

5 周産期医療

【対策のポイント】

- 妊婦健康診査による安全、安心なお産の確保
- 妊娠、出産に係るリスクに対応する周産期医療体制の確保
- 出産後の産褥婦と新生児の状態に応じた医療やケアの提供

(1) 現状と課題

ア 周産期の医療

- 妊娠 22 週から出生後 7 日未満までの「周産期」は、合併症妊娠や分娩時の新生児仮死など、母体・胎児や新生児の生命に関わる事態が発生する可能性が高い時期です。
- 周産期を含めた前後の期間における周産期医療は、突発的な緊急事態に備えて産科、小児科双方からの一貫した総合的な体制が必要です。
- 安全・安心なお産のためには、定期的な健診を受けるなど、妊婦の健康管理が適切に行われることが重要です。また、妊産婦に対する健康管理の推進や診療の質の向上のためには、産科及び産婦人科以外の診療科との連携も必要です。
- 出産後には授乳などで歯科受診が困難となる場合もあるので、妊娠中（安定期）に口腔内のチェックを受け、必要な治療や口腔衛生管理を受けることも重要です。

イ 本県の状況

(出生数及び合計特殊出生率)

- 本県の出生数は、1975 年以降はほぼ毎年減少を続けており、1989 年に 4 万人を、2014 年には 3 万人を下回り、2022 年は 2 万 575 人となりました。
- 本県の合計特殊出生率は、2005 年の 1.39 人を底に緩やかな上昇傾向を辿り、2016 年には 1.55 人となりましたが、その後再び低下に転じ、2022 年には 1.33 人となっています。

(周産期死亡数及び周産期死亡率)

- 本県の周産期死亡数は 2015 年の 105 人から 2022 年は 66 人まで減少しています。
- 本県の周産期死亡率は、2020 年から 2022 年の 3 年平均で出産千人当たり 3.6 と、全国平均の 3.3 を上回っています。妊娠 22 週以後の死産率は出産千人当たり 2.8 であり、全国平均 2.6 を上回っています。早期新生児死亡率は出生千人当たり 0.8 であり、こちらも全国平均 0.6 を上回っています。
- 相対的に出産のリスクが高くなる 35 歳以上の出産の割合は年々高くなっており、2000 年の 10.9% (3,907 人) に対し、2022 年には 27.9% (5,744 人) と比率としては約 2.6 倍となっています。

(妊産婦死亡数及び妊産婦死亡率)

- 本県における妊産婦死亡数は、2020 年から 2022 年までの 3 年間の平均で 0.7 人となっています。また、妊産婦死亡率の 3 年間の平均は出生 10 万人当たり 3.0 と、全国の 3.1 を下回っています。

ウ 医療提供体制

- 正常分娩からハイリスク分娩まで、母体・胎児及び新生児の一貫した治療管理が体系的に提供できる体制を整備し、安全・安心な妊娠・出産を確保するため、県内を3つの地域（東部、中部、西部）に区分して、それぞれの地域ごとに、総合周産期母子医療センターを核とする周産期医療システムを整備しています。
- 周産期医療システムは、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及び産科救急受入医療機関、その他の分娩取扱施設により構成し、各周産期医療機関がその機能に応じた役割を担うことで、システム全体として正常分娩からハイリスク分娩まで、あらゆる母体、胎児、新生児に対応しています。
- 医師の時間外労働時間の短縮、勤務間インターバルの確保、宿日直回数の制限に対応した体制の構築が必要です。

（ア）分娩取扱施設

- 県内の分娩を取り扱う施設数は、2009年以降は100施設を下回り、2023年12月末時点では、1995年の141施設と比べて52施設減の89施設（病院23施設、診療所35施設、助産所31施設）となっています。
- 1医療施設あたりの1か月間の分娩件数は、病院、診療所ともに現在は減少傾向です。病院においては平均39件、診療所においては平均28件前後で推移しています。
- 今後も継続的に正常分娩やリスクの低い帝王切開術を行う医療機関の確保を行うとともに、ハイリスク分娩を取り扱う総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターに集中する負担を軽減するため、総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターと、その他の分娩取扱施設等との連携や役割分担が求められています。
- 医師の時間外労働上限規制等に対応しながら、周産期医療体制を維持するため、医療資源の効率的な活用がより重要になります。
- 高度な周産期医療の提供や分娩取扱が可能な施設までのアクセスが容易ではない地域が、医療機関の重点化等により拡大することが懸念されます。
- 分娩取扱施設には、産科区域の特定等、母子の心身の安定・安全の確保を図る施設の運営や整備が求められます。

（イ）周産期医療従事者

- 本県の産科・産婦人科の医師は、2020年時点で303人となっています。303人のうち、分娩を取り扱っている医師は、229人です。
- 県における新生児医療を担う常勤医師は2023年4月時点で163人であり、その多くは小児医療との兼任医師となっており、小児科医が不足しているなか、新生児医療兼任医師の負担は大きくなっています。
- 分娩を取り扱う23病院における常勤麻酔科医は129人であり、その約半数は西部地域に集中しています。また、2次周産期医療機関の16病院のうち、常勤の麻酔科医が1人以下の病院が3病院あり、ハイリスク母体等の常時受入のためには、麻酔科の体制充実が必要となっています。
- 直近の調査において分娩取扱病院に勤務する常勤助産師は534人、分娩取扱診療所に勤務する常勤助産師は161人となっています。

- 周産期医療は母体から新生児まで、一貫して治療管理できる体制を整える必要があるため、産科医、新生児医療を行う医師及び麻酔科医の確保が必要です。このほか、助産師や新生児医療を行う看護師等の確保も必要です。
- 2011 年度に浜松医科大学に設置した地域周産期医療学講座において研修を受けた医師が、県内各地域の病院で常勤又は非常勤医師としてを診療業務を担っています。また、同講座では、2022 年度末までに周産期医療に携わる専門医が計 20 名養成され、県内で周産期医療に携わっています。
- 産科医、小児科医を含む医師の確保及び偏在対策のため、2019 年度に静岡県医師確保計画が策定されています。

(ウ) 周産期医療関連病床

- N I C U¹の診療報酬加算病床は 12 施設に、114 床あり、2022 年度末のN I C U病床利用率は 74.6%となっています。
- 本県のN I C U病床整備率は出生 1 万人当たり 52.9 床であり、国が定める基準（出生 1 万人対 25 床から 30 床）を超えています。ただし、地域別の病床整備率では、中部地域は 56.9 床、西部地域は 60.7 床であるのに対し、東部地域は 34.0 床であり、地域差があります。
- 2023 年 4 月時点で、県内N I C Uにおける入院期間が半年以上に達した入院児は 12 人でした。
- N I C Uの整備状況に地域間の偏在があることから、地域バランスを考慮した整備を進めることが求められています。加えて、N I C Uの稼動に必要な医療従事者の確保も必要です。
- 2023 年 4 月現在、M F I C U²の診療報酬加算病床は 3 施設に、27 床あり、2022 年度末のM F I C U病床利用率は 68.2%となっています。

(エ) 産科救急搬送受入体制

- 母体及び新生児搬送は、基本的には東部、中部、西部の各地域内で行われており、東部地域では順天堂大学医学部附属静岡病院が、中部地域では県立こども病院が、西部地域では聖隷浜松病院が、1 次・2 次周産期医療機関からの受入要請に対する受入先の調整などのコーディネート機能を担っています。
- 東部地域では、ハイリスク患者に対応できる病院が限られており、緊急時には、主に、順天堂大学医学部附属静岡病院が受入れを行っています。また、東部地域のうち、富士医療圏では、2 次周産期医療機関では対応できないハイリスク患者を主に県立こども病院に搬送しています。
- 搬送受入は、概ね地域内で行うことができますが、地域内の病床が満床等の理由で地域を越えた搬送を行うケースもあります。

¹ N I C U (Neonatal Intensive Care Unit) : 新生児集中治療室—心疾患や救急搬送された重症な小児の患者等の治療を行う未熟児・新生児専用の集中治療室

² M F I C U (Maternal Fetal Intensive Care Unit) : 母体胎児集中治療室—切迫流産の可能性のある妊婦や他の疾患等による妊娠出産に係るリスクが高い妊婦のための集中治療室

○産科合併症以外の合併症（身体合併症、精神合併症）への対応が全国的に課題となっており、周産期医療と救急医療や精神科との連携が重要となっています。3次及び2次周産期医療機関20施設のうち、11施設で救命救急センターを併設しているほか、6施設でも、脳卒中、心血管疾患、外傷等に24時間対応可能となっています。また、妊婦の精神合併症に対応可能な機能を有する施設は、20施設のうち8施設です。

○周産期には、母体、胎児及び新生児の状態が急激に変化する可能性があり、産科救急患者を受け入れる医療機関には、24時間対応が可能な人員体制が求められますが、令和6年4月に施行される時間外労働規制、勤務間インターバル、宿日直回数制限など医師の働き方改革への対応により、産科救急患者の受入を担う2次周産期医療機関、3次周産期医療機関においても、24時間体制の維持が困難になることが懸念されます。

（地域別）

◇東部地域（2次保健医療圏：賀茂、熱海伊東、駿東田方、富士）

- ・地域周産期母子医療センター及び産科救急受入医療機関が少なく、ハイリスク患者が総合周産期母子医療センターである順天堂大学医学部附属静岡病院に集中しています。
- ・賀茂医療圏では、分娩取扱施設が2施設（診療所、助産所各1施設）のみとなっており、熱海伊東医療圏では、分娩取扱施設が3施設（病院1施設、診療所2施設）となっています。
- ・駿東田方医療圏は、分娩を取り扱う診療所が多く、他の東部地域の医療圏に比べ診療所における分娩比率が高くなっています。
- ・富士医療圏では、2次周産期医療機関では対応できないハイリスク患者については、主に県立こども病院へ搬送しています。

◇中部地域（2次保健医療圏：静岡、志太榛原）

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

◇西部地域（2次保健医療圏：中東遠、西部）

- ・西部地域には総合周産期母子医療センターが1施設、地域周産期母子医療センター及び産科救急受入医療機関が6施設あり、県内の他地域に比べると、産科、小児科の医師が多く、関係診療科の体制も含め、ハイリスク患者の受入体制が整っています。
- ・中東遠医療圏の東側の地域では、総合周産期母子医療センターである聖隷浜松病院や県立こども病院から距離が離れているため、患者の搬送に時間を要する場合があります。
- ・NICUの加算病床が54床あり、県内の半数近くを占めていますが、NICUが満床でハイリスク患者を受け入れることができない場合など、圏域外の病院に受入を要請するケースもあります。

（オ）災害時及び新興感染症の発生・まん延時における周産期医療

○総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターは、「周産期医療の体制構築に係る指針」において求められている災害時に被害を受けた場合においても早期に復旧するための業務継続計画（BCP）を策定し、通常時の6割程度の発電容量がある自家発電機等、3日分程

度の備蓄燃料、病院機能を少なくとも3日間維持可能な水を確保しています。

○災害時に小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、災害対策本部等において災害医療コーディネーター等をサポートする災害時小児周産期リエゾンを配置し、訓練を行うことが求められています。本県では、2023年9月末時点で33人に委嘱していますが、より多くの配置が必要です。

○新興感染症の発生・まん延時においても、地域で周産期医療を確保するため、平時から対策を検討する必要があります。

(カ) 妊産婦及び新生児のケア

(妊婦健康診査)

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

○しかしながら、妊婦健康診査を一度も受診せずに分娩するケースや適切な回数の健診を受診していないケースがあります。こうしたケースでは、妊娠経過や出産のリスクを事前に把握できていないため、**緊急時には母体と胎児**にとって非常に危険であるとともに、受入医療機関探しが難航する場合があります。

○また、妊婦健康診査の未受診者が、出産後に虐待に至るケースもあり、健診未受診を端緒として支援の必要な家庭を把握し、支援につなげていく等、社会的ハイリスク妊産婦（特定妊婦等の妊娠中から家庭環境におけるハイリスク要因を有する妊産婦）に対応することが重要です。

○妊娠中はう歯などの歯科疾患が進行しやすいと言われており、出産後には授乳などで歯科受診が困難となることもあるので、妊娠中に必要な治療が受けられるよう、妊婦の理解を促進する必要があります。

(在宅医療との連携)

○NICUやGCU³を退院した医療的ケア児等の生活の場における療養・療育への円滑な移行支援や児の家族等の負担軽減のための在宅支援サービスの充実が必要です。

(産後うつ)

○核家族化や産後の早期退院化により、出産直後から母親が一人で育児をするケースが増え、母親が満足に健康回復できない、育児不安が生じるなどの問題が生じています。こうした母親に対する心身のケアや育児のサポートが必要とされています。

○産後うつの発生率は10%前後で推移しており、自殺や虐待の防止のためにも産後うつ対策が急務とされています。

³ GCU (Growing Care Unit) : NICUの後方病床で、NICUへの入院が必要な状態を脱したが、小児科の一般病床における管理は難しい小児患者のための回復期治療室

(2) 対策

ア 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
周産期死亡率 (出産千人当たり)	3.2 (2022 年)	3.0 未満 (2029 年)	過去最高の水準 (2018 年) で設定	厚生労働省 「人口動態統計」
妊産婦死亡数	0.7 人 (2020~2022 年平均)	0 人 (毎年)	過去最高の水準 (2021 年) で設定	厚生労働省 「人口動態統計」

イ 施策の方向性

(ア) 分娩取扱施設

- 東部、中部、西部の3地域を単位とした地域の周産期医療施設のネットワークによる持続的な周産期医療体制の整備を進めるため、地域の中核となる総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターへの支援を行うとともに、地域における周産期医療施設の機能分担による施設間の連携等、地域の実状に即した持続可能な医療体制を各地域で検討します。
- 産科救急患者の受入を担い、総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの負担を軽減する機能を有する産科救急受入医療機関を支援します。
- 周産期医療と母子保健を地域全体で支えられるよう、総合周産期医療、地域周産期医療、正常分娩の各医療機能を担う医療機関と、分娩を取り扱わないが妊婦健診や産前・産褥管理・産後ケアを実施する医療機能を担う医療機関の役割分担を検討します。
- 医療勤務環境改善支援センター事業により医療機関の宿日直許可の取得を支援します。
- 高度な周産期医療の提供や分娩取扱が可能な施設までのアクセスが容易ではない地域等における妊産婦のアクセス確保に向けた対策を実施します。
- 新たに分娩を取り扱う施設や母子の心身の安定・安全の確保を図るための分娩取扱施設における施設や設備の整備を支援する助成を行います。

(イ) 周産期医療従事者

- 魅力ある研修プログラムを提供し、県内での周産期医療に携わる専門医の養成を図るなど、静岡県医師確保計画に基づき、医師の確保及び偏在対策に努めます。
- また、看護職員に対する認定看護師（新生児集中ケア、小児救急看護等）資格取得支援を行う医療機関に対する支援を行います。
- 分娩を取り扱う産科医及び助産師並びに新生児医療担当医に手当を支給する病院に対して助成を行うなど、産科医、新生児医療担当医等の処遇の改善を支援します。
- 周産期医療従事者の専門的な知識習得や、初期研修医の産科、新生児科へのリクルート、助産師の資質向上及び助産師と産科医、産科以外の診療科の医師との連携強化、母体急変時の初期対応の習得などを目的とした研修会を開催します。また、周産期死亡率、妊産婦死亡数の減少のため、県内の母体・児の死亡症例の状況等について調査・分析し、症例の検討を通して得られた知見や治療方針を医療従事者で共有することで、周産期医療体制の強化を図ります。
- 浜松医科大学に設置した地域周産期医療学講座における周産期医療に携わる人材の養成を引

き続き支援し、県内の周産期医療体制を支える人材の確保を図ります。

(ウ) 周産期医療関連病床

- NICUは、整備状況に地域間の偏在があり、ハイリスク患者の受入れができないケースもあることから、地域バランスや病床の利用状況等に応じて効率的に運営されるよう、必要な施設、設備及び運営に対する支援を行います。

(エ) 産科救急搬送受入体制

- 症状が安定し、搬送元医療機関等で治療管理可能な患者については、搬送元医療機関への戻り搬送を行うなど、3次・2次周産期医療機関において、緊急患者の受入れができるような体制を確保します。
- 県境を越えた母体及び新生児の搬送受入が引き続き円滑に行われるよう、必要に応じ、隣接県との調整を行います。
- 身体合併症を有する母体に対応するため、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター等における救命救急センター又は関係診療科との一層の連携強化を図ります。
- 精神合併症を有する母体に対応するため、産科と精神科との連携強化を図ります。
- 地域における協議を通じて、周産期医療機関の機能分担や連携等による持続可能な周産期医療体制の実現を目指します。
- 県立こども病院を中心に、新生児の専門医が、オンラインで診療支援を行う体制を整備することで（小児救急リモート相談支援事業）、地域の医師の負担軽減を図るとともに、新生児に対する医療提供体制を確保します。

(地域別)

◇東部地域

- ・3次周産期医療機関及び2次周産期医療機関が担うハイリスク患者の受入体制と正常分娩に対応する分娩取扱施設の継続的な確保に努めます。

◇中部地域

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

◇西部地域

- ・中東遠医療圏において、産科救急患者の24時間受入が継続的に維持されるよう、持続可能な周産期医療体制の実現を目指します。

(オ) 災害時及び新興感染症の発生・まん延時における周産期医療

- 災害時における分娩可能な施設等についての情報伝達方法について訓練を実施するとともに、定期的に会議を開催し、災害時小児周産期リエゾン等の関係者と連携体制強化を推進します。
- 今後も災害時小児周産期リエゾンの養成と技能維持に取り組みます。
- 新型コロナウイルス感染症まん延時の知見を生かし、災害時小児周産期リエゾンや消防機関等と連携するなど、新興感染症の発生・まん延時の体制を検討します。

(カ) 妊産婦及び新生児のケア

(妊婦健康診査)

- かかりつけ医を持ち妊婦健康診査を受診することの必要性について引き続き啓発を行うとともに、妊婦健診未受診者の分娩状況について、より詳細な情報等把握を行い、効果的な受診促進に努めます。

- 妊婦健診や母子手帳交付時の面談等で把握した家庭環境に係る支援が必要な社会的ハイリスク妊産婦等、支援を必要とする母子について、こども家庭センター⁴において、社会的ハイリスク妊産婦を把握し、安心して出産や育児ができるよう、保健師等の専門職が、妊娠期から出産・子育てまで一貫して面接、相談、訪問を行い、情報発信や助言、必要な支援につなぐ取り組みを実施します。
- 各地域の妊産婦及び母子支援ネットワーク会議等における医療、保健、福祉の関係機関との情報交換を通じ、支援に関する認識を共有します。
- 妊娠中に口腔内のチェックを受け、出産前に必要な治療や口腔衛生管理を受けることの重要性について市町による啓発等を促します。

(在宅医療との連携)

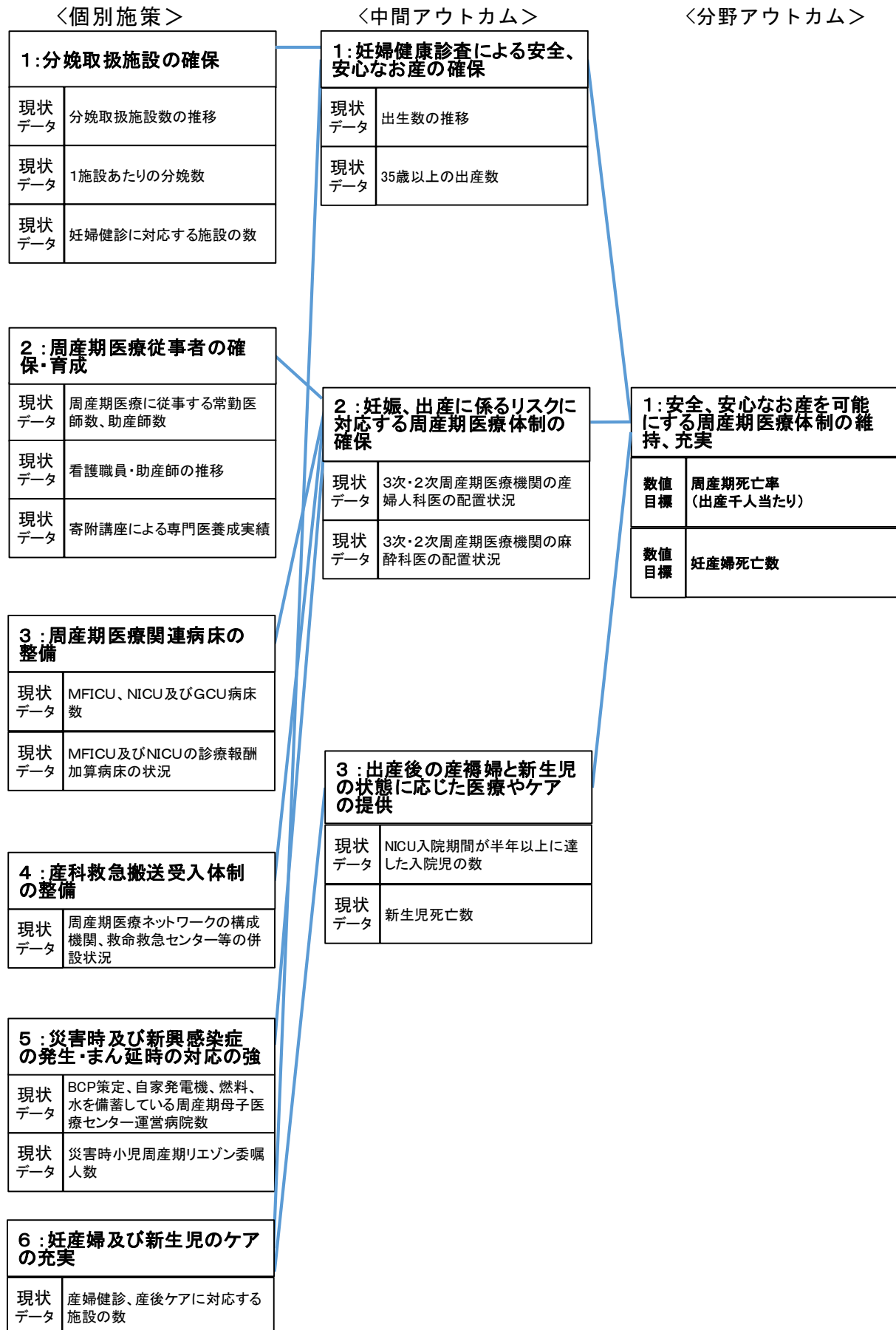
- NICU、GCUに長期入院している児に対し、一人ひとりの児にふさわしい療育・療養環境を確保するための体制整備を検討するとともに、在宅での療養に対する支援の充実を図っていきます。
- NICU等を退院後、地域で医療的なケアを要する児や家族が適切な医療支援を受けるために、医療従事者等に対して、環境整備や地域連携についての研修を行います。
- 医療的ケア児等支援センターにおいて、医療・福祉・保健・教育等の関係機関と連携し、医療的ケア等に関する様々な相談に対応するとともに、人材の開拓・養成、関係機関との連携体制の構築などを総合的に実施します。
- 重症心身障害児等が地域の診療所を受診しやすい環境を整えるため、重症心身障害児等の診療が可能な診療所に関する情報を県ホームページで公開します。
- 医療的ケア児等が住み慣れた地域において安心して地域生活を過ごせるよう、医療機関による短期入所サービスの提供等在宅支援サービスの充実を図ります。

(産後うつ)

- 産後うつの早期発見・支援のため、産婦健診等で把握した支援が必要な母子に対する支援が適切に行なわれるよう、産科や精神科などの医療と保健の連携体制を構築します。
- 医療と保健の連携において、妊産婦訪問事業や養育支援訪問事業等の活用を図ります。
- 母子保健関係職員等研修事業、母子保健関係職員等支援事業により母子の支援を担当する従事者の技術向上を図ります。

⁴ こども家庭センター：市町の子ども家庭総合支援拠点と子育て世代包括支援センターを見直し、2024年4月設置を努力義務化

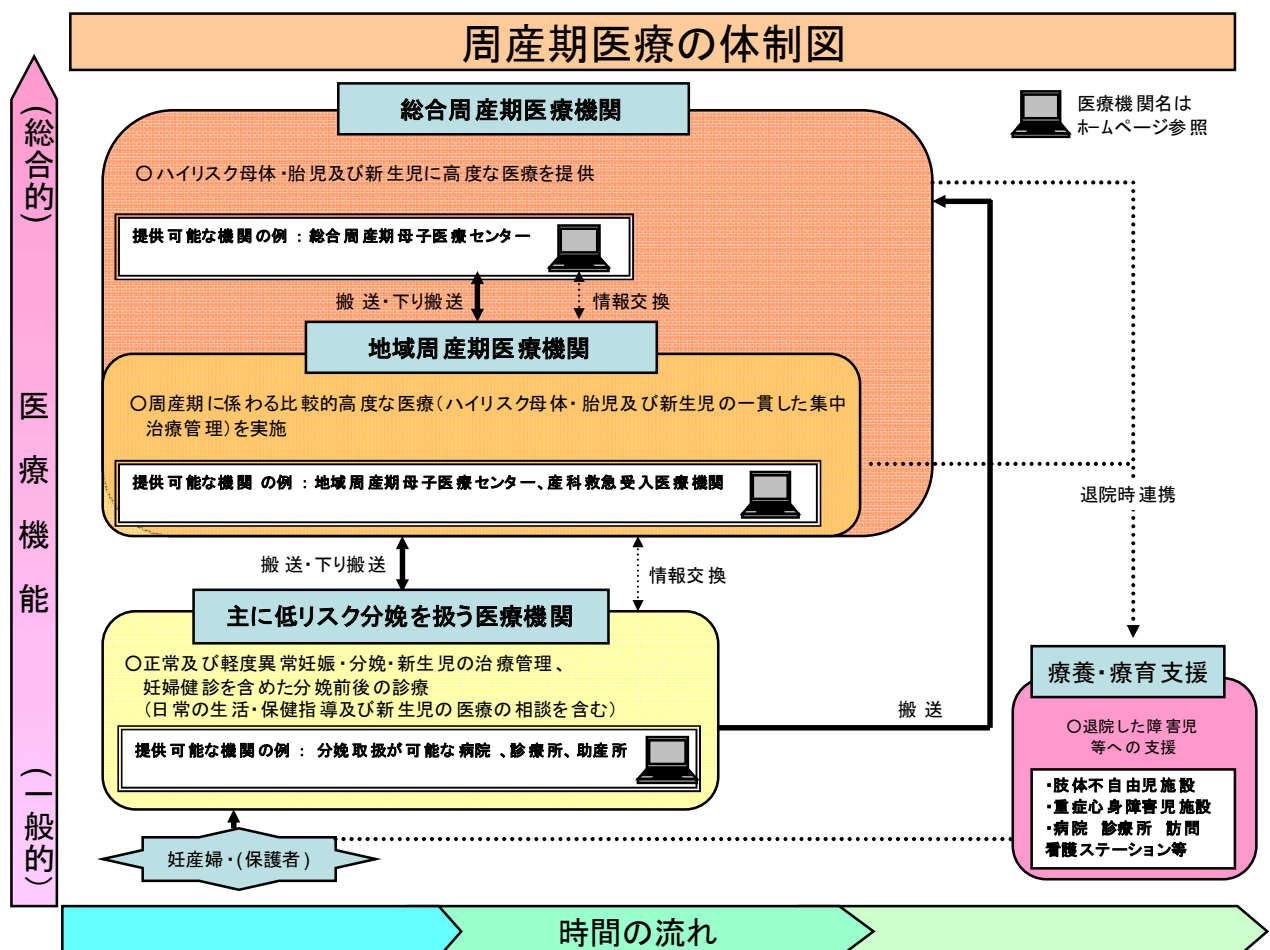
○「周産期医療」のロジックモデル



(3)「周産期」の医療体制に求められる医療機能

	正常分娩 (「主に低リスク分娩を扱う医療機関」が担う機能)	地域周産期医療 (「地域周産期医療機関」が担う機能)	総合周産期医療 (「総合周産期医療機関」が担う機能)	療養・療育支援
ポイント	○正常及び軽度異常妊娠、分娩、新生児の治療管理（日常生活、保健指導及び新生児の医療の相談を含む。） ○ <u>1次周産期医療機関</u> に相当する機能	○周産期に関わる比較的高度な医療（ハイリスク母体、胎児及び新生児の一貫した集中治療管理）を実施 ○ <u>2次周産期医療機関</u> に相当する機能	○ハイリスク母体、胎児及び新生児に高度な医療を提供 ○ <u>3次周産期医療機関</u> に相当する機能	○退院した障害児や家族等への支援
機能の説明	・産科に必要とされる検査、診断、治療を実施（助産所を除く。） ・正常分娩を実施 ・妊婦健診を含む分娩前後の診療 ・他の医療機関との連携により、合併症や、リスクの低い帝王切開術、その他の手術に適切に対応 ・妊産婦のメンタルヘルスへの対応	【地域周産期母子医療センター】 ・ハイリスク母体・胎児及び新生児の常時受入れ、母体・胎児及び新生児の比較的高度な医療の実施 【産科救急受入医療機関】 ・ハイリスク母体・胎児を常時受入れ、母体・胎児の集中管理	【総合周産期母子医療センター】 ・高度な医療施設とスタッフを備え、常時、ハイリスク母体・胎児及び新生児の搬送受入れ体制を有し、あらゆる異常妊娠・分娩及び新生児に対する一貫した治療の実施	・周産期医療施設と連携し、人工呼吸器の管理が必要な児や、気管切開等のある児の受入れ ・救急対応可能な病院等との連携 ・地域又は総合周産期母子医療センター等の周産期医療施設と連携し、療養・療育が必要な児の診療情報や治療計画等を共有 ・家族に対する精神的なサポート等の支援の実施

(4)「周産期」の医療体制図



(5) 関連図表

○指標による現状把握

指 標	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2019年	2020年	2021年	2022年	2020～ 2022平均
出 生 数	37,045	35,345	35,794	31,908	31,896	28,352	23,457	22,497	21,571	20,575	21,548
合計特殊出生率	1.60	1.48	1.47	1.39	1.54	1.54	1.44	1.39	1.36	1.33	1.36
周産期死亡率（出生千対）	10.3	7.8	5.6	5.0	4.2	3.7	3.7	3.5	4.0	3.2	3.6
全国平均	11.1	7.0	5.8	4.8	4.2	3.7	3.4	3.2	3.4	3.3	3.3
全国順位	11	37	22	28	24	25	30	27	40	21	-
妊娠22週以後死産率（出生千対）	8.6	6.4	4.5	3.8	3.3	3.0	2.8	2.8	3.1	2.5	2.8
全国平均	9.2	5.5	4.5	3.8	3.4	3.0	2.7	2.5	2.7	2.7	2.6
早期新生児死亡率（出生千対）	1.7	1.4	1.1	1.2	0.8	0.7	0.9	0.7	0.8	0.7	0.8
全国平均	1.9	1.5	1.3	1.0	0.8	0.7	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6
新生児死亡率（出生千対）	2.3	2.1	1.5	1.8	1.1	0.9	1.4	1.0	1.3	0.9	1.1
全国平均	2.6	2.2	1.8	1.4	1.1	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8
全国順位	11	20	11	24	28	28	43	27	44	35	-
35歳以上の出産数	2,814	3,101	3,907	4,726	7,057	7,278	6,356	6,076	6,034	5,744	5,951
出生千対	76.0	87.7	109.2	148.1	221.3	256.7	271.0	270.1	279.7	279.2	276.2
妊産婦死亡率	4	2	3	1	0	3	1	0	0	2	0.7
出生10万対	10.4	5.5	8.1	3.1	0.0	10.4	4.2	0.0	0.0	9.5	3.0
出生10万対（全国）	8.2	6.9	6.3	5.7	4.1	3.8	3.3	2.7	2.5	4.2	3.1

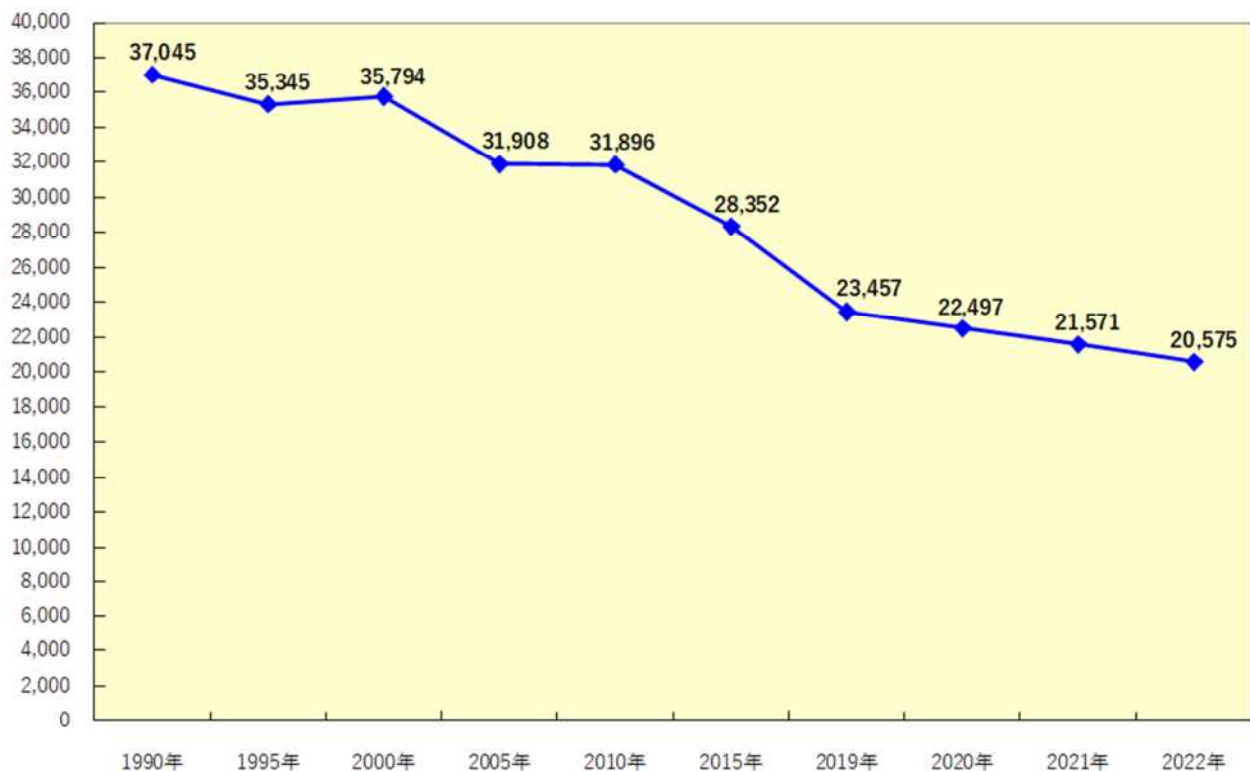
（出典）厚生労働省人口動態調査、静岡県の人口動態統計の概況

* 新生児死亡率及び2020～2022年の3年平均は人口動態調査から計算

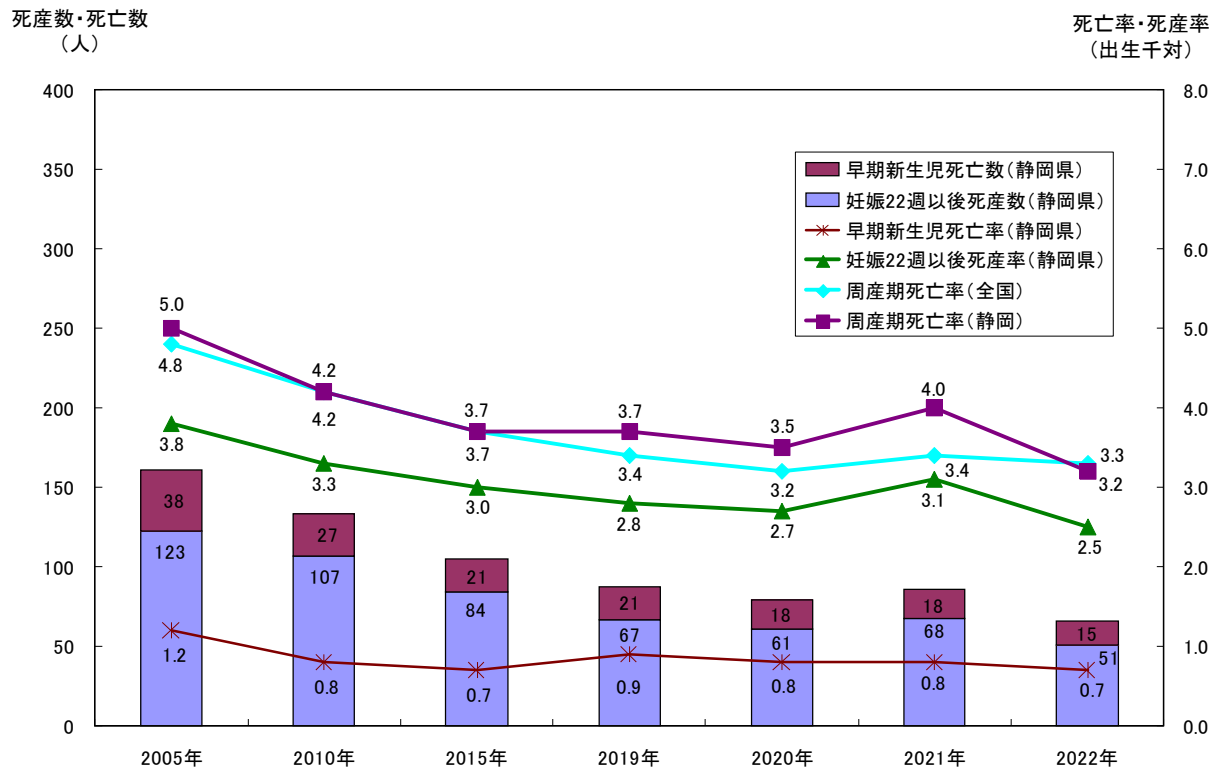
* 全国順位は死亡率の低い方からの順位

(出生数の推移)

