

### 3 心筋梗塞等の心血管疾患

#### 【対策のポイント】

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

#### （１）現状と課題

##### ア 心血管疾患の現状

- 急性心筋梗塞は、心臓に栄養と酸素を補給している冠動脈の閉塞等によって心筋（心臓の筋肉）への血流が阻害され、心筋が壊死し、心臓機能の低下が起きる疾患であり、心電図上の所見によりＳＴ上昇型心筋梗塞<sup>1</sup>と非ＳＴ上昇型心筋梗塞<sup>2</sup>に大別されます。心筋が虚血状態に陥っても壊死まで至らない前段階を狭心症と言います。
- 急性冠症候群は、心臓に栄養と酸素を供給している冠動脈のプラーク（コレステロールなどの塊）の破たんとそれに伴う血栓（血の固まり）により、冠動脈の高度狭窄（きょうさく）（血管が細く狭くなる状態）や閉塞を、突然来した状態です。これにより、心筋に十分な血液が行き届かなくなり、胸痛などの様々な症状を引き起こします。不安定狭心症や急性心筋梗塞の総称として用いられます。
- 急性心筋梗塞及び狭心症の症状としては、激しい胸痛、呼吸困難、冷汗、嘔気・嘔吐などがあり、血圧が低下すると意識を失うこともあります。胸痛は、安静にしても20分以上続くことが多く、ニトロ製剤<sup>3</sup>を使用しても5分後に胸痛が治まらない場合は、狭心症ではなく急性心筋梗塞が強く疑われます。
- 胸痛等の症状が起きたら、家族等周囲にいる者による迅速な救急要請を行いつつ、意識がない、呼吸、脈拍が感じられない場合等には胸骨圧迫<sup>4</sup>や自動体外式除細動器（ＡＥＤ）<sup>5</sup>による電氣的除細動<sup>6</sup>の実施、その後の救急隊等による速やかな搬送、医療機関による適切な急性期治療という一連の対応が非常に大切です。
- 大動脈解離は、大動脈の壁が二層に剥がれて（解離して）血液の通り道が、本来のものとは別にもう一つできた状態であり、突然の急激な胸背部痛、大動脈の破裂による出血症状、分枝動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状（臓器に必要な量の血液が流入しないことによる症状）等、様々な症状をきたします。解離の範囲により、上行大動脈に解離が及んでいるStanford A型

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

<sup>2</sup> 非ＳＴ上昇型心筋梗塞：心電図のＳＴの部分が増大していない心筋梗塞である。

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

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

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

<sup>6</sup> 電氣的除細動：心臓に電流を流して心臓の動きを正しいリズムに戻すことである。

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

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

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

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

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

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

## イ 本県の状況

### （死亡・罹患の状況）

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

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

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

### （医療従事者の状況）

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

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

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

○2020年の両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数は299人です。

○2020年の歯周病専門医が在籍する医療機関数は21施設です。

### (特定健康診査等の状況)

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

### (救急患者の搬送)

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

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

### (急性期の治療)

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

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

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

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

### (心血管疾患のリハビリテーション)

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

### (在宅への復帰)

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

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

### (移行期医療)

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

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

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

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

<sup>8</sup> 心血管疾患の重症患者を対象とする集中治療室である。

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

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

## ウ 医療提供体制

- 本県における心血管疾患患者の年齢調整死亡率は、男女とも全国平均を下回っています。しかし、急性心筋梗塞の標準化死亡比（SMR）（2017 年-2021 年）は、賀茂、熱海伊東、富士及び中東遠の 4 保健医療圏において各々174.4、203.3、132.5、148.1 と全国平均を有意に上回っており、早急な対策が必要です。
- 患者本人の意思を最大限尊重した医療・ケアの提供ができるよう、患者本人があらかじめ家族や医療・ケア関係者と話し合う A C P（アドバンス・ケア・プランニング）を普及させていくことが必要です。

### （ア）予防・啓発

- 高血圧、脂質異常症、糖尿病及び喫煙は、急性心筋梗塞や大動脈瘤及び解離の危険因子です。
- 心血管疾患死亡リスクが最も低い 120/80mmHg 未満と比較して、40 歳から 74 歳まででは 120/80mmHg 以上、75 歳から 89 歳まででは 140/90mmHg 以上で、血圧上昇に伴いリスクが増大 することが報告されています<sup>11</sup>。このため、高血圧のコントロールを厳密に行うことが極めて重要です。
- 急性冠症候群を一度発症した者は、再発を予防するため、厳格な L D L コレステロール管理が必要とされ、「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022」（日本動脈硬化学会）では 70mg/dl 未満が目標値とされています。
- 糖尿病患者は、非糖尿病患者と比較して、冠動脈疾患 にり患する頻度が 2 倍から 4 倍高いと報告されています。
- 喫煙しない人であっても、受動喫煙により影響を受ける場合があるため、受動喫煙防止の推進が重要です。
- 高尿酸血症、慢性腎臓病（C K D）、多量飲酒、ストレス等も危険因子です。
- 特定健康診査において、治療が必要と判断された「要医療」となった者の多くは、危険因子となる基礎疾患を有しており、受診勧奨や治療中断を防ぐ働き掛けを行う必要があります。
- 歯周病患者は、冠動脈疾患のリスクが 1.14 倍高いことが報告されています<sup>12</sup>。

### （イ）救護

- 消防機関による救急業務としての傷病者の搬送及び医療機関による受入れの実施に係る体制として、「静岡県傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の分類基準に「胸痛」を定め、傷病者の受入先となる医療機関 のリストを作成しています。
- 救急救命士を含む救急隊員の資質向上のため、循環器病対策を含めた研修機会の確保に取り組んでいます。
- 急性冠症候群に対しては、急性期の再かん流 （閉塞した血管を再び開通させる治療法） が生命予後の改善をもたらすことから、再かん流療法的手段として早く確実に再かん流が得られる P C I が第一選択とされ、24 時間 365 日対応で 治療を行うことが望ましいとされています。
- 大動脈解離のうち、上行大動脈に解離のある A型は、外科的手術（直達手術）により、上行大動脈に解離のない B 型は、急性期には合併症がない限り降圧安静治療を行います、どちらも

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

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



医療機関の外科部門が担っているところが大半です。

- 大動脈緊急症（急性大動脈解離、大動脈瘤破裂など）は、急性冠症候群と同様に治療開始までの時間が重要であり、搬送時間を考慮した上で、保健医療圏ごとに消防と連携した I C T を活用したネットワーク構築が必要です。
- 静岡県は、東西に広く、心臓血管外科医のいる施設の密度に、地域的にかなりの差があるため、広域搬送になる場合があります。
- 特に、賀茂保健医療圏及び熱海伊東保健医療圏からの救急搬送体制の整備が必要です。
- 急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者が速やかに救急要請を行うことが大切です。また、病院外で心肺停止状態となった場合は、周囲にいる者による胸骨圧迫の実施及び A E D を使用することで救命率の改善が見込まれます。2019 年末時点において、A E D は全国に約 65 万台普及しており<sup>13</sup>、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、A E D 等による応急手当の実施率は 50.6%（2021 年）と上昇傾向になっています。また、本県において、心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民による除細動の実施件数は 44 件（2021 年）です。

#### （ウ）急性期

- 急性心筋梗塞の急性期には、循環管理、呼吸管理等の全身管理とともに、S T 上昇型心筋梗塞、非 S T 上昇型心筋梗塞等の個々の病態に応じた治療が行われます。
- S T 上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法<sup>14</sup>や冠動脈造影検査及びそれに続く P C I により、阻害された心筋への血流を 再かん流させることが主体となります。発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高いため、救急隊接触から 30 分以内の血栓溶解剤の静脈内投与、90 分以内の P C I 実施が目標とされています。また、合併症等によっては冠動脈バイパス術（C A B G）<sup>15</sup>等の外科的治療が第一選択となることもあります。
- 非 S T 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 P C I、冠動脈バイパス術を行います。
- 賀茂、熱海伊東、富士、中東遠の 4 保健医療圏には、C C U を有する病院がなく、さらに賀茂、熱海伊東及び中東遠の 3 保健医療圏では心臓血管外科手術を実施している病院が ありません。これら 4 保健医療圏における急性心筋梗塞の標準化死亡比は他の保健医療圏に比べて高くなっています。虚血性心疾患の急性期医療における県内の地域格差を解消するよう、これら 4 保健医療圏の急性期医療体制を充実させる必要があります。
- 経口挿管されている場合は、人工呼吸器関連肺炎を予防するために口腔ケアが欠かせません。
- 大動脈解離の A 型は緊急の外科的治療の適応となる場合が多いですが、B 型は急性期には内科的治療が選択されることが多いです。ただし、破裂や重要臓器虚血などの合併症を有する場合等には、ステントグラフト<sup>16</sup>を用い外科的治療が必要となります。
- 心不全は、「心不全パンデミック」と言われるなど、非常に増加しつつあります。

<sup>13</sup> 出典：2020 年度厚生労働科学研究「A E D の販売台数と設置台数の全国調査」（研究分担者 救急救命東京研修所 教授 田邊 晴山）

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

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

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

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

## (エ) 回復期

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

<sup>17</sup> 心臓に挿入したカテーテルの先から高周波を流して、不整脈の原因となっている部分を焼く治療法のことである。

<sup>18</sup> レジストリ：特定の疾患、医薬品、医療機器、再生医療等製品等の使用、又は特定の状態（例えば年齢、妊婦、特定の患者の特徴）により定義される患者集団に関する研究を行う目的で構築されたものである。

<sup>19</sup> トレッドミル：運動負荷を与えるためのベルトコンベヤー状の室内ランニング装置である。

<sup>20</sup> 自転車エルゴメーター：ペダルをこぐことで運動負荷を与える自転車状の装置である。

- 心不全の回復期、維持期・生活期は、リハビリテーションが重要で、入院中のリハビリテーションに加え、通院リハビリテーションの徹底により、患者のQOLは確実に向上することから、どのようにリハビリテーションを進めていくかが課題です。
- 慢性心不全患者に対しては、症状及び重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法（CRT）<sup>21</sup>や随伴する難治性不整脈への治療が行われることがあります。
- 慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを患者の状態に応じて実施しています。
- また、心不全増悪や再入院の防止には、悪化による入院の早期より心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要です。
- 高齢慢性心不全患者で、他疾患併発や年齢に伴う筋力・体力の低下等により蛋白異化亢進状態であれば、栄養士による栄養管理を厳密に行うことも状態の改善には重要です。
- 心房細動後のリハビリテーションは、脳卒中予防の観点からも、ひいては健康寿命の延伸などの点からも重要です。

#### （オ）維持期・生活期

- 患者が、急性期から回復期、維持期・生活期まで切れ目なく医療を受けられるような在宅医療の体制整備や、医療サービスと介護・福祉サービス等の必要な支援が一貫して受けられるような体制の整備が必要です。
- 日本心不全学会の「心不全手帳」や各医療機関で運用している心不全連携パスは、各医療機関の役割分担により、心不全の患者をマネジメントするものです。
- 心不全においては、急性期を担う専門医療機関のほか、生活習慣の管理等を行う診療所のかかりつけ医（循環器の専門医以外を含む。）も重要な役割を果たすことになります。
- 心不全増悪の要因には、虚血性心疾患、弁膜症、心筋症等の心不全の原因となる疾患の再発や悪化、感染症、不整脈の合併等の医学的要因に加えて、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因、社会的支援の欠如等の社会的要因といった多面的な原因が含まれています。
- 心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要であり、循環管理、呼吸管理等の全身管理も必要となります。
- 心不全手帳は、各医療機関が共通した認識で心臓リハビリテーションを行う目的で活用されていくことにより、医療機関だけでなく、通所型介護施設や予防面からも重要です。
- 介護老人保健施設等入所者の心不全増悪時に、急性期病院に救急搬送されたのにもかかわらず、到着後にその患者又は家族から侵襲的なことは希望しない、苦しまないように又は看取っていただければ十分と伝えられる事例もあります。施設での心不全への対応、認識が課題です。
- また、後遺症により、日常生活の活動度が低下し、しばしば介護が必要な状態となることがあります。
- 病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整え、患者が生きがいを感じながら働ける社会を構築するためには、就労支援サービスの活用が必要です。

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

## （カ）再発・重症化予防

- 急性期を脱した後は、不整脈、心不全等の治療や合併症予防、再発予防、心血管疾患リハビリテーション、基礎疾患や危険因子（高血圧症、脂質異常症、糖尿病、喫煙）、歯周病等の管理を退院後も含めて継続的に行うことが重要です。
- 再発予防・重症化予防のための医療機関間の連携の強化も重要です。
- 必要に応じて在宅歯科診療を利用するなどして、口腔衛生状態や口腔機能の管理を定期的に行い、誤嚥性肺炎を予防することも重要です。
- 患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての啓発等が重要です。

## （２）対策

### ア 数値目標

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

### イ 施策の方向性

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

### （ア）予防・啓発

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

<sup>22</sup> 1985 年モデル人口を使用して算出したものである。



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

#### （イ）救護

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

#### （ウ）急性期

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

<sup>23</sup> 健康ハートウィーク：8月10日（ハート）を「健康ハートの日」とすることを日本心臓財団が提唱し、毎年、健康ハートの日を含む2週間を「健康ハートウィーク」として、全国各地で啓発イベント等が行われる。

<sup>24</sup> 救急現場から医療機関に傷病者が搬送されるまでの間において、医学的観点から救急救命士を含む救急隊員が行う応急措置などの質を保証することである。

や症例研究会の取組を進めます。

- アブレーション適用外の症例に対応するため、診療所のかかりつけ医も十分な認識を持って、心電図をこまめにとる、脈拍を計る、なるべく早く適切な抗凝固療法を行う、循環器の専門医に紹介することなどの取組を進めます。
- 学校健診等の機会における小児の循環器病患者の早期発見を推進するとともに、小児期から成人期にかけて循環器病に係る必要な医療を切れ目なく行うことができる移行医療支援の体制整備、療養生活に係る相談支援及び疾病にかかっている児童の自立支援を推進します。
- 平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できる仕組みづくりを推進します。

## (エ) 回復期

- 十分なリスク管理の下でできるだけ入院早期から、社会復帰を目的としたチーム医療での包括的な心血管疾患リハビリテーションを実施することを進めます。
- 地域の急性期医療機関と回復期及び在宅医療を含む維持期・生活期の医療機関等が、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画、合併症等の患者の状態、家族の状況等を心不全連携パス等により共有し、一貫したリハビリテーション、合併症の治療及び再発した場合の治療を連携して実施する体制づくりを推進します。

## (オ) 維持期・生活期

- かかりつけ医機能の充実や病診連携、かかりつけ歯科医等による医科歯科連携や歯科口腔保健の充実、かかりつけ薬剤師・薬局による服薬アドヒアランスの向上、看護師による切れ目のない看護の提供、管理栄養士・栄養士による栄養管理や、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーション等の多職種による支援・サービスの提供等を推進します。
- 在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、かかりつけ薬局等の充実により、在宅又は介護施設での訪問診療や生活機能の維持・向上のための訪問リハビリテーションを実施し、医療介護連携体制を整備して、日常生活の継続を支援します。
- 住み慣れた地域で急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の各病期の治療を総合的に切れ目なく受けられるように、医療機関等の機能分担及び連携、さらには介護施設との連携を推進します。
- 慢性心不全患者は、退院後、身近なかかりつけ医への定期受診や訪問診療で増悪を予防するために、心不全と基礎疾患の治療を続けます。急性増悪時には病診連携により地域の急性期医療機関で入院治療を受け、在宅生活への速やかな復帰を目指します。このように慢性心不全患者の在宅での療養が継続されるように、地域の仕組みづくりを進めます。
- 高齢で心機能の回復が難しい慢性心不全患者に対しては、患者の状態に応じた緩和ケアの実施や看取りを踏まえた対応を在宅医療で行うことを進めます。
- 後遺症等に関する知識等について、分かりやすく効果的に伝わるよう必要な取組を進めます。
- 治療と仕事の両立の相談支援体制を充実させます。

## (カ) 再発・重症化予防

- 発症早期から患者及びその家族に、医師をはじめとする多職種チームが急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離に関する現在の状態から再発予防、今後のリハビリテーション、ライフスタイル等の情報提供を行う体制を進めます。

- 急性心筋梗塞及び大動脈瘤・解離の患者は、退院後しばらくは急性期医療機関に通院しながら、身近なかかりつけ医のもとで再発予防のために基礎疾患の継続治療及び危険因子の管理、再発の兆候を捉える定期検査（心電図、胸部レントゲン写真、血液検査等）を続けます。多職種連携による外来での心血管疾患リハビリテーションを継続できる体制づくりを進めます。
- 心不全により再入院する患者を減らすため、心不全手帳を活用した取組を推進し、心不全手帳を導入した患者の１年後の再入院率 20%未満を目指します。
- 動脈硬化は、う歯や歯周病との関連性があるため、心筋梗塞の予防・再発防止のためにもかかりつけ歯科医への定期受診を勧めます。

## ○心筋梗塞等の心血管疾患のロジックモデル

### ＜個別施策＞

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

2: 救護	
現状データ	虚血性心疾患及び大動脈疾患により救急搬送された患者数

3: 急性期	
数値目標	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション(PCI)を実施可能な保健医療圏数
現状データ	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数
現状データ	循環器内科医師数・心臓血管外科医師数

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

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

### ＜中間アウトカム＞

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

2: 発症後の早期治療	
現状データ	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間
現状データ	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民による除細動の実施件数

3: 急性期医療の提供	
現状データ	急性心筋梗塞患者に対するインターベンション(PCI)実施数(算定回数)
現状データ	PCIを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、90分以内の冠動脈再開通件数(算定回数)
現状データ	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数

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

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

### ＜分野アウトカム＞

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

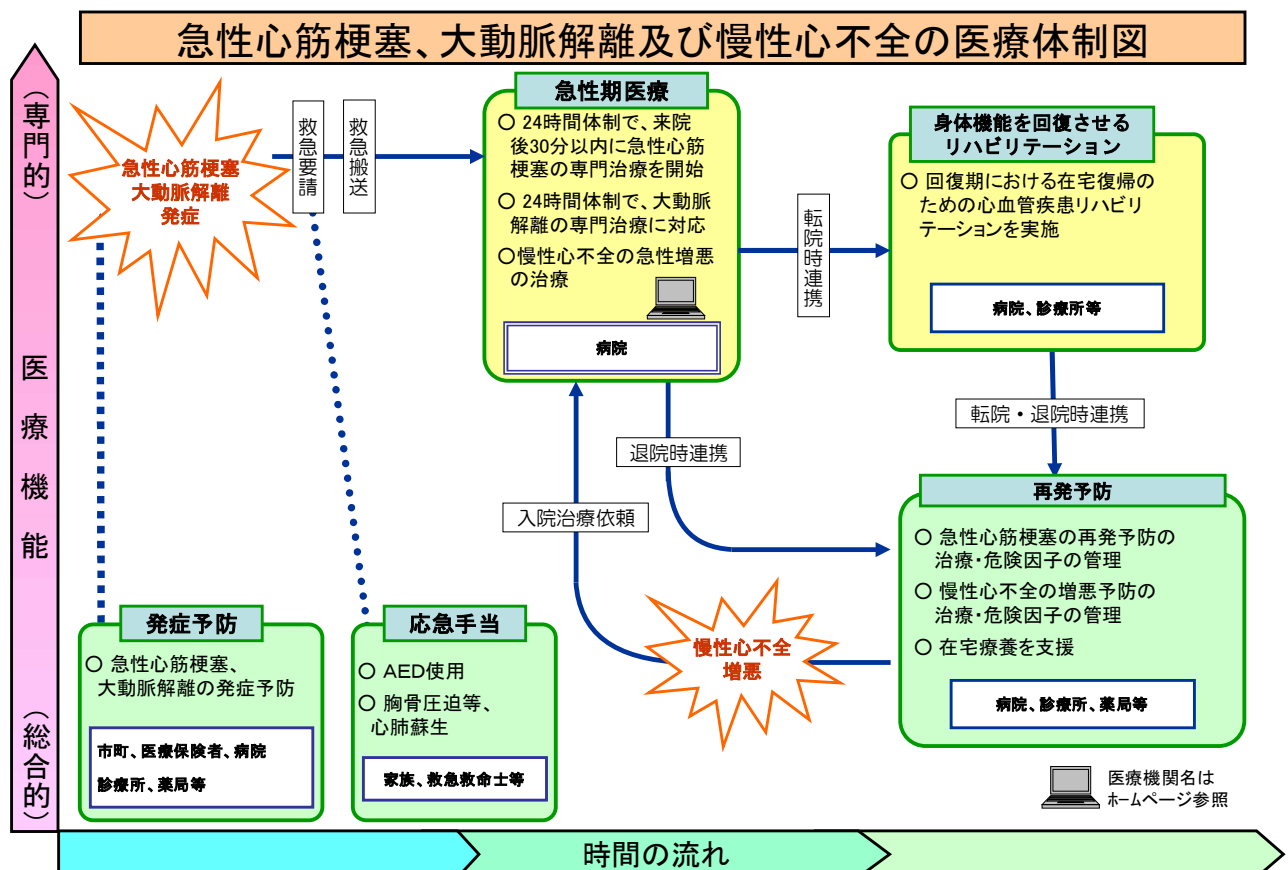
2: 日常生活の場での質の高い生活	
数値目標	健康寿命
現状データ	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合
現状データ	在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合
現状データ	心不全手帳を導入した患者における再入院率



### (3) 心血管疾患の医療体制に求められる医療機能

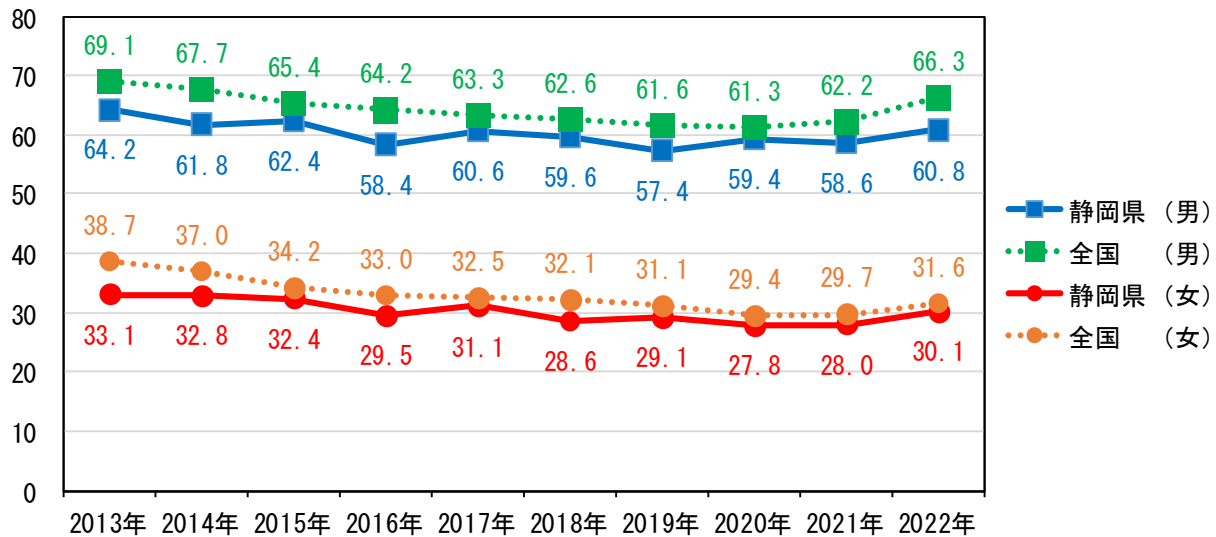
	発症予防	応急手当	救急医療	身体機能を回復させる リハビリテーション	再発予防
ポイント	○ 心筋梗塞等の 心 血 管 疾 患の発症を予 防	○ 専門的な診 療が可能な医 療機関への早 期搬送	○ 24時間体制で、来院後30分以内に専門 治療を開始 ○ 再発予防の定期的専門的検査を実施	○ 合併症や再発の予防、在宅 復帰のための心臓疾患リハ ビリテーションを入院又は通 院により実施 ○ 在宅等生活の場への復帰 の支援	○ 再発予防の治療・危険因 子の管理 ○ 患者に対し、再発予防など に関し必要な知識を教育 ○ 在宅療養継続の支援
機能の説明	・市町、医療保 険者による特 定健診・保健 指導の実施・ 受診勧奨 ・高血圧、脂質 異常症、喫煙、 糖 尿 病 等 の 危 険 因 子 の 管理 ・初期症状出現 時に急性期 医療を担う医 療機関への 受診勧奨	・家族、救急救 命士等による AED 使用 や 胸 骨圧迫の実施 ・地域メディカル コントロール協 議会によるプロ トコール（活動 基準）に則し、 薬剤投与を含 めた適切な観 察・判断・処置 を実施	・心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、X 線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助 循環等必要な検査及び処置を24時間実施 ・急性心筋梗塞を疑われる患者について、専門的な 診療を行う医師が24時間対応 ・ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査、及び 適応があればPCIを行い、来院90分以内の冠動脈 再疎通を実施 ・呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、 心破裂等の合併症に対する治療の実施 ・心臓外科的処置が可能であるか、処置可能な医療 機関との連携 ・電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペー シングへの対応 ・運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症 を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的な リハビリテーションを実施 ・抑うつ状態等の対応の実施 ・回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と診療情報 や治療計画を共有するなどして連携、またその一環 として再発予防の定期的専門的検査を実施	・再発予防の治療や基礎疾患・ 危険因子の管理、抑うつ状態 の対応の実施 ・心電図検査、電気的除細動等 急性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 管疾患リハビリテーションを実 施 ・急性期に医療機関及び2次医 療の医療機関と診療情報や 治療計画を共有するなどして 連携 ・再発や緊急時の対応法につ いて、患者及び家族への教育 の実施	・再発予防のための治療や基 礎疾患・危険因子の管理、 抑うつ状態への対応 ・緊急時の除細動等急性増悪 時への対応 ・合併症併発時や再発時に緊 急の内科的・外科的治療が 可能な医療機関と連携 ・急性期の医療機関や介護保 険サービス事業者等と再発 予防の定期的検査や合併症 併発時、再発時の対応を含 めた診療情報や治療計画を 共有するなどして連携 ・医療機関と訪問看護ステー ション、かかりつけ薬剤師、 薬局が連携し在宅でのリハ ビリ、再発予防のための管 理を実施

### (4) 心血管疾患の医療体制図



## (5) 関連図表

## ○心血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）の推移



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

## ○心血管疾患による死亡数（2021年）

		静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
心疾患（高血圧性を除く）	総数	6,086	180	283	1,131	637	1,202	707	654	1,292
	男	2,966	88	126	533	303	578	374	324	640
	女	3,120	92	157	598	334	624	333	330	652
	急性心筋梗塞	総数	1,029	51	82	136	161	135	94	199
	男	630	31	40	87	97	82	55	108	130
	女	399	20	42	49	64	53	39	63	69
心不全	総数	2,611	76	118	578	246	507	287	236	563
	男	1,058	32	46	245	88	211	126	84	226
	女	1,553	44	72	333	158	296	161	152	337
大動脈瘤及び解離	総数	589	23	26	109	53	111	74	58	135
	男	307	13	12	59	27	51	44	29	72
	女	282	10	14	50	26	60	30	29	63

(出典：静岡県人口動態統計)

## ○特定健診分析結果（標準化該当比）（2020年）

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

(出典：静岡県「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」)

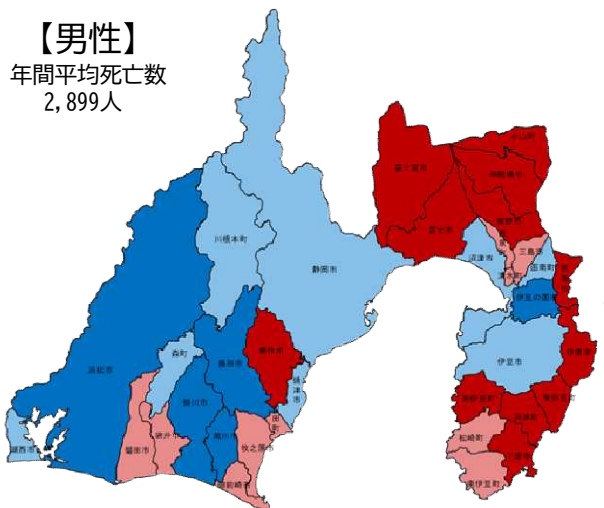
○標準化死亡比（SMR）（2017-2021 年）

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

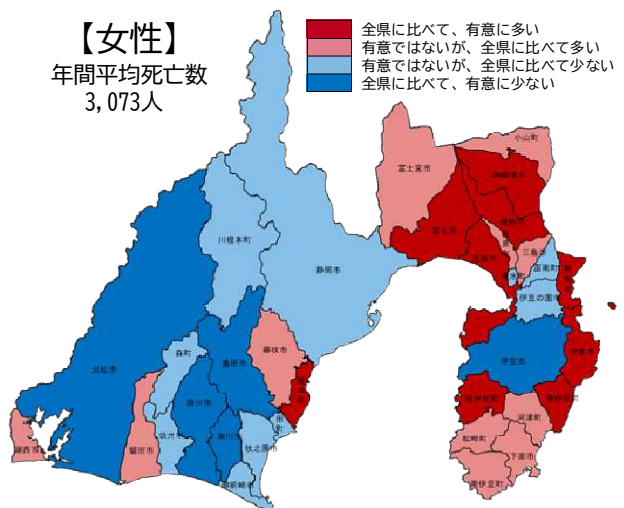
※網掛けは有意に多い

<県内比較>

【男性】  
年間平均死亡数  
2,899人



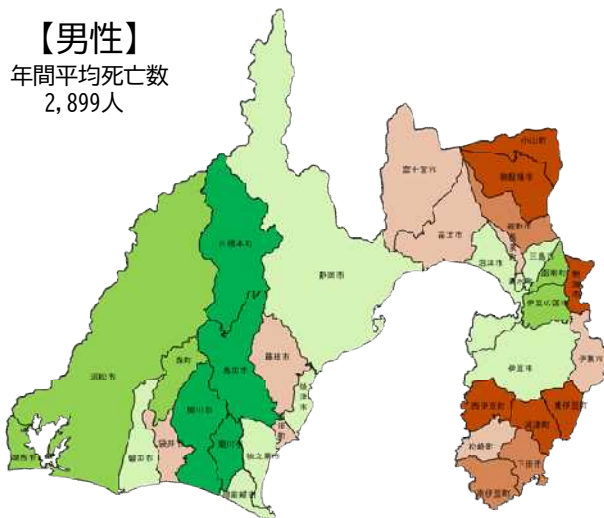
【女性】  
年間平均死亡数  
3,073人



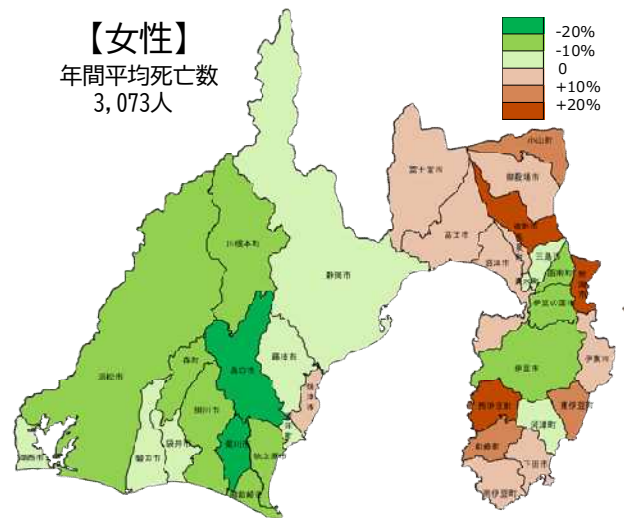
全県に比べて、有意に多い  
有意ではないが、全県に比べて多い  
有意ではないが、全県に比べて少ない  
全県に比べて、有意に少ない

<全国比較>

【男性】  
年間平均死亡数  
2,899人



【女性】  
年間平均死亡数  
3,073人



-20%  
-10%  
0  
+10%  
+20%

(出典：静岡県「静岡縣市町別健康指標」)

## ○指標による現状把握

(医療従事者の状況) (2020 年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
循環器内科医師数 (人口 10 万対)	13,026 10.3	310 8.6	1 1.7	6 6.0	60 9.4	22 5.9	82 11.9	24 5.3	29 6.3	86 10.1
心臓血管外科医師数 (人口 10 万対)	3,222 2.6	90 2.5	0 0.0	0 0.0	18 2.8	2 0.5	36 5.2	5 1.1	0 0.0	29 3.4

(出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

(救急患者の搬送)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
虚血性心疾患により救急搬送された患者数 (0.1 千人) (2020 年)	28.5	1.1	/	/	/	/	/	/	/	/

(出典：厚生労働省「患者調査」)

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

(出典：総務省消防庁「救急救助の現況」)

(急性期の治療) (2020 年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
CCUを有する病院数 (人口 10 万対)	258 0.20	9 0.25	0 0	0 0	2 0.3	0 0	3 0.4	1 0.2	0 0	3 0.4

(出典：厚生労働省「医療施設調査」)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションを実施できる医療機関数 (人口 10 万対)	1,224 1.0	33 0.9	* -	* -	6 0.9	4 1.1	7 1.0	4 0.9	3 0.6	9 1.1
心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数 (人口 10 万対)	378 0.3	14 0.4	0 0.0	0 0.0	5 0.8	* -	4 0.6	* -	0 0.0	5 0.6

(出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」)

※「\*」は医療機関数が3未満、全国及び静岡県の数値は\*を0として取り扱った場合の合計数

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
心筋梗塞に対するP C Iの実施件数	212,616	6,053	* 94	94	1,749	589	878	547	599	1,597
P C Iを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、90分以内の冠動脈再開通件数	32,352	1,060	0 *	0 *	271	112	155	153	103	266
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	13,915	435	0	0	81	10	169	13	0	162
大動脈疾患患者に対する手術件数	16,512	6,053	0	0	124	* 141	141	20	0	172

(出典：厚生労働省「NDB オープンデータ」)

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



(心血管疾患のリハビリテーション等)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅰ)又は(Ⅱ)の基準を満たす 医療機関数(2023年)		31	0	2	5	3	7	5	2	7
(人口10万対)		0.9	0.0	2.1	0.8	0.8	1.0	1.1	0.4	0.8

(出典：東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
入院心血管リハビリテーション の実施件数(2021年)	3,363,642	64,944	0	2,061	17,443	5,440	11,902	4,188	2,767	21,143
外来心血管リハビリテーション の実施件数(2021年)	1,526,943	17,225	0	*	5,394	586	6,083	3,294	268	1,600
心血管疾患における 介護連携指導の実施件数(2021年)	106,865	1,945								

(出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」)

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

(在宅への復帰)(2020年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
虚血性心疾患の退院患者平均在院日数		27.0	186.2	4.0	4.0	5.3	6.6	11.6	5.6	104.7
心血管疾患の退院患者平均在院日数		35.2	103.4	23.8	11.4	17.0	16.4	25.8	22.1	85.5
在宅等生活の場に復帰した 虚血性心疾患患者数(千人)		9.9								
在宅等生活の場に復帰した 虚血性心疾患患者の割合(%)		95.5								
在宅等生活の場に復帰した 大動脈疾患患者数(千人)		1.1								
在宅等生活の場に復帰した 大動脈疾患患者の割合(%)		75.9								

(出典：厚生労働省「患者調査」)

(心不全患者の再入院率)(2023年)

指標名	全国	静岡県	2次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
心不全手帳を導入した患者における 再入院率(%)		15.3								

(出典：疾病対策課調査)

※白紙

## 4 糖尿病

### 【対策のポイント】

- 糖尿病に関する正しい知識の普及啓発
- 糖尿病の早期発見のための特定健康診査と適切な治療及び静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用した重症化予防のための保健指導の推進
- 初期・安定期治療、専門的治療、急性合併症治療及び慢性合併症治療を行う医療機関の連携推進

