

第8次
静岡県保健医療計画

【2018年度～2023年度】

2018年3月

静 岡 県

第1章 基本的事項

第1節 計画策定の趣旨

- 静岡県では、保健医療に関する基本指針として、1988年度に最初の「静岡県地域保健医療計画」を策定し、その後、保健医療を取り巻く環境の変化に対応して、改定を重ねながら保健医療施策の推進に取り組んできました。
- 現在、医療を取り巻く環境は、かつてないほど大きな変化に直面しています。少子高齢化が急速に進行していく中で、限られた資源で、増加する医療及び介護需要に対応していくためには、今まで以上に医療と介護の連携が重要になってきます。
- こうした中、2014年6月には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が成立し、効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法が改正され「地域医療構想」が導入されました。
- これまでは、医療提供体制は主として県が、介護提供体制は主として市町が整備に努めてきましたが、今後は各圏域において、病床の機能分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制を構築し、さらに在宅医療・介護の充実等により、地域包括ケアシステムの構築が一体的に行われるように、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要です。
- 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画（2015年3月）についても総合的な見直しを行い、第8次「静岡県保健医療計画」として策定します。

第2節 基本理念

- 県民が、住み慣れた地域で安心して生活を送るためには、必要なときに、安全で質の高い医療が速やかに受けられる体制の整備が不可欠です。このため、医療人材を確保し、県内各地域の現状に即して効果的に配置するとともに、医療機能の分化と連携などを推進し、医療提供体制の一層の充実を図ります。
- 健康づくりは、まず県民一人ひとりが主体的に取り組むことを基本として、家庭、事業所、地域等の連携協働により取り組みます。地域との付き合いや社会参加等の機会を増やすとともに、ソーシャルキャピタル（社会関係資本）を地域の資源として活用します。また、健康や疾病に関する県民の理解を深めるとともに、健康づくりの支援やかかりつけ医・かかりつけ歯科医の推進など、発症予防や重症化予防に取り組みます。
- 「医療は限りある資源である」という認識を持ち、地域の関係者の合意のもとに適切な医療資源の配置、緊密な連携体制の構築を進め、「地域全体で支える医療」の充実により、疾病や大規模災害などから「命をまもる医療」の確保に取り組みます。
- 疾病や障害があっても、要介護状態になっても、それぞれの健康状態を保ちつつ、地域の中で安心して暮らすことのできる社会を目指して、在宅医療等の充実、リハビリテーションや介護サービスとの連携を推進するなど、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる体制の構築に取り組みます。

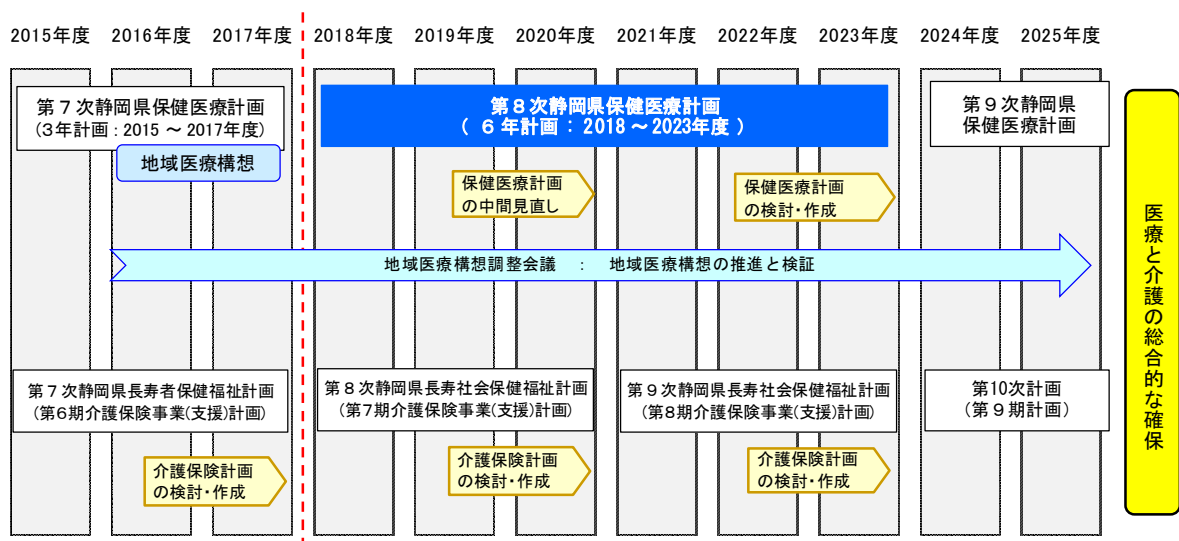
第3節 計画の位置付け

この計画は、次に掲げる性格を有するものです。

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

第4節 計画の期間

- 2014年6月の医療法の改正により、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した。
- これを受け、本計画の期間は、2018年度を初年度とし2023年度を目標とする6年間とします。また、中間年である3年目に見直しを行います。



第5節 2025年に向けた取組

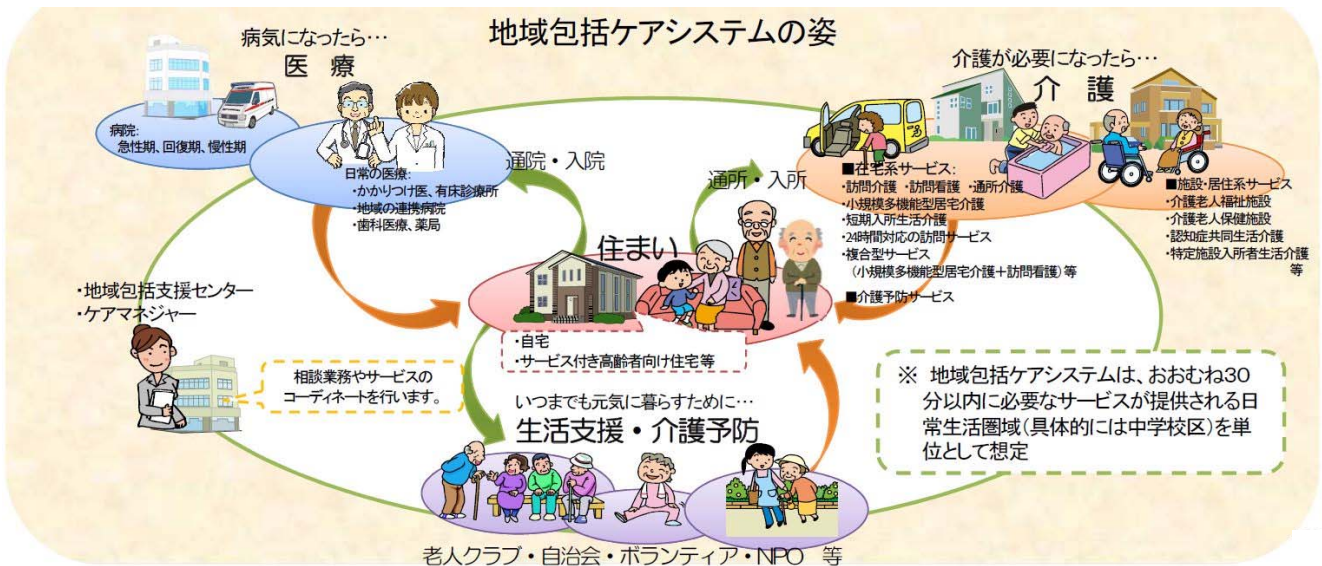
- 2025年には、団塊の世代が75歳以上となり、人口の3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となると推計されています。
- そのため、医療や介護を必要とする方がますます増加することが見込まれており、この増加する医療・介護需要に対応するため、限られた医療・介護資源を有効に活用し、必要なサービスを確保していくため、様々な取組が進められています。
- 本県では、2025年における医療機能別の病床の必要量、在宅医療等の必要量の推計等を行い、2015年度に「静岡県地域医療構想」を策定して、医療提供体制の目指すべき姿を示しました。
- 現在、その実現に向けて、地域の現状や課題を踏まえつつ、地域医療構想調整会議における将

来の医療提供体制を確保するために必要な協議や、地域医療介護総合確保基金を活用した医療提供体制の構築に取り組んでいます。

第6節 地域包括ケアシステムの構築

- 地域包括ケアシステムとは、2014年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（地域医療介護総合確保法）」において、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されています。
- この体制は、団塊の世代が75歳以上となる2025年までに、必要なサービスが概ね30分以内に提供される範囲である「日常生活圏域」ごとに整備していくこととなっています。
- また、地域によって高齢化の状況、医療や介護の資源などの状況が異なることから、介護保険の保険者である市町が、地域の特性に応じ、自主性や主体性に基つ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、最後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。

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)

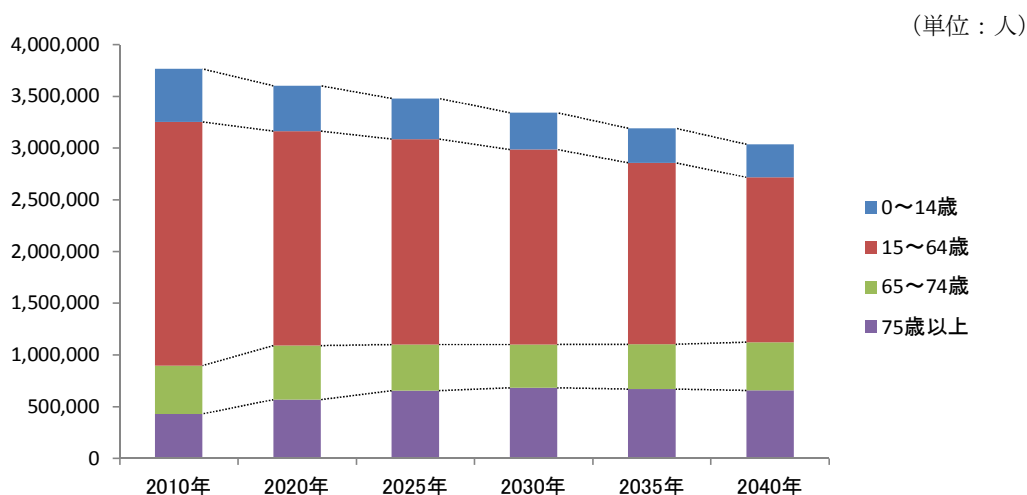
第2章 保健医療の現況

第1節 人口

1 総人口

- 本県の総人口は、2016年10月1日現在、3,686,945人（男1,815,082人、女1,871,863人）で、日本の総人口の約3%を占めています。
- 本県では、2007年12月の379万7千人をピークに人口減少局面を迎えています。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、人口減少のスピードは、2010年から10年ごとの減少数が、16万4千人減、25万8千人減、30万8千人減と徐々に加速していくと推計されます。
- また、単に人口が減少するだけでなく、人口構造そのものが大きく変化していきます。高齢者人口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、急速な高齢化が進行していきます。
- 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歳以上になると予測されています。

図表2-1：静岡県の年齢階級別将来推計人口

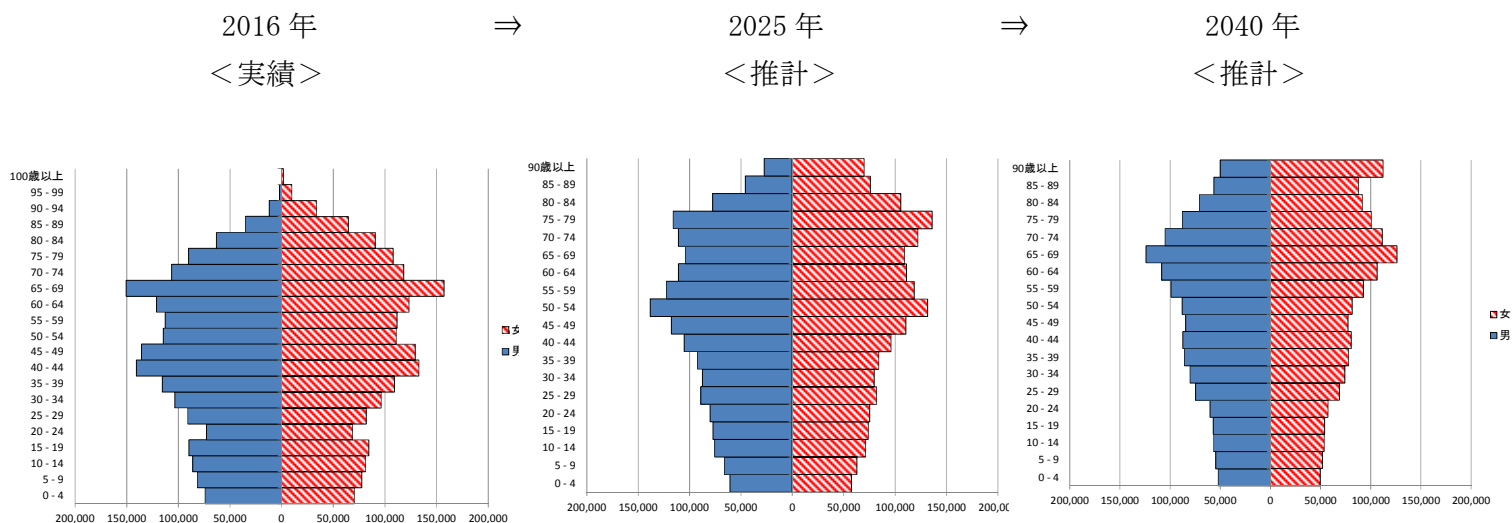


	2010年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
0～14歳	512,005	436,943	394,263	357,195	334,227	317,828
15～64歳	2,356,056	2,074,383	1,984,786	1,885,103	1,755,854	1,594,367
65～74歳	465,015	522,445	446,686	417,063	431,355	466,513
75歳以上	431,936	567,350	654,598	683,197	671,297	656,651
総数	3,765,007	3,601,121	3,480,333	3,342,558	3,192,733	3,035,359

※2010年は実績。

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25年3月中位推計）」

図表 2 - 2 : 静岡県における人口構造の変化



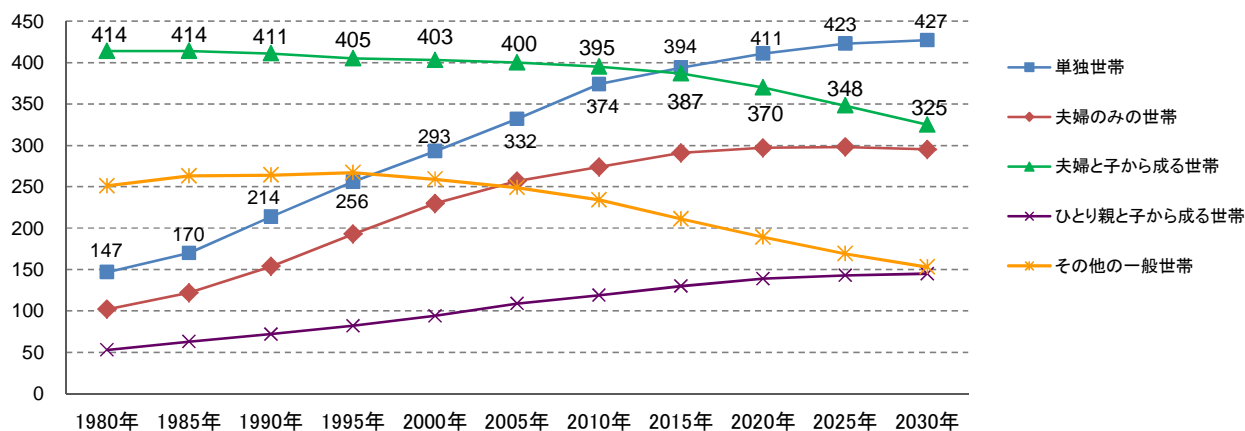
2 世帯

(1) 家族類型別世帯数及び割合

- 本県の世帯数は、2015年の141万世帯から減少に転じるとともに「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30.6%、2035年には32.6%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2030年の42万7千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)



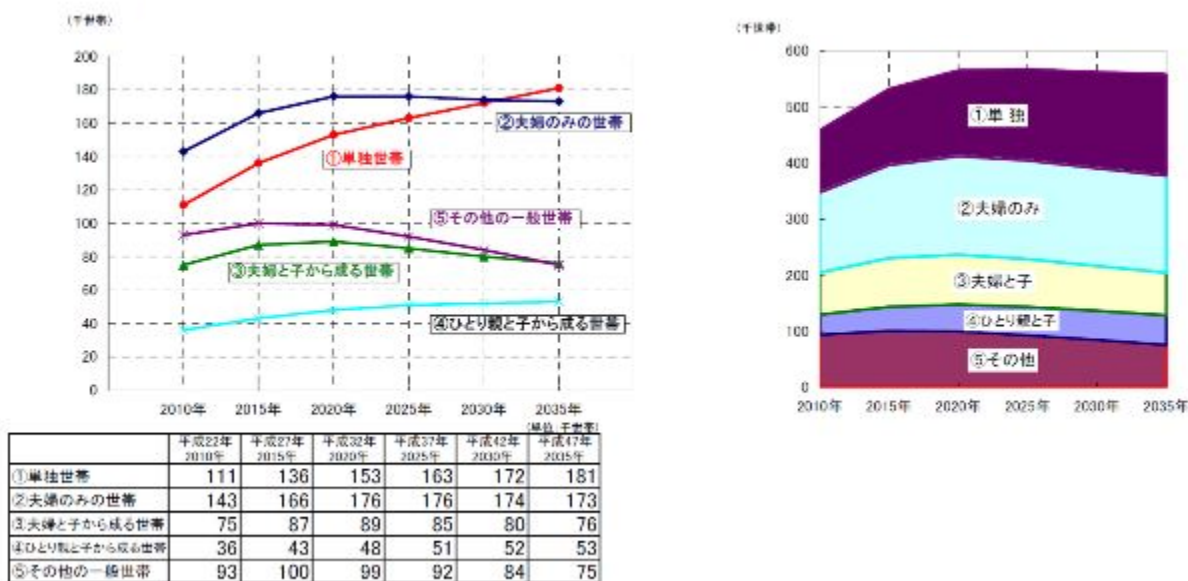
(資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(平成26年4月推計)」、総務省「国勢調査」)

(2) 高齢者世帯

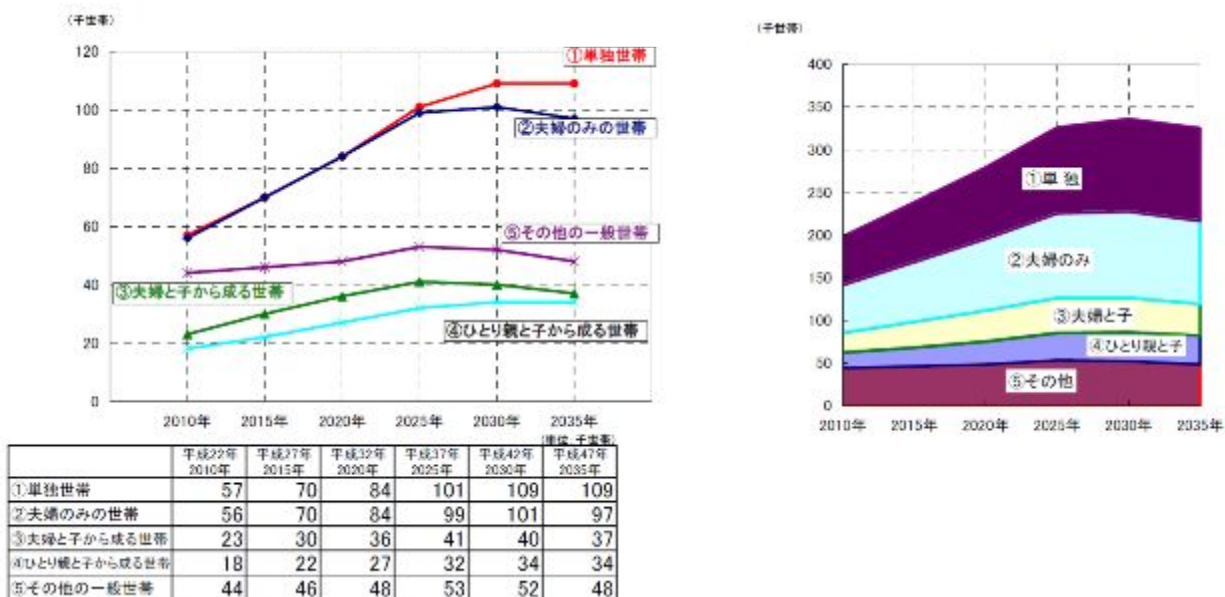
○世帯主が65歳以上の一般世帯の総数は、2010年の45万8千世帯から2025年には56万7千世帯へ、同じく75歳以上の世帯では19万8千世帯から32万6千世帯へと増加し、世帯においても高齢化が進展すると推計されています。

○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、最も増加するのは「単独世帯」の5万2千世帯増(1.47倍)、次いで「夫婦のみの世帯」の3万3千世帯増(1.23倍)。同じく75歳以上の世帯数については、「単独世帯」の4万4千世帯増(1.77倍)、「夫婦のみの世帯」の4万3千世帯増(1.77倍)と推計されています。

図表2-4 世帯主が65歳以上の世帯数推移



図表2-5 世帯主が75歳以上の世帯数推移

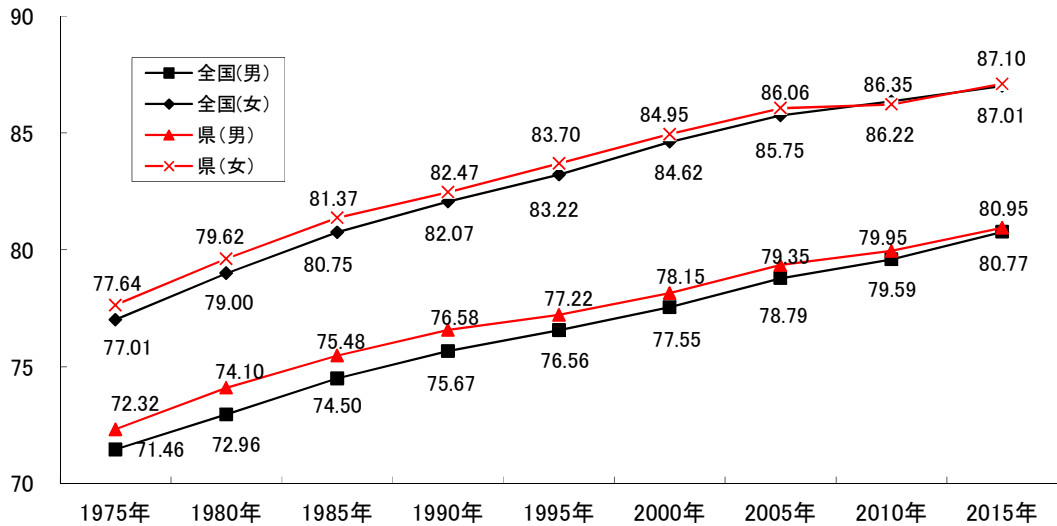


(資料：静岡県企画広報部「静岡県の世帯数の将来推計」)

3 平均寿命と健康寿命

○平均寿命¹は着実に伸びており、2015年現在の平均寿命は男性80.95歳（全国80.77歳）で全国17位、女性87.10歳（全国87.01歳）で、全国24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2016年の健康寿命²は、男性は72.63歳で全国6位、女性は75.37歳で全国13位でした。これまで公表された3回分の平均値では、男性、女性ともに、健康寿命が全国で2番目に長いことが分かりました（図表2-7）。

図表2-7 健康寿命の上位都道府県(2010年、2013年、2016年の平均)

男性			女性		
順位	都道府県	歳	順位	都道府県	歳
1	山梨県	72.31	1	山梨県	75.49
2	静岡県	72.15	2	静岡県	75.43
2	愛知県	72.15	3	愛知県	75.30
4	千葉県	71.93	4	群馬県	75.25
4	石川県	71.93	5	栃木県	75.14
全国		71.25	全国		74.21

男女計
73.82歳
全国2位

資料：厚生労働省公表資料（平成30年3月公表）

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

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

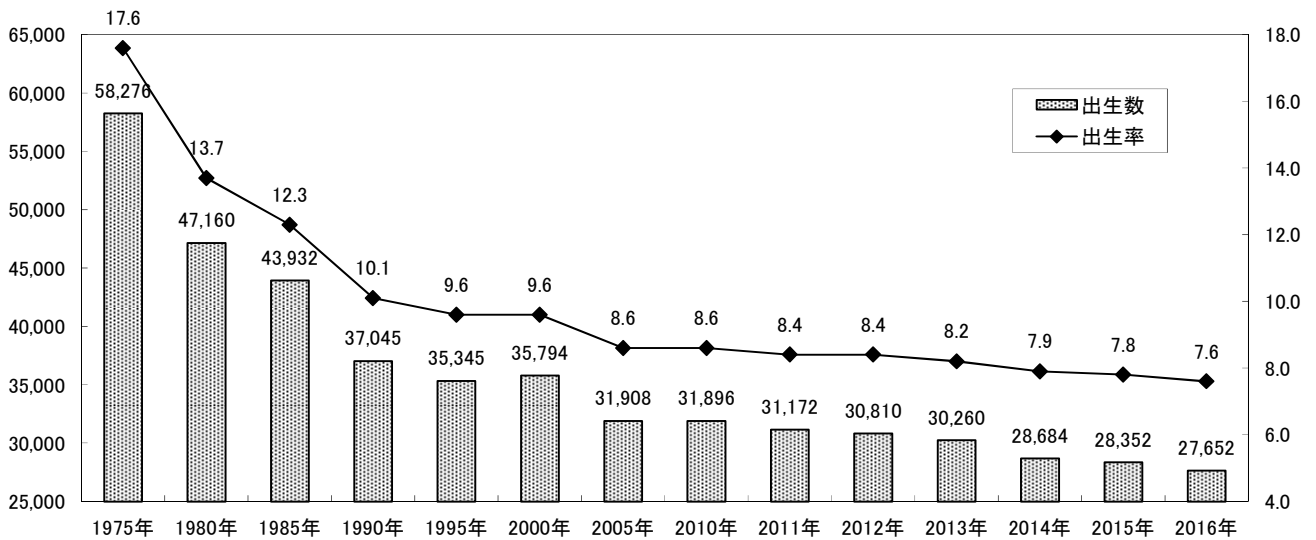
4 人口動態

(1) 出生

○2016年の出生数は2万7,652人で、出生率は人口千人当たり7.6人となっており、出生数・出生率ともに減少傾向にあります(図表2-8)。

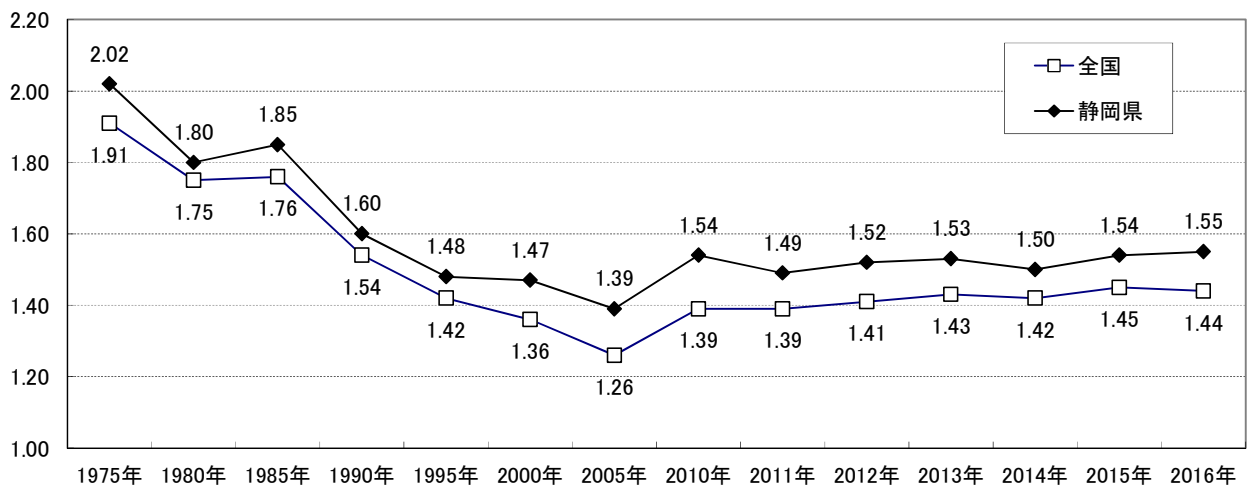
○2016年の合計特殊出生率は1.55で、全国平均の1.44を上回っています(図表2-9)。

図表2-8 出生数及び出生率の推移



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

図表2-9 合計特殊出生率の推移



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

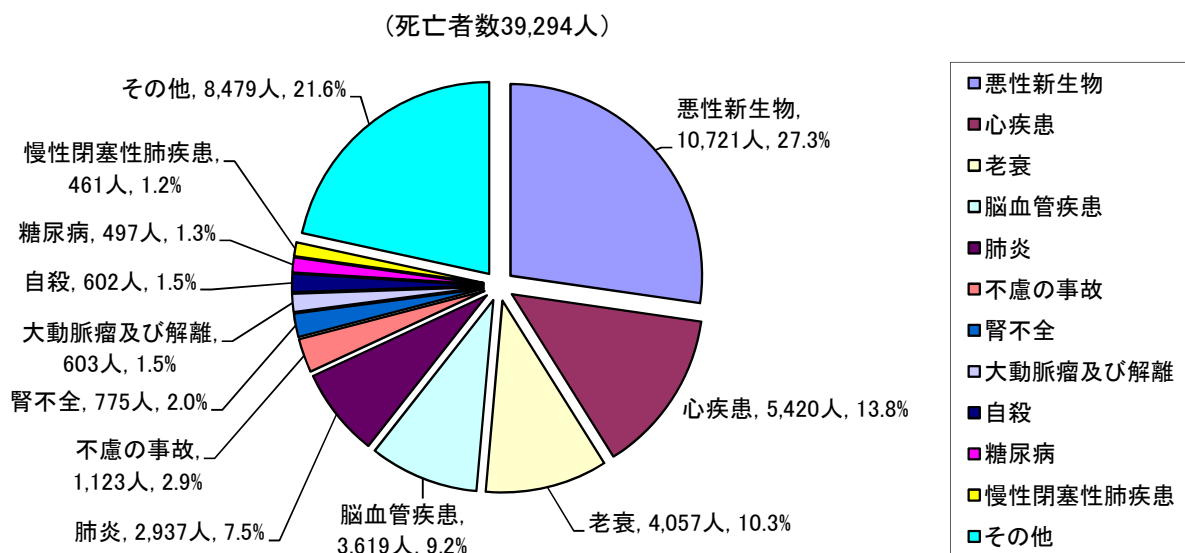
(2) 死亡

○2016年の死亡数は3万9,294人、死亡率は人口千人当たり10.8人となっています。

○2016年の死亡者の死因別状況では、悪性新生物(がん)27.3%、心疾患13.8%、老衰10.3%、脳血管疾患9.2%、肺炎7.5%の順となっており、上位3死因で、全死亡の51.4%を占めています(図表2-10)。

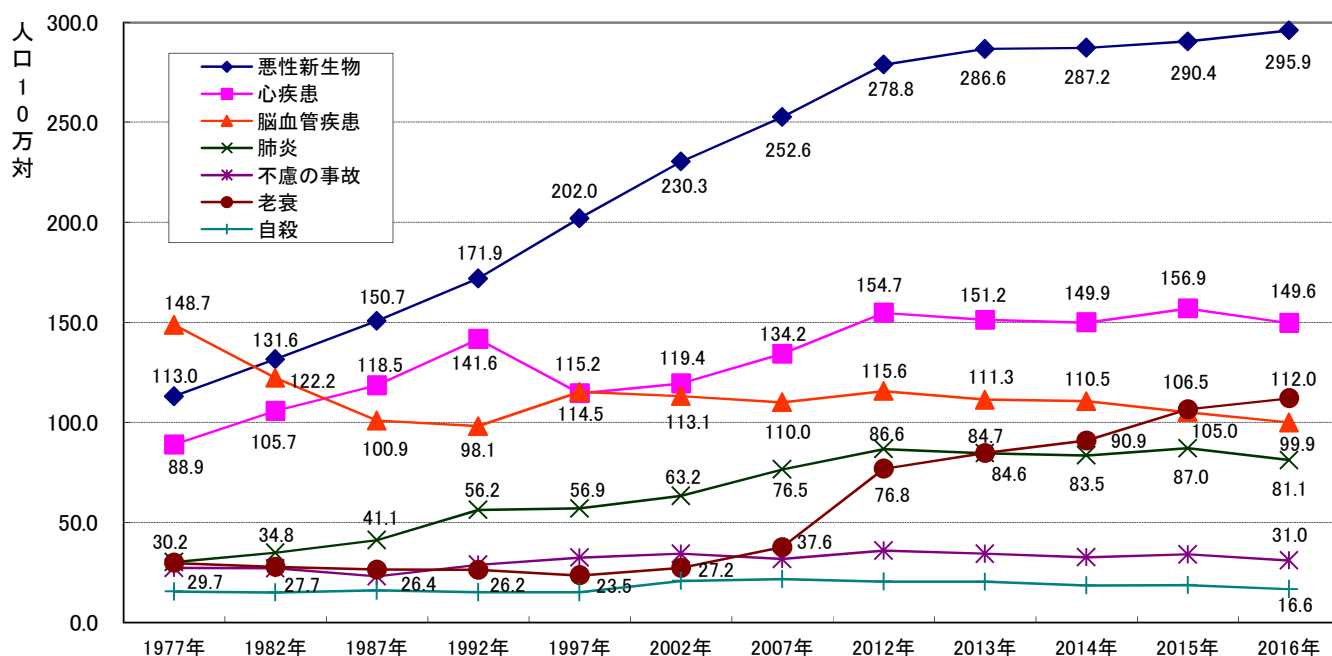
○特に、悪性新生物による死亡者数は全体の3割弱を占めており、死亡率は死因の上位1位として増加し続けています（図表2-11）。

図表2-10 本県の死因別死亡者数（2016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

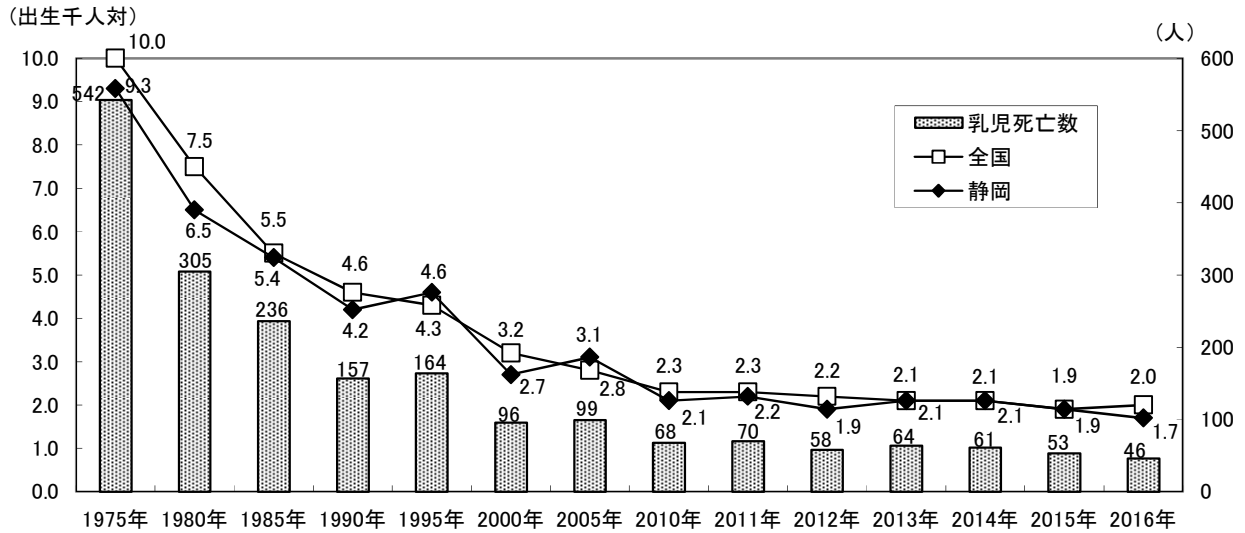


(資料：県健康福祉部管理局「静岡県の人口動態統計（確定数）の概要」)

(3) 乳児死亡

○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、2016年は1.7人となっています（図表2-12）。

図表2-12 乳児死亡率及び乳児死亡数の推移



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

第2節 受療動向

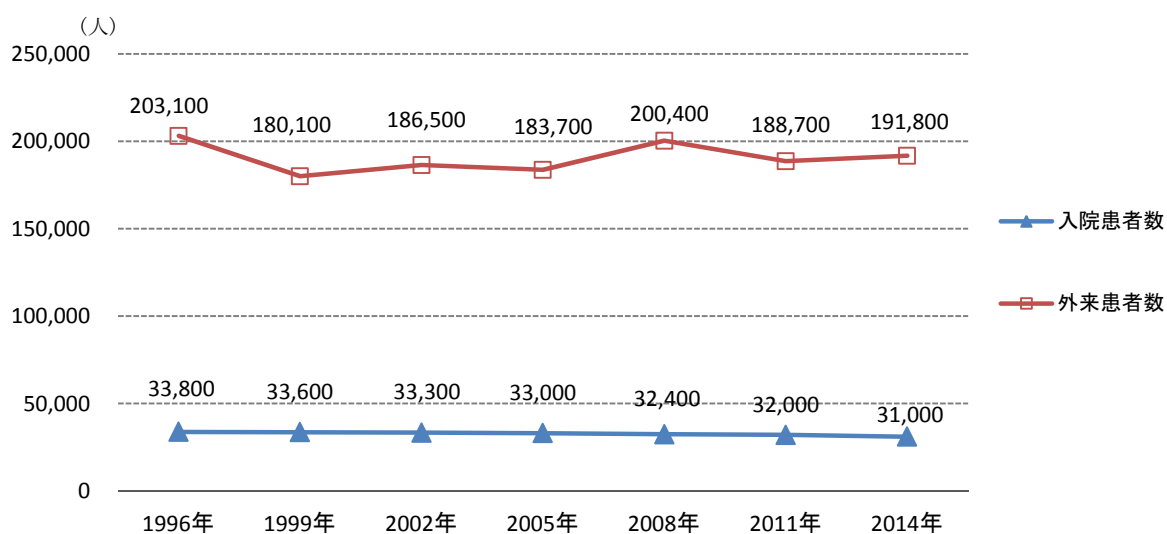
1 患者数

(1) 入院・通院患者の状況

○2014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3万1,000人、推計外来患者は19万1,800人となっています¹（図表2-13）。

○外来患者については、病院での受療者数が3万8,100人(20.1%)、診療所が12万200人(63.3%)、歯科診療所が3万1,700人(16.6%)となっています。

図表2-13 入院・外来患者の推移



(資料：厚生労働省「患者調査」)

(2) 疾病別推計患者数

○疾病別の患者数を傷病大分類別にみると、入院については、「循環器系の疾患」が最も多く6,200人、次いで「精神及び行動の障害」が5,600人、「新生物」が3,600人（うち、「悪性新生物」が3,300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、その中で「神経系の疾患」「呼吸器系の疾患」の患者数は増加しています。（図表2-14）

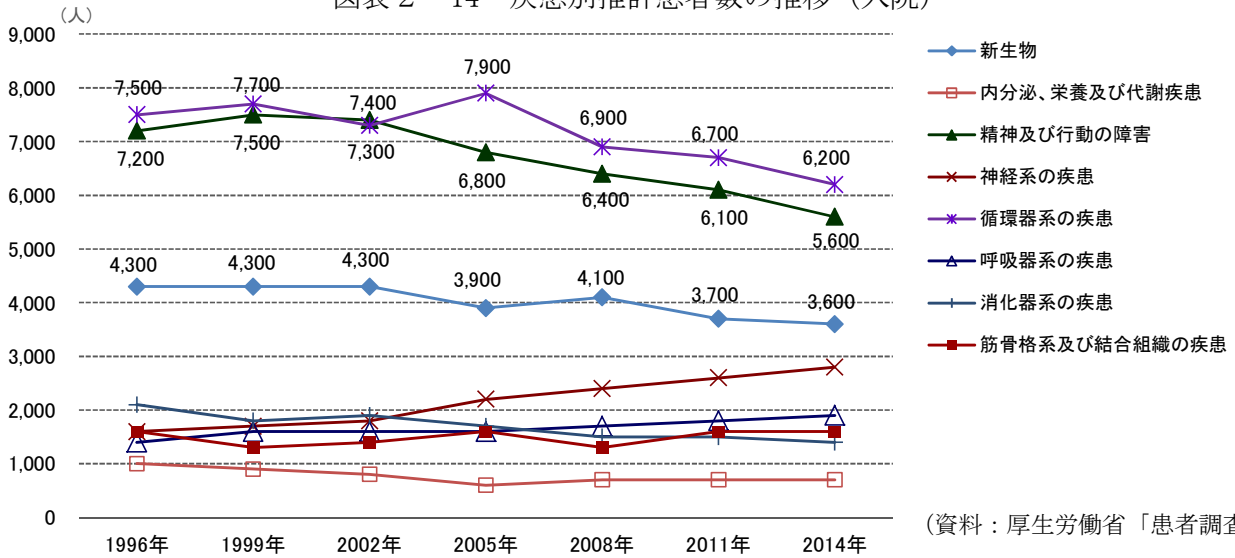
○また、外来については、「消化器系の疾患」が最も多く3万100人、次いで「筋骨格系及び結合組織の疾患」が2万7,100人、「循環器系の疾患」が2万4,500人となっています。（図表2-15）

¹ 患者調査の推計患者数：調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数。
平成26年調査では、

病 院：平成26年10月21日(火)～23日(木)の3日間のうち病院ごとに指定した1日

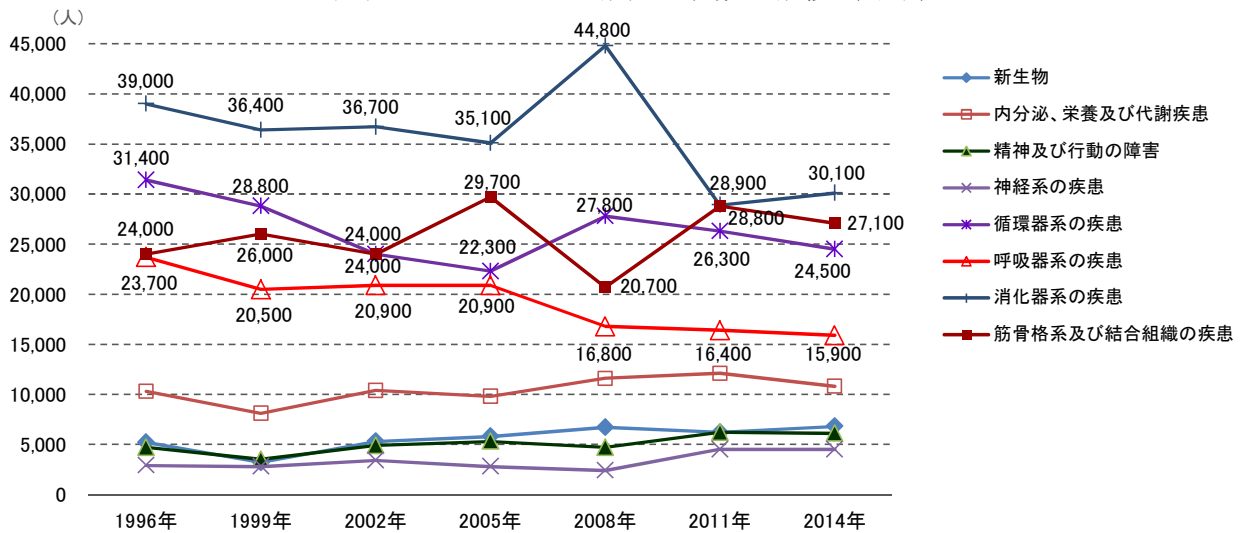
診療所：平成26年10月21日(火)、22日(水)、24日(金)のうち診療所ごとに指定した1日

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）



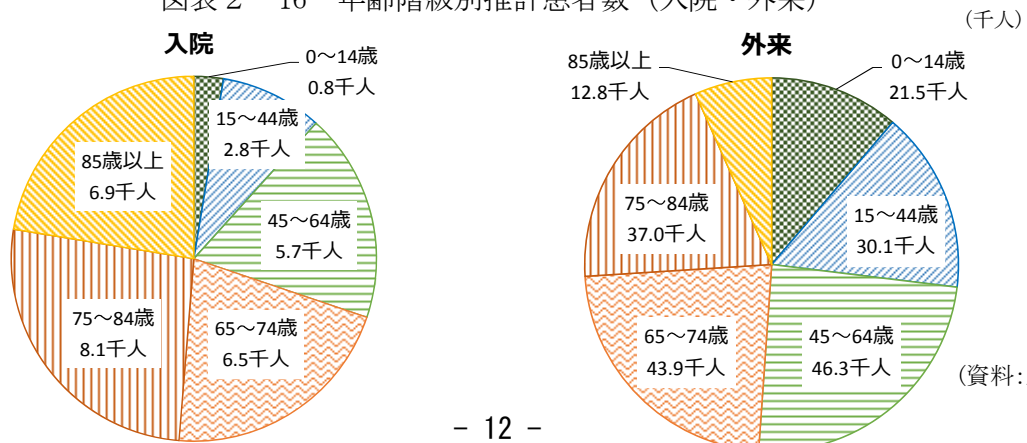
(資料：厚生労働省「患者調査」)

(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8,100人で最も多く、85歳以上が6,900人となっており、65歳以上が2万1,600人で全体の約3分の2となっています。

○外来については、45歳～64歳が4万6,300人で最も多く、次いで65歳～74歳が4万3,900人、75歳～84歳が3万7,000人となっています。65歳以上の割合は約49%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」)

2 受療率

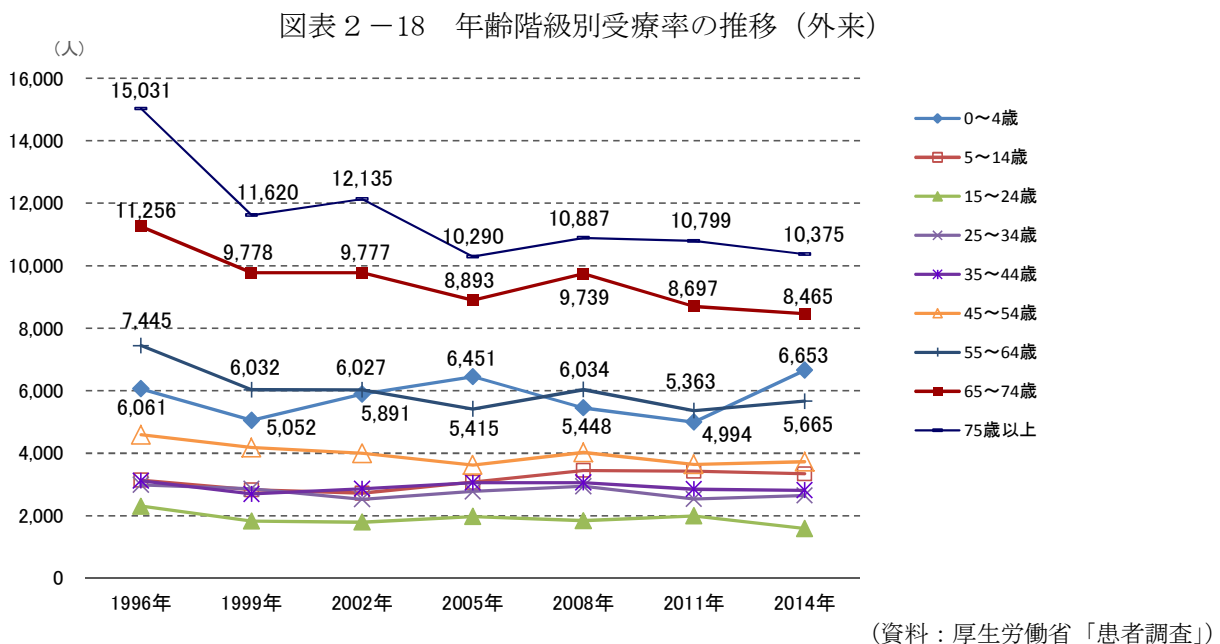
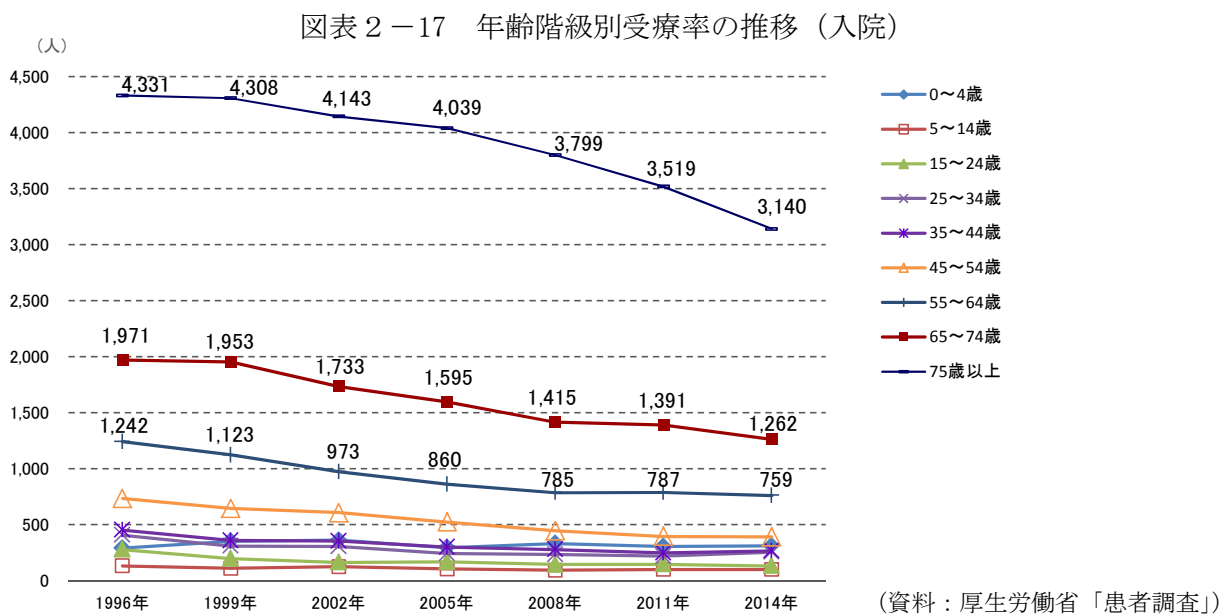
(1) 入院受療率・外来受療率

○2014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836（全国平均1,038）、外来受療率は5,177（全国平均5,696）で、ともに全国平均より低くなっています（入院受療率は全国順位で低い方から7位、外来受療率は全国順位で低い方から11位）。

(2) 年齢階級別受療率

○年齢階級別に入院受療率をみると、75歳以上が3,140で最も高く、次いで65歳～74歳の1,262、55歳～64歳の759となっています。（図表2-17）

○外来受療率では、75歳以上が10,375で最も高く、次いで65歳～74歳の8,465、0歳～4歳の6,653となっています。（図表2-18）



² 推計患者数を人口10万対であらわした数。受療率(人口10万対) = 推計患者数 / 推計人口 × 100,000

3 県民意向調査

○2016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。

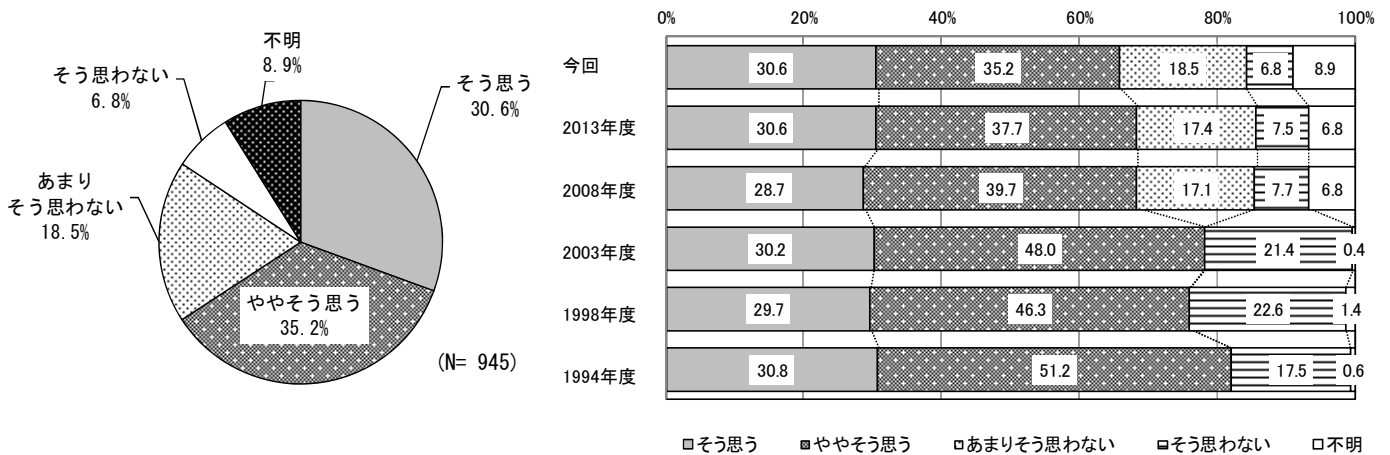
調査対象：静岡県全域
 標本数：静岡県内の市町に居住する満20歳以上の男女 1,500人
 回収数：945人（回収率63.0%）
 調査方法：郵送法
 調査時期：2016年12月

(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35.2%で最多、以下「そう思う」が30.6%、「あまりそう思わない」が18.5%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65.8%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25.3%に留まっています。

○過去比較との調査では、「そう思う」「ややそう思う」は、2008年度を境に70%台から60%台へと減少しています。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20%を超えています。

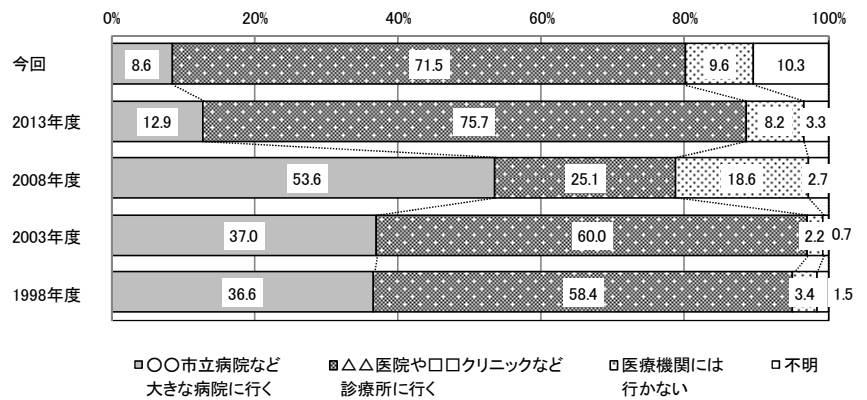
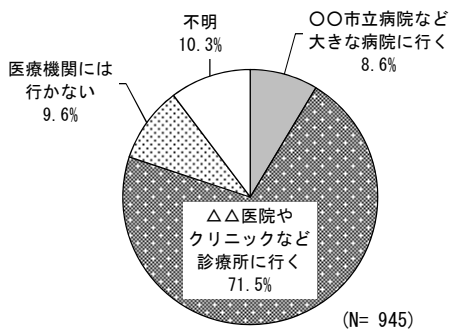


(2) 診療時間外の発病やけがについて

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受診先については、全体では「△△医院や□□クリニックなど診療所に行く」が71.5%を占め、以下「医療機関には行かない」9.6%、「〇〇市立病院など大きな病院に行く」8.6%と続いています。

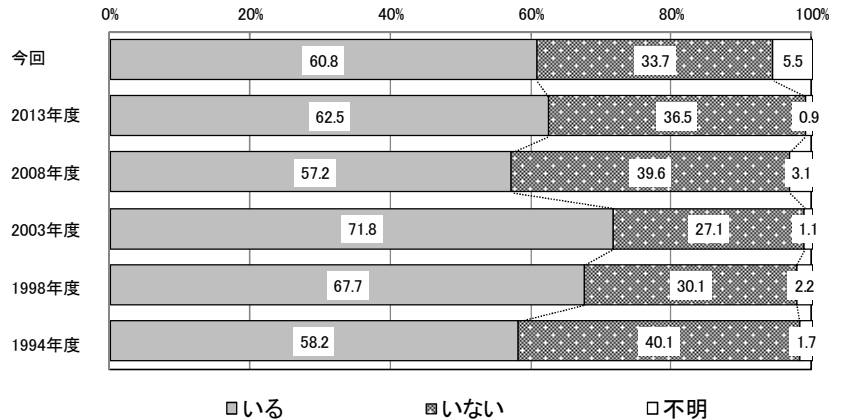
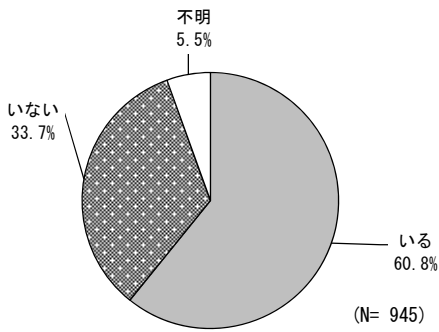
○過去比較との調査では、「〇〇市立病院など大きな病院に行く」は減少傾向に、また、「△△医院や□□クリニックなど診療所に行く」は増加傾向にあります。



(3) かかりつけ医

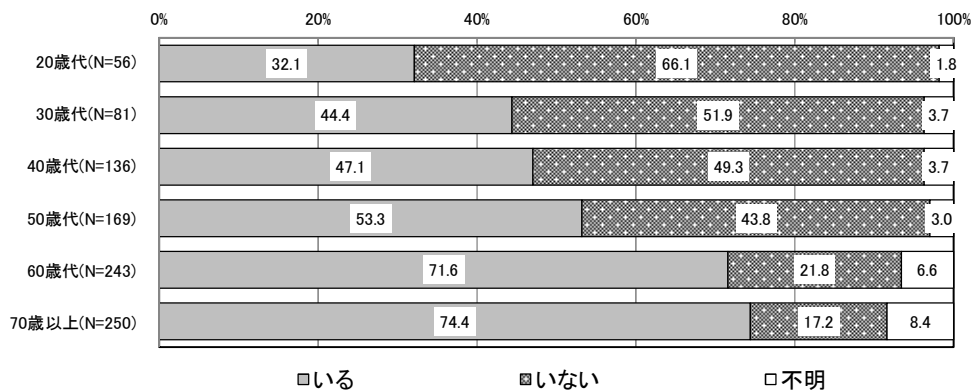
ア かかりつけ医の有無

○かかりつけの医師については「いる」が60.8%、「いない」が33.7%となっています。



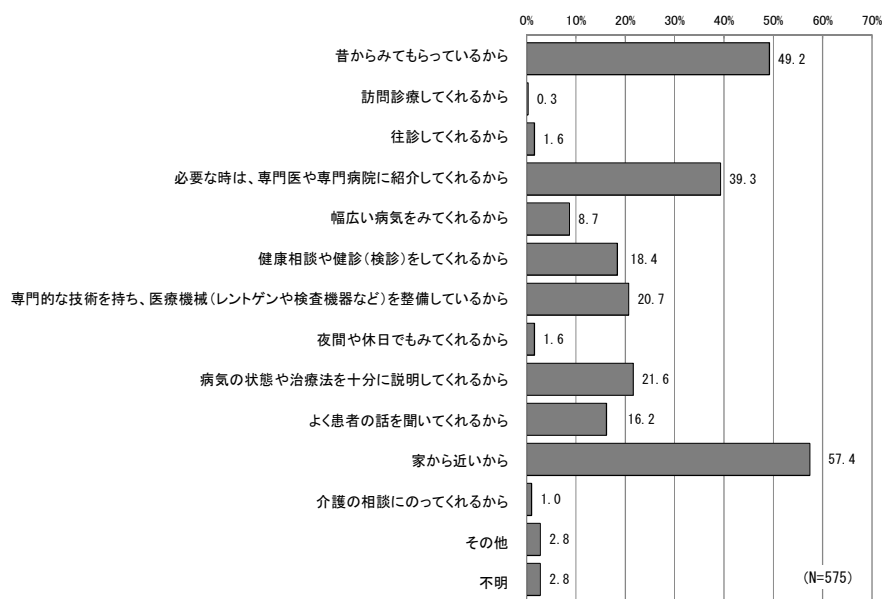
○年代別では、20歳代および30歳代では、「いない」が「いる」を大きく上回り、40歳代では「いる」と「いない」が同水準となっています。

○「いる」は年代が上がるにつれて増加し、60歳代および70歳以上では70%を超えています。



イ かかりつけになっている主な理由

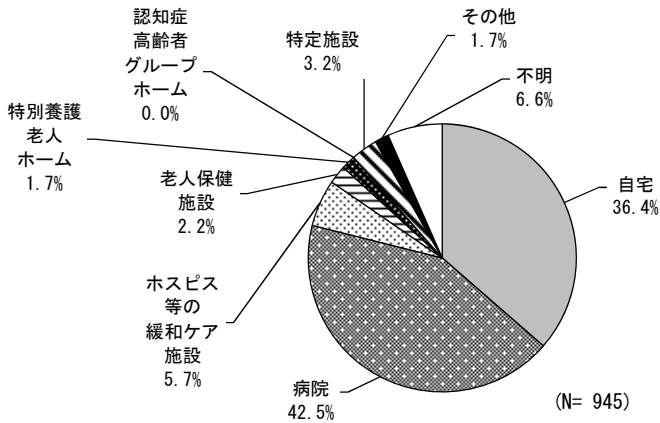
○「家から近いから」が57.4%で最多、以下、「昔からみてもらっているから」49.2%、「必要な時は、専門医や専門病院に紹介してくれるから」39.3%となっています。



(4) 在宅医療について

ア 長期療養を望む場所

○長期療養を望む場所について、全体では「病院」が42.5%で最多、以下「自宅」36.4%、「ホスピス等の緩和ケア施設」5.7%となっています。



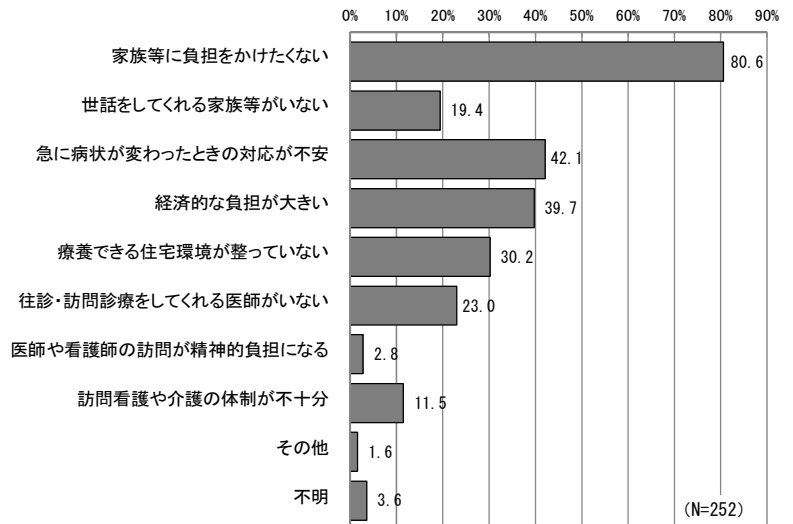
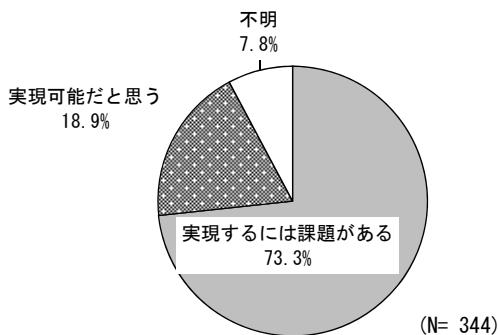
	今回	2013年度
自宅	36.4%	29.6%
病院	42.5%	52.1%
ホスピス等の緩和ケア施設	5.7%	
老人保健施設	2.2%	
特別養護老人ホーム	12.8%	1.7%
認知症高齢者グループホーム		0.0%
特定施設		3.2%
その他、無回答等	8.3%	4.1%

※2013年度の間は「長期入院が可能な病院」、「自宅」、「介護施設等の施設」

イ 自宅で長期療養することの実現可能性、課題と思うもの

○長期療養場所を「自宅」と回答した人にその実現可能性を尋ねたところ、全体では「実現するには課題がある」が73.3%、「実現可能だと思う」が18.9%となっています。

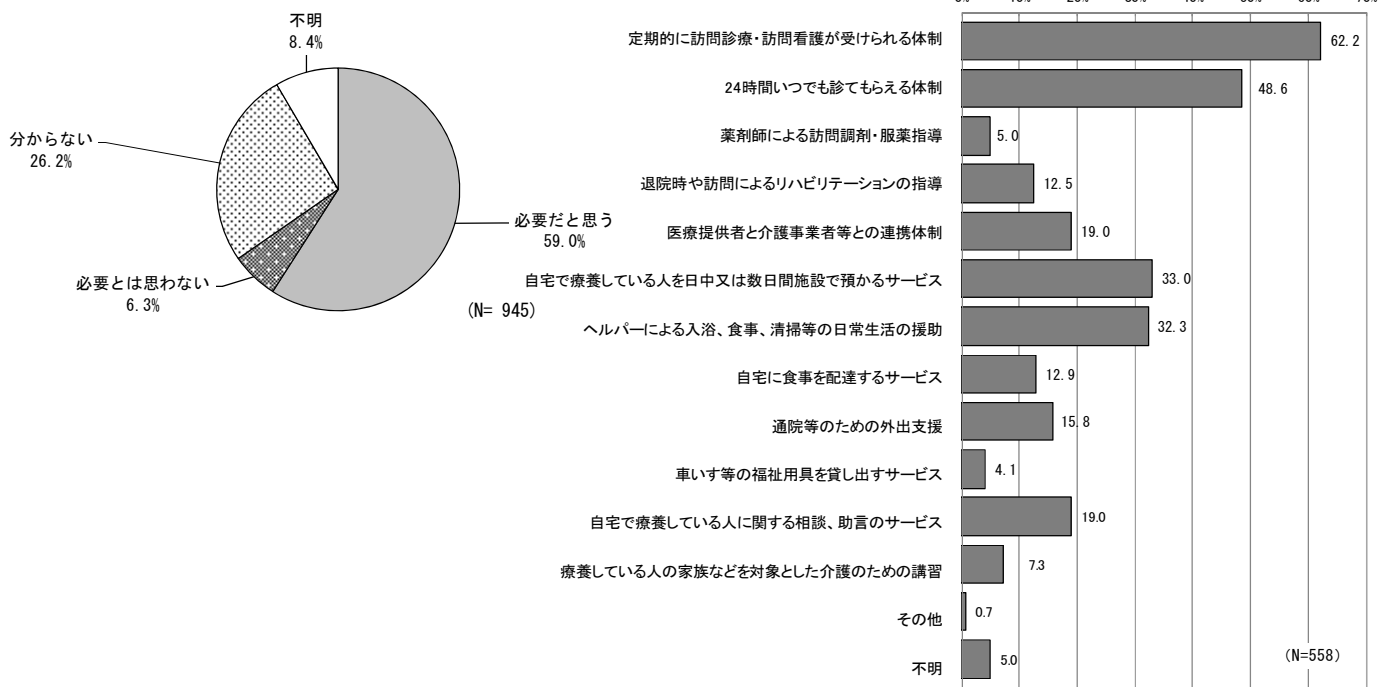
○「課題がある」と回答した人にその課題を尋ねたところ、全体では「家族等に負担をかけたくない」が80.6%で最多、以下「急に病状が変わったときの対応が不安」42.1%、「経済的な負担が大きい」39.7%となっています。



ウ 在宅医療の充実の必要性、整備が重要な体制

○在宅医療の充実について、全体では「必要だと思う」が59.0%、次いで「分からない」26.2%、「必要とは思わない」6.3%となっています。

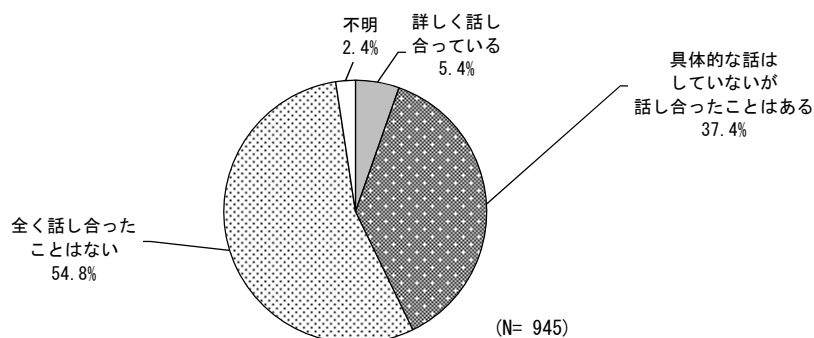
○「必要だと思う」と回答した人に整備が必要な体制について尋ねたところ、全体では「定期的に訪問診療・訪問看護が受けられる体制」が62.2%で最多、以下「24時間いつでも診てもらえる体制」48.6%、「自宅で療養している人を日中又は数日間施設で預かるサービス」33.0%となっています。



(5) 人生の最終段階における医療（終末期医療）について

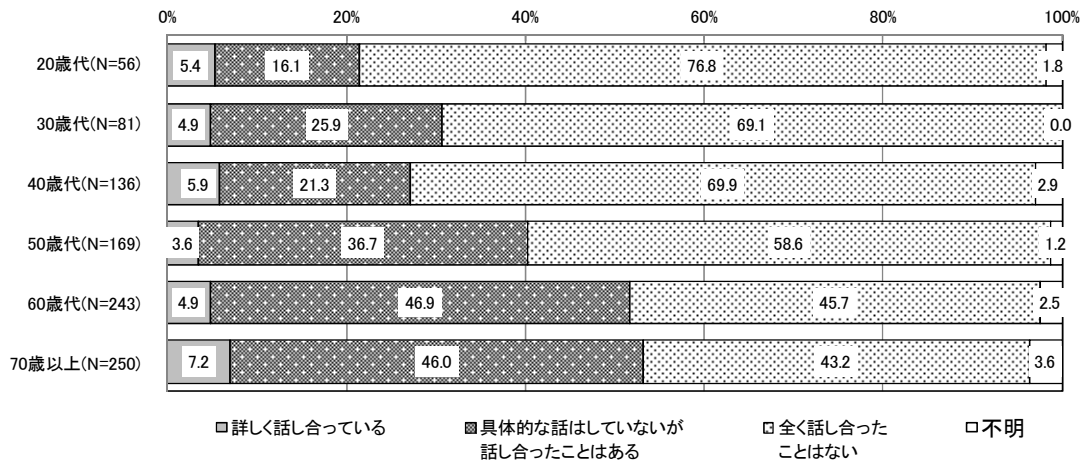
ア 終末期医療における家族や親族との話し合い状況

○終末期医療における家族や親族との話し合い状況について、全体では「全く話し合ったことはない」が54.8%で最多、以下「具体的な話はしていないが話し合ったことはある」37.4%、「詳しく話し合っている」5.4%となっています。



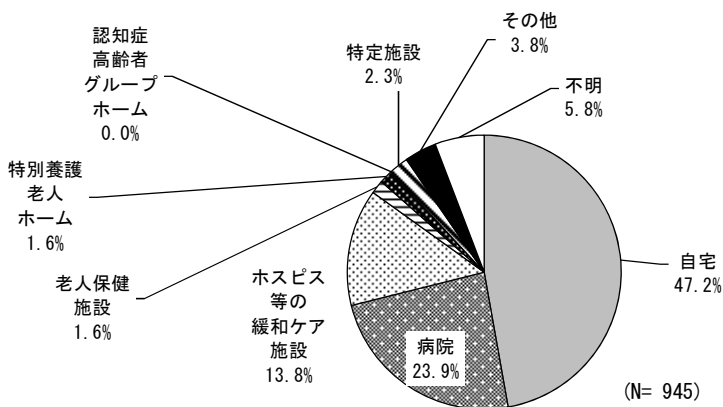
○年代別では、「全く話し合ったことない」は概ね年代が若いほど高く、20歳代から50歳代までは最多項目となっています。

○60歳代および70歳以上では、「具体的な話はしていないが話し合ったことはある」が「全く話し合ったことない」を上回っています。



イ 人生の最期を迎えたい場所

○人生の最期を迎えたい場所について、全体では「自宅」が47.2%で最多、以下「病院」23.9%、「ホスピス等の緩和ケア施設」13.8%となっています。



<経年変化>

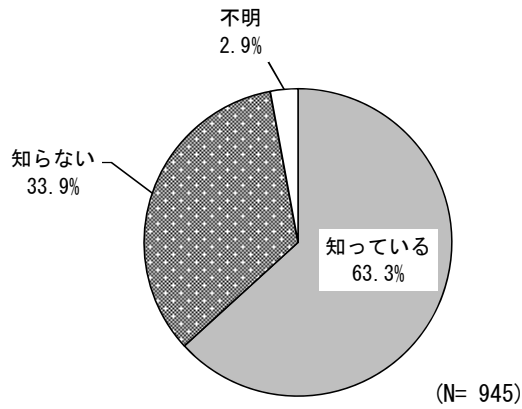
	今回	2013年度
自宅	47.2%	49.3%
病院	23.9%	29.9%
ホスピス等の緩和ケア施設	13.8%	
老人保健施設	1.6%	
特別養護老人ホーム	1.6%	15.2%
認知症高齢者グループホーム	0.0%	
特定施設	2.3%	
その他、無回答等	9.6%	5.6%

※2013年度の問は「長期入院が可能な病院」、「自宅」、「介護施設等の施設」

(6) 特定健診・特定保健指導について

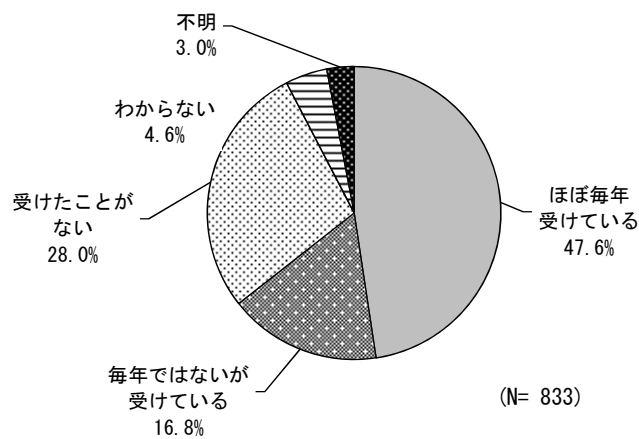
ア 特定健康診査や特定保健指導の認知度

○特定健康診査や特定保健指導について、全体では「知っている」が63.3%、「知らない」が33.9%となっています。



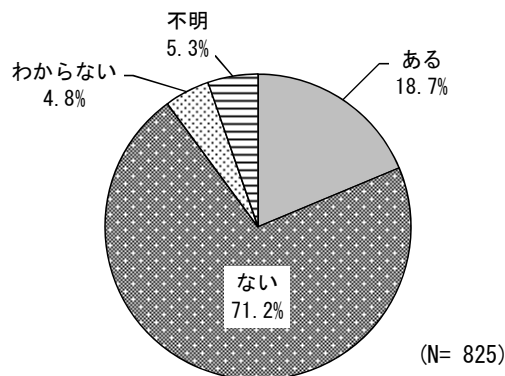
イ 特定健康診査の受診状況

○特定健康診査の受診状況について、全体では「ほぼ毎年受けている」が47.6%で最多、以下「受けたことがない」28.0%、「毎年ではないが受けている」16.8%となっています。



ウ 特定保健指導を受けた経験

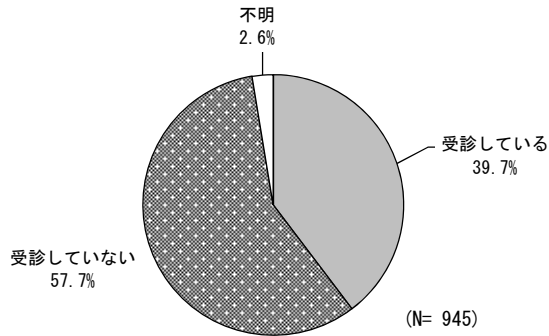
○これまでの特定保健指導を受けた経験については、「ない」が71.2%、「ある」18.7%となっています。



(7) 歯科・口腔ケアについて

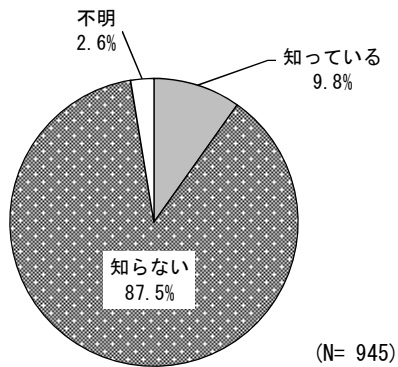
ア 歯垢除去や定期的な歯科健診の受診状況

○歯垢除去を含む定期的な歯科診療所について、全体では「受診していない」が57.7%、「受診している」が39.7%となっています。



イ 訪問診療を行う歯科診療所の場所の認知度

○訪問診療を行う歯科診療所の場所について、全体では「知らない」が87.5%、「知っている」が9.8%となっています。



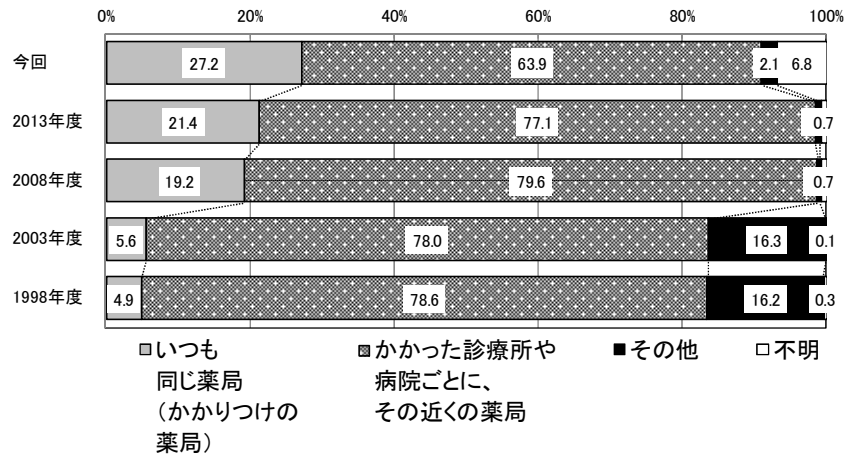
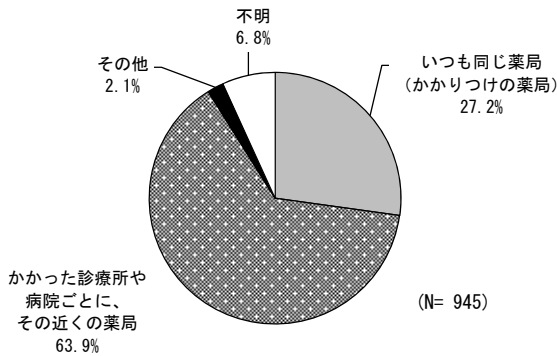
(8) 薬局について

ア 調剤してもらふ薬局

○調剤薬局について、全体では「かかった診療所や病院ごとに、その近くの薬局」が63.9%、「いつも同じ薬局（かかりつけの薬局）」27.2%となっています。

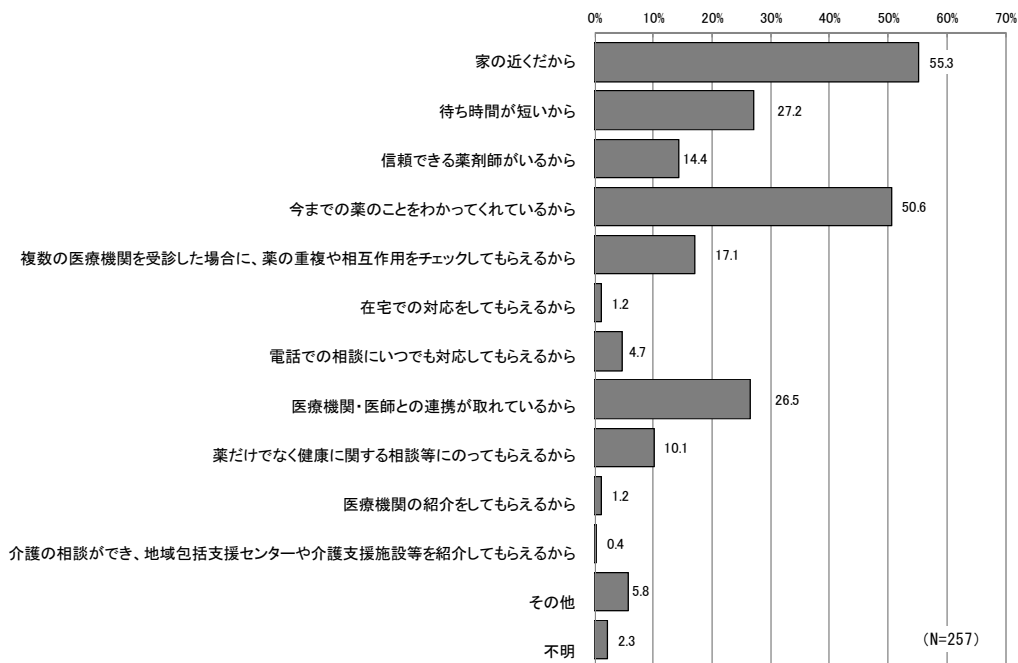
○過去調査との比較では、2008年度を境に「いつも同じ薬局（かかりつけの薬局）」が徐々に増加しています。

○「かかった診療所や病院ごとに、その近くの薬局」は今回15ポイント近く減少しています。



イ かかりつけの薬局を選んだ理由

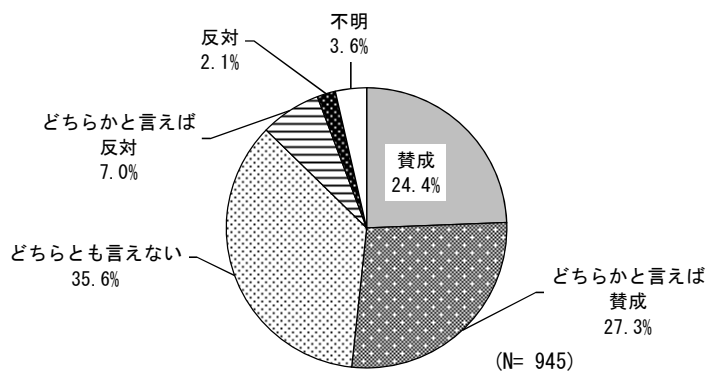
○「いつも同じ薬局（かかりつけの薬局）」と回答した人にその理由について尋ねたところ、全体では「家の近くだから」55.3%、「今までの薬のことをわかってくれているから」50.6%、「待ち時間が短いから」27.2%、「医療機関・医師との連携がとれているから」26.5%となっています。



(9) 今後の地域医療体制について

ア それぞれの医療機関の機能に応じて役割分担して治療すること

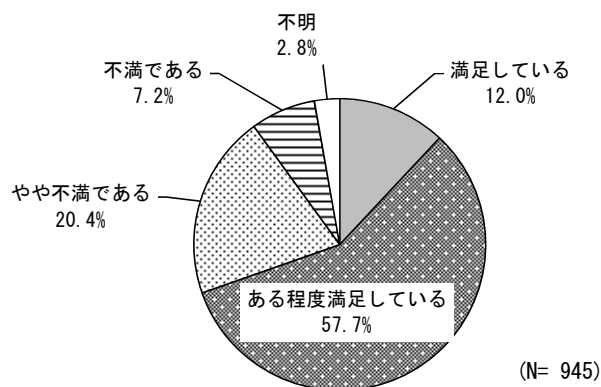
○それぞれの医療機関の機能に応じて役割分担して治療することについて、「賛成」と「どちらかと言えば賛成」を合算した『賛成』は51.7%となっています。以下、「どちらとも言えない」35.6%、「どちらかと言えば反対」7.0%、反対2.1%となっています。



イ 居住地域の医療機関の整備状況

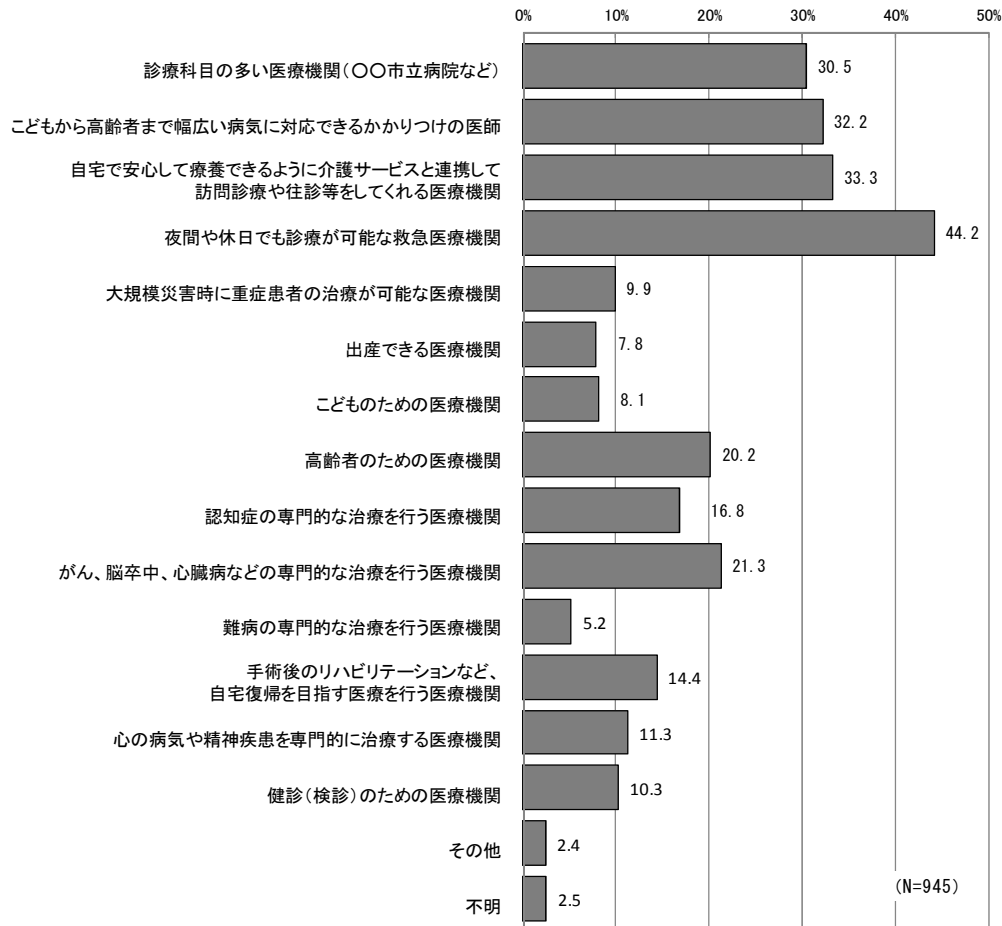
○居住地域の医療機関の整備状況について、全体では「ある程度満足している」が57.7%で最多、以下「やや不満である」20.4%、「満足している」12.0%となっています。

○「満足している」と「ある程度満足している」を合算した『満足』は69.7%となっています。



ウ 今後特に整備充実を図るべき医療体制

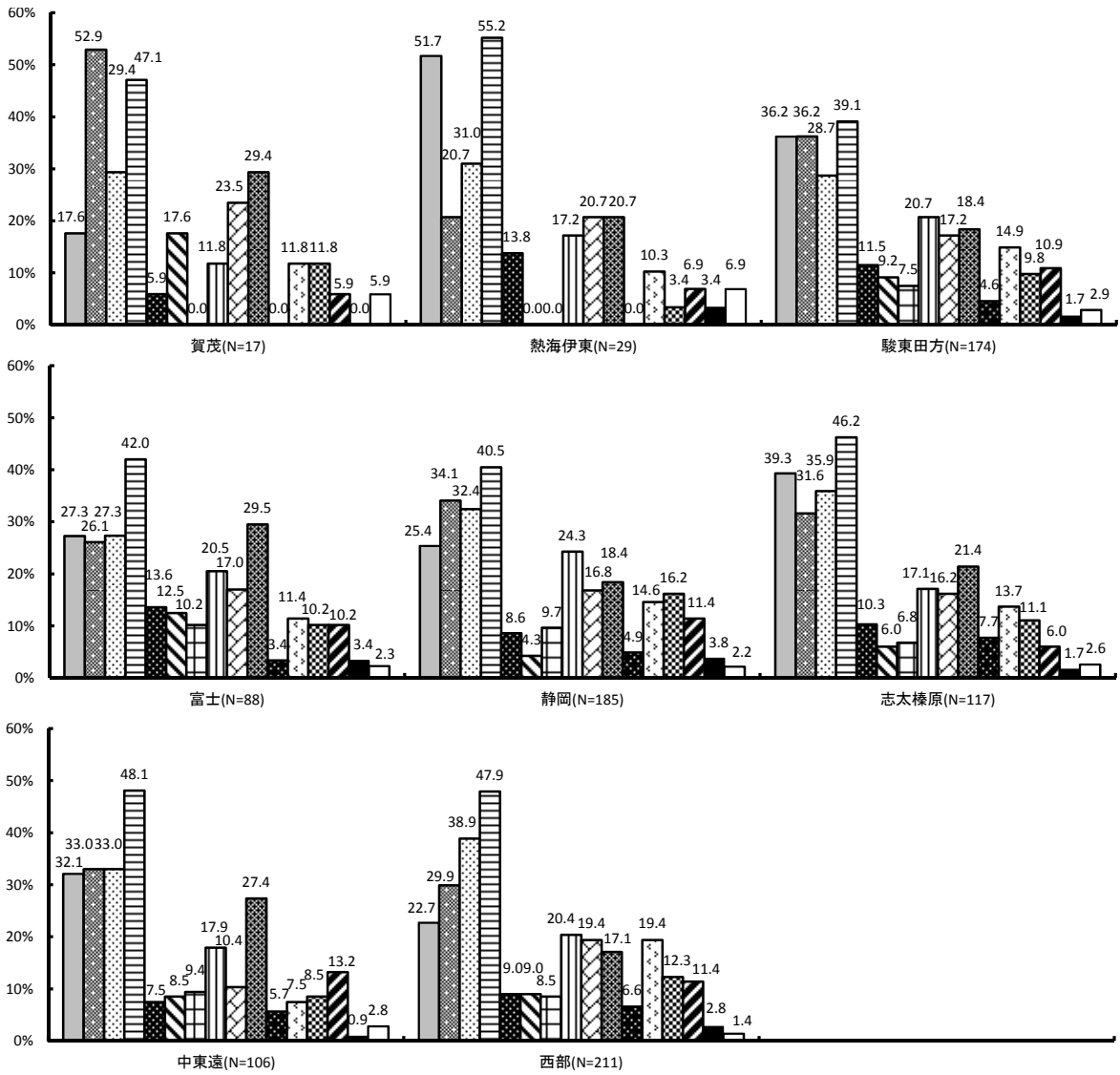
○今後特に整備充実を図るべきだと思う医療体制について、全体では「夜間や休日でも診療が可能な救急医療機関」が44.2%で最多、以下「自宅で安心して療養できるように介護サービスと連携して訪問診療や往診等してくれる医療機関」33.3%、「こどもから高齢者まで幅広い病気に対応できるかかりつけの医師」32.2%となっています。



< 2次保健医療圏別 >

- ・賀茂では「こ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」が5割以上で最多となっています。それ以外の圏域では「夜間や休日でも診療が可能な救急医療機関」が最多となり、特に熱海伊東では5割半ばと高めとなっています。
- ・他の項目では、「診療科目の多い医療機関(〇〇市立病院など)」が熱海伊東で5割以上、「がん、脳卒中、心臓病などの専門的な治療を行う医療機関」が賀茂、富士で3割弱となっています。

- 診療科目の多い医療機関(〇〇市立病院など)
- こ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
- 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
- 夜間や休日でも診療が可能な救急医療機関
- 大規模災害時に重症患者の治療が可能な医療機関
- 出産できる医療機関
- こどものための医療機関
- 高齢者のための医療機関
- 認知症の専門的な治療を行う医療機関
- がん、脳卒中、心臓病などの専門的な治療を行う医療機関
- 難病の専門的な治療を行う医療機関
- 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
- 心の病気や精神疾患を専門的に治療する医療機関
- 健診(検診)のための医療機関
- その他
- 不明



第3節 医療資源

1 病院及び診療所の概況

(1) 病院

○2017年4月1日現在、病院数は181施設、病床数は38,910床で、2012年と比較して244床少なくなっています（図表2-18、2-19）。

○病床の種類については、一般病床が21,142床、療養病床が10,871床、精神病床が6,741床で、人口10万人当たりの一般病床数は575.3床です。

(2) 診療所

ア 一般診療所

○2017年4月1日現在、一般診療所数は2,762施設で、このうち有床診療所が205施設あります。病床数は2,177床で、2012年と比較して587床少なくなっています（図表2-18、2-19）。

○人口10万人当たりの一般診療所数は、75.2施設です。

イ 歯科診療所

○2017年4月1日現在の歯科診療所数は、1,792施設です（図表2-18）。

○人口10万人当たりの歯科診療所数は、48.8施設です。

図表2-18 医療施設（病院・診療所）数の推移 (単位：施設)

	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年
病院数	183	183	182	183	181	181
一般診療所数	2,740	2,743	2,745	2,737	2,746	2,762
有床	280	267	246	230	216	205
無床	2,460	2,476	2,499	2,507	2,530	2,557
歯科診療所数	1,792	1,787	1,795	1,801	1,806	1,792

(各年4月1日現在：県医療政策課調べ)

図表2-19 使用許可病床数の推移 (単位：床)

	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年
病院	39,154	39,252	38,800	38,937	38,861	38,910
一般病床	21,334	21,463	21,122	21,004	21,083	21,142
療養病床	10,608	10,530	10,582	10,897	10,871	10,871
精神病床	6,986	7,033	6,880	6,870	6,751	6,741
結核病床	178	178	168	118	108	108
感染症病床	48	48	48	48	48	48
一般診療所	2,764	2,714	2,523	2,415	2,295	2,177
歯科診療所	5	5	5	3	3	0

(各年4月1日現在：県医療政策課調べ)

2 医療人材の概況

(1) 医師

○2016 年末における本県の医師数(医療施設従事者)は 7,404 人で、2012 年末と比べて 437 人増加しています。

○人口 10 万人当たりでは 200.8 人で、全国平均の 240.1 人と比較すると 39.3 人下回っています。

(2) 歯科医師

○2016 年末における本県の歯科医師数(医療施設従事者)は 2,318 人で、2012 年末と比べて 58 人増加しています。

○人口 10 万人当たりでは 62.9 人で、全国平均の 80.0 人と比較すると 17.1 人下回っています。

(3) 薬剤師

○2016 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 6,231 人で、2012 年末と比べて 620 人増加しています。

○人口 10 万人当たりでは 169.0 人で、全国平均の 181.3 人と比較すると 12.3 人下回っています。

(4) 看護師

○2016 年末における本県の就業看護師数は 31,000 人で、2012 年末と比べて 3,373 人増加しています。

○人口 10 万人当たりでは 840.6 人で、全国平均の 905.5 人と比較すると 64.9 人下回っています。

図表 2-20 医療人材の推移

(各年12月31日現在。単位：人)

		2012年	2014年	2016年
医師数 (医療施設従事者)	静岡県	6,967 (186.5)	7,185 (193.9)	7,404 (200.8)
	全国	288,850 (226.5)	296,845 (233.6)	304,759 (240.1)
歯科医師数 (医療施設従事者)	静岡県	2,260 (60.5)	2,268 (61.2)	2,318 (62.9)
	全国	99,659 (78.2)	100,965 (79.4)	101,551 (80.0)
薬剤師数(薬局及び 医療施設従事者)	静岡県	5,611 (150.2)	5,883 (158.8)	6,231 (169.0)
	全国	205,716 (161.3)	216,077 (170.0)	230,186 (181.3)
就業看護師数	静岡県	27,627 (739.4)	29,174 (787.4)	31,000 (840.6)
	全国	1,015,744 (796.6)	1,086,779 (855.2)	1,149,397 (905.5)

