関の連携体制を強化を図ります。
- 20 ○多様なニーズを抱える方へのきめ細やかな支援を行うため、相談支援を担当する職員の質向上や相
21 談体制の機能強化を図ります。

1 **第4節 障害者保健福祉対策**

2
3 **【対策のポイント】**

- 4 ○ 障害のある人に対する「合理的配慮の提供」の徹底
5 ○ 地域生活への移行支援
6 ○ 様々な障害の特性に応じた支援体制整備

7
8 **【数値目標】**

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------|
| 障害を理由とする差別解消推進 県民会議参画団体数 | <u>272 団体</u> (2022 年度) | <u>340 団体</u> (2025 年度) | <u>第5次静岡県障害者計画目 標値</u> | 県障害者政策 課調査 |
| 障害福祉サービス1か月当たり 利用人数 | <u>34,272 人</u> (2022 年度) | <u>39,703 人</u> (2025 年度) | <u>第5次静岡県障害者計画目 標値</u> | 県障害者政策 課調査 |

9
10 **(1) 現状**

11 **ア 障害者差別解消法と静岡県障害者差別解消条例の施行**

- 12 ○障害を理由とする差別の解消を推進し、全ての国民が、相互に人格と個性を尊重し合いながら
13 共生する社会の実現を目的とした「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（障害者
14 差別解消法）」が2016年4月に施行されました。また、民間事業所における「合理的配慮の提
15 供¹」の義務化を含めた改正障害者差別解消法が2024年4月から施行されました。
16 ○障害者差別解消法に定められた「障害を理由とする不当な差別的取扱いの禁止」と、障害のあ
17 る人に対する「合理的配慮の提供」という理念の具現化のため、2017年4月に「静岡県障害を
18 理由とする差別の解消の推進に関する条例（静岡県障害者差別解消条例）」を施行するととも
19 に、上記法改正を受けて関連規定の改正を行いました（2024年4月施行）。

20 **イ 障害のある人の状況**

- 21 ○2023年3月末現在において、県内の身体障害のある人（身体障害者手帳所持者）は 118,294
22 人、知的障害のある人（療育手帳所持者）は 38,900 人、精神障害のある人（精神障害者入院・
23 通院患者）は 61,507 人であり、身体障害を除き増加の傾向にあります。（図表11-4-1）

1 合理的配慮の提供：障害のある人からの何らかの配慮を求める意思の表明に対し、例えば車いすを利用している人が電車に乗降する際に駅員が手助けすることや、知的障害のある人に、ゆっくり丁寧に繰り返し説明をすることなど、負担になりすぎない範囲で対応を行うこと。

1 図表 11-4-1 障害のある人の状況 (2023 年 3 月末現在) (単位: 人・%)

| 区分 | 2022. 3. 31 (A) | | 2023. 3. 31 (B) | | 人数増減 (B - A) | 参考 | |
|----|-----------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-----------------------|----------------|
| | 人数 | 構成比 | 人数 | 構成比 | | 2013. 3. 31 人数 (C) | 増減率 (B / C) |
| 身体 | 120,440 | 55.4 | 118,294 | 54.1 | △2,146 | 126,119 | 93.8 |
| 知的 | 37,767 | 17.4 | 38,900 | 17.8 | 1,133 | 27,110 | 143.5 |
| 精神 | 59,043 | 27.2 | 61,507 | 28.1 | 2,464 | 42,179 | 145.8 |
| 計 | 217,250 | 100.0 | 218,701 | 100.0 | 1,451 | 195,408 | 111.9 |

2 **ウ 障害種別の状況**

3 (身体障害のある人)

4 ○身体障害のある人(身体障害者手帳所持者)のうち、65歳以上の人の占める割合は 72.7%に
5 のぼり、高齢化、重度化の傾向が見られます。

6 図表 11-4-2 等級別身体障害者数 (2023 年 3 月 31 日現在) (単位: 人・%)

| 区 分 | 重 度 | | 中 度 | | 軽 度 | | 計 | うち 65歳以上 |
|----------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|---------|-------------|
| | 1級 | 2級 | 3級 | 4級 | 5級 | 6級 | | |
| 視 覚 障 害 | 2,525 | 2,660 | 429 | 558 | 1,102 | 316 | 7,590 | 5,462 |
| 聴覚・平衡 | 488 | 2,112 | 1,127 | 2,484 | 39 | 3,274 | 9,524 | 7,102 |
| 音声・言語・咀嚼 | 93 | 68 | 967 | 450 | 0 | 0 | 1,578 | 1,142 |
| 肢体不自由 | 12,916 | 11,473 | 9,198 | 14,246 | 5,287 | 2,925 | 56,045 | 38,354 |
| 内 部 障 害 | 28,095 | 406 | 6,680 | 8,376 | 0 | 0 | 43,557 | 33,941 |
| 計 | 44,117 | 16,719 | 18,401 | 26,114 | 6,428 | 6,515 | 118,294 | 86,001 |
| 構 成 比 | 37.3 | 14.1 | 15.6 | 22.1 | 5.4 | 5.5 | 100.0 | 72.7 |