### (1) 現状と課題

#### ア 糖尿病の現状

- 糖尿病は、インスリンの作用不足による慢性の高血糖状態を主とする代謝疾患です。
- 発症の原因により、主に1型糖尿病と2型糖尿病に分類されています。1型糖尿病は、インスリンを合成・分泌する細胞が自己免疫の仕組みにより破壊・消失し、その分泌低下により発症します。2型糖尿病は、インスリン分泌低下やインスリン抵抗性を来す遺伝的要因に、過食、運動不足、肥満、ストレスなどの環境因子と加齢が加わり発症します。
- インスリンの作用不足により高血糖状態になると、口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状が見られ、高血糖状態が持続することにより合併症を発症します。糖尿病の合併症には、高度のインスリン作用不足から急激に発症する糖尿病昏睡等の急性合併症と、慢性の高血糖の結果起こる糖尿病網膜症や糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害、脳梗塞、心筋梗塞<sup>1</sup>等の慢性合併症があります。
- 2019年の全国の糖尿病が強く疑われる者は約1,150万人、糖尿病の可能性が否定できない者は約1,060万人と推計されています。また、2020年の糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は全国で約579万人で、年間約1万4千人が糖尿病が原因で死亡し、死亡数全体の1.0%を占めています。
- 2021年の全国の糖尿病患者のうち、新規に下肢を切断した者は6,015人です。
- 2022年の全国の新規の人工透析導入患者数は、約3万7千人であり、そのうち、糖尿病性腎症が原疾患である者は約1万4千人（約38.7%）です。
- 歯周病も糖尿病の合併症の一つですが、糖尿病の増悪因子でもあり、歯周病が重症であるほど糖尿病の血糖コントロールが不良になります。
- 糖尿病の合併症を予防するためには、継続的な治療と生活習慣の改善により血糖のコントロールを行うことが大切です。
- 2021年の1型糖尿病に対する専門的な治療を行う医療機関は、全国で1,510施設あり、本県では40施設あります。

<sup>1</sup> 糖尿病は心血管疾患の危険因子の一つであり、国内外からの過去の数多くの報告では、糖尿病患者の冠動脈疾患発症リスク、冠動脈疾患による死亡リスクは健常人に比べ数倍高いことが明らかにされている。

また、糖尿病を合併する心筋梗塞を含む急性冠症候群の患者における中長期の心血管疾患の発生は、非糖尿病患者に比べて高い。

## イ 本県の状況

### (死亡・罹患の状況)

- 2022 年の糖尿病による死亡者は 467 人、年齢調整死亡率（人口 10 万対）は 4.1 で、全国の 4.1 と同じ値となっています（1985 年モデル人口を使用）。
- 2017 年～2021 年の県内保健医療圏別の糖尿病の標準化死亡比<sup>2</sup>（SMR）は、賀茂、富士の 2 保健医療圏が、全県と比べ有意に高くなっています。
- 2020 年度特定健康診査データ分析では、40 歳～74 歳の糖尿病有病者の割合は、男性 13.3%、女性 6.3%であり、予備群の割合は、男性 13.4%、女性 10.3%となっています。男女とも年齢とともに、該当割合が増加しています。

### (医療従事者の状況)

- 2023 年の人口 10 万対の糖尿病専門医数は 3.5 人で、全国平均の5.4 人と比較すると少なくなっており、養成が急務です。
- 2022 年の人口 10 万対の糖尿病看護認定看護師数は 0.4 人で、全国平均の0.8 人と比較すると少なくなっています。
- 糖尿病療養指導士<sup>3</sup>（CDE）には、日本CDE<sup>4</sup>と地域CDE<sup>5</sup>があり、2023 年の本県の人口 10 万対の日本CDE数は 11.0 人で、全国平均の14.4 人と比較すると少なくなっています。
- 県内では地域CDEの資格試験が行われていますが、資格取得者の退職や資格更新しないこと、勤務先による糖尿病部門以外への配置換えが行われること等が指摘されています。

### (初期・安定期治療の状況)

- 2020 年の人口 10 万対の糖尿病内科（代謝内科）を標榜する病院数は 0.9、一般診療所数は 0.6 で、各々全国平均の1.3、0.5 と比較すると病院数が少なくなっています。

### (専門治療・急性増悪時治療の状況)

- 2021 年の人口 10 万対の 1 型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数は 1.1 で、全国平均 の1.2 よりやや少なくなっています。

### (慢性合併症治療の状況)

- 2023 年の人口 10 万対の糖尿病足病変<sup>6</sup>の管理が可能な医療機関数は、2.0 です。
- 2021 年の人口 10 万対の糖尿病患者の新規下肢切断件数は 5.5 件で、全国平均の4.8 件より多くなっています。
- 2022 年の人口 10 万対の歯周病専門医数は 0.7 で、全国平均の1.0 より少なくなっています。

## ウ 医療提供体制

### (ア) 発症・合併症予防

- 2 型糖尿病は、食生活や運動、喫煙、飲酒などの生活習慣が、発症に大きく関与します。

<sup>2</sup> 標準化死亡比（SMR）：国又は県の年齢構成を市町に当てはめた際に、計算される死亡数と実際の市町での死亡数を比較したものであり、数値が 100 より大きい場合は、国や県より死亡者が多い。

<sup>3</sup> 糖尿病療養指導士（Certified Diabetes Educator）：糖尿病の治療と療養指導に関する知識を持ち、医師の指示の下で患者に療養指導を行う専門医療従事者である。

<sup>4</sup> 日本CDE：一般社団法人日本糖尿病療養指導士認定機構による認定資格であり、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士に与えられる資格である。

<sup>5</sup> 地域CDE：地域で設立されている認定団体による認定資格であり、地域の必要性に応じて糖尿病療養指導に関わる幅広い職種に与えられる資格である。

<sup>6</sup> 糖尿病足病変：糖尿病の患者の足に起こる真菌（水虫）や細菌の感染、潰瘍（皮膚の欠損）、壊疽（皮膚や皮下組織が死滅して黒褐色になること）等の総称である。



- 特定健康診査受診率は、2021 年度が 58.8%と、目標達成には至っていません。
- 糖尿病の初期は、自覚症状が乏しく、早期発見が難しい場合があります。
- 県民が生活習慣改善及び発症予防に取り組むきっかけが必要です。
- 糖尿病網膜症や糖尿病性腎症など重篤な合併症を予防するためには、適正な血糖コントロールを目指した治療が最も重要ですが、眼科や腎臓内科等の医師の連携の下、糖尿病網膜症や糖尿病性腎症の早期発見に努める必要があります。
- 糖尿病性腎症は末期腎不全に進んで透析導入となる原因疾患の第 1 位で、将来透析が必要になる可能性があります。
- 糖尿病に足病変が合併することの認識の低さや網膜症による視力障害のため、足病変の発見や受診が遅れる傾向にあります。そのため、比較的若年の働き盛りの患者が足・趾切断を余儀なくされる例があります。
- 歯周病は、糖尿病の増悪因子であり、糖尿病治療ガイドライン 2019 で、糖尿病の血糖コントロール改善のために、歯周病治療が推奨されています。

#### (イ) 初期・安定期治療

- 糖尿病は食事療法と運動療法が基本的治療ですが、薬物療法の併用により血糖コントロールを適切に行うことで合併症の発症を予防することができます。
- 治療を中断してしまう場合があるため、患者や家族が、重症化や合併症のリスクの状態を理解することで、かかりつけ医の定期的な受診につながります。
- 若年の糖尿病患者では、血糖コントロールが十分ではない場合や生活習慣が不規則な場合があります。
- 初期・安定期の治療においても、医療機関において診療ガイドラインに準じて適切な医療機器<sup>7</sup>の活用、治療薬<sup>8</sup>による薬物療法、食事療法及び運動療法を実施することが求められます。
- 初めて糖尿病と診断された患者においても、既に糖尿病性腎症、糖尿病網膜症等を合併していることがあるため、糖尿病の診断時から各診療科の連携が必要です。
- 糖尿病と診断された時点からの定期的な眼科検診が必要です。

#### (ウ) 専門的治療・急性合併症治療・慢性合併症治療

- 糖尿病は、薬物による治療に併せて、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、理学療法士等の多職種が連携して、食事療法や運動療法により血糖のコントロールをしていくことが重要となります。
- 血糖コントロールが難しい患者に対しては、地域の関係者の連携の下に、教育入院等により集中的に治療と生活指導が受けられる体制が必要ですが、県内では地域によっては専門的治療を実施する医療機関が少ない現状があります。
- 高齢者の糖尿病患者が増加しており、高齢者は、心身機能の個人差が大きいため、個別に血糖コントロール目標を設定することが必要です。
- 糖尿病の急性合併症に対応できる救急医療体制が必要です。

<sup>7</sup> 医療機器：簡易血糖測定器（持続グルコースモニタリングを含む）などがある。

<sup>8</sup> 治療薬：2024 年 1 月時点で、経口血糖降下薬は 9 種類あり、インスリンの分泌を促進して血糖を下げる薬とインスリンの分泌を介さずに血糖を下げる薬がある。それらの中には、血糖を下げる作用に加え、心臓や腎臓などの臓器保護作用が確認されている薬（SGLT2 阻害薬、GLP-1 受容体作動薬）もある。

○糖尿病の患者は、慢性合併症の検査に加え、診断後、速やかに専門的な治療を受けられる必要があります。

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

### (エ) 他疾患治療中の血糖管理

○周術期や化学療法中、感染症治療中等に適切な血糖管理を行うことは予後の改善につながるため、糖尿病患者の適切な血糖コントロールを行う必要があります。

### (オ) 地域との連携

○糖尿病の発症予防、重症化予防を行う市町及び保険者等と糖尿病及びその合併症の治療を行う病院、診療所、歯科診療所及び薬局が、情報共有や協力体制の構築を推進していく必要があります。

## (2) 対策

### ア 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病性腎症の患者数	<u>442 人</u> ( <u>2022 年</u> )	<u>391 人</u> 以下 (2029 年)	<u>「健康日本 21 (第三次)」の算定方法に準じて算出</u>	<u>一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」</u>
糖尿病の年齢調整死亡率 (人口 10 万対) <sup>9</sup>	男性 <u>6.0</u> 女性 <u>2.3</u> ( <u>2022 年</u> )	改善 (2029 年)	現状値から減少	厚生労働省「人口動態統計」から算出
特定健康診査受診率	58.8% <sup>10</sup> (2021 年度)	70%以上 (2029 年度)	<u>第 4 期医療費適正化計画の目標値</u>	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」 <u>↓</u>

### イ 施策の方向性

#### (ア) 発症・合併症予防

○糖尿病の発症・重症化は食生活など生活習慣と関連することが多く、糖尿病の発症を予防する適切な生活習慣の知識を普及啓発するとともに、保険者等と協力して特定健康診査の受診を促します。学校教育の場でも生活習慣病予防の啓発に取り組みます。

○特定健康診査受診者の検査結果、生活習慣などのデータを分析し、保険者によるデータヘルスを推進するほか、地域や健保組合ごとの特性を分かりやすく伝え、住民の理解を深めることで、生活習慣改善の動機付けとなるよう支援します。

○特定健康診査の結果に基づき、適切な受診勧奨及び食事指導等の生活習慣改善のための保健指

<sup>9</sup> 1985 年モデル人口を使用して算出したものである。

<sup>10</sup> 2022 年の国民健康保険の被保険者における生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症、高尿酸血症、脂肪肝、動脈硬化、脳出血、脳梗塞、狭心症、心筋梗塞の 10 疾病）ではない者の特定健康診査受診率は、29.1%である。

導ができるよう、保険者等に研修実施や必要な助言支援等を行います。

- 糖尿病網膜症及び糖尿病性腎症の早期発見のため、かかりつけ医は定期的に慢性合併症の検査を行います。
- 糖尿病性腎症が発症した場合には、糖尿病としての管理・指導に加えて、将来透析が必要になる可能性があることを早い段階から患者と家族に認識していただき慢性腎臓病として指導します。
- 糖尿病合併症としての足病変の頻度の高さとそれに対するフットケア<sup>11</sup>の重要性について啓発します。
- 歯周病がある人は糖尿病発症のリスクが高いことと、歯周病治療が糖尿病発症予防に有効であることを啓発します。歯周病を診察する歯科医は、糖尿病がないかどうか、かかりつけ医に相談することを促し、かかりつけ医は歯科医へ歯周病の治療を相談するよう促します。
- 歯周病検診において、歯周病と糖尿病との関係について啓発します。
- 養成機関と協力してCDE養成を支援し、活用を医療機関等へ啓発します。

#### (イ) 初期・安定期治療

- 糖尿病が早期に確実に診断されるように、特定健康診査の結果に基づいた適切な受診勧奨を推進します。
- 糖尿病患者のかかりつけ医は、定期的な診察により良好な血糖コントロールを目指した治療を継続します。また、急性増悪時や糖尿病網膜症、糖尿病性腎症等合併症の定期受診時には専門医療機関を紹介します。かかりつけ医、地域の医療関係者は、受診が途切れないように患者へ働きかけます。
- 県は、糖尿病の正しい知識の普及によるスティグマ<sup>12</sup>の払拭等により、継続的に治療を受けられる環境整備を進めます。
- ICTを活用した患者情報を共有する取組の推進により、地域の医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士、理学療法士等の専門職種が連携して、糖尿病患者へ食生活や運動習慣等を効果的に指導できるようにします。
- 治療中断の防止に有効な可視化の方法について、国や関連学会、関係団体による開発の状況を注視していきます。

#### (ウ) 専門的治療・急性合併症治療・慢性合併症治療

- 初期・安定期の治療を行う医療機関と血糖コントロール困難例の専門的治療を行う医療機関や慢性合併症の治療を行う医療機関等との、地域での切れ目のない医療連携体制の整備を進めるほか、地域の医療機関間での患者情報や診療ガイドラインに沿った治療計画の共有を進めます。
- 高齢者糖尿病において、年齢、認知機能、身体活動、フレイル、がんや心不全等の併存疾患、重症低血糖リスク等を考慮した患者ごとの血糖コントロール目標を医療機関へ設定するように促すとともに、目標を達成できるよう、訪問看護、介護サービス等を行う事業者等と医療機関との連携を推進します。
- 急性合併症の治療に、24時間対応するための体制整備を推進します。

<sup>11</sup> フットケア：足に起こる病変の原因を追及し、適切な治療を行い、再発を防ぎ、足病変から全身を診ることである。

<sup>12</sup> スティグマ：個人の持つ特徴に対する差別や偏見のことである。

- 静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、かかりつけ医や専門医との連携のもと重症化予防を図ります。

**(エ) 他疾患治療中の血糖管理**

- 医療機関において関係する診療ガイドラインに準じた診療が行われるよう、糖尿病患者に対して適切な血糖値管理を行うための体制整備を推進します。

**(オ) 地域との連携**

- 医療従事者が地域での健康づくりや生活習慣病予防の活動に協力できる機会を更に増やします。
- 地域の関係団体と連携しつつ、糖尿病の発症予防、重症化予防を行う市町、保険者等と初期・安定期治療を行う診療所（かかりつけ医）、歯科診療所、薬局等と合併症治療を行う専門医療機関との情報共有や連携協力体制の構築を進めます。

## ○糖尿病のロジックモデル

### ＜個別施策＞

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

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

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

### ＜中間アウトカム＞

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

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

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

### ＜分野アウトカム＞

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

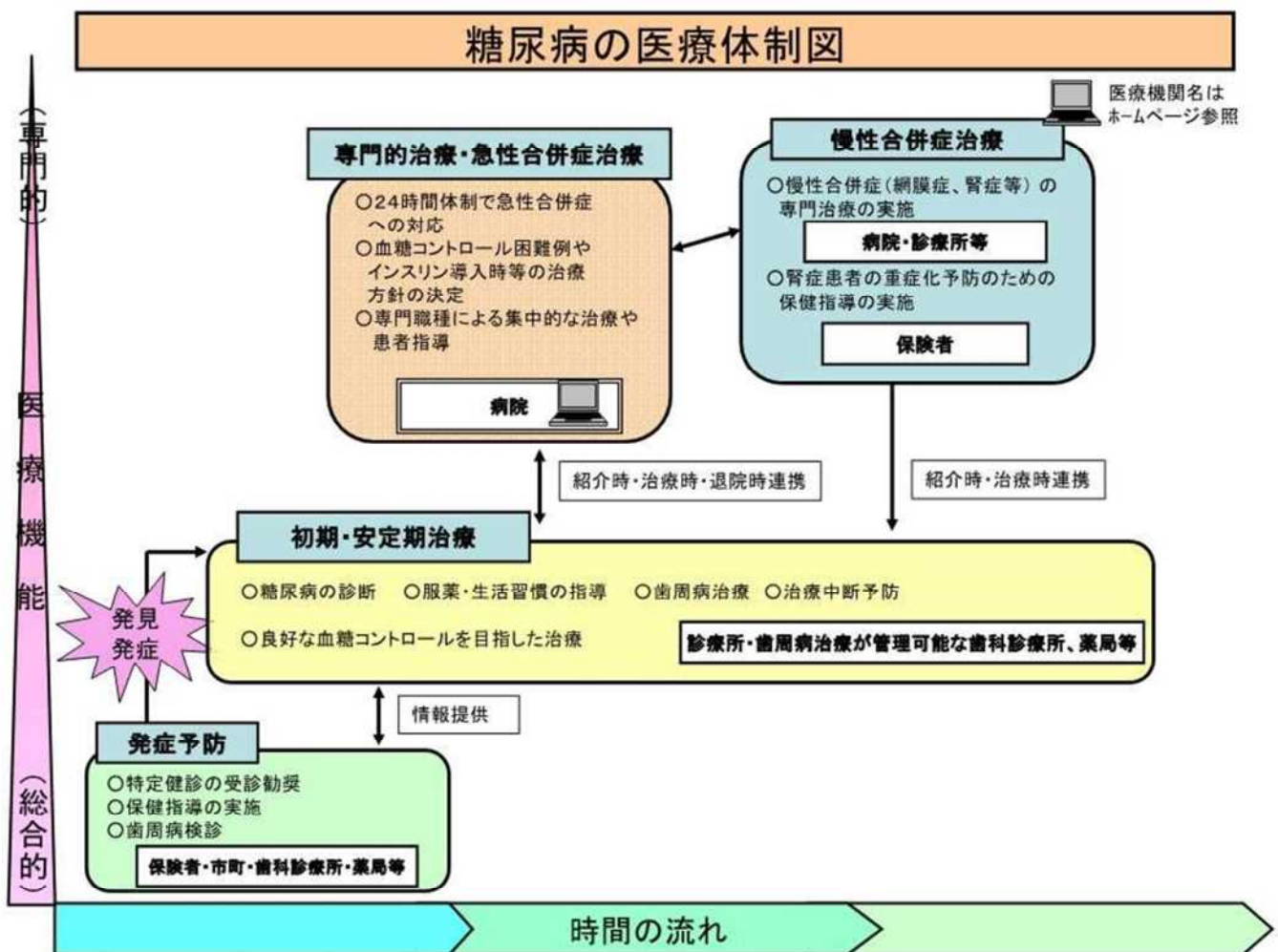
2:糖尿病合併症の重症化予防	
数値目標	年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病性腎症の患者数
現状データ	治療が必要な糖尿病網膜症の発生(糖尿病患者1年当たり)
現状データ	糖尿病患者の下肢切断の発生(糖尿病患者1年当たり)



### (3)「糖尿病」の医療体制に求められる医療機能

	発症・合併症予防	初期・安定期治療	専門的治療・急性合併症治療・慢性合併症治療	他疾患治療中の血糖管理	地域との連携
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>○特定健診の受診勧奨</li> <li>○保健指導の実施</li> <li>○生活習慣に関する普及啓発</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○糖尿病の早期診断及び生活習慣の指導の実施</li> <li>○定期的な診察による良好な血糖コントロールを目指した治療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○多職種と連携した治療・生活指導の実施</li> <li>○急性合併症の治療を実施</li> <li>○慢性合併症の専門治療を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○周術期、化学療法中、感染症治療中等の適切な血糖管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○市町や保険者、歯科診療所、薬局との連携</li> </ul>
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療保険者等による特定健診・保健指導の実施と受診勧奨</li> <li>・定期的な慢性合併症の検査の実施</li> <li>・歯周病の予防と早期発見</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性増悪時や合併症の定期受診時に専門医療機関を紹介</li> <li>・治療継続の指導の実施</li> <li>・専門職種との連携による、食生活、運動習慣の指導の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初期・安定期の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画の共有等による連携</li> <li>・高齢者糖尿病における、患者ごとの血糖コントロール目標の設定</li> <li>・急性合併症の専門的治療を24時間実施</li> <li>・糖尿病の慢性合併症の専門的な検査・治療を実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療ガイドラインに準じた診療の実施</li> <li>・適切な血糖管理を実施するための体制整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町や保険者が保健指導をするための情報提供の実施</li> <li>・糖尿病の予防、重症化予防を行う市町及び保険者、薬局等と情報共有や連携協力体制を構築</li> </ul>

### (4)「糖尿病」の医療体制図

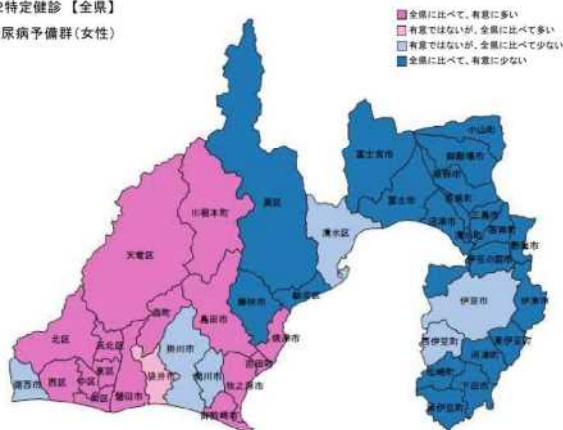


## (5) 関連図表

### ○糖尿病有病者 (2020 年)

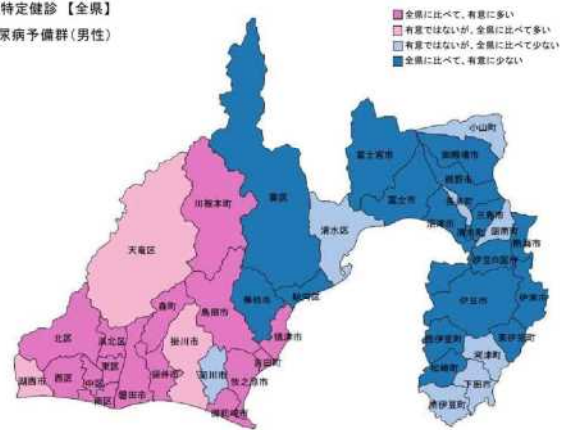
R2特定健診【全県】

糖尿病予備群(女性)



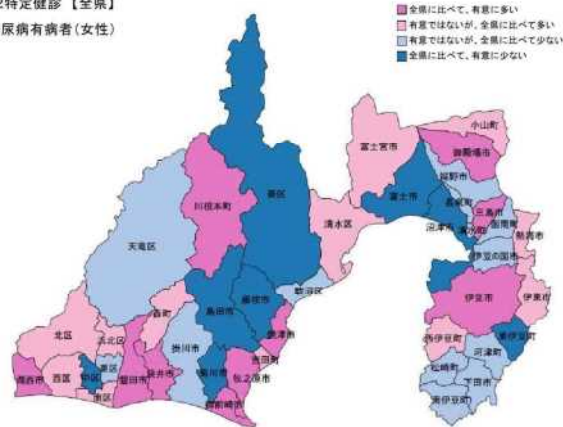
R2特定健診【全県】

糖尿病予備群(男性)



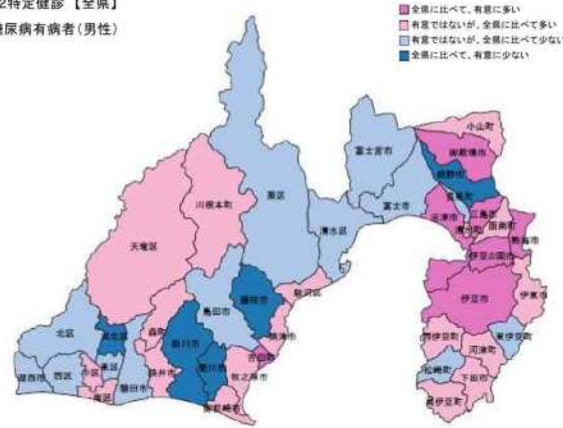
R2特定健診【全県】

糖尿病有病者(女性)



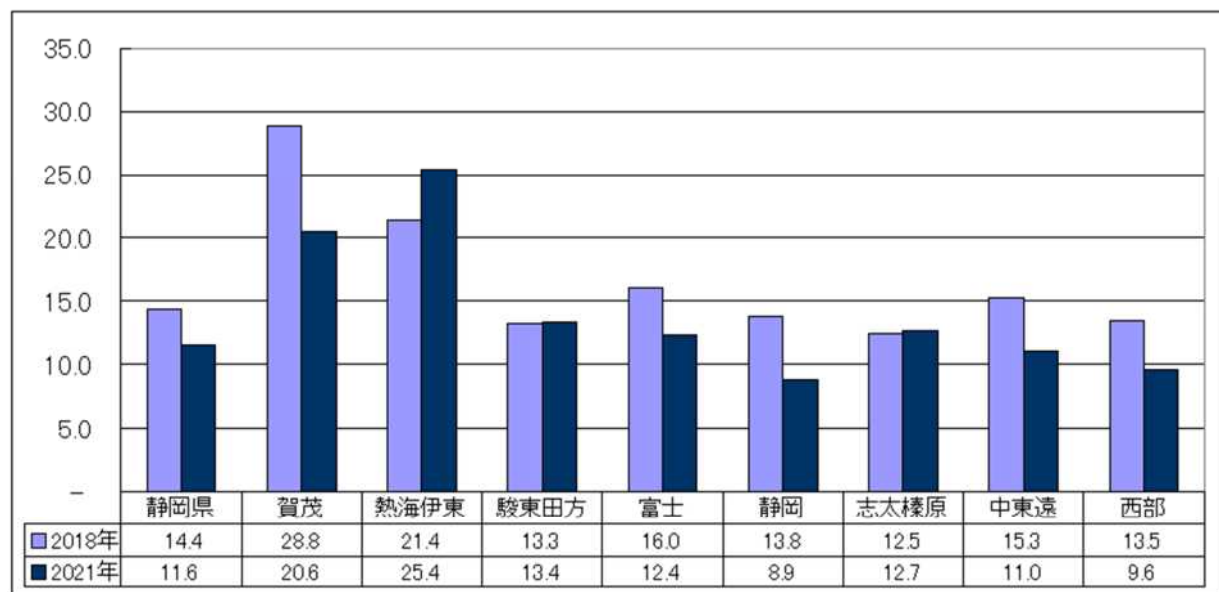
R2特定健診【全県】

糖尿病有病者(男性)



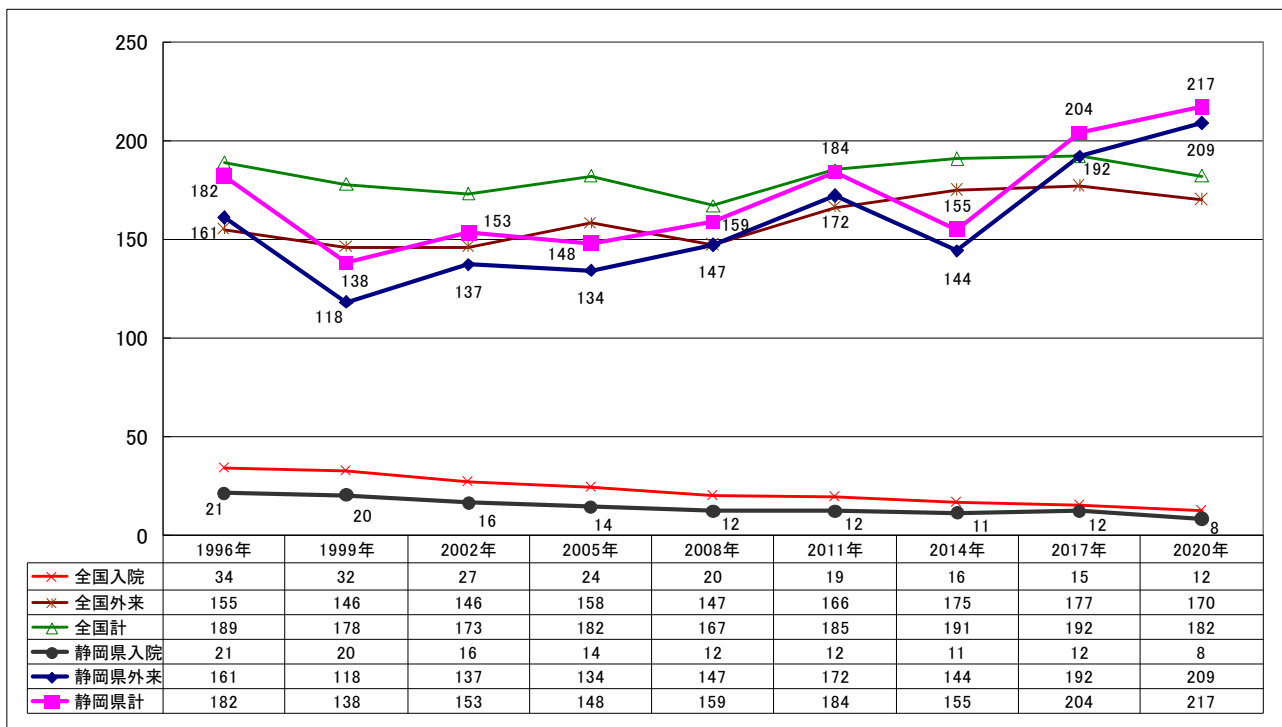
(出典：静岡県「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」)

### ○保健医療圏別の糖尿病死亡率（人口 10 万対） (2021 年)



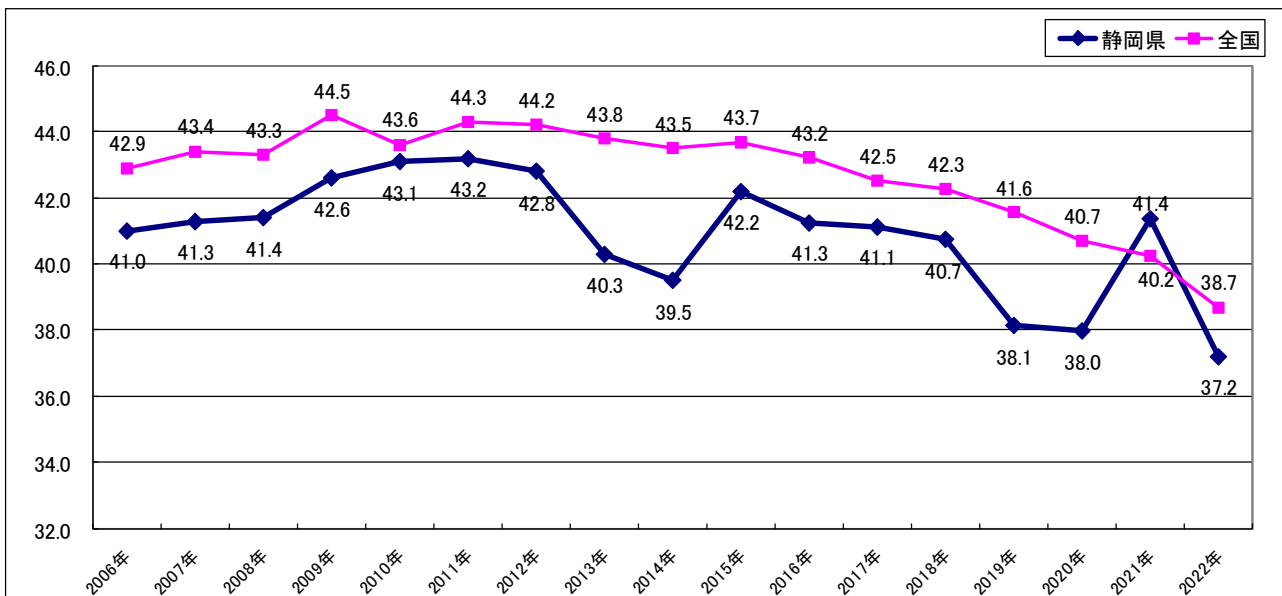
(出典：厚生労働省「人口動態統計」)

○糖尿病の入院、外来別受療率（人口10万対）の推移



（出典：厚生労働省「2020年患者調査」から算出）

○新規透析導入患者の糖尿病性腎症の割合の推移



（出典：一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」）

## ○指標による現状把握

(医療従事者の状況)

指標名	全国	二次保健医療圏									時点	出典
		静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
糖尿病内科(代謝内科)医師数	5,630	119	0	4	18	9	31	13	9	35	2020年	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」
(人口10万対)	4.5	3.3	0	4.0	2.8	2.4	4.5	2.9	1.9	4.1		
糖尿病専門医数	6,776	125									2023年	一般社団法人日本糖尿病学会公表
(人口10万対)	5.4	3.5										
糖尿病療養指導士数	18,012	395									2023年	一般社団法人日本糖尿病療養指導士認定機構公表
(人口10万対)	14.4	11.0										
糖尿病看護認定看護師数	962	14									2022年	公益社団法人日本看護協会公表
(人口10万対)	0.8	0.4										

(初期・安定期治療・専門治療・急性増悪時治療の状況)

指標名	全国	二次保健医療圏									時点	出典
		静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
糖尿病内科(代謝内科)を標榜する病院数	1,596	31	0	3	9	2	4	4	3	6	2020年	厚生労働省「医療施設調査」
(人口10万対)	1.3	0.9	0	3.0	1.4	0.5	0.6	0.9	0.6	0.7		
糖尿病内科(代謝内科)を標榜する一般診療所数	598	22	0	1	7	3	5	2	0	4	2022年	厚生労働省「医療施設調査」
(人口10万対)	0.5	0.6	0	1.0	1.1	0.8	0.7	0.4	0	0.5		
1型糖尿病患者に対する専門的治療を行う医療機関数	1,510	40									2023年	東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」
(人口10万対)	1.2	1.1										

(慢性合併症治療の状況)

指標名	全国	二次保健医療圏									時点	出典
		静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部		
糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数	2,766	71	1	5	18	5	10	5	9	18	2023年	東海北陸厚生局「施設基準の届出受理状況」
(人口10万対)	2.2	2.0	1.8	5.2	2.9	1.4	1.5	1.1	2.0	2.1		
新規下肢切断術件数	6,015	198									2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
(人口10万対)	4.8	5.5										
歯周病専門医数	1,192	24									2022年	特定営利活動法人日本歯周病学会公表
(人口10万対)	1.0	0.7										

※NDB:レセプト情報・特定健診等情報データベース

## (ロジックモデル指標)

区分	指標名	全国	静岡県	時点	出典
発症・合併症予防	特定健康診査の受診率	56.2%	58.8%	2021年度	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
	特定保健指導の実施率	24.7%	26.0%	2021年度	厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
初期・安定期治療・専門的治療の体制整備	糖尿病専門医が在籍する医療機関数(人口10万対)	3	2.2	2022年	一般社団法人日本糖尿病学会公表
	歯周病専門医が在籍する医療機関数(人口10万対)	0.8	0.6	2022年	特定非営利活動法人日本歯周病学会公表
急性合併症治療、慢性合併症治療の体制整備	腎臓専門医が在籍する医療機関数(人口10万対)	2.3	2.1	2023年	一般社団法人日本腎臓学会公表
	糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万対)		168	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万対)		20	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万対)		56	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定している市町数【県独自】		26	2023年	静岡県健康増進課調査
糖尿病の正しい普及啓発による早期発見	糖尿病予備群の者の数	2,412		2019年	厚生労働省「国民健康・栄養調査」
	糖尿病が強く疑われる者の数	351		2019年	厚生労働省「国民健康・栄養調査」
	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	92	114.8	2020年	厚生労働省「患者調査」
医療機関間の連携による糖尿病治療の提供	糖尿病透析予防指導又は糖尿病合併症管理の実施割合		0.6%	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	外来栄養食事指導の実施割合		5.6%	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	HbA1c又はGA検査の実施割合		95.7%	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	治療継続者の割合(インスリン注射又は血糖を下げる薬)	72.2%		2019年	厚生労働省「国民健康・栄養調査」
	治療継続者の割合(通院により定期的な検査や生活習慣の改善指導)	70.4%		2019年	厚生労働省「国民健康・栄養調査」
医療機関間の連携による合併症治療の提供	眼底検査の実施割合		41.8%	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合		19.5%	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	クレアチニン検査の実施割合		91.2%	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
糖尿病による死亡者数の減少	糖尿病の年齢調整死亡率	男6.0 女2.4	男6.0 女2.3	2022年	厚生労働省「人口動態統計」
糖尿病合併症の重症化予防	年間の新規透析導入患者のうち、糖尿病性腎症の患者数	14,330	442	2022年	一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」
	治療が必要な糖尿病網膜症の発生率(糖尿病患者1年当たり)		1.8%	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」
	糖尿病患者の下肢切断の発生数(糖尿病患者1年当たり)	6,015	198	2021年	厚生労働省「NDBオープンデータ」