※ () 内は人口10万人当たり

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、衛生行政報告例

第3章 保健医療圏

第1節 保健医療圏の設定の基本的考え方

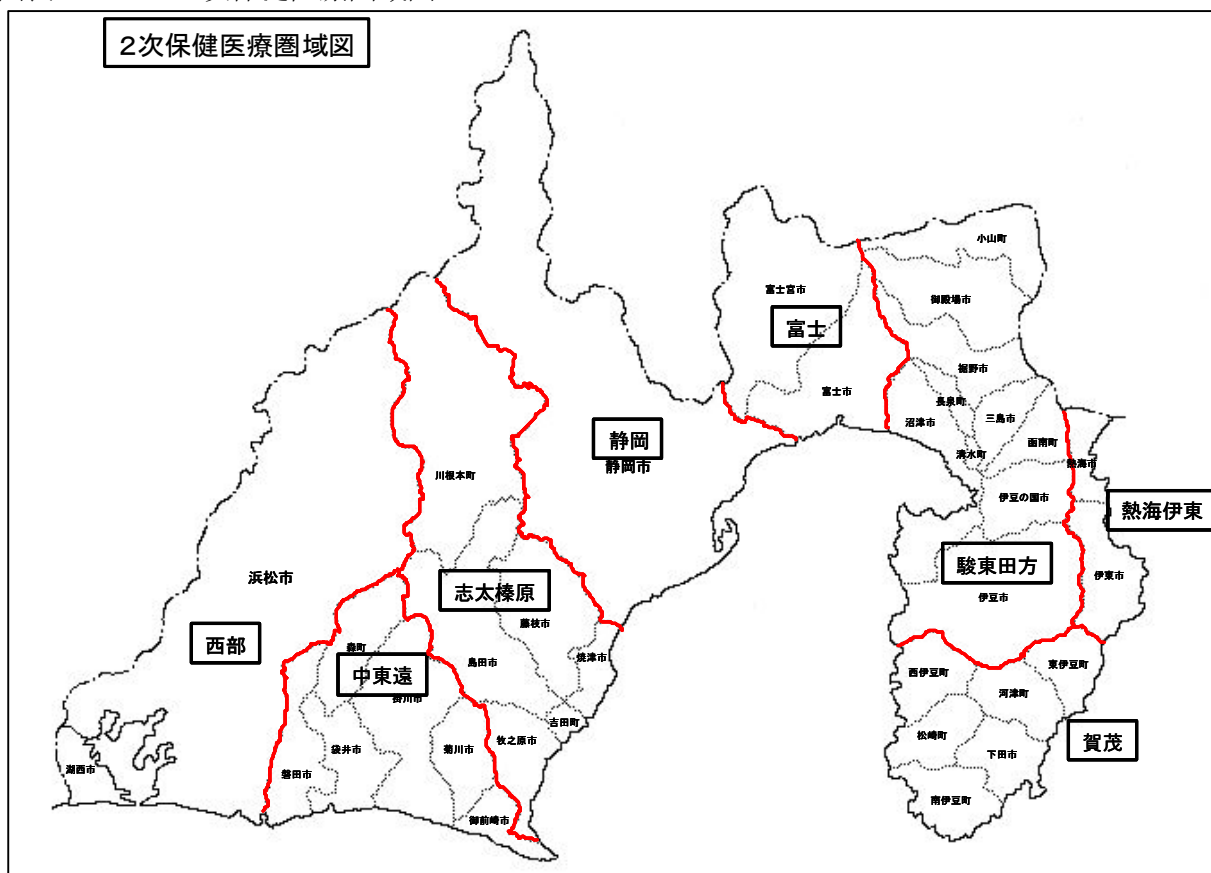
- 県民が生涯にわたり健康な生活を送れるようにするためには、県民誰もが、いつでもどこでも適切な保健医療サービスが受けられるよう、健康増進から疾病予防、健康診断、治療及びリハビリテーションに至る包括的で継続性のある医療提供体制の整備が必要です。
- このため、保健・医療・福祉の連携と施策の効果的な展開を図る地域単位として、また、限られた医療資源の適正な配置と機能連携を図り、医療提供体制の確保を図るための地域単位として、自然的条件及び社会的条件も踏まえた上、保健医療圏を設定します。
- 2次保健医療圏は、特殊な医療を除く入院医療に対応し、医療機関の機能連携に基づく医療サービスと広域的、専門的な保健サービスとの連携等により、県民に包括的な保健医療サービスを提供する圏域です。また、主として病院及び診療所の病床の整備を図る地域的単位として設定され、一般病床及び療養病床の基準病床数を設定します。
- なお、2次保健医療圏及び3次保健医療圏は、医療法等に基づき、医療計画を推進していくための区域を設定するものであり、県民の医療機関の選択等を妨げる趣旨のものではありません。

第2節 保健医療圏の設定

1 2次保健医療圏

- 2次保健医療圏の設定は、入院・外来受療動向、保健医療資源の状況、交通事情、行政機関・関係団体等の管轄区域等、社会的条件を考慮して行います。(図表3-1、3-2)
- 厚生労働省の医療計画作成指針では、「人口規模が20万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合(特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合)、その設定の見直しについて検討する」とされています。2017年5月に本県が実施した在院患者調査によると、見直し基準に該当する医療圏はありませんでした(図表3-3)。
- これらのことから、2次保健医療圏の区域は現行の通りとし、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、隣接する2次保健医療圏間での連携等により適切な医療提供体制を確保していきます。なお、静岡県長寿社会保健福祉計画における、介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定める単位となる圏域である「高齢者保健福祉圏域」とも一致した圏域としています。

図表 3 - 1 2次保健医療圏域図



図表 3 - 2 2次保健医療圏別構成市町・面積・人口

医療圏	構成市町名	面積 (km 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	583.6	65,197
熱海伊東	熱海市、伊東市	185.9	104,827
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	1,276.9	654,623
富 士	富士宮市、富士市	634.0	377,836
静 岡	静岡市	1,411.9	701,803
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	460,970
中 東 遠	磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町	831.1	465,342
西 部	浜松市、湖西市	1,644.6	856,347
	合 計	7,777.4	3,686,945

※面積は、2016年11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、2016年10月1日現在（静岡県経営管理部「静岡県年齢別人口推計」）

図表 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	65,197 人	25.1%	26.0%	35.4%	37.5%
熱海伊東	104,827 人	29.3%	32.7%	38.1%	47.2%
駿東田方	654,623 人	23.5%	24.2%	11.6%	11.2%
富 士	377,836 人	10.5%	12.5%	21.3%	24.1%
静 岡	701,803 人	15.8%	16.1%	8.4%	8.8%
志太榛原	460,970 人	5.3%	6.2%	18.4%	19.2%
中 東 遠	465,342 人	8.8%	8.3%	24.7%	27.3%
西 部	856,347 人	14.2%	14.9%	9.7%	10.9%

※静岡県健康福祉部「在院患者調査（2017年5月31日）」前回は2014年5月28日に実施

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

2 3次保健医療圏

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

（参考）1次保健医療圏

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

第3節 基準病床数

- 基準病床数は、病床の適正配置の促進と適切な入院医療の確保を目的に、病床整備の基準として、医療法第30条の4第2項第12号の規定に基づき、病床の種類ごとに定めるものです。一般病床及び療養病床は2次保健医療圏ごとに、精神病床、感染症病床及び結核病床は静岡県全域でそれぞれ定めることとされています。
- 基準病床数の算定については、入院受療率や平均在院日数など、国が示す係数、算定式を用いて行います。
- 既存病床数が基準病床数を上回る圏域においては、原則として病院及び有床診療所の開設、増床等はできず、開設の中止、増床数の削減等の知事の勧告の対象となります。
- 本県における病床種別ごとの基準病床数及び既存病床数は次のとおりです。

1 2次保健医療圏における一般病床及び療養病床数

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

※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行った数。

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, 3 8 8 (2020年度)	6, 7 1 9	1, 3 3 1
結核病床	8 2	1 0 8	2 6
感染症病床	4 8	4 8	0

※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基づく所要の補正を行った数。

第4章 地域医療構想

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心して生活を継続できるような、切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築するため、2014年6月に医療介護総合確保推進法が成立しました。この一括法において、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。
- 地域医療構想は、構想区域ごとに、各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携を適切に推進することを目的とするものです。
- 本県においても、2016年3月に「静岡県地域医療構想」を策定しました。

第1節 構想区域

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

第2節 2025年の必要病床数、在宅医療等の必要量

1 推計方法

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

(1) 高度急性期、急性期、回復期機能

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

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

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

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。

は 175 点以上で区分して患者数を算出し、それぞれについて、将来の推計人口を用いて患者数を推計しました。

図表 4-1 病床の機能別分類の境界点の考え方

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

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

(2) 慢性期機能及び在宅医療等³

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

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

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

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

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

2 推計結果

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

(1) 2025年の必要病床数

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

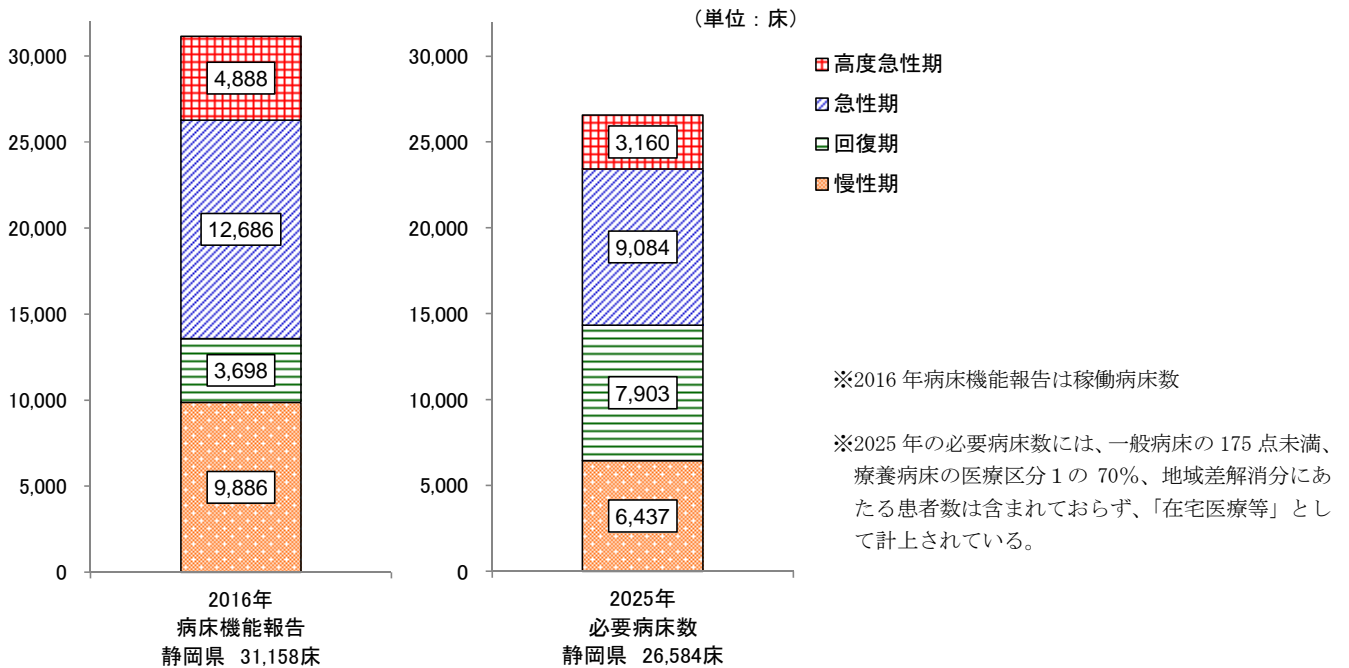
図表 4-2 2025 年の必要病床数

	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%

(単位：床)

※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



<留意事項：病床機能報告と必要病床数との比較について>

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

(2) 2025年の在宅医療等の必要量

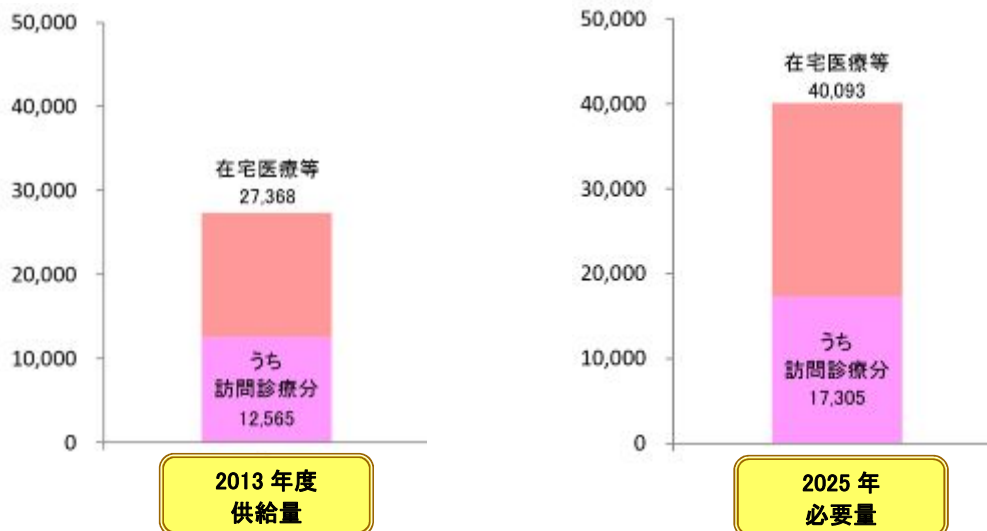
○2025年における静岡県の在宅医療等の必要量⁶は40,093人、うち訪問診療分は17,305人と推計しました。

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

図表4-4 在宅医療等の2013年度供給量と2025年必要量の比較

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

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

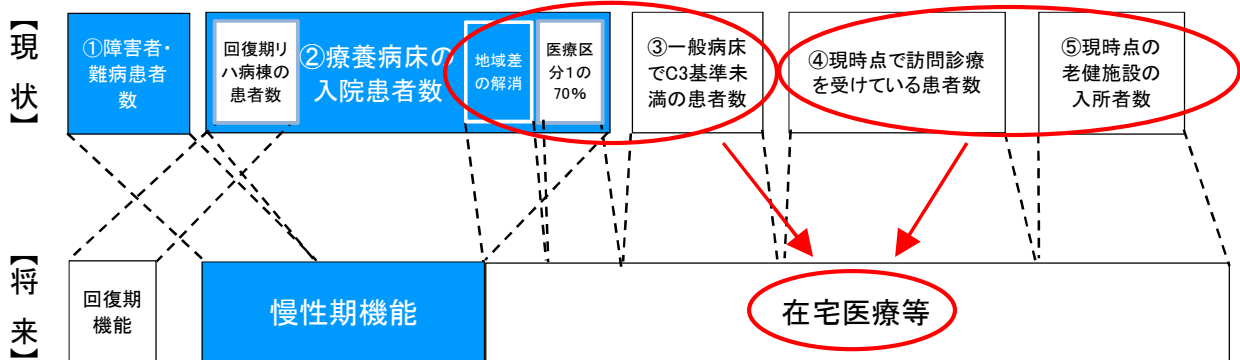


⁶ 在宅医療等の必要量については、在宅医療等を必要とする対象者数を表しています。実際には全員が1日に医療提供を受けるものではなく、その患者の受ける医療の頻度等によって医療提供体制は異なってきます。

(3) 在宅医療等の必要量の内訳

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

図表 4-5 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ



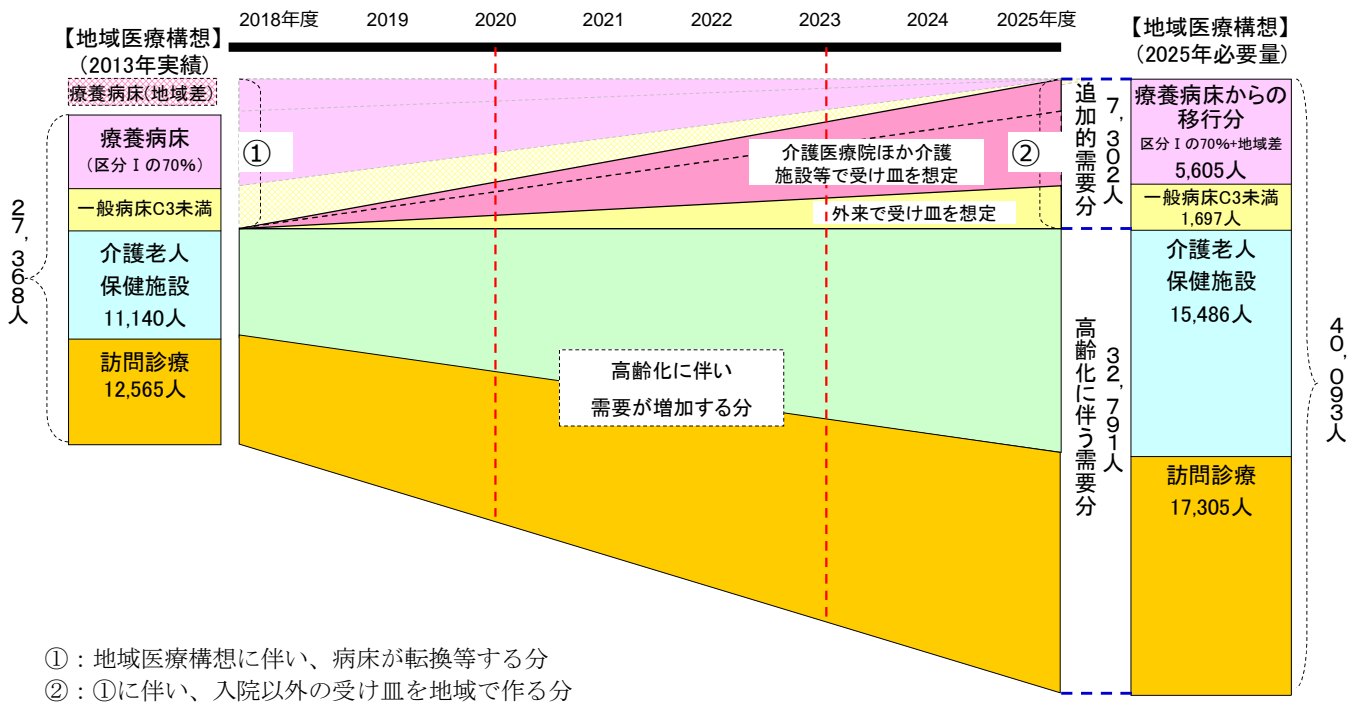
※網掛け部分は、慢性期機能として推計値に含まれている。

ア 追加的需要の推計

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

- ・一般病床から生じる新たなサービス必要量は、一般病床から退院する患者の多くは、退院後に外来により医療を受ける傾向にあることから、基本的には、外来医療により対応するものとして推計。
- ・療養病床から生じる新たなサービス必要量は、介護医療院等で対応する分を除いた上で、外来での対応を目指す部分、在宅医療での対応を目指す部分、介護サービスでの対応を目指す部分を推計。
- ・2025 年の追加的需要の推計値を、次期計画開始年度となる 2018 年度からの 8 年間で等比按分して、2020 年度末における整備目標を設定
(2010 年度末の整備目標 = 2025 年のサービス必要量 × 3 / 8)

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 18,972 人、介護医療院 1,904 人、介護老人保健施設 14,779 人等に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	1,904	2,904	14,779	18,972	1,534

ウ 2020 年度の在宅医療等の必要量への対応

- 2020 年度における在宅医療等の必要量は県全体で 31,756 人、このうち追加的需要は 2,738 人、高齢化に伴う需要分は 29,018 人と推計されます。
- この対応に向けて、訪問診療 15,519 人、介護医療院及び療養病床 1,627 人、介護老人保健施設 12,968 人等に対応する体制の整備を目指します。

在宅医療等必要量 2020年度					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			介護医療院及び療養病床	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						
31,756	2,102	636	13,675	15,343	1,627	1,239	12,968	15,519	403

第3節 実現に向けた方向性

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

1 病床の機能分化・連携の推進

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

2 在宅医療等の充実

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

3 医療従事者の確保・養成

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

4 介護従事者の確保・育成

- (1) 介護従事者の確保・養成
- (2) 労働環境・処遇の改善

5 住まいの安定的な確保

- (1) 居住安定の確保
- (2) 特定施設等の整備推進等

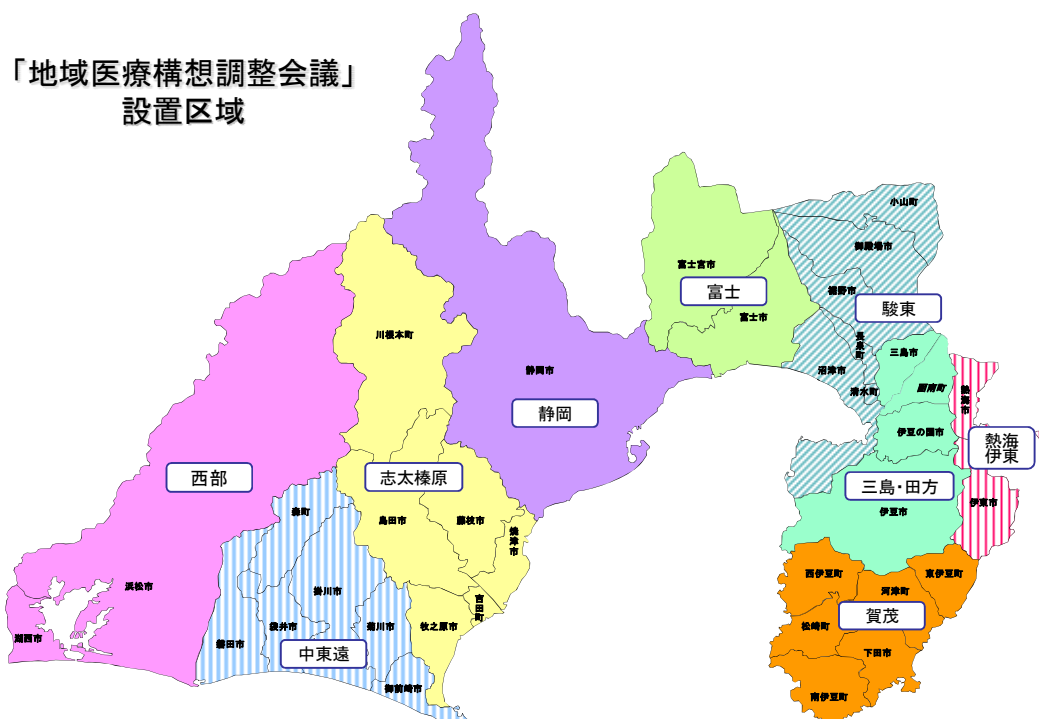
⁷ 地域医療介護総合確保基金（医療介護総合確保促進法第6条）：都道府県が計画した、医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）に要する経費を支弁するため、消費税増収分を活用して、都道府県に設置する基金。

第4節 地域医療構想の推進体制

- 地域医療構想の実現に向けては、構想区域等ごとに「地域医療構想調整会議」を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の病床の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行うものとされています。（医療法第30条の14）
- 本県においても、地域医療構想調整会議において引き続き、医療機関や関係者同士が様々な情報やデータを共有し、それに基づき医療機関が自主的に判断し、地域医療介護総合確保基金も活用して地域に相応しいバランスの取れた医療提供体制の構築を図ります。
- 併せて、厚生労働省などの動向も踏まえつつ、静岡県保健医療計画に掲げる疾病、事業及び在宅医療についても議論し、医療連携体制の構築の取組を進めていきます。

1 「地域医療構想調整会議」の活用

- 本県では、各構想区域等における協議の場として、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町などから構成する「地域医療構想調整会議」を2016年度に9区域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。
- 地域医療構想調整会議では、各医療機関における自主的な病床の機能分化及び連携、不足している病床機能への対応等について、具体的な対応策を検討します。
- 併せて、各医療機関が策定した「新公立病院改革プラン」、「公的医療機関等2025プラン」等で示された、地域医療構想の達成に向けた将来の方向性について、具体的な議論を進めます。
- 各構想区域での協議の状況については、医療審議会や地域医療協議会等へ報告します。

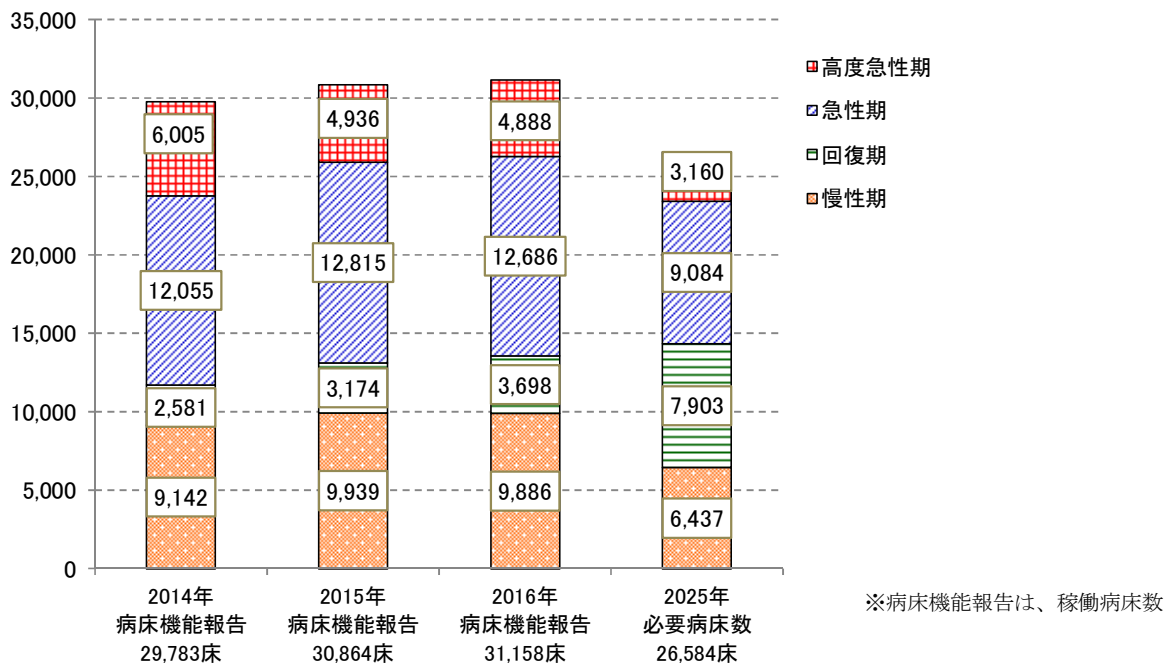


⁸ 駿東田方保健医療圏においては「駿東」と「三島・田方」の2区域で設置

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、高度急性期機能は減少し、急性期機能、回復期機能及び慢性期機能は増加しています。
- 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が、国の病床機能報告制度の見直し状況も踏まえつつ、地域医療構想調整会議における病棟単位での機能の検証など、より正確な実態把握を行っていきます。

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）



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。

参考：医療法の規定に基づく対応

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

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

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

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

第5章 医療機関の機能分担と相互連携

第1節 医療機関の機能分化と連携

1 現状

- 高齢化の進行、疾病構造の変化、医療技術の発達等により、急性期、回復期、慢性期、在宅医療などそれぞれの段階に応じて多様な医療提供が必要となっています。
- 多様な医療機能を全て1つの医療機関で提供することは困難であり、限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を提供するため、各医療機関の機能分化を前提とした連携を図ることが必要です。
- 2016年3月、本県では、地域における病床の機能の分化及び連携を推進するために定める「構想区域」ごとに、各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスの取れた医療機能の分化と連携を適切に推進することを目的として「静岡県地域医療構想」を策定しました。
- 地域で必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携を図る観点から、かかりつけ医等を支援する地域医療支援病院として、21病院を承認しています。

2 課題

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

3 対策

- 地域医療構想の実現に向け、各構想区域に設置される地域医療構想調整会議において、関係者と協議し、医療機能の分化・連携を推進していきます。
- 病床機能報告制度により医療機関（一般・療養病床を有する病院及び診療所）から報告された情報を活用し、関係者が地域の医療体制について共通認識を形成し、地域医療構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取組や相互の協議を進め、医療機関の機能分化と連携を促していきます。
- 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。
- 各圏域の地域医療協議会等において、地域連携クリティカルパス導入など具体的な推進に向けた検討を行います。
- 病院に地域医療連携室等の設置を促し、医療機関の連携システムの推進を図ります。
- 地域医療支援病院のない圏域の解消を目指します。
- 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。

第2節 プライマリーケア

【対策のポイント】

- かかりつけ医等の推進

1 現状

(1) プライマリーケア

- プライマリーケアは、診療所など県民に身近な医療機関が行う健康相談や診療など日常的な保健・医療サービスです。
- 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) かかりつけ医等

- このような、県民に身近なところで日常的な保健・医療サービスを提供するプライマリーケアの中心的役割を担っているのが、かかりつけ医¹及びかかりつけ歯科医（以下「かかりつけ医等」という。）です。
- 2016年度に実施したアンケートでは、60.8%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71.5%となっている一方で、「大きな病院に行く」との回答が8.6%となっています。

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。

3 対策

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

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）

- 患者の病態に応じ、診療所から病院や専門医療機関などへの患者の紹介や、入院治療を終えた患者の治療を引き続き診療所で行うなど、患者に継続した治療が円滑に提供できるように、診療所と病院との情報交換や、紹介率及び逆紹介率の向上、医療機器の共同利用等の病診連携を促進します。
- 医療機能情報提供制度（医療ネットしずおか）等により、県民に対して各医療機関の医療機能等に関する情報を適切に提供するほか、かかりつけ医等の選択を支援します。また、かかりつけ医等と病院との役割分担と連携を促進します。

第3節 地域医療支援病院の整備

【対策のポイント】

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

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
地域医療支援病院の整備	6医療圏21病院 (2017年度末)	全医療圏に整備	地域バランスを考慮した整備の推進	県医療政策課調査

1 現状

(1) 地域医療支援病院

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

《地域医療支援病院の主な承認要件（医療法第4条）》

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

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

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

5	原則 200 床以上
6	集中治療室等、必要な要件を満たした構造設備を有する
7	その他、次の掲げる取組を行うことが望ましい <ul style="list-style-type: none"> ・良質な医療を提供するための取組をより一層高めていくために、日本医療機能評価機構が実施する病院機能評価等の第三者による評価を受けること ・逆紹介を円滑に行うため、退院調整部門を設置すること ・地域連携を促進するため、地域連携クリティカルパスを策定するとともに、地域の医療機関に普及させること ・住民・患者が医療機関を適切に選択できるよう、地域医療支援病院は、その果たしている役割を地域住民に対し、他の医療機関よりも適切に情報発信すること

(2) 本県の状況

○本県には、8つの2次保健医療圏のうち、6医療圏に21の地域医療支援病院があります。2015年3月の計画改定時に比べ、2病院増加しています。

図表5-1 地域医療支援病院（2017年9月末現在）

医療圏	病 院 名	承認年月日
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
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

※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、地方独立行政法人への移行前の承認年月日

2 課題

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

3 対策

- かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保及び一層の病診連携を図るため、全ての2次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。
- 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さわしい役割を発揮できるよう、指導・監督します。

第4節 公的病院等の役割

【対策のポイント】

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

1 公的病院等の役割

- 公的病院等（医療法第31条の公的医療機関及び5事業等において中核的な医療機能を担っている病院）は、地域における基幹的な医療機関として重要な役割を果たしています。
- 2007年4月に施行された改正医療法により、医療従事者の確保など医療の確保に関する県の施策についての公的医療機関の協力が義務付けられています。
- 県内の公的病院等は、2017年4月現在50病院で、一般病床の73.6%、全病床の44.0%を占めています。
- また、本県における自治体病院（県、市町、地方独立行政法人）が占める割合は病院数で14.3%、病床数で25.1%と全国と比較して上回っています。特に、市町村立病院の病床数の割合は、全国の8.8%に対して本県は20.3%と大きく上回っているなど、地域の医療提供体制の中で重要な役割を担っており、今後も地域医療の確保に大きな役割を果たすことが期待されます。

図表5-2 2次保健医療圏別公的病院等の状況（2017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	割合	全病床	割合
賀茂		1		1	2	306	(56.3%)	310	(24.1%)
熱海伊東		1			1	250	(36.3%)	250	(23.4%)
駿東田方	1	1	4	3	9	2,088	(46.2%)	2,307	(29.0%)
富士		3		1	4	1,214	(68.4%)	1,322	(36.1%)
静岡	3	2	5	2	12	3,902	(86.5%)	4,326	(56.4%)
志太榛原		4			4	1,857	(77.6%)	2,021	(51.4%)
中東遠		6			6	1,572	(96.9%)	1,740	(44.7%)
西部		4	3	5	12	4,370	(85.9%)	4,835	(51.2%)
合計	4	22	12	12	50	15,559	(73.6%)	17,111	(44.0%)

※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

図表 5-3 自治体病院数 (2014年10月1日現在)

	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	182	1	22	3	26	14.3
全国計	8,493	203	651	93	947	11.2

(出典:厚生労働省「医療施設調査」)

図表 5-4 自治体病院の病床数 (2014年10月1日現在)

	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	38,726	569	1.5	7,859	20.3	1,279	3.3	9,707	25.1
全国計	1,568,261	55,076	3.5	137,424	8.8	35,213	2.2	227,713	14.5

※厚生労働省「医療施設調査」

2 公立病院改革等への対応

(1) 現状

(新公立病院改革プラン)

- 2014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改革ガイドラインが示され、2020年までの計画である「新公立病院改革プラン」が各病院で策定されました。
- これまでの「経営効率化」「再編・ネットワーク化」「経営形態の見直し」に、「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を加えた4つの視点に立って改革を進めることが必要であるとされています。

「新公立病院改革プラン」の内容について (以下の4項目)

新 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

- 将来の機能別の医療需要・必要病床数が示される地域医療構想と整合性のとれた形で当該公立病院の具体的な将来像を明確化
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割を明確化 等

経営の効率化

- 公立病院が担う役割を確保しつつ、黒字化を目指して、経常収支比率等の数値目標を設定し、経営を効率化
- 医師等の人材確保・育成、経営人材の登用等に留意しつつ、経費削減・収入増加等の具体的な取組を明記 等

再編・ネットワーク化

- 病院間で機能の重複・競合が見られる病院、病床利用率が低水準の病院等、再編・ネットワーク化を引き続き推進(公的・民間病院との再編等を含む) 等

経営形態の見直し

- 民間的経営手法導入等の観点から、地方独立行政法人化、指定管理者制度導入、地方公営企業法の全部適用、民間譲渡等経営形態の見直しを引き続き推進 等

(公的医療機関等 2025 プラン)

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

記載事項

【基本情報】

・医療機関名、開設主体、所在地 等

【現状と課題】

・構想区域の現状と課題

・当該医療機関の現状と課題 等

【今後の方針】

・当該医療機関が今後地域において担うべき役割 等

【具体的な計画】

・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する事項

(例)・4機能ごとの病床のあり方について

・診療科の見直しについて 等

・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する、具体的な数値目標

(例)・病床稼働率、手術室稼働率等、当該医療機関の実績に関する項目

・紹介率、逆紹介率等、地域との連携に関する項目、人件費率等、経営に関する項目 等

(2) 課題

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

(3) 対策

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

3 県立病院

(1) 県立静岡がんセンター

【対策のポイント】

- 全国トップクラスの「高度がん専門医療機関」
- 「患者の視点の重視」の下での全人的治療の実践
- 「ファルマバレープロジェクト」の中核施設

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
患者満足度(入院/外来)	98.0% / 96.4% (2016 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	12,068 人 (2016 年度)	12,600 人 (2021 年度)	現状を踏まえ5%程度の増加を見込んで設定	県立静岡がんセンター調査
県立静岡がんセンターのがん患者や家族に対する相談・支援件数	31,660 件 (2016 年度)	34,000 件 (2021 年度)	過去の伸び率等を勘案して設定	県立静岡がんセンター調査
県立静岡がんセンターが実施した研修修了者数	累計 616 人 (2016 年度まで)	累計 981 人 (2021 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、高齢化社会の訪れの中で、がん患者数の増加、告知の普及、医学的知識の増大で特徴付けられる「がんの時代」に備えて設置された高度がん専門医療機関です。
- 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、全人的医療の実践に取り組んでいます。
- 県民の健康増進と健康関連産業の振興を図り、特色ある地域の発展を目指す「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）」の中核施設として、先端医療分野で地域活性化に取り組む「ふじのくに先端医療総合特区」の指定（2011年12月指定、2016年6月計画変更認定）を受けて、今後更に大学や地域の企業、研究機関等（医看工連携等）と共同研究を進めるとともに、地域の産学官の交流を活性化させ、医療・健康産業の活性化に寄与します。

(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、2017年4月1日現在、診療科目37科、603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、研究所の三部門より形成され、活動を行っています。

ア 病院

- 病院は、最善のがん医療を提供するために、患者や家族を医療の中心に位置づけ、全国から集まった医師、看護師をはじめとする優秀な医療従事者が、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、その円滑な運用のために最新の病院情報システムを構築しています。
- 各種医療従事者の養成において、従来の医師・歯科医師レジデント制度に加え、全国に先駆けて導入した、多職種がん専門レジデント制度の実施や、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。
- 陽子線治療装置、手術支援ロボット「ダ・ヴィンチ」、放射線治療装置「トゥルービーム」などの最新医療機器、合併症を有するがん患者のための総合診療部門、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や予防を行う支持療法センターなどを整備しています。
- 「都道府県がん診療連携拠点病院」としての指定を受けており、県民の死亡原因の第1位を占める「がん」について、県内どの地域においても標準的な専門医療を受けられる、がん医療の均てん化を図っています。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2014年1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。
- 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。
- また、2017年7月には、患者家族支援センターの相談室、問診等の施設を拡充し、患者や家族に治療への理解を深めていただくとともに、看護師が、患者や家族の悩みをいち早く把握し情報共有した上で、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。

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。
- 患者への就労支援として、よろず相談の中で、県立静岡がんセンターと公益社団法人沼津法人会とが協働し、県立静岡がんセンターの患者の就労希望情報を沼津法人会会員へ周知しています。また、2013年度からは、国の長期療養者の就職支援事業としてハローワークのナビゲーターによる出張就職相談を行っています。
- さらに、がん患者の悩みや負担に関する研究成果などに基づき、悩みの解決法をまとめるとと

もに、市町におけるがん関係の相談窓口の情報を一元化しました。これらを患者や家族がアクセスしやすいように、インターネット上に公開するとともに、患者学習会等を開催し、県内のがん患者の不安や悩みを和らげる活動に活用しています。

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、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もと、患者の視点を重視した研究を進めて、特許の出願件数延べ125件、登録件数62件（2018年2月1日現在）となっています。
- 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）を進めています。

（2）課題

- 全床開棟の実現が課題となっており、そのために必要となる医師、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。
- 最先端の高度医療機器の新規導入、新技術の開発などの高度な医療の提供とともに、患者や家族の支援の強化充実を図っ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、家族支援強化、充実を図るとともに、新たながん診療・治療技術の研究及び開発のため、ファルマバレープロジェクトとの連携強化や共同研究等に取り組みます。

ア 病院

- 病院では、全床開棟に向けて、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。
- 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、支持療法センターで、適時・適切な支援を提供する包

括的な患者・家族支援体制を構築し、「患者さんと家族を徹底支援する」という理念を実践していきます。

- 国の第3期がん対策推進基本計画を踏まえ、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がん医療の効率的かつ持続可能な医療を提供する体制を整えていきます。

イ 疾病管理センター

- 疾病管理センターは、がん征圧を目指し、県民のためのがん対策の中核機関として、1次予防から3次予防までの総合的ながん対策を実施します。
- 県がん診療連携協議会を運営しながら、他のがん診療連携拠点病院や地域の医療機関との切れ目のない連携体制の整備や県立静岡がんセンターのよろず相談のノウハウを基にした、各病院の相談体制強化への支援、きめ細かな情報提供などを行います。
- 県立静岡がんセンターの患者や家族が安心して自宅や地域の施設で療養することができるよう、地域の関係者や医療機関と連携して在宅生活・在宅医療を継続的に支援します。そのために、病院との協力のもと、5大がんを対象とした地域連携クリティカルパスの運用を更に進めていきます。さらに、連携した医療機関、薬局、訪問看護ステーションが、県立静岡がんセンターのカルテのうち連携に必要な情報を見ることができる「医療連携カルテ」や、患者自身が自分の検査結果等を見ることができる「患者閲覧カルテ」のシステムの運用を進めます。

ウ 研究所

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

(2) 地方独立行政法人静岡県立病院機構

【対策のポイント】

- 他の医療機関では対応が困難な医療の提供と地域医療支援の中心的役割
- 医療を取り巻く環境の変化に対する法人の特徴を生かした迅速・柔軟な対応

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
中期目標期間を累計した損益計算における経常収支比率	102.8% (第2期途中)	100%以上	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)			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
県立総合病院	96.0% / 86.2%	90%以上 / 85%以上		
県立こころの医療センター	— / 88.5%	— / 85%以上		
県立こども病院	92.7% / 94.6%	90%以上 / 90%以上		
	(2016年度)	(毎年度)		
病床利用率			過去5年間の平均値を参考に設定	事業報告書 (2012～2016年度)
県立総合病院	90.4%	90%以上		
県立こころの医療センター	90.6%	85%以上		
県立こども病院	78.7%	75%以上		
	(2016年度)	(毎年度)		

(1) 現状

- 地方独立行政法人静岡県立病院機構（以下「県立病院機構」という）は、2009年4月の法人設立以来、県が県立病院機構に対して指示した中期目標を達成するため、中期計画を策定し、他の医療機関では対応困難な高度・専門・特殊医療等を提供するほか、公的医療機関への医師派遣を行うなど、本県の政策医療を担う重要な役割を果たし、地域医療の確保に貢献してきました。
- 経営面でも、8年連続で経常収支の黒字を達成するなど、健全な病院運営が続いています。
- 県立総合病院は、県内医療機関の中核的病院として、循環器疾患、がん疾患、救急医療を3本柱として、各疾患の総合的な医療をはじめ、高度・専門医療や救急・急性期医療を提供しています。
- 県立こころの医療センターは、県内精神医療の中核病院として、総合的・専門的な精神科医療をはじめ、精神科救急・急性期医療の提供を行うほか、県内唯一の医療観察法指定入院医療機関としての役割を果たしています。
- 県立こども病院は、日本でも有数の小児専門病院として、「こころ」から「からだ」まで総合的な高度・専門医療や救急・急性期医療を提供しています。

(2) 課題

- 急速に進む少子高齢化や医療技術の進歩、県民の医療に対する意識やニーズの変化など、医療を取り巻く環境は大きく変わりつつあります。

- 県立病院として、高度・専門・特殊医療や救急・急性期医療等の分野において第一級の病院であり、かつ、地域医療を確保するための支援の中心的役割を果たすという基本的な役割や災害時医療の基幹的役割を継続し、更なる機能を強化して、県民の医療に対するニーズに応え、安全で質の高い医療を提供することが求められています。

(3) 対策

- 6疾病5事業を念頭に、各病院が専門性を生かしつつ、県立病院間や地域の医療機関との連携を強化して、病態に即した的確な医療を提供します。
- 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みます。
- 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。

ア 県立総合病院

- 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す。
- がん患者に対し、地域がん診療連携拠点病院として、最新・最良の診断、ロボット支援手術などの先進的手術及び化学療法、放射線治療を組み合わせた高度な集学的治療（各分野の専門医が協力して治療にあたること）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緩和ケアや終末期医療を提供していきます。
- 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す。
- 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、低侵襲な治療の提供に努めるほか、リサーチサポートセンターにおいて、ゲノム研究、腎臓、高血圧をはじめとした臨床研究を推進し、その成果を発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ます。また、きこえとことばのセンターでは、多職種が連携し、聴覚障害児の成長記録の集約を図り、その健やかな成長を支援します。

イ 県立こころの医療センター

- 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整備を図ります。
- 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。
- 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を図るほか、発達障害・思春期の精神疾患及び小児から成人への移行期の医療への対応を図ります。
- 「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」の司法精神医療について、指定医療機関としての役割を積極的に果たします。

ウ 県立こども病院

- 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、高度な先進的治療を提供します。加えて、小児心疾患治療のリーディング施設として専門医等の育成に努めます。
- 地域の医療機関と連携して、ハイリスク胎児・妊婦を早期に把握、治療するための一貫した医療システムの構築に努めるほか、新生児に対して、高度な先進的治療を提供するための体制を拡充します。
- 小児血液腫瘍に対する造血幹細胞移植の実施など、本県における小児がんの拠点機能を有する病院として、高度な集学的治療に積極的に取り組みます。
- 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。
- 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か、発達障害への取組の推進に努めます。

第5節 医療機能に関する情報提供の推進

【対策のポイント】

- 医療機能情報の提供により県民の適切な病院等の選択を支援

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
年1回定期報告 県内医療機関の報告率	77.6% (2016年度)	100%	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	96.8% (2016年度)	100%	医薬品医療機器等法第8条の2による報告義務	県薬事課調査

(1) 現状

- 県は、県民が医療機関及び薬局の選択を適切に行うために必要な情報について、医療機関及び薬局から報告を受けるとともに、その情報をインターネット等で分かりやすい形で県民に対し情報提供しています。
- 各医療機関及び薬局には、年1回の定期報告時に情報を更新すること、基本情報（名称、所在地、電話番号等）に変更があった場合には速やかに報告することが医療法及び医薬品医療機器等法により義務付けられています。
- 医療機関及び薬局は、県に報告した事項について、当該医療機関及び薬局において、書面等により閲覧できるようにする等、県民に対して情報提供しています。
- 「医療ネットしずおか」では、病状や治療内容によるキーワード検索、「休日・夜間当番医を探す」など検索頻度が高い項目のアイコン化、英語だけでなく中国語、韓国語、ポルトガル語といった多言語による情報提供等を通して、県民がより利用しやすい形で公表を行っています。

医療機能情報提供システム（医療ネットしずおか）

<http://www.qq.pref.shizuoka.jp/qq22/qqport/kenmintop/>

図表5-5 医療ネットしずおかメニュー画面



図表 5-6 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、対応することができる外国語
費用負担等	公費負担・各指定医療機関、選定療養、治験、クレジットカードによる支払い、先進医療
診療内容、提供保健医療・介護サービス	認定医、専門医、専門薬剤師、専門看護師、施設設備、治療内容、短期滞在手術、専門外来、予防接種、在宅医療、セカンドオピニオン、地域医療連携への取組
医療の実績等	人員配置、看護配置、医療安全対策、院内感染対策、情報開示体制、その他医療の実績等、患者数及び平均在院日数、特定疾患

図表 5-7 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

図表 5-8 アクセス件数の推移

年度	件数	
2014 年度	累計	623,739 件
	月平均	51,978 件
2015 年度	累計	540,716 件
	月平均	45,060 件
2016 年度	累計	871,723 件
	月平均	72,644 件

(2) 課題

- 全ての医療機関及び薬局が、医療機能情報の県への報告や自らの施設における閲覧による提供を確実に実施する必要があります。医療機関及び薬局は、年1回の定期報告時に情報を更新することになってはいますが、2016年度に定期報告を行った医療機関は77.6%にとどまっています。
- 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。
- 必要な情報を抽出し、適切に比較検討できるよう検索機能を備えたシステムを活用し、情報提供を行います。また、県民の利便性を考慮し、インターネットを通じての情報提供を行います。

第6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ならびに分析等が必要です。
- 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日時点及び6年後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。

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

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 ・ 6年が経過した日における病床の機能の予定 ・ 2025年7月1日時点の機能（任意） ・ 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）の保有状況 ・ 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

図表 5-11

2016（平成28）年7月1日時点の病床数（稼働病床）と必要病床数（平成37（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	8	230	162	292	692
	必要病床数	20	186	271	182	659
熱海伊東	病床機能報告	64	551	140	385	1,140
	必要病床数	84	365	384	235	1,068
駿東田方	病床機能報告	739	3,097	656	1,777	6,269
	必要病床数	609	1,588	1,572	1,160	4,929
富士	病床機能報告	70	1,470	369	870	2,779
	必要病床数	208	867	859	676	2,610
静岡	病床機能報告	1,468	2,078	700	2,039	6,285
	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	1,733	396	938	3,318
	必要病床数	321	1,133	1,054	738	3,246
中東遠	病床機能報告	294	1,161	450	1,138	3,043
	必要病床数	256	1,081	821	698	2,856
西部	病床機能報告	1,994	2,366	825	2,447	7,632
	必要病床数	889	2,104	1,572	1,449	6,014
静岡県計	病床機能報告	4,888	12,686	3,698	9,886	31,158
		15.7%	40.7%	11.9%	31.7%	100.0%
	必要病床数	3,160	9,084	7,903	6,437	26,584
		11.9%	34.2%	29.7%	24.2%	100.0%

(2) 課題

- 2016年報告における報告率は99.1%で、前年度報告の96.8%から改善しており、報告対象医療機関における理解は進んできていますが、報告率が100%となるよう、制度周知が必要です。
- 報告対象医療機関における医療機能の選択においては、国から定量的な基準が示されていないため、同じ医療機能を有した医療機関であっても、医療機関の捉え方によっては一様の報告とならない場合があります。
- そのため、地域の医療関係者において、病床機能報告の結果を共有し、実際に提供されている医療機能を踏まえた報告としての精度が向上していくことが必要です。

(3) 対策

- 病床機能報告制度の実施にあたっては、国や医療関係団体等と連携して、全ての報告対象医療機関から期限内に正確な報告が得られるように、周知していきます。
- ホームページ上で公表することにより、患者や住民が自身に合った適切な医療機関を受診し、地域の医師が患者を適切な医療機関へ紹介できるような環境を整備していきます。
- また、地域医療構想調整会議等の場を通じて分析結果等を情報提供することにより、地域医療構想の実現に向けた各医療機関の自主的な取組や相互の協議が進むように促していきます。

第6章 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制の構築

第1節 疾病又は事業及び在宅医療ごとの医療連携体制

- 医療は、出生から死亡まで、人生の全ての過程に関わるものであり、傷病の治療だけではなく、健康づくり等を通じた予防や介護サービスの利用等様々な領域と関わるものです。
- 医療提供者は、患者本位の医療という理念を踏まえつつ、それぞれの専門性を発揮しながら連携していくほか、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、かつ連携して医療を提供することが必要です。
- 従来から、人口の高齢化が急速に進み疾病構造が変化し、生活習慣病が増加している中、生活の質の向上を実現するため、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の「4疾病」、並びに地域における医療提供体制の確保において重要な課題となる救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の「5事業」に対応した医療連携体制の構築を進めています。
- さらに、医療法第30条の3第1項の規定に基づいた医療提供体制の確保に関する基本方針が2012年3月に改正され、4疾病に新たに精神疾患が追加され「5疾病」となり、さらに在宅医療についても疾病・事業と同様に、医療連携体制の構築が求められています。
- なお、本県においては、5疾病5事業及び在宅医療に、肝炎を加え、6疾病5事業及び在宅医療として医療連携体制の構築の取組を進めます。

1 記載項目

(1) 現状、課題、対策及び医療連携体制

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

(2) 医療体制図

- 2次保健医療圏等地域の医療機関がどのような役割を担うのかを医療体制図として記載しています。
- なお、疾病又は事業ごとの医療連携体制を担う医療機関の名称は、ホームページにて公表しています。
- また、2次保健医療圏等を構成する市町は、表6-1のとおりです。

表 6 - 1 2次保健医療圏等構成市町

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	東部 (富士)	
富士市				
静岡市(清水区)	静岡	清庵	中部	
静岡市(葵区, 駿河区)		静岡		
島田市	志太榛原	志太榛原	中部	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	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				

第2節 疾病

1 がん

【対策のポイント】

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

(1) 現状と課題

ア がんの現状

- がんは、遺伝子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、2017年に改正しました。
- 本条例と2018年3月策定の静岡県がん対策推進計画（第3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。2016年の死亡率(人口10万人に対する死亡者の割合)は286.6、死亡数全体に占める割合は27.3%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は94.8であり、有意に全国を下回っています。圏域別では、静岡保健医療圏以西では全ての圏域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、全ての圏域で全国を上回っています。

(たばこ対策)

- 成人の喫煙率は、2016年に20.1%で、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、2016年で胃がん42.6%、肺がん52.4%、大腸がん43.5%、乳がん45.4%、子宮頸がん43.2%となっています。
- 2014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77.5%、肺がん検診75.1%、大腸がん検診65.6%、乳がん検診81.3%、子宮頸がん検診44.4%でした。

(がん医療提供体制)

- 県民がどこに住んでいても質の高いがん医療が受けられる体制の整備を進めており、2017年4

月現在、国指定のがん診療連携拠点病院¹が 10 施設、国指定の地域がん診療病院²が 2 施設（以下、これら国指定の 2 病院をあわせて「拠点病院等」）、県指定の静岡県地域がん診療連携推進病院³が 8 施設（以下、「推進病院」）の体制となっています。

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

○2016 年の県内のがん治療認定医の数は 383 人、人口 10 万人当たり 10.2 人で、全国平均の 11.6 人より少なく、がん専門看護師数は 22 人、人口 10 万人当たり 0.6 人で、全国平均の 0.5 人より多く、がん専門薬剤師数は 8 人、人口 10 万人当たり 0.2 人で、全国平均の 0.4 人の半分となっています。

○2017 年に変更された国のがん対策推進基本計画では、ゲノム医療、医療安全などが新たに追加事項として検討されており、指定要件等の見直しが検討されています。

（がんゲノム医療）

○県立静岡がんセンターにおいて、手術で取り出したがん組織や血液中の細胞から遺伝子変異及びタンパク質や代謝産物の変化等の解析を行い、新しいがん診断・治療開発につなげるプロジェクト HOPE (High-tech Omics-based Patient Evaluation) が 2014 年から開始され、3,000 例の解析を行っています。

（支持療法）

○がんそのものや、手術、放射線治療、薬物療法等のがんの治療に伴って生じる副作用、合併症、後遺症等を予防、軽減するための治療のことを支持療法と言い、抗菌薬や制吐剤の投与、輸血等があります。その中でも特に口内粘膜炎に対応するため、がん患者に適切な口腔ケアが県内全ての拠点病院等及び推進病院で行われています。

（希少がん、難治性がん）

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

（小児がん、AYA 世代⁴のがん、高齢者のがん）

○子どもの死因の上位に位置する白血病、脳腫瘍等、小児のがんに対応するため、2010 年度より静岡県小児がん拠点病院制度を創設して県立こども病院を指定しており、県内の小児がん患者の約半数が治療を受けています。

○AYA 世代（思春期・若年成人世代）のがんは、小児と成人領域の狭間で、患者が少なく、がんの種類も多様であることから、最適で効果の高い治療を受けるための診療体制が必要とされています。県立静岡がんセンターは、2015 年から全国に先駆けて、「AYA 世代」病棟を整備し、各診療科の連携治療や支持療法などを行っています。

○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

1 がん診療連携拠点病院：専門的で質の高いがん医療の提供、地域のがん診療の連携体制整備、患者への相談支援等を担う病院として、厚生労働大臣が指定する病院。

2 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。隣接する圏域のがん診療連携拠点病院と連携して専門的ながん診療を提供する。

3 静岡県地域がん診療連携推進病院：がんの標準的な治療や緩和ケアを実施する、静岡県知事が指定する病院。

4 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。

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。

(がんのリハビリテーション)

- がん患者の早期社会復帰や療養生活の質の向上を図るため、リハビリテーションの提供体制の整備を進めており、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、2016年度で32施設となっており、全保健医療圏にあります。

(在宅医療の充実)

- がん患者のうち、在宅で亡くなっている人の割合は、2015年は14.6%で、2年間で5ポイント上昇しました。
- がんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する専門的な緩和ケアを提供できるよう、拠点病院等及び推進病院において、がん診療に携わる医師等を対象に研修を行い、2016年度までの医師の修了者数は累計2,347人となっています。

(就労支援)

- がん患者の就労継続や再就労を支援するため、ハローワーク等関係機関と連携した就労支援ができる拠点病院等及び推進病院は、2016年度で8施設となっています。

ウ 医療提供体制等の課題

(ア) がんの予防・がんの早期発見

- 喫煙及び受動喫煙は、様々ながんの原因と考えられています。そのため、がんを予防するためには、禁煙及び受動喫煙防止などのたばこ対策をより一層推進する必要があります。
- がん検診は、市町や健康保険組合等で行われており、県民は、がんの早期発見、早期治療につながる重要な検査と認識が深まったことにより、胃がん、肺がん及び大腸がんの検診の受診率は、当面の目標40%に達成したものの、乳がん、子宮頸がんについては、目標の50%には達成していないため、更に受診率の向上を図る必要があります。
- 市町が行っているがん検診の精密検査の受診率は、がんの種類によって差があり、がんの早期発見を促進するためには、どのがんについても高い精密検査受診率を維持する必要があります。
- 早期のがんを適切に診断するためには、画像診断等の検診方法の精度管理を徹底する必要があります。

(イ) がんの医療提供体制

- 拠点病院等は、各保健医療圏において、県民に対して適時適切ながん医療を提供できるよう、更なる質の向上を図っていく必要があります。
- 拠点病院等がない賀茂保健医療圏については、地域の実情に合わせたがん医療の拠点となる病院の整備と、隣接する圏域の拠点病院等との更なる連携が必要となっています。

(ウ) がんの治療・支援

- 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。
- 県内のがん治療を行う全ての医療機関においてがんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する緩和ケアを、がん治療と並行して実施するほか、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QOLを高め、社会復帰を早める必要があります。
- 希少がん・難治性がんについて、正確な診断とエビデンスに基づいた標準的な治療ができる診療提供体制の整備が必要です。

- 成長期にある小児の特性に十分配慮した、教育環境を含む小児がん患者の療養環境の確保、治療終了後の晩期合併症への対応も含めた長期フォローアップと成人診療科への円滑な移行、さらには小児がん患者に対する緩和医療提供体制が必要です。
- AYA 世代のがん患者について、その診療体制の整備と相談、就学・就労、生殖機能温存等に関する支援体制の充実を図っていく必要があります。
- 高齢者のがん治療に関して、国が策定する高齢者のがん診療に関するガイドライン等の状況を踏まえ、検討していく必要があります。
- がん患者の早期社会復帰等を推進するため、がん患者に適切なりハビリテーションを提供できる病院を増やしていく必要があります。
- 在宅療養のニーズに応えられるように、がん患者が安心して在宅療養できる地域での体制整備を更に進めていく必要があります。
- 在宅緩和ケアを推進するためには、病院と診療所、訪問看護ステーション、薬局等との連携を進めるほか、かかりつけ医、看護師、かかりつけ薬局の薬剤師等が、在宅緩和ケアのスキルを高めていく必要があります。
- がん患者を取り巻く就労環境は厳しく、就労の継続及び再就労が困難な状況にあることから、がん患者に対する就労支援の充実強化を図っていく必要があります。

(2) 対策

ア 数値目標

項目		現状値	目標値	目標値の考え方	出典
がん検診精密検査受診率	胃がん	77.5% (2014年)	90%以上	国の第3期がん対策推進基本計画の目標値の90%と同じ値を設定。	厚生労働省「第3期がん対策推進基本計画」
	肺がん	75.1% (2014年)			
	大腸がん	65.6% (2014年)			
	乳がん	81.3% (2014年)			
	子宮頸がん	44.4% (2014年)			
対県標準化死亡比 最大の地域と最小の地域の比較倍率		1.36倍 (2011～15年)	1.20倍	がんで亡くなる県民の地域差を1.2倍以内に下げられるように設定	第3次静岡県がん対策推進計画
がん患者の就労支援に関する研修受講者数		47人 (2016年度)	累計300人 (2021年度)	年間50人程度を5年間養成	県疾病対策課調査

イ 施策の方向性

(ア) がん予防

- 青少年を対象とした喫煙防止教育を含め、県民に対し、喫煙が及ぼす体への影響などに関する正しい知識の一層の啓発を図ります。
- 市町、患者団体、民間企業等と連携して、公共施設の全面禁煙化や民間施設の分煙化など受動

喫煙防止措置を強化します。

- 市町と連携して、個別の受診勧奨・再勧奨や、企業と連携し職域で受診機会のない者への啓発を進めるとともに、がん検診と特定健診の同時実施や休日検診の実施等、受診者の利便性の向上を図ります。
- 精度管理委員会での協議結果を踏まえた、生活習慣病検診（胃、子宮、肺、乳及び大腸がん検診）従事者等を対象とした各種講習会や研修会を開催することにより、検診従事者の資質向上を図るなど、がん検診の精度の向上を進めます。

(イ) がんの医療提供体制

- 拠点病院等がない賀茂保健医療圏に、拠点病院等又は県指定病院の設置を進めます。
- 拠点病院等については、現在、国で行われている指定要件の見直し状況を踏まえつつ、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。また、県の指定する推進病院については、国の新指針を踏まえ、指定要件等の見直しを行います。

(ウ) がんの治療・支援

- 県内のがんゲノム医療体制の構築を進めます。
- 県立静岡がんセンター及び県歯科医師会等との連携を深め、引き続き、がん患者の口腔ケアに対応できる歯科医師の養成を推進するとともに、拠点病院等やがん治療を行う医療機関と院内外の歯科医師との連携による口腔ケアの実施体制の充実を図ります。
- 小児がん診療の中核的役割を担う静岡県小児がん拠点病院（静岡県立こども病院）を中心として、学校との連携による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者との連携の下で整備を進めます。
- 県内の拠点病院等及び推進病院の中で、AYA世代のニーズに対応した治療やケア、相談、就学・就労、生殖機能温存等に関する支援を実施できる施設の調査及び県内の連携体制の整備を進めます。
- 高齢のがん患者一人ひとりの状況に応じた適切ながん診療を提供できるよう、高齢者のがん診療に関する国のガイドラインを踏まえ、県立静岡がんセンターを中心に、診療体制の整備を進めます。
- 県内の拠点病院等及び推進病院における希少がん、難治性がんの治療状況を調査し、がん種ごとの治療の集約化等、県内外の医療機関の連携体制の整備を進めます。
- 拠点病院等及び推進病院において、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を予防、軽減する支持療法の提供体制の充実を推進します。
- 県立静岡がんセンターや県リハビリテーション専門職団体協議会等と連携した、がん患者のリハビリテーションの研修会の開催や拠点病院等及び推進病院における常勤・専任のリハビリテーション医師の配置促進など、引き続き、がん患者のリハビリテーション提供体制の整備を進めます。
- 県医師会及び県立静岡がんセンター等関係機関と連携し、地域の医療機関、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等による在宅チーム医療の充実や在宅医療従事者の育成などを進め、県内の在宅医療体制の強化を進めます。
- 拠点病院等及び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、国

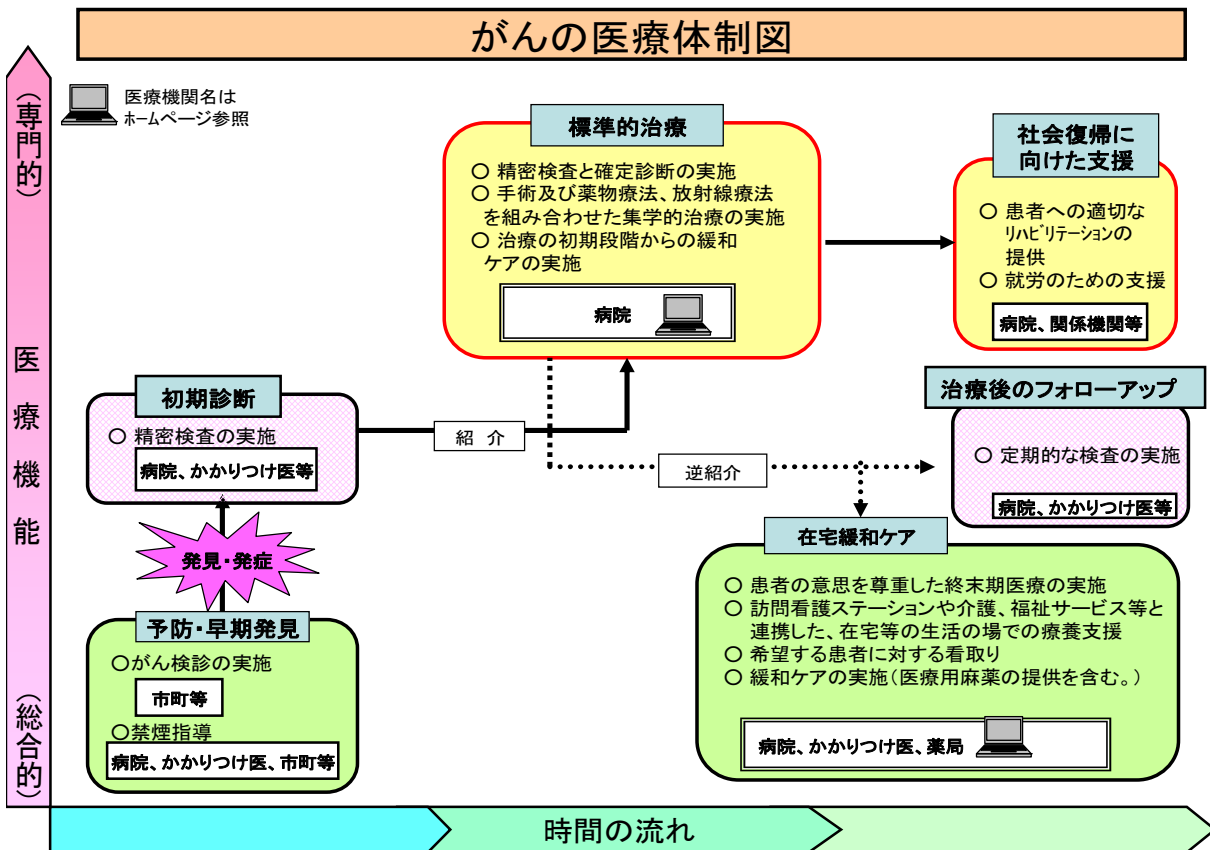
拠点病院等及び推進病院以外での緩和ケアの体制についても、緩和ケア研修会等を通じて、整備を進めます。

- 拠点病院等及び推進病院とかかりつけ医や薬局薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等の連携による地域の在宅緩和ケアの実施体制の整備を進めるとともに、緩和ケア研修の内容の充実に向け、県医師会や、県薬剤師会等と連携を進めます。
- 「静岡県がん患者就労支援協議会」（患者団体、事業所、医療機関）での「がん患者（体験者）の就労支援策についての提言」を踏まえ、地域の関係者による就労支援体制の構築、拠点病院等及び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。

(3) 「がん」の医療体制に求められる医療機能

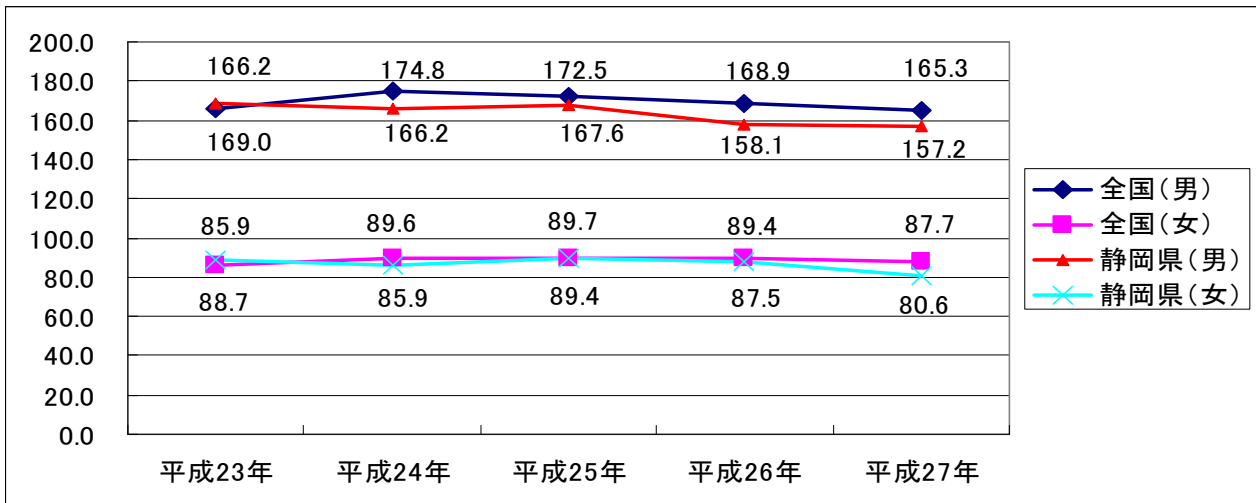
	予防・早期発見	がん診療機能	在宅療養支援機能
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○喫煙やがんに関連するウイルスの感染予防 ○科学的根拠に基づくがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の実施、がん検診受診率の向上 	<ul style="list-style-type: none"> ○精密検査や確定診断の実施 ○患者の状態やがんの病態に応じて、診療ガイドラインに準拠した手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療を実施 ○がん診断された時からの緩和ケアの実施 ○がん治療の合併症の予防や軽減 ○治療後のフォローアップ ○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等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 ・がんの診断時から緩和ケアの実施 (以下は、がん拠点病院の対応) ・カンサーボードの設置、月1回以上の開催 ・患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師の意見を求めることができるセカンドオピニオンの実施 ・相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施(小児・AYA世代のがん、希少がん、難治性がん等に関する情報を含む)。 ・仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験者の就労継続支援取組をがん患者に提供できるよう周知 ・がん治療の合併症予防や軽減を図るため、周術期の口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関と連携 ・地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援、地域連携クリティカルパス等の活用や、急変時の対応も含めて、他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関等との連携 ・院内がん登録の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間対応が可能な在宅医療の提供 ・がん疼痛等に対する緩和ケアの実施 ・看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを24時間体制で提供 ・がん診療機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携(地域連携クリティカルパスを含む) ・医療用麻薬の提供

(4) 「がん」の医療体制図



(5) 関連図表

○がんによる年齢調整死亡率(人口 10 万人当たり)の推移



(資料：厚生労働省「人口動態統計」より算出)

○がんに関する各医療機能を担う医療機関数

がん	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	2	10
熱海伊東	0	0	8	18
駿東田方	4	2	29	139
富士	2	0	10	90
静岡	7	0	57	148
志太榛原	4	0	16	77
中東遠	2	0	26	113
西部	7	1	44	135
静岡県	26	3	192	730

(資料：県健康福祉部調べ)

※平成29年10月現在

○がんによる人口10万人対死亡率

悪性新生物	2012年	2013年	2014年
賀茂	464.8	488.3	466.6
熱海伊東	448.2	505.8	442.3
駿東田方	275.5	295.7	304.3
富士	282.3	272.5	277.2
静岡	284.1	295.2	296.3
志太榛原	273.4	284.6	284.1
中東遠	228.6	249.8	266.8
西部	252.4	239.3	254.2
県平均	278.8	286.6	287.2

(資料：静岡県人口動態統計)

○悪性腫瘍手術、放射線治療、外来化学療法の実施件数(2014年9月)

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	1,462	3	36	425	77	308	121	107	385
一般診療所における悪性腫瘍手術の実施件数	25	-	-	12	-	7	2	1	3
放射線治療(体外照射)の実施件数	4,794	-	28	269	319	1,724	748	98	1,608
放射線治療(組織内照射)の実施件数	24	-	-	6	-	7	-	-	11
病院における外来化学療法の実施件数	7,231	12	18	2,085	317	1,802	574	606	1,817
一般診療所における外来化学療法の実施件数	125	-	-	1	1	9	1	1	112

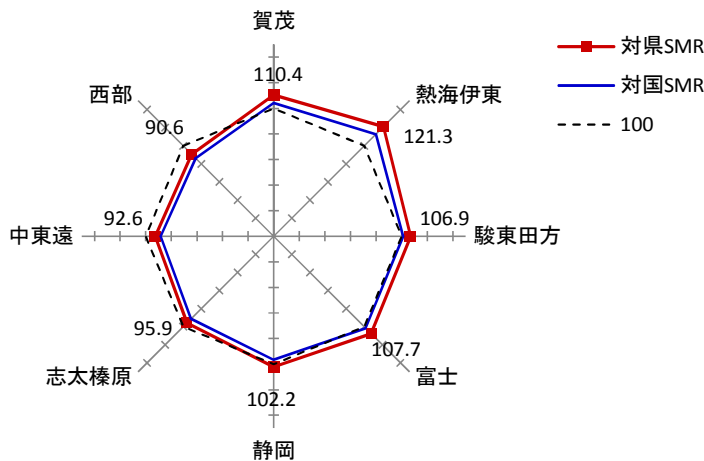
(資料：厚生労働省「医療施設調査」)

○標準化死亡比（SMR⁵）：がん総数、胃、結腸、直腸・S字結腸

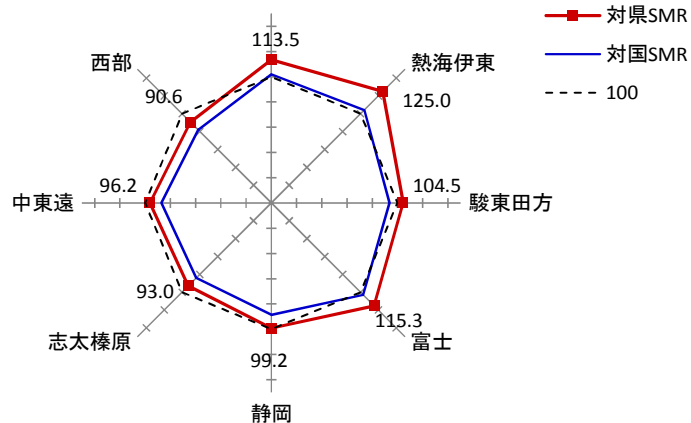
H22-H26	悪性新生物							
	総数		胃		結腸		直腸S状結腸移行部及び直腸	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	110.4	104.2	113.5	101.9	119.4	111.4	115.3	110.5
熱海伊東	121.3	112.8	125.0	104.2	135.8	126.2	126.0	118.9
駿東田方	106.9	101.1	104.5	93.6	115.7	109.0	97.2	93.6
富士	107.7	101.6	115.3	102.9	117.1	110.4	111.1	106.8
静岡	102.2	96.6	99.2	88.7	99.8	93.8	110.2	105.8
志太榛原	95.9	91.3	93.0	84.0	88.5	83.4	102.1	98.7
中東遠	92.6	88.3	96.2	87.1	87.5	82.6	90.9	88.2
西部	90.6	86.3	90.6	81.9	85.2	80.4	85.6	82.8
静岡県	100.0	94.8	100.0	89.9	100.0	94.1	100.0	96.4

※網掛けは有意に多い、または有意に少ない。

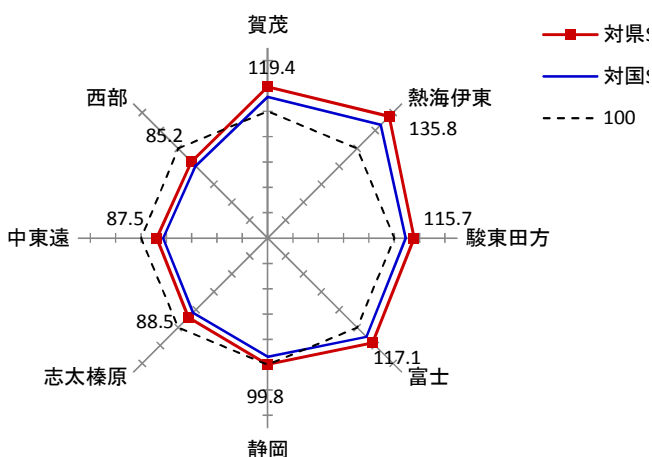
【 総数 】



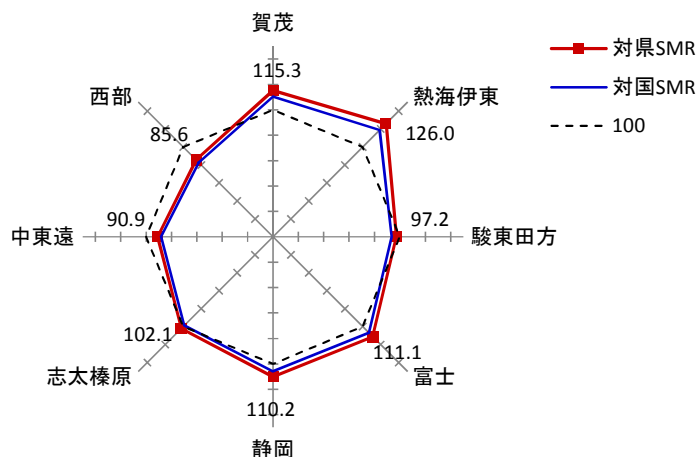
【 胃 】



【 結腸 】



【 直腸 S 状結腸移行部及び直腸 】



※図中の数値は対県 SMR

(資料：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

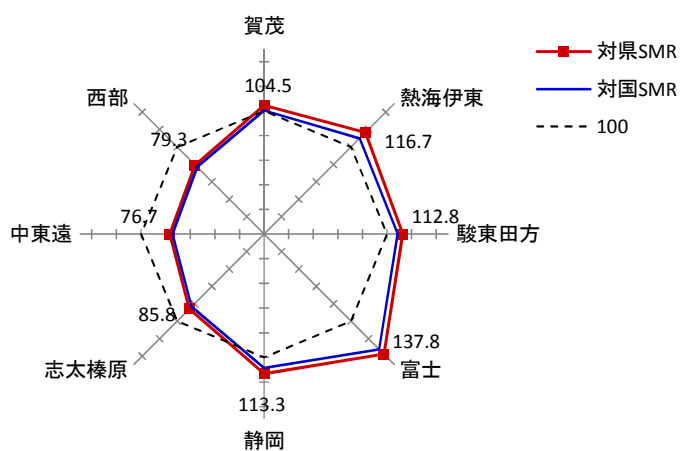
⁵ 標準化死亡比(SMR)：国または県の年齢構成を市町に当てはめた際に、計算される死亡数と実際の市町での死亡数を比較したもの。数値が 100 より大きい場合は、国や県よりも死亡者が多い。

○標準化死亡比 (SMR) : 肝、肺、乳房、子宮

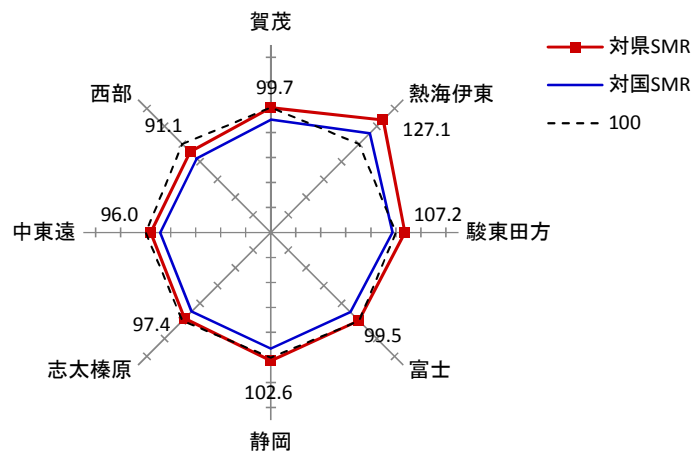
H22-H26	悪性新生物							
	肝及び肝内胆管		気管、気管支及び肺		乳房		子宮	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	104.5	100.3	99.7	90.3	100.7	99.9	128.2	131.5
熱海伊東	116.7	109.9	127.1	112.1	130.6	135.3	139.2	148.8
駿東田方	112.8	108.6	107.2	97.4	101.0	101.4	97.0	100.3
富士	137.8	132.2	99.5	90.0	106.1	107.1	115.2	119.7
静岡	113.3	108.8	102.6	92.8	106.0	107.0	94.5	98.4
志太榛原	85.8	83.2	97.4	89.4	91.9	91.8	83.5	85.7
中東遠	76.7	74.4	96.0	88.4	94.7	93.1	93.1	94.3
西部	79.3	77.0	91.1	83.7	93.3	92.4	103.6	105.9
静岡県	100.0	96.4	100.0	91.1	100.0	100.0	100.0	103.1

※網掛けは有意に多い、または有意に少ない。

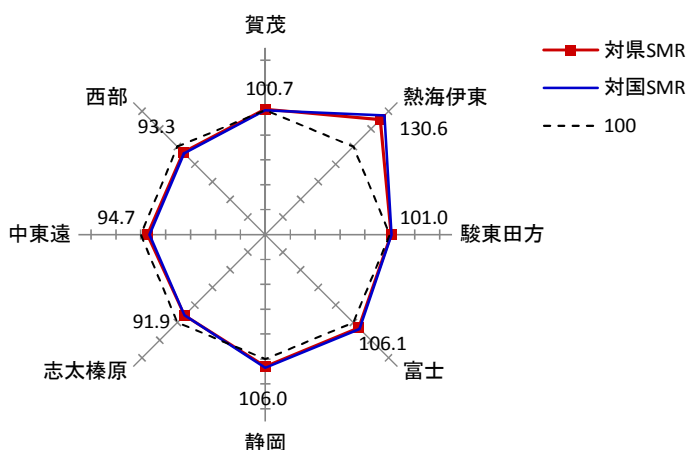
【肝及び肝内胆管】



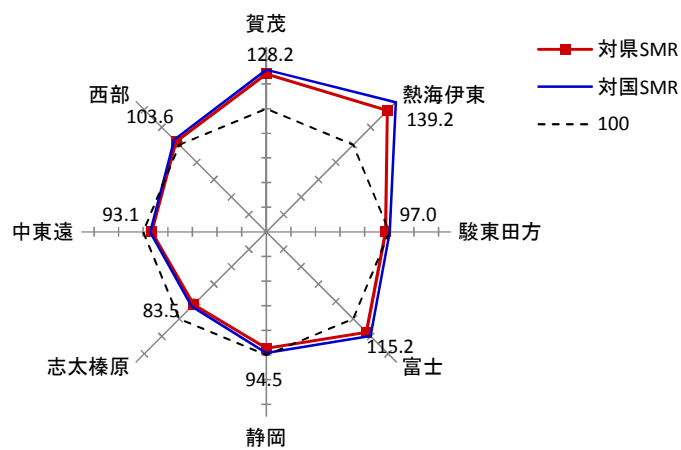
【気管、気管支及び肺】



【乳房】



【子宮】



※図中の数値は対県SMR

(資料：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

※SMR (標準化死亡比) :

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

2 脳卒中

【対策のポイント】

- 最大の危険因子である高血圧を有する県民に対する降圧療法、生活指導の推進
- 危険因子や初期症状の県民啓発と地域病院間連携の推進による県民の脳卒中死亡率の抑制
- 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ますが、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、脳出血、くも膜下出血に大別されます。
- 脳梗塞は、動脈硬化により太い血管の内腔が狭いことが原因となり発症するアテローム血栓性脳梗塞、脳の細い血管が主に高血圧を基盤とする変化により閉塞するラクナ梗塞、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ血管を閉塞する心原性塞栓症の3種類に分けられます。脳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。
- 脳卒中は、片麻痺、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事があり、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。
- 認知症患者の中で脳血管の障害が原因とされる患者は20%前後を占め、アルツハイマー型認知症に次いで第2位となっています。脳卒中は高次脳機能障害の原因疾患の第1位でもあります。また、介護が必要になった者の16.6%は脳卒中が主な原因で、第2位となっている³ほか、嚥下障害の原因疾患の割合は脳卒中が約6割⁴となっています。

イ 本県の状況

(死亡・り患の状況)

- 本県における2015年の脳卒中による死亡者は3,823人、全死亡者39,518人中9.6%であり、死亡原因としては悪性新生物、心疾患、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2,011人(52.6%)、次いで脳出血1,265人(33.1%)、くも膜下出血413人(10.8%)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は113.2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)

- 本県の人口10万人当たりの神経内科の医師数は2.6人、脳神経外科の医師数は5.4人で、全国平均3.7人、5.6人と比較すると神経内科医は少なくなっています。

(救急患者の搬送)

- 2013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37.5分であり、全国平均39.4分と比較すると、約2分早く搬送されています。
- 本県において、2014年に脳卒中により救急搬送された患者数は約5,400人です。

¹ 高次脳機能障害：脳の損傷による認知障害全般を指し、失語、失行、失認の他、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。

³ 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2016年)

⁴ 厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」資料より。

(急性期の治療)

- 2016年10月時点で、本県で脳卒中の救急医療機能を担う病院は、賀茂を除く7医療圏に32施設あります。
- 2016年3月時点で、本県の脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法⁵の実施可能な病院は26施設あり7医療圏で実施できる体制ですが、賀茂医療圏には実施可能な医療機関がありません。
- 2015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、脳動脈瘤コイル塞栓術⁷については、賀茂を除く7医療圏で実施されています。

(脳卒中のリハビリテーション)

- 脳卒中の「身体機能を回復させるリハビリテーション」の機能を担う医療機関は60施設あり、県内の全医療圏で実施されています。

(在宅への復帰)

- 本県において、脳卒中の退院患者平均在院日数は91.3日で、全国平均89.1日よりやや長くなっています。
- 本県において、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54.9%となっています。
- 脳卒中の「生活の場における療養支援」の機能を担う医療機関は236施設あり、県内の全医療圏で実施されています。

ウ 医療提供体制

- 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。特に高齢化の進行が早い賀茂及び熱海伊東医療圏において早急な対策が望まれます。

(ア) 発症予防

- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧です。降圧目標を140/90mmHg未満（糖尿病や蛋白尿合併、抗血栓薬服用中の場合は130/80mmHg未満）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、メタボリックシンドローム、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あり、生活習慣の改善や適切な治療を行う必要があります。さらに、受動喫煙防止の推進も重要です。
- 特定健康診査において「要治療」者となった者の多くは、危険因子となる基礎疾患を有しています。医療保険者、特定健康診査や特定保健指導の受託者、医療機関（かかりつけ医）、薬局が連携して、受診勧奨や治療中断を防ぐ働きかけを行う必要があります。

(イ) 発症後の医療等

- 発症後できるだけ早く急性期の治療（脳梗塞では、発症4.5時間以内の専門治療可能な医療機関への搬送が重要）を受けられるよう、県民への脳卒中の症状及び緊急受診の必要性の啓発と、搬送も含めた救急医療体制の整備、充実が必要です。
- 脳卒中の救急医療を担う病院は県内に30施設（2017年10月末現在）あり、賀茂医療圏を除く保健医療圏では複数の病院がありますが、賀茂医療圏にはありません。また、賀茂医療圏における救急患者が、救急要請（覚知）から医療機関へ収容されるまでの平均所要時間は45.1分

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

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：大動脈からのカテーテル挿入により、脳動脈瘤を塞栓する血管内療法。

であり、県平均 37.5 分と較べると約 8 分長くなっています。

(ウ) リハビリテーション

- 後遺症軽減に向けて、発症後早期にリハビリテーションを開始することが必要です。急性期、回復期、維持期の各期において、病状や合併症に応じた適切なリハビリテーションを継続して受けられる体制の整備が必要です。
- 在宅等への復帰に向けた再発予防を含む回復期の医療及びリハビリテーションから、生活の場における維持期のリハビリテーションまで切れ目のない医療、介護サービスが提供されるように、関係者（機関）の連携が重要です。必要に応じて在宅歯科診療を利用するなどして、口腔衛生状態や口腔機能の管理を定期的に行い、誤嚥性肺炎を予防することも重要です。

(エ) 在宅療養・再発予防

- 急性期治療により後遺症が残らない場合であっても、基礎疾患や危険因子を放置すると再発の可能性があるため、基礎疾患の継続的な治療や生活習慣の改善などを行う必要があります。
- 維持期に合併症を併発した患者に対しては、合併症及び患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関との連携が重要です。
- 必要に応じて在宅歯科診療を利用するなどして、口腔衛生状態や口腔機能の管理を定期的に行い、誤嚥性肺炎を予防することも重要です。
- 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。

(2) 対策

ア 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
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 29.8% 女性 20.2% (2013 年)	男性 24.0% 女性 16.0%	2割減少させる。	県民健康基礎調査
脳卒中の年齢調整死亡率 (人口 10 万人当たり)	男性 44.3 女性 23.2 (2015 年)	男性 37.8 女性 21.0	年齢調整死亡率について全国平均まで引き下げる。	厚生労働省「人口動態統計」より算出
脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解療法を実施可能な保健医療圏	賀茂以外の 7 医療圏 (2016 年)	全医療圏	全保健医療圏で実施可能な体制を構築する。	厚生労働省「診療報酬施設基準」

イ 施策の方向性

(ア) 発症予防

- 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等、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や重症化予防を「しずおか“まるごと”健康経営プロジェクト」等により地域、職域、教育の場で推進します。
- 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。

(イ) 発症後の医療等

- 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）が出現した場合、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、県民への脳卒中の正しい知識を普及啓発します。

- 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 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のネットワーク構築を図ります。
- 救急患者の CT、MRI 画像を脳卒中専門医のいる施設へネットワーク経由で伝送することにより、専門医がいない医療機関でも脳卒中の早期診断が可能になる体制や、さらに専門医の指示のもとで t-PA 療法を開始した上で病院間搬送を行う体制の構築も地域の必要に応じて検討し、標準的治療の普及（発症から 4.5 時間以内の t-PA 治療等）を図ります。
- 脳出血やくも膜下出血等で外科的治療や血管内治療が必要な場合には、来院後 2 時間以内に治療を開始できるように地域内の脳卒中急性期診療体制のネットワーク構築を図ります。
- 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から、脳卒中に関する現在の状態から、再発予防、今後のリハビリテーション、ライフスタイル、介護方法、利用可能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。
- 住み慣れた地域で脳卒中の各病期の治療を総合的に切れ目なく受けられるよう、医療機関等の機能分担及び連携、さらには介護施設との連携を推進します。

(ウ) リハビリテーション

- 十分なリスク管理の下でできるだけ発症早期から、組織化されたリハビリテーションを開始することを進めます。
- 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の医療機関等が、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画、合併症等の患者の状態、家族の状況等を脳卒中地域連携パスや ICT 端末等にて共有及び意見交換し、リハビリテーション、合併症の治療、再発した場合の治療を連携して実施する体制づくりを推進します。
- 適切な経口摂取及び誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内歯科や歯科診療所等を含めた多職種で連携して介入する体制づくりを進め、口腔ケアの実施による嚥下機能などの口腔機能の維持・改善を図ります。
- 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することを勧めます。

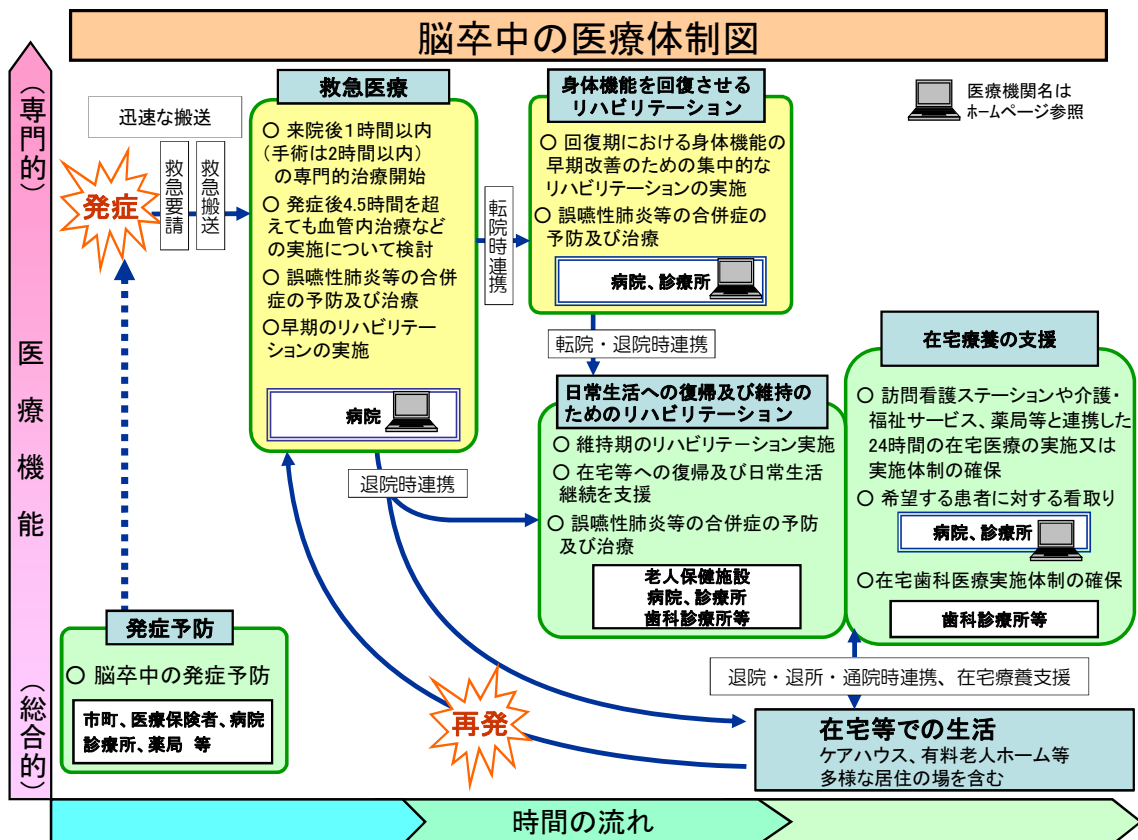
(エ) 在宅療養・再発予防

- 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。
- 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局等の充実により、在宅もしくは介護施設での訪問診療や生活機能の維持・向上のための訪問リハビリテーションを実施し、日常生活の継続を支援します。
- 療養生活に移行して初めて、それまで気づかれなかった高次脳機能障害によって問題が生じる場合もあるので、適宜家族がかかりつけ医に相談するように啓発します。
- 合併症の悪化や脳卒中の再発の際には、患者の状態に応じた適切な医療を地域で提供できるように医療機関、薬局の連携体制を推進します。
- 脳卒中により介護が必要となった場合、老老介護など家族へ負担が大きいため、地域で支えあえる環境づくりや医療と介護の連携を推進します。

(3) 「脳卒中」の医療体制に求められる医療機能

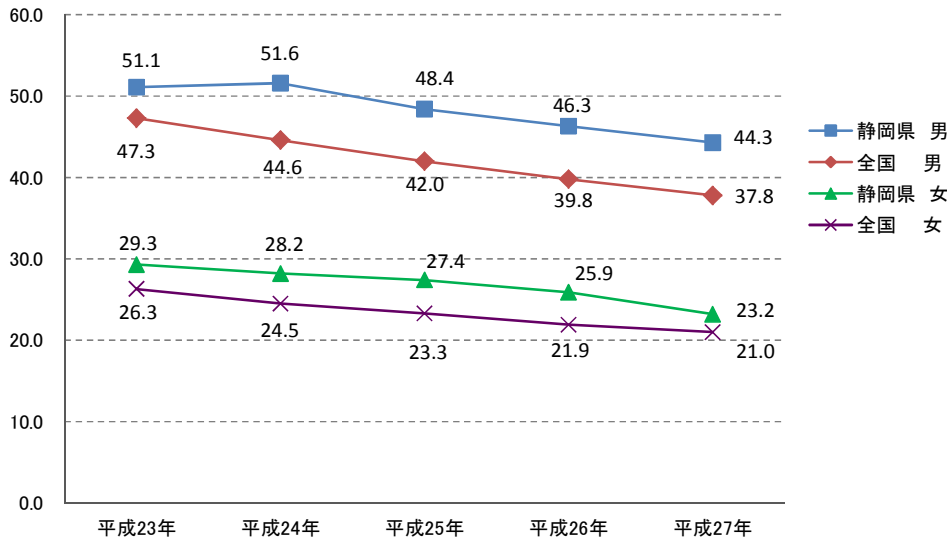
	発症予防	発症後の医療等	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	在宅療養の支援
ポイント	○ 脳卒中の発症予防	○ 脳卒中を疑われる患者を専門的な診療が可能な医療機関に発症後迅速に搬送	○ 24時間体制で、来院後1時間以内（手術は2時間以内）に専門的な治療を開始 ○ 発症後4.5時間を超えても血管内治療などの高度専門治療の実施について検討 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療 ○ 早期にリハビリテーションを実施	○ 回復期における身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションの実施 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防	○ 維持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（救急輪番制による対応を含む。） ・脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療の24時間実施（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。救急輪番制による対応を含む。） ・適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（もしくは発症後4.5時間以内）に組織プラスミノゲンアクチベーター（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法を実施 ・脳出血やくも膜下出血等、外科的治療や血管内治療を必要と判断した場合には、来院2時間以内に治療を開始 ・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あるいは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

(4) 「脳卒中」の医療体制図



(5) 関連図表

○脳卒中による年齢調整死亡率（人口10万人対）の推移



(資料：厚生労働省「人口動態統計」より算出)

○脳卒中（脳血管疾患）による死亡数（2015年）

(単位：人)