(単位：人)

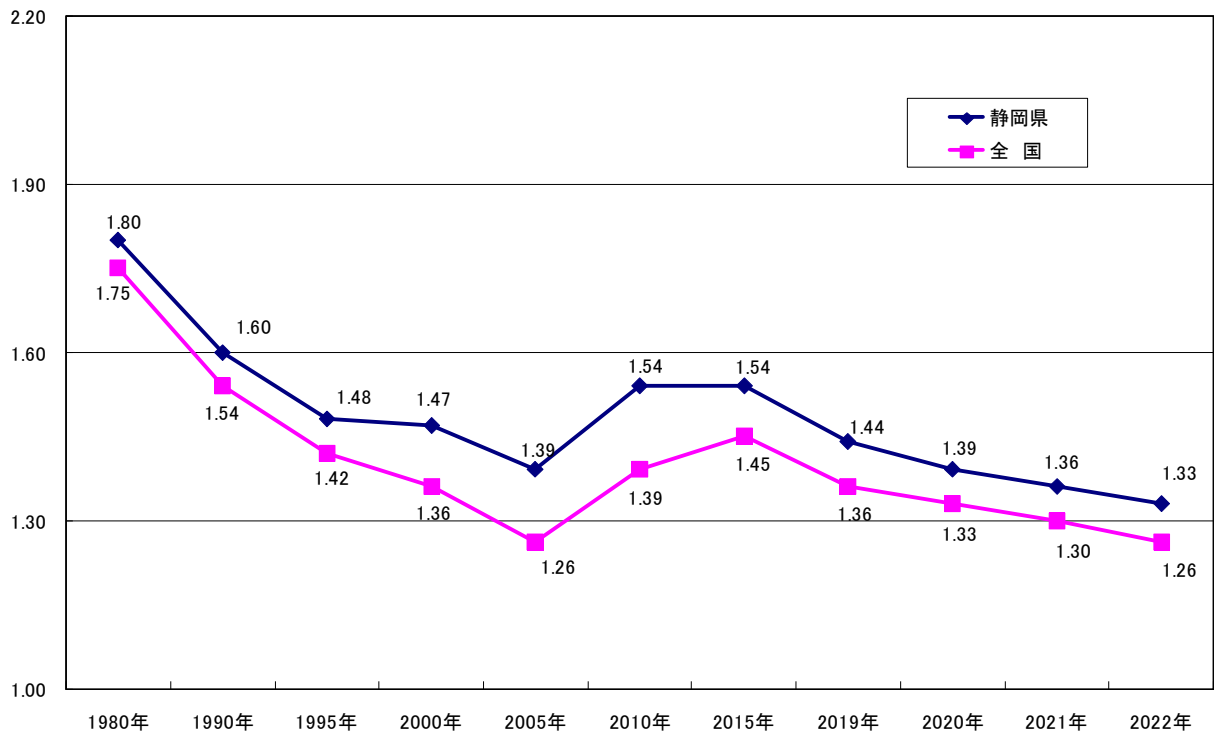


(周産期死亡率)



(合計特殊出生率)

(単位：人)



○分娩取扱施設数

(2次保健医療圏別の分娩取扱施設数：2023年12月現在)

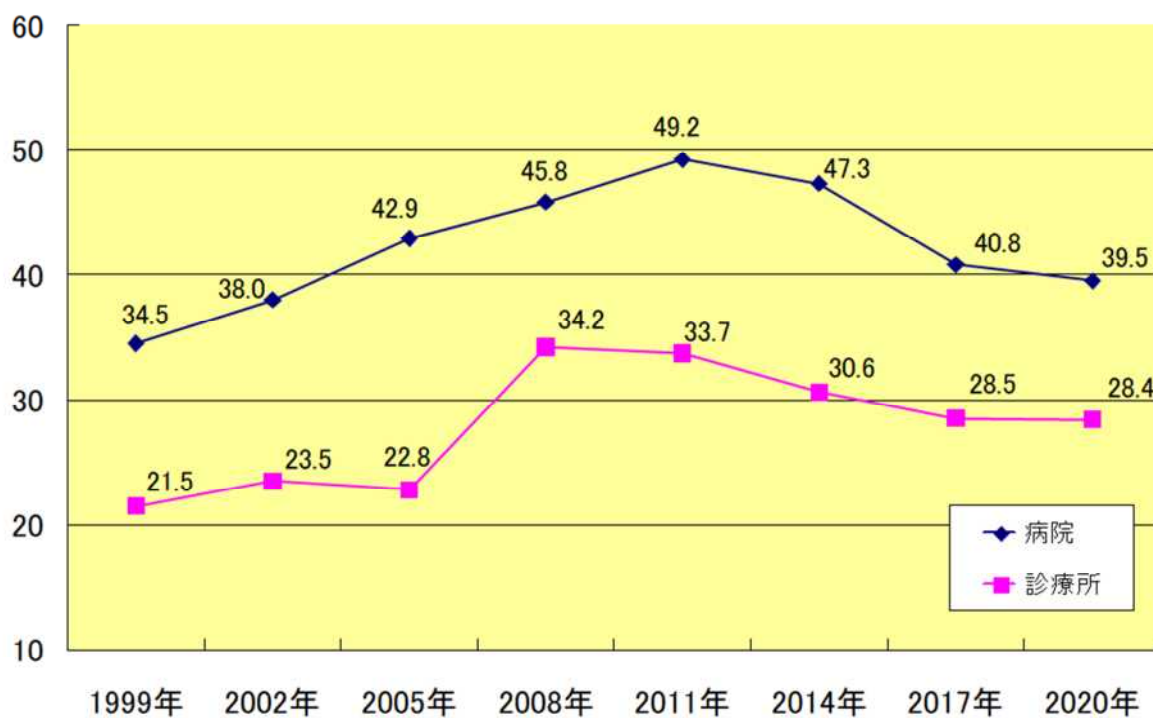
		病 院	診療所	助産所	計
東 部		6	14	7	27
	賀 茂	0	1	1	2
	熱海伊東	1	2	0	3
	駿東田方	3	8	2	13
	富 士	2	3	4	9
中 部		8	11	14	33
	静 岡	6	6	13	25
	志太榛原	2	5	1	8
西 部		9	10	10	29
	中 東 遠	3	5	7	15
	西 部	6	5	3	14
計		23	35	31	89

(分娩取扱施設数の推移)(各年度3月末現在)

区 分	1995年度	2015年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
病 院	39	28	25	25	24	23	23
診 療 所	85	46	44	42	39	38	37
助 産 所	17	25	27	27	28	28	32
計	141	99	96	94	91	89	92

(分娩取扱施設の1施設あたりの分娩数：1箇月あたり)

(単位：件)



(出典：厚生労働省 医療施設調査)

○医療従事者の状況

(本県の周産期医療に従事する常勤医師数、助産師数)(2023年4月現在)

地 域	分娩を担う産婦人科医			新生児医療担当医		麻酔科医	助産師		
	圏 域	病 院	診療所	計	新生児専任	小児担当と兼任	病 院	病 院	診療所
東 部		30	22	52	10	24	18	101	40
	賀 茂	0	1	1	0	0	0	0	0
	熱海伊東	3	3	6	0	1	2	2	4
	駿東田方	19	14	33	10	12	13	66	20
	富 士	8	4	12	0	11	3	33	16
中 部		56	15	71	12	40	41	161	51
	静 岡	43	10	53	12	22	38	117	30
	志太榛原	13	5	18	0	18	3	44	21
西 部		64	17	81	21	56	70	272	70
	中 東 遠	14	8	22	1	17	13	52	33
	西 部	50	9	59	20	39	57	220	37
計		150	54	204	43	120	129	534	161

※ただし、診療所に関するデータは2022年9月現在

(本県の医師総数及び産科・産婦人科医師数)

医師総数(人)

産科・産婦人科
医師数(人)

(出典：厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師統計)

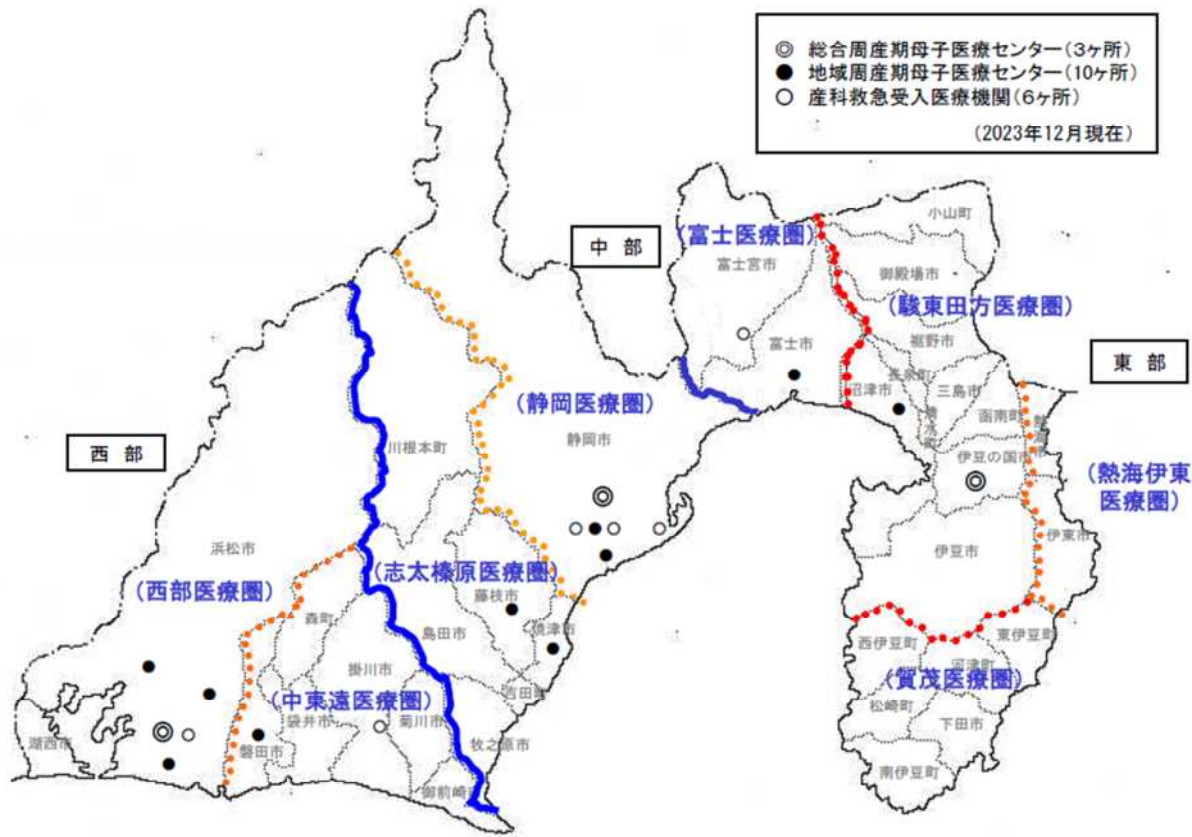
(本県の看護職員・助産師の推移)

(単位：人)

	2014年	2016年	2018年	2020年	2022年	2022年/2020年
看護職員	38,643	40,100	42,007	43,216	44,510	103.0%
うち助産師	952	952	998	976	1,085	111.2%

(出典：厚生労働省 衛生行政報告例)

○周産期医療体制
(ブロック図)



(周産期医療ネットワークの構成機関、救命救急センター等の併設状況：2023 年 12 月現在)

区 分	1次周産期医療機関	2次周産期医療機関		3次周産期医療機関
該当施設	その他の分娩取扱施設	産科救急受入医療機関	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター
施設数	70	6	10	3
主たる機能	正常及び軽度異常の妊娠・分娩・新生児の治療管理を実施	ハイリスク母体・胎児を常時受入れ、母体・胎児を集中管理	ハイリスク母体・胎児及び新生児を常時受入れ、母体・胎児及び新生児に対する一貫した治療の実施	高度な医療施設とスタッフを備え、常時、ハイリスク母体・胎児及び新生児の受入体制を有し、あらゆる異常妊娠・分娩及び新生児に対する一貫した治療を実施
東 部	病 院 2 施設 診療所 14 施設 助産所 7 施設	富士宮市立病院	沼津市立病院 [㊦] 富士市立中央病院 [㊦]	順天堂大学医学部附属静岡病院 [㊦]
中 部	診療所 11 施設 助産所 14 施設	静岡市立清水病院 静岡県立総合病院 [㊦] 静岡赤十字病院 [㊦]	静岡済生会総合病院 [㊦] 静岡市立静岡病院 [㊦] 焼津市立総合病院 [㊦] 藤枝市立総合病院 [㊦]	静岡県立こども病院 [㊦]
西 部	病 院 2 施設 診療所 10 施設 助産所 10 施設	中東遠総合医療センター [㊦] JA 静岡厚生連遠州病院 [㊦]	磐田市立総合病院 [㊦] 浜松医療センター [㊦] 浜松医科大学医学部附属病院 [㊦] 総合病院聖隷三方原病院 [㊦]	総合病院聖隷浜松病院 [㊦]

㊦:救急救命センター併設 ㊧:救命救急センター未併設だが、脳卒中、心血管疾患、外傷等に 24 時間対応

○その他関連図表

(N I C U病床数：2023 年 4 月現在)

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

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

地 域	M F I C U				N I C U				G C U	
	診療報酬加算		診療報酬非加算		診療報酬加算		診療報酬非加算		施設数 病床数	
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数		
東 部	1	6	0	0	2	22	3	22	1	18
中 部	1	6	1	4	4	38	1	6	4	40
西 部	1	15	2	9	6	54	0	0	4	38
計	3	27	3	13	12	114	4	28	9	96

(M F I C U 及び N I C U の診療報酬加算病床の状況：2023 年 4 月現在)

地 域	医療機関名	M F I C U		N I C U	
		病床数 (床)	病床利用率 (%)	病床数 (床)	病床利用率 (床)
東 部	順天堂大学医学部附属静岡病院	6	80.1	12	97.8
	富士市立中央病院	—	—	10	37.7
中 部	静岡県立こども病院	6	31.2	15	94.0
	静岡済生会総合病院	—	—	9	93.5
	焼津市立総合病院	—	—	8	62.9
	藤枝市立総合病院	—	—	6	44.6
西 部	総合病院聖隷浜松病院	15	78.3	21	88.0
	磐田市立総合病院	—	—	6	90.8
	中東遠総合医療センター	—	—	3	75.3
	浜松医療センター	—	—	6	75.3
	浜松医科大学医学部附属病院	—	—	9	88.9
	総合病院聖隷三方原病院	—	—	9	6.1
計		27	68.2	114	74.6

(県内でNICU入院期間が半年以上に達した入院児の数：2023 年4月現在)

入院期間	半年～1 年	1 年～2 年	2 年以上
入院児数(人)	5	5	2

(3次・2次周産期医療機関の産婦人科医の配置状況：2023年4月現在)

区 分		施設数 (施設)	勤務体制 (人) ※		院内の常勤産婦人科医 (施設)		
			当 直	オン コール	5 人 以下	6～9 人	10 人 以上
3次	総合周産期 母子医療センター	3	5	2	0	1	2
2次	地域周産期 母子医療センター	10	6	12	5	3	2
	産科救急受入 医療機関	6	3	7	3	2	1
合 計		19	14	21	8	6	5

※各病院の配置人数の合計

(3次・2次周産期医療機関の麻酔科医の配置状況：2023年4月現在)

区 分		施設数 (施設)	勤務体制 (人) ※		院内の常勤麻酔科医 (施設)			
			当 直	オン コール	1 人 以下	2～5 人	6～9 人	10 人 以上
3次	総合周産期 母子医療センター	3	2	3	—	—	1	2
2次	地域周産期 母子医療センター	10	5	8	3	3	3	1
	産科救急受入 医療機関	6	—	4	—	4	1	1
合 計		19	7	15	3	7	5	4

※各病院の配置人数の合計

(寄附講座による専門医養成実績【地域周産期医療学講座周産期専門医取得者数】)

単位：人

取 得 年 度	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
母 胎 胎 児	1	—	1	1	4	1	—	3	—	2	1
新生児	—	—	—	2	1	—	—	1	—	—	2

(周産期母子医療センターの災害対策の状況)

単位:箇所

周産期 母子医療 センター 区分	県内の 運営 病院数	業務継続計画 策定済	自家発電機等 (発電容量通常時 6割程度)を保有	左記発電機等の 3日分程度の 備蓄燃料の確保	3日分の病院 機能を維持 する水の確保
総合	3	3	3	3	3
地域	10	10	10	10	10

(本県の災害時小児周産期リエゾン委嘱人数)

地域(※)	2023年度(人)	職種別内訳			
		産婦人科医	小児科医(※)	助産師	看護師
東 部	9	3	4	1	1
中 部	12	4	6	1	1
西 部	12	3	6	2	1
計	33	10	16	4	3

※地域別人数は災害時小児周産期リエゾンの平時の勤務先所在地に基づき集計

※小児科医の医師数には新生児医療担当科の医師数を含む

(妊婦健康診査及び産婦健康診査実施機関数:2023年9月現在)

区 分	病 院	診療所	助産所
妊婦健康診査	34	95	30
うち 多胎妊娠の健診に対応	22	45	—
産婦健康診査	28	77	31

(産後ケア事業実施機関数:2023年3月現在)

区 分	病 院	診療所	助産所
うち 短期入所(ショートステイ)型	12	21	25
うち 通所型(デイサービス)型	10	25	48
うち 居宅訪問型(アウトリーチ)型	5	4	74

○

※白紙

6 小児医療（小児救急医療を含む。）

【対策のポイント】

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

（１）現状と課題

ア 小児医療

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

イ 本県の状況

（ア）乳児死亡率及び 15 歳未満の死亡率

- 本県の乳児死亡率は 2022 年は出生千人当たり 2.1 と、全国の 1.8 より高い水準となっています。本県の 2022 年の乳児死亡数は 44 人であり、主な原因は「先天性奇形及び染色体異常」（19 人、43.2%）、「周産期に発生した病態」（12 人、27.3%）となっています。
- 本県の 15 歳未満の死亡率（2022 年）は 15 歳未満人口千人当たり 0.19 となっており、緩やかに減少していますが、全国の 0.18 より高い水準となっています。
- 本県の不慮の事故による 15 歳未満の死亡者数（2022 年人口動態調査）は 7 人となっています。内訳は、交通事故が 2 人、不慮の窒息が 2 人、転倒・転落・墜落が 1 人、不慮の溺死及び溺水が 1 人、その他の不慮の事故が 1 人となっています。

（イ）小児医療施設及び小児医療施設に関わる医師の状況

- 県内で小児科を標榜する医療機関数は減少傾向であり、2020 年時点で一般病院は 54 施設、診療所は 441 施設です。2002 年時点（一般病院は 62 施設、診療所は 605 施設）と比較すると、一般病院は 12.9%減少、診療所は 27.1%減少しています。小児科が主たる標榜である診療所数は、減少傾向にあります。
- 県内の小児科医の数は 2020 年時点で 434 人、小児人口 10 万人当たりでは 98.9 であり、2002 年時点（77.0）と比較すると増加傾向にありますが、全国平均 119.7 を下回っています。
- 小児科を標榜する医療機関数が減少するなか、小児科医数は増加傾向にあり、小児医療提供体制は集約化傾向にあります。
- 小児科医を含む医師の確保及び偏在対策のため、2019 年度に静岡県医師確保計画が策定されています。

(ウ) 小児救急電話相談(静岡こども救急電話相談、#8000)

- 子どもの病気やけがへの対応について電話で専門科に相談できる小児救急電話相談は、2006 年 7 月に開始し、2007 年度には相談時間を毎夜間に、2010 年 10 月からは相談時間を 18 時～翌朝 8 時に延長し、2015 年 3 月からは、土曜は 13 時～翌 8 時、休日は 8 時～翌 8 時に時間を延長するとともに、相談が集中する時間帯（18 時～23 時）の電話回線の数を増やしました。さらに、2022 年 8 月からは、相談時間を毎日 24 時間にするとともに、全時間帯の電話回線の数を増やしました。
- 1 日当たりの相談件数は、2022 年度は 107.1 件でしたが、相談時間の延長や広報啓発の強化により、2023 年度は 151.7 件に増加しています。

(エ) 小児慢性疾患児

- 小児慢性疾患のうち医療費助成の対象となる小児慢性特定疾病として 2023 年 4 月 1 日現在で 762 疾病が指定されており、県内の受給患者は、2,517 人となっています。
- 小児慢性疾患児に対する小児期から成人期にかけた診療においては、患児の成長や発達、個々の疾患の状態の変化にあわせた医療が必要であり、小児慢性疾患児が成人期の医療へ円滑に移行できる支援体制を構築するため、移行期医療を総合的に支援する拠点として、2020 年度に県立こども病院内に「移行期医療支援センター」を設置しました。

(オ) 医療的ケア児¹等

- 医療的ケア児の健やかな成長を図るため、医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律が 2021 年に施行されました。
- 在宅で生活する医療的ケア児は、2021 年現在、全国で約 2 万人、本県で約 600 人と推計されています。
- 特別支援学校における医療的ケアが必要な児童生徒数は、195 人（2023 年）と 2005 年の 104 人と比較して増加しています。
- 医療の進歩により小児の死亡率が減少し、障害や慢性疾患のある児が増加傾向にあるとともに、医療的ケア児も多様化しています。

(カ) 小児在宅医療

- 訪問診療を受けている小児（0～14 歳）の数は、2018 年度の 466 人から 2021 年度の 646 人と増加しており、在宅医療のニーズは増加が見られます。

(キ) 小児救急医療

(初期小児救急医療)

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

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

（第2次小児救急医療）

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

（第3次小児救急医療）

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

（ク）医療機関とその連携

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

ウ 医療提供体制

（ア）小児医療

- 全国的な小児科医の不足や地域偏在により小児医療の確保が困難な地域が増えている中、小児医療提供体制を確保するため、小児科医の継続的な育成・確保が必要です。
- 小児期から成人期に移行する小児慢性疾患児に対して、適切な医療を提供するためには、それぞれの診療体制の医療従事者間の連携が必要です。

（イ）小児救急電話相談

- 15歳未満の子供を持つ保護者の小児救急電話相談の認知度は、2023年7月の調査では85.1%であり、更なる普及啓発が必要です。
- 2022年には1時間あたり最大30件の相談があり、時間帯によっては相談回線が混雑し、すぐに相談につながらないケースが発生しています。

（ウ）小児救急医療

- 核家族化、夫婦共働きという家庭環境の変化に加え、保護者の病院志向、専門医志向により、軽症であっても小児科のある病院を受診するケースが増加し、病院の負担が増大しています。
- 医師の時間外労働上限規制等に対応しながら、小児救急医療体制を維持するため、医療資源の効率的な活用がより重要になります。

○小児救急医療において、不慮の事故等による重症患者の救命率を向上させるためには心肺蘇生法等の普及が必要です。

○小児が関連する不慮の事故を未然に防ぐため、事故に関する情報提供や啓発活動が必要です。

○休日夜間等に処方箋が交付された場合に、必要な薬を地域で受け取れることが必要です。

(エ) 医療的ケア児等

○小児慢性疾患児が住み慣れた地域で療養・自立できるよう支援する機能が必要です。

○医療的ケア児等が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、医師等の医療従事者に対する研修や医療的ケア児等の在宅支援を担う人材の養成及び他職種の連携体制の構築が必要です。

○医療的ケア児等の在宅支援のためには、日々の介護を続ける家族の支援も重要であり、住み慣れた地域で短期入所サービスを提供する医療機関の拡充等の在宅支援サービスの充実が必要です。

○地方公共団体は、自主的かつ主体的に、医療的ケア児及びその家族に対する支援に係る施策を切れ目なく実施することが求められます。

○保育所や学校等の設置者は、設置する施設に在籍する医療的ケア児が適切なケアを受けられるようにするため、看護師の配置等必要な措置を講ずる必要があります。

○地域において子どもの心の問題や児童虐待に対応する医療・保健・福祉の関係者間の連携体制を構築することが必要です。

(オ) 災害時及び新興感染症の発生・まん延時における小児医療

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

○感染症の発生・まん延時においても、地域で小児医療を確保するため、平時から対策を検討する必要があります。

(2) 今後の対策

ア 数値目標

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
乳児死亡率 (出生千人当たり)	2.1 (2022 年)	1.8 以下 (2029 年)	全国平均と同水準に設定	厚生労働省「人口動態統計」
乳幼児死亡率 (5 歳未満人口千人当たり)	0.50 (2022 年)	0.44 以下 (2029 年)	全国平均と同水準に設定	厚生労働省「人口動態統計」・ 総務省「人口推計」より算出
小児の死亡率 (15 歳未満人口千人当たり)	0.19 (2022 年)	0.18 以下 (2029 年)	全国平均と同水準に設定	厚生労働省「人口動態統計」・ 総務省「人口推計」より算出

イ 施策の方向性

(ア) 小児医療

- 一般小児医療を担う医療機関、小児専門医療を担う病院及び県立こども病院の役割分担を明確にするとともに、重症度に応じた受診を促すことで病院勤務の小児科医の負担の軽減に努めます。
- 臨床研修医向けの小児科研修会の開催などにより、小児科を目指す医師の増加に取り組みます。
○少子化の影響などによる小児科医を目指す医学生の減少や今後の少子化対策などを踏まえ、静岡県周産期・小児医療協議会に専門委員会を設置し、今後の小児医療のあり方について検討します。
- 県立病院からの小児科医の派遣により、医師不足によって小児医療体制の確保が困難な公的病院の支援に努めます。
- 小児慢性特定疾病児等に対して、成人後も必要な医療等を切れ目なく提供するため、難病の医療提供体制の中で小児期及び成人期をそれぞれ担当する医療従事者間の連携体制を充実させます。

(イ) 小児救急電話相談

- 子どもに人気のキャラクターを活用した啓発資材の作成、市町等関係機関との連携により効果的な広報を行い、認知度の向上を図ります。
- より多くの相談に対応できるよう、相談件数の推移や応答率等を確認し、相談体制の改善の必要性を適宜検討するとともに、相談体制を補完する小児救急に関するウェブ情報についても周知します。

(ウ) 小児救急医療

- 市町や地域の医師会と連携して、初期小児救急医療体制の整備・充実を進めます。地域の実情に応じて、在宅当番医制から急患センター方式への転換や、急患センターの既存施設の建替えや機能拡充を図り、持続可能な体制確保に向けた取組を進めます。
- 第2次小児救急医療体制を確保できない地域について、オンコール体制や、隣接の救急医療圏の病院との連携により救急医療体制を確保します。
- 県立こども病院を中心に実施している小児救急リモート指導医相談支援事業などにより、第2次小児救急医療機関の指導医の負担軽減を図り、小児救急医療体制を確保します。
- 救命救急センターにおける小児専用病床の整備等、県立こども病院を中心とした、小児救命医療体制の強化を進めます。
- 消防機関と救急医療機関の連携を推進し、ドクターヘリの更なる活用や新東名高速道路の活用により、小児救命救急センターを設置する県立こども病院への搬送時間短縮化を図り、救命率の向上を目指します。
- 不慮の事故による重症患者の救命率を向上させるために、教師や保護者等に対し救命講習を行い、AEDの使用を含めた心肺蘇生法の普及を図るほか、不慮の事故を未然に防止するための情報提供や啓発活動を進めます。
- 休日夜間等に処方箋が交付された場合に、直ぐに必要な薬が受け取れるよう、地域連携薬局を中心とした地域の薬局における調剤体制の整備を図ります。
- 安心して薬を服用できるよう、かかりつけ薬剤師・薬局による24時間電話で相談できる体制

の整備を図ります。

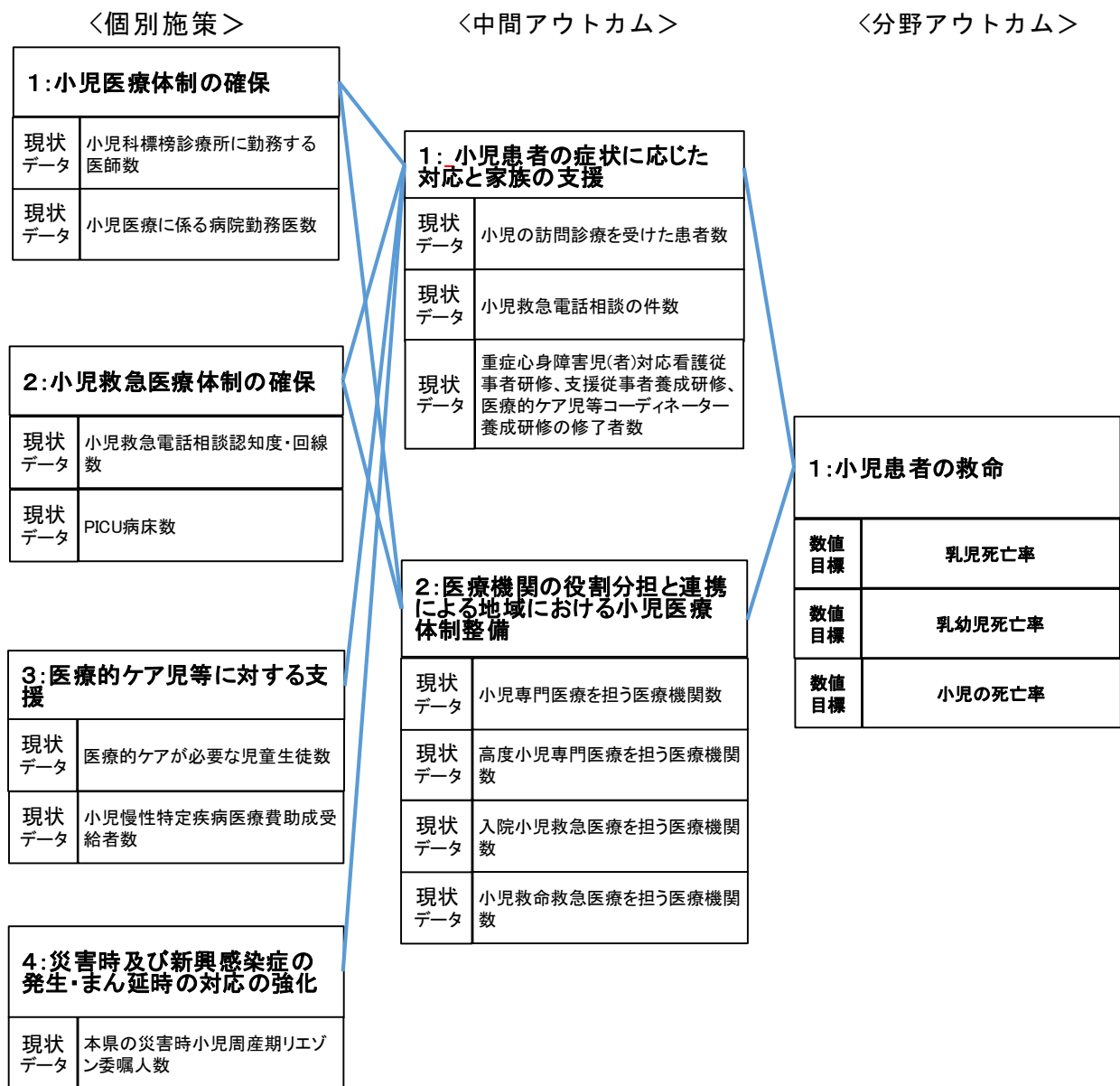
(エ) 医療的ケア児等

- 重症心身障害児が受診できる身近な診療所（2023 年 3 月時点 99 診療所）について、県ホームページで公開し、情報提供することで、当事者家族等が医療を受けやすい環境を整えています。
- 医療的ケア児等が適切な医療・福祉サービスが受けられるよう、福祉・介護等のエキスパート及び、医療、福祉等の各種支援を総合的に調整する医療的ケア児等コーディネーターの養成や、「静岡県重症心身障害児(者)在宅支援推進連絡調整会議」により、医療、福祉、行政、親の会等関係機関相互の連携を一層充実します。
- 医療的ケア児等が住み慣れた地域において安心して地域生活を過ごせるよう、市町等と連携し、短期入所サービスを提供する医療機関等の拡充に努めることにより、在宅支援サービスの充実を図ります。
- 2022 年に設置した医療的ケア児等支援センターにおいて、医療・福祉・保健・教育等の関係機関と連携し、医療的ケアに関する様々な相談に対応するとともに、人材の開拓・養成、関係機関との連携体制の構築などを総合的に実施するほか、2024 年から医療的ケア児等スーパーバイザーを配置し、地域の支援体制の強化等を図ります。
- 保育所等における医療的ケア児の受け入れのため、看護師等の雇い上げに要する経費を助成します。
- 2023 年から実施している県立学校医療的ケア児就学支援事業により、医療的ケアが必要な幼児児童生徒が安定して学習を継続できる体制を整備し、保護者の負担軽減を図ります。
- 在宅医療に取り組む医師、歯科医師、訪問看護師及び薬剤師の確保を推進することで、在宅医療の提供体制の充実を図ります。
- 子どもの心の問題や児童虐待に対応するため、子どもの心の診療ネットワーク事業等により、地域の医療機関と保健福祉関係機関等が連携した支援体制の構築を促進します。

(オ) 災害時及び新興感染症の発生・まん延時における小児医療

- 今後も災害時小児周産期リエゾンの養成と技能維持に取り組みます。
- 定期的な研修・訓練・会議の実施により、医療資源需給調整を行う災害医療コーディネーター、医薬品等や薬剤師の確保・調整を行う災害薬事コーディネーター等の関係機関との連携体制の強化を推進します。
- 新型コロナウイルス感染症まん延時の知見を生かし、災害時小児周産期リエゾンや消防機関等と連携するなど、新興感染症の発生・まん延時の体制を検討します。