## 5 肝疾患

### 【対策のポイント】

- ウイルス性肝炎に関する正しい知識の普及と新規感染予防の推進
- 肝炎ウイルス検査の受検勧奨と検査陽性者に対する受診勧奨の推進
- 肝炎医療を提供する体制の確保と患者や家族等に対する支援の充実
- C型ウイルス性肝炎治療後のフォローアップの推進
- 非ウイルス性肝疾患対策の取組の推進

### 「肝炎」から「肝疾患」への疾病名称変更について

- 抗ウイルス治療の発展により、肝炎ウイルスの排除や増殖の抑制が可能となったことで、肝硬変、肝がんの成因に占めるウイルス性肝炎の割合は減少しています。
- 一方で、生活習慣の変化等により脂肪肝等の非ウイルス性肝疾患から肝硬変や肝臓がんに進行するケースが増加しているため、一般社団法人日本肝臓学会は2023年6月に「奈良宣言2023」を出し、肝疾患の早期発見を勧奨しています。
- 静岡県でも2020年から健診の血液検査で肝機能を測る指標の1つであるALT値が30を超え、脂肪肝等の非ウイルス性肝疾患を有していることが疑われる県民割合の増加幅が大きくなっていくことから、従来の「肝炎」に非ウイルス性肝疾患を加えて「肝疾患」に名称を変更し、脂肪肝等を含めた全ての肝疾患の早期発見・悪化防止を全国に先駆けて取り組んでいきます。

### （１）現状と課題

#### ア 肝疾患の現状

- 肝疾患には肝炎、脂肪肝、肝硬変、肝がんなどが含まれ、その原因は、ウイルス性、アルコール性、脂肪性（非アルコール性）、自己免疫性等に分類されます。
- 肝炎や脂肪肝は、自覚症状があまり無いため、適切な治療を行わないまま放置すると慢性化し、肝硬変や肝がんといったより重篤な病態に進行するおそれがありますが、早期発見と適切な治療でその進行を防ぐことができます。
- 我が国では、これまでB型又はC型肝炎ウイルス感染に起因するウイルス性肝炎患者や、これらを原因とした肝硬変・肝がんが多くを占めていましたが、近年、アルコール摂取や生活習慣に起因する脂肪肝等の非ウイルス性肝疾患を原因とした肝硬変・肝がん患者が増加しています。
- ウイルス性肝炎に効果的な治療として、肝炎ウイルスの排除やその増殖を抑制する抗ウイルス療法があります。
- 病態や感染経路等に関する周知が不十分で、ウイルス性肝炎患者が偏見や差別を受けることがあります。
- 脂肪肝等は、アルコールの摂取や生活習慣に起因し、罹患しても自覚症状がないまま進行する場合が多いため、予防及び早期発見が重要です。

#### イ 本県の状況

##### （ウイルス性肝炎の状況）

- 県内の肝炎ウイルス感染者は、B型3.3万～3.6万人、C型2.7万～3.9万人と推定され、ま

た、治療が必要な患者は、B型が約 4,500 人、C型が約 6,300 人と推定されます。

○2022 年度にウイルス性肝炎に関する医療費助成を受けた人は、延べ 2,309 人となっています。

#### (脂肪肝等の非ウイルス性肝疾患の状況)

○県内の非ウイルス性肝疾患患者数の把握は困難ですが、脂肪肝については全国で 2,000 万人前後の潜在患者がいると推定されています。

○脂肪肝等から肝硬変や肝がんに進化する患者が増加していることから、一般社団法人日本肝臓学会は 2023 年 6 月に「奈良宣言 2023」を出し、肝疾患の早期発見・早期治療につなげるため、ALT 値が 30 を超えている場合は「まずかかりつけ医等を受診し、かかりつけ医によって、その原因が検索され、機会を逸することなく、消化器内科における精密検査を受け、かかりつけ医と専門医の診療連携による適切な医療を受ける」よう勧奨しています。

○ALT 値が 30 を超えるものの割合は全国及び県とも増加傾向にあるため、早期発見・早期治療のための対策が必要です。

#### (死亡・罹患の状況)

○本県における 2022 年の人口 10 万対肝疾患死亡率は 33.4 人で、全国平均 (36.3 人) よりやや少なくなっています。

○本県における 2019 年の人口 10 万対肝がん罹患率は 10.9 人で、全国平均 (12.0 人) よりやや少なくなっています。

○ウイルス性肝炎や肝がんによる死亡者は全国、本県とも減少している一方で、非ウイルス性肝疾患等のその他の肝疾患による死亡者数は全国的に増加傾向で、本県も横ばいで推移しており、対策が必要です。

○2021 年の保健医療圏別の肝疾患死亡率では、賀茂、熱海伊東、駿東田方、富士及び静岡保健医療圏が県全体より高く、東高西低の状況にあります。

#### (医療連携体制の状況)

○身近で初期診断・安定期治療を受けることができるように、「肝疾患かかりつけ医」を登録 (2024 年 1 月末現在 266 施設) し、ホームページにより公表・周知しています。

○また、肝疾患かかりつけ医では対応困難な患者への治療を支援するため、より専門的な検査や治療方針の決定などを行うことができる「地域肝疾患診療連携拠点病院」を 2 次保健医療圏ごとに指定し、肝疾患診療連携体制を構築しています。 (2024 年 1 月末現在 28 施設)。

○さらに、肝疾患診療連携体制の中心的な役割を担う「静岡県肝疾患診療連携拠点病院」(肝疾患相談支援センター併設)を県内で 2 施設指定し、肝疾患かかりつけ医に対する研修や地域肝疾患連携拠点病院の連絡協議会を実施し、医療水準の向上と連携を図っています。

### ウ 医療提供体制

#### (ア) 肝炎ウイルス検査

○肝炎ウイルス感染を発見し、早期の治療開始につなげるために、肝炎ウイルス検査は、大変重要です。市町、保健所及び県委託医療機関では、地域住民を対象に無料検査を実施しており、検査実績は、ここ数年は年間 3 万件から 4 万件前後で推移していますが、県民が生涯に 1 回は検査を受けるように、引き続き、肝炎に関する正しい知識を普及し、受検勧奨していく必要があります。

○また、検査の機会を増やすため、2017 年 1 月に主に中小企業の従業員やその家族が加入する健

康保険を運営する団体（全国健康保険協会静岡支部）と協定を締結し、職場の定期検診時等に受検勧奨をしています。さらなる促進のため、大企業が運営する健康保険組合等のその他健康保険組合や雇用主等に対する働きかけを行う必要があります。

○2021年度の市町、保健所及び県委託医療機関での肝炎ウイルス検査数は、B型が33,235件（うち陽性者128件：0.39%）、C型が33,642件（うち陽性者67件：0.20%）となっています。

#### （イ）肝炎ウイルス検査陽性者等のフォローアップ

○市町、保健所、県委託医療機関及び全国健康保険協会静岡支部のいずれかが実施したB型・C型肝炎ウイルス検査の結果、陽性と判定された者に対し、初回精密検査の費用を助成しています。2022年度の助成件数は、28件です。これは想定される対象者の約14%であり、制度の周知が必要です。

○肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変又は肝がんの治療中又は治療後経過観察中である者に対し、定期的に受ける検査の費用の一部を助成しています。2022年度の助成件数は、74件です。対象者数の把握は困難ですが、治療の過程において医療機関等と連携して周知を図る必要があります。

○肝炎ウイルス検査陽性者等に対し、市町、保健所及び県委託医療機関等における肝炎医療コーディネーター<sup>1</sup>が中心となり、受診勧奨や治療の中断を防ぐ働きかけを行う必要があります。県内全35市町の医療機関への配置を目指しており、2024年1月末現在、27市町の120医療機関に508人が在籍しています。

#### （ウ）肝疾患患者に対する支援等

○2008年度から、B型・C型慢性肝炎等に対する抗ウイルス療法の医療費の助成事業を実施しています。2022年度の助成人数は延べ2,309人です。

○2018年度から、B型・C型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変患者の医療費の助成事業を実施しています。2022年度の助成人数は延べ36人です。

○ウイルス性肝炎患者等が自身の病状を把握できるよう、検査プランと肝機能等の血液検査、肝臓画像検査の概要を記入することができ、診療連携にも役立てることができる「肝臓病手帳<sup>2</sup>」を治療中の医療機関等で配付しています。

○生活習慣等に起因する肝疾患を原因とした肝硬変・肝がん患者が増加している現状を踏まえ、肝疾患かかりつけ医がウイルス性肝炎だけでなく、脂肪肝等を含めた肝疾患に対してより質の高い医療を行えるよう、地域肝疾患診療連携拠点病院との連携を強化する必要があります。

○ALT値の検査は特定健診や40歳以上の職場健診で広く行われており、非ウイルス性肝疾患を見つける態勢は整っているため、健診において医療機関の受診が必要とされた場合に、肝疾患かかりつけ医を適切に受診することで肝疾患の早期発見・早期治療につなげるための対策が必要です。

○発生予防の取組として、2016年10月から0歳児を対象としたB型肝炎ワクチンが定期接種化

<sup>1</sup> 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。

<sup>2</sup> 肝臓病手帳：浜松医科大学医学部附属病院が作成し、2012年度より肝疾患診療連携拠点病院や肝疾患かかりつけ医等からこれまでに約1万8千部配布している。

となったことをふまえ、定期接種対象外である 1・2 歳児のうち感染リスクの高い小児を対象とする B 型肝炎ワクチン予防接種助成事業を、2016・2017 年度の 2 か年に~~に~~緊急事業として実施し、17 人に対し計 30 回接種しました。

## (2) 対策

### ア 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
肝疾患死亡率 (人口 <u>10 万対</u> )	33.4 (2022 年)	28.8 以下 (2028 年)	県の過去 6 年間の減少率の維持	厚生労働省「人口動態統計」
ウイルス性肝炎の死亡者数	42 人 (2022 年)	30 人以下 (2028 年)	最近 (2020～22 年) の都道府県別ウイルス性肝炎死亡率のうち、最少県の死亡率を本県に当てはめた死亡者数をめざす	厚生労働省「人口動態統計」
肝がん罹患率 (人口 <u>10 万対</u> )	10.9 (2019 年)	8.0 (2025 年)	県の過去 6 年間の減少率の維持	国立がん研究センターがん情報センター「がん登録・統計」(全国がん登録)
最近 1 年間にウイルス性肝炎を原因とした不当な扱い (合理的配慮を除く) 等差別を受けた患者の割合	0.5% (2023 年)	0% (毎年度)	ウイルス性肝炎を原因とした不当な扱い等差別をなくす	静岡県「肝炎医療費助成受給者状況調査」

### イ 施策の方向性

#### (ア) ウイルス性肝炎に関する正しい知識の普及と新規感染予防の推進

- ウイルス性肝炎の病態や感染経路等に関する県民の理解を深めることで、ウイルス性肝炎に関する偏見や差別を解消するとともに、新規感染予防の取組を推進します。
- 1 歳に至るまでの者に対する B 型肝炎ワクチンの定期接種の勧奨を実施するほか、中学・高校における思春期講座等の機会を活用して正しい知識の普及を図り、新規感染予防の取組を推進します。
- 雇用主・従業員に対する肝炎に関する知識の普及啓発に取り組み、職域における新規感染予防の取組を推進します。

#### (イ) 肝炎ウイルス検査の受検勧奨と検査陽性者に対する受診勧奨

- 県民が肝炎ウイルス検査の必要性を自覚し、生涯に一度は検査を受検するように勧奨するとともに、検査陽性者の定期的、継続的な受診に向けたフォローアップを行います。
- 医療機関の術前検査等で実施した肝炎ウイルス検査で、陽性が判明した者を適切に受診につなげるよう、検査費用助成制度について医療機関への周知を継続します。
- 全国健康保険協会静岡支部と締結した肝炎対策に関する協定を、他の健康保険組合等にも拡大し、肝炎医療コーディネーターと連携し、職域における肝炎ウイルス検査の受検勧奨と肝炎ウイルス検査陽性者に対する受診勧奨を推進します。



### (ウ) 肝疾患医療を提供する体制の確保

- 肝疾患患者等が、身近な医療機関等で適切な医療を継続して受けられるように、静岡県肝疾患診療連携拠点病院、地域肝疾患診療連携拠点病院及び肝疾患かかりつけ医の連携体制を確保します。
- 「肝臓病手帳」の周知及び普及を進め、手帳を活用した肝疾患かかりつけ医と地域肝疾患診療連携拠点病院の連携促進により、肝炎医療連携体制の拡充を図ります。
- 肝炎医療コーディネーター養成研修を開催し、受講者を肝炎医療コーディネーターに認定するとともに、技能向上のための継続的な研修会や情報交換会を開催するなど、肝炎医療に携わる人材を育成します。

### (エ) ウイルス性肝炎患者等及びその家族に対する支援の充実

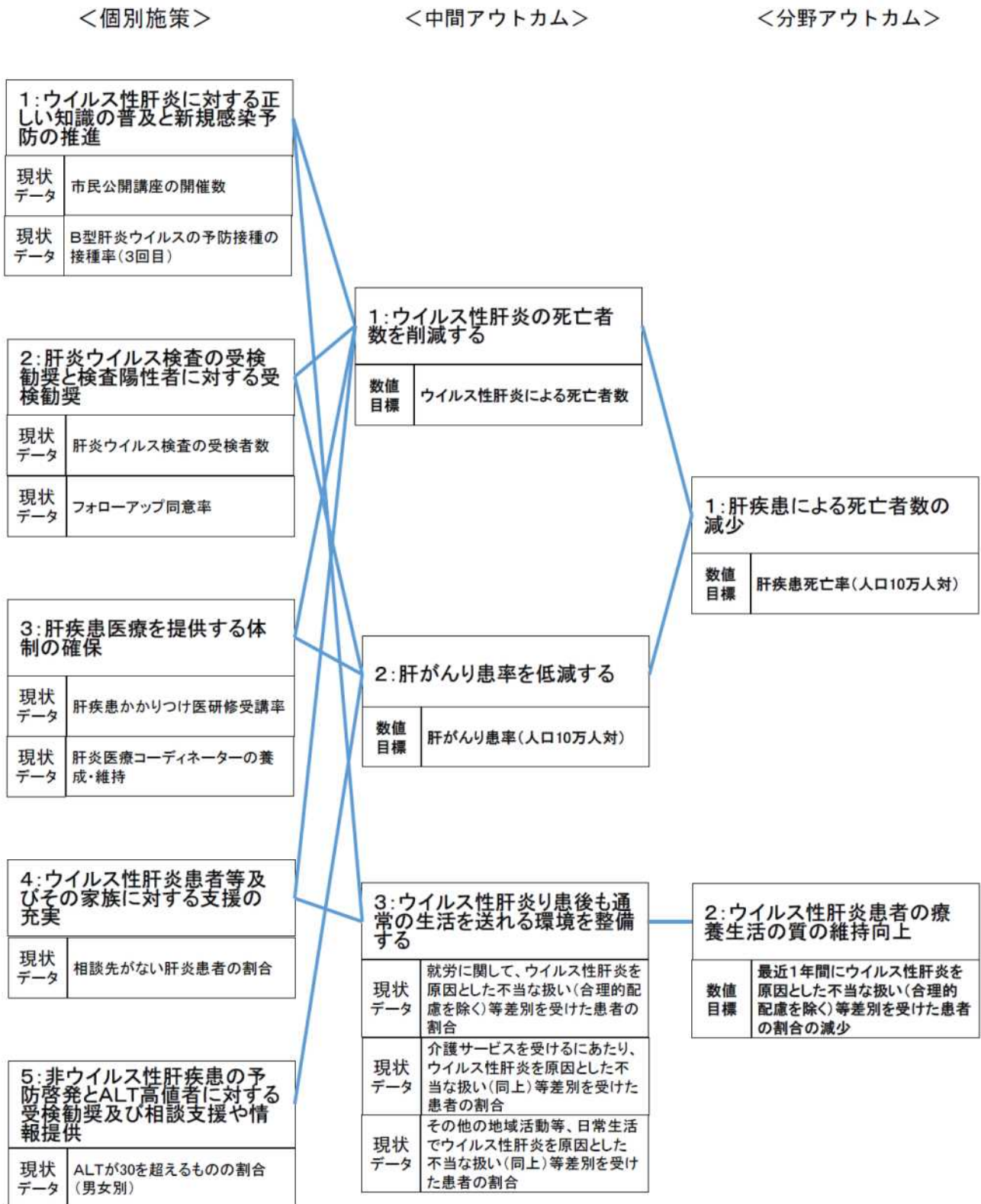
- ウイルス性肝炎患者の経済的負担の軽減のため、肝炎医療費の助成を実施します。
- 医療費助成事業はシステムを活用して着実に実施していますが、今後、国の推進する医療DXの状況に応じて、他システムとの連携等、適切に対応していきます。
- 肝炎医療コーディネーターによる肝疾患相談・支援センターや保健所等における相談支援を充実させます。
- ウイルス性肝炎患者及びその家族のために、保健所において相談会や交流会を開催します。
- 肝炎医療コーディネーターによる肝炎患者の仕事と治療の両立支援を推進します。
- C型肝炎ウイルス排除後の定期的な受診・検査の必要性や検査費用助成事業について、周知を図ります。

### (オ) 脂肪肝等の予防啓発とALT高値者に対する受診勧奨及び相談支援や情報提供

- 従来のウイルス性肝炎と合わせて非ウイルス性肝疾患の原因や病態の広報を行い、県民の理解を深め、新規の罹患を予防します。
- 脂肪肝等はアルコールの摂取や生活習慣に起因し、自覚症状がないまま悪化して肝硬変や肝がんになってから発見されるケースが増加していることを日本肝臓学会が指摘しているため、予防及び早期発見の重要について周知します。
- 肝疾患の悪化を早期発見するため、定期的なALT値の測定により肝臓の状態を把握することの重要性を普及啓発するとともに、市町や保険者と連携し、定期的な健診の受診を促進します。
- 健診において、ALT値が30超の場合や生活習慣病との関連等をふまえて医療機関の受診が必要とされた場合に、県民が肝疾患かかりつけ医に適切に受診でき、精密検査や治療の必要性が医療機関で十分に検討されるよう、市町や保険者、健診機関、医療機関と連携し県民意識の醸成や医療提供体制の構築を行います。
- また、健診の結果で医師や保健師が勧めた場合は食生活、飲酒習慣の改善や運動不足の解消等に取り組むよう、市町や保険者を通じて啓発します。
- 脂肪肝等の非ウイルス性肝疾患患者においても、肝疾患かかりつけ医と地域肝疾患診療連携拠点病院が連携して診療していきます。
- 肝炎医療コーディネーターの研修内容に非ウイルス性肝疾患も加え、肝疾患相談・支援センターや保健所等における相談支援を充実させます。



## ○肝疾患のロジックモデル

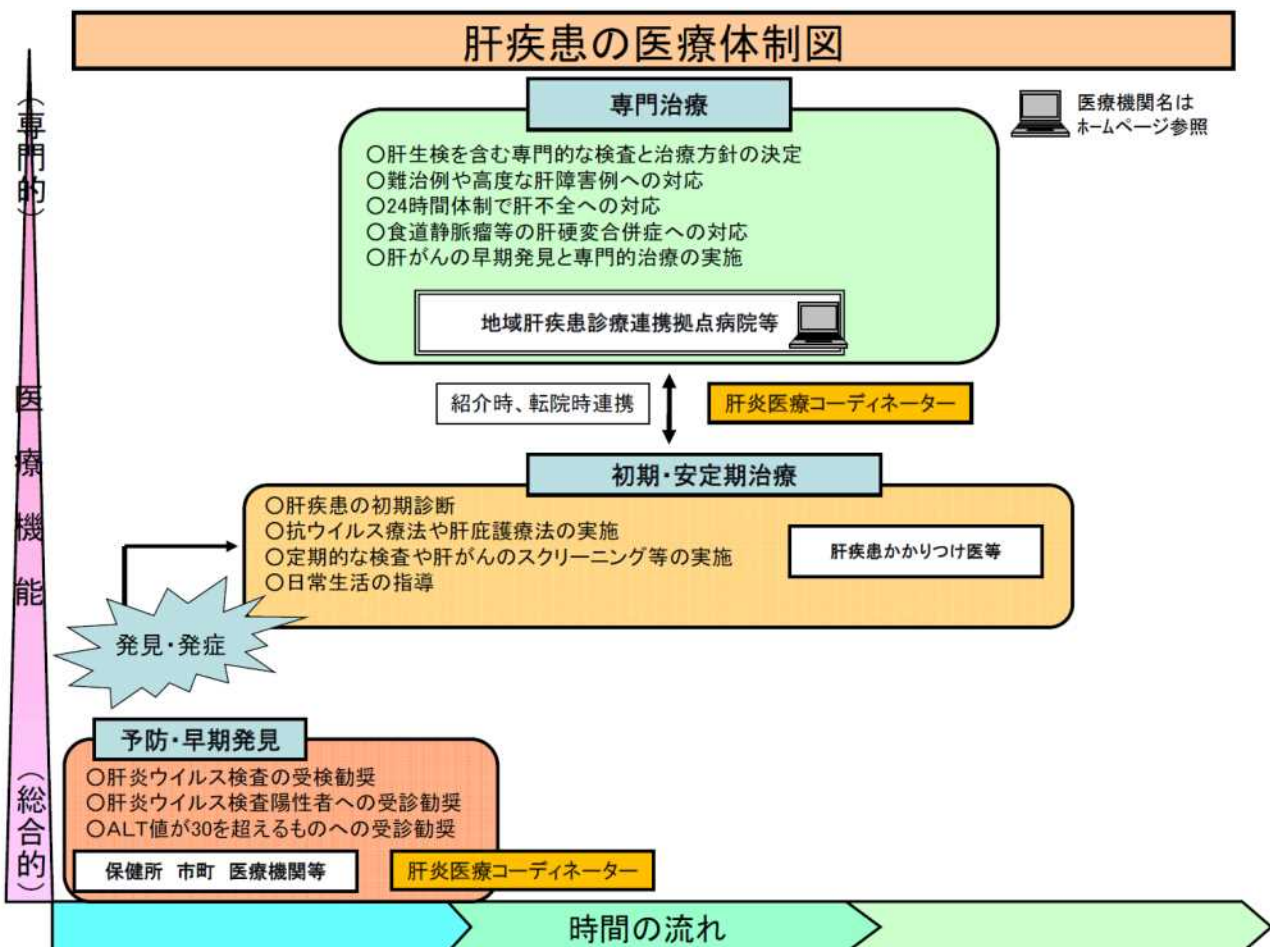


### (3)「肝疾患」の医療体制に求められる医療機能

#### 肝疾患の医療体制に求められる医療機能

	予防・早期発見	初期診断・安定期治療	専門治療
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>○新規の感染を予防する啓発</li> <li>○職域における普及啓発活動の実施</li> <li>○肝炎ウイルス検査の受検勧奨</li> <li>○肝炎ウイルス検査陽性者への受診勧奨</li> <li>○ALT値が30を超えるものへの受診勧奨</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○内服処方・注射・定期的な検査等日常的な処置の実施</li> <li>○肝疾患に関する専門医療機関との診療情報等の共有等による連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○専門的な知識を持つ医師による診断と治療方針の決定</li> <li>○高度な知識を必要とする肝炎医療の実施</li> <li>○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</li> <li>○初期・安定期の治療を行う医療機関との連携</li> </ul>
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・肝炎の初期診断に必要な検査の実施</li> <li>・抗ウイルス療法や肝底療法の実施（専門治療を行う医療機関との連携による治療を含む。）</li> <li>・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）</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2次保健医療圏において「肝疾患かかりつけ医」等と「地域肝疾患診療連携拠点病院」との連携による診療体制の確保と診療の質の向上を図る</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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、高度な技術が必要とする、より専門的な治療の実施</li> <li>・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</li> </ul>

### (4)「肝疾患」の医療体制図



**(5) 関連図表****○肝炎患者数の推定**

	全国		静岡	
	B型	C型	B型	C型
キャリア ※1	110～120 万人	90～130 万人	3.3～3.6 万人	2.7～3.9 万人
患者 ※2	15 万人	21 万人	4,500 人	6,300 人

※1 出典：2019 年度厚労科学研究費補助金 肝炎等克服緊急対策研究事業 報告書（田中班）  
静岡県の感染者数は全国推計値に静岡県人口比率 3 % を乗じて推計

※2 出典：2020 年度厚労科学研究費補助金 肝炎等克服緊急対策研究事業 報告書（田中班）  
静岡県の感染者数は全国推計値に静岡県人口比率 3 % を乗じて推計

**○肝がん罹患率(人口 10 万対)の推移**

	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年
全国	15.2	14.7	14.1	14.7	13.3	12.6	12.0
静岡県	13.9	12.9	13.5	14.4	11.6	10.9	10.9

出典：（全国）2013 年～2015 年：国立がん研究センターがん情報センター「がん登録・統計」（全国がん罹患モニタリング集計（MC I J））

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

（静岡県）2013 年～2015 年：静岡県地域がん登録報告書

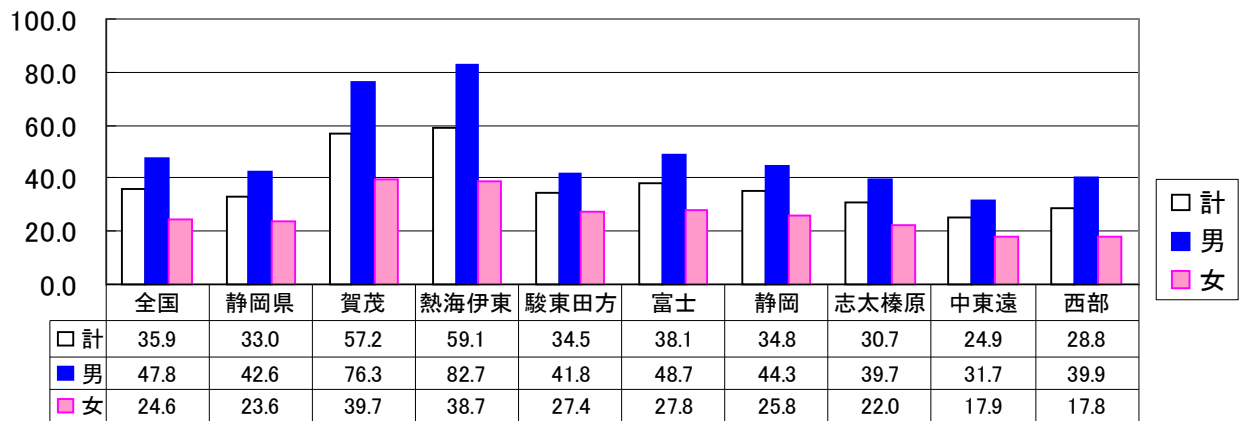
2016 年～2019 年：国立がん研究センターがん情報センター「がん登録・統計」（全国がん登録）

**○肝疾患による死亡者数・死亡率の推移**

	区分	ウイルス性肝炎		肝がん		肝硬変		その他の肝疾患		計	
		全国	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県
2018 年	死亡者	3,055	97	25,925	723	8,307	213	8,968	261	46,255	1,294
	死亡率	2.5	2.7	20.9	20.2	6.7	5.9	7.2	7.3	37.2	36.1
2019 年	死亡者	2,657	83	25,264	703	8,088	215	9,185	241	45,194	1,242
	死亡率	2.1	2.3	20.4	19.8	6.5	6.0	7.4	6.6	36.5	34.9
2020 年	死亡者	2,201	51	24,839	721	8,053	182	9,635	285	44,728	1,239
	死亡率	1.8	1.4	20.1	20.4	6.5	5.1	7.8	8.0	36.2	35.0
2021 年	死亡者	1,943	57	24,102	666	8,332	187	9,685	244	44,062	1,154
	死亡率	1.6	1.6	19.6	18.9	6.8	5.3	7.9	6.9	35.9	32.8
2022 年	死亡者	1,799	42	23,620	663	8,644	206	10,252	254	44,315	1,165
	死亡率	1.5	1.2	19.4	19.0	7.1	5.9	8.4	7.3	36.3	33.4

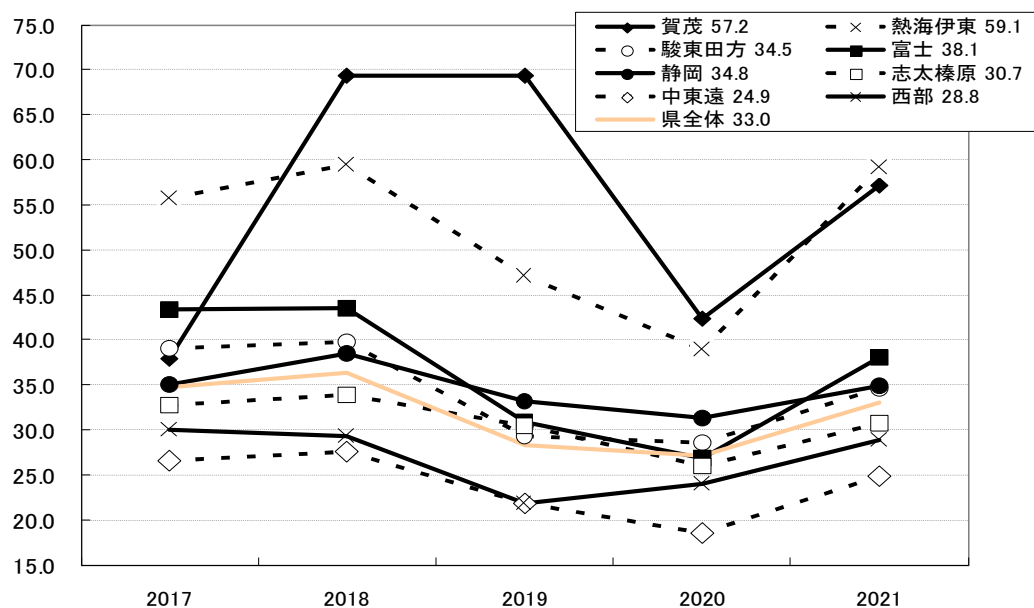
出典：人口動態統計（厚生労働省）のうち「01400ウイルス性肝炎」、「02106肝及び肝内胆管の悪性新生物」、「11301肝硬変（アルコール性を除く）」、「11302その他の肝疾患」を掲出  
死亡率は人口10万対死亡率（死亡者数）を算出

## ○医療圏別の肝疾患死亡率(人口10万対/2021年)



出典：静岡県人口動態統計のうち「01400ウイルス性肝炎」、「02106肝及び肝内胆管の悪性新生物」、「11301肝硬変（アルコール性を除く）」、「11302その他の肝疾患」を掲出死亡率は2021年10月の推計人口から人口10万対死亡率（死亡者数）を算出

## ○医療圏別の肝疾患死亡率の推移(人口10万対)



## ○ウイルス性肝炎による死亡数

2021年死亡数		静岡県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
01400 ウイルス肝炎	総数	57	3	2	13	7	9	5	7	11
	男	22	2	1	5	2	1	2	3	6
	女	35	1	1	8	5	8	3	4	5
01401 B型ウイルス肝炎	総数	9	2	-	1	3	-	-	1	2
	男	4	1	-	1	1	-	-	1	-
	女	5	1	-	-	2	-	-	-	2
01402 C型ウイルス肝炎	総数	40	1	2	10	2	8	5	4	8
	男	17	1	1	4	1	1	2	1	6
	女	23	-	1	6	1	7	3	3	2
01403 その他のウイルス肝炎	総数	8	-	-	2	2	1	-	2	1
	男	1	-	-	-	-	-	-	1	-
	女	7	-	-	2	2	1	-	1	1

出典：「静岡県人口動態調査」

## ○肝炎ウイルス検査の実施状況

年度	受検者区分		健康増進事業		特定感染症検査等事業		計
			40歳検診	40歳検診以外の対象者への検診	保健所検査	委託医療機関検査	
2014	B	陽性者数/受検者数 (陽性率)	12/4,438 (0.27%)	217/36,943 (0.59%)	7/2,977 (0.24%)	90/9,442 (0.95%)	326/53,791 (0.61%)
	C	陽性者数/受検者数 (陽性率)	5/4,561 (0.11%)	123/37,644 (0.33%)	7/1,959 (0.36%)	74/9,451 (0.78%)	209/53,615 (0.39%)
2015	B	陽性者数/受検者数 (陽性率)	8/4,437 (0.18%)	226/39,180 (0.58%)	13/2,429 (0.54%)	44/9,238 (0.48%)	291/55,284 (0.53%)
	C	陽性者数/受検者数 (陽性率)	3/4,524 (0.07%)	118/39,767 (0.30%)	7/1,523 (0.46%)	60/9,239 (0.65%)	188/55,053 (0.39%)
2016	B	陽性者数/受検者数 (陽性率)	7/4,395 (0.16%)	138/25,960 (0.53%)	5/2,172 (0.23%)	41/7,965 (0.51%)	191/40,492 (0.47%)
	C	陽性者数/受検者数 (陽性率)	4/4,457 (0.09%)	97/26,332 (0.37%)	7/1,279 (0.55%)	38/7,964 (0.48%)	146/40,050 (0.36%)
2017	B	陽性者数/受検者数 (陽性率)	5/4,230 (0.12%)	163/28,909 (0.56%)	11/2,311 (0.48%)	30/7,457 (0.40%)	209/42,907 (0.49%)
	C	陽性者数/受検者数 (陽性率)	2/4,319 (0.05%)	96/29,265 (0.33%)	6/1,543 (0.39%)	45/7,457 (0.60%)	149/42,584 (0.35%)
2018	B	陽性者数/受検者数 (陽性率)	12/4,244 (0.28%)	143/30,496 (0.46%)	14/2,670 (0.52%)	36/7,420 (0.49%)	205/44,830 (0.45%)
	C	陽性者数/受検者数 (陽性率)	3/4,322 (0.07%)	106/30,850 (0.34%)	6/2,420 (0.25%)	23/7,421 (0.31%)	138/45,013 (0.38%)
2019	B	陽性者数/受検者数 (陽性率)	8/4,105 (0.19%)	169/30,164 (0.56%)	6/2,588 (0.23%)	32/6,109 (0.52%)	215/42,966 (0.50%)
	C	陽性者数/受検者数 (陽性率)	2/4,195 (0.05%)	80/30,571 (0.26%)	3/2,520 (0.12%)	33/6,110 (0.54%)	118/43,396 (0.27%)
2020	B	陽性者数/受検者数 (陽性率)	16/3,610 (0.44%)	115/25,285 (0.45%)	7/1,071 (0.65%)	25/5,663 (0.44%)	163/35,629 (0.46%)
	C	陽性者数/受検者数 (陽性率)	1/3,713 (0.03%)	73/25,688 (0.28%)	1/1,071 (0.09%)	22/5,664 (0.39%)	97/36,136 (0.27%)
2021	B	陽性者数/受検者数 (陽性率)	5/3,476 (0.14%)	101/23,462 (0.43%)	4/837 (0.48%)	18/5,460 (0.33%)	128/33,235 (0.39%)
	C	陽性者数/受検者数 (陽性率)	2/3,565 (0.06%)	51/23,781 (0.21%)	0/837 (0.00%)	14/5,459 (0.25%)	67/33,642 (0.20%)

※B型肝炎ウイルスの陽性者はHBs抗原検査において「陽性」と判定された者(人)

※C型肝炎ウイルスの陽性者は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者(人)

出典：静岡県特定感染症検査等事業実績

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

## ○ALT値が30を超えるものの割合の推移

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

出典：NDBオープンデータ（厚生労働省）



## 6 精神疾患

### 【対策のポイント】

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

### (1) 現状と課題

#### ア 精神疾患の現状

- 精神疾患は、近年その患者数が増加しており、2020年の患者調査によると全国で推定患者数は約615万人となっています。そのうち、入院患者数は約29万人、外来患者数は約586万人であり、1年以上の長期入院患者数は約17万人となっています。国の調査結果では、国民の4人に1人が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及びアルコール、薬物等の精神に作用する物質の有害使用や依存など、物質に関連した障害（物質関連障害）のいずれかを経験していることが明らかとなっています。
- 2021年の国の調査では、3割から5割程度の方が様々な不安を感じており、精神保健福祉上のニーズや精神疾患は住民に広く関わっています。精神保健福祉上のニーズを有する者が必要な保健医療サービスや福祉サービスの提供を受け、地域の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する正しい知識の普及啓発を推進することが重要となっています。
- 高血圧や糖尿病、がん等はエビデンスに基づいた予防方法が確立していますが、精神疾患については、予防の必要性は認識されているもののその効果を実証することが困難であり、具体的な方法は確立されているとはいえません。しかし、適度な「運動」バランスのとれた「栄養・食生活」は身体だけでなく、こころの健康においても重要な基礎となるものと考えられます。これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す「休養」が加えられ、こころの健康のための3つの要素とされてきたところです。特に、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせないものとなっています。
- 精神疾患の診断の基本は、十分な観察・問診による精神症状の正確な把握であり、心理検査等が診断の補助として行われています。精神疾患は、内科などに比べ客観的な指標が乏しいものの、近年、神経画像・脳機能画像などの画像診断技術が進歩しており、客観的な診断方法として期待されています。診断においては、脳以外の身体疾患に起因する精神障害（症状性精神障害）なども考慮し、精神症状のみならず全身状態の把握も重要です。また、身体疾患で内科等を受診した患者に、うつ病等の精神疾患が疑われる場合には、精神科医に紹介することによって、より正確な診断が行われることが、適切な治療選択の観点からも重要と考えられます。
- 精神疾患の治療においては、薬物・精神療法が中心となります。薬物療法において、向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬）を処方する際は、必要な投与期間、出現し得る全ての有害作用に対する対処法、奏功しなかった場合の代替薬物、長期投与の適応などを考慮した治療計画を患者とその家族等に説明する必要があります。また精神療法においては、認知行動療法等が薬物療法と同等の効果をあげる場合もありますが、作業療法、精神科デイ・ケア