7 (知的障害のある人)

8 ○知的障害のある人(療育手帳所持者)は年々増加しており、特に中軽度の増加が顕著です。

10 図表 11-4-3 障害の程度別知的障害者数 (2023 年 3 月 31 日現在) (単位: 人・%)

| 区 分 | 2022. 3. 31 | | | 2023. 3. 31 | | |
|-------|-------------|---------|--------|-------------|---------|--------|
| | A (重度) | B (中軽度) | 計 | A (重度) | B (中軽度) | 計 |
| 18歳未満 | 2,351 | 8,342 | 10,693 | 2,336 | 8,633 | 10,969 |
| 18歳以上 | 9,572 | 17,502 | 27,074 | 9,680 | 18,251 | 27,931 |
| 計 | 11,923 | 25,844 | 37,767 | 12,016 | 26,884 | 38,900 |
| 構 成 比 | 31.6 | 68.4 | 100.0 | 30.9 | 69.1 | 100.0 |

11 (精神障害のある人)

12 ○精神障害のある人(精神障害者入院・通院患者)は入院患者が減少している一方で、通院患者
13 は年々増加しています。

15 図表 11-4-4 精神障害者入院通院患者数 (2023 年 3 月 31 日現在) (単位: 人・%)

| 区 分 | 2022. 3. 31 | | | 2023. 3. 31 | | |
|-----|-------------|--------|--------|-------------|--------|--------|
| | 入院 | 通院 | 計 | 入院 | 通院 | 計 |
| 患者数 | 5,187 | 53,876 | 59,043 | 5,117 | 56,390 | 61,507 |
| 構成比 | 8.8 | 91.2 | 100.0 | 8.3 | 91.7 | 100.0 |

16 <参考>精神障害者保健福祉手帳所持者数 29,979人 (2023年3月31日現在)

1 **(2) 課題**

2 **ア 障害についての理解促進**

3 ○「合理的配慮の提供」が民間事業者においても義務化されることも踏まえ、多くの県民・企業
4 の方々の更なる障害に対する理解が必要です。

5 **イ 地域における自立した生活の促進**

6 ○障害のある人の重度化・高齢化が進む中、「親亡き後」を見据え地域生活を支える相談支援体制
7 や居住支援の一層の充実が必要です。

8 **ウ 障害特性に応じた支援体制の整備**

9 ○障害によって必要となる支援は様々であり、医療的ケア児を含め、多様な障害に応じたきめ細
10 かな支援体制の整備が必要です。

12 **(3) 対策**

13 **ア 障害に対する理解と相互交流の促進**

14 ○民間事業者の「合理的配慮の提供」に対する理解を深めるため、一層の周知啓発を行います。

15 ○障害のある人がスポーツに触れる機会の提供や、障害のある人とない人が共に参加できる環境
16 の整備などにより障害者スポーツの振興を図るほか、障害のある人や障害に対する正しい理解
17 を広めるため、障害者芸術祭の開催などにより障害のある人の文化芸術活動の振興を図ります。

18 **イ 地域における自立を支える体制づくり**

19 ○親亡き後も障害のある人の地域生活を支えるため、緊急対応等の機能を持つ市町の地域生活支
20 援拠点等の設置を支援するほか、市町・地域自立支援協議会で対応が難しい専門的な課題につ
21 いて、県が設置する圏域自立支援協議会の専門部会で検討し技術的助言を行うなど、市町等の
22 相談支援体制を支援します。

23 ○障害福祉サービスの利用ニーズの増加に対応するため、障害福祉計画及び障害児福祉計画に基
24 づき、計画的な障害福祉サービス事業所等の整備を促進します。

25 ○入所施設や精神科病院からの地域移行を進めるため、圏域自立支援協議会の地域移行部会にお
26 いて課題を協議し、保健・医療・福祉の連携を推進するとともに、精神障害のある人の地域生
27 活への移行の推進に携わる精神科医療機関、地域援助事業者、市町等の人材を養成し、重層的
28 な支援体制を構築します。