○「小児医療（小児救急医療を含む。）」のロジックモデル

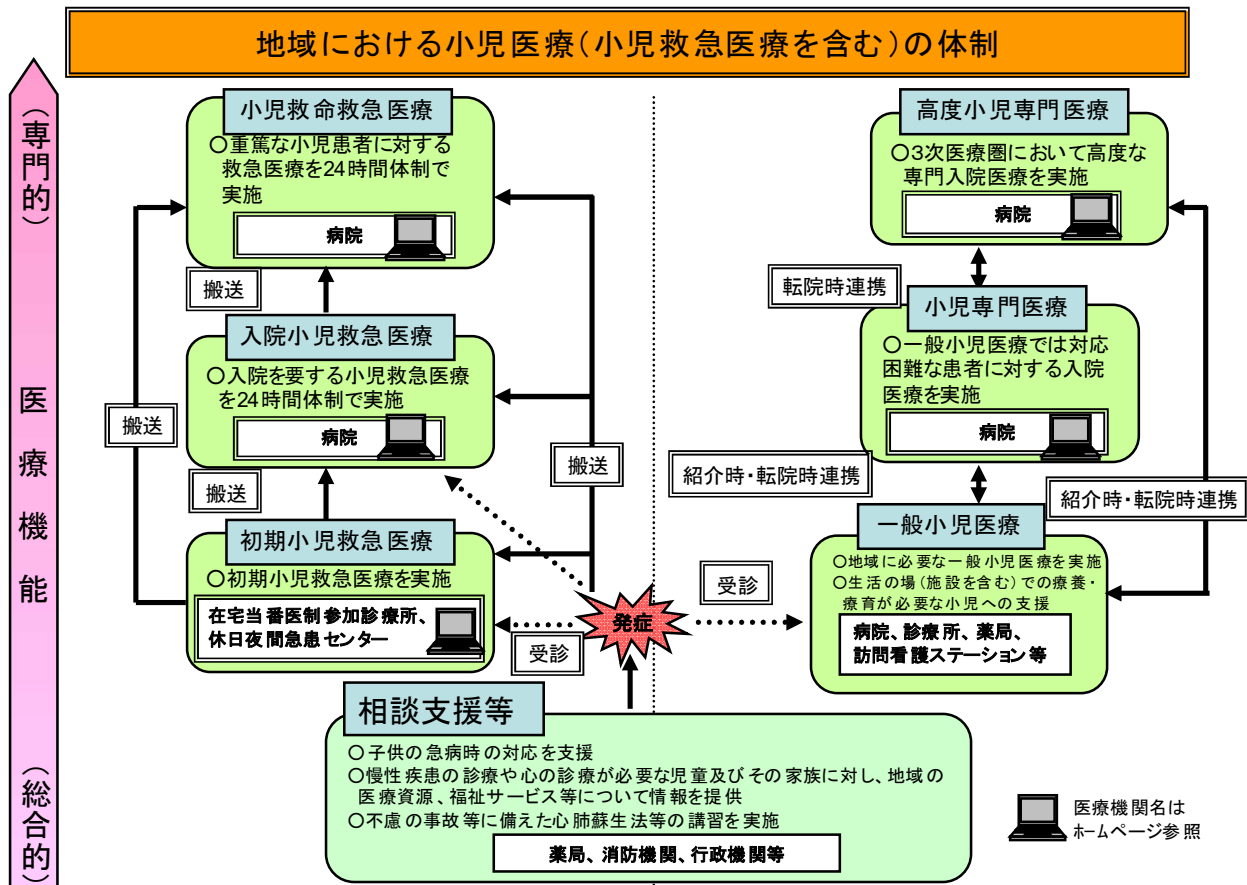


(3) 小児医療（小児救急医療を含む）の医療体制に求められる医療機能

小児医療（小児救急医療を含む。）の体制に求められる医療機能

	相談支援等	初期小児救急医療	入院小児救急医療	小児救命救急医療	一般小児医療	小児専門医療	高度小児専門医療
ポイント	○子供の急病時の対応を支援 ○慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供 ○不慮の事故等に備えた心肺蘇生法等の講習の実施	○初期小児救急医療を実施	○入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施	○重篤な小児患者に対する救急医療を24時間体制で実施	○地域に必要な一般小児医療を実施 ○生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児への支援	○一般小児医療では対応困難な患者に対する入院医療を実施	○3次医療圏において高度な専門入院医療を実施
機能の説明	・住民等への電話相談事業の周知や救急蘇生法等の適切な処置の講習を実施 ・消防機関等による心肺蘇生法や不慮の事故予防の指導や適切な医療機関への速やかな搬送 ・小児救急電話相談事業の実施、慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療福祉サービス等についての情報を提供	【在宅当番医】 ・自らの施設で休日・夜間の急病患者に対し医療活動を実施 【休日・夜間急患センター】 ・休日・夜間の急病患者に対し医療活動を実施	【入院小児救急医療機関】 ・初期救急の後方病院として、休日・夜間入院医療を必要とする重症患者の受入れ	【小児救命救急医療機関】 ・小児集中治療室（PICU）を運営し、24時間体制で重篤な小児患者に対する治療を実施。 【救命救急センター】 ・高度な医療施設とスタッフを備え、24時間体制で重篤な小児患者に対する治療を実施。	・一般的な小児医療に必要な診療・検査・治療を実施 ・軽症の入院診療を実施（入院設備を有する場合） ・療養・療育が必要な小児に対する支援 ・医療、介護及び福祉サービスの調整 ・慢性疾患の急変時や専門医療を担う地域の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携	・一般の小児医療機関では対応が困難な患者や、全身管理、呼吸管理等、常時監視や治療が必要な患者等に対する入院診療を実施 ・一般の小児医療機関では実施困難な診断・検査・治療を含む専門的な入院医療を実施 ・地域の小児科を標榜する診療所、病院等や、より高度専門的な対応について対応可能な医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携	・先天性心疾患や小児悪性腫瘍、腎臓移植、先天性消化器奇形、口唇口蓋形成手術、小児脳腫瘍手術等、他の医療機関では対応が困難な小児疾患に対して、高度な医療施設とスタッフを備え、専門的な診断・検査・治療を実施

(4) 小児医療（小児救急医療を含む）の医療体制図



(5) 関連図表

○指標による現状把握

指標		実績		出典
指標の項目	時点	静岡県	全国	
一般小児医療を担う診療所数 (小児人口 10 万対)	2020	31.7	36.4	厚生労働省 「医療施設調査」
一般小児医療を担う病院数 (小児人口 10 万対)	2020	12.3	16.9	厚生労働省 「医療施設調査」
小児科標榜診療所に勤務する医師 数 (小児人口 10 万対)	2020	44.0	48.7	厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤 師統計」
小児医療に係る病院勤務医師数 (小児人口 10 万対)	2020	57.9	73.8	厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤 師統計」
小児歯科を標榜する歯科診療所数 (小児人口 10 万対)	2020	211.8	292.1	厚生労働省 「医療施設調査」
乳児死亡率 (1 歳未満出生千対)	2022	2.1	1.8	厚生労働省 「人口動態調査」
乳幼児死亡率※ (5 歳未満人口千対)	2022	0.50	0.44	厚生労働省 「人口動態調査」 総務省 「人口推計」
小児の死亡率※ (15 歳未満人口千対)	2022	0.19	0.18	厚生労働省 「人口動態調査」 総務省 「人口推計」

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

○乳児死亡率、5 歳未満の死亡率及び 15 歳未満の死亡率

2 次保健 医療圏名	賀茂	熱海 伊東	駿東 田方	富士	静岡	志太 榛原	中東遠	西部	静岡県	全国
乳 児 死亡率	0.0	0.0	2.2	1.4	2.5	0.8	3.0	2.2	2.1	1.8
5 歳未満の 死亡率	0.0	0.0	0.55	0.33	0.57	0.34	0.60	0.54	0.50	0.44
15 歳未満の 死亡率	0.24	0.15	0.20	0.16	0.20	0.17	0.27	0.17	0.19	0.18

(出典：2022 年人口動態調査 (厚生労働省)、静岡県年齢別人口推計統計 (静岡県))

○乳児死亡率、死亡数の推移

指標	2002	2005	2008	2011	2014	2017	2020	2021	2022
乳児死亡率	2.7	3.1	2.4	2.2	2.1	1.8	2.0	2.5	2.1
全国平均	3.0	2.8	2.6	2.3	2.1	1.9	1.8	1.7	1.8
15歳未満死亡数	188	177	144	125	109	94	103	83	81
1歳未満	94	99	80	70	61	47	46	53	44
1-4歳	44	41	35	28	22	19	11	12	14
5-9歳	26	19	14	10	14	12	15	6	8
10-14歳	24	18	15	17	12	16	17	12	15

(出典：人口動態調査（厚生労働省）)

○小児医療施設数の推移

指標	2002	2005	2008	2011	2014	2017	2020
静岡県	病院	62	61	57	58	57	54
	診療所	605	598	531	464	491	441
	小児科が主たる標榜※	161	156	157	153	152	139
全国	病院	3,359	3,154	2,905	2,745	2,656	2,545
	診療所	25,862	25,318	22,503	19,994	20,872	18,798
	小児科が主たる標榜※	5,276	5,481	5,411	5,381	5,510	5,469

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

(出典：医療施設調査（厚生労働省）)

○小児科医師数の推移(静岡県)

指標	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020
医師総数	6,238	6,395	6,452	6,702	6,883	6,967	7,185	7,404	7,690	7,972
小児科医※1	422	434	414	459	473	423	476	405	423	434
病院	220	228	221	268	278	247	222	289	237	254
診療所	202	206	193	191	195	176	183	187	186	180
小児10万人当たり 小児科医数	77.0	82.2	78.1	88.9	92.5	84.4	97.5	85.8	92.8	98.9
小児科専門医※2	—	—	—	—	313	302	349	356	382	371

※1 小児科のみに従事している医師数と複数の診療科に従事している場合の主として小児科に従事する医師数の合計

※2 小児科専門医(厚生労働省告示で定める基準を満たすものとして厚生労働大臣に届出がなされた団体の認定する医師の専門性に関する資格名)を取得している医師数

(出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）)

○2次保健医療圏別の状況

2次保健医療圏名	本県	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
一般小児医療を担う病院数	54	2	3	12	4	11	5	5	12
小児人口 10 万対	12.3	42.9	40.0	15.9	8.7	14.1	8.9	8.0	11.1
一般小児医療を担う診療所数	139	2	2	22	17	32	18	14	32
小児人口 10 万対	31.7	42.9	26.7	29.2	36.8	40.9	32.2	22.5	29.5
小児医療に係る病院勤務医数	254	2	4	40	16	59	23	20	90
小児人口 10 万対	57.9	42.9	53.4	53.1	34.6	75.4	41.1	32.1	83.0
小児科標榜診療所勤務医数	193	1.1	2	28.8	24.3	42.8	23.8	17.7	52.5
小児人口 10 万対	44.0	23.6	26.7	38.2	52.6	54.7	42.6	28.4	48.4

(出典：2020 年 医療施設調査 (厚生労働省))

○小児医療体制を担う医療機関数等

2次保健医療圏名	一般小児医療	小児専門医療	高度小児専門医療
賀茂	診療所、病院、訪問看護ステーション	—	1
熱海伊東		2	
駿東田方		3	
富士		2	
静岡		5	
志太榛原		3	
中東遠		2	
西部		7	
計		24	1

○小児救急医療体制を担う医療機関数等

2次救急 医療圏名	初期小児救急医療		入院小児 救急医療	小児救命 救急医療				
	休日夜間 急患センター	在宅当番医 (地区数)		(高度)救命 救急センター	小児救命 救急センター	P I C U 病床数		
賀茂	—	2	1	2	1	0		
熱海	—	—	1					
伊東	1	1	1					
駿豆	※ (1) 2	3	2					
御殿場	1	—	—					
富士	※ (2) 2	—	2	4		1	12	
清水	—	2	2					
静岡	1	1	5					
志太榛原	※ (1) 2	4	3					
中東遠	3	2	2					
北遠	1	—	—	5			1	6
西遠	※ (1) 1	5	7					
計	※ (5) 14	20	26					
				12				18

※ () 内の数字は、翌朝まで診療している休日夜間急患センター数 (内数)

○小児救急電話相談の実施体制等（％、回線、件）

区分	2015	2022	2023（4～12月）
認知度	28.0（58.3 ^{※1} ）	32.0	43.4（85.1 ^{※1} ）
回線数	2～3	2～5	2～5
相談件数	41,003（112.3 ^{※2} ）	39,103（107.1 ^{※2} ）	41,708（151.7 ^{※2} ）

※1 15歳未満の子供を持つ保護者の認知度

※2 1日当たりの相談件数

○本県の災害時小児周産期リエゾン委嘱人数

※地域別人数は災害時小児周産期リエゾンの平時の勤務先所在地に基づき集計

※小児科医の医師数には新生児医療担当科の医師数を含む

地域※	2023年度（人）	職種別内訳			
		産婦人科医	小児科医（※）	助産師	看護師
東 部	9	3	4	1	1
中 部	13	4	6	2	1
西 部	11	3	6	1	1
計	33	10	16	4	3

○小児の訪問診療を受けた患者数（人）

区 分	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
患者数	142	266	466	577	651	646

※レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を基に厚生労働省が集計

※集計されたデータは「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に準じて処理されている。

○重症心身障害児（者）対応看護従事者研修、支援従事者養成研修、医療的ケア児等コーディネーター養成研修の修了者数（人）

区分	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
修了者数	101	112	112	109	118	178	162	58	144

※医療的ケア児等コーディネーター養成研修は2018年から開催

○医療的ケアが必要な児童生徒数（人）

区分	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
児童生徒数	165	175	178	178	182	186	196	192	196	195

○小児慢性特定疾病の状況（2023年4月1日時点）

区 分	疾病数	患者数
小児慢性特定疾病医療費助成対象	762	2,517

第4節 在宅医療

【対策のポイント】

- 高齢化の進展に伴い疾病構造が変化し、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換
- 患者の日常生活を支え、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完し、点から面で支える医療へ

I 在宅医療の充実

1 現状と課題

(1) 在宅医療の現状

(地域包括ケアシステムから地域共生社会へ)

- 地域包括ケアシステムは、現在、高齢期のケアを中心に構築されていますが、地域で必要な支援を包括的に提供するという考え方は、障害のある人、小児等への支援にも共通するものです。
- 障害のある人、小児といった分野ごとに推進してきた支援を、分野でなく地域を単位とすることで、複数の分野にまたがる課題や制度の隙間の課題などを含め、地域生活課題への包括的な支援体制を構築し、高齢者、障害のある人、小児等の属性を問わず、全ての人々が生きがいを持って暮らすことのできる「地域共生社会」の実現が、求められています。

(疾病構造等の変化)

- 悪性新生物（がん）、脳卒中、心血管疾患などの生活習慣病（慢性疾患）が死因の上位を占めるようになり、こうした疾病構造の変化や高齢化の進行に伴い、要介護認定者や認知症患者は大幅に増加しています。自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る者が今後も増加することが見込まれます。
- 地域で療養する患者等を支えるためには、在宅患者に関わる病院やかかりつけ医、訪問看護師、かかりつけ薬剤師、リハビリテーション専門職、ケアマネジャー等による多職種のチームにより、医療と介護に携わる多職種の綿密な連携と、適切かつ切れ目のない医療・介護サービスの提供が不可欠です。

(在宅医療の状況)

- 本県の高齢者人口は、2022年は110万人ですが、2040年に116万人となりピークを迎えます。そのうち75歳以上の後期高齢化率は、2022年の16.4%から2040年には22.0%に上昇します。
- 県内の医療機関における訪問診療・往診実施医療機関数は、2018年度の1,003施設から2022年度の903施設へとやや減少していますが、訪問診療を受けた患者数は2018年度の15,748人から2022年度の20,559人へと増加しており、1医療機関当たりの訪問診療実施件数は増えています。
- 本県の在宅での医療的ケア児（0～19歳）は、2021年現在、約600人と推計されています。訪問診療を受けた小児（0～14歳）の数は、2018年の466人から2021年の646人へと増加しており、在宅医療のニーズは高齢者以外にも増加が見られます。

○県内の在宅療養支援診療所¹は、369 施設、在宅療養支援病院²は、27 施設です。(2023 年 9 月現在)

○患者宅を訪問し看護を行う訪問看護ステーションは、県内に 300 施設 (2023 年 4 月現在) で、2018 年度の 214 施設から約 1.4 倍に増加しています。

○訪問看護ステーションに勤務する看護職員数は、2018 年の 1,342 人から 2022 年の 1,791 人へと約 1.3 倍に増加しています。県内の訪問看護ステーションの 1 施設当たりの看護職員数は 6.8 人でほぼ横ばいに推移しており、常勤換算看護職員数が 5 人未満の小規模な事業所は、全体の 54.6%となっています。

○県内の歯科診療所数は 1,727 施設であり、そのうち歯科訪問診療の実施可能な歯科診療所数は 840 施設 (2023 年 9 月現在)、在宅療養支援歯科診療所³は 201 施設 (2023 年 9 月現在) あり、県民の約 4 千人に 1 施設、要介護 3～5 の者 (2023 年 3 月末現在、63,232 人) 約 75 人に 1 施設の割合で在宅歯科診療へのアクセスが整備されています。

○薬局の薬剤師が患者宅を訪問し、服薬アドヒアランスの向上や残薬管理、服薬指導等の在宅訪問業務が行える薬局 (「在宅患者訪問薬剤管理指導」届出薬局) は、1,786 薬局 (2023 年 3 月末現在) ですが、2022 年度 1 年間に在宅訪問業務を行った薬局は 1,043 薬局です。

○在宅患者訪問栄養食事指導⁴ (医療保険) の件数は 2019 年度の全国 3,157 件、県内 31 件から 2021 年度の全国 3,540 件、県内 52 件へと増加しています。

○栄養ケア・ステーション⁵は、県内に 18 箇所設置されています。その内、療養中の方や要介護の方を対象にした栄養食事指導を行う「機能強化型栄養ケア・ステーション」は 3 箇所です。(2023 年 9 月現在)

(県民の意向と看取りの状況)

○長期の療養などにより、人生の最終段階となった場合に、最期の時を住まい (自宅及び老人ホーム) で迎えることを 47.5%の県民が望んでいます。(静岡県健康福祉部 2022 年度「静岡県の地域医療」に関する調査)

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

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

³ 在宅療養支援歯科診療所：高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応に係る知識と技術を持ち、必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整備し、在宅歯科医療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制を確保するなど、安心・安全な在宅歯科医療提供体制を整備した歯科診療所として厚生労働省が定めた施設基準を満たし、届出を行った歯科診療所の保険算定上の名称。

⁴ 在宅患者訪問栄養食事指導：在宅での療養を行う患者に対して、医師が必要と認めた場合に、医師の指示に基づき、管理栄養士が患者の自宅等を訪問し、患者の生活条件等を考慮した食事計画案や具体的な献立等を示した栄養食事指導箋の交付、食事の用意や食べ方等に関する具体的な指導を行うもの。

⁵ 栄養ケア・ステーション：管理栄養士・栄養士が所属する地域密着型の拠点。地域住民、医療機関、自治体、健康保険組合、保険薬局などを対象に管理栄養士・栄養士を紹介し、用途に応じたさまざまなサービスを提供する。静岡県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」と (公社) 日本栄養士会が事業者等を個別に認定する「認定栄養・ケアステーション」がある。

○本県の場所別の死亡者数（割合）は、医療機関（病院・診療所）が2018年の28,850人（68.7%）から2021年の26,318人（60.9%）に、自宅は2018年の5,988人（14.3%）から2021年の7,559人（17.5%）になっています。老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム）は2018年の4,428人（10.5%）から2021年の5,521人（12.8%）になっています。（厚生労働省2022年人口動態統計）

○県民への在宅医療に関する理解促進等を目的に2022年度は県内3会場で在宅療養セミナーを開催し、多職種連携による在宅医療の現状等の公演を行い普及啓発を図っています。

（２）在宅医療の課題

- 高齢化の進行に伴い、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められています。
- 患者が安心して在宅での療養を選択することができるように、急性期から回復期、在宅医療にいたるまでの切れ目のない医療を提供する体制を充実させる必要があります。
- 自宅等住み慣れた生活の場で療養し、人生の最終段階まで自分らしい生活を続けるためには、地域の医療・介護の関係機関が連携し、地域全体で患者・家族等を支え、継続的な在宅医療・介護の提供体制の構築を行う必要があります。

ア 多職種連携

- 関係者による研修会等の開催により、一部の地域では多職種連携が進んでいますが、全ての地域において、顔の見える関係を構築する必要があります。
- 多職種連携体制の構築のために、在宅医療・介護連携を地域の中核となって推進する人材の確保及び養成を図る必要があります。
- 今後、更に増加が見込まれる在宅患者に適切に対応するため、病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護サービス事業所等において患者情報や対応可能なサービスに関する情報を「シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）⁶」等のICTを活用して効率的に共有していく必要があります。

イ 県民への理解促進

- 在宅療養を望む県民がいる一方、在宅療養に関して不安を感じている県民がいるため、住民の在宅療養に関する普及啓発等による不安解消を図っていくことが必要です。
- 人生の最終段階において、患者本人の意思を最大限尊重した医療・ケアの提供ができるよう、患者本人があらかじめ家族や医療・ケア関係者と話し合うACP（アドバンス・ケア・プランニング、愛称「人生会議」）（以下、「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」）を普及させていくことが必要です。

ウ 在宅医療の充実に求められる機能

（ア）入退院支援

- 退院支援担当者を配置している病院は、2018年の105施設（58.7%）から2022年の92施設

⁶ シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）：県医師会において、在宅医療分野における連携を目的に2012年度から稼働した「静岡県版在宅医療連携ネットワークシステム」を、2016年度、2021年度に地域包括ケアのプラットフォームとして機能を追加した。予防の段階から救急・災害時を含め人生の最期までケアが可能な多職種間での患者情報の共有のほか、施設・サービス情報の検索や患者とのマッチング、システム利用者間の交流及び情報発信を行うことのできる多機能型システム。

(54.1%)に減少していますが、在宅医療への継続性や患者の退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題に対応するためには、病院の入退院調整機能の充実を進める必要があります。

○病院で実施する退院支援カンファレンスに在宅主治医や訪問看護師、ケアマネジャー等の関係職種が参加し情報共有を図るなど、地域の実情にあった入退院支援連携体制を構築する必要があります。

○平均在院日数が短縮する中、患者とその家族が安心して病院から在宅へ復帰するためには、入院前の外来通院時から支援を開始して生活のアセスメント等を行い、早めに退院後の生活に向けた準備を行うことが必要です。

(イ) 日常の療養支援

○訪問診療を実施する病院や診療所をはじめ、訪問看護ステーションや介護サービス事業所、薬局等を増やすとともに、在宅医療に携わる医師、歯科医師、訪問看護師、薬剤師、歯科衛生士、リハビリ専門職、管理栄養士、その他の保健医療従事者など、在宅医療に携わる人材の確保を進める必要があります。

○災害発生時・感染症にも安心して在宅で療養を継続できるような体制を整備する必要があります。

○患者を支える家族には、家族そのものの役割のほか介護者、本人の代理など多くの役割があり、その関わりの中で健康を害することがあることから、家族の負担軽減により、介護・看病疲れを原因とした自殺リスクを低下させる必要があります。

○今後も増加が見込まれる、がん患者、医療的ケア児や認知症患者等に対して、在宅で安心して暮らすことができるよう支援する体制を整備する必要があります。

○身体機能及び生活機能の維持向上のために、患者のニーズに応じた継続的かつ効果的なリハビリテーションを推進し、医療機関相互の連携にとどまらず、地域包括支援センターや介護サービス事業所など、保健、医療、介護、福祉の垣根を越えた連携体制を構築する必要があります。

○在宅療養を続ける患者が安心して地域で生活できるよう、患者の状態に応じた適切な食事提供の重要性について関係者の理解を促進する必要があります。

○高齢者の増加に伴う在宅栄養ケアサービスの需要増加に対応するため、栄養ケア・ステーションの整備や訪問栄養食事指導を担う人材の育成に取り組む必要があります。

(ウ) 急変時の対応

○在宅患者の急変時の不安や家族の負担を軽減するために、24時間いつでも往診や訪問看護の対応が可能な連携体制の構築が必要です。

○在宅患者が病状の急変により入院が必要となった場合に円滑に入院でき、在宅での診療内容や患者、家族等の意向を踏まえた診療が引き続き提供されるよう、在宅医療において積極的役割を担う医療機関等による支援体制を整備する必要があります。

(エ) 在宅での看取り

○在宅での看取りやターミナルケア⁷を実施できる医療機関等を充実させるとともに、患者本人の意思を最大限に尊重した医療を提供するために、関係する職種が相互に連携することにより、看取りに関する方針決定や患者とその家族への支援ができる体制を整備する必要があります。

⁷ ターミナルケア：人生の最終段階において提供される医療又は看護。

- 在宅医療従事者は、緩和ケア⁸など、医療そのものに関する知識や技術ばかりではなく、本人の意思や家族の意向を踏まえた療養指導など、患者・家族の生活の支援に関する幅広い知識と技術の向上を図る必要があります。
- 患者とその家族がQOL⁹を維持しながら生活し続けられるためには、患者のニーズに応じた口腔管理、栄養管理、リハビリテーション等の終末期における生活機能等の維持が必要です。

⁸ 緩和ケア：がん等の患者や家族に対して、肉体的・精神的苦痛を和らげ、生活の質の維持・向上を目的に、疼痛（とうつう）軽減や不安解消などの対症療法を主とした医療行為。

⁹ QOL (Quality Of Life)：「生活の質」「生命の質」等と訳され、患者の身体的な苦痛の軽減、精神的、社会的活動を含めた総合的な活力、生きがい、満足度を指す。

2 対策

(1) 数値目標

区分	項目	現状値	目標値	目標設定の考え方	出典	
在宅医療の充実	訪問診療を受けた患者数	20,559 人 (2022 年)	<u>23,961 人</u> (2026 年)	各 2 次保健医療圏における提供見込量	国保データベース (KDB)	
	小児の訪問診療を受けた患者数	646 人 (2021 年)	<u>802 人</u> (2026 年)	在宅医療等の提供見込量から算出	レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB)	
	住まい ¹⁰ で最期を迎えることができた人の割合 (自宅で最期を迎えることができた人の割合)	31.3% (17.4%) (2022 年)	<u>34.6%</u> <u>(19.2%)</u> (2026 年)	在宅医療等の必要量の伸びに合わせて設定	厚生労働省「人口動態統計」	
在宅医療を支える基盤整備	訪問診療	訪問診療・往診を実施している診療所、病院数	903 施設 (2022 年)	<u>1,052 施設</u> (2026 年)	訪問診療を受けた患者数の増加に対して必要な数	国保データベース (KDB)
		在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数	35 施設 (2022 年)	40 施設 (2026 年)	在宅医療等の必要量の見込から算出	東海北陸厚生局届出
		入退院支援を実施している診療所・病院数	85 施設 (2022 年)	97 施設 (2026 年)	在宅医療等の必要量の見込から算出	国保データベース (KDB)
		在宅看取りを実施している診療所、病院数	276 施設 (2022 年)	<u>322 施設</u> (2026 年)	在宅医療等の必要量の見込から算出	国保データベース (KDB)
	訪問看護	24 時間体制をとっている訪問看護ステーション数 (従事看護師者数)	232 施設 (1,545 人) (2022 年)	<u>315 施設</u> <u>(2,096 人)</u> (2026 年)	24 時間体制加算の届出割合が全訪問看護ステーションの 90%	県訪問看護ステーション協議会調査
		機能強化型訪問看護ステーション数	19 施設 (2022 年)	39 施設 (2026 年)	全市区町に設置	県訪問看護ステーション協議会調査
	歯科訪問診療	在宅療養支援歯科診療所数	206 施設 (2022 年)	222 施設 (2026 年)	在宅医療等必要量の見込から歯科必要量を算出	東海北陸厚生局届出
		歯科訪問診療を実施する歯科診療所数	<u>281 施設</u> <u>(2021 年)</u>	302 施設 (2026 年)	在宅医療等必要量の見込から歯科必要量を算出	国保データベース (KDB)
		訪問口腔衛生指導を実施している診療所数	<u>201 施設</u> <u>(2021 年)</u>	248 施設 (2026 年)	在宅医療等必要量の見込から歯科必要量を算出	国保データベース (KDB)
	かかりつけ薬局	在宅訪問業務を実施している薬局数	<u>1,043 薬局</u> <u>(2022 年度)</u>	<u>1,216 薬局</u> (2026 年度)	在宅医療等の必要量の見込から算出	国保データベース (KDB)
		地域連携薬局認定数 ¹¹	98 薬局 <u>(2022 年度)</u>	172 薬局 (2025 年度)	県内日常生活圏域数と同数	県薬事課調査
	介護支援	介護支援専門員数	<u>5,333 人</u> <u>(2022 年度)</u>	<u>5,627 人</u> <u>(2026 年度)</u>	<u>第 10 次静岡県長寿社会保健福祉計画の目標値</u>	<u>介護人材需給推計ワークシート</u> <u>による推計</u>

¹⁰ 住まい：人口動態調査(厚生労働省)における自宅及び老人ホーム(養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホーム)をいう。

¹¹ 地域連携薬局：かかりつけ薬局として、医療や介護の関係施設と連携し、患者を支える薬局

（２）施策の方向性

- 在宅医療は、訪問診療を中心に、入院・外来医療、介護・福祉サービスと相互に連携・補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステム推進には不可欠です。
- 県民ができる限り住み慣れた地域で安心して生活を送り続けることができるよう、医療・介護の関係機関が連携し、地域全体で患者・家族を支える体制の構築を図ります。

【在宅医療圏】

- 今後増大する医療ニーズに対して、地域全体で対応する在宅医療提供体制を構築するため、地域の医療・介護資源等の実情に応じて圏域（在宅医療圏）を設定します。
- 在宅医療圏に求められる事項は、次のとおりです。
 - ・「急変時対応（重症例を除く）」及び「医療と介護の連携体制」の構築が図られていること
 - ・「在宅医療において積極的役割を担う医療機関（積極的医療機関）」、「在宅医療において必要な連携を担う拠点（連携拠点）」を、圏域内に少なくとも一つは設定すること

【積極的医療機関、連携拠点】

- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関（積極的医療機関）」、「在宅医療において必要な連携を担う拠点（連携拠点）」を在宅医療圏ごとに位置付け、その活動を支援することで、地域全体を面的に支える在宅医療提供体制の構築を進めます。

ア 多職種連携

- 県医師会が運営する「シズケアサポートセンター（静岡県地域包括ケアサポートセンター）¹²」を拠点として、在宅医療を実施するかかりつけ医の養成や、地域の多職種連携のための人材や在宅医療・介護連携コーディネーター¹³の確保及び養成に取り組みます。
- 「シズケア＊かけはし」を活用して、在宅患者に関わる病院やかかりつけ医、訪問看護ステーション、薬局、ケアマネジャー等が患者の医療情報や介護サービス情報等を共有し、多職種連携の強化及び入退院調整の円滑化を図ります。
- ケアマネジャーが介護予防の段階から、訪問看護や訪問歯科診療、訪問薬剤管理、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等の在宅医療及び多職種連携の必要性を適切に判断できるような知識、技術を身につけられる研修会等を実施するとともに、多職種連携の強化を図ります。

イ 県民への理解促進

- 市町や地域包括支援センターと連携し、県民に向けた普及啓発（シンポジウム、講演会等の開催）や在宅医療に関する相談窓口の周知などにより、県民の在宅医療に関する理解を深め、不安解消を図るなど在宅医療が選択される環境整備を促進します。
- 人生の最終段階において、患者本人の意思を尊重した医療・ケアの提供ができるよう、在宅医療を支える医療・介護関係者の相談対応力の向上を図るとともに、県民に対し、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）やリビングウィル（意思表示書）について、普及啓発を実施します。

¹² シズケアサポートセンター（静岡県地域包括ケアサポートセンター）：2020年4月から県医師会内に設置された、県内の地域包括ケアシステム構築のための多職種連携の推進や、人材育成、普及啓発活動等を実施する中核拠点。

¹³ 在宅医療・介護連携コーディネーター：市町が介護保険法の地域支援事業において設置している医療介護関係者や地域包括支援センター等からの在宅医療・介護連携に関する相談に対応し、地域の医療・介護連携のコーディネート機能を有する。

ウ 在宅医療の充実に求められる機能

(ア) 入退院支援

- 病院において、入退院支援担当者を配置し、外来通院時や入院初期から退院後の生活を見据えた入退院支援が実施できる体制を強化するほか、受け手側である在宅医療に携わる関係機関と地域の実情にあったルールづくりを進めることで、入退院調整機能の強化を図ります。
- 病院等の退院支援カンファレンスへ地域の在宅医療を担うかかりつけ医やかかりつけ歯科医、訪問看護ステーションの看護師、薬局の薬剤師、ケアマネジャー等の参加を促進し、関係者の密接な連携体制を構築します。
- 「シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）」を活用して、在宅患者に関わる病院やかかりつけ医、訪問看護ステーション、薬局、ケアマネジャー等が患者の医療情報や介護サービス情報を共有し、多職種連携の強化及び入退院調整の円滑化を図ります。

(イ) 日常の療養支援

- 研修会等の実施により在宅医療に取り組む医師、歯科医師、訪問看護師、薬剤師等の確保と連携の強化を図ります。
- 災害発生時・感染症にも在宅での療養を継続できるよう、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関や必要な連携を担う拠点の取組を支援します。
- 患者の療養を支える家族の負担軽減につながるよう、ケアマネジャー等に対して患者が利用可能な在宅サービスの周知を図ります。
- 地域包括支援センターの相談支援体制の強化など在宅患者を支える家族に対する相談体制を充実し、介護者へのメンタルヘルスケアを推進します。
- がん患者の在宅緩和ケアを推進するため、引き続き、がん診療連携拠点病院等と在宅緩和ケアを行う診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護サービス事業所等が連携し、地域の在宅緩和ケアの実施体制の一層の強化を図ります。
- 医療的ケア児等が住み慣れた身近な地域において安心して過ごせるように、医療機関による短期入所サービスの提供等在宅支援サービスの充実に図ります。
- 認知症サポート医¹⁴を養成するほか、認知症の早期発見、早期対応や認知症の人と家族、医療と介護の専門職等の間の情報共有の推進のため、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、訪問看護師等の認知症対応力の向上を促進します。
- 地域リハビリテーションサポート医¹⁵、訪問リハビリテーションを行う理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の養成や、かかりつけ医、ケアマネジャー等のリハビリテーションに対する理解を深めること等により、在宅患者に対するリハビリテーション提供体制の強化を図ります。
- 在宅患者の医療、介護、看護、栄養に関連する団体との連絡調整会議を通じて、患者の状態に応じた適切な食事提供に資する情報を提供し、栄養管理の重要性について理解促進を図り

¹⁴ 認知症サポート医：認知症の早期診断・早期対応の体制を構築するため、かかりつけ医が適切な認知症診断の知識・技術を修得する研修、地域連携の推進役となる医師。今後は、認知症の方も暮らしやすい地域共生社会を実現するため、関係機関と連携し、行政に対して助言を行い、共に地域活動を進めていく役割も担う。

¹⁵ 地域リハビリテーションサポート医：静岡県独自に位置付けているリハビリテーションに関するかかりつけ医や介護専門職への支援、多職種の連携づくりの推進役となる医師

ます。

- 訪問栄養食事指導等の充実を図るため、県栄養士会と連携し、栄養ケア・ステーションの整備を進めるとともに、研修会等を通じて、栄養食事指導を担う管理栄養士の人材育成に取り組めます。

(ウ) 急変時の対応

- 診療所等において 24 時間対応が困難な場合であっても、近隣の病院や診療所、訪問看護ステーション、薬局等との連携により、患者の病状急変時に対応できる体制の確保を図ります。
- 在宅患者の病状が急変した際に、積極的医療機関等の体制の整備を図ります。

(エ) 在宅での看取り

- 人生の最終段階における患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築するために、住民への普及啓発や医療機関等に対しての研修会を通じて在宅看取りを実施する病院・診療所及びターミナルケアを行う訪問看護ステーション、薬局の充実を図るとともに、関係職種間における連携体制の強化を図ります。
- 在宅でのターミナルケアや緩和ケアなど、人生の最終段階において、患者の希望に沿った医療の提供ができるように、専門的な知識及び技術の向上に向けた取組を支援します。
- 40 歳未満の末期がん患者が、自宅で家族と過ごすために訪問介護の費用等を助成する「小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業」について、患者が円滑に制度を利用することができるよう、引き続き、がん診療連携拠点病院等に対する制度周知の強化を図ります。
- 終末期においても、患者とその家族がQOLを維持しながら生活し続けるために、患者のニーズに応じた口腔管理、栄養管理、リハビリテーション等の生活機能等の維持が必要なことから、研修会の実施等により医療・介護の関係者の意識醸成を図ります。

Ⅱ 在宅医療を支える基盤整備

1 訪問診療の促進

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

(1) 現状

- 静岡県地域医療構想を踏まえた 2026 年における静岡県の訪問診療の必要量は 23,428 人と推計されており、2013 年度における静岡県の訪問診療の必要量（12,565 人）から 10,863 人増加すると推計されています。
- 県内の医療機関における訪問診療の実施件数（在宅患者訪問診療料の算定回数）は、2018 年度の 28,908 件から 2022 年度の 38,608 件へと 9,700 件増加していますが、区分別に見ると、同一建物居住者が 2018 年度の 19,439 件から 2022 年度の 24,600 件へと 5,161 件増加し、同一建物居住者以外は 2018 年度の 9,469 件から 2022 年度の 14,007 件へと 4,538 件増加しています。また、実施医療機関数は、1,003 施設から 903 施設へと減少しています。

(2) 課題

- 2022 年度の訪問診療を受けた患者数は、県内すべてで見ると 2023 年の目標値を達成していますが、保健医療圏別に見ると達成状況の差が大きいことから、2026 年に見込まれる訪問診療の必要量に対応するためには、引き続き訪問診療を実施する診療所、病院の確保が必要です。
- 外からの新規参入が見込めない地域においては、地域の病院や周辺の医療機関との連携により、訪問診療を受けることができる体制を整備する必要があります。
- 訪問診療を実施する医療機関の多くが、診療所を中心とした小規模な組織体制であることから、24 時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が必要です。
- 訪問診療においては、患者の様々な病状に合わせた全人的な医療を提供するため、医師の総合的な医療の知識や技術の向上が必要です。
- かかりつけ医を中心とした、関係職種で構成される支援チームにおいて、効率的かつ安全に患者情報を共有することができる環境が必要です。

(3) 対策

- 地域の診療所等が訪問診療を実施しやすい環境の整備や訪問診療を実施する医師の育成に取り組むとともに、連携体制の構築など、訪問診療を実施する診療所の充実を目指す市町や郡市医師会等の取組を支援します。
- 地域の医療資源の状況や患者の希望を踏まえ、在宅療養を望む県民が適切な訪問診療を受けることができるよう、地域のかかりつけ医の訪問診療への参入を促進します。
- 地域の病院、診療所等の関係医療機関相互で患者情報の共有等の連携を図り、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関を中心とした入退院支援、日常療養、急変時、看取りの体制の支援を図ります。
- 在宅医療に関する先進事例の研究・検討や講習会を開催する県医師会への支援等により、在宅医療に必要となる知識、技術の向上と、訪問診療を実施する医療機関の充実を図ります。
- 患者の医療・介護情報について、「シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）」の活用により、支援チーム内において効率的に情報を共有することができる体制づくりを支援します。