を含めた専門的な精神療法以外にも、生活習慣の改善等も重要です。診断や治療において、生物学的、心理学的、社会文化的側面の視点が必要であり、薬物療法だけに限らない多様な治療法を用いることが重要と考えられています。

- うつ病の診断では、甲状腺疾患、副腎疾患、脾疾患、膠原病、悪性腫瘍、脳血管障害など身体疾患でもうつ状態を呈することに留意し、また、躁うつ病（双極性感情障害）、認知症、統合失調症などの精神疾患との鑑別も考慮する必要があります。さらに、アルコール依存症との併存や、身体疾患の治療目的で使用されている薬物によるうつ病にも注意が必要です。うつ病の診断には、上記の鑑別診断を考慮した詳細な問診が不可欠であり、心理検査を補助的に用いることがあります。治療は、抗うつ薬を中心としつつ、認知行動療法等の精神療法など非薬物療法も行われています。
- 全国の自殺者数は、人口動態統計調査によると、1998年から2009年まで連続で3万人を超える水準であったものが、2010年以降は3万人を切り、減少傾向にあります。自殺に至る要因のうち、健康問題の中では、うつ病が多くを占めています。
- このほか、精神疾患には、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症や、てんかん、発達障害等もあり、精神疾患は県民に広く関わる疾患です。また、精神疾患は、あらゆる年齢層で疾病により生じる負担が大きく、特に、稼得能力が低下することがあるなど、本人の生活の質の低下をもたらすとともに、社会経済的な損失を招きます。
- 児童精神科を標榜する医療機関を受診する子どもの数は増加しており、近年では初診までの待機日数の長期化が常態化しています。長期的視点に立てば、児童精神科医療の充実は、子どものこころの問題が長引くことを防ぎ、ひきこもりやうつ病、自殺など、成人期のこころの問題の予防対策にも大きく寄与することになります。

## イ 本県の状況

### （精神科病院等の状況）

- 2023年4月1日現在、精神病床を有する県内の病院数は39病院、精神科病院（精神病床のみを有する病院）数は31病院で、精神病床数は、6,412床です。また、精神科を主たる診療科目として標榜する診療所数は、2020年度の医療施設調査では62診療所です。精神科病院の医師数は、2021年度の病院報告では244人です。

### （精神科病院の入院患者の状況）

- 県内の精神病床を有する病院に入院している人は、精神科病院月報によると2023年3月末現在5,117人で、6年前（2017年3月末現在）の5,508人と比べ391人、約7.1%減少しています。また、県内の精神病床における入院患者の平均在院日数は、2022年度は215.6日で、6年前（2016年度）の228.5日と比べ12.9日短くなっています。これは、治療技術の向上、抗精神病薬の開発等、精神障害に関する医療環境が改善されていることや障害福祉サービス事業所の整備が進んできたことなどから、早期退院が可能になったためと考えられます。
- 一方で、1年以上の長期入院患者は、2022年6月末現在2,924人と、全体の57.3%を占めています（厚生労働省精神保健福祉資料）。病状が安定し、退院しても家族の受入体制がない、経済的な不安、地域生活の受け皿となる障害福祉サービス事業所や地域生活を支援するサービスが十分ではないなど、家庭や地域の受入体制が整わないために退院できない、いわゆる社会的

入院患者が相当数に上るものと推測されています。

#### (精神科訪問看護の状況)

- 2022年度の県内の精神科訪問看護を提供する病院数は22病院、人口10万人当たり0.6病院（全国平均:0.7病院）、診療所数は10施設、人口10万人当たり0.2施設（全国平均:0.3施設）、訪問看護ステーション数は117施設、人口10万人当たり3.2施設（全国平均:4.6施設）と、いずれも全国平均より低い状況です。
- 2022年度の県内の精神科訪問看護の利用者数は3,426人で、人口10万人当たり93.7人、全国平均（163.8人）より少ない状況です。

#### (精神科救急の状況)

- 2023年度の県内の精神科救急医療施設数は10施設で、内訳は常時対応型病院4施設、輪番型病院6施設となっています。2022年度の夜間・休日における精神医療相談窓口での相談件数は7,211件、精神科救急情報センターで電話相談件数は1,714件です。また、2022年度の夜間・休日の受診件数は1,104件、入院件数は601件であり、受診件数は増減を繰り返していますが、入院件数は減少傾向となっています。

(疾患ごとの患者の状況) ※精神病床以外の患者数を含む。

##### 【統合失調症】

- 統合失調症は、幻覚や妄想、意欲の欠如などの症状を伴い、100人に1人弱がかかる頻度の高い疾患ですが、治療によって急性期の症状が治まると、回復期を経て、徐々に長期安定に至るという経過をたどるのが一般的です。
- 継続的に治療を受けている統合失調症の外来患者数は50,255人、入院患者数は7,921人です。(2020年)

##### 【うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）】

- うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）は、精神的・身体的ストレス等を要因に、気分の波が主な症状として表れる疾患で、気持ちが強く落ち込むうつ状態のみを認める場合や、うつ状態と躁状態を繰り返す場合があります。
- 継続的に治療を受けているうつ病・躁うつ病（双極性感情障害）の外来患者数は86,526人、入院患者数は4,744人です。(2020年)

##### 【依存症】

- 依存症は、アルコールや薬物等の特定の物質を摂取することや、ギャンブルやゲーム・インターネット等の特定の行為に過度にのめり込むことにより、「やめたくても、やめられない」状態（コントロール障害）になる疾患です。
- 2019年5月にWHO（世界保健機関）において、ゲーム障害が国際疾病分類に新たに認定されました。
- 継続的に治療を受けているアルコール依存症の外来患者数は1,759人、入院患者数は589人、薬物依存症の外来患者数は268人、入院患者数は86人、ギャンブル等依存症の外来患者数は61人です。(2020年)

##### 【心的外傷後ストレス障害（PTSD: Post Traumatic Stress Disorder）】

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

○継続的に治療を受けている P T S D の外来患者数は 800 人、入院患者数は 26 人です。 (2020 年)

#### 【高次脳機能障害】

- 高次脳機能障害は、脳卒中等の病気や事故等により脳の一部に損傷を受け、その後遺症として記憶、注意、遂行機能、社会的行動等の認知機能（高次脳機能）が低下した状態を指し、日常生活の中で症状が現れるものの外見では分かりにくいという特徴があります。
- 厚生労働省 (2016 年生活のしづらさなどに関する調査)によると、医師から高次脳機能障害と診断された者は全国に 32.7 万人、本県では約 9,800 人と推計されています。

#### 【摂食障害】

- 摂食障害は、拒食症と過食症が代表的な症状であり、10 代から 20 代の女性に多く、心身の成長・発達、日常の社会生活に深刻な影響を与える疾患で、日本摂食障害協会などの調査では、児童生徒の患者数がコロナ禍で増加しているとの報告があります。
- 継続的に治療を受けている摂食障害の外来患者数（精神療法に限定）は 1,050 人、入院患者数は 286 人です。 (2020 年)

#### 【てんかん】

- てんかんは、何らかの原因で、一時的に脳の一部が過剰に興奮することにより発作が起きる疾患であり、多くの患者が適切な抗てんかん薬を服用することで、発作が止まり、通常の社会生活を支障なく送ることができると言われてしています。
- 厚生労働科学研究において、医療機関の受療の有無にかかわらず、てんかん患者は、1,000 人当たり 7.71 人と推計されています。
- 継続的に治療を受けているてんかんの外来患者数（精神療法に限定）は 12,955 人、入院患者数は 2,009 人です。 (2020 年)

#### 【児童・思春期精神疾患】

- 児童・思春期精神疾患は、主に 20 歳未満のこころの問題が対象であり、児童虐待やいじめなど、子どもをめぐる様々なストレスを背景として、不登校、ひきこもり、発達障害児の二次障害、自傷・自殺、性的逸脱行動、反社会的行動など深刻化・多様化しています。
- 継続的に治療を受けている児童・思春期精神疾患の外来患者数は 18,708 人、入院患者数は 427 人です。 (2020 年)

#### （身体合併症の状況）

- 高齢化の進展に伴い、精神疾患と身体疾患の合併症がある患者の増加が見込まれています。
- 精神科病院に入院中の患者が、身体疾患の治療を必要とした場合、各保健医療圏域において、身体合併症治療を担う総合病院等と連携して対応しています。また、専門的入院治療が必要な患者の受入れは聖隷三方原病院に加え、2023 年度から県立総合病院が受入を開始しました。
- 2020 年に精神科入院患者で身体合併症の診療を受けた患者数は 648 人です。

#### （自殺者の状況）

- 職場や地域では、人と人とのつながりが薄れ、不安や孤独感を抱える人が増加し、さらに、健康・経済問題等のストレスが原因でうつ病等のこころの健康問題を抱え、自殺に至るケースもあります。本県の自殺者数は、1998 年以降、16 年連続して700 人台から 800 人台の高水準で推移していましたが、2010 年の 854 人をピークに減少傾向が続いている一方で減少幅は縮小し



ており、特に、若年層については、おおむね横ばい状態にあります。2022 年は自殺者数が前年より増加し、コロナ禍の長期化や物価高騰などの影響が考えられます。

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

#### (災害精神医療の状況)

○災害拠点精神科病院は、災害時に、精神疾患を有する患者の受入れ、広域搬送のための一時的 避難場所 としての機能等、精神科医療の対応に当たり、2023 年 4 月現在、4 病院（県立こころの医療センター、沼津中央病院、神経科浜松病院、聖隷三方原病院）を指定しています。

○災害時の円滑な応援体制と受援体制を整えるため、2017 年 3 月に静岡 D P A T（災害派遣精神医療チーム）を発足し、2023 年 4 月現在、17 病院と「静岡 D P A T の出動に関する協定」を締結しており、被災地域での活動（県 D P A T 調整本部等での指揮調整、被災地での精神科医療の提供、精神保健活動への専門的支援）に従事 しています。

#### (医療観察法における対象者 の 状況)

○「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（「医療観察法」）により、心神喪失又は心神耗弱の状態で、重大な他害行為を行った場合、医療観察法に基づく審判決定により入院又は通院による医療を受けること に なります。

○制度開始の 2017 年 7 月から 2023 年 3 月末までに入院決定を受けた人数は 103 人、通院決定を受けた人数は 18 人となっています。

### ウ 医療提供体制

#### (ア) 精神疾患に関する普及啓発・相談支援

○精神疾患に り患 した場合、早期に適切な医療を受けられるよう、精神疾患に関する 正しい知識 の普及啓発を図るとともに、精神障害のある人が地域の一員として安心して生活できるよう、障害 に対する 理解を促進する 必要があります。

○精神保健福祉センターや保健所では、こころの健康問題に対応するため、精神保健福祉に関する相談支援を行い、必要に応じて医療機関や相談機関を紹介するなど早期治療や早期介入に向けた取組が必要です。

○精神保健福祉法の改正により、2023 年度から市町が実施する精神保健に関する相談支援については、精神障害のある人のほか精神保健に課題を抱える人も対象となったことから、市町の相談支援に対する技術的な支援を行う必要があります。

#### (イ) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（地域移行・地域定着の推進）

○精神障害の有無やその程度にかかわらず、地域で暮らす全ての人が、必要な時に適切な 医療や福祉サービス を受けられる体制の整備が必要です。

○急性増悪時には、入院治療へのアクセスに加えて、アウトリーチによる支援など、患者のニーズに応じた対応が必要です。

○新規入院患者については、入院中の処遇の改善や患者の Q O L の向上を図りつつ、できる限り 1 年以内 に 退院となるよう、多職種・多機関が連携した退院支援が求められています。

○精神科病院 で 1 年以上の長期在院者数は減少傾向に ありますが、1 年以上長期在院者数は入院患者数の 57.3% を占めることから、患者の状態や生活環境を踏まえながら、入院から地域生活



への更なる移行を進めていくことが必要です。

- 地域で適切な歯科医療や薬剤の服薬指導・管理が受けられるような支援が必要です。

#### (ウ) 多様な疾患ごとの医療連携体制の構築

- 精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくありません。また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もあります。
- 統合失調症、うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）、依存症、PTSD、高次脳機能障害、摂食障害、てんかん等多様な精神疾患ごとに対応できる医療機関を明確にし、早期に必要な精神科医療が提供できる医療体制の確保が必要です。

##### 【統合失調症、うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）】

- 統合失調症やうつ病等の精神疾患は治療法が確立されており、早期受診、早期治療をするため、発症してから精神科医に受診するまでの期間を短縮する必要があります。

##### 【依存症】

- 「静岡県アルコール健康障害対策推進計画」及び「静岡県ギャンブル等依存症対策推進計画」に基づき、アルコール及びギャンブル等依存症に対応できる医療機関を明確にするとともに、依存症治療拠点機関と連携して、アルコール及びギャンブル等依存症治療に対応できる医療機関を確保する必要があります。
- 依存症の理解を深めるための啓発や、患者・家族への相談支援体制の充実のほか、自助グループと連携した回復支援など地域連携体制を構築する必要があります。
- ゲーム障害・ネット依存については、学齢期からの啓発活動を始めとした発症予防の取組が重要であるため、教育機関等との連携が必要です。
- 「静岡県薬物乱用対策推進方針」に基づき、薬物依存者の再乱用防止に向け、保護観察所と医療・保健・福祉機関、民間支援団体との緊密な連携体制の構築が必要です。

##### 【心的外傷後ストレス障害（PTSD）】

- 身近な事件や事故に遭遇した人の中には、強いストレスのため少なからずところに深い傷を負い、特に、児童・生徒は大きな精神的ショックを受けやすいため、ストレスの長期化によるPTSD（心的外傷後ストレス障害）の発症を未然に防止する必要があります。

##### 【高次脳機能障害】

- 高次脳機能障害は、外見からでは分かりにくい障害であり、治療から社会復帰、就労に至るまでの切れ目のないケアや福祉制度の狭間となることから、障害に対する理解や適切な支援が求められています。このため、高次脳機能障害支援拠点機関に支援コーディネーターを配置し、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行い、医療及び福祉関係者による地域連携体制を構築する必要があります。

##### 【摂食障害】

- 摂食障害患者が早期に適切な支援を受けられるよう、摂食障害支援拠点病院において、本人・家族への相談支援、学校関係者への研修、精神科及び小児科を含む他医療機関への研修・技術的支援等を行うとともに、精神科と精神科以外の医療機関との連携を図り、身近な地域で相談や治療が受けられる医療連携体制を構築する必要があります。

### 【てんかん】

- てんかんは発作に加え、様々な精神・心理・社会的問題を示すことがあり、包括的な支援が求められています。てんかん患者が早期に適切な支援を受けられるよう、てんかん支援拠点病院において、本人や家族への相談支援、他医療機関や学校関係者等への研修・技術的支援等を行うとともに、医療機関との連携を図り、身近な地域で相談や治療が受けられる医療連携体制を構築する必要があります。

### 【児童・思春期精神疾患】

- 子どもたちが適切な支援や治療を受け、回復し、地域社会で健やかに生活していくためには、児童精神科医療体制を充実させることが必要です。さらに、児童精神科医療機関が中核となつて、福祉・教育・保健・司法等を含む関係機関が連携し、包括的な支援を行うことが重要となっています。

### （エ）精神科救急体制・身体合併症

- 在宅の精神障害のある人の精神症状が悪化するなど、急性増悪等に対応できるよう、24 時間 365 日対応できる精神科救急医療体制や精神医療に関する相談窓口の設置等体制を充実する必要があります。
- 精神疾患と身体合併症の専門的入院治療が必要な場合に、精神科医と精神科以外の医師が相互に診療情報や治療計画を共有し、入院治療に対応可能な機能や体制等が求められています。

### （オ）自殺対策

- 自殺は、その多くが「追い込まれた末の死」であり、その要因には、精神保健上の問題だけでなく、経済・生活問題、健康問題、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤独・孤立などの様々な社会的要因があります。
- これらの社会的要因を減らすとともに、追い込まれる状況に陥らないよう、相談支援体制の充実や地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・教育・警察等の関係機関・関係団体のネットワークの構築を図り、自殺リスクを減らす必要があります。

### （カ）災害時及び新興感染症発生・まん延時における精神医療

- 災害拠点精神科病院は、被災した精神科病院に入院する患者の受入れや精神科診療のほか、災害時の拠点として静岡 D P A T との連携が必要です。
- 静岡 D P A T（災害派遣精神医療チーム）を中心に、災害時の精神医療に対応できる専門職の養成や多機関・多職種との連携が必要です。
- 精神科病院では、マスク着用や身体的距離の確保など感染予防対策を十分に行うことが困難であり、感染症が発生すると拡大するリスクが高いことから、新興感染症の発生・まん延時においても精神医療が確保できるように、平時から対策を検討する必要があります。

### （キ）医療観察法における対象者の医療提供体制

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

### （ク）隔離・身体的拘束の最小化

- 医療・保護を図る上でやむを得ないと判断された場合に、必要最小限の範囲で行われる隔離・身体的拘束について、人権擁護の観点から、最小化に関する取組が求められています。

## (2) 対策

### ア 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
精神病床から退院後１年以内の地域における平均生活日数	327 日 (2020 年度)	327 日以上 (2026 年度)	第 7 期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。	第 7 期障害福祉計画に係る国の基本方針
精神科病院１年以上の長期在院者数	2,924 人 (2022.6.30)	2,772 人以下 (2026 年度)	地域移行を推進することにより、１年以上の長期在院者数を引き下げる。	厚生労働省精神保健福祉資料より算出
精神科病院入院後３か月時点退院率	63.6% (2020 年度)	68.9%以上 (2026 年度)	第 7 期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。	第 7 期障害福祉計画に係る国の基本方針
精神科病院入院後６か月時点退院率	82.3% (2020 年度)	84.5%以上 (2026 年度)	第 7 期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。	第 7 期障害福祉計画に係る国の基本方針
精神科病院入院後１年時点退院率	89.5% (2020 年度)	91.0%以上 (2026 年度)	第 7 期障害福祉計画に係る国の基本方針に基づき設定する。	第 7 期障害福祉計画に係る国の基本方針
行動制限(隔離・身体的拘束)指示割合	10.5% (2022.6.30)	8.3%以内 (2026 年度)	国平均値(2022 年度)に基づき設定する。	厚生労働省精神保健福祉資料より算出

### イ 施策の方向性

#### (ア) 精神疾患に関する普及啓発・相談支援

- 精神疾患の発生を予防し、早期に適切な医療を受けることができるように、精神保健福祉センター、健康福祉センター、市町、精神保健福祉協会等の関係団体が連携して、乳幼児期から老年期に至るライフステージに応じた、こころの健康の保持・増進や精神疾患について普及啓発を行い、精神疾患が誰もがかかりうる病気であることについての認知度を高めます。
- 精神保健福祉センターや保健所では、精神保健福祉に関する電話相談や対面での相談会を実施しており、精神科医療機関や地域援助事業者、市町などと連携し、必要に応じて医療機関や相談機関を紹介するなど早期治療や早期介入に向けた相談支援の体制づくりを推進します。
- 精神保健福祉法の改正により、2023 年度から市町が実施する精神保健に関する相談支援については、精神障害のある人のほか精神保健に課題を抱える人も対象となったことから、市町に対する技術的な支援を行い、市町を含む相談支援体制の充実を図ります。

#### (イ) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（地域移行・地域定着の推進）

- 精神障害のある人の人権に配慮し、本人やその家族の意思を尊重した適正な医療及び看護等の提供体制の整備を促進します。
- 精神障害の有無やその程度にかかわらず、地域で安心して生活し続けることができるように、医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種チームによる退院支援等の取組を推進します。また、精神科病院、診療所、訪問看護事業所、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、地域包括支援センター等及び市町の協力体制を強化し、段階的・計画的に地域生活へ

の移行を促進することにより、精神障害のある人の早期退院を図ります。

- 急性増悪時には、精神科病院や診療所、訪問看護事業所等と連携して、訪問診療や訪問看護など、身近な地域で医療や福祉サービスを受けやすい体制の整備を促進します。
- 新規入院患者については、入院中の処遇の改善や患者のＱＯＬ（生活の質）の向上を図り、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促進するとともに、相談支援事業者やピアサポーター等による訪問支援や、退院後生活環境相談員の選任や地域援助事業者の紹介等の退院に向けた支援を通じて、早期の地域移行・地域定着を進めていきます。
- 精神科病院の長期在院者に対しては、各地域における協議を通じて、居住環境や生活環境の基盤整備を促進するほか、多職種・多機関による地域移行・定着に向けた研修等を通じて、長期在院者の地域移行や地域定着を進めていきます。
- 歯科のない病院の入院患者への歯科訪問診療の提供体制の整備を促進します。
- 薬物療法が適切に進むように、薬局と医療・介護関係機関との連携や「地域連携薬局」を中心とした薬局間の連携体制を整備し、薬局による在宅訪問業務を促進します。

#### （ウ）多様な疾患ごとの医療連携体制の構築

- 多様化している精神疾患ごとの県内全域の拠点医療機関を明確にし、情報発信や人材育成を行うほか、２次保健医療圏における地域連携拠点機能を担う医療機関を支援し、地域での連携体制を構築します。

##### 【統合失調症】

- 浜松医科大学医学部附属病院及び県立こころの医療センターを県内全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築するほか、国が目指す専門的治療方法の県内全域での普及を図ります。

##### 【うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）】

- うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）の早期発見・早期治療を目的に、精神科医と一般内科医等かかりつけ医との連携を強化するほか、浜松医科大学医学部附属病院及び県立こころの医療センターを県内全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

##### 【依存症】

- 依存症の治療を行う医療機関が少ないことから、県内の依存症治療拠点機関である服部病院、聖明病院に加え、県立こころの医療センターを全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。
- アルコール、薬物、ギャンブル等の様々な依存症患者については、自助グループにおける取組の促進や多職種・多施設との連携を推進するほか、家族への支援等を行います。
- ゲーム障害・ネット依存については、依存症治療拠点機関や教育機関等と連携し、ワークショップや回復に向けた支援プログラムを実施するなど、発症予防や進行予防に関する取組を推進します。

##### 【心的外傷後ストレス障害（PTSD）】

- 災害及び事件、事故等が発生した場合に、早期に被災者・被害者のこころのケアに対応できる体制を整えるとともに、浜松医科大学医学部附属病院及び県立こころの医療センターを県内全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

##### 【高次脳機能障害】

- 高次脳機能障害者が身近な地域で適切なケアを受けられるように、２次保健医療圏域ごとに地



域リハビリテーション関係医療機関、高次脳機能障害支援拠点機関、就労支援関係機関、健康福祉センター等との連携により相談支援体制の充実を図るほか、聖隷三方原病院を県内全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

#### 【摂食障害】

- 摂食障害は、早期の適切な治療と支援によって回復が可能な疾患であることから、摂食障害支援拠点病院である浜松医科大学医学部附属病院を中心に、患者・家族への専門的な相談支援とともに、関係機関に対して摂食障害に関する正しい知識の普及に努めます。
- 浜松医科大学医学部附属病院のほか、県立こども病院、県立こころの医療センターを県内全域拠点機関とし、入院医療の体制維持を図るとともに、身近な地域での継続的な治療が可能となるよう外来医療機関の確保に努め、医療連携体制の充実を図ります。

#### 【てんかん】

- てんかんは、適切な診断、手術や服薬等により、症状を抑えて社会で活動しながら生活できることや治療することも多いため、運転、就労などの生活にかかわる相談支援や、関係機関対する正しい知識の普及に努めます。
- てんかん支援拠点病院である静岡てんかん・神経医療センターを県内全域拠点機関とし、身近な地域での継続的な治療が可能となるよう外来医療機関の確保に努め、医療連携体制の充実を図ります。

#### 【児童・思春期精神疾患】

- 児童・思春期精神疾患の子どもたちが適切な支援や治療を受け、回復し、地域社会で健やかに生活していくために、浜松医科大学医学部附属病院、天竜病院、県立こども病院、県立こころの医療センターを県内全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。

#### (エ) 精神科救急体制・身体合併症

- 24 時間 365 日対応できる精神科救急医療システムを整備するほか、精神科医療に関する相談窓口の設置等の医療へアクセスするための体制の整備を推進します。
- 休日、夜間に対応する常時対応型病院として、沼津中央病院、鷹岡病院、清水駿府病院、聖隷三方原病院を、輪番型病院として溝口病院、県立こころの医療センター、焼津病院、藤枝駿府病院、川口会病院、服部病院を、県全域の後方支援病院として県立こころの医療センターを配置し、精神科救急を推進します。
- 精神疾患のある人が身体合併症の入院治療を必要とした場合に、精神科救急医療圏域ごとに総合病院等において精神科医と精神科以外の医師が診療情報や治療計画を共有し診療に対応する体制（コンサルテーション・リエゾン）を基本に、対応が困難で専門的な入院治療が必要な場合には、24 時間体制で身体合併症の入院治療と精神科医療を実施できる聖隷三方原病院及び県立総合病院を全域拠点機関とした連携体制を構築します。

#### (オ) 自殺対策

- 誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して、「いのち支える“ふじのくに”自殺総合対策行動計画」に基づき、県、市町が一体となり、関係機関との連携のもと地域における相談体制の充実を図り、自殺リスクの軽減を図ります。
- 自殺の危険を示すサイン（不眠等）に気づき、声をかけ、話を聴いて必要な支援につなげるゲートキーパーの養成等を関係機関と連携を図りながら進めます。



- 若年層の自殺予防を図るため、24 時間 365 日の電話対応や、年間を通じた L I N E 相談を実施するとともに、教育委員会等の関係機関と連携し、S O S の出し方など困難に直面した際の対処方法について周知するほか、職場におけるメンタルヘルス対策を推進します。
- 自殺未遂者に対する良質かつ適切な治療が必要であることから、浜松医科大学医学部附属病院、県立こころの医療センター、県立こども病院を県内全域拠点機関とし、地域医療連携体制を構築します。
- 若年層・女性・働き盛り世代に対する支援のほか、社会的孤立や生活困窮等に対応した自殺総合対策の取組を推進します。

**(力) 災害時及び新興感染症発生・まん延時における精神医療**

- 災害時に安定した精神医療を提供できる体制を確保するため、様々な訓練・研修等を通じて、災害拠点精神科病院、DMA T、D P A T及びその他関係機関との連携強化に努めます。
- 災害時には、国 D P A T 事務局を通じた他都道府県D P A T の受入れ、DMA T や関係機関との連携等により、精神医療の提供体制の確保に努めます。
- 新興感染症への対応については、ふじのくに感染症管理センターと連携し、平時からの対策を促進するとともに、発生・まん延時においても継続的に精神医療を確保するための体制を検討します。

**(キ) 医療観察法における対象者の医療**

- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の社会復帰と地域生活の支援を図るため、法令に基づく指定入院及び指定通院医療機関である県立こころの医療センターを県内全域拠点機関とし、他の指定通院医療機関や関係機関と協働して地域処遇の実施体制の確立を図ります。

**(ク) 隔離・身体的拘束の最小化**

- 隔離・身体的拘束などの行動制限を行う際には、特に患者の人権に配慮することが求められるため、法令に基づく実地指導等を通じて行動制限基準（国告示）の遵守徹底を図るほか、精神科病院における実践事例を共有するなど、行動制限の最小化に向けた取組を支援します。

## ○精神疾患のロジックモデル

### ＜個別施策＞

### ＜中間アウトカム＞

### ＜分野アウトカム＞

<b>1:精神疾患に関する普及啓発・相談支援</b>	
現状データ	精神保健福祉相談件数

<b>2:精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築(地域移行・地域定着の推進)</b>	
現状データ	精神障害者地域移行定着推進研修の修了者数

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

<b>4:精神科救急体制・身体合併症</b>	
現状データ	精神科救急医療機関数

<b>5:自殺対策</b>	
現状データ	自殺による死亡者数

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

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

<b>8:隔離・身体的拘束の最小化</b>	
現状データ	隔離指示件数・身体拘束指示件数

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

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

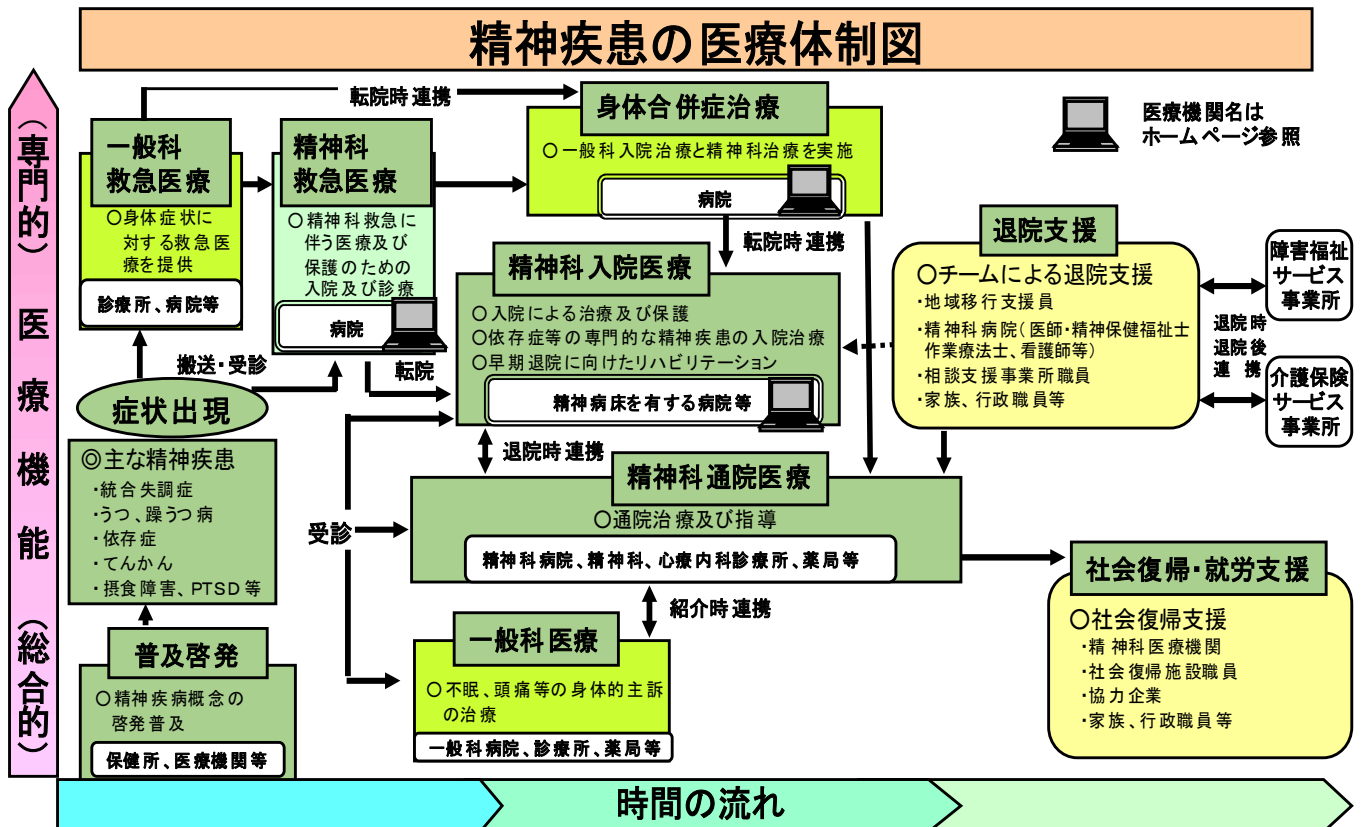
<b>3:隔離・身体的拘束の最小化</b>	
数値目標	行動制限(隔離・身体的拘束)の指示割合

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

### (3)「精神疾患」の医療体制に求められる医療機能

	普及 啓発	一般科 医療	一般科 救急医療	精神科 救急医療	身体合併症 治療	精神科入院医療		精神科 通院医療	社会復帰・ 就労支援
ポイント	○精神疾患概念の啓発普及	○不眠、頭痛等の身体的主訴の治療	○身体症状に対する救急医療を提供	○精神科救急に伴う医療及び保護のための入院及び診療	○一般科入院治療と精神科治療を実施	○入院による治療及び保護 ○早期退院に向けたリハビリテーション	○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 ・精神科入院通院医療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携	・精神疾患の専門的な入院治療を実施 ・退院に向けた生活リハビリテーションの実施	・退院可能精神障害者の在宅療養に向けた支援を実施	・専門的な精神疾患の治療  ・精神科入院医療、身体合併症治療、一般科医療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携	・地域で継続した療養生活、社会復帰の支援  ・精神科通院医療を行う医療機関との連携

### (4) 精神疾患の医療体制図



## (5) 関連図表

## ○指標による現状把握

指 標		実 績	出典元
指標の項目	時点・期間	静岡県	
精神保健福祉相談件数	2022 年度	4,008 件	県調査
精神障害者地域移行定着推進研修の修了者数	2023 年度	140 人	県実施
精神障害者の障害福祉サービス利用者数 (地域移行支援人数)	2022 年度	39 人	県調査
精神障害者の障害福祉サービス利用者数 (地域定着支援人数)	2022 年度	125 人	県調査
依存症相談支援に携わる従事者向け研修の 参加人数	2023 年度	46 人	県実施
精神科救急医療機関数	2023. 4	10 施設	県指定
自殺による死亡者数	2022 年	605 人	厚生労働省 「人口動態統計」
D P A T 協力病院数	2023. 4	17 施設	県指定
医療観察法の指定通院医療機関数	2023. 4	18 施設	県指定
多様な精神疾患等ごとの拠点医療機関設置数	2022 年度	179 箇所	県調査
隔離指示件数	2022. 6. 30	474 件	厚生労働省「精神 保健福祉資料」
身体拘束指示件数	2022. 6. 30	186 件	厚生労働省「精神 保健福祉資料」

## ○県内の精神病床における入院患者数

区分	人数	調査年	調査名等
急性期（3か月未満）	1,237 人	2022. 6. 30	厚生労働省 精神保健福祉資料
回復期（3～12か月未満）	937 人		
慢性期（12か月以上）	2,924 人		

## ○県内の精神病床における退院率

入院後 3 か月時点	入院後 6 か月時点	入院後 12 か月時点	調査年	調査名等
63.6%	82.3%	89.5%	2020 年度	厚生労働省 精神保健福祉資料

## ○県内の精神病床を有する病院における入院患者数の推移

	合計	措置入院	医療保護入院	任意入院	その他	伸び率
2016. 3 末	5,560 人	27 人	2,289 人	3,229 人	15 人	—
2017. 3 末	5,508 人	35 人	2,546 人	2,913 人	14 人	0.99%
2018. 3 末	5,454 人	31 人	2,375 人	3,035 人	13 人	0.99%
2019. 3 末	5,350 人	38 人	2,344 人	2,957 人	11 人	0.98%
2020. 3 末	5,283 人	32 人	2,373 人	2,865 人	13 人	0.99%
2021. 3 末	5,269 人	31 人	2,404 人	2,816 人	18 人	1.00%
2022. 3 末	5,167 人	39 人	2,511 人	2,600 人	17 人	0.98%
2023. 3 末	5,117 人	32 人	2,572 人	2,500 人	13 人	0.99%

(資料：精神科病院月報により県が集計)

## ○精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数

	静岡県	全 国
2020 年度	327 日	327 日

(出典：厚生労働省精神保健福祉資料)

## ○精神科救急医療施設の利用状況

(単位：件)

年 度	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
外来受診者	1,312	1,412	1,321	1,331	1,105	1,079	1,104
うち入院者	668	694	632	608	598	609	601
入院の割合	50.9%	49.2%	47.8%	45.6%	54.1%	56.4%	54.4%