29 ○企業への一般就労を促進するため、障害者就業・生活支援センターを拠点とした就労と生活の
30 両面からのきめ細かな相談と職場定着支援の充実を図るとともに、一般就労が困難な障害のあ
31 る人の福祉的就労を促進し経済的自立を支援するため、企業との連携や農業分野の職場開拓な
32 どによる障害の特性に応じた仕事の創出や事業所の収益拡大による工賃向上を図ります。

33 **ウ 多様な障害に応じたきめ細かな支援**

34 ○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
35 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、
36 「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
37 会等関係機関相互の連携を一層充実します。

38 ○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
39 短期入所サービスの導入提供等在宅支援サービスの充実を図ります。

- 1 ○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
2 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
3 関との連携体制の構築などを総合的に実施します。
- 4 ○医療的ケア児が医療的ケア児でない児童と共に教育を受けられ、また、家族の付き添い負担を
5 軽減し、適切な医療的ケアが受けられるよう、看護師の配置など必要な体制整備に取り組みま
6 す。
- 7 ○発達障害のある人の地域における支援体制を構築し、地域での対応力の向上を図るとともに、
8 障害児に対する重層的な地域支援体制の構築を図ります。
- 9 ○精神障害のある人が身近な地域で適切な医療を受けられるように、多様な精神疾患等ごとに、
10 各医療機関の医療機能を明確にし、医療連携体制を構築します。
- 11
- 12

第5節 保健施設の機能充実

1 保健所（健康福祉センター）

【対策のポイント】

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

（1）現状

- 保健所は、結核・エイズ・**新型コロナウイルス感染症**等の感染症対策、難病患者等に対する地域ケア対策、健康増進、生活衛生など、地域住民の保健水準の向上、精神保健などの地域保健活動など、公衆衛生の専門機関としての役割を担っています。
- 本県では、各構想区域等における協議の場として、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町などから構成する「地域医療構想調整会議」を2016年度に9区域で設置し、地域医療構想の実現に向けた検討を進めています。

（2）課題

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

（3）対策

ア 保健所の機能強化

（ア）企画調整機能の充実・強化

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

（イ）公衆衛生専門機関としての機能強化

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

(ウ) 健康危機管理体制の強化・充実

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

○感染症に関する人材育成機能の充実や研修の実施など、新興感染症の感染拡大時に備えた体制の強化を図ります。

イ 市町に対する支援機能の充実・強化

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

ウ 関係団体との連携強化

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

2 発達障害者支援センター

(1) 現状

- 発達障害者支援センターは、2005年4月の発達障害者支援法の施行に伴い創設され、県内には、県の2か所のセンター（東部・中西部）のほか、静岡市、浜松市の4か所あります。
- 2020年4月から発達障害者支援センターの運営業務を民間委託するとともに、同センターを東部（アスタ、沼津市）と中西部（coco、島田市）の2箇所に設置しています。
- 発達障害者支援センターへの相談は、男性が59.2%、19歳以上の青年期以降の方が54.4%と多く、「生活面・家庭で家族ができることを知りたい」という相談内容が30.4%と最多になっています（2022年度）。
- 市町や民間の機関で対応困難な事案について専門的な立場から相談を受け付け、発達支援や就労支援を行うほか、市町などの関係機関に対する情報提供や研修などを実施しています。
- 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。

(2) 課題

ア 発達障害者支援センターの地域支援機能の強化

- 県民からの相談の増加や地域の支援機関の増加などに伴い、発達障害者支援センターに対して求められる専門性が高まっていますが、業務を適切に行いつつ、専門性の向上を図る必要があります。
- 身近な支援を行う市町などの地域支援機関と、「困難事例等への支援」や「地域支援機関の対応力の向上支援」を専門的に行う発達障害者支援センターとの役割分担を明確化し、相互に連携しながら、増加する専門的支援ニーズに適切に対応していく必要があります。
- 県内の各地域において一定の質の療育や支援が行われるよう、発達障害者支援センターの地域支援機能の強化が求められています。また、各地域の支援体制や相談状況を考慮しつつ、できるだけ身近な地域で専門的支援を行い、その支援効果を高めるため、発達障害者支援センターの展開のあり方も整理する必要があります。

イ 支援の専門性の向上

- 困難事例等に対して適切な支援を行うため、発達障害者支援センターの専門性を持続的に向上させる必要があります。

(3) 対策

ア 発達障害者支援センターの地域支援機能の強化

- 発達障害者支援センターにおいて市町や事業所等の支援機関を対象とした機関コンサルテーションを実施するほか、地域の支援機能を担う発達障害者支援コーディネーターと連携することで、身近な地域において必要な支援を受けられる体制の強化を図ります。