		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
脳血管疾患	総数	3,823	107	193	676	373	703	491	419	861
	男	1,905	52	97	334	184	363	240	203	432
	女	1,918	55	96	342	189	340	251	216	429
脳梗塞	総数	2,011	59	108	353	180	382	262	216	451
	男	994	28	53	177	84	205	132	105	210
	女	1,017	31	55	176	96	177	130	111	241
脳内出血	総数	1,265	35	68	211	148	220	159	144	280
	男	693	16	37	109	85	124	84	75	163
	女	572	19	31	102	63	96	75	69	117
くも膜下出血	総数	413	11	12	83	33	85	50	53	86
	男	156	6	5	37	11	27	13	20	37
	女	257	5	7	46	22	58	37	33	49
その他の脳血管疾患	総数	134	2	5	29	12	16	20	6	44
	男	62	2	2	11	4	7	11	3	22
	女	72	-	3	18	8	9	9	3	22

(出典：静岡県人口動態統計)

○特定健診分析結果（標準化該当比⁸）

H26 標準化該当比	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	118.5	117.8	91.9	80.8	104.6	101.8	101.5	124.2	113.0	89.8
熱海伊東	105.4	103.4	110.8	103.0	103.3	98.6	111.9	197.8	110.0	97.0
駿東田方	105.7	107.3	106.6	103.0	103.5	103.1	106.2	116.2	108.6	113.4
富士	108.2	109.4	100.2	94.7	101.1	100.4	111.7	122.5	109.1	109.9
静岡	109.5	103.1	100.4	93.3	102.4	100.6	96.4	96.3	109.7	105.2
志太榛原	100.0	99.8	98.4	101.0	96.0	95.9	96.2	75.3	93.8	80.6
中東遠	88.5	88.8	96.2	106.6	94.9	98.1	101.2	85.8	83.4	91.9
西部	89.1	90.8	97.1	101.4	99.6	100.4	93.5	88.8	93.1	98.2
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：静岡県総合健康センター「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」)

⁸ 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

○標準化死亡比（SMR）

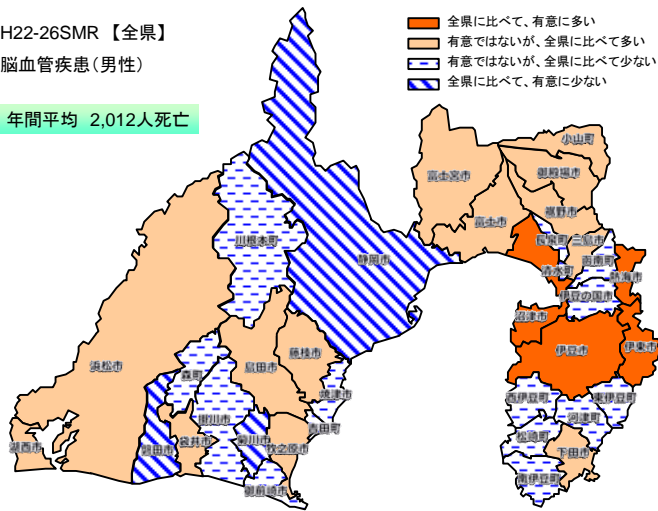
H22-H26	脳血管疾患		脳梗塞		脳内出血		くも膜下出血	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	98.9	111.5	109.3	117.0	79.0	98.2	112.7	126.6
熱海伊東	114.4	128.0	114.3	120.7	130.8	161.2	84.1	94.7
駿東田方	102.5	115.9	105.9	113.2	92.5	115.3	105.7	117.6
富士	101.8	114.9	104.2	110.9	100.1	124.7	104.0	115.7
静岡	93.8	105.8	93.2	99.4	94.0	117.0	94.7	105.5
志太榛原	101.5	115.2	101.4	109.0	101.0	126.2	95.2	105.9
中東遠	98.1	111.4	98.8	106.3	97.2	121.6	106.0	118.0
西部	100.3	113.8	95.6	102.8	109.0	136.2	99.2	110.2
静岡県	100.0	113.2	100.0	107.1	100.0	124.7	100.0	111.3

<県内比較>

H22-26SMR【全県】

脳血管疾患(男性)

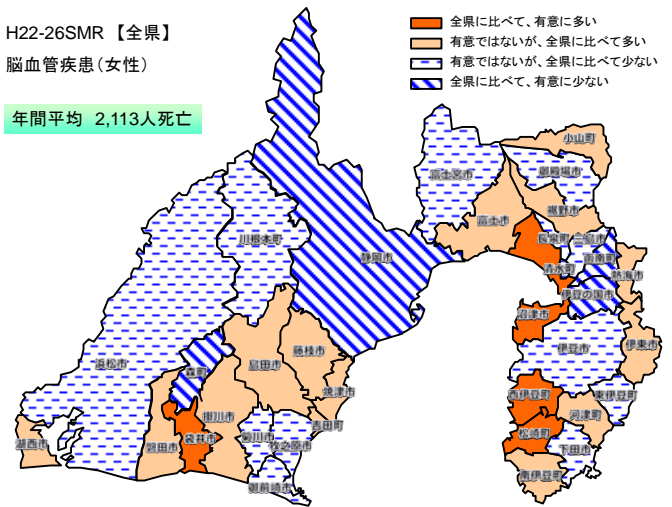
年間平均 2,012人死亡



H22-26SMR【全県】

脳血管疾患(女性)

年間平均 2,113人死亡

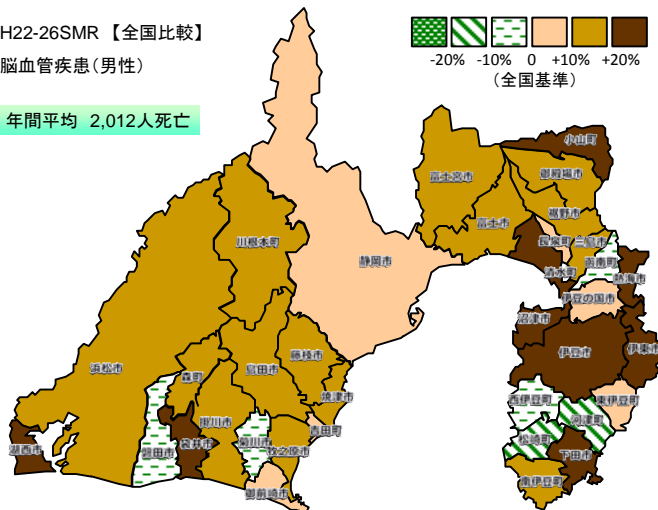


<全国比較>

H22-26SMR【全国比較】

脳血管疾患(男性)

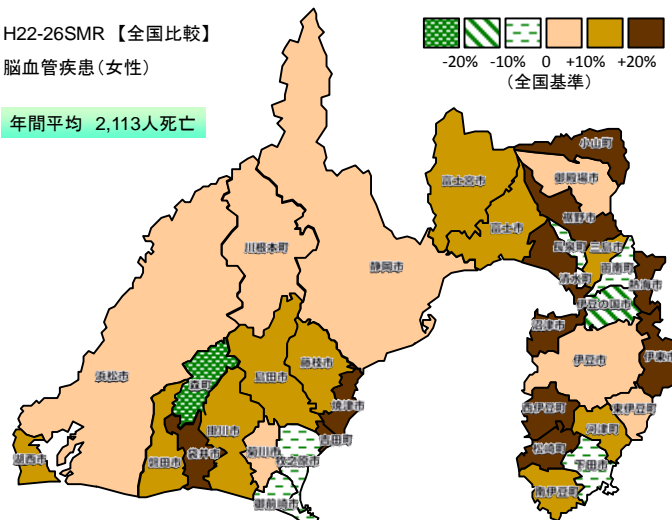
年間平均 2,012人死亡



H22-26SMR【全国比較】

脳血管疾患(女性)

年間平均 2,113人死亡



(出典：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

○指標による現状把握

(医療従事者の状況)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
神経内科医師数 (人口10万人対)	-	98	-	3	16	9	37	4	5	24	平成26年 (2014年)	医師・歯科 医師・薬剤 師調査
脳神経外科医師数 (人口10万人対)	-	204	2	9	48	22	38	25	16	44	平成26年 (2014年)	医師・歯科 医師・薬剤 師調査
	-	5.4	2.8	8.1	7.1	5.6	5.3	5.2	3.3	5		

(救急患者の搬送)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
			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 (人口10万人対、単位:0.1千人)	-	5.4	0	0	0.9	1.1	1	0.6	0.5	1.3	平成26年 (2014年)	患者調査
	-	0.2	0.1	0.4	0.1	0.3	0.1	0.1	0.1	0.1		
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	39.4	37.5	-	-	-	-	-	-	-	-	平成26年 (2014年)	救急救助 の現況

(急性期の治療)

指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		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 溶解療法の実施可能な病院数	26	0	2	4	3	5	4	2	6	平成28年 3月31日 (2016年)	診療報酬 施設基準
脳梗塞に対するt-PAによる血栓 溶解療法の実施件数	411	0	16	116	29	100	43	21	86	平成27年度 (2015年)	NDB
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	363	0	20	110	60	47	42	28	56	平成27年度 (2015年)	NDB
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	66	0	*	21	*	11	*	34	*	平成27年度 (2015年)	NDB

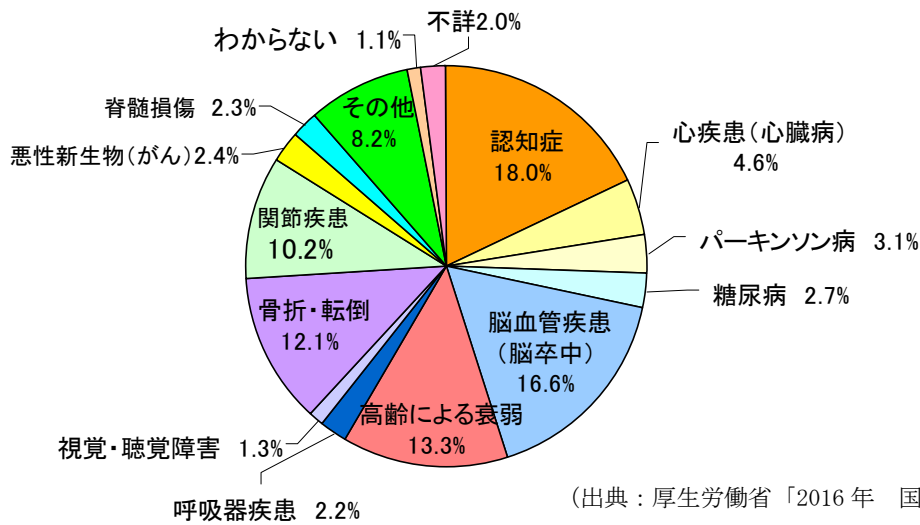
(脳卒中のリハビリテーション)

指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		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)届出施設数	69	1	3	12	8	12	7	10	16	平成28年 3月31日 (2016年)	診療報酬 施設基準
脳血管疾患等リハビリテーション 料(Ⅱ)届出施設数	38	3	0	10	5	5	4	3	8	平成28年 3月31日 (2016年)	診療報酬 施設基準
脳血管疾患等リハビリテーション 料(Ⅲ)届出施設数	68	1	2	20	5	14	4	10	12	平成28年 3月31日 (2016年)	診療報酬 施設基準
早期リハビリテーション実施件数	22,978	373	1,030	4,526	2,468	3,750	2,742	2,582	5,507	平成27年度 (2015年)	NDB

(在宅への復帰)

指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
退院患者平均在院日数	91.3	312.5	52	113.4	99.2	88.5	65.4	65.8	89.5	平成26年 (2014年)	患者調査
在宅等生活の場に復帰した脳血 管疾患患者数[0.1千人]	7.7	0	0	1.5	0.8	1.5	1	0.8	1.7	平成26年 (2014年)	患者調査
在宅等生活の場に復帰した脳血 管疾患患者の割合	54.9	41.4	61.5	52.5	58.9	56.8	59.3	51.1	53.1		

○介護が必要となった者の主な原因



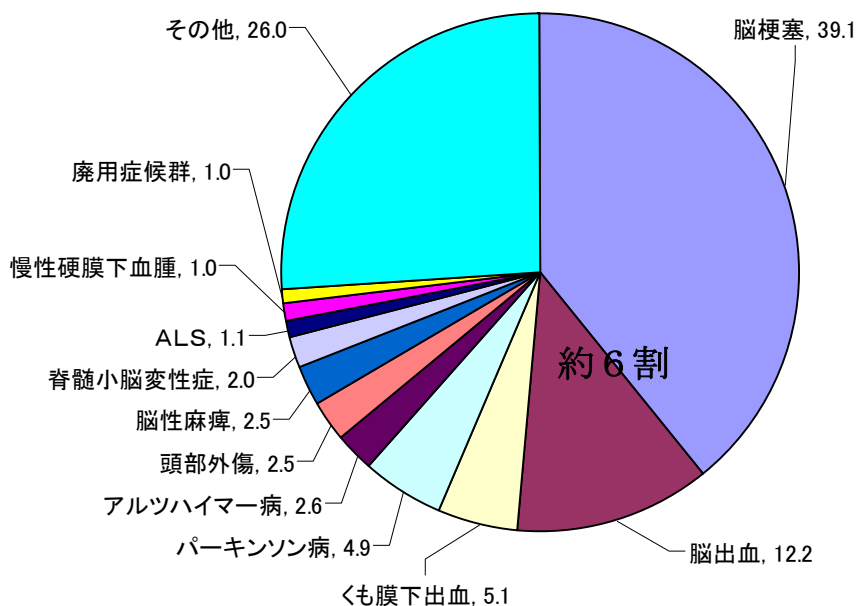
○要介護度別にみた介護が必要となった主な原因(上位3位)

(単位：%)

要介護度	第1位	第2位	第3位
総数	認知症 18.0	脳血管疾患(脳卒中) 16.6	高齢による衰弱 13.0
要支援者	関節疾患 17.2	高齢による衰弱 16.2	骨折・転倒 15.2
要支援1	関節疾患 20.0	高齢による衰弱 18.4	脳血管疾患(脳卒中) 11.5
要支援2	骨折・転倒 18.4	関節疾患 14.7	脳血管疾患(脳卒中) 14.6
要介護者	認知症 24.8	脳血管疾患(脳卒中) 18.4	高齢による衰弱 12.1
要介護1	認知症 24.8	高齢による衰弱 13.6	脳血管疾患(脳卒中) 11.9
要介護2	認知症 22.8	脳血管疾患(脳卒中) 17.9	高齢による衰弱 13.3
要介護3	認知症 30.3	脳血管疾患(脳卒中) 19.8	高齢による衰弱 12.8
要介護4	認知症 25.4	脳血管疾患(脳卒中) 23.1	骨折・転倒 12.0
要介護5	脳血管疾患(脳卒中) 30.8	認知症 20.4	その他 12.3

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

○嚥下障害の原因疾患の割合



3 心筋梗塞等の心血管疾患

【対策のポイント】

- 最大の危険因子である高血圧を有する県民に対する降圧療法、生活指導の推進
- 危険因子や初期症状の県民啓発と地域病院間連携の推進により、急性心筋梗塞、大動脈瘤及び解離の死亡率を全医療圏で全国平均以下へ
- 高齢化により増加する慢性心不全患者の在宅生活を地域全体で支援する体制の構築

(1) 現状と課題

ア 心血管疾患の現状

- 急性心筋梗塞は、心臓に栄養と酸素を補給している冠動脈の突然の閉塞等によって心筋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いいます。これらを総称して虚血性心疾患や急性冠疾患、急性冠症候群などと呼ばれています。
- 心筋が虚血状態に陥ると、伸縮することができなくなり、全身に血液を送る心臓のポンプ機能が低下します。この状態を急性心不全といいます。命に関わる不整脈を併発することもあります。心筋の壊死が広範囲に及ぶと心破裂を起こすこともあります。
- 急性心筋梗塞及び狭心症の症状としては、激しい胸痛、呼吸困難、冷汗、嘔気・嘔吐などがあり、血圧が低下すると意識を失うこともあります。胸痛は、安静にしていても20分以上続くことが多く、ニトロ製剤¹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。
- 心筋には再生能力がないため、急性心筋梗塞では、速やかに心筋の壊死を最小限にとどめる治療が必要です。急性心筋梗塞の患者のうち、病院到着前に心停止に陥る割合は14%にも達すると報告されています。
- 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²や自動体外式除細動器（AED）³による電氣的除細動⁴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。
- 一方、心血管疾患の一つである慢性心不全は、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血液を送り出すことができなくなり、日常生活に障害を生じた状態です。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、寿命を縮めることもあります。
- 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

¹ 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。

² 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。

³ 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電子機器。

⁴ 電氣的除細動：致命的な不整脈が起こった際に、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。

徐々に悪化することが特徴で、改善を図るには、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。

○わが国の心不全患者の約70%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1万人ずつ増加しています。

○一方、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。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。

イ 本県の状況

(死亡・り患の状況)

○本県における2015年の心血管疾患による死亡者は5,711人で、全死亡者39,518人中14.5%であり、死亡原因としては悪性新生物に次いで第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2,267人(39.7%)、次いで急性心筋梗塞1,050人(18.4%)となっています。大動脈瘤及び解離による死亡は585人(10.2%)です。

○全国と比較した本県における心血管疾患の標準化死亡比は94.3と、やや少なくなっています。急性心筋梗塞の標準化死亡比は88.8で、全国と較べて有意に低く、心不全は101.0で全国と同程度ですが、大動脈瘤及び解離は113.0と全国と較べて有意に高く、特に東部地域で高くなっています。

(医療従事者の状況)

○本県の人口10万人当たりの循環器内科の医師数は6.9人、心臓血管外科の医師数は2.3人で、全国平均9.4人、2.4人と比較すると循環器内科医は少ないです。

(救急患者の搬送)

○2014年に救急要請(覚知)から医療機関への搬送までに要した平均時間は37.5分であり、全国平均39.4分と較べると、約2分早く搬送されています。

○本県において、2014年に虚血性心疾患により救急搬送された患者数は人口10万人当たり約200人です。

(急性期の治療)

○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医療圏に25施設あります。

○大動脈瘤手術を実施できる病院は、賀茂、熱海伊東を除く6医療圏に19施設あります。

○冠疾患集中治療室(CCU)⁵を有する病院は12施設あり、賀茂、熱海伊東を除く6医療圏で冠疾患集中治療を実施できる体制が整っています。

○急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション(PCI)⁶は、賀茂を除く7医療圏で実施され、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術については、賀茂、熱海伊東、中東遠を除く5医療圏で実施されています。

(心血管疾患のリハビリテーション)

○心血管疾患リハビリテーションの機能を担う医療機関は14施設あり、賀茂を除く7医療圏で実施されています。

⁵ 冠疾患集中治療室(CCU)：心血管疾患の重症患者を対象とする集中治療室。

⁶ 経皮的冠動脈インターベンション(PCI)：カテーテルを用いて狭くなった冠動脈を拡張する治療。

(在宅への復帰)

- 本県において、心血管疾患の退院患者平均在院日数は9.2日です。
- 本県において、主病名が心虚血性心血管疾患の患者で退院後に在宅等生活の場に復帰した患者の割合は94.9%となっています。

ウ 医療提供体制等

- 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。しかし、急性心筋梗塞の標準化死亡比(SMR)は、賀茂、熱海伊東、中東遠の3医療圏において各々125.1、160.8、120.6と全国平均を上回っており早急な対策が望まれます。

(ア) 発症予防

- 急性心筋梗塞の最大の危険因子は高血圧です。収縮期血圧135mmHg以上もしくは拡張期血圧85mmHg以上では、急性心筋梗塞の発症率が男性で2倍、女性で1.5倍になるとされ、高血圧のコントロールを厳密に行うことが極めて重要です。また、糖尿病も危険因子で、発症率は2.6倍との報告があります。脂質異常症、メタボリックシンドローム、慢性腎臓病(CKD)、喫煙、常習飲酒習慣、ストレスも危険因子であり、基礎疾患の適切な治療や生活習慣の改善を行う必要があります。
- 歯周病患者は、虚血性心疾患の発症率がやや高いことが報告されています。
- 大動脈瘤及び解離の危険因子も高血圧です。
- 特定健康診査において「要治療」者となった者の多くは、危険因子となる基礎疾患を有しています。医療保険者、特定健康診査や特定保健指導の受託者、医療機関(かかりつけ医)、薬局が連携して、受診勧奨や治療中断を防ぐ働きかけを行う必要があります。

(イ) 発症後の医療等

- 急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者が速やかに救急要請を行うことが大切です。また、病院外で心肺停止状態となった場合は、周囲にいる者による胸骨圧迫の実施及び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す。2014年度時点において、AEDは全国に約48万台普及しており、一般市民による心肺機能停止傷病者への胸骨圧迫、人工呼吸、AED等による応急手当の実施率は44.3%と向上傾向になっています。

(ウ) 急性心筋梗塞の急性期の治療

- 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⁷、非ST上昇型心筋梗塞⁸等の個々の病態に応じた治療が行われます。
- ST上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法⁹や冠動脈造影検査及びそれに続く経皮的冠動脈インターベンション(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す。発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高いため、救急隊接触から30分以内の血栓溶解薬静脈内投与、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

⁷ 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。

⁸ 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。

⁹ 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。

ては冠動脈バイパス術（CABG）¹⁰等の外科的治療が第一選択となることもあります。

- 非 ST 上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物療法に加えて、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、適応に応じて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。
- 賀茂、熱海伊東の2医療圏には、冠疾患集中治療室（CCU）を有する病院や虚血性心疾患に心臓血管外科手術を施行する病院が無く、この2保健医療圏における急性心筋梗塞の標準化死亡比は他地域に比べて高くなっています。虚血性心疾患の急性期医療における県内の地域格差を解消するよう、この2医療圏の急性期医療体制を充実させる必要があります。
- 特に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ないため、院内歯科との連携が重要です。

（エ）大動脈解離の治療

- 大動脈解離は、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。
- 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 型は内科的治療が選択されることが多く、ステントグラフト¹¹を用いた血管内治療¹²を行うこともあります。ただし、合併症を有する場合等には、外科的治療が必要となります。

（オ）慢性心不全の治療

- 慢性心不全患者に対しては、症状及び重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法（CRT）¹³や随伴する難治性不整脈への治療が行われることがあります。
- 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。
- 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。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いいます。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。
- 心不全増悪の要因には、虚血性心疾患等の心不全の原因となる疾患の再発や悪化、感染症、不整脈の合併等の医学的要因に加えて、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因、社会的支援の欠如等の社会的要因といった多面的な原因が含まれています。

（カ）心血管疾患リハビリテーション

- 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、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じて運動療法、食事療法、患者教育等を実施します。
- トレッドミル¹⁴や自転車エルゴメーター¹⁵を用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成します。徐々に負荷をかけることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、身体的、精神・

¹⁰ 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。

¹¹ ステントグラフト：バネ状の金属を取り付けた人工血管。

¹² 血管内治療：血管内に挿入したカテーテルという細い管等を用いて行う治療。この場合は、カテーテルによってステントグラフトを大動脈の解離した部位まで運んで設置する。

¹³ 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。

¹⁴ 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。

¹⁵ 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。

心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションを多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士・医療ソーシャルワーカー等）のチームにより実施します。

- より厳密に運動耐容能を評価する際は、呼気中の酸素や二酸化炭素の濃度を測定しながら運動をする心肺運動負荷試験が有用です。
- 慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを患者の状態に応じて実施します。
- また、心不全増悪や再入院の防止には、悪化による入院の早期より心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要です。
- 高齢慢性心不全患者で、他疾患併発や年齢に伴う筋力・体力の低下等により蛋白異化亢進状態であれば、栄養士による栄養管理を厳密に行うことも状態の改善には重要です。

(キ) 在宅療養・再発予防

- 急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療や合併症予防、再発予防、心血管疾患リハビリテーション、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、糖尿病、喫煙等）の管理を退院後も含めて継続的に行います。
- 患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育等も重要です。

(2) 対策

ア 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
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 29.8% 女性 20.2% (2013年)	男性 24.0% 女性 16.0%	2割減少させる。	県民健康基礎調査
急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション(PCI)を実施可能な保健医療圏	賀茂以外の7医療圏 (2016年)	全医療圏	全保健医療圏で実施可能な体制を構築する。	厚生労働省「診療報酬施設基準」
心大血管疾患リハビリテーション(I)又は(II)の基準を満たす施設が複数ある医療圏の数	駿東田方、静岡、志太榛原、西部の4医療圏 (2016年)	全医療圏	全保健医療圏で心血管疾患リハビリテーションを実施可能な体制を構築する。	厚生労働省「診療報酬施設基準」

イ 施策の方向性

(ア) 発症予防

- 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。
- 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。
- 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。

- 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。

(イ) 発症後の医療等

- 急性心筋梗塞や大動脈瘤・解離を疑うような症状（20分以上続く激しい胸痛等）が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者が速やかに救急要請し、胸骨圧迫や自動対外式除細動器（AED）による電氣的除細動の実施ができるように、県民への普及啓発をさらに推進します。
- 県内のどの地域に住んでいても24時間体制で、発症後速やかに急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の治療を開始できるように、救急医療体制の整備・充実を図るほか、地域の救急搬送状況等を踏まえ、各医療機関の急性期心血管疾患診療機能を効率的に活用した病院間ネットワーク体制の構築を図ります。
- 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け入れと迅速な患者搬送を確保するシステムを構築します。
- 発症早期から患者及びその家族に、医師をはじめとする多職種チームが急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離に関する現在の状態から再発予防、今後のリハビリテーション、ライフスタイル等の情報提供を教育的に行う体制を進めます。
- 住み慣れた地域で急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の各病期の治療を総合的に切れ目なく受けられるように、医療機関等の機能分担及び連携、さらには介護施設との連携を推進します。
- 慢性心不全患者の増悪時に、かかりつけ医から心血管疾患の急性期治療を行う医療機関への速やかな紹介入院が円滑にできるように地域医療連携をさらに推進します。
- 県内において、心臓移植や人工心臓による治療が可能な医療機関の整備を進めます。
- 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め、院内の内科系医師全体で診療し、必要時に循環器内科で専門的な治療や検査を施行するような体制作りも検討します。

(ウ) 心血管疾患リハビリテーション

- 十分なリスク管理の下でできるだけ入院早期から、社会復帰を目的としたチーム医療での包括的な心血管疾患リハビリテーションを実施することを進めます。
- 地域の急性期医療機関と回復期及び在宅医療を含む維持期の医療機関等が、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画、合併症等の患者の状態、家族の状況等をクリティカルパス等にて共有し、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して実施する体制づくりを推進します。

(エ) 在宅療養・再発予防

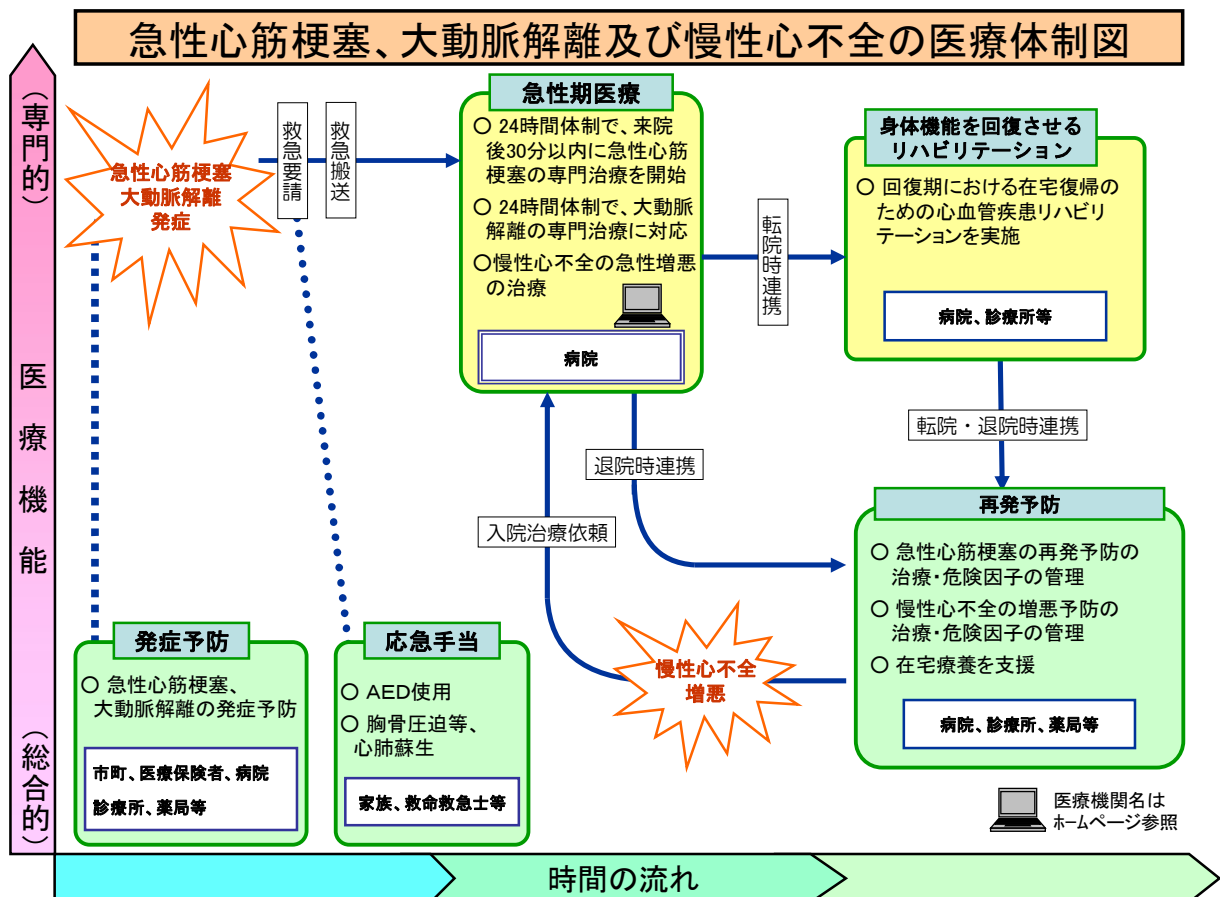
- 急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の患者は、退院後しばらくは急性期医療機関に通院しながら、身近なかかりつけ医のもとで再発予防のために基礎疾患の継続治療及び危険因子の管理、再発の兆候を捉える定期検査（心電図、胸部レントゲン写真、血液検査等）を続けます。多職種連携による外来での心血管疾患リハビリテーションを継続できる体制づくりを進めます。
- 感染性心内膜炎や動脈硬化はう歯や歯周病との関連性があるため、心筋梗塞の予防・再発防止のためにもかかりつけ歯科医院への定期受診を進めます。

- 慢性心不全患者は、退院後、身近なかかりつけ医への定期受診や訪問診療で増悪を予防するために心不全と基礎疾患の治療を続けます。急性増悪時には病診連携により地域の急性期医療機関で入院治療を受け、在宅生活への速やかな復帰を目指します。このように慢性心不全患者の在宅での療養が継続されるように、地域の仕組みづくりを進めます。
- 高齢で心機能の回復が難しい慢性心不全患者に対しては、本人と家族の希望により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。

(3) 心血管疾患の医療体制に求められる医療機能

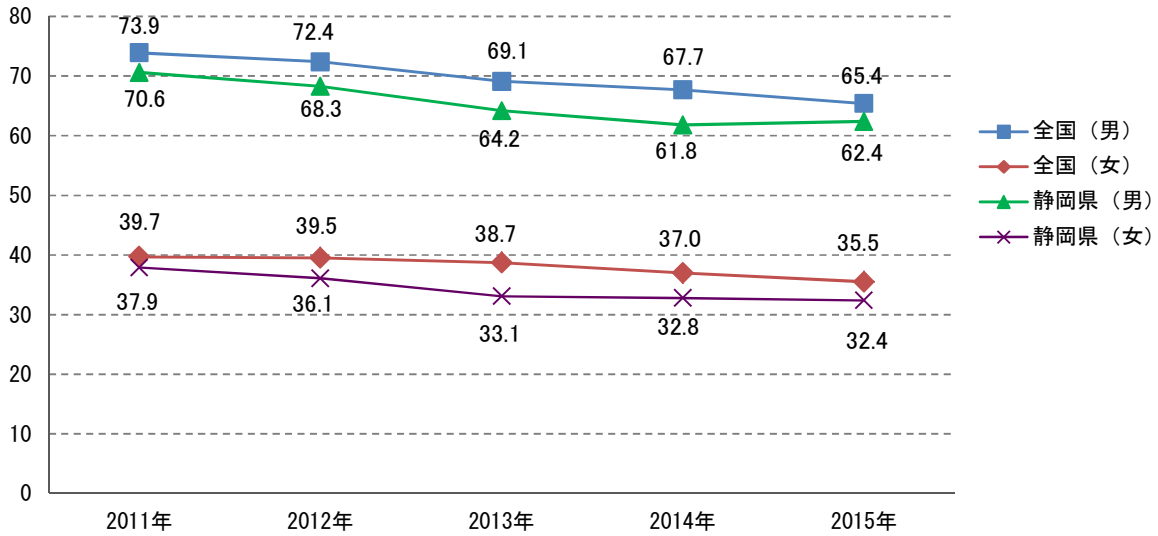
	発症予防	応急手当	救急医療	身体機能を回復させる リハビリテーション	再発予防
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○ 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 専門的な診療が可能な医療機関への早期搬送 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 24時間体制で、来院後30分以内に専門治療を開始 ○ 再発予防の定期的専門的検査を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 再発予防の治療・危険因子の管理 ○ 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教育 ○ 在宅療養継続の支援
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・市町、医療保険者による特定健診・保健指導の実施・受診勧奨 ・高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理 ・初期症状出現時に急性期医療を担う医療機関への受診勧奨 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族、救命救急士等による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 	<ul style="list-style-type: none"> ・心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、X線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環等必要な検査及び処置を24時間実施 ・急性心筋梗塞を疑われる患者について、専門的な診療を行う医師が24時間対応 ・ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査、及び適応があればPCIを行い、来院90分以内の冠動脈再疎通を実施 ・呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症に対する治療の実施 ・心臓外科的処置が可能であるか、処置可能な医療機関との連携 ・電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペースティングへの対応 ・運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施 ・抑うつ状態等の対応の実施 ・回復期(あるいは在宅医療)の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応 ・心電図検査、電気的除細動等急性増悪時の対応の実施 ・合併症併発時や再発時に緊急の内科的、外科的治療が可能な医療機関との連携 ・運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法等の心血管疾患リハビリテーションを実施 ・急性期に医療機関及び2次医療の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携 ・再発や緊急時の対応法について、患者及び家族への教育の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応 ・緊急時の除細動等急性増悪時への対応 ・合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携 ・急性期の医療機関や介護保険サービス事業者等と再発予防の定期的検査や合併症併発時、再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有するなどして連携 ・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



(5) 関連図表

○心血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万人対）の推移



（資料：厚生労働省「人口動態統計」より算出）

○心血管疾患による死亡数（2015年）

（単位：人）

		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
心疾患(高血圧性を除く)	総数	5,711	183	257	1,029	562	1,158	731	629	1,162
	男	2,696	78	125	468	264	565	333	297	566
	女	3,015	105	132	561	298	593	398	332	596
急性心筋梗塞	総数	1,050	32	69	187	103	156	119	180	204
	男	612	19	40	99	63	92	63	108	128
	女	438	13	29	88	40	64	56	72	76
心不全	総数	2,267	65	67	453	274	420	280	225	483
	男	880	24	25	169	105	164	101	83	209
	女	1,387	41	42	284	169	256	179	142	274

（資料：静岡県人口動態統計）

○特定健診分析結果（標準化該当比）

H26 標準化該当比	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	118.5	117.8	91.9	80.8	104.6	101.8	101.5	124.2	113.0	89.8
熱海伊東	105.4	103.4	110.8	103.0	103.3	98.6	111.9	197.8	110.0	97.0
駿東田方	105.7	107.3	106.6	103.0	103.5	103.1	108.2	116.2	108.8	113.4
富士	108.2	109.4	100.2	94.7	101.1	100.4	111.7	122.5	109.1	109.9
静岡	109.5	103.1	100.4	93.3	102.4	100.6	96.4	96.3	109.7	105.2
志太榛原	100.0	99.8	98.4	101.0	96.0	95.9	96.2	75.3	93.8	80.6
中東遠	88.5	88.8	96.2	106.6	94.9	98.1	101.2	85.8	83.4	91.9
西部	89.1	90.8	97.1	101.4	99.6	100.4	93.5	88.8	93.1	98.2
静岡県	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

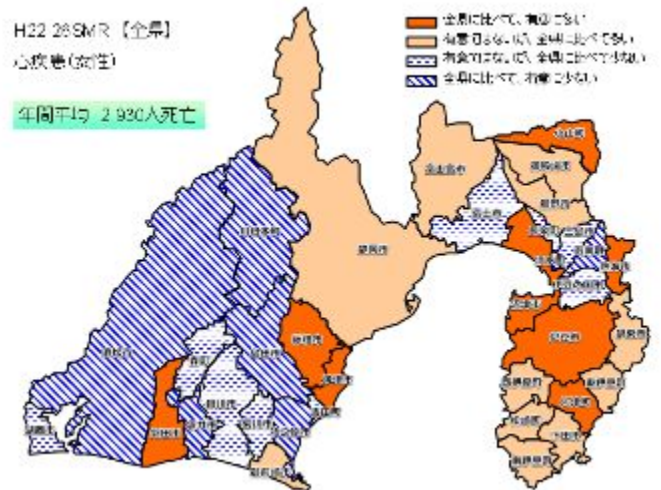
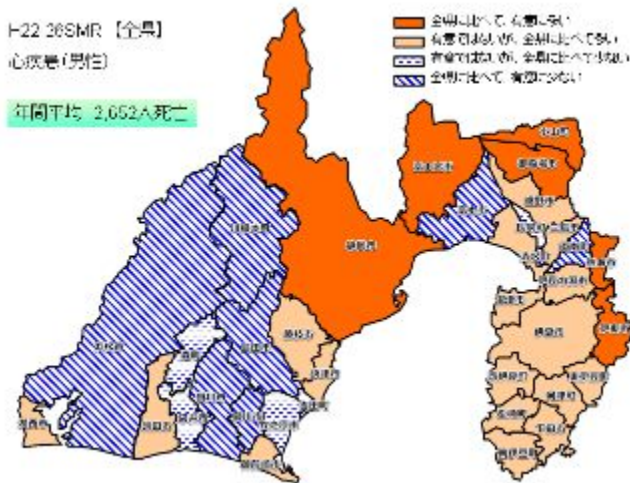
（資料：静岡県総合健康センター「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」）

○標準化死亡比（SMR）

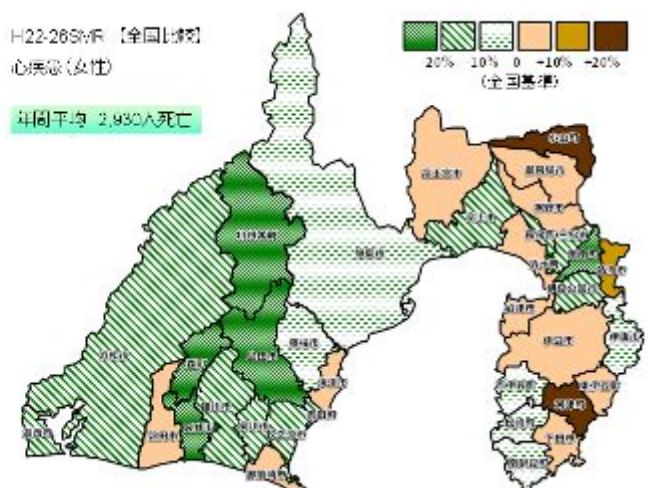
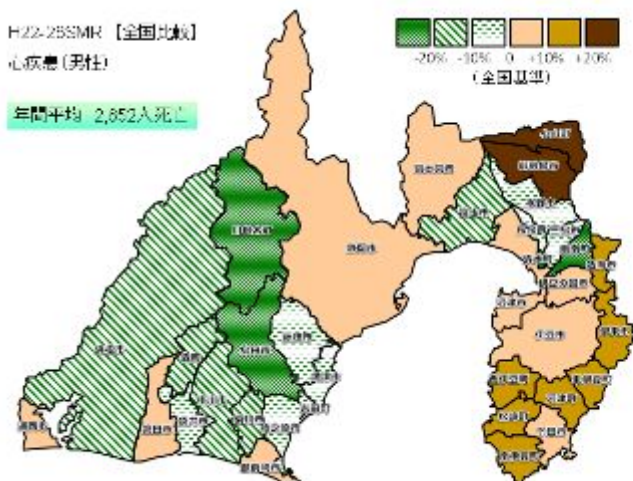
H22-H26	心疾患		急性心筋梗塞		心不全		大動脈瘤及び解離	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	113.0	106.6	141.0	125.1	122.4	122.9	94.0	101.9
熱海伊東	115.9	108.1	184.8	160.8	85.0	85.4	149.3	159.5
駿東田方	105.1	99.0	93.6	82.9	119.6	121.1	118.9	129.2
富士	99.2	93.3	102.2	90.2	118.8	120.4	106.3	115.3
静岡	107.9	101.5	85.0	75.1	97.9	98.9	98.1	106.2
志太榛原	95.6	90.3	86.7	77.2	92.3	93.3	96.0	104.7
中東遠	97.3	92.3	134.7	120.6	92.9	93.8	78.4	85.9
西部	88.9	84.1	85.0	75.9	87.4	88.3	90.6	99.0
静岡県	100.0	94.3	100.0	88.8	100.0	101.0	100.0	108.8

※網掛けは有意に多い

<県内比較>



<全国比較>



(出典：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

○指標による現状把握

(医療従事者の状況)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
循環器内科医師数	11,992	264	-	8	53	22	60	23	25	73	2014年	医師・歯科 医師・薬剤 師調査
(人口10万人対)	9.4	6.9	-	7.2	7.8	5.6	8.3	4.8	5.2	8.4		
心臓血管外科医師数	3,048	87	1	1	22	1	28	4	1	29	2014年	医師・歯科 医師・薬剤 師調査
(人口10万人対)	2.4	2.3	1.4	0.9	3.2	0.3	3.9	0.8	0.2	3.3		

(急性期の治療)

指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数	11	-	-	2	1	3	1	-	4	2014年	医療施設 調査
心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病床数	73	-	-	10	4	25	2	-	32	2014年	医療施設 調査
(人口10万人対)	1.9	-	-	1.5	1	3.5	0.4	-	3.7		
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の実施件数	1,929	0	32	550	178	308	228	189	444	2015年度	NDB
(人口10万人対)	50.9	0	28.9	81.7	45.3	43	47.9	39.7	50.9		
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	481	0	0	122	*	182	32	0	145	2015年度	NDB
(人口10万人対)	12.7	0	0	18.1	*	25.4	6.7	0	16.6		

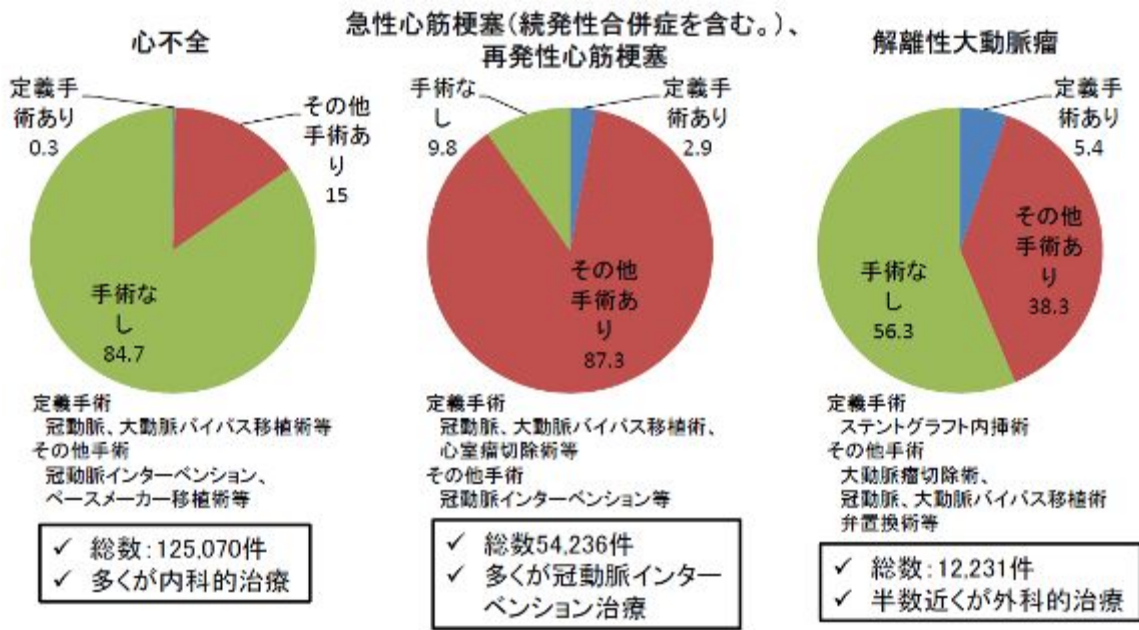
(心血管疾患のリハビリテーション)

指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
心血管疾患リハビリテーション(I)が実施可能な医療機関数	14	0	1	2	1	2	2	1	5	2016年 3月31日	診療報酬 施設基準
心血管疾患リハビリテーション(II)が実施可能な医療機関数	4	0	0	1	0	0	2	0	1	2016年 3月31日	診療報酬 施設基準

(在宅への復帰)

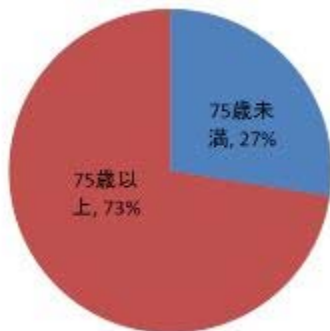
指標名	静岡県	2次保健医療圏								調査年	調査名等
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
退院患者平均在院日数	9.2	-	8.1	4.2	14.8	7.8	7.9	5.2	19.3	2015年	患者調査
在宅等生活の場に復帰した患者数 [0.1千人]	11.4	-	0	4	1.4	2.3	0.6	0.9	2.1	2015年	患者調査
(在宅等生活の場に復帰した患者の割合)	94.9	-	81.5	96.4	94.1	95.5	89.3	91.8	97.4		

○2015 年度 救急医療入院循環器系疾患 DPC 診療群分類における手術有り無しの割合



(出典: 第3回心血管疾患ワーキンググループ 資料1より一部改変)

○心不全において75歳以上の患者が占める割合



(出典: 厚生労働省 2014年患者調査)

○急性心筋梗塞と心不全の入院患者の推移



(出典: 日本循環器学会循環器疾患診療実態調査)

4 糖尿病

【対策のポイント】

- 糖尿病に関する正しい知識の普及啓発
- 糖尿病の早期発見のための特定健康診査及び適切な治療、静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、重症化予防のための保健指導を推進
- 安定期の治療を行う医療機関、専門治療・急性期合併症に対応する医療機関、慢性合併症の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、インスリン作用の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・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリンの作用不足を主要因とする1型糖尿病と、インスリン分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝子に、過食、運動不足、肥満、妊娠などの環境因子及び加齢により発症する2型糖尿病に分かれます。
- インスリン作用不足により高血糖が起こると、口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状が見られ、その持続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性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腎症、糖尿病神経障害、心筋梗塞、脳梗塞等の慢性合併症があります。
- 糖尿病が強く疑われる者は950万人であり、過去5年間で60万人増加しています。また、糖尿病の可能性が否定できない者は1,100万人です。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約317万人であり、年間1万3千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。
- 全糖尿病患者の11.8%が糖尿病神経障害を、11.1%が糖尿病腎症を、10.6%が糖尿病網膜症を、0.7%が糖尿病足病変を合併しています。全国で数10万人の患者に足切断のリスクが存在します。新規の人工透析導入患者は、約3万7千人であり、そのうち、糖尿病腎症が原疾患である者は約1万6千人(43.7%)です。
- 歯周病も糖尿病の合併症の一つですが、糖尿病の増悪因子でもあり、歯周病が重症であるほど糖尿病の血糖コントロールが不良になります。
- これら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。

イ 本県の状況

(死亡・り患の状況)

- 2015年の本県の糖尿病による死亡者は458人、死亡率(人口10万人当たり)は12.6で、全国の10.6に比べ高くなっています。
- 県内保健医療圏別の人口10万人あたりの糖尿病による死亡率は、熱海伊東、駿東田方、富士、志太榛原の4保健医療圏が、全県の12.6より高くなっています。
- 2014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11.9%、女性6.0%であり、予備群の割合は、男性12.3%、女性10.5%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)

- 本県の人口 10 万人当たりの糖尿病専門医数は 2.4 人で、全国平均 4.1 人と比較すると不足していると言えます。
- 本県の人口 10 万人当たりの糖尿病看護認定看護師数は 0.3 人で、全国平均 0.6 人と比較すると不足していると言えます
- 糖尿病療養指導士¹ (CDE) には、日本CDEと地域CDEがあり、本県の人口 10 万人当たりの日本CDE数は 10.7 人で、全国平均 14.3 人と比較すると不足していると言えますが、県内では地域CDEの資格試験が行われ、活躍しています。

(初期安定期治療の状況)

- 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 0.5、一般診療所数は 0.3 で、各々全国平均 0.9、0.3 と比較すると病院数は少ないと言えます。

(専門治療・急性増悪時治療の状況)

- 本県の人口 10 万人当たりの教育入院を行う医療機関数は 0.1 で、全国平均 0.1 と同程度です。

(慢性合併症治療の状況)

- 本県の人口 10 万人当たりの糖尿病足病変²の管理が可能な医療機関数は、1.7 です。
- 本県の人口 10 万人当たりの歯周病専門医の在籍する歯科医療機関数は、0.5 で、全国平均 0.6 よりやや少ないと言えます。

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することから、発症予防のためには生活習慣の改善が必要です。発症・合併症予防のために糖尿病に関する正しい知識の普及が不可欠です。
- 特定健康診査受診者データを分析し、その結果を見える化し、生活習慣との関連や地域差など、糖尿病の発症因子やリスクを住民に分かりやすく伝えることで、生活習慣改善及び発症予防の動機付けをすることが必要です。
- 糖尿病の初期は、自覚症状が乏しいことから、特定健康診査や職域での健康診査等を受診することが早期発見の鍵となるため、健康診査等の受診率を上げることが必要です。
- 糖尿病網膜症や糖尿病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病腎症の早期発見に努める必要があります。
- 糖尿病網膜症の早期発見のためには糖尿病と診断された時点からの定期的な眼科診察が必要です。
- 糖尿病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位です。糖尿病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することが必要です。

¹ 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。

² 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。

○足病変が合併することの認識の低さや網膜症による視力障害のため、足病変の発見や受診が遅れる傾向にあります。そのため、比較的若年の働き盛りの患者が足・趾切断を余儀なくされる例がみられます。糖尿病合併症としての足病変の頻度の高さとそれに対するフットケア³の重要性について啓発が必要です。

○歯周病は、糖尿病の増悪因子であるため、歯科医師との連携による適切な歯周病治療が必要です。また、糖尿病の血糖コントロール改善には歯周病治療による改善が良い影響を及ぼすとも言われているので、こうした知識の啓発も必要です。

(イ) 初期・安定期治療

○糖尿病は食事療法と運動療法が基本的治療ですが、薬物療法の併用により血糖コントロールを適切に行うことで合併症の発症を予防することができるため、治療中断の予防のためにかかりつけ医の定期的な受診が必要です。

○初めて糖尿病と診断された患者においても、すでに糖尿病腎症、糖尿病網膜症等を合併していることがあるため、糖尿病の診断時から各診療科が連携を図る必要があります。安定期の治療を行う医療機関、専門治療や急性合併症に対応する医療機関、慢性合併症の治療を行う医療機関との連携が必要です。

(ウ) 専門治療や急性合併症の治療

○糖尿病は、薬物による治療に併せて、食事療法や運動療法により血糖のコントロールをしていくことが重要となります。そのため、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士等の多職種の連携が必要です。

○県内では地域によっては医療機関が少ない現状があるため、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、教育入院等により集中的に治療と生活指導が受けられる体制が必要です。

○糖尿病の急性合併症に対応できる救急医療体制が必要です。

(エ) 慢性合併症の治療

○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。

○糖尿病の重症化による合併症である糖尿病腎症を予防するため、静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムや各地域版のプログラムの策定、普及が必要です。

(オ) 地域との連携

○糖尿病の発症予防、重症化予防を行う市町及び保険者等と糖尿病及びその合併症の治療を行う医療機関や薬局が、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。

³ フットケア:足に起こる病変の原因を追究し、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。

(2) 対策

ア 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
特定健診受診率	52.9% (2015年度)	70%以上	第3期医療費適正化計画の目標値	国法定報告
年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病腎症の患者数	522人 (2015年)	481人	健康日本 21 の算定方法に準じて算出	日本透析医学会統計調査

イ 施策の方向性

(ア) 発症・合併症予防

- 糖尿病の発症・重症化は食生活など生活習慣と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します。学校教育の場でも生活習慣病予防の啓発に取り組みます。
- 特定健康診査受診者の検査結果、生活習慣などのデータを分析し、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、生活習慣改善に向けた取組の動機付けとなるよう支援します。
- 特定健康診査の結果に基づき、適切な受診勧奨及び食事指導等の生活習慣改善のための保健指導ができるよう、保険者等に必要な助言支援等を行います。
- 歯周病がある人は糖尿病発症のリスクが高いことと、歯周病治療が糖尿病発症予防に有効であることを啓発します。歯周病を診察する歯科医は、糖尿病がないかどうか、かかりつけ医に相談することを促し、かかりつけ医は歯科医へ歯周病の治療を相談するよう促します。
- 歯周病検診において、歯周病と糖尿病との関係について啓発します。
- 養成機関と協力して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等へ啓発します。

(イ) 初期・安定期の治療

- 糖尿病が早期に確実に診断されるように、特定健康診査の結果に基づいた適切な受診勧奨を推進します。
- 糖尿病患者のかかりつけ医は定期的な診察により良好な血糖コントロールを目指した治療を継続し、急性憎悪時や糖尿病網膜症、糖尿病腎症等合併症の定期受診時には専門医療機関を紹介します。かかりつけ医は受診が途切れた患者に対して受診するように働きかけます。
- 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。

(ウ) 専門治療・急性憎悪時の治療、慢性合併症の治療

- 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への治療や慢性合併症の治療を行う専門医療機関との、地域での切れ目のない医療連携体制の整備を進めるほか、地域の医療機関間での患者情報の共有を進めます。
- 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化予防を図ります。

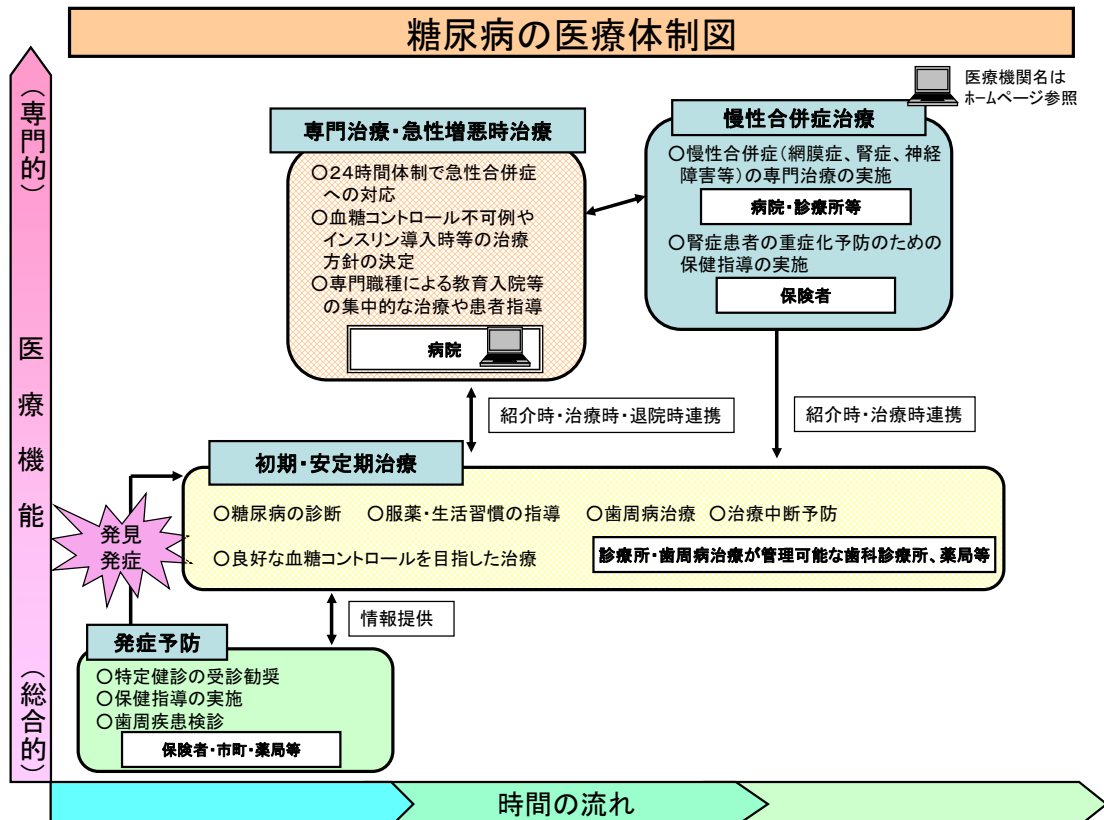
(エ) 地域との連携

- 医療従事者が地域での健康づくりや生活習慣病予防の活動に協力できる体制を作ります。
- 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や薬局において、情報共有や連携協力体制の構築を進めます。

(3) 糖尿病の医療体制に求められる医療機能

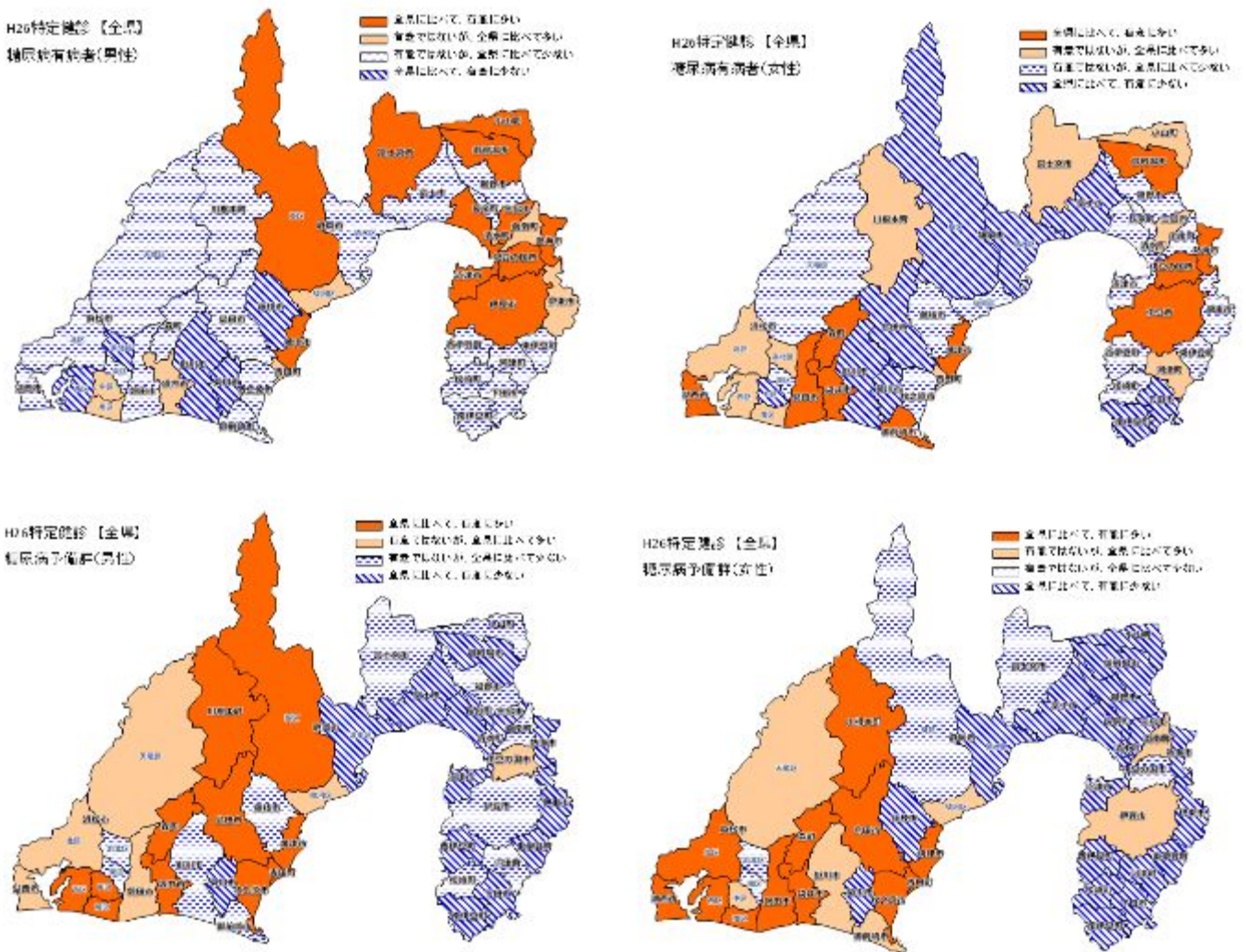
	発症予防	初期・安定期治療	専門治療・急性増悪時治療	慢性合併症治療	地域と連携
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○特定健診の受診勧奨 ○保健指導の実施 ○生活習慣に関する普及啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ○糖尿病の診断・耐糖機能異常の診断及び生活習慣の指導を実施 ○良好な血糖コントロールを目指した治療 	<ul style="list-style-type: none"> ○血糖コントロール指標を改善するために教育入院等の集中的な治療を実施 ○糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○慢性合併症(網膜症、腎症、神経障害等)の専門治療の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ○市町や保険者と連携
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険者・市町等による特定健診・保健指導の実施と受診勧奨 ・食及び運動習慣に関する普及啓発 ・歯周疾患の予防と早期発見 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の診断のための必要な検査を実施 ・食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールと専門的な指導及び治療中断予防のための指導を実施 ・専門治療や急性増悪時治療、慢性合併症治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 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病昏睡等、急性合併症の専門的治療を24時間実施 ・専門職種チームによる食事、運動、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的治療や患者指導(心理問題を含む。) ・糖尿病患者の妊娠に対応可能 ・食事療法、運動療法を実施するための設備がある ・初期・安定期や慢性合併症の治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 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の慢性合併症(糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害等)の専門的な検査・治療を実施 ・初期・安定期治療や専門治療・急性増悪時治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 ・保険者が医療機関と連携し、保健指導による重症化予防 	<ul style="list-style-type: none"> ・市町や保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合、患者の同意を得て、必要な協力を行う。 ・市町や保険者が保健指導するための情報提供を行う。 ・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協力体制を構築するなどして連携

(4) 糖尿病の医療体制図



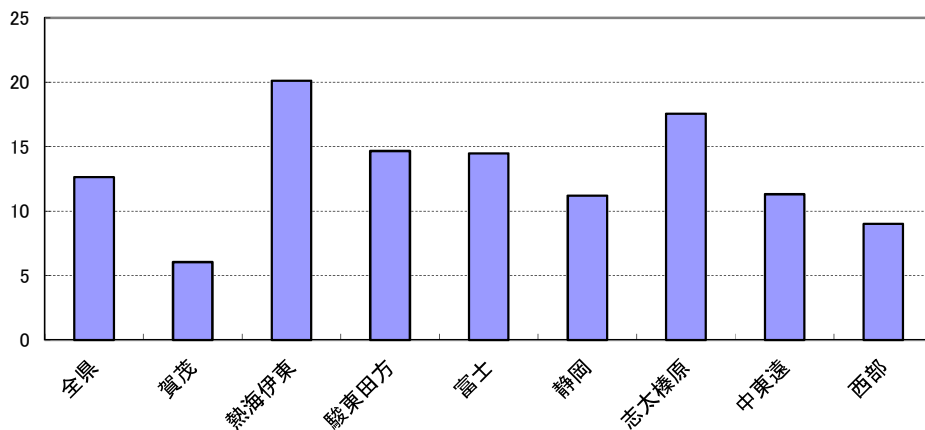
(5) 関連図表

○糖尿病有病者数



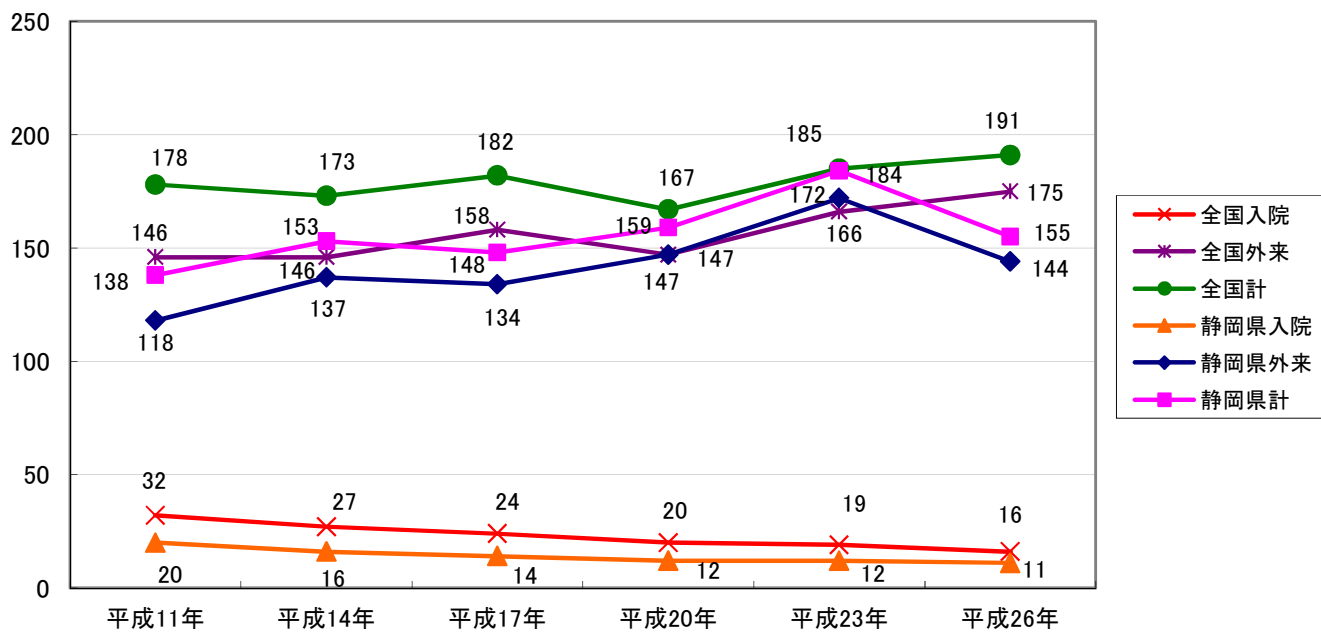
(出典：静岡県総合健康センター「静岡州市町別健康指標」)

○保健医療圏別の糖尿病死亡率（人口10万対）



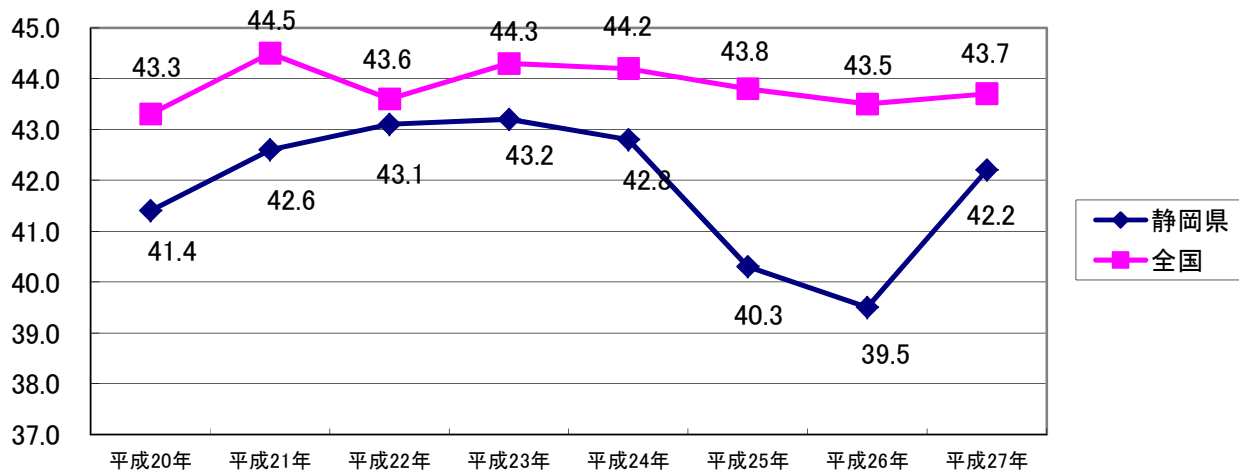
(出典：厚生労働省 2015年人口動態統計より)

○ 入院、外来別受療率（人口 10 万人対）



（出典：「平成 26 年患者調査」厚生労働省より算出）

○新規透析導入患者の糖尿病性腎症の割合



（出典：「わが国の慢性透析療法の現況」（社）日本透析医学会統計調査委員会）

○指標による現状把握

(医療従事者の状況)

指標名	全国	静岡県	二次保健医療圏								調査年	調査名等
			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 (10万人あたり)	-	90	-	4	15	9	21	9	6	26	平成26年	医師・歯科 医師・薬剤 師調査
	-	2.4	-	3.6	2.2	2.3	2.9	1.9	1.3	3		
糖尿病専門医数 (10万人あたり)	112.1	91	-	-	-	-	-	-	-	-	平成28年 10月24日 現在	日本糖尿病 学会
	4.1	2.4	-	-	-	-	-	-	-	-		
糖尿病指導士数 (10万人あたり)	389.2	405	-	-	-	-	-	-	-	-	平成28年 6月28日 現在	日本糖尿病 療養指導士 認定機構
	14.3	10.7	-	-	-	-	-	-	-	-		
糖尿病看護認定看護師数 (10万人あたり)	17.5	10	-	-	-	-	-	-	-	-	平成28年 11月1日 現在	日本看護 協会
	0.6	0.3	-	-	-	-	-	-	-	-		

(初期安定期治療の状況)

指標名	全国	静岡県	二次保健医療圏								調査年	調査名等
			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 (10万人あたり)	24.4	20	-	3	5	-	4	3	2	3	平成26年	医療施設 調査
	0.9	0.5	-	2.7	0.7	-	0.6	0.6	0.4	0.3		
糖尿病内科(代謝内科)を標榜する 一般診療所数 (10万人あたり)	9.1	12	-	-	4	-	3	2	1	2	平成26年	医療施設 調査
	0.3	0.3	-	-	0.6	-	0.4	0.4	0.2	0.2		

(慢性合併症治療の状況)

指標名	全国	静岡県	二次保健医療圏								調査年	調査名等
			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 (10万人あたり)	-	65	2	6	13	4	12	2	7	19	平成28年 3月31日	診療報酬 施設基準
	-	1.7	2.9	5.5	1.9	1	1.7	0.4	1.5	2.2		
歯周病専門医の在籍する歯科医 療機関数 (10万人あたり)	17	17	-	-	-	-	-	-	-	-	平成28年 11月15日 取得	日本歯周病 学会
	0.6	0.5	-	-	-	-	-	-	-	-		

5 肝炎

【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

(1) 現状と課題

ア 肝炎の医療

- 肝炎とは、肝臓の細胞が破壊されている状態であり、その原因は、ウイルス性、アルコール性、自己免疫性等に分類され、我が国では、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が多くを占めています。
- ウイルス性肝炎は、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。
- 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。

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 3.3～4.2 万人、C型 6 万～7.2 万人と推計されますが、そのほとんどは無症候性キャリア¹と想定されるため、治療が必要な患者は、B型が約 2 千人、C型が約 7 千人と推定されます。
- 2016 年度にウイルス性肝炎に関する医療費の助成を受けた人は、延べ 3,181 人となっています。

(死亡・り患の状況)

- 本県における 2016 年の人口 10 万人当たり肝がん死亡率は 22.4 人で、全国平均 (22.8 人) とほぼ同じになっています。
- 本県における 2013 年の人口 10 万人当たり肝がん罹患率は 13.9 人で、全国平均 (15.2 人) よりやや少なくなっています。
- 2015 年の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、富士医療圏及び静岡医療圏が高く、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院」を指定しました (2017 年 3 月現在 30 施設)。
- 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、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。
- 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、地域肝疾患診療連携拠点病院と連携した「肝疾患かかりつけ医」を登録 (2017 年 4 月現在 281 施設) し、ホーム

¹ 無症候性キャリア：病気を引き起こすウイルス等に感染しているが、無症状である人。

ページにより公表・周知しています。

(発生予防)

- 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、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2016・2017年度の2か年の緊急事業として実施しました。

ウ 医療提供体制

(ア) 肝炎ウイルス検査

- 肝炎ウイルス感染を発見し、早期の治療開始につなげるために、肝炎ウイルス検査は、大変に重要です。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、年間5万件前後で推移していますが、県民が生涯に1回は検査を受けるように、引き続き、肝炎に関する正しい知識を普及し、受検勧奨していく必要があります。
- 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について、職域への働きかけを行う必要があります。
- 2016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40,492件（うち陽性者191件：0.5%）、C型が40,050件（うち陽性者148件：0.4%）となっています。

(イ) 肝炎ウイルス検査陽性等のフォローアップ

- 市町、保健所、県委託医療機関及び全国健康保険協会静岡支部のいずれかが実施したB型・C型肝炎ウイルス検査の結果、陽性と判定された者に対し、初回精密検査の費用を助成しています。2016年度の助成件数は、57件です。
- 肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変又は肝がんの治療中又は治療後経過観察中である者に対し、定期的に受ける検査の費用の一部を助成しています。2016年度の助成件数は、6件です。
- 肝炎ウイルス検査陽性等に対し、市町、保健所及び県委託医療機関等における肝炎医療コーディネーターが中心となり、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。

(ウ) 肝炎患者に対する支援

- 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殖を抑制する治療）の医療費の助成事業を開始しました。
- 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、検査プランと肝機能等の血液検査、肝臓画像検査の概要を記入することができ、診療連携にも役立てることができる「肝臓病手帳²」を配付しています。

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1万5千部配布している。

(2) 対策

ア 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
肝疾患死亡率 (人口 10 万人当たり)	31.2 (2016 年)	27.0 (2022 年)	県の過去3年間の減少率 の維持	厚生労働省「人口 動態統計」
ウイルス性肝炎の死亡者数	100 人 (2016 年)	50 人 (2022 年)	半減を目指す	厚生労働省「人口 動態統計」

イ 施策の方向性

(ア) 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、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。
- 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。
- 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。

(イ) 肝炎ウイルス検査の受検勧奨と検査陽性者に対する受診勧奨

- 県民が肝炎ウイルス検査の必要性を自覚し、生涯に一度は検査を受検するように勧奨するとともに、検査陽性者の定期的、継続的な受診に向けたフォローアップを行います。
- 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³と連携し、職域における肝炎ウイルス検査の受検勧奨と肝炎ウイルス検査陽性者に対する受診勧奨を推進します。

(ウ) 肝炎医療を提供する体制の確保

- 肝炎患者等が、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。
- 「肝臓病手帳」の周知及び普及を進め、手帳を活用した肝疾患かかりつけ医と地域肝疾患診療連携拠点病院の連携促進により、肝炎医療連携体制の拡充を図ります。
- 肝炎医療コーディネーター養成研修を開催し、受講者を肝炎医療コーディネーターに認定するとともに、技能向上のための継続的な研修会や情報交換会を開催するなど、肝炎医療に携わる人材を育成します。

(エ) 肝炎患者等及びその家族に対する支援の充実

- 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。
- 肝炎医療コーディネーターによる肝疾患相談・支援センターや保健所等における相談支援を充実させます。

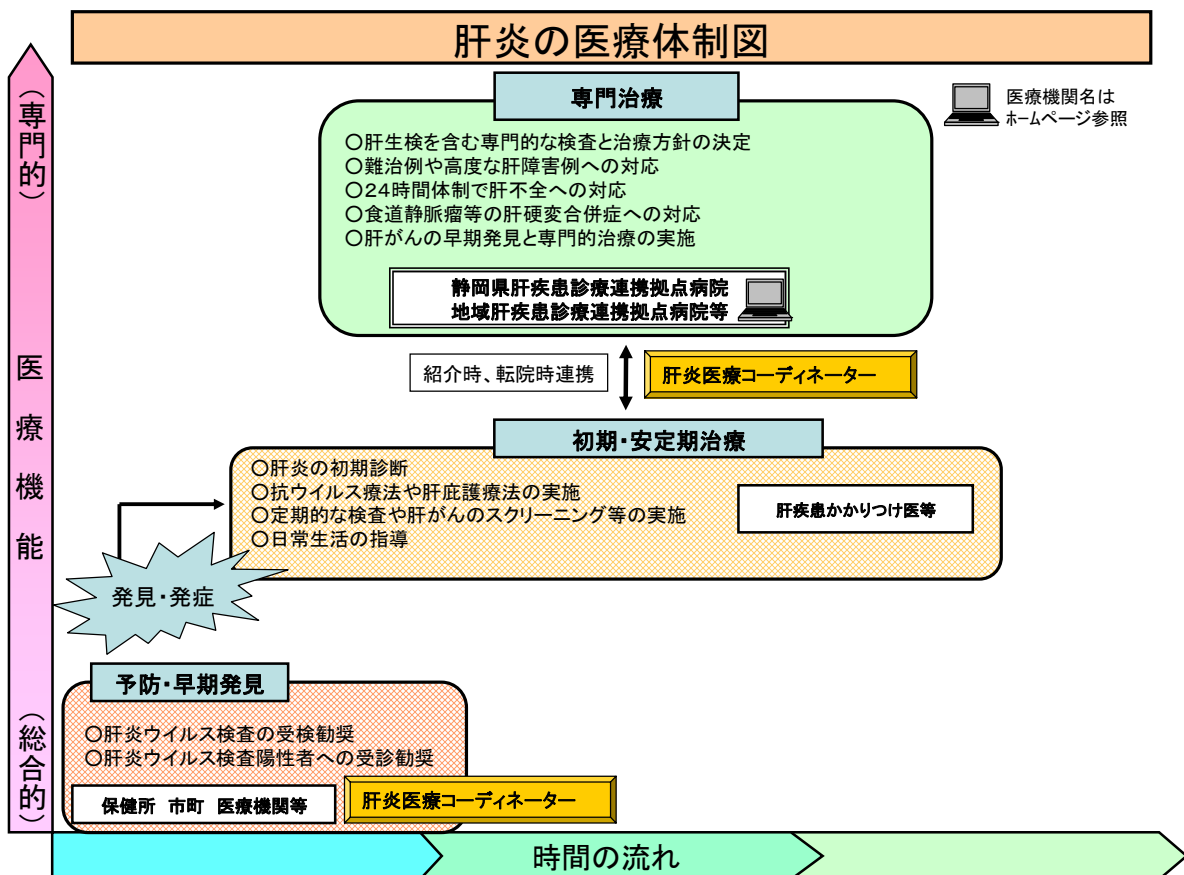
³ 肝炎医療コーディネーター：地域住民への肝炎に関する正しい知識の普及、肝炎ウイルス検査の受検勧奨、検査後の精密検査受診やフォローアップのための定期受診の勧奨、治療と就労の両立支援等を地域や職域で中心となって進める者。養成研修を受けた市町や保健所の保健師、医療機関の看護師、職域の健康担当管理者等。

- 肝炎患者及びその家族のために、保健所において相談会や交流会を開催します。
- 肝炎医療コーディネーターによる仕事と治療の両立支援を推進します。

(3) 「肝炎」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 	<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 ○肝炎患に関する専門医療機関との診療情報等の共有等による連携 	<ul style="list-style-type: none"> ○専門的な知識を持つ医師による診断と治療方針の決定 ○高度な知識を必要とする肝炎医療の実施 ○肝がんの高危険群の同定と正確な診断、高度な治療の実施 ○初期・安定期の治療を行う医療機関との連携
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・1歳に至るまでの者に対するB型肝炎ワクチンの定期接種の勧奨 ・中学・高校における思春期講座等の機会を活用した感染予防のための知識の普及 ・雇用主・従業員に対する肝炎に対する知識の普及・啓発活動の実施 ・肝炎医療コーディネーターの活用による職域における受検勧奨 ・肝炎ウイルス検査陽性者に対する受診勧奨や初回精密検査費用助成によるフォローアップの実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・肝炎患者等が、身近な医療機関で、継続して治療を受けられるための「肝疾患かかりつけ医」等による初期診断などの実施 ・肝炎の初期診断に必要な検査の実施 ・抗ウイルス療法や肝庇護療法の実施(専門治療を行う医療機関との連携による治療を含む。) ・肝臓病手帳を活用した定期的な検査の実施(肝機能検査、肝がんのスクリーニング(1次)検査等) ・地域肝疾患診療連携拠点病院との診療情報や治療計画の共有等による連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・2次保健医療圏において「肝疾患かかりつけ医」等と「地域肝疾患診療連携拠点病院」との連携による診療体制の確保と診療の質の向上 ・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



(5) 関連図表

○肝炎患者数の推定

	全国		静岡	
	B型	C型	B型	C型
キャリア ※1	110～140 万人	200～240 万人	3.3～4.2 万人	6～7.2 万人
内無症候性	100～130 万人	150～190 万人	3～3.9 万人	4.5～5.7 万人
患者 ※2	6 万 1 千人	24 万 8 千人	1,830 人	7,440 人

※1 出典：2004 年度厚労科学研究費補助金肝炎等克服緊急対策研究事業報告書（吉澤班）
静岡県の感染者数は全国推計値に静岡県人口比率 3 % を乗じて算出

※2 出典：第 13 回肝炎対策推進協議会（田中委員発表資料）（2015 年 2 月 26 日開催）
患者数は 2011 年度患者調査特別集計による。
静岡県の患者数は全国推計値に静岡県人口比率 3 % 乗じて算出

○肝がん罹患率(人口 10 万人当たり)の推移

	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
全国	19.4	18.8	16.9	16.5	15.2
静岡県			21.8	16.6	13.9

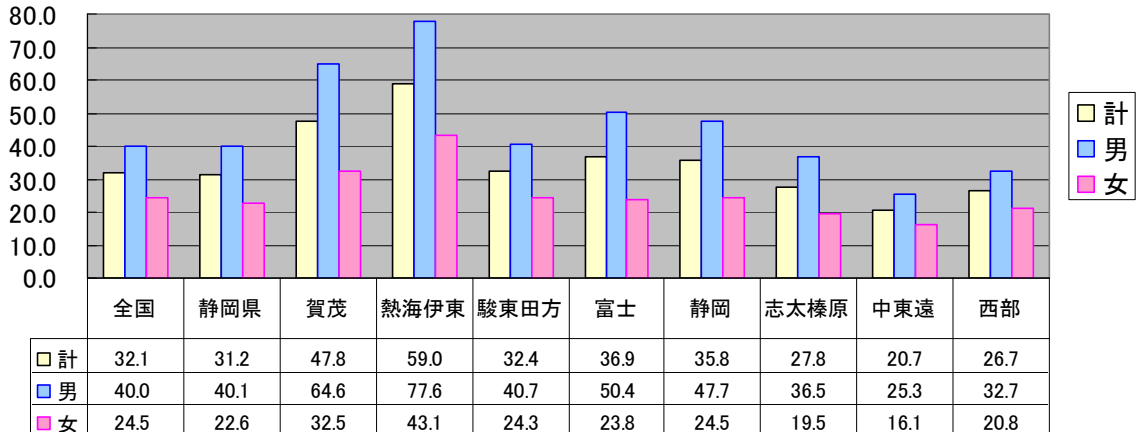
出典：（全国）独立行政法人 国立がん研究センター がん情報センター がん登録・統計
（静岡県）静岡県地域がん登録報告書
肝がん：肝及び肝内胆管の悪性新生物

○肝疾患による死亡者数・死亡率の推移

平成	区分	ウイルス性肝炎		肝硬変		肝がん		計	
		全国	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県
2012年	死亡者数	5,240人	168人	8,155人	219人	30,690人	883人	44,085人	1,270人
	死亡率	4.2	4.5	6.5	5.9	24.4	23.6	35.1	34.6
2013年	死亡者数	4,882人	158人	7,953人	178人	30,175人	882人	43,010人	1,218人
	死亡率	3.9	4.3	6.3	4.9	24.0	24.1	34.2	33.3
2014年	死亡者数	4,747人	126人	7,800人	184人	29,543人	835人	42,090人	1,145人
	死亡率	3.8	3.5	6.2	5.1	23.6	23.0	33.6	31.5
2015年	死亡者数	4,514人	153人	7,649人	186人	28,889人	855人	41,052人	1,194人
	死亡率	3.6	4.2	6.1	5.1	23.1	23.6	32.8	32.9
2016年	死亡者数	3,848人	100人	7,702人	219人	28,528人	808人	40,078人	1,127人
	死亡率	3.1	2.8	6.2	6.1	22.8	22.4	32.1	31.2

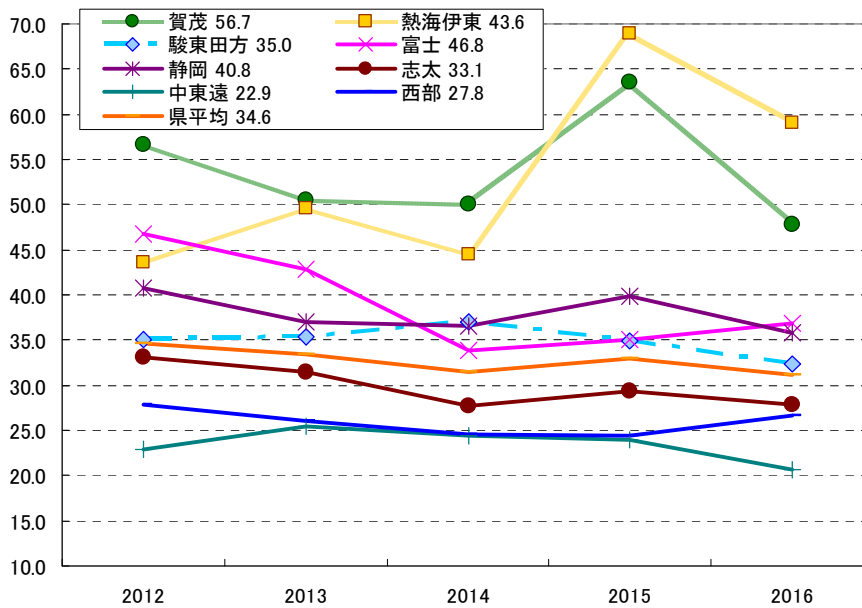
出典：人口動態調査（厚生労働省）のうち「01400ウイルス性肝炎」、「11301肝硬変（アルコール性を除く）」、「02106肝及び肝内胆管の悪性新生物」を掲出
死亡率は人口10万当たりの死亡率（死亡者数）を算出

○医療圏別の肝疾患死亡率(人口 10 万人当たり/2016 年)



出典：平成28年人口動態調査（厚生労働省）のうち「01400ウイルス性肝炎」、「11301肝硬変（アルコール性を除く）」、「02106肝及び肝内胆管の悪性新生物」を掲出
死亡率は平成28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

○医療圏別の肝疾患死亡率の推移(人口 10 万人当たり)



○ウイルス性肝炎による死亡数

2016 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	100	3	6	15	9	17	17	13	20
	男	40	3	2	7	5	5	6	5	7
	女	60	0	4	8	4	12	11	8	13
01401 B型ウイルス肝炎	総数	8	0	1	2	1	2	0	1	1
	男	4	0	0	1	1	0	0	1	1
	女	4	0	1	1	0	2	0	0	0
01402 C型ウイルス肝炎	総数	86	2	5	12	7	13	16	12	19
	男	32	2	2	6	3	3	6	4	6
	女	54	0	3	6	4	10	10	8	13
01403 その他のウイルス肝炎	総数	6	1	0	1	1	2	1	0	0
	男	4	1	0	0	1	2	0	0	0
	女	2	0	0	1	0	0	1	0	0

出典：「静岡県人口動態調査」

○肝炎ウイルス検査の実施状況

年度	受検者区分	健康増進事業		特定感染症検査等事業		計
		40歳検診	40歳以外 検診※3	保健所 検査	委託医療機関 検査	
2010	B型(人)	2,097	14,378	2,692	5,862	25,029
	陽性者(人)※1	12	140	10	64	226
	陽性者率	0.57%	0.97%	0.37%	1.09%	0.90%
	C型(人)	2,099	14,386	1,335	5,867	23,687
	陽性者(人)※2	8	130	13	96	247
	陽性者率	0.38%	0.90%	0.97%	1.64%	1.04%
2011	B型(人)	4,373	34,268	2,599	9,443	50,683
	陽性者(人)	22	224	12	85	343
	陽性者率	0.50%	0.65%	0.46%	0.90%	0.68%
	C型(人)	4,425	34,668	1,216	9,439	49,748
	陽性者(人)	1	171	20	102	294
	陽性者率	0.02%	0.49%	1.64%	1.08%	0.59%
2012	B型(人)	4,469	35,547	2,654	11,253	53,923
	陽性者(人)	18	222	23	77	340
	陽性者率	0.40%	0.62%	0.87%	0.68%	0.63%
	C型(人)	4,598	35,990	1,381	11,253	53,222
	陽性者(人)	4	153	22	98	277
	陽性者率	0.09%	0.43%	1.59%	0.87%	0.52%
2013	B型(人)	4,603	36,703	2,862	8,925	53,093
	陽性者(人)	16	223	8	55	302
	陽性者率	0.35%	0.61%	0.28%	0.62%	0.57%
	C型(人)	4,664	37,288	1,642	8,926	52,520
	陽性者(人)	6	156	17	63	242
	陽性者率	0.13%	0.42%	1.04%	0.71%	0.46%
2014	B型(人)	4,438	36,934	2,977	9,442	53,791
	陽性者(人)	12	217	7	90	326
	陽性者率	0.27%	0.59%	0.24%	0.95%	0.61%
	C型(人)	4,561	37,644	1,959	9,451	53,615
	陽性者(人)	5	123	7	74	209
	陽性者率	0.11%	0.33%	0.36%	0.78%	0.39%
2015	B型(人)	4,437	39,180	2,429	9,238	55,284
	陽性者(人)	8	225	13	44	290
	陽性者率	0.18%	0.57%	0.54%	0.48%	0.52%
	C型(人)	4,524	39,767	1,523	9,239	55,053
	陽性者(人)	3	118	7	60	188
	陽性者率	0.07%	0.30%	0.46%	0.65%	0.34%
2016	B型(人)	4,395	25,960	2,172	7,965	40,492
	陽性者(人)	7	138	5	41	191
	陽性者率	0.16%	0.53%	0.23%	0.51%	0.47%
	C型(人)	4,475	26,332	1,279	7,964	40,050
	陽性者(人)	7	97	6	37	148
	陽性者率	0.16%	0.37%	0.55%	0.46%	0.37%

※1：HBs抗原検査において「陽性」と判定された者(人)

※2：「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)

※3：40歳検診以外の対象者への検診

出典：静岡県特定感染症検査等事業実績

厚生労働省「健康増進事業における肝炎ウイルス検診等の実績」「特定感染症検査等事業における肝炎ウイルス検査等の実績」

6 精神疾患

【対策のポイント】

- 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

(1) 現状と課題

ア 精神疾患の医療

- 精神疾患は、2014年の患者調査によると全国で390万人を超える水準となっています。我が国での調査結果では、国民の4人に1人（25%）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。また、WHOによると世界で1,000人に7人（0.7%）が統合失調症に罹患しています。
- 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がありますが、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、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。
- 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、膵疾患、膠原病、悪性腫瘍、脳血管障害など身体疾患でもうつ状態を呈することに留意し、また、躁うつ病（双極性感情障害）、認知症、統合失調症などの精神疾患との鑑別も考慮する必要があります。さらに、アルコール依存症との併存や、身体疾患の治療目的で使用されている薬物によるうつ病にも注意が必要です。うつ病の診断には、上記の鑑別診断を考慮に入れた詳細な問診が不可欠であり、心

理検査を補助的に用いることがあります。治療は、抗うつ薬を中心としつつ、認知行動療法等の精神療法など非薬物療法も行われています。

- 全国の自殺者数は、人口動態統計調査によると、1998年から2009年まで連続で3万人を超える水準であったものが、2010年以降は3万人を切り、減少傾向にあります。自殺にいたる要因のうち、健康問題の中では、うつ病が多くをしめています。
- 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働能力の低下などにより、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。
- 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関を受診する子どもの数は増加しており、近年では初診までの待機日数の長期化が常態化しています。長期的視点に立てば、児童精神科医療の充実は、子どもの心の問題の遷延化を防ぎ、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ます。

イ 本県の状況

(精神科病院等の状況)

- 2017年4月1日現在、精神病床を有する県内の病院数は40病院（休棟2病院を含む）、精神科病院（精神病床のみを有する病院）数は32病院で、精神病床数は、6,731床となっています。また、精神科を主たる診療科目として標榜する診療所の数は、2014年度の医療施設調査では55診療所となっています。精神科病院の医師数は、2014年度の病院報告では235人となっています。

(精神科病院の入院患者の状況)

- 県内の精神科病院に入院している人は、精神科病院月報によると2017年3月末現在5,509人で、5年前（2012年3月末現在6,014人）と比べ505人、約8.4%減少しています。また、県内の精神病床における入院患者の平均在院日数は、2016年度は228.5日で、5年前（2011年度270.0日）と比べ41.5日短くなっています。これは、治療技術の向上、抗精神病薬の開発等、精神障害に関する医療環境が改善されていることや障害福祉サービス事業所の整備が進んできたことなどから、早期退院が可能になったためと考えられます。
- 一方で、1年以上の長期入院患者は、2016年6月末現在3,518人と、全体の62.5%を占めています（厚生労働省精神保健福祉資料）。病状が安定し、退院しても家族の受入体制がない、経済的な不安、地域生活の受け皿となる障害福祉サービス事業所や地域生活を支援するサービスが少ないなど、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者が相当数に上るものと推測されています。

(精神科救急の状況)

- 2017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、輪番型病院6施設となっています。2016年度の夜間・休日における精神医療相談窓口での相談件数は13,227件、精神科救急情報センターへの電話相談件数は3,956件となっています。また、2016年度の夜間・休日の受診件数は1,312件、入院件数は668件であり、受診件数は横ば

いで推移していますが、入院件数は増加しています。

(疾患ごとの患者の状況) ※一般病院の患者数を含む。

【統合失調症】

○2014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43,583人、入院患者数は7,747人です。

○統合失調症は、およそ100人に1人弱がかかる頻度の高い病気ですが、新しい薬の開発と心理社会的ケアの進歩により、初発患者のほぼ半数は、治療により寛解後、長期的な回復を期待できるようになりました。

【うつ病・躁うつ病(双極性感情障害)】

○2014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)の外来患者数は71,319人、入院患者数は4,068人です。

【依存症】

○2014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者の外来患者数は1,388人、入院患者数は568人、薬物依存症の外来患者数は153人、入院患者数は86人、ギャンブル等依存症者の外来患者数は15人です。

【心的外傷後ストレス障害(PTSD)】

○PTSDと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あり、2014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323人、入院患者数は10人です。

【高次脳機能障害】

○国立障害者リハビリテーションセンターが高次脳機能障害支援モデル事業で行った調査によると、医療機関の受療の有無にかかわらず、高次脳機能障害は全国に27万人、本県では8,000人と推計されています。

【摂食障害】

○2014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803人、入院患者数は281人です。

○摂食障害には拒食症と過食症があり、厚生労働科学研究において、医療機関の受療の有無にかかわらず、摂食障害患者は、女子中学生の100人に1~2人、男子中学生の1,000人に2~5人と推計されています。

【てんかん】

○2014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11,588人、入院患者数は2,485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らず、てんかん患者は、1,000人あたり7.71人と推計されています。

○てんかんは、多くの患者が適切な抗てんかん薬を服用することで、発作が止まり、通常の社会生活を支障なく送ることができる一方で、専門医療が必要な患者が専門医療に必ずしも結びついていないと言われています。

(身体合併症の状況)

○2014年に精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患者数は482人です。

○精神科病院に入院中の患者が、専門的かつ高度な医療（精密検査や外科的治療、放射線治療）を必要とした場合、精神科治療と併せ一般科病院の専門的入院治療が可能な受入病院は聖隷三方原病院のみであり、各医療圏域の中で探すことが困難な状況にあります。