(資料：精神科救急医療月報により県が集計)



## ○年齢階層別自殺者の状況

区 分		2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
死亡総数	人 数 (A)	39,294 人	41,078 人	41,972 人	42,190 人	42,191 人	43,195 人	47,334 人
自 殺	人 数 (B)	602 人	588 人	586 人	564 人	583 人	539 人	605 人
	割合 (B/A)	1.5%	1.4%	1.4%	1.3%	1.4%	1.2%	1.3%
自 殺 の 年 齢 内 訳	19 歳以下	13 人	18 人	23 人	22 人	17 人	20 人	20 人
	20 歳以上	65 人	53 人	60 人	59 人	75 人	60 人	56 人
	30 歳以上	76 人	70 人	75 人	67 人	79 人	60 人	74 人
	40 歳以上	115 人	115 人	89 人	100 人	112 人	93 人	96 人
	50 歳以上	105 人	121 人	98 人	98 人	89 人	92 人	136 人
	60 歳以上	99 人	89 人	106 人	79 人	76 人	71 人	73 人
	70 歳以上	76 人	72 人	86 人	81 人	89 人	85 人	90 人
	80 歳以上	53 人	50 人	49 人	58 人	46 人	58 人	60 人
	不 詳	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
人口 10 万人当たり死亡率 (静 岡 県)		16.6 人	16.3 人	16.4 人	15.9 人	16.5 人	15.3 人	17.4 人
人口 10 万人当たり死亡率 (全 国)		16.8 人	16.4 人	16.1 人	15.7 人	16.4 人	16.5 人	17.4 人
死因順位・静岡県 (全 国)		8 位 (8 位)	10 位 (9 位)	10 位 (10 位)	11 位以下 (11 位以下)	10 位 (11 位以下)	11 位以下 (11 位以下)	11 位以下 (11 位以下)

(出典：厚生労働省「人口動態統計」)

## 6-2 発達障害

### 【対策のポイント】

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

### (1) 現状と課題

#### ア 発達障害の現状

- 発達障害者支援法では、「発達障害」とは、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの」と定義されています。
- 2005年の発達障害者支援法の施行後、2016年8月からは改正発達障害者支援法が施行されるなど、発達障害に対する社会的認知の高まりに伴い、知的障害を伴う発達障害の人とともに、知的障害を伴わない発達障害の人の手帳の取得が年々増加しています。本県では、療育手帳制度を見直し、2006年11月よりIQ80以上89以下で発達障害と診断されたものに対しても療育手帳を交付しています。
- 発達障害に対する医療の関わりとしては、
  - ①保健・予防的な側面として、乳幼児健診でのスクリーニング、相談、情報提供、意見書、診断書作成
  - ②診療として、状態像の把握、検査、診断、合併症や二次的障害の治療、機能訓練
  - ③生活や機能の維持、発達保障として、機能維持、発達支援、療育的対応、二次的障害の予防
  - ④生活の拡大・充実のための支援として、福祉、教育、労働などの他の分野との連携や生活、行動上の適応支援、家族や地域の各機関への支援などが挙げられます。
- 医療機関としては、スクリーニング、一般的な検査、初期相談やガイダンスなどを行う一次医療的な機関、診断、専門的検査、薬物療法などを行う二次医療的な機関、二次的障害の治療など入院も含めた高度な診療を行う三次医療的な機関、加えて療育、リハビリテーション、地域支援なども行う専門機関などの階層に分けることができます。
- さらに、知的障害を伴う自閉症の人などは、発達障害の行動特性のために一般の医療機関での身体疾患の治療や予防接種などが困難な人もおり、すべての医療機関において、発達障害の知識の普及と配慮が必要とされています。

#### イ 本県の状況

- 本県では、2005年4月にこども家庭相談センターに総合支援部（発達障害者支援センター）を設置し、市町や民間の機関で対応困難な事案について専門的な立場から相談を受け付け、発達支援や就労支援を行うほか、市町などの関係機関に対する情報提供や研修などを実施してきました。また、より専門性の高い発達支援や、より身近な場所での専門的支援を提供するため、2020年4月から発達障害者支援センターの運営業務を民間委託するとともに、同センターを沼津市と島田市の2箇所に設置しています。民間委託に伴い、発達障害者支援センター診療所

は 2019 年度末をもって廃止しましたが、民間法人への委託後も各センターにそれぞれ医師を配置し、医学的判断のもと、発達障害のある人への支援を行っています。

○乳幼児健診でのスクリーニングにおいて、地域の医療機関(または医師)の協力を得ていますが、東部地域を中心に診断・検査を行う低年齢を対象とする小児科の医療機関の確保が困難な状況にあります。発達障害者支援センターへの相談経緯では、診断・相談・支援が受けられる機関の情報提供に係る主訴が多いことから、2017 年度から、発達障害に対応可能な医療機関の調査を実施し、県民に情報を公表しています。

○県立吉原林間学園の移転に伴い、入所児童だけでなく、発達障害児等の専門的な治療を行う児童精神科診療所を 2019 年 8 月に設置し、東部地域の医療体制を補完しています。

○発達障害者支援センターの相談のうち、30.4%は生活面・家庭で家族ができることを知りたいというもので、最多になっています(2022 年度)。

○発達障害児等への専門的な治療を行う医師は、本県を含め全国的に不足しています。

○本県では、2010 年度に児童・青年期精神医学の診療能力を有する医師の育成、地域の児童精神医療に関する研究の促進、養成された専門医の県内定着などを目的に、浜松医科大学に寄附講座を設置し、人材育成に努めています。寄附講座では、県内の病院で臨床研修を行い、その後県内の医療機関等で勤務を開始しています。2022 年度までの 13 年間に、56 名が研修を修了し、うち 46 名(東部 3 名、中部 14 名、西部 29 名 2023 年 4 月 1 日時点)が県内の病院(精神科・児童精神科)に配置されています。

○発達障害児者の家族が互いに支え合うための活動への支援として、本県では 2021 年度から発達障害児者家族等支援事業としてペアレントメンター<sup>1</sup>やピアサポート支援者を養成・活用し、発達障害児者及び家族等への支援を実施しています。

## ウ 医療提供体制

○発達障害に対応した医療機関の調査を定期的実施し、医療機関に係る情報の共有化を図ることが必要です。

○発達に遅れのある児童に早期療育支援を行う際には、医療による診断、カウンセリング等を行い、特性を踏まえて支援の方向性を決めていくことが望ましいため、診療機会を確保することが求められます。

○地域において、発達障害の診断に対応できる医師や心理士を確保するため、発達障害を専門とする小児神経科医や児童精神科医の確保は長期的な視点に立って、地域で継続的に養成・確保するための拠点や体制の整備が必要です。また、看護師等の医療従事者の発達障害への理解促進も求められます。

○発達障害の診療機会を確保するほか、診断・検査から発達支援に円滑につなぐため、地域の福祉、教育などの支援機関と医療機関の連携強化が求められます。

○発達障害の診断・検査を行う小児科の医療機関が少なく、地域により偏在し、また一部の医療機関の受診が集中する傾向があるため、必要な検査やその後の対応ができる医療機関を拡充することが求められます。

---

<sup>1</sup> ペアレントメンター：自らも発達障害のある子どもの子育てを経験し、かつ相談支援に関する一定のトレーニングを受けた親。

## **(2) 対策**

---

### **ア 施策の方向性**

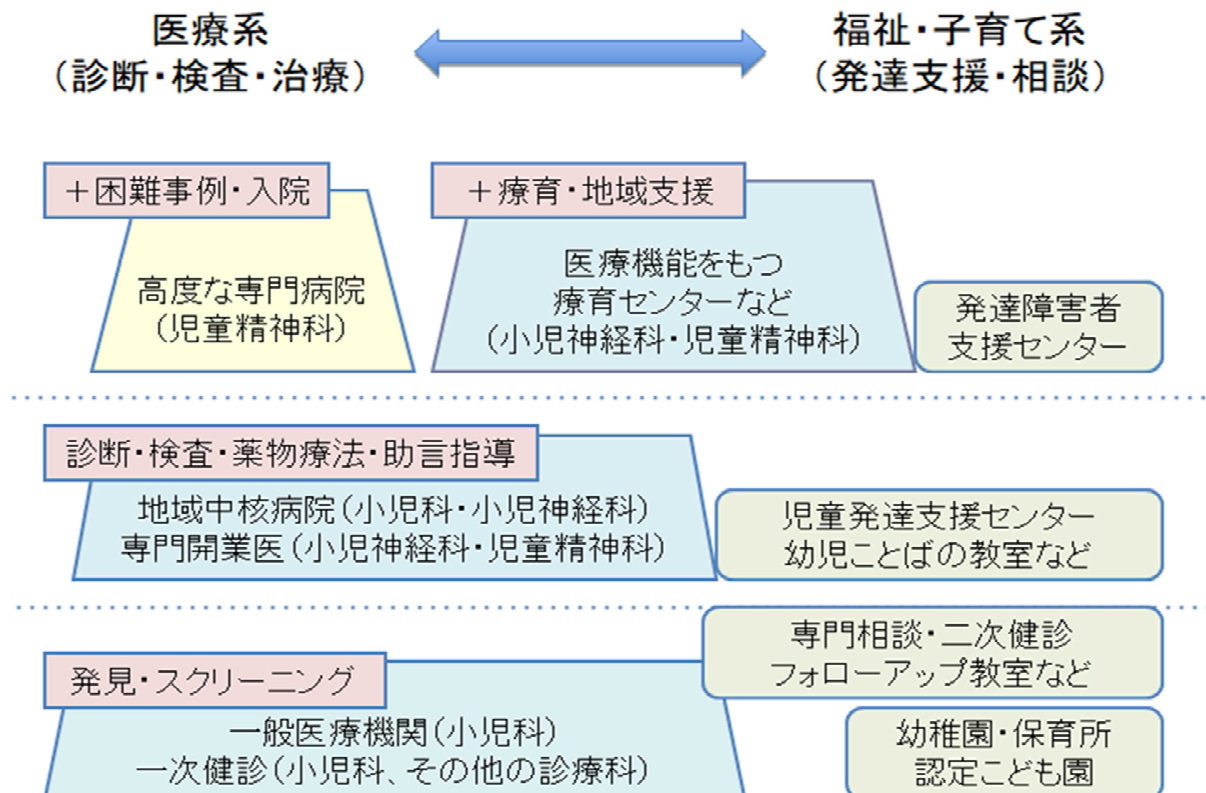
- 医療機関への定期的な調査を行い、発達障害に係る医療情報の提供を行います。
- 浜松医科大学への寄附講座による医師の養成をはじめ、小児神経科医や児童精神科医を地域で継続的に養成・確保する仕組みの検討など、専門医・専門的医療機関の確保を図ります。
- 医療から発達支援へつなぐための仕組みづくりなど、医療機関と福祉、教育などの支援機関の連携強化を進め、児童発達支援センターを中核とした重層的な地域支援体制の構築を図ります。
- 小児科医や看護師その他の医療従事者への研修の充実に努めるなど、地域の小児科医等の対応力の強化を図ります。特に、医療の確保のため、発達障害の診療を行う病院の医師に対して、専門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

### (3)「発達障害」の医療体制に求められる医療機能

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

### (4)「発達障害」の医療体制図

## 発達障害(小児期)の医療体制に求められる医療機能





## (5) 関連図表

## ○発達障害が診療できる医療機関数

## 1 調査概要

(単位：件)

区分	R3	R4	R5	前年度比
公表に同意した医療機関	133(70)	136(66)	136(77)	0(11)

注：( ) は、うち診断と心理検査が可能な医療機関（内数）

## 2 調査結果（2023 年度）

## ①圏域別

(単位：件)

地区	圏 域	医療機関数				10 万人当たりの医療機関数			
		R3	R4	R5	増減 (R5-R4)	R3	R4	R5	増減 (R5-R4)
東部	賀 茂	4	3	3	0	6.8	5.2	5.4	+0.2
	熱海伊東	6	6	6	0	6.1	6.2	6.3	+0.1
	駿東田方	23	23	25	+2	3.6	3.7	4.0	+0.3
	富 士	11	12	11	-1	3.0	3.2	3.0	-0.2
	東 部 計	44	44	45	+1	3.8	3.8	3.9	+0.1
中部	静 岡	32	31	36	+5	4.6	4.5	5.3	+0.8
	志太榛原	13	14	13	-1	2.9	3.1	2.9	-0.2
	中 部 計	45	45	49	+4	3.9	4.0	4.9	+0.9
西部	中 東 遠	13	15	13	-2	2.8	3.3	2.8	-0.5
	西 部	31	32	29	-3	3.7	3.8	3.5	-0.3
	西 部 計	44	47	42	-5	3.4	3.6	3.2	-0.3
計		133	136	136	0	3.7	3.8	3.8	0.0

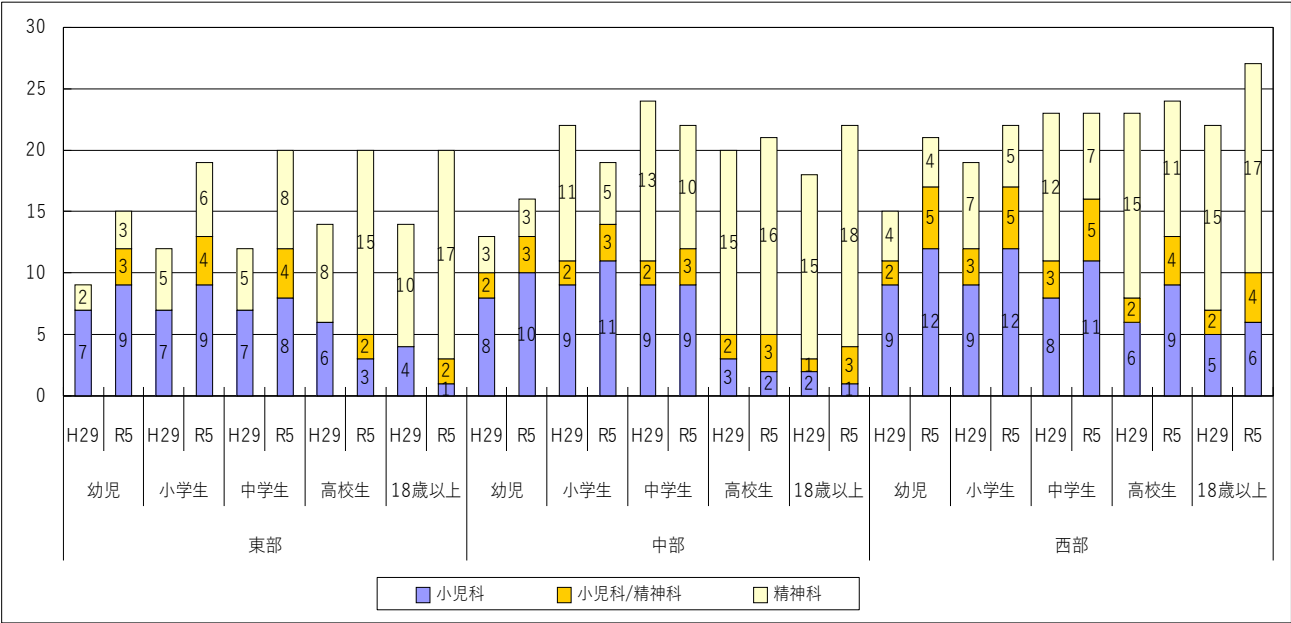
## ②上記のうち診断と心理検査が可能な医療機関数

(単位：件)

地域	圏 域	医療機関数				10 万人当たりの医療機関数			
		R3	R4	R5	増減 (R5-R4)	R3	R4	R5	増減 (R5-R4)
東部	賀 茂	2	2	1	-1	3.4	3.5	1.8	-1.7
	熱海伊東	1	1	2	+1	1.0	1.0	2.1	+1.1
	駿東田方	9	9	14	+5	1.6	1.4	2.3	+0.9
	富 士	8	7	7	0	2.2	1.9	1.9	0.0
	東 部 計	20	19	24	+5	1.8	1.6	2.1	+0.5
中部	静 岡	15	16	17	+1	2.2	2.3	2.5	+0.2
	志太榛原	6	7	8	+1	1.3	1.6	1.8	+0.2
	中 部 計	21	23	25	+2	1.8	2.0	2.2	+0.2
西部	中 東 遠	8	7	7	0	1.7	1.5	1.5	0.0
	西 部	19	17	21	+4	2.4	2.0	2.5	+0.5
	西 部 計	27	24	28	+4	2.1	1.8	2.2	+0.4
計		68	66	77	+11	1.9	1.8	2.2	+0.4

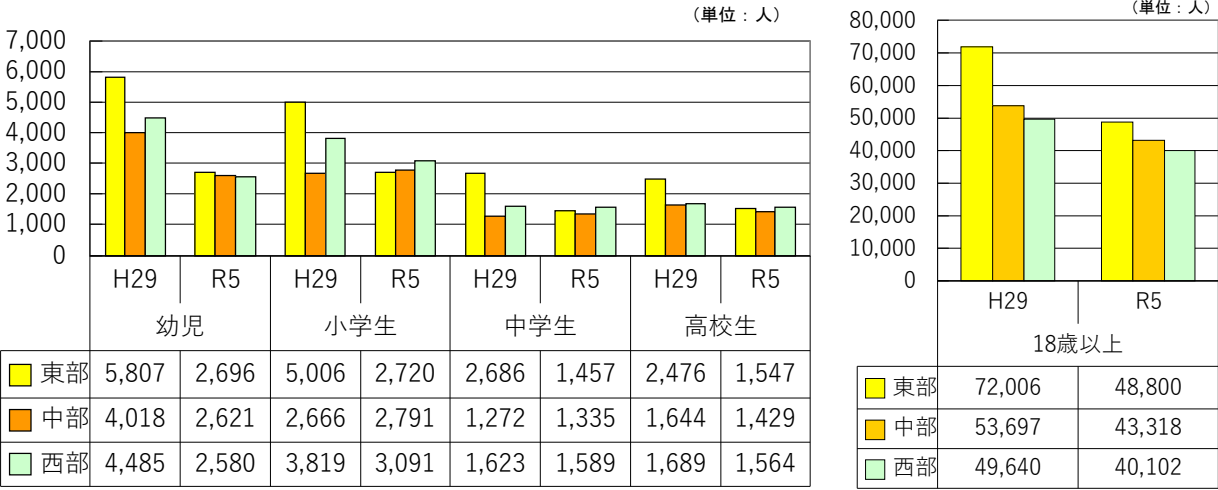
○発達障害の診断及び知能検査が可能な医療機関数（大地域・年齢別）※

（単位：件）

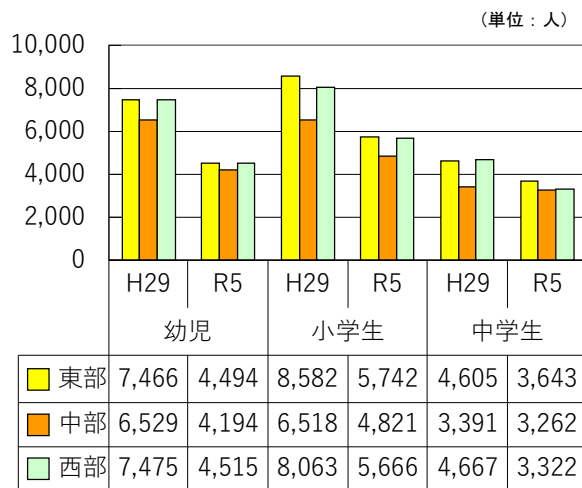


※ 非公表の医療機関は分析から除外

○発達障害の診断及び知能検査が可能な1医療機関あたりの人口（大地域・年齢別）  
（全体）



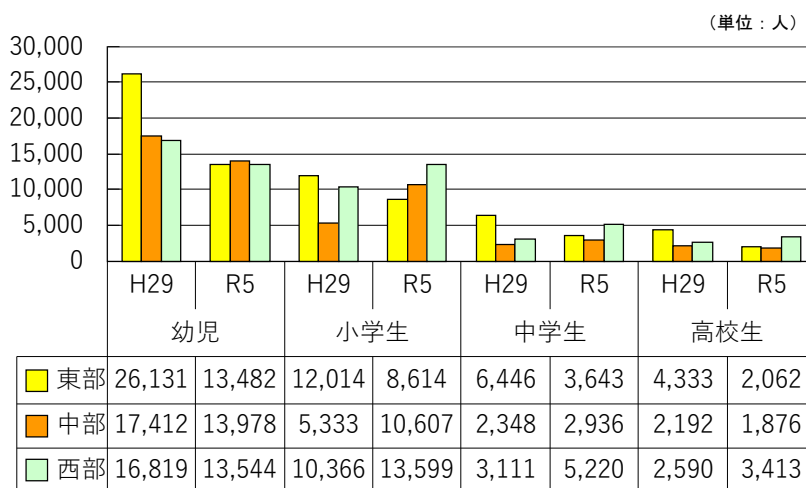
## (小児科)



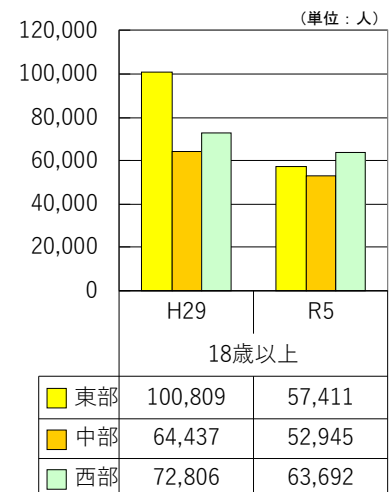
小児科/精神科は集計から外した。

16歳以上は、小児科に初診となることは例外的であるため、除外して分析した。

## (精神科)

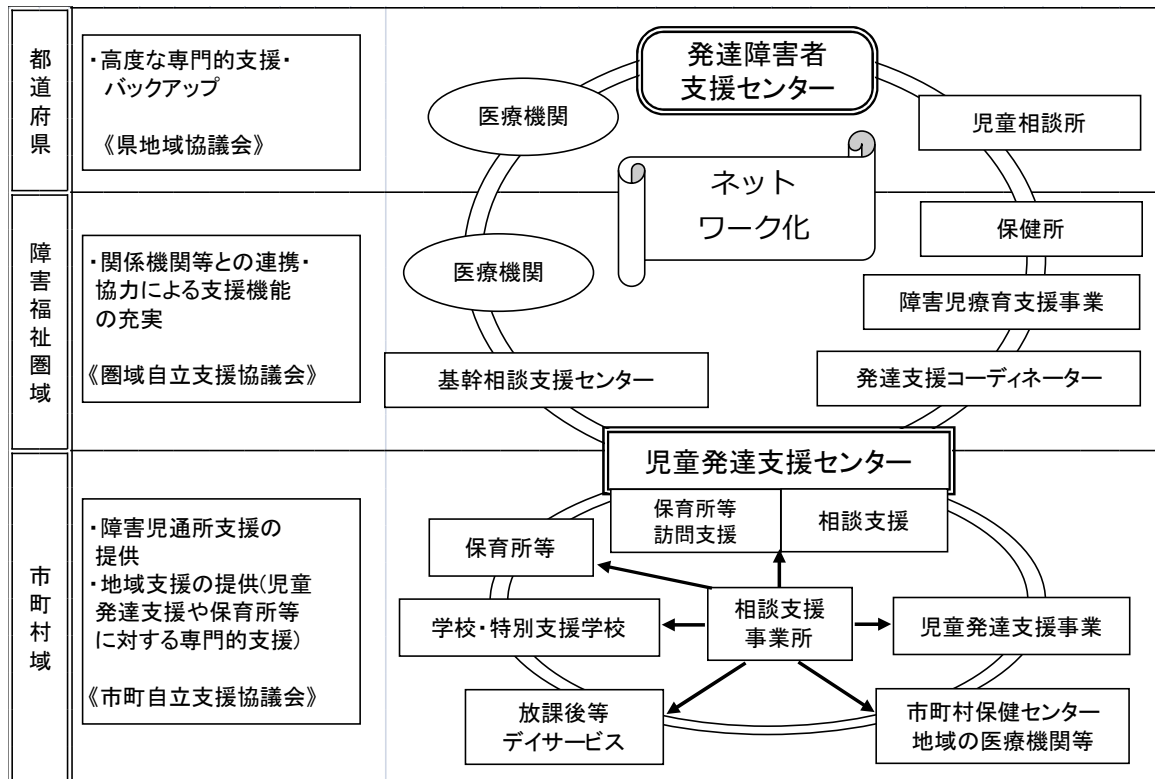


小児科/精神科は集計から外した

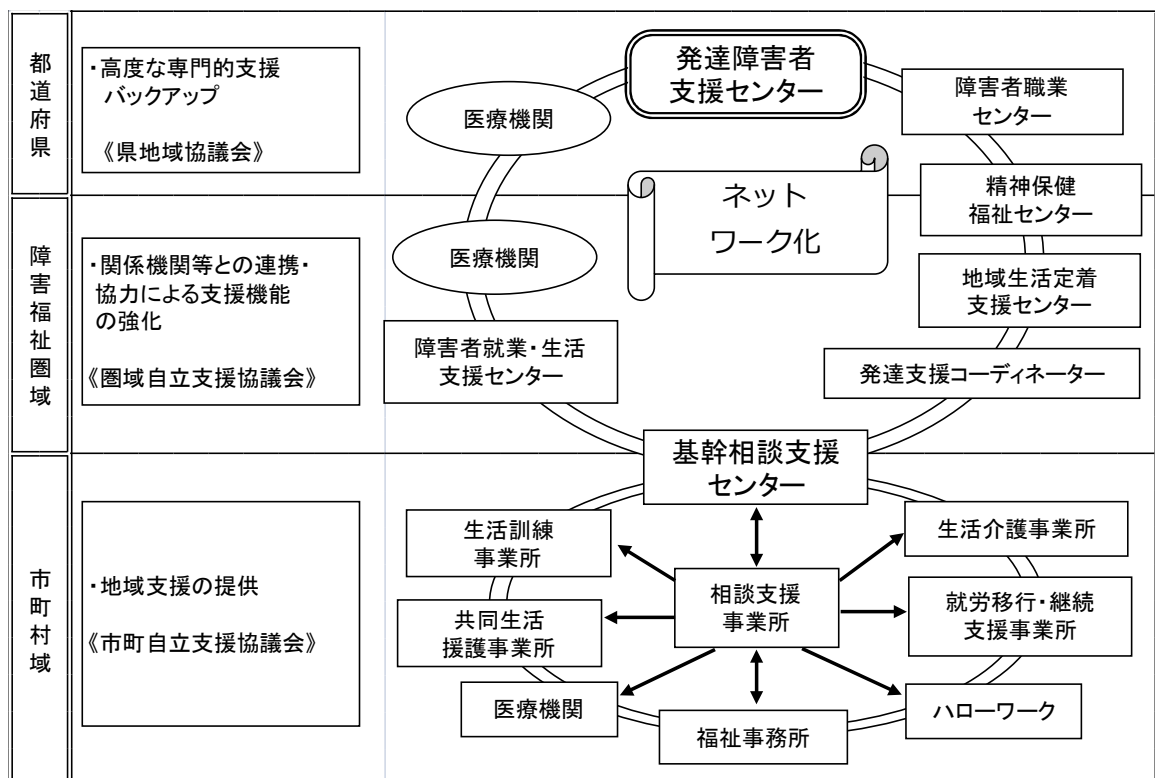


## ○発達障害児者支援システム

(発達障害児)



(発達障害者)



## 第3節 事業

### 1 救急医療

#### 【対策のポイント】

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

#### (1) 現状と課題

##### ア 救急医療の現状（救急医療とは）

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

##### イ 本県の状況

###### (ア) 救急搬送の状況

- 本県における救急搬送人数は、2020年には減少したものの、それ以前は年々増加傾向にあり、2011年には140,906人でしたが、2021年には143,086人と1.5%増加しています。その背景として、救急搬送者のうち軽症者の割合が40%を超えるほか、高齢化の進行等が挙げられます。
- その内訳として、救急搬送人数の約64%を65歳以上の高齢者が占めており、中等症の割合は50%を超えています。

###### (イ) 救急医療体制

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

###### (初期救急医療)

- 初期救急医療は、在宅当番医制（22地区）と休日夜間急患センター（15施設）により対応しています。
- 歯科にかかる初期救急医療は、在宅当番医制（18地区）と休日急患センター（5施設）により対応しています。

###### (第2次救急医療（入院救急医療）)

- 第2次救急医療は、第2次救急医療圏（12地区）ごとに病院群輪番制病院により、入院を必要とする重症救急患者に対応しています（57病院が参加）。



- なお、病院群輪番制病院運営事業については、地方自治体の裁量の拡大を目的に、2005 年度から普通地方交付税として市町に税源移譲され、主体的に休日・夜間の体制整備に努めています。
- その他、救急医療に必要な体制を備え、救急病院等を定める省令に基づき県知事が認定する救急告示病院等があります（75 病院・3 診療所）

### （第 3 次救急医療（救命救急医療））

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

### （ドクターヘリ・ドクターカー）

- 救急専門医がヘリコプターで現場に急行し救命救急処置を行うことにより、重症患者の救命率の向上や後遺症の軽減を図っています。本県では、ドクターヘリを順天堂大学医学部附属静岡病院（伊豆の国市）と聖隷三方原病院（浜松市中央区）で運航し、2 機体制で全県をカバーし、特に山間地や半島部の救急医療体制の強化に大きく貢献しています。また、安全かつ安定的な運航のために、各基地病院に格納庫が整備されています。
- 静岡市以東においては、神奈川・山梨両県との広域連携により、重複要請時の対応に備えています。また、中部ブロック 8 県において、大規模災害時におけるドクターヘリの運用に向けた取組を行っています。2024 年能登半島地震では初の出動を行いました。今後、超広域災害である南海トラフ巨大地震が想定されており、災害初動期においては、ドクターヘリによる医療救護活動が重要です。
- 従来の救急車に加え、診察を行う医師の派遣が可能となるドクターカーの運用が進んでおり、傷病者の救命率向上を図っています。

### （救命期後医療（慢性期医療））

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

### （ウ）病院前救護活動

#### （メディカルコントロール体制<sup>1</sup>）

- 本県における救急業務の一層の高度化の推進と救急救命士の行う処置範囲の拡大に向けて、救急医療機関、消防機関等で構成する静岡県メディカルコントロール協議会を設置するほか、各地域でも地域メディカルコントロール協議会（8 地域）を設置し、病院前救護体制の強化を図っています。

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

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

【役割】①地域の救急搬送体制及び救急医療体制に係る検証

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

○救急救命士については、所定の講習・実習を修了することで徐々に業務が拡大されています。  
また、2021 年 10 月に改正救急救命士法が施行され、「病院前」から延長して「救急外来」まで、救急救命士が救急救命処置を実施することが可能となっています。

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

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

#### （傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（実施基準））

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

#### （県民への救急蘇生法の普及）

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

#### （広域災害・救急医療情報システム（医療ネットしずおか））

○休日夜間における県民への救急医療情報の提供を行う広域災害・救急医療情報システム（医療ネットしずおか）を 2006 年 から運用していましたが、2024 年度 から厚生労働省が運用する「全国統一システム」へ機能を移行します。これにより、都道府県を跨いだ情報検索が可能となり、更なる利便性が向上します。

## ウ 医療提供体制

### （ア）救急搬送

○救急搬送件数が増加傾向にある一方で、救急医療機関の減少や医師不足等の影響により医療機関の救急医療体制が縮小しており、受入医療機関の選定と患者搬送が円滑に行われるよう、医療機関と消防機関のより一層の連携体制強化が必要です。なお、一部の市町において「シズケア＊かけはし」の救急搬送機能<sup>2</sup>を活用する等、両機関の連携を強化円滑にする試みが始まっています。また、総務省消防庁は、マイナンバーカードを活用し、救急隊が搬送先医療機関の選定に資する情報を入手することにより、救急業務の迅速化や円滑化を図るシステム構築に向けた実証事業が開始されます。

---

<sup>2</sup> 「シズケア＊かけはし」の救急搬送機能：「シズケア＊かけはし」（静岡県地域包括ケア情報システム）は、県医師会が運営する ICT システム。救急搬送機能は、救急搬送時において、救急隊員と搬送先病院の間で患者情報を共有し、事前登録された住民の通院歴や調剤情報などのほか、救急隊が現場で撮影した動画や写真をリアルタイムに送信することで、病院で迅速な受入が可能となる機能。

## (イ) 救急医療体制

### (初期救急医療)

- 在宅当番医制と休日夜間急患センターによる初期救急医療の診療時間に空白がある地域や、在宅当番医制と休日夜間急患センターがない地域があります。これらの地域、時間帯では第2次救急医療機関が初期救急医療体制をカバーすることとなり、第2次救急医療機関の負担が増加する要因となっています。
- 地域内の医師不足及び高齢化により、当番医の確保が困難になっている地域があります。
- 歯科については、日曜や休日に受診することが困難な地域があります。
- 休日夜間等に院外処方箋が発行される場合は、地域の薬局が調剤を行う体制が必要です。

### (第2次救急医療（入院救急医療）)

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

### (第3次救急医療（救命救急医療）)

- 第2次救急医療機関の負担増加に伴い、第3次救急医療機関の負担も増加しています。
- 妊産婦の救命医療に対応するため、救命救急センターと総合周産期母子医療センターとの緊密な連携体制を確保する必要があります。
- 特殊な疾病患者に対する高度専門的救命医療については、県内での治療が困難な場合はドクターヘリを活用し県外の医療機関に搬送する場合もあることから、今後、更に対応可能な医療機関の確保などが必要です。
- 急性期を脱した救命救急センターの患者を、一般病床への転床や他の病院等への転院、自宅への退院が円滑にできる体制が必要です。

### (ドクターヘリ・ドクターカー)

- ドクターヘリの効果を最大限に発揮するために、119番通報から医師の現場での診察着手までの時間をより一層短縮することが必要です。
- 救急医療体制の一部として、ドクターカー等のより効果的な活用が求められます。

### (救急医療を担う人材の確保・働き方改革)

- 2020年の県内の救急科医師数は78人、人口10万人当たり2.2人で、全国医師数の3.1人より少なく、2023年の県内の専門研修プログラムの救急科採用数は6人、人口10万人当たり0.2人で、全国採用数の0.3人より少なくなっています。
- 各救急医療機関においては、救急科医師に加え、様々な診療科の医師が救急医療を支えています。
- 救急医療体制を確保するため、県内での救急医療を担う専門医、認定看護師等の人材の育成が必要です。
- 医師の時間外労働上限規制への対応等に向けて、医療資源の効率的な活用がより重要になります。

**(救急医療機関等と療養の場との間の円滑な移行)**

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

**(ウ) 病院前救護活動****(メディカルコントロール体制)**

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

**(県民への救急蘇生法の普及)**

○心肺機能停止患者の1か月後の生存率向上のため、心臓マッサージやAED等、バイスタンダー<sup>3</sup>による心肺蘇生法の実施を普及していくことが必要です。

**(エ) 住民の受療行動**

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

○救急搬送人数のうち軽症が40%を超えており、安易な救急自動車の利用による救急医療機関や救急搬送の過度な負担が懸念されます。

○居宅・介護施設の高齢者が、人生の最終段階において、希望する救急医療を受けられるような環境整備を進めることが必要です。

**(オ) 新興感染症の発生・まん延時における救急医療**

○新興感染症の発生・まん延時には、感染症対応の救急医療が急増し、通常の救急医療の提供に大きな影響が生じることが懸念されます。

**(2) 対策****ア 数値目標**

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
心肺機能停止患者*の1か月後の生存率	<u>8.6%</u> (2022 年)	13.3%以上 (2029 年)	コロナ前の 2016 年の全国平均値を目標に設定	消防庁「救急・救助の現況」
心肺機能停止患者*の1か月後の社会復帰率	<u>5.7%</u> (2022 年)	8.7%以上 (2029 年)		

\*心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例

**イ 施策の方向性****(ア) 救急搬送**

○2011 年 4 月より傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準が施行されています。この実施状況を各地域のメディカルコントロール協議会により毎年検証し、必要に応じて基準の改定を行う ことや、「シズケア\*かけはし」の救急搬送機能の活用を県下に広げること等により、受入

<sup>3</sup> バイスタンダー：救急現場に居合わせた人。



医療機関と消防機関との円滑な連携体制の推進を図ります。

○総務省消防庁の「マイナンバーカードを活用した救急業務の迅速化・円滑化に向けた実証事業」等の実施状況を注視しながら、県内関係機関と情報を共有していきます。

○救急搬送件数の増加の原因として、安易な救急自動車の利用も見られることから、「救急の日」「救急医療週間」等を通じて、救急自動車の適正利用について市町と連携して住民に周知し、消防機関の負担軽減を図ります。