イ 支援の専門性向上

- 研修等により、幼児から成人までの支援のコーディネーターといった職員の支援技術の向上を図ります。

3 精神保健福祉センター

(1) 現状

○精神保健福祉センターは、精神保健福祉に関する総合的技術センターとして、次のような活動をしています。

- ・ 県民に対する精神保健福祉に関する知識の普及啓発
- ・ 精神保健福祉に関する相談及び指導のうち、複雑又は困難なもの
- ・ 保健所、市町等の関係機関及び組織に対する技術的事項についての協力やその他必要な援助
- ・ 精神保健福祉関係職員に対する専門的な教育研修
- ・ 地域精神保健福祉活動の推進並びに精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加促進等についての調査研究、資料収集及びそれらの提供
- ・ 自立支援医療費（精神通院医療）の判定・認定及び発行に関する業務
- ・ 精神障害者保健福祉手帳の判定・発行に関する業務
- ・ 精神医療審査会の審査に関する事務

(2) 課題

○多様化、複雑化する精神保健福祉ニーズに効果的に対応しこれを推進するため、関係機関に対して、専門的立場から精神保健福祉に関する意見具申等を行うことが精神保健福祉センターに求められます。

○精神保健福祉法の改正により、2024年4月から市町が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化することが定められました。これにより、精神保健福祉センターには、従前どおり複雑又は困難な相談に対応することに加え、相談者の身近で福祉・母子保健・介護等を担当している市町において、包括的な相談支援を受けられるよう、市町の相談支援体制の整備を支援することが求められます。

○阪神・淡路大震災、東日本大震災などの大規模災害や、熱海市逢初川土石流災害における経験から、災害時等のこころのケア対策の推進が求められます。

○精神科病院に入院している患者の人権に配慮しつつ、その適正な医療及び保護を確保する観点で実施する精神医療審査会について、より一層適正な運営が求められます。

(3) 対策

ア 専門性を発揮した技術的協力及び援助

○保健所及び市町等が行う精神保健福祉業務が効果的に展開されるよう、関係機関や関係部署等に対する技術的事項についての協力やその他必要な援助を積極的に行います。

イ 人材育成の充実

○保健所、市町、福祉事務所、障害福祉サービスを行う事業所等その他の関係機関において精神保健福祉業務に従事する職員に対する専門的教育研修等を行います。また、体系的・階層的な研修の企画について、関係機関及び部署と連携して進めます。

1 **ウ 普及啓発の推進、促進**

2 ○県民に対する精神保健福祉の知識や精神障害についての正しい知識等の普及啓発を効果的に
3 行うとともに、保健所及び市町が行う普及啓発活動に対する専門的な立場からの協力及び援助
4 を行います。

5 **エ 調査研究と情報提供**

6 ○地域精神保健福祉活動の推進、精神障害者の社会復帰の促進等精神障害者の希望やニーズに応
7 じた支援等についての調査研究を行うとともに、必要な統計及び資料を収集整備し、県、保健
8 所、市町が行う精神保健福祉活動が効果的に展開できるよう情報提供します。

9 **オ 相談体制の充実**

10 ○精神保健福祉に関する相談のうち、自死遺族相談、依存問題を抱える当事者や家族に対する相
11 談、市町や保健所では対応困難なひきこもり相談など、高度な専門性を必要とするものを対象
12 に相談支援するとともに、市町や保健所等身近な相談支援機関と連携して、相談者が包括的な
13 支援が受けられる体制の構築を図ります。

14 ○災害時等におけるこころのケア対策として、研修や緊急支援を行います。

15 **カ 精神障害のある人の人権の擁護の推進**

16 ○入院中の精神障害のある人の人権に配慮した適切な医療及び保護が確保されるように精神医
17 療審査会事務を適正かつ迅速に進めます。

18 **キ 精神障害のある人の地域生活の支援**

19 ○精神障害のある人が地域で生活するために必要となる自立支援医療費（精神通院医療）の受給
20 や精神障害者保健福祉手帳取得のための判定等を適正かつ迅速に進めます。