2 訪問看護の充実

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

(1) 現状

- 県内の訪問看護ステーション数は増加しているものの、2022年度の人口10万人当たり施設数は、全国平均11.45施設に対し、本県は7.71施設と少ない状況です。
- 2023年9月時点において、訪問看護ステーションが開設されていない市町が1町あります。開設市町においても山間部など未対応の地域があるなど、その開設状況には地域偏在が見られます。
- 本県の訪問看護ステーションの開設主体は、株式会社等が56.9%、医療法人が20.4%と多くを占め、特に近年、株式会社等が増加しています。また、病院などの医療機関と併設されている訪問看護ステーションの設置数については、2018年の75施設から、2022年の92施設に増加しています。(2022年静岡県訪問看護ステーション実態調査)
- 本県の訪問看護ステーションの54.6%は、看護従事者が常勤換算5人未満の小規模な訪問看護ステーションであり、大規模な訪問看護ステーションと比較すると赤字の訪問看護ステーションが多くなっています。(2022年静岡県訪問看護ステーション実態調査)
- 小規模な訪問看護ステーションは、がんのターミナルケアや難病等の利用者、緊急時の訪問依頼に対応できないという実態もあるものの、少ない人員でも24時間対応を行う事業所も多くあり、所属する訪問看護師の負担軽減が求められます。
- 本県の機能強化型訪問看護ステーションは、21施設(2023年9月1日東海北陸厚生局届出状況)あり、比較的人口の多い地域に偏っています。

(2) 課題

- 訪問看護ステーションの地域偏在を解消し、県内全ての地域において充実した訪問看護サービスを受けられる体制を整備するとともに、訪問看護ステーションが安定的な経営を可能にすることが必要です。
- 看取りやターミナルケア、重症度の高い利用者への対応ができるよう、訪問看護ステーションの機能強化等による安定的な訪問看護サービスの提供体制を整備する必要があります。
- 精神疾患のある方や医療的ケア児などに対応することができる訪問看護ステーションを、県内各地域において設置する必要があります。
- 在宅で療養している方に対して充実した訪問看護サービスを提供するため、訪問看護ステーションにおける看護師等の人材確保を図る必要があります。
- 訪問先で利用者や家族からハラスメントや暴言、暴力を受けた経験がある訪問看護従事者がいる訪問看護ステーションは、本県の全訪問看護ステーションの38.8%あり、ハラスメント等の防止とハラスメント等を受けた訪問看護従事者のケアが課題となっています。(2022年静岡県訪問看護ステーション実態調査)

(3) 対策

- 地域において拠点となる訪問看護ステーションを中心に、サテライト型の訪問看護ステーションの設置や、規模の小さな訪問看護ステーションとの連携により、地域において安定的な訪問

看護サービスの提供体制の整備を図ります。

- 利用者が少なく運営が不安定な、開設初年度の訪問看護ステーションを支援することで、訪問看護ステーションの新規開設の促進を図るとともに開設直後の休止や廃止を抑制します。
- インターンシップや訪問看護就業セミナー等の対象者の属性に応じた人材確保対策や新卒・新任訪問看護師向けの育成・同行研修、管理者向けマネジメント研修によりり離職防止対策に取り組みます。
- 訪問看護ステーション相互や関係機関との連携強化、訪問看護ステーションの大規模化等により、緊急時への対応や看取り及び重症度の高い利用者へ対応できる訪問看護ステーションの確保を図ります。
- 精神疾患等の専門的な研修を実施し、認知症の人などに対応することができる訪問看護ステーションの確保を図ります。
- 在宅で療養している方により適切なサービスを提供するため、訪問看護従事者を特定行為研修や認定看護師教育課程に派遣する訪問看護ステーションを支援することにより、特定行為のできる訪問看護師や認定看護師等の増加を図ります。
- 訪問看護従事者を対象とする研修に、ハラスメントや暴言、暴力への対応を研修テーマとして取り入れ、ハラスメント等の防止やハラスメント等を受けた訪問看護従事者のケアに取り組みます。

3 歯科訪問診療の促進

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

(1) 現状

- 適切な歯科医療と歯科医師や歯科衛生士による専門的な口腔機能管理（口腔ケアを含む。以下同じ）によって、低栄養状態の改善が期待できることや肺炎の発症率が減少することなどが報告されており、要介護者における歯科医療の充実が望まれています。
- 県内の歯科診療所数は1,727施設であり、そのうち歯科訪問診療の実施可能な歯科診療所数は840施設（2023年9月現在）、在宅療養支援歯科診療所は201施設（2023年9月現在）あり、県民の約4千人に1施設、要介護3～5の者（2023年3月末現在、63,232人）約75人に1施設の割合で在宅歯科診療へのアクセスが整備されています。
- 要介護3～5の者で歯科治療が必要な者の割合は71.2%です（2016年厚生労働科学研究）。

＜歯科訪問診療を実施できる診療所数＞

（単位：施設）

	静岡県	2次保健医療圏							
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
歯科訪問診療を実施できる診療所	840	11	26	168	80	156	103	89	207

※県健康増進課調査（2023年9月現在）

(2) 課題

- 要介護（支援）認定者は、口腔機能の低下や口腔内が清潔に保たれていないことで誤嚥性肺炎が発症しやすく、低栄養状態に陥りやすいという特徴があります。要介護状態となった場合、専門的な口腔機能管理が重要なことを県民に理解してもらう必要があります。また、在宅歯科医療が実施できる歯科医療機関の情報や、口腔機能管理の効果、利用できる制度等を、わかりやすく県民に情報を提供する必要があります。
- 在宅歯科医療を実施するためには、要介護（支援）認定者の特性に関する理解や、自宅等での診療に関する知識と技術に加え、患者や家族の生活を支援するという視点からかかりつけ医、訪問看護師、管理栄養士、ケアマネジャーや介護サービス事業所担当者等と連携することが必要です。
- 在宅医療を担う医療機関や訪問看護ステーション、介護サービス事業所等と連携しながら支援できる歯科医師と歯科衛生士を育成する必要があります。
- 在宅歯科医療を推進するためには、歯科医師・歯科衛生士が大きな役割を担っており、その確保を図る必要があります。

(3) 対策

- 県内全ての地域において、希望する者が在宅歯科医療を受けられるよう、県歯科医師会や郡市歯科医師会、市町などと連携し、在宅歯科医療を実施する医療機関に関する情報を県民に周知します。
- 県歯科医師会等と連携し、医師、訪問看護師、管理栄養士、ケアマネジャーや地域包括支援センターの職員等が口腔内への関心を持つように、口腔機能管理の重要性や効果に関する知識の普及を図ります。また、県民の在宅歯科医療に関する理解が深まるように取り組みます。
- 県歯科医師会と協働で設置している在宅歯科医療推進室において、在宅や施設における歯や口の困りごとについて、本人や家族等の相談を受けるほか、歯科訪問診療に対応できる歯科医療機関や口腔機能管理の効果、利用できる制度等の情報提供を行い、県民への周知に取り組みます。
- 歯科診療所や郡市歯科医師会等が、在宅歯科医療の実施に当たり、診療中の容態急変時の対応について診療所や病院との連携体制を構築するとともに、歯科診療所が相互に補完できる連携体制や歯科に関する後方支援機能を持つ病院との連携体制の構築を図ります。
- 在宅歯科医療を実施する歯科診療所は、要介護者を支援するチームの一員として診療所や訪問看護ステーション、栄養ケア・ステーションや介護サービス事業所等と顔の見える関係を築き、いつでも相談できる環境を整えることを促進します。
- 在宅歯科医療に従事する歯科医師や歯科衛生士を確保するため、在宅歯科医療に関する研修の実施を支援することや、歯科医師・歯科衛生士の就労等の相談に応じるなど、歯科医師・歯科衛生士の就業支援や再就業促進や離職防止を図ります。

4 かかりつけ薬局の促進

- 全ての薬局が、かかりつけ薬局として、かかりつけ薬剤師が患者の服薬情報の一元的・継続的な把握による適切な薬学的管理・指導や夜間・休日の対応、在宅医療の対応を行うための体制を整備するほか、かかりつけ医等との連携による、地域の中での相談対応を促進する必要があります。

(1) 現状

(医療機関等との連携)

- 様々な種類の医薬品の調剤に対応する中、患者の服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬の重複の有無、相互作用の可能性等を確認し、処方医への疑義照会や情報提供等を行うとともに、これらの必要な薬学的管理や指導の実施を通じて、薬物療法の有効性・安全性を確保しています。また、かかりつけ薬局を選択しやすくなるよう、特定の機能を持つ薬局ができています。
- 在宅医療への対応や医療機関との情報提供に一定の実績を持ち、麻薬・無菌や休日・夜間の調剤にも対応できる薬局として認められた「地域連携薬局」が 111 薬局 (2023 年 9 月 末現在) あります。
- 医療機関と連携し専門的な薬物療法の提供を行う薬局として認められた「専門医療機関連携薬局」が 3 薬局 (2023 年 9 月 末現在) あります。
- 健康相談の窓口を設置し、要指導医薬品や一般用医薬品、健康食品の適正な使用、健康の維持・増進、健診、在宅医療・介護サービス、禁煙等に関する相談を受けるとともに、必要に応じ関係者への連絡や医療機関への受診勧奨を行う薬局として届け出た「健康サポート薬局」が 71 薬局 (2023 年 9 月末現在) あります。

(サービスの提供)

- 在宅患者、家族が安心して療養できるよう、24 時間、電話等により薬の飲み方等についての相談に対応しています。
- 薬局の薬剤師が患者宅を訪問し、服薬アドヒアランスの向上や残薬管理、服薬指導等の在宅訪問業務が行える薬局(「在宅患者訪問薬剤管理指導」届出薬局)は、1,786 薬局 (2023 年 3 月 末現在) ですが、2022 年度 1 年間に在宅訪問業務を行った薬局は 1,043 薬局です。
- がんの疼痛緩和に必要な医療用麻薬を調剤できる麻薬小売業の免許を取得している薬局は 1,680 薬局 (2023 年 3 月末現在) と全薬局の 87.8% です。

(2) 課題

(医療機関等との連携)

- 薬物療法の有効性・安全性を確保し、在宅療養を維持していくには、病院、診療所、訪問看護ステーション、介護サービス事業所等に「患者の状態や服薬情報等の継続的な把握」、「処方医へのフィードバック」、「残薬の確認や管理」、「処方変更の提案」、「患者紹介」や「薬の管理」等の在宅訪問業務における役割等の薬局の機能について周知し、在宅訪問業務を行える薬局が在宅サービスに関われるよう、幅広く連携していくことが必要です。
- 在宅訪問業務を行える薬局は、ほぼ全ての薬局にまで増加したが、業務実績を持つ薬局は、毎年増加しているものの、全体の約半数に留まり、その広がりには遅れが生じています。
- 地域に密着した身近な健康相談窓口として、地域住民からの薬や在宅医療等を含めた様々な健康に関する相談に対応できる薬剤師・薬局が必要です。

(サービスの提供)

- かかりつけ薬剤師による 24 時間の相談対応や、休日や夜間における自局のみ又は近隣の薬局と連携しての緊急的な調剤が全ての地域で同様に提供できる体制の充実が必要です。
- 在宅訪問業務等を行う薬剤師の養成・資質向上や、地域の小規模な薬局における在宅分野での連携強化等が必要です。
- 医療用麻薬、無菌調剤が必要な製剤及び医療・衛生材料の供給拠点としての期待に、薬局は応えていく必要があります。
- 医療用麻薬については、多種の製剤が販売され、その使用方法も多様化しており、患者・家族等へ使用方法や管理方法等を正確に伝えることが必要です。
- 地域における充実した医療提供や健康維持・増進による地域包括ケアの実現のため、かかりつけ薬局には、がん、難病、医療的ケア児等、薬の使用において特段の注意を払う必要がある疾患を有する患者等への専門的な薬物療法の提供（高度薬学管理機能）や、率先した地域住民への健康支援の実施と発信（健康サポート機能）も期待されています。
- 在宅医療における薬局の役割と個々の薬局が有する機能、さらには、かかりつけ薬剤師・薬局の有用性について、最新の情報を患者・家族や県民に広く提供することが必要です。

（３）対策

（医療機関等との連携）

- 調剤、服薬指導・支援、情報提供等による処方医へのフィードバック等、地域の医療機関等との連携を充実させ、「地域連携薬局」や「専門医療機関連携薬局」の認定取得を推進します。
- 薬局の健康支援・相談機能等について、地域住民に対し積極的に広報し、地域に密着した身近な健康相談窓口としての薬局の活用を推進するとともに、薬剤師の患者・住民とのコミュニケーション能力の向上に資する研修の実施を通じて「健康サポート薬局」の増加を図ります。

（サービスの提供）

- かかりつけ薬剤師による 24 時間の相談や、緊急の調剤に対応するための薬局内の体制整備、「地域連携薬局」を中心とした薬局同士の連携強化を図ります。
- 薬剤師が在宅医療等において求められるサービスを提供できるよう、緩和ケア、無菌調剤等に関する研修の充実により在宅訪問業務等を行う薬剤師の養成・資質向上を図るとともに、「地域連携薬局」や「専門医療機関連携薬局」の認定取得の推進を通じて、医療機関等に対する窓口の体制や地域の薬局間の連携を強化し、薬局の在宅訪問業務を推進します。
- 医療機関等との協議による医療用麻薬の規格・品目の統一化や近隣の麻薬小売業者間での譲渡・譲受制度（麻薬小売業者間譲渡許可制度）の活用等により、地域における医療用麻薬の供給体制を強化を推進します。
- 医療用麻薬の使用、管理に当たっては、患者・家族の理解と協力が特に重要であるため、服薬説明や相談応需を確実に行えるよう、医療用麻薬に関する知識、技術等の向上を図ります。
- 「地域連携薬局」、「専門医療機関連携薬局」、「健康サポート薬局」の整備を推進することにより、県民の薬物療法や健康維持・増進を支援します。
- 服薬管理や無菌調剤等の在宅医療等における薬剤師の職能や薬局の機能、個々の薬局が提供するサービス、さらには、かかりつけ薬剤師・薬局の有用性について、患者・家族や県民へ広く情報提供します。

(かかりつけ薬剤師・薬局に求められる機能)

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

5 介護サービスの充実

(1) 現状

- 2022 年現在の静岡県の高齢者人口は 1,091,752 人、総人口に占める割合は 30.5%となっています。
- 高齢者のうち、65 歳～74 歳の人口は 502,594 人、75 歳以上の人口は 597,485 人、総人口に占める割合はそれぞれ 14.0%、16.7%となっています。
- 2021 年度現在の静岡県の要介護（支援）認定者は、189,247 人、認定率は 17.0%となっています。
- 要介護（支援）認定者数は、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025（令和 7）年には 201,742 人、団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる 2040（令和 22）年には 232,074 人となり、それぞれ、2019（令和元）年度から 1.13 倍、1.30 倍に増加が見込まれています。
- 地域医療構想により、2025 年には 40,093 人の在宅医療等の必要量が発生する見込みとなっており、このうち、16,187 人は介護医療院や介護老人保健施設等の介護施設の利用、20,065 人は在宅での介護サービスの利用が見込まれています。
- 在宅における主な介護サービスの利用状況、提供事業所数及び 2026 年度における介護サービス見込み量は表 1 のとおりです。

＜表 1：主な介護サービス種別の利用状況＞

介護サービス種別	介護サービス量			2022 サービス提供事業所数
	2022 実績	2026 見込み	伸び率	
訪問介護(回/年)	5,176,541	6,479,214	1.25	673
訪問看護(回/年)	1,127,203	1,484,148	1.32	235
訪問リハビリテーション(回/年)	349,854	462,364	1.32	104
通所介護（地域密着型を含む）(回/年)	6,406,586	7,489,926	1.17	1,357
通所リハビリテーション(回/年)	1,378,398	1,618,262	1.17	230
小規模多機能型居宅介護(人/月)	3,017	3,965	1.31	160
看護小規模多機能型居宅介護(人/月)	512	1,088	2.12	27

（出典）2022 年実績：厚生労働省「地域包括ケア見える化システム（介護保険事業状況報告）」による数
 2026 年見込み：各市町の推計による数の合計
 2022 年サービス提供事業所数：県福祉長寿局調べ

(2) 課題

- 高齢化の進行に伴い増加する介護サービスの需要に対し、介護人材の確保や事業所の増加など提供体制の整備が必要となっています。
- 特に、「訪問」「通い」「泊まり」を一体的に利用することのできる小規模多機能型居宅介護や小規模多機能型居宅介護に訪問看護の機能を加えた看護小規模多機能型居宅介護など、1 日複数回、夜間の対応も可能な地域密着型サービスは、今後増加が見込まれる高齢者のみ世帯や医療ニーズのある高齢者の在宅生活を支えるために重要なサービスですが、現在事業所数が少なく、市町と連携した提供体制の整備が必要です。
- また、在宅での療養や看取りの推進に伴い、訪問介護の需要が増加していますが、ホームヘル

パーの不足や高齢化の課題があり、サービス提供体制の強化が必要です。

- 介護サービスはケアマネジャーが作成するケアプランを基に提供されるため、ケアプランに必要なサービスが組み込まれるよう、ケアマネジャーの人材の確保と資質の向上、適切なケアプラン作成のための医療職を含めた多職種による支援やA I の活用が必要です。

(3) 対策

- 市町では、2024年度から3年間で、小規模多機能型居宅介護事業所2箇所、看護小規模多機能型居宅介護事業所8箇所の整備を計画しており、計画に基づく設置を支援するため、県は、多様なサービスを提供できる質の高い介護人材の育成や、設置に係る財政的援助を行います。
- 訪問介護サービス提供体制を強化するため、ホームヘルパーのやりがいや魅力、仕事の内容の理解を促進するとともに、資格取得を支援し、人材の確保を図ります。
- 高齢者が安心して最期まで在宅生活を送るためには、地域における在宅医療・介護連携の中核的な役割を担うケアマネジャーの人材の確保・定着と質の向上が不可欠であることから、介護サービス、医療サービス、インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネートに加え急変時の対応など、利用者の状況に応じた適切なケアマネジメントができるケアマネジャーの確保・定着、育成を図ります。
- 市町の実施する地域ケア会議において、多職種がそれぞれ療養、運動、口腔ケア、栄養等の専門的な助言を行うことにより、ケアマネジャーのケアプラン作成支援が図られるよう、県は、地域ケア会議へのアドバイザー派遣や市町職員等を対象とした研修を実施します。また、適切なケアプランの作成を支援するため、ケアマネジメントA I の導入・活用を推進します。

○在宅医療のロジックモデル

＜個別施策＞

1:多職種連携	
現状データ	退院支援担当者を設置する病院

2:県民への理解促進	
現状データ	在宅療養セミナーの実施回数

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

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

＜中間アウトカム＞

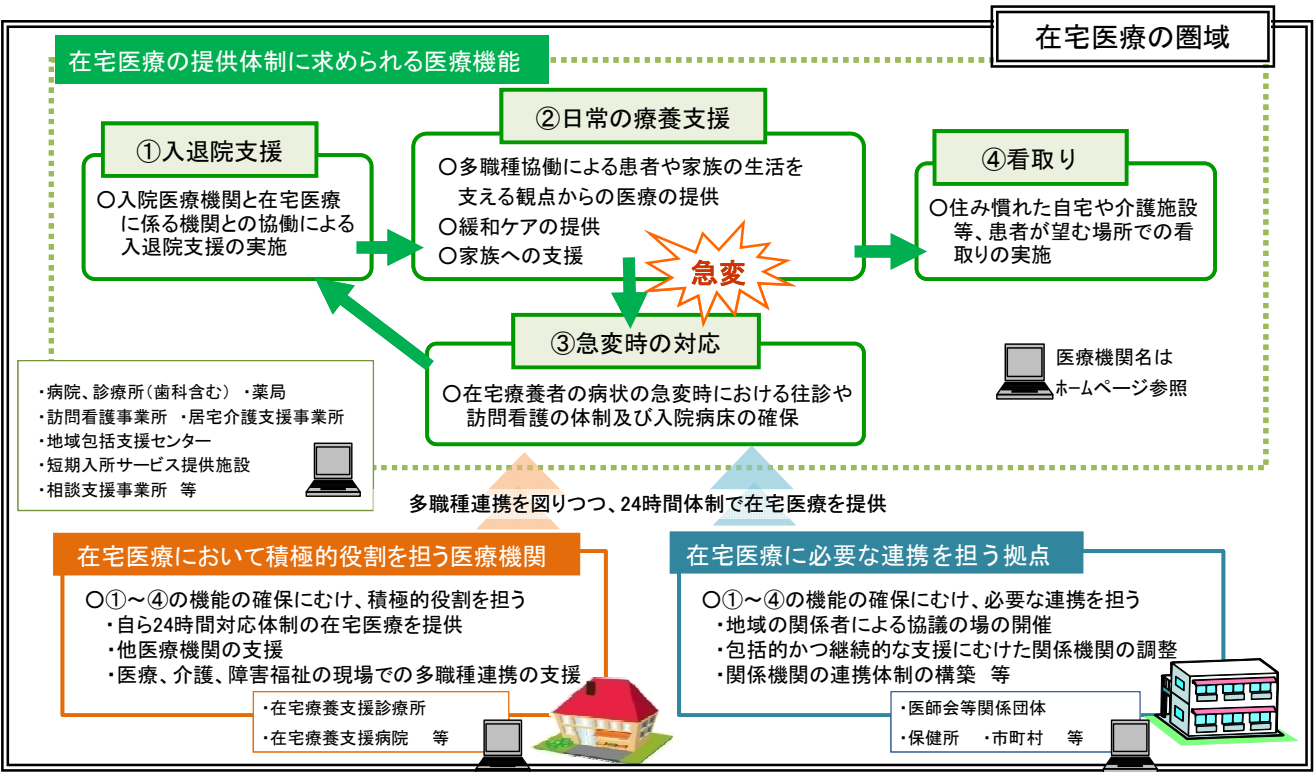
1:「治す医療」から「治し支える医療」への転換	
数値目標	訪問診療を受けた患者数
数値目標	小児の訪問診療を受けた患者数
数値目標	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数
数値目標	訪問口腔衛生指導を実施している診療所数
数値目標	在宅訪問業務を実施してる薬局数
現状データ	最期の時を自宅で迎えることを望む県民の割合

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

＜分野アウトカム＞

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

6 在宅医療の提供体制イメージ



※ : 医療機関及び連携拠点名について、ホームページで公開

7 在宅医療提供体制に求められる医療機能

	入退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
ポイント	●入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること	●患者の疾患、重症度に応じた医療(緩和ケアを含む。)が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること	●患者の病状の急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、薬局、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること	●住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること
求められる機能	<p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none">●退院支援担当者を配置し、入院初期から退院後の生活を見据えた入退院支援を行うこと●入退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること●退院後、患者に起こりうる症状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で情報共有を十分図ること <p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none">●患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること●高齢者のみでなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等にも対応できるような体制を確保すること	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none">●相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること●地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること●がん患者、認知症患者、小児患者等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること●災害時にも適切な医療を提供するための計画(人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。)を策定すること●医薬品や医療・衛生材料の供給を円滑に行うための体制を整備すること	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none">●病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること●24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、薬局、訪問看護事業所等との連携により24時間対応が可能な体制を確保すること●対応できない急変の場合は、その症状に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議して入院病床を確保するとともに、搬送については、地域の消防関係者と連携を図ること <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none">●在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、在宅医療に係る医療機関(特に無床診療所)が担当する患者の病状が急変した際の受け入れを行うこと	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none">●人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族等の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること●患者や家族等に対して、自分や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと●介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none">●在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所が必要に応じて受け入れること

8 関連図表

(1) 患者動向に関する指標

①本県の死亡場所別にみた死亡数の割合の推移 (単位：％)

区分	2012 年	2014 年	2016 年	2018 年	2020 年	2022 年
自宅	13.6	13.2	13.5	14.3	16.4	17.4
老人ホーム※ ¹	6.6	8.0	9.3	10.5	11.7	14.0
介護老人保健施設※ ²	2.9	3.7	4.3	4.8	6.7	8.1
病院	73.6	71.8	70.0	67.5	62.5	58.3
診療所	1.5	1.5	1.2	1.2	1.2	0.9
その他	1.8	1.8	1.7	1.6	1.4	1.4

出典：厚生労働省「人口動態統計」

※¹ 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。

※² 2018 年以降は介護医療院を含む。

②住まい（自宅・老人ホーム）で亡くなった人数 (単位：人)

	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
自宅・老人ホーム での死亡者数	8,124	8,747	8,940	9,743	10,416	10,895	11,871	13,080	14,823

出典：厚生労働省「人口動態統計」

③自宅等で看取られた人数の推移 (単位：人)

	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
自宅等で看取られ た人数	1,979	2,228	2,598	2,744	3,242	3,586	4,377	5,131	5,876

出典：県福祉長寿政策課調査

④患者訪問診療 1 ヶ月当たり患者数(月平均) (単位：人)

	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
同一建物居住者	6,158	7,101	7,920	9,166	10,414	11,141	11,956	12,611	13,396
同一建物居住者以外	5,912	6,526	5,767	5,889	5,884	6,129	6,847	7,403	7,918
訪問診療	12,070	13,627	13,687	15,055	16,298	17,270	18,803	20,013	21,314
往診	2,912	2,970	3,101	3,152	3,139	3,154	3,329	3,653	3,970

出典：厚生労働省「KDB データ（～2018 年）」、県福祉長寿政策課調査（2019 年～）

※県内被保険者分集計（数値目標の「訪問診療を受けた患者数」は、県内医療機関の実施数）

⑤在宅患者訪問診療料算定回数 (単位：回)

	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
同一建物居住者	10,666	12,028	14,961	17,431	19,439	20,557	21,901	23,240	24,600
同一建物居住者以外	9,020	9,935	9,390	9,515	9,469	10,141	11,535	12,773	14,007
訪問診療	19,686	21,963	24,351	26,946	28,908	30,699	33,435	36,014	38,608
往診	4,876	4,996	5,359	5,427	5,063	4,883	5,110	5,593	6,245

出典：厚生労働省「KDB データ（～2018 年）」、県福祉長寿政策課調査（2019 年～）

⑥在宅時医学総合管理料と施設入居時医学総合管理料の推移（単位：人/月）

	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
在宅時医学総合管理料	4,077	4,840	5,419	6,002
施設入居時医学総合管理料	10,469	11,281	12,121	12,965

出典：県福祉長寿政策課調査

※在宅時医学総合管理料：自宅等で療養する患者に訪問診療を行う場合に月 1 回算定できる診療報酬

※施設入居時医学総合管理料：老人ホーム等の施設で療養する患者に訪問診療を行う場合に月 1 回算定できる診療報酬

(2) 医療資源・連携等に関する調査

(単位：施設)

区分	静岡県	2 次保健医療圏							
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
① 在宅療養支援診療所数	369	8	18	63	19	104	36	37	84
② 在宅療養支援病院数	27	2	1	10	2	2	2	4	4
③ 在宅療養後方支援病院数	8	0	1	0	2	1	2	1	1
④ 地域包括ケア病棟を有する病院数	45	3	1	15	3	4	4	6	9
⑤ 訪問診療・往診を実施している診療所、病院数	903	29	35	148	75	180	115	117	204

①～④出典：東海北陸厚生局「届出受理医療機関名簿」（2023 年 9 月 1 日現在）

⑤出典：県福祉長寿政策課調査（2022 年度）

(静岡県内の訪問看護ステーションの状況)

	2010 年	2012 年	2014 年	2016 年	2018 年	2020 年	2022 年
訪問看護ステーション（施設）	132	133	185	204	214	238	300
訪問看護従事者数（人）	781	809	906	1,105	1,284	1,510	1,823
1 施設当たり従事者数（人）	5.9	6.1	4.9	5.4	6.0	6.3	6.1

※訪問看護ステーション数は各年度の 4 月 1 日現在の届出数（（一社）全国訪問看護事業協会調査）

※訪問看護従事者数は各年度の 12 月末日現在の保健師、助産師、看護師、准看護師の従事者数（看護職員及び歯科衛生士、歯科技工士業務従事届出）

(3) 指標による現状把握

指 標	2017 年		2018 年		2020 年		2021 年		備考
	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県	全国	静岡県	全国	
在宅看取りを実施している診療所数（施設）	156	5,166	—	—	166	5,335	—	—	医療施設調査（3 年ごと調査、9 月時点）
在宅看取りを実施している病院数（施設）	14	583	—	—	17	708	—	—	医療施設調査（3 年ごと調査、9 月時点）
ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数（施設）	—	—	185	8,927	—	—	223	11,045	介護サービス施設・事業所調査（3 年ごと調査、10 月時点）
自宅での死亡者数（人）	5,674	177,473	5,988	186,205	6,929	216,103	7,559	247,896	人口動態統計

第7章 各種疾病対策等

第1節 結核対策

【対策のポイント】

- 結核患者の高齢化等に対応した服薬支援体制の整備
- 結核の初期症状がある者に対する早期受診の勧奨

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
新登録結核患者（全結核患者）への服薬支援の実施率	98.9% (2021 年)	100% (2029 年)	全結核患者への支援を目指す	県感染症対策課調査
受診の遅れ（発病～初診の期間が2月以上）の割合	20.6% (2021 年)	10%以下 (2029 年)	り患率が低く、発病～初診の期間を正確に把握していて、かつ、受診の遅れの割合の低い県を参考	県感染症対策課調査

（1）現状

- 結核は、かつて「国民病」としてまん延していましたが、結核予防対策の強化に加え、生活水準の向上、医療技術の進歩により、り患率、死亡率が飛躍的に改善されました。その結果、全国の2021年のり患率（人口10万対）は9.2となり、結核低まん延国となりました。2022年のり患率は8.2となり、順調に減少しています。
- 本県の新登録結核患者は減少傾向にあるものの、70歳以上の高齢者の患者が占める割合は6割前後となっています。
- 外国出生患者は増加傾向で、2020年の外国出生患者が占める割合は20%を超え、2021年には16.1%に減少したものの、2022年には19.9%となり、再び増加しました。
- その他、複数の主要な抗結核薬に耐性を持つ多剤耐性結核患者や高まん延国から来日する外国人結核患者において治療困難例が報告されています。

図表7-1-1 新登録結核患者の推移

年次	全国 (人)	静岡県 (人)	静岡県年代別構成比 (%)							静岡県 外国出生 患者(人(%))
			～19	20代	30代	40代	50代	60代	70	
1961年	419,424	12,235	20.0	15.9	18.3	13.2	13.4	12.6	6.6	データなし
1970年	178,940	4,444	12.8	12.0	12.8	15.4	15.4	18.6	13.0	
2017年	16,789	424	2.1	7.8	5.7	5.2	4.0	8.5	66.7	53 (12.5)
2018年	15,590	393	1.3	8.4	6.9	4.3	3.6	10.7	64.8	57 (14.5)
2019年	14,460	357	1.2	14.0	5.3	5.3	4.8	5.0	64.4	63 (17.6)
2020年	12,739	348	0.9	16.3	5.4	3.7	5.5	9.5	58.7	75 (21.6)
2021年	11,519	291	1.0	9.3	3.4	4.5	7.2	8.9	65.7	47 (16.1)
2022年	10,235	241	0.8	8.7	7.5	4.1	7.5	9.1	62.2	48 (19.9)

(2) 課題

○新型コロナウイルス感染症による渡航規制が解除され、国際的な人の往来の増加に伴い結核高まん延国への出国者及び結核高まん延国からの入国者の増加が予測されます。

○結核患者の高齢化及び外国人結核患者の増加傾向に対応した感染の防止と患者の早期発見・早期受診が重要です。特に、健康診断の機会を逃しやすい通所施設に通う高齢者及び技能等の習得を目的に入国する若年の外国人に対する健康診断の徹底と結核の正しい知識の普及啓発活動が必要です。

○高齢者、多剤耐性結核患者、外国人など、治療脱落しやすい患者に対する確実な服薬支援体制の整備が必要です。

○県内の喀痰塗抹陽性肺結核患者の居住地には偏りはほぼありませんが、県内の結核病床は、約9割が中部及び西部地域にあるため、伊豆地域を含む東部地域に少なく、病床の地域的偏在が問題になっています。

○静岡県の受診の遅れに関して、実態把握の拠り所となる、発病～初診の期間の聞き取りによる把握率が低いため（発病～初診の期間把握割合中央値（2018年～2021年）：全国31位）、受診の遅れの状況やその理由を正確に把握できていません。

○結核罹患率の低下に伴い、医療従事者の結核症例に関わる機会が減少しています。

(3) 対策

○静岡県における感染症の予防のための施策の実施に関する計画（静岡県感染症・結核予防計画）¹（2024年3月改定）により、結核の発生予防・まん延防止と適正な医療の提供などに取り組んでいきます。

○療養病床や老人保健施設、特別養護老人ホームなどの入所施設及びデイサービスなどの通所施設における院内や施設内感染防止と、結核発症者の早期発見のための助言指導を研修等で強化し、高齢者施設等における結核の感染拡大を防止します。

○技能等の習得を目的に入国する外国人本人やその関係者に対して適切な情報提供を図っていきます。特に結核高まん延国への出国者並びに結核高まん延国からの入国者及びその関係者に対しては、感染の危険性や多剤耐性結核の情報等について十分な周知を行います。

○結核患者の治療完遂のため、保健所が中心となり結核病床を有する医療機関、一般病院、診療所、薬局、高齢者福祉施設、市町、地域住民等との連携・調整を図り、ICTやSNSも活用して服薬支援を推進していきます。

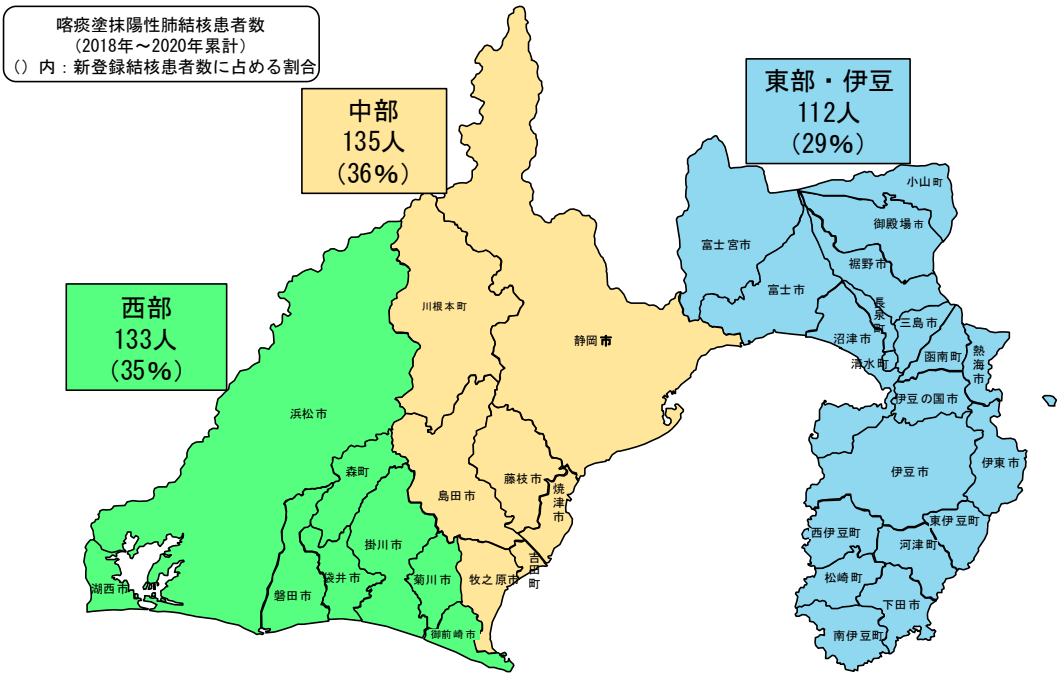
○県内の結核患者発生動向を勘案しつつ、結核基準病床数の見直しを行い、結核患者に対する病床を確保していきます。県東部地域における入院を必要とする結核患者については、県中部地域の病院への受入体制を維持しつつ、地域での受入体制の整備を図るとともに、結核モデル病床¹を活用し、適切な結核医療の提供を図るため、医療機関とも連携を進めます。

○発病～初診の期間を正確に把握するとともに、受診の遅れのさらなる減少を目指し、結核の初期症状や早期受診の重要性の周知啓発を強化します。

¹ 結核患者の高齢化等に伴って複雑化する、高度な合併症を有する結核患者又は入院を要する精神障害者である結核患者に対して、医療上の必要性から、一般病床又は精神病床において収容治療するためのより適切な基準を策定するための事業（結核患者収容モデル事業）において整備された、結核患者を収容するための病床（出典：結核患者収容モデル事業の実施について（1992年12月10日健医発第1415号））

○医療従事者における結核に対する知識習得を図るべく、コホート検討会で審議された症例の共有や結核予防会結核研究所等が実施する研修会の参加案内等、情報発信を強化します。

図表 7－1－2 喀痰塗抹陽性肺結核患者の分布（2018 年～2020 年累計）



図表 7－1－3 結核病床を有する病院（2023 年 11 月 1 日現在）

地域	病 院 名	所在地	稼動病床（床）
東部	富士市立中央病院	富士市	0 ※ 1
	小計		0
中部	県立総合病院	静岡市	50
	島田市立総合医療センター	島田市	4
	小計		54
西部	天竜病院 ※ 2	浜松市	8
	聖隷三方原病院	浜松市	20
	小計		28
合計	(5 医療機関)		82