#### (イ) 救急医療体制

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

##### (初期救急医療)

○市町が保健所、地域の医師会との連携により、在宅当番医制から急患センター方式への転換や、急患センターの既存施設の建替えや機能拡充を図り、診療時間の空白の解消や、持続可能な体制確保に向けた取組を進めます。

○歯科については、地域の実情に応じて、市町や地域の歯科医師会による取組を進めます。

○休日夜間等に院外処方箋が発行される場合は、地域連携薬局を中心とした地域の薬局が調剤を行う体制整備を図ります。

##### (第2次救急医療（入院救急医療）)

○市町が地域の関係機関の協力を得て、体制の確保、充実に努めます。必要な施設、設備については市町と連携して整備、拡充を図ります。

○増加が見込まれる高齢者患者対応をはじめ、輪番制の構築による地域内における病院間の役割分担の明確化やI C T等による連携の強化を図るなど、地域の実情に応じ、第2次救急医療体制の継続的確保に向けた取組を進めます。

○脳卒中や心血管疾患などの救急患者については、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準により、専門的な治療が可能な医療機関への搬送体制を充実させます。

##### (第3次救急医療（救命救急医療）)

○重篤救急医療患者の医療を行う救命救急センターに必要な施設、設備の整備拡充を図ります。

○救急患者の発生・搬送状況や、総合周産期母子医療センターとの連携、ドクターヘリ・ドクターカーの効率的な運用、救命救急センターのない地域へのカバーの実態等を考慮し、地域の状況を勘案しつつ新たな救命救急センターの整備を検討します。

○各救命救急センターにおいて、急性期を脱した患者の転床・転院をさらに促進するため、救急患者退院コーディネーター事業等を活用した必要な人材育成の支援を検討します。特に高齢患者が受診後に安心して生活できるよう、生活上の留意点に関する指導を行い、必要な支援へつなぐ体制を構築します。

##### (ドクターヘリ・ドクターカー)

○搬送事案の事後検証などにより救急隊員等の資質向上を図り、適切なドクターヘリ要請により、119番通報から救急現場での診療着手までの時間のより一層の短縮を図ります。

○ドクターヘリの安全かつ安定的な運航や、神奈川・山梨両県との大規模災害時におけるドクターヘリの運用を進めていきます。

○ドクターカーの運用状況を把握するとともに、国が示すマニュアル等を基に、救急医療体制の



一部に位置づけることの有効性や、より効率的な活用方法を検討します。

**(救急医療を担う人材の確保・働き方改革)**

- 浜松医科大学を始めとする各機関で医療従事者の育成を行うほか、各救命救急センターが、救急医療に関する臨床教育の場として医師等を育成します。
- 初期臨床研修医に対して、救急科の指導医等が直接、救急医療の魅力を伝えることで、救急科を志す医師の増加を図ります。
- 「ふじのくに地域医療支援センター」において提供する「静岡県専門医研修ネットワークプログラム」を始め、各種の人材育成支援事業により、県内での救急医療を担う人材の育成を図ります。
- 高度化、多様化する看護業務に対応するため、認定看護師等の育成に関して、関係機関等における体系的な研修の実施及び参加を促進します。
- 医師の時間外労働上限規制への対応に向けて、ふじのくに医療勤務環境改善支援センター等と連携し、医療機関を支援します。

**(救急医療機関等と療養の場との間の円滑な移行)**

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

**(ウ) 病院前救護活動**

**(メディカルコントロール体制)**

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

**(県民への救急蘇生法の普及)**

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

**(エ) 住民の受療行動**

- 救急医療及び救急業務に対する国民の正しい理解と認識を深めるために設けられた「救急の日」及び「救急医療週間」での救急医療を取り巻く環境についての啓発活動により、地域住民に救急医療への理解と適切な受療行動を促します。
- 「救急安心センター事業（#7119）」の整備等、適切な医療機関の受診や救急車の利用に関する助言等ができる相談体制の充実・強化を図ります。
- ACP (アドバンス・ケア・プランニング)に関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、救急医療の関係者や医療・介護関係者、消防関係者等、地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催する等、協力して取組を進めていきます。

**(オ) 新興感染症の発生・まん延時における救急医療**

- 救急外来の需要が急増した際にも、通常の救急医療と両立できるような体制の構築を検討します。

## ○救急医療のロジックモデル

### ＜個別施策＞

1:救急搬送体制の整備	
現状データ	メディカルコントロール協議会開催数

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

3:病院前救護活動の充実	
現状データ	AEDの公共施設における設置台数

4:県民の適切な受療行動	
現状データ	住民の救急蘇生法講習の受講者数

### ＜中間アウトカム＞

1:重症度・緊急度に応じた救急医療の提供	
現状データ	救命救急センター充実段階評価がS・Aとなった病院の割合
現状データ	第2次救急医療機関数
現状データ	救命救急センター設置数

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

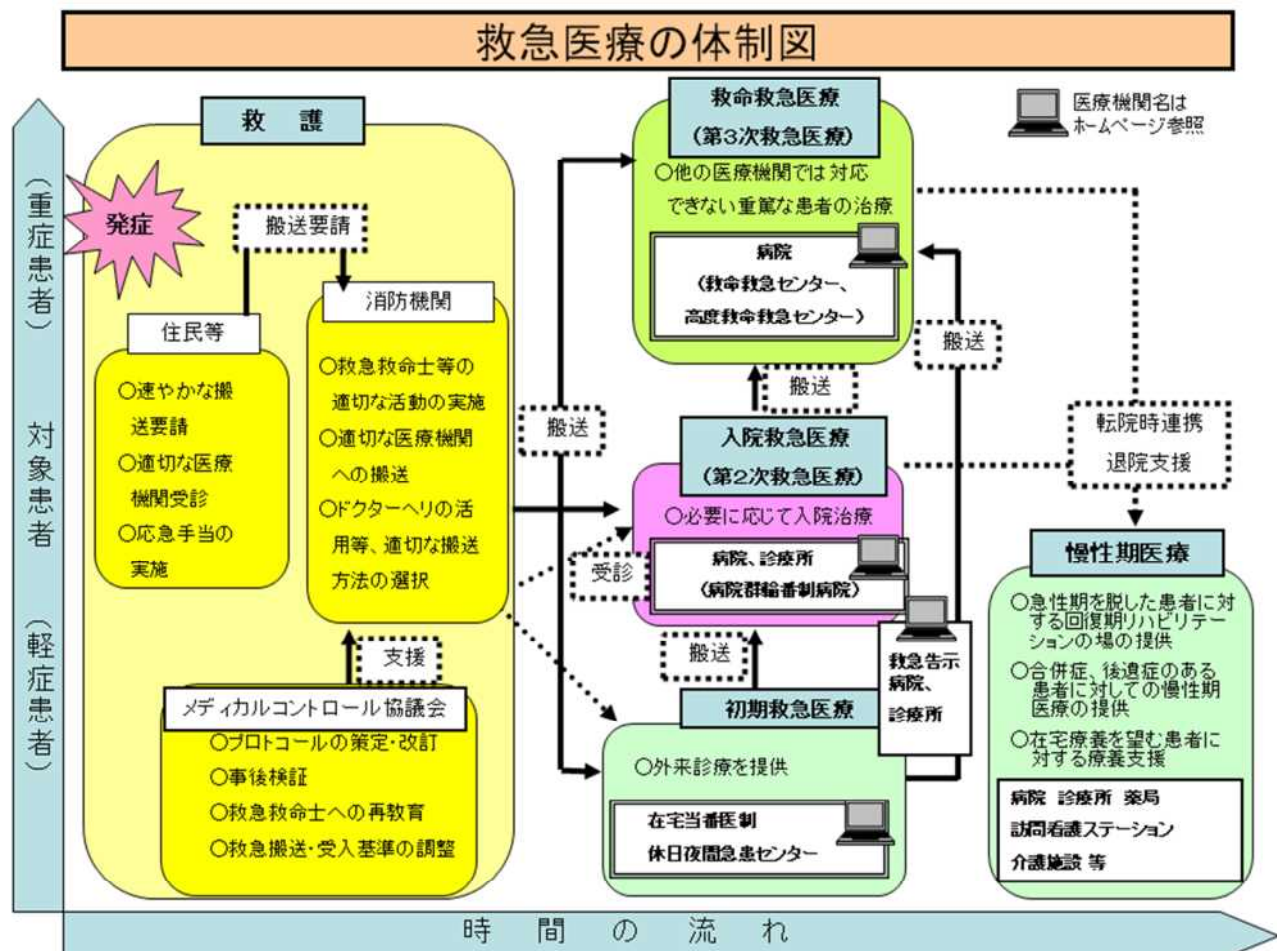
### ＜分野アウトカム＞

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

### (3)「救急医療」に求められる医療機能

	救護	初期救急医療	入院救急医療 (第2次救急医療)	救命救急医療 (第3次救急医療)	慢性期医療
ポイント	○適切な病院前救護活動の実施	○外来治療を実施	○ <u>高齢者救急をはじめ</u> <u>初期診察</u> や入院治療を実施	○他の医療機関では対応できない重篤な患者の治療	○在宅療養を望む患者に対する退院支援 ○合併症、後遺症のある患者に対する慢性期医療の提供
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住民等による速やかな搬送要請、適切な医療機関受診、AED等による<u>応急手当の実施</u></li> <li>・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</li> <li>・メディカルコントロール協議会によるプロトコルの策定、改訂、検証、救急救命士への再教育、救急搬送・受入基準の調整</li> </ul>	<b>【休日夜間急患センター、在宅当番医】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主として外来における救急医療を実施</li> <li>・入院救急医療や救命医療を行う医療機関との連携</li> </ul> <b>【薬局】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域における休日・夜間の急病患者の処方箋調剤を実施</li> </ul>	<b>【病院群輪番制病院】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>	<b>【救命救急センター】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul> <b>【高度救命救急センター】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・広範囲熱傷等の高度専門的救急医療に対応</li> </ul> <b>【ドクターヘリ・ドクターカー】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・気管切開等のある患者の受入れ</li> <li>・遷延性意識障害等を有する患者の受入れ</li> <li>・精神疾患を合併する患者の受入れ</li> <li>・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</li> </ul>
		<b>【救急告示病院、診療所】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院群輪番制病院以外での救急医療に協力し、救急患者の入院を受入れ</li> </ul>			

### (4)「救急医療」の医療体制図

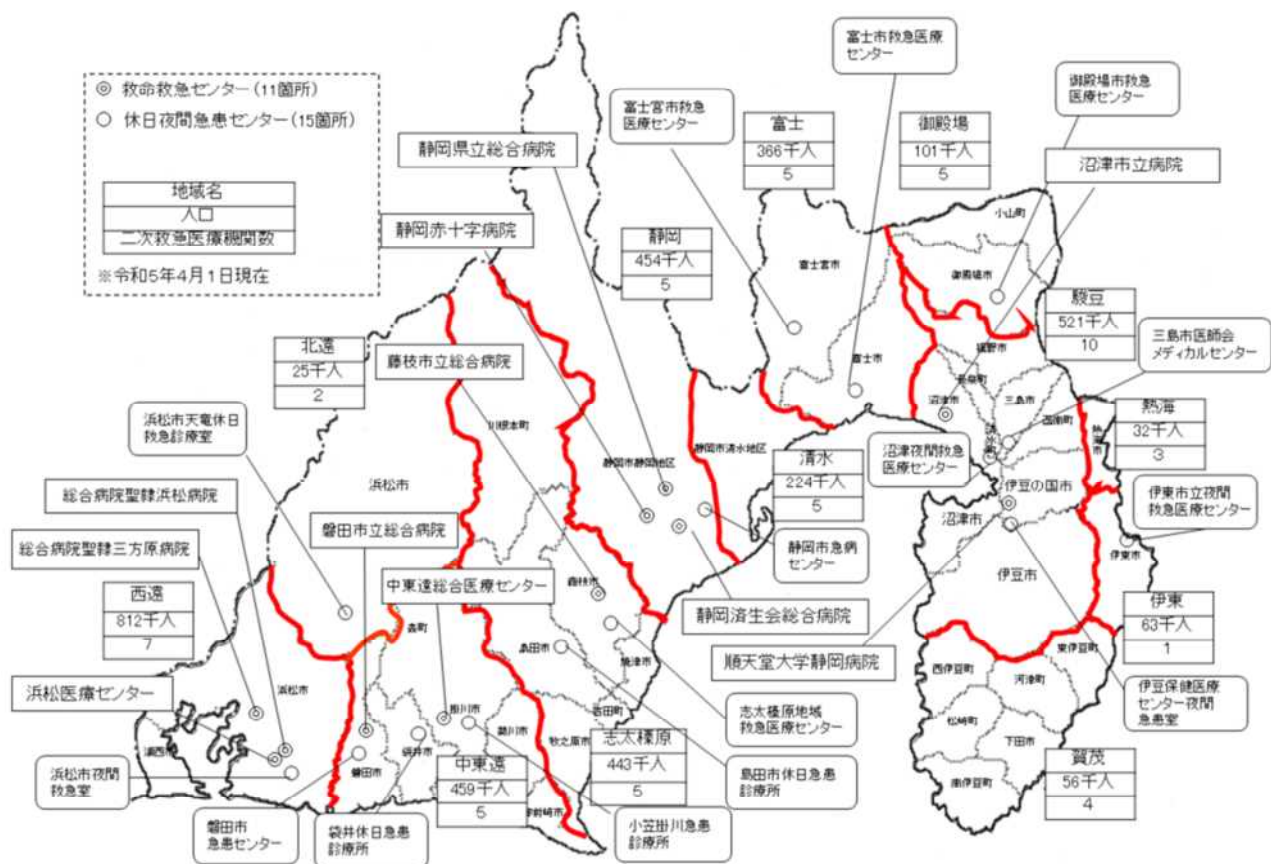


## (5) 関連図表

### ○第2次救急医療圏

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

### ○救急医療体制





## ○在宅当番医制（初期）参加状況（診療所：２次保健医療圏別）

（単位：施設数）

	2008年	2011年	2014年	2017年	2020年
賀茂	22	17	12	7	6
熱海伊東	19	12	10	14	10
駿東田方	137	132	139	112	119
富士	33	31	33	36	35
静岡	248	244	229	179	203
志太榛原	131	108	123	111	101
中東遠	137	96	37	31	25
西部	374	287	337	322	324
県計	1,101	927	920	812	823

（出典：厚生労働省 医療施設調査（静態））

## ○入院を要する救急医療体制（二次）参加状況（病院：２次保健医療圏別）

（単位：施設数）

	2008年	2011年	2014年	2017年	2020年	2023年
賀茂	2	3	4	4	4	4
熱海伊東	3	5	4	4	4	4
駿東田方	15	16	16	15	15	15
富士	4	6	6	6	5	5
静岡	8	9	10	9	9	10
志太榛原	4	5	4	4	5	5
中東遠	6	6	6	5	5	5
西部	8	7	9	9	9	9
県計	50	57	59	56	56	57

（出典：厚生労働省 医療施設調査（静態）、県地域医療課調べ）

## ○救命救急センター（三次）設置数（２次保健医療圏別）

（単位：施設数）

	2008年	2011年	2014年	2017年	2020年	2023年
賀茂	-	-	-	-	-	-
熱海伊東	-	-	-	-	-	-
駿東田方	2	2	2	2	2	2
富士	-	-	-	-	-	-
静岡	2	2	3	3	3	3
志太榛原	-	-	-	1	1	1
中東遠	-	1	1	2	2	2
西部	2	3	3	3	3	3
県計	6	8	9	11	11	11

（出典：厚生労働省 医療施設調査（静態）、県地域医療課調べ）

## ○主たる診療科名を「救急科」としている医師の数

（単位：人）

	2008年	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年
賀茂	-	-	-	-	-	-	-
熱海伊東	-	-	-	-	1	1	2
駿東田方	3	3	11	9	8	10	13
富士	-	-	-	-	-	-	-
静岡	8	8	11	13	17	19	17
志太榛原	1	1	3	2	5	4	10
中東遠	1	2	2	6	7	5	5
西部	17	17	20	19	26	26	31
県計	30	31	47	49	64	65	78

（出典：厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師統計）



## ○県内2次保健医療圏域別高齢化率の推移（65歳以上人口の占める割合）

（単位：％）

	2002年	2007年	2015年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
賀茂	28.5%	33.2%	41.7%	44.7%	45.6%	50.2%	48.7%	47.2%	47.5%
熱海伊東	26.2%	31.5%	41.1%	43.6%	44.3%	49.1%	44.8%	45.1%	45.4%
駿東田方	17.7%	21.1%	27.2%	29.1%	29.6%	34.1%	30.7%	30.6%	30.9%
富士	16.7%	20.2%	26.1%	28.0%	28.4%	32.9%	29.2%	29.5%	29.8%
静岡	19.1%	22.8%	28.4%	30.0%	30.3%	34.4%	30.5%	30.7%	30.8%
志太榛原	19.5%	22.7%	28.2%	30.0%	30.3%	34.9%	30.9%	31.2%	31.5%
中東遠	18.5%	20.2%	25.3%	27.1%	27.5%	32.2%	28.3%	28.5%	28.8%
西部	18.3%	20.9%	26.0%	27.6%	27.8%	32.3%	28.3%	28.5%	28.8%
県計	18.6%	21.9%	27.6%	29.3%	29.7%	34.2%	30.3%	30.5%	30.7%

（出典：静岡県年齢別推計人口）

## ○傷病程度別搬送人員及び構成比の推移

（単位：人、％）

	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
死亡	1,892	1,889	1,684	1,532	1,485	1,341	1,539	1,521	1,484	1,614	1,645
割合	1.3	1.3	1.2	1.1	1.0	0.9	1.0	1.0	0.9	1.2	1.1
重症	10,177	9,977	10,262	10,101	10,132	9,780	10,134	10,802	11,473	10,798	10,155
割合	7.2	7.1	7.2	7.1	6.9	6.6	6.6	6.8	7.3	7.8	7.1
中等症	53,455	54,755	54,775	56,269	58,626	60,404	65,878	70,223	71,071	87,744	72,181
割合	37.9	38.7	38.3	39.4	39.6	41.0	49.2	44.2	45.2	48.7	50.4
軽症	75,177	74,745	75,785	74,703	77,295	75,323	75,594	75,902	73,058	58,918	59,103
割合	53.4	52.8	53.1	52.2	52.3	51.1	49.2	47.8	46.5	42.4	41.3
その他	205	194	270	346	315	423	432	482	31	6	2
割合	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0
合計	140,806	141,580	142,776	142,951	147,853	147,271	153,577	158,930	157,117	139,080	143,086

（出典：消防庁「救急・救助の現況」）

## ○年齢区分別搬送人員構成の推移

（単位：人、％）

	2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
新生児	222	195	178	163	139	128	171	131	131
割合	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
乳幼児	5,970	5,939	6,288	6,119	6,237	6,610	6,435	3,978	4,515
割合	4.2	4.2	4.3	4.2	4.1	4.2	4.1	2.9	3.2
少年	5,229	5,108	5,312	5,061	5,279	5,356	5,314	3,735	4,010
割合	3.7	3.6	3.6	3.4	3.4	3.4	3.4	2.7	2.8
成人	48,995	48,460	48,240	47,225	47,062	48,209	46,737	40,524	41,701
割合	34.3	33.9	32.6	32.1	30.6	30.3	29.7	29.1	29.1
高齢者	82,360	83,249	87,835	88,703	94,860	98,627	98,460	90,712	92,729
割合	57.7	58.2	59.4	60.2	61.8	62.1	62.7	65.2	64.8
合計	142,776	142,951	147,853	147,271	153,577	158,930	157,117	139,080	143,086

（出典：消防庁「救急・救助の現況」）

## ○認定看護師数

（単位：人）

	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
県内認定看護師(救急看護)	25	30	32	32	36	31	28
県内認定看護師(全認定)	450	482	511	538	560	593	609
全認定看護師数(全国)	17,472	18,768	19,894	21,049	21,847	22,577	23,260

（出典：日本看護協会ホームページ）

## ○救急救命士の業務拡大に係る認定者数の推移

（単位：人）

	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
気管挿管実施認定者数累計	386	432	474	514	566	613	663	687	718	758
薬剤投与実施認定者数累計	373	376	376	377	377	377	377	377	377	377
ビデオ挿管実施認定者数累計	18	80	113	176	251	341	418	482	500	543
静脈路確保及び輸液・ブドウ糖溶液投与認定者数累計	—	1	102	200	296	388	483	546	600	600
指導救命士認定者数累計	—	—	—	18	33	44	53	57	60	70

## ○現状把握のための指標

指標		実績		出典
指標の項目	時点	静岡県	全国	
メディカルコントロール協議会開催数	2022	3回	—	県実施
日本救急医学会指導医数 (人口10万対) ※	2023.1	0.2人	0.7人	日本救急医学会 ホームページ
日本救急医学会専門医数 (人口10万対) ※	2023.1	2.9人	4.6人	日本救急医学会 ホームページ
認定看護師(救急看護)数 (人口10万対) ※	2022.12	0.8人	0.9人	日本看護協会 ホームページ
ドクターヘリ運航調整委員会開催数	2022	10回	—	各基地病院報告
救急救命士が同乗している救急自動車の割合	<u>2023.4</u>	<u>98.6%</u>	<u>93.5%</u>	消防庁 「救急・救助の現状」
住民の救急蘇生法講習の受講者数 (人口1万対) ※	<u>2022</u>	<u>30人</u>	<u>69人</u>	消防庁 「救急・救助の現状」
<u>AEDの公共施設における設置台数 (人口10万対) ※</u>	<u>2024.1</u>	<u>187.2台</u>	<u>177.8台</u>	日本救急医療財団 ホームページ
特定集中治療室を有する病院数 (人口100万対) ※	2020	4.4施設	5.4施設	厚生労働省 「医療施設調査」
心肺機能停止患者の1か月後の予後 (生存率)	<u>2022</u>	<u>8.6%</u>	<u>10.3%</u>	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)	<u>2022</u>	<u>5.7%</u>	<u>6.6%</u>	消防庁 「救急・救助の現状」
救命救急センター充実段階評価がS・Aとなった病院の割合	2022	100%	—	厚生労働省調査
救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	<u>2022</u>	<u>43.7分</u>	<u>47.2分</u>	消防庁 「救急・救助の現状」

※2021年10月1日現在の推計人口(総務省)に基づき各指標の実数から算出

※白紙

## 2 災害時における医療

### 【対策のポイント】

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

### （１） 現状と課題

#### ア 災害の現状

- 災害には、地震、風水害といった自然災害から、テロ、鉄道・航空機事故といった人為災害及び原子力災害等に至るまで様々な種類があります。また、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や時期等によって被災・被害の程度は大きく異なります。
- 2011 年 3 月に発生した「東北地方太平洋沖地震」は、それまでの想定を大幅に上回る巨大な津波などにより、東日本の太平洋岸の広範な地域に甚大な被害をもたらし、岩手・宮城・福島の前北 3 県の沿岸部を中心に約 2 万人の尊い命を奪う大災害「東日本大震災」となりました。
- また、2014 年 9 月の御嶽山噴火、2016 年 4 月の熊本地震、2018 年 9 月の北海道胆振東部地震など、大規模な災害が発生しました。
- 2024 年 1 月に発生した「能登半島地震」では、半島特有の地形が影響して、全容把握が困難な状態が続くとともに、道路の土砂崩れや亀裂による寸断等により、医療支援が思うように進捗しない課題が顕著となりました。本県においては、発災直後から様々な県内医療関係団体等が現地におもむき、長期にわたり支援を継続しています。
- 近年は、ゲリラ豪雨や竜巻等の突発的発生の増加や、台風の強大化等により、風水害が増加する傾向にあります。2021 年 7 月に熱海市で発生した土石流災害では、多くの人的・物的被害をもたらしました。
- 爆発物・NBC（N：核物質、B：生物剤、C：化学剤）物質を使ったテロなど特別な対応を求められるものもあります。
- 鉄道、海上及び航空交通等の各分野において、大量・高速輸送システムが発展し、ひとたび事故が発生した場合には、重大な事故につながる恐れが指摘されています。

#### イ 本県の状況

- 本県では、2013 年 6 月に発表された静岡県第 4 次地震被害想定で、駿河トラフ・南海トラフ沿いと相模トラフ沿いのそれぞれで発生する二つのレベルの地震・津波を想定対象としています。
- 静岡県第 4 次地震被害想定（第一次報告 2013 年 6 月公表）では、南海トラフ巨大地震により、最悪の場合、死者 105,000 人、重傷者（1 か月以上の治療を要する負傷者）38,000 人の被害が予想されました。その後、「静岡県地震・津波対策アクションプログラム 2013」等に推進により、死者数の約 8 割減の減災効果が見込まれています。
- 近年の大規模災害では、高齢者や障害のある方などの災害時に支援等の配慮を要する方が多数犠牲となっており、災害時における要配慮者への支援が必要です。

○福島第一原子力発電所の事故による原子力災害を踏まえ、万一、浜岡原子力発電所で同様の事故が発生した場合の備えが求められています。

## ウ 医療提供体制

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

### (ア) 医療救護施設

○県及び市町は医療救護計画に基づき、災害時医療救護施設として、県が災害拠点病院<sup>1</sup> (23 施設)、災害拠点精神科病院<sup>2</sup> (4 施設)を、市町が救護病院<sup>3</sup> (83 施設)、救護所<sup>4</sup> (315 ヶ所)等を指定しています。

○医療救護施設は、災害拠点病院・救護病院において重症患者及び中等症患者の受入れ、処置、広域医療搬送への対応等を、また、救護所において、軽症患者の処置を行うこととし、役割分担に応じて相互に補完しながら医療救護活動に当たります。

○災害拠点精神科病院は、精神疾患を有する患者の受入れ、精神症状の安定化、広域搬送のための一時的避難所としての機能等、精神科医療の対応に当たります。

○2次保健医療圏ごとに災害時透析拠点施設<sup>5</sup>を置き、透析患者の受入れに当たるなど、医療的配慮が必要な県民への対応に当たります。

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

○より多くの災害時医療拠点の確保と、関係機関相互の密接な連携を図る必要があります。

○災害拠点病院、災害拠点精神科病院、救護病院における施設・設備面での整備、院内の医療救護体制の整備を促進していく必要があります。

○昨今、激甚化、頻発化する風水害に備え、浸水リスクの高い地域等においては、被災を軽減する取組が必要です。

○入院患者等の安全確保や災害発生後の医療救護活動の実施のため、救護病院の耐震化を更に進める必要があります。

○病院において、被災後、早急に診療機能を回復できるように、実効性の高い業務継続計画（BCP）の整備と、整備された業務継続計画（BCP）に基づき被災した状況を想定した研修・訓練を実施し、平時からの備えを行っていることが必要です。

○救護所を迅速に設置し、適切に医療救護活動を実施するため、救護所で活動する医療従事者等の人材確保や、医薬品等の確保を万全にする必要があります。

○NBC（N：核物質、B：生物剤、C：化学剤）を使ったテロ・災害には、特別な対応が求め

<sup>1</sup> 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。

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

<sup>3</sup> 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。

<sup>4</sup> 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。

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



られることから、救命救急センター等の医療機関における医療従事者への知識の普及や装備の充実を進めていくことが重要です。

### (イ) 災害時の情報把握

- 東日本大震災においては、一般電話等の通信手段がほとんど失われ、医療施設の被害状況等の把握が非常に困難な状況となりました。
- 本県においては、災害拠点病院をはじめ、災害拠点精神科病院、救護病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会等に、東日本大震災において貴重な通信手段となった衛星電話が配備されています。
- 災害時の迅速な医療活動が可能となるように、また、医療施設の被害状況等の情報を関係機関が収集、共有できるように、「広域災害・救急医療情報システム（EMI S）」<sup>6</sup>に県内全ての病院を登録しています。
- 2013年11月に「ふじのくに防災情報共有システム（FUJISAN）」<sup>7</sup>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（EMI 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（EMI 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確保等の対応が必要です。
- 一般電話回線が復旧するまでの間、情報通信体制を確保するためには、医療救護施設や関係機関の更なる衛星電話の整備促進が必要です。
- 「広域災害・救急医療情報システム（EMI 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、MCA無線<sup>8</sup>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<sup>9</sup>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

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

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

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

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

搬送に対する取組が本格化しており、SCU<sup>10</sup>（愛鷹広域公園、富士山静岡空港、航空自衛隊浜松基地）におけるDMAT<sup>11</sup>活動等の全国標準化が進められています。

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

#### （エ）広域受援

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

#### （災害超急性期（発災～2日））

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

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

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

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

### (災害急性期（3日～1週間）)

- 日本赤十字社の救護班や、J M A T<sup>13</sup>、D P A T<sup>14</sup>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。
- D M A T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、J M A T等の支援を円滑に受け入れるためには、日赤県支部、県医師会等の関係団体と、県災害対策本部において密接に連携する体制整備を更に進める必要があります。
- 2次保健医療圏単位等で円滑に医療資源の需給調整等を行うコーディネート体制を整備するため、災害医療コーディネーター<sup>15</sup>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（J V M A T）や、特定非営利活動法人アムダ（A M D A）等のN P O団体等の支援も受け入れます。
- 災害急性期以降においても、各保健医療圏において、参集した医療チーム等を円滑に受入れ、適切に配置調整するコーディネート体制の整備が必要です。

### (オ) 応援派遣

#### (D M A T)

- D M A Tは、大地震及び航空機・列車事故等の災害発生直後（概ね48時間以内）に活動が開始できる機動性を持った、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣医療チームです。
- 医療法の改正により、災害時の医療に加え、感染症発生・まん延時に都道府県知事の求めに応じて派遣される人材を国が養成・登録する仕組みが法律に位置づけられました。
- 本県では、全ての災害拠点病院を静岡D M A T指定病院として指定しており、静岡D M A Tは、県庁又は保健所での本部活動、被災地域での活動（病院支援、地域医療搬送、現場活動等）及び広域医療搬送活動（S C U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、D M A Tを派遣できる体制を整備充実する必要があります。

#### (D P A T)

- 本県では、2023年度現在17病院を静岡D P A T指定病院として指定しており、被災地域での活動（D P A T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。

<sup>13</sup> J M A T：(Japan Medical Association Team：日本医師会災害医療チーム)：災害発生時に、被災者の生命及び健康を守り、被災地の公衆衛生を回復し、地域医療や地域包括ケアシステムの再生・復興の支援を目的に活動する日本医師会災害医療チーム。

<sup>14</sup> D P A T (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。

<sup>15</sup> 災害医療コーディネーター：災害時に、都道府県並びに保健所及び市町村が保健医療活動の総合調整等を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部並びに保健所及び市町村における保健医療活動の調整等を担う本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行うことを目的として、都道府県に任命された者。

### (応援班)

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

### (医療関係団体による医療チーム)

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

### (カ) 医薬品等の確保・供給

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

### (キ) 災害時の健康管理

- 災害が沈静化した後も、救護所等での住民等に対する健康管理を中心とした医療が必要となるため、医師会や歯科医師会、D P A T 等を中心とした医療チームが活動を行います。
- 医療チームは、避難所等の被災者に対する保健師等の健康支援活動と連携し、必要に応じ、感染症のまん延防止、衛生指導、口腔ケア、メンタルヘルスケアを適切に行うことが必要です。
- 生活の変化による被災者の持病の悪化や体調不良の増加、エコノミークラス症候群、生活不活発病、P T S D（心的外傷後ストレス障害）<sup>16</sup>の発生を未然に防止するため、広範囲にわたる多数の被災者に対して専門的なケアを行う予防対策を実施します。

### (ク) 原子力災害への対応

- 福島第一原子力発電所の事故による原子力災害を踏まえ、資機材の整備等の防災対策の充実や原子力災害拠点病院の指定等を行い、原子力災害医療体制を確保しています。
- 安定ヨウ素剤について、国の原子力災害対策指針に基づき、P A Z<sup>17</sup>圏内の住民に対し、事前配布を実施しています。また、U P Z<sup>18</sup>圏内の住民等の分を配備（備蓄）しています。

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

<sup>17</sup> P A Z（Precautionary Action Zone）予防的防護措置を準備する区域：重篤な確定的影響等を回避するため、緊急事態の区分に応じて、直ちに避難を実施するなど、放射性物質の放出前に予防的防護措置（避難等）を準備する区域。範囲の目安は、半径概ね5km（御前崎市全域及び牧之原市一部）。

<sup>18</sup> U P Z（Urgent Protective Action Planning Zone）緊急時防護措置を準備する区域：国際基準に従い、確率的影響を実行可能な限り回避するため、避難、屋内退避、安定ヨウ素剤の服用等を準備する区域。区域の範囲の目安は、半径概ね31km（牧之原市、藤枝市、島田市、森町及び磐田市の一部。菊川市、掛川市、吉田町、袋井市及び焼津市の全域）。

## (ケ) その他

- 医療機関では、「南海トラフ地震に関連する情報（臨時）」に基づき、救急業務を除き、外来診療を制限又は中止し、入院患者等の安全措置や発災後の医療救護体制の準備を行うこととしています。
- 災害発生時における医療救護活動がどのように行われるか、県民への周知、啓発を更に充実させる必要があるほか、医療従事者に対するトリアージ等、災害医療知識の普及を一層進めていくことも重要です。
- 風水害についても医療機関や医師会、薬剤師会、消防等の関係機関との連携の強化、医薬品の備蓄や防災訓練、住民への啓発、普及に努める必要があります。
- 東日本大震災において、慢性疾患患者等への診療に大きな効果を発揮した、お薬手帳の普及に努める必要があります。
- 2022年度大規模地震時医療活動訓練において、厚生労働省と連携した医療用コンテナの実証実験や災害時小児周産期リエゾンとの連携確認を行うなど、関係団体の協力のもと、実効性のある医療救護訓練の実施が必要です。

## (2) 対策

### ア 数値目標

項目	現状値		目標値	目標値の考え方	出典
業務継続計画を策定している災害拠点病院及び救護病院の割合	65.9% (56/85 施設) (2023 年 3 月)		100% (2029 年)	被災後、早急に診療機能を回復できるように、業務継続計画を整備	業務継続計画（BCP）の策定及び研修等の実施に関する調査
業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施している災害拠点病院及び救護病院の割合	研修	41.2% (35/85 施設) (2023 年 3 月)	100% (2029 年)	整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施	
	訓練	41.2% (35/85 施設) (2023 年 3 月)	100% (2029 年)		
2次保健医療圏単位等で災害医療コーディネート機能の確認を行う訓練実施回数	年 1 回 (2021 年度)		年 2 回以上 (毎年度)	全県一斉訓練のほか、各 2 次保健医療圏単位での訓練実施回数の合計値	地域災害医療対策会議開催状況等調査
静岡DMAT関連研修の実施回数	年 3 回 (2022 年度)		年 3 回 (毎年度)	静岡DMAT隊員の養成及び技能維持向上を図る	「静岡DMAT－L 隊員養成研修」、「静岡DMATロジスティクス研修」、「静岡DMAT看護師研修」の実施回数
静岡DPAT研修の実施回数	年 1 回 (2022 年度)		年 1 回 (毎年度)	静岡DPAT隊員の養成及び技能維持向上を図る	「静岡DPAT研修」の実施回数



## イ 施策の方向性

- 「防ぎ得る災害死」を1人でも減らすため、様々な災害に備え、地域の災害医療に関する関係者の協力のもと、災害時医療救護体制の整備、充実を図ります。

○能登半島地震などの実災害の教訓や、各訓練の検証結果等を市町、医療機関、関係団体等と共有するとともに、改善策を検討し、医療救護計画などの各種計画の実効性を高めていきます。

- 市町が作成する要配慮者の個別避難計画の策定を促進するとともに、精神疾患を有する患者、障害のある方、小児、妊婦、透析患者などの関係団体との連携を強化し、災害時の体制構築について平時より検討を進めます。
- 災害の超急性期を脱した後も、福祉関係など各種関係団体等と連携し、住民の健康が確保される体制を整備します。
- 今後増加が見込まれる局地災害に対しては、保健所を中心に、被災市町や医師会等の地元関係者と連携した活動が必要であるため、2次保健医療圏単位等の災害医療関係者のネットワークの構築を図ります。