（自殺者の状況）

○2016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80人少ない602人となりました。

○職場や地域では、人と人とのつながりが薄れ、不安や孤独感を抱える人が増加し、さらに、健康・経済問題等のストレスが原因でうつ病等のこころの健康問題を抱え、自殺に至るケースもあります。本県の自殺者数は、1998年以降、16年連続700人台から800人台の高水準で推移していましたが、2010年をピークに減少傾向にあり、若年層については、おおむね横ばい状態にあります。

（医療観察法における対象者への状況）

○「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（「医療観察法」）により、心神喪失又は心神耗弱の状態で、重大な他害行為を行った場合、医療観察法に基づく審判決定により入院又は通院による医療を受けることとなります。通院決定を受けた人数は2014年4月から2017年3月末まで18人となっています。

（児童・思春期精神疾患の状況）

○2014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）の外来患者数は8,612人、入院患者数は174人です。

○児童虐待やいじめなど、子どもをめぐる様々なストレスを背景として、不登校、ひきこもり、発達障害児の二次障害、自傷・自殺、性的逸脱行動、反社会的行動など、子どもの心の問題は深刻化・多様化しています。

ウ 医療提供体制

○多様な精神疾患ごとに対応できる医療機関を明確にし、患者本位の医療を提供できるよう、精神疾患の医療連携体制を構築する必要があります。また、精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域づくりのために、医療、保健、福祉の連携を進める必要があります。

（ア）適正な医療の確保等

○患者本位の医療を実現していくことが重要であり、精神障害のある人に対する適切な医療及び保護の確保の観点から、人権に最大限配慮した医療を提供する必要があります。

○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や精神医療の体制の整備を図るとともに、精神障害のある人が地域の一員として安心して生活できるよう精神疾患に対する理解の促進を図る必要があります。

○また、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も必要です。

（イ）多様な疾患ごとの医療連携体制の構築

○精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくありません。また、重症化してから入院すると、治療

が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もあります。

- このため、統合失調症、うつ病・躁うつ病(双極性感情障害)、依存症、PTSD、高次脳機能障害、摂食障害、てんかんなど多様な精神疾患ごとに対応できる医療機関を明確にし、早期に必要な精神科医療が提供される医療体制の確保が必要です。
- 富士圏域では、富士市医師会を中心として、一般医と精神科医との連携による、うつ病の早期発見・早期利用を目的とする「紹介システム」の構築に先駆的に取り組んでいますが、うつ病・躁うつ病(双極性感情障害)患者の早期発見・早期治療のためには、より一層、一般かかりつけ医と連携した、医療提供体制を構築する必要があります。
- 2017年度策定した「静岡県アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、アルコール依存症に対応できる医療機関を明確にし、関係機関間の連携を強化し、患者・家族への相談支援や啓発のための体制を充実するなど地域連携体制を構築する必要があります。
- 「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律」が2016年6月1日に施行され、薬物依存症者の再使用防止に向け、保護観察所と医療・保健・福祉機関・民間支援団体との緊密な連携体制の構築が必要です。
- 身近な事件や事故に遭遇した人の中には、強いストレスのため少なからずところに深い傷を負い、特に、児童・生徒は大きな精神的ショックを受けやすいため、ストレスの長期化によるPTSD(心的外傷後ストレス障害)の発症を未然に防止する必要があります。
- 高次脳機能障害は、外見からでは分かりにくい障害であり、治療から就労に至るまでの連続したケアや福祉制度の狭間となり、障害に対する理解や適切な支援が求められています。このため、高次脳機能障害支援拠点機関に相談支援コーディネーターを配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行い、医療及び福祉関係者による地域連携体制を構築する必要があります。
- 摂食障害患者が早期に適切な支援を受けられるように、摂食障害治療支援センターによる他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との調整を行い、地域連携体制を構築する必要があります。
- 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、包括的ケアシステムが求められています。てんかん診療拠点機関による他医療機関への研修・技術的支援、患者・家族への技術的支援、関係機関との調整を行い、地域連携体制を構築する必要があります。

(ウ) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 長期入院している精神障害のある人の地域移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、地域における保健・医療・福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のないあらゆる人が共生できる包摂的な(インクルーシブ)な社会を構築する必要があります。このため、精神障害のある人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要があります。

(エ) 精神科救急体制

- 在宅の精神障害のある人の急性増悪等に対応できるよう、24時間365日対応できる精神科救急医療のシステムの整備や精神医療に関する相談窓口の設置等体制を整備する必要があります。

(オ) 身体合併症

○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。

(カ) 自殺対策

○自殺の大きな危険因子であるうつ病について、早期発見、早期治療に結び付ける取組に合わせて、精神科医療提供の充実や、地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・教育等の関係機関・関係団体のネットワークの構築を図る必要があります。

(キ) 医療観察法における対象者への医療提供体制

○医療観察法により、地域社会における処遇が適正かつ円滑に実施されるよう、静岡保護観察所と精神保健福祉関係機関が連携して取り組む必要があります。

(ク) 児童・思春期精神疾患の医療提供体制

○精神障害のある子どもたちが適切な支援や治療を受け、回復し、地域社会で健やかに生活していくためには、児童精神科医療体制を充実させることが必須の条件です。さらに、児童精神科医療機関が中核となって、福祉・教育・保健・司法等を含む関係領域が連携し、包括的な支援を行うことが重要となってきます。

(2) 対策

ア 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
精神科病院1年以上の長期 在院者数	3,518人 (2016.6.30) ※暫定値	3,232人 (2020年度)	地域移行や治療の高度化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	57.8% (2016.6.30) ※暫定値	69%以上 (2020年度)	第5期障害福祉計画に係る基本指針に示す国の目標値に合わせる。	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6か月時 点退院率	79.1% (2016.6.30) ※暫定値	84%以上 (2020年度)	第5期障害福祉計画に係る基本指針に示す国の目標値に合わせる。	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1年時点 退院率	88.6% (2016.6.30) ※暫定値	90%以上 (2020年度)	第5期障害福祉計画に係る基本指針に示す国の目標値に合わせる。	厚生労働省「精神保健福祉資料」より算出

イ 施策の方向性

(ア) 適正な医療の確保等

○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、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めます。

○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提供体制の整備を促進します。

○新規入院患者については、精神病床を急性期、回復期、慢性期に機能分化し、入院中の処遇の

改善や患者のQOL（生活の質）の向上を図りつつ、できる限り1年以内の退院となるよう、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します。

○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、薬局による服薬情報の一元的・継続的把握、薬学的管理・指導を促進します。

(イ) 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、情報発信や人材育成、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の支援を行う県下全域の拠点病院を明確にし、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】

○アルコール、薬物等による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、服部病院、聖明病院、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。

【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。

【高次脳機能障害】

○高次脳機能障害者が身近な地域で適切なケアを受けられるように、圏域ごとに地域リハビリテーション関係医療機関、高次脳機能障害支援拠点機関、就労支援関係機関、健康福祉センター等との連携により相談支援体制の充実を図るほか、聖隷三方原病院リハビリテーション科を全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

【摂食障害】

○摂食障害は、適切な治療と支援によって回復が可能な疾患である一方、専門とする医療機関が少ないことから、患者が身近な地域で適切なケアを受けられるように、浜松医科大学附属病院、県立こども病院、県立こころの医療センターを全域拠点機関とし、医療連携体制の充実等を図ります。

【てんかん】

○てんかんは、適切な診断、手術や服薬等により症状を抑えることができる又は治癒する場合もあり、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援体制を充実し、てんかんに関する正しい知識や理解の普及啓発を推進するとともに、静岡てんかん・神経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。

(ウ) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 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するとともに、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。
- 精神障害のある人が地域で安心して生活し続けることができるように、地域における居住環境及び生活環境の一層の整備や精神障害のある人の主体性に応じた社会参加を促進するための支援を行い、地域で生活しながら医療を受けることができるように、精神障害のある人の精神疾患の状態やその家族の状況に応じていつでも必要な保健医療サービス及び福祉サービスを提供できる体制を確保し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを推進します。

(エ) 精神科救急体制

- 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口の設置等の医療へアクセスするための体制の整備を推進します。
- 休日、夜間に対応する常時対応型病院として、沼津中央病院、鷹岡病院、清水駿府病院、聖隷三方原病院を、輪番型病院として溝口病院、県立こころの医療センター、焼津病院、藤枝駿府病院、川口会病院、服部病院を、後方支援病院として県立こころの医療センターを配置し、精神科救急を推進します。

(オ) 身体合併症

- 精神疾患を有する患者が身体合併症の専門的入院治療を必要とした場合に、総合病院等に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（コンサルテーション・リエゾン）を圏域ごとに設けており、24時間体制で身体合併症の入院治療と精神科医療を実施できる聖隷三方原病院を全域拠点機関とし構築します。

(カ) 自殺対策

- 誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して、2017年度に策定した「いのち支える“ふじのくに”自殺総合対策行動計画」に基づき、県、市町が一体となり、関係機関との連携のもと自殺対策を行うとともに、地域における相談体制の充実を図ります。
- 自殺の危険を示すサイン（不眠等）に気づき、声をかけ、話を聴いて必要な支援につなげるゲートキーパーの養成等を関係機関と連携を図りながら進めます。
- 若年層の自殺予防を図るため、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法について周知するほか、職場におけるメンタルヘルス対策を推進します。
- 自殺未遂者に対する良質かつ適切な治療の実施が必要であることから、浜松医科大学附属病院、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、地域医療連携体制を構築します。

(キ) 医療観察法における対象者への医療

- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の社会復帰と地域生活の支援を図るため、指定医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、指定通院医療機関や関係機関と協働して地域処遇の実施体制の確立を図ります。

(ク) 児童・思春期精神疾患の医療連携体制の構築

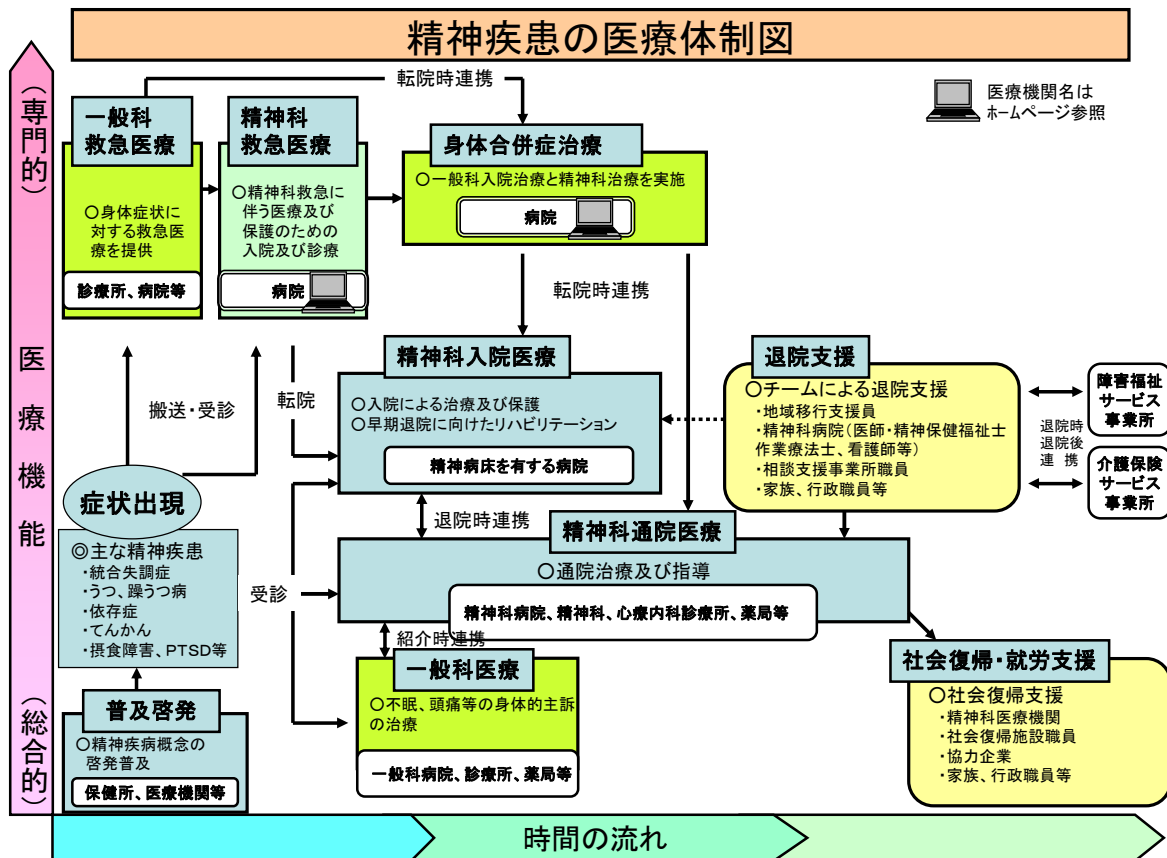
- 児童・思春期精神疾患の子どもたちが適切な支援や治療を受け、回復し、地域社会で健やかに

生活していくために、浜松医科大学附属病院、国立病院機構天竜病院、県立こども病院、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。

(3) 精神疾患の医療体制に求められる医療機能

	普及啓発	一般科医療	一般科救急医療	精神科救急医療	身体合併症治療	精神科入院医療		精神科通院医療	社会復帰・就労支援
ポイント	○精神疾患概念の啓発普及	○不眠、頭痛等の身体的主訴の治療	○身体症状に対する救急医療を提供	○精神科救急に伴う医療及び保護のための入院及び診療	○一般科入院治療と精神科治療を実施	○入院による治療及び保護 ○早期退院に向けたリハビリテーション	○チームによる退院支援	○通院治療及び指導	○社会復帰支援
機能の説明	・精神疾患の理解を推進 ・啓発のための広報活動	・プライマリケアにおけるうつ病等の治療 ・身体合併症の治療 ・精神科入院・通院医療を行う医療機関との連携	・身体症状に対する救急医療 ・精神科救急医療や身体合併症治療を行う医療機関との連携	【精神科救急医療施設】 ・休日・夜間等の精神科急性症状に対する救急医療を実施 ・24時間365日対応できる精神医療相談窓口の機能強化	・24時間体制で、身体合併症の入院治療と精神科医療を実施 ・精神科入院医療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携	・精神疾患の専門的な入院治療を実施 ・退院に向けた生活リハビリテーションの実施	・退院可能精神障害者の在宅療養に向けた支援を実施	・専門的な精神疾患の治療 ・精神科入院医療、身体合併症治療、一般科医療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携	・地域で継続した療養生活、社会復帰の支援 ・精神科通院医療を行う医療機関との連携

(4) 精神疾患の医療体制図



(5) 関連図表

○ 指標による現状把握

(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)	1,195 人	2016.6.30 (※暫定値)	厚生労働省精神保健福祉資料
回復期 (3～12か月未満)	917 人		
慢性期 (12か月以上)	3,518 人		

(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
57.8%	79.1%	88.6%	2016.6.30 (※暫定値)	厚生労働省精神保健福祉資料

○ 県内の精神科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
2012.3末	6,014 人	22 人	2,394 人	3,585 人	13 人	—
2013.3末	5,868 人	24 人	2,453 人	3,376 人	15 人	0.98%
2014.3末	5,677 人	26 人	2,405 人	3,232 人	14 人	0.97%
2015.3末	5,660 人	30 人	2,357 人	3,255 人	18 人	1.00%
2016.3末	5,560 人	27 人	2,289 人	3,229 人	15 人	0.98%
2017.3末	5,509 人	35 人	2,547 人	2,913 人	14 人	0.99%

(資料：精神科病院月報により県が集計)

○ 精神病床における再入院の状況

	退院後3か月時点		退院後6か月時点		退院後12か月時点	
	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県	全国
全再入院患者	24%	23%	31%	30%	37%	37%
1年未満入院患者	21%	20%	29%	28%	35%	36%
1年以上入院患者	41%	37%	42%	40%	44%	43%

(出典：厚生労働省「平成26年度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	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
外来受診者	1,408	1,369	1,455	1,417	1,538	1,530	1,511	1,312
うち入院者	554	546	551	548	650	643	625	668
入院の割合	39.3%	39.9%	37.9%	38.7%	42.3%	42.0%	41.4%	50.9%

(資料：精神科救急医療月報により県が集計)

○ 年齢階層別自殺者の状況

区 分		2012年	2013年	2014年	2015年	2016年
死亡総数	人数(A)	38,194人	38,393人	38,342人	39,518人	39,293人
自殺	人数(B)	751人	759人	674人	682人	602人
	割合(B/A)	2.0%	2.0%	1.8%	1.7%	1.5%
自殺の年齢内	19歳以下	12人	13人	12人	14人	13人
	20歳以上	83人	80人	67人	63人	65人
	30歳以上	97人	103人	93人	87人	76人
	40歳以上	117人	128人	123人	130人	115人
	50歳以上	105人	136人	117人	118人	105人
	60歳以上	147人	122人	119人	130人	99人
	70歳以上	117人	109人	98人	84人	76人
	80歳以上	73人	68人	45人	56人	53人
	不詳	0人	0人	0人	0人	0人
人口10万人当たり死亡率 (静岡県)		20.4人	20.7人	18.5人	18.7人	16.6人
人口10万人当たり死亡率 (全国)		21.0人	20.7人	19.5人	18.5人	16.8人
死因順位・静岡県 (全国)		8位 (7位)	8位 (7位)	8位 (8位)	9位 (8位)	8位 (8位)

(出典：厚生労働省「人口動態統計」)

6-2 発達障害

【対策のポイント】

- 発達障害の診断機会の確保
- 医療と福祉、教育などとの連携
- 医療の地域偏在の解消

(1) 現状と課題

ア 発達障害の現状

- 発達障害者支援法では、「発達障害」とは、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」と定義されています。
- 発達障害者支援法の施行から10年が経過し、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、療育手帳及び精神障害者保健福祉手帳所持者数は2016年度末で1,499人と、2012年度末の891人と比べて、増加率68%と大幅に増加しています。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、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います。また、より適切な発達支援等を行うため、県立の診療所を付設しているほか、2012年度から沼津市内にサテライト（発達障害者支援センター（東部））を設置しています。
- 健診でのスクリーニングにおいて、地域の医療機関（または医師）の協力を得ていますが、東部地域を中心に診断・検査を行う低年齢を対象とする小児科の医療機関の確保が困難な状況にあります。

- 発達障害者支援センターの相談のうち、40.9%は診断・相談・支援を受けられる機関を知りたいというもので、最多になっています（2016年度）。また、発達障害専門医は全国的に不足していますが、特に地域の拠点となる医療機関がない東部地域では、低年齢の発達障害児の診断、発達検査、知能検査を行う小児科の医療機関が他地域に比較して極端に不足しています。
- 本県では、2010年度に児童・青年期精神医学の診療能力を有する医師の育成、地域の児童精神医療に関する研究の促進、養成された専門医の県内定着などを目的に、浜松医科大学に寄附講座を設置し、人材育成に努めています。寄附講座では、児童精神科を目指す後期臨床研修医を全国より募集して県内の病院で臨床研修を行い、その後県内の医療機関等で勤務を開始しています。2016年度までの7年間に、24名が研修を修了し、うち22名（中部10名、西部12名 2017年4月1日時点）が県内の病院に配置されています。

ウ 医療提供体制

- 発達障害に係る医療機関の情報が不足しているため、定期的に発達障害に対応した医療機関の調査を実施し、医療機関に係る情報の共有化を図ることが必要です。
- 地域において、発達障害の診断に対応できる医師や心理士を確保するため、発達障害を専門とする小児神経科医や児童精神科医の確保は長期的な視点に立って、地域で継続的に養成・確保するための拠点や体制の整備が必要です。また、看護師等の医療従事者の発達障害への理解促進も求められます。
- 発達障害の診断機会を確保するほか、診断・検査から発達支援に円滑につなぐため、地域の福祉、教育などの支援機関と医療機関の連携強化が求められます。
- 他地域と比較して、東部地域においては、発達障害の診断・検査を行う小児科の医療機関が少ないなど、地域偏在を解消することが必要です。
- 成人期の発達障害についても、診断を受ける際に必要な検査ができる医療機関が少なく、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ることが求められます。

(2) 対策

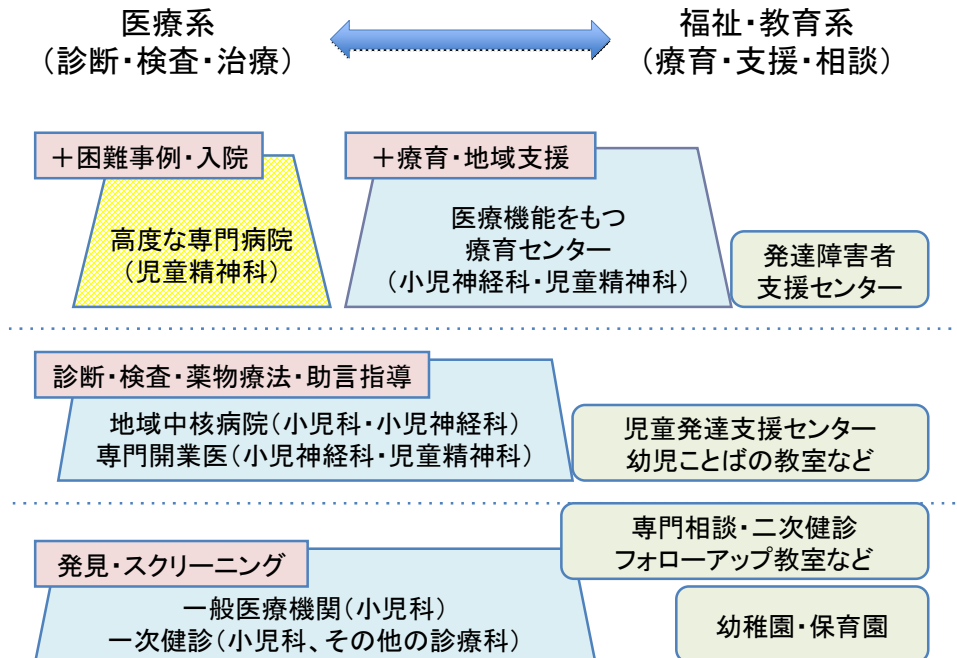
ア 施策の方向性

- 医療機関への定期的な調査を行い、発達障害に係る医療情報の提供を行います。
- 浜松医科大学への寄附講座による医師の養成をはじめ、小児神経科医や児童精神科医を地域で継続的に養成・確保する仕組みの検討など、専門医・専門的医療機関の確保を図ります。
- 医療から発達支援へつなぐための仕組みづくりなど、医療機関と福祉、教育などの支援機関の連携強化を進め、児童発達支援センターを中核とした重層的な地域支援体制の構築を図ります。
- 小児科医や看護師その他の医療従事者への研修の充実を努めるなど、地域の小児科医等の対応力の強化を図ります。特に、東部地域の医療の確保のため、短期的対応としての他地域からの専門医派遣の検討や寄附講座等、専門医養成の際の地域バランスを考慮した医師の配置に取り組めます。
- 成人期の発達障害者の困難事例への対応や専門性の確保のため、診断技術に関する研修の実施や心理検査に対するサポートなどを進めます。

(3) 発達障害の医療体制に求められる医療機能

	早期発見	専門治療	地域と連携
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○乳幼児健康診査等での発見強化 ○発達障害の診断機会の確保 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医・専門医療機関の確保 	<ul style="list-style-type: none"> ○保健、福祉、教育等の支援機関との連携
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・乳幼児健康診査の精度の安定、向上 ・発達障害に関する医療機関の情報提供 ・小児科医等のかかりつけ医を対象とした研修の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・浜松医科大学への寄附講座による医師の養成 ・吉原林間学園に付設される児童精神科診療所の活用 	<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（小児期）の医療体制図



(5) 関連図表

○発達障害が診療できる医療機関（2017年度）

（病院・診療所別）

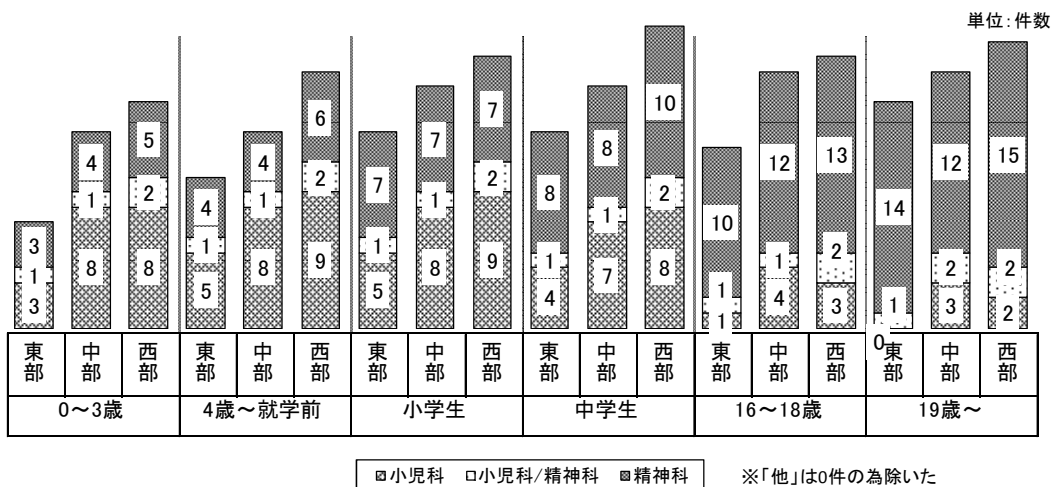
区分	診療できると回答した医療機関	公表に同意した医療機関
病院	40 (55)	38 (51)
診療所	63 (97)	61 (94)
計	103 (152)	99 (145)

※（ ）内は診療科数。

（圏域別）

地域	圏域	医療機関数	地域計
東 部	賀 茂	3	32
	熱海伊東	6	
	駿東田方	12	
	富 士	11	
中 部	静 岡	23	35
	志太榛原	12	
西 部	中東遠	11	32
	西 部	21	
計		99	99

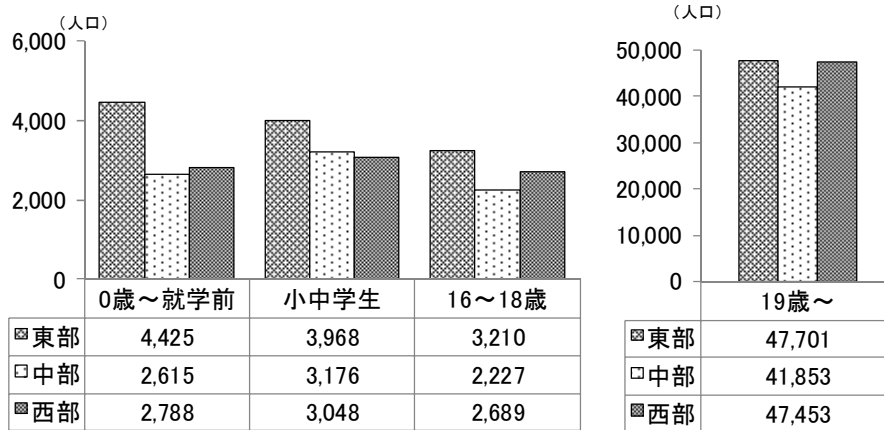
○発達障害の診断・知能検査が可能な医療機関数（大地域・年齢別）



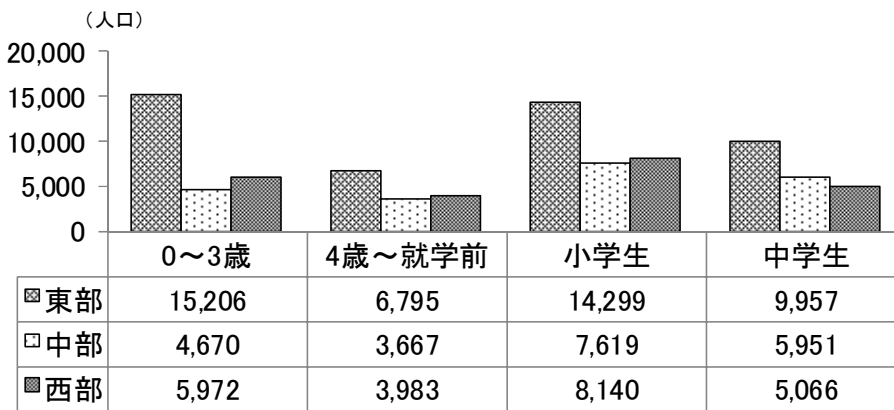
（資料：発達障害に関する診療状況調査報告書（2016年1月））

○診断・知能検査が可能な1医療機関あたりの人口（大地域・年代別）

（全体）

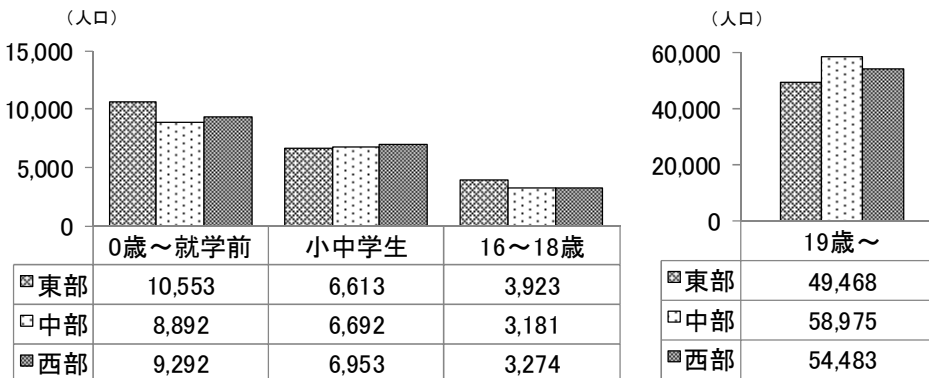


（小児科）



小児科/精神科は集計からはずした
16歳以上は、小児科に初診となることは例外的であるため、除外して分析した

（精神科）



小児科/精神科は集計からはずした

（資料：発達障害に関する診療状況調査報告書（2016年1月））

第3節 事業

1 救急医療

【対策のポイント】

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

(1) 現状と課題

ア 救急医療の現状（救急医療とは）

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

イ 本県の状況

(ア) 救急搬送の状況

- 本県における救急搬送人数は、年々増加傾向にあり、2011年には140,906人でしたが、2016年には147,276人と4.5%増加しています。その背景として、救急搬送者のうち軽症者の割合が50%を超えるほか、高齢化の進行等が挙げられます。

(イ) 救急医療体制

- 本県では、主として軽症患者の外来医療を担う初期救急医療から、入院が必要な重症患者に対応する第2次救急医療、多発外傷等の重篤患者を受け持つ第3次救急医療、さらには社会復帰までの医療が継続して実施される体制の計画的かつ体系的な整備を推進しています。

(初期救急医療)

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

(第2次救急医療（入院救急医療）)

- 第2次救急医療は、第2次救急医療圏（12地区）ごとに病院群輪番制により、入院を必要とする重症救急患者に対応しています（57病院が参加）。
- その他、救急医療に必要な体制を備え、救急病院等を定める省令に基づき県知事が認定する救急告示病院等があります（72病院・5診療所）。

(第3次救急医療（救命医療）)

○第3次救急医療は、重症及び複数の診療科領域にわたる重篤救急患者の救命救急医療を24時間体制で行う救命救急センターについて、東部2施設、中部4施設、西部5施設を指定しています。2017年4月に県内11箇所目の救命救急センターとして、藤枝市立総合病院を指定しています。

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

（ドクターヘリ）

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

（救命期後医療）

○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

（病院前救護活動）

①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を推進と救急救命士の行う処置範囲の拡大に向けて、救急医療機関、消防機関等で構成する静岡県メディカルコントロール協議会を設置するほか、各地域でも地域メディカルコントロール協議会（8地域）を設置し、病院前救護体制の強化を図っています。

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

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

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

②傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（実施基準）

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

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

【役割】

- ①地域の救急搬送体制及び救急医療体制に係る検証
- ②傷病者の受け入れに係る連絡体制の調整等救急搬送体制及び救急医療体制に係る調整

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

④県民への救急蘇生法の普及

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

⑤広域災害・救急医療情報システム（医療ネットしずおか）

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

ウ 医療提供体制

（ア）救急搬送

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

（イ）救急医療体制

（初期救急医療）

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

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

○歯科については、日曜や休日に受診することが困難な地域があります。

○休日夜間等に院外処方箋が発行される場合は、地域の薬局が調剤を行う体制が必要です。

（第2次救急医療（入院救急医療））

○救急患者の増加、初期救急医療体制の縮小等により第2次救急医療機関の負担が増加しています。また、医師不足や病床規模の縮小、一部診療科の休止等により、輪番制から脱退する医療機関があり、輪番体制の確保が困難になりつつある地域があります。

○脳卒中や心血管疾患などの救急患者については、専門的な治療が可能な病院による受入体制を構築し、対応する必要があります。

（第3次救急医療（救命医療））

○第2次救急医療機関の疲弊に伴い、第3次救急医療機関の負担も増加しています。

○妊産婦の救命医療に対応するため、救命救急センターと総合周産期母子医療センターとの緊密な連携体制を確保する必要があります。

○特殊な疾病患者に対する高度専門的救命医療については、県内での受入が困難な場合はドク

ターヘリを活用し県外の医療機関に搬送する場合もあることから、今後、更に対応可能な医療機関の確保などが必要です。

○急性期を乗り越えた救命救急センターの患者を、一般病棟へ円滑に転棟できる体制が必要です。

(ドクターヘリ)

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

(救急医療を担う人材の確保)

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

(救急医療機関等と療養の場との間の円滑な移行)

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

(ウ) 病院前救護活動

(メディカルコントロール体制)

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

(県民への救急蘇生法の普及)

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

(エ) 県民の受療行動

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

(2) 対策

ア 数値目標

項目	現状値	目標値	考え方	出典
心肺機能停止患者*の1か月後の生存率	10.9% (2016年)	13.3%	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	7.5% (2016年)	8.7%		
救命救急センター充実段階評価がS・Aとなった病院の割合	—	100% (2021年度)	全センターに対するS・Aの評価を目標に設定	厚生労働省調査

*心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例

イ 施策の方向性

² バイスタンダー：救急現場に居合わせた人

(ア) 救急搬送

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

(イ) 救急医療体制

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

(初期救急医療)

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

(第2次救急医療（入院救急医療）)

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

(第3次救急医療（救命医療）)

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

(ドクターヘリ)

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

(救急医療を担う人材の確保)

- 浜松医科大学を始めとする各機関で医療従事者の育成が行われているほか、各救命救急センターが、救急医療に関する臨床教育の場として医師等を育成します。
- 「ふじのくに地域医療支援センター」において提供する「静岡県専門医研修ネットワーク

プログラム」を始め、各種の人材育成支援事業により、県内での救急医療を担う人材の育成を図ります。

○高度化、多様化する看護業務に対応するため、認定看護師等の育成に関して、関係機関等における体系的な研修の実施及び参加を促進します。

(救急医療機関等と療養の場との間の円滑な移行)

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

(ウ) 病院前救護活動

(メディカルコントロール体制)

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

(県民への救急蘇生法の普及)

○県民向けの救命講習を継続的に開催し、心臓マッサージやAEDの使用等を含め、心肺蘇生法の普及を図ります。

(エ) 県民の受療行動

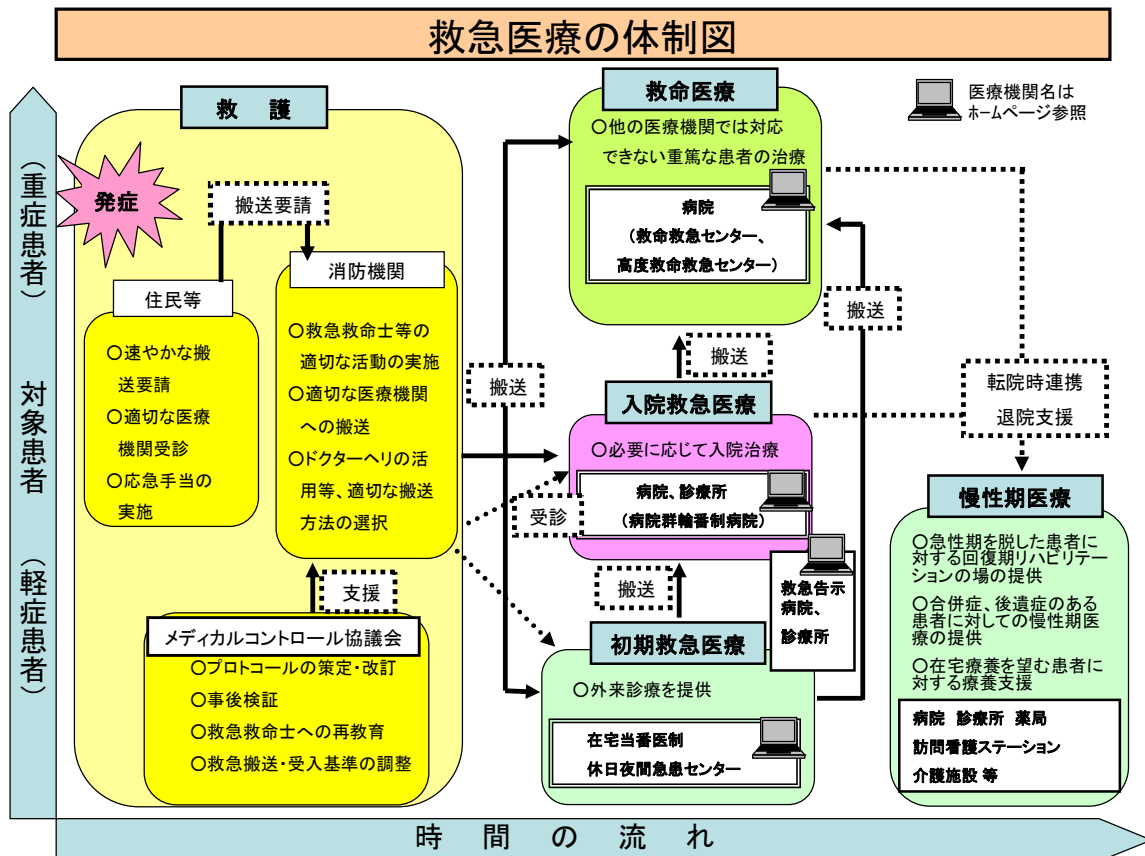
○救急医療及び救急業務に対する国民の正しい理解と認識を深めるため設けられた「救急の日」及び「救急医療週間」での救急医療を取り巻く環境についての啓発活動により、県民に救急医療への理解と適切な受療行動を促します。また、超高齢化社会を迎え、患者が望む場所での看取りを行うため、人生の最終段階における救急医療の受療行動について、患者本人の意思が尊重されるよう、家族や医療関係者の理解を求めていきます。

○県民の不安解消や適切な緊急時の受診を進めるため、傷病の緊急度に応じた適切な救急対応について相談に応じる電話相談事業を検討します。

(3) 救急医療に求められる医療機能

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

(4) 救急医療の医療体制図

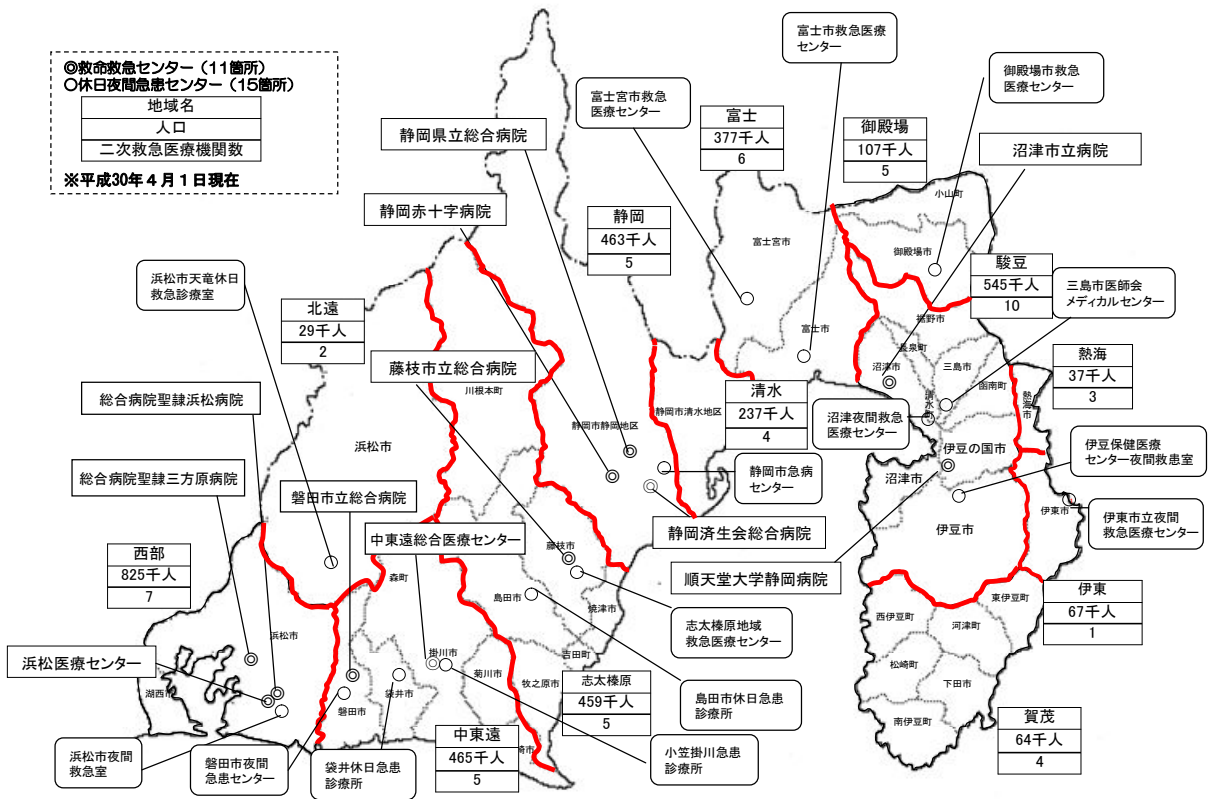


(5) 関連図表

○第2次救急医療圏

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

○救急医療体制



○在宅当番医制（初期）参加状況（診療所：医療圏別）

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

（出典：厚生労働省 医療施設調査（静態））

○入院を要する救急医療体制（二次）参加状況（病院：医療圏別）

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

（出典：厚生労働省 医療施設調査（静態）、県地域医療課調べ）

○救命救急センター（三次）設置数（医療圏別）

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

（出典：厚生労働省 医療施設調査（静態）、県地域医療課調べ）

○主たる診療科名を「救急科」としている医師の数

（単位：人）

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

（出典：厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査）

○認定看護師数

(単位:人)

	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年
県内認定看護師(救急看護)	19	19	22	24	24
県内認定看護師(全認定)	293	338	374	416	450
全認定看護師数(全国)	10,803	12,452	14,172	15,817	17,250

○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	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年
賀茂	28.5%	33.2%	37.4%	38.9%	40.5%	41.7%	42.9%
熱海伊東	26.2%	31.5%	37.2%	38.7%	40.1%	41.1%	42.1%
駿東田方	17.7%	21.1%	24.3%	25.4%	26.4%	27.2%	28.0%
富士	16.7%	20.2%	23.2%	24.2%	25.2%	26.1%	26.9%
静岡	19.1%	22.8%	25.6%	26.7%	27.6%	28.4%	29.1%
志太榛原	19.5%	22.7%	25.3%	26.4%	27.5%	28.2%	28.9%
中東遠	18.5%	20.2%	22.8%	23.8%	24.8%	25.3%	26.0%
西部	18.3%	20.9%	23.6%	24.6%	25.5%	26.0%	26.6%
県計	18.8%	21.9%	24.8%	25.9%	26.9%	27.6%	28.3%

(出典:静岡県推計人口)

○傷病程度別搬送人員及び構成比の推移

(単位:人、%)

	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年
死亡	1,892	1,889	1,684	1,532	1,485	1,341
割合	1.3	1.3	1.2	1.1	1.0	0.9
重症	10,177	9,977	10,262	10,101	10,132	9,780
割合	7.2	7.1	7.2	7.1	6.9	6.6
中等症	53,455	54,755	54,775	56,269	58,626	60,404
割合	37.9	38.7	38.3	39.4	39.6	41.0
軽症	75,177	74,745	75,785	74,703	77,295	75,323
割合	53.4	52.8	53.1	52.2	52.3	51.1
その他	205	194	270	346	315	423
割合	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3
合計	140,906	141,560	142,776	142,951	147,853	147,271

(出典:消防庁「救急・救助の現況」)

○年齢区分別搬送人員構成の推移

(単位:人、%)

	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年
新生児	324	223	222	195	178	163
割合	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1
乳幼児	6,059	5,993	5,970	5,939	6,288	6,119
割合	4.3	4.2	4.2	4.2	4.3	4.2
少年	5,209	5,122	5,229	5,108	5,312	5,061
割合	3.7	3.6	3.7	3.6	3.6	3.4
成人	51,836	50,788	48,995	48,460	48,240	47,225
割合	36.8	35.9	34.3	33.9	32.6	32.1
高齢者	77,478	79,434	82,360	83,249	87,835	88,703
割合	55.0	56.1	57.7	58.2	59.4	60.2
合計	140,906	141,560	142,776	142,951	147,853	147,271

(出典:消防庁「救急・救助の現況」)

○救急救命士の業務拡大に係る認定者数の推移

	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
気管挿管実施認定者数累計	115	156	191	238	289	338	386	432	474	514
薬剤投与実施認定者数累計	162	237	296	340	370	372	373	376	376	377
ビデオ挿管実施認定者数累計	—	—	—	—	—	—	18	60	113	176
静脈路確保及び輸液・ブドウ糖溶液投与認定者累計	—	—	—	—	—	—	—	1	102	200
指導救命士認定者累計	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18

○現状把握のための指標

指標		実績		出典
指標の項目	時点	静岡県	全国	
日本救急医学会指導医数 (人口10万人当たり) ※	2017.1	0.2	0.5	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10万人当たり) ※	2017.6	2.4	3.6	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10万人当たり) ※	2017.7	0.8	0.9	日本看護協会 ホームページ
救急救命士が同乗している救急自動車の割合	2017.4	92.6	91.2	消防庁 「救急・救助の現状」
県民の救急蘇生法講習の受講率 (人口1万人当たり) ※	2016	88	110	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10万人当たり) ※	2018.2	150.9	160.0	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100万人当たり) ※	2014	4.9	6.2	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)	2016	10.9	13.3	消防庁 「救急・救助の現状」
心肺機能停止患者の1か月後の予後 (社会復帰率)	2016	7.5	8.7	消防庁 「救急・救助の現状」

※2016年10月1日現在の推計人口(総務省)に基づき各指標の実数から算出

2 災害時における医療

【対策のポイント】

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

（1）現状と課題

ア 災害の現状

- 災害には、地震、風水害といった自然災害から、テロ、鉄道・航空機事故といった人為災害及び原子力災害等に至るまで様々な種類があります。また、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や時期等によって被災・被害の程度は大きく異なります。
- 2011 年 3 月に発生した「東北地方太平洋沖地震」は、それまでの想定を大幅に上回る巨大な津波などにより、東日本の太平洋岸の広範な地域に甚大な被害をもたらし、岩手・宮城・福島の東北 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 8 月の広島土砂災害、同年 9 月の御嶽山噴火、2015 年関東・東北豪雨等をはじめ、2016 年 4 月には最大震度 7 の地震が熊本県を中心とした九州地方に発生し、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。
- 爆発物・NBC（N：核物質、B：生物剤、C：化学剤）物質を使ったテロなど特別な対応を求められるものもあります。
- 鉄道、海上及び航空交通等の各分野において、大量・高速輸送システムが発展し、ひとたび事故が発生した場合には、重大な事故になる恐れが指摘されています。

イ 本県の状況

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

ウ 医療提供体制

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

(ア)医療救護施設

- 県及び市町は医療救護計画に基づき、災害時医療救護施設として、県が災害拠点病院¹を、市町が救護病院²、救護所³等を指定しています。
- 医療救護施設は、災害拠点病院・救護病院において重症患者及び中等症患者の受入れ、処置、広域医療搬送への対応等を、また、救護所において、軽症患者の処置を行うこととし、役割分担に応じて相互に補完しながら医療救護活動に当たります。
- 圏域別に災害時透析拠点施設⁴をおき透析患者の受け入れに当たるなど、医療的配慮が必要な県民への対応に当たります。
- なお、災害拠点病院が圏域内にない保健医療圏では、隣接圏域の災害拠点病院との連携により対応しています。
- より多くの災害時医療拠点の確保と、関係機関相互の密接な連携を図る必要があります。
- 災害拠点病院、救護病院における施設・設備面での整備、院内の医療救護体制の整備を進めていく必要があります。
- 入院患者等の安全確保や災害発生後の医療救護活動の実施のため、救護病院の耐震化を更に進める必要があります。
- 病院において、被災後、早急に診療機能を回復できるように、業務継続計画の整備と、整備された業務継続計画に基づき被災した状況を想定した研修・訓練を実施し、平時からの備えを行っていることが必要です。
- 救護所を迅速に設置し、適切に医療救護活動を実施するため、救護所で活動する医療従事者等の人材確保や、医薬品等の確保を万全にする必要があります。
- NBC（N：核物質、B：生物剤、C：化学剤）を使ったテロ・災害には、特別な対応が求められることから、救命救急センター等の医療機関における医療従事者への知識の普及や装備の充実を進めていくことが重要です。

(イ)災害時の情報把握

- 東日本大震災においては、一般電話等の通信手段がほとんど失われ、医療施設の被害状況等の把握が非常に困難な状況となりました。
- 本県においては、災害拠点病院をはじめ、救護病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会等に、東日本大震災において貴重な通信手段となった衛星電話が配備されています。
- 災害時の迅速な医療活動が可能となるように、また、医療施設の被害状況等の情報を関係機関が収集、共有できるように、「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」⁵に県内全ての病院を登録しています。

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 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

³ 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。

⁴ 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。

⁵ 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。

- 2013年11月に「ふじのくに防災情報共有システム（F U J I S A N）」⁶に災害医療関係機能を追加し、従来から運用していた救護所開設情報や救護班要請機能のほか、「広域災害・救急医療情報システム（E M I S）」との連携機能や、人工透析機関状況、感染症指定医療機関及び結核病床を有する医療機関状況等を登録、閲覧できる機能を加え、定期的に情報伝達訓練を実施しています。
- 「広域災害・救急医療情報システム（E M I S）」の適切な利用を推進し、信頼に足る生きた情報として、情報提供、情報収集、情報共有が可能になるよう、関係機関において複数の操作担当者を確保する等の対応が必要です。
- 一般電話回線が復旧するまでの間、情報通信体制を確保するためには、医療救護施設や関係機関の更なる衛星電話の整備促進が必要です。
- 「広域災害・救急医療情報システム（E M I S）」はインターネット上のシステムであるため、システムを使用する関係機関は、衛星回線インターネット環境の整備が必要です。
- 災害時には複数の通信手段を確保しておくことが重要であり、防災行政無線、衛星電話のほか、M C A無線⁷や日赤無線、アマチュア無線等も積極的に活用する必要があります。

(ウ) 広域医療搬送

- 南海トラフ巨大地震などの大規模災害が発生した場合、県内の医療機関では対応できない事態も想定されることから、国、他都道府県と連携して広域医療搬送を実施します。
- クラッシュ症候群等⁸の広域医療搬送基準に適合した重症患者を、自衛隊機等を活用し、被災地外の空港等を経由して迅速に災害拠点病院等に搬送し、治療を行います。
- 東日本大震災において、初めて実際の広域医療搬送が行われたことを契機に、全国で広域医療搬送に対する取組が本格化しており、S C U⁹におけるD M A T¹⁰活動等の全国標準化が進められています。
- 静岡県外から参集するドクターヘリは、航空搬送拠点や、ドクターヘリ基地病院（順天堂大学医学部附属静岡病院、聖隷三方原病院）等を拠点として地域医療搬送を行います。
- 広域医療搬送については、国、県、市町、医療機関などの連携の下、訓練により更に習熟度を高めていく必要があります。
- 医療機関側が広域医療搬送トリアージや医療搬送カルテの作成など、適切な対応ができるよう、医療従事者への知識の啓発、普及が必要です。

⁶ ふじのくに防災情報共有システム（F U J I S A N）：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。

⁷ M C A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。

⁸ 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。

⁹ S C U（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

¹⁰ D M A T（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・訓練を受けた災害派遣医療チーム

○特に、地域医療搬送については、全国各地から参集したドクターヘリが航空搬送を担うことが想定されるため、「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に関わる指針について」（平成 28 年 12 月 5 日付け医政地発 1205 第 1 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を基に作成された災害時のドクターヘリの運用指針等に則り、ドクターヘリの要請手順や自地域における参集拠点に関しても訓練等を通して確認を行うことが必要です。

(エ) 広域受援

保健医療活動チーム¹¹の受入調整、保健医療活動に関する情報連携、保健医療活動に係る情報の整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う体制の整備が必要です。

(災害超急性期（発災～2日））

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

(災害急性期（3日～1週間））

- 日本赤十字社の救護班や、JMAT、DPAT¹²等による支援が中心になります。
- 独立行政法人国立病院機構の医療班や、独立行政法人国立大学病院による支援を受け入れます。
- DMATの活動は段階的に縮小する一方、他都道府県が編成した医療チームによる支援が始まります。
- 日赤救護班、JMAT等の支援を円滑に受け入れるためには、日赤県支部、県医師会等の関係団体と、県災害対策本部において密接に連携する体制整備を更に進めることが必要です。
- 2次医療圏単位等で円滑に医療資源の需給調整等を行うコーディネート体制を整備するため、災害医療コーディネーターを中心とした関係機関によるネットワーク体制の連携強化を推進していく必要があります。

(災害亜急性期（1週間～）以降）

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

¹¹ 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。）

¹² 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

(オ) 応援派遣

(DMAT)

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

(DPAT)

- 本県では、2017 年度現在 17 病院を静岡DPAT指定病院として指定しており、被災地域での活動（DPAT都道府県調整本部等での指揮調整、被災地での精神科医療の提供、精神保健活動への専門的支援）に従事します。

(応援班)

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

(医療関係団体による医療チーム)

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

(カ) 医薬品等の確保・供給

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

(キ) 災害時の健康管理

- 災害が沈静化した後も、救護所等での住民等に対する健康管理を中心とした医療が必要となるため、医師会や歯科医師会、DPAT等を中心とした医療チームが活動を行います。
- 医療チームは、避難所等における被災者に対する保健師等の健康支援活動と連携し、必要に応じ、感染症のまん延防止、衛生指導、口腔ケア、メンタルヘルスケアを適切に行うことが必要です。
- 生活の変化による被災者の持病の悪化や体調不良の増加、エコノミークラス症候群、生活不活

発病、PTSD（心的外傷後ストレス障害）¹³の発生を未然に防止するため、広範囲にわたる多数の被災者に対して専門的なケアを行う予防対策を実施します。

(ク)原子力災害への対応

- 福島第一原子力発電所の事故による原子力災害を踏まえ、資機材の整備等の防災対策の充実や原子力災害拠点病院の指定等を行い、原子力災害医療体制を確保しています。
- 安定ヨウ素剤について、国の原子力災害対策指針に基づき、PAZ¹⁴圏内の住民に対し、事前配布を実施しています。また、UPZ¹⁵圏内の住民等の分を配備（備蓄）しています。

(ケ)その他

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

¹³ PTSD（心的外傷後ストレス障害）：何か脅威的あるいは、破局的な出来事を経験した後、長く続く心身の病的反応。

¹⁴ PAZ（Precautionary Action Zone）予防的防護措置を準備する区域：重篤な確定的影響等を回避するため、緊急事態の区分に応じて、直ちに避難を実施するなど、放射性物質の放出前に予防的防護措置（避難等）を準備する区域。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）。

¹⁵ UPZ（Urgent Protective Action Planning Zone）緊急時防護措置を準備する区域：国際基準に従い、確率的影響を実行可能な限り回避するため、避難、屋内退避、安定ヨウ素剤の服用等を準備する区域。区域の範囲の目安は、半径概ね31km（牧之原市、藤枝市、島田市、森町及び磐田市の一部。菊川市、掛川市、吉田町、袋井市及び焼津市の全域）。

(2) 対策

ア 数値目標

項目	現状値		目標値	目標値の考え方	出典
業務継続計画を策定している災害拠点病院及び救護病院の割合 (対象:90病院)	20病院 (22.2%) (2016年4月)		100%	被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画を整備	静岡県 「H29 病院におけるBCPの考え方に基づいた災害対策マニュアル策定状況調査」 <H29.4>
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:90病院)	研修	7病院 (7.8%) (2016年4月)	100%	整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施	
	訓練	14病院 (15.6%) (2016年4月)	100%		
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 (2016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関連研修の実実施回数	年3回 (2016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」の実実施回数 <H29.4>

イ 施策の方向性

- 「防ぎえる災害死」を1人でも減らすため、様々な災害に備え、災害時医療救護体制の整備、充実を図ります。
- 災害の超急性期を脱した後も、住民の健康が確保される体制を整備します。

(ア)医療救護施設

- より多くの災害時医療拠点を確保するため、地域の実情に応じて、災害拠点病院の指定を積極的に推進します。
- 施設の耐震化やライフラインの確保など、救護病院等における施設・設備面での整備を引き続き推進します。
- DMATを派遣できる体制を整備充実するため、県内を中心に活動する静岡DMAT-L 隊員(LはLimitedの略)を養成し、局地災害対応の強化を図っていきます。
- 市町が救護所を迅速に設置し、適切に医療救護活動を実施するため、県は、市町と医師会、歯科医師会、薬剤師会の協定締結を働きかける等、救護所で活動する医療従事者等の人材確保や、医薬品等の確保を推進します。
- 県は、平常時から、病院における業務継続計画の整備を働きかけるとともに、市町医療救護体制の整備指導や防災訓練等を通じ、院内の体制整備及び関係機関との連携体制の強化を図ります。また、医療救護活動が円滑に行われるように、必要に応じた医療救護計画の見直しを行います。

- 県は、災害拠点病院等にNBC災害に対応するための知識の普及などを進めていきます。
- 災害精神医療においては、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。
- 精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を今後整備します。

(イ)災害時の情報把握

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

(ウ)広域医療搬送

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

(エ)広域受援

- 県外から参集するDMAT及びDPATを円滑に受け入れ、活動を調整するため、県DMAT調整本部及びDPAT調整本部の機能強化を進めます。
- 平時から保健医療圏単位等で保健所・市町の行政担当者と地域の医師会や歯科医師会、災害拠点病院等の医療関係者等によるネットワークを構築します。また、災害時に保健医療調整本部¹⁶を設置し、医療救護施設等の保健医療ニーズを把握・分析した上で保健医療活動チームを配置調整する体制を整備します。
- DMAT連絡協議会及びDPAT連絡協議会における協議を踏まえ、各方面本部へのDMAT等の受入れを推進します。
- DMATの陸路による進出拠点を東西（東名足柄SA、新東名浜松SAを想定）に設置し、高速道路インターチェンジから災害拠点病院への緊急輸送ルートを迅速に確保することで、DMATの陸路受入体制を整備します。
- 災害時における医療の確保を図るため、新たに妊婦や乳幼児にかかる医療機関との調整を行う災害時小児周産期リエゾンを養成し、小児・周産期医療に特化した調整役として災害医療コーディネーターをサポートする体制を整備します。また、研修・訓練の実施により、医療資源需

¹⁶ 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。

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

(オ) 応援派遣

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

(カ) 医薬品等の確保・供給

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

(キ) 災害時の健康管理

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

(ク) 原子力災害への対応

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

(ケ) その他

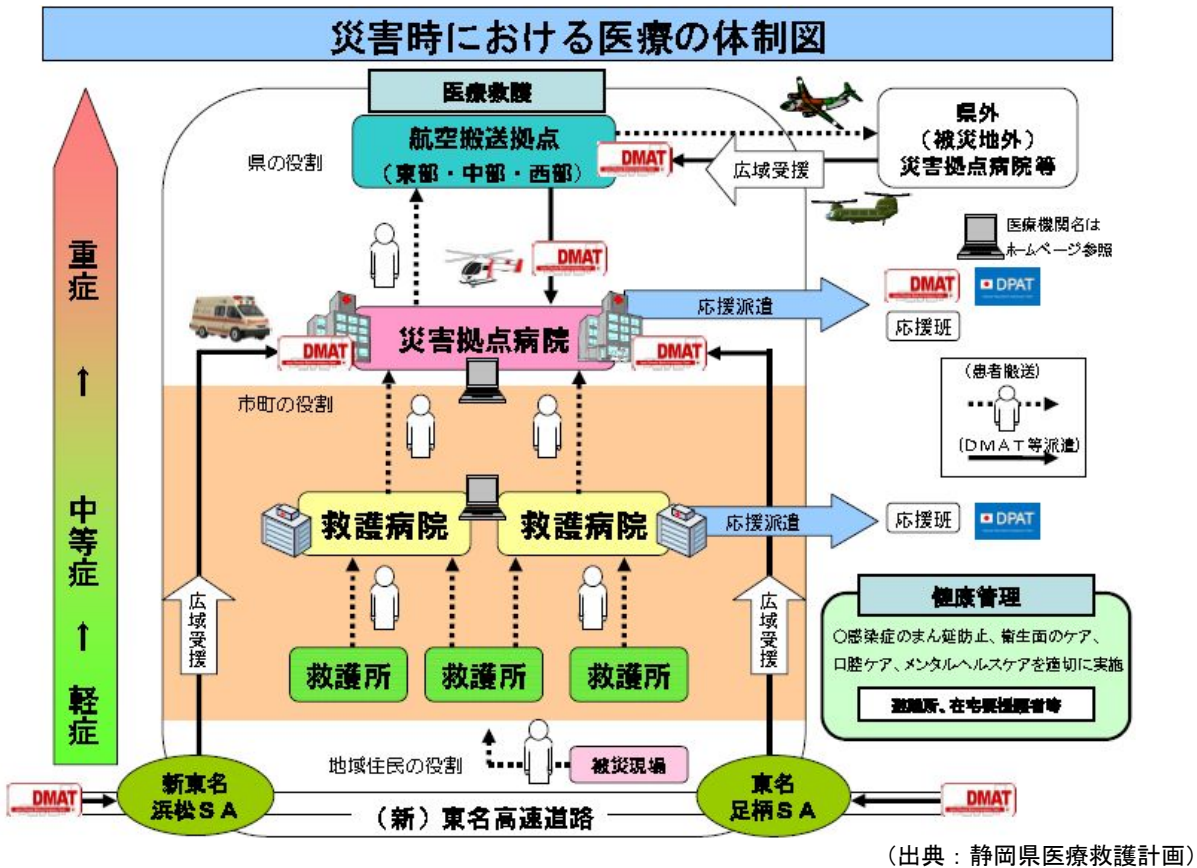
- 医師、看護師等医療従事者へのトリアージ等（広域搬送トリアージを含む。）災害医療知識の普及を図るため、関係団体との協力の下に災害医療技術の研修を実施します。
- 地域住民を対象に、災害時における医療救護体制、応急手当等の知識の普及を図るとともに、救急医薬品の準備についての啓発を進めます。

(3) 災害時における医療体制に求められる医療機能

災害時における医療体制に求められる医療機能

	医療救護						医薬品等供給	健康管理
	医療救護施設			広域医療搬送	広域受援	応援派遣		
	【救護所】	【救護病院】	【災害拠点病院】					
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	○県内で対応できない重症患者の航空機による広域医療搬送 ○SCUへの重症患者受入れ、安定化措置、広域医療搬送	○SCU、災害拠点病院等へのDMAT受入れ ○救護所、避難所等への日赤、JMAT、各都道府県等医療チーム等の受入れ	○県内局地災害発生時のDMAT、DPAT派遣 ○県外大規模災害発生時のDMAT、DPAT等医療チームの派遣	○不足した医薬品等の供給	○感染症のまん延防止、衛生指導、口腔ケア、メンタルヘルスクアを適切に実施
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	・SCUで活動するDMATの受入れ ・ドクターヘリ等による災害拠点病院等からの重症患者受入れ ・SCUでの安定化措置後、自衛隊機等により重症患者を広域医療搬送	・他都道府県や全国組織への支援要請に基づく医療チーム等の派遣受入れ ・災害医療コーディネーターによる医療団体の医療資源供給調整（保健所長業務の補完） ・災害業務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 ・災害業務コーディネーターによる調整 ・市町及び関係団体との連携	・感染症のまん延防止、衛生指導、口腔ケア、メンタルヘルスクアを実施 ・携行式の応急用医療資器材、応急用医薬品の準備 ・医療チームや薬剤師等との連携

(4) 災害時における医療体制図



(5) 関連図表

○ 指標による現状把握

指 標		実 績	
指標の項目	時点	静岡県	出典元
災害拠点病院指定数	2017. 4	21 病院	災害拠点病院現況調査
病院機能を維持するために必要な全ての建物が耐震化された災害拠点病院の割合	2017. 4	21/21 病院 (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	2017. 4	18/21 病院 (85. 7%)	厚生労働省「災害拠点病院の現況調査」
衛星電話を設置している災害拠点病院及び救護病院の割合	2017. 4	70/90 病院 (77. 8%)	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	2017. 9	59/69 病院 (85. 5%)	病院の耐震改修状況調査

○ 静岡県第 4 次地震被害想定

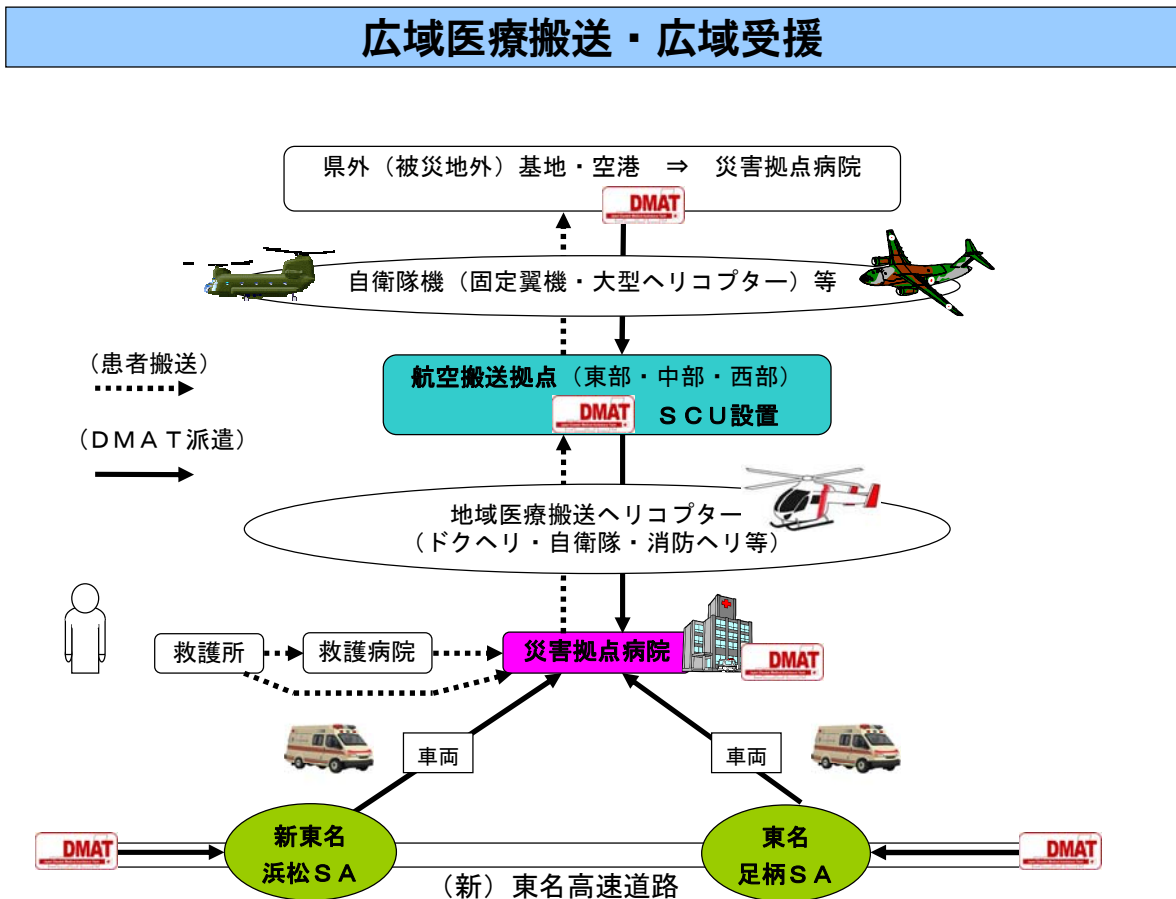
区分	内容	死者及び傷病者数
レベル 1	東海地震のように、発生頻度が比較的高く、発生すれば大きな被害をもたらす地震・津波	<ul style="list-style-type: none"> ・死者数 約 16,000 人 ・重傷者数 約 20,000 人 ・軽症者数 約 51,000 人 <予知なし・冬・深夜ケース>
レベル 2	南海トラフ巨大地震のように、発生頻度は極めて低いが、発生すれば甚大な被害をもたらす、最大クラスの地震・津波	<ul style="list-style-type: none"> ・死者数 約 105,000 人 ・重傷者数 約 24,000 人 ・軽症者数 約 50,000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

※死者及び傷病者数は最大被害想定

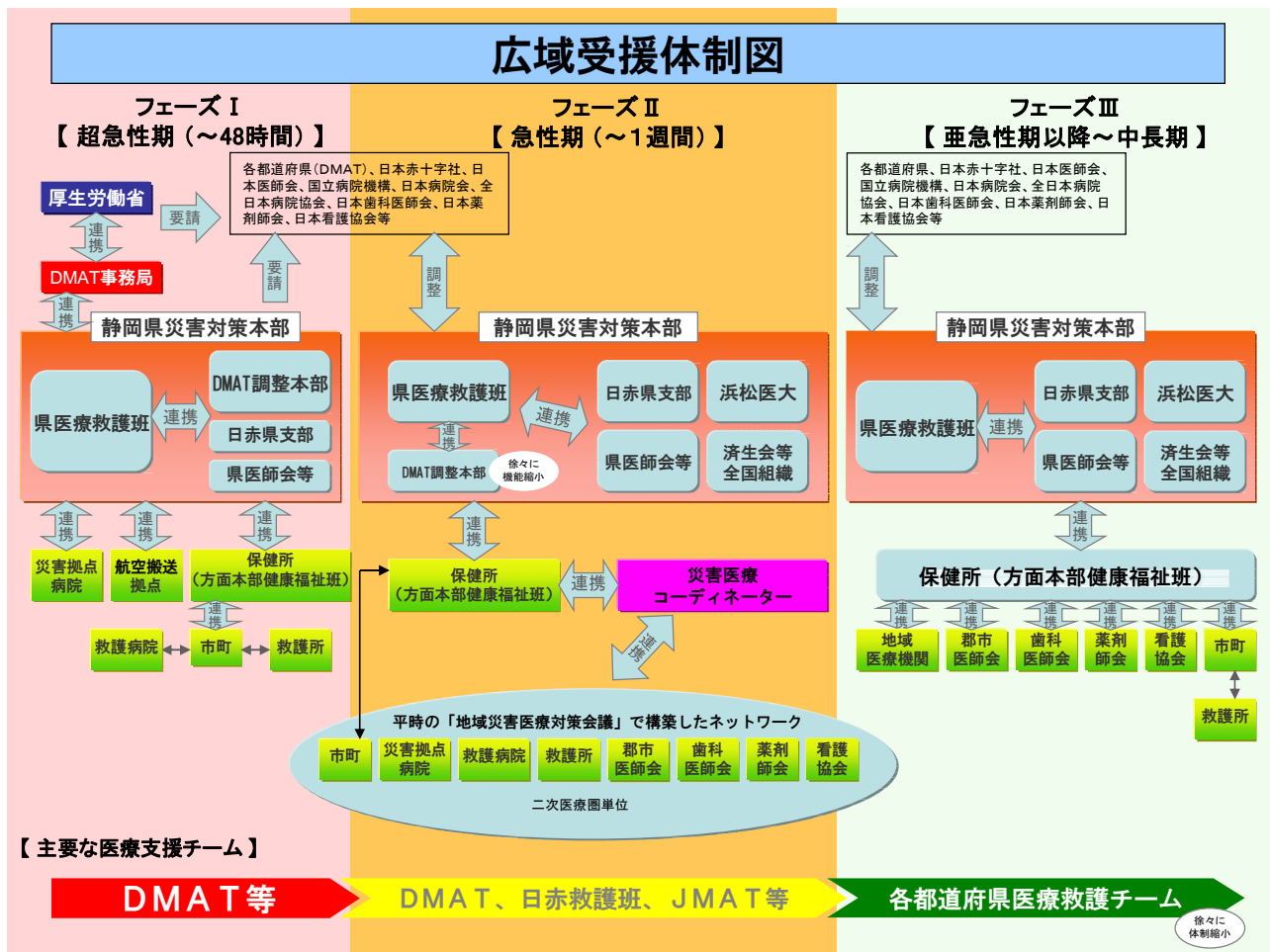
○ 圏域別医療救護施設指定状況等（2017年4月時点）

2次保健 医療圏名	救護所 (市町指定)	救護病院 (市町指定)	災害拠点病院 (県指定)	航空搬送拠点	医療救護チーム	
					DMAT	DPAT
賀茂	16	5	0	愛鷹 広域公園	0	0
熱海伊東	15	6	1		1	0
駿東田方	64	25	4		9	3
富士	28	12	2		4	1
静岡	61	10	5	静岡空港	14	5
志太榛原	40	7	3		6	0
中東遠	37	7	2	航空自衛隊	4	3
西部	76	17	4	浜松基地	11	5
全県	337	89	21	3	49	17

○ 広域医療搬送体制図



○ 広域受援体制図



(出典：静岡県医療救護計画)

3 へき地の医療

【対策のポイント】

- へき地住民への医療提供体制の確保
- へき地の診療を支援する機能の向上

(1) 現状と課題

ア へき地の医療

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

イ 本県の状況

(県内のへき地の状況)

- 県内には、交通条件や地理的条件等に恵まれない山間地や離島など、いわゆるへき地が 15 市町にあります。
- また、無医地区¹が 5 市町 17 地区、無歯科医地区¹が 6 市町 21 地区あります。
- これらの地域では、公共交通機関による通院が困難なため、定期的に医療機関を受診する住民に対し、移動を支援する体制が必要です。加えて、専門的な医療や高度な医療については、重篤な救急患者を高度専門医療機関へ搬送する体制が必要です。

(県内の医療施設従事医師数等の状況)

へき地勤務医師等の状況

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

ウ 医療提供体制

(ア) へき地診療所等

- 県内には、へき地診療所設置基準²に定める地域において設置されるへき地診療所が 12 診療所

¹ 無医地区・無歯科医地区：医療機関のない地域で、中心的な場所を起点として、概ね半径 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。

あり、へき地の医療を支える役割を担うとともに、へき地地域住民の医療を確保しています。
○へき地病院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、へき地地域住民に対する医療の提供を行っています。

(イ) へき地医療拠点病院

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

(ウ) へき地医療支援機構

○へき地医療対策に係る各種事業を円滑かつ効率的に実施するため、2002年度に静岡県立総合病院にへき地医療支援機構を設置し、県内の広域的なへき地医療支援事業の企画・調整や、へき地医療拠点病院に対する医師派遣の要請、代診医の派遣調整等を行っています。
○今後、へき地医療支援機構を中心に、へき地を有する市町や医療機関との連携を図りながら、へき地医療支援機構としての役割を強化していく必要があります。

(エ) 自治医科大学卒業医師の派遣

○医師の確保が困難な、賀茂圏域を含む東部地域等に、自治医科大学卒業医師を派遣しています。

(オ) 行政によるへき地医療支援の取組

○へき地を有する一部市町では、地域住民の医療の確保や、へき地勤務医の勤務環境の整備のため、へき地診療所等の運営の支援や施設の修繕及び備品購入の支援など、様々な施策に取り組んでいます。
○へき地を有する一部市町では、医療機関への受診を支援するため、患者輸送車の運行を実施しており、県は運行経費の一部を補助しています。
○県は、へき地医療の維持・確保のため、へき地医療拠点病院の運営支援やへき地診療所等のへき地の医療機関に対し必要な施設設備の整備支援などを行っています。

(カ) へき地における救急搬送体制

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

(キ) へき地における保健予防活動

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

³ へき地病院：本県におけるへき地医療対策の対象地域にある病院（へき地医療拠点病院及び精神科病院は除く。）

⁴ 準へき地病院：へき地には所在しないが、へき地医療の確保に必要であると考える病院

⁵ へき地医療拠点病院：へき地診療所等への代診医等の派遣、へき地従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業等が実施可能な病院で、県の指定を受けた病院（厚生労働省へき地保健医療対策等実施要綱）

- へき地においては、“自分の健康は自分で守る、地域で守る”という意識がとても大切です。
へき地の住民の健康増進を図るため、健康教育をはじめ、健康相談、健康診断、家庭訪問、保健師の派遣など保健活動を実施しています。

(2) 対策

ア 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
医療提供支援策 ⁶ が実施されている無医地区の割合	100% (2016年度)	100% (毎年度)	へき地への継続的な医療提供は困難であるため、患者輸送車運行事業や巡回診療等による、医療提供の支援を行っていく。	無医地区等調査 (県地域医療課)
へき地医療拠点病院による、へき地への巡回診療	年16回/病院 (2016年度)	年12回以上/病院 (毎年度)	地域の医療ニーズや人口等の変化により、一律に現状値以上の数値を目標とするのは困難なため、当面、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安とする。	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)
へき地医療拠点病院による、へき地への代診医等派遣	年14回/病院 (2016年度)			

イ 施策の方向性

(ア) へき地住民への医療提供体制の確保

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

⁶ 市町等による定期的な患者輸送車の運行やへき地医療拠点病院による巡回診療などの、無医地区に対する支援

保健予防活動を関係機関と連携して実施します。

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

(イ) へき地の診療を支援する機能の向上

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

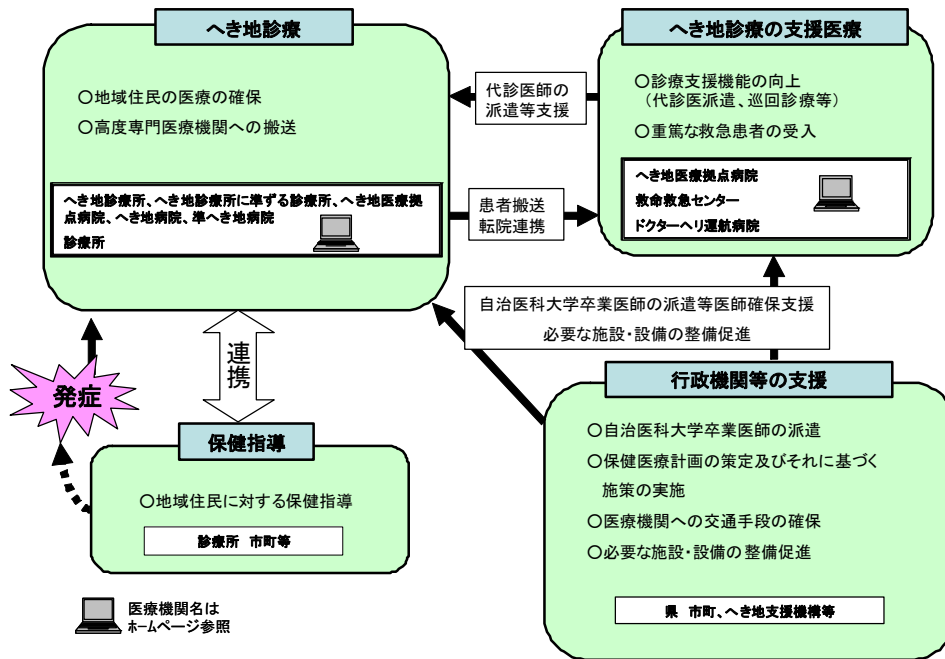
(ウ) 計画の推進

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

(3) へき地の医療体制に求められる医療機能

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

(4) へき地の医療体制図



(5) 関連図表

○ 指標による現状把握

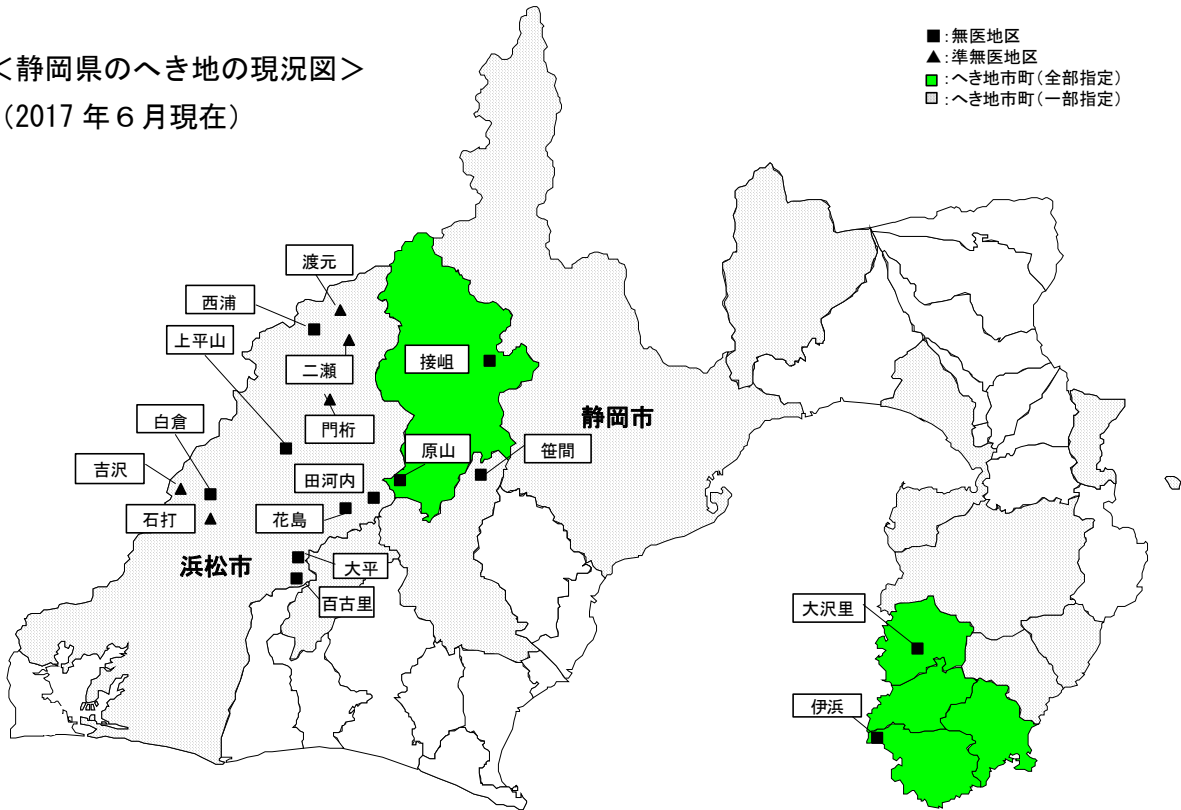
指標		実績		出典
指標の項目	時点・期間	静岡県	全国	
へき地診療所数	2016. 1. 1	11	25. 6	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地診療所の医師数	2016. 1. 1	11. 8	21. 5	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院数	2016. 1. 1	5	7. 4	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院によるへき地への巡回診療の実施回数	2015. 4. 1 ～ 2016. 1. 1	47	129. 7	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院からへき地へ代診医を派遣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

※全国値は平均値

○ 県内のへき地の状況

<静岡県内のへき地の現況図>

(2017年6月現在)



○ 各法律に基づくへき地医療対策の対象地域

区分	指定	該当地区	
(1) 過疎地域 (過疎地域自立支援促進特別措置法に基づく過疎地域) 【9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	
	一部地域指定	沼津市	旧戸田村
		伊豆市	旧土肥町
		島田市	旧川根町
		浜松市	旧春野町、旧龍山村、旧佐久間町、旧水窪町
(2) 振興山村 指定地域 (山村振興法に基づく振興山村指定地域) 【13市町】	全地域指定	川根本町	
	一部地域指定	下田市	稲梓村
		東伊豆町	城東村
		河津町	上河津村
		南伊豆町	南上村、三坂村
		松崎町	中川村
		西伊豆町	旧西伊豆町(仁科村)、旧賀茂村(宇久須村)
		伊豆市	旧中伊豆町(上大見村、中大見村、下大見村) 旧天城湯ヶ島町(上狩野村、中狩野村)
		富士宮市	旧芝川町(柚野村)
		静岡市	大河内村、梅ヶ島村、玉川村、井川村、清沢村、大川村
		島田市	旧川根町(伊久美村、笹間村)
森町	天方村、三倉村		
浜松市	旧天竜市(熊村、上阿多古村、竜川村)、旧佐久間町(浦川町、山香村、城西村)、旧引佐町(伊平村、鎮玉村)、旧春野町、旧龍山村、旧水窪町		
(3) 離島 (離島振興法に基づく離島)	指定地域	熱海市	初島

○ 2次保健医療圏別無医地区（2017年調査）

圏域	市町名	旧市町村名	地区名	地区数
賀茂	南伊豆町	伊豆市	伊浜	1
	西伊豆町	伊豆市	大沢里	1
志太榛原	島田市	川根町	笹間	1
	川根本町	中川根町	原山	1
		本川根町	接岨	1
西部	浜松市	天竜市	石打*、百古里、大平	3
		龍山村	白倉	1
		春野町	田河内、花島	2
		佐久間町	吉沢*、上平山	2
		水窪町	渡元*、西浦、二瀬*、門桁*	4
計	5市町		17地区	

*無医地区に準じる地区 2017年 無医地区等調査（県地域医療課）

○ 2次保健医療圏別無歯科医地区（2017年調査）

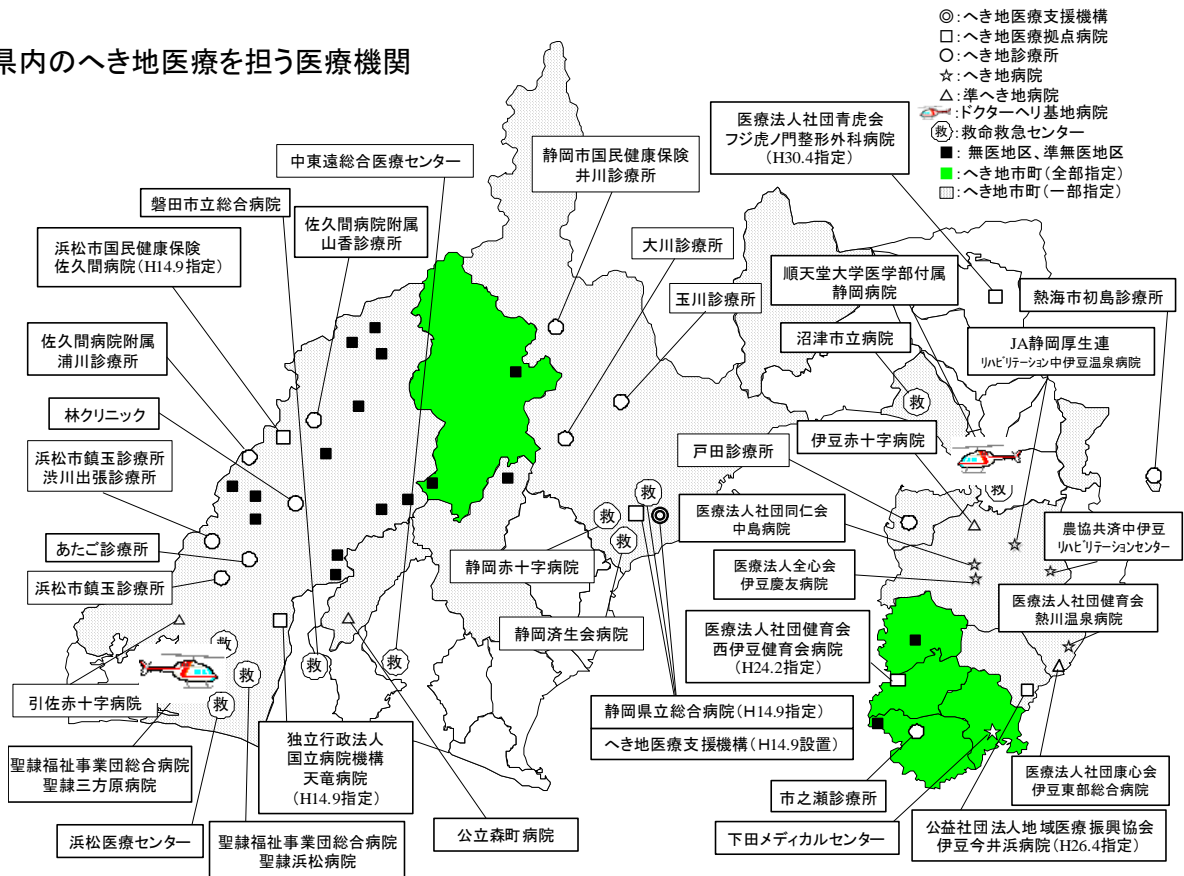
圏域	市町名	旧市町村名	地区名	地区数
賀茂	南伊豆町	伊豆市	天神原、伊浜	2
	西伊豆町	伊豆市	大沢里	1
静岡	静岡市	静岡市	梅ヶ島、長熊、落合	3
志太榛原	島田市	川根町	笹間	1
	川根本町	中川根町	原山	1
		本川根町	接岨	1
西部	浜松市	天竜市	石打*、百古里、大平	3
		龍山村	白倉	1
		春野町	田河内、花島	2
		佐久間町	吉沢*、上平山	2
		水窪町	渡元*、西浦、二瀬*、門桁*	4
計	6市町		21地区	

*無歯科医地区に準じる地区 2017年 無医地区等調査（県地域医療課）

○ 静岡県の無医地区等数の推移

区分	1994年	1999年	2004年	2009年	2014年	2017年
無医地区	20	17	13	16	11	12
準無医地区	0	0	2	2	7	5
計	20	17	15	18	18	17
無歯科医地区	18	15	10	19	16	16
準無歯科医地区	0	0	2	2	5	5
計	18	15	12	21	21	21

○ 県内のへき地医療を担う医療機関



○ 2次保健医療圏別へき地診療所等の医療機関数(2017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	1	4	1	2	1
富士						
静岡	3	1			3	
志太榛原						
中東遠				1	2	1
西部	6	2		1	3	
全県	12	6	6	4	10	2

○ へき地医療拠点病院によるへき地医療支援活動

病院名	活動内容
静岡県立総合病院	代診医派遣、遠隔画像診断、遠隔病理診断の実施
浜松市国民健康保険佐久間病院	巡回診療、代診医派遣、症例検討会の実施
国立病院機構天竜病院	代診医派遣
医療法人社団健育会西伊豆健育会病院	巡回診療
公益社団法人地域医療振興協会伊豆今井浜病院	巡回診療、症例検討会の実施
医療法人社団青虎会フジ虎ノ門整形外科病院	医師派遣

○ へき地医療拠点病院による代診医の派遣実績の推移 (単位：回)

年度	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	備考
静岡県立総合病院	32	40	37	37	27	28	29	へき地公設公営診療所等(5箇所)へ派遣
浜松市国民健康保険 佐久間病院	4	4	3	10	4	5	6	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	0	2	6	6	6	4	8	あたご診療所、林クリニックへ派遣

○ へき地医療拠点病院による巡回診療実施実績の推移 (単位：回)

年度	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	備考
浜松市国民健康保険 佐久間病院	20	24	23	24	10	12	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	-	2	11	12	12	12	12	西伊豆町大沢里地区
公益社団法人地域医療振 興協会伊豆今井浜病院	-	-	-	-	24	24	24	南伊豆町伊浜地区 天神浜地区

○ へき地患者輸送車運行事業の状況

(2016年度)

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

○ へき地を有する市町のへき地医療支援の取組状況

市町	取組内容
西伊豆町	公設民営診療所の運営支援、施設修繕及び備品購入支援
沼津市	へき地診療所の建物補助及び主な医療機器について市が負担
静岡市	・公設民営診療所の運営支援、施設修繕及び備品購入支援 ・公設公営診療所の管理運営
浜松市	・病院を起点として各集落を結ぶ公共交通の運行 ・公設民営診療所の運営支援 ・公設公営診療所の管理運営 ・天竜区の看護師等の充足を図るため、看護師等修学資金の貸与

4 周産期医療

【対策のポイント】

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

(1) 現状と課題

ア 周産期の医療

- 妊娠 22 週から出生後 7 日未満までの「周産期」は、合併症妊娠や分娩時の新生児仮死など、母体・胎児や新生児の生命に関わる事態が発生する可能性が高い時期です。
- 周産期を含めた前後の期間における周産期医療は、突発的な緊急事態に備えて産科、小児科双方からの一貫した総合的な体制が必要です。
- 安心・安全なお産のためには、定期的な健診を受けるなど、妊婦の健康管理が適切に行われることが重要です。
- また、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、2015 年は 2 万 8,352 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、2015 年は 1.54 人となっています。

(周産期死亡数及び周産期死亡率)

- 2015 年の本県の周産期死亡数¹は 105 人で、前年よりも 16 人減少しています。
- 本県の周産期死亡率²は、2013 年から 2015 年の 3 年平均で出産千人当たり 4.0 と、全国平均の 3.7 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 3.1 であり、全国平均の 3.0 を上回っています。早期新生児死亡率³は出生千人当たり 0.8 であり、全国平均の 0.7 を上回っています。
- 相対的に出産のリスクが高くなる 35 歳以上の出産の割合は年々高くなっており、2000 年には 10.9% (3,907 人) であったのに対し、2015 年には約 2.5 倍の 25.6% (7,278 人) となっています。

¹ 周産期死亡数：妊娠 22 週以降の死産数と生後 1 週間未満の死亡数の合計数。

² 周産期死亡率：出生数 1,000 人に対する周産期死亡数の割合。

³ 早期新生児死亡率：出生数 1,000 人に対する生後 1 週間未満の死亡数の割合。

(妊産婦死亡率数及び妊産婦死亡率)

- 本県における妊産婦死亡数⁴は、2013年から2015年までの3年間の平均で1.7人となっています。また、妊産婦死亡率⁵の3年間の平均は出生10万人当たり5.6と、全国の3.3を上回っています。

ウ 医療提供体制

(周産期医療システム)

- 正常分娩からハイリスク分娩まで、母体・胎児及び新生児の一貫した治療管理が体系的に提供できる体制を整備し、安心・安全な妊娠・出産を確保するため、県内を3つの地域（東部、中部、西部）に区分して、それぞれの地域ごとに、総合周産期母子医療センターを核とする周産期医療システムを整備しています。
- 周産期医療システムは、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及び産科救急受入医療機関、その他の分娩取扱施設により構成し、各周産期医療機関がその機能に応じた役割を担うことで、システム全体として正常分娩からリスクの高い分娩まで、あらゆる母体、胎児、新生児に対応しています。

(ア) 分娩取扱施設

- 県内の分娩を取り扱う施設数は、2009年以降は100施設を下回り、2017年12月末時点では、1995年の141施設と比べて46施設減の95施設（病院25施設、診療所45施設、助産所25施設）となっています。
- 1医療施設あたりの1か月間の分娩件数は、病院では、1999年の34.5件から2011年の49.2件まで一貫して上昇しています。また、診療所では、1996年から2005年までは20件強とほぼ横ばいであったものが、2008年には34.2件と約1.5倍の件数となり、以降、30件前後で推移しています。
- 分娩を取り扱う病院の約半数で、近隣病院が分娩取扱を中止又は休止し、分娩件数やハイリスク患者の受入件数が増加しています。
- 正常分娩やリスクの低い帝王切開術を行う医療機関の確保を行うとともに、ハイリスク分娩の増加により総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの負担が大きくなっていることから、総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターと、その他の分娩取扱施設との機能分担が求められています。

(イ) 周産期医療従事者

- 本県において、医師数が全体として増加している中で、産科・産婦人科の医師は、2002年の297人をピークに減少に転じ、2006年には264人まで減少しましたが、同年を底に最近は増加傾向に転じ、2016年は300人となっています。分娩を取り扱う常勤医師は、2017年4月時点で病院162人、診療所61人の計223人となっています。
- 県における新生児医療を担う医師は2017年4月時点で151人であり、その多くは小児医療との兼任医師となっており、小児科医が不足しているなか、新生児医療兼任医師の負担は大きくなっています。

⁴ 妊産婦死亡数：妊娠中又は妊娠終了後42日未満の女性の死亡で、妊娠の期間及び部位には関係しないが、妊娠もしくはその管理に関連した又はそれらによって悪化したすべての原因によるもの。