- ※ 1 結核病床工事中のため
- ※ 2 特定の疾患（心筋梗塞や脳梗塞など）については常勤医師が不在であるが、病状が落ち着いていれば受入れ可能

図表 7-1-4 結核モデル病床を有する病院（2023 年 4 月 1 日現在）

地域	病 院 名	所在地	稼動病床（床）
西部	天竜病院	浜松市	10
	小計		10
合計	（ 1 医療機関）		10

図表 7-1-5 発病～初診までの期間が 2 月以上の者の人数及び割合

発病～初診までの期間が 2 月以上							
区 分	全国			静岡			全国 順位
	人数合計 (把握者)	人数	割合	人数合計 (把握者)	人数	割合	
2012 年	8,177	1,532	18.7%	217	38	17.5%	—
2013 年	7,854	1,419	18.1%	152	18	11.8%	9
2014 年	6,901	1,297	18.8%	111	15	13.5%	15
2015 年	6,678	1,335	20.0%	134	18	13.4%	11
2016 年	6,703	1,323	19.7%	95	7	7.4%	5
2017 年	6,295	1,312	20.8%	126	22	17.5%	24
2018 年	6,253	1,289	20.6%	154	22	14.3%	15
2019 年	5,458	1,112	20.4%	128	19	14.8%	15
2020 年	4,449	848	19.1%	69	9	13.0%	18
2021 年	3,847	799	20.8%	68	14	20.6%	29
2022 年	3,327	661	19.9%	47	7	14.9%	23

図表 7-1-6 発病～初診の期間把握割合

発病～初診の期間把握割合						
区 分	全 国			静 岡		
	人数合計	うち把握人数	割合	人数合計	うち把握人数	割合
2012 年	12,197	8,177	67.0%	280	217	77.5%
2013 年	11,933	7,854	65.8%	311	152	48.9%
2014 年	11,189	6,901	61.7%	292	111	38.0%
2015 年	10,592	6,678	63.0%	239	134	56.1%
2016 年	10,063	6,703	66.6%	227	95	41.9%
2017 年	9,445	6,295	66.6%	223	126	56.5%
2018 年	8,677	6,253	72.1%	196	154	78.6%
2019 年	7,904	5,458	69.1%	192	128	66.7%
2020 年	6,807	4,449	65.4%	164	69	42.1%
2021 年	6,053	3,847	63.6%	152	68	44.7%
2022 年	5,436	3,327	61.2%	133	47	35.3%

第2節 エイズ対策

【対策のポイント】

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

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
県内新規HIV感染者及びエイズ患者報告数に占める新規エイズ患者報告数の割合	36.9% (2018～22年)	29%未満 (2024～28年)	過去5年間(2018～22年)の全国平均(29.0%)を下回る。	厚生労働省「エイズ発生動向年報」
県内9保健所におけるHIV検査件数	974件 (2022年)	2,700件以上 (2029年)	2015年から2019年の5年間の静岡県平均検査件数実績(約2,700件)を上回る。	厚生労働省「エイズ発生動向年報」
安定しているHIV陽性者に対する定期処方を紹介できる診療所の2次保健医療圏数	—	全医療圏 (2029年度)	県内全域のHIV陽性者の病診連携体制確保を進める。	県感染症対策課調査

(1) 現状

ア HIV感染者・エイズ患者の現状

- 世界のHIV(Human Immunodeficiency Virus;ヒト免疫不全ウイルス)陽性者は、2021年末時点で3,840万人と推計されています。
- 全国のエイズ発生動向調査は、1984年9月から開始され、1989年からは、「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律」に基づき1999年3月末まで実施されてきました。1999年からは、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(感染症法)に基づき実施され、2003年の法改正により四類感染症から五類感染症(全数把握)に位置付けられています。
- 全国の新規HIV感染者¹及びエイズ患者²の報告数は、1991年から増加し、2007年頃からは1,500件前後の横ばい傾向で推移しています。これまでの過去最多の報告年は、2013年であり、HIV感染者は1,106件、エイズ患者は484件、合計1,590件でした。
- 本県の新規HIV感染者及びエイズ患者の報告数は、全国と同様に1991年から増加し、近年は25件前後で推移しています。これまでの過去最多の報告年は、2011年であり、HIV感染者は32件、エイズ患者は12件、合計44件でした。
- HIV感染後、適切な治療によりエイズ発症を抑えることができます。全国においては、新規HIV感染者及びエイズ患者報告数に占める新規エイズ患者報告数の割合は、30%前後で推移

¹ HIV感染者：エイズ発生動向調査において、感染症法の規定に基づく後天性免疫不全症候群発生届により、無症候性キャリアあるいはその他として報告された者。

² エイズ患者：エイズ発生動向調査において、初回報告時にエイズと診断された者。(既にHIV感染者として報告されている症例がエイズを発症する等病状に変化を生じた場合は除く。)

していますが、本県においては、40%前後で推移しています。

○県内保健所(政令市保健所を含む)では、H I Vの匿名・無料検査を実施しています。新型コロナウイルス流行前の2015年から2019年の間、本県の人口(千人)あたりの検査数74件に対して、新規H I V感染者及びエイズ患者報告数に占める新規エイズ患者報告数の割合(エイズ患者割合)の少ない他都道府県上位24県における同様の検査数の平均も74件であり、全国平均並みの検査数でした。

図表7-2-1 県内9保健所保健所におけるH I V検査件数及び陽性数 (単位：件)

年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年
静岡県	2,934	3,046	3,279	2,834	2,501	2,739
うち陽性者数	9	7	1	7	6	2
全国	102,512	105,531	111,743	96,740	88,415	92,022
年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年	
静岡県	2,670	3,010	1,486	989	974	
うち陽性者数	7	5	5	5	2	
全国	97,107	105,859	46,901	34,212	42,006	

(出典：厚生労働省「エイズ発生動向調査」)

図表7-2-2 新規H I V感染者及びエイズ患者報告数の年次推移 (単位：件)

年	全国			静岡県		
	HIV 感染者	エイズ患者	計	HIV 感染者	エイズ患者	計
2012 年	1,002	447	1,449	17	12	29
2013 年	1,106	484	1,590	20	16	36
2014 年	1,091	455	1,546	16	8	24
2015 年	1,006	428	1,434	21	6	27
2016 年	1,011	437	1,448	15	7	22
2017 年	976	413	1,389	11	8	19
2018 年	940	377	1,317	15	13	28
2019 年	903	333	1,236	13	8	21
2020 年	750	345	1,095	10	10	20
2021 年	742	315	1,057	17	3	20
2022 年	632	252	884	10	4	14

(出典：厚生労働省「エイズ発生動向調査」)

図表 7-2-3 新規HIV感染者及びエイズ患者報告数に占める新規エイズ患者報告数の割合（単位：件）

	エイズ患者割合※が低い 都道府県上位 24 県(2015 年から 2019 年の 5 年間)			エイズ患者割合※が低い 都道府県上位 24 県(2015 年から 2019 年の 5 年間)	
	エイズ患者 割合(%)	人口(千人)あたりの 検査件数(件)		エイズ患者 割合(%)	人口(千人)あたりの 検査件数(件)
石川県	15	75	千葉県	32	70
東京都	19	94	熊本県	33	92
岡山県	20	53	神奈川県	33	60
福井県	20	59	宮城県	33	67
香川県	21	31	茨城県	33	57
青森県	22	39	和歌山県	33	48
大阪府	27	117	長野県	34	73
兵庫県	28	39	佐賀県	34	77
新潟県	29	68	京都府	34	143
愛知県	30	122	岐阜県	35	38
沖縄県	31	152	栃木県	36	100
愛媛県	31	79	北海道	36	35
エイズ患者割合※が低い都道府県上位 24 県における 人口(千人)あたりの検査件数の平均(2015 年から 2019 年の 5 年間)					74

静岡県(2015 年から 2019 年の 5 年間)		人口(千人)あたりの 検査件数の平均 (2015 年から 2019 年の 5 年間)
エイズ患者割合※(%)	人口(千人)あたりの検査件数(件)	
15	75	74

※ エイズ患者割合＝その年報告された新規エイズ患者数／（新規エイズ患者数＋新規HIV感染者数）
（出典：厚生労働省「エイズ発生動向調査」）

イ エイズ医療提供体制の現状

- 全国のエイズに関する医療提供体制は、「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」（エイズ予防指針）に基づき、中核的医療機関である国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター、全国 8 ブロックの地方ブロック拠点病院、各都道府県内で指定された中核拠点病院、拠点病院により整備されています。
- 本県における医療提供体制の整備状況は、1996 年 5 月に、エイズ拠点病院（20 か所）及びエイズ診療病院（10 か所）を指定しましたが、2006 年の「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」（エイズ予防指針）の改正に伴い、2007 年 4 月に、新たにエイズ中核拠点病院、エイズ拠点病院を指定するとともに、本県独自にエイズ診療協力病院を指定しました。現在は、エイズ中核拠点病院 2 か所、エイズ拠点病院 20 か所、エイズ診療協力病院 4 か所を整備しています。

図表 7-2-4 静岡県におけるエイズ医療提供体制

	役割	病院名
エイズ中核拠点病院	<ul style="list-style-type: none"> 高度なエイズ診療の実施 全科によるエイズ診療体制の確保 入院医療提供体制の整備 カウンセリング体制の整備 拠点病院、地域の他の医療機関との連携 エイズ医療関係者研修会・連絡会の開催 (拠点病院等に対する研修事業及び医療情報の提供) 	静岡市立静岡病院 浜松医療センター (2 施設)
エイズ拠点病院	<ul style="list-style-type: none"> 多くの診療科による総合的なエイズ診療の実施 カウンセリング体制の整備 中核拠点病院、地域の他の医療機関との連携 エイズ医療関係者研修会・連絡会への参加 	伊東市民病院 静岡医療センター 沼津市立病院 順天堂大学医学部附属静岡病院 富士宮市立病院 富士市立中央病院 県立総合病院 静岡市立清水病院 静岡赤十字病院 静岡済生会総合病院 島田市立総合医療センター 焼津市立総合病院 藤枝市立総合病院 磐田市立総合病院 市立湖西病院 浜松医科大学医学部附属病院 浜松赤十字病院 J A 静岡厚生連遠州病院 聖隷浜松病院 聖隷三方原病院 (20 施設)
エイズ診療協力病院	(専門医療機関における協力) <ul style="list-style-type: none"> 結核、がん、精神疾患を合併し高度な治療を要する H I V 陽性者(児)の診療及び診療支援 中核拠点病院、拠点病院との連携 	(本県独自に指定) 【結核】天竜病院 【がん】県立静岡がんセンター 【精神】県立こころの医療センター 【小児】県立こども病院 (4 施設)

(2) 課題

- H I V 感染の新規感染予防及び早期発見による感染の拡大防止を図るため、県民やハイリスクの方を含めて、正しい知識の普及と合わせた予防啓発や、検査・相談体制の強化が必要です。
- エイズ中核拠点病院へのH I V 陽性者の集中による診療負担の偏重や、拠点病院も含めた診療担当医の後継不足等が懸念されることから、エイズ医療提供体制の維持のため、エイズ中核拠点病院及び拠点病院の他に、一般の診療所や高齢者施設等を含めた幅広い人材育成が必要です。
- 抗H I V 療法は進歩³しているが、生涯治療を継続する必要があることから、H I V陽性者が今後高齢となっていくため、地域における医療と介護の包括的な連携体制の確保が必要です。

³ 抗H I V 療法は進歩：H I V に対する多剤併用療法(A R T)が開始されてから、患者の免疫機能が正常に保たれるようになり、日和見感染症やH I V 関連疾患の発症を抑制できるようになった。早期抗H I V 療法導入(Treatment as Prevention)が未感染パートナーへのH I V 感染リスクを低下させることも実証され、早期治療が推奨されるようになってきている。

- H I V陽性者に対する差別や偏見を無くし、不安を軽減、治療継続を支援するため、相談支援を行う医療従事者や保健所職員の育成が必要です。

(3) 対策

ア 正しい知識の普及と予防啓発及び検査体制の充実

- 県民への正しい知識の普及に加え、性的指向に多様性のある方等を対象とした予防啓発を、N P O法人等と連携してさらに推進していきます。
- 検査体制の一層の充実を図るため、引き続き、保健所における日中・平日夜間・休日検査の実施、保健所以外の場所における検査の実施をしていきます。
- 保健所が実施しているH I V検査の認知度を高めるため、保健所における日中・平日夜間・休日検査について県ホームページ、S N S等への掲載やチラシ等の作成・配架を行い、広報活動を実施していきます。
- H I V郵送検査⁴については、検査精度管理や個人情報保護の確保状況や国の検討状況を注視し、本県での実施の有用性を検討していきます。

イ エイズ医療の連携推進と水準向上

- エイズ医療の連携推進と水準の向上を図るため、各エイズ中核拠点病院・拠点病院・診療協力病院の医療従事者等を専門的研修へ派遣するほか、県内の東・中・西部ごとに開催するエイズ医療関係者研修会・連絡会において情報共有を行います。また、N P O法人と連携して、保健所職員や医療関係者等と情報共有を行います。
- エイズ診療担当医の後継不足に対応するために、県内の研修医や専攻医等の若手医師等に対して、エイズ診療に従事することを働きかけます。
- 病状が安定したH I V陽性者への病診連携による診療体制を構築するため、H I V診療が可能な医療機関に対し、障害者総合支援法の規定に基づく自立支援医療機関（免疫に関する医療）の指定の推進とH I V地域診療クリニカルパス⁵等の作成について検討し、県内全域で身近な診療所でも希望すればH I V診療が受けられる体制づくりを目指します。
- H I V陽性者の高齢化に対応するため、地域における保健医療サービス及び介護福祉サービスとの連携等が必要であることから、訪問看護ステーションや介護保険施設の職員向けの研修会を開催していきます。
- H I V陽性者に対する歯科診療を確保するため、県歯科医師会と調整の上、各エイズ中核拠点病院・拠点病院等と診療に協力する歯科診療所等との連携体制の構築を図ることにより、H I V陽性者に対し、県内全域で滞りなく歯科診療が提供できるようにしていきます。
- H I V陽性者に対する相談支援体制の充実を図るため、H I V陽性者の相談支援を行う拠点病院等の医療従事者に対し、国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センターや公益財団法人エイズ予防財団が開催する専門的研修への派遣や、保健所職員等を対象とした会議の開催をしていきます。

⁴ H I V郵送検査：検査を申し込むと検体採取キットが自宅に届き、採取した検体を検査会社に郵送することで検査を行い、検査結果を郵便やウェブサイト等により自宅で知ることができるサービス。

⁵ クリニカルパス：良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表。

※白紙

第3節 その他の感染症対策

【対策のポイント】

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

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
感染症患者届出数（二・三類）	432件 (2022年)	700件以下 (毎年)	感染症のまん延防止	県感染症対策課調査

（１）現状

- 「静岡県における感染症の予防のための施策の実施に関する計画」（1999年12月策定、2024年3月最終改正）に基づいて、感染症の発生の予防・まん延防止、平常時における感染症に係る医療提供体制の確保などに取り組んでいます。
- 一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等の感染症患者に係る医療について、感染症患者に対して良質かつ適切な医療を提供するため、第一種感染症指定医療機関を1か所、第二種感染症指定医療機関を全ての2次保健医療圏に指定・整備しています。（図表7-3-1）
- 2014年にはデング熱の諸外国における大流行を受け、蚊の継続的なウイルス保有調査を実施し、調査結果を広く周知しています。
- 2015年には県内でエボラ出血熱の疑似症患者が発生したこと受け、患者を移送する際に必要な、感染症患者隔離搬送用バッグ及び個人防護具等を県内保健所に整備し、2018年度には、感染症患者移送用車両を1台整備し、東部保健所に配置しています。
- 全国的にダニ媒介性感染症（日本紅斑熱、重症熱性血小板減少症候群（SFTS））の患者数が増加傾向にあり、県内においても、重症熱性血小板減少症候群（SFTS）が2021年に初めて確認されるなど、ダニ媒介性感染症に感染する危険性が高まっているため、感染する可能性が高まる時期などに注意喚起を適宜行っています。（図表7-3-2）
- 2020年には県内在住者が海外で狂犬病に感染（国内14年ぶりの発生）したほか、2023年には県内で日本脳炎が7年ぶりに発生する等、過去に流行していた感染症も散発的に発生しており、注意喚起を適宜行っています。

図表 7-3-1 感染症指定医療機関

2次保健医療圏	管内人口	種別	基準病床数	指定医療機関	所在地	指定年月	指定病床数
賀茂	55,726	第二種	4	下田メディカルセンター	下田市	2012.5	4
熱海伊東	95,402	第二種	4	国際医療福祉大学熱海病院	熱海市	2005.7	4
駿東田方	621,322	第二種	6	裾野赤十字病院	裾野市	1999.4	6
富士	366,092	第二種	6	富士市立中央病院	富士市	1999.4	6
静岡	677,286	第一種	2	静岡市立静岡病院	静岡市	2008.10	2
		第二種	4※			1999.4	4
志太榛原	442,369	第二種	6	島田市立総合医療センター	島田市	1999.4	6
中東遠	458,800	第二種	6	中東遠総合医療センター	掛川市	2013.5	4
				磐田市立総合病院	磐田市	2004.4	2
西部	836,521	第二種	10	国民健康保険佐久間病院	浜松市	2004.6	4
				浜松医療センター	浜松市	1999.4	6

(注) 人口は、2023年10月1日現在（静岡県知事直轄組織「静岡県年齢別人口推計」）

※静岡保健医療圏の第二種基準病床数について、7床への変更を今後調整

図表 7-3-2 県内のダニ媒介性感染症（日本紅斑熱、重症熱性血小板減少症候群（SFTS））の患者数
(単位：人)

年次	日本紅斑熱		重症熱性血小板減少症候群 (<u>SFTS</u>)	
	県内届出数	全国	県内届出数	全国
2017年	6 (2)	337	0	90
2018年	3	305	0	77
2019年	10 (1)	318	0	101
2020年	8	421	0	78
2021年	8 (1)	487	4	110
2022年	5	460	6	118

(注) () は、死亡患者数の再掲。

(2) 課題

○一類感染症のエボラ出血熱や二類感染症の中東呼吸器症候群（MER S）等の海外からの輸入感染症に備えるほか、近年はダニ媒介性感染症（日本紅斑熱、重症熱性血小板減少症候群（SFTS））や、蚊媒介感染症（デング熱、ジカウイルス感染症、日本脳炎、ウエストナイル熱等）に感染する危険性が高まっているため、患者が発生した場合の早期把握と迅速なまん延防止に加えて、県民への正しい知識の普及が必要です。

○感染症患者が発生した場合に備え、適切な医療を提供する体制の確保が必要です。

○抗菌薬などの抗微生物薬の不適切な使用により、細菌感染症に対して、本来効果のある抗微生物薬が効かなくなる又は効きにくくなる「薬剤耐性」（Antimicrobial Resistance：AMR）の

問題が世界的に増加する一方、新たな抗微生物薬の開発は減少傾向にあり、国際社会でも大きな課題となっています。

(3) 対策

- 感染症の発生、流行情報の把握・分析・公表を迅速に行うとともに、患者発生時における迅速な防疫措置及び感染症患者移送車による感染症指定医療機関への速やかな搬送、感染源調査などにより感染症のまん延防止を図ります。
- 平常時から県民に対して感染症予防についての正しい知識の普及啓発を図ります。
- 第一種・第二種感染症指定医療機関について基準病床数の見直しを行い、整備を図ります。
- 医療・獣医療等関係機関及び県民に対して、抗菌薬の適正使用に関する正しい知識の継続的な普及啓発を図ります。

白紙

第4節 難病対策

【対策のポイント】

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

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
難病診療分野別拠点病院等の数 ※	38 施設 (2023 年度)	38 施設 (2029 年度)	現状維持	県疾病対策課調査
難病患者ホームヘルパー養成研修受講者数	累計 3,608 人 (2023 年度)	累計 3,800 人 (2025 年度)	県総合計画指標	県疾病対策課調査
難病患者介護家族リフレッシュ事業及び県立学校医療的ケア児就学支援事業の利用者数	38 人 (2022 年度)	76 人 (2029 年度)	利用者数倍増	県疾病対策課 県教育委員会調査
在宅人工呼吸器使用難病患者に対する災害時個別避難計画策定数	47 件 (2022 年度)	264 件 (2029 年度)	2022 年度末県内 ALS 患者の人数	県疾病対策課調査

※ 難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院の合計

(1) 現状

ア 難病患者を取り巻く状況

- 「難病の患者に対する医療等に関する法律」では、①発病の機構が明らかでない、②治療方法が確立していない、③希少な疾病である、④長期の療養を必要とするという4つの要件を満たす病気を難病と定めています。
- 厚生労働省は、難病のうち、患者数がおおむね人口の0.1%程度以下で客観的な診断基準等が確立しているものを医療費助成の対象（指定難病）とし、2021年11月1日現在で338疾病が指定されています。
- また、指定難病の指定や特定疾患治療研究事業として助成が行われているほか、難治性疾患克服研究事業として難病の治療研究を行い、客観的な診断基準の確立を進めています。

イ 本県の状況

- 静岡県での特定医療費（指定難病）の受給者は年々増加しており、2023年3月31日現在で16,139人に対して受給者証を発行し、医療費助成を行っています。
- 指定難病（338疾病のうち県内に受給者のいる疾病は188疾病）のほか、2023年3月31日現在で、特定疾患治療研究事業として、スモン、難治性肝炎のうち劇症肝炎、重症急性膵炎、プリオン病（ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病）及び先天性血液凝固因子障害等の患者194人に助成を行っています。また、県は独自に橋本病と突発性難聴の患者614人に対して助成を行っています。

- 県では、難病診療連携拠点病院¹として、浜松医科大学医学部附属病院を指定しています。浜松医科大学医学部附属病院は、難病医療に従事する専門医を多数擁するほか、県内の難病医療協力病院等に医師を多数派遣しています。また、院内に「医療福祉支援センター」を設置し、難病患者の相談等に対応しています。
- 難病患者が身近な地域で医療を受けることができるように、難病診療分野別拠点病院²を3施設、難病医療協力病院³を34施設指定し、難病診療連携拠点病院を中心に県難病医療ネットワークを構築しています。
- 2005年に「静岡県難病相談支援センター」を開設し、患者及び支援者への相談や生活・就労全般の相談会の実施、ピアサポーターによる電話相談を実施しています。
- 難病患者地域支援事業として訪問相談、訪問診療や難病の知識啓発のための講演会等を実施するほか、研修を通じて難病患者の介護に対応するホームヘルパーの養成を行っています。
- 在宅で人工呼吸器を使用する患者等を介護する家族を支援する難病患者介護家族リフレッシュ事業を実施するほか、県教育委員会では2023年度から県立学校に通学する児童・生徒の送迎や在校時に医療的ケアを行う、県立学校医療的ケア児就学支援事業を実施しています。
- 指定難病患者は、障害者総合支援法に基づき、在宅介護等の各種障害福祉サービスやハローワークの就労支援を受けることができます。
- 本県においては、「南海トラフ地震」をはじめとする大規模災害のほか、風水害による停電や浸水など様々な災害が想定されます。
- 台風等による風水害により停電等が発生した場合、在宅で人工呼吸器を装着している難病患者は大きな影響を受けます。そのため、2022年、在宅で人工呼吸器を装着する難病患者等が、台風等の風水害が予想される場合に、事前避難入院を可能とする制度を創設しました。

(2) 課題

ア 難病の医療提供体制における医療機関間の連携の確保

- 指定難病に指定されていない希少な疾病については、治療経験のある医師が少なく、早期に診断がつきにくいいため、医療提供体制は必ずしも十分ではありません。
- 患者数が少ない難病の多くは、調査研究を行う組織がないため、難病指定のための検討が行われておりません。

イ 患者や支援者に対する情報提供、相談・支援の充実

- 原因が不明で治療方法が確立されていない病気の患者は、病気に対する不安や長期にわたる療養生活など様々な問題を抱えており、支援を行う家族を含めてサポートをする体制が必要です。
- 障害者総合支援法に基づく各種障害福祉サービスや就労支援サービスについて、認知が進んでおらず、十分に利用されていません。

ウ 災害時支援体制の整備

- 災害に備えるため、人工呼吸器を装着している難病患者等を把握し、避難支援を含めた災害時

¹ 難病診療連携拠点病院：早期診断・早期治療推進のための本県の拠点となる病院であり、患者に身近な医療機関・専門医療機関との連携や、医療従事者等への研修を実施する。

² 難病診療分野別拠点病院：神経系疾患、膠原病、消化管疾患等の専門分野における、複数の保健医療圏にかかる早期診断・早期治療推進のための拠点となる病院である。

³ 難病医療協力病院：難病患者の受入及び治療、一時入院のための病床の確保、確定診断が困難な患者を拠点病院等に紹介する役割を持つ病院である。

個別避難計画を策定する市町等を支援することにより、難病患者の安全で安心した在宅生活を確保する必要があります。

- 災害時の事前避難入院制度については、2023年10月末現在で対応できる医療機関が5施設にとどまっています。

(3) 対策

ア 難病の医療提供体制における医療機関間の連携の確保

- 現行の医療提供体制を見直し、専門性の高い難病医療の提供を可能とする病院を難病診療分野別拠点病院として指定し、難病患者がその医療機関に適切に紹介されることで早期に病気の診断を確定できる体制を構築し、患者の支援の強化を図ります。
- 難病患者の地域におけるケアは、保健・医療・福祉のより一層緊密な連携が必要であり、保健師を中心に専門医療機関と地域の医療機関及びかかりつけ薬局、訪問看護ステーションや介護事業所等をはじめとした地域の関係者と協力し、社会資源を有効に活用することで、連携のとれた支援体制を構築していきます。
- 難病対策地域協議会⁴等において、地域の課題を地域の関係者で議論し、地域のみでは解決できない課題については、静岡県難病医療連絡協議会において協議し、県全体で難病対策をより良い方向へ進めて行きます。
- 2023年度を目処に国が導入を進める指定難病・小児慢性データベースへの県内難病指定医⁵の登録を促進し、国の難病対策に関する調査及び研究の一助とします。

イ 患者や支援者に対する情報提供、相談・支援の充実

- 患者及びその家族の生活の質（QOL）向上のため、医療費助成制度の周知を図り、制度を利用しやすい環境を整えるとともに、住民に分かりやすい形で難病医療提供体制を公表します。
- 指定難病に認定されていない希少な疾病に対し、患者や医療機関と対策の必要性を協議しながら、病気への理解を進めるため医療関係者等へ情報提供の講演会を開催していきます。
- 病気について理解し、安心な日常生活や就学・就労生活を営めるよう、静岡県難病相談支援センターにおいて、患者やその家族に対する適切な知識の普及を行います。
- 難病の患者が治療と日常生活、就学・就労との両立ができるように、患者の希望や治療状況、疾病の特性等を踏まえたサポートに取り組めます。
- 2024年4月から開始する登録者証の発行を通じて、障害福祉サービス等を円滑に利用できるよう、登録者証制度の周知による障害福祉サービス等の利用拡大に取り組めます。

ウ 災害時支援体制の整備

- 在宅で人工呼吸器等を使用するなど介護の必要性の高い難病患者に対して、保健所、市町、医療機関等と密に連携を図り、市町等が行う災害時個別避難計画の策定を支援します。
- 静岡県難病医療連絡協議会等を通じ、事前避難入院を可能とする制度の一層の周知を図り、利用を働き掛けるとともに、対応できる病院の増加を図るなど、利用者の意見を伺いながら使いやすい制度に向け、改善を進めます。

⁴ 難病対策地域協議会：2次保健医療圏ごとに医療・福祉・教育・就労支援等の関係者で構成する協議会である

⁵ 難病指定医：都道府県知事によって指定された、臨床調査個人票を作成できる医師を指す。「難病指定医」と「協力難病指定医」の2種類がある。

(4) 関連図表

図表 7-4-1 受給者数の推移 (各年度末現在) (単位：人)

項 目	2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度
全 国 A	892,445	912,714	946,110	1,033,770	1,021,606	1,048,680
静岡県※ B	24,311	24,598	25,543	27,467	26,930	28,325

※県及び政令市が認定した指定難病の受給者数、県疾患受給者数(橋本病、突発性難聴)の合計出典：厚生労働省「衛生行政報告例」を基に、県疾病対策課作成図表 7-4-2 静岡県における受給者数の多い 10 疾病 (2022 年度末現在) (単位：人)

順位	疾病名	疾患群	静岡県 A (構成比)	全国 B (構成比)	全国構成比 A/B
1	潰瘍性大腸炎	消化器	4,033 (14.6%)	141,387 (13.5%)	2.9%
2	パーキンソン病	神経・筋	3,709 (13.4%)	143,267 (13.7%)	2.6%
3	全身性エリテマトーデス	免疫	1,700 (6.1%)	65,145 (6.2%)	2.6%
4	クローン病	消化器	1,428 (5.2%)	50,184 (4.8%)	2.8%
5	全身性強皮症	皮膚	790 (2.9%)	27,013 (2.6%)	2.9%
6	皮膚筋炎/多発性筋炎	皮膚	777 (2.8%)	26,046 (2.5%)	3.0%
7	脊髄小脳変性症※	神経・筋	733 (2.6%)	26,476 (2.5%)	2.8%
8	重症筋無力症	神経・筋	709 (2.6%)	26,387 (2.5%)	2.7%
9	後縦靱帯骨化症	骨・関節	660 (2.4%)	31,571 (3.0%)	2.1%
10	多発性硬化症/視神経脊髄炎	神経・筋	625 (2.3%)	23,105 (2.2%)	2.7%

※脊髄小脳変性症は多系統萎縮症を除く。

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」を基に、県疾病対策課作成図表 7-4-3 静岡県における難病指定医及び難病指定医療機関認定状況 (単位：人、施設)

区分		2020 年度	2021 年度	2022 年度
難病指定医		1,749	1,784	1,811
	難病指定医	1,681	1,719	1,745
	協力難病指定医	68	65	66
難病指定医療機関		2,162	2,183	2,223

※政令市の認定数を除く (各年度末時点)。県疾病対策課作成

第5節 認知症対策

【対策のポイント】

- 認知症を正しく知る社会の実現（知る）
- 認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）
- 地域で支え合いつなげる社会の実現（支え合う）
- 誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
認知症サポート医養成者数	397 人 (2022 年度)	470 人 (2026 年度)	大綱目標値(2025 年度に 1.6 万人)の人口割(2.9%)で設定	県福祉長寿政策課調査
かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	1,185 人 (2022 年度)	1,340 人 (2026 年度)	認知症の人の推計増加率の10 年間平均(3.15%×4 年)を現状値に乗じて算出	県福祉長寿政策課調査
認知症サポーター養成数	累計 411,701 人 (2022 年度)	累計 530,000 人 (2026 年度)	2040 年までに 100 万人養成を目指す	県福祉長寿政策課調査
認知症の対応について不安に感じている介護者の割合	36.1% (2022 年度)	33% (2026 年度)	引き続き、認知症や認知症の人に対する理解を促し、不安に感じる介護者の割合の減少を目指す	静岡県の高齢者の生活と意識
「通いの場」設置数	4,665 か所 (2021 年度)	6,100 か所 (2025 年度)	県総合計画	厚生労働省調査
「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数	28 市町 (2022 年度)	全市町 (2026 年度)	引き続き全市町においての実施を目指す	県健康増進課調査
認知症サポート医リーダー養成者数	181 人 (2022 年度)	210 人 (2026 年度)	認知症の人の推計増加率の10 年間平均(3.15%×4 年)を現状値に乗じて算出	県福祉長寿政策課調査
初期集中支援チームの活動において、医療・介護サービスにつながった人の割合	80.6% (2022 年度)	81%以上 (毎年度)	現状値を超える 81%以上を継続して維持	認知症総合支援事業等実施状況調べ

(1) 現状と課題

ア 認知症の医療

○認知症は、脳卒中、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度までに記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態を言います。(介護保険法第5条の2)。

○認知症の診断に最も用いられるもののひとつがアメリカ精神医学会のDSM-V¹です。各種の認知症疾患毎にその定義は異なりますが、共通する診断基準には以下の4項目があります。

① 1つ以上の認知領域（複雑性注意、遂行機能、学習及び記憶、言語、知覚－運動、社会的認知）において、以前の行為水準から有意な認知の低下があるという証拠が以下に基づいている。

(1) 本人、本人をよく知る情報提供者又は臨床家による有意な認知機能の低下があったという概念

(2) 標準化された神経心理学的検査によって、それがなければ他の定量化された臨床的評価によって記録された実質的な認知行為の障害

② 毎日の活動において、認知欠損が自立を阻害する（すなわち、最低限、請求書を支払う、内服薬を管理するなどの、複雑な手段的日常生活動作に援助を必要とする）。

③ その認知欠損は、せん妄の状況でのみ起こるものではない。

④ その認知欠損は、他の精神疾患によってうまく説明されない（例：うつ病、統合失調症）。

○認知症は様々な原因で発症します。最も多いのがアルツハイマー型認知症で、認知症全体の6から7割を占めます。次いで、脳出血や脳梗塞が原因で発症する脳血管性認知症で約2割を占めます。その他、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などがあります。

○認知症は、加齢、遺伝性のもの、高血圧、糖尿病、喫煙、頭部外傷、難聴等が危険因子であり、一方、運動、食事、余暇活動、社会参加、認知訓練、活発な精神活動等が防御因子とされています。

○65歳未満で発症する認知症を「若年性認知症」と言います。高齢期の認知症と症状等は同様ですが、年齢が若いほど進行が早いことに加え、男性に多く、初期症状が認知症特有のものでなく診断が難しいなどの特徴があります。また、働き盛りで発症することから、就労、日常生活への影響などの課題が生じ、高齢期の認知症とは異なる対応が必要とされます。

○2024年1月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（以下「基本法」という。）」が施行され、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進し、もって認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現を推進することが明記されました。県としても、基本法の理念に基づき、認知症の人とその家族が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができ、認知症の人を含めた県民一人ひとりが支え合い共生する社会を目指します。

イ 本県の状況

（認知症高齢者の推計）

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

¹ DSM-V：精神障害の診断と診断マニュアル。精神障害の分類のための共通言語と標準的な基準を提示するものであり、アメリカ精神医学会が出版した。最新のDSMは第5版で、2013年5月18日に出版（「DSM-V」と表記される）。その後2023年6月にDSM-V-TRが発行され一部内容が改訂された。認知症に関しては変更なし。

² 出典：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（2014年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業）

○国が 2015 年 1 月に策定した「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」によると、2025 年には高齢者の約 5 人に 1 人が認知症と推計されており、本県に当てはめると、認知症高齢者は、2025 年には最大で約 22.8 万人に、2040 年には 29.5 万人になると推計されます。

図表 7-5-1 本県の認知症高齢者（軽度及び要介護認定未認定者を含む）の将来推計（単位：千人）

区 分	2012 年	2015 年	2020 年	2025 年	2040 年
各年齢の認知症有病率が一定の場合	137	161	187	<u>211</u>	248
各年齢の認知症有病率が上昇する場合		164	196	<u>228</u>	295

（若年性認知症の人の推計）

○若年性認知症は、2020 年 7 月の厚生労働省の調査では、18 歳から 64 歳人口 10 万人に対し、50.9 人と推計されており、これを本県に当てはめると約 1 千人 の若年性認知症の人がいると推計されます。

（県内の医療機関における認知症診療の状況）

○2023 年 8 月に県内の医療機関において認知症診療を受けた人（市町村国保被保険者、国保組合被保険者、後期高齢者医療保険被保険者）は約 6.5 万人であり、このうち入院が約 0.5 万人、外来が約 6.0 万人でした。また、男女の内訳は男性約 2.1 万人、女性約 4.5 万人となっています。若年性認知症は 537 人で、全体の 1 %となりました。

○認知症診療を受けた人数は 3 年前より 4 千人増えていますが、入院した人数にほぼ変化がなく、外来の人数が増えています。65 歳以上の高齢者数が 1 %増加したこともありますが、認知症の知識や理解促進の効果と考えられます。

図表 7-5-2 県内の医療機関における認知症診療の状況（2023 年 7 月分）（単位：人）

区分	入院			外来			合計		
	男	女	小計	男	女	小計	男	女	小計
人 数	2,057	3,390	5,447	18,467	41,544	60,011	20,524	44,934	65,456
（うち若年性）	(65)	(44)	(109)	(219)	(209)	(428)	(284)	(253)	(537)

（認知症サポート医）

○認知症サポート医は、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言やその他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師です。

○今後は、認知症の方も暮らしやすい地域共生社会を実現するため、関係機関と連携し、行政に対して助言を行い、共に地域活動を進めていく役割も担っていきます。

○本県では、2005 年度から認知症サポート医を養成しており、2016 年度で全ての市町に配置されました。

図表 7-5-3 認知症サポート医の状況（2023 年度末）（単位：人）

	2020 年度まで	2021 年度	2022 年度	2023 年度	累計
認知症サポート医	346	26	25	<u>23</u>	<u>420</u>

（認知症初期集中支援チーム）

- 認知症初期集中支援チームは、認知症サポート医の指導のもと、医療と介護の専門職（保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士 等）が、家族の訴え等により、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームであり、2023年4月で34市町に設置されています。
- 市町の直営のチームが減少し、地域包括支援センター等への委託をする市町が増えています。