### (ア) 医療救護施設

- 病院の機能や地域における役割に応じた医療提供体制を整備するため、地域の実情に応じて、災害拠点病院や救護病院の指定を積極的に推進します。
- 施設の耐震化やライフラインの確保など、救護病院等における施設・設備面での整備を引き続き推進します。
- 浸水想定区域又は津波災害警戒区域に所在する医療施設については、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を促進します。
- DMA T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DMA T－L隊員（LはLimitedの略）を養成し、局地災害対応の強化を図っていきます。
- 透析患者の受入調整は、災害時透析拠点病院が中心的な役割を果たすこととされており、発災時に円滑に調整が行えるよう、訓練等を通じて、平時から災害時透析拠点病院や関係団体との連携体制の強化を図ります。
- 市町が救護所を迅速に設置し、適切に医療救護活動を実施するため、県は、市町と医師会、歯科医師会、薬剤師会の協定締結を働きかける等、救護所で活動する医療従事者等の人材確保や、医薬品等の確保を推進します。
- 県は、平常時から、業務継続計画（BCP）策定研修等を通じて、病院における実効性の高い業務継続計画（BCP）の整備を働きかけるとともに、市町医療救護体制の整備指導や防災訓練等を通じ、院内の体制整備及び関係機関との連携体制の強化を図ります。また、医療救護活動が円滑に行われるように、必要に応じた医療救護計画の見直しを行います。
- 県は、災害拠点病院等にNBC災害に対応するための知識の普及などを進めていきます。
- 災害精神医療においては、災害拠点精神科病院を中心として、地域医療連携体制を構築します。

### (イ) 災害時の情報把握

- 「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」や「ふじのくに防災情報共有システム（FUJISAN）」などの防災情報システムによる、医療救護施設と行政間の迅速な情報伝達や情報共有、医療救護に係る支援要請等に対する連絡・処理体制を、通信手段の確保とともに充実

させます。

○「広域災害・救急医療情報システム（E M I S）」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、M C A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S C Uへの専門人材配置に取り組みます。

○S C Uへの地域医療搬送を円滑に実施するため、消防との連携体制確保を図ります。

#### （エ）広域受援

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

○平時から保健医療圏単位等で保健所・市町の行政担当者と地域の医師会や歯科医師会、災害拠点病院等の医療関係者等によるネットワークを構築します。また、災害時に保健医療福祉調整本部<sup>19</sup>を設置し、医療救護施設等の保健医療福祉ニーズを把握・分析した上で保健医療活動チームを配置調整する体制を整備します。

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

○D M A Tの陸路による進出拠点を東西（東名足柄S A、新東名浜松S Aを想定）に設置し、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、D M A T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<sup>20</sup>を養成し、小児・周産期医療に特化した調整役として災害医療コーディネーターをサポートする体制を整備します。また、研修・訓練の実施や連絡会議の開催により、救護活動をになうD M A TやJ M A T、生活不活発病の予防を担うJ R A T<sup>21</sup>、精神科医療を提供するD P A T等の医療チーム、D W A T<sup>22</sup>等の福祉チーム、医療資源需給調

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

<sup>20</sup> 災害時小児周産期リエゾン：災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療調整本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県により任命された者。

<sup>21</sup> J R A T：（Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team：日本災害リハビリテーション支援協会）：被災した市町の避難所等で支援活動を行う、医師と理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等のリハビリ専門職で編成する医療チーム。

<sup>22</sup> D W A T（Disaster Welfare Assistance Team：災害派遣福祉チーム）：福祉関係団体に所属する福祉施設等の職員で所定の研修を終了した者の中から1チーム5名程度で編成する福祉専門職チーム。被災した市町の指定する避難所や福祉避難所で支援活動を行う。

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

#### (オ) 応援派遣

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

#### (カ) 医薬品等の確保・供給

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

#### (キ) 災害時の健康管理

- 被災者に対する感染症のまん延防止、衛生指導、口腔ケア、メンタルヘルスケアを適切に行うため、JMATや歯科医師（JDAT<sup>23</sup>など）、保健師、看護師（災害支援ナース）等の連携体制整備により、災害時の健康管理体制を強化します。
- 自主防災組織、民生・児童委員、市町職員等の被災者に接する多くの協力者との協働により、支援体制を充実します。
- 慢性疾患患者等に対し、適切な薬歴管理に基づく診療を行うため、お薬手帳の普及を推進します。

#### (ク) 原子力災害への対応

- 国の原子力災害対策指針に基づき、原子力災害拠点病院（県立総合病院、浜松医科大学医学部附属病院）や原子力災害医療協力機関（島田市立総合医療センター、焼津市立総合病院、藤枝市立総合病院、榛原総合病院、磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター、市立御前崎総合病院、菊川市立総合病院）、高度被ばく医療支援センター、原子力災害医療・総合支援センター、医師会、消防等の関係機関と連携し、原子力災害医療に必要な資機材・設備の整備や、医療関係者に対する研修・訓練の実施等、原子力災害医療体制の整備を進めます。
- 関係市、医師会、薬剤師会及び看護協会等の関係機関と連携しながら、PAZ圏内の住民への安定ヨウ素剤の事前配布を継続的に実施します。

#### (ケ) その他

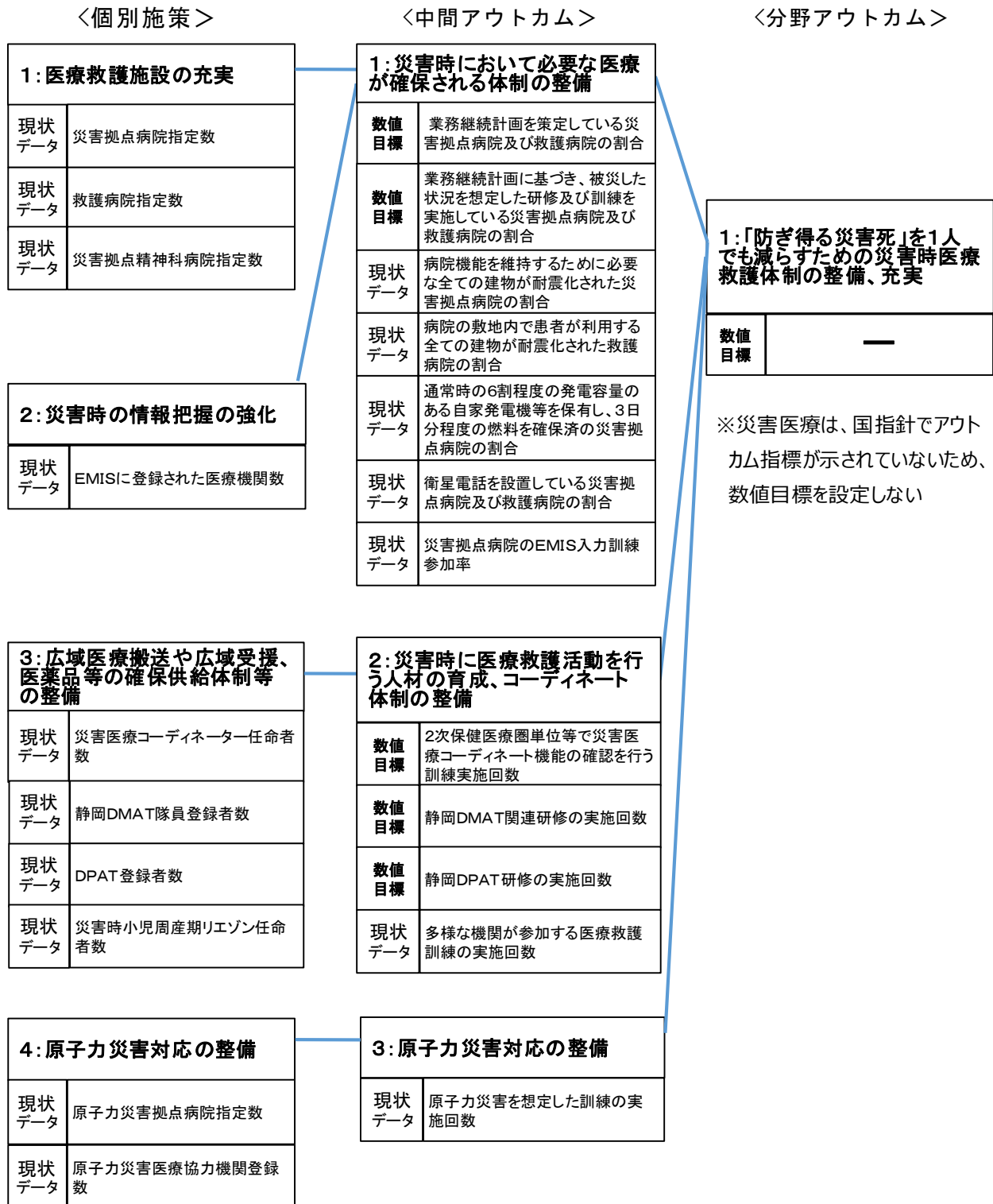
- 医師、看護師等医療従事者へのトリアージ等（広域搬送トリアージを含む。）災害医療知識の普及を図るため、関係団体との協力の下に災害医療技術の研修を実施します。

<sup>23</sup> JDAT：(Japan Dental Alliance Team：日本災害歯科支援チーム) 災害発生時の緊急災害歯科医療や、避難所等における口腔衛生を中心とした公衆衛生活動を通じて被災者の健康を守り、地域歯科医療の復旧支援を行うチーム。

○地域住民を対象に、災害時における医療救護体制、応急手当等の知識の普及を図るとともに、救急医薬品の準備についての啓発を進めます。

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

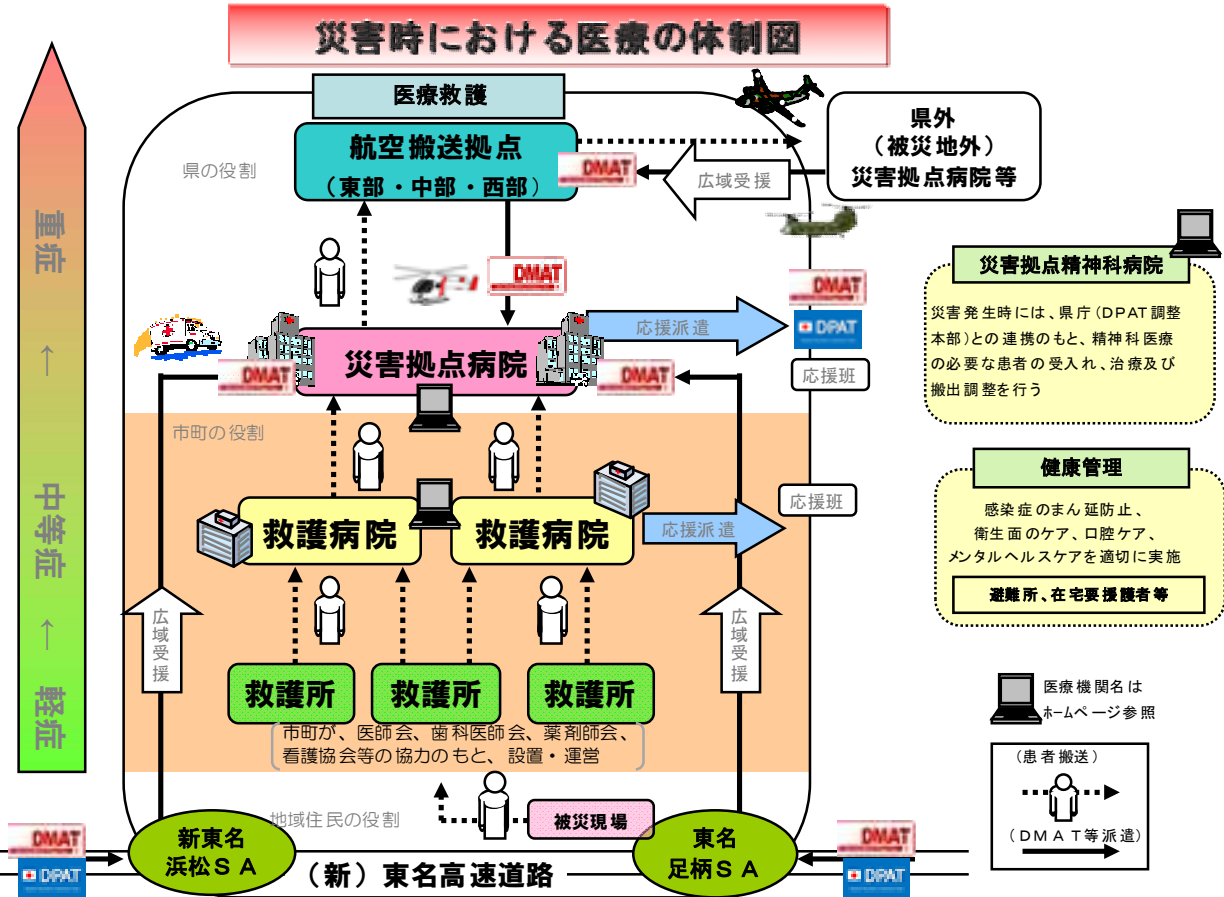
## ○災害時における医療のロジックモデル



(3)「災害時における医療体制」に求められる医療機能

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

(4) 災害時の医療体制図





## (5) 関連図表

## ○指標による現状把握

指 標		実 績	
指標の項目	時点・期間	静岡県	出典元
災害拠点病院指定数	2023. 4	23 施設	災害拠点病院現況調査
救護病院指定数 (災害拠点病院との重複含む)	2023. 4	83 施設	市町医療救護体制に関する調査
病院機能を維持するために必要な全ての建物が耐震化された災害拠点病院の割合	2023. 4	23/23 施設 (100%)	災害拠点病院現況調査
通常時の 6 割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3 日分程度の燃料を確保済の災害拠点病院の割合	2023. 4	19/23 施設 (82. 6%)	厚生労働省「災害拠点病院の現況調査」
衛星電話を設置している災害拠点病院及び救護病院の割合	2023. 4	68/85 施設 (80. 0%)	市町医療救護体制調査
病院の敷地内で患者が利用する全ての建物が耐震化された救護病院の割合	2023. 4	79/83 施設 (91. 8%)	病院の耐震改修状況調査
EMIS に登録された医療機関数 (病院及び有床診療所)	2023. 9	313 施設	県登録
災害拠点病院の EMIS 入力訓練参加率	2023. 8	23/23 施設 (100%)	県実施
多様な機関が参加する医療救護訓練の実施回数	2023	2 回	県実施
災害医療コーディネーター任命者数	2023. 9	53 人	県委嘱
静岡DMAT 隊員登録者数	2023. 4	321 人	県実施
災害拠点精神科病院指定数	2023. 4	4 施設	県指定
DPAT 登録者数	2023. 4	118 人	県実施
災害時小児周産期リエゾン任命者数	2023. 9	33 人	周産期医療・小児医療に再掲
原子力災害拠点病院指定数	2023. 4	2 施設	県指定
原子力災害医療協力機関登録数	2023. 4	8 施設	県登録
原子力災害を想定した訓練の実施回数	2023	1 回	県実施

## ○静岡県第4次地震被害想定（2013年6月公表）

区分	内容	死者及び傷病者数 (被災想定策定時)
レベル1	東海地震のように、発生頻度が比較的高く、発生すれば大きな被害をもたらす地震・津波	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死者数 約 16,000 人</li> <li>・重傷者数 約 20,000 人</li> <li>・軽症者数 約 51,000 人</li> </ul> <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、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"> <li>・死者数 約 105,000 人</li> <li>・重傷者数 約 24,000 人</li> <li>・軽症者数 約 50,000 人</li> </ul> <陸側（予知なし・冬・深夜）ケース>

※死者及び傷病者数は最大被害想定

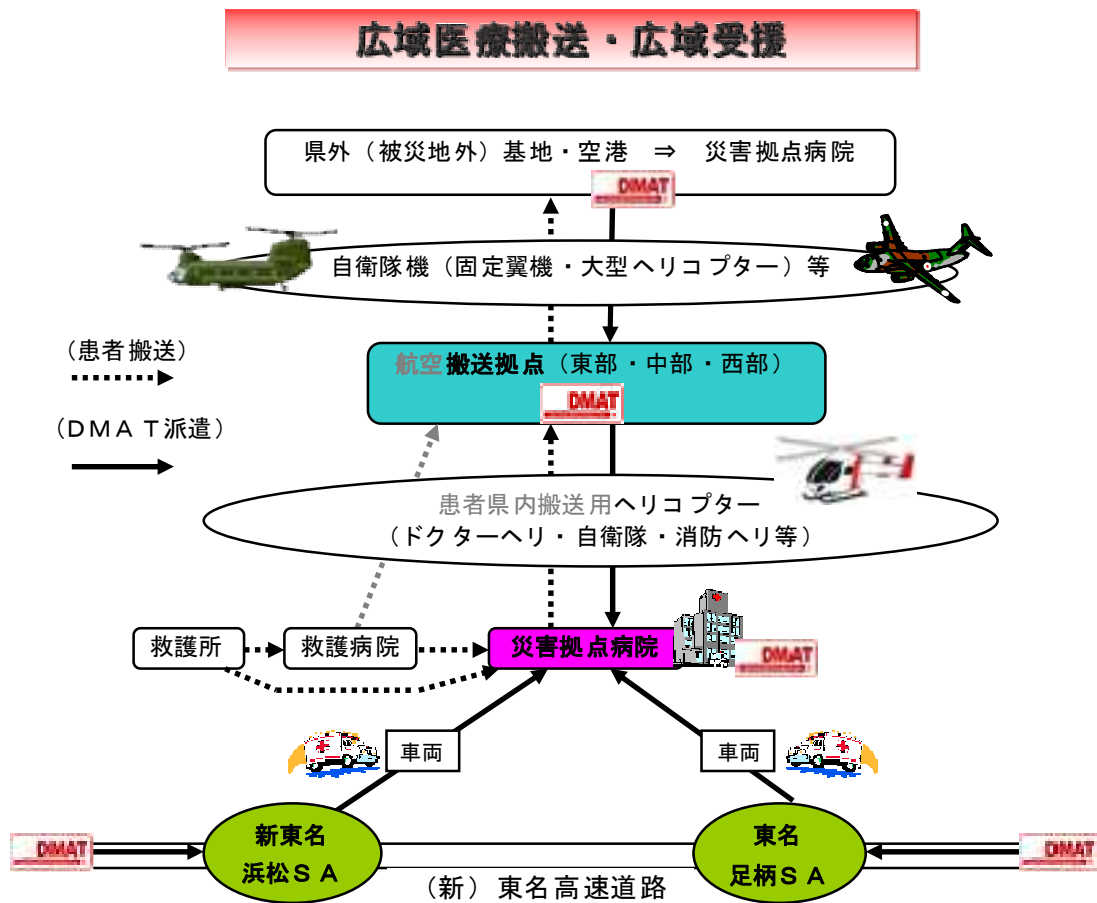
※「静岡県地震・津波対策アクションプログラム 2013」の推進等により、2022年度末の試算では、約8割の減災効果を達成（死者数：約105,000人 → 約22,000人）

## ○圏域別医療救護施設指定状況等（2023年4月時点）

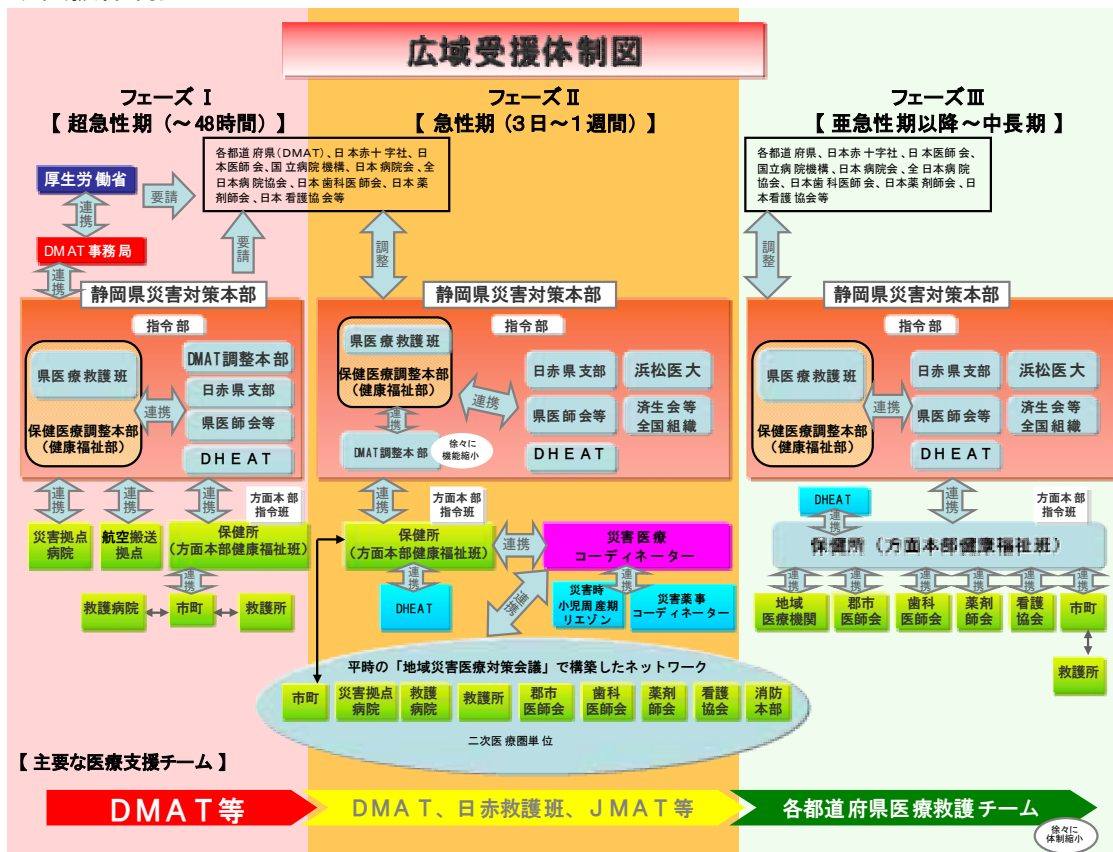
(単位：箇所、施設、チーム)

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

○広域医療搬送体制図



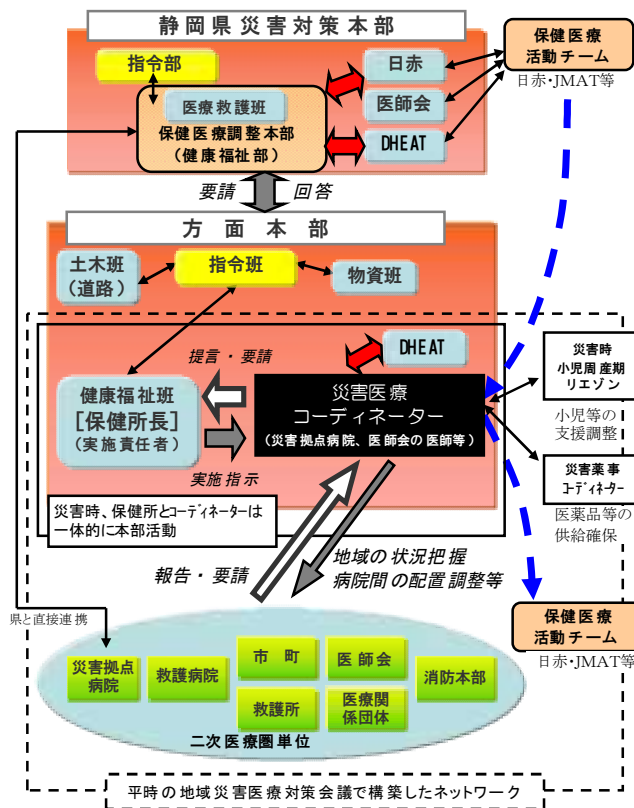
○広域受援体制図



## ○災害時における災害医療コーディネーターの役割

### 災害時（3日～1週間）における災害医療コーディネーターの役割

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



#### フェーズⅡ【災害急性期（3日～1週間）】中心に活動

活動場所：原則として保健所（困難な場合は所属病院等）

#### 災害医療コーディネーターの活動概要

- 1 平時における役割
  - ・二次医療圏単位等で設置する地域災害医療対策会議の統括として、災害医療関係者のネットワークを構築
- 2 参集
  - ・発災後、48時間以内を目安に、保健所等活動場所に参集（業務調整員の同行を推奨）
- 3 状況把握（サーベイランス）
  - ・保健所、市町が入手済みの医療救護施設活動情報や道路被害状況を把握
  - ・県外医療チーム配置情報を県医療救護班から入手
  - ・災害薬事コーディネーターからの情報入手
- 4 状況分析（アセスメント）
  - ・未入手情報の整理、必要に応じ行政以外からの情報入手
  - ・支援の必要な地域、優先順位の分析
- 5 医療資源需給調整（コーディネート）
  - ・地域内の医療機関の状況を把握、分析し、医療チームの配置調整、集約化や支援を実施
  - ・必要に応じ、県医療救護班に対し医療チームの派遣要請（災害拠点病院は原則として県が直接派遣調整）
  - ・参集した医療チームへの活動指示、情報共有
  - ・災害薬事コーディネーターと連携し医薬品等の供給を確保
  - ・小児等の支援にかかる災害時小児周産期リエゾンとの連携
  - ・健康危機管理の調整にかかるDHEATとの連携

### 3 新興感染症の発生・まん延時医療（※再興感染症も含む）

#### 【対策のポイント】

- 新興感染症等の感染拡大における医療提供体制の確保
- 新興感染症等の感染拡大に備えた平時からの医療連携体制の構築
- ふじのくに感染症管理センターの司令塔機能の確立

#### （１）現状と課題

##### ア 新興感染症医療の現状

- 新興感染症とは、そのまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症で、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下、「感染症法」という。）上の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症をいいます。
- 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）（以下、「新型コロナ」という。）への対応を踏まえ、新興感染症の発生及びまん延に備えるため、国は、2022年12月に感染症法を改正しました。改正感染症法に基づき、県は、「静岡県における感染症の予防のための施策の実施に関する計画（以下、「予防計画」という。）」を改定し、新型コロナ対応を念頭に、新興感染症の発生後速やかに対応ができるよう平時から地域における役割分担を踏まえた医療提供体制を確保するなど、あらかじめ準備をしておくことが必要となります。

##### イ 本県の状況

- 2009年の新型インフルエンザ（A/H1N1）においては県内で約55万人が感染し、新型コロナは、2020年2月28日に患者が初めて確認されてから2023年5月8日の5類感染症への移行までに県内で約87万人が感染する等、新興感染症が繰り返し流行し、大きな脅威となっています。

##### ウ 医療提供体制

（新型コロナにおける対応）

##### （ア）病床確保

- 感染発生最初期は第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関で入院患者の受入れを行いました。入院患者の増加に伴い病床が不足したことから、2020年4月以降、段階的に病床を確保しました。しかし、入院患者の増加に加え院内感染や基礎疾患の悪化等による入院などもあり、感染拡大の都度、確保病床のみでは対応が困難となりました。こうしたことから第7波以降は、全ての病院で患者を受入れる「オール静岡体制」で対応しました。
- 後方支援病院や施設での回復患者の受入が円滑に行われなかったことも、確保病床のひっ迫の要因となりました。
- 新型コロナの症状は軽症であっても、基礎疾患の悪化で入院が必要な高齢患者が多く、介護・介助の手間が新型コロナ患者受入病院の業務を圧迫しました。
- 感染拡大初期において、医療機関間の役割分担が明確でなく、疑い患者等の入院調整が困難でした。



**(イ) 発熱外来**

- 2020 年 2 月、帰国者・接触者外来を 34 箇所の病院に設置し、発熱等の症状がある新型コロナの疑いのある患者等に対応していましたが、感染拡大に対応するため、発熱等診療医療機関を順次指定し、幅広い医療機関で診療できる体制を整備しました。
- 物資・設備が不十分である等の理由で、当初は対応する医療機関数が限られていました。
- 休日・夜間に対応する医療機関やかかりつけ患者以外にも対応する医療機関等、一部の医療機関に患者が集中する等の状況が発生しました。

**(ウ) 自宅療養者等への医療提供**

- 新型コロナ流行以前は自宅療養を前提とした医療提供の仕組みがなかったことから、医療機関の協力を得て、外来診療、往診及び健康観察を行う体制を整備しました。

**(エ) 後方支援**

- 後方支援病院や施設での回復患者の受入が円滑に行われなかったことも、確保病床のひっ迫の要因となりました。

**(オ) 医療人材派遣**

- クラスターが発生した医療機関・福祉施設に対し、必要に応じて、県内において新型コロナ対策に従事する医療関係者等により構成されたチームを派遣し、現場での感染防止対策について専門的助言を行いました。

**(カ) その他**

- 感染者数の増加により症状が軽い者や重症化のリスク（高齢・基礎疾患等）が低い者については、自宅等で療養することとされたことから、食料の提供及びパルスオキシメーターの貸出し等を行いました。また、高齢者施設等の入所者でも症状が軽い場合などは、施設内での療養の継続を求めるとともに、施設の感染対策を行うため、衛生資材の優先供給を行いました。
- 患者搬送について、知事が入院勧告等をした者の病院への搬送に加え、自宅療養者の受診のための搬送、宿泊施設設置後は自宅から宿泊施設への搬送等、その時々状況に応じて、体制を強化しながら患者等の搬送を行いました。
- ワクチン接種体制について、新型コロナワクチンは 2021 年 2 月から医療従事者の初回接種を開始し、高齢者、高齢者以外の県民と順次対象を拡大し、県大規模接種会場の実施等を通じて 2021 年 11 月には初回接種を完了しました。

## (2) 対策

### ア 数値目標

項目	時期 <sup>1</sup>	内容	目標 <u>(2029 年度)</u>	出典
病床確保	流行初期	医療措置協定による 確保病床数	<u>414</u> 床	予防計画
	流行初期以降		<u>747</u> 床	
発熱外来	流行初期	医療措置協定による 医療機関数	<u>760</u> 機関	
	流行初期以降		<u>930</u> 機関	

### イ 施策の方向性

#### (ア) 新興感染症等に係る医療を提供する体制の確保

- 本県における新型コロナへの対応を踏まえ、2023 年度に改定 した 予防計画に基づき、新興感染症等に係る医療提供体制を整備します。
- 予防計画を実効性のあるものにするため、新興感染症等の発生から感染拡大までの各段階を想定<sup>2</sup>した上で、県は、病床確保、発熱外来確保、自宅療養者等への医療提供、後方支援及び医療人材派遣について、医療機関と医療措置協定を締結します。
- 救急要請があった患者等の搬送に関して、消防機関と保健所の役割分担を整理し、必要に応じて協定を締結します。
- ワクチン接種体制の確保について、新型コロナワクチン接種対応の記録やマニュアル整備、郡市医師会及び各医療機関との定期的な連携等を市町へ働きかけを行います。

#### (イ) 静岡県感染症対策連携協議会による平時からの関係者との連携推進

- 県は、保健所設置市、感染症指定医療機関、診療に関する学識経験者の団体、消防機関その他の関係機関を構成員とする静岡県感染症対策連携協議会<sup>3</sup>を設置し、予防計画の策定や進捗の確認、構成する機関の連携の緊密化を図ります。

#### (ウ) ふじのくに感染症管理センターの司令塔機能<sup>4</sup>の確立

- 県は、新興感染症等の発生に備えるべく、感染症に関する研修、検査、相談業務等、県内の感染症対策を総括的に担う拠点施設としてふじのくに感染症管理センターを設置しています。
- 常設の専門家会議を設置し、専門家の意見を施策に反映していきます。
- 情報プラットフォーム<sup>5</sup>を構築し、保健所・医療機関等関係機関の業務効率化、情報の共有化と感染状況分析等のため、業務のデジタル化とデータ管理を一元化します。また、県民が感染症に関する正しい情報を得るとともに、感染症に関するデータを活用することのできる環境を整備します。
- 研修等により、医療機関や福祉施設において、感染対策を講ずることのできる人材を育成し、標準的な感染予防策の徹底や、感染症発生時の施設内のまん延防止対策が行えるよう、県全体の感染対策の底上げを目指します。