⁵ 妊産婦死亡率：出生数10万人に対する妊産婦死亡数の割合。

- 分娩を取り扱う 26 病院における常勤麻酔科医は 126 人であり、その約半数は西部地域に集中しています。また、2 次周産期医療機関の 17 病院のうち、常勤の麻酔科医が 1 人以下の病院が 2 病院あり、ハイリスク母体等の常時受入のためには、麻酔科の体制充実が必要となっています。
- 2017 年 4 月時点で、病院に勤務する助産師は 523 人、診療所に勤務する助産師は 126 人となっています。
- 周産期医療は母体から新生児まで、一貫して治療管理できる体制を整える必要があるため、産科医、新生児医療を行う医師及び麻酔科医の確保が必要です。このほか、助産師や新生児医療を行う看護師等の確保も必要です。

(ウ) 周産期医療関連病床

- NICU⁶の診療報酬加算病床を有する施設は 11 施設、110 床あり、2016 年度のNICU病床利用率は 88.4%となっています。
- 本県のNICU病床整備率は出生 1 万人当たり 37.8 床であり、国が定める基準（出生 1 万人対 25 床から 30 床）を超えています。しかし、地域別の病床整備率では、中部地域は 43.0 床、西部地域は 45.4 床であるのに対し、東部地域は 23.2 床であり、地域差があります。
- 2016 年 7 月の静岡県の調査によると、県内でNICUに半年以上入院している児は 10 人おり、周産期母子医療センターにおける搬送患者受入困難理由の一つとなっています。
- NICUの整備状況に地域間の偏在があることから、地域バランスを考慮した整備を進めることが求められています。加えて、NICUの稼動に必要な医療従事者の確保も必要です。
- 2017 年 4 月現在、MFICU⁷の診療報酬加算病床を有する施設は 3 施設、病床数の合計は 27 床であり、2016 年度のMFICU病床利用率は 95.3%となっています。

(エ) 産科救急搬送

- 母体及び新生児搬送は、基本的には東部、中部、西部の各地域内で行われており、中部地域では静岡県立こども病院、西部地域では総合病院聖隷浜松病院が、1 次・2 次周産期医療機関からの受入要請に対する受け入れ先の調整などのコーディネート機能を担っています。
- 東部地域では、ハイリスク患者に対応できる病院が限られており、緊急時には、主に、順天堂大学医学部附属静岡病院が受け入れを行っています。また、東部地域のうち、富士保健医療圏では、2 次周産期医療機関では対応できないハイリスク患者については、主に県立こども病院が搬送を受け入れています。
- 搬送受入は、概ね地域内で行うことができますが、地域内の病床が満床の場合などは、地域を越えた搬送を行うケースもあるほか、湖西市では、愛知県内の施設へ搬送を行うケースもあります。
- 産科合併症以外の合併症（身体合併症、精神合併症）への対応が全国的に課題となっており、周産期医療と救急医療の連携が重要となっています。3 次及び 2 次周産期医療機関 20 施設のうち、10 施設で救命救急センターを併設しているほか、4 施設の医療機関でも、脳卒中、急性心血管疾患、外傷等に 24 時間対応可能となっています。

⁶ NICU：新生児集中治療管理室。心疾患や救急搬送された重症な新生児の治療を行う。

⁷ MFICU：母体・胎児集中治療管理室。切迫流産の可能性がある妊婦や他の疾患がありリスクが高い妊婦の治療を行う。

(地域別の搬送体制)

◇東部地域（2次保健医療圏：賀茂、熱海伊東、駿東田方、富士）

- ・地域周産期母子医療センター及び産科救急受入医療機関が少なく、ハイリスク患者が総合周産期母子医療センターである順天堂大学医学部附属静岡病院に集中しています。
- ・賀茂医療圏では、分娩取扱施設が2施設（診療所、助産所各1施設）のみとなっており、熱海伊東医療圏では、分娩取扱施設が4施設（病院、診療所各2施設）となっています。
- ・駿東田方医療圏は、分娩を取り扱う診療所が多く、他の東部地域の医療圏に比べ診療所における分娩比率が高くなっています。
- ・富士医療圏では、2次周産期医療機関では対応できないハイリスク患者については、主に静岡県立こども病院へ搬送しています。

◇中部地域（2次保健医療圏：静岡、志太榛原）

- ・志太榛原医療圏では、帝王切開時に他の診療所の医師が応援に行くなど、診療所間のネットワークが形成されているとともに、病院の新生児科医師が帝王切開に立ち会うなど病院と診療所の連携が形成されています。
- ・重篤な症状の妊産婦に対応するため、2013年に県立総合病院に救命救急センターを整備し、母体救急におけるこども病院との連携を強化しました。

◇西部地域（2次保健医療圏：中東遠、西部）

- ・中東遠医療圏の東側の地域では、総合周産期母子医療センターである聖隷浜松病院からの距離が離れているため、患者の搬送に時間を要する場合があります。
- ・2013年5月に中東遠総合医療センターが開設したことを受け、中東遠地域における産科医数及び分娩件数が増加しました。
- ・西部地域には総合周産期母子医療センターが1施設、地域周産期母子医療センター及び産科救急受入医療機関が4施設あり、県内の他地域に比べると、産科、小児科の医師が多く、関係診療科の体制も含め、ハイリスク患者の受入体制が整っています。
- ・NICUの加算病床が51床あり、県内の約半数を占めていますが、病床利用率が高く、NICUが満床のため、ハイリスク患者を受け入れできず、愛知県の病院に受入を要請するケースもあります。

(オ) 災害時における対応

- 総合周産期母子医療センターは、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に、業務継続計画（BCP）の策定が求められています。
- 災害時に地域のネットワークを有効に活用するため、災害時小児周産期リエゾンを配置し、訓練を行うことが求められています。本県では、2017年4月現在で3人のリエゾンが認定されていますが、より多くのリエゾンの配置が必要です。

(カ) 妊婦及び新生児のケア

(妊婦健康診査)

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

- しかしながら、妊婦健康診査を一度も受診せずに分娩するケースや適切な回数 of 健診を受診していないケースがあります。こうしたケースでは、妊娠経過や出産のリスクを事前に把握できていないため、救急時には母児にとって非常に危険であるとともに、受入医療機関探しが難航する場合があります。
- また、妊婦健康診査の未受診者が、出産後に虐待に至るケースもあることから、健診未受診を端緒として支援の必要な家庭を把握し、支援につなげていくことが重要です。
- 妊娠中はう歯などの歯科疾患が進行しやすいと言われており、出産後には授乳などで歯科受診が困難となることもあるので、妊娠中に必要な治療が受けられるよう、妊婦の理解を促進する必要があります。

(在宅医療との連携)

- NICUやGCU⁸を退院した医療的ケア児等が生活の場で療養・療育できるよう支援する機能が必要です。

(産後うつ)

- 核家族化や産後の早期退院化により、出産直後から母親が一人で育児をするケースが増え、母親が満足に健康回復できない、育児不安が生じるなどの問題が生じています。こうした母親に対する心身のケアや育児のサポートが必要とされています。
- 厚生労働科学研究の2015年度の調査によると、出産後2週目の母親のうち4人に1人は産後うつのリスクがあるとされており、自殺や虐待の防止のためにも産後うつ対策が急務とされています。

(2) 対策

ア 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
周産期死亡率 (出産千人当たり)	3.7 (2015年)	3未満	全国トップクラスを目指す。 (2015年に3未満であったのは6県のみ)	厚生労働省「人口動態統計」
妊産婦死亡数	1.7人 (2013～2015年平均)	0人	過去最高の水準(2014年:0人)で設定	厚生労働省「人口動態統計」
母体救命講習会受講者数	36人 (2016年度)	累計427人 (2021年度)	産科医全員等が受講	県地域医療課調査

イ 施策の方向性

(ア) 分娩取扱施設

- 東部、中部、西部の3地域を単位とした地域の周産期医療施設のネットワークによる周産期医療体制の整備を進めるため、地域の中核となる総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターへの支援を行うとともに、地域における周産期医療施設の機能分担による施設間の連携の充実に図ります。

⁸ GCU：新生児治療回復室。NICUから退出した児や輸液、酸素投与等の処置を必要とする新生児の治療を行う。

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

(イ) 周産期医療従事者の確保及び育成

○魅力ある研修プログラムを提供し、県内での周産期医療に携わる専門医の養成を図るなど、医師確保に努めます。

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

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

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

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

(ウ) 周産期医療関連病床の整備

○NICUの整備状況に地域間の偏在があること、また、NICUの満床を理由にハイリスク患者の受け入れができないケースもあることから、地域バランスや病床の利用状況等を勘案し、必要に応じて整備を進めます。

○NICUの病床整備を促進するため、施設・設備に対する支援を行うほか、その運営にも支援を行います。

(エ) 産科救急搬送の整備

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

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

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

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

(地域別の搬送体制)

◇東部地域

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

◇中部地域

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

◇西部地域

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

(オ) 災害時における対応の強化

- 総合周産期母子医療センターに対し、業務継続計画（BCP）の策定を促します。
- 災害時小児周産期リエゾン研修の積極的な受講を促し、より多くのリエゾンの養成を目指します。
- 災害時における、分娩可能な施設等についての情報伝達方法について、災害時小児周産期リエゾン等の関係者と連携しながら、体制の整備に努めます。

(カ) 妊婦及び新生児のケアの充実

(妊婦健康診査)

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

(在宅医療との連携)

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

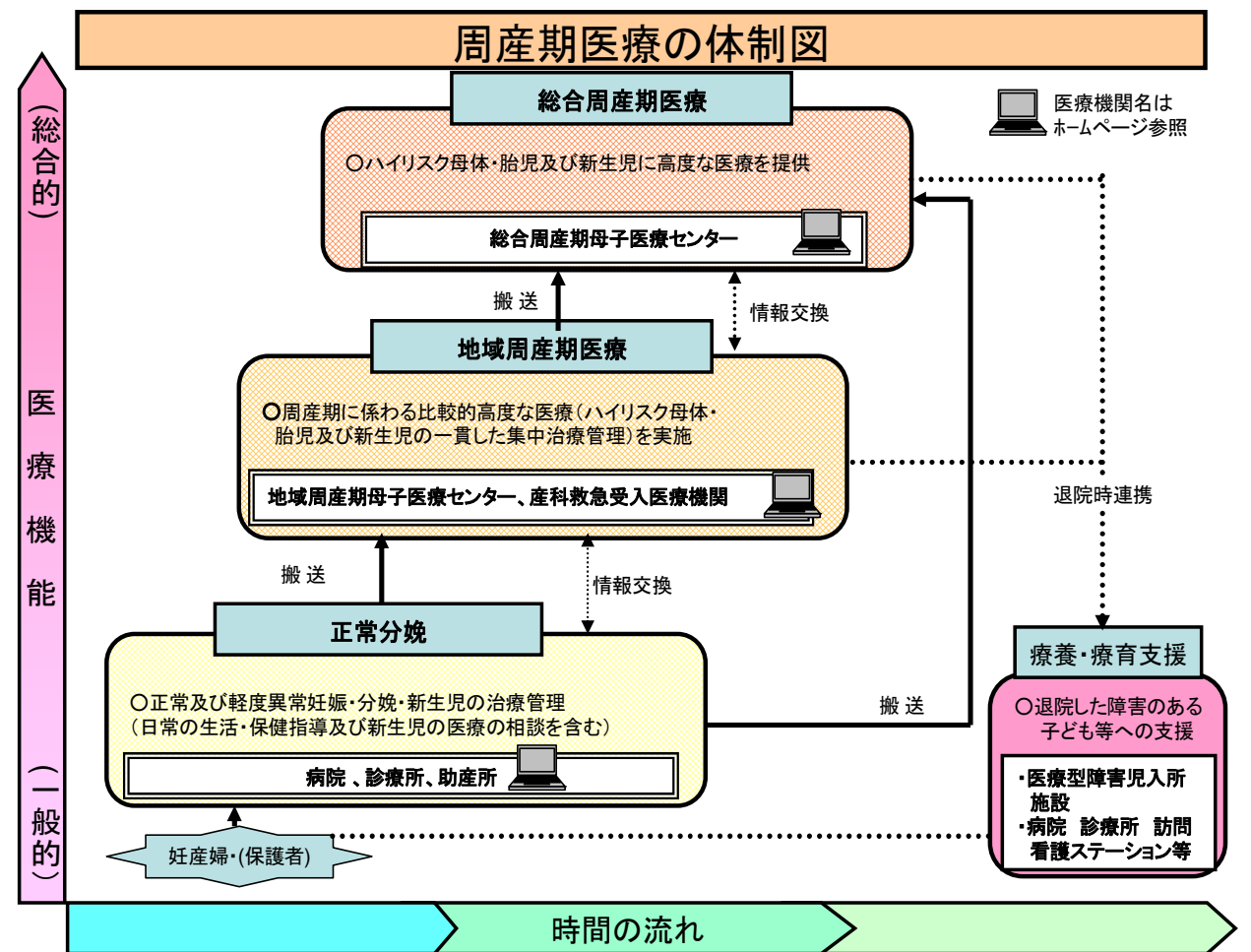
(産後うつへの対応)

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

(3) 「周産期」の医療体制に求められる医療機能

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

(4) 「周産期」の医療体制図



(5) 関連図表

○ 指標による現状把握

指 標	1985年	1990年	1995年	2000年	2005年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2013～ 2015平均
出 生 数	43,932	37,045	35,345	35,794	31,908	31,172	30,810	30,260	28,684	28,352	29,099
合計特殊出生率	1.85	1.60	1.48	1.47	1.39	1.49	1.52	1.53	1.50	1.54	1.52
周産期死亡率（出生千対）	14.3	10.3	7.8	5.6	5.0	4.2	3.4	3.9	4.2	3.7	4.0
全国平均	15.4	11.1	7.0	5.8	4.8	4.1	4.0	3.7	3.7	3.7	3.7
全国順位	11	11	37	22	28	18	7	30	13	25	-
妊娠22週以後死産率（出生千対）	11.9	8.6	6.4	4.5	3.8	3.5	2.8	2.9	3.0	3.4	3.1
全国平均	12.9	9.2	5.5	4.5	3.8	3.3	3.2	3.0	3.0	3.0	3.0
早期新生児死亡率（出生千対）	2.4	1.7	1.4	1.1	1.2	0.7	0.6	1.0	0.8	0.7	0.8
全国平均	2.6	1.9	1.5	1.3	1.0	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7
新生児死亡率（出生千対）	3.3	2.3	2.1	1.5	1.8	1.0	0.9	1.1	1.0	0.9	1.0
全国平均	3.4	2.6	2.2	1.8	1.4	1.1	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9
全国順位	17	11	20	11	24	30	36	30	18	28	-
35歳以上の出産数	2,478	2,814	3,101	3,907	4,726	7,174	7,322	7,502	7,269	7,278	7,350
出生千対	56.4	76.0	87.7	109.2	148.1	230.1	237.7	247.9	253.4	256.7	252.6
妊産婦死亡数	6	4	2	3	1	3	3	2	0	3	1.7
出生10万対	13.1	10.4	5.5	8.1	3.1	9.4	9.5	6.5	-	10.4	5.6
出生10万対（全国）	15.1	8.2	6.9	6.3	5.7	3.8	4.0	3.4	2.7	3.8	3.3

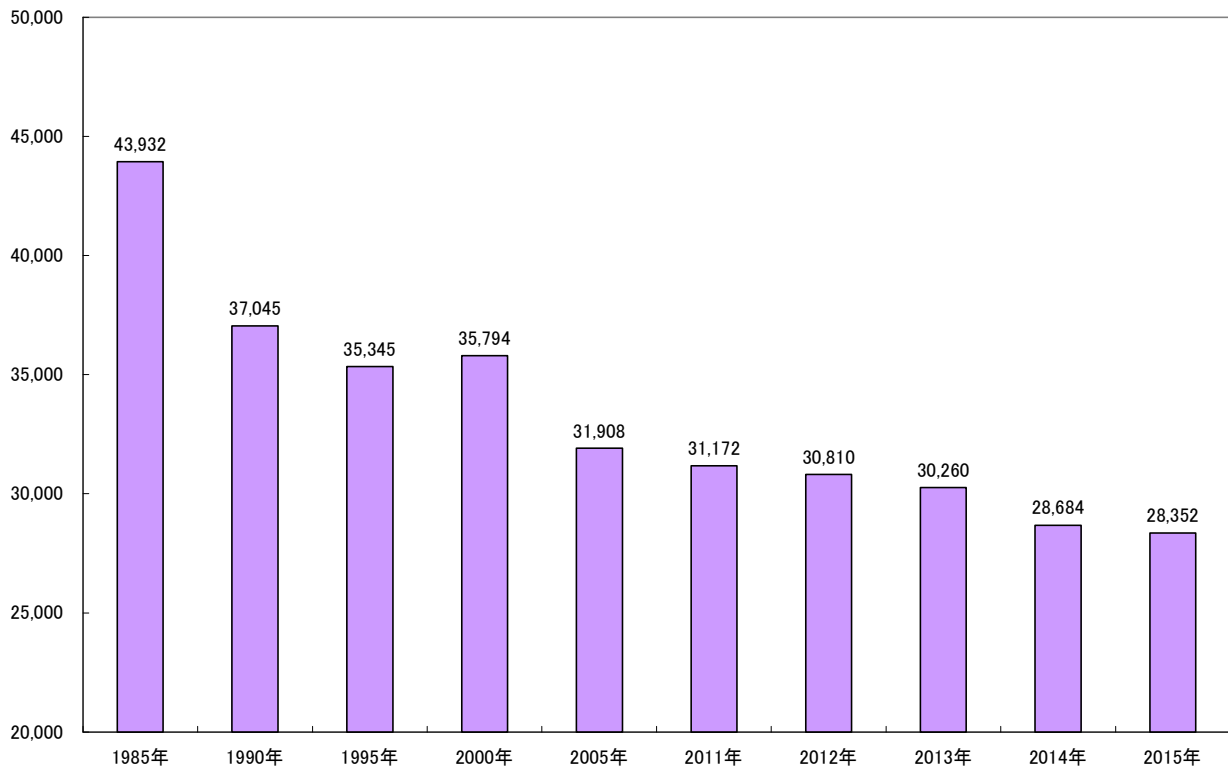
（出典）厚生労働省人口動態調査、静岡県の人口動態統計の概況

* 早期新生児死亡率及び2013～2015年の3年平均は人口動態調査から計算

* 全国順位は死亡率の低い方からの順位

(出生数の推移)

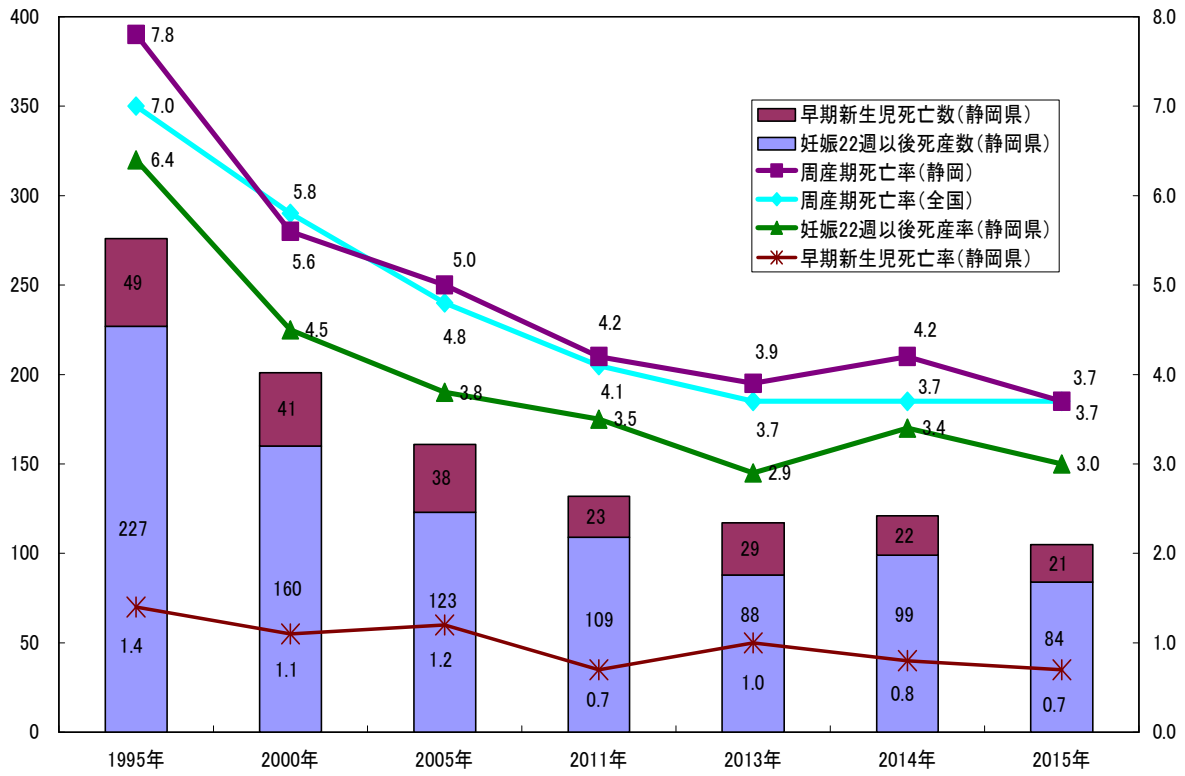
(単位：人)



(周産期死亡率)

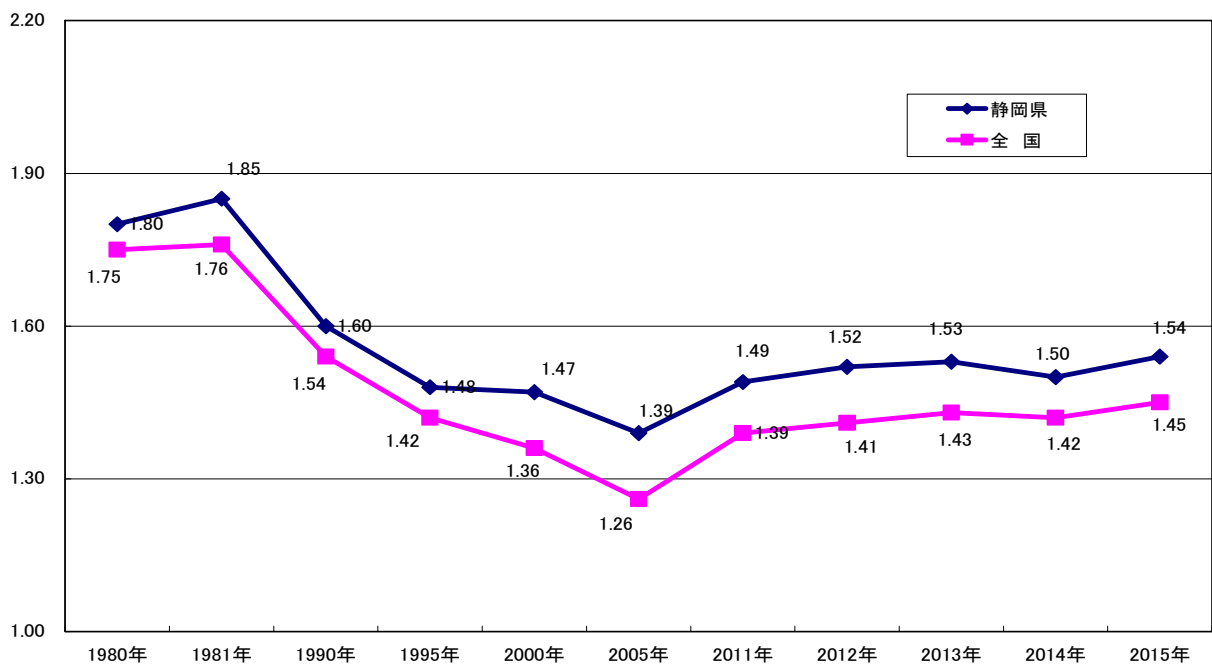
死産数・死亡数
(人)

死亡率・死産率
(出生千対)



(合計特殊出生率)

(単位：人)



○分娩取扱施設数

(二次保健医療圏別の分娩取扱施設数：2017年12月現在)

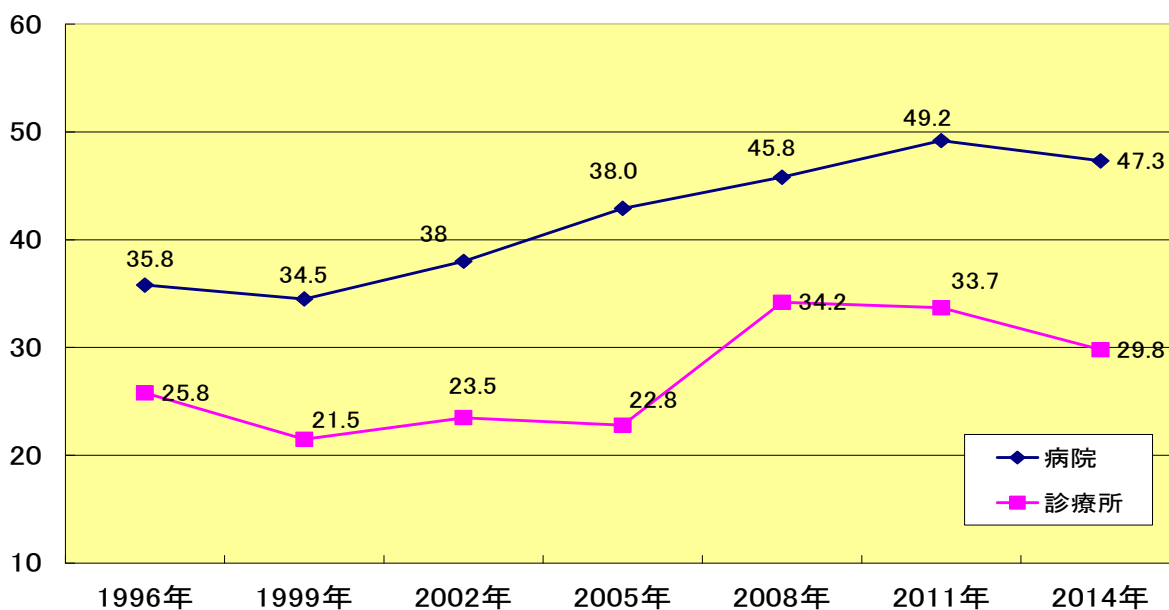
	病院	診療所	助産所	計
東部	8	21	5	34
賀茂	0	1	1	2
熱海伊東	2	2	0	4
駿東田方	4	12	1	17
富士	2	6	3	11
中部	8	12	9	30
静岡	6	7	8	21
志太榛原	2	5	1	9
西部	9	12	11	33
中東遠	3	6	7	16
西部	6	6	4	17
計	25	45	25	95

(分娩取扱施設数の推移) (各年度3月末現在)

区分	1995年度	2009年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
病院	39	26	26	27	28	27	26
診療所	85	50	47	47	48	45	46
助産所	17	16	19	21	21	22	25
計	141	92	92	95	97	94	97

(分娩取扱施設の1施設あたりの分娩数：1箇月あたり)

(単位：件)



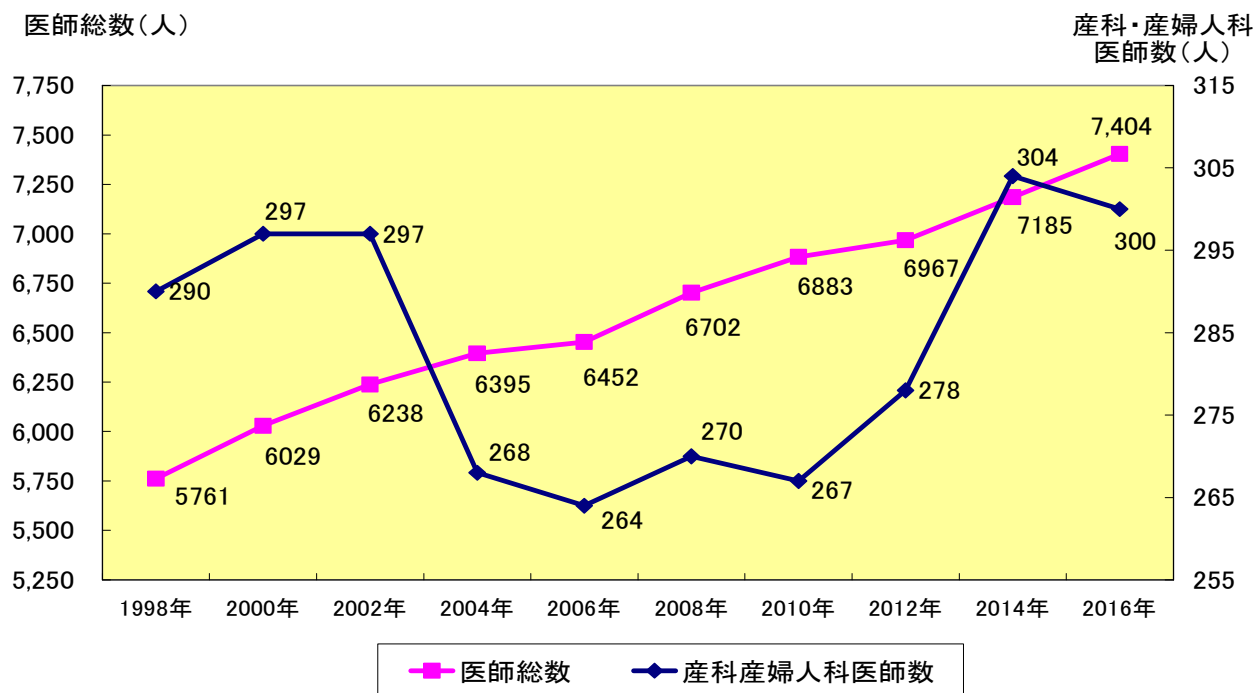
(出典：厚生労働省 医療施設調査)

○医療従事者の状況

(本県の周産期医療に従事する常勤医師数、助産師数)(2017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		37	29	66	8	24	22	101	42
東部	賀茂	0	1	1	0	0	0	0	0
	熱海伊東	4	3	7	0	3	5	12	1
	駿東田方	22	17	39	8	9	11	58	18
	富士	11	8	19	0	12	6	31	23
中部		51	17	68	11	47	42	151	58
中部	静岡	37	12	49	11	31	34	94	36
	志太榛原	14	5	19	0	16	8	57	22
西部		74	15	89	22	39	62	271	26
西部	中東遠	14	8	22	0	15	13	50	19
	西部	60	7	67	22	24	49	221	7
計		162	61	223	41	110	126	523	126

(本県の医師総数及び産科・産婦人科医師数)



(出典：厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査)

(本県の看護職員・助産師の推移)

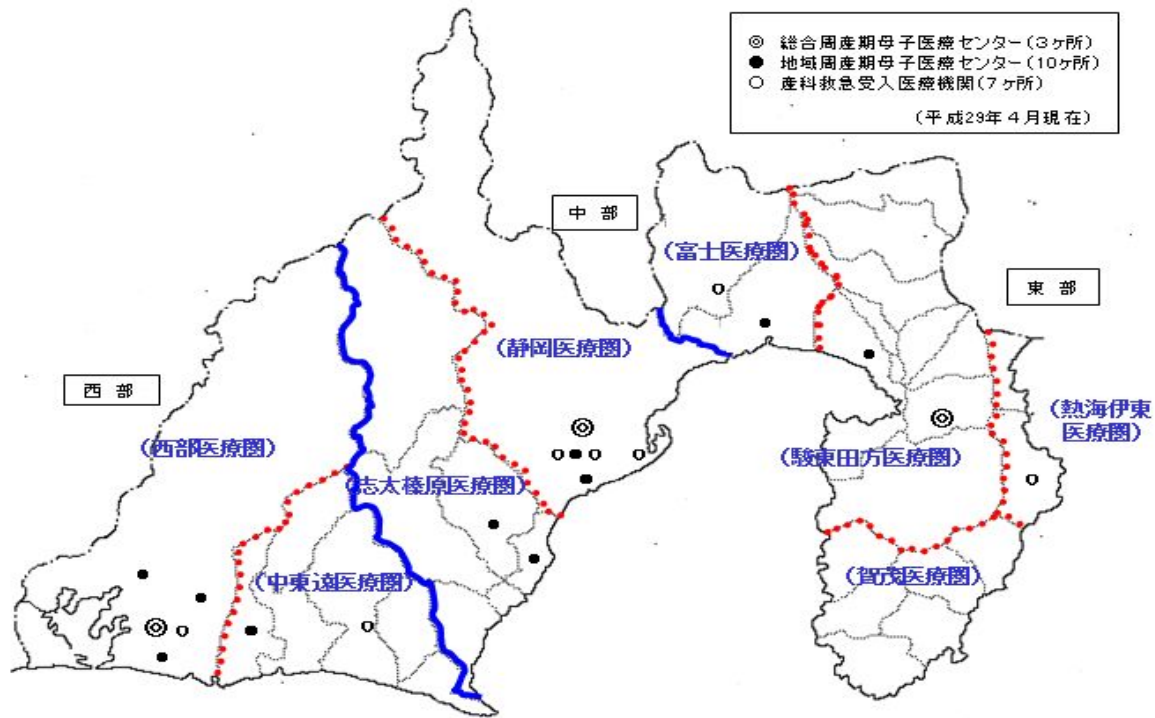
(単位：人)

	2012年	2014年	2016年	2016年/2012年
看護職員	37,256	38,643	40,100	107.6%
うち助産師	874	952	952	108.9%

(出典：厚生労働省 衛生行政報告例)

○周産期医療体制

(ブロック図)



(周産期医療ネットワークの構成機関、救命救急センター等の併設状況：2017年12月現在)

区分	1次周産期医療機関	2次周産期医療機関		3次周産期医療機関
該当施設	その他の分娩取扱施設	産科救急受入医療機関	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター
施設数	75	7	10	3
主たる機能	正常及び軽度異常の妊娠・分娩・新生児の治療管理を実施	ハイリスク母体・胎児を常時受け入れ、母体・胎児を集中管理	ハイリスク母体・胎児及び新生児を常時受け入れ、母体・胎児及び新生児に対する一貫した治療の実施	高度な医療施設とスタッフを備え、常時、ハイリスク母体・胎児及び新生児の受入体制を有し、あらゆる異常妊娠・分娩及び新生児に対する一貫した治療を実施
東部	病院 3施設 診療所 21施設 助産所 5施設	市立伊東市民病院 富士宮市立病院	沼津市立病院 [㊦] 富士市立中央病院 [㊦]	順天堂大学医学部附属静岡病院 [㊦]
中部	診療所 12施設 助産所 9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 12施設 助産所 11施設	中東遠総合医療センター [㊦] JA 静岡厚生連遠州病院 [㊦]	磐田市立総合病院 [㊦] 浜松医療センター [㊦] 浜松医科大学医学部附属病院 [㊦] [㊦] 総合病院聖隷三方原病院 [㊦]	総合病院聖隷浜松病院

㊦:救急救命センターを併設

㊦:救命救急センターは併設していないが、脳血管疾患等の母体救命救急に24時間対応可能

(NICU 病床数 : 2017 年 4 月現在)

地 域	2 次医療圏	病床数 (床)	出生数(2013~2015 平均) (人)	出生 1 万人あたり (床)
東 部	賀 茂	—	321	—
	熱海伊東	—	520	—
	駿東田方	12	5,183	23.2
	富 士	9	3,014	29.9
東 部 計		21	9,038	23.2
中 部	静 岡	24	5,326	45.1
	志太榛原	14	3,510	39.9
中 部 計		38	8,836	43.0
西 部	中東遠	6	3,980	15.1
	西 部	45	7,245	62.1
西 部 計		51	11,225	45.4
静岡県 計		110	29,099	37.8

(MFICU、NICU 及び GCU 病床数 : 2017 年 4 月現在)

地 域	M F I C U				N I C U				G C U	
	診療報酬加算		診療報酬非加算		診療報酬加算		診療報酬非加算		施設数	病床数
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数		
東 部	1	6	—	—	2	21	5	36	1	18
中 部	1	6	1	4	4	38	2	11	4	40
西 部	1	15	1	6	5	51	0	0	4	38
計	3	27	2	10	11	110	7	47	9	96

(MFICU 及び NICU の診療報酬加算病床の状況 : 2017 年 4 月現在)

地 域	2 次医療圏	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	96.8	12	100.3
	富士市立中央病院	—	—	9	83.5
中 部	静岡県立こども病院	6	93.5	18	96.4
	静岡済生会病院	—	—	6	99.5
	焼津市立総合病院	—	—	8	99.2
	藤枝市立総合病院	—	—	6	71.0
西 部	総合病院聖隷浜松病院	15	95.5	21	100.6
	磐田市立総合病院	—	—	6	102.7
	浜松医療センター	—	—	6	93.0
	浜松医科大学医学部附属病院	—	—	9	91.1
	総合病院聖隷三方原病院	—	—	9	34.8
計		27	95.3	110	88.4

(3 次・2 次周産期医療機関の麻酔科医の配置状況 : 2017 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	—	—	2	1
2 次	地域周産期 母子医療センター	10	5	6	1	6	2	1
	産科救急受入 医療機関	7	1	6	1	4	1	1
合 計		20	8	15	2	10	5	3

※各病院の配置人数の合計

5 小児医療（小児救急医療を含む。）

【対策のポイント】

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

（1）現状と課題

ア 小児医療

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

イ 本県の状況

（ア）乳児死亡率及び 15 歳未満の死亡率

- 本県の乳児死亡率¹は緩やかな減少傾向にあり、2015 年は出生千人当たり 1.9 となっており、全国の 1.9 と同水準となっています。本県の 2015 年の乳児死亡数は 53 人であり、主な原因は「先天奇形及び染色体異常」（20 人、37.7%）、「周産期に発生した病態」（11 人、20.7%）となっています。
- 本県の 15 歳未満の死亡率²（2015 年）は 15 歳未満人口千人当たり 0.23 となっており、全国の 0.23 と同水準となっています。
- 本県の不慮の事故による 15 才未満の死亡者数（2015 年人口動態調査）は 9 人となっています。内訳は、交通事故が 2 人、不慮の溺死・溺水が 3 人、不慮の窒息が 4 人となっています。

（イ）小児医療施設及び小児医療施設に関わる医師の状況

- 県内で小児科を標榜する医療機関数は減少傾向にあり、2014 年時点で一般病院は 57 施設、診療所は 491 施設であり、2002 年時点（一般病院は 62 施設、診療所は 605 施設）と比較すると、一般病院は 8.0%減少、診療所は 18.8%減少しています。小児科が主たる標榜である診療所数は、ほぼ横ばいで推移しています。
- 県内の小児科医の数は 2016 年時点で 405 人であり、小児人口 10 万人当たりでは 85.8 と 2002 年時点（77.0）と比較すると増加傾向にありますが、全国平均の 107.3 を下回っています。
- 小児科を標榜する医療機関数が減少するなか、小児科医数は増加傾向にあり、小児医療提供体制は集約化傾向にあります。

（ウ）小児救急電話相談（静岡こども救急電話相談、#8000）

- 子どもの病気やけがへの対応について電話で専門家に相談できる小児救急電話相談は、2006

¹ 乳児死亡率：年間の 1,000 出産当たりの生後 1 歳未満の死亡数

² 15 歳未満の死亡率：15 歳未満人口 1,000 人当たりの死亡数

年7月に開始し、2007年度には相談時間を毎夜間に、2010年10月からは相談時間を18時～翌朝8時に延長して体制を充実してきました。さらに、2015年3月からは、土曜は13時～翌8時、休日は8時～翌8時に時間を延長するとともに、相談が集中する時間帯（18時～23時）の電話回線の数を増やしました。

- 1日当たりの相談件数は、2009年度は32.5件でしたが、相談時間の延長や広報啓発の強化により、2016年度は165.4件と大幅に増加しています。

(エ) 小児慢性疾患児

- 小児慢性疾患のうち医療費助成の対象となる小児慢性特定疾病として2017年4月1日現在で722疾病が指定されており、県内の受給患者は、3,191人（2017年5月末日現在）となっております。
- 小児慢性疾患児に対する小児期から成人期にかけての診療においては、患児の成長や発達、個々の疾患の状態の変化にあわせた医療が必要であり、小児慢性疾患児が成人期の医療へ円滑に移行できる支援が必要になっています。

(オ) 医療的ケア児³

- 県内の重症心身障害児は、2015年度に県が実施した調査によると738人（うち在宅障害児619人、入所障害児119人）となっています。
- 特別支援学校における医療的ケアが必要な児童生徒数は、178人（2016年）と1998年の16人と比較して大幅に増加しています。
- また、医療の進歩により小児の死亡率が減少し、障害や慢性疾患を持って成人に移行する児が増えています。

(カ) 小児救急医療

(初期小児救急医療)

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

(第2次小児救急医療（入院小児救急医療）)

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

(第3次小児救急医療（救命小児救急医療）)

³ 医療的ケア児：人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児。2015年5月現在、全国で1.7万人、人工呼吸器児数は3千人と推計されている。

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

(キ) 医療機関とその連携

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

ウ 医療提供体制

(ア) 小児医療

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

(イ) 小児救急電話相談

- 中学生以下の子供を持つ保護者の小児救急電話相談の認知度は、2015年6月の調査では58.3%であり、更なる普及啓発が必要です。
- 年間40,000件を超える相談がある一方、時間帯によっては相談回線が混雑するため、すぐに相談につながらないケースが発生しています。

(ウ) 小児救急医療

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

(エ) 療養・療育支援

- 小児慢性疾患児が住み慣れた地域で療養・療育できるよう支援する機能が必要です。
- 医療的ケア児等が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、医師等の医療従事者に対する研修や医療的ケア児の在宅支援を担う人材の養成及び多職種連携体制の構築が必要です。
- 医療的ケア児等の在宅支援のためには、日々の介護を続ける家族の支援も重要であり、住み慣れた地域で短期入所サービスを提供する医療機関の確保が必要です。

(オ) 災害時における小児医療

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

(2) 対策

ア 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
乳児死亡率 (出生千人当たり)	1.9 (2015年)	0.7	全国1位と同水準に設定	厚生労働省「人口動態統計」
乳幼児死亡率 (5歳未満人口千人当たり)	0.53 (2015年)	0.36	全国1位と同水準に設定	厚生労働省「人口動態統計」・総務省「人口推計」より算出
小児の死亡率 (15歳未満人口千人当たり)	0.23 (2015年)	0.17	全国1位と同水準に設定	厚生労働省「人口動態統計」・総務省「人口推計」より算出

イ 施策の方向性

(ア) 小児医療

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

(イ) 小児救急電話相談

- 一般的な子育ての相談窓口と併せて紹介する等、効果的な広報を行い、認知度の向上を図ります。
- また、より多くの相談件数に対応できるよう、相談件数の推移に応じ、相談体制の充実を図ります。

(ウ) 小児救急医療

- 市町や地域の医師会と連携して、初期小児救急医療体制の整備・充実を進めます。地域の実情に応じて、在宅当番医制から急患センター方式への転換や、急患センターの既存施設の建替え

や機能拡充を図り、持続可能な体制確保に向けた取組を進めます。

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

(エ) 療養・療育支援

- 重症心身障害児が受診できる身近な診療所について、県ホームページで公開し、情報提供(2016年度時点113診療所)することで、当事者家族等が医療を受けやすい環境を整えています。
- 医療的ケア児等が適切な医療・福祉サービスが受けられるよう、医療及び福祉・介護等のエキスパートの養成や、「静岡県重症心身障害児(者)在宅支援推進連絡調整会議」により、医療、福祉、行政、親の会等関係機関相互の連携を一層充実します。
- 医療的ケア児等が住み慣れた地域において安心して地域生活を過ごせるよう、医療機関による短期入所サービスの提供等在宅支援サービスの充実を図ります。

(オ) 災害時における小児医療

- 災害時における医療の確保を図るため、新たに乳幼児にかかる医療機関との調整を行う災害時小児周産期リエゾン⁴を養成し、小児医療に特化した調整役として災害医療コーディネーターをサポートする体制を整備します。また、研修・訓練の実施により、医療資源需給調整を行う災害医療コーディネーター、医薬品等や薬剤師の確保・調整を行う災害薬事コーディネーター等の関係機関との連携体制の強化を推進します。

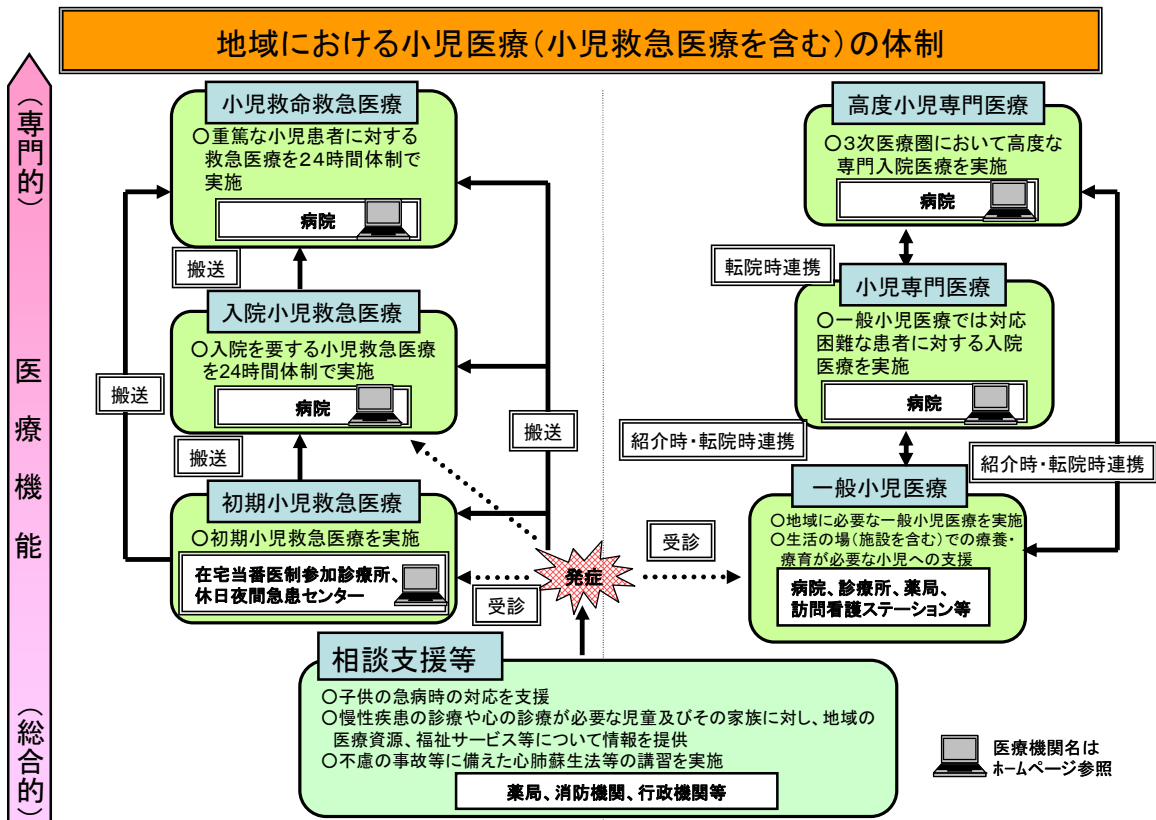
⁴ 災害時小児周産期リエゾン：災害時に被災地における搬送が必要な小児・妊産婦の情報を収集し、被災地内の適切な医療機関への搬送をコーディネートするとともに、全国の災害時小児周産期リエゾンと連携し、被災地外への搬送方法、受け入れ体制の情報を収集する。

(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 ・薬に関する24時間相談、情報提供 	<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>【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>【入院小児救急医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初期救急の後方病院として、休日・夜間に入院医療を必要とする重症患者の受入れ 	<p>【小児救命救急センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児集中治療室(PICU)を運営し、24時間体制で重篤な小児患者に対する治療を実施。 <p>【救命救急センター】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高度な医療施設とスタッフを備え、24時間体制で重篤な小児患者に対する治療を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療を実施 ・軽症の入院診療を実施(入院設備を有する場合) ・療養・療育が必要な小児に対する支援 ・医療、介護及び福祉サービスの調整 ・慢性疾患の急変時や専門医療を担う地域の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般の小児医療機関では対応が困難な患者や、全身管理、呼吸管理等、常時監視や治療の必要な患者等に対する入院診療を実施 ・一般の小児医療機関では実施困難な診断・検査・治療を含む専門的な入院診療を実施 ・地域の小児科を標榜する診療所、病院等や、より高度専門的な対応について対応可能な医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・先天性心疾患や小児悪性腫瘍、腎臓移植、先天性消化器奇形等の乳児期手術、口唇口蓋形成手術、小児脳腫瘍手術等、他の医療機関では対応が困難な小児疾患に対して、高度な医療施設とスタッフを備え、専門的な診断・検査・治療を実施

(4) 小児医療（小児救急医療を含む）の医療体制図



(5) 関連図表

○ 指標による現状把握

指標		実績		出典
指標の項目	時点	静岡県	全国	
一般小児医療を担う診療所数 (小児人口 10 万人当たり)	2014	30.2	33.1	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 万人当たり)	2014	11.3	16.1	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 万人当たり)	2016	38.7	41.7	厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤師調査」
小児医療に係る病院勤務医師数 (小児人口 10 万人当たり)	2016	47.0	65.6	厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤師調査」
小児入院医療管理料届出施設数 (小児人口 10 万人当たり)	2015	4.7	5.2	「診療報酬施設基準」
小児歯科を標榜する歯科診療所数 (小児人口 10 万人当たり)	2014	179.9	255.8	厚生労働省 「医療施設調査」
乳児死亡率 (1 歳未満 出生千人当たり)	2015	1.9	1.9	厚生労働省 「人口動態調査」
乳幼児死亡率* (5 歳未満人口千人当たり)	2015	0.53	0.54	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 歳未満人口千人当たり)	2015	0.23	0.23	厚生労働省 「人口動態調査」 総務省 「人口推計」

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

○ 乳児死亡率、5歳未満の死亡率及び15歳未満の死亡率

2次保健医療圏名	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	静岡県	全国
乳児死亡率	3.5	0.0	2.0	2.1	1.8	2.3	2.1	1.5	1.9	1.9
5歳未満の死亡率	0.62	0.0	0.50	0.79	0.45	0.59	0.63	0.44	0.53	0.54
15歳未満の死亡率	0.16	0.0	0.19	0.33	0.25	0.28	0.25	0.19	0.23	0.23

(出典：2015年人口動態調査(厚生労働省)、静岡県年齢別人口推計統計(静岡県))

○ 乳児死亡率、死亡数の推移

指標	1999	2002	2005	2008	2011	2012	2013	2014	2015
乳児死亡率	3.1	2.7	3.1	2.4	2.2	1.9	2.1	2.1	1.9
全国平均	3.4	3.0	2.8	2.6	2.3	2.2	2.1	2.1	1.9
15歳未満死亡数	204	188	177	144	125	113	111	109	110
0歳未満	111	94	99	80	70	58	64	61	53
1-4歳	53	44	41	35	28	26	25	22	25
5-9歳	29	26	19	14	10	17	10	14	19
10-14歳	11	24	18	15	17	12	12	12	13

(出典：人口動態調査(厚生労働省))

○ 小児医療施設数の推移

指標	1996	1999	2002	2005	2008	2011	2014
静岡県	病院	72	67	62	61	57	57
	診療所	649	624	605	598	531	464
	小児科が 主たる標榜*	144	155	161	156	157	153
全国	病院	3,844	3,528	3,359	3,154	2,905	2,745
	診療所	27,095	26,788	25,862	25,318	22,503	19,994
	小児科が 主たる標榜*	4,857	5,149	5,276	5,481	5,411	5,381

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

(出典：医療施設調査(厚生労働省))

○ 小児科医師数の推移(静岡県)

指標	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
医師総数	5,688	5,761	6,029	6,238	6,395	6,452	6,702	6,883	6,967	7,185	7,404
小児科医 ^{※1}	389	395	403	422	434	414	459	473	423	476	405
病院	199	215	212	220	228	221	268	278	247	289	222
診療所	190	180	191	202	206	193	191	195	176	187	183
小児人口10万対	64.4	68.8	70.8	77.0	82.2	78.1	88.9	92.5	84.4	97.5	85.8
小児科専門医 ^{※2}	—	—	—	—	—	—	—	313	302	349	356

※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・薬剤師調査(厚生労働省))

○ 2次保健医療圏別の状況

2次保健医療圏名	本県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
一般小児医療を担う病院数	57	2	3	11	5	13	5	5	13
小児人口10万対	11.3	29.1	28.6	12.3	9.2	14.5	7.9	7.4	10.7
一般小児医療を担う診療所数	152	1	2	24	17	33	19	18	38
小児人口10万対	30.2	14.6	19.1	26.8	31.2	36.9	29.9	26.6	31.4
小児医療に係る病院勤務医数	313.8	1.4	11.6	36.2	14.7	128.1	22.5	20.6	78.7
小児人口10万対	62.4	20.4	110.8	40.5	27	143.2	35.4	30.4	65.1
小児科標榜診療所勤務医数	214.6	1	3	35.6	24.3	38.4	26.1	29.5	56.7
小児人口10万対	42.7	14.6	28.6	39.8	44.7	42.9	41	43.5	46.9

(出典：2014年 医療施設調査 (厚生労働省))

○ 小児医療体制を担う医療機関数等

2次保健医療圏名	一般小児医療	小児専門医療	高度小児専門医療
賀茂	診療所、病院、訪問看護ステーション	—	1
熱海伊東		1	
駿東田方		4	
富士		2	
静岡		5	
志太榛原		2	
中東遠		3	
西部		8	
計			

○ 小児救急医療体制を担う医療機関数等

2次救急医療圏名	初期小児救急医療		入院小児救急医療	小児救命救急医療	
	休日夜間急患センター	在宅当番医(地区数)		(高度)救命救急センター	小児救命救急センター
賀茂	—	2	1	2	1
熱海	—	—	1		
伊東	1	1	1		
駿豆	※(2) 3	3	3		
御殿場	1	—	—		
富士	※(2) 2	—	2		
清水	—	2	2	4	
静岡	1	1	5		
志太榛原	※(1) 2	4	3		
中東遠	3	2	3	5	
北遠	1	—	—		
西遠	※(1) 1	5	7		
計	※(6) 15	20	28		12

※ ()内の数字は、翌朝まで診療している休日夜間急患センター数(内数)

第4節 在宅医療

【対策のポイント】

- 地域の医療機関相互、医療と介護の連携強化による、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制の構築
- 在宅医療を担う機関の充実、多職種の人材の育成と在宅医療の周知

1 在宅医療の提供体制

○高齢化の進行に伴い、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められています。

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

(1) 現状と課題

ア 在宅医療の現状

(疾病構造の変化)

○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おり、自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る者が今後も増加することが見込まれます。

(在宅医療の状況)

○県内の医療機関における訪問診療の実施件数は、2008年度の8,736件から2014年度の18,764件へと約2.1倍に増加していますが、実施医療機関数は、528施設から538施設へと横ばいに推移しており、1施設当たりの実施件数は増えています。

○県内の在宅療養支援診療所¹は、334施設、在宅療養支援病院²は、18施設です。（2017年6月現在）

○患者宅を訪問し看護を行う訪問看護ステーションは、県内に209施設（2017年3月末現在）で、2010年度の130施設から約1.6倍に増加しています。

○訪問看護に従事する看護職員数は、2010年度の781人から2016年度の1,105人へと約1.4倍に増加しています。県内の訪問看護ステーションの1施設当たりの従事者数は5.3人で横ばいに推移しており、常勤換算看護職員数が5人未満の小規模な事業所は、全体の62.8%となつて

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

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

います。

- 訪問看護サービスの実施件数は、2010年度の466,816件から2016年度の688,344件へと約1.5倍に増加しており、訪問看護従事者1人あたりの実施件数についても598件から623件へと増えています。

(県民の意向と看取りの状況)

- 長期の療養などにより、人生の最終段階となった場合に、最期の時を自宅で迎えることを47.2%の県民が望んでいます。(静岡県健康福祉部平成28年度県民意向調査結果)
- 本県の死亡の場所別にみた死亡者数は、2016年において、病院が27,503人(70.0%)、自宅が5,295人(13.5%)となっています。
- 死亡場所別の割合は、医療機関(病院・診療所)が2010年の76.5%から2016年の71.2%に減少し、自宅等(自宅・老人ホーム)が、19.3%から22.8%へと増加しています。

イ 在宅医療の課題

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

(ア) 退院支援

- 退院支援担当者を配置している病院は、2008年の50施設(27.2%)から2014年の75施設(41.2%)へと増加していますが、在宅医療を推進し、医療の継続性や患者の退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題に対応するためには、配置施設を増やす必要があります。
- 病院で実施する退院前カンファレンスに訪問看護師や介護支援専門員等の関係職種が参加することや、地域の実情にあった退院支援におけるルールづくりを進めるなど、連携体制を構築する必要があります。

(イ) 日常の療養支援

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

(ウ) 急変時の対応

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

所、在宅療養後方支援病院³等による後方支援体制を整備する必要があります。

(エ) 在宅での看取り

- 人生の最終段階において、患者本人の意思を最大限に尊重した医療を提供するために、関係する職種が相互に連携することにより、看取りに関する方針決定や患者とその家族の支援ができる体制を整備する必要があります。
- 高齢者人口の増加による死亡者数の増加の受け皿として、在宅看取りを実施する病院、診療所及びターミナルケア⁴に対応できる訪問看護ステーション等を充実させる必要があります。
- 在宅医療を担う従事者は、緩和ケア⁵など、医療そのものに関する知識や技術ばかりではなく、本人の意思や家族の意向を踏まえた療養指導など、患者・家族の生活の支援に関する幅広い知識と技術の向上を図る必要があります。

(オ) 多職種連携

- 関係者による研修会等の開催により、一部の地域では多職種連携が進んでいますが、全ての地域において、顔の見える関係を構築する必要があります。
- 更なる連携体制の構築のために、地域において在宅医療を積極的に担う人材の養成及び確保を図る必要があります。
- 患者とその家族が、在宅での療養においてより多くの選択を可能にするためには、病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護サービス事業所等において患者情報や対応可能なサービスに関する効率的な情報の共有を図る必要があります。

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

⁴ ターミナルケア:人生の最終段階において提供される医療又は看護

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

(2) 対策

ア 数値目標

(ア) 目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
訪問診療を受けた患者数	12,565 人 (2013 年)	15,519 人 (2020 年)	各2次保健医療圏における必要量	厚生労働省「診療報酬施設基準」
最期を自宅で暮らすことができた人の割合	13.5% (2016 年)	14.5% (2020 年)	在宅医療等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」

(イ) 整備目標

区分	項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
退院支援	退院支援ルールを設定している2次保健医療圏数	— (2016 年)	全医療圏 (2020 年)	全ての2次保健医療圏において設定	県地域医療課調査
日常療養支援	訪問診療を実施している診療所、病院数	1,050 施設 (2016 年度)	1,161 施設 (2020 年度)	訪問診療を受けた患者数の増加に対して必要な数	県地域医療課調査
急変時対応	在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数	22 施設 (2016 年)	30 施設 (2020 年)	在宅医療等必要量の見込みから算出	東海北陸厚生局届出
看取り	在宅看取りを実施している診療所、病院数	284 施設 (2016 年)	323 施設 (2020 年)	在宅医療等必要量の見込みから算出	県地域医療課調査

イ 施策の方向性

(ア) 退院支援

- 患者の送り手側である病院において、退院支援担当者を配置し、外来通院時や入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が実施できる体制を強化するほか、受け手側である在宅医療に携わる関係機関と地域の実情にあったルールづくりを進めることで、退院調整機能の強化を図ります。
- 退院又は転院調整機能を有する病院等が中心となる退院前カンファレンスへ地域の在宅医療を担う診療所のかかりつけ医、歯科診療所の歯科医師、看護師や訪問看護ステーションの看護師、薬局の薬剤師、介護支援専門員等の参加を促進し、関係者の密接な連携体制の構築を図ります。

(イ) 日常の療養支援

- 在宅医療に取り組む診療所、病院、歯科診療所、訪問看護ステーション及び薬局を充実させるほか、医療資源の乏しい地域に重点的に整備することで地域偏在の解消を図ります。
- かかりつけ医師、歯科医師、訪問看護師及び薬剤師の確保を推進することで、在宅医療の提供体制の充実を図ります。
- 訪問看護ステーションについては、大規模化やサテライト型訪問看護ステーションの設置などの機能強化を図り、訪問看護師の勤務環境を整備することで、訪問看護の質の向上を図ります。
- 各市町が、郡市医師会や郡市歯科医師会、地域薬剤師会等の関係機関と連携しながら在宅医療の提供体制を構築する取組を支援します。
- がん患者が自宅に戻っても安心して緩和ケアが受けられるよう、がん診療連携拠点病院などの病院と診療所、訪問看護ステーション、薬局等が連携し、地域の在宅緩和ケアの実施体制の一

層の強化を図ります。

- 医療的ケア児等が住み慣れた身近な地域において安心して過ごせるように、医療機関による短期入所サービスの提供等在宅支援サービスの充実を図ります。
- 訪問リハビリテーションを行う理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の養成や、かかりつけ医、介護支援専門員等のリハビリテーションに対する理解を深めること等により、在宅患者に対するリハビリテーション提供体制の強化を図ります。
- 認知症の早期発見、早期対応に向けて、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師等の認知症対応力の向上を促進します。
- 認知症の人と家族、医療と介護の専門職等との間の情報共有を推進するため、認知症連携パス「ふじのくに“ささえあい”手帳」の普及を図ります。

(ウ) 急変時の対応

- 診療所等において 24 時間対応が困難な場合であっても、近隣の病院や診療所、訪問看護ステーション、薬局等との連携により、患者の病状急変時に対応できる体制の確保を図ります。
- 在宅患者の病状が急変した際に、必要に応じて受入れを行うことのできる在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院等の体制の整備を図ります。
- 病院から在宅、介護施設への患者の円滑な移行や在宅患者の急変時対応等在宅での長期療養を支える機能等を有する有床診療所の機能強化を図ります。
- 在宅患者の急変時における地域でのルールの設定や、在宅患者とその家族が、かかりつけ医等と急変時の対応について、事前に話し合いをすることで安心して在宅で療養できる環境の整備を図ります。

(エ) 在宅での看取り

- 人生の最終段階における患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築するために、在宅看取りを実施する病院・診療所及びターミナルケアを行う訪問看護ステーション、薬局の充実を図ります。
- 在宅でのターミナルケアや緩和ケアなど、人生の最終段階において、患者の希望に沿った医療の提供ができるように、専門的な知識及び技術の向上に対する取組を支援します。
- 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、家族とその家族を支える関係職種間における連携体制の強化を図ります。

(オ) 多職種連携

- 静岡県在宅医療推進センター⁶と連携して、地域において多職種連携の中核を担う人材の養成や、在宅医療・介護関係者で構成される在宅チームにより患者の療養環境を支える人材の育成を推進します。
- 関係職種間において、効率的な連携が可能になるよう、ICTを活用した「静岡県在宅医療・介護連携情報システム（シズケア*かけはし）⁷」の運用を拡大し、在宅患者の医療情報や介護

⁶ 静岡県在宅医療推進センター：2011年10月から静岡県医師会内に設置された、県内の在宅医療推進のための多職種連携のための協議会開催、人材育成、普及啓発活動等を実施する中核拠点。

⁷ 静岡県在宅医療・介護連携情報システム：静岡県在宅医療推進センターを設置する静岡県医師会において、在宅医療分野における連携を目的に2014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年度に、これまでの患者情報のみでなく、施設・サービス情報等の共有や掲示板機能等による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機能を追加することで、地域包括ケアシステムにおける連携を目的としたシステム。（愛称：シズケア*かけはし）

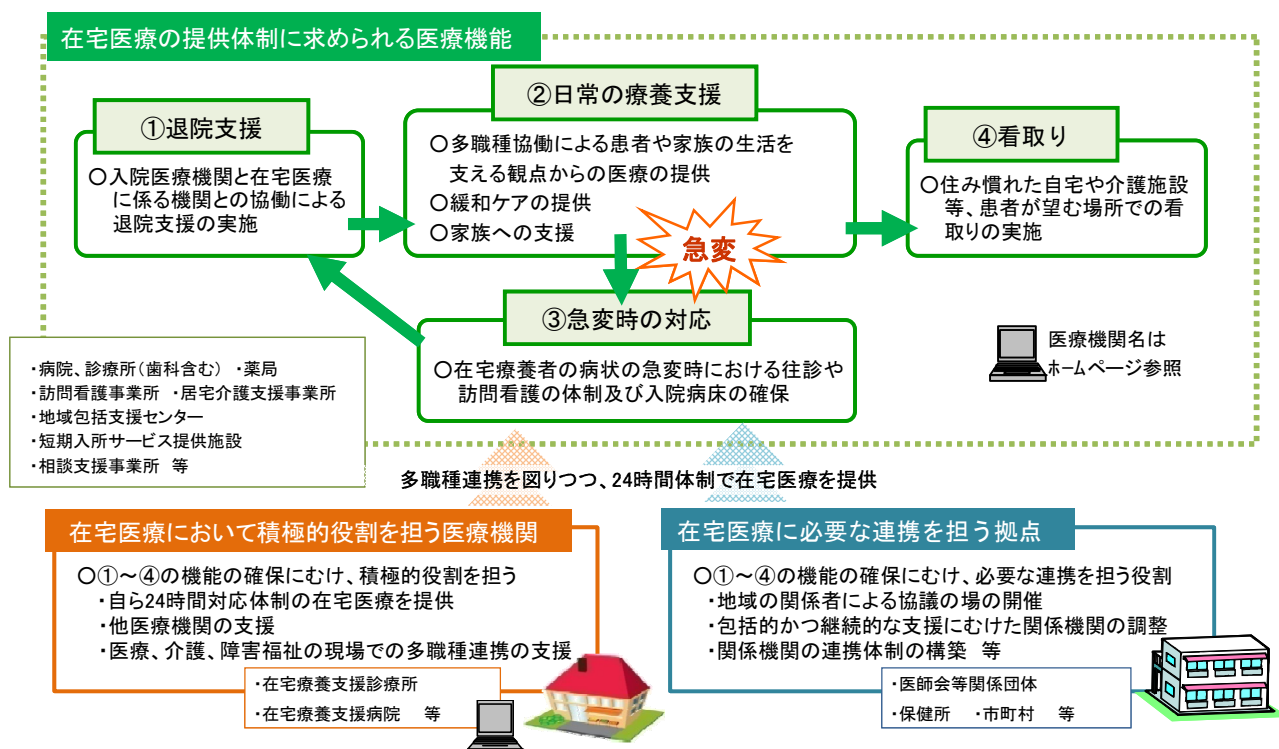
サービス情報等の共有化を全県下に普及します。

- 介護支援専門員が介護予防の段階から、訪問看護や訪問歯科診療、訪問薬剤管理、訪問リハビリテーション等の在宅医療の必要性を適切に判断できるような知識、技術を身につけられる研修会等を実施するとともに、多職種連携の強化を図ります。

(カ) 県民への理解促進

- 市町や地域包括支援センターと連携し、県民に向けた普及啓発（シンポジウム、講演会等の開催）や在宅医療に関する相談窓口の周知などにより、県民の在宅医療に関する理解を深め、不安解消を図るなど在宅医療が選択される環境整備を促進します。

(3) 在宅医療の医療体制図



(4) 在宅医療提供体制に求められる医療機能

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

(5) 関連図表

ア 患者動向に関する指標

(本県の死亡場所別にみた死亡数の割合の推移)

(単位: %)

	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年
自宅	13.9	13.6	13.6	13.9	13.2	13.3	13.5
老人ホーム※	5.4	5.9	6.6	7.2	8.0	8.8	9.3
病院	74.7	74.4	73.6	72.3	71.8	70.7	70.0
診療所	1.8	1.7	1.5	1.5	1.5	1.4	1.2
介護老人保健施設	2.2	2.6	2.9	3.3	3.7	4.0	4.3
その他	2.0	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.7

※資料：人口動態統計（厚生労働省）

※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。

イ 医療資源・連携等に関する調査

(在宅療養支援病院数)

(単位：施設)

	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
在宅療養支援病院数	1,044	18	1	1	7	2	1	1	2	3

※資料：東海北陸厚生局届出（2017年6月1日現在）

(在宅療養支援診療所数)

(単位：施設)

	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
在宅療養支援診療所数	14,320	334	4	15	55	18	104	28	33	77

※資料：東海北陸厚生局届出（2017年6月1日現在）

(訪問診療を実施している診療所、病院数)

(単位：施設)

	静岡県	2次保健医療圏							
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
訪問診療を実施している診療所、病院	1,050	31	34	174	90	208	129	131	253

※県地域医療課調査（2016年度平均）

(静岡県内の訪問看護ステーションの状況)

	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年
訪問看護ステーション（施設）	130	133	148	163	185	201	209
訪問看護従事者数（人）	781	—	809	—	906	—	1,105
1施設当たり従事者数（人）	6.0	—	5.5	—	4.9	—	5.3

※訪問看護ステーション数は各年度の3月末現在（みなしを除く）

※訪問看護従事者数は、「看護職員及び歯科衛生士、歯科技工士業務従事届出」による
(各年の12月末日現在)

(静岡県内の訪問看護サービス提供回数の推移)

	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年
サービス提供回数	466,816	490,754	524,549	558,120	599,738	650,678	688,344
前年度増減	—	23,938	33,795	33,571	41,618	50,940	37,666

※各年度末における訪問看護及び介護予防訪問看護の提供回数（長寿政策課調査）

ウ 指標による現状把握

指標の項目	時点	実績		備考
		静岡県	全国	
在宅看取りを実施している診療所数	2014	174	4,312	医療施設調査
在宅看取りを実施している病院数	2014	14	476	医療施設調査
ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数	2015.10	156	6,595	介護サービス施設・事業所調査
自宅での死亡者数	2016	5,295	169,400	人口動態統計

2 在宅医療のための基盤整備

(1) 訪問診療の促進

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

ア 現状

- 静岡県地域医療構想を踏まえた2020年における静岡県の訪問診療の必要量は15,519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2,954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は、2008年度の8,736件から2014年度の18,764件へと約2.1倍に増加していますが、実施医療機関数は、528施設から538施設へと横ばいに推移しており、1施設当たりの実施件数は増えています。

イ 課題

- 2025年に見込まれる訪問診療の必要量に対応するため、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在宅チームにおいて、効率的に患者情報を共有することができる環境を整備する必要があります。

ウ 対策

- 市町や郡市医師会等が連携し、地域の診療所等が、訪問診療を実施しやすい環境の整備に取り組むとともに、連携体制の構築など、訪問診療を実施する診療所の充実を目指す取組を支援します。
- 地域の病院においても、在宅患者に関する情報の共有等による診療所との連携や、退院患者に対する訪問診療の実施などにより、在宅患者の日常療養の支援を図ります。
- 地域において、主治医、副主治医制や輪番制の導入などにより、関係医療機関相互の連携を図り、24時間対応、急変時対応及び看取りを行うための体制を整備します。
- 在宅医療に関する先進事例の研究・検討や講習会の開催などにより、在宅医療に必要な知識、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、「静岡県在宅医療・介護連携情報システム(シズケア*かけはし)」の活用により、在宅チーム内において効率的に情報を共有することができる体制づくりを支援します。

(2) 訪問看護の充実

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

ア 現状

- 訪問看護ステーション数は、ここ数年は増加しているものの、2016年度の人口10万人当たり施設数は、全国平均7.7施設に対し、本県は5.7施設と少ない状況です。
- 2016年時点において、訪問看護ステーションが設置されていない町が5つあり、設置市町においても山間部など未設置な地域があるなど、その設置状況には地域偏在が見受けられます。
- 本県の訪問看護ステーションの設置主体は、株式会社等が45.7%（86施設）、医療法人が25.5%（48施設）と大半を占めています。また、医療と一体的なサービスの提供が可能な医療法人による設置数については、2010年の39施設から、2016年の48施設に増加しています。（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62.8%は、従業員が5人未満の小規模な事業所であり、大規模な訪問看護ステーションと比較しても収支が安定せず、休止や廃止をするケースが増加しています。（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⁸は、8施設（2016年度）あり、比較的人口の多い地域に偏っています。

イ 課題

- 訪問看護ステーションの地域偏在を解消し、県内全ての地域において充実した訪問看護サービスを受けられる体制を整備するために、計画的な設置を促進する必要があります。
- 看取りや重症度の高い利用者への対応ができるよう、訪問看護ステーションの機能強化等による安定的な訪問看護サービスの提供体制を整備する必要があります。
- 精神疾患のある患者や医療的ケア児などに対応することができる、訪問看護ステーションを県内各地域において設置する必要があります。
- 訪問看護ステーションの人材確保や関係職種間との連携を強化し、必要な人材の確保ができないことによる休止や廃止を抑制し、安定的な経営が可能となる体制を整備する必要があります。
- 在宅患者に対して充実した訪問看護サービスを提供するため、訪問看護ステーションにおける看護師等の人材確保及び資質向上を図る必要があります。

ウ 対策

- サテライト型の訪問看護ステーションの設置を促進し、地域における偏在の解消を図ります。
- 地域において、拠点となる訪問看護ステーションを中心に、規模の小さな訪問看護ステーションと連携することで、地域において安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備を図ります。
- 訪問看護ステーション相互や関係機関との連携強化、訪問看護ステーションの大規模化等、安定的な訪問看護サービスの提供体制を整備することで、緊急時への対応や看取り及び重症度の高い利用者へ対応できる訪問看護ステーションの確保を図ります。
- 病院併設型の訪問看護ステーションの設置に関しても促進することで、退院から在宅での生活までを一体的に支援できる体制の整備を図ります。

⁸ 機能強化型訪問看護ステーション：通常の訪問看護ステーションよりも、人員基準が高めに設定されており、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受入れを行い、同一敷地内に居宅介護支援事業所を設置することで、医療と介護の一体的なサービスを提供する機能を持った訪問看護ステーション。

- 在宅患者の様々なニーズに応じた医療・介護の提供が可能な、看護小規模多機能型居宅介護⁹や定期巡回・随時対応型訪問介護看護¹⁰を行うことができる事業所の整備を図ります。
- 各地域の実態に応じて、精神疾患のある患者や医療的ケア児などに対応することができる訪問看護ステーションの確保を図ります。
- 静岡県訪問看護ステーション協議会等と連携して、訪問看護ステーションへの就業促進、潜在看護師等への普及啓発、現場復帰のための教育などに取り組むとともに、認知症や小児分野などの専門的な研修体系の整備により、訪問看護従事者の増員、資質の向上を図ります。
- 静岡県看護協会等と連携し、特定行為¹¹のできる訪問看護師や認定看護師¹²等の増加を図ることで、在宅患者に対する迅速な対応及び在宅医療に取り組む医師の負担軽減を図ります。

エ 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
24時間体制をとっている訪問看護ステーション数	165 施設 (2016 年度)	230 施設 (2020 年度)	24 時間体制加算の届出割合 90%を目指す	厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」
機能強化型訪問看護ステーション数	8 施設 (2016 年)	43 施設 (2020 年)	全ての市区町において設置を目指す	県地域医療課調査

(3) 歯科訪問診療の促進

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

ア 現状

- 適切な歯科医療と歯科医師や歯科衛生士による専門的な口腔機能管理（口腔ケアを含む。以下同じ）によって、低栄養状態の改善が期待できることや肺炎の発症率が減少することなどが報告されており、要介護者における歯科医療の充実が望まれています。
- 県内の歯科診療所数は 1,776 施設、在宅療養支援歯科診療所¹³は 303 施設（2017 年 8 月現在）

⁹ 看護小規模多機能型居宅介護：医療ニーズの高い要介護者に対して、通い・訪問介護・宿泊に加え、必要に応じて訪問看護を提供するサービス。

¹⁰ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護：重症者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うサービス。

¹¹ 特定行為：医師又は歯科医師が示す手順書により行う診療の補助のうち、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる 38 行為。

¹² 認定看護師：近年の医療の高度化、専門化及び国民の医療ニーズの多様化等に対し、特定の看護分野において、より高度な看護ケアを行う看護師が求められているため、公益社団法人日本看護協会が、「認定看護師」及び「専門看護師」の認定資格制度を設置しており、日本看護協会が認定した教育機関において講座を受講後、日本看護協会の認定審査（筆記試験等）に合格した者を、「認定看護師」「専門看護師」として登録している。

¹³ 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。

あり、県民の約 1.2 万人に 1 施設、要介護 3～5 の者（2017 年 3 月現在、58,119 人）約 190 人に 1 施設の割合です。

○要介護 3～5 の者で歯科治療が必要な者の割合は 71.2%です（平成 28 年厚生労働科学研究）。

< 歯科訪問診療を実施している診療所数 >

（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している診療所	437	7	12	86	36	73	60	41	122

※県健康増進課調査（2017 年 10 月 1 日現在）

イ 課題

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

ウ 対策

- 県内全ての地域において、在宅歯科医療を受けることを希望する者が在宅歯科医療を受けられるよう、県歯科医師会や郡市歯科医師会、市町などと連携し、在宅歯科医療を実施する医療機関に関する情報が県民に周知されるよう努めます。
- 歯科医師会等と連携し、訪問看護師や介護支援専門員、地域包括支援センターの職員等が口腔内への関心を持つように、口腔機能管理の重要性や効果に関する知識の普及を図ります。また、県民の在宅歯科医療に関する理解が深まるように努めます。
- 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あたり、診療中の容態急変時の対応について診療所や病院との連携体制を構築するとともに、歯科診療所が相互に補完できる連携体制や歯科に関する後方支援機能を持つ病院との連携体制の構築を図ります。
- 在宅歯科医療を実施する歯科診療所は、要介護者を支援するチームの一員として診療所や訪問看護ステーション、介護サービス事業所等と顔の見える関係を築き、いつでも相談できる環境を整えることに努めます。
- 在宅歯科医療に従事する歯科医師や歯科衛生士を確保するため、在宅歯科医療に関する研修の実施を支援することや、歯科衛生士の就労等の相談に応じるなど、歯科衛生士の再就業促進や離職防止を図ります。

エ 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
在宅療養支援歯科診療所数	303 施設 (2017 年)	438 施設 (2020 年)	地域包括支援センター 1箇所当たり3施設程度	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	437 施設 (2017 年)	605 施設 (2020 年)	在宅医療等必要量の見込 みから算出	県健康増進課 調査

(4) かかりつけ薬局の促進

○全ての薬局が、かかりつけ薬剤師・薬局として、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体制を整備するほか、かかりつけ医等との連携による地域の中での相談対応を促進する必要があります。

ア 現状

(医療機関等との連携)

○様々な種類の医薬品の調剤に対応する中、お薬手帳等により、患者の服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬の重複の有無、相互作用の可能性等を確認し、処方医への疑義照会や情報提供等を行うとともに、必要な薬学的管理や指導の実施を通じて、薬物療法の有効性・安全性を確保しています。

○健康相談の窓口を設置し、要指導医薬品や一般用医薬品、健康食品の適正な使用、健康の維持・増進、健診、在宅医療・介護サービス、禁煙等に関する相談を受けるとともに、必要に応じ関係者への連絡や医療機関への受診勧奨を行っています。

(サービスの提供)

○在宅患者、家族が安心して療養できるよう、24 時間、電話等により薬の飲み方等についての相談に対応しています。

○薬局の薬剤師が患者宅を訪問し、服薬アドヒアランス¹⁴の向上や残薬管理、服薬指導等を提供する在宅訪問業務を行える薬局(「在宅患者訪問薬剤管理指導」届出薬局)は、1,633 薬局(2016 年 12 月現在)ですが、2016 年 1 年間に在宅訪問業務を行った薬局は 665 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許可を取得している薬局は 1,354 薬局(2014 年 3 月末現在)から 1,506 薬局(2017 年 3 月末現在)に増加し全薬局の 83% となり、ほぼ県内全域で供給が可能です。

イ 課題

(医療機関等との連携)

○薬物療法の有効性・安全性を確保し、在宅療養を維持していくには、病院、診療所、訪問看護ステーション、介護事業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。

¹⁴ 服薬アドヒアランス：患者自身が服薬治療への積極的な参加を行い、理解して薬を服用すること

○地域に密着した身近な健康相談窓口として、地域住民からの薬や在宅医療等を含めた様々な健康に関する相談に対応できる薬剤師・薬局が必要です。

(サービスの提供)

○かかりつけ薬剤師による 24 時間の相談対応や、休日や夜間における自局のみ又は近隣の薬局と連携しての緊急的な調剤が全ての地域で同様に提供できる体制の充実が必要です。

○在宅訪問業務等を行う薬剤師の一層の資質向上・養成や、小規模な薬局における在宅分野での地域の薬局同士の連携強化等が必要です。

○医療用麻薬、無菌調剤が必要な製剤及び医療・衛生材料の供給拠点としての期待に応えることが必要です。

○医療用麻薬については、多種の製剤が販売され、その使用方法も多様化しており、患者・家族等へ使用方法や管理方法等を正確に伝えることが必要です。

○地域における充実した医療提供や健康維持・増進による地域包括ケアの実現のため、かかりつけ薬局には、がんや難病等、薬の使用において特段の注意を払う必要がある疾患を有する患者等への専門的な薬物療法の提供（高度薬学管理機能）や、率先した地域住民への健康支援の実施と発信（健康サポート機能）が求められています。

○在宅医療における薬局の役割と個々の薬局が有する機能について、最新の情報を患者・家族や県民に広く情報提供することが必要です。

ウ 対策

(医療機関等との連携)

○調剤、服薬指導・支援、情報提供等による処方医へのフィードバック等に加え、医療用麻薬等と医療・衛生材料の供給や、医療機関等の多職種との共同研修等の推進により、薬局の機能の周知を図り、地域の医療機関等との連携を充実させます。

○薬局の健康支援・相談機能等について、地域住民に対し積極的に広報し、地域に密着した身近な健康相談窓口としての薬局の活用を推進するとともに、薬剤師の患者・住民とのコミュニケーション能力の向上に資する研修の推進を図ります。

(サービスの提供)

○かかりつけ薬剤師による 24 時間の相談や、緊急の調剤に対応するための薬局内の体制整備や薬局同士の連携強化を図ります。

○薬剤師が在宅医療等において求められるサービスを提供できるよう、無菌調剤等に関する研修の充実、無菌調剤室設置薬局における調剤や地域の薬局による無菌調剤室の共同利用等の推進により、地域において無菌調剤が必要な医薬品を提供できる環境づくりを進めます。

○医療機関等との協議による医療用麻薬の規格・品目の統一化や近隣の麻薬小売業者間での譲渡・譲受制度（麻薬小売業者間譲渡許可制度）の活用等により、地域における医療用麻薬の供給体制の強化を推進します。

○医療用麻薬の使用、管理に当たっては、患者・家族の理解と協力が特に重要であるため、医療用麻薬に関する知識、技術等の向上を図りながら、説明と相談を確実にを行います。

○かかりつけ薬局に対し、高度薬学管理機能や健康サポート機能の整備を推奨します。

○服薬管理や無菌調剤等の在宅医療等における薬剤師の職能や薬局の機能や、個々の薬局が提供するサービスについて、患者・家族や県民へ広く情報提供します。

エ 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
在宅訪問業務を実施している薬局数	665 薬局 (2016 年度)	1,180 薬局 (2020 年度)	2025 年までにすべての薬局で在宅訪問業務を実施	県薬事課調査

(かかりつけ薬剤師・薬局に求められる機能)

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

(5) 介護サービスの充実

ア 現状

- 2016 年度現在、高齢者人口は 1,043,484 人、そのうち、要介護認定率が高まる 75 歳以上の人口は 510,999 人となっています。
- 2016 年 9 月現在の要介護（支援）認定者数（以下、認定者）は 167,009 人、そのうち、159,701 人が介護サービスを利用しています。
- 介護サービスを利用している認定者のうち、在宅で介護サービスを利用している人¹⁵は 117,633 人となっています。
- 今後、高齢化の更なる進行に伴い、75 歳以上人口は 2025 年度には 656,244 人と、2016 年度の 510,999 人から 14 万 5 千人増え、1.28 倍になると見込まれています。
- 2025 年には要介護（支援）認定者は 205,141 人と、2016 年度の 167,009 人から 3 万 8 千人増え、1.23 倍になると見込まれています。
- 地域医療構想により、2025 年には、7,302 人の在宅医療等の新たな需要が発生するものと見込まれ、高齢者人口の増加による需要の増加と合わせると 40,093 人に対して、在宅や介護施設での療養を支える医療・介護サービスの提供が必要となります。
- 在宅における主な介護サービスの利用状況、提供事業所数及び 2025 年度における介護サービス見込み量は次のとおりです。

¹⁵ 居宅サービス及び地域密着型サービスの受給者のうち、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設の受給者を除いた人数

<主な介護サービス種別の利用状況>

介護サービス種別	介護サービス量			2016 サービス提供事業所数
	2016 実績	2025 見込み	伸び率	
訪問介護(回/年)	4,696,794	6,745,915	1.44	714
訪問看護(回/年)	854,110	1,352,078	1.58	212
訪問リハビリテーション(回/年)	220,455	392,888	1.78	83
通所介護(回/年)	4,646,548	5,928,889	1.28	760
通所リハビリテーション(回/年)	1,373,802	1,628,702	1.19	216
小規模多機能型居宅介護(人/年)	2,484	4,013	1.62	147
定期巡回・随時対応型訪問介護看護(人/年)	268	727	2.71	19
看護小規模多機能型居宅介護(人/年)	198	1,429	7.22	14

(出典) 2016 年実績：厚生労働省「介護保険事業状況報告」による 9 月末の数

2025 年見込み：各市町の推計による数の合計

2016 年サービス提供事業所数：静岡県福祉長寿局調べ

イ 課題

- 高齢化の進行に伴い増加する介護サービスの需要に対し、介護人材の確保や事業所の増加など提供体制の整備が必要となっています。
- 特に、「訪問」「通い」「泊まり」を一体的に利用することのできる小規模多機能型居宅介護や 1 日複数回、夜間の対応も可能な定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの地域密着型サービスは、今後増加が見込まれるひとり暮らしや夫婦のみの高齢者世帯における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。
- 地域医療構想の影響により増加する在宅療養者の介護需要に対応するため、訪問看護事業所や看護小規模多機能型居宅介護事業所の基盤整備が必要となっています。
- また、医療を必要とする認定者において、訪問看護の利用が進んでいないことから、必要に応じた利用を促進する必要があります。
- 認定者の増加が見込まれる中、介護保険制度の持続可能性を確保する上で、自立支援、介護予防・重度化防止の取り組みが重要となりますが、2017 年 4 月現在、訪問リハビリテーションの利用率は 1.1%と利用が進んでいない状況です。
- 訪問リハビリテーション事業所は認定者 1 万人当たり 0.6 箇所となっており、地域によっては利用できる事業所がない市町もあることから、リハビリテーションのサービス基盤の整備及び利用の促進が必要です。
- 介護サービスは介護支援専門員が作成するケアプランを基に提供されるため、ケアプランに必要なサービスが組み込まれるよう、介護支援専門員の資質の向上、医療職を含めた多職種によるケアプラン作成の支援が必要です。

ウ 対策

- 住み慣れた地域における療養生活を支えるため、市町における地域密着型サービス提供基盤の充実を支援します。
- 増加する在宅療養者の介護需要に対応するため、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所等の整備を支援するとともに、そこで働く介護職員の新規

就業を促進するため、静岡県社会福祉人材センターの無料職業紹介・相談の充実や、介護福祉士修学資金貸付、復職支援等潜在的な人材の掘り起こしに取り組みます。

- 介護職員が将来展望を持って離職することなく、長く働くことができるよう、能力、資格、経験に応じた給与・処遇体系を定める「キャリアパス制度」の導入を支援し、処遇の改善を図ります。また、労働環境や処遇の改善等に積極的に取り組む介護事業所を表彰し、その先進事例を広く普及します。
- 高齢者が安心して最期まで在宅生活を送るためには、地域における在宅医療・介護の連携を推進する役割を担う介護支援専門員の質の向上が不可欠であることから、介護サービス、医療サービス、インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネートに加え急変時の対応など、利用者の状況に応じた適切なケアマネジメントができる介護支援専門員の育成を図ります。
- 市町の実施する地域ケア会議において、多職種がそれぞれ療養、運動、口腔ケア、栄養等の専門的な助言を行うことにより、介護支援専門員のケアプラン作成支援が図られるよう、県は、地域ケア会議へのアドバイザー派遣や市町職員等を対象とした研修を実施します。
- 多職種連携により、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、リハビリテーション提供体制の強化を図ります。
- 特に利用率の低い訪問リハビリテーションについては、従事者の養成による提供体制の強化を図るとともに、研修等を通じ、かかりつけ医、介護支援専門員等のリハビリテーションに対する理解を深め、利用率の向上を図ります。

第7章 各種疾病対策等

第1節 感染症対策

【対策のポイント】

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

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
感染症患者届出数（二・三類）	676件 (2016年)	700件以下 (毎年)	感染症のまん延防止	県疾病対策課調査
感染症に関する情報提供、注意喚起（ブリーフィング等件数）	11件 (2016年度)	10件以上 (毎年度)	感染症に対する正しい知識の普及	県疾病対策課調査

（1）現状

- 「静岡県における感染症の予防のための施策の実施に関する計画」（1999年12月策定、2008年9月改正）に基づいて、感染症の発生の予防・まん延防止、感染症に係る医療提供体制の確保などに取り組んでいます。
- 一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等の感染症患者に係る医療について、感染症患者に対して良質かつ適切な医療を提供するため、第一種感染症指定医療機関を1か所、第二種感染症指定医療機関を全ての2次保健医療圏に指定・整備しています。（図表7-1）
- 2014年にはデング熱の大流行を受け、蚊の継続的なウイルス保有調査を実施し、調査結果を広く周知しています。
- 2015年には県内でエボラ出血熱の疑似症患者が発生したこと受け、患者を移送する際に必要な、感染症患者隔離搬送用バッグ及び個人防護具を整備しています。
- ダニ媒介性感染症（日本紅斑熱、重症熱性血小板症候群(SFTS)）に感染する危険性が高まっているため、感染する可能性が高まる時期などに注意喚起を適宜行っています。

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

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

(2) 課題

○東京 2020 オリンピック・パラリンピック競技大会など国際イベントを控え、海外からの輸入感染症の発生のおそれが高まっていることから、エボラ出血熱等の一類感染症や中東呼吸器症候群(MERS)等の二類感染症の患者が発生した場合の早期把握と迅速なまん延防止に加えて、県民への正しい知識の普及が必要です。

(3) 対策

○感染症の発生、流行情報の把握・分析・公表を迅速に行うとともに、患者発生時における迅速な防疫措置及び感染症患者移送車による感染症指定医療機関への速やかな搬送、感染源調査などにより感染症のまん延防止を図ります。

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

第2節 結核対策

【対策のポイント】

- 結核患者の高齢化等に対応した服薬支援体制の整備

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
喀痰塗抹陽性肺結核初回治療患者の失敗脱落割合	5.99% (2016年)	4.7%	全国平均以下 (2016年全国平均4.7%)	結核登録者情報 調査年報
新登録結核患者(全結核患者)への服薬支援の実施率	97.4% (2016年)	100%	全結核患者への支援を目指す	県疾病対策課調査

(1) 現状

- 結核は、かつて「国民病」としてまん延していましたが、結核予防対策の強化に加え、生活水準の向上、医療技術の進歩により、り患率、死亡率が飛躍的に改善されました。
- このような結核をとりまく環境の変化等に対応するとともに、他の感染症を含めた感染症の総合的な施策の推進を図るため、2007年3月31日には、結核予防法が廃止され、2007年4月1日からは、結核に関する規定は「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)へ引き継がれました。
- 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7割近くに上っています。(図表7-2)
- その他、複数の主要な抗結核薬に耐性を持つ多剤耐性結核患者や高まん延国から来日する外国人結核患者において治療困難例が報告されています。

図表7-2 新登録結核患者の推移

年次	全国 (人)	静岡県 (人)	年代別構成比 (%)						
			19歳 以下	20代	30代	40代	50代	60代	70歳 以上
1961年	419,424	12,235	20.0	15.9	18.3	13.2	13.4	12.6	6.6
1970年	178,940	4,444	12.8	12.0	12.8	15.4	15.4	18.6	13.0
1980年	70,916	2,020	3.6	6.5	8.9	11.6	19.2	22.7	27.5
1989年	53,112	1,549	2.3	6.8	6.2	9.7	16.4	21.1	37.5
1998年	41,033	962	2.1	5.7	4.7	9.0	12.2	20.9	45.4
2008年	24,760	622	1.6	7.4	7.7	5.0	7.1	12.4	58.8
2013年	20,495	560	1.7	6.3	4.8	4.8	5.9	10.7	65.8
2014年	19,615	510	1.4	4.7	6.3	5.9	6.1	12.3	63.3
2015年	18,280	442	0.2	7.0	5.4	4.1	5.2	8.8	69.3
2016年	17,625	425	0.9	9.4	6.6	3.5	4.5	8.5	66.6

(2) 課題

- 結核に対して免疫を持たない若年者を中心とした感染の防止と患者の早期発見・早期受診が重要です。
- 高齢者、多剤耐性結核、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。
- 県内の結核病床は、その9割以上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。

(3) 対策

- 2005年3月に結核の予防のための施策の実施に関する計画を「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」と一体のものとして定めたところであり、同計画により、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指導を強化し、高齢者施設等における結核の感染拡大を防止します。
- 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、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、適切な医療体制の提供を図るため、医療機関とも連携を進めます。

結核病床を有する病院

(2017年11月30日現在)

地域	病 院 名	所在地	稼動病床 (床)
東部	富士市立中央病院	富士市	10
	小計		10
中部	県立総合病院	静岡市	50
	市立島田市民病院	島田市	8
	小計		58
西部	天竜病院	浜松市	20
	聖隷三方原病院	浜松市	20
	小計		40
合計	(5 医療機関)		108

第3節 エイズ対策

【対策のポイント】

- HIV感染の予防と早期発見
- HIV陽性者の診療を支援するエイズ医療提供体制の整備

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
県内新規HIV感染者及びエイズ患者報告数に占める新規エイズ患者報告数の割合	31.8% (2016年)	28.4%以下	過去5年間の平均新規エイズ患者報告数割合(35.5%)を2割減少させる。	厚生労働省「エイズ発生動向年報」
県内9保健所におけるHIV検査件数	2,430件 (2016年度)	3,000件以上	過去5年間の平均検査件数実績(約2,900件)を上回る。	県疾病対策課調査
HIV陽性者に対する歯科診療の連携体制が構築できている2次保健医療圏数	1医療圏 (2016年度)	全医療圏	県内全域のHIV陽性者の歯科診療体制確保を進める。	県疾病対策課調査

(1) 現状

ア HIV感染者・エイズ患者の現状

- 世界のHIV(Human Immunodeficiency Virus;ヒト免疫不全ウイルス)陽性者は、2016年末時点で3,670万人と推計されています。
- 全国のエイズ発生動向調査は、1984年9月から開始され、1989年からは、「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律」に基づき1999年3月末まで実施されてきました。1999年からは、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(感染症法)に基づき実施され、2003年の法改正により四類感染症から五類感染症(全数把握)に位置付けられています。
- 全国の新規HIV感染者¹及びエイズ患者²の報告数は、1991年から増加し、2007年頃からは1,500件前後の横ばい傾向で推移しています。これまでの過去最多の報告年は、2013年であり、HIV感染者は1,106件、エイズ患者は484件、合計1,590件でした。
- 本県の新規HIV感染者及びエイズ患者の報告数は、全国と同様に1991年から増加し、近年は25件前後で推移しています。これまでの過去最多の報告年は、2011年であり、HIV感染者は32件、エイズ患者は12件、合計44件でした。
- HIV感染後、適切な治療によりエイズ発症を抑えることができますが、全国及び本県においても、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症届により、無症候性キャリアあるいはその他として報告されたもの。

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もの。(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。)

図表 7-3 新規HIV感染者及びエイズ患者報告数の年次推移

(単位：件)

年	全国			静岡県		
	HIV感染者	エイズ患者	計	HIV感染者	エイズ患者	計
1998年	422	231	653	11	7	18
2008年	1,126	431	1,557	24	7	31
2009年	1,021	431	1,452	18	8	26
2010年	1,075	469	1,544	25	8	33
2011年	1,056	473	1,529	32	12	44
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

(出典：厚生労働省「エイズ発生動向調査」)

図表 7-4 保健所におけるHIV検査件数

(単位：件)

年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
静岡県(政令市含む)	3,964	3,081	2,887	2,839	2,934	3,046
全国	146,880	122,493	103,007	102,946	102,512	105,531
年	2014年	2015年	2016年			
静岡県(政令市含む)	3,279	2,834	2,501			
全国	111,743	96,740	88,415			

(出典：厚生労働省「エイズ発生動向調査」)