図表 7-5-4 認知症初期集中支援チームの状況（2023年4月）（単位：チーム）

チーム数	設置場所			
	市町 (本庁舎及び出先機関)	地域包括支援センター	認知症疾患医療センター	医療機関
109	5	98	1	5

（認知症疾患医療センター）

- 認知症疾患医療センターは、保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する詳細な診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するものとして、県及び指定都市が指定した医療機関です。
- 認知症疾患医療センターにおいては、認知症専門医、相談員（精神保健福祉士又は保健師等）等の人員体制、CT、MRI等による検査体制、周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行うことのできる一般病床や精神病床が整備され（検査体制、病床については他の医療機関との連携による場合あり）、鑑別診断や専門医療相談等の専門的医療機能、地域の医療、介護関係者との連携、研修会の開催等の地域連携拠点機能を担っています。
- 本県では、2010年度から認知症疾患医療センターの指定に取り組み、2017年度に全ての2次保健医療圏に設置されました。
- 認知症疾患医療センターは、鑑別診断後、治療や入院の受入れ、対応可能な医療機関を確保する役割も担います。専門治療後、認知症の人の状況に応じた適切な対応が行われるよう、かかりつけ医や地域包括支援センター、ケアマネジャー等との連絡・調整を行います。
- 認知症疾患医療センターが、出張相談等により地域に出向き、認知症の早期発見、早期対応につなげる事業（認知症の人をみんなで支える地域づくり推進事業）を2018年度から実施しています。2021年度から事業の対象に認知症高齢者グループホームを追加しました。
- 2022年度の初診までの待機日数別診療機関数は、14日未満が3か所、15日から1か月が8か所、1か月以上が4か所、相談件数は8,967件となっています。

図表 7-5-5 県内の認知症疾患医療センターの状況（2023 年 9 月 30 日現在）

指定	圏域	医療機関名	所在地	初回指定日
県	賀 茂	医療法人辰五会 ふれあい南伊豆ホスピタル	賀茂郡南伊豆町	2016. 12. 1
	熱 海 伊 東	公益社団法人地域医療振興協会 伊東市民病院	伊東市	2017. 2. 1
	駿 東 田 方	N T T 東日本伊豆病院	田方郡函南町	2010. 10. 1
		独立行政法人国立病院機構 静岡医療センター	駿東郡清水町	2017. 4. 1
		医療法人社団静岡康心会 ふれあい沼津ホスピタル	沼津市	2017. 10. 1
	富 士	公益財団法人復康会 鷹岡病院	富士市	2013. 10. 1
		医療法人社団一就会 東静岡神経センター	富士宮市	2017. 11. 1
	志 太 榛 原	焼津市立総合病院	焼津市	2017. 4. 1
		医療法人社団峻凌会 やきつべの径診療所	焼津市	2017. 6. 1
	中東遠	掛川市・袋井市病院企業団立 中東遠総合医療センター	掛川市	2012. 1. 1
		磐田市立総合病院	磐田市	2017. 2. 1
政令市	静 岡	独立行政法人国立病院機構 静岡てんかん・神経医療センター	静岡市葵区	2014. 2. 1
		医療法人社団リラ 溝口病院	静岡市葵区	2015. 10. 1
		静岡市立清水病院	静岡市清水区	2016. 10. 1
	西 部	社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院	浜松市中央区	2013. 7. 22
計 15 か所：県指定 11 か所、政令市指定 4 か所（静岡市 3 か所、浜松市 1 か所）				

（認知症地域支援推進員）

- 認知症地域支援推進員は、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医療や介護の専門職で、認知症疾患医療センターなどの医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や、認知症の人や家族を支援する相談業務等を行います。全ての市町が、2018 年 4 月から認知症地域支援推進員を配置しています。
- 認知症地域支援推進員の役割や必要性の理解が少しずつ進んでおり、認知症地域支援推進員の人数は 3 年前に比べ 30 人増加しています

図表 7-5-6 認知症地域支援推進員の状況 (2023 年度)

(単位: 人)

推進員人数	配置場所			
	市町 (本庁舎及び出先機関)	地域包括支援 センター	認知症疾患医療 センター	その他
231	36	184	1	10

(認知症サポーター等)

- 2023 年 3 月末現在、認知症に関する正しい知識と理解を持って、できる範囲で地域や職域で認知症の人や家族の手助けを行う認知症サポーターが累計 411,701 人養成されています。のうち、地域の生活関連企業・団体業務等に携わる企業・職域型の認知症サポーターは累計 71,587 人養成されています。
- 2023 年 3 月末現在、認知症サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイトは、累計 3,845 人養成されています。
- 認知症サポーターの活動や活躍の場を拡げ、認知症の日本人の意向に沿った活動ができるよう、2019 年度から、県主催の認知症サポーター・チームオレンジ養成研修（ステップアップ講座）を実施しています。

ウ 医療提供体制

- 認知症は、誰もがなりうるものであるという前提の下、早期診断・早期対応を軸に、「本人主体」を基本とした医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態の変化に応じて、適時・適切に切れ目なく、その時の容態に最もふさわしい医療・介護等が提供される循環型の仕組みが必要です。

●認知症を正しく知る社会の実現（知る）

(ア) 認知症に関する理解促進

- 県民の認知症に対する理解が不十分で偏見や受診の遅れが発生しており、「認知症バリアフリー」の取組が必要です。そのため、認知症に関する知識や対応の仕方を認知症の日本人を含む地域住民に向けて周知し、認知症に対する理解を促進する必要があります。

(認知症サポーター等)

- 認知症サポーター、キャラバン・メイトは増加していますが、増加したことによる社会の理解の促進について評価する必要があります。
- 子どもサポーターは増加していますが、認知症に関する理解促進に向け、子どもサポーターの更なる養成が必要です。特に学童期の段階から認知症を理解してもらうことが重要です。
- 企業・職域型の認知症サポーターを養成するために、企業の協力が必要となります。
- 認知症に関する相談窓口として、地域包括支援センターや認知症疾患医療センター、認知症家族会や当事者団体等があります。県や市町では、広報誌やホームページ等により相談窓口の周知を行っていますが、一般の県民には十分に知られていません。
- 認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れをまとめた認知症ケアパスは、県内^①全ての市町で作成されていますが、対象が一般の高齢者である場合、自分のこととして捉えにくいため周知が難しく、地域によっては十分に活用されていないところがあります。

●認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）

（イ）発症予防

- 2015 年 1 月に発表された厚生労働省研究班報告によると、高齢者の糖尿病患者では合併症として、糖尿病でない人に比べ、アルツハイマー型や血管性認知症の発症リスクが 2～4 倍に上昇します。そのため、糖尿病予防の取組を推進する必要があります。
- 認知症は、神経変性疾患（アルツハイマー病、ピック病等）や脳血管障害（脳梗塞、脳出血 等）の原因疾患を予防することが必要です。
- 糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防や難聴の早期発見などの適切な対応が、認知症予防に資する可能性が示唆されていることから、生活習慣病や難聴が認知症の発症の可能性を高める要因であることを若年層を含めた幅広い年代に対し、周知するとともに、特定健診・特定保健指導の受診を促すことが必要です。
- 地域において高齢者が身近に通える場である住民主体の通いの場は、2021 年度、県内に 4,665 か所に設置されており、参加者数は 85,518 人で、高齢者人口に対する参加率は 7.8%となっています。
- また、2022 年度、通いの場へ歯科衛生士及び管理栄養士の派遣を行った市町は 27 市町となっており、年々増加しているものの、全市町への普及にまで至っていません。
- 閉じこもり等の社会参加活動の減少が、認知症の発症につながる可能性があります。多様な社会参加により、認知症の予防を図るためには、これらの活動が認知症予防につながる可能性があることを認識してもらい、参加機会や活動内容の充実を図る必要があります。
- 通いの場の設置数と参加率については地域差が大きく、通いの場に参加するメリットを地域住民に理解してもらうなど、参加を促進する取組が必要です。

●地域で支え合いつなげる社会の実現（支え合う）

（ウ）早期発見・早期対応

- 偏見や認知症の理解不足により、受診や支援制度の利用が遅れ、重度化したり行動・心理症状（B P S D）が出現する恐れがあり、早期発見、早期対応が必要です。本人や家族が小さな異常を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにするとともに、かかりつけ医による日常診療やかかりつけ歯科医による口腔機能の管理、かかりつけ薬局における服薬指導等の中で、認知症の疑いがある人に早期に気づき適切に対応することができる体制を構築する必要があります。
- このため、かかりつけ医が、認知症サポート医や専門医等の支援を受けながら、認知症の早期発見や気づき、認知症の行動・心理症状（B P S D）の対応等、認知症に対する相談への対応等を適切に行うことができるよう認知症対応力の向上を図る必要があります。また、歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応できるよう、歯科医師及び薬剤師の認知症対応力の向上を図る必要があります。
- 病院において認知症の人本人の意思を尊重し、適切な医療サービスを提供するために、病院勤務の看護職員や医療従事者の認知症対応力の向上を図る必要があります。

（初期集中支援チーム）

- 認知症医療や介護サービスを受けていない一人暮らしの認知症高齢者や医療や介護のサービスを受けているものの行動・心理症状（B P S D）が顕著で対応に苦慮している認知症高齢者

等に対しては、認知症初期集中支援チームが、地域包括支援センターが入手した情報等をもとに対象者を把握し、早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期対応を行う必要があります。市町が認知症初期集中支援チームの活動を推進するとともに、認知症初期集中支援チームの存在を様々な手段を用いて地域に周知する必要があります。

(エ) 専門医療

(認知症サポート医)

- かかりつけ医の認知症診断等に関する相談等の役割を担う認知症サポート医が、全ての市町に配置され、相談等の体制は整備されつつありますが、医師の業務が多忙であることなどから、活動に地域差や個人差がみられます。
- そのため、認知症サポート医の中で核となる認知症サポート医リーダー養成など認知症サポート医の活動しやすい環境づくりが必要となります。
- 2023年7月に認知症サポート医リーダー連絡会が、認知症サポート医の役割についての提言を行い、認知症サポート医はこれまでの認知症の人への対応とサポートする役割から、認知症の人も暮らしやすい地域共生社会を実現するため、関係機関と連携し、行政に対して助言を行い、共に地域活動を進めていく役割にシフトしていくことが求められています。

(認知症疾患医療センター)

- 認知症疾患医療センター受診までの待機日数が長く、早期対応につながらない場合もあります。認知症疾患医療センターや認知症サポート医、かかりつけ医等が連携し、環境の変化、状態の変化等があっても、切れ目なく認知症治療を受けることのできる体制の整備が必要となります。
- 地域に出向いた相談事業については、認知症疾患医療センターの体制によって活動内容に差があります。
- 今後は、認知症疾患医療センターを圏域の拠点とした医療と介護等の支援体制の構築が必要となります。

(その他)

- 県歯科医師会は、2018年2月に県社会福祉士会と共同で「認知症虐待等チェックシート」を作成し、地域包括支援センターと連携して活用しています。
- 行動・心理症状（BPSD）は認知症の進行により必ず生じるものではなく、周囲の不適切なケアや身体的な不調や不快、ストレスや不安などの心理状態が原因となって現れる症状です。まずは早期に診断を受け、病態に応じて本人主体の医療・介護等を通じてBPSDを予防するほか、BPSDが見られた場合にも的確なアセスメントを行った上で薬物を使用しない治療的なアプローチを対応の第一選択とするのが原則となります。さらに、パーソン・センタード・ケアなどの本人主体の医療・介護の実践が普及するよう、認知症対応力向上研修を引き続き開催します。
- 2023年9月には認知症疾患修飾薬が厚生労働省から薬事承認を受けました。投与を希望する人が適切に治療を受けられるような体制の検討が必要です。
- 人生の最終段階にあっても本人の尊厳が尊重された医療・介護等が提供されることが必要です。
- 本人が望む終末期を迎えるために、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）についての医療・介護従事者の理解、住民への普及啓発が必要です。

(オ) 地域支援

- 認知症の人本人の意見を聴く取組として、本人ミーティングの開催や認知症カフェの運営などを、2022 年度は 23 市町で実施していますが、本人からの意見を聴く機会を更に増やし、施策へつなぐ必要があります。
- 認知症の人本人からの発信の機会を増やし、認知症に関する普及啓発に取り組むため、2020 年 9 月に、全国初となる地域版の認知症本人大使「静岡県希望大使」の委嘱を行いました。さらに、認知症の人本人による普及啓発活動を強化する必要があります。
- 県が作成した「ふじのくに“ささえあい”手帳」を活用している市町や、独自の認知症情報連携シートを作成している市町もあります。
- 認知症高齢者グループホームについては、認知症の人のみを対象としたサービスであり、地域における認知症ケアの拠点としての機能が期待されています。
- 介護従事者向け認知症対応力向上研修を国のカリキュラムに基づき実施しており、2022 年度までに認知症介護指導者養成研修 62 人、認知症介護実践者研修 7,900 人が修了していますが、研修への積極的な参加及び参加者の資質の担保が必要です。
- 認知症の人やその家族が、同じ立場の人や地域の人、専門職と相互に情報を共有し、お互いに理解し合う認知症カフェは、2023 年 4 月現在 179 か所であり、県のホームページなどを通じて周知していますが、認知症の家族の負担軽減にも活用していく必要があります。
- 認知症カフェの設置状況が市町により差があり、歩いていける範囲での設置を促進するほか、本人やボランティア等が集まる仕組みが必要です。
- 2023 年 4 月現在の認知症家族会は 16 か所ありますが、家族会同士で連絡を取り合うことは少ない現状であるため、横のつながりを作っていく必要があります。
- 認知症が原因と疑われる行方不明者は、県内で 283 人（2022 年）であり、年々増加傾向にあります。
- 行方不明になるおそれのある人の事前登録の推進と行方不明時の早期発見・保護に向けて、市町及び警察等の協力の下、「見守り・SOS 体制の広域連携」の運用を 2020 年度から開始しています。
- ICT を活用した見守りシステムの導入が市町ごとに進んでおり、2022 年度現在、GPS が 11 市町、二次元コードが 14 市町、アプリが 3 市町となっていますが、手法ごとの効果検証が必要です。
- これまでに身元不明者を県ホームページに 42 人掲載し、2014 年から 2022 年までに 25 人の身元が判明しましたが、引き続き、身元不明の人の情報を広く発信する必要があります。
- 認知症の人が周囲の理解や支援を求めるための手段としてヘルプマークがありますが、各市町障害福祉担当課、各保健所、県庁等において配布していますが、必要な人が手に入れられることができるよう今後も周知をしていくことが必要です。
- 認知症の人や家族を支える体制整備として、チームオレンジとピアサポート活動を一体的に推進しており、2022 年度現在、20 市町で実施されていますが、認知症の人本人がチームの一員として参加している取組は少ない状況にあります。認知症の人や家族の生活面での早期支援を図るためには、多様な職域における認知症サポーターを養成し、チームオレンジを全県的に普及する必要があります。

- 「静岡県若年性認知症相談窓口」に若年性認知症支援コーディネーターを配置して電話相談や個別相談支援を行っており、2022年度の相談件数は192件です。
- 若年性認知症の人の居場所や就労継続への支援が不足しており、本人ミーティングや認知症カフェ等の居場所の設置や、就労継続や仕事の場の提供に向けた企業等の理解促進が必要です。
- 若年性認知症支援コーディネーターは、企業向け出前講座の実施、本人ミーティングや認知症家族会の会合への出席のほか、ハローワークや認知症疾患医療センター等と連携を図っていますが、企業等も含めた広域的なネットワークづくりが必要です。
- 本人ミーティングや認知症家族会の会合等により把握した若年性認知症の人やその家族の意見を取組に反映していくことが必要です。

●誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

（オ）地域支援

- 75歳以上の高齢運転者対策を強化した改正道路交通法が2017年3月に施行されて以降、県では、2020年までに約308,000人が認知機能検査を受検し、そのうち、約7,100人が認知症のおそれがあると判定され、約3,800人が運転免許証を自主返納しています。
- 改正道路交通法に対応して、県警察本部、県医師会と連携して、本県独自の認知症診断の流れを策定するなど、運転免許証を返納しやすい環境づくりを進めているほか、認知症等を理由に運転免許証を返納した場合、必要に応じて警察から地域包括支援センターへ連絡する取組を行っています。
- 住民主体の移動支援は、2022年度までに28市が実施をしており、住民主体の移動サービスの立ち上げや継続を支援するための相談窓口の設置やアドバイザー派遣を実施しています。
- 移動、消費、金融手続き、公共施設の利用など生活のあらゆる場面で、「認知症バリアフリー」の取組を推進するためには、企業等の理解が必要です。

（認知症地域支援推進員）

- 認知症地域支援推進員は、市町行政や地域包括支援センターに兼務で配置される場合が多く、推進員としての活動に時間が取れない。本務の所属の理解や協力が得られにくい等の課題があり、活動のための環境整備が必要となっています。
- 認知症地域支援推進員の役割として、社会参加活動のための体制整備の推進が2019年度から位置づけられ、多くの市町で取組が進んでいますが、一部の市町では取組が進んでいない現状があります。

（2）対策

●認知症を正しく知る社会の実現（知る）

（ア）認知症に関する理解促進

- 認知症月間を中心に当事者団体、全市町、医療機関、介護事業所等、多くの関係者と連携し、全県的な普及啓発を実施します。
- 県教育委員会と連携し、子どものための認知症学習用ウェブサイト「認知症こどもサイト」を小学校教員に周知し、総合的な学習や道德の授業などでの活用を促します。
- 市町における企業・職域型の認知症サポーターの養成の促進するため、企業や職域へキャラバ

ン・メイトの普及啓発を行います。

○市町は、地域における認知症の理解促進のため、認知症に関するイベントの開催、普及啓発媒体の配布を実施します。

○県及び市町は、認知症サポーターの活動や活躍の場を拓げるため、引き続き、認知症サポーター・チームオレンジ養成研修を実施するとともに、その活動を周知していきます。

○市町における企業・職域型の認知症サポーターの養成を促進するため、企業や職域への普及啓発を行うとともに、キャラバン・メイトを計画的に養成します。

（相談先の充実周知）

○県及び市町は、認知症に関する相談窓口（地域包括支援センターや認知症疾患医療センター、認知症家族会や当事者団体等）の認知度が高まるよう相談窓口の周知を行うとともに、住民の認知度を確認します。また、診断直後から相談窓口につながるよう支援します。

○市町が作成する認知症ケアパスの改善を支援し、活用を促進します。

●認知症の発症を遅らせる環境の整備（遅らせる）

（イ）認知症予防に資する可能性のある活動の推進

○市町等で実施する通いの場等の取組の情報を収集し、生活習慣病の予防や専門職の関与の観点から実施している効果的な事例等の共有化を図ります。

○「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を促進し、市町での通いの場等の充実、活用を支援します。

○高齢期になる以前からの生活習慣病予防の重要性について、特定健診等の機会を通じて県民への周知を図ります。

○難聴が認知症の発症の可能性を高める要因となりうることから、早期受診の必要性の周知を図ります。

○市町の介護予防事業に協力可能なリハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士を育成するとともに、関係機関の協力を得て派遣の仕組みづくりを行います。

○通いの場等へ専門職（歯科衛生士・管理栄養士等）の関与強化を支援し、高齢者の口腔ケアや低栄養の改善を推進します。

○通いの場等で、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の専門職が連携し、地域リハビリテーションサポート医と協力しながら健康相談を行う活動を促進します。

○各市町における認知症予防に資する可能性のある各種活動の好事例を収集し、情報共有により他市町への社会参加活動の普及・促進を図ります。

（予防に関する国の研究成果や事例の普及）

○国の研究成果や認知症予防に関する取組の情報を収集し、効果的な事例等の共有化を図ります。

○市町における認知症予防の強化を図るため、市町や地域包括支援センターの職員など、認知症予防事業に従事する者を対象にした研修会や講習会等を開催し、国の研修成果や活動事例の普及を図ります。

●地域で支え合いつなげる社会の実現（支え合う）

（ウ）早期発見・早期対応

- 早期発見、早期対応や行動・心理症状（ＢＰＳＤ）、身体合併症等への対応においては、医療、介護の関係機関をはじめ様々な主体が関わることから、地域の関係機関との連携強化のための取組を支援します。
- 認知症対応力向上研修の受講者の拡大を図るとともに、研修参加者が、習得した知識、技術等を活かし、さらに、関係職種等との連携を深めるとともに、地域での活動にもつなげるよう、関係団体と協力して研修内容の充実に取り組みます。
- 一般病院の医療従事者、看護職員の研修は、2019年度から認知症本人による講話を取り入れ、各団体と協力し独自の内容を加えて実施しています。引き続き、認知症の人を尊重し尊厳を守ることの重要性の理解を促進します。

（初期集中支援チーム）

- 認知症初期集中支援チームの研修会等を通し、具体的な取組の好事例を紹介し、市町同士が情報交換をしながら、初期集中支援チームの体制づくりを進めるための支援をします。

（エ）専門医療

（認知症サポート医）

- 認知症に係る多職種連携を強化するため、認知症サポート医の養成を進めるとともに、認知症サポート医のリーダーを養成します。また、認知症サポート医リーダー連絡会を開催し、研修会等の企画立案や地域の実態に即した連携づくり等により認知症サポート医の活動を支援します。
- 認知症の方も暮らしやすい地域共生社会の実現のため、各地域において認知症サポート医が、医師会をはじめ、市町、地域包括支援センター、介護事業所等と連携し、連絡会や研修会を行うなど、各地域で必要な取り組みを行えるよう支援します。

（認知症疾患医療センター）

- 認知症疾患医療センターが地域の相談機関との連携を深め、かかりつけ医や認知症サポート医との役割分担の明確化や地域での役割について、各認知症疾患医療連携協議会において協議するよう支援します。
- 認知症疾患医療センターが実施する地域に出向いた相談事業の報告会を行い、他のセンターの取組状況を共有し、その後の活動に取り入れられるよう支援します。
- 各認知症疾患医療センターが主催する連絡協議会等への介護事業所の参加を促進し、地域における関係機関の連携強化の取組を支援します。

（その他）

- 行動・心理症状（ＢＰＳＤ）への対応において、薬物を使用しない治療的なアプローチを第一選択とし、薬物療法を行う際には、高齢者の特性等を考慮した投薬がされるよう「かかりつけ医のためのＢＰＳＤに対応する向精神薬使用ガイドライン（第２版）」を引き続き普及します。
- 法律で身体拘束に関する規定のない医療現場等においても、行動の制限や身体拘束に対して、個人の尊厳を尊重し、人権に配慮した対応が取られるよう働き掛けを行います。
- 認知症疾患修飾薬の投与を希望する人が、適切に治療を受けられるような体制を検討していきます。

- 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を医療・介護従事者への研修において活用し、多職種協働による本人の意思決定支援の取組を推進します。
- 認知症サポート医やかかりつけ医や行政、及び地域包括支援センター等と協力し、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発、エンディングノート（ACPノート）の作成や活用を促進し、本人が望む生活を考え選択できるよう支援します。

（オ）地域支援

- 認知症カフェの活用方法の好事例について、ホームページ等を通じて広く情報提供を行います。
- 認知症家族会同士、横のつながりが取れるよう働きかけます。また、家族教室や家族へのピアサポート活動について、活動状況や好事例を収集し、広く情報提供します。
- 2020年4月から運用を開始した「見守り・SOS体制の広域連携」について、市町や警察署をはじめ、関係機関の更なる連携強化に努めます。また、各市町の見守り事例について情報を収集し紹介します。
- 身元不明の人の情報を広く発信するため、認知症の日や認知症月間等の中で、ホームページ等を活用した広報を行います。
- フォーラムや、出前講座により、意味や目的を紹介することで、ヘルプマークの普及を進めます。
- 認知症サポーターの活動や活躍の場を拡げるため、「チームオレンジ」を先行して実施している市町の事例や認知症の人本人がチームの一員として参加している事例を紹介し、市町の取組を支援します。また、「チームオレンジ」が未設置となっている市町に対し伴走型支援を行い設置を促進していきます。
- 市町や関係団体と協力して、認知症の人に認知症本人大使を委嘱し、「希望ある暮らしを続けていく姿を発信することを通じて、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる」ことの理解と普及を図ります。
- より多くの認知症本人大使やピアサポーター等、より多くの本人と協力し、市町や地域の活動を支援します。
- 認知症の人本人の声を聞いて施策に反映している好事例を紹介し、市町への普及・展開を図ります。

（若年性認知症の人への支援）

- 若年性認知症の人やその家族の意見を聴きながら、支えられる側だけでなく、支える側としての役割と生きがいを持って暮らすことができる環境整備に取り組みます。
- 若年性認知症に対する理解促進を図るため、認知症サポーター養成研修やホームページなどにより普及啓発を行います。
- 若年性認知症の人とその家族が必要な支援につながることができるよう、「静岡県若年性認知症相談窓口」の更なる周知を図るとともに、若年性認知症支援コーディネーターの相談対応力の向上や、認知症疾患医療センターをはじめとする多機関・多職種との連携を促進します。
- 若年性認知症の人の就労継続を支援するため、若年性認知症支援コーディネーターと連携して、企業・団体等への働き掛けを行います。

（認知症地域支援推進員）

- 地域支援体制の構築を担う地域包括支援センターや認知症地域支援推進員等を対象に、好事例

の共有化を図ります。

○市町が認知症施策の全体像と、各機関や職種がどのような場面でどのような役割を期待されているかを明確にし、認知症地域支援推進員が認知症施策の推進役となるよう、市町と認知症地域支援推進員の円滑なコミュニケーションに基づく活動を支援します。

○市町が実施するチームオレンジへの企業の参加を促進し、チームオレンジの取組を通じて企業等の認知症対応力向上を図ります。

●誰もが障壁なく暮らす地域づくり（暮らす）

（オ）地域支援

（バリアフリーのまちづくりの推進）

○運転免許を持っていない方や、運転することを望まない高齢者等が生活に必要な移動ができる環境の整備を行います。

○市町における住民ニーズに応じた移動支援の実施を支援します。

○住民主体の移動支援として、2019年度に実施したモデル事業3市の取組状況等をまとめた普及事例集を活用し、移動サービスの普及を図ります。

（企業等における認知症に関する取組推進）

○市町等が実施するチームオレンジへの企業の参加を促進します。

○チームオレンジ等の取組を通じて地域の店舗の認知症対応力^②向上を図ります。

○認知症になっても小売店や飲食店などを利用しやすい環境を整備するため、移動サービス創出の支援や認知症の人やその家族の意見を民間事業者等に届ける取組を実施します。

○企業等に対して、サポーター養成研修等を行い、認知症に関する理解促進を図ります。

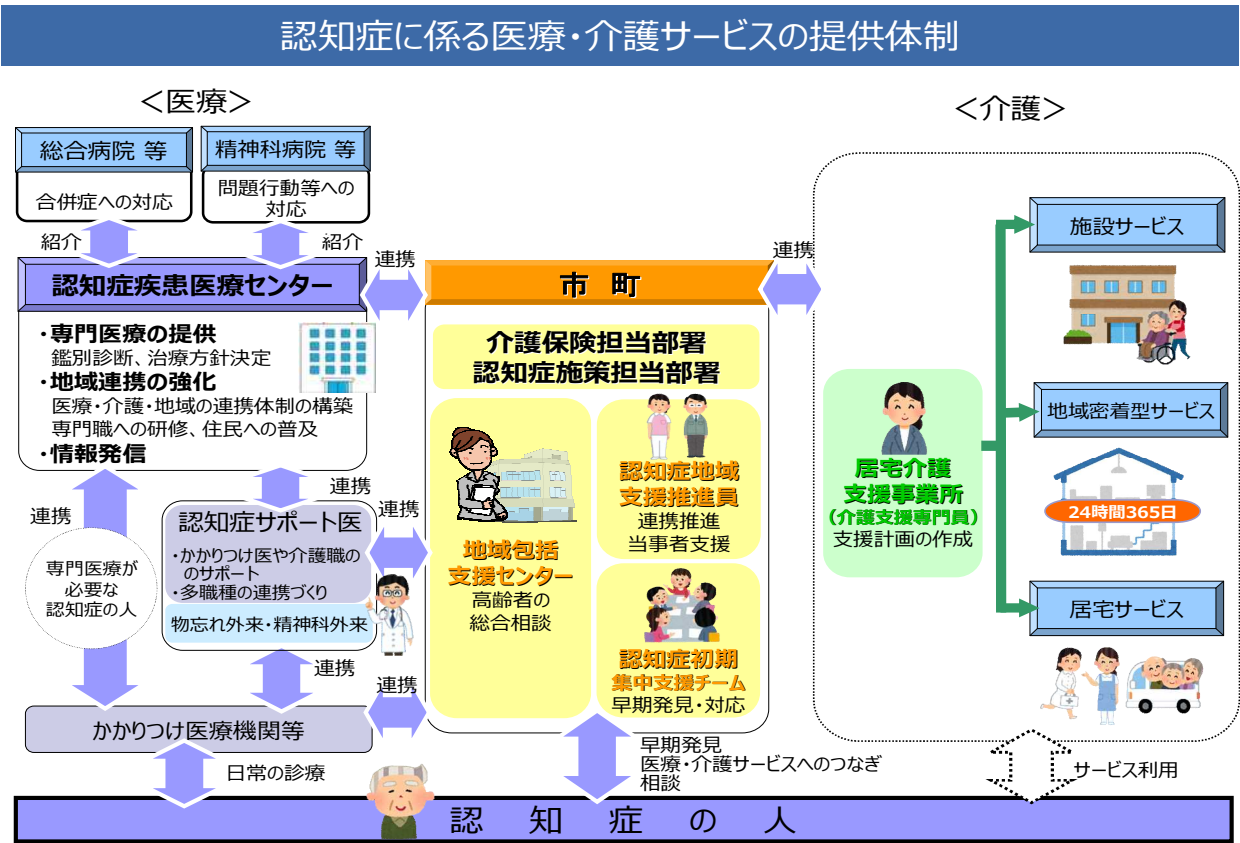
（社会参加支援）

○地域において「生きがい」を持った生活や認知症予防等の介護予防に資するよう、社会参加活動や社会貢献の場につなげる取組を促進します。

（３）認知症の医療体制に求められる医療機能

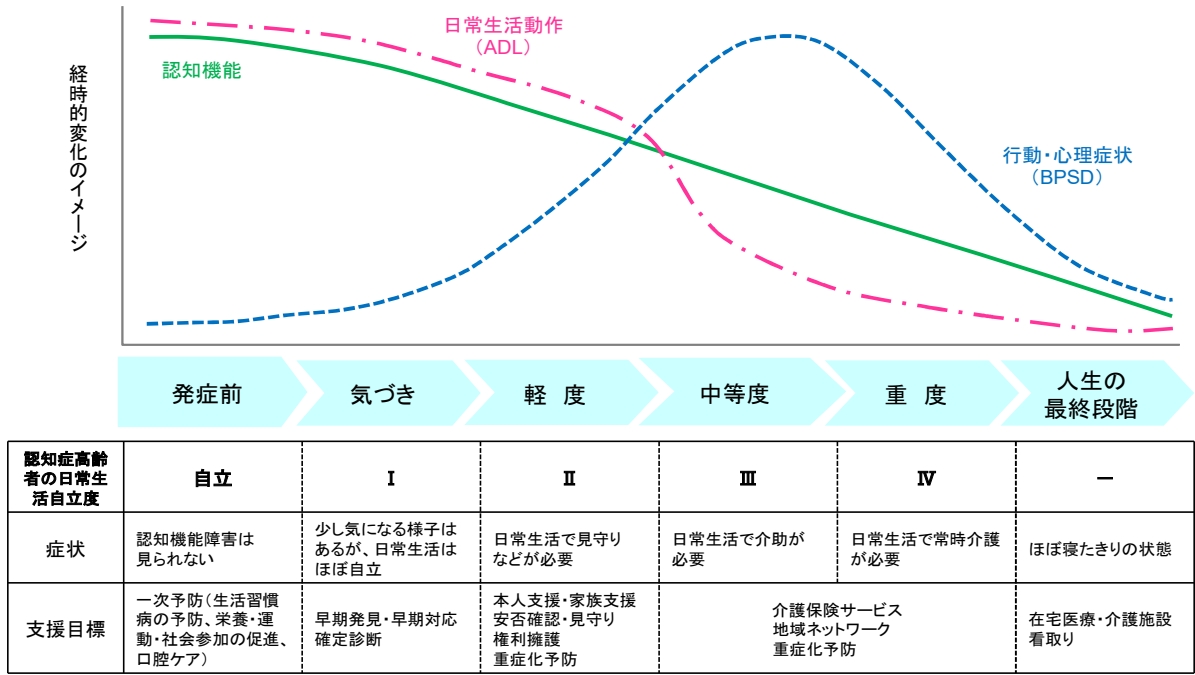
	早期発見・早期対応	専門医療	地域支援
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○かかりつけ医による認知症の発見 ○関係機関との適切な連携 	<ul style="list-style-type: none"> ○鑑別診断、急性精神症状(BPSD等)、身体合併症への対応 	<ul style="list-style-type: none"> ○認知症疾患医療センターと認知症サポート医リーダーが中心となり、地域における支援体制の構築 ○多職種によるネットワーク構築
機能の説明	<ul style="list-style-type: none"> ・「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の実施 ・認知症サポート医からの助言 ・かかりつけ医と認知症サポート医、地域包括支援センター、介護支援専門員、介護サービス事業者との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医、認知症サポート医、認知症疾患医療センターとの連携 ・認知症疾患医療センターと一般病院、精神科病院との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療、介護・福祉に従事する人の質の向上を図り、医療と介護・福祉をはじめとする多職種の連携 ・医療機関や介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う認知症地域支援推進員による、認知症の人やその家族への支援

(4) 認知症の医療体制図

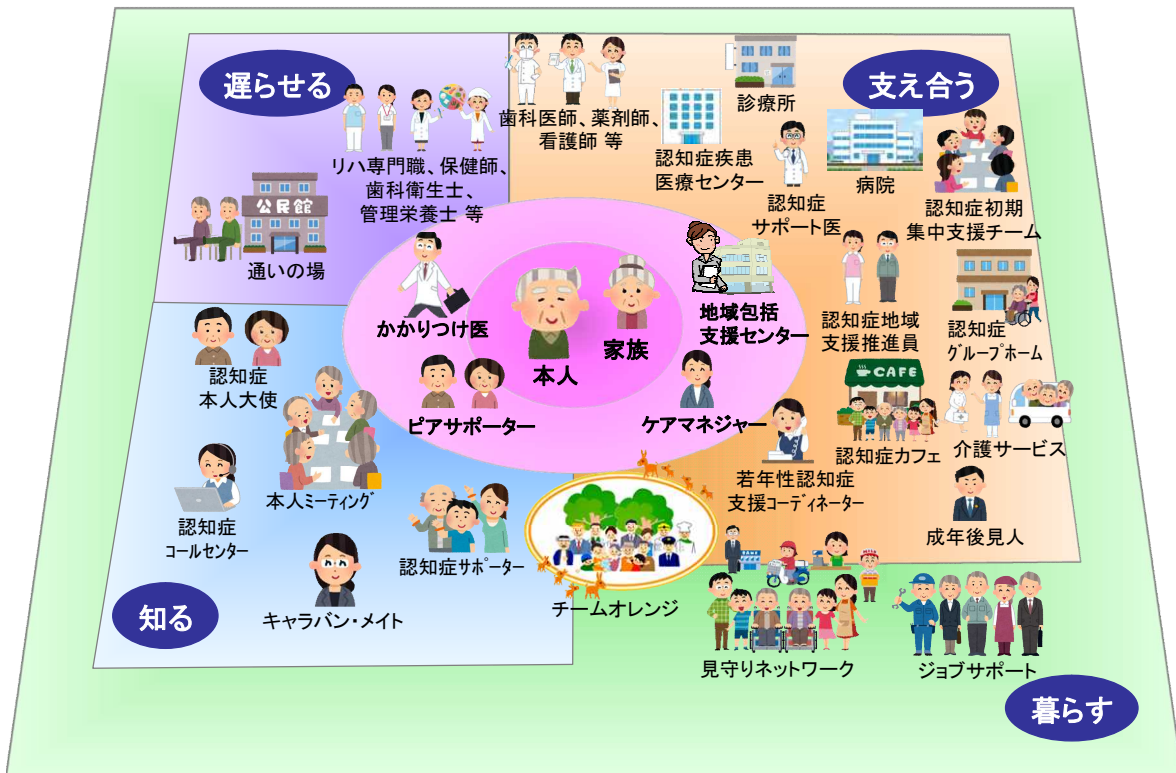


(5) 関連図表

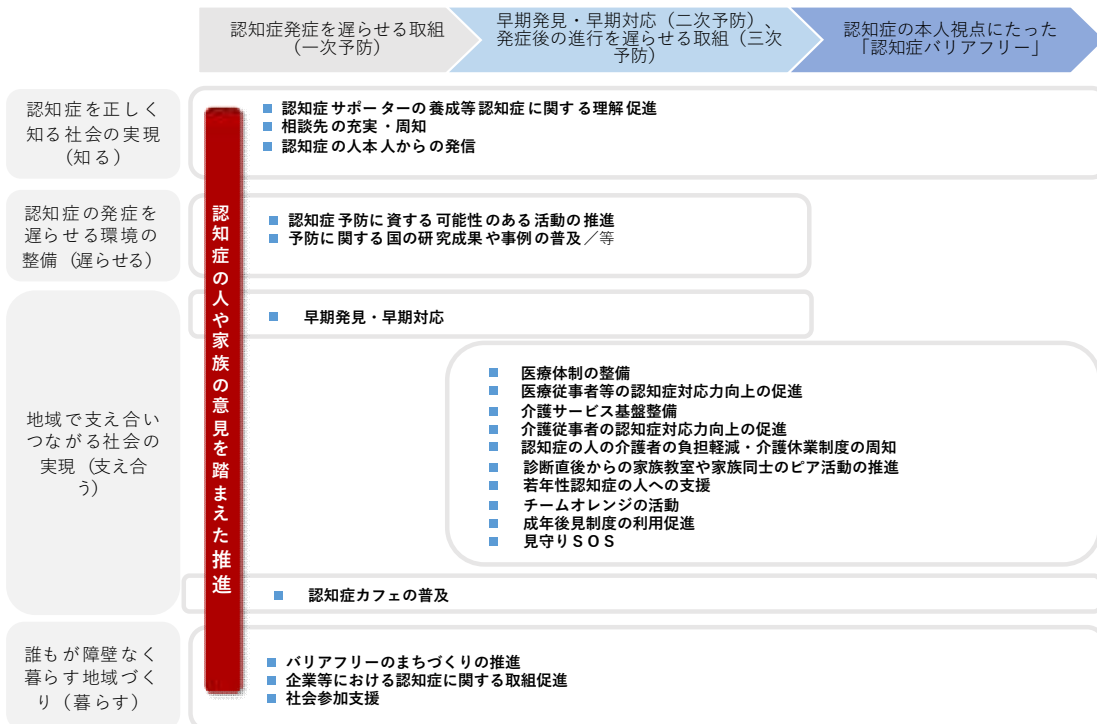
認知症の状態像の変化 (アルツハイマー型)