21 ○長期入院者の地域移行と地域定着を促進し、地域の一員として安心して自分らしい暮らしがで
22 きるように、関係機関職員への情報提供・助言等を行います。

4 静岡県健康福祉交流プラザ（旧：静岡県総合健康センター）

【対策のポイント】

- 健康、福祉、交流に着目した総合施設として、県民の生涯を通じた健康づくり及び社会参加を促進。

（１）現状

- 県健康福祉交流プラザ（三島市谷田）は、これまで県民の健康づくりのための総合施設として設置、運営してきた県総合健康センターの位置づけを見直し、県民の多様な健康福祉活動（心身の健康増進、障害者福祉・スポーツ、人と人とのつながり等）や感染症対策の推進に寄与する総合施設として、2024年1月から、新たに設置し運営を開始しました。
- これまで、県総合健康センターが担ってきた、健康づくりの指導者の養成及び研修、健康づくりのための調査研究、情報収集、それらの結果の提供については、県（健康政策課）や、2021年度に開設した静岡社会健康医学大学院大学（静岡市葵区北安東）に継承しました。

（２）課題

- 健康寿命の更なる延伸のためには、運動を始めとした生涯を通じた健康づくりの実践や、年齢の違いや障害の有無に関わらず参加できる社会活動の実践が必要です。
- 健康づくり及び社会参加を実践するためには、県民が健康福祉活動を実践できる場や、実践について適切な支援を得られる機能が必要です。
- 新型コロナウイルス感染症等の感染症まん延時においては、感染症対策を適切に推進するため、物資の一時的な保管場所やワクチン接種会場等の確保が必要となります。

（３）対策

- 県健康福祉交流プラザ内の施設（体育館、会議室、ホール、ランニングコース等）の供用により、県民の多様な健康福祉活動の実施を支援します。
- 県健康福祉交流プラザにおいて、健康づくり及び社会参加の実践に関する指導、普及啓発及び相談対応を行います。
- 感染症対策として必要な場合は、一般の県民の利用を中止し、施設全体を物資の一時的な保管場所やワクチン摂取会場等に使用する場合があります。

5 ふじのくに感染症管理センター

【対策のポイント】

- 政令市を含む保健所、市町、県内医療機関や医療関係団体、研究機関など、様々な機関と連携しつつ、効果的な感染症対策を推進

(1) 現状

- 新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、本県における感染症対策の司令塔となる「ふじのくに感染症管理センター」を2023年4月1日に静岡県健康福祉交流プラザ¹（三島市谷田）内に開設し、有事に備えた活動を行っています。

(2) 課題

- 医療関係者等と連携し、適時に適切な感染症対策を推進するため、司令塔機能の発揮が必要で
す。
- 県民への的確な情報発信のために、保健所、医療機関などが感染状況や病床の状況を共有でき
るICTを活用した情報プラットフォームが必要です。
- 医療機関や福祉施設において、感染症への対応力を上げるために、人材の育成を進めることが
必要です。

(3) 対策

- ふじのくに感染症管理センターの司令塔機能を発揮するため、常設の専門家会議を設置し、専
門家の意見を施策に反映するなど、感染症発生前から流行拡大時、そして終息まで一貫した対
応ができる体制を整備します。
- ふじのくに感染症管理センターに情報プラットフォームを構築し、保健所、医療機関等の関係
機関の業務効率化、情報の共有化と感染状況分析等のため、業務のデジタル化とデータ管理を
一元化します。また、県民が感染症に関する正しい情報を得るとともに、感染症に関するデー
タを活用することのできる環境を整備します。
- ふじのくに感染症管理センターにおいて研修等を実施し、医療機関や福祉施設において、感染
対策を講ずることのできる人材を育成し、標準的な感染予防策の徹底や、感染症発生時の施設
内のまん延防止対策が行えるよう、県全体の感染対策の底上げを目指します。

¹2023年12月までは県総合健康センター

6 静岡社会健康医学大学院大学

【対策のポイント】

- 科学的な知見に基づく健康増進施策・疾病予防対策を推進するため、静岡社会健康医学大学院大学と連携し、「社会健康医学研究の推進」「人材の育成」「成果の還元」を推進。

(1) 現状

- 平均寿命と健康寿命の差である、いわゆる不健康期間を短縮するためには、これまで以上に、科学的知見に基づいた施策の構築や研究が欠かせません。
- 社会健康医学の視点を取り入れ、これまでの健康長寿の取組を体系化し、健康寿命の延伸に資する先端的な施策や研究などに取り組むことにより、得られた成果や知見を的確に県民の生活に反映させることを目的に、県では、社会健康医学の「知と人材の拠点」として、令和3年4月に、静岡社会健康医学大学院大学を開学しました。

(2) 課題

- 県民一人ひとりが心身ともに健康で、いきいきと社会生活を送るためには、健康長寿を支える要因に関して、十分に科学的な分析が必要です。
- 科学的知見に基づいた健康施策を推進するために、「社会健康医学」の研究に取り組み、得られた知見をこれまでの健康長寿の取組の体系化や、健康寿命の延伸に資する施策に反映させることができる人材育成が必要です。
- 研究成果の健康増進施策、疾病予防対策を科学的な視点に基づいて整理、体系化し、研究で得られた科学的知見を施策の立案に反映させ、効果的な実施を図る必要があります。