イ エイズ医療提供体制の現状

- 全国のエイズに関する医療提供体制は、中核的医療機関である国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター、全国8ブロックの地方ブロック拠点病院、各都道府県内で指定された中核拠点病院、拠点病院により整備されています。
- 本県における医療提供体制の整備状況は、1996年5月に、エイズ拠点病院(20か所)及びエイズ診療病院(10か所)を指定しましたが、2006年の「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」(エイズ予防指針)の改正に伴い、2007年4月に、新たにエイズ中核拠点病院、エイズ拠点病院を指定するとともに、本県独自にエイズ診療協力病院を指定しました。現在は、エイズ中核拠点病院3か所、エイズ拠点病院19か所、エイズ診療協力病院4か所を整備しています。

図表 7-5 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) 	沼津市立病院 地方独立行政法人静岡市立静岡病院 浜松医療センター (3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 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 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 市立島田市民病院 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 (19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】静岡県立こころの医療センター 【小児】静岡県立こども病院 (4施設)

(2) 課題

- 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、県民への正しい知識の普及と合わせた予防啓発や、検査・相談体制の強化が必要です。
- エイズ中核拠点病院への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担当医の後継不足等が懸念されることから、エイズ医療提供体制の維持のため、エイズ中核拠点病院及び拠点病院の人材育成が必要です。

- 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、地域における医療と介護の包括的な連携体制の確保が必要です。
- 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職員の育成が必要です。

(3) 対策

ア 正しい知識の普及と予防啓発及び検査体制の充実

- 県民への正しい知識の普及に加え、性的指向に多様性のある方等を対象とした予防啓発を、N P Oと連携して更に推進していきます。
- 検査体制の一層の充実を図るため、引き続き、保健所における日中・平日夜間・休日検査の実施、保健所以外の場所における検査の実施をしていきます。

イ エイズ医療の連携推進と水準向上

- エイズ医療の連携推進と水準の向上を図るため、各エイズ中核拠点病院・拠点病院・診療協力病院の医療従事者等を専門的研修へ派遣するほか、県内の東・中・西部ごとに開催するエイズ医療関係者研修会・連絡会において情報共有を行います。
- 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スとの連携等が必要であることから、訪問看護ステーションや介護保険施設の職員向けの研修会を開催していきます。
- 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 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。
- 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院等の医療従事者に対し、国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センターや公益財団法人エイズ予防財団が開催する専門的研修への派遣や、保健所職員等を対象とした会議の開催をしていきます。

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。

第4節 難病対策

【対策のポイント】

- 難病の患者及びその支援者に対する相談・支援の充実
- 難病の医療提供体制における各医療機関間の連携の確保
- 難病患者に対する災害時支援体制の整備

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
難病診療分野別拠点病院等指定	0施設 (2017年)	8施設	2次医療圏に1箇所の指定	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 3,046人 (2016年度まで)	累計 3,500人 (2021年度)	年 100人の増	県疾病対策課調査
難病患者介護家族リフレッシュ事業の利用者数	45人 (2016年)	90人	利用者数倍増	県疾病対策課調査
在宅人工呼吸器使用難病患者に対する災害時個別支援計画策定	0件 (2016年)	270件	2016年度末県内ALS患者の人数	県疾病対策課調査

(1) 現状

ア 難病患者を取り巻く環境

- 「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。
- 難病のうち、患者数が人口のおおよそ0.1%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、2017年4月1日現在で330疾病が指定されています。
- 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。
- 近年の治療法の開発や治療体制の整備等により、成人期を迎える小児慢性特定疾病児童等も多くなってきています。

イ 本県の状況

- 静岡県での特定医療費（指定難病）の受給者は年々増加しており、2017年3月31日現在で27,474人に対して受給者証を発行し医療費助成を行っています。
- 指定難病（330疾病のうち県内に受給者数のいる疾病は169疾病）のほか、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）の患者に助成を行っているほか、県単独疾患として橋本病と突発性難聴の患者にも助成をしています。
- 浜松医科大学医学部附属病院は、難病医療に従事する専門医を多数擁するほか、県内の難病医療協力病院等に医師を多数派遣しており、さらに院内に「医療福祉支援センター」を設置し難病患者の相談等に対応していることから、浜松医科大学医学部附属病院を難病医療拠点病院と

して1箇所指定しています。

- 難病患者が身近な地域で医療を受けることができるように、難病医療協力病院を37箇所指定し、拠点病院を中心に県難病医療ネットワークを構築しています。
- 2005年に「静岡県難病相談支援センター」を開設し、患者及び支援者への相談や生活・就労全般の相談会の実施、ピアサポーターによる電話相談を実施しています。
- 難病患者地域支援事業として訪問相談、訪問診療や難病の知識啓発のための講演会等を実施するほか、研修を通じて難病患者の介護に対応するホームヘルパーの養成を行っています。
- 県独自の施策として難病患者介護家族リフレッシュ事業を実施しており、在宅で治療を行う患者を介護する家族への支援事業のほか、学校への送迎や在校時において医療的ケアを行う就学支援事業を実施しています。

(2) 課題

ア 患者へのサポート体制

- 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亘る療養生活など様々な問題を抱えており、支援を行う家族を含めてサポートをする体制が必要です。
- 指定難病に指定されていない希少難病については、治療経験のある医師が少なく、早期に診断がつきにくいいため、医療提供体制は必ずしも十分ではありません。
- 患者数が少ない難病の多くは、調査研究を行う組織がないため、難病指定のための検討が行われておりません。
- 成人期に移行する小児慢性特定疾病児童等が多くなっていますが、それぞれの診療体制の医療従事者間の連携が円滑に進まず、現状では必ずしも適切な医療が提供できていません。

イ 災害対策

- 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に備える必要があるため、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要支援者個別計画を策定する市町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る必要があります。

(3) 対策

ア 難病患者への適切な医療の提供

- 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。
- 難病医療協力病院の中から、疾患群別に専門性が高い分野別拠点病院を指定し、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定できる体制を構築し、重症患者を含めた難病患者の支援の強化を図ります。
- 指定難病に認定されていない希少な疾病に対し、患者や医療機関と対策の必要性を協議しながら、病気への理解を進めるため医師等へ情報提供の講演会を開催していきます。

イ 難病患者のQOL向上

- 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、難病相談支援セ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ます。
- 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

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。

ウ 地域における医療提供体制の整備

- 難病患者の地域におけるケアは、保健・医療・福祉のより一層緊密な連携が必要であり、保健師を中心に専門医療機関と地域の医療機関及びかかりつけ薬局、訪問看護ステーションや介護事業所等をはじめとした地域の関係者と協力し、社会資源を有効に活用することで、連携のとれた支援体制を構築していきます。
- 難病対策地域協議会等において、地域の課題を地域の関係者で議論し、地域のみでは解決できない課題については、静岡県難病連絡協議会において協議し、県全体で難病対策をより良い方向へ進めていきます。
- 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分野別難病拠点病院として指定し、難病の初診から診断に至るまでの期間をできるだけ短縮するように、新たな難病医療提供体制を構築します。
- 小児慢性特定疾病児童等に対して、成人後も必要な医療等を切れ目なく提供するため、移行期医療支援センター（仮称）を中心に、難病の医療提供体制の中で小児期及び成人期をそれぞれ担当する医療従事者間の連携体制を充実させます。

エ 難病患者の災害対策

- 在宅で人工呼吸器等を使用するなど介護の必要性の高い難病患者に対して、保健所、市町及び医療機関等と密に連携を図り、災害時要支援者個別支援計画の策定を進めていきます。

図表 7-6 受給者数の推移

(単位：人)

項目	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度
全国 A	778,178	810,653	855,061	925,646	943,460	986,071
静岡県※ B	23,486	24,709	25,739	24,965	27,575	28,452

※県疾患(橋本病、突発性難聴)含む

図表 7-7 静岡県における受給者数の多い10疾病(2016年度末現在)

(単位：人)

順位	疾病名	疾患群	静岡県 A (構成比)	全国 B (構成比)	全国構成比 A/B
1	潰瘍性大腸炎	消化器	4,989 (18.2%)	167,872 (17.0%)	3.0%
2	パーキンソン病	神経・筋	3,102 (11.3%)	127,347 (12.9%)	2.4%
3	全身性エリテマトーデス	免疫	1,692 (6.2%)	63,792 (6.5%)	2.7%
4	サルコイドーシス	呼吸器	1,387 (5.0%)	24,279 (2.5%)	5.7%
5	クローン病	消化器	1,263 (4.6%)	42,789 (4.3%)	3.0%
6	全身性強皮症	皮膚	987 (3.6%)	31,507 (3.2%)	3.1%
7	特発性拡張型心筋症	循環器	917 (3.3%)	27,968 (2.8%)	3.3%
8	後縦靭帯骨化症	骨・関節	818 (3.0%)	38,039 (3.9%)	2.2%
9	脊髄小脳変性症 (多系統萎縮症を除く。)	神経・筋	798 (2.9%)	26,968 (2.7%)	3.0%
10	特発性血小板減少性紫斑病	血液	755 (2.7%)	25,074 (2.5%)	3.0%

図表 7-8 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)

区分	全国 A	静岡県 B	構成比 B/A
難病指定医	141,830	3,633	2.7%
	難病指定医	2,973	2.2%
	協力難病指定医	660	10%
難病指定医療機関	127,530	3,450	2.7%

厚生労働省難病指定医等指定状況調査結果(2017年4月1日時点)

第5節 認知症対策

【対策のポイント】

- 認知症の人の状態に応じた適時・適切な支援体制の構築
- 若年性認知症施策の推進
- 認知症の人とその家族への支援

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
認知症サポート医の数	175人 (2016年)	276人 (2020年)	一般診療所 10 か所に対して1人	県長寿政策課調査
かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	817人 (2016年)	1,717人 (2020年)	高齢者人口 約 470 人に対して1人	県長寿政策課調査
認知症サポーター養成数	累計 267,612 人 (2016年度まで)	累計 360,000 人 (2020年度)	国の目標 1,200 万人	県長寿政策課調査

1 現状と課題

(1) 認知症の医療

- 認知症は、脳卒中、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度までに記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態を言います。(介護保険法第5条の2)。
- 認知症の診断に最も用いられるもののひとつがアメリカ精神医学会のDSM-V¹です。各種の認知症疾患毎にその定義は異なりますが、共通する診断基準には以下の4項目があります。
 - ① 1つ以上の認知領域(複雑性注意、遂行機能、学習及び記憶、言語、知覚-運動、社会的認知)において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている。
 - (1) 本人、本人をよく知る情報提供者又は臨床家による有意な認知機能の低下があったという概念
 - (2) 標準化された神経心理学的検査によって、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって記録された実質的な認知行為の障害
 - ② 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する(すなわち、最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの、複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする)。
 - ③ その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない。
 - ④ その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない(例：うつ病、統合失調症)
- 認知症は様々な原因で発症します。最も多いのがアルツハイマー型認知症で、認知症全体の6～7割を占めます。次いで、脳出血や脳梗塞が原因で発症する脳血管性認知症で約2割を占めます。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。

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。)

- 認知症は、加齢、遺伝性のもの、高血圧、糖尿病、喫煙、頭部外傷、難聴等が危険因子であり、一方、運動、食事、余暇活動、社会参加、認知訓練、活発な精神活動等が防御因子とされています。
- 65歳未満で発症する認知症を「若年性認知症」と言います。高齢期の認知症と症状等は同様ですが、年齢が若いほど進行が早いことに加え、男性に多く、初期症状が認知症特有のものでなく診断が難しいなどの特徴があります。また、働き盛りで発症することから、就労、日常生活への影響などの課題が生じ、高齢期の認知症とは異なる対応が必要とされます。

(2) 本県の状況

(認知症高齢者の推計)

- 認知症の出現率は、加齢に伴い増加し、75歳から79歳は10.9%、80歳から84歳は24.4%、85歳以上は55.5%と、誰もが認知症になり、認知症の人の介護者となる可能性があります²。
- 国が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22.7万人になると推計されます。

(図表7-10)

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

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

(若年性認知症の人の推計)

- 若年性認知症は、2009年3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、47.6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)

- 2017年4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5.5万人であり、このうち入院が0.5万人、外来が5.0万人でした。また、男女の内訳は男性1.7万人、女性3.8万人となっています。若年性認知症は613人で、全体の1%となりました。（図表7-11）

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

図表 7-11 県内の医療機関における認知症診療の状況（2017年4月分） 人数：人

区分	入院			外来			合計		
	男	女	小計	男	女	小計	男	女	小計
人数 (うち若年性)	1,827 (89)	3,173 (58)	5,000 (147)	15,559 (246)	34,527 (220)	50,086 (466)	17,386 (335)	37,700 (278)	55,086 (613)

(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、2016年度で全ての市町に配置されたところですが、配置に地域偏在が見られることや、認知症サポート医の役割が不明確、医師の業務が多忙などの理由から、その活動に地域差や個人差があるなどの課題があります。

図表 7-12 認知症サポート医の状況（2017年度末見込）

単位：人

	2014年度 まで	2015年度	2016年度	2017年度	累計
認知症サポート医	82	35	58	60	235

(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、全ての市町は2018年4月から設置することとなります。認知症初期集中支援チームは、専門職の確保等の理由から、地域包括支援センターが兼務している場合が多く、在宅で暮らす高齢者の増加が見込まれる中で、認知症初期集中支援チームの機能強化が課題となっています。

図表 7-13 認知症初期集中支援チームの状況（2018年度当初見込）

単位：チーム

チーム 数	設置場所				
	市町 (本庁舎及び出先機関)	地域包括支援 センター	認知症疾患 医療センター	医療機関	その他
80	13	60	3	4	0

(認知症疾患医療センターの整備状況)

- 認知症疾患医療センターは、保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する詳細な診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するものとして、県及び指定都市が指定した医療機関です。
認知症疾患医療センターにおいては、認知症専門医、相談員（精神保健福祉士又は保健師等）

等の人員体制、CT、MRI等による検査体制、周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行うことのできる一般病床や精神病床が整備され（検査体制、病床については他の医療機関との連携による場合あり）、鑑別診断や専門医療相談等の専門的医療機能、地域の医療、介護関係者との連携、研修会の開催等の地域連携拠点機能を担っています。

○本県では、2010年度から認知症疾患医療センターの指定に取り組み、2017年度に全ての保健福祉圏域に設置されました。今後は、認知症疾患医療センターを圏域の拠点とした医療と介護等の支援体制の構築が必要となります。（図表7-14）

図表7-14 県内の認知症疾患医療センターの状況（2017年7月1日現在）

指定	圏域	類型	医療機関名	所在地	初回指定日
県	賀茂	地域型	医療法人辰五会ふれあい南伊豆ホスピタル	賀茂郡南伊豆町	2016.12.1
	熱海伊東	地域型	公益社団法人地域医療振興協会伊東市民病院	伊東市	2017.2.1
	駿東田方	地域型	NTT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
	志太原	地域型	焼津市立総合病院	焼津市	2017.4.1
		連携型	医療法人社団峻凌会 やきつべの径診療所	焼津市	2017.6.1
	中東遠	地域型	中東遠総合医療センター	掛川市	2012.1.1
		地域型	磐田市立総合病院	磐田市	2017.2.1
政令市	静岡	地域型	静岡てんかん・神経医療センター	静岡市葵区	2014.2.1
		地域型	溝口病院	静岡市葵区	2015.10.1
		地域型	静岡市立清水病院	静岡市清水区	2016.10.1
	西部	基幹型	総合病院 聖隷三方原病院	浜松市北区	2013.7.22
計 15 箇所：県指定 11 箇所、政令市指定 4 箇所（静岡市 3 か所、浜松市 1 か所）					

(認知症地域支援推進員)

○認知症地域支援推進員は、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医療や介護の専門職で、認知症疾患医療センターなどの医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や、認知症の人や家族を支援する相談業務等を行います。

全ての市町は、2018年4月から認知症地域支援推進員を配置することとなります。

○認知症地域支援推進員は、市町行政や地域包括支援センターに兼務で配置される場合が多く、推進員としての活動に時間が取れない。本務の所属の理解や協力が得られにくい等の課題があり、活動のための環境整備が必要となっています。(図表7-15)

図表7-15 認知症地域支援推進員の状況 (2018年度当初見込)

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
194	36	152	1	5

(3) 医療提供体制

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

ア 発症予防

○2015年1月に発表された厚生労働省研究班報告によると、高齢者の糖尿病患者では合併症として、糖尿病でない人に比べ、アルツハイマー型や血管性認知症の発症リスクが2～4倍に上昇します。そのため、糖尿病予防の取組を推進する必要があります。

○認知症は、神経変性疾患(アルツハイマー病、ピック病等)や脳血管障害(脳梗塞、脳出血等)の原因疾患を予防し、原因疾患にならないことが重要です。

○また、運動、口腔に係る機能の向上、栄養改善、社会参加、趣味活動など日常生活における取組は、認知機能低下の予防に繋がる可能性が高いことを踏まえ、地域の実情に応じた認知症予防の取組を推進する必要があります。

イ 早期発見・早期対応

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

○本人や家族が小さな異常を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにするとともに、かかりつけ医による日常診療やかかりつけ歯科医による口腔機能の管理、かかりつけ薬局における服薬指導等の中で、認知症の疑いがある人に早期に気付き適切に対応することができる体制を構築する必要があります。

このため、かかりつけ医が、認知症サポート医や専門医等の支援を受けながら、認知症の早期発見や気づき、認知症に対する相談への対応等が適切に行うことができるよう認知症対応力の向上を図る必要があります。

- かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医が、全ての市町に配置され、体制は整備されつつありますが、認知症サポート医の役割が不明確であることや、医師の業務が多忙であることなどから、活動に地域差や個人差がみられるため、認知症サポート医のリーダー養成など認知症サポート医の活動しやすい環境づくりが必要となります。
- 歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応できるよう、歯科医師及び薬剤師の認知症対応力の向上を図る必要があります。
- 認知症医療や介護サービスを受けていない一人暮らしの認知症高齢者や医療や介護のサービスを受けているものの行動・心理症状が顕著で対応に苦慮している認知症高齢者等に対しては、認知症初期集中支援チームが、地域包括支援センターが入手した情報等をもとに対象者を把握し、早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期対応を行う必要があります。このためには、市町が認知症初期集中支援チームの活動を推進するとともに、認知症初期集中支援チームの存在を様々な手段を用いて地域に周知する必要があります。

ウ 専門医療

- 認知症の疑いのある場合は、かかりつけ医等が専門医、認知症サポート医等の支援も受けながら、必要に応じて認知症疾患医療センター等の専門医療機関に紹介し、速やかに鑑別診断が行われる必要があります。
- 2次医療圏の認知症専門医療の拠点として、認知症疾患に関する鑑別診断、専門医療相談等を実施する認知症疾患医療センターが、全ての2次医療圏に設置されています。
- 認知症疾患医療センターは、鑑別診断後、治療や入院の受け入れ、対応可能な医療機関を確保する役割も担います。専門治療後、認知症疾患医療センターは、認知症の人の状況に応じた適切な対応が行われるよう、かかりつけ医や地域包括支援センター、介護支援専門員等との連絡・調整を行います。認知症疾患医療センターやかかりつけ医等が連携し、環境の変化、状態の変化等があっても、切れ目なく認知症治療を受けることのできる体制の整備が必要となります。
- 病院において認知症の人の手術や処置等の適切な実施を確保するためには、病院勤務の看護職員や医療従事者の認知症対応力の向上を図る必要があります。

エ 地域支援

- 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、介護の関係機関をはじめ様々な主体が関わることから、医療、介護関係者等の情報共有が重要となります。

2 対策

(1) 状態に応じた適時・適切な支援体制の構築

ア 早期発見、早期対応の体制づくり

- かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修を県医師会及び郡市医師会等の協力を得ながら実施し、県民にとって身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐ体制を整備します。

- 認知症サポート医を養成し、かかりつけ医や介護専門職に対するサポートや、専門医療機関、地域包括支援センター等との連携を強化します。また、認知症サポート医のリーダー養成や、認知症サポート医相互のネットワークの構築を促進し、認知症サポート医の活動の活性化を図ります。
- 病院等で勤務する指導的役割の看護職員に対して認知症対応力向上研修を実施し、医療機関内での認知症ケアの適切な実施とマネジメント体制の構築を支援します。
- 病院勤務の看護師、リハビリテーション専門職、検査技師等に対して認知症対応力向上研修を実施し、病院での認知症の人の手術や処置等の適切な実施を促進します。
- 認知症疾患医療センターの運営を支援するとともに、認知症疾患医療センター相互のネットワーク構築を促進し、地域における認知症疾患の専門医療水準の向上と医療、介護、福祉等の連携体制の強化を図ります。
- 住民に身近な歯科医師、薬剤師に対する認知症対応力向上研修を関係団体の協力を得ながら実施し、歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いのある人に早期に気付き、かかりつけ医等と連携して対応できる体制の整備を促進します。
- 県が作成した、認知症連携パス「ふじのくに“ささえあい”手帳」の全県普及を図り、医療や介護の専門職等との間の情報共有を推進します。
- 認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の活動が効果的に取り組まれている事例の共有や相互の情報交換の場を設けるとともに、医師会をはじめ医療関係団体との調整を図るなど市町の取組を支援します。

イ 継続的な支援

- 地域において、認知症の状態に応じて医療・介護等のサービスが適時・適切に切れ目なく提供するため、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、地域が一体となって認知症の人や家族の生活を支える体制の構築を推進します。
- 市町の地域包括支援センターと医療機関との連携等、認知症の人と家族を支援する関係者のネットワークの構築を推進します。
- 地域で作成した認知症ケアパスについて、認知症の人や家族、医療・介護関係者等の中で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進します。

ウ 認知症の予防

- 市町において、認知症の予防事業が効果的に実施されるよう、市町職員や地域包括支援センター職員等の資質の向上を図ります。
- 認知症予防につながる「高齢期になる以前からの生活習慣病予防の重要性」を県民に周知します。

(2) 若年性認知症施策の推進

- 若年性認知症相談窓口の若年性認知症支援コーディネーターと医療機関との連携等、若年性認知症の人や家族を支援する関係者のネットワークの構築を推進します。

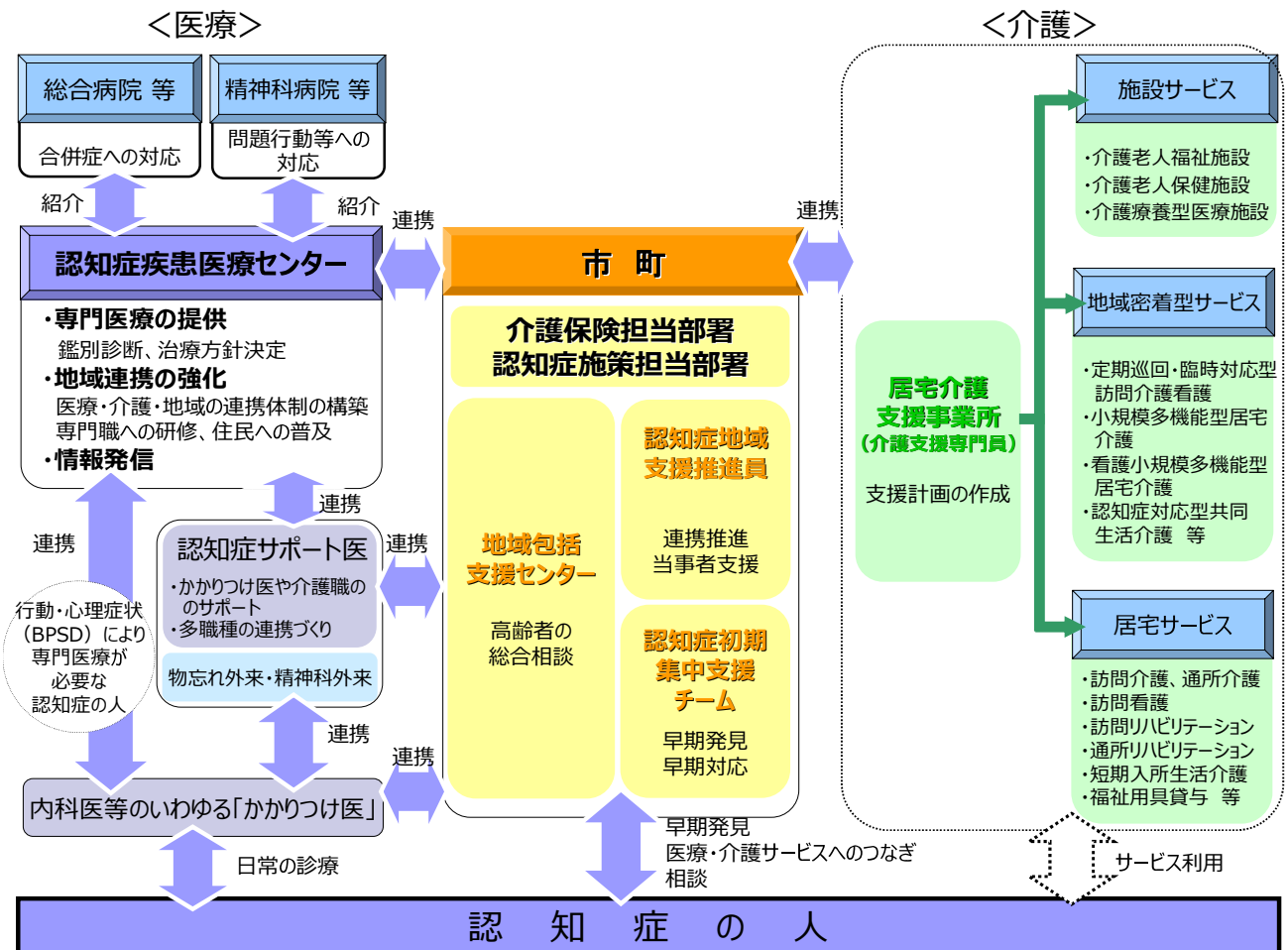
(3) 認知症の人とその家族への支援

- 認知症の人や家族、医療や介護等の関係機関・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。
- 県民の認知症に対する理解促進を図るため、地域住民、医療や介護等の関係者、企業、団体等が一体となった普及啓発を行います。
- 認知症地域支援推進員が行う医療・介護等のネットワークの構築等の取組が円滑に進むよう、医療関係団体との調整を図るなど、市町の取組を支援します。

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



第6節 アレルギー疾患対策

【対策のポイント】

- 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構築
- アレルギー疾患に携わる医療従事者、教職員の知識、技能の向上及び人材育成の推進
- 県内アレルギー疾患患者の実態把握及び分析調査、研究の実施

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
気管支ぜん息の64歳以下死亡者数	3人 (2015年度)	0人	気管支ぜん息死は、防ぎ得る死である。	静岡県人口動態統計
気管支ぜん息について学校生活管理指導表を提出している中学校生徒の割合	0.6% (2016年度)	0.5%	中学校入学までに気管支ぜん息が寛解する小児を2割増加させる。	静岡県教育委員会「学校生活管理指導表活用状況報告」
食物アレルギーについて学校生活管理指導表を提出している小学校児童の割合	2.2% (2016年度)	1.8%	小学校入学までに食物アレルギーが寛解する小児を2割増加させる。	静岡県教育委員会「学校生活管理指導表活用状況報告」

(1) 現状

ア アレルギー疾患の現状

- アレルギー疾患とは、食物や花粉など本来体に無害な物質をアレルゲンと認識し、過剰な免疫反応であるアレルギー反応を起こすことで生じる急性や慢性の炎症による疾患の総称です。
- 現在は、乳幼児から高齢者まで国民の約2人に1人が何らかのアレルギー疾患に罹患していると言われています。
- アレルギー疾患の主なものには、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、食物アレルギーがあります。
- 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。
- 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）を損なう恐れもあるため、長期的な支援を行うことが大切です。
- 医療の進歩に伴い、症状のコントロールは可能となっていますが、最新医療の提供体制の整備は未だ十分ではなく、地域による格差が問題視されています。この、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を打開する必要があります。
- 国はアレルギー医療提供体制の均てん化、及びアレルギー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」を告示しています。

イ 本県の現状

- 本県の気管支ぜん息による粗死亡率¹は、全年齢で 0.7 であり、全国の 1.2 に比べ低くなっています。死亡に至る主な原因は、重篤な発作による窒息です。
- 本県の気管支ぜん息の外来受療率²は、全年齢で 96 であり、全国の 100 に比べ低くなっています。
- 本県での小学生の気管支ぜん息患率は 2009 年度以降、全国平均より低い値で推移しています。しかし、増減を繰り返す傾向にあり、今後の推移に注意する必要があります。
- 本県において小学校で学校生活管理指導表を活用して配慮、管理している気管支ぜん息患児童の数は、2016 年 10 月現在 1,961 人で、児童全体の 1.0%となっています。2012 年から 5 年間では、ほぼ横ばいに推移しています。また、中学、高校と進むにつれ、学校生活管理指導表を活用している気管支ぜん息の生徒数は減少していますが、経年変化はほぼ横ばいとなっています。
- 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、成人とも年々増加傾向にあり、小児では過去 30 年間で 1%から 5%に、成人では 1%から 3%に増加しています³。
- 県内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、2016 年 10 月現在 4,161 人で、小学校児童全体の 2.2%です。小学校、中学校、高等学校の全てにおいて、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、年々増加しています。
- 県内でエピペン⁴を処方されている小学校の児童数は 656 人で、児童全体の 0.3%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いる児童のうちの 15.8%に値します。同様に中学生では 233 人で、中学生全体の 0.2%、食物アレルギーによる学校生活管理指導表活用者のうちの 14.7%です。また、高校生では各々、119 人、0.2%、23.8%となっています。エピペンの処方生徒数については小学校、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。
- 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 211 施設です。医療圏ごとの数に差はあるものの、県内全ての医療圏にアレルギー科を標榜する医療機関があります。
- 日本アレルギー学会が認定するアレルギー専門医は、静岡県内に 107 人います。医療圏ごとに差はあるものの、全ての医療圏に専門医が勤務しています。
- アレルギー専門医教育研修施設は、県内に 18 施設あります。

¹ 粗死亡率：人口 10 万人あたりの死亡者数（平成 27 年人口動態統計）

² 受療率：人口 10 万人あたりの推計患者数（平成 26 年患者調査）

³ 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 エピペン：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。エピペンは製品名であり、薬品一般名はエピネフリン（アドレナリン）。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、一定量のエピネフ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。

(2) 課題

- アレルギー疾患患者は、複数のアレルギー疾患を合併することが多く、また寛解と再発を繰り返すことから、内科、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科、小児科等の各診療科の連携、及び各医療機関、薬局の連携が重要です。一般的な診療では病状が安定しない重症及び難治性アレルギー疾患患者に対し、関係する複数の診療科が診断、治療、管理を行うことが求められます。
- 全てのアレルギー疾患患者が、その居住する地域に関わらず最新の科学的知見に基づく適切な標準治療や発症や悪化予防のための環境整備等の指導を等しく受けられるような医療提供体制、及びアレルギー疾患に関する適切な情報を県民誰もが入手できるような体制の整備を図り、アレルギー疾患患者の生活の質の向上（QOL）を促進することが、求められます。
- 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大切です。
- 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いかかりつけ医と、重症及び難治性の患者に対して専門治療を行う病院とが、診療情報や治療計画を共有するなどの緊密な連携が必要となります。
- 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。

(3) 対策

ア 普及啓発

- 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できるように、県民向けの講演会を開催します。
- アレルギー専門医や小児アレルギーエデュケーター⁵が在籍する医療機関、各アレルギー疾患の専門的な検査や治療を実施している医療機関等の情報をホームページ等に公開し、アレルギー疾患患者の受診を支援します。

イ 人材育成

- 居住地域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最新の情報を提供し、その治療に関する正しい知識の普及を図ります。
- 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、エピペン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。
- 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。

ウ 重症、難治例の専門治療

- 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。

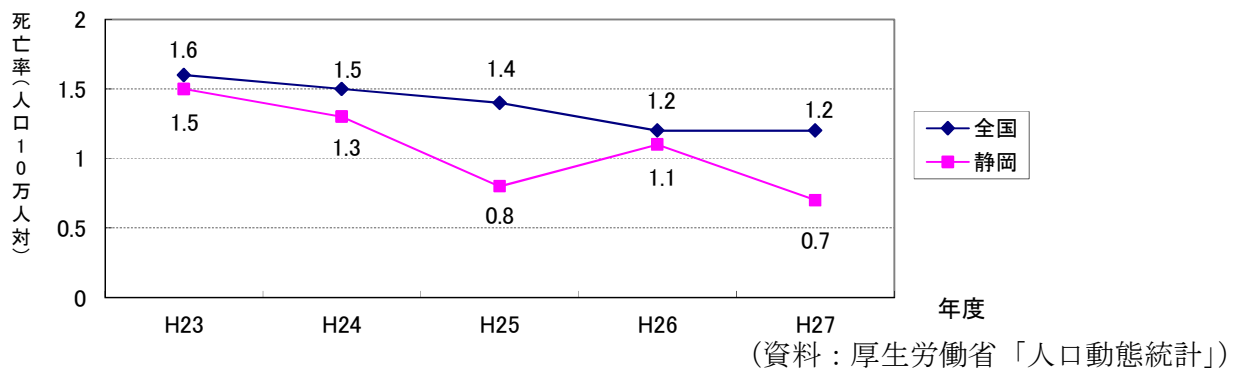
⁵ 小児アレルギーエデュケーター：小児のアレルギー疾患を総合的に捉え、患児とその保護者への教育を担うことができる専門スタッフ（看護師、薬剤師、管理栄養士）。

エ 都道府県拠点病院の設置

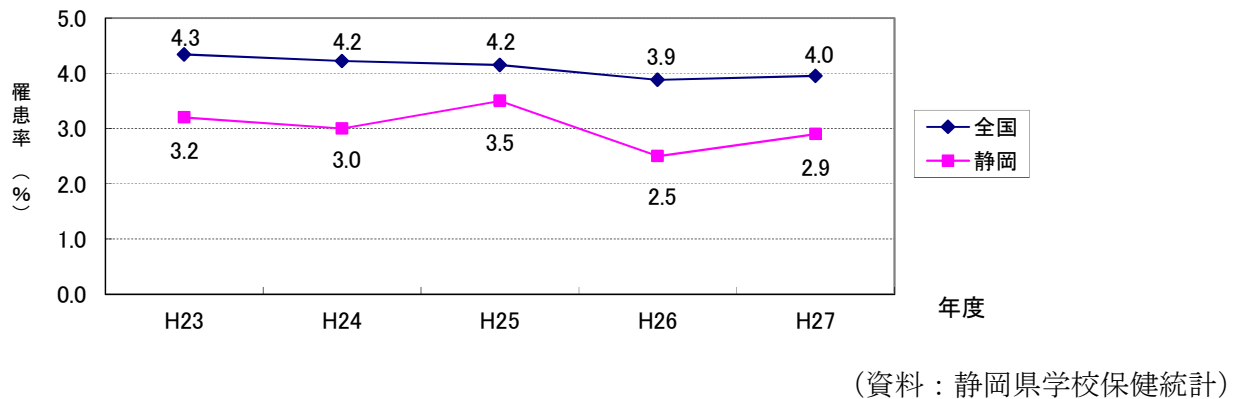
- 2017年3月に示された「アレルギー疾患対策基本指針」により、各都道府県にアレルギー疾患医療の中心となる、都道府県アレルギー疾患医療拠点病院の設置が求められました。本県でも、アレルギー疾患医療の中心を担う拠点病院の設置を進めます。
- 都道府県アレルギー疾患地域連絡協議会を設置し、拠点病院や地域の医療機関、各行政機関、各関連団体等と連携してアレルギー疾患診療連携体制の充実やアレルギー疾患医療対策施策の立案や実施等、本県のアレルギー疾患対策の推進を加速します。
- 県内のアレルギー疾患患者の実態を把握するため、都道府県アレルギー疾患医療拠点病院や地域の協力医療機関を中心とした研究活動を支援し、分析調査を実施します。
- 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。

(4) 関連図表

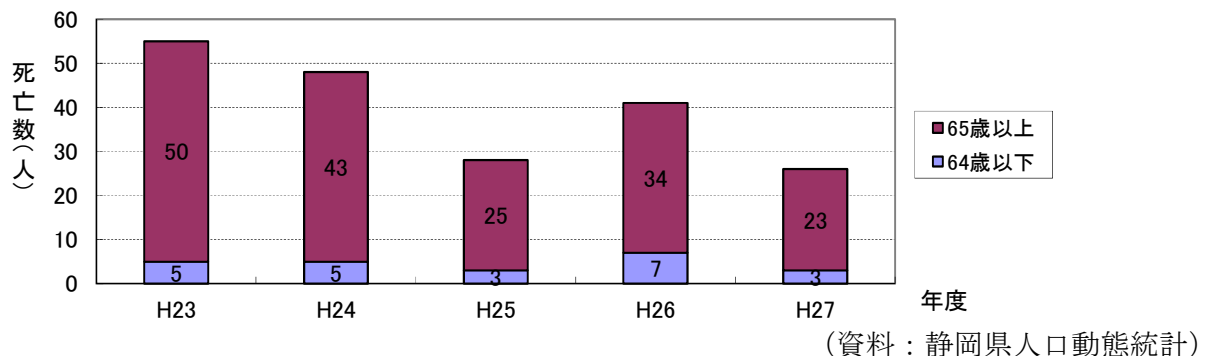
図表 7-16 気管支ぜん息粗死亡率の推移



図表 7-17 小学生の気管支ぜん息罹患率

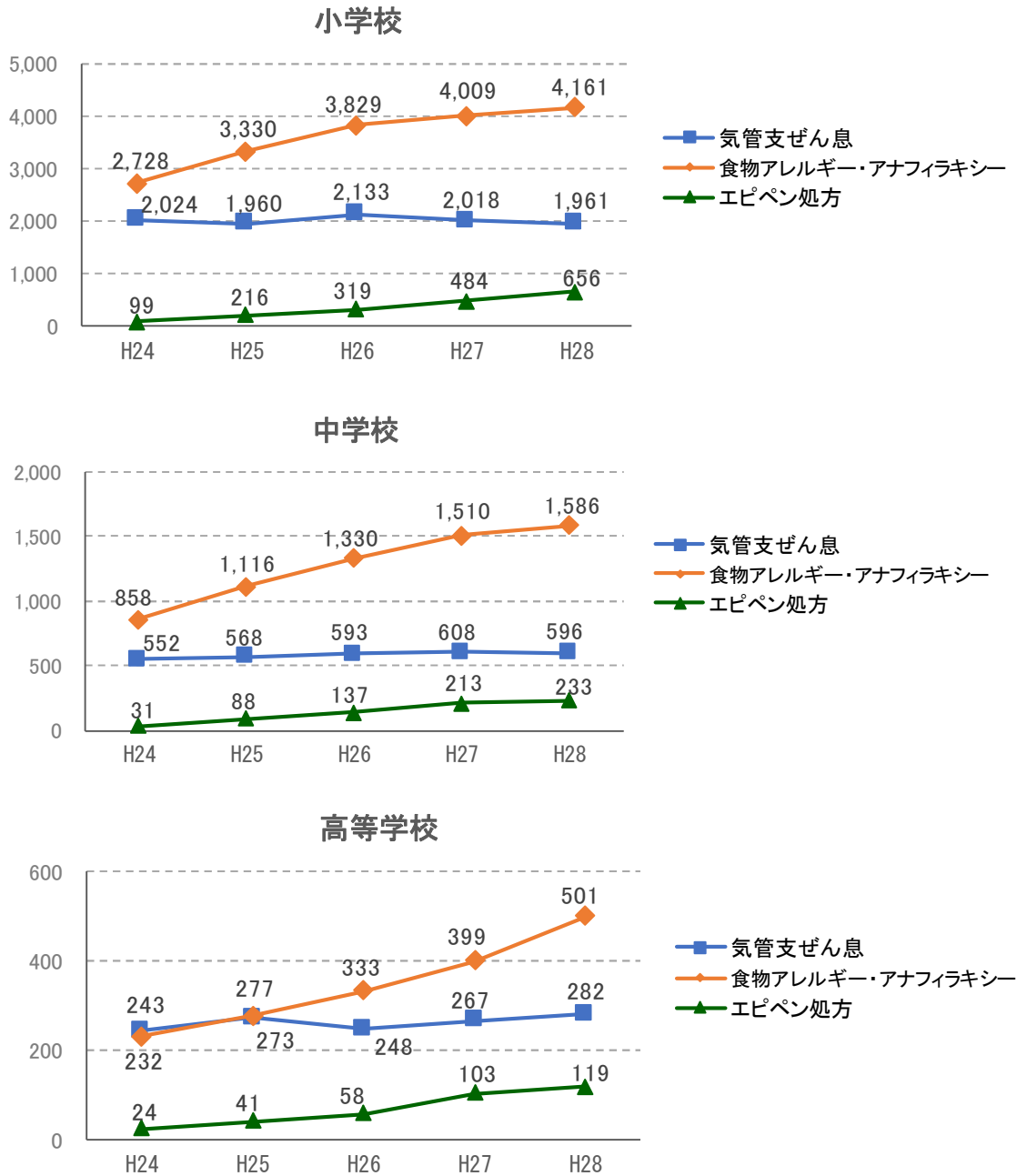


図表 7-18 静岡県の気管支ぜん息による死亡数



図表 7-19

学校生活管理指導表を活用する児童・生徒の数の推移
(2012年度から2016年度)



(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」)

図表 7-20 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	1	4	14	4	23	9	12	40	107
アレルギー専門医教育研修施設	1	2	0	0	4	0	3	8	18

(資料：日本アレルギー学会)

第7節 臓器移植対策

【対策のポイント】

- 臓器提供の体制整備
- 移植医療に関する理解促進、普及啓発
- 骨髄ドナー登録の推進

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
臓器移植推進協力病院数	29 施設 (2017 年度)	31 施設	2013～2017 年の 5 年間に 1 施設増のため、その倍の増加を見込む	県疾病対策課調査
院内移植コーディネーター数	61 人 (2017 年度)	65 人	2014～2016 年度並の数を見込む	県疾病対策課調査
骨髄提供登録者数	8,948 人 (2017 年 3 月末)	9,000 人	骨髄バンク設立当時の全国 30 万人登録者確保の目標に対し人口比で設定した目標。	日本骨髄バンク調査

(1) 現状

- 臓器移植とは、重い病気や事故などにより臓器の機能が低下した人に、他者の健康な臓器と取り替えて機能を回復させる医療です。他者の善意による臓器の提供がなければ成り立ちません。
- 2010 年に「臓器の移植に関する法律」（臓器移植法）が改正され、脳死下での臓器提供数は増え続けていますが、移植希望者数には届かない現状です。
- 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。
- 2014 年度の県政世論調査では、臓器提供意思表示カード等¹を持っており、意思を記入している者の割合は、11.4%でした。
- 2006 年度から臓器移植推進協力病院²を指定しており（2017 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。

¹ 臓器提供意思表示カード等：自らの臓器提供に関して意思を表示するため、「提供する」「提供しない」を記載しておくもの。臓器提供意思表示カード以外にも健康保険証や運転免許証、個人番号カード（マイナンバーカード）に臓器提供意思表示を記載する欄が設けられている。

² 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。

- 県が委嘱する臓器移植コーディネーター³を県腎臓バンクに1人、医療機関に所属する院内移植コーディネーターを、2017年度37施設に合わせて61人配置しています。臓器移植発生時には、日本臓器移植ネットワーク及び臓器提供施設と連携を図り、臓器提供のコーディネート業務を実施する体制を整えるほか、県民や医療機関等に対する普及啓発を行っています。
- 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13施設あります。そのうち、児童の臓器提供が可能な施設は7施設です。
- 県内の腎臓移植施設は4施設です。
- 骨髄移植やさい帯血移植などの造血幹細胞移植については、白血病や再生不良性貧血などの治療法として一定の成果を挙げてきており、日本骨髄バンクや日本さい帯血バンクネットワーク等を中心として全国的なあっせん体制が整備されています。
- 県内には、公益財団法人日本骨髄バンクが認定する移植・採取施設が6施設あります。
- 県内の骨髄ドナー登録者は2016年度末現在で8,948人、2016年度新規ドナー登録数は492人、年齢超過等による取消数が434人です。骨髄ドナー登録者の人口千人対登録者数は5.55人と全国の8.29人と比較し低く、特に若年層（20代）の割合は9.3%と全国14.9%と比較し、低くなっています。

(2) 課題

- 今後も脳死下の移植件数の増加が見込まれることから、各病院において臓器提供事例発生時に適切に対応ができる体制が必要です。
- さらに、全県的にきめ細かく臓器移植コーディネートをを行い、最終的に移植につなげる体制が必要です。
- 臓器移植件数を更に増やすためには、移植医療についての幅広い啓発が必要です。
- 骨髄提供登録者数を増やすため、特に若年者をターゲットとした啓発が必要です。

(3) 対策

- 院内移植コーディネーターが設置された病院を更に拡大し、院内における普及啓発の促進や臓器提供情報を早期収集できる体制の整備を推進します。
- 県臓器移植コーディネーターの充実を図り、広域的な臓器移植案件に対応できる体制の整備を推進します。
- 臓器移植推進協力病院をはじめ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。
- 10月の移植推進月間等の機会を捉えて県民への普及啓発に努めます。
- 骨髄ドナー登録数増加のため、若年層の関心を高めるための普及啓発に努めます。

³ 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。

(4) 関連図表

図表 7-21 臓器移植推進協力病院名簿 (2017 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

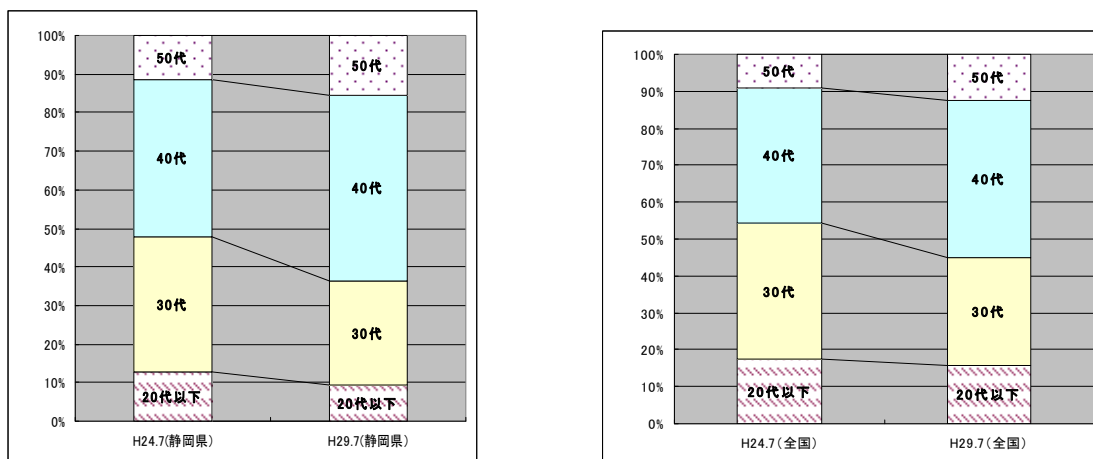
(出典: 静岡県疾病対策課)

図表 7-22 院内移植コーディネーター数

	2014 年度	2015 年度	2016 年度	2017 年度
臓器移植推進協力病院数	28 施設	29 施設	29 施設	29 施設
院内移植コーディネーター数	40 施設 65 人	40 施設 65 人	38 施設 65 人	37 施設 61 人

(出典: 静岡県疾病対策課)

図表 7-23 骨髄ドナー登録者 年代別割合 (2012年度、2016年度)



(出典：日本骨髄バンク)

図表 7-24 骨髄ドナー登録者数

区 分	静岡県		全 国
	合計	増減	
2007年度末	7,411	545	306,397
2008年度末	7,996	585	336,609
2009年度末	8,383	386	357,378
2010年度末	8,589	206	380,457
2011年度末	8,920	331	407,871
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

(出典：日本骨髄バンク)

第8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	94.3% (2016年度)	100% (2021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

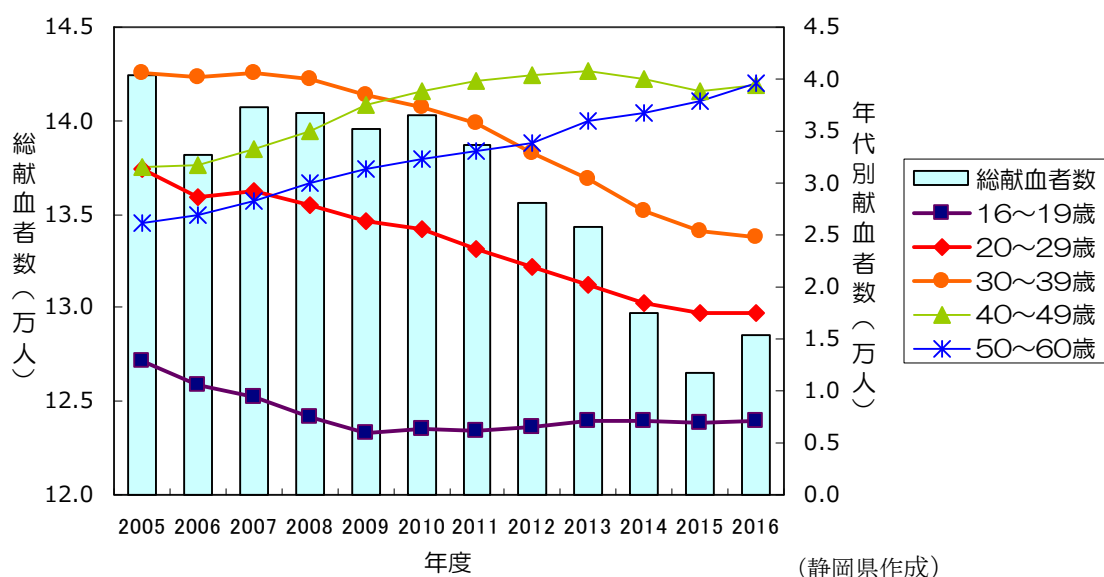
ア 献血の推進体制

- 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、数年前までは年間約14万人前後で推移してきましたが、2011年度以降再び減少傾向にあります。
- 2016年度の献血者数は128,507人で前年度の126,520人より1,987人増加しました。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27,700Lに対し30,282L(109.3%)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。
- 2016年度における10代、20代の若年層献血者数は24,611人で、10年前(2006年度)の39,234人から、14,623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、2016年度は19.2%で、10年前(2006年度)の28.4%から大きく減少しています。
- 2016年度の献血可能人口は2,419,074人で、10年前(2006年度)の2,643,783人から、224,709人減少しています。

図表 7-25 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、2016年度において32.7%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、献血推進に取り組めます。
- 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、献血会場等での複数回献血クラブ¹への登録を働き掛けます。
- 献血推進大会を開催し、献血功労者に対する表彰を行うなど、献血推進団体、献血協力団体の献血活動を奨励します。
- 医療機関の輸血用血液製剤の利用実態と治療症例検討等を通じて、医療機関の血液製剤の適正使用を促進します。

¹ 複数回献血クラブ：安全な献血を安定的に確保することを目的としたクラブ。年間複数回献血に協力いただける方が専用サイトによりクラブ会員登録すると、採血事業者から献血のお願いや献血に関する情報等のメールが配信される。

第9節 治験の推進

【対策のポイント】

- 静岡県治験ネットワークによる県内病院の治験実施促進

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
治験ネットワーク病院による新規治験実施件数	135件 (2016年度)	150件 (毎年度)	「ファルマバレープロジェクト第3次戦略計画(～2020年度)」の数値指標	ファルマバレープロジェクト第3次戦略計画

(1) 現状

- 本県では、県民に先進的な医療を届けられるよう治験を推進するため、2003年度に静岡県治験ネットワーク¹を立ち上げ、28病院(2017年3月現在)が参加して、新医薬品等の承認に向けた治験の推進を図っています。
- 2007年度には静岡県治験ネットワーク内にがん領域グループを設置し、11病院が参加(2017年3月現在)するがんに特化した治験についても推進しています。
- 静岡県治験ネットワーク病院(NW病院)における新規治験実施件数は、一般財団法人ふじのくに医療城下町推進機構ファルマバレーセンター(PVC)が関与したものを含め、2016年度末現在、1,824件(累計)となっています。

図表7-26 PVCの関与する治験の契約と実施件数

年度		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	累計
PVC 関与の 治験	契約件数	4	5	7	13	9	14	10	8	12	4	3	6	9	7	111
	実施件数	4	3	6	10	7	5	4	3	4	3	3	3	3	2	60
	参加病院数 (延べ)	19	6	17	31	32	13	9	4	9	7	4	3	7	3	164
新規治験実施件数 (NW病院全体)		99	153	102	142	152	120	112	126	135	146	153	125	124	135	1,824

(2) 課題

- 医療の進歩により、年々、新たな薬剤が開発されていることから、患者が新たな治療方法の恩恵を早期に受けられるように、治験を積極的に進める必要があります。
- 治験により安全性・有効性を確認して医薬品として承認されますが、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・有効性等を臨床研究により評価し、優位性等について証明することが必要です。
- 臨床研究法が2017年4月に公布されましたが、静岡県治験ネットワーク病院においては、臨

¹ 静岡県治験ネットワーク(NW): 県内の中核医療機関(病床数: 200床以上)で構成され、約14,000床のネットワークとして治験受託体制(運営事務局はPVC)を構築している。

床研究の事務局担当部署がない、経験が少ないなど、十分な実施体制が整っていないところはまだ多い状況であり、県民に先進的な医療を届けるためには、治験と併せて臨床研究の実施体制の構築支援が必要です。

(3) 対策

- 静岡県治験ネットワークは、患者が医療の進歩に貢献しつつ新たな治療方法の恩恵を早期に受けられるように、先進的な医療に用いる薬剤の治験に積極的に取り組み、静岡県治験ネットワーク病院における治験実施件数を増加させます。
- 静岡県治験ネットワーク病院は、治験コーディネーター（CRC）を配置するとともに、静岡県治験ネットワークを運営するPVCと連携し、治験への参加やCRCの人材育成に継続的に取り組みます。
- 静岡県治験ネットワークは、新薬を含め、患者に提供する新たな治療方法の選択肢を増やせるように、臨床研究にも積極的に取り組みます。
- 静岡県治験ネットワークは、参加している治験や臨床研究の状況及びその成果をホームページに掲載するなど、県民、医療機関、医療関係団体、行政機関等への情報提供に努めます。

第10節 歯科保健医療対策

【対策のポイント】

- 生涯を通じて咀嚼や摂食・嚥下、発音などの口腔機能の維持・向上
- 歯の喪失防止のため歯や歯周病等の歯科疾患対策を実施
- かかりつけ歯科医による定期管理の定着
- 高齢化に伴い増加する疾患を予防し、要介護状態にならず、その人らしく生活するための健康づくりの取組を支援

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
80歳(75～84歳)で自分の歯が20本以上ある人の割合	47.2% (2016年度)	52% (2021年度)	2016年の全国値を上回る値	健康に関する県民意識調査
かかりつけ歯科医を持つ者の割合	41.6% (2016年)	65% (2022年)	国の目標値	健康に関する県民意識調査

○歯や口には、食事を摂取することや、言葉を発すること、表情によって他者とコミュニケーションすることなど様々な機能があり、生活の質に大きく影響します。健康寿命延伸の観点から、「生きる力の源」として歯や口の健康維持が重要です。

○生涯を通じて歯や口の機能を維持することを、「一生自分の歯を保つ」という言葉に象徴させ、「8020（ハチマルニイマル）運動」として、歯や口の健康づくり運動が取り組まれてきました。

○歯の喪失を予防するには、日常生活で適切な口腔清掃を実施すること（セルフケア）と、定期的にかかりつけ歯科医を受診して口腔管理を受けること（プロフェッショナルケア）が重要です。

○近年、歯や口の清掃不良や機能低下が誤嚥性肺炎の原因となることや、歯周病が糖尿病や脳卒中、認知症などの病気に関連があることが注目されています。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。

（1）現状

ア 歯や口の機能及び歯科疾患の罹患状況

○70歳以上で「なんでも噛んで食べられる」という方は、近年増加しています。2013年に「なんでも噛んで食べられる」という方の割合は男性52.9%、女性58.6%でしたが、2016年には男性60.7%、女性71.8%となりました¹。

○80歳（75～84歳）で、自分の歯の数を20本以上と回答した者の割合は47.2%です¹。

○歯を失う理由のほとんどが歯と歯周病です。抜歯となる主原因は、50歳未満では歯が多く、50歳代以上では歯周病が多いという特徴があります。全体的にみると歯が3割程度、歯周病

¹ 健康に関する県民意識調査（平成25年度、28年度）

が4割程度です²。

- 近年、乳歯・永久歯ともに全体的にう歯は減少し軽症化する傾向にあり、中学3年生までに永久歯でう蝕を経験した歯がある者の割合は34.8%です³。
- 加齢とともに歯周病（歯肉炎及び歯周炎）となっている者が増えます。40歳代の3割以上、60歳代の5割以上の者が進行した歯周炎と推測されます¹。

イ 障害のある人や高齢者等の歯科保健医療

- 障害の種類や程度によっては歯科診療が困難で、特別な対応が必要となることがあります。また、病院と診療所、診療所と診療所との連携が必要となることがあります。
- 高齢者では、様々な疾患により多種の薬剤を使用していることも多く、唾液の分泌量が減少していることもあります。そのため、口腔感染症や口腔粘膜疾患への配慮が必要です。また、加齢とともに口腔がんの発生もみられるようになります。

ウ 歯科保健医療推進体制

- 市町が行う歯科検診（検診）には、1歳6か月健康診査、3歳児健康診査と歯周疾患検診などがあります。また、後期高齢者医療広域連合でも歯科健診を実施しています。
- 成人で定期的に歯科を受診をしている者は41.6%です¹。
- 住民が参加して市町の歯科保健施策を検討する「8020推進住民会議」の設置されている市町は19、歯科保健に関する中長期的な計画を策定している市町は17です。

(2) 課題

ア う歯や歯周病の発症予防と重症化予防

- 乳幼児や学童において、う歯は減少し、軽症化していますが、一人で多数のう歯を持つ者もみられます。う歯が多発する者をさらに減少させる必要があります。
- 高齢になっても自分の歯を保持する者が増加したため、根面う歯や歯周病の治療と管理が重要な課題となってきました。また、口腔機能の維持も課題です。
- 定期的にかかりつけ歯科を受診する習慣を普及する必要があります。

イ 障害のある人や高齢者等の歯科保健医療

- 障害や要介護状態、認知症の患者となっても、住みなれた地域で住み続けられるよう、歯科診療所がかかりつけ歯科医となり、後方支援たる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連携する体制の構築が求められています。
- かかりつけ歯科医が定期的に口腔管理を行うことによって、口腔機能の維持や口腔がんなどの粘膜病変の早期発見が可能となることを県民に普及する必要があります。

ウ 歯科保健推進体制

- 住民が参加して市町の歯科保健を検討する「8020推進住民会議」が設置されている市町は19、歯科保健に関する中長期的な計画を策定する市町は17です。

² 平成17年 抜歯の原因調査 8020財団

³ 平成28年 学校歯科保健統計

(3) 対策

ア う歯や歯周病の発症予防と重症化予防

○効果的なう歯予防法として、フッ化物の応用の推進を図ります。

フッ化物応用の例：フッ化物配合歯磨剤（フッ素入り歯磨き剤）の使用、フッ化物洗口（フッ素うがい）の実施、フッ化物歯面塗布（フッ素塗布）など

○県歯科医師会、郡市歯科医師会などとともに、かかりつけ歯科医を定期的に受診して定期管理を受ける者を増加させるように普及啓発をします。

イ 障害のある人や高齢者等の歯科保健医療

○歯科診療所と病院等の専門性を有する医療機関とが連携して障害のある人の診療を行えるように、保健医療圏域ごとの体制整備を支援します。

○県歯科医師会とともに、共生社会を実現するために、障害の特性や加齢の影響、及びそれらの対応方法に関する知識と技術を持つ歯科医師や歯科衛生士の養成を図ります。

ウ 歯科保健推進体制

○県歯科医師会とともに、歯や口の健康づくりボランティア（8020推進員）を養成し、歯や口の健康づくりやフレイル予防・オーラルフレイル予防に関する知識の普及を図ります。

○歯科診療所が、歯や口の健康づくりを積極的に推進します。

○住民自らが歯科保健に取り組むことができるよう市町において8020推進住民会議を中心とした歯科保健推進体制を整備することを支援します。

○歯や口の健康づくりを進めるための計画（歯科保健計画）の策定市町が増えるように支援します。

○障害のある人の歯科医療提供体制や地域の歯科保健の課題を市町や専門団体が共有するために、各健康福祉センターが圏域会議を開催し、口腔保健支援センターは技術的支援を行います。

第8章 医療従事者の確保

第1節 医師

【対策のポイント】

- 県内医療施設に従事する医師数の増加
- 地域間・診療科間の格差是正
- 病院医師の勤務環境の改善支援

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
人口 10 万人当たり医師数 (医療施設従事医師数)	200.8人 (2016年12月)	217人 (2021年)	東海四県のトップを目指す (2016年 三重県217.0人)	「医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省
医学修学研修資金利用者数	累計 868人 (2016年度まで)	累計 1,393人 (2021年度)	新規貸与120人枠で、 実績値の高い2014～2016 の3年間の平均貸与実績 105人／年の増加を設定	県地域医療課 調査
医学修学研修資金貸与者の 県内医療機関勤務者数	192人 (2017年度)	340人 (2021年度)	県内就業の実績が伸びて きた直近4年間(2013年度 以降)の平均増加人数 37人／年の増加を設定	県地域医療課 調査

(1) 現状

ア 医師数の状況

- 2016年12月末における本県の医師数は7,662人で、2年間(前回2014年12末)で196人(2.6%)、10年間で935人(13.9%)増加しています。(図表8-1)
- 全国では、2年間で2.7%、10年間で15.0%増加しています。
- 人口10万当たりの医療施設(病院及び診療所)に従事する医師数は200.8人で、全国平均の240.1人と比較すると、39.3人下回っており、多い方から全国40位です。(図表8-2)

図表 8-1 業務種別医師数及び増加率

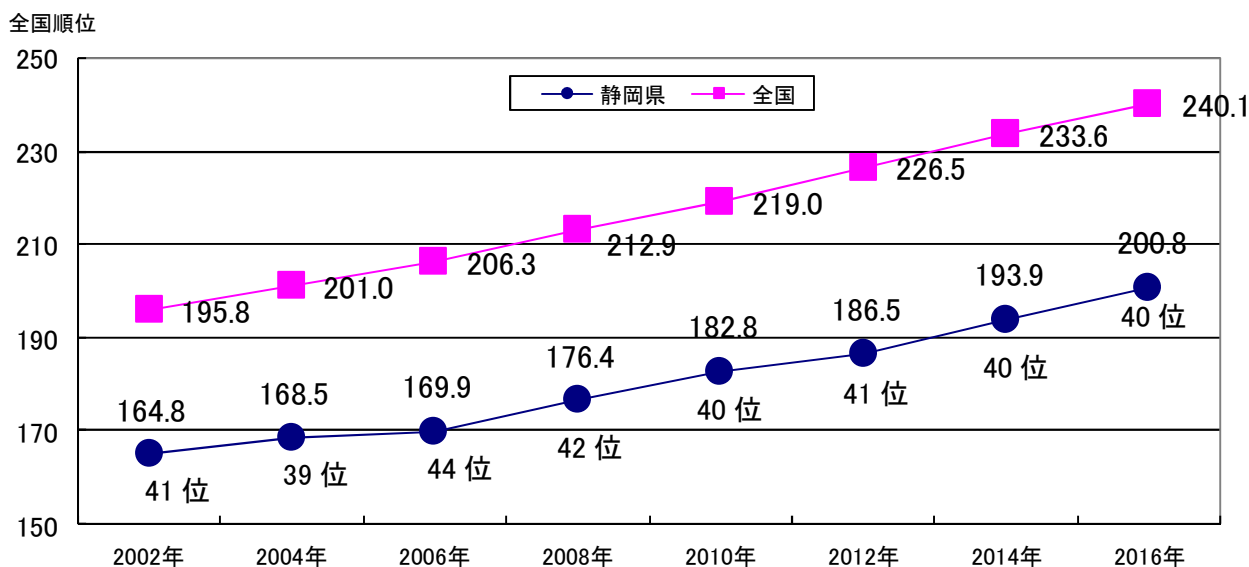
(単位：人)

区分			総数	医療施設 従事医師数			診療所	介護老人保健 施設	医療・ 老人保健 施設以外	その他
				病院	医育機関					
静岡県	人数	実数	7,662	7,404	4,717	616	2,687	114	111	33
		人口 10万人対	207.8	200.8	127.9	16.7	72.9	3.1	3.0	0.9
	増加率	2年間	2.6%	3.0%	4.5%	10.0%	0.5%	▲7.3%	▲8.3%	▲10.8%
		10年間	13.9%	14.8%	17.8%	10.6%	9.7%	17.5%	▲4.3%	▲46.8%
全国	人数	実数	319,480	304,759	202,302	55,187	102,457	3,346	9,057	2,301
		人口 10万人対	251.7	240.1	159.4	43.5	80.7	2.6	7.1	1.8
	増加率	2年間	2.7%	2.7%	3.8%	5.5%	0.6%	3.6%	5.6%	▲9.9%
		10年間	15.0%	15.6%	20.2%	23.5%	7.6%	15.7%	4.2%	▲17.4%

資料：「医師・歯科医師・薬剤師調査」(2016年)・厚生労働省

図表 8-2 人口10万人対医療施設従事医師数の推移

(単位：人)



資料：「医師・歯科医師・薬剤師調査」(2016年)・厚生労働省

※順位は本県の全国順位

イ 医療施設に従事する医師数の地域別の状況

○2016年における人口10万人当たりの医療施設従事医師数を地域別に見ると、西部地域が最も多く、以下、中部、東部地域となります。また、全ての地域において2年間で増加し、中部の増加数が最も多くなっています。(図表8-3)

○2次保健医療圏別では、西部医療圏が最も多く、中東遠医療圏が最も少なくなっており、2年間の増減では、熱海伊東医療圏を除く7つの医療圏において、増加しています。

図表 8-3 圏域別の医療施設従事医師数

(単位：人)

区 分	人口 10 万人対医師数			医師数 (実数)		
	2016 年	2014 年	2 年増減	2016 年	2014 年	2 年増減
賀 茂	148.8	145.0	3.8	97	99	▲2
熱海伊東	211.8	238.8	▲27.0	222	255	▲33
駿東田方	217.7	210.4	7.3	1,425	1,386	39
富 士	146.9	138.6	8.3	555	529	26
東 部	191.2	186.7	4.5	2,299	2,269	30
静 岡	229.5	216.8	12.6	1,611	1,532	79
志太榛原	155.3	154.8	0.5	716	718	▲2
中 部	200.1	192.3	7.8	2,327	2,250	77
中 東 遠	146.3	134.5	11.8	681	621	60
西 部	244.8	240.6	4.2	2,097	2,045	52
西 部	210.1	203.2	6.9	2,778	2,666	112

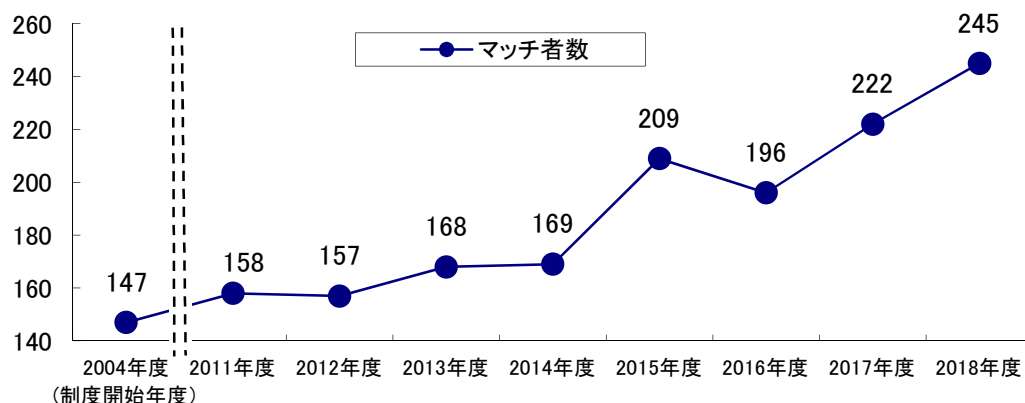
資料：「医師・歯科医師・薬剤師調査」(2016年)・厚生労働省

ウ 初期臨床研修医の状況

- 初期臨床研修開始予定者(医学生等)と臨床研修病院との相互選抜(マッチング)においては、制度導入初年度の2004年度に147人であった初期臨床研修開始予定者(マッチ者)数は、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。
- 2018年度のマッチ者は245人と、制度開始以来、過去最多となりました。(図表8-4)
- 前年度からの増加数23人は、新潟県の31人、埼玉県の30人に次ぐ、全国3位の増加数です。

図表 8-4 本県の初期臨床研修開始予定者数の推移

(単位：人)



資料：「医師臨床研修マッチング結果」厚生労働省

エ 医療施設に従事する女性医師数

○医療施設に従事する女性医師数は、1,271人と10年前と比較して39.2%増加しており、女性医師の構成比も14.2%から17.2%へ3.0ポイント上昇しています（図表8-5）。

図表8-5 医療施設従事医師数（女性医師の構成比）（単位：人）

区 分		2006年	2016年	増加率等
静岡県	女性医師	913	1,271	39.2%
	男性医師	5,539	6,133	10.7%
	女性医師の構成比	14.2%	17.2%	3.0ポイント
全国	女性医師	45,222	64,305	42.2%
	男性医師	218,318	240,454	10.1%
	女性医師の構成比	17.2%	21.1%	3.9ポイント

オ 県内公的病院等の状況

○2009年度から、県が独自に実施している医師数等調査によると、救急医療等を担う公的病院等の常勤医師数は3,209人で、職員定数に対する不足医師数は599人です。（図表8-6）

図表8-6 県内公的病院等の医師数（単位：人）

区 分		2009年度	2017年度	増 減
常勤医師数	51病院	—	3,209	—
	45病院	2,618	3,112	494
不足数	51病院	—	▲599	—
	45病院	▲529	▲579	50

資料：「医師数等調査」県健康福祉部

※調査時点は、各年度4月1日現在。

※・県内公的病院等は、県、市町、日赤、済生会及び厚生連が設立した38病院と、政策医療分野で中核的な役割を担っている11病院、浜松医科大学医学部附属病院及び順天堂大学医学部附属静岡病院の51病院。

- ・45病院は、2009年4月以降、新たに公的病院等となった6病院（伊豆今井浜病院、西伊豆健育会病院、沼津中央病院、鷹岡病院、清水駿府病院、浜松労災病院）を除く。

カ 県内の医師養成数

○浜松医科大学医学部医学科の入学定員は、100人から2009年度に110人に、2010年度から120人に増員されています¹。

○2016年度の浜松医科大学医学部医学科の卒業生のうち、県内就職者（初期研修者）は66人で、入学定員を増員した効果により、2014年度以降は60人を超えています。（図表8-7）

¹ 2009年度の緊急医師確保対策枠10人増、2010年度の閣議決定「地域財政改革の基本方針2009」入学定員増枠10人増

図表 8-7 浜松医科大学医学部医学科卒業生の就職状況 (単位：人)

区 分	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
就 職 者	94	93	100	87	99	104	114	114
うち 県内就職者	49	46	52	56	53	64	60	66
県内就職率	52.1%	49.5%	52.0%	64.4%	53.5%	61.5%	52.6%	57.9%

提供：浜松医科大学

キ 県外の医師養成数

○本県の地域医療に従事することを条件とする入学定員増枠である地域枠を、全国最大規模となる県外7大学に合計 34 枠を設置し、出身地にかかわらず広く本県に勤務する医師を養成しています。(図表 8-8、8-9)

図表 8-8 医学修学研修資金 地域枠の設置状況

設置年度	大学名	枠数	利用者数			
			2015	2016	2017	計
2015	近畿大学 (大阪府)	5	2	0	1	3
2015	川崎医科大学 (岡山県)	10 ※	5	5	8	18
2016	帝京大学 (東京都)	2	-	2	2	4
2016	日本医科大学 (東京都)	4 ※	-	1	1	2
2016	東海大学 (神奈川県)	3	-	1	3	4
2017	順天堂大学 (東京都)	5	-	-	0	0
2018	関西医科大学 (大阪府)	5	-	-	-	-
合 計		34	7	9	15	31

※川崎医科大学は 2015～5 枠、2017～10 枠 日本医科大学は 2016～1 枠、2018～4 枠

※地域枠における入学定員増の期間は 2019 年度まで

図表 8-9 地域枠を設置する各大学と地域枠に係る協定を締結 (協定の主な内容)

項 目	内 容
協 力 内 容	静岡県及び大学は、静岡県内の地域及び診療科における医師の偏在を解消すること並びに県民に対する安心医療を提供することを目的として、医学生等を地域医療に貢献する医師として育成することについて、相互に協力する
医学生等の育成	大学は、県内の地域医療に貢献できる医学生等の育成に努めるものとする
県内の状況等の提供	静岡県は、大学の行う医学生等の育成が効果的に行われるよう、県内の地域及び診療科における医師数の状況等の情報について、大学に提供する
地域医療の確保への協力	大学は、医学生等の育成を通じて、県内の地域及び診療科における医師の偏在解消、地域の医療の確保に協力する

ク 医学修学研修資金貸与の状況

○県内における医師の充足を図るため、県内外の医学生等に修学研修資金を貸与し、県内医療機関への就業を促進しています。(図表 8-10、8-11、8-12、8-13)

図表 8-10 医学修学研修資金貸与制度

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

図表 8-11 医学修学研修資金の貸与実績

(単位：人)

年度	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	合計
新規被貸与者数	17	20	130	95	92	100	97	107	112	98	100	968

図表 8-12 医学修学研修資金を利用した県内勤務医師数

(単位：人)

区分	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
返還免除勤務	1	3	16	31	62	75	100	117
猶予	0	1	3	5	5	10	11	20
免除後県内勤務者	0	0	2	9	19	35	45	55
計	1	4	21	45	86	120	156	192

※猶予：返還免除のための勤務対象施設以外の県内医療機関に勤務中の者

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

図表 8-13 医学修学研修資金を利用した勤務医師数 (地域別)

(単位：人)

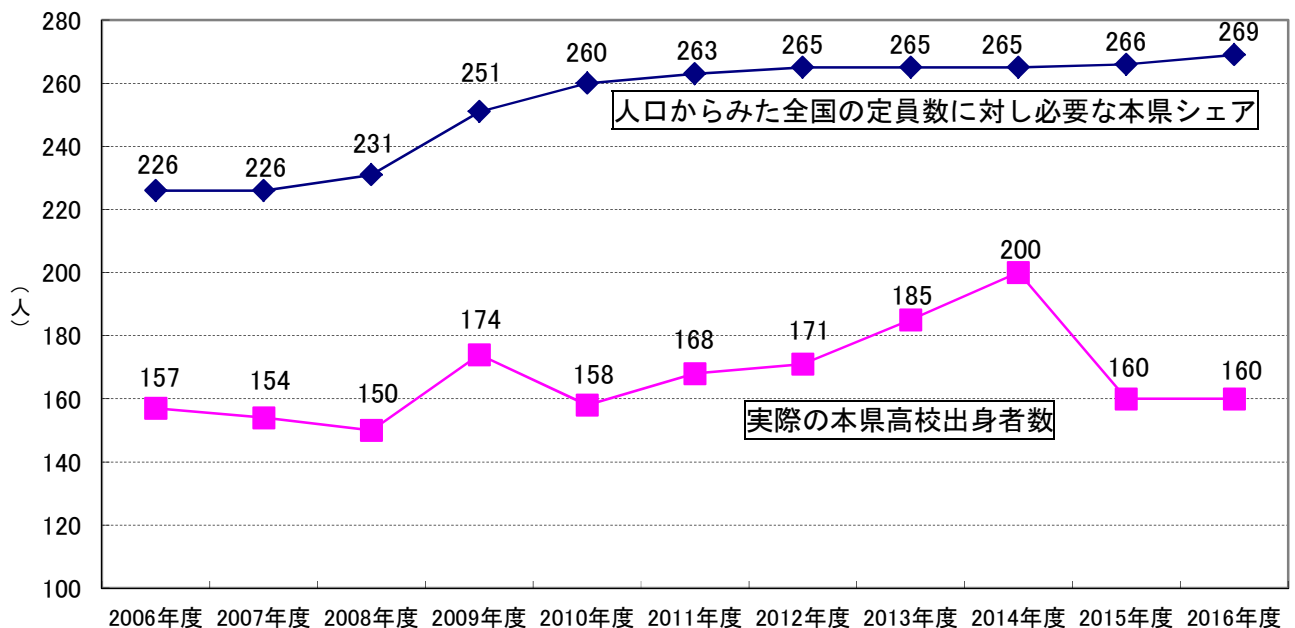
区分	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
東部	0	0	3	5	11	14	19	26
中部	1	1	5	18	32	49	62	66
西部	0	3	13	22	43	57	75	100
計	1	4	21	45	86	120	156	192

※猶予及び免除後県内勤務者を含む

ケ 医学部医学科に進学する本県の学生

- 本県の高校卒業者（新卒及び既卒）の医学部医学科への進学者数は、近年、150人から200人の中で推移しています。（図表8-14）
- 全国の医学部医学科の定員数を、静岡県で人口で按分し、進学者数を推計すると、2016年度では、269人²となりますが、実際の進学者数は大幅に下回っており、進学者数を増やすことが、将来の医師確保につながります。
- 浜松医科大学医学部医学科の入学者のうち県内高校出身者の割合は、2015年度以降は50%を下回っています。（図表8-15）

図表8-14 本県高校出身の医学部医学科進学者数 (単位：人)



資料：「高等学校等卒業者の卒業後の状況調査」・静岡県教育委員会事務局

図表8-15 浜松医科大学医学部医学科の入学状況（県内高校出身者） (単位：人)

区分	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
県内高校出身者	49	58	49	69	65	70	71	54	44	50
県内高校の割合	51.6%	55.2%	42.6%	60.0%	56.5%	60.9%	61.7%	47.0%	38.3%	43.5%

提供：浜松医科大学

² 全国医学部定員数 9,262 人 × (静岡県推計人口 3,688 千人 ÷ 全国推計人口 126,933 千人) ≒ 269 人 (10月1日推計人口)

(2) 課題

ア 医師数の状況

- 本県は、人口 10 万人当たり医師数が全国平均を大幅に下回っており、医師の絶対数を増加させる必要があります。
- 県内の地域別や診療科別の医師数に大きな差が生じているため、偏在を解消し、充実した医療体制の確保を図る必要があります。
- 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、育児への支援など、働きやすい環境をつくる必要があります。

イ 医師の確保

- 県内で従事する医師を増加させるためには、医学部医学科に進学する県内の高校生を増やすことが必要です。
- 県内の医育機関は浜松医科大学 1 校のみであることから、県と大学が連携し、医師の県内就業や偏在解消に向けた取組を強化することに加え、地域枠制度の活用による県外大学との連携などにより、本県の地域医療に従事する医師を養成する仕組みを拡充していく必要があります。
- 若手医師を確保するためには、県内の臨床研修や専門医研修のプログラムの充実や指導体制の確保など、魅力ある病院づくりが重要です。
- 地域や診療科の偏在を解消するためには、公的病院等を中心とした魅力的な研修環境の整備や地域の実情等に則した適切な配置調整、東部地域など医師不足地域の病院の情報発信の強化等が必要です。
- 医師の時間外労働など、働き方の見直しが議論されている中で、質の高い医療の提供と働きやすい勤務環境の実現が求められています。
- 医師の確保の在り方を検討するにあたり、2025 年の医療需要を踏まえた各圏域の医師の必要数等を調査分析するなど、今後の医療環境の変化に対応して取り組む必要があります。

(3) 対策

ア 医療対策協議会

- 地域における医療提供体制の整備を図るため、医療関係団体、大学等医療従事者養成関係機関、公的医療機関、市町長等を構成員とする静岡県医療対策協議会を設置し、地域において必要な医師確保の方策等の医療提供体制について協議しており、医師確保対策を中心とする「静岡県の医療の確保のための施策」について、2009 年 2 月に、県に対し提言が行われました。
- この提言に基づき、2010 年 10 月に、医師確保対策を一元的かつ専門的に推進する「ふじのくに地域医療支援センター」を全国に先駆けて県に設置し、若手医師の確保を目的に、様々な医師確保対策に取り組んでいます。

イ ふじのくに地域医療支援センター

- 2014 年 6 月 18 日に成立した改正医療法において、地域医療支援センターの機能について、都道府県に対する努力義務規定が設けられました。
- 本県の医師確保対策を一元的かつ専門的に推進するため、研修医や指導医にとって魅力ある医療環境づくりを行います。
- 地域医療支援センターが中心となって、県専門医研修ネットワークプログラムの整備などの研修機能、医学修学研修資金被貸与者配置調整機能などを通じ、官民一体となった医師確保対策

を推進します。(図表 8-16)

- 2018 年度から開始される新たな専門医制度においては、専門研修プログラムの認定に向けた協議を行う都道府県協議会として位置付け、地域医療の確保に必要な情報共有、確認、検討等を進めます。

図表 8-16 ふじのくに地域医療支援センターの機能・主要な業務

機 能	主 要 な 業 務
研 修 機 能	・医療の質の向上及び医師を確保するための研修の充実（県専門医研修ネットワークプログラムの整備・運営等） ・夏季セミナーの開催
リクルート機能	・医師及び医学生の県内就職を促進するための情報発信、リクルート活動（病院合同説明会の開催、メールマガジンの配信等）
医学修学研修資金被貸与者配置機能	・医学修学研修資金被貸与者の配置方針の検討 ・専任医師によるキャリア形成支援業務の委託
調 査 機 能	県内の各地域及び各病院等の医療に関する調査及び研究

ウ 医師数の状況把握

- 厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」に加え、県内の公的病院等の協力を得て、引き続き、地域ごと診療科ごとの医師数等、医療の実態について定期的（4月1日、10月1日現在）に調査を行い、各圏域の現状を公表し、その状況を踏まえた医師確保対策を効果的に推進します。

エ 医師の確保

(ア) ふじのくにバーチャルメディカルカレッジの取組

- 新規貸与枠を医科大学1校の入学定員に相当する120人とする医学修学研修資金の貸与制度を活用し、県内における医師の充足を図ります。
- 医学修学研修資金を利用している医学生等を対象とした仮想の医科大学である「ふじのくにバーチャルメディカルカレッジ」において、医師の育成段階に合せた支援を通じて、県内外からの多くの医師を確保し、地域における偏在解消に取り組みます（図表 8-17）。
- 本県の医師を増やすためには、全国から若手医師を集めることが重要であるため、県外医科大学との連携の強化、医学修学研修資金の貸与及び県内病院の情報発信などに継続して取り組みます。
- 将来の本県の医療を支える人材を育成するため、医学部医学科への進学を目指す県内の高校生等に対し、実際の医療現場や医療従事者に接する機会を提供していきます。
- 県内で活躍する若手医師を「ふじのくに次世代医師リクルーター」として委嘱し、県内外の医学生等に対して、本県の地域医療の魅力を伝えることを通じて、県内病院の研修医の増加を図ります。

(イ) 県内外の大学との連携

- 浜松医科大学との連携を強化し、本県の地域医療の確保に関する調査・研究や寄附講座等を活用した専門的な医師の養成・確保に取り組み、医療提供体制の充実を図ります。
- 2015 年度入学定員から 2018 年度入学時までには 7 大学計 34 人の地域枠を設置したことから、県

と大学との密接な連携の下、入学者の募集から、卒業後の進路決定まで、一貫して、本県の地域医療に貢献する医師を養成し、県内就業を進めます。

○聖マリアンナ医科大学（神奈川県）と締結した「医学生等の育成に関する協定」により、県東部地域を対象とした医学生の育成や同大学の医師派遣を通して、医師の偏在解消を図ります。

(ウ) キャリア形成支援

○2018年度から開始される新たな専門医制度について、日本専門医機構で認定された専門研修プログラムを「静岡県専門医研修プログラム」として活用し、キャリア形成の支援を行います。

○専門研修プログラムの研修施設、募集定員、専攻医のローテーション内容について、都道府県協議会として、より充実したプログラムとなるよう、関係機関に対して改善案や意見の提出を行います。

○県内病院における臨床研修及び専門医研修を充実するため、研修費助成、指導医確保、臨床研修病院のネットワーク構築及び合同研修等の支援に取り組みます。

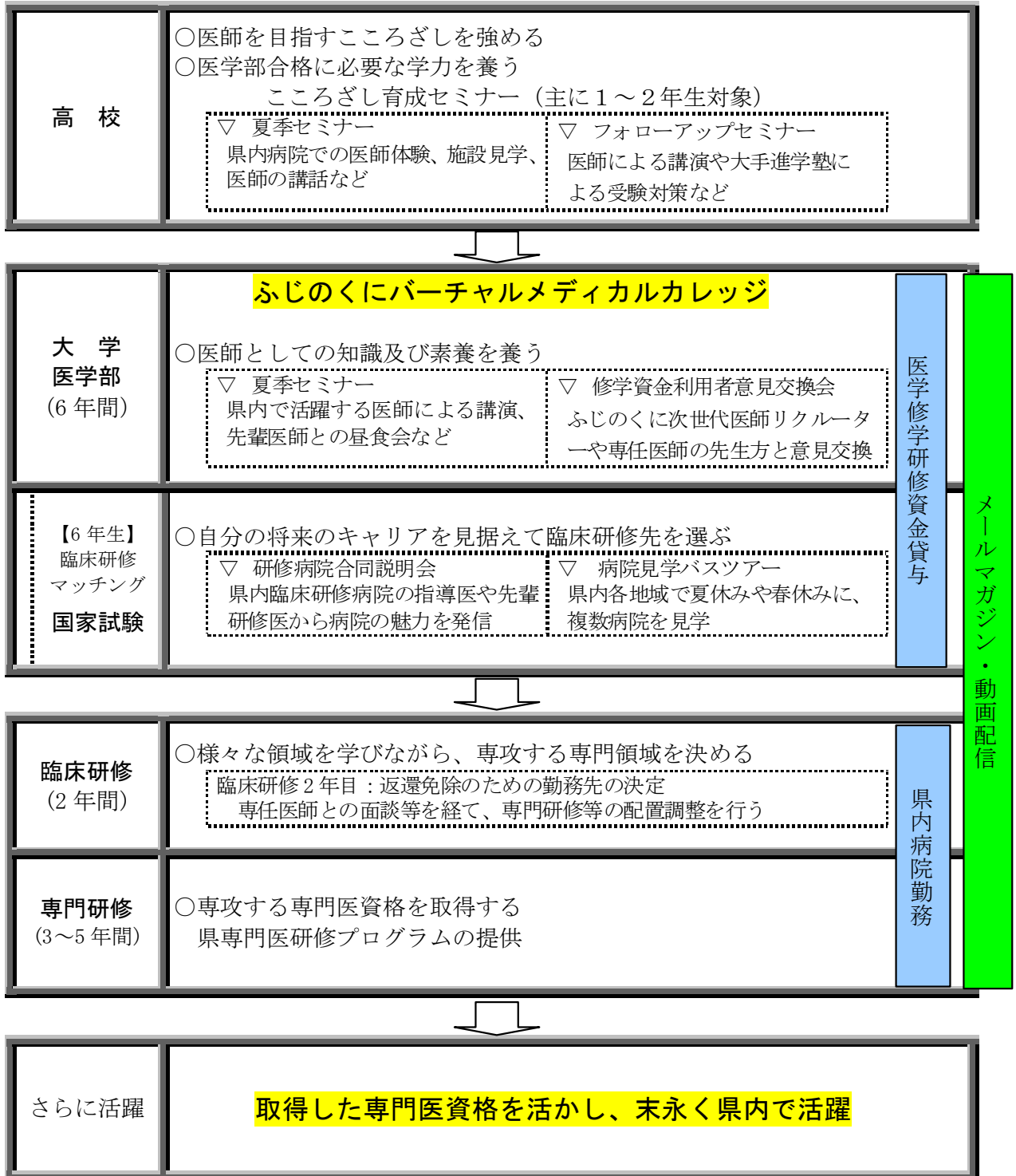
○へき地を含めた医師不足地域の医師の確保と定着を進めるため、自治医科大学やへき地医療支援機構（県立総合病院）と連携しながら、一体的な支援体制づくりを進めます。

図表 8-17

ふじのくにバーチャルメディカルカレッジ ～在学中から静岡県の地域医療を学ぶ～

在学中は、メールマガジンや動画の配信などwebを活用した情報発信（通信教育）、夏季セミナーや病院見学バスツアーなどの県内イベント（スクーリング）などを通じて、日本全国どこの医学部に在籍していても、本県の地域医療の魅力を学べる。

卒業後（医師免許取得後）は、全国の協定締結大学や県内公的病院等を連携し、希望する専門医資格取得などキャリアにも配慮しながら、本県での勤務を行う。



オ 適切な医師配置

- 医学修学研修資金利用者の初期臨床研修修了後の就業先については、利用者本人のキャリア形成等に配慮しながら、各病院の医師不足や偏在状況等を勘案し、効果的に医師が確保できるよう配置調整を行います。
- 県、大学、病院等の関係機関が相互に調整しながら、診療科別に必要な体制について検討を進め、大学の医師派遣機能の活用も含めて、地域及び診療科の医師偏在解消に努めます。
- 県立総合病院及びこども病院からの医師派遣により、医師不足により医療体制の確保に支障をきたしている公的病院の緊急支援を行います。
- 厚生労働省が作成する、医籍登録、臨床研修、専門医研修プログラムなど詳細な医師の配置状況が把握できる新たなデータベースを活用し、県内医療機関等の医師の勤務履歴情報や、医師の動向を分析することで、医師配置の重点化・効率化を図ります。

カ 再就業支援及び離職防止

- 2017年4月に、県が浜松医科大学に設置した、県全体の女性医師支援を推進する「ふじのくに女性医師支援センター」において、出産等により離職した女性医師の復職支援やキャリア形成支援など、専任のコーディネーター（医師）による、高い専門性を活かした取組を積極的に実施することにより、女性医師が県内で更に活躍する仕組みを構築します。
- キャリア形成支援及び相談体制の充実のほか、院内保育所の整備による就業環境の改善など、医師にとって魅力ある病院づくりに対する支援を進めます。
- 復職を希望する医師等を対象に最新知識・技能の習得等を図る実務研修による再就業支援を進めます。また、県内医療機関へ就職を希望する場合は、ふじのくに地域医療支援センターが行っている無料職業紹介事業により医療機関の紹介・斡旋による支援を進めます。

キ 医師の勤務負担軽減

- 「働き方改革」における長時間労働の是正への対応や、医師の負担軽減のための仕組みの構築の支援について、2014年10月に設置された「ふじのくに医療勤務環境改善支援センター」による専門アドバイザーの派遣や先進事例等の情報提供等により、医療従事者の勤務環境改善を推進します。

ク 医師就労等相談・情報提供

- 研修医のキャリア形成や専門医としての就業を支援するため、専任医師による専門的な相談体制を浜松医科大学及び静岡県立病院機構に整備し、医学修学研修資金利用者の勤務先の調整を中心として、キャリア形成に配慮した相談や助言など、きめ細かな対応を行います。
- 県内病院の研修・勤務情報等を専用のホームページや冊子等により提供します。また、配信登録者に対し、本県の医療に関する情報を「ふじのくに地域医療支援センターメールマガジン」により定期的に配信し、全国の医学生等へ向けた情報提供を行います。
- 医学生や若手医師に対して専門医研修プログラムの紹介や、県の医師確保の様々な取組に関する動画を配信し、充実した情報がいつでも得られるよう提供します。

第2節 歯科医師

【対策のポイント】

- 高齢者の健康及び全身疾患管理を支援できる歯科医師の育成
- 8020運動を推進する歯科医師の育成

【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する歯科診療所数（再掲）	437 施設 (2017 年)	605 施設 (2020 年)	在宅医療等必要量の見込みから算出	県健康増進課調査
がん診療連携登録歯科医の数	534 人 (2016 年度)	600 人 (2022 年度)	県内歯科診療所の 1/3 に対応可能とする	がん診療連携登録医名簿(国立がん研究センター)

(1) 現状

- 2016 年末における本県の歯科医師数は 2,366 人(医療施設に従事する者 2,318 人:病院 120 人、診療所 2,198 人) です。
- 人口 10 万人当たり歯科医師数は 64.2 人(うち医療施設従事者 62.9 人)で、全国値の 82.4 人(うち医療施設従事者 80.0 人)よりも少ない状況です。

図表 8-18 業務種別歯科医師数及び増加率

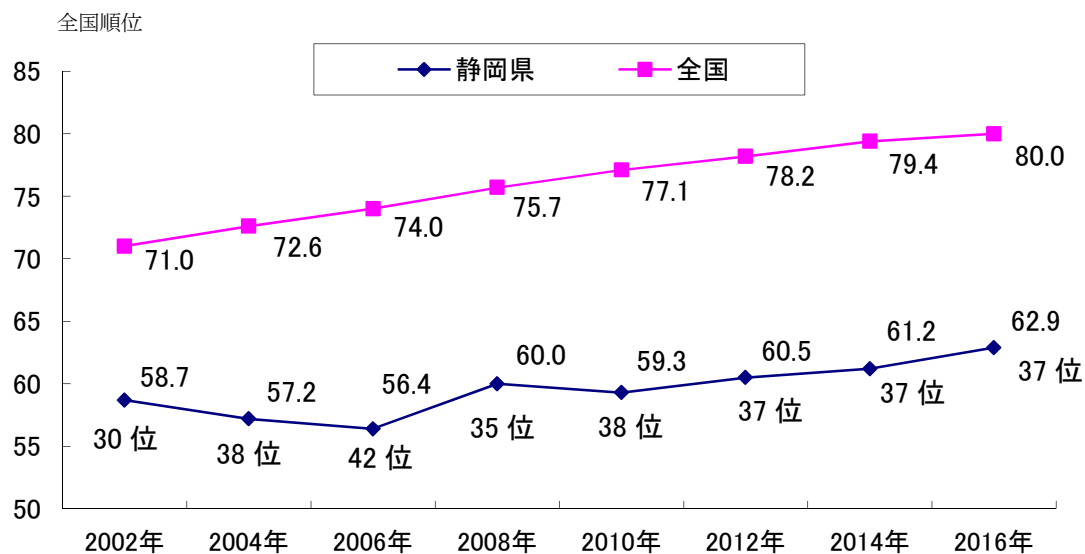
(単位:人)

区分			総数	医療施設 従事歯科 医師数			介護老 人保健 施設	医療・ 老人保健 施設以外	その他	
				病院	診療所					
					医育機関					
静岡県	人数	実数	2,366	2,318	120	17	2198	1	18	6
		人口 10万人対	64.2	62.9	3.3	0.5	59.6	0	0.5	0.2
	増加率	2年間	2.0%	2.2%	▲0.8%	30.8%	2.4%	▲66.7%	▲5.3%	▲33.3%
		10年間	8.0%	8.2%	▲1.6%	▲26.1%	8.8%	—	50.0%	▲14.3%
全国	人数	実数	104,533	101,551	12,385	9,308	89,166	33	1,543	311
		人口 10万人対	82.4	80.0	9.8	7.3	70.2	0.0	1.5	0.2
	増加率	2年間	0.5%	0.6%	2.0%	2.8%	0.4%	13.8%	0.2%	▲6.6%
		10年間	7.5%	7.4%	0.9%	▲2.2%	8.3%	120.0%	15.5%	93.2%

資料:「医師・歯科医師・薬剤師調査」(2016年)・厚生労働省

図表 8-19 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・薬剤師調査」(2016年)・厚生労働省

※順位は本県の全国順位

図表 8-20 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)		
	2016 年	2014 年	2 年増減	2016 年	2014 年	2 年増減
賀 茂	64.4	61.5	2.9	42	42	0
熱海伊東	80.1	76.8	3.3	84	82	2
駿東田方	69.8	65.3	4.5	457	430	27
富 士	60.3	58.7	1.7	228	224	4
東 部	67.4	64.0	3.4	811	778	33
静 岡	66.9	67.4	▲0.4	470	476	▲6
志太榛原	50.7	51.5	▲0.8	234	239	▲5
中 部	60.5	61.1	▲0.6	704	715	▲11
中 東 遠	52.4	47.9	4.6	244	221	23
西 部	65.3	65.2	0.1	559	554	5
西 部	60.7	59.1	1.7	803	775	28