認知症施策の全体像



< 認知症施策の取組 >



第6節 地域リハビリテーション

【対策のポイント】

- 地域リハビリテーションに関わる多職種による全体像の共有と住民への周知
- 地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成と活動しやすい環境整備
- 予防期から急性期、回復期、生活期まで、切れ目のないリハビリテーション体制の構築

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
地域リハビリテーションサポート医養成者数	132 人 (2022 年度)	180 人 (2026 年度)	リハビリテーション必要な人の増加率約3割	県福祉長寿政策課調査
地域リハビリテーション推進員養成者数	463 人 (2022 年度)	650 人 (2026 年度)	リハビリテーション必要な人の増加率約3割	県福祉長寿政策課調査
「通いの場」設置数 【再掲】	4,665 か所 (2021 年度)	6,100 か所 (2025 年度)	県総合計画	厚生労働省調査
「通いの場」に歯科衛生士及び管理栄養士が関与している市町数【再掲】	28 市町 (2022 年度)	全市町 (2026 年度)	引き続き全市町においての実施を目指す	県健康増進課調査

(1) 現状と課題

ア 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

(ア) 全体像

- 静岡県の要介護（支援）認定者数は、2013 年 3 月の 147,887 人から 2023 年 3 月には 187,677 人となっており、10 年間で約 40,000 人が増加し、1.3 倍となっています。
- 2022 年度の国民生活基礎調査によると、要介護（支援）認定を受ける理由として、要介護者では、認知症、脳血管疾患、骨折・転倒の順で多くなっており、要支援者では、関節疾患、高齢による衰弱、骨折・転倒の順となっていることから、介護予防の取組や重度化防止の観点からのリハビリテーションは重要です。
- 地域リハビリテーションに関わる多くの専門職種や機関の間で、その全体像を共有することが課題となっています。
- 予防を含む地域リハビリテーションの理念や必要性について、県民をはじめ多職種・多機関の理解を深める必要があります。
- かかりつけ医やかかりつけ歯科医、地域リハビリテーションサポート医、地域リハビリテーション推進員、ケアマネジャー、地域リハビリテーションサポート医、市町職員、地域包括支援センター職員、地域リハビリテーション広域支援センター職員は、予防期、急性期、回復期、生活期の全ての段階で他の職種と連携し、切れ目なく本人と関わっていくことが必要です。
- 2023 年 3 月現在、かかりつけ医の相談役や地域づくりへの協力を行う地域リハビリテーション

サポート医は 28 市町、市町が実施する介護予防にリハビリテーションの視点から助言する地域リハビリテーション推進員は 31 市町で、それぞれ活動していますが、地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成が進んでいない地域があることから、周辺地域も含め、広域的な支援が求められています。

- 地域リハビリテーションサポート医・推進員の役割を地域包括支援センターに浸透させ、連携を強化する必要があります。
- 地域ケア会議（個別会議）や通いの場などにリハビリテーション専門職を効果的に派遣するため、県内に 8 か所ある地域リハビリテーション広域支援センターの体制を強化する必要があります。
- 2023 年 9 月現在、地域リハビリテーション広域支援センターと連携して多職種連携の推進等の事業を実施するリハビリテーション支援センターが 34 機関、広域支援センターの依頼に応じ、市町等にリハビリ専門職を派遣する協力機関が 100 施設あります。

（イ）専門職の育成と確保

- 静岡県が目指す地域リハビリテーションの提供のためには、地域リハビリテーションサポート医・推進員を中心に、リハビリテーション専門職、医師、看護師、ケアマネジャー、介護職員、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士等、様々な職種の関わりが重要となるため、各職能団体と連携して、体制を整備する必要があります。
- 介護人材需給推計によると、2022 年時点で、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の人数は 3,123 人で、2026 年には 3,338 人と更なる専門職の確保が必要になると推計されています。
- 日常生活における自立を支援するため、訪問リハビリテーションのサービス量の増加が見込まれていることから、人材の確保が必要です。
- かかりつけ医が、患者のリハビリテーションの必要性を判断し、地域包括支援センターと協力して、訪問・通所リハビリテーションの利用や介護予防・フレイル予防に関する助言・指導を行う必要があります。
- 地域リハビリテーションサポート医・推進員がいない地域があり、引き続き、全県的な養成を推進する必要があります。
- 市町における地域リハビリテーションサポート医・推進員の役割や活動内容を明確にしていく必要があります。
- 通いの場や市町が実施する地域ケア会議など、介護予防事業に対するリハビリテーション専門職の派遣は、全ての市町で実施されており、2022 年度の派遣件数は 2,921 件となっています。
- 2022 年度では地域ケア会議（個別会議）にリハビリテーション専門職が関与している市町が 32 市町あります。
- 地域リハビリテーション推進員が、地域で活動しやすい環境づくりのためには、所属機関の理解が必要です。
- 言語聴覚士の数は少なく、不足している地域もあり、地域ごとの活動に差があることから、摂食・嚥下障害のある人に対して、その機能の維持向上を図るための十分なサービスが提供できていません。
- 2022 年度には、通いの場に歯科衛生士や管理栄養士が関与している市町が 28 市町あります。

(ウ) 住民への普及啓発

- 地域の関係者や住民に、医療・介護サービスに加え、地域の助け合いやボランティアなどによるインフォーマルサービスといった地域リハビリテーションの資源を更に活用していく必要があります。
- 地域リハビリテーションの理念や必要性について、住民の理解を深める必要があります。
- 県民へのフレイル予防、オーラルフレイル（口腔機能の軽微な低下）予防や高齢者の低栄養、水分不足、運動不足の解消などについての普及啓発が必要です。

イ 各段階における地域リハビリテーションの充実

(ア) 予防期（健康づくり、介護予防・重度化防止）

- 予防期では、健康な人がその健康をできるだけ維持するための取組と身体機能の維持向上を図り、要介護（支援）状態となることを防ぐための介護予防の取組を一体的に進める必要があります。
- 県内の高齢者の生活習慣や健康状態を追跡した調査研究によれば、運動習慣がある人は、運動習慣のない人に比べて、生活習慣病発症や死亡のリスクが少ないことが判明しています。
- 多くの人が無理なく日常生活の中で運動を実施するため、身体活動や運動の健康への効用やその実施方法について、正しい知識を持つことが必要です。
- 健康づくりと介護予防は、県民一人ひとりが健康への意識を高め、自発的に取り組むことが重要です。
- 特に、フレイル、オーラルフレイル、誤嚥性肺炎、心不全、大腿骨近位部骨折¹、サルコペニア、骨粗しょう症、嚥下障害などは高齢期に生じやすい疾患や健康上の問題であり、介護や看護が必要となる要因となることから早めの予防が必要です。
- また、静岡県は、脳卒中を除き、多くの疾患で、全国に比べて死亡率は低い状況ですが、脳卒中は要介護状態となった主な要因の一つでもあり、たばこ対策を含めた生活習慣病の発生予防、早期発見、重症化予防等の対策を進める必要があります。
- 県民の健康を維持し、健康寿命の延伸を図るためには、高齢期の健康づくりと介護予防の取組を推進することに加え、幼少期から生涯を通じた健康づくりが重要です。
- 加えて、生涯を通じて歯と口の機能を維持していくため、80歳で20本の自分の歯を保つ、「8020（ハチマルニイマル）運動」の取組を更に進めていく必要があります。
- 高齢者が自ら運営に参加し、体操や趣味活動などを行う通いの場は、2021年度、県内に4,665か所設置されていますが、参加者数は新型コロナウイルス感染症まん延の影響もあり、85,518人となっており、2019年度の95,512人から約1万人減少しています。高齢者人口に対する参加率は7.8%となっており、通いの場に参加するメリットを住民に理解してもらうなど、参加を促進する取組が必要です。
- 住民主体の介護予防活動を推進するためには、介護予防リーダーなどの担い手不足が課題となっているため、自治会や民生委員・児童委員、社会福祉協議会等が協力してボランティア等を育成することにより、担い手の確保を図っていく必要があります。
- 併せて、通いの場等の創出には、行政や生活支援コーディネーター、地域包括支援センターとの連携が必要です。

¹大腿骨の足のつけね側にあたる部位の骨折

- また、通いの場等で効率的、効果的に介護予防を推進するためにリハビリテーション専門職等の関与を促進してきましたが、2020年度に「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施²」が施行され、通いの場等への多様な医療専門職の関与が求められています。
- 市町における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組を効果的なものとするため、通いの場への地域リハビリテーションサポート医・推進員、リハビリテーション専門職、医師、看護師、ケアマネジャー、介護職員、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士等の多職種
- 併せて、市町の保健師による健康指導や、看護師による生活指導・健康相談を、通いの場や介護予防教室で行うなど、保健師・看護師とその他の専門職との連携した取組が必要です。
- 加えて、かかりつけ医が患者の介護予防の視点も持ち、継続的に重度化を防ぐ必要があります。
- 新興感染症発生・まん延時に活動を継続するためには、通いの場や一般介護予防事業の開催方法を内容を工夫することが必要です。
- 要介護状態になるリスクが高い高齢者に対し、自立支援の視点を取り入れたケアマネジメントを行い、心身の状態を把握しながら適時・適切に医療機関への受診や介護予防・日常生活支援総合事業の多様なサービスの利用などを促し、介護が必要な状態になることを予防する取組も必要です。

(イ) 急性期

- 急性期においては、術後すぐにリハビリテーションを行う取組が進んだことにより、早期に退院が可能となり入院日数が短縮される傾向を踏まえ、入院後の早い時期からの退院支援が必要となっています。
- 急性期において、入院時から、退院後の生活を見据えた医療関係者と介護関係者、リハビリテーション専門職との円滑な情報共有が必要です。
- また、そのためには、退院支援のルールづくりや、多職種による入退院時の連携体制の整備が必要です。
- 入院患者の合併症の予防・軽減のため、早期の歯科的介入や、術前からの口腔ケアを実施する必要があります。

(ウ) 回復期

- 回復期のリハビリテーションはそれぞれの医療機関や介護老人保健施設、介護医療院で行われていますが、回復期全体を通じた質の向上が必要です。
- 入院患者が日常生活に復帰するには、退院後のリハビリテーションを継続することが重要で、退院前から円滑な在宅復帰のための必要な情報を回復期病院医師からかかりつけ医、回復期病院リハビリテーション専門職から在宅生活を支えるリハビリテーション専門職、介護事業所職員など、関係者で共有をする必要があります。
- このため、退院支援カンファレンス（会議）に退院後の生活を支えるケアマネジャーや、かかりつけ医、訪問看護師等の参加が必要です。

² 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」とは、高齢者の効果的な健康づくりに向けた切れ目のない支援を行う体制整備をするもの。高齢者の健康課題解決や生活機能の改善については、医療保険制度(国民健康保険、後期高齢者医療制度等)に基づく保健事業と、介護保険制度に基づく介護予防事業が、それぞれの制度及び年齢によって実施され事業の連携が取れていないこと等が課題となっている

- 回復期において、入院前から、退院後の生活を見据えた医療関係者と介護関係者、リハビリテーション専門職との円滑な情報共有が必要です。
- 食べたり飲み込んだりすることが難しくなった場合には、機能を回復し、退院後も維持できるよう、腔機能管理や摂食嚥下リハビリテーションが必要です。

(エ) 生活期（日常生活への復帰）

(退院後のリハビリテーションの継続)

- 3～6か月で運動器の機能向上等を行う介護予防・日常生活支援事業の短期集中サービス（C型）を実施している市町は、2022年時点で24市町となっています。
- 県内で訪問リハビリテーションを提供する事業所は 120 か所で、人口10万人あたり3.3か所となっていますが、全国平均（4.5か所）を下回っており、訪問リハビリテーション事業所が近づくなく、退院後にリハビリテーションが受けられないことがあります。
- 日常生活の維持のためには、適切な時期に適切な量のリハビリテーションを提供する必要がありますが、要介護認定の申請から結果が出るまでに時間がかかり、退院後にリハビリテーションを開始するまでに機能が低下してしまうことがあります。
- ケアプランにリハビリテーションが取り入れられず、退院後の日常生活でリハビリテーションが継続できていないことがあります。このため、訪問リハビリテーションの重要性について、専門職を含め地域住民に周知していく必要があります。
- 生活期における効果的なリハビリテーションの継続のためには、リハビリテーションの視点を踏まえたケアプランを作成する必要があるため、かかりつけ医とケアマネジャーの日常的な情報共有や連携が必要です。
- 訪問リハビリテーションの更なる普及や、介護老人保健施設による在宅療養支援機能の充実を図ることが重要です。

(生活・身体機能維持)

- 日常生活の動作の中にリハビリテーションを取り入れる ことが効果的です。また、本人にも、自分自身で体を管理しメンテナンスを行う、セルフコンディショニングの意識が必要です。
- 日常生活の不便をサービスで補う意識が住民にも専門職にも根強くありますが、サービスの利用により本人の有する能力を維持・向上していくよう、自立した生活を目指していく視点や意識が必要です。
- 心身機能が低下した人の重度化を防ぐことも 日常生活の維持のためには必要です。
- 寝たきりの場合など、歯科診療所を受診することが困難な高齢者では、口腔環境の悪化や、歯周病等、口腔領域の感染症のおそれがあります。

(予防期への移行)

- 市町全域の地域ケア会議（推進会議）を実施している市町数は、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、2019年度の31市町から、2021年度では、29市町と減少しています。
- 市町や地域包括支援センターが、多職種で高齢者への適切な支援や必要な支援体制について検討する地域ケア会議（個別会議）を、自立支援、介護予防・重度化防止の視点を重視した自立支援型の地域ケア会議（個別会議）へと更に充実させていく必要があります。
- 従来の日常生活を送るためには、ケアマネジャーが介護予防・日常生活支援総合事業やインフォーマルサービスをケアプランに入れることが必要です。
- 退院後、後遺症が残っていても仕事の内容によっては働けるにも関わらず、引きこもるケース

があるので、離職者向けや障害のある人に対する職業訓練につなげ、再就職を促していく必要があります。

(2) 今後の対策

ア 施策の方向性

(ア) 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

(全体像)

- 関係団体・関係機関等の保健・医療・福祉・介護の関係者で構成される協議会を設けて取組を推進します。
- 高齢者に適切かつ効果的なリハビリテーションが提供されるよう、地域リハビリテーションサポート医・推進員の活用や関係機関の協力により、多職種連携を進め、地域におけるリハビリテーション提供体制の強化を図ります。
- 地域リハビリテーションの理念の理解促進を図るとともに、市町や地域包括支援センターの職員など関係者の連携を強化します。
- 静岡県医師会や静岡県リハビリテーション専門職団体協議会と連携し、引き続き地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成研修等により、引き続き人材育成を行います。
- 研修会や関係機関が集う会議等を活用し、各地域における地域リハビリテーションサポート医・推進員の役割の理解促進に取り組みます。
- 地域リハビリテーション広域支援センターの派遣調整・取組評価について、担当者連絡会を開催し、好事例の普及などの情報共有を図ります。
- 圏域の実情を踏まえ、地域リハビリテーション広域支援センター等が、市町等と協議し、圏域内のリハビリテーション専門職の派遣調整を行います。
- 地域リハビリテーション支援センターや地域リハビリテーション協力機関を追加で指定し、圏域内の体制強化を進めていきます。

(専門職の育成と確保)

- 訪問リハビリテーションの供給体制を拡充するため、訪問リハビリテーション専門職を育成する研修を実施します。
- かかりつけ医の地域リハビリテーションに関する意識の向上や理解促進を図ります。
- 市町における地域ケア会議（個別会議）に、アドバイザーを派遣し、ケアマネジャーのケアマネジメント能力の向上やアドバイスをする多職種のスキルアップを図ります。
- かかりつけ医が、必要な患者を適切に医療・介護サービスにつなげるほか、日常生活の改善に資する助言を行えるよう、資質の向上を図ります。
- 関係団体と協力して、地域リハビリテーションサポート医・推進員の養成に努め、各地域における地域リハビリテーション提供体制を強化します。
- 地域リハビリテーションサポート医・推進員の活動の好事例を収集、発信し、市町が期待する役割をイメージできるよう支援します。
- リハビリテーション専門職の派遣に協力できる機関を地域リハビリテーション協力機関として指定し、地域リハビリテーション推進員が活動しやすい環境を強化します。
- 言語聴覚士が、摂食・嚥下障害のある人に対して、その機能の維持向上を図るため、嚥下訓練や必要な検査及び助言・指導を行う体制を整備します。

(住民への普及啓発)

- 地域リハビリテーションに関わる多職種がその全体像を共有するため、市町が地域の関係者や住民に地域資源を周知する取組を支援します。
- 利用者の見守り・支え合いや社会参加のきっかけ作りにもなるようなリハビリテーションの支援について、好事例を共有します。
- フレイル予防、オーラルフレイル予防や低栄養など、高齢者が日常生活を送る上で注意すべきことについて、県民の普及啓発を図ります。

(イ) 各段階における地域リハビリテーションの充実

(予防期（健康づくり、介護予防・重度化防止））

- 地域によって異なる健康課題や生活状況に応じた取組ができるよう、健康課題の分析や健康づくり従事者の人材育成を行い、広域的に市町を支援します。
- 運動についての正しい知識の普及・啓発により、運動習慣者の増加に取り組めます。
- 健康づくりや健診の重要性のほか、フレイル、オーラルフレイルや低栄養など高齢者に生じやすい疾患や健康上の問題について、県民の理解促進を図ります。
- 通いの場や生活習慣病予防の好事例を把握し、地域包括支援センター等に対して研修会等を通じて周知・普及を図ります。
- 歯や口の健康づくりへの関心を高め、県民に自主的な努力を促すため、8020 運動を推進します。
- 専門職の関与を促進することにより、通いの場の魅力を高め、高齢者の参加を促進します。
- 介護予防ボランティアの育成や地域包括支援センター職員等による担い手養成・組織化を図り、担い手の確保を促進します。
- 関係団体と協力し市町の介護予防事業に協力可能なリハビリテーション専門職、歯科衛生士、管理栄養士を養成するとともに、派遣の仕組みづくりを支援します。
- 市町における自立支援、介護予防・重度化防止の視点を重視した自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の開催を促進し、多職種でのケアマネジメントの改善を図るとともに、研修等により専門職のスキルアップを図ります。
- 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」について市町の実施状況を把握し、好事例の共有化を図ります。
- かかりつけ医をはじめとする医療専門職の通いの場等への関与や健診、診療時におけるスクリーニングなど「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を行う市町を支援します。
- 新興感染症発生・まん延時には、市町がオンライン等で実施する通いの場や一般介護予防事業の取組を支援します。

(急性期)

- 入院から退院、その後の在宅復帰と介護サービス利用まで、地域の実情に応じて市町や病院等が中心となって、地域リハビリテーションサポート医・推進員をはじめ、医療関係者と介護関係者が連携し、入退院を通じて切れ目なくリハビリテーションを提供できる連携体制の整備や退院支援のルールづくり、地域住民への普及を促進します。
- 入院時、急性期、回復期を通じて、リハビリテーション専門職を含め関係者が必要な情報を共有できるように、「シズケア＊かけはし」(静岡県地域包括ケア情報システム)等の I C T 等も活用した仕組みづくりを進めます。
- 入院中の口腔ケアや口腔機能の向上に向けた体制を整備するため、歯科のない地域医療支援病

院と地域の歯科医師による連携体制の構築を進めます。

（回復期）

- それぞれの医療機関や介護老人保健施設、介護医療院において質の高い回復期リハビリテーションが行われるよう、好事例などの情報提供を進めます。
- 入院時、急性期、回復期を通じて、リハビリテーション専門職を含め関係者が必要な情報を共有できるように、地域包括ケア情報システム「シズケア＊かけはし（静岡県地域包括ケア情報システム）」等のＩＣＴ等も活用した仕組みづくりを進めます。
- 各地域で地域リハビリテーションサポート医・推進員をはじめ、病院関係者と在宅医療・介護・福祉関係者が連携した在宅復帰支援体制の整備を図ります。
- 口腔機能の回復に必要な口腔機能管理や摂食嚥下リハビリテーションを実施できる歯科医師を養成します。

（生活期（日常生活への復帰））

【退院後のリハビリテーションの継続】

- 退院直後からリハビリテーションが利用できるよう、訪問リハビリテーションに対応できる人材の養成を推進します。
- 状態に応じた、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、訪問看護ステーションのリハビリテーションの使い分けを周知し連携を支援します。
- 退院後の高齢者が早期に日常生活への復帰を果たすため、介護予防・日常生活支援総合事業の短期集中サービス（Ｃ型）を提供する体制整備を支援します。
- 各地域で地域リハビリテーションサポート医・推進員をはじめ、病院関係者と在宅医療・介護・福祉関係者が連携した在宅復帰支援体制の整備を図ります。

【生活・身体機能維持】

- 本人に対して、自身のできることを大切にし、できることを増やしていき、自立していく意識の啓発を促進します。
- ケアマネジャーに対して、リハビリテーション専門職と他の職種との連携の重要性について理解を促進します。
- かかりつけ医が必要に応じて患者を専門機関でのリハビリテーションにつなぐことができるよう、かかりつけ医の意識の向上や理解促進を図ります。
- 訪問介護員とリハビリテーション専門職が連携して利用者を訪問できる体制の強化を図ります。
- 高齢者の口腔ケアや口腔機能の維持・向上のため、かかりつけ歯科医を持つことの重要性について周知するとともに、在宅歯科診療や自宅等での口腔管理の普及啓発を推進します。

【予防期への移行】

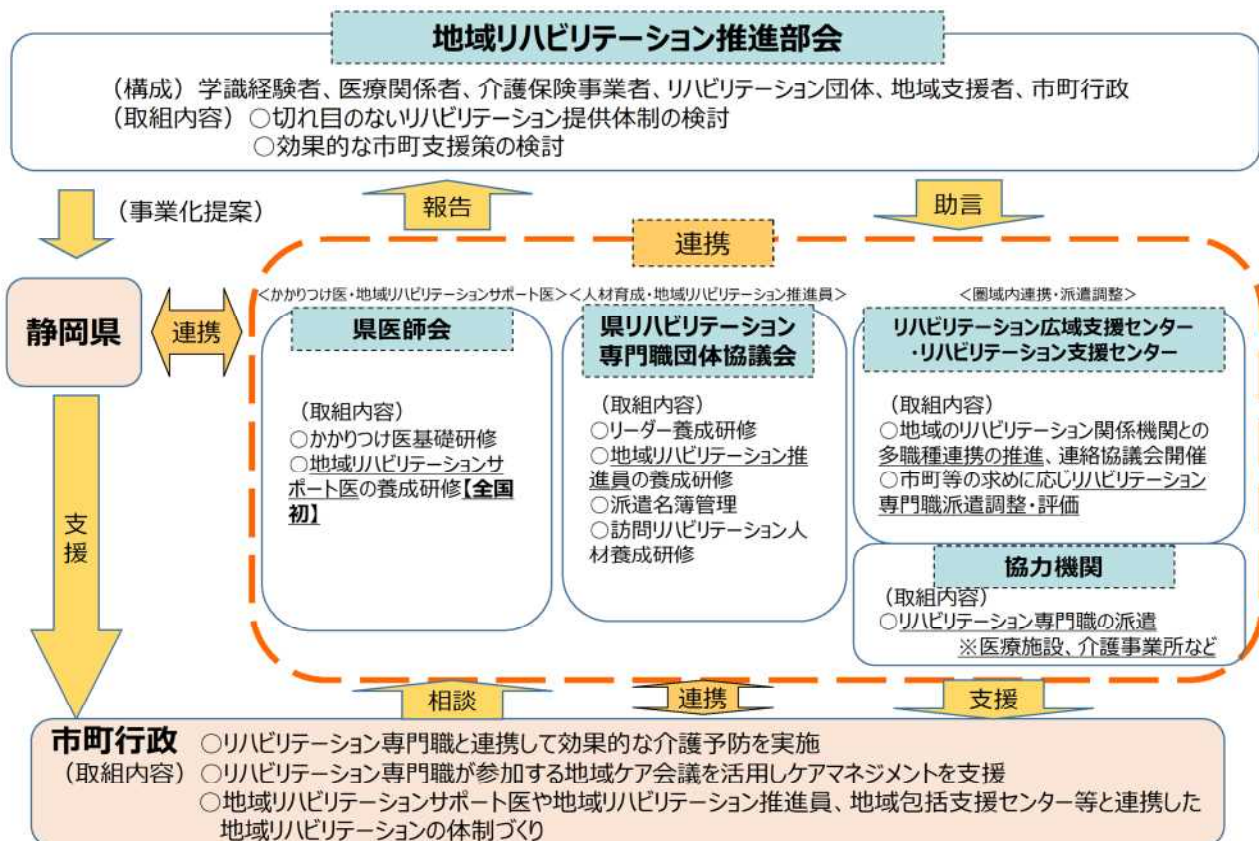
- 介護サービスでの支援から介護予防・日常生活支援総合事業やインフォーマルサービスでの支援に移行できる人を増やすために、自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の活用を促進します。
- 地域ケア会議（推進会議）への生活支援コーディネーターの出席を促進するなど、地域課題の把握と資源開発を連携して実施する取組を促進します。
- 市町における自立支援型の地域ケア会議（個別会議）の効果的な開催を支援するため、リハビリテーション専門職等のアドバイザーを派遣します。
- 全ての市町において、自立支援型の地域ケア会議（個別会議）にリハビリテーション専門職を

はじめ、医師や歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士など、多職種が参加できる環境の整備を推進します。

○介護サービス以外に、介護予防・日常生活支援総合事業などにより生活期における介護予防に活用すべきことを周知します。

○リハビリテーション中の方に職業訓練に関する情報が伝わるよう、リハビリテーション専門職へ制度の周知に取り組みます。

＜地域リハビリテーションの推進体制＞



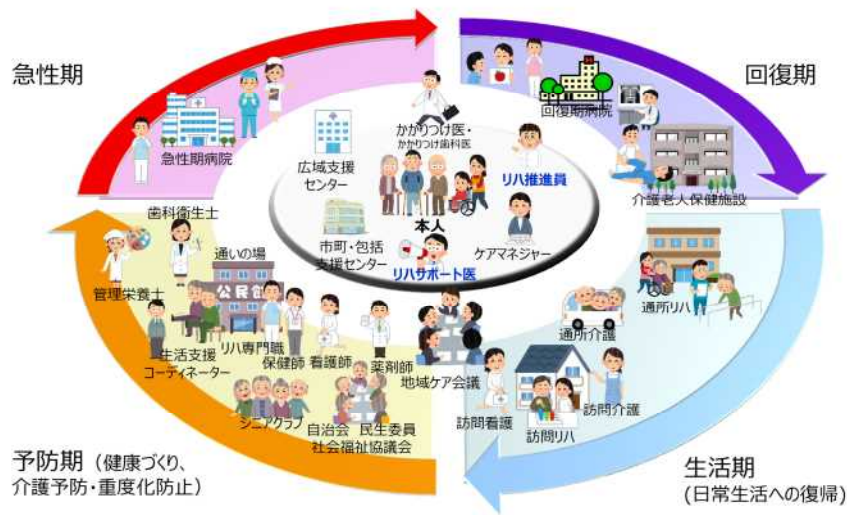
地域リハビリテーション広域支援センター等一覧 (2023年9月現在)

圏域	地域リハビリテーション広域支援センター	地域リハビリテーション支援センター	協力機関
賀茂	熱川温泉病院	伊豆東部総合病院、伊豆今井浜病院、下田メディカルセンター	1施設
熱海伊東	国際医療福祉大学熱海病院	熱海所記念病院、市立伊東市民病院	8施設
駿東田方	中伊豆リハビリテーションセンター	NTT東日本伊豆病院、リハビリテーション中伊豆温泉病院、フジ虎ノ門整形外科病院、沼津リハビリテーション病院	19施設
富士	富士いきいき病院	フジヤマ病院、湖山リハビリテーション病院、富士整形外科病院、新富士病院	8施設
静岡	静岡リハビリテーション病院	市立清水病院、静岡済生会総合病院、白萩病院	23施設
志太榛原	コミュニティーホスピタル甲賀病院	島田市立総合医療センター、藤枝市立総合病院、榛原総合病院、岡本石井病院、聖陵リハビリテーション病院、駿河西病院	5施設
中東遠	磐田市立総合病院	中東遠総合医療センター、菊川市立総合病院、公立森町病院、市立御前崎総合病院、掛川東病院、豊田えいせい病院、すずかけヘルスケアホスピタル	9施設
西部	浜松市リハビリテーション病院	天竜すずかけ病院、天竜厚生会診療所、佐久間病院、引佐赤十字病院、市立湖西病院	27施設
計	8医療機関	34医療機関	100施設

(3) 地域リハビリテーションの体制図

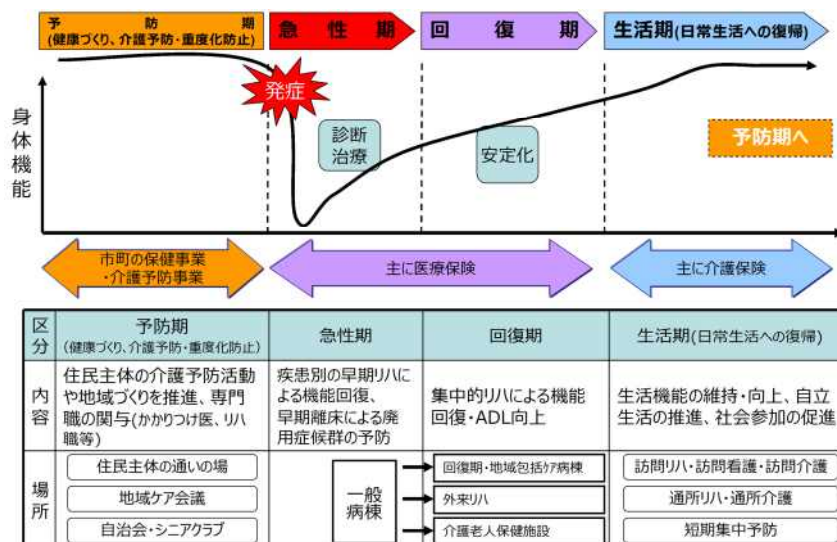
ア 静岡県が目指す地域リハビリテーションの姿

- 住み慣れた地域社会の中で安心してその人らしくいきいきとした日常生活を送ることができるよう、市町・地域包括支援センター、地域リハビリテーションサポート医や地域リハビリテーション推進員等が、予防期、急性期、回復期、生活期の各段階を通じて多職種・多機関が連携し、切れ目なく 本人とその家族 を支援することを目指します。
- 本県の地域リハビリテーションは、疾病からの回復だけでなく、介護予防や疾病予防も含めた幅広い概念です。



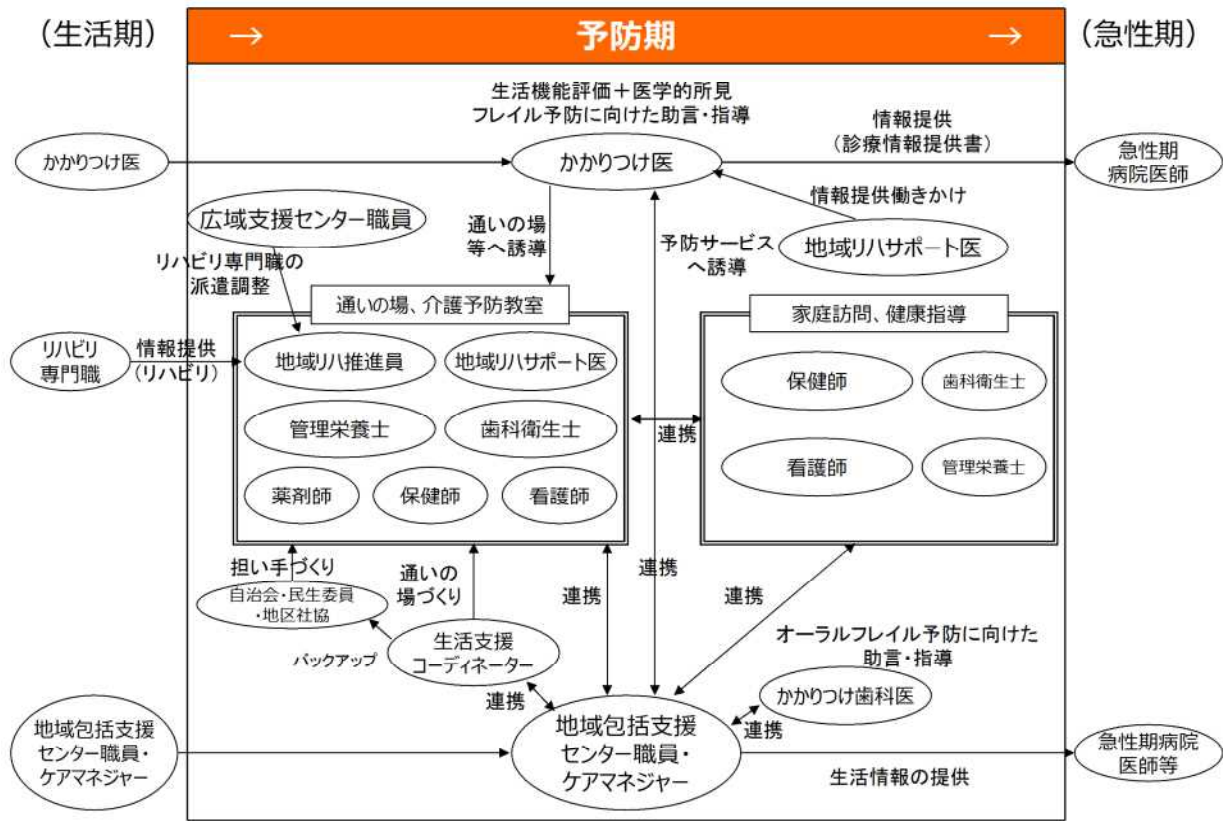
イ 地域リハビリテーション全体の流れ

- 高齢者が住み慣れた地域で、最期まで安心していきいきと暮らしていくためには、疾病予防や介護予防だけでなく、病気やケガなどにより入院が必要になった時（急性期）から、回復期、生活期まで、どの段階においてもリハビリテーションを切れ目なく提供し、自立した生活を送れるように支援していくことが必要です。
- そのためには、各段階における地域リハビリテーションの提供体制を整備し、継続してリハビリテーションが提供できるよう、各提供機関や関係職種等の連携を強化していきます。