(3) 対策

- 健康増進施策や疾病予防対策に科学的な知見を導入するため、医療ビッグデータ解析、効果的な健康増進施策・疾病予防対策の最適化に資する疫学研究・ゲノムコホート研究に取り組まします。
- 社会健康医学の研究を長期かつ継続的に推進し、研究の成果を県民に分かりやすい形で随時還元する担い手として、地域医療で先導的な役割を果たす高度医療専門職や、地域保健の最前線で健康増進施策を担う健康づくり実務者、社会が必要とするエビデンスの導出とその社会実装を通じて広く人々の健康に貢献できる能力を身につけた研究者を育成します。
- 社会健康医学の研究により得られた成果を、行政や医療機関などと連携して健康増進施策や疾病予防対策に反映するとともに、県民が自らの健康を意識し主体的に取り組むよう、県民に分かりやすく情報提供を行います。

1 **7 環境衛生科学研究所**

2

3 **(1) 現状**

4 ○環境衛生科学研究所（静岡市葵区北安東（～2019年度）、藤枝市谷稲葉（2020年度～））は、地
5 方衛生研究所として、これまでの調査研究や試験検査で得た高度で専門的な知見やデータ、高
6 度な分析機器及び技術を活かし、調査研究、試験検査、研修指導及び保健衛生に係る情報の収
7 集・解析・発信を通じて感染症予防、食品衛生、薬事衛生等、広範多岐にわたる保健衛生行政
8 の科学的・技術的な中核機関としての役割を担います。

9

10 **(2) 課題**

11 ○近年、新型コロナウイルス感染症の流行やデング熱等の輸入感染症の国内発生が危惧されてい
12 ます。感染症や食中毒が発生した場合、保健衛生上の観点から、迅速に病原微生物や感染源等
13 を特定し、感染拡大や被害拡大を防ぐことが求められます。

14 ○本県は医薬品、医療機器及び化粧品の生産金額の合計が1兆円を超え、全国トップクラスです。
15 県内で製造される医薬品等の品質を確認することは、保健衛生上の観点だけでなく、産業育成
16 の観点からも重要です。

17 ○他県において発生した医薬品の製造に係る不正事案に起因して、医薬品の供給に支障が生じる
18 問題が発生しています。医薬品生産県である本県のメーカーで同様の事案が発生した場合、全
19 国の医薬品供給に深刻な影響を及ぼすことが懸念され、収去検査の強化が求められます。

20 ○当研究所は、県が推進する富士山麓先端健康産業集積（ファルマバレー）プロジェクトの協力
21 機関として、約12万種の化合物ライブラリーを保管、管理しています。化合物ライブラリー
22 を活用した創薬探索研究において、当研究所がその一翼を担うことが期待されています。

23 ○農畜水産物に使用される農薬や抗菌性物質は、人体に対する有害性が懸念されることから、使
24 用量や流通食品中の残留量は厳しく制限されていますが、年々規制対象となる農薬等が増大し
25 ており、試験検査の対応が必要となっています。

26

27 **(3) 対策**

28 **ア 感染症や食中毒への対応**

29 ○新型コロナウイルス感染症やデング熱等の輸入感染症の流行拡大、食中毒による健康被害の拡
30 大を抑制するため、検査手法の開発や高度な検査機器等を活用した試験検査方法に関する調査
31 研究を実施します。

32 ○研究成果を活用して感染症及び食中毒検査の短時間処理体制や病原体の同定処理体制の充実
33 を図り、迅速・集中的な検査の実施や早期の原因究明を行います。

34 **イ 医薬品収去検査の強化**

35 ○医薬品製造業者の製造実態、検査体制等の正確な把握のため、これまで実施してきた計画的な
36 医薬品等の収去検査に加えて、無通告査察時に抜き打ちで収去した医薬品の検査を行います。

37 **ウ ファルマバレープロジェクトの推進**

38 ○静岡県発の医薬品の創製を目指して、化合物ライブラリーを活用した創薬探索研究を推進しま
39 す。

1 **エ 先進的、高度な技術力を要する研究・試験検査の実施**

- 2 ○農畜水産物の残留農薬等、食品中の規制対象となる化学物質について、複数物質の一斉分析法
3 や迅速分析法の開発のための研究を実施し、その成果を活用して収去食品の検査を実施します。
4 ○日本は医薬品査察の国際団体である PIC/S（医薬品査察協定・医薬品査察協同スキーム）に加
5 盟しており、医薬品検査における公的認定試験検査機関として、PIC/S が提唱する国際基準の
6 品質管理監督システムにより試験検査業務を運用します。