資料：「医師・歯科医師・薬剤師調査」(2016年)・厚生労働省

(2) 課題

- 高齢者人口の増加に伴い、歯科医師には、高齢者の身体状況や特性、服薬による影響などに精通していることが求められています。
- 在宅等で療養し疾病や傷病のため通院による歯科医療が困難であっても、住み慣れた地域で暮らしていけるよう、県内どの地域でも歯科訪問診療を希望すれば治療を受けられる体制の整備が求められます。歯科診療所には、歯科医療に精通するだけでなく、医科診療所や介護保険事業者等と連携体制を築くことも求められます。
- 県民が住みなれた地域で暮らし続けていくために、障害や認知機能の衰えなどで歯科治療に配慮が必要な人に対し、地域の歯科診療所が幅広く対応していくことが求められています。
- 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。
- 健康寿命の延伸を支援する8020運動を更に推進するため、歯科診療所を核として地域における歯科保健を実践する歯科医師が必要になっています。

(3) 対策

- 障害のある人や介護の必要な人に対する歯科医療に対応できる歯科医師の充実を図ります。
- がん診療の医科歯科連携をはじめとした歯科医療従事者と医師との連携体制構築の支援や、介護の必要な人の支援を行うために医師や介護職種等との連携を図ります。
- あらゆる年齢の住民の生活の質を向上させるために8020運動を推進する歯科医師を養成します。

第3節 薬剤師

【対策のポイント】

- かかりつけ薬剤師・薬局としての機能を強化
- 地域医療における役割を果たすための薬剤師の資質向上

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
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	84人 (2016年度)	累計 1,090人 (2021年度)	2025年までに全ての薬局で、かかりつけ薬剤師・薬局の機能を保持	県薬事課調査

注)かかりつけ薬剤師・薬局の機能強化研修は2016年度から開催されている。

(1) 現状

ア 薬剤師数等

- 2016年末における本県の薬剤師数は8,144人で、2014年末の7,970人と比較すると174人、2.2%増加しています。人口10万人当たりの薬剤師数は220.8人で全国18位ですが、全国平均237.4人を下回っています。2014年末の215.1人からは5.7人増加しています。
- 業務種別をみると、薬局の従事者は4,814人(総数の59.1%)で、2014年末に比べ255人、5.6%増加し、医療施設(病院・診療所)の従事者は1,417人(同17.4%)で2014年末に比べ93人、7.0%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、169.0人で全国26位であり、全国平均の181.3人を下回っていますが、2014年末の158.8人からは10.2人増加しています。
- 大学における薬学教育の修業年限6年制が、2006年4月の入学者から導入され、2012年4月以降、医療現場での臨床教育を受けた6年制薬剤師が活躍しています。

イ 薬局の薬剤師

- 地域住民からの要指導医薬品や一般用医薬品、健康食品、健康、健診、在宅医療・介護サービス、禁煙等に関する相談を受けるとともに、必要に応じ関係者への連絡や医療機関への受診勧奨を行っています。
- 患者の服薬情報を一元的・継続的に把握して薬の重複の有無、相互作用の可能性等を確認し、処方医への疑義照会や情報提供等を行うとともに、適切な薬学的管理や指導の実施を通じて、薬物療法の有効性・安全性を確保しています。
- 在宅療養する患者の服薬アドヒアランスの向上や残薬管理、服薬指導等を行うため薬局薬剤師が患者宅に訪問する体制づくりを進めています。
- かかりつけ医を始めとした医療機関等や地域包括ケアを担う多職種との連携を進めています。
- 開局時間以外であっても患者、家族が安心して療養できるよう、24時間、電話等により薬の飲み方等についての相談に対応しています。

ウ 病院・診療所の薬剤師

- 多職種とのチーム医療の中で患者の薬物療法の適正化や医療過誤の防止に努めています。
- 医薬品を管理する者として麻薬や向精神薬等の適正な品質管理や在庫管理を行うほか、副作用などの医薬品安全情報の収集や関係者への周知を通じて医薬品の安全管理を行っています。

エ 医薬品卸業の薬剤師

- 配送中の温度管理等の医薬品の流過程における品質管理に努めています。
- 医療機関等への公正で安定した供給のほか、医薬品等の安全性等に関する情報の収集と提供等を行うことにより、医療安全の確保に努めています。

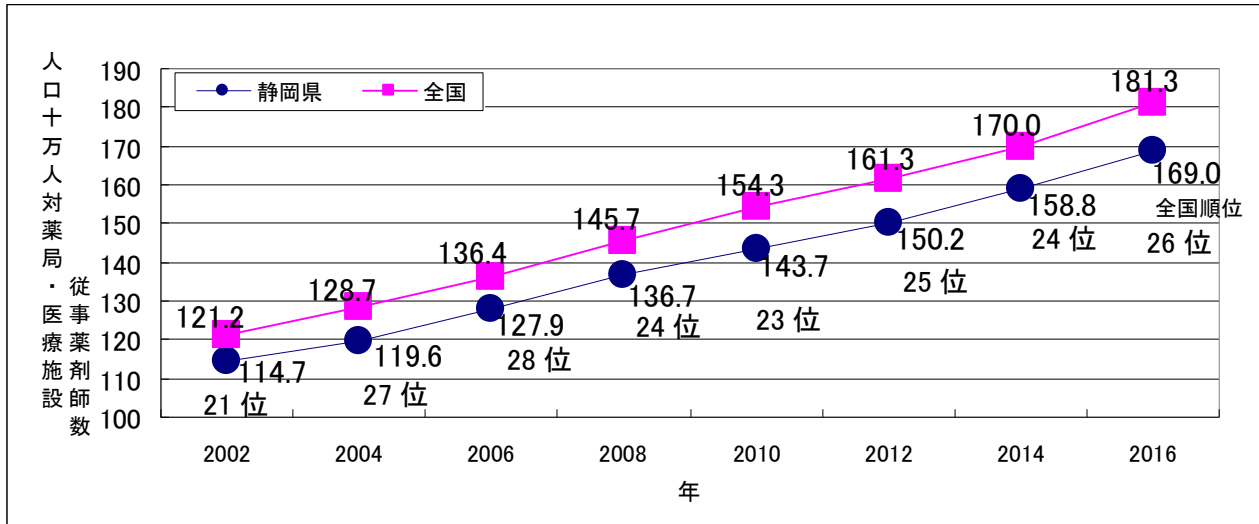
図表 8-21 業務種別薬剤師数（単位：人）

区分	年	総数	薬局・医療施設従事者	業務種別			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	病院又は診療所の勤務者				
静岡県	2016	8,144 (220.8)	6,231 (169.0)	606 (16.4)	4,208 (114.1)	1,417 (38.4)	1,111 (30.1)	73 (2.0)	274 (7.4)	455 (12.3)
	2014	7,970 (215.1)	5,883 (158.8)	650 (17.5)	3,909 (105.5)	1,324 (35.7)	1,211 (32.7)	96 (2.6)	268 (7.2)	512 (13.8)
全国	2016	301,323 (237.4)	230,186 (181.3)	17,201 (13.6)	154,941 (122.1)	58,044 (45.7)	42,024 (33.1)	5,046 (4.0)	6,813 (5.4)	17,233 (13.6)
	2014	288,151 (226.7)	216,077 (170.0)	17,859 (14.1)	143,339 (112.8)	54,879 (43.2)	43,608 (34.3)	5,103 (4.0)	6,576 (5.2)	16,766 (13.2)

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）2016年、2014年

※（ ）内は人口10万人当たりの数

図表 8-22 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・薬剤師調査（厚生労働省）

※順位は本県の全国順位

(2) 課題

- 薬剤師は、高い職業意識や倫理観を持って、常に自己研鑽に励み、最新の医療及び医薬品等の情報に精通するなど専門性を高めていく必要があります。
- 薬剤師の資質向上のための各種講習会・研修会や病院・大学などでの実務・臨床教育等により、

薬剤師免許取得後も生涯教育の場を確保していく必要があります。

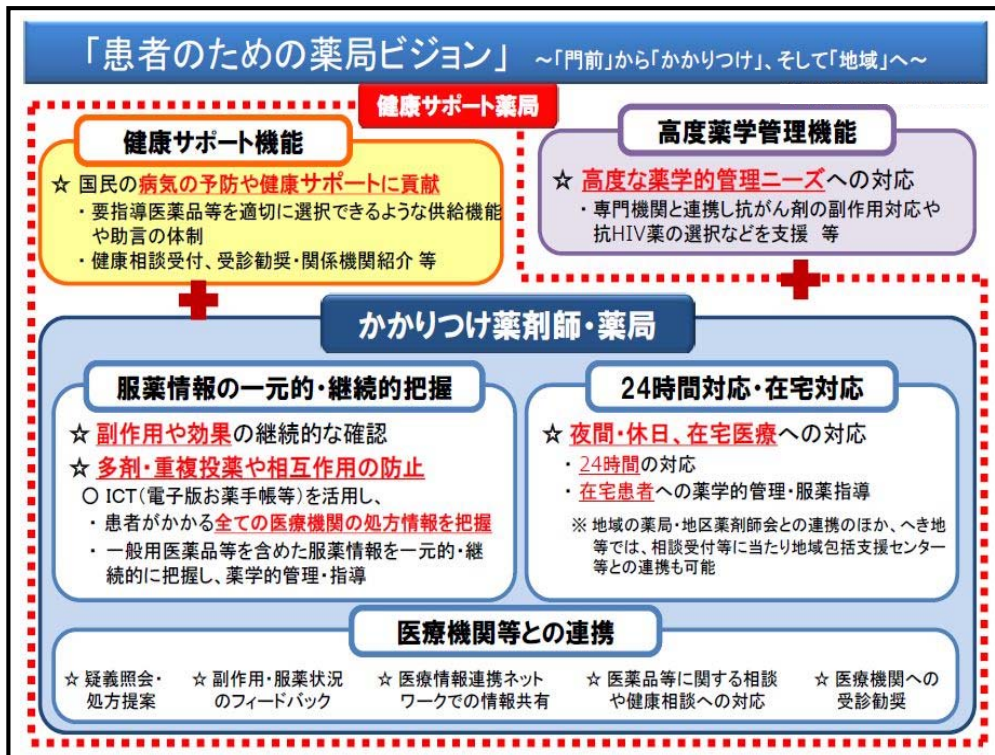
- 薬局及び医療施設の薬剤師数は年々増加していますが、東京などの都市部への偏在傾向が強く、本県などの地域の薬局及び医療施設では不足傾向にあり、確保に向けて取り組む必要があります。
- 薬剤師養成に必要な長期実務実習の強化として、受入施設の確保及び指導薬剤師の養成を充実させる必要があります。
- 薬局の薬剤師には、地域医療の専門家として地域住民に対する調剤や医薬品の適正使用に関する助言のみでなく、疾病予防など健康に関する相談への応需や医療・介護等を含めた様々な情報を提供する役割が求められています。
- 患者や地域住民が安心して相談ができるよう、薬局の薬剤師には患者の心理等にも適切に配慮して相談に傾聴し、平易でわかりやすい情報提供や説明するに不可欠なコミュニケーション能力を高めていく必要があります。
- かかりつけ薬剤師による 24 時間の相談対応や、休日や夜間における自局のみ又は近隣の薬局と連携しての緊急的な調剤が全ての地域で同様に提供できるよう、体制を充実させる必要があります。
- 全ての薬局の薬剤師は、県民に選ばれるかかりつけ薬剤師となり、薬局や患者宅における調剤を通じて、患者状態や服薬情報等の継続的な把握等を行い、薬物療法の有効性・安全性を確保し、地域包括ケアや地域医療に貢献することが求められています。
- 薬局の薬剤師にも、生命の危険性を伴う副作用のコントロールや効果に特段の注意が必要ながんや難病等の治療薬において、高度な薬学的管理ニーズに応じられる機能の発揮が求められています。
- 県外において、国内で初めて偽造医薬品が医薬関係者から見つかри、その一部が患者に交付されたことから、適切な流通管理による安全確保を図るために、薬剤師が積極的に関与する必要があります。

(3) 対策

- 県薬剤師会等との連携により、生涯教育の機会を確保することで、地域医療の担い手としての役割を担う志を持つ薬剤師を支援し、資質向上を図ります。
- 県内の薬剤師の確保に向け、大学及び県薬剤師会等と情報交換を図り、地域包括ケアや地域医療に貢献する薬剤師の養成や未就業薬剤師の再就業への支援等に努めます。
- 地域住民からの健康相談に適切に対応するため、医療機関や健診の受診勧奨に関する対応力の向上、地域の医療や福祉等に関する情報の把握とそれら関係者との連携構築を支援します。
- 患者や地域住民が安心して相談できるよう、県薬剤師会と連携して、薬局の薬剤師に対するコミュニケーション能力向上に資する研修の推進を図ります。
- かかりつけ薬剤師による 24 時間の相談や、緊急の調剤に対応するための薬局内の体制整備や薬局同士の連携強化を図るほか、多職種と共同で行う研修等を通じて地域の医療機関と薬局との連携を促進します。
- 患者状態や薬物療法の継続的な把握による副作用や効果の確認、多剤投薬や相互作用の防止、多職種との連携等のかかりつけ薬剤師・薬局に関する機能強化を図るほか、がん専門薬剤師等高度で専門的な技能の習得等を促進します。

○医薬品等の管理に関する関係法令の知識を深め、医薬品が適切に取り扱われることにより健康被害の未然防止を図ります。

図表 8-23 「かかりつけ薬剤師・薬局の機能」と「さらに求められる機能」(概念図)



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

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
人口10万人当たり看護職員数(常勤換算)	976.8人 (2016年12月)	1,080人 (2021年)	東海4県のトップを目指す。 (2016年 岐阜県1,077.8人)	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	累計285人 (2016年度まで)	累計485人 (2021年度)	毎年度40人増加	県地域医療課調査
看護師等の離職時届出 人数	846人 (2016年度)	1,200人 (2021年度)	毎年度70人程度増加	日本看護協会 中央ナースセンター資料
特定行為指定研修機関 又は協力施設数	0施設 (2016年度)	8施設	2次保健医療圏ごとに1箇所	厚生労働省資料

<全国の状況>

○社会保障・税一体改革における試算によると、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、約196万人～約206万人の看護職員が必要とされています。

一方で、2016年12月末における就業看護職員数（保健師、助産師、看護師、准看護師の合計）は、実人員で約160万人（常勤換算では、約142万人）となっており、大きな需給ギャップが見込まれています。

○看護職員の需給推計については、医療従事者の働き方改革も踏まえ、医師の需給推計のスケジュールに合わせ、2018年度の第1四半期を目処に暫定的な全国推計を行った後、全国推計と同様の手法により都道府県における推計を行い、これを取りまとめたものを全国版の看護職員需給推計とする予定となっています。

図表8-24 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
2016年 12月	実人員数	51,280	35,774	1,149,397	323,111	1,559,562
	常勤換算人数	47,805.1	32,488.5	1,056,749.0	282,604.1	1,419,646.7
	人口10万人当たり	37.7	25.6	832.5	222.6	1,118.4
2014年 12月	実人員数	48,452	33,956	1,086,779	340,153	1,509,340
	常勤換算人数	45,645.1	31,218.7	1,005,000.4	299,801.1	1,381,665.3
	人口10万人当たり	35.9	24.6	790.8	235.9	1,087.2
差 引	実人員数	+2,828	+1,818	+62,618	△17,042	+50,222
	常勤換算人数	+2,160.0	+1,269.8	+51,748.6	△17,197.0	+37,981.4
	人口10万人当たり	+1.8	+1.0	+41.7	△13.3	+31.2

資料：衛生行政報告例（2016年、2014年）厚生労働省 ※人口10万人当たりは常勤換算ベース

<県内の状況>

- 2016年12月末における県内の就業看護職員数は、40,100人で、2014年末の38,643人に比べ、1,457人(3.7%)増加しており、全国の伸び率3.3%を上回っています。
- 年齢別状況を見ると、20歳代から30歳代の占める割合は、全体の40.9%となっており、2014年末の42.9%に比べ減少しています。
- 2016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976.8人で、全国平均の1,118.4人と比較すると141.6人下回っており、多い方から全国40位です。

図表8-25 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
2016年 12月	実人員数	1,626	952	31,000	6,522	40,100
	常勤換算人数	1,501.6	844.2	28,065.3	5,612.9	36,024.0
	人口10万人当たり	40.7	22.9	761.0	152.2	976.8
2014年 12月	実人員数	1,599	952	29,174	6,918	38,643
	常勤換算人数	1,477.7	867.1	26,431.1	5,969.9	34,745.8
	人口10万人当たり	39.9	23.4	713.4	161.1	937.8
差 引	実人員数	+27	±0	1,826	△ 396	+1,457
	常勤換算人数	+23.9	△22.9	+1,634.2	△ 357	+1,278.2
	人口10万人当たり	+0.8	△0.5	+47.6	△8.9	+39.0

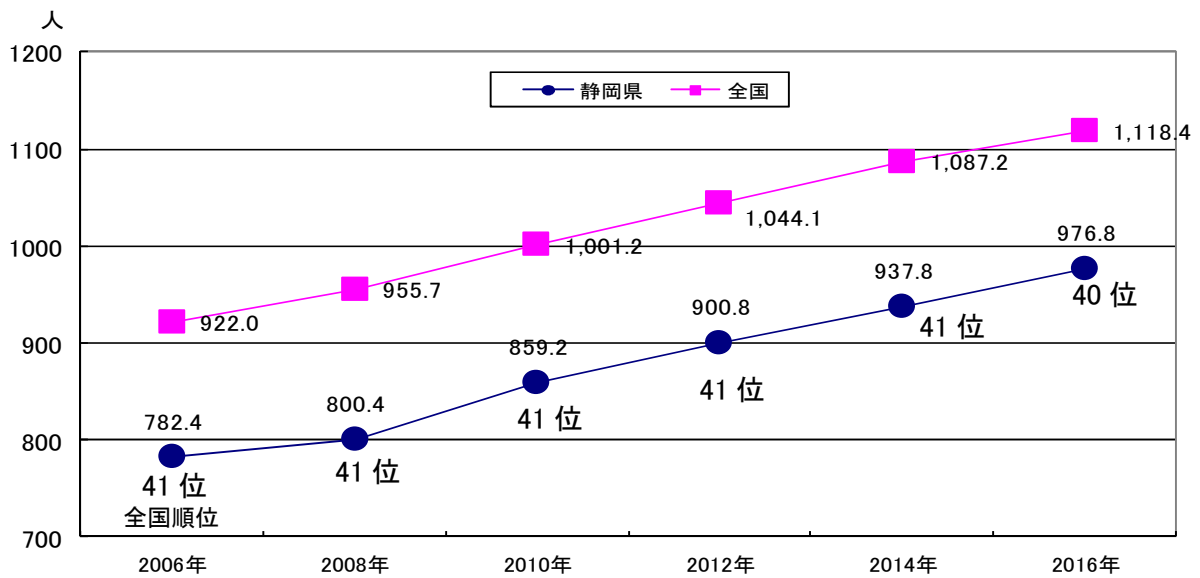
資料：衛生行政報告例（2016年、2014年）厚生労働省 ※人口10万人当たりは常勤換算ベース

図表8-26 就業場所別の状況（2016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	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
病 院	112	6.9	564	59.2	21,006	67.8	2,332	35.8	24,014	59.9
有床診療所	36	2.2	231	24.3	856	2.8	576	8.8	1699	4.2
無床診療所	85	5.2	7	0.7	3,567	11.5	1,648	25.3	5307	13.2
助 産 所	0	0.0	68	7.1	8	0.0	1	0.0	77	0.2
訪問看護ステーション	3	0.2	0	0.0	1,041	3.4	61	0.9	1105	2.8
介護老人保健施設	1	0.1	1	0.1	954	3.1	562	8.6	1518	3.8
介護老人福祉施設	27	1.7	0	0.0	1,914	6.2	1,033	15.8	2974	7.4
その他の社会福祉施設	14	0.9	1	0.1	539	1.7	197	3.0	751	1.9
保 健 所	107	6.6	0	0.0	11	0.0	0	0.0	118	0.3
県	41	2.5	1	0.1	36	0.1	1	0.0	79	0.2
市 町	988	60.8	28	2.9	229	0.7	18	0.3	1263	3.1
事 業 所	117	7.2	0	0.0	160	0.5	47	0.7	324	0.8
学校養成所、研究機関	27	1.7	42	4.4	383	1.2	0	0.0	452	1.1
そ の 他	68	4.2	9	0.9	296	1.0	46	0.7	419	1.0
総 計	1,626	100	952	100	31,000	100	6,522	100	40,100	100

資料：県地域医療課調べ

図表 8-27 人口 10 万人当たり医療施設従事看護職員数の推移（常勤換算）（単位：人）



資料：「衛生行政報告例」（2016年）・厚生労働省から地域医療課作成

※ 順位は本県の全国順位

<看護職員の養成状況>

- 2017年度における看護職員の養成は22校、27課程で行われており、入学定員は1,412人（大学編入者除く）となっており、2008年度と比較すると、215人増加しています。
- 助産師養成施設は、西部地域には大学院、大学専攻科、養成所が設置されていますが、中部地域は大学院のみの設置、東部地域では養成施設は設置されていません。

図表 8-28 県内看護職員養成施設の状況（2017年4月）（単位：人、課程）

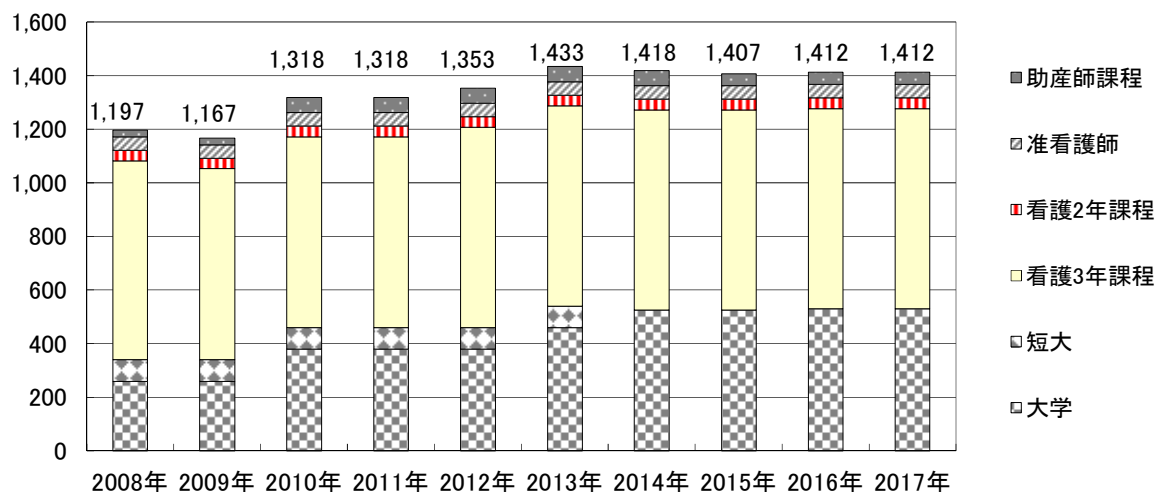
区分		東 部	中 部	西 部	計
看護 師 養 成	大学	120 (1)	200 (2)	210 (2)	530 (5)
	3年課程	337 (7)	200 (5)	210 (4)	747 (16)
	2年課程	40 (1)	—	—	40 (1)
	小 計	497 (9)	400 (7)	420 (6)	1,317 (22)
准看護師養成		—	—	50 (1)	50 (1)
助 産 師 養 成	大学院	—	10 (1)	5 (1)	15 (2)
	大学専攻科	—	—	15 (1)	15 (1)
	養成所	—	—	15 (1)	15 (1)
	小 計	—	10 (1)	35 (3)	45 (4)
合 計		497 (9)	410 (8)	505 (10)	1,412 (27)

資料：県地域医療課調べ

() は課程数

○入学定員数の内訳は、短大が廃止され 0 になった一方、大学は、2008 年度と比較すると 270 人増加しています。

図表 8-29 県内看護職員養成施設の入学定員の状況（毎年 4 月時点）（単位：人）



資料：県地域医療課調べ

○県内養成施設の卒業生の県内への就職状況は、2017 年 4 月時点で、全体では 8 割を超えていますが、大学では 7 割程度、助産師養成課程では 6 割程度となっています。

図表 8-30 県内看護職員養成施設卒業生の就業状況（2016 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	老健施設	その他	計				
看護師 保健師	大学	463	392	0	24 (24)	0	5 (5)	421 (29)	90.9%	21	21
		463	279	0	17 (17)	0	5 (5)	301 (22)	71.5%		
看護師	看護師 3年課程	687	645	1	0	4	2	652	94.9%	15	20
	687	602	1	0	4	1	608	93.3%			
看護師	看護師 2年課程	16	15	1	0	0	0	16	100.0%	0	0
	16	12	0	0	0	0	12	75.0%			
准看護師	准看護師 課程	47	24	18	0	1	0	43	91.5%	4	0
		47	23	18	0	1	0	42	97.7%		
助産師	助産師 課程	40	38	1	0	0	0	39	97.5%	0	1
		40	22	1	0	0	0	23	59.0%		
合 計	1,253	1,253	1,114	21	24 (24)	5	7 (5)	1,171 (29)	93.5%	40	42
		1,253	938	20	17 (17)	5	6 (5)	986 (22)	84.2%		

資料：県地域医療課調べ

※ 上段：総数、下段：うち県内就業

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

（ ）内は保健師として就業した者で内数

職種別の状況

【保健師】

(1) 現状

- 2016年12月末における県内の就業保健師数は1,626人で、2014年末の1,599人に比べ、1.7%の増加となっています（2016年衛生行政報告例（厚生労働省））。
- 就業場所別にみると、保健所・県市町に従事する者1,136人(69.9%)、病院・診療所233人(14.3%)、事業所117人(7.2%)、社会福祉施設・訪問看護ステーション45人(2.8%)などとなっています。
- 年齢別状況をみると、20歳代が14.8%、30歳代が29.3%、40歳代が28.6%、50歳代が22.0%となっており、30歳代から40歳代が中心となっています。
- 2016年12月末の調査によると、本県における人口10万人当たりの就業保健師数（常勤換算）は40.7人で、全国平均（37.7人）よりも多くなっています。

(2) 課題

- 健康寿命の延伸に取り組む中で、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、生活習慣病予防や重症化予防等、地域保健の中核を担う保健師の役割はますます重要となっています。
- 2013年4月「地域における保健師の保健活動に関する指針」が改正され「予防的介入の重視」や「健康なまちづくりの推進」の強化が示されたことから、「地区担当制の推進」や「統括的な役割を担う保健師の配置」の必要性が高まっています。
- 住み慣れた地域でその人らしい生活を継続するために、医療、介護の総合的な確保が重要となることから、保健・医療、福祉、介護等の各種サービスの総合的な調整及び不足しているサービスの確保など「地域包括ケアシステム」を実現するコーディネーターとしての役割が求められています。
- 少子化が進む中、育児におけるストレス、養育者の孤立など子育てに絡む問題が多く発生しています。児童虐待による事件の発生を予防し、子どもが健やかに育つために、関係機関との情報提供・調整等により、地域での子育て支援活動の強化が重要な課題となっています。

(3) 対策

ア 保健師の確保

- 地域住民への保健サービスの充実を図るため、市町保健師の計画的な確保及び配置の促進を図ります。
- 広域的かつ二次的な機能を発揮させ、地域の保健サービス水準を総合的に向上させるため、県保健師の適正な配置を図り、中長期的な視点を持った確保、育成に努めます。
- 未就業保健師のナースバンク登録を促進します。
- 保健師を養成する大学、地域実習を受け持つ市町等と連携し、学生が保健師の持つ専門性や多様な分野で求められていることが理解できるよう働きかけを行います。

イ 保健師の資質向上

- 地域社会が求める健康ニーズに見合った施策を展開する役割を持つ行政保健師の資質の向上のため、経験年数に応じた研修、地区診断・健康施策に関する研修などを実施します。
- 県保健師の役割として、専門性をもった質の高い保健サービスの提供を確保するため、人材育成ガイドラインに基づき、職場内研修、職場外研修、計画的な人事異動及び自己啓発などによ

- り、保健師の現任教育体系を構築し人材育成を図ります。
- 未就業保健師の就業促進のため、教育・研修体制の整備を図ります。

【助産師】

(1) 現状

- 2016年12月末における県内の就業助産師は952人となっており、2014年末と同数となっていますが、常勤換算数では、867.1人から844.2人と22.9人減少しています。（2016年衛生行政報告例（厚生労働省））。
- 就業場所別にみると、病院勤務者が564人となり、2014年末の601人から37人減少する一方で、助産所開設者（出張のみによる者は除く）は、36人から41人に増加しています。
- 2017年4月現在、県内26病院で分娩を取り扱っており、うち、18病院に助産師外来又は院内助産所が設置されています。
- 年齢構成別の助産師数では、20歳代から30歳代の占める割合が全体の45.4%と約半数を占めています。
- 2016年12月末の調査によると、本県における人口10万人当たりの就業助産師数（常勤換算）は22.9人で、全国平均の25.6人と比較すると2.7人下回っています。また、地域別では、東部地域16.1人、中部地域20.5人、西部地域31.2人となっており、地域別の差が生じています。

(2) 課題

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

(3) 対策

- 2019年4月に県東部看護専門学校に助産師養成課程を新設し、助産師養成施設のなかった県東部地区を中心として医療機関や地域で活躍する助産師の養成を強化します。
- 助産師の県内定着と就業促進を図るため、未就業助産師の再就業支援をはじめ、ナースセンター事業の活用などによりその確保に努めます。
- 周産期医療の著しい進歩に対応するため、専門的な知識習得や産科医との連携強化、母体急変時の初期対応の習得などを目的とした研修会等の開催などにより、質の向上を図ります。

【看護師・准看護師】

(1) 現状

- 2016年12月末における県内の就業看護師等の数は、看護師が31,000人、准看護師が6,522人で、看護師は2014年末の29,174人に比べ、1,826人（6.3%）増加する一方、准看護師は2014年末の6,918人に比べ、396人（5.7%）減少しています（2016年衛生行政報告例（厚生労働省））。

- 年齢別状況を見ると、20歳代から30歳代の占める割合は、看護師で全体の46.1%となっている一方、准看護師は全体の14.4%であり、若年層が減少し高齢化が進む傾向にあります。
- 2016年末の人口10万人当たりの就業看護師数（常勤換算）は761.0人で、全国平均の832.5人と比較すると71.5人下回っています。また、人口10万人当たりの就業准看護師数（常勤換算）は152.2人で、全国平均の222.6人と比較すると70.4人下回っています。
- 看護師等の離職時届出制度に基づく届出者数は、2017年11月末時点で1,838人となっており、このうち592人がナースセンターへ求職登録をしています。
- 高度化し専門分化が進む医療の現場においては、認定看護師や専門看護師の資格認定制度を通じて特定の看護分野において知識・技術を深めた水準の高い看護実践のできる者の養成が進められています。県内では、2017年11月末時点で認定看護師は、21分野486人（全国21分野18,768人）、専門看護師は7分野44人（全国13分野1,862人）が登録されています。
- 2015年10月に創設された看護師の特定行為研修制度については、全国的に修了者数が伸び悩む中、本県でも、2017年3月末時点で、県内に指定研修機関は設置されておらず、修了者数も8人とどまっています。

(2) 課題

- 少子高齢化や疾病構造の変化等に伴う医療需要の増大や多様化により、近年の医療は高度化・専門化の傾向にあり、看護業務も高度専門医療の一翼を担うものから慢性疾患・在宅療養患者等の訪問看護に至るまで、その果たす役割は、質、量とも拡大しています。
- 就業看護師の離職防止を図るためには、夜勤の負担軽減や時間外労働の縮減などの勤務環境の改善が必要です。
- 離職中の看護職員の再就業を促進するためには、きめ細かな求職求人マッチング、医療・看護技術の進展に対応するための復職時研修の実施など再就業しやすい環境を整える必要があります。
- 患者や家族の要請に応じた看護サービスの担い手として、患者の生活の質の向上を目指した療養支援を行うためには、人々の暮らしに視点を置いた看護の推進が求められています。
- 特定行為研修制度の普及のためには、指定研修機関の県内設置などによる受講者数の確保が必要です。
- 地域包括ケア推進のため、多職種と連携しながら、切れ目のない医療と介護を提供するためのコーディネーターの役割を果たすことが求められています。

(3) 対策

ア 養给力強化

- 基礎看護教育の内容向上を図るため、看護師等養成所の運営を支援します。
- 看護教員及び実習指導者を養成する研修会を開催し、教育の質の向上を図ります。
- 看護学校等進路説明・相談会の開催や看護体験事業により、看護師等を志望する学生への啓発を促進します。
- 静岡県看護協会と連携し、看護の日（5月12日）及び看護週間等の啓発事業を通じて、県民の看護についての関心と理解を深めます。

イ 離職防止・定着促進

- 新人看護職員の臨床実践能力を高めるため、病院内における新人看護職員研修に関する研修責

任者や教育担当者等を養成する研修会を開催します。

- 病児保育や延長保育、児童保育への支援など院内保育事業の充実、ナースステーション等の改修や休憩室の整備及び看護師宿舎の個室化などを促進することにより、働きやすい職場環境づくりを推進します。
- 短時間正規雇用の促進など、ワーク・ライフ・バランスに配慮した多様な就労形態の導入を支援します。
- 看護学生に修学資金を貸与することにより、県内への就業・定着を強化します。

ウ 再就業支援

- 静岡県ナースセンターと連携しながら、ナースバンク事業を充実し、求職求人マッチングを強化するとともに、最新の看護知識・技術を習得するための講習会や研修会を開催することで、未就業看護師等の再就業を促進します。
- 看護師等の離職時届出制度を活用し、離職者に対して、医療機関の求人情報や復職体験談の提供、復職研修の開催案内、復職意向の定期的な確認などの支援を行います。
- 在宅医療を支える訪問看護や介護施設など、看護職員が活躍する場の広がりを踏まえ、未就業看護師に対して、多様な働き方や働く場所などの情報提供を行います。

エ 看護の質の向上

- 高度化、多様化する看護業務に的確に対応できるよう、認定看護師教育課程など研修機関等における体系的な研修の実施及び参加促進のため、研修機関への支援や、受講費への助成等を通じて看護職員が受講しやすい環境を整えます。
- 研修機会の少ない中小病院や診療所等の看護職員に対する研修を実施し、安全な医療・看護を提供する体制を整えます。
- 特定行為研修を修了した看護師数の増加を図るため、県内での指定研修機関及び協力施設の確保を進めるほか、研修受講を推進する医療機関等への支援を行います。

オ 医療・介護・福祉の連携強化

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

第5節 その他の保健医療従事者

【対策のポイント】

- 医療の高度化・専門化、保健医療に対するニーズの多様化に対応する人材の確保
- 地域包括ケアシステムの推進に向けた人材の養成及び資質の向上

- 医療の高度化・専門化、保健医療ニーズの多様化に対応するため、医療現場では、様々な職種が業務に従事しています。これらのいわゆるコメディカル・スタッフは、医師・歯科医師を中心に構成されるチーム医療に欠かせない存在として、近年、その重要性が高まっています。
- これらの各職種の需要動向を把握し、不足が顕著な職種について、その確保に努めます。
- 各職種の関係機関・団体等の行う研修会・講習会等を通じて養成及び資質の向上を図ります。

1 診療放射線技師

- 診療放射線技師は、放射線機器を用い、アルファ線、ガンマ線、エックス線などの放射線を人体に照射し、各種検査・治療を行います。医師・歯科医師以外で唯一放射線を扱うことができる専門職であり、県内の病院・診療所における従事者は、図表8-31のとおりです。
- 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、がんに対する放射線治療の需要増、さらには磁気共鳴画像装置（MRI）、超音波診断装置など放射線を利用しない検査にも業務が拡大するなど、その専門性・重要性は高くなっています。
- 2014年の診療放射線技師法の一部改正により、2015年4月から、従来の業務（人体に対する放射線の照射及びMRI等を用いた検査）に関連する行為として、静脈路への造影剤注入装置の接続、造影剤の投与終了後の抜針及び止血等の行為が実施できるようになりました。

図表8-31 職種別県内医療機関における医療従事者数

職 種	2008年10月			2011年10月			2014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	1015.0	242.9	1257.9	1065.8	318.7	1384.5	1101.1	272.5	1373.6	109.2
臨床検査技師	1271.4	349.6	1621.0	1291.6	399.6	1691.2	1352.7	368.7	1721.4	106.2

資料：医療施設静態調査（厚生労働省）

2 臨床検査技師

- 臨床検査技師は、微生物学的検査、血清学的検査、血液学的検査、病理学的検査、生化学的検査及び心電図検査・超音波検査等の生理学的検査などができる専門職で、各種臨床検査に携わり、医師による的確な診断や治療の方針決定等に欠かせない重要な役割を果たしています。
- 医師による的確な診断のためには、検査に係る精度管理が重要です。
- 県内の病院、診療所における従事者は、図表8-31のとおりであり、この外、登録衛生検査所や各種医療関連研究施設も主要な就業場所となっています。
- 近年、検査領域の高度化・専門化・複雑化や、チーム医療の普及に伴い、臨床検査技師の対象業務が拡大しており、その専門性・重要性は高くなっています。

- がん発見のための細胞の検査（細胞診）を行うことができる専門職として、日本臨床細胞学会が資格認定を行う細胞検査士の制度があります。
- 2014年の臨床検査技師等に関する法律の一部改正により、2015年4月から、診療の補助として、微生物学的検査等のための検体の採取を行うことができるようになり、臨床検査技師の業務とされている生理学的検査にも基準嗅覚検査や電気味覚検査等が新たに追加されました。
- 衛生検査技師は、臨床検査技師の業務のうち、生理学的検査以外の検査（検体検査）を行うことができます。2006年4月の法改正により、衛生検査技師の資格は廃止されましたが、免許取得者はこれまで同様に業務を行うことができます。

3 理学療法士・作業療法士

- 手術後の早期離床や廃用症候群の予防などのための急性期のリハビリテーション、病気やけがからの機能回復・ADL向上のための回復期のリハビリテーションや機能の衰えの予防・機能維持を目的として主として介護の場において行われる維持期・生活期におけるリハビリテーションなどのリハビリテーションに係る専門職種の活躍の場が増加しています。
- 高齢化に伴い、地域医療構想では、回復期機能を担う病床の不足が見込まれるほか、介護保険事業において訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションのサービス量の増加が見込まれていることから、人材の確保が必要です。
- 理学療法士は、身体機能障害や、脳卒中後の麻痺、新生児の運動能力の発達の遅れなど身体に障害のある人に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行わせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱療法その他の物理的手段を加えることができる専門職であり、県内の病院・診療所における従事者は、図表8-32のとおりです。
- 作業療法士は、身体又は精神に障害のある人に対し、その応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行わせることができる専門職であり、県内の病院・診療所における従事者は、図表8-33のとおりです。
- 県内には、理学療法士の養成施設が6校あり、養成定員は340人となっています。また、作業療法士は4校、養成定員150人となっています。
- 高齢化の進行に伴う医療需要の増大や、地域包括ケアシステムの構築など、理学療法士・作業療法士を取り巻く環境は変化しており、より専門的な知識や技術を持つ人材が必要とされることから、厚生労働省は、養成校におけるカリキュラムの大幅な見直し及び教育内容などについて第三者評価を受けることの義務付けを検討しており、早ければ2019年度から適用されます。

図表8-32 理学療法士の就業場所別従事者数 (単位：人)

種 別	2007年 (A)	2009年	2011年	2013年	2015年	2017年 (B)	B/A
病院	762	908	1,222	1,457	1,681	1,997	262.1%
診療所	134	134	209	300	360	405	302.2%
介護老人保健施設	132	146	259	338	387	363	275.0%
訪問看護ステーション	40	31	105	137	112	157	392.5%
その他	121	146	172	181	201	190	157.0%
静岡県 合計	1,189	1,365	1,967	2,413	2,741	3,112	261.7%

資料：県地域医療課調査（各年3月末日現在）

図表 8-33 作業療法士の就業場所別従事者数

(単位：人)

種 別	2007年 (A)	2009年	2011年	2013年	2015年	2017年 (B)	B/A
病院	532	615	793	920	994	1,136	213.5%
診療所	38	29	45	53	48	59	155.3%
介護老人保健施設	105	121	187	248	242	231	220.0%
訪問看護ステーション	20	10	40	50	70	94	470.0%
その他	101	110	116	122	124	104	103.0%
静岡県 合計	796	885	1,181	1,393	1,478	1,624	204.0%

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8-34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 8-34 職種別県内医療機関における医療従事者数

職 種	2008年10月			2011年10月			2014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)	
言語聴覚士	187.9	6.9	194.8	281.5	9.1	290.6	295.2	19.4	314.6	161.5%
視能訓練士	83.1	82.4	165.5	100.5	114.6	215.1	100.3	102.9	203.2	122.8%
臨床工学技士	315.5	178.2	493.7	387.6	197.3	584.9	464.0	198.9	662.9	134.3%
医療社会事業従事者(MSW)	235.6	38.2	273.8	216.9	38.8	255.7	236.3	9.2	245.5	89.7%

資料：医療施設静態調査（厚生労働省）

5 視能訓練士

- 視能訓練士は、両眼視機能に障害のある人に対して、その両眼視機能の回復のための矯正訓練やこれに必要な検査を行うことができる専門職であり、県内の病院・診療所における従事者は、図表8-34のとおりです。
- 1993年に、対象業務に「人体に及ぼす影響の程度が高くない眼科検査」が追加されたことにより、斜視や弱視の分野の視能矯正訓練から、幅広く眼科一般検査を行うことができるようになりました。

6 臨床工学技士

- 臨床工学技士は、人の呼吸、循環又は代謝の機能の一部を代替・補助する生命維持管理装置（人

工心肺装置、人工呼吸器、血液透析装置など)の操作及び保守点検を行うことができる専門職で、医療のハイテク化に伴い1987年に法制化された資格です。医療機器の高度化に対応できる専門技術を持った職種の重要度は高く、県内の病院・診療所における従事者は、図表8-29のとおりです。

○県内には、1校の養成施設があり、入学定員は30人となっています。

7 義肢装具士

○義肢装具士は、手足を欠損した人又はその機能に障害のある人に対して、義肢や装具の製作、身体への適合等を行うことができる専門職です。

○就業場所としては民間等の義肢装具製作所が大半です。

8 医療社会事業従事者（医療ソーシャルワーカー・MSW）

○医療社会事業従事者は、医療ソーシャルワーカー（MSW）とも呼ばれ、保健・医療機関等において患者の抱える経済的、心理的・社会的諸問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図ることができる専門職であり、県内の病院・診療所における従事者は、図表8-34のとおりです。

○法律上の資格ではありませんが、社会福祉士の資格を保持することが求められる場合が多くなっています。

○近年は、医療社会事業従事者の業務は、患者の療養生活の援助のみならず、平均在院日数の短縮によって退院調整の比重が大きくなる傾向があるなど、その業務は多様化・複雑化しています。

9 救急救命士

○救急救命士は、重度傷病者が病院等に搬送されるまでの間に、救急救命処置を行うことができる専門職で、1991年に法制化されました。

○2017年4月1日現在、本県における有資格者は881人おり、そのうち691人が救急隊で活動しています。

○所定の講習・実習を修了した救急救命士については、これまでの心肺停止患者に対する気管内チューブ挿管及び薬剤（エピネフリン）投与に加え、2011年8月にビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気道確保、2014年4月には心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、ブドウ糖溶液の投与を実施できることになるなど、救急救命士の担う役割等が拡大しており、十分な人員と更なる資質の向上が望まれます。

○救急業務の質の向上のために、救急現場での活動経験が豊富な救急救命士（指導救命士）の養成を進めています。

10 歯科衛生士

○歯科衛生士は、歯科医師との密接な連携のもとに歯科予防処置や歯科診療の補助を行うことができる専門職で、その専門性のもとに歯科保健指導を行います。在宅歯科医療の推進や居宅療養指導の実施、地域包括ケアシステムの構築などにおいて重要性が増しています。

○2016年度における本県の就業歯科衛生士は、3,358人（うち歯科診療所で就業する者2,925人）

です。人口 10 万人当たりでの就業歯科衛生士は 91.1 人で、全国値の 97.6 人と比べると 6.5 人下回っています。(図表 8-35)

○県内には、6 校の養成施設があり、入学定員は合わせて 271 人となっています。

図表 8-35 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	2006 年	2008 年	2010 年	2012 年	2014 年	2016 年
静岡県	2,280 (60.0)	2,517 (66.2)	2,729 (72.5)	2,958 (79.2)	3,129 (84.5)	3,358 (91.1)
全 国	86,939 (68.0)	96,442 (75.5)	103,180 (80.6)	108,123 (84.8)	116,299 (91.5)	123,831 (97.6)

※ () 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	2006 年	2008 年	2010 年	2012 年	2014 年	2016 年	
病院	103	103	121	139	167	174	
歯科診療所	静岡県	1,990 (52.4)	2,202 (57.9)	2,389 (63.5)	2,573 (68.9)	2,726 (73.6)	2,925 (79.3)
	(参考) 全 国	78,519 (61.5)	87,446 (68.5)	93,824 (73.3)	98,116 (76.9)	105,248 (82.8)	112,211 (88.4)
介護老人保健施設	13	19	19	24	32	59	
保健所・市町	119	116	130	135	124	135	
事業所・養成施設・その他	55	77	70	87	80	65	
静岡県 合計	2,280	2,517	2,729	2,958	3,129	3,358	

※ () 内：人口 10 万人当たり

資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

図表 8-36 1 診療所あたりの歯科衛生士数の推移 (単位：人、箇所)

区 分	2006 年	2008 年	2010 年	2012 年	2014 年	2016 年
1 診療所あたりの歯科衛生士数	1.13	1.25	1.34	1.44	1.52	1.63
診療所数	1,756	1,763	1,789	1,792	1,795	1,792

・診療所数は 4 月 1 日現在の数値。

・1 診療所あたりの歯科衛生士数は、12 月末日現在の歯科衛生士数を上記診療所数で除して算出した数値

11 歯科技工士

○歯科技工士は、歯科医療用の修復物、義歯や矯正装置等の技工物の作成・修理・加工を行うことができる専門職で、県内就業者は、図表 8-37 のとおりです。

○2016 年末時点の歯科技工所は 722 か所です。

○県内には養成施設はありません。

図表 8-37 県内就業者数

	2006 年 (A)	2008 年	2010 年	2012 年	2014 年	2016 年 (B)	B/A
歯科技工士	1,021	1,071	1,029	1,026	992	1,001	98.0%

資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

12 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師

- あん摩マッサージ指圧師は、疾病の治療又は慰安の目的をもって体の各部を押し、引き、なでる等の施術を、はり師は、病気に応じて皮膚の定点等にはりをもって刺激を与える施術を、きゅう師は、病気に応じて皮膚の定点等にもぐさ等の燃焼物質を直接又は間接に接触させその温熱を体に作用させる施術を行うことができる専門職であり、県内就業者は表8-38、県内の施術所数は表8-39のとおりです。
- 県内には、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の養成施設が7校あり、養成定員は合わせて280人であり、その他視覚障害のある人のために県内3校の視覚特別支援学校にも、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師養成課程が設けられています。

図表8-38 職種別県内就業者数

	2006年 (A)	2008年	2010年	2012年	2014年	2016年 (B)	B/A
あん摩マッサージ指圧師	4,004	3,533	3,436	3,548	3,594	3,646	91.1%
はり師	2,337	2,218	2,316	2,582	2,693	2,884	123.4%
きゅう師	2,278	2,186	2,270	2,530	2,643	2,836	124.5%
柔道整復師	693	874	1,052	1,266	1,386	1,474	212.7%

資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

図表8-39 県内施術所数

	2006年 (A)	2008年	2010年	2012年	2014年	2016年 (B)	B/A
あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律に基づく施術所	1,881	2,006	2,007	2,119	2,223	2,172	115.5%
柔道整復士法に基づく施術所	612	728	808	912	951	1,044	170.6%

資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

13 柔道整復師

- 柔道整復師は、人の体の打撲、捻挫、脱臼又は骨折の患部の整復を行うことができる専門職であり、県内就業者は表8-39のとおりです。
- 2016年における県内の柔道整復の施術所数は、1,044ヶ所であり、2006年比170.6%と大幅に増加しています。
- 県内には、柔道整復師の養成施設が5校あり、養成定員は合わせて268人となっています。

14 管理栄養士・栄養士

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
市町管理栄養士(栄養士)配置率(政令市を除く)	90.9% (2017年度)	100% (2022年度)	全ての市町で管理栄養士(栄養士)を配置	県健康増進課調査
管理栄養士・栄養士を配置している特定給食施設の割合	75.4% (2017年度)	80% (2022年度)	健康増進法において努力義務とされている	県健康増進課調査
健康増進法第21条による指定施設における管理栄養士配置率	90.0% (2017年度)	100% (2022年度)	全ての指定施設で管理栄養士を配置	県健康増進課調査

(1) 現状

- 栄養・食生活は多くの生活習慣病と関係が深く、また、生活の中でのQOL(生活の質)との関係も深いことから、保健、医療、福祉それぞれの分野において管理栄養士・栄養士の専門性はますます重要になってきています。
- 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う管理栄養士については、診療報酬制度において、外来栄養指導、入院栄養指導及び集団栄養指導や栄養サポートチーム加算の要件となるなど、その活動が評価されています。
- 2017年3月末現在、本県の栄養士免許交付者数は29,703人です。
- 2017年4月現在、保健衛生行政機関に従事する常勤栄養士は、県の健康福祉センター(保健所)等に25人、政令市に41人、市町については30市町で121人(配置率90.9%:政令市を除く)、未配置3市町となっています。
- 2017年7月3日現在の特定給食施設への栄養士配置率は75.4%(管理栄養士859人、栄養士864人)です。
- 2017年7月3日現在、健康増進法第21条に基づき栄養改善上特別の栄養管理が必要なものとして指定した施設は70施設で、そのうち管理栄養士の配置があるのは63施設(90.0%)です。

(2) 課題

- 地域保健法の基本理念に則った地域住民の健康保持及び増進を推進するためには、栄養士の全市町配置と資質の向上を図る必要があります。
- 給食利用者の健康増進及び生活習慣病の予防のためには、栄養士未配置施設の解消が必要です。
- 栄養管理体制の整備を進めるためには、管理栄養士及び栄養士の資質の向上を図ることが必要です。

(3) 対策

ア 管理栄養士・栄養士の配置促進

- 全市町への管理栄養士(又は栄養士)の配置促進及び複数配置を図ります。
- 特定給食施設への栄養士配置を促進します。なお、健康増進法第21条に基づき栄養改善上特別の栄養管理が必要なものとして指定した施設については、管理栄養士の配置を促進します。

イ 栄養指導体制の確立

- 管理栄養士・栄養士の資質の向上を図ります。また、栄養士会等が行う研修等により、最新の専門的な知識・技術の習得を促します。
- 保健、福祉、学校、病院、事業所等関係機関における管理栄養士・栄養士の連携及び栄養指導体制の確立を図ります。

15 精神保健福祉士（PSW）

（１）現状

- 精神保健福祉士は、精神障害者の保健福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神障害者の相談に応じ、助言、指導等の援助を行うことができる専門職で、精神科病院、障害者総合支援法の指定相談支援事業所、就労支援事業所等の幅広い職場で活躍しています。
- 精神保健福祉士登録者は全国で2017年8月末現在、78,086名、静岡県内で1,713名、うち、職能団体である静岡県精神保健福祉士協会会員は490名です。任意で加入の団体であるため、実際、精神保健福祉分野で働いている資格者は推計で600名程度と考えられます。
- 精神保健福祉士試験の受験資格である厚生労働大臣が指定する精神保健福祉士養成施設は、全国に短期養成施設27校、一般養成施設34校ありますが、本県内にはありません。卒業により受験資格を取得できる県内の大学は、聖隷クリストファー大学と静岡福祉大学の2校となります。
- 支援の対象となる精神障害者数は、2016年度末で、入院患者が5,509人、通院患者が42,722人、計48,231人となっており、入院患者は減少、通院患者は増加傾向にあります。

（２）課題

- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の方針が国から示され、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい生活ができるよう、医療、福祉・介護、住まい、社会参加、地域の助け合いが包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があります。
- 特に、長期・社会的入院者の退院支援、関係機関との連携に関し、精神科病院の管理者に義務付けられた「退院後生活環境相談員」として中心的役割を果たすことが期待されるため、地域生活支援の担い手である退院後生活環境相談員の資質の向上を図る必要があります。
- 近年採用枠の増加があるにもかかわらず、就職希望があまり多くなく、人材不足が課題です。また離職率も高く、職場環境の改善や人材育成の仕組みが必要と考えられます。

（３）対策

- 精神保健福祉行政の円滑な推進を図るため、県が主催する各種会議、委員会等における精神保健福祉士の参加を促進するなど、現場で活躍する精神保健福祉士の意見等の聴取に努め、施策に反映させていきます。
- 人材確保や処遇改善に向けた取組を検討します。
- 退院後生活環境相談員の業務研修の開催等の人材育成に取り組みます。

16 獣医師

(1) 現状

- 本県の2016年12月末現在の獣医師数は、1,108人で、このうち公衆衛生行政の分野に138人、動物診療分野には527人が従事しています。
- 公衆衛生行政に従事する獣医師（以下、「公衆衛生獣医師」という。）は、食中毒対策などを担う食品衛生分野、と畜及び食鳥検査員として食肉の安全を確保する食肉衛生分野、動物愛護管理分野、狂犬病の予防をはじめとする動物由来感染症関連分野などの幅広い分野で活躍していますが、こうした公衆衛生獣医師が年々、減少する傾向にあります。
- 近年、人と動物の移動が増大するなか、アジア等の諸外国では依然として狂犬病が発生しており、年間おおよそ55,000人が死亡していると推計されています。

(2) 課題

- 今後も公衆衛生獣医師が減少した場合、食中毒の防止対策や食肉の安全確保などの業務に支障が生じることが懸念されます。
- 科学技術の著しい進歩や食品輸入の増大、国際化の進展等に伴い、公衆衛生獣医師には最新の専門的知識に基づく指導的役割を担うことが期待されています。
- 狂犬病の発生及び蔓延の防止を図るための社会的役割を担うことが期待されています。
- 高病原性鳥インフルエンザの変異による新型インフルエンザの発生が危惧されるなど動物由来感染症の発生及び蔓延防止を図るため、専門的知識を踏まえた普及啓発や適正管理の指導が必要とされています。

(3) 対策

- 公衆衛生行政の円滑な推進を図るため、公衆衛生獣医師の確保に努めます。
- 国際化の進展など業務を取り巻く環境変化に的確に対応するため、最新情報の共有化、監視指導や検査法の検討等、研修会の充実を図るなど、公衆衛生獣医師の資質向上に努めます。
- 狂犬病予防接種の徹底・指導を図るため、獣医師が中心となった啓発指導に取り組みます。

第6節 ふじのくに医療勤務環境改善支援センター

【対策のポイント】

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

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
医療勤務環境改善計画の策定	24病院 (2016年)	181病院	県内すべての病院において計画的に勤務環境改善に取り組む。	県地域医療課調査

(1) 現状

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

(2) 課題

- 医療従事者の離職防止及び定着促進のために、健康で働き続けられる勤務環境にすることが求められています。
- 医療従事者、特に医師の長時間労働が指摘されている中、「働き方改革実行計画」による時間外労働上限規制への対応するため、勤務環境改善に向けた取組が必要です。
- 医療機関から、ふじのくに医療勤務環境改善支援センターへの派遣依頼数は少数にとどまっており、センターの認知度向上が必要です。

(3) 対策

- ふじのくに地域医療支援センターが行う配置調整に際し、医師が長く定着するよう勤務環境の改善に関する助言を行うなど、医療関係機関や団体との連携を強化し、医療機関の行う勤務環境改善に関する取組を支援します。
- 勤務環境改善の取組が、医療の質の向上や経営の安定化につながり、医療従事者や患者だけでなく病院経営にとってもメリットがあることを周知し、自主的な取組を促進します。
- 医療機関を対象に、医療勤務環境改善計画の策定等に必要な研修等を行います。
- センターの認知度向上に向け、県内医療機関における先進事例の紹介やアンケート結果のフィードバックなど、医療機関のニーズに応じた情報発信を強化します。

第7節 介護サービス従事者

【対策のポイント】

- 介護職員の労働環境・処遇の改善及び就業の促進
- 介護支援専門員の養成及び資質の向上

【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	50,030 人 (2015 年)	59,493 人 (2020 年)	第8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	5,381 人 (2015 年)	5,969 人 (2020 年)	第8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

注：現状値は、2012年の国の公表数値を基に県が独自に推計した。

(1) 現状

- 第1号被保険者の要介護・要支援認定者数は、2017年3月末現在で163,786人と、介護保険制度施行当初と比べて、3.00倍で109,214人増加しています。
- 第1号被保険者の要介護・要支援認定率は、2017年3月末現在で15.5%と、制度施行当初の8.3%から増加しています。
- 介護サービスの受給者数は、2015年度(1か月平均)で146,619人と、制度施行当初と比べて、3.08倍で99,085人増加しています。
- 県が独自に推計した結果、2015年現在、介護サービス事業所に従事する介護職員は50,030人で、介護支援専門員¹は5,381人となっています。

(2) 課題

- 今後も高齢化は進行し、高齢者人口も、いわゆる団塊ジュニアが65歳以上となるまで増加すると予測され、介護需要の増大に対応する必要があります。
- 介護職員数の需給見通しでは、団塊の世代が全て75歳以上となる2025年には、約67,000人が必要で、約8,000が不足すると推計され、人材の確保が必要です。
- 介護分野は、他産業に比べて短い勤務年数と低い賃金水準にあり、介護関連の求職者数は年々減少し、有効求人倍率は依然として高く、慢性的な人材不足にあり、離職防止のため、処遇・労働環境の改善が必要です。
- 中でも、地域包括ケアを担う重要な一員の訪問介護員、訪問看護師の確保が必要です。
- 介護支援専門員は、介護保険制度の運用の要であり、さらに地域包括ケアを実現していくには、介護支援専門員による適切なケアマネジメントは必要不可欠です。

¹ 介護支援専門員(ケアマネジャー)：要介護者や要支援者からの相談に応じるとともに、要介護者や要支援者が心身の状況に応じた適切なサービスを受けられるよう、ケアプラン(介護サービス等の提供についての計画)の作成や市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者や要支援者が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識・技術を有する者として、介護支援専門員証の交付を受けた者をいう。

- 介護支援専門員には、自立支援の考え方、適切なアセスメント（課題把握）、多職種協働、医療との連携、インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネートと地域のネットワーク化が十分に機能することが必要です。
- 加えて、介護支援専門員の能力向上の支援として、地域で実践的に学ぶための有効なスーパーバイズ機能等を整える必要があります。

図表 8-40 静岡県内の有効求人倍率

	2012年度 平均	2013年度 平均	2014年度 平均	2015年度 平均	2016年度 平均	2017年 10月
全産業平均	0.79	0.90	1.10	1.21	1.39	1.58
介護関係	2.09	2.09	2.10	2.86	3.50	5.01

※静岡労働局調

(3) 対策

- 介護職員が長く働きやすい環境と処遇の向上のため、能力、資格、経験に応じた給与・処遇体系を定めるキャリアパス制度の導入を支援する取組を進めます。
- 労働環境の改善のため、ICT等の導入などにより、身体的・精神的負担の軽減や介護業務・事務処理の効率化を進めます。
- 能力の最大化と技術力の不安の解消のため、介護技術の習得・向上、人材の教育を進めます。
- 外国人等の多様な人材の介護分野への就業を進めます。
- 市町や様々な団体と共同して人材の確保の取組を進めます。
- 介護支援専門員には、利用者の生活状況を総合的に把握し、ニーズに応じた様々なサービスを医療も含め一体的に提供するコーディネート機能を備えるための研修等を進めます。
- 主任介護支援専門員には、介護支援専門員に対するスーパーバイズ、地域包括ケアシステムの実現のための情報の収集・発信、事業所や職種間の調整の役割を担うことができる者を養成するための研修等を進めます。

第9章 医療安全対策の推進

【対策のポイント】

- 立入検査による安全管理体制の確認強化
- 医療安全のための研修等の充実

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
立入検査において指摘を受けた施設の割合	31.9% (2016年度)	30%	直近の実績数値以下を維持	県医療政策課調査

1 現状

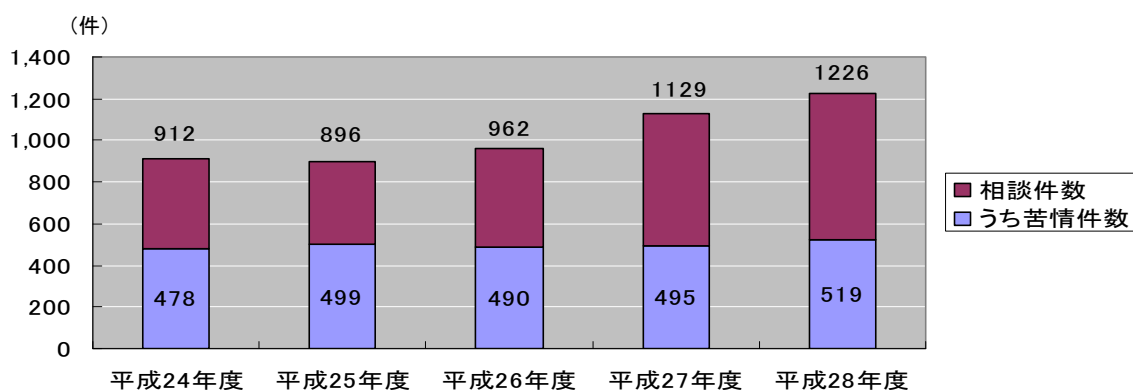
(1) 医療安全の確保、医療事故の再発防止

- 安全で良質かつ適正な医療を提供することは、医療の最も基本的かつ重要な要件です。
- 医療の安全性、信頼性の確保・一層の向上のためには、事故を未然に防止することが最も大切ですが、事故が発生した場合には、医療機関が自主的かつ積極的にその原因を解明し、再発防止に取り組むことが必要です。

(2) 医療安全支援センター

- 2002年に、国の医療安全推進総合対策において都道府県に設置することが示された「医療安全支援センター」は、2007年の医療法の改正により、医療に関する患者・住民の苦情・心配や相談に対応し、医療機関等に対する助言、情報提供及び研修、患者・住民に対する助言・情報提供により医療安全を推進することによって、住民の医療に対する信頼を確保することを目的として、都道府県及び政令市が設置する機関として、法律に位置付けられました。
- 県では、「医療安全支援センター」の役割を担うものとして、2003年度から看護師資格を有する専任の相談員による「医療安全相談窓口」を設置しています。
- 過去5年間における医療安全相談窓口への相談件数は増加傾向にあります。なお、2016年度の相談件数は1,226件で、うち「相談・質問」が675件、「不信・苦情」が519件となっています。相談内容は、医療行為や診療報酬に関するものを始めとして、多種多様にわたっています。

図表9-1 医療安全相談窓口（医療政策課設置分のみ）における相談件数



< 静岡県医療安全相談窓口 >

- 設置場所 健康福祉部医療健康局医療政策課
- 相談日 月曜日～金曜日（祝日は除く。）
- 相談時間 午前9時から午後4時（ただし、水曜日は午後3時まで）
※ 午後0時から午後1時までは除く。
- 連絡先 電話番号 054-221-2593 FAX番号 054-221-3291
- 相談内容 病気や健康に関する相談、
医療機関の対応等の医療に関する相談及び苦情等
- 相談員 医療従事経験を有する相談員（看護師）
- 備考 医療に関するトラブル等の相談については、中立的な立場で、当事者が自主的に解決するための助言を実施
※ 当窓口で医療機関への指導は行わない。

（3）医療事故に係る調査の仕組み

- 2015年10月から「医療事故調査制度」が施行され、患者が予期せず死亡した医療事故が発生した場合には、医療事故の調査・分析を実施する機関として、厚生労働大臣が指定した「医療事故調査・支援センター」に届け出ることが医療機関に義務付けられました。
- 本制度は、医療事故の原因究明と再発防止を図ることにより、医療の安全と医療の質の向上を目的としており、事故の原因を個々の医療従事者に求めるのではなく、システムや構造に着目して分析・検証することが求められます。
- 制度が開始された2015年10月から2016年12月までの医療事故調査支援センターへの全国の事故報告件数は487件であり、うち本県の件数は14件となっています。

2 課題

（1）医療機関における安全管理体制の確保

- 医療安全の確保のためには、全ての医療機関において、医療事故や院内感染等の防止のためのマニュアルの整備や研修の実施、感染性廃棄物の適正な管理など、継続的な体制の維持や取組が必要であり、その取組状況等について確認し、指導監督をすることが必要です。
- 各医療機関に対し、重大な医療事故や多数の院内感染が発生した場合には、速やかに県に報告するよう求めています。必要に応じて自ら公表する等、他の医療機関における同様の事故の発生を防止することが必要です。

（2）医療事故の防止や医療機関と患者との対話促進

- 医療事故の防止や院内感染の防止には、現場において実際に医療安全の確保に携わる人が、正しい知識と実践的な技術を身に付けることが必要です。
- 県民が安心して医療を受けるためには、自らの疾病の状態と治療についての十分な理解が必要であることから、インフォームド・コンセントの一層の徹底や、医療機関が患者からの相談に応じる体制の充実が求められます。

3 対策

(1) 立入検査による指導

○医療機関に対して実施する立入検査を通じ、安全管理体制や院内感染対策のための体制の確保状況を確認するなど安全確保の強化を推進します。

(2) 医療事故情報の収集、防止対策や医療機関と患者との対話促進に対する支援

○医療事故が発生した場合の概要及び再発防止策の速やかな報告の徹底を図るほか、医療従事者を対象にした研修会の実施により医療事故の発生防止を図り、医療の信頼確保に努めます。

○医療事故調査制度について県民及び医療機関に対する情報提供等、必要な対応をしていきます。

(3) 院内感染対策の推進

○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」制度を構築します。

(4) 医療安全推進のための普及・啓発

○医療安全の確保・推進のため、医療従事者に対する研修の機会を提供するとともに、医療安全推進週間等を通じて意識高揚に努めます。

(5) 医療安全相談体制の充実

○専門化、多様化する医療相談に対応していくために、2次保健医療圏相談窓口のほか、医療関係団体等とのネットワークを強化し、相談・情報提供機能の充実に努め、医療機関と患者・家族との信頼関係の構築を支援します。

第10章 健康危機管理対策の推進

第1節 健康危機管理体制の整備

【対策のポイント】

- 健康危機発生時に迅速に対応できる体制の整備
- 健康危機が発生した場合、健康被害の拡大防止等の対策の速やかな実施

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
新興感染症・再興感染症 対応訓練開催回数	1回 (2017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	県健康福祉部 政策監・疾病 対策課調査

(1) 現状

- 1995年の地下鉄サリン事件をはじめ、和歌山市の毒物混入事件、米国における同時多発テロ、炭疽菌事件の発生など、不特定多数の人々の生命・健康を脅かす事態が次々と発生しています。
- また、テロリストによる生物化学兵器を用いた攻撃も懸念される状況にあります。
- 重症急性呼吸器症候群（SARS）のような新しい感染症、米国等他の先進国に比して依然として高い罹患率である結核¹、国内に約200万人のキャリアがいるといわれているC型肝炎等、感染症による健康被害が危惧されています。
- 2009年4月末日には、豚由来の新型インフルエンザ（A/H1N1）の発生が確認され全世界で大流行を引き起こしました。鳥インフルエンザも世界で発生が続いており、新たな新型インフルエンザの発生が懸念されています。
- 食を取り巻く環境においては、食中毒に加えて、残留農薬や遺伝子組換え食品など食品の安全性に対する不安が高まっています。

* 健康危機管理：医薬品、毒物劇物、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

(2) 課題

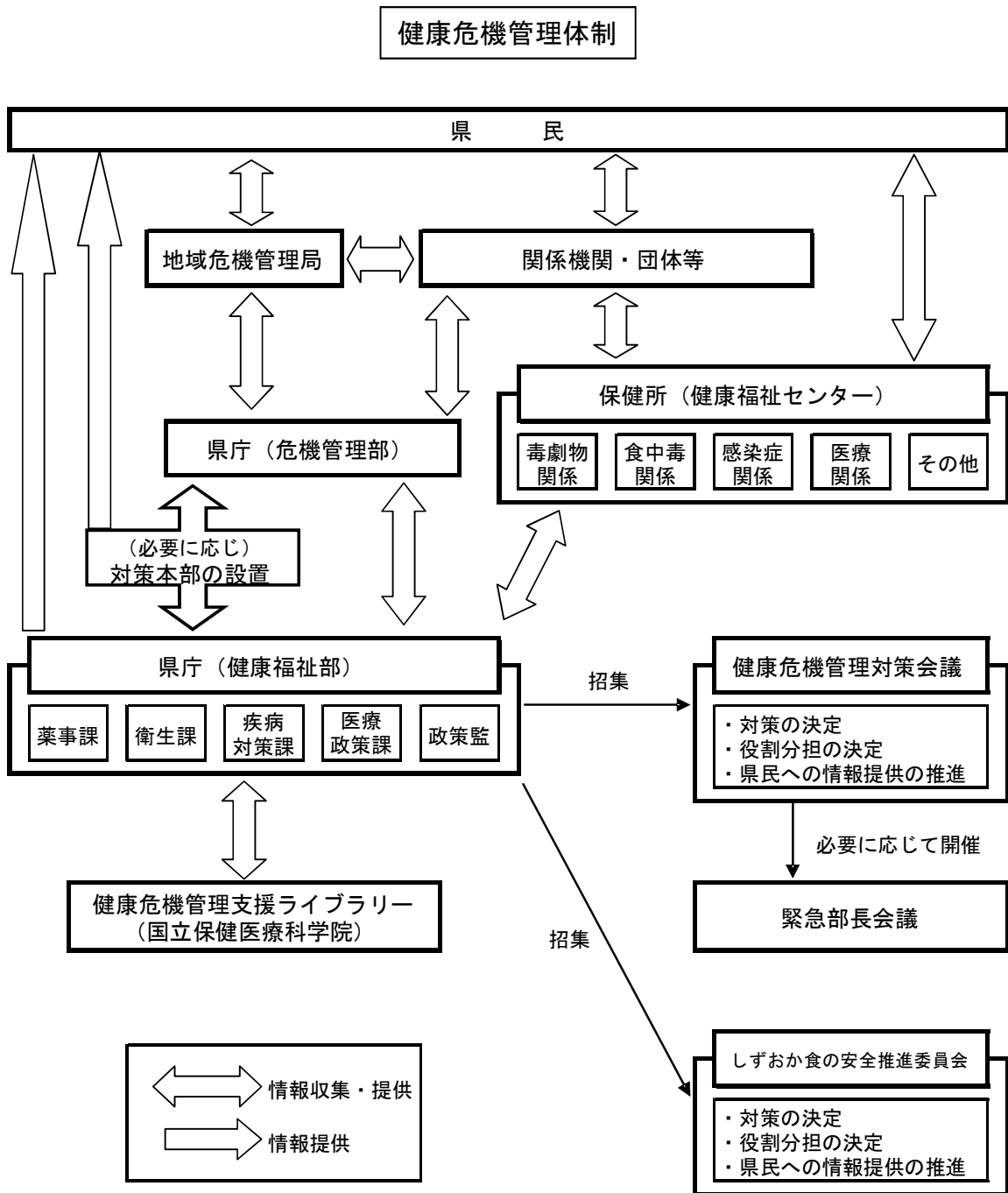
- ペスト、エボラ出血熱等の一類感染症や強毒型の新型インフルエンザ（H5N1）等の感染症により重篤な患者が大量に発生した場合の医療体制の確保が課題です。
- 県民生活の安全・安心を確保するためには、県民の生命・健康を脅かす健康被害の発生を防止し、被害を拡大させない対応を迅速かつ的確に実施することが大切であり、地域において、保健所（健康福祉センター）、消防、警察などの行政機関や医療関係者等が緊密に連携し、最新の専門知識と技術によって対応することができる「健康危機管理」の体制構築が重要になっています。

¹ 結核罹患率(人口10万対)：全国的に2020年までの低まん延国化(10以下)を目指している。2016年の人口10万対の結核罹患率は、全国13.9、本県11.5である。

(3) 対策

- 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健康危機管理の体制を整備し、取り組めます。
- 「“ふじのくに” 危機管理計画基本計画」に基づき、関係機関と緊密に連携し、健康危機の発生に備えるほか、発生時に迅速に対応できるように、体制の整備を行います。
- 地域において健康危機管理に係わる保健所（健康福祉センター）、市町、消防、警察、医療機関等の連携を一層強化し、連絡体制や対応体制等の確認を行うなど、平常時から健康危機発生に備えた準備を行います。
- 健康危機管理に携わる関係者が迅速かつ的確に対応できるように、実践的な対応マニュアルの作成等を行い、研修や想定訓練を実施して、その資質の向上を図ります。また、県民の生命、健康を脅かす健康危機管理に関し、早急な原因究明のための毒劇物迅速検査キットの配布等による初期対応体制等の体制整備に努めます。
- 健康危機管理支援ライブラリー（H・CRISIS、国立保健医療科学院）や保健所情報支援システム（全国保健所長会）をはじめとし、あらゆる機関や県民からの健康危機情報の収集に努めます。
- 健康危機が発生した場合は、健康危機管理対策会議（県健康福祉部所管）において決定した対策を関係機関と連携し、速やかに実施するほか、県民に対し適切な情報提供を行います。
また、食品の安全確保については「しずおか食の安全推進委員会」を設置し、緊急的な食品に係る健康危機に対応することとしており、情報の共有化と対策の確認及びそれらの県民への適切な情報提供を行います。
なお、大規模な事案などの場合については、知事を本部長とする対策本部を設置し、対策本部員会議や対策会議において適切な対応をとることとしています。
- 「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」を必要に応じて見直し、的確な感染症対策を進めていきます。
- 感染症の発生、流行情報の収集・分析・公表を迅速に行うとともに、患者発生における迅速な防疫措置、感染源調査などにより感染症のまん延防止を図ります。
- 一類感染症や新たに重篤な感染症が発生した場合、また、大量にこれらの患者が発生した場合などの医療体制について、地域の実状に応じた検討を進めます。
- 国等との緊密な情報交換を実施し、新興・再興感染症等の発生の恐れがある場合の感染症発生動向の監視強化を図ります。

図表 10-1 健康危機管理体制



第2節 医薬品等安全対策の推進

1 医薬品等の品質確保と適正使用の推進

【対策のポイント】

- 医薬品等の品質確保のための監視指導
- 毒物劇物営業者等における毒物劇物の適正な取扱いの徹底

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
薬事監視で発見した違反施設数	平均31施設 (2013～2016年度)	20施設以下 (2021年度)	医薬品等による健康被害を未然防止するため、現状値から毎年10%減少	県薬事課「薬事年度報告」
収去検査	34検体 (2016年度)	34検体 (毎年度)	医薬品等の品質を維持するため、現状値を継続	県薬事課「薬事年度報告」
医薬品類似食品の試買調査	21検体 (2016年度)	21検体 (毎年度)	健康被害を未然防止するため、現状値を継続	県薬事課「薬事年度報告」
毒物劇物監視で発見した違反施設数	平均14施設 (2012～2016年度)	14施設以下 (毎年度)	毒物劇物による危害を未然防止するため、現状値を継続	県薬事課「薬事年度報告」

(1) 現状

ア 薬事関係許認可

- 医薬品、医療機器、医薬部外品、化粧品、再生医療等製品（本節において「医薬品等」とする。）の品質、有効性及び安全性を確保するために、医薬品医療機器等法（旧薬事法）により、個々の製品を市販する場合は厚生労働大臣等による製造販売承認が、業として製造販売、製造、修理、販売（貸与）をする場合は都道府県知事等による許可等が必要です。
- 県内の薬事関係許可届出施設は、18,956 施設（2016 年度末）あります。
- 本県内で製造される医薬品等の生産金額（2015 年）は、医薬品が全国第 5 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 1 位です。また、本県の化粧品の生産金額（2016 年）も、全国第 1 位です。

図表 10-2 薬事関係許可届出施設数（2016 年度末）

区 分		施設数
製造販売・製造	医薬品等製造販売業	152
	医薬品等製造業、医療機器修理業	587
	薬局製造販売医薬品製造販売・製造業	262
販売・流通	薬局	1,817
	医薬品等販売業、医療機器貸与業	16,138

(注) 「医薬品等販売業」には配置従事者数を含む

図表 10-3 医薬品等生産金額 (2015 年) (単位：億円)

都道府県	医薬品＋医療機器		医薬品		医療機器	
	生産金額	順位	生産金額	順位	生産金額	順位
静岡県	8,250	1	4,551	5	3,700	1
富山県	7,363	2	7,325	1	37	40
埼玉県	7,200	3	6,041	2	1,159	4
東京都	6,690	4	5,554	3	1,136	5
大阪府	5,549	5	4,954	4	595	11

資料：薬事工業生産動態統計年報（厚生労働省）

図表 10-4 化粧品の生産金額 (2016 年) (単位：億円)

都道府県	静岡県	埼玉県	神奈川県	愛知県	大阪府
順位	1	2	3	4	5
生産金額	4,237	2,491	1,676	1,576	1,558

資料：生産動態統計年報 化学工業統計編（経済産業省）

イ 毒物劇物による危害防止対策

- 毒物劇物は、毒性又は劇性が強いことから、保健衛生上の危害を防止するため、毒物及び劇物取締法により、その製造、販売、業務上の取扱等について厳しく規制されています。
- 県内の毒物劇物関係の登録届出施設は、2,211 施設（2016 年度末）あります。

図表 10-5 毒物劇物関係登録届出施設数 (2016 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	81	17	2,021	92	2,211

(2) 課題

ア 医薬品等の品質確保と適正使用の推進

- 不良医薬品等を排除し、高い品質の医薬品等の供給を通じて県民の健康の向上を図るため、監視指導を強化する必要があります。
- 販売・流通において不十分な医薬品等の管理を起因とした健康被害が発生しないように、管理徹底に努める必要があります。
- 医薬品的効能効果を標榜したり、医薬品成分を含有した医薬品類似食品により、県民が適正な医療を受ける機会を消失したり健康被害にあわないように、その発見に努める必要があります。
- 医薬品等の不適正使用による県民の健康被害を防止するため、医薬品等の正しい知識の普及、啓発に努める必要があります。

イ 毒物劇物による危害防止対策

- 毒物劇物は、化学工業薬品、農薬、塗料など種々の分野において広く用いられ、現代社会にとって有用なものですが、不適正な取扱等により保健衛生上極めて重大な危害を及ぼすおそれがあります。
- 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

- 医薬品等の製造販売業者及び製造業者に対して、高度で専門的な監視指導を薬事監視機動班を中心に実施し、品質管理及び製造管理等の徹底を図ります。
- 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、関係団体の常設相談窓口を支援し、医薬品等の適正使用の推進を図ります。

イ 毒物劇物による危害防止対策

- 毒物劇物営業者、業務上取扱者へ立入検査を実施し、毒物劇物の保管取扱上の基準、譲渡手続等の指導の徹底を図るほか、講習会を開催し危害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	15校 (2016年度)	0校 (2021年度)	全ての学校等で薬学講座等を開催	県薬事課調査
危険ドラッグ販売店舗数	0店 (2016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	平均13施設 (2012～2016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

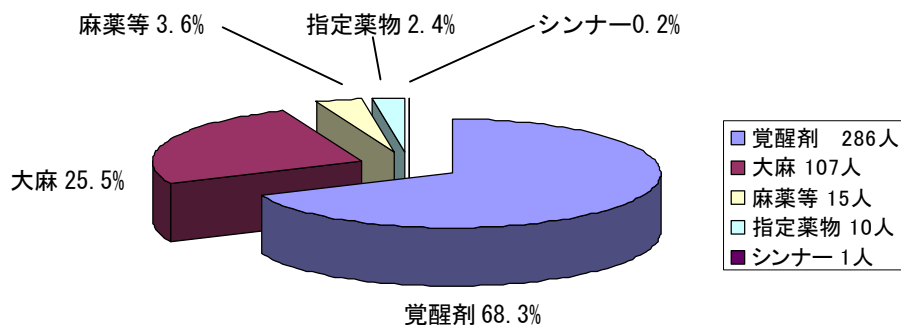
ア 県内の薬物乱用の状況

- 2016年の県内の覚醒剤事犯の検挙者数は286人で、前年より28人減少し、減少傾向にあるものの、依然として高水準で推移しており、また、薬物事犯全体の7割近くを占めています。
- 大麻事犯は大幅な増加傾向にあり、2016年における検挙者数は、前年より43人増加して107人となりました。
- 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、2012年の20人をピークに減少しており、2016年は1人でした。

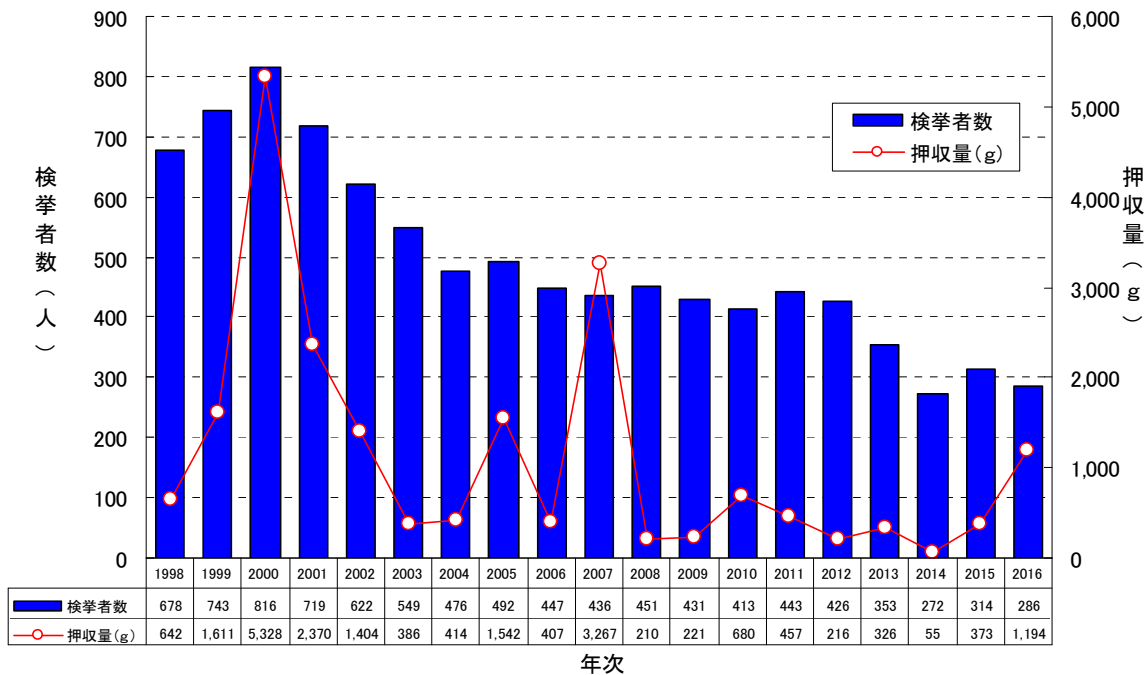
イ 麻薬等取扱施設に対する立入指導

- 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、2016年度は全施設数の23.4%にあたる4,068施設に立入検査を実施しました。

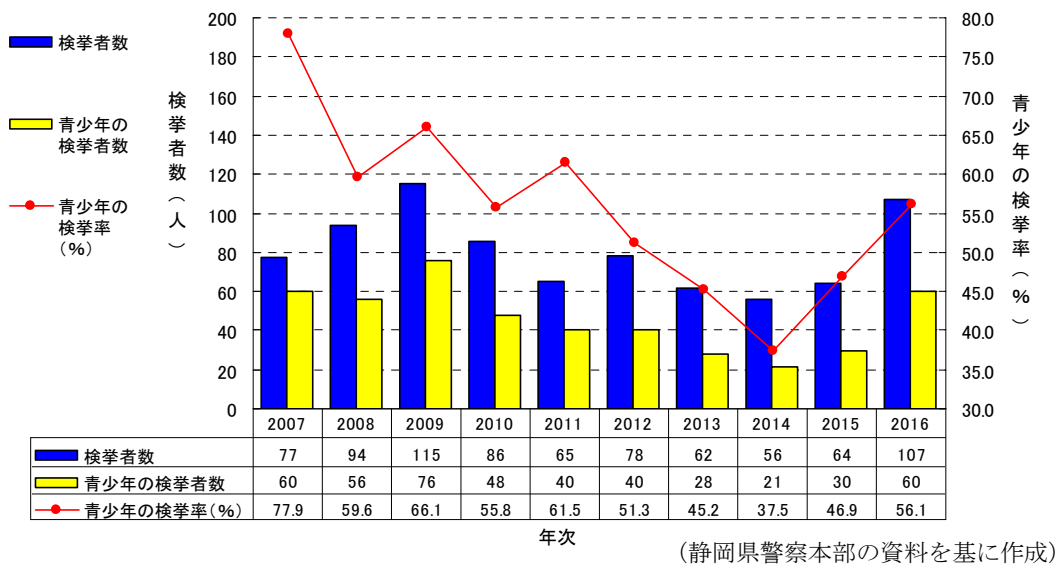
図表 10-6 2016年の薬物事犯別検挙者の割合（静岡県）



図表 10-7 覚醒剤事犯の推移（静岡県）



図表 10-8 大麻事犯による検挙者数（静岡県）



（静岡県警察本部の資料を基に作成）

（2）課題

ア 若者における意識、社会環境の変化

- 若者の規範意識の低下や薬物に対する抵抗感、警戒感の希薄化が進んでいます。
- インターネットや携帯電話の普及など、若者が薬物を入手しやすい環境が形成されています。

イ 青少年層へ的大麻の乱用の拡大

- 2016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5割を超えており、青少年へ的大麻汚染の蔓延が懸念されています。

ウ 危険ドラッグの販売手法の巧妙化、潜在化

- 危険ドラッグの販売店舗は全滅したものの、販売方法がインターネット販売やデリバリー販売に移行し、巧妙化、潜在化しています。

エ 麻薬等取扱施設に対する指導

- 麻薬や向精神薬等の不正流出、不正使用等の防止のため、麻薬、向精神薬等取扱施設に対する立入検査を行う必要があります。

(3) 対策

- 静岡県薬物乱用対策推進本部の下で策定した薬物乱用対策推進方針に基づき、関係機関と連携を図り、効果的な啓発活動を行います。
- 静岡県薬物の濫用の防止に関する条例に基づき、知事指定薬物の指定を迅速に行うなど、危険ドラッグの取締強化を図ります。

ア 青少年、一般県民への啓発

- 小学生・中学生・高校生を対象とした「薬学講座」や、大学生・専修学校生を対象とした「薬物乱用防止講習会」を実施し、大麻等の正しい知識の普及を図ります。
- 中学生・高校生を対象とした「薬物乱用防止ポスター・標語コンテスト」を実施し、大麻等の薬物乱用防止意識の高揚を図ります。
- 静岡県薬物乱用防止県民大会を開催し、広く一般県民に薬物乱用防止を訴えます。
- 国際麻薬乱用撲滅デー（毎年6月26日）を中心とした「「ダメ。ゼッタイ。」普及運動」や麻薬・覚醒剤乱用防止運動（10月～11月）に合わせて実施する街頭キャンペーン等により、薬物乱用防止意識の高揚を図ります。
- 薬物乱用防止指導員協議会を中心として、地域に根ざした薬物乱用防止活動を推進します。

イ 関係団体との連携

- 不動産業界団体や運輸業界団体と連携して、「店を貸さない」、「危険ドラッグを運ばない」との協定を基に、官民一体となって危険ドラッグの撲滅を図ります。
- タクシー業界団体と連携して、危険ドラッグに関する不審情報の収集を強化します。
- 大手コンビニエンスストアと連携して、店頭での啓発活動を強化します。

ウ 通報、相談対応

- 静岡県薬物の濫用の防止に関する条例に基づき、通報・相談窓口を設置し、大麻・危険ドラッグ等に関する県民からの通報、相談に対応します。
- 薬物乱用の予防及び再乱用防止の観点から、様々な機関で実施している薬物相談窓口の積極的な周知と相談体制の充実強化を図るほか、医療保護対策の充実を図ります。

エ 立入指導

- 麻薬、向精神等取扱施設に対する立入検査や講習会等を開催し、保管管理、記録等の不備がないように徹底を図ります。
- 危険ドラッグに関するサイバーパトロールを実施し、販売実態の把握を図ります。
- 危険ドラッグの買上検査を実施し、違法薬物の流通を排除します。

第3節 食品の安全衛生の推進

【対策のポイント】

- 県民への安全で安心できる食品の提供のため、食品衛生管理体制の充実
- 食に対する県民の信頼度を高めるため、食品の安全性に関する正しい知識の理解普及を推進

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
人口 10 万人当たりの食品を原因とする健康被害者数	34.5 人 (2016 年度)	10 人以下 (2021 年度)	全国 10 位以内を目指す	厚生労働省 「食中毒統計」

(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、これまでの取組みから細菌性食中毒は減少傾向にある一方、調理従事者等にノロウイルス食中毒予防対策の浸透に時間がかかっており、毎年度 100 人を超える大規模事案が発生しています。

(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による衛生管理の導入と自主管理体制の強化を推進します。
- 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新しい高度な衛生管理手法のこと。食品の製造加工工程において発生する可能性のある危害をあらかじめ分析し(Hazard Analysis)、この結果を基に衛生管理をするとともに、その中で特に重点的に監視する必要がある重要管理点(Critical Control Point)を定め、その工程を連続的に管理することにより製品の安全性を確保する方法。

第4節 生活衛生対策の推進

1 生活衛生

【対策のポイント】

- 旅館業等の衛生水準の向上
- 営業施設における新型インフルエンザ等対策への対応

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
レジオネラ症患者の集団発生(2名以上)の原因となった入浴施設数	0施設 (2016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% (2016年度)	100% (毎年度)	生活衛生関係営業施設の衛生水準の維持向上	・生活衛生関係営業施設等の監視目標

(1) 現状

ア 生活衛生対策

- 県民の生活に身近な旅館、興行場、公衆浴場、理容所、美容所、クリーニング所における衛生水準の維持向上と利用者の安全を図るため、関係法令に基づき営業の許可・確認及び施設の監視指導等を行っています。

イ 本県の状況

- 保健所による地域の実情に応じた監視指導等の計画的な実施により、違反施設の改善及び営業者の衛生管理意識の向上を図っています。
- 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適正化、健全化を図っています。

図表 10-9 生活衛生営業施設数と監視指導数 (2017年3月末現在)

施設数※1	保健所監視指導	センター指導※2
14,282	3,698	1,950

※1 旅館、興行場、公衆浴場、理・美容所、クリーニング所

※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。）への委託による指導数

図表 10-10 生活衛生同業組合※の設立状況 (2016年12月末現在)

業種数	13	組合員数	11,322
-----	----	------	--------

※生活衛生同業組合は、「生活衛生関係営業の運営の適正化及び振興に関する法律」に基づき営業者が組織する組合

ウ 生活衛生関係営業を取り巻く状況

- レジオネラ属菌による健康被害の未然防止を目的として、旅館業法施行条例及び公衆浴場法施行条例の衛生措置基準に基づき、衛生管理の徹底を指導しています。患者の集団発生（2名以上）の原因となった入浴施設は、これまでに報告されていませんが、単発的には依然として健康被害の発生が続いています。
- 大規模な健康被害と社会的影響が懸念される新型インフルエンザ等について、適切な対策を講じることができるよう、2013年4月に新型インフルエンザ等対策特別措置法が施行されるとともに、国・県の行動計画が策定され、営業施設においても新型インフルエンザへの適切な対応が求められています。

(2) 課題

- レジオネラ症防止対策については、健康被害の発生が続いていることから、旅館等の入浴施設における衛生水準の確保に引き続き取り組む必要があります。
- 新型インフルエンザ等対策については、特別措置法や行動計画に基づく対応が円滑に進められるように、情報の迅速、確実な提供を行うほか、興行場の施設の使用制限等を要請する場合もあるため、営業者の理解と協力が必要です。

(3) 対策

- レジオネラ症防止対策については、旅館等の入浴施設への監視指導を着実に実施し、衛生管理の徹底を図っていくほか、環境衛生科学研究所と連携し、新たな消毒方法等についての検討を進めていきます。
- 新型インフルエンザ等対策については、指導センターを通じた生活衛生同業組合の連絡体制を強化し、営業施設におけるまん延防止体制の整備を図ります。

2 水道

【対策のポイント】

- 安心・安全な水道水の安定供給
- 生活に不可欠な水道基盤の機能の向上

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
水道法水質基準不適合件数	3件 (2016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 2015 年度末で 99.0%となっており、全国平均の 97.9%を上回っています。
- 上水道 37 事業に対して、簡易水道 210 事業、飲料水供給施設 446 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

策定を通して、老朽化施設の更新を進め、地震等の災害に強い水道施設の整備、管理体制の充実が図られるよう、市町に対して指導を行います。

イ 水道事業者等に対する適正な維持管理、衛生対策に係る指導

- 水道水質基準不適合施設については、水道事業者に対し、原因究明及び再発防止対策を徹底させるとともに、水道等の認可協議等を通じて、水道施設の計画的な整備を促すなど、水道事業者に対する指導を行うことにより、安全で安定した水道水の供給を図ります。
- 水道事業者に対し、計画的な水道水質の管理、水質検査結果の公表を行うよう指導し、水道に対する信頼性を確保します。また、水道法の対象外施設である、ビル等の貯水槽水道、飲用井戸等に対しても適正な維持管理指導や衛生対策指導を行います。

第11章 保健・医療・福祉の総合的な取組の推進

第1節 健康寿命の延伸

1 県民の生涯を通じた健康づくり

【対策のポイント】

- 健康経営、食育、たばこ対策の推進による健康づくり
- 特定健康診査・特定保健指導等の促進

【数値目標】

項目		現状値	目標値	目標値の考え方	出典
健康寿命の延伸(日常生活に制限のない期間の平均の延伸)※1	男性	72.15歳 (2010、2013、2016年の平均値)	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加	第3次ふじのくに健康増進計画の目標値 (健康日本21の目標値)	厚生労働省科学研究の公表値による(国民生活基礎調査を基に算出)
	女性	75.43歳 (2010、2013、2016年の平均値)			
ふじのくに健康づくり推進事業所数		109事業所 (2016年度)	1,000事業所 (2021年度)	2017年度末目標400事業所。2018～21各年度150事業所ずつ増加	県健康増進課調査
健幸アンバサダー養成数		— (2016年度)	累計10,000人 (2021年度)	2017年度:800人。2018～21各年度2,300人養成	県健康増進課調査
特定健診受診率 ※2		52.9% (2015年度)	70%以上	第3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		18.5% (2015年度)	45%以上	第3期医療費適正化計画の目標値	国法定報告
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18.7%減少 (2015年度)	2008年度の25%以上減少	第3期医療費適正化計画の目標値	県健康増進課調査
がん検診受診率	胃がん (40-69歳)	42.6% (2016年)	肺がんは60%以上、胃、大腸、乳、子宮頸がんは50%以上	第3次静岡県がん対策推進計画の目標値	国民生活基礎調査
	肺がん (40-69歳)	52.4% (2016年)			
	大腸がん (40-69歳)	43.5% (2016年)			
	乳がん (40-69歳)	45.4% (2016年)			
	子宮頸がん (20-69歳)	43.2% (2016年)			
朝食を1人で食べる子どもの割合の減少	幼児	17.9% (2016年度)	減少傾向へ (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画の目標値	教育委員会「朝食摂取調査」
	小6年	29.4% (2016年度)	減少傾向へ (2022年度)		
	中2年	45.3% (2016年度)	減少傾向へ (2022年度)		
	高2年	62.3% (2016年度)	減少傾向へ (2022年度)		

喫煙習慣のある人の割合 (20歳以上)	男女計	20.1% (2016年度)	12% (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画の目標値 (健康日本21の目標値)	国民生活基礎調査
	男性	31.6% (2016年度)			
	女性	9.4% (2016年度)			

※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を受けていない期間)として算定している。

※2：厚生労働省医療費適正化推進室提供データ

○本県における2016年の健康寿命は、男性は72.63歳で全国6位、女性は75.37歳で全国13位でした。これまで公表された3回分の平均値では、男性、女性ともに、健康寿命が全国で2番目に長いことが分かりました。

○本県では、2014年3月に「第3次ふじのくに健康増進計画」を策定し、「健康寿命の延伸」と「生活の質の向上」を目標に掲げ、これを進めるための行動計画「第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン」を2017年度に策定し、すべての県民が心身ともに健康で暮らすことのできる活力ある社会の実現を目指して、健康経営の推進による健康づくり、特定健康診査・特定保健指導等の促進、食育による健康づくりの推進、たばこ対策の推進を行ってまいります。