(4) 関連図表

＜図 1：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（予防期）＞

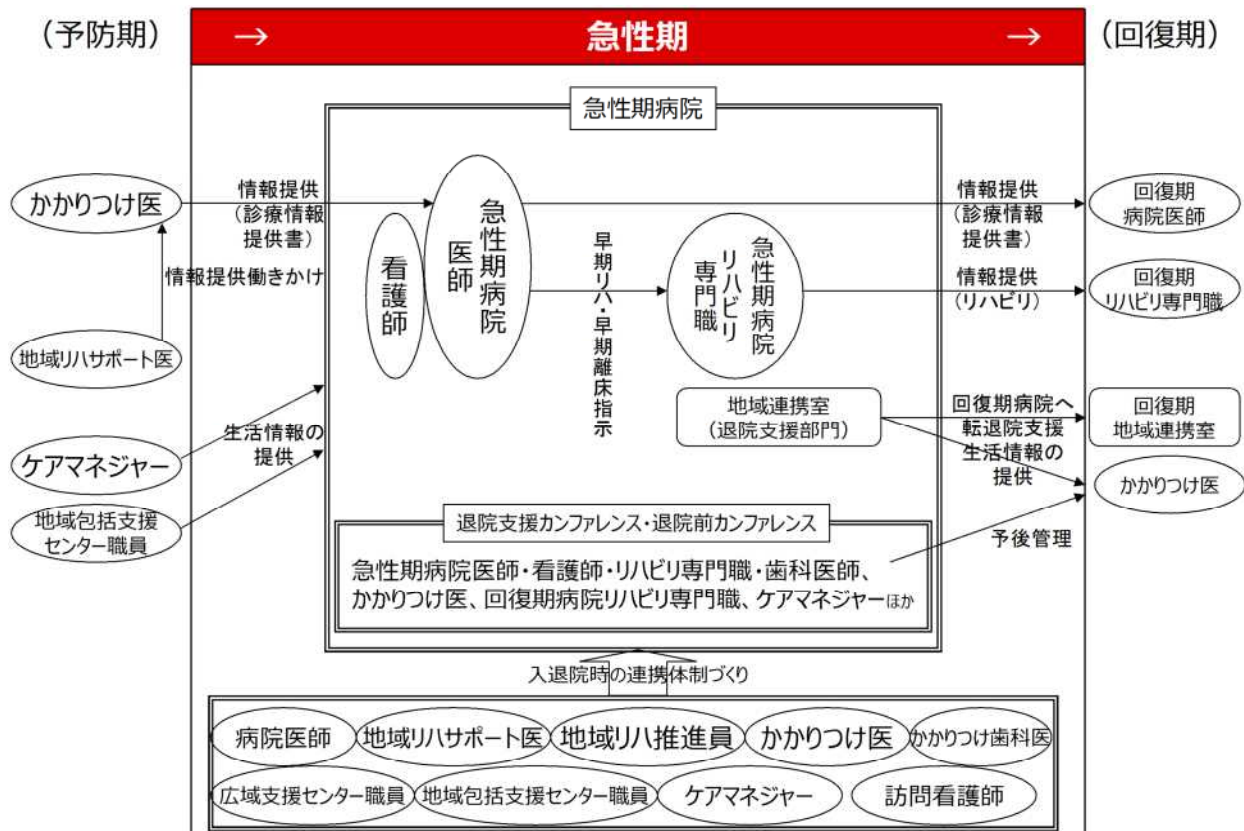


＜表 1：関係職種に期待される役割（予防期）＞

区分	職 種	役 割
予防期に関わる職種	リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	・市町等が実施する介護予防事業（介護予防教室・地域ケア会議（個別会議）等）に関わり、専門職の視点から助言
	看護師	・通いの場や家庭訪問等で、地域住民に対する慢性疾患など重症化予防のための内服管理指導や生活指導、健康相談
	保健師	・家庭訪問や通いの場等で、健康状態や生活習慣等を把握し、健康指導や助言、健康相談
	歯科衛生士	・通いの場等で、口腔機能・口腔衛生の観点から助言 ・口腔機能低下リスク者等に対して家庭訪問による歯科相談
	管理栄養士	・通いの場等で、適切な栄養摂取など低栄養防止の観点から助言 ・低栄養リスク者等に対して家庭訪問による栄養相談
	薬剤師	・地域住民に対する慢性疾患などの重症化予防のための薬学的管理・指導 ・通いの場等における薬の適正使用等の観点から助言
	生活支援コーディネーター	・地域住民に対する通いの場の設置等の働き掛け、地域資源の開発
	自治会・民生委員・社協	・生活支援コーディネーター等のバックアップのもと、通いの場等における担い手づくり、住民の社会参加を推進

区分	職 種	役 割
全ての段階（期） に関わる職種	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の基礎疾患の管理や介護予防・フレイル予防に向けた助言・指導 ・患者の生活機能低下への気づきとその対応
	かかりつけ 歯科医	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の口腔機能の管理やオーラルフレイル予防に向けた助言・指導、関係機関との連携
	地域リハビリテーション 広域支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ・地域リハビリテーション関係機関との連携事業や連絡協議会を実施 ・市町等からの依頼を受け、市町の介護予防事業等に関与するリハビリテーション専門職の派遣調整を実施
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの作成やその実施状況の評価に当たり、かかりつけ医やリハビリテーション専門職、他専門職等との緊密な連携調整
	地域包括支援 センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ・自立した生活ができるよう支援する介護予防ケアマネジメントの実施 ・通いの場等や、市町、地域包括支援センター等が実施する介護予防教室等の紹介
	地域リハビリテーション サポート医	<ul style="list-style-type: none"> ・市町が実施する介護予防教室などで、講師として介護予防の必要性を啓発 ・かかりつけ医・ケアマネジャーに対する研修会の講師 ・地域ケア会議（個別会議）における医学的視点からの助言
	地域リハビリテ ーション推進員	<ul style="list-style-type: none"> ・市町や関係機関と地域リハビリテーションの仕組みづくり ・地域ケア会議（個別会議）で自立支援の視点から助言 ・介護予防教室での運動機能・IADL（手段的日常生活動作）評価と助言

＜図 2：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（急性期）＞

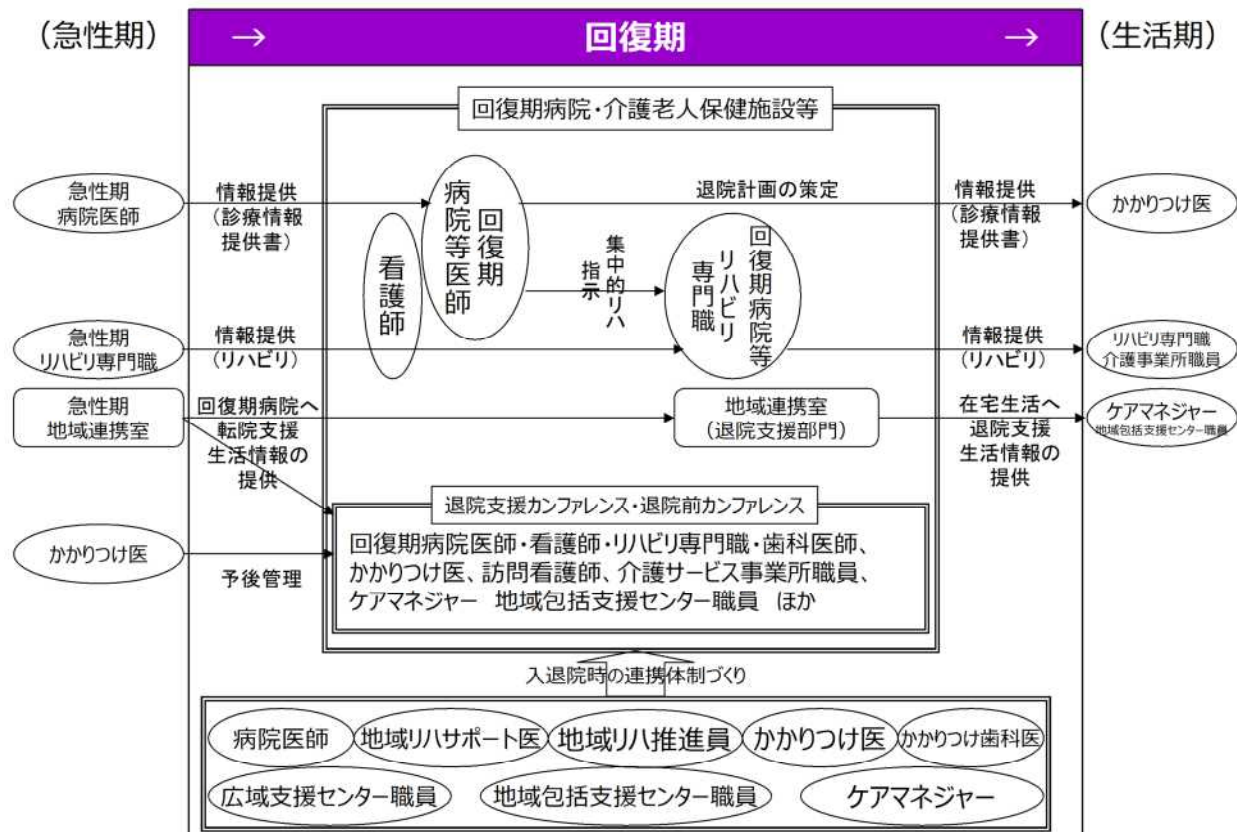


＜表 2：関係職種に期待される役割（急性期）＞

区分	職 種	役 割
急性期に関わる職種	急性期病院 医師	<ul style="list-style-type: none"> 疾患別の早期リハビリテーションによる機能回復 治療を受けた患者が、どこまで回復できるかの見通しを持ち、今後どのようなリハビリテーションを受ける必要があるかを決定し、必要に応じて回復期を担う病院を紹介 入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	急性期病院 看護師	<ul style="list-style-type: none"> 重篤化予防に向けた適切な看護ケアの提供 退院に向けた在宅調整
	急性期病院 リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	<ul style="list-style-type: none"> 疾患別の早期リハビリテーションによる機能回復 早期離床による廃用症候群の予防
	急性期病院 歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医療の提供 入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加

区分	職 種	役 割
全ての段階（期）に関わる職種	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時の患者情報（診療情報提供書）の提供 ・退院支援カンファレンス等への参加 ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	かかりつけ歯科医	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時の患者情報（診療情報提供書）の提供や病院への訪問歯科診療の実施、関係機関との連携
	地域リハビリテーション 広域支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時に入院前の生活状況等を病院等へ情報提供 ・入院時に退院後を見据えて、利用者・入所者の要介護認定の新規申請や更新認定の手続き ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	地域包括支援 センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時に入院前の生活状況等を病院等へ情報提供 ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加 ・ケアマネジャーが担当していない場合の相談支援や各種手続き
	地域リハビリテーション サポート医	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時における病院への適切な診療情報の提供に関するかかりつけ医への働き掛け ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加
	地域リハビリテーション 推進員	<ul style="list-style-type: none"> ・入退院時の連携の体制づくりに関する関係機関の協議の場へ参加

＜図 3：地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（回復期）＞



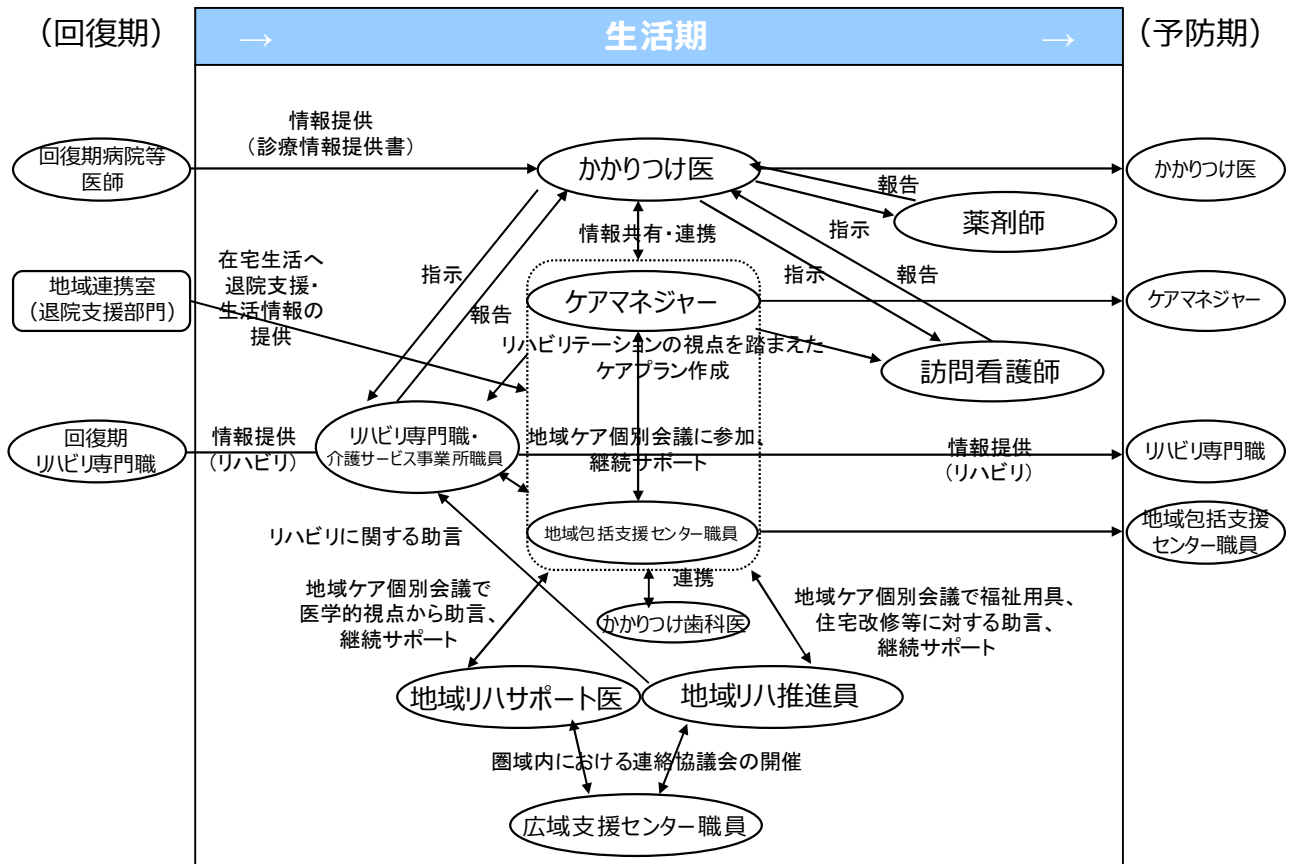
※急性期から退院して回復期を経ずに生活期（日常生活への復帰）へ移行される方もいる。

＜表 3：関係職種に期待される役割（回復期）＞

区分	職 種	役 割
回復期に関わる職種	回復期病院 医師	<ul style="list-style-type: none"> 在宅復帰が可能な患者には社会資源の活用を支援して地域への復帰を働き掛け 退院支援計画の策定と実施 かかりつけ医へのリハビリテーションに関する診療情報提供
	回復期病院 リハビリ専門職 (PT・OT・ST)	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟で専門的な医学的リハビリテーションを担当し、心身機能回復を図りながら社会復帰の観点からのリハビリテーションを実施 退院後の生活を想定した退院支援計画の策定と実施 退院後の支援スタッフへの情報提供と連携
	回復期病院 歯科医師	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医療の提供 退院後の継続的な口腔機能管理の提供に向けた関係機関等との連携
	訪問看護師・看護師	<ul style="list-style-type: none"> 高度医療処置のある在宅療養者への医療管理及び家族を含む技術（医療ケア）指導 看護の側面から退院後の生活を想定した退院支援計画の策定と実施 退院後の支援チームとの情報交換と連携
	介護サービス 事業所職員	<ul style="list-style-type: none"> 退院前に、利用者の状態や、サービスの中止基準や禁忌事項等について情報収集

区分	職 種	役 割
全ての段階（期）に関わる職種	かかりつけ医	・退院後の継続的なリハビリテーションの提供に向けた関係機関との連携
	かかりつけ歯科医	・病院への訪問歯科診療の実施、関係機関との連携
	地域リハビリテーション広域支援センター職員	・退院後の継続的なリハビリテーション提供に向けた関係機関との連携促進のための研修実施 ・病院スタッフと退院後の支援スタッフとの相互理解のための研修実施
	ケアマネジャー	・退院前に、病棟スタッフ、訪問看護師やリハビリテーション専門職、他専門職等と連携し、住環境等の確認、住宅改修や福祉用具の利用検討 ・患者・入所者の要介護認定の新規申請や更新認定の手続き
	地域包括支援センター職員	・退院前に、退院後の必要なサービスや生活状況等を情報共有 ・ケアマネジャーが担当していない場合の相談支援や各種手続き
	地域リハビリテーションサポート医	・退院後の継続的なリハビリテーション提供に向けた病院と在宅医療・介護関係機関との仕組みの構築
	地域リハビリテーション推進員	・退院後の切れ目のないリハビリテーション提供に向けたケアマネジメント支援や仕組みづくり

<図 4 : 地域リハビリテーションの各段階における関係職種の連携（生活期）>



<表 4 : 関係職種に期待される役割（生活期）>

区分	職 種	役 割
生活期に関わる職種	訪問看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・重症化しないための生活管理 ・チームケアにおける調整機能 ・リハビリテーション提供に伴い、利用者の病状変化があった場合に、かかりつけ医へ報告 ・在宅移行後の様子を病院の退院調整担当者にフィードバック
	薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅訪問業務による服薬アドヒアランス（患者が治療方針を理解・納得し、治療方法を積極的に実施・継続すること）の向上
	リハビリ専門職（PT・OT・ST）	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者等や家族に対する総合的な相談・支援 ・介護（介護予防）サービスを利用し自立した生活ができるようリハビリテーションの実施及び助言
	介護サービス事業所職員	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅の要介護高齢者に対し日常生活訓練などを実施 ・訪問リハビリテーション・訪問看護は、かかりつけ医の指示のもと、高齢者等に対する歩行や食事、機能訓練等を、生活スタイルの再構築・定着を図る観点から提供

区分	職 種	役 割
全ての段階（期） に関わる職種	かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状態に応じたりハビリテーションの必要性を判断し、適切な介護サービスへつなげる ・介護サービス提供時のリスク管理に関する助言 ・「サービス担当者会議」への参加等を通じた、傷病の経過等に関する情報提供
	かかりつけ歯科医	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問歯科診療等の実施 ・地域の専門職や関係機関との連携や歯科の視点からの助言
	地域リハビリテーション 広域支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ・地域リハビリテーション関係機関との連携事業や連絡協議会を実施 ・圏域において、地域リハビリテーションサポート医・推進員と意見交換を実施するなど相互の連携を促進 ・地域リハビリテーションの充実のための地域課題の把握と支援
	ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護高齢者等やその家族からの相談に応じて、心身機能の状況等に応じ、生活スタイルの再構築を目指す観点から適切なリハビリテーションが提供できるよう、市町や居宅サービス事業所、インフォーマルサービスなどとの連携調整 ・リハビリテーションの視点を踏まえたケアプラン作成、地域ケア会議（<u>個別会議</u>）への参加
	地域包括支援 センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者等や家族に対する総合的な相談・支援 ・介護予防サービスを利用し自立した生活ができるよう介護予防ケアマネジメントの実施
	地域リハビリテ ーションサポート医	<ul style="list-style-type: none"> ・市町や関係機関との地域リハビリテーションの仕組みづくり ・地域の専門職や関係機関からの相談への対応 ・必要なリハビリテーションが提供されていない高齢者への対応支援
	地域リハビリテ ーション推進員	<ul style="list-style-type: none"> ・市町や関係機関との地域リハビリテーションの仕組みづくり ・地域包括支援センター等の相談に基づく福祉用具、住宅改修、補装具に対する助言 ・地域ケア会議（個別会議）で自立支援の視点から助言

白紙

第7節 アレルギー疾患対策

【対策のポイント】

- アレルギー疾患に関する正しい知識の普及啓発
- アレルギー疾患に携わる医療従事者、教職員の知識、技能の向上及び人材育成の推進
- 県拠点病院を中心としたアレルギー疾患医療提供体制の整備
- 県内アレルギー疾患患者の実態把握及び分析調査、研究の実施

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
子どものアレルギー疾患予防に関する講習会受講者数	累計 1,539 人 (2022 年度)	累計 2,200 人 (2029 年度)	年 100 人の増	県疾病対策課調査
適切な情報提供や助言を目的とした、養護教諭、保健主事向けの研修会開催	1 回 (2022 年度)	1 回 (毎年度)	年 1 回以上の開催	静岡県教育委員会 健康体育課調査

(1) 現状

ア アレルギー疾患の現状

- アレルギー疾患とは、食物や花粉など本来体に無害な物質をアレルゲンと認識し、過剰な免疫反応であるアレルギー反応を起こすことで生じる急性や慢性の炎症の総称です。
- 現在は、乳幼児から高齢者まで国民の約 2 人に 1 人が何らかのアレルギー疾患に罹患していると言われています。
- アレルギー疾患の主なものには、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、食物アレルギー及び花粉症があります。
- 食物アレルギーは、複数臓器に及ぶ全身性の重篤な過敏症状であるアナフィラキシーショックなど、死亡する場合もあり、注意が必要です。
- アレルギー疾患を持つ患者は、生活環境における複合的な要因で、複数のアレルギー疾患を合併することも多く、しばしば発症、増悪、軽快、寛解及び再燃を不定期に繰り返します。また、症状の悪化や長期にわたる通院、入院により学校生活や仕事に支障をきたし、生活の質（QOL）を低下させるおそれもあるため、長期的な支援を行うことが重要です。
- 医療の進歩に伴い、症状のコントロールは可能となっていますが、最新医療の提供体制は未だ十分に整備できておらず、地域により格差があるため、全てのアレルギー疾患患者が同程度の医療を受けられないという現状があります。
- 国は、アレルギー医療提供体制の均てん化及びアレルギー疾患患者の生活の質（QOL）の向上を図るため、「アレルギー疾患対策基本法」を 2015 年 12 月 25 日に施行しました。また、2017 年 3 月 21 日にアレルギー疾患に関する基本的な事項を記した「アレルギー疾患対策基本指針」を告示し、2022 年 3 月 14 日にその一部を改正しました。

イ 本県の現状

- 本県の気管支ぜん息による粗死亡率¹は、全年齢で 0.5 であり、全国の 0.8 に比べ低くなっています。死亡に至る主な原因は、重篤な発作による窒息です。
- 本県の気管支ぜん息の外来受療率²は、全年齢で 60 であり、全国の 71 に比べ低くなっています。
- 本県での小学生の気管支ぜん息罹患率は 2017 年度以降、全国平均より低い値で推移しています。しかし、増減を繰り返す傾向にあり、今後の推移に注意する必要があります。
- 本県において小学校で学校生活管理指導表³を活用している気管支ぜん息罹患児童の数は、2022 年 10 月現在 1,331 人で、児童全体の 0.8% です。2017 年から 5 年間では、ほぼ横ばいに推移しています。また、中学、高校と進むにつれ、学校生活管理指導表を活用している気管支ぜん息の生徒数は減少しています。
- 気管支ぜん息による死亡者数は、年々減少しているものの、気管支ぜん息有病率は、全国的には小児、成人とも年々増加傾向にあり、小児では過去 30 年間で 1 % から 5 % に、成人では 1 % から 3 % に増加しています。
- 県内の小学校で食物アレルギーの学校生活管理指導表を活用している児童の数は、2022 年 10 月現在 5,062 人で、小学校児童全体の 2.9% です。県内の小学校、中学校及び高等学校において、食物アレルギーの学校生活管理指導表を活用している児童生徒の数は、年々増加しています⁴。
- 県内でアドレナリン自己注射薬⁵を処方されている小学校の児童数は、2022 年 10 月現在 658 人で、児童全体の 0.4% です。これは、食物アレルギーで学校生活管理指導表を活用している児童のうちの 13.0% に当たります。同様に中学生ではそれぞれ、345 人、0.4%、16.8% です。また、高校生ではそれぞれ、151 人、0.3%、24.8% です。アドレナリン自己注射薬の処方生徒数については、県内の小学校、中学校、高等学校において、年々緩やかに増加しています。
- 本県においてアレルギー科を標榜する病院の数は 6 施設で、診療所の数は 227 施設です。保健医療圏ごとに差はあるものの、県内全ての保健医療圏にアレルギー科を標榜する医療機関があります。
- 日本アレルギー学会が認定するアレルギー専門医は、静岡県内に 132 人います。賀茂以外の保健医療圏で専門医が勤務しています。
- 日本小児臨床アレルギー学会が認定する小児アレルギーエデュケーター⁶は、静岡県内に 15 人

¹ 粗死亡率：人口 10 万対の死亡者数である。（厚生労働省「2022 年人口動態統計」）

² 受療率：人口 10 万対の推計患者数である。（厚生労働省「2020 年患者調査」）

³ 学校生活管理指導表：個々の児童生徒についてのアレルギー疾患に関する情報を、医師が記載し、保護者が学校に提出する表である。

⁴ 出典：厚生労働省厚生科学審議会疾病対策部会「リウマチ・アレルギー対策委員会報告書」（2011 年 8 月）

⁵ アドレナリン自己注射薬：アナフィラキシー症状の進行を一時的に抑えてショックに至るのを防ぐために、患者やその保護者等が注射する薬剤キットである。迅速かつ安全に自己注射できるように、内蔵されている注射針が大腿への圧着によって突出刺入し、一定量のアドレナリンを筋肉内注入後還納される。使用方法と使用すべき症状を熟知することが重要である。

⁶ 小児アレルギーエデュケーター：小児のアレルギー疾患を総合的に捉え、患児とその保護者への教育を担うことができる専門スタッフを指す（看護師、薬剤師及び管理栄養士）。

います。

○アレルギー専門医教育研修施設は、県内に 18 施設あります。

(2) 課題

ア 正しい知識の普及啓発

○インターネット等にはアレルギー疾患の原因や予防法、症状の軽減に関する膨大な情報があふれており、この中から、正しい情報を選択することは困難となっています。

イ 知識、技能の向上及び人材育成の推進

○全てのアレルギー疾患患者が、居住する地域や世代にかかわらず、等しくアレルギーの状態に応じた適切な医療を受けることができるよう、医療従事者や教職員の知識、技能の向上及び人材育成を推進することにより、アレルギー疾患医療全体の質の向上を進めることが求められます。

ウ 医療提供体制の整備

○地域の特性に応じたアレルギー疾患対策を推進するため、静岡県アレルギー疾患医療連絡協議会等を通じて、地域の実情を把握することが求められます。

○アレルギー疾患患者は、複数のアレルギー疾患を合併することが多く、また寛解と再発を繰り返すことから、内科、皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科、小児科等の各診療科の連携及び医療機関や、薬局の連携が重要です。一般的な診療では病状が安定しない重症及び難治性アレルギー疾患患者に対し、関係する複数の診療科が連携して診断、治療及び管理を行うことが求められます。

○アレルギー疾患発症時の初診や安定期の定期受診を受け持つことの多いかかりつけ医と、重症及び難治性の患者に対して専門治療を行う病院とが、診療情報や治療計画を共有するなどの緊密な連携が必要となります。

○救急医療では、発作時や、増悪時の緊急治療を実施できる医療機関の整備が重要です。

エ 実態把握及び分析調査、研究の実施

○現在、県内のアレルギー疾患に関する十分な疫学データがないことから、地域ごとの実情を正確に把握できずにいることが問題となっています。本県のアレルギー疾患の実情を把握するために、長期的かつ戦略的に調査研究を行う必要があります。

(3) 対策

ア 正しい知識の普及啓発

○アレルギー疾患患者とその家族が各アレルギー疾患に対する適切な情報を入手して選択できるように、県民向けの講演会を開催します。

○アレルギー専門医や小児アレルギーエデュケーターが在籍する医療機関、各アレルギー疾患の専門的な検査や治療を実施している医療機関等の情報をホームページ等に公開し、アレルギー疾患患者の受診を支援します。

○市町保健センター等で実施する両親学級や乳幼児健康診査等の母子保健事業の機会を活用し、妊婦や乳幼児の保護者等に対する保健指導や医療機関への受診勧奨等、適切な情報提供が実施されるよう、関係機関に対し働き掛けます。

イ 知識、技能の向上及び人材育成の推進

- 居住地域や世代にかかわらず治療や継続的な受診の機会を確保するため、医療従事者向けの研修会及び講演会を実施し、科学的知見に基づく治療に関する最新の情報を提供します。
- アレルギー疾患児に関わる機会の多い教育関係者向けの講習会を実施し、アドレナリン自己注射薬の使用法や日常生活における注意点を専門の医師から学ぶことのできる機会を設けます。

ウ 医療提供体制の整備

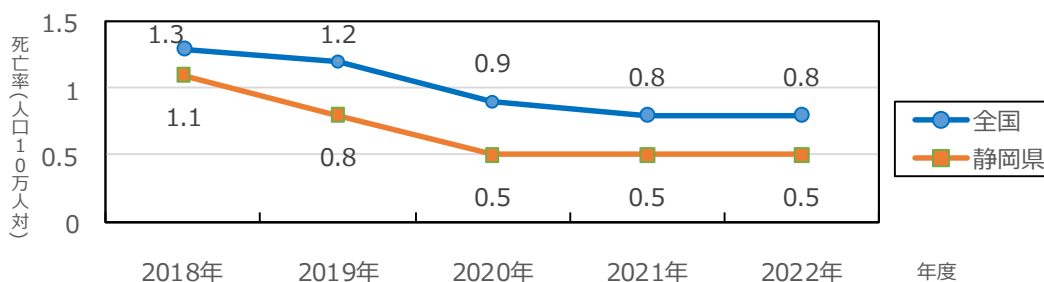
- 2017年3月に示された「アレルギー疾患対策基本指針」により、各都道府県にアレルギー疾患医療の中心となる、都道府県アレルギー疾患医療拠点病院の指定が求められました。本県でも、2018年10月、アレルギー疾患医療拠点病院を7 施設指定しました。
- 静岡県アレルギー疾患医療連絡協議会等を通じて、地域の実情を把握し、静岡県アレルギー疾患医療拠点病院等を中心とした診療連携体制の構築や情報提供等の取組を進めます。
- 専門的な治療を提供できる医療機関の情報を提供するほか、保健医療圏ごとに関係機関の協力の下、医療連携体制の整備、充実を図ります。
- 保健医療圏内の医療機関では対応が困難で、より専門性の高い治療が要求されるアレルギー疾患患者に対しては、専門医のいる県内外の医療機関との連携を推進し、症状がコントロールできるように努めます。
- 環境、労働、医療等の各分野について、県と関係機関との連携体制の構築に努めます。
- 2次救急医療圏ごとに関係機関と協力し、救急医療連携体制の整備、充実を図ります。

エ 実態把握及び分析調査、研究の実施

- 県内のアレルギー疾患患者の実態を把握するため、静岡県アレルギー疾患医療拠点病院や地域の協力医療機関などによる研究活動を支援し、分析調査を実施します。

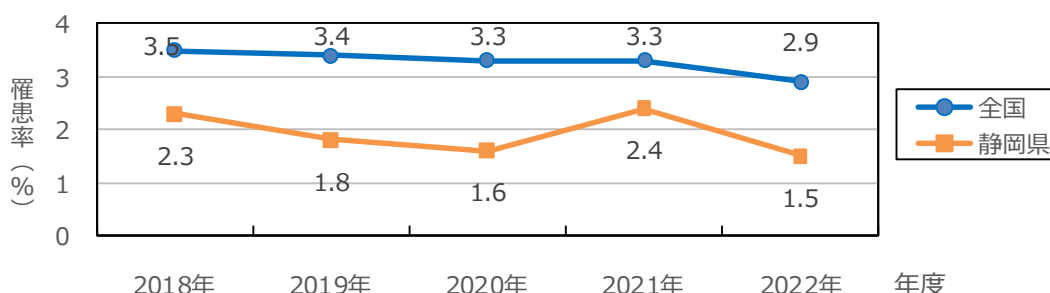
(4) 関連図表

図表7-7-1 気管支ぜん息粗死亡率の推移



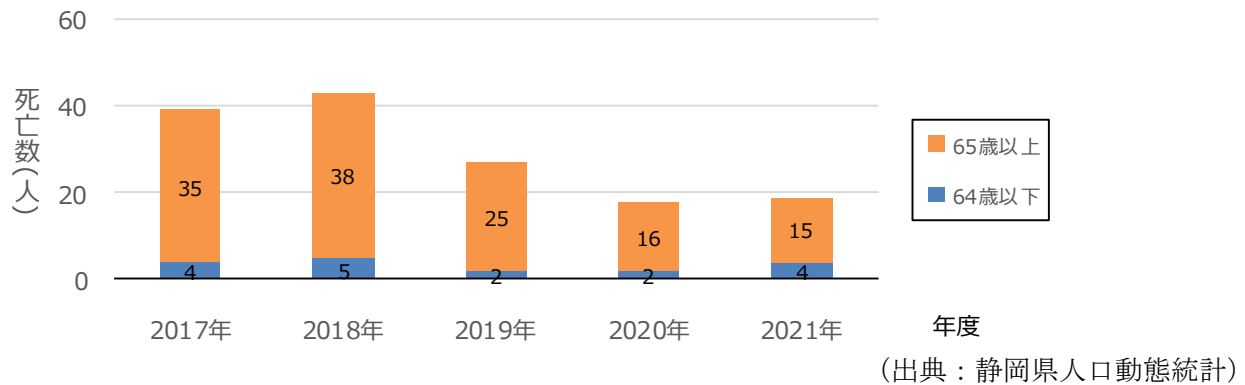
(出典：厚生労働省「人口動態統計」)

図表7-7-2 小学生の気管支ぜん息罹患率

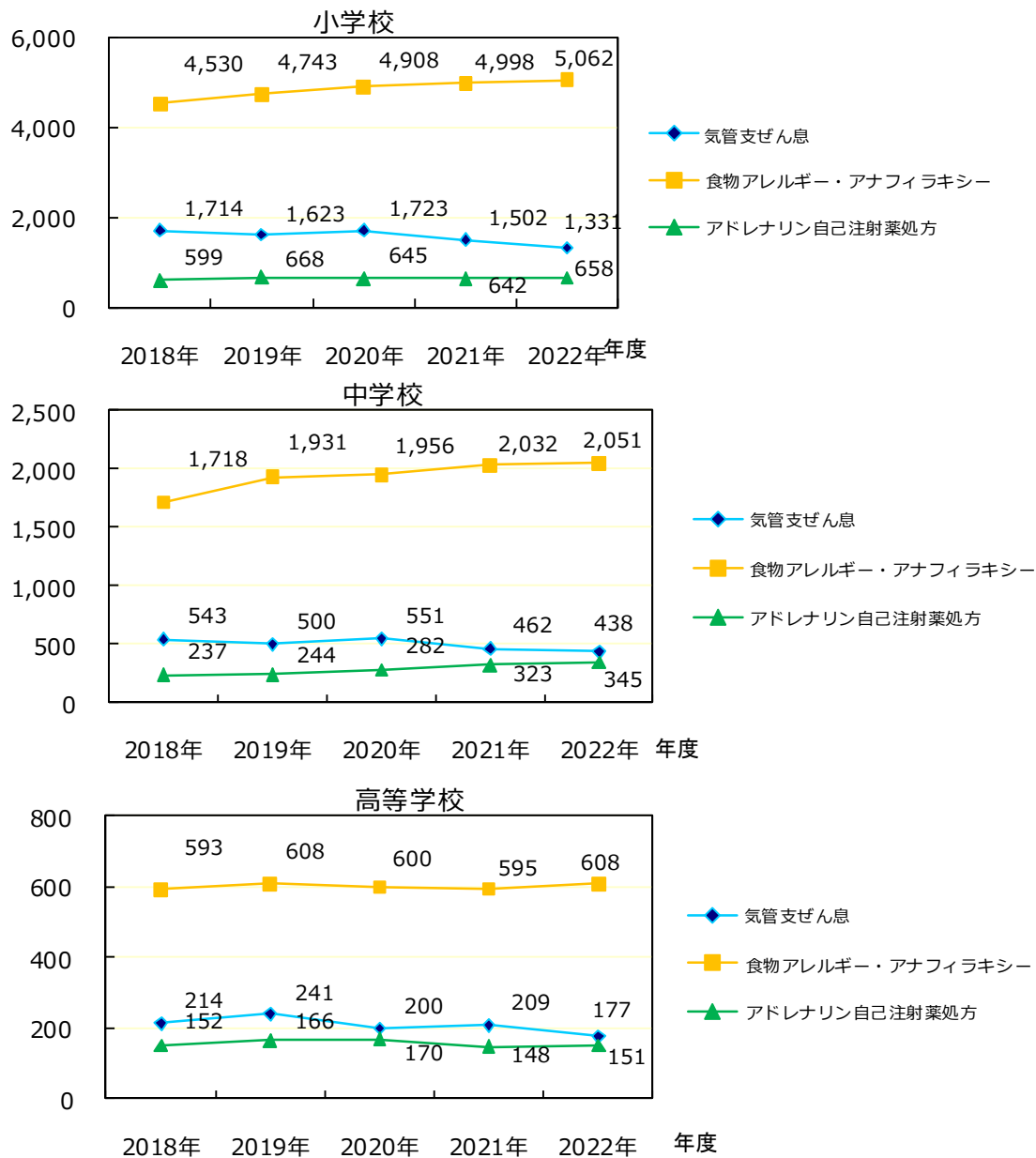


(出典：文部科学省「学校保健統計調査」)

図表 7-7-3 静岡県の気管支ぜん息による死亡数



図表 7-7-4 学校生活管理指導表を活用する児童・生徒の数の推移 (2018年度から2022年度)



(出典：静岡県教育委員会「学校生活管理指導表活用状況報告」)

図表 7－7－5 静岡県内のアレルギー専門医数及びアレルギー専門医教育研修施設数

	賀茂	熱海 伊東	駿東 田方	富士	静岡	志太 榛原	中東遠	西部	計
アレルギー専門医	0	3	16	7	31	12	15	48	132
アレルギー専門医教育研修施設	0	1	1	1	5	0	2	8	18

(出典：日本アレルギー学会)