7 **オ 試験検査の精度管理**

- 8 ○正しい試験検査結果を出すために、機器点検、試験検査結果の検証、職員への教育訓練や信頼
9 性確保（保証）部門による内部点検等の実施により、精度管理を徹底します。また、IS09001
10 をベースとした試験検査の品質管理監督システム（IS017025）の手法を導入し、試験検査の品
11 質を確保します。

12 **カ 業者等への研修、技術指導**

- 13 ○県や市町の保健衛生行政関係職員の研修指導、試験検査機関や医薬品製造業者の品質管理担当
14 者に対する測定機器の操作等の技術指導を積極的に行います。

15 **キ 情報の収集・解析・提供**

- 16 ○国や他自治体の研究機関、医療機関、大学等と連携し、保健衛生に関する情報の迅速な収集、
17 解析を進めるほか、行政機関及び県民に対する情報提供を積極的に行います。

8 市町保健センター

【対策のポイント】

- 地域保健サービスの拠点施設である市町保健センターを活用した効果的な保健活動の展開

(1) 現状

- 市町保健センターは地域保健法を根拠に、市町が地域保健に必要な事業を行うために設置することができる施設です。
- 30市町に53ヶ所の保健センターが設置されています。(2023年10月現在)
- 市町は、基礎自治体として、住民への直接的保健サービスを担当し、住民に身近な場で母子保健、成人保健等を中心とした健康相談、保健指導、健康診査などを実施し、地域のニーズに沿った健康づくり活動を実施しています。

(2) 課題

- 市町は、地域保健対策の円滑な実施のため、必要な人材の確保、企画調整機能の強化など、地域住民のニーズに十分応えられる体制を充実していく必要があります。
- より効果的な保健活動の実施にあたっては、医師会・医療機関、保健所、社会福祉施設等関係団体・機関との連携・協力のもと事業を行う必要があります。

(3) 対策

- 市町における保健サービスのより一層の推進のために、必要な人材の確保、資質の向上とともに、保健、医療、福祉サービスの連携のための体制の確立を図ります。
- 市町が効果的な保健活動を行うために、県及び健康福祉センター（保健所）は医師会・医療機関、社会福祉施設等関係団体・機関との連携・協力を支援します。
- 県及び健康福祉センター（保健所）は、住民の様々なニーズに応え、効果的、効率的に事業を実施するため、保健活動の拠点施設としての保健センター機能の充実を支援します。保健センター未設置市町について、代替施設において適切な保健活動が実施されている場合は、その保健活動を支援します。

1
2
3
4
5
6
7

白紙

1 **第6節 地域医療に対する住民の理解促進**

2 **【対策のポイント】**

- 3 ○ 医療機関の役割分担と連携に当たり、サービスの受け手である住民の理解促進
 4 ○ 地域の医療を育む住民団体等との協働により、医療機関の適切な利用について住民に
 5 周知
 6

7 **【数値目標】**

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|------------|-------------------|-------|------------------------|----------|
| 地域医療支援団体の数 | 10 団体 (2023 年) | 15 団体 | 東部及び中部地区での 新規設立を目指す | 県医療政策課調査 |

8 **(1) 現状**

- 9
 10 ○県では、2015 年度から地域医療を育む住民団体との協働により、身近な医療に対する理解の促
 11 進を図る活動を展開することで、地域住民が主体となって地域医療を支えていく社会を目指し
 12 ています。
 13 ○2022 年度の静岡県の地域医療に関する調査の結果によると、軽い病気にかかったと思われる
 14 場合の対応として、医療機関にかかる割合が約 7 割を占めており、かかりつけ医の有無につい
 15 て、過去調査と比較すると、いずれの年度も「いる」が 6 割程度となっています。住民に対し
 16 て、医療機関の適切な利用の周知を進める必要があります。
 17 ○高齢化の進行に伴い、年間死亡者数は今後も増加し続けることが予想されるため、人生の最終
 18 段階において、患者本人の意思を最大限尊重した医療・ケアの提供ができるよう、ACP を普
 19 及させていくことが必要です。
 20 ○県では、2019 年 3 月、外部有識者等による「人生の最終段階における医療・ケアの在り方」に
 21 関する検討会を設置し、検討会において 3 年度にわたる議論の成果をまとめ、提言書「人生 100
 22 年時代における自分らしい晩年そして末期（まっご）のために」を 2021 年 3 月に知事に提出
 23 しました。
 24 ○いただいた提言を踏まえ、県では県民向けのセミナーを開催するなど、ACP の普及啓発に取
 25 り組んでいます。