<sup>1</sup>厚生労働大臣の発生の公表から 1 週間から 3 カ月が「流行初期」、4 カ月以降が「流行初期以降」

<sup>2</sup>「新興感染症の発生・まん延時に求められる医療機能」参照

<sup>3</sup>関連図表「ふじのくに感染症管理センター所管・関連会議体 一覧図」参照

<sup>4</sup>関連図表「ふじのくに感染症管理センターの機能（イメージ）」参照

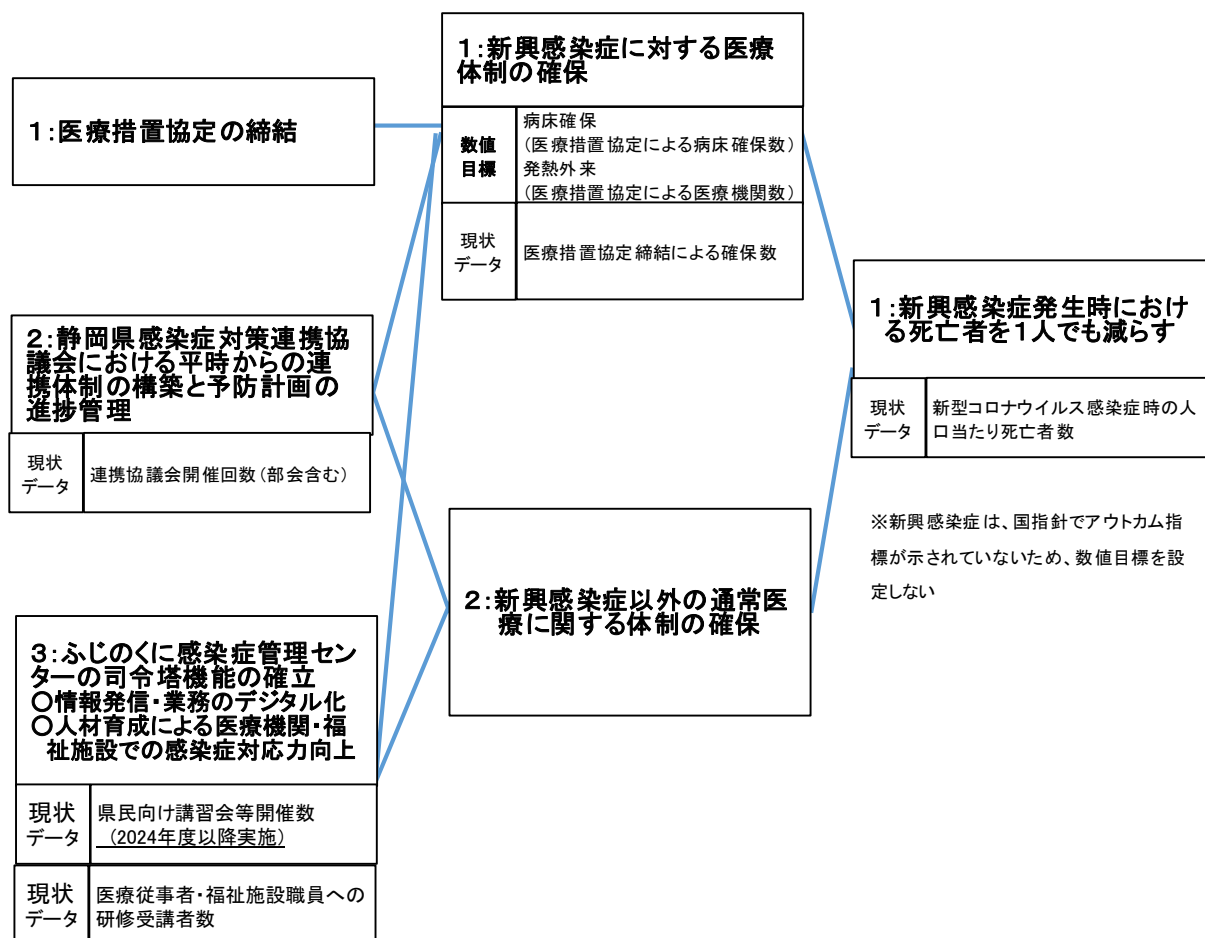
<sup>5</sup>関連図表「情報プラットフォームの構築（イメージ）」参照

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

＜個別施策＞

## ＜中間アウトカム＞

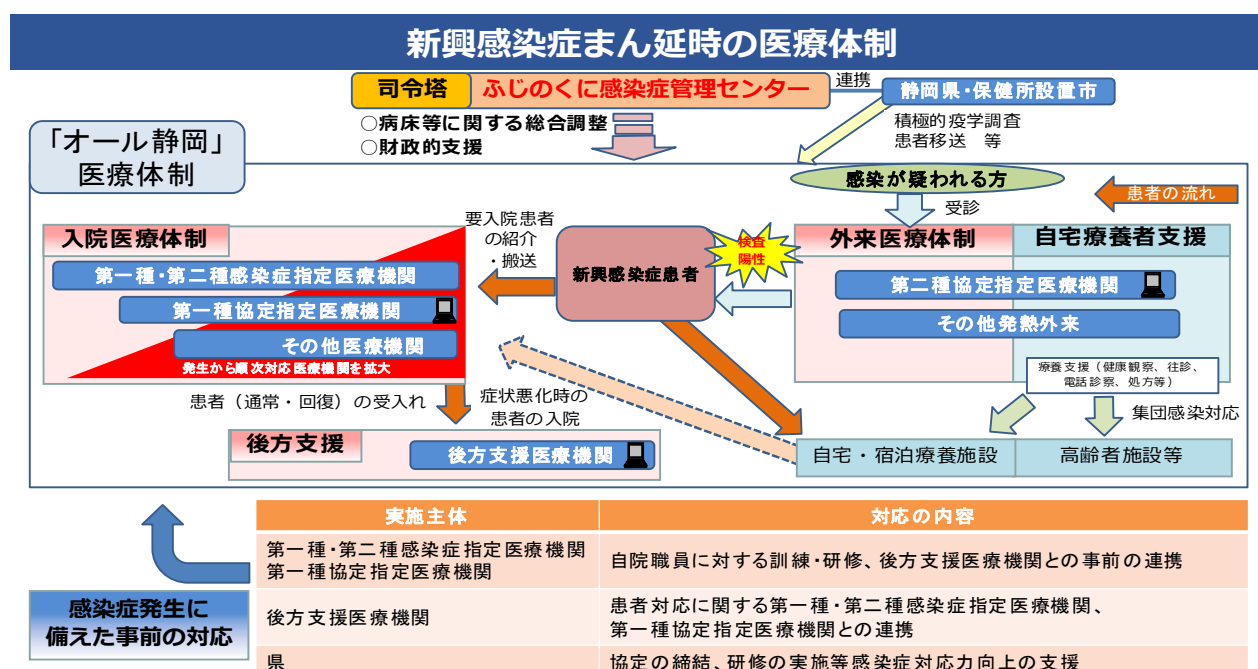
## ＜分野アウトカム＞



### (3) 新興感染症の発生・まん延時に求められる医療機能

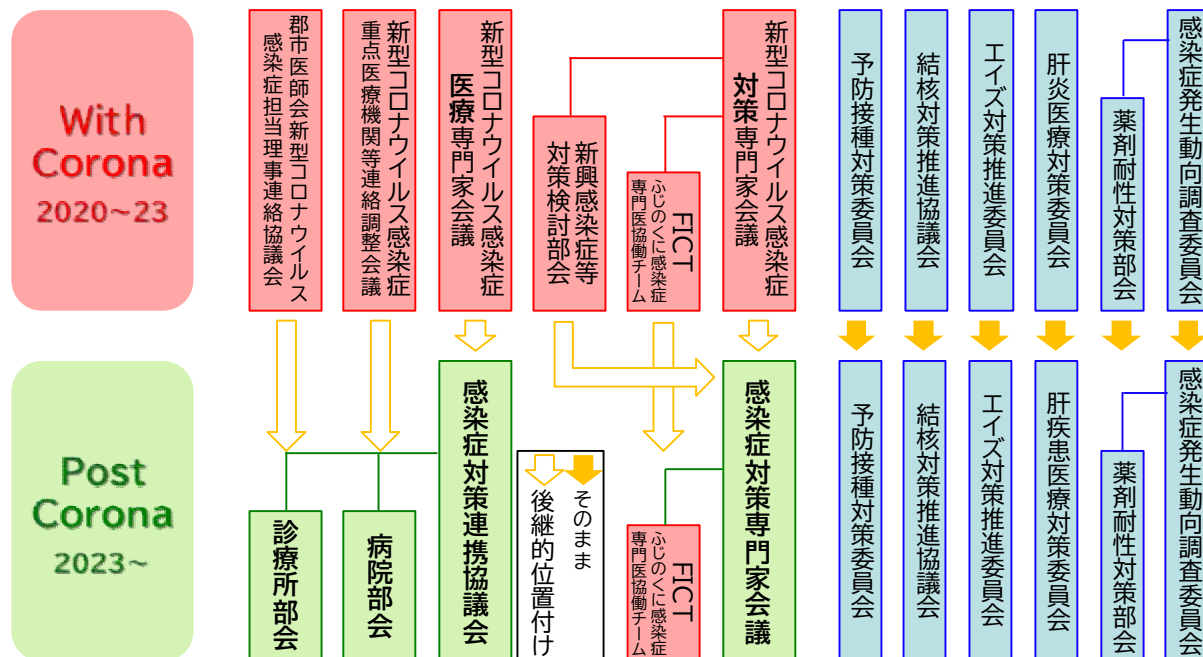
	入院医療	外来医療	自宅療養者等への医療提供	後方支援	医療人材派遣
ポイント	○新型コロナへの対応を念頭においた体制整備				
機能の説明	感染発生早期	第一種・第二種感染症指定医療機関を中心に対応	第一種・第二種感染症指定医療機関を中心に対応	—	—
	流行初期	第一種・第二種感染症指定医療機関及び第一種協定指定医療機関で対応	第一種・第二種感染症指定医療機関及び第二種協定指定医療機関のうち、病院を中心に対応	第二種協定指定医療機関で対応	病床を確保していない病院が、回復患者の受入れ及び病床確保病院に代わって一般患者の受入に対応
	流行初期以降		第二種協定指定医療機関で対応		
	感染まん延期	全病院及び対応可能な有床診療所で入院患者を受入れ	第二種協定指定医療機関を中心に幅広い医療機関で対応		医療人材派遣に係る協定締結医療機関は、県の要請に応じて、医療従事者を派遣

### (4) 新興感染症の発生・まん延時の医療体制図

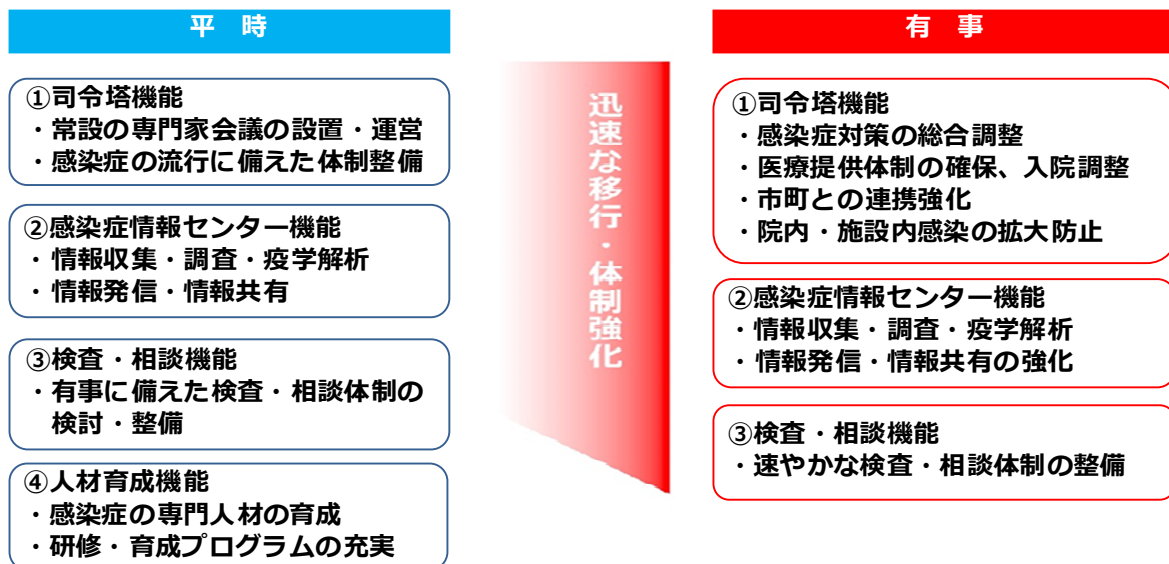


### (5) 関連図表

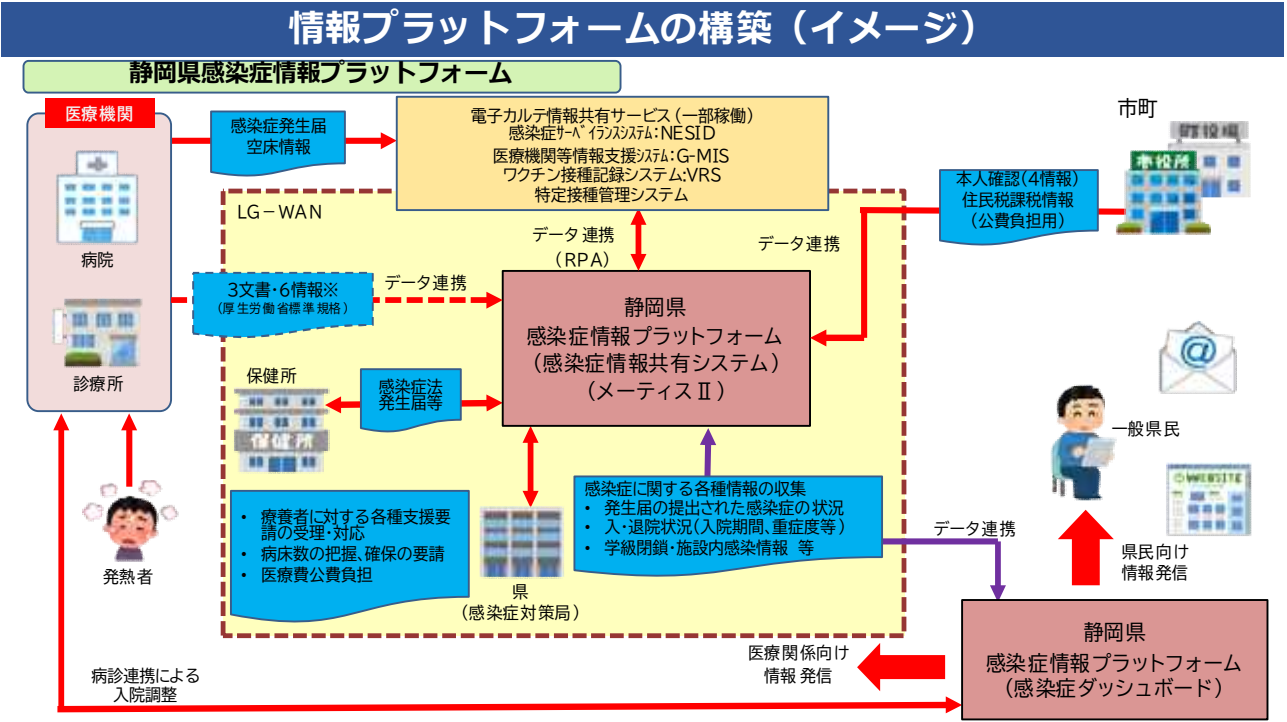
## ふじのくに感染症管理センター所管・関連会議体 一覧図



## ふじのくに感染症管理センターの機能（イメージ）







○指標による現状把握

連携協議会開催回数（部会含む）（2023 年度実績）		
会議名	開催日	内容
静岡県感染症対策連携協議会	2023 年 7 月 25 日	静岡県感染症対策連携協議会・部会の設置 静岡県感染症予防計画改定の進め方 等
	2023 年 11 月 14 日	静岡県感染症予防計画素案概要(改定素案協議) 数値目標設定の考え方 静岡県保健医療計画の改定(新興感染症の発生・まん延時医療、その他の感染症) 等
	2024 年 2 月 27 日	静岡県感染症予防計画の改定（数値目標の設定等） 医療措置協定の締結等 静岡県保健医療計画の改定(新興感染症の発生・まん延時医療、その他の感染症) 等
静岡県感染症対策連携協議会 病院部会	2023 年 10 月 27 日	医療措置協定に関する意向調査の結果 予防計画における目標設定の考え方 等
	2024 年 2 月 7 日	新興感染症発生時の対応について 医療措置協定締結の進め方について 等
静岡県感染症対策連携協議会 診療所部会	2023 年 8 月 30 日	医療措置協定締結に向けた基本方針について 医療措置協定に関する意向調査について 等
	2024 年 1 月 25 日	新興感染症発生時の対応について 医療措置協定締結の進め方について 等

医療従事者・福祉施設職員への研修受講者数（2023 年度実績）	
対象職員	参加者数（内 Web 参加）
全職員	856 人（473 人）
管理者	361 人（261 人）
感染対策担当者	372 人（248 人）
ケア実践者	711 人（347 人）
合計	2,300 人（1,329 人）

新型コロナウイルス感染症の人口 10 万人あたり死亡者数（少ない順）			
都道府県名	累計死亡者数	人口(10 万人)	10 万人あたり死亡者数
新潟県	459 人	22	20.86 人
福井県	200 人	8	25.00 人
富山県	324 人	10	32.40 人
山形県	370 人	10	37.00 人
静岡県	1,407 人	36	39.08 人
（全国）	74,688 人	1,249	59.80 人

※厚生労働省オープンデータ及び総務省統計局 2022 年 10 月 1 日都道府県別人口推計等を基に作成

※累計死亡者数は新型コロナウイルス感染症発生時から感染症法上の 5 類感染症移行（2023 年 5 月 7 日）時までの累計

## 4 ヘき地の医療

### 【対策のポイント】

- ヘき地住民への医療提供体制の確保
- ヘき地の診療を支援する機能の向上

### (1) 現状と課題

#### ア ヘき地の医療

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

#### イ 本県の状況

##### （県内のヘき地の状況）

- 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、いわゆるヘき地が15市町にあります。
- また、無医地区<sup>1</sup>が6市町11地区、無歯科医地区<sup>1</sup>が7市町23地区あります。
- 2019年度に実施した調査と比較すると、無医地区が減少し、準無医地区が増加しており、ヘき地の人口減少が理由に挙げられます。
- これらの地域では、公共交通機関による通院が困難となっています。加えて、高度専門医療機関がないため、重篤な救急患者の搬送に時間を要します。

##### （県内の医療施設従事医師数等の状況（ヘき地勤務医師等の状況））

- ヘき地の診療を担っている医師は高齢化が進んでおり、若い医師の専門医志向、病院勤務志向とあいまって、現在医師が勤務している地域においても後継者不足が予想され、医師の確保と定着が課題です。
- ヘき地に勤務する医師には、総合診療・プライマリケアの能力が求められます。また、ヘき地では、住民の高齢化が著しく、高齢化に伴い増加する疾患等が増えることが予想されます。
- ヘき地の医療機関では、医師だけでなく看護師等の医療従事者の確保が困難であり、少ないマンパワーで医療を維持・確保しています。

<sup>1</sup> 無医地区・無歯科医地区：医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点としておおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区。なお、区域内の人口が49人以下の場合、無医地区に準じる地区、無歯科医地区に準じる地区としている。

## ウ 医療提供体制

### (ア) へき地診療所等

- 県内には、へき地診療所設置基準<sup>2</sup>に定める、地域において設置されるへき地診療所が 13 診療所あり、地域の医療を支える役割を担うとともに、地域住民の医療を確保しています。
- へき地病院<sup>3</sup>や準へき地病院<sup>4</sup>、へき地診療所以外のへき地に所在する診療所などの医療機関も、地域住民に対する医療の提供を行っています。
- へき地では無歯科医地区、準無歯科医地区が増加しています。

### (イ) へき地医療拠点病院

- 県が指定した 9 か所のへき地医療拠点病院<sup>5</sup>は、無医地区等への巡回診療、へき地診療所への代診医派遣等の各種事業を行っています。
- 代診医派遣については、浜松市国民健康保険佐久間病院及び国立病院機構天竜病院からへき地診療所に派遣しているほか、県立総合病院から、へき地公設公営診療所等 6 か所に派遣を実施しています。2015 年に実施した医療需要調査では、へき地公設公営診療所以外のへき地診療所からも代診医の派遣希望があったことから、へき地公設公営診療所以外の民間のへき地診療所に対する代診制度の拡充と派遣体制の充実強化が求められています。

### (ウ) へき地医療支援機構

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

### (エ) 自治医科大学卒業医師の派遣

- 医師の確保が困難な地域に、自治医科大学卒業医師を派遣しています。

### (オ) 医学修学研修資金の貸与

- 県は、県内における医師の充足を図るため、県内外の医学生等に県内公的病院等での勤務を要件とする医学修学研修資金を貸与しています。被貸与者は県内の公的医療機関等のうち県が指定する医療機関に一定期間勤務する必要がある、対象の公的医療機関等にへき地医療拠点病院を含めています。

### (カ) 看護職員修学資金の貸与

- 県は、県内への就業を促進し看護師等の充足を図るため、県内外の看護学生に看護職員修学資金を貸与しています。2022 年度以降の新規貸与者が過疎地域等の返還免除対象施設において勤

<sup>2</sup> へき地診療所設置基準：診療所を設置しようとする場所を中心としておおむね半径 4 km の区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口 1,000 人以上であり、かつ、診療所の設置予定地から最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して 30 分以上要するものであること。（厚生労働省へき地保健医療対策等実施要綱）

<sup>3</sup> 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。）。

<sup>4</sup> 準へき地病院：へき地には所在しないが、へき地医療の確保に必要であると考えられる病院。

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

務する場合、返還債務の免除に係る勤務期間を短縮する制度を設けています。

**(キ) 行政によるへき地医療支援の取組**

- へき地を有する市町では、地域住民の医療の確保や、へき地勤務医の勤務環境の整備のため、へき地診療所等の整備・運営の支援や施設の修繕及び備品購入の支援など、様々な施策に取り組んでいます。
- へき地を有する市町では、地域住民の医療機関への受診を支援するため、患者輸送車の運行を実施しており、県は運行経費の一部を補助しています。
- 県は、へき地医療の維持・確保のため、へき地医療拠点病院の運営支援や市町によるへき地診療所等の支援及び施設設備整備に対する補助を行っています。
- 県は、無医地区や準無医地区に該当しない地域であっても、無医地区等と同様に支援体制が必要な地域を、へき地医療支援の対象としています。

**(ク) へき地における救急搬送体制**

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

**(キ) へき地における保健予防活動**

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

**(コ) へき地におけるオンライン診療**

- オンライン診療は、公共交通手段の減少や災害時など、通院が困難な住民の対面診療を補完する手段として期待されます。
- 国は、へき地医療拠点病院の指定要件のうち、巡回診療及び代診医派遣をオンライン診療により実施した場合も実績に含めることができるとしています。2023 年度に県が実施したオンライン診療実施状況調査では、へき地医療拠点病院のうち、3 医療機関でオンライン診療を実施していると回答がありました。
- 県は、へき地における医療従事者及び地域住民双方の負担軽減を図るため、2021 年度から 2023 年度にオンライン健康医療相談のモデル事業を西伊豆町で実施しました。
- 市町においては、浜松市が中山間の各地域に地域支援看護師を配置し、オンライン診療の補助を行い、巡回による対面診療の一部を補完するオンライン診療を実施しています。



**(2) 対策****ア 数値目標**

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
医療提供支援策が実施されている無医地区の割合	100% (2022 年度)	100% (毎年度)	へき地への継続的な医療提供は困難であるため、患者輸送車運行事業や巡回診療等による、医療提供の支援を行う。	無医地区等調査(厚生労働省)
次のいずれかを実施したへき地医療拠点病院の割合 ・巡回診療 年間実績 12 回以上 ・医師派遣 年間実績 12 回以上 ・代診医派遣 年間実績 1 回以上	100% (2022 年度)	100% (毎年度)	国の指針に基づき、1 へき地医療拠点病院当たり月 1 回以上あるいは年 12 回以上実施することを目標とする。	へき地医療支援事業実施状況(静岡県へき地医療支援機構)

**イ 施策の方向性****(ア) へき地住民への医療提供体制の確保**

- 地域医療への貢献を志す自治医科大学卒業医師及び医学修学研修資金貸与者の配置と、大学、病院、地域の医師会等との連携により、へき地勤務医師の確保及び定着を促進します。
- 総合診療・プライマリケアを実施する医師の育成・確保を進めます。
- 看護職員養成所等に在学する者を対象とした修学資金制度を活用し、へき地の医療機関に従事する看護師の確保に努めます。
- へき地医療に従事する医療従事者が安心して勤務・生活できるキャリア形成支援を図ります。
- 県内外の医学生が参加する地域医療セミナー(佐久間病院で実施)や、医師をこころざす中高生を対象としたこころざし育成セミナー等の機会を通じて、医療従事者の養成過程等における、地域医療やへき地医療への動機付けを図ります。
- へき地医療の維持・確保を図るため、地元市町等と連携して、へき地の医療を担う診療所等の施設・設備整備の支援に積極的に取り組みます。
- 訪問診療に必要な医療機器の整備に対する支援を実施するなど、在宅医療の推進を図ります。
- 遠隔医療を実施している医療機関の現状や市町の介入状況を市町等に共有するとともに、オンライン診療を行う医療機関の情報通信機器の整備を支援します。
- 訪問看護については、サテライト型訪問看護ステーションの設置など、へき地を含め全県下での安定的な訪問看護サービスの提供体制の確保を図ります。

- へき地の住民の健康増進を図るため、特定健診をはじめとする各種健診・検診や健康相談等への自発的な参加を促進するために、地方紙や地元ケーブルテレビ等を活用した普及啓発を実施します。また、地域保健従事者の育成や、市町が行う地域保健活動を支援します。
- へき地を有する市町や地域歯科医師会と連携し、人材確保を含め、地域のニーズに即した歯科医療提供体制の整備に努めます。

#### **(イ) へき地の診療を支援する機能の向上**

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

#### **(ウ) 計画の推進**

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

○「へき地の医療」のロジックモデル

＜個別施策＞

＜中間アウトカム＞

＜分野アウトカム＞

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

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

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

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

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

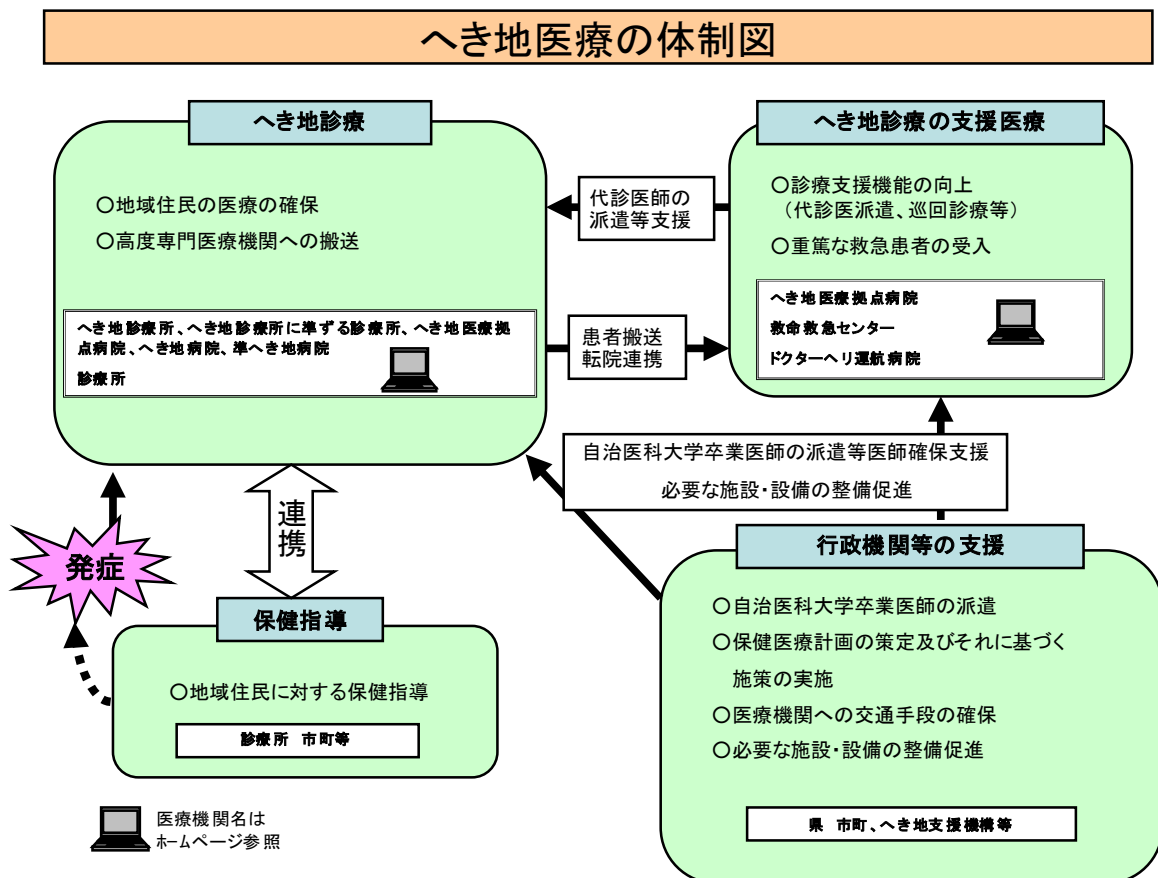
1:へき地住民が必要時に医療を受けられる体制の確保	
数値目標	—

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

### (3) へき地の医療体制に求められる医療機能

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

### (4) へき地の医療体制図



## (5) 関連図表

## ○指標による現状把握

指標		実績		出典
指標の項目	時点・期間	静岡県	全国	
へき地診療所数	2022. 4. 1	12	23. 8	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地診療所の医師数	2022. 4. 1	10. 6	18. 2	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院数	2022. 4. 1	8	7. 3	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院によるへき地への巡回診療の実施回数	2021. 4. 1 ～ 2022. 1. 1	48	96. 6	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院からへき地へ医師を派遣した回数	2021. 4. 1 ～ 2022. 1. 1	110	298	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
へき地医療拠点病院からへき地へ代診医を派遣した回数	2021. 4. 1 ～ 2022. 1. 1	33	77	厚生労働省「へき地保健医療対策事業の現状調べ」
<u>巡回診療、健康診断等が実施されている無医地区数</u>	<u>2021. 4. 1 ～ 2022. 3. 31</u>	11	11. 6	厚生労働省「無医地区等調査」

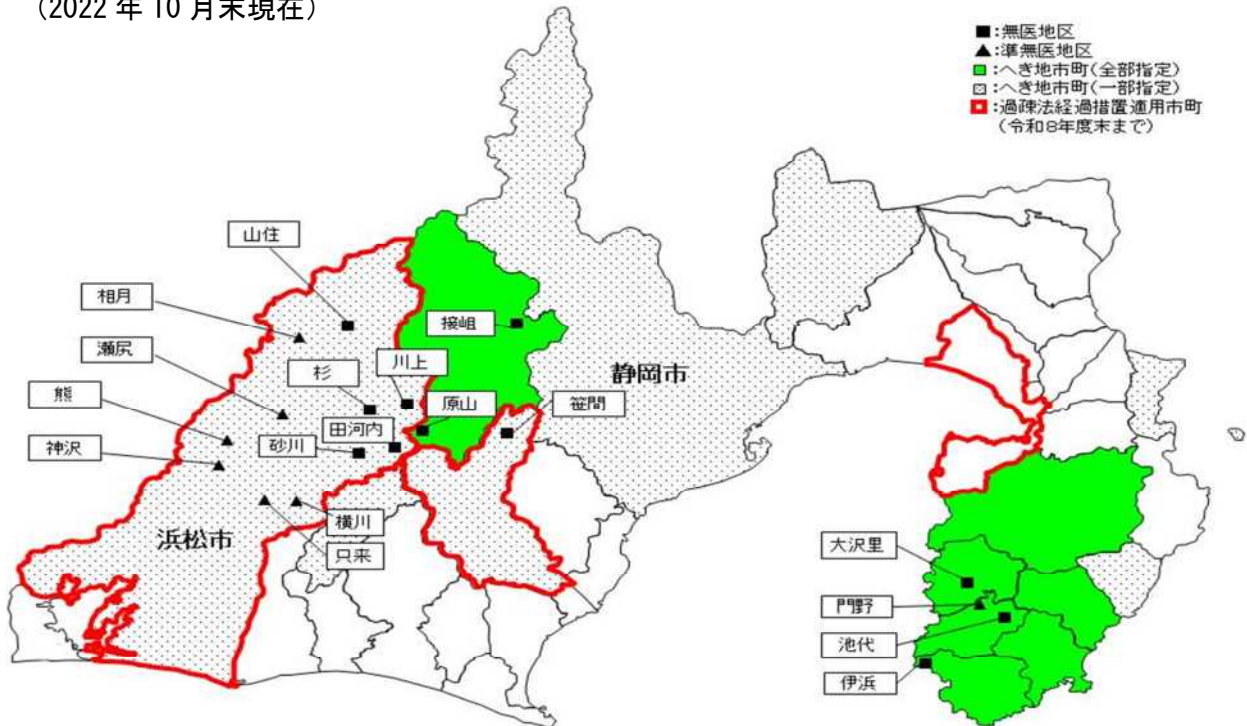
※全国値は平均値



○県内のへき地の状況

＜静岡県のへき地の現況図＞

(2022 年 10 月末現在)



○各法律に基づくへき地医療対策の対象地域

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

## ○２次保健医療圏別無医地区（2022 年調査）

圏域	市町名	旧市町村名	地区名	地区数
賀茂	南伊豆町		伊浜	1
	松崎町		池代、門野＊	2
	西伊豆町		大沢里	1
志太榛原	島田市	川根町	笹間	1
	川根本町	中川根町	原山	1
		本川根町	接岨	1
西部	浜松市	天竜市	只来＊、横川＊、熊＊、神沢＊	4
		龍山村	瀬尻＊	1
		春野町	田河内、砂川、杉、川上	4
		佐久間町	相月＊	1
		水窪町	山住	1
計	6 市町		18 地区	

＊無医地区に準じる地区

2022 年 無医地区等調査（厚生労働省）

## ○２次保健医療圏別無歯科医地区（2022 年調査）

圏域	市町名	旧市町村名	地区名	地区数
賀茂	南伊豆町		天神原、伊浜	2
	松崎町		池代、門野＊	2
	西伊豆町		大沢里	1
静岡	静岡市		梅ヶ島、長熊、落合、大河内	4
志太榛原	島田市	川根町	笹間	1
	川根本町	中川根町	原山	1
		本川根町	接岨	1
西部	浜松市	天竜市	東藤平・阿寺、懷山、只来＊、横川＊、熊＊、神沢＊、大栗安＊、西藤平・芦窪・長沢＊、石神＊、上野＊	10
		龍山村	下平山、瀬尻＊	2
		春野町	田河内、砂川、杉、川上、 筏戸大上＊	5
		佐久間町	大井、浦川＊、相月＊	3
		水窪町	山住	1
		引佐町	川名、渋川、久留女木	3
計	7 市町		36 地区	

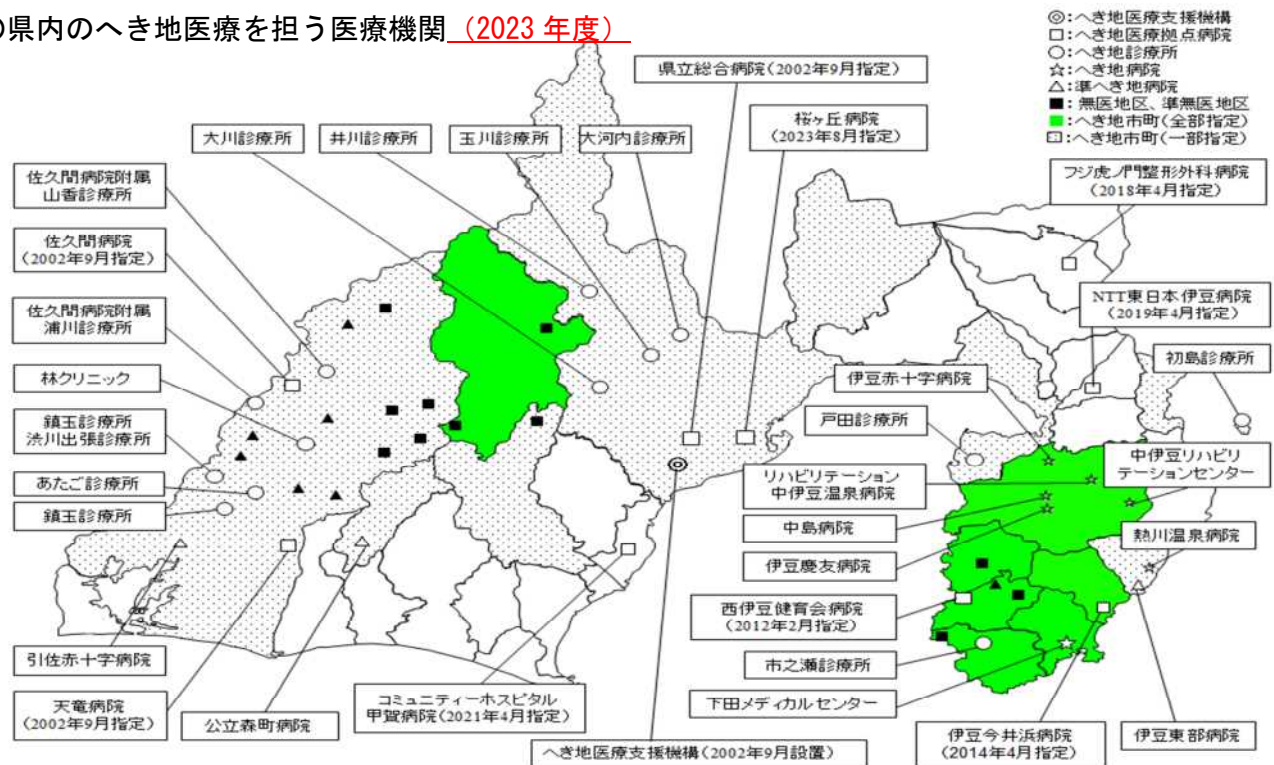
＊無歯科医地区に準じる地区

2022 年 無医地区等調査（厚生労働省）

## ○静岡県の無医地区等数の推移

区分	1999 年	2004 年	2009 年	2014 年	2017 年	2019 年	2022 年
無医地区	17	13	16	11	12	15	11
準無医地区	0	2	2	7	5	0	7
計	17	15	18	18	17	15	18
無歯科医地区	15	10	19	16	16	20	23
準無歯科医地区	0	2	2	5	5	10	13
計	15	12	21	21	21	30	36

○県内のへき地医療を担う医療機関 (2023 年度)



○2次保健医療圏別へき地診療所等の医療機関数 (2023 年度)

2次保健医療圏名	へき地診療所	へき地医療拠点病院	へき地病院	準へき地病院	救命救急センター	ドクターヘリ基地病院
賀茂	1	2	2	1		
熱海伊東	1					
駿東田方	1	2	5		2	1
富士						
静岡	<u>4</u>	2			3	
志太榛原		1			1	
中東遠				1	2	1
西部	6	2		1	3	
全県	<u>13</u>	9	7	3	11	2

○へき地医療拠点病院によるへき地医療支援活動

病院名	活動内容
伊豆今井浜病院	巡回診療、症例検討会の実施
西伊豆健育会病院	巡回診療
N T T 東日本伊豆病院	医師派遣
フジ虎ノ門整形外科病院	医師派遣
県立総合病院	代診医派遣、遠隔画像診断、遠隔病理診断の実施
桜ヶ丘病院	巡回診療
コミュニティーホスピタル甲賀病院	巡回診療
天竜病院	代診医派遣
佐久間病院	巡回診療、代診医派遣、症例検討会の実施

## ○へき地医療拠点病院による医師派遣及び代診医派遣実績の推移

(単位：回)

年度	2017	2018	2019	2020	2021	2022	備考
N T T 東日本伊豆病院	-	-	48	46	46	45	初島診療所へ派遣
フジ虎ノ門整形外科病院	-	55	59	60	63	55	戸田診療所へ派遣
静岡県立総合病院	26	43	36	26	23	22	へき地公設公営診療所等（6箇所）へ派遣
桜ヶ丘病院	-	-	-	-	-	-	井川診療所へ派遣
天竜病院	5	5	4	2	0	2	あたご診療所、林クリニックへ派遣
佐久間病院	7	11	9	2	0	0	佐久間病院附属浦川診療所へ派遣

## ○へき地医療拠点病院による巡回診療実施実績の推移

(単位：回)

年度	2017	2018	2019	2020	<u>2021</u>	<u>2022</u>	備考
伊豆今井浜病院	24	12	12	12	12	12	南伊豆町伊浜地区 天神浜地区は 2017 まで
西伊豆健育会病院	12	12	12	12	12	12	西伊豆町大沢里地区
コミュニティーホスピタル 甲賀病院	-	12	12	12	12	12	南伊豆町伊浜地区、 天神浜地区
佐久間病院	13	13	13	13	13	13	浜松市(旧佐久間町) 吉沢地区、上平山地区

## ○へき地患者輸送車運行事業の状況（2022 年度）

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

## ○へき地を有する市町のへき地医療支援の取組状況

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