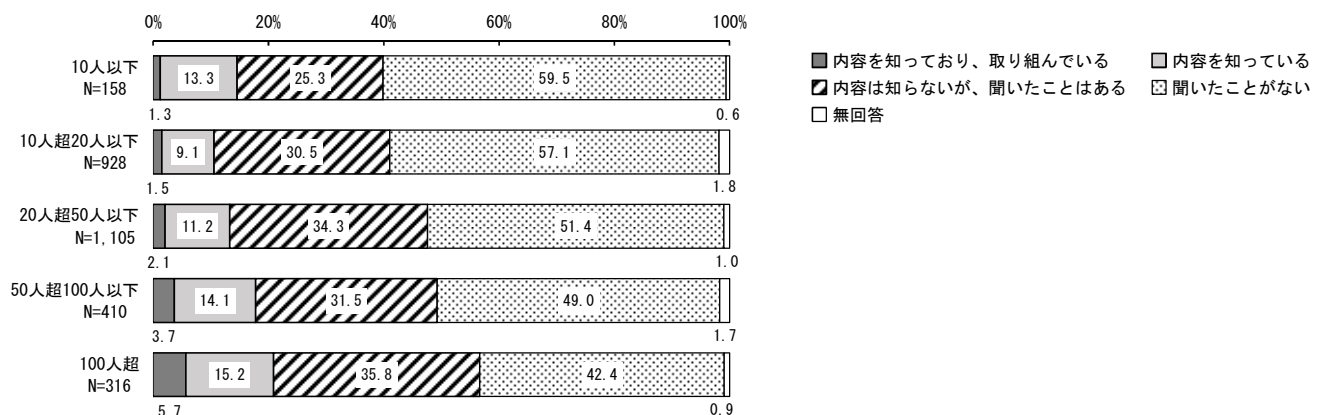
(1) 健康経営の推進による健康づくり

ア 現状

○本県の健康寿命は、男女とも全国トップクラスです。健康寿命を今後も更に延伸するためには、働き盛り世代の方々が、日常生活の中で健康づくりに取り組める仕組みとしていくことが重要です。

○働く世代が、心も体も元気に生活できるような社会づくりを目指すために、「健康経営」¹※の視点を取り入れた職場における健康づくりの取組支援を積極的に行う必要がありますが、「健康経営」を知っており取り組んでいる事業所は少ない状況です。

図表 11-1 健康経営の認知度



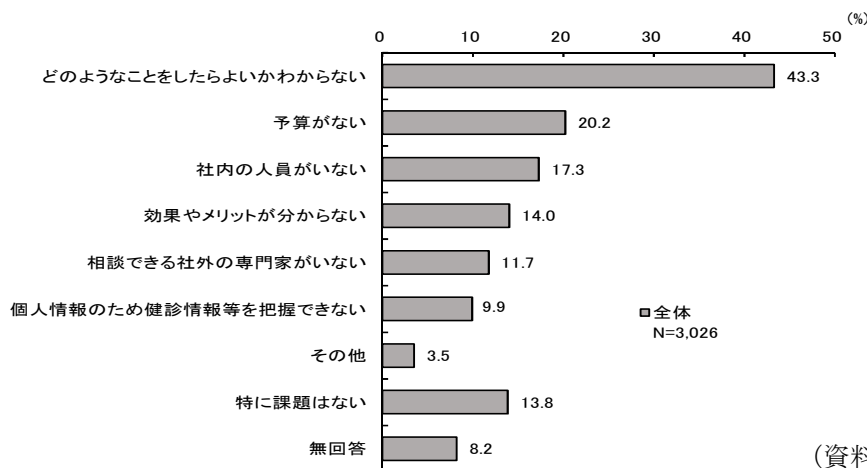
(資料：2016年度 健康増進課調査)

¹ 健康経営：経営者が、経営の視点で従業員の健康を考えること。NPO 法人健康経営研究会の登録商標

イ 課題

- 「健康経営」の認知度を高める必要があります。
- 「健康経営」を進める上で、「どのようなことをしたらよいかわからない」「効果やメリットがわからない」などと考える事業所が多いため、実践事例の紹介、効果やメリットの周知、相談体制の整備等が求められています。
- 多くの企業・事業所に「健康経営」に取り組んでいただくためには、市町、保険者、関係団体との連携が必要です。

図表 11-2 健康経営を進める上での課題



(資料：2016 年度健康増進課調査)

ウ 対策

- 職場における健康づくりには、事業主の理解と協力が重要であるため、市町、関係団体等と連携し、「健康経営」を推進します。健康経営の推進にあたっては、職場での環境づくりのみでなく、全県の地域・家庭においても、「健康経営」の視点を取り入れ、健康づくりに“まるごと”取り組めるよう支援します。
- 従業員の健康づくりを推進するため、具体的な目標を宣言する「ふじのくに健康づくり推進事業所」等を中心に健康経営の取組支援として、先進事例の紹介や、必要とする支援内容に応じたアドバイザーを派遣します。
- 健康無関心層に対しては、身近な人から口コミにより健康情報を届けることが有効とされていることから、事業所等の健康づくり担当者等を対象に、健康づくりの正しい情報を口コミで伝える「健幸アンバサダー」の養成講座を実施します。
- 働き盛り世代への減塩対策を推進するため、お塩のとり方チェック等を活用した「気づいて減塩」、社員食堂等に働きかけるなど、食の環境整備を行う「気づかず減塩」に取り組みます。

(2) 特定健康診査・特定保健指導等の促進

ア 現状

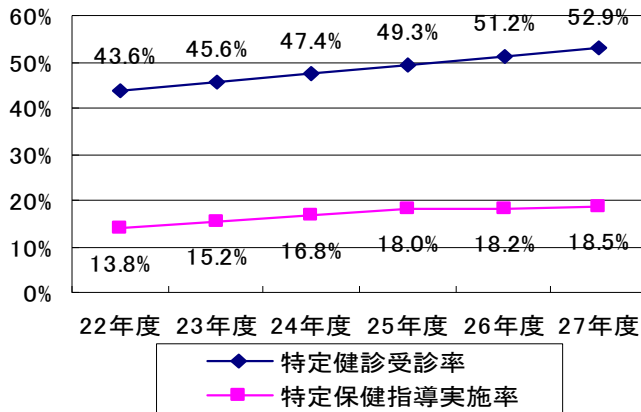
- 2015年度の特定健康診査の受診率は52.9%、特定保健指導の実施率は18.5%となっています。
- 2015年度の特定健康診査の結果によると、特定保健指導対象者の2008年度からの減少率は18.72%（目標値25%）でした。

図表 11-3 2015年度特定健康診査・特定保健指導実施状況

特定健診				特定保健指導			
対象者数	実施者数	受診率	目標率	対象者数	実施者数	実施率	目標率
1,612,803人	852,695人	52.9%	70.0%以上	128,466人	23,759人	18.5%	45.0%以上

※厚生労働省医療費適正化推進室提供データ

図表 11-4 特定健康診査受診率、特定保健指導実施率の推移



イ 課題

- 生活習慣病を予防し、有病者や予備群の減少につなげるためには、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健康診査・特定保健指導及び健康増進事業を円滑かつ効果的に進める必要があります。
- 特定健康診査・特定保健指導を円滑に実施するためには、実施主体の保険者をはじめ、地域保健と職域保健が連携して受診しやすい体制整備等に取り組む必要があります。
- 県民一人ひとりが、メタボリックシンドロームを正しく理解し、食生活や運動等の生活習慣の改善目標達成に向けて継続的に取り組むほか、特定健康診査や特定保健指導、がん検診等を積極的に受診し、自らの疾病予防や健康づくりに取り組めるように、効果的な啓発を行い、県民への動機付けを促進する必要があります。
- 厚生労働省が設置しているワーキンググループが行った効果検証では、特定保健指導により検査値の改善や医療費適正化といった効果があることが明らかとなりました。特定保健指導の実施率を向上することは、生活習慣病対策としても、医療費適正化を進める上でも大変重要です。

ウ 対策

- 特定健康診査・特定保健指導、健康増進事業の円滑・効果的な推進を図るため、利便性の高い受診体制の整備、受診促進のための周知・啓発、保険者や企業（職域）との連携強化、事業の実施主体である市町等の支援を推進します。

（ア）特定健康診査実施体制等の整備

- 受診者の利便性向上の観点から、市町の国保部門・衛生部門の連携によるがん検診との同時実施や特定健康診査実施機関に関する情報提供の促進、未受診者への追加実施などの対策により、特定健康診査対象者の誰もが受診しやすい体制の整備を図ります。
- 効果的に特定健康診査・特定保健指導を実施するため、実務者育成研修会や技術アップ研修会を実施し、民間の健診機関も含め、医師、歯科医師、保健師、管理栄養士等の資質向上や、企画立案を行う事務担当者の能力向上を図ります。

（イ）周知・啓発

- 保険者協議会等と連携したキャンペーン等のほか、スーパー等民間企業と連携した広報を行うなど、受診率の低い被扶養者等にターゲットを絞った周知・啓発活動を展開します。

（ウ）保険者、企業（職域）との連携強化

- 保険者協議会等で保険者との情報共有に努めるとともに、連携して健診実施体制等の整備、普及啓発活動に取り組みます。
- 企業（職域）は、従業員の健康管理の観点から重要な役割を担うことから、行政や関係機関等からなる地域・職域連携推進協議会等を通じて情報交換を行い、職域保健の充実と地域保健との連携強化を図ります。
- 若い世代からの健康づくりを推進し、生涯にわたる健康を実現するため、企業が特定健診・特定保健指導の推進を含め、積極的に健康経営に取り組むよう後押しします。

（エ）市町等への支援

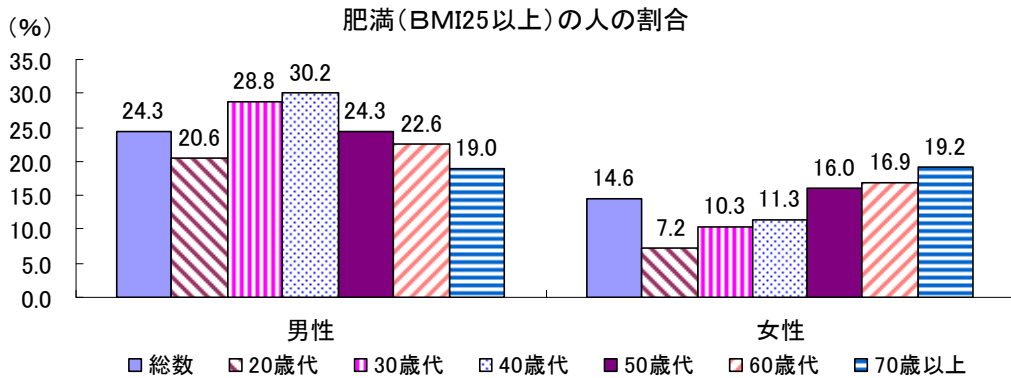
- 市町や保険者に対して、特定健康診査、がん検診等の実施状況や特定保健指導実施状況を把握し、各種健診データの分析結果等と併せて情報提供を行うなど、健康課題の分析や事業評価等のための技術支援等を行います。
- 健診受診等で健康づくりに取り組むことでポイントが貯まるマイレージ事業について、市町における取組を推進するため、全県共通に利用できるカード、ポスター等を作成するとともに、大型店等への協力要請を行います。

(3) 食育による健康づくりの推進

ア 現状

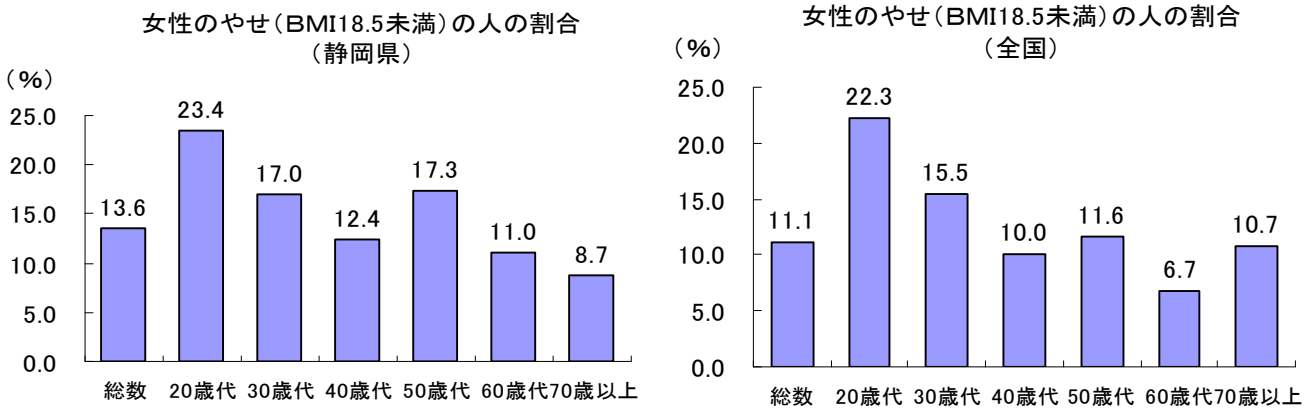
- 男性の肥満者の割合は、30歳代から50歳代で高く、全体では4人に1人が肥満となっています。女性は、年代が上がるにつれて肥満者の割合が高くなっています。
- 全国と同様に、20歳代の女性のやせの割合が依然高い傾向にあります。また、65歳以上でBMI20以下の割合は減少傾向ですが、全国に比べると高くなっています。
- 20歳以上の野菜の摂取量は270.2gであり、1日当たりの摂取目標量350gには届いていません。特に20歳代では、194.8gと若い世代の摂取不足が目立っています。(2016年県民健康基礎調査)

図表 11-5



(資料:2016年健康に関する県民意識調査)

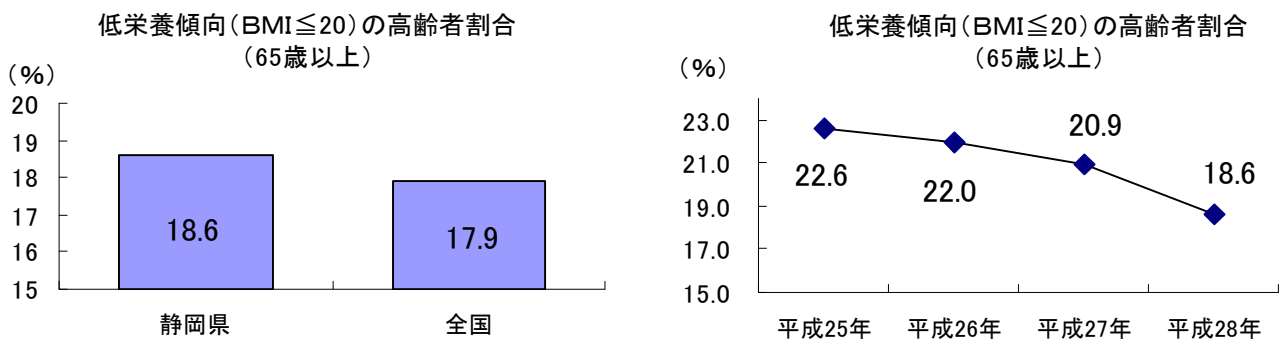
図表 11-6



(資料:2016年健康に関する県民意識調査)

(資料:2015年国民健康・栄養調査)

図表 11-7



(資料:2016年度健康に関する県民意識調査、2016年国民健康・栄養調査)

イ 課題

- 「食」は生きるための基本であり、知育、徳育及び体育の基礎となるべきものであることから、子どもの頃から様々な経験を通じて知識と選択する力を習得し、健全な食生活を実践できるように、食育を総合的・計画的に推進することが必要です。
- 静岡県の食育は、「食を知る」「食をつくる」「食を楽しむ」ことを通して、生涯にわたり望ましい食生活を実践する力を身につけ、健全な心と身体を培い、豊かな人間性を育むことを目指していますが、現状では、男性の肥満や、若い女性及び高齢者のやせ、野菜の摂取不足等の問題があります。
- 食育を県民運動として展開するためには、住民に身近な市町が食育推進計画に基づき、主体的に食育に関する事業を実施するとともに、家庭、学校、保育所、関係団体等の社会の様々な関係者が主体的に、かつ連携して取り組んでいくよう、食育関係者のネットワーク化等の環境整備を図ることが必要です。

ウ 対策

(ア) 食育の総合的な推進

- 県民が健全な食生活を実践できるよう、2014年3月に「第3次静岡県食育推進計画」を策定しました。「0歳から始まるしずおかの食育」をスローガンとして、食育を総合的かつ計画的に推進します。

(イ) 食に関する知識の向上、食への関心の高揚、食をつくる機会の充実

- 家族や仲間と食卓を囲んで共に食事をとりながらコミュニケーションを図る共食（きょうしょく）は、望ましい食習慣の実践や、精神的な豊かさをもたらします。毎月19日の「食育の日」を「共食の日」と位置づけ、関係機関と連携し、共食を推進します。
- 男性の肥満対策、若い女性及び高齢者のやせ対策等、ライフステージに応じた望ましい食生活の実現を目指し、関係機関と連携して事業を展開します。
- 8020（ハチマルニマル）運動や噛ミング30（サンマル）運動を通して、「噛んで食べること」の重要性についての情報提供や、学校と連携しての生涯にわたる口腔機能の健全育成、在宅療養者への栄養・食生活のニーズに合わせた情報提供等の推進を図ります。

(ウ) 食育を推進するための体制づくり

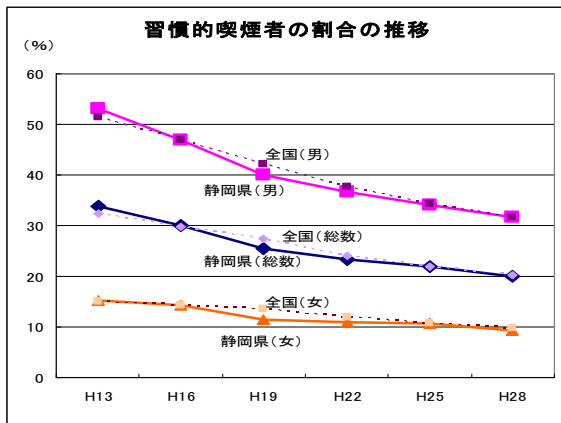
- 食に関わる指導者やボランティア等を対象に食育に関する研修を行い、食育指導者の育成を図るほか、健康づくり食生活推進員に対する研修を実施し、地域において効果的な食育を推進します。また、市町の食育推進会議の開催や食育推進計画の作成を支援し、食育を推進するための体制整備を図ります。

(4) たばこ対策の推進

ア 現状

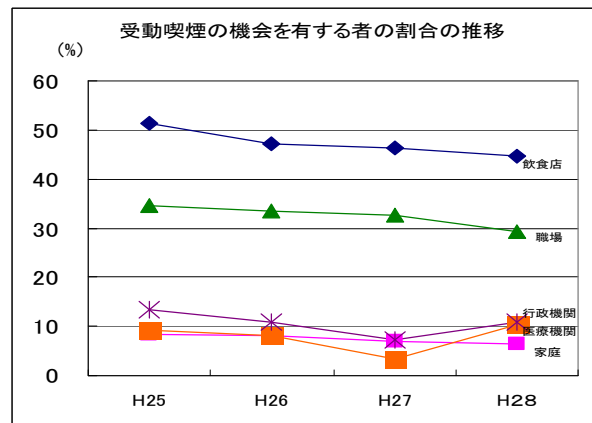
- 成人の喫煙率は、20歳以上男性31.6%、20歳以上女性9.4%、県全体で20.1%であり、年々減少傾向にあるものの、女性の喫煙率の減少が男性に比較して少なくなっています。また、地域別の習慣的喫煙者の割合は東部地区で高い傾向があります。
- 受動喫煙の機会を有する者の割合は、年々減少していますが、飲食店が44.7%と高く、続いて職場29.3%、行政機関11.0%、医療機関10.2%、家庭6.4%となっています。
- 家族の中で喫煙する人がいる幼児の割合は40.1%と高く、家庭で受動喫煙のリスクが高くなっています。

図表 11-8



資料：国民生活基礎調査

図表 11-9



資料：健康に関する県民意識調査

イ 課題

- 健康阻害要因であるたばこについて、喫煙者はもとより、喫煙しない人の受動喫煙による健康被害を減らすため、市町や関係機関との連携によりたばこ対策を推進する必要があります。
- たばこによる、がん、虚血性心疾患や脳卒中、循環器疾患、慢性閉塞性肺疾患（COPD）などの健康被害のほか、子どもへの健康被害の予防のために、若い世代や女性の禁煙対策が必要です。
- 多くの人が利用する施設では禁煙・分煙の徹底等の取組が必要とされているにもかかわらず、飲食店や職場での受動喫煙は依然として多いため、関係機関に働き掛け受動喫煙防止対策を推進することが必要です。

ウ 対策

(ア) たばこ対策の総合的な推進

- 第3次ふじのくに健康増進計画や静岡県がん対策推進計画に基づき、禁煙対策、受動喫煙防止対策を総合的に推進していきます。
- 5月31日の世界禁煙デーを中心に、市町との連携によりキャンペーン等を実施するほか、喫煙が健康に及ぼす影響等に関する情報を提供し、喫煙者の減少と正しい知識の普及や意識啓発を図ります。

(イ) 禁煙対策の推進

- 禁煙講座やリーフレットを用いた効果的な喫煙防止教育を行い、若い世代や女性に対する禁煙対策を推進するとともに、健康経営の取組として喫煙対策を行う事業所等に対し、健康教育用教材の貸し出しを積極的に行います。
- 地域、職域、学校保健等で禁煙支援に従事する者の能力向上のための研修を行うなど、個人の禁煙への準備段階に応じた効果的な禁煙支援が行えるような禁煙サポート体制の充実を図り、禁煙を希望する人を支援します。

(ウ) 受動喫煙防止対策の推進

- 健康増進法改正を踏まえ、受動喫煙防止対策の強化に取り組めます。
- 多くの人が集まる公共的施設や飲食店、職場等での受動喫煙防止対策が図られるよう関係機関への働きかけを行っていきます。
- 受動喫煙の害について、パンフレット等を活用して情報提供します。特に子どもの受動喫煙の機会を減らすよう家庭への啓発を重点的に行います。
- 小学5年生全児童への防煙下敷きの配布や、健康教育等を通じ、子どもたちが、たばこの害について知る機会を作るとともに、受動喫煙防止に対する考え方について大人にメッセージとして伝える取組を継続します。

2 科学的知見に基づく健康施策の推進

【対策のポイント】

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

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
分析を行った県内の医療関係データ数	67.7 万人分 (2017 年度)	90 万人分 (2021 年度)	特定健診受診率の目標と整合 (受診率 52.9%で 67.7 万人 →受診率 70%で 89.6 万人)	県健康福祉部政策 監調査
社会健康医学に関する講演会等参加者数	339 人 (2016 年度)	累計 2,000 人 (2018～ 2021 年度)	県民向けシンポジウム年 2 回 300 人×4 年=1,200 人 大学等と連携した研究発表会 (2020 年～2021 年) 200 人×2 校×2 年=800 人	県健康福祉部政策 監調査

(1) 現状

ア 高齢化の進展と平均寿命と健康寿命の差

- 県内の高齢者は 100 万人を超え、4 人に 1 人は 65 歳以上であり、2040 年には 65 歳以上は 3 人に 1 人となる見込みです。
- 何らかの健康上の問題で日常生活が制限される期間(平均寿命と健康寿命の差)は、男性 8.58 年、女性 11.95 年であり、最期まで元気に暮らしたいと願う県民の望みどおりとはなっていません。

イ 医療費・介護費の拡大

- 2008 年度から 2015 年度までに、静岡県内の医療費は 9,288 億円から 1 兆 1,414 億円へ増加しています。
- 同じ期間に、介護費も 1,886 億円から 2,624 億円へ増加しています。

ウ 高齢者の定義と認識の差異

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

(2) 課題

ア 科学的知見の不足

- 本県の健康長寿を支える要因に関する分析など科学的視点が十分な状態にあるとはいえません。

イ 人材の不足

○研究成果を医療や介護の現場に還元する人材の育成が進められていません。

ウ 仕組みの不足

○行政、医療機関、大学などが行う個別の取組を集約化・体系化する仕組みがありません。

(3) 対策

ア 研究の推進

○健康寿命の更なる延伸のために、県民の医療・健康に係る状況を科学的に分析します。

イ 人材の育成

○健康寿命の更なる延伸のために必要な手法や知識等を身につけた人材により、効果的な健康増進施策・疾病予防対策を推進します。

○研究を長期的かつ継続的に推進するため、社会健康医学の知識を有する人材を育成します。

ウ 拠点となる仕組みの構築

○研究を長期的かつ継続的に推進し、人材を育成するため、拠点となる仕組みを構築します。

エ 成果の還元

○科学的知見に基づいた研究成果を効果的に県民に還元します。

○社会健康医学に対する県民の理解を深めるための普及啓発を行います。

○医療機関や教育・研究機関と連携し、社会健康医学に関する情報を統一的・効果的に国内外に向けて発信します。

第2節 高齢化に伴い増加する疾患等対策

【対策のポイント】

○高齢化に伴い増加する疾患を予防し、要介護状態にならず、その人らしく生活するための健康づくりの取組を支援する。

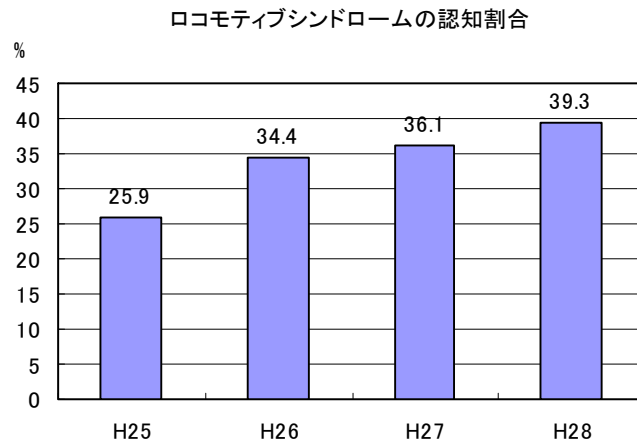
【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している県民の割合の増加	39.3% (2016年度)	80% (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画の目標値 (健康日本21の目標値)	健康に関する県民意識調査
足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（千人当たり）	男性 209人 女性 280人 (2013年)	男性 200人 女性 260人 (2022年)	第3次ふじのくに健康増進計画の目標値 (健康日本21の目標値)	国民生活基礎調査

(1) 現状

- 静岡県の総人口は減少していく中で、2035年には高齢化率が34.5%となり、県民3人に1人が高齢者となります。そのため、今後、ますます、高齢化に伴い増加する疾患等（ロコモティブシンドローム、フレイル、サルコペニア、肺炎、大腿骨頸部骨折等）が増えることが予想されます。
- ロコモティブシンドローム（運動器症候群・通称：ロコモ）とは、運動器の障害のために移動機能の低下をきたしている状態で、介護が必要となる原因のひとつとなります。ロコモティブシンドロームを認知している県民は増えています。
- フレイル（虚弱）とは、健常と要介護状態との中間的な段階であり、生活機能障害をひきおこしたり、死亡などの転帰へとつながる恐れもある状態です。フレイルは身体機能問題のみならず、精神・心理的問題や社会的問題も含まれる包括的概念です。
- 高齢者は、摂食や嚥下の機能が低下していることが多く、「誤嚥性肺炎」や低栄養状態になりやすい傾向があります。
- 「誤嚥性肺炎」は、食べ物や飲み物が十分に摂れず、栄養や水分が不足して体力低下にもつながる「嚥下障害」と食べたものが気管に入ってしまう「誤嚥」がきっかけとなります。
- 「大腿骨骨折」は、骨密度が低下する「骨粗しょう症」の他、BMIの低さ、喫煙、多量飲酒等が影響すると言われており、予防として、食習慣の改善が必要です。
- 加齢による筋肉量の低下を「サルコペニア（筋減弱症）」と呼び、サルコは筋肉、ペニアは減少を意味します。筋肉は鍛えることで、維持又は増加することができます。予防、改善のため重要なことは、バランスの良い食事、特にたんぱく質の摂取が減りすぎないように注意し、意識して体を動かすことです。
- 足腰に痛みがある人は、年齢が上がるにつれて増えています。また、男性よりも筋力の少ない女性で多くなっています。
- 過去1年間に転んだ経験がある割合は、一般高齢者の60代では約2割ですが、85歳以上では約4割と年齢が上がるにつれて増加しています。
- 運動習慣のある者（週2回以上、1日30分以上、1年以上継続）のうち、65歳以上の男性は37.7%、女性は31.4%となっています。

図表 11-10



(2) 課題

- 要介護状態にならず、その人らしく生活するために健康づくりの取組を行い、高齢化に伴い増加する疾患等（ロコモティブシンドローム、フレイル、サルコペニア、肺炎、大腿骨頸部骨折等）を予防することが求められています。
- 介護が必要になった理由は、「脳血管疾患」に次いで、「認知症」「高齢による衰弱」が上位を占めています。「高齢による衰弱」「骨折・転倒」「関節疾患」で介護が必要になっている人が多いことから、運動実践等で運動器の機能や筋力の低下を予防する必要があります。
- 痛みがあると、生活の質が低下します。腰や手足の痛みは、生活の質に影響するだけでなく、姿勢不安定、転倒、歩行困難などにもつながります。若い時からたくさん歩いたり、運動習慣を持つことが重要です。高齢者では、痛みが改善されることにより、外出や社会参加が増え、より健康長寿になっていくと考えられます。
- 「誤嚥性肺炎」を防ぐためには、口腔内の清潔維持や肺炎にかかりにくい、かかっても治りやすい体力をつけることが必要です。

(3) 対策

- 日常生活における歩行数を増加させるための工夫、加齢に伴うロコモティブシンドローム（運動器症候群）、転倒予防に関する正しい知識等を情報提供します。
- 高齢期を健やかに過ごすため、健康長寿の3要素（「運動」「食生活」「社会参加」）の理解促進を図り、“シニア版ふじ33プログラム”を普及します。
- 介護予防については、ロコモティブシンドローム、サルコペニア、フレイル対策、大腿骨頸部骨折の予防に留意した「運動器の機能向上」、低栄養対策としての「栄養改善」、誤嚥や肺炎防止のための「口腔機能向上」など、市町におけるプログラムの充実を図ります。
- ロコモティブシンドローム、転倒予防等に関する正しい情報を県ホームページや「すこやか大陸」等の情報誌を活用して県民に広く周知を行い、予防に取り組む県民を増やします。
- 社会参加の健康への好影響について周知を図るとともに、閉じこもり予防や生きがいのづくりのため、市町や健康長寿財団等の関係団体の取組を通じて、就労も含め、地域や社会に参加する活動を進めていきます。

第3節 高齢者保健福祉対策

【対策のポイント】

- 健康づくり、社会参加の促進
- 認知症にやさしい地域づくり
- 自立と尊厳のある暮らしを支える長寿社会づくり

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
「通いの場」設置数	2,003 箇所 (2015 年度)	2,640 箇所 (2020 年度)	人口1万人に概ね 10 箇所を目標	厚生労働省「介護予 防・日常生活総合事 業の実施状況に関す る調査」
認知症カフェ設置数	94 箇所 (2016 年度)	221 箇所 (2020 年度)	市町の設置目標を 積み上げて設定	県長寿政策課調査
最期を自宅で暮らすことが できた人の割合【再掲】	13.5% (2016 年)	14.5% (2020 年)	在宅医療等必要量 の伸び率に合わせて 設定	厚生労働省「人口動 態統計」

(1) 現状

ア 高齢化をめぐる状況

- 本県の2015年の人口を2000年と比較すると、総人口の3.4%減に対し、高齢者人口は53.3%増と大幅な伸びとなっています。特に、受療率や要介護認定率の高まる後期高齢者（75歳以上）の人口は、80.3%の大幅な増加となっています。
- 今後は、人口が減少していく中で高齢者人口は増加し、2035年には3人に1人以上（34.5%）が高齢者になると予測しています。
- 2015年現在、本県の総世帯数は1,429,600世帯となっており、そのうち、高齢者ひとり暮らし世帯は139,262世帯(9.8%)、高齢者夫婦のみ世帯は142,477世帯(10.0%)となっています。
- 今後は、人口減少に伴い2025年の総世帯数は1,398,252世帯と減少しますが、高齢者ひとり暮らし世帯及び高齢者夫婦のみ世帯はそれぞれ167,476世帯(12.0%)、152,026(10.9%)と世帯数及び総世帯に占める割合が増加する見込みです。

図表 11-11 本県の人口の推移

区 分	総人口 (千人) (A)	65歳以上 人口 (千人) (B)	75歳以上 人口 (千人) (C)	高齢化率 (%)			
				静岡県		全国	
				65歳 以上 (B/A)	75歳 以上 (C/A)	65歳 以上	75歳 以上
2000年	3,767	666	274	17.7	7.3	17.3	7.1
2005年	3,792	779	356	20.6	9.4	20.2	9.1
2010年	3,765	892	429	23.8	11.5	23.0	11.2
2015年	3,700	1,021	494	27.8	13.4	26.6	12.8

2020年	3,601	1,090	567	30.3	15.8	29.1	15.1
2025年	3,480	1,101	655	31.6	18.8	30.3	18.1
2030年	3,343	1,100	683	32.9	20.4	31.6	19.5
2035年	3,193	1,103	671	34.5	21.0	33.4	20.0

※2015年以前は、総務省統計局「国勢調査結果」による10月1日現在の数

※2020年以降の数値は、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25年3月推計）」及び「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」による数

イ 介護保険制度をめぐる状況

- 2016年9月現在、本県の要介護（支援）認定者数は167,009人となっており、そのうち、介護サービス受給者数は159,701人となっています。
- 要介護認定率（第1号保険者）は15.6%となっていますが、65歳以上74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53%と、70歳代後半から急増しています。
- 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ることから、高齢者人口の増加率以上に要介護認定者数が増加することが見込まれています。
- 要介護（支援）認定者数は、2025年には205,141人、2016年9月から38,132人増加し、1.23倍になると推計されています。
- 要介護（支援）認定者の増加に伴い、サービス種別ごとの見込み量も図表11-12のとおり増加を見込んでいますが、施設サービスに比較して居宅サービス及び地域密着型サービスの増加率が高くなっています。

図表11-12：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

		2016年度 (実績)	2020年度	2025年度	伸び率 (2020年度)	伸び率 (2025年度)
要支援・要介護認定者数(人)		167,009	183,380	205,141	1.10	1.23
居宅サービス	訪問介護(回/年)	4,696,794	5,829,163	6,745,915	1.24	1.44
	訪問看護(回/年)	967,785	1,297,480	1,575,924	1.34	1.63
	訪問リハビリテーション(回/年)	262,667	411,651	493,370	1.57	1.88
	通所リハビリテーション(回/年)	1,365,197	1,489,599	1,634,774	1.08	1.19
	特定施設入居者生活介護(人/月)	4,739	6,273	7,812	1.30	1.62
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)	261	541	727	2.02	2.71
	小規模多機能型居宅介護(人/月)	2,597	3,814	4,536	1.44	1.71
	認知症対応型共同生活介護(人/月)	5,589	6,627	7,666	1.17	1.35
	地域密着型特定施設入居者生活介護(人/月)	391	528	639	1.35	1.63
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(人/月)	1,143	1,302	1,495	1.13	1.30
看護小規模多機能型居宅介護(人/月)	187	1,070	1,429	5.40	7.22	
施設サービス	介護老人福祉施設(人/月)	16,534	17,806	19,187	1.07	1.16
	介護老人保健施設(人/月)	11,979	12,978	14,771	1.07	1.22
	介護医療院(人/月)	-	96	2,471	-	-
	介護療養型医療施設(人/月)	1,830	1,696	0	-	-

※介護サービス見込み量は、訪問介護、通所リハビリテーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域密着型特定入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護を除き介護予防サービスを含む

※2016年は厚生労働省「介護保険事業状況報告月報」

ウ 介護保険制度の改正

- 2018年4月には、介護保険法の改正により、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにするために、①保険者機能を発揮して自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化、②長期療養が必要な要介護者に対して医療と介護を一体的に提供する介護医療院の創設、③高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくする特例を措置、④現役世代並みの所得のある者の利用者負担割合の見直し（2018年8月施行）、⑤介護納付金における総報酬割の導入（2017年8月分から適用）等を一体的に行う介護保険制度の改革が施行されます。

(2) 課題

ア 健康づくり、社会参加の促進

- 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、住民主体の「通いの場」の運営者や介護予防リーダーなどの担い手確保が課題です。
- また、住民主体の「通いの場」における介護予防活動を効果的なものにするために、リハビリテーション専門職や歯科衛生士、管理栄養士等の専門職の関与を促進する必要があります。
- 地域包括ケアシステムの実現にあたっては、住民が主体となって地域における健康づくり活動や助け合い活動などを行うことが重要であり、元気な高齢者が担い手として期待されています。
- 元気な高齢者の担い手として活躍を促進するためには、就労、ボランティア活動、地域活動、趣味活動など様々な形態の社会参加を促す必要があります。

イ 認知症にやさしい地域づくり

- 認知症の人が、できる限り住み慣れた地域で、正しい理解や適切な支援のあるよい環境のもと、自分らしく暮らし続けるためには、医療・介護サービス等の状態に応じた適時・適切な支援体制とともに、若年性認知症を含めた認知症の人の視点に立った社会の認知症への理解が必要です。
- 地域における支援体制を充実させるためには、認知症に関する正しい知識と理解を持って、地域や職域で認知症の人や家族を支える認知症サポーターの養成及び活動の活性化が必要です。
- また、認知症の人と家族が地域住民や専門家と情報を共有し、お互いを理解しあう認知症カフェの設置促進や相談機関の周知などが課題となっています。

ウ 介護サービス等の充実・強化

- 少子高齢化の進行に伴う要介護（支援）認定者の増加や高齢者のみ世帯の増加により、介護需要は増加しているだけでなく、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、可能な限り住みな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、高齢者が住みなれた地域で、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の推進を図ります。
- また、リハビリテーション専門職団体、歯科医師会、栄養士会等と連携して住民主体の「通いの場」への専門職の関わりを推進します。

イ 認知症にやさしい地域づくり

- 認知症の人や家族、関係機関・団体、学識経験者等で構成する分野横断的な会議を開催し、当事者の視点に立った施策の総合的な展開を図ります。
- 認知症の当事者が自らの体験を発信する県民向けフォーラム等の開催などにより、認知症の理解促進と普及啓発を図ります。
- 市町における認知症サポーターの養成を促進するため、キャラバン・メイトを計画的な養成と活動の活性化を図ります。
- 市町における認知症カフェの設置を促進するとともに、認知症の人や家族が認知症カフェを利用しやすい環境づくりに取り組みます。
- 市町の地域包括支援センター等の相談窓口に加え、認知症介護の経験者等が相談に対応する「認知症コールセンター」や「若年性認知症相談窓口」などの周知を図ります。

ウ 介護サービス等の充実・強化

- 市町ごとの介護サービスの利用状況や介護サービス事業所における提供状況などを全県的に実態把握し、介護サービス提供基盤が不足している地域における事業者の参入促進を図ります。
- 介護サービス事業所の経営課題の解決を支援し、経営の安定化を図るため、人材の確保やICTの有効活用による業務効率化などを推進します。
- 多様な介護需要に対応し、自立と尊厳のある暮らしを支える介護サービスの質を確保するため、利用者一人ひとりの心身の状態や個性、生活リズムに合わせた個別ケアの推進のほか、事業者指導による法令遵守、虐待の防止、身体拘束の廃止などを図ります。
- 介護を必要とする人やその家族の介護サービスの利用等を支援するため、介護保険に関する多

様な情報提供や苦情相談体制の整備に加え、市町における介護教室・介護者交流会の実施を促進します。

エ 自立支援、介護予防・重度化防止の推進

- 多様な介護予防活動の好事例を収集、情報発信することで、市町における住民主体の「通いの場」の設置や地域支援事業における介護予防事業の充実を支援します。
- 切れ目のないリハビリテーションの提供のため、入院から回復期、生活期までの各段階におけるリハビリテーションの提供体制の充実を図ります。
- 訪問リハビリテーションについては、必要な知識、技能を要する専門職の養成を図るなど、提供体制を強化します。
- また、入院患者の円滑な在宅復帰を支援するため、各地域において病院、診療所、介護サービス事業所等のリハビリテーション関係者の連携体制の整備を図ります。

第4節 母子保健福祉対策

【対策のポイント】

- 妊娠期から子育て期までの切れ目ない支援体制の構築
- 子育て支援における医療との連携

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
子育て世代包括支援センター設置数	22 箇所 (2016 年度)	43 箇所 (2021 年度)	全市町での設置を目指す	県こども家庭課調査
産婦健康診査実施市町数	0 市町 (2016 年度)	全市町 (2021 年度)	全市町での実施を目指す	県こども家庭課
新生児聴覚スクリーニング検査受検率	—	100% (2021 年度)	全新生児の受検を目指す	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	357 人 (2016 年度)	400 人 (毎年度)	2013～2015 年度平均値 (382 人)を元に設定	県こども家庭課調査

(1) 現状

- 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、子育てに関する負担や不安感が増加しています。
- 母子保健法において、妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目ない支援を行う「子育て世代包括支援センター」の設置が市町の努力義務となっています。
- 晩婚化や晩産化により不妊治療は増加傾向にあり、心理的な相談や専門的な治療の相談ニーズが高まっています。
- 全国で体外受精による出生児数は全国的に年々増加し、平成 27 年度は全出生児の 5%を超える児が体外受精で生まれており、静岡県の不妊治療費助成の申請数も年々増加しています。

(2) 課題

- 子育て家庭の孤立化を防ぐため、社会全体で子育て家庭を応援していく必要があります。
- 核家族化や産後の早期退院化により、出産直後から母親が一人で育児をするケースが増え、母親の心身の負担増加の問題が生じていることから、母子保健と医療が連携し産後の母子支援サービスの体制を整える必要があります。
- 不妊・不育症の相談から、妊娠期・子育て期の相談まで、切れ目ない母子保健サービスを提供し、安心して子どもを産み育てられる環境づくりを進めていくことが必要です。
- 子どもを持ちたいと考える人の希望を叶える社会の実現を目指し、不妊症や不育症で悩む県民の心に寄り添う相談支援の充実や、経済的支援を推進する必要があります。
- 医療や保健福祉サービスが必要な子どもへの支援体制をつくるため、保健と医療との連携強化が必要です。

(3) 対策

ア 妊娠・出産期から子育て期までの母子への支援

- 母子が地域で孤立することなく、妊娠期から子育て期までの切れ目ない支援を受けられるよう、全ての市町における子育て世代包括支援センターの設置・運営を支援します。
- 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する体制整備を図ります。
- 子どもの健やかな成長と育児を支援するための市町母子保健事業の推進のために、乳幼児健康診査の標準化や従事者の育成等に取り組みます。
- 慢性疾病児童等の療養や社会的自立に関する相談、思春期特有の健康問題に対する相談等に取り組みます。
- こども医療費助成の充実や小児慢性特定疾病医療費助成などの経済的支援に取り組みます。
- 不妊症・不育症に関する専門的な相談の対応や、治療費に対する支援を行います。

イ 子育て支援における医療との連携

- 子どもの疾病や障害の早期発見・早期治療のために、妊婦や子どもの健診の実施体制、医療が必要な母子への支援体制を整備し、医療との連携強化に取り組みます。
- 医療関係団体と連携し、児童福祉及び母子保健について医療従事者等の意識向上や最新知見の普及を図ります。
- 休日夜間のこども救急電話相談により、子どもの急な発熱や怪我等への対応をアドバイスすることで、安心して子育てできる環境を整備します。

第5節 障害者保健福祉対策

【対策のポイント】

- 障害のある人に対する「合理的配慮の提供」の徹底
- 様々な障害の特性に応じた支援体制整備
- 地域生活への移行支援

【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	227 団体 (2017 年度)	300 団体 (2021 年度)	当面目標としている県所管 の 394 団体のうち、約 80% の参画を目標とする	県障害者政策 課調査
重症心身障害児(者)等を対象と した医療型短期入所サービス施 設数	10 箇所 (2016 年度)	15 箇所 (2021 年度)	施設が未設置又は不十分 な医療圏に設置	県障害福祉課 調査
障害福祉サービス1か月当たり 利用人数	26,969 人 (2016 年度)	32,874 人 (2020 年度)	障害福祉計画に係る国指 針に基づき設定	県障害者政策 課調査

(1) 現状

ア 障害者差別解消法と静岡県障害者差別解消条例の施行

- 障害を理由とする差別の解消を推進し、全ての国民が、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現を目的とした「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（障害者差別解消法）」が2016年4月に施行されました。
- 障害者差別解消法に定められた「障害を理由とする不当な差別的取扱いの禁止」と、障害のある人に対する「合理的配慮の提供¹」という理念の具現化のため、2017年4月に「静岡県障害を理由とする差別の解消の推進に関する条例（静岡県障害者差別解消条例）」を施行し、県、市町、関係団体及び事業者が一体となって差別解消に取り組むこととしました。

イ 障害のある人の状況

- 2017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124,459人、知的障害のある人（療育手帳所持者）は31,903人、精神障害のある人（精神障害者入院・通院患者）は48,231人であり、身体障害を除き増加の傾向にあります。（図表11-13）

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で乗降する際に駅員が手助けすることや、知的障害のある人に、ゆっくり丁寧に繰り返し説明をすることなど、負担になりすぎない範囲で対応を行うこと。

図表 11-13 障害のある人の状況 (2017年3月末現在)

(単位：人・%)

区分	2016. 3. 31 (A)		2017. 3. 31 (B)		人数増減 (B - A)	参考	
	人数	構成比	人数	構成比		2017. 3. 31 人数 (C)	増減率 (B / C)
身体	126,227	62.1	124,459	60.8	△1,768	119,912	103.8
知的	30,781	15.1	31,903	15.6	1,122	20,996	151.9
精神	46,264	22.8	48,231	23.6	1,967	32,018	150.6
計	203,272	100.0	204,593	100	1,321	172,926	118.3

ウ 障害種別の状況

(身体障害のある人)

○身体障害のある人(身体障害者手帳所持者)のうち、65歳以上の人の占める割合は71.7%にのぼり、高齢化、重度化の傾向が見られます。

図表 11-14 等級別身体障害者数(2017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	2,780	2,461	487	541	1,128	491	7,888	5,628
聴覚・平衡	609	2,335	1,171	2,049	49	3,243	9,456	6,844
音声・言語・咀嚼	132	87	946	481	0	0	1,646	1,101
肢体不自由	14,502	12,959	11,334	17,656	6,069	3,110	65,630	45,283
内部障害	27,131	339	5,178	7,191	0	0	39,839	30,378
計	45,154	18,181	19,116	27,918	7,246	6,844	124,459	89,234
構成比	36.3	14.6	15.4	22.4	5.8	5.5	100.0	71.7

(知的障害のある人)

○知的障害のある人(療育手帳所持者)は年々増加しており、特に中軽度の増加が顕著です。

図表 11-15 障害の程度別知的障害者数(2017年3月31日現在)

(単位：人・%)

区分	2016. 3. 31			2017. 3. 31		
	A (重度)	B (中軽度)	計	A (重度)	B (中軽度)	計
18歳未満	2,305	6,447	8,752	2,313	6,798	9,111
18歳以上	8,710	13,319	22,029	8,886	13,906	22,792
計	11,015	19,766	30,781	11,199	20,704	31,903
構成比	35.8	64.2	100.0	35.1	64.9	100.0

(精神障害のある人)

○精神障害のある人(精神障害者入院・通院患者)は入院患者が減少している一方で、通院患者は年々増加しています。

図表 11-16 精神障害者入院通院患者数(2017年3月31日現在)

(単位：人・%)

区分	2016. 3. 31			2017. 3. 31		
	入院	通院	計	入院	通院	計
患者数	5,560	40,704	46,264	5,509	42,722	48,231
構成比	12.0	88.0	100.0	11.4	88.6	100.0

<参考>精神障害者保健福祉手帳所持者数 20,728人 (2017年3月31日現在)

(2) 課題

ア 障害についての理解促進

- 障害の有無によって分け隔てられることのない共生社会の実現に向け、障害に対する誤解や偏見を払拭し、障害を理由とする差別のない県民意識を醸成していく必要があります。

イ 障害特性に応じた支援体制の整備

- 重症心身障害児（者）への支援など、障害によって必要となる支援は様々であるため、多様な障害に応じたきめ細かな質の高い支援体制の整備が求められています。

ウ 施設や病院からの地域生活への移行

- 施設や病院から地域生活への移行を進めるためには、安心して自分らしい暮らしができる地域づくりが必要です。

(3) 対策

ア 障害に対する理解と相互交流の促進

- 「障害を理由とする差別解消推進県民会議」等を通じて、県民一体となって障害に対する正しい理解の浸透と「合理的配慮の提供」の徹底を推進します。
- 障害のある人もない人も共にスポーツに参加できる環境を整備し、障害者スポーツの裾野を広げるほか、障害のある人の文化芸術活動を支援し、障害のない人との相互理解を促進します。

イ 多様な障害に応じたきめ細かな支援

- 重症心身障害児（者）が適切な医療・福祉サービスが受けられるよう、看護職及び福祉・介護職等のエキスパートを養成するほか、専門職の支援をコーディネートできる人材を養成するとともに、住み慣れた身近な地域において安心して地域生活を過ごせるよう、在宅支援サービス等の充実を図ります。
- 発達障害のある人の地域における支援体制を構築し、地域での対応力の向上を図るとともに、障害児に対する重層的な地域支援体制の構築を図ります。

ウ 地域における自立を支える体制づくり

- 相談支援体制の充実のため、市町では対応が難しい発達障害などの専門的な課題に対応する体制を整備するとともに、相談支援の専門家である圏域スーパーバイザー²により、市町及び市町相談支援事業所に助言等を行います。
- 障害福祉計画及び障害児福祉計画に基づき、地域に必要なサービスを提供する障害福祉サービス事業所等の設置を促進します。
- 入所施設や精神科病院からの地域移行を進めるため、グループホーム等の地域での居住の場の確保を促進するとともに、精神障害のある人の地域移行の推進の仕組みづくりに携わる精神科医療機関、地域援助事業者、市町等との重層的な支援体制を構築します。
- 就労と生活の両面からのきめ細かな相談と職場定着を充実させ、企業への一般就労を促進するほか、一般就労が困難な障害のある人の福祉的就労を促進します。

² 圏域スーパーバイザー：市町単位では対応が難しい専門的・広域的課題について、圏域単位で協議・調整する役割のほか、市町の相談機能強化のための助言等を行う。

第6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、健康危機管理体制の強化
- 市町に対する支援機能の充実、関係団体との連携強化

（1）現状

- 保健所は、結核・エイズ等の感染症対策、難病患者等に対する地域ケア対策、健康増進、生活衛生など、地域住民の保健水準の向上、精神保健などの地域保健活動など、公衆衛生の専門機関としての役割を担っています。
- 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、SARSや新型インフルエンザ等の新興感染症や、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。

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、県のセンターのほか、静岡市、浜松市の3か所あります。
- 県のセンターは、2005年4月に、こども家庭相談センター総合支援部として発足し、2013年4月の組織改編により、発達障害者支援センターと名称を変更しました。
- 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。
- 併設する診療所では、主として、何らかの事情で他の機関を受診することが難しい場合に、一時的な診療の中で評価を行い、地域の機関に移行できるようにしています。
- 東部地域からの相談が多いことから、発達障害者支援の充実の要望が強く、2012年度から、東部総合庁舎内に、発達障害者支援センター(東部)を設置しています。

(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の複数配置や配置場所の検討を行うほか、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を有効活用し、身近な地域において必要な支援を受けられる体制を作ることを目指します。

イ 支援の専門性向上

- 研修等により、幼児から成人までの支援のコーディネートといった職員の支援技術の向上を図ります。

3 精神保健福祉センター

(1) 現状

○精神保健福祉センターは、精神保健福祉に関する総合的技術センターとして、次のような活動をしています。

- ・ 県民に対する精神保健福祉に関する広報や普及啓発活動
- ・ 精神疾患関連の診療及び相談
- ・ 保健所や市町等の関係機関に対する技術指導援助や関係団体の育成
- ・ 精神保健福祉関係職員の教育研修
- ・ 精神保健福祉ニーズの調査研究等
- ・ 自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定及び精神障害者保健福祉手帳の交付業務
- ・ 人権に配慮した適正な医療及び保護を確保するため設置された精神医療審査会の事務

(2) 課題

- これまでの統合失調症を中心とした精神疾患のある人への対応に加え、自殺、ひきこもりやアルコール・薬物依存などの幅広いメンタルヘルスへの対応を求められています。
- 阪神・淡路大震災、新潟県中越地震、東日本大震災及び熊本地震における経験から、災害時等のこころのケア対策が課題となっています。
- 多様化、複雑化する精神保健福祉ニーズに的確に対応していくため、精神保健福祉センターには、より高い専門的な機能を発揮することが求められています。

(3) 対策

ア 自殺総合対策の推進

- 生きることへの包括的支援として、相談の充実や的確な相談窓口に早期につながることを目指して関係機関のネットワークづくりを進めます。
- 悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聴いて、必要な支援につなげ、見守る「ゲートキーパー」の研修を行い、自殺に関する普及啓発や人材育成を行います。
- 若者の自殺対策を推進するため、支援者を対象に研修を行います。
- 自殺リスクが高い自殺未遂者について、医療機関等の支援者を対象に研修を行います。

イ ひきこもり対策の推進

- ひきこもり支援センターにおいて、第一次相談窓口として、ひきこもり状態にある人やその家族の相談に応じ支援を行うほか、居場所の活用、関係機関との連携の強化や関係者への研修、情報提供、技術支援を行います。

ウ 依存症対策の推進

- アルコールや薬物等への依存問題を抱える当事者や家族に対応する相談窓口や依存症回復支援プログラム等を整備し、関係機関等の支援者への研修や知識の普及啓発を行います。

エ 災害時等のこころのケア対策の推進

- 災害時等における精神障害のある人や精神的に不安定となる人へのこころのケアを行うほか、行政職員を対象に災害時のこころのケアを含めた健康支援に関する研修を行います。

オ 精神障害のある人の地域生活の支援

- 精神障害のある人が地域で生活するために必要となる自立支援医療費（精神通院医療）の受給や精神障害者保健福祉手帳取得のための判定等を適正かつ迅速に進めます。
- 長期入院者の地域移行と地域定着を促進し、地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるように、地域移行支援の従事者への技術支援等を行います。

カ 精神障害のある人の人権の擁護の推進

- 入院中の精神障害のある人の人権に配慮した適切な医療及び保護が確保されるように精神医療審査会事務を適正かつ迅速に進めます。

キ 教育研修の充実

- 行政、医療機関及び社会福祉施設等において精神保健福祉業務に従事する者の資質の向上を図るため、体系的、階層的な研修を実施するほか、ニーズに対応した研修内容の充実を図ります。

ク 普及啓発の推進

- 講演会の開催や刊行物の発行、ホームページなどを通して精神保健福祉に関する知識を普及することにより、早期の相談や受診につなげ、こころの健康の維持や回復を促します。

4 静岡県総合健康センター

【対策のポイント】

- 健康づくりの総合施設として県民の健康づくりを積極的に促進

(1) 現状

- 県総合健康センター（三島市谷田）は、1996年5月1日に、県民の健康づくりを積極的に促進するため、健康科学に立脚した健康づくりのための総合施設として設置・開設されました。
- 「調査研究」「情報収集・提供」「指導者養成・研修」「普及啓発・相談」などの機能を備え、大学や研究機関と連携し、新たな健康づくりのあり方を総合的に研究し、その成果を県健康福祉センターや市町など関係機関を通して還元しています。

(2) 課題

- 県民の健康づくりへの関心の高まりや健康情報の氾濫に伴い、正しい健康づくり情報の提供が求められています。このため、健康づくりの研究成果や健康づくりに関する情報を更に充実・提供していくことにより、生活習慣病の予防による健康寿命の延伸、時代に即応した科学的健康づくりの推進など、今後も健康づくりの中核施設として、県民の健康づくりを支援していくことが必要です。

(3) 対策

ア 調査・研究

- 健康づくりを科学的根拠に基づき推進するため、大学等と連携を図りつつ、健康に関する基礎的調査、生活習慣病予防の疫学研究、市町健康づくり計画策定支援等を行い、その成果を県健康福祉センターや市町及び県民に還元していきます。

イ 情報収集・提供

- 健康づくりに関連する基礎データや県内外の適正な最新の健康情報・統計資料等を収集・蓄積し、ホームページや健康情報誌等で提供します。

ウ 指導者養成・研修

- 健康づくり事業の効果的推進のため、県健康福祉センターや市町の保健師、栄養士等の資質向上を目指した研修を行います。

エ 普及啓発・相談

- 健康づくりに関する意識を高めるための啓発資料の作成や健康教育を実施するとともに、市町などが実施する健康づくりに関する相談事業を支援します。

5 環境衛生科学研究所

(1) 現状

○環境衛生科学研究所（静岡市葵区北安東（～2019年度）、藤枝市谷稲葉（2020年度～））は、地方衛生研究所として、これまでの調査研究や試験検査で得た高度で専門的な知見やデータ、高度な分析機器及び技術を活かし、調査研究、試験検査、研修指導及び保健衛生に係る情報の収集・解析・発信を通じて感染症予防、食品衛生、薬事衛生等、広範多岐にわたる保健衛生行政の科学的・技術的な中核機関としての役割を担います。

(2) 課題

○近年、新型インフルエンザ H1N1pdm09 の流行や、本来日本国内では存在していないデング熱患者の発生等、新たな感染症事案が発生しています。感染症や食中毒が発生した場合、保健衛生上の観点から、迅速に病原微生物や感染源等を特定し、感染拡大や被害拡大を防ぐことが求められます。

○いわゆる危険ドラッグのように、多幸感や興奮性の作用を持つ有害物質が法令で規制されないうちに流通し、購入者が摂取することによる健康被害が発生しています。このような事案では、発生時点で検出法等が確立されていないのが現状ですが、被害拡大を防ぐためには迅速かつ正確な試験検査の実施が求められます。

○農畜水産物に使用される農薬や抗菌性物質は、人体に対する有害性が懸念されることから、使用量や流通食品中の残留量は厳しく制限されていますが、年々規制対象となる農薬等が増大しており、試験検査の対応が必要となっています。

○本県は医薬品、医療機器及び化粧品生産金額の合計が1兆円を超え、全国一位です。県内で製造される医薬品等の品質を確認することは、保健衛生上の観点だけでなく、産業育成の観点からも重要です。

○当研究所は、県が推進する富士山麓先端健康産業集積（ファルマバレー）プロジェクトの協力機関として、約12万種の化合物ライブラリーを保管、管理しています。化合物ライブラリーを活用した創薬探索研究において、当研究所がその一翼を担うことが期待されています。

(3) 対策

ア 感染症や食中毒への対応

○新型インフルエンザやデング熱等の新たな感染症の流行拡大や、食中毒による健康被害の拡大を抑制するため、病原体の迅速検査方法等の確立のための研究を実施します。

○研究成果を活用して感染症及び食中毒検査の短時間処理体制や病原体の同定処理体制の充実を図り、迅速・集中的な検査の実施や早期の原因究明を行います。

イ 危険ドラッグ、その他の薬物の不適正使用に伴う健康危機事案への対応

○危険ドラッグ等の規制薬物への対応として、危険ドラッグ中の規制対象となる化学物質について複数物質の一斉分析法や迅速分析法の開発のための研究を実施します。

○研究成果を活用して危険ドラッグ等の規制薬物の迅速検査を実施し、早期の原因究明を行います。

ウ ファルマバレープロジェクトの推進

- 静岡県発の医薬品の創製を目指して、化合物ライブラリーを活用した創薬探索研究を推進します。

エ 先進的、高度な技術力を要する研究・試験検査の実施

- 農畜水産物の残留農薬等、食品中の規制対象となる化学物質について、複数物質の一斉分析法や迅速分析法の開発のための研究を実施し、その成果を活用して収去食品の検査を実施します。
- 日本が医薬品査察の国際団体である PIC/S（医薬品査察協定・医薬品査察協同スキーム）に加盟したことに伴い、医薬品検査における公的認定試験検査機関として、PIC/S が提唱する国際基準の品質管理監督システムにより試験検査業務を運用します。

オ 試験検査の精度管理

- 正しい試験検査結果を出すために、機器点検、試験検査結果の検証、職員への教育訓練や信頼性確保（保証）部門による内部点検等の実施により、精度管理を徹底します。また、ISO9001をベースとした試験検査の品質管理監督システム（ISO17025）の手法を導入し、試験検査の品質を確保します。

カ 業者等への研修、技術指導

- 県や市町の保健衛生行政関係職員の研修指導、試験検査機関や医薬品製造業者の品質管理担当者に対する測定機器の操作等の技術指導を積極的に行います。

キ 情報の収集・解析・提供

- 国や他自治体の研究機関、医療機関、大学等と連携し、保健衛生に関する情報の迅速な収集、解析を進めるほか、行政機関及び県民に対する情報提供を積極的に行います。

6 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。
- 32市町に58ヶ所の保健センターが設置されています。(2017年4月1日現在)
- 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。
- 35市町のうち3市町においては、保健センターが設置されていません。

(3) 対策

- 市町における保健サービスのより一層の推進のために、必要な人材の確保、資質の向上とともに、保健、医療、福祉サービスの連携のための体制の確立を図ります。
- 市町が効果的な保健活動を行うために、県及び健康福祉センター（保健所）は医師会・医療機関、社会福祉施設等関係団体・機関との連携・協力を支援します。
- 県及び健康福祉センター（保健所）は、住民の様々なニーズに応え、効果的、効率的に事業を実施するため、保健活動の拠点施設としての保健センター機能の充実を支援します。保健センター未設置市町について、代替施設において適切な保健活動が実施されている場合は、その保健活動を支援します。

第7節 地域医療に対する住民の理解促進

【対策のポイント】

- 医療機関の役割分担と連携に当たり、サービスの受け手である住民の理解促進
- 地域の医療を育む住民団体等との協働により、医療機関の適切な利用について住民に周知

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
地域医療支援団体の数	10 団体 (2017 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

(1) 現状

- 県では、2015 年度から地域医療を育む住民団体との協働により、身近な医療に対する理解の促進を図る活動を展開することで、地域住民が主体となって地域医療を支えていく社会を目指しています。
- 軽い病気にかかったと思われる場合の対応として、医療機関にかかる割合が約 8 割を占めており、かかりつけ医の有無については、いずれの年度も「いる」が 6 割程度となっています。住民に対して、医療機関の適切な利用の周知を進める必要があります。
- 高齢化の進行に伴い、年間死亡者数は今後も増加し続けることが予想されています。厚生労働省では「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の策定から約 10 年が経過したことから、平成 30 年 3 月に同ガイドラインを改訂しました。「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更し、医療・ケアチームの対象に介護従事者を含むことが明確化されました。
- 同ガイドラインでは、よりよい人生の最終段階における医療には、第一に十分な情報と説明を得たうえでの患者の決定こそが重要であること、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおいては患者、家族、医療・ケアチームの間で繰り返し話し合うこと（アドバンス・ケア・プランニングの取組）が重要であること等が示されています。

(2) 課題

- 医療機関の役割分担と連携に当たっては、サービスの受け手である住民の理解を得て進めていく必要があります。
- 在宅医療・介護への不安の払拭とともに、在宅での療養を望む方に対して、在宅サービスを利用して最期まで在宅で生活できることを紹介し、人生の最終段階における医療・ケアの在り方に対する住民の理解を促進することが求められています。

(3) 対策

- 地域の医療を支えようと自ら活動している住民の方々の集まりである地域医療支援団体を増やすことによって、県民による地域医療を支える活動の拡大を目指します。
- 地域医療支援団体との協働により、医療機関の役割分担や連携についての周知を図り、地域医療構想の目的や必要性の理解を促進します。
- 患者や住民が医療の必要性に応じた質の高い医療を受けることができるよう、「コンビニ受診¹」の抑制と「かかりつけ医」の普及啓発を図ります。
- 在宅患者の急変時における地域でのルールの策定や、在宅患者とその家族が、かかりつけ医と急変時の対応について、事前に話し合いをすることで安心して在宅で療養できる環境の整備を図ります。
- 住み慣れた地域で、人生の最期まで自分らしい生活を送ることができるように、「高齢者在宅生活“安心”の手引き」等を活用し、住民への普及啓発を図ります。
- 人生の最終段階において、患者本人の意思を尊重した方針決定ができるように、患者とその家族を支える関係職種間における連携体制の強化を図ります。

¹ コンビニ受診：「平日は休めない」、「昼間は混んでいる」といった理由で、コンビニに出掛けるような軽い気持ちで夜間や休日に救急外来を利用する緊急性のない軽症患者の行動のこと。救急外来は少数の重症者の対処に特化したスタッフ体制をとっており、多数の患者の診療は難しい。

第12章 計画の推進方策と進行管理

第1節 計画の推進体制

- 日常的な健康相談、保健サービスの提供、介護保険制度等の福祉サービスの提供等については、市町を中心として、住民に密着した活動を積極的に展開するとともに、かかりつけ医等と病院、福祉関係機関等との連携を強化し、保健医療計画の推進を図ります。
- 2次保健医療圏においては、地域医療協議会等を中心として、圏域の特性に対応した総合的な保健医療提供体制が確立されるよう、関連する福祉分野まで含めた基本的な問題について協議、調整を行います。
- また、保健所（健康福祉センター）は、市町の行う地域保健活動と連携しつつ、高度・専門的、広域的な業務を担うとともに、地域医療協議会や地域医療構想調整会議、地域の医療関係団体等と協力して保健医療計画の推進を図ります。
- 3次保健医療圏における課題については、県健康福祉部が中心となって、各関係団体等の協力を得て、計画の着実な推進を図ります。
- 保健医療計画の内容を、様々な機会をとらえて県民をはじめ市町、関係者に周知し、計画に対する理解と協力を得るよう努めていきます。
- また、保健・医療・福祉に関する情報を積極的に提供するとともに、計画の数値目標に対する進捗状況の分析結果などについて、静岡県医療審議会への報告やホームページなどを通じて公開します。

第2節 数値目標等の進行管理

- 保健医療計画の実効性を高めるため、あらかじめ数値目標を設定して、PDCAサイクルを取り入れながら計画の進行管理を行います。
- 計画の推進に当たっては、数値目標に対する進捗状況等を分析し改善を図るとともに、中間年である3年目に見直しを行います。

第8次静岡県保健医療計画 数値目標一覧

1 保健医療計画に掲げる数値目標等

ア 医療機関の機能分担と相互連携（第5章）

(ア) 地域医療支援病院の整備

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
地域医療支援病院の整備	6 医療圏21病院 (2017年度末)	全医療圏に整備	地域バランスを考慮した整備の推進	県医療政策課調査

(イ) 県立静岡がんセンター

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
患者満足度(入院/外来)	入院98.0% 外来96.4% (2016年度)	入院95%以上 外来95%以上 (毎年度)	過去の実績を基に、最低限維持すべき数値として設定	県立静岡がんセンター調査
県立静岡がんセンターのがん治療患者数	12,068人 (2016年度)	12,600人 (2021年度)	現状値や診療体制の現状を踏まえ5%程度の増加を見込んで設定	県立静岡がんセンター調査
県立静岡がんセンターのがん患者や家族に対する相談・支援件数	31,660件 (2016年度)	34,000件 (2021年度)	過去の伸率等を勘案して設定	県立静岡がんセンター調査
県立静岡がんセンターが実施した研修修了者数	累計616人 (2016年度まで)	累計981人 (2021年度)	過去の実績や今後の研修過程制度の動向を考慮し、設定	県立静岡がんセンター調査

(ウ) 地方独立行政法人静岡県立病院機構

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	
県立3病院の経常収支比率	中期目標期間を累計した損益計算における経常収支比率	102.8% (第2期途中)	100%以上	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
県立病院の患者満足度	県立総合病院	入院96.0% 外来86.2% (2016年度)	入院90%以上 外来85%以上 (毎年度)	過去実績を元に最低限維持すべき目標値として設定	各病院の患者満足度調査
	県立こころの医療センター	外来88.5% (2016年度)	外来85%以上 (毎年度)		
	県立こども病院	入院92.7% 外来94.6% (2016年度)	入院90%以上 外来90%以上 (毎年度)		
県立病院の病床利用率	県立総合病院	90.4% (2016年度)	90%以上 (2021年度)	過去5年間の平均値を参考に設定	事業報告書 (2012~2016年度)
	県立こころの医療センター	90.6% (2016年度)	85%以上 (2021年度)		
	県立こども病院	78.7% (2016年度)	75%以上 (2021年度)		

(エ) 医療機能に関する情報提供の推進

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	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	77.6% (2016年度)	100%	医療法第6条の3により、報告義務あり	県医療政策課調査
年1回定期報告 県内薬局の報告率	96.8% (2016年度)	100%	医薬品医療機器等法第8条の2により、報告義務あり	県薬事課調査

イ 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6章）

(ア) 疾病

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	
がん	胃がん	77.5% (2014年)	90%以上	国の第3期がん対策推進基本計画の目標値の90%と同じ値を設定	厚生労働省「第3期がん対策推進基本計画」
	肺がん	75.1% (2014年)			
	大腸がん	65.6% (2014年)			
	子宮頸がん	44.4% (2014年)			
	乳がん	81.3% (2014年)			
対県標準化死亡比 最大の地域と最小の地域の比較倍率	1.36倍 (2011~2015年)	1.20倍	がんで亡くなる県民の地域差を1.2倍以内に下げようとして設定	第3次静岡県がん対策推進計画	
がん患者の就労支援に関する研修受講者数	47人 (2016年度)	累計300人 (2021年度)	年間50人程度を5年間養成（スキルアップを含む）	県疾病対策課調査	
脳卒中	高血圧の指摘を受けた者のうち現在治療を受けていない者の割合	男 29.8% 女 20.2% (2013年)	男 24.0% 女 16.0%	2割減少させる。	県民健康基礎調査
	脳卒中の年齢調整死亡率（人口10万人当たり）	男 44.3 女 23.2 (2015年)	男 37.8 女 21.0	年齢調整死亡率について全国平均まで引き下げる	厚生労働省「人口動態統計」より算出
	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法を実施可能な保健医療圏	賀茂以外の7医療圏 (2016年)	全医療圏	全医療圏で実施可能な体制を構築	厚生労働省「診療報酬施設基準」

心筋梗塞等の 心血管 疾患	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 29.8% 女 20.2% (2013年)	男 24.0% 女 16.0%	2割減少させる。	県民健康基礎調査
	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション (PCI) を実施可能な保健医療圏	賀茂以外の7医療圏 (2016年)	全医療圏	全医療圏で実施可能な体制を構築	厚生労働省「診療報酬施設基準」
	心大血管疾患リハビリテーション(I)又は(II)の基準を満たす施設が複数ある医療圏の数	駿東田方、静岡、志太榛原、西部の4医療圏 (2016年)	全医療圏	全医療圏で心大血管疾患リハビリテーションを実施可能な体制を構築	厚生労働省「診療報酬施設基準」
糖尿病	特定健診受診率	52.9% (2015年度)	70%以上	第3期医療費適正化計画の目標値	国法定報告
	年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病腎症の患者数	522人 (2015年)	481人	健康日本21の算定方法に準じて算出	日本透析医学会統計調査
肝炎	肝疾患死亡率(人口10万人当たり)	31.2 (2016年)	27.0 (2022年)	県の過去3年間の減少率の維持	厚生労働省「人口動態統計」
	ウイルス性肝炎の死者数	100人 (2016年)	50人 (2022年)	半減を目指す	厚生労働省「人口動態統計」
精神 疾患	精神科病院1年以上の長期在院者数	3,518人(暫定値) (2016年6月30日)	3,232人 (2020年度)	地域移行の推進により1年以上の長期在院者数を引き下げ	厚生労働省「精神保健福祉資料」より算出
	精神科病院入院後3か月時点退院率	57.8%(暫定値) (2016年6月30日)	69%以上 (2020年度)	第5期障害福祉計画に係る国の基本指針に基づき設定	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6か月時点退院率	79.1%(暫定値) (2016年6月30日)	84%以上 (2020年度)		
	精神科病院入院後1年時点退院率	88.6%(暫定値) (2016年6月30日)	90%以上 (2020年度)		

(イ) 事業

数値目標		現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
救急医療	心肺機能停止患者の1か月後の生存率	10.9% (2016年)	13.3%	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	7.5% (2016年)	8.7%		
	救命救急センター充実段階評価がS・Aとなった病院の割合	—	100% (2021年度)	全センターに対するS・Aの評価を目標に設定	厚生労働省調査
災害医療	業務継続計画を策定している災害拠点病院及び救護病院の割合(対象:90病院)	20病院(22.2%) (2016年4月)	100%	被災後、早急に診療機能を回復できるように業務継続計画を整備	静岡県「H29病院におけるBCPの考え方に基づいた災害対策マニュアル策定状況調査」<2017.4>
	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:90病院)	研修7病院(7.8%) 訓練14病院(15.6%) (2016年4月)	100%	整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施	
	2次保健医療圏単位等で災害医療コーディネート機能の確認を行う訓練実施回数	年1回 (2016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関連研修実施回数	年3回 (2016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	県地域医療課調査
へき地の医療	医療提供支援策が実施されている無医地区の割合	100% (2016年)	100% (毎年度)	患者輸送車運行事業や巡回診療等による、医療提供の支援を行う	無医地区等調査(県地域医療課)
	へき地医療拠点病院による、へき地への巡回診療	年16回/病院 (2016年)	年12回以上/病院 (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安とする	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)
	へき地医療拠点病院による、へき地への代診医派遣	年14回/病院 (2016年)			
周産期医療	周産期死亡率(出産千人当たり)	3.7 (2015年)	3未満	全国トップクラスを目指す。(2015年に3未満であったのは6県のみ)	厚生労働省「人口動態統計」
	妊産婦死亡数	1.7人 (2013~2015年平均)	0人	過去最高の水準(2014年:0人)で設定	厚生労働省「人口動態統計」
	母体救命講習会受講者数	36人 (2016年度)	累計427人 (2021年度)	産科医全員等が受講	県地域医療課調査
小児医療	乳児死亡率(出生千人当たり)	1.9 (2015年)	0.7	全国1位と同水準に設定	厚生労働省「人口動態統計」
	乳幼児死亡率(5歳未満人口千人当たり)	0.53 (2015年)	0.36	全国1位と同水準に設定	厚生労働省「人口動態統計」・総務省「人口推計」より算
	小児の死亡率(15歳未満人口千人当たり)	0.23 (2015年)	0.17	全国1位と同水準に設定	厚生労働省「人口動態統計」・総務省「人口推計」より算

(ウ) 在宅医療

数値目標		現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典	
提供体制	訪問診療を受けた患者数	12,565人/日 (2013年)	15,519人/日 (2020年)	各2次保健医療圏における必要量	厚生労働省「診療報酬施設基準」	
	最期を自宅で暮らすことができた人の割合	13.5% (2016年)	14.5% (2020年)	在宅医療等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」	
	退院支援	退院支援ルールを設定している2次保健医療圏数	— (2016年)	全医療圏 (2020年)	全ての2次保健医療圏において設定	県地域医療課調査
	日常療養支援	訪問診療を実施している診療所、病院数	1,050施設 (2016年度)	1,161施設 (2020年度)	訪問診療を受けた患者数の増加に対して必要な数	県地域医療課調査
	急変時対応	在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数	22施設 (2017年)	30施設 (2020年)	在宅医療等必要量の見込みから算出	東海北陸厚生局届出
	看取り	在宅看取りを実施している診療所、病院数	284施設 (2016年)	323施設 (2020年)	在宅医療等必要量の見込みから算出	県地域医療課調査
基盤整備	訪問看護	24時間体制をとっている訪問看護ステーション数	165施設 (2016年度)	230施設 (2020年度)	24時間体制加算の届出割合90%を目指す	厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」
		機能強化型訪問看護ステーション数	8施設 (2016年)	43施設 (2020年)	全ての市区町において設置を目指す	県地域医療課調査
	歯科訪問診療	在宅療養支援歯科診療所数	303施設 (2017年)	438施設 (2020年)	地域包括支援センター1箇所当たり3施設程度	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	437施設 (2017年)	605施設 (2020年)	在宅医療等必要量の見込みから算出	県健康増進課調査
	かかりつけ薬局	在宅訪問業務を実施している薬局数	665薬局 (2016年度)	1,180薬局 (2020年度)	2025年までにすべての薬局で在宅訪問業務を実施	県薬事課調査

ウ 各種疾病対策等（第7章）

数値目標		現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
感染症対策	感染症患者届出数（二・三類）	676件 (2016年)	700件以下 (毎年)	感染症のまん延防止	県疾病対策課調査
	感染症に関する情報提供、注意喚起（ブリーフィング等件数）	11件 (2016年度)	10件以上 (毎年度)	感染症に対する正しい知識の普及	県疾病対策課調査
結核対策	喀痰塗抹陽性肺結核初回治療患者の失敗脱落割合	5.99% (2016年)	4.7%	全国平均以下 (2016年全国平均4.7%)	結核登録者情報調査年報
	新登録結核患者（全結核患者）への服薬支援の実施率	97.4% (2016年)	100%	全結核患者への支援を目指す	県疾病対策課調査
エイズ対策	県内新規HIV感染者及びエイズ患者報告数に占める新規エイズ患者報告数の割合	31.8% (2016年)	28.4%以下	過去5年間の平均新規エイズ患者報告数割合(35.5%)を2割減	厚生労働省「エイズ発生動向年報」
	県内9保健所におけるHIV検査件数	2,430件 (2016年度)	3,000件以上	過去5年間の平均検査件数実績(約2,900件)を上回る	県疾病対策課調査
	HIV陽性者に対する歯科診療の連携体制が構築できている2次保健医療圏数	1保健医療圏 (2016年度)	全8保健医療圏	県内全域のHIV陽性者の歯科診療体制確保を進める	県疾病対策課調査
難病対策	難病診療分野別拠点病院等指定	0施設 (2017年)	8施設	2次医療圏に1箇所の指定	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3,046人 (2016年度まで)	累計3,500人 (2021年度)	年100人の増	県疾病対策課調査
	難病患者介護家族リフレッシュ事業の利用者数	45人 (2016年)	90人	利用者数倍増	県疾病対策課調査
	在宅人工呼吸器使用難病患者に対する災害時個別支援計画策定	0件 (2016年)	270件	2016年度末県内ALS患者の人数	県疾病対策課調査
認知症	認知症サポート医の数	175人 (2016年)	276人 (2020年)	一般診療所10か所に対して1人	県長寿政策課調査
	かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	817人 (2016年)	1,717人 (2020年)	高齢者人口約470人に対して1人	県長寿政策課調査
	認知症サポーター養成数	累計272,292人 (2016年度まで)	累計360,000人 (2020年度)	国の目標1,200万人	県長寿政策課調査
アレルギー疾患対策	気管支ぜん息の64歳以下死亡者数	3人 (2015年度)	0人	気管支ぜん息死は、防ぎ得る死である。	静岡県人口動態統計
	気管支ぜん息について学校生活管理指導表を提出している中学校生徒の割合	0.6% (2016年度)	0.5%	中学校入学までに気管支ぜん息が寛解する小児を2割増加させる。	静岡県教育委員会「学校生活管理指導表活用状況報告」
	食物アレルギーについて学校生活管理指導表を提出している小学校児童の割合	2.2% (2016年度)	1.8%	小学校入学までに食物アレルギーが寛解する小児を2割増加させる。	静岡県教育委員会「学校生活管理指導表活用状況報告」
臓器移植対策	臓器移植推進協力病院数	29施設 (2017年度)	31施設	2013～2017年の5年間に1施設増のため、その倍増を見込む	県疾病対策課調査
	院内移植コーディネーター数	61人 (2017年度)	65人	2014～2016年度並の数を見込む	県疾病対策課調査
	骨髄提供登録者数	8,948人 (H29年3月末)	9,000人	骨髄バンク設立当時の全国30万人登録者確保の目標に対し人口比で設定	日本骨髄バンク調査
血液確保対策	必要な献血者数に対する献血受付者数の割合	94.3% (2016年度)	100% (2021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
治験の推進	治験ネットワーク病院による新規治験実施件数	135件 (2016年度)	150件 (毎年度)	ファルマバレープロジェクト第3次戦略計画の数値指標	ファルマバレープロジェクト第3次戦略計画
歯科保健対策	80歳(75～84歳)で自分の歯が20本以上ある人の割合	47.2% (2016年度)	52% (2021年度)	2016年の全国値を上回る値	健康に関する県民意識調査
	かかりつけ歯科医を持つ者の割合	41.6% (2016年)	65% (2022年)	国の目標値	健康に関する県民意識調査

エ 医療従事者の確保（第8章）

(ア) 医師

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
人口10万人当たり医師数（医療施設従事医師数）	200.8人 (2016年12月)	217人 (2021年)	東海四県のトップを目指す (2016年 三重県217.0人)	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
医学修学研修資金利用者数	累計868人 (2016年度まで)	累計1,393人 (2021年度)	2014～2016年度の平均貸与実績105人/年の増加を設定	県地域医療課調査
医学修学研修資金貸与者の県内医療機関勤務者数	192人 (2017年度)	340人 (2021年度)	直近4年間の平均増加人数37人/年の増加を設定	県地域医療課調査

(イ) 歯科医師

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
歯科訪問診療を実施する歯科診療所数【再掲】	437施設 (2017年)	605施設 (2020年)	在宅医療等必要量の見込みから算出	県健康増進課調査
がん診療連携登録歯科医の数	534人 (2016年度)	600人 (2022年度)	県内歯科診療所の1/3で対応可能とする	国立がん研究センター「がん診療連携登録医名簿」

(ウ) 薬剤師

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
かかりつけ薬剤師・薬局の機能を強化するための研修を受講した薬剤師数	84人 (2016年度)	累計1,090人 (2021年度)	2025年までに全ての薬局でかかりつけ薬剤師・薬局の機能を保持	県薬事課調査

(エ) 看護職員

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
人口10万人当たり看護職員数(常勤換算)	976.8人 (2016年12月)	1,080人 (2021年)	東海四県のトップを目指す	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	累計285人 (2016年度まで)	累計485人 (2021年度)	毎年度40人増加	県地域医療課調査
看護師等の離職時届出人数	846人 (2016年度)	1,200人 (2021年度)	毎年度70人程度増加	日本看護協会中央ナースセンター資料
特定行為指定研修機関又は協力施設数	0施設 (2016年度)	8施設	2次保健医療圏ごとに1箇所	厚生労働省資料

(オ) 管理栄養士・栄養士

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
市町管理栄養士(栄養士)配置率(政令市を除く)	90.9% (2017年度)	100% (2022年度)	全ての市町で管理栄養士(栄養士)を配置	県健康増進課調査
管理栄養士・栄養士を配置している特定給食施設の割合	75.4% (2017年度)	80% (2022年度)	健康増進法において努力義務とされている	県健康増進課調査
健康増進法第21条による指定施設における管理栄養士配置率	90.0% (2017年度)	100% (2022年度)	全ての指定施設で管理栄養士を配置	県健康増進課調査

(カ) ふじのくに医療勤務環境改善支援センター

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
医療勤務環境改善計画の策定	24病院 (2016年)	181病院	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

(キ) 介護サービス従事者

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
介護職員数	50,030人 (2015年)	59,493人 (2020年)	第8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	5,381人 (2015年)	5,969人 (2020年)	第8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

オ 医療安全対策の推進(第9章)

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	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	31.9% (2016年度)	30%	直近の実績数値以下を維持	県医療政策課調査

カ 健康危機管理対策の推進（第10章）

数値目標		現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
健康危機管理体制	新興感染症・再興感染症対応訓練開催回数	1回 (2016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	県健康福祉部政策監・疾病対策課調査
医薬品等安全対策の推進	薬事監視で発見した違反施設数	平均31施設 (2013～2016年度)	20施設以下 (2021年度)	医薬品等による健康被害を未然防止するため、現状値から毎年10%減少	県薬事課「薬事年度報告」
	収去検査	34検体 (2016年度)	34検体 (毎年度)	医薬品等の品質を維持するため、現状値を継続	県薬事課「薬事年度報告」
	医薬品類似食品の試買調査	21検体 (2016年度)	21検体 (毎年度)	健康被害を未然防止するため、現状値を継続	県薬事課「薬事年度報告」
	毒物劇物監視で発見した違反施設数	平均14施設 (2012～2016年度)	14施設以下 (毎年度)	毒物劇物による危害を未然防止するため、現状値を継続	県薬事課「薬事年度報告」
薬物乱用防止対策	薬物乱用防止に関する講習会未開催校数	15校 (2016年度)	0校 (2021年度)	全ての学校等で薬学講座等を開催	県薬事課調査
	危険ドラッグ販売店舗数	0店 (2016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	平均13施設 (2012～2016年度)	10施設以下 (毎年度)	麻薬及び向精神薬の乱用による危害を未然防止するため、現目標値を継続	県薬事課「薬事年度報告」
食品の安全衛生	人口10万人当たりの食品を原因とする健康被害者数	34.5人 (2016年度)	10人以下 (2021年度)	全国10位以内を目指す	厚生労働省「食中毒統計」
生活衛生対策の推進	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 (2016年度)	0施設 (毎年度)	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% (2016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
水道	水道法水質基準不適合件数	3件 (2016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

キ 保健・医療・福祉の総合的な取組の推進（第11章）

(7) 健康づくりの推進

数値目標		現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）		男性 72.15歳 女性 75.43歳 (2010、2013、2016年の平均値)	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加	第3次ふじのくに健康増進計画の目標値（健康日本21の目標値）	厚生労働省科学研究の公表値による（国民生活基礎調査を基に算出）
ふじのくに健康づくり推進事業所数		109事業所 (2016年度)	1,000事業所 (2021年度)	2017年度末目標400事業所に対して、毎年度150事業所ずつ増加	県健康増進課調査
健幸アンバサダー養成数		— (2016年度)	累計10,000人 (2021年度)	2017年度800人に対して、毎年度2,300人養成	県健康増進課調査
特定健診受診率【再掲】		52.9% (2015年度)	70%以上	第3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		18.5% (2015年度)	45%以上	第3期医療費適正化計画の目標値	国法定報告
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18.7%減少 (2015年度)	2008年度の25%以上減少	第3期医療費適正化計画の目標値	県健康増進課調査
がん検診受診率	胃がん（40-69歳）	42.6% (2016年)	50%以上	第3次静岡県がん対策推進計画の目標値	国民生活基礎調査
	肺がん（40-69歳）	52.4% (2016年)	60%以上		
	大腸がん（40-69歳）	43.5% (2016年)	50%以上		
	乳がん（40-69歳）	45.4% (2016年)	50%以上		
	子宮頸がん（20-69歳）	43.2% (2016年)	50%以上		
朝食を1人で食べる子どもの割合の減少		幼児 17.9% 小6年 29.4% 中2年 45.3% 高2年 62.3% (2016年度)	減少傾向へ (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画の目標値	教育委員会「朝食摂取調査」
喫煙習慣のある人の割合（20歳以上）		男女計 20.1% 男 31.6% 女 9.4% (2016年度)	12% (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画の目標値（健康日本21の目標値）	国民生活基礎調査

(4) 科学的知見に基づく健康施策の推進

数値目標		現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
分析を行った県内の医療関係データ数		67.7万人分 (2017年度)	90万人分 (2021年度)	特定健診受診率の目標と整合	県健康福祉部政策監調査
社会健康医学に関する講演会等参加者数		339人 (2016年度)	累計2,000人 (2018～2021年度)	県民向けシンポジウム、大学等と連携した研究発表会	県健康福祉部政策監調査

(ウ) 高齢化に伴い増加する疾患等対策

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している県民の割合の増加	39.3% (2016年度)	80% (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画の目標値（健康日本21の目標値）	健康に関する県民意識調査
足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（千人当たり）	男 209人 女 280人 (2013年)	男 200人 女 260人 (2022年)	第3次ふじのくに健康増進計画の目標値（健康日本21の目標値）	国民生活基礎調査

(エ) 高齢者保健福祉対策

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
最期を自宅で暮らすことができた人の割合【再掲】	13.5% (2016年)	14.5% (2020年)	在宅医療等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」
認知症カフェ設置数	94箇所 (2016年度)	221箇所 (2020年度)	市町の設置目標を積み上げて設定	県長寿政策課調査
地域包括支援センター設置数	143箇所 (2016年度)	165箇所 (2020年度)	市町の設置計画を踏まえて設定	県長寿政策課調査
「通いの場」設置数	2,003箇所 (2015年度)	2,640箇所 (2020年度)	人口1万人に概ね10箇所を目標	厚生労働省「介護予防・日常生活総合事業の実施状況に関する調査」

(オ) 母子保健福祉対策

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
子育て世代包括支援センター設置数	22箇所 (2016年度)	43箇所 (2021年度)	全市町での設置を目指す	県子ども家庭課調査
産婦健康診査実施市町数	0市町 (2016年度)	全市町 (2021年度)	全市町での実施を目指す	県子ども家庭課調査
新生児聴覚スクリーニング検査受検率	—	100% (2021年度)	全新生児の受検を目指す	県子ども家庭課調査
医療従事者向け母子保健研修受講者数	357人 (2016年度)	400人 (毎年度)	2013～2015年度平均値（382人）を元に設定	県子ども家庭課調査

(カ) 障害者保健福祉対策

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	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	227団体 (2017年度)	300団体 (2021年度)	当面目標としている県所管の394団体のうち、約80%の参画を目標とする	県障害者政策課調査
重症心身障害児（者）等を対象とした医療型短期入所サービス施設数	10箇所 (2016年度)	15箇所 (2021年度)	施設が未設置又は不十分な医療圏に設置	県障害福祉課調査
障害福祉サービス1か月当たり利用人数	26,969人 (2016年度)	32,874人 (2020年度)	障害福祉計画に係る国指針に基づき設定	県障害者政策課調査

(キ) 地域の医療を育む住民活動

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
地域医療支援団体の数	10団体 (2017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

○ 2次保健医療圏における計画の推進

ア 賀茂保健医療圏

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
高血圧症ハイリスク者（Ⅱ度以上）の割合	10.1% (2014年度)	9%未満 (2022年度)	H26年度1,091人（10.1%）から120人減らし971人（9.0%）とする。	特定健診データ報告書
新規透析導入患者数	31人/年 (2012～2016年)	16人/年以下 (2022年度)	新規導入者の半減	障害者手帳交付台帳搭載数
救急搬送先検討から決定までに30分以上を要した件数	12件/年 (2011～2015年)	6件/年以下	搬送先検討から決定までに30分以上を要した件数の半減	下田消防本部及び東伊豆消防署資料
定期的な救護所設置運営訓練を実施している市町数	1町 (2016年度)	6市町	管内全市町で実施	市町医療救護体制に関する調査（県地域医療課）

イ 熱海伊東保健医療圏

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
特定健康診査・特定保健指導の実施率 (管内市町国保)	特定健診の受診率 42.8% (2015年度)	70%以上 (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	市町法定報告
	特定保健指導実施率 23.0% (2015年度)	45%以上 (2022年度)		
がん検診受診率	胃がん 13.8% 肺がん 24.8% 大腸がん 30.4% 子宮頸がん44.8% 乳がん 46.7% (2015年)	50%以上 (2022年)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
医療・介護の多職種連携のための協議会等の開催回数	各市が設置・運営する協議会：年2～3回 熱海健康福祉センターが設置・運営する圏域会議：年3回	各市が設置・運営する協議会：年1回以上 熱海健康福祉センターが設置・運営する圏域会議：年1回以上（毎年度）	地域包括ケアシステム構築のための方策等を協議会等で検討・策定し、運営体制維持・強化のために継続開催	県熱海健康福祉センター調べ

ウ 駿東田方保健医療圏

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
がん検診精密検査受診率	胃がん 83.8% 肺がん 65.4% 大腸がん 64.9% 子宮頸がん50.6% 乳がん 75.2% (2014年)	90%以上 (2022年)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
特定健診・特定保健指導の実施率 (管内市町国保)	41.4% (2015年度)	60%以上 (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	市町法定報告
	24.8% (2015年度)	45%以上 (2022年度)		
喫煙習慣のある人の割合（20歳以上）	男性 33.3% 女性 9.0% (2014年度)	減少 (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書
最期を自宅で暮らすことができた人の割合	12.3% (2016年)	14.5% (2020年)	県の目標値まで引き上げる	厚生労働省「人口動態統計」
人口10万人当たり医師数 (医療施設従事医師数)	217.7人 (2016年)	229.5人	静岡医療圏のレベルまで引き上げる	医師数等調査

エ 富士保健医療圏

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
特定健診受診率（管内市町国保）	35.4% (2015年度)	70% (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	市町法定報告
がん検診受診率	胃がん 10.7% 肺がん 35.5% 大腸がん 36.4% 子宮頸がん45.4% 乳がん 39.7% (2015年)	肺がん：60%以上 胃がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん：50%以上	県がん対策（第3次）推進計画の目標値	国民生活基礎調査
がん検診精密検査受診率	胃がん 88.2% 肺がん 75.7% 大腸がん 73.9% 子宮頸がん61.4% 乳がん 94.8% (2014年)	90%以上	県がん対策（第3次）推進計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
喫煙習慣のある人の割合（20歳以上）	男性 36.8% 女性 10.3% 計 24.2% (2014年度)	12% (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	特定健診・特定保健指導分析結果

オ 静岡保健医療圏

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
がん検診受診率	胃がん(男) 14.5% 胃がん(女) 12.6% 胃がん(男) 22.8% 胃がん(女) 23.1% 大腸がん(男)23.7% 大腸がん(女)24.0% (2016年)	40% (2022年)	静岡市健康爛漫計画に関連して設定	静岡市調べ
	子宮頸がん27.4% 乳がん 67.1% (2016年度)	50% (2022年)		
自宅看取り率	14.6% (2014年)	30% (2025年)	静岡市健康長寿のまちづくり計画に関連して設定	静岡県人口動態統計

カ 志太榛原保健医療圏

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
がん検診精密検査受診率	胃がん 79.1% 肺がん 79.6% 大腸がん 72.2% (2014年)	90%以上 (2022年)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
	子宮頸がん92.7% 乳がん 93.6% (2014年)	増加 (2022年)		
「回復期」の病床数	396床 (2016年)	1,054床	2025年必要病床数を目指す	病床機能報告
人口10万人当たり医師数 (医療施設従事医師数)	154.8人 (2014年)	193.9人	県平均レベルを目指す	医師・歯科医師・薬剤師調査

キ 中東遠保健医療圏

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
がん検診精密検査受診率	胃がん 77.1% 大腸がん71.3% 肺がん 76.7% 乳がん 88.2% 子宮頸がん71.3% (2014年)	90%以上 (2022年)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
特定健診受診率（管内市町国保）	磐田市 46.1% 掛川市 38.1% 袋井市 52.9% 御前崎市44.3% 菊川市 41.9% 森町 42.4% (2015年度)	60% (2022年度)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	市町法定報告
習慣的喫煙者の標準化該当比	男性 101.2 女性 85.8 (2014年)	男性 60.0 女性 60.0	県内8医療圏中で最も低い数値を目指す。	静岡県総合健康センター「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」
紹介元病院の退院時カンファレンスに参加する診療所の率	23.3% (2016年度)	30%	退院後の療養を円滑に進める。	静岡県「疾病または事業ごとの医療連携体制に関する調査」

ク 西部保健医療圏

数値目標	現状値	目標値 (2023年度)	目標値の考え方	出典
がん検診精密検査受診率	胃がん 72.3% 大腸がん 48.0% 肺がん 62.6% 乳がん 73.6% (2014年)	90%以上 (2022年)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
メタボリックシンドローム該当者の標準化該当比	男性93.1 女性98.2 (2014年)	男性90.0 女性95.0	現状、良好な数値であるが、さらに向上させる	静岡県総合健康センター「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」
糖尿病の標準化該当比	有病者男性 97.1 女性 101.4 予備群男性 104.0 女性 104.6 (2014年)	100を超過場合は100以下、100以下の場合は更なる低下	県値あるいはそれ以下まで減少させる	静岡県総合健康センター「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」
習慣的喫煙者の標準化該当比	男性 90.3 女性 74.8 (2014年)	男性 60.0 女性 60.0	県内8医療圏中で最も低い数値を目指す	静岡県総合健康センター「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」
紹介元病院の退院時カンファレンスに参加する診療所の率	23.8% (2016年度)	30%	退院後の療養を円滑に進める	静岡県「疾病または事業ごとの医療連携体制に関する調査」