26 **(2) 課題**

- 27
 28 ○医療機関の役割分担と連携に当たっては、サービスの受け手である住民の理解を得て進めてい
 29 く必要があります。
 30 ○在宅医療・介護への不安の払拭とともに、在宅での療養を望む方に対して、在宅サービスを利用
 31 して最期まで在宅で生活できることを紹介し、人生の最終段階における医療・ケアの在り方
 32 に対する住民の理解を促進することが求められています。
 33 ○2022 年度の静岡県の地域医療に関する調査の結果によると、およそ 64%の県民が ACP を知
 34 らないと回答しており、「終末期医療について、家族等と話し合ったことがあるか」という質問
 35 に対しては、およそ 72%の県民が「家族等と話し合ったことはなく、書面にも残していない」
 36

1 と回答していることから、ACPの普及に向けた更なる取組が必要です。

2
3 **(3) 対策**

4 ○地域の医療を支えようと自ら活動している住民の方々の集まりである地域医療支援団体を増
5 やすことによって、県民による地域医療を支える活動の拡大を目指します。

6 ○地域医療支援団体との協働により、医療機関の役割分担や連携についての周知を図り、地域医
7 療構想の目的や必要性の理解を促進します。

8 ○患者や住民が医療の必要性に応じた質の高い医療を受けることができるよう、「コンビニ受診
9 ¹⁾」の抑制と「かかりつけ医」の普及啓発を図ります。

10 ○在宅患者の急変時における地域でのルール策定や、在宅患者とその家族が、かかりつけ医と
11 急変時の対応について、事前に話し合いをすることで安心して在宅で療養できる環境の整備を
12 図ります。

13 ○住み慣れた地域で、人生の最期まで自分らしい生活を送ることができるように、「高齢者在宅
14 生活“安心”の手引き」等を活用し、住民への普及啓発を図ります。

15 ○人生の最終段階において、患者本人の意思を尊重した方針決定ができるように、患者とその家
16 族を支える関係職種間における連携体制の強化を図ります。

17 ○ACPの普及を促進するため、より住民に近い市町や地域医療支援団体と連携し、周知を進め
18 ます。

19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

¹ コンビニ受診：「平日は休めない」、「昼間は混んでいる」といった理由で、コンビニに出掛けるよう
な軽い気持ちで夜間や休日に救急外来を利用する緊急性のない軽症患者の行動のこと。救急外来は
少数の重症者の対処に特化したスタッフ体制をとっており、多数の患者の診療は難しい。

1 第12章 計画の推進方策と進行管理

2

3 第1節 計画の推進体制

4 ○日常的な健康相談、保健サービスの提供、介護保険制度等の福祉サービスの提供等については、
5 市町を中心として、住民に密着した活動を積極的に展開するとともに、かかりつけ医等と病院、
6 福祉関係機関等との連携を強化し、保健医療計画の推進を図ります。

7 ○2次保健医療圏においては、地域医療協議会等を中心として、圏域の特性に対応した総合的な
8 保健医療提供体制が確立されるよう、関連する福祉分野まで含めた基本的な問題について協議、
9 調整を行います。

10 ○また、保健所（健康福祉センター）は、市町の行う地域保健活動と連携しつつ、高度・専門的、
11 広域的な業務を担うとともに、地域医療協議会や地域医療構想調整会議、地域の医療関係団体
12 等と協力して保健医療計画の推進を図ります。

13 ○3次保健医療圏における課題については、県健康福祉部が中心となって、各関係団体等の協力
14 を得て、計画の着実な推進を図ります。

15 ○保健医療計画の内容を、様々な機会をとらえて県民をはじめ市町、関係者に周知し、計画に対
16 する理解と協力を得るよう努めていきます。

17 ○また、保健・医療・福祉に関する情報を積極的に提供するとともに、計画の数値目標に対する
18 進捗状況の分析結果などについて、静岡県医療審議会への報告やホームページなどを通じて公
19 開します。

20

21 第2節 数値目標等の進行管理

22 ○保健医療計画の実効性を高めるため、あらかじめ数値目標を設定して、PDCA サイクルを取り入
23 れながら計画の進行管理を行います。

24 ○計画の推進に当たっては、数値目標に対する進捗状況等を分析し改善を図るとともに、中間年
25 に見直しを行います。

26

1

2

3

4

5

※白紙